

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：在宅医療・介護連携	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 医療・介護の資源の把握及び町民への情報提供の促進				
ア 在宅医療・介護に関するパンフレットの作成	－	○	○	○
イ 在宅医療・介護に関する情報のホームページへの掲載	－	○	○	○
ウ 介護サービス事業者への医療情報の提供	－	○	○	○
エ 在宅医療・介護に関する講演会の開催	年1回以上	－	○	○
(2) 在宅医療・介護の連携体制の強化				
ア 医療・介護専門職向けの研修会の実施	年1回以上	－	○	○
イ 町内医療介護従事者とのICTを活用した情報連携	－	○	○	○
(3) 在宅医療・介護の課題抽出・対応策の検討				
ア 館林邑楽地区の在宅医療・介護に関する地域課題に関する情報交換	年1回以上	○	○	○
イ 地域ケア会議の開催	年2回以上	△	○	○
(4) 切れ目のない在宅医療・介護供給体制の検討				
ア 実務担当者との情報交換会	月1回以上	○	○	○
イ 在宅医療介護連携相談センターたておうとの懇談会	年1回以上	○	○	○
ウ 在宅復帰の見込みのある認知症又は精神疾患の高齢者の実態把握	－	－	×	×
(5) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援				
ア 地域ケア会議等の地域課題を扱う会議への出席	－	×	○	△
イ 相談内容及び地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有	－	○	○	○
ウ 認知症初期集中支援チームとの懇談会	年1回以上	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】 (1・7) 医療版エンディングノート「MOTTE」及び生活版エンディングノート「絆ノート」を窓口配布している。上半期は、それぞれ20冊、17冊配布した。 (3・7)、(4・4)、(5・ウ) 6月に1市5町、認知症初期集中支援チームつつじメンタルホスピタル及びたておうとの情報交換会を行った。たておうから当地域での在宅医療・介護連携強化の一案として、つつじメンタルホスピタル、包括支援センター及び行政でメーリングリストでつながることについて提案があった。 (4・7) 毎月1回、1市5町担当者、館林保健福祉事務所及び医師会事務局にて実務担当者会議を実施し、情報交換している。 (5・4) たておうで受託した相談は、毎月1市5町で概要版として共有している。</p>
<p>【下半期】 (1・エ) 10月に館林市三の丸芸術ホールを会場に医師会及び1市5町共催で住民公開講座を実施した。内容は、看取りに関するものであった。講師が著明であったこともあり立見が出るほど好評であった。 (2・7) 在宅医療介護連携相談センターたておうでの多職種を対象とした研修の他に、町独自の研修である在宅医療・介護従事者スキルアップ研修を3回実施した。内容は、リンパケア、感染症対策及びオーラルフレイルであった。オーラルフレイルは館林邑楽歯科医師会を通じて、町内の歯科医師が講師を務めた。 (3・7) 在宅医療介護連携推進協議会を実施した。上半期は対面開催、下半期は書面開催であった。内容は、在宅医療介護連携推進事業の業務内容の報告が主であり、地域課題の把握及び共有には至らなかった。 (4・4) 個々のケースの情報共有はあるが、前もって精神科病院や障害福祉担当課との認知症又は精神疾患の高齢者の実態把握ができなかった。 (5・4) 在宅医療介護連携相談センターたておうから毎月相談内容は情報提供されている。第1回（8月）の地域密着型サービス連絡部会でたておうが受託した当町の相談内容を協議した。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：認知症施策	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 支援体制の促進				
ア 認知症初期集中支援初期支援チームとの相談事例対応	—	×	△	△
イ 認知症初期集中支援チームとの懇談会	年1回以上	○	○	○
ウ 地域包括支援センター内の認知症地域支援推進員の配置	全職員	○	—	○
エ 館林市・邑楽郡五町の認知症地域支援推進員の懇談会	年1回以上	○	○	○
オ 若年性認知症のかたの実態把握	年1回以上	—	×	×
(2) 認知症への理解を深めるための取組				
ア オレンジカフェの開設	町内旧小学校区に1か所以上	○	—	○
イ 医療関係団体等と連携したオレンジカフェでの物忘れ相談会の実施	—	×	×	×
ウ 認知症サポーター養成講座	年2回以上	—	○	○
エ 認知症サポーター受講者	年50人以上	—	○	○
オ チームオレンジコーディネーターの養成	地域包括支援センター職員1名以上	○	—	○
カ 認知症サポーター交流会	年1回以上	○	—	○
キ 認知症サポーターステップアップ講座の開催	年1回以上	○	—	○
ク 認知症のかた本人による本人ミーティングの開催	年1回以上	—	×	×
(3) 認知症高齢者等の見守り体制の強化				
ア 徘徊高齢者等事前登録制度の周知	—	○	○	○
