

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援, 介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
介護予防施策		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☐ ①健康づくりの推進	☐ ②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備			
☒ ③介護予防の推進	☐ ④在宅医療・介護連携の推進			
☐ ⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐ ⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上			
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム, 保険者シート等に基づく地域分析結果等				
本町の総人口は年々減少しており、今後も減少し続けることが予想される。それに伴い、令和22年までは75歳以上の後期高齢者の構成割合が上昇が予想される。また、高齢独居世帯割合や高齢者世帯夫婦割合が国や県と比較して高く、要介護認定率も上回っている。介護予防のための通いの場の参加状況については、7割弱の人が参加していない状況で、加齢に伴い介護・介助の必要性が高くなることから、若い世代からの介護予防事業の取組を勧めることが必要。				
2 1に対する課題（第9期計画における取組を設定した背景） ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
・住民の「介護予防への関心」が少ない。 ・通いの場における参加者の健康状態の把握や生活機能低下の評価が行えていない。				
3 第9期計画における具体的な取組 (①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組)				
介護予防の普及啓発のための健康教育の実施や地域での活動を広げるための地域リハビリテーション支援事業、ポイントを活用した支援を行う。 1 通いの場等での基本チェックリストの実施による、健康状態および生活機能低下の把握 2 健康運動指導士等による通いの場での運動教室の実施 3 地域リハビリテーション活動支援事業における個別支援 4 通いの場等での講話実施				
4 取組の数値目標及び実績（R6年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
①通所型サービスCの利用者数	①5人	6名	-	-
②通いの場等における健康教育	②随時	3回	-	-
③地域リハ専門職による支援	③随時	8回	-	-
5 その他実績（R6年度末時点） (4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績)				
・通いの場での基本チェックリスト聴取：2カ所（計12名） ・65歳到達保険証交付時健康教育実施回数：12回（計57名）				
6 取組と実績を踏まえた課題				
①基本チェックリスト等により対象者を選定し、短期集中で運動の介入を行うことで介護予防につながったと考える。通いの場など社会参加のない方を対象に、基本チェックリストを行い、必要時介護予防につなげて行く必要がある。 ②依頼のあった通いの場に出向き、他関係機関と連携して救急講座や熱中症、生活習慣病についての健康教育を実施。65歳到達介護保険証交付会の参加者にも健康教育を行い、介護予防の普及・啓発に努めた。今後は依頼のなかった通いの場への周知と介護予防の普及・啓発を行っていく必要がある。 ③地域リハによる支援では、専門職による介入によって対象者の能力を評価し、必要な助言を受けることができた。				
7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策（R7年度～）				
①社会参加のない方など住民の状態把握に努め、必要時通所型Cの介入につなげていく。 ②月に1回、65歳到達者保険証交付会時に健康教育を行うと共に、依頼のある通いの場での健康教育を実施していく。また、広報誌等を用いての健康教室の周知を行っていく。 ③専門職の介入によって個別支援を行い、介護予防と重症化防止につなげるとともに、通いの場等への専門職の関与を拡大していく。				

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援, 介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
健康づくり施策		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☒	①健康づくりの推進	☐	②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備	
☐	③介護予防の推進	☐	④在宅医療・介護連携の推進	
☐	⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐	⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上	
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム, 保険者シート等に基づく地域分析結果等				
がんは昭和56年以降日本人の死因第1位であり、生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されている。人口の高齢化に伴い、がんの罹患率や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然と生命と健康にとって重大な問題となっている。令和6年度に作成した健康増進計画より、平成30年～令和4年までのがん死亡率(10万人あたり)の平均値は、男女いずれも全国、鹿児島県平均を上回っている。また、R5の歯科検診受診者は23.1%、骨粗鬆症検診の受診率は7.1%で鹿児島県平均を下回っている。				
2 1に対する課題(第9期計画における取組を設定した背景) ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
健康づくりの取組としては、予防可能ながんのリスク因子(喫煙・飲酒・肥満等)に対する対策を行っていくことでがんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見し早期に治療することでがんの死亡率を減少させることが必要。また、健康に関する正しい知識の普及を図ることにより、「自分の健康は自分で守る」という認識と自覚を高め、若年期から健康の保持増進につなげることが必要である。				
3 第9期計画における具体的な取組 (①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組)				
健康寿命の延伸、生活習慣病の発症予防と重症化予防、生活の質の向上を実現するため他部署と連携し下記の取組を行う。 1. 健康に関する正しい知識を普及するための集団健康教育の実施 2. 来所や訪問、電話等での健康相談 3. 歯周疾患や骨粗しょう症、各種がん検診の普及啓発及び受診しやすい体制づくり 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施				
4 取組の数値目標及び実績(R6年度末時点)				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
①がん検診受診者数	①(延べ)2800人	(延べ)2901人	-	-
②歯周疾患検診受診者数	②100人	54人 (40歳以上)	-	-
③骨粗しょう症検診受診者数	③300人	283人	-	-
5 その他実績(R6年度末時点) (4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績)				
・集団健康教育の実施回数(結果報告会)8回				
6 取組と実績を踏まえた課題				
・他部署と連携し、がん検診や歯周疾患、骨粗鬆症を含めた集団検診の実施と結果報告会時に集団健康教育の実施を行った。 ・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」については、令和6年度より取組を開始した。KDBシステム等から地区分析を行い、サロンにて健康教育等を実施。事業開始初年度で、初期介入が遅かったため、スケジュール管理をし計画的に事業をしていく必要がある。				
7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策(R7年度～)				
・通いの場や65歳到達保険証交付会にて、健康教育や検診の受診勧奨を行い、健康づくりの推進につなげていく。 ・自分の体の状態を知るために、検診の受診勧奨を行う。 ・より多くの住民が健康に関する正しい知識を身につけ、生活習慣病の予防や健康の保持増進につなげられるよう集団健康教育を行う。 ・他部署と連携して、疾病予防と重症化予防のための健康教育やサロン訪問等を行っていく。				

