

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果	
項目名	
地域包括支援センター等の機能強化□	
目標を設定するに至った現状と課題	
<p>高齢化の進展に伴う相談件数や困難事例の増加に加え、地域包括支援センターに求められる役割は多様化している。期待される機能を発揮するためには、業務量に応じた人員配置、職員の育成、資質向上等を図る必要がある。</p> <p>また、市町村、地域包括支援センターが開催する地域ケア会議は、地域包括ケアシステム構築の有効なツールであると介護保険法に明確に位置づけられた。これらのことから、地域包括支援センターの機能強化を図るため、各市町村に対する支援を行う。</p>	
取組の実施内容、実績	
<p>(1) 地域包括支援センター職員の資質向上</p> <p>①地域包括支援センター職員研修（階層別研修：初任者、現任者、指導者）</p> <p>②介護予防支援従事者研修</p> <p>(2) 自立支援型地域ケア会議実施体制構築のための支援</p> <p>①市町村にアドバイザーを派遣（8市町村）</p> <p>②薬剤師、栄養士、歯科衛生士を対象にした研修会の開催（薬剤師会、歯科衛生士会各1回）</p>	
自己評価	
<p>地域包括支援センターの委託による設置が増加する中、各研修を通じ、職員の資質向上を図ることができた。また、全市町村で実施している自立支援型個別ケア会議について、運営方法や地域課題の抽出など、各市町村の抱える課題に対して専門職のアドバイザーを派遣し、効果的な会議運営に向けた伴走的支援を行った。</p>	

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要

- ・ 地域包括支援センターの体制強化やケアマネジメント支援については、「達成できた」又は「概ね達成できた」とする市町村が多かった。
- ・ 地域包括支援センターに寄せられる相談内容や地域の課題は複雑化・複合化してきており、対応に負担や課題を抱える市町村が増えている。
- ・ 地域ケア個別会議については、個別ケースから地域課題の抽出に至らないとする市町村や、地域ケア推進会議へつながらないと回答する市町村が多い。また、一部の市町村においては、マンパワーの不足や事例の欠如により個別会議の開催に困難を感じている。
- ・ 地域包括支援センターを委託で設置する市町村も多いことから、保険者として考えを示す必要性が感じられる。

ウ まとめ（ア及びイから考察した現状・課題と対応策）

- ・ 地域包括支援センター職員の資質向上のため、県として階層別の研修会は継続して実施する必要がある。
- ・ 地域ケア会議について、アドバイザーによる個別支援を継続するとともに、個別会議から推進会議への展開がスムーズになされるよう、全体研修も併用しながら伴走的な支援を実施する。
- ・ 市町村の好取組を共有できるよう、担当者の情報交換の機会を設けていく。

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果

項目名

在宅医療と介護の連携

目標を設定するに至った現状と課題

高齢化の進展に伴い、慢性疾患の増加により疾病構造が変化し、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まっている。また、急性期の医療から在宅や介護施設での医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく提供される体制が必要である。こうしたことから、できる限り住み慣れた地域での療養を希望する高齢者が、その有する能力に応じて自立した日常生活を送れるよう、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制の充実を図るとともに、保健・医療・介護等の関係機関による連携体制を構築するものである。

取組の実施内容、実績

- 1 主な取組実績
 - (1) 地域医療介護拠点の形成
 - ・ 県医師会による地域医療介護連携拠点形成のための取組支援
 - ・ 市町村が実施する在宅医療・介護連携の取組に対する地域の実情に応じた支援（全地域）
 - (2) 在宅医療基盤整備
 - ・ 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の設備整備に対する支援（19か所）
 - ・ 訪問看護支援ステーション（6か所指定）による訪問看護事業所への研修や各種相談支援の実施
 - (3) 在宅医療介護人材育成事業
 - ・ 関係団体等が実施する多職種連携研修や職種別研修に対する支援（19事業）
 - (4) 医療介護連携推進支援
 - ・ 要介護状態の患者の自宅への退院準備に際し、病院からケアマネジャーに引き継ぐ「退院調整ルール」の定着状況を確認するため、ケアマネジャーに対するアンケート調査を実施
 - ・ 人生最終段階における患者（本人）の意思決定支援に関する研修を実施
 - ・ 入院から在宅療養へ円滑な移行、安心した在宅療養のための冊子の作成（12,000部）

2 主な目標指標の進捗状況

目標項目	策定時の値		直近値		目標値(R8)
	数値	年次	数値	年次	数値
退院調整ルールに係る退院調整漏れ率(%)	15.5	R3	12.4	R6	10未満
訪問診療を実施している病院・診療所数(か所)	480~503	R3	475~502	R5	519
在宅療養支援診療所数(か所)	256	R3	257	R7	274
訪問看護事業所数(か所)	228	R3	265	R6	251
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数(か所)	204	R3	249	R5	231
在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数(か所)	237~259	R3	245~264	R5	293

