

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	自立支援・介護予防・重度化防止の推進
現状と課題	住み慣れた地域で、可能な限り心身ともに健康で自立した生活を営むことができるよう介護予防や生活習慣病と重症化予防に取り組むことができる体制づくりを推進します。住民主体による介護予防活動の拡大を図り、自立支援・介護予防、生活習慣病に関する普及啓発、健（検）診受診・保健指導の推進に努めます。また、既存のデータや事業をPDCAサイクルに沿って評価し、より地域課題に合った取り組みができるよう努めます。
第8期における具体的な取組	自立支援・介護予防・重度化防止の推進 生活習慣病と重症化の予防
目標（事業内容、指標等）	介護予防把握事業：多様な方法による支援の把握 介護予防教室（ころばぬための貯筋教室）：R3～R5目標1事業24人 介護予防普及啓発：R3～R5目標20回300人 住民主体の介護予防事業（いきいき百歳体操、筋トレを楽しむ会）：R3目標13か所、R4目標14か所、R5目標15か所 介護予防ポイント制事業：R3目標210登録者、R4目標220登録者、R5目標230登録者 地域リハビリテーション活動支援事業：リハビリ専門職が通いの場等訪問による介護予防・重度化防止 健康相談：R3～R5目標350人 健康キャラバン：R3～R5目標25回500人 健診・検診（国保特定健診受診率）：R3目標50%、R4目標55%、R5目標60%
目標の評価方法	<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>中間見直しあり■実績評価のみ● 評価の方法<ul style="list-style-type: none">実績による把握

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	福祉サービスの充実と暮らしの基盤整備
現状と課題	
<p>安心・安全に日常生活がおくれるよう地域課題の把握に努め、心身の状況や生活環境に 応じて適切に活用できる福祉サービス等、社会資源の充実を図ります。サービスや制度に ついてわかりやすい情報提供に努めます。</p> <p>また、生活支援コーディネーターを中心として、生活支援体制協議体と連携し生活支援 サービスの創出など多様な主体による生活支援体制の基盤整備を推進します。</p>	
第8期における具体的な取組	
在宅サービスの充実 施設サービスの充実 多様な生活支援体制の整備	
目標（事業内容、指標等）	
<p>○在宅サービスの充実</p> <p>軽度生活援助事業：R3～R5目標136人1, 150時間 食の自立支援事業：R3～R5目標16人955食 生活管理指導短期宿泊事業：R3～R5目標5人20日 屋根の雪下ろし費用助成：R3～R5目標16人 緊急通報システム設置事業：R3～R5目標124人 老人福祉電話設置事業：R3～R5目標4人 住宅用火災警報器の購入助成：R3～R5目標4人 訪問理美容サービス事業：R3～R5目標2人 布団の洗濯・乾燥サービス：R3～R5目標12人 介護用品等支給事業：R3～R5目標6人 要介護高齢者等介護手当支給事業：R3～R5目標14人 介護マーク配布事業：介護マークで周囲に知らせることで偏見や誤解を防ぐ。 生活支援ハウス（定員20人に対する入所者）：R3～R5目標20人 避難行動要支援者システムの活用：対象者を登録・管理することで適切な対応が図られる。 高齢者居室整備資金貸付制度：高齢者が居住するための住居の新築または増改築に対し貸付する。</p> <p>○施設サービスの充実</p> <p>養護老人ホーム（定員50人に対する措置者）：R3～R5目標47人</p> <p>○多様な生活支援体制の整備</p> <p>生活支援コーディネーターの配置：多様な主体による生活支援体制の基盤整備を推進する。 生活支援体制協議体：生活支援等サービスの体制整備に向けて、地域の関係者・生活支援コーディネーター による定期的な会議を開催する。</p>	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none"> ● 時点 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 中間見直しあり <input checked="" type="checkbox"/> 実績評価のみ ● 評価の方法 <ul style="list-style-type: none"> 実績による把握 	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 認知症施策の推進

