

三木市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画 事業評価シート(抜粋)

令和3年度介護保険運営協議会  
【資料2】

基本目標		1 地域で安心して暮らせる体制の整備	
計画の内容			
施策		取組内容	
1	(1) 地域包括支援センターの機能強化	P33. ①運営体制の強化	地域包括支援センター運営協議会において、適正な運営方針や点検・評価を実施します。また、市の広報紙やホームページなどで、地域包括支援センターの周知を図ります。
2		P34. ②相談体制の充実	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できるように、介護支援専門員の依頼に応じて、地域包括支援センターの職員が同行訪問やカンファレンスなどの支援を行います。また、「支援ケアマネ連絡会」を年3回程度開催し、介護支援専門員(ケアマネジャー)への情報提供などを行うほか、「主任介護支援専門員連絡会」を年4回程度開催し、事業者間の連携強化や専門性の向上を図ります。
3		P35. ③地域ケア会議の充実	要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう、専門職からの助言をもとに、個別の課題解決と今後の支援について検討し、より良い支援につなげます。
4			地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
			地域の社会資源、インフォーマルサービス等の把握及び創出、活用方法についての協議を行い、地域で支え合う仕組みづくりについて検討します。また、こうした取組を促進し、地域包括ケアシステムの充実のための政策提案につなげます。
5	(2)医療・介護連携の推進	P36	介護支援専門員などからの在宅医療・介護に関する相談に総合的に対応するため、在宅医療・介護連携支援センターにより、連携と相談体制の充実を図ります。
6			医療と介護の連携シートの活用
			医療と介護関係者間で情報共有を図るため、市内で統一した「情報連携シート」に「歯科用連携シート」を追加し、より円滑な連携を推進します。
7			在宅医療・介護連携に関する検討体制の構築や研修会の実施
			「在宅医療・介護連携推進会議」を年3回程度開催し、看取りを含めた在宅医療・介護の体制づくりを検討します。また、在宅医療・介護の専門職のスキルアップのための「多職種連携研修会」を年2回程度開催するほか、市民への普及啓発のために医療・介護に関する講演会を年1回程度開催します。
8	(4)災害や感染症から高齢者を守る体制づくり	P39 ②感染症対策	通いの場などでの感染症対策として、利用のためのルールの徹底を図ります。

現状と課題	今年度(R3)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
	実施内容	自己評価	
三木市の地域包括支援センターは、市役所本庁舎の介護保険課内にあるため、来所された方の相談につながりやすくなっている。	・介護保険ガイドブックに地域包括支援センターの相談窓口を掲載し、65歳以上の世帯に配布 ・各種研修会で地域包括支援センターのリーフレットを活用し、PRを実施 ・令和4年3月1日に地域包括支援センター運営協議会を開催	B	各種研修会等を通じて地域包括支援センターのリーフレットを活用し、PRを行う。
介護支援専門員から複数の問題が絡む困難事例の相談が増えてきており、他課や多職種との連携がより一層必要である。	・介護支援専門員から困難事例の相談を受け、同行訪問やケースカンファレンスに出席し、指導助言を行った。 ・「支援ケアマネ連絡会」や「主任介護支援専門員連絡会」は、コロナのため、書面又はリモートによる開催となった。	B	介護支援専門員の支援を引き続き行うとともに、各関係課や多職種と連携を図るよう研修会等を開催する。
個別問題に助言していただく専門職の参集がコロナ禍で難しいため、今年度の地域ケア会議が未開催である。今後どのような形で地域ケア会議を再開していくかが課題	地域ケア会議の担当職員が集まり、個別課題から地域課題を抽出して政策提言までつなげるためのプロセスをマニュアル化するなど、来年度の再開に備えた。	B	今年度に検討を重ねたマニュアルを実際によって地域ケア会議を再開し、個別課題の解決に向けた政策提言につなげたい。
「生活支援体制整備事業」と「地域ケア会議」の連携が部分的であり、地域で一体的に支え合うしくみづくりの検討には至っていない。	生活支援コーディネーターと意見交換し、生活支援体制整備と地域包括ケアシステムの充実について検討	B	地域ケア会議で抽出した地域課題を生活支援体制整備事業に反映させるなど、地域と介護支援事業所・行政が一体となった地域包括ケアシステムの充実を図る。
ハートフルプラザ2階に「在宅医療・介護連携支援センター」を設置し、チラシやホームページで関係機関に周知している。相談内容は、市内の医療・介護関係者と情報共有している。	市内の医療・介護関係者が参集する「在宅医療・介護連携推進会議」で、相談内容を報告し、医療介護連携の課題について協議した。対応した内容は、ケアマネジャーの連絡会などでも報告した。	A	センターでの相談内容について、医師会や関係機関と連携しながら、よりよい連携や支援体制の構築に向けて、一層充実を図る。
市内統一の「医療と介護の連携シート」を運用してから3年経過し、関係者間で活用が定着してきた。現在は「病院とケアマネジャー間用」「病院と施設間用」「歯科用」の3種類のシートを作成している。一方で、職種を選ばずに使用できるシートを希望する意見もある。	職種を選ばないシートについて、在宅医療・介護連携推進会議において協議し、より簡素化された専門職間の情報共有シートを作成した。	A	今後、市内統一の「医療と介護の連携シート」の使用に関する評価を実施していく。
関係者が医療機関・福祉施設職員のため、コロナ禍で参集での開催がなかなかできず、市民講演会もできなかった。一方で、コロナ禍で面会ができないために在宅介護が増え、医療と介護の連携がより必要になった。	・在宅医療・介護連携推進会議を主にオンラインで開催し、コロナ禍での新たな課題について協議した。 ・専門職対象の研修会は、オンラインでグループワークや連絡会を開催した。 ・市民への普及啓発として、病院窓口に在宅療養についてのリーフレットを配布した。	A	医療と介護の専門職のスキルアップや連携支援のための会議や研修会を、引き続きオンラインと会場参加の両方で開催する。また、市民への普及啓発のための医療介護に関する(在宅療養・ACP等)リーフレットやホームページの作成に取り組む。
各教室(通いの場)では、コロナ禍で工夫を凝らしながら運営を継続しており、感染予防対策について、適宜アドバイスを行っている。	・通いの場などに感染予防対策についてのチラシを配布 ・通いの場に市の担当者が訪問し、現状の確認や、感染予防対策についてのアドバイスを実施	B	国や県から示された方針に従い、個々の通いの場の状況を考慮しながら、コロナ禍での通いの場を推進していく。

