

第7期介護保険事業計画 自立支援・介護予防・重度化防止の「取組と目標」に対する自己評価

別紙1 (資料1)

※網掛け部分は東京都へ報告した「取組と目標」

第7期介護保険事業計画に記載の内容			H30年度(年度末実績)			
第7期における 具体的な取組	現状と課題	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>高齢者見守りキーホルダーの普及</p> <p>※見守りキーホルダー: 区に緊急連絡先や医療情報を登録してもらい、登録番号を記したキーホルダーを配付する。 外出先で突然倒れたときなどに、登録番号により身元を確認し、緊急連絡先につなげることができる。</p>	<p>【現状】 ○板橋区内のひとり暮らし高齢者世帯の割合は増加傾向にあり、平成27年の国勢調査によると、板橋区は12.5%である。全国平均の割合(11.1%)と比較しても高い数値となっている。 ○平成29年度の板橋区の「介護保険ニーズ調査 調査結果報告書」によると、ひとり暮らし高齢者の割合が元気高齢者では23.9%であるのに対し、要支援高齢者では40.8%と際立っている。</p> <p>【課題】 ○高齢者の孤立や閉じこもりを防ぐため、地域包括支援センターや地域社会との繋がりを作り、高齢者を地域で見守る体制を整える。 特に身近に親族のいないひとり暮らし高齢者や高齢世帯に留意する。</p>	<p>高齢者見守りキーホルダー H30・R1・R2 配布個数 各年度2,000個</p> <p>※平成28年10月から事業開始 ※死亡・転居等を除く</p>	<p>高齢者見守りキーホルダー 配布個数 (H30)2,576個</p>	<p>自己評価結果【○】 数値目標を達成した。 また、キーホルダーを登録・所持していたことで安否確認につながったケースも複数あった。</p>	<p>見守りキーホルダーは65歳以上の方であれば登録可能であり、高齢者が利用しやすいサービスである。地域包括支援センターではキーホルダーをきっかけとして他の様々な見守りサービスに繋げているが、サービス利用に繋がらないケースに対しては定期的な見守り訪問を行うことで対応している。利用につながらないケースには今後も継続して上記のようなゆるやかな見守りを行うよう周知することを内部で確認した。 また、キーホルダーを所持していたことで警察への通報から安否確認に繋がるケースが複数ある。しかし、未だ通報事例の少ないセンターもあることから、通報があった際の適切な対応ができるよう定期的に周知を行うことも確認した。</p>	<p><課題> 現在、区内在住の高齢者の数(130,056人)に対するキーホルダー所持者の割合は7.6%である。数値目標は達成したが、今後のひとり暮らし高齢者世帯の増加を考慮し、更なる登録率の向上を図る必要がある。</p> <p><対応策> 民生委員による訪問調査やおとしより相談センターによる出前講座等、様々な機会をとらえて普及活動を引き続き行っていく。また、キーホルダーだけでなく、緊急通報システムや高齢者電話訪問等の周知も同時に行い、見守り体制の拡充にも努める。</p>
<p>生活支援体制整備事業の実施</p> <p>※生活支援体制整備事業: 地域包括ケアシステムの5つの要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)のうち、「予防」「生活支援」に地域で取り組む体制を整備する事業。 地域の多様な主体(町会・自治会・民生委員等)がメンバーとなり、現在取り組んでいることなどをみんなで話し合う協議体を日常生活圏域ごとに配置して助け合い・支え合いを広げる仕組みづくりを推進している。</p>	<p>【現状】 ○板橋区のひとり暮らし高齢者世帯の割合は増加傾向にあり、平成27年の全国平均の割合(11.1%)と比較しても高くなっている。 ○要支援高齢者のひとり暮らし高齢者の割合が、40.8%と際立っている。</p> <p>【課題】 ○ひとり暮らし高齢者の中では、閉じこもり傾向になり、社会参加する機会が少なくなってしまう人がいる。</p>	<p>○全ての日常生活圏域(18地域)に協議体と生活支援コーディネーターの設置・配置を目指す。</p> <p>【協議体】 (H30) (R1) (R2) 地域数 5 - - (累計) 18 - -</p> <p>※H30までに全ての日常生活圏域(18地域)に協議体の設置を完了する。</p> <p>○協議体の継続支援</p>	<p>【協議体】 新規5地域設置 (全18地域に設置完了)</p> <p>【生活支援コーディネーター】 新規6地域に配置</p> <p>【継続支援】 協議体同士の連携を図るため、連絡会や研修等を開催した。</p>	<p>自己評価結果【○】 ○協議体設置に関しては数値目標を達成できた。 ○生活支援コーディネーターは、新たに6地域に配置できた。 ○第2層協議体連絡会 第2回第2層協議体連絡会(11月)</p>	<p>○全地域で協議体の設置が完了した。協議体の活動を通して、既存にある老人クラブやサロン等の支え合い活動を地域に対して紹介し、高齢者の社会参加を促している。また、社会参加を促すことで、元気高齢者が元気な状態を長く続けることが出来ることを目指している。</p> <p>○生活支援コーディネーターの配置は、協議体の互選によって決めているため、配置する時に説明等のサポートを行う。 ○協議体同士で課題や工夫等の情報交換を行うため、第2層協議体連絡会を開催した。また、全地域の協議体が参加する研修会、勉強会を開催した。</p>	<p><課題> 協議体が全地域で設置が終了したが、地域の方たちに協議体の存在がまだ十分に知られていない。</p> <p><対応策> 地域に対して、協議体という新しい取組みが始まったということを繰り返し周知していく必要がある。</p>

