

令和5年度 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				R5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が出来るよう、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＞ □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:45人 □総配食数:3,604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く。
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の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。	協定市町村と広域実施している5つの事業項目のうち3項目(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進(カ)医療・介護関係者の研修について、PDCAに沿った取り組みを実施。連携促進に向けた効果的な取組に繋げるため、(イ)では保健所、(ウ)では消防組織との意見交換会を実施した。	○	在宅医療・介護連携推進事業の手引きの改訂を踏まえ、広域実施事業については、協定内容の見直しを行った上で、協定市町村との協議により効果的な事業運営を図っていく。町単体においては、医療と介護の連携促進に向けた取組を町の実情に合わせながら継続して実施していく。
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の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6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を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療と介護の関係機関の連携を推進し、一体的なサービス提供を可能とする体制を構築する。 □多職種連携研修会:年3回 □入退院調整ルール手引書の活用割合:100%	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、保健所実施の入退院調整ルールモニタリング調査に協力し、ルール手引きの改訂版を居宅介護支援事業所に周知した。 □多職種連携研修会:広域 年1回、町 年1回 □入退院調整ルール手引書の活用割合:町 100%	○	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、保健所を含めた関係機関や職能団体と協議しながら解決に向けていく。
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むこととし、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会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果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。	前年度より開始した「地域除雪事業」を1地区にて実施している。また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて家事支援に対する希望が一定数見られたため、生活支援コーディネーター及び地域包括支援センターと協働し、住民主体型サービスとなる訪問型サービスB事業開始に伴う人材育成などの体制整備を行い、令和5年9月より運用開始となっている。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、役割などのすり合わせを実施。	△	「地域除雪事業」について、様々な方法にて周知を行ったものの、雪が少なかったことや地課でも類似事業があったため1地区のみの実施となった。庁内連携し情報共有しながら全域で仕組み作りが構築されるよう事業の見直し及び周知を図っていく。
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繋げる。	自立支援型地域ケア個別会議は、居宅介護支援事業所と多職種の参画を得て、定例開催した。地域ケア推進会議は、身寄りのない方への支援を地域課題として、医療・介護関係の代表者レベルで開催した。 □地域ケア個別会議:自立支援型 3回、個別事案 2回 □地域ケア推進会議:1回	○	自立支援型地域ケア会議開催後のモニタリングを通して、介護支援専門員が自立支援・重度化防止の視点を持った計画立案が可能となるよう支援していく。地域ケア個別会議で検討された地域課題は整理して、地域ケア推進会議で協議することにより、施策の立案や関係者のネットワーク構築に繋げていく。
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	小・中学校、模擬訓練参加者、ちよこっとサポーター(訪問サービスBのサービス提供者)を対象に実施。チームオレンジ構築に向けたサポーター養成講座及びステップアップ講座受講対象に対しては候補団体と開催について打診している。 □認知症サポーター養成講座:5回 受講者数 116人	○	地域の見守り体制構築のため、今後もサポーター養成講座開催先の新規開拓に努めると共に、養成後も継続してサポーターであることの意識が薄れないような周知、取組に努めていく。ステップアップ講座はチームオレンジを見据えての実施を考慮しており、候補団体にも開催を打診しているため、次年度内のチーム構築を目指していく。
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	認知症カフェは情報提供、相談、脳トレなど希望する内容にて実施。もの忘れ検診と併催し、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ながら実施。 □認知症カフェ:6回 □認知症介護家族の集い:4回	○	認知症カフェは昨年度から開催場所を変更したことで、参加者の増加に繋がっている。認知症の方の参加も得られているため、今後も交流場所の提供とあわせ、参加者が希望する内容や認知症について正しく学べる情報を提供できるようにする。介護家族の集いは、認知症に関する情報が多くなってきた中でご家族同士の交流の場の必要性も変化しており、内容の見直しが必要と考えている。

第8期介護保険事業計画に記載の内容				R5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内へ設置している。また、認知症スクリーニングを郵送法との忘れ検診にて実施している。	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》 □チーム員会議の開催 R3～R5:年1回 《もの忘れ検診》 □精密検査受診率 R3～R5:100%	単独検診1日、認知症カフェとの併催6回の計7回実施。 □チーム員会議: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、認知症カフェと併催したが受診者は伸び悩んでいる。 医師を交えての初期集中支援チーム員会議は開催していないものの、サービスに繋がっていない認知症の疑われる人の支援に関しては、地域包括支援センター職員で共有し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・重度化防止	事業の上限額を勘案したうえで、従来の介護予防サービスと同様のサービスが提供される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 R5:6,972,753円 《通所介護相当サービス》 □年間事業費 R5:25,884,148円	◎	現行相当サービスについて、国が定める単価に準じ、適切な単価設定を行っている。給付としては計画より低い数値で推移しているものの、訪問系サービスについては住民主体型サービスとなる訪問型サービスB事業と併せると計画値より高い推移となっており、通所介護相当サービスについては介護予防通所リハビリテーションが増加していることを勘案すると、効果的な介護予防ケアマネジメントの実施の必要性がある。
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、運動機能向上を目的に教室を実施。 □回数:12回 □参加人数:延103人	○	教室対象者は多いものの参加申込者は10人であった。事業対象者ではないものの介護予防に興味があり教室に参加する人も数名みられた。教室終了後、継続して運動等取り組んでいるか確認し、継続できていない場合は通いの場への参加など勧奨していく。
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、様々な機会をとら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、あらゆる機会をとらえて情報発信をするとともに、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、介護予防に興味関心を持ってもらうことを目的に町広報紙等で啓発活動を実施。また委託にて週1回の集合型の介護予防教室を実施している。	○	令和6年度からは後期高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の事業内や地域包括支援事業のなかで介護予防の趣旨普及に努めていく。
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	通いの場に資する場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は至らなかった。 通いの場の参加者の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化を図るために結果をフィードバックしている。 補助事業実績:4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。
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に、可能な範囲で更新申請についても町職員による認定調査を実施。 直営実施割合:60.6%(392件/646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にすべての認定調査票を確認し記載誤りや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。 R5実績:33件(介護給付適正化システム8件、例外給付25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い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。 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出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。 福祉用具貸与について、「自立支援」や「廃用症候群への防止」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。 また、今年度より住宅改修に関し、「住宅改修が必要な理由書」の見直しを行い、より目標に向かったサービス提供が図られるよう、リハビリテーション専門職の助言の有無のチェック欄を設けている。	◎	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。