

## 第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の進捗状況について

### 取組と目標の進捗管理

- ・ 自立支援、介護予防・重度化防止に係るもの
- ・ 介護給付適正化に係るもの

#### 1. 第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の取組と目標の評価

介護保険法の改正により、市町村の策定する介護保険事業計画には、「自立した日常生活の支援や介護予防」、「要介護状態の軽減や悪化の防止」、「介護給付等の適正化」などに関する施策（取組）や目標を定めることとなった。

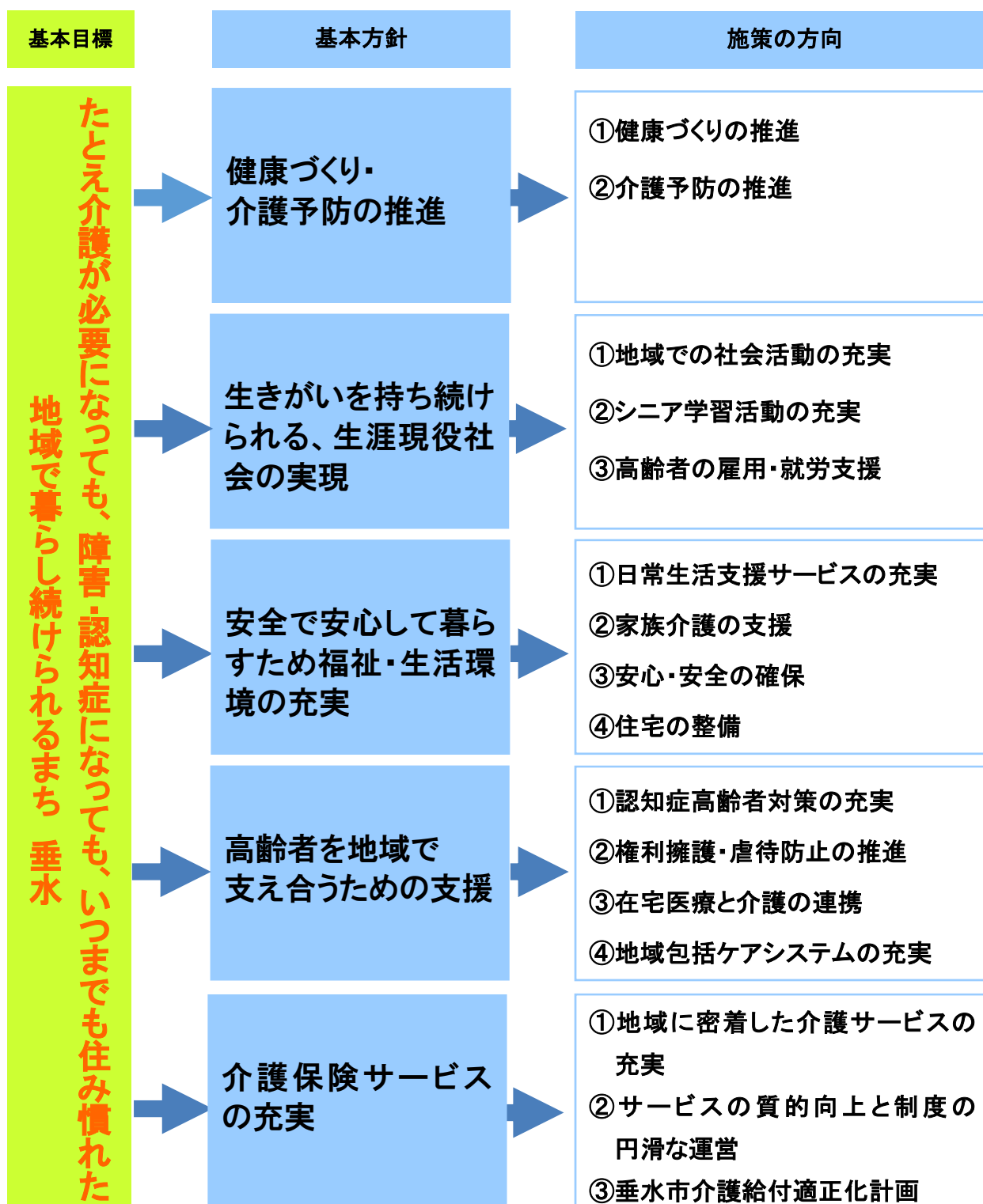
市町村には、これらの取組と目標の達成状況の調査・分析を行い、その結果を公表すること、また、目標に向けた取組の実行、評価と見直しを繰り返し行うよう求められることになった。

