

日 南 町 老人福祉計画  
第 9 期介護保険事業計画

～ 日南町地域包括ケア計画 ～  
(令和 6 年度～令和 8 年度)

令和 6 年 3 月  
鳥 取 県 日 南 町

## は じ め に



令和に入り、新型コロナウイルス感染症との戦いが始まりましたが、ようやく少しずつ落ち着き、地域の行事なども開催されるようになりました。医療機関をはじめ、各施設等に従事されている皆様におかれましては、様々な場面において大変なご苦勞をされたことと思います。改めて感謝申し上げます。

さて、介護保険制度は、介護を必要とする人を社会全体で支える仕組みとして平成 12 年に導入され、その後わが国の社会保障制度の中核として確実に定着してきました。次期計画期間中には、団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025（令和 7）年を迎えることとなります。さらに団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040（令和 22）年には、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。このことから、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保などを検討し、第 9 期介護保険事業計画に位置づけることが求められています。

本町の高齢化率は令和 6 年 2 月末現在で 54.2%となっており、総人口は高齢者数とともに、今後も減少していくことが予測されます。このような状況を踏まえ、第 9 期介護保険事業計画では、介護サービス基盤を計画的に整備し、地域包括ケアシステムを一層推進してまいります。そして、高齢者をはじめすべての人が、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、関係機関や町民の皆様とともに「総力戦」で取り組んでまいりますので、今後とも一層のご支援とご協力をお願いいたします。

最後になりましたが、この計画を策定するにあたりご尽力いただきました介護保険運営協議会委員の皆様をはじめ、関係の皆様にご心から感謝申し上げます。

令和 6 年 3 月

日南町長 中村 英明

## 目 次

### 第1章 計画策定にあたって

1	老人福祉計画・介護保険事業計画策定の趣旨	1
(1)	計画策定の背景	1
(2)	計画の性格	2
(3)	計画の期間	2
(4)	計画の策定体制	2
(5)	介護保険事業計画に関する基本指針	3
(6)	第9期計画の基本指針のポイント	3
(7)	計画の進行管理	5
2	日常生活圏域の設定	5

### 第2章 高齢者を取りまく現状

1	高齢者の状況	6
(1)	高齢者人口の推移	6
(2)	高齢者のいる世帯の推移	6
(3)	高齢者の疾病	7
(4)	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要	10
2	介護保険の状況	13
(1)	第1号被保険者数の推移	13
(2)	要介護（要支援）認定者数の推移	13
(3)	介護サービス利用の状況	14
(4)	介護保険給付費等の他自治体との比較	17
3	社会資源の状況	29
4	保健事業の状況	30
(1)	保健事業について	30
(2)	健康づくり計画の推進	31
5	地域支援事業の状況	32
(1)	地域包括支援センターの充実	32
(2)	日南町地域包括支援センターの「スローガン」と「活動方針」	33
(3)	介護予防・日常生活支援総合事業	34
(4)	包括的支援事業	49
(5)	任意事業	62

6	地域支え愛ネットワーク構築事業	6 5
	(1) 地域支え愛ネットワーク構築事業の経過	6 5
	(2) 地域支え愛ネットワーク構築事業の内容	6 5
	(3) 地域支え愛ネットワーク活動状況	6 6
7	高齢者福祉事業	7 0
	(1) 施設関連施策の推進	7 0
	(2) 日常生活支援の充実	7 1
8	社会参加と生きがいの状況	7 2
	(1) 老人クラブ活動の促進	7 2
	(2) シルバー人材センター活動の促進	7 3
	(3) 生涯教育・スポーツ・レクリエーション活動の推進	7 4
9	地域福祉の状況	7 4
	(1) 社会福祉協議会の活動	7 4
	(2) 民生児童委員・主任児童委員の活動	7 6
	(3) まちづくり協議会等との連携	7 7
10	高齢者の権利擁護支援の状況	7 7
	(1) 高齢者虐待防止体制	7 7
	(2) 成年後見制度の利用促進	7 8
	(3) 消費者被害防止	7 8

### 第3章 課題の整理

1	課題整理の流れ	7 9
2	介護給付費からみた課題の整理	8 0
3	課題整理のまとめ	8 3

### 第4章 将来構想

1	計画期間の人口等推計	9 5
	(1) 人口構成の推移(推計)	9 5
	(2) 被保険者等の人口推計	9 6
	(3) 要介護(要支援)認定者数推計	9 7
2	計画の基本方針	9 8
	(1) 日南町の基本方針(スローガン)	9 8
	(2) 活動の柱	9 8

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」	98
4	認知症に関する施策の推進	99
	(1) 認知症基本法	99
	(2) 認知症施策推進大綱	100
	(3) 日南町の認知症施策	101
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	101
6	介護人材の確保	101
7	日南町地域包括支援センターの活動方針ごとの目標	102
	(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	102
	(2) 高齢者の社会参加と健康づくり・介護予防の推進	102
	(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	107
	(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	109
	(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）	109
8	介護保険制度の適正な運営	114
	(1) 介護給付適正化計画の基本的な考え方	114
	(2) 取り組みの基本的な方向	114
	(3) 介護給付適正化事業の主要3事業の趣旨と実施方法	115
	(4) 事業の推進方策	118
9	自立支援、重度化予防に向けた重点項目	119
10	リハビリテーションサービス提供体制の構築	120
	(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	120
	(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	120
	(3) アウトカム指標をもとに取組の評価を行う	121
11	災害への対策	121

## 第5章 介護保険事業に関する見込み

1	介護サービス量の見込み	122
	(1) 居宅サービス量と介護予防サービス量の見込み	122
	(2) 地域密着型サービス量及び地域密着型介護予防サービス量の見込み	132

(3) 施設介護サービス量の見込み	1 3 8
(4) 施設・居住系サービス量の見込み（再掲）	1 4 0
2 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス量の見込み	1 4 1
(1) 訪問型サービス量の見込み	1 4 1
(2) 通所型サービス量の見込み	1 4 2
(3) 生活支援サービス量の見込み	1 4 2
(4) 介護予防ケアマネジメントの見込み	1 4 3
3 給付費の見込み	1 4 3

## 第6章 第9期介護保険料

1 第1号被保険者保険料基準額の考え方	1 4 6
(1) 第1号被保険者保険料の算定にかかる要因	1 4 6
(2) 低所得高齢者保険料軽減強化策の概要	1 4 7
2 第9期計画期間の介護保険料率	1 4 8
3 第9期計画期間の第1号被保険者保険料	1 5 0
(1) 第1号被保険者介護保険料基準額の算定	1 5 0
(2) 第9期段階別介護保険料	1 5 0

## 資料編

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要	1 5 1
2 日南町老人福祉計画・第9期介護保険事業計画の主な策定経過	1 6 8
3 日南町介護保険運営協議会設置要綱	1 6 9
4 日南町介護保険運営協議会委員名簿	1 7 1

# 第 1 章

## 計画策定にあたって

## 第1章 計画策定にあたって

### 1 老人福祉計画・介護保険事業計画策定の趣旨

#### (1) 計画策定の背景

介護保険制度は、超高齢社会における介護問題の解決を図るため、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして、平成12（2000）年度に創設されました。

その施行後、サービスの提供基盤は急速に整備され、サービス利用者は着実に増加するなど、介護保険制度は我が国の高齢期を支える制度として定着してきました。しかしながら、サービス利用者の増加に伴い費用も増大しており、制度の持続性を維持しつつ、高齢者の生活機能を維持向上させるための介護予防を推進することや、地域での多様な支え合い活動等も充実していくことが求められています。

本町の高齢化率は、令和2（2020）年度の国勢調査で52.2%と県内で最も高く、全国でも32番目に高いという現状です。高齢化の進展に伴い高齢者の一人世帯や高齢者のみの世帯も増加しています。

本町では、平成5（1993）年12月に高齢社会への的確に対応するための福祉施策を推進するため「日南町老人保健福祉計画」を策定し、以後「健やかに老いる」「老いても安心して暮らせる町づくり」を柱として、保健・医療・福祉の連携による包括的ケアシステムの確立と充実を図ってきました。

平成12（2000）年度からは、介護保険法により「介護保険事業計画」の策定が保険者に義務付けられ、3年を1期（第2期計画までは5年を1期として3年ごとに見直し）とする事業運営期間ごとに保険給付の円滑な実施に関する計画を立て、運営にあたっています。

平成17（2005）年度には、介護保険の持続可能性の観点から介護保険法の大幅な改正が行われ、予防重視、地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの創設などが行われました。

平成24（2012）年度には、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、地域包括ケアシステムの構築と充実をめざして、包括的継続的に取り組むことが求められました。

平成26（2014）年度には、持続可能な社会保障制度の確立を図る目的から、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築による、医療及び介護の総合的な確保の推進が打ち出されました。この中で、在宅医療・介護の連携推進と併せ、全国一律の予防給付を地域支援事業に移行し、要支援者等の多様なニーズに応える制度の改正も行われました。

平成27（2015）年度には、県下で最も早く「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」に取り組みました。

本町においては、人口減少の中、また介護・看護人材確保が厳しい状況の中ですが、全国に先駆けて取り組んできた「地域包括ケアシステム」をさらに充実させ、住み慣れた地域で、高齢者が健康でいきいきと暮らせるよう「日南町老人福祉計画及び第9期介



「介護保険事業計画」を策定します。

### （２）計画の性格

「老人福祉計画」と「介護保険事業計画」は、高齢者の日常生活を支える計画として、一体的に策定することが求められています。さらに、介護保険事業の安定的な運営にあたっては「健康づくり計画」に基づいた若いうちからの健康づくりや予防活動の推進が重要となります。

「老人福祉計画」は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に定められた、老人居宅生活支援事業及び老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画を定める市町村老人福祉計画にあたるものです。

「介護保険事業計画」は、介護保険法（平成9年法律第123号）第117条に定められており、同116条により示された基本指針に即して、3年を1期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定める「市町村介護保険事業計画」にあたるものです。

また本計画は、成年後見制度の利用促進に関する施策の総合的・計画的な推進を図る「日南町成年後見制度利用促進基本計画」を内包するものとして策定します。

### （３）計画の期間

この計画は、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間を計画期間とし、令和8（2026）年度に見直しを行います。平成12年度から始まった介護保険制度のもとでは、第9期にあたります。

### （４）計画の策定体制

介護保険事業計画の策定及び変更にあたっては、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講じることが義務づけられています。

この計画の策定・運営については、幅広い関係者の協力を得て地域の実情に応じたものとすることが求められることから、介護保険給付費の状況を分析するとともに、令和5年2月には65歳以上の要介護認定を受けていない人を対象とした「高齢者ニーズ調査」と、在宅要介護者の介護者を対象とした「在宅介護実態調査」を行い、実態把握に努めました。この調査結果から得られた高齢者等の声を、計画に盛り込んでいます。

また、地域包括ケア会議や企画会議において、保健医療福祉の現場スタッフを中心としてグループ討議を行い、その意見を計画に反映するよう工夫しました。

計画策定にあたっては、被保険者・サービス提供者・保健医療関係者・福祉関係者・学識経験者などの代表で構成する「日南町介護保険運営協議会」を設置し、検討を行いました。

## （５）介護保険事業計画に関する基本指針

介護保険法第116条において、厚生労働大臣は地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされています。

都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしています。

令和6年1月19日に「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（令和6年厚生労働省告示第18号）が告示されました。

## （６）第9期計画の基本指針のポイント

第9期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年（令和7年）を迎えることになります。

全国で見れば、65歳以上人口は2040年（令和22年）を超えるまで、75歳以上人口は2055年（令和37年）まで、85歳以上人口は2060年（令和42年）ごろまで増加が続くことが見込まれています。一方で、生産年齢人口は減少していくことが見込まれています。

急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを超える地域もあるなど、人口構成の変化や介護ニーズ等の動向は、地域ごとに異なります。

地域の実情に応じた、具体的な取り組み内容や目標を、介護保険事業計画に定めることが重要です。

第9期の基本指針において記載を充実する事項として、次の3つがあげられています。

### ア 介護サービス基盤の計画的な整備

#### ● 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・ 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要
- ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・ 中長期的なサービス需要の見込みを、サービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

●在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

**イ 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組**

●地域共生社会の実現

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・令和6年1月1日に施行された、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）に基づき、国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて認知症施策を推進していく必要があることに留意

●デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

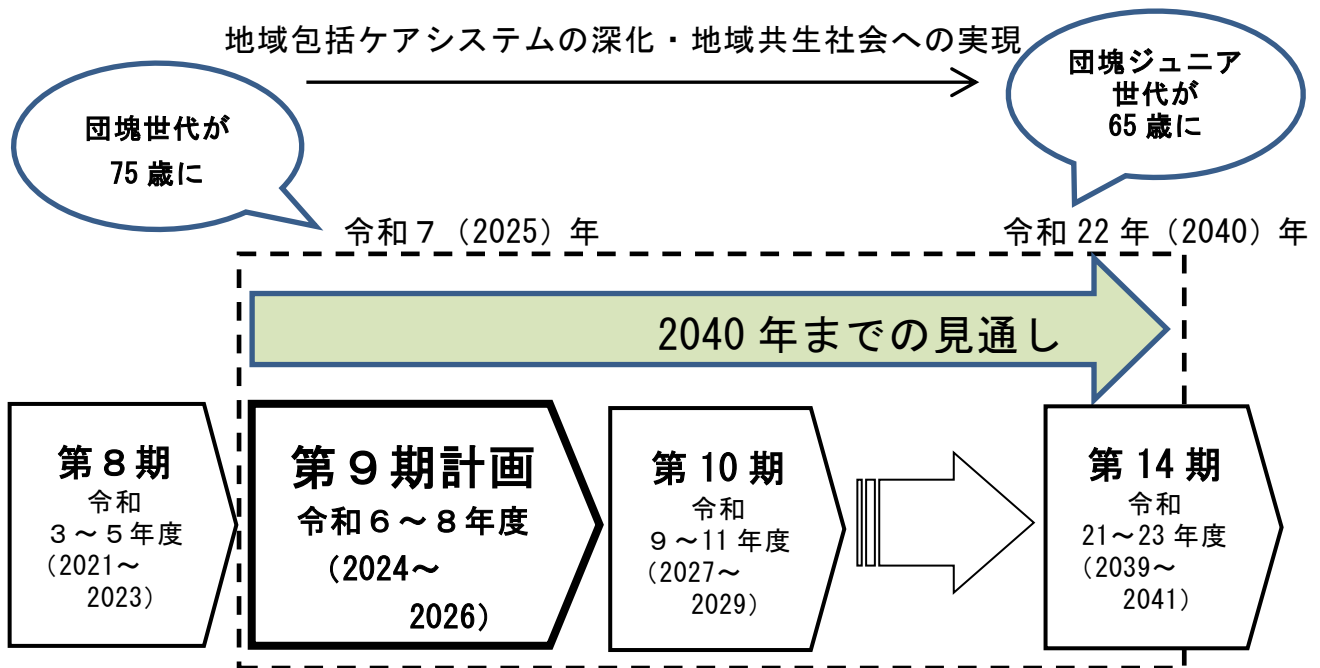
●保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

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

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

図1 2040年を見据えた介護保険事業計画の策定



## （7）計画の進行管理

この計画に基づく事業を円滑に推進していくために、サービス供給体制の整備や計画推進に向けての取り組みなど、介護保険事業計画の運営状況について「日南町介護保険運営協議会」を中心に進行状況の点検等を定期的に行い、計画の進行管理に努めます。

## 2 日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、高齢者が安心して住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするために定める区域であり、地理的条件、人口、交通事情等の社会的条件及び介護サービス提供施設整備状況等の条件を勘案して、市町村が定めることとされています。

本町は人口規模も小さく、介護サービス提供施設、医療機関などの社会資源の整備状況等の社会的条件を勘案し、町全域を1つの日常生活圏域として設定します。

## 第 2 章

### 高齢者を取りまく現状

## 第2章 高齢者を取りまく現状

## 1 高齢者の状況

## (1) 高齢者人口の推移

総人口、高齢者人口とも年々減少していますが、高齢化率は増加しています。前期高齢者は令和3年をピークに減少しています。後期高齢者は減少傾向ですが、85歳以上人口は横ばいの状態が続いています。

表1 高齢者人口の推移

区 分	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
65～69歳	459	428	422	408	383
70～74歳	359	396	454	455	442
前期高齢者計	818	824	876	863	825
75～79歳	361	326	264	299	320
80～84歳	420	400	394	359	336
85歳～	683	703	696	700	690
後期高齢者計	1,464	1,429	1,354	1,358	1,346
高齢者人口	2,282	2,253	2,230	2,221	2,171
高齢化率	50.73	51.08	51.81	53.02	53.8
40～64歳	1,212	1,181	2,074	1,968	1,868
総人口	4,498	4,411	4,304	4,189	4,039

○出典：住民基本台帳人口（各年9月末現在）

## (2) 高齢者のいる世帯の推移

高齢者がいる世帯は、平成22（2010）年には減少に転じました。

平成27（2015）年は、夫婦世帯に限らず高齢者のみ複数の世帯（一人世帯を除く）を計上しています。65歳以上の一人世帯は年々増加し、特に85歳以上高齢者の一人世帯が増加しています。

表2 高齢者のいる世帯の推移

区 分		平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
ア. 65歳以上の人がある世帯		1,647	1,714	1,716	1,636	1,518	1,370
うち65歳以上の夫婦のみの世帯		399	388	465	*421	352	333
アのうち65歳以上の一人世帯		244	302	375	417	447	424
一人世帯の内訳	65～69歳	75	70	51	65	44	50
	70～74歳	58	88	89	53	61	74
	75～79歳	60	63	121	82	106	48
	80～84歳	36	60	69	115	120	96
	85歳以上	15	21	45	132	86	156
一 般 世 帯		2,350	2,255	2,194	2,095	1,928	1,791

○出典：国勢調査（各年10月1日現在） 施設等を除く一般世帯を計上しています。

（参考：令和2年10月1日現在の住民基本台帳による世帯数は1,990世帯）

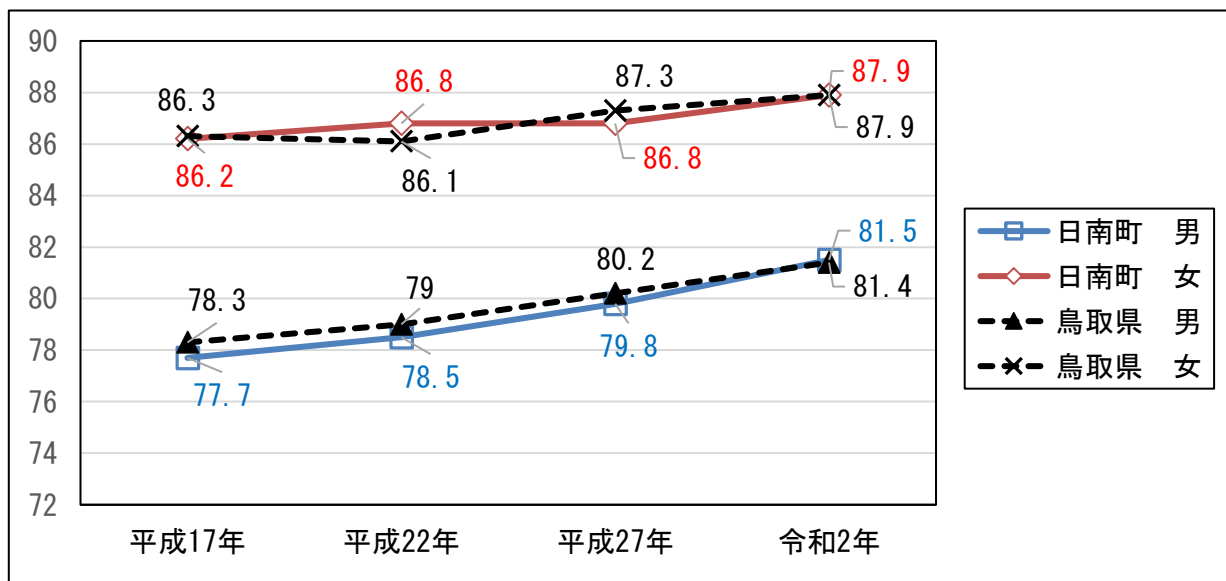
※平成22（2010）年は、夫婦世帯に限らず高齢者のみ複数の世帯（一人世帯を除く）を計上しています。

### （3）高齢者の疾病

#### ア 平均寿命

日南町の平均寿命は、男性81.5歳、女性87.9歳（令和2年）で、鳥取県とほぼ同様です。

図2 日南町の平均寿命



○出典：厚生労働省 市区町村別生命表の概況

## イ 死因の状況

### (ア) 日南町の男性の年代別主要死因

60歳以上の男性の合計の死因では、悪性新生物（75）が一番多く、次いで老衰（45）、心疾患（17）の順となっています。

表3 日南町の性別年代別主要死因（平成29年～令和3年）男性

男性	第1位	第2位	第3位
0～39歳	自殺		
合計【2】	2		
40～49歳	心疾患	その他	
合計【2】	1	1	
50～59歳	悪性新生物	肝疾患、その他	
合計【4】	2	各1	
60～69歳	悪性新生物	不慮の事故	心疾患
合計【31】	13	6	4
70～79歳	悪性新生物	その他の呼吸器系の疾患	脳血管疾患・不慮の事故 筋骨格系及び結合組織の疾患
合計【33】	18	3	2
80～89歳	悪性新生物	老衰	心疾患
合計【110】	34	14	13
90歳以上	老衰	肺炎	悪性新生物
合計【77】	31	11	10

○鳥取県福祉保健医療の統計より

### (イ) 日南町の女性の年代別主要死因

60歳以上の女性の合計の死因では、老衰（87）が一番多く、次いで悪性新生物（58）、脳血管疾患（12）の順となっています。

表4 日南町の性別年代別主要死因（平成29年～令和3年）女性

女性	第1位	第2位	第3位
0～39歳	その他		
合計【1】	1		
40～49歳			
合計【0】			
50～59歳	大動脈瘤及び解離	その他の循環器系の疾患	
合計【2】	1	1	



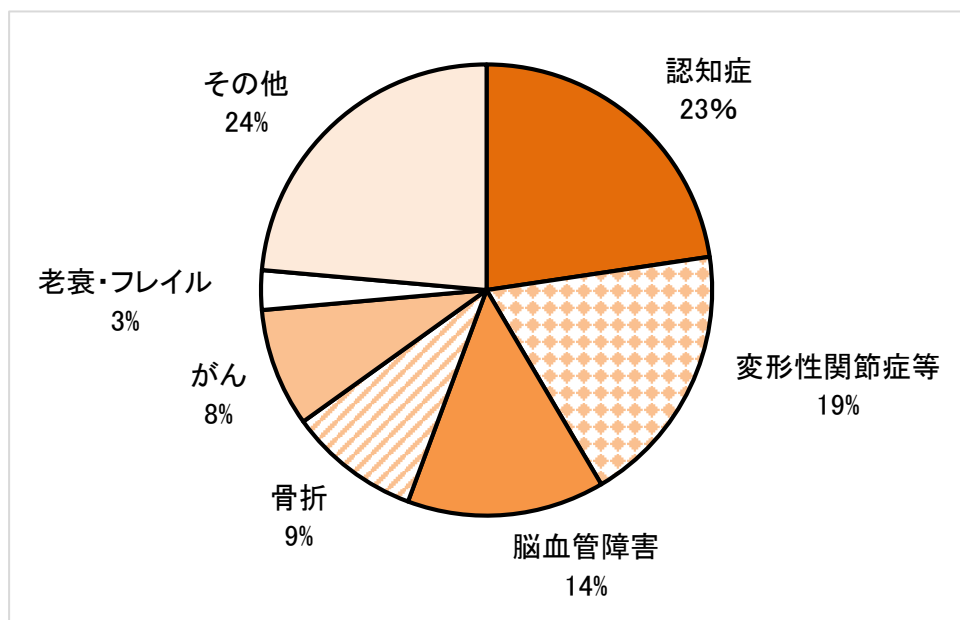
60～69歳	悪性新生物	不慮の事故	自殺・肺炎 その他の循環器系の疾患
合計【8】	3	2	各1
70～79歳	悪性新生物	不慮の事故	心疾患・脳血管疾患・肝疾患 筋骨格系及び結合組織の疾患
合計【19】	7	2	各1
80～89歳	悪性新生物	老衰	脳血管疾患
合計【114】	25	23	11
90歳以上	老衰	悪性新生物	心疾患
合計【164】	64	23	8

○鳥取県福祉保健医療の統計より

## ウ 要介護認定の原因疾患

令和4年度に新規に要介護・要支援認定を受けた人106人について、要介護・要支援認定の原因となった疾患をみると、認知症が最も多く、次いで変形性関節症、脳血管障害が多くなっています。

図3 要介護認定の原因疾患

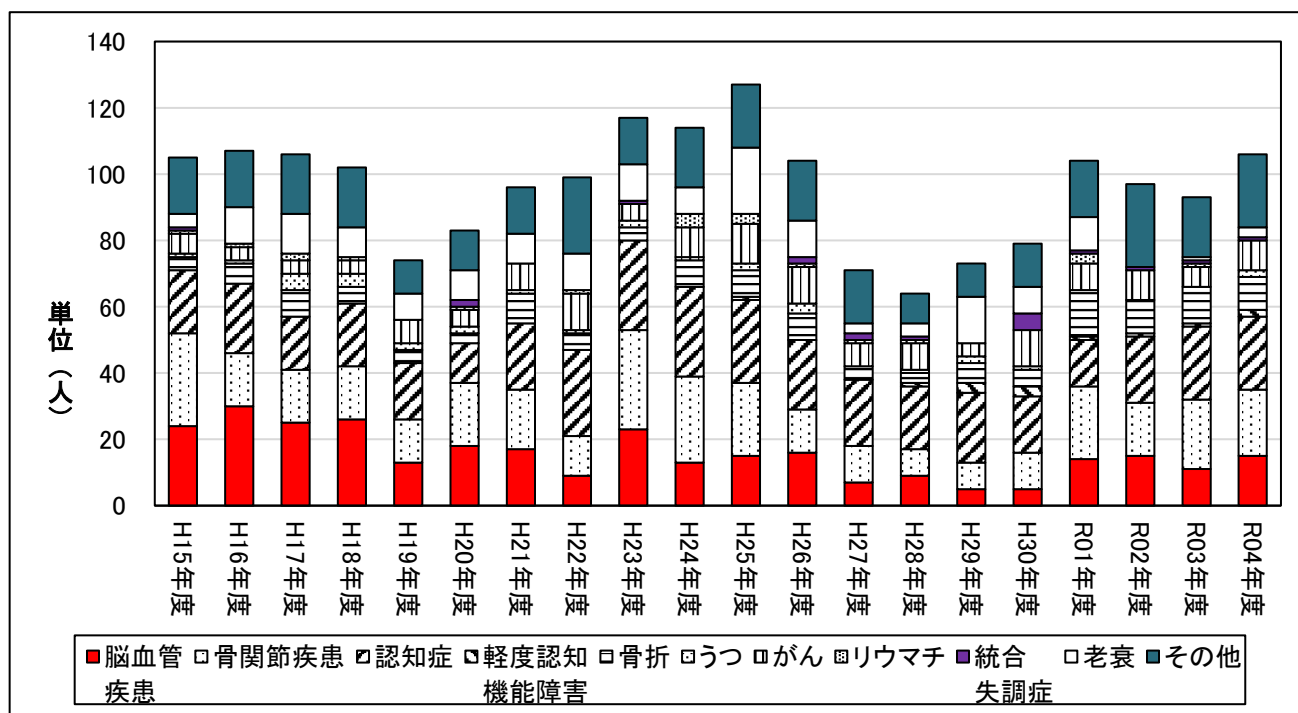


○日南町介護保険統計より

## エ 新規要介護認定者の主な疾患の年次推移

年度ごとに、新規に要介護・要支援認申請をした人について、主な原因疾患を調べ、その推移をみました。ここ近年は、認知症・軽度認知機能障害の人数が増加傾向で、令和3年度からは要介護認定の原因となった疾患の第1位となりました。

図4 新規要介護認定者の主な疾患の推移



## (4) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要

令和5年2月に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（対象：要介護認定者を除く65歳以上町民1,853人、回答数：1,457人、回答率77.5%）の結果概要は次のとおりです。

### ア 転倒について

過去1年間に転んだ経験がある（「何度もある、1度はある」を合わせて）と回答した人は、全体では4割弱で、85歳以上では約5割でした。（図5）

また、転倒に対する不安は、「とても不安である、やや不安である」と回答した人は、全体では約6割でした。年齢が高くなるにつれて多くなり、85歳以上では約8割の人が不安を感じていました。また、女性の方が多い傾向でした。（図6）

図5 この1年以内に転んだことがありますか

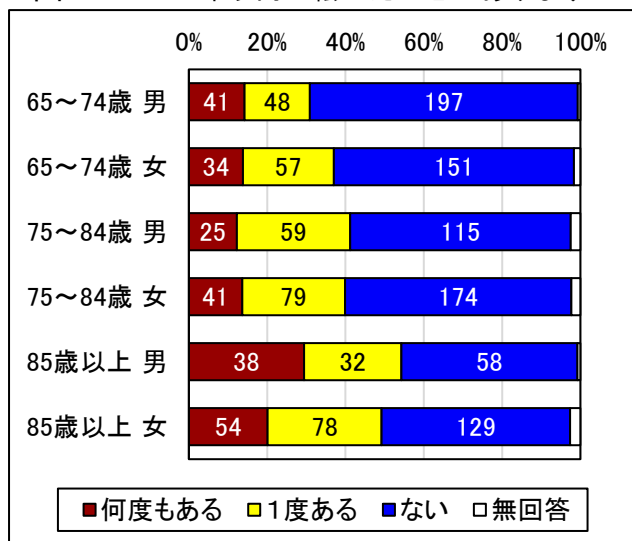
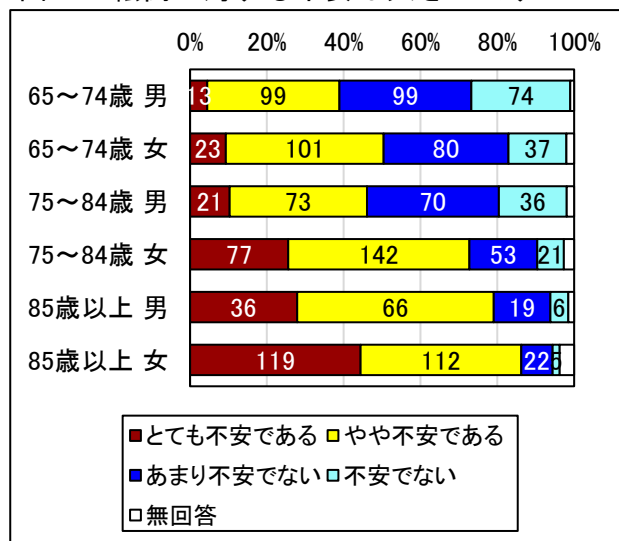


図6 転倒に対する不安は大きいですか



## イ 外出について

外出の回数が「減っている、とても減っている」と回答した人は全体では約3割でした。また、年齢が高くなるにつれて多くなり、85歳以上では約5割でした。（図7）

## ウ 物忘れについて

「物忘れが多いと感じる」と回答した人は、全体では約4割で、65歳から74歳では約3割でした。また、年齢が高くなるにつれて多くなり、85歳以上では約5割でした。（図8）

図7 去年と比べて外出の回数が減っていますか

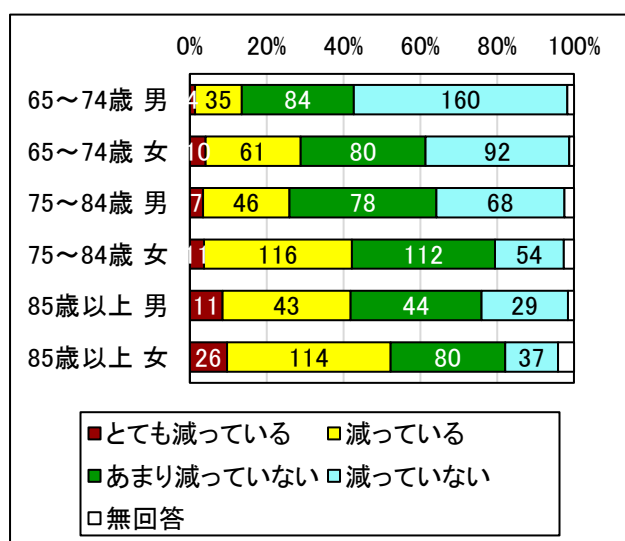
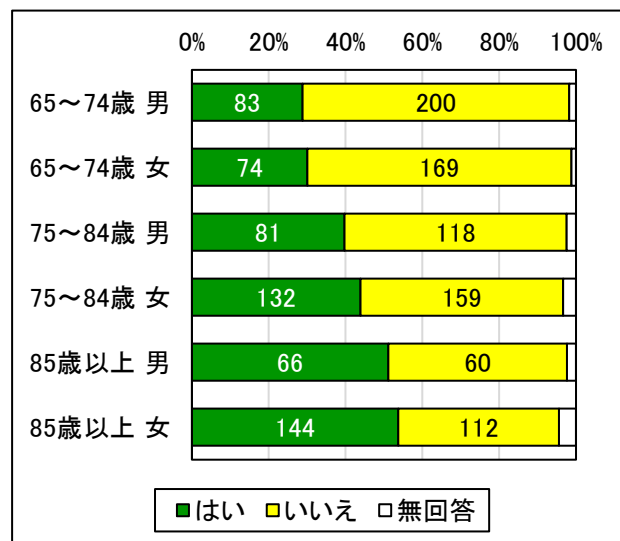


図8 物忘れが多いと感じますか



## エ 嚥下について

「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」「お茶や汁物などでむせることがある」と回答した人は全体では約3割弱で、男性のほうが「固いものが食べにくくなった」「むせる」と回答した人の割合が高い傾向でした。(図9、10)

## オ 趣味・生きがいについて

「趣味がある」「生きがいがある」と回答した人は、全体では約8割弱でした。年齢が低いほど趣味や生きがいがある人の割合が多い傾向でした。(図11、12)

図9 半年前に比べ固いものが食べにくくなりましたか

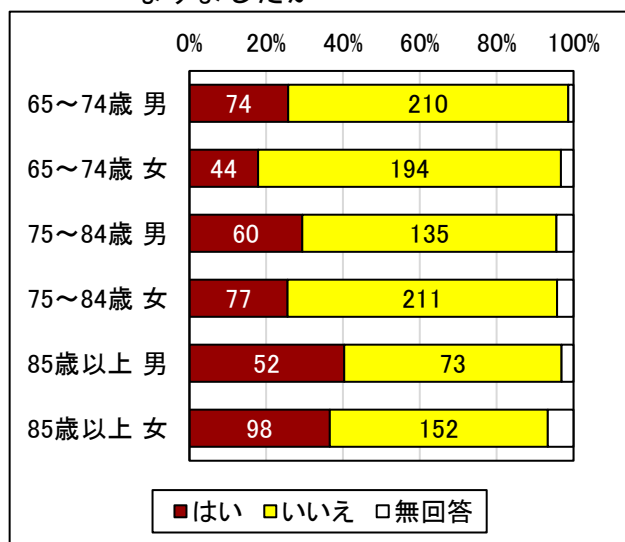


図10 お茶や汁物などでむせることがありますか

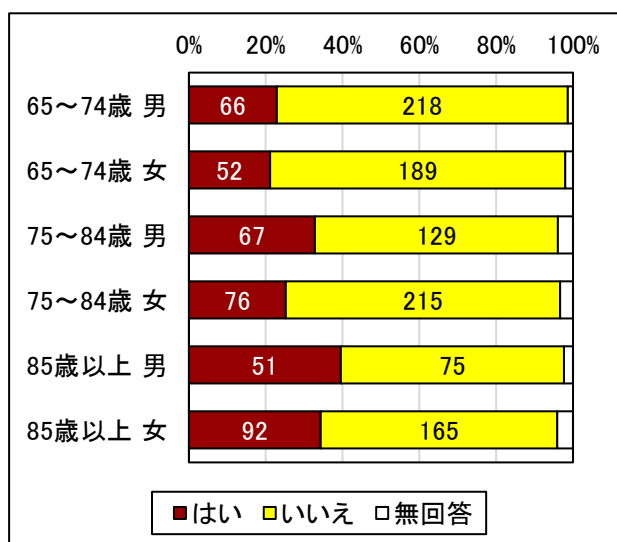


図11 趣味はありますか

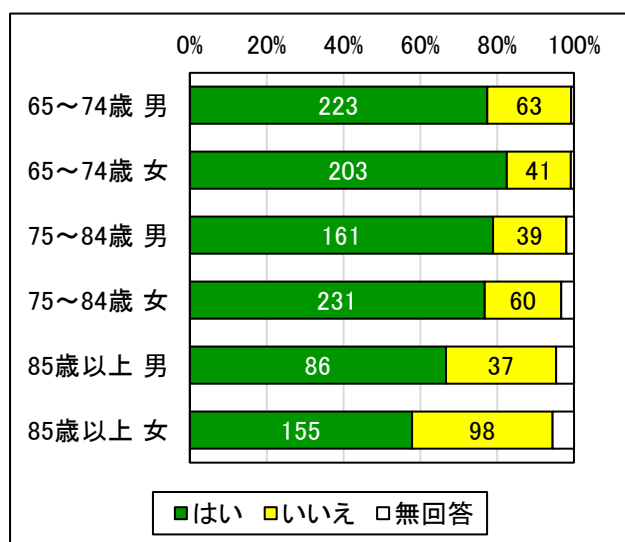
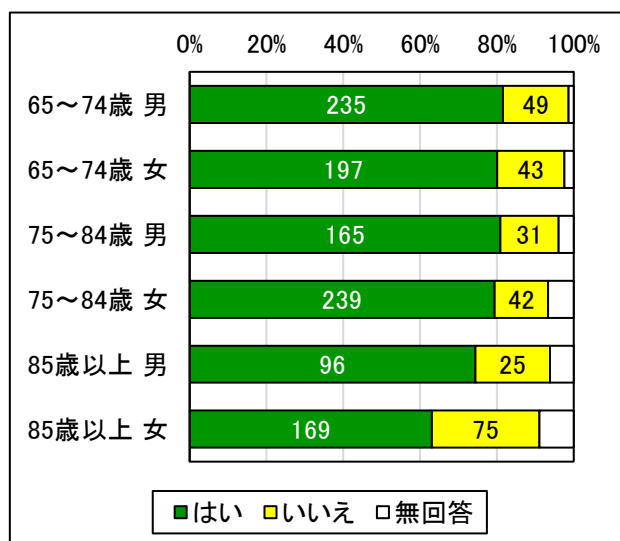


図12 生きがいはありますか



## 2 介護保険の状況

### (1) 第1号被保険者数の推移

65歳以上の高齢者人口が減少しており、第1号被保険者数も減少しています。

高齢者の年代別内訳をみると、65歳から74歳の前期高齢者人口は令和3年度をピークに減少しています。75歳以上の後期高齢者人口は、令和3年度まで減少傾向でしたが、令和4年以降は横ばいでした。

表5 第1号被保険者数の推移

区 分	第7期計画期間			区 分	第8期計画期間		
	平成30年	令和元年	令和2年		令和3年	令和4年	令和5年
65～74歳	807	820	825	65～74歳	874	862	824
75～84歳	833	787	731	75～84歳	667	666	663
85歳以上	711	702	717	85歳以上	708	717	705
合 計	2,351	2,309	2,273		2,249	2,245	2,192

○出典：介護保険事業状況報告（各年9月30日現在）

### (2) 要介護（要支援）認定者数の推移

要介護（要支援）認定者数は平成27（2015）年から減少傾向でしたが、令和3年から増加しています。第8期では、要支援1・2、要介護1の軽度認定者が増加しています。また、要介護4・5もやや増加しています。

平成27（2015）年度から取り組んでいる「新しい介護予防・日常生活総合支援事業」によって、簡易なチェックリストにより「事業対象者」に該当すれば、要介護・要支援認定を受けなくても、訪問型サービス・通所型サービスが利用できるようになりました。事業対象者数はやや減少し、横ばいです。

表6 要介護（要支援）認定者の推移

区 分	第7期計画期間			第8期計画期間		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
（事業対象者）	（106）	（108）	（112）	（95）	（81）	（80）
要支援1	71	78	84	81	109	113
要支援2	103	100	101	94	84	104
要介護1	133	124	117	107	104	114
要介護2	75	69	66	60	73	68
要介護3	50	44	54	64	72	62
要介護4	71	60	53	51	58	63
要介護5	63	66	55	51	54	56
合 計	566	541	530	603	635	660

○出典：介護保険事業状況報告（各年9月30日現在）

## (3) 介護サービス利用の状況

## ア 居宅サービス・地域密着型サービス給付費の推移

居宅サービス給付費・地域密着型給付費では、最も多いのは通所介護費で、横ばいです。続いて、認知症対応型共同生活介護が多いですが、日南町では平成27年7月から介護職員不足により1事業所が閉鎖となり、1事業所のみの稼働となっています。短期入所サービスは、令和元年12月に介護福祉施設あかねの郷の短期入所居室の減少があり、令和2年度は給付費が減少しています。令和3年度～令和5年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、短期入所サービスの利用ができにくい状況でした。通所リハビリテーションは、令和元年に日南病院が事業を開始したことにより、給付費が伸びています。

表7 居宅サービス給付費の推移

(単位：千円)

区 分	第7期計画期間			第8期計画期間		
	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
訪問介護	22,160	17,893	20,666	19,823	23,081	23,709
訪問入浴介護	12	—	—	—	—	—
訪問看護	5,416	5,648	6,165	6,565	7,071	6,597
訪問リハビリ テーション	4,611	4,412	4,644	4,866	5,187	4,927
居宅療養管理指導	976	842	927	1,216	1,864	2,334
通所介護	76,323	68,358	65,162	72,336	72,305	73,291
通所リハビリ テーション	3,249	7,012	9,839	11,338	13,947	13,661
短期入所サービス	59,974	64,363	38,219	21,513	7,552	16,909
特定施設入居者 生活介護	23,154	22,553	17,065	13,331	12,663	18,055
福祉用具貸与	20,094	20,396	19,693	19,432	22,435	22,352
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	923	3,914	3,991	3,561	2,824	1,496
認知症対応型 通所介護	277	66	—	—	—	—
小規模多機能型 居宅介護	638	—	—	—	—	—
地域密着型 通所介護	149	771	925	2,961	1,771	668
認知症対応型 共同生活介護	54,025	52,700	54,752	54,773	56,264	56,035
地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護	—	—	—	—	—	—

○出典：介護保険事業状況報告 令和5年度は4月～9月審査分より推計

## イ 居宅サービス利用者数の推移

居宅介護サービスの一月あたり利用者数の推移を見たものです。

表8 居宅サービス利用者数の推移

(単位：人／月)

区 分	第7期計画期間			第8期計画期間		
	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
訪問介護	39.0	36.4	40.0	38.1	39.2	37.2
訪問入浴介護	0.1	－	－	－	－	－
訪問看護	17.7	18.4	20.6	22.6	27.3	26.8
訪問リハビリ テーション	19.7	16.1	14.8	16.3	17.4	16.5
居宅療養管理指導	15.5	12.5	15.8	18.7	31.3	38.3
通所介護	123.3	108.8	103.3	102.6	107.8	99.7
通所リハビリ テーション	5.3	18.9	26.0	25.1	39.3	43.8
短期入所サービス	53.7	53.2	34.9	22.1	9.2	13.8
特定施設入居者 生活介護	11.2	11.6	8.3	5.6	4.9	7.0
福祉用具貸与	156.8	162.1	163.7	162.3	185.3	189.0
定期巡回・随時対応型訪 問介護看護	0.8	2.4	2.2	2.0	1.7	1.0
認知症対応型 通所介護	1.0	0.3	－	－	－	－
小規模多機能型 居宅介護	0.3	－	－	－	－	－
地域密着型 通所介護	0.3	1.0	1.4	3.1	2.0	1.0
認知症対応型 共同生活介護	19.8	18.3	18.6	18.3	18.3	18.5
地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護	－	－	－	－	－	－

○出典：介護保険事業状況報告 令和5年度は4月～9月審査分より推計

## ウ 施設サービス給付費の推移

給付額・利用者数ともに介護老人福祉施設が最も多く、ほぼ横ばいです。介護老人保健施設は減少、介護療養型医療施設は増加傾向でしたが、令和5年度は、介護老人保健施設が増加し、介護療養型医療施設は減少しています。介護療養型医療施設は、令和5年度末で廃止されることとなっています。日南病院では、令和6年度から医療療養型施設に移行し、医療的処置を必要とする方に対応することとなっています。

平成30年度から、介護保険施設に介護医療院が新設されました。町外施設を利用している方があります。

表9 施設サービス給付費の推移

(単位：千円)

区 分	第7期計画期間			第8期計画期間		
	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
介護老人福祉施設	288,993	294,522	287,455	291,499	299,166	308,338
介護老人保健施設	89,381	90,201	83,855	55,629	85,040	110,437
介護療養型医療施設	32,509	36,450	39,217	55,092	50,026	33,243
介護医療院	3,088	4,599	4,059	8,631	14,453	16,225

○出典：介護保険事業状況報告 令和5年度は4月～9月審査分より推計

・施設給付の見直しにより、平成17（2005）年10月から食費・居住費は保険給付の対象外となっています。低所得者には、補足的な給付が現物給付されることとなりました。

## エ 施設サービス利用者数の推移

施設サービスの一月あたり利用者数の推移を見たものです。

表10 施設サービス利用者数の推移

(単位：人／月)

区 分	第7期計画期間の実績			第8期計画期間の実績		
	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
介護老人福祉施設	88.4	88.3	85.2	84.4	86.1	87.7
介護老人保健施設	22.8	20.7	15.2	17.6	28.0	35.8
介護療養型医療施設	17.3	16.7	18.9	18.8	18.7	11.5
介護医療院	0.8	1.1	1.0	2.4	3.7	4.5

○出典：介護保険事業状況報告 令和5年度は4月～9月審査分より推計

## オ 給付費総額の推移

第6期、第7期計画期間の給付費見込額と給付費総額は、次のとおりです。給付費総額は、年々減少していましたが、令和4年度から増加に転じています。

表11 給付費総額の推移

(単位：千円)

区 分	第7期計画期間の実績			第8期計画期間の実績		
	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
給付費総額 ※	805,624	793,910	772,727	742,002	773,497	823,009
計画の見込み額	879,946	879,946	879,946	823,305	819,989	771,529

○出典：介護保険事業状況報告 令和5年度は4月～9月審査分より推計

※ 給付費総額は、福祉用具購入費・住宅改修費等の償還払い分や、補足給付等を含めたものです



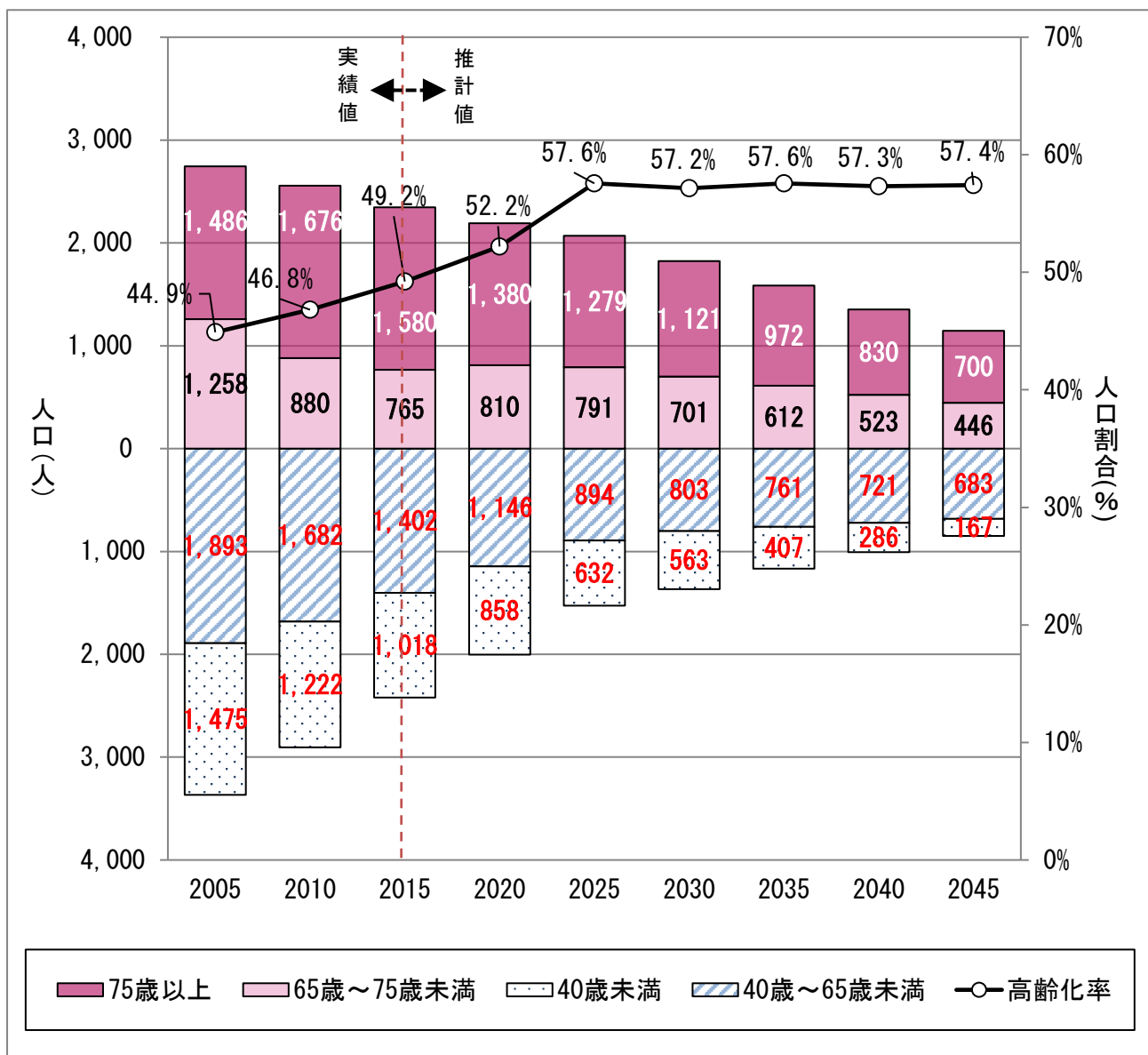
#### (4) 介護保険給付費等の他自治体との比較

日南町の介護保険給付費等を、鳥取県・全国・県内の人口規模や地理的条件が類似している自治体を選出し、状況を比較しました。

(時点) 令和5年(2023年)

