

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

| 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | R3年度(年度末実績) | | | | R4年度(年度末実績) | | | |
|------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| | | | 目標 (事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 | 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窮者への支援、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ど安心して生活が出来よう、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》 □利用者数人数:43名 □配食回数:3,710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努めた。 《見守り配食サービス》 □利用者数人数:43名 □配食回数: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た。 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相互の意識啓蒙を行っている。 | 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努めた。 《見守り配食サービス》 □利用者数人数:46人 □配食回数:3,934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た。 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相互の意識啓蒙を行っている。 | |
| 在宅医療・介護連携 | 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市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連携していく必要がある。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体系的に実施していく。 | 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、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、内容の見直しを図るが、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む。 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。 | 近隣5市町村と協定を結び広域で実施の5事業項目中の3項目(A)地域の医療・介護の資源の把握(B)在宅医療・介護連携の推進(C)対応策の検討(D)医療・介護関係者の研修について、内容の見直しと共に、PDCAに沿った取組みを実施。(ウ)切り目ない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進については、迅速な数値目標に向けた体制づくりのため、関係者間で情報共有の意識を喚起し、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。 | ◎ | 広域事業を展開するには保健所との連携が必要不可欠であるため、働きかけを行い、町単体においては、医療と介護の連携促進に向けた取組みを町の実情に合わせて継続して実施していく。 |
| 生活体制整備 | 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市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連携していく必要がある。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 | 地域包括ケアシステムの構築に向け、医療と介護の両方のサービスが必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らしながら人生の最期まで暮らすことのできる医療と介護の両面連携の推進を推進し、一体的なサービス提供を実現するべく取り組んでいる。 | 新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、研修会は開催回数減少となった。また、協定市町村間における協議の場が少なかったことあり、アンケート調査が休業となったことなど、遠隔調整ルール手引書の活用割合が把握できなかったが、町内事業場においては日常的に活用していることを確認している。 □多職種連携研修会:1回 □入退院調整ルール手引書の活用割合:100% | △ | 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、内容の見直しを図るが、本来のPDCAサイクルに基づいた事業展開を進めている。 多職種連携研修会:1回 □入退院調整ルール手引書の活用割合:80% | 医療と介護の連携促進に向け、多職種連携研修会の開催と入退院調整に関するアンケート調査を実施。 □多職種連携研修会:1回 □入退院調整ルール手引書の活用割合:80% | ○ | 多職種連携研修会のアンケート結果や、入退院調整に関するアンケート結果等から把握された医療と介護の連携における課題について、保健所を含む関係機関・医療団体と協議しながら解決していく。また、住長が在宅医療と在宅介護への関心を高められるよう、広報等を活用しながら普及啓蒙を行っている。 |
| 地域ケア会議 | 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コーディネーターとの連携により地域包括支援センターとの連携による情報収集や相談窓口「ほとカフェ」を地区で開催しサロン活動とともに懇話会の中で生活の中で困りごとや課題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」「雷かき」「ゴミ出し」)に対する支援体制を構築していく。また、地域ケア推進会議において生活支援コーディネーターとの協力的な連携を図るよう、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、「買い物」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車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や事業の進捗状況の把握に努めていく。 | 地域課題として上がっていた「除雪」について地域の関係者及び町の関係者と協議し協議を推進し、地域情報の必要に応じて地域課題について地域ケア推進会議、モデル事業として始動し、希望があった1地区に地域の助け合いによる除雪活動を実施。また、生活支援コーディネーターと定期的な話し合いを行い、事業の進捗状況の確認や活動内容や役割などのすり合わせを実施。 | ○ | 新規創出した「地域除雪事業」について、事業実施までの期間が短く希望地区が少なかったため、今後も事業の周知徹底や希望地区の発見と話し合いの場をもちながら地区に届いた活動となるよう働きかけを行っている。 |
