

第8期介護保険事業計画「取組みと目標」に対する自己評価シート（R5年度実績）

【達成見通し】	
A 既に達成	現状において、既に目標を達成している
B 達成可能	概ね順調に推移しており、目標年度には達成が可能と見込まれる
C 要努力	課題があり、目標を達成するには、より一層の施策の推進が必要
D 達成困難	現状において、達成が困難であり、さらなる重点的な施策の推進が必要

※「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）			
タイトル	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（達成見通し）	施策の進捗状況（実績）	課題と対応策
重層的・包括的な支援体制の整備 (2)	重層的な生活課題や社会的孤立の問題を抱える市民の相談が増えており、今後更に増加が予測されるため、官民協働の支援体制を一層強化する必要がある。加えて、地域で支えあう共生社会の実現に向け様々なネットワークとの連携を図る必要がある。 また、今後さらに増える認知症高齢者や身寄りのない要介護者等の相談に対し、成年後見センターと連携して成年後見制度の啓発が必要である。	重層的支援体制整備事業を実施し、相談支援・参加支援・地域づくりに向けた支援について、市関係各課およびふくし相談サポートセンターが一丸となって支援する体制を整備する。 呉西地区成年後見センターと市が連携して成年後見制度について更なる啓発を図る。また市民後見人の養成研修を行い活動体制の整備を図る。	民生委員・児童委員をはじめ地区組織、医療機関等と情報交換を行い、重層的支援体制の周知を図る。 成年後見制度について、市民向けに啓発事業を行う。	・セーフティネット定例会議の開催（月1回） ・呉西地区成年後見センターの活動支援 ・地域ケア会議（地域）の開催 ・認知症地域支援推進員を含めプランデによる見守り訪問、相談事業の実施	B達成可能	地域包括支援センター総合相談数 年間 748 回 ランチ訪問数 年間 3,554 回 地域ケア会議（地域）15地区17回	市役所内に官民協働で設置したふくし相談サポートセンターの相談支援体制機能をさらに強化し、今後ますます増加する複雑化・複合化した課題に対応する必要がある。 また、この相談支援体制を広く市民に周知し、早期に課題に対応できるよう地域との連携を強化する必要がある。 成年後見制度について広く市民に周知するため、啓発事業を実施する必要がある。
介護予防・生活支援サービスの体制整備 (2)	協議体にて地区社会福祉協議会や自治会、民生委員・児童委員等と「多様な主体による生活支援サービス」について検討を行った。 また、地域住民の力を生かした生活支援サービスの充実を図るため、引き続き第1層及び2層の生活支援コーディネーターによる地域毎のニーズと社会資源の把握、地域の多様な主体への働きかけを進める必要がある。	第1層および第2層生活支援コーディネーターによる地域のニーズと社会資源の把握。 第1層・2層のコーディネーターの定例会を実施し、地域課題の把握と解決に向けた取り組みを行う。 地縁組織等多様な主体に働きかけることで、生活支援の担い手の養成やサービスの開発を進める。	生活支援コーディネーターが把握した「集いの場」「移動」「買い物」という生活ニーズについて、具体的なサービスを開発する。 第1層・第2層生活支援コーディネーターおよび市の定例会を開催。	・地域ケア会議の実施 ・地域ケア個別会議の実施 ・生活支援コーディネーターとの定期的な情報交換	B達成可能	・地域ケア会議 中央 4回 地域 15地区 17回 ・地域ケア個別会議 4回 8事例（能登半島地震により1回中止） 生活支援コーディネーター定例会 月1回実施 ・「ひみのわ」の定期開催 10回実施。 ・「ひみのわ」の担い手（サポーター）育成にむけた話し合い実施。 ・社会資源紹介シートの作成。 ・eスポーツの普及・体験支援。 ・他課・関係団体と連携し「移動」「買い物」支援サービスの情報共有。	今後も住民やケアマネジャー等が活用しやすいように、関係団体等と生活支援サービスの開発を進めていく必要がある。 住民のニーズ調査、ケアマネジャーへの情報提供の実施を行っていく。 今後も「ひみのわ」を定期的に開催し、他機関を巻き込みんだ+αの企画を立案し、内容の充実を図る。 また、「ひみのわ」のサポーターが自主的に運営していけるような仕組みづくりを行う。

