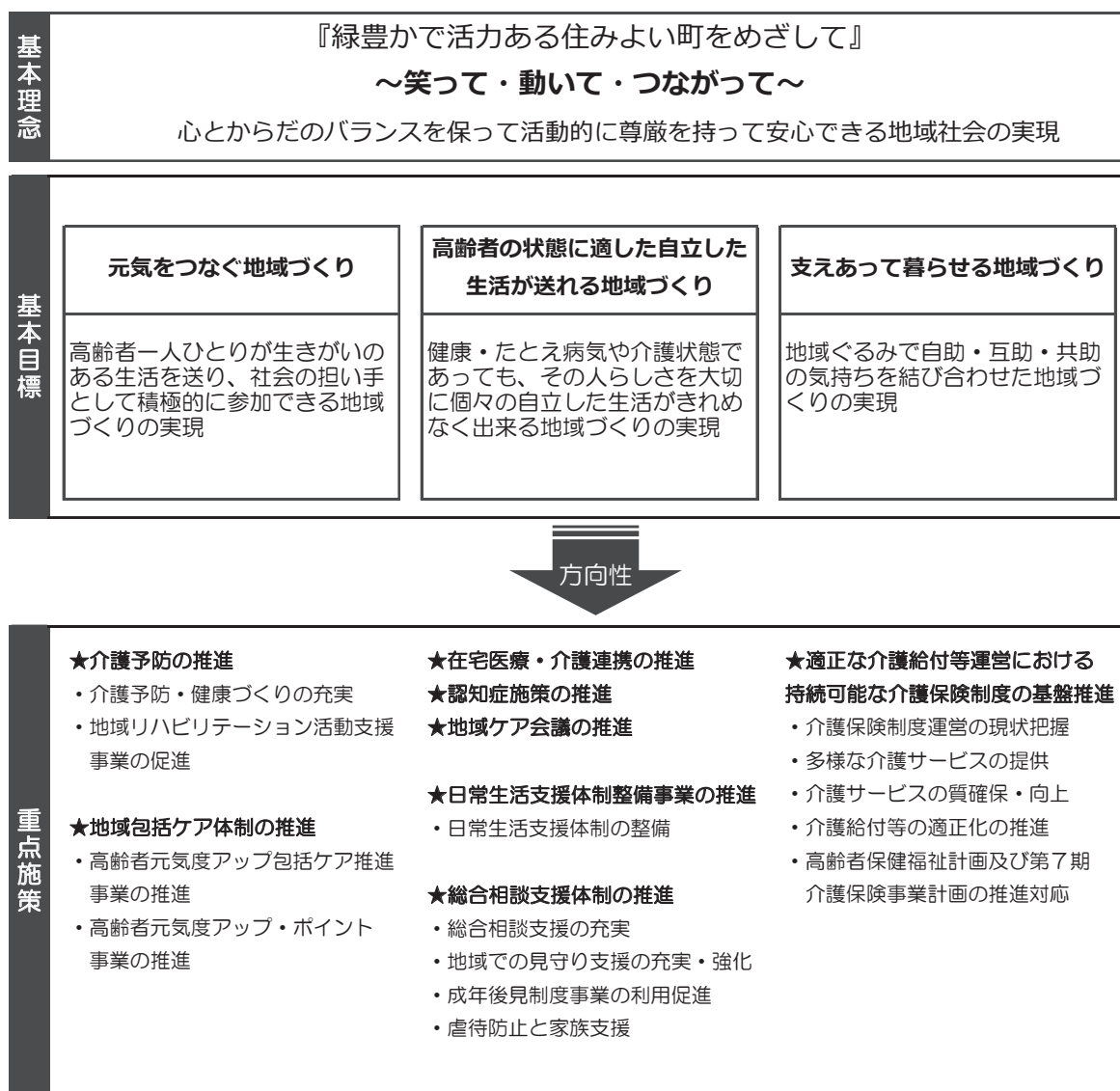


第3章 自立支援・介護予防・重度化防止施策の方向性と目標

第1節 自立支援・介護予防・重度化防止施策の方向性

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部が改正されたことに伴い、第7期介護保険事業計画の中で、地域における自立支援等施策及びその目標等を市町村介護保険事業計画に定めるものとされました。

