

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

【自己評価基準】

★数値目標があるもの

◎：達成率80％以上

○：60～79％

△：30～59％

×：29％以下

★数値目標を設定していない場合

◎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

※「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）」の自己評価シートをもとに作成

保険者名	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）		
	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
安芸市	①自立支援・介護 予防・重度化防止	○平成31年1月末現在人口状況 安芸市の総人口 17,786人 65歳以上高齢者 6,854人 高齢化率 38.5％ ※1号被保険者は2018年まで、その内後期 高齢者は2027年までは増加し、その後減少 していく見込み ○2025年見込 高齢化率43.0％ 後期高齢化率26.6％ 介護が必要な高齢者が急速に増加する と思われる2025年を見据え、年をとっても住 み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられ るように、健康づくりや介護予防活動の普 及啓発を推進する。	高齢者ができるかぎり要介護状態にならないよう、 いきいき百歳体操の取り組み等総合的な介護予防 事業を推進する。 また、高齢者が生きがいをもって地域で暮らしてい くために、「あき元気応援マイレージ」のボランティア 登録制度等を活用し、高齢者が持つ知識と経験を 活かした社会参加・社会貢献の実現を支援する体 制を推進する。 高齢者が支援を必要とした場合には、必要に応じ て訪問型・通所型サービスを提供し、短期集中予防 型サービスのような専門職による相談指導により、 要支援状態からの卒業を目指す。	①いきいき百歳体操実施箇所：38箇所 ②あき元気応援マイレージ登録人数（第7期目 標：130人） ③短期集中予防型サービス（平成30年度目 標：利用回数80回）	①いきいき百歳体操実施箇所：35箇所（休止1） ②あき元気応援マイレージ登録人数：102名 ③短期集中予防型サービス：延べ39回（2事例利 用）	○	昨年度はいきいき百歳体操実施箇所が増えなかった ので、今年度は積極的に地域へ働きかける必要がある。 地域の声をタイムリーに拾い上げ、スムーズに体操実 施できるように努めていく。 あき元気応援マイレージも団塊の退職世代をうまくつ なぎ合わせ、登録者の増加を図る。また、登録した だけでなく実際の活動へタイムラグなく参加して もらえるようにしていく。 短期集中予防型サービスは対象者の選定が上手で きていない。居宅のケアマネジャーにももういちど 事業を周知し、候補者の選定をしていく必要がある。
安芸市	②給付適正化	【現状】 ○平成27年度より個別事例の検討を通じて 多職種連携によるケアマネジメント支援、 自立支援を行ってきた。 毎月数事例（※1）を多職種のアドバイザー （※2）と一緒に検討している。 ※1 要支援1～要介護1のケースおよび介護 保険係が給付状況等で検討が必要と判断し た要介護2以上のケース ※2 理学療法士・作業療法士・薬剤師・管 理栄養士・歯科衛生士・言語聴覚士・主任 介護支援専門員 【課題】 ○介護支援専門員、介護サービス事業者の 要因分析等に課題があり、自立支援および 重度化予防に向けたアセスメント能力を向 上させる必要がある。 ○アドバイザーの確保や、介護支援専門員 等のケア会議参加に対する負担感など、運 営面での課題もあり、検討が必要である。	介護支援専門員ならびにサービス事業所に自立 支援型のケアプランやサービスの質の向上に関す る研修会を開催していくとともに、地域ケア会議も 引き続き開催し、個別事例の検討から地域課題の把 握や地域のネットワーク構築に繋げていく。	個別事例検討型地域ケア会議の実施 2回/月開催	自立支援型地域ケア個別会議の実施回数：19回 （4月、5月、1月は1回/月、それ以外の月は2回/ 月開催。7月は西日本豪雨災害にて1回中止し た。） 自立支援型地域ケア個別会議の実施件数：37件	◎	課題： 自立支援型地域ケア個別会議を毎月2回、1回あたり2事例 で継続実施しているが、1事例あたりの検討時間が長く、多く の事例を検討することが難しいことが課題となっている。 対応策： 1事例あたりの検討時間を短縮し、効率的な検討ができるよ う、司会のファシリテーション力の向上や進行方法の見直し、 ケア会議の提出様式の見直し等を行うことで、介護支援専門 員等のケア会議参加に対する負担感を軽減するとともに、検 討事例を増やすことで、介護支援専門員や介護サービス事 業者の自立支援および重度化予防に向けたアセスメント能力 を向上させていく。
