

※「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		<p>タイトル：介護予防の取り組みの強化 要支援・要介護認定者は要支援1から要介護2までの軽度状態に認定された方が6割を占めている。新規認定者の原因疾患の割合を介護度別にみると、非該当、要支援1、要支援2では骨関節疾患、骨折・転倒の占める割合が多い。要介護1では認知症の割合が半数以上を占める。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査においても心身機能や生活機能の低下、転倒への不安を感じている高齢者が多かった。フレイル等のハイリスク者への個別集中的な支援と同時に、集落単位で介護予防に資する活動に取り組むことができる介護予防拠点の整備に取り組む必要がある。</p>	<p>(1)地域の状況を把握したうえで、介護予防拠点の立ち上げを支援する。 (2)フレイル等により生活行為の低下がみられる高齢者に対し、短期集中的に専門職による運動、栄養等の複合的なプログラムを提供する。 (3)高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、介護予防の必要性について啓発を行う。 (4)介護予防に関わるボランティアの育成、後方支援を行う。</p>	<p>(1)①宅老所運営支援事業：宅老所の運営費の補助等を行う。※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、集会所や民家等を利用して運動、食事及び住民交流等、介護予防に資する内容の活動を行う介護予防拠点。 ②運動自主グループ活動支援事業：運動教室のフォローアップとして、各地区において「いきいき百歳体操」等ができる集いの場をつくり、運動継続による体力維持や交流等住民自らが主体的に介護予防に取り組むことを支援。 ●宅老所、運動自主グループ新規立ち上げ数：4か所/年 (2)①通所型サービスC：専門職が短期集中的に関与することで機能回復を図り、通常の地域生活の復帰を支援する。 ●通所型サービスC終了後1年時点での介護サービス未利用者の割合：終了者の6割 (3)①高齢者運動教室(しゃきしゃきクラブ)：運動機能の低下がある高齢者を含む65歳以上の高齢者を対象に「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。 ●実施回数：24回/年(週1回3か月×2クール) ②高齢者筋力向上トレーニング事業(パワーリハ教室)：運動機能の低下がある(おそれのある)高齢者に対し、1クール(3ヶ月)週2回の筋力向上トレーニングを実施。 ●実施回数：72回/年(週2回3か月×3クール) ③口腔機能向上教室(カムカム教室)：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に、口腔機能評価や口腔機能向上の必要性等の指導、口腔体操等の指導を行う。 ●実施回数：15回/年 ④介護予防啓発教室：運動、栄養、口腔、社会参加等に関する知識の習得や効果的な実施方法を知り、高齢者が主体的に介護予防に取り組むことを目的に開催。 ●実施回数：40回/年 ⑤健康ステーション事業：健康寿命の延伸を目的とし、中強度活動と歩数に着目した「メッツ健康法」を採用し、生活習慣病予防や介護予防に取り組む。 ●活動量計利用者(65歳以上)：300名/令和5年度末 ⑥いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業：介護予防に効果的な運動を継続することができるよう、リハビリテーション専門職等による運動指導を行う。 ●アドバイザー派遣回数：10回/年 (4)①シルバーリハビリ体操指導士養成事業：体操の普及と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。 ●シルバーリハビリ体操指導士数：80人/令和5年度末</p>	<p>(1) ①新規立ち上げ数：1か所 ②新規立ち上げ数：1か所 (2) ①修了者数：18人 通所型サービスC終了後1年時点での介護サービス未利用状況(R3年度修了者22人対象) 介護保険サービス未利用者数18人(81%) (3) ①実施回数：11回 ②実施回数：9回 ③実施回数：18回 ④実施回数：47回 ⑤活動量計利用者(65歳以上)：265人 ⑥アドバイザー派遣回数5回 (4) ①シルバーリハビリ体操指導士数：49人/令和4年度末</p>	○	<p>(1) 課題：新規立上げ、達成率50%。既存の団体については、ボランティアが高齢化し継続が困難となっている団体がある。 対応策：通いの場の活動や立ち上げ支援について広報を行う。活動の継続支援や補助金の内容について、ボランティアポイント制度と併せて検討する。 (2) 目標は達成したが、利用者数は減少している。事業終了後、運動を継続するために、あったかふれあいセンターを利用している人が多いが、利用者が増え送迎の対応が困難となっている。地域の集いの場への参加や自宅での自主運動を継続できるようにする必要がある。 対応策：地域の通いの場での自主運動が継続できるよう、リハ専門職による運動指導を行う。 (3) 課題：コロナ禍で通いの場等集うことが難しくなった。職員による口頭での健康教育は行動変容や知識の定着に対する効果が低い。 対応策：教室や啓発を繰り返し行い、チラシ等を配布して啓発した内容が参加者に残る方法にする。口腔機能向上教室はオーラルフレイル事業を参考にしながら、既存の内容をブラッシュアップしていく。 (4) 課題：ボランティア養成後、地域での実践や活動につながりにくい。 対応策：フォローアップ研修等ボランティアが定期的集まる場を設定し、徐々に地域活動につなげていくようにする。</p>

