

第 6 期町田市介護保険事業計画 2015 年度進捗状況 要約版

基本目標	基本施策		取り組み数	進捗			
	重点	取り組みの柱		◎	○	△	×
1 いきいきと安心して地域で暮らしている	1	地域ネットワークの充実	7	2	5	0	0
	☆	高齢者支援センターの機能の充実	3		3		
		地域のネットワークづくりの強化	3	2	1		
		緊急時等の地域連携機能の強化	1		1		
	2	社会参加の推進と介護予防	6	0	6	0	0
	☆	新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施	2		2		
2 住み慣れた地域での生活が継続できている	3	医療と介護の連携による自立生活の支援の推進	4	0	4	0	0
	☆	在宅医療・介護連携の推進	2		2		
		在宅高齢者の家族介護支援	2		2		
	4	統合的な認知症ケアの体制づくり	11	2	9	0	0
		軽度認知症の支援強化	4	1	3		
	☆	認知症早期診断・早期対応の支援	2	1	1		
3 自分にあつた介護保険サービスを適切に利用できている		認知症生活機能障害に合わせたサービス体制	2		2		
		認知症高齢者、家族をサポートする仕組み	3		3		
	5	在宅を支える介護保険サービスの充実	12	0	11	1	0
	☆	在宅介護を支える介護保険サービスの整備促進	1			1	
		介護保険サービスの品質の向上	6		6		
		適切な介護保険サービスの利用	5		5		
6	自分にあつた住まいや施設の利用	4	0	4	0	0	
	在宅継続に向けた住宅改修等	2		2			
	多様な住まいや施設の確保	2		2			
合計			44	4	39	1	0
【計画以上に進んでいる】 + 【計画どおりに進んでいる】 ⇒ 97.7%							

基本目標 1 いきいきと安心して地域で暮らしている

基本施策		取り組み数	進捗			
重点	取り組みの柱		◎	○	△	×
1	地域ネットワークの充実	7	2	5	0	0
☆	高齢者支援センターの機能の充実	3		3		
	地域のネットワークづくりの強化	3	2	1		
	緊急時等の地域連携機能の強化	1		1		
2	社会参加の推進と介護予防	6	0	6	0	0
	介護予防の推進	2		2		
☆	新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施	2		2		
	生活支援・介護予防の担い手の育成	2		2		
【計画以上に進んでいる】 + 【計画どおりに進んでいる】 ⇒ 100%						

基本施策 1 地域ネットワークの充実

<将来の目指す姿>

高齢者支援センターを核として、医療機関や介護保険事業所、地域住民等が連携して、充実したネットワークが構築されることにより、高齢者の方が、住み慣れた地域で安心して生活することができています。

<評価すべき点>

○高齢者支援センターの統括・総合調整機能の強化に関しては、毎月の連絡会における情報共有などを通じ着実に進んでいます。センターの事業評価についても、評価の枠組みを検討・決定し、評価を実施することができました。

○町内会・自治会を単位とした高齢者の見守り支援ネットワークは、2015年度までに29町内会・自治会に拡大しています。

○あんしん相談室は2015年度に3箇所新設したことで、より多くの方へ対応できるようになりました。

<課題および今後の方向性>

○高齢者支援センターが中心となって、地域と連携し、高齢者の方が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるために、高齢者支援センターの人材を育成すると共に、高齢者支援センターの事業評価を実施していきます。

○今まで以上に町内会、自治会等に働きかけをして、見守り支援ネットワークの一層の充実を図り、高齢者の方が住み慣れた地域で安心して生活できる街づくりを推進していきます。

○あんしん相談室を現在設置されていない地域に設置し、地域の見守り活動をより一層推進していきます。

○2016年4月、町内会・自治会や自主グループと連携した介護予防教室の開催や、介護予防事業をサポートする高齢者の育成、支援など地域に密着した介護予防事業を企画する

ため、市内全 12 箇所の高齢者支援センターに各 1 名ずつ、「地域介護予防推進員」を配置します。

基本施策 2 社会参加の推進と介護予防

＜将来の目指す姿＞

身近な地域において社会参加や介護予防に取り組みやすい環境が整っていることで、高齢者の方が生きがいを持って安心して暮らすことができます。

＜評価すべき点＞

○2016 年 4 月、12 の高齢者支援センターに各 1 名ずつ、「地域介護予防推進員」を計 12 名配置しました。「地域介護予防推進員」は町内会・自治会や自主グループと連携した介護予防教室の開催や、介護予防事業をサポートする高齢者の育成、支援など地域に密着した介護予防事業を企画します。

