|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 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 |

令和元年度　取組と目標に関する自己評価

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

平成27年以降，総人口は減少している中で高齢者人口は増加傾向にあるが，平成29年をピークに前期・後期高齢者ともに減少が見込まれている。（2017年高齢者人口3,043人→2025年高齢者人口3,007人)　　平成28年度の要介護認定率は20.4であり,多い順に骨・関節系疾患，認知症，脳卒中などの理由で介護保険認定申請を行っているため，介護予防の取組が重要である。平成28年度に実施した高齢者等アンケート調査では，地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合が65.2%，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45.9%と全国推計値より高くなっている。そこで，住民主体の通いの場づくりを展開し，早期からの介護予防の取組が重要と考える。

◎H30年度の取組を踏まえた現状と課題

・通いの場が新規で立ち上がってはいるが，参加者の健康状態の把握や生活機能低下などの評価が行えていないため,生活機能低下がみられる方への短期集中型サービス等必要な支援ができていない。

**②第７期における具体的な取組**

１）介護予防の普及啓発のための健康教育の実施　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２）高齢者元気度アップポイント事業を活用した自主活動支援

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①老人クラブ等団体の会合，町内イベント等の場において，介護予防や健康づくりについての健康教育に参加した延べ人数 | ①H29:900人，H30:900人，　H31:1,000人 | ①H29:1,074人，H30:1,027人，H31:785人 |
| ②高齢者元気度アップポイント事業を活用した自主活動支援 | ②住民主体の介護予防活動への参加延べ人数　H29:900人，H30:900人，　H31:1,000人 | ②H29:2,576人，H30:4,140人，H31:5,179人 |
| ②’ | ②’ポイントアップ事業登録者数H30:1,070人，H31:1,140人， | ②’H29:984人，H30:1,099人，H31:1,210人 |

**⑤評価指標**

住民主体の通いの場の数　H29:12か所，H30:14か所，R1:29か所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加延べ人員　　　　　　H29:168人，H30:183人，R1:384人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　集まりの主たる目的が運動である通いの場　H29:10か所，H30:7か所，R1:13か所

**⑥自己評価結果**

通いの場への支援については，運動については健康運動指導士等セラピストに指導を依頼し取り組み，運動を主たる目的とする通いの場の立ち上げ支援を行うことができた。自主的な活動を継続するために，今後も必要な支援を行う。また，栄養や口腔など介護予防についての講話での介入は,参加者の意向を把握するためにアンケート等を実施し，必要時専門職より知識の普及を図っていく。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加者の健康状態の把握や経年的変化で介護予防の効果を評価するために，定期的に基本チェックリストや後期高齢担当と協働し健診データ等より評価を行い,生活機能低下が見られた方へ短期集中サービス等の支援を行っていく。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 評価 |
| 地域ケア会議関連施策 | B |

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

平成27年の高齢者単身世帯は一般世帯に占める割合は21.1%、高齢者夫婦世帯は17.8%でいずれも全国平均、鹿児島県平均を上回っています。平成28年度の要介護認定率は20.4%で重度（要介護３～５）軽度（要支援１～要介護２）の状況をみると、軽度は81.2で全国、鹿児島県を下回り、重度は111.3で全国、鹿児島県を上回っています。

◎H30年度の取組を踏まえた現状と課題

①重度認定率が高い。

②独居高齢者世帯が多い。

**②第７期における具体的な取組**

１．地域ケア個別会議の立ち上げ、実施

○目的：他職種からの助言を元に、本町の高齢者の自立支援・重度化防止に資する。

○構成員：本町介護保険係,地域包括支援センター,ケアマネ,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,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だ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

５つの機能を整理し、地域課題の抽出から施策の形成への体制整備を行う。

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①地域ケア個別会議の実施 | ①月1回　１事例 | ①R1年度実績年12回（計12事例実施） |
| ②地域ケア推進会議の実施 | ②年　1回 | ②R1年度実績年1回（2月実施） |

**⑤評価指標**

1.地域ケア個別愛岐の参加者アンケート実施

検討事例の改善数は少ないが、それぞれプランに反映し、サービス事業所の支援内容を変更することで全体的に意欲向上につながっている。

2.地域ケア推進会議

地域ケア推進会議において、地域ケア個別会議で発見された地域課題については、生活支援体制整備事業と合わせて話し合いを行う。

**⑥自己評価結果**

1.個別ケア個別会議

毎月1事例を定期的に実施することで、全体的に自立支援への意識向上につながっている。

2.地域ケア推進会議

地域の通いの場は増えてきている。今後も地域課題を検討していく。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 評価 |
| 在宅医療・介護連携推進施策 | B |

