

第7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

保険者名	第7期介護保険事業計画に記載の内容				令和2年度(年度末実績)														
	区分	現状と課題	第7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自立支援・介護予防・重度化防止		日常生活圏ニーズ調査、在宅介護実態調査のアンケートでは、加齢による衰弱や関節の病気、転倒骨折等が原因で介護が必要となる場合が多く、また年齢に関係なく、認知機能の低下を感じている人が多かった。また、町独自の体操教室「るんるん若ガエル体操」へ継続して参加している多くの高齢者は、体力低下の防止や健康維持ができていないが、機能低下がみられる高齢者が体操教室に参加できなくなっている課題がある。	<p>【予防活動により元気な高齢者を増やす】</p> <p>○るんるん若ガエル体操のバージョンアップを図ったことによる、より効果的な転倒予防体操の実施。</p> <p>○機能低下がみられる体操グループへ直接リハビリ専門職が複数回訪問し、指導。</p>	<p>【認定率の維持を目標とする】</p> <p>体操をわかりやすく解説した案内冊子等活用し、効果的な介護予防の普及・啓発を目指す。リハビリ専門職が予防活動を支援することで効果的な支援内容を目指す。</p> <p>①案内冊子の作成、るんるん若ガエル体操グループ交流会で配布</p> <p>②るんるん若ガエル体操グループフォロー教室</p> <table border="1"> <tr> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>教室数 45教室</td> <td>36教室</td> <td>36教室</td> </tr> </table> <p>③頭が若ガエル教室</p> <table border="1"> <tr> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>教室数 10教室</td> <td>10教室</td> <td>10教室</td> </tr> </table>	(H30)	(R1)	(R2)	教室数 45教室	36教室	36教室	(H30)	(R1)	(R2)	教室数 10教室	10教室	10教室	<p>①冊子の活用</p> <p>新規グループに配布。また、ほけん福祉課の窓口パンフレットを置き、フレイル相談や介護要望についての相談時には周知を兼ねて配布した。町内の薬局店舗にも設置。</p> <p>②るんるん若ガエル体操グループフォロー教室 (R2) コロナ禍で教室としては未実施 *フォローは、のべ99グループに訪問</p> <p>③頭が若ガエル教室 (R2) コロナ禍で教室は未実施 *過去の事業開催時に実施した認知機能チェックシートの結果から、6項目以上当てはまっている方の状況確認を行う。</p>	○	<p>①冊子の活用</p> <p>体操グループ参加者以外でも、介護予防に興味がある住民には配布し、体操グループへの参加を促していくために利用していく。</p> <p>②るんるん若ガエル体操グループフォロー教室</p> <p>今年度はコロナ禍により、体操グループも自粛と再開の繰り返しであった。マスク着用等感染予防対策をとった活動となるため、手指消毒薬配布や感染予防対策の周知啓発、季節に応じた注意喚起、セルフケア運動の啓発等でグループフォローを行った。</p> <p>③頭が若ガエル教室</p> <p>個別フォローでは現状確認を行ったが、デリケートな問題でもあるので介入のしづらさがあった。事業後にその都度フォローをしていくことが望ましい。チェックシートからの早期受診につなげるのは難しく、気になることがあった場合に相談することができるように情報提供や予防に関する啓発活動を重ねて行っていくことが必要。</p> <p>今後は、新規規立ち上がったグループへ教室開催の声かけを行っていく。また、頭が若ガエル体操をDVDで継続して取り組んでいるグループは少ないため、自宅で継続して気軽に取り組めるような予防方法を講師と相談しながら検討する。</p>
			(H30)	(R1)	(R2)														
教室数 45教室	36教室	36教室																	
(H30)	(R1)	(R2)																	
教室数 10教室	10教室	10教室																	
		<p>【予防活動により元気な高齢者を増やす】</p> <p>○体操グループがない地域にはリハビリ宅配サービス事業により、高齢者宅へ訪問し、動作アドバイスや自宅でできる運動の指導等を実施。</p>	<p>【認定率の維持を目標とする】</p> <p>吾北・本川地区へ積極的に出向き、中山間地域での在宅生活を支え住み慣れた地域で生活できることを目指す。</p> <p>①リハビリ宅配サービス回数</p> <table border="1"> <tr> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>回数 30回</td> <td>30回</td> <td>30回</td> </tr> </table>	(H30)	(R1)	(R2)	回数 30回	30回	30回	<p>①リハビリ宅配サービス (R2) 62回実施。</p> <p>内訳: 運動指導 30回 動作指導 4回 住環境 28回</p>	○	<p>①今年度は新型コロナウイルスの影響により、積極的な訪問を控えた時期があるため昨年度より訪問件数が減少したが、当初の目標は達成できた。来年度は、運動指導の訪問を総合相談で対応するため、当事業での訪問件数は減少するが、別事業で継続して訪問し対応していく。</p>							
