

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

※「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き(平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課)」の自己評価シートをもとに作成

| 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 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 住み慣れた地域で安心して日常生活を送ることが出来るよう、地域の見守りや生活困難者への支援、災害や感染症、高齢者虐待への対策を推進し、日常生活の安心を確保し、地域共生社会の実現に向けて取り組む必要がある。 | 高齢者を見守る地域づくりの推進 | 一人暮らし高齢者などが社会的な孤立感や日常生活における不安を抱えることなく安心して生活出来るよう、地域の多様な主体との連携を図り、高齢者を見守る地域づくりを推進する。 《見守り配食サービス》 □R3～R5総配食数:年4,800食 | 一人暮らし高齢者及び高齢者世帯を対象に栄養バランスのとれた食事を提供し、栄養改善と定期訪問による緊急時の早期対応に繋げた。 《見守り配食サービス》 □利用者実人数:43名 □総配食数:3,710食 | ○ | 見守り配食サービスを利用することで定期的な食事の提供と安否確認ができ、必要時は家族や地域包括支援センターへ情報提供ができています。高齢者を見守る地域づくりの一環として、見守り配食サービスを引き続き提供すると共に、住民同士支え合いができる互助の意識啓蒙を行っています。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 近隣市町村の医療機関や介護施設等を利用している町民が多く医療と介護の連携を推進するためには、近隣市町村と一体的に進めていく必要がある。このため、平成29年11月より近隣5市町村と協定を結び、事業を推進している。 | 在宅医療と介護の連携推進 | 事業項目ごとの内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取り組みを継続的に実施していく。 | 協定市町村において広域実施の5事業について協働で推進するとしているが、コロナ禍により協議の場が少なかったことで、内容の充実とPDCAサイクルに沿った取組みの展開までには至らなかった。地域住民への普及啓発については相談内容からニーズを拾い上げ、広報を活用し情報発信及び周知を実施。 | △ | 事業実施から数年経過したが、事業項目ごとの評価や効果について検証されていないため、内容の見直しを図りながら、本来のPDCAサイクルに基づいた事業展開を進めるため、事業項目の優先順位を明らかにして取り組んでいく。地域住民への普及啓発については継続して相談等からニーズ把握を行い、適宜必要な情報を発信及び周知をしていく。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 第7期計画期間では、生活支援コーディネーターの業務として主に支援ニーズの把握に取り組みこととし、地域包括支援センターとの連携による情報収集や福祉懇談会「ほっとカフェ」を地区で開催しサロン活動とともに懇談の中で生活の中での困りごとや近隣で困っている人の情報収集している。 | 生活支援体制の整備 | 生活支援コーディネーターが把握した課題(「外出」「雪かき」「ゴミ出し」)に対する支援体制を構築していく。また、協議体については町及び生活支援コーディネーターとの効率的な連携が図れるよう、活動内容や役割などを改めて精査する。 | 1地区より「ゴミ出し」の相談があったため、解決に向け生活支援コーディネーターが区長、民生委員と協議を実施。また、「買物」のニーズに対し、生活支援コーディネーターが社会福祉協議会の事業と連携し移動販売業者の利用を試験的に実施。 | △ | ニーズ把握はできているが、支援体制の構築には至っていない。次年度からは定期的に生活支援コーディネーターと協議する場を設け課題の把握及び事業の進捗状況の把握に努めていく。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりや政策形成のため、多職種協働による個別事例の検討や地域課題の検討の場の積み重ねが必要である。 | 地域ケア会議の推進 | 地域ケア個別会議では、困難事例などの検討に加え、自立支援や重度化防止に資するための自立支援型地域ケア会議を推進する。