

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

介護予防・日常生活支援総合事業

○ 現状

マネジメントのない委託型とマネジメントのある給付型の選択的サービス提供が可能となり、多様なニーズへの対応とともに、自立支援に向けて一般介護予防事業との連携も図っています。

地域包括支援センターの3職種の特性に合わせたケース対応を行うなど状況に合わせて柔軟なケースマネジメントを実践しています。

計画作成の多くは契約居宅支援事業所へ委託していますが主任介護支援専門員により対応ケースの自立支援につながるよう後方支援を行っています。

○ 課題

変化する地域ニーズの把握を行いながら事業の実施体制及び内容を適宜見直す必要がある中で上手き機能していない部分があります。

対象となる方々の生活状態を継続的に把握することで変化する地域ニーズの把握を行いながら事業の実施体制及び内容を適宜見直します。

○ 第9期における具体的な取り組み

住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、介護予防と地域での支え合い体制づくりを推進します。

住民の皆さんも介護予防活動に積極的に取り組み、生活習慣病を予防するとともに健康で自立した生活状態を長く保つことができるようご協力ください。

地域で連携し多様なサービスを取り込むことで給付による支援のみに頼ることなく自立支援につながるマネジメントを行うとともに、ニーズに合わせた事業提案ができるよう柔軟に取り組みます。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 利用者数の増減状況による

○ 実施内容 ※ 評価指標

(1)介護予防・生活支援サービス事業

①訪問型サービス ②通所型サービス ③介護予防ケアマネジメント

※ 数値評価は年度末に実施する。

○ 自己評価結果

訪問型サービス よかった、できた【○】

法令に合わせた対応により実施内容を精査してただの家政婦的支援からの脱却がみられた。

訪問型で主な支援となる食事摂取介助、排泄介助、入浴介助については、給付における住宅改修や特定福祉用具の購入に加え社会資源や社会参加型通所事業により賄えるようになった。

事業者においては、報酬からなる事業所収支の問題に加え人材難の中での人材確保の取り組みを実践している。

通所型サービス よかった、できた【○】

社会参加型通所事業や健康づくり教室「すこやか」への自立移行が進んだことにより利用者は減少している。また、同等の効果が得られる事業となっており前述の地域支援事業への移行が進み利用者は町外の広域型施設を利用する既存利用者のみとなっている。

事業においては委託型であり給付による通所型サービスの利用者は減少している。

介護予防ケアマネジメント よかった、できた【○】

件数も少なくって詳細確認がとれている対象者の支援も適切な範囲で実施できている。

○ 課題と対応策

大きな課題は、サービスを請け追う事業者が無くなっていることであるが関係事業の展開により他事業の対応で賄う事が出来ている。

ニーズに合わせた支援を供給できるよう、町内での民間事業実施状況を把握しながら事業展開を考察していく。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

介護予防・日常生活支援総合事業

○ 現状

マネジメントのない委託型とマネジメントのある給付型の選択的サービス提供が可能となり、多様なニーズへの対応とともに、自立支援に向けて一般介護予防事業との連携も図っています。

地域包括支援センターの3職種の特性に合わせたケース対応を行うなど状況に合わせて柔軟なケースマネジメントを実践しています。

計画作成の多くは契約居宅支援事業所へ委託していますが主任介護支援専門員により対応ケースの自立支援につながるよう後方支援を行っています。

○ 課題

変化する地域ニーズの把握を行いながら事業の実施体制及び内容を適宜見直す必要がある中で上手き機能していない部分があります。

対象となる方々の生活状態を継続的に把握することで変化する地域ニーズの把握を行いながら事業の実施体制及び内容を適宜見直します。

○ 第9期における具体的な取り組み

住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、介護予防と地域での支え合い体制づくりを推進します。

住民の皆さんも介護予防活動に積極的に取り組み、生活習慣病を予防するとともに健康で自立した生活状態を長く保つことができるようご協力ください。

地域で連携し多様なサービスを取り込むことで給付による支援のみに頼ることなく自立支援につながるマネジメントを行うとともに、ニーズに合わせた事業提案ができるよう柔軟に取り組みます。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 利用者数の増減状況による