1 計画の概要



2 施策の方向性

(1) 介護予防の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■介護予防・健康づくりの充実</p> <p>○ゆいゆいサロンの取組 12 年目で参加人数が増加（240人）</p> <p>○自身での運動習慣がついてきている。</p> <p>○H29 年度まででサロン継続 10 年の表彰者は 59 名。</p> <p>○女性中心となって、男性の参加が少ない。</p> <p>○参加を促すが、参加ができずに認知機能の低下や運動機能の低下により介護に移行する人もいる。</p> <p>○平成 28 年度より閉じこもり防止のための彩りサロン開始(現在参加者数 13 人)</p> <p>○平成 28 年度健康づくり施策として、ゆいゆいサロンにて高血圧予防のための健康教室を 2 集落にて開催</p> <p>■地域リハビリテーション活動支援事業の促進</p> <p>○平成 29 年度よりリハビリ専門職の協力を得て、転倒リスクの高い方の自宅訪問し個別リハビリプログラムにて機能強化を図っている(事業実績：現在 4 人が利用)。</p> <p>○リハビリ専門職を活用した地域サロンの事業展開にまで至っていない。</p>	<p>○ゆいゆいサロン教室の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゆいゆいサロンでの健康教室（高血圧・転倒・認知症等）を開催し、健康づくり施策を推進 <p>○彩りサロンの継続実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 閉じこもり防止、認知症予防につながる事業を推進 <p>○二次予防教室の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> 専門職のサポートを得て定期的なりハビリ教室を開催し重症化予防を推進 <p>○通いの場の創出</p> <ul style="list-style-type: none"> 異世代間交流・男女別のサロン・趣味活動サロン・料理教室等、閉じこもり防止につながる事業を推進 <p>○介護予防の周知・住民啓発を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> AYT 放送を活用し高齢者の介護予防や生きがいづくりに係る周知・啓発や取組の拡大を促進 <p>○地域リハビリテーション活動支援事業の充実。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ専門職の方と転倒リスクの高い方のお宅を訪問し、個別リハビリプログラムを作成し継続的にリハビリに取り組むことで機能改善を促進 ・専門職から地域サロンでの実施指導や助言をいただき、介護予防事業の施策を推進 <p>○総合事業の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的なりハビリ専門職の関わりを必要とする方の機能改善を図り重症化予防を推進 <p>○要支援者の自立支援の推進</p>

(2) 地域包括ケアの推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■高齢者元気度アップ包括ケア推進事業の推進</p> <p>○現在の登録団体は、19 グループ（高齢者によるボランティアグループは 6 団体、自主サロン活動グループは、8 団体活動中。）</p> <p>○活動内容としては、草刈り、話し相手、見守り等で支援が必要な高齢者に喜ばれている。</p> <p>○平成 29 年度には初の男性のみのボランティアグループも誕生し、草刈りや見守りを行っている。</p> <p>○高齢者によるボランティア団体の活動がない集落がある。</p> <p>■高齢者元気度アップ・ポイント事業の推進</p> <p>○H30.2.1 時点での登録実人数（ポイント手帳発行数）は、401 人。商品券交換実人数は年々増加している。</p> <p>○ゆいゆいサロンへの参加、老人会・生涯学習での活動等でのポイント発行がほとんどとなっている。</p>	<p>○自主サロンの充実・推進 高齢者自身の介護予防活動や社会参加活動への取組を支援し、閉じこもり防止につながる事業を推進</p> <p>○高齢者によるボランティアグループ活動の推進 元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍する地域づくりへの支援</p> <p>○高齢者自身の介護予防活動や社会参加活動への取組を支援し、閉じこもり防止につながる事業を推進</p> <p>○高齢者の健康づくりや生きがいづくりに係る周知・啓発や取組の拡大を促進</p>

