

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

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
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>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>◎ るんるん若ガエル体操教室 2教室</p> <p>◎ お口が若ガエル教室 4教室</p> <p>◎ 頭が若ガエル教室 6教室</p> <p>◎ ちゃんと食べて・ちゃんと動くために 13教室</p>	◎	<p>【課題】 各教室はコロナ禍以前の開催に近い状態で実施できた。お口が若ガエル教室と「ちゃんと食べて・ちゃんと動くために」の教室については令和6年度ですべてのグループに啓発を終える予定。口腔と栄養は関係性も強く、フレイル予防のためには必要な課題となるため、R7年度以降の啓発方法の検討が必要。</p> <p>【対応策】 R6年度中に口腔と低栄養予防の啓発方法等を検討していく。</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>	◎ かわむらメソッドさんかん元気塾 未実施	×	<p>【課題】 事業としてはR3年度で終了したため講習会は未実施になっている。セルフケア体操の普及啓発としても高齢者人口からしてもできていない。</p> <p>【対応策】 かわむらメソッドを含む自宅で簡単にできるセルフケア体操の提案を検討していく。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
地域 支 援 事 業 予 防	<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】 高齢者が介護予防活動に主体的に取り組めるような地域社会の構築を目指す必要がある。</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>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：1</p> <p>体操教室応援サポーターフォロー教室 目標値：1回</p>	<p>◎ るんるん若ガエル体操グループ交流会 1回</p> <p>◎ ミニデイお世話役交流会 1回</p> <p>◎体操教室応援サポーター養成講座 計3回</p>	○	<p>【課題】 コロナ禍以前に比べて参加者が減少しているが、少しずつ参加者が増加している。しかし、まだグループ再開に至っていない地区もあり引き続き活動の再開に向けての声掛け等が必要。</p> <p>【対応策】 感染症対策を講じて事業を実施し、コロナ禍によりグループ活動が休止しているグループに会の参加を積極的に声掛けをしていき、活動再開のきっかけにしてもらう。</p>
地域 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 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く。</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う。</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>リハビリ宅配 目標値：40回</p> <p>栄養アセスメント事業 目標値：12回</p> <p>自立支援型デイ研修 目標値：5回</p>	<p>◎ るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 12教室</p> <p>◎ リハビリ宅配 52回</p> <p>◎栄養アセスメント事業 4回</p> <p>◎自立支援・重度化防止研修 第1回 自立支援理念 33人 第2回 運動 35人 第3回 口腔 32人 第4回 栄養 32人 第5回 工程分析 28人 講師：(株)アイトラック 佐藤孝臣 氏</p>	○	<p>【課題】 コロナ禍になり、より一層高齢者のフレイル予防の取組が重要になってきている。グループ活動をしている住民も、フレイルになっている方が増えてきており、グループ活動継続のために早期発見する機会が必要となっている。</p> <p>【対応策】 R5年度より保健事業との一体的取組が開始され、保健分野の専門職と協働してフレイル予防の普及を継続していく。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
