

四万十町地域包括支援センター運営協議会 会議資料

— 令和6年度 第1回 —



日 時：令和6年6月28日（金）午前9：30～

場 所：四万十町役場 西庁舎3階 防災対策室

四万十町地域包括支援センター運営協議会、
 四万十町認知症初期集中支援チーム検討委員会
 及び四万十町地域密着型サービス運営委員会 委員名簿

(令和6年6月現在)

委員構成	氏名	新任	所属等
学識経験者	金子 仁		かねこ司法書士事務所
被保険者、サービス利用者代表	野村 宏		第1号被保険者
	山本 由美		第1号被保険者
保健医療関係者	澤田 由紀子		在宅医師
	谷本 和広		須崎福祉保健所 所長
介護サービス事業者代表	片岡 愛	○	ケアマネジャー代表 (居宅介護支援事業所くぼかわ)
	西村 知絵		居宅サービス事業所代表 (デイサービスセンター緑林荘)
	佐竹 あゆみ	○	施設サービス事業所代表 (特別養護老人ホーム四万十荘 施設長)
福祉関係者	田中 勇一		しまんと町社会福祉協議会
	岩崎 千代喜		民生委員代表

四万十町地域包括支援センター運営協議会設置要綱

(設置)

第1条 四万十町地域包括支援センター（以下「センター」という。）の適切な運営、公正、中立性の確保その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、四万十町地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 運営協議会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) センターの設置等に関する事。
- (2) センターの運営に関する事。
- (3) 地域包括ケアに関する事。
- (4) その他センター等の運営に関し、運営協議会が必要と認める事項に関する事。

(組織)

第3条 運営協議会は、委員14人以内で組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうちから、町長が委嘱する。

- (1) 学識経験者 1人以内
- (2) 被保険者、サービス利用者から公募した者 2人以内
- (3) 保健医療関係者 2人以内
- (4) 介護サービス事業者 3人以内
- (5) 福祉関係者 3人以内
- (6) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める者 3人以内

(任期)

第4条 委員の任期は、3年以内とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員が委嘱時における当該身分を喪失したときは、委員を辞職したものとみなす。

(会長及び副会長)

第5条 運営協議会に、会長及び副会長1人を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

3 会長は、会務を統括する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときはその職務を代理する。

(会議)

第6条 運営協議会の会議は、会長が招集する。

2 会長は、会議の議長となる。

3 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求めること又は資料の提出を求めることができる。

(事務局)

第7条 運営協議会の運営上必要な事務は、高齢者支援課において行う。

(雑則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、運営協議会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

附 則 (平成30年6月1日告示第66号)

この告示は、公布の日から施行し、平成30年3月1日から適用する。

附 則 (令和2年4月1日告示第36号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則 (令和6年5月21日告示第98号)

この告示は、公布の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

資料 1

議事（2）

地域包括支援センター運営方針について

四万十町地域包括支援センター運営方針（案）

令和6年度

四万十町高齢者支援課

I 方針策定の趣旨

この「四万十町地域包括支援センター運営方針」は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的考え方や理念、業務推進の指針等を明確にするとともに、センター業務の円滑かつ効果的な実施に資することを目的に策定する。

II 地域包括支援センターの意義・目的

センターは、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健・医療の向上及び福祉の増進を図り、包括的に支援することを目的に設置する。（介護保険法第115条の46）

すなわち、センターは、地域包括ケアシステムの推進を担う中核機関として、地域住民一人ひとりに対する個別的なサービスの調整、地域におけるネットワークの構築等、地域の様々なニーズに応えることのできる高齢者福祉の拠点となることを目指す。

III 運営上の基本的視点

1 公益性の視点

- (1) センターは、町の介護・福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行う。
- (2) センターの運営費用は、町民の負担する介護保険料や、国・県・町の公費によって賄われていることを十分理解し、適切な事業運営を行う。

2 地域性の視点

- (1) センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であるため、地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行う。
- (2) センター運営協議会や地域ケア会議等の場を通じて、地域の住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組む。

3 協働性の視点

- (1) センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が、相互に情報を共有し、連携・協働する「チームアプローチ」を実践する。
- (2) 地域の保健・医療・福祉の専門職やボランティア、民生委員等の関係者と連携を図りながら活動する。

IV 地域包括支援センターで行う事業の実施方針

1 地域包括ケアシステムの推進方針

高齢者が住み慣れた地域で、元気に安心して暮らすための支援を行うことはもとより、医療や介護が必要な状態になっても、個人の自立と生活の質（QOL）の追

求が可能となるよう、住まいを確保した上で、医療・介護・介護予防・生活支援サービスが切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の考え方が重要である。この考え方にに基づき、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」に位置付けられる地域包括ケアシステムの深化・推進を図る。

2 地域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針

地域の住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟なセンターの運営を行う。

3 介護事業者・医療機関・民生委員等の関係者とのネットワーク構築の方針

高齢者が介護サービスや保健・医療・福祉サービス等を適切に利用できるよう、地域における多職種連携を進めるため、センターを中心に、介護事業者、医療機関、民生委員、社会福祉協議会等の関係機関と連携し、高齢者支援のためのネットワーク構築を推進する。

4 介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針

地域の介護支援専門員に対して、専門的な見地から、日常的業務の相談等に応じるとともに、支援困難なケースについては、具体的な支援方針を検討しながら助言・指導を行う。また、介護支援専門員の全体的なスキルアップのために、研修会を実施する。

5 町関係課との連携方針

地域住民の総合相談に応じつつ、適切に地域住民の保健福祉の推進が図れるよう町関係課とも連携し多面的な支援を行う。

また、「重層的支援体制整備事業（移行準備事業）」や「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」について、引き続き関係課等と協議、実施する。

6 公正・中立性確保のための方針

センターは、「公益的な機関」として、介護保険法及び各種法制度を遵守し公正で中立性の高い事業運営を行う。

7 その他の方針

その他、地域の実情に応じてセンター運営協議会が必要であると判断されたものについては、方針として掲げる。

V 業務推進の指針

1 共通事項

(1) 事業計画の策定

ア センターは、地域の実情や課題に応じて目標を設定し、創意工夫した事業運営に努める。

イ 毎年度、目標に対する事業の評価を行う。

(2) 職員の姿勢

ア センターの業務は、地域に暮らす高齢者が住み慣れた環境で自分らしい生活を継続させるための支援であることを念頭に置き、常に当事者に最善の利益を図るために業務を遂行する。

イ センター所長は、職員及びセンター全体の業務を把握し、一部の業務や一部職員に業務が集中することがないように、調整・管理に努める。

ウ センター職員は、抱えている事例や対処方法について相互に報告し合い、各職種が協働して「チーム」として検討しながら業務を遂行する。

(3) 職員の資質の向上

専門性の向上を図るため、研修会等に積極的に参加する。また、一部の職員が研修を受講した場合、センター内で研修内容を共有するために、受講報告・伝達ができる体制を整える。

(4) 広報活動

センターの業務を適切に実施していくため、また業務への理解と協力を得るために広報紙への掲載やパンフレットを作成し、医療機関や介護サービス事業所等様々な機関への配布を行う等、地域住民及び関係者へ積極的に広報する。

(5) 苦情対応

センターに対する苦情を受けた場合には、速やかに対応し、その内容及び対応等を記録する。

(6) 緊急時の体制

センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう体制を整備する。

(7) 個人情報の保護

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、情報管理等を適切に行う。

2 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

地域住民によるボランティアやNPOなどの多様な主体による生活支援や介護予防の提供体制構築について、高齢者支援課と連携して進める。

(2) 一般介護予防事業

地域住民が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、介護予防の基本的な知識の啓発や活動の支援を行う。

各種教室終了後も筋力や身体機能の維持・向上ができるよう、あったかふれあいセンターや地域の通いの場等において、介護予防の取組が継続できるよう支援するとともに、受け皿となる地域の通いの場の整備を行う。また、津波避難のための介護予防事業、介護予防につながる活動への参加を促進するため、介護予防ポイント事業を開始する。

3 総合相談支援事業

(1) 実態把握

地域の高齢者の心身状況や家庭環境等について、75歳以上の独居、高齢者世帯の未把握者を中心に訪問による実態把握を行い、生活上の課題やニーズを発見し、早期対応できるように取り組む。

(2) 総合相談業務

来所、電話、訪問等により受けた相談に対し、課題を整理して適切な機関・制度・サービス等につなげる。関係機関からの相談に対しては、その結果を報告するなど信頼関係の構築に努める。また、相談記録を作成し、担当者が不在でも対応できる体制を整える。

(3) 地域支え合いネットワーク事業

地域の中で見守りが必要な高齢者をあらかじめ登録し、日々の見守りや災害時、緊急時の支援をスムーズに行えるよう「見守り台帳」、「安心カード」を作成する。区長、民生委員、警察、消防、社会福祉協議会、あったかふれあいセンター等とも連携し、高齢者の地域での見守り体制、支え合いづくり等に取り組む。

4 権利擁護業務

(1) 高齢者虐待への対応

通報や相談等を受けた場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」や「四万十町権利擁護マニュアル」等に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、高齢者支援課と連携を図り適切な対応を行う。また、関係機関の連携強化及び保健医療福祉サービスによる対応を超えた、より専門的な介入が必要と認める場合は、権利擁護ネットワーク会議にて協議する。

(2) 成年後見制度の活用

認知症などにより判断能力の低下が見られる高齢者への適切な介護サービスの利用や財産管理、法律行為等の支援のため、成年後見制度の利用が必要か判断する。成年後見制度の利用が必要と判断し、申立てが可能な親族がいる場合には関係機関の紹介等を行う。申立てが可能な親族がいない場合には、権利擁護ネットワーク会議に諮った上で町長申立てへつなげる。

また、成年後見制度利用促進基本計画に基づき設置した、権利擁護支援の中核機関の運用を進める。

(3) 消費者被害防止

消費生活センターや町にぎわい創出課、警察等と連携し、被害防止の啓発や事例に対応する。

5 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

(1) 包括的・継続的なケアマネジメント支援体制の構築

施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、関係機関との連携を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。また、地域の介護支援専門員が介護保険サービスや保険外の様々な社会資源（地域の力）を活用できるよう社会資源集を作成する。

(2) 介護支援専門員に対する支援

ア 日常的個別指導・相談

介護支援専門員の日常業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行う。

イ 事例検討会・研修会の実施

介護支援専門員の資質の向上（特に自立支援に向けたアセスメント力の向上）を図る観点から、ケアマネジャー連絡会等を開催し、情報提供や事例検討、研修等を実施する。

ウ 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針を検討し、助言・指導等を行う。

エ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員が、日常的に円滑な業務が実施されるよう、介護支援専門員のネットワークを活用する。また、地域の介護支援専門員への支援が共にできるように、主任ケアマネジャー連絡会を開催し、資質向上を図る。

6 認知症対策

(1) 認知症の人やその家族を支えるため、相談窓口の周知に努めるとともに、家族の会への支援や関係機関と連携を図りながら、継続的な個別支援等を行う。

(2) 地域住民や関係機関が、認知症高齢者及びその家族を地域で支え、見守り体制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及や予防を含めた啓発を、認知症キャラバン・メイト等による認知症サポーター養成や出前講座、広報等により行う。

(3) 認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を継続配置し、早期診断、早期対応に向けた支援体制の構築を行う。

(4) 認知症地域支援推進員を中心に、医療・介護等の連携強化や地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図る。

7 地域ケア（個別・推進）会議

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくための地域包括ケアシステムの構築・推進に際し、高齢者支援に関わる保健・医療・福祉・介護等各分野のメンバーによる地域ケア会議を次の目的で開催する。

- (1) 介護支援専門員への高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- (2) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域での支援ネットワークの構築
- (3) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
- (4) 支援に必要な地域づくりや資源の開発
- (5) 地域に必要な政策の提言・立案

8 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供し、関係者間の連携を図るため、次の項目を行う。

- (1) 地域の医療・介護の資源の把握
- (2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- (3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (4) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (5) 地域住民への普及啓発
- (6) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (7) 医療・介護関係者の研修

9 生活支援体制整備事業

多様な主体が参画し、地域の実情に応じた身近な生活支援、介護予防の充実を図るため、次の項目を行う。

- (1) 協議体及び生活支援コーディネーターとの連携
- (2) 地域ニーズの把握、情報共有の推進
- (3) 新たな生活支援、介護予防サービスの企画、立案、方針策定
- (4) 地域づくりにおける関係機関との連携

10 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに際し、利用者の情報収集、アセスメントを十分にいき、自立支援と生活の質の向上を目指す。具体的な目標を設定し、その達成のためのプランを作成する。定期的に評価、見直しを行う。

指定居宅介護支援事業者への委託にあたっては、正当な理由なしに特定の事業者に偏ることなく、公正でスムーズな委託に努める。また、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第30条に規定するアセスメント業務や介護予防サービス計画の

作成作業等が一体的に行われるよう配慮する。

11 その他

その他、事業の実施に当たっては、「地域支援事業実施要綱（令和5年10月6日老発1006第1号）（平成18年6月9日老発第0609001号）」及び「地域包括支援センター運営マニュアル3訂（令和4年4月）」を十分に確認する。

資料 2

議事（3）

令和5年度 地域包括支援センターの実績報告について

➤ 令和5年度の総括

本所および2支所体制となり、2年が経過した。十和支所を設置したことで、住民が相談しやすくなり、民生委員や区長等との情報共有が行いやすい、移動時間の短縮等のメリットがある反面、職員の分散配置によりチームアプローチに支障が生じる等のデメリットもある。定期的なミーティング（本所と大正・十和支所合同）や月1回のセンター連絡会で、ケースや事業についての情報共有や検討を行い、連携を図っている。

職員体制については、大きな異動もなく、専門職12人（うち会計年度任用職員3人）、一般事務1人、生活支援コーディネーター2人を配置し、計15人体制で業務にあたった。各専門職の機能を活かし、下記の4つのグループ制での事業展開を行った。

【各グループの総括】

○社会福祉士グループ

総合相談・支援、実態把握、地域支え合いネットワークづくり、権利擁護、生活支援体制整備事業を継続。

実態把握については、75歳以上の独居・高齢者のみ世帯等の未把握者のリストは作成したが、虐待事案や高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下「一体的実施」という。）での個別訪問への対応もあり、全数把握に至らなかった。

虐待対応については、管理職を含めた高齢者支援課内で情報共有及び事実確認、今後の対応方針について協議を行っている。養護者による高齢者虐待（疑い）の相談は9件。養介護施設等従事者による虐待（疑い）の通報はなかったが、前年度からの引き続きの事案2件について、高齢者支援課担当とともに、虐待の有無を判断し、事業所への結果通知と改善計画提出を依頼した。

成年後見制度については、普及啓発や相談対応、利用促進等を行う中核機関※を、令和6年3月31日、役場内に設置した。

※権利擁護支援を必要とする方が、必要なときに適切な支援につながるように、各関係機関で構成された「地域連携ネットワーク」（要支援者を発見し、適切に必要な支援につなげる地域連携の仕組み）の中心となって全体のコーディネートを担う期間。権利擁護支援における成年後見制度の4つの役割「①広報・啓発」「②相談」「③成年後見制度利用促進」「④後見人支援」を担う。

○主任ケアマネジャーグループ

包括的・継続的ケアマネジメント支援については、複雑化した課題を抱えるケースが増えるなか業務負担が増大するケアマネジャーに対し、相談対応や困難事例の同行訪問等を行った。

在宅医療・介護連携事業については、引き続き入退院調整ルールの運用や多職種協働研修等を行った。大正・十和地域の地域包括ケア体制の確立に向けて協議を行ったが、課題の整理や具体的な方向性の共有には至っていない。

介護人材確保や離職防止の取り組みについては、「四万十町人材確保・育成ネットワーク」において研修会や事業所との意見交換を実施し、事業所の現状や課題を把握した。事業所への指導については、事業所担当とともに、運営指導や集団指導を行い、専門職の視点から指導、助言を行った。

その他、介護予防支援事業所におけるBCP策定については、厚労省のひな型等を参考に作成を行ったが、四万十町防災計画との連動等が十分にできておらず今後の課題となっている。

○介護予防グループ

介護予防の啓発は、前年度に引き続き口腔機能向上に重点を置き、宅老所等通いの場において、口腔ケアの知識や簡単に取り組むことができるケア等について健康教育を行った。運動教室は2地域で実施し、教室終了後は自主グループにつなげることができた。

一体的実施においては、健康福祉課、町民課と連携し、各種介護予防事業や健康状態等未把握者への個別訪問を行った。

介護予防ポイント制の導入については、事業の枠組みについて一定の案はできていたが、健康福祉課とともに、「健康パスポートアプリ」を活用したポイント付与を検討することとなり、次年度導入を目指す。

○認知症グループ

認知症に対する正しい知識の普及や啓発については、出前講座を警察署、消防署、地域等5か所、地域住民を対象とした講演会を1回、街頭啓発を窪川・大正・十和地域で各1回実施した。また、図書館での認知症コーナー設置についても前年度から引き続き実施し、幅広い年齢層に認知症の啓発や相談窓口の周知を図った。

