

第9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

保険者名	第9期介護保険事業計画に記載の内容				R6年度(年度末実績)		
	区分	現状と課題	第9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
四万十町	①自立支援・介護予防・重度化防止	<p>タイトル:介護予防の取り組みの強化</p> <p>要支援・要介護新規認定者は要支援1から要介護2までの軽度状態に認定された人が7割以上を占めている。新規認定者の原因疾患の割合を介護度別にみると、要支援1、要支援2では、骨折・転倒の占める割合が多く、要介護1から要介護3では認知症の割合が最も高く3割以上となっている。</p> <p>介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から心身の機能や生活機能の低下、転倒への不安を感じている人が多く、外出を控えている人が3割を超えている。また、介護が必要になった原因としては、「高齢による衰弱」や「骨折・転倒」が上位を占めており、高齢者の自立支援、重度化防止に向けて介護予防事業を展開していく必要がある。また、加速する高齢化の影響によって、地域活動を支えるボランティアの担い手は減少する一方であり、今後は、高齢者の多様な社会参加を支援できるよう環境を整え、魅力ある通いの場の仕組みづくりや、地域で意欲的に活動できるボランティアの育成等が必要である。</p>	<p>・一般介護予防事業の強化</p> <p>(1)介護予防普及啓発事業</p> <p>①高齢者運動教室</p> <p>②高齢者筋力向上トレーニング事業</p> <p>③口腔機能向上教室</p> <p>④介護予防啓発教室</p> <p>(2)地域介護予防活動支援事業</p> <p>①宅老所運営支援事業</p> <p>②高齢者運動自主グループ活動支援事業</p> <p>③シルバーリハビリ体操3級指導士の養成</p> <p>(3)地域リハビリテーション活動支援事業</p> <p>①いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業</p>	<p>(1)介護予防普及啓発事業</p> <p>①高齢者運動教室</p> <p>運動機能の低下がみられる高齢者等を対象に、「いきいき百歳体操」を中心とした筋力運動等の教室を実施。</p> <p>●2教室/年</p> <p>②高齢者筋力向上トレーニング事業</p> <p>運動機能の低下がみられる高齢者に対し、1クール(3か月)週2回の短期集中型の筋力向上トレーニングを実施。リハビリテーション専門職が指導・支援し、運動機能の低下を予防する。</p> <p>●3教室/年</p> <p>③口腔機能向上教室</p> <p>高齢者が口腔機能向上の必要性を知り、日々の口腔ケアを意識的に行うことができるよう、口腔機能評価や口腔機能向上のための適切な指導、口腔体操等を行う。</p> <p>●15教室/年</p> <p>④介護予防啓発教室</p> <p>運動、栄養、口腔、認知症等に関する知識や効果的な方法を学習して、高齢者が主体的に介護予防に取り組めるよう講話や健康教育を行う。</p> <p>●50か所、延400人/年</p> <p>(2)地域介護予防活動支援事業</p> <p>①宅老所運営支援事業</p> <p>宅老所の運営費補助や活動を支援する。(宅老所とは、地域のボランティア団体により、高齢者等の閉じこもりや運動機能の低下の予防のため、週1回程度、集会所等を利用して運動、食事および地域住民交流等、介護予防に資する活動を行う介護予防拠点である。)</p> <p>●新規立ち上げ1か所/年</p> <p>②高齢者運動自主グループ活動支援事業</p> <p>いきいき百歳体操を中心とした運動を、地域住民が主体となり、かつ継続して行えるよう、通いの場を立ち上げ、体力維持や交流等の介護予防に取り組むことを支援する。</p> <p>●新規立ち上げ2か所/年</p> <p>③シルバーリハビリ体操3級指導士の養成</p> <p>体操の普及と地域住民主体の地域づくりを目的に、地域で高齢者に運動の指導を行うシルバーリハビリ体操指導士の養成を行う。