三木市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画 事業評価シート(抜粋)

基本目標		2 認知症施策の推進	
計画の内容			
施策		取組内容	
9	(1) 認知症への理解を深めるための普及啓発・本人発信支援	P40	地域住民への普及啓発と活動支援 認知症への理解を深めるための研修会を行うほか、世界アルツハイマーデー(9月21日)を中心に啓発を行います。また、地域や企業などで認知症サポーター養成講座を開催するほか、ステップアップのための講座も開催することで活動の場を支援します。
10			学校教育における認知症高齢者の理解促進 市内小・中学校、高等学校で認知症サポーター養成講座を開催し、若年者の理解促進を図ります。
11			本人・家族の思いの発信支援 認知症の症状に応じて、いつ、どこで、どのようなサービスが利用できるかを分かりやすくまとめた「認知症ケアパス」に、本人や家族の思いを盛り込んだものを医療機関などの相談窓口配布し、認知症の方の支援につなげます。
12			相談窓口の周知 認知症の相談窓口について、市の広報紙やパンフレットの作成などにより周知します
13	(2) 認知症予防の推進	P41	認知症予防の理解促進 「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という認知症予防に関する講座を月1回程度開催するほか、市の広報紙などにより普及啓発を行います。
14			「頭すっきり教室」などの開催 認知症予防健診の結果、軽度認知障害(MCI)の疑いのある方などを対象に、脳トレーニングなど頭の体操を行う教室を開催します。また、「頭すっきり教室OB会」や「頭すっきり教室自主グループ交流会」の活動を支援します。
15	(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	P42	早期発見・早期対応 認知症予防健診やタッチパネル(もの忘れプログラム)を活用した頭の健康チェックなどにより認知症の早期発見に取り組めます。
16			認知症初期集中支援チーム 医療や介護につながっていない認知症の方や、認知症が疑われる方が必要とする医療・介護サービスを検討し、自立した生活を支援します。また、地域の専門職の資質向上や住民理解を目的に研修を実施するほか、認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員(医療・介護・地域の連携支援や相談業務を行う保健師や社会福祉士などで構成)との定期的な情報共有の場を月に1回程度開催します。
17			認知症カフェの支援 認知症の方やその家族が地域住民や専門職等と出会える場である認知症カフェの設置を支援し、安心して過ごせる居場所づくりを推進します。