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）			
在宅医療・介護連携体制の構築 (⑤)	「ずーっと家で過ごしたい～みんなで支える在宅医療・介護～」をテーマとし、市民が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、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を目的に、市医師会をはじめ、訪問看護など関係機関との協働のもと連携の課題について取り組んできた。	ICTの導入による情報共有の効率化・迅速化を図る。また「連携ノート」の実用的な運用に向け、医療・介護関係者の意見交換を重ねる。 ACPの普及に向け「いちごメモ」(永見市版終活ノート)を作成し、関係者の研修を通して共通認識をもち、市民フォーラムなどで市民への啓発を図る。	ACPや「いちごメモ」について市民に啓発し、看取りに対する意識の醸成を図る。 ICTの導入を推進する。 「連携ノート」の活用を広める。	・改訂版「いちごメモ」の配布・普及啓発。 ・ICTについて新たなシステムの運用検討。 ・ACPについての研修会。 ・コロナ禍での市民への啓発のためケーブルTV番組制作。	B達成可能	・改訂版「いちごメモ」の医療機関、ケアマネジャー等への配布。 ・在宅医療連携ワーキング 2回開催。 ・ケーブルTV番組制作。(4本作成し、ケーブルテレビで放映し、YouTubeでの配信も実施) ・研修会「在宅支援での薬の悩みを薬剤師さんに聞いてみよう！」 1回開催。	・ACPについては、市民への啓発が十分ではなく、普及啓発の手段・方法を検討する必要あり。 ・「いちごメモ」を介護保険サービス導入時に積極的に配布し意識の醸成を図る。 ・ICTについては、引き続き市医師会と話し合いを重ね課題を整理し、有効な連携方法を検討していく。 ・広く一般市民にACP等を啓発するため、ケーブルTV等の積極的な活用について継続して実施していく。 ・看取りの最終段階の身体変化について、家族に示すパンフレットの作成について検討していく。
認知症高齢者・家族への支援体制の充実 (③)	高齢化の進展に伴い、認知症高齢者に関する相談件数が年々増加しているが、認知症症状があっても本人、家族が「自覚していない」「知られたくない」といったケースが多く、認知症状が進行してからの相談が多い現状である。認知症についての普及啓発を推進し、認知症への理解を図るとともに気軽に相談できる体制づくりを推進していく必要がある。	・認知症施策推進大綱に基づき「共生」と「予防」を推進 ・認知症について相談しやすい体制づくりの構築を図る ・認知症に関する啓発普及を継続 ・QRコード付き見守りシールの見守りシールの普及啓発を図る	・「認知症サポーター養成講座」や「認知症予防講座」の開催 認知症サポーター養成者数 (R3年度目標値) 講座開催回数 30回 サポーター数 600人 ・もの忘れ認知症相談会の実施 ・認知症についての相談窓口の啓発 ・SOSネットワーク模擬訓練の実施 見守りSOSネットワーク協力者数 (R3年度目標値) 協力者・協力団体件数 830件	・認知症への理解を図るため、サポーター養成講座や予防教室、模擬訓練を実施。 ・認知症対応型サービス事業所での電話相談に加え、R4度から調剤薬局とも協力し、もの忘れ認知症相談会を実施。 ・令和3年度より交付をはじめたQRコード付見守りシールの周知を図るため、PR動画を作成し、YouTubeにて配信。 ・認知症高齢者等個人賠償責任保険事業を開始。	C要努力	認知症サポーター養成講座 講座開催回数 6回 サポーター数133人 認知症予防講座 認知症予防講座11回 参加者数 347人 もの忘れ認知症相談会 来所相談 10回 電話相談 随時 見守りSOSネットワーク協力者数 協力者・協力団体数781人 模擬訓練 1地区 QRコード付見守りシール啓発としてポスターの配布、PR動画をYoutube配信。 認知症高齢者等個人賠償責任保険加入者18名	地域における認知症理解は徐々に浸透しつつあるものの、まだ充分とは言えない。今後も継続して啓発普及が必要である。 地域包括支援センターへの相談は、認知症状がひどくなってからの相談や地域の困りごととしての相談が多い反面、調剤薬局でのもの忘れ認知症相談会においては予防に関する相談、認知症初期における相談が多かった。引き続き、本人や家族等が相談しやすい形での相談会の開催を模索したい。 見守りSOSネットワーク協力者数はここ数年伸び悩んでいる。広く認知症及び当ネットワークについて啓発し、協力者を増やしたい。