イ 登録者の状況確認	年1回以上	—	×	×
(4) 認知症高齢者等の早期診断・早期対応				
ア 認知症ケアパスの更新及び周知	—	○	○	○
イ 認知症の医療に関する相談窓口の周知	—	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】</p> <p>(1・7・イ) 初期集中支援チームへの依頼ケースはなかった。しかし、チームの委託先であるつつじメンタルホスピタルとは、随時情報共有及び連携しており、円滑にケース対応をすることができた。6月26日1市5町の認知症地域支援推進員及びチームとの懇談会に出席した。</p> <p>(2・7) 8月9日から町内4か所目のオレンジカフェ「おひさまカフェ」がグループホームおひさまに開設された。施設内の足湯及び入居者と交流ができる点が特徴である。入居者と地域のかたが交流できるため、今後本人ミーティングにも繋がられるよう検討したい。</p> <p>(3・7) 事前登録制度については、毎年作成する高齢者福祉制度のパンフレットに掲載し、認知症者の家族やケアマネジャー等に適宜情報提供している。</p> <p>(4・7) 認知症ケアパスについては、前年度に更新済みであり、オレンジカフェや窓口等で配布している。</p>
<p>【下半期】</p> <p>(1・オ) 若年性認知症の実態把握ができなかった。第2号被保険者の申請理由の確認等把握方法について保険者や初期集中支援チームと協議していきたい。</p> <p>(2・ウ・エ) 職員を対象に認知症サポーター養成講座を実施できた。参加人数は11人と少なかったものの初めての試みであり、今後も実施を促していきたい。また、町内外の若手住職6人を対象に出張型の同講座を実施した。</p> <p>(2・ク) 本人ミーティングが開催できなかった。対象者を参集するのではなく、オレンジカフェに出向き当事者と交流することから始めていきたい。</p> <p>(3・イ) 登録者の状況確認ができなかった。登録者のアセスメントを行い、情報を更新の上、その結果を関係機関に共有していきたい。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：地域の課題把握・解決策の検討	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 地域ケア会議の充実				
ア 地域ケア会議個別ケース（自立支援型を含む）検討部会の開催	年3回以上	△	○	△
イ 地域密着型介護サービス連絡部会の開催	年2回以上	△	○	○
ウ 地域ケア会議地域包括ケア推進部会の開催	年1回以上	－	×	×
(2) 協議体の設置・活用促進				
ア 協議体の開催	年2回以上	△	○	○
イ 第2層協議体の開設	－	×	×	×
(3) 生活支援コーディネーターの配置・活動促進				
ア 地域活動団体への意見聴取	年1回以上	－	○	○
イ 介護保険外の福祉サービスの拡充	－	×	×	×
ウ ボランティア養成講座の開催	年1回以上	－	○	○
エ 町内福祉サービスマップの作成	－	○	○	○
オ 地域ケア会議等生活・移動手段等の課題を担う会議及び研修への出席	年1回以上	○	○	○
カ 生活支援コーディネーター活動の進捗管理	月1回以上	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】 (1・ア・イ) 地域ケア会議個別ケース検討部会については、困難事例対応時に関係者を招集する形で実施ができていたことから、今年度は実施せず、自立支援部会のみを年2回計画している。自立支援部会は6月に1回実施した。地域密着型介護サービス連絡部会は8月に実施した。 (2・ア) 6月に協議体を1回実施した。協議体の目的について事務局及び構成員間で十分に共有できていないことが現状の課題であるため、実施方法や内容について今後調整していきたい。 (3・エ) マップに掲載した事業所の詳細情報を社協だよりに掲載した。</p>
<p>【下半期】 (1・ウ) 地域ケア会議地域包括ケア推進部会は個別ケース検討部会と兼務しているが、地域課題を抽出したものの、時間の余裕がなく地域課題の検討はできなかった。地域密着型介護サービス連絡部会で地域課題の抽出及び検討を行ってもよい。 (2・ア) 協議体は年2回開催したが、生活支援に資する社会資源の開発には至っていない。介護予防サポーター等実効性の高い構成員を加えて改善していきたい。 (3・ウ) 生活支援体制整備事業の一環として、社協でボランティア養成講座を実施したが、思いやり福祉サービス会員加入にまでは至らなかった。 (3・カ) 地域包括支援センターの打合せ時に生活支援コーディネーターにも参加してもらい意見交換をした。進捗状況を課内で共有できるよう書面上での定期報告を検討したい。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：地域包括支援センターの機能強化	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 機能強化に向けた取組				
ア 地域包括支援センター基本方針の策定	年1回以上	－	×	×
イ 保険者との相談内容の共有	月1回以上	○	○	○
ウ 平日以外の窓口の設置及び周知	－	○	○	○
エ 介護離職防止に向けた研修会・相談会の実施	年1回以上	－	×	×