#### ア 人口と高齢者世帯の状況

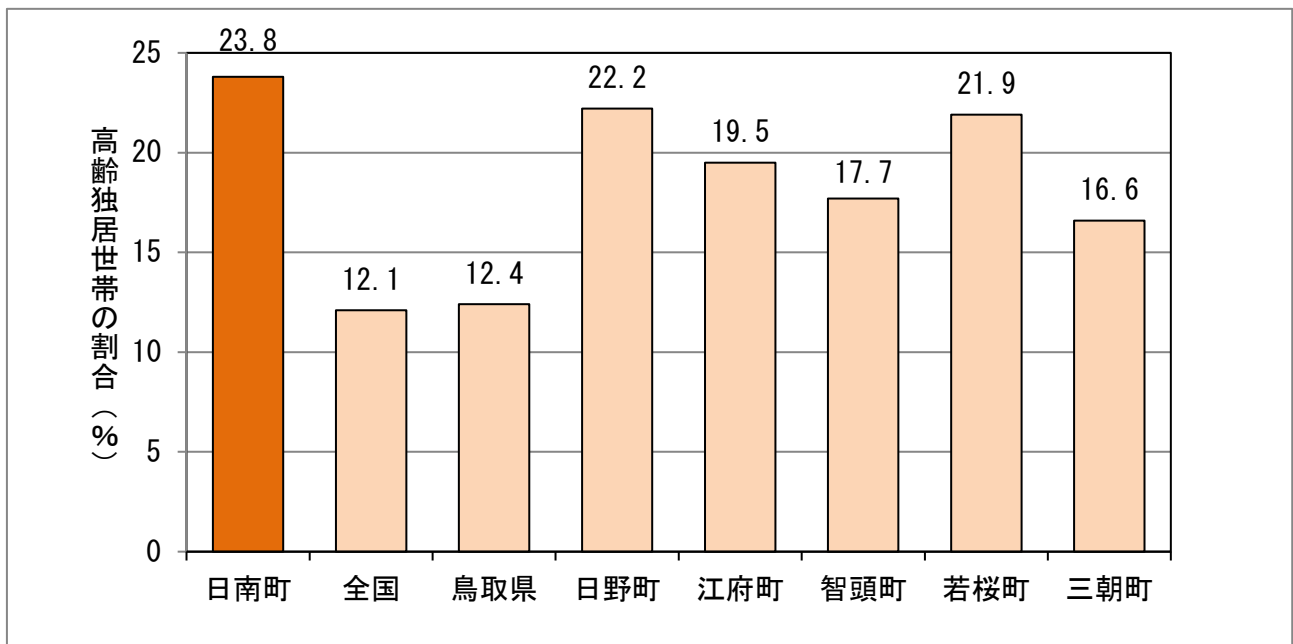
##### (ア) 人口の推移



○出典：2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」 2025年以降：町独自データ

- ・国勢調査の結果をもとに推計した人口動態を見ると、総人口、高齢者人口ともに減少傾向にあります。
- ・高齢化率は年々高くなっていましたが、2025年以降は横ばいの見込みです。

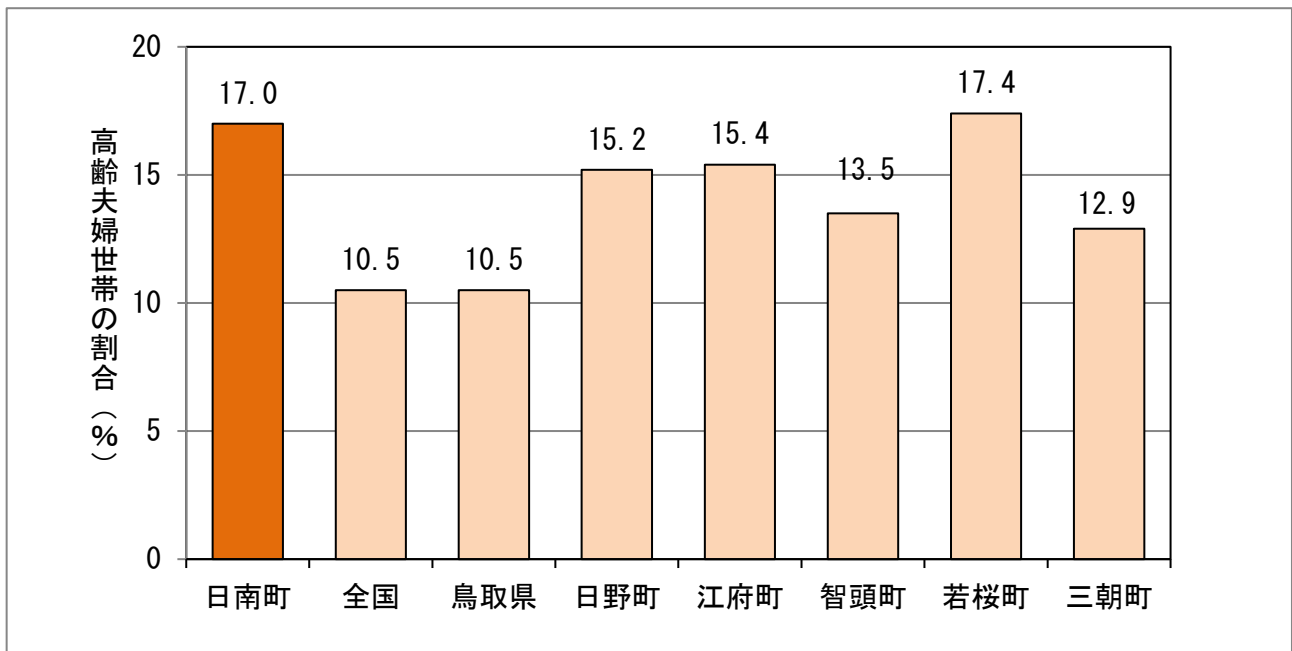
(イ) 高齢者独居世帯の割合



○出典：総務省 R2 年「国勢調査」

- ・ 高齢者独居世帯の割合は 23.8% と高く、全国・鳥取県の約 2 倍となっています。選出した他地域と比較しても、最も高率となっています。

(ウ) 高齢者夫婦世帯の割合

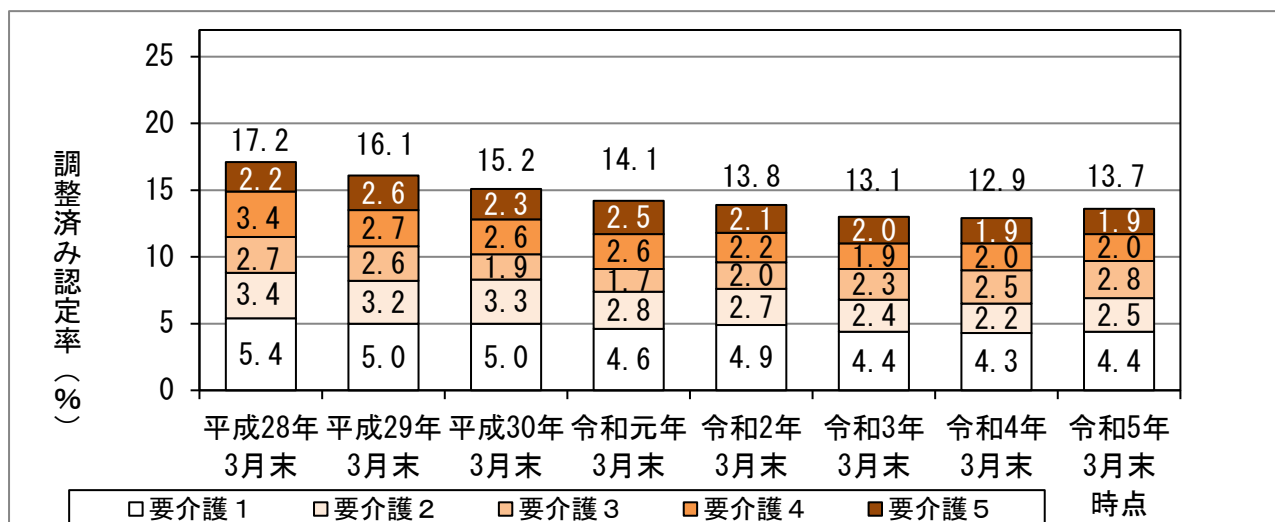


○出典：総務省 R2 年「国勢調査」

- ・ 高齢者夫婦世帯の割合は 17% で、国・鳥取県より高くなっています。
- ・ 他地域と比較しても、高率となっています。

## イ 要介護認定率

## (ア) 調整済み要介護認定率の推移（要支援を除く）

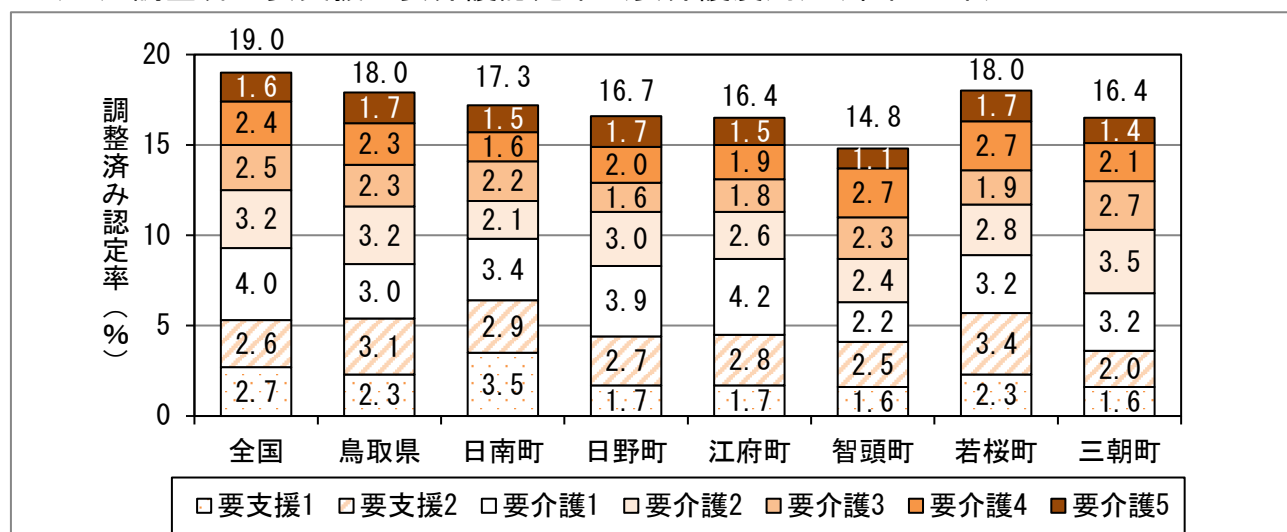


○出典：H27～R2 年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、R3・R4 年度：「介護保険事業状況報告（3 月月報）」R5 年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

※「調整済み」とは、性別、年齢別人口構成の影響を除外するため、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢別人口構成だったと仮定して計算をしたもの」です。実際の認定率とは異なりますが、人口構成による影響を受けない状態で分析をすることができます。

- ・本町の調整済み要介護認定率（要支援を除く）は、令和4年までは減少し、令和5年では増加しています。要介護4・5の重度者の割合は減少傾向です。

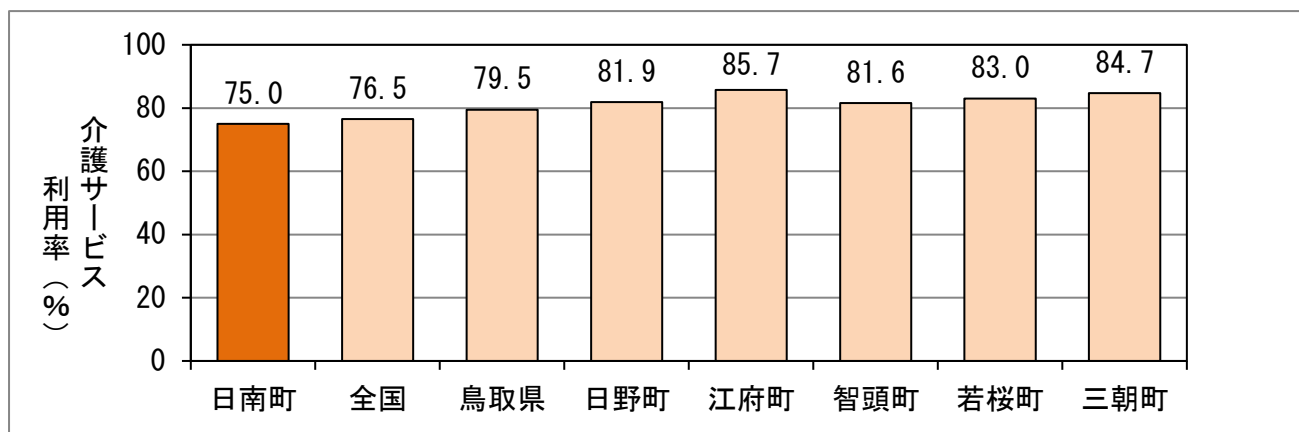
## (イ) 調整済み要支援・要介護認定率（要介護度別）（令和4年）



○出典：厚生労働省 R4 年度「介護保険事業状況報告」月報および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

- ・調整済み認定率（要介護度別）は、国・県に比較して低いです。
- ・国・県・他地域と比較して、要支援認定者の割合が多く、要介護4・5の重度認定者の割合が少ないです。

## ウ 介護サービス利用率（令和4年）



○出典：厚生労働省 R4 年度「介護保険事業状況報告」月報）

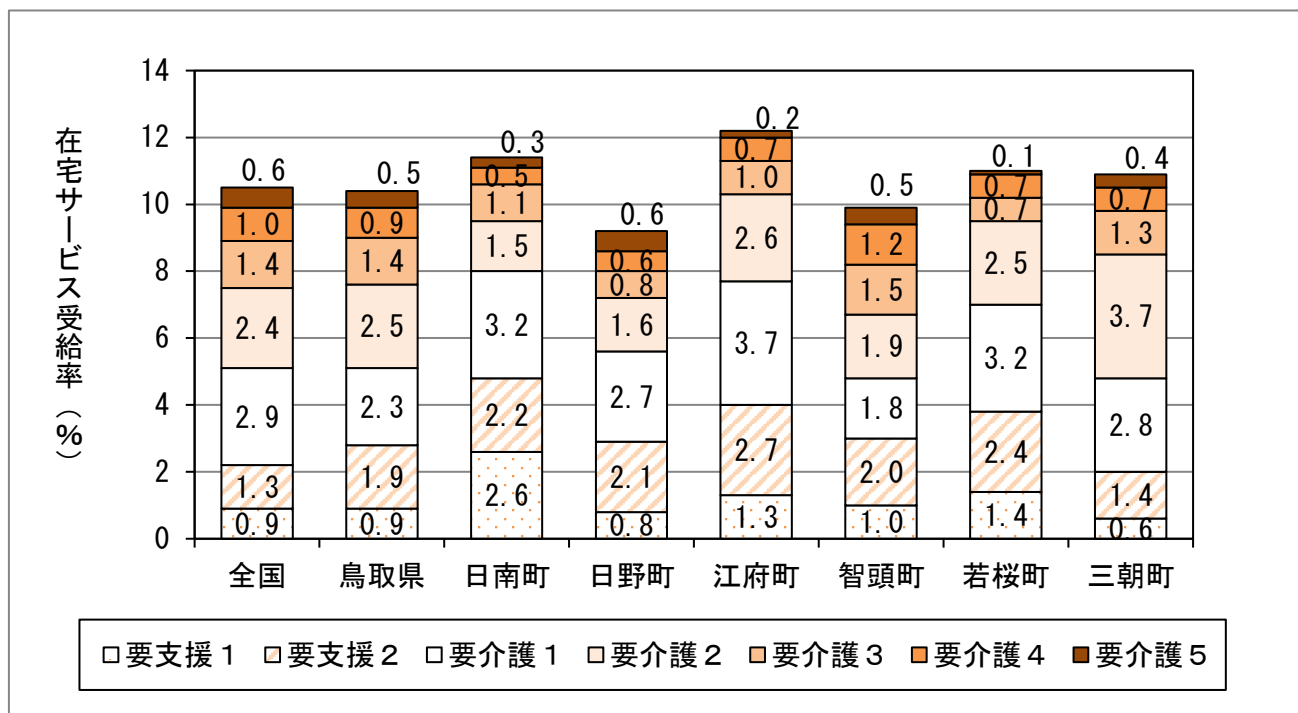
- ・介護サービス利用率は、施設サービス、居住系サービス、在宅サービスの利用者数合計を第1号被保険者のうちの要支援・要介護認定者の人数で除した値を意味します。介護サービス（在宅・居宅系・施設サービスを含む）の利用率は、国と比べると差はありませんが、県や他地域と比べるとやや低い傾向にあります。

## エ 介護サービス受給率

介護サービス受給率とは、第1号被保険者のうち、それぞれのサービスを利用している人の割合です。

○出典：厚生労働省 R5 年度「介護保険事業状況報告」4月～9月月報

### （ア）受給率（在宅サービス 要介護度別）

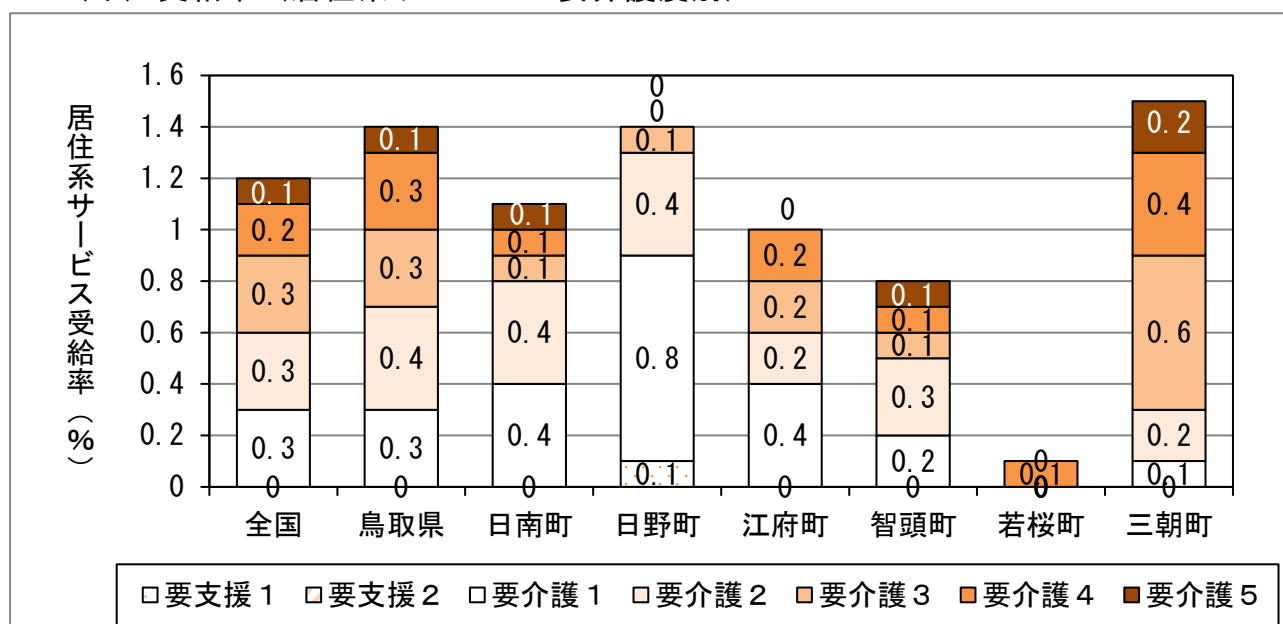


- ・在宅サービスの受給率合計は、国や県と比較してやや高めです。要支援1・2、要介護1の方の割合が高く、要介護2以上の方の割合が低い傾向です。

- ・在宅サービスとは、以下のサービスを意味します。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（介護老人保健施設、介護療養型医療施設等、介護医療院）、福祉用具貸与、福祉用具購入費、住宅改修費、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護

（イ）受給率（居住系サービス 要介護度別）



- ・居住系サービスは、グループホーム（あさひの郷）の利用がほとんどで、要介護1・2の人の利用割合が多くなっています。

- ・居住系サービスは、以下のサービスを意味します。

【特定施設入居者生活介護】

有料老人ホームなどに入居している人が、日常生活上の支援や介護を受けられるサービスです。

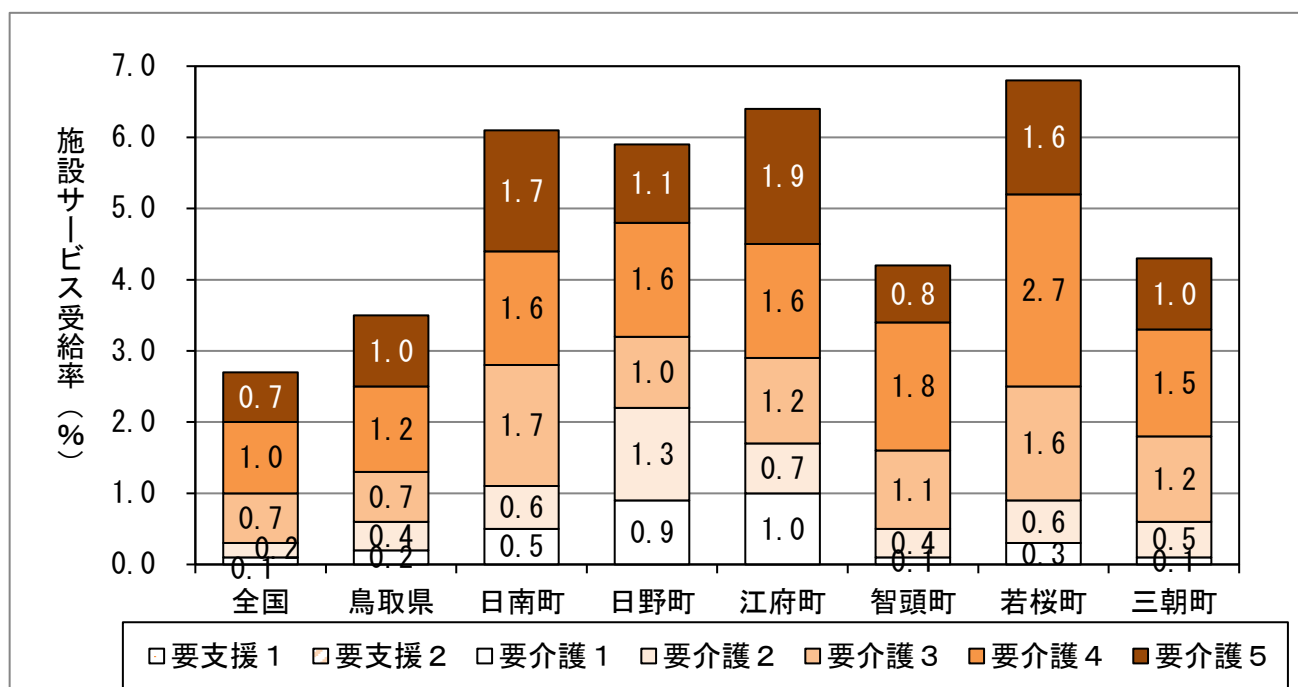
【認知症対応型共同生活介護】

認知症のある方が共同生活をする住居で、日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービスです。

【地域密着型特定施設入居者生活介護】

小規模な介護老人福祉施設に入所する人が、日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービスです。

## (ウ) 受給率（施設サービス 要介護度別）



- ・施設サービスの受給率は、国や県より高いです。本町に多い高齢独居世帯や高齢夫婦世帯は、介護力が弱いこと、中山間地域で町の面積が広く、頻回な介護サービスの利用ができにくいこと、介護サービス資源が十分でなく、在宅生活の継続支援が困難な状況にあり、重度になると在宅での生活を継続することが難しくなり、施設入所につながりやすいことなどが考えられます。
- ・施設サービスは、以下のサービスを意味します。

## 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設】

要介護認定を受けた方のための生活施設です。入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。定員が29名以下の施設は、地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）と呼ばれます。

## 【介護老人保健施設】

要介護認定を受けた方で、在宅復帰、在宅療養支援のためにリハビリテーションを提供することで、機能維持・改善の役割を担う施設です。

## 【介護療養型医療施設】

要介護認定を受けた方で、医療の必要な方のための長期療養施設です。療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設です。介護保険法の改正により、令和5年度末で廃止となります。

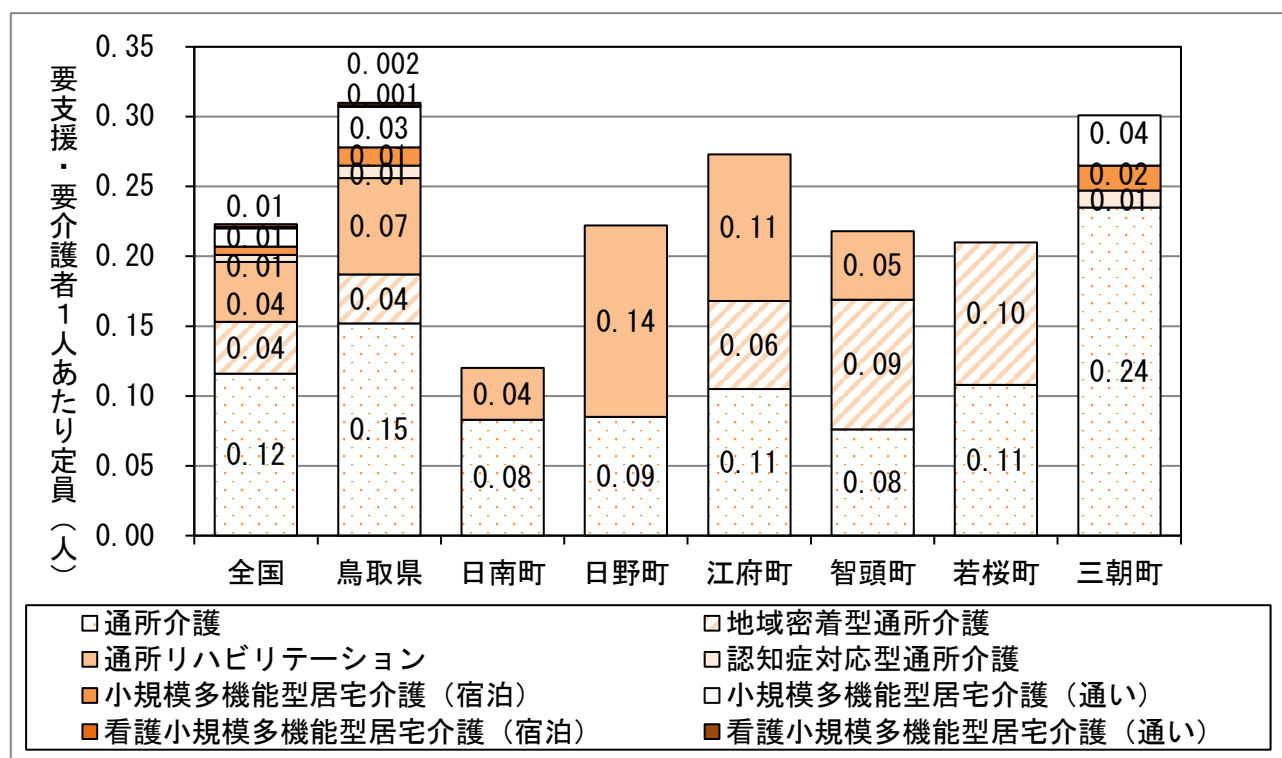
## 【介護医療院】

要介護認定を受けた方の長期療養・生活のための施設です。要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設です。

## オ 要支援・要介護者1人あたり定員

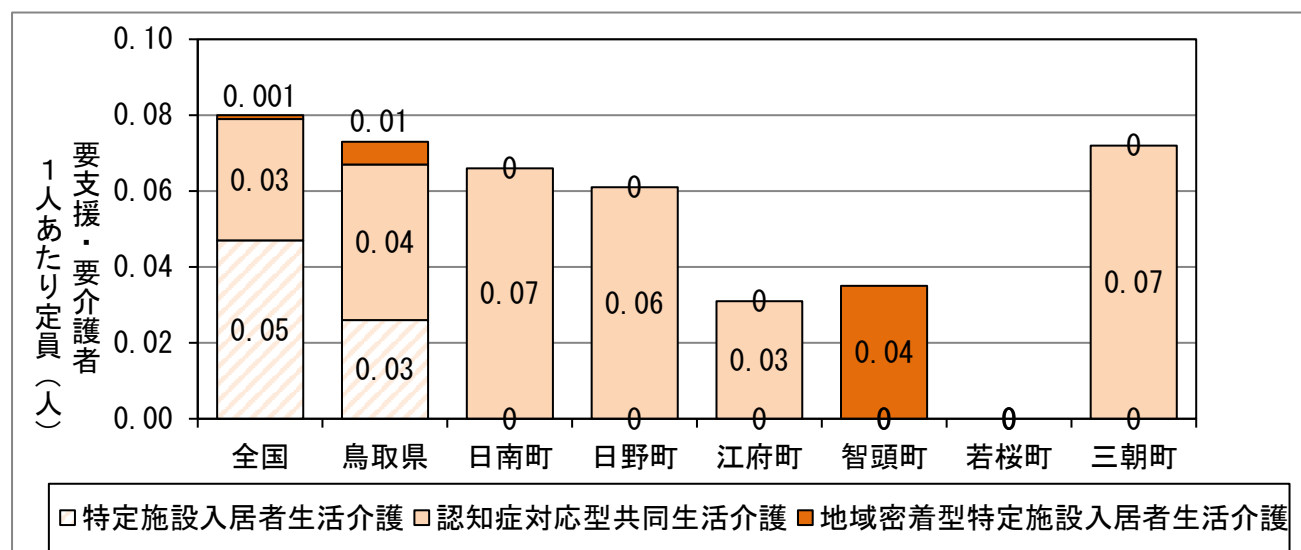
○出典：介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報)

### (ア) 通所系サービス（令和4年）



- ・通所系サービスは、認定者1人あたりの定員が、国の1/2、県の1/3程度と低く、近隣の他地域と比べても低い傾向にあります。今後、どのように確保していくのがよいか、検討が必要です。

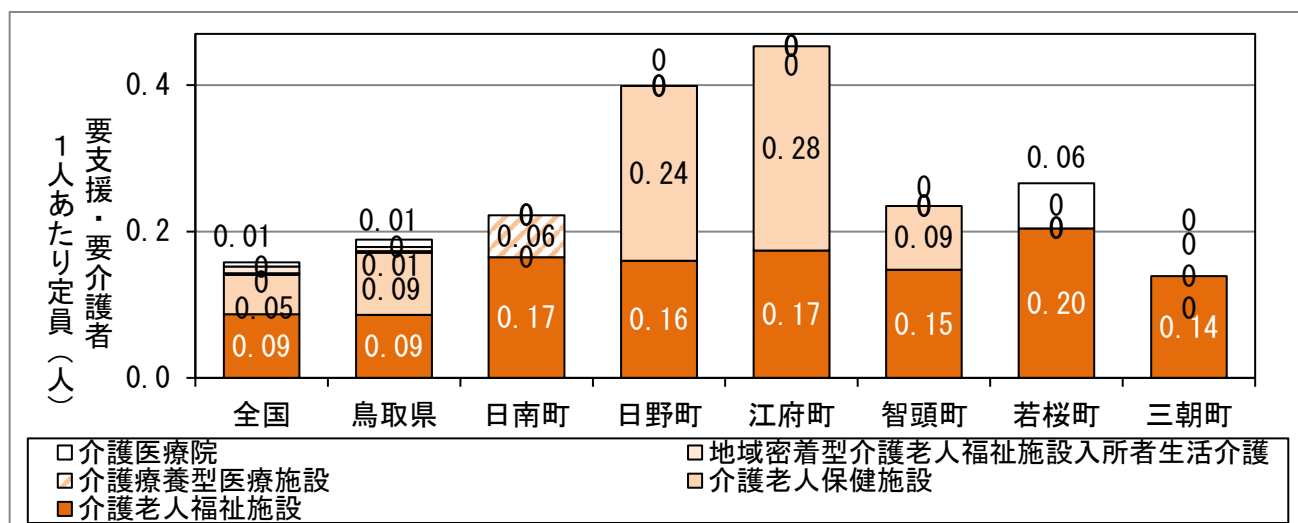
### (イ) 居住系サービス（令和4年）



- ・居住系サービスの認定者1人あたりの定員は、国や県より少なく、町内には認知症対応型グループホームが18床あるのみです。特定施設入居者生活介護等の利用は、鳥取県西部等の施設の広域対応が必要です。



(ウ) 施設サービス (令和4年)

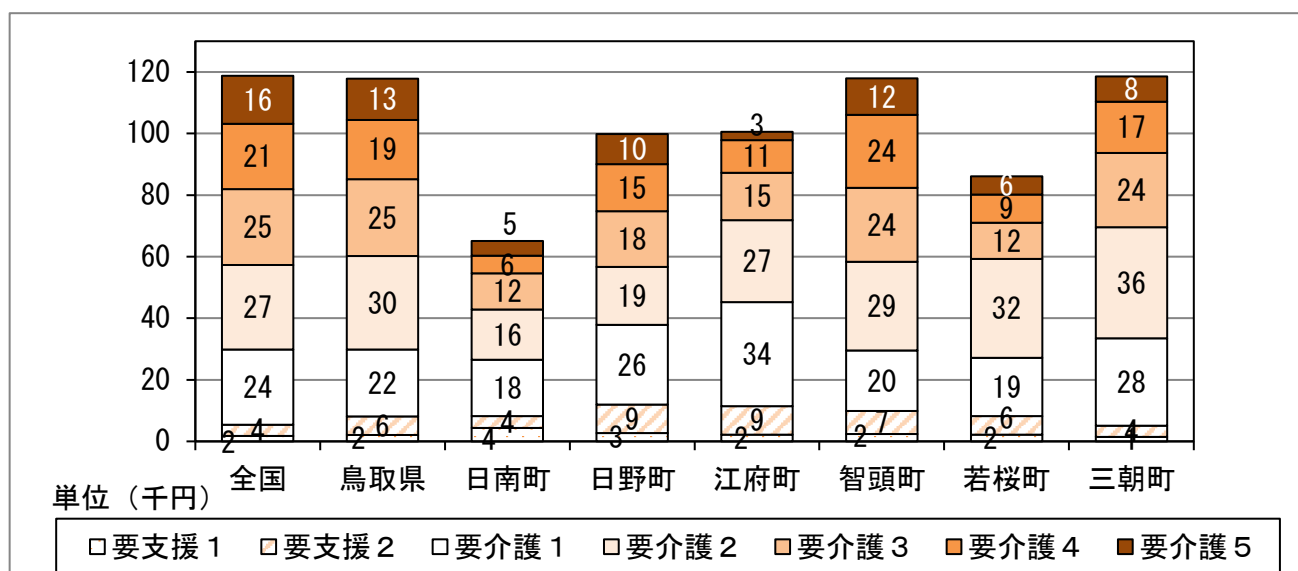


- 施設サービスの認定者1人あたり定員は、国や県と比較して同程度ですが、介護療養型医療施設は、令和5年度末で廃止となる予定で、町内には介護老人福祉施設のみとなります。介護老人保健施設については、近隣の町の施設利用により補っていくことになります。

カ 介護サービス給付月額 (令和5年4月～9月分給付実績)

○出典：厚生労働省 R5 年度「介護保険事業状況報告」月報

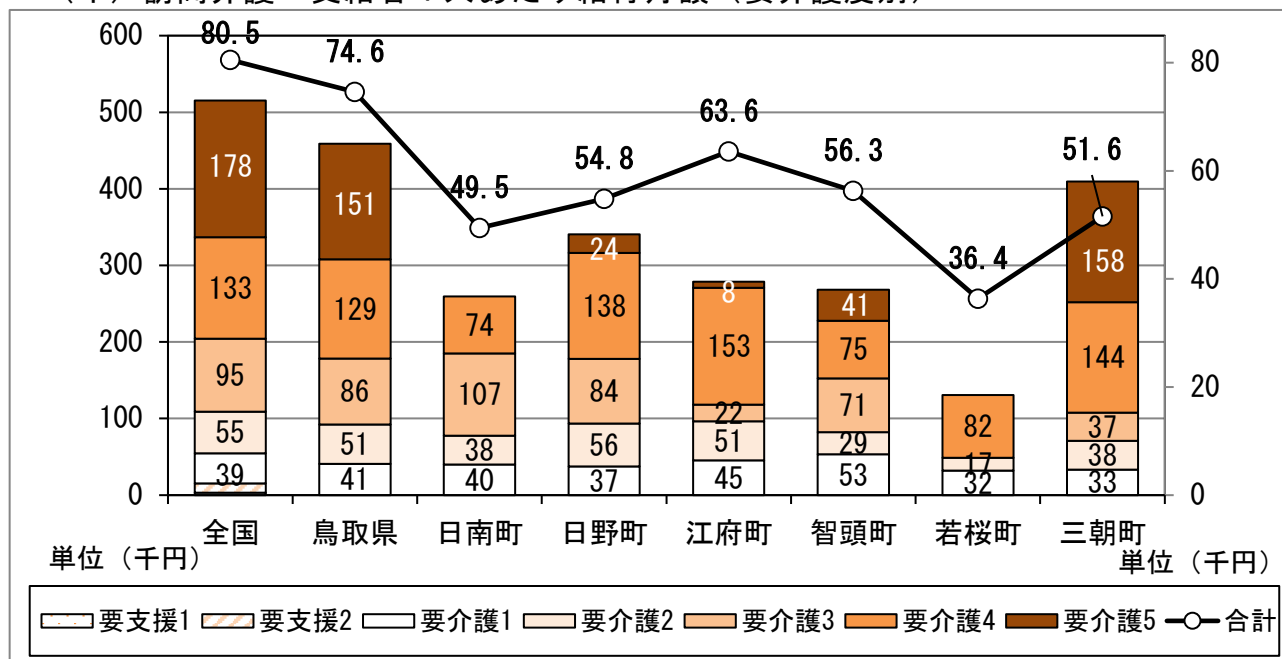
(ア) サービス受給者1人あたり給付月額 (要介護度別) 【在宅サービス合計】



- 受給者1人あたり給付月額とは、サービスを使ったときに発生する料金のうち、町が負担している総額を、同サービスを使っている人数で割ったものです。  
在宅サービスの受給者1人あたり給付月額は65,000円で、国・県の1/2程度であり、他地域と比較しても少ない状況です。サービス提供体制や、利用者の経済的問題等から、サービス利用量を増やしていく状況があるのではないかと思います。
- 特に、要介護3・4・5の重度認定者の1人あたり給付月額が少なく、在宅生活の継続に支障がないか検討が必要です。

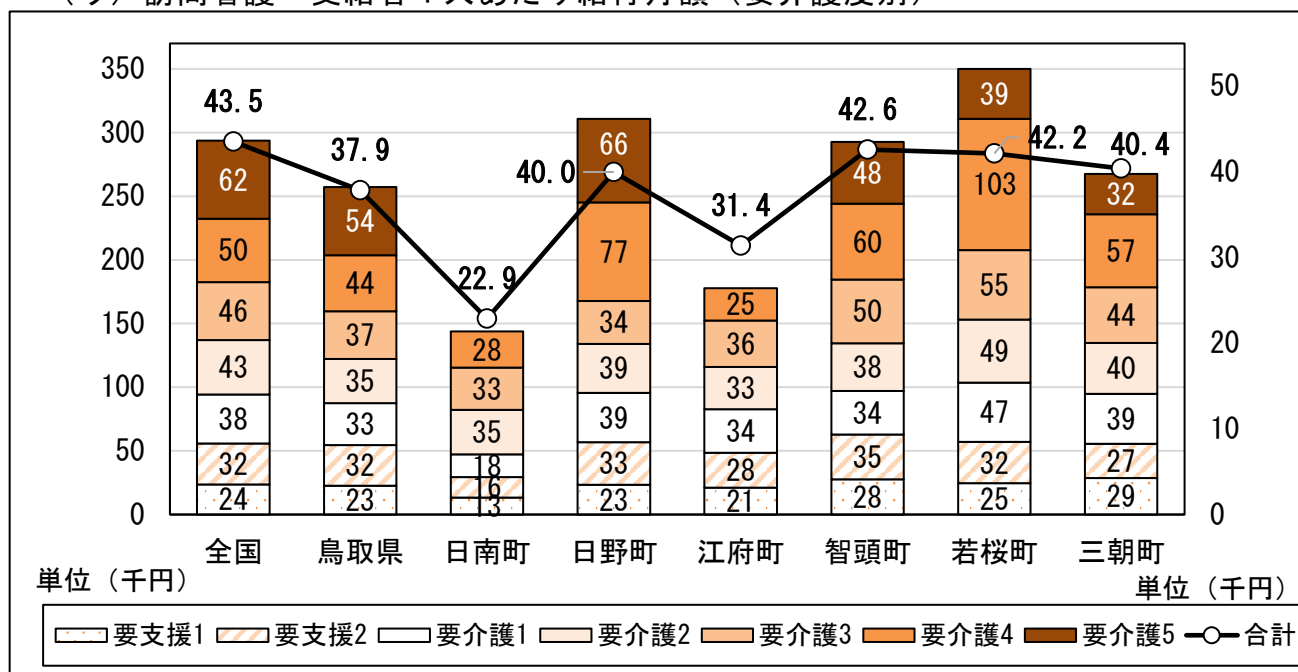


(イ) 訪問介護 受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）



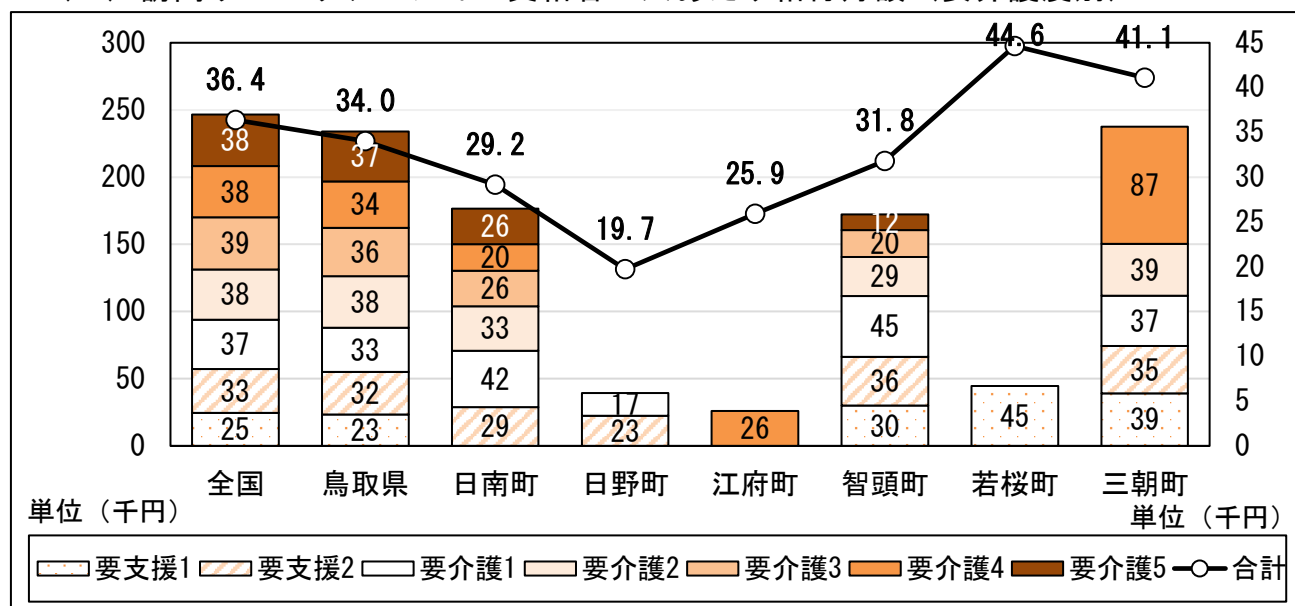
- ・訪問介護の受給者 1 人あたり給付月額は 49,500 円で、国・県よりも少ないです。他地域は町により差がありますが、平均値に近い状況です。また、要介護度別を国・県と比較すると、要介護 1・2・3 では差がありませんが、要介護 4 では約半分と低くなっています。要介護 5 の人の利用実績はありませんでした。

(ウ) 訪問看護 受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）



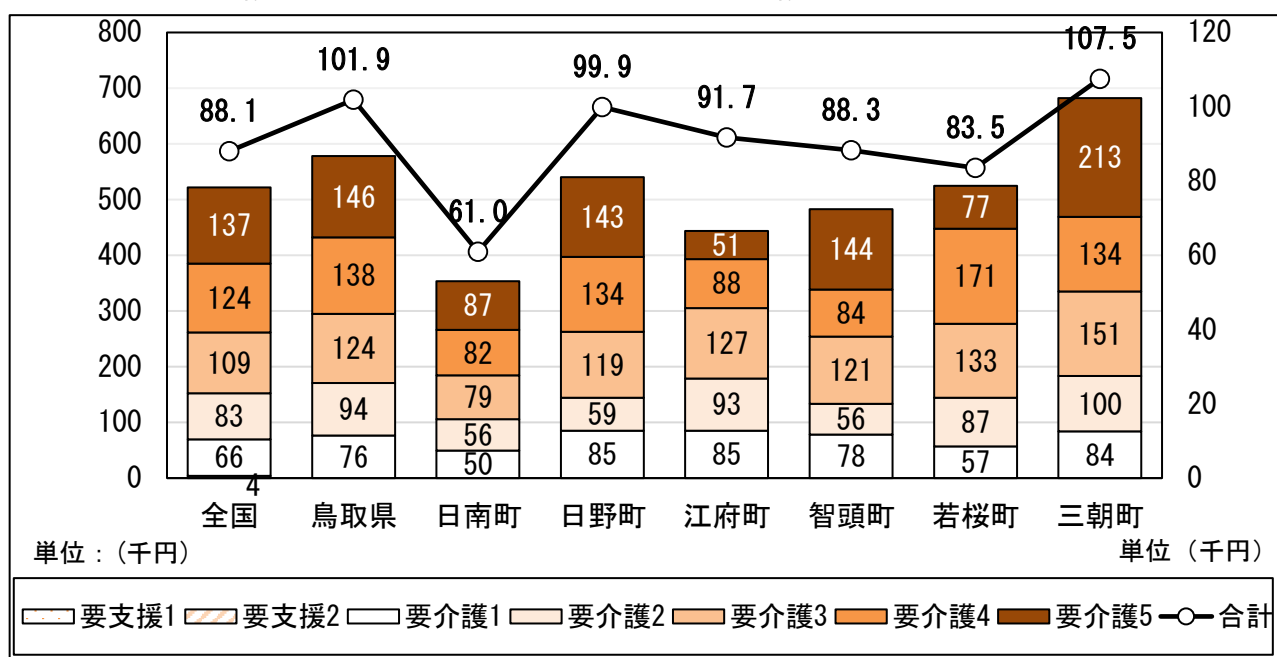
- ・訪問看護の受給者 1 人あたり給付月額は、22,900 円で、国・県・他地域と比較して約 1/2 と少ない状況です。また、要介護度別に見ると、いずれも国・県よりも低く、訪問看護の頻度が軽度者でも重度者でも画一化されていることが伺えます。

(エ) 訪問リハビリテーション受給者1人あたり給付月額(要介護度別)



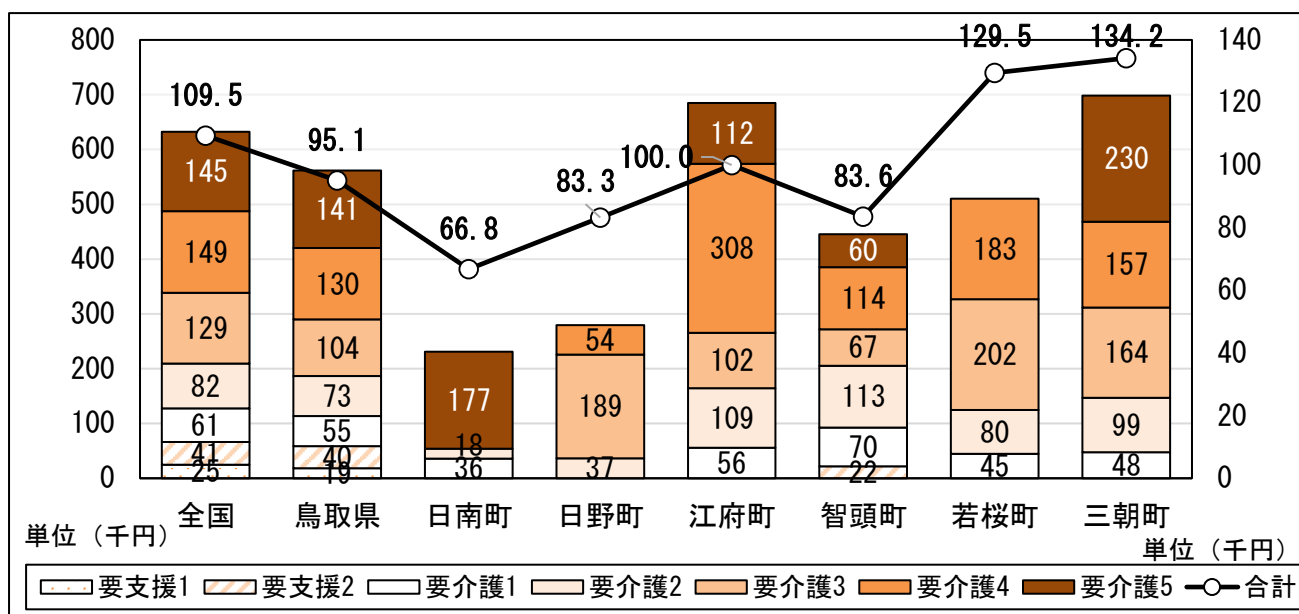
- ・訪問リハビリテーションの受給者1人あたり給付月額は29,200円で、国・県の8割程度です。郡内他町よりやや多いですが、他地域と比較すると少ない状況です。また、要介護度別に見ると、国・県と比較して要介護1でやや多く、要介護3・4・5でやや少なくなっています。

(オ) 通所介護受給者1人あたり給付月額(要介護度別)