総合相談支援の充実	<p>【現状】 相談ケースの増加、身寄りがない高齢者の支援など、多種多様な相談内容で対応に時間を要したり、苦慮する場合があります。</p> <p>関係機関との連携と個人情報の取扱いの問題で苦慮することがある。</p> <p>【課題】 相談担当のみでケース検討をすることが多く多職種での支援方針の検討がされていない。</p>	<p>高齢者に対するワンストップサービスの窓口として、地域に暮らす高齢者の様々な相談を受け止め、適切な機関や制度、サービスにつなぎ、効果的な支援を行う。</p>	<p>◎相談担当者連絡会(3職種参加)を定期的に行い、3職種の連携を図る。</p> <p>◎認知症に関する相談件数は増加している。認知症初期集中支援チームと連携し、迅速に医療や介護保険サービスにつなぐ支援を行う。</p> <p>◎生活困窮や障害、8050問題等、様々な課題を抱えるケース支援において、他機関や他部署との連携強化を図り、重層的支援を実施する。</p>	<p>◎ 総合相談件数</p> <p>① 介護相談 2603件</p> <p>② 認知症初期集中相談 43件</p> <p>③ 介護予防 172件</p> <p>④ 関係機関からの相談 553件</p> <p>⑤ ケアマネからの相談 184件</p> <p>⑥ 権利擁護相談 99件 実人数 17名</p> <p>⑦ 虐待相談 186件 合計: 3840件</p> <p>上記のうち重層的支援件数 53件</p> <p>◎ 相談担当者連絡会(3職種参加)の継続原則毎週金曜日 1時間程度 総合相談体制の強化のため、情報共有や多角的視点で支援方針の検討を行った。</p> <p>◎ 相談マニュアル更新 相談対応時の課題を抽出し、緊急時の対応や個人情報の取扱い、相談対応時の統一のためのマニュアルを作成した。</p>	○	<p>【課題】 包括内での3職種での連携は強化されている。</p> <p>介護保険申請や身体生活状況の変化等、相談内容は多岐にわたり、特に虐待関係、権利擁護に関する相談が前年度の2倍。本人・家族背景の複雑化が要因の一つと考えられ、地域包括支援センター単独では支援が困難な場合があり、今後も重層体制や多職種多機関での連携強化が必要。</p> <p>【対応策】 障害担当職員や社協の生活困窮担当職員等と共同で重層的支援を行うため引き続き連携強化を行う。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
<p>権利擁護の促進</p> <p>高齢者虐待防止</p>	<p>【現状】 虐待相談件数が年々増加している。コア会議で検討を行い、関係機関と連携することで介護保険サービスの利用に繋げたり、養護者支援を行うことで虐待の解消を図り、継続した支援を行っている。</p> <p>【課題】 虐待発生時の個別ケースは対応しているが、未然防止や早期発見・対応のため、住民・関係機関への正しい知識の普及啓発や虐待防止体制の整備が課題となっている。</p>	<p>「高齢者虐待防止ネットワーク委員会」の推進や民生委員、介護・医療関係機関等と連携を強化することで情報の取得に努め、高齢者虐待の予防的対応や未然防止を図る。</p>	<p>関係機関への研修を行い、高齢者虐待に関する知識の啓発と虐待発生時の対応方法などを学ぶ、また虐待発生時の協力体制の強化を図る。</p>	<p>◎ 虐待相談 相談件数 186件(対応件数も含む) 相談実人数 21名 虐待認定者 11名 虐待防止マニュアルに基づき、虐待通報の全ケースについてコア会議を開催し、虐待の判断と対応を協議した。 虐待ではないと判断したケースについては、虐待に準ずる対応や通常相談に切り替え対応した。 ◎ 高齢者虐待防止ネットワーク委員会(2/20開催) 令和5年度の虐待ケースの報告、取組、傾向と課題・対策等について報告、委員より意見聴取を行った。 ◎ 高齢者虐待防止マニュアル(帳票の)見直し令和4年度作成したマニュアルについて、帳票の見直しを行い、ネットワーク委員会より承認を得た。 ◎ 措置件数:1件 虐待ケースについて、措置入所(年度内解除)を行った。 ◎ 高知県権利擁護支援アドバイザー派遣:1件養護者支援の介入方法について検討・助言をいただいた。 ◎ 関係機関との連携 コア会議の結果をもとに、事業所や警察、医療機関等と対応について協議した。 ◎ 研修等への出席 高知県、高知県医療ソーシャルワーカー協会、高知県社会福祉協議会主催の権利擁護研修を会場やZOOMにて10回受講し、権利擁護についての理解を深めた。 ◎ 啓発活動 ・町民向け 高齢者虐待について、いの町ホームページに掲載した。 ・介護保険事業所、施設向け 虐待防止に関するチラシを居宅介護支援事業所等関係機関に配布した。</p>	○	<p>【課題】 虐待対応が年々増加している。虐待の終結の判断の根拠として、虐待が発生しない環境調整が必要だが、複合課題を抱えるケース等の背景から対応が長引くケースや、特に養護者への関わりで苦慮するケースがあり、課題となっている。職員間の役割分担や対応力のスキルアップが必要。 通報の遅れが、対応の困難さにつながるケースがある。特に経済的虐待の通報時、事業所側が金銭の回収や取り立てが目的になっている傾向にある。事業所向けに虐待対応の目的や通報義務、手順等について研修等で周知する必要がある。</p> <p>【対応策】 高知県や県社会福祉協議会主催の研修に参加し対応職員のスキルアップを図る。 対応困難ケースは、高齢者虐待防止ネットワーク委員会の検討部会や、高知県権利擁護専門家チーム派遣事業等を活用し、より専門的な視点での対応を行う。 虐待対応の目的や通報義務、手順等について研修や会議等の場を利用し、事業所等へ周知する。 虐待について知ってもらうことが必要があり、地域住民向けに広報等を利用し普及啓発を行う。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
