

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

所属名	市民課介護保険係	市民課地域包括支援センター
担当者名	廣内 愛	

※「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					R元年度(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 38.59% ※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43.09% 後期高齢化率26.69% 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(第7期目標: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31年度目 標:利用回数80回)	①いきいき百歳体操実施箇所:36箇所 ②あき元気応援マイレージ登録人数:101名 ③短期集中予防型サービス:該当なし ↓ 地域リハビリテーション活動支援事業:専門職 によるアセスメント訪問 41回	○	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 施できるようにつなげていく。 また、体操参加者に対して体力測定を行い、専門職 の関りも促しさらなる予防につなげていく。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(訪問型)については、専門 職によるアセスメント訪問(41回)を行った。アセ スメント訪問した方のうち、3か月集中訪問支援対 象者はいなかった。今後もアセスメント訪問は実施 していく。 短期集中予防型サービス(通所型)については、リハ ビリ専門職及び通所介護事業所との協議等を複数回 開催し、自立支援を促進するために、より効果的な 方法で実施ができるよう体制整備を行った。R2年 度よりサービスを開始する。
安芸市	①自立支援・介護 予防・重度化防止	【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:14回 (4～6月、10～2月は1回/月、7月～9月は2回/月 開催。) 自立支援型地域ケア個別会議の実施件数:28件	○	課題: 自立支援型地域ケア個別会議を毎月1～2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 、アドバイザーの意見交換会等を行うことで、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、介護支援専門員や介護サポー ト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、実地指導や集団指導を市 町村が実施することとなり、今まで以上にケアマ ネの資質向上や給付適正化の取り組みが重要とな ってくる。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核とな る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サービスを確認 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(R1.8.21.R1.9.26) ○振り返り研修会(R1.11.28)	◎	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」の取り組み、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る。	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る。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 援を行っている。 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 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139名(139%) 内訳:6/6.20、8/5.23、11/7.26.29、12/18、1/9、 2/3.21(小学生・高校生・市民・企業) ②認知症カフェ 3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(8月6日開催) 安芸市版認知症ガイドブック(ケアパス)作成・ 啓発	◎	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・地域住民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 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2回開催(R元年5月21日、11月5日) 内訳:6/6.20、8/5.23、11/7.26.29、12/18、1/9、 2/3.21(小学生・高校生・市民・企業) ②認知症カフェ 3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(8月6日開催) 安芸市版認知症ガイドブック(ケアパス)作成・ 啓発	◎	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、独居高齢者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である。 対応策 本市は看取りの体制整備として、①市民 への啓発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 した取り組みを行っている。R元年度に 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した。 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)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 なう場が必要であり、月1回ICTワー キング部会を開催した。