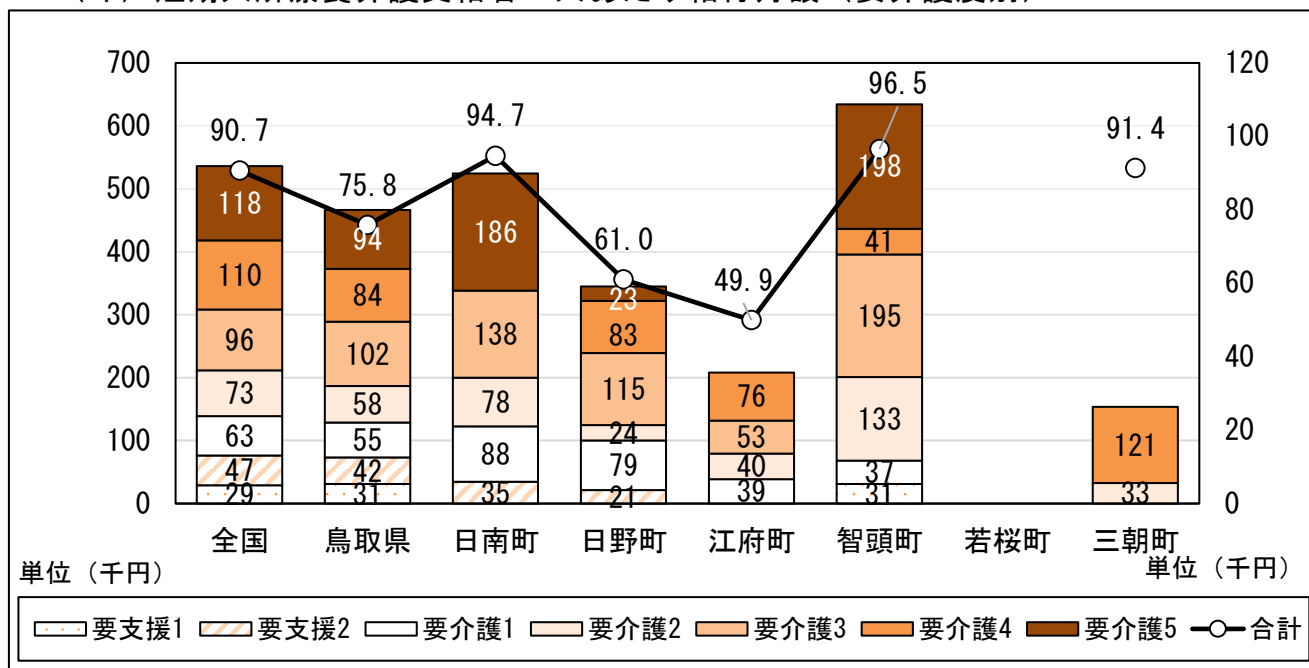
- ・通所介護の受給者1人あたり給付月額は61,000円であり、国・県と比較しても、他地域と比較しても少ない状況です。通所介護を提供する事業所は町内に1事業所のみであり、町面積が340㎏と広いためサービス利用には移動時間を要し、サービス利用者にも提供者側にも、利用時間や利用回数を増やすのが困難な状況があります。また、介護度別に見ても、どの介護度でも国・県と比較して少なく、要介護3・4・5の重度認定者の給付月額が、他地域と比較しても少ない状況です。

(カ) 短期入所生活介護受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）



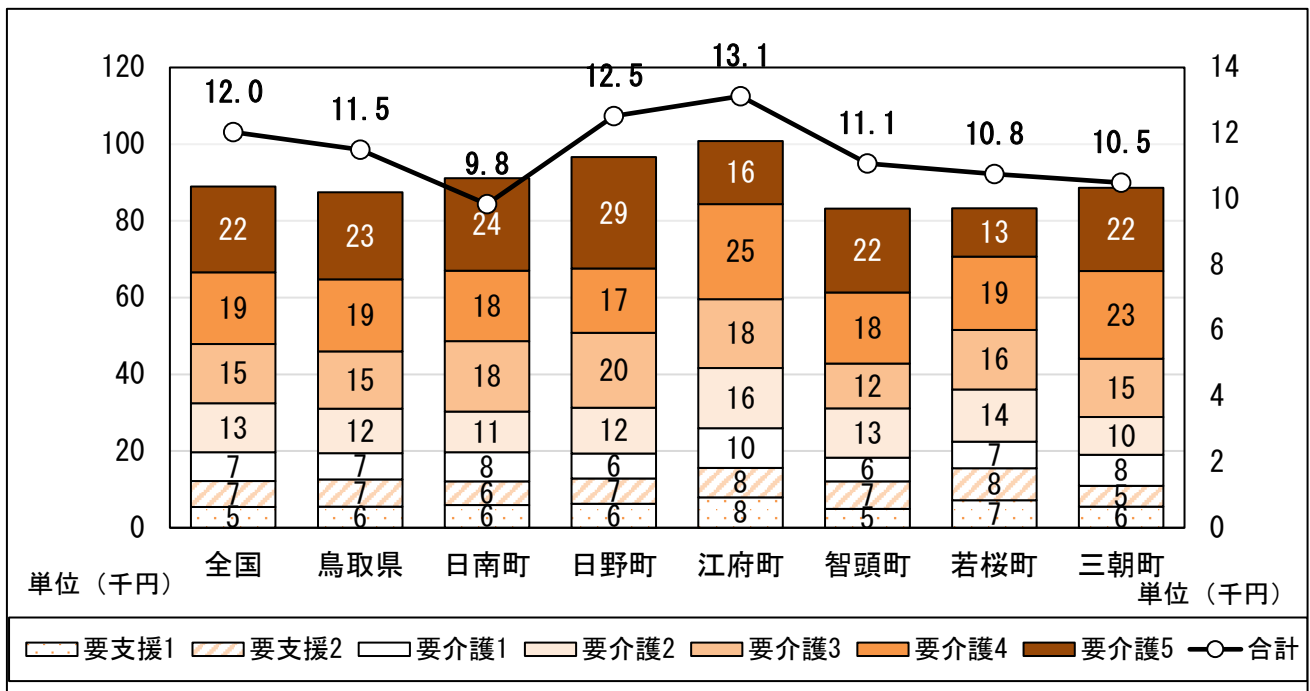
- ・短期入所生活介護の受給者 1 人あたり給付月額は 66,800 円と、全国の約 1/2 と少なく、他地域と比較しても少ないです。町内でサービス提供できる事業所は 1 か所で、空床利用によるものです。要介護度別に見ると、要介護 1・2 では国・県より少なく、要介護 5 ではやや多くなっています。

(キ) 短期入所療養介護受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）



- ・短期入所療養介護の受給者 1 人あたり給付月額は 94,700 円で、国や県、他地域と比較して多くなっています。町内でサービス提供できる事業所は 1 か所（日南病院療養病床）ですが、令和 5 年度末で廃止となります。希望者が利用できるよう対応が必要です。要介護度別に見ると、国・県と比較して要支援 1、要介護 4 はなく、要支援 2 ではやや少ないですが、要介護 1・2・3・5 では、多くなっています。

(ク) 福祉用具貸与受給者1人あたり給付月額(要介護度別)



- ・福祉用具貸与の受給者1人あたり給付月額は9,800円で、国・県・他地域と比較してやや少ないです。また、要介護度別に見ると、介護度による差は少なく、国・県と比較して同程度です。

### 3 社会資源の状況

日南町内に所在する介護保険関係事業所や高齢者の住まいは次のとおりです。

表12 介護サービス事業所

区 分		事業所数
居 宅 介 護 ・ 予 防	訪問介護(介護予防)<日南福祉会>	1
	訪問入浴介護(介護予防)	0
	訪問看護(介護予防)<日南病院>	1
	訪問リハビリテーション(介護予防)<日南病院>	1
	居宅療養管理指導(介護予防)<日南病院>	1
	通所介護(介護予防)<あかねの郷定員 一般型45、リハビリ特化型10>	1
	通所リハビリテーション(介護予防)	1
	短期入所生活介護(介護予防)<あかねの郷> (空床利用)	1
	短期入所療養介護(介護予防)<日南病院> (空床利用)	1
	特定施設入居者生活介護(介護予防)	0
	福祉用具貸与(介護予防)	0
	特定福祉用具販売(介護予防)	0
地 域 密 着	夜間対応型訪問介護	0
	認知症対応型通所介護(介護予防)	0
	小規模多機能型居宅介護(介護予防)	0
	認知症対応型共同生活介護(介護予防)<あさひの郷(18床)>	1
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0
護 居 支 宅 援 介	居宅介護支援 <あかねの郷、日南病院>	2
	地域包括支援センター(介護予防支援) <直営:健康福祉センター内>	1
施 設	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <あかねの郷> (90床)	1
	介護老人保健施設	0
	介護療養型医療施設 <日南病院> ※ (18床)	1

○令和5(2023)年12月現在、町内に住所を置く事業所数

※令和5年度末で廃止、医療療養病床(合計40床)に移行予定。

表13 高齢者の住まい

区分	施設名	定員・戸数
高齢者向け住宅	特定公共賃貸住宅 なごみの里	戸数10戸（単身向け6戸、2人向け4戸）
有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム にちなんつくほ	定員9人(1人用9室)
有料老人ホーム	住宅型有料老人ホームあかね荘	定員19人(1人用19室)
日南町短期滞在型 専用住宅	高齢者ショートステイ住宅 ひだまりの家	戸数6戸(単身向け)

## 4 保健事業の状況

本町の人口減少と高齢化は今後さらに進展すると見込まれています。高齢者のみの世帯は増加し、介護を必要とする人も介護する人も高齢化することから、在宅介護力はいつそう低下することが予測されます。

高齢になっても、みんなが笑顔でいきいきと暮らせるように、若いうちから健康について考え、楽しく健康づくりが実践できるような取り組みが必要です。社会教育、学校保健、職域保健、地域保健など多方面の関係機関と連携をとりながら、生涯を通じての健康づくりを推進しています。

### (1) 保健事業について

#### ア 健康教育事業

生活習慣病予防のため、職域、まちづくり協議会、自治会、老人クラブ、地域のつどいなどで健康教育を行っています。また、日南病院と連携し、糖尿病対策や糖尿病性腎症重症化予防等に力を入れています。

#### イ 健康相談事業

自分の健康を自分で管理し守っていけるよう、個別健康相談や電話相談等を実施しています。

#### ウ 栄養改善

生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸につながる食育の推進に努めています。

## エ 健康診査・がん検診事業

健康診査・がん検診ともに、受診環境の整備や啓発方法等を工夫し、受診率の向上に力を入れています。

## オ 訪問指導事業

健康診査・がん検診で精密検査が必要になった人、特定保健指導対象者、独居・虚弱高齢者、家族介護者、身体・知的・精神障がい者等を対象として家庭訪問を実施しています。

## カ 自死対策事業（こころの健康づくり）

精神保健福祉センターや西部総合事務所福祉保健局の協力を得ながら、地道な啓発活動、「ほっと安心日南町こころの健康づくりネットワーク」の充実、こころの健康状態が不調な方への細やかな対応、精神科医師によるこころの相談日の開設（年5回）、医療機関との連携強化などに継続して取り組んでいます。

## （2）健康づくり計画の推進

町民が健康でいつまでも笑顔で暮らせるように、生涯にわたる健康づくり計画を策定しています。生活習慣病を予防し、壮年期死亡を減少させ、健康寿命を延ばし、生活の質の向上を実現することが目的です。

令和2年度には、健康増進計画、食育推進計画、自死対策計画を一体化した「にこにこ健康にちなん21」を策定しました。令和3年度から11年度までの9年間を計画期間として、年1回推進委員会を開催し、町民の皆さんとともに健康づくりに取り組んでいます。



## 5 地域支援事業の状況

地域支援事業は、要介護・要支援状態になることを予防するとともに、要介護状態と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生活を送ることができるように支援することを目的として実施しています。地域支援事業のうちの従来の介護予防事業が、平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）に再編されています。

地域支援事業の財源構成は、次表のとおりです。総合事業の費用については、介護保険給付抑制効果を考慮して第2号保険料が投入されており、在宅サービスの保険給付費と同じ財源構成です。

表14 地域支援事業の財源構成

事業の区分	国	都道府県	市町村	保険料	
				第1号	第2号
総合事業	25%※	12.5%	12.5%	23%	27%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23%	—

※総合事業に係る国の交付金について、一律に交付するものを国庫負担率25%のうち20%とし、残りの5%分については市町村における介護保険財政を調整するために傾斜をつけた交付金として交付される。

### （1）地域包括支援センターの充実

平成18年4月1日の改正介護保険法施行により、地域ケアの拠点である既存の在宅介護支援センターを移行し、町が運営主体として日南町地域包括支援センターを日南町健康福祉センターほほえみの里に設置しました。地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」です。つまり、高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを推進することが目的です。併せて人材の確保等体制整備を図っていくことが必要であり、充実に努めています。

地域包括支援センターの設置および運営に関しては、適切、公正かつ中立的な運営を確保する観点から、地域包括支援センター運営協議会を設置し、関与していくことになっています。このため、介護保険の被保険者、サービス事業者、保健医療関係者、福祉関係者および学識経験者などの代表で構成する「日南町介護保険運営協議会」が設置および運営に関与しています。また、本町は地域包括支援センターを設置主体として地域の実情をふまえ、運営協議会の議を経て運営に適切に関与しています。



表15 職員体制（令和5年10月1日現在）

区 分	人数
センター長（社会福祉士）	1
保健師	1
主任介護支援専門員（社会福祉士）	1
介護支援専門員	1
認知症地域支援推進員（社会福祉士）	1

## （2）日南町地域包括支援センターの「スローガン」と「活動方針」

**日南町地域包括支援センター「スローガン」（令和3年度～）**  
**町民みんなで支え合って自分らしく暮らせる日南町**

図13 日南町地域包括支援センター「令和3～5年度 活動方針」

1. 地域で助け合って暮らせる生活支援体制の整備
  - 1) 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) 地域で支え合える仕組みをつくる
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の支援
  - 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大丈夫だと思える地域づくり
  - 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) 利用者に寄り添った成年後見制度の運用を進める
  - 4) 高齢者虐待の防止及び早期発見を図り支援につなげる
5. 地域で暮らし続けることができるための、在宅医療・介護の連携充実と基盤整備（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）と医療・介護・福祉・専門職の連携
  - 3) 高齢者向け住まいの整備
  - 4) 必要な医療・介護サービスが利用できる体制整備

平成23年6月に要支援1・2、要介護1・2の者で町外のケアハウス又はサービス付き高齢者住宅等に入居している54名について、担当介護支援専門員と地域包括ケア会議企画会議メンバーで在宅生活が継続できなかった理由を検証しました。その内容は在宅支援会議で挙げられる生活面の課題と同じでした。この生活課題を地域包括ケア会議で関係者と情報共有し、在宅支援会議・地域包括ケア会議等からみえてきた高齢者の5つの生活（地域）課題としてまとめて平成24年度から関係団体と協働して取り組んできました。

令和元年度に、過去5年間に町外の家族の家や施設に転居された44名（うち要支援・要介護認定あり42名、要介護認定なし2名）について、町外へ転居となった理由を担当介護支援専門員、包括職員を中心に明らかにし企画会議のメンバーで検討しました。併せて転出者についても転出理由が分かる人について課題を検討しました。町外へ転居するきっかけとして「入院」、「介護者の病気等」が多くあり、また「冬期入所」をきっかけに町外へ転居する人も数人あったことが明らかになりました。課題の検討を行った結果、高齢者の5つの生活（地域）課題に対する支援について、認知症に関する課題を具体的に表現することと、離れて暮らす家族への支援という新たな課題を掲げて、高齢者の6つの生活（地域）課題への支援として、令和2年度から取り組んでいます。

図14 高齢者の6つの生活（地域）課題への支援

1. 薬がきちんと飲めない、自分自身や家族で健康管理ができにくいことへの支援
2. 食生活（材料を買う、3食作る、食事回数や量などが不規則になりがち、孤食）が困ることへの支援
3. 認知症を理解して安心して暮らせる地域づくりへの支援
4. 自分の終末期をどう迎えたいか伝えておくこと、本人の意思を尊重する家族、地域であることへの支援
5. 日南町で暮らし続けられるために、どんな住まいが必要かをみんなで考えていくことができる支援
6. 離れて暮らす家族への支援

### （3）介護予防・日常生活支援総合事業

総合事業の趣旨をもとに、背景・基本的な考え方として、次のものが挙げられています。

- ①多様な生活支援の充実
- ②高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり
- ③介護予防の推進
- ④市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開
- ⑤認知症施策の推進
- ⑥共生社会の推進

## ア 介護予防・生活支援サービス事業

要支援者又は事業対象者（以下、「要支援者等」という）の多様な生活支援のニーズに対応するため、従来の介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスをもって支援することとしています。事業の実施に際しては、介護予防ケアマネジメント事業により、個々の要支援者等の心身の状況、その置かれている環境やその他の状況に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施するよう努めています。

### （ア）訪問型サービス（第1号訪問事業）

#### a 訪問型サービス従前相当：日南福祉会他介護保険指定事業所（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として訪問介護員等が入浴、排泄、食事等の介護等、身体介護や生活支援を行います。

○実施事業所 令和2年度 8か所（町内1か所、町外7か所）  
 令和3年度 5か所（町内1か所、町外4か所）  
 令和4年度 2か所（町内1か所、町外1か所）

表16 訪問型サービス従前相当実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用実人数	事業対象者	3人	4人	1人
	要支援1	24人	31人	21人
	要支援2	39人	39人	26人
	合 計	※64人	※66人	※46人
利用延人数	事業対象者	27人	27人	12人
	要支援1	177人	197人	183人
	要支援2	277人	256人	195人
	合 計	481人	489人	390人
利用延回数	事業対象者	99回	98回	40回
	要支援1	943回	1,051回	846回
	要支援2	1,892回	1,938回	1,320回
	合 計	2,934回	3,087回	2,220回

※複数の区分での利用があるため、区分の和が合計と一致しない

※令和2年度は5月審査から翌年4月審査分まで、令和3、4年度は4月審査から翌年3月審査分

## b 訪問型サービスB（住民主体）：日南町シルバー人材センターへ委託

日南町の定める要綱に基づき、買い物、調理、ゴミ出し、掃除等の生活援助等を行います。

表17 訪問型サービスB実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用実人数	事業対象者	1人	0人	0人
	要支援1	0人	1人	1人
	要支援2	1人	0人	0人
	合 計	2人	1人	1人
利用延人数	事業対象者	12人	0人	0人
	要支援1	0人	12人	12人
	要支援2	6人	0人	0人
	合 計	18人	12人	12人
利用延回数	事業対象者	50回	0回	0回
	要支援1	0回	52回	56回
	要支援2	38回	0回	0回
	合 計	88回	52回	56回

## c 訪問型サービスC（短期集中）：日南病院へ委託

保健、医療専門職による日常生活のアセスメントを主とした訪問を行います。また閉じこもり等何らかの支援を要する者に対して保健、医療専門職が居宅に訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、必要な相談・指導を行います。令和2年度以降の利用実績はありません。

## (イ) 通所型サービス（第1号通所事業）

## a 通所型サービス従前相当：日南福祉会他介護保険指定事業所（旧介護予防通所介護に相当するサービス）

介護予防を目的として、施設に通い、入浴、排泄、食事等の介護などの日常生活上の支援及び機能訓練を行います。

○実施事業所      令和2年度    3か所（町内1か所、町外2か所）  
                          令和3年度    3か所（町内1か所、町外2か所）  
                          令和4年度    3か所（町内1か所、町外2か所）

表18 通所型サービス従前相当実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用実人数	事業対象者	65人	67人	60人
	要支援1	39人	41人	39人
	要支援2	60人	62人	62人
	合 計	※159人	※155人	※153人
利用延人数	事業対象者	619人	645人	552人
	要支援1	333人	306人	295人
	要支援2	504人	521人	503人
	合 計	1,456人	1,472人	1,350人
利用延回数	事業対象者	2,197回	2,263回	1,788回
	要支援1	1,222回	1,118回	1,017回
	要支援2	3,039回	3,028回	2,623回
	合 計	6,458回	6,409回	5,428回

※複数の区分での利用があるため、区分の和が合計と一致しない

※令和2年度は5月審査から翌年4月審査分まで、令和3、4年度は4月審査から翌年3月審査分

#### b 通所型サービスB（住民主体）

通所型サービスB事業については、一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業・住民主体通所型サービス運営事業へ移行しました。

#### c 通所型サービスC（短期集中）：日南病院へ委託

日常生活に支障のある生活行為を改善するために、利用者の個別性に応じて保健・医療専門職により、運動機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能向上プログラム、膝痛・腰痛対策プログラム、閉じこもり予防プログラム及び認知症機能低下予防・支援プログラムを複合的に行います。この際、訪問型サービスCによるアセスメント訪問と組み合わせ、日常生活に支障のある生活行為を明らかにして取り組むよう努めています。

表19 通所型サービスC実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用実人数	事業対象者	1人	1人	1人
利用延人数		4人	3人	1人
利用延回数		13回	12回	2回

※要支援1及び要支援2の利用実績なし

## (ウ) その他生活支援サービス事業（第1号生活支援事業）

## a 日南町見守り・生活支援サービス

日南町の定める要綱に基づき、宅配弁当など業務で定期的に居宅へ訪問する事業者やボランティア団体等を実施事業者として登録し、見守りを行います。

令和元年度から多里まちづくりサポートセンター（弁当配達）と安達商事（移動販売車あいきょう）により実施されています。安達商事は令和3年度末で終了となりましたが、令和5年8月から合同会社ひまわりにより再開となっています。

○実施事業所      令和2年度    2か所（町内1か所、町外1か所）  
                          令和3年度    2か所（町内1か所、町外1か所）  
                          令和4年度    1か所（町内1か所）

表20 日南町見守り・生活支援サービス実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用実人数	事業対象者	2人	5人	1人
	要支援1	4人	5人	4人
	要支援2	2人	0人	0人
	合 計	※7人	※7人	※4人
利用延人数	事業対象者	19人	24人	3人
	要支援1	28人	34人	27人
	要支援2	8人	0人	0人
	合 計	55人	58人	30人
延利用回数	事業対象者	103回	129回	13回
	要支援1	110回	140回	208回
	要支援2	61回	0回	0回
	合 計	274回	269回	221回

※複数の区分での利用があるため、区分の和が合計と一致しない

## (エ) 介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）

要支援者等から依頼を受けて介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービス事業の他、一般介護予防事業や市町村の独自施策、民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状態等にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。町内居宅介護支援事業所等へ一部業務委託により実施しています。



## a ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

○委託事業所	令和2年度	4か所（町内2か所、町外2か所）
	令和3年度	4か所（町内2か所、町外2か所）
	令和4年度	2か所（町内2か所）

表21 ケアマネジメントA実施状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
実人数	事業対象者	67人 (33人)	66人 (36人)	57人 (35人)
	要支援1、2	74人	71人	51人
延人数	事業対象者	631人 (299人)	643人 (353人)	530人 (325人)
	要支援1、2	592人	540人	424人

※（ ）は地域包括支援センターが直営実施（再掲）

## b ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

見守り・生活支援サービスのみを利用した者を対象にしています。

表22 ケアマネジメントC実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実人数	4人	2人	1人

## イ 一般介護予防事業

地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進します。年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通し、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

## （ア）介護予防把握事業

効果的かつ効率的に収集した情報等を活用して、閉じこもり等何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげていきます。また、要介護状態になることを予防し元気に活躍していただくために、基本チェックリストにより高齢者の心身の状況を把握することに努めています。

## a 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施 令和5年2月実施

調査対象者数：1,853人（65歳以上、要介護認定を受けていない者）

回答者数：1,436人（男性621人、女性815人）

回答率：77.5%

## b 在宅介護実態調査の実施 令和5年2月実施

調査対象者数：234人（在宅で要支援・要介護認定を受けている者）

回答者数：168人（男性51人、女性117人）

回答率：71.8%

## c 虚弱高齢者を対象とする事業対象者の把握

基本チェックリストに該当し、事業対象者として介護予防・生活支援サービス事業の利用がある者には、事業対象者証を交付しサービス利用につなげています。

表23 事業対象者数の推移

	令和2年度末	令和3年度末	令和4年度末
事業対象者数	113人	95人	81人

## (イ) 介護予防普及啓発事業

## a 高齢者の目標づくり

住民主体通所型サービス運営事業実施団体に、年1回程度、地域包括支援センター職員が出向いて、高齢者自身が毎日の目標、1年後の目標づくりに取り組む支援を行っています。

表24 目標づくり実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施者数	351人	11人	147人
実施団体数	46団体	2団体	21団体

※感染症対策のため、住民主体通所型サービス運営事業を休止した期間あり

## b 介護保険ファイルの配布

新規要介護認定者（要介護・要支援）、新規事業対象者へ個別訪問し、介護予防および自立支援についての啓発を行っています（事業対象者から新規介護認定者へは再配布となるため、配布していません）。

表25 介護保険ファイル配布数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
説明配布数	82人	105人	122人
新規介護認定者（再掲）	71人	95人	119人
新規事業対象者（再掲）	11人	10人	3人



## c 口腔ケアによる健康づくり

## (a) 歯と口腔の健康相談

高齢者の口腔機能低下を予防するため、集団検診会場で歯科衛生士による「歯と口腔の健康相談」を継続して実施しています。口腔内チェック、口腔機能向上指導、口腔清掃指導等を行い、口腔機能向上の啓発に努めました。

表26 歯と口腔の健康相談実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
口腔機能指導実施日数	0日	9日	3日
相談者数 (うち、65歳以上の者)	0人 (0人)	73人 (58人)	15人 (10人)

※感染症対策のため、中止した期間あり

## (b) 口腔ケアの普及啓発

令和4年度は、住民主体通所型サービス運営事業実施団体等で「栄養について」の出前講座を行う際に、口腔機能についても併せて啓発しました。基本チェックリストの口腔機能低下の項目について、毎週「かみかみ百歳体操」に取り組んでいる団体と取り組んでいない団体を比較すると、取り組んでいる団体の方が該当する者が少ないことが分かりました。「かみかみ百歳体操」を取り入れる団体は26団体となっています。

## d 栄養教育

## (a) 管理栄養士による栄養教育

健康の維持増進のために、管理栄養士が自治会や班、グループ単位での栄養教育を行っています。フレイル予防のための啓発も実施しました

表27 栄養教育実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高齢者が参加した栄養教室回数 (うち、男性の料理教室回数)	57回 (0回)	8回 (0回)	11回 (0回)
65歳以上の参加者数 (うち、男性の料理教室参加者数)	660人 (0人)	53人 (0人)	87人 (0人)

## (b) 食のつながり帳の活用

日南町の高齢者における生活課題として、食生活については大きな課題と捉えています。食のつながり帳(第1版)を平成27年度に作成し、令和4年度は第3版を一部修正しました。高齢者宅に訪問する関係団体や民生委員等に配布しています。また、新規事業対象者や新規要介護・要支援認定者に対して配布する介護保険ファイルと併せて配布したり、食生活の相談者へ配布したりして説明しまし

た。内容が変更になることが多く最新情報に更新することが困難なことや、チラシ等で相談者への個別対応が可能なことから、令和5年度に廃止しました。

### e 服薬支援

令和元年度に薬の飲み忘れを防ぐ啓発DVD「くすりと上手な付き合い方～大切なあなたとくすりの物語～」を日南病院、日南薬局及び日南町地域包括支援センターが協働して作成しました。日南病院待合室での放映や、住民主体通所型サービス運営事業実施団体等へDVDの貸し出しにより、正しく薬を服用することで生活習慣病の悪化防止につなげるための意識啓発に取り組んでいます。

令和4年度は、支え愛ネットワーク活動、出前講座隊、ふる里まつりの展示で、町内高齢者の生活課題を紹介し、服薬が正しくできないことが体調不良を引き起こし在宅生活の継続が難しくなるきっかけとなっていることを周知しました。日南病院60周年住民シンポジウム（以下、「病院シンポジウム」という）では、服薬支援の取り組みについて紹介し、高齢者の服薬支援についての意識啓発を図りました。毎週実施する在宅支援会議においても、服薬支援が必要な者への対応の協議や情報共有を継続して行っています。

### f 「離れて暮らすご家族へ」パンフレットの活用

高齢者の6つの生活（地域）課題の1つとして「離れて暮らす家族への支援」が令和2年度に新たに追加されました。80歳以上の一人暮らしや高齢者夫婦世帯が多く、離れて暮らす家族に向けて、高齢者が活用できる介護保険以外の福祉サービス等を記載したパンフレットです。高齢者が家を空ける場合には、ご近所や民生委員等、誰かに不在にすることを伝えておいて欲しいことを、離れて暮らす家族へ伝えることも含まれています。

令和4年度は、支え愛ネットワーク活動や住民主体通所型サービス運営事業実施団体等での目標づくりの際に配布し周知しました。また、町ホームページへの掲載、ふる里まつりでの展示、病院シンポジウムでも紹介を行っています。新規事業対象者、新規要介護・要支援認定者にも説明し配布しています。

### g 「通所サービス紹介動画」の活用

要支援者等の重度化予防を目的に、通所系サービス利用促進のための「日南町通所サービス紹介動画」を、日南福社会、日南病院及び日南町社会福祉協議会の協力を得て令和3年度に製作しました。

令和4年度は、ちゃんねる日南での放映、YouTubeでの配信、日南病院待合室での放映等を行い、日南町の通所サービスのPRに努めました。サービス利用を勧める際に動画を見てもらい、利用につながっています。

## (ウ) 地域介護予防活動支援事業

年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することができる介護予防活動の地域展開を目指して、介護予防に資する住民主体の通いの場の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することに努めています。

## a 住民主体通所型サービス運営事業実施団体

日南町の定める要綱（月1回以上の定期開催、運動を取り入れる等）により、高齢者が参加できる介護予防活動の地域展開を目指して実施している、住民主体による「集いの場」です。令和4年度は、補助金を活用している団体が39団体、補助金を活用せずに活動している団体が7団体ありました。各団体に地域包括支援センター職員及び生活支援コーディネーター（日南町社会福祉協議会委託）が出向いて活動支援を実施しています。

表28 住民主体通所型サービス運営事業実施状況（補助金活用団体）

年 度	開催 団体数	実施延回数	参加実人数	高齢者の参加率	参加延人数
令和2年度	51団体	1,973回	700人 (662人)	(★2,266人) (29.2%)	18,008人 (17,452人)
令和3年度	46団体	1,008回	572人 (546人)	(★2,239人) (24.4%)	8,828人 (8,618人)
令和4年度	39団体	1,638回	499人 (476人)	(★2,207人) (21.6%)	13,585人 (13,280人)

※参加実人数、参加延人数は全年齢の人数

※（ ）は65歳以上の人数を再掲

※高齢者の参加率は各年度の4月1日の高齢者人口（★）に対する参加実人数高齢者の割合

表29 令和4年度住民主体通所型サービス運営事業実施団体

1	ひまわり会（河上）	2	宮内ぴんころりん
3	三栄ヒルガオ会（上三栄）	4	三栄体操クラブ
5	丸山もみじ会	6	霞おはな会
7	生山体操クラブ	8	アイリスの会（茶屋）
9	みところ会（茶屋）	10	あじさいの会（茶屋）
11	笠木いきいき会	12	きらきら体操会（福万来）
13	佐和会（佐木谷）	14	ピンコロクラブ（福寿実）
15	上阿毘縁交流サロンあじさいの会	16	すみれの会（下阿毘縁）
17	折渡いきいきサロン	18	楽楽体操クラブ（印賀）
19	宝谷元気もりもり会	20	菅沢いきいき体操
21	ひばり会（多里）	22	シャキッと！ゆかわ（湯河）
23	新屋なかよし会	24	めばえ会（新屋）
25	内方さくら会（新屋）	26	はぎの会（萩原）
27	花口まめまめ会	28	健やか神戸上
29	高原体操の会（上石見、中石見）	30	なでしこジャパン（下石見）
31	たけの子会（下石見）	32	土恋所の会（下石見）
33	三吉健康体操の会	34	高代わくわくクラブ（福塚）
35	どんぐりの会（福塚）	36	いばら会（神福上）
37	ももいろ（神福下）	38	大坂クラブ（豊栄）
39	上坂住民主体サービス事業（豊栄）		
	ここのえ会（福万来）★		大菅健康クラブ（阿毘縁）★
	四葉のクローバー（上石見）★		ハッピーネス（中石見）★
	市場元気な会（下石見）★		スマレ会にこにこ体操（神福下）★
	白谷スクール（福塚）★		

★令和4年度の補助金活用はないが、活動を実施している団体

#### b 出前講座

地域包括ケア会議企画会議（日南病院、日南福祉会、日南町社会福祉協議会及び福祉保健課・地域包括支援センター（以下、「4団体」という。）で構成）において、毎年、「出前講座メニュー」を作成し、4団体の職員等が講師として出向く出前講座を実施しています。住民主体通所型サービス運営事業実施団体等に対して出前講座隊が出向き、参加者の健康意識の向上や介護予防の実践支援と、集いの継続支援を行っています。

表30 出前講座隊派遣回数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
日南病院	0回	1回	4回
日南福祉会	2回	0回	2回
日南町社会福祉協議会	2回	0回	0回
福祉保健課・地域包括支援センター	35回	8回	17回
その他	3回	1回	5回
合 計	42回	10回	28回

## ○令和4年度内容

栄養について（10回）、認知症について（3回）、介護予防エクササイズ（3回）、関節と上手な付き合い方（3回）、看取りケアについて（2回）、あんしんキット（2回）他

## c 生活支援ボランティア制度

地域住民同士が見守りや支え合いを行うことで、地域の協働連携を目指すとともに、地域を活性化し、明るい社会を築くことを目的としています。

## （a）生活支援ボランティア養成講座

令和4年度は、「病院シンポジウム」と「認知症啓発映画上映会」を生活支援ボランティア養成講座の代替講座としました。養成講座未修了者68人に個人通知をし、参加勧奨しました。

表31 生活支援ボランティア養成状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
会場	山上地域振興センター（2回目）	阿毘縁地域振興センター（2回目）他3会場	日南町総合文化センターさつきホール
参加実人数	13人	37人	7人
参加延人数	33人	189人	8人
全課程修了者数	6人	10人	7人
生活支援ボランティア登録者数	3人	15人	※8人

※前年度までに養成講座を修了していた者が登録されたため、登録者数が参加実人数を上回っています。

## (b) 生活支援ボランティア登録

生活支援ボランティア養成講座修了者には、任意でボランティア登録をしていただきます。令和4年度は養成講座未修了者のうち、「病院シンポジウム」と「認知症啓発映画上映会」に参加した者に生活支援ボランティア登録資格があることとしました。

表32 生活支援ボランティア登録者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
養成講座修了者数	126人	142人	149人
登録者数	93人	103人	108人

## (c) 生活支援ボランティア活動

活動内容は、町又は町内団体の行う事業の支援及び住民の安心・安全を目的とした支援等です。ボランティア活動について1時間を100ポイントとして評価し、年度中に30時間以上のボランティア活動をした者には報告書を提出いただき、活動時間数に応じて行政ポイントを贈呈します。

表33 生活支援ボランティア活動30時間以上活動者

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
50時間以上活動者	15人 (14人)	8人 (7人)	15人 (15人)
30～49時間活動者	1人 (0人)	3人 (3人)	4人 (2人)
合 計	16人 (14人)	11人 (10人)	19人 (17人)

※ ( ) は65歳以上の人数を再掲

## (d) 生活支援ボランティアスキルアップ講座

令和4年度は、生活支援ボランティア講座修了者へ「病院シンポジウム」と「認知症啓発映画上映会」を案内し、スキルアップ講座として参加していただきました。

表34 生活支援ボランティアスキルアップ講座参加者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
延参加者数	28人	34人	44人

## (エ) 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を図ります。

## a 住民主体通所型サービス運営事業（令和4年度）

週1回開催は38団体、月1～3回開催は1団体

65歳以上参加者：476人（令和4年4月1日時点で65歳以上の者）

高齢者人口：2,207人（令和4年4月1日時点）

表35 住民主体通所型サービス運営事業参加状況

	参加者実人数（人）			参加率（％）		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
65～69歳	11	36	47	5.1	20.0	11.9
70～74歳	20	65	85	8.2	28.8	18.0
75～79歳	19	68	87	16.2	43.6	31.9
80～84歳	25	97	122	18.0	41.6	32.8
85～89歳	21	84	105	18.3	32.1	27.9
90歳以上	7	23	30	8.6	9.7	9.4
合 計	103	373	476	11.3	28.8	21.6

## b 住民主体通所型サービス運営事業参加者への基本チェックリスト

住民主体通所型サービス運営事業では、毎年1回、参加者に基本チェックリストの聞き取りを行っています。令和2、3年度の基本チェックリストの比較から、事業の継続開催は運動機能の低下予防、物忘れの予防に効果があると検証できました。しかし、休止要請することなく事業継続ができた令和4年度の基本チェックリストの結果では、運動機能、口腔機能及び認知機能が低下するおそれのある人が増加しました。近年のコロナ禍で感染対策のために外出を控えたり、人との交流が減ったりしたことが身体・認知機能の低下に影響しており、引き続き、事業を継続して、フレイル予防に取り組むことが必要です。

令和4年度住民主体通所型サービス運営事業の実績報告で「かみかみ百歳体操」の実施は26団体あり、「栄養について」の出前講座実施時に口腔機能の内容もあわせて啓発し、新たに体操を取り入れた団体もありました。毎週「かみかみ百歳体操」に取り組んでいる団体では、基本チェックリストの口腔機能が低下するおそれのある人が取り組んでいない団体より少ないことがデータからも分かりました。



表36 基本チェックリストによる要注意者の割合

分野別	令和2年度	令和3年度	令和4年度
運動機能	44.9%	39.1%	41.1%
口腔機能	22.2%	23.5%	21.7%
認知機能	46.0%	31.2%	42.0%

### c 介護予防

介護認定における原因疾患に対応した取り組みによる介護予防の効果について地域包括支援センター業務検討会、介護予防事業打合せでの検討評価を行いました。

- 令和3年度の新規介護認定申請100件について、KDB（国保データベースシステム）により介護認定新規申請者の原因疾患を把握した結果、一番多い疾患は腰・膝等の関節症25件、次いで認知症15件、3番目は脳血管疾患11件、4番目は骨折10件でした。この4つの原因疾患への対策について検討し、引き続き現在行っている介護予防に取り組んでいくことが対策につながると考えられます。
- 腰・膝等の関節症の予防のために運動を啓発しています。主に住民主体通所型サービス運営事業では百歳体操の実施を支援しています。ノルディック・ウォーク、テレビを見ながらの体操、散歩等を啓発しています。
- 認知症予防については、認知症施策として実施していますが、併せて人との交流が認知症の予防や進行を遅らせることにつながることから住民主体通所型サービス運営事業への参加も啓発しています。
- 脳血管疾患の予防として、自宅での定期的な血圧測定による血圧の管理を啓発しています。また、住民主体通所型サービス運営事業では体操の前後に血圧測定の実施を指導しています。

### d 多職種による評価活動

- 地域包括ケア会議で第8期介護保険事業計画（令和3～5年度）の各年度中間実績を確認し進捗管理を多職種で行いました。
- 令和4年7月地域包括ケア会議企画会議で、同年2月に書面開催した地域包括ケア会議で「第8期日南町介護保険事業計画のモニタリング」、「日南町総合事業と鳥取県内の各市町村との比較」、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDB活用マニュアルワークシート」及び「令和3年度65歳以上のつどい参加者の基本チェックリストの結果」について4団体から意見をまとめ、課題を洗い出しそれぞれできること、他団体に望むこと、今から取り組めること、検討を深める必要があること等について多職種で意見交換を行いました。専門職種がお互いに尊重しつつ、具体的な検討と評価を行いました。
- 令和5年2月の地域包括ケア会議で、地域包括ケア「見える化システム」を活用し、4団体で日南町と人口、高齢化率、気候等が比較的近い自治体と医療や介護サービスの状況を比較し、現在の日南町の状況の評価を行いました。



### e 地域リハビリテーション活動支援事業

高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、通所系サービス、訪問系サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等介護予防の取組を、リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が総合的に支援できる体制を作っています。

○自立支援検討会に、日南病院の理学療法士等が参加し指導しています

○在宅支援会議、地域包括ケア会議、地域包括ケア会議企画会議及び認知症施策作業部会に、日南病院理学療法士等が参加し指導しています。

○出前講座隊に、日南病院及び日南福社会の理学療法士等が講師として出向く体制が整備されています

## (4) 包括的支援事業

### ア 地域包括支援センターの運営

#### (ア) 総合相談支援業務

高齢者の心身の状況や生活の実態等を把握し、相談を受け、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築に努めました。

表37 総合相談対応状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総合相談延件数	339件	759件	907件

※令和2年度までは、1つの相談区分で同じ人に対して複数回の相談対応を行った場合は、1回と計上していました。令和3年度より1つの相談区分で同じ人に対して複数回の相談対応を行った場合は複数回の相談対応数を計上する集計に変更しました。

#### ○令和4年度総合相談区分別延件数

介護保険（255件）、認知症（184件）、医療・健康（152件）、生活・暮らし（113件）、高齢者福祉サービス（92件）、施設入所・入院（33件）、虐待（14件）、権利擁護・成年後見制度（3件）、その他（61件）

#### (イ) 権利擁護業務

困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、地域福祉権利擁護事業、成年後見制度等の権利擁護を目的とするサービスや制度活用の支援を行っています。また、高齢者虐待や困難事例への対応、消費者被害防止のために、サービス提供事業者や介護支援専門員等との連携や情報交換に努めました。

表38 成年後見等申立て支援状況（実人数）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
成年後見等申立て支援	2件	0件	0件

表39 権利擁護業務対応状況（実人数）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高齢者虐待に関する相談	3件	4件	3件
権利擁護に関する相談	3件	1件	1件
消費者被害に関する相談	1件	2件	0件

### （ウ）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

令和2年度から認知症対応について具体的に表現することと、離れて暮らす家族への支援という新たな課題を掲げて、「高齢者の6つの生活（地域）課題」として取り組むことを決めました。

### ■在宅支援会議・地域包括ケア会議等からみえてきた高齢者の6つの生活（地域）課題への支援

1. 薬がきちんと飲めない、自分自身や家族で健康管理ができにくいことへの支援
2. 食生活（材料を買う、3食作る、食事回数や量などが不規則になりがち、孤食）が困ることへの支援
3. 認知症を理解して安心して暮らせる地域づくりへの支援
4. 自分の終末期をどう迎えたいか伝えておくこと、本人の意思を尊重する家族、地域であることへの支援
5. 日南町で暮し続けられるために、どんな住まいが必要かをみんなで考えていくことができる支援
6. 離れて暮らす家族への支援

#### a 包括的・継続的なケア体制の構築、地域ケア会議の充実

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実現するため、医療機関を含めた関係機関との連絡体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援します。包括的・継続的ケアマネジメントの効果的な実施のために地域ケア会議の設置に努めなければならないとされています。

地域ケア会議は、大きくは地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の2つに分かれ、5つの機能（個別課題解決機能、地域包括支援ネットワークの構築機能、地域課題の発見機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能）を有します。

### 【地域包括ケアシステム構築の歴史】

昭和59年2月に、日南病院看護師、保健センター保健師、ホームヘルパーを中心とした構成員による「訪問連絡会」を月に1回開始しました。その後、新たにデイサービスセンターの介護支援員、特別養護老人ホームの生活指導員、日南病院の理学療法士、福祉保健課の老人福祉担当及び身体障害者福祉担当も加わって、機能を充実しています。

昭和63年4月からは、根雨保健所の保健師、西部福祉事務所職員、民生児童委員等を加えた「高齢者サービス調整チーム」が設置されました。

個別のケース対応について、月1回の会議では対応できなくなり、平成8年4月より週1回「ケース検討会」を開催しています。

平成12年4月には介護保険制度がスタートし、併せて「在宅介護支援センター」を開設して、一層の支援基盤が整いました。

平成15年4月から、毎月1回開催する「訪問連絡会」を「地域ケア会議」に改称して取り組んでいます。

平成18年4月から、改正介護保険法が施行されたことに伴い「在宅介護支援センター」を「地域包括支援センター」に移行し、包括的・継続的なケアが提供されるよう保健・医療・福祉の連携充実に努めています。

平成22年2月から「地域ケア会議企画会議」を開催し、日南病院、日南福祉会、日南町地域包括支援センターの各担当者が「地域ケア会議」の内容の検討・企画を行っています。

平成24年4月から「ケース検討会」を「在宅支援会議」と改称し、「地域ケア会議」を「地域包括ケア会議」と改称しました。

平成25年4月から「地域包括ケア会議企画会議」に日南町社会福祉協議会も参加し、4団体で「地域包括ケア会議」の内容検討や日々の活動の連携・協働につなげています。

#### （a）地域包括ケア会議（ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能）

地域包括ケア会議とは、地域にある高齢者支援に関わる団体や機関の代表者等による会議で、その目的は、地域の機関・団体のネットワーク作りを進めることであり、これによって生活圏域での地域包括ケアの土台を確立することです。

具体的には、介護の問題だけでなく、買い物や食生活、住まい、消費者被害対策等の防犯、生活の支え合いなどの生活課題について、地域の団体や機関の連携を強くし、課題解決のために一つでも具体的な取り組みに繋がれるように提案しています。

○令和4年度開催回数：年6回（介護予防・生活支援体制整備推進協議会）

○参加者：通常は4団体が参加。議題により、民生児童委員協議会、まちづく

り協議会、地区保健委員会、食育推進協議会、役場、企業などその他の関係機関も参加。

表40 令和4年度地域包括ケア会議開催状況

開催日	協 議 内 容	参加者数
5月18日	<p>○令和3年度地域包括ケア会議目標評価</p> <p>○令和4年度地域包括ケア会議目標（案）の検討</p> <p>○日南町地域包括支援センター 令和3年度実績報告（前編）と令和4年度活動方針</p> <p>【参加者】4団体</p>	20人
6月15日	<p>○日南福祉会 令和3年度実績報告と活動方針</p> <p>○日南町地域包括支援センター 令和3年度実績報告（後編）</p> <p>【参加者】4団体</p>	23人
7月30日	<p>○日南病院 令和3年度実績報告及び令和4年度の方針</p> <p>○日南町社会福祉協議会 令和3年度実績報告と令和4年度活動方針</p> <p>【参加者】4団体</p>	21人
9月21日	<p>介護予防・生活支援体制整備推進協議会</p> <p>○10月からはじまるデマンド交通（ドア・ツー・ドア型バス）について</p> <p>○おでかけタクシーの利用状況について</p> <p>○グループワーク（地域別）</p> <p>「10月からはじまるデマンド交通（ドア・ツー・ドア型バス）が、誰もが利用しやすいものになるように、私たちができる事は？」</p> <p>「ドア・ツー・ドア型バスでまかなえない事は？」</p> <p>【参加者】自治協議会、老人クラブ、民生委員、地区保健委員、日南町食育推進協議会、NP0多里まちづくりサポートセンター、住民主体通所型サービス運営事業実施団体代表者、NP0法人夢太陽、日南福祉会、生活支援コーディネーター、役場企画課、福祉保健課、地域包括支援センター</p>	40人
12月7日	<p>○令和4年度 地域包括ケア会議目標中間評価及び第8期介護保険事業計画進捗状況の確認</p> <p>【参加者】4団体</p>	23人
2月15日	<p>○地域支え愛ネットワーク活動について</p> <p>○日南町社会福祉協議会より県内市町村社会福祉協議会の状況等</p> <p>○地域包括ケア「見える化システム」を活用した地域分析</p> <p>【参加者】4団体</p>	21人
合計		148人

## ○地域包括ケア会議全体目標の設定

平成23年度から、地域包括ケア会議全体目標を設定して取り組んでいます。毎年、地域包括ケア会議（4団体参加）で地域包括ケア会議全体目標の設定や評価を行います。また、4団体が各団体の年度目標や評価を地域包括ケア会議で報告しています。

## ■令和4年度 地域包括ケア会議の目標

### 1. 地域における医療・介護の関係機関の連携を拡充する

#### （1）毎週在宅支援会議を開催し、きめ細かい連携を図る

○服薬支援を入口に生活全般の不具合がないか等を情報共有し、経過を追う

○転倒・骨折事例について、どこで、どういう状態の時に発生したかの情報共有を行う

○検討したケースの経過報告、モニタリングを意識して行う（在宅支援会議・自立支援検討会で検討したケース、福祉用具例外的使用事例、訪問介護生活援助が基準より多いケースについて）

#### （2）町内で定めた4つの連絡票様式（①鳥大様式参照の表紙、②サービス担当者会議の照会（依頼）内容、③認知症についての連絡票、④介護予防事業の利用にかかる主治医への照会）を活用し、より詳細な連携を図る

#### （3）入退院時の連絡・連携のため、入退院連絡票（入院時情報提供書、カンファレンスシート等）の作成を確実に行う（「入院情報連携加算」「退院・退所加算」の取得率を把握する）

#### （4）ICTを活用し連携を図る

○情報連携ツール「パッと見えNet」を活用し、情報共有を行う

○状況に応じて担当者会議等へのリモート参加ができるようにする

○出前講座について、ICTの活用を検討する

#### （5）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する

#### （6）町内歯科医院との連携、鳥取県西部歯科医師会地域歯科医療連携室の活用を行う

#### （7）企画会議や在宅支援会議の場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・情報共有を行う

### 2. 地域住民（地域活動）と保健・医療・介護・福祉専門職の連携を行う

#### （1）専門職が出前講座隊として出向き、住民と顔の見える関係づくり、地域活動支援を行う

#### （2）要介護認定者のサービス担当者会議で、避難行動計画についても検討するとともに支え愛マップ作りなど、地域支え愛ネットワーク活動に専門職が参加する

#### （3）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、実施する

#### （4）地域包括ケアシンポジウムを開催し、在宅医療・介護連携等について住民へ啓発する

#### （5）離れて暮らす家族に対して、医療・介護・生活支援サービス・相談先等の周知のためのチラシを配布しその他の方法についても検討する



**3. 高齢者向け住まいの整備について検討し、町へ提言する**

- (1) 生活面に困難を抱える高齢者について、どのようなニーズがあるのかを把握する
- (2) 日南町で暮らし続けるために、どのような住まいが必要か地域住民と考える機会をつくる

**4. 在宅生活を支援する制度を住民が活用できるように企画推進する**

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業について、平成27年からの実績評価や他市町村との比較による評価を行う
- (2) 介護保険以外に医療保険や新しい制度・資源等のサービスについて職員が学ぶ
- (3) 第8期介護保険計画の進捗状況を確認・評価する
- (4) 住民の介護サービス利用への抵抗感を減らし利用しやすくするため、介護サービスのプロモーションDVDを活用し広報する

**5. フレイル予防を推進する**

- (1) 新しい生活様式を踏まえた健康づくりについて啓発する
- (2) フレイル予防について、町内の栄養士、食育を推進するボランティアと連携して啓発する
- (3) 通所型サービスC・訪問型サービスC・リハビリ特化型デイサービスの介護予防効果を検証する

