

第9期介護保険事業計画の「取組と目標」にかかる報告

(1)取組と目標					(2)自己評価		
テーマ	現状と課題	第9期における具体的な取組	目標(事業内容・指標等)	計画における参照箇所	実施内容	自己評価結果	課題と対応策
【浜田市】 医療介護の推進	①在宅医療介護連携推進のための医療コーディネーターが設置されていない。 ②多職種連携を密にし、それぞれの役割分担や、課題を明確にする。	1. 浜田市在宅医療・介護連携支援センターの役割りの強化 ①浜田医師会における医療連携推進コーディネーターの設置 ②医師会と連携した医療連携推進会議の定例会 ③浜田市高齢者相談支援センターとの定例会 ④各医療機関連携室との協議(浜田医療センター、西川病院) ⑤浜田圏域在宅医療・介護連携ワーキング会議(浜田保健所) 2. 多職種連携による勉強会 在宅医療介護を支える体制づくり 好事例から学ぶ在宅支援体制など 3. 地域ケア会議 ①長浜地域ケア会議の立ち上げによる全圏域での地域ケア会議の開催 4. 市民向けACP講演会	①浜田医師会における医療連携推進コーディネーターの設置による各関係機関との連携強化 ②多職種連携の勉強会を開催し、在宅医療介護支援における役割分担をはかり、課題を明確にする。	P55 第4章具体的な取組 第5節 医療・介護連携推進	1. 浜田市在宅医療・介護連携支援センターの役割りの強化 (医療・介護関係者向け相談窓口として浜田市地域包括支援センターと連携) ・浜田医師会における医療連携推進コーディネーターの設置 ・医療連携推進会議 ・浜田市地域包括支援センター(社協包括)との定例会 ・各医療機関連携室との協議(浜田医療センター、西川病院) ・浜田圏域在宅医療・介護連携ワーキング会議(浜田保健所) 2. 多職種連携による勉強会 令和6年度多職種連携勉強会 90名参加 (1)講演「在宅医療介護を支える体制づくり」浜田保健所 中本稔氏 (2)好事例から学ぶ「在宅医療介護を支える支援体制」 ～住み慣れた家で最後まで暮らしたい～都医院長 都仁哉氏 それぞれの専門職からの役割 ①都医院 看護師 山下定女氏、②浜田医療センター地域連携室 退院調整看護師 荒木千紘氏、石橋美代氏、③居宅支援事業所ほっと 主任介護支援専門員 久佐ひふみ氏、④訪問看護ステーションいろは 看護師 有馬啓美氏、⑤訪問介護介護屋さんほっと 介護支援員 藤田麻紗子氏 3. 地域ケア会議 ア)個別ケースの支援内容の検討 イ)地域の実情に応じて必要と認められる事項を生活圏域ごとに、年6回～12回開催している。 浜田・石見地域ケア会議、国府地域ケア会議、周布・美川地域ケア会議、長浜地域ケア会議(R6年度～)、三隅地域ケア会議、弥栄地域ケア会議、金城地域ケア会議、旭地域ケア会議の8圏域 4. 市民向けACP会議講演会 84名参加 ■講演「もしもに備えて、これから先の人生を豊かに安心して過ごすために」～人生会議(ACP)～ 講師 ファイナンシャルプランナー 枝廣由紀氏 ■浜田市版エンディングノート 「わたしの思いをつなぐノート」を発行しました！是非、活用していきましょう！ 説明 浜田市 健康医療対策課 ■人生100年これからゲーム 参加者みんなでゲームを通して話合ってみましょう！ 講師 ファシリテーター 吉川優子氏	1. 令和7年度より浜田医師会を事務局に医療連携推進コーディネーターの設置による効果 ①医療コーディネーターによる医療・介護現場への聞き取り調査等により、医療と介護の現状と課題が見える化できた。 ②在宅医療・介護連携のための関係機関連絡一覧のまとめができた。 ③医療連携推進会議が立ち上がり、医師との情報共有の場がもてた。 2. 多職種連携の勉強会による効果 ①看取りのケースで医師を中心とした在宅医療介護の好事例を踏まえた勉強会により、地域の課題や、多職種の役割り分担、連携の必要性がみえた。 ・顔の見える関係づくりが出来ることが大切 ・情報共有の重要性を感じて、情報共有方法についてのツールの検討の場 ・在宅支援の充実が必要 ・民生委員との情報共有の場 ・往診医、訪問看護の体制 ・多職種連携がスムーズにできる体制、システムづくり	1. 医療連携コーディネーター配置により、医療・介護の連携体制がスムーズになってきた。 課題・対応 ①医療連携コーディネーターによる医療介護現場の聞き取りによる課題を関係機関でKJ法にて整理した。その課題を具体的にツール化していく。 ②医師を中心とした医療連携推進会議の継続 ③ICTの活用(まめネット、MC Sなど) ④エンディングノート等を活用した市民向けACP普及啓発 2. 多職種連携の勉強会の継続 3. 地域ケア会議の全市立ち上げにより、圏域ごとの課題の擦り合わせ、生活支援体制整備事業との連携強化