現状と課題	今年度(R3)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
	実施内容	自己評価	
・認知症についての正しい知識と対応を知るために、認知症サポーター養成講座を開催した。 ・認知症サポーターの見守り以外の具体的な活躍の場が創出が課題である。	・広報みき7月号に「認知症の方とその家族の思い」を掲載し、認知症の方との関わりについて、専門医や専門職からのヒントなどもあわせて掲載した。 ・ステップアップのための講座の開催に向け、近隣市の動向の聞き取りを実施した。	B	認知症についての正しい知識と対応を知るための認知症サポーター養成講座を引き続き開催する。また、広報などでも理解を深めるための情報を発信していく。
市内の小中学校での講座を広げていたものの、コロナ禍で、開催する学校が減ってきている。	養成講座を平田小学校、関西国際大学で開催	B	引き続き市内の学校等で講座の開催を計画する。
認知症ケアパスはあるが、ご本人や家族が困った時や、相談対応時に有効に活用できていない。本人や家族の視点を盛り込んだケアパスを作成する必要がある。	ご本人や家族の思いを聞き取りした「こころの声アンケート」をとりまとめた。今後、聞き取り内容の一部をケアパスに盛り込む予定である。	B	「心の声アンケート」の一部をケアパスに掲載し、本人・家族の思いの発信支援をしていく。
認知症の相談窓口の周知が不十分で、最初にどこに相談すればよいか悩む方が多い。	市の広報誌やホームページで相談窓口を掲載	B	市の広報やホームページでの相談窓口の掲載を継続する。
認知症予防について、「進行を緩やかにする」「認知症になることを遅らせる」という意味についての情報の提供が不十分	市立三木南交流センターでの認知症予防プログラムの一環として、認知症予防に関する講座を実施	B	認知症予防健診の受診者に対して、予防の理解を促進するためのパンフレット等を送付する。また、頭の健康チェック相談で認知症予防についての取組を助言していく。
「頭すっきり教室OB会」は体調面や諸事情により参加が難しくなる方がおられ、どの団体も年々会員が減少している。今後も安心して通い続けられる教室づくりが課題である。	・コロナで「頭すっきり教室」「自主グループ交流会」は未開催 ・健診後の要フォロー者などを個別相談へ勧奨 ・「OB会」は各団体が継続できるように相談支援した。各教室内での役割が負担となり継続が困難になる団体もあったが、意見交換を重ねて維持できた	B	感染状況を考慮しながら、教室の開催を行う。また、OB会へは適宜相談体制をとりながら、継続に向けて安心して参加できる活動の場となるよう支援していく。
コロナ禍で、来所相談につながりにくくなっている。また、健診受診後、相談勧奨までに時間がかかり、案内が遅くなってしまうことが課題である。	・町ぐるみ健診と同時に認知症予防健診の実施 ・認知症予防健診の受診者に、チラシでタッチパネルなどを紹介 ・健診での要フォロー者にタッチパネルを活用した個別相談への勧奨や、電話で医療機関への受診勧奨を実施 ・3会場で月1回の個別相談日を開催し、早期発見・早期対応に取組	B	継続してタッチパネルを活用した相談を毎月開催する。予防健診受診者のフォロー体制が遅くならないように、必要に応じて適切なサービスにつなげられよう、早期発見・早期対応を行う。
適切な介護や医療につながっておらず、支援者や家族が対応に苦慮している事例が多くある。認知症初期集中支援チームを活用してもらえよう、活動の周知が課題である。	前年度に介護支援専門員に対して認知症初期集中支援チームの活動の報告と周知を図ったため、今年度は介護支援専門員からの相談が複数あった。専門職や専門医、サポート医とともに支援方法を検討し、適宜対応した。	B	相談時には既に症状が進行しており、経済面など多問題を抱える事例が多くなっていることから、早期の相談につなげられるように、認知症初期集中支援チームの活動や相談窓口の周知を図る。
認知症カフェの設置数が少なく、設置地域が偏っている。	認知症カフェの運営補助制度を令和3年度に新設し、1件の申請があった。 新たに住民主体のカフェと大学主体のカフェが設置され、主催者を対象とした講座等を開催した。	B	認知症カフェ運営補助金助成を継続して実施する。また、認知症カフェ主体者の交流会を実施し、コロナ禍での工夫などの情報共有を図る。

三木市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画 事業評価シート(抜粋)