○ 実施内容 ※ 評価指標

(1)介護予防・生活支援サービス事業

①訪問型サービス ②通所型サービス ③介護予防ケアマネジメント

※ 数値評価は年度末に実施する。

○ 自己評価結果

訪問型サービス よかった、できた【○】

法令に合わせた対応により実施内容を精査してただの家政婦的支援からの脱却がみられた。

訪問型で主な支援となる食事摂取介助、排泄介助、入浴介助については、給付における住宅改修や特定福祉用具の購入に加え社会資源や社会参加型通所事業により賄えるようになった。

事業者においては、報酬からなる事業所収支の問題に加え人材難の中での人材確保の取り組みを実践している。

通所型サービス よかった、できた【○】

社会参加型通所事業や健康づくり教室「すこやか」への自立移行が進んだことにより利用者は減少している。また、同等の効果が得られる事業となっており前述の地域支援事業への移行が進み利用者は町外の広域型施設を利用する既存利用者のみとなっている。

事業においては委託型であり給付による通所型サービスの利用者は減少している。

介護予防ケアマネジメント よかった、できた【○】

件数も少なくって詳細確認がとれている対象者の支援も適切な範囲で実施できている。

○ 課題と対応策

大きな課題は、サービスを請け追う事業者が無くなっていることであるが関係事業の展開により他事業の対応で賄う事が出来ている。

ニーズに合わせた支援を供給できるよう、町内での民間事業実施状況を把握しながら事業展開を考察していく。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

一般介護予防事業

○ 現状

一般介護予防事業参加者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者及び介護予防給付※ 対象者に対し基本チェックリストを実践し個々に必要な予防対策を分析するため活用しました。

高齢者が野外活動やレクリエーションに参加し、楽しみや生きがいをもつことにより、閉じこもりを予防し、要介護状態にならず自分らしく生活を送ることや地域団体と交流することを目的とした「鶴亀くらぶ」を実施しています。

また、身体機能の維持・増進や閉じこもり予防、社会参加、新たなコミュニティ形成を目的とする、健康づくり教室「すこやか」を実施しています。介護予防の普及啓発活動を行う介護予防サポーター養成講座及び介護予防サポーターのスキルアップを目的とした研修会を実施しています。巡回型元気いきいき教室については、参加者の増加が毎回の課題となっており、介護予防サポーターと参加者の増加に向けて検討を重ねているところです。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業とも連携を図っています。

専門職等の意見を聞きながら介護予防サポーターのスキルアップを図るとともに、担い手の確保に努めます。

「巡回型元気いきいき教室」は介護予防サポーターと協力しながら介護予防サポーターの健康づくりへの関心をさらに高めつつ、教室参加者増加に向けて、介護予防の必要性や教室の周知に取り組んでいきます。また、今後も高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業とも連携していきます。

実施内容を分析することで一般介護予防移行のため事業の組み換えを行い、一般介護予防実施のための詳細調整を実施しています。

評価方法については、教室ごとに目標を設定し、目標が達成できているか、アンケートや参加者の反応、ニーズから事業が適正であるか評価しています。

理学療法士や健康運動指導士が介護予防事業に関与しており、個別セラピー・集団運動を実施しています。また、理学療法士は、地域ケア会議にも参加し、そこで技術的な指導も行っています。また、介護予防サポーターの体操・運動指導も実施しています。

引き続き、理学療法士や健康運動指導士に介護予防事業や地域ケア会議に参加していただき、介護予防の強化に努めます。また、介護予防サポーターの体操・運動指導を強化し、住民の通いの場（巡回型元気いきいき教室）の発展に努めます。

○ 課題

事業展開としては参加者も多くなり実施主体としては、健康意識の高まりを感じてはいますが、参加者の主観的健康観の向上はみられるものの客観データとして、能力測定への取り組み意識に欠けているのが現状で、より参加しやすい環境調整への取り組みが必要です。