(H30)	(R1)	(R2)																	
回数 30回	30回	30回																	

保険者名	第7期介護保険事業計画に記載の内容				令和2年度(年度末実績)																																
	区分	現状と課題	第7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																														
いの町	①自立支援・介護予防・重度化防止	<p>いの町は、平成23年度末時点の高齢化率30.6%。この時すでに要介護認定率19.6%と県平均認定率を越える状況にあったことから、高齢化率上昇を見据え、介護保険理念の基に要支援1.2を中心に多職種協働による「自立支援型ケアマネジメント支援のための地域ケア会議」に取り組んだ。また、同時に地域を巻き込んだ介護予防事業にも取り組み、7年を経て要支援1.2の認定者数が減少し、平成29年度末時点で高齢化率37.4%に上昇したが、要介護認定率においては16.8%と低下傾向に経過している。</p> <p>平成28年度から要支援者を対象とした地域ケア会議から介護認定者数23.5%を占める「要介護1」も対象とし、自立支援型ケアマネジメントの視点を用いて重度化防止に取り組んでいるところであるが、統計上の分析はまだできていない。自立支援型ケアマネジメントにおけるプランが軽度者の要介護1においても介護支援専門員、居宅介護支援事業所とともに実現できるよう協働した支援を実施し、さらには住民自身が「自立した生活」を描き実現できるための介護保険利用ができるよう、これまで以上に住民に向けた啓発活動が重要である。また、自分の望む場所で生活できる地域になるためには個別支援型地域ケア会議から、地域課題についての検討が必要であるが、未だ地域資源の開発までにはプランを上手く繋ぐことができないのが現状である。</p>	<p>【要介護状態等になっても住み慣れた地域で本人の有する能力に応じた日常生活を送る】</p> <p>○自立支援型地域ケア会議の実施</p>	<p>【ケアプランの適正化を目標とする】</p> <p>①自立支援型地域ケア会議の実施</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>検討回数</td> <td>10回</td> <td>10回</td> <td>10回</td> </tr> <tr> <td>検討事例数</td> <td>20事例</td> <td>20事例</td> <td>20事例</td> </tr> </table>		(H30)	(R1)	(R2)	検討回数	10回	10回	10回	検討事例数	20事例	20事例	20事例	<p>①自立支援型地域ケア会議の実施 (R2) 検討回数13回(検討事例数27事例) モニタリング12回(検討事例数13事例) ※モニタリング全件実施予定(サービス終了等除く)</p> <p>新型コロナウイルス感染拡大のため中止 3回(5月、12月) ZOOMでのオンライン会議 3回(1月、2月)</p> <p>司会: 保険者 担当: 地域包括支援センター (保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等) アドバイザー: 理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士</p>	○	<p>①今年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため5月2回、12月1回を中止せざるを得なかった。 1月より、実験的にZOOMを使ってオンライン開催したところ、「取り囲まれる緊張感がなく話がしやすかった」と参加者から好評だった。また、デイサービス事業所に運動機能の評価を提案したところ、「今からやります」と即実践に結びついた。他の事業所からも普段参加できない職員が、専門職によるアドバイスを直接聞く機会が持てるので、ぜひオンラインで参加したいとの話があった。</p> <p>モニタリングは、資料の提出と個別に面談を行った。ほとんどの方が、アドバイスに沿った取り組みを実践していることが確認できた。また、徐々にではあるが利用者に改善が見られたことでケアマネやサービス提供者が達成感や成功体験を持てるようになってきている。 利用者の小さな改善に対して、ケアマネの自己評価が低い傾向があり、小さな改善の積み重ねが自立支援に結び付くことを体験してもらう必要がある。</p>																		
		(H30)	(R1)	(R2)																																	
