

【**壱岐市地域包括ケアシステム推進ロードマップ**】

- ①地域包括ケアシステム評価指標の8項目に分けています。
細分化は評価指標やワークシート、介護保険事業計画等を
基に適宜行ってください。
- ②各項目について、市町の目指す
姿を記載してください
- ③「②」の目指す姿
の達成年度を
選択してください
- ④地域包括ケアシステム評価指標、
ワークシートを基に推進方を記
載してください
- ⑤A～Hの各項目における達成年度に向けた工程を記載してください
※「③」で記載した達成年度と整合をとってください
※矢印の中には施策を簡潔に記載してください

項目		目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	第8期計画			第9期計画		
					2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
(例) A 医療	退院支援	退院前カンファレンスに医師や看護師のみならず訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の地域の職種が参加することにより、退院後スムーズに患者が望む生活に移行できる。	2026年度(令和8年度)	多職種研修会を定期的に開催し、退院前カンファレンスの目的や参加者、重要性等について多職種に理解し、行動に移してもらう。	入退院支援ルールの作成・周知		退院前カンファレンスについての勉強会を開催(年2回)		支援を受けた本人・家族が円滑な退院に繋がったか確認を	
A 医療	在宅医療・介護提供体制の充実	・訪問診療、訪問看護・介護等を希望する方が、在宅医療・介護サービスを受けながら在宅生活を送ることができる。 ・ICTを活用した在宅医療・介護を支援する体制を充実させ、総合相談窓口を設置し、24時間365日体制の在宅医療・介護及び看取りまでのサービス提供ができている。	2026年度(令和8年度)	・ICTを活用した在宅医療・介護を支援する体制を充実させ、総合相談窓口を設置する。 ・24時間365日体制の在宅医療・介護サービスの提供体制を構築する。 ・入退院支援、シームレスなサービスを提供し、本人・家族等の在宅生活での不安解消を図り在宅看取りまでの仕組みづくりをする。	切れ目のない在宅医療・介護体制の充実。関係機関や市民を巻き込んだ地域ケア推進会議の実施(年3回)					
	在宅・医療介護資源マップの作成及び活用	在宅・医療介護資源マップを作成し、関係機関や住民へ配布するとともに、在宅緩和ケアを含めた在宅医療における休日・夜間の連絡先等の周知徹底を図る。	2026年度(令和8年度)	介護保険事業所等の情報収集をし、地域包括支援センター、保健所、関係機関で協議をし、資源マップを作成する。関係機関や住民に配布するとともに、市のホームページ等へ掲載し周知徹底を図る。また、必要に応じ追加調査をしデータ更新をする。	ICTを活用した在宅医療・介護を支援する体制の検討					ICTを活用した在宅医療・
						毎年、内容の確認を行い、情報を更新する。				
B 介護	サービス提供人材の確保	希望する方にサービスを提供できるよう人材を確保するとともに、必要とするサービスに必要な資格・スキルを所持した人材が従事できる仕組み作りをする。	2026年度(令和8年度)	現在、介護従事者、看護師は不足しており、今後も不足することが予想される。安定的な従事者確保を目指し、市内、市外での事業所説明会等を開催する。また、奨学金等による専門的資格を有する人材確保方策を検討し、必要に応じ実施する。さらに、従事者の離職や市外への流出につながらないよう医療人材の確保と合わせて国・県の支援を求め、必要に応じ他自治体との協力体制を構築する。	人材確保のための説明会の実施(継続) 奨学金・奨学金返還等の創設、実施 離職・市外流出防止策の実施(他部署の事業等との関連させる) 人材確保に関する国・県の支援実施					
C 保健・予防	・関係職種との連携を図り専門職の専門性を活かした介護予防の実施 ・住民の主体的な活動	・高齢者がみんな積極的に健康づくりや介護予防に取り組むことができるようこれまで通り専門職や社協と連携し様々な健康教室や介護予防教室等を実施する。 ・市内のすべての地域に、住民主体の通いの場(サロン)や自主グループができ、住民が主体となった地域づくり、活動ができる。	2026年度(令和8年度)	・専門職や社協と連携し様々な健康教室や介護予防教室等を実施(継続) ・自主活動が少ない地域に対し、意識的に働きかけることにより地域での交流の場づくりと自主グループを育てる。	・サロン活動や地域の自主活動の場に介入し、介護予防の効果や介護予防・重度化予防等について周知啓発し、介護予防事業を継続実施する。 ・自主活動の場がない地域に自主活動の場を創設する。					
D 住まい・住まい方	・住民の互助による見守り・生活支援の取組を生活交通の確保と合わせて地域コミュニティに位置づける	・高齢者世帯の居住環境を把握し、住み替え、改修等の住環境改善を行う。 ・空き家情報等の把握に努め、所有者と利用希望者を結びつける。また、倉庫などの有効利用を図る。 ・免許返納者や高齢者世帯に考慮した、通院、買い物支援など交通手段の確保。	2026年度(令和8年度)	・高齢者の住環境の把握に努め、関係機関で高齢者の住まいサービスを検討する。(住環境の把握方策としては、総合相談、サービス事業者、保健医療関係者、生活支援コーディネーター、民生委員などのネットワーク等により把握し、課題やニーズを発見できるよう取り組む。) ・まちづくり協議会を中心に空き家等へ希望者の入居を進め、併せてコミュニティバスなどの交通手段を確保し、利用支援を行う。	・高齢者世帯の居住環境を把握し、住み替え、改修等の住環境の改善をする。 ・空き家等担当課と情報共有し把握に努め、所有者と利用希望者の紹介・仲介を行う。 ・まちづくりの協議会を中心にコミュニティ移動バスの利用支援を実施。					
E 生活支援・見守り	生活支援サービスの実施	高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活継続のために必要な支援につなぎ、介護保険サービスだけでなく、地域の保健、福祉、医療サービスやボランティア活動、支え合い等の多様な社会資源を有効に結び付け、高齢者の生活の質が低下しないよう適切な支援サービスを継続して実施する。	2026年度(令和8年度)	・まちづくり協議会と連携し、生活支援コーディネーターや地域のキーパーソンと協力し、高齢者の生活支援等を行う。必要に応じて協議体において協議、検討する。 ・多様な社会資源(地域各種団体によるサークル活動、ボランティア活動等)をケアプランに取り入れる。	・高齢者に必要な生活サービス提供に向け、まちづくり協議会や関係機関等と連携し、生活支援体制を構築する。					
F 認知症・権利擁護	専門職ネットワークの構築	同職種・多職種のネットワークがあり、スムーズな情報連携が行われ、シームレスなサービス提供ができる体制がある。	2026年度(令和8年度)	壱岐医師会に業務委託している在宅医療・介護連携推進事業を継続し、多職種が連携し協働するための研修会等の実施により顔がわかる関係から信頼関係を築き無理の言える関係を構築する。また、専門職種のネットワーク構築のため、職能団体(医師会、看護師会、介護支援専門員連絡協議会、社会福祉士会等)、事業所団体等における学び、意見交換・情報交換の場やイベントが充実するよう支援する。	中核機関の立ち上げ		権利擁護ネットワークの			
G 市町と関係者・団体のネットワーク(連携)	高齢者の生きがいづくりや地域の担い手を増やす取り組み	高齢者を地域全体で支える体制を構築し、コミュニティビジネスや生きがい就労等の働く場をつくり、医療・介護サービス以外の家事・暮らし・見守り等の支援をし、地域の高齢者を支え合う体制を構築する。	2026年度(令和8年度)	・高齢者が持つ技術や生活文化等を若い世代に伝承し、高齢者が生きがいと喜びを感じることができる世代間交流の場をつくる。 小・中学校や高校において、児童・生徒と交流する機会をつくる。 ・コミュニティビジネスや生きがい就労等の働く場をつくり、地域課題の解決、雇用の創出、地域の活性化を図るとともに地域の担い手づくりをする。そのために、高齢者がいきいきと活躍できる地域に密着した就労の場の運営を支援し、多様なセミナー等学習の場を提供し、コミュニティビジネス等の啓発活動を積極的に行う。	要支援者台帳を随時更新する 個別支援計画の検討と作成					要支援者台帳を随時更新する 個別支援計画