第7期介護保険事業計画 自立支援・介護予防・重度化防止の「取組と目標」に対する自己評価

※網掛け部分は東京都へ報告した「取組と目標」

第7期介護保険事業計画に記載の内容			H30年度(年度末実績)			
第7期における 具体的な取組	現状と課題	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>住民運営による通いの場の立ち上げ・継続支援</p> <p>※「高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」(群馬大学が開発した介護予防の効果が実証されている筋力トレーニング)を実施する住民運営グループの地域展開を目指し、介護予防と閉じこもり予防を推進する。</p>	<p>【現状】 ○ひとり暮らし高齢者が増加傾向にあり、特に要支援者の40.8%がひとり暮らし高齢者である。</p> <p>○介護予防による地域づくりとして、住民運営による通いの場の地域展開を行うことで、介護予防と閉じこもり予防を推進している。</p> <p>【課題】 ○人と人とのつながりを通じ、参加者や通いの場が継続的に拓げる必要がある。</p>	<p>○リハビリテーション専門職を活用して、地域の中で元気高齢者と虚弱高齢者が一緒に週1回、「高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」を実施する住民運営グループの立ち上げ、継続支援を行う。</p> <p>○第7期中に、60グループ、参加者数900人の立ち上げをめざす。</p> <p>【立ち上げ】 H30・R1・R2 グループ数 60グループ</p> <p>【参加者数】 H30・R1・R2 参加者数 900人</p>	<p>○10の筋トレグループ数 36グループ立ち上げ(H30) 参加者数666人(H30)</p> <p>○そのほか以下の支援を実施 【動機づけ支援】 ・10の筋トレ体験講座 12回・404人(H30) ・10の筋トレ出前説明会 51回・944人(H30) 【立ち上げ支援】 ・10の筋トレグループへのリハ職派遣 92回・1,195人(H30) 【継続支援】 ・地区合同筋トレ(体力測定、運動講習) 12回・423人(H30) ・区合同筋トレ 1回・105人(H30) ・地域リハビリテーション介護予防推進連絡会 1回・92人(H30)</p>	<p>自己評価結果【◎】 第7期の1年目で、目標グループ数の6割達成できたため。</p>	<p>通いの場の介護予防と仲間づくりや閉じこもり予防効果について、10の筋トレを実施者参加の「地区合同筋トレ参加者」アンケート結果より(N=211) 【参加者の年齢】 75歳～80歳未満30%、80歳～85歳未満30%、75歳以上の方が72% 【身体機能や生活機能の改善】 「大きく改善」10%、「少し改善」63%で、73%が改善。 【仲間づくり、閉じこもりについて】 「大変良い」67%、「少し良い」26%で、93%が良かった。</p>	<p>通いの場の効果の測定が課題であり、今後体力測定結果の結果、分析を実施。(現在分析中) また、東京都が示された「通いの場のアウトカム指標」を今後実施予定。</p>
<p>介護予防プラス出前講座の実施</p> <p>※福祉の森サロンの活動に転倒予防、腰痛予防及び認知症予防などの介護予防活動をプラスすることを目的とした出前講座のこと。</p>	<p>【現状】 ○ひとり暮らし高齢者が増加傾向にあり、特に要支援者の40.8%がひとり暮らし高齢者である。</p> <p>【課題】 ○社会福祉協議会は、孤立や閉じこもりを防ぐため、だれもが気軽に立ち寄れる地域の集いの場として「福祉の森サロン」の活動を支援しているが(平成29年12月現在308サロン)、サロン参加者の高齢化、重度化などの課題があるサロンも出てきており、介護予防の取組み強化が必要である。</p> <p>○「福祉の森サロン」の介護予防の取組み強化を目指し、サロン活動に介護予防活動を加える必要がある。</p>	<p>第7期計画中に、50サロンへ出前講座を実施。</p> <p>○出前講座実施サロン数 (H30)(R1)(R2) サロン数 ←-----50サロン-----></p> <p>○事業対象者 (H30)(R1)(R2) 参加延人数 320人 260人 210人</p>	<p>○介護予防プラス出前講座 リハビリテーション専門職を講師に、依頼のあったサロンへ出前講座を行った。</p> <p>サロン数 (H30)25サロン 参加者 (H30)506人</p> <p>○実施講座内容 ・立ち上がり ・介護予防総論 ・転倒予防 ・認知症予防と運動 ・肺炎予防 ・腰痛予防 ・手先を使った活動と認知症予防</p>	<p>自己評価結果【◎】 第7期の1年目で、目標グループ数の5割達成できたため。</p>	<p>介護予防プラス出前講座アンケート結果(N=337) 5段階評価で、「大変良かった」71%、「良かった」27%、「普通」2%と、大変好評である。体験型講座であるため、伝えたい運動・レクリエーション方法など、サロン活動で実施されている。</p>	<p>40名を超えるリハビリテーション専門職が区に登録し、事業に協力いただいているものの、今後さらに登録者を増やす必要がある。 講師としてのスキルアップについては、自主活動としての介護予防部会で、研修など実施しスキルアップを図っている。また話し合いを重ね講座種目の開発や講座内容のブラッシュアップを図っていただいている。</p>