認知症カフェ（委託）については、立ち上げや後方支援を行っており、5年度から新たに1か所増え、3地域全4か所となった。集い、相談、情報提供等の場となっている。

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価																				
介護予防・日常生活支援総合事業 一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業		地域の介護予防拠点においては、地域の実情をアセスメントしたうえで計画的に立ち上げを支援していきます。また、通いの場が、通所型サービスCや運動教室等の終了後も継続して運動や交流ができる受け皿となるよう、効果的な運動の指導等の支援を行います。住民が介護予防の必要性について理解し、主体的に介護予防に取り組むことができるよう知識の啓発を行います。	高齢者筋力向上トレーニング事業（パワーリハ教室）	運動機能低下がみられる者を対象に、高齢者向けの筋力トレーニングを実施することで、更なる運動機能の低下を未然に予防し、在宅生活を継続できるよう支援する。 (1) 定期的に筋力トレーニングを行うことで筋力の維持、改善を図る。 * チェックリスト前後比較:「維持、改善」80%以上 * 終了後アンケート:「運動を続ける」80%以上	目標(1) 対象者: 運動機能低下がみられる虚弱高齢者等(十和地域) 実施期間・回数: 3か月(週2回)を1教室として、年2回の運動教室を実施 実施場所: 十和高齢者生活福祉センター(教室運営は診療所理学療法士) 内容: ① 機器を使用した筋力トレーニング ② ストレッチ体操等	実施回数45回(1クール目19回、3クール目26回)／実人数12人／延べ人数182人 ボランティア実人数9人／ボランティア延べ人数203人 体力測定(教室終了後改善): 握力7人(100%)／片足立ち5人(71%)／膝伸展筋力(100%) 参加者の感想「疲れにくくなった。」「外出できたこと自体が良かった。」「参加できてよかった。」「朝起きてすぐ動けるようになった。」「他者と交流が楽しく、待ち遠しかった。また続けて利用したい。」「足がしっかりした。」等。 ・新型コロナウイルス感染症の拡大と会場の改修工事の影響により1クール目の教室は実施できなかった。 ・参加希望者が少ないため、十和地域に参加者募集のチラシを区長文書で回覧した。 ・参加をしても体調不良等の理由で最後まで参加できない参加者がいた。(6名が中止) ・ボランティアも高齢化しており、人数が減ってきている。ボランティアのことも含め、事業継続についての検討が必要となっている。																				
			運動機能低下がみられる者を対象に、高齢者向けの運動を実施することで、更なる運動機能の低下を未然に予防し、在宅生活を継続できるよう支援する。また、介護予防のための運動や学習を通じて、住民自らが介護予防に向けた取組ができるようにする。 (1) 年間2教室(年24回)実施する (2) 教室参加者の筋力の維持、改善を図る。 * 体力測定前後比較:「維持向上」80%以上。 * 終了後アンケート:「運動を続ける」が80%以上 (3) 教室終了後、運動自主グループや通いの場につながる。 * 新規立ち上げ数: 2か所	目標(1~3) 対象者: 運動機能低下がある高齢者を含む65歳以上の高齢者 実施期間・回数: 3か月(週1回)を1教室として、運動教室を実施 実施場所: 各集会所 内容: ① 筋力運動(いきいき百歳体操) ② ストレッチ体操等 ③ 介護予防講話 ④ 体力測定、アンケート	実施箇所数2か所(山株、大正北ノ川)／実施回数23回／実人数26人(75歳以上62%)／延べ人数205人／基本チェックリスト健康状態の自覚が維持・改善した者14人																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 20%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本チェックリスト前後比較 維持、改善者数 (参加12人中前後比較できた7人を対象)</td> <td>80%以上</td> <td>57% (4人/7人)</td> <td>未達成</td> </tr> <tr> <td>終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者 (参加12人中回答した7人を対象)</td> <td>80%以上</td> <td>71% (5人/7人)</td> <td>未達成</td> </tr> </tbody> </table>							評価指標	目標値	実績	達成状況	基本チェックリスト前後比較 維持、改善者数 (参加12人中前後比較できた7人を対象)	80%以上	57% (4人/7人)	未達成	終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者 (参加12人中回答した7人を対象)	80%以上	71% (5人/7人)	未達成								
評価指標	目標値	実績	達成状況																							
基本チェックリスト前後比較 維持、改善者数 (参加12人中前後比較できた7人を対象)	80%以上	57% (4人/7人)	未達成																							
終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者 (参加12人中回答した7人を対象)	80%以上	71% (5人/7人)	未達成																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 20%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施回数</td> <td>24回</td> <td>23回</td> <td>未達成 (96%)</td> </tr> <tr> <td>体力測定(握力)前後比較 維持、改善者数向上 (参加26人中前後比較できた18人を対象)</td> <td>80%以上</td> <td>56% (10人/18人)</td> <td>未達成</td> </tr> <tr> <td>終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者</td> <td>80%以上</td> <td>未実施</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>教室終了後、運動自主グループ等に移行した数</td> <td>2か所</td> <td>2か所</td> <td>達成 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>							評価指標	目標値	実績	達成状況	実施回数	24回	23回	未達成 (96%)	体力測定(握力)前後比較 維持、改善者数向上 (参加26人中前後比較できた18人を対象)	80%以上	56% (10人/18人)	未達成	終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者	80%以上	未実施	—	教室終了後、運動自主グループ等に移行した数	2か所	2か所	達成 (100%)
評価指標	目標値	実績	達成状況																							
実施回数	24回	23回	未達成 (96%)																							
体力測定(握力)前後比較 維持、改善者数向上 (参加26人中前後比較できた18人を対象)	80%以上	56% (10人/18人)	未達成																							
終了後アンケート 「運動を継続する」と答えた者	80%以上	未実施	—																							
教室終了後、運動自主グループ等に移行した数	2か所	2か所	達成 (100%)																							

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価	
介護予防・日常生活支援総合事業 一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業		地域の介護予防拠点においては、地域の実情をアセスメントしたうえで計画的に立ち上げを支援していきます。また、通いの場が、通所型サービスCや運動教室等の終了後も継続して運動や交流ができる受け皿となるよう、効果的な運動の指導等の支援を行います。住民が介護予防の必要性について理解し、主体的に介護予防に取り組むことができるよう知識の啓発を行います。	口腔機能向上教室 (カムカム教室) (オーラルフレイルモデル事業)	高齢者が口腔機能向上の必要性を理解して、正しい口腔清掃や口の体操を習得し、効果を実感することで、日々の口腔ケアを意識的に行うことができるようにする。また、運動や栄養についても指導を行い、口腔機能向上につながる日常生活を送ることができるようにする。	(1)口腔機能向上についての健康教育や口腔体操の指導を行う。 *カムカム教室、オーラルフレイルモデル事業実施箇所数:16か所 *実施後のアンケート:「口の動きが悪くなることと肺炎は関係がある」と答えた人50%以上、「家で口の体操をしている」と答えた人30%以上	目標(1) <カムカム教室> 対象者:宅老所、運動自主グループ(実施希望があった16か所)の参加者 実施回数:新規3回、継続1回 内容:①口腔機能評価(問診) ②健康教育(口腔機能向上の必要性・口腔清掃等) ③「かみかみ百歳体操」指導 ④アンケート <オーラルフレイルモデル事業> 対象者:宅老所、運動自主グループ(介入群2か所、対象群2か所)の参加者 実施回数:実施期間1クール(12週間)のうち、介入群(2か所)5回 対照群(2か所)3回 内容: [介入群(25人程度)] 1週目:①口腔機能測定 ②アンケート調査 ③口腔体操指導 / 2・5・9週目:①全身運動 ②口腔体操 ③カムカムメニューの試食と講話 ④栄養・歯科指導 / 12週目:①口腔機能測定 ②アンケート調査 [対照群(20人程度)] 1週目:①口腔機能測定 ②アンケート調査 / 12週目:①口腔機能測定 ②アンケート調査 ③栄養・歯科指導	<カムカム教室> 実施箇所数13か所(宅老所4か所、運動自主グループ9か所) / 実施回数15回 / 実人数81人 / 延べ人数95人 (内訳)新規:実施箇所数1か所(自主G1か所) / 実施回数3回 / 実人数13人 / 延べ人数27人 継続:実施箇所数12か所(宅老所4か所、自主G8か所) / 実施回数12回 / 実人数68人 / 延べ人数68人 ・新規は口腔評価やセルフケアの説明後、歯ブラシ、舌ブラシの配布。口腔体操指導を実施。 ・カムカム教室実施希望は16か所だったが、日程が合わず13か所の実施となった。 ・継続はオーラルフレイルセルフチェックや口腔体操の再確認を行った。 ・歯科定期受診勧奨のため、後期高齢者無料歯科健診の情報提供を行った。 ・知識の定着は目標達成している。自宅で実践できる口の体操の指導を引き続き行う必要がある。
			介護予防啓発教室	宅老所や運動自主グループ等の参加者に対して必要な知識や具体的な行動を伝えることで、高齢者の行動変容を促し、できる限り自立した生活が継続できるように支援する。	(1)介護予防、特に口腔について重点的に健康教育を行う。 *実施箇所数:窪川25か所、西部15か所、参加者数:延400人	目標(1) 対象者:宅老所、運動自主グループ、サロン等の参加者 内容: ①運動、栄養、口腔、認知症について、パンフレットや紙芝居等の媒体を使用し健康教育を行う。 ②社協、あったかふれあいセンターの職員にも同じ媒体を使用した健康教育(10~30分程度)をサロン等で実施してもらう。	実施箇所数46か所(宅老所9か所、自主G15か所、サロン22か所) / 実施回数80回(宅老所10回、自主G18回、サロン52回) / 延べ人数634人(宅老所92人、自主G96人、サロン446人) ・自宅へ持ち帰り見返すことができるようチラシを配布した。 ・宅老所と運動自主グループについては、体力測定の結果説明と併せて実施し、予防行動の動機付けになるような機会とした。

評価指標	目標値	実績	達成状況
実施箇所数 (カミカミ+オーラルフレイル)	15か所	17か所	達成 (113%)
実施後のアンケート 「口の動きが悪くなることと肺炎は関係がある」と答えた人 (参加95人中回答した71人を対象)	50%以上	61% (43人/71人)	達成
実施後のアンケート 「家で口の体操をしている」と答えた人 (参加95人中回答した71人を対象)	30%以上	27% (19人/71人)	未達成

評価指標	目標値	実績	達成状況
実施箇所数	40か所	46か所	達成 (115%)
参加者数	延べ400人	延べ634人	達成 (159%)

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価																
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業		中強度活動と歩数に着目した「メッツ健康法」を採用し、生活習慣病予防や介護予防に取り組むことにより健康寿命の延伸を目指す。	(1) あったかふれあいセンターや通いの場でのデータ取込みや保健指導を行う。 * あったか利用者: 100人 * 出向き: 12回、利用者: 60人	目標(1) 対象者: あったかふれあいセンター、宅老所等利用者、その他希望者 内容: ① 既登録者とあったかふれあいセンターの利用者を突合し、活動量計を実用していない者に利用勧奨を行う。 ② あったかふれあいセンターくぼかわに委託し、データ取込みや保健指導を行う。 ③ 定期的(2か月に1回)に各所に出向き、データ取込み、保健指導を行う。	R6年3月末時点65歳以上利用者数289人(窪川226人、大正28人、十和30人、町外5人) 参考: 全利用者数447人(窪川333人、大正46人、十和47人、町外21人) ・R5年4月～8月の間に、データ取込みがなかった65歳以上の者(非アクティブユーザー)71人の内、あったかふれあいセンターを利用している方6人に対してデータ取込み勧奨を行った。 ・既利用者の継続支援に注力し目標は達成したが、活動量計の生産中止に伴い、事業はR6年9月をもって終了となる。今後は、利用者の健康行動が中断しないように新たな事業へシフトできるよう健康福祉課と協議を進める。															
		健康ステーション事業				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> <th style="text-align: center;">実績</th> <th style="text-align: center;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>データ取込み、保健指導実施数委託事業者(アクトワン)</td> <td style="text-align: center;">延べ100人</td> <td style="text-align: center;">延べ154人</td> <td style="text-align: center;">達成(154%)</td> </tr> <tr> <td>データ取込み、保健指導実施数通いの場への出向き</td> <td style="text-align: center;">12回 延べ60人</td> <td style="text-align: center;">21回 延べ83人</td> <td style="text-align: center;">達成(175%) (138%)</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	データ取込み、保健指導実施数委託事業者(アクトワン)	延べ100人	延べ154人	達成(154%)	データ取込み、保健指導実施数通いの場への出向き	12回 延べ60人	21回 延べ83人	達成(175%) (138%)				
評価指標	目標値	実績	達成状況																			
データ取込み、保健指導実施数委託事業者(アクトワン)	延べ100人	延べ154人	達成(154%)																			
データ取込み、保健指導実施数通いの場への出向き	12回 延べ60人	21回 延べ83人	達成(175%) (138%)																			
		宅老所運営支援事業		高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自立して生活ができるよう、地域の中に集える場を整備すると共に、健康や介護予防につながる各種学習の場として展開することで、住民自らが主体的に介護予防に取り組むことができるようにする。	(1) 新規開設の支援を行う。 * 新規開設数: 4か所 (2) 通いの場に出向き、体力測定や健康教育、健康相談等を行う。 * 出向き支援回数: 各所2回以上 (3) 65歳以上高齢者の通いの場への参加を促す。 * 65歳以上の通いの場参加割合: 7%	目標(1~4) 対象者: 既存の宅老所及び新規開設を希望している団体 内容: ① 運営費補助(1団体あたり年間33万円を上限) ② 各宅老所において介護予防に資する内容の健康教育(運動指導、講話等)、体力測定等 ③ 新規宅老所開設に向けての支援 ④ 宅老所連絡会の開催(年1回) ⑤ 運営等について随時相談に応じる ⑥ 通いの場の周知を行う(通いの場一覧の配布)	<宅老所> 新規開設1か所 実施箇所数14団体15か所(窪川15か所) 実施回数694回/実人数177人/延べ人数4156人 ボランティア 実人数133人/延べ人数3725人 出向き支援回数延べ32回 <運動自主グループ> 新規開設1か所 実施箇所数20か所(窪川14か所、大正5か所、十和1か所。内1か所は休止中) 出向き支援回数延べ40回 ・通いの場一覧を6月に全戸配布した。 ・宅老所連絡会を12月に開催し、12団体19人が参加した。 ・通いの場の数や65歳以上の参加割合は前年度実績より微増しており、現状維持といえる。 ・出向き支援(体力測定や健康教育等)については内容がマンネリ化しており、グループ内で体力測定の方法等内容の見直しを行った。															
		高齢者運動自主グループ運営支援事業			目標(1~4) 対象者: 既存の運動自主グループ及び新規開設を希望している団体 内容: ① 各グループにおいて介護予防に資する内容の健康教育(運動指導、講話)、体力測定等 ② 新規グループ開設に向けての支援(会場借り上げ、物品の貸出等) ③ 運営等について随時相談に応じる ④ 通いの場の周知を行う(通いの場一覧の配布)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> <th style="text-align: center;">実績</th> <th style="text-align: center;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>出向き支援回数</td> <td style="text-align: center;">各所2回以上 (延べ70回)</td> <td style="text-align: center;">延べ72回</td> <td style="text-align: center;">達成(103%)</td> </tr> <tr> <td>新規開設数</td> <td style="text-align: center;">4か所</td> <td style="text-align: center;">2か所</td> <td style="text-align: center;">未達成(50%)</td> </tr> <tr> <td>65歳以上の通いの場参加割合</td> <td style="text-align: center;">7%</td> <td style="text-align: center;">6.37%</td> <td style="text-align: center;">未達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	出向き支援回数	各所2回以上 (延べ70回)	延べ72回	達成(103%)	新規開設数	4か所	2か所	未達成(50%)	65歳以上の通いの場参加割合	7%	6.37%	未達成
評価指標	目標値	実績	達成状況																			
出向き支援回数	各所2回以上 (延べ70回)	延べ72回	達成(103%)																			
新規開設数	4か所	2か所	未達成(50%)																			
65歳以上の通いの場参加割合	7%	6.37%	未達成																			

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価
介護予防・日常生活支援総合事業	地域介護予防活動支援事業	シルバーリハビリ体操指導士養成事業	地域で高齢者に運動の指導を行う「シルバーリハビリ体操指導士」の養成を通じて、体操の普及と住民主体の地域づくりを進める。	(1)シルバーリハビリ体操3級指導士養成講習を開催する。 * 修了者数:10人 (2)指導士が地域で活動できるよう後方支援を行う。 * 地域で活動した指導士数:登録者の20%	目標(1) 実施回数:6回×1クール(10~11月、十和地域で開催予定) 内容:①3級指導士認定に必要な所定のプログラムを実施(講師は(株)アクトワンに依頼) 目標(2) 内容: ①フォローアップ講習の開催(年2回) ②自主グループやあつたかふれあいセンターにて、体操の復習や利用者への運動指導技術の習得ができるよう支援を行う ③指導士の活動状況を把握する(活動記録の提出等)	<指導士養成講習>実施回数6回×1クール/受講者数9人/修了者数3人 指導士数52人(窪川36人、大正14人、十和2人) <フォローアップ講習>実施回数2回/受講者数10人 <地域活動支援>同行0回 <自主グループ活動>窪川:実施回数7回/実人数5人、大正:実施回数19回/実人数8人 ・コロナ禍のため、指導士の地域活動が十分にできなかったが、数人は地区のサロンや既存の集まりで体操を指導している。 ・大正地域では、まずは指導士が体操を習得しようということで、あつたかふれあいセンターやまびこの職員が調整を行い、定期的(月2回)に集まって体操をしている。今後は希望する住民も受け入れる予定。 ・窪川地域では指導士にあつたかふれあいセンターを活用し、体操をしたり体操指導の復習等を行うことができるようにしていたが、参加がなかった。次年度はサロン等への指導に向うことができるよう支援する予定。
	一般介護予防事業	いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業	リハビリテーション専門職による運動指導を行うことで、介護予防に効果的な運動を継続することができるようにする。	(1)宅老所等利用者に対し、リハビリテーション専門職による運動指導を行う。 * 専門職派遣箇所数:10か所。	目標(1) 対象者:宅老所や運動自主グループ等の参加者 内容:リハビリ専門職による介護予防についての講話やいきいき百歳体操等の実技指導	実施箇所数11か所(窪川8か所、大正2か所、十和1か所)/延べ人数85人 ・宅老所と運動自主グループ以外にも、サロンやシルリハ教室等さまざまな通いの場へ派遣している。通いの場は窪川地域が多いため、派遣地域も窪川地域が多くを占めている。
	地域リハビリテーション活動支援事業	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイル(虚弱)状態にある高齢者の早期発見や、予防、適切な医療や介護サービスにつながるよう、通いの場への積極的関与や健康状態不明者の実態把握を行う。	(1)通いの場への積極的に関与(ポピュレーションアプローチ) * 通いの場での啓発回数:50回 * 体力測定:30か所 * いきいき百歳体操アドバイザー派遣:10か所 (2)健康状態不明の高齢者に対する個別訪問(実態把握)(ハイリスクアプローチ) * 個別訪問実施率100%	目標(1) 対象者:宅老所や運動自主グループ等の通いの場に参加する者 内容:健康教育や体力測定、いきいき百歳体操アドバイザー派遣事業等を通して、介護予防啓発を行う。 目標(2) 対象者:①過去5年において健診等の受診がない②医療の受診がない③介護認定がない ①~③の全てに該当する75歳以上の高齢者 内容:個別訪問を行い、生活状況や健康状態を把握し、必要な支援へ接続(情報提供)を行う。	<ポピュレーションアプローチ> 通いの場における介護予防啓発実施箇所数46か所/実施回数80回/延べ人数634人 体力測定を行った箇所数28か所/いきいき百歳体操アドバイザー派遣11か所 <ハイリスクアプローチ> 個別訪問者数36人(対象者36人) ・町民課、健康福祉課と担当者会を適宜行い、事業内容の検討や進捗状況の管理等を行った。 ・実施内容や成果については後期高齢者医療広域連合が開催する評価委員会に図った。ポピュレーションアプローチは、効果的に実施できており継続して実施する。ハイリスクアプローチは、総合相談等で一定の把握ができていたことが確認されたので、次年度は糖尿病性腎症重症化予防プログラム(健康福祉課)を実施予定。
支援サービス事業	介護予防ケアマネジメント	要支援認定者及び事業対象者に対してケアマネジメントを行い、適切なサービス利用につなげ、状態の維持改善を図る。	(1)要支援状態やそれに準ずる状態の維持改善を目指す。 * 件数見込:延1,150件(地域包括支援センター700件 委託450件)	目標(1) 対象者:介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食サービス)のみを利用する要支援認定者及び事業対象者。 内容:①介護予防ケアマネジメントの一連のプロセス	延べ件数1,244件(本所629件、大正163件、十和232件、委託220件) ・左記の対象者に対し介護予防サービス計画書等作成にかかる一連の業務を行った。 ・委託数の減少に伴い、地域包括支援センター担当数が増加しており、負担が大きい。	

