

## はじめに

---

本町の高齢化人口は、令和3（2021）年3月現在3,192人であり、総人口に占める割合は45.3%となっており、町民の約2.2人に1人が高齢者という状況にあります。

一方、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者に到達する令和7（2025）年には高齢化率が46.7%に、「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22（2040）年には、59%に達することが見込まれ、その対応が求められています。

介護保険制度は、こうした超高齢社会における介護問題の解決、要介護者等を社会全体で支える仕組みとして創設され、今日まで介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着していますが、制度の定着とともに、介護保険の総給付費も増大しており、「制度の持続可能性」が課題となってきました。

すべての町民の皆様が健康で生きがいをもち、住み慣れた地域で安心・安全に暮らし続けていただくこと、健康寿命を延ばすことが重要であり、今後は「高齢者＝支えられる存在」から「高齢者＝地域社会の重要な支え手・担い手」へと発想の転換が求められてまいります。

このような視点で策定しました、錦江町高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画では、「こころ豊かに元気のある暮らしを実現できるまち」という基本理念を念頭に、7つの重点目標を着実に推進してまいります。その推進にあたりましては、行政だけではなく、町民の皆様をはじめ関係機関や団体等が互いに連携することが大切であると考えておりますので、より一層のご理解とご協力をお願いいたします。

終わりに、計画策定にあたりアンケート調査にご協力いただきました町民・各事業者の皆様をはじめ、度重なるご審議をいただきました錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会委員、町議会議員、関係機関の各位に心よりお礼を申し上げますとともに、今後とも高齢社会対策の推進に向けてご理解とご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

令和3（2021）年3月

錦江町長 木場 一昭

## ～ 目 次 ～

第1部 総論.....	1
第1章 計画の概要.....	1
第1節 計画策定の趣旨.....	1
第2節 日常生活圏域の設定.....	5
第3節 第8期介護保険事業計画の基本指針に基づく計画策定.....	6
第2章 本町の現状.....	10
第1節 まちの人口と高齢者の様子.....	10
第2節 介護給付の状況.....	15
第3節 後期高齢者の医療・介護の状況.....	16
第4節 生きがいづくりや社会参加の様子.....	17
第5節 アンケート調査結果の状況.....	19
第3章 計画の将来像.....	23
第1節 計画の目指す姿.....	23
第2節 目指す姿の実現に向けた基本的な視点.....	24
第3節 2040年の本町の姿.....	28
第4節 基本的な視点の達成に向けた重点目標の設定.....	30
第5節 基本構想と基本計画の枠組み.....	32
第2部 各論.....	37
第1章 元気な高齢者.....	37
第1節 介護予防・健康づくりの推進.....	37
第2節 生きがいづくりの支援と社会参加の促進.....	48
第2章 見守りや介護予防等を必要とする高齢者.....	53
第1節 地域における支えあい見守り活動の推進.....	53
第2節 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり.....	57
第3節 認知症施策の推進と高齢者の権利擁護.....	74
第3章 介護を必要とする高齢者.....	83
第1節 本町の介護保険被保険者の現状と将来予測.....	83
第2節 介護人材の確保や介護サービスの質の確保・向上.....	88
第3節 介護保険サービスの量の見込みと確保策.....	94
第4節 必要利用定員総数の設定.....	110
第4章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出.....	111
第1節 介護保険事業費の算出.....	111
第2節 介護保険料の算出.....	115
第3節 2025年のサービス水準等の推計.....	117
第5章 計画の推進.....	119
第1節 計画推進に向けた体制の拡充.....	119

第3部 資料編 .....	121
第1節 委員会等について.....	123
第2節 介護保険サービス事業所について .....	126
第3節 用語解説 .....	127



# 総論



# 第1部 総論

## 第1章 計画の概要

### 第1節 計画策定の趣旨

#### 1 計画策定の背景

---

わが国では、少子高齢化が進行し、総人口が減少を続ける一方で、平成27年には団塊の世代が65歳以上となり、高齢者人口は大幅に増加しています。本町におきましても、令和2年時点で高齢化率が45%を超えており、今後も高齢化はさらに進行していく見込みです。

本町では、これまで医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを段階的に構築し、健やかに暮らせる安全で安心なまちづくりを推進してきました。

今後、団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらに現在は働き盛りの年齢である団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据えると、さらなる後期高齢者の増加と、それに伴って支援を必要とする人が増え続けることが想定されます。

そのため、要介護高齢者や支援を必要とする高齢者を地域で支え、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域住民、事業者等が連携した、新たな担い手による持続可能な介護・福祉サービスの創出を目指していくことが必要となっています。

このようなことから本町では、高齢者に関する保健、福祉施策と介護保険施策の密接な連携のもと、「地域共生社会の実現」を目指し、総合的、体系的に実施していくため、「錦江町高齢者福祉計画 第8期介護保険事業計画」を策定しました。

## 〈介護保険制度の経過〉

<p><b>第1期 制度開始</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービスを原則1割の負担をしながら利用する制度の開始</li> <li>● ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加</li> </ul>	<p>平成12年度～平成14年度 全国平均 2,911円</p>
<p><b>第2期 制度定着</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質・サービスの質の向上、在宅強化</li> <li>● 要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む</li> </ul>	<p>平成15年度～平成17年度 全国平均 3,293円</p>
<p><b>第3期 制度改正</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護予防システムの構築と高齢者の尊厳を考えたケアの確立</li> <li>● 「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視</li> <li>● 地域包括支援センターの設置と地域密着型サービスの提供開始</li> </ul>	<p>平成18年度～平成20年度 全国平均 4,090円</p>
<p><b>第4期 予防の強化と地域福祉との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進</li> <li>● 介護給付の適正化（要介護認定やケアマネジメント等の適正化）</li> <li>● 介護サービス事業所に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督の適切な実施</li> </ul>	<p>平成21年度～平成23年度 全国平均 4,160円</p>
<p><b>第5期 地域包括ケアシステムの構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化により、高齢者が包括的・継続的にサービスを受けられる体制づくり</li> <li>● 施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準（37%枠）の撤廃</li> </ul>	<p>平成24年度～平成26年度 全国平均 4,972円</p>
<p><b>第6期 在宅医療・介護の連携と包括的支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケア実現のための方向性を継承し、在宅医療・介護連携等の本格化</li> <li>● 2025年までのサービス・保険料水準など中長期的な視野に立った施策の展開</li> <li>● 市町村の独自事業に位置付けられた介護予防・日常生活支援総合事業の導入</li> </ul>	<p>平成27年度～平成29年度 全国平均 5,514円</p>
<p><b>第7期 介護予防・総合事業の開始と権限強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の開始</li> <li>● 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア推進会議の設置</li> <li>● 居宅介護支援事業所の権限移行など市町村権限の強化</li> <li>● 保険者機能強化推進交付金の創設による評価の仕組みと責任の明確化</li> </ul>	<p>平成30年度～令和2年度 全国平均 5,869円</p>



## 2 第7期計画期間中の主な取り組み

---

本町では、第7期計画期間中の基本目標として、以下3点を掲げ総合的に計画を推進してきました。それぞれの目標達成に向けた主な取り組みをまとめます。

### (1) 元気な高齢者づくりの支援

---

健やかで生きがいのある生活を支えることをキーワードに、以下のような取り組みを推進しました。

- 平成29年度より総合事業を実施し、要支援1・2に該当する可能性のある新規の介護申請の方に対して、訪問等行い総合事業のサービス対象者かどうかの判断をし必要なサービスを提供しました。
- 相談票の様式を再検討し、アセスメントの強化とチーム内の協議により必要なサービスの利用につなげました。
- 住民主体の通いの場の活動支援として、高齢者元気度アップ・ポイント事業を継続し、サロン実施箇所数・参加者数ともに大きく増加しました。
- 地域サロン活動を中心に講師を派遣し、ころばん体操の普及を図り、運動機能の維持や仲間との交流に力を入れました。ころばん体操の基本姿勢や留意点を守りながら、実践できるよう、DVDの配布やサロンリーダー等を対象にした研修を行いました。
- 対象者の状態に合わせた教室形態の再構築を図り、10回の教室の前後で体力測定やアセスメントによる個別の評価を行い、個人の体力レベルにあった教室への転向を図りました。
- 認知症予防の取り組みとしてiPadを使用した脳若トレーニングを継続して実施しました。またサポーター養成も行い、サロンで定期的に脳若に取り組む箇所数も5箇所に増えました。

### (2) 見守りや介護予防等を必要とする高齢者の支援

---

安心できる在宅生活を支えることをキーワードに、以下のような取り組みを推進しました。

- 老人クラブの会員数増加、活動支援に向けて、老人クラブ連合会と連携した取り組みを推進しました。
- 地域活動の拡充に向けて、民生委員・児童委員、食生活改善推進員、母子保健推進員の発掘と育成に向けた研修等を行いました。
- 地域の見守り活動の推進のため、地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）と連携した見守り・声掛け運動を展開しました。

- 一人暮らし世帯、高齢夫婦のみ世帯など、在宅で生活する支援を要する高齢者に対して、老人クラブなど互助による友愛訪問等を行いました。
- シルバー人材センターでは、平成 29 年度より、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」を創設しました。
- 認知症高齢者の対応強化に向けて、認知症初期集中支援チームの設置、認知症地域支援推進員の配置を行い、2 週間に 1 回の頻度で定期的なチーム員会議を行いました。

### (3) 介護を必要とする高齢者[要介護（要支援）認定者]の支援

介護が必要な方にサービスを提供することをキーワードに、以下のような取り組みを推進しました。

- 個別事例の検討から、地域課題の抽出の場と位置付けた地域ケア個別会議を開催し、多職種連携による支援体制の強化や生活行為の課題並びに地域課題と関連付けて自立支援の取り組みを進めました。
- 広域リハビリテーションセンター拠点支援病院の池田病院と連携し、リハビリ専門職によるサロン活動支援や介護予防教室における認知症予防の取り組みを実施しました。
- 高齢者の在宅療養について、高齢者自身だけでなく、その家族、地域や関係機関が一体となって考えることを目指し、平成 26 年度から講演会の開催を行いました。
- 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を軽減するとともに、高齢者本人の在宅生活の継続と向上を図るため、福祉介護手当の支給を行いました。
- 介護給付の適正化事業に取り組み、主要 5 事業である、「介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」に取り組みました。

## 第2節 日常生活圏域の設定

### 1 日常生活圏域とは

---

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。

第3期以降の「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ました。

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

このため、第3期介護保険事業計画より地域密着型サービスなどの整備を計画する単位となる日常生活圏域を設定しています。

### 2 日常生活圏域の設定

---

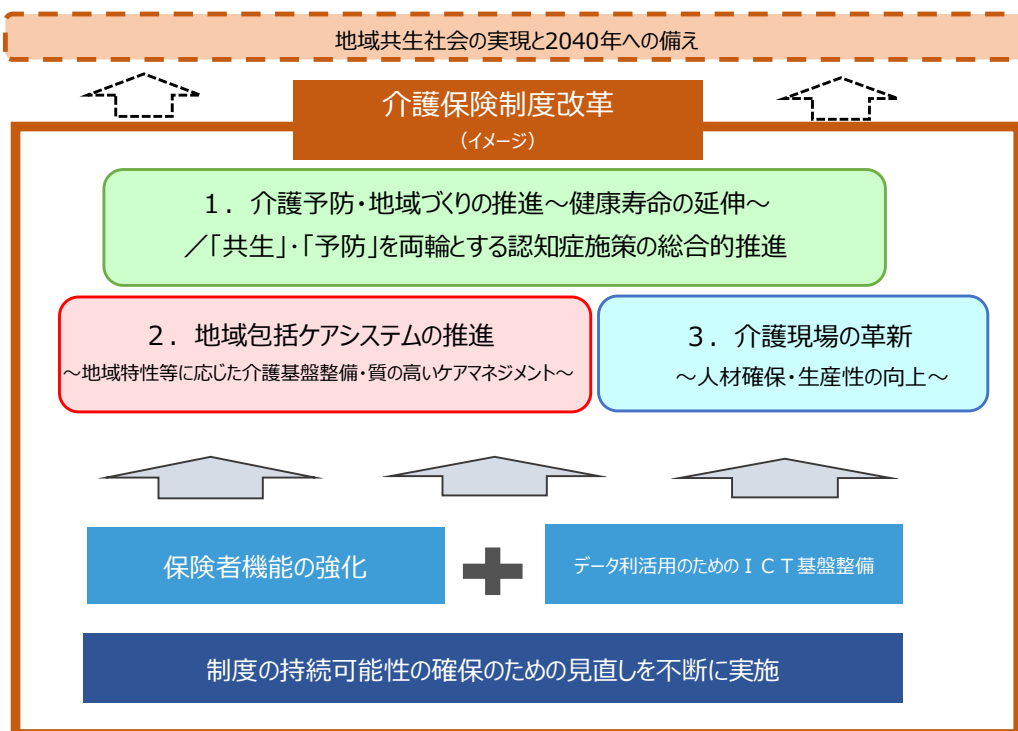
圏域の設定にあたっては、必要最小限の設定により本町のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組みが必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組みを活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。

本町においては、第7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一人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ます。

## 第3節 第8期介護保険事業計画の基本指針に基づく計画策定

### 1 高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第8期計画策定に向けた基本方針として、以下3つの目標を掲げています。また、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価を求めています。



### 保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築（80点）			
<ul style="list-style-type: none"> <li>見える化活用による実態把握</li> <li>日常生活圏域別高齢者人口</li> <li>2025年将来推計</li> <li>給付実績モニタリング</li> <li>要介護者数実績モニタリング</li> <li>医療計画を踏まえた追加需要の進捗管理</li> <li>自立支援・重度化予防進捗管理</li> <li>自立支援・重度化予防目標未達時の改善案検討</li> <li>地域差分分析と適正化</li> </ul>			
II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進（529点）			
地域密着型サービス（47点）	ケア・介護サービス事業所（30点）	地域包括支援センター（143点）	在宅医療・介護連携（68点）
<ul style="list-style-type: none"> <li>確保のための独自施策の実施</li> <li>運営状況の把握</li> <li>実地指導の実施</li> <li>地密通介における機能訓練等の取組実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジメントに関する保険者方針の伝達（ガイドライン等）</li> <li>質の向上のための研修等の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>三職種配置義務付</li> <li>人員配置</li> <li>保険者への報告</li> <li>情報公表</li> <li>定期的改善の取組</li> <li>ケア研修計画作成</li> <li>関係者との意見交換の場</li> <li>相談事業の経年把握</li> <li>地域ケア会議開催計画</li> <li>個別事例検討</li> <li>検討割合</li> <li>生活援助検証実施体制</li> <li>検討後のフォローアップ仕組み</li> <li>市町村への提言</li> <li>決定事項共有の仕組み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実態・課題の把握</li> <li>取組実施とPDCA</li> <li>情報共有ツール整備・普及</li> <li>相談窓口</li> <li>参加型研修の開催または開催支援</li> <li>入退院支援</li> <li>入退院関連加算の取得率</li> </ul>
認知症総合支援（46点）	介護予防・日常生活支援（89点）	生活支援体制の整備（46点）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症施策のPDCA</li> <li>初期集中支援チームから推進員への定期的情報連携の仕組み</li> <li>早期対応のための医療関係団体との連携</li> <li>保険外サービスの整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>趣旨の伝達</li> <li>見込量設定の有無</li> <li>進捗検証の有無</li> <li>サービスの創設実績</li> <li>通いの場参加率</li> <li>関係者への資源情報提供</li> <li>地域/川実績</li> <li>住民参加促進取組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生支Cへの支援</li> <li>生支Cの資源把握等の有無</li> <li>協議体の資源把握等</li> <li>資源の具体的な開発</li> </ul>	
要介護状態の維持改善（60点）			
<ul style="list-style-type: none"> <li>軽度時間変化</li> <li>軽度介護度変化</li> <li>中重度時間変化</li> <li>中重度介護度変化</li> </ul>			
III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進（83点）			
介護給付の適正化（59点）		介護人材の確保（24点）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>給付適正化事業の実施</li> <li>ケアプラン点検実施率</li> <li>医療情報との突合・縦覧点検</li> <li>福祉用具の適正化（専門職関与）</li> <li>住宅改修における適正化（専門職関与）</li> <li>国保連給付実績を活用した適正化の取組</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護人材の確保に向けた取組の有無</li> <li>入門的研修の実施</li> </ul>	

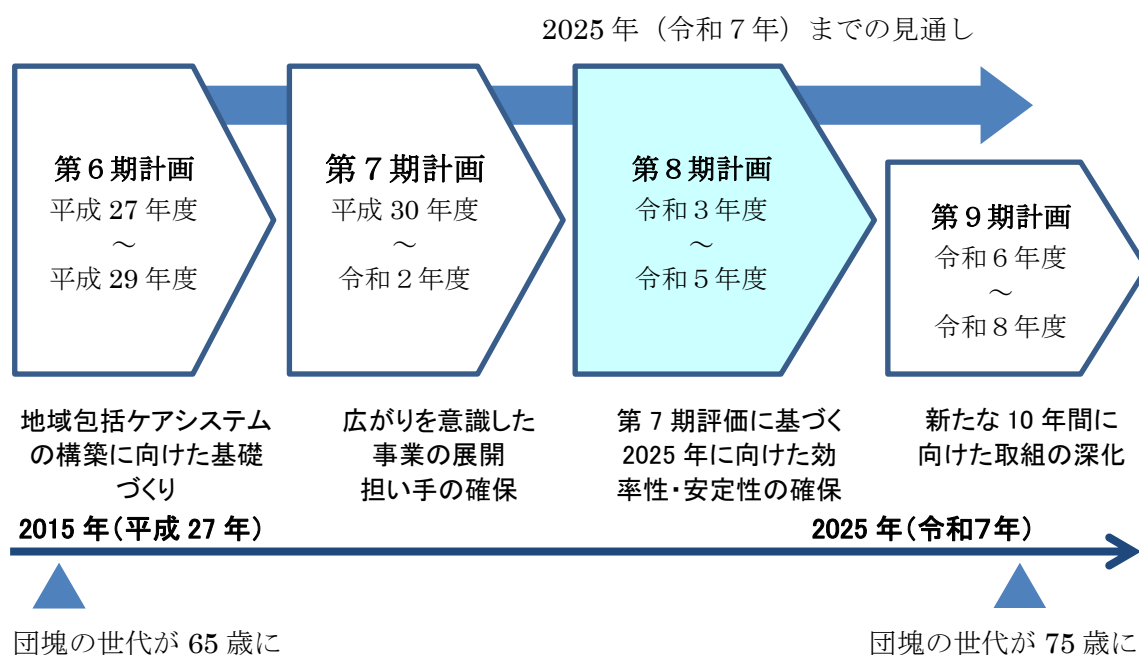
## 2 計画の性格と位置づけについて

### (1) 法的根拠について

本計画のうち、高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画として、介護保険事業計画は介護保険法第117条第1項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、平成30年3月に策定した高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

### (2) 計画の期間

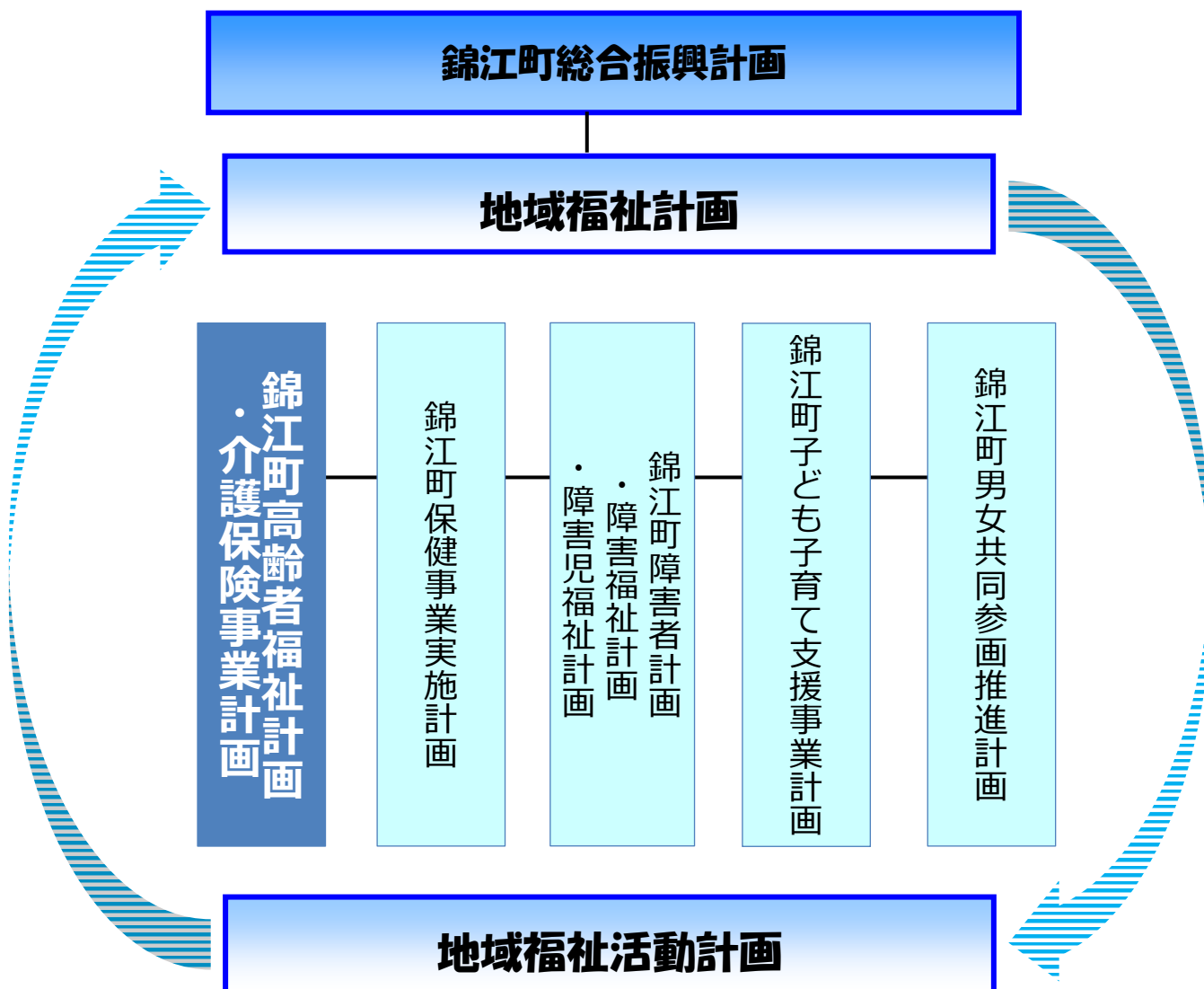
団塊の世代が75歳に到達する令和7年度を見据え、地域包括ケアを構築していくための10年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第117条第1項の規定に基づく、令和3年度から令和5年度までの3年間の計画期間とします。



(3) 計画の位置づけについて

本計画は、錦江町総合振興計画の分野別計画として位置づけられます。

また、障害者計画・障害福祉計画・障害児福祉計画、子ども子育て支援事業計画、保健事業実施計画等と整合を図りつつ、高齢者福祉に関する専門的・個別的な領域を受け持つものとなります。



### 3 計画の策定及び進行管理の体制

#### (1) 委員会の設置

本計画の策定及び進行管理にあたっては、学識経験者や保健・医療・福祉関係団体代表者からなる「高齢者福祉・介護保険事業計画策定委員会」を設置し、幅広い意見を聴きながら行いました。

本計画の策定に向けて、以下の日程で委員会を開催しました。

令和2年9月17日	第1回計画策定委員会の開催
令和2年11月9日	第2回計画策定委員会の開催
令和3年1月29日	第3回計画策定委員会の開催

#### (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までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくために、令和1年12月にアンケート調査を実施しました。

#### (3) 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている方を対象として、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ため、居宅介護支援事業所等へ依頼し、令和1年12月にアンケート調査を実施しました。

#### (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号被保険者を対象として、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ため、令和1年12月にアンケート調査を実施しました。

## 第2章 本町の現状

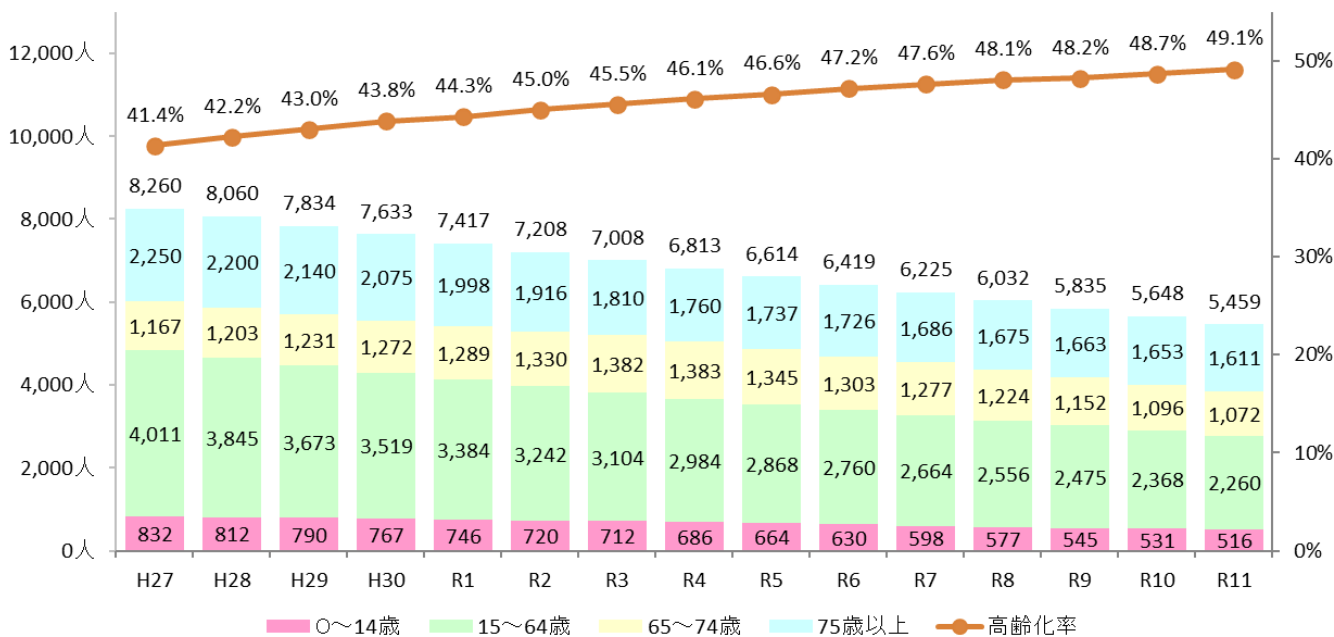
### 第1節 まちの人口と高齢者の様子

#### 1 人口の様子

##### (1) 総人口の推移

本町の人口は、平成27年に8,260人から令和2年には7,208人と、1,052人の減少となっており、さらに高齢者人口も減少となっています。

今後の将来予測（住民基本台帳を用いたコーホート変化率法による）では、今後も高齢者人口の減少は続く予測され、介護保険財政にとっては、保険料の負担者の減少となるため、急激な介護保険料の増大が懸念されます。



各年度10月住民基本台帳

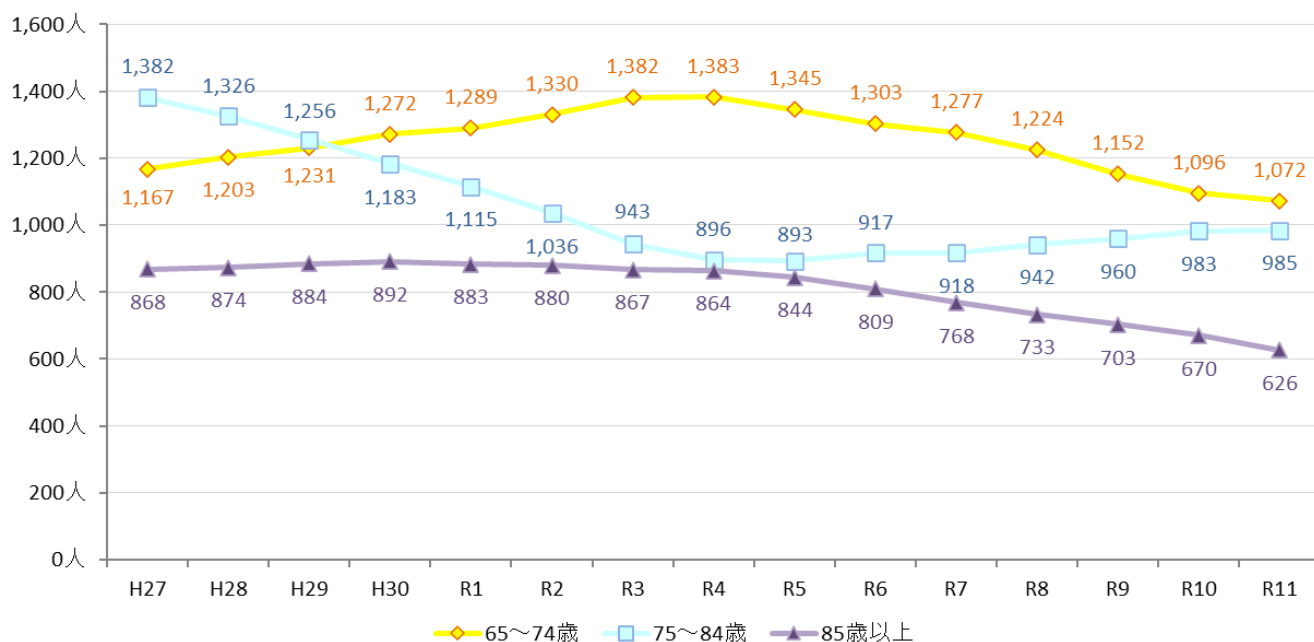
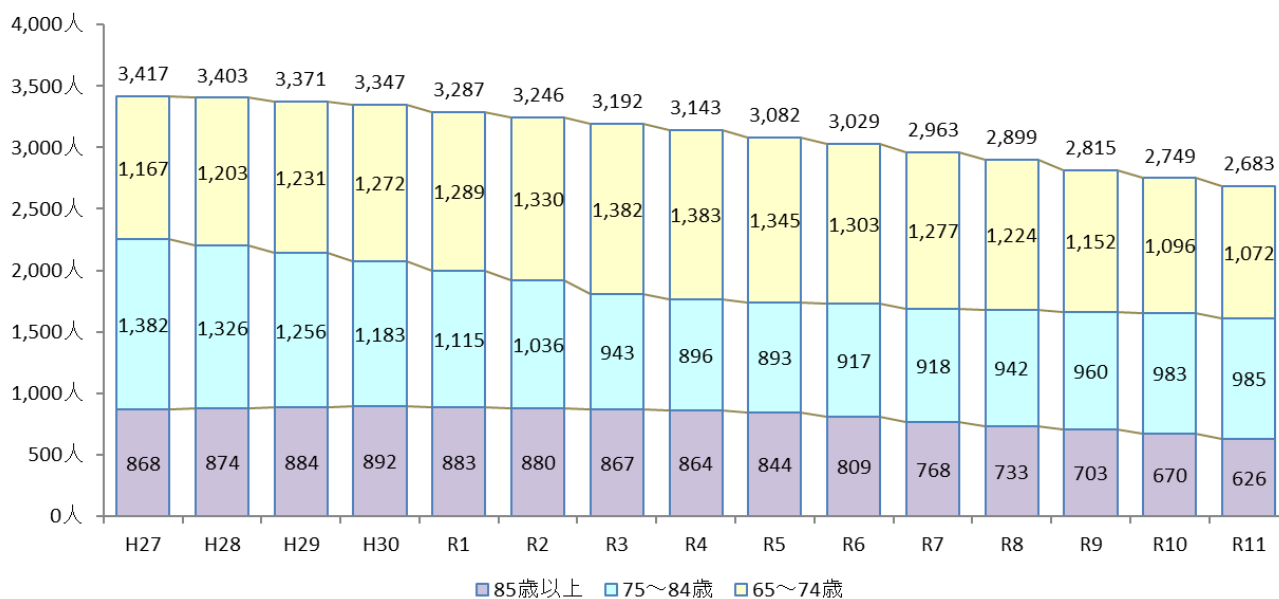
なお、コーホート変化率法とは、ある集団の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が対象地域の年齢別人口変化の特徴であり、将来にわたって維持されるものと仮定して、将来人口を算出する方法となります。



## (2) 高齢者人口の推移

本町の高齢者人口は、平成27年に3,417人から令和2年には3,246人と、171人の減少となっています。

年齢階級別にみると、65～74歳人口は増加し、75～84歳人口は減少、85歳以上人口は横ばいとなっており、国が求める2025年問題（後期高齢者の増加）への対応という意味では、すでにその局面を過ぎていると考えられます。



