

第8期介護保険事業計画 地域包括ケアシステム重点取組項目の評価について

※「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）」の自己評価シートをもとに作成

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）																																																																												
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)			E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																																																								
(1) 自立支援・介護予防・重度化防止	<p>【1】フレイルの予防と重度化防止</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者が気軽に参加できる住民主体の通いの場を充実させ、参加者や通いの場を拡大する取り組みを実施する。 公共交通機関が発達していないため、自家用車以外の移動手段の確保が難しく「介護予防活動への会場までの足がない」という課題がある。 週1回以上、外出をすることや、役割を持つことが介護予防に効果的であるが、要支援者になるほど、社会参加活動が低下している傾向であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防教室、ロコモ予防教室、介護予防教室（転倒予防、認知症予防）を継続して実施する。教室終了後も自主活動ができるよう支援する。 市民が自主的に活動している団体等に出向き、介護予防に効果的な体操や認知症予防などの啓発を行い、地域での介護予防活動が継続的に取り組めるように支援する。 地域の通いの場等にリハビリテーション専門職を派遣することで、介護予防に効果的な体操を定期的実施する。 保健事業と介護予防の一体的実施において、高齢者の健康課題を分析し、それに対する個別支援及び集団支援を専門職が実施する。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ア リハビリテーションに関する専門的知見者の活用回数</td> <td>福祉分野</td> <td>計画値 231回</td> <td>236回</td> <td>252回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績値 235回</td> <td>回</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保健分野</td> <td>計画値 27回</td> <td>26回</td> <td>25回</td> </tr> <tr> <td>実績値 17回</td> <td>回</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>イ 運動機能低下該当率</td> <td>計画値</td> <td colspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>低下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウ 通いの場における後期高齢者の質問票を実施した延べ人数</td> <td>計画値 1000人</td> <td>1200人</td> <td>1400人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績値 215人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>エ 要支援1・2および要介護1の認定者の日常生活自立度J2の割合</td> <td>計画値 9.85%</td> <td>9.90%</td> <td>9.95%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績値 8.87%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>オ 通所Cと訪問Cの卒業後に通いの場へつながった割合</td> <td>計画値 80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績値 50%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">カ 通所C参加者のTUG数値の改善率</td> <td>計画値 80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実績値 80%</td> <td>%</td> <td>80%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※通所C・・・理学療法士関与の短期集中型通所リハビリ教室 ※訪問C・・・理学療法士関与の短期集中型の訪問リハビリ</p>			指標項目	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア リハビリテーションに関する専門的知見者の活用回数	福祉分野	計画値 231回	236回	252回		実績値 235回	回	回	保健分野	計画値 27回	26回	25回	実績値 17回	回	回	イ 運動機能低下該当率	計画値	R4アンケート結果による		低下		実績値				ウ 通いの場における後期高齢者の質問票を実施した延べ人数	計画値 1000人	1200人	1400人			実績値 215人	人	人		エ 要支援1・2および要介護1の認定者の日常生活自立度J2の割合	計画値 9.85%	9.90%	9.95%			実績値 8.87%	%	%		オ 通所Cと訪問Cの卒業後に通いの場へつながった割合	計画値 80%	85%	90%			実績値 50%	%	%		カ 通所C参加者のTUG数値の改善率	計画値 80%	80%	80%		実績値 80%	%	80%		<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職の助言により、介護予防の取組を実施する。例えば、ケアマネジャーとの同行訪問、短期集中支援事業のカンファレンスへの参加等により、その人に合ったロコモ予防、フレイル予防の指導を行った。 通いの場において、フレイル問診をとりその結果に応じて低栄養予防のための訪問事業を実施した。4名、4回 包括支援センターが行う、高齢者実態把握訪問で25項目及びフレイル問診をとり、その結果に応じて低栄養予防のための訪問事業を実施した。3名、7回 	△	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職の活用によって指導を受けた際は、本人意識の変化は受けやすいが、それを個人で継続することは大変である。 <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民が楽しく継続的にできるような、持続可能な方法を検討する必要がある。市内にある様々な通いの場での、ロコモ予防フレイル予防の提案から、進めていきたいと考えている。 通所Cについては、利用期間や本人の身体能力とやる気に応じ延長を検討することで、運動機能のさらなる向上と自主トレの定着を目指す取り組みをするか検討する必要がある。
			指標項目	実績値/計画値																																																																												
R3	R4	R5																																																																														
ア リハビリテーションに関する専門的知見者の活用回数	福祉分野	計画値 231回	236回	252回																																																																												
		実績値 235回	回	回																																																																												
	保健分野	計画値 27回	26回	25回																																																																												
		実績値 17回	回	回																																																																												
イ 運動機能低下該当率	計画値	R4アンケート結果による		低下																																																																												
	実績値																																																																															
ウ 通いの場における後期高齢者の質問票を実施した延べ人数	計画値 1000人	1200人	1400人																																																																													
	実績値 215人	人	人																																																																													
エ 要支援1・2および要介護1の認定者の日常生活自立度J2の割合	計画値 9.85%	9.90%	9.95%																																																																													
	実績値 8.87%	%	%																																																																													
オ 通所Cと訪問Cの卒業後に通いの場へつながった割合	計画値 80%	85%	90%																																																																													
	実績値 50%	%	%																																																																													
カ 通所C参加者のTUG数値の改善率	計画値 80%	80%	80%																																																																													