＜課題および今後の方向性＞

○地域資源と連携した生活支援サービスの創出では、目標とした協議体が設置できなかったため、2016 年度は関係機関で構成される協議体設置に向けて、取り組んでいきます。

○2016 年度は地域生活支援コーディネーターを全 12 箇所の高齢者支援センターに配置します。

○「通所サービス B」モデル事業を 2016 年度後期に実施し、2017 年度中の実施に向けて検証します。

基本目標 2 住み慣れた地域での生活が継続できている

基本施策		取り組み数	進捗			
重点	取り組みの柱		◎	○	△	×
3	医療と介護の連携による自立生活の支援の推進	4	0	4	0	0
☆	在宅医療・介護連携の推進	2		2		
	在宅高齢者の家族介護支援	2		2		
4	統合的な認知症ケアの体制づくり	11	2	9	0	0
	軽度認知症の支援強化	4	1	3		
☆	認知症早期診断・早期対応の支援	2	1	1		
	認知症生活機能障害に合わせたサービス体制	2		2		
	認知症高齢者、家族をサポートする仕組み	3		3		
【計画以上に進んでいる】 + 【計画どおりに進んでいる】 ⇒ 100%						

基本施策 3 医療と介護の連携による自立生活の支援の推進

<将来の目指す姿>

市民が求める医療と介護のサービスが一体的に効率よく提供されることで、家族も含めていつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができます。

<評価すべき点>

○町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクトでは、在宅医療介護連携に関する取組について検討を重ねるとともに、医療介護資源の把握や在宅医療、介護の需要動向についての調査を行いました。また、医療職・介護職を対象とした多職種連携研修会を2回開催し、関係者間の顔の見える関係づくりを促進しました。

○地域ケア会議では、在宅医療・介護をテーマとした会議が開催され、各地域ごとの課題に対して議論を行いました。

○家族介護者同士の情報交換や不安を解消できる機会として、家族介護者教室と家族介護者交流会を開催しました。

<課題および今後の方向性>

○地域で安心して暮らし続けるために、町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクトで取り組んだ内容を市民に広く知ってもらう必要があります。

○地域ケア会議で抽出された課題について、対応策の検討までできるよう、運営方法の見直しを進めます。

基本施策 4 統合的な認知症ケアの体制づくり

＜将来の目指すべき姿＞

市民の方が、認知症による危機の発生を防ぐ早期・事前的な対応を基本とした施策が推進されていることにより、本人・家族支援、地域づくり、症状別支援、人材育成の視点をふまえた「相談」「受診」「診断後の支援」までの統合的な認知症ケアを受けることができます。また、統合的な認知症ケアの体制が高齢者支援センター担当地区ごとに定着し、町内会・自治会や民生委員・児童委員※などを通じて、市民の方に浸透しています。

＜評価すべき点＞

○認知症高齢者及びその家族が住み慣れた地域で共に生活を送ることができるよう支援することを目的として、認知症施策の推進に関し関係者で協議するため、町田市認知症施策推進協議会を新たに開設しました。

○認知症の方をできるだけ早く発見し支援することで、認知症になっても自宅で暮らし続けられるように、都内で初めて認知症ケアパス（知って安心認知症）を作成しました。

○認知症の早期対応・受診の支援の充実に向けて、認知症相談の枠組みの整備（医師・臨床心理士による相談の拡充、認知症初期集中支援チーム事業の立ち上げなど）を行いました。

○初期の認知症当事者のニーズに合わせた居場所作りや生きがい作りの場として、認知症カフェを開催しました。

＜課題および今後の方向性＞

○認知症の早期対応・受診の支援の更なる充実に向けて、認知症相談事業の広報活動を拡大していきます。また、地域との連携体制の充実や、認知症ケアに関わる医療連携の充実を図ります。

