

第9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

資料3-3

所属名	胎内市 福祉介護課	胎内市 福祉介護課
担当者名	近 雅幸	河内桂子
担当電話	0254-43-6111(1154)	0254-43-6111(1132)

保険者名	①計画に記載した取組と目標の内容	②目標を設定するに至った現状と課題	③数値目標 (数値を設定していない場合は評価する基準)	④令和6年度に実施した具体的な取組と数値目標(③)の実績	⑤左記(③と④)を評価する手法	⑥評価結果 (⑤による評価。選択基準は記載例参照)	⑦評価結果を受けた課題と対応策
胎内市	介護給付適正化事業の推進 ・要介護認定の適正化	介護認定調査員が、要介護認定において適切な認定調査を実施するためには、調査項目の内容確認及び意識共有が必要である。 また、介護認定調査員は、複数の案件を効率よくこなす必要があるため、時間の確保が難しい状況にある。	①認定調査員に対する研修会の実施 R5 2回(実績) R6 2回 R7 2回 R8 2回 ②認定調査票の点検実施率 R5 100%(実績) R6 100% R7 100% R8 100%	①認定調査員研修の実施回数 2回 ・県現任研修(10/21～11/20) ・市評価研修(3/12) ②認定調査票の点検実施率 100% ・市担当職員により、全調査票をチェック・点検を実施した	認定調査員研修の実施回数及び認定調査票の点検実施率により評価する。	◎	介護認定調査員の研修は、公平かつ公正な基準等の統一に繋がっており評価できる。 介護認定調査員の高齢化が進んでいることから、後継者の確保に努めたい。
胎内市	介護給付適正化事業の推進 ・ケアプランの点検の実施	引き続き、ケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、介護支援専門員とともに検証確認していく。 リハビリテーション職の視点を取り入れることは、利用者の自立支援・重度化防止の視点が強化された支援が可能となることがあるため、その体制づくりを進めたい。	①ケアプラン点検 R5 181件(実績) R6 120件 R7 120件 R8 120件	ケアプラン点検合計件数 140件 ・介護予防ケアマネジメント(総合事業分) : 107件 ・居宅介護支援事業所等 : 一件 ・福祉用具貸与時 : 6件 ・短期入所 : 21件 ・事業所の実地指導 : 6件	ケアプラン点検合計件数により評価する。	◎	ケアプラン点検は「自立支援」の促進や、介護支援専門員と事業者との連携を強化に繋がっており、評価できる。 更なる強化された支援となるべく、リハビリテーション職の視点を取り入れる体制づくりを進めたい。
胎内市	介護給付適正化事業の推進 ・住宅改修の点検	住宅改修着工前の書類点検の実施については、書類審査を100%実施し給付適正化を図っている。 提出書類や写真から分かりにくいケース等の場合、現地調査を行い、不適切又は不要なサービスの抑制を図りたい。	①着工前の書類点検の実施 R5 100%(実績) R6 100% R7 100% R8 100% ②着工前の現地調査点検数 R5 2件(実績) R6 12件 R7 12件 R8 12件	①着工前の書類点検の実施 100% ②着工前の現地調査点検数 R6 2件	住宅改修書類の着工前点検実施率により評価する。 住宅改修現地調査(着工前)点検件数については、現状がわかりにくい状況のときに行うものであるため、参考にとどめることとする。	◎	住宅改修着工前の書類点検において、複数の視点を取り入れており評価できる。 この制度については、介護支援専門員や建築業者の理解が促進されることにより、事前に不適切又は不要なサービスの抑制を図れることからマニュアル作成を進めたい。