	実績値 80%	%	80%																																																																													
(1) 自立支援・介護予防・重度化防止	<p>【2】介護予防のための通いの場への移動手段の充実</p> <p>【現状】 ふれあい・いきいきサロンやシニアクラブ（老人クラブ）等の通いの場への参加者が減少している。計画書第4章 P. 51、52</p> <p>サロン参加者数 H30 R1 R2 1,091人 986人 899人</p> <p>シニアクラブ加入者数 H30 R1 R2 1,447人 1,315人 1,222人</p> <p>【課題】 参加者数が減少する要因の一つとして、運営の支援者不足、通いの場への移動手段の確保、80歳以上の参加者による主体的な活動が難しいことが考えられる。中でも移動手段の確保は、支援員の人材不足や高齢化が進んでいることにより、難しい状況が続くと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 互助（家族・住民同士の助け合い）、共助（社会福祉法人等のボランティア）、公助（公共交通機関）の移動資源の充実を図るとともに、移動支援の仕組みについて検討する。 福祉・交通部門が、分野を超えて交通弱者のニーズや課題を共有し共に課題解決にあたる。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">...</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 移動手段（自主手段以外）を使って通いの場に参加した人の人数</td> <td>計画値 32人</td> <td>37人</td> <td>42人</td> </tr> <tr> <td>実績値 92人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 移動手段が活用できる通いの場の数</td> <td>計画値 5か所</td> <td>6か所</td> <td>7か所</td> </tr> <tr> <td>実績値 5か所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 移動支援を担うボランティア等への支援</td> <td>計画値 3団体</td> <td>5団体</td> <td>5団体</td> </tr> <tr> <td>実績値 1団体</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			...	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 移動手段（自主手段以外）を使って通いの場に参加した人の人数	計画値 32人	37人	42人	実績値 92人			イ 移動手段が活用できる通いの場の数	計画値 5か所	6か所	7か所	実績値 5か所			ウ 移動支援を担うボランティア等への支援	計画値 3団体	5団体	5団体	実績値 1団体			<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターのアプローチにより、社会福祉法人によるサロン送迎への協力が得られた。（新たな参加、継続参加者が可能になったものがある。） サロン等の参加者同士の相乗りも継続されている。新たに始まったところもある。 	△	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通いの場において社会福祉法人による移動支援は一部実施されているが、その他の移動手段や課題について把握できていない。まずは現状把握して、それから検討する必要がある。 現在のサロン等への参加者は、家族・友人を含む協力者がいることで社会参加が連続出来ているが、未参加者の交通手段の必要量は、未確認である。（ニーズが不明） <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 現状把握をするために、生活支援コーディネーターと連携し通いの場の調査を行いたい。 ボランティアによる移動支援は、生活支援コーディネーターの支援により拡充を図りたい。 																																												
			...	実績値/計画値																																																																												
R3	R4	R5																																																																														
ア 移動手段（自主手段以外）を使って通いの場に参加した人の人数	計画値 32人	37人	42人																																																																													
	実績値 92人																																																																															
イ 移動手段が活用できる通いの場の数	計画値 5か所	6か所	7か所																																																																													
	実績値 5か所																																																																															
ウ 移動支援を担うボランティア等への支援	計画値 3団体	5団体	5団体																																																																													
	実績値 1団体																																																																															

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）

A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)	E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策				
<p>(1) 自立支援・介護予防・重度化防止</p>	<p>【3】通いの場の充実と社会参加</p> <p>【現状】 ・参加者の高齢化により、自主活動として成り立つことが難しくなっている。 ・介護予防として効果的な週1回程度の通いの場は増えていない。 ・介護予防に効果的な活動が行われるよう、定期的な体操や運動プログラムを取り入れたいが、取組めていない団体がある。 ・サロン活動やシニアクラブへの参加者が減少している。 ・高齢者の社会参加を支援する者の高齢化により、月1回を増やすことが難しい。</p> <p>【課題】 ・社会活動に参加することは、認知症予防や介護予防にも効果的である。そのため、週1回以上の外出を推進すると共に、活動内容の充実を図る。 ・社会参加する場が、自宅より遠いなどにより、参加促進には移動手段の確保が必要である。</p>	<p>1 介護予防機能を持った集いの場の推進 (1) 週1回の頻度で通える場を作る。(年1カ所以上) (2) 通いの場で、介護予防効果に根拠がある事業を取り入れて運営できるよう、啓発を実施する。</p> <p>2 社会活動への参加による認知症予防や介護予防の効果に関する啓発 (1) 社会参加や地域支え合い活動に関する講演会を実施(市内全域向けに1回) (2) アクティブシニア活躍支援事業、ボランティア養成講座による社会参加の促進</p> <p>3 週1回以上の外出を推進するための、外出先の充実 (1) 既存団体への回数増加のアプローチと継続支援 (2) 新たな集いの場の開設支援 (3) 楽しいことをきっかけとした社会参加を支援するために、要支援者と支援者のマッチングを実施</p>	指標項目	実績値/計画値			<p>・介護予防を取り入れた通いの場支援者向け研修会 ①サロンステップアップ 研修会2回 ②担い手養成講座修了生のためのフォローアップ 講座 1回</p> <p>・社会参加や地域支え合い活動に関する講演会、ボランティア養成講座はコロナ感染拡大により令和3年度の開催は中止。</p> <p>・アクティブシニア活躍支援事業の入門的研修は、コロナ感染症の影響により中止。令和元年度から令和2年度受講者の実績、課題整理、事業所へのヒアリングを実施し、評価分析をした。</p> <p>・新たな通いの場の開設支援 2箇所</p> <p>・既存団体への支援 コロナ感染により活動を休止する団体が多く、回数増加というより活動の再開に向けて支援した。 その他継続支援を8回(介護予防拠点施設スタッフと一緒に支援)実施。</p> <p>・楽しいことをきっかけとした社会参加の支援 マッチング 9件</p> <p>・今後の市老連(シニアクラブ)について、市老連役員と検討会を2回実施。</p>	<p>△</p> <p>【課題】 ①1回/月以上の通いの場のか所数については、目標値105カ所に対し116カ所の通いの場の把握ができた。しかし、65歳以上の参加率については、目標に対し、-1.3%であった。 ②週1回の外出による介護予防の効果について、十分に周知できていない。また、市民の活躍の場を提供できていない。</p> <p>【対応策】 ①既存の集まる場への参加者数を増加させるため、各地域に通いの場のチラシを配布し、広報による拡充を実施していく。 ②市内全域向けに、地域活動への参加や介護予防に関する講演会を実施する。その後、続いてボランティア養成講座により支援者を充実することにより、アクティブシニア活躍支援事業への参加につなげ、高齢者の活躍の場の充実を図る。 ③既存の集まる場及び新たな場所の拡充をねらい、ボランティア養成講座により支援者の掘り起こしを図る。あわせて、支援者の社会参加の拡充(活躍する場を確保する=アクティブシニア支援事業)する。 ④市老連(シニアクラブ)の継続意向を確認し、今後の高齢者の活動を検討する。</p>		
			ア 週に1回以上は外出している人の割合	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による			R3	90.0%
				実績値	R4					
			イ 週5回以上外出する人の割合	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による			R3	30.0%
				実績値	R4					
			ウ 1回/月以上の通いの場	か所数	計画値	105か所			105か所	105か所
					実績値	116か所			か所	か所
				参加率	計画値	22.0%			22.0%	22.0%
					実績値	21.5%				
