

第 4 章

将 来 构 想

第4章 将来構想

1 計画期間の人口等推計

(1) 人口構成の推移（推計）

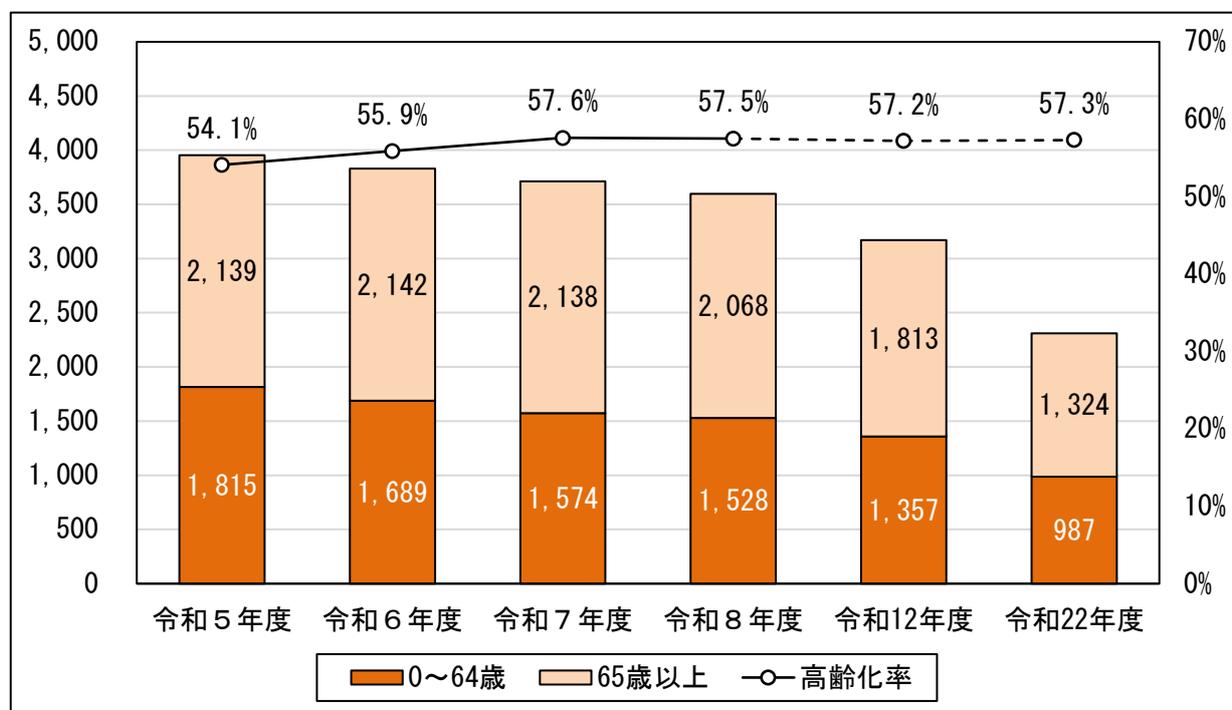
少子高齢化の進展に伴い、64歳以下人口、65歳以上人口、総人口ともに年々減少していく見込みです。高齢化率は、年々高くなっていましたが、令和7年度以降は横ばいと予測しています。

表73 人口構成の推計

区分	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
0～64歳	1,815	1,689	1,574	1,528	1,357	987
65歳以上	2,139	2,142	2,138	2,068	1,813	1,324
総人口	3,954	3,831	3,712	3,596	3,170	2,311
高齢化率	54.1%	55.9%	57.6%	57.5%	57.2%	57.3%

○住民基本台帳を参考に見える化データを勘案しながら推計しています（各年度3月末推計）

図18 人口構成の推計



(2) 被保険者等の人口推計

高齢者（65歳以上）人口は平成17（2005）年をピークに減少に転じています。後期高齢者（75歳以上）人口は平成22（2010）年をピークに減少に転じましたが、その後横ばいが続き、第9期計画期間以降は、減少する見込みです。

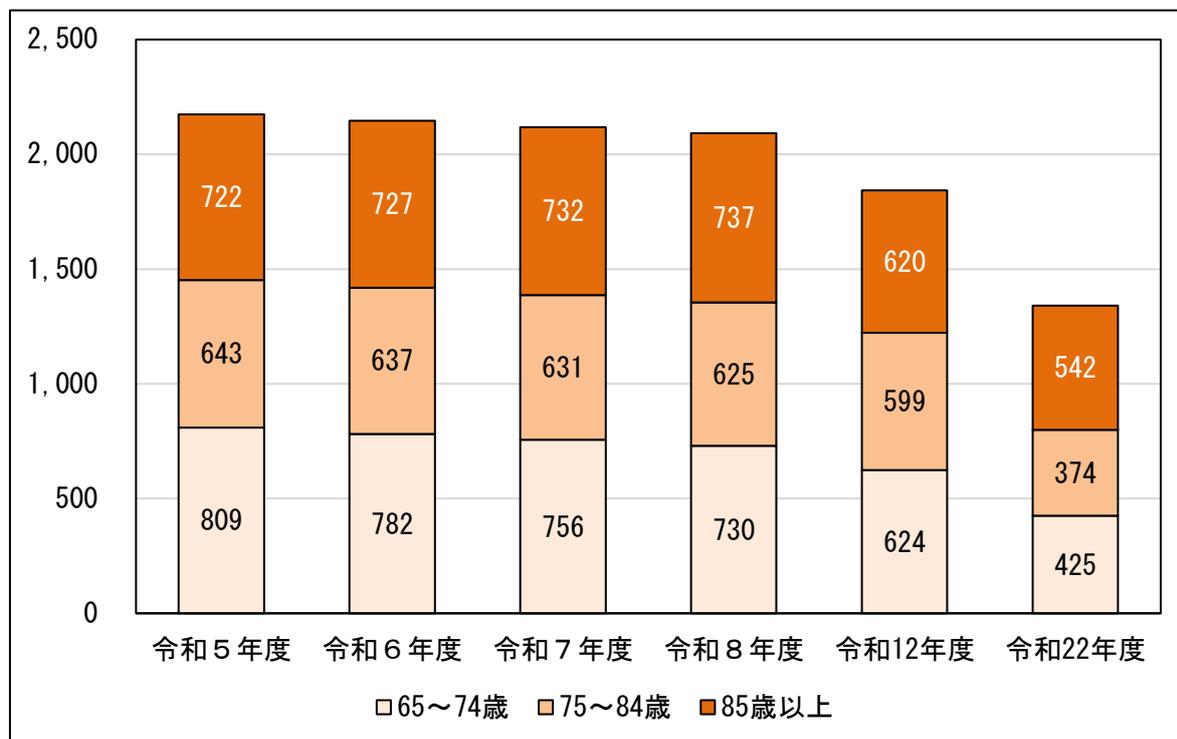
第1号被保険者数も同様に減少する見込みです。

表74 被保険者等の人口推計

区 分	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
65～69歳	386	373	361	348	315	238
70～74歳	423	409	395	382	309	187
前期高齢者計	809	782	756	730	624	425
75～79歳	245	243	241	239	209	112
80～84歳	398	394	390	386	390	262
85歳～	722	727	732	737	620	542
後期高齢者計	1,365	1,364	1,363	1,362	1,219	916
第1号被保険者	2,174	2,146	2,119	2,092	1,843	1,341