第7期介護保険事業計画 自立支援・介護予防・重度化防止の「取組と目標」に対する自己評価

別紙1 (資料1)

※網掛け部分は東京都へ報告した「取組と目標」

第7期介護保険事業計画に記載の内容			H30年度(年度末実績)				
第7期における 具体的な取組	現状と課題	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策	
住民主体の通所サービスの拡充	<p>【現状】 ○平成29年1月から、地域住民等が自主的・自発的に実施するサービスのうち、通所サービスを実施する団体等に対し、当支援者・事業対象者の受入れ実績に応じた補助金等による支援を行っている。</p> <p>【課題】 ○ひとり暮らし高齢者が、地域での介護予防活動に参加することで、地域社会とのつながりを深め、地域の見守り体制を拡充させ、地域住民が主体となって実施する介護予防活動の取組みを推進する必要がある。</p>	<p>○団体数 (H30)(R1)(R2) 団体数 5 5 5 (累計) 22 27 32</p> <p>○実施数 (H30)(R1)(R2) 回数 各年度600回</p> <p>○事業対象者 (H30)(R1)(R2) 参加実人数 各年度200人</p> <p>○事業対象者(延人数) (H30)(R1)(R2) 参加延人数 各年度5,200人</p> <p>○延参加者人数(全体数) (H30)(R1)(R2) 参加延人数 各年度7,700人</p>	<p>(実績)</p> <p>○団体数 1(累計:18)</p> <p>○実施数 1,199回</p> <p>○事業対象者 288人</p> <p>○事業対象者(延人数) 5,392人</p> <p>○延参加者人数(全体数) 15,117人</p>	自己評価結果【○】 概ね達成できた。	<p>団体数の目標は達成できなかったが、その他の目標は達成している。 説明会など周知活動を実施しながら、活動等に対する支援を行っていくことで、サービス供給量の増加に努める。</p>	<p><課題> 補助金の交付申請の有無にかかわらず、住民主体の通所型サービスを実施しようとする団体が、その活動内容を充実させるための支援が必要である。</p> <p><対応策> 専門職を派遣する等により、活動の幅を広げるとともに、事業対象者の地域における介護予防の底上げを行う。</p>	
在宅医療・介護連携に関する相談支援	<p>【現状】 ○高齢化の進展による在宅療養のニーズが高まっている。</p> <p>【課題】 ○在宅療養に移行する、又は現在、在宅療養を行っている患者・家族等からの相談に対し、患者及び家族に適した医療、介護等のサービスを受けられるよう、最寄りの医療及び介護資源の紹介や連携確保等の支援を行う必要がある。</p> <p>○看取りや医療的ケアの対応など多岐にわたる相談がある中で相談窓口のみで対応し切れないことは多々出てくるので、関連施設との連携を密にする必要がある。</p>	<p>療養相談室等による、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供</p>	<p>○療養相談室での相談受付による在宅療養支援、研修・会議への参加、新規医療機関、事業所への機能調査、在宅医療推進協議会での関係者間での課題の共有</p> <p>○相談件数 440件</p>	自己評価結果【○】 概ね達成できた。	<p>○研修や会議への出席、アウトリーチなどにより相談窓口としてのブラッシュアップを図ってきた。</p> <p>○相談件数については、平成28年度は502件、平成29年度は375件、平成30年度は440件と29年度の落ち込みから回復傾向にはあるものの、まだ伸びる余地はあると考える。</p>	<p>相談件数の伸び悩みに関して、前年度より件数は伸びているが、初年度と比べると件数の減少が見られる。 大規模な医療機関では、連携室やMSW、看護師等による入退院支援が充実してきており、療養相談室の件数が伸びていないことをもって在宅療養のニーズが減少しているとは言えず、むしろ、ニーズの高まりに応じて、それに対応する体制が充実してきていると考える。</p>	<p><課題> 療養相談室での相談件数の伸び悩み、医療・介護・福祉等多職種連携のための課題の共有が必要である。</p> <p><対応策> 広報・ホームページ、その他、チラシ等配架する機会があれば、活用し、周知を図っていく。 課題の共有については、今後も協議会の活用、積極的なアウトリーチ等による情報の収集により、多職種連携による包括的な在宅医療の提供につなげていく。</p>