○ 第9期における具体的な取り組み

住民の皆さんが運動等への参加の場面や社会活動に積極的に参加し健康状態を維持することで要支援や要介護状態にならないよう取り組むことができるよう、要介護認定区分等での選別はせず一般介護予防事業参加者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者及び介護予防給付対象者に対し基本チェックリストを実践し、事業実施における課題分析にフィードバックできるよう活用し、運動・栄養・口腔機能を軸に参加者のニーズや地域の現況に合わせた介護予防事業を展開し健康寿命の延伸へ取り組みます。

○ 目標(事業内容、指標等)

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 事業量の見込みと実績による

○ 実施内容 ※ 評価指標

一般介護予防事業

‘①介護予防対象者把握事業、②介護予防普及啓発事業、③地域介護予防活動支援事業、④一般介護予防事業評価事業 ⑤、地域リハビリテーション活動支援事業’

※ 実施回数及び参加延べ人数は年度末に集計する。 現在、遅延等なく替え威嚇にそって予定通り実施出来ている。

○ 自己評価結果

(1)介護予防対象者把握事業 よかった、できた【○】

(2)介護予防普及啓発事業 よかった、できた【○】

(3)地域介護予防活動支援事業 よかった、できた【○】

(4)一般介護予防事業評価事業 よかった、できた【○】

(5)地域リハビリテーション活動支援事業 よかった、できた【○】

○ 課題と対応策

機能評価を年度当初に実施したため全体の開始がやや遅れて開始となったことで事業参加者から不満の声が聞こえた半面、能力評価を新規

に受けた方々からは非常によかったとの意見も多く聞かれた。事業は感染症等による中断もなく順調に運営できていて参加者数も昨年並みの人数となっている。受付方法を自立したものにすることで利用者間のコミュニケーションが深まっている印象を受けている。巡回型の介護予防教室の参加者が停滞しているので次年度以降の実施方法等を検討していく必要がある。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

自立支援

○ 現状

住民基本台帳における御宿町の令和4年9月末の総人口は7,100人です。総人口は減少が続いており、平成29年から令和4年にかけて531人(7.0%)減少しています。また、年齢3区分別の推移をみても、すべての年齢区分で減少しており、老年人口は43人(1.2%)減少しています。高齢化率は年々上昇しており令和4年9月末では51.8%になりました。前期高齢者は平成30年をピークに減少が続いている一方、後期高齢者人口は増加となっており、令和4年9月末の前期高齢者人口は1,565人、後期高齢者人口は2,115人です。

要支援・要介護認定者数及び認定者の割合(認定率)の推移をみると、減少傾向となっており令和4年9月末には認定者数が501人、認定率は13.6%です。

令和元年から令和4年の住民基本台帳人口を基に計画期間中の高齢者人口を推計すると、計画の最終年度となる令和8年には、3,553人となる見込みです。

○ 課題

高齢者数の減少に対し、総人口の減少も大きいため、高齢化率は年々上昇すると推計される。

また、前期高齢者は減少し、要介護者発生が多い後期高齢者が増加する傾向は今後も続く見込みとなっている。認定率の高い後期高齢者の増加に伴い、要支援・要介護者数は増加すると推計されている。

○ 第9期における具体的な取り組み

健康寿命の延伸、介護リスクの高まりへの対応として介護リスク軽減のため取り組み、介護を必要としない状態を維持し、健康であり続けるため、介護予防等の取り組みを一層強化することで健康寿命を延伸していきます

安心して活動できる環境と生きがいを創り出し健康で幸せな生活を送るために住民の取り組みを推進し

「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」の維持・向上、人と人が交流できる機会を充実させるために地域における通いの場等の創設、地域で見守り支え合い、介護予防の取り組みや交流機会等を積極的に活用できる環境を整えます。

○ 目標(事業内容、指標等)

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ
 評価の方法 実支援に関する項目について指標をたてて数値の増減を確認数する