○令和元年度の被保険者数を参考に推計（住所地特例者数を勘案しています）（各年度3月末推計）

図19 第1号被保険者の推計



(3) 要介護（要支援）認定者数の推計

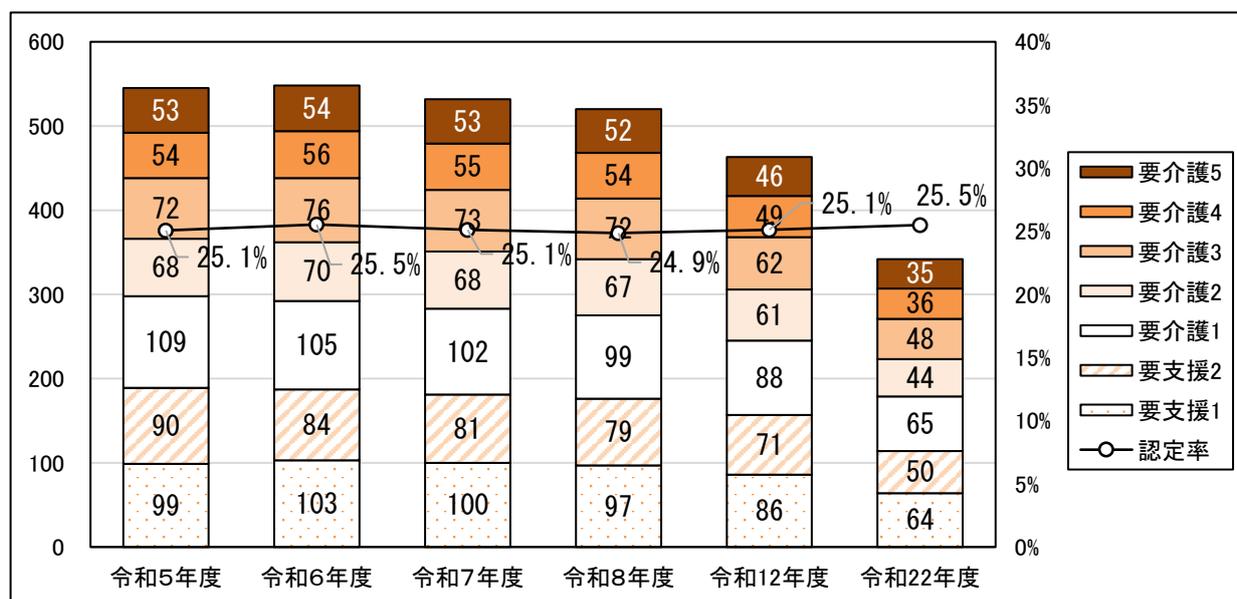
介護保険制度が平成12（2000）年度にスタートしてから、要介護（要支援）認定者数及び認定率は年々増加していましたが。平成27（2015）年度の介護保険制度改正に伴い、必ずしも要介護認定を受けなくても基本チェックリストによって該当すれば介護予防・総合事業の多様なサービスが利用可能となったことから、要支援認定者数は一時減少しましたが、第8期計画期間では増加しました。今後、第9期計画期間は、人口、高齢者人口は減少しますが、要介護（要支援）認定者数及び認定率は、ほぼ横ばいと推計しています。

表75 第1号被保険者の認定者数の推計

区分	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和22年
要支援1	99	103	100	97	86	64
要支援2	90	84	81	79	71	50
要介護1	109	105	102	99	88	65
要介護2	68	70	68	67	61	44
要介護3	72	76	73	72	62	48
要介護4	54	56	55	54	49	36
要介護5	53	54	53	52	46	35
合計	545	548	532	520	463	342
認定率	25.1%	25.5%	25.1%	24.9%	25.1%	25.5%

○見える化将来推計より（各年度9月末推計）

図20 第1号被保険者の認定者数の推計



2 計画の基本方針

保険者として日南町の基本方針、活動の柱をかかげて取り組みを強化するとともに、直営機関である日南町地域包括支援センターの取り組みを充実します。

(1) 日南町の基本方針（スローガン）

「町民みんなで支え合って自分らしく暮らせる日南町（地域共生社会の実現）」

(2) 活動の柱

- ①地域で支え合って暮らし続けることができるための、生活支援体制の整備
- ②高齢者の社会参加と健康づくり・介護予防の推進
- ③自分や家族が認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
- ④人生の最期まで生きがいと尊厳を持って暮らせる体制整備と意識啓発
- ⑤地域で暮らし続けることができるための、在宅医療・介護の連携拡充と基盤整備

3 日南町地域包括支援センターの「スローガン」と「活動方針」

「スローガン」

町民みんなで支え合って自分らしく暮らせる日南町

「活動方針」（令和6～8年度）

1. 地域で支え合って暮らし続けることができるための、生活支援体制の整備
 - 1)地域で支え合える取り組みを推進する
 - 2)まちづくり協議会・自治会と協働して地域支え愛ネットワーク構築事業を推進する
2. 高齢者の社会参加と健康づくり・介護予防の推進
 - 1)生きがいのある健康づくり
 - 2)社会参加・気軽に集える居場所支援
 - 3)保健・医療など多方面と連携した介護予防
 - 4)生活を支える体制整備(介護予防・日常生活支援総合事業)
3. 自分や家族が認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
 - 1)認知症への理解を深める
 - 2)認知症の予防、早期発見・早期対応を図る
 - 3)認知症地域支援・ケア向上を推進する
 - 4)認知症の人と家族の支援体制を整える

