

【五島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)
A 医療	医療関係者と介護関係者の連携強化	退院前後のカンファレンスに医師や看護師のほか、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の多職種が参加することにより、退院後の生活も見据えた退院支援が提供されている。	2026年度(令和8年度)	〇五島市在宅医療介護連携相談センターにおいて、医療、介護関係者の相談に応じ、退院支援や情報提供を行う。	体制整備			評価、退院時カンファレンスの習慣化 医療機関での介護に関する勉強会		
	医療・介護資源リスト・マップ	医療・介護資源のリスト又はマップが作成され、各種事業へ活用されている。また、常に最新データに更新されており、市民に対しても分かり易い形で提供されている。	2026年度(令和8年度)	〇「医療と介護のしおり(冊子)」を活用し、ホームページの更新や「ちゃんこノート」の配布状況を把握するするとともに、医療、介護関係者間で情報共有を図る。	資源リスト・マップ周知					
	在宅医療・介護連携相談窓口	在宅医療・介護連携相談センターにおいて、医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談等への対応ができています。	2026年度(令和8年度)	〇在宅医療・介護連携相談センター活動について情報誌を発行し周知する。 〇国保健康政策課の健康相談と連携し在宅医療・介護に関する出張相談を行う。	情報誌発行			相談窓口運営 周知 運営評価・随時体制見直し		
	看取りに関する取り組み	在宅での看取りの知識を深めるとともに、意識の醸成が図られている。	2026年度(令和8年度)	〇五島保健所と連携し、看取りに関する知識や意識を深めるための医療、介護関係者に対する研修会を開催する。 〇住民向けにACPの出前講座や広報誌(在宅医療連携情報誌)などで在宅医療に関する情報提供を行う。 〇在宅看取り者実態把握のアンケートの実施	県、保健所との連携による看取りに関する多職種参画による研修会の開催と参加 ACP周知活動(出前講座、自主動画作成、もしバナゲームの開催、情報誌掲載等)			看取りアンケート 実施にむけて在宅医r、訪問看護	看取りアンケート 実施	看取りアンケート 結果活用についで の協議
B 介護	定期巡回・小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等サービスの充実	定期巡回、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等のサービスについては、対象者のニーズに合ったサービスが供給されている。	2026年度(令和8年度)	〇2次離島在住の方への支援のため、定期巡回サービスの事業拡大に努める。 〇小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等のサービスについては、対象者のニーズとサービス供給体制の状況を勘案し対応する。	9期計画策定 過程でアンケートを実施			ニーズに合ったサービスの供給体制を検討し、見直す		
	介護人材の確保及び資質の向上	多様な人材が確保され、生産性の向上を通じた労働負担の軽減等が図られている。	2026年度(令和8年度)	〇関係機関と連携し各種研修費補助により、人材の確保を図る。 〇設備導入費等への補助により生産性向上等を図り、労働環境の改善に取組む。	介護関連の各種研修費の補助、介護ロボット等の導入費補助を行う					
C 保健・予防	健康づくりと重症化予防に対する住民の主体的な活動	住民が特定健診を毎年受診し、健康づくりに関心を持ち、生活習慣の改善に取り組む。また、生活習慣病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・中断者が治療に繋がる。	2026年度(令和8年度)	〇特定健診実施率向上の取り組み 〇糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施後の検 〇重症化予防保健指導(医療機関受診勧奨)の実施	特定健診実施率(R5実績:35.3%) 糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施後の検 医療機関受診率(R5実績:55%)			特定健診実施率の目標値(R6:40.6%、R7:43.2%、 検査値の向上 医療機関受診率の目標値(R6:55%、R7:56%、R8:57%)		