【浜田市】 認知症施策の推進	①認知症の人や家族の声を施策に反映し「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進 ②若年性認知症の人への支援と医療との連携体制	1. 認知症の人や家族の声を施策に反映し「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進 ①認知症カフェ ②チームオレンジの取組み ③認知症地域支援推進員の外部委託による地域での学習会の展開 2. 若年性認知症の人への支援と医療との連携体制 ①初期集中支援チームとの連携	1. 認知症の人や家族の声を施策に反映し「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進 ①認知症カフェ、チームオレンジの新規の立ち上げ ②認知症当事者会などの本人ミーティングの立ち上げ、現在のカフェ等との連携 2. 若年性認知症の人への支援と医療との連携体制 ①県もコーディネーターと連携した相談体制の確保 ②初期集中支援チームとの連携体制の推進	P53 第4章具体的な取組 第4節 認知症施策と権利擁護の推進	1. 認知症初期集中支援チーム(委託:西川病院) 【活動実績】 チーム員会議 5回 チーム員での支援ケース 7ケース 内訳) 令和5年度からの継続 1ケース、新規ケース検討 6ケース、訪問回数 4回 啓発活動:地域ケア会議 3回、アルツハイマー月間等でのポスター掲示など、山陰中央新報取材協力など 2. 認知症地域支援推進員活動 高齢者福祉(3人)、弥栄支所(1人)、外部委託/グッドリバーカンパニー(1人) ■関係機関等と連携し、事業の企画・調整を行う 認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、見守り事業(どんちっちSOSネット、SOSシール)の相談・手続き・周知啓発、認知症カフェ、チームオレンジ、認知症サポーター養成講座、キャラバンメイト等の支援調整、認知症における多職種連携の学習会、地域ケア会議での情報共有、学習会■認知症対応力向上のための支援 認知症ケアパスの活用■医療・介護等の支援ネットワーク構築■相談支援・支援体制構築■地域への正しい知識普及と、認知症の方・その家族への理解 3. チームオレンジ活動 2チーム(チームSOS、あすなろくらぶ) 9月の世界アルツハイマー月間におけるPR活動①市役所正面玄関 懸垂幕の掲揚②市役所ロビー・各支所・図書館など 関連団体の活動報告(認知症疾患医療センター・認知症カフェ・チームオレンジ・RUN伴など)③広報はまだ 9月号 認知症に関するコラム掲載 4. 認知症サポーター養成講座 R6年度 11団体 212人(H18～延べ8,496人) (R2年度7団体216人 R3年度12団体207人 R4年度12団体322人 R5年度15団体363人) 5. 高齢者等見守り事業 認知症高齢者等のSOSネットワーク事業(どんちっちSOSネット) R6年度 発令事例0件(R2年度3件 R3年度6件 R4年度1件 R5年度1件) どんちっちSOSネットの登録事業者120件の内メール登録事業者96件。(令和7年3月末現在) 浜田市どんちっちSOS見守りシール交付事業 交付総数 23件(R2年度2件 R3年度7件 R4年度9件 R5年度3件 R6年度2件)※死亡及び施設入所のため取消者3件 6. 認知症カフェ オレンジカフェはまだ、カフェすぎはら、Caféならあね 7. 権利擁護 「中核機関」の設立に向けて調整中。市長申立ての状況:R6年度 3件(R3年度5件 R4年度12件 R5年度6件)	1. 認知症の人や家族の声を施策に反映し「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進 ①認知症地域支援推進員の外部委託により、地域で学習会の機会が増えた。チームオレンジ、認知症カフェの新規立ち上げのため、地域ケア会議の場を活用しての地域課題の抽出や事業展開に生かした。R7年度オレンジフェスタ開催予定。 2. 若年性認知症の人への支援と医療との連携体制 ①県の若年性コーディネーターが西部に位置づけられた。 ②初期集中支援チームでの若年性認知症への医療連携体制等の検討 ③認知症地域支援推進員の相談体制の強化	1. 認知症の人や家族の声を施策に反映し「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進 ①認知症当事者会などの本人ミーティングの立ち上げ ②認知症カフェ、チームオレンジの圏域での立ち上げ ③地域への正しい理解の普及と学習会の展開 ④権利擁護を支える体制として、中核機関の立ち上げ 2. 若年性認知症の人への支援と医療との連携体制 ①県のコーディネーターとの連携し、相談支援体制づくり ②初期集中チームでの医療連携体制の強化