権利擁護の促進 成年後見	<p>【現状】 成年後見制度についての相談・助言、情報提供を行い必要な場合は関係機関へのつなぎを行い制度に繋げる支援を行っている。 親族支援が困難な虐待ケース等は市町村長申立を行い、身上監護や財産管理を行うことで高齢者の権利擁護を行う。</p> <p>【課題】 成年後見制度の広報不足 成年後見制度等が必要なケースへの職員の対応力に差がある。</p>	<p>◎制度が必要な高齢者に適切な支援を行えるように関係機関と連携し、早期から制度利用に向けたアプローチを行う。</p> <p>◎住民を対象に制度の普及啓発活動を行う。</p>	<p>◎成年後見制度の研修会や法律関係機関との勉強会への参加し、相談体制の強化を行う。</p> <p>◎成年後見制度の広報活動を行い制度の周知に努める。</p>	<p>◎成年後見町長申立支援 ・成年後見町長申立 2件 ①判断能力が低下し、親族が支援を拒否しているケースについて、社会福祉士が後見人等となり、滞納金支払い、各種手続きを行い、金銭管理や身上監護を行っていくこととなった。 ②経済的虐待から措置入所を行ったケースについて、成年後見町長申立を行った。いの町社会福祉協議会の法人後見が担当となり、本人の安心できる住まいの確保ができ措置解除となった。債務整理や金銭管理、身上監護を行っていくこととなった。 ・申立中止 2件 ・申立準備中 2件 ◎成年後見制度町長審判請求の手順書作成 後見業務の均質化や早期対応を目的に、申立に必要な情報等を手順書としてとりまとめた。 ◎研修等への出席 高知県、高知県医療ソーシャルワーカー協会、高知県社会福祉協議会主催の権利擁護研修を会場やZOOMにて10回受講し、権利擁護についての理解を深めた。 ◎広報活動 窓口等でパンフレットの配布や、資料を用いた説明を行った。</p>	○	<p>【課題】 身寄りのない高齢者や親族等がいても関わりが希薄なケースや、虐待から利用につながるケース等、相談対応から直接権利擁護支援が必要な場面が増加しているといえる。権利擁護支援ニーズを抱える方の早期発見が課題。 また成年後見制度が必要なケースかどうかの判断に悩むことがあり、対応までに時間を要する場面がある。</p> <p>【解決策】 制度が必要な方に適切に支援を行えるように関係機関との協働や、判断に迷うケースについてはより専門的な視点でのアドバイスをもらうために法曹関係機関との連携強化を図る。 相談担当者がケース支援の早期から終活を意識した対応ができるように勉強会を開催しスキルアップを行う。 成年後見制度の広報活動を行い制度や窓口の周知に努める。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
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ていけるよう、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>	<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。</p>	<p>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>	<p>◎ いの町居宅介護支援事業所連絡会 開催月：偶数月の第二火曜日 内容： 「ケアプラン点検持ち寄り勉強会」 「業務効率化」 「事例検討回」 2回 「介護保険関連事業所交流会」</p> <p>◎アセスメント力向上研修 第1回 予防プラン研修基礎 第2回 予防プラン研修応用 第3回 事例フィードバック研修 講師：(株)アイトラック 佐藤孝臣 氏</p>	◎	<p>【課題】 自立支援型ケアマネジメントを実践するための研修の継続及び、要支援のケースを居宅のケアマネに受け持ってもらい、実際の支援に結び付けていく必要がある。</p> <p>【対応策】 引き続き、(株)アイトラックの佐藤孝臣氏に講師を依頼。介護予防強化支援プログラムにて、モデル事業を実施する。モデル事業は公開し、他の事業所の学びの場とする。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
