

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3～7割
 (C) 3割以下、(-) 未執行

基本目標		1 地域で安心して暮らせる体制の整備		令和4年度				
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性	
施策		取組内容			実施内容	自己評価		
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の適正な運営と周知	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。	中央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、来庁者が相談しやすい環境となっている。一方で、電話や来所相談が集中し、包括支援センター業務が煩雑化する傾向にある。	・地域包括支援センターや在宅介護支援センターなどの連絡先を介護保険ガイドブックや市ホームページに掲載し、市民の利便性を考慮した相談窓口を周知している。 ・地域包括支援センターの効果的な運営に関するアンケート調査や機能評価等を実施し、運営体制や実施内容の評価を行った。 ・令和5年2月24日に地域包括支援センター運営協議会を開催した。	B	・引き続き、市民の利便性を考慮した相談窓口の案内周知を図る。 ・地域包括支援センターの運営に当たり、3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）や介護支援専門員等の人員を確保するとともに、事業内容を検討し、相談支援体制の充実を図る。
2		P34. ②相談体制の充実	介護支援専門員へのサポート	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。	・「ホワイトボードを活用したオンライン会議の開き方」について研修を開催し、感染症拡大時もオンライン会議を開催できるようにサポートした。 ・ケアマネジャーのスキルや事業所のオンライン環境に格差が生じており、コロナ禍におけるサービス担当者会議が書面照会のみとなっている。	・支援ケアマネ連絡会はオンラインで開催した。 ・「ホワイトボードを活用したオンライン会議の開き方」について研修を開催し、感染症拡大時もオンラインで会議を開催し情報共有や意見交換ができるようサポートした。	B	オンライン型や参集型による全介護支援専門員を対象とした研修会や主任介護支援専門員を対象とした研修会、各圏域ごとの研修会等において、情報共有や意見交換を行い、顔の見える関係で効果的な連携協働が図れるよう、今後も後方支援に努めていく。
3		P35. ③地域ケア会議の充実	個別課題の解決	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。	・コロナ禍で中断していた地域ケア会議について、前年度に作成した司会者マニュアルを活用し、参集方式での会議を再開した。 ・会議前に複数名の主任ケアマネジャーで課題の整理を行い、会議の充実を図っている。 ・精神科領域の専門職の参加の機会が限られていることが課題である。	軽度者および困難・認知症の個別課題について、毎月定期的に地域ケア会議を開催し、専門職からの助言をもとに今後の支援方法について検討する機会を持った。 困難・認知症事例 16件 自立支援事例 11件	B	事例の抽出方法や、助言いただく専門職の調整方法を検討し、個別課題の解決に向け充実した協議の場ができるよう取り組んでいく。
4	(2)医療・介護連携の推進	P36	在宅医療・介護連携支援センターの充実	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。	ハートフルプラザみきに「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、ケアマネジャーの連絡会などでも報告している。	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する。引き続き医師会や関係機関と連携しながら、よりよい支援体制の構築に向けて、一層の充実を図った。	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、一層の充実を図る。
5			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。	市内統一の「医療と介護の連携シート」を運用してから4年が経過し、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」に加え、職種を選ばずに使用できる「多職種用」シートを作成した。	在宅医療・介護連携推進会議において協議、作成した「多職種用」シートをホームページに掲載し、活用を推進した。また、「歯科用」シートの一層の活用に向け、歯科医師とケアマネジャーを中心とする「歯科シートワーキング」を立ち上げて検討した。	A	歯科シートワーキングなど、歯科や薬局など多職種連携を進めるための取り組みを継続し、「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。
6			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。	医療・福祉関係者のため、コロナ禍で参集方式での開催ができず、オンラインで会議や研修会を開催し、グループワークを行った。市民啓発については、市民講演会ができなかったため、リーフレットにより啓発を行った。一方、コロナ禍で面会制限があったため、在宅介護が増え、医療と介護の連携がより必要になった。	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・研修会を開催した。市民への普及啓発のため、医療介護に関する在宅療養・ACPなどのホームページの作成に取り組んだ。また「ACP(アドバンスケアプランニング)普及啓発」のためのワーキングを立ち上げ、医療介護専門職とともに検討し、医療・介護専門職対象に「多職種研修会」をオンラインで開催した。	A	・引き続き、オンラインも活用しながら、在宅医療・介護連携推進会議を開催し、地域の課題を抽出、対応策について検討していく。 ・抽出した課題に合わせて、医療と介護の専門職の連携のための研修会を開催する。 ・市民への普及啓発のため、在宅医療やACPIについてリーフレットやホームページの作成に取り組む。