(3) 在宅医療・介護連携の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■在宅医療・介護連携の推進</p> <p>○実態調査より、高齢者の6割～8割の方が最期は自宅で迎えたいと思っている。</p> <p>○実態調査より、高齢者の約6割の方は、自分の死が近い場合に受きたい医療や受けたくない医療について家族と全く話していない現状がある。</p> <p>○在宅介護を必要とする方の半数近い方が在宅医療を利用している。</p> <p>○行政・医療・介護関係者の顔の見える関係ができ、在宅医療・介護連携体制が構築されてきている。</p> <p>○徳之島3町で連携し、専門職のスキルアップのための研修会や住民への普及啓発活動としての講演会等を毎年実施している。</p>	<p>○医療・介護の多職種協働や連携による包括的かつ継続的なサービス提供に向け年1回以上は地域の医療・介護に関する資源把握を行い、社会資源の一覧表を作成し住民及び関係者へ周知を図る。</p> <p>○切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制構築推進として、定期的に運営委員会を開催し課題抽出、対応策の検討、事業の振り返りを行う。</p> <p>○多様なニーズに対応できる専門職の資質向上や必要なサービスが適切に提供される体制づくりとして各専門職を対象とした研修会を開催。また、多職種が合同で参加し意見交換や交流出来る研修会等を企画・開催する。</p> <p>○在宅医療・介護連携の円滑な推進に向けて、入院調整ルールの仕組みづくりを推進する。</p> <p>○地域住民への普及啓発活動としてAYTを活用。また、住民対象とした講演会の開催。家族支援としての相談会等を開催する。</p>

(4) 認知症施策の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■認知症施策の推進</p> <p>○実態調査より、高齢者の約半数が独居世帯、1/4が高齢者夫婦世帯である。</p> <p>○高齢化が進む中、認知症に関する相談が増加している。しかし実態調査の結果を見ると、若年者及び一般高齢者の約4割の方が認知症の相談窓口を知らないと答えている。</p> <p>○島内に家族がいない方の認知症相談が増加し、受診等家族支援が得られない困難ケースが増加している。</p> <p>○元気に過ごしていてもあっという間に認知症になり、生活できない状況になる方がいる。</p> <p>○病院にかかっている認知症疑いのある方を病院受診につなげることが難しい（病識がないため受診の必要性を理解されない）。</p> <p>○認知症キャラバン・メイトが講師となり認知症サポーター養成事業を推進しており、毎年新たに100名近い認知症サポーターが誕生している（延べ500名）。</p> <p>○平成28年度より認知症初期集中支援事業として認知症初期集中支援チームを設置し、チームで認知症支援にあたる体制ができてきている。</p> <p>○認知症の家族支援として平成28年度より認知症カフェ（家族会）を年1回以上実施している。</p>	<p>○認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症キャラバン・メイトの養成と認知症サポーター養成講座の実施 ・広報誌やAYT文字放送等を活用した住民への普及啓発活動の推進 <p>○認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期発見・早期診断・早期支援の実施 ・認知症初期集中支援事業の充実 ・認知症ケア向上として専門職を対象とした研修会の実施 <p>○若年性認知症施策の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を活用した認知症アンケート調査の実施 ・県の若年性認知症支援コーディネータとの連携 <p>○認知症の人の介護者支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェの開催 ・認知症家族会の名簿作成及び台帳管理 <p>○認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進</p>