また、地域ケア個別会議で検討された困難事例などの蓄積されたデータを基に代表者が参画する地域ケア推進会議を開催し、地域特有の課題発見とともに地域課題を解決するための新たな施策の立案につなげる。 | 地域ケア個別会議は3件実施。いずれも対象者を交えて、支援方策等について関係者で共有及び検討した。地域ケア推進会議については新型コロナウイルス感染拡大の影響により未実施。 | △ | 地域課題把握のためには個別事例検討の積み重ねが重要であるため、今後は居宅介護支援事業所の協力を得て、定期開催の実施に繋げていく。また、把握した地域課題については地域ケア推進会議を開催し、解決に繋がるよう方策等の検討と関係者のネットワーク構築を推進する。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 高齢者人口の増加とともに認知症高齢者の増加が見込まれている。認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らすことが出来るよう、認知症への理解を深めるための周知活動や本人及び家族を地域全体で支える体制の構築が必要である。 | 認知症サポーターの養成と活用 | 認知症サポーター養成講座の周知活動を強化し新規開拓(年1か所)に取り組む。また、認知症サポーターがいる事業所にステッカー配布などし、認知症サポーターの有無の判別ができる取り組みや認知症サポーターによる地域の見守り活動を推進する。 □開催回数 R3～R5:年5回 □受講者数 R3～R5:年100人 | 新型コロナウイルス感染拡大の影響により1回のみの実施。また、地区開催に繋げることができるよう全地区に対し、認知症に係る実態調査及び認知症サポーター養成講座開催に係る意向調査を実施。ステップアップ講座を役場職員対象に1回実施。 □認知症サポーター養成講座:1回 受講者数 50名 | △ | 認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して生活するためには認知症への理解促進と地域全体で支える体制の構築が不可欠であることから、積極的な開催による認知症サポーターの増員と、チームオレンジの構築を見据えた認知症サポーターの活用について検討していく。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 認知症地域支援推進員を地域包括支援センターへ配置し、相談や情報提供の場として認知症カフェ等を開催している。 | 介護者家族への支援 | 認知症高齢者及びその家族の交流及び相談支援の場として、事業を継続して実施する。 《認知症カフェ》 □R3～R5:年6回 《認知症介護家族の集い》 □R3～R5:年4回 | 認知症カフェは新型コロナウイルス感染拡大の影響により未実施。認知症介護家族の集いは新型コロナウイルス感染拡大の影響により1回のみの実施。 □認知症カフェ:開催なし □認知症介護家族の集い:1回 延参加人数 5名 | × | 認知症の人やその家族が住み慣れた地域で暮らすためには、当事者同士の交流と必要な情報収集、また、早期から専門職と関わりを持つ場が必要であるため、認知症カフェや認知症介護家族の集いを継続して実施する。集合型の開催が困難な場合の代替方法についても検討していく。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 通所型サービスC事業参加者の固定化や事業終了後も参加者が継続した取り組みを続けられるように効果的なプログラムを検討し実践する。 | 通所型サービスCの利用 | 介護予防が必要な対象者に介護予防の必要性を理解してもらい、予防教室に参加してもらう。 R3～R5 □開催会場:1か所 □開催回数:12回 □年間参加者:延180人 | 1地区を対象に基本チェックリスト実施し教室参加対象者を抽出し、認知機能低下予防、口腔機能向上、運動器の機能向上を目的に教室を実施。 □回数 通所型:5回 通信型:5回 □参加人数 通所型:延27人 通信型:延30人 | △ | 教室対象者に比べ参加申込者が6名と少なかったことから、介護予防の必要性や教室内容の周知にもっと力を入れる必要があった。教室開催を12回予定していたが、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、通所型5回と通信型5回の実施となり、事後評価もできないまま終了となった。また、教室から通いの場への移行を計画していたが、教室開催回数が少なかったため通いの場として醸成することが困難であった。 |