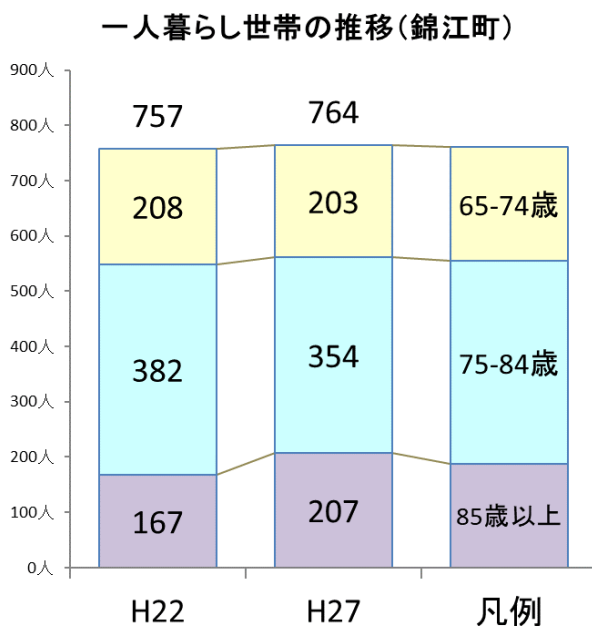
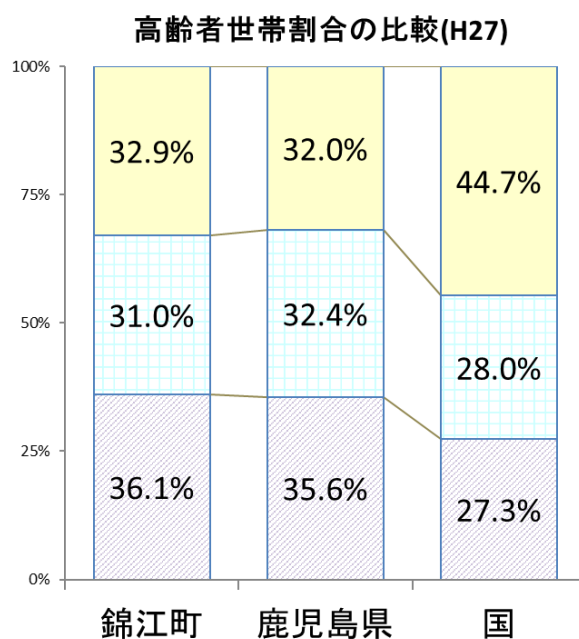
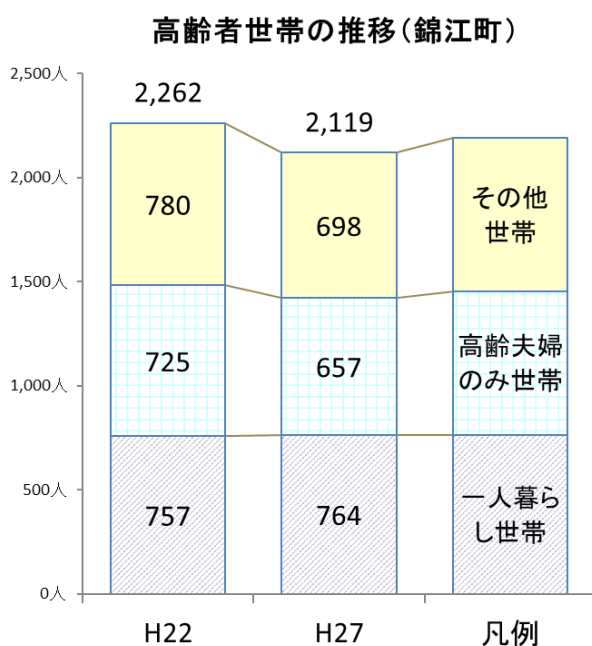
※ 各年度10月住民基本台帳

## 2 高齢者の世帯の様子

### (1) 高齢者のいる世帯の様子

高齢者のいる世帯の推移は、平成22年に2,262世帯が、平成27年に2,119世帯と143世帯減少していますが、一人暮らし世帯は増加しています。

世帯数に占める割合で見ると、一人暮らし世帯の割合が、国・県と比較して高くなっています。一人暮らし世帯の年齢群別では、85歳以上の方が167名から207名に増加しています。



#### 本町の2040年の姿

2040年の本町は、人口3,818人、高齢者人口2,257人(高齢化率59%)となり、国の推計手法を用いて推計される認知症高齢者数は533人、さらに一人暮らし高齢者は644人となると予測されており、今の約半数となった人口で、見守りや介護を要する高齢者への対応が求められることになると考えられます。

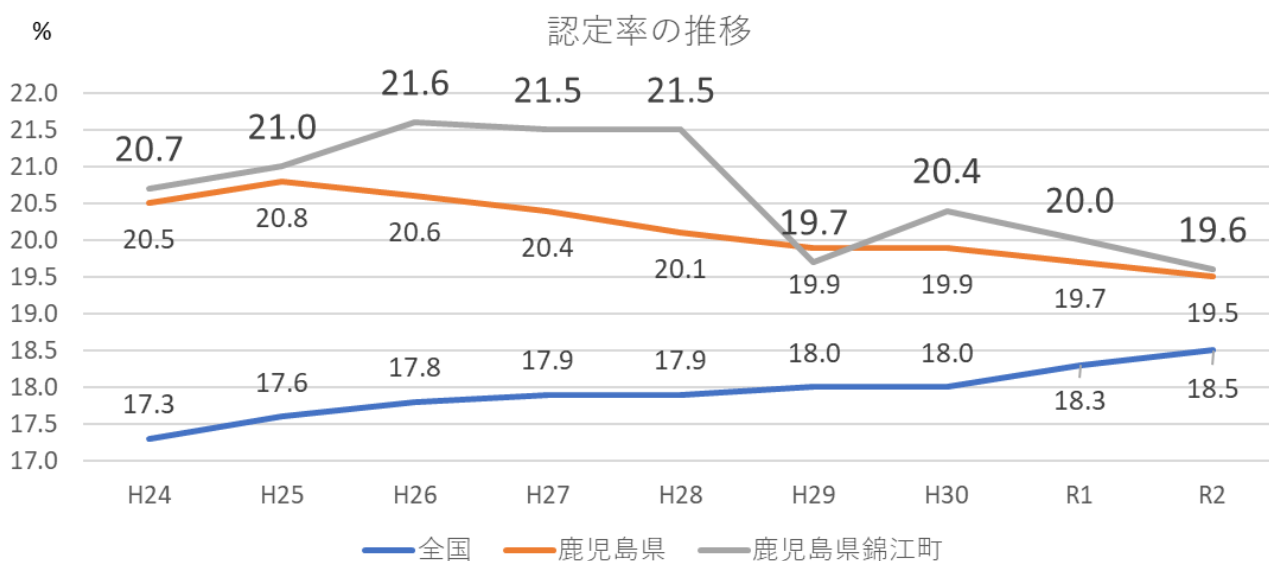
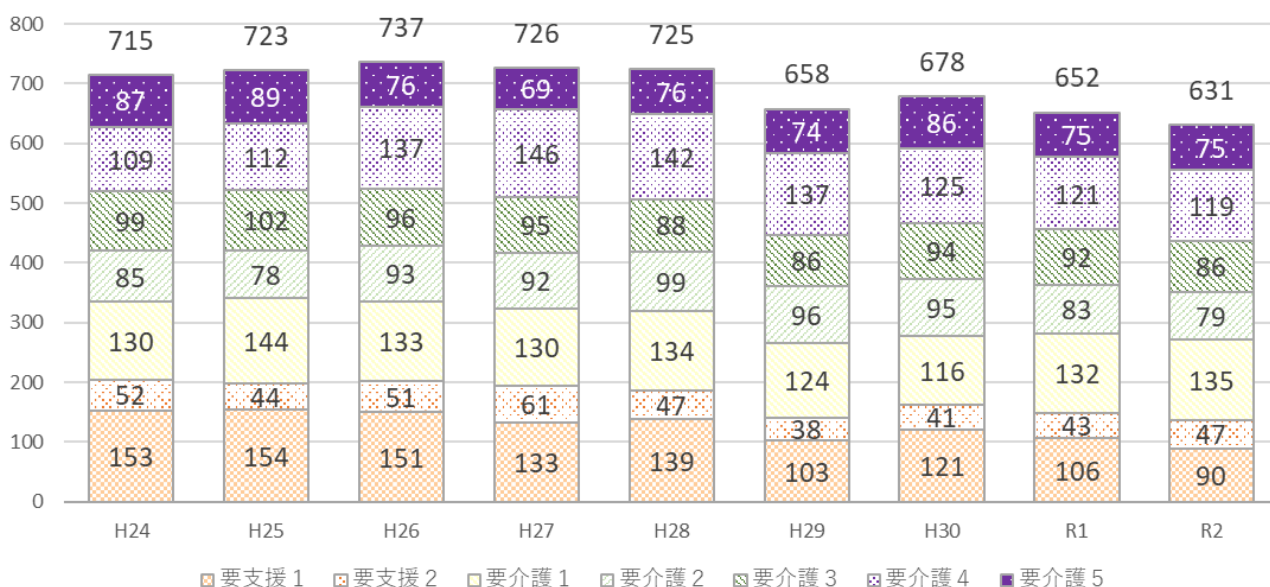
※ 国勢調査

### 3 要介護（要支援）認定者数と認定率の推移と評価

要介護（要支援）認定者数の推移について、平成24年度は715人となっていました  
が、平成26年度の737人をピークに減少傾向となり、令和2年度は631人となっています。

新規認定者減少の要因は、高齢者人口が減少してきたこともありますが、認定率が平成26年度以降下降していることから、介護予防事業の展開など、認定を受けず自立した生活を継続できた方が増えたことも一因と考えられます。

要介護度別認定者数（鹿児島県錦江町）



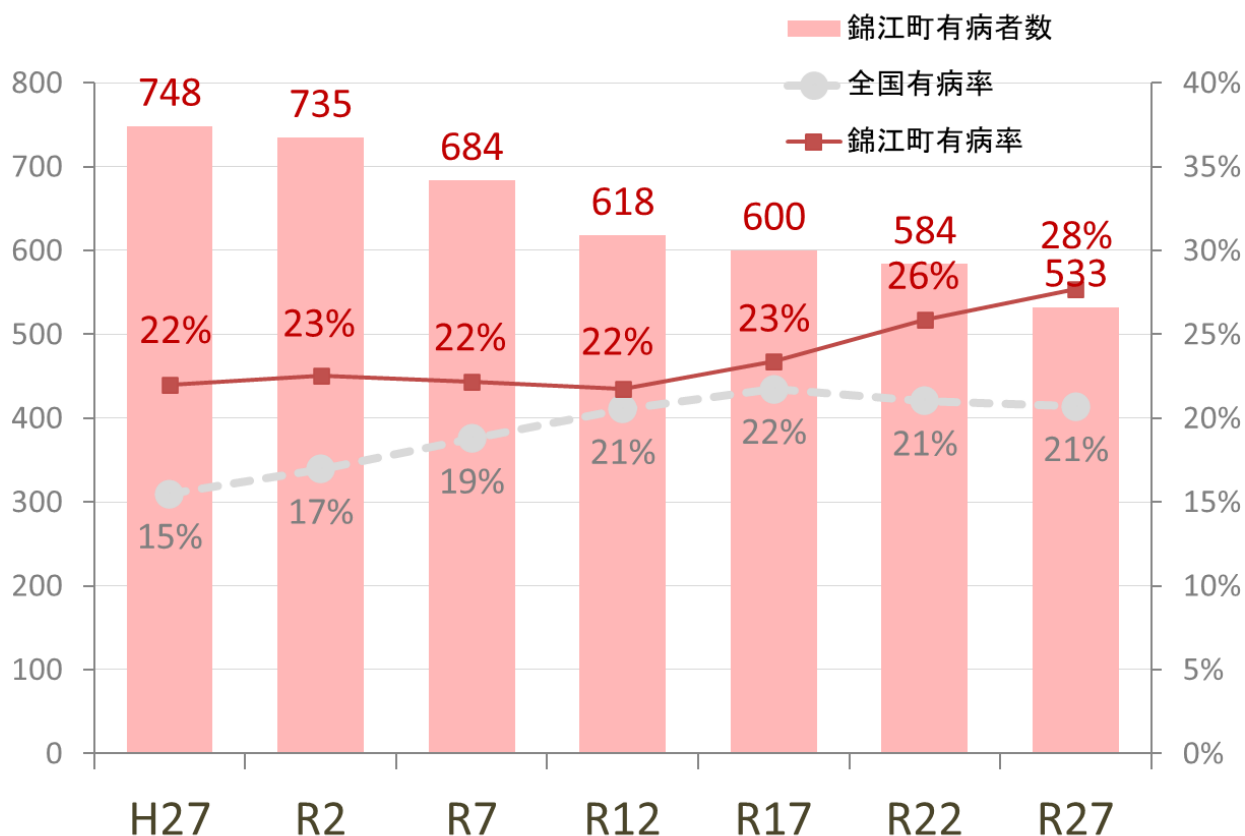
地域包括ケア見える化システム

## 4 認知症高齢者の状況

国は、高齢化の進展により認知症高齢者が増加すると予測しており、認知症有病率は令和7年には19%、700万人に達するとしています。

この試算方法を基にした本町の認知症高齢者数は、平成27年の748人から令和7年には684人に減少する予測となっています。

認知症高齢者数の予測だけを見ると、将来の本町では、「認知症高齢者が減少した安心できる社会になっている」のではないかと考えてしまいますが、生産年齢人口の減少による専門職として従事する職員数の減少、介護を行っている家庭における世帯あたり人員数の減少や介護者の減少など、今以上に課題が山積していることが考えられます。



※ 国勢調査などを基に独自試算

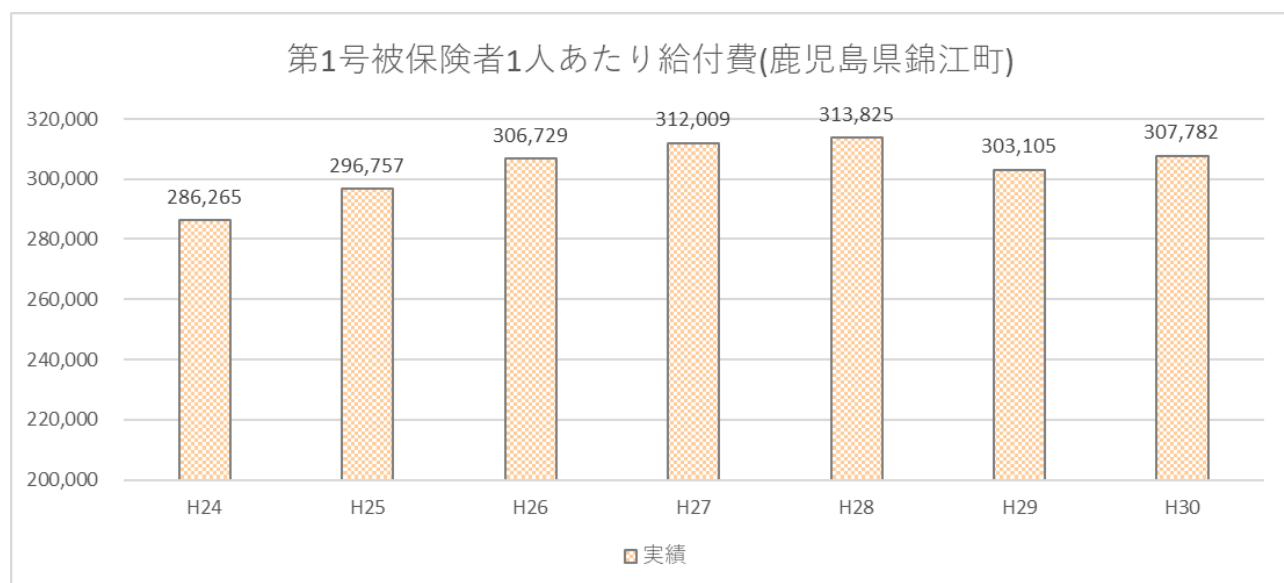
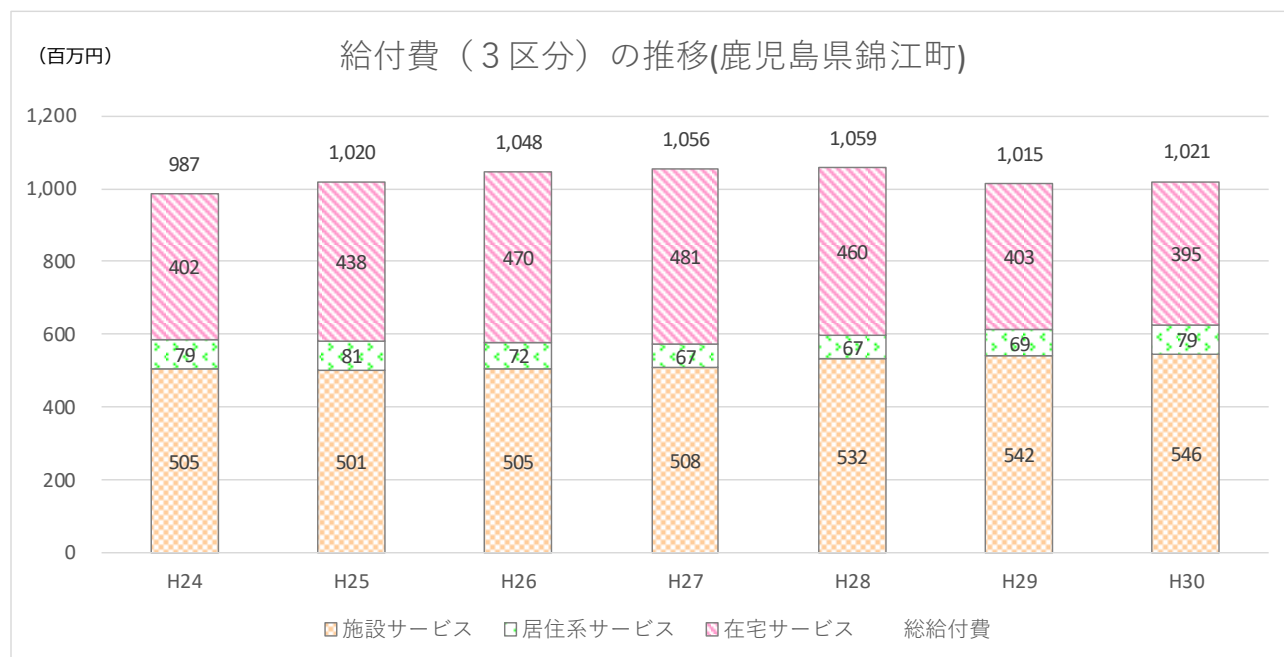
## 第2節 介護給付の状況

### 1 介護給付費の推移

本町の介護給付費は約10億円で横ばいに推移しています。

内訳としては、施設サービスが約5億円、居住系サービスが約0.7億円、在宅サービスが約4億円となっています。

本町の1人当たり給付費は、約30万円で近年は横ばいに推移しています。



地域包括ケア見える化システム

## 第3節 後期高齢者の医療・介護の状況

### 1 後期高齢者の医療・介護・健診等の状況

#### (1) 1人あたり介護給付費用額

平成30年3月に鹿児島県後期高齢者医療広域連合が策定した「保健事業実施計画(データヘルス計画)」によると、75歳以上の方の1人あたり介護給付費用額は、県平均と同程度と20%ほど上回る水準の間を変動しています。

	H23	H24	H25	H26	H27
錦江町額	307,777	377,015	387,040	340,068	344,631
県平均額	305,437	313,450	317,464	321,838	317,555
県平均に対する比率	1.01	1.20	1.22	1.06	1.09

鹿児島県後期高齢者医療広域連合策定「保健事業実施計画(データヘルス計画)」

#### (2) 1人あたり療養諸費費用額

1人あたり療養諸費費用額は、県平均と同程度と10%ほど下回る水準の間を変動しています。

	H23	H24	H25	H26	H27
錦江町額	924,855	875,566	966,233	1,042,276	1,046,905
県平均額	1,033,577	1,024,899	1,039,292	1,049,386	1,068,398
県平均に対する比率	0.89	0.85	0.93	0.99	0.98

鹿児島県後期高齢者医療広域連合策定「保健事業実施計画(データヘルス計画)」

#### (3) 疾病別の1人あたり医療費(男女計)

疾病別の1人あたり医療費は、生活習慣病総計が県平均の1.15倍となっており、疾病別にみると、脳血管疾患1.24倍、虚血性心疾患1.21倍、高血圧症1.16倍などが高くなっています。

	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	腎不全	生活習慣病総計
錦江町医療費	2,746	767	2,302	1,040	356	1,664	8,874
県平均医療費	2,213	636	1,976	952	401	1,523	7,700
県平均に対する比率	1.24	1.21	1.16	1.09	0.89	1.09	1.15

鹿児島県後期高齢者医療広域連合策定「保健事業実施計画(データヘルス計画)」(H27)

## 第4節 生きがいつくりや社会参加の様子

### 1 高齢者の就業の様子

#### (1) 国勢調査に見る就業の様子

高齢者の就業の様子については、高齢者人口の減少に伴う就業者人口の減少がみられますが、平成27年度は、就業している方の割合が高くなりました。これは、団塊の世代が集計に加わったことが一因と考えられます。

一方、後期高齢者の就業者数は減少していますが、就業率はほぼ横ばいに推移しています。

	平成17年		平成22年		平成27年	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
高齢者人口	3,874	38.7%	3,587	39.9%	3,402	42.9%
うち65-74歳	1,772	17.7%	1,325	14.7%	1,168	14.7%
うち就業者	744	42.0%	493	37.2%	495	42.4%
うち75歳以上	2,102	21.0%	2,262	25.2%	2,234	28.2%
うち就業者	263	12.5%	284	12.6%	268	12.0%

※ 国勢調査

#### (2) シルバー人材センターの様子

シルバー人材センターの様子については、概ね横ばいの状態となっています。

	平成30年度	令和1年度	令和2年度 見込み
会員数	159	161	157
実働人数(延べ)	9,164	8,503	8,269

## 2 高齢者の社会参加の様子

### (1) 老人クラブの様子

老人クラブの様子については、以下の通りとなります。

	平成 30 年度	令和1年度	令和2年度 見込み
老人クラブ数	19	18	17
会員数	688	627	603

### (2) 地域サロン等の様子

サロンやころばん体操の様子については、以下の通りとなります。

	平成 30 年度	令和1年度	令和2年度 見込み
サロン開催箇所数	47	52	52
サロン参加者数	748	752	760
ころばん体操開催箇所数	10	11	22
ころばん体操参加者数	476	520	458

### (3) 各種ボランティアの様子

各種ボランティアの様子は、以下の通りとなります。

	平成 30 年度	令和1年度	令和2年度 見込み
食生活改善推進員・母子保健推進員	17	16	15
運動ボランティア	26	24	26
地域見守り隊(在宅福祉アドバイザー)	169	172	164
脳若サポーター	2	3	2
有償ボランティア	34	30	25



## 第5節 アンケート調査結果の状況

### 1 アンケート調査の概要

#### (1) 調査の目的

令和2年度に高齢者福祉・介護保険事業計画を見直すにあたり、既存データでは把握困難な生活の状況や社会参加、今後の生活について御意見、潜在的なニーズ(サービスの利用意向・高齢者福祉に関する意識等)、高齢者のおかれた環境やその他の事情等を調査・分析し、計画の基礎資料とすることを目的に実施しました。

#### (2) 調査対象及び回収状況

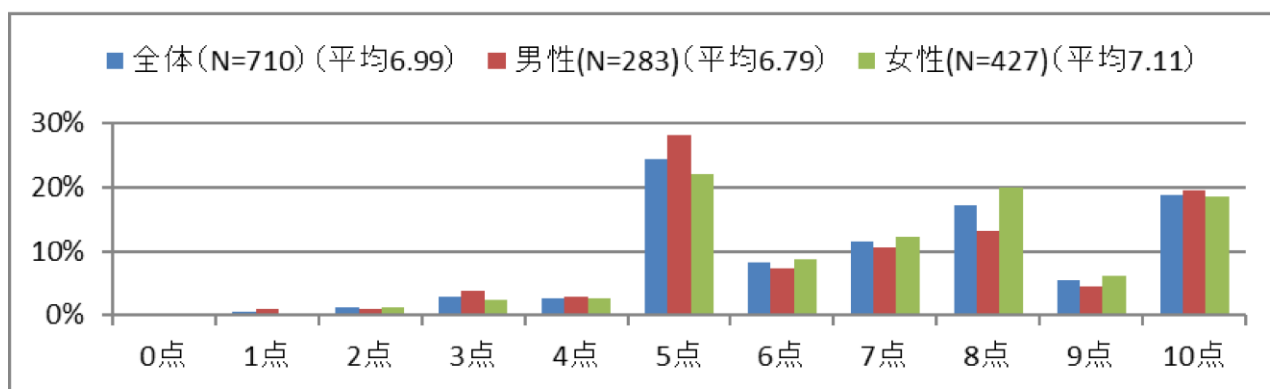
	高齢者実態調査		
	一般高齢者調査	若年者調査	在宅要介護者調査
実施時期	令和1年12月	令和1年12月	令和1年12月
配布方法 回収方法	民生委員による 配布回収	郵送による配布回収	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター による配布回収
抽出方法	65歳以上の方を無 作為抽出	40～64歳の方を無作為 抽出	在宅の介護保険サービス 利用者の方を無作為抽出
配布数	500件	500件	334件
有効回答数	493件	192件	217件
有効回答率	98.6%	38.4%	65.0%

## 2 幸福感と他設問の関係について

あなたは、現在どの程度幸せですか（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点としてご記入ください）という問いと他の設問との関係について分析を行いました。

本町高齢者の幸福度は、全体平均6.99、男性6.79、女性7.11で、男性より女性の幸福度平均点が高くなっています。

### 【幸福度の分布と性別比較】



性別以外の設問との関係では、「主観的健康観が肯定的な方」、「社会参加を週1回以上している方」、「お世話係として協力意向のある方」の幸福度平均点が高くなっていることから、今後は、そのように感じながら生活する高齢者が増えることで、全体平均が高まると考えられます。

自分自身が健康だと思うかどうか

	肯定的な方	否定的な方
主観的健康観の違い	7.34	5.73

介護認定を受けているかどうか

	一般高齢者	認定者
介護認定の有無	7.21	6.47

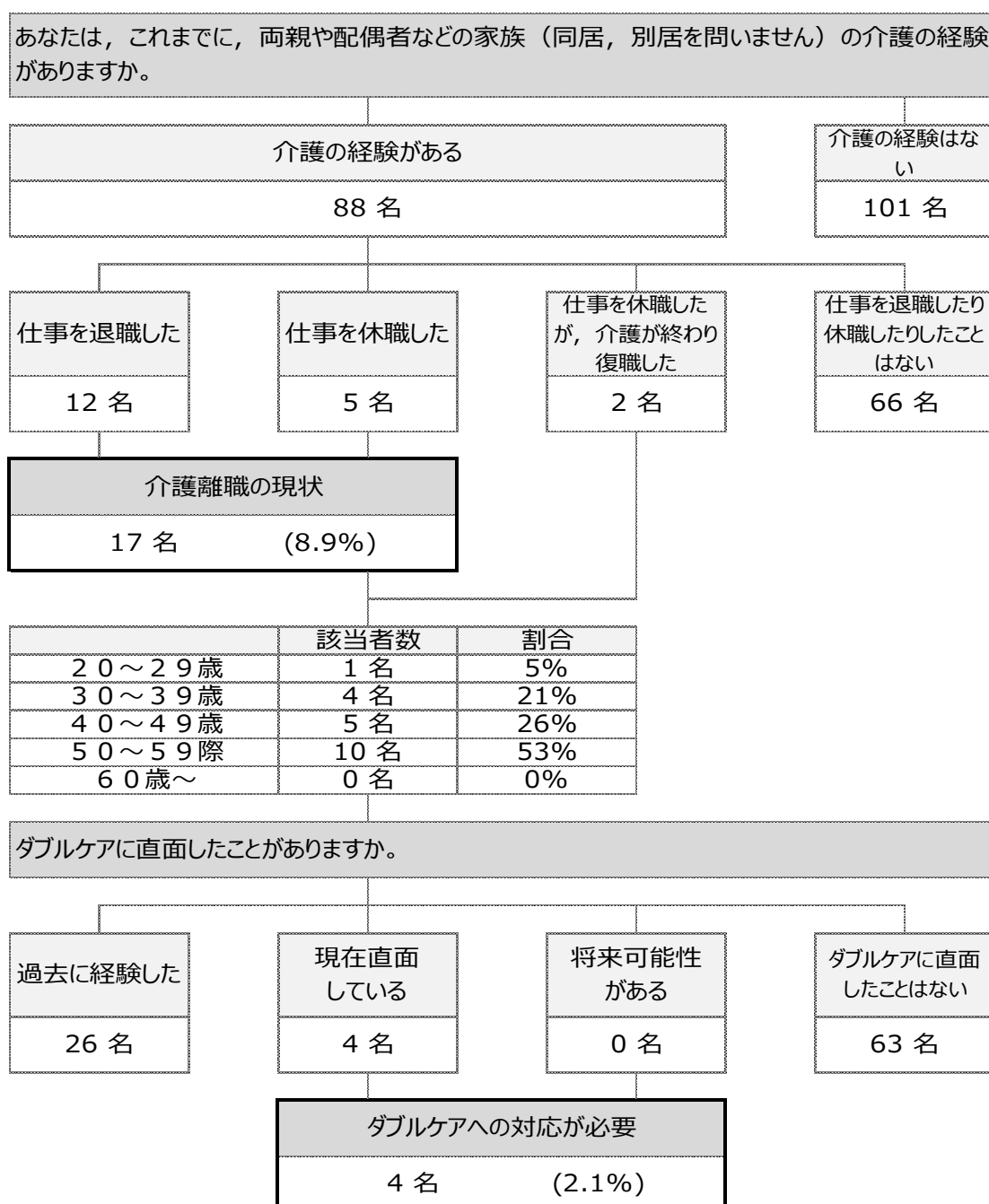
地域活動へのお世話係として協力意向

	協力意向のある方	協力意向のない方
協力意向の有無	7.35	6.69

### 3 介護離職とダブルケアについて

若年者調査において、①親の介護をきっかけに離職する「介護離職」の現状と、②子育てと親の介護が同時進行となる、「ダブルケア」について、本町の現状を分析しました。

その結果、若年者調査対象者の中に、介護離職の経験者が17名（8.9%）、ダブルケアに直面している方が4名（2.1%）存在しており、今後はこれらの方々に対する支援が重要となっています。



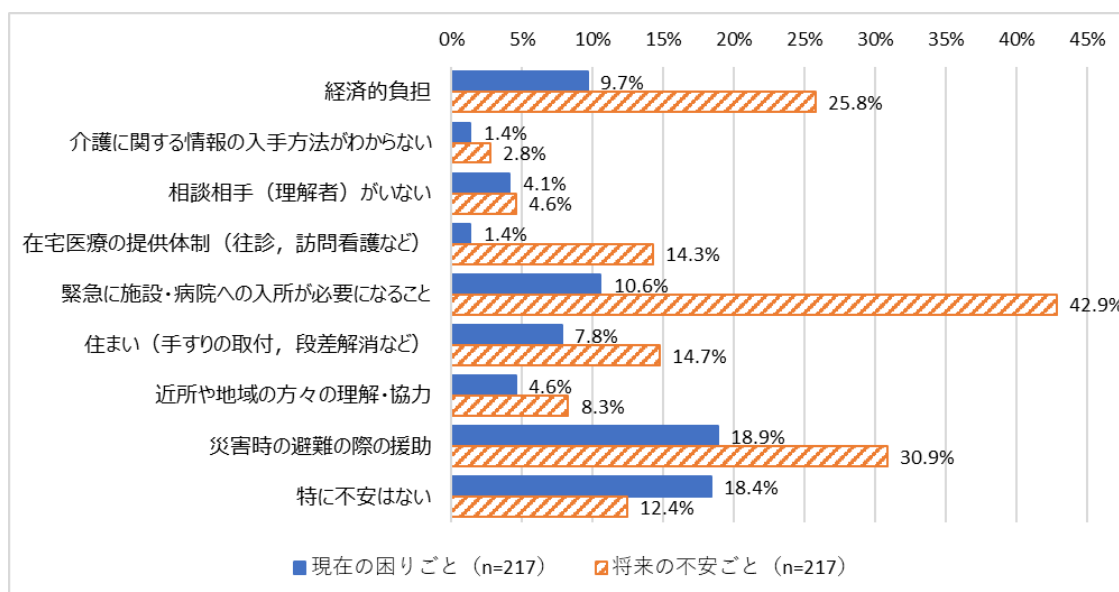
## 4 在宅要介護者における家族介護の様子

現在、介護認定を受けていて、在宅サービスを利用している方への調査では、要介護者を介護している方（家族介護者）への設問があり、家族介護者の状況や不安感などについては以下のような傾向があります。

