

<第8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(地域ケア会議関連施策を除く・総合事業を含む)		B
該当カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。		
<input checked="" type="checkbox"/> ①介護予防の推進 <input type="checkbox"/> ③認知症施策の推進	<input type="checkbox"/> ②在宅医療・介護連携の推進 <input type="checkbox"/> ④地域包括ケアシステムの構築	
①現状と課題（取組を設定した背景） ⇒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、前年度自己評価を踏まえた課題等		
本町では、年々総人口は減少しており、高齢者人口もそれに伴い緩やかに減少している(2020年高齢者人口3,032人→2025年高齢者人口3,007人→2040年高齢者人口2,321人)。介護認定申請理由として骨・関節系疾患、認知症、脳卒中で支援や介護が必要になっている(認定率 H28 20.4%→R2 17.8%)。令和1年に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合が66.7%、地域づくりへのお世話役としての参加意向のある高齢者の割合が34.0%といずれも全国推計値を上回っている。 <課題>老人クラブの衰退、高齢者が自ら介護予防・健康づくりをしたいと思える環境が少ない、交通手段が少なく送迎などの問題がある <要因>住民の「介護予防」への関心が低い、住民支援について知らない人が多い ◎前年度の取組を踏まえた現状と課題		
②第8期における具体的な取組 (①の課題を受けて8期計画で設定した取組及びR2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、地域での活動の広がりを地域リハビリテーション支援事業およびポイント事業を活用した支援を行う。 ア)介護予防事業の趣旨について、広報紙等を通じて周知を行う。 イ)健康運動指導士等の介入で、介護予防に資する住民主体の通いの場のうち、週1回体操を行う場を増やす。 ウ)出前講座と称し、栄養・口腔等の講話の意向をアンケートで聴取し、希望があった通いの場に対して管理栄養士・歯科衛生士等が介入し、介護予防についての知識を普及する。 エ)後期高齢事業との一体的事業を見据えたデータ活用と健康教育		
③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）		
(②の取組について数値等で具体的に定めた目標)		
項 目	数値目標	実績値
ア) コロナ禍における介護予防について	ア) 広報紙掲載 年2回程度	ア) 広報紙掲載2回
イ) 健康運動指導士等による立ち上げ支援および、運動の必要性の普及	イ) 立ち上げ支援1か所以上、通いの場での実技指導は随時	イ) 立ち上げ支援1か所、通いの場への指導4か所延べ213人
ウ) 地域リハ職による支援	ウ) 栄養・口腔指導 随時	ウ) 栄養2か所、口腔2か所
エ) 地域特有データを用いた健康教育	エ) 通いの場での講話 随時	エ) 通いの場0か所、65歳到達介護保険証交付7回45人
④自由記載（その他、評価に用いた情報、その実績）		
○介護予防の推進 ・介護保険新規申請件数(H29 76件、H30 108件、R1 151件、R2 156件) ・認定率 ・週1回毎体操を実施する通いの場(H29 6か所、H30 7か所、R1 13か所、R2 21か所) ・週1回毎体操を実施する通いの場実施地区の認定者割合 ・日常生活圏域ニーズ調査・高齢者等実態調査「介護予防のための通いの場に参加していない高齢者の割合」の減少		
⑤自己評価結果 (①～④を踏まえての考察・課題・今後の見直し等)		
○R3年度はコロナ禍でも感染対策をしながら活動するグループも前年度よりは増えてきた。運動中心で行う通いの場の立ち上げは1か所のみであった。今後は既存の通いの場への介入を継続する。 ○専門職を活用した通いの場への支援としては、「出前講座」アンケートを随時実施し、意向のあるグループについては管理栄養士や歯科衛生士の講話を実施することができた。 ○参加者の健康状態の把握は十分にはできなかったため、年1回は聴取できる機会を設けるようにする。 ○後期高齢者担当とデータを活用し全町民向け媒体は作成した。今後は各地区へ出向くようにする。		

<第8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
該当カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。		
<input type="checkbox"/> ①介護予防の推進 <input checked="" type="checkbox"/> ③認知症施策の推進	<input type="checkbox"/> ②在宅医療・介護連携の推進 <input type="checkbox"/> ④地域包括ケアシステムの構築	
①現状と課題（取組を設定した背景） ⇒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, 前年度自己評価を踏まえた課題等		