検討回数	10回	10回	10回																																		
検討事例数	20事例	20事例	20事例																																		
②給付適正化	<p>高知県介護給付費適正化計画に基づき、必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証や、利用者に適切なサービスを提供できる環境整備等のため、要介護認定の適正化、ケアマネジメント等の適正化、サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化を主要事業として取り組んでいる。平成28年度から適正化支援システムを導入、チェック機能を強化。住宅改修事前書類の確認を専門職が全件チェック、福祉用具購入のアドバイスもしている。課題としては、アドバイス内容をプランに反映するための仕組みづくりが必要。</p>	<p>○介護給付の適正化</p> <p>①ケアプラン点検 ②住宅改修点検 ③縦覧点検・医療との突合 ④介護給付費通知発送</p>	<p>①ケアプラン点検 管内居宅介護支援事業所の介護支援専門員全員に対し書面、ヒアリングの点検を行う。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>点検件数</td> <td>21件</td> <td>21件</td> <td>21件</td> </tr> </table> <p>②住宅改修点検件数 全件を書面点検を行う。また、必要性がある場合訪問調査を行う。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>点検件数</td> <td>130件</td> <td>130件</td> <td>130件</td> </tr> </table> <p>③縦覧点検・医療との突合 介護報酬内容の誤り等を早期に発見して、適切な処置を行うとともに、医療と介護の重複請求の排除等を図る。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>縦覧点検・医療との突合</td> <td>12ヶ月</td> <td>12ヶ月</td> <td>12ヶ月</td> </tr> </table> <p>④介護給付費通知発送回数 全受給者に対し、使用したサービスについて通知する。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>(H30)</td> <td>(R1)</td> <td>(R2)</td> </tr> <tr> <td>発送回数</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> </tr> </table>		(H30)	(R1)	(R2)	点検件数	21件	21件	21件		(H30)	(R1)	(R2)	点検件数	130件	130件	130件		(H30)	(R1)	(R2)	縦覧点検・医療との突合	12ヶ月	12ヶ月	12ヶ月		(H30)	(R1)	(R2)	発送回数	3回	3回	3回	<p>①ケアプラン点検 書面点検への回答は前年度まで口頭で行っていたが、朱書きして文書回答することで自立支援に資するケアマネジメントのためのポイントが伝わり、ケアプランに改善が見られた。また、ケアプランを提出した事業所からも好評であった。 上記の点検及びヒアリングの機会を増やし、居宅介護支援員一人ひとりの課題を把握して、それぞれに合ったアドバイスを行うことで、適正化の意図や重要性が適切に伝わり、数年に渡って変化がなかったケアプランの大幅な改善が見られた。 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など、町外施設に居住する住所地特例者のケアプランは、点検等の機会が少ないため、翌年度以降重点的に実施する。</p> <p>②住宅改修点検件数 改修時には、屋内における手すりの設置が一箇所である場合などは、他の場所における設置が必要がないのか、ない場合は本当にその手すりの設置が必要かといった、全体の整合性を考えた確認が必要。</p> <p>③縦覧点検・医療との突合 特になし。</p> <p>④介護給付費通知発送回数 特になし。</p>	○
	(H30)	(R1)	(R2)																																		
点検件数	21件	21件	21件																																		
	(H30)	(R1)	(R2)																																		
点検件数	130件	130件	130件																																		
	(H30)	(R1)	(R2)																																		
縦覧点検・医療との突合	12ヶ月	12ヶ月	12ヶ月																																		
	(H30)	(R1)	(R2)																																		
発送回数	3回	3回	3回																																		