保険者名	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
四万十町	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、介護保険の理念、特に自立支援について毎年研修や事例検討会を行っているが、アセスメントが不十分なケアプランが散見され、現場のケアマネジメントに十分活かされていない。また地域ケア会議は町と地域包括支援センターが実施主体となり、高齢者のQOLの向上等を目指して自立支援の視点から検討しつつ、地域課題の発見やネットワーク形成ができることを目的としている。しかしながら、精度の高い会議となっていない現状がある。</p>	<p>(1)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、他職種の連携・協働によるケアの支援を行う。</p> <p>(2)地域ケア(個別)会議における個別課題に対しては、事例を提出したケアマネジャーのアセスメント力向上や、アドバイザーが事例に対して具体的な助言を行うことで、利用者の自立支援につながるよう事業を展開する。</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、他職種の連携・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：6回／年</p> <p>(2)</p> <p>①(自立支援型)地域ケア会議：高齢者のQOL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、地域課題の発見や政策形成に至る過程を関係者で協議する。</p> <p>●地域ケア個別会議事例数：居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護の全ケアマネジャーが1事例提出。</p>	<p>(1)</p> <p>①ケアマネジャー連絡会開催回数5回(うち1回はサービス事業所との合同研修)</p> <p>主任ケアマネジャー連絡会開催回数3回</p> <p>ケアマネジャー等を対象に、自立支援を目的とした研修等を開催。</p> <p>(2)</p> <p>①地域ケア個別会議開催回数5回 検討事例数10事例</p> <p>・7月から奇数月に開催(1回3事例 1事例45分程度)対象事例は要支援・事業対象者</p> <p>事前にケアマネジャーとも打ち合わせを行い、自立支援に向けて個別課題が明確にできることに重点を置いた。</p>	○	<p>(1)</p> <p>課題：主任ケアマネジャー連絡会は新型コロナの影響もあり、予定通り開催できなかった。年度末に施設・居宅のケアマネジャーを対象にアンケートを実施。「連絡会で開催した研修を受講し、日々の業務に活かしているか」との問いに、約55%のケアマネが「活かしている」と回答。今後も意見を集約し、現場のケアマネが希望する研修を企画していく必要がある。</p> <p>対応策：引き続き研修や意見交換会を開催する。</p> <p>(2)</p> <p>課題：対象事例を軽度者に変更したこと、事例提供者との事前打ち合わせを行ったことで課題の絞り込みに一定の成果を出すことができた。しかし、課題に対するアドバイザーの意見との運動が十分でない印象が残っている。また地域課題の抽出も十分にできなかった。</p> <p>対応策：事例提供者との事前打ち合わせを強化し、課題を明確にする。軽度者のアセスメント力の向上や自立支援を目指した支援ができるようにする。</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>医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らすためには在宅医療と介護の連携が重要である。しかしながら地域の医療や介護関係者が他職種間の相互の理解や情報共有が十分にできているとは言えない状況がある。また医療機関を退院した方が、自宅での自立した生活が不安なく継続できるよう支援する必要がある。</p>	<p>(1)退院した方が在宅生活が継続できるよう専門職による複合的なプログラムの提供等退院後支援を行い、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制構築を目指す。</p> <p>(2)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)</p> <p>①退院後支援事業：医療機関を退院した高齢者が、再入院せず自宅での自立した生活が継続できるよう、リハビリを中心とした様々な社会資源を組み合わせて支援する。</p> <p>●退院後支援事業利用者が1年後在宅で生活ができている割合：6割</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た普及啓発を行う。</p> <p>●実施回数：サロン、運動自主グループ等で各1回／年</p> <p>(2)</p> <p>①四万十町サービス事業所連絡会：町内の各サービス事業所の資質が向上し、利用者に対して自立支援に資する適切なケアができることを目的に研修会等を開催する。</p> <p>●実施回数：2回／年</p> <p>②高幡5市町在宅医療・介護連携合同研修会：高幡5市町の医療・介護関係者が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ことを目的に管内包括と共同で研修会を開催する。</p>	<p>(1)</p> <p>①利用者数：2人 自宅で生活できている割合10割</p> <p>退院後、リハビリと栄養改善が必要な対象者2人に配食サービスを実施。