

<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"/> ②在宅医療・介護連携の推進	
<input type="checkbox"/> ③認知症施策の推進	<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		
<p>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。</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>◎前年度の取組を踏まえた現状と課題 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。</p>		
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)		
<p>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。</p> <p>ア)通いの場における基本チェックリストを聴取し、参加者の健康状態および生活機能低下の把握 イ)健康運動指導士等の介入で、要望のあった通いの場への運動指導の実施 ウ)地域リハビリテーション支援事業における個別支援 エ)通いの場で希望があったところへ講話実施</p>		
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)通いの場での基本チェックリスト聴取	ア)月3か所程度	ア)8か所 ※R4.11~
イ)健康運動指導士等による運動の必要性の普及	イ)月8回程度の運動支援	イ)16か所 36回 延244人
ウ)地域リハ専門職による支援	ウ)随時	ウ)広域リハPT2回 健康運動指導士1回
エ)通いの場における健康教育	エ)随時	エ)通いの場 歯科衛生士1回 介護保険について 2回 65歳到達介護保険証交付1回
④自由記載(その他、評価に用いた情報、その実績)		
<p>○介護予防の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険新規申請件数(H29 76件、H30 108件、R1 151件、R2 156件、R3 148件) ・認定率(H30 18.3、R3 20.87) ・週1回毎回体操を実施する通いの場(H29 6か所、R1 13か所、R3 25か所) 		
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)		
<p>OR4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が増えてきた。生活支援コーディネーターが把握した運動指導希望の通いの場へ介入したが、件数が伸び悩み、周知と参加者の健康状態および生活機能を把握するために、月3か所程度を目標に向くことを実施。次年度は体力測定項目を取り入れ、介護予防への意識を高めるきっかけにする。</p> <p>○専門職を活用した通いの場への支援としては上記基本チェックリスト聴取後、低下がみられる項目に応じて、専門職による講話や実技を提案し、歯科衛生士の講話つなげた。</p> <p>○広域リハへ依頼し、個人宅における介護予防の助言をいただいた。今後も地域個別ケア会議等で検討したケースをつなげていきたい。</p>		

<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
地域ケア会議関連施策		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 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 checked="" 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		
◎前年度の取組を踏まえた現状と課題		
<p>令和4年度も自立支援・介護予防を目的とした「地域ケア個別会議」を開催してきた。ケアマネ等から提出された事例に対して地域の関係機関の多職種の方々とは協議することで、高齢者が住み慣れた地域で暮らすための自立支援・重度化防止に繋がった。しかし地域課題の発見に繋がった検討はなかった。今後も重度認定率が高く、独居高齢者世帯が多く、認知症高齢者への対応の増加等の現状は変わらない中で、新たな地域課題を明らかにして地域での多職種共同によるネットワークの構築や具体的な施策に反映出来るように取り組む必要がある。</p>		
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R3自己評価を踏まえて見直した取組)		
<p>1. 地域ケア個別会議の実施</p> <p>○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。</p> <p>○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</p> <p>○発揮する機能：</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>2. 現行の地域ケア推進会議の充実</p>		
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地域ケア個別会議の実施	①①月1回 1事例	①8回の開催。8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
③	③	③
④自由記載（その他、評価に用いた情報、その実績）		
<p>○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。</p> <p>○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。</p>		
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)		
<p>○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4年度はコロナウイルス感染症対策として会議の開催が8回しかできなかった。現在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。開催を継続する中でそれぞれの担当者が技術や知識を習得し、充実した会議になるようにしていく。</p> <p>○地域ケア推進会議 地域ケア個別会議で地域課題の抽出まで至っておらず、具体的な話し合いはなかった。</p>		

<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 type="checkbox"/>
<input checked="" 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		
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：2名配置	・認知症サポーター養成講座：6回実施（142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：2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：7件 ・地域支援推進員との情報交換：年12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10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、地域の実情に合わせた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"/>
<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		
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、郡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
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 (R3: 12.5%、R4: 9.1%)
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開催なし
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10%以下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。 ○在宅での看取り件数が増えた (R2: 0件、R3: 7件、R4:)		
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)		
○退院調整ルール運営会議はコロナウイルス感染症対策としてZOOM開催。退院調整漏れ率が10%以下になり、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。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に行なう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 checked="" 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のではないかと考えている。 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、高齢者の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層の協議体を設置。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協議体の実施	①第1層：年1回の開催 ②第2層：年6回の開催	①第1層：年1回開催 第2層：年2回開催
②月1回コーディネーター連絡会	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 1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把握を行いながら、毎月の連絡会で情報共有を行った。また、近隣市町の生活支援コーディネーターと2ヶ月に1回行う連絡会や生活支援コーディネーター実践研修等を通しスキルアップを図った。 ○地域によって取り組み方は異なっているが、当事者だけでなく地域全体で支え合う体制も広がりつつある。 ○新型コロナウイルス感染状況を見ながら介護予防の体操など高齢者の機能低下にならない活動もある程度行うことができた。 ○令和4年度通いの場登録：54グループ、65歳以上702名 令和4年度ポイント登録：82グループ、65歳以上1,560名		
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層の生活支援コーディネーターが1年目ごとに変わる圏域もあり、活動が継続的に行えないところもあったが、委託先を変更し新たな生活支援コーディネーターを設置したところ、活動が進み始めた。 ○他市町の生活支援コーディネーターと意見交換の場を多くもつことで情報共有ができ、それぞれの活動を参考に取組むことができた。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グループ代表者の後継者がいない、グループへの入会者が少ないこと（特に男性の入会者が少ない）が課題である。		