自己評価

計画に掲げた具体的な取組については、概ね計画的に実施できた。また、目標指標についても、計画策定時の値よりも改善しており、順調に推移している。

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要

多くの市町村で、在宅医療・介護連携支援センターを中心として、在宅医療・介護連携に取り組んでおり、8割以上の市町村において、「達成できた」、「概ね達成できた」との前向きな自己評価を行っている。

一方、計画に掲げた取組のうち、既存の事業等をさらに深化させるような達成が難しい項目を掲げている一部市町村において、「達成がやや不十分」等の自己評価をしている状況が見受けられた。

ウ まとめ(ア及びイから考察した現状・課題と対応策)

県内の多くの市町村では、在宅医療・介護連携推進事業を郡市医師会に委託し、「在宅医療・介護連携支援センター」を中心として、地域における在宅医療・介護連携に係る課題の抽出や対応策を検討するとともに、抽出された課題の解決のため、各種研修会の開催、関係者等からの相談対応、在宅医療に係る住民啓発、顔の見える関係づくりなどに取り組んでおり、医療と介護の円滑な連携体制の構築が進みつつある。

一方で、中山間地域等においては、在宅医療・介護に係る資源が限られており、訪問診療や訪問看護の提供体制の確保が課題となるなど、県内での地域間の格差も大きい。

こうしたことから、県としては、希望する県民が住み慣れた地域で最期まで安心して暮らし続けることができるよう、引き続き県医師会等の関係団体と連携しながら、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施に向けたきめ細かな支援を行うとともに、在宅医療・介護サービスの基盤整備や保健・医療・介護等の関係機関による連携体制の構築に向けた取組を推進していく。

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果
項目名
認知症総合支援
目標を設定するに至った現状と課題
<p>本県の認知症又はMCIの高齢者は、令和6年に国が公表した調査結果から推計すると、令和2（2040）年には19万人以上になると想定され、高齢者の約3人に1人が認知症又はその予備軍に該当する計算となる。認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、早期診断・早期対応を行う体制整備、正しい知識の普及、本人や家族への支援体制の構築が重要である。</p>
取組の実施内容、実績
<p>1) 普及・啓発の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーターの養成・活躍支援に係る研修会の開催（キャラバン・メイト養成研修（1回）、チームオレンジ設置に向けたコーディネーター研修（1回）、アドバイザー派遣（8市町村） ・ 認知症普及啓発イベント「認知症トゥギャザー！」開催 ・ 認知症アンバサダーによる普及啓発（イベント出演（3回）、ラジオ出演（1回）） ・ 認知症本人大使「ぐんま希望大使」の委嘱、派遣事業や動画制作の実施 <p>(2) 適時・適切な医療・介護等の提供と相談体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症疾患医療センター13カ所の設置・運営 ・ 認知症サポート医養成研修へ県内医師を派遣（12名） ・ 認知症地域支援推進員、初期集中支援チーム等の養成研修受講費補助 ・ 認知症対応力向上研修の開催：かかりつけ医（3カ所）、病院勤務の医療従事者（1カ所）、歯科医師（1回）、薬剤師（1回）、看護師（1回）、病院勤務以外の看護職員等（1回） <p>(3) 若年性認知症施策の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症支援コーディネーターを認知症疾患医療センター12カ所に設置 ・ 若年性認知症支援研修会（1回） <p>(4) 認知症高齢者介護家族等支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症本人家族等の相談窓口「認知症の人と家族のための電話相談」の設置 ・ 認知症疾患医療センターにおける本人ミーティング開催（3機関計4回） <p>(5) 地域支援体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症施策推進会議の開催 ・ 市町村認知症施策担当者研修会の開催

自己評価

認知症の支援に係る人材育成や地域支援ネットワーク構築に向け、計画的に事業に取り組んだ。

本人大使の委嘱やミーティング、若年性認知症支援研修会での講演を通じ、本人の思いを知り施策に生かすという認識の普及を推進した。

市町村担当者の研修会では、グループワークを通じて好事例の横展開に資することができた。

認知症疾患医療センターを2次保健医療圏ごとに設置し、さらに中核型を除くセンターに若年性認知症支援コーディネーターを配置し、身近な地域での医療、相談支援体制を整えることができた。

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要

・認知症サポーター養成講座や住民向けの普及啓発活動については、目標に対して「達成できた」又は「概ね達成」と回答する市町村が多い。活動が停止している認知症カフェの再開が進まないこと等から「やや不十分」とする市町村もあった。

