

区分	現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
		具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
介護予防普及啓発事業	【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。 【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。 生活不活発によるフレイル高齢者が増加しているためか、要介護認定者数における要支援者数の割合が増加している。	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、フレイル予防の必要性について、体操グループやミニデイなど、高齢者の通いの場を利用して啓発していく。	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。 るんるん若ガエル体操教室 目標値：2教室 お口が若ガエル教室 目標値：4教室 頭が若ガエル教室 目標値：6教室 ちゃんと食べて・ちゃんと動くために 目標値：13教室 ヒアリングフレイル予防教室 目標値：1教室	◎ るんるん若ガエル体操教室 1教室 ◎ お口が若ガエル教室 4教室 ◎ 頭が若ガエル教室 6教室 ※1教室はR7年3月に実施予定 ◎ ちゃんと食べて・ちゃんと動くために 10教室 ◎ ヒアリングフレイル予防教室 1教室	◎	【課題】 体操グループ数の減少により、フレイル予防の普及・啓発する場が減少している。しかし、新規で立ち上がったグループもありフレイル予防活動継続に向けて支援が必要。 低栄養予防の教室がR6年度で全グループに訪問したため終了となる。今後も継続して低栄養予防を啓発するための方法を検討する必要がある。 【対応策】 活動休止した体操グループに対して、活動再開に向けた声掛けを行う。また、新規体操グループの立ち上げに向けて情報収集や、まだ体操グループがない地区に対して情報提供を行う。 低栄養予防の普及啓発については啓発方法の検討をしていく。
活動地域支援介護事業防	【現状】 町内には体操グループが70カ所あったが参加者の減少やお世話役が不在になる事でグループ数が減少している。しかし、継続しているグループでは高齢者のフレイル予防の場として重要な社会参加の拠点となっている。 その他には高齢者の通いの場として、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がある。 【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。	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。	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。 るんるん若ガエル体操グループ交流会 目標値：1回 ミニデイお世話役交流会 目標値：1回 体操教室応援サポーター育成数 目標値：(令和6年度は実施なし) 体操教室応援サポーターフォロー教室 目標値：1回	◎ るんるん若ガエル体操グループ交流会 0回 ※R7年3月中旬実施予定 ◎ ミニデイお世話役交流会 1回 ◎ 体操教室応援サポーターフォロー教室 1回	○	【課題】 年々体操グループ等の高齢者の通いの場が減少しており、社会参加の機会が少なくなっている。また、グループ立ち上げ当初のお世話役が後期高齢者になり、お世話役自体の参加が困難なグループが増加している。しかし、お世話役の交代が進んでおらず、グループ活動継続が困難になっている。 【対応策】 お世話役一人に負担がかからないよう、参加者同士で役割分担するための声掛け、また、役割自体の負担感を減らすために機、械類の操作手順の作成する等支援する。

区分	現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
		具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
地域 リハビリテーション 活動支援事業	【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。 【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。	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。 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。また、介護サービス事業所に派遣し、アセスメントの助言や個別プログラムの提案を行う。	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。 るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 目標値：30教室 リハビリ宅配 目標値：35回	◎ るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 10教室 ◎ リハビリ宅配 49回 ・訪問理由 動作確認 22件 環境調整 24件 その他 3件 ・相談元 居宅 4件 包括 34件 その他 11件	○	【課題】 フレイルがきっかけとなり、要介護認定者が増加している。そのため住民が体操グループに継続して参加できるよう専門職の支援が今後必要。 【対応策】 保健事業との一体的取組を継続し、保健分野の専門職と協働でフレイル予防の普及・啓発を実施していく。