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価
包括的支援事業	総合相談支援業務	高齢者実態把握	高齢者の自宅を訪問し、生活状況や家族状況等の基本情報を把握するとともに相談先(地域包括支援センター)を周知することにより、実際に相談支援が必要となった場合もスムーズに対応できるようにする。	(1)見守り台帳新規登録の機会に実態把握を行う。 *対象者全員 (2)75歳以上の未把握高齢者の実態把握を民生委員と共に行う。 *対象者の80% (3)健康状態不明者の実態把握を行う(「保健事業と介護予防の一体的実施」分) *対象者全員	対象者: 目標(1)見守り台帳新規登録者、総合相談等の相談者 目標(2)75歳以上の独居高齢者及び高齢者のみ世帯で、介護認定を受けていない方且つ民生委員や地域包括支援センター等が把握していない高齢者 目標(3)健康状態不明者(R3・4年度に健診受診なし、介護認定なし、医療受診なし、かつH30～R4年度がん検診未受診者) 内容:目標(1)～(3)共通 ①高齢者の生活状況、家族状況、受診状況等の聴き取りを行う。②地域包括支援センターの連絡先等の周知を行う。③状況に応じて関係機関と連携し、必要な支援につなげる。また、介護保険パンフレットや消費者被害予防啓発グッズ等を使用した啓発を行う。	実態把握件数98件 [内訳] 見守り台帳新規登録者:対象者53人中53人訪問(窪川35人、大正7人、十和11人) 未把握高齢者:対象者68人中8人訪問(窪川8人) 健康状態不明者:対象者36人中36人訪問(窪川23人、大正4人、十和9人) ・訪問し状況把握ができた高齢者については、基本チェックリストや実態把握票を活用しながら、生活状況や健康状態等を確認し、必要に応じて介護サービスや通いの場へのつなぎを行った。また、地域包括支援センターのチラシや介護保険パンフレット等を配布することで、相談窓口の周知を行うことができた。 ・民生委員への聞き取りを行った結果、未把握者だけでなく、適切な支援につながっていない高齢者や地域で孤立している高齢者を把握することができ、関係機関等との情報共有や継続的な対応につながった。 ・総合相談や虐待等の対応が優先となり、未把握高齢者に対する訪問を十分に行うことができなかった。
		総合相談支援	高齢者の困りごとの解決に向け個々に応じた自立支援につながるよう支援していく。	(1)適宜、地域包括支援センター内のケース会等にて、報告・連絡・相談、対応の検討を行い、相談内容は簡潔に記録し、以後の相談に対応できるようにする。 *相談対応した件数延2,000件	目標(1) 内容:①来所、電話、訪問による相談対応。②適切な機関、制度、サービスにつなぎ、地域のネットワークを活用した支援を行う。	相談延件数2,461件 [主な相談内容 ※R5年度から相談内容区分を見直し] 介護保険677件、高齢者福祉サービス393件、介護相談315件、入退所(院)236件、認知症194件、医療163件 他 ※1人につき複数該当する場合あり ・介護保険に関する相談が最も多く、次いで、高齢者福祉サービス、介護相談が多くなっている。 ・高齢や障害、生活困窮等、一世帯で複数の課題を抱えている事案については、地域包括支援センター内での情報共有や対応方針の協議を行い、必要に応じて、健康福祉課や関係機関とケース会を開催し、連携して支援を行った。 ・本所、大正・十和支所それぞれで、定期的にミーティングを行い、情報共有や対応の検討等を行った。 ・担当不在時でも対応ができるよう、随時相談記録を作成している。 ・介護保険サービスやその他の制度の利用が望ましい方でも、訪問拒否等で介入が難しく、適切な支援につながらない場合がある。地域包括支援センター職員が見守り訪問等を行うが、他業務もあるなかで定期的に訪問する等の対応が難しく、緊急時のみ対応となってしまう場合があった。

評価指標	目標値	実績	達成状況
見守り台帳新規登録者の実態把握	対象者全員	対象者全員 (53人/53人)	達成 (100%)
75歳以上の未把握者の実態把握	80%以上	11.8% (8人/68人)	未達成
健康状態不明の高齢者に対する個別訪問実施率	100%	100%	達成

評価指標	目標値	実績	達成状況
相談対応した件数	延べ2,000件	延べ2,461件	達成 (123%)

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価
包括的支援事業	総合相談支援業務	地域支え合いネットワーク事業	見守りが必要な高齢者から同意を得た上で「見守り台帳」に登録し、日々の見守りや災害時、緊急時の対応をスムーズに行う。	(1)見守り台帳・安心カードの取り組みを継続する。区長・民生委員・警察・消防等と連携し日々の見守りや緊急時の対応を行う。 * 新規登録者40人 (2)モデル地区で、地域の見守り体制について住民と協議する。 * 実施した地区数2地区	目標(1) 内容:①本人、家族、民生委員等から見守り台帳への登録希望の相談があった場合には、自宅を訪問し聞き取りを行う等随時対応する。②区長文書や広報での登録者の呼びかけ、集いの場での見守り台帳の周知活動を行う。③区長会、民生・児童委員協議会に参加し、地域での見守り活動、見守り台帳(安心カード)について協力要請を行う。④見守り台帳登録データの整理を定期的に行い、本人・民生委員・区長・関係機関等に配布している安心カード及び見守り台帳の更新作業を行う。 目標(2) 内容:①見守り台帳を共有している関係機関へ協力依頼を継続して行う。②事業への理解と啓発を目的に関係機関との情報共有の場を持つ。③地域での見守り活動推進のため、モデル地区(東又・金上野地区)にて、区長と民生委員の顔合わせの場を持ち、見守り台帳登録者と地区の75歳以上高齢者の情報共有を行い、見守り活動を強化していく。	見守り台帳登録者数292人(窪川195人、大正30人、十和67人) [参考]R4年度台帳登録者数322人(窪川214人、大正32人、十和76人) 新規登録者数53人(窪川35人、大正7人、十和11人) 啓発実施箇所数23か所 ・区長会、民生委員の地区会にて、事業の目的の説明や対象者への登録呼びかけの依頼を行った。 ・区長会や民生委員の地区会において、普段の生活の中で高齢者をさりげなく見守り、異変に気付いた時は地域包括支援センターに連絡してもらう「緩やかな見守り」を依頼した。 ・住民にも地域での「緩やかな見守り」の協力を依頼するため、回覧板にラミネート加工したチラシを毎回閲覧時はさんでもらうようにし、周知した。 ・事務手順書を作成し、定期的に台帳の内容を更新している。 ・事業の周知のため、サロンや運動自主グループ等を訪問し、事業概要の説明を行った。 ・東又地区では、民生委員や区長に参加してもらい、登録者についての現状や未登録者で登録が必要と思われる方の情報共有を行った。 ・金上野の町営住宅において、区長、副区長、社協、地域包括支援センターで町営住宅での見守りについて協議を行った。見守りについてのポスターを作成し、町営住宅内で掲示するようになった。
	権利擁護業務	高齢者権利擁護に関する研修	専門職には、在宅・施設に限らず高齢者支援を行う専門機関・専門職としての権利擁護に関する意識の向上を図る。 一般住民には高齢者権利擁護について知ってもらう。	(1)専門職:高齢者権利擁護を理解してもらい、支援が必要な事案が発生した際にはスムーズな連携を図る。 *「理解できた」90% (2)一般住民:権利擁護について住民が知識を得る機会をつくる。 *「理解できた」70%	目標(1) 対象者:ケアマネジャーやサービス事業所(居宅・施設)職員等 内容:①高齢者虐待に関するテーマ 目標(2) 対象者:一般住民 内容:①相続をテーマにした講演会を行う。②町広報誌(四万十町通信)に高齢者の権利擁護をテーマにした記事を掲載し、啓発や相談窓口の周知を行う。	<専門職向け研修> 開催回数1回/参加者数84人(うち高齢分野59人) 内容:高齢者・障害者虐待の基礎知識や虐待が発生した際の対応・手順、事例を踏まえたグループワーク、虐待防止委員会の仕組み等 講師:高知県社会福祉士会 理事 岡添 梓氏 ・アンケート(64人から回収)に理解度を確認する設問を入れていなかったが、43名の参加者から「とても勉強になった」「虐待について理解できた」という感想があった。 ・「基本について再確認できた」「日頃の自分たちのケアについて考え直すことができた」等、必要な基礎知識の再確認や日頃の業務を振り返ってもらう機会になった。その他に「虐待研修を継続してほしい」「成年後見制度について学びたい」という希望があったため、今後の参考にしたい。 <一般住民向け> [相続と遺言] 開催回数1回/参加者数52人 内容:相続に関する基礎知識やR6年度施行の相続登記申請の義務化について 講師:司法書士 竹内 陽子氏 ・アンケート(45人から回収)に理解度を確認する設問を入れていなかったが、32人の参加者から「勉強になった」と回答があった。 ・前年度よりも参加者が多く、相続と遺言について関心が高いことがわかった。しかし、専門用語が多く、理解が難しいという意見があった。 [窪川地域民生委員児童委員協議会総会研修会] 開催回数1回/参加者数53人 内容:高齢者及び障害者虐待に関する講義やグループワーク。虐待(疑いも含む)を発見した場面での通報義務や相談窓口について周知した。 講師:社会福祉士(健康福祉課、地域包括支援センター) ・「ちょっとした気づきを逃さないよう引き続き見守り活動を行う」「虐待の疑いがあればすぐに関係機関に連絡する」といった感想が聞かれた。 ・今後も民生委員協議会へ参加する等して、顔の見える関係づくりを継続する。 (次ページへ続く)

評価指標	目標値	実績	達成状況
新規登録者数	40人	53人	達成 (133%)
住民と見守りについて協議した地区数	2地区	2地区	達成 (100%)

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価																		
包括的支援事業 権利擁護業務		高齢者権利擁護に関する研修				<町広報誌> 掲載回数2回(成年後見制度、高齢者虐待防止) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>専門職研修終了後アンケート「理解できた」と答えた者</td> <td>90%</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>住民向け講演会終了後アンケート「理解できた」と答えた者</td> <td>70%</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	専門職研修終了後アンケート「理解できた」と答えた者	90%	—	—	住民向け講演会終了後アンケート「理解できた」と答えた者	70%	—	—						
		評価指標	目標値	実績	達成状況																			
		専門職研修終了後アンケート「理解できた」と答えた者	90%	—	—																			
住民向け講演会終了後アンケート「理解できた」と答えた者	70%	—	—																					
①権利擁護ネットワーク、相談対応 ②高齢者虐待対応	高齢者虐待の予防と早期発見、再発防止対策等について検討、協議を行う。高齢者が安心して暮らせる地域づくりを目指す。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用も含め高齢者の権利擁護を支援する。	(1) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関の連携強化及び専門的支援を行うため、ネットワーク会議を開催する。 * 適宜ネットワーク会議を開催したか (2) 市町村成年後見制度利用促進基本計画の目標としている中核機関を整備する。 * 中核機関を整備できたか (3) 四万十町高齢者権利擁護マニュアルを改訂する。 * 改訂マニュアルを作成したか * 虐待の相談や通報に対応した割合100%	目標(1) 内容: ①総会: 年1回開催。 ②個別支援会議: 必要に応じ随時開催。 ③高齢者虐待の相談があった際には、地域包括支援センターで対応を確認した上で関係者との情報共有やケース会議を行う。困難事例については、必要に応じ県の虐待対応専門職チームにアドバイザーとして協力を依頼し対応する。 目標(2) 内容: 中核機関の整備に向け、関係機関と協議を行う。 目標(3) 内容: ①厚生労働省マニュアルの改訂内容に沿って、四万十町高齢者権利擁護マニュアルを改訂する。 ②権利擁護業務(養護者による虐待及び養介護施設従事者等による虐待の対応や成年後見制度首長申立等)の一連の流れを確認し、四万十町版フローチャートを作成する。	<権利擁護ネットワーク会議>開催回数2回(総会1回、個別支援会議1回) ・総会では、前年度に対応したケースや今後の取り組み等について報告を行った。 ・個別支援会議では、前年度通報があった養介護施設従事者等による高齢者虐待事案2件について、虐待の有無の判断や結果通知の内容等について 協議を行った。 <虐待に関する対応> [養護者]実9件(うち2件は前年度からの継続) うち虐待と判断した件数2件/延55件 ・養護者による虐待(疑い含む)相談・通報件数は、前年度11件と比較すると2件減少。 ・随時高齢者支援課内で情報共有、対応方針の検討等を行い対応した。 [施設従事者等]実2件(2件とも前年度からの継続)/虐待と判断した件数1件 ・2件ともに事業所に対し、改善計画書の提出を依頼。提出された計画書に基づき、取り組みがなされているか等のモニタリングを次年度に実施予定。 <権利擁護に関する対応(虐待除く)> 延べ相談件数58件/成年後見町長申立実件数(年度中に後見人を選任した件数)1件 ・成年後見制度や公正証書作成等についての相談は、制度説明や公証役場へのつなぎ等、支援を行う機会が増えたが、実際に申立等に至らない傾向がある。 ・R6年度より相続登記が義務化されたことで、相続や遺言についての住民の関心度が高まったことが、相談件数増加の要因と考えられる。 ・高幡管内の情報交換会や県主催の権利擁護に関する研修会に参加し、スキル向上に努めた。 <中核機関の整備> ・健康福祉課と協議を行い、R6年3月31日、役場内に設置した。今後は、機関の周知や権利擁護支援(成年後見制度等)を必要とする高齢者に、迅速かつ適切な支援を行うことができるよう努める。 <マニュアル改訂>未実施 ・R5年改訂された国の虐待対応マニュアルの内容について確認を行ったが、改訂作業に着手できていないため、次年度も継続して取り組む。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ネットワーク会議開催</td> <td>適宜</td> <td>総会1回 個別会議1回</td> <td>達成</td> </tr> <tr> <td>中核機関設置</td> <td>今年度中設置</td> <td>R6. 3/31設置</td> <td>達成</td> </tr> <tr> <td>改訂マニュアルの作成</td> <td>今年度中作成</td> <td>未作成</td> <td>未達成</td> </tr> <tr> <td>虐待の相談・通報への対応</td> <td>100%</td> <td>100% (9件/9件)</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	ネットワーク会議開催	適宜	総会1回 個別会議1回	達成	中核機関設置	今年度中設置	R6. 3/31設置	達成	改訂マニュアルの作成	今年度中作成	未作成	未達成	虐待の相談・通報への対応	100%	100% (9件/9件)	達成
評価指標	目標値	実績	達成状況																					
ネットワーク会議開催	適宜	総会1回 個別会議1回	達成																					
中核機関設置	今年度中設置	R6. 3/31設置	達成																					
改訂マニュアルの作成	今年度中作成	未作成	未達成																					
虐待の相談・通報への対応	100%	100% (9件/9件)	達成																					
消費者被害防止	高齢者の消費被害や特殊詐欺の防止に向けて、啓発や関係機関との連携を図る。	(1) 消費者被害の防止や被害に遭ったり困った時の相談先の周知・啓発や相談時の対応を行う。 * 消費者被害の相談に対応した割合100%	目標(1) 内容: ①消費者行政推進連絡協議会に参加し、警察、地域安全協議会、社協、にぎわい創出課等、関係機関と連携した啓発活動等について協議を行う。 ②住民へ消費者問題に関するリーフレット等を配布し、啓発する。 ③被害の相談があった際には、警察やにぎわい創出課等と連携し対応する。	<消費者行政推進連絡協議会(にぎわい創出課開催)> 参加1回 ・町内外の消費者問題の情報を共有し、啓発活動の内容の検討を行った。 <相談対応> 実件数3件 [内訳]消費者生活センターから訪問依頼、訪問販売、迷惑電話 ・消費者被害防止啓発用カレンダーやバッグを渡して、訪問時等に啓発を行った。 ・不用品回収や買取を行う業者からの電話には注意するように訪問時に注意喚起をした。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>消費者被害への対応</td> <td>100%</td> <td>100% (3件/3件)</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	消費者被害への対応	100%	100% (3件/3件)	達成												
評価指標	目標値	実績	達成状況																					
消費者被害への対応	100%	100% (3件/3件)	達成																					