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3～7割
 (C) 3割以下、(-)未執行

基本目標		2 認知症施策の推進		令和4年度				
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性	
施策		取組内容	実施内容		自己評価			
7 8 9 10	(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。	・認知症の理解を深めるための普及啓発の不足を感じている。 ・認知症サポーターの見守り以外の活動の場の創出が未検討である。 ・地域で活動をするキャラバン・メイトの支援ができていない。	・広報みき9月号に認知症の方とその家族の思いを掲載した。 ・9月のアルツハイマー月間に合わせて、市役所モニュメントをオレンジ色にライトアップし、SNSやホームページ、広報誌で周知した。また、アルツハイマー月間に合わせて、認知症の理解と相談窓口を周知するための庁内放送を行った。 ・キャラバン・メイト養成研修を実施し、支援者の増加に取り組んだ。	B	・認知症サポーター養成講座について、外部からの依頼分には対応したが、市からの積極的な活動はできていない。 ・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」を引き続き開催できるように、積極的にキャラバン・メイトにも働きかけていく。
			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。	コロナ禍で養成講座の開催が難しく、対面以外の方法でも検討が必要である。	今年度は、三樹小学校、平田小学校、関西国際大学で開催した。	B	引き続き市内の学校等で講座の開催を計画する。
			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。	ご本人や家族の思いを聞き取りした「心の声アンケート」をフィードバックしていく必要がある。	広報9月号に認知症本人と家族の思いを掲載し、普及啓発を行った。	B	認知症ケアパスの改訂について、作成のための打合せや作業時間がなく、検討段階で終わった。今後も継続して少しずつでも取組みを進めていく。
			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	広報誌やホームページで相談窓口を掲載している。日中に相談ができない、就労している家族が日中に相談しやすい仕組みづくりが必要と考えている。	・広報誌などで相談窓口を周知した。 ・メールによる相談受付も行った。	B	市の広報誌やホームページでの相談窓口の掲載を継続していく。
11	(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。	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している。また、「頭の健康チェック相談」において認知症予防についての取組みを助言している。	・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した。 ・頭の健康チェック事業で個別相談を行い予防について助言・指導を実施した。	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とともに、「頭の健康チェック相談」で予防についての取組みを助言していく。
12			「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。	・コロナ禍で「頭すっきり教室」「自主グループ交流会」は未開催 ・「みっきい☆頭すっきりクラブ(予防活動の自主グループ)」の立ち上げを実施 ・「みっきい☆頭すっきりクラブ」は団体が継続できるよう支援。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。 ・認知症予防健診後、個別に受診を勧奨	・コロナ禍で「頭すっきり教室」は未開催となったものの、タッチパネル相談で個別支援を実施した。 ・「みっきい☆頭すっきりクラブ(自主グループ)」の立ち上げ支援を7～8月に吉川地域で実施した。 ・「みっきい☆頭すっきりクラブ」継続に向けて、安心して活動に参加できるように支援した。	B	教室開催に当たり、マンパワー不足が挙げられる。既存の個別相談や「頭すっきりクラブ」を活用して、予防、早期発見・対応が行える仕組みづくりを検討する。

