

## ① 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	介護給付費等の適正化の推進
------	---------------

### 現状と課題

介護が必要な状態になっても、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービスに係る給付を行うため、共同連帯の理念に基づき介護保険制度は設けられました。国の制度改革を踏まえ、安定的な運営を確保するためにも適正化を推進していきます。

### 第8期における具体的な取組

- ・要介護認定の適正化
- ・医療情報との突合・縦覧点検
- ・ケアプランの点検
- ・介護給付費通知
- ・住宅改修等の点検

### 目標（事業内容、指標等）

- |                      | 令和5年度末目標 |
|----------------------|----------|
| ・要支援・要介護認定率（第1号被保険者） | 18.0%以下  |
| ・要支援1、2及び要介護1の認定率    | 県平均以下    |
| ・ケアプラン点検の実施          | 市内全事業所   |
| ・ケアマネジメント支援実施頻度      | 月1回      |

### 目標の評価方法

#### ● 評価の方法

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| ・要介護認定の適正化     | 全件実施               |
| ・ケアプランの点検      | ケアプランチェックを実施した事業所数 |
| ・住宅改修等の点検      | 全件実施               |
| ・医療情報との突合・縦覧点検 | 国保連でのシステムチェック      |
| ・介護給付費通知       | 年1回（1年分）の通知        |
| ・ケアマネジメント支援実施  | 月1回の実施             |

## ① 取組と目標に対する自己評価シート(自己評価結果)

### (実績評価)

実施内容	
・要介護認定の適正化	全件実施
・ケアプランの点検	10事業所（市外事業所を含む）について実施
・住宅改修等の点検	全件実施
・医療情報との突合・縦覧点検	毎月の国保連でのシステムチェック
・介護給付費通知	年1回（1年分）の通知
・ケアマネジメント支援実施	月1回の実施
自己評価結果 【○】	
要支援・要介護認定率は、令和2年度末で17.58%、令和3年度末で17.35%と減少し、令和4年度末で18.20%と増加している。軽度者の認定率も、令和2年度末では9.84%、令和3年度末で9.56%と減少し、令和4年度末で10.03%と増加している。（要支援・要介護認定率、軽度者の認定率の県平均は、それぞれ19.5%、10.2%（令和5年1月末現在））	
要支援・要介護認定率は、第8期の目標18.0%以下を令和3年度末は達成できたが、令和4年度末では達成できなかった。軽度者の認定率は、第8期の目標県平均以下で、達成できた。	
要支援・要介護認定率は、未達成であったが、県平均を下回っており、他の項目については計画どおり実施できているので、引き続き、介護給付費等適正化に取組んでいきたい。	
課題と対応策	
ケアプラン点検については、ケアプラン点検支援事業を活用し、ケアマネマイスターに助言をいただき、点検の質の向上につながった。	
要介護認定の適正化、ケアプラン点検、住宅改修点検、ケアマネジメント支援には、経験や知識など介護保険業務の能力が必要であり、職員等が異動する中、能力を維持することが難しいことが課題であり、引き続き、研修等に参加して、人材育成に取り組んでいきたい。	

※「◎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」

## ② 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	自立支援・重度化防止の推進
------	---------------

### 現状と課題

自立支援、重度化防止のために生活習慣病対策や、高齢者の入退院時における医療と介護の連携、自立支援に役立つケアプランなど多角的な取組を推進していく。

### 第8期における具体的な取組

- ①自立支援型介護予防ケアプランの推進
- ②入退院時の医療・介護連携の推進
- ③生活習慣病の重症化予防の推進
- ④保健・医療・介護の連携
- ⑤地域リハビリテーション体制の構築

### 目標（事業内容、指標等）

- ①自立支援型地域ケア会議において、利用者のアセスメントの確認を行い、適切な自立支援や重度化防止のプランとなるよう支援していく。
- ②要介護認定者等の入院に際して、医療機関と担当介護支援専門員との間で、統一シートを活用し、適切に情報提供が行えるよう取り組む。
- ③国民健康保険の医療・健診データを利用し、重症化の恐れのある人に対する訪問指導や健康指導教室等へ勧誘を行い、個別指導につなげる。
- ④各専門職が連携を図っていくための研修会等を実施し、高齢者の健康向上に向けた支援を充実させる。
- ⑤地域や家族の社会参加も含めた生活の質の向上を目指すためのリハビリテーションサービスが計画的に提供できる体制を構築する。

### 目標の評価方法

#### ● 評価の方法

- ①自立支援型地域ケア会議 開催1回/2か月 毎回、新規2ケースについてのケース会議
- ②統一シートの作成
- ③訪問件数
- ④多職種連携協議会で実施している住民の健康向上に向けた出前相談（巡回よろず相談所）の参加者及びアンケート内容
- ⑤地域リハビリテーション事業講師派遣団体数

## ② 取組と目標に対する自己評価シート(自己評価結果)

### (実績評価)

#### 実施内容

- ①自立支援型地域ケア会議 令和4年度：開催6回 新規11件
- ②未実施
- ③訪問件数 ア：在宅訪問歯科診療事業 支援実施者数（実数）72名 総支援件数（延べ）451件  
イ：糖尿病性腎症重症化予防フォロー事業 支援実施者数（実数）5名  
総支援件数5件
- ④多職種連携協議会で実施している住民の健康向上に向けた出前相談（巡回よろず相談所）の参加者及びアンケート内容 ※コロナ禍のため、令和4年度がよろず相談は休止
- ⑤地域リハビリテーション講師派遣団体数27団体（前年度団体数維持）

#### 自己評価結果 【△】

- ①自立支援型地域ケア会議はコロナ禍であったが、会場設定等環境面の工夫や、感染症対策の徹底を行い、年間の実施予定回数をほぼクリアすることができた。県の介護予防活動普及展開事業に係るアドバイザー派遣を依頼し、毎回、担当のケアマネが立案したケアプランを添削していただくことで、適切な自立支援や重度化防止のプランとするためのアセスメント力が向上している。
- ②統一シートについては、既に多職種連携協議会等で専門職間の顔の見える関係ができており、連携に支障をきたしていないこともあり、作成にまで至っていない。今後統一シートの有用性を検討し、導入すべきかどうか検討する。
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の施行に向けた体制を構築していくにあたり、健康増進担当課とともに積極的に対象へのアプローチを実施することができた。
- ④コロナ禍のため、令和4年度は、よろず相談は休止となつたが、令和5年度は実施する方向で調整中
- ⑤前年度派遣した団体数を維持し、計画的に提供できた。

#### 課題と対応策

コロナ禍で制約も多かったが、係内や関係期間と都度、連携をはかりながら事業を実施することができた。令和5年度は、新型コロナ感染症の位置づけが5類となったことにより、市主催の事業の開催や、通いの場などの自主グループの活動もより積極的に実施できる。どの事業も現況をしっかりとアセスメントしながら取組みたい。

※「○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」