|  |  |
| --- | --- |
| 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２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）**

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(2017年高齢者人口3,043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

◎R元年度の取組を踏まえた現状と課題

・通いの場の新規立ち上げが多く、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。

**②第７期における具体的な取組**

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)高齢者元気度アップ・ポイント事業を活用し、自主活動支援を行う。

オ)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）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ア)コロナ渦における介護予防について周知 | 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　随時 | イ)立ち上げ支援　１か所  通いの場への指導　14か所 |
| 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)高齢者元気度アップ・ポイント事業の活用 | エ)参加延べ人数  H30:900人,H31:1,000人  R2:1,000人  参加グループ数  H30:15か所,H31:30か所,R2:40か所 | エ)参加延べ人数  H30:4,140人,　H31:5,179人  R2:9,052人  参加グループ数  H30:14か所,H31:29か所,R2:49か所 |
| オ)地域特有データを用いた健康教育 | オ)通いの場での講話　随時 | オ)通いの場での講話　２か所 |

**⑤評価指標**

○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)

・認定率

・週１回毎回体操を実施する通いの場(H29 6か所、H30 7か所、R1 13か所)

・週１回毎回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

**⑥自己評価結果**

○R2年度はコロナ渦ということもあり、積極的な活動がしにくく、また感染対策の徹底の呼びかけに時間を費

やす時期があった。そのため、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。感染対策に気を

つけながらも継続できるよう支援していく。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○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

ついては健康運動指導士以外に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が、生活機能低下を評価する基本チェックリストを６か所

に聴取し、必要に応じて通所Ｃへつなげ、身体機能の向上を図ることができた。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、地区の特徴を踏まえた健康教育を行うことで、自分ごととして生活習慣

を見直す機会とすることができた。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

◎R元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：多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，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，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物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

**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 | ①6回の開催。6事例の実施 |
| ②地域ケア推進会議の実施 | ②年　1回 | ②年　1回 |

**⑤評価指標**

○地域ケア個別会議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，サービス事業所の具体的支援内容に生かすことで全体的に自立支援・重度化防止につながっているとの意見が多かった。

○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出された地域課題について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**

○地域ケア個別会議

会議の目的にそった話し合いを重ねていくことで，参加者のネットワークの構築や意識向上につながってきている。しかし，地域課題の抽出が難しく，事前の打ち合わせを行うことで事例提供者と課題を共有して開催してきた。令和2年度はコロナウイルス感染症対策として会議の開催が6回しかできなかった。次年度以降はオンラインでの開催が出来る環境が整ったため感染対策を行いながら毎月の開催ができるようにしていきたい。

○地域ケア推進会議

買い物支援に対する支援についての協議がなされ，社会福祉法人や社会福祉協議会による買い物支援体制ができあがった。今後も生活支援体制整備事業の協議会等も合わせて検討していきたい。"

|  |  |
| --- | --- |
| 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年高齢者実態調査によると，一般高齢者88.6％・在宅要介護（要支援）者84.2％が現在の住居にずっと住み続けたいとの意向を示している。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０％と少なく，町民が望む在宅医療，在宅での看取りは十分戸はいえない状況にある。

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，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。

**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，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）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | ①年1回開催 | ①年1回開催 |
| 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％ |
| 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 |

**⑤評価指標**

○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できたことにより，より早く退院出来

るようになってきている。

**⑥自己評価結果**

○コロナウイルス感染症対策として会議や研修会は人数の制限をしながらの開催になったが、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ると感じる。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に開催出来るようにしていきたい。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。高齢者実態調査委おいて、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。

　できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために、相談窓口の周知・広報、認知症の理解と啓発、地域での支援体制の構築と認知症ケア向上の必要がある。

◎R元年度の取組を踏まえた現状と課題

　認知症の相談を含めた相談窓口の周知については，広報紙への掲載や出前講座等での情報提供等を実施。認知症の人への対応については認知症サポーター養成講座を実施し、一般住民及び小学生を対象をした認知症サポーター養成講座を実施。養成後のサポーターの活用等支援体制については十分な構築が課題である。また、認知症初期集中支援チーム等の活動についても住民に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係る支援体制の構築と地域における見守り等の充実

①相談窓口の周知と認知症ケアパスの内容の充実

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、地域での支援体制を構築

③初期集中支援チームの効果的な活用を図る

④認知症カフェ等集いの場の設置

**③目標（事業内容・数値目標）及び④実績（達成状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業内容 | 数値目標 | 実績 |
| ①相談窓口の周知の認知症ケアパスの充実を図る。 | ①広報紙等による住民に対し相談窓口の周知・広報を図るとともに認知症ケアパスを更新する。 | ①年2回広報紙による相談窓口の周知・広報を図った。また地域のサロン等に出向き認知症に関するミニ講座や相談窓口等の情報提供を7回実施。認知症ケアパスについては今年度更新を行った。 |
| ②認知症についての正しい理解と、できる範囲でのサポーターを養成し、地域での声かけや見守り等支援体制を構築する。 | ②一般住民及び学校等において認知症サポーターを100名/年養成するとともに、チームオレンジ等地域で支援できる体制を構築する。 | ②57名/年養成。一般住民、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座を4回実施した。チームオレンジについては包括職員がコーディネーター研修を受講。 |
| ③初期集中支援チームの効果的あ活用を図る。 | ③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回の地域支援推進員との情報交換の場を設けた。 |
| ④認知症カフェ等の集いの場の設置をする。 | ④認知症地域支援推進員が中心となり、月1回の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については新型コロナウイルスの関係で、４～11月については訪問等での対応、12～3月については月1回のカフェを開催した。その他2か所不定期での認知症カフェを開催した。 |

**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）

認知症カフェ等の集いの場の設置数（1→3）

**⑥自己評価結果**

・相談窓口の周知や広報を今後も継続しながら、認知症の理解と啓発、早期診断・早期対応の取組を行う。

・認知症サポーター養成後の活用を行い、地域での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を、地域に合わせた形で認知症カフェ等を開催する。"

|  |  |
| --- | --- |
| 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年度で第一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二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。

第二層の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**

○第一層の協議体の設置。第二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第一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 |
| ②第二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　21か所 |

**⑤評価指標**

○3圏域それぞれに第二層の生活支援コーディネーターが配置され，第一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，地域に合わせた取り組みが出来つつある。

○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。

**⑥自己評価結果**

第二層の生活支援コーディネーターが年度内で入れ替わるなどなかなか年度内での取り組みが計画通りに進めることは難しかった。しかし，町内だけでなく，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。また，把握した地域のニーズをどのように投げかけていくか圏域によって地域差はあるものの地域にあった取り組みとしてそれぞれの生活支援コーディネーターと一緒に検討して進めていきたい。

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

福祉フェスタの開催によるＰＲ活動を考えるも、新型コロナウイルス感染症の予防の観点から断念をした。

**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福祉フェスタの開催 | ①参加者　100名 | ①参加者　0名 |

**⑤評価指標**

**⑥自己評価結果**