

第8期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

| 保険者名 | 第8期介護保険事業計画に記載の内容 | | | | 令和3年度(年度末実績) | | |
|-------------------|--|--|---|---|--|--|--|
| | 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | 目標(事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 |
| いの町 | 介護予防普及啓発事業 | <p>【現状】 住み慣れた地域で自立した生活を営むことができるよう、介護予防のために町独自で開発した体操である「るんるん若ガエル体操」や、「健口体操あいうえお」の普及啓発活動を各地域で行っている。</p> <p>【課題】 高齢化により集会所等の場所まで自らで出向く事が困難になりつつある高齢者が増加している。自宅で簡単にできるセルフケア体操の普及啓発をして、住み慣れた地域で生活することができるよう支援することが必要である。</p> | <p>地域包括支援センターの理学療法士と保健師が中心となって、介護予防の必要性について、敬老会、高齢者教室などのあらゆる機会を利用して啓発していく。</p> | <p>町独自で実施している介護予防体操を新規で立ち上がったグループに対して普及啓発する。</p> <p>るんるん若ガエル体操教室 目標値：2教室</p> <p>お口が若ガエル教室 目標値：2教室</p> | <p>◎ るんるん若ガエル体操教室 1教室</p> <p>◎ お口が若ガエル教室 未実施</p> | × | <p>【課題】 新型コロナウイルス感染拡大により、体操教室を1教室のみ実施した。コロナ禍においても実施できる方法を検討する必要がある。</p> <p>【対応策】 コロナ禍においても、感染症対策を講じて実施できる方法を担当者間で検討し、各教室を実施していく。</p> |
| | | | <p>中山間地域でグループ活動等が困難な高齢者に対してセルフケア体操の普及啓発をする。</p> <p>かわむらメソッドさんかん元気塾 目標値：2回</p> | <p>◎ かわむらメソッドさんかん元気塾 2回</p> <p>開催日 参加人数 神谷地区 7/18 19名 いの町全体 11/21 38名</p> | ○ | <p>【課題】 今年度は7月に神谷地区、11月にいの町全体に実施した。しかし、各講演会の参加者が継続してセルフケアに取り組んでいるかは把握できていない。</p> <p>【対応策】 参加者の事後フォローを検討し、実施方法を検討する。</p> | |
| | 活地域支介護事業 | <p>【現状】 町内には体操グループが70カ所あり、各地域で活動をしている。また、各地域では通いの場として、茶話会やレクリエーションを実施しているミニデイサービスもある。</p> <p>【課題】 高齢者が自ら活動に参加し、介護予防活動に向けて取り組みが主体的に実施されるような地域社会の構築を目指し支援していく。</p> | <p>前期高齢者の通いの場への参加者を増やすことを目標に、介護予防活動への参加を勧奨していく。また、前期高齢者が参加したいと思える通いの場の創設を検討する。そして、体操教室等の充実を図り、介護予防活動の支援を継続していくことで、元気高齢者を増やすことを目指す。</p> | <p>体操教室等の充実を図り、介護予防の支援を継続していくことで元気高齢者を増やすことを目指す。</p> <p>るんるん若ガエル体操グループ交流会 目標値：2回</p> <p>ミニデイお世話役交流会 目標値：1回</p> <p>体操教室応援サポーター育成数 目標値：10人</p> <p>体操教室応戦サポーターフォロー教室 目標値：-</p> | <p>◎ るんるん若ガエル体操グループ交流会 未実施</p> <p>◎ ミニデイお世話役交流会 未実施</p> <p>◎ 体操教室応援サポーター養成 未実施</p> | × | <p>【課題】 予定していた事業は新型コロナウイルス感染拡大により未実施だった。コロナ禍においても実施できる方法の検討が必要がある。</p> <p>【対応策】 コロナ禍においても、感染症対策を講じて実施できる方法を検討していく。</p> |