○認知症の人やその家族の視点を重視した認知症カフェを開催し、未だつながりのない多くの認知症当事者や認知症に関心の少ない方にアプローチし、利用者の拡大を図ります。

基本目標 3 自分にあった介護保険サービスを適切に利用できている

基本施策		取り組み数	進捗			
重点	取り組みの柱		◎	○	△	×
5 在宅を支える介護保険サービスの充実		12	0	11	1	0
☆	在宅介護を支える介護保険サービスの整備促進	1			1	
	介護保険サービスの品質の向上	6		6		
	適切な介護保険サービスの利用	5		5		
6 自分にあった住まいや施設の利用		4	0	4	0	0
	在宅継続に向けた住宅改修等	2		2		
	多様な住まいや施設の確保	2		2		
【計画以上に進んでいる】 + 【計画どおりに進んでいる】 ⇒ 93.8%						

基本施策 5 在宅を支える介護保険サービスの充実

<将来の目指す姿>

高齢者の方が、身近できめ細かい介護保険サービスや、在宅での介護・医療、認知症支援を、各圏域の高齢者支援センター担当地区で受けることができます。また、質が高く適切な介護保険サービスを受けることができます。

<評価すべき点>

○第5期に開始した新たな介護サービス「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を計画通り整備し、市内の在宅サービスの充実を推進しています。

○事業者実地指導については、目標値以上の件数を実施することができました。

○ケアプラン点検時に使用するアセスメントツールとして東京都が推奨している、「リ・アセスメント支援シート」の理解を深めるため、講師を招いて研修会を行いました。形式的なケアプランではなく、その人がどのような暮らしをすることが幸せなのかという、自立を支援するために必要な考え方を主任介護支援専門員を中心に学んでいただきました。

○質の高いサービスを提供するためには、他職種が連携して利用者にとって一番良い方法を話し合う必要があります。この連携を深めるための介護保険事業者合同連携会議を開催しました。

○利用者が適切な介護保険サービスを受けられているかの確認も必要です。2014年度に引き続き、福祉用具・住宅改修利用者宅への現地訪問や、給付費通知による確認を行いました。

○介護保険施設に入所している方が適切なサービスを受けられるよう、介護相談員を派遣しています。利用者の声を拝聴するとともに、施設側にフィードバックすることで、サービスの質の向上を図っています。

<課題および今後の方向性>

○2016年度から、ケアプラン点検で使用するアセスメントツールに「リ・アセスメント支援シート」を採用しました。このシートを市内の介護支援専門員に普及していくことで、

利用者一人ひとりに合ったサービスの提供を目指します。介護支援専門員が「リ・アセスメント支援シート」を活用できるように、引き続き支援していく必要があります。

○介護保険事業者合同連携会議を、今後どのように活用してどのように連携していくのか、会議のあり方を検討していく必要があります。

○適切なサービス提供が行われているかの確認を行うため、給付費の分析を行うなどの新たな取り組みが必要です。

○介護相談員の派遣先を、介護保険施設だけでなく有料老人ホーム等にも拡大できるように取り組む必要があります。

基本施策6 自分にあった住まいや施設の選択

＜将来の目指す姿＞

市民の方が、住み慣れた地域や自宅で、介護保険サービスを受けながら生活できています。また、自宅での生活や在宅での介護が難しくなった際の住まいや施設が確保されています。

「入所の緊急度が高い特養待機者」が、すぐに特別養護老人ホームに入所できます。

＜評価すべき点＞

○特別養護老人ホームについて、計画通り増床しました。

○高齢者の方が安心して在宅生活を継続できるよう、引き続き住宅設備改修費の一部を支給しています。

○住み慣れた在宅での生活を継続させるために、どのような改修を行えば暮らしやすくなるのか、住宅改修アドバイザーを派遣することで助言を行っています。

＜課題および今後の方向性＞

○特別養護老人ホームについて、計画通り整備を進める必要があります。

○住宅設備改修費の給付を適正に行えるよう、引き続き適切な審査を行っていきます。

○作業療法士・理学療法士の資格を持った住宅改修アドバイザーに対して、ニーズが多いことから、ニーズに対応できるよう有資格者を増員する必要があります。

○作業療法士・理学療法士の資格を持った住宅改修アドバイザーの派遣要望が多いことから、ニーズに対応できるよう有資格者を増員する必要があります。