

# 第9期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

保険者名	第9期介護保険事業計画に記載の内容				R6年度(年度末実績)		
	区分	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)	実施内容	自己評価	課題と対応策
奈井江町	①自立支援・介護予防・重度化防止	後期高齢化率が増加し、支援を必要とする高齢者が増加することが考えられる。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう支援する必要がある。	健康づくりのための運動方法や回数等を個人に合わせて指導することで、健康づくり運動の普及啓発を推進し、実践する住民が増加するよう支援し、介護予防及び生活習慣病の予防を目的として実施します。	健康運動フロア事業 週2回	開催回数:82回(週2回) 参加人数:延人数 2,742名 実人数 125名 (うち新規参加者 57名)	◎	新庁舎移転後は、開設日を週2回に増やし、より通いやすい環境を整備した。更に広報で特集記事を掲載したり、運動中断者へ運動再開の個別周知を行ったことにより、利便性や認知度が上がり参加者が大幅に増加した。参加者が運動を継続していくことができるよう、今後も環境整備や個別指導を強化していく必要がある。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症高齢者、独居高齢者の増加に伴い、在宅医療・介護連携が必要な事例が増えている。在宅医療・介護体制の把握及び整備、個別ケースの課題・目標共有など、多職種で検討を行う場が必要となっている。	在宅医療、介護連携について、地域ケア会議や地域包括ケア推進委員会で検討します。	年1回以上	月1回、定例で多職種が集まる「地域ケア会議」を開催し、認知症高齢者や独居高齢者の事例検討、在宅医療・介護連携について現状や課題を共有した。また、ACPに関する学習会を開催し、医療と介護の連携の強化に努めた。さらに、「地域包括ケア推進委員会」を1回開催し、地域包括ケア推進のための取り組みについて現状を報告、検討を行った。	◎	認知症だけではなく、貧困、身寄りが無い、複雑な家族関係など、多様な課題をもつケースが増えており、関係機関との連携・協力体制の強化、専門知識の習得が必要と考える。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	終末期医療の考え方等、個々で準備し考えていくことで、自分の自立した生活を考えることができるが、「人生の最後について家族間で話し合ったことのない人」や「最後を在宅で過ごしたいが、家族に負担がかかるため無理だ」と思っている高齢者が多くいた。介護連携や介護に必要な情報を高齢者が理解していないことが考えられる。	介護連携に関する住民の理解を促進するため、必要な情報提供及び普及啓発を行います。	年1回以上	各種講演会、介護予防教室、広報等でACPに関する普及啓発を行った。 また、社会福祉協議会主催で「エンディングノートのはじめかた」をテーマとした講演会を開催した。実際に配布している「いきいきと生きて逝くために」を活用した内容であったため、エンディングノートを書き始める良いきっかけとなったと思われる。	◎	地域の限られた医療体制が終末期医療への考え方に影響を与えていることが考えられる。医療情報の適切な発信や連携が今後も必要である。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	後期高齢者人口の割合が増えるとともに認知症高齢者も増えている。認知症の悪化が介護度の重度化を招いている現状があり、認知機能の維持、向上、および認知症の早期発見・早期治療に結びつける必要がある。また、認知症になっても安心して地域で生活できるような仕組みづくりが必要である。	認知症サポーターの養成研修をニーズに合わせ開催し、地域での見守り体制の意識向上や地域住民に認知症ケアパスの普及活動を行い、早期に本人や家族の支援につなげます。	年1回以上	認知症サポーター養成研修を、スマートエイジング教室参加者を対象に開催した。 また、認知症サポーターを対象にフォローアップ講座とステップアップ講座を開催した。年度内に支えあいの仕組みづくりである「チームオレンジ」の立ち上げ準備を行った。 また、家族会や町内の事業所と協働し、アルツハイマーデーのイベントを開催するなど地域の見守り体制の意識向上につなげた。	◎	チームオレンジのメンバーとともに、認知症高齢者の見守り体制の強化、正しい認知症の知識の普及啓発を継続して実施していきたい。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢者の生きがいづくり(介護予防)や自立支援のため、生活支援コーディネーター業務委託をしている社会福祉協議会との連絡会議を開催している。 生活支援サービスの内容、サービス利用の周知についての課題整理や、高齢者が社会参加できるような仕組みづくりの検討が必要である。	生活支援、介護予防サービスの体制整備に向け、関係機関で今後の支援のあり方を協議します。	年2回以上	社会福祉協議会との連絡会議を月1回行い、それぞれ持っている課題やニーズの情報交換を行い、介護予防サポーター交流会の協力や、ボランティア活動について課題を整理した。 また、地域ケア会議や協議体を通して、「移動」「買い物」「同行支援」等、生活支援体制の現状把握、課題抽出をした。また、移動支援の今後の可能性について協議を行った。 「ちょボラ」は買い物支援について、介護予防サポーター交流会で体験したことにより、実際に活動する際のイメージをすることが出来た。	◎	移動支援、同行支援のニーズが高まっており、支援体制整備に向けての検討及び関係機関等との課題共有が必要である。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症高齢者、独居高齢者の増加により、介護保険外サービスの充実や地域資源の発掘が今後も必要になる。安心して自立した生活を送るために、在宅生活を送る上での課題を整理する必要がある。	定期的に地域ケア会議を開催します。	月1回以上	毎月1回地域ケア会議を開催し、個別事例検討やまちの課題を整理し、関係機関と情報共有した。	◎	今後も地域ケア会議を継続的に開催し、課題の整理や解決に向けての意見交換等、安心して自立した生活が送れるよう、関係機関と情報共有を行い、多職種連携を図る。
	①自立支援・介護予防・重度化防止	住民同士の交流やフレイル予防のため、気軽に通える場所が必要である。	地域で気軽に住民同士が交流できるよう、「通いの場」を創出します。	計画期間中、1箇所以上	令和6年度より、介護支援係、健康づくり係、社会福祉協議会の3係協働で月に2回スマートエイジング教室を開催した。参加者の声掛けで参加者も増加している。 サロン数:4か所	◎	今後も通いの場を確保し、住民同士の交流やフレイル予防、疾病予防・重症化予防に取り組んでいく必要がある。