					第8期計画			第9期計画		
H 地域共生社会の実現と 住民参画	地域ケア会議・地域ケア推進会議の機能達成	・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの視点により、自立支援検討会を開催し、介護支援専門員のケアプランや介護サービス事業所の支援内容について多職種で検討し、支援の充実を図る。 ・地域ケア推進会議において、多職種協働による地域課題等の検討会を開催し、課題解決や政策形成を行う。	2026年度(令和8年度)	・自立支援型地域ケア会議により介護支援専門員のスキルアップを図る。 また、各関係施設の介護サービスの支援の充実を図る。 ・多職種協働による地域ケア推進会議により、地域医療関係者と福祉関係者の顔なじみの関係構築を図り、地域課題の解決策を検討し、実施する。						
					自立支援型地域ケア会議を月に1回の頻度で開催。 地域ケア推進会議は年間3回程度開催している。					地域課題の 解決に向け
	認知症地域支援推進員や初期集中支援チームの設置	認知症の相談に早期に対応し早い段階で適切な医療や介護サービスが受けることができる。また、医療・介護等関係者が連携して認知症の人や家族を支える体制ができている。	2026年度(令和8年度)	H29年4月に初期集中支援チームを設置済みであり、相談があった場合、迅速に対応していく。≪H29年度実施済み⇒H30年度以降も継続実施≫（※ロードマップの達成年度にH29年度の選択ができないため、達成年度を平成30年度としている。）	認知症初期集中チームや見守り事業の周知を行い、事業への理解を得るために認知症への理解も周知啓発する。					
	地域包括ケアシステム構築のための市町関係課による組織横断的連携	高齢者、障害者、母子・児童の複合的な課題についても、市・関係機関、団体が連携を図り、地域共生の取組を行う。	2026年度(令和8年度)	福祉ニーズの多様化・複雑化に対応するため、市、関係機関・団体が連携し、複合的な課題についても包括な相談体制（ワンストップ型）を構築する。	組織体制を含めた内部調整 相談窓口の整備					組織体制を含めた内部 調整