○ 実施内容 ※ 評価指標

自立支援に関する項目

高齢者の人口推移(前期、後期高齢者数)から要介認定者数とその発生率に新規申請者の年齢構成とその初回要介護認定区分

		令和5年度		令和6年度		令和7年度		令和8年度		
		前期	後期	前期	前期	後期	後期			
高齢者数	前期高齢者数(65～74歳)	1,470	1,401	1,375						
	後期高齢者数(75歳以上)	2,203	2,239	2,249						
新規申請	新規申請者数(支援変更含)	102	93	104						
	認定状況 前期高齢者 (後期高齢者)	非該当	2(7)	0(5)	4(18)	()	()	()	()	()
		要支援1	1(14)	1(9)	0(7)	()	()	()	()	()
		要支援2	0(7)	0(8)	2(5)	()	()	()	()	()
		要介護1	4(14)	1(26)	0(25)	()	()	()	()	()
		要介護2	1(18)	2(12)	1(14)	()	()	()	()	()
		要介護3	1(15)	1(9)	2(6)	()	()	()	()	()
		要介護4	2(10)	2(12)	2(8)	()	()	()	()	()
要介護5	3(3)	1(4)	0(10)	()	()	()	()	()		
要介護認定区分 悪化状況	更新申請者数	83	95	92						
	再掲)内区分悪化者	30	20	35						
区分変更申請者数		19	24	22						

※ 前期 9 月末日時点 後期 3 月 31 日時点 それぞれ翌月末日時点の集計で評価(評価時点で未審査は非該当に含む)

○ 自己評価結果

高齢者の人口推移(前期、後期高齢者数) 要介認定者数 【○】 大幅な変化はない

要介護認定者の発生率 【○】 大きな増加はない

新規申請者数 【○】 大きな増加はない

新規申請者の年齢構成 【○】 大きな変化はない

前期 【○】 大きな変化は見られない

初回要介護認定区分状況 【○】 やや軽度構成

○ 課題と対応策

令和 5 年度前期から段階的に前期から100名程度後期高齢者に移行し50名程度の資格失者が発生している。後期高齢者への移行人数は減少の予測であるが 80 代前半の初回認定対象年齢者数が増加することから新規申請者の平均化と更新認定者の区分悪化者数から検討策を考察する。令和 5 年度は新規申請者の要介護認定区分が平均的な数であったが令和 6 年度前期は要介護1、2の人数が多い状態に移行している。昨年とおりの介護予防関連事業の展開と被保険者への個別支援の充実により自立支援、重度化の予防を図る。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

地域包括支援センターの機能強化

○ 現状

今後は、高齢者やその家族、地域住民の悩みを、介護だけではなく保健・医療・福祉など様々な分野から総合的に判断し、適切な機関と連携して解決を図るなど、地域の総合相談窓口としての役割の充実に向け、各関係機関との連携を強化しています。

○ 課題

地域包括支援センターは、従来の包括的支援事業のほか、地域包括ケアシステムの根幹となる各種施策にも密接に関与し、地域包括ケアシステムの深化・推進において中核的な役割を担っており、その機能の強化が求められています。高齢化の進行に伴い業務量が増加しています。

○ 第9期における具体的な取り組み

地域包括ケアシステムをより効果的に機能させるため、地域ケア会議等で検討した地域課題の共有、整理や、それぞれの専門職が知識や技能を活かしながら、地域の拠点として機能強化を図ります。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点（前期9月末ごろ/後期3月末ごろ） 実績評価のみ

評価の方法 職員配置状況

○ 実施内容 ※ 評価指標

地域包括支援センターの機能強化

配置状況については年度末評価とする

○ 自己評価結果

地域包括支援センターの機能強化 よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

地域的な人材難の状態は近隣事業所等の状況を踏まえ昨年から引き続き感じている事であり確保は難しい。

一定のクオリティも維持しないといけない事を考えると頭数がそろえばいいわけでもなく教育的な対応が必要となる。
現状の人員も支援やその専門性のスキルアップ、事務作業効率の向上等に取り組み、業務内で得た知識をさらにブラッシュアップするための体制を整え人的資源を最低限維持し支援の質が向上するよう努める。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

総合相談支援・権利擁護事業

○ 現状

制度のみに頼ることなく、地域資源を活用しながら高齢者の様々な相談に応じつつ、実態の把握に努め、必要に応じて関係機関につなげながら継続的な支援を行っています。また、虐待や権利擁護などの事例や複合的なケースについても、ネットワークを活用することにより相談者の状況に合わせた支援をコーディネートすることで、円滑な支援につなげています。