基本目標 3 健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進			
計画の内容			
施策		取組内容	
18	(1)フレイル予防・介護予防の推進	P44 ①介護予防対象者の把握	虚弱な状態の高齢者の把握
19		②介護予防の普及・啓発	「みっきい☆いきいき体操」などの普及啓発
20		介護予防講座・地域介護教室の実施	高齢者の低栄養や虚弱・閉じこもりなどの生活改善につなげるため、みっきい☆いきいき体操自主教室や、ふれあいサロン、高齢者教室などにおいて普及・啓発などを行う講座・教室を開催します。
21		③地域介護予防活動の支援	「みっきい☆いきいき体操自主教室」に、運動指導員を派遣して運動機能測定等を行うほか、理学療法士などの専門スタッフが外向いて個別相談に応じるなど、長期的に自主的な活動を行う教室づくりに取り組みます。また、通いやすい活動場所の確保に向けて、病院などとの連携を進めます。
22		「みっきい☆いきいき体操サポーター」の養成	みっきい☆いきいき体操サポーター養成講座を開催して登録者数を増やすとともに、定期的な研修で資質向上を図るなど、みっきい☆いきいき体操自主教室の運営を支援します。また、サポーター自身が意欲的にレベルアップに取り組めるような仕組みを研究します。
23		④地域リハビリテーション活動支援事業	地域での介護予防の取組を機能強化するために、リハビリテーション専門職が介護サービス事業所・地域ケア会議・サービス担当者会議・住民主体の通いの場などへ出向き、よりよい支援につなげます。
24		自立支援・重度化防止に向けた取組の推進	リハビリテーションが必要な高齢者を個別相談につなぎ、機能の維持や自立支援、重度化防止に向けた取組を行います。
25	(2)生活支援・介護予防サービスの充実	P48 ①生活支援体制の整備	誰もが安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めるため、第2層生活支援コーディネーターを配置し、住民主体の支え合いのネットワークづくりを支援します。また、第1層生活支援コーディネーターは、市全域に関わる課題の抽出や関係機関とのネットワークづくりに取り組みます。
26		P49 ②ニーズに応じた介護予防・生活支援サービスの充実	訪問型・通所型サービスの推進
27		サービスの担い手の養成	生活支援の一部である家事援助を行う「みっきい☆家事ヘルパー」を養成します。

