

第8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【自立支援、介護予防又は重度化防止】

由布市

項目	現状と課題	取組	目標	取組状況と実績	自己評価	次年度対応策	計画掲載ページ	
◆ 自立支援、介護予防又は重度化防止 ◎項目名を記入してください。	◎目標を設定するに至った現状と課題(「取組と目標」を設定した背景)を記入してください。	◎第8期における具体的な取組 ・「現状と課題」に記入した課題等を解決するため、第8期計画に記載した取組を記入してください。	◎「取組」に対し、計画に記載した目標を記入してください。	◎令和3年度の実績を記入してください。	◎目標に対する実績、及び「理想像」に近いのかどうかという観点から自己評価を行い、その結果をプルダウンで選択してください。 「◎」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	◎左記自己評価について、どのような理由からそのような評価を行ったのか、記入してください。 ・目標の達成状況に関する調査及び分析内容(達成できた背景、達成できなかった要因・課題等)について記入すること。	◎左記自己評価を受けて、今後の対応策等を記入してください。 ◎「取組と目標」が記載されているページを記入してください。	
1 通いの場への参加率	高齢者のニーズを調査した結果、多くの人が地域の健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向を持っているものの、実際に参加している割合は低い。その要因として身近で気軽に参加できる活動が少ないことがあげられる。	茶話会やレクリエーション等、高齢者が生活に潤いを感じられる活動を行うことで介護予防や生きがいづくりを促進し、充実した生活を送ることを推進するとともに、高齢者自身が支える側になる等、参加者相互の交流を通じ地域内での支え合い体制の確立を図ります。	通いの場参加率 (通いの場ガイドブック掲載団体の参加者数/介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の対象者) R2:9.1% → R5:15%	取り組み:通いの場ガイドブックやゆふいんラヂオにより通いの場の周知実施。送迎サービス保険料の補助を行い、交通手段がない方でも通える体制整備を実施。 実績:12.8%	◎	お茶の間サロン登録数がR2年67件からR3年は90件と大幅に増加。通いの場が増加することで、通いの場に参加する方も増加し、高齢者の生きがいづくりや介護予防の推進につながったと考える。	引き続き、通いの場ガイドブックやゆふいんラヂオ等を通して通いの場の周知を行うとともに、体力測定会等、他事業との連携を行うことで通いの場の参加率増加を目指す。	36、81
2 介護予防・生活支援サービス事業からの卒業率(=一般介護予防事業への移行率)	短期集中予防サービスを令和2年11月より開始。また地域の通いの場も増加してきており、介護予防・生活支援サービス事業から卒業できる体制づくりを進めているが、R2年度時点の卒業率は1.6%と大変低いため、より一層の事業推進が求められる。	短期集中予防サービスを強化、推進していきます。	介護予防・生活支援サービス事業からの卒業率(=一般介護予防事業への移行率) R2:1.6% → R5:10%	取り組み:随時利用者を受付、事業実施。また短期集中予防サービス事業受託事業所への実地支援や、介護予防ケアマネジメントに関する検討委員会を立ち上げ検討を実施した。 実績:4.1%	△	積極的に事業推進しているが、関係者の業務負担感が強い、利用者が集まらないなどの課題は多くある。今後も課題解決に向けた取り組み継続必要。	関係者で事業に関する協議の場を複数回設け、課題解決に向けた対策のPDCAサイクルを確実に回していく。	37、81
3 地域ケア個別会議の年間検討事例件数	地域ケア会議では認定度は要支援～要介護1であったえも、対応に苦慮している困難事例に関する事例検討が多く、自立支援に向けたケアマネジメントの協議が不十分。また、個別事例のモニタリング体制が不十分。	介護支援専門員や介護サービス事業者等と多職種等をつなぐ場としても活用され、多職種からの知識や技術を具体的に伝えることによって、介護支援専門員等の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高めることに努めます。	地域ケア個別会議の年間検討事例件数 R2:45件 → R5:100件	取り組み:地域ケア会議をⅠ(短期集中予防サービス利用者全員を検討)、Ⅱ(従来型)に分けて実施。