第7期介護保険事業計画 自立支援・介護予防・重度化防止の「取組と目標」に対する自己評価

別紙1(資料1)

※網掛け部分は東京都へ報告した「取組と目標」

第7期介護保険事業計画に記載の内容			H30年度(年度末実績)			
第7期における具体的な取組	現状と課題	目標(事業内容、指標等)	実施内容	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>地域ケア会議の充実</p> <p>※地域ケア会議: 地域包括支援センター等が主催し、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確にするなど、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法</p>	<p>【現状】 ○東京都「健康と保健医療に関する世論調査」によると、長期療養になった際に都民の32.2%が自宅で療養を続けたいとしているが、その内54.7%は「家族に負担をかけるから」「急に病状が変わった時の対応が不安だから」の理由で実現は難しいと回答している。</p> <p>【課題】 ○在宅を療養を支援するための医療・介護関係者の更なる連携強化が必要な状況である。</p>	<p>在宅療養ネットワーク懇話会の開催 H30・R1・R2 開催数 各年度2回</p>	<p>○開催回数 2回</p> <p>・「口腔ケアハンドブック及び動画の配信について・リハビリテーションを2倍3倍楽しむ方法」(7月4日開催) ・やってみて良かったこの仕事(活動) ちょっとした自慢話2019in板橋(2月14日開催)</p>	<p>自己評価結果【○】 ○年2回開催し、延195人が参加した。 ○懇話会の開催を通じて、多職種間での顔の見える関係づくりが進んだ。</p>	<p>在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討、地域の医療・介護関係者・地域住民等の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等を実施した。</p>	<p><課題> 多職種連携を実現するために、懇話会で協議するテーマの設定や効果的な会議の開催方法等について検討する必要がある。</p> <p><対応策> 懇話会において検討するテーマの設定については、各職種の代表が参加する世話会において、区における在宅医療を切れ目なく行うために、何が求められているのかを協議していくとともに、他の会議体で把握された地域課題についても目を向けていくことで、多職種間での緊密な連携を目指す。</p>
<p>認知症初期集中支援事業の拡充</p> <p>※認知症初期集中支援事業: 適切な医療や介護等につなげていない認知症の疑いのある人や認知症の人および家族に対し、認知症の専門的な知識・技能を有する認知症サポート医と地域包括支援センターの認知症地域支援推進員等による多職種のチームで訪問等により支援する、認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の疑いのある方に対して、適時・適切な医療や介護等を支援する事業。</p>	<p>【現状】 ○認知症高齢者の数が急速に増加する一方で、多くの高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう望んでいる。</p> <p>【課題】 ○在宅での生活をサポートするため、地域において医療・介護関係者が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の提供が必要である。 ○認知症の疑いがある方に対し、早期把握及び適時・適切な支援を行う必要がある。</p>	<p>全地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置</p> <p>(H30)(R1)(R2) チーム数 2 4 --(※) (累計) 15 19 --(※)</p> <p>※全地域包括支援センターにチームを設置し、活動を継続する。</p>	<p>認知症初期集中支援チームを2か所設置</p> <p>チーム数 2(累計:15)</p>	<p>自己評価結果【○】 事業計画策定当初の目標は18か所であったが、チーム編成に不可欠な認知症サポート医の派遣元である区医師会との調整が整わず目標を15か所に変更した。しかし調整の過程で認知症初期集中支援事業の意義、それに対する区の考え等を深く共有することができ、31年度の全19事業所の設置につなげることができた。</p>	<p>平成28年度に認知症初期集中支援チームの設置を開始し、平成30年度までに15チームを設置できた。事業の運用を通じ、認知症患者医療センターや認知症の診療を行う医療機関、医師会と連携ができ、認知症の診断やその後の医療継続のための体制の構築に寄与している。</p>	<p><課題> 計画的に全地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置してきたが、チームによる経験に差が生じている。</p> <p><対応策> 区の研修や認知症支援コーディネーターの活動、認知症患者医療センターの支援等により、全チームの醸成を図る。</p>

第7期介護保険事業計画 自立支援・介護予防・重度化防止の「取組と目標」に対する自己評価

別紙1 (資料1)