(5) 地域ケア会議の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■地域ケア会議の推進</p> <p>○地域包括ケア会議を毎月定例で開催し任意事業の利用判定や老人ホーム入所判定を実施。困難事例については必要時に地域ケア会議を開催し支援方法について意見交換を実施している。</p> <p>○徳之島 3 町が連携し、島内の全介護支援専門員を対象としてケアマネジメント検討会を年 4 回開催できている。</p> <p>○個別事例の積み上げから見えてきた地域課題を、ケア会議を通しての施策形成まで十分につなげることができていない。</p>	<p>○地域包括ケア会議の定例開催による任意事業の利用判定や老人ホーム入所判定、随時開催での困難事例対応検討、地域課題対策検討</p> <p>○ケアマネジメント検討会を年 4 回開催しケアマネジメントプロセスの検討を行い、スキルアップを図る。</p> <p>○介護予防のための地域ケア会議の開催 要支援者及び事業対象者から開始し、順次要介護 1 へとケア会議対象事例を増やしていく。 個別事例の積み上げから地域課題の抽出、施策基盤を整備していく。</p>

(6) 日常生活支援体制整備事業の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■日常生活支援体制の整備</p> <p>○第1層生活支援コーディネーター（天城町全体：生活圏域を1つとする）のみの設置となっている。</p> <p>○第2層生活支援コーディネーター（中学校校区：北部・中央・南部の3校区（1校区1人））の設置により、生活支援コーディネーターの活動充実と強化が必要。</p> <p>○集落によってボランティアの担い手不足がある。</p> <p>○ゆいゆいサロン以外でも通いの場を求めている高齢者がいる。</p> <p>○買い物、病院受診等移動手段を必要とする高齢者がいる。</p>	<p>○第1層生活支援コーディネーターの活動充実を推進 定期的に第1層生活支援コーディネーターと地域の現状確認を行い、支え合い活動の住民への普及啓発等、見守りネットワークの地域への定着と地域資源の開発を促進</p> <p>○第2層生活支援コーディネーターの設置 第2層生活支援コーディネーターの発掘を行い、地域資源の開発と地域支え合いの体制づくりの強化</p> <p>○生活支援コーディネーターの活動の充実 生活支援コーディネーターの人材育成・資質向上に向けた支援</p> <p>○協議体の設置 関係機関の定期的な情報共有・連携強化の場を設置することにより、サービスや資源開発等を推進</p>

(7) 総合相談支援体制の推進

現状・課題等	施策の方向
<p>■総合相談支援の充実</p> <p>○総合相談支援として地域包括支援センターが窓口となり相談業務にあたっている。</p> <p>○困っている高齢者だけでなく、近隣住民や民生委員、サロンスタッフ、配食スタッフ、地域商店等から気になる高齢者の情報・相談が入るようになってきている。</p> <p>○年間の相談対応件数は、1,200件～1,800件へ増加している。介護や介護保険等福祉に関する相談が最も多い。また、1つの事案の対応回数も困難事例の増加と比例し増えている。</p> <p>■地域での見守り支援の充実・強化</p> <p>○民間事業所と高齢者等の見守りについて見守り協定を締結し、地域見守り連絡会の開催で、見守りの現状等について情報交換・情報共有が図られている。</p> <p>○災害時要配慮者・要援護者台帳を整備し、各集落区長や民生委員、消防、社協等に配布し災害時の支援強化を図っている。しかし、台帳の内容更新が十分にできていない。</p>	<p>○実態把握としてのアンケート調査・訪問調査等の実施</p> <p>○総合相談支援の充実・強化 相談が入ったら早期に訪問し状態の確認、関係機関との連携、必要な支援を行います。</p> <p>○地域における見守りネットワーク構築の推進 見守り地域連絡会を開催し、見守りの現状等について情報交換・情報共有を図ります。</p> <p>○災害時要配慮者・要援護者台帳を整備し年1回は情報の更新を行います。また、関係者へ台帳を配布し災害時支援の強化を推進します。</p>

