

---

---

## 基本目標 1

元気で健康な状態を維持する

---

---

# 1 医療と介護の連携

かかりつけ医、かかりつけ歯科医を持ち、家族の病歴を意識しながら、自分の健康状態を把握し管理していくこと、また、医療と介護の両方を必要とする状態になった高齢者が、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、医療サービスと介護サービスが切れ目なく一体的に提供することを目的に関係機関の連携を推進することが重要となっています。

そこで、2017年(平成29年)に逗葉地域医療センターに設置された逗葉地域在宅医療・介護連携相談室を中心として地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力・連携してまいります。

逗葉地域在宅医療・介護連携相談室は、地域の医療と介護に関わる機関と連携し、医療・福祉関係の専門職とのつながりを中心に、体制強化や在宅療養者支援に取り組んでまいります。

さらに、日頃からの介護保険事業所、かかりつけ医との連携のもと、短期入所生活介護事業所において看取り介護が行われた場合、「短期入所生活介護看取り加算金」を事業所に交付することでいざという時に病院や施設ではなく、短期入所生活介護事業所での看取りができるという選択肢を町民に提供し、医療と介護の連携推進を図るとともに、人生の最期を自宅で迎えることへの支援をしてまいります。

## 2 介護予防事業

### 介護予防把握事業

医療機関、町内会・自治会、民生委員・児童委員等地域住民、地域包括支援センター、本人・家族等からの相談・情報提供による把握を行ってまいります。

### 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行います。

#### 1) 高齢者元気はつらつ教室

##### 【事業内容】

運動機能の低下が見られる高齢者に対しての運動機能評価、運動の集団指導を行い、高齢者の運動器の機能向上を目的に実施します。

実績値	平成27年度 (実績)	平成28年度 (実績)	平成29年度 (見込み)
延べ参加人数	269	298	300

##### 【取り組みの方向】

介護予防事業を推進するため、今後とも事業を継続させていただきます。

目標値	平成30年度 (見込み)	平成31年度 (見込み)	平成32年度 (見込み)
延べ参加人数	300	300	300

#### 2) 訪問型介護予防事業

##### 【事業内容】

地域包括支援センターと連携し、閉じこもり、認知症等のある高齢者宅に訪問し、日常の介護等の相談を受けます。

実績値	平成27年度 (実績)	平成28年度 (実績)	平成29年度 (見込み)
延べ参加人数	11	10	10

##### 【取り組みの方向】

介護予防事業を推進するため、今後とも事業を継続させていただきます。

目標値	平成30年度 (見込み)	平成31年度 (見込み)	平成32年度 (見込み)
延べ参加人数	10	10	10

### 3) 介護予防運動教室

---

#### 【事業内容】

介護予防事業を推進するため、運動器具を用いる運動を行う介護予防運動教室を実施します。

実績値	平成 27 年度 (実績)	平成 28 年度 (実績)	平成 29 年度 (見込み)
延べ参加人数	6 8 4	6 7 2	6 7 2

#### 【取り組みの方向】

毎月 2 回、半年コースで介護予防運動教室を実施します。

目標値	平成 30 年度 (見込み)	平成 31 年度 (見込み)	平成 32 年度 (見込み)
延べ参加人数	7 2 0	7 2 0	7 2 0

### 4) 介護予防水中歩行教室

---

#### 【事業内容】

介護予防事業を推進するため、効果的な水中歩行教室を実施します。

実績値	平成 27 年度 (実績)	平成 28 年度 (実績)	平成 29 年度 (見込み)
延べ参加人数	-	-	1 6 0

#### 【取り組みの方向】

毎月 2 回、半年コースで介護予防運動教室を実施します。

目標値	平成 30 年度 (見込み)	平成 31 年度 (見込み)	平成 32 年度 (見込み)
延べ参加人数	1 6 0	1 6 0	1 6 0

### 3 介護予防ケアマネジメント事業

要支援 1、2 の方及び事業対象者は地域包括支援センターで介護予防ケアプランを作成します。その後、事業の実施（サービスの提供）が行われ、その効果等を評価します。

#### 介護予防・予防給付に関するケアマネジメント事業

サービスの提供はその期間を限定し、具体的な目標をたて心身の状況や生活機能が低下した原因に応じた総合的、効果的な支援計画を作成します。

そして一定期間経過後に目標の達成状況を評価し、必要に応じて支援計画の見直しを行います。

### 4 包括的・継続的マネジメント事業

主任ケアマネジャーが中心となって実施する、他職種協働や地域の関係機関・社会資源（ボランティア等）との連携によるケアマネジメントの支援を目的とした事業で、ケアマネジャーに対する相談・指導・助言等及び包括的・継続的ケア体制の構築等を行います。

#### (1) 日常的個別指導・相談

地域のケアマネジャーに対し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの個別指導・相談への対応を行います。

また、必要に応じて、地域包括支援センターの他の職種や関係機関とも連携し、事例検討会や研修、制度や施策等に関する情報提供を実施します。

#### (2) 支援困難事例等への指導・助言

ケアマネジャーが抱える支援困難事例について、地域包括支援センターの他の職種や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導・助言等を行います。

### ( 3 ) 包括的・継続的なケア体制の構築

---

施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援します。

また、ケアマネジャーが地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

### ( 4 ) 地域におけるケアマネジャーのネットワークの形成

---

ケアマネジャー相互の情報交換等を行う場を設定するなどケアマネジャーのネットワークを構築します。

## 5 外出支援事業

70歳以上の町民を対象に、公共交通機関への補助を行い、町民の外出支援を行います。

町民アンケートによると、一般高齢者の47.1%が週2～4回の外出、35.3%が週5回以上の外出をしており、本町の高齢者は比較的健康な方の割合が高くなっています。

そこで、公共交通機関での外出に対する補助を行うことで、健康な状態の維持を図ることとします。