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援, 介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
地域ケア個別会議		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☐ ①健康づくりの推進	☒ ②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備			
☒ ③介護予防の推進	☐ ④在宅医療・介護連携の推進			
☐ ⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐ ⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上			
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム、保険者シート等に基づく地域分析結果等				
令和5年の中種子町の総人口は7,343人、65歳以上の老年人口は2,996人、高齢化率は40.8%となっている。要介護認定者は585人、要介護認定率は19.4%で、全国、鹿児島県平均を上回っている。要介護度別認定割合は、軽度（要支援1～要介護2）の認定者が55.7%で全国、鹿児島県平均を下回っている一方、重度（要介護3～5）認定者は44.3%で全国、鹿児島県平均を上回っている。				
2 1に対する課題（第9期計画における取組を設定した背景） ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
1. 要介護認定率、重度認定者率ともに全国、鹿児島県平均を上回っている現状に対して、事業対象者の自立支援、軽度認定者の重度化防止に努める必要がある。 2. 具体的に誰にでも分かりやすく、ケアプランに取り入れやすい助言を引き出す。 3. 個別課題から抽出された地域課題を施策につなぐ。				
3 第9期計画における具体的な取組 (①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組)				
1. 地域ケア個別会議の実施 目的：多職種からの助言をもとに軽度認定者の介護予防・重度化防止に重点を置いたケアマネジメントのための支援を行う。 構成員：本町介護保険係、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護事業者、歯科医、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、生活支援コーディネーター、主任介護支援専門員 発揮する機能： (1) 個別課題解決機能（高齢者個人における自立支援・重度化防止） (2) ネットワーク構築機能（本町の介護支援に関わる者のネットワークの強化） (3) 地域課題発見機能（個別事例の課題分析などを積み重ねることにより解決すべき地域課題を明らかにする） 2. 現行の地域ケア推進会議の充実				
4 取組の数値目標及び実績（R6年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
①地域ケア個別会議の実施	①月1回 1事例	10回10事例	-	-
②地域ケア推進会議の実施	②年1回	1回	-	-
③	③		-	-
5 その他実績（R6年度末時点） (4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績)				
1. 研修会の実施 令和6年度保険者機能強化支援事業専門職アドバイザー派遣による現地支援 支援内容：地域ケア会議の意義や目的の共有、地域ケア個別会議への助言や講評 参加者：本町介護保険係、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護事業者、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、生活支援コーディネーター、主任介護支援専門員				
6 取組と実績を踏まえた課題				
1. 居宅支援事業所の介護支援専門員においては、地域ケア個別会議への事例提供に対して、「特別な課題を持った対象者でないといけない」「要介護1ではほとんど自立している」「助言者から一方的に実現しにくい課題を言われる」「歯科や栄養の分野は対象者の関心も低く支援に取り入れにくい」という意見が聞かれる。研修会等をとおして自立支援・重度化防止を目的とした会議であると伝えているが認識の差が埋まっていない。 2. 認知症の方は家族の支援だけでは難しいことも多く、コミュニティが出来ている地域とそうでない地域で周囲のサポート力に差がある。				
7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策（R7年度～）				
1. 研修等をとおして助言者側の意識は変わりつつあるが、より具体的で実践しやすい助言を引き出すため司会者や事務局側の声掛けを工夫していく。介護支援専門員とも意見交換等を重ねて意識変容に向けた取り組みを行う。 2. 会議名を地域ケア会議から自立支援型個別ケア会議に変更する。 3. 認知症サポーター養成講座を町内小・中・高校・高齢者サロン向けに実施している。今年度は幾つかの地域のサロンを中心にチームオレンジの立ち上げを行っていく予定。支え手となる世代に向けた講座を実施しても参加者がいなかった経緯がある。介護世代への周知が課題。				