4. 人生の最期まで生きがいと尊厳を持って暮らせる体制整備と意識啓発

- 1) 成年後見制度等の利用を促進するための周知・啓発を行う
- 2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりと担い手の確保に努める
- 3) 成年後見制度利用支援事業を実施する
- 4) 高齢者虐待防止対策を推進する
- 5) 人生の最期まで自分らしく暮らす意識を持ち、周りの人が本人の意思を尊重するための啓発を行う

5. 地域で暮らし続けることができるための、在宅医療・介護の連携拡充と基盤整備 (地域包括ケアシステムの充実)

- 1) 地域における在宅医療・介護の関係機関の連携拡充
- 2) 地域住民(地域活動)への関わり
- 3) 高齢者向け住まい
- 4) 必要な医療・介護サービスが利用できる体制整備

4 認知症に関する施策の推進

日南町における認知症施策は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年法律第65号。以下、「認知症基本法」という。）及び認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）の中間評価の結果を踏まえて、本町の特性を生かして取り組みを進めます。

(1) 認知症基本法

ア 目的

認知症基本法は、我が国における急速な高齢化の進展に伴い認知症である者（以下「認知症の人」という。）が増加している現状等に鑑み、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、認知症に関する施策（以下「認知症施策」という。）に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体等の責務を明らかにし、及び認知症施策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、認知症施策の基本となる事項を定めること等により、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国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（以下「共生社会」という。）の実現を推進することを目的としています。

イ 基本理念

認知症施策は、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、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならないこととされています。

- ①全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること。
- ②国民が、共生社会の実現を推進するために必要な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を深めることができるようにすること。
- ③認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができるようにすること。
- ④認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること。
- ⑤認知症の人に対する支援のみならず、その家族その他認知症の人と日常生活において密接な関係を有する者（以下「家族等」という。）に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすること。
- ⑥認知症に関する専門的、学際的又は総合的な研究その他の共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、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及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備すること。
- ⑥教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われること。

（２）認知症施策推進大綱

ア 基本的考え方

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し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進します。

イ 5つの柱

認知症は誰もがなりうるものであることを共有し、生活上の困難が生じた場合でも重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解のもと本人が希望をもって前を向き力を生かしていくことで、住み慣れた地域の中で尊厳が守られその人らしく暮らし続けることができることを目指し、次の5つの柱に沿って施策をすすめることが重要とされています。

- ①普及啓発・本人発信支援

- ②予防
- ③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤研究開発・産業促進・国際展開

(3) 日南町の認知症施策

日南町の認知症施策は、次の4つの柱にそって推進します。

- ①認知症への理解を深める
- ②認知症の予防、早期発見・早期対応を図る
- ③認知症地域支援・ケアの向上を推進する
- ④認知症の人への支援体制を整える

日南町地域包括支援センターが実施する具体的な取り組みは106頁のとおりです。

5 人生の最期まで生きがいと尊厳を持って暮らせる体制整備と意識啓発

本町では一人暮らし高齢者のほか、認知症高齢者や身寄りのない高齢者の増加が予想され、成年後見制度の必要性がさらに高まっていくものと考えられます。認知症等により判断能力が十分ではない状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるよう、成年後見制度の利用促進を図るための体制整備をはじめ、権利擁護支援体制の充実と住民の意識啓発に取り組みます。

町福祉保健課を地域連携ネットワークの核となる中核機関と位置づけ、権利擁護支援のコーディネイト機能を担います。一般社団法人権利擁護ネットワークほうきに一部機能を委託し、広域での連携、市民後見人の養成、より専門的な相談対応などを行います。

6 介護人材の確保

介護職員の人材確保のため、介護福祉人材育成奨学金貸与事業を継続して実施します。また、介護支援専門員の資格取得のため事業所と連携して取り組みます。

介護ロボット・ICTの導入及び外国人人材の活用について推進します。

7 日南町地域包括支援センターの活動方針ごとの目標

(1) 地域で支え合って暮らし続けることができるための、生活支援体制の整備

ア 地域で支え合える取り組みの推進

(ア) 救急医療情報キットの設置及び更新

- 訪問時（65歳以上一人暮らし及び75歳以上高齢者世帯）に救急医療情報キットを確認し、必要に応じて設置及び更新を支援します。
- 出前講座を実施し、講師を派遣します。
- 65歳年齢到達時に、案内及び申込書等を送付します。

(イ) 生活支援ボランティア

- 地域での活動を支援するための交流会を実施します。

イ 地域支え愛ネットワーク構築事業の推進

(ア) まちづくり協議会及び自治会等との協同

- 打合せ等の連携を実施します。
- 全戸アンケートの実施を支援します。
- 支え愛マップの作成を支援します。
- 必要に応じて、見守り連絡会を開催します。

(イ) 関係機関との連携

- 日南町社会福祉協議会（以下、「町社協」という。）との連絡会を月1回程度実施します。
- 支え愛ネットワークコーディネーター（町社協委託）、町総務課防災専門員等と連携して、支援します。
- 必要に応じて、鳥取県（危機管理部）及び鳥取県社会福祉協議会等との連携及び情報共有を行います。

(2) 高齢者の社会参加と健康づくり・介護予防の推進

ア 生きがいのある健康づくり

(ア) 生きがい・目標を持てる

- いつまでも趣味、生きがい及び目標をもって、いきいきと生活できるため、住民主体通所型サービス運営事業（以下、「集いの場」という。）での、基本チェックリスト（以下、「チェックリスト」という。）等を活用した、自己評価等ができるよう支援します。
- 生きがいや趣味活動に関する講師の派遣を行い、生きがい及び目標を持てるように支援します。

表76 生きがい・目標を持てるの目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
チェックリスト等を活用した自己評価等支援	全会場	全会場	全会場

(イ) 運動による健康づくり

- 通所型サービスCの運動機能向上プログラムを日南病院に委託して実施します。
- 通所型サービスC運動機能向上プログラムの評価を行うとともに、終了後の運動習慣の継続を支援します。
- いきいき百歳体操等の体操習慣の継続支援に努めます。
- 理学療法士等による集いの場での体力測定及び個別指導並びに事業の全体評価を、2年に1回程度実施します。
- 運動に関する出前講座を実施し、講師を派遣します。

表77 運動による健康づくりの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
いきいき百歳体操を実施する集いの場の65歳以上参加率	30%	30%	30%
理学療法士等による体力測定の実施、必要な者への個別指導及び個別評価の実施	山上 阿毘縁 大宮 多里	日野上 石見 福栄	山上 阿毘縁 大宮 多里