・チームオレンジの設置が進む市町村がある一方、認知症サポーターの活用に苦慮する市町村があり、地域差がみられた。

・認知症地域支援推進員の活動が未確立であったり、役割の棲み分けに問題意識を持つ市町村がある。

・本人ミーティングなど本人の意見を施策に反映させる取組が浸透しつつあるが、参加者の確保や本人の視点を取り入れた企画の立案を課題とする市町村もあった。

・新しい認知症観の普及啓発を課題に挙げる市町村が出てきている。

ウ まとめ（ア及びイから考察した現状・課題と対応策）

・認知症サポーターについては、概ね順調に養成ができているが、養成したサポーターの活躍の場について検討が進まない市町村もあることから、県内の好事例を共有するほか、ステップアップ研修の企画についても支援していきたい。

・本人ミーティングについて、関心はあるものの単独での開催が困難な市町村もあることから、認知症疾患医療センターと連携した取組を継続していきたい。

・市町村において、認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえた市町村計画の策定や施策の立案が促進するよう、研修会開催等により支援していきたい。

・認知症施策全体において、個々の事業の実施が目的になってしまう傾向がある。各事業の目的に対する理解のもとに事業間の連携が進み、認知症の人や家族を支える包括的な支援体制の構築につながるよう支援策を検討したい。

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果	
項目名	
介護予防・日常生活支援 (自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用)	
目標を設定するに至った現状と課題	
<p>高齢者ができるだけ要介護状態にならず、健康を維持していくこと、また、要介護状態になった場合においても、その状態を悪化させないようにする介護予防の取組の推進は重要な課題である。</p> <p>このため、適切な支援が切れ目なく提供される地域リハビリテーションの推進体制を構築するとともに、市町村とリハビリテーション専門職の連携によって住民主体の通いの場の充実を図り、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できるよう、高齢者の社会参加を推進する。</p>	
取組の実施内容、実績	
<p>(1) 地域リハビリテーションの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・群馬県地域リハビリテーション支援センター1か所、地域リハビリテーション広域支援センター12か所を設置し、市町村が実施する介護予防サポーター養成や地域ケア会議等に参画。フレイル予防啓発活動やリハビリ専門職として通いの場にも関与。 <p>(2) 地域リハビリテーション協議会の開催（県全体1回、各圏域でも地域リハビリテーション推進協議会を開催）</p> <p>(3) フレイル予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フレイルサポーター交流会の開催 	
自己評価	
<p>介護予防の取組は、地域リハビリテーション支援センターと連携して市町村支援を行っており、計画に沿って概ね計画的に事業を実施できている。</p> <p>令和6年度は初の試みとして、市町村の介護予防サポーター及びフレイル予防推進リーダーを対象とした交流会を開催し、フレイル予防の必要性や通いの場の活用などを改めて学び各市町村の取組を共有するとともに、ネットワーク形成につなげることができた。</p> <p>また、地域リハビリテーション推進協議会をオンラインで開催し、地域の行政・保健・医療・福祉・介護等の他職種による協議の場を設けることで連携が図られ、市町村事業等におけるリハビリテーション専門職の関与につながっている。</p>	

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要

- ・介護予防サポーター養成講座や介護予防教室については再開が進み、「達成できた」又は「概ね達成できた」とした市町村が多く見られた。一方で、養成したサポーターの活動機会の確保や、通いの場の運営を担う住民ボランティアの高齢化や担い手不足、参加者の固定化が課題となっている。
- ・介護予防事業や通いの場へのリハビリテーション専門職の関与については、地域差はあるものの進展がみられた。

ウ まとめ（ア及びイから考察した現状・課題と対応策）

- ・通いの場におけるフレイル予防の取組の支援としてリハビリテーション専門職を派遣する実証事業については、実施希望の市町村が減少傾向にあり、令和6年度は実績なしとなった。市町村のニーズを捉えて事業内容の見直しを行い、活用を図りたい。
- ・多様なサービスが求められる一方、介護人材の確保や事業者の理解などに課題を感じ、従前相当サービスからの移行が進まない市町村がある。総合事業の目的などについて保険者が学び直す機会が必要である。
- ・地域でのフレイル予防への関心は高まっていることから、引き続き地域リハビリテーション広域支援センターを中心とした地域の専門職のネットワーク構築を進めていきたい。