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 町内ケアマネ、一人当たり3事例の点検、その内1事例のヒアリングを行う。</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 書面点検 45件 ヒアリング 15件 ・町内全事業所、1人当たり3事例の点検1事例のヒアリングを行った。アセスメントをしていないことが明らかなものに対し、再提出を依頼した。 ・町外事業所に対しても書面点検を行った。</p> <p>③ 住宅改修点検件数 124件中書類点検124件、理学療法士による訪問調査2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課題分析標準項目の改正に伴い、様式の変更ができておらず、アセスメント不足が目立った。アセスメントに認定情報を書き写し、課題の抽出ができていなかったり、アセスメントとケアプランが連動性していない事例も見受けられた。</p> <p>【対応策】 ②アセスメントの書き写しや、経過記録でもアセスメントを行った記録がない場合、減算の対象となるため、確認が必要。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
在宅医療・介護連携の推進	<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>◎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>◎医療と介護間で必要な情報交換が円滑に行われるようにするために、各事業所のサービスの特徴について、グループワークを用いた勉強会を行う。また、事業所間交流により、顔の見える関係を作り連携を深める。</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>①いの町在宅医療 介護連携研修「令和5年度在宅医療介護連携研修」 開催日時:令和6年2月22日 参加人数:48名 内 容: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と、「顔の見える関係」を築くため、対面での親睦会、グループワークを行った。</p> <p>②住民への普及啓発 町民講座「人生会議」のスミの講演 偕楽荘の看取りの取組発表</p> <p>③エンディングノート作成・無料配布 1000冊</p>	◎	<p>【課題】 ①多職種で顔の見える関係を作るとともに、お互いの職種についての理解を深め、多職種連携を推進していく必要がある。</p> <p>②身寄りのない高齢者が増え、人生の最終段階や自己決定ができなくなった場合に対応に困ることが増えている。</p> <p>③エンディングノートのことを知らない住民も多く、周知は不十分。</p> <p>【対応策】 ①今後も包括が連携拠点となり、対面での交流会やグループワークを開催、多職種が話しやすい環境を作り、連携の推進に努める。</p> <p>②地域住民が、人生の最終段階について考え、自己決定できる仕組み作りが必要である。</p> <p>③エンディングノートの無料配布を継続して行う。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
在宅医療・介護連携の推進	町内における在宅医療・介護連携会	<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>◎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>・ICTを活用した連携システムの普及啓発を行う。</p> <p>・町内における事業所間の一次連携をはかる。</p>	<p>①ICTを活用した連携システムの普及啓発 ・高知医療介護情報連携システム「高知家@ライン」連携会の開催</p> <p>②1職種ごとに連絡会を開催、各事業所の課題の確認を行った。 ・通所介護、通所リハビリ連絡会 ・ヘルパー事業所連絡会 ・小規模多機能連開会 ・グループホーム連絡会 ・介護保険施設の入居状況等アンケート調査の実施</p> <p>◎ 吾北地区 吾北 地区地域連絡会議 参加施設:デイサービスすこやか 居宅なごみ 新別の里 さくら病院 あったかふれあい センターこころ 包括 保健師 頻度:3回/年 内容:吾北地区の病院や介護事業所、行政、社協による情報交換や各機関の課題、ケースの検討などを行い連携している。個別から地域課題までを共有し、解決方法などの検討の場となっている。</p> <p>◎ 本川地区 「本川地区担当者会」の実施(2回) 参加機関:社協(本所、本川)、長沢診療所(医師)、住民福祉課(課長、係長、保健師)、地域包括(係長、吾北担当、保健師、SC) 内容:各機関の情報共有を行い、本川地域の課題を明確化し、施策について検討する</p>	○	<p>【課題】 ①「高知家@ライン」「あんしんネット」の二つのシステムを活用しきれていない。利用者が増えていない。</p> <p>②各職種が抱えている様々な課題について、情報共有ができていないことで、マッチングがうまくできていないことがわかった。</p> <p>【対応策】 ①令和6年度は、高知家@ラインが無料で利用できることになっており、町内事業所への普及啓発を継続していく。</p> <p>②ICTを活用した情報共有ができ、効率的な業務やサービス提供ができるよう連携を強化していく。</p> <p>◎ 吾北地区 【課題】 地域課題を施策につなげていく必要がある。</p> <p>【対応策】 総合政策課が参加する地域包括運営推進会議で協議できるよう調整する。</p> <p>◎ 本川地区 【課題】 新たに「本川地区担当者会」を立上げて関係機関が情報共有できる場ができたが、施策につがるまでの検討はできていない。</p> <p>【対応策】 「本川地区担当者会」を継続して実施し、施策立案を行っていく。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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	