(ウ) 食事による健康づくり

- 通所型サービスCの栄養プログラムを、日南病院に委託して実施します。
- 町福祉保健課健康長寿推進室と連携を図りながら、管理栄養士等による出前講座を実施します。
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、「ニーズ調査」という。）の結果から、フレイルのリスクがある人を対象に、管理栄養士等による個別支援を行います。

(エ) 口腔ケアによる健康づくり

- 肺炎予防及び口腔フレイル予防のため、お口の健康・口腔ケアについての啓発及びかみかみ百歳体操の普及啓発を行います。
- 口腔ケアに関する出前講座を実施し、講師を派遣します。

表78 口腔ケアによる健康づくりの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
かみかみ百歳体操を取り入れている集いの場	30団体	35団体	40団体
口腔機能低下要注意者の割合 (チェックリスト)	20%以下	20%以下	20%以下

(オ) 感染症対策の推進

- 集いの場等で、手洗い等の基本的感染症対策の啓発を行います。また、感染防止に配慮しつつ集いの場等の開催を支援します。

(カ) 生活習慣病予防・介護予防の普及啓発

- 要介護状態の原因となりうる、生活習慣病の予防及びフレイル予防の普及啓発を、出前講座及び町報等で行います。
- 集いの場を活用した健康相談を行います。
- 総合事業・介護予防サービスについて、出前講座等で周知します。
- ニーズ調査を、3年に1回実施します。また、その集計結果を活用し、介護予防について広く啓発を行います。

表79 生活習慣病予防・介護予防の普及啓発の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
出前講座	20回	20回	20回
ニーズ調査	—	実施	—

(キ) 事業対象者及び要支援者の重度化予防

- 新規要支援者等へ、個別訪問して介護保険ファイルを配布し、介護予防及び重度化予防・自立支援についての啓発を行います。
- 重度化予防・自立支援に自らが意欲的に取り組めるように、介護保険ファイルの内容を必要に応じて見直します。
- サービスを利用していない要支援者等の健康維持、重度化予防のため、民生委員等の関係機関及び在宅支援会議等での専門職との連携により、年1回以上は状況把握を行います。

(ク) 現役世代・若いうちからの健康づくり

- 要介護状態の原因となりうる高血圧、糖尿病及び脂質異常症などの生活習慣病予防及び運動習慣の獲得について、現役世代や若い世代からの健康づくりに、町福祉保健課健康長寿推進室と連携して取り組みます。

イ 社会参加・気軽に集える居場所支援

(ア) みんなとかかわりを持って楽しく暮らす（社会交流）

- 地域での人と人とのつながりづくりや閉じこもり予防として、集いの場などの交流の場が継続できるよう、支援します。
- いきいきサロンなどの制度の情報提供を行い、交流の場づくりを支援します。
- 人生学園や老人クラブなど、地域の出かける場について、把握に努めます。
- 日南町シルバー人材センターと連携し、高齢者の生きがい活動を含めた社会参加を支援します。

表80 みんなとかかわりを持って楽しく暮らす（社会交流）の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
月に1回以上社会交流活動に参加している(ニーズ調査) ボランティア、スポーツ関係、趣味関係、 学習・教養サークル、集いの場、老人クラ ブ、町内会・自治会、仕事	—	70%	—

(イ) 気軽にボランティアに参加できる

- 地域の支え合いとボランティア自身の健康づくりを促進するため、生活支援ボランティアを養成します。
- 生活支援ボランティア養成終了後のスキルアップ研修会を実施します。
- 生活支援ボランティアが地域で活動できるよう、活動の場の提供及び紹介並びに交流会を行います。
- 認知症施策と連携し、効果的なボランティアの養成と活動支援を行います。

表81 気軽にボランティアに参加できるの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援ボランティア登録者	140人	140人	140人
・65歳以上	115人	115人	115人
・65歳未満	25人	25人	25人
生活支援ボランティア30時間以上活動者	20人	20人	20人
生活支援ボランティアスキルアップ研修会	1回	1回	1回

ウ 保健・医療など多方面と連携した介護予防

(ア) 専門職と連携した介護予防・重度化予防

- 在宅支援会議を活用して、医療・介護サービス利用中断者などのハイリスク者の情報共有や早期発見・対応を行います。

- ニーズ調査による、ハイリスク者への個別訪問等を行い、重度化予防に努めます。
- 生活習慣病・関節疾患等の病気に関する出前講座への講師の派遣や、糖尿病教室など日南病院管理栄養士等との連携を継続します。
- 切れ目のない効果的な介護予防・健康増進のため、町住民課及び町福祉保健課健康長寿推進室と連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を行います。

(イ) 服薬支援

- 在宅支援会議での服薬困難者の早期発見・対応を継続して取り組みます。また、服薬の出前講座の実施及び薬の飲み忘れを防ぐ啓発DVDの活用等、正しい服薬の啓発に取り組みます。

エ 生活を支える体制整備（介護予防・日常生活支援総合事業）

(ア) 関係団体と連携した見守りがある地域づくり

- 生活支援コーディネーター（町社協委託）と連携し、集いの場の活動継続支援を行います。
- 生活支援コーディネーターと連携し地域課題の把握や社会資源の掘り起こしを行います。
- 生活支援コーディネーターとの打合せ会を、毎月1回行います。
- 地域包括支援センターの総合相談窓口を周知し、地域住民、関係団体などから気軽に相談できるように努めます。
- 民生委員や中山間集落見守り活動支援事業協力事業者と連携し、地域の見守りを行います。
- 日南町見守り・生活支援サービスの利用促進、事業拡大に努めます。
- 離れて暮らす家族に対してチラシを更新・配布し、医療・介護・生活支援サービス・相談先等の周知を行います。

(イ) 外出支援

- 日南町の外出支援策の周知を行います。
- 地域での外出支援策を、地域と連携して検討及び支援を行います。

(ウ) 生活支援・介護予防体制整備推進協議会

- 地域住民、関係団体及び専門職の参加する生活支援・介護予防体制整備推進協議会を実施し、生活課題の解決に向けた仕組みづくりを行います。

表82 生活支援・介護予防体制整備推進協議会開催の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援・介護予防体制整備推進協議会	1回	1回	1回

(3) 自分や家族が認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

ア 認知症への理解を深める

- 認知症サポーター養成講座を開催し、地域、町内事業所及び学校等で、啓発に努めます。
- 地域に出向いて、出前講座及び認知症サポーター養成講座を開催します。
- シンポジウムの開催及び啓発漫画の活用により、認知症の理解について啓発をします。
- 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会を捉えた普及啓発の取り組みを実施します。
- 認知症の人本人の声を聴きながら取り組みを進めます。