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価	
包括的支援事業	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)の資質向上、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るため、地域のケアマネジャーを後方支援するとともに、他職種の連携・協働によるケアの支援を行います。	四万十町ケアマネジャー連絡会	地域のケアマネジャー相互の情報交換や事例検討会等を行うことで、ケアマネジャーの資質向上とネットワークの構築を図る。	(1)ケアマネジャーが日常業務に活かすことができる内容の研修を開催する。 *アンケート「ケアマネジャー連絡会の内容を日常業務に活かすことができている」60%	目標(1) 対象者:町内事業所に勤務するケアマネジャー 実施回数:年5回 内容:①意見交換、情報交換会②ICFの考え方をういたケアマネジメントの展開③業務継続計画(BCP)の策定について④ICFの活用について⑤事例検討会	開催回数4回/参加実人数32人/参加延べ人数72人 内容:意見交換会2回(連絡会の内容について、今年度の振り返りと次年度の連絡会について)、研修1回(ICFの考え方をういたケアマネジメントの展開)、事例検討会1回 感想・意見:「事例検討で、他のケアマネジャーの意見を聞くことで、自分の支援を振り返ることができた。今後の支援に生かしたい」「利用者の強みを発見し生かすことを再認識した」「意見交換や振り返りだけでは参加を迷う。ケアマネジャーとしてスキルを上げられるような研修を実施してほしい」等 ・予定していた内容を実施することができなかった。また、アンケートの回収数が少なく、意見の把握が十分にできていない。 ・次年度は、アンケート結果や意見交換会の意見を参考に、日常業務に生かすことができるような研修を企画する。ケアプラン点検の際にアセスメントシートに記載している内容が不足しており、アセスメントが十分にできていないことが確認されたため、アセスメント力の向上のための研修を開催予定。
			四万十町主任ケアマネジャー連絡会	町内で活動しているケアマネジャーに対して、主任ケアマネジャーが個々のスキルアップをすることで、助言や対応支援を行えるようになる。	(1)事例検討を積み重ねることで主任ケアマネジャーとしてのスキルアップを図る。 *アンケート「主任ケアマネジャー連絡会の内容を日常業務に活かすことができている」60%	目標(1) 対象者:町内事業所に勤務する主任ケアマネジャー 実施回数:年4回 内容:事例検討会、意見交換や情報交換等を行う。	開催回数4回/参加実人数11人/参加延べ人数36人 内容:事例検討会 感想・意見:「事例検討会で行っている検討方法を用い、自分のケースも検討している」「自分ができる事から取り組んでいる」 ・複数のケアマネジャーがいる事業所では、状況に応じて主任ケアマネジャーが同行訪問して、助言を行っている。引き続き、地域のケアマネジャーへの助言を行うことができるよう、スキルアップを図る。
			日常的個別指導・相談	地域のケアマネジャーの相談窓口として活動し、日常的業務として専門的見地から個別指導や相談対応を行う。	(1)ケアマネジャーやサービス事業所等からの相談や問い合わせへの助言、指導を行う。 *相談や問い合わせ事例解決70% (2)居宅の全ケアマネジャーに対して、ケアプランの点検・指導を行う。 *点検率100%	目標(1) 対象者:ケアマネジャー及びサービス事業所 内容:①ケアプラン作成やサービス担当者会議等についての助言を行う。相談のあった事例について、事例やケアマネの経験年数等に応じた個別指導や相談対応を行う。②制度の解釈やケースへの対応に適切な指導・助言、同伴訪問等の対応を行う。 目標(2) 対象者:居宅の全ケアマネジャー 内容:ケアマネジャーから提出された事例について、自立支援の視点で担当ケアマネジャーと共に検証する。	<相談対応> 実件数27件(解決8件、継続支援19件) 主な相談内容:介護に対する理解が困難な家族への対応、ケアマネジメント(サービス調整、担当者会議等)、制度説明・確認等。 ・多くの事例で、複合的な課題があり、1つの課題が解決しても、後に別の課題での対応が必要になるため、長期的な支援が必要となっている。 <ケアプラン点検>実件数16件(内ヒアリング実施7件) ・例年どおり、全居宅介護支援事業所のケアマネジャーにプラン提出を依頼し、保険者とともに点検・ヒアリングを行った。 ・アセスメントにおいて、情報収集が十分にできておらず、アセスメントシートに記載する内容が不足している。今後アセスメントに関する研修を検討する必要がある。
			支援困難事例等への指導・助言	地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例について、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係機関等との連携を図り、協働して取り組んでいく。	(1)支援困難事例に対し、チームアプローチを行うことで、課題解決につなげることができる。 *相談や問い合わせ事例解決70%	目標(1) 対象者:地域のケアマネジャー等 内容:困難事例について助言指導を行う。必要に応じて同伴訪問や関係者との検討会に参加し、ケアマネ支援を通じて本人・家族支援を行う。	指導・助言を行った実件数23件 終結6件(施設入所、入院、転出) 内容:認知症の配偶者からの束縛・暴言、受診拒否のため介護保険につなぐことができない、家族の体調不良・介護力不足、警察・消防への頻回な電話相談等 ・解決まで至らないケースが多くなっている。

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価											
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 包括的支援事業	個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)の資質向上、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るため、地域のケアマネジャーを後方支援するとともに、他職種の連携・協働によるケアの支援を行います。	四万十町社会資源集の充実	在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関との連携を支援する。	(1) 四万十町内にある社会資源の情報を更新・追加し、日常業務に活かすことができる資源集を作成し、ケアマネジャー等に配布する。 配布箇所数: 町内のケアマネジャー及び各介護サービス事業所 50部	目標(1) 配布先: 町内のケアマネジャー・各介護サービス事業所 内容: 町内の介護保険に関する各事業所や関連機関、インフォーマルサービス等についての情報を盛り込んだ資源集を作成(更新)し、配布する。	配布事業所数43か所／配布部数84部 ・年度初回(6月)のケアマネジャー連絡会にて最新版を配布した。 ・ケアマネジャーより、歯科情報の掲載希望があり、情報を追加した。 ・「使いやすい」「よく利用している」との声があった。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 30%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>配布部数</td> <td style="text-align: center;">50部</td> <td style="text-align: center;">84部</td> <td style="text-align: center;">達成 (168%)</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	配布部数	50部	84部	達成 (168%)			
		評価指標	目標値	実績	達成状況												
	配布部数	50部	84部	達成 (168%)													
四万十町サービス事業所連絡会	四万十町内の介護サービス事業所の資質の向上、ネットワークの確立を支援する。 * 開催回数 各連絡会1回以上	(1) 研修や情報交換等の自主活動への後方支援を行う。 * 開催回数 各連絡会1回以上	目標(1) 対象者: 町内の各サービス事業所 内容: ①通所事業所連絡会: 研修等の企画運営の後方支援を行う。 ②訪問介護事業所連絡会: 介護保険係と人材確保についての検討や、研修等の企画運営の後方支援を行う。 ③グループホーム連絡会: 研修等の企画運営の後方支援を行う。	<通所事業所連絡会・訪問事業所連絡会> 合同研修会開催回数1回／参加事業所数8か所／参加人数24人 内容: 「介護サービス事業所における給付適正化について～利用者の自立支援を促すための支援の工夫～」 講師: 高知県ホームヘルパー連絡協議会会長 荒川 泰士 氏 ・講義後、グループワークを実施。他職種との意見交換や、事業所間の交流の機会となった。 ・研修後のアンケートでは「自身が行っている支援を今一度考える機会となった」「倫理について学ぶ機会となった」との感想があった。 <グループホーム連絡会> 開催回数2回／参加事業所数5か所／参加人数14人 内容: 意見交換(BCP策定の進捗状況について等) ・地域包括支援センター職員も参加し、意見交換等を行った。 ・自主活動の運営ができており、ネットワークも一定確立されているため、R6年度事業計画への記載はしない。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 30%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>開催回数</td> <td style="text-align: center;">各連絡会1回</td> <td style="text-align: center;">各連絡会1回</td> <td style="text-align: center;">達成 (100%)</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	開催回数	各連絡会1回	各連絡会1回	達成 (100%)					
評価指標	目標値	実績	達成状況														
開催回数	各連絡会1回	各連絡会1回	達成 (100%)														
地域ケア会議推進事業	地域ケア会議は、町と地域包括支援センターが実施主体となり、高齢者のQOL(生活の質)の向上を目指して自立支援の視点から検討しつつ、地域課題の発見やネットワーク形成が出来ることを目的としています。個別課題に対しては、事例を提出したケアマネジャーのアセスメント力向上や、アドバイザーが事例に対して具体的な助言を行うことで、利用者の自立支援につながるよう事業を展開します。また令和3年度には、個別課題の検討から抽出された地域課題について、協議・検討を行う地域ケア推進会議を立ち上げ、高齢者を支援する上で、社会資源の整備や開発ができるよう検討していきます。	地域包括ケアシステムの展開に際し、高齢者が安心して住み慣れた地域で生活していくための課題整理や解決に向けての施策を構築していく。	(1) 地域ケア個別会議: 定期的(2か月に1回)に地域ケア個別会議を開催し、利用者の自立支援につなげることができる。 * 検討事例のモニタリング結果: 維持・改善50% (2) 地域ケア推進会議: 個別会議の検討から抽出された地域課題について協議・検討し、必要な施策の提言を行う。 * 施策の提言ができる。	目標(1) 開催回数: 奇数月 全6回 事例提出対象者: 居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センターのケアマネジャー及び計画作成者 対象事例: 要支援・事業対象者(要支援・事業対象者を担当していない場合は、要介護1の事例) ・自立支援の視点からの検討や、アドバイザーの助言を行う。 ・個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域課題を抽出する。 ・地域ケア会議の資料作成や会議への参加について、ケアマネジャーから「負担が大きい」との声が多い。また、実用的なアドバイスがほしいとの意見もあり、令和6年度からの事業内容の見直しの検討や他市町村の視察を行う。 目標(2) 開催回数: 窪川地域3回、西部地域3回 テーマ: 窪川地域「見守り」(1回目のみ、2回目以降は未定)、西部地域「移動支援」	<地域ケア個別会議> 開催回数6回／検討事例数15事例／地域課題抽出事例 8件／モニタリング終了事例数12事例／モニタリング結果: 維持・改善10事例(83%)、悪化2事例 ・事前にケアマネジャーと打合せを行い、課題を絞りこむことでスムーズに進行できた。アドバイザーからも、軽度者の事例で課題が明確になっており、助言がしやすいとの意見があった。 ・専門職の助言により、環境整備や運動を実施し、調理や野菜づくりができるようになり、自立支援につながった事例があった。 ・「歩いて行ける集いの場がない」「交流する場がない」という地域課題が多くあがったが、新しい地域課題は抽出できていない。 ・南国市と日高村の視察を行い、課題の絞り込みの仕方、モニタリング方法等について学んだ。今後、できることは取り入れていきたい。 <地域ケア推進会議> 開催回数6回(窪川地域3回、西部地域3回) ・窪川地域のテーマは「通いの場」。現状や課題等を出してもらい、グループワークを通して課題解決に向けた協議を行った。 ・具体策として、「移住者にボランティア協力の呼びかけをしてはどうか」「生活支援サポーター等ボランティア育成後、地域活動に至るまでの後方支援が必要」「通いの場の集合化」等の意見が出された。 ・西部地域は「移動支援」。要介護・要支援認定者等の通院や買い物等の移動支援について検討した。西部地域のケアマネジャーにヒアリング調査を行い、医療機関や買い物に行けずに困っている高齢者数や実態把握を行った。 ・次年度も継続して、通院のための移動支援について、現行のサービスの拡充等で対応できないか等検討を行う。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 30%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個別会議 検討事例のモニタリングの結果「維持・改善」</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td style="text-align: center;">83% (10件/12件)</td> <td style="text-align: center;">達成</td> </tr> <tr> <td>推進会議 施策の提言ができる</td> <td style="text-align: center;">提言を行う</td> <td style="text-align: center;">未実施</td> <td style="text-align: center;">未達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	個別会議 検討事例のモニタリングの結果「維持・改善」	50%	83% (10件/12件)	達成	推進会議 施策の提言ができる	提言を行う	未実施	未達成
評価指標	目標値	実績	達成状況														
個別会議 検討事例のモニタリングの結果「維持・改善」	50%	83% (10件/12件)	達成														
推進会議 施策の提言ができる	提言を行う	未実施	未達成														

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価																										
包括的支援事業	在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療・介護連携推進事業	医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らすためには在宅医療と介護の連携が重要です。地域の医療、介護関係者が他職種間の相互の理解や情報共有ができる関係を構築する等、連携を促進するための研修を開催します。更に退院した方が自立した在宅生活が継続できることを目的に退院後支援を実施します。特に地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、在宅にリハビリの視点を取り入れた事業展開を実践します。また、看取りに関する取り組みや、認知症の方への対応力を強化していくことを視野に入れ、在宅医療・介護連携のさらなる推進を図ります。	<p>医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最期まで続けられるような仕組みを構築する。</p>	<p>(1) 入退院時の関係者間の連携を充実し、切れ目のない支援体制を構築する。 *入退院調整ルールを運用しているケアマネジャー 90%</p> <p>(2) 大正・十和地域の地域包括ケアシステムについて、課題の整理や改善策を検討する。 *大正・十和診療所との協議 3回 *課題、改善策をまとめる</p> <p>(3) 高幡ブロック包括連絡協議会の在宅医療介護連携部会において、他市町とともに多職種協働研修の企画・運営を行う。 *研修開催 1回</p> <p>(4) 住民や介護職員等へ人生の最終段階における意思決定支援「人生会議」の啓発を行う。 *専門職向け研修1回 *集いの場での啓発10か所</p> <p>(5) 町内の入院医療機関と連携して退院後支援事業を行う。医療機関を退院した高齢者等が、再入院することなく自宅で自立した生活を継続できる。 *利用者が1年後在宅で生活できている割合60%</p>	<p>目標(1) 内容: 入退院調整ルールについて、各関係機関に周知、運用を行う。年度末に医療機関や居宅ケアマネジャーへの実態把握アンケートや意見交換会を実施予定。</p> <p>目標(2) 内容: 大正・十和診療所、包括(大正・十和支所)等の関係者で医療を中心とした地域包括ケアについての課題の抽出、課題解決に向けた協議を行う。</p> <p>目標(3) 内容: ①高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会の在宅医療介護連携部会に参加する。②他市町包括とともに研修の企画・運営を行う。</p> <p>目標(4) 対象: 住民、介護職員等専門職 内容: ①人生の最終段階における意思決定支援「人生会議」の研修を実施する。②集いの場等で地域住民向けにパンフレットを使い、「人生会議」の周知を行う。</p> <p>目標(5) 対象: 退院後(概ね)1か月以内の高齢者で、下記(1)～(3)の状態にあり、当該事業の提供を受けることによって、その心身の状況を改善することができると思われる者(要支援・要介護未認定者又は住宅改修、福祉用具購入のみの利用)。 (1)運動機能低下によりADL(日常生活動作)、IADL(手段的日常生活動作)に支障が生じているもの (2)服薬管理が必要なもの (3)食の支援を必要とするもの 内容: ①入院医療機関に事業の周知をする。②対象者に対し、運動機能、口腔機能、栄養状態、意欲低下等の心身状態の低下に対して複合的なプログラム(専門職による指導、配食サービスの提供等)を実施。</p>	<p><入退院調整ルール> 運用に関する実態把握アンケート実施回数1回/意見交換会開催回数1回 *意見交換会で、ケアマネジャーから「リハビリ専門職からの情報提供は、退院後の在宅生活でとても参考になる」、医療機関から「電話だけでなく、書面での情報提供はスタッフ間で同じ情報を共有できる」「自宅環境の情報提供は、入院中のリハビリに役立つ」との意見があった。</p> <p><大正・十和地域地域包括ケアシステムについての協議> 診療所との協議回数2回 *大正、十和診療所両看護長、地域包括担当看護師、地域包括支援センター職員で協議。人材不足により、訪問看護やコミュニティナースの役割を担える人材がいない、診療所でのケース会が情報交換のみとなりケース検討に至っていない、同じ疾患で入退院を繰り返す人が多く見られる等の意見はあったが、課題の整理や今後の方向性の共有には至っていない。 *診療所事務長からは、通院手段の確保が必要であること、訪問看護の在り方についての検討が必要との意見があった。</p> <p><多職種協働研修> 高幡5市町合同研修開催回数1回/四万十町会場参加人数31人 内容: 「人生会議」について～最期まで本人の望む生活を実現するために”もしもの時”を共に考える～ 講師: 高知県立大学看護学部 森下安子氏 *高幡5市町の地域包括支援センターと協働して研修の企画・運営を行った。 オンラインで高幡5市町をつなぎ、各会場からグループワークの発表を行った。他市町との交流の機会となった。</p> <p><専門職向け研修> 開催回数1回/参加人数46人 内容: 「口の健康から全身の健康へ～最後まで口から食べることができる支援のために基本を学ぼう～」 講師: 高知県歯科衛生会 澁谷和枝氏 *研修内容を変更し、重度化防止を目的とした口腔ケア研修を実施した。 *「口腔ケアの研修を初めて受けた」「口腔ケアの重要性を改めて認識した。」との感想があった。 *「研修の内容を現場で実践し、入所者の口臭が気にならなくなった。」との報告があった。</p> <p><住民向け啓発> 啓発箇所17か所/啓発人数107人 *サロンや宅老所、運動自主グループに出向き、「人生会議」のパンフレットで啓発を実施したが、住民の「人生会議」の認知度は低い。人生の最期まで自分らしく生きるため、もしもの時の事を自分事として考えてもらえるように、今後も啓発を続けていく必要がある。</p> <p><退院後支援事業> 利用人数0人 *くぼかわ病院、大西病院へ再周知を行ったが、該当者がいなかった。相談員より「在宅復帰に不安がある人が多く、思った以上に該当者がいなかった」と返答があった。 *複数の課題がある人や、独居で支援者がいない人等、在宅復帰に不安がある高齢者が多かったため、該当者がいなかったのではないと思われる。今後は総合相談や介護予防支援、ケアマネジメント業務の中で対応していく。</p>																									
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 40%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入退院調整ルールを運用しているケアマネ(ケアマネ33人中回答した28人を対象)</td> <td>90%</td> <td>93% (26人/28人)</td> <td>達成</td> </tr> <tr> <td>大正・十和地域尾地域包括ケアシステムについて、大正・十和診療所との協議</td> <td>3回</td> <td>2回</td> <td>未達成 (67%)</td> </tr> <tr> <td>大正・十和地域尾地域包括ケアシステムの課題・改善策をまとめる</td> <td>実施</td> <td>未実施</td> <td>未達成</td> </tr> <tr> <td>多職種協同研修開催回数</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>達成 (100%)</td> </tr> <tr> <td>専門職向け研修開催回数</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>達成 (100%)</td> </tr> <tr> <td>通いの場での啓発</td> <td>10か所</td> <td>17か所</td> <td>達成 (170%)</td> </tr> <tr> <td>退院後支援事業利用者が1年後在宅で生活できている割合</td> <td>60%</td> <td>— (利用者0人)</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	入退院調整ルールを運用しているケアマネ(ケアマネ33人中回答した28人を対象)	90%	93% (26人/28人)	達成	大正・十和地域尾地域包括ケアシステムについて、大正・十和診療所との協議	3回	2回	未達成 (67%)	大正・十和地域尾地域包括ケアシステムの課題・改善策をまとめる	実施	未実施	未達成	多職種協同研修開催回数	1回	1回	達成 (100%)	専門職向け研修開催回数	1回	1回	達成 (100%)	通いの場での啓発	10か所	17か所	達成 (170%)
評価指標	目標値	実績	達成状況																													
入退院調整ルールを運用しているケアマネ(ケアマネ33人中回答した28人を対象)	90%	93% (26人/28人)	達成																													
大正・十和地域尾地域包括ケアシステムについて、大正・十和診療所との協議	3回	2回	未達成 (67%)																													
大正・十和地域尾地域包括ケアシステムの課題・改善策をまとめる	実施	未実施	未達成																													
多職種協同研修開催回数	1回	1回	達成 (100%)																													
専門職向け研修開催回数	1回	1回	達成 (100%)																													
通いの場での啓発	10か所	17か所	達成 (170%)																													
退院後支援事業利用者が1年後在宅で生活できている割合	60%	— (利用者0人)	—																													