認知症施策推進事業	認知症介護者への支援	<p>【現状】 コロナ禍の影響で認知症カフェを休止している事業所がある。 認知症介護者が情報を共有する場が乏しい。</p> <p>【課題】 認知症カフェを開催している事業所が少なく、利用者が固定化している。 認知症家族が情報を共有する場が乏しく、認知症の家族が相談し合うそのニーズ把握が困難となっている</p>	<p>◎認知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・啓発を広報等で行う。</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>◎認知症カフェ連絡会を年1回開催し、認知症カフェを休止している事業所へ、再開にむけての提案を行う。</p> <p>(認知症カフェ6事業所のうち3事業所が休止中)</p>	<p>◎ 認知症カフェ連絡会(2回開催) 7/14開催:6事業所参加 開催を続けていた事業所に、事例発表をしてもらい、認知症カフェ再開にむけての課題を共有する。 11/17開催:4事業所参加 各認知症カフェの実施状況を報告。エンディングノートや認知症すごろくなど、認知症カフェでの交流ツールを紹介する。</p> <p>◎認知症カフェ相互見学 1/30実施</p>	○	<p>【課題】 ・感染予防で認知症カフェをはじめとした、地域交流活動がなくなっている。また、事業所によって再開の必要性を感じなくなっている傾向にある。 ・事業所、地域住民ともに、再開しようにも何をしたらよいか分からない</p> <p>【対応策】 ・地域からの聞き取りを行い、認知症カフェ利用再開のニーズ調査を行う。 ・地域交流の場所として、イベントやレクリエーションの紹介を行う。</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啓発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>◎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る。</p> <p>◎ミニデイスーパー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に向け認知症に関する講演会を開催する。</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座 伊野南小学校 5年生 23名 伊野小学校 5年生 36名 吾北小学校 5・6年生 8名 伊野南中学校 3年生 19名</p> <p>② 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。 5/19 西浦4区 23名 5/24 北内 12名 2/5 小鎌田 6名 3/6 駅前町 12名</p> <p>③SOSネットワーク事業 行方不明時の早期発見等に繋げるためのネットワークの仕組み 令和4年度から事業開始 令和5年度登録者:11名</p>	○	<p>【課題】 ①認知症サポーター養成講座の普及・啓発 ・継続的に講座を取り入れてもらうよう小中学校への働きかけ ・地域住民や企業への実施 ②地区からの要望待ちでは、啓発活動が不十分であったため、こちらから積極的に声掛けし実施していく必要がある。 ③登録者数は増加傾向であり、需要は高くなって来ている。</p> <p>【対応策】 ①校長会や学校訪問等で周知活動を行い、認知症サポーター養成講座を継続していく。また、地域の量販店等へ講座の実施に向けて、説明会等を行う。 ②継続して地区の通いの場に周知をしていき開催していく。 ③継続して広報で周知していく。</p>

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
認知症施策推進事業	地域づくり支援	<p>【現状】 認知症への理解不足。認知症対応に介護サービス事業所の職員が疲弊している。</p> <p>【課題】 介護サービス事業所の人手不足により、研修への参加機会が少なく研修に参加しても学びが介護サービス事業所全体に浸透しにくい。これまでの認知症ケアは経験と勘によるものが多く、重度化を防止し自立に結びつくケアが確立できるようにする。地域で認知症の人と家族を支える体制づくりを行う必要性がある。