表83 認知症への理解を深めるの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーターの養成	14回	14回	14回
・住民	10回	10回	10回
・町内事業所	1回	1回	1回
・高校生(日野高等学校)	1回	1回	1回
・中学生(日南中学校)	1回	1回	1回
・小学生(日南小学校)	1回	1回	1回
出前講座	5回	5回	5回
シンポジウム等での啓発	実施	—	—

イ 認知症の予防、早期発見・早期対応を図る

- 認知症についての相談窓口を、住民及び関係者に周知します。
- 認知症についての相談に、迅速に対応します。
- チェックリストの認知症関連項目の活用及び住民検診会場、出前講座等での物忘れタッチパネル実施により、スクリーニングやハイリスク者の早期発見に努めます。
- 認知症予防のため、運動習慣、食生活改善及び社会参加等を推進します。
- 認知症専門医による個別相談会を年5回実施し、早期対応に努めます。
- 認知症初期集中支援チーム員会議を年5回実施し、早期対応に努めます。また、認知症初期集中支援チームで支援した人が、医療・介護サービスにつながるよう支援します。

表84 認知症の予防、早期発見・早期対応を図るの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談窓口の高齢者認知度(ニーズ調査)	—	60%	—
物忘れタッチパネル	60人	60人	60人
・住民検診	50人	50人	50人
・出前講座	10人	10人	10人
チェックリストの認知症項目から把握	650人	650人	650人
・集いの場	650人	650人	650人
・ニーズ調査	—	1,400人	—
専門医による個別相談会	5回	5回	5回
認知症初期集中支援チーム員会議	5回	5回	5回

ウ 認知症地域支援・ケア向上を推進する

- 認知症初期集中支援チームの活動がどの程度有効であったか、活動内容や方法、チームの介入後の効果について、事例検討などを行い、評価します。
- 認知症施策作業部会（日南病院、日南福社会及び地域包括支援センター職員で構成）を月1回程度開催し、認知症施策の企画、進捗管理及び評価等を行います。
- 関係職員（4団体）向けの認知症研修を年1回開催します。

エ 認知症の人と家族の支援体制を整える

- 認知症ケアパスを必要に応じて更新し、認知症の人と家族の支援に活用します。
- 家族介護者の交流会を開催し、介護者間の情報共有と介護負担感の軽減に努めます。
- 認知症カフェを開催し、認知症の人と家族の相談や交流の場として活用します。また、地域での認知症カフェの立ち上げや運営を支援します。
- 高齢者等見守りネットワーク事前登録制度を周知し、警察と連携して行方不明者発生の防止と早期対応に備えます。
- 成年後見制度の活用を支援します。

表85 認知症の人と家族の支援体制を整えるの目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家族介護者交流会	12回 実10人	12回 実10人	12回 実10人
認知症カフェ	3回	3回	3回
認知症カフェへの当事者参加	実1人	実1人	実1人

(4) 人生の最期まで生きがいと尊厳を持って暮らせる体制整備と意識啓発

ア 成年後見制度等の利用を促進するための周知・啓発を行う

○成年後見制度や日常生活自立支援事業の理解を図るため、パンフレットの配布及び研修会等の開催による周知及び啓発を行います。

イ 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりと担い手の確保に努める

○町福祉保健課と連携して、市民後見人の養成及びより専門的な相談対応などを行います。

ウ 成年後見制度利用支援事業の実施

○町長申し立て並びに申し立て費用及び後見人等報酬助成を行います。

エ 高齢者虐待防止対策の推進

○パンフレット等の配布及び相談窓口の周知により、高齢者虐待の防止を図ります。

○地域連携ネットワークにより、高齢者虐待の早期発見・早期対応につなげます。

○必要に応じて、高齢者保護のための緊急一時保護施設への措置を町と連携して行います。

○養護者に該当しない者からの虐待防止やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止について、町との連携を図ります。

オ 人生の最期まで自分らしく暮らす意識を持ち、周りの人が本人の意思を尊重するための啓発を行う

○もしもの時のしあわせノートを配布し、記入の支援を行います。

○人生会議（ACP）について、出前講座等による周知・啓発を行います。

表86 人生の最期まで生きがいと尊厳を持って暮らせる体制整備と意識啓発の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
成年後見制度研修会	1回	1回	1回
出前講座	5回	5回	5回

(5) 地域で暮らし続けることができるための、在宅医療・介護の連携拡充と基盤整備（地域包括ケアシステムの充実）

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、医療機関と介護事業所等が協働・連携して取り組むことを推進します。また自宅での生活が困難になっても、住み慣れた町内で生活ができるよう、高齢者向け住まいの整備や、医療・介護サービスの整備に取り組みます。

ア 地域における在宅医療・介護の関係機関の連携拡充

- 企画会議及び地域包括ケア会議を開催し、4団体で連携して地域包括ケア会議の年度目標設定、中間評価及び年間評価を継続的に実施しながら、地域課題への取り組みを進めます。
(地域包括ケア会議の目標は56頁、地域課題への取り組みは53頁を参照)
- 在宅支援会議を週1回程度開催し、きめ細かく連携を図ります。
- 介護保険ファイルを関係機関の共通ツールとして活用し、情報が引き継がれるようにします。
- 有料老人ホームにちなんつくほ運営懇談会に参加し、連携を図ります。
- 町内歯科医院及び鳥取県西部歯科医師会と連携します。
- 企画会議及び在宅支援会議を活用して、感染症や災害時対応の取り組みについて随時協議及び情報共有を行います。
- 広域での連携を充実させるため、日野郡地域リハビリテーション連絡協議会及び鳥取県西部圏域在宅医療・介護連携に係る意見交換会等、医療介護連携体制の構築に係る調整会議に参加します。

表87 地域ケア会議開催の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅支援会議	50回	50回	50回
企画会議	10回	10回	10回
地域包括ケア会議	4回	4回	4回
認知症施策作業部会	10回	10回	10回
自立支援検討会	10回	10回	10回

表88 地域における在宅医療・介護の関係機関の連携拡充の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
町内居宅介護支援事業所連絡会	1回	1回	1回
日野郡地域リハビリテーション連絡協議会	1回	1回	1回
西部圏域在宅医療・介護連携に係る意見交換会	12回	12回	12回