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価					
包括的支援事業 認知症総合支援事業 認知症地域支援・ケア向上事業		認知症の発症を遅らせたり、認知症になっても進行を緩やかにするための予防や、地域住民の認知症の理解を深めるための普及啓発を重点的に行っていきます。 特に、地域のサロンや運動自主グループ、集いの場等の機会を活用した普及啓発の取り組みに力を入れます。方法としては、認知症ケアパスの配布や、ミニ講座等を行うと同時に、必要な時に認知症の相談がスムーズにできるよう、相談窓口の周知を図ります。	複数の専門職が家族の相談等により認知症の人や認知症が疑われる人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立した生活を支援する。	(1)対象となるケースの相談があった時は随時、訪問やチーム会議等集中的に対応を行う。	目標(1) 開催回数:チーム員会議は随時開催。チーム員検討委員会は地域包括支援センター運営協議会と合わせて年1回開催。 内容:①初期集中支援の一連の流れに則って対応を行い、適切な医療やサービス等につなげる。②関係機関等へのチラシ配布や、ケアマネジャー連絡会、サービス事業所の連絡会等の機会に事業の周知を行う。	相談対応ケース実人数3人(内新規1人)／チーム員会議実施回数5回／初期集中支援チーム検討委員会開催回数1回 ・事業の周知として、関係機関等約83か所にチラシの配布を行った。 ・対象ケースが出てきた時に随時対応できた。 ・対応ケースの2人は終結。内1人は介護保険サービス及び専門医療機関につながり、1人は家族の協力もあり、一定支援が落ち着いた後、民生委員等地域の見守りにつながった。前年度からの継続ケース1人は次年度も継続して対応する。					
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>随時集中的に対応（訪問、チーム員会議等）を行う。</td> <td>随時対応</td> <td>随時対応</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	随時集中的に対応（訪問、チーム員会議等）を行う。	随時対応	随時対応	達成
			評価指標	目標値	実績	達成状況					
随時集中的に対応（訪問、チーム員会議等）を行う。	随時対応	随時対応	達成								
認知症ケアパス作成・普及事業	認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ(認知症ケアパス)を作成し、認知症の人を介護する家族や地域住民等に普及啓発を行う。	(1)認知症ケアパスの修正部分確認を行い、印刷製本する。	目標(1) 内容:認知症ケアパスの修正部分確認・印刷製本・啓発への活用 方法:介護保険事業所・医療機関・薬局・あったか等の関係機関への配布、研修・講座・勉強会等の啓発活動での説明や配布等	配布箇所数90か所(介護保険事業所・医療機関・薬局・あったか・消防・警察署・郵便局・出前講座等) ・関係機関等に郵送や訪問で配布した他、図書館(本館・大正分館)の「認知症コーナー」や郵便局での配置を行った。出前講座や街頭等での啓発活動の際にも活用し、配布を行った。 ・次年度は概要版を作成し、広く周知を図る予定。認知症窓口の周知も継続したい。							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ケアパスの修正を行い、印刷製本する。</td> <td>実施</td> <td>実施</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	ケアパスの修正を行い、印刷製本する。	実施	実施	達成			
評価指標	目標値	実績	達成状況								
ケアパスの修正を行い、印刷製本する。	実施	実施	達成								
認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業(認知症ケア実践研修)	認知症の人のケアにかかわる医療、介護等の職員に対して、専門職として必要な知識、技術等の力量の向上を図る。	(1)介護保険サービス事業所、医療機関等の多職種を対象に、認知症の知識、対応等についての研修会を開催する。 ＊研修後アンケート:「現場で生かしたい」または「参考になった」90%以上。	目標(1) 対象者:認知症ケアに携わる介護保険事業所、医療機関の職員等 開催回数:年1回 内容:専門職に必要な認知症の知識・対応方法等 講師:専門医等	開催回数1回／参加人数38人 内容:「専門職に知ってほしい認知症の症状とケアの方法について～言語聴覚士の立場から～」 講師:一般社団法人高知県言語聴覚士会会長 西田香利氏 ・「聴こえることの大切さや孤立させない社会参加の重要性等学ぶことができた」「認知症と認知機能障害の違いがわかった。BPSDの対応方法等が知れて参考になった」「記憶や難聴についての理解ができ、業務の中で参考にできると思う」等の感想があった。言語聴覚士の視点からの新たな学びの機会になったと考えられる。 ・次年度もテーマを検討し、専門職の認知症に対する知識や学びが得られる研修を実施する。							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">評価指標</th> <th style="width: 15%;">目標値</th> <th style="width: 15%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>研修終了後アンケート「現場で活かしたい」または「参考になった」と答えた者(参加者29人中回答した29人を対象)</td> <td>90%以上</td> <td>97% (28人/29人)</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	研修終了後アンケート「現場で活かしたい」または「参考になった」と答えた者(参加者29人中回答した29人を対象)	90%以上	97% (28人/29人)	達成			
評価指標	目標値	実績	達成状況								
研修終了後アンケート「現場で活かしたい」または「参考になった」と答えた者(参加者29人中回答した29人を対象)	90%以上	97% (28人/29人)	達成								

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価																				
包括的支援事業 認知症総合支援事業 認知症地域支援・ケア向上事業		認知症の人や家族に対する支援事業 (認知症家族の会・認知症カフェ)	認知症高齢者を介護する家族等の精神的負担軽減のため、情報交換やリフレッシュ研修を行い、在宅で介護を続けていくことができるよう支援する。 認知症カフェは、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減を図る。	(1) 家族の会の自主活動の継続を支援する。 (2) 認知症カフェの運営等について後方支援を行う。 (3) 4か所の認知症カフェが情報交換できる場を設ける。 * 認知症カフェ連絡会開催：年1回	目標(1) <窪川地域> 開催回数：月1回(第4月曜日) 内容：自主活動の後方支援(チラシの作成、会場予約、会への出席等)を行う。 <十和地域> 開催回数：不定期 内容：後方支援の依頼があれば対応する。 目標(2) 方法：しまんと町社協(窪川・十和)、のほほん會(大正)、明成会(窪川)に委託し実施 箇所数：4か所(窪川地域：小規模多機能ホーム香月・明成会オイコニア/大正地域：大正駅前にぎわい拠点/十和地域：十和高齢者福祉多機能施設 十和の里) 開催回数：月1回 内容：認知症の人とその家族、地域住民が気軽に集える場を開催し、認知症の人とその家族への相談支援、認知症に関する普及啓発等を行う。 目標(3) 認知症カフェ連絡会開催回数：年1回 内容：4か所の認知症カフェの情報交換、行政からの情報提供等。	<認知症家族の会> 窪川地域：開催回数11回/実人数6人/延べ人数34人 ・基本的には自主活動だが、後方支援として、年間予定の通知・開催場所の確保等を行った。 十和地域：自主開催だが開催回数0回(音楽活動も感染症予防の観点から難しかったため) <認知症カフェ> 開催箇所数4か所(内、新規1か所)/開催回数34回/延べ参加人数410人(内、認知症の人延べ18人、認知症の介護者延べ22人) 内容：勉強会・レクリエーション・脳トレ・動画鑑賞・交流等 <認知症カフェ連絡会> 開催回数1回/参加箇所数4か所 内容：情報交換・意見交換・情報提供等 ・開催場所によって特色があり、認知症の本人がカフェの手伝いをしてくれる所や、利用者が継続的に来てくれる所では、利用者の体調等が確認できるようになったという開催側の感想もあった。また、カフェに来ることが楽しみという利用者の声もあった。 ・カフェの後方支援として、カフェの勉強会での講師や、認知症の人や家族への声かけ等のつなぎを行った。 ・開催側も、認知症の人や家族に対する支援への理解が深まり、利用者支援に生かされていると感じられた。 ・認知症カフェ連絡会が初めて開催でき、カフェ間の情報交換、意見交換等の場になることができた。同じような悩みや、それぞれの工夫点等参考となることを聞くことができ、年に1回は開催することとなった。																				
			認知症の人や家族に対する支援事業 (認知症啓発活動)	認知症の発症を遅らせたり、進行を緩やかにするための予防や、地域住民の認知症の理解を深めるための普及啓発を行うことにより、認知症になってもその人らしく暮らし続けられるような地域を目指す。	(1) 社協と協働し、住民への啓発活動(認知症サポーター養成講座、認知症出前講座等)を行う。 * 認知症サポーター養成数：50人 * 認知症講座実施回数：5回 (2) 認知症の正しい知識や予防、対応方法等についての啓発のための講演会を行う。 * 講演会参加人数：100人 * 講演会后アンケート：「理解できた」または「参考になった」90%以上	目標(1) 対象者：地域住民、金融機関、スーパーや一般企業の従業員、小・中・高等学校の生徒等 内容：①啓発活動の実施計画等について、社協と随時検討する。 ②認知症サポーター養成講座を社協(事務局)と協働して行う。 ③認知症出前講座の周知を広報等で行う。希望に応じて随時講座や支援を行う。④広報やCATV、世界アルツハイマー月間に合わせた図書館での認知症コーナー設置、サロンや認知症カフェ等での講話等により啓発を行う。 目標(2) 対象者：地域住民 開催場所：窪川 開催回数：年1回 内容：認知症の基本的なことや対応等について 講師：専門医等	<サポーター養成講座> 実施回数1回(小学校)/サポーター養成人数11人 ・例年、高校でも実施していたが、今年度は未実施。 <認知症出前講座> 開催箇所数3か所(警察署・消防署・地域)/実施回数5回/参加人数63人 ・啓発の際は相談窓口の紹介も必ず行った。 <認知症カフェでの勉強会> 実施回数3回/参加人数18人 <その他啓発活動> ・「世界アルツハイマー月間」(9月)に合わせ、町広報誌に啓発記事掲載と、図書館(本館・大正分館)での認知症コーナー設置を行った。コーナー設置時は、通常より認知症の本を手にとっていく人が多いとのことで、認知症について関心を持つきっかけになったと思われた。 ・CATVの行政放送、チラシの全戸配布、街頭啓発等により、幅広い年齢層への啓発を行った。 <講演会> 開催回数1回(本庁舎)/参加人数54人 内容：「認知症の理解とかかわり方のキホン」 講師：高知県立大学社会福祉学部准教授 矢吹知之氏 ・「認知症の人にもできるだけ自分の持っている心でやさしく接していけるようにしたい」等、対応の参考になったという意見が多かった。																			
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>家族の会自主活動継続支援</td> <td>実施</td> <td>実施</td> <td>達成</td> </tr> <tr> <td>認知症カフェ連絡会開催回数</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>認知症サポーター養成数</td> <td>50人</td> <td>11人</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>認知症講座実施回数</td> <td>5回</td> <td>5回</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	家族の会自主活動継続支援	実施	実施	達成	認知症カフェ連絡会開催回数	1回	1回	100%	認知症サポーター養成数	50人	11人	22%	認知症講座実施回数	5回	5回	100%
評価指標	目標値	実績	達成状況																							
家族の会自主活動継続支援	実施	実施	達成																							
認知症カフェ連絡会開催回数	1回	1回	100%																							
認知症サポーター養成数	50人	11人	22%																							
認知症講座実施回数	5回	5回	100%																							
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">評価指標</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症講演会参加者数</td> <td>100人</td> <td>54人</td> <td>54%</td> </tr> <tr> <td>講演会終了後アンケート「理解できた」または「参考になった」と答えた者(参加者54人中回答した49人を対象)</td> <td>90%以上</td> <td>90% (44人/49人)</td> <td>達成</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	目標値	実績	達成状況	認知症講演会参加者数	100人	54人	54%	講演会終了後アンケート「理解できた」または「参考になった」と答えた者(参加者54人中回答した49人を対象)	90%以上	90% (44人/49人)	達成								
評価指標	目標値	実績	達成状況																							
認知症講演会参加者数	100人	54人	54%																							
講演会終了後アンケート「理解できた」または「参考になった」と答えた者(参加者54人中回答した49人を対象)	90%以上	90% (44人/49人)	達成																							

令和5年度 四万十町地域包括支援センター事業 実績・評価

項目	第8期計画	事業名	目的	R5年度の目標	内容	実績・評価								
包括的支援事業	生活支援体制整備事業	生活支援体制整備事業	町が中心となり地域の実情に応じて、各種関係機関が参画し、必要とされるサービスの充実を図ることで、高齢者に対する効果的かつ効果的な支援体制作りを目指す。	月1回の第2層協議体を継続し、住民主体の助け合いの取り組みについて情報交換を行う。 * 第2層協議体新規参加者数5人	目標(1) 【第1層協議体】 開催回数: 1回 内容: 高齢者支援課、地域包括支援センター、社協が第2層協議体のサポートを行う。 【第2層協議体】 開催回数: 月1回 内容: ①地域の助け合い等について情報交換や協議、町外視察を行う。 ②生活支援体制整備事業について住民向けの勉強会を開催する。勉強会参加者に第2層協議体への参加を促す。	<第1層協議体> 開催回数1回 ・社協と生活支援体制整備事業の活動内容について共有した。 ・ボランティア不足について、社協が実施している「生活支援サポーター養成講座」の事業を活用できないか等の意見が出された。 <第2層協議体> 開催回数22回(窪川12回、大正・十和11回、うち1回は合同研修) ・合同研修は、佐川町のあつたかふれあいセンター2か所の視察研修を実施した。 ・窪川地域(「くぼかわの和」)の定例会では、宅老所の運営継続の課題や多世代間交流の確保、公共交通機関を利用できない高齢者の移動支援等について協議を行った。 ・大正・十和地域(「たんぼぼの会」)の定例会では、多世代が食でつながるコミュニティづくりについて協議したり、支援者の活動のマッチングを行う仕組みづくり等を通して、高齢者の居場所づくりができるよう協議を進めている。 ・住民向けの勉強会は開催できなかった。 ・参加者が減少しており、新規の参加者を呼びかけるにも、事業の目的や内容を理解してもらうことが難しい現状がある。住民主体の活動につながるよう、行政や生活支援コーディネーター、社協等の関係機関と連携を継続していきたい。 ・次年度からは、協議テーマを絞りながら、地域課題について協議予定。								
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">内容</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第2層協議体新規参加者</td> <td style="text-align: center;">5人</td> <td style="text-align: center;">2人</td> <td style="text-align: center;">未達成 (40%)</td> </tr> </tbody> </table>	内容	目標値	実績	達成率	第2層協議体新規参加者	5人	2人	未達成 (40%)
内容	目標値	実績	達成率											
第2層協議体新規参加者	5人	2人	未達成 (40%)											
介護予防支援業務 (予防給付)			要支援認定者に対してケアマネジメントを行い、制度説明と合意やケアプラン作成、サービスの利用調整を行うことで、状態の維持改善を図る。	(1) 要支援状態やそれに準ずる状態の維持改善を目指す。 * 件数見込: 延2,300件(地域包括支援センター1,600件、委託700件)	目標(1) 対象者: 予防給付(介護予防サービス)を利用する要支援認定者 内容: 介護予防支援の一連のプロセス	延べ件数2,127件(本所822件、大正471件、十和358件、委託476) ・左記の対象者に対し介護予防サービス計画書等作成にかかる一連の業務を行った。 ・前年度より実績件数は減少しているが、委託数の減少に伴い、地域包括支援センターの負担は大きい。								
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">内容</th> <th style="width: 10%;">目標値</th> <th style="width: 10%;">実績</th> <th style="width: 10%;">達成率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施件数</td> <td style="text-align: center;">延べ2,300件</td> <td style="text-align: center;">延べ2,127件</td> <td style="text-align: center;">未達成 (92%)</td> </tr> </tbody> </table>	内容	目標値	実績	達成率	実施件数	延べ2,300件	延べ2,127件	未達成 (92%)
内容	目標値	実績	達成率											
実施件数	延べ2,300件	延べ2,127件	未達成 (92%)											

※ その他

事業名	令和5年度の実施方針・内容	実施状況
運営協議会	四万十町地域包括支援センターの適切な運営、公正、中立性の確保その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、運営協議会を行う。	令和5年6月30日開催 地域包括支援センターの前年度の実績評価や当年度の事業計画等について協議を行った。
研修等	職員の資質向上を図るとともに、他センターとの情報交換や交流を行う。 ・各専門職種に応じた研修 ・県や県社協主催の研修 ・高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会等への参加	地域包括支援センターが開催する研修会での講師を務めた。高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会については、業務別部会に参加した。
認定調査	要介護認定の申請があった被保険者を訪問し、心身の状態について本人及び家族等から聞き取り調査を行う。	3件（認定調査実施全数1,134件の約0.3%）
養護老人ホーム入所措置	環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な高齢者を、老人福祉法に基づき入所措置を行う。	入所者数<R6年3月末時点> 17人（うち新規入所1人） 内訳：双名園13人、福寿園1人、千松園1人、静幸苑1人、くすのき荘1人（うち新規1人） ※ 千松園の1人はしあわせの里（徳島県板野町）からの転居。 ※ 福寿園1人の他、1人年度内に入退所されている。 入退所の相談対応、入所中のアフターケア調査、その他相談支援を行った。
各種施設入所検討会	高齢者福祉の各種施設の入所判定会に出席する。	・介護老人福祉施設（2か所）6回 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 7回 ・生活支援住宅 2回 ・高齢者生活支援ハウス・生活福祉センター 3回
地域密着型サービス運営推進会議	地域密着型サービス運営推進会議に出席し、運営方針等について意見を述べる。	窪川地域は介護保険事業所担当、西部地域は地域包括支援センターが参加または提出資料確認により、質問や意見を述べた。 【2か月毎】 ・認知症対応型共同生活介護 6か所 ・小規模多機能型居宅介護 1か所 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 1か所 【6か月毎】 ・地域密着型通所介護 7か所

事業名	令和5年度の実施方針・内容	実施状況
地域密着型サービス事業所等への指導・監督	介護給付等対象サービスの質の確保と利用者保護及び保険給付の適正化を図るため、集団指導及び運営指導を行う。	<p>集団指導は、7月19日に訪問系、通所系、施設系サービスを対象に実施。また、居宅介護支援・介護予防支援事業所については6月13日に開催されたケアマネジャー連絡会の中で実施した。</p> <p>運営指導は計画のとおり下記の4事業所に対して実施した。</p> <p>【指導を行った事業所の種別及び事業所数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 1事業所 ・地域密着型通所介護事業所 2事業所 ・居宅介護支援事業所 1事業所
各種会議等への参加	障害福祉関係、社協関係の会等に参画する。	健康増進計画委員会や自立支援協議会全体会等に参加し、高齢者支援の立場から意見を述べた。

介護保険事業特別会計決算状況

(令和5年度)

(1) 保険事業勘定

(単位:円)