※網掛け部分は東京都へ報告した「取組と目標」

第7期介護保険事業計画に記載の内容			H30年度(年度末実績)			
第7期における 具体的な取組	現状と課題	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
もの忘れ相談の開催 ※もの忘れ相談: 認知症の疑いのある方に対し、もの忘れ相談医による「もの忘れ相談」を行い、認知症の方や家族を支援する事業	<p>【現状】 ○認知症高齢者の数が急速に増加する一方で、多くの高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう望んでいる。</p> <p>【課題】 ○在宅での生活をサポートするため、地域において医療・介護関係者が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の提供が必要である。 ○認知症の疑いがある方に対し、早期把握及び適時・適切な支援を行う必要がある。</p>	<p>もの忘れ相談を年54回実施</p> <p>(H30) (R1) (R2) 実施回数 54回 56回 57回</p>	もの忘れ相談を年54回実施	自己評価結果【○】 数値目標を達成した。 また、実施会場を3か所から12か所に増やした。	平成30年度から各地域包括支援センターで予約受付から相談まで担当することとなり、各センターまたはその近隣施設で実施した結果、センター管内の住民の相談が増え、迅速な支援につながった。	<p><課題> 相談により必要な支援(医療機関紹介やかかりつけ医への連携、相談機関の紹介、予防事業の紹介等)を実施している。切れ目ない支援の実施のためには紹介先へのつながりが確実にできているか確認する必要がある。</p> <p><対応策> モニタリングの実施について「ものわずれ相談実施マニュアル」に盛り込んだ。</p>
短期集中通所型サービスの実施	<p>【現状】 ○従来の二次予防事業のうち、通所型の介護予防事業を本事業に移行し、総合事業の多様なサービスの一つとして位置づけた。要介護状態になることの予防と自立した日常生活の支援を目的に、生活機能を改善するプログラムを保健・医療の専門職が集中的に実施している。</p> <p>【課題】 ○多くの高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう望んでおり、在宅での生活をサポートするため、参加者の利便性や効率を考えた上で、介護予防を推進していくことが必要である。</p>	<p>○生活機能向上支援事業 ・運動器機能向上プログラム (H30) (R1) (R2) 回数 各年度92回 延利用人数 各年度1,260人 ・栄養・口腔機能改善プログラム (H30) (R1) (R2) 回数 各年度50回 延利用人数 各年度750人 ・口腔機能向上プログラム (H30) (R1) (R2) 回数 各年度25回 延利用人数 各年度375人 ・運動・栄養・口腔機能複合プログラム (H30) (R1) (R2) 回数 各年度50回 延利用人数 各年度750人 ○閉じこもり・認知症予防支援事業 ・脳も体も!いきいきコース (H30) (R1) (R2) 回数 各年度60回 延利用人数 各年度900人 ・あたまとからだの元気教室 (H30) (R1) (R2) 回数 各年度390回 延利用人数 各年度4,280人 ○会食サロン事業 (H30) (R1) (R2) 回数 各年度237回 延利用人数 各年度4,482人</p>	<p>(実績) ○生活機能向上支援事業 ・運動器機能向上プログラム 88回 706人 ・栄養・口腔機能改善プログラム 50回 340人 ・口腔機能向上プログラム 25回 147人 ・運動・栄養・口腔機能複合プログラム 49回 35人 ○閉じこもり・認知症予防支援事業 ・脳も体も!いきいきコース 60回 596人 ・あたまとからだの元気教室 382回 2,646人 ○会食サロン事業 94回 651人</p>	自己評価結果【○】 概ね達成できた	介護予防把握事業の変更等もあり目標値より利用人数は減ったが、事業対象者に合った通所型サービス事業(短期集中)につなげている。今後も地域包括支援センターの協力を得て目標達成を目指す。	<p><課題> 短期集中通所型サービス事業のさらなる周知が必要。</p> <p><対応策> 介護予防把握事業の結果や地域包括支援センター等で実施するチェックシートや、「介護予防のためのいたばし健康長寿100歳パンフレット」から、通所型サービス事業(短期集中)につなげるように周知する。</p>