- 「在宅での介護を行う上で、現在困っていることや将来の不安について（ともに複数回答）」を比較すると、現在の困りごとに対しては、特に不安はない、あるいは困りごとはあっても多くの回答をしていない様子がうかがえる。
- ただし、「介護に関する情報の入手」、「相談相手」などに困っていると回答があることから、これらの情報をケアマネジャー、サービス事業所等へ周知するとともに、積極的な情報発信が求められていると考えられる。

一方、将来の不安に対しては、特に不安はないとした回答が6ポイント減少し、さらに、不安を感じる項目が多数になっている（多くの回答をしている）様子があります。

具体的には、在宅介護を継続していくために必要な、いざというときの備えとなり得る「緊急に施設・病院への入所」と「災害時の避難」が多く、次いで「在宅医療の提供」、「住まい（手すりの取付、段差解消など）」などの在宅医療・介護の支援体制や環境整備を求める意見が続いていると同時に、経済的負担に対する不安が大きくなっています。



## 第3章 計画の将来像

### 第1節 計画の目指す姿

#### 1 基本理念

本計画は、「錦江町総合振興計画」の将来像である「子や孫へ、希望あふれる未来を創りつなぐまち」の実現に向けた高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものとなります。

そのため、本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの実現」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的、かつ、計画的に推進することを目的に策定するとともに、以下のような基本理念を設定し、その実現に向けて総合的に推進していきます。

なお、地域包括ケアを構築していくための10年間の計画という位置づけを持つ「地域福祉計画」の第3期目となることから、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。

#### 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8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 ～

## 第2節 目指す姿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

本町に暮らす高齢者の特徴としては、地域福祉計画策定時のワークショップで、以下のようなことが挙げられました。

- 自治会の加入率が高く、まとまりがあり、助け合っている
- 高齢のみなさんが地域行事によく協力してくれる
- 元気な高齢者が多い（働いている高齢者多い）
- 元気な高齢者が支援の必要な人にできることを手伝う（話し相手、ゴミ出し等）

また、本町では、高齢者の就労率が高く、国勢調査によると前期高齢者で42.4%、後期高齢者で12.0%が就労しており、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。

さらに、高齢者人口の23.5%の方が、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）、生活学校会員、脳若サポータ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、超高齢化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フレンドリーコミュニティの構築を図ります。

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以上となり、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〔要介護（要支援）認定者〕

#### 介護が必要な方にサービスを提供します

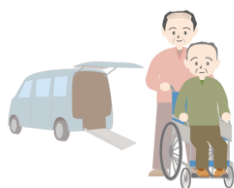
介護保険制度開始からすでに21年が経過し、本町の介護保険サービスも充実してきました。しかし、自営業者や農林水産業従事者が多く、また、中山間地域で一人暮らしの高齢者が点在する地域性から、近隣に介護者がおらず、施設への入居が必要となる高齢者が多いことも本町の課題となっています。

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。





## 4 数値目標設定

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。

高齢者の自立支援・重度化防止等に係る保険者機能に関する評価指標について

指標	R 2実績	R 5目標
要介護認定率	19.6%	19.9%
要介護(要支援)認定者数	631人	612人
通いの場(地域サロン)の実施箇所数	52箇所	60箇所
通いの場(地域サロン)の参加者数	770人	830人
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)	23.5%	26.9%
認知症カフェの開催	2箇所	2箇所
地域ケア個別会議の開催数	年 10回	年 12回
地域ケア推進会議の開催数	年 1回	年 1回
介護給付費適正化主要5事業の実施事業数	5事業	5事業
医療情報との突合・縦覧点検の実施の有無	12箇所月分	12箇所月分

## 第3節 2040年の本町の姿

### 1 2040年の姿の推計方法

---

2040年の姿を推計するにあたり、以下2つのデータを基に推計を行っています。

一つ目は、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」であり、国勢調査結果を基にした、日本全体だけでなく市町村別の将来推計人口となります。

二つ目は、直近の性別・5歳階級別高齢者人口と性別・5歳階級別認定者数を基に、各年齢群の認定率を算出しました。

### 2 2040年の本町の姿と地域づくりの基本的方向性

---

本町では、2040年に人口3,818人、うち高齢者人口2,257人、年少人口と生産年齢人口は1,561人となっており、現在と比較して、高齢者人口は989人の減少、年少人口と生産年齢人口は2,401人の減少となります。

認定者は、2040年に531人となり、現在と比較して100人の減少となります。

つまり、1人の認定者を約2.3人の生産年齢人口で支えることとなります。

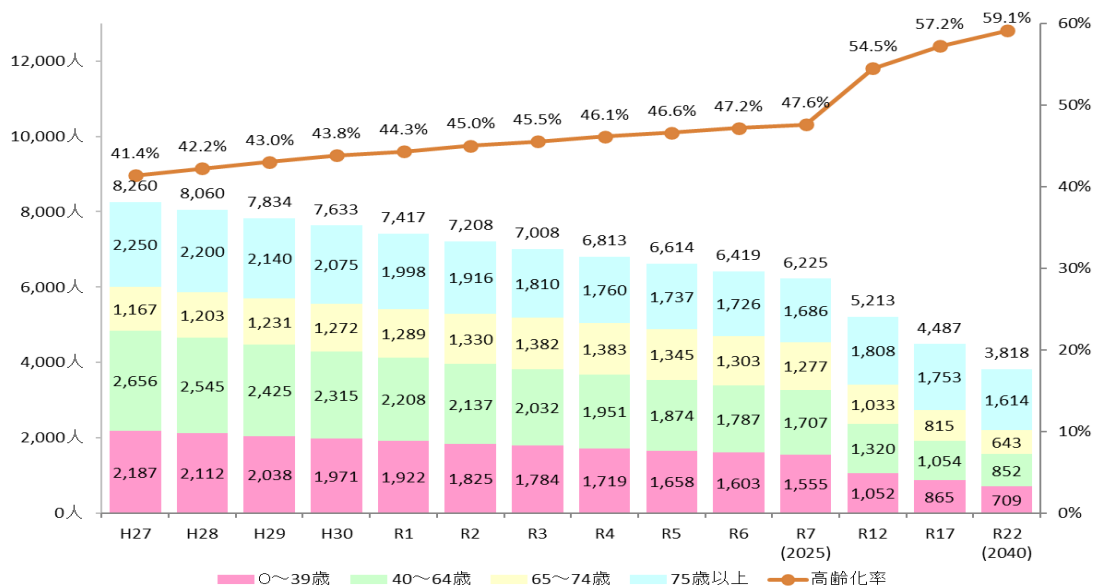
同時に、高齢者の課題は、介護の分野にとどまらず福祉や医療、家族関係、生活困窮などとも関連が深い傾向にあります。

そのため、地域共生社会の実現に向け、母子保健、国保、後期高齢者医療などの現状も含めた一体的な支援体制を整備する必要があります。具体的には、①相談支援、②参加支援事業、③地域づくり事業の一体的な取り組みがより一層必要になります。

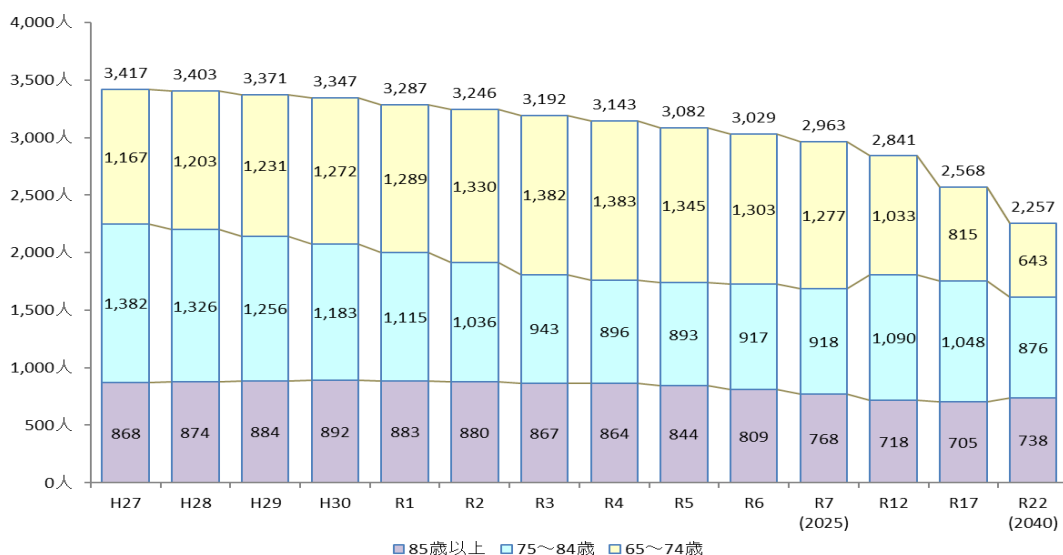
高齢者分野では、この予測の基礎となっている、「直近の年齢階級別認定率」が少しずつ下がることにつながるような「予防事業の革新」、仮に介護が必要になったとしても、いまよりもさらに医療・介護等の専門職と、地域の担い手が連携したチームとなって対応できる「チームケア」、さらには、生活支援体制整備事業等のさらなる推進による、コミュニティビジネスとしての「新たな支える形の創出」など、あらゆる場面で、いまの施策が横断的に活用される形が求められていると言えます。

現時点では、具体的な施策までは提示できませんが、20年後の2040年にはこのようなまちになるという共通認識をもって、保健、医療、福祉、介護だけでなく産業振興、教育機関、他民間も含めて横断的に創意工夫した取り組みを行う必要があります。

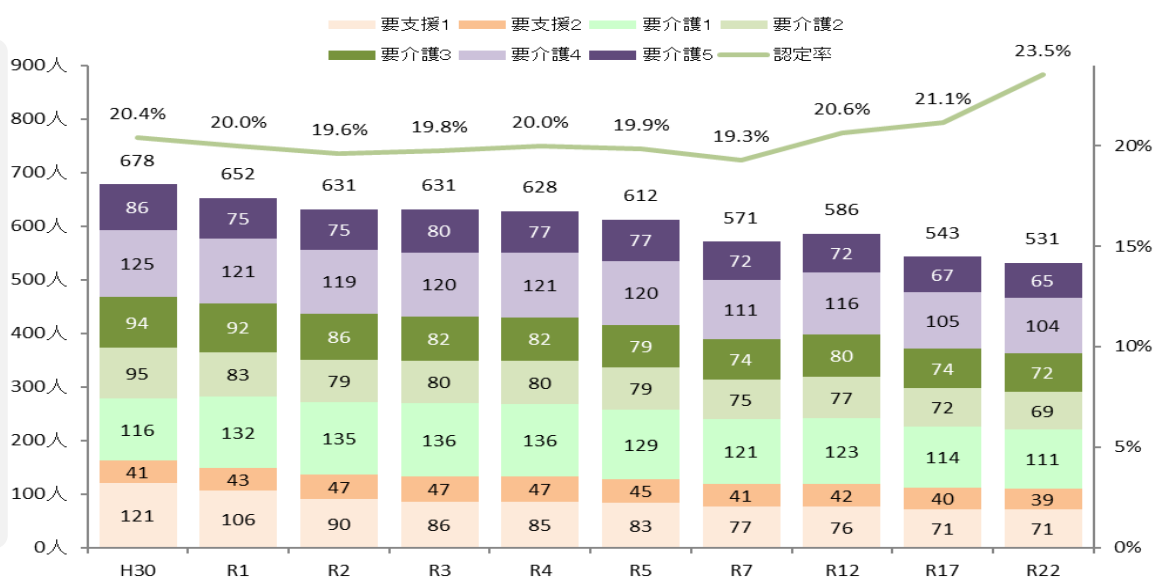
人口推計



高齢者人口推計



認定者推計

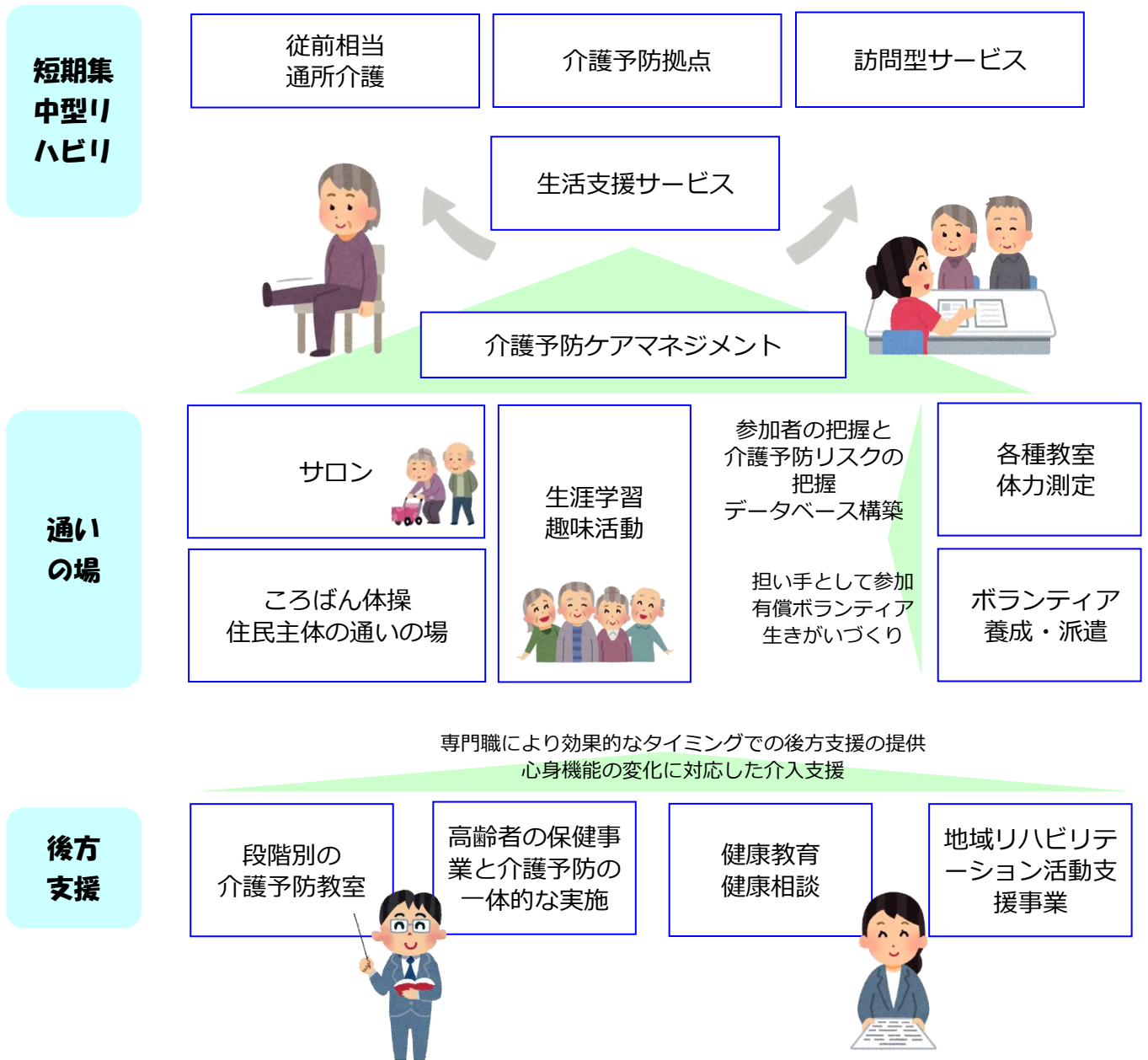


## 第4節 基本的な視点の達成に向けた重点目標の設定

### 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。

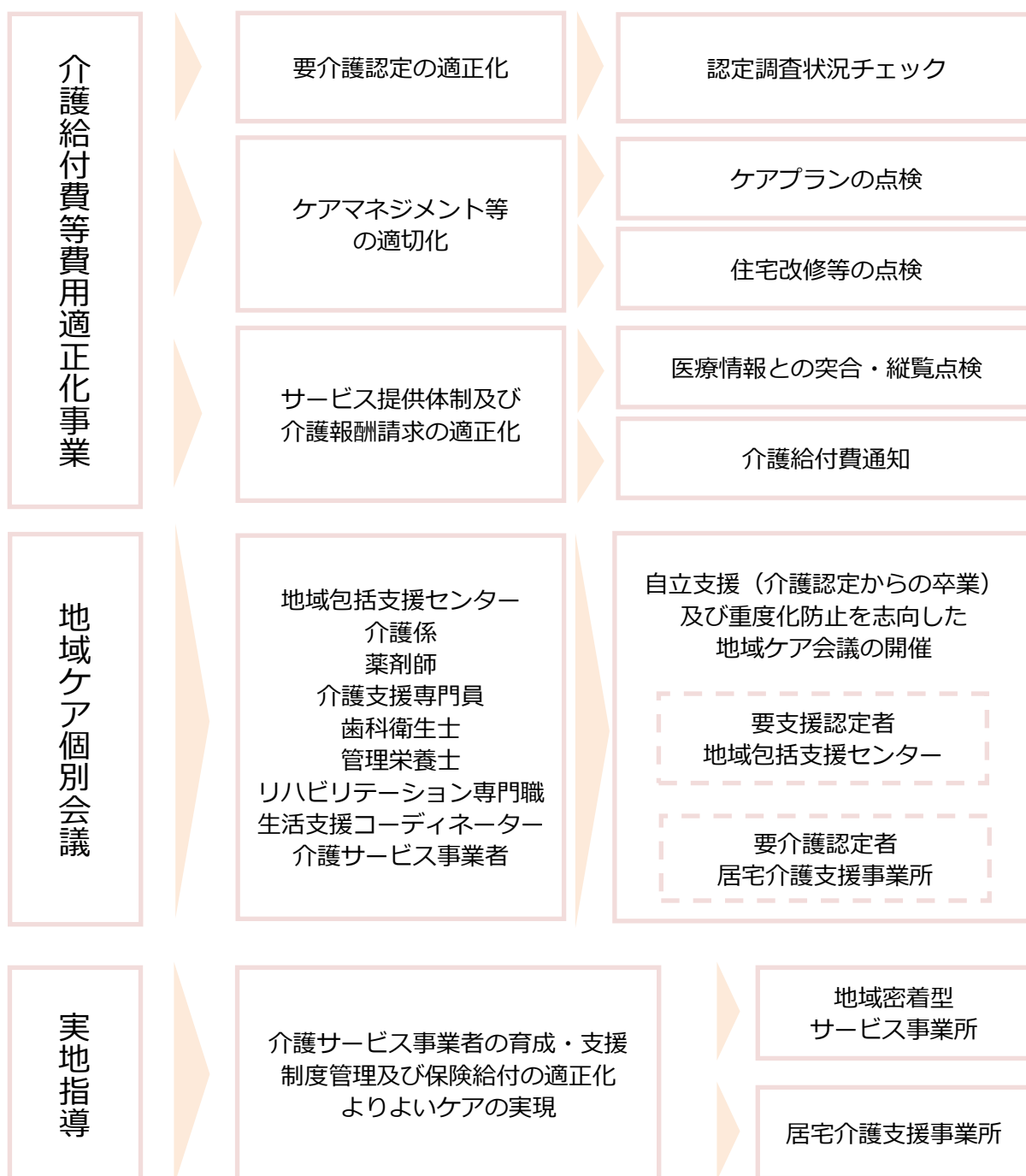
本町における通いの場を中心とした予防事業の展開（イメージ）



## 2 介護給付費の適正化等

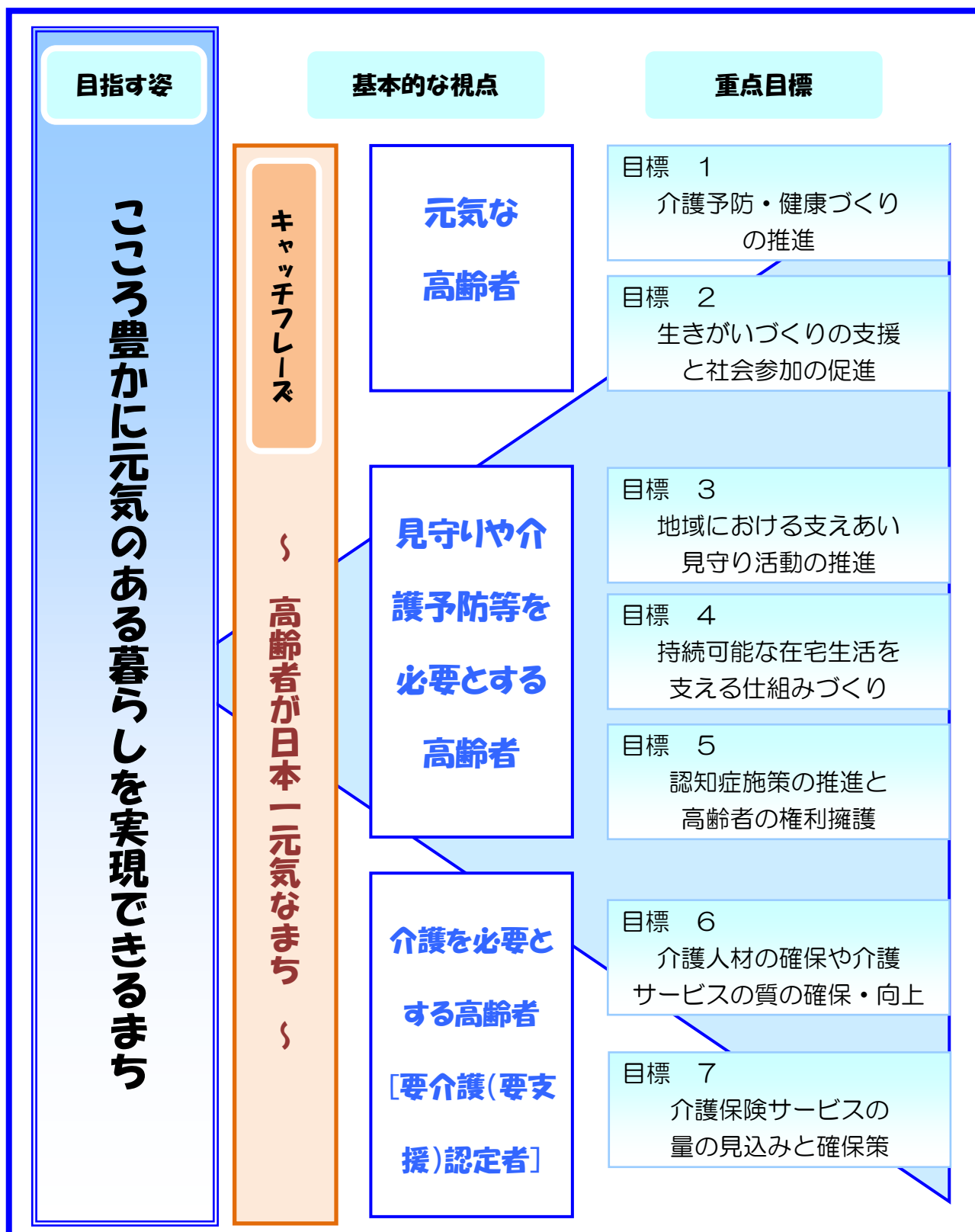
本町では、介護給付適正化に努めるとともに、自立支援型地域ケア会議の実施、介護給付費等費用適正化事業の拡充などにより、自立支援・重度化防止の実現に向けた取り組みの強化を目指します。

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）

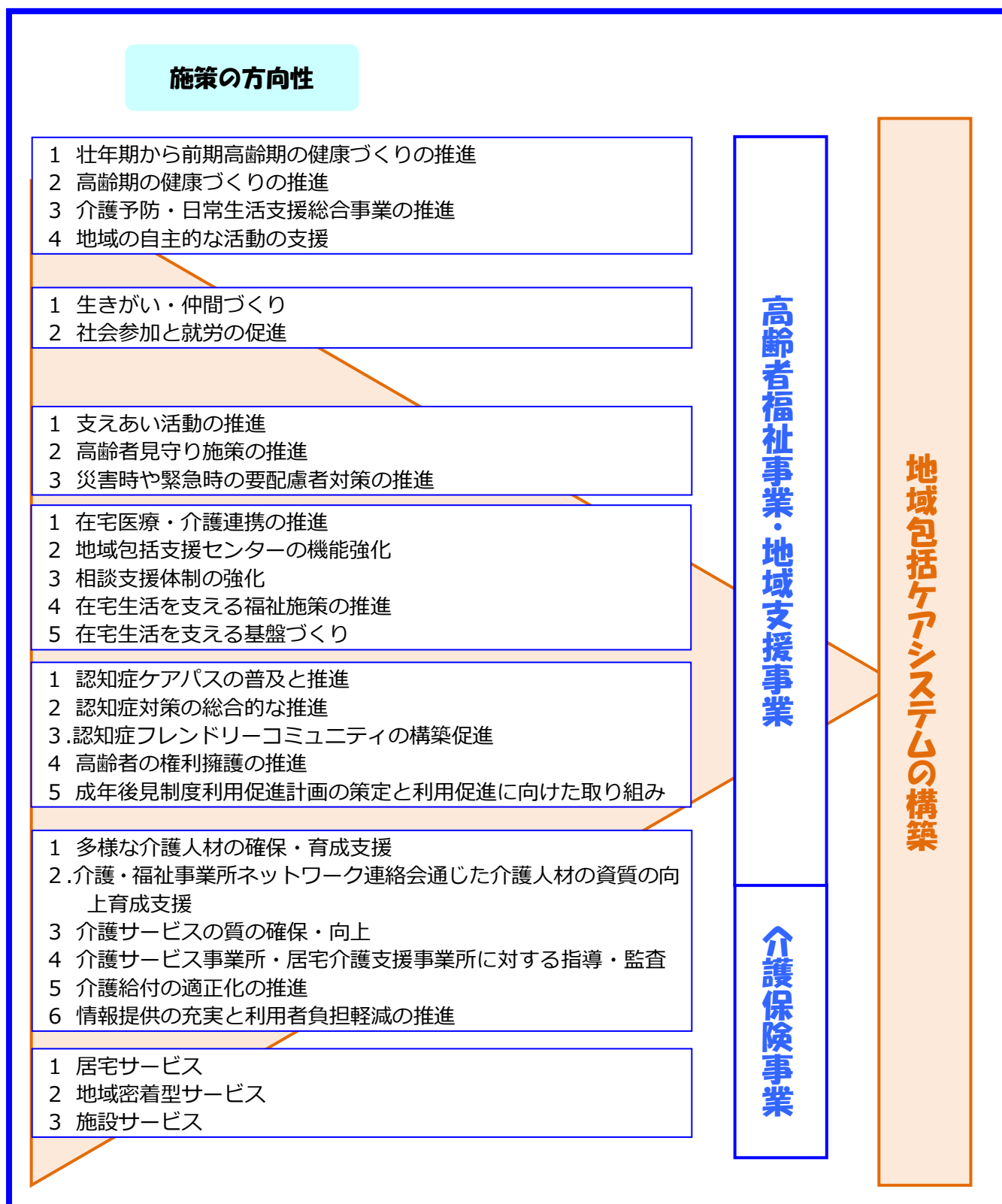


## 第5節 基本構想と基本計画の枠組み

### 1 基本構想の枠組



## 2 基本計画の枠組







# 各論



## 第2部 各論

### 第1章 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と重症化予防の徹底と社会環境の整備

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及び長寿健診の受診が基本となりますが、本町は受診率が伸び悩み、受診者固定化もみられ、町民の健康意識の格差が生じていると言換えることもできます。

本町は、健診会場までの移動手段として、公共交通機関が少ないことによる影響も生じております。また令和2年度より新たな課題として、新型コロナウイルス感染拡大による健診受診を控えるような状況もあります。高齢者は特に、感染予防対策を講じた会場の確保及び実施方法の検討は今後の大きな課題です。

この課題に対して、これまで実施してきた年1回の特定健診等の受診勧奨をさらに進めるとともに、有用で魅力的な健診受診項目の検討をすすめます。また、健診の実施体制についても新型コロナウイルス感染予防対策として個別化・集団健診の在り方を検討・変更しながら町民が安心して健診を受診することができるよう努めます。

###### (2) 健診受診を核とした健康習慣の確立

本町では「健康寿命延伸」と「医療費適正化」を目標に生活習慣病の予防と重症化に取り組んでいますが、医療費の伸びを抑えられていない現状にあります。健康意識は後々の後期高齢者医療費にも反映するため、幼少期からの日常生活習慣改善に取り組むことが重要です。

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。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を実施しております。また、事業所に対しては、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施について働きかけるとともに特定健診との同時実施など必要な支援を行っていきます。

第3期データヘルス計画に定めた特定健診の受診率、特定保健指導の実施率の目標値を達成するために、特定健診については未受診者への電話・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。

### (3) 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問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。

### (4) がん検診等による疾病予防と早期の発見

国の統計によると、胃がん患者は減少し続けており、その反面、肺がん・大腸がん・乳がん患者が増加傾向にあるとされております。

本町では、講演会の開催や広報誌・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。

特定健診同様、がん検診においても受診者が固定化されている傾向にあります。

新型コロナウイルス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。

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。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

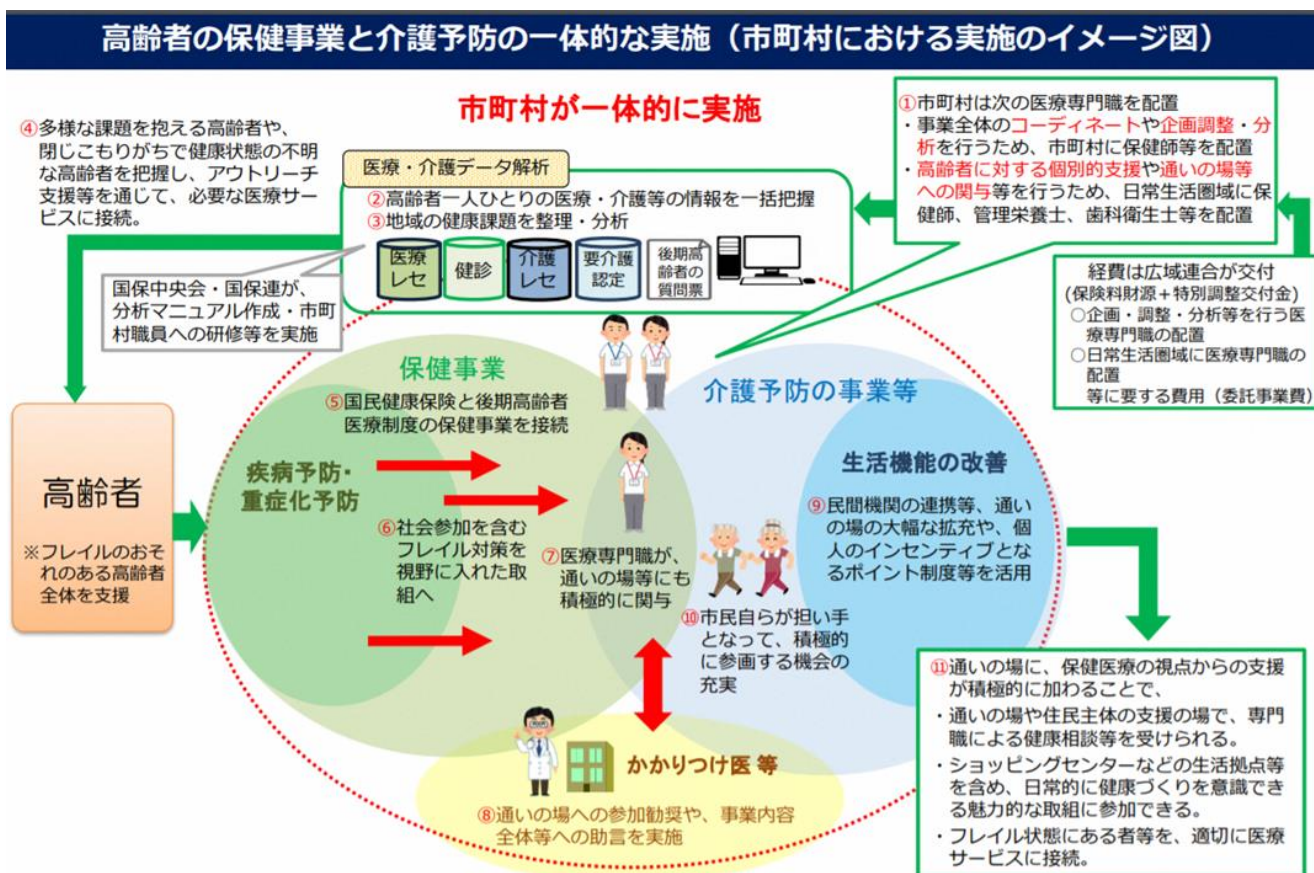
### (1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が求められており、75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することとされています。