歳 入		歳 出				
科 目	決 算 額	科 目	決 算 額			
保険料	特別徴収保険料	378,951,000	総務費	一般管理費	34,436,653	
	普通徴収保険料	27,137,300		賦課徴収費	208,896	
	滞納繰越分保険料	1,294,280		介護認定審査会費	4,480,815	
	小 計	407,382,580		認定調査費	19,895,332	
使用料及び 手数料	使用料	0		趣旨普及費	9,800	
	小 計	47,600		小 計	59,031,496	
国庫支出金	介護給付費負担金	437,092,346		保険給付費	介護サービス等諸費	2,075,213,123
	調整交付金	258,128,000			介護予防サービス等諸費	47,617,881
	地域支援事業交付金(介護予防)	26,208,600			高額介護サービス等費	57,636,536
	地域支援事業交付金(包括的支援)	21,280,017			高額医療合算介護サービス等費	7,702,320
	その他	9,898,000	特定入所者介護サービス等費		96,664,706	
	小 計	752,606,963	審査支払手数料		2,478,780	
支払基金 交付金	介護給付費交付金	632,647,000	小 計		2,287,313,346	
	地域支援事業交付金(介護予防)	21,633,000	諸支出金		償還金	44,896,941
	小 計	654,280,000			還付金	649,840
県支出金	介護給付費負担金	325,399,039			積立金	177,777
	地域支援事業交付金(介護予防)	10,015,375		還付加算金	0	
	地域支援事業交付金(包括的支援)	11,052,343		繰出金	2,430,000	
	小 計	346,466,757		小 計	48,154,558	
財産収入	基金利子収入	177,777		地域支援 事業費	介護予防・生活支援サービス事業費	72,027,000
	繰入金	285,902,573			一般介護予防事業費	8,289,468
繰入金	介護給付費繰入金(介護予防)	10,957,023			総務費	75,673,520
	地域支援事業繰入金(包括的支援)	27,318,370			総合相談事業費	65,199
	低所得者保険料軽減繰入金	48,720,600	権利擁護事業費		45,725	
	一体的実施事業繰入金	3,048,849	包括的・継続的ケアマネジメント支援		17,221	
	事務費繰入金	57,779,053	任意事業費等		531,190	
	財政調整基金繰入金	0	在宅医療介護連携推進事業費		22,191	
	小 計	433,726,468	生活支援体制整備事業費		4,906,288	
	繰越金	繰越金	66,666,625		認知症総合支援事業	1,012,220
繰越金		92,700	地域ケア会議推進事業	276,850		
諸収入	雑入	9,405,195	審査支払手数料	238,410		
	小 計	9,497,895	小 計	163,105,282		
	合 計	2,670,852,665	財政安定化基金拠出金	0		
合 計	2,670,852,665	合 計	2,557,604,682			

歳入歳出差引残額 113,247,983 円
うち基金繰入額 35,000,000 円

介護保険事業財政調整基金保有額	405,173,890
-----------------	-------------

資料 3

議事（4）

令和6年度 地域包括支援センター事業計画について

➤ 令和6年度の職員体制について

昨年度同様、本所及び2支所（大正支所・十和支所）体制。職員数は、専門職13人、一般事務1人、生活支援コーディネーター2人、計16人となっている。今年度、職員2名の異動があり、また、新たに介護支援専門員（会計年度任用職員）を1名採用した。

➤ 令和6年度の活動について

令和6年4月末現在、四万十町の人口は15,194人、65歳以上の高齢者は7,007人、高齢化率は46.1%、要介護・要支援認定者・事業対象者は1,597人となっている。

介護ニーズの増大や高齢者を取り巻く課題の複雑化・多様化も背景に、相談件数の増加や相談内容の複雑化が見られ、虐待（疑い含む）等の困難事例も毎年度一定数あがってきている。チームアプローチを実践すると同時に、研修への積極的な参加等により、個々のスキルアップを図る。

昨年度策定した、高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画に沿って事業を進める。四万十町版地域包括ケアシステムの中核として、窪川地域・西部地域の各地域において、医療・介護をはじめとする様々な関係機関との連携を深めるとともに、介護予防の観点を重視し、地域住民や関係機関とともに介護予防活動に取り組む。

業務については、4つのグループ制を基本に各担当の業務を行うが、グループ間で随時情報共有、連携をして取り組む。

【各グループの主な業務】

○社会福祉士グループ

総合相談・支援、地域支え合いネットワークづくり、権利擁護、生活支援体制整備

- ①要介護認定を受けている高齢者で、サービス未利用者及び前年度に訪問できなかった未把握高齢者の実態把握を行う。
- ②地域支え合いネットワーク事業を継続し、広報や通いの場等で見守り台帳登録の呼びかけや周知活動を行う。また、見守り台帳を共有している区長や民生委員等関係機関に対して、事業への理解と啓発を目的に情報共有等を行う。
- ③権利擁護の中核機関として、成年後見制度利用促進や高齢者虐待防止に関する広報啓発を行う。
- ④権利擁護マニュアルの改訂を行い、権利擁護支援の充実を図る。

○主任ケアマネジャーグループ

ケアマネジャー支援、医療・介護・保健・福祉の連携のための包括的・継続的ケアマネジメント支援、地域ケア（個別・推進）会議、在宅医療・介護の連携推進

- ①令和7年度から介護サービス事業所間の情報連携ツール導入を目指し、介護サービス事業所に対して説明や意向確認等の準備を行う。
- ②大正・十和地域の地域包括ケアシステムについて、引き続き大正・十和両診療所とともに課題の共有や今後の方向性について協議を行う。

○介護予防グループ

介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業等）、要支援認定者や事業対象者への介護予防プラン（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）

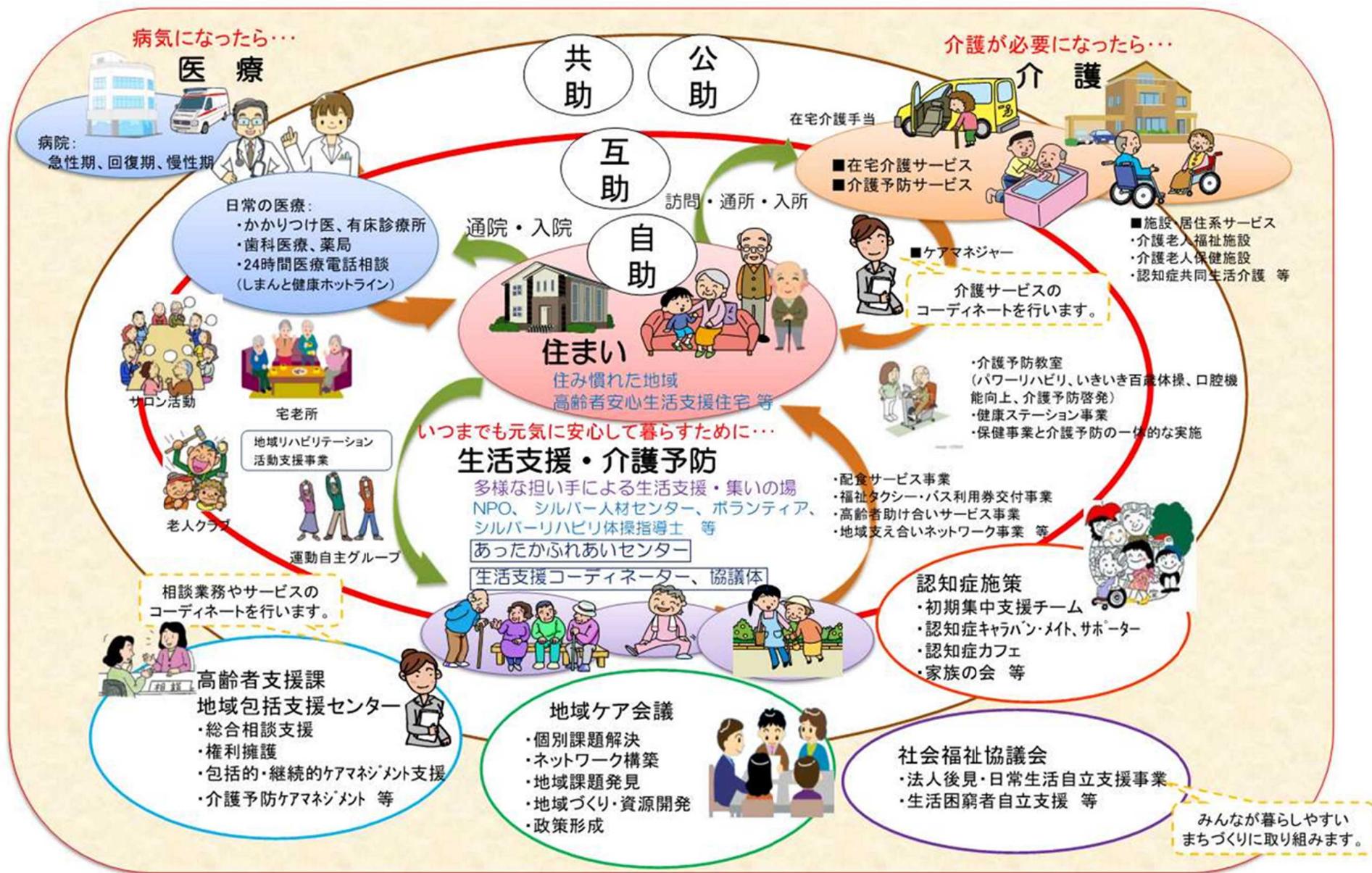
- ①認知症予防に重点を置き、介護予防の普及啓発を行う。
- ②地域の通いの場の新規開設や既存のグループへの後方支援を引き続き行う。
- ③「津波避難のための介護予防事業」として、興津・志和地区を対象に防災や介護予防について、リハビリ専門職による講話や運動を開始する。
- ④介護予防ポイント事業について、健康福祉課と健康パスポートアプリを用いた仕組みを検討し、令和6年10月からの運用を目指す。

○認知症グループ

認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業、認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

- ①認知症サポーター養成講座や出前講座、認知症がテーマの映画上映等による啓発を行い、地域の理解を深めていく。
- ②認知症ケアパス概要版を作成し、全戸配布する。
- ③認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐための「チームオレンジ」の体制整備について検討する。

四万十町地域包括ケアシステムの推進



計画の基本目標 【計画書42ページ】

基本目標 1 介護予防と健康・生きがいつくりの促進

要介護状態や要支援状態となることの予防、また介護や支援が必要になっても可能な限り重度化することを防ぎ、高齢者一人ひとりが自分らしく生きがいを持って生活することができるよう、地域での介護予防に資する自発的な活動を支援します。

単に体力や筋力を維持するだけでなく、就労や趣味、社会活動等生きがいを持って地域生活を送ることができるよう、高齢者の健康状態を把握し、生活習慣病予防や介護予防に関する普及啓発を行います。令和5年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組を開始しており、今後も継続して、通いの場等への積極的な関わりを行います。

また、実際に地域で活動している団体の周知や魅力の発信を行い、地域主体の多様な活動を通じた生きがいつくりを促進します。

基本目標 2 地域で高齢者を支える仕組みづくり

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域住民ボランティア等多様な主体による支え合いの体制づくりに取り組みます。

また、地域包括支援センターを中心とした関係機関との連携強化、在宅医療・介護連携の推進や地域ケア会議、高齢者福祉サービスの充実等、地域包括ケアシステムを深化・推進します。

認知症の予防や共生を目指して、地域住民の認知症への理解を深めるための普及・啓発に取り組むとともに、認知症が疑われる場合の初期対応の充実や家族支援にも努めます。

基本目標 3 介護保険事業の適正・円滑な運営

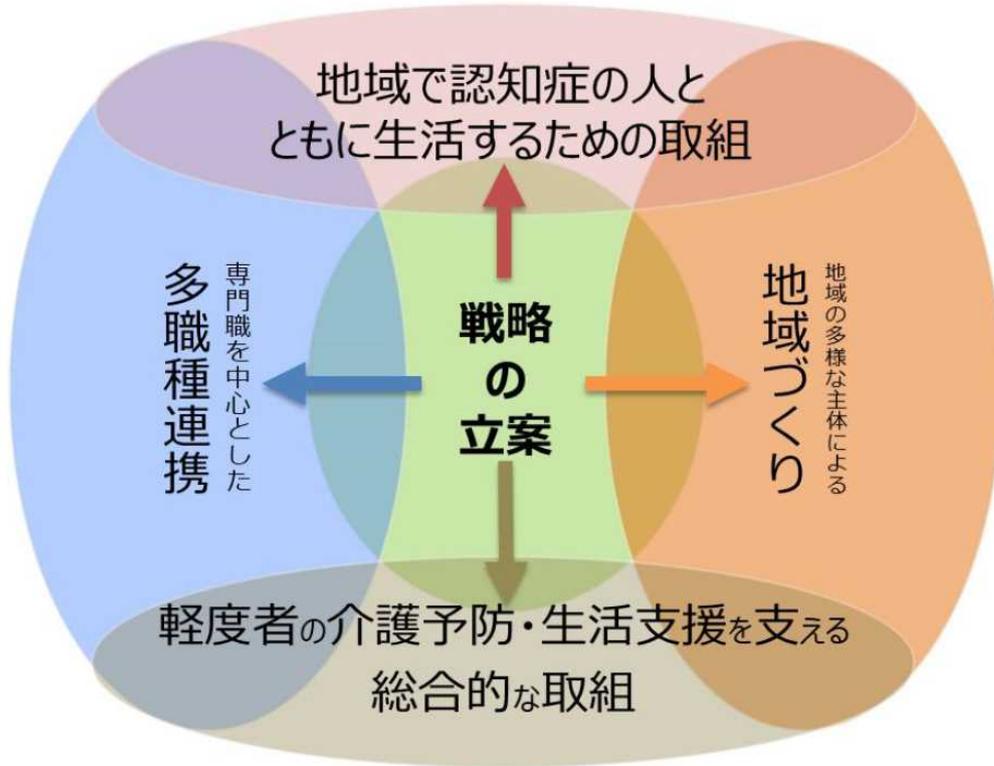
介護保険制度の持続可能性を確保し、適切なサービスが提供されるよう、介護保険サービス事業所への運営支援や介護人材の確保・育成に向けた取組の支援を行います。また、要介護認定の適正化やケアプランの点検等により、介護給付の適正化を図ります。

介護保険給付・地域支援事業の全体像

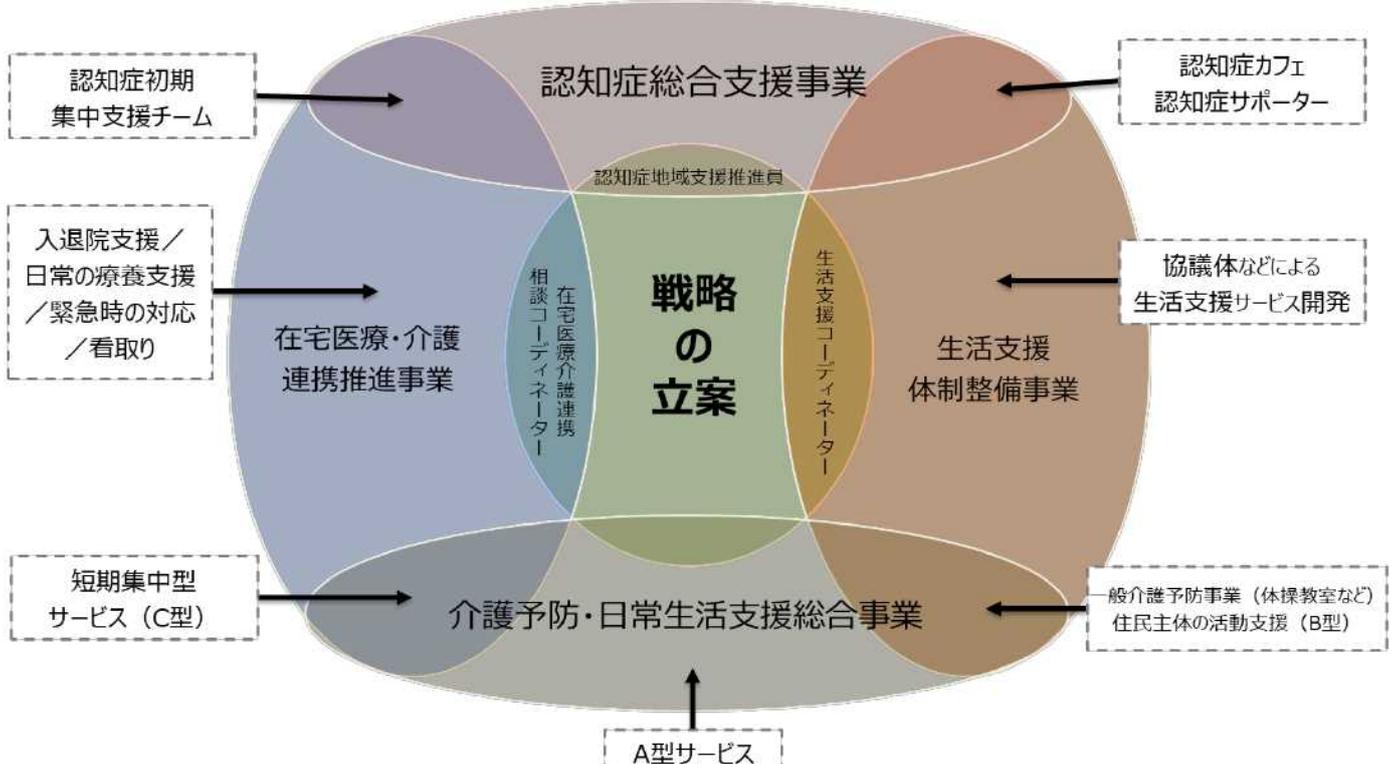
【財源構成】 国：25% 都道府県：12.5% 市町村：12.5% 1号保険料：23% 2号保険料：27%	介護給付（要介護1～5）	
	予防給付（要支援1～2）	
	介護予防・日常生活支援総合事業 （要支援1～2、それ以外の者） <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス（配食等） ・介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業 	
【財源構成】 国：38.5% 都道府県：19.25% 市町村：19.25% 1号保険料：23%	地域支援事業	包括的支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターの運営 （介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実） ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 （認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等） ○ 生活支援体制整備事業 （コーディネーターの配置、協議体の設置 等）
		任意事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護給付費適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業