| 地域リハビリテーション活動支援事業 | <p>【現状】 専門職が介護予防に関する普及啓発を行い、体操グループや個人での介護予防活動がより充実するよう支援しています。</p> <p>【課題】 専門職が地域や個人の活動を支援し、効果的に介護予防活動に取り組む。</p> | <p>体操グループに対しては体操グループのフォローアップや、認知症予防、低栄養予防を目的とした教室を開催していきます。</p> <p>また個人に対しては、地域包括支援センターの理学療法士が生活動作の指導や、住環境整備時のアドバイスを行います。</p> | <p>地域の実情に即した活動支援ができるよう専門職と連携を図り、支援体制を整備。</p> <p>るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 目標値：24教室</p> <p>頭が若ガエル教室 目標値：6教室</p> <p>ちゃんと食べて・ちゃんと動くために 目標値：24教室</p> <p>リハビリ宅配 目標値：40回</p> | <p>◎ るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 未実施</p> <p>◎ 頭が若ガエル教室 未実施</p> <p>◎ ちゃんと食べて・ちゃんと動くために 1教室</p> <p>◎ リハビリ宅配 35回</p> | △ | <p>【課題】 新型コロナウイルス感染拡大により、当初の予定していた教室数は実施できなかった。コロナ禍の状況においても実施できる方法の検討は必要。個別訪問であるリハビリ宅配においては、継続して実施していく。</p> <p>【対応策】 コロナ禍においても、実施できる方法を検討していく。</p> | |

| 保険者名 | 第8期介護保険事業計画に記載の内容 | | | | 令和3年度(年度末実績) | | |
|------|---------------------|--|---|--|--|------|--|
| | 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | 目標(事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 |
| いの町 | 包括的・継続的なケアマネジメントの充実 | <p>【現状】 高齢者が住み慣れた地域の中で暮らして続けるよう、様々な職種や期間との連携や個々の高齢者の状況や変化に応じた「包括的 継続的ケアマネジメント」を実践している。</p> <p>【課題】 地域ケア会議より、身体機能、栄養、口腔、アセスメント力についての課題が抽出され、介護支援専門員の土台となる専門的知識の向上が必要である。</p> | 町内の居宅介護支援事業所、介護サービス提供事業所に対し専門職による定期的な研修を開催することによって、介護支援専門員、介護サービス提供事業所のスキルアップを図る。 | 介護支援専門員の高齢者の自立支援、重度化防止に資する知識を深めるとともに、介護サービス事業所のスキルアップ、ネットワーク構築を図り、地域の介護支援専門員の資質向上を目指す。 | <p>◎ いの町居宅介護支援事業所連絡会及び、資質向上研修()内は参加人数</p> <p>① 4月新年度の計画 コロナワクチンの説明等(24名)</p> <p>② 5月「姿勢の改善」～腰痛を治そう～ 講師 上田 翔太氏</p> <p>③ 8月「できる工夫 つなげられるアセスメント」 講師 平松真奈美氏(30名 内リモート23名)</p> <p>④ 10月「お口の健康」野口 あき氏(23名)</p> <p>⑤ 12月「足の健康」関 耕二氏(33名)</p> <p>⑥ 1月「高齢者の栄養と食事」基本的な栄養アセスメントについて 宗石関子氏(19名 内リモート2名)</p> | ◎ | <p>【課題】 自立支援型ケアマネジメントは、少しずつ浸透しているが不十分であり、今後も、自立支援、重度化防止に資する研修を継続していく必要がある。また、研修の参加率は事業所間での差が大きく、資質の差が広がっている。</p> <p>【対応策】 今後も、研修に興味を持ってもらえるよう、チラシ作成や個別の声掛けを行っていく。また、オンラインやYouTube配信を活用した研修も継続していく。</p> |
| | 介護給付適正化事業 | <p>【現状】 高知県介護給付費適正化計画に基づき、必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証や、利用者に適切なサービスを提供できる環境整備等のため、要介護認定の適正化、ケアマネジメント等の適正化、サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化を主要事業として取り組んでいる。平成28年度から適正化支援システムを導入、チェック機能を強化。住宅改修事前書類の確認を専門職が全件チェック、福祉用具購入のアドバイスもしている。</p> <p>【課題】 アドバイス内容をプランに反映するための仕組みづくりが必要。</p> | <p>①要介護認定の適正化 ②ケアプラン点検 ③住宅改修点検 ④縦覧点検・医療との突合 ⑤介護給付費通知発送</p> | <p>① 要介護認定の適正化 要介護認定の質の確保等に向け認定調査の点検を行う。 (点検率)100%</p> <p>② ケアプラン点検 町外施設に居住する住所地特例者のケアプランについて重点的に点検を行う。 (点検率)100%</p> <p>③ 住宅改修点検 全件を書面点検を行う。また、必要性がある場合訪問調査を行う。 (点検率)100%</p> <p>④ 縦覧点検・医療との突合 介護報酬内容の誤り等を早期に発見して、適切な処置を行うとともに、医療と介護の重複請求の排除等を図る。 (突合率)100%</p> <p>⑤ 介護給付費通知発送回数 全受給者に対し、使用したサービスについて通知する。 (発送回数)3回/年</p> | <p>① 要介護認定の適正化 認定調査票、主治医意見書の点検率 100%</p> <p>② ケアプラン点検(2月末時点) 書面点検 115件(うち小規模5件) ヒアリング 26件(うち小規模5件) ・町内全事業所の点検を行った。 ・町外事業所に対しても書面点検を行い、改善が必要なケースはヒアリングや地域ケア会議に繋げた。</p> <p>③ 住宅改修点検件数 106件中書類点検106件、理学療法士による訪問調査29件を実施</p> <p>④ 縦覧点検・医療との突合率 100%(国保連合会委託)</p> <p>⑤ 介護給付費通知発送回数 3回</p> | ◎ | <p>【課題】 ② 他市町村事業所のケアプラン点検を行うにあたって、ケアマネへの関わりに限界がある。 ③ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員には適正化についての理解を得られてきているが、医療に従事している専門職等にはまだ理解を得られていない。</p> <p>【対応策】 ②③ 適正化に対し理解を得られるよう、点検を継続して行う。</p> |

| 保険者名 | 第8期介護保険事業計画に記載の内容 | | | | 令和3年度(年度末実績) | | |
|------|-------------------|------------------|--|--|--|------|---|
| | 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | 目標(事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 |
| いの町 | 在宅医療・介護連携の推進 | いの町在宅医療・介護連携研修 | <p>◎可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、地域における在宅医療・介護が連携し円滑にサービスを提供できる体制整備を図る。</p> <p>◎在宅医療・介護連携に必要な知識の向上に向け、研修環境を工夫し、より多くの方が研修を受ける機会を確保する。</p> | <p>◎医療と介護が相互の役割・機能を理解し、総合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性を習得する。</p> <p>◎医療と介護が相互の役割・機能を理解し、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を図る。</p> | <p>◎いの町在宅医療・介護連携研修 「古い支度講座」(事業所向け) 講師：古い支度クリエイター 石黒 秀喜氏 開催日時：令和3年7月4日 参加人数：27名(会場19名 オンライン8名) 内容：人生の最終段階や認知症により意思決定ができなくなった場合でも本人の意向に沿ったケアが行える自己決定を支援する。</p> <p>「令和3年度在宅医療・介護連携研修」 開催日時：令和4年1月24日 参加人数：61名(会場23名、オンライン38名) 内容：医療と介護のスムーズな連携を行うための高知医療介護情報連携システム「高知家@ライン」についての説明会及び、地域の医療・介護事業所の業務の現状、専門性や役割を知るため、町内5カ所の事業所による取組みの紹介を行った。</p> | ○ | <p>【課題】 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、会場に集まっての交流会が行えず、顔の見える関係づくり、連携強化に繋げることができなかった。</p> <p>【対応策】 スムーズな連携や業務の効率化を図るため、高知医療介護情報連携システム「高知家@ライン」や高知あんしんネットの活用について周知していく。 グループワークを活用した研修や交流会の開催も検討していく。</p> |
