

## 第 6 期町田市介護保険事業計画 2017 年度進捗状況（概要版）

## 第 6 期町田市介護保険事業計画の評価結果

基本目標	基本施策		取組数	進捗			
	重点	取組の柱		◎	○	△	
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	1	6	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	1	2		
		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	2	4	0	
	☆	介護予防の推進	2	1	1		
		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	1	1		
	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	1	3	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	1	1		
4 統合的な認知症ケアの体制づくり		11	1	9	1		
☆		軽度認知症の支援強化	4		4		
		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	1	2			
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	5 在宅を支える介護保険サービスの充実		12	2	9	1	
	☆	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	1	5		
		適切な介護保険サービスの利用	5	1	4		
	6 自分にあった住まいや施設の利用		4	0	3	1	
		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		1	1		
合計			44	7	34	3	
割合				15.9%	77.3%	6.8%	
【計画以上に進んでいる】 + 【計画どおりに進んでいる】 ⇒ 93.2%							

## 評価の基準について

評価	基準とする内容
◎	計画以上に進んでいる
○	計画どおりに進んでいる
△	計画の目標値を下回っている

## ◆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1 地域ネットワークの充実

#### <評価すべき点>

○高齢者支援センターの連携については、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は、評価の枠組みを定め、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、2017年度までに52町内会・自治会に拡大しています。

○2017年度から市内12ヶ所のあんしん相談室に高齢者の総合相談機能を追加し、高齢者支援センターのランチとして再始動しました。

○高齢者支援センター内での地域ケア会議の理解促進のため、2017年度に「町田市地域ケア会議運営ガイドライン」を作成しました。

○「地域介護予防推進員」を全12箇所の高齢者支援センターに配置することで、高齢者の社会参加と効果的な介護予防の企画・実施、地域の「通いの場」の充実を図りました。

#### <課題および今後の方向性>

○地域包括ケアの実現に向けて、より効率的・効果的な運営ができるよう高齢者支援センターの事業評価を実施します。

○地域の中で高齢者が見守られ、安心して暮らすことができるよう、町内会や自治会などの団体が主体となって地域の高齢者を見守る「高齢者見守り支援ネットワーク」の実施地区の拡大を図ります。また、「高齢者見守り支援ネットワーク」の普及啓発を図るための講座や、見守り活動を実施している町内会自治会同士の交流会を開催します。

○作成した地域ケア会議運営ガイドラインに沿って、高齢者支援センターが地域ケア会議を効果的・効率的に運営できるよう進めていきます。

### 基本施策2 社会参加の推進と介護予防

#### <評価すべき点>

○2017年4月「町田市介護予防・日常生活支援総合事業」を開始し、新たなサービスを実施しました。

○ボランティア、NPO、地域住民などが運営する39団体を「地域活動団体型サービス」を提供する団体として登録し、多様な主体が地域の通いの場の担い手となりました。

○「支え合い連絡会」を実施し、地域の介護予防・生活支援のニーズや課題を把握しました。

#### <課題および今後の方向性>

○引き続き、総合事業を確実に進めていきます。自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化防止を強化します。

○生活支援コーディネーターが中心となり、地域住民、NPO、民間企業、ボランティアなどと連携しながら、地域の実情に合った多様な日常生活上の支援体制を確立していきます。

## ◆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3 医療と介護の連携による自立生活の支援の推進

#### <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、特に退院支援について検討を重ねました。また、年2回行う多職種研修会のうち1回を、市民への啓発活動として市内の在宅療養について市民向けに発表するイベントとして開催しました。

○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、関係者の顔の見える関係づくりが一層進みました。

○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>

○町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト推進協議会を開催し、在宅療養の充実や医療・介護連携における課題の解決を図ります。

○医療と介護の専門職同士の連携強化のため、多職種連携研修会を開催します。

○在宅療養の知識や町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクトの取り組みについて、市民に周知・啓発を図ります。

### 基本施策4 統合的な認知症ケアの体制づくり

#### <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開催しました。

○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ことを目的とした認知症ケアパス（知って安心認知症）を配布しました。

○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、認知症初期集中支援チーム事業など）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>

○認知症初期集中支援チーム事業は、認知症初期集中支援チーム訪問件数144件の目標に対し、2015年度151件、2016年度111件、2017年度103件と減少しています。これは、高齢者支援センターが地域の医療機関とネットワークを構築したことで、認知症初期集中支援チームが出勤しなくても早期に医療受診、介護サービスに結びつくことができるようになったことが理由と考えられます。引き続き、認知症初期集中支援チーム支援事業だけでなく、認知症地域支援推進員による相談対応等を総合的に推進し、早期診断・早期対応を図っていきます。

○認知症の身近な相談窓口として、医師によるもの忘れ相談や臨床心理士による介護者等相談を引き続き高齢者支援センター12ヶ所において実施します。また、専門員による電話相談を東京都疾患医療センターの鶴川サナトリウム病院において実施します。

○認知症の人やその家族の視点を重視し、ニーズに合わせた居場所づくりや生きがいづくりの場の整備と普及を推進していきます。

○認知症に対する地域の理解を深めるためのビジョンを市民、事業者等と共有し認知症にやさしい地域づくりを進めます。

## ◆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5 在宅を支える介護保険サービスの充実

#### <評価すべき点>

- 地域密着型サービスについて計画に基づき公募を行い、認知症高齢者グループホームを計画どおり整備しました。
- 事業者実地指導については、指導監査体制の整備に伴い、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（ケアマネジメント勉強会）で支援者の役割を担う主任ケアマネジャーが、「リ・アセスメント支援シート」を活用していったことで、支援者としてのスキルアップが見られ、課題を導く際に事例の提出者に多くの気づきを与えられるようになりました。
- 質の高いサービスを提供するためには、多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のため、福祉用具・住宅改修利用者宅への現地訪問や、給付費通知による啓発等を行いました。
- 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。
- ケアマネジャー向けの相談援助の研修体系を変更し、上級編を開設しました。そのことにより、よりケアマネジメントの質の向上を図っています。

#### <課題および今後の方向性>

- 第6期計画での公募の結果、一部整備できなかった定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護について、募集方法を検討する必要があります。
- 事業者実地指導については、指定権限を有する居宅介護支援事業所、地域密着型サービス事業所を中心にいきます。また、管理者研修等を有効に活用し、介護保険サービスの適正な運営を図ります。
- 「リ・アセスメント支援シート」は記入に時間がかかるので、日常業務であまり活用ができていません。ケアマネジャーが「リ・アセスメント支援シート」への知識や理解を深め、ケアプランの見直しの重要性を知っていただくため、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、会議のあり方及び連絡会同士の連携方法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組が必要です。
- 介護相談員の派遣先を拡大し、介護保険サービスの品質向上を図る必要があります。

### 基本施策6 自分にあった住まいや施設の利用

#### <評価すべき点>

- 高齢者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。
- 特別養護老人ホームについて、2018年9月開設に向け工事が開始しました。

#### <課題および今後の方向性>

- 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しています。今後は会議での様々なケースの情報共有を通して、新しい住宅改修アドバイザーの質の向上と現職アドバイザーの互いのスキルアップを目指します。
- 施設整備については、整備率や、地域ごとの高齢者人口、特養待機者の入所状況、介護保険料への影響を総合的に考慮し、地域の特性に合わせて推進します。