**6. 認知症高齢者支援について支援体制を整える**

- (1) 出前講座隊、認知症サポーター養成講座、支え愛ネットワーク活動、映画上映会などで認知症の正しい理解の啓発を行う
  - つどいの場に出向いて認知症について啓発を行う
  - 小学校・中学校・事業所等で認知症サポーター養成講座を継続して実施する
  - 認知症啓発漫画冊子を作製したので、啓発に活用する
- (2) 認知症初期集中支援チーム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評価、検証する
  - DASC等活用して、本人・家族負担の評価をしていく
  - 相談経路としてどこから相談が多いかなどを集計し検証する
- (3) 認知症ケアパスの活用の仕方を検討し提案する
  - 認知症ケアパスを改訂したので、関係機関と共有し活用する
- (4) 認知症サポーターの協力を得て認知症カフェ等を開催する

**7. 人生の最期まで自分らしく暮らす意識を持ち、周りの人がそれを応援する意識を持つための啓発を行う**

- (1) 出前講座隊で啓発を行う
- (2) もしもの時のしあわせノートを気軽に記入できるようダイジェスト版を作成し、活用を促す
- (3) ACPについて住民啓発に取り組むため、まずは関係機関で町内の現状を共有する
- (4) 「看取り」をテーマにシンポジウムを開催し、住民への啓発を行う

**8. 小・中・高校生に保健・医療・介護・福祉に興味をもってもらう**

- (1) シンポジウムや映画上映会への参加ができるように働きかける
- (2) 小学校4年生・中学校2年生への福祉教育を継続実施する
- (3) 小・中・高校生が保健・医療・介護・福祉の現場にふれる機会を設ける

(b) 地域包括ケア会議企画会議（ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能）

4 団体が企画の段階から協働して地域包括ケア会議の企画・準備を行うとともに、日南町の保健・医療・介護・福祉の連携について検討し、地域包括ケア会議に課題提案していきます。

表41 地域包括ケア会議企画会議開催状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	18回	12回	13回

(c) 在宅支援会議（個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能）

個々の高齢者の支援をきめ細かく効果的に行うために、多職種の実務者が参加して連絡調整や検討を行い、在宅での生活を支えられるように支援していく会議です。個々の高齢者の介護・医療・福祉・生活の課題を地域包括ケア会議での社会資源創出の検討につなげていく役割があります。

○令和4年度開催回数：週1回 月曜日 17時開始

○参加者：

- ・日南病院…医師、一般病棟看護師、療養病棟看護師、外来・訪問看護師、リハビリテーション科、薬剤科、地域連携室、居宅介護支援事業所
- ・日南福祉会…デイサービスあかねの郷、ホームヘルプセンターにちなん、あかねの郷（ショートステイ）、あかね荘、ケアプラセンターあかねの郷
- ・日南薬局…薬剤師
- ・地域包括支援センター、福祉保健課健康対策室（認定調査員）

○内容：介護サービス、医療サービスを利用しながら在宅生活継続に向けての連絡調整、退院し在宅生活の再開に向けての連絡調整、困難事例への対応を検討等

表42 在宅支援会議開催状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	51回	50回	50回
検討実人数	331人	325人	361人
検討延人数	1,236人	1,127人	1,146人

○服薬支援

日南町は、「高齢者の6つの生活（地域）課題」を掲げて取り組んでいます。その中で、在宅支援会議で服薬支援について意識して情報共有・検討しています。服薬支援は高齢者の健康（病状）管理だけでなく、生活の困難さや認知症状の早期発見・早期対応に繋がります。

表43 在宅支援会議服薬支援検討数（再掲）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
検討実人数	23人	16人	18人
検討延人数	41人	22人	23人

## ○転倒

転倒によって、入院したり介護度が重度化したりする事例が多いことから、令和2年度より転倒事例について、在宅支援会議で転倒場所、動作の状況等を詳しく確認しています。

表44 在宅支援会議転倒検討数（再掲）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
検討実人数	22人	35人	43人
検討延人数	26人	41人	45人

## ○事業所報告

在宅支援会議では、5月から2月の第2月曜日に計10回、町内医療・介護サービス事業所が事例検討又は事業所の取り組みの報告を行います。各事業所の取り組みを参加者がより詳しく知ることや事例を通じてサービス内容の検討を実施しています。

## （d）自立支援検討会（個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能）

介護支援専門員、介護サービス職員が自立支援を目指したケアマネジメントの実施ができるように、事例を通じてケアマネジメントの各段階を振り返り、参加者の気づきを促すことに努めています。

表45 自立支援検討会開催状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
事例検討	15回	12回	15回
研修	2回	2回	2回
事業評価	1回	（書面） 1回	1回
合 計	18回	15回	18回

## （e）その他

○民生委員との情報交換 随時

○中山間集落見守り活動支援事業協力事業者との連携 随時



## b 地域における介護支援専門員ネットワークの活用

## (a) 町内居宅支援事業所連絡会

地域の介護支援専門員の日常的業務実施に関し、介護支援専門員相互の情報交換を行う場を設定する等、介護支援専門員のネットワーク構築を図っています。

表46 町内居宅支援事業所連絡会開催状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	1回	1回	1回

## (b) 日常的な個別指導・相談、支援困難事例等への指導・助言

介護支援専門員に対する個別指導、相談対応と合わせて介護支援専門員が抱える支援困難事例についての指導助言を行います。

表47 介護支援専門員への相談・指導・助言件数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
訪問・来所相談件数	71件	61件	38件

## (c) 日野郡地域リハビリテーション連絡協議会及び介護支援専門員等意見交換会

令和2年度は参加しましたが、令和3、4年度は感染症対策のため開催がありませんでした。

## イ 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住みな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、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所の関係者の連携を推進することを目的としています。医療・介護連携推進員を兼務で設置しています。

## (ア) 地域ケア会議

包括的・継続的ケアマネジメント支援と一体的に実施しています。

## (イ) 医療介護ガイドファイル作成配布

令和2年度に日南病院に新設された地域連携室へ配布しました。令和3年度は町内2つの居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの新たな職員へ配布しました。

## (ウ) 鳥取県西部圏域（二次医療圏）在宅医療・介護連携に係る意見交換会

構成9市町村、鳥取県、医師会等が参加しています。

表48 鳥取県西部圏域（二次医療圏）在宅医療・介護連携に係る意見交換会開催状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催・参加回数	6回	12回	12回

**（エ）多職種研修会**

令和4年度は、病院シンポジウムにてパネルディスカッションに参加し、多職種と意見交換を行いました。

**ウ 生活支援体制整備事業**

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、医療、介護のサービス提供のみならず、地域住民に身近な存在である町が中心となってボランティア、地縁組織、民生委員、シルバー人材センター、NPO法人、民間企業等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図って行くことを目的としています。

**（ア）生活支援コーディネーターの設置****a 日南町社会福祉協議会に委託**

以下の業務を中心に実施しました。

## ○資源開発

- ・住民のニーズ把握
- ・サービスの担い手の養成
- ・元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保
- ・介護予防・生活支援総合事業の住民主体型サービスの相談、立ち上げ、運営

## ○ネットワーク構築

- ・町内における生活支援・介護予防体制整備推進協議会の設置及び運営の検討
- ・町内における関係機関のネットワークに関すること

## ○ニーズと取り組みのマッチング

- ・地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング

**b 生活支援コーディネーターへの支援**

令和元年度より月1回、生活支援コーディネーターと連絡会を実施しています。

**（イ）日南町生活支援・介護予防体制整備推進協議会**

地域の生活支援・介護予防サービス等を担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実と強化を図ることを目的として平成27年度に設

置し、協議会を行います。

令和4年度は、「バスに乗ってみよう～町内でのバス移動を考える～」というテーマで開催しました。実際にデマンドバスに乗ってみる、ドア・ツー・ドアの申請やデマンドバスの予約を支援する、デマンドバスを活用して買い物ツアー・食事会を開催する、といった地域の活動に繋がりました。

### （ウ）日南あんしんキットの設置

平成23年度より、日南町では日南あんしんキット（救急医療情報キット）の設置に取り組んでいます。平成23年度は65歳以上一人暮らし高齢者への設置について、民生委員の個別訪問により設置を推進しました。その後は、地域支え愛ネットワーク活動の全戸アンケートにより「災害時に支援を要望」と回答された方への個別訪問時に日南安心キットの設置、内容更新に取り組みました。その他に町報による周知などで普及啓発を行いました。

令和4年度は、支え愛ネットワーク事業や、自治会、民生委員、介護支援専門員、社会福祉協議会等の協力により、個別訪問による新規設置と内容の更新を行いました。

- ・令和4年度配布180件、新規登録73件（町への緊急連絡先の報告があった件数）
  - ・高齢者のいる世帯における日南あんしんキット設置状況  
令和5年3月末 67.6%
  - ・65歳以上一人暮らし者の日南あんしんキット設置状況  
令和5年3月末 71.7%
- （設置状況は福祉保健課に登録があった世帯で記載）

### （エ）生活支援体制整備事業打合せ会

定期的に、生活支援コーディネーターと福祉保健課・地域包括支援センターが参加して実施しています（月1回）。

### （オ）日南小学校4年生総合学習による高齢者の理解と交流実施

ノルディック・ウォーク日南支部、鳥取県社会福祉協議会、日南町社会福祉協議会、日南病院及び地域包括支援センターが協力して実施しています。内容は、認知症サポーター養成講座（2時限）、ノルディック・ウォークによる交流（2時限）、高齢者体験と車いす体験（2時限）の計6時限を担当しています。

## エ 認知症総合支援事業

### （ア）認知症初期集中支援推進事業

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期にかかわる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期診断及び早期対応に向けた支援体制の構築に努めました。

表49 認知症初期集中支援チーム活動状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
チーム員会議回数	4回	5回	5回
集中支援実人数	25人	9人	8人
集中支援延人数	46人	21人	19人
専門医による個別相談回数	5回	4回	5回
専門医による個別相談人数	17人	3人	7人

## (イ) 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らしつづけるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るため認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築及び認知症ケアの向上を図ることに努めました。

## a 認知症地域支援推進員の配置

平成27年度から、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を1名配置しています。また、認知症サポーター養成講座等を実施し、地域における認知症の正しい理解の啓発を行い、認知症になっても安心して暮らせる町を目指して取り組んでいます。

表50 認知症に関する相談対応件数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実人数	43人	32人	46人
延人数	165人	82人	173人

## (a) 家族介護者交流会

家族の介護をしている人が月に1回、日南町総合文化センターを会場に集い、「鳥取県認知症の人と家族の会西部支部」から介護経験のある助言者を迎えて、情報交換や介護についての相談、学習などを行っています。

表51 家族介護者交流会実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	10回	7回	12回
参加実人数	9人	5人	6人
参加延人数	28人	15人	31人

## (b) オレンジカフェ

オレンジカフェとは、認知症のある方もない方も気軽に集い、交流や相談、学習をする場です。本町では、「介護相談オレンジカフェ～ねえ・きいて～」として、パセオ内無料休憩所を会場に、開催しています。また、多里地域では、令和元年5月から「多里にここにカフェ」として、桜が瀬会館を会場に月1回開催しています。

いずれの会場でも、認知症サポーター養成講座を修了した人が、ボランティアとして運営に協力をしていただいています。令和5年度は、「介護相談オレンジカフェ～ねえ・きいて～」はスポット開催とし、「多里にここにカフェ」は認知症サポーターであり民生委員でもある2名の参加者を中心として、多里まちづくり協議会支え愛部の事業に位置づけ、自主運営の方向で継続していくこととなりました。参加者が少ない日もありますが、気軽に相談できる場として今後も継続していきます。

表52 介護相談オレンジカフェ～ねえ・きいて～実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	9回	7回	12回
参加実人数	16人	14人	28人
参加延人数	41人	23人	55人

表53 多里にここにカフェ実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	10回	7回	12回
参加実人数	19人	12人	12人
参加延人数	78人	54人	77人

## (c) 物忘れタッチパネル

認知症を早期発見するための方策として、物忘れに関するタッチパネル式プログラムを健診会場で実施しています。パソコンとの対話による質問に回答していくことで、認知症の疑いがないかのめやすとするものです。

表54 物忘れタッチパネル実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	0回	8回	3回
受検者数	0人	20人	19人

## (d) 認知症施策作業部会

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らしつづけるために、医療機関や

介護サービス事業者及び地域の支援機関の連携を図るため認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることに努めました。認知症施策作業部会は、関係機関の委員が集まり、月1回開催しています。

表55 認知症施策作業部会実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	12回	13回	12回

#### (e) 高齢者等見守りネットワーク事前登録制度

行方不明のリスクのある人について、事前に登録しておくことで、捜索が必要になった時に速やかに保護することを目的として令和元年度から実施しています。

表56 高齢者等見守りネットワーク事前登録状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
登録人数	4人	4人	8人
新規登録人数	3人	1人	4人

#### (f) その他（令和4年度）

- 認知症啓発映画上映会『地域で支えよう大切な人「ぼけますから、よろしくおねがいします～おかえりお母さん～」上映&信友監督ミニ講演会』を、12月17日に開催しました。町外からの来場もあり、142人の参加がありました。認知症や終末期介護等について、ともに考えるよい機会となりました。
- 認知症啓発まんがを町報に2回掲載して啓発しました。
- 認知症啓発まんがを冊子にして、認知症啓発映画上映会での配布資料や、中学校での認知症サポーター養成講座の教材として活用しました。
- 認知症ケアパス（第2版改訂）を作成し、啓発に活用しました。
- 日南小学校4年生総合学習による「高齢者の理解と交流」を実施しました。（認知症サポーター養成事業参照）

## (5) 任意事業

### ア 家族介護継続支援事業

#### (ア) 家族介護教室の開催

家庭において家族を介護する者が、介護の知識、技術及び介護サービスの利用方法等を習得することで精神的及び肉体的負担を軽減し、より安心して介護ができることを目的として、家族介護教室を開催しています。



令和2～4年度は、新型コロナウイルス感染症の発生状況を鑑み、開催しませんでした。

### (イ) 家族介護者交流事業

家庭において家族を介護する者が、一時的に介護から解放され、日帰り旅行、施設見学などを活用した介護者相互の交流会に参加する事により、心身のリフレッシュを図ることを目的として開催しています。

令和2～4年度は、新型コロナウイルス感染症の発生状況を鑑み、開催しませんでした。

### (ウ) 家族介護用品支給事業

加齢に伴う心身の機能低下により、排泄動作等に支障をきたした高齢者に対し、在宅生活の支援及び介護者の負担軽減を図ることを目的として、紙おむつ等の介護用品を現物支給しています。

○支給対象者：要介護4又は5と認定された家族を在宅で介護する者で住民税非課税世帯に属する者

○支給限度額：75,000円／年

表57 家族介護用品支給実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
支給実人数	6人	4人	5人

## イ 成年後見制度利用支援事業

### (ア) 町長申立

成年後見制度を利用することが望ましいが、申立を行える親族がいない等の事情がある場合、町長がその申立てをすることができます。

表58 町長申立件数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
町長申立件数	0人	0人	0人

### (イ) 後見人報酬の助成

成年後見制度を利用することが望ましいが、後見人への報酬を支払うことが困難な被後見人に対して、後見人報酬の助成を行うことができます。

表59 後見人報酬の助成実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
後見人等報酬の助成	0人	0人	1人

## (ウ) 市民後見人養成講座

市民後見人の養成のため、米子市が一般社団法人権利擁護ネットワークほうきに委託して行う市民後見人養成講座へ日南町からも参加し、これまでに22名が修了されました。日南町社会福祉協議会は現在、一般社団法人権利擁護ネットワークほうきの団体社員として活動しています。日南町社会福祉協議会とも連携して講座修了者が市民後見人として活動しやすいように取り組んでいます。

表60 市民後見人養成講座修了者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
市民後見人養成講座修了者数	2人	1人	0人

## ウ 認知症サポーター等養成事業

認知症サポーター養成講座の企画・立案及び実施を行うキャラバンメイトを養成するとともに、地域や職域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターの養成に努めます。

## (ア) キャラバンメイト（認知症指導者）養成（令和4年度）

町内のキャラバンメイト	受講者 0人
キャラバンメイトスキルアップ講座	受講者 0人

表61 日南町内のキャラバンメイト数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
キャラバンメイト数	35人	35人	35人

## (イ) 認知症サポーター養成講座

- 令和2年度から、日南小学校4年生を対象に、45分×2時限の総合学習の時間を担当させていただき、認知症サポーター養成講座を実施しています。加えて45分×2時限×2回の総合学習の時間を担当し、ノルディック・ウォークによる高齢者との交流、高齢者疑似体験、車いす体験等を、関係機関やボランティアの協力を得て実施しました。
- 日南中学校では、令和元年度に2、3年生を対象に認知症サポーター養成講座を開始し、令和2年度からは毎年2年生を対象として実施しています。
- 日野高校総合学科ヒューマンケア系列3年生に対して認知症サポーター養成講座を実施しています。
- 出前講座では、認知症サポーター養成の要件を満たさない講座もあり、これ



は認知症サポーター養成には該当しませんが、地域における認知症の正しい理解の啓発の場として実施しています。

表62 認知症サポーター養成講座実施状況

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
開催回数	16回	3回	6回
参加実人数	157人	45人	58人
参加延人数	157人	45人	58人

## 6 地域支え愛ネットワーク構築事業

### （１）地域支え愛ネットワーク構築事業の経過

本町では平成26年度から「支え愛ネットワーク構築事業」をコーディネーター（地域包括支援センターと社会福祉協議会）を配置し、まちづくり協議会、自治会と協働しながら実施しています。平成26年度は多里及び福栄、平成27年度は阿毘縁、山上及び石見、平成28年度は日野上及び大宮で実施し、その後も継続して取り組んでいます。

平成30年度からは鳥取県・日南町の補助事業として、「災害時における支え愛地域づくり推進事業」も活用しながら地域支え愛ネットワーク構築事業を継続しています。

### （２）地域支え愛ネットワーク構築事業の内容

#### ア 目的

高齢化が進んでも、住み慣れた地域で安心して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、地域の中でさまざまな形で支え合える仕組みを地域の人みんなで考えて作っていきます。

#### イ 活動方針

##### （ア）地域防災

災害時の避難行動支援活動を充実するために、地域でできることに取り組みます。

- 支え愛ネットワークアンケート（全戸配布）
- 要援護者（災害時に支援が必要）の方に個別訪問
- 支え愛マップづくり（災害時の対応を検討します）
- 防災訓練や防災についての学習

(イ) 地域福祉

日頃からの見守り活動や生活支援を充実するために、地域でできることに取り組みます。

- 見守りや支え愛について学習
- 見守り連絡会

(ウ) 地域における介護予防・地域づくりへの参画

高齢者が健やかに老いるために地域で取り組みます。

- 健康管理ができる

定期的な体重測定、自分の病気や治療内容を知る、治療薬が正しく飲める

- 地域に出かける居場所がある

いきいきサロン、住民主体通所型サービス運営事業など

- 役割がある

- 「困った」「助けて」は地域づくりへの参加となります

「困っている」、「助けて」と言うことは地域づくりに参加していることになります。誰しも“支える時と支えられる時”があります。

### (3) 地域支え愛ネットワーク活動状況

#### ア「災害時における支え愛地域づくり推進事業」の活用状況

(ア) 災害時要支援者対策促進事業（1年目）

支え愛マップの作成が必須です。1団体に対して5万円の補助です。

(イ) 災害時要支援者対策ステップアップ事業

すでに災害時要支援者対策促進事業に取り組んだ団体で、支え愛マップ作成、支え愛役員会の立ち上げ、研修会等の実施が必須です。1団体に対して10万円の補助です。

(ウ) 災害時要支援者対策継続事業（単町事業）

支え愛マップの作成が必須です。1団体に対して1万円の補助です。

(ア) 及び (イ) の事業についてほとんどの自治会が活用を終えたため、令和4年度に (ウ) を新設しました。

表63 災害時における支え愛地域づくり推進事業実施状況

	令和4年度
災害時要支援者対策継続事業	22自治会

## イ 令和4年度各まちづくり協議会の活動

各まちづくり協議会の取り組みについて、町社会福祉協議会、役場総務課防災専門員、地域包括支援センターが参加した内容を抜粋しました。

### 【多里まちづくり推進協議会（平成26年度から実施）：5自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体は「支え愛部」（まち協の部会の1つ）
- ・支え愛アンケートを実施する（平成26年度から毎年実施）。
- ・支え愛部員がアンケート配布時、ドア・ツー・ドアの申請支援、あんしんキット設置の声かけ
- ・5自治会すべて、支え愛（防災）マップ更新あり。
- ・「食支援、介護予防、社会参加を担うご近所食事会を普及する事業」（国診協）3回実施
- ・バスに乗って買い物をボランティアが支援、簡単レシピの食事を一緒に作る交流等

### 【福栄まちづくり協議会（平成26年度から実施）：4自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体は福栄支え愛ネットワーク役員会（まち協会長・事務長・集落支援員、自治会長、民生委員、給食ボランティア代表、老人クラブ代表等）
- ・支え愛アンケートを実施する（平成26年度から隔年で実施）。
- ・生活での困り事、ボランティアを行う意向等の実態把握を行う。
- ・企画課より福栄5か年計画のため支え愛アンケートデータを分析したい要望あり。
- ・4自治会（13班）すべてで、支え愛（防災）マップの更新、避難行動要支援者名簿の作成・更新あり。
- ・要支援者の訪問（集落支援員・包括西村地区担当）を実施
- ・見守り連絡会（3年目）。まち協会長・集落支援員、民生委員、集い世話係、総務課防災専門員、社協、ケアプランセンターあかねの郷、包括
- ・12月14日、デマンドバス試乗、買い物、食事ツアーをまち協取り組みで実施
- ・役員会、役員会打ち合わせでまち協・集落支援との情報共有がしやすい。
- ・体の不自由な人の避難は住民では難しいとの声あり。ケアマネとの連携が話題となる。

### 【阿毘縁むらづくり協議会（平成27年度から実施）：1自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体は「保健福祉部」（まち協の部会の1つ）
- ・アンケート未実施年で、まち協会長・民生委員・保健福祉部会で1自治会の支え愛（防災）マップの更新・避難行動要支援者名簿の更新を行う。
- ・12月21日、見守り連絡会を初めて実施した。
- ・高齢独居の方で敷地内の雪かきを希望される場合は、1回1回の連絡ではなく、冬期間を通した雪かきとして依頼してもらい対応する方が良い。

【石見まちづくり協議会（平成27年度から実施）：6自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体はなし。
- ・まち協全体の役員会（自治会長参加）で協議するので、役員会で時間がもらえないなど協議が難しい。
- ・支え愛（防災）マップ作成は6自治会のうち4自治会で作成を確認している。

【山上まちづくりの会（平成27年度から実施）：5自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体「福祉生活部」（まち協の部会の1つ）
- ・支え愛アンケートを実施する（2年連続実施）。
- ・3自治会で支え愛（防災）マップ更新・避難行動要支援者名簿の作成・更新
- ・要支援者の訪問（自治会役員・社協毛利支え愛ネットワークコーディネーター）
- ・10月ふるさとまつりで、あんしんキットのポスターを展示
- ・2月10日、あんしんキット34世帯分を山上へ渡す。
- ・令和5年度に新規事業を検討中。困りごとのある人に対して、ボランティア等の活動に「行政ポイントを付与」することについて、山上地域振興センター事務長より、生活支援ボランティア制度について問い合わせあり。

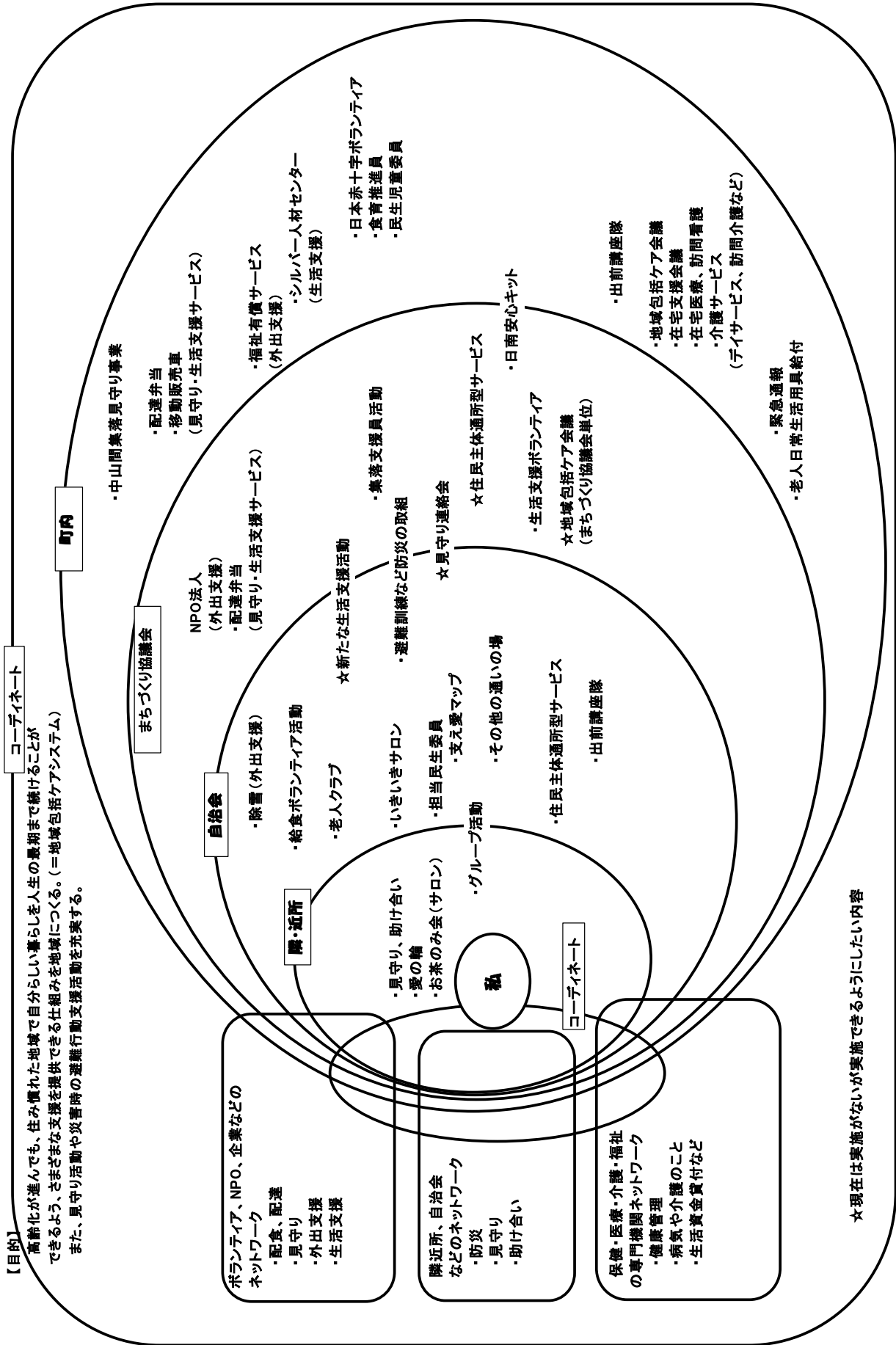
【大宮まちづくり協議会（平成28年度から実施）：4自治会】

- ・地域支え愛ネットワーク活動の推進母体が曖昧
- ・10月21日、大宮地域一斉に4自治会すべて、支え愛（防災）マップ更新、避難行動要支援者名簿の作成（名簿は菅沢以外実施）、各自治会長等役員代表者の参加あり。
- ・折渡自治会アンケート実施
- ・折渡自治会総会であんしんキットの啓発を実施

【日野上まちづくり協議会（平成28年度から実施）：8自治会】

- ・自治会ごとの対応となっている。
- ＜生山自治会＞
- ・生山支え愛アンケート実施、日南あんしんキットちらし全戸配布、区長配布回収
- ・自治会役員で支え愛（防災）マップ作り、総務課防災専門員の講義「空から見た生山地区の危険」、生山アンケート後の訪問（新規民生児童委員2人・社協毛利支え愛コーディネーター）
- ＜その他の自治会＞
- ・支え愛（防災）マップ作成は、8自治会（生山含む）のうち3自治会（生山含む）の作成を確認している。

図15 (4) 日南町支え愛ネットワーク (イメージ図)



## 7 高齢者福祉事業

### (1) 施設関連施策の推進

#### ア 高齢者向け賃貸住宅

平成14年10月、高齢者向けの特定公共賃貸住宅「なごみの里」（1棟10戸）を町の中心地エリアである霞地区に整備し、高齢者の住宅需要に応えています。室内はバリアフリー仕様となっており、高齢者が安心して快適に過ごせる設計となっています。公共交通路線までが遠距離である高齢者の移転住宅として活用されています。

令和5年11月30日現在で、10戸は満室です。需要に応じていくためには、さらに高齢者向け住宅の整備が必要です。

#### イ 住宅型有料老人ホームにちなんつくほ（月空星）

住宅型有料老人ホーム「にちなんつくほ」は、令和元年12月に、NPO法人あかり広場により、町の中心地エリアにある障がい者グループホーム「にちなんつなでホーム」に併設して、9室で開設されました。

令和5年12月末現在、9室は満室となっています。

#### ウ 住宅型有料老人ホームあかね荘

住宅型有料老人ホームあかね荘は、令和3年7月に、社会福祉法人日南福祉会により、介護福祉センターあかねの郷内に9室が整備されました。日南町内及び町内出身の高齢者で、独居あるいは退院後の自宅での生活に不安や支障がある方等に、食事が提供され安心して生活できる場が提供されています。

令和4年11月からは、町で冬季入所の受け入れ対応をしていた「かすみ荘居住部門」が水道、暖房設備等の経年劣化により使用困難となったため、冬季入所希望者6人についても「あかね荘」で対応をしていただきました。

令和5年1月19日からは、住宅型有料老人ホームあかね荘として、合計19室が整備されました。令和5年12月末現在、満室となっています。

#### エ 養護老人ホーム

養護老人ホームは、65歳以上の高齢者で、身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的な理由により居宅での生活が困難な者を、老人福祉法に基づき保護措置する施設です。本町には施設が無く、鳥取県内に所在する皆生エスポワール（米子市皆生）と、母来寮（東伯郡湯梨浜町）を利用することになります。

以前は保護措置者数に応じて自治体に交付金が算定されていましたが、平成17年度以降、交付金算定はなくなっています。



表64 養護老人ホーム保護措置状況（令和5年12月末）

区 分	実 人 数
皆生エスポワール	2人
母来寮	0人
合 計	2人

## オ 軽費老人ホーム

軽費老人ホームは、低額の料金で家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な高齢者を受け入れ、日常生活上必要な便宜を供与する施設です。

本町には施設が無いことから、今後とも県内に所在する施設を利用していくことになります。

## カ 介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）

介護利用型軽費老人ホームは、60歳以上でかつ身体機能の低下あるいは高齢等のために独立して生活するには不安がある者で、家族による援助を受けることが困難な者が、低額な料金で利用出来る施設です。

本町には施設が無いことから、今後とも県内に所在する施設を利用していくことになります。

## （２）日常生活支援の充実

### ア 高齢者軽度生活援助事業

在宅の高齢者のみの世帯に対し、日南町シルバー人材センターに委託を行い、軽易な日常生活上の援助サービス（通院介助、住宅補修、家事援助、除雪等）を提供することにより、自立した日常生活の継続を支援する事業です。

令和4年度は、令和元年度と比較すると、利用者が増加しています。提供者側の人員確保が課題となっています。

表65 高齢者軽度生活援助事業の利用状況

区 分	令和元年度	令和4年度
延べ利用者数	51人	109人
延べ利用時間	314時間	467時間

### イ 高齢者見守りシステム

支え愛ネットワーク構築事業による要支援者アンケート等で把握された要見守り状態の高齢者のみの世帯の希望者に対し、高齢者見守りシステム（トイレ等の照明利用が24時間無い場合、翌日の10時に委託事業者にメールが届くもの。委託事業者が、本人またはあらかじめ登録された協力者に連絡をするか、または訪問して、安否確認や救急要

請など必要な対応をする。)を設置し、安心感のある日常生活が継続できるよう支援しています。

令和5年12月末現在で、17件に設置し運用中です。

## ウ 高齢者居住環境整備事業

住民税非課税世帯で要介護（要支援）認定の高齢者が、居宅での日常生活を継続するために、段差解消等必要な住宅改修を行う費用に対して補助をする事業です。介護保険制度の住宅改修に上乗せして、補助対象上限額60万円の2／3を限度として補助します。

令和4年度は、実績がありませんでした。

## エ 社会福祉法人等利用者負担軽減事業

低所得者が社会福祉法人等の提供する介護サービスを受ける場合、該当者に認定証の交付を行い、当該法人等が利用者負担、食費、居住費等の軽減を行うことで、必要な介護サービスの提供を受けられるよう支援する事業です。軽減を実施した当該法人等に対して、軽減額の一部を補助するものです。

令和4年度では、実績がありませんでした。

## オ 中山間集落見守り活動支援事業

町民が安心して安全な生活ができる地域づくりを推進するために、申し出のあった6事業者と鳥取県、日南町とで、中山間見守り活動に関する協定を、平成20年に締結しました。

事業者は、町内での業務中に地域住民に関する異変を発見した場合などに、消防署や警察署への通報や、異変の情報を町に通報するなど、高齢者等の見守りサービスの取り組みを行っています。

協定事業所数は令和元年度末時点で32事業所でしたが、少し増え、令和4年度末では34事業所となっています。

# 8 社会参加と生きがいくりの状況

## (1) 老人クラブ活動の促進

老人クラブは、高齢期の生活を健全で豊かなものにするため、仲間づくり、高齢者相互の支え合い、社会参加活動、健康づくり、地域活動等を行っています。地域社会における高齢者の活動母体として、また閉じこもりを防ぐための社会参加の機会としても、重要な役割を担っています。

高齢化により、近年単位クラブ数及び会員数が減少傾向となっています。

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと、生きがい活動や健康づくり活動に取り組めるよう、今後も引き続き、単位老人クラブ、老人クラブ連合会の支援をしていきます。



表66 老人クラブ数、会員数

区 分	平成28年度	令和元年度	令和4年度
老人クラブ数	20	18	16
会員数(人)	765	661	543

## (2) シルバー人材センター活動の促進

日南町シルバー人材センターは、高齢者の就労を通じた社会参加と生きがい促進を図ることを目的として平成12年11月に設立しました。事務所は、平成25年4月から、新設された日南町子育て支援センター内に移転となりました。平成26年度からは、社会福祉協議会と組織を一体化し、組織強化が図られました。

高齢社会を迎えている本町の状況から、高齢者のみの世帯の家事援助、住宅・農地の維持管理など、軽度な生活援助や福祉施設等の宿日直業務等、依頼は増加しており、積極的に引き受けています。

シルバー人材センターは、高齢者人口が減少する中、会員の高齢化が進んでおり、新規会員の開拓が急務となっています。高齢社会を支える福祉サービスの担い手であり、高齢者の生きがいと就労促進を図る公共的・公益的な団体としての活動促進を図るため、今後も引き続き支援していきます。

表67 シルバー人材センターの活動状況

区 分	令和元年度	令和4年度
会員数(人)	61	51
延べ就業者数(人)	1,980	1,391
受注件数(件)	305	380
会員1人あたり平均就労日数(日)	32.5	27.3

表68 シルバー人材センターの主な仕事内容

(単位：件)

区 分	内 容	令和元年度	令和4年度
技能群	障子張替え、庭木剪定、 大工・左官仕事など	84	112
管理群	宿直、日直、準夜勤など	0	0
一般作業群	草刈・草取り、室内掃除 墓掃除、畑仕事、除雪など	167	182
サービス群	通院介助、買い物代行、子守など	85	86
合 計		305	380

### (3) 生涯教育・スポーツ・レクリエーション活動の推進

本町では、あらゆる世代を対象とした生涯教育の推進を行っています。

その活動の中でも、高齢者を対象とした生涯学習学級「人生学園」は昭和51年から続く歴史のある事業です。高齢者の知識と仲間づくりの輪を広げ、生きがいのある人生を送ることをねらいとして、受講生のみなさんが中心となり自主的な運営を行っています。個人の目的にそった専門学習の他、毎月多彩な講師を招いての全体学習を行い、いくつになっても衰えることのない知的好奇心を探求し続けておられます。

また、地域課題などを取り上げたり、住民のニーズに合わせたテーマを設けたりして行う生涯学習講座「にちなん町民大学」は、様々な分野の学習をする機会となっています。

グラウンドゴルフやゲートボール、また体力に自信のない方でも気軽に参加できるニュースポーツ、Eスポーツは、高齢者に人気があります。スポーツやレクリエーションに親しみ、たくさんの人と交流することは、心身の健康や生きがいづくりに繋がります。

今後はさらに、総合型スポーツクラブやスポーツ推進委員、ノルディック・ウォーク日南支部等と協働して身体を動かす機会を増やし、高齢者をはじめあらゆる世代の人が生きがいを持って活躍できるよう、生涯教育の推進、生涯スポーツの振興やレクリエーション活動への参加促進に努めます。

## 9 地域福祉の状況

### (1) 社会福祉協議会の活動

日南町社会福祉協議会は、地域福祉を推進していくための中心的役割を担い、町民一人ひとりの福祉の向上に向けて、多様な地域福祉活動を展開しています。

民間組織としての自主性と、町民や社会福祉関係者に広く支えられた公益性を持つ団体として、今後も町民と社会福祉協議会がネットワークを組み、行政との連携を深めていきながら、これまでの実績を生かした取り組みの充実と拡充を行い、地域福祉の推進を図っていくことが今まで以上に期待されています。

平成25年度からは地域包括ケア会議（企画会議）の参加団体に加わり、平成26年度からは、地域支え愛ネットワークコーディネーターの委託、平成27年度からは新しい介護予防・日常生活支援総合事業の生活支援コーディネーターの委託も行い、保健・医療・福祉の連携体制がより深まり、協働して取り組む体制ができています。

#### <令和4年度の主な活動>

#### ア 地域での住民ささえ合い活動

##### (ア) 介護予防・日常生活支援総合事業生活支援コーディネーター配置事業

平成27年度から実施しています。

町の介護予防・日常生活支援総合事業のうち、住民との連絡調整、いきいき百歳

体操の指導などを行っています。地域包括支援センターとの定例会を行い、連携をとりながら活動しています。

**(イ) 災害時における支え愛地域づくり推進事業及び支え愛ネットワーク事業**

支え愛マップの作成・更新や災害時の避難行動要支援者名簿の作成等を支援しています。令和4年度は、災害時要支援者対策継続事業に22自治会が取り組まれました。

**イ 給食ボランティア・ふれあい交流会の活動支援**

**(ア) 給食ボランティア活動への支援と助成**

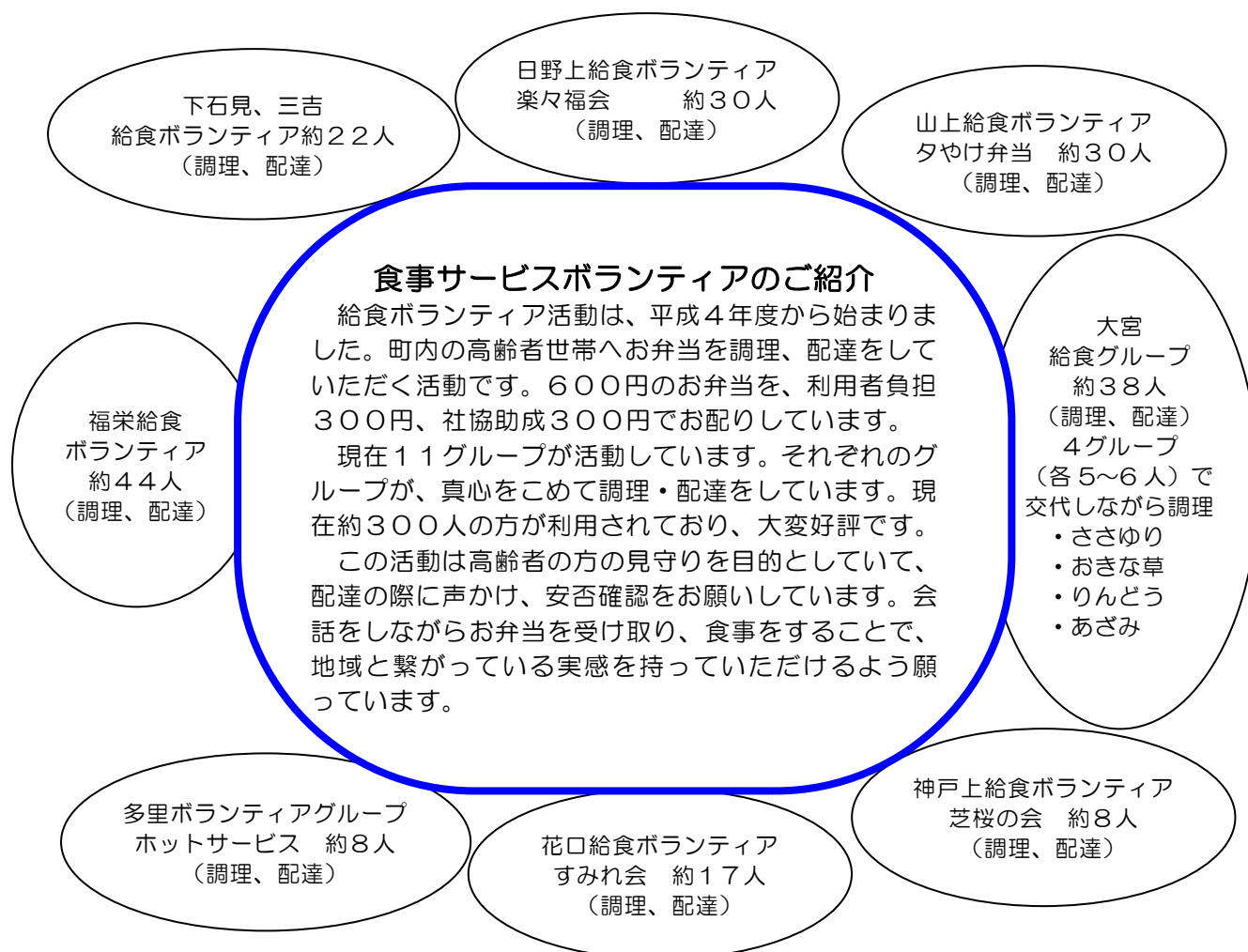
調理配達、調理会食、配達会食など、様々な食事サービス活動に対する助成を行なっています。近年、新型コロナウイルス感染症警報発令のため、活動を自粛していましたが、10月以降に警報が解除された期間で4地区が活動を再開されました。

- ・延べ利用数           164食
- ・調理配達ボランティア協力者       8地区 11グループ

**(イ) ふれあい交流会・会食会**

ふれあい交流会・会食会についても、新型コロナウイルス感染症警報発令のため、助成を休止していました。今後は、用途を限定せず、サロン開催に必要な費用全般に対して、参加者1人あたり300円の助成をすることになりました。

図16 令和5年度の日南町の給食サービスボランティアの状況



## ウ ボランティア活動の推進

- ・ボランティア活動保険加入 331人
- ・学生ボランティア活動支援 8名

## エ 団体活動等との連携支援事業

- ・老人クラブ連合会等5団体の活動を支援しています。

## (2) 民生児童委員・主任児童委員の活動

本町においては、29人の民生児童委員、そして2人の主任児童委員が活動しており、地域住民と行政との協力関係をつくり出すためのパイプ役として、地域住民の生活実態や福祉ニーズの把握活動に努めています。特に日常生活の中で様々な不安を抱える高齢者にとって、最も身近な相談窓口として機能しています。

しかし、本町は広大な面積を有することから、集落は散在し、また高齢化の進展による

一人暮らし高齢者世帯と高齢者のみの世帯が増加してきています。

令和2年10月の国勢調査では、高齢者のみの世帯が757世帯となっており、29名の民生児童委員のみで高齢者のみの世帯を見守ることは困難な状況となってきました。

相談、見守り支援等が必要なこれらの世帯の状況を細やかに見極めながら、要援護者の友人関係、近隣関係、家族関係等の協力・支援を得て、多くの関係者で連携して見守っていく必要があります。

今後も、地域住民に一番身近な福祉相談窓口として、行政等との連携調整を図りながら、要援護者等が在宅や地域での生活がしやすい地域づくりのための支援を目指していきます。

表69 民生児童委員・主任児童委員の主な活動

区 分	令和元年度	令和4年度
相談件数	633	982
活動延べ日数	2,286	1,843

### (3) まちづくり協議会等との連携

本町においては、7つのまち（むら）づくり協議会が組織され、地域住民によって様々な活動が積極的に展開されています。地域の活性化や、高齢者が安心して生活するための細やかな支援は、介護保険制度や高齢者福祉制度だけでは実現することができません。

安心・安全で生きがいのある生活を実現していくために、まち（むら）づくり協議会の多方面にわたる活動と連携を図りながら、高齢者の見守りや、社会参加、生活支援、防災などについて、協働していきます。

#### <令和4年度 主な連携>

- ・日南町生活支援・介護予防体制整備推進協議会への参加
- ・生活支援ボランティア養成講座の開催
- ・地域支え愛ネットワーク構築事業への取り組み など

## 10 高齢者の権利擁護支援の状況

### (1) 高齢者虐待防止体制

高齢者虐待は、高齢者の尊厳を冒す重大な問題であり、虐待の悲惨な現状について社会全体で対応していくために、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援に関する法律」が、平成18年4月から施行されています。

高齢者虐待は、高齢者を現に養護する者または介護施設等の従事者による「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」の行為で、虐待を受けた高齢者の保護や、虐待を行っている養護者等に対して虐待解消のための必要な支援をしていくことが必要です。

本町では、令和4年度においては、延べ14件の相談・通報があり対応しました。高齢者虐待は、問題が表面化しにくく相談に結びつきにくいことから、問題が複雑化することが懸念されます。保健・医療・福祉関係者が連携を図りながら、早期発見、早期対応を行えるよう、体制整備に努めています。

また、関係機関の協力を得て、地域住民やサービス提供事業者等がそれぞれの立場で高齢者虐待防止に向けた意識を高めていくための、普及啓発を推進しています。

併せて、地域包括支援センターを中心として、高齢者等の権利擁護に関わる相談への対応や、日常生活自立支援事業、成年後見制度利用について、支援や普及啓発に努めています。

### （２）成年後見制度の利用促進

判断能力が衰えた高齢者や障がい者の財産等を守るための成年後見制度を専門的に扱う拠点センター「一般社団法人 権利擁護ネットワークほうき」が、米子市に設立され平成24年度から業務開始しています。鳥取県と西部9市町村が共同で事業委託し、法人後見、市民後見人養成等啓発事業及び研修事業を実施し、成年後見制度の利用促進を図り、高齢者や障がい者を社会全体で支える仕組みづくりをすすめています。

国では、成年後見制度の利用の促進に関する施策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成28年5月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」（以下「利用促進法」という。）が施行されました。利用促進法の中で県や市町村に対して、成年後見制度の利用を促進する体制として、地域連携ネットワークの整備及び中核機関の設置等に努めることが明示されました。

本町では、第8期計画から、「日南町成年後見制度利用促進基本計画」を一体的に策定し、成年後見制度の利用促進に取り組んでいます。

令和4年度には、権利擁護・成年後見制度に関する相談が3件あり、対応しました。

### （３）消費者被害防止

消費者被害防止のために、サービス提供事業者や介護支援専門員等との連携や情報交換に努めています。また、日南町消費生活相談窓口（住民課）や鳥取県西部消費生活相談室とも随時連携しながら、相談にあたっています。

## 第 3 章

### 課 題 の 整 理

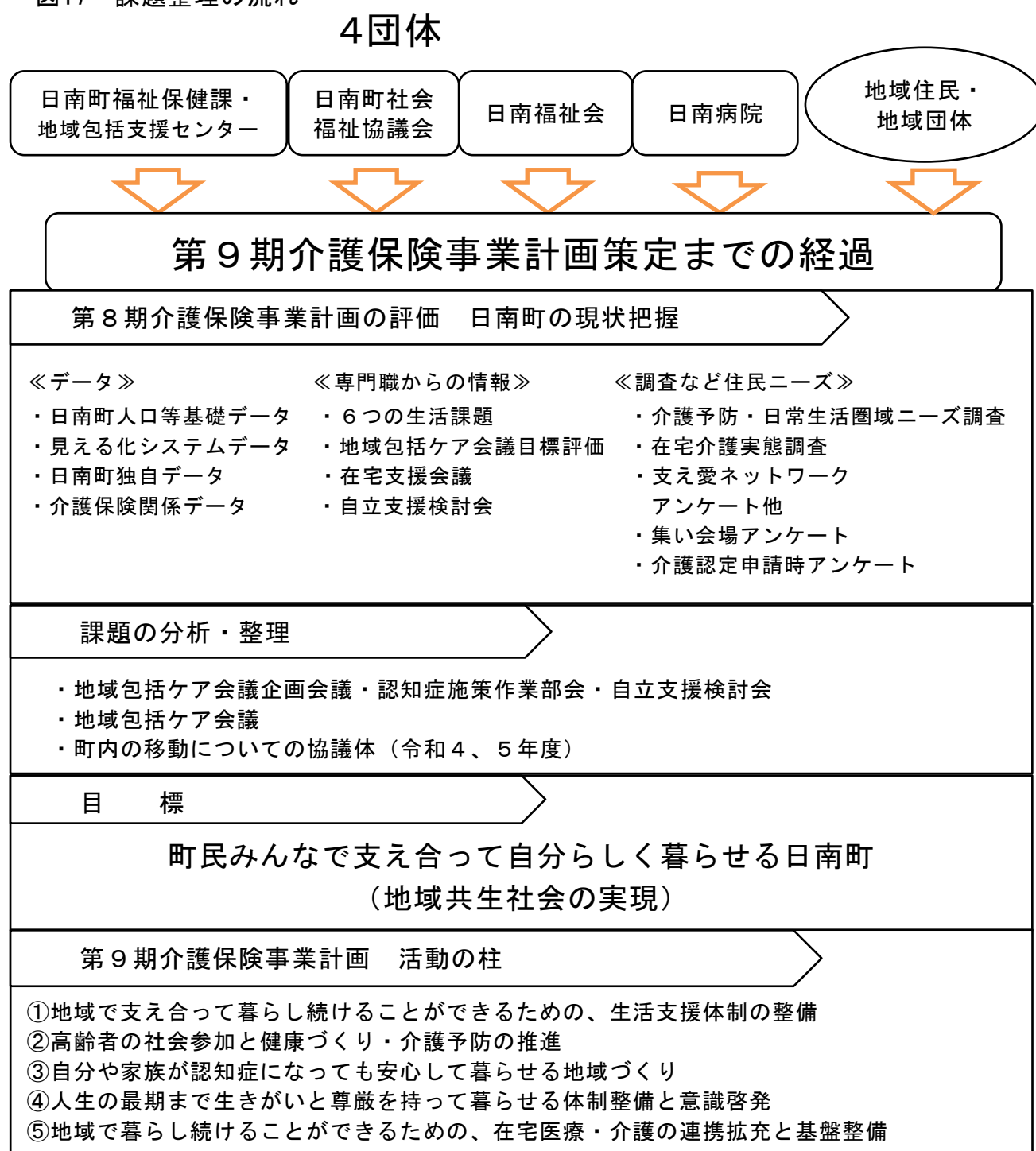


## 第3章 課題の整理

## 1 課題整理の流れ

第9期介護保険事業計画の策定にあたり、第8期計画の評価、現状把握、課題の分析・整理、第9期計画の目標設定、活動の柱の決定等について、関係機関と協働して、次のように取り組みました。