介護予防・日常生活支援総合事業	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(2) 介護予防・生活支援サービス事業				
ア 訪問型及び通所型サービス等の多様なサービスを推進するための意見交換	年1回以上	×	○	○
イ 介護予防・生活支援サービス推進の方針の策定及び実施	月1回以上	×	×	×

取組目標：一般介護予防事業	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(3) 介護予防把握事業				
ア ひとり暮らし高齢者等訪問事業等による実態把握	週1回以上	○	○	○
イ 国保データベースシステム（KDB）及び地域包括ケア「見える化」システムを活用した健康課題及び地域課題の把握	－	○	○	○
ウ ケアプラン及び要介護認定調査結果等による介護サービス課題の把握	－	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】</p> <p>(1・ウ) 平日以外の窓口の周知については、誰でもインターネット上で閲覧ができる「介護サービス情報公表システム」に掲載している。また、地域包括支援センター職員が相談対応している本人やその家族にも、個別に周知を行っている。</p> <p>(2・イ) まずは、地域包括支援センター内で当町の介護予防・生活支援サービスに関する情報共有と課題を抽出していきたい。</p> <p>(3・ア・イ) ひとり暮らし高齢者等訪問事業により、介護予防の取組が必要と判断された者については、町で開催する介護予防教室への参加を促している。また、困難事例のケースについては包括職員と訪問し、必要に応じて介護保険サービス等に繋げるなどしている。また、KDB及び見える化システムの情報は、毎月係内で情報共有している。</p>
<p>【下半期】</p> <p>(1・ア) 基本方針は策定してあるものの更新ができなかった。年度末に次年度事業計画を踏まえて更新作業を行い、新年度に提示できるようにしていきたい。</p> <p>(1・イ) 介護人材の確保は町内各事業所の課題である。出張あんしん介護相談会に社会保険労務士が従事しているため介護職離職防止相談会としても拡充していきたい。</p> <p>(2・ア) 町内介護サービス等事業者（全6事業者）と意見交換（町高齢者福祉計画に基づくヒアリング）を行った。新たなサービスの創設よりは既存のサービスの維持継続が焦点となった。</p> <p>(2・イ) 方針の策定はできなかったが、町内介護サービス事業者とのヒアリングにより既存のサービスの維持継続が方針となる。保険者として何ができるかを同事業者と共に検討していく必要がある。</p> <p>(3・イ) 県内で最も低い要介護認定率を数年間維持してきたが、他自治体に抜かれてしまった。高齢者に占める後期高齢者の割合が増えてきたことが主な要因である。今後その割合は上昇するため、引き続き前期高齢者のうちから介護予防に取り組んでもらえるような施策を展開していく必要がある。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：一般介護予防事業	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 介護予防普及啓発事業				
ア 健康づくり・介護予防教室の実施	月1回以上	○	○	○
イ 生活習慣病及びフレイル予防対策の実施	－	○	○	○
ウ 健康づくり・介護予防エンジョイポイント制度の周知	月1回以上	○	○	○
エ 健康づくり・介護予防エンジョイポイント参加者のデータベース化	－	○	○	○
(2) 地域介護予防活動支援事業				
ア 介護予防サポーターの養成	年1回以上	○	－	○
イ 介護予防サポーター交流会の実施	年2回以上	○	○	○
ウ 行政区等を対象とした通いの場づくり説明会の実施	年1回以上	－	○	○
エ 通いの場等への出前講座の実施	－	○	○	○
オ 通いの場等参加者の健康状態の把握及び参加効果の分析	－	○	○	○
カ 生涯学習担当係等が行う通いの場等の取組及び参加状況の把握	－	×	×	×
