

第9期介護保険事業計画の「取組と目標」にかかる評価（中間評価・最終報告）

3.【海士町】

(1)取組と目標					(2)自己評価			運営協議会 評価
テーマ	現状と課題	第9期における具体的な取組	目標(事業内容・指標等)	計画における参照箇所	実施内容	自己評価結果	課題と対応策	
1.自立支援、介護予防・重度化防止の推進	計画的に自立支援や介護予防のための事業等を行っているが、地区によって参加人数に差があることや参加者が固定化、男性参加者が少ない等の課題がある。今後も引き続き講演会や予防教室等の事業を行っていき、参加への意識付け、参加していない方に向けてどう意識啓発していくのかが課題となっている。	①自立支援、介護予防・重度化防止の普及啓発 ②介護予防教室等の開催の継続 ②-1 介護予防教室 ②-2 健康教室 ②-3 運動教室 ②-4 料理教室 ②-5 栄養指導 ②-6 リハ体操 ③気軽に寄れる居場所づくり ③-1 健康体操 ③-2 メンズ会	・介護が必要になった高齢者が重度化せず自立した生活を送り、いきいき暮らすことが出来るように、「自立支援、介護予防・重度化防止」のための普及や啓発を推進していく。また、前期高齢者に向けても、親世代の介護のことや自身の老後のことなど、早いうちから考えるきっかけをつくり、介護予防・健康意識への関心を高めていく。 ・高齢者を含め、特に男性が気軽に参加できる活動の場づくりを推進していく。 ①生活習慣病に関する講演会や、介護予防教室等の普及啓発事業 ②-1 14地区×1回/2か月 ②-2 2回/年 ②-3 6回/年×3教室 ②-4 6回/年 ②-5 6回/年 ②-6 1地区×1回/月 ③ニーズを踏まえ地域にあった方法での開催 ③-1 リハ体操の拡充 ③-2 6回/年	第1節 海士町としての課題と重点施策 1.自立支援、介護予防・重度化防止の推進 37、38ページ	①健康フェア(年1回) R6:10/27、R7:10/26 ②介護予防教室:隔月14地区で実施 R6:84回、R7:71回 ※スマホ相談、図書も同時開催 健康教室 R6:4回、R7:2回 運動教室 R6:20回(3教室×6回+自主開催2回) R7:21回(3教室×7回) 料理教室・栄養指導 R6:11回、R7:12回 リハ体操 R6:3地区、R7:4地区 ③健康体操 リハ体操 R6年度に2地区追加(リハ職中心) メンズ会(麻雀)週2回自主開催	【A】 前期高齢者への意識付けのきっかけづくりを、保健事業と一体的に実施。	【課題】 ②地区住民のつながりの場の継続。新たな世代や男性の参加者も集いやすい内容や形を検討。かんこ舟、麻雀等色々な切り口で居場所づくりを模索している。 長年「健康相談」で定着して地区巡回を「かたりば」にネーミングを変更。内容も役場職員をゲストに招いたり、スマホ相談や図書も同行するなど他部署とも連携。地区役員の参加や、地区を上げて人を集めるなど、地域力にもつながっている。 ③リハビリ卒業後の受け皿として地区を選定し、新たに2地区でリハ体操がスタートし継続。自主的な活動として継続できるよう引き続きサポートしていく。	A
2.地域包括ケアを支える機能の強化	地域包括支援センターを中心に定期的に地域ケア会議を開催しており、個別支援については共通認識のもと関ることが出来ているが、そこからの課題解決や政策形成にまでは至っておらず、地域課題の把握や地域で適切な支援を受けることが出来る環境づくりの検討につなげるよう取り組んでいく。 介護施設は、介護職員だけでなく、看護師や厨房職員、事務職員においても慢性的な人員不足に陥っている状況で、施設の存続も課題となっている。町全体の課題として、関係職員と共有しながら人材確保に取り組んでいく。 令和5年度において町内の法人が合併一つの法人となった。効率的なサービス提供ができる体制整備の支援を行い、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう支援していく。	①地域ケア推進会議の推進 ①-1 地域ケア個別会議 ①-2 地域ケア推進会議 ②地域包括ケアシステムを支える人材の確保 ②-1 海士町複業共同組合活用事業 ②-2 大人の島留学活用事業 ②-3 介護人材確保プロジェクト事業 ②-4 島の福祉体験交流事業 ②-5 介護福祉士養成奨学金貸付事業 ②-6 介護従事者等確保対策給付金事業	・高齢者が適切な支援を受けながら住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るよう、「地域ケア会議」を通じて、医療・福祉・保健・行政など多職種間での連携を強化し、協力しやすい体制づくりを構築すると共に、地域課題解決にむけた政策形成を推進していく。 ・海士町複業協同組合員や大人の島留学における人材の受け入れ体制を整えると共に、隠岐広域連合や介護サービス事業所等の関係機関や人材紹介会社と連携し、人材の確保を推進します。①医療・福祉・保健・行政など多職種間での連携を強化 ①-1 2回/月(第2・第4水曜日) ①-2 2回/月(第2・第4水曜日) ②-1 登録者の把握 ②-2 介護サービス事業所への雇用につなげる ②-3 ツアー企画 ②-4 広域連合と協働で実施 ②-5 就学資金等貸付 ②-6 介護従事者等確保対策給付金対象者の把握	第1節 海士町としての課題と重点施策 2.地域包括ケアを支える機能の強化 39、40ページ	①地域ケア会議(個別・推進) 月1回(第4水曜日) R6:13回、R7:11回 高齢者サービス調整会議 年1回 R6:12/16、R7:12/22 ②-1登録者数 R6:16人、R7:25人・介護関係について話をしたことはない。 ②-2島留学生の福祉PJとして活動はあるが、採用には至っていない ②-3「風と土と」へ委託し、ツアーは継続して行う。 ②-4 参加者 R6:9名、R7:16名。16名中6名は介護関係で全員が外国の方であった。隠岐の良さを味わってもらえたと思う。 ②-5申請者は0人。 ②-6R6年度は4月に3名、7月までに3名。 R7年度は4月に3名、6月1名、9月3名、10月2名、12月2名、計11名(ケアマネ3名、社協8名)	【A】 概ね計画通り取り組んでいる。	【課題】 ①個別の支援を多職種が共通の認識で関ることができている。活発な会の運営、政策形成への協議に課題。 ②引き続きの人材確保、SSの受け入れ体制が課題	A