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3~7割
 (C) 3割以下、(-)未執行

基本目標		2 認知症施策の推進		令和4年度				
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性	
施策		取組内容	実施内容		自己評価			
13	(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みます。	<ul style="list-style-type: none"> 町ぐるみ健診と同時に認知症予防健診の実施 認知症予防健診受診者に、チラシでタッチパネルなどを紹介 健診で要フォロー者に個別相談の勧奨、電話で医療機関への受診勧奨を実施 3会場で月1回の個別相談を開催し、早期発見・早期対応に向けた取組を実施 	<ul style="list-style-type: none"> タッチパネルを活用した相談を毎月開催している。 認知症健診受診者への頭の健康チェック事業をチラシで案内し、追加相談日を設けた。 認知症の疑いのある方が適切なサービスにつながるような早期対応を実施している。 	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。必要に応じて適切なサービスにつなげられるよう、早期発見・早期対応を行っていく。
14			認知症初期集中支援チーム	医療や介護につながない認知症の方や、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。	<ul style="list-style-type: none"> 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ため、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り、早期の相談につなげる取組みが必要 相談ケースが少ないことから、在宅介護支援センターへ具体的な相談内容の調査や実態把握を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員に対して支援ケアマネ連絡会で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。 認知症初期集中支援チーム検討委員会で、活動内容や、まとめ報告を行い、次年度の活動について協議した。 	B	包括支援センター職員の認知症初期集中支援チーム員が対象者を選定するため、対象者が極めて限定されていることが課題である。包括支援センターの他職員や在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所からも相談をあげやすい仕組みづくりを行っていく。
15			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う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。	<ul style="list-style-type: none"> 認知症カフェ運営補助金助成を継続して実施する。 認知症カフェ主催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。 各カフェ主催者への調査を行い、現状や課題等意見を聴取する。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度は認知症カフェ運営補助金に2件の申請があった。 住民主体の認知症カフェに専門職として参加した。 	A	認知症カフェ運営補助金助成を継続し、認知症カフェの運営を支援する。住民主体の認知症カフェに専門職として参加しているが、運営主催者が知識や理解を深めておられる一方で、包括職員のマンパワー不足により、参加そのものを検討する必要がある。
16	(4)認知症バリアフリーの推進	P43	地域支援体制づくり	行方不明者が発生した時に、認知症高齢者等の見守りSOSネットワークにより情報を共有し、早期発見・保護につなげます。また、住民主体による地域の中の見守りや支え合いの体制づくりを推進します。	認知症高齢者見守り・SOSネットワークの一層の周知を図るとともに、認知症の方が安心して暮らせる地域の見守り体制(チームオレンジ)の構築を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者見守り・SOSネットワークについて協力機関へ再度周知を図るための情報提供を行った(FAX送信)。 SOS登録者の情報更新を行い、担当ケアマネへのフィードバックを行った。 2事業所から、新たに協力機関への登録申し出があり、新規登録を行った。 	B	認知症高齢者等の見守り・SOSネットワークの一層の周知を図るとともに、認知症の方が安心して暮らせる地域の見守り体制の構築に努める。
17			若年性認知症の方への支援	若年性認知症の方の相談支援や、関係者の連携のための体制整備などを検討します。	ケースを通じて、認知症カフェなどの社会資源を紹介し、連携を図っていく。他課や他事業所との情報共有が必要である。	個々の相談に対し、必要に応じて他機関と連携を図りながら、支援方針を検討し、対応した。	C	相談支援を通じて他機関と連携を図り、必要に応じて協働できるよう情報共有をしていく。
18			チームオレンジの体制整備	認知症サポーターなどが認知症の本人やその家族への支援を行う仕組みであるチームオレンジの体制を整備します。	チームオレンジの体制づくりについて、具体的な取り組みの計画はできていない。	県が開催するチームオレンジ推進研修会に参加するとともに、近隣他市の取り組み情報の把握を行った。	C	チームオレンジ設置に向けて、市内のキャラバン・メイトや認知症サポーターにチームオレンジにおける活動の意向を確認し、活動できる人材を発掘していく。