現状と課題

令和元年6月に出された認知症施策推進大綱を踏まえ、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として、できる限り住み慣れた環境で暮らし続けられるよう包括的な支援体制の構築を図ります。

認知症について町民が関心を深め、正しい知識を持てるよう普及啓発を強化します。認知症サポーター養成の推進、また早期に相談につながり状態に応じた適切な支援が受けられるよう認知症地域支援推進員活動や認知症初期集中支援チーム事業の充実、さらに共生の地域づくりを目指してチームオレンジの活動の推進を図ります。

第8期における具体的な取組

普及啓発

予防・容態に応じた支援体制

家族を支える仕組み・地域で支え合う体制づくり

目標（事業内容、指標等）

○認知症サポーター養成講座

認知症に関する症状の理解や対応方法などを学び、認知症高齢者やその家族を支援する認知症サポーターの養成講座を開催する。

- ・認知症サポーター養成講座
- ・認知症サポーターステップアップ講座

○認知症初期集中支援推進事業

認知症の人やその家族の支援に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援を行う。

○認知症地域支援推進員の配置

認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに配置し、認知症に関する普及啓発、適切な支援が行われる体制や連携の構築、認知症ケアの向上、相談対応など。

○認知症ガイドブックの普及

認知症の状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れをガイドブックとして作成し、普及させる。

○高齢者等 SOS ネットワーク事業

認知症高齢者等が行方不明となった場合に、協力機関や関係機関の協力・連携により、早期の捜索・保護・事後支援を行う。

○認知症の人と家族に対する支援事業

認知症の人を支えるつながりを支援するため、認知症カフェ（認知症の人とその家族、住民、専門職がカフェの形態で集う）や認とも（認知症カフェを通じて顔なじみになったボランティアが、居宅を訪問して一緒に過ごす）の取り組みを実施する。

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - 実績による把握

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	在宅医療・介護連携の強化
------	--------------

現状と課題

自宅など住み慣れた生活の場で医療と介護が安心して受けられるためには、在宅医療や介護サービスの充実とともに連携が重要です。第7期計画で取り組んだ連携事業のさらなる充実を図ります。看取りや認知症支援に関する多職種連携の取組を充実し、人生の最期まで本人の選択と意思決定が尊重される医療と介護の一体的な提供体制を構築します。

第8期における具体的な取組

在宅医療・介護連携推進事業の強化

目標（事業内容、指標等）

○在宅医療・介護の資源の把握

医療・介護連携に活用するため、地域の医療機関、介護事業所等の機能や場所などの情報を把握する。

○在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

切れ目のない医療と介護が提供できるよう、情報共有ツールの整備と活用を図り、お薬手帳版連携シートの活用の普及啓発を行う。

○在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口

医療と介護のコーディネーターの役割を担う相談窓口を設置し、地域の在宅医療・介護連携に関する事項の相談に対応する。

○在宅医療・介護関係者の研修

医療・介護関係者等の連携を強化するため、多職種での研修会等を開催する。相互理解や情報共有及び人材の育成により連携の推進を図る。

目標の評価方法

● 時点

中間見直しあり

実績評価のみ

● 評価の方法

実績による把握

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 地域包括ケア会議の推進

現状と課題

医療・介護・生活支援などを必要とする高齢者が増加し、それを支える現役世代が減少していく中で、多職種連携や地域の支え合いが一層必要になってきています。多職種の協働のもと、高齢者の個別課題を解決するとともに、その積み重ねにより地域課題の把握や地域で高齢者を支えるネットワークを構築します。また、地域課題を検討し、政策形成につなぎ社会基盤の整備を図ります。