</p> <p>●登録者数70人</p> <p>(3)地域リハビリテーション活動支援事業</p> <p>①いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業</p> <p>アドバイザーとしてリハビリテーション専門職等が、通いの場に関与することにより、運動の必要性や、高齢になっても運動することで機能回復・維持が可能であることを知り、意欲的に運動に取り組めるよう講話や運動指導を行う。</p> <p>●20回/年</p>	<p>(1)介護予防普及啓発事業</p> <p>①高齢者運動教室 0教室/年</p> <p>②高齢者筋力向上トレーニング事業 2教室/年</p> <p>③口腔機能向上教室 20教室/年</p> <p>④介護予防啓発教室 58か所、延437人/年</p> <p>(2)地域介護予防活動支援事業</p> <p>①宅老所運営支援事業</p> <p>新規立ち上げ0か所/年</p> <p>②高齢者運動自主グループ活動支援事業</p> <p>新規立ち上げ0か所/年</p> <p>③シルバーリハビリ体操3級指導士の養成</p> <p>登録者数55人</p> <p>(3)地域リハビリテーション活動支援事業</p> <p>①いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業</p> <p>20回/年</p>	△	<p>(1)課題:介護予防啓発の対象者が限定的(通いの場の参加者のみ)であり、広く啓発できるよう内容の見直しを行う必要がある。</p> <p>対策:通いの場以外の高齢者に広く啓発ができる方法を検討する。</p> <p>(2)課題:</p> <p>①地域に通いの場がない空白地に対して、積極的に啓発を行う必要がある。また、希望する地域で事業を実施できるよう、併せて啓発を行う。</p> <p>②参加者の介護サービス利用、施設入所等により、通いの場の利用者が減少している。また、ボランティアの高齢化により、定期的な活動が困難となっているグループもある。</p> <p>③地域での運動指導等の活動をしている指導士が少ない。</p> <p>対策:</p> <p>①通いの場の空白地を抽出し、地域で意欲的に活動している住民に対して啓発を行う。また、介護予防の啓発や通いの場の立ち上げ支援について、区長文書等で広報を行う。</p> <p>②通いの場への参加やボランティア活動に対しポイントを付与し、介護予防活動やボランティア活動の推進・活性化を目指す。また、通いの場やボランティアの活動などを区長文書等で啓発する。</p> <p>③地域の通いの場に同行する等地域とのつながりを行う。活動意欲が低下しないよう、定期的な講習や指導士同士の交流の機会等、フォローアップの内容を検討する。</p> <p>(3)課題:毎年繰り返し利用する通いの場が多いが、未実施の場所がある。</p> <p>対応策:これまで実施したことのない通いの場に対し啓発を行う。</p>

保険者名	第9期介護保険事業計画に記載の内容				R6年度(年度末実績)		
	区分	現状と課題	第9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	<p>タイトル: 自立支援に向けた取組の推進</p> <p>ケアマネジャーに対し、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドラインや研修、周知をしている。また、研修や事例検討会等を行っているが、現場のケアマネジメントに十分に生かされていない現状がある。</p> <p>また、地域ケア個別会議は維持が目的の事例が多く、自立支援に向けた課題の抽出や新たな地域課題の抽出につながっていない。</p>	<p>(1)地域包括支援センターの機能強化</p> <p>包括的・継続的ケアマネジメント支援業務</p> <p>(2)地域ケア会議の充実</p>	<p>(1)</p> <p>①包括的・継続的ケアマネジメント支援事業: 個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施、ケアマネジャーの資質向上、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るため、地域のケアマネジャーを後方支援する。また、多職種の連携・協働によるケアの支援を行う。