

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 裾野市

※「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				令和2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	(1) 地域密着型サービス日常生活圏域別に整備目標を設けてサービス提供をしていく必要がある。	市単独または県の指導にあわせた実施指導を継続するとともに、法改正の周知など事業者への情報提供を進める等適切な指導体制の構築を進める。	①地域密着型通所介護 各種情報提供、指導により質的向上を図る。 R2 利用量 1,648.4回/月 利用者数 147人/月 ②小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護 ・H30年3月に新規開設されたため、サービスの周知を図っていく。 ・利用者実態及び利用者ニーズを把握したうえで、第8期事業計画で想定する整備の前倒しを検討していく。 R2 小規模多機能型居宅介護利用者数 22人/月、介護予防小規模多機能型居宅介護利用者数 7人/月 ③認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 ・利用者実態及びニーズを把握したうえで、整備を検討していく。 R2認知症対応型共同生活介護利用者数 56人/月 介護予防認知症対応型共同生活介護利用者数 0人/月	①地域密着型通所介護 R2 利用量 1,626回/月、利用者数 154人/月 ②小規模多機能型居宅介護 R2 利用者数 24人/月、介護予防小規模多機能型居宅介護 R2 利用者数 4人/月 ③認知症対応型共同生活介護 R2 利用者数 63人/月、介護予防認知症対応型共同生活介護 R2 利用者数 0人/月	○	小規模多機能型居宅介護は平成30年3月の開所より利用者・事業者へのサービスの周知が課題とされていたが、徐々に利用者数が増加してきている。 今後も事業所と連携し、サービスの周知を図っていく。
	(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所 居宅介護支援では、介護支援専門員が在宅で介護を受ける方の心身の状況や希望等を踏まえ、自立した日常生活の支援を効果的に行うために、継続的かつ計画的に介護サービスに関する計画（居宅サービス計画）を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関との連絡調整等を行っている。 介護予防支援は、利用者の状態に適したサービスが確実に提供されるよう、地域包括支援センターにより作成された介護予防計画に基づき、サービス事業者等との連絡調整を行っている。	①介護支援専門員の資質向上のための自立支援の視点からの研修会や各種講習会等への参加を支援する。 ②地域調整会議の場で、事例検討等を行い、資質向上を図る。 ③適正なケアプランが作成されているか、またケアプランに不満がないか、保健師等によるチェックを定期的に行い、不都合な点については調整・指導を行う。 ④事業者指定権限が市に移管されるため、これに対応した体制整備を図る。	・居宅介護支援利用者数 837人/月 ・介護予防支援利用者数 415人/月	・居宅介護支援利用者 741人/月 ・介護予防支援利用者 302人/月 ・介護支援専門員等の資質向上を目的とした研修会（地域調整会議）を5回/年行った（感染症予防のため4回中止）。 ・地域ケア会議で挙げられた事例を中心にケアプランチェックを行った。19件/年	○	・介護支援専門員の資質向上を目的とした研修会の内容をより効果的なものとするため、地域包括支援センターを中心に、主任介護支援専門員も含め課題抽出し、課題解決の一助となる研修内容を検討している。 ・ケアプランチェックは多職種からの視点と自立支援に向けた課題と対応策をより効果的な助言を取り入れるよう、理学療法士や栄養士、歯科衛生士等の参加導入している。