| | | 町内における在宅医療・介護連携会 | <p>【現状】 町内においては、医療や福祉等の職種を超えた連携を図るため、在宅医療・介護連携会を開催し、現状報告、課題解決に向けての検討や連携強化を行っている。</p> <p>【課題】 医療と介護が相互の役割・機能を理解し、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を図る必要がある。</p> | <p>医療や福祉等の職種を超えた連携を図るため、在宅医療・介護連携会を開催し、現状報告、課題解決に向けての検討や連携強化を行う。</p> <p>◎町内における在宅医療・介護連携会 (伊野地区)6回 (吾北地区)6回 (本川地区)12回</p> | <p>町内における在宅医療・介護連携会 ◎伊野地区 参加施設：仁淀病院 清流苑 借染荘 西病棟 包括 頻度：3回/年 内容：現状報告、事例検討</p> <p>◎吾北地区 参加施設：ティサービスすこやか 居宅なごみ 新別の里 さくら病院 あったかふれあいセンター ころ包括 保健師 頻度：3回/年 内容：それぞれの施設の情報交換。困っているケースの事例検討会。その事例検討の積み重ねによる地域課題の抽出。課題解決に向けて関係機関と協議。</p> <p>◎本川地区 参加施設：本川社協、居宅介護支援事業所なごみ、長沢診療所、本川住民福祉課 頻度：1回 内容：気になる高齢者の情報共有</p> | ○ | <p>◎伊野地区 【課題】 意見交換の場となっているが、連携を深める内容になっていない。</p> <p>【対応策】 町立だけでなく、伊野地区での医療と介護の連携が必要であり、今後の開催方法や内容、参加施設等を見直す必要がある。</p> <p>◎吾北地区 【課題】 今年度は、災害時の対応 通院難民 介護保険外の訪問介護利用についての課題が上がり地域課題をどう施策などに反映させていくかが課題である。</p> <p>【対応策】 来年度は総合政策課も会に参加して協議する予定となっている。</p> <p>◎本川地区 【課題】 コロナウイルス感染症拡大による開催中止や関係機関同士の連携が不十分で、2回目以降が開催できなかった。関係機関同士の連携が取りづらい状況があり、情報交換 共有が不十分となっている。</p> <p>【対応策】 個別の情報交換、共有は継続しつつ、連携方法の見直しが必要。</p> |

| 保険者名 | 第8期介護保険事業計画に記載の内容 | | | | 令和3年度(年度末実績) | | |
|------|-------------------|--|--|---|---|------|---|
| | 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | 目標(事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 |
| いの町 | 認知症介護者への支援 | <p>【現状】 認知症カフェの開催支援や、認知症の人やその家族に相談や交流の場として認知症カフェを紹介する支援を行っている。</p> <p>【課題】 町内の認知症カフェが運営状況を共有できるような機会を設ける必要がある。</p> | <p>認知症カフェと地域住民をつなぎ、認知症の人や家族の声を拾い上げる場や支え見守る顔なじみづくりの場となるように、認知症カフェの普及・啓発を広報で行う。</p> <p>認知症カフェ連絡会を開催し、運営状況や工夫点、困りごと等の情報共有を行い、今後の運営を支援していく。</p> | <p>各認知症カフェの取り組み状況を知ること、今後の取り組みの方向性を考えるきっかけ作りを行う。</p> | <p>◎ 認知症カフェ連絡会(6カ所参加) 7/16開催;各カフェの取り組み状況や課題点を共有し、コロナ禍での運営の方向性についても検討した。</p> | ○ | <p>【課題】 コロナ禍で開催できない時期が続いている。</p> <p>【対応策】 認知症カフェ交流会でコロナ禍でも開催できる方法等の検討を行う。</p> |
| | 地域づくり支援 | <p>【現状】 地域包括支援センターの職員が相談対応、サービス等への繋ぎ、認知症に関する啓発活動を行っている。</p> <p>【課題】 認知症の相談窓口としての周知が不十分である。新型コロナウイルス感染症により、地域の集まり等での事業開催が少なくなっている。</p> | <p>認知症に対する知識の普及と相談窓口の周知を図る。</p> <p>認知症の人が地域で生活していくうえで関わる機会が多いと想定される幅広い世代に向け、地域の集まりや学校、民間企業にも働きかけて「認知症サポーター養成講座」の開催を行う。</p> <p>警察や消防、地域の関係機関と連携し、行方不明時の早期発見等に繋げるため、SOSネットワークの仕組みづくりを検討する。</p> | <p>認知症の正しい知識の理解と相談窓口や利用できる制度の啓発のために「認知症ケアパス」の作成し配布する。</p> <p>各学校と連携し、子どもたちの世代から認知症に関する正しい知識を持ち、地域での支援者の一人として関わり、対応ができるよう普及啓発を行っていく。