</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>◎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>①認知症重度化予防実践塾 8/1,9/12,10/11,11/21 開催 グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホームから9事例</p> <p>②町民講座 12/19開催 実践塾での取り組みを塾生が町民講座で発表 住民向けの認知症講演会が開催できた。</p>	◎	<p>【課題】 実戦形式にすることで実務に反映され、ケア向上につながっている。しかし、開催日時や継続した講習会の開催は、業務への負担感があり、また、施設の人員配置の問題があるため配慮が必要になる。</p> <p>【対応策】 R6年度は認知症重度化予防実践塾開催は講師の都合上困難であるが、実戦形式の講習会を開催し、施設の認知症ケアの向上を図っていく。</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資格を取得し、チーム員が増えたことで、多職種で支援方針の決定をして、医療や介護サービスに繋ぐ支援ができた。</p> <p>【課題】 平成31年度を最後にチーム員会議の開催がなく、今後の運用についてチーム医や共同設置の日高村と協議が必要。</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>◎地域包括支援センターの職員がチーム員研修の受講し、多職種がチーム員活動できる体制を構築する。</p> <p>◎今後の認知症初期集中支援チームの活動について、共同設置の日高村やチーム医の石川記念病院と協議を行う。</p>	<p>◎令和5年度は地域包括支援センター職員2名がチーム員研修受講。包括内チーム員が6名体制となった。</p> <p>◎初期集中支援チーム活動の実績 認知症初期集中支援チーム員支援件数 43件 認知症初期集中支援チーム員会議 1件</p> <p>◎ケース毎に、相談担当者連絡会や随時、情報共有や、多角的視点で支援の必要性について検討した。</p>	△

第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和5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
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>	◎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>◎自立支援型地域ケア会議の開催（令和5年度 6回 14事例・モニタリング10事例） モニタリング報告会を行い、ケアマネの取組内容を発表する場を設け、アドバイスがどう生かされたかフィードバックすることができた。</p> <p>◎地域包括ケア推進会議 年1回</p>	○	<p>【課題】 栄養や口腔に課題があっても、ケアマネが課題と捉えていなかったり、具体的な解決方法をケアプランに反映させることができていない。 モニタリング発表があることで、ケア会議をどのように実践に活かせたかを知ることができたため、継続していく必要がある。</p> <p>【対応策】 要支援のケースを積極的に受けてもらい、自立支援に取組んでもらうことで、ケアマネ自身のスキルアップを目指す。</p>
	<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>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>	◎介護職員初任者研修 町在住者、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	◎介護職員初任者研修 受講者7名(途中辞退0名含む)	◎	<p>【課題】 初任者研修受講者の7名中5名がすでに介護事業所に就労しており、新たな就労に繋がった人数は0名であった。入門的研修から初任者研修に繋がった人数は1名いた。</p> <p>【対応策】 初任者研修の最終日に介護事業所職員に出向いてもらい、事業所PRの時間を設けているが、今後事業所の協力のもと、希望者に実際に職場体験をしてもらう等新たな人材確保に向けての取組を行う必要がある。</p>
介護人材の確保とサービスの質の向上		<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>・通所介護、通所リハビリ連絡会 ・ヘルパー事業所連絡会 ・小規模多機能連絡会 ・グループホーム連絡会 ・介護保険施設の入居状況等アンケート調査の実施</p>	<p>◎地域密着型事業所連絡会 ①グループホーム連絡会 2回 ②小規模多機能連絡会 2回 ③通所介護、通所リハビリ連絡会 2回 ④ヘルパー事業所連絡会 2回 ⑤介護保険施設の職員の状況等アンケート調査の実施 1回</p> <p>◎先進事業所の視察研修(通所介護サービス事業所デイスサービス浮鞭) 参加事業所 5事業所</p>	○	<p>【課題】 研修会に参加する事業所の偏りがあり、サービスの質の向上が困難。</p> <p>【対応策】 引き続き介護サービスの質の向上を目的とした事業所向けの研修や各サービスの連絡会を行い、参加の促しを行う。</p>