

# 令和 3 年度

## 介護保険事業計画進捗状況の自己評価

2022/10/20  
高齢者支援課  
介護保険課  
地域包括ケア推進課

# 介護保険事業計画の自己評価結果の報告について

平成29年介護保険法改正により、市町村介護保険事業計画に「自立支援、介護予防・重度化防止及び介護給付等に要する費用の適正化への取組」について、計画に目標を記載するとともに、達成状況について報告するものとされた。

⇒令和3年度の状況について千葉県を通じて国に報告

## 介護保険法（抄）

（市町村介護保険事業計画）

第117条

市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)を定めるものとする。

2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

（略）

三 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取りくむべき施策に関する事項

四 前号に掲げる事項の目標に関する事項

（略）

7 市町村は、第二項第三号に規定する施策の実施状況及び同項第四号に規定する目標の達成状況に関する調査及び分析を行い、市町村介護保険事業計画の実績に関する評価を行うものとする。

8 市町村は、前項の評価の結果を公表するよう努めるとともに、これを都道府県知事に報告するものとする。

項目 番号	第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和3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	①自立支援、介護予防、重度化防止	要介護者の多くが慢性疾患を抱え、心身機能の低下に伴い医療・介護のニーズが高まる。また、高齢化の進展に伴い在宅医療の需要が大幅に増加していく見込みであり、連携の強化が必要とされている	在宅医療・介護連携支援センターの機能強化	①在宅医療・介護連携に関する相談支援 ②地域サポート医によるアウトリーチ(訪問支援)等の支援 ③在宅医療提供体制の構築推進	①地域包括支援センター、介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護事業者、医療機関等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対して専門な支援を行っている。 ②寄せられた相談のうち、受診拒否・サービス拒否の事例などについて、地域ごとに配置された地域サポート医がアウトリーチ(訪問支援)等の支援を行っている。 ③診診連携や病診連携による24時間体制構築の調整・支援や、在宅医療に新規参入する開業医の支援等、在宅医療提供体制の構築を推進している。	◎	在宅医療・介護連携支援センターに寄せられる相談について、課題が複雑化・複合化している事例が増えており、多分野の関係機関とのさらなる連携強化が求められている。在宅医療・介護連携支援センターがアウトリーチを調整した事例について在宅医療・介護に関わる関係者を対象に定期的に事例検討会を行うなど、連携強化・対応力向上を図っている。また、アウトリーチが必要な事例のうち、重度の認知症状や精神疾患が疑われる事例については、精神科医による専門アウトリーチを調整するなど課題解決に努めている。
2	①自立支援、介護予防、重度化防止	共同研究によりエビデンスを持った都市型の標準モデルを確立し、予防効果のある施策を展開することにより健康寿命が延伸し、高齢になっていてもいつまでも元気で暮らすことができるよう、産・官・学・民等多様な主体が一つになり地域づくりを行うことが求められている。	都市型介護予防モデル「松戸プロジェクト」の推進	①より効果的な社会参加や健康寿命の延伸に寄与する方策を検討する。 ②従前の対面・集合方式による人と人のつながりから、新たにオンラインによる人と人のつながりの可能性を検証する。 ③地域と産学官が連携して、地域ニーズを活かした元気で暮らせるまちづくりを推進する。	①市内在住の一般高齢者及び元気応援くらぶ参加者を対象に調査を実施(2021年7,837名)し、高齢者の社会参加による介護予防効果や健康寿命の延伸に係る影響について研究を行った。 ②市内で活動している団体、または市内在住の個人を対象として、タブレット端末を高齢者へ5～7週間貸し出し、オンラインによる交流を体験する講習会を実施した(2021年参加者172人)。 ③市民パートナーや事業者パートナーと呼ばれるボランティアと共同し、元気応援くらぶを始めとする高齢者の社会参加をサポートすることで地域で元気に暮らせるまちづくりを推進した。	○	2016年から開始した調査も6年目に突入している。積み重ねてきた研究結果を精査・分析し、エビデンスに基づいた施策を積極的に展開していく必要がある。 コロナ禍で社会参加活動が度々自粛される中で、オンラインで活動できるスキルを持つ人が少ない高齢者への、オンライン講習会の必要性は高まっている。市内高齢者へ、さらなるオンラインスキルの普及を推進する。
3	①自立支援、介護予防、重度化防止	地域における様々な社会資源の活用を図りながら高齢者の日常生活を支援する体制の整備が必要とされている。	生活支援体制の整備 生活支援コーディネーター	①生活支援コーディネーターを配置し、地域ケア会議、高齢者支援連絡会、支えあう地域づくり勉強会等の議論を円滑にコーディネートすることにより、住民主体の生活支援サービスなどの社会資源の把握・開発など、生活支援体制の推進を図る。 ②協議体を既存の会議の枠組みを活用して実施	①第1層5名、第2層3名の生活支援コーディネーターを配置。第2層はNPOに業務委託し、15包括を3圏域に分け、それぞれに1名、生活支援コーディネーターを配置した。主にネットワークづくりに取り組み、地域づくり交流会を実施し、成果を地域と共有する機会を設けた。 ②第1層は市地域ケア会議が、第2層は地域包括ケア推進会議が協議体としての役割を果たした。	○	第2層において、地域課題やニーズの把握、資源や取組とのマッチングを行い、それらが住民主体の取り組みとして継続されるようコーディネーターの役割や体制について見直ししながら、機能の充実を図っていく。今後、地域ケア会議と2層ワーキング、他の事業等との連動を意識した取組や体制について検討する必要がある。