	【現状】 要介護認定者数における要支援者の割合が増加してきている。生活不活発によるフレイル高齢者の増加が要因のひとつと考えられる。 【課題】 町内通所介護支援事業所の自立支援・重度化防止の取り組みを支援する必要がある。	自立支援・重度化防止に資する知識を深め、介護サービス事業のスキルアップ、資質向上を目指す。	自立支援の基礎的な知識や手段を習得する。 モデル事業所である介護サービス事業所が自立支援型デイサービスを実施することで、デイサービス利用者の生活課題が解決できる。	・介護予防強化支援事業 講師：株式会社アイトラック 佐藤 孝臣氏 受講者：デイサービスかわうち職員 ①自立支援型デイサービス研修 期間：5～6月 ※一部講義については町内介護サービス事業所職員も受講 ②実地研修 期間：8月～1月(各月1回) ※8月と11月のみ現地で実施。その他の月はWEBでの対応	◎	【課題】 令和6年度は伊野地区にある介護サービス事業所にモデル事業所として、自立支援型デイサービスの実施を支援した。今後もモデル事業所が継続して自立支援型デイサービスを実施していくための後方支援が今後必要となる。また、中山間地域では要支援者の自立支援・重度化防止を担う介護事業所が乏しく、資質向上支援が必要。 【対応策】 中山間地域の介護サービス事業所にモデル事業所の依頼をして、自立支援・重度化防止の講習会、及び、自立支援型デイサービスの実施を支援する。

区分	現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
		具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
総合相談支援の充実	【現状】 相談ケースの増加、身寄りがいない高齢者の支援など、多種多様な相談内容で、適切な機関や制度、サービス、支援等に繋いでいる。 【課題】 多岐にわたる相談に対応できるための職員のスキルアップや内部連携が必要。地域包括支援センター単独では支援が困難な場合もあり、今後も重層体制や地域の関係機関等との連携強化が必要。	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、関係機関等と連携し、適切な機関や制度、サービスにつなぐ等、効果的な支援を行う。	◎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。 ◎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。	◎ 総合相談件数 ① 介護相談 2666件 ② 認知症初期集中相談 128件 ③ 介護予防 76件 ④ 関係機関からの相談 522件 ⑤ ケアマネからの相談 144件 ⑥ 権利擁護相談 126件 実人数 24名 ⑦ 虐待相談 188件 合 計: 3850件 上記のうち重層的支援件数 56件 ◎ 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。 ◎ 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。 ◎町内入所施設料金表作成 各事業所の資料を取りまとめ、施設毎に入所費用一覧表を作成した。 ◎動画を用いた介護保険の説明 介護保険新規相談等の窓口相談時に、包括支援センターが作成している自立支援についての動画を活用している。	○	【課題】 包括内での3職種での連携は強化されている。相談内容は多岐にわたり、対応に時間を要したり、苦慮するケースがある。また、2名体制で対応が必要なケースも増えている。多岐にわたる相談に対応できるための職員のスキルアップが必要。 令和6年度は権利擁護に関する相談が増加。要因は身体・生活状況の変化、相談先の周知の成果等が考えられるが、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。 【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。適切な機関や制度、サービス等につなぐとともに、課題を地域課題として共有していくことが必要。

区分		現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
			具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
権利擁護の促進	高齢者虐待防止	【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等の利用に繋がったり、養護者支援を行うことで虐待の解消を図る等継続した支援を行っている。 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に苦慮するケースがある 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。 【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、虐待防止の普及啓発や虐待防止体制の整備が課題となっている。	「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。	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。	◎ 虐待相談 相談件数 188件(対応件数も含む) 相談実人数 21名 虐待認定者 9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。 ◎いの町権利擁護・虐待防止ネットワーク委員会 (立ち上げ)令和6年度は、これまでの高齢者虐待防止ネットワーク委員会を再編し、町全体の権利擁護や虐待防止について協議、連携等を行うためのネットワーク委員会の立ち上げを行った。 (全体会)第1回(11/6開催)にて、権利擁護支援の地域ネットワークや協議会に求められる役割等についての研修、意見交換を行った。第2回全体会(3/19開催予定)で、年度実績等を報告、意見交換等を行う。 ◎関係機関との連携 コア会議の結果をもとに、事業所や保健所、社会福祉協議会等と対応について協議した。 ◎研修会の開催(R7.1.17) 高齢者虐待防止研修として、町内介護事業所、医療機関等を対象に研修会を実施。16事業所34名が出席。 講師:オフィス熱気球 伊藤英子氏 テーマ:安心した暮らしを支えるということ ◎研修会等への出席 裁判所、高知県社会福祉協議会等が主催の権利擁護研修等を会場やZOOMにて受講し、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ている。 ・介護保険事業所、施設向け いの町居宅介護支援事業所連絡会にて、いの町における高齢者虐待の現状や、早期通報について啓発を行った。	○	【課題】 経済的虐待では通報時には金額が膨らんでいることや、虐待の種別に関わらず共依存や、家族全体に支援が必要なケースが増えていること等がある。養護者支援の場面で対応に苦慮することがある(養護者自身が支援の必要性がないと思っている等)。 居住実態と住所地在異なる場合の対応については、国や都道府県、いの町権利擁護・虐待防止ネットワーク委員会の委員(専門職等)に対応確認しながら、他市町村と協議しながら対応している。 【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、いの町権利擁護・虐待防止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。また、関係機関等で連携、役割分担し、ケース会等を開催しながら協働し対応する。 事業所連絡会等の場を利用し、事業所等への啓発を継続する。

区分		現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
			具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
権利擁護の促進	成年後見	【現状】 成年後見制度利用など権利擁護相談件数が増加している。相談・助言、情報提供等を行い、支援が必要な場合は、関係機関へのつなぎや、首長申立を行う等制度に繋げる支援をし、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っている。 【課題】 関係機関との連携 成年後見制度等の制度利用の必要性の検討 意思決定支援等の権利擁護支援への対応	◎相談体制の強化を図るとともに、関係機関と連携し、早期から制度利用や意思決定支援のアプローチを行い、適切な権利擁護支援に繋ぐ。 ◎成年後見制度の広報活動を行い、相談窓口の周知等、権利擁護支援の普及啓発を行う。	◎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。 ◎ケース会等を活用し、関係機関と協働し支援方法等の検討を行う。 ◎成年後見制度の広報活動を行い制度や相談窓口の周知に努める。	◎成年後見町長申立支援 ・成年後見町長申立 2件 ①保健所(生活保護)から介入依頼あり、精神科入院後に申立に至ったケース。社協が法人後見で担当となった。 ②夫、息子ともに死亡しており老人保健施設入所後に日常生活自立支援事業で依頼したが、預貯金が高額であるため対象外とされ、後見申立を条件に利用の許可が出たケース。司法書士が後見人となった。 ・申立中止(準備中) 2件 ・申立準備中 7件 ◎いの町権利養護・虐待防止ネットワーク委員会(立ち上げ)(全体会)上記参照 (検討部会)検討部会を利用し、第2期いの町成年後見制度利用促進計画策定委員会(2/12、2/19開催)を行い、計画策定を行った。委員5名、事務局が出席。 ◎関係機関との連携 生活困窮や重層支援関係から制度利用につながるケースもあり、事業所や社会福祉協議会、医療機関等と適宜協議しながら対応。 ◎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。相談ケース等において、エンディングノートを活用し、意思確認等を行った。 ◎研修会等への出席 裁判所、高知県社会福祉協議会等が主催の権利擁護研修等を会場やZOOMにて受講し、権利擁護や中核機関等についての理解を深めた。	○	【課題】 生活困窮や身体・生活状況の変化等の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。相談時には支援が急がれるケースもあり、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合がある。 権利擁護支援の適切な調整と、地域の成年後見制度に関わる機関・実施団体等との連携強化、成年後見制度に関する広報活動が必要。 【解決策】 多様な権利擁護支援ニーズの早期発見と適切な権利擁護支援に繋がるよう、関係機関等と情報共有や連携を図り、利用者にとって最善の支援方法を検討する。また、成年後見制度の利用が望ましい場合はスムーズな移行を検討し適切な制度利用を図る。 支援や判断に迷うケースについては、いの町権利擁護・高齢者虐待ネットワーク委員会の機能の活用や、関係機関等と協働、連携強化して対応していく。 成年後見制度の広報活動として、研修会等を行い制度や窓口の周知に努める。