【江津市】 介護予防・健康づくり 施策の充実・推進	・要支援・要介護認定率、 平均余命及び平均自立 期間は改善傾向にあるも の、県平均値には届い ていない。 ・健康づくりやサロン活動 への参加状況は浜田圏域 の平均値よりも高く地道な 地区活動の積み重ねの成 果であり本市の強みとなっ ている。 ・今後の85歳以上人口の 増加を見据えた健康課題 (低栄養やフレイル)への 対策を保健事業と一体的 に取り組む必要がある。	・健康寿命の延伸に向けた取り組み の推進 →介護予防手帳を活用したセルフケ アの推進 →基本チェックリストを活用した早期 発見・介入 →既存の通いの場を活用したフレイ ル予防の推進 ・生きがいづくりと社会参加活動の推 進 →百歳体操やサロン等通いの場の 新規立ち上げ・継続支援 →介護予防ポイントの実施による社 会参加の促進	①65歳の健康寿命(平均自 立期間) 男19.50年、女21.95年 (島根県令和12年度) ②要支援・要介護認定率 20.7%(島根県平均) ③通いの場の設置数 870か所 (内、江津市の介護予防に資 する通いの場の設置数350か 所)	P39 第3章 計画の基本構 想 第2節 計画の基本目 標 基本目標Ⅱ 介護予 防・健康づくり施策の 充実・推進 P49 第4章 具体的な取組 第2節 介護予防・健 康づくり施策の充実・ 推進	1. 介護予防手帳の配布・介護予防ポイント事業の実施 ・セルフケアに役立つ情報や介護予防ポイントを貯めるページを備えた介護予防手帳を、各介 護予防グループ参加者をはじめ、65歳以上の高齢者へ広く配布し、通いの場への参加や健診 等を受診した際にポイントを付与するインセンティブ制度を継続実施。 ・生活支援体制整備事業において、通いの場への移動手段について検討。 2. フレイル状態の把握 75、80、85歳の介護認定を受けていない人及び75歳以上の健康状態不明者に対し、基本 チェックリストを送付し、回答を基に支援が必要な人を把握し、生活上のアドバイスを行ったり、介 護予防・日常生活支援総合事業等の支援へつなげる。 3. 保健事業と介護予防の一体的実施 ・庁内連携会議、担当者会議を開催し、課題を分析。 ・低栄養予防の情報提供を実施。 ・百歳体操に取り組む通いの場に出向き、フレイルチェックアンケートの実施、運動機能分析装 置を使用しフレイルチェックを行った。また、口腔機能測定器を使用しオーラルフレイルの啓発も 実施した。 ・一部、食生活改善推進協議会に委託して実施した。	目標指標に関して、令和6年度 末現在の状況は、以下のとお り。 ①65歳以上の平均自立期間 ・男17.61年 ・女21.42年 (H30～R4の5年平均) ②要支援・要介護認定率 ・20.78% ③通いの場 【設置数】 ・312箇所(R6.3.31) 【移動手段】 ・生活支援コーディネーターが ボランティア保険等を紹介し、保 険加入により、地域で送迎を行 うグループが増えた。 ④一体的実施の取組み 【低栄養予防】 ・電話によるスクリーニングを24 人に実施。うち、体重減少継続 中の人は0人であり、介入は0人 だった。 【通いの場での健康教育】 64箇所、参加者数879人 【通いの場でのフレイル状態の 把握】 56箇所、参加者695人 【健康実態不明者の把握】 14人 【健康講演会の実施】 142人 【腎機能重症化予防】 基準該当者1人 積極的介入0人	【課題】 平均余命及び平均自立期間に ついて、いずれの数値も延伸し ているが、他の圏域と比較すると 短い。特に男性の改善率が低 いことから、男性に対する取り組 みが必要。 通いの場については参加者が 固定している。また、世話役の 高齢化、男性の参加者が少な い、送迎の問題が継続して課題 となっている。百歳体操グルー プは立ち上げから10年近くが経 過するところもあるため、今後 は、新規立ち上げ支援だけでなく、運営の継続支援も必要。 通いの場でのアンケートや健康 実態の分析から、口腔や栄養に 問題を抱える人も多いことから、 歯科口腔健診、口腔機能向上 及び低栄養改善に関する取り組 みが必要。 通いの場に通えなくなった対象 者について、現在は積極的な介 入ができていないため、支援が 途切れない仕組みづくりが必 要。 【対応策】 ・介護予防手帳及び介護予防 ポイント両事業の実施を第9期 事業計画期間中は継続する。 介護予防ポイントを貯めるペー ジがいっぱいになっている人 に対しては別冊を配布し、社会参 加を促す。 ・フレイル状態を予防及び早期 発見するため、基本チェックリ ストを75歳、80歳、85歳及び健康 状態不明者に送付し、該当する 人には必要な取組みにつなげ るアプローチを継続して行う。 ・機能低下がみられる高齢者に リハ職等の専門職が早期に関わ る体制づくり ・短期集中型予防サービスの拡 大 ・通いの場において、フレイル予 防の効果を高めるためのプログ ラム内容の機能強化を図る。運 動系の通いの場では栄養、口 腔の要素、文化系の通いの場 では運動、栄養、口腔の要素を加 える提案を行う。