			エ 昨年と比べて外出の機会が減っていない人の割合	一般・要支援	計画値	R4アンケート結果による			R3	70.0%
高齢者	実績値	R4								
総合事業対象者	計画値	R4アンケート結果による		63.0%						
		実績値								

A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)	E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																																		
<p>(1) 自立支援・介護予防・重度化防止</p>	<p>【4】心地よい第三の場作りの支援】</p> <p>【現状】 ①前期高齢者は、サロン活動やシニアクラブに参加しない（低率） ②地域役員も隣番制で、地域づくりの「要」といった思考が薄い ③地域での趣味や気軽に始められるスポーツやクラブの案内が少ない</p> <p>【課題】 ・前期と後期高齢者により、通いの場（集まる場）の思考が異なり、前期高齢者の多くは、収入のある仕事、趣味のグループ、スポーツ関係のグループやクラブ※といった地域よりも自分で選択して参加する個人参加的な考えを持つ。 ・これらから地域を核とする活動の場以外かつ発展するボランティア活動や地域づくりをすすめる必要がある。</p>	<p>①趣味を介した集まりから、地域活動（集団及び個人として）を紹介し、地域活動への参加と互助への意識を高める支援を行う</p> <p>②困り事の解決や個人のニーズへ支援者をマッチングすることを生活支援コーディネーター業務に位置づけ、支援者を資源として蓄積する</p> <p>③地域をモデル指定し、地域に合った助け合い活動の開始を支援する</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 高齢者の地域活動への参加率</td> <td>一般・要支援高齢者</td> <td>計画値</td> <td rowspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>32.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 住民主体の高齢者が集う場所の数（1回/月以上）</td> <td>計画値</td> <td>280か所</td> <td>282か所</td> <td>284か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>280か所</td> <td>か所</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 65歳以上で月1回以上地域活動（ボランティア）に参加する人の割合</td> <td>一般・要支援高齢者</td> <td>計画値</td> <td rowspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>17.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">エ 生活支援コーディネーターによるニーズとサービスのマッチング回数</td> <td>総合事業対象者</td> <td>計画値</td> <td rowspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>38.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>計画値</td> <td>20回</td> <td>30</td> <td>40回</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>実績値</td> <td>33回</td> <td>回</td> <td>回</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目		実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 高齢者の地域活動への参加率	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による	32.0%	実績値	%	イ 住民主体の高齢者が集う場所の数（1回/月以上）	計画値	280か所	282か所	284か所	実績値	280か所	か所	か所	ウ 65歳以上で月1回以上地域活動（ボランティア）に参加する人の割合	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による	17.0%	実績値	%	エ 生活支援コーディネーターによるニーズとサービスのマッチング回数	総合事業対象者	計画値	R4アンケート結果による	38.0%	実績値	%			計画値	20回	30	40回			実績値	33回	回	回	<p>・マッチングを生活支援コーディネーター業務に位置付けた。支援者を資源として蓄積するため、第3層候補者、リスト化について検討したが、未完了である。</p> <p>・地域のモデル指定はしていないが、地域にあった助け合い活動の開始を支援。1団体</p>	<p>△</p>	<p>【課題】 ①地域と関わりながら支え合いの周知をすることがほとんどできなかったため、個々のニーズの聞き取りが十分でない。 ②趣味活動や生活支援のマッチングを始め、自宅での活動を希望する方々向けに、訪問型の趣味活動支援のマッチングをしていきたいが、そのようなマッチングには至っていない。 ③第3層設置に向けた取組が進んでいない。</p> <p>【対応策】 ①年2つの自治区へ支え合いの周知に行く。 ②人材養成講座を開催し、地域へ周知をする予定なのでそこからニーズの聞き取りを行う。 ③様々な地域資源を様々な視点から柔軟にマッチングできるようにする。 ④将来マッチングを実施する第3層の活動方法について、検討及び共有が必要であるとと共、市民周知も実施していきたい。</p>
指標項目		実績値/計画値																																																						
		R3	R4	R5																																																				
ア 高齢者の地域活動への参加率	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による	32.0%																																																				
	実績値	%																																																						
イ 住民主体の高齢者が集う場所の数（1回/月以上）	計画値	280か所	282か所	284か所																																																				
	実績値	280か所	か所	か所																																																				
ウ 65歳以上で月1回以上地域活動（ボランティア）に参加する人の割合	一般・要支援高齢者	計画値	R4アンケート結果による	17.0%																																																				
	実績値	%																																																						
エ 生活支援コーディネーターによるニーズとサービスのマッチング回数	総合事業対象者	計画値	R4アンケート結果による	38.0%																																																				
	実績値	%																																																						
		計画値	20回	30	40回																																																			
		実績値	33回	回	回																																																			
<p>(2) 認知症予防と認知症になっても自分らしく生活できる環境づくり</p>	<p>【5】認知症になっても自分らしく生きる】</p> <p>【現状】 ・市の要介護認定の原因疾患の第1位は認知症（24.0%）であり、今後、高齢化が進行するとともに認知症の方は増加していくと考えられる。 ・認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく生活できるよう、認知症について普及啓発を行い地域の認知症の理解を広めていく。 ・認知症サポーター養成講座を行い、「認知症を予防する」または、「認知症になっても進行を遅らせる」ことができるよう知識の普及を進める。</p> <p>【課題】 ・コロナの影響により、小中学校、企業でのキャラバンメイト養成講座の実施回数が減少している。 ・地域で行う認知症予防講座についても、地域の通いの場の活動が自粛していることから、講座の実施回数が減少している。</p>	<p>・認知症サポーター養成講座を市内の小中学校、企業・市民団体に実施し、認知症についての理解を深める。</p> <p>・世界アルツハイマーデーに合わせて認知症の普及啓発イベント（1回/年）を行い、広く認知症について普及啓発を行う。</p> <p>・地域で認知症予防講座を実施し、認知症予防についての普及啓発を行う。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 認知症の人が住み慣れた場所で暮らしている率</td> <td>計画値</td> <td>60.0%</td> <td>62.0%</td> <td>64.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>65.0%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 家族支援の場の数</td> <td>計画値</td> <td>6か所</td> <td>6か所</td> <td>6か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>7か所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 認知症の人を理解する啓発の回数</td> <td>計画値</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">エ 認知症にならないための予防啓発回数</td> <td>計画値</td> <td>100回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>36回</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	指標項目		実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 認知症の人が住み慣れた場所で暮らしている率	計画値	60.0%	62.0%	64.0%	実績値	65.0%			イ 家族支援の場の数	計画値	6か所	6か所	6か所	実績値	7か所			ウ 認知症の人を理解する啓発の回数	計画値	3回	3回	3回	実績値	0回			エ 認知症にならないための予防啓発回数	計画値	100回	100回	100回	実績値	36回			<p>・認知症サポーター養成講座の実施5回（小学校1回、地域2回、企業1回、民生委員1回）</p> <p>・認知症キャラバンメイトの活動 カンファレンス スキルアップ研修</p> <p>・世界アルツハイマーデーに合わせた認知症の普及啓発認知症フェスタ まきのはら健康大学inいこっとはコロナ感染により中止。いこっとの図書交流館で認知症に係る本やパネル等特集展示を実施。</p> <p>・通所系サービス事業所における、家族のつどい（介護者のつどい）実施状況調査を実施。</p>	<p>△</p>	<p>【課題】 ・R3年度は、コロナの影響もあり、小中学校や職域世代への認知症サポーター養成講座の実施回数が減少してしまっている。</p> <p>【対応策】 ・今後は小中学校や職域世代へ積極的に講座を実施していく必要がある。</p> <p>【課題】 ・現在、認知症の人の家族支援の場が少ない。</p> <p>【対応策】 ・認知症の人の家族が思いを共有できる場を今後どのように立ち上げていくかを検討していく必要がある。</p>						