第7期介護保険事業計画 介護給付適正化の「取組と目標」に対する自己評価

第7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度(年度末実績)			
取組内容	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	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>「要介護認定の適正化」</p> <p>要介護認定が、調査員や認定審査委員の質や経験値、居住地域(自治体)等によって判定に差の出ることのないよう、調査員や認定審査委員への研修の実施、区の傾向や他自治体との比較など業務分析データ、課題などの共有を図ることで、判定の平準化を図る。</p>	<p>【現状】</p> <p>平成28年度後半から、国から提供される業務分析データを活用し、より効果的に認定調査員現任研修を実施している。また、合議体間の審査判定結果のばらつきを小さくするために業務分析データの結果を各合議体に提示するとともに、合議体長会においても、要介護認定の適正化を取り上げ、認定審査委員間の考え方の平準化に努めている。</p> <p>【課題】</p> <p>認定調査においては現任研修を実施して、調査内容の精度の向上に努めているが、調査項目の選択についてはさらなる平準化に努めていく必要がある。また、認定審査についての平準化は浸透しつつあるが、現段階でも審査判定結果に多少のばらつきが出ることもあるため、認定調査と同様に、さらなる平準化に努めていく必要がある。</p>	<p>業務分析データを活用した認定調査員現任研修や、各合議体への業務分析データ結果の提示など、これまでの取組みを本計画期間も継続しつつ、より効果的な改善策について検討していく。</p>	<p>調査項目の選択及び合議体間の審査判定結果について、東京都平均と比較することで現状を把握し、ばらつきが生じている場合は、そのばらつきを解消し、東京都平均と同等の水準になるよう努める。</p>	<p>○合議体長会において、業務分析データを提示し、東京都と板橋区との判定の傾向の違いを把握した。</p> <p>○各合議体の業務分析データを配付した。</p> <p>○審査会室に審査判定手順の確認のために、「審査判定手順」や「認定の有効期限」等の資料を机上に配置した。</p> <p>○認定調査員現任研修の実施年4回の実施。「介護の手間」「頻度」の特記事項に詳細に記載するよう意識して講義した。</p> <p>○研修に演習などの設問を取り入れ、参加型形式へと内容の充実を図った。</p> <p>○認定調査員向けeラーニングを開始し参加者を募った。</p> <p>○適正な認定調査に資するため、ケアマネジャーに替わって区職員の認定調査(原則ケアマネ同行)を42件(対前年度比30%超)実施した。</p>	<p>自己評価結果【O】</p> <p>○各合議体に業務分析データを配付し、審査会室に審査手順を示した資料を配置したことにより、より意識した審査を行えるよう環境を整えた。</p> <p>○認定調査員現任研修に新しい視点を加えるなどの多角的な試みを図り、さらに事業内容を前進させた。</p>	<p>○継続して平準化に取り組んできたことにより、審査委員にも平準化の考えが浸透してきている。また、業務分析データの提示により、ばらつきが生じていることを意識した審査が実施されことにより、特に軽度変更へのばらつきが平準化された。</p> <p>○認定調査員現任研修の中で、認定調査票の特記事項に「介護の手間」「頻度」を記述することの重要性を伝えたこと及び参加型形式で受講者に考える機会を与えたことは、公正な調査と調査項目の選択に寄与するものと思われる。認定調査員向けeラーニングを開始し参加者を募ったことで、認定調査員現任研修に参加できなかった認定調査員に対しても啓発の機会を広げた。ケアマネ同行調査を拡大することで、実地習得の機会を拡充を図った。調査項目の平準化に向けた認定調査員の質の向上に努めた。</p>	<p><課題①></p> <p>審査判定結果のばらつきが審査資料のどの項目に着目したことにより生じているかの把握が難しい。</p> <p><対応策①></p> <p>同一事例を用いた模擬審査を行い、判定の違いやその判定とした根拠の違いを各合議体と比較することで、着眼点の違いや平準化に向けた気づきにつなげる。</p> <p><課題②></p> <p>認定調査員現任研修等での取組を工夫したことがどの程度平準化を高めているのか、また反映するのどの程度の期間を要するのかを把握することが難しい。</p> <p><対応策②></p> <p>前年度の認定調査員現任研修に参加できなかった認定調査員に対しても啓発の機会を広げた。ケアマネ同行調査を拡大することで、実地習得の機会を拡充を図った。調査項目の平準化に向けた認定調査員の質の向上に努めた。</p>
<p>「ケアプラン点検」</p> <p>介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画の記載内容について、事業所からの資料提出等により、区職員とケアマネジャーで協力してケアプランの点検を行うことで、自立支援に資するマネジメントの向上を目指す。</p>	<p>【現状】</p> <p>東京都のガイドライン(保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン)を活用したケアプラン点検を実施している。事例提出者からは「気づきがあった」との意見をいただき、取組みによる効果があったと考えられる。</p> <p>【課題】</p> <p>東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検は、事例提出者の負担が少なくなく、研修の受講を必要とする。また、会場の確保や日程の調整など準備作業も多く、点検回数を増やしていくことに対する支障となっている。ケアマネジャーにもスキルの差があるため、スキルに応じた点検方法を検討する必要がある。</p>	<p>東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検に加え、板橋区で作成した自己点検シートを活用したケアプラン点検を実施していく。</p> <p>東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検については、現行の実施方法に準じて実施していく。また、板橋区で作成した自己点検シートを活用したケアプラン点検については、給付適正化システムを活用した対象者の抽出や、実地指導との同時実施など、より多くのケアマネジャーを対象に行う。</p>	<p>事業所の指定期間(6年間)内に1回のケアプラン点検</p>	<p>○ケアプラン点検実施状況</p> <p>対象事業所 152か所(休止8か所を除く)</p> <p>実施事業所 25か所(実地指導時15か所、ガイドライン1か所、区への届出9か所)</p> <p>○実施率(実施÷対象)</p> <p>=16.44%</p> <p>(目標:16.67%)</p> <p>※対象事業所数は平成31年3月末時点</p>	<p>自己評価結果【△】</p> <p>目標をわずかに下回っているため。</p>	<p>平成30年度より自己点検シートを活用した実地指導時のケアプラン点検を開始することができ、より多くの事業所について、ケアプラン点検をすることができた。</p>	<p><課題></p> <p>目標件数に達することができなかった。</p> <p><対応策></p> <p>実地指導時のケアプラン点検を継続するなど、目標件数を確実に実施する。</p>