第8期における具体的な取組

地域包括ケア会議の充実

目標（事業内容、指標等）

○地域包括ケア個別検討会議

保健・医療・福祉・介護等の関係者や関係する地域の人が集まる会議を原則月1回開催し、支援を必要とする個人について効果的な支援や自立に向けた検討を行う。

○介護支援専門員部会

町内の介護支援専門員による会議や研修等を年4回ほど開催し、地域課題を共有するとともに、介護支援専門員の質の向上により、利用者の自立支援の実現を図る。

○多職種連携会議

医療や介護等に関わる多職種が参画する会議を年4回ほど開催することにより、顔の見える関係でネットワークを強化し、在宅医療・介護連携の課題整理やしきみ作りを進める。

○地域包括ケア推進会議

各会議等で抽出された地域課題について、関係機関の代表者等が集まって共有し、地域包括ケアシステムの具体的な事業化や施策化に向けて検討を行う。

目標の評価方法

● 時点

中間見直しあり

実績評価のみ

● 評価の方法

実績による把握

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	積極的な社会参加と見守り・支え合いの推進
現状と課題	
高齢になっても要介護状態になることを予防または遅らせるためには、積極的な社会参加や生きがいを持って生活することが大切です。ゼロ次予防（地域でつながる）、一次予防（社会参加）の推進のため、自助・互助の仕組みづくりの充実に努めます。「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、生きがいや役割を持ち、支え合いながら暮らしていくことのできる環境整備を図ります。	
第8期における具体的な取組	
社会参加と支え合い活動の推進 高齢者等見守り体制の推進	
目標（事業内容、指標等）	
○積極的な社会参加と支え合い活動の推進 老人クラブの育成・活動の推進：R3～R5目標13クラブ 高齢者事業団の支援：働く意欲をもつ健康な高齢者が、その経験・能力を生かし、就労によって生きがいをもって社会に参加できるよう、高齢者勤労事業部（シルバーセンター）の支援を行う。 介護予防・福祉ボランティアポイント制事業：R3～R5目標3,700回 ボランティアの養成・講座：R3～R5目標25人 サロン等の活動支援：R3目標12か所、R4目標13か所、R5目標14か所 老人福祉センターの活用：R3～R5目標1か所 敬老会、高齢者スポーツ大会等の開催：長寿を祝うと共に、気軽に行える軽スポーツを通じリフレッシュを図る。 ※令和3年度、新型コロナウイルス感染症対策のため中止。 高齢者健康増進センターの活用：高齢者の体力向上のため、高齢者健康増進センターの活用を進める。 ○見守り体制の構築 見守り体制の構築（見守り協定締結件数）：R3～R5目標8件 訪問サービス：R3～R5目標55人660件	
目標の評価方法	
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 実績による把握	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	権利擁護の推進
------	---------

現状と課題

認知症や要介護状態等になっても尊厳のある暮らしが継続できるよう、成年後見制度等の円滑な活用促進及び高齢者等虐待防止と保護に努めます。

第8期における具体的な取組

高齢者等虐待の防止と保護
成年後見制度等の活用促進

目標（事業内容、指標等）

○高齢者等虐待の相談窓口の設置

保健福祉課を虐待の相談、通報窓口として周知し、高齢者や障がい者自身、その家族、各関係機関や各事業者からの相談に応じ、適切に関係機関等と連携を図りながら対応する。

○高齢者及び障がい者虐待防止ネットワーク会議

関係機関等で構成される会議を開催し、高齢者や障がい者の虐待の予防、早期発見、早期対応、再発防止のための啓発や研修、相互の連携を図る。

○成年後見制度利用支援事業

市町村長申し立て等による低所得の高齢者に係る成年後見制度の申し立てに要する経費や成年後見人等の費用の助成を行う。

○日常生活自立支援事業の普及

地域において自立した生活がおくれるよう利用者との契約に基づき、生活支援員が福祉サービスの利用援助や日常的金銭管理等を行う日常生活自立支援事業の普及を図る。

○広尾町成年後見あんしんセンターの周知・活用

生活や財産に関する不安や困りごとについて相談に応じ、本人の権利が守られるよう支援する社会福祉協議会が設置している「広尾町成年後見あんしんセンター」を周知し、成年後見制度などの利用についての助言や手続き支援を法律に関する関係機関と連携を図る。また、市民後見人や生活支援員などの担い手について育成・活用を図る。