	(3) 地域包括支援センター 公正・中立な立場から、地域における包括的支援事業（総合相談・支援、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメント、権利擁護事業）を担う中心拠点として設置されている。 また、高齢者が介護、医療が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活できるようにするために、介護、医療、予防、住まい、生活支援を一体的に提供していく『地域包括ケアシステム』の各種サービスの調整ととりまとめ役として位置づけている。職員体制として3職種の確保をしている。 設置・運営に関しては、公正・中立性の確保、人材確保支援等の観点から、市町村、介護保険サービス事業者、関係団体等で構成する「地域包括支援センター運営協議会」が関わっている。	①運営は公正・中立を確保し、人口規模、業務量、運営財源、専門職の人材確保など地域の実情に応じた設置形態とする。また、包括的支援事業を地域において一体的に提供する拠点とする。 ②3職種（保健師または経験のある看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を配置し、それぞれの機能が連携を図り、適切に業務を運営できるようにする。 ③現在設置されている2か所の地域包括支援センターの機能の充実を進めるとともに、より身近な高齢者に関する総合相談窓口となるよう、地域への浸透を務める。 ④北部地域包括支援センターの人員及び運営に関する基準に定める条例で示す6,000人に近づいているため、1名増員して機能強化に努める。	本計画期間内に、総合相談支援業務等の従来の業務に加えて、地域包括支援センターが新たな包括的支援事業に適切に関与できる体制づくりを重点項目として、機能強化を進める。 ・介護予防ケアマネジメント業務 ・総合相談・支援業務 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ・地域ケア推進事業	・地域包括支援センターに5名（保健師、社会福祉士）、北部地域包括支援センターに4名（保健師、看護師、社会福祉士）を配置。 ・月1回、2包括支援センターにて地域ケア会議、介護サービス連携会議を実施。地域ケア推進会議を年1回実施し、地域ケア会議にて出た地域課題についての検討をした。地域調整会議を年5回実施。 ・地域包括支援センター運営協議会を（地域ケア推進会議を合わせて）年1回実施した。	○	引き続き、地域包括支援センターと共通認識のもと、包括的支援事業に適切に関与できる体制づくりを強化していく。

第7期介護保険事業計画に記載の内容				令和2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
	(4) 在宅医療・介護連携	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で最後まで暮らせるよう医療機関と介護サービス事業者等と連携を推進する。	①専門職を対象とした相談窓口を市内医療機関に委託設置する。 ②多職種研修を継続実施する。 ③医療関係者、介護サービス事業者等の協力を得ながら、事業運営の委員会を設置し、課題等の検討、切れ目ない提供体制の構築を進める。 ④静岡県が開催する支援会議の場等を活用し、周辺市町との連携を図る。	①裾野赤十字病院に相談窓口「あしたかつつじ」設置委託継続。相談事例等について在宅医療介護連携推進会議での報告を行い、運営方針等検討を行った。 ②年5回の地域調整会議にて多職種参加の事例検討や各種研修等実施した。 ③在宅医療介護連携推進会議にて、事業の推進を図る検討を行い、②の参加者の枠を広げることや新たな在宅支援サービスマップの作成検討などを行った。また沼津医師会が中心に行っているシズケア*かけはし活用検討会議においても近隣市町を含めた検討を進めている。 ④市職員や推進会議委員が県が開催した会議や研修に参加。	○	推進会議で検討された事案の具体化をすすめながら、新たな検討を進めていく。 ①相談窓口対応した事例報告や検討をすすめながら、よりよい窓口活用の推進につなげる。 ③切れ目ない提供体制の構築を目指し、ツール活用などの具体的方法の意見交換を行う。 ④近隣市町等との連携体制の構築に向けた意見交換を行っていく。
	(5) 認知症総合支援事業	①認知症の方の早期発見・早期治療、初期集中支援を目的として初期集中支援チームを設置し支援を行う。 ②認知症の方やその家族の相談に応じ、支援機関へとつなぐ認知症地域支援推進員の配置を進める。 ③認知症ケアの向上を目指し、多職種研修等を通じた対応力向上、ケアパスの周知、認知症カフェ等による家族支援を進める。 ④キャラバンメイトがサポーター養成講座を開催し、応援者の輪を広げる。	①H30年4月に初期集中支援チームの設置	①チーム活動事例を中心に認知症初期集中支援チーム検討委員会の中で活動報告や事例検討を行い、チーム活動評価を行っている。 ②市・包括に認知症地域支援推進員を配置し、生活支援コーディネーターと協力した個別認知症ケースにおいて地域住民支援の検討を行うなど、認知症支援をすすめた。 ③地域調整会議において、介護専門職を対象に認知症支援のための研修を開催。ケアパス改正のための意見交換実施。ケアパスの配布(市内医療機関や公共機関での配布、国保高齢受給者証交付時に同封郵送等)包括支援センター主催の認知症カフェの定期開催継続(市内3か所)。 ④認知症サポーター養成講座の開催(全6回 115名受講)	○	①初期集中支援チーム対応ケースを重ねることで、より効果的で迅速な対応支援につなげるための検討を継続していく。 ②認知症地域支援推進員活動を進めるため、推進員間での連絡、情報交換の機会を継続的に確保しながら、地域や専門職間への報告や検討の機会を設けていく。
