

令和6年度 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

※「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き(平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課)」の自己評価シートをもとに作成

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
①自立支援・介護予防・重度化防止	南黒医師会管内の5市町村が協定を結び事業に取り組んでいる。町独自としては、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築や迅速な救急搬送に向けた体制づくりの推進や、地域住民への普及啓発として、相談内容からニーズ把握を行い、広報等を活用した情報発信を実施している。 地域の問題を明確にし、事業展開していくためには、保健所や二次医療圏域の市町村、医師会との連携強化が課題となっている。	在宅医療と介護連携の推進	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、南黒地区在宅医療・介護連携推進事業の広域実施に関する協定に基づき、医療機関と介護事業者等の関係者の連携を強化する。 さらに、在宅医療と介護の一体的な提供に向け、4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組んでいく。 ◆多職種連携研修会 R6～R8：年2回	在宅医療と介護の一体的な提供に向けた体制作りの一環として、医療機関と介護事業所等関係機関の連携強化と職種間の相互理解を目的に研修会を開催した。 また、広域での柔軟な取組みが可能となるよう、協定の見直しを図った。 ◆多職種連携研修会：町2回、広域1回	◎	多職種連携研修会の参加者は、広域実施及び町独自のいずれにおいても医療関係者が少なかった。医療と介護の連携した対応が求められる「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面を意識した多職種連携のためにも、医療機関の参加を促す周知方法や、他の連携強化方法を検討する。
①自立支援・介護予防・重度化防止	生活支援コーディネーターを配置し、地域における課題やニーズ把握を行いながら、地域で継続して取り組むことができる支え合い活動の推進を図っている。	生活支援体制整備の推進 (①生活支援コーディネーターによる支援)	地域の高齢者の生活支援・介護予防サービスの提供体制整備を推進のため、生活支援コーディネーターを配置し、通いの場等の地域資源や支援ニーズの把握を様々な方法により実施し、各地域団体への協力依頼等の働きかけ等、地域における支え合い・助け合いを促進するための基盤整備を行う。	生活支援コーディネーターを1名常勤で配置し、通いの場等の地域資源やニーズの把握を実施。ニーズとしては、昨年に引き続き「移動」に関する声が多く聞かれた。	△	生活支援コーディネーターが年度途中で変更となったため地域資源やニーズの把握が主となり、地域における支え合い・助け合いの基盤整備まで発展することが困難であった。新任の生活支援コーディネーターということもあり、今後も定期的な打合せを実施し、役割分担を行いながら事業を進めていく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	今後は把握した情報を活かしつつ地域の多様な主体と連携した生活支援サービス等の提供体制の構築をより一層進めていくことが課題となっている。	生活支援体制整備の推進 (②生活支援を提供する人材の育成と確保)	生活支援を提供する人材の育成と確保に向けて、地域包括支援センターと連携し、周知及び利用対象者の把握に努め、介護の担い手確保等のバランス調整を行うことにより、地域における人材育成とその確保を図る。	地域における介護人材の確保として、生活支援の担い手となる「ちよこっとサポーター養成講座」を実施。 ◆ちよこっとサポーター養成講座受講者：4人	◎	今後も年1回「ちよこっとサポーター養成講座」を実施し、町全体として生活支援を提供する人材の育成と確保に努めていく。また、生活支援コーディネーターと連携し、より地域で身近に生活支援を提供する人材の確保のため情報収集を実施していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止		生活支援体制整備の推進 (③地域資源の見える化)	高齢になっても住み慣れた地域で安心して生活が継続できるよう、地域包括ケアシステムを構成する医療、介護、介護予防、住まい、生活支援などの多様な地域資源情報を集約し、多職種及び関係機関が情報を一体的に入手できる仕組みづくりを行う。	協議体にて、地域で安心して生活を継続できるよう、介護予防や生活支援に関する「地域資源リスト」について話し合いを実施。	△	意見の集約は行われているが、住民や関係者にリストとして提供できる状態となっていない。