そのため、本市では、第7期垂水市高齢者福祉計画・介護保険事業計画で取り組むべき重点施策を次のとおり定め、これらの取組について評価を行った。

## 2. 施策の体系

### 垂水市第7期高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画

#### [平成30～32年度]の施策体系



### 3. 垂水市における高齢者自立支援施策及び目標値

重点施策	目標項目	内容	H28 実績	H32 目標
健康づくりの推進・重度化防止	介護予防教室の開催	いきいき元気塾等の介護予防教室を開催し、住民の健康づくりや疾病及び介護予防に努めます。	参加人数 2,087人	参加人数 2,200人
	地域リハビリテーション活動支援事業の推進	リハビリテーション専門職が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、自立支援・重度化防止の取組を総合的に支援します。	介護予防事業へのリハビリ職の関与延べ 36人	介護予防事業へのリハビリ職の関与延べ 100人
	たるみず元気プロジェクトの実施	保健・医療・福祉・介護を専門的かつ多角的に捉えたサービスを提供するため、高齢者を対象として健康診断を実施します。	0	受診件数 1,500人
地域包括ケアシステムの充実	相談への対応・地域ケア会議の推進	「高齢者に関する情報」を地域包括ケアセンターに集約し、それらの情報を基に協議を行い、課題解決を目指していきます。	ケア会議 8回	ケア会議 20回
認知症高齢者対策の充実	認知症サポーターの育成	認知症キャラバンメイト養成研修、サポーター養成講座を行い、サポーターの養成に努めます。	3回 80名	5回 100名
	認知症カフェ及び交流会等の設置	認知症の人や家族の孤立を 방지、介護者が抱える問題等を緩和するための相談・交流会を実施します。	認知症カフェ 0回 家族の会 12回	認知症カフェ 24回 家族の会 12回
	認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の推進	認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員を中心に認知施策を推進します。	初期集中支援チーム 0 認知症地域支援推進委員 7名	初期集中支援チーム 1 認知症地域支援推進員 8名
在宅医療と介護の連携	入退院時情報連携シートの活用・ルールについての協議開催回数	入退院時の医療と介護の情報連携の在り方についての協議を開催する。	1回	2回
介護給付適正化	ケアプラン点検件数	第6期から継続している「短期入所生活介護等の長期利用に対する確認」、「軽度者に対する福祉用具貸与の確認」における点検に加え、個別案件にも目を通します。	60件	120件
	調査票点検件数	垂水市外の遠方で認定調査を行う際に、委託事業者で作成された調査票については今後も確認の徹底に努めます。また、困難事例を点検できる体制整備を推進します。	36件	60件
	実地指導件数	居宅介護事業所の指定権限が市町村に移譲されることに伴い、実地指導の年間計画件数が増加します。サービス提供体制や介護報酬請求の適正化に努めます。	3件	5件

## 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

<b>タイトル</b>	<b>健康づくりの推進・重度化防止</b>
-------------	-----------------------

### 現状と課題

本市の平成 29 年の高齢化率は 39.8%となっており、平成 24 年から 4.7 ポイントも増加している。平成 27 年の一般世帯は、6970 世帯であり、そのうち、高齢者のいる世帯数は 3932 世帯(56.4%)で、高齢者のいる世帯のうち単身世帯は 1407 世帯(35.8%)となっている。

また、本市における要介護認定者数は年々増加しており、平成 29 年 1 月末時点では平成 21 年 3 月末に比べ 111 人増の 1,140 人となっている。

このことから、要介護者の増加を抑えるため、介護予防の取組が喫緊の課題と考え、7 期計画での取組を設定した。

### 第 7 期における具体的な取組

1. いきいき元気塾等の介護予防教室を開催し、住民の健康づくりや疾病及び介護予防に取り組む。
2. リハビリテーション専門職が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、自立支援・重度化防止の取組を総合的に支援する。
3. 保健・医療・福祉・介護を専門的かつ多角的に捉えたサービスを提供するため、高齢者を対象として健康診断等（健康チェック）を実施する。