(3) 一般介護予防事業評価事業				
ア 一般介護予防事業の個別評価	事業ごと	○	○	○
イ 介護予防・日常生活総合事業の全体評価	年1回	○	○	○
(4) 地域リハビリテーション活動支援事業				
ア 町内リハビリテーション専門職の実態把握	年1回以上	－	○	○
イ 介護サービスにおけるリハビリテーション関連加算の実態把握	年1回	－	×	×
ウ リハビリテーション専門職の通いの場等への出前講座の実施	年1回以上	－	×	×
エ リハビリテーション専門職による自立支援に資する相談会の実施	月1回	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】</p> <p>(1・ア・イ) コロナ禍以前と同程度の頻度で介護予防教室を実施することができている。また、4月には単発でフレイル予防教室を開催し、参加者へフレイル予防の必要性や方法について周知することができた。</p> <p>(2・ア・オ) 6月に介護予防サポーター一定例会を開催。サポーター同士の意見交換や活動内容について共有を行った。7月に初級・中級介護予防サポーター養成研修を開催。8名の中級介護予防サポーターが新たに誕生した。新しい介護予防サポーターも含め、サポーター自身が活躍できる場の周知に力を入れていきたい。また、通いの場に対し、6月から体力測定会を実施。同じ場で健康状態等の把握及び分析を目的とした基本チェックリストを実施。参加者に対して、日頃の体の変化について気づきを促すことができた。</p> <p>(4・エ) 介護保険により要支援の福祉用具貸与（ベッドや車椅子等）時には、リハビリテーション専門職が訪問等により、使い方や必要性の有無について助言している。</p>
<p>【下半期】</p> <p>(1・ア・イ) フレイルサポーターの協力により町単独でフレイルチェックを実施した。また、沼田市のフレイルサポーター立ち上げに協力し、現地で同市の研修会及び交流会に参加した。同サポーターからは年間複数回フレイルチェックを実施したいという要望があったため、次年度の課題としたい。</p> <p>(2・ウ) 第15行政区で説明会の依頼があり、4回の体験会を経て11月から通いの場が立ち上がった。通いの場は全8か所となった。</p> <p>(3・ア) 事業ごとに事業概要及び反省点等の顛末を作成し、課内で共有した。事業の見直しや改善に活用していく。</p> <p>(4・ア) 町内にリハビリテーション専門職は訪問看護事業所のみであった。介護職より人件費が高額であることが要因とのことであり、介護サービス事業所には応募もないとのことであった。</p> <p>(4・ウ) リハビリテーション専門職を活用した出前講座ができなかった。町内では同職が乏しいため、地域リハビリテーション広域支援センターと連携して町外の同職を含めて活用できるよう調整したい。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：包括的支援事業	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 介護予防ケアマネジメント事業				
ア 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメント	月5件以上	×	×	×
(2) 総合相談支援事業				
ア 公民館等への出張相談会の実施	月1回以上	○	○	○
イ ひとり暮らし高齢者等への訪問活動	週3日以上	○	○	○
(3) 権利擁護事業				
ア 関係機関との日常生活自立支援事業及び成年後見制度の情報交換会	年1回以上	－	○	○
(4) 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
ア 板倉町ケアマネジメントに関する基本方針の改訂	－	×	×	×
イ ケアマネカフェの実施	年2回以上	－	○	×
ウ 高齢者の自立支援・介護予防に資する情報提供	－	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