項目番号	第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和3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
4	①自立支援、介護予防、重度化防止	今後認知症の人の増加が予想されるなか、認知症の普及啓発が必要とされる。	認知症施策の総合的な推進 認知症サポーター養成講座 認知症ガイドブックの普及・活用	①認知症サポーター受講数の増加 ②市役所正規職員のサポーターの受講推進 ③認知症相談窓口の認知度の向上	認知症サポーター養成講座受講者:31,016人(1,905人増)。うち、小・中・高・大・専門生:4,043人(985人増)、市職員:3,388人 新たに認知症ガイドブックの相談窓口マップ版を作成し、関係機関での設置、イベント等で広く配布した。	◎	学校向け及び企業向け認知症サポーター養成講座の開催の充実を図っていく。特に企業向けの講座は、見守り協定締結事業者をはじめ、認知症施策に関わる事業所へのアプローチが必要となる。認知症に関する情報やサービスが活用され、効果的な普及啓発となるよう、3種類の認知症ガイドブックの改訂を図る。
5	①自立支援、介護予防、重度化防止	今後認知症の人の増加が予想される。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症施策の充実を図る。認知症の人や家族の支援を行う本市独自のボランティア「オレンジ協力員」の養成や活動の充実を図る。	認知症施策の総合的な推進 オレンジ協力員	オレンジ協力員とは専門職と連携し、認知症の人やその家族の話の傾聴や認知症カフェ・サロンの運営補助等実践的な支援を行うボランティアである認知症の地域支援を推進する観点から、地域包括支援センター、松戸市社会福祉協議会と連携し、オレンジ協力員の養成を推進する。	オレンジ協力員登録者数1,055名、うち実活動者数382名。 オレンジ協力員ステップアップ研修を開催(市社協委託)。チームオレンジの拡充に向け、活動方針や研修内容について検討し、実施した。	○	コロナ禍で活動の場が減少しているため、新たな活動の場やつながりの創出を検討していく必要がある地域包括支援センター、松戸市社会福祉協議会と連携し、今後はチームオレンジとして多様な支援について検討していく。
6	①自立支援、介護予防、重度化防止	認知症早期把握・アセスメント事業の実施による支援体制の充実	認知症施策の総合的な推進 まつど認知症予防プロジェクト	①軽度認知症の人を早期に把握し、認知機能の維持・改善をめざす ②令和5年度末までに新規実施件数243件をめざす	令和2年度 新規実施件数 159件(17機関) 令和3年度 新規実施件数 164件(15機関) まつど認知症予防プロジェクトの実施者数を増やすため、周知チラシを同封したマスクを作成し、配布した。	○	実施機関の拡充や実施方法の再検討するとともに、まつど認知症予防プロジェクトの普及啓発を図っていく。また、経年的な実施の効果検証を行っていく。