現状と課題	今年度(R3)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
	実施内容	自己評価	
コロナによる自粛の影響により、フレイルが進行した高齢者の増加が予想されるため、通いの場等でフレイルアンケートの調査を行い、現状の把握が必要	・みっきい☆いきいき体操自主教室生に対して、フレイルチェックや基本チェックリストを実施 ・みっきい☆いきいき体操自主教室退会者に対してアンケート調査を実施	A	今年度にアンケート調査などにより、介護予防に関するデータの収集を行ったことを受け、来年度は、収集したデータを基に地域ごとの課題の把握や整理を進めていく。
みっきい☆いきいき体操の認知度は、令和元年度のニーズ調査で50.9%であった。計画では令和5年度の目標値を60%として定めており、さらなる啓発が課題である。	・みっきい☆いきいき体操のポスターを作成し、各医療機関や公民館、公共施設などに掲示を依頼した。 ・広報8月号に体操参加者の声を掲載した特集や、市庁舎内で体操教室を紹介するパネル展示を行った。 ・みっきい☆健脚体操については、個別相談などで有効と思われる方に紹介した。	B	引き続き、広報誌での掲載やポスターの掲示などにより、新規参加者の募集を強化するとともに、活動場所の拡大に向けて取り組む。
高齢者が介護予防講座を受講することで、健康への関心が高まり、自らの介護予防に繋がっている。今後、講座参加者数の増加が課題である。	市職員の理学療法士や保健師等の専門職が通いの場などに訪問し、介護予防に関する講座などを実施(各地区のサロン等には在宅介護支援センターの職員により実施)	B	引き続き、感染予防対策を行いながら介護予防講座を実施する。
運動指導員などを定期的に派遣することにより、自主教室の活動が継続できるように支援しており、教室生がいつまでも通い続けられる教室づくりが課題である。	・定期的な運動指導員の派遣や体力測定を実施するほか、保健師や理学療法士が訪問して教室の状況確認や個別相談を行った。 ・継続した教室運営ができるよう、退会者にアンケート調査を行った。	A	引き続き、みっきい☆いきいき体操自主教室に対して定期的な介入を行い、フレイル予防により効果的な通いの場となるようにサポートしていく。
コロナ禍で、みっきい☆いきいき体操サポーターの活動が制限されたほか、実働人数が少なく、地域のお世話役として参加する人を増やすための仕組みづくりが課題である。	コロナにより、みっきい☆いきいき体操サポーター養成講座や研修は開催できなかった。	-	感染状況を鑑みながら、サポーター養成講座の実施を検討していく。
リハビリテーション専門職が、地域ケア会議や通いの場などへ介入することにより、よりよい支援になるようにサポートをしている。介護サービス事業所などとの連携方法の構築が課題である。	市職員の理学療法士が、地域ケア会議の参加や、みっきい☆いきいき体操自主教室のサポート等を行った。	B	引き続き、通いの場などでリハビリテーション専門職の積極的な介入を推進する。
フレイルリスクが高い高齢者に対して、リハビリテーション専門職が個別相談を行い、自立支援、重度化防止のサポートを行った。個別相談後のフォロー体制の構築が課題である。	市職員の理学療法士などが、通いの場での個別相談や介護支援専門員との訪問同行などを行った。	B	引き続き、リハビリテーション専門職が個別相談や介護支援専門員との訪問同行を行い、自立支援や重度化防止を推進していく。
市町村区域に「第1層生活支援コーディネーター」を1名、日常生活圏域に「第2層生活支援コーディネーター」を4名配置し、地域の支えあい体制づくりを推進している。	第1層生活支援コーディネーターは、関係部署等との情報共有に取り組み、第2層生活支援コーディネーターは、協議体(圏域ごとの暮らし・生活部会)に参加し、支援を行った。	B	協議体が未設置の4圏域(三木・緑が丘・青山・吉川)について、引き続き、設置に向けた支援を行っていく。
訪問型・通所型サービスCの実施に向けて検討を行っている。	訪問型・通所型サービスCの実施に向けて検討した。	-	サービスCの必要性についてなども含め、市内の専門職と意見交換を行っていく。
年1回「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」を開催し、生活支援の担い手を養成している。受講者は多いとは言えず、また、研修修了者が事業所等で働けるまでに至った方も少ない状況である。	県のカリキュラムに基づき、「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」を1回(2日間)開催し、17人の生活支援員を養成した。	B	生活支援員に関心を持つ方が増えるよう、引き続き「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」の周知に努める。

三木市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画 事業評価シート(抜粋)

基本目標		4 みんなで支え合う地域社会の構築	
計画の内容			
施策		取組内容	
28	(2) 高齢者の権利擁護	P53 成年後見制度の利用者支援	身寄りのない認知症等の高齢者が自立した日常生活を送ることができるように成年後見人の市長申し立てを行います。また、成年後見人の報酬助成の充実について、国の保険者機能強化推進交付金などを活用しながら検討します。
29		成年後見制度の利用促進に向けた計画を検討	成年後見制度利用促進法に基づいた計画の作成を検討します。
30		高齢者虐待の防止	関係機関と連携して、高齢者虐待の未然防止と早期発見及び虐待事案への迅速かつ適切な対応を行います。ケースごとに検討を行い、関係機関や地域住民の協力を得て、関係機関のネットワーク構築に取り組みます。また、高齢者虐待に関する研修会などを開催します。
31	(3) 在宅生活の支援	P54 ①高齢者の生活支援サービス	緊急通報システム事業 急病等の緊急事態発生を受信センターに通報し、近隣協力員の協力のもとに緊急援助を行います。また月1回、連絡を行い、安否確認をします。
32		P56 ②家族介護者の支援	家族介護者交流会 家族介護者交流会を毎月開催し、高齢者を介護している家族に対して、介護からの一時的な開放や介護者相互の交流の機会を提供することで、心身の元気回復を図ります。
33		家族介護教室	介護が必要な高齢者の状態の維持・改善や、介護離職の防止を図るため、家族介護教室を開催し、排せつ介助をはじめとした介護知識・技術や、外部サービスの利用方法の習得などを行います。