また地域包括支援センター職員は従来型の地域ケア会議Ⅱをより良くするために市内のケアマネにアンケートを実施したり、県内ケア会議を視察。市と包括で運営方法や帳票などの検討を実施した。 実績:検討事例数(延137件、71プラン)	◎	自立支援型ケアマネジメントに特化したⅠの開催を開始。多職種からの助言をケアマネや短期集中予防サービス事業所が実践に移す体制が整ったことで、利用者の自立支援につながっている。ケア会議Ⅱでは帳票や運営方法の見直しを実施でき、次年度につなげる事業展開となった。	令和3年度に見直した帳票などを使用し、介護支援専門員にとって満足度の高い自立支援型地域ケア会議を開催する予定であり、事例検討後のフォロー体制を構築していく。	39、81
4 地域ケア推進会議からの政策提言件数	保健所が開催している圏域別介護予防検討会を地域ケア推進会議に兼ねているが、開催回数が少ないことや、他の議題もある。また市役所関係者の参加者も福祉保健部局の参加となっており、推進会議の場の再検討が必要。	地域ケア会議に生活支援コーディネーターが参加し、個別事例から地域の課題と資源の把握、地域支援の充実につなげていきます。また必要に応じて地域ケア推進会議を開催し、市の各担当者や関係機関とともに地域課題を整理し、政策提言します。	地域ケア推進会議からの政策提言件数 R2:2件 → R5:5件	取り組み:地域ケア推進会議として位置付けている保健所主催の圏域別介護予防検討会では主催者の希望で個別ケース検討となり、地域ケア会議からの政策提言の場を設けることができなかった。代替として生活支援体制整備事業協議体に、内容を含めたが検討の場としては不十分であった。 実績:0件	×	地域ケア会議からの地域課題の政策提言が実施できていないため。保健所主催会議と同時に位置づけるとコロナ感染拡大状況などにより開催できない可能性もあるため、地域ケア会議からの地域課題をまとめ、政策提言できる場の確保が必要。	・地域ケア会議推進会議としての役割を達成できる場の設定を行い、地域ケア会議から出た地域課題を解決していく。 ・個別地域ケア会議より地域課題の解決という視点を持ち、日常業務の中で地域課題を解決していくような取り組みを実施する。	40、81
5 認知症の本人と家族の参画	介護者が不安に感じる介護は「認知症への対応」が最も多く、在宅での介護を継続するためには認知症支援が課題となっています。より認知症の方が地域で安心して生活していくためには、認知症の方やその家族等、当事者の視点を活かした地域づくりが必要です。	認知症サポーター派遣事業を活用した活動支援や、認知症施策に本人や家族といった当事者等の声を反映させていきます。	本人・家族(家族会含む)等が市の事業や施策に参画する件数 R2:1件 → R5:5件	取り組み:家族の会に認知症に関する想いをつなげるオレンジハート事業に参加していただいた。認知症施策推進会議にピアサポーター派遣を検討していたが中止。 実績:1件	△	ピアサポーター派遣事業を活用して認知症施策の検討の場に参加していただく予定であったが、ピアサポーターの体調不良のため実施できず。今後も本人や家族等の当事者の声が認知症施策に反映できるよう、ピアサポーターの活用等を進めていく。	オレンジハート事業を継続し、認知症本人と家族の想いをつないでいく。ピアサポーター派遣事業を活用し、認知症サポーターとともに認知症支援について検討する。	40、81
6 65歳未満の認知症サポーター養成講座の受講者数	高齢化が進むにつれ、認知症になる人が増加すると見込まれています。しかし、介護者が不安に感じる介護は「認知症への対応」が最も多く、在宅での介護を継続するためには認知症支援が課題となっています。	「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会」の実現を目指します。認知症対応のサービスや医療との連携を合わせ、家族介護者をはじめ、地域の認知症理解を深める啓発や、介護方法・サービスに関する情報提供にとり組みます。	65歳未満の認知症サポーター養成講座の受講者数 R2:18人 → R5:200人	取り組み:市報等でサポーター養成講座を周知し、中学校等で実施予定であったが多くがコロナにて中止。 実績:8人	×	新型コロナウイルス感染症にて養成講座の多くが中止となった。コロナ禍でも実施できる体制(オンラインの活用等)の検討が必要。	小規模で実施するなど、感染対策を講じて養成講座を実施していく。また、オンラインでの実施等についても検討していく。	40、81