具体的には、健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進、また、健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスの接続、通いの場での相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と保健事業、介護事業を一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指します。

本町においては、早期の事業開始を目指し、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。

また、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をもとにし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。



### (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率向上に向けて取り組みをすすめました。

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。

### (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り組みの強化

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。

そのなかでも、歯科口腔保健分野では高齢者の事業への参加が少ない状況が課題とされており、その対策として「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り組みを強化して、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・障がい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

---

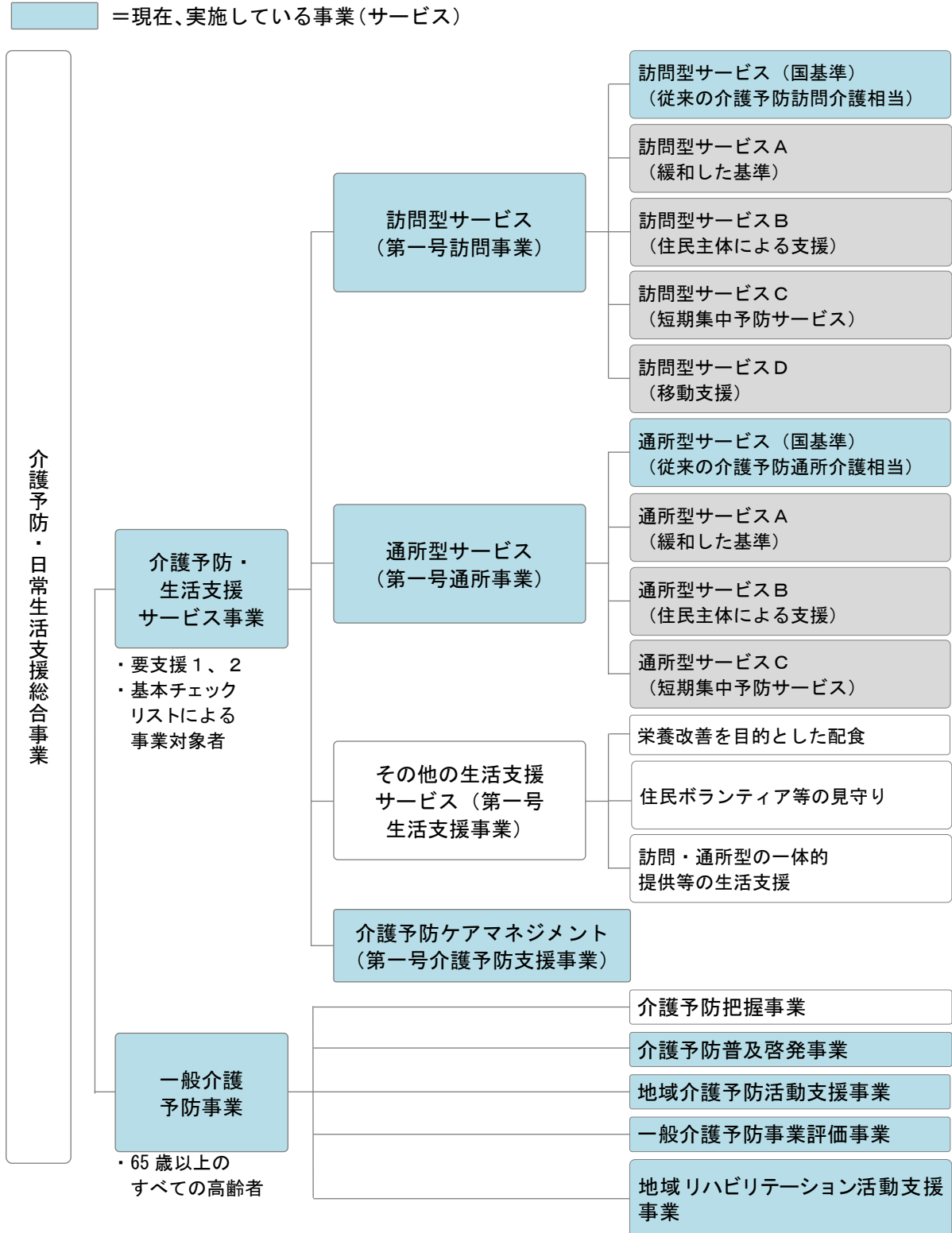
総合事業開始に伴い、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業を実施するようになりました。また、地域包括支援センター・国民健康保険・福祉部門で連携し、事業内容の共有や連動した情報収集を行い、対象者の心身の状態に合わせた公的サービスや事業を提供しています。なかでも、一般介護予防では、元気な人から要支援に係るような人まで65歳以上すべての人を対象に事業を展開しています。

一般介護予防事業の課題として、教室新規参加者の獲得が難しいことや、参加者の固定化、教室終了後の自宅での継続が困難、身近な地域での受け皿が不十分であることが挙げられます。

この課題に対して、事業参加者の個々の課題を明確化、心身の状態に合った目標を設定することで、本人のできる力を引き出し、教室終了後も主体的に継続できるような支援に取り組みます。また、自主活動への支援、サロンリーダーやボランティアの育成・研修を行い、各自治会における健康づくり活動の推進に取り組みます。新型コロナウイルス感染症予防対策を講じ、安全に事業運営を行うためにも、環境整備やDVD・CD活用による効果的な事業を展開します。

自立支援を意識した介護保険事業計画目標の設定、伴走型の支援や地域ケア会議等での専門職の助言を他ケースのアセスメントや支援に活かし、錦江町にある資源の発掘と各関係分野と協働した有効活用を図ります。

介護予防・日常生活支援総合事業の全体像（厚労省資料）





## (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2つがあります。

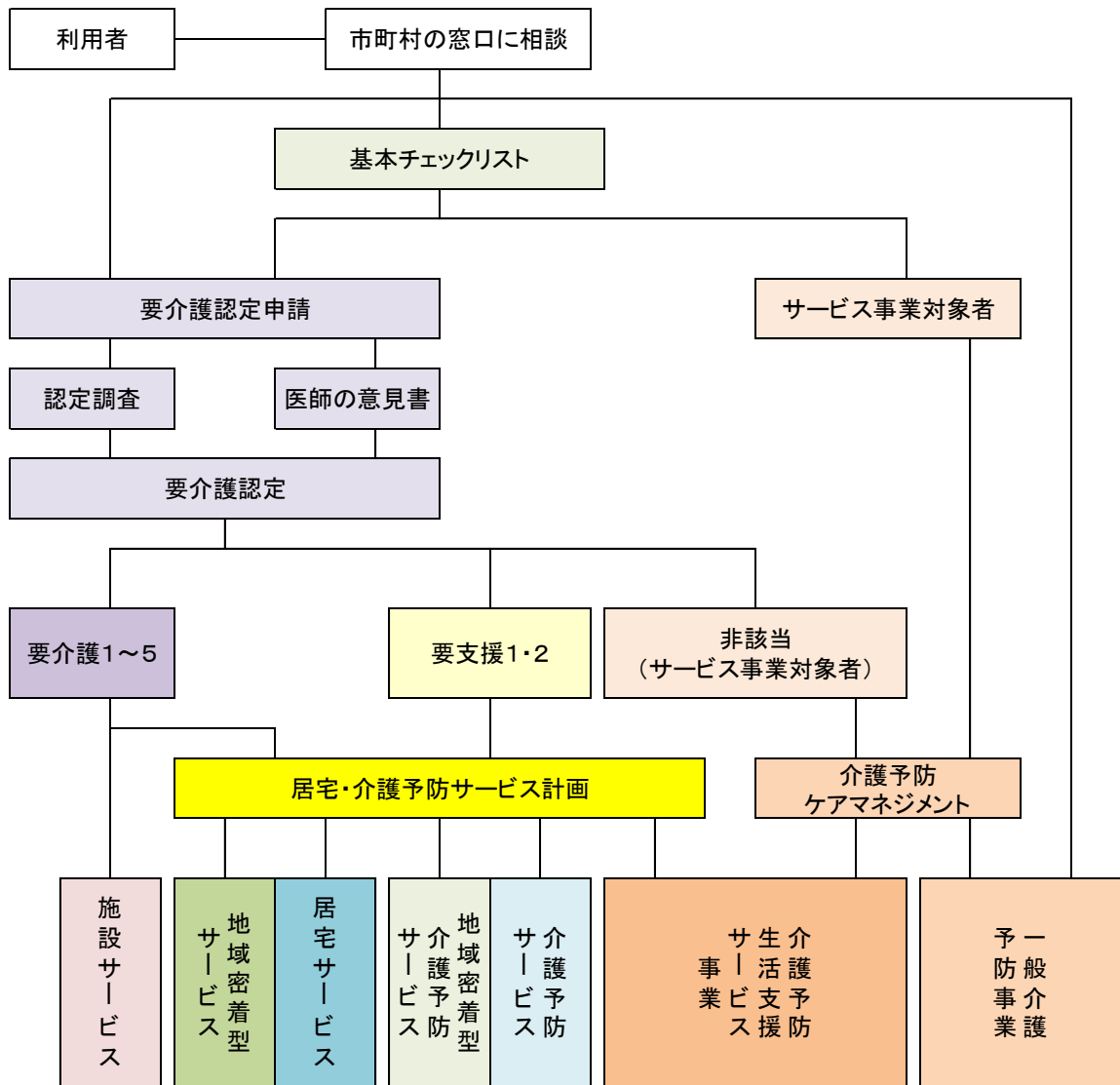
ひとつ目は、窓口相談に来た方のうち、要支援1・2または介護予防・生活支援サービス事業の対象となりそうな方については、「基本チェックリスト」を用いて、サービス事業対象者となり得るかどうか判断します。要介護認定申請を希望した場合であっても、要介護認定の結果非該当となった方は、サービス事業対象者となります。これらの方々については、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、自立支援に向け必要なサービスの提供が行っています。

ふたつ目は、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。

本町の課題として、対象者把握が窓口相談や関係機関からの情報提供に限られるため、町内全ての高齢者に関しての把握ができないこと、介護予防・日常生活支援総合事業に従事する人材不足のふたつが挙げられます。人材不足は自立支援に向けた各種サービスを十分に受けることができなくなることに繋がります。

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、運動・有償ボランティア、シルバー人材センターと連携し地区組織活動の支援と活性化をすすめます。また、町内の事業所等における社会貢献活動として取り組む事業所との連携についても検討します。

住民一人一人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地域づくりの啓発活動をすすめます。



### (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～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険・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

### (1) 住民の自主活動支援

本町では地域包括支援センターが中心となり、介護予防講座等の開催や講師派遣などを行うだけでなく、介護予防教室卒業者の活動やサロン活動など自主的に活動できるよう、社会福祉協議会と連携して支援を実施しています。

高齢者元気度アップ・ポイント事業の開始に伴い、各地域のサロン活動が広がっており、サロン実施箇所数・参加者数ともに増加しています。一方、小規模自治会では組織形成が難しく、地域キーパーソンの高齢化や担い手が不足しているなどの課題もみられるようになりました。また、活動は行われているものの関係機関に依存している傾向にあるグループもあることから、今後の自立活動に向けた意識改革が必要となります。

今後は、自主組織ごとに、できること・やりたいと思うができないことなどを明確化し、社会参加や社会活動の場へとつなげる支援を行います。

また、地域偏在と担い手不足を解消するためにも、ポイント付与などのインセンティブの継続による活動の活性化を図ります。

#### 地域サロン活動

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
箇所数	47	52	52	56	58	60
参加者数	748	752	770	790	810	830

#### 地域福祉計画で目指す、高齢者の居場所「常設型サロン」の創設

##### 概要

空き家、公民館、廃校舎、集落広場を活用した週 1 回以上開催の常設型サロン  
 公民館内でもできるようなメニュー開発、(創作活動、お茶のみ等)  
 健康体操、認知症予防プログラム、自宅できるセルフケアの提供

##### 取組

週ごと(各回)のメニュー開発  
 地域リーダーの養成、バス等の送迎の拡充  
 地域リーダー、教育委員会、社会福祉協議会等の協力  
 自治会並びに自治会長、民生委員児童委員、子ども会、婦人会等の参画

## (2) 地域で活動するボランティアへの支援

本町には、食生活改善推進員、運動ボランティアなど地域に根差した自主的な活動を行うボランティア団体だけでなく、平成 29 年度から開始した脳若トレーニングにおいてコミュニケーターも育成し、それぞれの団体が独自の地域活動を推進しています。

各団体の活動のPRが不十分で、社会貢献活動や取り組みの内容が地域に十分浸透していない状況にあります。また、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。

今後は、小規模町の強みである関係部署や社会福祉協議会や教育委員会などの関係機関、住民間つながりを生かし、協働したボランティア人材の育成や研修を行うとともに、引き続き、積極的な周知活動を促します。

また、これまでのサロンポイント付与だけでなく、就労体験や異世代間交流、後継者養成などの目的も含め、教育委員会や産業振興課などとの連携を図ります。地域のちょっとした困りごとを地域住民で解決することで、高齢者が在宅生活を継続できるよう有償ボランティアの増員を社会福祉協議会を中心に検討をすすめながら、在宅高齢者を支えるための環境整備とともに、サービスに携わる高齢者自身の生きがいつくりや、雇用創出を活性化します。

各種ボランティアの人数

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
食生活改善推進員	17	16	15	16	17	18
運動ボランティア	26	24	26	30	34	36
脳若トレーナー	6	6	5	5	5	5
脳若コミュニケーター	2	4	6	6	7	8
脳若サポーター	2	3	2	3	5	7

## 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

老人クラブでは、未加入者への加入促進、運動を通じての健康増進、若手リーダーの育成、地域支え合い・見守り活動の強化の4つを推進目標として、高齢者相互の親睦や交流を図るため、長寿会連合会助成、単位老人クラブ助成を継続しながら社会福祉協議会や教育委員会と連動して活動を支援します。

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、令和2年度は新型コロナウイルス感染症蔓延により、十分なクラブ活動が出来ておりません。そのため、感染症予防対策を講じつつ、安全なクラブ運営ができるよう支援する必要があります。

同時に、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。

#### 老人クラブの状況

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
老人クラブ数	19	18	17	17	17	17
会員数	688	627	603	600	600	600

#### 保養所利用促進事業

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
温泉券利用枚数	801	709	700	700	700	700

## (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、高齢者の生きがいつくり・仲間づくりの場として関係部署と連携して推進します。

今後は、新型コロナウイルス感染症予防対策を講じつつ、日頃の生涯学習講座及び文化祭・生涯学習推進大会の開催ができるように努めます。

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。

### 生涯学習講座の講座数

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
講座数	13	16	14	14	14	14
参加者数	149	136	176	180	180	180

## 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の業務内容や会員の自主活動等について、会報やホームページ、ポスター・チラシ、イベント等で広くPRするとともに、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、国が求める就労支援コーディネーターについても、本町の実情を踏まえ、必要に応じて配置を検討します。

シルバー人材センターのパンフレット



ワンコインサービス利用件数

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
利用者数	5	7	8	10	10	10
稼働実績	43	22	30	40	40	40



シルバー人材センターによる事業展開（ワンコインサービス）

(公社)錦江町シルバー人材センター 家事援助事業

**ワンコインサービス**  
家事おたすけ隊  
10分又は30分以内

日常生活の「チョットした困りごと」を  
1人1回10分又は30分以内の軽易な作業により  
**ワンコイン=100円 又は 500円**  
で、お引き受けいたします。  
※ご利用の際は、あらかじめ余裕をもってご連絡をお願いします。

- ゴミ出し  
ゴミ分別
- 電球  
電池の  
取替え
- プランター  
花壇の  
水やり
- 季節家電  
の入替え

シルバー会員が、町内にお住いの65歳以上の一人世帯・高齢者世帯・障がい者世帯などの皆様の暮らしのお手伝いをします。まずは、お気軽にお電話ください。(詳しくは、裏面をご参照ください。)

公益社団法人 錦江町シルバー人材センター  
〒893 2303 錦江町馬場10番地1(錦江町保健センター隣)  
お問い合わせ TEL (0994) - 28 - 3444  
受付時間 8:00 ~ 17:00 (土日祝・年末年始を除く)

暮らしのちょっとしたお手伝い  
**お手軽ワンコインサービス**

**10分以内100円コース**

- ① 分別済みのゴミ出し
- ② 10分以内のプランター・植木鉢(小さい4~5個程度)の水やり
- ③ 洗濯物の干し・取り入れ
- ④ 購入済みの蛍光灯などの電球の交換(高さ2.5m以内)
- ⑤ 購入済みの電球の交換(壁掛け時計、ガスコンロ、石油ストーブ、テレビのリモコンなど)
- ⑥ 扇風機等の清掃(クーラー除く。)
- ⑦ 季節家電等の入替え
- ⑧ 台座前後のプランター・植木鉢(小さい4~5個程度)の片づけ等

**30分以内500円コース**

- ① ゴミ分別とゴミ出し(複数回)
- ② 30分以内の花壇・植木鉢(複数回)の水やり
- ③ 洗濯物干し・取り入れ(多量)
- ④ 石垣の干し・取り入れを柱以上コインランドリーでの洗濯等
- ⑤ 蛍光灯の電球の購入・交換(高さ2.5m以内)
- ⑥ 電球の購入・交換
- ⑦ 扇風機等(複数回)の清掃(クーラー除く。)
- ⑧ 季節家電等(複数回)の入替え
- ⑨ 台座前後の扉の掛け開めで複数回の植木鉢の片づけ等
- ⑩ 日用品等の少量な荷物代行
- ⑪ その他10分を越える30分以内でできる作業

※訪問した時点でお断りされた場合は、依頼作業の料金をいただきます。  
※ご依頼者様宅が対応する会場宅から片道2kmを越える場合は、別に訪問料金をいただきます。

◆お引き受けできない作業について(トラブル防止のため)

- ① 痛傷、高齢者等の身体に危れる作業(介助など)
- ② 少額な荷物以外の荷物代行、金銭管理、送贈、カード、貴金属等を扱う作業
- ③ 屋根の上や天井裏など高所での作業 ④ 家具など重い荷物の移動や運搬
- ⑤ 故障した機器の修理 ⑥ 食事の準備 ⑦ 犬の散歩 ⑧ 雪での送迎
- ⑨ クーラーの清掃 ⑩ 敷み等の管理 ⑪ 除雪剤や農薬散布など

※シルバー会員に不向きな作業は受けられません。

(2) 高齢者元気度アップ・ポイント事業・高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業

平成26年度から高齢者元気度アップ・ポイント事業、平成27年度から高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業を実施しています。

この事業は、高齢者が介護サービス事業所や介護予防教室等の場でボランティア活動に従事した場合にポイントを付与するもので、ポイントを貯めることを楽しみながらボランティア活動やサロン等の地域活動への参加を行い、自らの介護予防や社会参加、地域づくりへの取り組みを支援するものです。

ポイント付与対象活動

- (1) 町が実施する健康増進又は介護予防・学習会等に関する活動
- (2) 介護施設等におけるボランティア活動等
- (3) 在宅高齢者等の生活支援に係るボランティア活動
- (4) 地域貢献活動・社会参加活動

【個人ポイント】

高齢者元気度アップ・ポイント事業の状況

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
ポイント交換者数	606	605	605	610	620	630
支払額(円)	758,500	1,629,500	2,500,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000

【団体ポイント】

高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業の状況

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
ポイント交換団体数	45	48	48	50	52	54
支払額(円)	1,892,000	1,958,000	1,958,000	2,000,000	2,080,000	2,160,000

## 第2章 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

社会福祉協議会において、地域住民が、仲間づくりや閉じこもり防止等のために活動している、ふれあい・いきいきサロン等の立ち上げや運営を支援します。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2年10月時点で3,790世帯のうち、3,032世帯が加入しており、加入世帯率は80.0%となっています。

一方で、自治会組織の高齢化が進展しており、転入者が近所付き合い等田舎のしがらみを嫌うような風潮もあり、自治会加入をしない方も存在しています。

しかし、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。

池田・宿利原地区で活躍されている青パト隊の活動を他の地区へも広げるとともに、郵便局員や水道検針員、新聞配達員、宅配業者、地元商店などと連携・協力して、重層的な見守りの体制づくりの推進を継続します。

### 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

平成 25 年 8 月に「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」が内閣府（防災担当）から示されたことにより、避難行動要支援者名簿の作成が市町村に義務付けられ、本人の同意を得て関係機関等に情報提供することとなりました。

平成 29 年度に新システムを導入し、要配慮者名簿の作成から要支援者名簿の作成までが容易にできるような環境を整えました。

要配慮者の把握を民生委員による訪問実態調査により進めましたが、定期的な更新及び実態の再確認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。

今後は、新たに介護保険サービス利用者はケアマネジャーによる災害時避難の意向確認や同意の確認をとるようにします。

また、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、障害者については地区担当保健師及び福祉チーム、民生委員が連携し、実態把握と意向調査を実施することで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を引き続き整備します。

#### (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、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について検討し、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

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
緊急通報システム設置数	3	4	4	4	4	4

##### 高齢者あんしん電話設置事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
高齢者あんしん電話設置数	0	1	1	1	1	1

(3) 福祉避難所等の確保と移送

災害発生時に高齢者や障がい者等、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

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
施設数	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

地域支援事業実施要綱の改正により、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、在宅医療・介護連携推進事業では、8つの事業の推進が求められています。

本町では、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。

今後も、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。

#### (ア) 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。

#### (イ) 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。

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。

### (ウ) 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、(エ)、(オ)、(カ)等の支援を行うとともに肝属郡医師会立病院地域連携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。行政と医療機関や事業所が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。

### (エ) 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・介護関係者等の中で、情報を共有しています。ケアマネジャーを対象とした研修会の開催や、令和2年度から新たに創設した錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会で医療や介護現場における課題を共有し、機能分担、連携の強化を図ります。

### (オ) 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、多職種連携の実際についての研修を実施しています。

### (カ) 24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。

### (キ) 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等により、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。

### (ク) 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、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。



## (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

本町では、「地域ケア個別会議」を自立支援に向けた個別事例の検討の場として、「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ました。

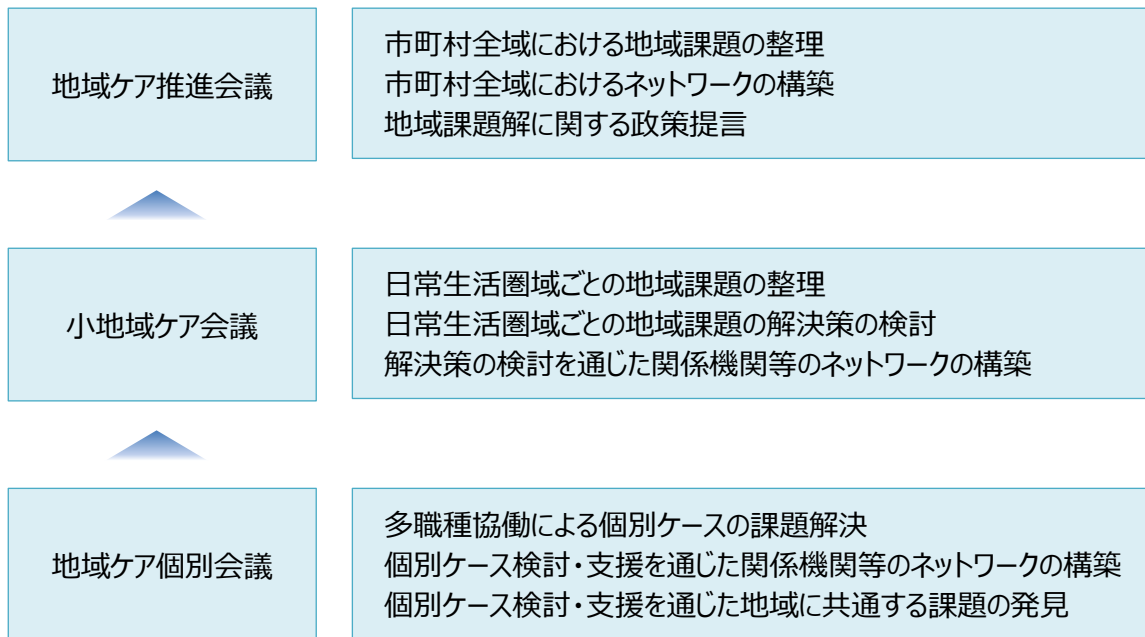
本町では、今後も介護チームが中心となり、関係機関等を通じて医療・介護・福祉等の従事者に参加を呼びかけ、地域ケア個別会議を毎月1回（2事例ずつ）定期的に開催しています。地域ケア個別会議後に助言者の意見がどのように活用されたか把握するモニタリングが不十分であるため、今後モニタリングの項目やその実施方法について検討を実施します。

同時に、公民館単位での地域ケア会議を、地域福祉計画で目指した「小地域ケア会議の開催」として位置付けて開催することで、小地域ネットワークの構築、課題の把握・共有、情報共有、具体策の検討等を図ります。

### 地域ケア個別会議・地域ケア推進会議の開催

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域ケア個別会議の開催回数	3	10	10	12	12	12
地域ケア推進会議の開催回数	1	1	1	1	1	1

3つの地域ケア会議の役割



(参考事例) 地域ケア会議での事例検討のあり方について

大分県における地域ケア会議で検討したケアプランの具体的事例

利用者の状態	生活の不活発により、下肢機能の低下が顕著(要支援2)
利用者の課題	入浴ができない(入浴できるようになる余地あり)
認定期間	6か月

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める  
(安全に入浴する)

サービス内容

ディサービスで、週2回風呂に入る

問題点

ディサービスでは入浴できても、  
自宅では、入浴ができない

お世話型のケアマネジメント

ケア会議で修正した目標

6か月後  
自分で入浴することができる

修正ポイント

- ・ ディサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってはどうか？
- ・ 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討してはどうか？
- ・ 低栄養では？BMIは？食生活は？
- ・ 歯・口腔・嚥下の状態は？
- ・ 薬の服薬状況は？

自立支援型のケアマネジメント

### (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、肝属地区広域リハビリテーション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事業所指導を実施しています。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きました。

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をし、介護予防の取り組み機能を強化します。

### (4) 在宅医療に関する住民への普及啓発

高齢化の進展した本町には、人生の最後を住み慣れた自宅で過ごしたいという高齢者の在宅医療について、高齢者自身だけでなく、その家族、地域や関係機関が一体となって考えることが重要となっています。

そのため、本町では、平成 26 年度以降、以下のような在宅医療に関連する講演会を開催しています。

在宅医療に関する講演会の実績		
平成 26 年度	命の授業	写真家ジャーナリスト 國森 康弘氏
平成 27 年度	認知症の症状と対応	オフィス藤田有限会社 古城 順子氏
平成 28 年度	人口減少社会に向けて老い方死に方が変わる	国際医療福祉大学 高橋 泰 教授
平成 29 年度	その人らしく旅立ちを支えるために	宮崎大学 板井 孝吉郎 教授
平成 30 年度	温もりと笑顔の中で	善福寺住職 長倉 伯博氏
	住み慣れた地域で安心して暮らしていくために	岡山県津山市役所 安本 勝博氏
令和 1 年度	キュア志向の在宅医療とケア志向の在宅医療の文化の違いについて	ナカノ在宅医療クリニック 院長 中野 一司氏
令和 2 年度	人間関係と心の健康について	安田女子大学 金坂 弥起 教授

講演会を機に盛り上がった看取りに関する住民の意識が、今後さらに向上するように、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ショートステイなど福祉・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

地域包括支援センターの役割を果たすために、令和2年12月現在、正職員4名、会計年度任用職員2名の体制で、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を中心として、介護予防マネジメント業務、総合相談・支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント業務等を行っています。

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要となっています。

また、「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの体制整備」に係る事業が包括的支援事業に位置付けられています。

なお、地域包括支援センターの機能強化には、センター以外の実施主体に事業を委託することができる枠組みがあることから、委託先の確保とともに効果的な実施体制の確保策を検討します。ただし、現状の体制から、新たな人材確保や外部委託先となり得る団体を見つけることは難しい状況が続いていることから、当面の目標としては、業務の効率化をどの程度できるか見極めながら実施していきます。

同時に、高齢者の安否確認や生活相談等を実施するため、在宅介護支援センター（在宅介護支援センター青山荘、在宅介護支援センター南松園）に委託して対象世帯等の実態把握や福祉サービスの必要性を検討し、ホームヘルパーの派遣や関係機関との連携などにより高齢者の安心を確保する体制づくりを行います。

さらに、地域包括支援センターの業務実施や、地域ケア個別会議等の場で得られる多職種による専門的な視点が、本町の地域課題を発見につながります。それらを活かした資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげることを目指していきます。

地域包括支援センターの役割と位置付け

**総合相談・支援業務**

住民の各種相談を幅広く受け付け、制度横断的な支援を実施します。

**包括的・継続的ケアマネジメント業務**

ケアマネジャーへの相談・支援・指導や困難事例等への対応を実施します。

**権利擁護事業**

成年後見制度の活用促進や高齢者の虐待防止の対応を実施します。

**在宅医療・介護連携の推進**

地域の医療機関等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を図ります。

**地域ケア会議**

多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。  
また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関等との連携を深めます。

**認知症施策の推進**

認知症になったとしても、地域で安心して暮らし続けることができる体制構築を支援します。

**介護予防・生活支援サービスの提供**

高齢者ニーズと社会資源のマッチングを行い、介護予防・生活支援サービスの提供を実施します。

介護支援専門員

かかりつけ医  
かかりつけ歯科医

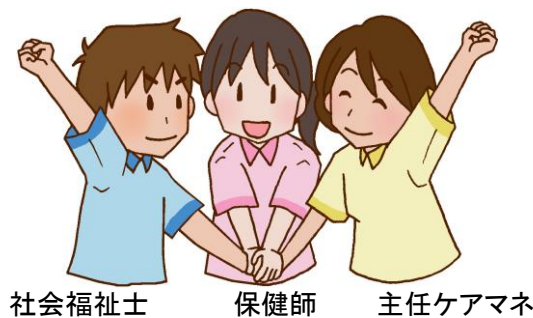
介護サービス  
事業所

医師会  
歯科医師会

在宅介護  
支援センター

認知症疾患  
医療センター

警察署



社会福祉士

保健師

主任ケアマネ

保健所

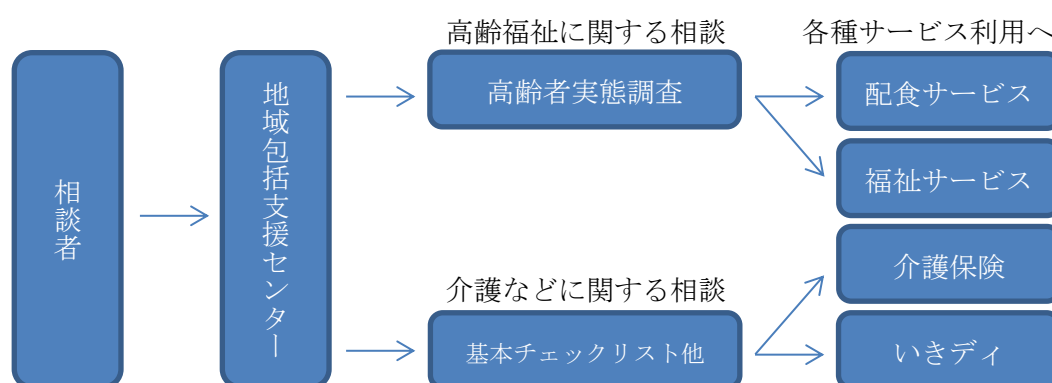
社会福祉協議会 隣近所 自治会 民生委員 老人クラブ  
シルバー人材センター 各種ボランティア NPO 法律の専門家 商店・郵便局・金融機関等

### 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保健福祉課内に設置しています。

地域包括支援センターを保健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、地域の関係機関等と連携しながら適切に支援を行い、必要に応じて専門機関等へつなげて解決を図っていく体制を整えます。

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

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
総合相談支援	360	360	360	360	360	360
指定介護予防支援事業(延べ)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
新しい総合事業のケアプラン作成(延べ)	500	500	500	500	500	500