図17 課題整理の流れ



## 2 介護給付費からみた課題の整理

被保険者の状況、介護給付費の状況等について、全国平均値や鳥取県平均値と比較して乖離があるか、その理由は何かを、課内や地域包括ケア会議等で検討しました。

表70 全国平均・鳥取県平均との乖離の理由・問題点

全国平均等との比較	全国平均等との乖離についての理由・問題点等の考察(仮説の設定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認定率は全国より高いが、調整済み認定率（性・年齢別人口構成が全国平均と同じと仮定した認定率）は全国・県より低い。</li> <li>・ 介護サービス利用率（認定者のうちサービスを利用している人の割合）は75%で、全国・県と比較してやや低い。</li> <li>・ 在宅サービス受給率（第1号被保険者のうち在宅サービスを利用している人の割合）は全国・県に比較してやや高い。要支援1・2と要介護1の軽度認定者の受給率が高い。</li> <li>・ 在宅サービスの受給者1人あたり給付月額、利用日数、利用回数が、国、県に比べて少ない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本町の高齢化率は50%を超え介護認定を必要とする後期高齢者比率が高く、認定率では全国より高いが、調整済み認定率は全国より低く、年々減少している。軽度の認定者（要支援・要介護1）の割合が多い。</li> <li>・ 要支援・要介護認定を受けても、サービス利用がない人がある。認知症の症状があり、家族はサービス利用を促すが本人は利用希望がない、という事例が多い印象。見守りながら、必要なタイミングでサービスが開始できるように、つながりを維持することが大切。</li> <li>・ 重度者では、入院により介護サービス利用がない人がある。</li> <li>・ 在宅サービス受給率は、要支援1・2、要介護1の軽度認定者で高率となっている。軽度のうちから介護サービスを利用し、重度化を防止できれば望ましい。</li> <li>・ 町面積が341k㎡と広いが、介護サービス事業所は訪問介護、訪問リハ・訪問看護、通所介護、通所リハ（令和元年開設）の各サービスは町内1事業所のみである。移動距離が長く、サービス提供に時間がかかり、利用者は頻回利用ができにくい。</li> <li>・ サービス提供事業所は、人材不足や移動距離の長さ等により、頻回訪問や頻回のサービス提供ができにくい。</li> </ul>

全国平均等との比較	全国平均等との乖離についての理由・問題点等の考察(仮説の設定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住系サービス（特定施設生活介護・認知症共同生活介護）の受給率は、全国・県に比較してやや低い。</li> <li>・ 施設サービス受給率は、全国・県に比べて約2倍と高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅サービスにおいては、町外のサービス付き高齢者住宅入居者による利用が増えている。</li> <li>・ 町内のサービス利用においては、毎週実施する在宅支援会議、町内居宅支援事業所と実施する自立支援検討会（月2回程度）、町内居宅支援事業所連絡会などで利用者の状況が把握しやすいが、町外でのサービス利用について保険者として状況把握が行いにくい。</li> <li>・ 居住系サービスは、町内には認知症共同生活介護（認知症グループホーム）が18床あるが、特定生活介護の施設はなく、主に西部圏域での利用となる。</li> <li>・ 町外のサービス付き高齢者住宅等の入居者が増え、特定施設入居者生活介護等、町内にはないサービスの給付が増えている。</li> <li>・ 80歳以上一人暮らし、高齢者夫婦世帯が多く、介護力が弱い。中山間地域で町面積は広く、頻回に介護サービスを利用することが難しい。介護サービス資源も少なく、在宅生活を継続するための支援が十分ではない状況がある。</li> <li>・ 在宅サービスにおいて頻回なサービスの利用・提供が難しいことは、介護力の弱い重度認定者の在宅継続支援が難しい。</li> <li>・ 町内に特養（90床）、療養病床（31床）があり、近隣の町に介護老人保健施設があり、施設入所しやすい状況にある。</li> <li>・ 日南病院の介護療養病床31床が、令和5年度末で廃止となり、医療療養病床（計40床）に移行となる。医療処置を多く必要としない施設入所希望者への対応に注意が必要となる。</li> </ul>

<p>【サービス種類別】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護の受給者1人あたり給付月額、全国・県よりも少ない。</li> <li>・訪問看護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県と比較して半分程度である。</li> <li>・訪問リハビリテーションの受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく、6割程度である。</li> <li>・通所介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく、県の6割程度である。</li> <li>・短期入所生活介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく半分程度である。</li> <li>・短期入所療養介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりもやや多い。</li> <li>・合計すると全国よりやや少ないが、県と同程度である。</li> <li>・福祉用具貸与の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりもやや少ない。</li> <li>・町内にはない介護サービスの給付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護は、在宅生活を継続するために必要なサービスであるが、提供体制の確保が難しく、頻回な利用ができにくい状況である。</li> <li>・訪問看護は、今後も需要の増加が見込まれるが、サービス提供体制の拡大が難しい状況である。</li> <li>・訪問リハビリテーションは、今後も需要の増加が見込まれるが、サービス提供体制の拡大が難しい状況である。</li> <li>・通所介護は、在宅介護を支えるために重要なサービスであるが、移動に要する時間が長いこと、サービス提供体制の拡大が困難なこと等により、頻回な利用ができにくい状況にある。</li> <li>・短期入所サービスは、在宅介護を支えるために重要なサービスであるが、令和3年度・4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、利用が困難な状況が続いた。</li> <li>・近隣町の介護老人保健施設での短期入所利用もあった。</li> <li>・日南病院の介護療養病床が廃止となり、医療療養病床に移行となる。短期入所療養介護は、移行後も引き続き利用が可能と聞いている。</li> <li>・福祉用具貸与について、全国・県との差は千円～2千円程度で大きな差はない。</li> <li>・特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問看護介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護は町にはなく、町外での利用により給付が発生する。</li> </ul>
--	---

### 3 課題整理のまとめ

地域包括ケア会議企画会議、認知症施策作業部会、地域包括ケア会議、自立支援検討会、介護保険運営協議会などで関係者が協議を重ね、課題と対応策をまとめました。

表71 キーワードごとの現状と課題、目指す姿、対応策

キーワード	現状と課題
総合事業・介護予防サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型、通所型にA（従前相当）、C（短期集中）があり、通所型B（ボランティア、見守り・生活支援もあり、メニューはある</li> <li>・訪問型B、訪問型Cの利用は少ない</li> <li>・通所型Cは、送迎がないので利用がしにくい</li> <li>・介護保険ファイルの活用が少ない（興味・関心シート、チェックリスト、1日の生活、もしもの時のしあわせノート）</li> <li>・つどいの場は47団体（令和5年10月）で身近な場所での集まりはあるが、参加者が減って解散した団体もある</li> <li>・つどい世話人が高齢化している</li> <li>・つどいの場はあるが、送迎がないため行けない人がいる</li> <li>・おしゃべりが苦手な方の出かける場がない</li> <li>・要支援認定者でも必要な人はデイでの入浴支援を行っているが、事業所は負担が大きい</li> </ul>
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度者は入所していて、在宅者は要支援・介護1の人が多い</li> <li>・在宅サービス利用の重度者実数が減少した</li> <li>・他市町村に比べて訪問介護・訪問看護の利用が少ない</li> <li>・軽度者のサービス利用がしづらい</li> <li>・サービスのイメージがわからず拒否する人がいる</li> <li>・サービス利用は世間体が悪いと思う人がいる</li> <li>・高齢者に「そんなところには行かない」という意識がある</li> <li>・事業所の人手不足で、サービス利用を増やしたくても増やせない</li> <li>・町が広いので移動に時間がかかり、サービスの頻回利用が難しい</li> <li>・金銭的に入所が厳しい人がいる</li> </ul>

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生きがいのある健康寿命を延ばす</li> <li>・ みんなと関わって楽しく暮らしたい</li> <li>・ 誰もが、支えたり・支えられたりの両方を持って暮らしていることを理解している町</li> <li>・ もしもの時のしあわせノートを書く</li> <li>・ 要支援でも気兼ねなくデイで入浴ができる体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問型Bを増やすために生活支援ボランティアから移行</li> <li>・ 訪問型Bをまち協に働きかける</li> <li>・ つどいの計画からデイへの引継ぎ</li> <li>・ 毎年とるチェックリストやプランを介護保険ファイルに綴る</li> <li>・ つどいの継続支援→参加者・世話人にアンケートや聞き取り</li> <li>・ つどいの送迎</li> <li>・ 見守り生活支援サービス、ボランティアの依頼</li> <li>・ 生活支援ボランティアの活用・マッチング まずはゴミ出しから</li> <li>・ 通所リハビリの中でもしもの時のしあわせノート記入をプランに入れる</li> <li>・ つどいの場が苦手な人でも出やすい場づくり</li> <li>・ 要支援者デイサービスの入浴に自己負担を検討</li> <li>・ 住まいの確保</li> <li>・ 地域の中で助け合う仕組み</li> <li>・ 事業対象者も利用できるサービスのPR</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護サービスの理解が普及している</li> <li>・ 必要なサービス(人員)が利用できる</li> <li>・ 必要で利用したい時間・曜日にサービスが受けられる</li> <li>・ サービスの理解を広めて必要な人に必要なサービスが届く</li> <li>・ 要支援からの卒業のための利用促進</li> <li>・ ボランティアを活用しサービスを受ける</li> <li>・ 各地にデイなどがあり気軽に行ける</li> <li>・ 気兼ねなく自分らしく暮らせる日南町</li> <li>・ 介護を受けて生きて行くのは当たり前のことで、サービスは自分らしく暮らすためのツールと考える</li> <li>・ 軽度なうちからサービスを導入して支援に慣れておく</li> <li>・ 事業対象者レベルは集団の予防の場、支援レベルは集団と個別を併用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小規模多機能があるといい(日中のケア、見守り、泊まれる場) ⇔ 経営(職員配置)が難しい</li> <li>・ 気分が上がる(価値が高い)サービスの提供</li> <li>・ 困っている人を見つけてつなぐ</li> <li>・ 百歳体操、介護予防の場づくり・維持</li> <li>・ 人材確保</li> <li>・ 事務の削減</li> <li>・ 自立といっても人それぞれ。具体的な動作目標必要。</li> <li>・ 介護サービスはツールであるとのメッセージを送る</li> <li>・ 入浴できる施設(温泉のような、食事も有)がほしい</li> <li>・ 人員基準の緩和をすればよい</li> <li>・ サービス未利用者の様子確認が必要</li> <li>・ 認知症デイサービスがあるとよい</li> <li>・ ショートステイの確保が必要</li> <li>・ 介護サービス以外で使えるサービス(買い物・ゴミ出し等)が充実するとよい</li> </ul>

キーワード	現状と課題
最期の迎え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最期の迎え方を考えている人は42%、家族に伝えている人は25% 考えていない人・伝えていない人が多数で 58%</li> <li>・要介護状態となった時自宅で生活したい人が 49%</li> <li>・介護者が高齢になり施設入所が増える</li> <li>・低所得者が入居可能な施設が町内にない</li> <li>・つくほの利用料は高いが、思ったより入居があった</li> <li>・将来要介護状態になった時に、サービスを受けて自宅で生活したいという希望があり、介護サービスへの意識の変化がみられる</li> </ul>
健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・冬はこたつから出ないから認知症が増える</li> <li>・冬は体重が増加する（循環器疾患の増悪）</li> <li>・作るのも買い物に行くのも億劫になり食べない</li> </ul>
移動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車の運転が困難になり移動困難となる方が増えた</li> <li>・出かける手段がなくて引きこもり</li> <li>・外出控える理由は足腰の痛みが群を抜いて多い</li> <li>・デマンドバスを1時間前までに予約することが困難な場合がある</li> <li>・ドア・ツー・ドア型バスが運行する</li> <li>・必要な場に出るのにタクシーで片道 5,000 円かかる</li> </ul>



目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅で暮らしたい、施設で暮らしたい、それぞれ(本人・家族・関係者)が思いと現状を話し合える</li> <li>・ 最期まで安心して過ごせる町</li> <li>・ 最期の迎え方を考えて伝えている人が増える</li> <li>・ いろいろな選択肢がある</li> <li>・ ポックリでなくてもいいと思える</li> <li>・ 役割を持って死ぬまで元気</li> <li>・ 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</li> <li>・ 要介護5で独居でも家で過ごして死ねる</li> <li>・ 死ぬまで現役</li> <li>・ もしもの時のしあわせノートを若い人でも記入する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ もしもの時のしあわせノートを見直す(お薬手帳サイズ、シール式、向かいやすいよう A4 サイズで1～2枚に等)</li> <li>・ 認定調査時に意見を聞く</li> <li>・ 60歳代からノートの記入を勧める</li> <li>・ 医療・介護職と一緒にノートを記入するなど活用する</li> <li>・ 映画や出前講座での意識啓発する</li> <li>・ もしばなゲームを活用する</li> <li>・ 尊厳を持った死を学ぶ、話題として出す</li> <li>・ ケアマネのアセスメント時に話を聞く</li> <li>・ 特化デイで話をする(元気なうちから考える)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 若いうちから健康づくりの意識を持って取り組む</li> <li>・ 生きがいがある健康寿命100歳を目指す</li> <li>・ 各地に弁当配達がある</li> <li>・ 1年を通して活動ができ、健康・疾患コントロールができる</li> <li>・ 冬でも元気に過ごせる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 冬でも動ける場所、健康増進施設(いろんな年代の人が行けるジム)</li> <li>・ プール</li> <li>・ 生協での購入、パセオの配達、弁当配達の利用</li> <li>・ 材料は生協や配達で調達しヘルパー直行</li> <li>・ 買物支援、移動販売、子ども食堂</li> <li>・ ウーバーイーツのような食品配達</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体が動かなくても幸せと思う</li> <li>・ 自由に出かけたい</li> <li>・ 障がいがあっても趣味活動や地域活動ができる</li> <li>・ 家まで来るデマンドバスの利用が簡単にできる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外出支援を充実する</li> <li>・ 相互乗り合わせを促す</li> <li>・ 地域での共助交通</li> <li>・ カーシェアリングを進める</li> <li>・ 移動販売などの買い物支援</li> </ul>

キーワード	現状と課題
交流の場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域によってはつどいの参加が減っている</li> <li>・ つどいの高齢化、世話人の後継者がいない</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族がいても昼間はほとんど不在になる</li> <li>・ 家族と一緒に暮らしていても関わりが浅い</li> <li>・ 同居の介護者がいなくなり家族介護が難しくなった</li> </ul>
地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 空き家が増加している</li> <li>・ 親しいつきあいのあった近所の人がいなくなった</li> <li>・ 近所付き合い保たれている地域と、できなくなってきた地域がある</li> </ul>
I T 活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者には抵抗が大きく、浸透しにくい</li> <li>・ IT 格差が大きい</li> </ul>
就労	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労の場が少ない</li> </ul>

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ みんなと関わって楽しく暮らしたい</li> <li>・ 毎日誰かと会うか話すかできる暮らしがしたい</li> <li>・ 家の近くに交流の場がある・役割を持ちながら暮らす</li> <li>・ 60歳代～100歳代まで全員が参加できる場がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シェアハウスで生活する</li> <li>・ つどいの継続支援</li> <li>・ 見守り連絡会</li> <li>・ 老人クラブなどの活動との統合</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事が一緒にとれるような家族関係</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関心を持ってもらうこと</li> <li>・ 福祉教育の推進（特に小中学生に必要）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域で支え合って、近所でできることは助け合って暮らしが続けられる</li> <li>・ 近所で助け合いができる</li> <li>・ 若いうちからお互い様</li> <li>・ 高齢者のアパートや小さな町をつくる</li> <li>・ 安心して住める地域づくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住んでいる地域ごとに対応策が検討できるようななる</li> <li>・ 高齢者住宅の整備</li> <li>・ 警察と連携する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ IOT最先端の町</li> <li>・ 動けなくてもVRで旅行</li> <li>・ ICT活用して病院へ相談できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 若いうちから使い慣れておく</li> <li>・ VRコンテンツを作成する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の就労の場がある</li> <li>・ 要介護になっても働ける場がある</li> <li>・ ボランティアの活用で介護サービスでなくても生活できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シルバーの仕事まではできなくても少しでも収入になることがあるとよい</li> <li>・ 内職、バザーをする</li> </ul>

表72 認知症施策におけるキーワードごとの現状と課題、目指す姿、対応策

分類	キーワード	現状と課題
【1】 認知症への理解を深める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の意思の尊重</li> <li>・ 基本的人権の尊重</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の思いより、家族の訴えに焦点がいきがち</li> <li>・ 認知症の方も人であり、大切にしていかなければならない</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 正しい理解</li> <li>・ 意識の変容</li> <li>・ 啓発</li> <li>・ 認知症への理解</li> <li>・ 誤ったイメージ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未だに「あの人は認知症だけん」ですませる人が多い</li> <li>・ 「認知症になったら終わり」というネガティブなイメージがある</li> <li>・ 「認知症にはなったらいけん」との発言多い</li> <li>・ 専門職でも偏見がある（人権感覚の欠如）</li> <li>・ 地域包括ケア会議など、安全・安心な生活を守るために、医療福祉関係者が集まって、対策について協議を重ねた会を開催していた経過がある</li> <li>・ 認知症の方への対応はどのようにしたらよいのかを理解している、もしくは分かろうとしている人がどれだけいるのか？</li> <li>・ 本人とのかかわり、正しい知識、理解</li> <li>・ すずんでシンポジウムに参加してくださる人は認知症の人への理解も変わってきているが、全く興味がない人に対しての意識改革は難しい</li> </ul> <p>相談窓口</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症と表現するだけでなく、何の認知症なのかを理解しているか？特性が理解されているのか？</li> <li>・ 認知症に対するネガティブなイメージが変わらない</li> <li>・ 認知症になったら迷惑かけるという思い</li> <li>・ 運転免許：事故を起こす人は必ずしも認知症ではない。認知機能低下は事故を引き起こす要因の1つではあるが、『“認知症だから”事故をする』と一括りにしてはいけないのではないか。</li> </ul>

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症になっても生きがいがある</li> <li>・高齢認知症の人生をできるだけその人らしく暮らしてもらう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・元気な頃の言動や現在の強い願望は、できるだけかなえる努力をする</li> <li>・もしもの時のしあわせノートを活用し、定期的なACP、聞き取りをする</li> <li>・意思決定支援を行う</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症というものを誰もが理解している</li> <li>・本人が暮らしやすい地域になると良い。</li> <li>・次世代に向けて、当たり前、丁寧に関わる専門職が増えていく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーターの育成               <ul style="list-style-type: none"> <li>→パセオ、郵便局など公共機関、企業・事業所の人を知っていることが大事</li> </ul> </li> <li>・家族への啓蒙</li> <li>・その人の周囲の人への啓蒙活動をする（理解と協力）</li> <li>・本人の視点で考えていく</li> <li>・認知症のネガティブなイメージは強いが、啓蒙活動により取り払う</li> <li>・認知症の人が住み慣れた場所で安心して暮らすためには周囲の理解が不可欠</li> <li>・個人情報はどこまで共有するか</li> <li>・映画や講演会</li> <li>・認知症は誰でもなる病気（2025年700万人）</li> <li>・「認知症だから」という理由で除外したり、偏見を持ったりしないことが必要</li> <li>・一人の人として、その人を見ることが大事で、すべての医療福祉関係スタッフは、当たり前でできるべき</li> <li>・寝たきりの状態でも、在宅で看ることができるということを周りの人が見せていく</li> <li>・対応力向上の研修…各施設での効果的な研修を重ねる               <ul style="list-style-type: none"> <li>→地域への研修も企画</li> <li>→内容、視点を考える</li> <li>→本人が語れる人の気持ちを聞く</li> </ul> </li> <li>・もの忘れには、良いものと悪いものがあることの周知</li> <li>・認知症を取り巻く小さな集団へのアプローチを考える</li> <li>・認知症に対する意識を変えられるような啓発</li> <li>・相談窓口の周知を引き続き行っていく</li> <li>・ポジティブに生きる</li> <li>・身近なこととして考えてもらえるようにする</li> <li>・誰しも認知症になりうると理解すること</li> </ul>

分類	キーワード	現状と課題
<b>【2】</b> 認知症の予防、早期発見・早期対応を図る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体機能の維持</li> <li>・ 活動・役割の維持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体機能の低下</li> <li>・ 活動の低下</li> <li>・ 認知症であっても、能力を発揮できる場が少ない</li> <li>・ 子との関係性（親の状態を把握していない）</li> <li>・ 人生100年時代で、子は県外で70歳まで仕事をして、家の修理ができず、住み続けられない</li> <li>・ 百歳体操に参加していない人のフォローをどうするか</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人とのつながり</li> <li>・ 交流をもつこと、</li> <li>・ 孤立の防止</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の交流の場が少ないのでは？（百歳体操に出られなくなった人のレベルで活動が一気に落ちる）</li> <li>・ 人間関係の喪失</li> <li>・ 百歳体操に出てこない人をどうするか</li> <li>・ 困ったときにどこに相談したらよいか</li> <li>・ 地域の人に話せない人は専門職にしか話せない場合もある→こういう場が少ない（地域性もある）</li> </ul>
<b>【3】</b> 認知症地域支援・ケアの向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種で取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種連携</li> </ul>

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期発見により、早期に介入して、問題行動を防ぐ</li> <li>・ 役割を発揮できる場がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の人は人に出ることが大事であるが、そういう場づくりが必要</li> <li>・ 認知症の人だけのデイサービス等</li> <li>・ 認知症があっても自分でできること、役割をつくる</li> <li>・ BPSDみたいにならない認知症になってもらう →症状として出るのは仕方ないが、それに対応することが大事</li> <li>・ 継続的な身体検査（調査）、握力検査など</li> <li>・ 役割（活動）の継続</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交流の場がある</li> <li>・ 認知症になっても交流・付き合いがある</li> <li>・ まずは高齢者のつどう場が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ オレンジカフェ、百歳体操、各地区での食事会など集まれる場所づくり</li> <li>・ オレンジカフェ：その場に当事者いなかった。家族も本人もこれだけ仲間がいる、一緒に来てほしい。活動の場となると良いが…。地域だと近すぎる。毎月でなくても良い。専門職も参加する。</li> <li>・ 百歳体操：認知症で出られなくなった人が出られるように支援。出られる体制づくり。</li> <li>・ 参加し続けられるようにサポートする</li> <li>・ 食事会：小さい単位で集まりをして出られるような会があればよい</li> <li>・ 人とのつながりを継続する</li> <li>・ 予防のための社会活動</li> <li>・ 生きがいのある生活の継続</li> <li>・ 男性、・独身者の救済（孤立しがち）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期対応につなげて問題行動を予防する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症初期集中支援の会や在宅支援の会で情報の共有</li> <li>・ 多職種で認知症への取り組みについて情報共有する →在宅支援の会の充実</li> </ul>



分類	キーワード	現状と課題
【4】 認知症の人への支援体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活の困りごとへの支援</li> <li>・介護保険サービスなど社会資源の不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症夫婦世帯…生活が破綻→早期介入</li> <li>・生活はなんとかできて介護保険サービスは入らないが周りが困るケース</li> <li>・認知症＋骨折などで入院された人の退院先がない（老健など）</li> <li>・町内にグループホームが少ない</li> <li>・認知症の2人暮らしの家などへのサポートが不足している</li> <li>・認知症になっても生活を継続していけるだけの社会資源がない（不足している）</li> <li>・買い物支援（施策で）、生協のように定期配達</li> <li>・買い物、調理などの支援が不足している</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人への対応の仕方</li> <li>・家族への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の把握はかなりできているが、次のステップが不十分</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症になっても暮らしやすい町づくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不便になるから運転がやめづらい</li> <li>・認知症になっても安心できる町づくりをどう目指すか</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題の分析</li> <li>・認知症対応のレベルの作製。1）薬がのめない 2）日常生活がくずれる 3）社会生活が・・・各レベルの対応策を考えて対応する。⇒社会性、日常生活が保たれているか、くずれていないか。</li> </ul>

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分や家族が認知症になっても安心して暮らせる地域</li> <li>・ 近所で助け合いができる</li> <li>・ 認知症になっても住み慣れた所で安心して暮らせる。(新オレンジプラン)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症のレベルによる対応策が必要 (例) 糖尿病、心不全など薬がきちんと服用できないレベルは施設を考えざるを得ない。カレンダー管理ができるレベルー訪問看護で対応など。</li> <li>・ 金銭管理の支援</li> <li>・ 介護保険ではカバーできない困りごとを解決する仕組み作り(制度にとらわれすぎない)</li> <li>・ 環境を整える(ゴミ捨てや話し相手)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅ではなるべく自由にさせてあげる</li> <li>・ 訂正しない、怒らない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 腹が立てば5分間ほどその場を離れてまたもどる(ルーチン)</li> <li>・ 認知症への家族の対応の仕方</li> <li>・ 認知症サポーターの活用</li> <li>・ 認知症を早くみつけて家族への対応の仕方を指導する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症になっても安心して暮らし続けられる</li> <li>・ 認知症になっても地域にも言える、暮らしやすい地域になる</li> <li>・ 認知症があっても暮らせる地域</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ まずは訪問サービスを入れて認知症の生活レベルをチェックする</li> <li>・ まず医師が突破して後に看護、介護が続く</li> <li>・ 薬、食事等の生活支援で支えられるか判断して対応する</li> <li>・ できるだけ人生をその人らしく、生きてもらうことに心がけて対処する</li> <li>・ パセオ等小売店での支援</li> <li>・ バス・タクシー、交通での支援</li> <li>・ ICT利用した安否確認(服薬システムも)</li> <li>・ AI医師や相談員の開発</li> <li>・ 成年後見人制度の適応</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の方の重度レベルと対応を考えておく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期発見し、周囲が早く対応できれば、BPSDのようにならないようにできるかもしれない。</li> <li>・ レベルに応じた対策を具体的に形にしておく。</li> </ul> <p>【モデル：認知症重度分類】＊“初期集中支援チームでどんな対応をするか考える”</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 生命に直結するか(糖尿病だがインスリンを打たず低血糖、心臓病の人が薬を飲まない)</li> <li>② 社会生活ができているか</li> <li>③ 日常生活がこなせているか</li> </ol>



## 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）

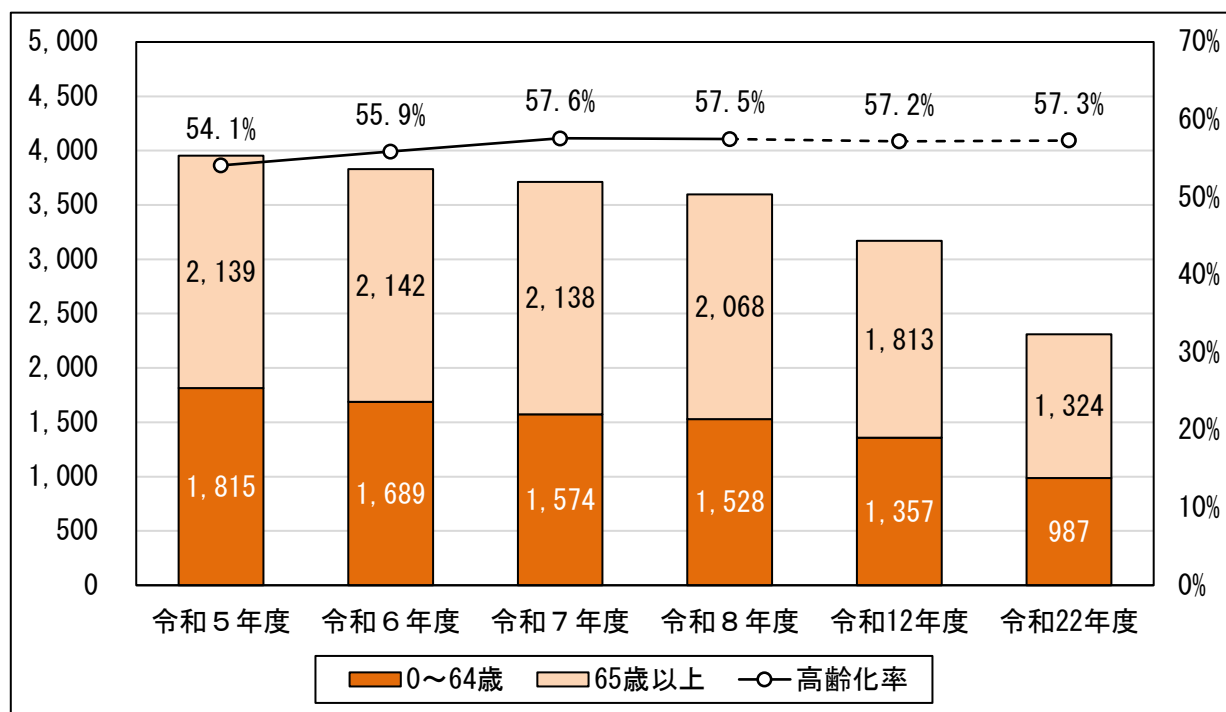
少子高齢化の進展に伴い、64歳以下人口、65歳以上人口、総人口ともに年々減少していく見込みです。高齢化率は、年々高くなっていましたが、令和7年度以降は横ばいと予測しています。

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。

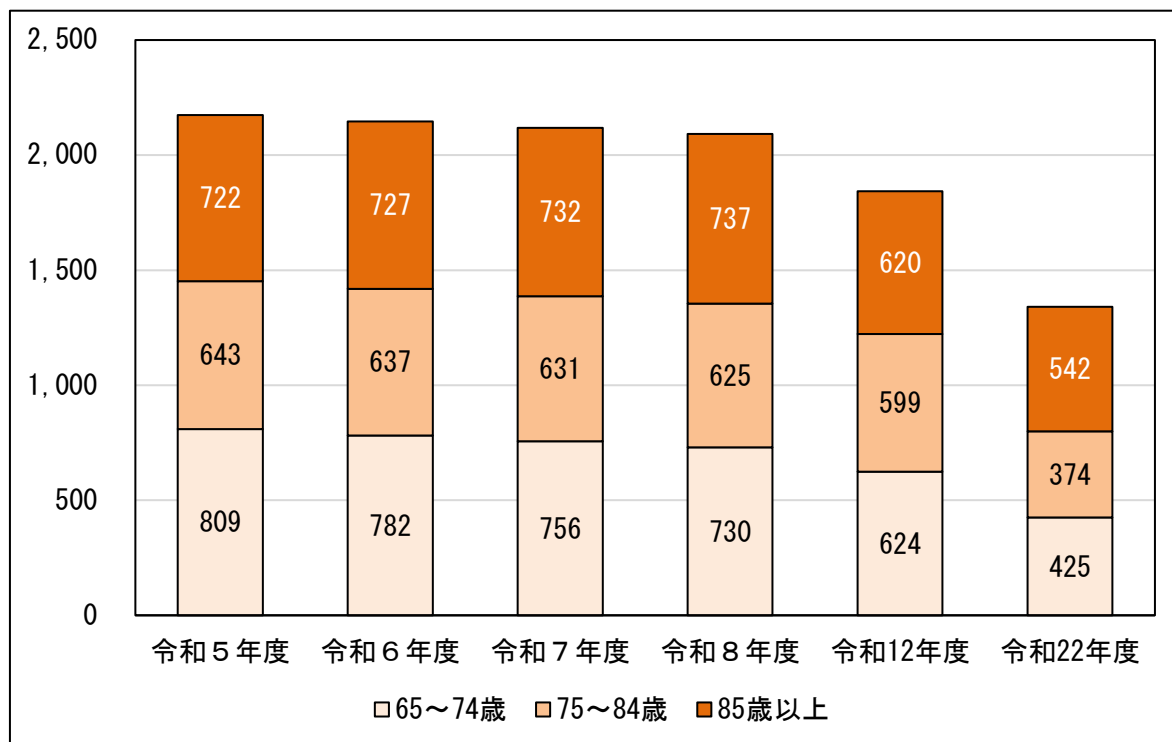
第1号被保険者数も同様に減少する見込みです。

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

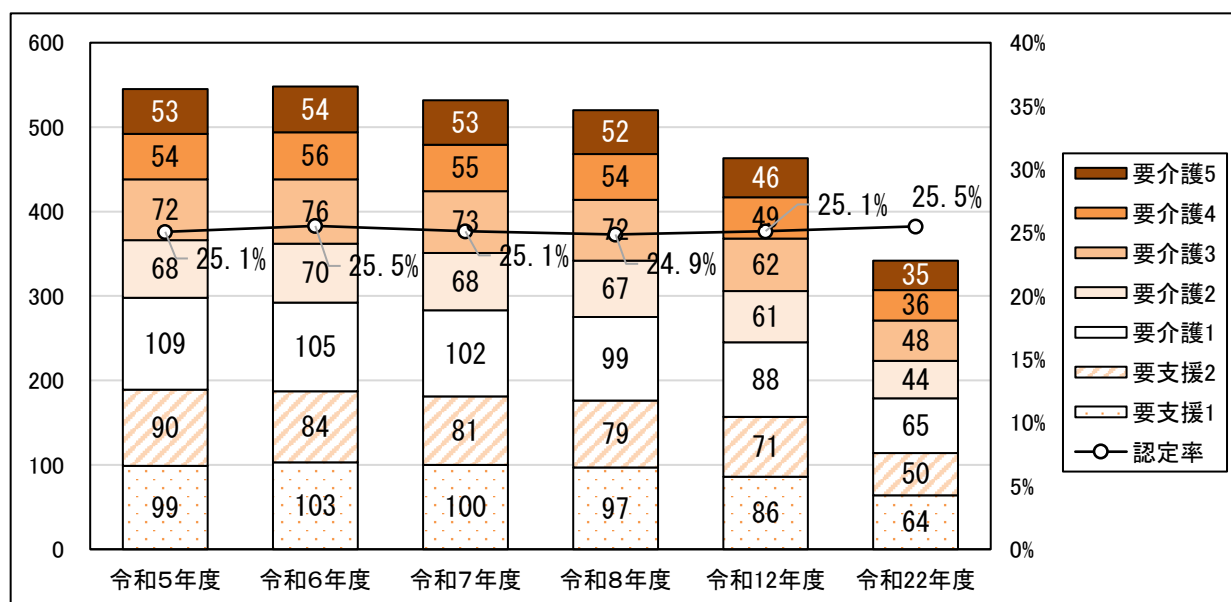
介護保険制度が平成12（2000）年度にスタートしてから、要介護（要支援）認定者数及び認定率は年々増加していました。平成27（2015）年度の介護保険制度改正に伴い、必ずしも要介護認定を受けなくても基本チェックリストによって該当すれば介護予防・総合事業の多様なサービスが利用可能となったことから、要支援認定者数は一時減少しましたが、第8期計画期間では増加しました。今後、第9期計画期間は、人口、高齢者人口は減少しますが、要介護（要支援）認定者数及び認定率は、ほぼ横ばいと推計しています。

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ート機能を担います。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

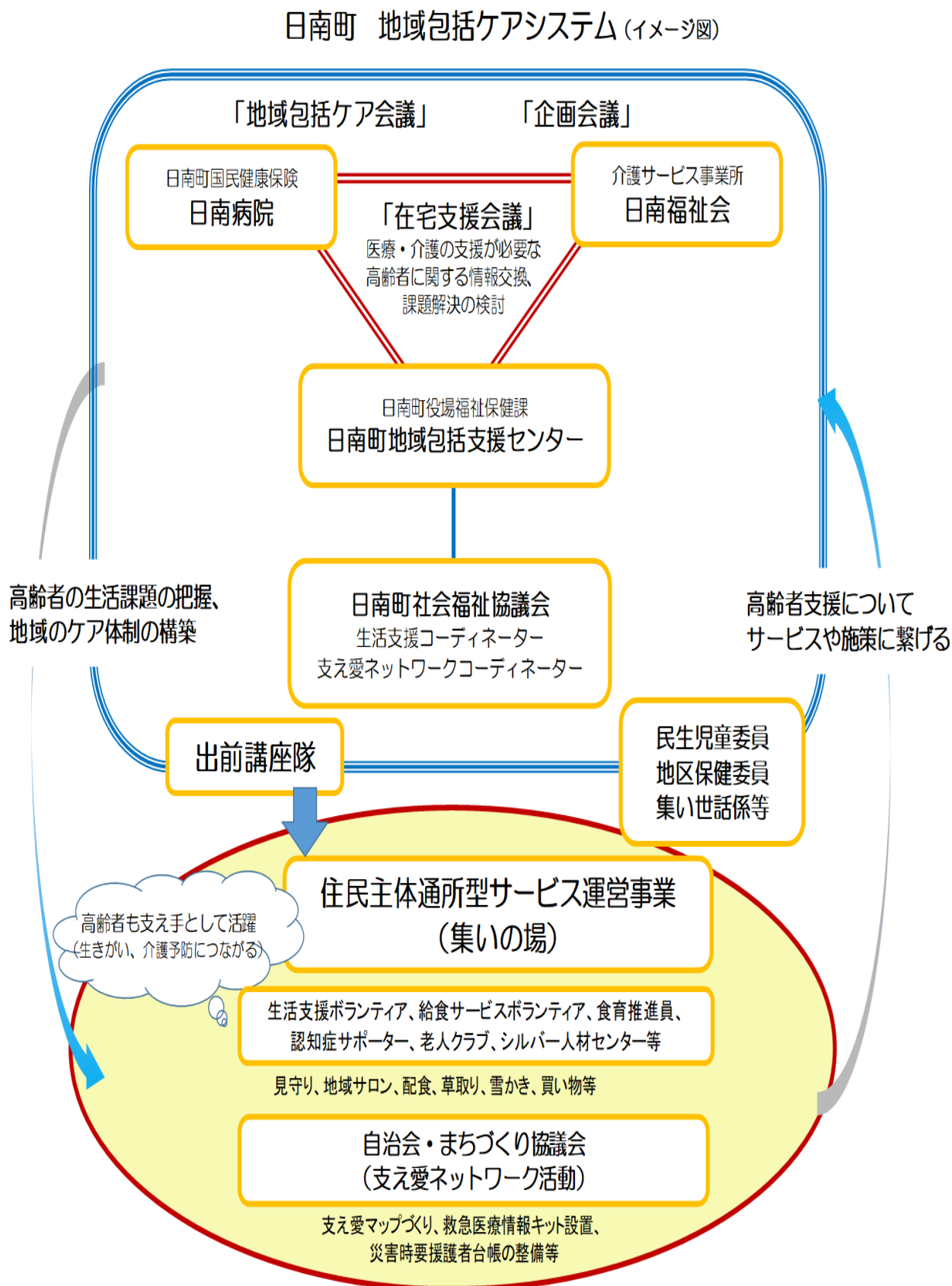
- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊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

	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みます。
- 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必要があります。

#### 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。

## 第 5 章

### 介護保険事業に関する見込み

## 第5章 介護保険事業に関する見込み

### 1 介護サービス量の見込み

#### (1) 居宅サービス量と介護予防サービス量の見込み

第9期計画期間の居宅サービス量及び介護予防サービス量については、在宅サービス利用人数、サービスの種類ごとの利用実績を基礎とし、サービス給付費の伸び率を勘案して厚生労働省提供の見える化システムを用いて推計した見込み量に、さらに修正を加えて計画値を算出しました。

また、第8期計画期間の実績値のうち令和5年度は、4月審査分から9月審査分を基に算定した年間の利用見込値を用いています。

第8期計画期間中は、今までに経験のない新型コロナウイルス感染症拡大の禍中にあり、介護サービス提供量にも様々な影響があったため、実績値からの推計が困難な状況にあります。令和5年度の実績見込みをもとに、第9期も同様に推移するものと見込みました。

#### ア 訪問介護

(単位：回／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	469 (528)	569 (528)	1,186 (516)	679	660	660
介護予防	—	—	—	—	—	—
合 計	469	569	1,186	679	660	660

訪問介護は、介護福祉士等の訪問介護員が要介護者の居宅を訪問して、できるだけ居宅で能力に応じた日常生活を営めるように、排泄、食事摂取などの身の回りの日常生活動作（以下「ADL」）の介助を行う身体介護と掃除や買い物などの生活行為（以下「IADL」）の支援を行う生活援助を行うものです。ただし、生活援助（掃除、調理、買い物など）については①要介護者がひとり暮らしのため、または②同居家族等の障がい・疾病等のため、要介護者・家族等が自ら行うことが困難な家事で、日常生活上必要なものとされています。

町内では、ホームヘルプセンターにちなん（日南福社会）からのサービス提供となっています。町外の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅で生活している人の利用も増加しています。

介護給付（居宅介護）による訪問介護は、在宅生活を支える大切なサービスです。第8期計画期間では、コロナ禍の中でも増加傾向でした。

今後の訪問介護の需要は、町内に有料老人ホームが増設されたこともあり、移動距離

が長いことによる利用控えや提供量不足が改善されることが考えられるため、第8期よりも増加すると見込んでいます。半面、サービス提供体制の拡大が困難な現状があり、サービス提供量は、現状維持と見込んでいます。

予防給付（介護予防）による訪問介護について、日南町では平成27年度から「地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」とする。）を実施したため、訪問型サービスに移行しました。平成30年度からは、全国で総合事業が実施されたため、予防給付による訪問介護はなくなりました。

## イ 訪問入浴介護

（単位：人／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0
介護予防	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0
合 計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0

訪問入浴介護は、要介護者の居宅を入浴車等で訪問し、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、浴槽を提供して入浴の介護を行い、身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るものです。

現在は、町内に訪問入浴介護のサービス提供事業所はなく、町外での利用者もありません。今後のサービス量は、なしと見込みました。

## ウ 訪問看護

（単位：回／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	89 (240)	86 (240)	110 (240)	95	95	95
介護予防	14 (60)	25 (60)	17 (60)	13	13	13
合 計	103 (300)	116 (300)	127 (300)	109	109	109

訪問看護は、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が、要介護者の居宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行い、できるだけ居宅で能力に応じ自立した生活を営めるように療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものです。対象者は、症状が安定期にあり訪問看護が必要と主治医が認めた要介護者です。

第8期計画期間では、町外のサービス付き高齢者向け住宅で暮らす要介護(支援)認定者の増加により、町外の訪問看護事業所の利用が全体の半数近くに増加しました。

町内では、日南病院からのサービス提供が主となっています。1人暮らし高齢者、高齢者夫婦が多いなど介護力の低下が見られ、在宅での医療処置や服薬支援のため訪問看護の必要性は高まっています。

今後、訪問看護のサービス需要は増加するものと見込んでいます。しかし、サービス提供側の職員体制などの制約があり、提供できるサービス量は現状と同程度と見込んでいます。服薬確認など頻回な支援が必要な事項について、在宅看護師の協力を得るなど、新しい仕組みづくりが必要となっています。

## エ 訪問リハビリテーション

(単位：回／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	95 (144)	112 (144)	87 (144)	98	98	98
介護予防	33 (60)	25 (60)	31 (60)	35	35	35
合 計	128 (204)	137 (204)	118 (204)	133	133	133

訪問リハビリテーションは、病院・診療所または介護老人保健施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、要介護者の自宅を訪問して、できるだけ居宅で能力に応じて自立した生活を営めるように、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持回復を図るものです。対象者は、症状が安定期にあり、在宅で診療に基づき実施される計画的な医学管理下でのリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者です。

主に日南病院からのサービス提供となっています。在宅ケアの推進や介護予防の重要性から、必要性が高いサービスです。第8期計画期間では限られた職員体制や、新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策などにより、提供に制限がありました。

今後の訪問リハビリテーションのサービス量は、横ばいと見込んでいます。



## オ 居宅療養管理指導

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	14 (11)	23 (11)	32 (11)	36	36	36
介護予防	3 (2)	5 (2)	6 (2)	6	6	6
合 計	17 (13)	28 (13)	38 (13)	42	42	42

居宅療養管理指導は、できるだけ居宅で能力に応じた自立した日常生活を営めるように、医師・歯科医師・薬剤師等が、通院困難な利用者に対し、心身の状況と環境等を把握し、療養上の管理指導を行い、療養生活の質の向上を図るものです。

日南病院及び町外の医療機関等でサービスが提供されています。近年、町外のサービス付き高齢者向け住宅等の入居者への居宅療養管理指導が増加しています。

今後は、居宅療養管理指導のサービス量は横ばいを見込んでいます。

## カ 通所介護

(単位：回／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	862 (1,176)	824 (1,140)	743 (1,092)	825	786	786
介護予防	—	—	—	—	—	—
合 計	862 (1,176)	824 (1,140)	743 (1,092)	825	786	786

通所介護は、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、在宅の要介護者等を送迎し、必要な日常生活の世話と機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立の解消と心身の機能の維持をはかるものです。また、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。

町内では、第7期計画期間の当初は日南福祉会のデイサービスセンターあかねの郷、デイサービスセンターかすみ荘の2事業所で提供していましたが、平成31年度からは、デイサービスセンターかすみ荘が休止となりました。設備の老朽化による不具合が大きな要因でしたが、介護職員の確保が困難なことによる必要性もあり、事業所が集約されました。

通所介護は、在宅介護を継続するために重要なサービスです。しかし、町内は面積が広いため1か所のデイサービスセンターを利用するには移動時間が長くなること、サー

ビス提供体制の拡大は困難で頻回の利用ができにくいなどの課題があります。今後の介護給付による通所介護のサービス量は、現状維持と見込みました。

予防給付による通所介護（介護予防）については、日南町では、平成27年度から「総合事業」に取り組んだことにより、「通所型サービス」に移行しました。平成30年度からは全国で総合事業が実施されたため、予防給付による通所介護はなくなりました。

## キ 通所リハビリテーション

（単位：回／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	82 (204)	69 (204)	43 (204)	42	34	34
介護予防	33 (192)	25 (192)	31 (180)	35	35	35
合 計	115 (396)	94 (396)	74 (384)	77	69	69

通所リハビリテーションは、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、介護老人保健施設や病院・診療所が、在宅の要介護者等を送迎し、必要なリハビリテーションを提供することで、利用者の心身の機能の維持回復を図るものです。対象者は、病状が安定期にあり、上記施設で、診療に基づき実施される計画的な医学的管理下でのリハビリテーションが必要と主治医が認めた要介護者等です。

平成31年度から、日南病院で通所リハビリテーションサービスが開始されました。第8期計画期間では、サービス提供体制の充実により利用回数が増加していましたが、コロナ禍の影響もあり、徐々に減少しました。

今後の通所リハビリテーションのサービス量は、現状と同様に見込みました。

## ク 短期入所生活介護

(単位：日／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	27 (96)	31 (96)	16 (96)	6	6	6
介護予防	0.3 (0)	0.5 (0)	0 (0)	0	0	0
合 計	27 (96)	32 (96)	16 (96)	6	6	6

短期入所生活介護は、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、特別養護老人ホーム等が要介護者等を短期間入所させて、日常生活上の世話と機能訓練を行うことで、利用者の心身の機能の維持向上を図るものです。また、家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。対象者は、心身の状況や家族の病気・冠婚葬祭・出張等のため、または家族の負担軽減を図るために、一時的に在宅での日常生活に支障がある要介護者等です。

主に、日南福祉会の事業所である特別養護老人ホームあかねの郷で、空床利用によりサービスが提供されています。町外の家族が帰省して介護している場合には、家族が帰省できない時に短期入所生活介護を活用する例や、介護者が80歳代以上など高齢化し、介護負担の軽減のために定期的に短期入所生活介護を活用する例などがあります。短期入所生活介護は、在宅生活の継続のために、また家族の介護負担軽減のために、重要な役割を担っています。

あかねの郷での短期入所生活介護は、平成22(2010)年度には19床でしたが、以後床数は減少し、平成30年度は定員4床で対応、令和元年12月からは空床利用のみの短期入所となりました。また、第8期計画期間中は、コロナ禍により利用が困難な期間が長くありました。

第9期計画期間のサービス量は、第8期よりも少なく見込んでいます。病院や介護老人保健施設、介護医療院での短期入所療養介護や、地域包括ケア病床のレスパイト機能の活用など、他のサービスと調整をして、需要に対応していく必要があります。

## ケ 短期入所療養介護（合計）

（単位：日／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	140 (372)	32 (372)	70 (348)	123	123	123
介護予防	8 (12)	1 (12)	0 (12)	0	0	0
合 計	384	384	360	123	123	123

## （ア）短期入所療養介護（病院等）

（単位：日／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	139	12	53	97	97	97
介護予防	8	1	0	0	0	0
合 計	147	13	53	97	97	97

## （イ）短期入所療養介護（介護老人保健施設）

（単位：日／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	1	20	17	26	26	26
介護予防	0	0	0	0	0	0
合 計	1	20	17	26	26	26

短期入所療養介護とは、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設が要介護者等を短期間入所させて、看護・医学的管理下の介護・機能訓練その他必要な医療と日常生活上の世話を行うことで、療養生活の質の向上を図るものです。また、家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。対象者は、症状が安定期にあり短期入所療養介護を必要とする要介護者等で、一時的に在宅での日常生活に支障がある要介護者等です。

主に日南病院療養型医療施設で、空床を利用して短期入所サービスが提供されています。短期入所療養介護は、在宅ケア継続の支援として重要な役割を担っています。第8期計画期間中は、コロナ禍により利用が困難な期間が長くありました。

在宅ケアの推進において短期入所サービスの必要性は高いです。介護療養型医療施設の制度が令和5年度末をもって廃止され、日南病院の介護療養病床（31床）は医療療養

病床に移行（計40床）されますが、短期入所療養介護サービスは、空床利用で引き続き利用できるということです。日南病院の地域包括ケア病床のレスパイト機能の活用、近隣町の介護老人保健施設での短期入所療養介護の活用などと合わせて、希望者の受け入れ体制について検討と周知が必要です。