安芸市	②給付適正化	平成30年度より居宅介護支援事業所の 指定等権限が市町村に移譲されたことで、 今まで県が行っていた実地指導や集団指導 を市町村が実施することとなり、今までで 以上にケアマネの資質向上や給付適正化の取 組みが重要となってくる。しかし実地指導 や集団指導について、市町村とケアマネの 距離感の近さや、担当職員の経験値の少な さに不安がある。介護保険事業の適正な 運営や、自立支援に向けた介護サービスの 提供に給付適正化は必要不可欠であり、居 宅サービス提供の中心を担うケアマネの資 質向上のため、専門の講師によるケアプ ラン点検を実施する。	個別のケアプランについて、ケアマネ資格を有する 講師に確認検証を依頼し、個別のヒアリングにより ケアマネの「気づき」を促すとともに、自立支援に資 するケアマネジメントの実践に向け取り組む。検証 結果については、講師により市内の居宅介護支援 事業所全体へフィードバックする。点検によって利用 者が真に必要なとするサービスを確保するとともに、 状態に適合しないサービス提供については改善を 促す。	ケアプラン点検：3事業所実施 指名した居宅介護支援事業所（3事業所）より 各5プラン提出を促し、ケアマネ資格を有する 講師にプランチェック・ヒアリング・振り返りの研 修会を実施する。主に区分支給限度額が8割 以上、もしくは極端に少ない事例や、要介護1 の軽度者の事例を主に検討する。	ケアプラン点検：3事業所実施 ○各事業所5プラン提出 ○講師によるプランチェック ○ヒアリング（H30.7.19、H30.8.28） ○振り返り研修会（H30.9.13）	◎	専門職によるプラン点検をH28年度より実施している。 継続して実施していることで、ケア会議の資料として提出さ れるケアプラン等について、精度が上がりケアマネが力をつ けてきていると感じる機会も増えている。 居宅介護支援事業所の権限移譲により、ケアマネを指導す る立場となったこともあり、引き続き専門職によるプラン点検 を続け、ケアマネの資質向上に努める。
安芸市	①自立支援・介護 予防・重度化防止	在宅介護実態調査結果によると、今後の 在宅生活の継続に向けて主な介護者が不安 に感じる介護は、夜間の排泄に次いで認知 症への対応が29.3％と介護者の不安の多く を占めていることがわかった。独居高齢 者や高齢者世帯が増加する中、認知症が進 行することで内服管理等できなくなり、自 宅での生活が困難になるケースが多い。 認知症への理解者を増やし、地域でのさ りげない見守り活動に繋げる「認知症サ ポーター養成講座」、地域の認知症の方の 交流の場としての「認知症カフェ」の取 組み、認知症の具体的な個別ケースにつ いて事例検討を行う「認知症初期集中支 援チーム」など、認知症状の変化に応じて必 要な介護が受けられるような支援を行っ ていく。	認知症の正しい知識の普及と啓発を目的とした 「認知症サポーター養成講座」の開催について、地 域住民だけでなく学校や企業にも幅広く呼びかけを 行っていく。併せて介護事業所の認知症ケアの質の 向上を目的とした研修会を開催し、認知症の症状の 変化に応じて必要な介護が受けられるような支援を 行っていく。 認知症カフェは地域住民にも広く周知されてきたた め、認知症疾患医療センターと協力してミニ講演会 を行うなど、カフェだけでなく新たな取り組みも取り入 れていく。 認知症の困難事例に対しては初期集中支援チ ームを中心に個別支援を展開し、速やかに介護保険 や地域資源へ連携できるよう支援する。	①認知症サポーター養成講座（平成30年度 目標：90人） ②認知症カフェの開催（第7期目標：2箇所） ③認知症初期集中支援チーム委員会（第7期目 標：1回/月開催）	①認知症サポーター養成講座78名（86.7％） 内訳：7/24市民 8名、9/9量販店 53名、11/27 高校生 12名） ②認知症カフェ 2箇所（それぞれ月1回開催） ③認知症初期集中支援チーム委員会（月1回開催） ④認知症初期集中支援検討会（12月11日開催）	◎	独居高齢者、高齢者のみ世帯の増加により、内服管理や生 活で何らかの支援が必要な方が増えてきており、在宅生活を 支えていくにあたって生活支援体制整備が必要である。医 療・介護従事者の認知症に対する理解や対応力など資質向 上を目指して、研修会などの開催が必要である。地域で包 括的なケア体制を整備するために、見守りなどを含めたネッ トワークづくりが必要である。