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

平成２８年度高齢者実態調査によると、一般高齢者の88.6％、在宅要介護（要支援）者では84.2％が現在の住居にずっと住み続けたいとの移行を示している。

　さらに、最期を迎えたい場所を自宅としている割合は57.1％である一方、平成２８年度人口動態統計調査によると本町における死亡場所の状況は、実際に自宅で亡くなった人は10.92％と少なく、町民が望む在宅医療、在宅での看取りは十分とは言えない状況にある。

　このようなことから、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、他職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築する必要がある。

◎H30年度の取組を踏まえた現状と課題

退院調整ルールの運用により連携体制が構築され連携がとりやすくなってきているが、退院調整漏れ率は0ではないことから、それぞれの意識をさらに高めていくことが必要である。

**②第７期における具体的な取組**

○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、県や郡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。

○退院支援ルールの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、在宅医療・介護連携に関する相談内容を、郡医師会等の医療関係団体との介護等に報告する。

○医療。介護関係の他職種参加型の研修を実施する。

○地域住民に対し、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）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①在宅医療・介護連携推進協議会の開催 | ①Ｈ29：1回　Ｈ30：1回　R1：1回 | ①Ｈ29：1回　Ｈ30：1回　R1：1回 |
| ②退院調整ルールの策定・運用に係る協議会の実施 | ②Ｈ29：1回　Ｈ30：1回　R1：1回 | ②Ｈ29：３回　Ｈ30：７回　R1：5回 |
| ③退院調整漏れ率 | ③Ｈ29：20％　Ｈ30：15％　R1：10％ | ③Ｈ29：18.18％　Ｈ30：11.5％　R1：8.3％ |
| ④他職種連携のための研修会の実施 | ④Ｈ29：４回　Ｈ30：４回　R1：４回 | ④Ｈ29：３回　Ｈ30：１回　R1：3回 |
| ⑤人生の最終段階における医療・ケアに係る住民、患者家族への講演会開催 | ⑤Ｈ29：1回　Ｈ30：1回　R1：1回 | ⑤Ｈ29：１回　Ｈ30：１回　R1：1回 |

**⑤評価指標**

・在宅での看取り数

　Ｈ29：３　Ｈ30：７　R1：2

・ターミナルケアを受けた患者数

 Ｈ29：３　Ｈ30：７　R1：4

・在宅で看取り後、自宅死亡数

　Ｈ29：２　Ｈ30：２（残りは、最終的に病院）　R1：3

**⑥自己評価結果**

・在宅医療・介護連携推進事業協議会においては町内の医療・介護資源の共有を図る。また、島内の医療機関

との話し合いも保健所の協力のもと話し合いを持つことができた。

・退院調整ルールの運用により、退院調整漏れ率は毎年改善してきている。また、話し合いを重ねることで医

療・介護それぞれの連携体制がさらに構築され、連携をとりやすくなってきている。今後はさらに漏れ率０

を目指して連携をとっていくことが必要である。退院調整ルールの中でも地域包括支援センターの役割を明

確にしたことで、相談窓口としての機能をより発揮できるようになった。

・ACP研修会を通して住民の方の意識向上につながっていると考える。今後も継続して住民の方々と考える機会

を作っていくことが必要である。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 評価 |
| 認知症関連施策 | B |

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

　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4割が認知症の窓口を知らない、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。

　今年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。

◎H30年度の取組を踏まえた現状と課題

認知症サポーター養成講座については一般住民及び小学生と保護者、中学生を体操にしたサポーター養成講座も実施し、R1年度の目標は達成したが、認知症カフェ等への参加はない状況にあり、要請したサポーターの活用が課題である。

　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おいても住民にまだ十分に知られていないことから、今後さらに周知に取り組む必要がある。