# 第9期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

保険者名	第9期介護保険事業計画に記載の内容				R6年度(年度末実績)		
	区分	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)	実施内容	自己評価	課題と対応策
空知中部 広域連合	②給付適正化	介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なサービスを提供できるようにするため、北海道では「第6期介護給付適正化計画」を策定し、保険者と一体となって取り組む方針としており、当連合としても重点事項として位置付けられている5項目について実施していく。	認定調査状況の適正化	調査票全件点検の実施	調査票全件である1,008件の点検を実施し、テキストに基づき、不整合がないか確認し、整合性のある認定調査となるよう認定調査員への指導を行った。	◎	調査事項と特記事項の整合性が図られていない調査票が見受けられることから、今後も認定調査の平準化をはかるため、調査員に対する指導を継続していく。
	②給付適正化		ケアプランの点検	隔年訪問実施	4事業所計8件について、自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目し、ケアプラン点検を行った。	◎	利用者の自立支援に資する適切なプランであるか等に着目し実施しており、今後も継続していく。
	②給付適正化		住宅改修及び福祉用具購入の点検	申請書類の全件点検、必要に応じた現地確認の実施	住宅改修及び福祉用具購入の申請時に全件点検を行った。また、適切な福祉用具等が選定されるようケアプラン点検時に確認を行った。	◎	不適合な改修の申請の場合は、申請者やケアマネジャーに制度を説明し理解を図っており、今後も継続していく。また、ケアプラン点検時にも確認を行っていく。
	②給付適正化		医療情報との突合及び縦覧点検	毎月点検実施	国保連合会に委託し、帳票をもとに点検実施した。	◎	国保連合会への委託と国保連合会帳票を使用した点検を実施しており、今後も継続していく。