図21 地域包括ケアシステム

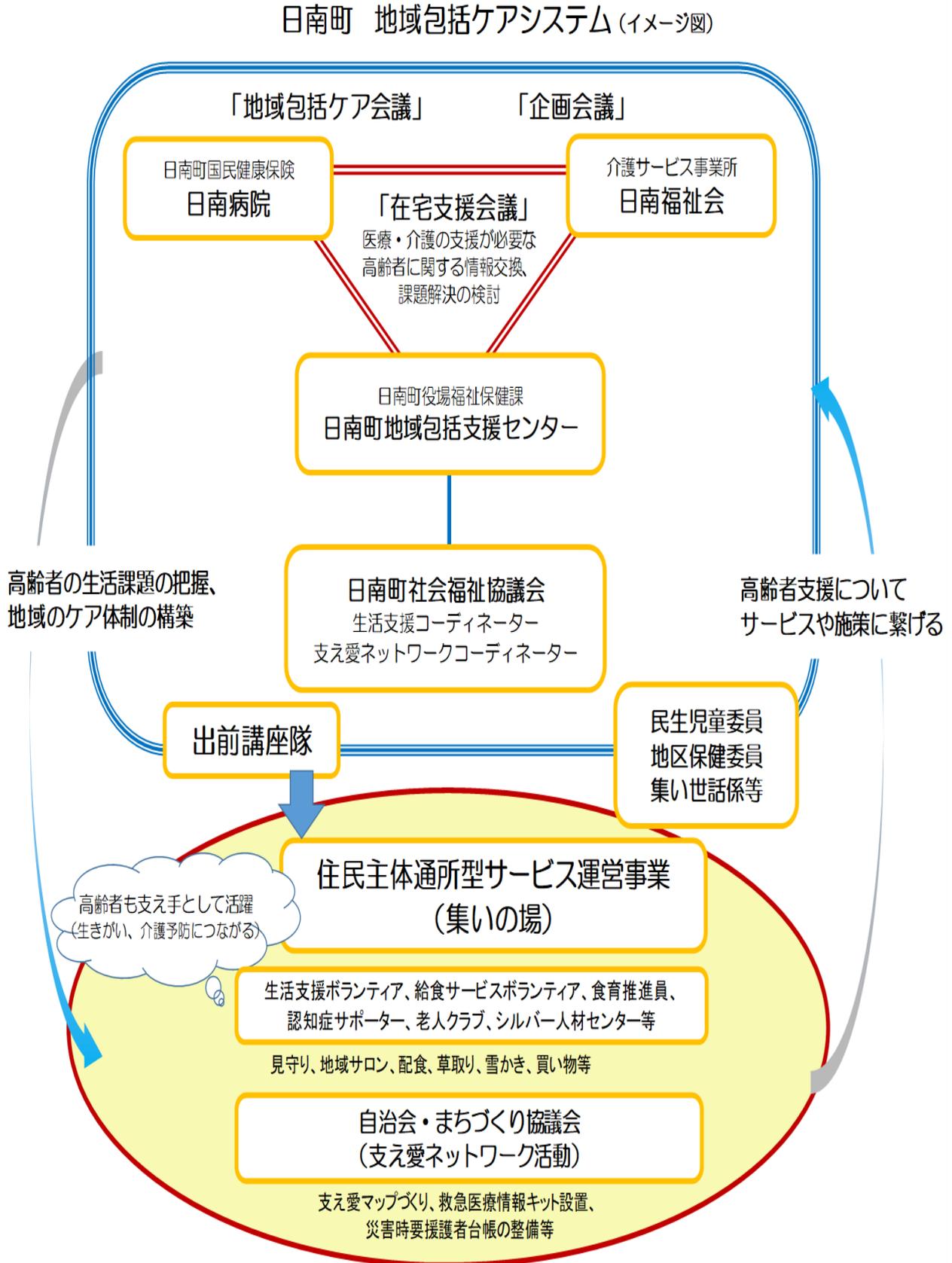
地域包括ケアについて

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

図22 日南町地域包括ケアシステム



イ 地域住民（地域活動）への関わり

- 専門職が出前講座隊として地域に出向き、住民との顔の見える関係づくり、地域活動支援を行います。
- 地域包括ケア会議に地域住民（各種組織、団体代表等）を招集し、住民とともに地域課題への取り組みを検討、実施します。

表89 地域住民（地域活動）への関わり目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
出前講座	40回	40回	40回

ウ 高齢者向け住まい

（ア）自宅環境の整備

- 本人の状態に合わせた住宅改修及び福祉用具の活用について、自宅を訪問し、介護支援専門員及びリハビリテーション専門職と連携して支援します。

（イ）冬期の住まい

- 積雪等により、冬期に自宅で生活が難しくなる一人暮らし高齢者及び高齢者世帯に対して、冬期の住まいについての相談に応じ、紹介を行います。

（ウ）自宅から移り住んで暮らし続けるための住まい

日南町内にある高齢者向け住まい、介護保険施設は以下のとおりです。

- 高齢者向け賃貸住宅なごみの里（10戸）
生活の不便さ等から、町中心地で生活を希望する高齢者の住まい。
- 短期滞在型専用住宅ひだまりの家（6室）
主に冬期期間中の短期間内に、町中心地で生活を希望する高齢者の住まい。
- 住宅型有料老人ホームにちなんつくほ（9室）
見守りや食事提供がある住まい。
- 住宅型有料老人ホームあかね荘（19室）
見守りや食事提供がある住まい。
- グループホームあさひの郷（18床）
要支援2から要介護5の認定があり、主治医意見書により認知症日常生活自立度Ⅱa以上の者が共同生活を送る住まい。
- 特別養護老人ホームあかねの郷（90床）
原則、要介護3から5の認定がある者が入所できる住まい。

エ 必要な医療・介護サービスが利用できる体制整備

- 小、中、高校生に保健・医療・介護・福祉に興味を持ってもらうため、シンポジウム等への参加を働きかけます。また、小学校4年生への福祉教育を実施します。
- 認知症高齢者の家族、ヤングケアラー及び介護離職問題等、家族介護者支援に取り組めます。
- 家族介護用品支給事業を実施し、在宅生活の支援と介護者の負担軽減を支援します。

8 介護保険制度の適正な運営

(1) 介護給付適正化計画の基本的な考え方

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

介護給付の適正化のために保険者が行う適正化事業は、高齢者等が可能な限り、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ができるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、保険者が本来発揮するべき、各保険者機能の一環として自ら積極的に取り組むべきものであり、各保険者において自らの課題認識の下に取り組みを進めていくことが重要であるとされています。

