

第7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	五戸町
所属名	福祉課
担当者名	山邊 公一

※「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7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度（年度末実績）		
区分	現状と課題	第7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	高齢者が年々増え、高齢化率が2017年で36.4%となり、今後も一層進展していくものと見込まれる。また、要介護認定者数(第1号被保険者)も2009年と比較すると徐々に増加している。そのため、介護予防や疾病の悪化予防等の知識を普及するために、既存の組織を利用して健康教室を実施し、高齢者に広く周知する必要がある。	老人クラブ健康相談教室参加者促進	開催回数 7回 参加者数 420人	開催回数 5回 参加者数 100人	△	地区担当の保健師が、老人クラブ等の要望に合わせて実施しているが、実施回数が減っている。今後は、老人クラブの事務局と連携し、事業実施の要請がない老人クラブの状況を把握し、実施を働きかけていく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	若い世代から健康づくりとともに介護予防が不可欠であるが、高齢者のいない世帯が2015年時点で35%あり、介護予防の情報に触れる機会が少ない。そのため、働き世代の介護予防に対する知識の普及を行うために、幅広い年代が集まる健診結果説明会の場で健康教育を実施し広く周知する必要がある。	健診受診者への普及啓発と健康教育の実施	開催回数 23回 参加者数 870人	開催回数 13回 参加者数 251人	△	平成30年度から健診結果説明会の前に健診結果を送付するようになったため、参加者が減っている。健診受診者へ広く周知するために、結果送付の際に介護予防普及のチラシを同封するなど対応が必要である。
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢者単独世帯や高齢者夫婦世帯が増えており、他者との交流が少なかったり、家に閉じこもり状態となる高齢者が多い。介護予防事業に参加したくても移動手段となるバスの本数が少なかったり、乗り換えが必要であり、容易ではない状況がある。そのため、家に閉じこもりの状態を防いだり、他者との交流の機会を設けるために、五戸町社会福祉協議会で開催している健康いきいき教室に送迎をして参加を促す必要がある。	健康いきいき教室参加者促進	開催回数 24回 参加者数 490人	開催回数 24回 参加者数 627人	◎	認知症などの要支援状態の人が参加している場合もあるため、必要時介護保険担当や地域包括支援センターに情報提供していく。今後の参加人数に応じてバスの運行体制の調整など、新規参加者の受け入れ態勢を整える必要がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢者の増加に加え、他者との交流が少なかったり、家に閉じこもり状態となる高齢者が多い。自治会単位で介護予防教室を開催している地区もあるが、希望者が少人数の地区では開催できない自治会もある。そのため、日中閉じこもり状態から介護を要する状態にならないように、地域や地元で参加が続けられる送迎付きの介護予防教室を開催する必要がある。	地域型転倒骨折予防教室参加者促進	開催回数 126回 参加者数 1,590人	開催回数 126回 参加者数 1,539人	◎	短期集中型通所サービス修了者の受け皿にもなっており、新規参加者もいる。しかし、地域によっては参加者が少ないところもあり、地域包括支援センター等と連携しながら参加を促していく。