【上半期】

(1・7) 10月1日現在、月4件となっているため、包括支援センター業務や対象者の状況を考慮しながら担当件数を調整する必要がある。

(2・7) 6月から北、東、南の公民館を巡回する出張あんしん介護相談会を実施。今年度から、地域包括支援センターに加え、つつじメンタルホスピタルの認知症専門相談員及び行政書士又は社会保険労務士を加え常時専門職3名体制で実施している。上半期は相談件数3件で、認知症や家族関係不良による相続相談があった。

(3・7) 10月に成年後見制度利用促進事業アドバイザーとの打合せ等を実施予定。

【下半期】

(1・7) 月4件の担当に留まった。指定介護予防支援事業所として居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの助言・指導する立場であるため、担当件数を増やしケアマネジメントの経験を積んでいきたい。

(2・4) ひとり暮らし高齢者等訪問事業では、訪問、来所及び電話で年間1,585件、1日平均8.90件の安否確認を行った。おおむね例年と同じ件数であり、対象者の生活上の不安解消及び課題解決に貢献したと思われる。

(3・7) 板倉町成年後見制度利用促進のための体制整備打合せを2回実施した。次年度は同制度に関し、行政書士及び社会保険労務士には相談（出張あんしん介護相談会）を、社会福祉士には研修を担ってもらうこととした。

(4・7) 基本方針の見直しができなかった。ケアマネカフェ等で町内のケアマネジャーから意見を徴収して反映させていきたい。

(4・4) ケアマネカフェでは、令和6年度介護報酬改定の概要に関する情報提供を行った。年間では1回しか開催できなかった。ケアマネジャーのニーズに応じて半期ごとに開催したい。

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：高齢者福祉事業（健康・生きがいづくり）の充実	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体化実施における重症化防止				
ア 健康状態不明者の状態把握	年1回以上	—	×	×
イ 通いの場等でのフレイル予防の普及促進	各通いの場等 年1回以上	○	○	○
ウ 通いの場等での健康教育・相談の実施	各通いの場等 年1回以上	○	○	○
エ 通いの場等参加者の健康状態の把握	各通いの場等 年1回以上	○	○	○
(2) 総合老人福祉センターの運営事業				
ア 総合老人福祉センターへの運営補助	—	○	○	○
イ 保健師等による健康相談の実施	月1回以上	○	○	○
(3) 老人クラブ活動補助事業				
ア 老人クラブ及び老人クラブ連合会への活動補助	—	○	○	○
イ 出前講座の実施	—	○	×	○
(4) シルバー人材センターへの補助				
ア シルバー人材センターへの運営補助	—	○	—	○
イ シルバー人材センターとの情報交換会	年1回以上	—	○	○
(5) 就労的活動支援コーディネーターの活用				
ア 就労的活動支援コーディネーターの配置の検討	—	×	△	△