(2) 取り組みの基本的な方向

ア 保険者の主体的取り組みの推進

適正化の推進に当たっては、保険者が被保険者・住民に対して責任を果たすという観点などを入れながら、保険者機能を高めるべく、目標と計画性をもって、重点や手段・方法を工夫しながら取り組みを進めることが必要です。

イ 都道府県・保険者・国保連の連携

適正化の推進に当たっては、広域的視点から保険者を支援する都道府県・国保連介護給付適正化システム（以下、「適正化システム」という。）などにより適正化事業の取組を支える都道府県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）と密接かつ一体的な関係にあることから、相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、それぞれの特長を活かしながら、必要な協力を行い、一体的に取り組むことができるよう十分に連携を図ることが必要です。

ウ 保険者における実施阻害要因への対応

介護給付の適正化の実施の必要性や重要性を認識しつつも、人員や予算の制約などにより着手できないという意見が多くあります。これらは実施が低調な一つの理由ではありますが、その背景にある様々な実施の阻害要因を分析・把握し、それぞれに応じた方策を講じながら取り組んでいく必要があります。

エ 事業内容の把握と改善

適正化事業の推進に当たっては、事業を実施すること自体が目的ではなく、事業を行った結果、介護給付の適正化に着実に繋げることが必要です。そのためには、単に実施率の向上を図るだけでなく、実施している事業の具体的な実施状況や実施内容に

も着目し、評価を行いながら、各事業の内容の改善に取り組んでいく必要があります。

(3) 介護給付適正化事業の主要3事業の趣旨と実施方法

介護給付適正化については、国の指針により市町村において、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検、住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査」、「医療情報との突合・縦覧点検」を主要3事業として実施するように求められています。

ア 要介護認定の適正化

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、市町村職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図るために行います。

(ア) 介護認定調査を町職員が実施

要介護認定申請に係る認定調査は、新規認定申請、認定区分変更申請に係る認定調査は、町職員が実施しています。更新認定申請に係る認定調査は指定居宅介護支援事業所等に委託することができるとされていますが、日南町では、より公正性が確保されるよう町職員が実施しています。県外に居住する被保険者を除いて要介護認定調査を町職員が実施することを目指します。

(イ) 認定調査員の研修

要介護認定の平準化を図るために認定調査員の資質向上を目指します。そのため、調査員は鳥取県が主催する認定調査員研修に参加します。また、保険者としても、年1回調査員の研修会を実施します。

(ウ) 認定調査票を複数の職員が確認

認定調査票を複数の職員が確認するなどして、要介護認定調査の平準化を図ります。

(エ) 在宅支援会議の活用

在宅支援会議において要介護認定者等の状況把握を行っています。本人の状況と認定を受けている要介護度が明らかに異なる状況を一早く把握し、適切な要介護度となるように努めます。

イ ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め、町職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善するために行います。

(ア) ケアプラン点検の方法

適正化システムにより出力される給付実績等の帳票を活用し、介護支援専門員から、居宅介護サービス計画書等の提出を求め、介護支援専門員との面接により点検を行います。

(イ) 自立支援検討会の活用

介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて、事例を通じて介護支援専門員の気づきを促すとともに、自立支援に資するケアマネジメントの実践に向けた取組を目指して開催する、自立支援検討会を活用します。自立支援検討会ではリハビリテーション専門職も参加し自立支援に向けた視点を共有します。また、ケアプラン点検を実施した結果について、町内居宅介護支援事業所連絡会等の機会を活用して内容の改善点や評価を伝達し、町内居宅介護支援事業所の介護支援専門員の資質向上を目指します。

(ウ) 在宅支援会議を活用した事例のモニタリング実施

自立支援検討会及びケアプラン点検においてサービスの適合性などを指導した内容が、本人の生活に与えた影響をモニタリングすることでケアマネジメントの質の向上を図ります。

(エ) ケアプラン点検員の資質向上

ケアプラン点検支援マニュアル等の活用とともに、ケアマネジメントに関する研修へ参加し点検にかかわる職員の資質向上を目指します。また、介護支援専門員の職能団体等による点検の機会を設けるなどして、保険者のみならず多方面からのケアプラン点検を行うことにより、点検にかかわる職員の資質向上を目指します。

ウ 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

(ア) 住宅改修

保険者が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、訪問調査等を行って施工状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除することを目的としています。

(実施方法)

- 在宅支援会議において、改修後の活用状況等の把握に努めます。
- 介護支援専門員が本人の能力に応じた適切な住宅改修について検討が必要な場合は、日南病院理学療法士の家屋訪問や助言を受けられる体制があります。
- 住宅改修費支給申請書、住宅改修完了報告書について、担当職員による介護支援専門員や改修業者への聞き取りの他に、必要な場合は地域包括支援センター職員等、複数の職員で協議します。また、住宅改修事前家屋訪問、事後家屋訪問調査を実施し、本人の自立に資する住宅改修となっているか確認、指導、点検を行います。
- 適切な住宅改修について、介護支援専門員の研修会等で指導を行います。

(イ) 福祉用具点検

保険者が福祉用具利用者に対し、訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について、点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除することを目的としています。

(実施方法)

- 在宅支援会議において、購入後・貸与後の活用状況等の把握に努めます。
- 介護支援専門員が本人の能力に応じた適切な福祉用具購入や貸与について検討が必要な場合は、日南病院理学療法士の家屋訪問や助言を受けられる体制があります。
- 福祉用具貸与例外的使用は提出された福祉用具貸与例外的使用申出書、介護予防サービス計画書及び居宅介護サービス計画書について、地域包括支援センター職員等、複数の職員で審査し決定します。福祉用具の購入・貸与について、必要な場合は、事前家屋訪問、事後家屋訪問調査を実施し、本人の自立に資する内容となっているか確認、指導、点検を行います。
- 福祉用具貸与品目の単位数について、適正化システムにより出力される給付実績等の帳票を活用して確認します。
- 適切な福祉用具の購入、貸与について、介護支援専門員の研修会等で指導を行います。

表90 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
住宅改修	25件	25件	25件
・事前訪問	20件	20件	20件
・事後訪問	5件	5件	5件
福祉用具購入	25件	25件	25件
・事前訪問	20件	20件	20件
・事後訪問	5件	5件	5件
福祉用具貸与	13件	13件	13件
・事前訪問	10件	10件	10件
・事後訪問	3件	3件	3件

エ 医療情報との突合・縦覧点検

(ア) 縦覧点検の趣旨

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況(請求明細書内容)を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数、算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見し、適切な処置を行うことを目的としています。

(イ) 医療情報との突合の趣旨

医療担当部署との連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ることを目的としています。

(実施方法)

