

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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 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 4教室 ◎ お口が若ガエル教室 2教室 ◎ 頭が若ガエル教室 4教室 ◎ ヒアリングフレイル予防教室 1教室	◎	【課題】 活動休止していた地区が再開するにあたってお世話役の役割を参加者間で分散化し、少しでも負担感のないグループ運営ができるよう支援した。その効果もあり、再開したグループは順調に活動を継続している。再開したグループでは過去に受けているフレイル予防の講座を未受講者が多いため、継続した普及啓発が必要となる。 【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。
①自立支援・介護予防・重度化防止	○地域介護予防活動支援事業 【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: 10人 体操教室応援サポーターフォロー教室 目標値: (R7実施予定なし)	◎ るんるん若ガエル体操グループ交流会 1回 ◎ ミニデイお世話役交流会 1回 ◎ 体操教室応援サポーター養成講座(全3回) 1回 9人	○	【課題】 体操グループのお世話役の高齢化は継続して課題になっている。また、集会所の維持・管理が課題になっている地区も出てきている。 【対応策】 お世話役のみに負担がかからないグループ運営の提案等支援していく。地区の集会所等については、関係機関に情報発信をし、課題解決に向けて検討していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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る。 【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 12教室 ◎ リハビリ宅配 76回 ・訪問理由 動作確認 32件 環境調整 26件 その他 18件 ・相談元 居宅 8件 包括 57件 その他 11件	◎	【課題】 フレイルがきっかけとなり、要支援認定者が増加している。各関係者と連携を図り、早期にフレイルの住民を発見し、専門的な視点での体操グループ活動支援や自宅でのセルフケアの啓発が必要。 【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。
①自立支援・介護予防・重度化防止	○地域リハビリテーション活動支援事業（事業所支援） 【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：デイサービスセンターすこやか職員 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：7月～12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7年度は吾北地区での自立支援型デイサービスの立ち上げ支援を実施。専門職の関りが少ない中、限られた資源でフレイル予防を効果的に実施する必要がある。 【対応策】 口腔と栄養の個別課題の解決に向けて、各専門職を自立支援型デイサービスに継続的に派遣する。また、過去2年間に立ち上がった自立支援型デイサービスが事業継続できるようフォローアップを継続して行っていく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	○総合相談支援の充実 【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、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す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： 3547件 上記のうち重層的支援件数 50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。 実績 43回 ◎相談担当勉強会の実施 ・介護保険(予防、委託について) 講師：包括センター長、主任ケアマネ 開催日：R8.2.5(木)、出席者：7名 ・医療保険について 講師：町民課 係長 開催日：R8.3.11(水) ◎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するための職員のスキルアップが必要。 ・虐待相談が増加。住居相談に関する相談も増加。家賃滞納し住居を出なければならないケース、空き屋の庭木等の問題、数年知人宅を転々とし今日から住む家がない親子への住宅支援が多かった。 ・認知症に関する相談で「自分の家だけですか」「他の方はどう対応しているか」「気持ちを分かち合いたい」等の家族の声に対し、家族同士が集まれる場が必要。 ・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、社会資源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。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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（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 183件(対応件数も含む) 相談実人数 20名 虐待判断 16名 虐待防止マニュアルに基づき、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(全体会)第1回(R8年2月17日開催)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。(検討部会) 日程:令和8年2月10日開催 内容:高齢者虐待ケースへの法的根拠を持った対応やケースの見通しについて。 ◎関係機関との連携 コア会議の結果をもとに、医療機関のカンファレンスに出席する等、医療機関や事業所、保健所、他市町村、社会福祉協議会等と連携して対応した。 ◎ 啓発活動 ・啓発チラシの見直し コア会議メンバーで虐待の啓発チラシを見直した。 ・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 各種事業所連絡会(R7/11/19、11/20)、事業所訪問(R8/1/15)、健康まつり(R7/10/27)等において配布し、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活動を行った。 ◎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高齢者虐待防止、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。	◎	【課題】 養護者への介入方法の他、関わりに苦慮するケースは、共依存関係や、虐待者の粘着気質、本人に虐待されている自覚がない等のケース。 やむ措置を検討したケースはあり、タイミングとして入院先等で暴れるなどの想定や、町職員への攻撃・付きまといなども含め、矛先がどこへ向くか分からない状況も想定された。虐待者が知った時にどう行動に出るか恐怖や不安を抱えたまま対応している状況がある。分離後のキーパーソン探し(今までのやむ措置ケースでは、後見人就任するが、KPとして親族の関わりが必要な施設もあった)も課題。また、措置の受け入れ先として、医療機関は対象施設ではなく、虐待ケースでも協力体制は医療機関によって様々。虐待者から検討がつかない場所への措置、受け入れ先の確保が必要。 【対応策】 虐待対応は人手や時間、労力等がかかり、集中的な支援が必要で、対応者のメンタルの負担が多い(必然と会議や協議は多くなる)。課内で役割分担し組織的に動くことが重要。 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。虐待になるかどうか分からないケースでも、関係機関等と日頃から有機的な連携ができていれば早期発見、早期対応に繋がる。 虐待＝警察に通報されるのか、逮捕されるのか等のイメージを持つ方も少なくない。啓発活動を継続する。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○権利擁護の促進（成年後見制度利用促進） 【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 6件 ・申立準備中 1件 ◎成年後見制度利用支援事業 ・新規ケース 1件 ・いの町成年後見制度利用支援事業助成金交付要綱の見直し (内容)生活困窮状態にある高齢者や障がい者の権利を保障するため、助成対象者や対象範囲を拡大した。→令和8年度4月～施行。 ◎権利擁護研修 (講師)リーガルサポート高知 司法書士 大井智晴氏、くもん社会福祉士事務所 社会福祉士 公文理賀氏 (参加者)医療機関・薬局・介護サービス事業所・障害福祉サービス事業所・行政機関等 22事業所52名 ◎いの町権利擁護検討会 (目的)日常生活に不安のある方が利用できる福祉サービスの理解を深め、権利擁護支援者としてのスキルを上げる。(講師)高知県社会福祉協議会地域生活支援課 丁野有由氏 ◎権利擁護情報交換会 (目的)法人後見実施団体との連携強化を図り、複合的なニーズの早期発見、早期支援につなげる。 ◎いの町権利擁護・虐待防止ネットワーク委員会 (全体会)上記参照 ◎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。 ・エンディングノートを町内6か所の庁舎・支所で配布。住民の方にとってもらいやすい環境づくりに努めている。 ・ミニデイや地区連絡会、あったかられあいセンター等で住民の方や相談をうける事業所等へ終活、エンディングノートの配布等の啓発活動を行った。 ◎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】 制度利用や、緊急ではないが将来的な相談等も増えている。 何らかの生活の変化(緊急入院など物理的な変化でないと気づきにくい傾向あり)や、自分で金銭管理ができなくなり、親族や入院先等の支援者から今後のことを含めた相談が多い。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。相談時にはすでに窮迫しており、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、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や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・高齢者虐待防止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。 いの町権利擁護情報交換会の場等を利用し、ケース検討、課題集約や、ご本人の変化に気づきやすい病院や事業所向け啓発等を行い、相談のタイミングが周知できれば良いと考える。 また、成年後見の変革期であるため、国の動向を注視していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○包括的・継続的ケアマネジメントの充実 【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： 「R7年度計画検討・アクションプラン」1回 「業務効率化」1回 「事例検討回」 2回 感染対策・衛生管理研修及び訓練1回 ◎ 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(吾北デイサービスセンターすこやか)での事例を用いた地域ケア会議を開催し、モデル事業として、地域の介護支援専門員にデイの事例を受け持ってもらい、成功体験に導くなど学びの場とした。	◎	【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、R7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。
②給付適正化	○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】 アドバイスの内容がプランに反映できているとはいえないため、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。	○主要5事業の実施 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 52件 ヒアリング 9件 ・町内全事業所を対象に要支援のケースを中心に点検。改善できそうなケースについてヒアリングを行った。 ・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 121件中書類点検121件、理学療法士による訪問調査3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まだまだ、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ジャーに指導し、課題抽出はほぼできるようになっている。