(1)取組と目標					(2)自己評価			運営協議会 評価
テーマ	現状と課題	第9期における具体的な取組	目標(事業内容・指標等)	計画における参照箇所	実施内容	自己評価結果	課題と対応策	
3.安心して暮らせる町づくり	在宅生活の継続、ニーズにあわせて新たなサービスを増やすといった対応を行ってきたが、サービス提供体制を維持するための人材確保が困難となっており、まずは現存するサービスの維持をはかることが優先であり取り組んでいる。介護保険施設においても人材不足により利用者の受け入れが十分にできないことから、やむを得ず町外の施設を利用するため離島するケースもある。住み慣れた地域で在宅生活が継続できるよう、介護サービスのみならず、人と人とのつながりや支え合いなど、高齢者の生活を多角的な視点から支えていくことが課題となっている。	<p>①生活支援体制の強化</p> <p>①-1 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>①-2 地域での見守り及び互助力の強化</p> <p>②在宅医療・介護連携の推進</p> <p>②-1在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携強化</p> <p>②-2在宅医療に必要な関係者との連携の強化</p> <p>③認知症施策の推進</p> <p>③-1 松江医療センター訪問審査の継続</p> <p>③-2 高齢者あんしんみまもりネットワーク会議</p> <p>③-3 認知症初期集中支援チーム検討会</p> <p>④高齢者の権利擁護体制の強化</p> <p>④-1 高齢者虐待の予防</p> <p>④-2 成年後見制度の利用促進</p> <p>④-3 ACPの普及啓発</p> <p>⑤高齢者の生活環境整備の推進</p>	<p>高齢者の困りごとやニーズをより具体的に把握するため、本町独自のニーズ調査を実施し、実情に即した施策の提供を推進していく。また、生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員といった地域に関わる支援員の活動を通じて、個別の関わりも強化していく。</p> <p>①-1 生活支援コーディネーターを中心に、既存の会議体もしくは協議体等を活用し、地域住民のニーズに合わせた福祉サービスの見直しを行い、生活支援体制を強化</p> <p>①-2 1回/年</p> <p>②-1医療・福祉・保健・行政の職員が定期的に連絡体制の確認や事例の共有等を行うことで病院からの退院後もスムーズに在宅・介護支援に移行できるように支援</p> <p>②-2多職種協働により在宅医療と介護を一体的に提供</p> <p>③-1 松江医療センター訪問審査</p> <p>③-2 1回/年</p> <p>③-3 随時開催</p> <p>④-1 民生委員や医療・福祉関係機関と連携をとり虐待を未然に防ぐことや見守りを目的に予防啓発</p> <p>④-2住み慣れた地域で生活できるよう、必要に応じて弁護士等の機関につなげる等の支援</p> <p>④-3 企画等の実施</p> <p>⑤高齢者施設及び生活支援ハウスの体制整備</p>	第1節 海士町としての課題と重点施策 3.安心して暮らせる町づくり 41～43ページ	<p>①生活支援コーディネーター:2名 協議体 R6:12回 月1回(第2水曜日)</p> <p>R7:0回</p> <p>地域×福祉PJ:R6 週1回のMTに参加</p> <p>R7 月1～2回のMTに参加</p> <p>②まめネットを活用 居宅連絡会 年1回開催</p> <p>③松江医療C訪問診査:継続 高齢者見守りNW会議:未 認知症地域支援推進員:3名 初期集中支援チーム会議 R6:9/4、R7:7/2 啓発コーナーの展示 R6:3か所、R7:1か所 認知症カフェ 月1回(1地区) オレンジランプ上映会:R7住民向けに2回実施 サポーター養成研修:R7 2回 認知症啓発(地区健康相談等):R7 4地区</p>	【A】 概ね計画通り取り組んでいる。	<p>①協議体の進め方をコーディネーターを中心に模索中。 福祉PJの活動では、地域の高齢者が島留学生を誘って一緒に活動するなど、福祉職に限らず様々な関係者と地域の助け合いの実態や手法について協議。</p> <p>②ケア会議にて町内の情報共有は概ねできている。町外の医療機関、施設とも連絡を密にとり、連携を強化していきたい。</p> <p>③キャラバンメイト研修に参加。推進員を中心に地域への理解啓発を引き続き図る。認知症ケアパスの更新をR8年度に予定。若年層への啓発に課題。</p>	A

【評価の基準】

- A・・・事業計画通りの事業に取り組みを始めている。
- B・・・事業計画通りの事業に取り組もうと準備している。
- C・・・事業計画通りの事業に全く取り組んでいない、準備もしていない。