高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の割合も年々増加傾向にある。高齢者実態調査において、約半数が認知症の相談窓口を知らない、認知症の人への対応がわからないという調査結果が出ている。今度できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症の人やその家族を支える支援体制の構築と認知症ケアの向上を図る必要がある。 ◎前年度の取組を踏まえた現状と課題 認知症の人やその家族を支える支援体制としては、認知症サポーター養成講座を小学生、一般住民向けに実施したが、その後の認知症サポーターの活用まではできていない現状。 認知症の相談窓口、認知症初期集中支援チーム等の活動についても少しずつ普及はしてきているが、今後さらに周知に取り組む必要がある。		
②第8期における具体的な取組 (①の課題を受けて8期計画で設定した取組及びR2自己評価を踏まえて見直した取組)		
○認知症の人やその家族に早期に関わる支援体制の構築と地域における見守り等の充実 ・相談窓口の周知と認知症ケアパスの内容の充実 ・認知症サポーター養成講座の推進と活用 ・認知症初期集中支援チームの効果的な活用 ・認知症カフェ等の集いの場の設置		
③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）		
(②の取組について数値等で具体的に定めた目標)		
項目	数値目標	実績値
①認知症の相談窓口で周知と認知症ケアパスの内容の充実	・広報紙等による住民に対し相談窓口の周知・広報を年2回以上 ・年度内に認知症ケアパスを更新	・広報紙への掲載：年4回、 ・サロン等に出向いての広報：3回、チラシの作成・配布 ・ケアパスの更新：なし
②認知症サポーター養成講座の推進と活用	・認知症サポーターを100名/年養成 ・チームオレンジ：1か所設置 ・チームオレンジコーディネーター：1名配置	・認知症サポーター養成講座：5回実施（84名） ・チームオレンジ：なし ・チームオレンジコーディネーター：1名
③初期の認知症の人に対し、初期集中支援チームの効果的な活用	・周知・広報：年1回 ・相談件数：5件 ・地域支援推進員との情報交換：年12回	・広報紙への掲載：年1回 ・相談件数：9件 ・地域支援推進員との情報交換：年8回
④認知症カフェ等のつどいの場の設置	・認知症カフェの開催：月1回 ・新規認知症カフェの立ち上げ：2か所	・認知症カフェ：年9回 ・新規認知症カフェ：なし
④自由記載（その他、評価に用いた情報、その実績）		
認知症ケアパスの更新状況（直近の状況を反映） 認知症サポーター養成数（1,200→1,300） 認知症カフェ等の集いの場の設置数（1→3）		
⑤自己評価結果 (①～④を踏まえての考察・課題・今後の見直し等)		
・相談窓口の周知や情報提供を今後も継続しながら、認知症の理解と啓発、早期禁断・早期対応の取組を行う。 ・認知症サポーター養成講座の活用として、チームオレンジの立ち上げ等を支援しながら、地域での見守り等支援体制を構築できるよう検討をする。 ・認知症の人や家族等が気軽に集える場や認知症の人の社会参加活動のための体制整備について検討をする。		

<第8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
該当カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。		
<input type="checkbox"/>	①介護予防の推進	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	③認知症施策の推進	<input type="checkbox"/>
	②在宅医療・介護連携の推進	
	④地域包括ケアシステムの構築	
①現状と課題（取組を設定した背景） ⇒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, 前年度自己評価を踏まえた課題等		
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・介護の関係団体が連携し, 多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供出来る体制を構築する必要がある。		
◎前年度の取組を踏まえた現状と課題		
②第8期における具体的な取組 (①の課題を受けて8期計画で設定した取組及びR2自己評価を踏まえて見直した取組)		
○在宅医療・介護連携推進事業協議会において, 町が保持するデータのほか, 県や群医師会団体から提供されるデータ等も活用し, 在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討を行う。 ○退院調整ルール策定及び運用を通して医療・介護関係者の情報共有の支援及び関係市町村と連携を図る ○相談窓口として地域包括支援センターにコーディネーターを配置し, 地域医療・介護連携に関する相談内容を, 群医師会等の医療関係団体や介護等報告する。 ○地域住民に対して, 人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の普及啓発を図る。		
③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）		
(②の取組について数値等で具体的に定めた目標)		
項目	数値目標	実績値
