

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】

市町村名: 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 | 備考 | |
|---|---|---|---|---|---|--|---|-------|
| | | | | | | | 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4年度の取組状況と、「目標」に対する令和4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 から選択 | ◎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チ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:16.7% | ◎ | お茶の間サロン登録数がR3年90件からR4年は103件と増加。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チ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多くの方に通いの場に参加していただき、介護予防や生きがい促進を図っていく。 | 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:短期集中予防サービス事業について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、よりよい事業体制についての検討を実施した。また県の自立支援型講演会を開催する、通いの場で周知するなどの市民への普及に努めた。 実績:4.6% | ○ | 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。今年度一年で課題を解決するための取り組み協議を実施したため今後課題解決に向けた。卒業にダイレクトにつながる短期集中予防サービス事業の参加者も令和3年度27人から令和4年度39人へと増加している。 | 関係者で事業に関する協議の場を複数回設け、さらに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、県内ケア会議を視察。Ⅱはケアマネより事前に助言いただきたい内容などを聴取し、効果的な会の運営を心がけ、ケア会議にかけた数か月後のモニタリングの会も開始した。 実績:検討事例数(延140件、実76プラン) | ◎ | 自立支援型ケアマネジメントに特化したⅠと従来型Ⅱのケア会議を継続実施。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、モニタリングの会も始まった。 | 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していきたい。また包括支援センター主催でモニタリングの会を本格的に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:地域ケア推進会議を年間1回開催。地域課題の整理を実施した。生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、市介護予防担当者、市医療保険者などが参加し、それぞれが出た地域課題を各業務の次年度事業に反映できた。政策提言として、まとめて発表などの機会では本市の現在の体制には馴染まないもので実施せず。地域ケア推進会議から事業に反映できた取り組みは6件。(通いの場の開拓→2件、通いの場への移動手段の検討や確保→1件、ケア会議のテーマ選定→1件、短期集中予防サービス事業におけるケアマネジメントについて→1件、あらたなテーマでの壮年期対象出前健康教育の実施→1件) | ○ | 地域ケア推進会議に関係職員に参加してもらい、県のアドバイザー派遣も受けることで地域課題を明確にすることができ、6件の事業反映につながった。ただ政策提言という形式で実施できる場などがなく、他課の連携が必要な政策に関する取り組みはできていないため、他課が集まる場での政策提言につながる体制確保が必要。 | ・他課との連携の場で地域ケア推進会議での地域課題で解決できていない事柄(移動手段)について情報提供、話題提起していく。 ・重層的支援事業や認知症施策で実施している個別会議から出た地域課題を施策として提言できる他課や市役所以外の関係者を集めた会議の設定などの体制整備に尽力する。 | 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。 | 認知症ピア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 → 5件 | 取り組み:オレンジハート事業を実施し、家族の会やデイ等を利用されているご本人の思いを集めた。ステップアップ研修終了の会にピアサポーターを派遣していただき講話を実施。 実績:2件 | ○ | 実績件数としては目標に到達していないが、オレンジハート事業で多くの認知症の方ご本人と家族の方からの思いを集めることができた。今後は集めた思いを施策へ反映できるよう検討が必要。 | オレンジハート事業を継続し、認知症本人と家族の思いをつないでいく。ステップアップ研修にて認知症の方に参加してもらい思いを伝えていただく。ケアパス改訂にともない、認知症の方や家族の方の思いが反映できるよう、検討委員会への参画を企画する。 | 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取り組みます。 | 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:中学校、市職員を対象に養成講座を実施。 実績:81人 | ○ | 感染対策を講じて養成講座を実施し、昨年度より多くのサポーターを養成できた。今後も引き続き学校や職場での養成講座を行っていく必要がある。 | 企業等で養成講座を実施できるよう市報等で周知を進めていく。 | 40、81 |