### 目標（事業内容、指標等）

●目標

	平成 29 年実績	平成 32 年（令和 2 年）目標
1. 介護予防教室の開催	参加人数 2,523 人	参加人数 2,200 人
2. 介護予防事業へのリハビリ職の関与	延べ 86 人	延べ 100 人
3. たるみず元気プロジェクトの実施	380 人	受診件数 1,500 人

### 目標の評価方法

●平成 31 年 3 月 31 日時点：実績評価のみ

	平成 30 年実績
1. 介護予防教室の開催	参加人数 1,124 人
2. 介護予防事業へのリハビリ職の関与	延べ 66 人
3. たるみず元気プロジェクトの実施	1151 人

## ●評価の方法（事業等実施内容）

### 1. 介護予防教室

市内9地区公民館で、それぞれ年3回程度開催。

内容は、貯筋運動や垂水中央病院の先生による講話、等を実施。

また、その他市内3地区の公民館で1地区6回講座の認知症予防教室を開催した。

### 2. 介護予防事業へのリハビリ職の関与

垂水中央病院のリハビリ職の専門員が、市内介護保険関連施設の介護職員へ講話、研修を行った。内容は、ベッドから車イスへの移乗等、実際に事業所へ出向き指導を行う時もあった。

### 3. たるみず元気プロジェクト

鹿児島大学教授をスーパーバイザーとして本市と鹿児島大学、垂水中央病院等の関係団体と協同で「健康寿命の延伸」に向けた「健康チェック」を実施。内容は、血管年齢や体力チェック等の身体検査を行う。実施場所は、垂水中央病院や各地区公民館、小学校で実施した。

また、フォローアップとして高血圧教室や筋力・筋量アップ運動として、垂水市市民館で、コグニサイズを実施している。

## 自己評価結果（考察・課題・今後の見直し等）

### 1. 介護予防教室

介護予防教室は、本市9地区全域で実施している。高齢者の筋力低下防止は基より、フレイル（加齢とともに心身の活力が低下し、心身の脆弱性等が出現した状態であるが、介護等の支援で生活機能の維持向上が可能な状態像）予防につながっているものと考ええる。

### 2. 介護予防事業へのリハビリ職の関与

中央病院のリハビリ専門職が、市内事業所の介護職員に、講話や研修を行うことで、介護職員の技術の向上につながっている。

### 3. たるみず元気プロジェクト

平成30年度から本格実施した。参加者も1,151人と多く、健康意識も高まっている中、自分の身体の状態を確認することができる。また、医者等の専門的、知見から指導指摘があることがより、参加者が日頃からの自分の健康に対する取組や意識付けにつながっている。

なお、一環として筋力・筋量アップ運動して新たに令和元年度からサルコペニア（加齢や疾患により筋力低下が起こること）教室を始める。

## 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

<b>タイトル</b>	<b>地域包括ケアシステムの充実</b>
-------------	----------------------

### 現状と課題

本市の認定調査結果を分析すると、介護度が要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物などADL（日常生活動作）の一部が困難になっている現状がある。そのため、地域ケア個別会議を開催し、リハビリ専門職をはじめとする多職種が協働して個別事例の支援内容の検討を積み上げることで自立支援や生活行為の向上を目指す。

また、自立支援に資するケアマネジメントの視点を共有し、介護支援専門員のケアマネジメント向上を図る。さらに個別課題から地域課題への取組が推進されることが期待できる。

### 第7期における具体的な取組

- ・市レベルの地域ケア推進会議

- ・地域包括支援センターでの個別会議

※「高齢者に関する情報」を地域包括ケアセンターに集約し、それらの情報を基に協議を行い、課題解決を目指す。

### 目標（事業内容、指標等）

※相談への対応・地域ケア会議の推進

- ・H29実績：ケア会議 9回（類似会議含む）

- ・H32目標：ケア会議 20回

### 目標の評価方法

#### ●平成31年3月31日時点：実績評価のみ

※相談への対応・地域ケア会議の推進

- ・H30実績：処遇困難ケースのケア会議 2回

自立支援に向けたケア会議 2回

#### ●評価の方法

平成30年度から本格的に、個別ケア会議を実施した。

対象者（利用者）を多職種（ケアマネ、歯科、リハビリ職等）による専門的な意見を元に会議を実施し、個別課題等の話合を行った。多職種で話合いの場をもつことにより、日頃では気付かない「気付きの場」にもなり、対象者（利用者）をあらゆる観点を捉えることができ、個別課題の解決につながっている。