---------------------------------	---	---	---	--	--	--	---

【広域】 介護サービスの提供体制の充実と医療との連携強化による在宅生活の維持を図る。	・特養入所者の待機状況からみて施設整備の必要性は低い。 ・医療ケア、病状管理、または医療依存度の高い要介護者のニーズに対応するためのサービスが必要。 ・複合型サービスの充実を図る。	・介護サービスの整備（定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護の整備） ・介護医療院の整備（第8期計画からの繰越） ・介護老人保健施設の整備（サービス提供量減少分の補完）	・令和6年度中に事業者選定を行い、令和6年10月以降からの事業開始を目指す。（介護医療院及び介護老人保健施設については、年度内の整備を目指す。）	P41 第3章 計画の基本構想 第2節 計画の基本目標（基本目標Ⅴ 医療・介護の連携の推進） P59～P60 第5章 介護サービスの見込みと介護保険料 第1説 介護サービスの基盤整備	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、令和6年度に公募を行った結果、年度内に整備することができた。（R7.2開設） ・看護小規模多機能型居宅介護については、令和6年度に公募を行ったが、応募がなかったため、事業者選定ができなかった。 ・第8期計画からの繰越分である介護医療院35床のうち、14床について、R6.8月から増床することができた。 ・介護老人保健施設6床程度の整備については、年度内の整備はできなかった。	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び介護医療院は、第9期計画どおり整備を行うことができたが、介護医療院については、一部の整備に留まった。しかし、医療系サービスの充実が図られたことにより、医療ケアを必要とする高齢者の圏域外流出を抑制することができ、介護基盤の強化が一定程度図られた。 ・看護小規模多機能型居宅介護は、年度内の整備はできなかったが、第9期計画期間中の開設を目指す。 ・介護老人保健施設は令和6年度中の整備はできなかったが、第9期計画期間中の整備を目指す。	・医療ケアを必要とする高齢者の圏域外流出を抑え、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、利用者のニーズやサービスの充足状況を把握し、引き続き、在宅介護の基盤強化を図る必要がある。
【広域】 介護予防の取組による要介護認定率の上昇抑制及び介護給付費適正化の推進	・認定率が高い。 ・サービスの質の向上のためには、適正なケアプランの作成が求められる。	・適正な要介護認定の取組（認定調査項目の選択と特記事項の内容に疑義があるケースが見られるため、提供資料の適正化を図る。） ・ケアプラン指導研修の開催及びケアプラン点検の実施	・圏域の要介護認定率を島根県平均まで下げるとともに、健康寿命の延伸を目指す。 ・ケアプラン指導研修参加事業所を増やす。 ・ケアプラン点検の実施	P39 第3章 計画の基本構想 第2節 計画の基本目標（基本目標Ⅱ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進） P41 第3章 計画の基本構想 第2節 計画の基本目標（基本目標Ⅵ 介護人材の確保と質の向上）	・認定率 22.1%（R7.3月） ・ケアプラン指導研修の実施 居宅 31事業所／48事業所 施設 18事業所／58事業所 ・ケアプラン点検の実施 ・8事業所 ・ケアマネジャー14人 ・点検ケアプラン数28件	・疑義のあるケースについては、認定調査を行った調査員に照会を行い、国が示す定義に沿った資料として審査会に提供することができた。 ・より多くのケアマネジャーに参加してもらえるように、圏域の事業所に勤務するケアマネジャーによる研修委員会を設置しており、ニーズに合った研修を実施できた。 ・介護支援専門員を雇用し、ケアプラン点検やひとりケアマネの相談にも応じるなど、適正なプラン作成の一助を担っている。	・介護認定率の抑制には時間を要するため、両市と連携しながら、継続した取り組みが重要である。 ・ケアプラン指導研修のテーマの設定が難しいが、より多くのケアマネが参加できるよう、研修委員会を中心に、ニーズの把握に努める必要がある。