現状と課題	今年度(R3)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
	実施内容	自己評価	
身寄りがなく、資産が少ない認知症等の高齢者には、成年後見人の報酬助成等も行っているが、対象要件を限定しているため、利用できる方が限られている。	身寄りのない認知症等の高齢者に対して、市長申し立てを行った。また、身寄りがなく、資産が少ない認知症等の高齢者に対しては、申し立てに必要な費用等の助成も行った。	B	報酬等の助成対象要件を見直すことで、助成対象者を拡充し、成年後見制度の利用促進に一層取り組む。
成年後見制度利用促進法に基づいた「三木市成年後見制度利用促進基本計画」は、これまで策定していなかった。	「三木市成年後見支援センター運営協議会」において、令和4年3月に策定予定の「第4期三木市地域福祉計画」に「三木市成年後見制度利用促進基本計画」を含有して策定することについて了承を得た。	A	令和3年度に策定した計画に基づいて、成年後見制度の推進を図る。
一般市民や警察、介護関係事業者などから高齢者虐待の相談を受理すると、専門職複数名で安全・事実確認を行っている。相談窓口の周知と研修会の開催ができていないことが課題である。	・警察や在宅介護支援センターなどの関係機関や市役所関係課と連携し、虐待事案に迅速な対応を行ってきた。また、再燃予防として施設や在宅福祉サービスの導入等も視野に入れて調整している。 ・コロナ禍のため、研修会の開催はできていないが、市広報紙により予防啓発を行ったほか、虐待防止のパンフレットを作成した。	B	高齢者虐待防止法に基づく対応は引き続き継続していくとともに、相談窓口をパンフレットや広報を活用して周知していく。また、感染症の動向を探りながら、研修会を開催し、高齢者虐待の実態と予防についての学びの機会を設けたいと考えている。
利用者数が増加していない理由として、利用条件として「①固定電話が必須、②おおむね協力員が3名必要」であるため、申請が困難と考えられる。	事業周知のため、民生委員にチラシの配布と概要説明を行った。また、老人会、区長会でチラシの回覧を依頼した。	A	令和4年度から固定電話がなくても利用できる携帯型機器を導入することで利用者を増やすとともに、居宅介護支援事業所など関係機関に周知を行う。
緊急事態宣言が発出され、開催できない月があった。コロナ禍で開催が見通せず、年間計画を立てることが難しい。	情報交換会とともに、介護セミナーを開催した。	B	交流会の内容について、参加者の意向がより反映されるよう努める。また、コロナ禍で先の開催が不透明であるもの、年間計画を早めにお知らせし、参加者が確保できるように努める。
今年度は新型コロナ感染の影響で、実施ができなかった。今後新型コロナ感染の予防対策を講じながら開催に向けて検討していく。	開催見合わせにより実施成果なし	C	今後、各地区での開催を検討する。

三木市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画 事業評価シート(抜粋)

基本目標		5 介護保険サービスの提供体制の整備	
計画の内容			
施策		取組内容	
34	(1) 介護保険制度の運営 P58 ①介護保険制度の普及啓発		第8期介護保険事業計画を踏まえた介護保険制度について、分かりやすい冊子を作成し、被保険者に郵送します。また、介護保険料の決定通知書などに介護保険制度の趣旨を掲載し、介護保険料の収納率向上を図ります。介護保険制度を身近なものとして感じることができるよう、市の広報紙やホームページ、パンフレットなどにおける表現を見直すとともに、各種行事や出前講座、啓発イベントなどを通じて制度の周知や理解の深化を図ります。
35	P58 ②介護保険制度の基盤整備		日常生活圏域を基本に、バランスの取れた施設・居住系サービスを計画的に整備します。在宅サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能居宅介護などを、施設サービスは、介護老人福祉施設について、公募の上、整備します。また、全てのサービスについて、整備に係る相談時から必要な助言や指導を行い、サービスの質の確保に努めます。
36	P60 ③介護給付の適正化	ケアプランの点検	介護支援専門員が作成したケアプランの記載内容について、書面等で点検及び支援を行います。
37		介護給付費通知	受給者本人(家族を含む)に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について、説明文書とともに定期的に通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果を図ります。
38	(2) 介護保険サービスの質の向上 P62 ①事業者への指導監督	事業所の人材育成の支援(内部研修と外部研修)	介護サービスの質の向上を図るため、各事業所において研修体制を確保するよう指導します。また、市として積極的に研修機会の提供や支援を行います。
39	P63 ②相談・苦情解決体制の充実	要介護認定やサービスの相談・苦情に対する受付体制の強化	住民が気軽に相談できるように、市介護保険課、地域包括支援センター及び在宅介護支援センターにおいて相談や苦情相談に対応します。