地域支援事業の連動性について

<地域支援事業に組み込まれている地域包括ケアシステムの構成要素>



<4つの構成要素を地域支援事業に対応させる>



「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成より

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目	第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内 容	評価
介護予防・日常生活支援総合事業 一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業	高齢者が介護を必要とする状態になることを予防するため、運動機能の向上や口腔機能向上を目的とした教室の実施等、介護予防に関する普及・啓発を推進します。また、災害時、自分で歩いて避難できる体力・筋力をつけるための運動教室の実施や壮年期からの介護予防として、ウォーキング等の運動習慣の定着に向けた取組も検討します。	高齢者筋力向上トレーニング事業 (パワーリハ教室)	運動機能低下がみられる者を対象に、高齢者向けの筋力トレーニングを実施することで、更なる運動機能の低下を未然に予防し、在宅生活を継続できるよう支援する。	(1)定期的に筋力トレーニングを行うことで筋力の維持、改善を図る。 * 体力測定(握力・膝伸展筋力)実施前後比較:「維持向上」50%以上 * 終了後アンケート:「運動を続ける」80%以上	目標(1) 対象者:運動機能低下がみられる虚弱高齢者等(十和地域) 実施期間・回数:3か月(週2回)を1教室として、年2回の運動教室を実施 実施場所:十和高齢者生活福祉センター(教室運営は診療所理学療法士) 内容:①機器を使用した筋力トレーニング ②ストレッチ体操等 ※事業継続について、今後の方向性を検討する。	・実施回数、参加者数 ・体力測定(握力・膝伸展筋力)の結果比較 ・実施後「運動を続ける」と回答した人の割合
		高齢者運動教室 (しゃきしゃきクラブ)	運動機能低下がみられる者を対象に、高齢者向けの運動を実施することで、更なる運動機能の低下を未然に予防し、在宅生活を継続できるよう支援する。また、介護予防のための運動や学習を通じて、住民自らが介護予防に向けた取組ができるようにする。	(1)年間2教室(年24回)実施する (2)教室参加者の筋力の維持、改善を図る。 * 体力測定(握力)実施前後比較:「維持向上」50%以上 * 終了後アンケート:「運動を続ける」が80%以上 (3)教室終了後、運動自主グループや通いの場につながる。 * 新規立ち上げ数:2か所	目標(1~3) 対象者:運動機能低下がある高齢者を含む65歳以上の高齢者 実施期間・回数:3か月(週1回)を1教室として、運動教室を実施 実施場所:各集会所 内容:①筋力運動(いきいき百歳体操) ②ストレッチ体操等 ③介護予防講話 ④体力測定、アンケート	・実施回数、参加者数 ・体力測定(握力)の実施前後の比較 ・実施後「運動を続ける」と回答した人の割合 ・運動自主グループにつながった箇所数
		津波避難のための介護予防事業(防災リハ教室)	南海トラフ地震の甚大な津波被害が想定される興津・志和地区の虚弱高齢者等に対し、防災や介護予防についての普及啓発を行い、津波避難への意識を高めるとともに、避難行動のための運動等を行うことで身体機能の維持・向上を図り、介護予防と自ら避難ができるようにする。	(1)虚弱高齢者の参加を促す。 * 興津・志和地区の利用者:15人 (2)参加者の筋力の維持、改善を図る。 * 体力測定実施前後比較:「維持向上」50%以上 * 避難レベルの改善 (3)参加者の防災意識の維持・向上を図る。 * 避難訓練への参加率70%以上	目標(1) 対象者:興津・志和地区の虚弱高齢者 内容:①週1回程度、身体機能維持・向上のための運動や実際の避難経路を活用した歩行訓練を行う。②体力測定や避難レベルの確認を行う。③防災に対する意識の向上やフレイル予防について正しい知識の普及啓発を行う。 ※(株)アクトワンに委託	・実施回数、参加者数 ・参加者の身体機能や避難レベルの結果比較 ・参加者の防災や介護予防に対する意識の比較
		口腔機能向上教室 (カムカム教室)	高齢者が口腔機能向上の必要性を理解して、正しい口腔清掃や口の体操を習得し、効果を実感することで、日々の口腔ケアを意識的に行うことができるようにする。また、運動や栄養についても指導を行い、口腔機能向上につながる日常生活を送ることができるようにする。	(1)口腔機能向上についての健康教育や口腔体操の指導を行う。 * カムカム教室実施箇所数:15か所 * 教室実施後のアンケート:「口の動きが悪くなることと肺炎は関係がある」と答えた人60%以上、「歯磨きの時に舌も磨いている」と答えた人30%以上	目標(1) 対象者:宅老所、運動自主グループの参加者 実施回数:新規3回、継続1回 内容:①口腔機能評価(問診) ②健康教育(口腔機能向上の必要性・オーラルフレイルセルフチェック) ③「かみかみ百歳体操」指導 ④アンケート	・実施回数、参加者数 ・知識の習得や行動変容についてアンケート
		介護予防啓発教室	宅老所や運動自主グループ等の参加者に対して必要な知識や具体的な行動を伝えることで、高齢者の行動変容を促し、できる限り自立した生活が継続できるように支援する。	(1)介護予防、特に認知症について重点的に健康教育を行う。 * 実施箇所数:窪川35か所、西部15か所、参加者数:延500人	目標(1) 対象者:宅老所、運動自主グループ、サロン等の参加者 内容:①運動、栄養、口腔、認知症について、パンフレットや紙芝居等の媒体を使用し健康教育を行う。②社協、あったかふれあいセンターの職員にも同じ媒体を使用した健康教育(10~30分程度)をサロン等で実施してもらう。	・実施箇所数 ・参加者数
		健康ステーション事業	中強度活動と歩数に着目した「メッツ健康法」を採用し、生活習慣病予防や介護予防に取り組むことにより健康寿命の延伸を目指す。	(1)あったかふれあいセンターや通いの場でのデータ取込みや保健指導を行う。 * あったか利用者:50人 * 出向き:3回、利用者:30人	目標(1) 対象者:あったかふれあいセンター、宅老所等利用者、その他希望者 内容:①既登録者とあったかふれあいセンターの利用者を突合し、活動量計を実用していない者に利用勧奨を行う。②あったかふれあいセンターくぼかわに委託し、データ取込みや保健指導を行う。③定期的(2か月に1回)に各所に出向き、データ取込み、保健指導を行う。 ※本事業は9月末で終了。	・あったかで保健指導等を受ける人数 ・出向き支援の回数、利用人数

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目		第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内容	評価
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護予防事業	地域介護予防活動支援事業 高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自立して生活を送ることができるよう、通いの場を整備するとともに、健康や介護予防につながる各学習の場として展開します。一方、ボランティアの担い手不足等の課題もあり、地域の実情に合わせて、通いの場が継続できるよう支援を行います。	宅老所運営支援事業	高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自立して生活ができるよう、地域の中に集える場を整備すると共に、健康や介護予防につながる各種学習の場として展開することで、住民自らが主体的に介護予防に取り組むことができるようにする。	(1)新規開設の支援を行う。 * 新規開設数:3か所 (2)通いの場に出向き、体力測定や健康教育、健康相談等を行う。 * 出向き支援回数:各所2回以上 (3)65歳以上高齢者の通いの場への参加を促す。 * 65歳以上の通いの場参加割合:7%	目標(1~4) 対象者:既存の宅老所及び新規開設を希望している団体 内容:①運営費補助(1団体あたり年間33万円を上限) ②各宅老所において介護予防に資する内容の健康教育(運動指導、講話等)、体力測定等 ③新規宅老所開設に向けての支援 ④宅老所連絡会の開催(年1回) ⑤運営等について随時相談に応じる。⑥通いの場の周知を行う。(通いの場一覧の配布)	・新規開設数 ・集いの場の数 ・出向き支援の回数 ・65歳以上高齢者の通いの場への参加割合
			高齢者運動自主グループ運営支援事業	地域で高齢者に運動の指導を行う「シルバーリハビリ体操指導士」の養成を通じて、体操の普及と住民主体の地域づくりを進める。	(1)シルバーリハビリ体操3級指導士養成講習を開催する。 * 修了者数:10人 (2)指導士が地域で活動できるよう後方支援を行う。 * 自主グループ開催回数年30回	目標(1~4) 対象者:既存の自主G及び新規開設を希望している団体 内容:①各グループにおいて介護予防に資する内容の健康教育(運動指導、講話)、体力測定等 ②新規グループ開設に向けての支援(会場借り上げ、物品の貸出等) ③運営等について随時相談に応じる。④通いの場の周知を行う。(通いの場一覧の配布)	・養成講習会修了者数 ・地域で活動した指導士の割合
			シルバーリハビリ体操指導士養成事業	リハビリテーション専門職による運動指導を行うことで、介護予防に効果的な運動を継続することができるようにする。	(1)宅老所等利用者に対し、リハビリテーション専門職による運動指導を行う。 * 専門職派遣箇所数:20か所。	目標(1) 対象者:宅老所や運動自主グループ等の参加者 内容:リハビリ専門職による介護予防についての講話やいきいき百歳体操等の実技指導	・アドバイザー派遣箇所数
	活動支援事業	介護予防の取組を強化するため、地域住民主体による通いの場等へのリハビリテーション専門職による助言等を実施します。	フレイル(虚弱)状態にある高齢者の早期発見や、予防、適切な医療や介護サービスにつながるよう、通いの場への積極的関与や健康状態不明者の実態把握を行う。	(1)通いの場への積極的に関与する。(ポピュレーションアプローチ) * 通いの場での啓発回数:50回 * 体力測定:30か所 * いきいき百歳体操アドバイザー派遣:20か所	目標(1) 対象者:宅老所や運動自主グループ等の通いの場に参加する者 内容:健康教育や体力測定、いきいき百歳体操アドバイザー派遣事業等を通して、介護予防啓発を行う。	・通いの場において介護予防啓発を行った回数 ・体力測定を行った箇所数 ・いきいき百歳体操アドバイザー派遣箇所数	
	地域活動支援事業	介護予防の取組を強化するため、地域住民主体による通いの場等へのリハビリテーション専門職による助言等を実施します。	要支援認定者及び事業対象者に対してケアマネジメントを行い、適切なサービス利用につなげ、状態の維持改善を図る。	(1)要支援状態やそれに準ずる状態の維持改善を目指す。 * 件数見込:延1,200件(地域包括支援センター1,000件 委託200件)	目標(1) 対象者:介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス、通所型サービスのみを利用する要支援認定者及び事業対象者。 内容:①介護予防ケアマネジメントの一連のプロセス		
	支援サービス事業	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供されるよう、ケアマネジメントを行います。					

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目	第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内 容	評価	
包括的支援事業	総合相談支援業務	高齢者や家族等からの介護や福祉、生活等に関する相談を受けて、介護保険をはじめ、様々な福祉制度等の活用や、関係機関、地域のネットワークを生かした多面的な支援を行います。	高齢者実態把握	高齢者の自宅を訪問し、生活状況や家族状況等の基本情報を把握するとともに相談先(地域包括支援センター)を周知することにより、実際に相談支援が必要となった場合もスムーズに対応できるようにする。	(1)見守り台帳新規登録の機会に実態把握を行う。 * 対象者全員 (2) 要介護認定を受けている高齢者で、サービス未利用者及び前年度に訪問できなかった未把握高齢者の実態把握を行う。 * 30人以上	目標(1)(2) 対象者:見守り台帳新規登録者、要介護認定を受けている高齢者で、サービス未利用者及び前年度に訪問できなかった未把握高齢者 内容:①高齢者の生活状況、家族状況、受診状況等の聴き取りを行う。②地域包括支援センターの連絡先等の周知を行う。③状況に応じて関係機関と連携し、必要な支援につなげる。また、介護保険パンフレットや消費者被害予防啓発グッズ等を使用した啓発を行う。	・実態把握人数
		総合相談支援	高齢者の困りごとの解決に向け個々に応じた自立支援につながるよう支援していく。	(1)適宜、地域包括支援センター内のケース等にて、報告・連絡・相談、対応の検討を行う。相談内容は簡潔に記録し、以後の相談に対応できるようにする。 * 相談対応した件数延2,500件	目標(1) 内容:①来所、電話、訪問による相談対応を行う。②適切な機関、制度、サービスにつなぎ、地域のネットワークを活用した支援を行う。	・相談対応した件数	
		地域支え合いネットワーク事業	見守りが必要な高齢者から同意を得た上で「見守り台帳」に登録し、日々の見守りや災害時、緊急時の対応をスムーズに行う。	(1)見守り台帳・安心カードの取り組みを継続する。区長・民生委員・警察・消防等と連携し日々の見守りや緊急時の対応を行う。 * 新規登録者40人	目標(1) 内容:①本人、家族、民生委員等から見守り台帳への登録希望の相談があった場合には、自宅を訪問し聞き取りを行う等随時対応する。②見守り台帳登録データの整理を定期的に行い、本人・民生委員・区長・関係機関等に配布している安心カード及び見守り台帳の更新作業を行う。③区長文書や広報での登録者の呼びかけ、通いの場での見守り台帳の周知活動を行う。④区長会、民生・児童委員協議会に参加し、地域での見守り活動、見守り台帳(安心カード)について協力要請を行う。④見守り台帳を共有している関係機関との情報共有を適宜行う。	・新規登録者数 ・集いの場での周知を行った箇所数	
	権利擁護業務	高齢者虐待の予防・早期発見・対応のほか、成年後見制度、日常生活自立支援事業の活用も含め、高齢者の権利擁護を支援します。	高齢者権利擁護に関する研修及び広報啓発	専門職には、在宅・施設に限らず高齢者支援を行う専門機関・専門職としての権利擁護に関する意識の向上を図る。 一般住民には高齢者権利擁護について知ってもらう。	(1)専門職:高齢者権利擁護を理解してもらい、支援が必要な事案が発生した際にはスムーズな連携を図る。 * 研修開催1回以上 (2)一般住民:権利擁護について住民が知識を得る機会をつくる。 * 講演会開催1回	目標(1) 対象者:ケアマネジャーやサービス事業所(居宅・施設)、医療機関等の高齢者支援に携わる職員 開催回数:1回以上 内容:①高齢者の権利擁護に関する研修会を開催する。(健康福祉課障害福祉係と合同で開催予定) 目標(2) 対象者:一般住民 開催回数:1回 内容:①高齢者権利擁護に関する講演会の開催する。②町広報誌(四万十町通信)へ記事を掲載し、啓発や相談窓口の周知を行う。	・講演会等参加人数
			地域連携ネットワークの機能強化 権利擁護相談対応	中核機関として、権利擁護支援を必要とする高齢者が、迅速に適切な支援につながるよう、関係機関と協議する場を持ち、本人の意思が尊重され、安心して暮らせる地域づくりを目指す。 高齢者虐待の予防と早期発見、再発防止対策等について検討、協議を行う。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用も含め高齢者の権利擁護を支援する。	(1)高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関の連携強化及び専門的支援を行うため、ネットワーク会議を開催する。 * 適宜ネットワーク会議を開催したか * 虐待の相談や通報に対応した割合100% (2)四万十町高齢者権利擁護マニュアルを改訂する。 * 改訂マニュアルを作成したか	目標(1) 開催回数:総会 年1回/個別支援会議 必要に応じ随時開催 内容: ・虐待の相談・通報があれば、管理職を含めて高齢者支援課内で情報共有及び事実確認、今後の対応方針について協議した上で、関係者との情報共有やケース会議を行う。困難事例については、必要に応じて県の権利擁護専門家チーム派遣事業等を活用し、対応を行う。 ・成年後見制度の利用促進に向け、権利擁護支援の必要な高齢者の早期発見・相談対応を行い、適切なサービスや制度利用につながるよう、関係機関と連携を図る。 目標(2) 内容:①厚労省虐待マニュアル(R5年3月改訂)の内容を反映、対応手順の見直し等を行う。 ②成年後見制度町長申立マニュアルを作成するとともに、様式の見直し(相談受付時の申請書作成等の検討)を行う。③成年後見に係る事務の手順書を作成する。	・ネットワーク会議開催回数 ・虐待の相談・通報に対応した割合

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目	第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内 容	評価	
包括的支援事業	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者虐待の予防・早期発見・対応のほか、成年後見制度、日常生活自立支援事業の活用も含め、高齢者の権利擁護を支援します。	消費者被害防止	高齢者の消費被害や特殊詐欺の防止に向けて、啓発や関係機関との連携を図る。	(1)消費者被害の防止や被害に遭ったり困った時の相談先の周知・啓発や相談時の対応を行う。 * 消費者被害の相談に対応した割合100%	目標(1) 内容:①消費者行政推進連絡協議会に参加し、警察、地域安全協議会、社協、にぎわい創出課等、関係機関と連携した啓発活動等について協議を行う。②住民に消費者問題啓発カレンダー等を配布し、啓発する。③相談があった際には、警察やにぎわい創出課等と連携し対応する。	・消費者被害の相談に対応した割合
		四万十町ケアマネジャー連絡会	地域のケアマネジャー相互の情報交換や事例検討会等を行うことで、ケアマネジャーの資質向上とネットワークの構築を図る。	(1)ケアマネジャーが日常業務に活かすことができる内容の研修を開催する。 * 1回以上参加したケアマネジャーの人数:全ケアマネジャーの60%	目標(1) 対象者:町内で実務に従事しているケアマネジャー 実施回数:年5回 内容:①研修3回(ケアマネジャーのメンタルヘルス、入退院支援におけるケママネジャーの役割、アセスメントシートの活用について)②事例検討会2回③意見交換やアンケートを実施し、ケアマネジャーのニーズを把握する。	・参加率 ・各ケアマネジャーが日常業務に活かすことができたか(アンケート)	
		四万十町主任ケアマネジャー連絡会	主任ケアマネジャーが個々のスキルアップをすることで、地域のケアマネジャーに対して、助言や対応支援を行えるようになる。	(1)事例検討を積み重ねることで主任ケアマネジャーとしてのスキルアップを図る。 * 1回以上参加した主任ケアマネジャーの人数:全主任ケアマネジャーの80%	目標(1) 対象者:町内事業所に勤務する主任ケアマネジャー 実施回数:年4回 内容:①事例検討会(参加者が交替で司会、記録、事例提供者の役割を担う)②情報共有、意見交換等	・参加率 ・各ケアマネジャーが日常業務に活かすことができたか(アンケート) ・年度末の振り返りの会での意見	
		日常的個別指導・相談	地域のケアマネジャーの相談窓口として活動し、日常的業務として専門的見地から個別指導や相談対応を行う。	(1)ケアマネジャーやサービス事業所等からの相談や問い合わせへの助言、指導を行う。 * 相談に対し解決に向けて助言や指導を行った件数:全件数 (2)居宅介護支援事業所の全ケアマネジャーに対し、ケアプランの点検・指導を行う。 * 点検率100%	目標(1) 対象者:ケアマネジャー及びサービス事業所 内容:①ケアプラン作成やサービス担当者会議等についての助言を行う。相談のあった事例について、事例やケアマネの経験年数等に応じた個別指導や相談対応を行う。②制度の解釈やケースへの対応に適切な指導・助言、同伴訪問等の対応を行う。 目標(2) 対象者:居宅介護支援事業所の全ケアマネジャー 内容:①ケアマネジャーから提出された事例について、自立支援の視点で保険者(給付適正化担当)と共に検証する。	・解決に向けて助言や指導を行った件数	
		支援困難事例等への指導・助言	地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例について、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係機関等との連携を図り、協働して取り組んでいく。	(1)支援困難事例に対し、チームアプローチを行うことで、課題解決につなげることができる。 * 相談に対し解決に向けて助言や指導を行った件数:全件数	目標(1) 対象者:地域のケアマネジャー等 内容:①困難事例について助言指導を行う。必要に応じて同伴訪問や関係者との検討会に参加し、ケアマネジャー支援を通じて本人・家族支援を行う。	・解決に向けて助言や指導を行った件数	
		四万十町サービス事業所連絡会	四万十町内の介護サービス事業所の資質の向上、ネットワークの確立を支援する。	(1)研修や情報交換等の自主活動への後方支援を行う。 * 開催回数 各連絡会1回以上	目標(1) 対象者:町内の通所サービス事業所および訪問介護サービス事業所 内容:①介護保険係とともに研修等の企画運営の後方支援を行う。	・連絡会開催回数	
		個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」といいます。)の資質向上、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るため、地域のケアマネジャーを後方支援するとともに、多職種の連携・協働によるケアの支援を行います。					