第7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度(年度末実績)			
取組内容	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	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>「住宅改修等の点検」</p> <p>介護保険制度の趣旨及び生活実態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修及び福祉用具の給付を点検し、給付の事前排除することで、適正な給付の実現を目指す。</p>	<p>【現状】</p> <p>ケアマネジャーや事業者などの理解促進のため、毎年度1回の研修を実施している。</p> <p>【課題】</p> <p>書類審査にあたり、利用者の病状や症状から必要な工事及び介護用品を判断するには、専門知識が必要となり、知識の習得が大きな課題となっている。</p>	<p>不適切又は不要な住宅改修及び福祉用具購入費の給付を事前に排除できるよう、これまでと同様に、利用者の病状や症状を考慮した住宅改修又は福祉用具購入となっているが、他の類似した案件と比較し著しく高額でないかを書類審査にて確認し、必要に応じて事業者を指導していく。</p>	<p>専門的な知識を持って書類審査を行える職員を増やす。</p>	<p>○年間を通して、職員が住宅改修及び福祉用具購入を担当する機会を増やした。具体的には、1年に一度の担当替えを半期毎にしたことで、住宅改修等担当者が2倍増になっていくことになり、組織として住宅改修及び福祉用具の知識を深めることにつながった。</p> <p>○現在、担当係には理学療法士資格者がおり、専門的な視点から住宅改修等の点検を行うことができる。担当係内で知識の共有を図りながら習得に努めている。福祉用具貸与の点検については担当係内で勉強会を開き知識を深めた。</p>	<p>自己評価結果【△】</p> <p>○住宅改修の事前申請の点検について書類審査を行える職員を1人増やすことができた。年度を追うごとに増えていく計画であり、さらに増える見込みである。しかし、福祉用具貸与については審査を行える職員を増やすことができていない。</p> <p>○住宅改修の担当同士で知識の共有を図れているので、様々なケースに応じた対応を滞りなくできている。勉強会を開くことで知識の共有に繋がったと考えられるが、継続的に行わなかったため習得には至っていない。事例検討等の共有やノウハウ作りの体制が整っていないため、今後安定した点検を行うためにはノウハウ作りをしなくてはならない。</p>	<p>異動に伴い職員の変動が多い環境の中で、担当職員が増えていく環境にしたことは課題解決に向けて大きな要素となる。勉強会等を継続的に行うことで計画的に知識を習得する必要がある。</p>	<p><課題></p> <p>住宅改修の点検には事前申請と事後申請の2段階ある。事前申請で工事理由等工事の必要性を点検し、工事後に完成した状況を事後申請する。事前申請は、写真や図面、ケアマネが作成する工事理由書などを点検する必要があり、この点検に専門的な知識を要する。また、福祉用具貸与についても、書類審査を行う上で、専門的な知識を要する。現在、事前申請等を点検するノウハウが希薄であるので、習得計画を作成する必要がある。</p> <p><対応策></p> <p>具体的には、月1回の学習会や事例の共有、マニュアルの作成等を計画的に遂行していく。</p>
<p>「縦覧点検・医療情報との突合」</p> <p>○縦覧点検 利用者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況を確認し、提供されたサービスの整合性などを点検することで、請求内容の誤りなどを早期に発見して適切な処置を行う。</p> <p>○医療情報との突合 国民健康保険等の入院情報と介護保険の給付情報と突合することで、医療と介護の重複請求の排除等を図る。</p>	<p>【現状】</p> <p>取組目標が、未実施の点検項目について処理方法を検討し、実施し、点検件数を増やす目標となっており、医療情報との突合を優先して着手している状況である。</p> <p>【課題】</p> <p>縦覧点検はデータ数が多く、効率的に実施していくための方法について検討している段階となっている。</p>	<p>医療情報との突合については、着実に継続し、縦覧点検については、これまでの検討内容を踏まえて、活用方法を定めていく。</p>	<p>縦覧点検について、効率的な実施方法の検討を進め、国民健康保険団体連合会から提供される帳票のうち、処理可能な帳票を活用し、本計画期間中に着手する。</p>	<p>○縦覧点検実施状況 3種類の帳票について点検を実施した。(点検件数416件)</p>	<p>自己評価結果【◎】</p> <p>医療情報との突合を継続しながら、縦覧点検についても、帳票を活用し、開始することができた。</p>	<p>まずは、縦覧点検を開始することができたのは大きな成果であった。</p>	<p><課題></p> <p>未着手の帳票があることや、業務量が増えている中、今後においても継続して実施していく必要がある。</p> <p><対応策></p> <p>まずは、平成30年度実施した内容を継続して実施する。また、可能な範囲で、未着手の帳票の点検について検討する。</p>