</p> <p>●ケアマネジャー連絡会開催回数: 5回以上/年、主任ケアマネジャー連絡会開催回数: 4回/年</p> <p>(2)地域ケア個別会議: 高齢者の生活の質の向上を目指して、個別課題を自立支援の視点から検討しつつ、ケアマネジャーのアセスメント力向上、地域課題の発見やネットワーク形成ができるよう関係者で協議する。</p> <p>●地域ケア個別会議: 年6回</p> <p>居宅、小規模多機能型居宅介護、包括のケアマネジャー及び計画作成者全員が2年に1回事例を提出。</p>	<p>(1)</p> <p>①</p> <p>ケアマネジャー連絡会開催回数: 6回(延参加者125人)</p> <p>主任ケアマネジャー連絡会開催回数: 4回(延参加者数47人)</p> <p>事例検討やアセスメント力向上の為の研修を実施。多職種と連携できるようにサービス事業所連絡会との合同研修も実施。</p> <p>「ケアマネジャー連絡会の研修を業務に生かしているか」「はい」86%</p> <p>(2)</p> <p>地域ケア個別会議開催回数: 5回(13事例)</p> <p>事例を自立支援の視点で検討し、地域課題についても確認した。事前にケアマネと打合せを行い、課題を絞りにむくことでスムーズな会議の進行ができるようにした。</p>	○	<p>(1)</p> <p>課題:</p> <p>①アセスメント力が向上したか評価が難しい。</p> <p>②業務多忙で研修に参加できていない人がいる。</p> <p>対応策:</p> <p>①高齢者に多い疾患についてのアセスメントの方法を知りたいという声があり、今年度研修を企画する。事例検討会で「自分のアセスメントを見直せた」というアンケートでの意見もあった。評価は難しいが、ケアマネジャーの気づきのある研修を企画していく。</p> <p>②オンラインでの研修や、欠席者に研修資料を配布する。また、研修に参加しやすい日程を確認して調整していく。</p> <p>(2)</p> <p>課題:</p> <p>①今までと同じ地域課題の抽出方法では、新たな地域課題の抽出は難しい。</p> <p>②ケアマネジャーから、会議の資料作成や参加の負担感があるとの意見がある。</p> <p>対応策:</p> <p>①地域課題の抽出方法を変更。各事例の個別課題を集め、多い課題を確認し、地域の課題として確認していくようにする。</p> <p>②提出対象ケースや会議の方法については、今年度検討し、来年度から変更予定。</p>
	①自立支援・介護予防・重度化防止	<p>タイトル: 在宅医療・介護連携の推進</p> <p>地域の医療や介護関係者等の多職種協働や情報共有が十分に行き届いていない。</p>	在宅医療・介護連携の推進	<p>医療と介護が共通する4つの場面を意識し、切れ目のない提供体制を整える必要がある。その4つの場面に関する取組や地域の医療、介護関係者が他職種間の相互の理解や情報共有ができるよう、連携を推進するための研修等を実施する。</p> <p>①大正・十和地域包括ケアシステムについて課題の整理や改善策を検討する。</p> <p>●大正・十和診療所との協議: 3回 課題の抽出</p> <p>②地域住民への普及啓発: 在宅医療・介護サービスに関して、年度毎にテーマを決めて高齢者の集いの場等を利用して普及・啓発を行う。</p> <p>●実施回数: 15か所/年</p> <p>③医療・介護関係者の研修: 医療・介護関係者が、口腔ケア等重度化防止の研修、看取りや認知症等の事例を通して多職種連携や協働について学ぶことができるよう、研修の企画・運営を行う。</p> <p>●実施回数: 2回/年</p>	<p>①大正・十和診療所との協議: 3回</p> <p>②実施箇所数: 23か所 啓発人数: 191人</p> <p>県作成の「人生会議」のパンフレットを使い、在宅所や運動自主グループ、サロン等へ出向き、啓発を実施した。</p> <p>③医療・介護関係者の重度化防止等研修: 2回</p> <p>研修: 「高齢者の食と栄養～高齢者がなりやすい低栄養の早期発見や栄養摂取の工夫～」</p> <p>講師: 高知県栄養士会 管理栄養士</p> <p>参加者: 33人(内10人オンラインでの参加)</p> <p>研修: 高幡5市町在宅医療・介護連携合同研修会「どう実践する? “人生会議”」</p> <p>講師: 高知県立大学看護学部 森下安子氏</p> <p>参加者: 30人</p>	○	<p>①課題: 大正・十和診療所と協議を行い、いくつか課題もみえた。