安芸市	①自立支援・介護 予防・重度化防止	【人生の最終段階における医療介護連携】 平成26年度に実施したアンケート 終末期の療養場所や人生の最期をどこで迎 えたいか →自宅を希望が50.4％（693人） しかし実際の死亡場所は、病院の割合が 87.8％と圧倒的に多く、市民のニーズとかな り乖離している。 【退院支援における医療介護連携】 ○安芸圏域における入退院時における情報 共有に課題。 【生活の場における医療介護連携】 ○利用者の在宅生活が何年も続く長期間に 及ぶ連携となり、期間が長い故に容易では ない。 ○摂食・嚥下・口腔ケアに関する医療介護 連携の必要性について平成28年度から口腔 ケアに関する多職種研修を開催している。 ○ICT連携の取り組みも進めているが医療、 介護事業所共に高知家@ラインの参加事業所 が少ないことが課題。	【人生の最終段階における医療介護連携】 平成28年度からは、地域支援事業として取り組 み、医療、介護、福祉、行政関係者を委員とした安 芸市在宅医療・介護連携推進プロジェクト会議を年3 回開催。 ①市民啓発②医療・介護サービス提供機関の体制 整備③関係機関・多職種ネットワーク構築を柱とし、 看取りフォーラムの開催、パンフレットやリビングウィ ル冊子等の作成・配布等毎年継続した取り組みを 行っている。 【退院支援における医療介護連携】 ○医療機関関係者やケアマネ、市町村、中芸広域 連合が協議し、「安芸圏域 入退院連絡手引き」を策 定、平成30年4月から運用している。 ○利用者、家族を中心に医療介護支援者の連携 ツールである「安芸市版 支え合いノート」の使用に ついて市内11事業所（居宅介護支援事業所・安芸市 地域包括支援センター）の32名のケアマネが、80件 の支え合いノートを活用。医療介護関係者の連携 ツールとして浸透している。今後とも、入退院時連携 に関する医療介護、行政関係者の定期的な協議の 場を継続させていく必要がある。 【生活の場における医療介護連携】 ○平成28年度から口腔ケアに関する多職種研修を 開催している。 ○高知医療介護情報連携システム「高知家@ライ ン」の活用促進に向けICTワーキング部会を開催。 ○来年度、県医療政策課の高知家@ラインモデル事 業があり、参加事業所と活用事例増に向けて、県や 医療介護関係者と共に進めていく。	①プロジェクト会議の開催 ②あき総合病院との多職種ケアカフェ：誤嚥性 肺炎を防ぐための食形態と栄養バランス ③お口のケアカフェinあき開催 ④医療介護情報連携システム運用に関する安 芸意見交換会の開催 ⑤看取りフォーラムinあき開催	①プロジェクト会議を年3回開催（H30年6月5日、11 月6日、H31年3月12日） ②あき総合病院と医療介護多職種参加のケアカフェ （H30年7月13日開催 参加者56名） テーマ：誤嚥性肺炎を防ぐための食形態と栄養バラ ンス ③市民向けリビングウィル啓発（H30年10月19日開催 参加者安芸市シルバー大学35名） ④お口のケアカフェinあき（H30年12月1日開催 参 加者59名） ⑤医療介護情報ICT連携システム運用に関する安芸 圏域意見交換会（H31年1月23日開催 参加者90名） ⑥看取りフォーラムinあき（H31年2月24日開催 参 加者245名）⇒参加者アンケート結果から、人生の最終 段階における医療について家族と今後話し合いたい と思う人が64名。「私のリビングウィル（安芸市作成の リーフレット）」を活用して生前の意思を家族などに伝 えておきたいと思う人が101名という結果であり、人生 の最終段階における自己決定、リビングウィルにつ いての啓発効果が高く、大盛況であった。	◎	課題1 人生の最終段階における医療介護連携については、独居や高 齢者世帯の増加傾向やライフスタイルなど家族形態の変容等を踏 まえ、本人や家族が望むのであれば、独居の看取りも実施でき るような医療・介護専門職の研修等人材育成や体制整備が必要 性である。 対応策 本市は看取りの体制整備として、①市民啓発②医療・介護サ ービス提供機関の体制整備③関係機関・多職種ネットワーク構築を3 本柱としており、継続した取り組みを行なっていく。H31年度に医 療・介護職を対象とした看取りについての研修会を開催する。 課題2 入退院や生活の場における医療介護連携について、本人・家族 を中心とした多職種の支援ネットワークを構築するにあたり、情 報発信、情報共有、協議がタイムリーで且つ効率的、継続的に行 なえることが必要である。 対応策 顔の見える関係性づくりとしての多職種合同研修会やケアカ フェの開催や、高知家@ライン（ICTに）の利活用を推進して いく。 ICTについては、医療や介護事業所の参加機関が増え、参加 者が日常業務でICTが使えるようにフォローアップが必要であ るため、定期的な意見交換等行う場が必要である。