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3~7割
 (C) 3割以下、(-) 未執行

基本目標		3 健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進		令和4年度			
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
施策		取組内容			実施内容	自己評価	
19	(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 みつきい☆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、フレイル予防に特化したチェックリストを活用し、生活機能の低下が見られる高齢者を把握します。	今年度からみつきい☆いきいき体操の全教室で体力測定とフレイルチェックを実施。結果の分析を大学へ委託している。	みつきい☆いきいき体操参加者に対して、体力測定とフレイルチェックを実施した。また、結果の分析を大学に委託し、フレイルリスクの高い方の抽出などを行った。	A	今年度実施したデータ分析の結果を基に、フレイルリスクの高い教室生へのアプローチを行うとともに、フレイルと関連のある要因や地域ごとの課題について把握や整理を進める。
20		高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の健康やフレイル状態の把握に、国保データベースシステム(KDBシステム)を活用し、保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた検討を行います。	糖尿病等の生活習慣病の重症化予防と口腔機能を主とした、保健事業と介護予防の一体的実施について、令和5年度事業化に向けて関係課と会議を開催している。	KDBシステム等を用いて対象者を抽出し、モデル的に「ハイリスクアプローチ」「ポピュレーションアプローチ」を実施した。	A	令和5年度から東部圏域において保健事業と介護予防を一体的に実施する。通いの場などでの「ポピュレーションアプローチ」や、個別訪問などで、生活習慣病等の重症化予防とフレイル予防と併せた取組みを進める。
21		②介護予防の普及・啓発	「みつきい☆いきいき体操」などの普及啓発 「みつきい☆いきいき体操」について、市の広報紙やポスターなどにより周知し、参加を促進します。また、ひざを支える筋力をつけることを目的とした「みつきい☆健脚体操」の啓発にも取り組みます。	広報紙での掲載やポスターの掲示などにより、普及啓発に取り組んでいる。コロナによる影響で、「健康づくりの集い」などイベントが中止になり、普及啓発を行う機会が減っている。	・今年度実施した介護予防アンケート調査において、みつきい☆いきいき体操の認知度の調査を行った。 ・広報紙の掲載や、通いの場のポスター掲示、インターネットへの動画の掲載、神鉄三木駅の電子掲示板を利用し、普及啓発に取り組んだ。	A	・今年度実施した「みつきい☆いきいき体操の認知度」の調査結果を踏まえ、体操未参加者への周知方法を検討する。 ・引き続き、市広報などで普及啓発を行うとともに、膝疾患のある方に対して「みつきい☆健脚体操」を紹介する機会を検討する。
22		「みつきい☆にこにこ体操」の普及啓発	「みつきい☆にこにこ体操」の普及啓発 嚙む力・飲み込む力の低下を防ぐことを目的とした「みつきい☆にこにこ体操」の普及啓発に取り組めます。	コロナ禍で中止していた通いの場での「みつきい☆にこにこ体操」の導入を、今年度から再開した。各教室では、換気や、マスク着用などの感染予防の対策をおこないながら実施している。	兵庫県歯科衛生士会と相談を行いながら、通いの場における「みつきい☆にこにこ体操」の導入を再開した。また、インターネットに動画の掲載を行った。	A	引き続き、通いの場における「みつきい☆にこにこ体操」の導入を進めるとともに、市職員が各地区へ訪問する際に普及啓発を行う。
