

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【区分①：自立支援、介護予防、重度化防止】

市町村名	阿蘇市	所属名	ほけん課
担当者名	梶原 亮	連絡先 (TEL)	0967-22-3145

計画に記載した項目(基本目標等)を記入してください。

設定した目標に対する達成率に応じて、選択してください。
 【数値目標のあるもの】100%以上:◎ 70%以上100%未満:○ 50%以上70%未満:△ 50%未満:×
 【数値目標がないもの】達成できた:◎ 概ね達成できた:○ 達成はやや不十分:△ 達成できなかった:×

市町村名	項目名	取組テーマ (リストから選択)	第8期目標				R5年度(2023年度)実績					
			目標設定時点における現状と課題	具体的な取組	目標	計画記載 ページ	実施内容	目標達成状況・自己評価	達成 度合	課題 (目標の達成状況に関する理由や原因等)	課題に対する改善策 (R6年度(2024年度)以降)	県の支援に対する評価・要望
阿蘇市	生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進	1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進(就労、いきがい、地域活動、健康づくり、自立支援ケアマネジメント、介護予防、見守り)	特定健診・後期高齢者健康診査の受診率向上を図り、保健指導を丁寧に実施していくことで、生活習慣病の重症化を予防し、要介護状態となる疾患の発症を防いでいきます。また、特定健診・特定保健指導やがん検診などを通じて市民の健康づくりを推進するとともに、老人クラブ活動やボランティア活動、就労など高齢者の活躍の場の創出と元気高齢者のマッチングを充実させ、元気な高齢者をはじめ幅広い世代が担い手となる健康寿命・生涯活躍のまちづくりを推進していきます。	①高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進 ②健康づくりの推進 ③住民主体の通いの場の充実 ④自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実 ⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進	生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進	P29,P41~59	老人クラブ等の活動の活性化 就労による生きがいづくりへの支援 ボランティア活動の充実 生涯学習・生涯スポーツの推進 特定健康診査・後期高齢者健康診査・後期高齢者歯科口腔健康診査受診率及び保健指導実施率の向上 がん検診の実施率の向上 介護予防サポーターの発掘・養成 住民主体の通いの場の充実 循環型介護予防システムの構築推進 介護予防・生活支援サービス事業の推進 一般介護予防事業の推進 事業評価に基づく総合事業PDCAサイクル構築 高齢者の生活習慣病の重症化予防 高齢者の心身機能の低下防止	・介護予防サポーター養成講座開催数 R5目標21回→実績16回(達成率76%) ・介護予防サポーター延べ人数 R5目標65人→実績195人(達成率300%) ・通所型サービス利用者(事業対象者) R5目標100人→実績169人(達成率169%) ・通所型サービス利用者(事業対象者) R5目標70人→実績131人(達成率187%) ・いきいき教室実施箇所数 R5目標38箇所→実績60箇所(達成率158%) ・いきいき教室参加者数 R5目標670人→実績685人(達成率120%)	○	新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、いきいき教室等の活動も活性化してきているが、活動内容によっては参加者(利用者)が伸び悩んでおり、距離が遠い、交通手段がないなどが要因となっている。	利用が伸び悩んでいるサロン等については、新規利用者の発掘を行うほか、相談時に参加案内を行うなどの啓発活動を継続して行う。	
阿蘇市	認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備	2 認知症施策の推進、高齢者権利擁護・虐待防止の推進	認知症の中でも最も多いアルツハイマー型認知症の発症にはアミロイドβ等の特殊なたんぱく質の蓄積が関与していることがわかってきました。発症までには10年から20年の経過があることからその間の食事のとり方や運動、睡眠などの日々の暮らし方(生活習慣)が大事になります。また、糖尿病や高血圧などの生活習慣病を良い状態にコントロールをしておくことも認知症の予防につながるため若い世代のうちから市民への啓発、健康教育の機会を増やしていきます。	