保険者名	①計画に記載した取組と目標の内容	②目標を設定するに至った現状と課題	③数値目標 (数値を設定していない場合は評価する基準)	④令和6年度に実施した具体的な取組と数値目標(③)の実績	⑤左記(③と④)を評価する手法	⑥評価結果 (⑤による評価。選択基準は記載例参照)	⑦評価結果を受けた課題と対応策
胎内市	介護予防事業の推進 ・通所型サービス・活動C事業の強化	○高齢化の進展にともない要介護・要支援者、ハイリスク者の増加 高齢化率は37.1%（R5年度末）。高齢者人口はゆるやかに減少しているが、高齢化率は令和27年まで上昇し42.1%と見込まれている。 要介護認定率は、近年減少傾向にあり16.6%（R5年度末）であるが、介護の必要性が高まる75歳以上人口の増加に伴い、令和27年には21.9%と推計され、介護予防の取組強化し、自立支援と重症化防止を更に取り組む必要がある。 ○早期介入とサービス・活動の強化 介護予防の強化型で実施した通所型サービスC「すこやか教室」の改善率は約7割（R5年度実績）であり、参加者の身体機能向上、生活機能改善が図られている。	①通所型サービス・活動C「すこやか教室」の開催（1コース12回） 実施箇所/コース/参加実人数 R5 4か所 8コース 76人（実績） R6 4か所 8コース 66人 R7 3か所 随時 48人 R8 3か所 随時 90人 ②教室の運営、支援プログラムの拡充 強化型/随時型/実施箇所/参加実人数 R5 2コース — 1か所 13人（実績） R6 2コース 検討 1か所 12人 R7 通年 実施 2か所 18人 R8 通年 実施 3か所 60人 ③介護予防手帳の作成 ④自立支援型地域ケア会議の開催 R5 4回（実績） R6 4回 R7 24回 R8 24回	①通所型サービス・活動C「すこやか教室」実施状況 ・3か所 7コース 参加者 66人 ②介護予防強化型 ・1か所 2コース 参加者 12人 ・令和7年度から随時型の通所型サービス・活動「すこやか教室」の実施に向け、支援プログラムの強化と運営方法の検討を行った ③セルフケアの推進のため、介護予防手帳の作成を検討した。 ④C型ケア会議の開催 4回 延48件	すこやか教室の実施状況により評価する。	◎	通所型サービス・活動C「すこやか教室」の運営方法や支援プログラムの充実を行ったことにより、参加者の身体機能向上、生活機能改善が図られた。 今後は、よりタイムリーな介入ができるよう随時型で実施できる体制を整えていく。 単に身体機能の改善を目指すものではなく、社会参加や役割の獲得等、高齢者が自立した生活を継続できるよう支援し、教室終了後も高齢者が自主的に介護予防に取り組めるよう支援した。 介護予防効果が期待されるサービス・活動C事業を軸にし、地域支援事業を連動させ、高齢者の介護予防・自立支援の取組強化を行っていく。
	介護予防事業の推進 ・通所型サービス・活動C事業関連事業の整理と介護予防普及啓発の推進 ・事業間連携と評価体制の強化	○効果的な自立支援に向けた取組み強化 新規の要介護認定者の約6割が軽度者（R5年末）である。 要支援認定者の原因疾患では「骨関節疾患」「転倒骨折」によるものが約4割となっている。 高齢者自らが日常生活を活発に送ることができるように、適切に介入する体制づくりを行うことが必要である。 地域支援を行う関係者が、統一したフレイル対策を取組めるよう、事業間連携と評価体制を強化し、地域で必要となる支援等を検討し、介護予防の取組を推進する。	①リハビリ専門職派遣回数 R6 223回 R7 250回 R8 270回 ②生活支援コーディネーターの「通所型サービス・活動C」介入回数 R5 49回（実績） R6 63回 R7 44回 R8 48回 ③市民主体の介護予防に資する「通いの場」活動箇所 R5 36か所（実績） R6 34か所 R7 37か所 R8 40か所 ④保健事業と介護予防の一体化的な取組 フレイルチェック実施数 R6 300件 R7 450件 R8 500件 ⑤多職種連携による地域マネジメント評価 実施回数 R5 5回（研修会）（実績） R6 1回 R7 1回 R8 1回	①リハビリ専門職派遣回数 223回 ②強化型「すこやか教室」に生活支援コーディネーターが介入し、教室終了後も活動的な生活が送れるように支援を行った。 介入回数 63回 ③市民主体の介護予防に資する「通いの場」活動箇所 37箇所 ④健診や結果説明会において、基本チェックリストを実施した。 1,459件 ⑤多職種による地域マネジメント評価会議の開催 1回 27人参加	各事業の実施状況により確認し、地域包括ケアシステム推進ロードマップ及び評価指標を盛り込んだ具体的な取組シートにより評価する。	◎	年齢や心身の状態等によって分け隔てなく、主体的に、介護予防に取組めるよう支援することが大切であり、通所型サービス・活動C「すこやか教室」を軸にし、他事業と連携し介護予防の推進を図った。 多職種連携による地域マネジメント評価では、9期保健事業計画で作成したロードマップを活用し、評価を行った。引き続き、多職種により意見交換を行い、効果的な介護予防施策を展開していく。

保険者名	①計画に記載した取組と目標の内容	②目標を設定するに至った現状と課題	③数値目標 (数値を設定していない場合は評価する基準)	④令和6年度に実施した具体的な取組と数値目標(③)の実績	⑤左記(③と④)を評価する手法	⑥評価結果 (⑤による評価。選択基準は記載例参照)	⑦評価結果を受けた課題と対応策
胎内市	介護予防事業の推進 ・支援の入口である受付相談(窓口業)の体制整備とケアマネジメント力の向上	受付相談シートはあるが、サービスの利用の有無になっており、高齢者の状況把握から適切なサービス調整につながりにくいものとなっている。 生活不活発が原因であるフレイル状態の場合、適切なタイミングと介入方法によりフレイルからの脱却が可能となる。 高齢者自らが、日常生活を振り返り、自立支援に向けた取組みが行えるよう、支援者の資質向上が必要である。	①受付相談シートの作成し、各窓口で利用する R6 受付相談シート検討 R7 作成・運用・評価 R8 各窓口で運用 ②ケアマネジメント研修会の開催 年1回実施 参加者数 30人/年	①受付相談シートの作成とフローチャートの見直し検討会の実施 ②介護予防ケアマネジメント研修会の開催 1回2コマ実施 延52人参加	受付け相談シートを作成し、窓口で活用後に、受付相談シートの利用率や高齢者の全体像を的確かつ総合的に捉え適切な介入ができたか等を評価する	◎	受付け相談シートやフロー図については、現在、検討を重ねており、令和7年度から運用に向け準備を進めている。 対象者にあった適切な介入とサービス調整ができるよう、シートの活用方法についての勉強会と合わせ、ケアマネジメント研修会も継続してしていく。