

第7期介護保険事業計画「取組と目標」に関する自己評価シート（自立支援、介護予防・重度化防止に係るもの）

年 度	平成30年度
市町村名	中種子町
所 属 名	福祉環境課

自立支援、介護予防・重度化防止	①現状と課題（取組を設定した背景） ⇒見える化システム、高齢者実態（ニーズ）調査等に基づく地域分析結果	②第7期における具体的な取組 （①の課題を受けて7期計画で設定した取組）	③目標（事業内容・数値目標） （②の取組について数値等で具体的に定めた目標）	④実績（③の目標の達成状況）	⑤評価指標 （①の課題の解決につながったかどうかの評価に用いた情報、その実績）	⑥自己評価結果 （①～⑤を踏まえての考察・課題・今後の見直し等）				
	介護予防施策 （地域ケア会議関連施策を除く・総合事業を含む）	施策あり。 平成27年以降、総人口は減少している中で高齢者人口は増加傾向にあるが、平成29年をピークに前期・後期高齢者ともに減少が見込まれている。（2017年高齢者人口3,043人→2025年高齢者人口3,007人） 平成28年度の要介護認定率は20.4であり、多い順に骨・関節系疾患、認知症、脳卒中などの理由で介護保険認定申請を行っているため、介護予防の取組が重要である。 平成28年度に実施した高齢者等アンケート調査では、認知機能低下に該当する人は45.3%、うつ傾向ありの人は30.9%、転倒リスクありの人は28.6%の順に多くなっている。一方、地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合が65.2%、地域づくりへのお世話役としての参加意向のある高齢者の割合が45.9%と全国推計より高くなっている。 そこで、住民主体の通いの場づくりを展開し、早期からの介護予防の取組が重要と考える。	1）介護予防の普及啓発のための健康教育の実施 2）高齢者元気度アップポイント事業を活用した自主活動支援、社会福祉協議会でのサロン開催、介護予防に関するボランティア養成講座の実施	1）老人クラブ等団体の会合、町内イベント等の場において、介護予防や健康づくりについての健康教育に参加した延べ人数 （実績）H27：1,275人 H28：963人 （見込み）H29：900人 H30：900人 H31：1,000人 （H29、H30実績）H29：1,074人 H30：1,027人 2）住民主体の介護予防活動への参加人数およびポイントアップ事業登録者数 ○参加延べ人数 （実績）H27：1,639人 H28：825人 H29：2,576人 （見込み）H29：900人 H30：900人 H31：1,000人 H32：1,000人 ○ポイントアップ事業登録者 （現状値）H29：984人 （目標値）H30：1,070人 H31：1,140人 H32：1,200人	1)介護予防の普及啓発のための健康教育の実施 集団健診結果報告会8回 841人 老人クラブ等健康教育8回 123人 65歳到達に係る介護保険証交付時12回 63人 2)住民主体の介護予防活動への参加人数 H30実績 H30：4,140人 ポイントアップ事業登録者数 H30実績 1,099人	住民主体の通いの場の数 H29 12か所⇒H30 14か所 参加実人員 H29 168人 ⇒H30 183人 通いの場の数・参加実人員の増加がみられることより、介護予防の普及啓発および実践が展開できていると考えられる。	A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった	B	
	地域ケア会議関連施策	本町の現状 平成27年の高齢者単身世帯は一般世帯に占める割合は21.1%、高齢者夫婦世帯は17.8%でいずれも全国平均、鹿児島県平均を上回っています。平成28年度の要介護認定率は20.4%で重度（要介護3～5）軽度（要支援1～要介護2）の状況をみると、軽度は81.2で全国、鹿児島県を下回り、重度は111.3で全国、鹿児島県を上回っています。 本町の課題 上記より本町における課題は、 ①重度認定率が高い ②独居高齢者世帯が多い	1．地域ケア個別会議の立ち上げ、実施 ○目的：他職種からの助言を元に、本町の高齢者の自立支援・重度化防止に資する。 ○構成員：本町介護保険係、地域包括支援センター、ケアマネ、介護事業者、歯科医、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、生活支援コーディネーター、主任介護支援専門員 ○発揮する機能： ①個別課題解決機能（高齢者個人における自立支援・重度化防止） ②ネットワーク構築機能（本町の介護支援に関わる者のネットワークの強化） ③地域課題発見機能（個別事例の課題分析などを積み重ねることにより解決すべき地域課題を明らかにする） 2．