23		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、みつきい☆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。	介護予防講座や地域介護教室を受講する団体や場所などが同じになりやすいため、新規の方も依頼しやすいうように普及啓発方法の検討が課題である。	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した。(各地区のサロン等は在宅介護支援センターの職員により実施)	B	引き続き、通いの場や各地区のサロン等で介護予防講座等を実施し、フレイル予防・介護予防の普及啓発については、在宅介護支援センター職員などと検討していく。
24		③地域介護予防活動の支援	「みつきい☆いきいき体操自主教室」等の育成・支援 「みつきい☆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出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。	みつきい☆いきいき体操の教室生は1,906人(R5年1月末)であり、1年間で51人の減少があった。教室生の高齢化が見られており、高齢になっても通い続けられる教室づくりが課題となっている。	運動指導員の派遣や、市職員の理学療法士、保健師の訪問に加え、今年度は、大学と連携して希望教室に対し体力測定と転倒予防の講座を実施し、教室生の参加意欲の向上に努めた。	B	引き続き、運動指導員の派遣や、市職員の理学療法士、保健師が教室を訪問し、いつまでも通い続けられる教室づくりのサポートをしていく。また、フレイルリスクの高い教室生にアプローチし、高齢になっても通い続けられるよう支援を行っていく。
25		「みつきい☆いきいき体操サポーター」の養成	「みつきい☆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、みつきい☆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。	コロナによる影響で、みつきい☆いきいき体操サポーターの活動は休止している。サポーターの高齢化もあるが、サポーター登録者を増やす仕組みや活動内容について検討する必要がある。	今年度はコロナ禍のため、みつきい☆いきいき体操サポーターの活動や養成講座等の研修の開催ができなかった。	-	みつきい☆いきいき体操サポーターの活動内容を検討し、次年度からのサポーターの活動再開ができるよう検討していく。
26		ボランティアポイント事業の推進	介護保険施設などでボランティア活動を行うことにより、自らの健康増進や介護予防に取り組むとともに、地域貢献や社会参加を促進します。また、より活発に活動ができるように、活動内容や場所を拡大するなど、元気な高齢者の活躍の場づくりを進めます。	事業説明会の開催や開催地区での全戸回覧、広報紙への掲載、活動新聞の発行などで、普及啓発に取り組んでいる。感染症拡大防止のため、活動の受入れを休止している施設があり、活動できる場が少なくなっている。	事業の普及啓発を行い、新規登録者の募集に努めるとともに、活動場所の拡大を検討するなど元気な高齢者の活躍の場づくりに取り組んだ。	B	事業説明会の開催地区での全戸回覧や講師を招いての研修会の開催など、新規登録者の募集に努めたものの、登録者の増加にはつながらなかった。引き続き、事業の普及啓発及び活動場所の拡大等に向けて取り組んでいく。