現在は自宅での生活が継続できている。</p> <p>・事例1：リハビリを勧めたが利用とならなかった。現在は配食サービス利用。</p> <p>・事例2：体力回復し、自分で買い物等に行く事ができるようになり、サービス終了している。</p> <p>②住民向け研修開催回数1回 参加者数18人</p> <p>・「人生会議」や「終活」について住民に知ってもらうために、講師を招き、「人生会議(ACP)」「終活」をテーマに講演会を行った。</p> <p>(2)</p> <p>①通所サービス事業所連絡会：開催回数1回 参加延人数25名。機械を用いない効果的な運動を習得するため、「いきいき百歳体操の効果的な指導方法について」の研修を実施。「早速、活用する」という意見があった。</p> <p>訪問介護事業所連絡会：開催回数1回 参加者数6名。意見交換会を実施。</p> <p>②高幡5市町在宅医療・介護連携合同研修会：開催回数(管内包括と合同開催)1回 町内参加者46人</p> <p>「本人の望む生活の実現を多職種協働で考える」をテーマに実施。グループワークも実施し多職種の交流の機会となった。</p>	○	<p>(1)</p> <p>①課題：退院後支援事業の対象者が少ない。</p> <p>対応策：町内医療機関には再度周知を行ったが対象者が少なく、事業の在り方について検討していく必要がある。</p> <p>②課題：「人生会議(ACP)」の住民への周知が出来ていない。</p> <p>対応策：集いの場等で「人生会議(ACP)」の周知を行う。</p> <p>(2)</p> <p>①課題：人材不足や職員の高齢化が大きな課題。</p> <p>対応策：人材確保や育成、ICTの導入等や業務負担軽減に繋がる取り組みも検討していく必要がある。</p> <p>②課題：医療関係者の参加が少ない。</p> <p>対応策：医療関係者への周知方法を検討する。</p>

保険者名	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	<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とする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 ・一次判定への影響が大きい調査項目に重点を置いた認定調査員研修を受講することで、認定調査に関する調査基準の妥当性・認識の平準化や調査員の資質向上を図る。</p> <p>②ケアプラン点検 ・町内全員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資料提出を求め、うち数件のヒアリングを行う。ヒアリングではケアプラン作成の過程を確認するとともに、利用者にとって適切なケアプランの内容かどうかを点検し、必要な指導を行う。</p> <p>③住宅改修等の点検 ・住宅改修費の給付に関する利用者の身体状況、居住環境及び施工内容の確認を行う。また、福祉用具貸与(例外給付)に関する必要性の確認等を実施する。</p> <p>④縦覧点検 ・複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、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>⑤給付費通知 ・サービス事業者からの請求に基づき、利用者のサービス利用状況を定期的にお知らせする通知を行う。</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。調査員は資質向上のため、必要な研修を受講するとともに、定期に共有の機会を持つ。</p> <p>②ケアプラン点検 ・町内全員のケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画の内容について、事業所に資料提出を求め、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(年20件)。 ・ケアプラン点検では、ケアマネジャーの「気づき」を促し、利用者の自立支援に資することができるよう、ケアプランの質の向上を目指す。</p> <p>③住宅改修等の点検 ・住宅改修費の給付に関する利用者の身体状況、居住環境及び施工内容の確認を行う(改修前に全件訪問)。また、福祉用具貸与(例外給付)に関する必要性の確認等を実施する。</p> <p>④縦覧点検 ・国保連合会に委託して、点検作業から事業所への問い合わせ、過誤申立書の作成・過誤処理業務を実施していく。</p> <p>⑤給付費通知 ・介護サービスの利用者に対して、利用実績の内容を確認してもらうことで、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な介護保険の利用についての意識を高めていく(年2回通知)。</p>	<p>①要介護認定の適正化 ・県外への委託調査の点検 ・広域事務局局内の調査員を対象に、認定調査の適切な選択についての研修会に参加。</p> <p>②ケアプラン点検 ・居宅全ケアマネジャー20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>③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>④縦覧点検 ・国保連合会に委託して実施</p> <p>⑤給付費通知 ・6月と12月の年2回に分け、全受給者(死亡者除く)に通知を送付した。</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、全国一律な基準に基づき適正な認定を行う。全体的にみて、大きな課題等はなかった。各項目についても今後も継続して実施していく。</p>