

<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（R7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	5名	-
②通いの場等における健康教育	②随時	3回	5回	-
③地域リハ専門職による支援	③随時	8回	3回	-
5 その他実績（R7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：4カ所（計24名） ・65歳到達保険証交付時健康教育実施回数：12回（計64名）				
6 取組と実績を踏まえた課題				
①マンパワー不足もあり介入者数に限りがあるのが課題。 ②今まで介入していないサロン等へのアプローチが必要。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R8年度）				
①③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や地域リハによる専門職の介入を行い、個別的支援を行いながらサロンや介護予防サービスへの移行など限りある社会資源を活用し介護予防につなげていく。 ②すべての通いの場に対して健康教育の周知とアンケートを実施し、依頼のあった所に対し介入することで介護予防の普及・啓発につなげていく。				

<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人ががんにか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。

- 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
- 来所や訪問、電話等での健康相談
- 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
- 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(R7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	(延べ) 2855人	-
②歯周疾患検診受診者数	②100人	54人 (40歳以上)	53人 (40歳以上)	-
③骨粗しょう症検診受診者数	③300人	283人	252人	-

5 その他実績(R7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)9回
- ・一体的実施におけるサロン介入数 5カ所

6 取組と実績を踏まえた課題

令和6年度より取り組みが開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」では、生活支援コーディネーターの協力をもらいながら実施したが一部のサロンしか介入出来ていないため、数多くのサロンに介入していくためには介入方法の見直しと工夫が必要。

7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策(R8年度)

- ・65歳到達保険証交付会や結果報告会での健康教育と検診の受診勧奨を継続し、健康づくりの推進につなげていく。
- ・介護予防事業等で介入した方については、健康状態の把握を行い検診受診につなげる。
- ・各サロンに対し実施するアンケートをもとに、他部署と連携しながら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

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

退院支援ルールの運用については、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（R7年度末時点）

項 目	数値目標	実績値		
		R6	R7	R8
①他職種連携研修会の開催	①2回	2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	1回	-
③種子島地区入退院支援ルール運営会議	③2回	2回	1回	-

5 その他実績（R7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)

地域住民向けのACP研修会 1回
私の想いを伝えるノートの作成

6 取組と実績を踏まえた課題

地域における各サロンでのACP普及のための活動ができていない。

7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策（R8年度）

- ・各サロンへ健康教育実施のためのアンケートを実施し、ACPの普及のための健康教育を実施する。
- ・作成した「私の想いを伝えるノート」を活用し、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。
- ・町民および事業所向けのACP研修会を実施する。

<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		
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 ☒ 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 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. 自立支援型地域ケア会議の実施 目的：自立支援・重度化防止の観点から踏まえた会議を開催し、多職種による専門的な助言を持ち寄り、関係者全員の相互理解を高め、「要支援者等の生活行為の課題の解決、状態の改善に導き自立を促すこと、生活の質の向上」を目的とした個別支援と地域課題の抽出・改善を両輪として地域包括ケアシステムを具体的に推進する。 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、介護事業所、歯科医、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、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（高齢者個人と家族等の支援者に対する自立支援・重度化防止につながる助言） (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）				
4 取組の数値目標及び実績（R7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	10回 10事例	-
②地域ケア推進会議の実施	②年1回	1回	1回	-
③	③		-	-
5 その他実績（R7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. 会議名を”自立支援型地域ケア会議”と変更し、自立支援・重度化防止の観点を踏まえた会議であることを明記した。				
6 取組と実績を踏まえた課題 1. R6年度行った研修会等を通じて、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、居宅支援事業所の介護支援専門員に一部においては、地域ケア会議への事例提供に対して、「要介護1の方はほとんど自立しているので事例として出せる方がいない」等の意見も聞かれる。 2. 難聴への支援や独居高齢者の見守り、若年層の利用できる場所がないなどの課題。 3. 計画書を作成する介護支援専門員と通所介護事業所双方の口腔ケアに対する意識の低さ。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R8年度） 1. 会議名を自立支援型地域ケア会議に変更し、助言者からは自立支援・重度化防止への観点からより具体的に実践しやすい助言をいただけているという感想が聞かれる。介護支援専門員に対しても意見交換等を重ねて意識変容に向けた取り組みを行っていきたい。また、介護支援専門員への負担を考慮し実施回数を年10回から6回に減らしていく。 2. 個別課題に対しては、実現可能と思われる課題への対策を考慮し地域ケア推進会議で報告を行い、町の取り組みとして進められるものを今後も検討していく。 3. 口腔ケアを実施している事業所からの聞き取りを行い、取り組みに必要な環境設定などを検討したうえで町内の事業所で実施可能かどうかなど、意見を伺いながら口腔ケアへの意識変容を促す。				

