

第9期介護保険事業計画に記載した「取組と目標」に対する自己評価シート(令和6年度実績)

※「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9期介護保険事業計画に記載の内容					令和6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)	第9期計画 掲載ページ	実施内容	自己評価 (達成率90%以上=A、 70~89%=B、70%未満 =C)	評価理由	課題と対応策
①自立支援・介護予防・重度化防止	(1)現状 ①高齢化率の増加(特に後期高齢者の割合が高い)(R8度の推計値) ・第1号被保険者数:74,750人(高齢化率29.1%) ・75歳以上の割合:17.6% ②要介護者の認定者数の増加(R8度の推計値):18.3%	認知機能検査の実施	高齢者よらず相談センター等にて、相談者(認知機能検査プログラム実施希望者)に、認知機能検査を実施し、相談者本人が認知機能低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診につなげます。  (令和8年度) 認知機能検査 参加人数:800人	P62	認知機能検査 (令和6年度)参加人数 1,208人	A	認知機能検査参加人数は、目標値を上回ることができ、生活指導・地域のサロン等の予防活動や、受診につながる事ができました。	・若い世代も含めた正しい知識の普及啓発として、認知症だけでなく、MCI(軽度認知障害)に関する情報提供も行っていきます。 ・認知機能検査の新規検査者だけでなく、継続率を高め、経年的に認知機能を把握し、認知症の早期発見、早期対応に努め、受診勧奨や社会参加の場等、個々に必要な情報を提供していきます。
①自立支援・介護予防・重度化防止	③介護が必要になった原因は、認知症(アルツハイマー病等)が最も多い。24.5%(第9期要介護認定者調査より) ④認知症への不安がある:77.3%(第9期要介護認定者調査より) (2)課題 ①認知症に対する早期対応体制の整備 ②地域(社会全体)で見守る体制構築の強化	チームオレンジの体制整備	・認知症サポーター上級研修修了者(チームオレンジメンバー)の各圏域チームによる、認知症の人や家族に対する生活面(外出支援、見守り・声かけ等)の支援 ・認知症本人もメンバーとして参加してもらえるような体制づくり ・チームオレンジに対するフォローアップ研修の開催  (令和8年度) チームオレンジフォローアップ研修:1回	P63	チームオレンジフォローアップ研修 (令和6年度)1回 (参加者数88人)	A	目標と同等の回数を実施することができました。また、メンバーが楽しみながら、地域の認知症カフェやサロン等の活動の場の拡大にもつながりました。	・地域包括支援センターでのチームオレンジメンバーへの研修や活動の場の提供を継続します。 ・チームオレンジメンバーの高齢化も課題になっているため、企業や認知症疾患医療センターと協力し、認知症サポーター養成講座や認知症カフェ等の社会資源の場を作っていきます。 ・平塚市のオレンジ大使の活躍の場をつくり、認知症の人もメンバーとして参加してもらえるよう体制づくりを進めていきます。
①自立支援・介護予防・重度化防止	多くの高齢者は、健康な状態からフレイルの段階(心身の活力が低下した状態)を経て、要介護状態に陥ると考えられています。しかし、フレイル状態にあっても、その変調に気づくことなく「歳のせい」と見過ごしてしまうことによって、介護予防の支援をすべきタイミングを逃してしまっているという現状があります。そのため、高齢者がより早期に自身のフレイルに気づくことと、フレイル改善に向けた行動を促すことが課題です。	・フレイルチェック測定会 フレイル予防講座、カムカム教室、フレイル予防セミナーなど	フレイルチェック測定会(累計) (令和6年度)1,515人	P39	令和6年度の主な取り組みとしては、フレイル対策に関する事業の推進、オーラルフレイル予防の普及啓発を図りました。 ・フレイルサポーター養成講座(10人) ・フレイルチェック測定会(実施回数39回、参加者数計581人) ・カムカム教室(実施回数21回、参加者数延256人) ・フレイル予防セミナー(開催回数1回、参加者数計53人)	A	フレイルチェック測定会、オーラルフレイル予防のためのカムカム教室等の実施により、高齢者自身の状態像を見える化し、気づきと介護予防活動への行動変容を促すための普及啓発活動ができました。	フレイル対策の事業は、平成30年度から開始し実施回数も拡大してきましたが、更に高齢者のフレイル改善に効果的な取組を促すため、三位一体(食、口腔、運動、社会参加)のフレイル予防に加え、オーラルフレイル予防等の観点から各種事業を充実させていきます。また、「保健事業と介護予防の一体的実施」の観点から各種データを踏まえた事業を展開していきます。
①自立支援・介護予防・重度化防止		・フレイルハイリスク者の抽出及び支援 ・地域の場を活用した健康情報の発信や普及啓発、必要な方への受診勧奨など	支援件数 (令和6年度)1,800人	P42	・後期高齢者健康診査結果からフレイルハイリスク者を抽出し支援を実施(466人) ・地域の場を活用した健康情報の発信や普及啓発、必要な方への受診勧奨など(1,110人)	B	達成率は87.6%で目標支援件数には達していないものの、フレイルハイリスク者に対してはほぼ全員に支援をすることができました。地域の場を活用した健康情報の発信や普及啓発、必要な方への受診勧奨などについても地域包括支援センター等と連携しながら実施できました。	フレイルハイリスク者の抽出及び支援については、同規模で継続していくことを目指します。地域の場を活用した健康情報の発信や普及啓発、必要な方への受診勧奨などについては、普及啓発の機会を増やすために地域包括支援センターや地域の関係団体等に周知していきます。
②給付適正化	介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するよう促しています。 2040年に向けて、これまで以上に人員体制を確保するなど適正化事業をさらに推進していくことが必要です。	介護給付の適正化を図るため、介護給付適正化主要3事業を神奈川県国民健康保険団体連合会から提供されるサービス別給付実績等の活用を図るなどして実施し、質の高い介護サービスの提供に向けて取組を行います。	・要介護認定の適正化:全件 ・ケアプランの点検:年30件 ・縦覧点検・医療情報との突合:年4回	P86	・要介護認定の適正化:全件 ・ケアプランの点検:年22件 ・縦覧点検・医療情報との突合:年4回	B	・要介護認定の適正化、縦覧点検・医療情報との突合は、目標を達成し、給付適正化への一定の成果がありました。ケアプランの点検は、目標数を下回りました。	給付適正化は、担当職員が国保連合会の研修に参加することでスキルアップをし、点検時間の短縮及び効率的な実施を図ります。