指標項目		実績値/計画値																																																						
		R3	R4	R5																																																				
ア 認知症の人が住み慣れた場所で暮らしている率	計画値	60.0%	62.0%	64.0%																																																				
	実績値	65.0%																																																						
イ 家族支援の場の数	計画値	6か所	6か所	6か所																																																				
	実績値	7か所																																																						
ウ 認知症の人を理解する啓発の回数	計画値	3回	3回	3回																																																				
	実績値	0回																																																						
エ 認知症にならないための予防啓発回数	計画値	100回	100回	100回																																																				
	実績値	36回																																																						

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）																																																																	
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)	E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																																															
<p>(2) 認知症予防と認知症になっても自分らしく生活できる環境づくり</p>	<p>【(6)ご近所での見守り、支えあい活動の実施】 【現状】 ・市内協力事業者による高齢者見守りネットワーク事業を実施しており、日常業務でのさりげない見守りによって、高齢者対応への早期発見、必要な支援に繋げている。 ・協力事業者として、新規に配食事業所が追加となった。市の配食サービス事業への協力もしており、高齢者の見守りに期待している。 ・郵便局や新聞店からの報告が数件あり、高齢者の見守りによる支え合いが出来ている。 ・有償訪問ボランティアあるたすの活動者は、高齢者のちょっとした困り事を支援するために活動している。困り事の支援をしながら、見守りを実施している。またあるたす活動者は、定期的に活動することにより、自身も元気で居続けることが出来ている。 ・生活支援コーディネーターにより、地域での支え合い活動を推進している。 ・地域の認知症への理解を深めるために、認知症サポーター養成講座を実施している。</p> <p>【課題】 ・見守りネットワーク事業に関しては、市内新規事業所の把握、見守り事業への登録推奨を勧める必要がある。また、研修会への参加が一定の事業所となっているため、参加事業所を増していきたい。 ・自治区単位での支え合い活動の啓発が進んでいない。地域支え合いの仕組みづくりを検討する協議体が休止となっている。 ・認知症サポーター養成講座は、コロナの影響で開催回数が減っている。今後の周知や養成者への継続支援が必要である。</p>	<p>・協力事業者に対して、認知症や高齢者虐待、消費者被害などに関する研修会を行い、見守り力向上を図る。広報やHP掲載により、見守り事業所の市民への周知を図りネットワーク体制の強化を促す。</p> <p>・自治区単位へ支え合いの啓発を行い、協議体を開催する。</p> <p>・認知症サポーター養成講座を学校だけでなく、地域や企業で実施できるように周知する。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 助け合って暮らしていると感じる人の割合</td> <td>計画値</td> <td colspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>68.00%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">イ 有償訪問ボランティア「あるたす」の利用</td> <td rowspan="2">実利用者数</td> <td>計画値</td> <td>11人</td> <td>12人</td> <td>13人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>11人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">年間延利用回数</td> <td>計画値</td> <td>320回</td> <td>350回</td> <td>380回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>187回</td> <td>350回</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 暮らしの中で地域のつながりは必要だと思う人の割合</td> <td>計画値</td> <td colspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>89.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">エ 見守りネットワークへの加入事業所数</td> <td>計画値</td> <td>77か所</td> <td>78か所</td> <td>79か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>78か所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">オ 認知症サポーターの新規養成者数</td> <td>計画値</td> <td>300人</td> <td>350人</td> <td>400人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>131人</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	指標項目		実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 助け合って暮らしていると感じる人の割合	計画値	R4アンケート結果による		68.00%	実績値				イ 有償訪問ボランティア「あるたす」の利用	実利用者数	計画値	11人	12人	13人	実績値	11人			年間延利用回数	計画値	320回	350回	380回	実績値	187回	350回		ウ 暮らしの中で地域のつながりは必要だと思う人の割合	計画値	R4アンケート結果による		89.0%	実績値				エ 見守りネットワークへの加入事業所数	計画値	77か所	78か所	79か所	実績値	78か所			オ 認知症サポーターの新規養成者数	計画値	300人	350人	400人	実績値	131人			<p>・見守りネットワーク事業 研修会はコロナ感染により中止。市民への周知はホームページで行った。見守り事業所からの通報が2件あった</p> <p>・地域支え合い活動について 生活支援コーディネーターの支援により、1地区で生活支援サービスが開始された。自治区への啓発は進んでいない。協議体は開催されていない。</p> <p>・認知症サポーター養成講座の実施 5回 (小学校1回、地域2回、企業1回、民生委員1回)</p>	△	<p>【課題】 コロナ感染の影響もあり、様々な事業で研修会や啓発等が実施されないことが多く、見守り体制の強化や支え合い活動の推進ができていない。既存団体の活動を維持することが主となった。</p> <p>【対応策】 ・コロナ感染があっても周知、啓発できることを考えていく。 ・次年度には地域支え合い講演会を開催する予定であり、それを機会に自治区と関わりをもち、啓発できるようにしたい。</p>
			指標項目				実績値/計画値																																																														
				R3	R4		R5																																																														
			ア 助け合って暮らしていると感じる人の割合	計画値	R4アンケート結果による		68.00%																																																														
				実績値																																																																	