(7) 総合相談支援体制の推進の続き

現状・課題等	施策の方向
<p>■成年後見制度事業の利用促進</p> <p>○成年後見制度活用促進事業として利用実績はない。</p> <p>○事業の住民への周知が不十分である。</p> <p>○元気な頃に財産管理がされておらず認知症になられてから財産に関する問題が浮上するケースがある。</p> <p>○介護支援が必要になったときに身寄りがいないために施設入所が出来ず困るケースがある。</p> <p>■虐待防止と家族支援</p> <p>○実態調査から、若年者及び一般高齢者の約1割の方がこれまでに両親や配偶者等の介護を理由に仕事を退職または休職している。</p>	<p>○成年後見制度の活用促進</p> <p>住民や関係者を対象とした研修会や講演会の実施(1回/年)</p> <p>司法書士との連携を図る(エンディングノート作成の推進と財産管理等への意識付け)</p> <p>○高齢者虐待、困難事例への対応と家族支援</p> <p>地域ケア会議の開催、関係団体・司法書士等との連携</p> <p>老人ホーム措置入所の検討、介護サービスの導入検討</p>

(8) 適正な介護給付等運営における持続可能な介護保険制度の基盤推進

現状・課題	施策の方向
<p>■介護保険制度運営の現状把握</p> <p>○要介護認定状況は安定 介護状態にあつて介護が必要な方々の申請が適正に行われつつある。</p> <p>○介護申請の原因疾患のベスト3は、 関節疾患、認知症、脳梗塞</p> <p>○要介護認定新規申請で、要介護3以上の重度化認定がみられる。原因は、 がん末期・現病歴の悪化・認知症の診断</p> <p>○要支援者か総合事業対象者の該当基準は適切アセスメントで行われている。</p> <p>○総合事業の短期リハビリ利用による生活機能向上の改善が予防通所利用より早く地域移行できている。</p> <p>○介護給付費の増がみられる。 要因（施設入所者の増に伴う費用の増・施設入所者の重度化による費用の増）</p> <p>○本町の第1号被保険者1人あたりの介護給付額は、鹿児島県43市町村のうち上位である。</p> <p>○介護給付費増に伴う、第1号被保険料が増で43市町村のうち上位である。</p>	<p>○介護保険制度の適切な運営についての地域住民への理解と協力の周知・啓発の推進</p> <p>○介護申請に至った原因疾患の分析と評価</p> <p>○介護申請の原因疾患の早期対応策として 関連機関との情報共有及び疾患管理についての支援体制構築の推進</p> <p>○総合事業の利点の周知と充実 専門リハビリ職の短期間の関与によって 早期に日常生活に復帰出来る取り組みの推進</p> <p>○介護利用状態及び給付状況（認定状況・サービス利用状況等）地域住民へ介護サービスの利用状況 介護保険制度運営の周知</p> <p>○施設入所希望者へのアンケート調査の実施</p>

(8) 適正な介護給付等運営における持続可能な介護保険制度の基盤推進の続き

現状・課題	方向性
<p>■多様な介護サービスの提供</p> <p>○地域密着型介護サービス町指定は、認知症グループホーム町内3事業所、町外3事業所 特定入居者施設 町外2事業所</p> <p>○H30 年より居宅介護支援事業所が市町村指定・実地指導・集団指導・監査事務の移譲がある。</p> <p>○介護予防・総合事業にみなし指定(通所・訪問の予防介護のみなし指定)の事務移譲がある。</p> <p>○本町は、近隣町と比較すると、施設利用が高い、居住系や認知症施設入居者も伸び始めている。</p> <p>○総合事業 H27 から実施し、短期集中リハビリ・リハビリ支援活動事業が展開されリハビリ効果がみられている。</p>	<p>○市町村指定事業所の指定・実地指導・集団指導の運営管理</p> <p>○地域密着型介護事業所の情報交換を定期的開催</p> <p>○制度改正の周知</p> <p>○介護事業所に対する介護サービスの質向上を図るめ、利用者の状態に応じた適切なサービス提供・法令遵守の徹底の指導・助言</p>

