

## 第8期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

保険者名	第8期介護保険事業計画に記載の内容				R3年度(年度末実績)		
	区分	現状と課題	第8期における具体的な取組	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価	課題と対応策
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止	★いつまでも健やかに暮らせる黒潮町(計画P50～) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、転倒リスク該当者が約3割、認知機能低下リスク該当者は約半数を占めており、今後認知症高齢者の増加も想定されます。また、外出の機会について「減っている」と回答した人が約2割となっており、外出を控えている理由では、「足腰などの痛み」が54.7%となっています。 外出・運動の機会の確保、転倒リスクの軽減として運動機能の向上を図る事が必要となっています。	地区ふれあいサロン 黒潮げんき体操	住民同士が身近な交流スペースに通うことで、閉じこもり予防、介護予防を図ります。 ・地区ふれあいサロン 延参加人数 佐賀地域600人、大方地域1,800人 ・黒潮げんき体操 延参加者数 3,500人	・地区ふれあいサロン 延参加人数 佐賀地域300人、大方地域951人 ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況でサロン・体操の内容を変更したり中止対応をすることがあった。 ・黒潮げんき体操 延参加者数 2567人	△	新型コロナウイルス感染症予防対策のため、会食の自粛を依頼した期間が長く、サロンを中止した地区もあった。会食も含めて、ふれあいサロンを楽しんでいる地区があることも伺えた。 引き続き、感染状況に合わせて交流できる場づくりやサロン活動が展開されるよう取り組みを進めていきます。
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止		通所型短期集中運動機能向上サービス(C型)	大方地域(デイサービスセンター浮輪)、佐賀地域(黒潮町社会福祉協議会)で、通所型短期集中運動機能向上サービス(C型)を実施し、要支援・事業対象者のADL・ADLの改善を図ります。(P62) 歯科衛生士及び管理栄養士による口腔ケア・栄養指導を実施し、総合的な生活改善に取り組みます。 大方地域:利用者数(月平均) 5人 佐賀地域:利用者数(月平均) 5人	・利用者数(月平均) 大方地域:5人 佐賀地域:3人 ・改善率(終了後3ヶ月間介護保険利用なし) 大方地域:80%以上 佐賀地域:90%以上	○	令和3年度については、体調や個人事情から中止や中断もあり、利用者数が目標に達していない部分もありますが、ADL・IADLの改善や生活機能の改善等介護予防を推進する基盤として、支援が必要な対象者に対して引き続き事業を実施していきます。 また、C型の実施についてはリハビリテーション専門職等による技術的助言が必要であり、引き続き地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハ職・歯科衛生士・管理栄養士の派遣を行い介護予防の機能強化に取り組みます。
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止		認知症の予防(脳のちよいとれ教室)(計画P41)	毎週1回教室に参加して、学習サポーターや仲間との会話を楽しみながら学習(音読、計算、数字パズル)することで、認知症予防だけでなく、高齢者の地域での仲間づくりや社会参加のきっかけ作り、QOLの向上を図ります。半年に1度認知機能検査を実施する事で、状況を把握し認知症高齢者の早期発見・早期対応を目指します。 佐賀教室参加者数(延) 100人 佐賀教室利用(実) 30人 大方教室参加者数(延) 300人 大方教室利用(実) 100人	佐賀教室参加者数(延) 349人 佐賀教室利用(実) 23人 大方教室参加者数(延) 602人 大方教室利用(実) 31人	○	延参加者数は目標値を達成していますが、実人数は目標値を下回っています。コロナ禍で集いの場を敬遠する方もいますが、今後も感染予防対策を徹底し、あったかふれあいセンター職員や地区サロン等担当する保健師と協力して、軽度認知障害(MCI)に該当する方を参加に繋げるなど、新規参加者を増やすことで参加者が固定化しないよう取り組みを進めます。
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止	★地域で支え合って暮らせる黒潮町(P38～) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、一般高齢者の中で「認知機能低下リスク」該当者が約半数を占めており、今後認知症高齢者の増加も想定されます。介護者の状況についても、不安に感じる介護について36.4%が「認知症への対応」となっています。 更なる高齢化の進展、認知症高齢者や要支援・要介護者の増加が見込まれる中、介護者の不安解消や認知症高齢者への対応等介護予防事業の強化が必要となっています。	認知症相談体制の整備(計画P43)	認知症相談窓口として地域包括支援センターだけでなく、あったかふれあいセンターでも対応しており、要な場合は認知症初期集中支援事業につなげます。また、身近な相談の場としてあったかふれあいセンターで認知症カフェを開催します。認知症地域支援推進専門員を配置し各関係機関との連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行い、認知症相談体制の充実を図ります。 ・総合相談業務の認知症関係(延件数) 160件 あったかふれあいセンターにしのぎの広場での認知症カフェ(延利用者数) 840人	・総合相談業務の認知症関係(延件数) 109件 あったかふれあいセンターにしのぎの広場での認知症カフェ(延利用者数) 179人	○	コロナ禍の影響で、地域包括支援センターへの認知症関係の相談件数も、あったかふれあいセンターで開催している認知症カフェの参加者も例年に比べ減少しています。 あったかふれあいセンターにしのぎの広場での認知症カフェでは、感染状況を見ながら感染リスクが高いと判断した場合は、飲食をとりやめ、感染予防対策を徹底した上で座談会等を行いました。今後は、にしのぎの広場以外のあったかふれあいセンターでも定期的に認知症カフェを開催するなど、住民に身近なあったかふれあいセンターと協力して認知症の相談体制を整備して行きます。
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止		家族への支援(計画P43)	認知症の人を介護している家族が集まり、日々の介護の戸惑い、悩み、喜び等、互いの思いを分かち合う場として、「認知症家族介護の座談会」を開催することで、認知症ケアの向上や家族の介護負担の軽減を図ります。 ・座談会開催回数 4回 延参加者数 50人	・座談会開催回数 4回 延参加者数 55人	○	今年度は座談会を6回計画しましたが、新型コロナ感染症の感染拡大防止の為、2回中止し、年4回の開催となりました。 認知症の人を介護している家族が集まり、日々の介護の戸惑い、悩み、喜び等、互いの思いを分かち合う場として開催していますが、集って話し合う行為がコロナ禍の影響を受けやすい側面もあります。コロナ禍で本人や介護者が孤立しないように感染予防対策を徹底し、引き続き座談会を開催します。