**②第７期における具体的な取組**

○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を図る

・認知症カフェ等のつどいの場の設置

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①認知症の相談窓口の周知と認知症ケアパスの内容の充実を図る。 | ①広報紙等による住民に対し相談窓口の周知・広報を図るととtもに、年度内に認知症ケアパスを更新する。 | ①年3回住民に対し相談窓口の周知・広報を図った。ケアパスについては関係機関、介護者のつどい等において意見等を聞く場を設けたが、パスの更新はできていない。 |
| ②地域住民や学校等において、認知症について正しい理解を持ち、できる歯に出手助けするサポーター養成講座の推進を図る。 | ②認知症サポーターを100名/年養成するとともに、認知症カフェ等にて活躍できる人を増やす。 | ②170名/年養成。中学生、小学生と保護者を対象に認知症サポーター養成講座を開催した。 |
| 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を図る。 | ③研修会や広報紙等による住民に対しチームの周知と広報を図る。またチーム員会議の開催や認知症地域支援推進員との連携を図り、具体的な支援につなげる。 | ③年1回住民に対しチームの周知・広報を図るとともに、月1回地域支援推進員との情報交換の場を設けた。 |
| ④認知症の人やその家族、地域の人が気軽に参加し、認知症に関する情報の共有や必要に応じた相談等を行う場の促進を図る。 | ④認知症地域支援推進員が中心となり、月1回認知症カフェの開催と新規で2か所カフェを開催する。 | ④認知症カフェの開催はぁとカフェ：11回/年新規での開催はできていない。 |

**⑤評価指標**

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（1,100→1,200）

認知症カフェ等のつどいの場の設置数（１→３）

**⑥自己評価結果**

・認知症ケアパスや相談窓口の周知が不十分であったことから、広報紙等で周知を図る。

・認知症サポーターの養成は目標を達成したが、活用等が十分にできていないため、活動の活性化を図るた

め、取組内容を検討する。

・認知症初期集中支援チームの周知と、効果的な活用のため検討委員会で検討を図る。

・認知症の人や家族等が気軽につどう場が未設置の地域において、認知症地域支援推進員を中心に認知症カフェを開設する。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 評価 |
| 生活支援体制整備関連施策（総合事業を除く） | B |

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

本町の生活支援体制整備状況は、平成29年度で第１層への生活支援コーディネーターの配置がされ、平成30年度以降協議体の発足と第２層への生活支援コーディネーターを配置していく。

小学校区ごとに開催する小地域ケア会議から地域課題は高齢化率の増加があげられるが、困りごとは地域により異なり小学校区ごとの対応が必要になる。

◎H30年度の取組を踏まえた現状と課題

第２層の生活支援コーディネーターを配置することで、地域のニーズを把握するとともにそれに対する支援体制を整備及び担い手を養成する必要がある。

**②第７期における具体的な取組**

①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。

②高齢化が進む中、高齢者本人の介護予防の推進とともに地域で支えられる地域の担い手を育成する

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①第２層への生活支援コーディネーターの配置数 | ①各圏域に第2層生活支援コーディネーターを配置　3名 | ①3圏域すべてに第2層生活支援コーディネーターを配置する。　3名 |
| ②第２層への協議体の設置数 | ②第2層への協議体の設置　各圏域ごとに設置する。 | ②全圏域での協議体設置にはならなかったが、3協議体が発足する。 |
| ③既存の老人クラブの会員を中心に介護予防を推進する。また、老人クラブのない地域に通いの場を増やす。 | ③介護予防に資する通いの場を増やす。 | ③前年度15グループから28グループに増える。 |

**⑤評価指標**

・住民向けの説明会：参加者数　80名　研修会を受け、地域づくりが必要だと自分の集落に通いの場の立ち上

げにつながった地域がある。

・生活支援コーディネーター勉強会で西之表市の生活支援コーディネーターと情報共有を行った。

・老人クラブを中心に地域づくりについて説明会実施：15団体

**⑥自己評価結果**

①第2層生活支援コーディネーターの配置数は目標達成。協議体設置については、1圏域のみ各校区に3協議体設置できた。しかし、具体的な協議体の活動までには至っていない。

②既存する老人クラブを中心に町の現状や地域づくりの必要性を説明することで、各集落に1か所は通いの場を作っていくことにつながっている。第2層の生活支援コーディネーターによって進捗状況が異なるため、今後、勉強会や連絡会を通じて情報共有・目標の共有などを進めていくことが必要である。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業項目 | 評価 |
| その他施策 | D |

**①現状と課題（取組を設定した背景）**

全国的にも介護の人材不足は深刻な問題となっているが，中種子町内の介護事業所においても人材に余裕のある事業所は無く，現場での困難さが増している。町単体での取組は難しい。

**②第７期における具体的な取組**

鹿児島県熊毛支庁を中心に情報共有し，具体的取組を策定する。

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①「種子島でサーフィンを楽しみながらケア☆スタしよう」PR実行委員会作成のパンフレット配布 | ①２００部 | ①１７１部 |

**⑤評価指標**

大幅な効果は無し。

**⑥自己評価結果**

個人の人生設計に大きく影響があるため，広い視点での分析が必要となる。特に自然豊かな離島であるという

特徴を生かし，県・市・町が一体となって取組を進めたい。