(8) 適正な介護給付等運営における持続可能な介護保険制度の基盤推進の続き

現状・課題	方向性
<p>■介護サービスの質確保・向上</p> <p>○介護研修会等の参加は管理職など限られた参加で介護スタッフ参加が少ない。</p> <p>○介護事業所・施設介護職の高齢化が見られる。介護職不足で職員の定着化が難しく募集広報がみられる。</p> <p>○介護事業所等からの事故報告が続きリスクマネジメントの徹底が必要</p> <p>○地域ケア会議や担当ケアマネの相談より、独居で医療度の高いケースや身寄りのない人の施設入所の対応施設がなく、対応に苦慮しているとの相談が増。</p> <p>○市町村指定の地域密着型介護事業所の集団指導の機会がもてていない。そのため適正な運営の管理確認や介護保険制度改正等の事業所向け周知も行えていない。</p>	<p>○介護施設・事業所に勤務する介護職員等が制度改正の知識やケア向上のための研修会の機会に参加出来る取り組みの推進（各施設ごとのミニ研修会開催の検討）</p> <p>○介護従事者処遇改善加算の要件について正しく介護職員が理解し、介護業務に従事できる体制の整備支援</p> <p>○介護事業所等の事故報告書の分析と各事業所のリスクマネジメント管理体制の推進</p> <p>○介護施設・地域密着型事業所等の情報交換開催ケアの質向上及び（医療ニーズの高いケース・身寄りのない独居）施設入所条件の改善の取り組み推進</p>

(8) 適正な介護給付等運営における持続可能な介護保険制度の基盤推進の続き

現状・課題	方向性
<p>■介護給付等の適正化の推進</p> <p>○鹿児島県介護給付適正化第3期プログラムの取り組みで主要5事業の一部の項目しか取り組めていない。</p> <p>○主要5事業の目標値計画と実行が必要だが給付適正化に業務配分し対応が出来ていない。</p> <p>①ケアプランの適正化は、ケアマネジャー作成プランに位置づけられた介護サービスの種類と回数が介護給付費となり、介護請求される仕組みのため介護状態に適したプラン内容の確認が必要。現状は、ケアプランの提出及び内容確認、必要に応じての指導助言に業務上時間がかけられない状況。</p> <p>②住宅改修・福祉用具購入等の適正化 利用者の介護状態に適した住宅改修・福祉用具のマネジメントか否かを自宅訪問し確認している。利用者の状態によっては、住宅改修後利用されていない現状もあり、介護給付の不適切な運用をさけるための住宅改修後の利用状況確認も必要。</p> <p>③縦覧点検・医療情報突合の点検（レセプト点検）に業務上時間がかけられていない。介護サービス事業所からの介護報酬請求が適切に行われているかの確認業務</p> <p>④認定調査確認（徳之島地区介護保険組合に委託）</p> <p>⑤介護給付通知 利用者本人が利用した介護サービスの種類・回数・介護費用の通知を行っているが、利用者の理解度は確認できていない。</p>	<p>○介護給付適正化事業運営のための人員配置の充実の推進。</p> <p>○介護給付適正化事業項目の目標値の達成への取り組みと（介護給付費の適正運営効果の期待）</p> <p>○介護給付適正化の取り組みの普及広報と介護事業所への情報提供</p>

(8) 適正な介護給付等運営における持続可能な介護保険制度の基盤推進の続き

現状・課題	方向性
<p>■高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画の推進対応</p> <p>○計画の進捗管理</p> <p>H30年からの3年間の事業計画の進捗管理の目標と達成管理等が必要。</p> <p>(介護給付適正化及び必要な対象者に必要な量と期間の介護サービスを提供し介護保険制度の自立支援を安定させ、持続可能な制度運営のため)</p>	<p>○計画の進捗管理として介護保険運営会議の開催の取り組み(年1回)</p> <p>○計画の進捗状況の地域住民への発信・公表の推進</p>

第2節 計画の目標

1 年度ごとの取組及び目標

(1) 一般介護予防事業

取組内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防の取組を広報またはシンポジウムにて周知	1回/年 参加者 150名	1回/年 参加者 150名	1回/年 参加者 150名
各サロン参加者総数	245名	250名	255名
各集落の実状に応じたゆいゆいサロンでの健康教室の開催（高血圧・転倒・認知症等）	4集落/年		
転倒リスクの高い対象者への地域リハビリテーションの実施	10名/年		
高齢者元気度アップ・ポイント事業（商品券交換枚数）	2,100枚	2,150枚	2,200枚