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助言をしていくとともに、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。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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。 【課題】仁淀病院・清流苑・居宅によど・信楽荘・包括支援センターの医療介護の町立機関内で協議する場がなく、入退院支援調整が困難なことがある。	◎いの町在宅医療 介護連携研修 「令和7年度在宅医療介護連携研修」 開催日時：令和8年2月25日 参加人数：52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。 ◎伊野地区 ・休止していた町立機関連絡会議の再開 開催月：偶数月の第3木曜日 年4回開催 内容：仁淀病院・清流苑・居宅によど・信楽荘・町立訪問看護ステーションの町立機関 5つの町立機関の連携を推進する取り組みとして、連絡会を再開。連携ツールとしてICTを提案、模索する。会議により、全機関が高知家@ケアライン導入へと進み、連携の環境整備は整った。 ◎エンディングノート無料配布	○	【課題】 研修会において事業所の取り組みを知ること、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。研修会の実施のみでは医療介護の連携は不十分と考え、ICTを連携ツールとして活用するために町の拠点病院との連絡会を開催したが、こちらも各機関で温度差がみられた 【対応策】 今後は高知家@ケアライン運用に向けて取り組むため、賛同してくれる医療・介護の機関・事業所を募り、活用に向け、ワーキングチームへ移行する。 【課題】 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 【対応策】 エンディングノート無料配布継続と活用についてのアンケート調査
①自立支援・介護予防・重度化防止	同上	◎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・介護職員の顔の見える関係づくりの推進。	◎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。 ①IoT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)	①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、モデル事業の吾北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。 予防事業所としてケアプランデータ連携システムの登録を行った。 ・いずれも年度を通してケアマネネットワーク会で協議を行い、町立機関連絡会や通所・訪問事業所連絡会で周知を行った。 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(年4回) 内容：吾北地区における医療、介護、福祉の連携体制を構築するため関係機関(病院、介護事業所、社協、行政)による地域連絡会を開催。現場で直面している悩みや地域の現状を出し合い、地域が抱える課題を再確認し、解決に向けた方向性の共有を図った。 ◎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。	○	【課題】 ①「高知家@ライン」の町内登録者数は増えたが、積極的な活用をしてメリットを実感している事業所が多いとはいえない。 ②介護支援事業所や各介護事業所でもIoT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。 【対応策】 ①ワーキンググループを立ち上げ、高知家@ラインを活用した、医療・介護連携の推進を目指す。 ②高知家@ラインを業務改善の一つのツールとしての活用を目指し、町内の登録希望事業所への補助を検討。 伊野地区 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。 吾北地区 【課題】吾北地区のような広域な中山間地域では、地域資源の偏在、アクセスに問題があり、移動距離によるサービス提供に制約がある。また、在宅療養を続ける上で、医療機関への受診同行や移動手段の確保が大きな負担となっている。そして、独居高齢者が増加する中、人生の最期まで自分らしく生きるためのACPの考え方が浸透していない。 【対応策】 在宅生活を支える医療体制を整える上でもICTを活用し連携事例を増やしていく。 エンディングノートを書くことで、家族や医療・介護関係者と「自らの希望」を共有する文化の普及啓発を図るため、地域で終活講座を実施していく。 地域連絡会を継続し、連携の質を維持するための顔合わせや事例を通じた共通認識の醸成を図る。また、移動支援という地域課題について検討し問題提起を今後も行っていく。 本川地区 【課題】 過疎が進行し、住民は行政を頼る傾向が強い。相談件数は多いが、本川地区で受けることができるサービスの利用者はなかなか増えない。 【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。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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） 7/14開催:4事業所参加 ・現在カフェを開催している3事業所と、再開を予定している1事業所の計4事業所が参加。各事業の活動内容や実績を共有する。 ◎認知症カフェ事業所数 (活動している事業所は3か所) ※再開予定の事業所はカフェ形式ではなく、介護相談スペースとして検討している	○	【課題】 ・外部からの認知症カフェ参加者がおらず、各事業所が開催する意義を見いだせずにいる。 ・本人も参加できるカフェとは別に、家族会のような介護者のためのピアサポートもニーズがある。 【対応策】 ・SCが各カフェを取材して特集チラシを作成、R7.9月号の広報に折込んで住民へ情報発信する。 再開予定の事業所では、介護悩み相談などの役割をいれた場となるよう立ち上げにSCが介入する。