そのため、今後、生活支援コーディネーター・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所と連携しながら作成していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	高齢者のみで構成される世帯において利用者が増加傾向にある。高齢者が有する能力に応じてできるだけ自立した生活を送ることができるように事業の充実化が課題としてある。	介護予防と自立支援の推進 (①訪問型サービス費の支給)	要支援者・事業対象者（以下「要支援者」という。）に対し、「訪問介護相当サービス」、「訪問型サービスB」を提供し、要支援者等の生活支援などを行う。また、「訪問型サービスB」については、シルバー人材センターへの委託による提供を行い、その担い手確保のため、定期的に従事者の養成研修を開催する。	アセスメントの結果により、「訪問介護相当サービス」、「訪問型サービスB」を適宜提供した。「訪問型サービスB」については、担い手確保のため、年1回研修を実施。	◎	「訪問型サービスB」の利用者が増加傾向にあったため、「訪問介護相当サービス」が減少することを見込んでいたが、最終的にはどちらも増加という結果であった。サービス利用にあたり、適切にアセスメントができていたか検証し、真に必要な対象者を見極めていく必要がある。
①自立支援・介護予防・重度化防止	集団の介護予防プログラムで実施しているため、個人ごとの生活行為を改善するプログラムとはなっていない。事業終了後の自主活動にも繋がらない課題がある。	介護予防と自立支援の推進 (②通所型サービス費の支給)	要支援者等に対し、「通所介護相当サービス」、「通所型サービスC」を提供し、要支援者等の生活支援などを行う。また、「通所型サービスC」については、自立を目指すサービスとしての実行力を高めるとともに、サービス終了後に受け皿となる通いの場につながるよう、自主グループ活動支援等の充実を並行して進めていく。 ◆通所型サービスC参加者 R6～R8：10人	対象地区の介護認定を受けていない65歳以上の方に基本チェックリストを郵送し、事業対象者且つ参加希望者に対し、複合型の通所型サービスCを実施。教室終了後も自立を目指した生活が可能となるよう一般介護予防教室への参加案内をした。 ◆通所型サービスC参加者：7人	△	個人の生活行為の改善のためリハビリ専門職による本人の身体機能評価と指導が必要と考えており、事業のプログラム・進め方についてリハビリ専門職の活用を検討していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	さわやかシニア教室は新規登録や終了者もありながらも登録数50人台で推移している。前期高齢者の参加が少ないことから、早い段階からの介護予防の必要性の周知をし新規参加者を増やすことが課題となっている。また参加しやすいように地区の介護予防教室の回数を増やすことも課題である。	介護予防と自立支援の推進 (③介護予防の普及啓発)	日常生活において支援を必要としない元気な高齢者を対象に、その状態を長く維持することができるよう、介護予防教室等の取組を通じて介護予防に関する知識の普及啓発を行う。 ◆さわやかシニア教室参加実人数 R6～R8：年50人 ◆地区介護予防教室参加実人数 R6～R8：年50人	支援や介護を必要としない状態を長く維持できるよう、広報等を用いて介護予防教室への参加を広く周知した。介護予防教室では機能維持のための運動や脳トレ等介護予防に資する取組みを行った。 ◆さわやかシニア教室参加実人数：53人 ◆地区介護予防教室参加実人数：14人	△	さわやかシニア教室は新規参加者もあり、登録者は50人以上、1回あたりの教室参加者は25人以上となっている。教室に参加することで身体活動量の増加、他者交流の機会となり、フレイル予防に繋がっている。地区の介護予防教室は2か所であったため、次年度から開催地区を増やしていきたい。

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
①自立支援・介護予防・重度化防止	新規で介護保険申請を行う方の大半が軽度認定者であり、生活で少し困った際に介護保険サービスへの依存傾向が高い。リハビリテーション専門職が関与し、元の生活に戻ることができる体制が構築されていないことが課題としてある。	介護予防と自立支援の推進 (④リハビリテーション専門職を活用した地域介護予防活動の支援)	リハビリテーション専門職が専門性に基づく関与を行うことにより、地域における介護予防の取組を総合的に支援し、高齢者を年齢や心身の状況によって分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防の地域展開を目指す。 ◆リハビリテーション専門職等の地域の取組への関与数 R6～R8：年3件	リハビリテーション専門職の関与のもとに、町における介護予防に関する事業について見直しを実施。 ◆リハビリテーション専門職等の地域の取組への関与数：3件	○	介護保険サービス事業者に対し、高齢者へ日常生活上の支援及び訓練を行い、心身機能の維持・回復を図り、より良い生活を目指すことができるようにアセスメント時の同行訪問や実際に支援する際の技術的助言を得られる体制を構築していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防の取組みを必要とする高齢者の把握に努めているが、該当者に対し介護予防の意識づけと、介護予防事業への参加に繋げる取組みが必要である。	介護予防と自立支援の推進 (⑤介護予防把握事業)	相談や訪問等にて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげるように支援する。	相談、訪問での把握や、対象地区の65歳以上の方に基本チェックリストを郵送し、回答を返信してもらうことにより該当者に介護予防教室への参加を勧奨した。	○	基本チェックリスト該当者に介護予防教室の案内状の送付はしているものの、参加希望がない場合のフォロー等が実施できていない。