## 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。

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。

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。

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。

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。

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。対象者の需要の掘り起こしを今後実施する必要があるため、今後制度の周知方法とあわせて検討します。

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。

今後も配食サービスの質の確保及び従事スタッフの負担軽減を図られるよう事業所との連携強化に努めます。

また、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。

さらに、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

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
件数	2	4	5	5	5	5

## 鍼灸施術助成事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
件数(延べ)	1,264	1,053	1,200	1,200	1,200	1,200

## 寝たきり高齢者等紙おむつ助成事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
件数	116	96	120	120	120	120

## 寝たきり老人等理髪サービス事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
件数	0	2	2	2	2	2

## 在宅寝たきり高齢者等寝具洗濯サービス事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
件数(延べ)	56	41	50	50	50	50

## 生活支援型ホームヘルプサービス事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
利用者数	2	3	5	5	5	5
利用時間(延べ)	38	31	30	30	30	30

高齢者等訪問給食サービス事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
利用者数	119	106	120	120	120	120
利用配食数(延べ)	38,927	37,852	37,000	37,000	37,000	37,000

生活指導型ショートステイ事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
利用者数	3	1	5	5	5	5
利用日数(延べ)	15	4	10	10	10	10

生きがい対応型デイサービス事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
利用者数	20	18	20	20	20	20
利用日数(延べ)	954	782	800	800	800	800

## (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」を活用していくことにより、高齢者の在宅生活を地域全体で支えます。

福祉介護手当の支給事業

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
支給者数	56	44	45	45	45	45

# 有償ボランティア

## おたすけネットワーク事業

### 錦江町の皆様へ！！

社会福祉協議会では、日常生活に困っている高齢者を応援する

#### 「有償ボランティアおたすけネットワーク」

を作りました。『地域生活応援員』の皆さんが、高齢者の方々に安心・安全に暮らせるように、下記内容のサービスをお手伝いします。ご希望される方はお気軽にお電話ください。ご利用になれる方・・・支援を必要とする高齢者や障害者等の方々です。



#### サービス内容

- ★衣類等の洗濯・補修
- ★住居等の清掃・整理整頓
- ★布団干し
- ★話し相手
- ★ゴミ出し・ゴミの分別支援
- ★手続き支援
- ★郵便物の投函・小包等の届け物
- ★買い物支援
- ★外出時の付き添い（車は使用しない）
- ★その他（相談に応じます）

※ 但し、介護保険等の公的サービスが優先されます。

#### 利用方法

- 社協へ登録
- ↓
- 必要なサービスを受ける  
(地域生活応援員)
- ↓ (30分 300円)
- サービス利用分の利用料を社協へ支払う

※援助時間帯  
8:00～17:00  
月曜日～金曜日（土日・祝日休み）

～『地域生活応援員』とは？～  
社会福祉協議会が開催したボランティアの養成講座を受講されたの方々です。

### 錦江町社会福祉協議会

〒893-2302  
住所：肝属郡錦江町城元963番地  
電話：22-2000

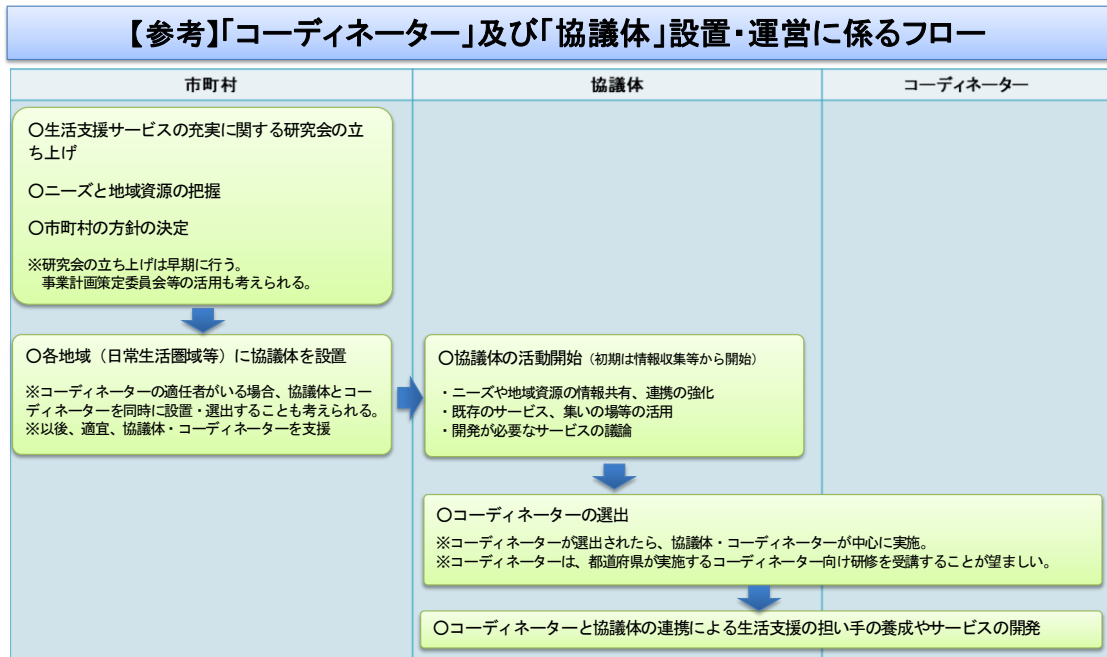
(3) 生活支援サービスの充実と体制整備

在宅生活を支える福祉施策の推進には、地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要となります。

そのためには、以下6つのプロセスが必要とされています。

- ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ② 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ
- ③ 関係者のネットワーク化
- ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発
- ⑥ ニーズとサービスのマッチング

また、このプロセスを実行するための体制整備として、町が中心となって以下のフローに基づき、「生活支援コーディネーター」と「協議体」を設置しました。



生活支援体制整備事業における協議体については、生活支援コーディネーターの活動を組織的に補完するとともに、資源開発等地域における生活支援の充実のために非常に重要な役割を果たすことが期待されています。

そこで、本町全体を第1層とする協議体の設置、生活支援コーディネーターの配置を行いました。

今後も、地域住民や民間企業、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開発を円滑に進めていきます。

#### 生活支援体制整備事業における協議体の活動イメージ



## 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。

本町はこの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75歳以上で、バイクや車の免許証を保有していない方や身体障害者手帳の交付を受けた方で身体障害者法施行規則別表5号の一级に該当する方など、一定の要件を満たした方を対象として福祉タクシー券を交付します。

人口減少が進むなか、移動困難となる高齢者が増加すると予測され、引き続き福祉タクシー券を交付し、移動の利便性向上を図ります。

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ィサービス等を利用する際の送迎を継続します。

#### 福祉タクシー券事業

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用件数	4,172	3,563	3,500	3,500	3,500	3,500

#### 生活支援移送サービス事業

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用者数	20	18	20	20	20	20
利用件数(延べ)	1,702	1,552	1,250	1,250	1,250	1,250

## (2) 住まいの確保

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。

同時に、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。

一方で、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

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
入所者数(年度末)	70	70	70	70	70	70

## (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

### 1 認知症ケアパスの普及と推進

#### (1) 認知症ケアパスの普及と推進

本町では、平成27年度に認知症ケアパスを作成し、認知症の在宅支援に係る医療や介護サービスの情報を体系的に整理し資料化するとともに、町民にわかりやすいものとするために、「認知症ガイドブック」としてまとめ、全世帯への配布を行いました。

しかし、現に認知症またはその疑いのある方にとっては、ガイドブック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。

さらに多くの町民へ知っていただけるよう、広報誌掲載、各サロン、自治会長会等の折りに説明会・チラシ配布を実施するとともに、町ホームページへの「認知症ガイドブック」掲載等による周知広報活動を行っていきます。

#### 認知症ガイドブック 【概要版】

##### 認知症ってどんな病気だろう？



認知症はいろいろな原因で脳の働きが悪くなって記憶力や判断力などが少しずつ低下し、「物忘れが激しい」「言葉が出てこない」「段取りが悪い」などのいくつかの困りごとが起り、今まで問題なくできていたことに支障が出る状態です。これは、誰にでも起こりうる進行する「脳の病気」です。



「認知症かもしれない…。」

どうしたらいいの？」

という不安はとても大きなものです。病気のことを知られたくない方や病院受診に抵抗がある方は少なくありません。おかしい？と思ったら、早めにご相談ください。

**早期発見と治療が大切です。**

困ったら、まずは**錦江町地域包括支援センター**（☎22-3030）にご連絡ください。

認知症に関する 相談窓口	肝属郡医師会立病院 <b>認知症サポート医</b>	錦江町神川 135-3	0994-22-3111
	長浜医院 <b>認知症サポート医</b>	錦江町城元 895-6	0994-22-0137
■認知症疾患医療センター（専門医療相談）			
	メンタルホスピタル鹿屋	鹿屋市田崎町 1043-1	0994-42-3155

■若年性認知症コールセンター 0800-100-2707（月～土 10時～15時）

**私たちもサポートします！**  
**“認知症初期集中支援チーム”**  
 ～錦江町役場と肝属郡医師会立病院の専門職のメンバーがご自宅にお伺いします！～

#### 【認知症の人への対応の心得】 3つの「ない」を心がけましょう！ 1、驚かせない 2、急がせない 3、自尊心を傷つけない



怒ったり止めたりせず、優しく穏やかに  
思いやりをもって接しましょう！


#### 具体的な対応の6つのポイント

- まずは見守る
- 余裕をもって本人をあせらせず対応する
- 声をかけるときは一人で
- 後ろから声をかけない
- 目線を合わせてやさしい口調で
- 本人の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する





**認知症の段階の目安と生活上のポイントについて** ※下記の症状に個人差がありますが、あれ？と感じた症状を放っておくと、どんどん症状が悪くなります。ご家族や近隣の方々が、いち早く気づき、早めに専門医の診療を受けましょう！

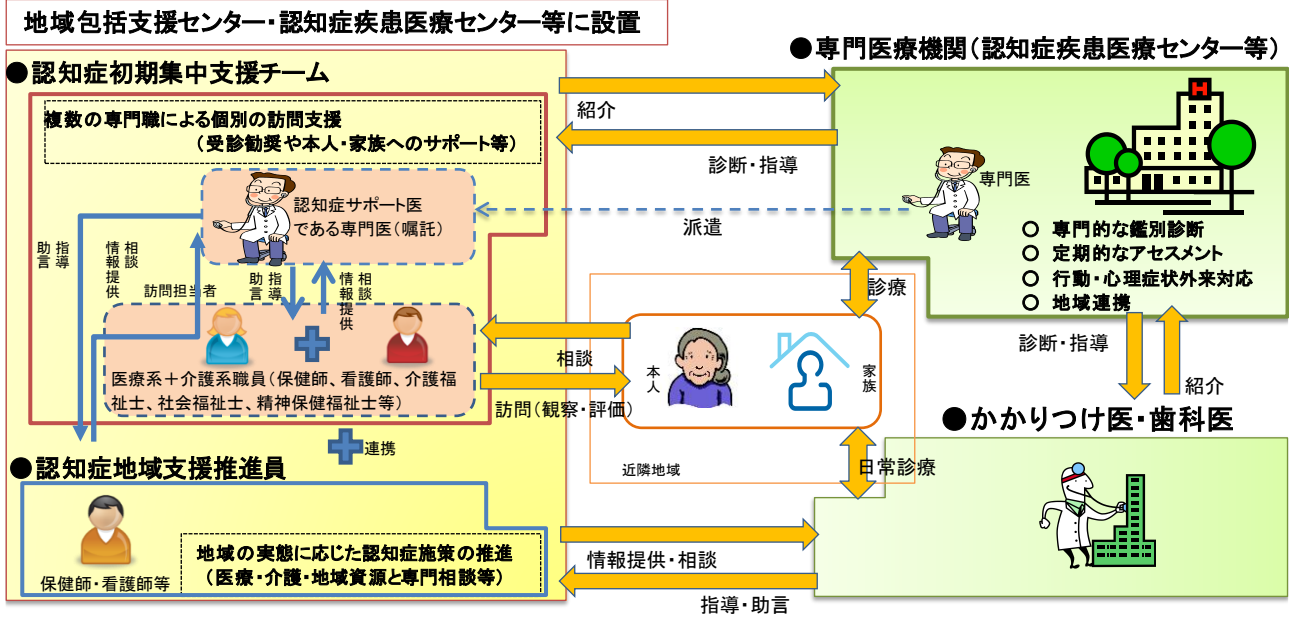
認知症の段階	自立	初期	中期	後期		
<b>本人の様子</b> 	<b>健康</b> 軽度認知障害 ●最近忘れっぽくなってきた ●買い物やお金の管理など不安がある	認知症疑い ●物忘れが増えてきた ●同じ話を何度も繰り返す	認知症はあるが、日常生活は自立 ●機械の操作ができなくなってきた ●身なりを気にしない ●火の消し忘れ ●置き忘れ、紛失が多くなる	誰かの見守りがあれば日常生活は自立 ●買い物やお金の管理などこれまでできてきたことにミスが増える ●薬の飲み忘れ、飲み間違いが増える ●入浴を嫌がる ●昼夜逆転	日常生活に手助け・介護が必要 ●着替えや食事、トイレなどがうまくできない ●トイレや入浴に介護が必要 ●速くに住む子どもや孫がわからなくなる	常に介護が必要 ●言葉によるコミュニケーションがとれない。 ●飲み込みが悪くなり、食事介助が必要になる。 ●歩行が不安定
<b>生活上のポイント</b>	本人の不安を和らげる。 成年後見制度をしておこう（見守る人を増やす）	年のせいにはせず、早めに専門医を受診し、検査を受ける。 （介護保険サービスの利用を検討。） TEL：22-3030（地域包括支援センター） 緊急時に備え、家族や親族の連絡先をまとめておく。	医療のサポートを受ける。 お金の管理・これからの住まいを考える。 自宅に閉じこもらないように、外出の機会をつくり楽しむ。 近隣者や自治会長、民生委員にも相談し、地域での見守り体制つくりましょう。	本人が安心できる安全な環境を整える。 コミュニケーションを工夫する。 利用できる福祉サービス（紙おむつ給付・介護手当支給事業など）を使う。		

**（２）認知症対策における福祉と医療の連携の推進**

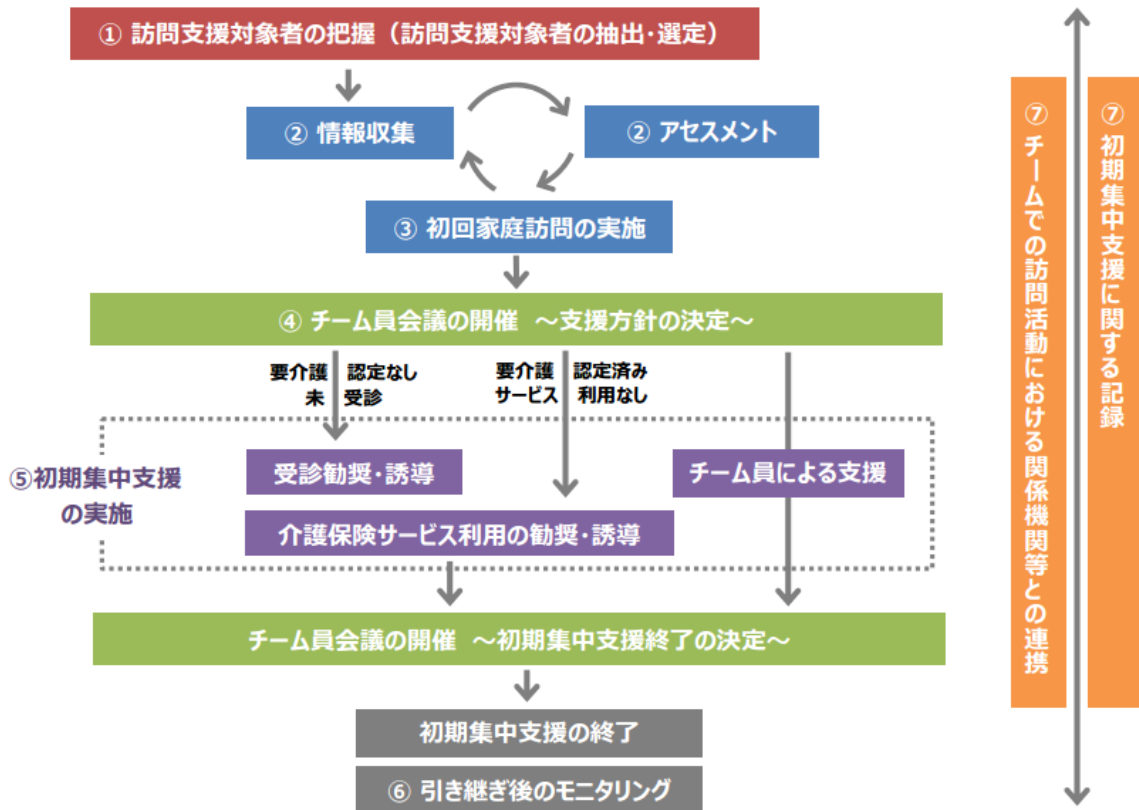
認知症対策の中核を担う、認知症疾患センターが鹿屋市内の医療機関に設置され、かかりつけ医からの相談に対する助言や支援、地域包括支援センター等への支援協力や連携を推進する体制が構築されました。

地域における関係機関の連携や地域住民への理解を促進し、認知症高齢者が尊厳を持って生活を継続できるよう、認知症地域支援推進員による相談対応等を行うとともに、認知症初期集中支援チームによる早期発見・早期ケアに努めます。

## 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について



認知症初期集中支援チームの活動スキーム



## 2 認知症対策の総合的な推進

### (1) 認知症サポーターの養成と地域のネットワークづくり

町内の小中学校、企業、住民向けにサポーター養成講座を開催、認知症に対する理解を普及啓発し、認知症の人とその家族の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、まちづくりの体制を構築しています。養成を行うとともに、認知症サポーターの人材活用や地域の関係機関とのネットワークづくりを継続して進めます。

また、地域包括支援センター職員や認知症介護実践リーダー研修修了者等を計画的にキャラバン・メイトとして養成し、継続的に認知症サポーターを養成できる体制を確保します。

なお、認知症の人とその家族の交流の場として、平成 26 年度から認知症カフェを立ち上げており、地域包括支援センターが主導する形で実施しています。参加者の減少などにより、自主的な活動につながりにくい状況があります。認知症サポーターの自主的な活動を促すべく、誰もが気軽に集うことができる場として、今後も継続して実施します。

#### 認知症カフェ

	実績		見込	目標		
	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
参加者数	172	21	56	65	65	65

### (2) 脳若プログラムの展開による MCI（軽度認知障害）高齢者対策の推進

脳若プログラムは、認知症予防プログラムとして開発され、短期記憶、遅延記憶、グループ回想法などと、簡単な動きと組み合わせたデュアルタスク運動を組み合わせたプログラムとなります。

本町では、職員等がトレーナーとなり、週 1 回 3 か月間 iPad を使った脳若教室を開催しています。今後も、認知症予防事業の展開と認知症に関する地域の理解促進、ネットワークの構築に向け、引き続き積極的な事業展開を図ります。

(3) 相談・支援体制の充実

平成 28 年度に認知症初期集中支援チームを構築し、認知症に関する相談・支援の中核として活動を実施しています。

同時に、「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地域包括支援センターによる継続的な支援との連携を引き続き推進します。

(4) 在宅生活を支援するサービスの提供

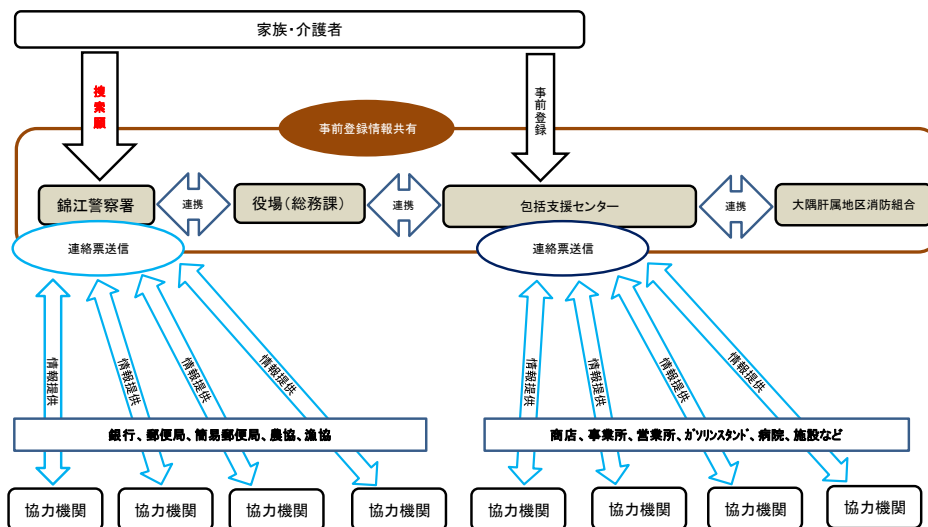
認知症に関する正しい知識や認知症初期集中支援チームの取り組みについて広く住民や関係機関に周知し、認知症に関する早期対応・早期支援についての啓発を進めます。認知症の家族の負担を軽減するため、認知症家族の交流会や家族向けの認知症講座を実施します。また、住民が自主的に実施している介護者サロンや家族介護者の会とのネットワークの構築に取り組み、介護者同士の支えあいを支援します。

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引き続き推進します。

(5) 徘徊高齢者への支援

徘徊のおそれのある高齢者を、地域の協力を得て早期に発見し保護できるよう関係機関の支援体制を構築し、徘徊高齢者の見守り及び生命・身体の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」を活用します。

錦江町徘徊高齢者 SOS ネットワークイメージ



### 3 認知症フレンドリーコミュニティの構築促進

---

#### (1) 認知症フレンドリーコミュニティの構築促進

---

認知症フレンドリーコミュニティとは、単に「認知症の人にやさしくする」という意味ではなく、認知症の人の視点に立った「認知症の人が生活しやすい」地域という意味合いで使われています。本町は高齢化が進む中で、認知症の人の視点に立ち、当事者同士がつながり、社会参加できるコミュニティの構築促進を図ります。

### 4 高齢者の権利擁護の推進

---

#### (1) 高齢者虐待の防止と高齢者保護に向けた取組の促進

---

本町では、成年後見制度と日常生活支援事業の2つの事業で、認知症高齢者等の権利擁護・金銭管理等の支援を行います。高齢者等からの成年後見制度や権利擁護に関する相談を受けた場合、必要に応じて弁護士等による専門相談へのつなぎを行うとともに、申し立て手続き等の相談に応じることで、成年後見制度の普及や利用促進を図ります。

さらに、成年後見制度を利用するほどの判断能力の低下は見受けられないが、介護や福祉サービスの手続き方法が分からない、金銭管理等に不安のある方については、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業等の活用を図ります。

また、高齢者の中には、虐待の事実を訴えない人もおり、潜在化しやすい傾向もあるため、虐待の事例があった場合には、早期発見・見守り、保健医療福祉サービスの介入支援ができるよう関係機関と見守り支援ネットワークの構築を図ります。

### 5 成年後見制度利用促進計画の策定と利用促進に向けた取り組み

---

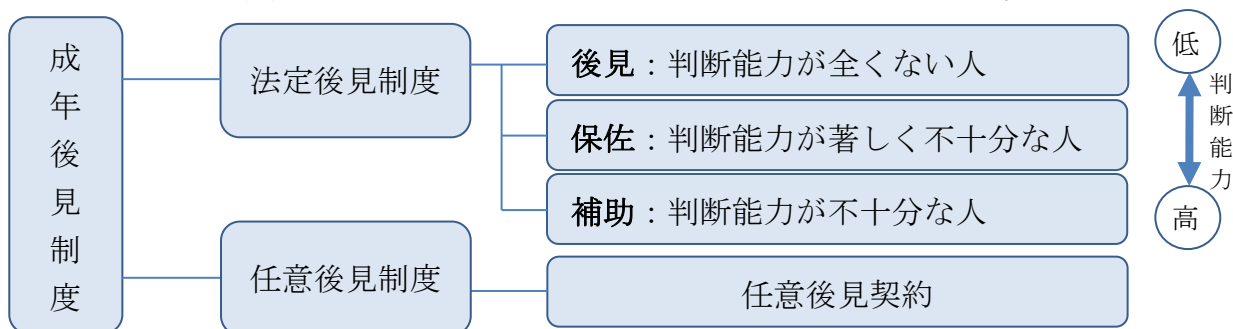
#### (1) 成年後見制度利用促進計画策定の趣旨

---

成年後見人制度は、認知症や知的障害その他の精神上の障害などにより、判断能力が不十分であるため、法律行為における意思決定が困難な方々について、その判断能力を補い、その方々の財産等の権利を擁護する「自己決定の尊重」と「本人保護」との調和を理念とする制度です。法定後見制度と任意後見制度があります。

本町では高齢化率が45%を超え、一般世帯における高齢者単身世帯が3割に近づいています。これらの状況から、今後「認知症高齢者の増加」や知的・精神障害者を支える親の高齢化による「親亡き後問題」が課題となることが明らかです。

そのため、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くため計画を策定します。



①法定後見制度

すでに判断能力が不十分な人を、家庭裁判所に審判の申立てを行うことにより、家庭裁判所が選んだ成年後見人等（補助人・保佐人・成年後見人）が支援する制度です。判断能力に応じて3つの類型があります。

②任意後見制度

将来判断能力が不十分となった場合に備えて、公正証書により任意後見人を決め、支援してほしいことをあらかじめ決めておく制度です。

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）

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
成年後見制度	0	0	1	1	1	1
福祉サービス利用支援事業	15	15	13	14	15	16

(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の正しい理解と、相談窓口の周知を図るため、研修会の開催や、相談窓口パンフレットの設置等を行い、制度についての普及・啓発に取り組んでいます。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。

方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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、社会福祉協議会や地域包括支援センター等の関係機関、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。</li> </ul>
-----	--

## ② 成年後見制度利用支援事業の利用促進

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。

方向性	○今後も、町長申立や成年後見制度利用支援事業を継続するとともに、広報啓発や相談しやすい体制づくりに努めます。
-----	--

## ③ 地域連携ネットワークの構築

必要な人が適切に成年後見人制度を利用できるよう、周囲の関係者や関係機関等が連携し、ネットワークを構築していく必要があります。さらに、利用者を中心としたチームを形成することにより、ネットワーク全体で支援していくことが重要です。

方向性	<p>○地域全体で権利擁護支援に取り組むための、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の中核機関と協議会の設置に向けた体制づくりに取り組みます。</p> <p>○協議会は、地域ケア会議や自立支援協議会等既存の会議と連携を図り、医療・保健・福祉・司法等各分野の専門職や民生委員・児童委員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ます。</p> <p>○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設置に向けた体制整備に努めます。</p> <p>○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サービス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ます。</p> <p>○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ます。</p>
-----	---

### (3) 消費者被害防止施策の推進

---

消費者被害に関する相談は、被害にあった本人からの相談よりも、家族やホームヘルパーなど、高齢者本人以外からの相談が多数を占めており、周囲のサポートがなければ、被害が潜在化してしまうおそれが高い状況がうかがえます。

つまり、認知症等高齢者の消費者トラブルを防ぐためのポイントは、家族や周囲による「見守り」と「気づき」であるとされていることから、まずは、すべての高齢者の消費者被害を未然に防止することを目的として、悪質商法の手口やその対処法を伝える講座等を地域集会等で実施し、本人のみならず家族など身近な人たちへの啓発を強化しました。

認知症高齢者の増加と詐欺の巧妙化し、消費者被害が増える可能性があることから、警察と連携することで啓発活動を強化します。



## 第3章 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

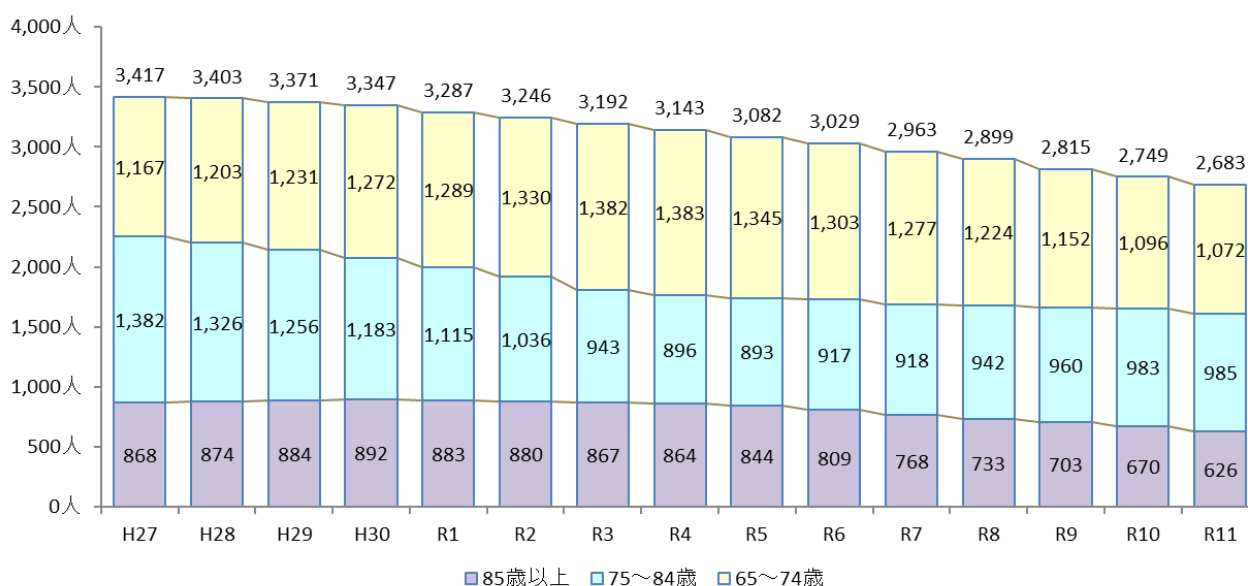
### 第1節 本町の介護保険被保険者の現状と将来予測

#### 1 被保険者数の現状と将来予測

本町の高齢者人口は、平成27年に3,417人から令和2年には3,246人と、171人の減少となっています。

年齢階級別にみると、65～74歳人口は増加し、75～84歳人口は減少、85歳以上人口は横ばいとなっており、国が求める2025年問題（後期高齢者の増加）への対応という意味では、すでにその局面を過ぎていると考えられます。