○ 課題

介護保険制度でできる事も出来ないことも含めて一人歩きしているなかで制度利用が出来ないことで支援がまったく行われたいものと考えられる方が多くあり総合的支援の一部としての介護保険制度であることへの理解が乏しい。また、病状の大小により並行して捉えられている方が多く複雑化、多様化する問題に対して重層的な支援を行えるよう取り組むなかで介護保険制度のみの一択で考えている方々が多く存在することで支援への発展が困難となる場合がある。

○ 第9期における具体的な取り組み

複雑化、多様化する問題に対して重層的な支援を行えるよう取り組み、適切な個別の支援のネットワークが整うよう関係機関と密に連携していきます。

高齢者虐待に早期に気づくための地域からの情報の整理や、家族等による虐待を未然に防ぐための相談支援等の取り組みを、地区の民生委員児童委員や高齢者福祉担当者、医療機関、福祉施設、警察等の関係機関で連携しながら進めていくとともに緊急時の受け皿である介護保険施設との連携を密に行います。

また、生活支援体制について、既存の社会資源の活用による整備の検討を行います

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 対応件数、相談内容等分析状況

○ 実施内容 ※ 評価指標

総合相談支援・権利擁護事業

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数	215件（前期対応）	— 件	— 件
対応件数	35件（前期対応）	— 件	— 件

○ 自己評価結果

総合相談支援・権利擁護事業 よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

受付相談件数(要介護認定新規申請者104件を含む)215件で初回相談後に継続支援を実施したケースが35となる。相談対象者は80歳前半が多く、男女比は同等で地区ごとの件数では新町、須賀、久保、御宿台の順である。電話での対応が最も多く配偶者以外の家族からの相談が最も多かった。内容は、支援方法と介護等利用手続きについての相談が主な相談内容となっている。相談者の多くは、内容もよくわからない中で相談されることから、なるべく丁寧にしみ砕いて説明することで多くの理解を得ることができているが相談者は新規に出現しそのほとんどは初めての方なので引き続き現行の対応を踏襲していく必要があります。単発での相談で解決できることが殆どで様々な理由で支援内容が複雑化してしまい詳細な対応が必要なケースについては、相談者に対して短期間での支援目標設定を行い協働して段階的な支援を進めることにより早期に問題解決することができています。制度理解も必要ですがWケア等により重複した制度利用等、関連職種との協働が必要なケースが増えていることから地域での支援ネットワークを維持し問題への対応をおこないます。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

○ 現状

ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を介護支援専門員に伝えることにより、自立支援・重度化予防の取り組みを実践する体制を整えています。地域における連携・協働のネットワーク体制を構築し、地域で活動する個々の介護支援専門員の抱える問題が改善されるよう、介護支援専門員連絡会を通じて、資質向上や技術向上に向けた支援を行っていますがなかなか基準に達しない方々もいるのが現状です。

○ 課題

地域ケア会議の開催により地域課題を抽出し、それぞれの役割や対応方法を協議する中で継続的な自立支援を目標としたケアマネジメントを実践できるよう、地域ケアマネジメントを展開しています。

○ 第9期における具体的な取り組み

地域の医療・介護に関する多職種関係団体と連携の強化を図り、御宿町で活躍する介護支援専門の行うケアマネジメントをサポートすることで被保険者の重度化を予防し自立に向けた支援を円滑に行うことができる体制の維持・強化に努めます。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 実施件数及び実施状況による。

○ 実施内容 ※ 評価指標

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

※ 実施件数についての詳細は中間評価では行わず年度末に評価をします。

○ 自己評価結果

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

令和 6 年度改正を受けて必要な情報提供や知識共有を行えるよう定期的な研修会を開催しています。

ケアプラン点検等の内容変更もありましたが、これまでと同様の標準的内容での相談を受け付けることが多く、生活援助利用、軽度者の福祉用具貸与等の相談を受け共同で確認しながら進めています。

