

第7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7期介護保険事業計画に記載の内容				R1年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第7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	平成29年10月から住民主体による通いの場の活動を支援するため、補助事業を実施している。地域の中に住民が気軽に通うことができる通いの場を創出することで、閉じこもり防止やうつ予防といった効果が期待されるとともに、高齢者の社会参加、地域貢献の場の創出につなげることを目的としている。	住民主体の通いの場の支援	住民主体の通いの場への補助事業を継続して実施することで、通いの場の創出につなげる。具体的な数値目標等の計画への記載はなし。	前年度に引き続き補助事業を実施。 補助事業実績 ○申請団体 H30(3件) → H31(5件)	○	補助事業を活用する団体は増加したものの、従来から活動している団体であり、新規の通いの場の創出には至らなかった。 当町は、農業を営む住民が多く、農繁期は忙しく、農閑期はほとんど自宅にいるという特性があることから、農繁期の通いの場への参加はあまり見込めない状況。
①自立支援・介護予防・重度化防止	在宅医療・介護の連携に関し、医療・介護関係者からの相談を受け付ける窓口が設置されていない。	在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置	地域包括支援センター内に「在宅医療・介護連携支援センター」を設置する。	「大鰐町在宅医療・介護連携支援センター」と名称を設定し、地域包括支援センター内に設置。町ホームページへの掲載や会議・研修会を利用して相談窓口の周知を図っている。	◎	地域包括支援センター内に設置したことで、機能及び役割が明確に理解されにくい。又相談窓口の周知を図っているが浸透されていない感があり、且つ関係機関との相談内容の情報共有が不足しているため、実施方法等について再検討する。
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を利用している町民が多いことから、在宅医療・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月に近隣5市町村と協定を結び、プロジェクトチームを創設した。	在宅医療・介護連携の広域的な事業の推進	広域的に事業を推進する必要があることから、医師会や職能団体等に働きかけを行う。計画策定時点では協定を結んで間もないため、具体的な取り組み目標は記載していない。	協定市町村での担当者レベルの作業部会を月1回程度、担当課長レベルのプロジェクトチーム検討会を年2回開催し、広域実施の5事業について協議。職能団体との意見交換会や多職種での研修会等を企画し、実施している。	◎	広域協定により実施し3年経過したため、今後は事業実施により得られた課題を地域課題として整理し、圏域の政策形成に展開できるよう推進する必要がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	平成28年4月に生活支援体制整備協議体は設置済み。生活支援コーディネーターを配置することで、資源創出等の具体的なテーマによる協議を行う等、活動内容の充実化を図る。	生活支援コーディネーターの配置	生活支援コーディネーターを配置する。配置にあたっては、充て職による任用はせず、地域の中で適切にコーディネート業務を担うことができる人材を配置する。	平成30年4月に、町社会福祉協議会職員1名を生活支援コーディネーターとして配置している。	◎	平成30年度は、年度の後半にコーディネーターとの打ち合わせの機会が少なくなり、進捗状況の把握や情報交換等が出来なかったことから、令和元年度は、コーディネーター業務として各地区で開催した「ほっとカフェ」に町職員が参加することで、進捗管理や情報交換が随時出来るよう取り組んだ。
①自立支援・介護予防・重度化防止	生活支援の体制整備のため、地域住民の生活支援ニーズを把握する必要がある。平成28年12月にニーズ調査を行ったが、アンケートでは把握出来ない細かなニーズについても把握するための取り組みを行わなければならない。また、地域資源の把握も出来ていない。	地域資源・ニーズの把握	より細かな地域ニーズの把握に努めるとともに、地域資源の把握も行い、地域資源リスト(マップ)の作成を行う。	生活支援コーディネーター主導で、町内各地区を回り「ほっとカフェ」を開催。簡単な運動やゲーム等を行いつつ、集まった住民が地域ニーズや資源等について話し合う懇談の場を設け、その中で出た意見を集計した。	○	平成30年度から取り組んできた「ほっとカフェ」は、令和元年度で町内全地区を回り、参加者から聞き取りした地域ニーズについても集計が完了した。 今後は、把握したニーズの解決に向けた取り組みの方針を定める必要があるとともに、ほっとカフェに参加出来なかった住民のニーズは把握出来ていないことから、これらの把握・解決にどのように取り組むかが課題となる。 対応として、取り組むべき課題が山積していることから、まずは着手する順序を決めるところから始める。
①自立支援・介護予防・重度化防止	平成28年1月に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ており、相談支援の場として認知症カフェ等を開催している。	認知症カフェ等の継続実施	認知症高齢者及びその介護家族の相談支援の場として、第7期計画期間においても事業を継続して実施する。 ○認知症介護家族の集い 開催回数 2回/年 年間参加者見込数 10名/年 ○認知症カフェ 開催回数 4回/年 年間参加者見込数 40名/年	○認知症介護家族の集い 開催回数 2回/年 年間参加者数 15名/年 ○認知症カフェ 開催回数 3回/年 年間参加者数 52名/年	○	年度計画を作成し、計画的に実施している。3月の開催については新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止となり、認知症カフェの開催回数が1回少なくなっている。 相談支援については認知症疾患医療センターの相談員に協力が得られている。 また、地域包括支援センターの職員が認知症地域支援推進員を兼務し、事業運営を行っているため、認知症関係の事業を紹介したり、介護保険に関する相談にも対応している。 参加者より開催回数を増やしてほしいとの希望があるが、包括スタッフだけでは対応が困難であるため、認知症サポーターの活用も検討している。