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3～7割
 (C) 3割以下、(-) 未執行

基本目標 3 健康づくりとフレイル予防・介護予防の推進				令和4年度			
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
施策		取組内容			実施内容	自己評価	
27	④地域リハビリテーション活動支援事業	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。	感染予防対策のため、市内のリハビリテーション専門職の通いの場等での活動が制限されており、十分に行えていない。	感染状況を考慮しながら、市内のリハビリテーション専門職と連携し、通いの場などでの支援を行った。	B	市内のリハビリテーション専門職が通いの場に関わる機会が個別相談のみであり、それ以外の関わり方も検討していく。
28		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。	地域ケア会議の事例で、自立支援・重度化防止などの助言が必要な場合は、市職員の理学療法士等が訪問を行っている。	引き続き、市職員の理学療法士等による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	通いの場の教室生等に対し、体力測定結果などからフレイルリスクが高い人を抽出し、リハビリテーション専門職が関与する取り組みを行っている。
29		専門職の連携の推進	リハビリテーションに関わる各種専門職のネットワークづくりを進めるとともに、介護予防に関する知識などについて、専門職のスキルアップを図ります。	圏域リハビリテーションや市内5病院のリハビリテーション専門職と定期的に情報交換を行っている。	市内のリハビリテーション専門職との連携を深めるために、地域リハビリテーション活動支援の取組について検討する場を設けた。	B	年に1度、市内のリハビリテーション専門職に対して、地域リハビリテーション活動支援事業についての話し合いの場を設けていく。
30	P48 ①生活支援体制の整備	(2)生活支援・介護予防サービスの充実 生活支援コーディネーターの設置	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。	市圏域に「第1層生活支援コーディネーター（専任）」を1名、日常生活圏域（10圏域）に「第2層生活支援コーディネーター」を4名配置し、地域の支え合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、第2層生活支援コーディネーターは、関係部署等と連携し、協議体未設置の圏域（三木・青山・吉川）について、設置に向けた支援を行った。	A	市圏域に「第1層生活支援コーディネーター」を1名、日常生活圏域（10圏域）に「第2層生活支援コーディネーター」を4名配置し、地域の支え合い体制づくりを推進している。協議体には地域差があるが、市内全域での設置を目指して、支援を続けていく。
31		協議体による生活支援体制の推進	生活支援コーディネーターの支援を受けて、地域活動者、自治会などさまざまな主体が参画し、社会参加、生活支援、介護予防などの取組に向けた情報共有や連携強化の場として、各地区の市民協議会の中に「暮らし・生活部会（協議体）」を設置し、住民主体の地域支え合い活動を推進します。	令和4年度から新たに「緑が丘」に協議体が設置された。10圏域のうち、7圏域（三木南、別所、志染、細川、口吉川、緑が丘、自由が丘）が協議体設置済、3圏域（三木、青山、吉川）が協議体未設置となっている。地域ごとで事情が異なるため、各地域に応じた支援が必要である。	協議体設置済の圏域については、引き続き生活支援コーディネーターが地域の課題解決に向けたアドバイス等の支援を行うとともに、協議体未設置の圏域については、設置に向けた支援を行った。また、庁内の関係部署等との連携強化に努めた。	A	協議体には地域差があるが、引き続き、生活支援コーディネーターがアドバイス等の支援を行っている。協議体設置済の圏域については、各地域の課題解決に向けた支援を行うとともに、協議体未設置の圏域（三木・青山・吉川）については、設置に向けた支援を行っていく。また、関係部署等との情報共有や連携強化も図っていく。
32	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	訪問型・通所型の従前相当サービスを緩和した基準によるサービスAなどを実施します。特に、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービスCを推進します。	保健・医療の専門職が短期集中で行うサービスCの実施に向けて検討を行っている。	サービスCの事業化について、市内のリハビリテーション専門職などと意見交換を行う場を設ける。	-	サービスCの事業化について「医療と介護の一体的実施」で内容を代替できるかも含め、検討を行う。
33		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。	「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」を年1回開催し、生活支援の担い手を養成しているものの、研修の受講者が少なく、研修を修了しても事業所等での就労にまで結びついていない。	今年度は「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」（R4年11月29日、12月5日、9日開催）を生活協同組合コープこうべに委託し、実施した。	B	研修修了者が事業所等での就労に結び付いていない状況であり、取組みを検討していく。
34		高齢者の日常生活を支え合う活動を展開	三木市高齢者ファミリーサポートセンターで、「日常生活を手助けしてほしい高齢者」と「できる範囲で手助けする人」がお互いに支え合う活動を展開し、元気な高齢者の活躍の場を増やします。	高齢者が在宅で自立した日常生活が営めるように市民による相互援助活動を支援している。依頼会員に比べて協力会員が不足している状況である。	事業説明会や協力会員養成講座を開催するとともに、市広報紙や神鉄三木駅の電子掲示板を利用した啓発等を行い、協力会員の増員に向け取り組んだ。	A	各種啓発等を行ったが、協力会員が不足している状況である。引き続き、協力会員の募集強化を図っていく。