保険者名	第8期介護保険事業計画に記載の内容				R3年度(年度末実績)		
	区分	現状と課題	第8期における具体的な取組	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価	課題と対応策
黒潮町	①自立支援・介護予防・重度化防止	<p>★地域で支え合って暮らせる黒潮町（P38～）</p> <p>黒潮町の今後の人口推計では、平成30年以降、総人口は毎年260人程度減少しますが、65歳以上の高齢者割合は、平成28年の41.3%から徐々に増加し、令和2年には44.4%となっています。また、認定者数の推計をみると、平成29年度854人（認定率17.4%）、令和2年度829人（同16.9%）とやや減少していますが、今後、高齢化率の増加に伴い認定者の増加が見込まれるため、介護予防の強化や重度化防止が求められます。</p>	ケアマネジャー等連絡会や研修会を通じて、ケアマネジャーの支援を行います。（P47）	<p>ケアマネジャー等連絡会や研修会を通じて、ケアマネジャーの支援を行います。</p> <p>・ケアマネジャー等連絡会 2ヶ月に1回 ※ケース検討あり。</p> <p>・ケアマネジメント連絡調整会議 年1回</p> <p>・研修会 適宜開催</p>	<p>・ケアマネジャー等連絡会 2ヶ月に1回（年6回） ※うちケース検討 2回</p> <p>・ケアマネジメント連絡調整会議 年2回</p> <p>新型コロナウイルス感染拡大防止のため内1回は町内ケアマネのみで開催</p> <p>・研修会の情報提供</p> <p>・各係情報提供</p> <p>・災害に関する研修(土砂災害・避難行動要支援者対策・個別避難計画)</p>	◎	<p>ケアマネジャー等連絡会やケアマネジメント連絡調整会議を開催し、保険者や地域包括支援センターからの情報提供を行ったほか、ケアマネジャーから困難事例等を提出してもらい、意見交換や支援方法の検討を行いました。</p> <p>また、多職種広域研修やケアマネジメントの質の向上のための研修(広域研修)への参加の呼びかけなど、随時情報提供を行いました。</p> <p>次年度も引き続き実施します。</p>
黒潮町	②給付適正化	<p>★介護が必要になっても安心して暮らせる黒潮町（計画P67～）</p> <p>黒潮町の介護サービスの利用状況を見ると、施設サービスの需給率や受給者一人あたりの給付月額が全国平均や県平均より高く、在宅サービスは全国平均より低くなっています。</p> <p>介護保険の円滑かつ安定的な運営を図る為には、真に必要なサービスが利用者に提供される事が重要で、介護を必要とする利用者一人ひとりに応じた適切なサービスを提供し不適切な給付等を是正する事で介護給付等費用適正化に取り組みます。</p>	地域ケア個別会議を活用し、ケアプラン点検を行います。	<p>・地域ケア個別会議 年2回、8事例 ※町内ケアマネジャー1人あたり1事例</p>	<p>・地域ケア個別会議(居宅介護支援事業所対象) 年2回 6事例</p> <p>・モニタリング(半年後) 6事例</p>	◎	<p>令和3年度も前年度に引き続き、地域ケア個別会議によるケアプラン点検および半年後のモニタリングを実施しました。</p> <p>次年度も引き続き実施します。</p>