(2) 地域ケア会議

取組内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度
地域包括ケア会議	<p>○毎月1回 定例開催。任意事業利用判定や老人ホーム入所判定、特別養護老人ホーム特例入所判定等について議論する。</p> <p>○随時開催。困難事例や地域ケア会議で話し合いたい内容が出てきたらその状況に応じて委員を招集し会議を開催し検討する。</p>		
ケアマネジメント検討会	<p>年4回開催。徳之島島内の介護支援専門員が全員1事例は事例提出を行い、主任介護支援専門員を中心にした多職種の専門職によるケアマネジメントプロセスの検討を行う。</p>		

介護予防のための地域ケア会議	<p>○自立支援及び介護予防の観点から、ケアプラン作成（新規又は更新）時に医療・介護の専門職や生活支援コーディネーターの参加する地域ケア会議を開催し事例について専門的な助言・アドバイスを得られるようにする。</p> <p>○要支援者及び総合事業対象者のプラン全件実施する。</p>	<p>○自立支援及び介護予防の観点から、ケアプラン作成（新規又は更新）時に医療・介護の専門職や生活支援コーディネーターの参加する地域ケア会議を開催し事例について専門的な助言・アドバイスを得られるようにする。</p> <p>○要支援者及び総合事業対象者、要介護1のプラン全件実施する。</p>
----------------	--	---

（3）在宅医療・介護連携推進事業

取組内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度
地域の医療・介護の資源の把握	年1回以上は地域の医療・介護に関する調査を行い、相談窓口担当者やサービス内容の変更がないか等確認を行い、一覧表を作成・修正し住民・関係者へ周知を図る。		
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	年1回在宅医療・介護連携推進事業検討会を開催し事業の振り返り等行う。		
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	年4回在宅医療・介護連携推進事業運営委員会を開催し顔の見える関係を構築する。また、事業推進にあたっての企画等を行う。		
医療・介護関係者の情報共有の支援	整備された情報共有シートの利用促進。活用状況調査を年1回行い、必要に応じて改善する。		
在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域包括支援センターを相談窓口として、関係事業所等の相談支援を行う。		

医療・介護関係者の研修	年 1 回多職種合同事例検討会を開催する。
地域住民への普及啓発	人材育成事業等を活用し専門職対象の研修会を年 2 回開催する。
在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	年 1 回は住民対象の講演会を開催する。

(4) 認知症施策の推進

取 組 内 容	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症キャラバン・メイトを集め、年 1 回認知症サポーター養成講座企画会議を開催し年間計画を立てる。 ○認知症に関する情報や事業取組を広報誌や AYT 文字放送を活用し住民へ普及・啓発に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> ○キャラバン・メイトを養成する。 ○認知症に関する情報や事業取組を広報誌や AYT 文字放送を活用し住民へ普及・啓発に取り組む。 	
認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症初期集中支援チーム員会議を年 4 回開催し対象者に対する集中した支援を行う。 ○毎月認知症事例に対する包括ミーティング（小会議）を開催し情報共有を図り、支援方法について職員間で検討する。 ○認知症ケアパスの見直しを年 1 回行い新たな情報へ更新する。 ○認知症専門外来の案内を、AYT を活用して周知を図る。 		
若年性認知症施策の強化	<ul style="list-style-type: none"> ○随時相談対応を行い、状況に応じて認知症初期集中支援チームでの支援を検討する。 ○若年性認知症の方が利用できる社会資源の把握・検討。 ○特定健診等を活用し認知症アンケートを実施し対象者把握を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○随時相談対応を行い、状況に応じて認知症初期集中支援チームでの支援を検討する。 ○若年性認知症の方が利用できる社会資源の検討。 ○特定健診等を活用し認知症アンケートを実施し対象者把握を行う。 	
認知症の人の介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症カフェを年 2 回開催。運営にあたっては、グループホームの方や認知症サポーターの協力を得る。 ○家族会を立ち上げ名簿作成する。 ○認知症に関する新しい情報等の情報提供を認知症介護者へ年 1 回行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症カフェを年 3 回開催。運営にあたっては、グループホームの方や認知症サポーターの協力を得る。 ○家族会名簿の更新。 ○認知症に関する新しい情報等の情報提供を認知症介護者へ年 1 回行う。 	