①在宅医療・介護連携推進協議会の開催	①年1回開催	①年1回開催（書面開催）
②退院調整ルールの運用	②退院調整ルール活用による調整漏れ率を10%以下にする。	②11月の実態調査結果 退院調整漏れ率0% (R2: 0%, R3: 0%)
③多職種・住民への研修会の実施	③それぞれ年1回開催する。	③多職種研修会: 2回 住民: 0回
④自由記載（その他, 評価に用いた情報, その実績）		
○医療と介護の連携については, 退院調整漏れ率が0%でスムーズに退院できる体制が継続できている。 ○町内に訪問看護事業所が開所され, 在宅での医療が受けやすい環境が整い, より早く退院出来るようになってきている。また, コロナ感染対策により, 在宅での看取り件数が増えた (R2: 0件→R3: 7件)		
⑤自己評価結果 (①~④を踏まえての考察・課題・今後の見直し等)		
○コロナウイルス感染症対策としてZOOM開催。退院調整漏れ率0%になったことなどから, スタッフ間の連携はとりやすい体制作りができていていると感じる。在宅看取りを検討する家族も増えてきていることから, 今後も本人の意思決定も含めて研修会や意見交換会等を定期的開催出来るようにしていきたい。		

<第8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
生活支援体制整備関連施策（総合事業を除く）		B
該当カテゴリ ※複数回答可。該当するものがない場合はチェック不要。		
<input type="checkbox"/>	①介護予防の推進	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	③認知症施策の推進	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	②在宅医療・介護連携の推進	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	④地域包括ケアシステムの構築	<input type="checkbox"/>
①現状と課題（取組を設定した背景） ⇒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, 前年度自己評価を踏まえた課題等		
本町の生活支援体制整備状況は、平成29年度に第1層（町内全域）の生活支援コーディネーターを配置し、平成30年度以降に協議体の発足（一部）と第2層（町内3圏域）への生活支援コーディネーターを配置している。 また、校区ごと（小学単位）で開催する小地域ケア会議では、地域全体として高齢化率の増加の課題があるものの、困りごとについては地域ごとで課題が異なるため、校区ごとでの対応が必要となる。 そこで、第2層のコーディネーターを町内3圏域に分け配置することで、地域のニーズ等を調査し、支援体制の整備並びに地域での担い手となる人材の育成等を進める必要がある。		
◎前年度の取組を踏まえた現状と課題		
②第8期における具体的な取組 (①の課題を受けて8期計画で設定した取組及びR2自己評価を踏まえて見直した取組)		
○第1層の協議体の設置。第2層への生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置を行い、地域ごとのニーズの把握に努め、支援体制を構築する。 ○高齢者福祉の各種サービスを受けることの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。		
③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）		
(②の取組について数値等で具体的に定めた目標)		
項目	数値目標	実績値
①第1層の協議体を設置し、課題の検討を行う。	①年1回の開催	①年1回開催（書面開催）
②第2層の生活支援コーディネーターと年間目標のもと月1回の連絡会を開催する。	②月1回の開催	②月1回開催
③地域課題をもとに新たな生活支援の創出	③通いの場のない地域に対して通いの場を増やす。	③新たな通いの場 7グループ
④自由記載（その他、評価に用いた情報、その実績）		
○3圏域それぞれに第2層の生活支援コーディネーターが配置され、第1層の生活支援コーディネーターを中心に地域のニーズの把握を行いながら、毎月の連絡会の中での生活支援コーディネーターのスキルアップと情報共有を行った。 ○地域によって取り組み方は異なっているが、地域全体で話し合う体制をとりながら、当事者だけでなく地域全体として支え合う場づくりとして新たな通いの場も増えてきている。また、新型コロナウイルス感染対策を取りながら自粛期間での活動の提案など、高齢者の機能低下にならないよう取り組んだ。		
⑤自己評価結果 (①～④を踏まえての考察・課題・今後の見直し等)		
○第2層のコーディネーターが1年目と慣れなところもあったが、少しずつ地域の方との信頼関係を得ることができ頼られる存在となってきている。第1層と第2層のコーディネーターが共に連携し取り組んでいるため、地域の支援体制が整備されつつある。 ○他市町の生活支援コーディネーターとも意見交換の場を多くもつことで情報共有ができ、それぞれの取り組みを参考にしながら地域への還元も出来ていると考える。今後も情報交換の場を提供して生活支援コーディネーターが動きやすい環境を作っていきたい。 ○参加者の高齢化等によりサロン代表者の後継者が見つからない。また、サロンへの入会者が少ないことが課題だと考える。		