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

評価（今年の達成率）
 (A) 7割以上、(B) 3～7割
 (C) 3割以下、(-)未執行

基本目標		4 みんなで支え合う地域社会の構築		令和4年度			
計画の内容				現状と課題	今年度(R4)の取組み		目標未達成の原因・課題や今後の方向性
施策		取組内容			実施内容	自己評価	
35	(1) 地域共生社会の実現に向けた取組	P52	総合的な相談支援体制の検討 地域や地域住民の多様化する課題や、介護と育児に同時に直面するダブルケアといった個人や世帯の抱える複合的な生活上の課題等を解決するため、総合的な相談支援体制を検討します。	高齢化が進む地域における地域課題やダブルケア、ヤングケアラー、8050問題等、複雑多様化する問題が増加傾向にあり、総合的な相談支援体制が必要となってきている。	さまざまな問題に対して、関係課の職員が個々に対応するのではなく、関係各課による会議等で情報を共有し、効果的な支援について検討する場を持ち、対応を図った。	B	複合的な課題への対応について、関係各課との連携強化を図り、総合的な相談対応ができる体制整備に向けて取り組む。
36	(2) 高齢者の権利擁護	P53	成年後見支援センターの充実 三木市成年後見支援センターを設置し、成年後見制度について随時相談を受け付けるとともに、専門職による相談会、制度の説明会や、市民講座などにより普及啓発を行います。	成年後見制度の利用を検討中の方などに、専門職や成年後見支援センター職員による相談、関係機関の紹介、市民講座の開催等を行っている。成年後見制度を知っている方が少なく、講座等への参加者も少ない状況である。	成年後見制度への関心を高めるため、制度説明会の開催や市広報紙への掲載等で普及啓発に取り組んだ。また、成年後見制度を推進するため、成年後見支援センターの機能強化について、成年後見支援センターや関係部署等と協議を行った。	A	ニーズ調査の結果も踏まえながら、引き続き、制度説明会や市民講座の開催等で制度の周知に努めていく。また、成年後見支援センターの機能強化について、成年後見支援センターや関係部署等との協議を続けていく。
37			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。	より多くの低所得の高齢者が報酬助成制度を利用できるようにR4年4月から助成対象者の拡充を行った。	後見人等の担い手を確保するため、報酬助成制度の拡充について、兵庫県の専門職団体を通じて周知を行った。また、チラシや市ホームページ等でも周知を行った。	A	引き続き、報酬助成制度の拡充について周知に努め、より多くの低所得高齢者が制度を活用し、地域での生活ができるよう支援する。
38			成年後見制度の利用促進に向けた計画を検討	R4年3月に「第4期三木市地域福祉計画」に含有する形で「三木市成年後見制度利用促進基本計画」を策定した。	策定した基本計画に基づき、成年後見制度に関するニーズ調査を行うなど、制度の利用促進に取り組んだ。	A	ニーズ調査の結果を踏まえ、今後も制度の利用促進に取り組んでいく。
39			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。	高齢者虐待の通報を受理後、専門職が複数名で実態把握を行っている。必要に応じて警察、居宅介護支援事業所、市関係課、病院等と随時連携しながら対応している。市広報紙で相談窓口を掲載しているが、周知啓発の強化が課題である。	高齢者虐待防止法に基づく相談対応を継続する。周知啓発について、パンフレットの配布や市広報紙の活用、事業所職員に向けた研修会開催に向けて取り組んだ。	B	引き続き高齢者虐待防止法に基づく相談対応を行っていく。広報やパンフレットを用いた周知啓発や研修会開催を検討し、高齢者虐待の早期発見に取り組んでいく。
40	(3) 在宅生活の支援	P54	①高齢者の生活支援サービス 配食サービス 高齢者の地域における自立した生活を継続するため、栄養改善と安否確認を目的とした食事の提供を行います。	前年度に比べて大幅に申請者が増加しているため、利用食数も大幅な増加が見込まれる。	在宅高齢者の生活を支える事業として、安否確認、栄養改善の役割を担いながら、事業を実施した。	A	在宅高齢者の生活を支える事業として、安否確認、栄養改善の役割を担っており、今後も継続して実施していく。
41			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。	・R4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した。 ・民生委員、老人会、区長会に事業周知を依頼したため、問い合わせが増え、申込者数が増加している。 ・一方、協力員の確保が難しい場合がある。	携帯型機器の導入により、固定電話のない方も利用できるになり、申請受付した。	A	協力員の確保が難しい場合があるものの、少子高齢化が進む中、地域で見守る事業であることを含めて、事業の周知に努める。
42		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。	前年度はコロナ感染拡大により、開催自体が難しく、あらかじめ講師依頼が必要な介護セミナーの企画ができず、情報交換のみの交流会となり、参加人数が減少した。	介護者の知りたい情報が得られる介護セミナーを企画する。また、年間予定表や事業内容が分かる「交流会だより」を作成し、参加者、居宅介護支援事業所、医療機関に配布し、普及啓発に努める。	A	参加者に事業内容の希望アンケートをとり、来年度の年間予定を検討している。それに基づいて「交流会だより」を作成し、関係機関に配布し、事業の普及啓発を行う。
43			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。	今年度は、3地区で4回の実施があった。開催の地区に限られており、回数も少ないため、更なる回数の増加と、内容の充実を図る必要がある。	家族介護教室の開催により、介護に関する有用な情報を提供することができ、懇談会をとおして精神的な負担を軽減することが出来た。	B	市内の各地区で事業が実施できるよう、開催方法や内容、相談対応について検討していく。

