

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

市町村名

※「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				R4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	・今後、高齢化率が大幅に増加し、支援を必要とする高齢者が増加することが考えられる。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう支援する必要がある。	健康づくりのための運動方法や回数等を個人に合わせて指導することで、健康づくり運動の普及啓発を推進し、実践する住民が増加するよう支援し、介護予防及び生活習慣病の予防を目的として実施します。	健康づくり運動フロア事業 週2回	開催回数:49回(週1回) 参加人数:延人数 1,086名 実人数 53名 (うち新規参加者 9名)	◎	コロナ禍のため、令和3年6月より週1回の開催とし、感染予防対策を行いながら運動フロア事業を実施した。開催回数は減少したが、参加率は増加傾向にあり、今後も個別指導を継続し、健康づくり運動の普及啓発を推進していきたい。
①自立支援・介護予防・重度化防止	・認知症高齢者、独居高齢者の増加に伴い、在宅医療・介護連携が必要な事例が増えている。在宅医療・介護体制の把握及び整備、個別ケースの課題・目標共有など、多職種で検討を行う場が必要となっている。	在宅医療、介護連携について、地域ケア会議や地域包括ケア推進委員会で検討します。	年1回以上	多職種が集まる「地域ケア会議」の中で、認知症高齢者や独居高齢者の事例を通し、在宅医療・介護連携について現状や課題を共有した。また、「地域包括ケア推進委員会」を開催し、地域包括ケア推進のための取り組みについて現状を報告、検討を行った。	◎	ケア会議等や日常的なケース支援で必要な情報交換は十分行えていると思うが、医療資源の不足や在宅看取り、連携システム構築にまでには至っていない。課題を明確化していく必要がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	・終末期医療の考え方や、個々で準備し考えていくことで、自分の自立した生活を考えることができるが、アンケートでは 人生の最後について家族間で話し合ったことのない人が40.6%、「最後を在宅で過ごしたいが、家族に負担がかかるため無理」だと思っている高齢者が多くいた。介護連携や介護に必要な情報を高齢者が理解していないことが考えられる。	介護連携等に関する住民の理解を促進するため、必要な情報提供及び普及啓発を行います。	年1回以上	エンディングノートを活用し、各種講演会、介護予防教室、広報等で自ら希望する医療やケアについて前もって考え話し合っていくこと(アドバンスドケアプランニング)を普及啓発した。	◎	普及啓発活動により、アドバンスドケアプランニングについて町民に浸透しているものと思われる。今後アンケート等により普及状況を確認し効果を検証していきたい。
①自立支援・介護予防・重度化防止	・要支援・要介護認定者の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の割合、平成30年度55.1%、令和元年度59.7%と後期高齢者人口の割合が増えるとともに認知症高齢者も増えている状況である。認知症の悪化が介護度の重度化を招いている現状もあり、認知機能の維持、向上、および早期発見・早期治療に結びつける必要がある。	認知症サポーターの養成研修をニーズに合わせて開催し、地域での見守り体制の意識向上や地域住民に認知症ケアパスの普及活動を行い、早期に本人や家族の支援につなげます。	年1回以上	認知症サポーター養成講座については、コロナ禍のため住民が集まる機会の減少により希望がなくなり開催ができなかったが、介護予防教室や広報にて認知症予防や認知症の早期発見・早期治療の必要性について普及啓発した。	◎	コロナ禍でありながらも、既存の事業を利用して認知症予防に関しては普及啓発を行えたと思う。反面、認知症との共生に関しては、町民が我が事と捉え行動できるまでには至っていないことから、今後はサポーター養成講座やステップアップ講座の実施に向けて意欲的に取り組みたい。
①自立支援・介護予防・重度化防止	・高齢者の生きがいづくり(介護予防)や自立支援のため、生活支援コーディネータ業務委託をしている社会福祉協議会との連絡会議を開催している。 ・「ちょボラ」の利用実績がない。 ・生活支援サービスの内容、サービス利用の周知についての検討や、高齢者が社会参加できるような仕組みづくりの検討が必要である。	生活支援・介護予防サービスの体制整備に向け、関係機関で今後の支援の在り方を協議します。	年2回以上	社会福祉協議会との連絡会議を年12回行い、それぞれ持っている課題やニーズの情報交換を行い、介護予防サポーター養成講座の協力や、ボランティア活動について課題を整理した。  また、地域ケア会議や協議体を通して、「移動」「買い物」「同行支援」等、生活支援体制の現状把握、課題抽出をした。	◎	介護保険制度の隙間を埋める生活支援体制がまだ不十分であると感じる。既存のサービスを拡充させるなど、引き続き各部署と連携してサービスの充実を図りたい。
①自立支援・介護予防・重度化防止	・認知症高齢者、独居高齢者の増加により、介護保険外サービスの充実や地域資源の発掘が今後も必要になる。安心して自立した生活を送るために、在宅生活を送る上での課題を整理していく。	定期的に地域ケア会議を開催します。	月1回以上	毎月1回地域ケア会議を開催し、個別事例検討やまちの課題を整理し、関係機関と情報共有した。	◎	コロナ禍でも、オンラインで会議を開催することができた。しかし、対面の会議に比べて部署同志の連携が希薄になっているため、さらに工夫が必要と考える。

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

市町村名 空知中部広域連合

※「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				R4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
②給付適正化	介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とするサービスを、事業者が適切に提供できるようにするため、北海道では「第5期介護給付適正化計画」を策定し、保険者と一体となって取り組む方針としており、当連合としても重点事項として位置付けられている5項目について実施していく。	認定調査状況の適正化	調査票全件点検の実施	調査票全件である1,259件の点検を実施し、テキストに基づき、不整合がないか確認し、整合性のある認定調査となるよう認定調査員への指導を行った。	◎	調査事項と特記事項の整合性が図られていない調査票が見受けられることから、今後も認定調査の平準化をはかるため、調査員に対する指導を継続していく。
②給付適正化		ケアプランの点検	隔年訪問実施	5事業所計15件について、自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目し、ケアプラン点検を行った。	◎	利用者の自立支援に資する適切なプランであるか等に着目し実施しており、今後も継続していく。
②給付適正化		住宅改修及び福祉用具購入申請書類の全件点検、必要に応じた現地確認の実施	住宅改修及び福祉用具購入の申請時に全件点検を行い、住宅改修については事後訪問調査を行った。	◎	不適切な改修の申請の場合は、申請者やケアマネージャーに制度を説明し理解を図っており、今後も継続していく。	
②給付適正化		医療情報との突合及び縦覧点検	毎月点検実施	国保連合会に委託し、帳票をもとに点検実施した。	◎	国保連合会への委託と国保連合会帳票を使用した点検を実施しており、今後も継続していく。
②給付適正化		介護給付費通知	年1回以上の通知の実施	年1回(8月)に全件通知を行った。	◎	計画通り実施しており、今後も継続していく。