<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合、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（R7年度末時点）				
項 目	数値目標	実績値		
		R 6	R 7	R 8
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	広報誌掲載2回 通いの場交流会4回 ケアパス更新無し	-
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	サポーター養成数152人 チームオレンジ立ち上げ5カ所 チームオレンジ新規立ち上げ準備サロン1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	チームとしての活動は無だが、相談対応は常時包括でチーム対応実施。 推進員との広報交換年12回実施	-
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 新規立ち上カフェ無	既存カフェ年12回 来年度新規カフェ立ち上げ準備1カ所	-
5 その他実績（R7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:3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:1カ所 認知症ミニ講話:サロン交流会年4回。 アルツハイマー月間の広報・企画展示。 認知症カフェ新規立ち上げ準備1カ所。生きがい作り・多世代交流の場として社協と協力して実施予定。 認知症サポーターキャラバンメイト新規受講:1名 認知症初期集中支援チーム員研修新規受講:1名				
6 取組と実績を踏まえた課題				
認知症地域支援推進員として、サロン訪問や地域の中での活動時間が思うように持てていない。相談窓口や認知症についての広報活動の時間の確保と共に広報方法の検討が必要。 認知症カフェの新規立ち上げと、本人や家族参加者増加に向けての取り組み。送迎を含めた参加しやすい形作りと広報周知方法の検討が必要。 認知症サポーター養成講座の新たな開催・活用方法の検討が必要。 窓口や活動内容の広報方法の検討が必要。				
7 課題を踏まえた今後の取組、改善策（R8年度）				
サロンへの積極的かつ定期的な訪問を重ね、中種子町の取り組みや窓口の周知・広報活動実施。その中で住民が求めている認知症施策や認知症本人・家族の声を吸い上げ、新たな活動内容や方法の検討に活かす。 認知症カフェやチームオレンジの活動、アルツハイマー月間の活動に認知症本人や家族の参加しやすい形を生活支援コーディネーターやケアマネジャーと一緒に模索すると共に、窓口広報や活動できる場の拡大を図る。				

<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（R7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	第1層：1回 第2層：9回	-
②コーディネーター連絡会	②月1回の開催	月1回	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	1グループ	-
5 その他実績（R7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：年2更新、町ホームページへの掲載 ○令和7年度通いの場登録：45グループ、65歳以上559人 ○令和7年度ポイント登録：73グループ、65歳以上1,348人				
6 取組と実績を踏まえた課題				
○第1層の協議体については報告が主なものになっており、十分な検討の機会にはなっていない。また2層の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の立ち上げに向け準備中。地域特性等もあり、地域に応じた地域課題にあった資源の開発や関係機関との連携が必要。 ○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。				
7 課題を踏まえた今後の取組, 改善策（R8年度）				
・第1層協議体について再度検討を行うとともに、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・連携強化を図り、地域課題をもとに生活支援の創出を図る。 ・生活支援コーディネーターとの連携を図りながら、代表者支援を行うとともに通いの場の維持、新たな通いの場の創出につなげる。 ・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。				