第7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度（年度末実績）		
区分	現状と課題	第7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	家族構成の変化し、独居高齢者や高齢者世帯、同居家族はいても日中一人の高齢者が増えている。また、身体機能や認知機能の低下閉じこもり傾向の高齢者は、地域の集まりや活動にも消極的になったり、孤立しやすい。そのため、フレイル予防に重要なコミュニケーション（人とのつながり）を図る機会の創出が必要である。	傾聴ボランティア活動支援	活動回数 50回 高齢者訪問件数 1か月8人	活動回数 47回 高齢者訪問件数 1か月5人	◎	利用者宅を訪問しての活動に加え、高齢者福祉施設での傾聴活動や介護予防教室での傾聴活動や介護予防教室でのスタッフ従事など活動の場を広げたり、「傾聴サロンとわだ」主催の交流会に参加するなどして、スキルアップを図った。 高齢者訪問事業で把握している生活支援ニーズで、話し相手の希望はほとんどなく、傾聴ボランティアの定期訪問も徒歩で行ける範囲の活動となっているため、活動方法の見直しも必要。 わくわくボランティアや認知症サポーター、ゲートキーパー養成講座修了者に対して「傾聴」をテーマとした研修を取り入れることで、地域における身近な人への
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢化が進んでいて、要介護認定を受ける人も増えている。町内にリハビリの専門職を育てる専門学校があり、学生による教室参加者のE-SAS調査は、地区単位の転倒骨折予防の事業評価や専門的な知識の普及にもつながる。	東北メディカル学院生の活動支援	活動回数 11回 参加者数 180人	活動回数 11回 参加者数 189人	◎	教員と学生の協力により、高齢者の生活行動をE-SAS評価にて個々に評価、結果をフィードバックして、介護予防を生活に取り入れることが出来た。
①自立支援・介護予防・重度化防止	継続的な介護予防が必要だが、脳わくわく教室修了者の中には、受け皿となる転倒骨折予防教室等の一般介護予防事業につがっていない人もある。そのため、継続して自主的に介護予防ができるよう、仲間づくりや事業への参加促進をする必要がある。	二次予防事業修了者の活動支援	開催回数 1回 参加者数 20人	開催回数 1回 参加者数 8人	○	バスを利用して外出型の活動を実施。介護予防事業参加者の再会と介護予防の意識と継続を促すことができた。しかし、参加者が少なく、次年度の開催方法を見直す必要がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢者が年々増え、高齢化率が2017年で36.4%となり、今後も一層進展していくものと見込まれる。また、要介護認定者数(第1号被保険者)も2009年と比較すると徐々に増加している。そのため、転倒骨折予防教室等でリハビリの専門職に関わり健康教育や評価検討会をすることで、地域における介護予防の取組みの強化につなげる必要がある。 また、心身機能を改善する取組みが機能回復訓練に偏りがちであったり、社会参加を促す取組み(通いの場の立ち上げ)がなかなか進まないという課題がある。そのため、介護予防を機能強化する観点から、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境への対応も含めた、バランスのとれた効果的なアプローチが必要である。	地域リハビリテーション活動支援	活動回数 34回	活動回数 64回 ※高齢者支援班分 53回 ※健康増進課分 11回	◎	転倒骨折予防教室参加者に対して専門的な知識の普及につながった。また、E-SAS調査結果を関係者間で共有、検討し、次年度の転倒骨折予防教室に活かすことができた。 地域ケア会議にリハビリテーション専門職が定期的に関与することにより、個別ケース等の検討の際、身体、認知機能の維持、向上に関する視点や、自宅等の生活場所に関する環境調整の考え方等の視点が加わった。 通所型Cサービスにリハビリテーション専門職が定期的に関与することで、セルフケアに効果的なプログラムの提案と運営スタッフへの助言を受けながら事業評価も行った。 今後は、通所施設等にリハビリテーション専門職が関与することにより、介護職員等への助言などを実施することで、自立支援への取組みを促す。 また、住民主体の通いの場に関与することで、運営スタッフの育成と身体の痛みや認知症状があっても継続的に参加することができる通いの場を推進する。
①自立支援・介護予防・重度化防止	適切な支援が届かない生活は、本人の虚弱につながり、早期に要介護状態になってしまうケースがみられている。そのため、服薬管理や栄養改善、介護予防事業、サロン活動等へ繋ぎ、フレイル予防を行う必要がある。	保健・医療の専門職による居宅での退院後の体力改善・ADL等の改善に向けた相談指導を3か月の短期間で行うサービスの体制づくり	実施事業所数 1事業所	実施事業所数 0事業所	×	町内の訪問看護ステーションと協働で事業展開を考えていたが、地域ケア会議において、服薬管理ができないケースの検討が多いため、かかりつけ薬剤師等を踏まえ、調剤薬局との連携も含め検討している。