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援、介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
在宅医療・介護連携推進施策		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☐ ①健康づくりの推進	☐ ②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備			
☐ ③介護予防の推進	☒ ④在宅医療・介護連携の推進			
☐ ⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐ ⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上			
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム、保険者シート等に基づく地域分析結果等				
退院支援ルール運用については、98.1%が退院調整を実施しており、退院できる体制が継続できている。島内医療機関における入院時引継有は51人、引継無は3人。訪問看護事業所も充実しており、退院後から医療・介護が受けやすい環境ができている。				
2 1に対する課題（第9期計画における取組を設定した背景） ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
今後も継続して、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・介護の関係機関が連携し、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築する必要がある。				
3 第9期計画における具体的な取組 (①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組)				
①地域の医療・介護の資源把握		②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討		
③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進		④医療・介護関係者の情報提供の支援		
⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援		⑥医療・介護関係者の研修		
⑦地域住民への普及啓発		⑧在宅医療・介護連携に関する関係機関との連携		
4 取組の数値目標及び実績（R6年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
①他職種連携研修会の開催	①2回	2回	-	-
②在宅医療・介護連携推進研修会への参加	②随時	1回	-	-
③種子島地区入退院支援ルール運営会議	③2回	2回	-	-
5 その他実績（R6年度末時点） (4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績)				
訪問看護事業所と居宅介護支援事業所の意見交換会 1回				
6 取組と実績を踏まえた課題				
・他職種連携研修会を実施することで、他職種連携や情報共有を行うことができた。 ・住民から相談があった際は、医療機関や関係各所と連携して、スムーズにサービスの提供を図ることができた。 ・住民へのACPの普及・啓発ができていない。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R7年度～）				
・町内外の医療機関・介護関係者とともに研修や意見交換会を開催し、地域で高齢者を支えるための検討を行っていく。 ・サロンなど通いの場を通して、ACPの普及・啓発を行い、自分らしい生活を続けられるための意思決定支援を行っていく。 ・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との連携、情報共有による入退院支援とスムーズなサービスの提供を行う。				

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援、介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
認知症関連施策		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☐ ①健康づくりの推進 ☐ ③介護予防の推進 ☒ ⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐ ②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備 ☐ ④在宅医療・介護連携の推進 ☐ ⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上			
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム、保険者シート等に基づく地域分析結果等				
高齢者人口の増加に伴い認知症発症高齢者の割合も増加し、後期高齢者のみならず前期高齢者でも認知症やMCI発症者増加が見られる。 介護・対応方法が分からずに困っている住民が多いが、相談窓口やつどいの場・認知症サポーター養成講座などの認知症関連活動を知らない住民も多い。 サロン活動など地域内の住民相互の支援団体内で認知症高齢者への対応に苦慮している団体も増えている一方、チームオレンジのように上手に支えられているサロンも出てきている。				
2 1に対する課題（第9期計画における取組を設定した背景） ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
相談窓口の広報・周知徹底は継続的に必要。早期から相談することの重要性も理解してもらえるようにすることも必要。 チームオレンジの立ち上げとサロン等住民間の支援団体の認知症への理解と見守り・支援内容の充実を図ることが必要。 認知症カフェなど認知症高齢者の参加出来る・集える場の継続と設置。				
3 第9期計画における具体的な取組 (①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組)				
①認知症に関する相談窓口の周知と認知症ケアパス及びホームページの内容充実 ②認知症サポーター養成講座開催とチームオレンジ立ち上げ ③初期集中支援チームの効果的な活用 ④認知症カフェ等の集いの場の設置・継続				
4 取組の数値目標及び実績（R6年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R6	R7	R8
①認知症に関する相談窓口の周知と認知症ケアパスの内容充実	①広報紙等による相談窓口の周知・広報2回/年 サロン訪問による周知・広報	広報紙年11回掲載 サロン訪問18回 ケアパス更新無	-	-
②認知症サポーター養成講座開催とチームオレンジ立ち上げ	②認知症サポーター養成100人/年 チームオレンジ立ち上げ準備サロン5カ所	サポーター養成数150人 チームオレンジ立ち上げ準備5カ所	-	-
③初期集中支援チームの効果的な活用	③チームについての周知・広報 1回/年 相談対応件数5件以上 地域支援推進員との情報交換12回/年	広報紙掲載1回/年 相談件数16件 推進員との情報交換12回/年	-	-
④認知症カフェ等の集いの場の設置・継続	④既存カフェ開催 1回/月 新規カフェ等集いの場立ち上げ 2カ所	既存カフェ年12回 新規立ち上げカフェ無	-	-
5 その他実績（R6年度末時点） (4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績)				
認知症地域支援推進員:2名配置 チームオレンジR8年度以降立ち上げのためのサロン支援:2カ所 認知症ミニ講話:サロン交流会年3回。民生児童委員への研修講話開催。 アルツハイマー月間の広報・企画展示。子育て支援広場での広報活動。				
6 取組と実績を踏まえた課題				
相談窓口の継続的な周知と高齢者を介護する年齢層への周知方法の再検討が必要。同世代に対して認知症に対する正しい理解を求めることも必要。また、ホームページの介護保険・認知症・相談先等掲載内容を見直し、充実させることで広報周知していく必要がある。 住民（子どもから高齢者まで）・サロンや支援団体などいろんな方面から認知症に関する理解や対応方法の習得が出来るようにすることで、地域の中で支え続けられる体制が構築できるようにすることが必要。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R7年度～）				
相談窓口の更なる広報・周知継続とホームページの内容充実。介護を実際に担う世代やその手前の若年層も相談しやすい体制作りと広報も行う。 サロン等地域の中に積極的に出向いて講話や認知症サポーター養成講座・チームオレンジ立ち上げ支援を行い、認知症に対する理解を深め、地域住民相互の支え合いが出来るように支援する。				