また、個別課題が解決しない場合でも課題に対し解決への糸口、方向性を示す場になっている。

ケアプランについても、多職種から意見等があることにより、対象者（利用者）へのサービスの提供等への気付きになっている。

### 自己評価結果（考察・課題・今後の見直し等）

平成 30 年度は、平成 31 年 2 月からの実施となったため、2 回のみ開催となった。  
本年は、初年度であり、手さぐりの部分もあったが、対象者(利用者)を多職種であらゆる観点から検討することにより個別課題のより細かな把握、解決につながっていくため来年度からは、ケア会議の精度を高め、より対象者(利用者)の課題解決等につなげる。

また、現段階では、個別課題の解決にのみ留まっているが、今後は地域課題の把握及び解決までつなげていきたい。

## 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

<b>タイトル</b>	<b>在宅医療と介護の連携</b>
<b>現状と課題</b>	
<p>平成 30 年 4 月現在の本市の医療・介護施設の状況は、入院可能医療施設が垂水中央病院 1 箇所、施設系サービスが 4 事業所、在宅系サービスが述べ 12 事業所、居宅介護支援事業所 5 事業所、地域包括支援センター 1 箇所、その他有料老人ホーム 3 事業所となっており、本市の状況も「医療」から「介護」へ徐々にシフトしていることから、在宅の高齢者等を支援するため、在宅医療と居宅介護支援等の連携が、今後、重要な位置づけとなる。</p>	
<b>第 7 期における具体的な取組</b>	
<p>1. 在宅医療と介護の連携 2. 県医療計画との整合性 ※入退院時の医療と介護の情報連携の在り方についての協議を開催する。</p>	
<b>目標（事業内容、指標等）</b>	
<p>※入退院時情報連携シートの活用・ルールについての協議回数</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ H29 実績: 6 回</li><li>・ H32 目標: 2 回</li></ul>	
<b>目標の評価方法</b>	
<p>●平成 31 年 3 月 31 日時点：実績評価のみ</p> <p>※入退院時情報連携シートの活用・ルールについての協議回数 H30 実績: 4 回</p> <p>●評価の方法</p> <p>大隅地域振興局が中心となり、大隅管内の入退院時情報連携の活用・ルールを策定した。 平成 30 年度から、本格運用となり、大隅管内の関係機関と連携し対応している。</p>	
<b>自己評価結果（考察・課題・今後の見直し等）</b>	
<p>平成 30 年から本格運用となった。情報連携シート等を活用し、在宅医療と介護の連携に活用していく。</p> <p>今後も、大隅管内の関係機関と連携し効率よく情報連携ができるよう対応していく。</p> <p>また、ルールについて、様々な課題が出てくることが予想されるので、年 2 回の協議会で、ルールについて話し合い、課題解決に取り組むこととしている。</p>	



## 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

<b>タイトル</b>	<b>認知症高齢者対策の充実</b>
-------------	--------------------

### 現状と課題

本市における認知症高齢者の推計は、平成 26 年は、高齢者人口 6,083 人に対し 1,052 人(約 17.3%)。平成 29 年は、6,121 人に対し 1,063 人(約 17.4%)。平成 37 年の推計についても、5,881 人に対し 1,082 人(約 18.4%)となっており、患者数の変動は、それほど大きくないが、発症率は増加傾向にある。

そのため、認知症の方々の交流の場の設置、認知症サポーター等の育成及び支援チームの整備が重要課題である。

### 第 7 期における具体的な取組

1. 認知症の人や家族を支援していくため、認知症キャラバンメイト養成研修、サポーター養成講座を行い、サポーターの養成に取り組む。
2. 認知症の人や家族の孤立を防ぎ、介護者が抱える問題等を緩和するための相談・交流会を実施する。
3. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員を中心に認知施策を推進する。