項目 番号	第8期介護保険事業計画に記載の内容				令和3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
7	①自立支援、介護予防、重度化防止	認知症早期支援・予防の推進	認知症施策の総合的な推進 認知症初期集中支援チーム	①多職種によるアセスメントや連携支援により、認知症支援の質向上および初期集中支援チームの機能向上を図る ②認知症初期集中支援チーム検討委員会で、事業の効果検証や評価を行う	①認知症初期集中支援チームを全15地域包括支援センターに設置 ②検討委員会を認知症研究会の中で実施した。また、オレンジサポートチーム事例集を作成	◎	認知症支援のチームごとの差の是正(支援の質の向上、均一化)を図る。介入支援が有効であった事例をまとめ、各地域包括での共有と活用を図る。
8	①自立支援、介護予防、重度化防止	地域においては、高齢者の親と障害者である子で構成される世帯や、育児と介護に同時に直面するダブルケアなど、課題が複合化している事例も多く存在しており、高齢者以外の分野も含めた支援の重要性が高まっている。	地域包括支援センターの多世代型対応への深化 地域共生社会	①地域包括支援センターの多世代型対応への深化 ②他分野における相談機関の連携の推進	①地域包括支援センターで受けた、多分野に関わる課題を抱えた相談件数は令和3年度で498件。 ②多分野の相談機関で構成される福祉相談機関連絡会を開催。(令和3年度:4回)	◎	地域包括支援センターにおいて「属性を問わない相談(断らない相談)」(包括的相談支援)を実施し、今後も速やかに関係機関等との相互連携を図り、課題解決に向けて取り組んでいく。
9	②介護給付等費用の適正化		(1)要介護認定の適正化	(1)認定調査状況チェックの実施件数 (委託による認定調査票の全件)	(1)委託による認定調査票の全件	◎	(1)委託により全ての認定調査票等のチェック・点検を実施するなど、要介護認定の適正化を図っている。
10	②介護給付等費用の適正化	○高齢化の進展に伴って、介護給付費が増大していく状況を踏まえ、介護給付費の適正化を通じて、効果	(2)ケアプラン点検	(2)ケアプラン点検の対象事業者数 (令和5年度目標 45事業所)	(2)30件実施	○	ケアプラン点検については、運営指導(旧実地指導)と同日に実施。 今後も運営指導と同日にケアプラン点検を行う。目的の切り分けを明確にし、サービスの質の向上を目的として実施していく。
11	②介護給付等費用の適正化	○高年齢の進展に伴って、介護給付費が増大していく状況を踏まえ、介護給付費の適正化を通じて、効果	(3)住宅改修・福祉用具購入・貸与の点検	(3)住宅改修・福祉用具購入・貸与の点検に係る現地調査の実施件数 (令和5年度目標 6件)	(3)住宅改修 0件、福祉用具購入 1件、福祉用具貸与 0件	△	(3)申請書類から現状が分かりにくいケースについて、電話等により聞き取りを行った。引き続き、適正化を図っていく。
12	②介護給付等費用の適正化	○高年齢の進展に伴って、介護給付費が増大していく状況を踏まえ、介護給付費の適正化を通じて、効果	(4)縦覧点検・医療情報との統合	(4)縦覧点検・医療情報との突合の実施件数 (疑義のある全件)	(4)疑義のある全件 (縦覧点検 332件、医療費突合 95件)	◎	(4)国民健康保険団体連合会の審査情報を基に、重複請求等を点検し、誤った請求を是正した。
13	②介護給付等費用の適正化	○高年齢の進展に伴って、介護給付費が増大していく状況を踏まえ、介護給付費の適正化を通じて、効果	(5)介護給付費通知	(5)介護給付費通知の対象 (すべての利用者)	(5)すべての利用者 22,986人	◎	(5)利用者に1年間のサービス実績を通知し、実際に利用したサービスとの整合性を確認してもらうことで、事業者による不正請求の防止及び過剰なサービスの抑制を図った。