現行の地域ケア推進会議の充実 5つの機能を整理し、地域課題の抽出から施策の形成への体制整備を行う。	1．地域ケア個別会議 平成29年度実績 実績なし 平成30年度目標 ○開催回数：1回/一ヶ月（年12回） ○検討事例数：1事例/1回（年12事例検討） ○成果：地域ケア個別会議で検討した事例に対し、モニタリングを実施し、改善したかの確認をする。 2．地域ケア推進会議 平成29年度実績 開催回数：年1回 平成30年度目標 開催回数：年1回 成果、地域ケア個別会議や課内ケア会議・小地域ケア会議等で出された地域課題を分析し、地域ケア推進会議にて共有。解決のための政策の提言を目指す。	1．地域ケア個別会議 平成30年度 開催回数：年5回 検討件数：年6事例 成果：モニタリング件数 6件 改善した件数 改善しなかった件数 助言された内容をプランに入れ実施はしているが、個別課題の改善には至っていない。 2．地域ケア推進会議 平成30年度 開催回数：年1回 成果等：歩いていける身近な場所に集まりの場が少ないため、既存の老人クラブの協力を得ながら地域作りへの普及啓発を行った。	1．地域ケア個別会議の参加者アンケート 回答数（18名） ・専門的な意見を聞くことが出来役立った。 ・新しい気づきがあった。 3．市町村及び地域包括支援センターの評価指標 065「生活援助の訪問回数の多いプランの地域ケア会議等での検証について実施体制を確保しているか」 ・地域ケア個別会議の提出事例の対象として「生活援助中心型訪問介護が厚生労働大臣が定める回数以上」を加え、実施体制を確保した。	A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった	B	
	在宅医療・介護連携推進施策	平成28年度高齢者実態調査によると、一般高齢者の88.6%、在宅要介護（要支援）者では84.2%が現在の住居にずっと住み続けたいとの移行を示している。 さらに、最期を迎えたい場所を自宅としている割合は57.1%である一方、平成28年度人口動態統計調査によると本町における死亡場所の状況は、実際に自宅で亡くなった人は10.92%と少なく、町民が望む在宅医療、在宅での看取りは十分とは言えない状況にある。 このようなことから、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護の関係団体が連携し、他職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築する必要がある。	○在宅医療・介護連携推進事業協議会において、町が保持するデータのほか、県や郡医師会団体から提供されるデータ等も活用し、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討を行う。 ○退院支援ルールの策定及び運用を通して医療・介護関係者の情報共有の支援及び関係市町村と連携を図る。 ○相談窓口として地域包括支援センターにコーディネーターを配置し、在宅医療・介護連携に関する相談内容を、郡医師会等の医療関係団体との介護等に報告する。 ○医療。介護関係の他職種参加型の研修を実施する。 ○地域住民に対し、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の普及啓発を図る。	・第宅医療・介護連携推進協議会の実施 H29：1回 H30：1回 H31：1回 ・退院調整ルールの策定・運用に係る協議会の実施 H29：1回 H30：1回 H31：1回 ・退院調整漏れ率 H29：20% H30：15% H31：10% ・地域包括支援センターに相談窓口を配置 ・他職種連携のための研修会の実施 H29：4回 H30：4回 H31：4回 ・人生の最終段階における医療・ケアに係る住民、患者家族への講演会開催 H29：1回 H30：1回 H31：1回	・第宅医療・介護連携推進協議会の実施 H29：1回 H30：1回 ・退院調整ルールの策定・運用に係る協議会の実施 H29：3回 H30：7回 ・退院調整漏れ率 H29：18.18% H30：11.5% ・地域包括支援センターに相談窓口を配置 ・他職種連携のための研修会の実施 H29：3回 H30：1回 ・人生の最終段階における医療・ケアに係る住民、患者家族への講演会開催 H29：1回 H30：1回	・在宅での看取り数 H29：3 H30：7 ・ターミナルケアを受けた患者数 H29：3 H30：7 ・在宅で看取り後、自宅死亡数 H29：2 H30：2（残りは、最終的に病院）	・在宅医療・介護連携推進事業協議会においては町内の医療・介護資源の共有を図る。平成30年6月から訪問看護事業所が町内に開業しより在宅医療が受けやすい環境が出来、医療との連携が進んできた。 ・退院調整ルールの運用により、退院調整漏れ率が6.68%改善するとともに、話し合いを重ねることで医療・介護それぞれの連携体制がさらに構築され、連携をとりやすくなっている。 ・退院調整ルールの中でも地域包括支援センターの役割を明確にしたことで、相談窓口としての機能をより発揮できるようになった。	A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった	B