ただし、計画期間中である令和3～5年については、年齢階級別認定率の高い85歳以上人口は大きく減少しないため、認定者数も大きく減少しないと予測されます。

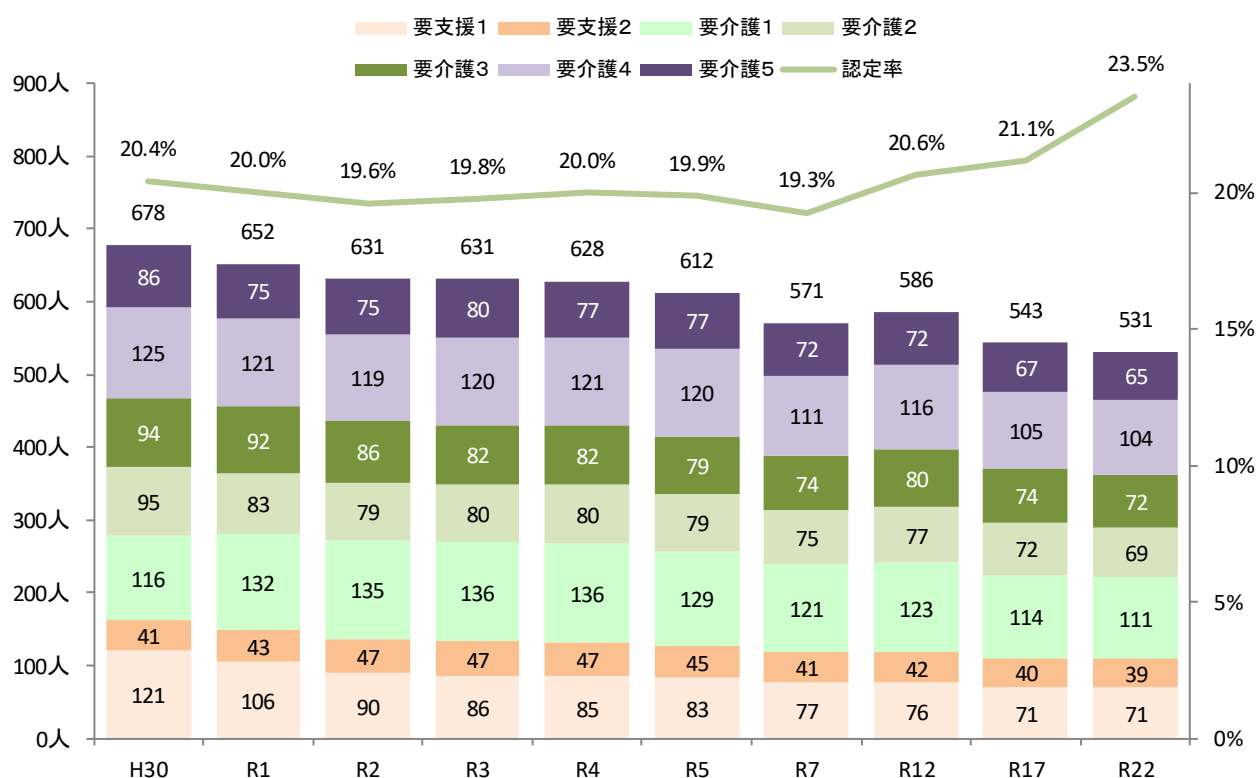


## 2 要支援・要介護認定者数の現状と将来予測

認定者は、平成30年度に678人となっていました。令和2年度は631人（47人の減少）となっています。

今後の予測は、令和5年度に612人となり、令和2年度と比較して19人の減少となります。

さらに、令和7年度には571人となると予測されます。



### 3 前期計画の評価

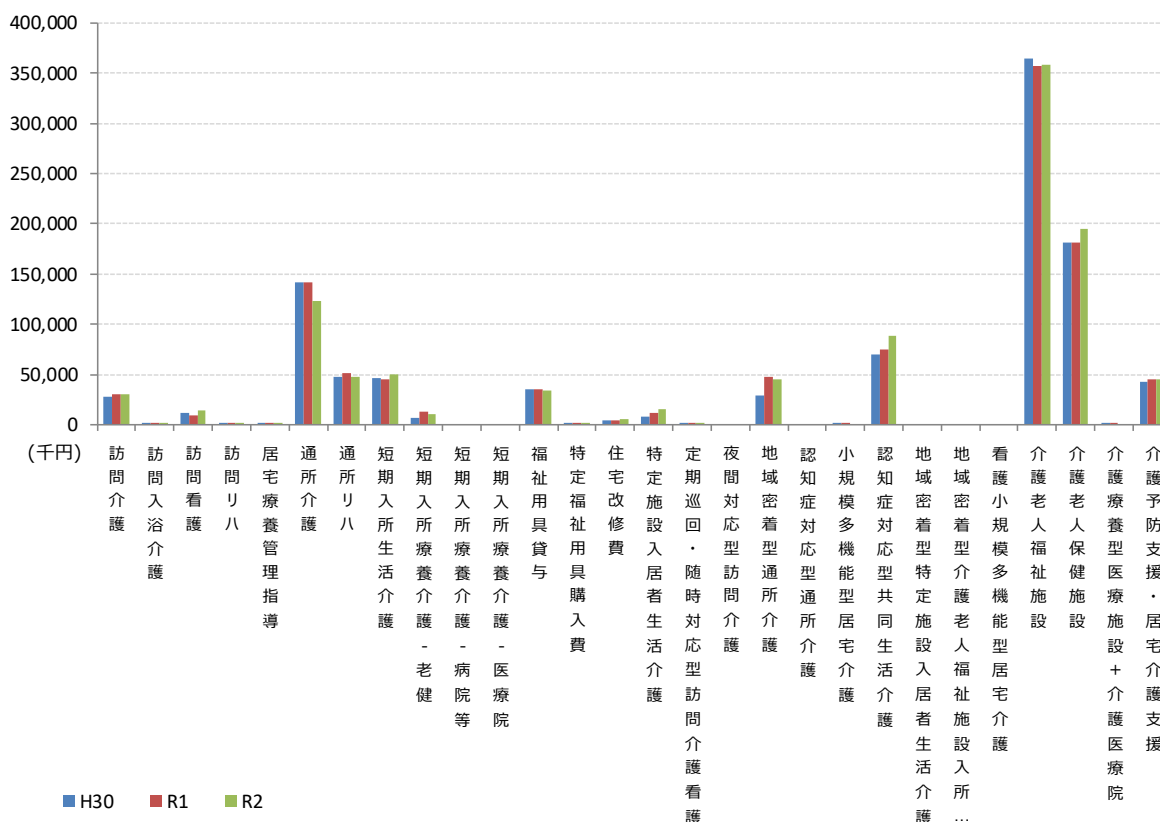
#### (1) 前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、平成 30 年度の 1,021 百万円から、令和 2 年度は 1,069 百万円となり、48 百万円増加（平成 30 年度比 105%）となります。

給付費のサービス種類別内訳では、平成 30 年度比で、居宅サービスは 104%、居住系サービスは 131%、施設サービスは 102%となります。

単位：千円

	H30	R1	前年比	R2	前年比	前々年比
居宅サービス(千円)	395,426	427,766	108.2%	410,501	96.0%	103.8%
居住系サービス(千円)	79,160	88,601	111.9%	103,473	116.8%	130.7%
施設サービス(千円)	546,018	538,543	98.6%	554,619	103.0%	101.6%
総計(千円)	1,020,605	1,054,909	103.4%	1,068,593	101.3%	104.7%



(2) 前期までの介護保険事業計画の施設整備について

平成 26 年以降新たな施設整備等はありません。

	H29 まで		H30-R2		R2 末見込	
	事業所数	定員	事業所数	定員	事業所数	定員
地域密着型サービス	2	18	2	18	2	18
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	2	18	2	18	2	18
地域密着型特定施設入所者生活介護	0	0	0	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	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
施設サービス	3	208	3	208	3	208
介護老人福祉施設	2	133	2	133	2	133
介護老人保健施設	1	75	1	75	1	75
介護療養型医療施設	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0
特定施設入所者生活介護	0	0	0	0	0	0

### (3) 介護保険料基準月額の推移

第7期（H30-R2）の全国平均の介護保険料は5,869円で前期と比較して355円の上昇となり、介護保険料は全国的に上昇しています。

本町の第7期介護保険料は、1か月あたり6,200円を基準額としています。

本町では、介護予防事業の積極的な展開と、介護給付費準備基金や財政安定化基金の取崩しなどにより、高齢化の進展と比較して65歳以上の方の保険料負担分の上昇を抑えることができています。

	本町				全国	
	保険料		前期比増減額		保険料	前期比増減額
第1期 H12-14	大根占	3,180円			2,911円	
	田代	3,250円				
第2期 H15-17	大根占	3,300円	大根占	120円	3,293円	382円
	田代	3,800円	田代	550円		
第3期 H18-20	錦江町	3,900円	大根占	600円	4,090円	797円
			田代	100円		
第4期 H21-23	錦江町	4,050円	錦江町	150円	4,160円	70円
第5期 H24-26	錦江町	4,800円	錦江町	750円	4,972円	812円
第6期 H27-29	錦江町	5,800円	錦江町	1,000円	5,514円	542円
第7期 H30-R2	錦江町	6,200円	錦江町	400円	5,869円	355円

## 第2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

本町においても介護・福祉分野の人材不足が続いていることから、多様な人材の参入を促進することで、仕事の魅力ややりがいを感じてもらい、定着につながるような取り組みを国の事業を活用し推進しています。

《介護職就職支援金貸付事業（R3年度国新規事業）》

#### （1）未経験者による介護職転職の支援金貸付事業の周知

国は、介護職の未経験者が福祉分野に就職すると最大20万円の支援金を支払う制度を、令和3年度から創設します。

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、高齢や障がいの分野で就職し、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。

#### （2）有資格者の現場復帰による介護職支援貸付事業の周知

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。

高齢や障がい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なります。

本町では事業の周知に努めていきます。

## 2 錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会を通じた介護人材の資質の向上育成支援

---

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・事業所等が参加する「錦江町介護・福祉事業所ネットワーク連絡会」を設立し、事業所単独では解決しにくい課題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る機会としてきました。

引き続き、同連絡会を通じ医療過疎・医師の高齢化や、介護・福祉現場の課題を相互に共有するとともに、研修を行うことで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

---

高齢化と過疎化の進展により、介護人材の減少が見込まれています。このような中でも、介護サービスの質の確保・向上に向けて利用者に応じた選択と競争の下で、良質なサービスが提供されるよう、情報の公表の義務付け、サービスの専門性・生活環境の向上に向けた働きかけを行います。

同時に、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みます。

## 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

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、定期的に実地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。また、平成30年度より居宅介護支援事業所の指定権限等が、都道府県から市町村に移譲されました。

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。

## 5 介護給付の適正化の推進

今後も介護給付費の増大が見込まれる中で、介護給付の適正化は継続的な取り組みが必要であることから、県が策定する「介護給付適正化プログラム」に基づき「介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」の5つを柱に取り組みます。

### (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おります。

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。

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認定調査員数	3	3	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。その中で、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、利用者が真に必要なとす過不足のないサービスを適切に提供するよう支援します。

なお、県の適正化計画では、以下のような視点を持ってケアプラン点検を行うよう指導がなされていることから、本町においても同様の視点を持ちつつ業務を実施します。

ケアプラン点検留意点	
自立支援	サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の入居者に焦点を当て、入居者の個々の状況に応じた、自立支援に資する真に必要なサービスが位置付けられているかという視点でケアプラン点検等を実施
区分支給限度基準額	国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、区分支給限度基準額の一定割合以上のサービス利用者が多い居宅介護支援事業所に対する指導を実施

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
ケアプラン点検数	114	94	117	120	120	120

## (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持ち点検を行います。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。

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5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。

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療情報突合・縦覧点検の実施数	12	12	12	12	12	12

(5) 介護給付費通知

介護サービスの利用者自身に対しての利用したサービス内容や利用回数、費用額等を記載した介護給付費通知をサービス利用者年に1回通知を発送しています。介護給付費通知は利用者やそのご家族に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況を通知することにより、利用者自らが受けているサービスを改めて確認し事業者の適正請求を促すとともに利用者へも介護サービスの適正利用を促すものです。

しかし、本人の理解が難しい場合など、通知を受け取っても活用に至らないケースもあることから、本人だけでなく家族等に対しても、通知を確認してもらうよう働きかけていく必要があります。

今後も同様に年1回対象者に対し通知し、適正なサービス利用に向けての啓発、費用負担の意識の向上を図ります。

	実績		見込	目標		
	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付費の通知回数	1	1	1	1	1	1

## 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

---

介護保険サービスは介護サービスを利用者が選択・決定する仕組みであり、利用者がより良いサービス（事業者）を適切に選択することを通じて、介護サービス全体の質の向上が図られていくことが期待されています。

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。

#### ① 特定入所者介護サービス費

本町に申請し、「負担限度額認定証」の交付を受けた利用者は、施設サービス・短期入所サービスの食費・居住費（滞在費）の負担限度額を超える部分が減額されます。

#### ② 高額介護サービス費

世帯ごとの同じ月の介護サービスの利用者負担の合計額が上限額を超えた場合には、申請により超えた分が「高額介護サービス費」として支給されます。

#### ③ 高額医療合算介護サービス費

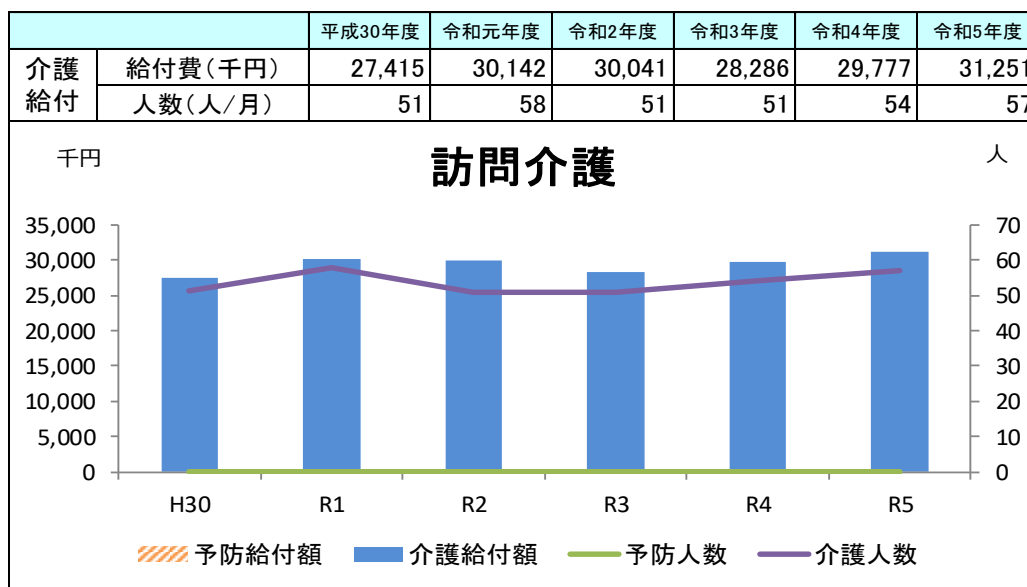
介護保険と医療保険の両方の利用者負担が高額になった場合は合算することができます。それぞれに月の限度額を適用後、年間の利用者負担額を合算して所得に応じた限度額を超えたときは申請により超えた分が後から支給されます。

## 第3節 介護保険サービスの量の見込みと確保策

### 1 居宅サービス

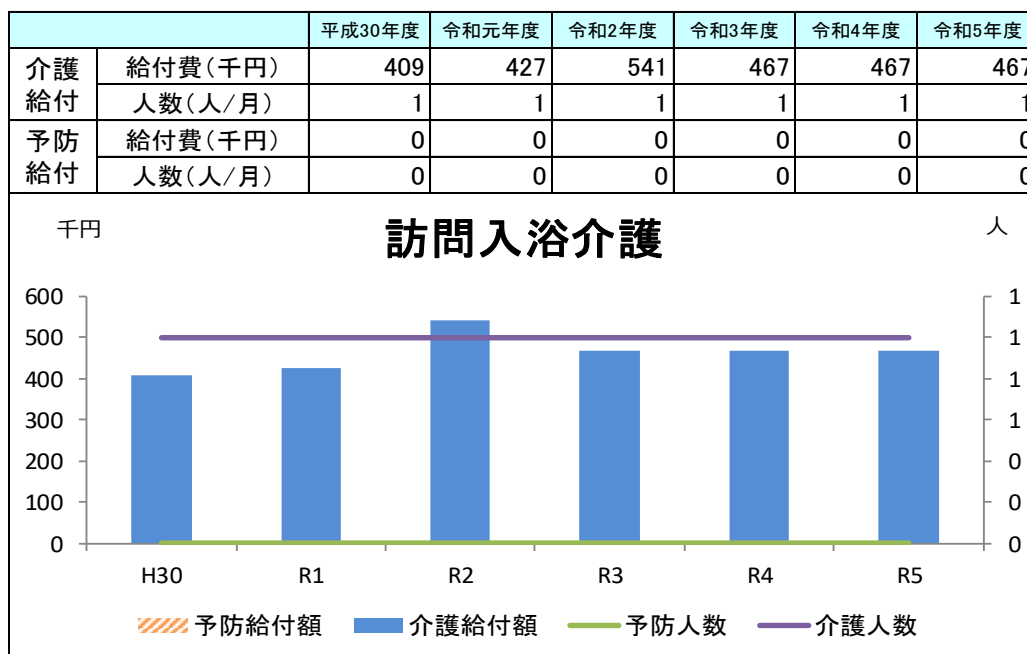
#### (1) 訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事などの介護や、家事などの日常生活の援助を行います。



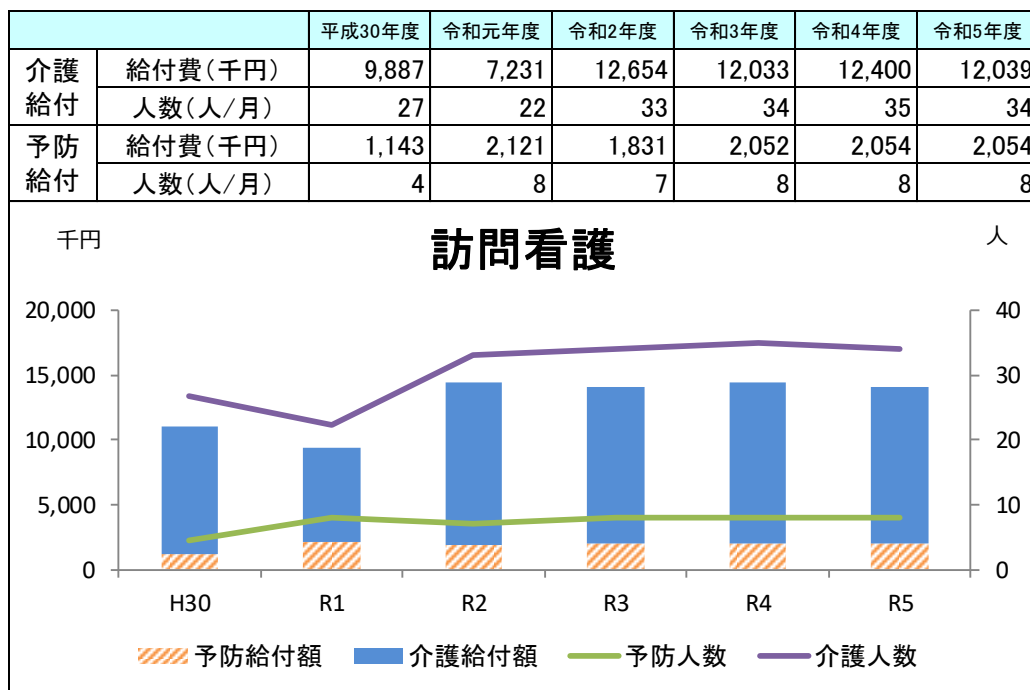
#### (2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



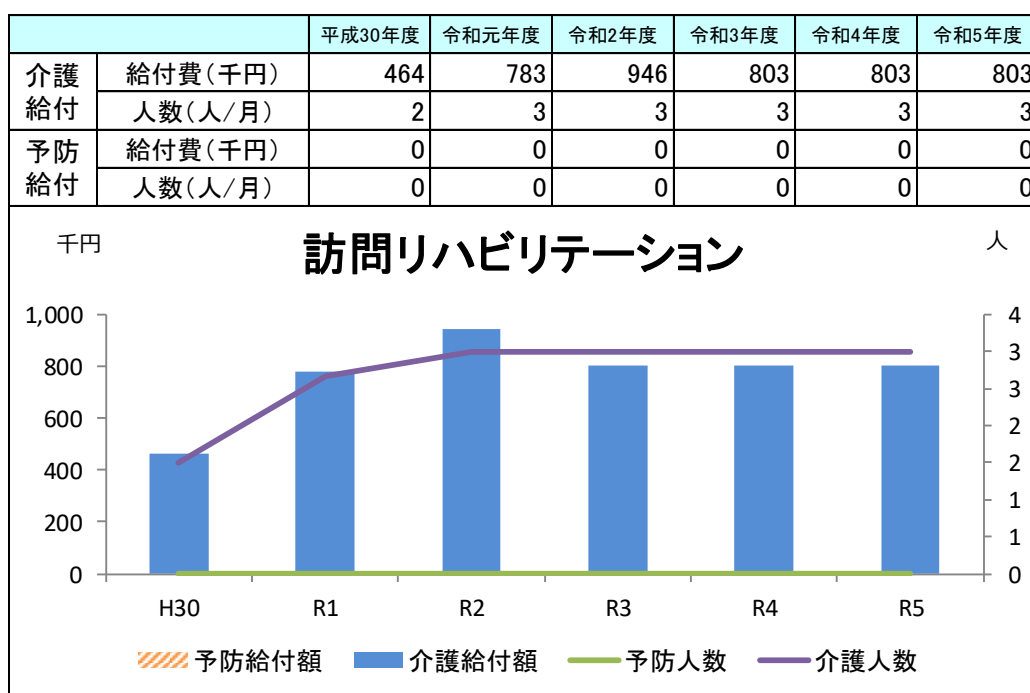
### (3) 訪問看護・介護予防訪問看護

主治医の指示に基づいて看護師などが自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行います。



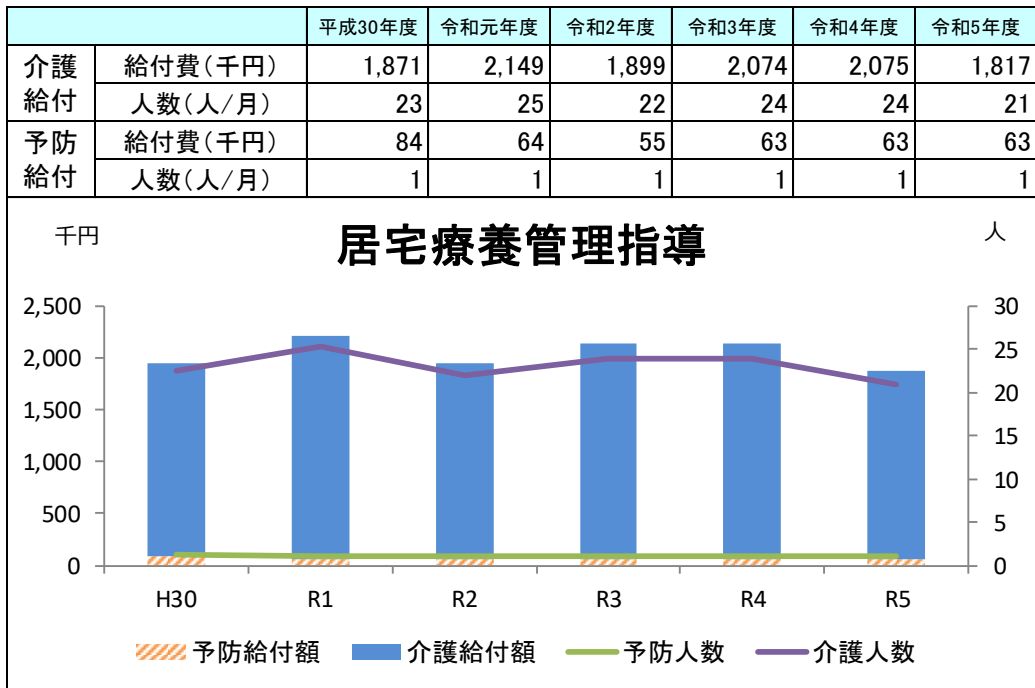
### (4) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づいて作業療法士（OT）や理学療法士（PT）が自宅を訪問して、普段の生活に必要なリハビリを提供するサービスを行います。



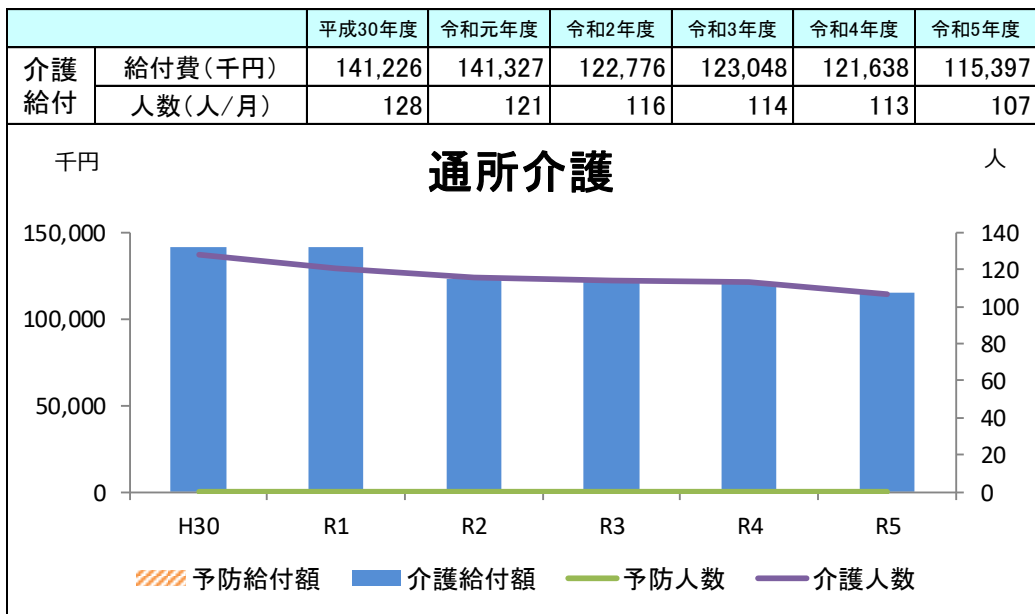
(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。



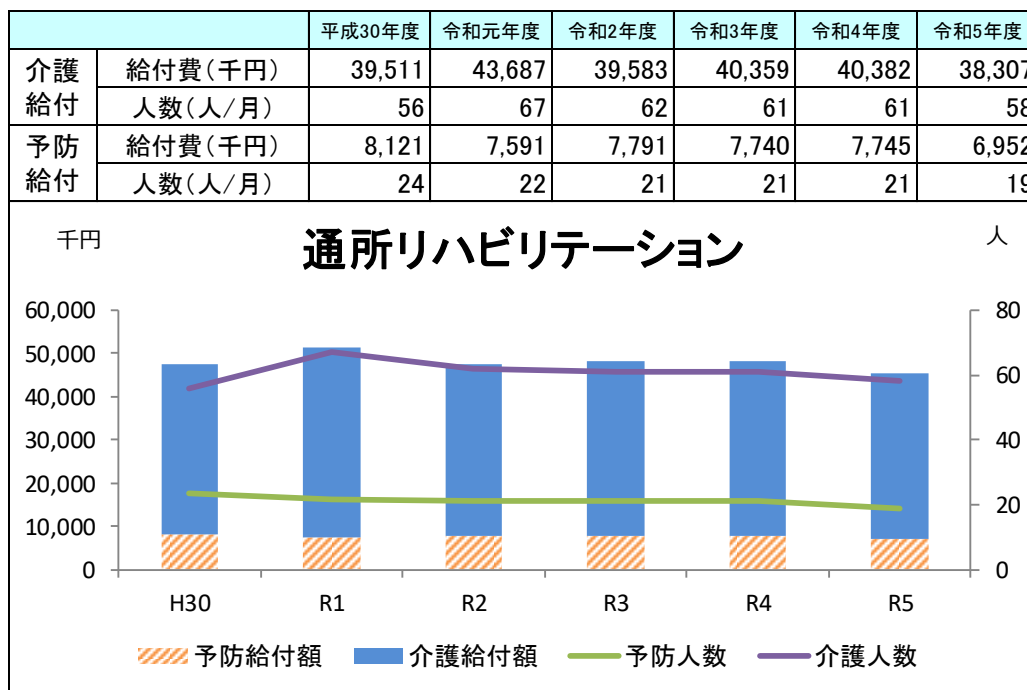
(6) 通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。



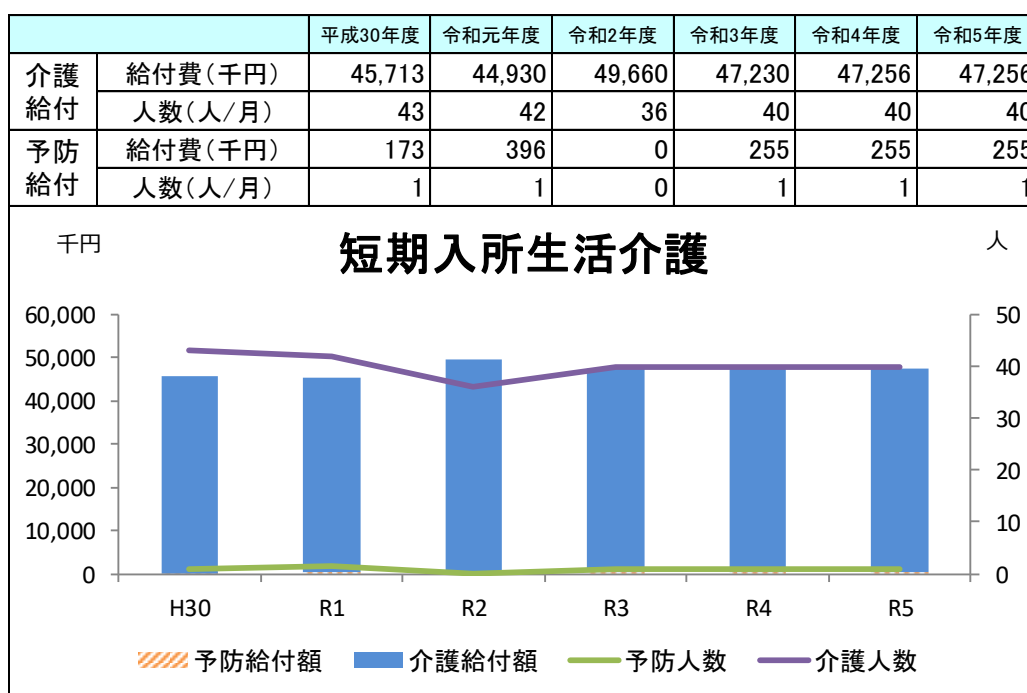
## (7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。



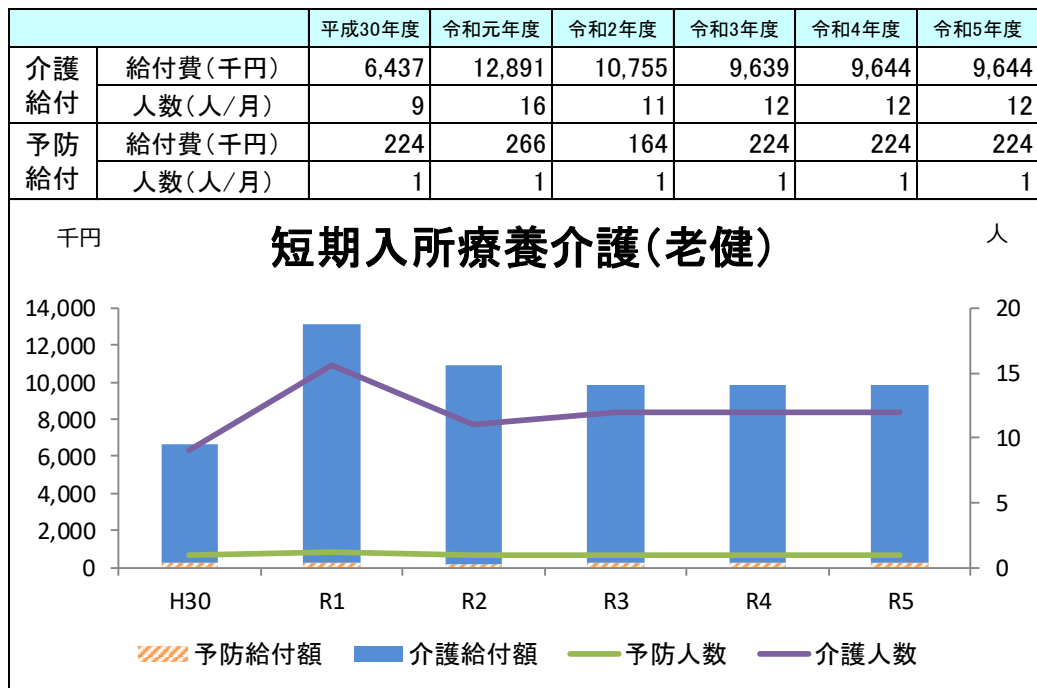
## (8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活上の介護や機能訓練を行います。



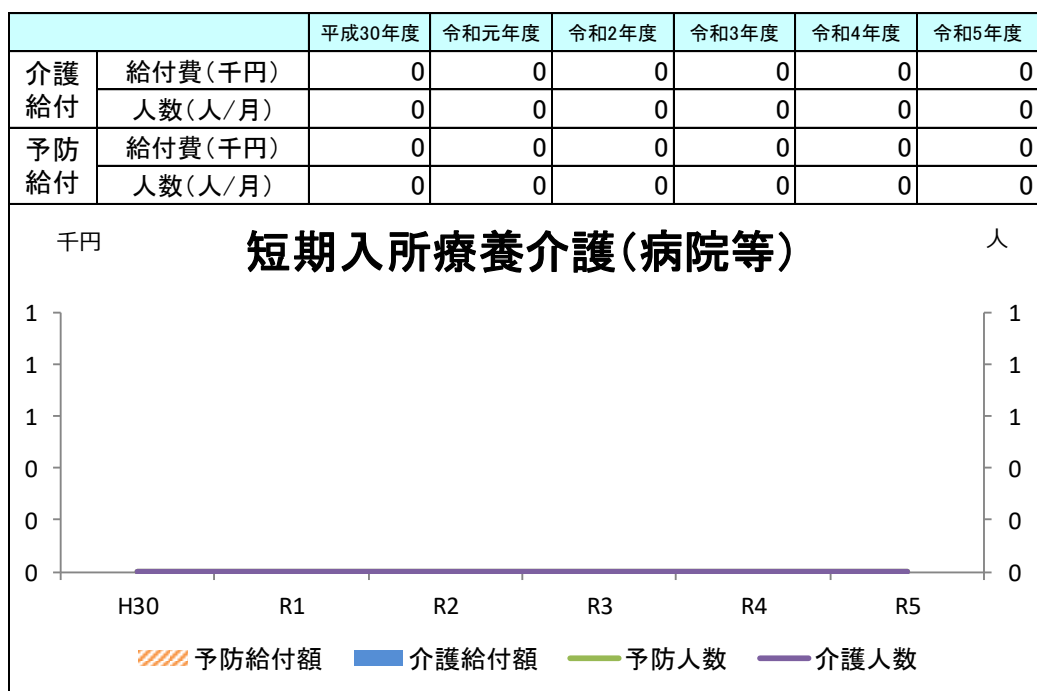
(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