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】 (1・イ・ウ・エ) 6月から全7か所の通いの場を対象としたまちなか測定教室（体力測定会）を実施。同じ場で参加者の健康状態の把握（基本チェックリストの実施）も行うことができた。また、健康講話を通して、フレイルに対する概要及び予防方法について周知することができた。 (2・イ) 毎月1回、総合老人福祉センターへ保健師が出向き、健康相談を行っている。同じ場でオレンジカフェも開催し、参加者の交流の場にもなっている。 (3・イ) 老人クラブ1か所から依頼があり、成年後見制度の出前講座を実施した。今年度から老人クラブに対しても、サロンや通いの場と同様に包括支援センターの出前講座メニュー表を配布している。</p> <p>【下半期】 (1・ア) 健康状態不明者の状態把握ができなかった。後期高齢者医療担当者から情報を取得し、アウトリーチや介護予防教室への参加勧奨を行っていきたい。 (1・イ・ウ・エ) 各通いの場で2回目のまちなか測定教室を実施した。保健センターによる栄養に関する健康講話を行った。基本チェックリストの結果を比較して口腔及び認知症のリスクが高いかたが多いことがわかった。 (4・イ) 不定期ではあるが、シルバー人材センターに出向き、情報交換を行った。次年度予算編成に当たり、農作業で使用する機器の老朽化の課題があり、臨時的経費30万円（刈払機3台、剪定トリマー2台及びチェーンソー1台）を計上した。 (5・ア) 就労的活動支援コーディネーターについて概要説明した。人件費補助及び職員増加（現行4人）のメリットがあるが、今後要検討となる。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：支え合い活動の推進	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 社会福祉協議会との連携による地域福祉・高齢者福祉の促進				
ア 社会福祉協議会への運営補助	—	○	○	○
イ 社会福祉協議会との情報交換	月1回以上	○	○	○
ウ 生活支援コーディネーターとの情報交換会	月1回以上	○	○	○
エ 福祉ボランティアの養成	年1回以上	—	○	○
(2) ボランティアや地域活動参加への環境整備				
ア 福祉ボランティアに関する情報提供	—	×	×	×
イ 福祉ボランティアの実態把握	—	×	×	×
ウ 福祉ボランティアに対するボランティア保険の加入	—	○	○	○
(3) ボランティア活動等への支援				
ア ボランティアセンターと介護予防サポーター等との情報交換会	年1回以上	—	○	○
(4) 福祉教育の推進				
ア 町内の小・中学校及び高等学校への出前講座の実施	—	×	×	×

■評価、見直し・改善点等

【上半期】

(1・4) 健康介護課介護高齢係、福祉課社会福祉係、社協にて打合せ会議を月1回実施している。
 (1・7) 月1回包括支援センターの打ち合わせ会議に生活支援コーディネーターも参加し、個別相談ケースの共有や事業等の情報共有を行っている。
 (3・7) 今後介護予防サポーター定例会等、サポーターが参集する場を活用し、情報交換をしたい。

【下半期】

(1・1) 社協で思いやり福祉サービス従事者及び一般応募者を対象に研修会を行った。内容は、効果的な掃除の方法であり関心が高かった。研修後に思いやり福祉サービス会員登録者の周知を行った。また、2月に福祉課及び社協とふじみ野市支え愛センターに視察研修に行った。思いやりサービスの拡充につなげていきたい。
 (2・4) 社協が所管するボランティア団体の実態把握（会員数、活動内容、活動回数等）を行うことで、高齢者のニーズとマッチングでき、社会参加を促すことができるため、情報共有していきたい。
 (3・7) 生活支援コーディネーターが介護予防サポーター定例会に参加し、ボランティアの課題やニーズについて把握することができた。また、思いやり福祉サービスの勧誘も行うことができた。
 (4・7) 教育機関と接点を持つことができなかった。教育機関では前年度早期に次年度の教育計画を策定する傾向があるため、早い段階から接点を持つ手法を検討していきたい。

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：尊厳の保持と自立支援	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 日常生活自立支援事業の推進				
ア 町社会福祉協議会及び障がい者相談支援センターとの情報共有	－	×	×	×
(2) 高齢者虐待防止対策の促進				
ア 地域包括支援センター等の高齢者虐待に関する相談機関の周知	－	○	○	○
イ 被虐待者の一時避難施設の確保	－	○	○	○
ウ 民生委員等との情報共有	月1回以上	○	○	○
エ 通報受理後48時間以内の安否確認	－	○	○	○
オ 虐待防止ネットワークケア会議の開催	－	×	×	×
カ 高齢者虐待防止に関する一般住民及び各分野の専門職への情報提供	－	×	×	×
キ 高齢者虐待に関する研修会の実施	年1回以上	×	×	×