</p> <p>ミニデイサービス等の地域の集まりに地域包括支援センター職員が参加し、紙芝居を用いた認知症啓発活動を行う。</p> <p>認知症になっても住み慣れた地域でいきいきと生活するための啓発活動として地域住民向けに認知症に関する講演会を開催する。</p> | <p>① 認知症ケアパス作成 1890冊を町内薬局 医療機関 介護保険事業所へ配布。相談者への窓口配布も行った。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座 7/13 吾北小学校 4,5年生 15名 1/20 伊野南中学校 2年生 20名</p> <p>③ 地域のふれ愛 支え愛をかんガエル会 啓発活動として「認知症の理解と関わり」の紙芝居を行った。 4/20 医療生協 20名 5/13 天王ミニデイ 20名 7/19 内野ミニデイ 12名</p> <p>④ 認知症フォーラム(中央西福祉保健所と共催) 10/3開催:40名参加 「認知症と共に生きる」をテーマに地域住民とシンポジウムを行った。</p> <p>⑤ きらめき介護塾 11/5開催 38名参加 認知症の理解と関わりについての講演会を開催した。</p> | ○ | <p>【課題】 認知症サポーター養成講座は年度当初に校長会で広報したが、コロナ禍も影響し実施は2校のみとなった。</p> <p>【対応策】 学校からの応募を待つのではなく地域包括支援センターから積極的なアプローチを行い開催校を増やす。 リモートを活用するなどコロナ禍でも開催できる方法を検討する。</p> |
| | 認知症支援体制の整備 | <p>地域の実情に応じて地域における認知症とその家族を支援する支援体制を構築する。</p> | <p>認知症になっても、自分らしい人生を過ごすための意思決定の実現を支援する。</p> | <p>人生の最終段階や認知症となり意思決定することができなくなった場合も、本人の意向に沿った医療やケアが行えるようアドバンス ケア プランニング(人生会議)の必要性について、住民への啓発を行う。</p> <p>教育委員会と連携し、町民講座として開催。町内の量販店や薬局等へのチラシ配布、オンラインでの同時配信も行い、吾北支所、小規模多機能型施設でオンライン参加もあった。 また、研修後に、YouTubeでの限定配信やDVDの貸出、図書館で本の貸出も行った。</p> | <p>◎「古い支度講座」(一般向け) 講師:古い支度クリエイター 石黒 秀喜氏 開催日時:令和3年7月3日 参加人数:75名 会場47名 オンライン28名 その他 YouTube配信等で参加者多数あり 内容:「上手に老いるための自己点検ノート」の内容と活用の仕方を学び、介護や医療が必要になっても、自己決定ができる。また、認知症の方のプライドを大切に「顔を立てる」関わり方を学ぶ。</p> | ○ | <p>【課題】 どれだけの人が自己点検ノートの作成を行えたのか、確認ができていない。また、作成したものを活用できるように、高知家@ラインや高知あんしんネットなどに登録するなど支援していく必要がある。</p> <p>【解決策】 高知家@ライン、高知あんしんネットの推進と同時に、アドバンスケアプランニングの作成をしているか確認していく。</p> |
| | 認知症支援体制の整備 | <p>【現状】 地域包括支援センター職員が認知症初期集中支援チーム員資格を取得し、多職種で多角的な視点で支援方針を決定、医療や介護サービスへ繋ぐ支援を行っている。</p> <p>【課題】 地域包括支援センターチーム員のための支援となり、医師や他市町村のチーム員と合同で開催するチーム員会議にまで至っていない。</p> | <p>地域包括支援センター職員が順次チーム員資格を取得し、チーム員体制を維持する。</p> <p>チーム員会議の開催に向けて医師との連携や会議の運用について検討を行う。</p> | <p>認知症初期集中支援チームが認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で生活を継続するために早期から認知症の人やその家族への支援を行う。</p> | <p>認知症初期集中支援チーム員支援件数 77件 認知症初期集中支援チーム員会議 0件</p> | △ | <p>【課題】 認知症初期集中支援チームは設置されているが、チーム員会議の開催が0となっており活用が十分にできていない。</p> <p>【対応策】 共同設置の日高村担当者と今後のチーム活動について検討を行う。</p> |

| 保険者名 | 第8期介護保険事業計画に記載の内容 | | | | 令和3年度(年度末実績) | | |
|------|-------------------|---|--|---|---|------|--|