		【現状】 高齢者が住み慣れた地域の中で暮らし続けていけるよう、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。 【課題】 高齢者のケアマネジメントを実践する介護支援専門員が自立支援に関する専門的な知識を習得し、積極的に重度化防止に取り組む必要がある。	町内の居宅介護支援事業所とともに自立支援型ケアマネジメントが実践できるような研修会の企画や事例検討会を開催するなど、介護支援専門員のスキルアップを図っていく。	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、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。	◎ 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： 「R6年度計画検討」1回 「業務効率化」2回 「事例検討回」 2回 講演会1回 「精神疾患を持つ家族の関わり方」 ◎自立支援型地域ケア会議 自立支援を全国に広めている大分県の佐藤先生を講師に迎え、自立支援型デイでの事例を用いた地域ケア会議をし、モデル事業として、地域の介護支援専門員や事業所に公開し、学びの場とした	◎	【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。また、居宅介護支援事業所連絡会で、町内のケアマネの横のつながりや連携を継続していく必要がある。 【対応策】 引き続き、R6年度に実施した自立支援型地域ケア会議で学んだケアマネジメントが実践できるよう、町内のケアマネが主体となり、居宅介護支援事業所連絡会議での事例検討会に生かす。また、横のつながりの継続のため、「業務改善のためのアクションプラン」に町内ケアマネ全員で取り組んでいく。

区分	現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
		具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
介護給付適正化事業	【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。 【課題】 アドバイス内容がプランに反映できているとは言いがため、今後も介護給付費適正化事業の継続と適正化を図るための仕組みづくりが必要。	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	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% 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1～2事例のヒアリングを行う。 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% 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% 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	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% ② ケアプラン点検 書面点検 50件 ヒアリング 20件 ・町内全事業所、1人当たり3事例の点検1～2事例のヒアリングを行った。 ・町外事業所に対しても書面点検を行った。書面上ではアセスメント不足も多々見られたが、ヒアリングで言語化すると、書面にはない課題が出てくるなど、アセスメント不足への気づきが促され、その場で訂正がなされた。また、ケアマネージャーが抱える課題についても聴取できた。点検については、ヒアリングによる双方向のやりとりが重要である。 ③ 住宅改修点検件数 141件中書類点検141件、理学療法士による訪問調査24件を実施 ④ 縦覧点検・医療との突合率 100%(国保連合会委託) ⑤ 介護給付費通知発送回数 3回	◎	【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。アセスメントとケアプランが連動していないプランが多くあった。まだまだ、支援内容から入ってつくりあげているプランが多く見受けられる。 【対応策】 ②アセスメント票にプランに挙げる抽出した課題を記載するよう全ケアマネージャーに指導した。また、ケアマネージャーに対してケースに対する振り返りや気づきにつながるようなアセスメント等を実施していくとともに、利用者の自立支援に向けたケアプランになるよう双方向にて検討し、助言、支援を行った。
在宅医療・介護連携の推進	【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。 【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。	◎医療と福祉の職員が集う勉強会を企画し、介護・医療の連携強化を図る。 ◎ACPの推進	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、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。	・いの町在宅医療 介護連携研修 「令和6年度在宅医療介護連携研修」 開催日時:令和7年2月27日 参加人数:53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を実施した。 ・エンディングノートの普及啓発(無料配布)	◎	【課題】 ・研修会において事業所の取り組みを知ることで、事業所の特色や現場が抱える課題を共有することができた。参加者は多く反響もあったが、出席する事業所の偏りがあり、事業所間での温度差があるのが実情。 ・身寄りのない高齢者や認知症患者が増え、各事業所もその対応に苦慮している。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。 【対応策】 ・研修会の実施のみでは医療介護の連携は不十分と考え、町の拠点病院との連絡会開催を検討する。 ・身寄りのない家族や支援してくれる親族が近くにいない独居高齢者対応として、一時的な事務管理ができるよう体制を整えていく。 ・エンディングノートの無料配布を継続して行う。

