

介護保険法第117条に基づく第7期介護保険事業計画の取組実績（令和2年度分）について

区市町村は、介護保険法第117条により、厚生労働大臣が定める介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（基本指針）に即して、3年を一期とする介護保険事業計画（以下「計画」という。）を定めることとされている。

そして、同法改正により、第7期計画（平成30年度～令和2年度）から新たに、計画の基本的（必須）記載事項の一つとして、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等の予防又は軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等の適正化への取組と目標（設定）を記載することが示された（同条第2項）。また、計画に定めた取組と目標についての自己評価を行い、その結果を都道府県知事へ報告するとともに、公表に努めることとされた（同条第8項）。

計画に記載した取組と目標について、令和3年5月に各所管において自己評価を行い、東京都へ報告した。なお、自己評価結果について、学識経験者や保健医療・社会福祉関係者、介護保険事業者、区民公募委員等によって構成される高齢者保健福祉・介護保険事業計画委員会に報告するとともに、板橋区公式ホームページにて公表する。

1. ひとり暮らし高齢者への見守り体制の拡充及び社会参加の促進

具体的取組：住民運営による通いの場の立ち上げ・継続支援

取組の内容：「高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング(※1)」を行う、住民運営グループの地域展開を目指し、介護予防と閉じこもり予防を推進する。

※1. 群馬大学が開発した介護予防の効果が実証されている筋力トレーニング

➤目標と実績

	目標値	実績値			
	平成30年度～令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	計
立ち上げグループ数	60グループ	36グループ	30グループ	19グループ	85グループ
通いの場の登録者数	900人	666人	1,470人	1,395人	

➤グループ立ち上げ等の支援事業（※2）

		動機づけ支援		立ち上げ支援	継続支援		
		10の筋トレ		グループへのリハ職派遣	地区合同筋トレ 〔体力測定 運動講習〕	区合同筋トレ	地域リハビリテーション 介護予防推進連絡会
		体験講座	出前説明会				
30年度	実施回数	12回	51回	92回	12回	1回	1回
	参加人数	404人	944人	1,195人	423人	105人	92人
元年度	実施回数	10回	37回	143回	8回	1回	0回
	参加人数	174人	1,010人	1,974人	366人	145人	0人
2年度	実施回数	4回	4回	39回	3回	0回	0回
	参加人数	79人	54人	450人	125人	0人	0人

➤自己評価（「◎達成できた、○概ね達成できた、△達成はやや不十分、×全く達成できなかった」）

【○】 目標を概ね達成できた。

グループ数は19増えて85グループとなったが、感染症対策によるグループ人数の条件変更（10人程度⇒3人以上程度）により、登録者数は75名減少し、1,395人であった。

また、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、事業は計画の1/3程度の実施となったが、活動継続のための新たな取り組みとして、「10の筋トレ」動画配信、各グループ参加者に向けた筋トレ通信4刊の発行、グループリーダー対象の感染症対策講座等を実施した。

なお、緊急事態宣言を経て活動を再開したグループに対する活動自粛の影響等を調査した結果、身体機能が低下したと感じる方が21%、心細さなど不安感が増したと感じる方が16%あったため、ZOOM

を活用した「オンライン 10 の筋トレ」を 10 月から開始し、身体機能の維持と参加者同士の交流の継続を目指した。

第 7 期計画期間を通じて、グループ数、参加者数とも目標値を超えて達成した。第 8 期計画においても、グループの立上げと活動の継続を支援しながら、オンラインも含め引き続き取組を拡充していく。

※2. 前ページ「➤グループ立ち上げ等の支援事業」の表内には掲載されていないが、令和 2 年度はコロナ禍においても活動を継続できるようオンラインによる 10 の筋トレを試行的に開始し、26 回実施 (260 名が参加) した。

2. 在宅療養を支援するための医療・介護関係者の連携強化

具体的取組：地域ケア会議の充実

取組の内容：地域包括支援センター等が主催する会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確にし、共有することで、地域包括ケアシステムの実現に向けて連携を強化する。

➤目標と実績

	目 標 値 平成30年度～令和2年度	実 績 値			
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	
在宅療養ネットワーク懇話会	各年度2回の開催	回数	2回	1回	1回
		参加人数	227名	113名	13名
地区ネットワーク会議	各地域包括支援センターが各年度1回以上実施(合同開催含む。)	回数	14回	14回	14回
		参加人数	338名	319名	201名
小地域ケア会議	各地域包括支援センターが各年度2回以上実施(合同開催含む。)	回数	29回	23回	29回
		参加人数	770名	674名	596名
地域リハビリテーションサービス調整会議	各年度9回実施	回数	9回	9回	8回
		参加人数	209名	231名	118名