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果	
項目名	
生活支援体制整備	
目標を設定するに至った現状と課題	
<p>生活支援を要する高齢者が地域で安心して生活していくため、各市町村では地域の実情に応じて、多様な担い手による多様な生活支援サービスの充実を目指し、協議体の整備及び生活支援コーディネーターの配置が行われている。</p> <p>各市町村の生活支援等の支え合い体制を構築・推進するため、各地域における協議体及び生活支援コーディネーターに対する支援が求められている。</p> <p>このため、相談応需や生活支援コーディネーターの養成及び資質向上、市町村職員を含めた情報共有の場を設けるなど、各市町村の取組の支援を行う。</p>	
取組の実施内容、実績	
<p>(1) 生活支援コーディネーターの養成及び資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援体制整備事業研修の実施（基礎研修、フォローアップ研修 各1回） <p>(2) 生活支援コーディネーターの圏域ブロック別情報交換会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> コーディネーター同士の課題共有、情報交換を通じて、コーディネーターの孤立を防ぎ、課題解決、地域づくりを促進（5ブロック、36回開催） <p>(3) 生活支援体制整備支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援体制整備に関する相談窓口を設置 市町村の求めによりアドバイザーを派遣（8市町村、19回派遣） 	
自己評価	
<p>市町村単位では担当者が代わると事業の基本的知識が引き継がれないことが多いことから、基礎研修では初任のコーディネーター及び市町村担当者に対し、事業の基礎について講義を行い、事業目的やそれぞれに求められる役割を整理することができた。</p> <p>また、ブロック別情報交換会や協議体への視察研修を行うことで、課題共有や情報交換を行うことができたほか、アドバイザー派遣では、各市町村が抱える個別課題に対し、よりきめ細やかな支援を行うことができた。</p> <p>引き続き、コーディネーターと行政担当者の緊密な連携を図り、各市町村の目指すべき姿を共有しながら生活支援体制整備を進めていけるよう支援を行う。</p>	

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要

- ・協議体の立ち上げが進展した市町村もあり、「概ね達成できた」と回答した市町村が多かった。
- ・住民主体の協議体運営や住民主体の地域資源の掘り起こしなど、地域の主体性を損なわない体制づくりが課題として多く上がっている。
- ・生活支援コーディネーターが地域ケア会議に参加する市町村も多くあるが、会議で把握した地域課題やニーズの協議体との共有や生活支援サービスの開発が課題となっている。

ウ まとめ（ア及びイから考察した現状・課題と対応策）

- ・地域によって課題やニーズが様々であることから、事例の紹介や協議体への視察研修を通じた横展開ができるよう、支援していきたい。
- ・生活支援コーディネーターが地域の実情や資源を把握できていないことを課題とする市町村も複数あることから、生活支援コーディネーターがどのように地域や協議体に関わるか、研修や情報交換会を通じてスキルアップを図りたい。
- ・委託で実施する市町村が多く、行政担当者や地域包括支援センターと生活支援コーディネーターの連携が緊密に取られるよう働きかける必要がある。

別紙 2

介護保険事業支援計画に記載した、市町村が行う自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組の支援についての目標（令和6年度）に対する自己評価結果

都道府県名：群馬県

ア 取組の支援についての自己評価結果
項目名
介護給付費の適正化
目標を設定するに至った現状と課題
<ul style="list-style-type: none"> ・制度が広く普及・定着してきた一方で、給付費が急増し、これに伴う介護保険料の上昇と併せて将来に向けた大きな課題。 ・一部事業者による不正請求や不適切なサービス提供・請求など、事業者への適切な指導・監査が必要。 ・不適切な給付の削減により、制度の信頼感を高め、給付費用及び介護保険料の抑制を通じて「持続可能な介護保険制度」の構築を目指す。
取組の実施内容、実績
<p>直近の実績（R6 年度）</p> <p>①要介護認定の適正化 指定居宅介護支援事業所等に委託している認定調査の結果について、市町村職員による点検を実施・・・実施率97.1%（34／35）</p> <p>②ケアマネジメントの適切化 居宅介護支援事業所が作成したケアプランについて、地域の実情にあった方法により、市町村職員等による点検を実施・・・実施率82.9%（29／35）</p> <p>③医療情報との突合・縦覧点検 「医療保険と介護保険の情報を突合し、重複を確認」又は「複数月にまたがる支払状況を確認し、算定回数・日数等を点検」等を実施・・・実施率94.3%（33／35）</p> <p>④給付実績の活用（医療情報との突合・縦覧点検を除く）適正化システムで抽出された情報（誤請求・不適切な請求・不正請求の可能性を示すデータ）について、定期的な点検を実施・・・実施率77.1%（27／35）</p>
自己評価
<ul style="list-style-type: none"> ・予定どおり実施している市町村が多いが、引き続き全市町村で実施されるよう、機会を捉えて促進していく。

※複数項目に分ける場合には、項目ごとに様式を分けて記入する。

イ 管内保険者の自己評価結果の概要
<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定の適正化や医療情報との突合・縦覧点検の実施率が高く、一方でケアプランの点検や給付実績の活用の実施が不十分となっている。人員不足や提供されているデータの利活用ができていないことなどが要因と考えられる。

ウ まとめ（ア及びイから考察した現状・課題と対応策）
<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き市町村の効果的な取組を推進していけるよう、取組状況の分析・評価を適切な方法で実施し、保険者機能強化の更なる支援策を検討する必要がある。