			イ 有償訪問ボランティア「あるたす」の利用	実利用者数	計画値	11人	12人	13人																																																													
					実績値	11人																																																															
				年間延利用回数	計画値	320回	350回	380回																																																													
					実績値	187回	350回																																																														
			ウ 暮らしの中で地域のつながりは必要だと思う人の割合	計画値	R4アンケート結果による		89.0%																																																														
実績値																																																																					
エ 見守りネットワークへの加入事業所数	計画値	77か所	78か所	79か所																																																																	
	実績値	78か所																																																																			
オ 認知症サポーターの新規養成者数	計画値	300人	350人	400人																																																																	
	実績値	131人																																																																			

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）																																																									
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)			E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																																					
(2) 認知症予防と認知症になっても自分らしく生活環境づくり	<p>【7】認知症ケアの充実</p> <p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症サポート医、介護事業所、包括支援センターがチームとなり認知症初期集中支援チームとして継続的に活動を行っている。 包括支援センターや健康推進課に認知症相談窓口を設置することで、市民が相談しやすい体制を整備している。 令和元年度に作成した認知症ケアパスを活用し、認知症についての周知啓発を実施している。 各包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、地域での認知症の普及、認知症の人のサポートを行っている。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームとしての活動がほとんど実施できていない。 認知症地域支援推進員としての役割が明確化しておらず、推進員が包括業務内でどのように認知症事業を推進していくか理解が得られていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームのチーム員が連携をして、認知症の人の支援を行う。 認知症ケアパスを活用し、認知症についての普及啓発を進めていく。 認知症地域支援推進員の役割りを明確化し、地域で認知症の方を見守る体制を整備する。 認知症に関わる多職種連携の研修会を実施し、認知症ケアの対応力向上を支援する。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 認知症に関わる関係者のスキルアップ研修会回数</td> <td>計画値</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>1回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 認知症に関する相談窓口の認知度</td> <td>計画値</td> <td colspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>42.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">ウ 認知症の相談件数</td> <td rowspan="2">地域包括支援センター</td> <td>計画値</td> <td>311件</td> <td>313件</td> <td>315件</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>229件</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">健康推進課</td> <td>計画値</td> <td>25件</td> <td>30件</td> <td>30件</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>9件</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">エ 認知症初期支援チームの対応件数</td> <td>計画値</td> <td>3件</td> <td>3件</td> <td>3件</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0件</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			指標項目	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 認知症に関わる関係者のスキルアップ研修会回数	計画値	1回	1回	1回	実績値	0回			イ 認知症に関する相談窓口の認知度	計画値	R4アンケート結果による		42.0%	実績値				ウ 認知症の相談件数	地域包括支援センター	計画値	311件	313件	315件	実績値	229件			健康推進課	計画値	25件	30件	30件	実績値	9件			エ 認知症初期支援チームの対応件数	計画値	3件	3件	3件	実績値	0件			<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームのチーム員の連携と支援について チーム活動はなかった。認知症初期集中支援チーム検討委員会兼チーム員会議全体会（書面による開催）を2回実施 地域支援推進員連絡会議を2回実施 地域包括支援センタースタッフ（地域支援推進員）に対する二段階方式研修を実技と実践に分けて実施 	△	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初期集中支援チームとしての活動がほとんど実施できていない。 地域支援推進員としての役割が明確化しておらず、推進員が包括業務内でどのように認知症事業を推進していくか理解が得られていない。 <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初期集中チームとしての活動が実施できるように支援していく必要がある。 地域支援推進員の役割りを明確化し、地域で認知症の方を見守る体制を整備する。
			指標項目	実績値/計画値																																																									
				R3	R4	R5																																																							
			ア 認知症に関わる関係者のスキルアップ研修会回数	計画値	1回	1回	1回																																																						
				実績値	0回																																																								
			イ 認知症に関する相談窓口の認知度	計画値	R4アンケート結果による		42.0%																																																						
				実績値																																																									
			ウ 認知症の相談件数	地域包括支援センター	計画値	311件	313件	315件																																																					
					実績値	229件																																																							
				健康推進課	計画値	25件	30件	30件																																																					
実績値	9件																																																												
エ 認知症初期支援チームの対応件数	計画値	3件	3件	3件																																																									
	実績値	0件																																																											

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）																																																																			
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)			E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																																															