①自立支援・介護予防・重度化防止	地域包括ケアシステム構築に向け、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤整備を同時に進めている。 実現するための手法である地域ケア会議を活用して、地域課題の抽出整理から政策提言し、施策立案に繋げていくことが課題となっている。	地域ケア会議の推進 (①地域ケア個別会議の実施)	個別事例の検討を通じて、多職種協働による専門的かつ多角的な視点によるケアマネジメント支援を行うことにより、軽度者の生活の維持・改善を図るとともに地域課題の抽出を行う。 抽出した地域課題は関係者で共有し、問題解決に向け、関係機関間の調整、ネットワーク化、社会資源を活用したケアプランの作成など、高齢者が望む在宅生活の実現・継続に努める。 ◆地域ケア個別会議開催回数 R6～R8：年4回	年間計画の策定と多職種の理解・協力により計画通りの実施が可能となり、多職種のネットワークの構築と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力向上に繋げることができた。 ◆地域ケア個別会議開催回数：4回	◎	定例開催の積み重ねにより、多職種の参画する意識は高まっているが、形骸化しているため、地域ケア会議本来の目的や機能について共通認識のもと開催できるような取組みが必要である。
①自立支援・介護予防・重度化防止		地域ケア会議の推進 (②地域ケア推進会議の実施)	個別事例の検討等から抽出した地域課題のうち、協議すべきと判断した課題について、課題ごとに中核的なメンバーを参集し、検討を行う。 ◆地域ケア推進会議開催回数 R6～R8：年1回	過去の地域ケア推進会議で協議した地域課題について、展開すべく計画したが、準備、開催までに至らなかった。 ◆地域ケア推進会議開催回数：0回	×	検討ケースの課題を普遍化し地域課題とする抽出・整理作業を進めていくと共に、整理した地域課題を協議し、施策の立案や関係者のネットワーク構築に繋げていく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症に関する知識の普及啓発を幅広い年齢層や団体に向けて実施している。 誰もが住みやすい町づくりに向け、認知症についての理解を更に深める機会を持つことが課題となっている。	認知症の理解促進 (①認知症サポーターの養成)	認知症に対する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができるよう、地域や職場で認知症の人や家族等を温かく見守る応援者である認知症サポーターの養成を引き続き推進する。 ◆認知症サポーター養成講座受講者総数 R6：1,490人 R7：1,560人 R8：1,630人	小・中学生や民生委員等、受講対象者にあわせた内容で認知症サポーター養成講座を6回開催し、計131名が受講した。 ◆認知症サポーター養成講座受講者総数：1,552人	◎	認知症に対し地域での理解・支援者を増やすべく、次年度も70名以上の受講者を目指して地域での実施等を検討しながら、新規講座開催先を獲得していく。また、認知症サポーターであることの意識が薄れないような対応と、養成後の活用について検討していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の予防はもとより、医療や介護の提供、認知症についての正しい知識を知ってもらうための相談窓口としての役割を担っていく。地域包括支援センターが認知症に関する相談窓口であることを知らないという方もおり、周知方法が課題になっている。	早期の気づき、早期支援の推進 (①相談体制の充実)	地域包括支援センターの役割・機能等に関する情報を広く周知し、認知症の相談窓口としての活用を促進する。	認知症に関する相談窓口について広報で周知した。また認知症介護家族の集いに、認知症疾患医療センター相談員の出席を得ており、より専門的な相談を希望する方には、認知症介護家族の集いの場を活用し繋いだ。	◎	地域包括支援センターが相談窓口であることを知らない方もいるため、広報だけでなく事業参加者に呼びかける等工夫が必要だと感じている。