また、要介護認定情報と不一致な事例についてのケアプラン点検を強化し、ヒアリングし実施内容が不明瞭な計画について、書類点検を行い精査してるところですが各居宅介護支援事業における加算評価についての見解があいまいな介護支援専門員も多くいることがわかりました。点検による指導に加えて勉強会や研修会により、御宿町で活躍する介護支援専門の行うケアマネジメントにより被保険者の重度化を予防し自立に向けた支援を円滑に行うことができるよう努めます。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

在宅医療・介護連携推進事業

○ 現状

「夷隅地域在宅医療・介護連携に係る広域連携会議」の名称で夷隅健康福祉センター、三師会、夷隅郡市内 2 市 2 町において医療機関や介護支援専門員とともに協議する体制を整備しており、地域資源の把握に努めています。また夷隅郡市内の市町が中心となり、3師会、保健所、訪問看護事業所、各市町の介護支援専門員連絡会等の協力により「夷隅郡市在宅医療・介護連携に係る広域連携会議」において課題を抽出し、その対応策について検討する体制を整備しています。

引き続き、千葉県地域生活連携シート・オレンジ連携シートの活用や、共通診断書の普及、リスト化した診断書内容の情報提供などにより円滑に急変時の対応や入退院支援等が行えるよう関係者間の情報共有を図ります。

○ 課題

それぞれの圏域、夷隅郡内（夷隅健康福祉センター、三師会、）、担当各市町を圏域とする介護関係職能団体と機関数としては少ないが広域的取り組みが必要不可欠な状況にあるが2市2町それぞれがそれぞれ特有の問題点を多く抱えているのが課題となっている。

人材確保資源確保等、流動的な状況から資源量が安定しない。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点（前期9月末ごろ/後期3月末ごろ） 実績評価のみ

評価の方法 事業実施内容（状況と実施数による。）

○ 実施内容 ※ 評価指標

在宅医療・介護連携推進事業

- ① 地域の医療・介護サービス資源の把握
- ② 在宅医療・介護連携に係る課題の抽出と対応策の検討
- ③ 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
- ④ 医療・介護関係者における情報提供の支援

- ⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ⑥ 在宅医療・介護関係者の研修
- ⑦ 地域住民への普及啓発
- ⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

※ 全ての実施事業には着手し現在調整中の事業が殆どであることから数値的なものについては年度末に総合評価を行う

○ 自己評価結果

よかった、できた【○】

○ 課題と対応策

地域の医療・介護サービス資源についての増減を確認しリスト化しています。在宅医療・介護連携に係る課題の抽出と対応策として関係機関担当者の抽出を経年的に行っています。これにより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としてかかりつけ医等について理解を深めるための研修会を企画しています。医療・介護関係者における情報提供については相談等受付後の支援内を踏まえてこれまで活用してきたシート内容の変更を検討し修正等の要否について変更の必要がないことを確認しました。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

生活支援体制整備事業

○ 現状

地域包括支援センターの企画により生活支援コーディネーターが中心となって、介護に関する入門的研修を開催し、地域での担い手の育成や動機づけに向けた取り組みを行っています。研修終了後には、ボランティア等で参加する実践場面への参加や介護職員初任者研修受講を促すことで、より専門性が高い人材の育成につなげています。

○ 課題

資源が流動的で安定性が無いことで生活支援における社会資源を確保する困難さ、更には情報を共有することでそれをコーディネートすること。

○ 第9期における具体的な取り組み

研修やフリーペーパー等を活用した人材の確保に努めます。
引き続き、ニーズの掘り起こしや、社会参加の促進など体制整備を図ります。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法	時点（前期9月末ごろ/後期3月末ごろ） 実績評価のみ
評価の方法	取組の実施状況

○ 実施内容 ※ 評価指標

生活支援体制整備事業

※ 年単位での実行中事業もあるので集計評価は年度末に送る

○ 自己評価結果

生活支援体制整備事業 よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

生活支援コーディネーターの参加により地域ケア会議へも活性化しており課題抽出の機会確保ができています。介護に関する入門的研修

の開催により専門的人材育成の窓口となっています。

制度内の関連事業だけで支援することをだけではなく民間事業者の事業も含め様々な業種をつなげて支援環境を整えられる体制を整えます。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