| 認知症総合支援 | 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ながら早期対応と本人及び家族が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研修(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・施設等に協賛し、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症拡大の影響により1回のみ実施。また、地区間調整に努めることができず、認知症に係る実施要領及び認知症サポーター養成講座開催に係る周知活動を実施。 □ケアアンプ講座を職員員対象に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できるようには認知症への理解徹底と地域全体で支える体制の構築が不可欠であること、積極的な研修による認知症サポーターの増加と、チームアレンジの構築を推進した認知症サポーターの活用について検討していく。 | 認知症サポーター養成講座:3回 受講者数 61人 | △ | 認知症サポーター養成講座の活用が期待されている。 |
| 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に配置し、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》 □チーム会議の開催 R3～R5:年4回 | 認知症カフェは新型コロナウイルス感染症拡大の影響により未実施。 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、当事者同士と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てる場が必要であるため、認知症カフェ・認知症介護家族の集いを継続して実施する。 □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、当事者同士と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てる場が必要であるため、認知症カフェ・認知症介護家族の集いを継続して実施する。 □認知症カフェ:5回 □認知症介護家族の集い:4回 延参加人数9人 | ○ | 認知症カフェは情報提供、相談、話し合いなど希望する内容にて実施。5回中2回は忘れれ検診と併し、出入り自由なオープン開催とした。 認知症介護家族の集いは、認知症疾患医療センターの協力を得た上で実施。 □認知症カフェ:5回 □認知症介護家族の集い:4回 延参加人数9人 | ○ | 認知症カフェと認知症介護家族の集いの参加者が固定化していることから、新規参加者獲得のため、広報に年間スケジュールを掲載する等の周知方法を検討する。また認知症カフェについては、早期発見・早期対応が可能となるもの忘れ検診との併催継続や参加機会を拡大を図る。 |
| 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。早期診断・早期対応に向けた支援体制として、認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターへ設置している。また、認知症スクリーニングを徹底しとももの忘れ検診に実施している。 | 初期段階での早期対応 | 早期診断、早期対応に向けた支援体制の構築(認知症初期集中支援チーム) □チーム会議の開催 R3～R5:年1回 《もの忘れ検診》 □精密検査受診率 R3～R5:100% | もの忘れ検診を町の複合検診の日(6日間)に同じ会場を実施従来の単独検診(2日)で新規受診者の獲得につながった。 □チーム会議 なし □もの忘れ検診精密検査受診率 81.8% | △ | 認知症に対してまだまだイメージが強く、もの忘れ検診を親愛しても、受診者が少ない。今後も早期発見・早期に医療機関につながる必要性を広く周知していく必要がある。 | もの忘れ検診単独で2日間実施。複合検診会場の要件に準じ、日実施はできなかった。 □チーム会議 なし □もの忘れ検診精密検査受診率:100% | △ | もの忘れ検診受診者の固定化があり、新規の受診者獲得のため事業周知の方法について検討が必要である。 町内の認知症初期集中支援チーム会議は開催していないものの、サービスのつながりがない認知症の疑いのある人の支援に関しては、地域包括支援センター職員と共有し対応を検討しながら対応しているため、継続していく。 | |
| ①自立支援・介護予防・生活支援 | ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 事業の上限額を動かしつつ、従来の介護予防サービスと同時のサービス提供可能なことを前提に単価の設定を適切に行う。 | 旧介護予防サービス | 《訪問介護相当サービス》 □年間事業費 R3:7,463千円 R4:7,477千円 R5:7,144千円 《通所介護相当サービス》 □年間事業費 R3:27,832千円 R4:27,582千円 R5:27,420千円 | 《訪問介護相当サービス》 □年間事業費 R3:7,844,470円 《通所介護相当サービス》 □年間事業費 R3:20,202,941円 | ◎ | 総合事業の上限額に合わせて事業費を設定していたため、計画より多い実績となっている。 事業費の削減へつなげることができている。 | 《訪問介護相当サービス》 □年間事業費 R4:7,072,332円 《通所介護相当サービス》 □年間事業費 R4:27,311,396円 | ◎ | 要支援認定者が計画と乖離が少なかったことや新型コロナウイルスの影響もあり、事業費が計画と乖離が少なくなっている。町内の訪問介護事業の需要バランスが崩れてきていることや、介護予防・日常生活支援事業のニーズが変化していることと連携して事業費の削減を推進する。 |
| ①自立支援・介護予防・生活支援 | ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 通所型サービス事業参加者の固定化や事業終了後も参加者が継続して参加を続けるよう1効果的なプログラムを検討し実施する。 | 通所型サービスの利用 | 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、予防意識を参加してもらう。 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、認知症検診予防、口腔機能向上、運動機能向上を目的に教室を実施。 □回数:通所型:5回 通達型:5回 □年間参加者:延27人 通達型: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育内容の周知にもつ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影響により、通所型と通達型至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1週間の後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進みの場として補完することが困難であった。 | 2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、認知症検診予防、口腔機能向上、運動機能向上を目的に教室を実施。 □回数:12回 □年間参加者:延 70人 | △ | 教室対象者は多いものの参加申込者は少ないことから、青年期・中年期から介護予防の必要性を今以上に伝えていく必要があるため、ヘルプ部門との連携を図る。また、教室前後の体力測定や認知症スクールの結果について個人差が多いため、体力測定等の計量を事業前後両条件での実施内容を再検討していく。 |