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】 (2・イ・ウ・エ) 一時避難所については、ミモザ荘及び小規模多機能型居宅介護事業所えがおと委託契約を結んでいる。民生委員との情報共有については、職員が積極的に民生委員定例会へ出席し、顔の見える関係づくりを図っている。虐待通報事案の安否確認については、48時間以内としているが、おおむね通報を受理した当日に対応している。 (2・キ) 虐待に関する研修会の実施については、一般住民及び介護サービス事業所での実施が想定される。一般住民に対し実施をする場合には、関心を持ちやすいよう「認知症の人への対応」等の研修の中で、認知症者が被虐待者になりやすい旨等を伝えるような工夫が必要である。</p>
<p>【下半期】 (1・7) 包括支援センターの相談対象で障がい者相談支援センターを介した障害福祉サービスを利用しているかたがいなかったこともあり、情報共有できなかった。こちらから相談支援センターに出向き、顔の見える関係を構築していきたい。 (2・エ) 虐待事案が3件（うち2件で警察署及び精神科病院介入）あり、全て48時間以内の安否確認を行った。今後の支援が必要なケースはなかった。 (2・オ) ネットワークケア会議を開催するような事例はなかった。 (2・カ) 情報提供ができなかった。リーフレットを研修会で配布する等情報提供の手法を検討していきたい。 (2・キ) 令和6年4月から全介護サービス事業者で高齢者虐待に関する研修が義務化されることから、県社会福祉士会を介して研修会を実施していきたい。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：安全と安心の確保	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 多様な住まい方の確保				
ア 町内入居・入所系施設の空き情報の確認及び情報提供	月1回	○	○	○
イ 町内入居・入所系施設との情報交換会	年1回	—	○	○
(2) 防災対策の強化				
ア 町内介護サービス事業者との防災計画の確認	年1回	○	○	○
イ 町内介護サービス事業者との防災課局との情報交換	年1回	—	×	×
ウ 町内介護サービス事業者の避難訓練の実態把握	年1回	—	×	×
エ 福祉避難所の実態把握	年1回	—	×	×
(3) 感染症に対する備えの検討				
ア 町内介護サービス事業者への感染症関連情報の提供	—	○	○	○
イ ひとり暮らし高齢者等訪問事業による注意喚起	—	○	○	○
ウ 感染症対策を施した上で介護予防事業の実施	—	○	○	○
エ 通いの場等実施にあたっての感染症対策の助言及び指導	—	○	○	○
(4) 防犯対策の強化				
ア 消費生活センターによる出前講座の実施	—	○	○	○
イ ひとり暮らし高齢者等訪問事業による注意喚起	—	○	○	○
(5) 交通安全対策の強化				
ア 判断能力が低下したかたへの運転免許証自主返納の周知	—	○	○	○
イ 関係課局との高齢者の交通手段の検討	—	×	×	×
(6) バリアフリーのまちづくり推進				
ア 公共施設におけるバリアフリーとなっていない箇所の実態把握	—	×	×	×