<第9期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート>
(自立支援、介護予防・重度化防止)

市町村名	中種子町
------	------

取組目標・重点施策等		評価		
生活体制整備事業関連施策（総合事業をのぞく）		B		
カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。				
☐ ①健康づくりの推進	☒ ②地域包括ケアシステムの推進に向けた体制整備			
☐ ③介護予防の推進	☐ ④在宅医療・介護連携の推進			
☐ ⑤認知症の人やその家族への支援の充実	☐ ⑥介護人材の確保対策の充実及び生産性向上			
1 第9期計画開始前の現状 ⇒見える化システム、保険者シート等に基づく地域分析結果等				
高齢者の生活支援体制のこう構築に向け、平成29年度に第1層（町全体）、平成30年度以降に第2層（町内3圏域）に生活支援コーディネーターを配置。地域のニーズや困りごとの集約、地域支援の把握、地域における高齢者の支援体制及び担い手の創出等を継続している。				
2 1に対する課題（第9期計画における取組を設定した背景） ⇒R5自己評価等を踏まえた課題等				
日常生活圏域ごとに生活支援コーディネーターを配置し、地域課題のあった開発や関係機関等の連携強化を図りながら、高齢者の生活支援の体制整備を行う。地域サロンの減少もみられ、サロンの維持及び新規立ち上げについて取り組んでいく必要がある。				
3 第9期計画における具体的な取組 （①の課題を受けて第9期計画で設定した取組及びR5自己評価を踏まえて見直した取組）				
○第1層、第2層の協議体の設置を行い、地域課題にあった資源の開発や関係機関との連携を図る。 ○高齢者福祉の各種サービスを受けることができる体制及び情報提供を推進するため、社会福祉法人や地域見守りネットワーク、民生委員等との連携を図る。				
4 取組の数値目標及び実績（R6年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
①協議体の実施	①第1層：年1回 第2層：年6回	第1層：1回 第2層：10回	-	-
②コーディネーター連絡会	②月1回の開催	月1回	-	-
③地域課題をもとに新たな生活支援の創出	③通いの場の新たな創出：1グループ	1グループ	-	-
5 その他実績（R6年度末時点） （4の数値目標の他に今回の自己評価に用いた取組とその実績）				
○情報共有・情報発信 新聞発行：年4回 資源マップ：随時更新、町ホームページへの掲載 ○令和6年度通いの場登録：44グループ、65歳以上554人 ○令和6年度ポイント登録：77グループ、65歳以上1,335人				
6 取組と実績を踏まえた課題				
○一部の地域においては協議体の設置がなされているが、そのほかの地域においても協議体を立ち上げ、地域課題にあった資源の開発や関係機関との連携を図る。 ○参加者の高齢化や担い手不足により、通いの場数は減少傾向にある。地域の力を活用し、代表者支援を行うとともに通いの場の維持を図る。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R7年度～）				
・第1層、第2層各協議体の設置を行い、地域ごとのニーズ把握に努め、支援体制を構築する。 ・定期的な情報の共有・連携強化、コーディネーターの役割の理解、資源マップの周知を図る。 ・通いの場の登録数、参加者の維持及び新規立ち上げに取り組む。 ・他の事業との連携（介護予防事業、認知症施策等）を図っていく。				