第7期介護保険事業計画 介護給付適正化の「取組と目標」に対する自己評価

第7期介護保険事業計画に記載の内容				H30年度(年度末実績)			
取組内容	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	自己評価結果	課題の解決に向けた質の評価	課題と対応策
<p>「介護給付費通知」</p> <p>利用者負担額と給付費通知の金額を確認することや、利用者(及び家族等の介護者)に対して適切なサービス利用及び介護保険制度の仕組みについての普及啓発を行うことにより、事業者による不正な給付を抑止・摘発する。</p>	<p>【現状】</p> <p>給付サービスの利用者への給付費通知と併せて、平成28年度から開始した総合事業の利用者についても、平成29年度から給付費通知を発送し、利用者への周知に努めている。</p> <p>【課題】</p> <p>給付費通知を発送しても、受け取った利用者が進んで自己の支払額と比較しているかの確認を取る方法がない。1人でも多くの利用者に確認していただけるよう、説明文をわかりやすくして確認作業を促していく必要がある。</p>	<p>介護サービスを利用した方に対して、2カ月分の給付費の内訳を郵送し、内容を確認していただくことにより、事業者への給付が適正に行われているかの確認と利用者自身の受けているサービス内容についての理解を深めていただけるよう取り組む。</p>	<p>利用者にとってわかりやすい案内文の作成やホームページへの内容の掲載等により周知を徹底することで、利用者の理解度の向上を図り、ひいては事業者の不正な給付の抑止へつなげていく。</p>	<p>○給付費通知に同封する案内文の文言を担当係員の全員で検討した。具体的には平成30年度に改正のあった3割負担の導入について、利用者によりわかりやすく伝えるよう文言を追加。また混乱を招かないよう抽出月にも注意した。</p> <p>○給付費通知発送により、想定される質問について担当係内で共有。事業所からの請求データと実際の支払金額が異なる場合には、直接事業所に確認をするよう案内を徹底した。また、給付費通知について、介護支援専門員等事業者へ、集団指導の場で周知し、利用者への説明協力を求めた。</p>	<p>自己評価結果【△】</p> <p>○発送件数 14454件(平成30年6月・7月サービス提供分)</p> <p>実際の支払額・利用回数と事業所からの請求内容が異なる旨の問合せがあった場合には、直接事業所に確認するよう案内ができた。また、同封の案内文についても利用者にとって見やすく、分かりやすい案内ができた。しかし、3割負担導入自体を知らない区民の方からは、記載した制度改革の内容について質問を受けるケースがあった。今後は、介護保険制度について周知する内容を追加する必要がある。</p>	<p>課題に対して担当係員全員で検討する環境があることは強みである。毎回評価測定し、分かりやすい案内をできるようにしていく。</p>	<p><課題> 給付費通知を受け取った利用者が実際の支払金額と請求内容と比較しているかの確認方法がないため、引き続きわかりやすい同封文を検討し、確認作業を促していく必要がある。また介護保険制度の改正等を周知する機会と考え、記載内容を改善する必要がある。</p> <p><対応策> 通知発送後の問い合わせを記録し、担当係内で意見交換を行うことで、よりわかりやすい通知内容となるよう工夫する。</p>
<p>「給付実績の活用」</p> <p>不適切な給付や事業者を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図るために、給付実績を活用する。</p>	<p>【現状】</p> <p>これまで、要介護認定の適正化、ケアプラン点検等の取組を優先的に実施・検討することにより、介護給付の適正化に取り組んできたため、給付実績を活用した取組については、第7期計画から検討し活用していく。</p> <p>【課題】</p> <p>国民健康保険団体連合会から提供される帳票等、給付実績データの活用方法について検討していく必要がある。</p>	<p>膨大な給付実績データから必要なデータを抽出し、各業務に活用していく。また、より効率的・効果的な取組の推進のため、随時、活用方法の見直しや新たな活用方法の検討を進めていく。</p>	<p>国民健康保険団体連合会から提供される帳票等の給付実績データから必要なデータの抽出方法等を確認し、そのデータを活用した実地指導やケアプラン点検の対象事業所の選別を今期中に開始する。</p>	<p>○給付実績の活用状況 実地指導の際に給付実績を活用して、事業所の状況を確認した。</p>	<p>自己評価結果【△】</p> <p>事業所の状況の確認については、活用することはできているが、目標としている内容には至っていないため。</p>	<p>少しではあるが、活用している状況。必要なデータの分析や抽出についてはまだ時間を要する。</p>	<p><課題> 必要なデータの分析・整理について引き続き検討が必要である。</p> <p><対応策> 国保連のシステム研修会へ出席するなどして、効率的・効果的な活用方法を検討する。</p>