### 目標（事業内容、指標等）

●目標

	平成 29 年実績	平成 32 年（令和 2 年）目標
1. 認知症サポーターの育成	5 回 89 名	5 回 100 名
2. 認知症カフェ及び交流会等の設置	認知症カフェ 13 回 家族の会 12 回	認知症カフェ 24 回 家族の会 12 回
3. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の推進	認知症初期集中支援チーム 1 チーム 認知症地域支援推進委員 8 名	認知症初期集中支援チーム 1 チーム 認知症地域支援推進委員 8 名

## 目標の評価方法

### ●平成 31 年 3 月 31 日時点：実績評価のみ

	平成 30 年実績
1. 認知症サポーターの育成	4 回 99 名
2. 認知症カフェ及び交流会等の設置	認知症カフェ 59 回 家族の会 12 回
3. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の推進	認知症初期集中支援チーム 1 チーム 認知症地域支援推進委員 8 名

### ●評価の方法

#### 1. 認知症サポーターの育成

認知症キャラバンメイト養成研修、サポーター養成講座実施。また、キャラバンメイト連絡会を開催し、研修参加者のフォローアップや情報交換を行った。

#### 2. 認知症カフェ及び交流会等の設置

市内介護保険事業所(グループホーム等)に、認知症カフェを設置した。認知症カフェでは、小学生や保育園児、地区公民館職員等の地域の方々の参加があった。

活動内容は、歌を歌ったり、踊りを楽しんだりした。中には、習字やタブレットを活用する事業所もあった。

#### 3. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の推進

認知症の方に対して、これまでどおり住み慣れた地域で暮らせること。また、その家族をサポートするため、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員を設置した。

認知症の住民・家族について、相談もある。

## 自己評価結果（考察・課題・今後の見直し等）

#### 1. 認知症サポーターの育成

これまでどおりの取組を進める。

#### 2. 認知症カフェ及び交流会等の設置

市内介護保険事業所の協力もあり、認知症カフェの創設が、予想以上に多くできた。参加者も多く、767 名の方が参加した。活動も地域の協力を得ることができ「通いの場」となって地域連携が図られている。今後、認知症カフェが介護度予防及び介護度の改善につながるような取組を考えたい。

#### 3. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の推進

「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」を知らない市民が多いことから、活動は、これまでどおりの取組とするが、多くの市民に知ってもらうため、さらなる周知・広報を行う。

## 取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	介護給付適正化
------	---------

### 現状と課題

本市の人口は減少し続けており、高齢者の数も減少しつつある。しかし、人口に占める 65 歳以上高齢者の割合は高く、認定者も増加傾向が見込まれ、介護給付費も比例するように増加している。