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】 (1・7) 町内入居・入所系施設の空き情報を毎月確認し、町内介護サービス事業所に情報提供している。 (3・7) 県から提供された感染症関連情報については、町内介護サービス事業所に情報提供している。 (4・4) 消費生活センターと連携し、ひとり暮らし高齢者等訪問事業にて、防犯及び消費者被害防止の周知を図っている。また、「不法侵入禁止ステッカー」をひとり暮らし高齢者訪問事業等で配布。対象者の許可が得られれば、自宅の玄関等見るところに貼っておくよう伝えている。 (5・7) 運転免許証自主返納については、特に運転免許所持者で認知症に関するケース相談があった際に主訴に合わせて周知している。また、自主返納を検討している対象者の御家族が、必要に応じて認知症疾患医療センター「つつじメンタルホスピタル」の地域連携室に相談できることも周知している。</p>
<p>【下半期】 (1・4) 町内6事業者と情報交換会（町高齢者福祉計画に基づくヒアリング）を行った。その結果は介護保険等運営協議会で報告した。 (2・4・5) 情報交換及び実態把握ができなかった。特に水害時に入所・入居系施設の利用者をどのように支援するのか町も事業者も不明確な部分があるため、情報共有して明確にしていきたい。 (5・4) 担当課と情報共有ができなかったが、福祉タクシー利用者に対してアンケートを実施し、その結果を踏まえて次年度から福祉タクシー利用券を1回当たり4枚まで利用できるように要綱改正した。 (6・7) まずは関係課から町内の公共施設の情報を集約し、現地確認していきたい。</p>

第8期計画における各事業取組目標の進捗状況及び評価（令和5年度）

取組目標：介護給付適正化	評価指標	実施状況		評価
		4～9月	10～3月	
(1) 要介護認定の適正化（新規及変更申請）				
ア 新規及び変更申請者の認定調査票の点検	全件	○	○	○
イ 更新申請者の認定調査票の点検	50%以上	○	○	○
(2) ケアプラン点検				
ア 居宅介護支援事業所を訪問し、ケアマネジャー全員と面談にて点検	年10件	－	○	○
イ ケアプラン分析システムを活用し、点検対象者を抽出し文書にて点検	年10件	－	×	×
(3) 住宅改修等の点検				
ア 住宅改修：書面及び実地での事前調査を実施し、適宜ケアマネジャーに確認	年60件	○	○	○
イ 福祉用具：書面での事前調査を実施し、適宜ケアマネジャーに確認	年48件	○	○	○
ウ リハビリテーション専門職と共同し、書面又は実地による調査を実施	－	○	○	○
(4) 医療情報との突合・縦覧点検				
ア 国保連から提供されるリストに基づきサービスの整合性を確認	年900件	△	△	×
(5) 介護給付費通知送付				
ア 受給者へ給付費通知及び医療費控除の説明文の送付	年4回	○	○	○
イ 給付費通知の送付についてケアマネジャーに周知	年4回	○	○	○

■評価、見直し・改善点等

<p>【上半期】</p> <p>(1・7・1) 新規及び変更申請者の認定調査は係員が行っており、その点検も調査者以外の係員が行っている。一方、更新申請者の認定調査は町内居宅介護支援事業所に委託しており、その点検は係員が行っている。点検の結果、認定結果に左右するような不備がある場合は、委託先に修正依頼をしている。なお、点検結果は一覧としてまとめている。</p> <p>(3・7・1) 住宅改修については書面及び実地調査を、福祉用具については書面調査を実施しており、疑義はケアマネジャーに確認し、修正等している。</p> <p>(5・7・1) 5月及び8月に介護サービス受給者に給付費通知及び医療費控除説明文を送付している。また、居宅介護支援事業所含め、関係対象事業所にもその旨を通知している。</p>
<p>【下半期】</p> <p>(1・7・1) 新規、変更及び更新申請調査の点検は町が全て実施した。更新申請については点検結果の一覧表を委託先に提供して助言及び指導を行った。</p> <p>(2・7・1) 国保連から提供される「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」を参考に点検要件を設定し、町内のケアマネジャー全員とケアプラン点検を面談で行った。しかし、文書点検は行えなかった。文書点検と面談点検を半期ごとに実施していきたい。</p> <p>(3・7・1) 住宅改修及び福祉用具（購入及び軽度者貸与）は、全件書面又は実地調査を行った。ケアマネジャーはそれらの必要性をより具体的に検討するようになり、質の向上及び適正化が図られていると思われる。</p> <p>(4・7) 医療情報との突合及び縦覧点検については、毎月、国保連から突合リストがデータ抽出されるが、データ保存しているのみで活用ができなかった。特に縦覧点検はデータ量が多いため、点検手法を検討したい。</p>