目標の評価方法

● 時点

中間見直しあり

実績評価のみ

● 評価の方法

実績による把握

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	相談体制の充実
現状と課題	
介護、医療、住まい、就労及び教育、地域社会からの孤立など複合化・複雑化した支援ニーズに対応するため、あらゆる相談への支援を一体的に行う包括的な支援体制を推進します。	
第8期における具体的な取組	
相談窓口の充実 包括的支援の推進	
目標（事業内容、指標等）	
○相談窓口の充実 ワンストップ、地域連携を重視して複雑化・複合化した相談内容に対応する体制づくりをすすめる。	
○コミュニティソーシャルワーカー（CSW）の配置 社会福祉協議会にコミュニティソーシャルワーカーを配置し、あらゆる生活課題の相談に応じ、適切なサービスにつなげることにより、地域福祉の推進を図る。	
○包括的支援の推進 相談者本人のみならず、相談者が属する世帯全体のニーズに対して、多機関の連携・協働による包括的支援に努める。	
○入退院支援 要介護（支援）状態の方や今後その状態になる可能性のある方が、入院することになっても、安心して入院・退院ができるよう、入院の早期から本人及び家族の選択と意思決定を大事にしながら病院、地域包括支援センター、介護支援専門員が相互に連携して切れ目のない支援に努める。「広尾町入退院支援連携ルール」、「十勝地域における入退院時の連携ルール」を活用する。	
目標の評価方法	
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ	
● 評価の方法 実績による把握	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	介護保険制度の円滑な運用
-------------	--------------

現状と課題

介護サービスを必要とする人が適切に利用できるよう、必要に応じて新たな介護サービスを検討し、地域密着型サービスを含めた介護サービス量の見込みを各年度で種類ごとに設定し、介護保険制度の円滑な運営を図ります。地域支援事業の適切な実施、介護給付費の適正化に努めます。また、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保と資質向上に取り組みます。

第8期における具体的な取組

介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な提供
 介護保険サービス基盤整備
 居宅サービス
 施設サービス
 地域支援事業
 介護保険特別会計
 介護保険料
 介護給付費の適正化、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保及び資質向上
 介護者の離職対策
 低所得者への支援

目標（事業内容、指標等）

- 介護予防・生活支援サービス事業の円滑な提供（介護予防・生活支援サービス）
 - 訪問型サービス：R3～R5目標37人2,200回
 - 通所型サービス：R3～R5目標38人1,960回
- 地域密着型介護サービスの整備
 - 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型通所介護の設置
- 居宅サービス・施設サービス
 - 各サービスの計画に沿った提供による適正な費用負担を行う。
- 地域支援事業
 - 介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の効果的な運営により一般会計からの繰入を抑制する。
- 介護保険特別会計
 - 国・道及び支払基金等による交付金等を適正に活用し、一般会計からの繰入を抑制する。
- 介護保険料
 - 町民のニーズに合ったサービス量から保険料を算出し、被保険者の負担を抑制する。
 保険料基準額：52,800円
- 介護給付費の適正化
 - 介護給付費等適正化事業：サービス利用者に介護給付費の通知等を継続して行う。（年4回）
 - 介護支援専門員の指導・支援：地域包括ケア会議でサービス利用者の個別検討や、介護支援専門員が作成するケアプランを点検するなど、ケアマネジメントに関する支援を行う。
- 人材確保及び資質の向上
 - 介護人材の確保に向けた取組みとして、新規就労者に対する財政的支援などの新しい方策を検討・実施する。また地域包括ケア会議等を通じて高齢者福祉・介護に携わる職員の資質向上を図る。
- 介護者の離職対策
- 低所得者への支援
 - 在宅介護サービスを利用する低所得世帯の利用者に対し、利用者負担の軽減措置を図る。

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - 実績による把握