

令和7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				R7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	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。広域でのテーマ選定については、特に職種間連携が重要とされる「ACP」を取り上げ、ロールプレイした。課題であった医療機関の参加促進のため、個別での働きかけを行っている。また、身寄りのない方に対する「生前意向確認シート」を作成し、「急変時の対応」と「看取り」の場面で、本人の意思を尊重して適切に医療と介護が提供できる体制を構築した。 ◆多職種連携研修会: 町1回、広域1回	◎	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、医療機関と介護事業所等の関係者の連携強化を図るべく、多職種連携研修会を継続して開催していく。また、エンディングノートの普及や生前意向確認シート運用のモニタリング等で住民の望む生き方・最期を支援できる体制を構築していく。
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地域ニーズの把握を実施。また、2か月ごとに打合せを実施し、生活支援コーディネーターの役割の確認や、地域住民の関心事・困りごと等の把握方法について共有を図った。把握した地域課題や住民の関心事から、地域住民の通いの場等へ発展していく可能性についても検討を行った。	△	地域資源やニーズの把握は実施しているものの、地域資源リストの整備や、地域における支え合い・助け合いの基盤整備まで十分に進めることができなかった。 要因として、生活支援コーディネーターに求める役割や、町として目指す方向性について、具体的な共有が十分ではなかったことが考えられる。 今後は、役割や取組内容の明確化が必要であり、かつ定期的な打ち合わせや進捗確認を継続しながら、地域資源の整理や、住民主体の支え合い活動の創出へつなげていく。
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「ちょっとさぽーター養成講座」を実施。 ◆ちょっとさぽーター養成講座受講者: 5人	◎	今後も年1回「ちょっとさぽーター養成講座」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。	地域資源リストの作成に向けた情報整理や関係機関との調整について検討を行った。	△	地域資源情報の集約や提供方法の整理が十分に進んでいない状況にある。今後は、生活支援コーディネーターを中心に関係機関と連携しながら、地域資源情報の整理及び地域資源リストの作成・活用に向けた取組を進めていく。
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75歳以上の方に基本チェックリストを郵送し、事業対象者かつ参加希望者に対し、複合型の通所型サービスCを実施。介護予防を自分事として継続していただくためにリハビリ専門職から継続の必要性の講義を初回と最終回に行った。 ◆通所型サービスC参加者: 11人	○	リエイブルメントの視点で住民目線での効果的な町に合った介護予防事業全体をリハビリ専門職の助言・協力を得て組み立てていく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7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	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：51人 ◆地区介護予防教室参加実人数：9人	○	広報へ毎月介護予防教室の記事を掲載する等して広く周知したことで、新規参加者の獲得に繋がりと、登録者は51人、1回あたりの教室参加者は26人となっている。教室に参加することが他者交流・社会参加の機会となり、フレイル予防に繋がっている。地区の介護予防教室の開催地区を増やしていきたい。
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	○	地域づくり加速化事業等を通じ、軽度者が生活上の躓きから介護保険サービス利用につながりやすい現状が確認された。そのため、事業所への個別支援に先立ち、相談受付時や認定申請前後におけるアセスメント、改善可能性の見極め、地域資源等への入口部分のケアマネジメントを整理する必要があることが判明。そのため、リハ専門職の視点を活用した研修会や事例検討を実施し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント力の向上を図る。
①自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防の取組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75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	軽度者の生活の維持・改善を図る自立支援型の会議については、年間計画の策定により計画通りの実施が可能となり、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。困難事案については、迅速な会議開催により、支援の充実を図ることが可能となった。 ◆地域ケア個別会議開催回数：6回	◎	自立支援型地域ケア会議の本来の目的や機能についての認識が参加者間で不十分であるため、認識を深めるための取組を進める必要がある。
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	以前から地域課題とされていた「身寄りのない方への支援」の一つとして、生前意向確認シート作成に向けての意見交換会を開催し、シート原案作成後は代表者レベルでの推進会議に諮り、シートを完成させた。	◎	自立支援型や困難事案の会議の積み上げを踏まえて地域課題を整理し、推進会議での協議を経て、施策の立案等に繋げていく。
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	小学生や地域住民等、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3回開催し、計83名が受講した。 ◆認知症サポーター養成講座受講者総数：1,635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標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。認知症サポーター養成後の活用には至っていないため、サポーター自身が認知症の方と関わり活動しているか聞き取りながらチームオレンジの構築を目指す。また、認知症カフェ等認知症に関する事業への参加が可能であれば声がけする等工夫が必要である。
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、認知症患者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対しては、個別に相談できる場を作っている。	○	事業参加者に相談窓口の周知を図っているが、事業参加者が固定化しているため、幅広い周知とはなっていない。イベントでのチラシ配布等工夫しながら周知に努めていく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容				R7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	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はなく、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。	令和6年度末に新たに作成した「大鰐町認知症ケアパス」について、認知症に関する相談があった時、まだ受診に繋がっていないケースの時などに配布し、活用した。	◎	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、引き続き広報やホームページへ「大鰐町認知症ケアパス」を掲載し、加えて相談時に配布し説明することで周知を図り、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7年度は3冊配布した。	△	認知症連携ツールの配布は受けるものの、実際に活用されていないと感じる。活用状況の確認を行うとともに、ツールの運用については配布依頼先も含めて検討していく。
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1回、認知症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今後も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方、認知症であることを周りに隠したいと考える方が多く、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	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 (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54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情報提供や研修等を通じて支援の質の向上を図る。	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。関係機関との協力体制を整えながら、認知症は誰もがなる可能性があること、身近に捉えてもらうこと、周囲の支え合いが大切だということを事業やイベントを通して周知し、認知症の人が安心して暮らせる地域の基盤づくりを進めていく。
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し、1か所構築することができた。	○	サポーター養成講座からステップアップ講座と段階的に進め、チームオレンジを増やせるよう計画的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				R7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	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います。 ◆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12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。集いには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。 ◆認知症介護家族の集いの開催：年4回	◎	広報や回覧で開催の周知はしているが、介護負担を抱えている人に情報が行き渡るよう、認知症の家族を介護している方の相談を受けた際にもチラシを渡し情報提供する等工夫が必要である。
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：38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る。併せて、通いの場の集約を行い、高齢者の状態に合わ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。 また、通いの場が継続して活動できるように生活支援コーディネーターと連携し支援を行っていく。
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実施し、適宜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、例外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：79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。	計画に基づき、住宅改修及び福祉用具貸与・購入に係る点検を概ね実施。福祉用具貸与については、「自立支援」や「廃用症候群への防止」の視点を踏まえ、町独自のチェックシートを活用し、ケアプラン点検を実施。また、住宅改修については、リハビリテーション専門職の助言の有無を確認するチェック欄を設け、必要に応じて専門職の助言を受けるよう促した。	◎	住宅改修について、リハ専門職の助言の有無を確認するチェック欄を設け、専門職の助言を受けるよう促す体制を作ったものの、実際につながったケースは限定的であり、住宅改修に係る見積書や理由書等について、リハ専門職が専門的視点から助言・確認できる体制づくりを進める必要がある。また、自立支援・重度化防止の視点を踏まえた適切な福祉用具・住宅改修の選定につながるよう、ケアマネジャー等への視点の共有についても検討していく。
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 R7：2施設にて実施 ◆集団指導 R7：1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、適切な介護報酬請求の適正化に向けた助言・指導を行う。