①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症ケアパスの普及啓発について、関係する施設・医療機関・関係者への配布だけでなく、地域包括支援センターが実施する各種事業等で周知を図っている。 掲載内容の見直しを行いながら、更に地域における認知症に関する理解促進を図ることが課題となっている。	早期の気づき、早期支援の推進 (②認知症ケアパスの活用)	認知症の人や家族の将来の不安を少しでも解消し、認知症になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けていくため、また、認知症の予防や認知症の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるかをまとめたガイドブック「大鰐町認知症あんしんガイド」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報の普及を図るとともに、具体的な相談窓口や医療機関等の周知を図る。	平成30年に作成した「大鰐町認知症あんしんガイド」の内容を更新し、新たに「大鰐町認知症ケアパス」を令和7年3月に作成し、毎月配付した。	◎	認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる町になるよう、関係する介護・医療機関へ「大鰐町認知症ケアパス」を配布すると共に、広報やホームページへの掲載で周知を図り、活用を推進していく。
①自立支援・介護予防・重度化防止	役場窓口で配布をしているが、周知不足もあり交付希望者がいないことが課題である。	早期の気づき、早期支援の推進 (③認知症情報連携ツール「あおり医療・介護手帳」の配布)	相談機関や利用できる支援サービスなどの各種情報を掲載し、本人の情報や希望・思い、医療受診・介護サービスの利用状況を経年的に記載できる「あおり医療・介護手帳」の配布を実施しており、今後も関係機関と連携しながら継続して実施していく。	圏域の認知症疾患医療センターである弘前愛成会病院において新規で認知症と診断された方に配布依頼しており、令和6年度は8冊配布した。	○	医療機関で配布された翌月に報告があり、担当のケアマネジャーがいる場合には配布の情報提供を行っているが、配布から情報提供を受けるまでに時間がかかること、配布後の活用状況が不明であることが課題となっている。活用について、関係機関と連携しながら見直し等に取り組む必要がある。

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
①自立支援・介護 予防・重度化防止	症状が軽い初期段階で早期に対応を行うことで、発症を遅らせることが期待できるため、認知症が疑われる方への早期対応に努めている。 認知症が疑われる方を発見した場合に必要な医療や介護サービスへの接続を適切に行うことと、対応が困難なケースについては方策を速やかに検討することが課題となっている。	早期の気づき、早期支援の推進 (認知症初期集中支援事業の実施)	認知症の人や認知症の疑いがある人とその家族を対象に、早期の段階で認知症初期集中支援チームが自宅を訪問し、アセスメントを行ったうえで、初期の支援を集中的に行い、適切な医療や介護サービスに繋げ、自立生活をサポートする。 また、認知症の早期発見のため、「もの忘れ検診」や「認知症スクリーニング」を今後も継続して実施し、早期支援による重度化防止など、さらなる認知症支援の強化を図る。	初期集中支援事業対象者の把握では、対象地区の対象者に質問票を郵送し回答を返信してもらっている。回答者の中から高得点の方に訪問、電話等で状況確認し、必要時受診等に繋げた。 もの忘れ検診は、検診単独年2回、おれんじカフェとの併催で年6回開催した。	○	質問票の郵送では返信が6割以上あるが、返信のない方への状況確認ができていない。 もの忘れ検診は、受診者が少ないため周知に力を入れていく。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	認知症の人やその家族が交流したり、本人発信をすることができる場の充実や、認知症やその家族の支援ニーズを繋ぐ仕組みの構築を図ることが課題となっている。	本人の尊厳確保 (①認知症の人の社会参加・本人発信の支援)	認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、本人からの情報発信の確保に努める。また、認知症の人の尊厳を尊重し、多様な社会参加の機会確保に取り組む。	個別ケースの対応時や各事業において、認知症本人から生きがいや希望を聞き取ることはあるが、本人が積極的に情報発信する場や機会の確保はできていない。	△	認知症であることの自覚がない人が多いことと、認知症に対する偏見が払拭できておらず、本人発信に至らないため、今後も認知症への正しい理解の普及啓発をしていく。