➤各種地域ケア会議の概要

在宅療養ネットワーク懇話会 (地域ケア推進会議)	【概要】
	各職種の取組内容の発表、グループワークによる事例検討等を通じて、医療・介護の連携を進める上での課題を共有し、課題解決に向けた議論を行うことで、地域での医療・介護関係者のつながりを深め、高齢者の在宅療養における医療・介護連携を高める。
	【参加者】 医療関係者、介護サービス事業者、在宅療養に関わる専門職等
地区ネットワーク会議 (地域ケア推進会議)	【概要】
	地域で高齢者等を支援する機関及び団体等とのネットワーク化を図り、地域包括支援ネットワークの構築を進める。
	【参加者】 医療関係者、介護サービス事業者、NPO、ボランティア、民生委員等
小地域ケア会議 (地域ケア個別会議)	【概要】
	多職種の協働による個別ケースの検討を通じて、地域包括支援ネットワークの構築、自立支援につながるケアマネジメントのスキルアップ、地域課題の把握等を行う。
	【参加者】 ケアマネジャー、介護サービス事業者等
地域リハビリテーションサービス調整会議 (地域ケア個別会議)	【概要】
	リハビリテーション専門職を含む多職種が協働して個別ケースを検討することにより、要支援者等の自立支援、参加者のスキルアップ、行政課題の発見及び解決策の検討等を行う。
	【参加者】 医師、リハ専門職、療養相談室看護師、ケアマネジャー等

➤自己評価（「◎達成できた、○概ね達成できた、△達成はやや不十分、×全く達成できなかった」）

【○】 目標を概ね達成できた。

在宅療養ネットワーク懇話会では、多職種による合同研修と研修後にグループ討議を行うことで、職種間の理解が深まり、連携が進んだ。

小地域ケア会議においては、個別事例の検討や解決に向けた関係者のネットワークや困難事例の共有を図った。また小地域ケア会議で把握した地域課題等を、多職種で構成する地区ネットワーク会議において共有し、解決の方向性を検討した。

一方、各種地域ケア会議は、個別事例や地域課題の共有が中心であるため、第7期計画期間中の実施を通じて、地域課題の解決に向けた政策形成機能の強化が必要であることが課題となった。第8期計画においては、地域ケア会議等で把握した地域課題を政策形成につなげることができるよう体系的に整理し、各会議の位置付けの明確化、課題解決に向けた政策形成機能の強化に向けて取り組む。

3. 認知症予防の推進及び認知症高齢者の早期把握と適時・適切な支援

具体的取組：認知症初期集中支援事業の拡充

取組の内容：認知症の疑いのある方に対し、適時・適切な医療、介護等を支援するため、全地域包括支援センターに認知症初期集中支援チーム（※3）を設置する。

➤目標と実績（括弧内の数値は累計設置数を表している。）

	目 標 値			実 績 値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
認知症初期集中支援チーム設置数	2 (15) チーム	4 (19) チーム	－ (19) チーム	2 (15) チーム	4 (19) チーム	－ (19) チーム

➤初期集中支援チーム活動実績

	チーム数	支援対象者数 (実数)	訪問回数 (延べ)	チーム員会議数
30年度	15	70人	20回	87回
元年度	19	67人	16回	100回
2年度	19	80人	8回	87回

➤自己評価（「◎達成できた、○概ね達成できた、△達成はやや不十分、×全く達成できなかった」）

【○】 目標を概ね達成できた。

コロナ禍においても全てのチームで活動を継続し、令和2年度の支援対象者数は80人と増加した。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で訪問が困難であり、チーム員会議についても予防対策を講じながらの活動で会議数は減少している。

平成28年度から設置を開始した認知症初期集中支援チームは、第7期計画期間中に全地域包括支援センターへの配置を目標としていたが、令和元年度に配置を完了し目標を達成した。