区分	現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
		具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
在宅医療・介護連携の推進		◎医療と介護間で必要な情報交換が円滑に行われるよう、ICTを活用する。	◎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。	①IcTを活用した連携システムの普及啓発 ・介護支援専門員連絡協議会中央西ブロックの「医療と介護の情報連携システム研修会」に参加した。 ・地域ケア会議の連絡ツールとして高知家@ラインを活用し、通所介護事業所と近況報告や自宅の様子を写真で共有した。 ・人材不足と業務の改善を目的にIcT活用に関するアンケートを町内外の48事業所を対象に行い、年度を通して介護支援専門員連絡会やケアマネットワーク会で協議を行った。		伊野地区 【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。 ①介護支援事業所や各介護事業所でもIcTを活用して業務改善を図りたい意向はあるが、費用やシステム理解への懸念がある。 ①「高知家@ライン」「高知あんしんネット」「ケアプランデータ連携システム」等システムが多岐に渡っており、どのシステムを導入したら良いか各事業所がそれぞれの方針の様子見をして導入が進まない現状がある。 ②各職種間の情報共有はできているが、抱えている様々な課題についての整理ができていない。 【対応策】 ①対利用者ではないが業務負担の多い、提供表・実績の紙ベースからデータへの移行が介護事業所を含む介護事業所で求められている。ケアプランデータ連携システムの無料期間が設けられている令和7年度に各介護事業所で導入して、実用化を目指して普及啓発を行っていく。 ①いの町包括は高知家@ラインへの登録を継続し、IcTを活用した情報共有や効率的な業務やサービス提供の方法を実践し、他事業所へも普及啓発を行っていく。 ②一次連携で出された意見や課題を整理・分類し、「見える化」することで、各事業所が自らの課題解決に向け、主体的な取り組みを行うきっかけづくりとする。
		◎医療・介護職員の顔の見える関係づくりの推進。	①IcTを活用した連携システムの普及啓発を行う。 ②町内における事業所間の一次連携をはかる。(伊野地区・吾北地区・本川地区)	② ◎伊野地区 1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。(各年2回) ・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 ◎吾北地区 吾北地区地域連絡会議(年4回) 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う。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。今年度は防災訓練を実施し災害時対応について協議した。 ◎本川地区 本川地区担当者会(年2回) 本川地区の診療所や介護事業所、包括、生活支援コーディネーター、社協による情報交換や各機関の課題の検討などを行う。本川地域の課題を明確化し、施策について検討する。		

区分		現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
			具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
認知症施策推進事業	認知症介護者への支援	【現状】人材不足や感染症対策を理由に、介護事業所が運営する認知症カフェが減少している。新規や再開をする団体はない。 【課題】認知症当事者やその家族が情報を共有する機会が少ない。孤立化、閉じこもり予防のため、介護者に対する家族会などのピアサポート体制が必要となっている。	◎認知カフェと認知症当事者・家族をつなぎ、その声を拾い上げる場や、当事者同士が語り合える場となるように、認知症カフェの普及・啓発を広報等で行う。 ◎認知症カフェ連絡会を開催し、運営している各事業所が情報共有するとともに、運営の現状や課題を明確にする。	◎認知症カフェ連絡会を年1回開催し、参加状況や運営状況の情報共有を行う。 ◎認知症本人や、その家族が抱える負担感が軽減できるピアサポート体制をつくる。 (該当者がいた場合は認知症カフェを紹介する)	◎ 認知症カフェ連絡会の開催（1回）8/8開催:3事業所参加 認知症の介護をしている家族が希望すれば、日程調整のうえ認知症カフェを開催し、家族同士が話ができるよう協力体制をとる。 ◎認知症カフェ事業所数 (登録は5ヶ所、活動しているのは3カ所) 2カ所は毎月定期開催している。もう1カ所はR6.6月より再開。カフェタイプではなく、体操スペースとして住民へ一般開放。認知症本人も受入れている。	○	【課題】 ・認知症カフェの数が減少している。事業所の負担感が大きくなっており、休止中の事業所についても再開予定はない。 ・認知症カフェの参加者が固定化しており、認知症本人や家族の参加が少ない。 【対応策】 ・認知症本人が参加でき、その家族も集まれる場所を提供してくれる事業所を増やす。周知や企画などの支援を行っていく。 ・介護をしている(していた)家族からのニーズを拾い上げ、当事者同士の話し合い希望者がいれば機会をつくる。