①自立支援・介護 予防・重度化防止		本人の尊厳確保 (②認知症カフェや居場所の推進)	認知症の人やその家族、医療や介護の専門職、地域の人等、誰もが気軽に参加でき、認知症の人やその家族同士が交流したり、情報交換できる認知症カフェをはじめ、認知症の人や家族が利用できる地域の様々な居場所の開設を行っている。 ◆認知症カフェの開催 R6～R8: 年6回	認知症カフェに延べ52名が参加。脳トレや軽作業等を提供しながら、参加者間の交流に繋げた。また、認知症への理解を促すため、認知症に係るミニ講話等で情報を発信した。 ◆認知症カフェの開催: 年6回	◎	一度参加した人が知人を誘い、新規参加者が増えている。個別相談にも対応しており、認知症の本人やその家族だけでなく誰でも気軽に参加しやすいプログラムを引き続き検討していく必要がある。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	利用者の意思を尊重した身上保護・財産管理を目指し、係内で相談した上で支援を行っている。認知症が進行した支援者や身寄りのない高齢者への支援については、どこまで本人の意思を尊重し誰がどこまで支援して判断するか等の課題がある。	本人の尊厳確保 (③本人の意思決定支援)	認知症になる前からの将来の医療やケア等に関する本人の意思確認を促す機会を通じて、認知症になっても日常生活において自らの意思が尊重されるよう支援を進める。 また、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を踏まえ、家族を含めた認知症の人を支援する人が本人の意思決定を支援できるように情報提供や研修等を通じて支援の質の向上を図る。	本人の意思決定支援に関する研修を受講し、支援・対応力向上に繋げた。 ケースに応じて本人の意向を踏まえた上で支援方法を検討し、関係機関と情報共有しながら支援を行った。	○	尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を踏まえ、本人の意思を尊重した支援に努めていく。また、関係者や関係機関が共通認識のもと意思決定支援ができる体制づくりに努めていく。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	認知症地域支援推進員は地域包括支援センターへ配置されている。認知症の人が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症地域支援推進員の普及啓発と、積極的な情報・発信が課題となっている。	見守り・地域支援体制の充実 (①認知症地域支援推進員の配置)	地域における認知症の人を支援するため、関係者との連携を強化し、相談支援や支援体制の構築を目的として、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置している。認知症地域支援推進員が中心となって、認知症施策のコーディネート役を担っていく。	認知症地域支援推進員を4名配置し、ケースに応じて情報共有・対応した。また、認知症関連事業の企画・運営を認知症地域支援推進員が主となり推進している。	○	認知症の人が安心して暮らせる地域づくりのため、認知症に係る各事業を展開しているが、新たな認知症施策の創出等には至っていない。町の実情に合わせ効果的な取組みとなるよう、事業の評価や見直しが必要。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	認知症の人や家族等のニーズと身近な支援者を繋ぐ「チームオレンジ」の構築ができていないため、構築・活動するための段階的な準備や計画が必要である。	見守り・地域支援体制の充実 (②チームオレンジの構築)	認知症の人や家族等のニーズと身近な支援者を繋ぐ仕組みである「チームオレンジ」を構築する。	「チームオレンジ」構築に向け、段階的に認知症サポーター養成講座を実施。	△	次年度はステップアップ講座を実施予定としているため、認知症の人等の身近な困りごとを把握しつつ、認知症の人や家族への必要な支援が可能となるよう「チームオレンジ」構築に向けての取組みを進めていく。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	認知症の方を介護する家族の負担軽減のため、気軽に集まり交流できる場として認知症介護家族の集いを開催し、参加者同士の交流と悩み事が解決できる取組を行っている。 介護者が早期に専門職と繋がり、医療や介護サービスに繋がらない空白の期間の解消に繋げることが課題となっている。	見守り・地域支援体制の充実 (③認知症介護家族の会の実施)	認知症の人又は家族等が孤立することがないよう、認知症の人を介護している家族や介護経験者、介護の専門職、認知症疾患医療センター職員等が集い、互いに支え合えるとともに、必要な情報の提供や助言を行う認知症介護家族の集いを行っている。 ◆認知症介護家族の集いの開催 R6～R8: 年4回	認知症介護家族の集いに、延べ11名が参加。自宅で介護をしている、介護をしていた家族が集まり、情報共有や助言し合う場を提供し、心の負担軽減を図った。 ◆認知症介護家族の集いの開催: 年4回	◎	認知症疾患医療センター職員が出席し、個別相談にも応じている。 お互いに経験談や思いを話して助言し合うことができています。 介護をしている家族のストレスを少しでも軽減できるような取組を考えていく。