(3) 人と人、人と社会が繋がり支えあう地域づくり	<p>【8】地域ケア会議の充実と円滑な運用】</p> <p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議を実施することで、多くの地域課題の拾い出しはできている。 令和3年度に課題調整会議を行うことで、どのように地域課題を選定していくかを検討することができた。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域課題の拾い出しはできたが、どの地域課題に対して事業を進めていくかは検討できていない。 また、地域課題を話し合う地域ケア推進会議の立ち上げができていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議を開催し、地域課題の選定や地域課題に対する事業企画について検討していく。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 地域ケア個別会議の実施回数</td> <td>計画値</td> <td>35回</td> <td>36回</td> <td>40回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>95回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 地域ケア会議開催件数割合</td> <td>計画値</td> <td>2.0%</td> <td>2.1%</td> <td>2.2%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>5.0%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 生活支援協議体による地域課題の検討テーマ数</td> <td>計画値</td> <td>0件</td> <td>2件</td> <td>2件</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0件</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			指標項目	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 地域ケア個別会議の実施回数	計画値	35回	36回	40回	実績値	95回			イ 地域ケア会議開催件数割合	計画値	2.0%	2.1%	2.2%	実績値	5.0%			ウ 生活支援協議体による地域課題の検討テーマ数	計画値	0件	2件	2件	実績値	0件			<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議の開催に向けた取組 課題調整会議の事前会議 1回 課題調整会議 1回 (いずれも県のアドバイザー、包括、生活支援コーディネーター、市で実施) 担当会議と地域ケア個別会議の違いについて理解を深める場をもった。(包括、市) 	○	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議の開催要領が未作成のため、実施できていない。 地域ケア個別会議から地域課題の拾い出しで止まっている。 <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険策定懇話会のメンバーからチーム員を選定し、地域課題への取り組みを進めていく。 地域ケア推進会議の開催要領を作成し、開催に向けた準備を行う。 																													
			指標項目	実績値/計画値																																																																			
R3	R4	R5																																																																					
ア 地域ケア個別会議の実施回数	計画値	35回	36回	40回																																																																			
	実績値	95回																																																																					
イ 地域ケア会議開催件数割合	計画値	2.0%	2.1%	2.2%																																																																			
	実績値	5.0%																																																																					
ウ 生活支援協議体による地域課題の検討テーマ数	計画値	0件	2件	2件																																																																			
	実績値	0件																																																																					
(4) 医療・介護連携体制の充実	<p>【9】地域の医療機関との連携強化】</p> <p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎年、総合病院とケアマネージャーによる意見交換会を実施し、医療と介護の顔の見える関係性作りを行うことで円滑に在宅へ移行できるよう支援している。 在宅医療介護連携推進事業で、在宅看取りのDVDを作成し、市民に在宅看取りの普及啓発を行っている。 在宅療養を希望する人が円滑に在宅に移行することができるように医療職(総合病院、開業医)と介護職の連携強化が必要となる。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携システムの積極的な活用を進めています。加入事業所はまだ少なく、活用件数も少ない状況となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取りを推進するDVD「天国に行ったぎんばあちゃん」を作成し、市民に広く在宅看取りについて普及啓発を行っている。 定期的な多職種の情報交換会や研修会を開催することで、多職種の連携強化、在宅医療を推進しやすい体制づくりを進めていく。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 医療系サービスの事業所数 実績事業所数(市内事業所再掲)</td> <td>計画値</td> <td>16(4)か所</td> <td>16(4)か所</td> <td>16(5)か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>15(4)か所</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 医療系サービスの利用者数 ・利用回数</td> <td>利用者数</td> <td>計画値</td> <td>298人</td> <td>303人</td> <td>305人</td> </tr> <tr> <td>利用回数</td> <td>計画値</td> <td>1,888回</td> <td>1,930回</td> <td>1,940回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ 看取りのDVDによる啓発回数</td> <td>計画値</td> <td>20回</td> <td>20回</td> <td>20回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>3回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">エ 訪問看護サービスの認知度</td> <td>計画値</td> <td colspan="2">R4アンケート結果による</td> <td>75.0%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">オ 在宅医療・介護連携推進会議の開催数</td> <td>計画値</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>1回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">カ 基幹病院での在宅看取り数</td> <td>計画値</td> <td>112人</td> <td>113人</td> <td>115人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>126人</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			指標項目	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 医療系サービスの事業所数 実績事業所数(市内事業所再掲)	計画値	16(4)か所	16(4)か所	16(5)か所	実績値	15(4)か所			イ 医療系サービスの利用者数 ・利用回数	利用者数	計画値	298人	303人	305人	利用回数	計画値	1,888回	1,930回	1,940回	ウ 看取りのDVDによる啓発回数	計画値	20回	20回	20回	実績値	3回			エ 訪問看護サービスの認知度	計画値	R4アンケート結果による		75.0%	実績値				オ 在宅医療・介護連携推進会議の開催数	計画値	2回	2回	2回	実績値	1回			カ 基幹病院での在宅看取り数	計画値	112人	113人	115人	実績値	126人			<ul style="list-style-type: none"> 多職種情報交換会や研修会の開催 ア 榎原総合病院相談員とケアマネージャーの意見交換の場 1回(入退院の調整のため) イ 榎原総合病院(看護師、医師)と介護予防事業所の研修会 研修会 2回(せん妄、褥瘡・ポジショニング) 事例検討会 1回 ウ 関係市町の連携 看看連携モデル事業「お茶の香みらいく」へ参加 3回 在宅医療を推進しやすい体制づくり ア 在宅医療介護連携相談窓口チラシを医師会等に配布 イ 近隣総合病院の情報連携窓口調査を実施 しずケアかけはし活用件数10件 	○	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> コロナ禍で在宅看取りのDVDを活用した看取りの普及啓発が十分に実施できていない。 在宅医療・介護連携システムの積極的な活用が進んでいない。 <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> コロナで活動を一時中止していた団体も徐々に活動再開ははじめたため、各地域の団体を対象に在宅看取りのDVDを活用した看取りの普及啓発を進めていく。 より円滑な連携体制を構築するため、在宅医療・介護連携システムの積極的な活用を進めていく。また、在宅医療・介護連携システムの活用を進めるにあたり、システムの利便性を感じてもらえるような操作説明会等も医師会と協力して実施していく必要がある。
			指標項目	実績値/計画値																																																																			