①認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進 ②認知症の予防の推進 ③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進 ④高齢者の虐待防止・権利擁護の推進	認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備	P30,P60~69	認知症サポーターの養成 認知症サポーターの活動の活性化 認知症相談窓口の周知に向けた取り組みの推進 認知症の人本人からの発信支援の推進 認知症の予防についての理解の促進 物忘れがある人が安心して参加できる通いの場の展開 認知症初期集中支援チームの活動の充実 認知症ケアパスの普及・啓発 多職種連携による認知症カフェの設置の推進 認知症の人の家族に対する支援の推進 認知症の人の見守るネットワークの構築 介護従事者の認知症対応能力の向上の推進 若年性認知症の人への支援 認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進 成年後見利用促進計画の推進 高齢者の虐待防止の推進 在宅医療・介護連携推進事業の推進 多職種連携体制づくりの推進 在宅医療・在宅介護の普及啓発 くまもとメディカルネットワークの活用促進 地域包括支援センターの機能強化 包括的支援事業の推進 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の運動性向上	・認知症サポーター養成講座開催数 R5目標25回→実績10回(達成率40%) ・認知症初期集中支援チーム数 R5目標1→実績1(達成率100%) ・連携会議 R5目標1回→実績2回(達成率33%) ・認知症地域支援推進員数 R5目標3人→実績2人(達成率67%) ・認知症カフェ設置数 R5目標2箇所→実績2箇所(達成率33%) ・チームオレンジ設置数 R5目標1→実績0(達成率0%)	○	認知症サポーター養成講座の開催回数は少なかつたものの受講者数は増えている。また、認知症に関する相談件数は年々増加しており、現状の把握と相談窓口等の周知が必要である。	認知症の相談窓口の周知を今まで以上に、医療機関・施設・事業所が連携して、認知症の方や家族を支援できる体制を整える。	
阿蘇市	在宅で安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実	3 在宅医療と介護の連携推進	地域包括ケアシステムの目指す在宅生活の継続に向けて、くまもとメディカルネットワークを活用した医療と介護の連携の推進を行います。	①在宅医療・介護の連携の推進 ②地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進	在宅で安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実	P31,P70~75	在宅医療・介護連携推進事業の推進 多職種連携体制づくりの推進 在宅医療・在宅介護の普及啓発 くまもとメディカルネットワークの活用促進 地域包括支援センターの機能強化 包括的支援事業の推進 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の運動性向上	・地域ケア会議開催数 R5目標24回→実績2回(達成率8%) ・在宅医療・介護連携推進事業の推進 R5目標実施→実績実施(達成率100%)	△	地域ケア会議は、担当者の体調不良等により思うような開催ができなかったが、個別ケースについては検討を重ね情報の共有を図った。 在宅医療・介護連携推進事業では、阿蘇郡7市町村や医療機関等との連携強化を図り、中部ブロックでは地域住民への啓発としてエンディングノートの作成を行った。	引き続き在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討を広域的に進め医療機関等との連携強化に努める。またエンディングノートを活用した在宅医療・介護連携への理解を深めるための普及啓発を進める。	
阿蘇市	住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実	4 多様な住まい・サービス基盤の整備	在宅で介護を受けている方のうち早期に適切な施設・居住系サービスの利用が必要と考えられる高齢者に対する支援を拡充するとともに、高齢者の住まいの確保に向けた公営住宅のバリアフリー化、高齢者の優先入居拡充及び社会福祉施設の併設などの推進を図ります。新型コロナウイルス感染症を含めた感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに近年増加傾向にある災害に対する備えについても地域・介護事業者と連携して取り組みます。	