認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	<p>○地域見守り連絡会を年 1 回開催し関係者で事例の共有や取組状況について意見交換を行う。</p> <p>○認知症徘徊 SOS 登録を推進し台帳を整理し、登録情報を消防担当者 と共有を図る（随時）。年 1 回は情報を更新する。</p> <p>○成年後見制度や虐待等について、住民や関係者へ周知を図るため年 1 回以上研修会又は講演会を開催する。</p>
認知症サポーター養成事業	<p>○年 1 回認知症サポーター養成講座企画会議を開催し年間計画を立てる。</p> <p>○認知症サポーター養成講座を開催し、毎年度新たに 100 人の認知症サポーターを養成する。</p>

(5) 生活支援サービスの体制整備

取組内容	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
取組内容の紹介・広報	2 回/年		
未実施集落での説明会	2 集落/年		
希望グループへ自主サロン集落の視察計画	1 集落/年		
高齢者元気度アップ地域活性化事業	350 枚	380 枚	410 枚
成果目標	平成 30 年	平成 31 年	平成 33 年
第二層生活支援コーディネーター	1 名	2 名	3 名
通いの場	8 (充実)	9	10

(6) 介護給付適正化主要5事業

項目	平成30年度	平成31年度	平成32年度
I 要介護認定の適正化			
①認定調査チェック	1. 徳之島地区介護保険組合に委託 委託先にて認定調査員及び審査会の標準化のための研修開催が実施される。		
II ケアマネジメント等の適切化			
②ケアプランの点検	1. 新規・更新・状態変更時の要介護1から要介護2の対象者のケアマネジメント一式の点検を行う。 2. 提出プランが「自立支援」に資するケアプランといいがたいプランについて個別指導を行う。 3. モニターリングを定期的に提出確認を行う。 4. ケアプラン対象者の自宅訪問し、アセスメント等の情報を確認する。 5. 自立支援に資するケアプランと個別プランの連動性について関係者と学びあう機会を設ける。*ケアプラン点検支援マニュアルの活用		
③住宅改修等の点検 i) 住宅改修の点検	1. 住宅改修申請時の本人宅訪問の実施（全件） 2. 住宅改修申請見積もり内容の確認材料・材質の標準化を行う。（全件） 10万を超える見積もりは2カ所に依頼し金額の低い方をとる。 3. 住宅改修施行後、利用者の自立支援に応じた住宅改修内容になっているか訪問確認実施。（全件） 4. 住宅改修事例を関係者と共有会議開催を行い、住宅改修の適切な利用を促進する。（年2回）		
③住宅改修等の点検 ii) 福祉用具の点検	1. 福祉用具購入申請後の利用状況確認のための訪問調査を実施する。（全件） 本人の状態に応じた福祉用具導入ができていないか。自立支援のための導入になっているか。 2. 福祉用具導入による自立支援ケースの成功事例・状態に合わない導入ケースについて関係者との共有会議開催を行い、福祉用具の適切な活用を促進する。（年2回） 3. 軽度者例外貸与給付について、書面・訪問にて適応状態の確認をする。（全件）		
III サービス提供体制及び介護報酬の適正化			
④縦覧点検・医療情報との突合 i) 縦覧点検	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。
④縦覧点検・医療情報との突合 ii) 医療情報との突合	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。	1. 国保連委託項目の帳票を確認する。
⑤介護給付通知	1. 介護給付通知を介護サービス利用者全員に通知する。（年6回）		