今後の短期入所療養介護のサービス量は、実績値から第8期計画値の半分程度を見込んでいます。介護医療院による短期入所療養介護は、日野郡内にサービス事業所がないため、サービス量を見込んでいませんが、隣接する南部町西伯病院では、令和5年4月1日から現在の療養病床50床を医療療養病床30床と定員16人の介護医療院（個室4室、2床室2室、4床室2室）として整備される予定なので、今後利用されることがあるかもしれません。

## コ 特定施設入居者生活介護

（単位：人／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	5 (10)	5 (10)	3 (10)	11	11	11
介護予防	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0	0	0
合 計	5 (11)	5 (11)	3 (11)	11	11	11

特定施設とは、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームのことです。これら特定施設は、指定基準を満たせば、県の定める定員の範囲内で特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けることができます。

特定施設入居者生活介護は、入居する要介護者に対し、特定施設サービス計画にもとづき、介護・日常生活上の世話、機能訓練・療養上の世話を行い、施設で能力に応じて自立した生活を営めるように支援するものです。

現在、町内には提供事業所がなく、主に県内の養護老人ホーム2施設（皆生エスポートール（米子市皆生）、母来寮（湯梨浜町））の措置入所者、米子市などの有料老人ホーム入居者、サービス付き高齢者住宅入居者へのサービス提供となっています。

特定施設入居者生活介護のサービス量は、今後増加すると見込んでいます。

## サ 福祉用具貸与

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	88 (99)	98 (99)	104 (97)	106	106	106
介護予防	71 (66)	84 (65)	91 (64)	97	97	97
合 計	159 (165)	182 (164)	195 (161)	203	203	203

福祉用具貸与は、利用者が可能な限り居宅で自立した生活を営むことができるよう、利用者の心身状況、希望と環境をふまえて適切な福祉用具の選定の援助・取り付け・調整等を行い貸与することにより、日常生活上の便宜を図り機能訓練に資するものです。また、介護者の負担を軽減します。身体状況により、対象外となる種目があります。

福祉用具貸与のサービス量は増加傾向ですが、今後は横ばいを見込んでいます。

## シ 特定福祉用具購入費

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	1 (2)	2 (2)	2 (2)	2	2	2
介護予防	2 (2)	1 (2)	2 (2)	2	2	2
合 計	3 (4)	3 (4)	4 (4)	4	4	4

特定福祉用具購入費は、利用者が可能な限り居宅で自立した生活を営むことができるよう、利用者の心身状況、希望と環境をふまえて適切な特定福祉用具の選定の援助・取り付け・調整等を行い、日常生活上の便宜を図り機能訓練に資するものです。また、介護者の負担を軽減します。①腰掛便座、②自動排せつ処理装置の交換部品、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分が対象となり、償還払いで給付します。

特定福祉用具購入費のサービス量は、今後も横ばいを見込んでいます。

## ス 住宅改修

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	1 (2)	1 (2)	1 (2)	2	2	2
介護予防	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1	1	1
合 計	2 (3)	2 (3)	2 (3)	3	3	3

在宅生活を支援するために必要な住宅改修（段差の解消、手すりの設置等）を行ったときは、居宅介護住宅改修費を償還払いで給付します。

住宅改修のサービス量は、今後も横ばいを見込んでいます。

## セ 居宅介護（介護予防）支援

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
居宅介護	137 (151)	148 (150)	151 (150)	146	146	146
介護予防	79 (76)	103 (76)	113 (75)	114	114	114
合 計	216 (227)	251 (226)	264 (225)	260	260	260
介護予防ケア マネジメントA	1,242	1,242	1,242	1,242	1,242	1,242
総合計	3,966	3,954	3,942	3,966	3,954	3,942

令和5年度の介護予防ケアマネジメントAは、4月から9月提供分をもとに年間実績見込みを算出しました。  
直営・委託を含みます。第9期の計画値は、令和5年度実績をもとに推計しました。

居宅介護サービス計画作成及び介護予防サービス計画作成に伴うサービス量です。居宅介護サービス計画は、主に日南福祉会、日南病院の居宅介護支援事業所が担っています。また、介護予防サービス計画は、日南町地域包括支援センターが担当していますが、計画作成の大部分を日南福祉会等に委託しています。

平成27年度の介護保険制度改正により、予防給付の介護予防サービス計画費（要支援1・2の人）は、予防給付（訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、ショートステイ、福祉用具貸与）のサービスを利用する人だけに支給されることとなりました。

予防給付によるサービスの利用がなく、訪問型サービス、通所型サービスなどの介護



予防・生活支援総合事業のサービスのみを利用する要支援1・2の人、事業対象者については、介護予防ケアマネジメントA・B・Cを行います。これらの費用は、予防給付ではなく「地域支援事業の介護予防・生活支援総合事業」から給付することとなりました。

○ケアマネジメントA：原則的な介護予防支援相当のプロセス（地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ委託しています）

○ケアマネジメントB：簡略化した介護予防ケアマネジメント（担当者会議を省略できます）

○ケアマネジメントC：初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス

居宅介護（介護予防）支援費は、介護サービスを利用するために必ず必要なケアプランを作成するための費用であり、第8期計画期間では計画値を上回って増加しています。

居宅介護（介護予防）支援費のサービス量は、今後、居宅介護サービス計画費、介護予防サービス計画費、介護予防ケアマネジメントAのいずれも、横ばいと見込んでいます。

## （２）地域密着型サービス量及び地域密着型介護予防サービス量の見込み

地域密着型サービスは、高齢者が介護や支援を必要とする状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう支援するためのサービスです。

なお、地域密着型サービスは、原則として本町の町民のみが利用できるサービスで、本町がサービス事業者の指定・指導監督の権限を持ちます。様々な理由で町民が他の市町村にある事業者の利用を希望する場合は、相手先の市町村の同意を得て本町が当該事業者の指定をした上で、利用できることになります。逆に他の市町村の住民が本町にある事業者の利用を希望する場合は、「日南町介護保険運営協議会」の意見を聴取し、相手先市町村に対して本町が同意した場合に限り、利用できることになります。

地域密着型サービスの適正な運営を確保するため、地域密着型サービス運営に関する委員会を設置し、サービス事業者指定、質の確保、運営の評価等を行うこととなっています。本町では、これらの業務にかかる協議は、「日南町介護保険運営協議会」において行われます。

### ＜日南町における地域密着型サービスの整備状況＞

#### ● 認知症対応型通所介護

- ・ 認知症デイサービスセンター虹の郷 定員12人 平成19（2007）年度整備
- ・ 認知症デイサービスセンター虹の郷 平成29年3月31日休止  
現在も休止中。

● 認知症対応型共同生活介護

- ・グループホーム虹の郷 定員2ユニット18人

平成19（2007）年度整備、平成30年7月休止

（現在は用途を変更し、障がい者グループホームつなで定員7人、有料老人ホームつくほ定員9人として運用されている。）

- ・グループホームあさひの郷 定員2ユニット18人

平成22（2010）年度整備、平成29年7月31日休止

平成30年7月再開始し現在も運用中

## ア 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

（単位：人／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	2 (2)	2 (2)	1 (2)	1	1	1

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、介護保険法の一部改正により平成24（2012）年度に創設されました。重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行うものです。一つの事業所が訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する一体型、あるいは訪問看護事業所と緊密に連携を図って実施する連携型があります。医療的ケア（看護）が必要な人が、安心して在宅で暮らすために有用なサービスです。

現在、町内にはサービス提供事業所がなく、当面は基盤整備を見込んでいません。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の今後のサービス量は、町外でのサービス利用を見込んでいます。

## イ 夜間対応型訪問介護

（単位：人／年）

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0	0	0	0	0	0

夜間対応型訪問介護は、要介護者に対して、出来るだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活が営めるように、夜間に定期的な巡回または随時の通報により、介護福祉士等の訪問介護員が居宅を訪問して、入浴・排せつ・食事等の日常生活の世話、緊急時の対応などを行い、夜間において、安心して生活を送ることができるよう援助する

ものです。

現在は、町内にはサービス提供事業所がなく、当面基盤整備の見込みはありません。  
今後のサービス量は、なしと見込んでいます。

## ウ 地域密着型通所介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1	1	1

平成28年4月から、利用定員が18人以下の小規模な通所介護事業所は、市町村が指定・監督する地域密着型通所介護事業所として、地域密着型サービスに位置づけられました。

現在、町内には該当事業所がなく、町外事業所の利用実績のみとなっています。

地域密着型通所介護は、当面基盤整備の見込みがないことから、今後のサービス量は、町外事業所での利用分を見込んでいます。

## エ 認知症対応型通所介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0	0	0	0	0	0

認知症対応型通所介護は、認知症がある利用者が、できるだけ居宅で能力に応じて自立した日常生活を営めるように、デイサービスセンターに送迎し、介護・日常生活の世話・機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立の解消と心身の機能の維持を図るものです。また、家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。認知症対応通所介護は、症状の緩和に資するように目標を設定し、認知症の特性に配慮して、計画的に行います。

認知症デイサービスセンター虹の郷は、平成29年3月末に職員体制の確保が難しく休止となり、現在も休止中です。認知症がある人が安心してゆったりと過ごせるデイサービスは必要ですが、町内では提供できていません。一般的なデイサービスの中で、工夫をしながら対応をされています。第8期計画期間では、町外事業所での利用もなく、実績がありませんでした。

認知症対応型通所介護は、当面町内での基盤整備の予定がないことから、今後のサービス量はなしと見込んでいます。

## オ 小規模多機能型居宅介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0	0	0	0	0	0

小規模多機能型居宅介護は、①居宅で、またはサービス拠点への②通所や③短期宿泊により、介護・家事・日常生活上の世話・機能訓練を行い、能力に応じ居宅で自立した生活を営むことができるようにするものです。登録された定員25人以下の人を対象に、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせサービスを提供することで、居宅における生活の継続を支援します。個別サービス計画に基づいて支援が行われます。

現在、町内にはサービス提供事業所がなく、第8期計画期間では利用実績がありませんでした。

小規模多機能型居宅介護は、当面基盤整備の見込みがないことから、サービス量はなしと見込んでいます。

## カ 認知症対応型共同生活介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	18 (19)	18 (19)	19 (18)	18	18	18

認知症対応型共同生活介護は、認知症がある高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流のもと、日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするものです。事業所の担当者が作成する認知症対応型共同生活介護計画にもとづいて、サービスが提供されます。

現在、町内では、グループホームあさひの郷（定員18人）でサービスが提供されています。

認知症対応型共同生活介護のサービス量は、今後も横ばいと見込んでいます。

## キ 地域密着型特定施設入居者生活介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0

地域密着型特定施設とは、有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホームにおいて、入居者が要介護者と配偶者に限られる介護専用型特定施設のうち、入居定員が29人以下のものです。地域密着型特定施設入居者生活介護とは、要介護者である入居者に、介護・家事・日常生活上の世話・機能訓練・療養上の世話を行い、地域密着型特定施設で、能力に応じて自立した日常生活を営めるようにするものです。事業所の介護支援専門員が作成するサービス計画に基づいて、サービスが提供されます。

現在、町内にはサービス提供事業所がなく、利用実績はありません。

地域密着型特定施設は、当面基盤整備の見込みがないことから、今後のサービス量はなしと見込んでいます。

## ク 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0

地域密着型介護老人福祉施設とは、定員が29人以下かつ条例で定められた人数以下の、特別養護老人ホームです。地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護とは、できるだけ居宅生活への復帰を念頭において、介護・日常生活上の世話・機能訓練・健康管理と療養上の世話を行い、要介護者である入所者が能力に応じて自立した日常生活を営めるようにめざすものです。地域密着型施設サービス計画にもとづき、サービスが提供されます。

現在、町内にはサービス提供事業所がなく、利用実績はありません。

地域密着型介護老人福祉施設は、当面町内に基盤整備の見込みがないことから、今後のサービス量は、なしと見込んでいます。

## ケ 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

（単位：人／年）

区 分	第8期計画期間の実績（計画値）			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0

看護小規模多機能型居宅介護とは、医療ニーズの高い要介護者に対応するため、小規模多機能居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる事業所が行うサービスです。別々に指定を受けた事業所から別々にサービスを提供するよりも、看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置された介護支援専門員によるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能になります。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能となる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点があります。看護小規模多機能型居宅介護は、利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するように目標を設定し、計画的に行われます。第5期（平成24年4月）に創設されました。

現在、町内にサービス提供事業所がなく、利用実績はありません。

看護小規模多機能型居宅介護は、当面基盤整備の見込みがないことから、今後のサービス量はなしと見込んでいます。



## (3) 施設介護サービス量の見込み

## ア 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	82 (89)	86 (89)	87 (89)	87	87	87

介護老人福祉施設とは、老人福祉法に規定する特別養護老人ホームのうち、入所定員が30人以上かつ条例で定める数以上のものです。要介護者に対し施設サービス計画にもとづき、①日常生活上の世話、②機能訓練、③健康管理、④療養上の世話を行います。入所対象者は、身体上・精神上著しい障がいがあるため常時介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者です。平成27年度の介護保険制度改正により、介護老人福祉施設の入所は原則、要介護3以上の人と定められました。

町内では、平成17(2005)年度サービス提供を開始した「特別養護老人ホームあかねの郷」が90床あります。平成29年4月から、職員体制の確保が難しく定員を85床に減らしていましたが、令和元年12月より、再度90床で運営しています。

介護老人福祉施設のサービス量は、特別養護老人ホームあかねの郷90床と町外事業所の利用分を考慮し、今後も横ばいを見込んでいます。

## イ 介護老人保健施設

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R3年度	R4年度	R3年度	R4年度
介 護	17 (16)	28 (16)	44 (16)	45	45	45

介護老人保健施設とは、要介護者に対し施設サービス計画にもとづき、①看護、②医学的管理下での介護、③機能訓練等の必要な医療、④日常生活上の世話を行うことを目的とした施設です。入所対象者は①～④のサービスを必要とする要介護者です。施設では、在宅の生活への復帰を目指してサービスが提供されます。

現在、町内には介護老人保健施設がなく、鳥取県西部地域にある施設、特に日野町の「おしどり荘」、江府町の「あやめ」の利用が多くなっています。第8期計画期間中は、コロナ禍の影響が大きく、町外から頻回に帰省していた子供が帰省できなくなったり、短期入所が利用できにくくなったりしたことにより、在宅生活が困難になり入所される例があり、計画値よりも利用実績は多くなっています。

老人保健施設のサービス量は、日南病院の介護療養型病床が令和6年度から医療療養型病床に移行することもあり、今後も多く見込んでいます。



## ウ 介護療養型医療施設

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	19 (21)	19 (21)	11 (11)			

介護療養型医療施設とは、療養病床等をもつ病院・診療所の介護保険適応部分に入所する要介護者に対し、施設サービス計画にもとづき、①療養上の管理、②看護、③医学的管理下の介護等の世話、④機能訓練等の必要な医療を行うことを目的とした施設です。入所の対象者は、症状が安定期にある長期療養者であって、①～④のサービスが必要な要介護者です。

現在は、主に日南病院介護療養型医療施設でのサービス提供となっています。

今後、介護療養型医療施設の制度が令和5年度末をもって廃止されることが決定しています。日南病院では、令和6年度から介護療養病床18床を医療療養病床に移行(合計40床)されます。

介護療養型医療施設のサービス量は、令和5年度末までとしています。

## エ 介護医療院

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介 護	2 (5)	4 (5)	3 (5)	5	5	5

介護医療院とは、主として長期の療養が必要である要介護者に対して、施設サービス計画にもとづき、①療養上の管理、②看護、③医学的管理のもとでの介護、④機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とした施設です。入所対象者は、症状が安定期にあり①～④のサービスを必要とする ア. 重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等である要介護者 イ. ア以外の要介護者です。施設では、在宅生活への復帰を目指してサービスが提供されます。平成30年4月に創設されました。

現在、町内には事業所がなく、第8期計画期間は町外事業所の利用実績のみです。介護医療院の基盤整備は、日南病院で検討をされていますが、未定です。

介護医療院のサービス量は、今後増加すると見込んでいます。

#### (4) 施設・居住系サービス量の見込み（再掲）

施設・居住系サービス見込み量についてはすでに記載していますが、一月あたりの利用人数で再掲しています。

##### ア 施設・居住系サービス利用者数の推計

(人／年)

区 分	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
介護老人福祉施設 (広域型) (＝特別養護老人ホーム)	87	87	87	87	87	87
介護老人福祉施設 (地域密着型) (＝特別養護老人ホーム)	0	0	0	0	0	0
介護老人保健施設	44	45	45	45	40	40
介護療養型医療施設	11					
介護医療院	3	4	4	4	4	4
認知症対応型共同生活介護 (＝認知症高齢者グループ ホーム)	18	19	19	18	18	18
特定施設入居者生活介護 (広域型)	3	11	11	11	9	6
特定施設入居者生活介護 (地域密着型)	0	0	0	0	0	0
合 計	166	163	163	163	158	157

○ 令和5年度は、4月～9月の実績に基づき利用者数を推計しています。

令和6年度以降の利用者数は、厚生労働省提供見える化システムを用いて推計し、さらに修正をしています。

## 2 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス量の見込み

各サービスの内容については、第2章 高齢者を取りまく現状 4 地域支援事業の状況 (3) 介護予防・日常生活支援総合事業 ア 介護予防・生活支援サービス事業 (35頁～) に記載していますので、参照してください。

### (1) 訪問型サービス量の見込み

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
訪問型サービスA (みなし・独自・緩和)	40 (40)	33 (40)	33 (40)	33	33	33
訪問型サービスB (住民主体による支援)	1 (3)	1 (4)	1 (5)	1	1	1
訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	0 (3)	0 (3)	0 (3)	0	0	0
訪問型サービスD (移送支援)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0

令和5年度は、Aは4月審査から9月審査分により算出しました。B・C・Dは4月提供から12月提供分により算出しました。

総合事業の対象者は、基本チェックリストにより事業対象者に該当した人、要支援1・2の認定がある人（以下「要支援者等」とする）です。要支援者等は、ADL（「基本的な動作」のことで、着替えやトイレ動作、歩くことなどを指します）は自立している人が多く、IADL（「手段的日常生活動作」のことで、掃除・料理・洗濯・買い物などの家事や、交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理、趣味などの複雑な日常生活動作のことを指します）の一部が難しくなっています。

第9期計画期間でも、出来ることは自分で行う「自立支援」の視点を持った総合事業による訪問型サービスを提供します。必要なサービス量は、横ばいを見込んでいます。

## (2) 通所型サービス量の見込み

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
通所型サービスA (みなし・独自・緩和)	123 (1,488)	113 (1,488)	113 (1,488)	113	113	113
通所型サービスB (住民主体による支援)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0	0
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1	1	1

令和5年度は、Aは4月審査から9月審査分により算出しました。Cは4月提供から12月提供分により算出しました。通所型サービスBは、令和2年度から「地域介護予防活動支援住民主体介護予防教室」の事業に移行しました。

総合事業の対象者は、基本チェックリストにより該当となった事業対象者と、要支援1・2の認定がある人（以下「要支援者等」という）です。要支援者等は、ADLが自立している人が多く、IADLの一部が難しくなっています。

今後、自立支援の視点で取り組む総合事業による「通所型サービス」は、横ばいを見込んでいます。

## (3) 生活支援サービス量の見込み

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
見守り・生活支援サービス	7 (12)	4 (12)	4 (12)	4	4	4

令和5年度は、4月提供から9月提供分により算出しました。

日南町見守り・生活支援サービスは、日南町の定める要綱に基づき、宅配弁当など業務で定期的に居宅へ訪問する事業者やボランティア団体等を実施事業者として登録し、見守りを行います。

令和元年度から多里まちづくりサポートセンター（弁当配達）と安達商事（移動販売車あいきょう）により実施されています。安達商事は令和3年度末で終了となりましたが、令和5年8月から合同会社ひまわりにより再開となっております。

今後の生活支援サービス量は、横ばいを見込んでいます。

## (4) 介護予防ケアマネジメントの見込み

(単位：人／年)

区 分	第8期計画期間の実績(計画値)			第9期計画期間の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
事業対象者介護予防 ケアマネジメントA	66 (52)	57 (52)	57 (52)	57	57	57
第1号介護予防 ケアマネジメントA	651 (617)	650 (617)	617 (617)	617	617	617
直営による介護予防 ケアマネジメントA	36 (24)	35 (24)	35 (24)	35	35	35
直営による介護予防 ケアマネジメントC	2 (1)	1 (1)	1 (1)	1	1	1

事業対象者介護予防ケアマネジメントAと第1号介護予防ケアマネジメントAには、委託と直営を含めています。直営による介護予防ケアマネジメントAには、要支援と事業対象者を含めています（再掲になっています）。ケアマネジメントAの対象となる人は、「訪問A、通所A、訪問B、訪問C、通所Cの利用者で予防のサービス利用がない人」です。ケアマネジメントCの対象となる人は、「見守り・生活支援サービスのみ利用の人」です。

令和5年度は、4月提供から9月提供分により算出しています。

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等から依頼を受けて介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービス事業の他、一般介護予防事業や市町村の独自施策、民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状態等にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。町内居宅介護支援事業所等へ一部業務委託により実施しています。

介護予防ケアマネジメントには、①原則的なもの（A）②簡略化したもの（B）③初回のみのも（C）の3つのパターンがありますが、本町では、ケアマネジメントAとケアマネジメントCを実施しています。

今後の介護予防ケアマネジメントのサービス量は横ばいを見込んでいます。

## 3 給付費の見込み

第9期計画期間における介護サービス給付費見込み額については、厚生労働省提供の推計ソフトを用いて推計し、さらに令和5年度実績見込額をもとに修正して、算出しています。この見込み額には、令和6年4月から（一部は令和6年6月から）の介護報酬改定率（プラス1.54%）を反映させて、算出しています。

## 第9期計画期間の給付費見込み額

(単位:千円)

区 分			R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
居 宅 サ ー ビ ス	訪問介護	介護	41,302	26,128	25,326	25,326	20,931	9,290
		予防						
	訪問入浴介護	介護	0	0	0	0	0	0
		予防	0	0	0	0	0	0
	訪問看護	介護	6,848	6,794	6,725	6,725	5,473	2,056
		予防	1,053	740	704	704	704	537
	訪問リハビリ テーション	介護	3,203	3,911	3,729	3,729	2,501	1,507
		予防	1,202	1,357	1,359	1,359	1,359	726
	居宅療養 管理指導	介護	2,096	2,412	2,219	2,105	1,812	1,046
		予防	424	457	458	458	382	306
	通所介護	介護	68,972	74,347	70,581	70,622	55,535	24,634
		予防						
	通所リハビリ テーション	介護	2,257	2,961	2,420	2,420	2,420	1,874
		予防	12,541	11,898	11,913	11,913	10,944	8,421
	短期入所 生活介護	介護	1,965	598	599	599	599	599
		予防	0	0	0	0	0	0
	短期入所 療養介護	介護	9,276	16,846	16,927	16,986	10,566	4,061
		予防	0	0	0	0	0	0
	特定施設入居 者生活介護	介護	8,589	18,726	18,749	18,749	16,676	11,808
		予防	0	0	0	0	0	0
	福祉用具 貸与	介護	16,808	16,605	15,899	15,666	14,065	5,282
		予防	6,737	7,043	7,110	6,882	6,308	4,637
	特定福祉 用具購入	介護	545	620	620	620	620	279
		予防	616	573	573	573	573	573
	住宅改修	介護	248	443	443	443	443	443
		予防	776	661	661	661	661	661
	居宅介護 支援	介護	30,256	30,313	30,351	30,351	25,194	13,488
		予防	6,157	6,286	6,294	6,294	5,744	4,142
	小計	介護	192,365	200,704	194,588	194,341	156,835	76,367
		予防	29,506	29,015	29,072	28,844	26,675	20,003
	居宅サービス 介護・予防合計 ①		221,871	229,719	223,660	223,185	183,510	96,370

第5章 介護保険事業に関する見込み

区 分		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,376	1,417	1,419	1,419	1,419	1,419
	夜間対応型 訪問介護	0	0	0	0	0	0
	地域密着型 通所介護	0	1,712	1,714	1,714	1,714	421
	認知症対応型通所介護	介護	0	0	0	0	0
		予防	0	0	0	0	0
	小規模多機能型居宅介護	介護	0	0	0	0	0
		予防	0	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	介護	58,399	57,853	57,926	57,926	57,475
		予防	0	0	0	0	0
	地域密着型特定施設入居者生活介護	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
	地域密着型サービス小計 ②	介護	59,775	60,982	61,059	61,059	60,608
		予防	0	0	0	0	0

区 分		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
施設サービス	介護老人福祉施設	315,373	318,548	318,951	318,705	308,196	308,196
	介護老人保健施設	146,825	144,391	144,574	144,574	127,555	127,555
	介護療養型医療施設	32,135					
	介護医療院	16,657	16,630	16,651	16,651	16,651	16,651
	施設サービス 小計 ③	510,990	479,569	480,176	479,930	452,402	452,402

区 分		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
地域支援事業費 ④		81,451	81,506	82,061	81,506	69,758	56,299
その他	特定入所者介護サービス費	40,420	48,178	48,005	46,967	42,081	34,159
	高額介護サービス費	16,934	20,517	20,443	20,001	17,894	14,525
	高額医療合算介護サービス費	1,924	1,940	1,933	1,891	1,720	1,396
	審査支払手数料	1,033	970	966	945	860	698
	その他 小計 ⑤	60,311	71,605	71,347	69,804	62,555	50,778

区 分		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
標準給付見込み額 ①～④の合計		874,087	851,776	846,956	845,680	766,278	664,085

区 分		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R12年度	R22年度
保険給付費等合計額 ①～⑤の合計		861,454	912,350	909,109	860,761	828,833	714,863





## 第 6 章

### 第 9 期 介護保険料

## 第6章 第9期介護保険料

### 1 第1号被保険者保険料基準額の考え方

第9期介護保険事業計画期間である令和6（2024）年度から令和8（2026）年度における第1号被保険者保険料を算定するためには、当該3か年の介護給付費を推計する必要があります。介護給付費の推計に当たっては、計画期間の高齢者人口や要介護（要支援）認定者数、令和6（2024）年度の制度改正による影響を反映した介護サービス量の見込み、令和6（2024）年4月の介護報酬改定率等を勘案して推計しました。3か年の給付費・地域支援事業費等の総額は25億1千万円程度になる見込みです。

#### （1）第1号被保険者保険料の算定にかかる要因

##### ア 第8期計画との主な変化要因

- ・第1号被保険者数は前期高齢者（65～74歳）、後期高齢者（75歳以上）ともに減少する見込みです。
- ・令和6（2024）年度介護報酬改定率は、+1.59%とされたところです。  
介護職員の処遇改善（令和6年6月施行）分として0.98%分が、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として+0.61%が措置されます。  
このうち、介護職員の処遇改善分が令和6年6月施行となることを踏まえ、町の給付費見込みは、+1.54%を反映します。
- ・第1号被保険者の標準段階について、現行の10段階から13段階に多段階化します。  
また、令和6年度から8年度までの第6～12段階の境目となる基準所得金額は、それぞれ120万円、210万円、320万円、420万円、520万円、620万円、720万円となりました。
- ・介護療養病床は令和5年度末で廃止されます。日南病院では令和6年4月以降、医療必要度の高い方の対応を行いつつ、一定の範囲で介護ニーズに対応できる医療療養病床に転換する方針です。

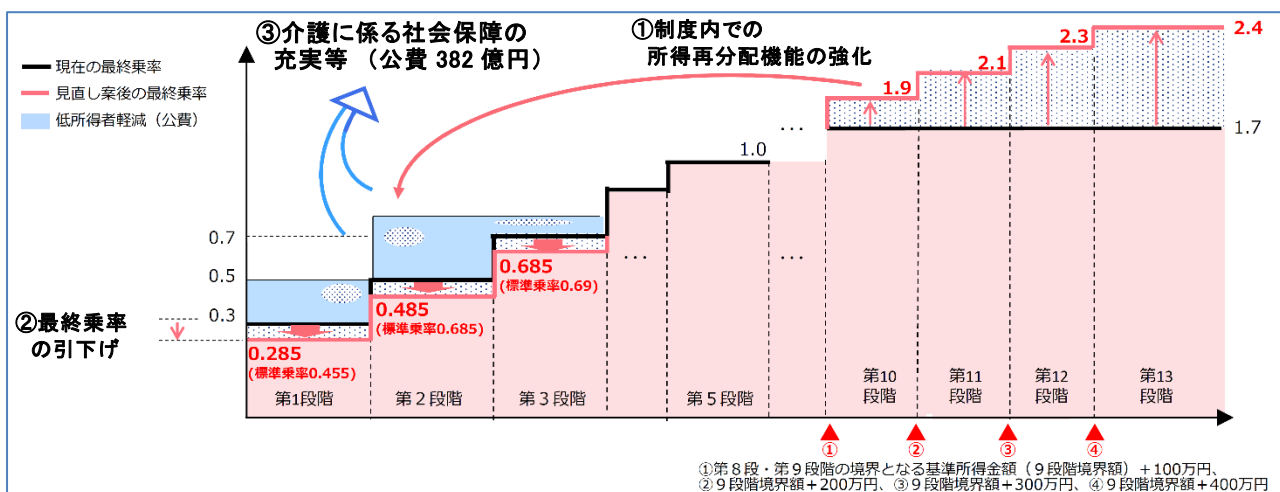
##### イ 保険料段階の設定と低所得高齢者保険料軽減策

- ・第9期計画では、介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再分配機能を強化するため、標準段階の9段階（本町では10段階）から13段階へ多段階化します。また、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等を行うことで、低所得者の保険料上昇の抑制を図ります。
- ・第8期計画から第9期計画の保険料率は、第1段階が0.3から0.285に、第2段階が0.5から0.485に、第3段階が0.7から0.685に軽減されています。

## (2) 低所得高齢者保険料軽減強化策の概要

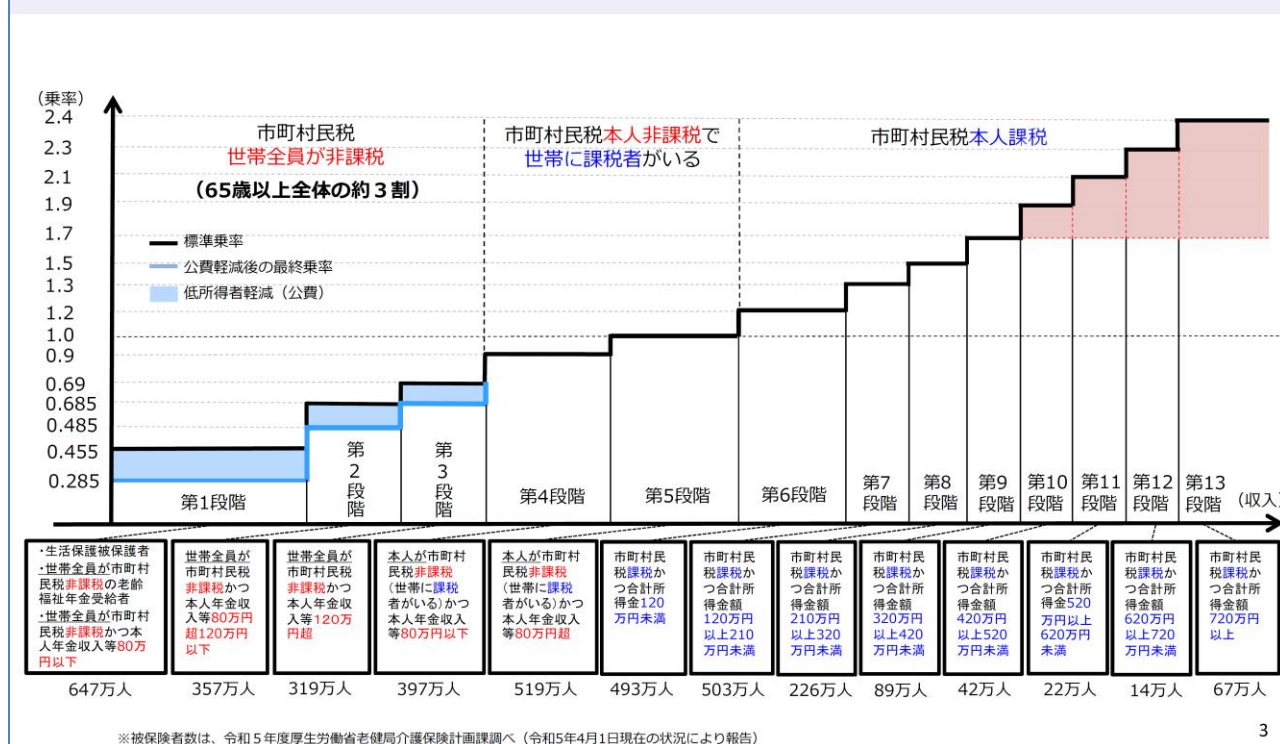
介護保険第1号被保険者の保険料の低所得者軽減強化について、標準乗率から公費軽減後の最終乗率は、以下の図のとおりです。

第1号保険料に関する見直しの成案(標準9段階から標準13段階への見直し)



### 【参考】第9期計画期間における第1号保険料(標準13段階)

○今回の見直しを踏まえた、第9期計画期間における、標準段階、標準乗率、公費軽減割合、基準所得金額等は以下のとおり。



## 2 第9期計画期間の介護保険料率

第8期介護保険料率を、次のとおり第9期介護保険料率に改めます。介護保険料率の区分、算定方法について、第8期計画から変更しているところを下線で示しています。

### 参考：第8期計画期間の介護保険料率（10段階）

段階	区 分	算定方法	対象者割合
1	生活保護・老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税	基準額×0.5	11.5%
	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	軽減強化 基準額×0.3	
2	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円以下の人	基準額×0.75 軽減強化 基準額×0.5	17.1%
3	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円を超える人	基準額×0.75 軽減強化 基準額×0.7	14.3%
4	住民税世帯課税で本人が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	基準額×0.9	6.6%
5 基準額	住民税世帯課税で本人が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える人	基準額×1.0	23.4%
6	本人が住民税課税で合計所得金額が120万円未満の人	基準額×1.2	11.7%
7	本人が住民税課税で合計所得金額が120万円以上200万円未満の人	基準額×1.3	9.3%
8	本人が住民税課税で合計所得金額が200万円以上300万円未満の人	基準額×1.5	3.4%
9	本人が住民税課税で合計所得金額が300万円以上400万円未満の人	基準額×1.7	1.3%
10	本人が住民税課税で合計所得金額が400万円以上の人	基準額×1.75	1.4%

## 第9期計画期間の介護保険料率（13段階）

※下線は第8期からの変更点です

段階	区 分	算定方法	対象者割合
1	生活保護・老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税	基準額× <u>0.455</u>	9.5%
	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	軽減強化 基準額× <u>0.285</u>	
2	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の人	基準額× <u>0.685</u> 軽減強化 基準額× <u>0.485</u>	16.6%
3	住民税世帯非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円を超える人	基準額× <u>0.69</u> 軽減強化 基準額× <u>0.685</u>	12.9%
4	住民税世帯課税で本人が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	基準額×0.9	5.6%
5 基準額	住民税世帯課税で本人が住民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える人	基準額×1.0	21.4%
6	本人が住民税課税で合計所得金額が120万円未満の人	基準額×1.2	12.5%
7	本人が住民税課税で合計所得金額が120万円以上 <u>210万円</u> 未満の人	基準額×1.3	12.0%
8	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>210万円以上</u> <u>320万円</u> 未満の人	基準額×1.5	6.0%
9	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>320万円以上</u> <u>420万円</u> 未満の人	基準額×1.7	1.4%
10	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>420万円以上</u> <u>520万円</u> 未満の人	基準額× <u>1.9</u>	0.5%
11	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>520万円以上</u> <u>620万円</u> 未満の人	基準額× <u>2.1</u>	0.3%
12	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>620万円以上</u> <u>720万円</u> 未満の人	基準額× <u>2.3</u>	0.2%
13	本人が住民税課税で合計所得金額が <u>720万円以上</u> <u>の人</u>	基準額× <u>2.4</u>	1.1%

### 3 第9期計画期間の第1号被保険者保険料

#### (1) 第1号被保険者介護保険料基準額の算定

第8期計画期間の第1号被保険者保険料基準額は、5,700円でした。

第9期計画期間の第1号被保険者保険料基準額は、厚生労働省提供の推計ソフトで算出したところ、月額 6,280円 となりました。

介護保険給付費準備基金から4,100万円を取り崩すこととし、これによる影響額である月額574円を算入すると、月額5,706円となります。

**○ 第9期介護保険料基準額を 月額 5,700 円 とします。**

#### (2) 第9期段階別介護保険料

介護保険料基準額と各段階の保険料率により算定した第1号保険者の第9期介護保険料は次のとおりです。低所得高齢者の保険料軽減強化は、第1段階（0.455を0.285に）、第2段階（0.685を0.485に）及び第3段階（0.69を0.685に）に反映させています。

保険料段階	介護保険料（年額）	介護保険料（月額）
第1段階（×0.285）	19,500円	1,625円
第2段階（×0.485）	33,100円	2,765円
第3段階（×0.685）	46,800円	3,905円
第4段階（×0.9）	61,500円	5,130円
【基準額】第5段階（×1.0）	68,400円	5,700円
第6段階（×1.2）	82,000円	6,840円
第7段階（×1.3）	88,900円	7,410円
第8段階（×1.5）	102,600円	8,550円
第9段階（×1.7）	116,200円	9,690円
第10段階（×1.9）	129,900円	10,830円
第11段階（×2.1）	143,600円	11,970円
第12段階（×2.3）	157,300円	13,110円
第13段階（×2.4）	164,100円	13,680円

注：月額は、介護保険料基準額に各段階の保険料率を乗じたものです。  
年額は、それに12月を乗じ100円未満を切り捨てたものです。



## 資 料 編

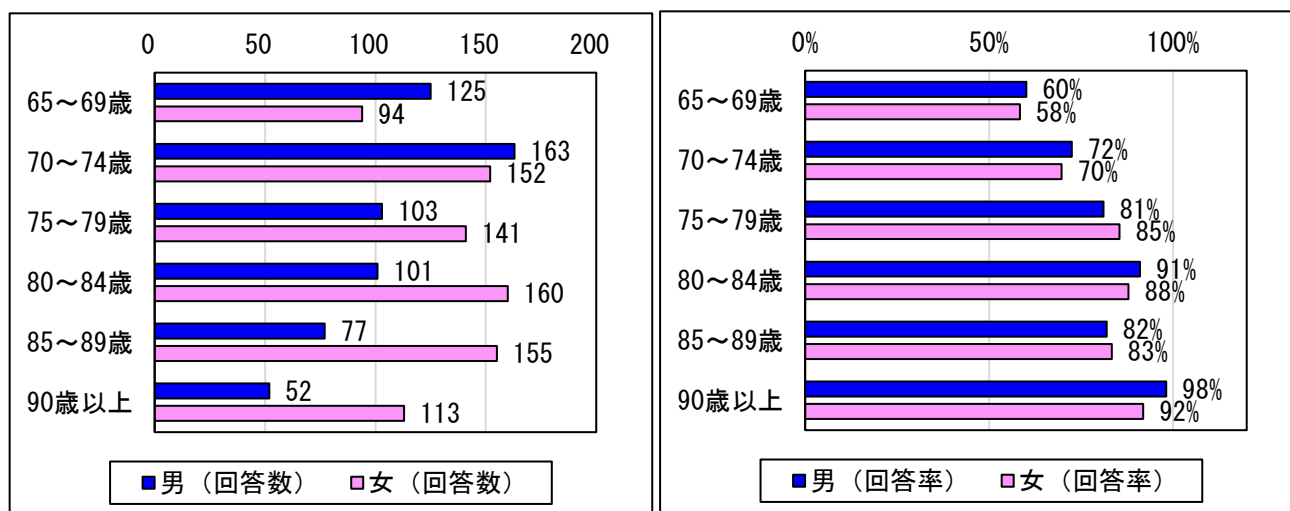
- 1 介護予防・日常生活圏域 高齢者ニーズ調査の結果概要
- 2 日南町老人福祉計画・第9期介護保険事業計画の主な策定経過
- 3 日南町介護保険運営協議会設置要綱
- 4 日南町介護保険運営協議会委員名簿

## 1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要

調査目的	第9期介護保険事業計画の基礎資料とする。介護予防事業対象者を把握する。必要なサービスを迅速に提供する。
調査時期	令和5年2月
調査方法	郵便で配布、回収。
調査対象者	1,853人（65歳以上、要介護認定を受けていない人）
回答数	1,457人（男621人、女815人）
回答率	77.5%

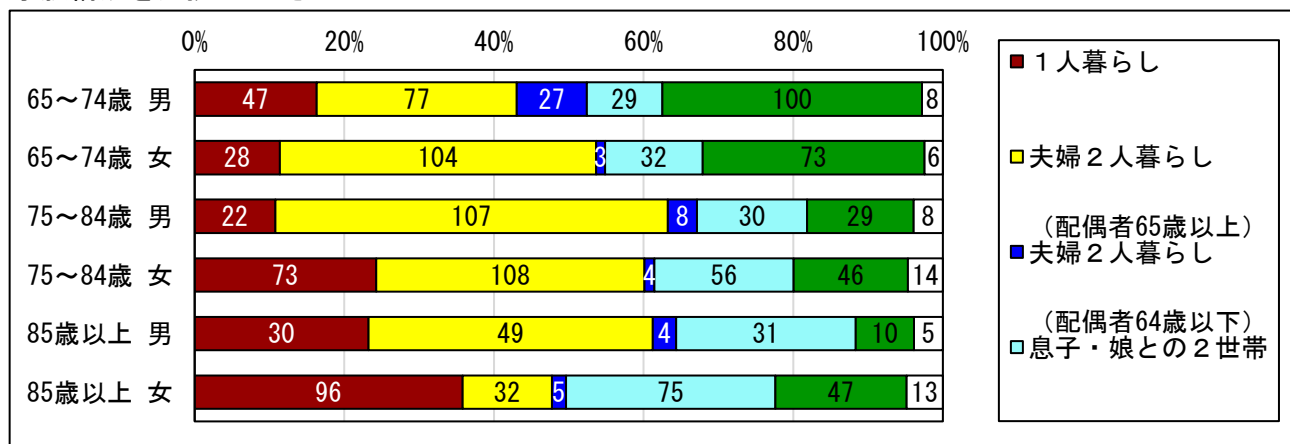
※コメントは、前回調査との比較を中心に記載しています。また、数値のみのデータラベルは人数を表しています。

### 調査の回答数と回答率



・回答率は男性76%、女性79%でした。

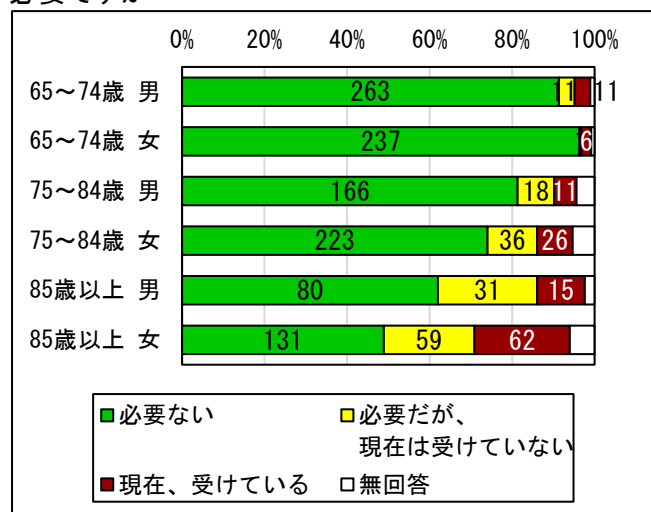
### 家族構成をお教えてください



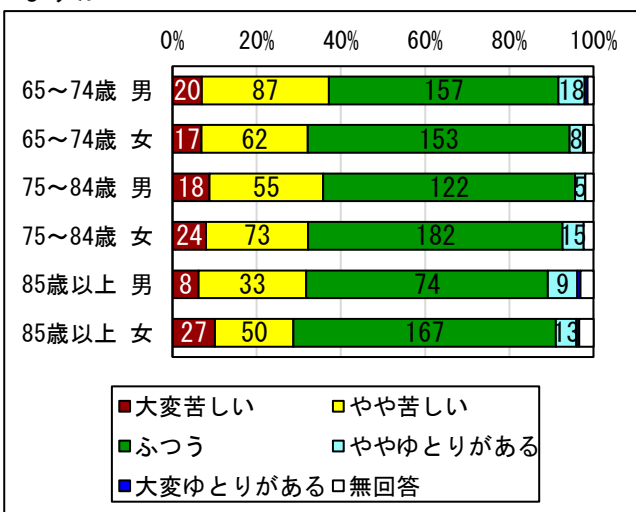
・65～74歳男性の1人暮らしが増加しました。要因として、離婚や未婚のまま高齢者となっていることが考えられます。

・85歳以上では、夫婦2人暮らしが増加しています。また、85歳以上の女性の約3割が1人暮らしでした。

あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

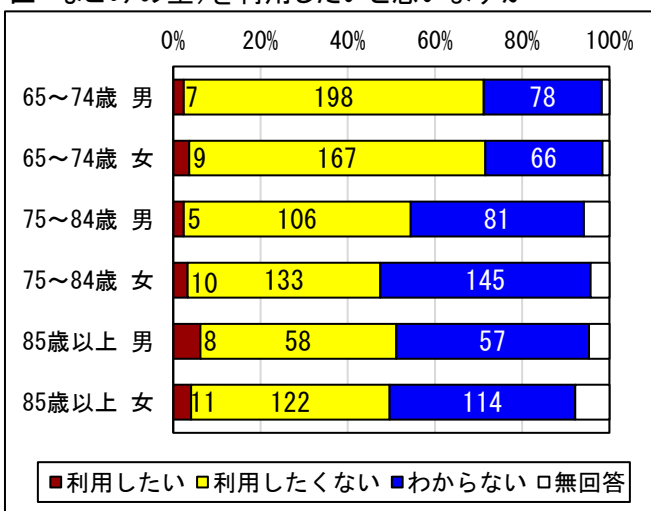


現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

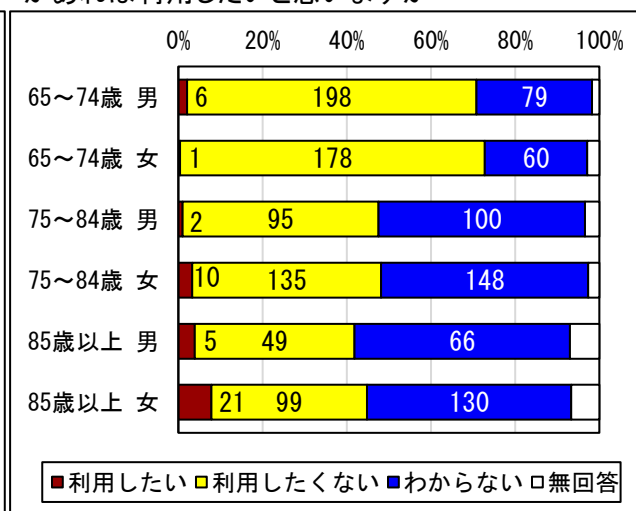


・苦しいと感じる人は3割。年代での差は見られませんでした。75歳以上の女性で増加傾向です。

2～3年のうちに、町営の高齢者賃貸住宅(霞地区 なごみの里)を利用したいと思いますか



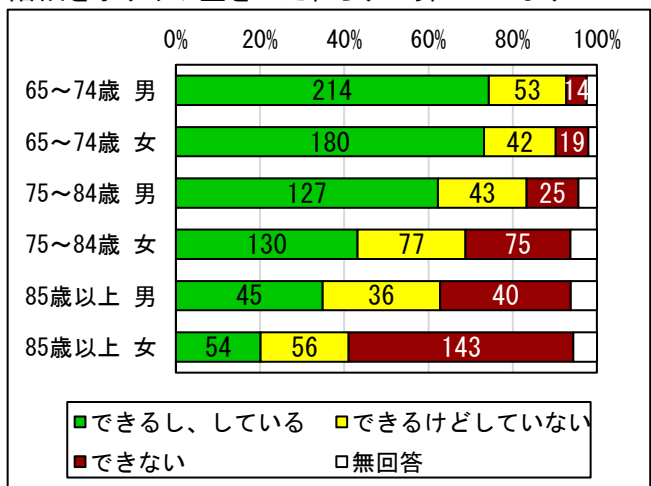
2～3年のうちに、管理人が常駐する食事付の住宅があれば利用したいと思いますか



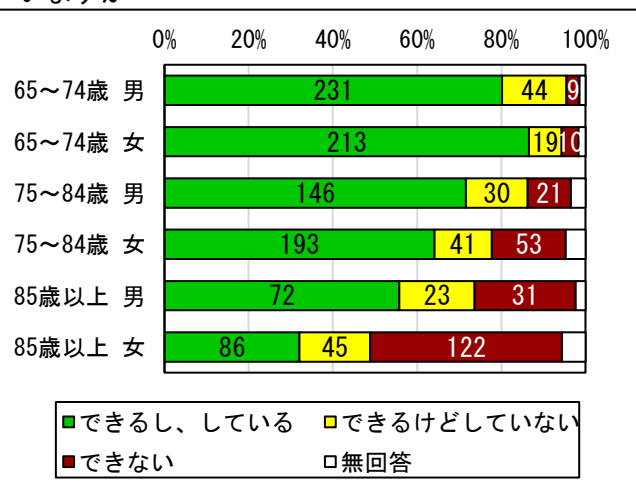
・全体で50人の利用希望がありました。  
・65～74歳で増加傾向です。

・全体で45人の利用希望がありました。  
・65～74歳で増加傾向です。

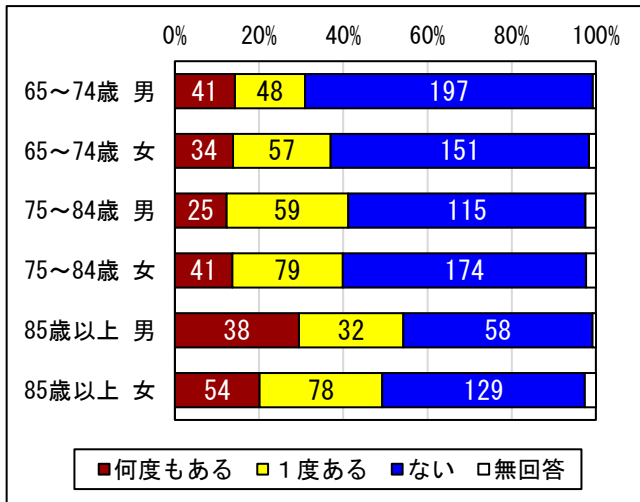
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか



椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

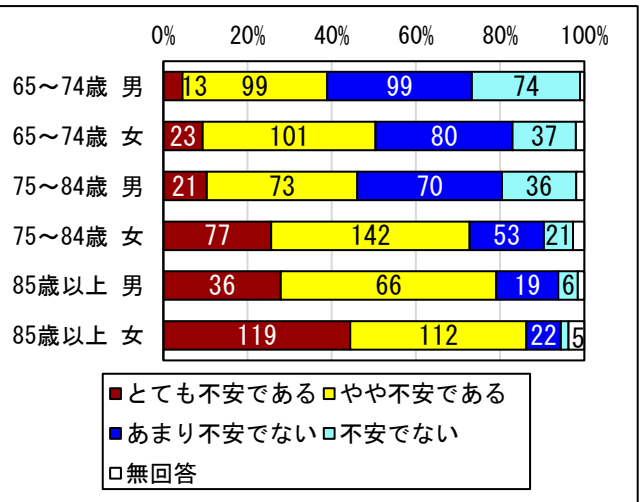


過去1年間に転んだ経験がありますか



・前期高齢者でも3人に1人は過去1年間で転倒の経験がありました。

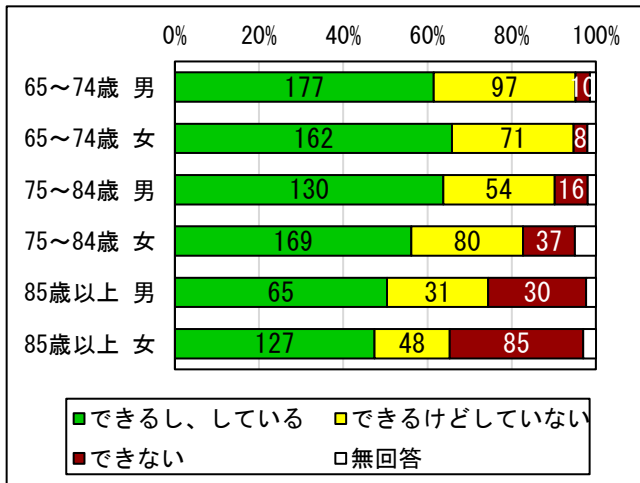
転倒に対する不安は大きいですか



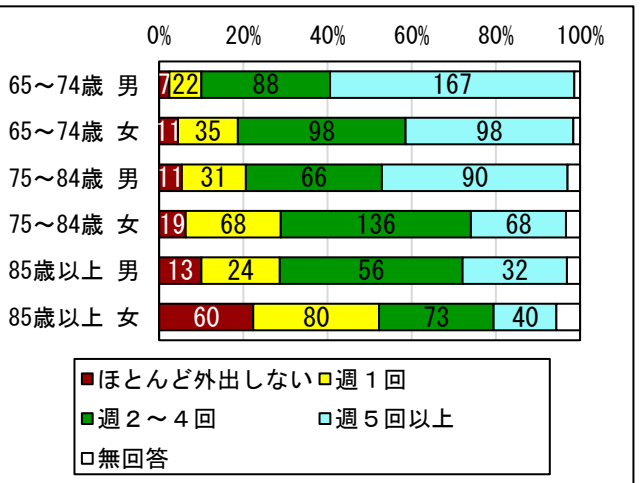
・転倒に対して不安を感じている人は、前期高齢者で増加傾向です。

週に1回以上は外出(自宅敷地外に出かけること)していますか

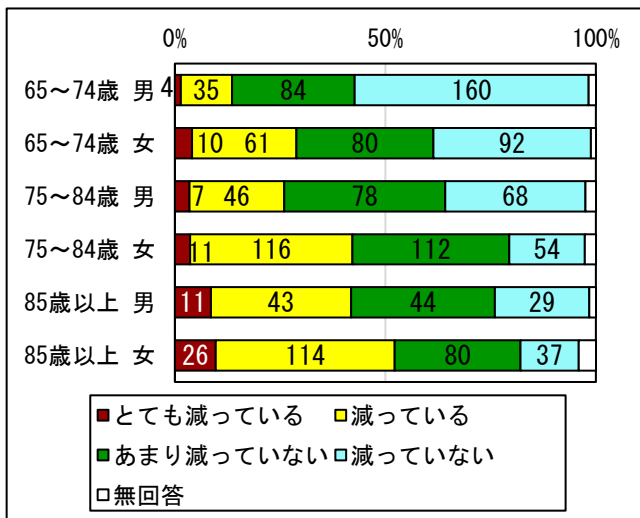
15分位続けて歩いていますか



・前期高齢者(特に男性)は歩く習慣がやや少ないようです。

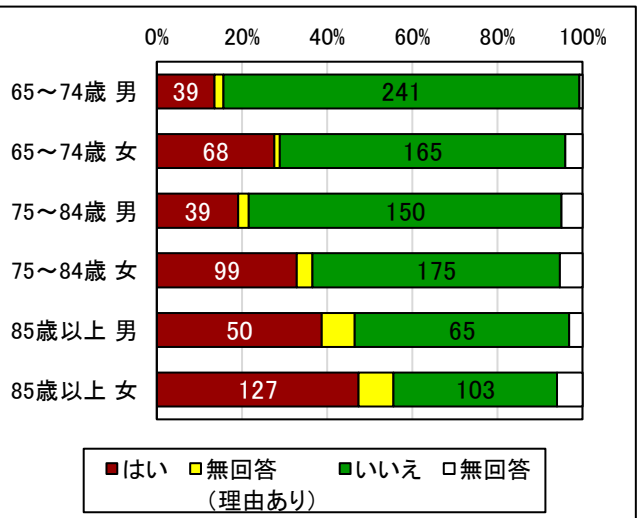


去年と比べて外出の回数が減っていますか。



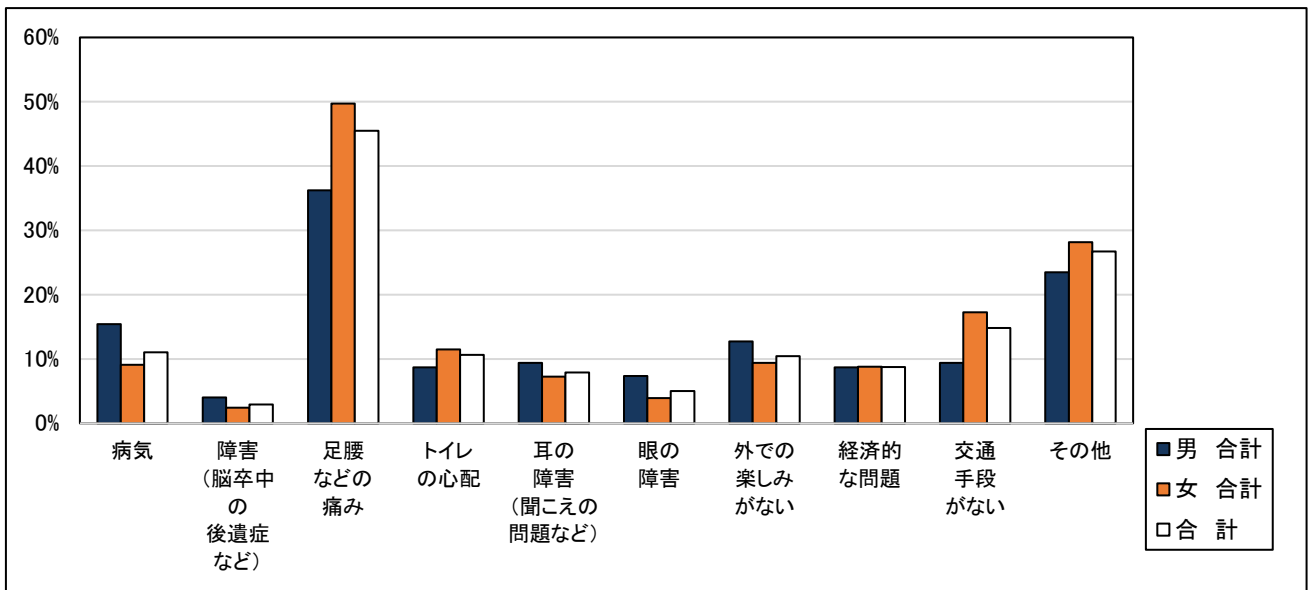
・全体的に外出の機会が減っているようです。

外出を控えていますか



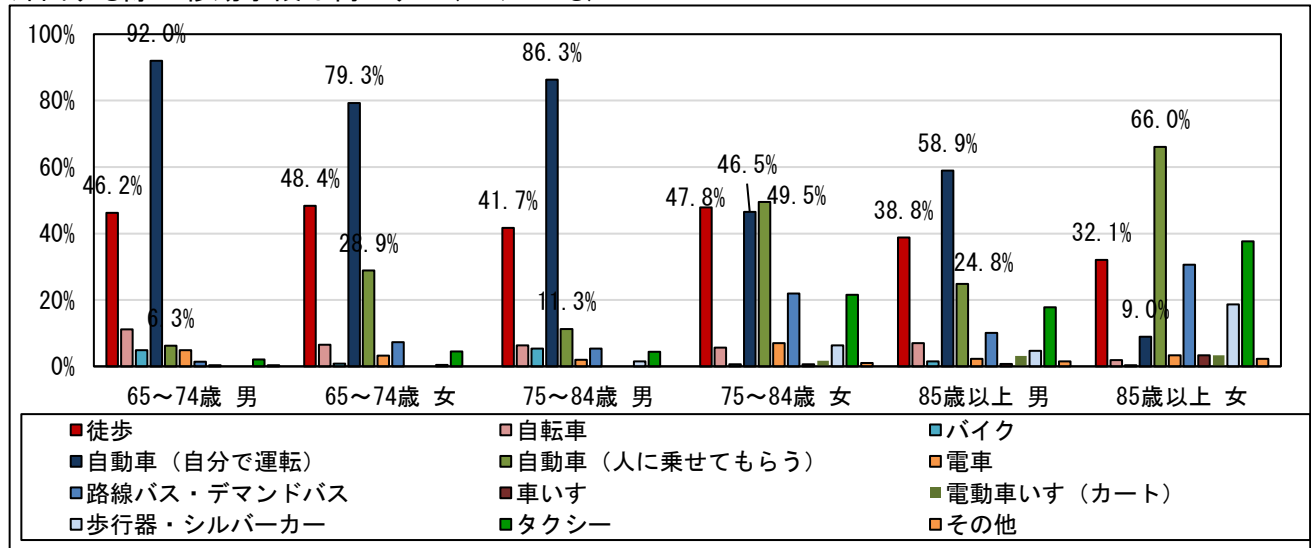
・75歳以上で外出を控えている人が増加しています。

外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)



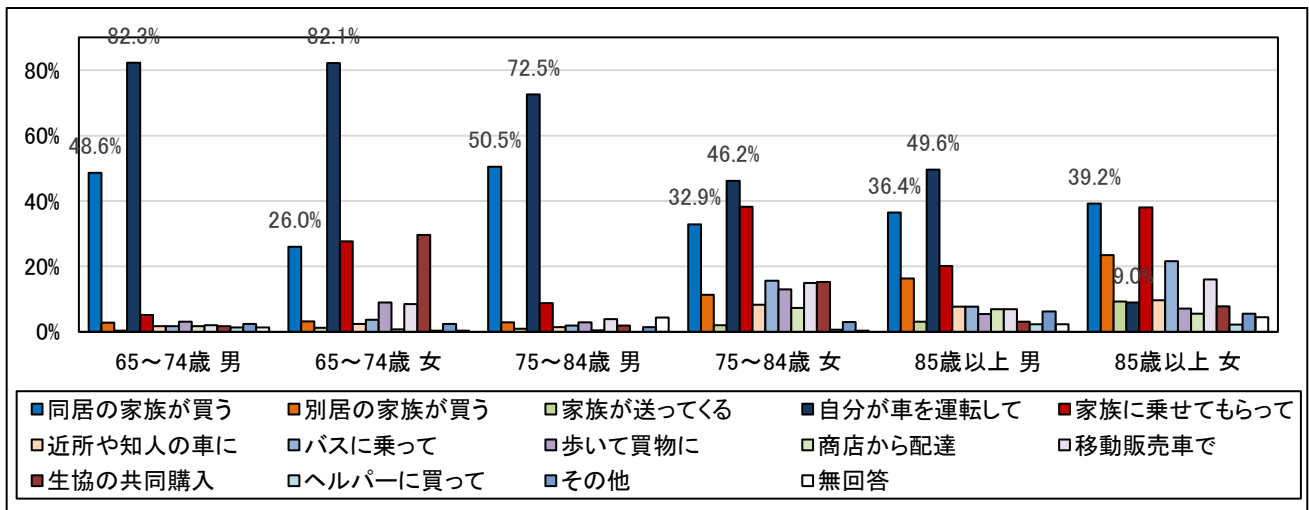
- ・①足腰などの痛み②交通手段がない③病気の順に多かったです。
- ・その他の6割が新型コロナウイルス感染症を理由とする内容であり、介護や冬場(雪)を理由とした内容もありました。
- ・トイレの心配、耳・眼の障害は減少傾向でした。

外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)



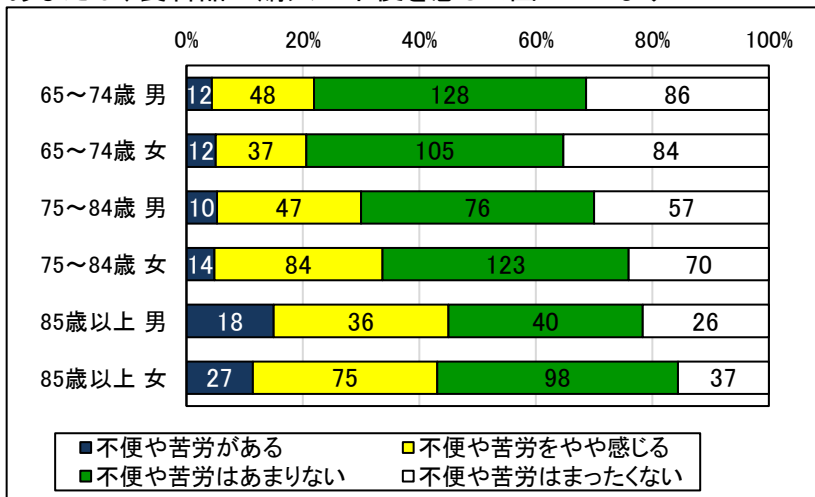
- ・①車(自分で運転)②徒歩③車(人に乗せてもらう)④タクシー⑤バス、の順に多かったです。
- ・自動車を自分で運転する人の3割が80歳以上の人でした。
- ・男性は80歳代まで運転する人が7割、90歳代でも4割でした。

あなたは、食料品をどのようにして購入されますか（いくつでも）



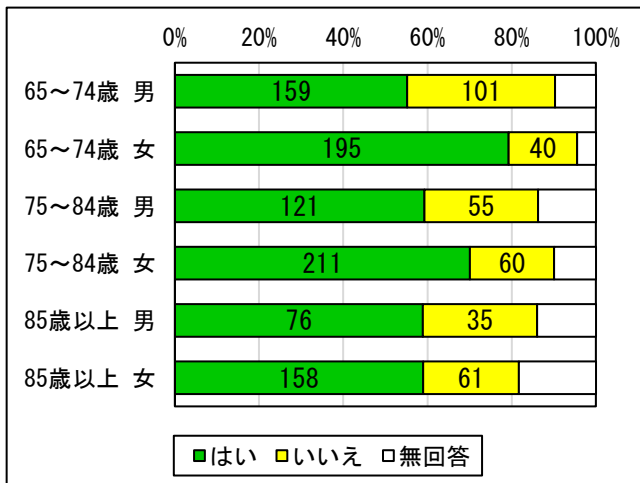
・①自分が車を運転して②同居の家族が買う③家族に乘せてもらって④生協の共同購入⑤別居の家族に買ってもらう、の順に多かったです。

あなたは、食料品の購入に不便を感じて困っていますか

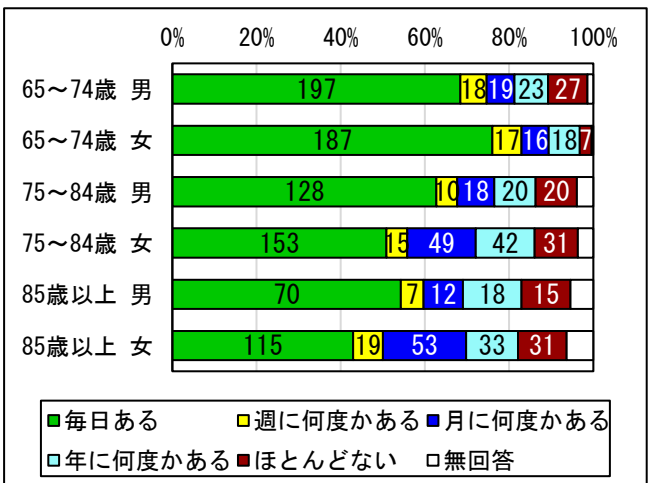


・食料品の購入に対して不便や苦労を感じている人は、全体の約3割程度で、高齢になるほど高くなりました。高齢になるにつれ、自分1人では購入できなくなることが一因と考えます。

栄養のバランスを考えて食べていますか

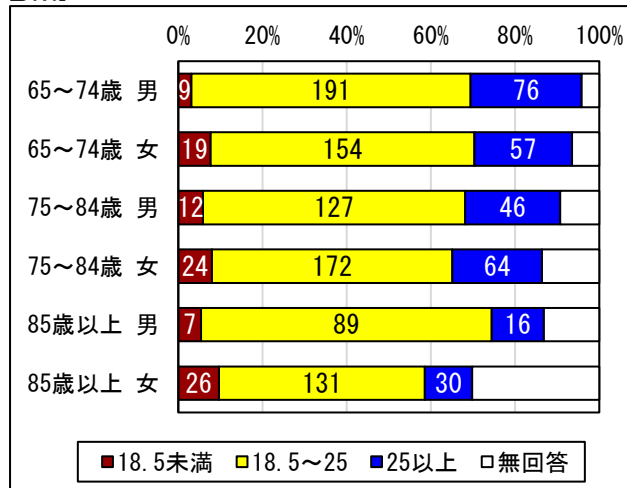


どなたかと食事をとる機会がありますか



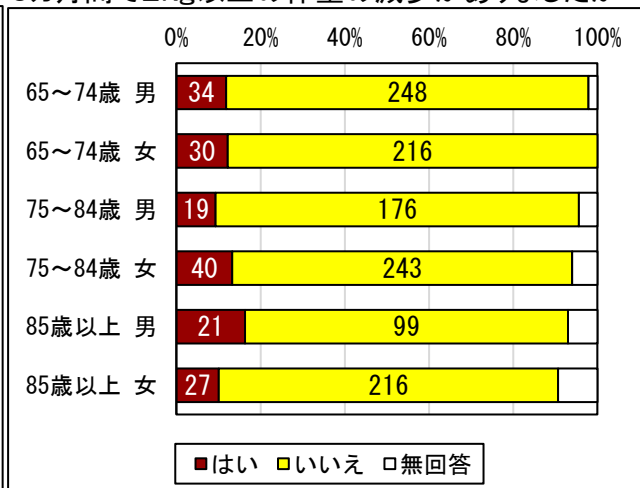
・全体の約1割の人が孤食でした。

## BMI



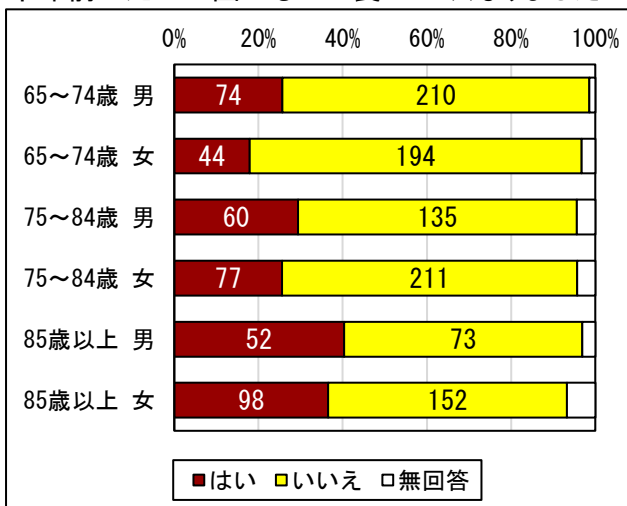
・60歳代の3割弱が肥満傾向です。

## 6カ月間で2kg以上の体重の減少がありましたか



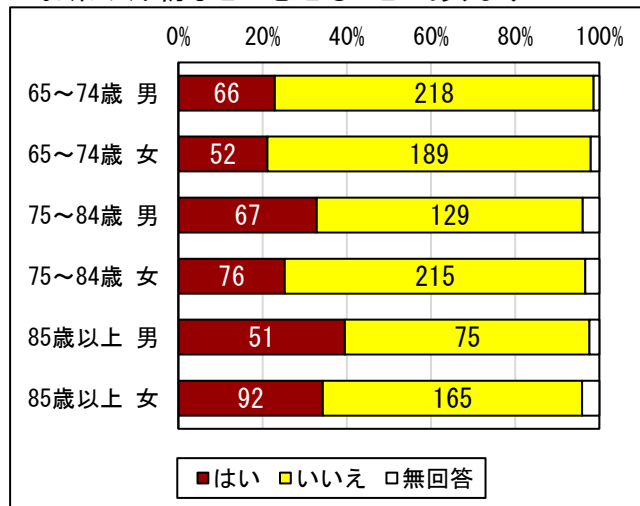
・全体の約1割の人に体重減少がみられます。

## 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

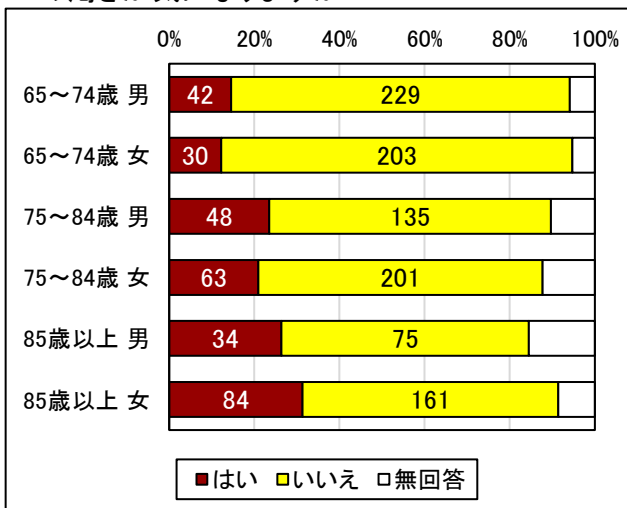


・固いものが食べにくくなったり、お茶や汁物などでむせたりする人は全体の約3割でした。

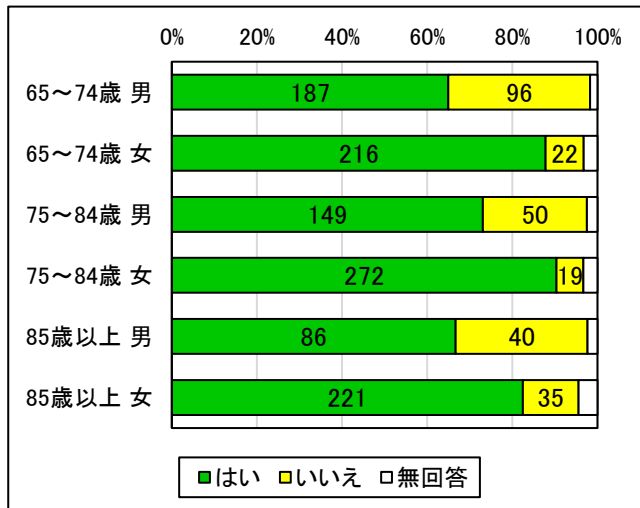
## お茶や汁物などでむせることがありますか



## 口の渇きが気になりますか



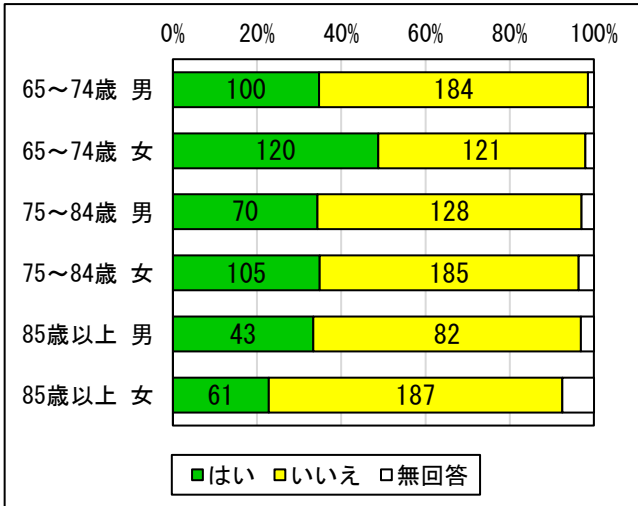
## 毎日、寝る前(夕食後)に歯磨き・入れ歯の手入れをしていますか



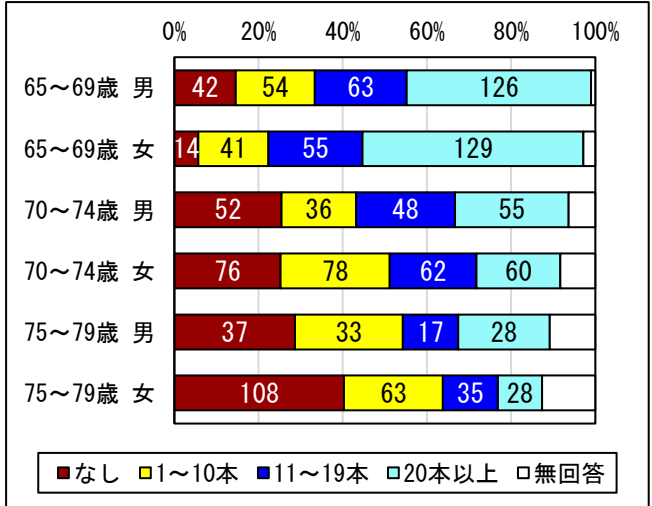
・男性の3割が寝る前の歯の手入れをしていませんでした。



定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか

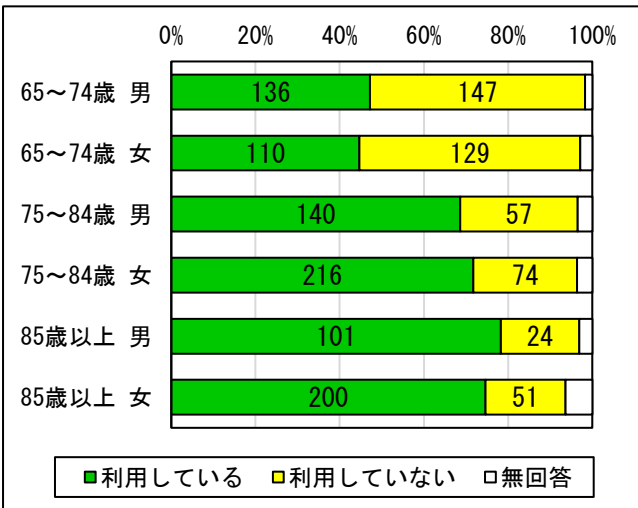


歯の数をお教えてください

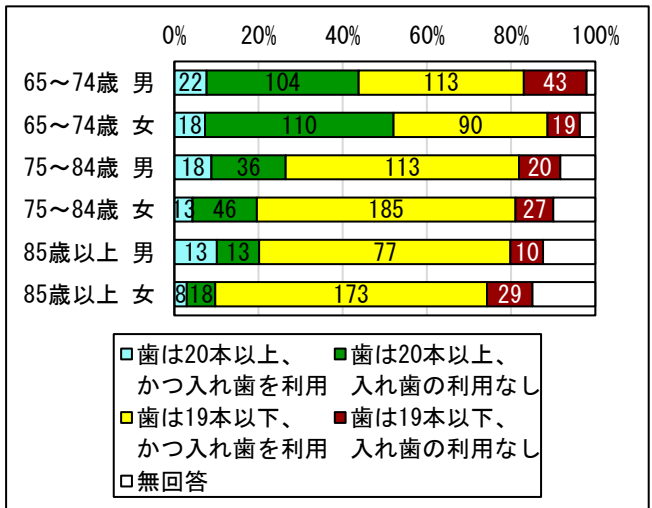


・60 歳代でも歯の本数が減っている人が半数程度見られました。

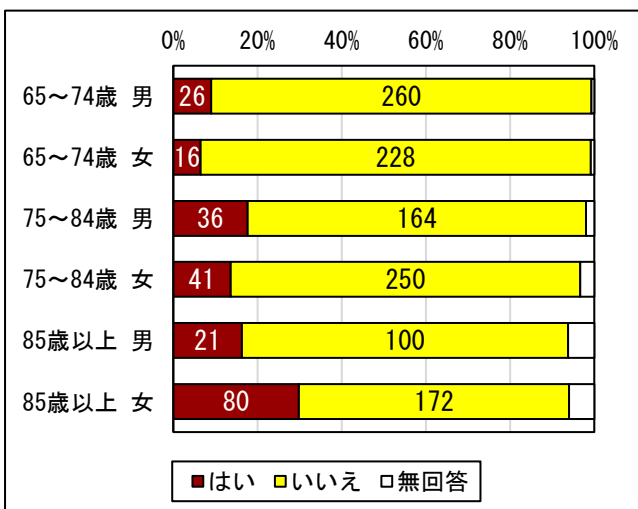
入れ歯の利用状況をお教えてください



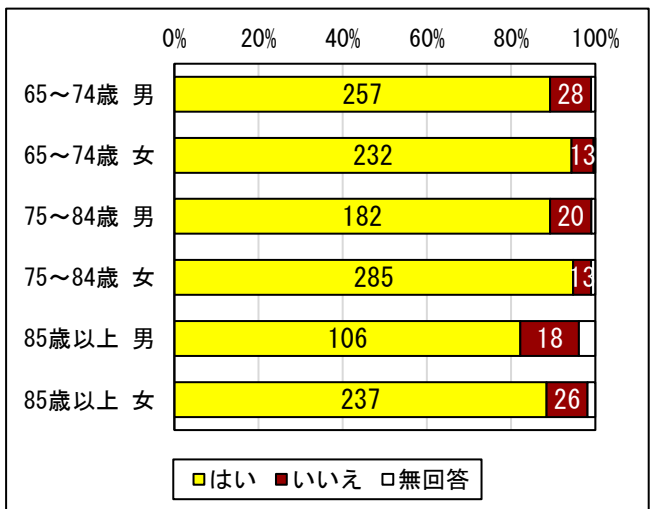
歯と入れ歯の状況



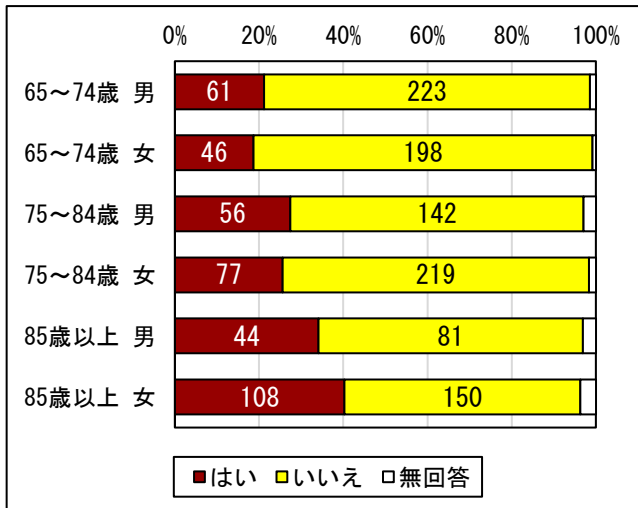
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか



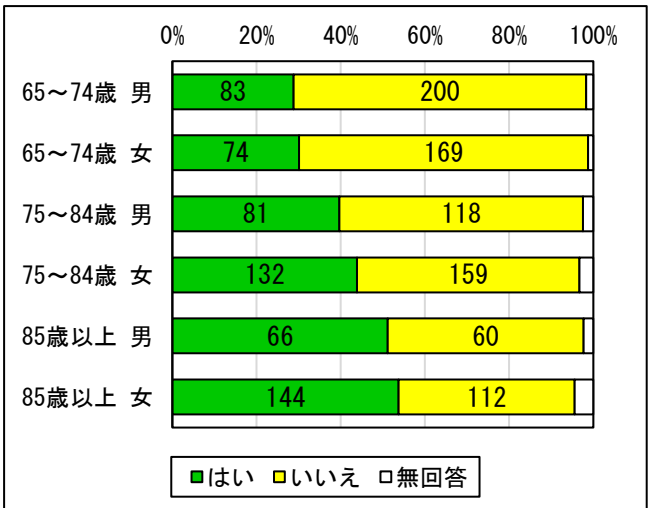
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか



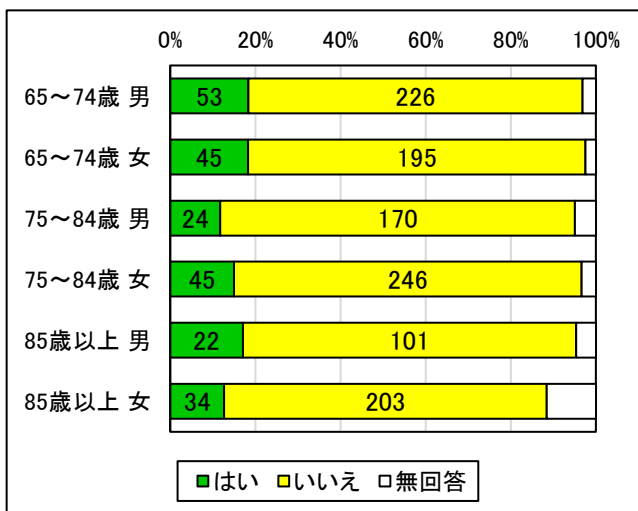
今日が何月何日かわからない時がありますか



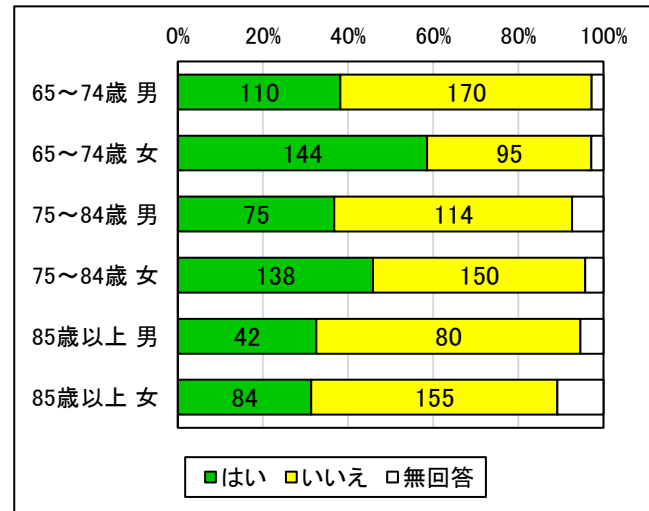
物忘れが多いと感じますか



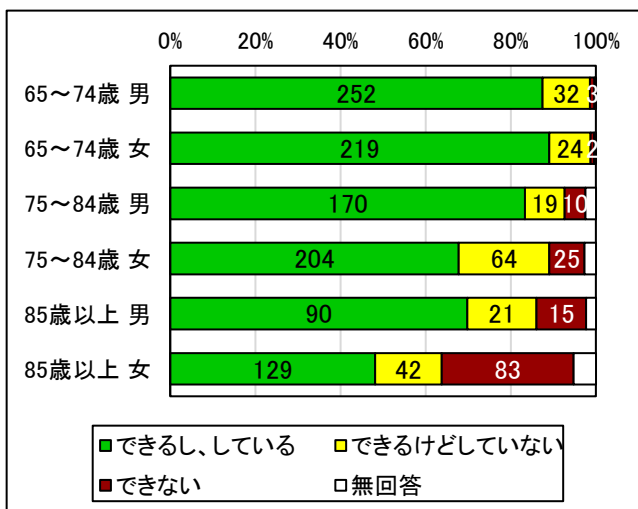
認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか



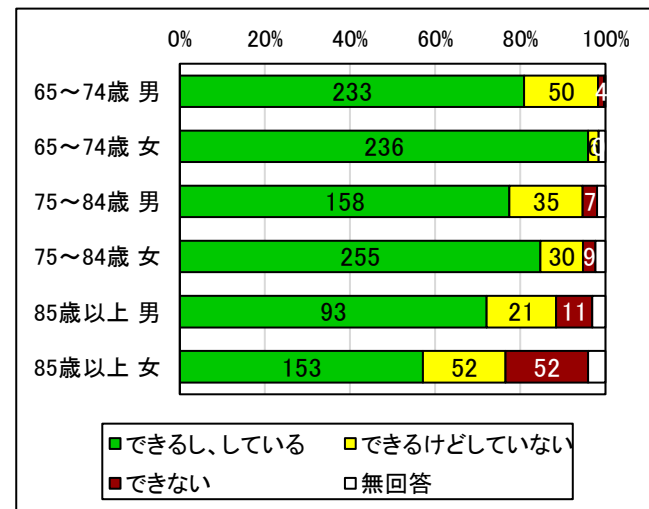
認知症に関する相談窓口を知っていますか



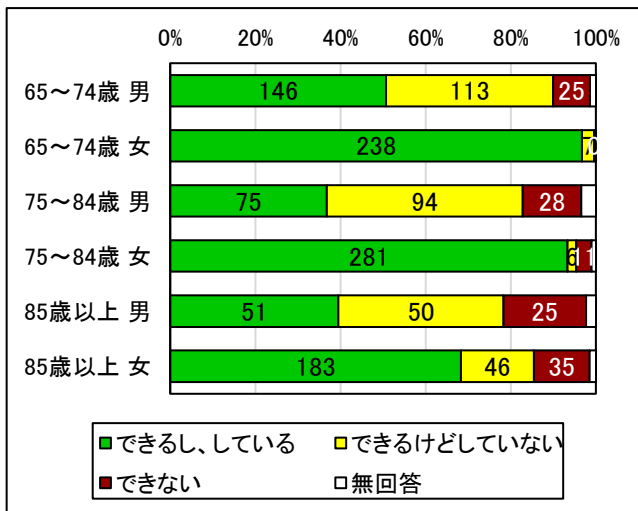
バスや電車で、一人で外出していますか(自家用車でも可)