R3	R4	R5																																																																					
ア 医療系サービスの事業所数 実績事業所数(市内事業所再掲)	計画値	16(4)か所	16(4)か所	16(5)か所																																																																			
	実績値	15(4)か所																																																																					
イ 医療系サービスの利用者数 ・利用回数	利用者数	計画値	298人	303人	305人																																																																		
	利用回数	計画値	1,888回	1,930回	1,940回																																																																		
ウ 看取りのDVDによる啓発回数	計画値	20回	20回	20回																																																																			
	実績値	3回																																																																					
エ 訪問看護サービスの認知度	計画値	R4アンケート結果による		75.0%																																																																			
	実績値																																																																						
オ 在宅医療・介護連携推進会議の開催数	計画値	2回	2回	2回																																																																			
	実績値	1回																																																																					
カ 基幹病院での在宅看取り数	計画値	112人	113人	115人																																																																			
	実績値	126人																																																																					

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）																																				
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)	E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策																																		
(5) 介護サービス基盤整備と人材確保の一体的な推進	【10】医療・介護サービスを支える人材の確保 市内の医療現場及び介護現場では、働く人材が不足しており、病院や高齢者施設等は人材確保に苦労している。そのような状況の中で、医療・介護それぞれの分野で、機能分化を検討し、専門職でなければならない業務は専門職が行い、特別な資格が必要な業務は、一般市民や元気な高齢者の力を借り、医療や介護の現場を支えていく必要がある。介護現場では、低賃金、休暇取得の困難、責任の重さが負担となり、若い世代の入職が少なく、離職も多い状況である。	<ul style="list-style-type: none"> 介護現場や生活での困りごとがある市民を支援するため、一般市民や元気な高齢者を対象に、養成研修を計画及び実施する。 実際に活動する方々が、今後どのような業務を実施していきたいのか、本人の要望に合わせて、研修内容を企画するとともに、実際に活動する現場とをつなぎ合わせ、活動へつなげる支援を実施する。 ボランティア養成講座では受講した者が活動につながった後も、相談にのったり研修会等を行うなど継続的な支援を行う。 活動につながらなかった者に対して様子を聞いたり、意向を聞くなどして継続的に係る。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値/計画値</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 介護人材確保研修の実施回数</td> <td>計画値</td> <td>1回</td> <td>2回</td> <td>1回</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ 介護事業所およびボランティア等へのマッチングの実施人数</td> <td>計画値</td> <td>20人</td> <td>32人</td> <td>20人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>34人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ウ らいふサポーター養成講座により養成されたボランティアの人数</td> <td>計画値</td> <td>20人</td> <td>0人</td> <td>20人</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>0人</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	実績値/計画値			R3	R4	R5	ア 介護人材確保研修の実施回数	計画値	1回	2回	1回	実績値	0回			イ 介護事業所およびボランティア等へのマッチングの実施人数	計画値	20人	32人	20人	実績値	34人			ウ らいふサポーター養成講座により養成されたボランティアの人数	計画値	20人	0人	20人	実績値	0人			<ul style="list-style-type: none"> 養成研修について アクティブシニア活躍支援事業、ボランティア養成講座はコロナ感染により今年度は実施できなかった。 ただしアクティブシニア活躍支援事業は、令和元年度から令和2年度受講者の実績、課題整理、事業所へのヒアリングを実施し、評価分析をした。9人が継続して事業所に勤務しており、人材確保につながった。 	△	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> アクティブシニア活躍支援事業について ア 就労マッチング率の低下 イ 事業者機能分化（業務の仕分け）が確立されていない ウ 長期的な雇用（就労）が難しい ボランティア養成講座について ア 養成講座は、来年度企画し実施をする予定であるが、新型コロナウイルス感染症の感染状況により、実施可否の判断がされる。 イ 新型コロナウイルス感染症の影響で、外に出て活動することに対し、制限されることが多くなっているため、養成講座に参加することへの負担感が大きくなっているのではないか。そのため、養成講座への参加者が集まるのか、不安がある。 <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> アクティブシニア活躍支援事業について 地域における介護人材の発掘（研修の実施）及び事業所における介護現場の機能文化に係る支援を行う。特に事業所側の体制整備への支援を強化し人手が必要な時間帯や仕事内容を明確にした上で研修受講者を募集し、マッチング率の向上及び定着を目指す。 ボランティア養成講座について ア 市民向けに地域での活動や社会参加、役割を持つことの大切さについて、広く周知するため、講演会を実施する。そして、市民への動機づけを行ったところで、養成講座へつなげ参加を促す。 イ 参加者本人の意向を大切に、本人のやりたい事を重視し、講座内容を企画、実施できるような体制づくりを進める。
			指標項目		実績値/計画値																																			
R3	R4	R5																																						
ア 介護人材確保研修の実施回数	計画値	1回	2回	1回																																				
	実績値	0回																																						
イ 介護事業所およびボランティア等へのマッチングの実施人数	計画値	20人	32人	20人																																				
	実績値	34人																																						
ウ らいふサポーター養成講座により養成されたボランティアの人数	計画値	20人	0人	20人																																				
	実績値	0人																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値（計画値）</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 集団指導への事業者参加率</td> <td>計画値</td> <td>95.8%</td> <td>95.8%</td> <td>95.8%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>95.0%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ ケアプラン点検の実施事業所数</td> <td>計画値</td> <td>14か所</td> <td>14か所</td> <td>14か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>11か所</td> <td>か所</td> <td>か所</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	実績値（計画値）			R3	R4	R5	ア 集団指導への事業者参加率	計画値	95.8%	95.8%	95.8%	実績値	95.0%	%	%	イ ケアプラン点検の実施事業所数	計画値	14か所	14か所	14か所	実績値	11か所	か所	か所	<p>ア 集団指導 3回 サービスが適切に運営され、保険給付が適正に行われるように、介護サービス事業所等に対し、集団指導により指導・監督を行う。集団指導では、市内の事業所等に対して、各種基準（人員や運営、報酬等）や制度の改正内容等について説明し、周知を図る。