老人保健施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。



(10) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）

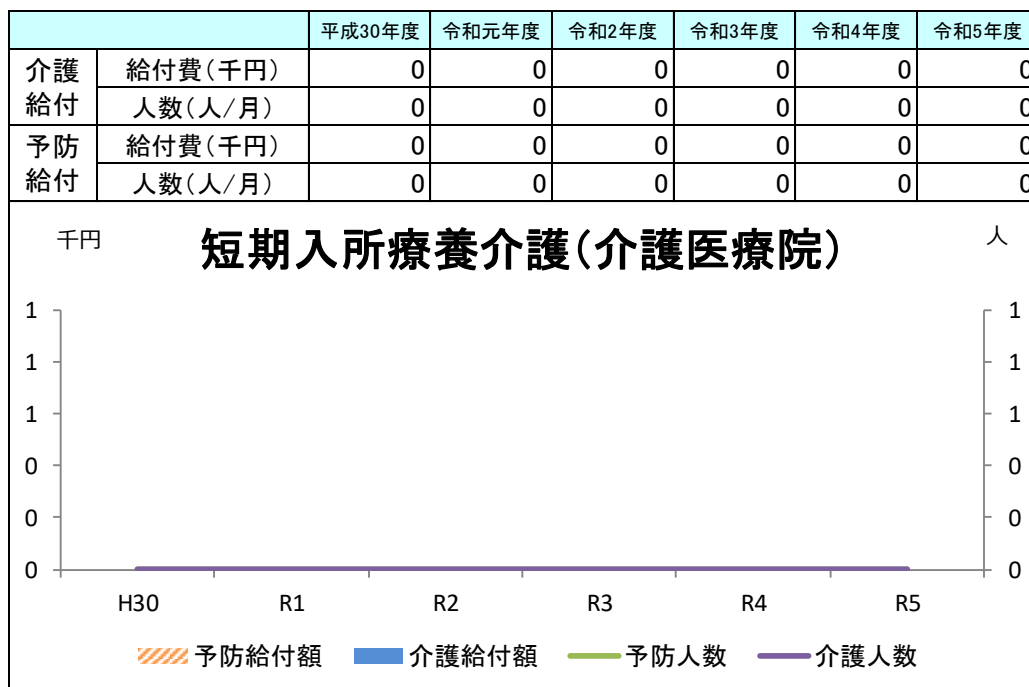
病院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。





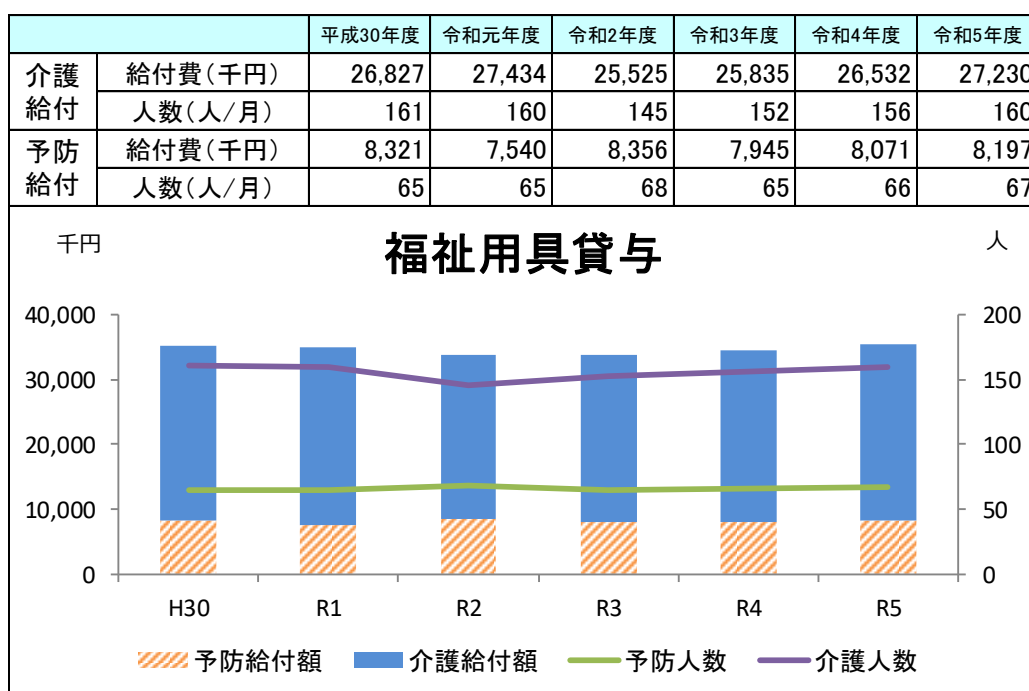
### (11) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（介護医療院）

介護医療院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。



### (12) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

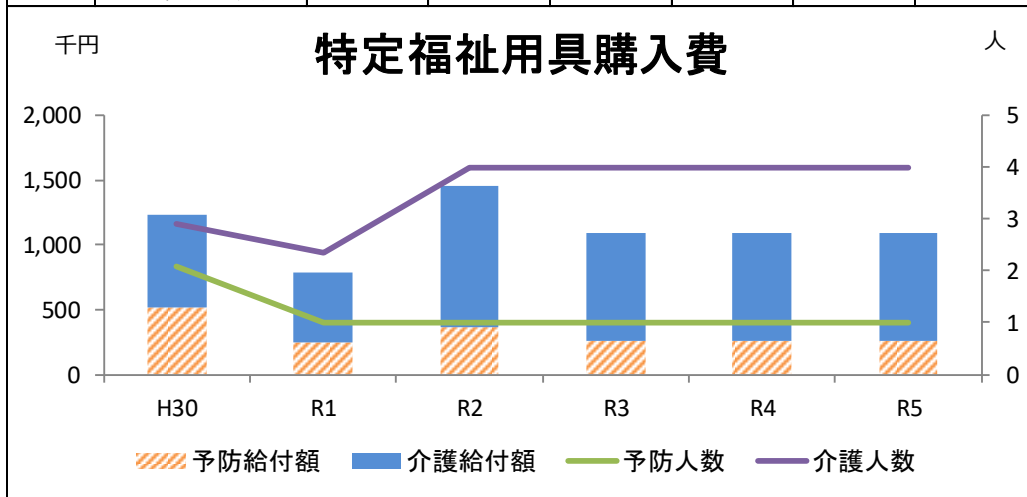
心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフトなど、日常生活を助ける用具を貸与します。



(13) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

在宅生活に支障がないよう、入浴や排せつに用いる福祉用具を利用し日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

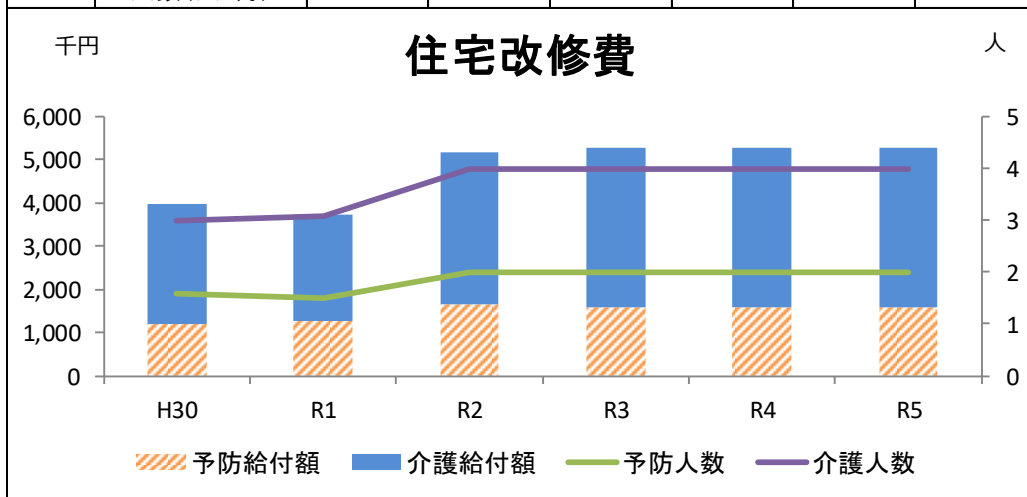
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	718	529	1,091	833	833	833
	人数(人/月)	3	2	4	4	4	4
予防 給付	給付費(千円)	517	253	362	262	262	262
	人数(人/月)	2	1	1	1	1	1



(14) 住宅改修

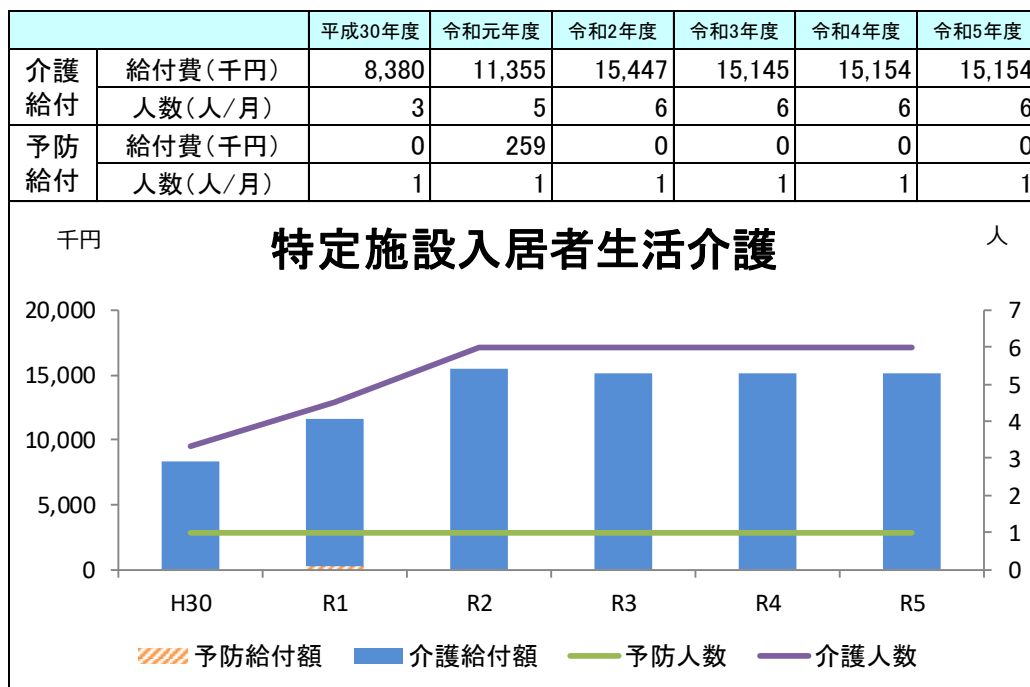
在宅生活に支障がないよう、手すりの取り付け・段差解消・扉の交換・洋式便器への取り替えなど、小規模な住宅改修をする目的として実施します。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	2,763	2,449	3,534	3,703	3,703	3,703
	人数(人/月)	3	3	4	4	4	4
予防 給付	給付費(千円)	1,204	1,271	1,640	1,583	1,583	1,583
	人数(人/月)	2	2	2	2	2	2



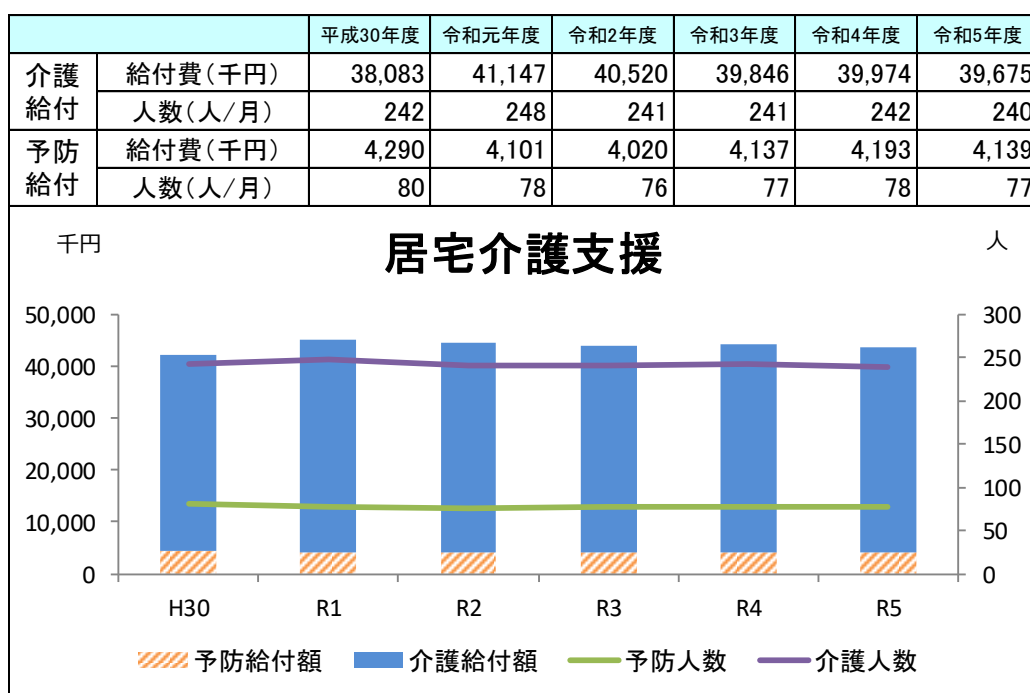
## (15) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホームなどで、入浴・排せつ・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。



## (16) 居宅介護支援・介護予防支援

「居宅介護支援（介護予防支援）」は、要支援者や要介護者がサービス（施設を除く）を利用する際に、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成します。

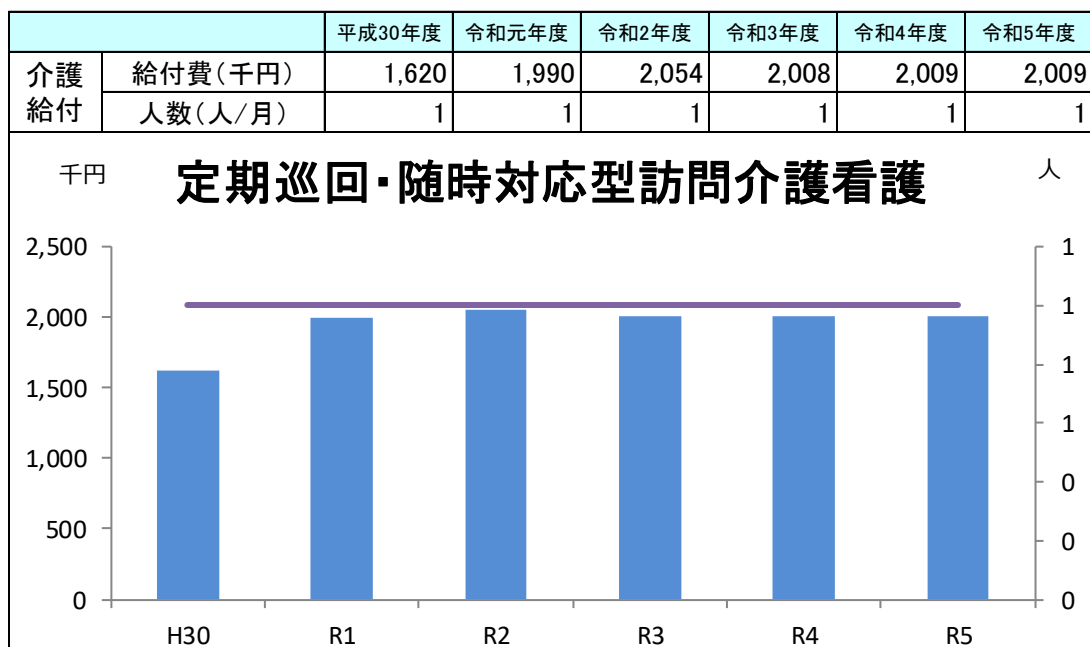


## 2 地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、サービス事業者の指定をすることになります。

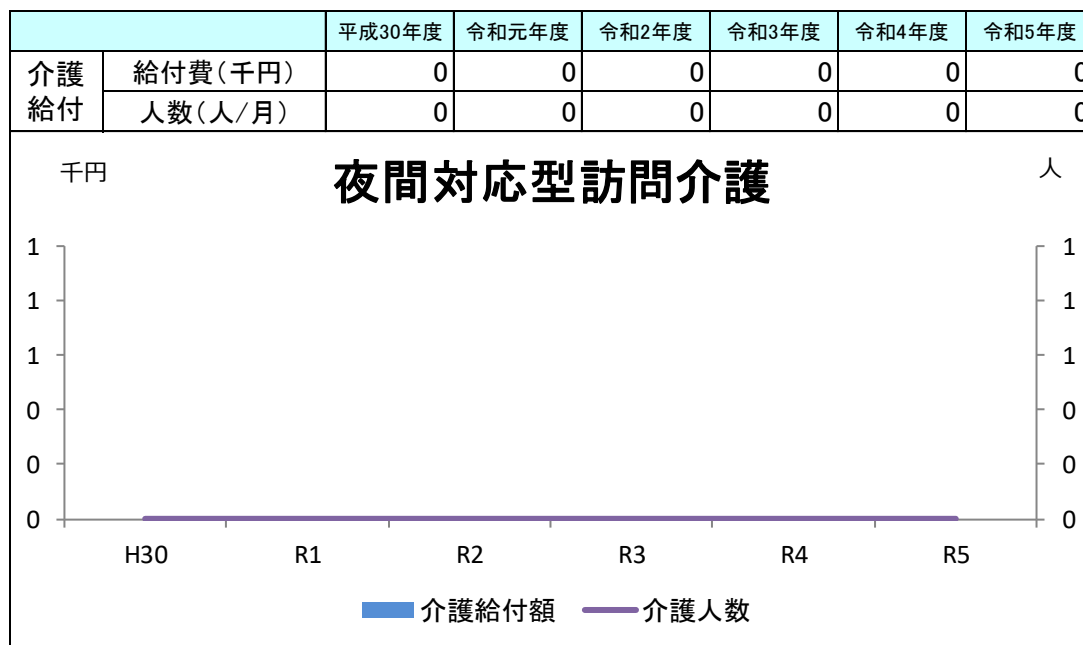
### （1）定期巡回・随時対応サービス

介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24時間365日体制で相談できる窓口を設置し随時の対応も行うサービスです。



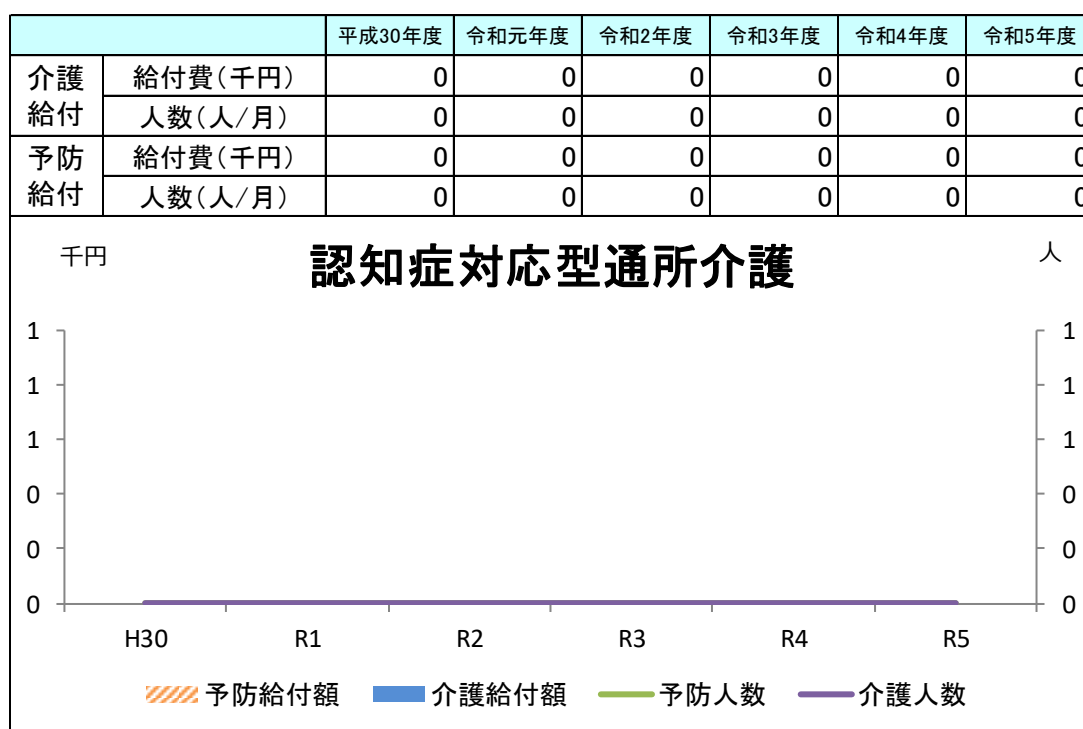
## (2) 夜間対応型訪問介護

夜間の定期的な巡回訪問や、通報に応じて介護福祉士などに来てもらう介護サービスです。



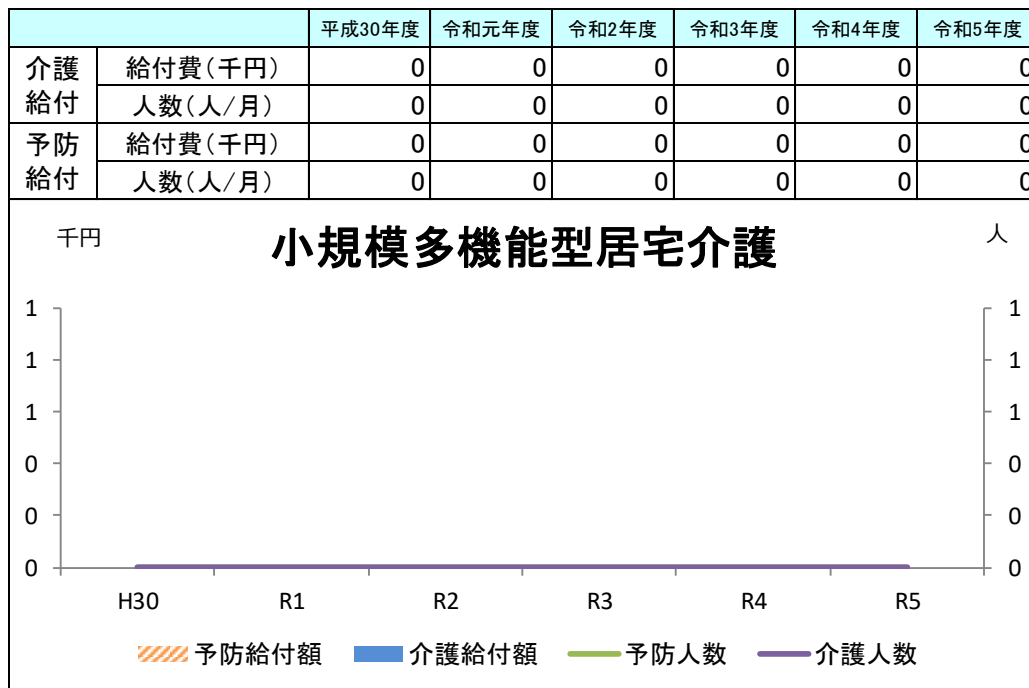
## (3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、機能訓練などを行います。



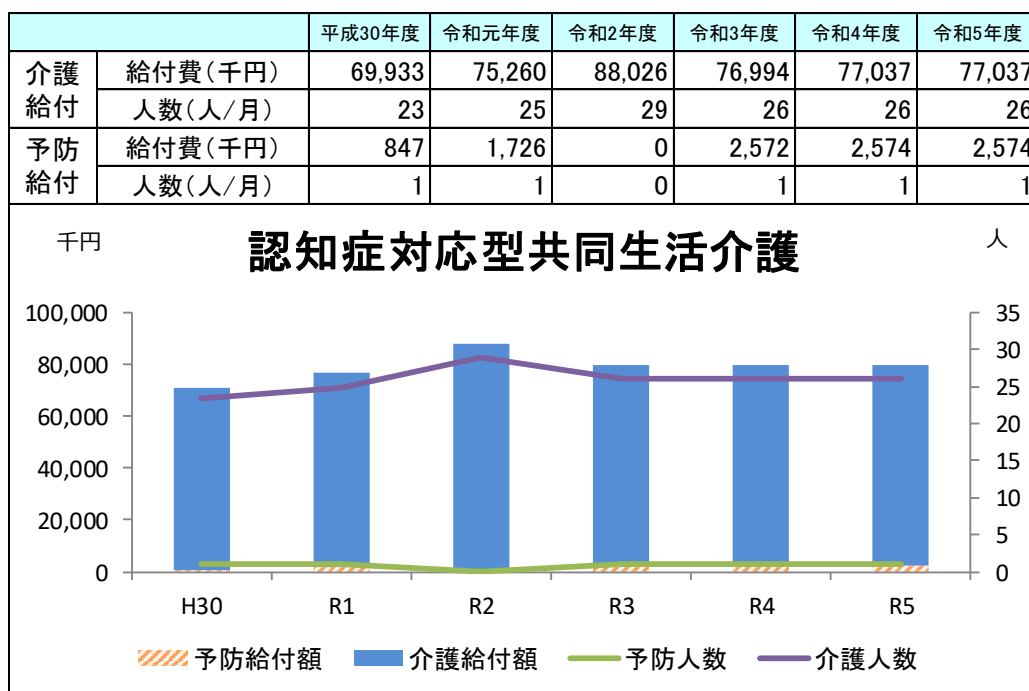
(4) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。



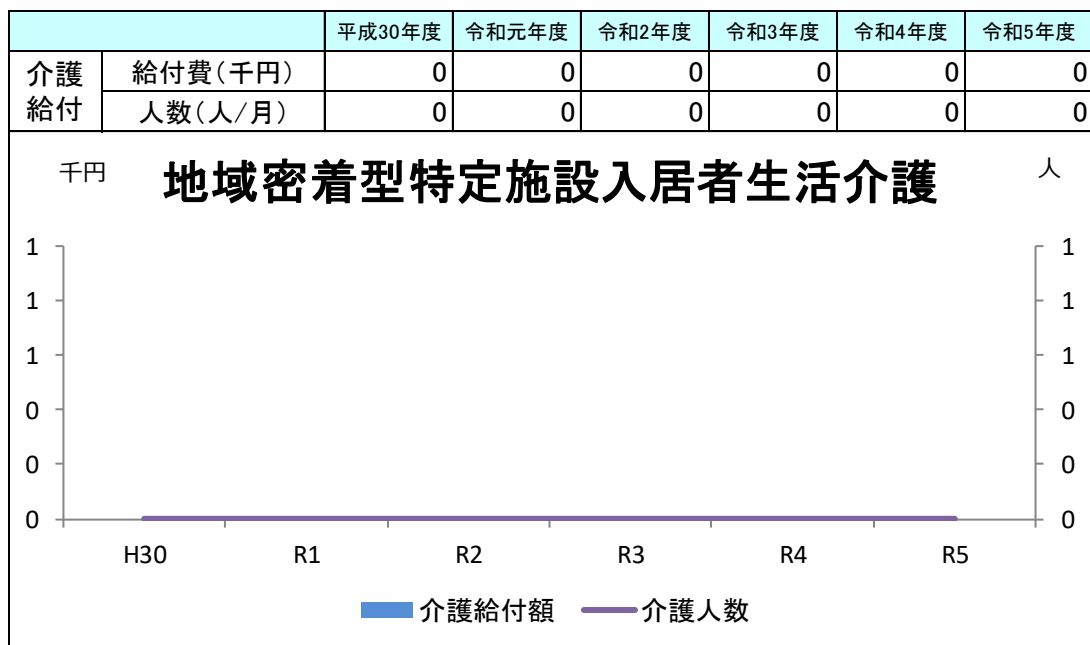
(5) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練などを行います。



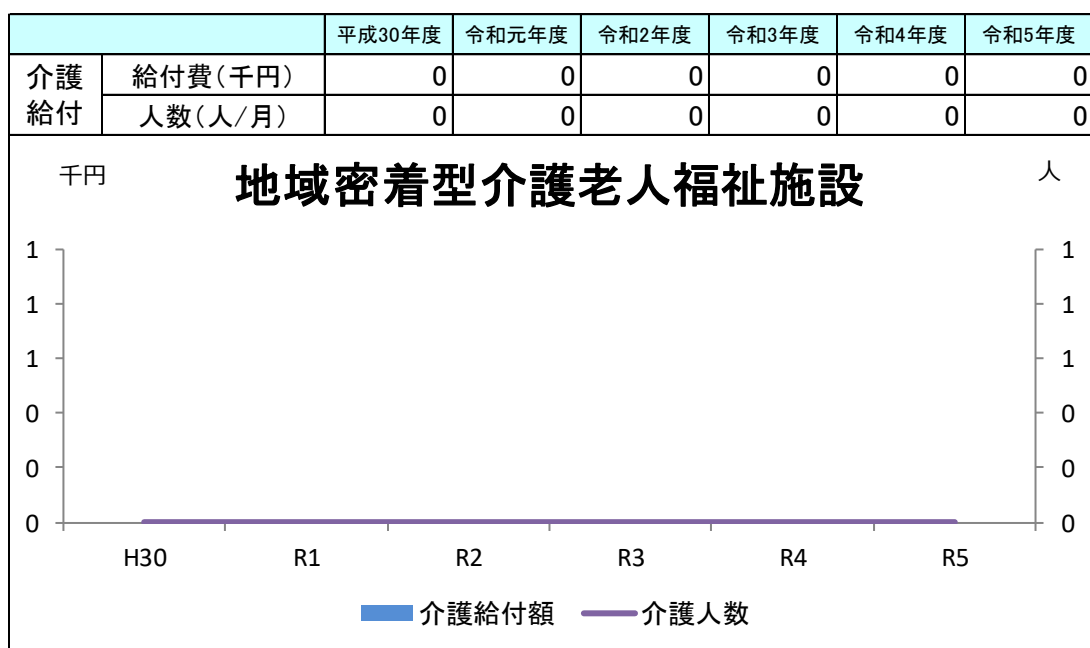
## (6) 地域密着型特定施設入居者生活介護

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



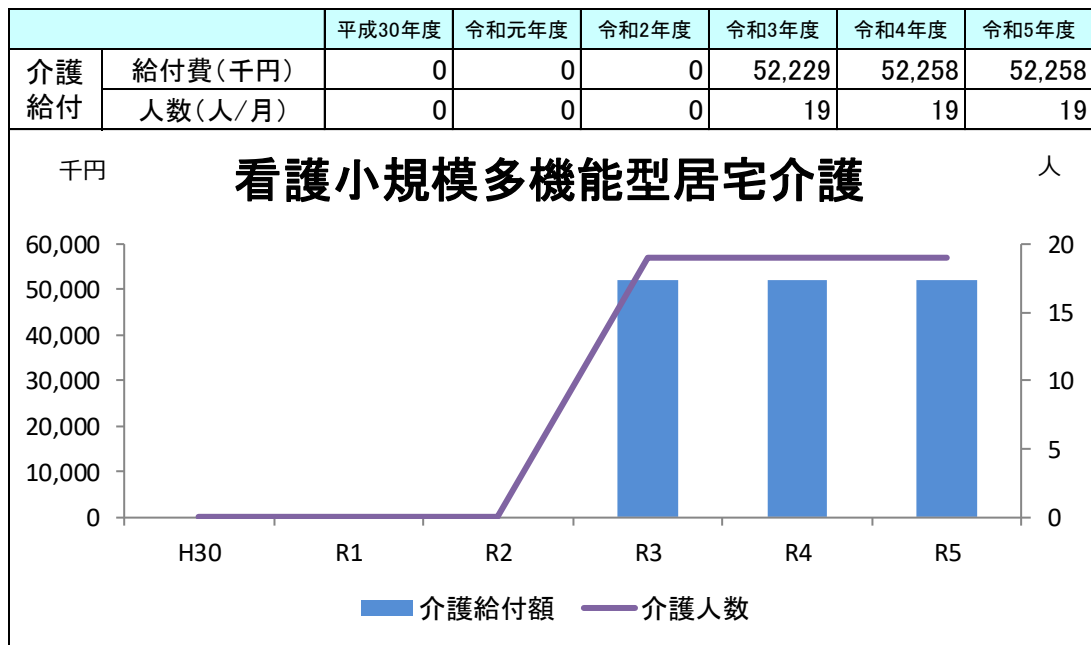
## (7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人まで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お世話や機能訓練を行うサービスです。