現状と課題	今年度(R3)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
	実施内容	自己評価	
・介護保険は高齢者利用者(要介護者)が約2割のため、何のために保険料を払っているのか分からないという声がある。 ・このため、介護保険制度のわかりやすいパンフレットの作成や、介護を身近なものとして感じることができるよう啓発が必要と考えている。	・「介護保険ガイドブック」を7月に世帯に1冊郵送した。 ・65歳になった時に郵送する介護保険被保険者証に新たにパンフレット(保険証のみかた)を同封した。 ・介護保険料が県内で一番安いことを周知するため、広報7月号に掲載した。	A	・介護保険サービスをどのような時に使うのか、引き続き市民目線でわかりやすく周知していく。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の整備を行う必要がある。	・定期巡回・随時対応型訪問介護事業者の公募を行いました。応募がなかった。 ・定期巡回・随時対応型訪問介護サービスの普及セミナー(県主催)に2回参加した。	C	・市内介護サービス事業者に対し、当該サービスの認知を高めるための普及や営業活動を行う。
・介護給付適正化総合支援パッケージ(トリトンモニター)や国保連提供の適正化情報を活用して、ケアプラン点検を実施している。 ・専門的視点からのケアプラン点検の実施が課題となっている。	・システムを活用し、認定データと給付実績データを突合させた不適切な介護サービスの可能性のあるプランを抽出し、ケアプラン点検を実施した。 ・また、認定有効期間の半数を超えた短期入所や、福祉用具の例外給付などについてのプランの確認も実施した。	B	理学療法士やケアマネ資格がある職員がケアプラン点検に参画し、専門職の視点も取り入れたケアプラン点検を実施する。
介護保険で賄われている費用や、自身が受けているケアプランについてチェックする機会として、年2回通知を行っている。	年2回(9月、2月)に分けて半年間の介護給付費通知を郵送した。また、適正な介護利用となるように同封文書の記載を見直した。	A	給付費通知の方法について、費用対効果が表れるように今後も適宜見直していく。
国などによるオンライン等の研修案内の情報提供や集団指導やケアマネ連絡会で、介護サービスに関する質確保のための講義を行っている。	西部ケアマネ連絡会で、介護サービス運営に関する講義を実施した。	B	事業者に対してハラスメント対策や処遇改善に関する研修の情報提供を行っていく。
要介護認定や介護サービスの苦情について、相談や苦情相談に対応している。	市民からの要介護認定や介護サービスの苦情について、市民の声を聴き丁寧な説明を行った。	A	引き続き実施する。

目標値の進捗状況 (R3年度は見込)			実績		計画			自己評価	備考
目標			R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度		
1 認知症への理解を深めるための普及啓発・本人発信支援	認知症サポーター養成講座受講者数	目標			300人	350人	400人	B	感染拡大防止のため中止
		実績		380人	253人	189人			
	認知症サポーターステップアップ講座受講者数	目標			30人	30人	30人	C	コロナもあり、講座の企画ができなかった。
	実績		-	0人	0人				
3	認知症の相談窓口を知っている方の割合[ニーズ調査で把握]	目標			-	-	30.0%	B	広報や講座、県のパンフレット等で相談窓口の周知を図った。
		実績		26.0%	-	-	-		
4 認知症予防の推進	頭すっきり教室の参加者数	目標			50人	50人	50人	C	コロナ禍で未実施
		実績		41人	19人	0人			
5 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	頭の健康チェックの参加者数	目標			250人	250人	250人	B	3か所で頭の健康チェックを開始。保健師による相談対応を行った。
		実績		200人	88人	160人			
6	認知症カフェの開設箇所数	目標			7か所	8か所	9か所	A	住民主体のカフェと大学でのカフェが新たに設置
		実績		6か所	6か所	8か所			
7 認知症バリアフリーの推進	認知症高齢者等の見守り・SOSネットワークの新規登録者数	目標			10人	20人	30人	A	登録者全員に現状・不安点の確認を実施した。(※目標値を「登録者合計」から「新規のみ」に変更)
		実績			16人				
8 フレイル予防・介護予防の推進	フレイルチェック件数	目標			150件	150件	150件	A	対面での聞き取りにより実施したため、目標件数を大きく上回った。
		実績		-	-	1,450件			
9	「みっきい☆いきいき体操」の参加登録者数	目標			高齢者人口の8.3%以上	高齢者人口の8.5%以上	高齢者人口の9.0%以上	B	コロナで参加を見送った方もいる。今後コロナ禍での介護予防の必要性を啓発し参加者の増加を目指す。
		実績		[8.1%]2,134人	[7.8%]2,052人	1,957人			
10	「みっきい☆いきいき体操」の男性参加者数	目標			280人	300人	320人	C	男性に向けての仕掛けができなかった。男性が興味を持ち参加しやすい介護予防の取組について検討する。
		実績		259人	238人	220人			
11	「みっきい☆いきいき体操」を知っている方の割合[ニーズ調査で把握]	目標			-	-	60.0%	-	広報誌やポスターの掲示などにより、認知度を高める。
		実績		50.9%	-	-	-		
12	みっきい☆いきいき体操自主教室数	目標			113教室	115教室	117教室	A	ポスターや、ロコミなどで体操教室立ち上げの検討・相談が増えている。引き続き活動場所拡大に向けて取組む。
		実績		109教室	113教室	116教室			
13	みっきい☆いきいき体操サポーター数	目標			90人	95人	100人	-	感染状況を鑑みながら、サポーターの養成講座の実施について検討をしていく。
		実績		87人	87人	87人			
14	ボランティアポイント事業登録者数	目標			135人	140人	145人	A	社協の広報誌や、2か月ごとの活動新聞などで事業の周知を図った。また、事業の説明会を毎月行った。
		実績		137人	123人	115人			
15	リハビリテーション専門職による個別相談の実施人数	目標			150人	200人	250人	B	コロナにより訪問回数が限られたため、より個別相談が必要な通いの場などを選定しながら実施した。
		実績		99人	57人	60人			
16	理学療法士の同行訪問回数	目標			12回	12回	12回	A	介護支援専門員からの依頼回数は徐々に増加傾向にある。
		実績		8回	13回	20回			
17	訪問型サービスC(短期集中予防サービス)	目標			計画	計画	実施(15人)	-	令和5年度実施に向けて検討
		実績		-	-				