第8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【介護給付の適正化】

項目	現状と課題	取組	目標	取組状況と実績	自己評価	次年度対応策	計画掲載ページ		
◆介護給付の適正化 ◎項目名は変更しないでください。	◎目標を設定するに至った現状と課題(「取組と目標」を設定した背景)を記入してください。	◎第8期における具体的な取組 ・「現状と課題」に記入した課題等を解決するため、第8期計画に記載した取組を記入してください。	◎「取組」に対し、計画に記載した目標を記入してください。	◎令和3年度の取組状況と、「目標」に対する令和3年度の実績を記入してください。	◎目標に対する実績、及び「理想像」に近づいているかどうかという観点から自己評価を行い、その結果をプルダウンで選択してください。 「◎」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	◎左記自己評価について、どのような理由からそのような評価を行ったのか、記入してください。 ・目標の達成状況に関する調査及び分析内容(達成できた背景、達成できなかった要因・課題等)について記入すること。	◎左記自己評価を受けて、今後の対応策等を記入してください。	◎「取組と目標」が記載されているページを記入してください。	
1 要介護認定の適正化	直営で行っている認定調査の結果について疑義が生じている。	正確な認定調査の実施	調査票の内容点検 R2:全件 → R5:全件	毎月1回開催している。 令和3年度は、36件の事例検討を行った。	◎	認定調査結果について、毎月1回検討する機会を設け認定調査の平準化を図っており、疑義の生じる件数は減少している。	毎月の事例検討を継続。また、在宅認定調査員を育成し、調査員のマンパワー確保および正確な認定調査が実施可能となる体制を構築・維持する。	54, 55	
2 ケアプランの点検	介護支援専門員の資質の向上を図ることによって、制度の適正な運用を図り、利用者への自立度を高めることが求められている。	サービスの種類やその頻度が最適に提供されることによって、利用者の自立が促進される	ケアプラン点検実施事業所数 R2:49件 → R5:100件	ケアプランの提出事業所数:2事業所2プラン 地域ケア会議によるケアプランの検証:71プラン	○	ケアプラン点検と地域ケア会議の実施により、ケアプランの適正検証を行った。	集団指導や実地指導を通じてケアプラン点検の趣旨を広め、向上を図る。	54, 55	
3 住宅改修等の点検	住宅改修の点検	利用者の自立支援につながらない住宅改修がみられる。	事業の実施によって最大限の効果が発揮され、利用者のQOLが向上する	住宅改修の点検件数 R2:6件 → R5:10件	十分な聞き取りの結果、窓口での対応時間が拡大した。聞き取りだけでなく、現地訪問等の改修の必要性を検証する体制が必要である。	△	地域ケア会議での専門職を交えた協議の中でも、住宅改修が自立支援を阻害しているような事案はなかった。	令和4年度から専門職(リハ職)を入れ、現地訪問等の改修前の検証を行える体制を構築している。	54, 55
	福祉用具の購入・貸与の点検	利用者の自立支援につながらない福祉用具の購入や貸与がみられる。	事業の実施によって最大限の効果が発揮され、利用者のQOLが向上する	福祉用具貸与調査件数 R2:6件 → R5:10件	十分な聞き取りの結果、窓口での対応時間が拡大した。また、購入、貸与後の検証ができなかった。	△	地域ケア会議での専門職を交えた協議の中でも、福祉用具が自立支援を阻害しているような事案はなかった。	令和4年度から専門職(リハ職)を入れ、現地訪問等の購入、貸与後の検証を行える体制を構築している。	54, 55
4 縦覧点検・医療情報との突合	縦覧点検	不適正な請求や請求誤りを点検により見つけ出し、正しい請求につなげる。	不適正な請求や請求誤りを無くし、給付費の適正化を図る。	縦覧点検月数 R2:12月 → R5:12月	毎月、国保連合会から提供されるデータを基に点検を実施した。	◎	請求内容の点検により、請求誤りを無くし、給付の適正化を図れた。	引き続き、継続して取り組みを行う。	54, 55
	医療情報の突合	不適正な請求や請求誤りを点検により見つけ出し、正しい請求につなげる。	不適正な請求や請求誤りを無くし、給付費の適正化を図る。	医療情報の突合月数 R2:12月 → R5:12月	毎月、国保連合会から提供されるデータを基に点検を実施した。	◎	点検により、請求誤りを見つけ、請求過誤につなげることができた。より点検の質を高める必要がある。	引き続き、継続して取り組みを行う。また、より点検の質を高めるため、令和4年度から国保連に委託している。	54, 55
5 介護給付費通知	利用者本人が、サービスにかかる費用や負担額について把握できていない場合、請求の誤りなどに気づきにくい。	利用者本人が自己点検できる体制を構築することで、誤った請求をなくす。	介護給付費通知書の送致月数 R2:12月 → R5:12月	3回通知した	◎	サービスの利用状況及び負担費用について利用者に理解を促すことができた。	引き続き、継続して取り組みを行う。	54, 55	