①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進 ②高齢者福祉事業の提供 ③高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供 ④高齢者向け住まいの確保の推進 ⑤防災対策・感染症対策の推進	住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実	P32,P76~84	包括的支援体制の構築 共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進 老人日常生活用具給付等事業 食の自立支援事業 おでかけサービス事業(タクシー券の交付) 介護用品の支給 高齢者安心ネットワーク体制整備事業 施設入所者在宅復帰支援事業の提供 生活支援体制整備事業の推進 高齢者の見守りネットワークの充実 高齢者の移動手段の確保 高齢者の住まいの確保 有料老人ホーム等の県との情報共有 防災対策の推進 感染症対策の推進	・日常生活用具給付者数 R5目標5人→実績4人(達成率80%) ・老人用電話回線の貸与者数 R5目標1人→実績0人(達成率0%) ・食の自立支援事業利用者数 R5目標90人→実績63人(達成率70%) ・延べ配食食 R5目標9,000食→実績7,803食(達成率86.7%) ・おでかけサービス事業利用者数 R5目標25人→実績118人(達成率47%) ・介護用品の支給利用者数 R5目標110人→実績74人(達成率67%) ・高齢者安心ネットワーク体制整備事業利用者数 R5目標110人→実績83人(達成率75%) ・施設入所者在宅復帰支援事業利用者数 R5目標2人→実績0人(達成率0%) ・第1層生活支援コーディネーター R5目標1人→実績1人(達成率100%) ・第2層生活支援コーディネーター R5目標3人→実績2人(達成率66%)	○	おおむね目標を達成できているがニーズとサービスがマッチしていない事業もあることから事業の再構築が必要である。	ニーズに対応する新たなサービスの開拓を行うとともに阿蘇市生活支援体制整備事業第1層協議体において既存サービスの検証を行い事業の取捨選択を行う。	
阿蘇市	多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上	5 介護人材の確保と介護サービスの質の向上	介護給付の適正化に向けてケアプラン点検や医療情報突合・縦覧点検、リハビリテーション専門職の視点を取り入れた福祉用具・住宅改修の適正化に係る目標設定及びその目標達成の評価を行うことで介護サービスの質の確保・向上を目指します。介護助手等の間接介護を担う元気高齢者の養成・活用など多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。	①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進 ②多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上	P33,P85~88	要介護認定の適正化 ケアプランの点検の充実 福祉用具・住宅改修の点検の実施 医療情報突合・縦覧点検の実施 介護給付費通知 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	・認定調査の点検 R5目標100%→実績100%(達成率100%) ・eラーニングシステムの登録率 R5目標100%→実績100%(達成率100%) ・認定調査員の研修への参加回数 R5目標2回→実績3回(達成率150%) ・課題整理総括表を活用したケアプラン点検 R5目標100%→実績100%(達成率100%) ・地域ケア会議等を活用したケアプラン点検月数 R5目標12月→実績12月(達成率100%) ・高齢者向け住まい入居率のケアプラン点検 R5目標100%→実績4%(達成率4%) ・軽度者の福祉用具貸与点検実施率 R5目標100%→実績100%(達成率100%) ・リハ専門職による福祉用具貸与点検実施率 R5目標100%→実績20%(達成率20%) ・住宅改修の施工前点検実施率 R5目標100%→実績100%(達成率100%) ・建築専門職、リハ専門職による施工前点検実施率 R5目標40%→実績19%(達成率19%)	○	認定調査員の研修への参加eラーニングシステムの活用等により認定調査を実施するために必要な知識・技術を習得し認定審査の平準化に役立っている。 住宅改修、福祉用具購入・貸与については、リハ専門職による点検体制の構築が課題であることから関係者との検討を踏まえより効率的・効果的な点検ができるよう進める。	要介護認定は介護保険法の定めにより全国一律の基準に基づき行われることから訪問調査員の知識の向上と調査業務の効率化を進めるため調査業務のデジタル化を推進する。	

