

令和6年度介護予防事業の方向性

保健福祉課・地域包括支援センター

・状態像に応じた事業、地域での活動を展開することで、切れ目なく自分に合った介護予防に取り組むこと・社会参加ができ、住みなれた地域で自分らしく過ごすことができる。
 ・高齢者が要介護状態になることの予防や要介護状態の軽減・悪化の防止を図る。また、自立支援に資する取り組みを推進し、心身機能の改善や一人ひとりの生きがい、自己実現、生活の質の向上を目指す。



認定区分	状態像	現在のサービス・事業	R6事業計画
要支援・事業対象者 元気高齢者 担い手	社会参加やちょっとした生活支援により心身機能の維持ができる。生活の幅が広がり、自立した生活を送ることができる。	実施主体:町 ・サービスB ・生きがいサロン ・基本チェックリスト実施 実施主体:包括 ・一般介護予防事業 ①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業(介護予防出前講座) ③地域介護予防活動支援事業(すまいるサポーター養成講座) (すまいるの日) ④地域リハビリテーション活動事業(元気づくり応援事業)(重度化予防教室事業)(ヘルスアップグループ) ・地区活動、地域の集い、趣味活動	目標 地域での住民主体の介護予防・生活支援の取り組みの充実(地域づくり)、状態に応じた自立支援・重度化予防、心身機能の維持・向上、健康増進、仲間・生きがい・役割づくり 取り組み 地域の通いの場(サロン、ふれあいルーム)の拡充。住民主体による介護予防の取り組みのバックアップや支援体制づくりを行う。介護予防の取り組みや地区活動がさらに再開・活性化のための支援をする。 ①生きがいサロン補助事業(地域支援係)改修費補助、運営費補助 ②引き続き介護予防サポーターの育成を行う。研修やフォローアップ等、サポーター活動のバックアップを行う。 ③地域の介護予防の取り組みのバックアップ、支援体制づくり ※リハビリ専門職、役場、保健センター地区担当保健師、社協、包括、協議体担当SC、認知症地域支援推進員等が連携して地域のサポートを行っていく。地域支援事業全体が連動していくことを目指す。 ・立ち上げ時の相談、運営の悩み相談、心配なケースの相談対応等を行う。 ・介護予防活動を継続している地域の運営状況や課題の把握、評価を行う。 ・継続のためのサポート体制として、集いの場の運営者同士が情報交換できる場(勉強会や報告会)、介護予防のツール(DVD等)作成など、活動継続のための動機づけとなるような働きかけを行っていく。 ・コロナ禍による影響等を分析しプレフレイルからフレイル・要介護状態にならないよう重度化予防教室を開催してきた。 ○R5年度那須包括が富岡地区、高原包括が室野井地区で実施。実施の方向性を検討した結果、高齢者にはコロナ禍の影響がまだ残っており、重度化予防の取り組みは継続とする。内容については再検討する。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(主体:保健センター)事業の口腔分野については、回数の減少、ハイリスク者のフォローは本教室内ではなく、別な場面での実施にしていく。(教室内では、ポピュレーションアプローチとする)
要支援・事業対象者	心身の課題やリスクはあるが比較的安定。デイサービスまでではないが介護予防に取り組むことで生活機能が維持できる。	実施主体:町 ・心身力アップ継続教室(和室)年4回開催予定 実施主体:包括 ・ヘルスアップグループ年2回開催予定 ・通所型サービスAの整備(未整備)	目標 心身機能の維持、状態に応じた自立支援・重度化予防。 取り組み 短期集中サービスを卒業後、地域の活動では心身機能を十分に維持できない方向けの取り組みとしてこれまで実施してきたが、社会資源はまだ十分ではないものの、徐々に地域の活動(受け皿として、サロン、ふれあいルーム、教室の継続グループ等)も再開、新規設置されてきている。これらが拡充していくことで、左記の事業は解消していくこととする。 ●通所型サービスAについては、体制整備の検討を継続。
要支援・事業対象者	閉じこもり、生活機能低下が見られるが、自立意欲がありリハビリ専門職による短期集中的な支援によって生活機能を向上できる。	実施主体:町 ・短期集中サービスC(通所) 心身力アップ教室(町) ステップアップ倶楽部(委託:菅間記念病院) (訪問) はつらつ訪問事業(町)	目標 リハビリ専門職の短期集中的な支援による心身機能の向上、状態に応じた自立支援・重度化予防、閉じこもり予防、社会参加への支援を行う。 取り組み 対象者の把握をし必要なサービスに繋ぎ、低下した機能の向上・維持を目指していく。 ・訪問型Cは通所Cとの組み合わせの実施も可能。 ・CMにサービスC等の周知をさらに行い対象者を洗い出し適切にサービスに繋いでいく。 ○自立支援型地域ケア会議の参加を促す。
要介護・要支援 事業対象者	専門職によるサポートが必要。心身状態が変化しやすく専門職による管理や見守りが必要。認知機能低下・認知症がある。	実施主体:町 ・現行相当サービス(指定事業所) 通所介護、訪問介護 ・介護サービス事業所等巡回相談事業	目標 心身機能の維持、状態に応じた自立支援・重度化予防の強化 介護給付の適正化(適切な支援を行える) 取り組み 保険者による重度化防止、自立支援強化の推進。 ・多職種連携会議と連携。支援者、事業所のニーズ、課題把握や交流会、研修会、事例検討等の企画、実施、評価を行う。 ・町内介護サービス事業所へのリハビリ専門職派遣及び合同研修会を実施。自立支援の取り組み強化を図ることで、介護給付の適正化につながるような基盤づくりをしていく。事業所から出た課題やニーズに応じた事業内容を検討していく。 ・保健福祉課及び包括の機能強化(対象者にとって適切なものにつなげる。十分に聞き取り、説明を行ったうえでの本人の選択が重要。) ・保険者による自立支援型地域ケア会議の開催。 ・ケアプランチェック、事業所指導は介護保険係で推進。
地域のケアマネジャー		実施主体:町・包括 ・自立支援型地域支援ケア会議	目標 高齢者が、自分の住み慣れた地域でその能力に応じて自立して生活が送れるよう、CMがアセスメント、課題分析をし、介護予防ケアマネジメントを作成し支援が行える。 取り組み 那須町版介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントシートを作成し、町内のCMが介護予防に資するマネジメントができるよう支援する。