	地域づくり支援	【現状】地域包括支援センターの職員が各方面からの相談対応、適正な機関へ繋いでいる。あわせて認知症サポーター養成講座を活用した啓発活動を、主に教育機関で行っている。 【課題】認知症理解について、民間事業者や住民への周知が進んでおらず、認知症の方への対応に苦慮している。	◎認知症に対する正しい知識の普及啓発と、対応方法の周知を図る。 ◎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。 ◎警察や消防、地域の関係機関と連携し、行方不明者の早期発見等に繋げるため、SOSネットワークを推進する。	◎各学校と連携し、児童・生徒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るができるよう普及啓発を行う。 ◎ミニデイスサービス等の住民主体で活動している拠点や、町内の商業施設へ出張講座開催の周知活動を行う。(JA、スーパーマーケット2カ所) ◎SOSネットワークの展開拡大のため、協力機関の参加を要請している。(チラシ配付、連絡会など)	◎認知症サポーター養成講座 伊野南小学校 5年生 21名 伊野小学校 5年生 34名 吾北小学校 5・6年生 7名 長沢小学校 2・3年生 4名 伊野南中学校 3年生 16名 伊野中学校 3年生 76名 本川中学校 1～3年生 18名 追手前高校吾北分校 1～3年生 29名 合計205名 ② 地域のふれ愛 支え愛をかんガエル会 4/22 伊野公民館 7人 5/9 下八川公民館 12人 5/15 デイサービスあいの 4人 5/24 吾北中央公民館 14人 6/7 伊野公民館 9人 6/10 新別上集会所 5人 6/12 ケアハウスイの 13人 6/14 すこやかセンター伊野 21人 6/20 吾北中央公民館 11人 6/25 山村開発センター 14人 7/18 中山公民館 7人 7/23 波川公民館 17人 7/24 中山公民館 9人 7/29 音竹集会所 17人 ◎SOS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:15名 令和6年度登録者:15名(新規6名)	○	【課題】 ①認知症サポーター養成講座の普及・啓発 地域住民や企業からの希望がなく、講座を開催できていない。 ②啓発活動としては、多くの通いの場に訪問できたが、内容によっては不快感を示す方もおられた。また、通いの場に来られる住民は啓発活動に参加する機会が多く、理解を示しているが、通いの場に来られない住民に対しての啓発方法が必要となる。 ③SOSネットワーク事業 関係機関の登録がすすんでおらず、ネットワーク機能が十分ではない。 【対応策】 ① ・各体操の自主グループの代表が集まる連絡会で出張講座の説明を行い希望を募る。(グループ数は町内53ヶ所) ・高齢者の対応をすることが多い郵便局、スーパーへ出張講座の活用をPRする。職員研修にも組み込むよう事前打合せを行う。 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継続して広報掲載・説明会で周知していく。

区分		現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
			具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
認知症施策推進事業	地域づくり支援	【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。 【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。	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。 ◎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。	◎病院、介護保険施設等で認知症対応力向上を図り、連携することにより本人の意思を尊重しその人らしく生きるため支援ができるようにする。	◎認知症基礎研修会 講師：近藤 誠氏 開催日 1回目：1月22日 2回目：2月18日 3回目：3月15日 対象者 町内の医療従事者及び介護従事者 ※3回目は公開講座として住民も参加	◎	【課題】 認知症の相談ケースは年々増加しており、介護サービスにつながるケースも増加している。サービス事業所としても対応に苦慮している利用者もいる。介護サービス事業所が認知症への理解を深め、認知症利用者への対応力を高める必要がある。 【対応策】 R7年度も継続して近藤誠氏に講師を依頼し、認知症基礎研修会を実施し、認知症の利用者の行動から、評価及び対応の仕方を学び、認知症利用者への対応力を向上させる。
	認知症支援体制の整備	【現状】 認知症についての相談は年々増加しており、ニーズが複雑化多様化している。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、毎年チーム員を増員し、体制を維持している。かかりつけ医や関係機関との連携で、医療機関受診やサービス利用に繋がったケースが多い。 【課題】 チーム医を含めたチーム員支援会議の開催に至っていない。	◎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。 ◎必要なケースにおいては、チーム医を含めたチーム員会議の開催に向けて、医師との調整や会議の運用を行う。 ◎相談窓口や認知症ケアパス等の周知啓発	◎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。 ◎共同設置の日高村と協働し、必要なケースにおいて、チーム医である石川記念病院とのチーム員会議が開催できるよう体制維持を行う。	◎令和6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8名体制となった。 ◎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128件 認知症初期集中支援チーム員会議 0件 ◎ケース毎に、相談担当者連絡会やチーム員や関係機関等で、随時情報共有しながら多角的視点で支援の必要性について検討した。	△	【課題】 認知症初期集中ケースとして対応した件数は増加。地域包括支援センター内チーム員や総合相談担当で認知症支援を行うケースが多い。また、かかりつけ医や関係機関との連携で、医療機関受診やサービス利用に繋がったケースが多く、チーム医を含めたチーム員会議の活用が十分にできていない。 家族が支援を必要としていない事例があり、訪問やメール等様々な方法でアクションをとりながら家族支援をし、ケースが長引くケースがあった。 【対応策】 必要なケースについては、認知症初期集中支援チームが対応する体制を取る。 チーム員が関わる中で、困難事例やより専門的な介入が必要なケースはチーム員会議で検討を行う。
地域ケア会議の推進		【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の開催を継続している。 【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。	◎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。 ◎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。	◎自立支援型地域ケア会議の開催により、重度化防止とケアマネジャー等の専門職や本人・家族のセルフマネジメントの理解が進むことで、高齢者ができるだけ長く自立して住み慣れた場所で生活できる。	◎自立支援型地域ケア会議の開催（令和6年度 6回/年 10事例） 助言者：株式会社アイトラック 佐藤孝臣氏モデル事業として伊野地区の自立支援型デイサービスでの事例を用いた地域ケア会議を開催。栄養・口腔・運動の課題への具体的な解決方法のケアプランへの反映と初回・中間・最終の3か月で介護保険卒業を見据えた実践的な技法を学んだ。また、町内居宅介護支援事業所や介護サービス事業所には公開とし、地域ケア会議を学びの場とした。 ◎地域包括ケア推進会議 令和7年3月26日開催	◎	【課題】 今後は、高齢化・人口減少が続く中山間地域において、限られた社会資源を活用しながら高齢者が生活を継続するために、自立支援型地域ケア会議を開催する。要支援者の自立支援・重度化防止を図るとともに、状態に応じた切れ目のないケアが受けられる地域ケアシステムの構築を図る必要がある。 【対応策】 中山間地域の介護サービス事業所にモデル事業を依頼し、その事例を用いて佐藤孝臣氏を助言者として自立支援型地域ケア会議を開催する。モデル事業にて要支援者の自立支援・重度化防止を図るとともに中山間地区でのネットワークづくりなど地域包括ケアシステムの構築を図っていく。

区分		現状と課題	第9期介護保険事業計画に記載の「自立支援・介護予防又は重度化防止等に関する取組と目標」		令和6年度実施内容 件数等はR7.2.20時点	自己評価	課題と対応策
			具体的な取組	目標(事業内容、指標等)			
介護人材の確保とサービスの質の向上	介護人材の確保	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。 介護人材の確保がより深刻になることが想定されるため、引き続き介護人材確保対策を実施するとともに、介護助手や元気高齢者によるボランティア等の新たな人材の参入に努める必要がある。	中山間地域等における介護人材を確保し、介護サービスの充実を図るために、介護職員初任者研修等の研修を行う。 関係期間と連携し、介護助手やボランティア等の新たな人材の介護職場への参入に努める。 介護分野の文書に係る負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化に取り組んでいく。	◎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10名(途中辞退0名含む) 【その他の研修】 ◎ 介護に関する入門的研修 受講者2名(一部受講0名含む) ◎介護職員へのカスタマーハラスメントを防止する啓発チラシを作成し、介護認定結果通知に同封してハラスメントの未然防止を図った。 ◎変更届等の電子申請届出システムの運用を開始し、書類作成事務負担の軽減を図った。	◎	【課題】 初任者研修受講者の10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0名であった。 【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。また、介護に関する入門的研修の受講者が例年より少ないため、チラシの掲示や配布等の広報の範囲を広げる必要がある。
	サービスの質の向上		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。	地域密着型事業所間の連携を深め、課題の共有や認知症への対応力向上を目的とした事例検討会や研修会を実施します。 ・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	◎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	○	【課題】 各介護サービス事業所が介護人材とサービスの質の確保をしながら必要なサービス提供が行えるように取り組んでいく必要がある。 【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地域密着型事業所間の連絡会開催を継続します。