| | 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | 目標(事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 |
| いの町 | 地域ケア会議の推進 | <p>【現状】 地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう自立支援型地域ケア会議を継続していく。</p> <p>【課題】 個別事例の検討を通じて、地域課題を把握し、地域づくり 資源開発につなげ高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるように地域全体で支援するネットワークを構築する必要がある。</p> | <p>◎地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう自立支援型地域ケア会議を継続する。</p> <p>◎地域ケア会議で問題となる地域課題の解決に向け、関係機関と連携を図る。</p> | <p>◎介護支援専門員の質を高め、自立支援型ケアプランによって介護サービスが提供されるように、多職種と連携を図り、自立支援 重度化防止を目指す。☒</p> | <p>① 自立支援型地域ケア会議の開催 (令和3年度 17回 33事例) ※別紙参照</p> <p>② 地域包括ケア推進会議 年1回</p> | ○ | <p>【課題】 目標が活動や参加につながっていないため、身体機能があがっても動作の自立につながっていないかったり、課題を見いだせず、アドバイスが必要としていない方もいた。また、本人の思いより家族の思いに重点を置いたプランもあり、課題となっている。</p> <p>【対応策】 ICF(国際生活機能分類)とマズローの欲求階層説を活用し、活動や参加につなげる視点、課題を見落とさない視点、本人の社会レベルの欲求をかなえられるように様式を工夫していく。</p> |
| | | 介護人材の確保 | <p>中山間地域等における人材確保のため、介護職員初任者研修等の研修を行う。</p> | <p>◎介護職員初任者研修 町内住者、町内介護サービス事業所在職者、または研修後に町内介護サービス事業所に就職する希望のある方を対象に、資格取得のための研修を行う。 (受講者)10名</p> | <p>◎介護職員初任者研修 受講者9名(途中辞退2名含む)</p> <p>【その他の研修】 ◎ 介護に関する入門的研修 受講者7名</p> <p>◎ 介護職員初任者研修及び介護に関する入門的研修における託児 希望者0名</p> <p>◎実務者研修 すこやかセンター伊野での開催誘致 1事業所</p> | ○ | <p>【課題】 子育て中の方でも参加できるよう、無料の託児を計画し、町内スーパーマーケット、コンビニ、病院、薬局等にポスター掲示し、幼保等保護者へのチラシ配布を行ったが、希望者は0名だった。</p> <p>【対応策】 周知活動のみではなく、関係機関と連携し、個別アプローチできる場を検討する。</p> |
| | サービスの質の向上 | <p>生産年齢人口の減少する中、介護サービスの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるよう、業務の効率化と質の向上に取り組んでいく必要がある。</p> | <p>住み慣れた地域での自立した生活を希望する認知症高齢者及びその家族の需要に応じたサービス提供体制を確保する。</p> | <p>地域密着型事業所間の連携を深めるとともに、事例検討を通して気づきを促し、スキルアップを図る。</p> <p>グループホーム連絡会 2回 小規模多機能型支援事業所 2回</p> | <p>①地域密着型事業所連絡会 ◎グループホーム連絡会 2回 7/1 参加人数 14名 事例検討(1事例) 11/4 参加人数 12名 事例検討(1事例)</p> <p>◎小規模多機能型支援事業所 2回 7/16 参加人数 8名 現状報告等 11/19 参加人数 11名 現状報告等</p> | ○ | <p>【課題】 ◎グループホーム連絡会 事例検討により、施設によって認知症対応力に差があることがわかった。専門的な研修を受ける機会がほとんどない職員もおり、認知症対応に疲弊し、職員へのフォローも必要となっている。</p> <p>◎小規模多機能型支援事業所 積極的に研修に取り組んでいる施設からは、外部の専門性の高い研修は、実際の介護に結びつかない。実践に結びつくような研修へ参加したいとの話があった。また、人員不足等で研修に参加する機会がほとんどない施設もあった。</p> <p>【対応策】 町内事業所の認知症への対応力を高め、専門性を高めることで働きやすい環境づくりや、認知症になっても安心して暮らせる町づくりを目指し、認知症重度化予防実践塾を開催する。</p> |