鳥取県国民健康保険団体連合会が行う縦覧点検、医療情報等の突合を活用して、請求内容の誤りや医療と介護の重複請求の誤りを早期に発見し、事業所に適正な請求を求めています。

オ 介護給付費通知（任意事業）

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者から介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービス利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑止効果をあげることを目的としています。

高齢者には分かりづらく、また費用対効果を見込みづらいため、本町では実施しません。

(4) 事業の推進方策

ア 指導監督との情報共有と事業所への指導

苦情・告発等により提供された情報等に基づき、対象となる個々の事業者に対する指導や不正請求等に対応する監査を実施していきます。合わせて積極的に適正化システムの情報を活用し、町としても、県及び国保連との連携による指導体制の充実を図り、指定機関である鳥取県と協力しながら、介護保険事業者に対する指導・監督の実施に努めます。

イ 苦情・告発・通報情報の適切な把握及び分析

町民からの介護保険サービス利用等に関する相談、苦情に対して、迅速かつ的確に対応できる相談体制を充実することが大切です。苦情対応機関である国保連との連携を図り、地域包括支援センターによる総合的な相談、苦情対応に努めます。

ウ 国保連の積極的な活用

適正化事業の推進に当たっては、県の支援を受けつつ、国保連と積極的な連携を図り、適正化システムを活用するための研修などに積極的に参加します。

エ 適正化の推進に役立つツールの活用

地域包括ケア見える化システムにより把握できる全国、都道府県、他保険者との比

較を保険者自身が自己分析を行うことで、重点的に取り組むべき分野等が指標データにより明確になることから、このデータを活用していく必要があります。

オ 地域ケア会議の活用

本町においては、在宅支援会議及び自立支援検討会を活用し、介護支援専門員が抱える支援困難なケース等について、保健・医療・介護・福祉等の多職種が協働してケアマネジメント支援を行っています。また、ケアプラン点検の結果を分析する中で浮かび上がった地域課題について地域包括ケア会議等で議論し、政策立案につなげていくことを目指します。

9 自立支援、重度化予防に向けた重点項目

第8期介護保険事業計画での取組を評価し、本計画の中から、自立支援、重度化予防等に資する施策に該当する部分を抜粋し、自立支援、重度化予防に向けた重点項目として位置づけて取り組んでいきます。

<日南町地域包括支援センターの活動方針ごとの目標>

- 生きがい・目標を持てる（102頁）
- 運動による健康づくり（102頁）
- 食事による健康づくり（103頁）
- 口腔ケアによる健康づくり（103頁）
- 事業対象者及び要支援者の重度化予防（104頁）
- みんなとかかわりを持って楽しく暮らす（社会交流）（104頁）
- 気軽にボランティアに参加できる（105頁）
- 保健・医療など多方面と連携した介護予防（105頁）
- 地域ケア会議開催（109頁）

<介護保険制度の適正な運営>

- 要介護認定の適正化（113頁）
- 保険者によるケアプラン点検（113頁）
- 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与の調査（114頁）
- 医療情報との突合・縦覧点検（116頁）

10 リハビリテーションサービス提供体制の構築

「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の構築の手引き」を活用し、リハビリテーションサービス提供体制の構築を図ります。

【目標】

地域住民が事業対象者等の虚弱な状態から要支援・要介護認定を受けるに至った状態において、どの段階でも生活期リハビリテーションを利用することができ重度化予防、健康維持を図ることができる。

（１）ストラクチャー指標を参考に町内のリハビリテーションサービス提供体制を年度ごとに把握する （令和5年12月1日現在）

【介護保険施設】

- ・特別養護老人ホームあかねの郷
機能訓練指導員（作業療法士）の配置あり

【地域密着型サービス】

- ・グループホームあさひの郷
機能訓練指導員（リハビリテーション専門職）の配置なし

【介護給付、予防給付】

- ・日南病院通所リハビリ（介護給付・予防給付）
理学療法士、作業療法士の配置あり
- ・デイサービスセンターあかねの郷（介護給付）
理学療法士の配置あり
- ・日南病院訪問リハビリ（介護給付・予防給付）
作業療法士の配置あり

【介護予防・日常生活支援総合事業】

- ・デイサービスセンターあかねの郷（通所型サービス従前相当、緩和した基準）
理学療法士の配置あり
- ・日南病院（通所型サービスC）
理学療法士、作業療法士の配置あり

【一般介護予防事業】

- ・住民主体通所型サービス運営事業
日南病院理学療法士による体操指導、個別評価
出前講座による理学療法士の運動指導

（２）プロセス指標をもとに事業所や施設間の連携構築を図る

地域支援事業地域リハビリテーション活動支援事業（48頁）により、町内介護保険事業所、町内居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの連携構築を行い、事業対象者、要支援・要介護認定者の重度化予防を評価していきます。

- ・リハビリテーションサービス利用率、利用延人数
- ・リハビリテーションマネジメント加算、短期集中（個別）リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算、生活機能向上連携加算、経口維持

等の算定者数

- ・要介護認定更新時の介護度の改善状況
- ・運動による健康づくり（102頁）

（3）アウトカム指標をもとに取組の評価を行う

リハビリテーションサービス提供体制に関する現状や、取組の実施状況とアウトカムの観点により取組の効果を把握します。その上で目標に向かって、より効果的な取組を推進していきます。

- ・集いの場参加者への主観的健康観、幸福感の把握
- ・集いの場の活動内容及び参加人数の把握
- ・ケアプラン点検における、生活の維持向上や活動・参加の拡大の状況の把握
- ・要介護認定更新時の障害高齢者の日常生活自立度の改善状況

1.1 災害への対策

（1）自然災害等への対応

高齢者の多い本町においては、避難体制の確保や福祉避難所の確保が重要となります。現在、日南町防災計画では、福祉避難所として「日南町総合文化センター」が指定されていますが、災害の種類や規模によっては対応が困難になることが予測されます。さらに整備が進むように、関係団体との協議を進める必要があります。

一般の避難所においても、配慮を必要とする人が多くなることが予測されることから、適切に運営ができるように、平時からの備えと訓練が必要です。地域の支え愛活動、防災担当部署、社会福祉協議会、介護サービス事業所等、関係機関との連携を深め、災害時に迅速に対応できるように努めます。

（2）感染症対策

町民一人一人が感染症対策に継続して取り組めるよう働きかけます。介護サービス事業者、医療機関等、関係機関の連携を深め、必要な介護サービスを継続して提供できるように努めます。