①自立支援・介護予防・重度化防止	○認知症施策推進事業（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 伊野小学校 5年生 45名 枝川小学校 2年生 48名 吾北小学校 5・6年生 9名 長沢小学校 3・4・6年生 4名 神谷小学校 5・6年生 7名 伊野南中学校 3年生 19名 伊野中学校 3年生 70名 神谷中学校 1～3年生 29名 老人クラブ(あいおい会) 25名 Gの会(男性の集い) 8名 天神体操グループ 7名 デイあがわ(介護事業所職員) 6名 体操グループ交流会 68名 あったかボランティア 6名 合計351名 ◎地域のふれ愛 支え愛をかんガエル会 谷 8名 ◎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6年度登録者:14名 令和7年度登録者:14名(新規10名)	○	【課題】 ◎認知症サポーター養成講座の普及・啓発 ①地域住民を対象とした講座は実施できたが、企業については希望が少なく、講座を開催できていない。 ②啓発活動の場として、教育機関だけでなく地域住民から受講ニーズがあることが判明したが、そこに対して出張講座が可能だというアプローチが十分でなかった。 ◎SOSネットワーク事業 ①毎年新規登録者数は一定数おり、周知されている一方で緊急連絡先として登録可能な親族が県内にいない登録者が出てきており今後も増える可能性がある。 ②実際に行方不明が発生した際の家族や事業所の動き方が不明瞭。 【対応策】 ◎認知症サポーター養成講座 ①高齢者の対応をすることが多い薬局、介護事業所へ出張講座の活用をPRする。また、各地域の住民向けに自主グループへ訪問した際に、出張講座のチラシを配布する。各連絡会などで居宅支援介護事業所のケアマネージャーにも、家族へ紹介してもらうよう依頼する。 ②引き続き地区の体操グループなどで、啓発活動を継続していく。 ◎SOSネットワーク事業 ①本人に関わる人の把握や冷静な初動対応、役割分担ができるよう様式を作成し、内容を充実させる。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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。	◎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。	◎認知症基礎研修会 講師：近藤 誠氏 開催日及び参加者 1回目：12月6日 23名 2回目：1月17日 24名 3回目：2月14日 58名 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】 認知症への対応について苦慮している事業所は、認知症患者の増加に伴い年々増加傾向にある。各専門職のスキルアップが必要になる。今回は3回目の町民講座で介護者目線での講話も実施し、認知症への理解がアンケート結果からも高まっていることが分かった。介護者からの講話する機会も必要がある。 【対応策】 継続して、認知症ケアに携わっている専門職向けの研修を実施していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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7年度は地域包括支援センター職員1名がチーム員研修受講。包括内チーム員が9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 113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。 ◎庁内ソフト内(チーム員で設定)に初期集中ケースを共有できるスペースを作り、情報共有できるようにした。 ◎チーム員内定例会 年2回開催 終了ケースや課題等について検討した。	○	【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。 終結の判断や、往診の必要性、動きがないと感じる時期の対応が課題。サービスの受け入れ拒否があり長期化しているケースで、支援、見守りを継続して少しずつ人に頼ることに慣れていってもらった結果、急遽サービスの受け入れに繋がったケース等があった。 【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。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7年度（年度末実績）		
区分	現状と課題	第9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
①自立支援・介護予防・重度化防止	○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ー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7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吾北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。 ◎地域包括ケア推進会議 年1回	◎	【課題】 認定率が上昇傾向にあり、R6年度から民間居宅介護支援事業所が介護予防支援を直接契約できるようになってから、要支援者が急増している。民間居宅ケアマネの自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントができていないことが危惧される。 【対応策】 生活不活発でフレイルに陥っている事例を対象に生活課題改善をめざした自立支援型地域ケア会議を年6回開催する。その後のモニタリングも会議で検討する。個別ケースの生活課題改善に向けて、共通化した課題を地域課題として、いの町にはどんな資源が必要なのか、社会資源開発なども検討していく
①自立支援・介護予防・重度化防止	○介護人材の確保とサービスの質の向上 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務める。 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4名 【その他の研修】 ◎介護に関する入門的研修 受講者1名 ◎変更届等の電子申請届出システム等電子媒体を利用することで、事務負担軽減を図っている。	○	【課題】 初任者研修受講者の4名中3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続ける。また、介護に関する入門的研修の受講者が減少しており、周知方法について検討の余地がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	同上	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。