	認知症関連施策	施策あり。 高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の割合も年々増加傾向にある。できるかぎり住み慣れた地域で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族を支える支援体制の構築と認知症ケアの向上を図る必要がある。	1）認知症の人や家族に早期に関わる支援体制を構築する。 2）地域における見守りや支援体制を強化する。	1）認知症総合支援事業 認知症初期集中支援推進事業：支援件数 H29：0 →H30：0 H31：10 H32：10 認知症地域支援・ケア向上事業：認知症カフェの開催 1か所で月1回開催→H32年度までに圏域ごとに1か所、計3か所で月1回開催 2）認知症高齢者見守り等事業 認知症サポーター養成講座：認知症サポーター数 H29：991 →H30：1,000 H31：1,100 H32：1,200 認知症ケアバスの周知	1） 認知症初期集中支援チーム支援 対応フローチャートの作成 地域支援推進員との連携：月1回開催 初期集中支援チーム検討委員会：年1回開催 認知症に関する相談：15件（チーム員支援：3件） 認知症カフェの開催：1か所で実施 年12回開催、参加者数：28人 2） 認知症サポーター養成講座の開催 サポーター数：1,029人 認知症ケアバスの周知 ケアバスの見直しの検討一次年度更新予定	認知症高齢者数（Ⅱa以上）H29 376人→H30 363人 初期集中支援チーム員支援 H29 0件→H30 5件 認知症初期集中支援チームフローチャートの作成や推進員等との連携で、相談支援につながっている。	A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった	B	
	生活支援体制整備関連施策（総合事業を除く）	本町的生活支援体制整備状況は、平成29年度で第1層への生活支援コーディネーターの配置がされ、平成30年度以降協議体の発足と第2層への生活支援コーディネーターを配置していく。 小学校区ごとに開催する小地域ケア会議から地域課題は高齢化率の増加があげられるが、困りごとは地域により異なり小学校区ごとの対応が必要になる。 第2層の生活支援コーディネーターを配置することで、地域のニーズを把握するとともにそれに対する支援体制を整備及び担い手を養成する必要がある。	①第1層の協議体の設置。第2層への生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置を行い、地域ごとのニーズの把握に努め、支援体制を構築する。 ②高齢化が進む中、高齢者本人の介護予防の推進とともに地域で支えられる地域の担い手を育成する。	①第1層協議体の設置：平成30年度 ②第2層への生活支援コーディネーターの配置数 H30：1 H31：3（3圏域全てに配置） ③第2層への協議体の設置数 H30：1 H31：3（3圏域全てに設置） ④既存の老人クラブの会員を中心に介護予防を推進する。また、老人クラブのない地域に通いの場を増やす。 H30：23団体	①第1層協議体の設置：平成30年度 ②第2層への生活支援コーディネーターの配置数 H30：0（予定者の研修会参加 1名） ③第2層への協議体の設置数 H30：1 ④老人クラブへの説明会 H30：19団体に実施	①説明会参加人数 老人クラブ：251名 全体説明会：44名 ②老人クラブの会員同士での支え合い体制など、地域で考える機会を持ち、なかなか自分の困っていることを他人に言えない雰囲気も強く、「自分の困りごとを発信できることから始めよう」と意識啓発を行いながら問題提起を行った。	A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった	B	
	その他施策						A～Dの4段階で評価	A：よくできた B：概ねできた C：あまりできなかった D：できなかった		