| ①自立支援・介護予防・生活支援 | ①自立支援・介護予防・重度化防止 | 高齢者のフレイルを予防するため、様々な手段をとって認知症の発症や悪化を予防する。同じくフレイルの発症など重要な予防となるリスクがなくな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。 | 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そう。また、認知症の発症や悪化を予防する。同じくフレイルの発症など重要な予防となるリスクがなくな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。 | 介護予防の知識の普及や取組の実例を紹介し、興味関心を育てよう。また、認知症の発症や悪化を予防する。同じくフレイルの発症など重要な予防となるリスクがなくな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。 | ◎ | 広報や介護予防推進等の関係者や内容の実施率を把握できていない。地区別の介護予防推進はコロナ禍であったため実施とされているが、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。 □介護予防推進:年4回発行 | 広報や介護予防推進等の関係者や内容の実施率を把握できていない。地区別の介護予防推進はコロナ禍であったため実施とされているが、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。 □介護予防推進:年4回発行 | ○ | 広報や介護予防推進で情報発信はしているが、関係者や内容の実施率把握できていない。地区別の介護予防推進はコロナ禍であったため実施とされているが、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。併せて、通いの場の補助金について周知を図る。 |
| ①自立支援・介護予防・生活支援 | 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。同じくフレイルの発症など重要な予防となるリスクがなくな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、住長が中心となり地域住民の意向を聞き取り、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金を実施。 □新規創出 R3～R5:年1か所 | × | 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。 | 通いの場に関する情報の把握は実施したが、新規に補助金を交付する団体の創出までには至らなかった。 通いの場の創出は健康状態把握のためにチェックリストを実施し、通いの場の内容の充実を図るために結果をフィードバックしている。 補助事業実施:1か所 新規創出:なし | △ | 既存の通いの場のほかに未把握の通いの場について確認中であるため、今後も生活支援コーディネーターと連携し把握に努めていく。併せて、通いの場の補助金についても周知を図る。 |

| 区分 | 現状と課題 | 第8期における具体的な取組 | R3年度(年度末実績) | | | | R4年度(年度末実績) | | | |
|---------|---|---------------|--|---|------|--|---|------|---|--|
| | | | 目標 (事業内容、指標等) | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 | 実施内容 | 自己評価 | 課題と対応策 | |
| 介護給付適正化 | 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。 | 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に、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:59.9%(420件/713件) | ◎ | 認定調査専従職員1名での実施であるため対応できる件数には限界があるが、更新申請について可能な範囲で調査を実施予定。また、審査会へ依頼する前すべての認定調査を精査し、記載誤りの不整合の有無について確認を実施しているため今後も継続して実施していく。 | |
| | ②給付適正化 町の組織体制などから保険者独自で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を受けながら実施する。 □点検件数 R3:3件 R4:4件 R5:5件 | 国保連から伝達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に難いため時間を要する割に適正化の効果を感じられない。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でのケアプラン点検を実施予定。 | 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、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たり、例外給付のケースに対し独自でケアプラン点検を実施。また、地域包括支援センターによる自立支援型ケア会議にて個別ケースの検討を実施。 R4実績:16件(介護給付適正化システム3件、例外給付13件) | ◎ | 給付適正化システムを活用しケアプラン点検を実施することで、給付率・介護度・利用サービスの種類等から対象者の選定を実施しやすさというメリットがある反面、ケアプランの確認を実施する際に職員の専門性が求められるため、点検を実施する際の体制について課題がある。そのため、ケアプラン点検の質を高めるためにも専門的な知識を得るために研修の受講などを検討する必要がある。また、訪問型サービスを併設している有料老人ホームについてケアプラン点検を行ったが、ケアプランが適正であるか否かの判断に苦慮した。この状況を踏まえながら、今後も定期的なケアプラン点検を定期的に行い、「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか介護支援専門員とともに「気づき」を促していくことができるようにしていく。 | |
| | 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を確認している。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、豊宮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。 | 計画に記載の点検は概ね実施できた。 今年度より、福祉用具貸与について、「自立支援」や「後援症候群への防止」について十分に検討されるよう、町独自で作成したチェックシートを用い、ケアプラン点検を実施。 | ◎ | 目標は達成されているが、町内にリハビリ専門職の社会資源が少ないため、住宅改修等の利用に関しリハビリ専門職が関与する仕組みづくりが構築されていない。 今後は、地域ケア会議の活用等により住宅改修等の利用に関しリハビリ専門職による助言を得られる体制整備を図っていく。 | |