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【区分②：介護給付費等費用の適正化】

市町村名	阿蘇市	所属名	ほけん課
担当者名	梶原 亮	連絡先 (TEL)	0967-22-3145

計画に記載のある項目について実績等を入力してください。
 計画に記載のない項目は入力不要です(行ごと削除してください)。

設定した目標に対する達成率に応じて選択してください。
 100%以上：◎ 70%以上100%未満：○ 50%以上70%未満：△ 50%未満：×

市町村名	取組テーマ	取組目標	第8期計画における数値目標	R5年度(2023年度)実績							
				点検件数等(分子)	点検対象件数等(分母)	達成率(%)	達成度合	実施内容	課題(目標の達成状況に関する理由や原因等)	課題に対する改善策(R6年度(2024年度)以降)	県の支援に対する評価・要望
阿蘇市	1. 要介護認定の適正化	委託による認定調査の点検	実施率 100%	9	9	100.0%	◎	基本調査と特記事項の整合性や状態を的確に表現されているかなどの内容確認を実施した。	適切な認定調査が行えるよう日常的に認定調査員間の意見交換ができています。	継続して実施する。	
阿蘇市	1. 要介護認定の適正化	eラーニングシステムの登録と活用	登録率 100%	6	6	100.0%	◎	全ての認定調査員が登録し、活用している。	eラーニングシステムを活用することで認定調査員の資質の向上につながっている。	継続して実施する。	
阿蘇市	1. 要介護認定の適正化	認定調査員の研修の実施	参加回数 2回	3	-	-	◎	県の新規研修や現任研修、県北広域本部の現任研修に参加した。	研修に参加することで認定調査員の資質の向上につながっている。	継続して実施する。	
阿蘇市	1. 要介護認定の適正化	その他()									
阿蘇市	2. ケアプラン点検	①居宅サービス利用者のケアプランの点検	実施率 100%	73	1,205	6.1%	×	要介護1・2の提出月直近の新規または更新のケアプランの提出を依頼している。提出されたプランの中から10件を抽出し、個別点検を行った。	ケアプランの点検のみでは個々の課題がどのようにケアプランにつながっているのか介護支援専門員に確認しないと分からないものがある。	ケアプランの個別点検を受けたことのない介護支援専門員のプラン点検を優先的に行う。	
阿蘇市	2. ケアプラン点検	②地域ケア会議等を活用したケアプランの点検	実施月数 12月	2	-	-	○	地域ケア会議開催時に介護支援専門員から事例提供を受け、点検を行った。	感染症対策を踏まえ、オンラインで定期的に会議を開催できるように体制を整える。	オンラインでの会議が開催できる環境を整備し、定期的に開催する。	
阿蘇市	2. ケアプラン点検	③住宅型有料老人ホーム等の入居者のケアプラン点検	実施率 100%	4	113	3.5%	×	住宅型有料老人ホームと法人の居宅介護支援事業所にケアプランの提出を依頼した。	ケアプラン点検時に過剰なサービスとなっていないかなど点検する必要がある。	ケアプラン点検後のサービス提供状況を確認する。	
阿蘇市	2. ケアプラン点検	④仮設住宅入居者のケアプランの点検				#DIV/0!					
阿蘇市	2. ケアプラン点検	⑤その他()									
阿蘇市	3. 住宅改修の点検	住宅改修の施行前点検	実施率 100%	183	183	100.0%	◎	介護予防・重度化防止及び住宅内で発生する事故防止の観点から、要支援・要介護者が自立した生活を送るために適切な住宅改修かどうかを点検している。	専門職や介護支援専門員の意見と本人の希望が異なる場合がある。そのため十分な施行前の現場検証及び点検が必要である。	改修前に改修後のイメージの確認を行うなど実際の住宅や本人の状況及び本人の希望にかなっているかなどを点検する。	
阿蘇市	3. 住宅改修の点検	建築・リハビリ専門職による施工前点検の体制構築	実施率 100%	35	183	19.1%	×	住まいのバリアフリー化を促進し、要支援・要介護者が自立した生活を送るために適切な改修となっているかどうか専門的知見からの点検している。	市内の専門職数が少なく、多くの業務を抱えていることから、専門職員の負担増が懸念される。	申請に係る書類の簡素化を検討し、改めてサービス事業所に協力を依頼をする。	
阿蘇市	4. 福祉用具購入・貸与調査	軽度者(要支援1・2、要介護1)の福祉用具貸与点検	実施率 100%	20	20	100.0%	◎	介護予防・重度化防止及び住宅内で発生する事故防止の観点から要支援・要介護者が自立した生活を送るために不可欠な用具貸与となっているかどうかを点検している。	利用者本人にとって適切な福祉用具であるか十分な検討が必要である。	購入や貸与後に正しい利用になっているか、利用者本人の状態に合っているかなど介護支援専門員を通じて確認する。	
阿蘇市	4. 福祉用具購入・貸与調査	リハビリ専門職による点検の体制構築	実施率 100%	29	146	19.9%	×	住み慣れた住まいで自立した生活を送るために要支援者・要介護者にとって適切な用具選定となっているかどうか専門的知見から点検している。	市内の専門職数が少なく、多くの業務を抱えていることから、専門職員の負担増が懸念される。	申請に係る書類の簡素化を検討し、改めてサービス事業所に協力を依頼をする。	
阿蘇市	5. 医療情報突合・縦覧点検	医療情報突合の実施	実施月数 12月	12	-	-	◎	入院期間を医療機関に確認し、サービス事業所の規定に照らし合わせて誤りの発見につなげている。	利用者が入院する際、サービス事業所や介護支援専門員への連絡が行き届いていない。	利用者が入院する際、サービス事業所や介護支援専門員へ連絡するよう周知を徹底する。	
阿蘇市	5. 医療情報突合・縦覧点検	縦覧点検の実施	実施月数 12月	12	-	-	◎	国保連と連携し、各サービス事業所の疑義について、解決を図っている。	国保連と十分に連携ができており、疑義の解決につながっている。	継続して実施する。	
阿蘇市	5. 医療情報突合・縦覧点検	活用帳票・チェック項目の明確化	実施月数 12月	12	-	-	◎	軽度者の福祉用具貸与の帳票で介護度が変わり、継続して貸与ができるかなど点検し、介護支援専門員に適宜、確認や連絡をしている。	適切な貸与となっているか、帳票に加えて利用者本人の状況も照らし合わせて点検する必要がある。	国保連から提供される帳票のみではなく、給付実績や認定情報を突合させた情報も参照する。	