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目	第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内 容	評価
	地域ケア会議推進事業	地域ケア会議推進事業	地域包括ケアシステムの展開に際し、高齢者が安心して住み慣れた地域で生活していくための課題整理や解決に向けての施策を構築していく。	(1)地域ケア個別会議:定期的に開催し、利用者の自立支援につなげることができる。個別課題の検討から地域課題を抽出する。 * 検討事例のモニタリング結果:維持・改善70% (2)地域ケア推進会議:個別会議の検討から抽出された地域課題について協議・検討し、必要な施策の提言を行う。 * 施策の提言ができる。	目標(1) 開催回数:7月より奇数月に開催(全5回) 事例提出対象者:居宅、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センターのケアマネジャー及び計画作成者 対象事例:要支援・事業対象者(要支援・事業対象者を担当していない場合は、要介護1の事例) ・自立支援の視点からの検討や、アドバイザーの助言を行う。 ・個別ケースの課題分析や、会議の中で地域課題について検討し、抽出する。 目標(2) 開催回数:窪川地域3回、西部地域3回 テーマ:窪川地域、第1回目の会議で今年度の検討課題を検討予定。西部地域「移動支援」	・開催回数、検討事例数 ・検討事例のモニタリング結果 ・抽出できた地域課題数
		地域の医療・介護資源の把握	医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最期まで続けられるような仕組みを構築する。	(1)四万十町内にある社会資源の情報を把握し、日常業務に活かすことができる資源集(A4、A5サイズ)を作成し、ケアマネジャー等に配布する。 配布部数:町内のケアマネジャー及び各介護サービス事業所 80部	目標(1) 配布先:町内のケアマネジャー・各介護サービス事業所 内容:①町内の社会資源(特に医療・介護サービスの詳細)について把握する。②町内の介護保険に関する各事業所や関連機関、インフォーマルサービス等についての情報を盛り込んだ資源集を作成(更新)し、配布する。	・配布部数
包括的支援事業	在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療・介護連携の課題の抽出		(1)大正・十和地域の地域包括ケアシステムについて、課題の整理や改善策を検討する。 * 大正・十和診療所との協議 3回 * 課題の抽出を行う。	目標(1) 内容:①大正・十和診療所、地域包括支援センター(大正・十和支所)等の関係者で医療を中心とした地域包括ケアについての課題の抽出、課題解決に向けた協議を行う。	・診療所との協議回数 ・課題と方向性について整理ができたか
		切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進		(1)在宅医療・介護連携を支援する相談窓口として、地域の医療・介護関係者からの相談受付、情報提供等を行う。	目標(1) 内容:①主任ケアマネジャーをコーディネーターとし、総合相談やケアマネジャー支援を通して、適宜対応する。	
		在宅医療・介護連携に関する相談支援		(1)地域住民への普及啓発 人生の最終段階における意思決定支援「人生会議」の啓発を行う。 * 通いの場等での啓発15か所	目標(1) 対象:地域住民 内容:①通いの場等で地域住民向けにリーフレットを使い、「人生会議」の説明を行う。	・啓発箇所数
		医療・介護関係者の情報共有の支援		(1)入退院時の関係者間の連携を充実し、切れ目のない支援体制を構築する。 *入退院調整ルールを運用しているケアマネジャー90% (2)ICTを活用した情報連携ツール導入を検討する。	目標(1) 内容:①入退院調整ルールについて、各関係機関に周知、運用を行う。②年度末に医療機関や居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの実態把握アンケートや意見交換会を実施する。 目標(2) 内容:情報連携ツールの導入について、介護サービス事業所に対し説明や意向確認等を行う。②R7年度導入に向けた準備を行う。	・入退院調整ルールを運用しているか(アンケート)
		地域住民への普及啓発		(1)専門職研修 自立支援・重度化防止についての研修を開催する。 * 研修開催1回 (2)高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会において、他市町と多職種協働研修の企画・運営を行う。 * 研修開催1回	目標(1) 対象:介護職員等の専門職 内容:自立支援・重度化防止についての研修を実施する。 目標(2) 内容:①高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会に参加する。②他市町の地域包括支援センターとともに研修の企画・運営を行う。	・研修会開催回数
		医療・介護関係者の研修				

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目		第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内容	評価
包括的支援事業	認知症初期集中支援推進事業	認知症サポート医と専門職で構成される認知症初期集中支援チームを配置し、認知症の人や認知症が疑われる人およびその家族への初期支援を行い、早期診断や早期対応を図ります。 また、認知症の人やその家族を支える専門職の資質向上を図ることや、認知症の人やその家族等の相談や交流、情報交換等を行うことにより、介護の負担が軽減するよう支援します。	認知症初期集中支援推進事業	複数の専門職が家族の相談等により認知症の人や認知症が疑われる人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立した生活を支援する。	(1)対象となるケースの相談があった時は随時、訪問やチーム員会議等集中的に対応を行う。	目標(1) 開催回数:チーム員会議は随時開催。チーム検討委員会は地域包括支援センター運営協議会と合わせて年1回開催。 内容:①初期集中支援の一連の流れに則って対応を行い、適切な医療やサービス等につなげる。②関係機関等へのチラシ配布や、ケアマネジャー連絡会、サービス事業所の連絡会等の機会に事業の周知を行う。	・支援したケース数・チーム員会議の実施回数、 ・支援したケースの内、医療や介護サービス等につながった数
			認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業	認知症の人のケアにかかわる医療、介護等の職員に対して、専門職として必要な知識、技術等の力量の向上を図る。	(1)介護保険サービス事業所、医療機関等の多職種を対象に、認知症の知識、対応等についての研修会を開催する。 *研修後アンケート:「現場で生かしたい」または「参考になった」100%	目標(1) 対象者:認知症ケアに携わる介護保険事業所、医療機関の職員等 開催回数:年1回 内容:①専門医等による専門職に必要な認知症の知識・対応方法・多職種協働等の講話	・参加人数 ・研修後アンケート「現場で生かしたい」または「参考になった」の割合
	認知症地域支援・ケア向上事業	認知症の高齢者を介護する家族等の精神的負担軽減のため、情報交換やリフレッシュ研修を行い、在宅で介護を続けていくことができるよう支援する。 認知症カフェは、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減を図る。	(1)家族の会の自主活動の継続を支援する。 (2)認知症カフェの運営等について後方支援を行う。 (3)5か所の認知症カフェが情報交換できる場を設ける。 *認知症カフェ連絡会開催:年1回	目標(1) <窪川地域> 開催回数:月1回(定期) 内容:①自主活動の後方支援(チラシの作成、会場予約、会への出席等)を行う。 <十和地域> 開催回数:不定期 内容:①後方支援の依頼があれば対応する。 目標(2) 方法:しまんと町社協(香月・本所・大正・十和)、明成会(窪川)に委託し実施 箇所数:5か所(窪川地域:小規模多機能ホーム香月・明成会オイコニア・社協本所/大正地域:大正北ノ川多目的集会所/十和地域:昭和基幹集落活動センター) 開催回数:月1回 内容:①認知症の人とその家族、地域住民が気軽に集える場を開催し、認知症の人とその家族への相談支援、認知症に関する普及啓発等を行う。②新規3か所の立ち上げ支援や依頼により勉強会等の後方支援を実施。 目標(3) 認知症カフェ連絡会開催回数:年1回 内容:①5か所の認知症カフェの情報交換、行政からの情報提供等。	・認知症カフェ開催箇所数、回数、参加人数、内容 ・認知症カフェ連絡会参加箇所数、意見・感想		
	認知症の人や家族に対する支援事業(認知症家族の会・認知症カフェ)	認知症の人や家族の状況に応じた適切なサービス提供の流れ(認知症ケアパス)を作成し、認知症の人を介護する家族や地域住民等に普及啓発を行う。	(1)認知症ケアパス概要版を作成し、全戸配布する。 *認知症ケアパス概要版全戸配布できたか	目標(1) 内容:①認知症ケアパス概要版を作成し、全戸配布する。②既存の認知症ケアパスは、修正部分し、関係機関等へ配布する。その他、研修や街頭啓発等で活用する。	・ケアパス概要版を作成し、全戸配布できたか		
	認知症の人や家族を支援するため、認知症地域支援推進員を配置(地域包括支援センター職員が兼務)し、医療・介護等の支援ネットワークの構築、認知症対応力向上のための支援、相談支援・支援体制の構築の推進に努めるとともに、認知症に対する正しい知識や予防等についての普及・啓発や、相談窓口の周知に努めます。	認知症の人や家族に対する支援事業(認知症啓発活動)	認知症の発症を遅らせたり、進行を緩やかにするための予防や、地域住民の認知症の理解を深めるための普及啓発を行うことにより、認知症になってもその人らしく暮らし続けられるような地域を目指す。	(1)認知症の正しい知識の啓発と相談窓口の周知継続を行う。 (2)認知症の人や家族への理解、認知症の正しい知識を深めるための映画上映を行う。 *参加人数:50人 *参加者アンケート:「参考になった」90%以上	目標(1) 対象者:地域住民等 内容:①出前講座の周知を広報等で行う。希望に応じて随時講座や支援を行う。②広報やCATV、世界アルツハイマー月間(9月)に合わせた図書館での認知症コーナー設置、サロンや認知症カフェ等での講話等により啓発を行う。 目標(2) 対象者:地域住民 開催場所:窪川地域 開催回数:年1回 内容:①認知症の人や家族への理解、認知症の正しい知識等を深めるための映画を上映。	・映画上映参加人数 ・映画上映後アンケート「参考になった」の割合・感想	

令和6年度 四万十町地域包括支援センター事業計画

項目		第9期計画	事業名	目的	本年度の目標	内容	評価
包括的支援事業	認知症地域づくり推進事業・認知症総合支援事業	認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みの検討や、チームオレンジ*の設置を目指します。 *チームオレンジ:近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取組。認知症サポーターの近隣チーム	認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族を温かく見守る「認知症サポーター」の養成を行い、地域で支える支援者を増やす。また、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みの検討や、チームオレンジの体制整備を図り、「共生」の地域づくりを目指す。	(1)社協と協働した認知症サポーター養成講座や、出前講座を行う。 * 認知症サポーター養成人数と出前講座参加人数の合計:100人 (2)チームオレンジの体制整備について検討し、設置に向けた計画を作成する。	目標(1) 対象者:地域住民、金融機関、量販店等の従業員、小・中・高等学校の生徒等 内容:①啓発活動の実施計画等について、社協と随時検討する。②認知症サポーター養成講座を社協(事務局)と協働して行う。③サポーター養成講座より短時間で調整が必要な場合は出前講座とする等、柔軟に対応する。 目標(2) 内容:①チームオレンジを設置している他自治体等の情報収集を行いながら、町としての実施方法を検討する。②設置目標に向けた活動内容やスケジュール案についての計画を作成する。	・サポーター養成講座回数 ・サポーター養成講座と出前講座の参加人数合計:100人 ・チームオレンジ設置に向けた計画作成ができたか
	生活支援体制整備事業	高齢化の進行により、一人暮らしの人や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者等が増え、在宅での生活支援を必要とする世帯が増加しています。 生活支援体制整備事業は、これらの支援を必要とする高齢者に対する地域の多様な関係機関の定期的な情報共有・連携・協働による取組を推進し、地域住民主体の日常生活上の支援体制の整備と充実・強化および高齢者の社会参加の推進を一体的に図ることを目的としています。この目的に向け、生活支援コーディネーターや協議体の充実により、高齢者を支える地域づくりを進めていきます。	生活支援体制整備事業	町が中心となり地域の実情に応じて、各種関係機関が参画し、必要とされるサービスの充実を図ることで、高齢者に対する効率的かつ効果的な支援体制づくりを目指す。	月1回の第2層協議体を継続し、住民主体の助け合いの取り組みについて情報交換を行う。 * 開催回数 第1層:年2回、第2層:毎月1回	目標(1) 【第1層協議体】 開催回数:年2回 内容:高齢者支援課、地域包括支援センター、社協が第2層協議体のサポートを行う。 【第2層協議体】 開催回数:月1回 内容:①住民主体の助け合いの取り組み等について情報交換や協議、町外視察を行う。②事業の理解と今後の戦略を検討するにあたり、高齢者支援課職員対象に、アドバイザーを招いて勉強会を開催する。	・第1層・第2層協議体の開催回数
介護予防支援業務				要支援認定者に対してケアマネジメントを行い、制度説明と合意やケアプラン作成、サービスの利用調整を行うことで、状態の維持改善を図る。	(1)要支援状態やそれに準ずる状態の維持改善を目指す。 * 件数見込:延2,200件(地域包括支援センター1,700件、委託500件)	目標(1) 対象者:予防給付(介護予防サービス)を利用する要支援認定者 内容:介護予防支援の一連のプロセス	

※ その他

事業名	令和6年度の実施方針・内容	実施見込
運営協議会	四万十町地域包括支援センターの適切な運営、公正、中立性の確保その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、運営協議会を行う。	令和6年6月28日開催 地域包括支援センターの前年度の実績報告や当年度の事業計画等について協議を行う。
研修等	職員の資質向上を図るとともに、他センターとの情報交換や交流を行う。 ・各専門職種に応じた研修 ・県や県社協主催の研修 ・高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会等への参加	随時
認定調査	要介護認定の申請があった被保険者を訪問し、心身の状態について本人及び家族等から聞き取り調査を行う。	10人 基本的に認定調査員が行うが、必要に応じて協力、対応する。
養護老人ホーム入所措置	環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な高齢者を、老人福祉法に基づき入所措置を行う。	年間相談件数：3件程度 相談を受けた際に、ケアハウスや有料老人ホームを利用することが困難な経済状況、家族からの支援が受けられないか等、入所要件に該当するか適正に判断する。
各種施設入所検討会	高齢者福祉の各種施設の入所判定会に出席する。	随時
地域密着型サービス運営推進会議	地域密着型サービス運営推進会議に出席し、運営方針等について意見を述べる。	窪川地域は主に介護保険係事業所担当が参加するが、適宜地域包括支援センター職員も参加する。西部地域は、地域包括支援センター職員が参加する。 【2か月毎】 ・認知症対応型共同生活介護 6か所 ・小規模多機能型居宅介護 1か所 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 1か所 【6か月毎】 ・地域密着型通所介護 7か所
居宅介護支援事業所・地域密着型サービスへの指導・監督	介護給付等対象サービスの質の確保と利用者保護及び保険給付の適正化を図るため、集団指導及び運営指導を行う。	集団指導は、訪問系、通所系、施設系、居宅介護支援・介護予防支援の4類型に分けて実施する。運営指導は、認知症対応型共同生活介護（2か所）、小規模多機能型居宅介護（1か所）、地域密着型通所介護（1か所）、居宅介護支援（1か所）の計5か所を予定。
各種会議等への参画	障害福祉関係、社協関係の会等に参画する。	随時

介護保険事業特別会計予算状況

(令和6年度)

(1) 保険事業勘定

(単位:千円)

歳 入			歳 出		
科 目	予 算 額		科 目	予 算 額	
保険料	特別徴収保険料	373,321	総務費	一般管理費	30,376
	普通徴収保険料	26,649		賦課徴収費	217
	滞納繰越分保険料	2,500		介護認定審査会費	4,961
	小 計	402,470		認定調査費	25,956
使用料及び 手数料	使用料	1	趣旨普及費	307	
	手数料	50	小 計	61,817	
国庫支出金	介護給付費負担金	438,940	保険給付費	介護サービス等諸費	2,196,303
	調整交付金	242,500		介護予防サービス等諸費	60,702
	地域支援事業交付金(介護予防)	22,014		高額介護サービス等費	66,001
	地域支援事業交付金(包括的支援)	21,148		高額医療合算介護サービス等費	7,601
	保険者機能強化推進交付金	2,816		特定入所者介護サービス等費	131,100
	保険者努力支援交付金	5,262		その他の経費	3,000
	小 計	732,680		小 計	2,464,707
支払基金 交付金	介護給付費交付金	665,469	諸支出金	償還金	3
	地域支援事業交付金(介護予防)	23,781		還付金	1,000
	小 計	689,250		積立金	231
県支出金	介護給付費負担金	362,083		延滞金	5
	地域支援事業交付金(介護予防)	11,002		繰出金	2,636
	地域支援事業交付金(包括的支援)	10,561	小 計	3,875	
	その他	0	地域支援 事業費	介護予防・生活支援サービス事業費	74,959
	小 計	383,646		一般介護予防事業費	15,612
財産収入	基金利子収入	231		総務費	80,019
	繰入金			総合相談事業費	30
繰入金	介護給付費繰入金	308,083		権利擁護事業費	166
	地域支援事業繰入金(介護予防)	12,762	包括的・継続的ケアマネジメント支援	85	
	地域支援事業繰入金(包括的支援)	35,122	任意事業費等	1,750	
	低所得者保険料軽減繰入金	37,981	在宅医療介護連携推進事業費	45	
	事務費繰入金	61,661	生活支援体制整備事業費	5,993	
	一体的実施推進事業繰入金	2,375	認知症総合支援事業	1,892	
	財政調整基金繰入金	40,000	地域ケア会議推進事業	353	
	介護従事者特例基金繰入金	0	審査支払手数料	260	
	小 計	497,984	小 計	181,164	
繰越金	繰越金	9	財政安定化基金拠出金	1	
諸収入	延滞金	50		公債費	1
	加算金	1		予備費	4,435
	第三者納付金	1			
	返納金	1			
	雑入	9,626			
	小 計	9,679			
合 計	2,716,000		合 計	2,716,000	