地域と診療所との情報共有が十分できていない現状があり、退院後の環境整備やサービス調整が間に合わない場合がある。</p> <p>対応策: 地域側が診療所のケース会や病棟カンファレンスに積極的に参加し、情報共有を行う。また、課題の整理を行う。</p> <p>②課題: 「人生の最終段階について考えた事がありますか」と啓発時に聞き取りを行った結果、「はい」と答えた人が24%(参加した191人中47人)人生の最終段階について自分事として考えている高齢者が少ない。</p> <p>対応策: 引き続きパンフレットを用いて、通いの場で「人生会議」の啓発を行う。啓発の方法や対象者については、今後検討していく。</p> <p>③課題: 大正・十和地域事業所の参加が少ない。</p> <p>開催場所が遠いこともあり、オンラインでの研修を実施。参加人数は増えているが、参加のない事業所がある。</p> <p>対応策: 参加しない事業所には声をかける。参加者から「オンラインの研修なら参加しやすい」との意見があり、今後も企画する。</p> <p>重度化防止研修は引き続き行う。</p>

保険者名	第9期介護保険事業計画に記載の内容			R6年度(年度末実績)			
	区分	現状と課題	第9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
	給付適正化	<p>今後総人口が減少する中、本町においても高齢化率が高くなる見込みとなっている。介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足ないサービスを事業者が適切に提供する等、持続可能な介護保険制度の構築に努める必要がある。</p>	<p>(1)要介護認定の適正化 (2)-1ケアプラン点検 (2)-2住宅改修等の点検 (3)医療情報との突合・縦覧点検</p>	<p>(1)要介護認定の適正化 ・要介護認定を行うにあたり、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき適正な認定を行う。介護認定調査員は資質向上のため、必要な研修を受講する。 ・認定調査は県外のみ委託し、必ず事後点検をする。</p> <p>(2)-1ケアプラン点検 ・町内のケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画等の内容について、事業所に資料提出を求めて点検し、うち数件のヒアリングを地域包括支援センター職員(主任ケアマネジャー)と行う。 ・本人の自立支援を促すケアプランとなっているか等、確認指導をする。</p> <p>(2)-2住宅改修等の点検 ・施工前に利用者の身体状況、居住環境および施工内容を訪問調査し、受給者の状態に即した内容であるかを確認する。また、福祉用具購入・貸与(例外給付)については、書類審査等により必要性の確認を行う。</p> <p>(3)医療情報との突合・縦覧点検 ・医療情報と介護給付を突合し、提供されたサービスの整合性の点検を行う。 ・複数月にかかる介護報酬の支払状況を確認し、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行う。</p>	<p>(1)要介護認定の適正化 ・県外への委託調査の点検 ・介護認定調査員は県や広域事務組合主催の研修に参加し、基本の復習や適切な項目の選択等を学んだ。</p> <p>(2)-1ケアプラン点検 ・居宅全ケアマネジャー15人のケアプラン(1事例ずつ)点検及びヒアリング4件</p> <p>(2)-2住宅改修の点検 ・事前訪問調査を全件行った。 ・竣工写真や必要に応じ現地に出向き、適切な改修が行われているか確認を行った。</p> <p>(3)医療情報との突合・縦覧点検 ・国保連合会に委託して実施</p>	○	<p>調査員の資質向上に向けて今後も、研修会等に参加し、全国一律の基準に基づき適正な認定を行う。ケアプラン点検については、これまで主任ケアマネジャーと指導を行ってきたが、職員の負担もあり、今後は委託の可能性も検討していく。 各項目について今後も継続して実施していく。</p>