	(6) 介護予防/日常生活支援	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 高齢者を対象に、健康が増進されるよう介護予防に関する知識や実践の普及啓発を行う。 ③地域介護予防活動支援事業 地域における介護予防に関する自主的な活動の育成や支援を推進する。 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 地域における介護予防の取り組みを強化するために、地域調整会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職の派遣を行い、自立支援への視点を共有する。	①市窓口、地域包括支援センターへの情報を基に、個別に合わせた予防活動へつなぐ取り組みを推進する。 ②【講演会・相談会等】 介護予防教室や講演会、国保高齢受給者証交付会での教育・相談実施、パンフレット配布等 実施回数:年延べ100回 【介護予防事業】 介護予防サロン継続と開設支援、地域での運動の機会や教室を実施し、介護予防の取り組みを推進する。 実施回数:年延べ180回 【介護予防手帳の配布】 ③【研修会等開催】 介護予防ボランティア養成研修開催とスキルアップ研修の実施 年延べ10回 【地域活動組織支援・協力】 研修の開催や講師派遣 実施回数:年延べ30回 ④年2回介護予防評価委員会を開催し、年度ごとにアウトカム・アウトプット・プロセス評価を中心に事業評価を行う。 ⑤地域調整会議等へリハビリ専門職の派遣により、自立支援に向けた視点を共有を図る。 介護予防教室、サロン等への派遣により被保険者への介護予防の普及啓発を進める。 派遣回数:年延べ6回	②【講演会・相談会・国保高齢受給者証交付会】 普及啓発活動等 実施回数:年延べ13回 【介護予防事業】 介護予防サロンの継続とサロンの開設支援、地域での運動(ラジオ体操等)の機会の利用や運動教室の実施。 実施回数:年延べ81回 【介護予防手帳の配布】 89冊 ③【研修会等開催】 介護予防ボランティア養成研修の開催 年3回 【地域活動組織支援・協力】、研修の開催や講師派遣 実施回数:年延べ33回 ⑤脳いきいき運動教室、地域ケア個別会議へ理学療法士が出席 実施回数:年8回	△	・介護予防に関する知識や実践の普及啓発、地域における介護予防に関する自主的な活動の育成や支援が不十分であるため、より充実させる必要がある。 ・運動教室および地区サロンの実施評価をしていく必要がある。
	(7) 生活支援体制の整備	事業者・ボランティア・NPOなどの多様な主体による高齢者の日常生活を支えるための生活支援サービスを提供する体制整備を支援する。	①生活支援サービス提供体制に向けた調整機能を果たす役割を持った、地域支えあい推進員(生活支援コーディネーター)を配置する。 ②推進員と地域のサービス提供者が、情報共有と連携強化を目的として集まる会議(協議体)を設置し、地域資源の発掘、地域の協力者への働きかけ等、各種調整機能を果たす場とする。 ③各圏域ごとの協議体と、市全体を対象とした協議体を設置する。 ④委託事業としつつ、市民協働担当課の協力を得ながら事業を進める。	①第1層・第2層協議体、生活支援コーディネーターを社協へ委託し、設置する。 ②地域ケア個別会議で上がった地域課題を元に、地域ケア推進会議で施策検討し、介護事業所利用者の生きがい創出やリハビリを促すため、事業所利用者を対象とした芸術祭を開催。③第2層協議体設置し、各4圏域にて地域課題について検討した。 また、2地域包括支援センターにおいて、月1回実施する地域ケア個別会議に生活支援コーディネーターが参加し、地域資源の発掘、地域の協力者への働きかけ等の充実を図る。 ④第1層協議体へ市民協働担当課に参加してもらい、地域課題に対し、地域コミュニティを活用した取り組みを検討した。また、個別ケースにおける地域課題についても市民協働担当課の協力を得、地区長等含めたケース会議を実施。	○	第2層(各圏域ごと)の生活支援コーディネーターの機能充実を図る。