目標値の進捗状況 (R4年度は見込)			実績		計画			自己評価	目標達成に向けたR4年度の取組み
目標			R元年度	R2年度	R3年度 (実績)	R4年度 (見込)	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	新たなキャラバン・メイトに対して企画・実施を依頼
		実績	380人	253人	189人	305人			
	認知症サポーターステップアップ講座、キャラバン・メイト受講者数	目標			30人	30人	30人	B	キャラバン・メイトの養成研修を県と合同で開催
2	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、庁内アナウンス、ライトアップで啓発を実施
		実績	26.0%	—	—	(集計中)			
3	認知症予防の推進	目標			50人	50人	50人	B	継続して実施
		実績	41人	19人	0人	6人			
4	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	目標			250人	250人	250人	B	3か所で頭の健康チェックを実施。保健師による個別相談を実施
		実績	200人	88人	160人	200人			
5	認知症カフェの開設箇所数	目標			7か所	8か所	9か所	A	運営に対する市補助金を啓発
		実績	6か所	6か所	8か所	8か所			
6	フレイル予防・介護予防の推進	目標			150件	150件	150件	A	みっきい☆いきいき体操自主教室の体力測定時にフレイルチェックも実施
		実績	—	—	1,450件	1,444件			
7	「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	ポスターや広報紙などでの啓発のほか、介護予防講座などの参加者にみっきい☆いきいき体操自主教室を紹介
		実績	[8.1%]2,134人	[7.8%]2,052人	[7.4%]1,957人	[7.3%]1,906人			
8	「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	体力測定の全教室実施や、体組成計を使用した取組みなど、男性が関心を引きそうな取組みを推進
		実績	259人	238人	220人	218人			
9	「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%	—	広報紙での「みっきい☆いきいき体操」の紹介や、介護予防講座などで認知度アップを図った。
		実績	50.9%	—	—	(集計中)			
10	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	ポスターや広報紙などで普及啓発を行うほか、介護予防講座などの参加者に教室の立ち上げを紹介
		実績	109教室	113教室	116教室	119教室			
11	みっきい☆いきいき体操サポーター数	目標			90人	95人	100人	—	感染状況を考慮しながら、サポーター養成講座の開催や、現在休止しているサポーター活動の再開を検討
		実績	87人	87人	87人	87人			
12	ボランティアポイント事業登録者数	目標			135人	140人	145人	B	社協の広報紙や活動新聞の発行、事業説明会、講師を招いての研修会を開催。活動場所の拡大についても検討。
		実績	137人	123人	106人	115人			
13	みっきい☆家事ヘルパー養成講座の受講者数	目標			30人	30人	30人	B	「みっきい☆家事ヘルパー養成研修」を生活協同組合コープこうべに委託し、年1回(3日間)実施。
		実績	11人	26人	17人	16人			
14	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	市広報紙や活動新聞の発行などで事業を普及啓発
		実績	1,079人	1,153回	1,058回	1,200回			
15	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	協力会員を増やすため、協力会員養成講座の開催地区での全戸回覧や神鉄三木駅の電子掲示板等で啓発
		実績	74人	71人	62人	70人			

施設整備の進捗状況

		実績		計画			備考
		R2年度	R3年度	R4年度	R5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	R4年7月に公募し、事業者が決定
		実績		(応募なし)	(公募により決定)	1事業所開設予定	
	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	R4年7月に公募し、事業者が決定
		実績			(公募により決定)	1事業所/定員29人開設予定	
	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	R3年8月に公募し、開設事業者を決定
		実績	7事業所/定員448人	(公募により決定)	(建設準備)	R6年度に1事業所/定員100人開設予定	
	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	R5年度に1事業所開設予定
		実績			(計画)	1事業所開設予定	
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	R3年度に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	(完了)	(完了)	
	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	R3年度に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	(完了)	(完了)	