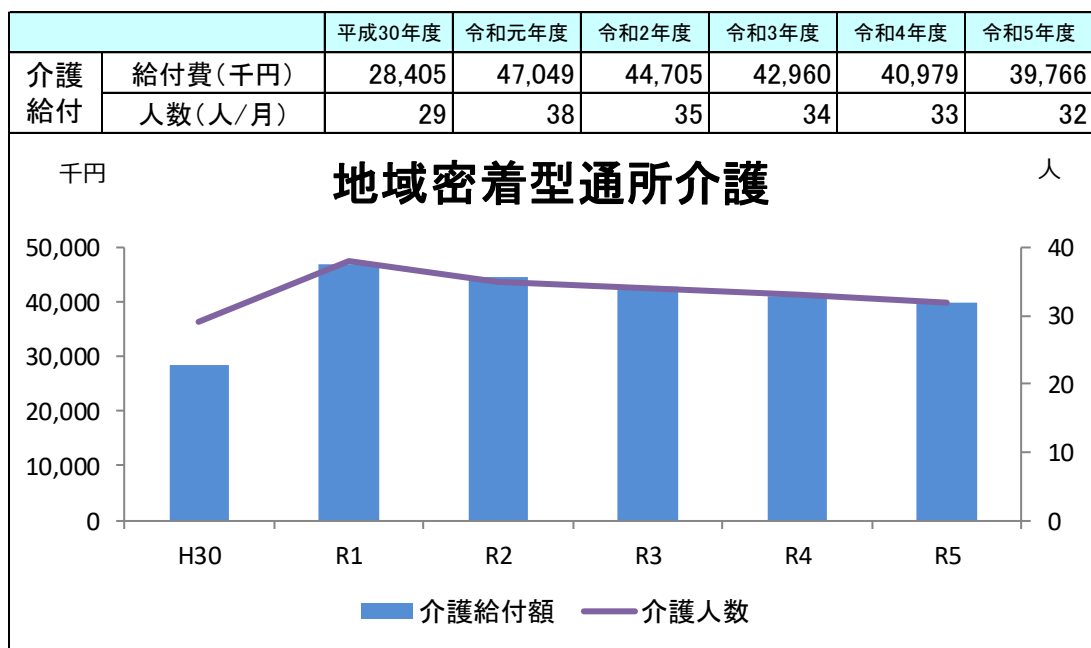
(8) 看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問」の3種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供します。



(9) 地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模のデイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。





### 3 施設サービス

---

施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケア化を進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組みます。

また、制度改正により、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められ、入所を原則要介護3以上とし、要介護1・2は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。

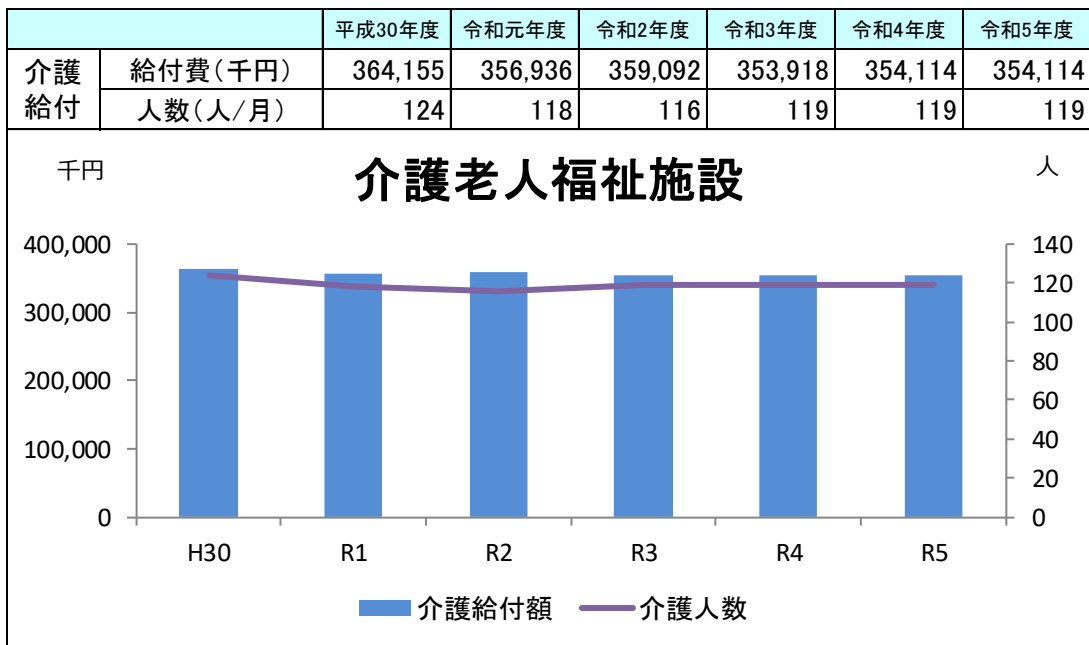
そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

なお、平成30年4月に「介護医療院」が創設されるとともに、介護療養型医療施設に関する経過措置の期限は令和6年3月末まで延長されており、介護療養型医療施設についてはこの期間内に介護医療院などの施設への移行等が必要になります。

しかし、医療ニーズの高い中重度要介護の増大や慢性疾患、認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、介護療養型医療施設の担う、要介護高齢者の看取りやターミナルケアを中心とした長期療養といった機能が今後ますます重要となると考えられることから、介護療養型医療施設の転換に伴う、施設サービス量の見込みについては、国の動向を踏まえ柔軟な対応を行うこととします。

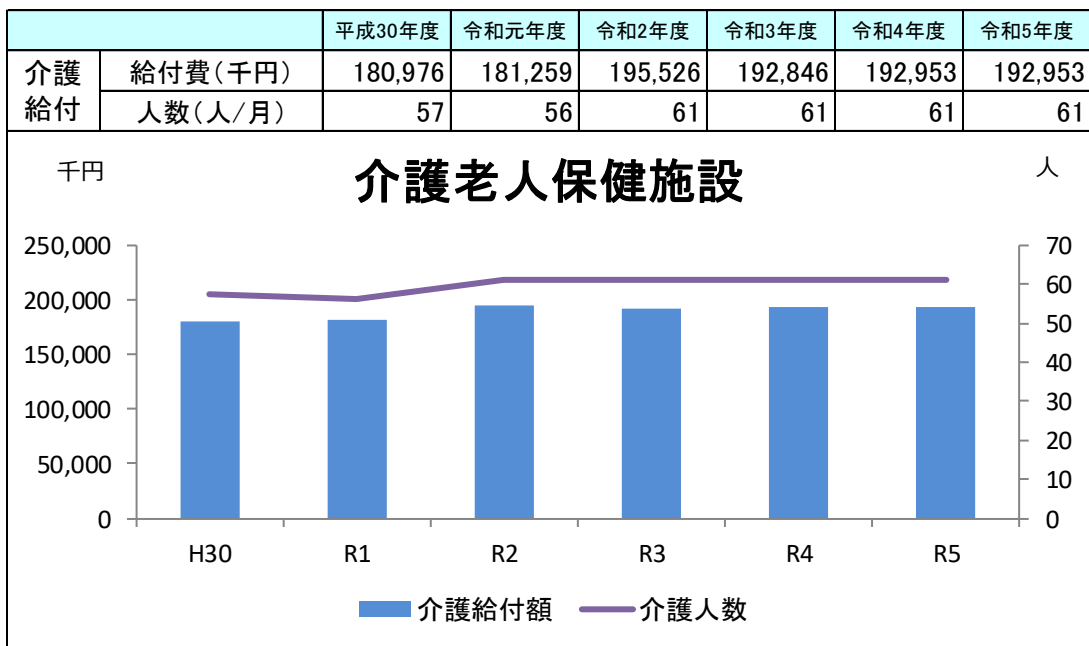
(1) 介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい方が入所し、食事・入浴・排せつなどの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。



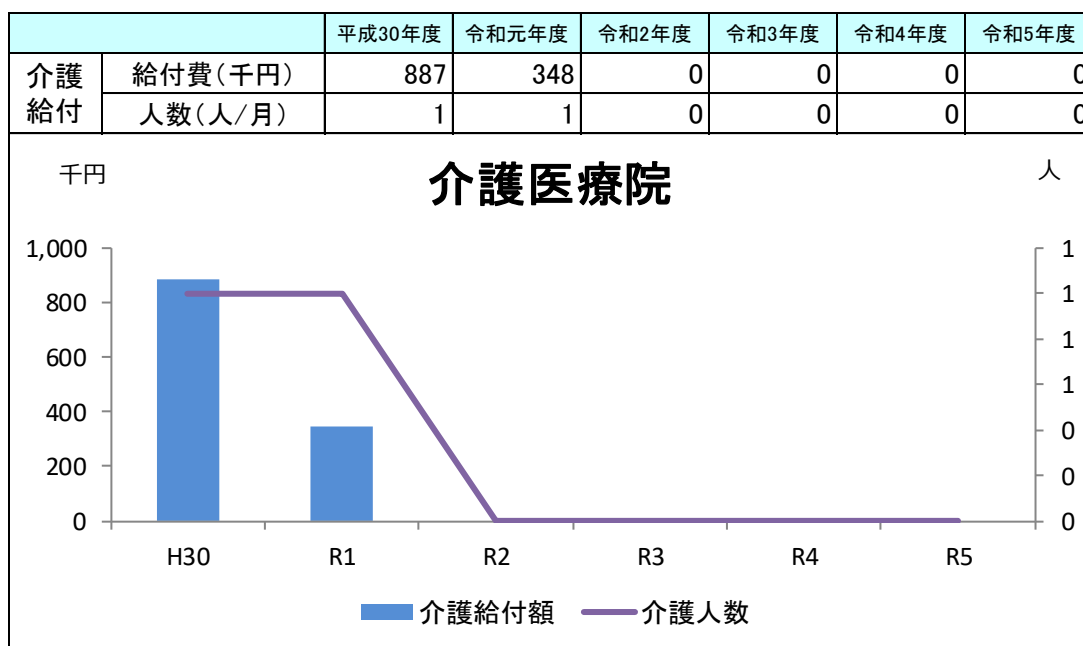
(2) 介護老人保健施設

病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な方が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助などを行う施設サービスです。



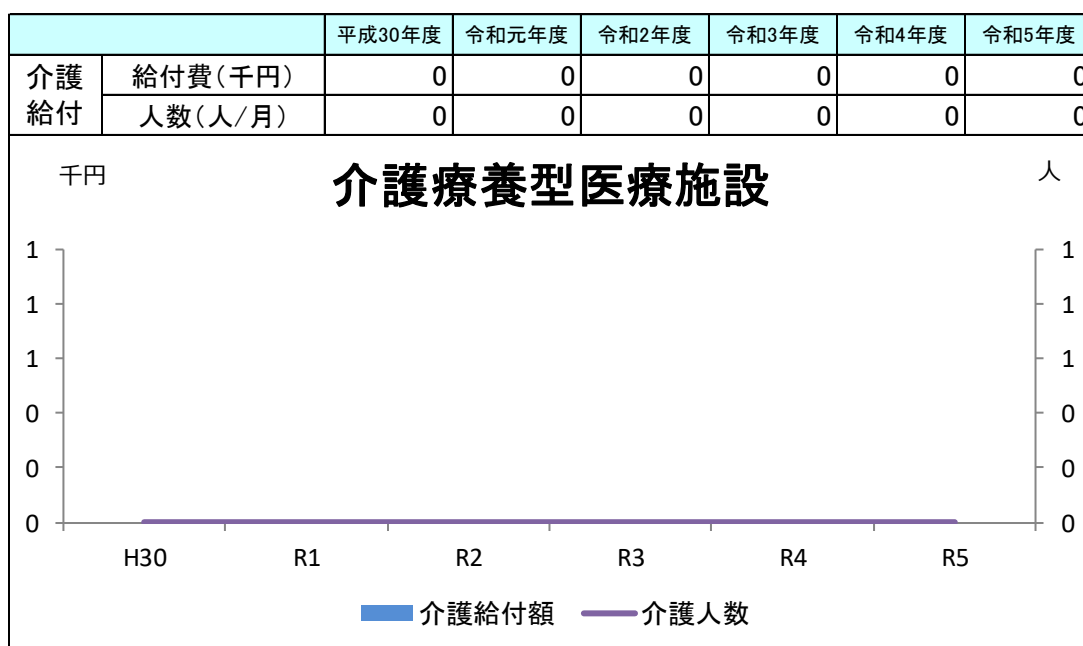
### (3) 介護医療院

「介護医療院」は、介護療養型医療施設からの新たな転換先（新介護保険施設）として創設されたもので、急性期は脱して全身状態は安定しているものの、まだ自宅へ退院できる状態ではなく、継続的な治療が必要なため、長期入院をする方に向けた施設サービスです。



### (4) 介護療養型医療施設

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な方が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。



## 第4節 必要利用定員総数の設定

### 1 入所系サービスの必要利用定員総数について

本計画において定める、地域密着型サービスのうち市町村介護保険事業計画で定める3年間の必要利用定員総数は、以下のとおりとします。

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
<b>(1) 認知症対応型共同生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	2	2	2	2
定員総数	18	18	18	18
<b>(2) 地域密着型特定施設入居者生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0
<b>(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0

### 2 医療計画との整合性の確保

在宅医療・介護連携の推進においては、医療病床機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築、並びに、在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画と介護保険事業計画の整合性を確保する必要があります。

本町においては、国・県の指針を踏まえつつ、①介護療養型医療施設利用者については、利用者の半数が介護医療院等へ転換と推計し、②その他介護施設・在宅医療への移行については、これまで医療から介護への取り組みが進んでおり、一定程度自然体推計にすでに含まれているものとして推計しています。

## 第4章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

### 第1節 介護保険事業費の算出

#### 1 事業費算出の流れ

介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防 日常生活支援 総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-

## 2 事業費の見込み

### (1) 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1)介護予防サービス	20,124	20,257	19,590
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	2,052	2,054	2,054
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	63	63	63
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	7,740	7,745	6,952
介護予防短期入所生活介護	255	255	255
介護予防短期入所療養介護(老健)	224	224	224
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	7,945	8,071	8,197
特定介護予防福祉用具購入費	262	262	262
介護予防住宅改修	1,583	1,583	1,583
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス	2,572	2,574	2,574
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	2,572	2,574	2,574
(3)介護予防支援	4,137	4,193	4,139
合計	26,833	27,024	26,303

## (2) 介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 居宅サービス	309,455	310,664	303,901
訪問介護	28,286	29,777	31,251
訪問入浴介護	467	467	467
訪問看護	12,033	12,400	12,039
訪問リハビリテーション	803	803	803
居宅療養管理指導	2,074	2,075	1,817
通所介護	123,048	121,638	115,397
通所リハビリテーション	40,359	40,382	38,307
短期入所生活介護	47,230	47,256	47,256
短期入所療養介護(老健)	9,639	9,644	9,644
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	25,835	26,532	27,230
特定福祉用具購入費	833	833	833
住宅改修費	3,703	3,703	3,703
特定施設入居者生活介護	15,145	15,154	15,154
(2) 地域密着型サービス	174,191	172,283	171,070
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,008	2,009	2,009
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	42,960	40,979	39,766
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	76,994	77,037	77,037
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	52,229	52,258	52,258
(3) 施設サービス	546,764	547,067	547,067
介護老人福祉施設	353,918	354,114	354,114
介護老人保健施設	192,846	192,953	192,953
介護医療院	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0
(4) 居宅介護支援	39,846	39,974	39,675
合計	1,070,256	1,069,988	1,061,713

### 3 その他の給付等の見込み

#### (1) 標準給付費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費(円)	1,097,089,000	1,097,012,000	1,088,016,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	68,970,724	64,618,051	62,697,972
高額介護サービス費等給付額(円)	30,589,118	30,303,964	29,401,495
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	3,337,613	3,311,660	3,213,037
算定対象審査支払手数料(円)	957,803	950,411	922,075
標準給付費見込額(円)	1,200,944,258	1,196,196,086	1,184,250,579

#### (2) 地域支援事業費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	25,557,000	25,518,000	25,500,000
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費	17,500,000	17,700,000	18,000,000
包括的支援事業(社会保障充実分)	9,724,000	9,850,000	9,950,000
地域支援事業費(円)	52,781,000	53,068,000	53,450,000

#### (3) 準備基金の残高と取崩額

	R3~5
準備基金の残高(令和2年度末)(円)	57,260,000
準備基金取崩額(第8期)(円)	0

#### (4) 市町村特別給付費等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

#### (5) 予定保険料収納率

	R3~5
予定保険料収納率(%)	98.0%



## 第2節 介護保険料の算出

### 1 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

標準給付費見込額	3,581,390,923
+	
地域支援事業費	159,299,000
=	
介護保険事業費見込額	3,740,689,923
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額	860,358,682
+	
調整交付金相当額	182,898,296
-	
調整交付金見込額	464,740,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
準備基金取崩額	0
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	578,516,978
÷	
予定保険料収納率	97.96%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	7,811.6
=	
年額保険料	75,601
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,300
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,200

## 2 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基準額に対して、準備基金を取り崩し、保険料に充当することにより、介護保険料基準月額を設定し、さらに所得段階に応じた保険料設定を以下の通り行います。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	負担割合
第1段階	3,150円	3,150円	3,150円	0.50
第2段階	4,725円	4,725円	4,725円	0.75
第3段階	4,725円	4,725円	4,725円	0.75
第4段階	5,670円	5,670円	5,670円	0.90
第5段階	6,300円	6,300円	6,300円	1.00
第6段階	7,560円	7,560円	7,560円	1.20
第7段階	8,190円	8,190円	8,190円	1.30
第8段階	9,450円	9,450円	9,450円	1.50
第9段階	10,710円	10,710円	10,710円	1.70

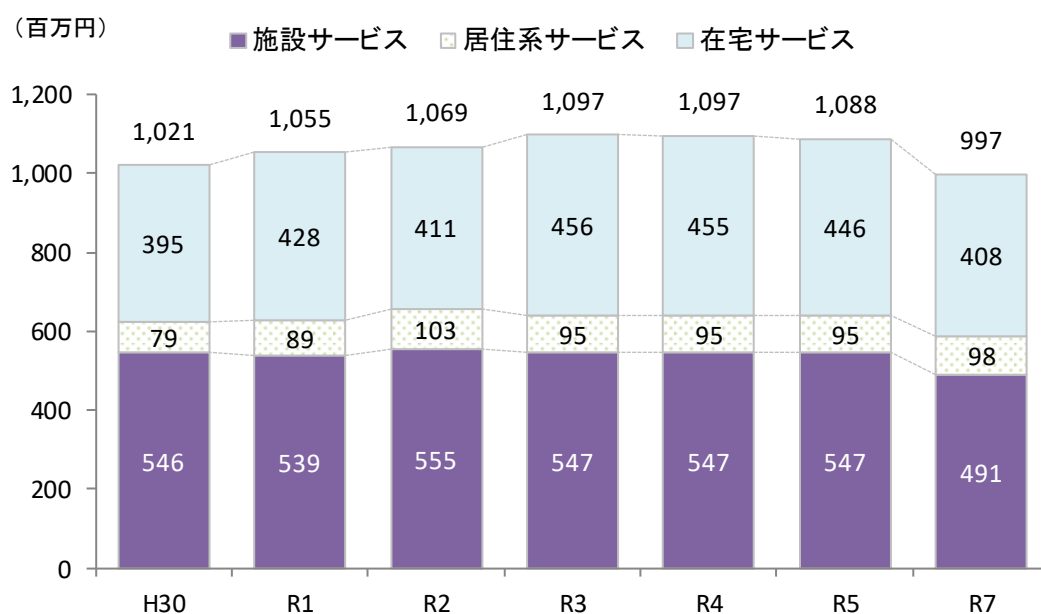
各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

	該当条件	基準額に対する割合
第1段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.50
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.75
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入 120 万円超	0.75
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.90
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超	1.00 基準
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 200 万円未満	1.30
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 200 万円以上 300 万円未満	1.50
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 300 万円以上	1.70

## 第3節 2025年のサービス水準等の推計

### 1 2025年のサービス水準等の推計

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けた「地域包括ケア計画」として計画的・段階的に進めていくことで、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのか、2025年を見据えて中長期的にサービス水準等について推計しました。

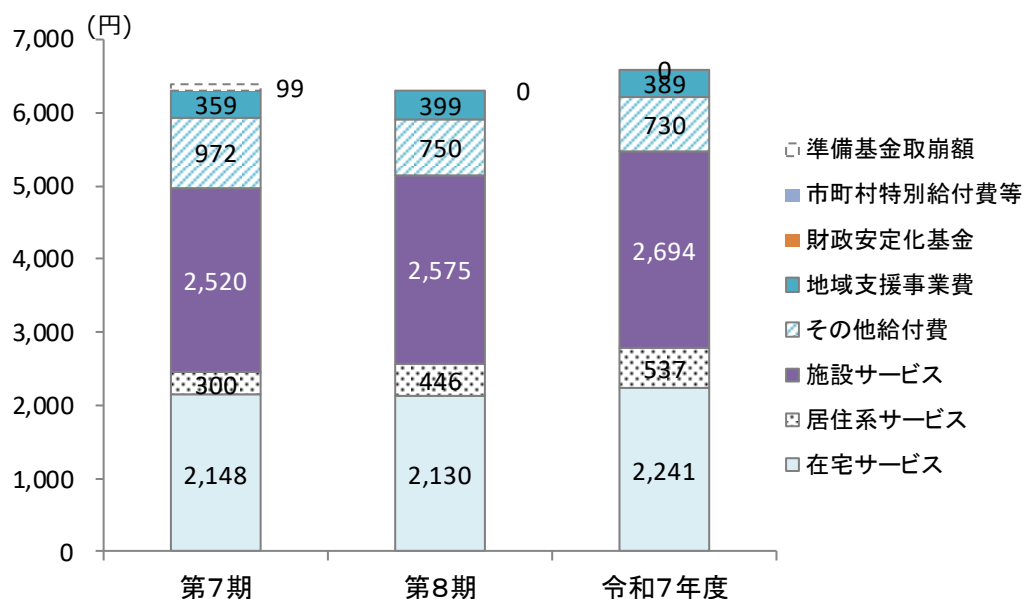


	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	1,097,089	1,097,012	1,088,016
在宅サービス	455,614	455,180	446,184
居住系サービス	94,711	94,765	94,765
施設サービス	546,764	547,067	547,067

## 2 介護保険料基準額の経年変化

2025年を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。



	第7期		第8期		令和7年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総給付費	4,968	78.9%	5,151	81.8%	5,472	83.0%
在宅サービス	2,148	34.1%	2,130	33.8%	2,241	34.0%
居住系サービス	300	4.8%	446	7.1%	537	8.2%
施設サービス	2,520	40.0%	2,575	40.9%	2,694	40.9%
その他給付費	972	15.4%	750	11.9%	730	11.1%
地域支援事業費	359	5.7%	399	6.3%	389	5.9%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,299	100.0%	6,300	100.0%	6,592	100.0%
準備基金取崩額	99	1.6%	0	0.0%	0	0.0%
保険料基準額	6,200	98.4%	6,300	100.0%	6,592	100.0%

## 第5章 計画の推進

### 第1節 計画推進に向けた体制の拡充

#### 1 計画の推進に向けた連携と取り組み

本計画は、高齢者自らが健康の保持増進に努め、高齢となっても介護予防に取り組むことにより活動的な生活を送り、また介護が必要な状態になっても身近にある支え合いの中で、住み慣れた地域で安心して尊厳ある暮らしを継続していくことを目指した計画です。

その実現に向けて、関係機関や保健・介護・福祉に関与する人々の力を結集することが必要不可欠となります。合わせて、町民一人一人が生涯を通じて元気で自立した生活を送り、心身ともにいつまでも健康でいられるよう、健康づくりや意識的な介護予防への取り組みを一体的に行うことも必要です。

そのため、町関係機関の連携によって、各部門の課題等の情報共有を図りながら、各種事業を計画的・総合的に展開し、計画の円滑な推進を図ります。

また、関係機関として、地域福祉の中心的な役割を担う社会福祉協議会や地域包括支援センターが協働し、必要な取り組み等を展開しながら、地域の特性に合った支援体制づくりに努めます。

町内の在宅介護支援センターについては、担当地域における総合相談、要援護高齢者の実態把握、支援経過記録作成及び報告等を担っていることから、地域包括支援センターや町関係機関との定期的な検討会議等により、業務の連携及び情報共有の強化を図ります。

地域の見守り活動の中心となる民生委員・児童委員や地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）等については、高齢者に関する情報や各種サービスの状況等、地域福祉にかかる情報等を提供しながら理解を進め、地域における福祉活動や予防活動のキーパーソンとしての活動を推進していきます。

特に、地域見守り隊（在宅福祉アドバイザー）については、民生委員と連携して、一体的に活動するなど、地域活動における位置付けを明確にしていきます。

また、地域の連帯感の醸成に努め、継続的なリーダー育成を図りながら、町民が主体的に地域福祉活動・ボランティア活動などに参加し、活力ある地域社会の担い手として活躍することができるよう地域における福祉基盤の醸成に努めていきます。





# 資料編





## 第1節 委員会等について

### 1 錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会設置要綱

○錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会設置要綱

平成22年3月15日告示第14号

(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、保健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）

## 2 錦江町高齢者福祉介護保険運営推進協議会委員名簿

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	設置要綱2条の内容	備考
1	黒瀬 正	福祉関係者	民生委員会長
2	石踊 紳一郎	介護事業者	社会福祉法人幸伸会 理事長
3	濱畑 明美	介護事業者	社会福祉法人誠心会 理事長
4	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
5	今隈 満	医療関係者	肝属郡医師会立病院医師
6	神田 光一	医療関係者	神田歯科医院
7	川越 俊作	医療関係者	かわごえ薬局
8	池田 行徳	町議会代表	総務厚生常任委員会委員長
9	馬場 みよ子	介護保険被保険者	
10	永田 泰久	介護保険被保険者	シルバー人材センター
11	牧原 剛	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

事務局名簿

番号	氏名	職名	備考
1	池之上 和隆	保健福祉課長	
2	鶴田 明	保健福祉課 福祉チームリーダー	
3	馬場 満博	保健福祉課 福祉チーム 主幹	
4	池水 国博	保健福祉課 介護チームリーダー	
5	徳永 勝志	保健福祉課 介護チーム 係長	
6	大崎 いずみ	保健福祉課 介護チーム 主幹 保健師	包括支援センター
7	麥生 田才子	保健福祉課 介護チーム 主任ケアマネ	包括支援センター
8	新原 幸優	保健福祉課 介護チーム 社会福祉士	包括支援センター
9	猪鹿 倉勝志	保健福祉課 保険衛生チームリーダー	国保担当
10	船迫 小百合	保健福祉課 保険衛生チーム 主幹 保健師	
11	永濱 あけみ	保健福祉課 保険衛生チーム 主幹 保健師	
12	鶴園 健郎	住民生活課長	
13	川路 昭典	住民生活課 民生チームリーダー	

## 第2節 介護保険サービス事業所について

### 1 錦江町内の介護保険サービス事業者・介護保険施設等の状況

事業の種類	指定事業所
(介護予防)訪問介護	錦江町社会福祉協議会指定訪問介護事業所
(介護予防)訪問看護	訪問看護ステーション菜の花
(介護予防)通所介護	青山荘デイサービスセンター
	デイサービスセンター南松園
	デイサービスセンター 菜の花
(介護予防)通所リハビリテーション	肝属郡医師会立介護老人保健施設みなみかぜ
(介護予防)短期入所生活介護	特別養護老人ホーム青山荘
	特別養護老人ホーム南松園
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	肝属郡医師会立介護老人保健施設みなみかぜ
居宅介護支援	錦江町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所
	指定居宅介護支援事業所 青山荘
	肝属郡医師会立指定居宅介護支援事業所 みなみかぜ
	指定居宅介護支援事業所 南松園
	ケアリンク菜の花
介護予防支援	錦江町地域包括支援センター
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事業所宝樹 (令和3年6月開設予定)
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	グループホーム青山荘
	グループホーム南松園
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム青山荘
	特別養護老人ホーム南松園
介護老人保健施設	社団法人肝属郡医師会立介護老人保健施設みなみかぜ

## 第3節 用語解説

### 1 用語解説

用語	解説
アセスメント	課題分析などと訳される。利用者が直面している生活上の問題・課題（ニーズ）や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、必要なサービスの提供や援助に先立って行われる一連の手続きのこと。ケアマネジメントの一環として、ケアマネジャーがケアプランを作成する前に利用者のニーズ、状況等を詳細に把握するために行なわれる。
e ラーニングシステム	e ラーニングシステムは、認定調査員の標準化のためにインターネット上で提供される認定調査員のための学習支援システムのこと。
MCI（軽度認知障害）高齢者	健常者と認知症の中間にあたる、MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）という段階（グレーゾーン）。認知機能（記憶、決定、理由づけ、実行など）のうち1つの機能に問題が生じてはいるが、日常生活には支障がない状態。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関。
キャラバン・メイト	キャラバン・メイトは「認知症サポーター養成講座」を企画・開催し、講師となるもの。キャラバン・メイトになるには、自治体または企業・職域団体が実施するキャラバン・メイト養成研修を受講する必要がある。
ケアマネジメント（居宅介護支援）	要支援・要介護者等が自立した日常生活を営むために必要なサービスを利用できるように、予防給付・介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービスが適切に行われるようにサービス提供者などとの連絡調整を行うこと。
ケアマネジャー（介護支援専門員）	要介護者等からの相談に応じ、適切な介護保険サービスを受けられるよう事業者等との連絡調整、ケアプラン作成を行う専門的な知識・技術を有する人。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事等の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム（ホームの介護職員等によるサービス）を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
高額介護サービス費	所得が一定以下の介護サービス利用者に対して、サービス利用料の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給する制度。
高額医療合算介護サービス費等給付額	高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費の負担と介護費の両方の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給する制度であり平成20年4月から設けられた。
生活支援協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」とする。
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）を果たす者を「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」とする。
成年後見制度	病気や障害のため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う。

用語	解説
地域ケア会議	介護保険法第115条の48において、市町村は、要介護被保険者等への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、要介護被保険者等が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うため、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議を置くように努めなければならないとされている。これを通称「地域ケア会議」という。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ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ための事業。
地域包括ケア	高齢者が介護や支援を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域全体で支えていく体制。
地域密着型（介護予防）サービス	平成18年4月から新たに創設されたサービス。高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活できるようにする観点から、それぞれの市町村に居住する人を対象として、原則として日常生活圏域ごとに提供される。
デュアルタスク	デュアルタスク（二重課題）は、認知能力を上げる方法のひとつとして、同時に二つのことに取り組むプログラムの総称。
日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、社会福祉協議会等が福祉サービスの利用援助等を行うもの。
認知症	脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下する病気。
認知症ケアパス	認知症ケアパスとは、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	認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、自分のできる範囲で活動する人。
脳若プログラム	認知症予防プログラムとして開発され、短期記憶、遅延記憶、グループ回想法などと、簡単な動きと組み合わせたデュアルタスク運動を組み合わせたプログラムであり、教室形式で実施。
ノーマライゼーション	高齢者や障害者など社会的に不利を負う人々を当然に包含するのが通常の社会であり、そのあるがままの姿で他の人々と同等の権利を享受できるようにするという考え方や方法。ノーマライゼーションの思想は、「障害者の権利宣言」の底流をなし「完全参加と平等」をテーマとした「国際障害者年」にも反映された。
バリアフリー	障害者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障害のある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。
レクリエーション	レクリエーションはラテン語が語源とされ、英語では元気回復や滋養等が古い用例としてあり、日本の初期の訳語では復造力や厚生などがある。現在では生活の中にゆとりと楽しみを創造していく多様な活動の総称となっている。介護福祉領域などでは、人間性の回復などの理解もみられる。介護保険制度下では、通所介護や施設などで行われている。



---

高 齡 者 福 祉 計 画  
第 8 期 介 護 保 険 事 業 計 画

---

令和 3 年 3 月

発行 錦江町役場  
〒893-2392  
鹿児島県肝属郡錦江町城元963番地  
T E L 0994-22-0511  
F A X 0994-22-1951

---