	住民主体の通いの場や老人クラブ等へ、リハビリ専門職、栄養士等が関与	住民主体の通いの場(地域ミニ・デイサービス)や老人クラブ定例会等において、理学療法士、栄養士等が関与し、生活機能の低下を防ぐために、助言や講習会が開催されている。	2026年度(令和8年度)	〇通所型サービスB(地域ミニ・デイサービス)等の住民主体の通いの場や老人クラブ定例会等に、理学療法士(市又は広域支援センター等)が関与し、運動プログラムの提供や、フォローアップ研修会の定期開催。管理栄養士等による出前講座の開催	専門職の関与を慣例化					
	D 住まい・住まい方	住宅改修に関する専門職の関与	2026年度(令和8年度)	〇理学療法士等の専門職が住宅改修に関与することで、安全・安心な住環境の整備を行う。	専門職等による住宅改修への点検等					
E 生活支援・見守り	見守り、外出支援、買い物・掃除等の家事支援、困りごと支援	圏域ごとに、日常のちょっとした困りごと支援を行う助け合い活動(有償ボランティア等)を、地域づくり部門との連携により、創出される。	2026年度(令和8年度)	〇生活支援コーディネーターが高齢者のニーズを把握する。 〇第2層で地区座談会を開催し、家事援助等のサービスを創出する。 〇第2層協議体に、まちづくり協議会(地域協働課)を活用する。	PDCA					
	高齢者の移動支援	高齢者の移動支援により、日常生活に必要な買い物や通院等の利便性の向上が図られるとともに、外出機会の創出が促進される。	2026年度(令和8年度)	〇定額フリーパス制度(バス)の普及 〇免許証自主返納者へのバス・タクシー券交付 〇地域助け合い活動による移動支援 〇ライドシェアや自動運転導入の検討	PDCA(定額フリーパス(バス)、免許自主返納者へのバス・タクシー券交付等)			ライドシェア、自動運転の導入 検討		

					第8期計画			第9期計画		
F 認知症・権利擁護	介護のストレスを取り除く(相談窓口)の充実	圏域ごとに世代に関係なく、認知症の方も、地域で集える場が確保されている。	2026年度(令和8年度)	○認知症カフェの普及、既存のスペースを活用したカフェの取組み ○認知症の方だけではなく、年齢制限なく、集える通いの場の充実	認知症カフェや通い場の普及			体制の充実		
	認知症の人やその家族の支援体制整備の推進	認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み、チームオレンジの体制整備を推進する。	2026年度(令和8年度)	○若年層(小中学生など)からの「認知症サポーター養成講座」等の開催 ○見守りネットワーク連絡会参加機関のほか、民間事業所等への講座の周知を図り、認知症に関する正しい理解の普及促進を図る。 ○サポーターやボランティアのステップアップ講座の開催 ○すべての圏域にチームオレンジを立ち上げ、体制整備を構築する。	講座の慣例化					
					認知症ステップアップ講座の開催企画		チームオレンジ体制整備の促進			
G 市町と関係者・団体のネットワーク(連携)	医療・介護等多職種ネットワークの活動リーダー(キーパーソン)	地域包括ケアシステム構築に向け、各職種のリーダー(キーパーソン)を中心に自らの役割を認識し、進むべき方向目標に向かって取り組んでいる。	2026年度(令和8年度)	○地域包括システム連絡協議会の委員、部会員が各職能団体の意見集約やシステム構築にむけてキーパーソンとなることに期待している。	連絡協議会の開催 部会開催などから多職種の活動リーダー	地域共生社会の実現を意識した会議内容等の検討・実施 キーパーソンの醸成				
	多職種ネットワークを通して、情報連携の為に共通シート活用	多職種間で、連携パス及び共通様式等が活用されており、関係者共通の理解が醸成されている。	2026年度(令和8年度)	○各圏域の協議体等において、現状(連携状況、様式等)を聞き取りにより把握 ○多職種調整会議等にて協議・検討	多職種調整会議等にて統一	PDCA				
H 地域共生社会の実現と住民参画	地域包括ケアシステムの構築に向け関係課による組織横断的な連携ができています	地域包括ケア体制の確立に向けては、多角的な視点からのアプローチが必要であることから、市の関係各課との組織横断的な連携が図られ、全市的な取組みができています。	2026年度(令和8年度)	○関係課による連絡調整会議を開催し、情報共有と課題解決に向け連携していく	調整会議開催、地域課題共有・検討			地域共生社会の実現に向けた協議(組織体制等)		