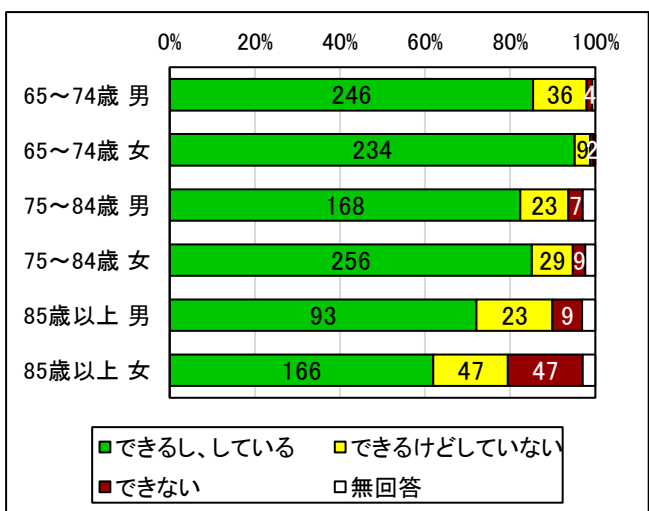
日用品の買物をしていますか



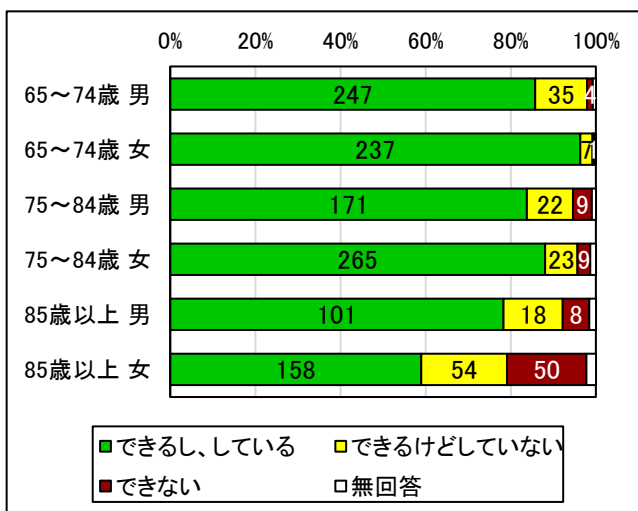
自分で食事の用意をしていますか



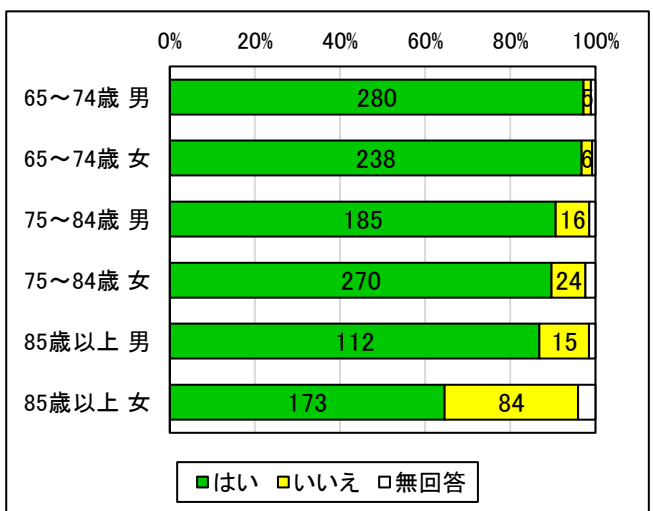
請求書の支払いをしていますか



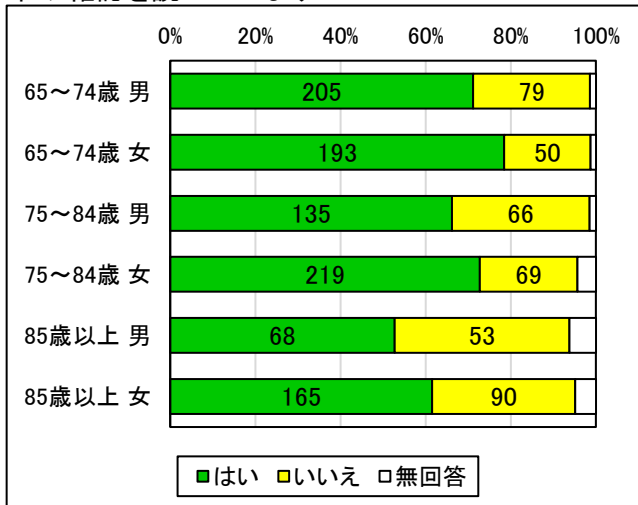
預貯金の出し入れをしていますか



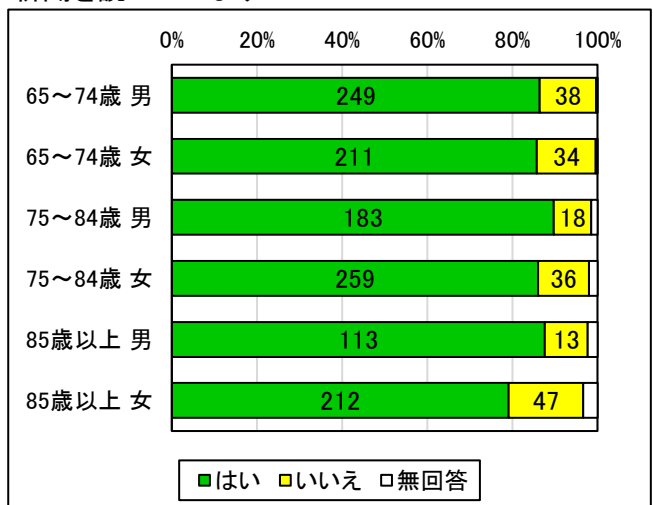
役場や病院などに出す書類が書けますか



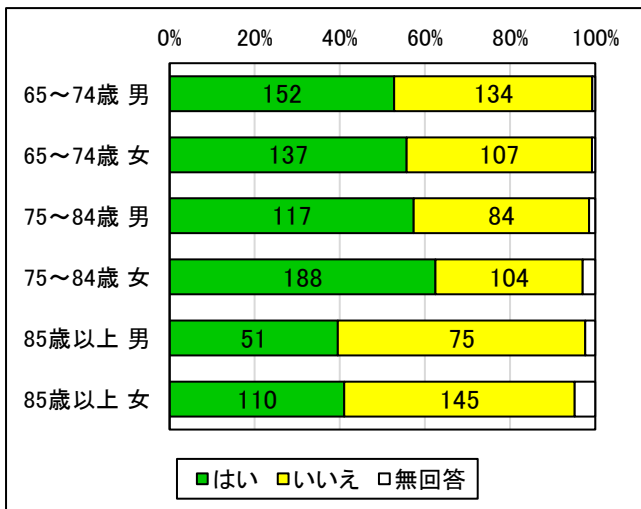
本や雑誌を読んでいますか



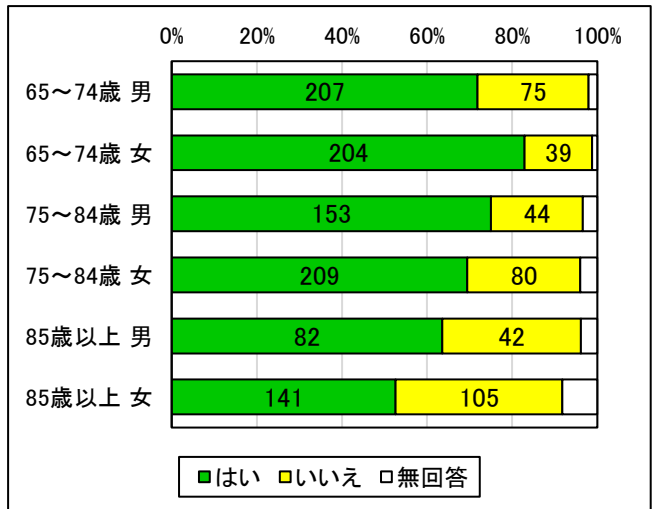
新聞を読んでいますか



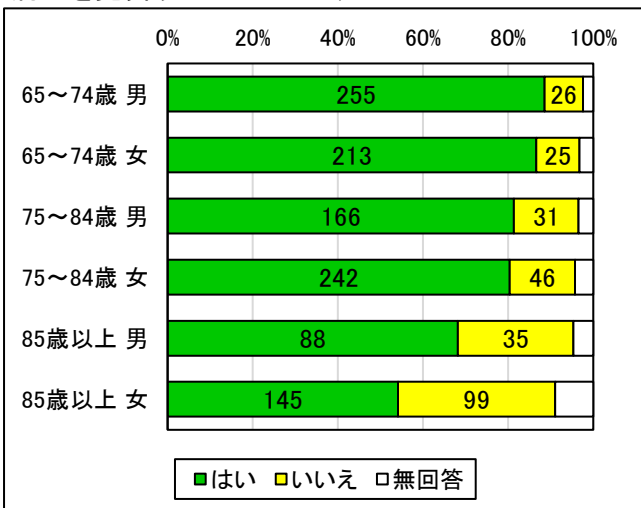
友人の家を訪ねていますか



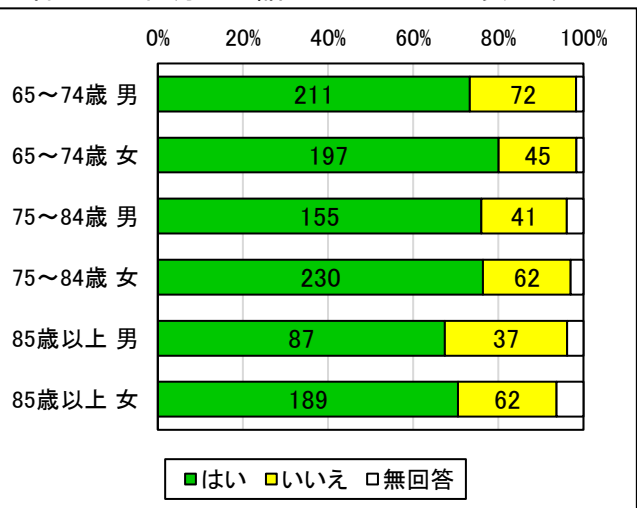
家族や友人の相談にのっていますか



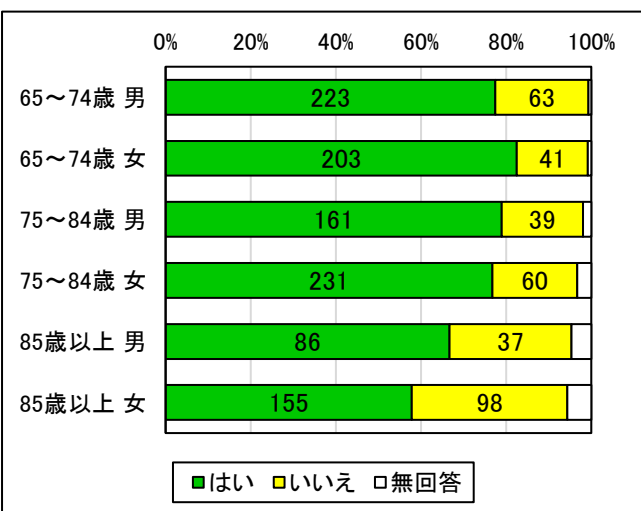
病人を見舞うことができますか



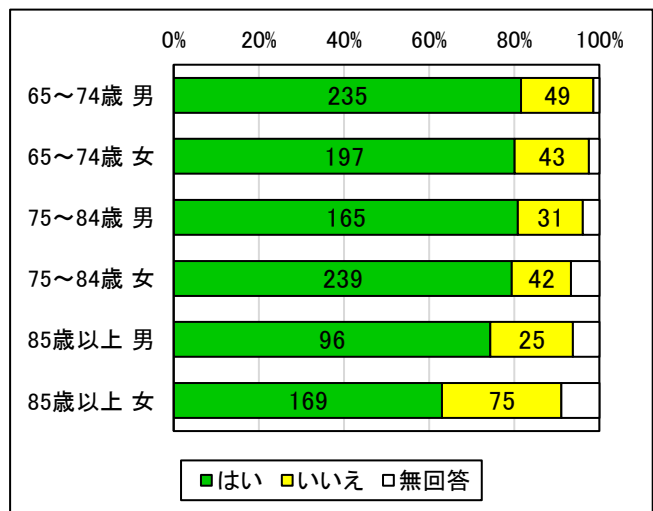
若い人に自分から話しかけることがありますか



趣味はありますか

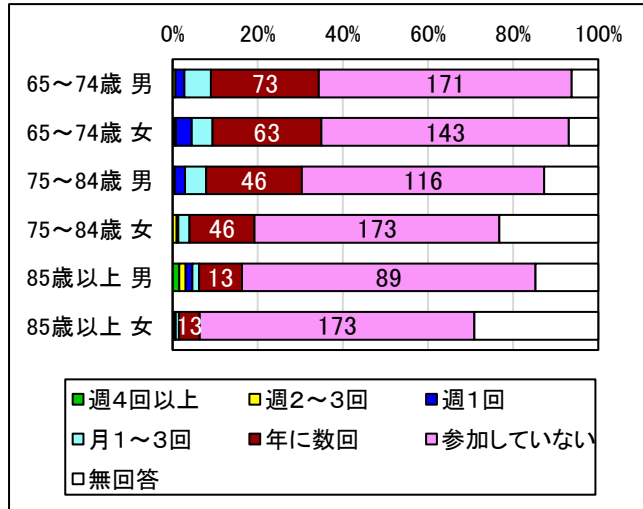


生きがいはありますか

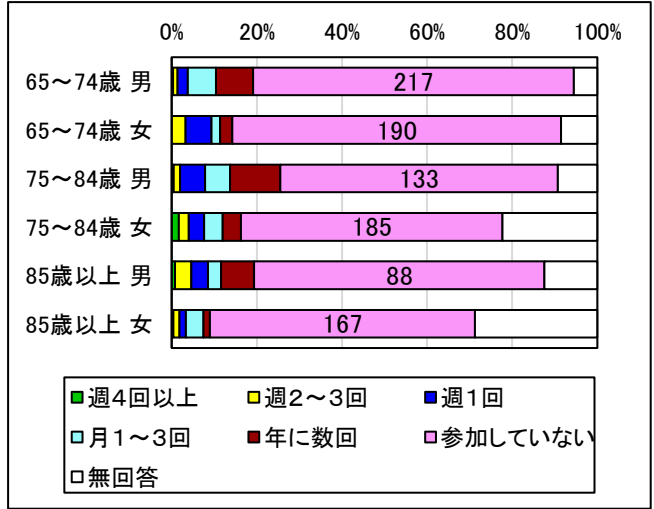


どのくらいの頻度で参加していますか

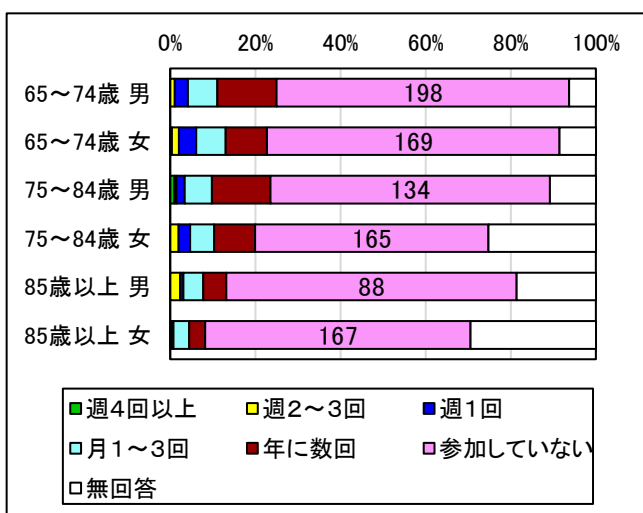
①ボランティアのグループ



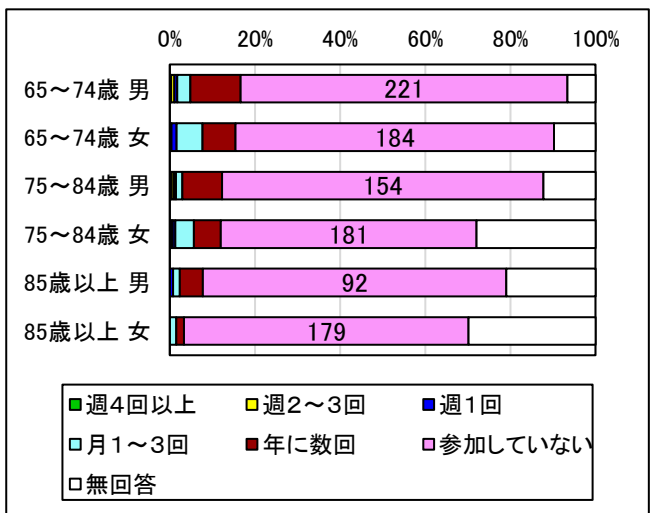
②スポーツ関係のグループやクラブ



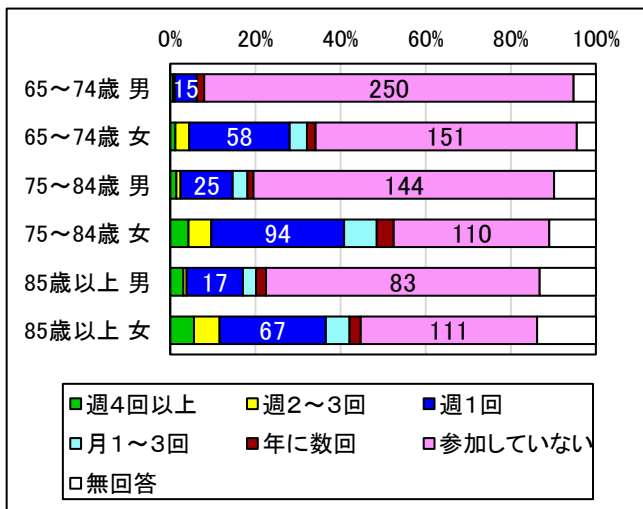
③趣味関係のグループ



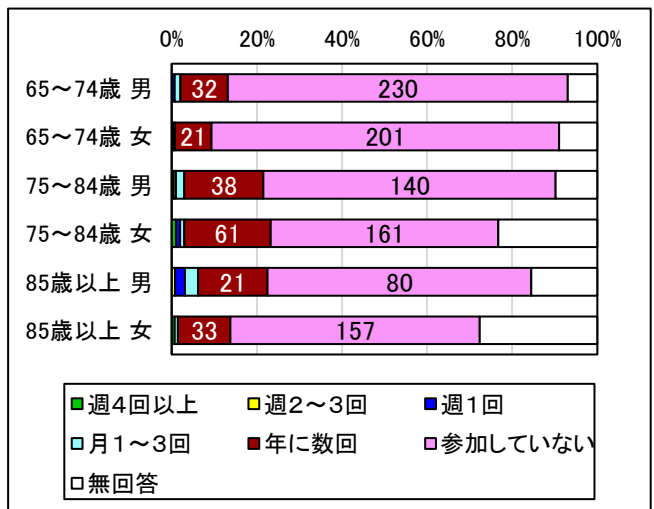
④学習・教養サークル



⑤介護予防のための通いの場

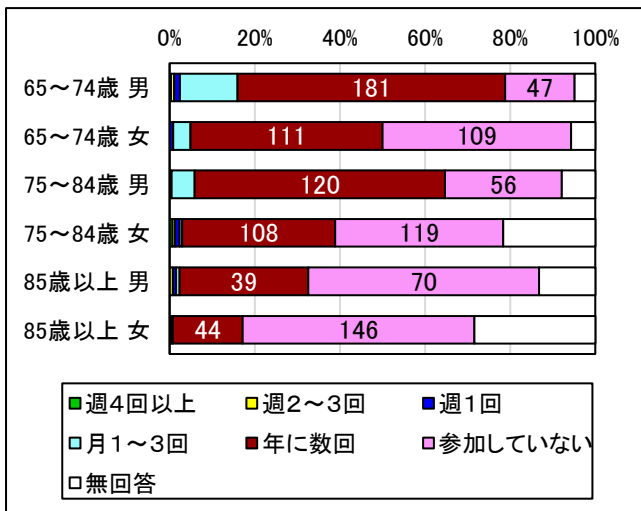


⑥老人クラブ

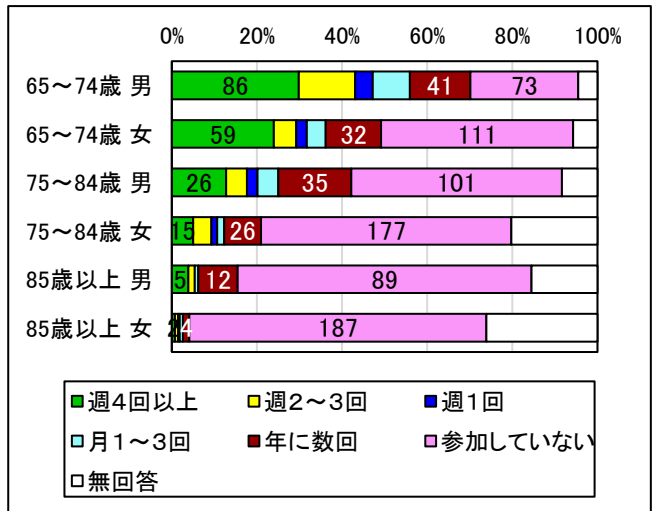


・女性の4割から6割の人が通いの場に参加しています。

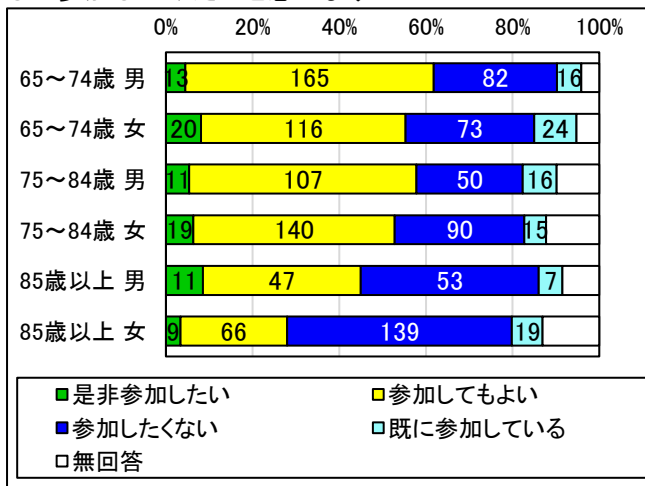
⑦町内会・自治会



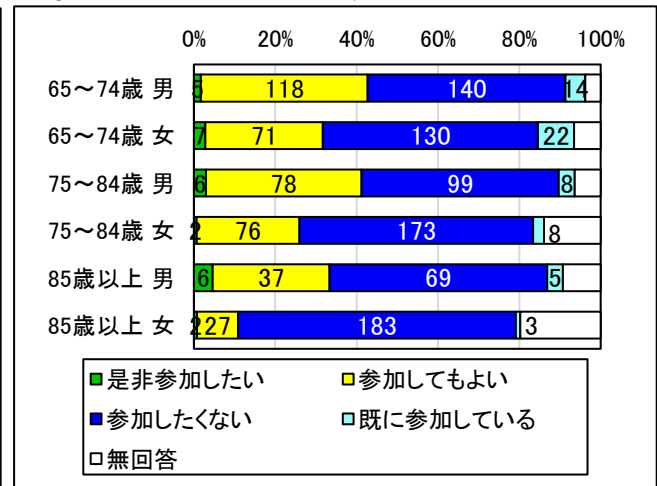
⑧収入のある仕事



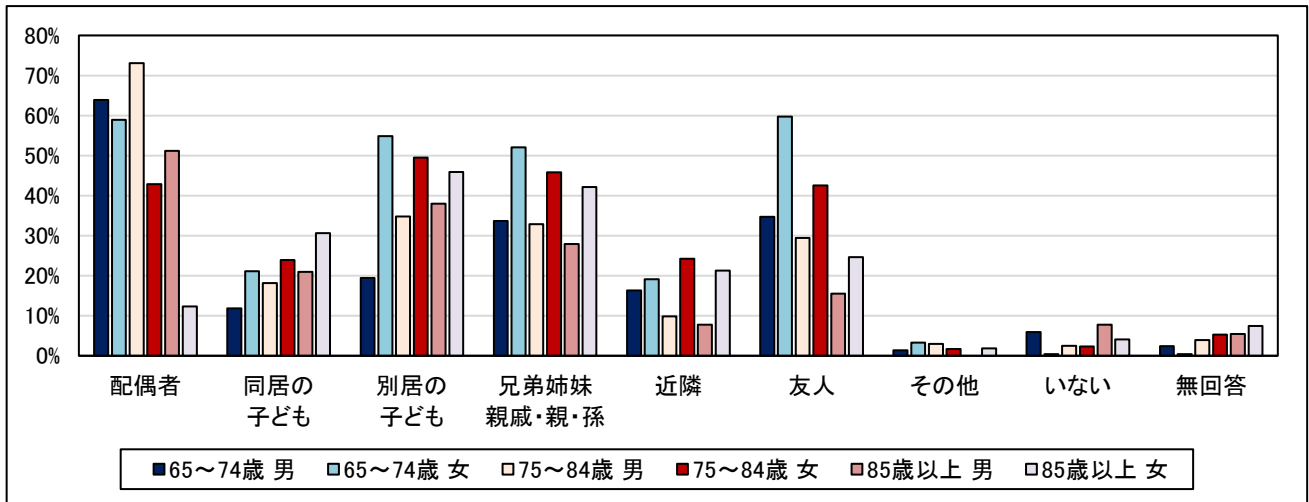
地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか



地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営として参加してみたいと思いますか

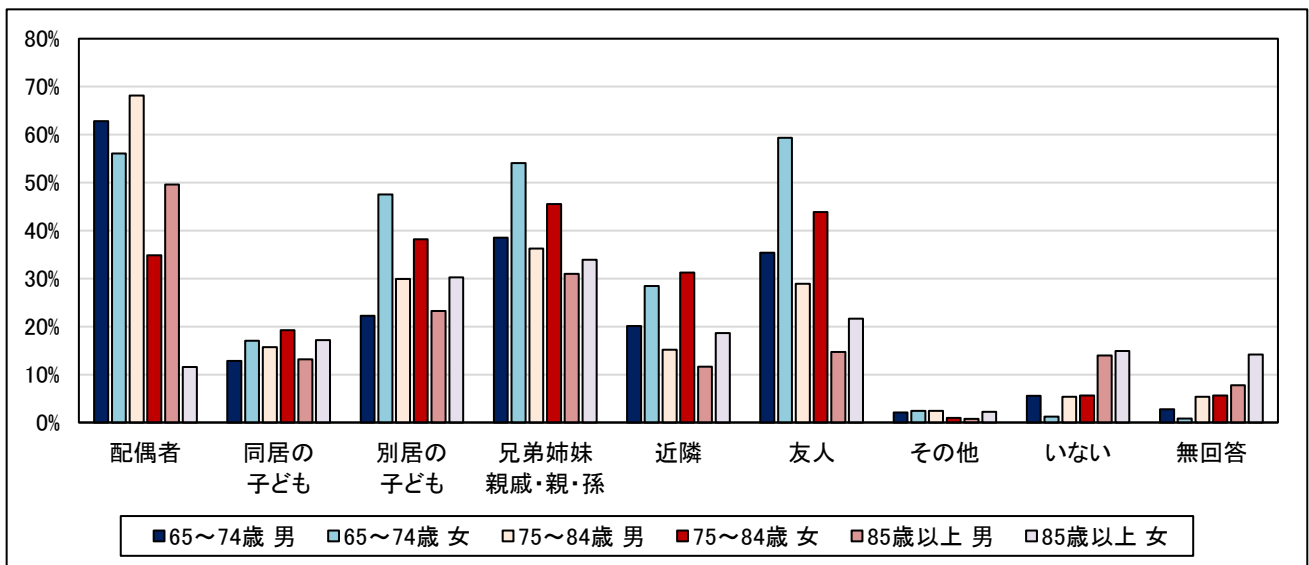


あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人はどなたですか(いくつでも)

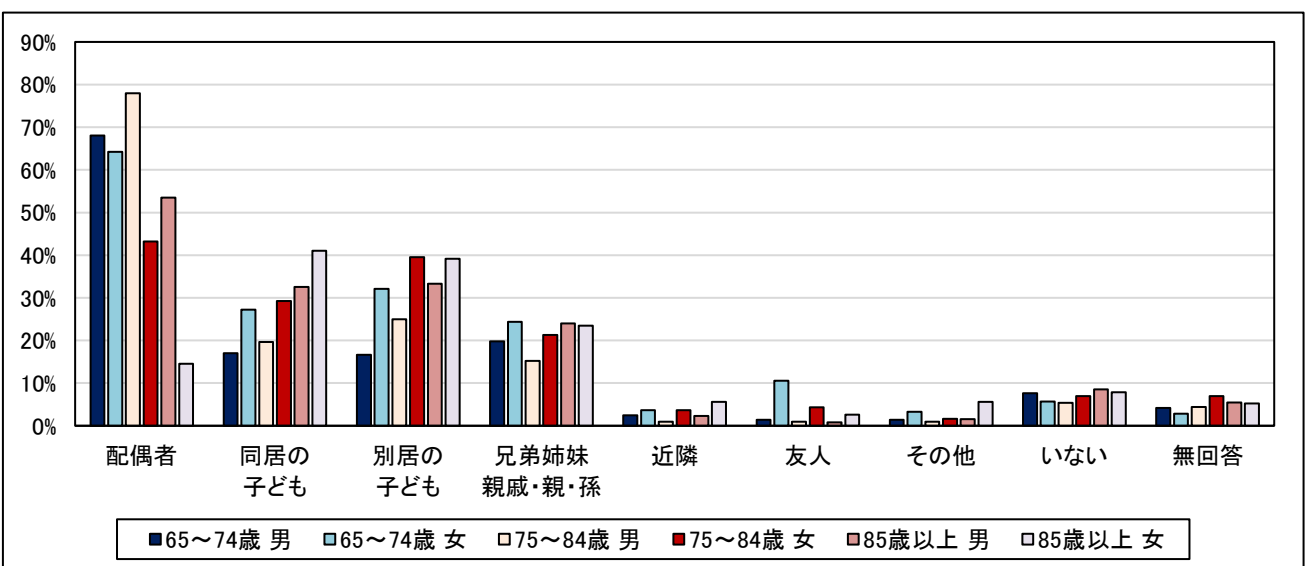


・男性は配偶者に聞いてもらっているケースが多いようです。女性は配偶者以外にも聞いてもらっているようです。

反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人はどなたですか(いくつでも)

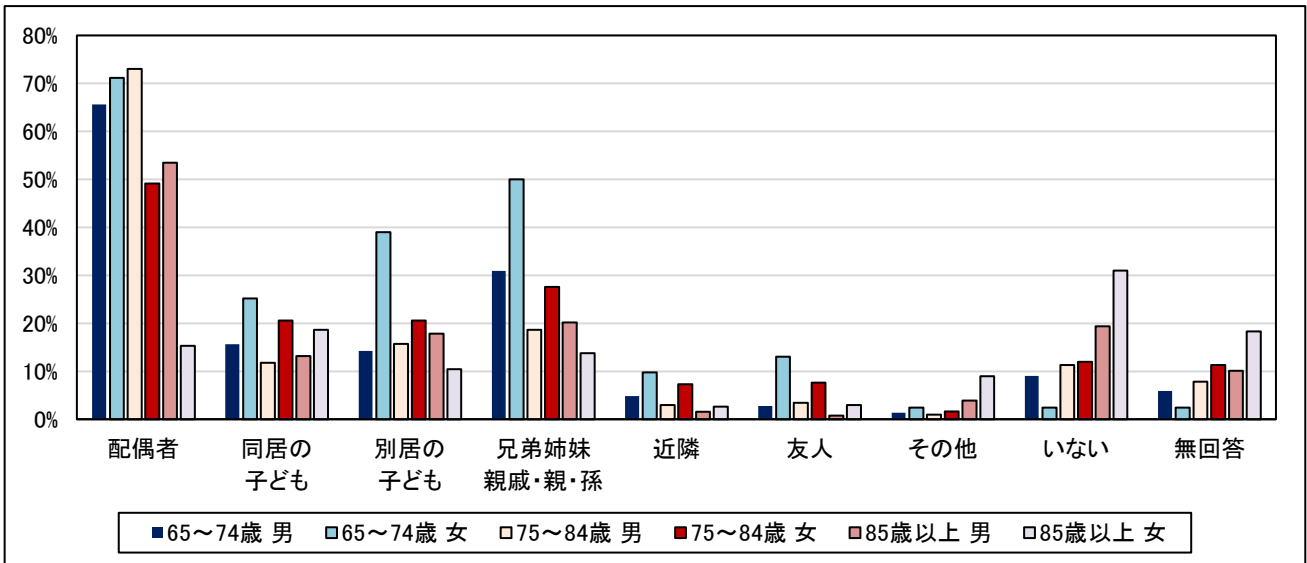


あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人はどなたですか(いくつでも)

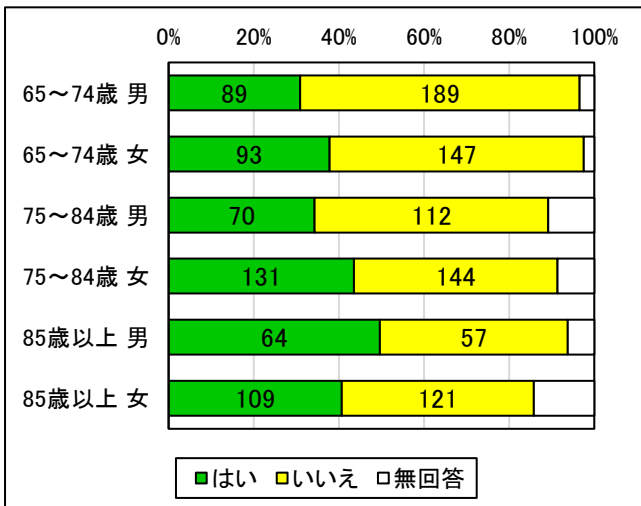




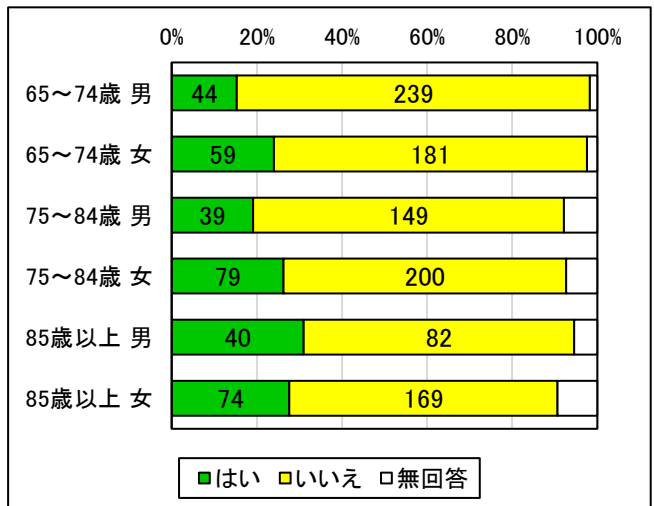
反対に、看病や世話をしあける人はどなたですか(いくつでも)



自分の最期のむかえ方を考えていますか

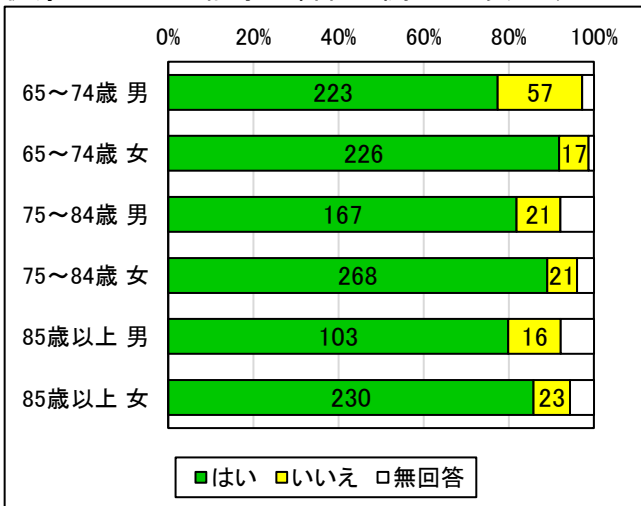


自分の最期のむかえ方を親族等に伝えてありますか

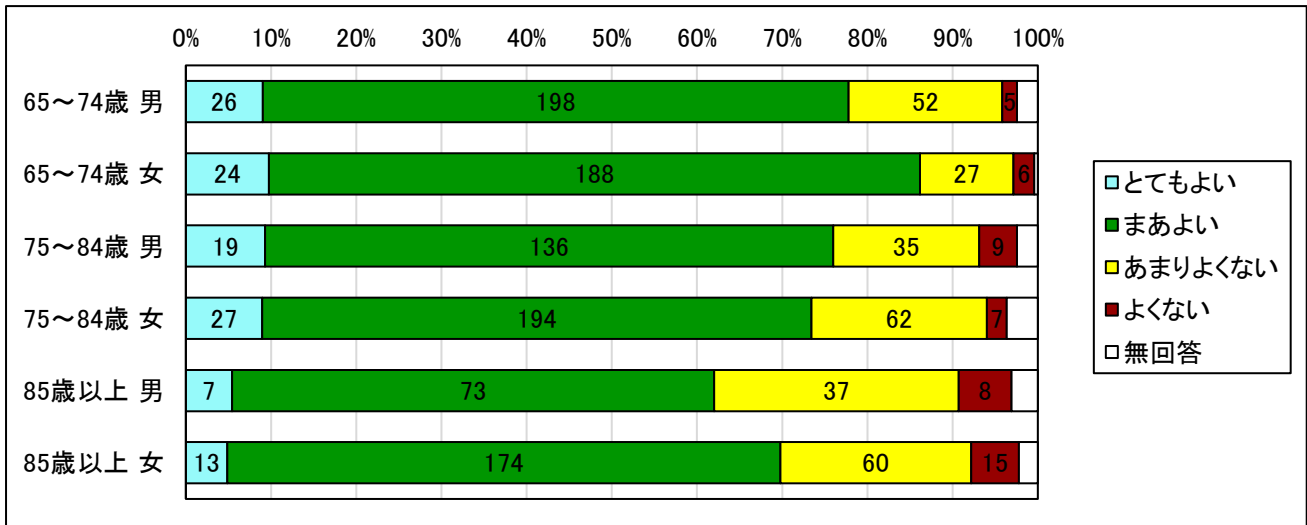


・自分の最後のむかえ方を考えたり、親族等に伝えたりする機会が減っているようです。  
特に75～84歳の男性で減少傾向でした。

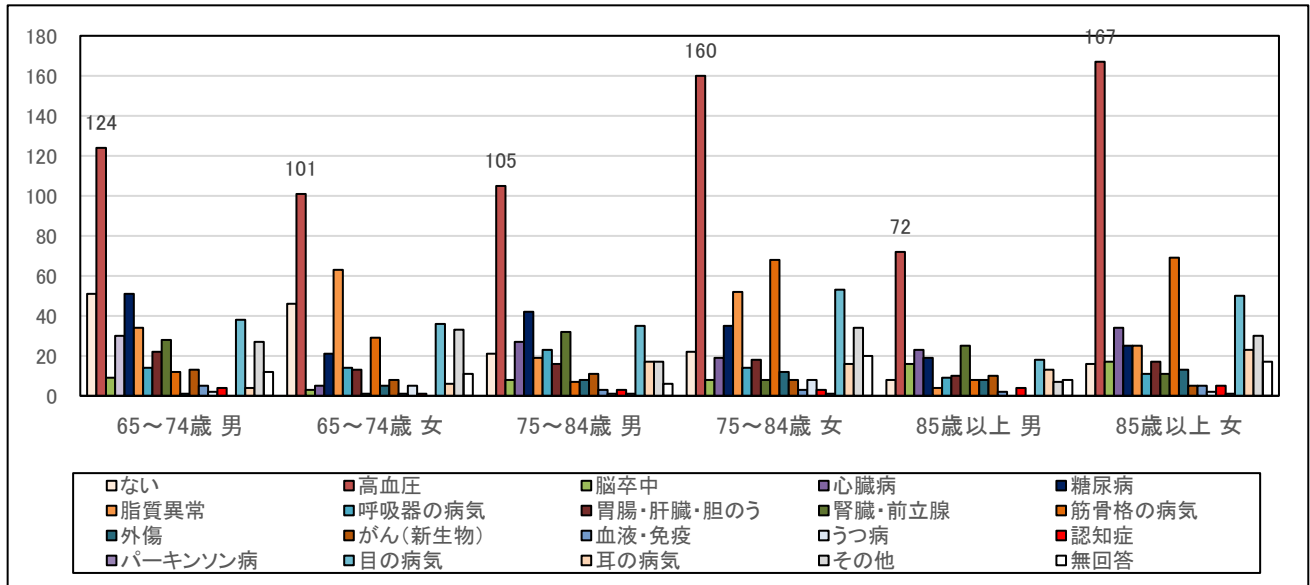
健康についての記事や番組に関心がありますか



現在のあなたの健康状態はいかがですか

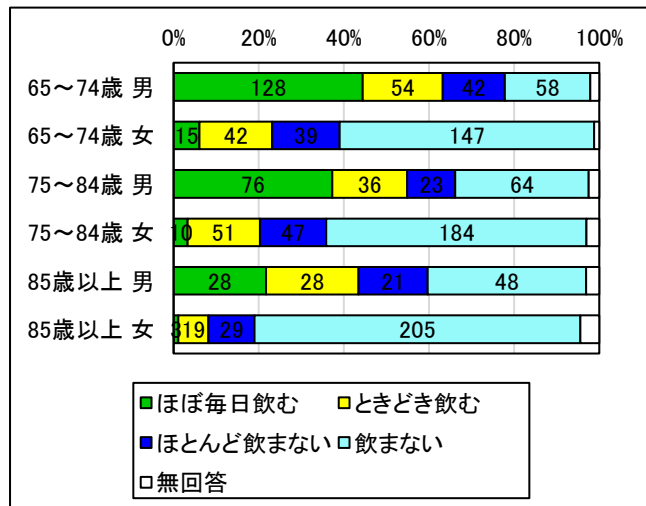


現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも)

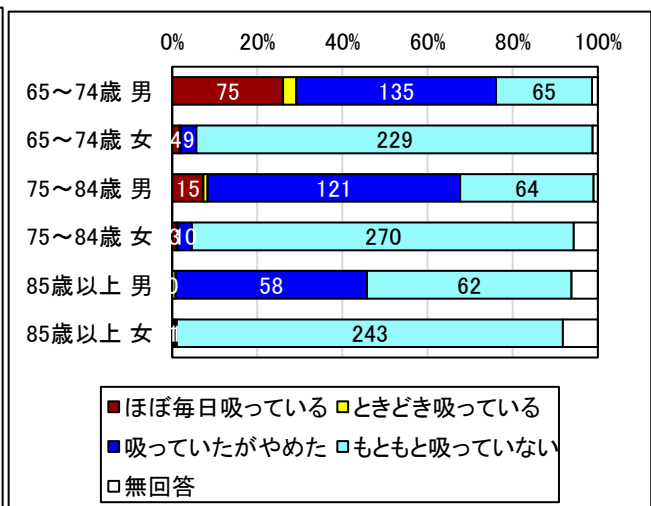


・①高血圧②目の病気③脂質異常症④筋骨格の病気⑤糖尿病の順に多いです。

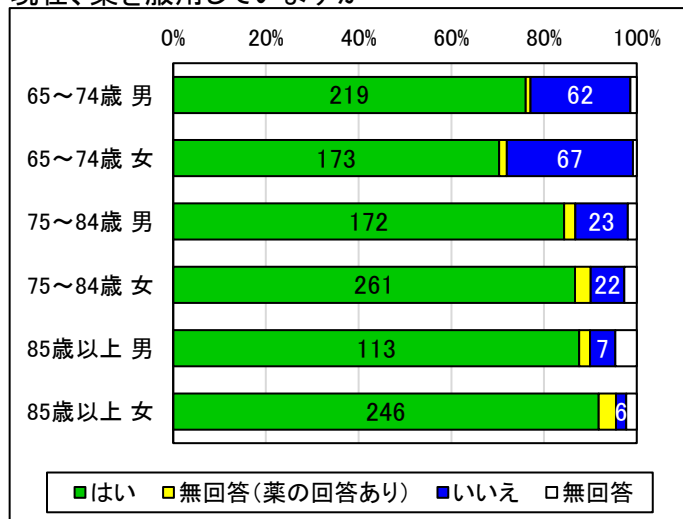
お酒を飲みますか



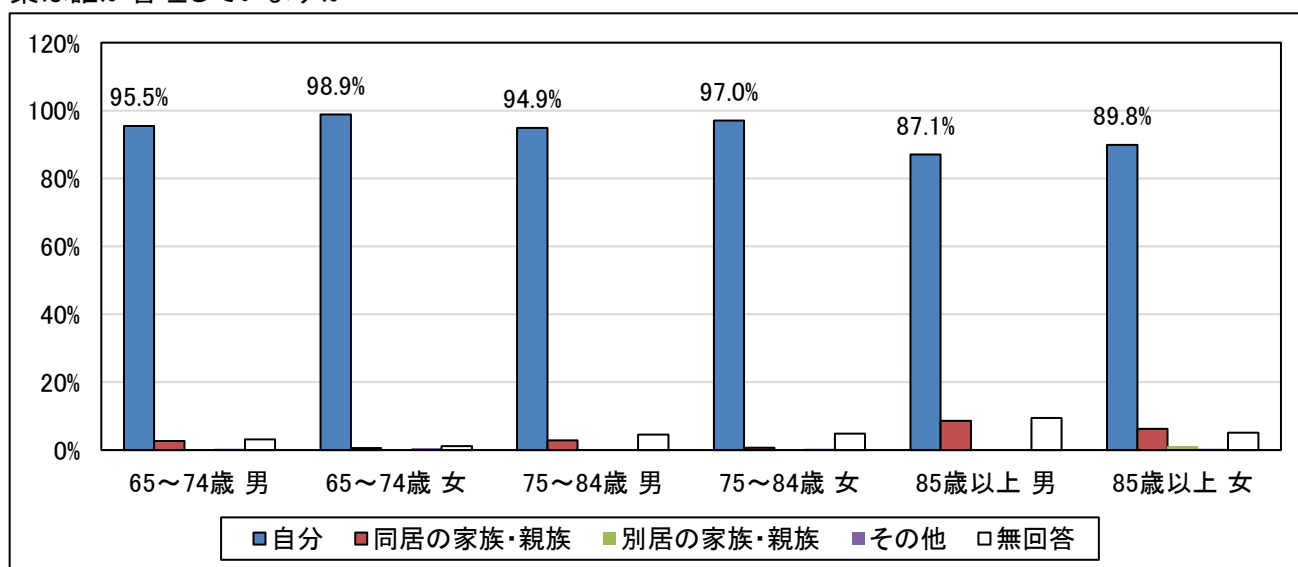
タバコを吸っていますか



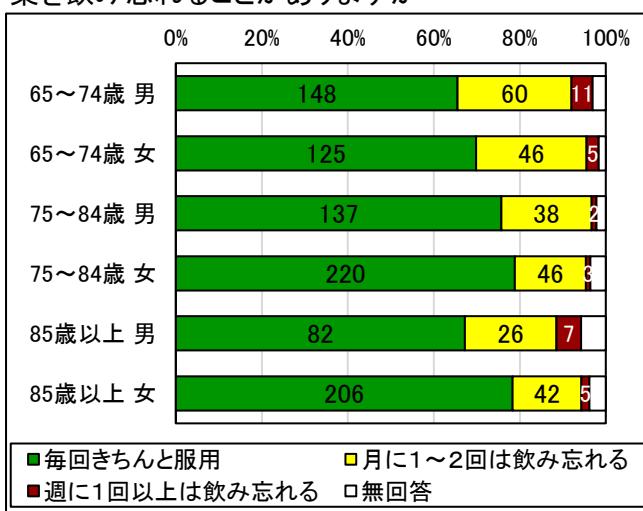
現在、薬を服用していますか



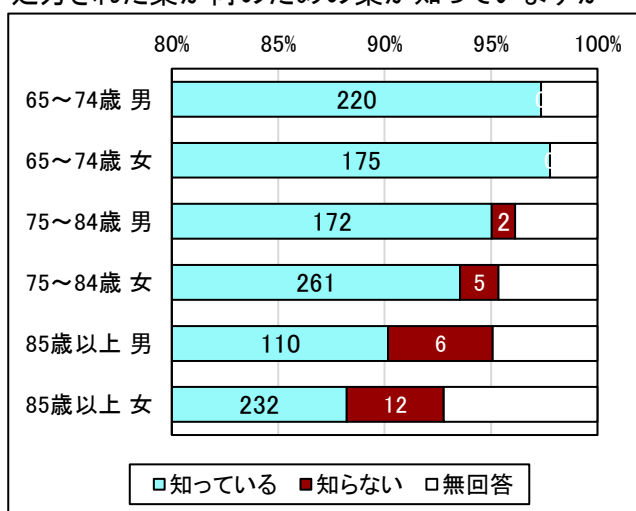
薬は誰が管理していますか



薬を飲み忘れることがありますか



処方された薬が何のための薬か知っていますか

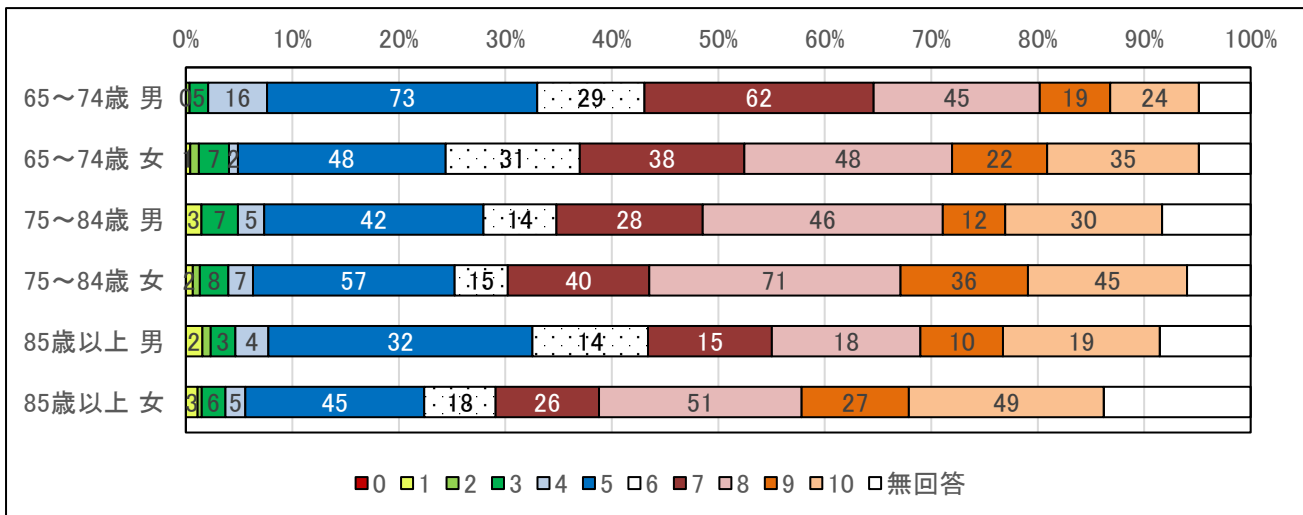


・2割程度の人に飲み忘れがあります。

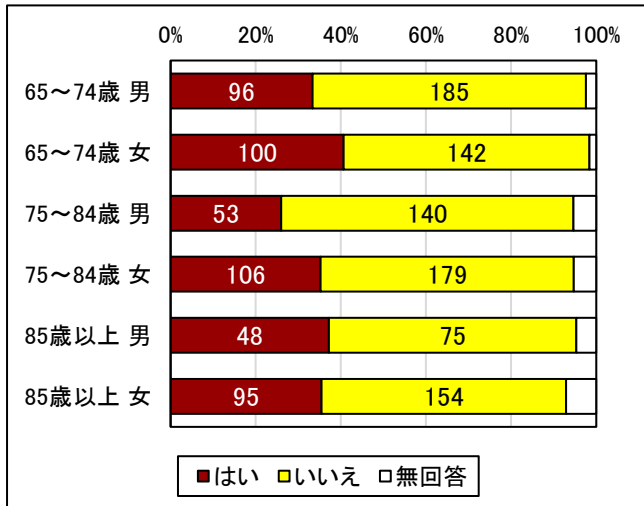
年齢に関係なく、薬を飲み忘れる人が一定数おられました。

薬に対する意識の低さが原因となっている可能性があります。

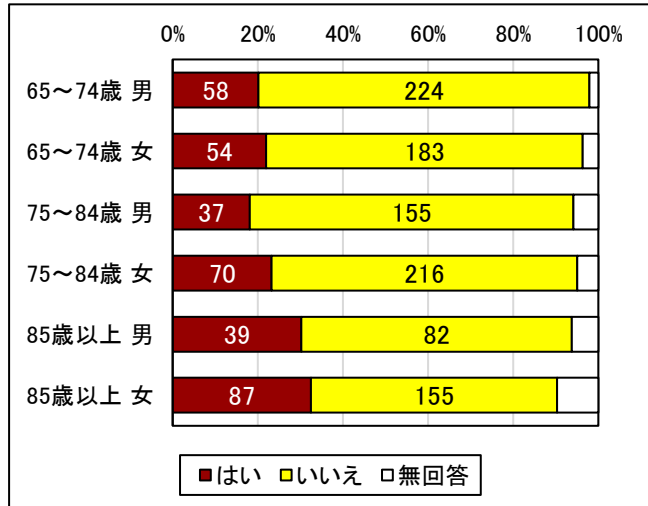
あなたは、現在どの程度幸せですか（0:とても不幸 ⇄ 10:とても幸せ）



この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか



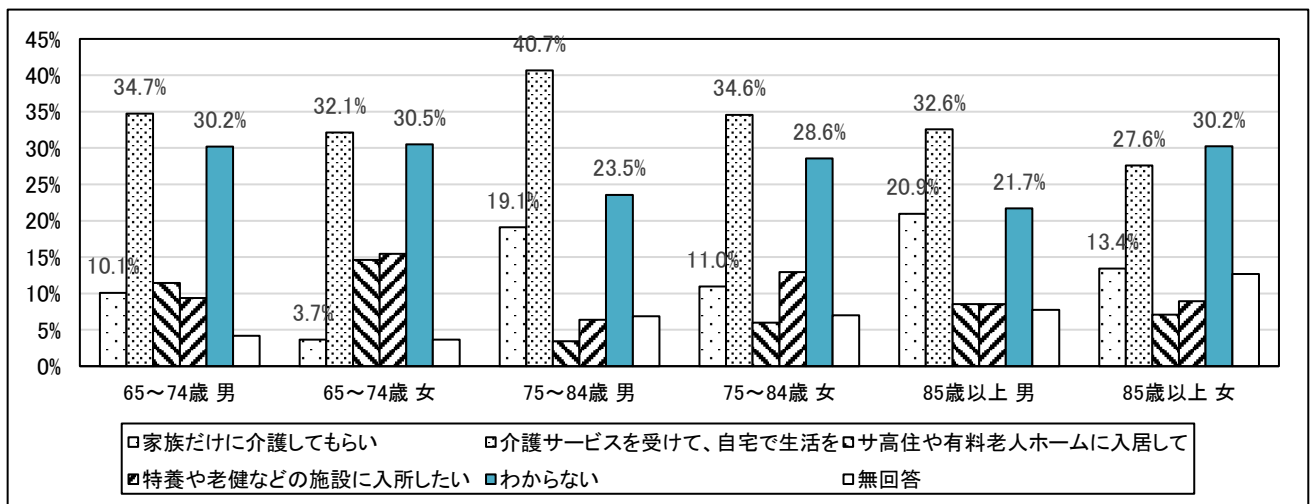
この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか



・全体的（特に65~74歳）に増加傾向でした。

・84歳以下で増加傾向でした。

あなたが将来、要介護状態となった時これからの生活をどこでどのように送りたいとお考えですか



・家族の介護や介護サービスを利用しながら、自宅での生活を続けたいという人が3~5割と、多かったです。また、どのような状態になるかわからないため、わからないと回答する人も多くみられました。

## 2 日南町老人福祉計画・第9期介護保険事業計画の主な策定経過

日程	時間	内容
令和5年2月		介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施。 ・要介護認定者を除く65歳以上の人1,853人を対象として、郵便による配布・回収とした。 回答者数1,436人（回答率77.5%）
令和5年 6、8月	13時30分 ～15時	6月、8月地域包括ケア会議 ・地域包括ケア会議目標、地域包括支援センター、日南福祉会、日南病院、社会福祉協議会（4団体）の令和4年度実績報告
令和5年 9月12日 （火）	13時30分 ～15時	第1回介護保険運営協議会 ・令和4年度介護保険事業報告書をもとに現状を説明 ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果概要の説明 ・在宅介護実態調査結果概要の説明 ・第9期計画策定に向けて、計画の背景の説明 ・第2回運営協議会の日程を協議
令和5年 10月5日 （水）	15時30分 ～17時	地域包括ケア会議企画会議 ・第8期の介護給付、予防給付、総合事業などの現状と課題の分析、第9期の目指す姿、対応策を検討した
令和5年 11月1日 （水）	13時30分 ～15時	11月地域包括ケア会議 ・企画会議での検討をもとに、第8期の介護給付、予防給付、総合事業などの現状と課題の分析、第9期の目指す姿、対応策を検討した。
令和5年 12月19日 （火）	13時30分 ～15時	第2回介護保険運営協議会 ・第8期の介護給付、予防給付、総合事業などの現状と課題の分析 ・第9期の目指す姿、対応策を協議 ・第9期介護保険事業計画（素案）について協議 ・第9期介護保険料について協議（試算を提示）
令和6年1月26日（金） ～2月4日（日）		・パブリックコメントの実施
令和6年 2月14日 （水）	13時30分 ～15時	第3回介護保険運営協議会 ・第9期介護保険事業計画（案）について協議 ・第9期介護保険料について協議
令和6年 2月20日 （火）	10時30分 ～11時30分	町長へ第9期介護保険事業計画（案）を報告 ・介護保険運営協議会会長、副会長から審議結果を報告。 ・介護保険料、介護サービス等について意見交換をした。
令和6年 3月29日（金）		日南町老人福祉計画・第9期介護保険事業計画を策定した。

### 3 日南町介護保険運営協議会設置要綱

(設置)

第1条 日南町が行う介護保険の円滑かつ適正な運営及び推進を図るため、日南町介護保険運営協議会（以下「運営協議会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 運営協議会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）第117条に規定する介護保険事業計画及び老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に規定する老人福祉計画（以下「事業計画等」という。）の策定、進行管理、評価及び介護保険の運営に関すること。
- (2) 介護保険法第115条の46に規定する地域包括支援センターの設置及び運営に関すること。
- (3) 介護保険法第78条の2等の規定による地域密着型サービスの指定及び運営に関すること。
- (4) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める事項

2 運営協議会は、必要に応じて町長に建議を行うことができる。

(組織)

第3条 運営協議会は、委員20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) 学識経験者
- (2) 保健医療関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 介護サービス及び介護予防サービス事業者
- (5) 介護保険被保険者（第1号被保険者及び第2号被保険者）

(会長及び副会長)

第4条 運営協議会に会長及び副会長各1人を置き、委員の互選によってこれを定める。

2 会長は、会務を総理し、運営協議会を代表する。

3 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。

(任期)

第5条 委員の任期は3年とし、補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。ただし、再任を妨げない。

(会議)

第6条 運営協議会の会議は、会長が招集し、会議の議長となる。

- 2 運営協議会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことはできない。
- 3 運営協議会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(関係者の出席)

第7条 会長は、運営協議会の会議に、必要に応じ、委員以外の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(会議録)

第8条 会長は、運営協議会会議録を調整し、会議の次第及び出席委員の氏名を記載させなければならない。

- 2 会議録には、議長及び議長が運営協議会の会議において指名した2人の委員が署名しなければならない。

(庶務)

第9条 運営協議会の庶務は、福祉保健課において処理する。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、運営協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成20年8月11日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現に日南町介護保険事業計画・老人保健福祉計画策定委員会及び日南町地域包括支援センター運営協議会の委員である者は、引き続きこの要綱による委員の職にある者とし、その任期は、それぞれ既に委嘱した期間とする。

(日南町介護保険事業計画・老人保健福祉計画策定委員会設置要綱及び日南町地域包括支援センター運営協議会設置要綱の廃止)

- 3 日南町介護保険事業計画・老人保健福祉計画策定委員会設置要綱（平成11年1月12日要綱）及び日南町地域包括支援センター運営協議会設置要綱（平成18年要綱第2号）は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成29年8月1日から施行する。



## 4 日南町介護保険運営協議会委員名簿

任期 令和3年8月1日～令和6年7月31日 (令和6年3月現在)

N o	氏名	所属機関・役職名等	区分
1	安田 敦	鳥取県西部総合事務所 県民福祉局 副局長	学識経験者
2	藤森 史子	西部広域行政管理組合 介護保険認定審査会 委員	学識経験者
3	福家 寿樹	日南町国民健康保険日南病院 事業管理者	保健医療関係者
4	入澤 雄介	入沢歯科医院 院長	保健医療関係者
5	榎尾 光子	日南町国民健康保険運営協議会 会長	保健医療関係者
6	七瀬 寿恵	日南町食育推進協議会 理事	保健医療関係者
7	西村 登代美	日南町保健委員 代表	保健医療関係者
8	入澤 良子	社会福祉法人日南福祉会 事業統括部長	介護サービス事業者
9	岡松 重俊	社会福祉法人日南町社会福祉協議会 副会長	福祉関係者
10	藤原 寿郎	日南町民生児童委員協議会 会長	福祉関係者
11	渡邊 泰子	日南町老人クラブ連合会 理事	福祉関係者
12	高橋 長年	日南町手をつなぐ育成会 会長	福祉関係者
13	西村 幸治	日南町シルバー人材センター 事務局長	福祉関係者
14	山本 静夫	日南町自治協議会 介護部門代表	被保険者代表
15	秦 万	被保険者 代表	被保険者代表

会長 入澤 良子

副会長 藤原 寿郎

日南町老人福祉計画・第9期介護保険事業計画  
令和6年3月  
発行 日南町福祉保健課  
鳥取県日野郡日南町生山5 1 1番地5  
電話：0859-82-0374