利用者が、真に必要とするサービスを見極めるため、ケアプラン点検等を重点施策と定め、介護給付の適正化につながる取組を実施する必要がある。

### 第 7 期における具体的な取組

#### ●要介護認定の適正化

研修会に参加し、認定調査員のスキルアップに取り組む。

#### ●ケアプラン点検（重点施策）

ケアプラン点検は、地域密着型サービス等の現地指導での確認・指導。また、各事業所のケアマネに個別に指導を行う。

住宅改修や軽度者の福祉用具利用等でもケアプラン点検を実施し、利用者に適切なサービスを提供できるよう点検を行う。

#### ●住宅改修等の点検

##### ・住宅改修の点検

住宅改修は、ケアプランに基づき利用者の状況に対応した必要な改修なのか点検を行い、案件によっては、現地確認を実施する。

##### ・福祉用具の購入・貸与

福祉用具購入は、できるだけ支給申請と同時にケアプランの提出を求め適切な用具の申請か点検を行う。軽度者の福祉用具貸与は、必ずケアプラン及び必要書類の提出を求める。

#### ●縦覧点検・医療情報との突合

介護保険と医療保険の二重請求の確認や介護報酬の整合性の点検を行う。

#### ●介護給付費通知（重点施策）

介護保険のサービス利用者に対し定期的に介護給付費通知を発送し、利用者自らの介護保険サービスの利用状況の確認、コスト意識の喚起及び不正請求の発見に取り組む。

#### ●その他

##### ・現地指導件数（重点施策）

市内介護保険事業所等の運営基準、人員基準等の確認。ケアマネジメントの確認。

身体拘束、高齢者虐待防止の確認。報酬請求等の指導を行う。

## 目標（事業内容、指標等）

	平成 29 年実績	平成 32 年（令和元年）目標
●ケアプラン点検件数 （重点施策）	147 件	120 件（7 期数値）
・住宅改修 ケアプラン点検、10 万円以 上の改修確認 （主に事前確認）	15 件	15 件
・福祉用具 ケアプラン点検（貸与）	16 件	20 件
●介護給付費通知（重点施策）	年 4 回送付	年 4 回送付
●実地指導件数（重点施策）	3 件	5 件

## 目標の評価方法

### ■平成 31 年 3 月 31 日時点：実績評価のみ

	平成 30 年実績
●ケアプラン点検	・実地指導:184 件 ・住宅改修:107 件 ・福祉用具:58 件
・住宅改修	10 万円以上の工事：15 件
・福祉用具	軽度者の福祉用具貸与申請：22 件
・実地指導	6 事業所実施。 （GH2 事業所、小規模 2 事業所、居宅 1 事業所、 デイ 1 事業所）

### ■評価の方法（効果等）

#### ●要介護認定の適正化

研修等で学ぶことにより、より適正な審査判定を行うことができる。  
認定調査員のスキルアップにつながる。

#### ●ケアプラン点検等

利用者のケアプランへの記載方法、気づきを考える場となった。  
特にアセスメントの重要性、本人家族の気持ち等を気付く場となった。

#### ●住宅改修等の点検

・住宅改修  
前年度より、給付額は減少している。

#### ・福祉用具

前年度より、福祉用具購入の給付額は減少している。

#### ●縦覧点検・医療情報との突合

誤った介護請求の確認ができる。

#### ●介護給付費通知（重点施策）

介護保険サービス利用者に対し、利用金額(高額)の意識付けができる。

不正請求の発見にもつながる。

#### ●その他

##### ・実地指導

- ・各事業所、運営基準、人員基準を確認することができた。
- ・運営規程や重要事項説明書の不足・不備の整理ができた。
- ・利用者のケアマネジメントのアセスメント等の方法や気づき等を学ぶことができた。
- ・報酬請求や各種加算の確認ができた。
- ・今後、事業所の適切な運営、利用者の介護度改善につながると考える。

### 自己評価結果（考察・課題・今後の考え方等）

#### ●要介護認定の適正化

職員不足による認定調査票の事後点検が課題。

認定調査と主治医意見書との整合性を図る。

保険者と認定調査員の協議の場を設け、課題把握等を行う。

#### ●ケアプラン点検（重点施策）

ケアプランの作成は、専門的知識が非常に重要なことと、日頃から利用者の状況等を細かく確認していることが大事である。

保険者としても、ケアプランの専門的知識の習得、そこに記載されている利用者の状況を確実に把握することが大事であるため、職員のスキルアップに取り組む。

そのことが、介護給付適正化に繋がる。

#### ●住宅改修等の点検

##### ・住宅改修の点検

これまでどおり、住宅改修が改修業者主導ではなく、本人、家族の意向を反映したケアプランに基づく適切な改修か、確実な点検を行う。

10万円以上の工事は、必ず現地立会確認を行う。

##### ・福祉用具の購入・貸与

これまでどおり、福祉用具購入時にできるだけケアプランを提出してもらい、販売業者主導ではなく、本人、家族の意向を反映したケアプランに基づく適切な購入か確実な点検を行う。

軽度者の福祉用具貸与は、必ずケアプラン及び必要書類の提出を求める。

#### ●縦覧点検・医療情報との突合

担当職員の専門的知識の習得が必要。

情報量が多いため、1件あたりの点検に時間がかかる。

●介護給付費通知（重点施策）

高額の介護サービス利用者の金額に対する意識が低い。意識づける方法を考える必要がある。

●その他

・実地指導

- ・保険者及び事業所が、実地指導の事前準備に、かなりの時間を要している。
- ・当日の実施時間が平均9:30から15:00までかかり約5時間となり事業所の負担になっている。
- ・保険者の実施指導の当日スタッフ数が5名から6名で行っている。