①自立支援・介護 予防・重度化防止	高齢者の地域における居場所や活躍の場としての「通いの場」が多数あるにも関わらず、把握が不十分であるため、住民に対して十分な周知がなされていない。	生きがいづくりと社会参加の促進 (地域における居場所や活躍の場の充実)	高齢者をはじめ地域住民が交流することができる場や住民が中心となって取り組む地域活動等に対し、運営や活動に係る必要の一部を補助するなど支援することにより、高齢者の地域における居場所や活躍の場の充実を図る。 ◆住民が主体となっている通いの場 R6: 5か所 R7: 7か所 R8: 8か所	生活支援コーディネーターが中心となり、通いの場の実態把握を実施。住民が主体となって取り組む通いの場で、かつ希望する団体については補助金交付についての相談に適宜対応をした。 ◆住民が主体となっている通いの場: 21か所	◎	今後も生活支援コーディネーターと連携し、通いの場の把握に努めていく。併せて、通いの場の情報集約を行い、高齢者の状態に併せて身近に通える通いの場としてのリストを作成していく。

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
②給付適正化	介護保険サービスの給付費は減少傾向にあるものの、過剰なサービスや不適切なサービス提供も散見されている。介護給付適正化事業の実施体制については、町による対応と国保連合会への委託により実施するなど、連携を図り、より実効性の高い事業を進めていく必要がある。	介護給付適正化の推進 (①要介護認定の適正化)	・要介護認定調査票の記入漏れがないか、選択項目と特記事項、主治医意見書との整合性などを事後点検する。 ・認定調査員へ、研修への参加を促す。 ◆認定調査票チェック状況 R6～R8:100%	同一人物の調査については連続して委託をせず町職員による認定調査を実施。また、認定調査票のチェックを全件実施し、随時認定調査員への指導を実施。 ◆認定調査票チェック状況:100%	◎	適正かつ公平な介護認定の確保のため、同一人物の調査については連続して委託をせず、町職員による認定調査を実施する。また、介護認定の平準化を図るため、認定調査員の研修への勧奨のほか、認定調査票のチェックを全件実施し、随時認定調査員への指導を実施する。
②給付適正化		介護給付適正化の推進 (②ケアプラン点検)	国保連から提供される給付実績と町が保有する「認定ソフト」から抽出した認定情報を、介護給付適正化システムを活用して突合し、独自に設定した条件に該当する給付実績についてケアプラン点検を実施する。 ◆ケアプラン点検数 R6:5件、R7:6件、R8:7件	介護給付適正化事業総合支援パッケージ「トリトンモニター」を活用し、対象者を選定しケアプラン点検を実施。また、例が給付のケースについても独自でケアプラン点検を実施。 ◆ケアプラン点検:77件	◎	今後も介護給付適正化事業総合支援パッケージ「トリトンモニター」を活用し、点検の必要なケアプランを抽出し、適切なサービス利用となっているか点検する。また、「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか介護支援専門員とともに「気づき」を促していくことができるような体制を図っていく必要がある。
②給付適正化		介護給付適正化の推進 (③縦覧点検及び医療情報との突合)	国保連合会へ点検作業から事業所への問い合わせ、過誤申立書の作成・過誤処理業務を委託する。 ◆点検作業月 R6～R8:12月	国保連合会へ点検作業から事業所への問い合わせ、過誤申立書の作成・過誤処理業務を委託し実施。 ◆点検作業月:12月	◎	縦覧点検や医療情報の突合は、国保連合会への委託により効率的に行われているが、今後は請求誤りを未然に防ぐ取り組みが求められる。
②給付適正化		介護給付適正化の推進 (④住宅改修及び福祉用具の点検)	住宅改修及び福祉用具貸与・購入のチェックについては、これまで同様に全ての申請に対し、チェック処理を継続して行う。	計画に記載の点検は概ね実施できた。福祉用具貸与について、「自立支援」や「廃用症候群への防止」について十分に検討されるよう、町独自で作成したチェックシートを用い、ケアプラン点検を実施。また、住宅改修について、リハビリテーション専門職の助言を受けたかのチェック欄を設け、利用しているサービスに応じて、リハビリテーション専門職からの助言を受けるよう促している。	◎	住宅改修の点検や福祉用具購入等について、リハビリテーション専門職からの助言を得るよう様式を変更したものの、実際に助言を受けているケースがほとんど見られないため、リハビリテーション専門職による見積書等の審査や専門的な視点による助言を得られる体制を構築する必要がある。
②給付適正化		介護保険制度の円滑な推進 (①事業者の指定・指導監査)	指定する介護サービス事業者に対し、介護給付等対象サービスや介護報酬の請求などに関する取扱いについて、適切な取扱いを徹底するため、指導を計画的に実施する。 ◆運営指導 R6～8:各施設3年に1回 ◆集団指導 R6～8:年1回	運営指導は各施設3年毎に指導が行われるよう、スケジュールを組んでおり予定通り実施。運営指導の際にはケアプラン点検も併せて実施。 ◆運営指導 R6:2施設にて実施 ◆集団指導 R6:1回	◎	引き続き3年に1度の運営指導を実施するほか、指導の標準化・効率化及び指導時の文書削減を図っていく。また、国保連合会で実施する審査支払の結果から得られる給付実績及び介護給付適正化事業総合支援パッケージ「トリトンモニター」を活用し、不適切な給付や事業者を発見し、返還指導と再発防止を行う。