| 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 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 高齢期のフレイルを予防するため、様々な機会をとりえて介護予防の普及啓発をはかる。 | 介護予防の充実 | 介護予防の必要性を理解し、積極的に取り組む人を増やすことが介護給付費の抑制に繋がることから、あらゆる機会をとりえて情報発信をすとともに、地区での介護予防教室の回数を増やしていく。 □介護予防通信:年4回発行 | 介護予防の知識の普及や取組の実例を紹介し興味関心を持ってもらうことを目的に介護予防通信や町広報等を利用し啓発活動を実施。また、委託にて週1回集合型の介護予防教室を実施(新型コロナウイルス感染拡大時は通信型にて実施)。 □介護予防通信:年4回発行 | ◎ | 広報や介護予防通信等の閲覧度や内容の実施率を把握できていない。地区での介護予防教室はコロナ禍であったため未実施となっているが、毎年数地区にて教室を開催し、介護予防の必要性の周知に努めていく。 |
| ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 高齢となることで、社会との関わり合いが少しずつ減少し、日常生活の中で楽しみや生きがいを感じる機会が徐々に減少傾向にある。閉じこもりや認知症の発症など要介護状態となるリスクが少なからず関連することから、介護予防の観点に基づき、高齢者の生きがいづくりを推進していく必要がある。 | 通いの場の創出と推進 | 介護予防に資する通いの場が地域の中に創出されるよう、住民が主体となって取り組む通いの場に対し、補助金を交付し、活動を支援する。 □新規創出 R3～R5:年1か所 | 前年度に引き続き補助事業を実施。 補助事業実績 5か所 新規通いの場:なし | × | 既存の通いの場のほかに町で把握できていない通いの場が多数あるため、生活支援コーディネーターと連携し、把握に努めていく。また、新規で認定した通いの場については補助事業について周知をはかっている。 |
| ②給付適正化 | 新規申請及び区分変更申請は町職員が認定調査を実施している。更新申請については一部委託をし実施しているが、適切かつ公平な認定となるよう、定期的に町職員による調査を行っている。 | 要介護認定の適正化 | 更新申請に係る町直営調査を引き続き実施する。 □直営実施割合 R3～R5:年32.4% | 認定調査専従職員を1名配置し、現在の状態と介護度の乖離がないかチェックするため、可能な範囲で更新申請についても町職員による調査を実施。 直営実施割合 28.1%(126件) | ◎ | 認定調査専従職員を1名配置し、更新申請について可能な範囲で調査を実施予定。 |
| ②給付適正化 | 町の組織体制などから保険者独自のケアプラン点検が困難な状況にある。 | ケアプラン点検 | 国保連から提供される給付実績と町が保有する「認定ソフト」から抽出した認定情報を、介護給付適正化システムを活用して突合し、独自に設定した条件に該当する給付実績について、県のアドバイザー派遣などの支援受けながら実施する。 □点検件数 R3:3件 R4:4件 R5:5件 | 国保連から伝送されるケアプラン分析情報から抽出し、給付率・介護度・利用サービスの種類等から対象者を選定し、県が実施するアドバイザー派遣事業を活用し実施。 R3実績:3件(点検実施率100%) | ◎ | アドバイザー派遣を利用し点検を実施し、不適切なケアプランを発見しても、利用者の同意がなければケアプランの見直しは難しいため時間を要する割に適正化の効果が感じられない。今後は、給付適正化システムを活用し、地域包括支援センターの主任ケアマネと連携しながら保険者独自のケアプラン点検を実施予定。 |
| ②給付適正化 | 住宅改修は、申請書類のチェックとともに改修現場に向き適切な内容が確認をしている。また、福祉用具貸与・購入についても、書類の内容を確認し状態に適しているかチェックをしている。 | 住宅改修等の点検 | 住宅改修及び福祉用具貸与・購入のチェックについては、これまで同様に全ての申請に対し、チェック処理を継続して行う。 | 計画に記載の点検は概ね実施できた。また、直営の地域包括支援センター主催で介護支援専門員の知識習得及びケアマネジメント力の向上、給付の適正化を目的に「住宅改修・福祉用具貸与検討の際に確認すべきポイント」として理学療法士を講師に研修会を実施。 | ◎ | リハビリ専門職の介入による確認の充実化を目指す。 |