</p> <p>イ ケアプラン点検 12回 事業所から事例提供者を1名立て、支援者（地域包括支援センター職員、他事業所の主任ケアマネジャー）と同一事業所のケアマネジャーが事前情報を基に個人が作成した課題整理総括表を基に、ケアプランの内容について点検指導を行う。市内に所在する全居宅介護支援事業所に対し実施する。</p>	○	<p>【課題】</p> <p>①集団指導では、制度の運用に係る周知を行っているが、事業所の理解度まで計れていない。周知して完了させるのではなく、事業所がどこまで理解し、何に不明点や不安点を抱えているのかを把握した上で次なる指導を考える必要がある。また、コロナ禍により対面形式を避ける事業所もあることから、オンラインの活用やハイブリッド形式を有効的に活用する必要がある。</p> <p>②ケアプラン点検は、主任介護支援専門員だけでなく、その事業所管理者も監督者として深く関わるべきであるため、ケアプラン点検開催時に管理者も出席していただければ良かった。ケアプラン点検の短期目標が、達成可能かつ評価可能な目標となっていることを確認したが、よりPCDAが回せる視点でケアプランを検証するほうが良かった。</p> <p>【対応策】</p> <p>①令和4年度集団指導においては、実施中に事業所と積極的なやりとりをできるように進行し、終了後には理解度を図るためのアンケートを実施する等、事業所が主体的に参加し理解が促進されるような運営を行う。また、形式として、Zoomやホームページ等オンラインの積極的な活用により実施する。</p> <p>②令和4年度のケアプラン点検からは、事業所管理者にもケアプラン点検に参加してもらう。ケアプラン点検の短期目標が「具体的か、達成可能か、意欲的か、定量的か、期限付きか」の目標であるかの視点に変えプラン点検を実施する。</p>												
指標項目		実績値（計画値）																																						
	R3	R4	R5																																					
ア 集団指導への事業者参加率	計画値	95.8%	95.8%	95.8%																																				
	実績値	95.0%	%	%																																				
イ ケアプラン点検の実施事業所数	計画値	14か所	14か所	14か所																																				
	実績値	11か所	か所	か所																																				
(5) 介護サービス基盤整備と人材確保の一体的な推進	【11】在宅サービスの充実と質の向上 介護保険制度は、制度改正や介護報酬改定が頻繁に行われることから、事業者が適正にサービスを実施できるように指導を行う必要がある。また、介護支援専門員においては、「なぜこのサービスを、どのような効果を見込んで、何回、利用者のプランに組み入れたのか」を分かりやすく明文化することが得意でない介護支援専門員がいる。	<p>サービスが適切に運営され、保険給付が適正に行われるように、介護サービス事業所等に対し、集団指導により指導・監督を行う。</p> <p>また、介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントを実施できるように、国が示した課題整理総括表を活用し、主任介護支援専門員や地域包括支援センターの協力のもと、同一事業所の介護支援専門員も参加するケアプラン点検を実施する。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標項目</th> <th colspan="3">実績値（計画値）</th> </tr> <tr> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ア 集団指導への事業者参加率</td> <td>計画値</td> <td>95.8%</td> <td>95.8%</td> <td>95.8%</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>95.0%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">イ ケアプラン点検の実施事業所数</td> <td>計画値</td> <td>14か所</td> <td>14か所</td> <td>14か所</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>11か所</td> <td>か所</td> <td>か所</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	実績値（計画値）			R3	R4	R5	ア 集団指導への事業者参加率	計画値	95.8%	95.8%	95.8%	実績値	95.0%	%	%	イ ケアプラン点検の実施事業所数	計画値	14か所	14か所	14か所	実績値	11か所	か所	か所	<p>ア 集団指導 3回 サービスが適切に運営され、保険給付が適正に行われるように、介護サービス事業所等に対し、集団指導により指導・監督を行う。集団指導では、市内の事業所等に対して、各種基準（人員や運営、報酬等）や制度の改正内容等について説明し、周知を図る。</p> <p>イ ケアプラン点検 12回 事業所から事例提供者を1名立て、支援者（地域包括支援センター職員、他事業所の主任ケアマネジャー）と同一事業所のケアマネジャーが事前情報を基に個人が作成した課題整理総括表を基に、ケアプランの内容について点検指導を行う。市内に所在する全居宅介護支援事業所に対し実施する。</p>	○	<p>【課題】</p> <p>①集団指導では、制度の運用に係る周知を行っているが、事業所の理解度まで計れていない。周知して完了させるのではなく、事業所がどこまで理解し、何に不明点や不安点を抱えているのかを把握した上で次なる指導を考える必要がある。また、コロナ禍により対面形式を避ける事業所もあることから、オンラインの活用やハイブリッド形式を有効的に活用する必要がある。</p> <p>②ケアプラン点検は、主任介護支援専門員だけでなく、その事業所管理者も監督者として深く関わるべきであるため、ケアプラン点検開催時に管理者も出席していただければ良かった。ケアプラン点検の短期目標が、達成可能かつ評価可能な目標となっていることを確認したが、よりPCDAが回せる視点でケアプランを検証するほうが良かった。</p> <p>【対応策】</p> <p>①令和4年度集団指導においては、実施中に事業所と積極的なやりとりをできるように進行し、終了後には理解度を図るためのアンケートを実施する等、事業所が主体的に参加し理解が促進されるような運営を行う。また、形式として、Zoomやホームページ等オンラインの積極的な活用により実施する。</p> <p>②令和4年度のケアプラン点検からは、事業所管理者にもケアプラン点検に参加してもらう。ケアプラン点検の短期目標が「具体的か、達成可能か、意欲的か、定量的か、期限付きか」の目標であるかの視点に変えプラン点検を実施する。</p>									
指標項目	実績値（計画値）																																							
	R3	R4	R5																																					
ア 集団指導への事業者参加率	計画値	95.8%	95.8%	95.8%																																				
	実績値	95.0%	%	%																																				
イ ケアプラン点検の実施事業所数	計画値	14か所	14か所	14か所																																				
	実績値	11か所	か所	か所																																				

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）				
A 区分	B 現状と課題	C 第8期における具体的な取組	D 目標 (事業内容、指標等)			E 実施内容	F 自己評価	G 課題と対応策
(6) 総合的な相談支援の推進	<p>【12】総合的な相談支援・家族支援</p> <p>【現状】 ・様々な分野の課題が絡み合っ て複雑化し、個人や世帯単位で 複数分野の課題を抱え、複合 的な支援を必要とする状況が増 えている。</p> <p>【課題】 ・社会的孤立、ダブルケア、 8050世帯など世情を反映した相 談に対し、対象者ごと『縦割 り』の支援体制では対応が困難 であり、世帯を丸ごと把握し、 対応する支援体制が必要。 ・関係部署との庁舎内連携とと もに、地域包括支援センターや 障害相談支援事業所、生活困窮 者自立相談支援機関、成年後見 サポートセンターなど相談支援 事業所および、民生委員や高齢 者等見守りネットワーク事業 所、警察等、関係機関との連携 が重要。</p>	<p>・様々な分野が関係する諸問 題に対し、行政と関係機関 (地域包括支援センター、障 害相談支援事業所、社会福祉 協議会、医療機関、警察、消 防、民生委員等)が情報を共 有することで解決に向けた連 携の強化を図り、相談支援体 制の充実と質の向上を図る。 ・複雑化した相談に対し、世 帯を丸ごと把握し、高齢者・ 障がい者・子ども・生活困窮 等の関係部署および関係機関 が、協働して相談支援を行う 体制の構築に努める。 ・様々な分野を超えて協働し た支援ができるよう、行政と 関係機関で研修を行う。</p>	指標項目			実績値/計画値		
			ア 重層的な相談に関与した件数実績	地域包括支援センター	計画値	520件	520件	520件
				成年後見サポートセンター	計画値	200件	200件	200件
			イ 委託相談支援機関の専門職の人数		計画値	30人	30人	30人
					実績値	29人		
			ウ 高齢者にかかる行政内部の勉強会実施回数		計画値	0回	1回	1回
	実績値	1回						
						<p>・令和3年度から、市社会福 祉課内に福祉相談支援係を設 置し、高齢者・障害者・生活 保護・生活困窮の相談業務を 一本化した。</p> <p>・福祉相談支援係が、委託相 談支援機関や庁内関係部署と のケース検討会議に出席。重 層的な課題を抱えるケース等 について、多職種で協議・支 援している。</p> <p>・相談支援体制の充実と質の 向上のため、令和3年度から 基幹相談支援センターメダル (障害相談機関)を設置。令 和4年度からは、成年後見サ ポートセンターの配置専門職 数を増やしている。</p>	○	<p>【課題】 ・庁舎内では、子どもに関する虐待や生活相 談、健康課題など様々な部署が相談を担って いる。世帯丸ごと支援のためには、さらなる 連携が重要になってきている。</p> <p>【対応策】 ・社会福祉法の改正に伴う、「我が事」、 「丸ごと」の考え方から、分野を超えた総合 的な相談体制づくりについて検討を進める。</p>