第7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度（年度末実績）		
区分	現状と課題	第7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	移動・外出ができなければ社会参加は難しく、通院や買い物にも困る高齢者が増えている。介護予防・日常生活支援調査結果では、外出の頻度が少なくなる理由として、交通手段がないことをあげている方が多い。そのため、通院・買い物を含めた社会参加は生きがいや介護予防のため、社会参加につながる移動支援が必要である。	高齢者の移動支援サービス（D型）として、タクシー会社等へ業務委託を行う。	実施	未実施 (現段階では実施困難)	×	計画当初は、介護予防事業参加への送迎をD型サービスとして行う予定としていたが、この方法ではD型サービスに該当しないと県担当者から回答があったため、現在未実施となっている。 今後は、地域で支え合う体制づくりが必要という意識の共有を図り、課題解決の方法を検討するものとする。
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢化による身体・精神面、生活面での支援が必要な方の増加しているとともに、高齢者を支える取組の担い手不足が生じている。そのため、町内の医療、保健、福祉、介護等が連携・協働して自立支援や介護予防、生活支援等を行う必要がある。	地域ケア会議を開催し、自立支援・重度化防止等の観点から個別事例検討を行う。	地域ケア会議 毎月開催 個別事例検討 24件	地域ケア会議 11回（5～3月毎月開催） 個別事例検討 6件	○	今後も5月から3月の計11回、毎月開催していく。 個別事例検討が必要なケースがあると考えられることから、五戸地域介護支援専門員連絡協議会等を通じて周知し、個別事例検討の件数の増加を図るものとする。また、五戸町高齢者等生活支援体制づくり協議会、生活支援コーディネーター、運営協議会等を活用し、検討の機会を増やすことを検討する。
①自立支援・介護予防・重度化防止	遠方に子どもたちが住んでいて、老々介護や身寄りのないケース等困難事例への対応が多くなってきている。そのため、要介護者の生活全般を支援する上で必要なケアマネジメント力の向上と情報の共有を図る必要がある。	ケアマネジメントの質の向上に向けて、具体的なテーマを設定した研修等を行います。	開催回数 年3回 参加者数 45人	開催回数 年3回 参加者数 149人	◎	第1回（運動不足、ストレス解消を目的）ズンバ 第2回（自立支援に向けた適切なケアプラン作成について）講演 第3回（異なる視点の理解・チーム力・情報の共有と連携を目的）フレイルの勉強会後に多職種ごちゃまぜ研修会を開催した結果、取組が好評で参加者数も多く、目標を達成することが出来た。 この取り組みは、有意義で連携には欠かせないため、今後も継続していくものとする。
②給付適正化	サービス提供側の都合による不適切なサービスや、利用者の状態に合わない過大なサービスが提供されているケースがある。そのため、過不足なく適切なサービスの提供を行うため、利用者の状態に即したケアプランであるか確認する取組が必要である。	面談や個別指導を行いながら自立支援に向けたケアプラン作成への支援を行う。町独自の点検シートに基づき自己点検してもらい、点検結果をフィードバックして改善を促す。	ケアプラン点検件数 1事業所につき30件	ケアプラン点検件数 1事業所につき44件 (町内3事業所計134件)	◎	平成30年度に行ったケアプラン点検件数は、目標を達成することができた。 今後は、点検対象を限度額に対する計画率が高いケアプランとし、効率的にケアプラン点検を行うものとする。
②給付適正化	住宅改修等の申請書のみでは本人の状態や居住の現況を把握しにくく、過大なサービスの判断ができない恐れがある。そのため、過不足なく適切なサービスの提供を行うため、居住環境や本人の状態を確認する取組が必要である。	住宅改修や福祉用具の購入等について、利用者の状態に合ったものであるか訪問調査を行う。	年間 8件	年間 14件	◎	平成30年度に行った訪問調査の内訳は、住宅改修4件、福祉用具貸与10件であり、目標を達成することが出来た。 ただし、福祉用具購入に関しては訪問調査を行っていないため、今後は福祉用具購入時の訪問調査を適宜行うものとする。

行は必要に応じて適宜追加してください