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)			
地域ぐるみの介護予防活動の支援 (①)	「めざせきときと100歳」を目標に、元気高齢者の健康寿命の延伸及び介護予防の推進を図るため、きときと100歳体操や介護予防のための各種教室を開催している。	・きときと100歳体操の全地区での普及を目指す。 ・ふれあいランチサービスの継続 ・コロナ禍での介護予防の取り組みの工夫。 ・保健事業と介護予防の一体的な事業の取り組みの推進。	・きときと100歳体操の実施箇所数および参加者数 R3 100か所 1,800人 R4 110か所 1,900人 R5 120か所 2,000人 ※コロナの影響で活動自粛しているグループあり。また、新規立ち上げの動きも減しており、目標値の修正が必要か。	・きときと100歳体操グループへの口腔ケア講座など各種予防教室の実施。 ・きときと健康ポイント制度の継続。 ・介護予防啓発CMのケーブルTV放映。 ・きときと100歳体操サポーター養成及びフォローアップ講座の実施。	C要努力	・きときと100歳体操新規立ち上げグループ 3か所 ・100歳体操実施箇所数 91か所 参加者数 1,505人 ・きときと100歳体操サポーター数 113人	能登半島地震やコロナの影響により、活動中止に至ったり、活動継続が難しかったりするグループが見受けられる。 新規立ち上げ数増加のため、介護予防普及啓発イベントでのPRを行っていく。 体操グループの活動を継続させるため、最高齢表彰や功労者表彰、健康ポイント制度の継続など、参加者の励みになる取り組みを継続する。継続年数が長くなるにつれ、代表者の後継者問題が発生している地区もあるため、代表者への負担が偏らないような工夫も検討していく。 リハビリ職や歯科衛生士など専門職による講座や相談会の開催など多職種によるグループ支援を継続していく、メリハリのある活動が行えるよう支援する。
効果的・効率的な介護給付の推進と適正なサービスの確保 (④)	団塊の世代が後期高齢者となる2025年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向けて、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを推進していくためには、必要な給付を適切に提供するための適正化事業を推進する必要がある。 介護給付を必要とする受給者を適正に認定し、受給者が必要としている過不足のないサービスを事業者が適切に提供できるよう促すことにより、適切なサービスの確保と費用の効率化を通じて、持続可能な介護保険制度の構築に努める。	富山県第5期介護給付適正化計画に沿い、適正化事業に取り組む。	介護給付費適正化 ○要介護認定の適正化 指定居宅介護支援事業所等に委託している認定調査全件の点検を実施し、認定調査の平準化を図る。 ○ケアプラン点検 利用者にあった適正なケアプランが作成されているか点検を行う。 【令和3～5年度の取組目標】 年4事業所 ○住宅改修等の点検 事前申請書を全件点検し、施工後の改修内容に疑義がある場合には現地調査を実施する。 ○縦覧点検・医療情報との突合 国保連合会から提供される給付実績をもとにサービスの整合性を点検する。 ○介護給付費の通知 サービス利用内容を通知することにより、不適切な請求の防止や適正なサービス利用の意識啓発を図る。 □	○要介護認定の適正化 指定居宅介護支援事業所等に委託している認定調査全件の点検を実施し、必要に応じ調査票を修正するなど認定調査の平準化を図った。 ○ケアプラン点検 利用者にあった適正なケアプランが作成されているか点検を行い、ケアマネジメント研修にて点検結果を共有することにより、ケアマネジャーの資質向上を図った。 年4事業所 ○住宅改修等の点検 事前申請書を全件点検した。施工後の現地調査については実績なし。 ○縦覧点検・医療情報との突合 国保連合会から提供される給付実績をもとにサービスの整合性を点検する。 ○介護給付費の通知 サービス利用内容を通知することにより、不適切な請求の防止や適正なサービス利用の意識啓発を図る。 □	B達成可能	ケアプランの点検については、ケアプランアドバイザーを交えて実施することにより、多面的にケアプランを見直すことで新たな気づきを見いだすことができ、「自立支援」に資する適切なケアプランの構築とケアマネジャーのさらなる資質向上につながっている。	市内各施設において、介護人材不足のため全ての委託調査を受けることは困難な状況にあるが、引き続き、適正化事業への理解と協力を働きかける。 ケアプラン点検を効果的に行い、ケアマネジメント研修時等において点検結果を共有することで、介護支援専門員の資質向上を図る。