目標値の進捗状況 (R3年度は見込)			実績		計画			自己評価	備考
目標			R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度		
18	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	目標			計画	計画	実施(20人)	-	令和5年度実施に向けて検討
		実績	-	-					
19	みつきい☆家事ヘルパー養成講座の受講者数	目標			30人	30人	30人	B	「みつきい☆家事ヘルパー養成研修」を開催し、17人の生活支援員を養成した。
		実績	11人	26人	17人				
20	高齢者ファミリーサポートセンター活動回数	目標			1,200回	1,250回	1,300回	A	活動新聞の発行や、市の広報誌への掲載など事業の普及啓発に取り組んだ。
		実績	1,079人	1,153回	1,245回				
21	高齢者ファミリーサポートセンター協力会員数	目標			80人	85人	90人	A	事業の説明会や協力会員養成講座を開催した。
		実績	74人	71人	72人				
22	高齢者の権利擁護 成年後見支援センター相談件数	目標			120件	130件	140件	A	成年後見制度を検討されている方や興味がある方に対して、センター職員や専門職による相談を行った。
		実績	110件	90件	100件				
23	在宅生活の支援 緊急通報システムの設置件数	目標			150件	160件	170件	A	事業周知のため、民生委員にチラシの配布と概要説明を行った。
		実績	135件	137件	140件				

施設整備の進捗状況

			実績	計画			自己評価	備考
			R2年度	R3年度	R4年度	R5年度		
新設	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	計画		1事業所	1事業所	2事業所	C	公募したが応募がなく、再公募に向けて、関連の介護保険事業所に営業活動を実施するなど調整を図る。
		実績		(応募なし)				
	看護小規模多機能型居宅介護	計画			1事業所/定員29人	1事業所・定員29人	-	(令和4年度公募に向けて準備)
		実績						
	介護老人福祉施設	計画		7事業所/定員448人	7事業所/定員448人	8事業所/定員548人	A	令和5年度の開設に向けて、特別養護老人ホームを公募し、事業者が決定した。
		実績	7事業所/定員448人	7事業所/定員448人				
	有料老人ホーム	計画			1事業所/定員30人	1事業所/定員30人	-	
		実績						
定員変更	小規模多機能型居宅介護	計画		3事業所/定員83人	3事業所/定員83人	3事業所/定員83人	A	1事業所の定員変更を実施し、完了した。
		実績	3事業所/定員79人	3事業所/定員83人				
	認知症対応型共同生活介護	計画		6事業所/定員81人	6事業所/定員81人	6事業所/定員81人	A	1事業所の定員変更を実施し、完了した。
		実績	6事業所/定員80人	6事業所/定員81人				