第7期介護保険事業計画に記載の内容				R1年度(年度末実績)		
区分	現状と課題	第7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	社会全体で認知症高齢者やその家族を支える基盤整備のため、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、出来る範囲での手助けを行う支援者「認知症サポーター」を養成している。サポーターの養成講座は継続して行っているものの、より高度で実践的な知識の習得を目的としたステップアップ講座はまだ開催したことがない。	認知症サポーター養成講座の継続実施と、ステップアップ講座の開催	○認知症サポーター養成講座 開催回数 5回/年 年間参加見込者数 140名/年 ○認知症サポーターステップアップ講座 開催する旨記載しているが、具体的な数値目標等は記載していない。	○認知症サポーター養成講座 開催回数 4回/年 年間参加者数 90名/年 ○認知症サポーターステップアップ講座 開催なし	○	認知症サポーター養成講座については、年度計画のほか、地区単位での開催希望があり、実施しているが、目標達成には至らなかった。ステップアップ講座は開催希望がなく企画にも至らなかったが、認知症サポーターの活動に繋げるための取り組みとして、認知症カフェへの協力を検討しており、実施にあたり、ステップアップ講座の開催も見込んでいる。
①自立支援・介護予防・重度化防止	医療・介護等の多職種と住民組織等によるネットワークを構築し、地域包括ケアの基盤を整備することを目的とした地域ケア推進会議についてはこれまででも継続して開催してきたが、個別ケース等を実務者レベルで協議し、改善につなげる地域ケア個別会議についてはほとんど実績がない。	地域ケア会議の推進	推進会議は継続して実施するとともに、個別会議についても、速やかな課題解決のため必要に応じて開催する。具体的な数値目標等は記載していない。	○個別会議 H30(4件)→R1(2件) ○推進会議 H30(1件)→R1(1件)	○	案件が生じた際は迅速かつ柔軟に対応して個別ケースの検討を慎重なとしたが、ケースの拾い上げが十分に行えず、個別会議の開催が減となった。今後は多様な視点からケースの拾い上げを行い開催に繋げていく。又推進会議で協議され改善可能な課題については取組みを推進する。
②給付適正化	認定の更新申請について、現在の認定が適切かどうかを確認するため、継続して調査を委託している受給者については、町直営での調査を行っている。	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。 年間調査件数(見込) 140件	現在の状態と介護度の乖離がないかチェックするため、更新申請についても町職員による調査を実施した。	○	令和元年度は、町職員が兼務で調査を行う必要があったため、業務の負担が大きく、更新申請の直営調査はほとんど出来ずにいたが、12月から専任の調査員を確保することが出来たため、更新申請の直営調査も可能となり、他の業務の効率化も図られた。
②給付適正化	ケアプラン点検を円滑に行うため、平成28年度に給付適正化システムを導入したが、ほぼ活用出来ずにいた。	ケアプラン点検	システムを活用し、点検が必要なケアプランを抽出後、ヒアリングシートを作成して送付することで、介護支援専門員に当該ケアプランの確認を促す。 点検作業回数 2回/年	県のアドバイザー派遣事業を活用し、3件のケアプラン点検を実施した。	△	事業活用による点検は実施したが、町単独での点検は実施出来ていない。専任の担当者がいない状況で、点検を実施するにはどうすれば良いか検討する必要がある。
②給付適正化	住宅改修については、申請書類のチェックとともに、改修現場に向いて適切な改修内容となっているかどうかをチェックしている。また、福祉用具貸与・購入についても、書類の内容を確認し、適切な給付かどうかをチェックしている。	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、これまでと同様のチェック処理を継続して行う。数値目標は記載しているが、原則全ての申請に対し、このチェックを行う。	計画に記載の点検は概ね実施出来た。	◎	住宅改修では、適正な工事が行われるよう、事前に工事内容や費用額等を記載した申請書類を町に提出することを義務付けている。町では、その内容での工事を承認する旨通知し、その後工事に着手する流れとなっているが、その趣旨を理解していない事業者があり、事前に届出のあった内容と異なる工事が行われる事例があった。今後は、事前申請段階での確認を、これまで以上に徹底して行うこととする。

行は必要に応じて適宜追加してください