認知症総合支援事業

○ 現状

集中支援対応ケースはなく、地域包括支援センターによる通常業務内の支援で対応することができていますが、支援困難な場面における認知症サポート医を中心としたサポート体制は構築できている。

○ 課題

一時期、認知症サポート医が不在となり依頼活動に時間を要した。

全ての状況がはじめてとなる方々が殆どで関わり方や支援に困窮する、また認知症とひとくくりにしてしまう事で過剰な対応となってしまいます。平時から認知症に対する正しい知識習得のため、認知症バリアフリーに向けての啓発を行う必要があります。

○ 第9期における具体的な取り組み

認知症総合支援事業検討委員会で協議を重ね、現体制を維持するとともに、普及啓発のため認知症や支援家族をテーマとして認知症を取り巻く環境への啓発活動を行います。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点（前期9月末ごろ/後期3月末ごろ） 実績評価のみ

評価の方法 （対応件数と処理期間）

○ 実施内容 ※ 評価指標

認知症総合支援事業

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
検討委員会開催回数	1回	—回	—回
チーム員会議開催回数	1回	—回	—回

○状況について

○ 自己評価結果

よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

認知症治療薬の普及により数年後の情勢が変わりそうな走りだしですが相談や対応の内容が変わるはずもなくこれまでと同様な相談の内容や支援が続いています。先行きの不安から知識を得ている方々も多くはなりましたが知識はあっても実際に接することが無い方々が支援に直面することでの悩みは絶えることはありません。地道な対応を続けて少しでも認知症の方々やその心への理解が深まるよう普及啓発に努めます。今年度は、この後に認知症サポート医の講演会を予定しています。ここまでの支援や相談内容等を踏まえ住民に対して認知症の方々に対する理解が深まるよう取り組みます。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

地域ケア会議推進事業

○ 現状

実施計画に基づき地域ケア会議を開催しています。多職種と連携し自立支援・重度化防止等の観点から個別事例の検討等を行い、地域課題の抽出を行い、実施内容は介護保険事業運営協議会等で報告できるよう課題をまとめることで政策形成レベルへつながるよう取り組んでいます。

○ 課題

支援に目が行きすぎて、過剰な介護サービスを導入することや、社会資源の不足として制度設計に頼りすぎてしまうことで社会資源をつぶしてしまう事もあるため、必要な情報を集約することで計画的に会議を進行する必要がある。

○ 第9期における具体的な取り組み

地域包括支援センターを中心に生活支援コーディネーターとの連携や民生児童員協議会への参加により地域課題を把握し、関係機関とのネットワークを維持発展できるよう実践内容を充実させます。

○ 目標（事業内容、指標等）

目標の評価方法 時点（前期9月末ごろ/後期3月末ごろ） 実績評価のみ

評価の方法 会議実施と地域課題の抽出状況

○ 実施内容 ※ 評価指標

地域ケア会議推進事業

※ 中間期で数値評価は実施せず年間実施回数を基に評価します。

○ 自己評価結果

地域ケア会議推進事業 よかった、できた 【○】

○ 課題と対応策

民生委員・児童委員に生活支援コーディネーターを加え研修的内容も含んだ会議を定期的を実施しています。どこまで支援したらいいのか職域の範囲は何処にあるのかについて悩まれる声が多く聞かれます。孤立した支援を展開するだけでなく協働する者との関係づくりを実践できるような役割を持ちながら会議運営を行っています。孤立した支援により支援者が負担にならないようなネットワークの構築のサポートをしながら地域課題の抽出や問題解決を図ることができる体制が維持できるよう努めます。

住民個々のエンパワメントを高め自立支援・重度化防止等が適切に実践されるよう取り組みます。

介護保険事業計画進捗管理（取組と目標に対する自己評価フェースシート）

任意事業

○ 現状

介護家族の経済的負担軽減のため、在宅での要介護 4、5 で紙おむつ等を使用している方を対象に 1 か月あたり 5,000 円相当の給付券支給、要介護 4、5 の認定を受け、1 年間介護サービスの利用がなかった場合には、家族介護に対する慰労金も支給しています。