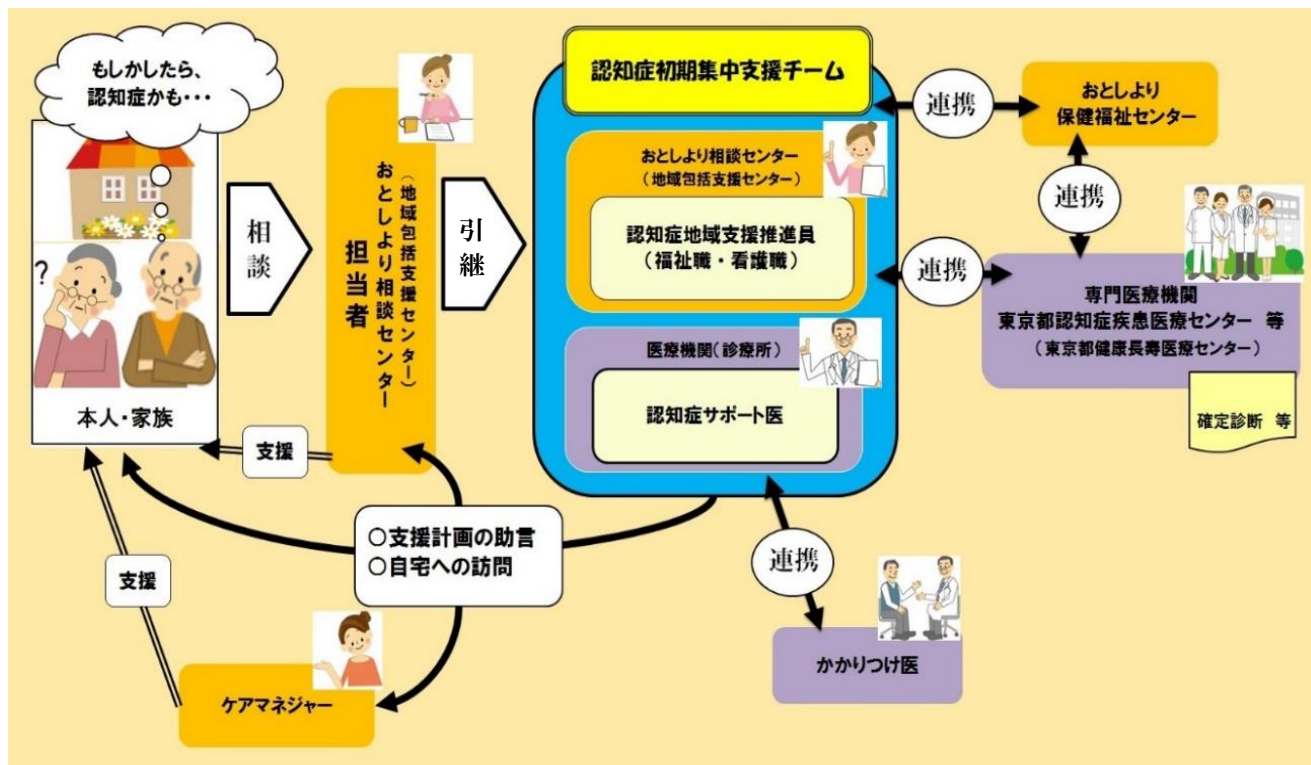
全地域包括支援センターへの配置完了により、認知症疾患医療センター（※4）や認知症の診療を行う医療機関、医師会、介護関係機関との連携が強化され、地域で偏りない認知症の診断やその後の医療・介護サービス継続のための体制構築に寄与した。第8期計画においても、引き続き支援対象者を適切な医療・介護サービスへとつなげていく。

※3. 認知症初期集中支援チームは、適切な医療や介護等につなげていない認知症の疑いのある人や認知症の人および家族に対し、認知症の専門的な知識・技能を有する認知症サポート医と地域包括支援センターの認知症地域支援推進員等による多職種のチームで訪問等により支援する。

※4. 認知症の人とその家族を支援する体制を構築するために、医療機関相互や医療と介護の連携の推進役として東京都が指定する医療機関等をいい、板橋区では東京都健康長寿医療センターが指定を受けている。

➤参考：支援の流れ（例）

- ① 認知症に関する困りごとを高齢者本人又は家族が、地域包括支援センターへ相談
- ② 地域包括支援センターで適切な医療や介護等につながない等の課題があり、認知症初期集中支援事業の利用対象と判断したときは、チームに引き継ぐ。
- ③ 初期集中支援チームはチーム員会議開催、訪問等により、本人・家族が必要とする支援内容を検討し、医療及び介護サービスにつなぎ、その後、日常的な医療・介護支援に引き継ぎ支援を終了する。



4. 今後の取組実績について

昨年度は新たに、令和3年度から3ヶ年を計画期間とする第8期介護保険事業計画（板橋区高齢者保健福祉・介護保険事業計画2023）を策定した。

第8期介護保険事業計画期間においても、毎年度、施策の実施状況等について点検及び評価を行い、団塊世代の全てが75歳以上となり、地域包括ケアシステムの構築の目途としている令和7年、更には現役世代人口の急減に直面する令和22年を見据えた、第8期計画(PLAN)期間中での事業への取組(DO)、確認(CHECK)、改善(ACTION)のPDCAサイクルの展開によって、必要に応じて見直しを行うことで実効性を高めていく。

PDCAサイクルのスケジュール