不適切な給付を防止する一方で、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、介護保険制度への信頼性を高め、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度を構築するため、「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検・住宅改修等の点検」「医療情報との突合」

受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、不適切な医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

認知症サポーター養成講座町内各機関や住民からの希望により養成講座を順次開講しています。また、民生委員や介護予防サポーターに対して認知症サポーター養成講座を実施しています。介護予防サポーターに対してはスキルアップ講座も実施しチームオレンジを組織しています。判断能力が不十分な高齢者等に代わって、町長後見等開始審判請求を行うとともに、生活保護受給者等、経済的に成年後見人への報酬を払うことが困難な方に助成を行う事業を展開しております。

知症状等により判断能力の低下するケースの増加及び申立人となりうる親族との関係希薄化により、成年後見制度の利用が必要な方の増加が見込まれるため、制度の周知や制度利用についての相談支援が必要となります。

○ 課題

介護者支援への制度を活用できる方は年々少なくなり、殆どの方々が給付支援を主として利用されているが支援に困難な場面も多く無理な支援等がみられます。その中で介護給付の適正化を図ることは、不適切な給付を防止する一方で、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、介護保険制度への信頼性を高め、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度構築する必要があります。

○ 第9期における具体的な取り組み

介護給付の適正化を図るため主要3事業を適切に行い、不適切な給付を防止する一方で、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、介護保険制度への信頼性を高めながら家族支援が展開できる事業を継続し、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することで持続可能な介護保険

制度を構築します。

○ 目標(事業内容、指標等)

目標の評価方法 時点(前期9月末ごろ/後期3月末ごろ) 実績評価のみ

評価の方法 前期計画と比較した事業実施量とその状況

○ 実施内容 ※ 評価指標

任意事業

- ① 家族介護用品給付券支援事業
- ② 家族介護慰労金支給事業
- ③ 介護給付費等適正化事業(介護給付適正化計画)
 1. 要介護認定の適正化
 2. ケアプランの点検・住宅改修等の点検
 3. 医療情報との突合
- ④ 認知症サポーター養成講座
- ⑤ 成年後見制度利用支援事業
- ⑥ 住宅改修支援事業

※ 数値評価は年度末時点での集計により評価します。

○ 自己評価結果

任意事業 よかった、できた【○】

- ① 家族介護用品給付券支援事業 普通【△】
- ② 家族介護慰労金支給事業 普通【△】
- ③ 介護給付費等適正化事業(介護給付適正化計画) よかった、できた【○】
 1. 要介護認定の適正化 よかった、できた【○】
 2. ケアプランの点検・住宅改修等の点検 よかった、できた【○】
 3. 医療情報との突合 よかった、できた【○】

- ④ 認知症サポーター養成講座 普通【△】
- ⑤ 成年後見制度利用支援事業 よかった、できた【○】
- ⑥ 住宅改修支援事業 普通【△】

○ 課題と対応策

実施形態も見直しながら介護家族の経済的負担軽減のため、昨年同等数の方へ紙おむつ等給付券を支給している事業と、現在対象者はありませんが、サービス利用なく介護を行っている家族に対する慰労金制度は継続実施しております。

令和6年度改正により事業統合された、給付適正化事業にて、要介護認定の適正化においては、審査認定区分の標準化、居宅支援事業者との協議を関係事業も絡めることで不適切な給付を防止、医療級と介護給付の情報を突合することで利用者に対する適切な介護サービスを確保することがなっています。

認知症対応策として、町内関係機関に対し認知症サポーター養成講座を開催し知識の共有や認知症の方への理解を深めております。併せて判断能力が不十分な高齢者等に代わって、その権利を守るための取り組みを行っています。

利用者本人やその家族に対する懇切丁寧に対応することで制度への理解を深め不適切な給付を防止する一方で、利用者に対する適切な支援環境を確保するとともに、介護保険制度への信頼性を高め、介護給付費や介護保険料の不適切な増大を抑制できるよう努めます。