

「第8期介護保険事業計画」における令和5年度の実績について

1 報告の趣旨

介護保険法の定めにより、市区町村は事業計画において、被保険者の自立支援、要介護状態等の予防・軽減、悪化防止（以下、「自立支援・介護予防・重度化防止」）や、給付の適正化（以下、「給付適正化」）に係る事業を定めることとなっている。

第8期介護保険事業計画の最終計画年度である令和5年度の実績について、自己評価を行い、都道府県知事へ報告したため、これを公表する。

2 評価の概要

第8期介護保険事業計画のうち数値的目標（指標）等を定めた、自立支援・介護予防・重度化防止に向けた重点事業（16取組）および給付適正化の各取組（6取組）について自己評価を行った。

評価指標は「◎」「○」「△」「×」と4段階に分けられ、令和5年度は全22取組について、「◎」と「○」がそれぞれ11取組という結果となった。

【評価指標】「◎」数値・取組内容等の達成度80%以上、「○」数値・取組内容等の達成度60%以上  
「△」数値・取組内容等の達成度40%以上、「×」数値・取組内容等の達成度39%以下

(1) 自立支援・介護予防・重度化防止（全16取組）

評価	評価の内容	該当取組	割合
◎	達成できた	9取組	56.25%
○	概ね達成できた	7取組	43.75%
△	達成はやや不十分	なし	—
×	達成できなかった	なし	—

(2) 給付適正化（全6取組）

評価	評価の内容	該当取組	割合
◎	達成できた	2取組	33.3%
○	概ね達成できた	4取組	66.7%
△	達成はやや不十分	なし	—
×	達成できなかった	なし	—

### 3 各取組の実績

#### (1) 自立支援・介護予防・重度化防止

取組名	①介護予防把握事業	自己評価	○
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>○区内5地域で年2回ずつ、運動機能・栄養状態・口腔機能の測定会として、「元気力測定会」を実施</li> <li>○元気力測定会や地域包括支援センター（おとしより相談センター）の窓口にて、『元気力（生活機能）チェックシート』による元気力チェックを実施</li> <li>○65歳以上の区民の方に、チェックシートや介護予防の取組を記載したパンフレット（いたばし健康長寿100歳）を郵送し、事業の周知を行う。</li> </ul>		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○元気力（生活機能）チェックシートの実施</li> <li>（1）元気力測定会：有効回答者 400人</li> <li>（2）窓口（地域包括支援センター）：有効回答者 800人</li> </ul>		
実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○元気力（生活機能）チェックシートの実施</li> <li>（1）元気力測定会：有効回答者数 219人（目標達成率：54.8%）</li> <li>（2）窓口（地域包括支援センター）：有効回答者数 1,302人（目標達成率：162.8%）</li> </ul>		

取組名	②地域リハビリテーション活動支援事業	自己評価	◎
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会、歯科医師会、区西北部地域リハビリテーション支援センター、リハビリテーション専門職、主任介護支援専門員、第1層・2層協議体生活支援コーディネーターなどを委員とする「地域リハビリテーション連携会議」を開催し、国の示す基本的な考え方を踏まえ、リハビリテーション提供体制の課題や区としてのめざす姿の検討に着手する。また、住民主体型介護予防事業等への多様な専門職の効果的な関与についても検討を進める。</li> <li>○リハビリテーション医師や専門職を委員とする「リハビリテーションサービス調整会議」を開催し、要支援者等の心身機能や活動・参加を高めるための検討を行うとともに、必要な方へリハビリテーション専門職を派遣し、相談・支援を実施する。</li> </ul>		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域リハビリテーション連携会議：実施回数 年2回</li> <li>○リハビリテーションサービス調整会議（自立支援型地域ケア個別会議）：実施回数 年9回（各地域包括支援センター2事例報告・検討）</li> </ul>		
実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域リハビリテーション連携会議：実施回数 2回（目標達成率：100%）</li> <li>○リハビリテーションサービス調整会議（自立支援型地域ケア個別会議）：実施回数 9回（目標達成率100%）事例数 38事例</li> </ul>		

取組名	③リハビリテーション専門職による住民主体型介護予防事業	自己評価	◎
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>○週1回、10の筋トレを行う団体（住民主体の通いの場）のさらなる拡充をめざし、動機づけ支援として体験・出前講座、立ち上げ支援として専門職派遣、継続支援・リーダー育成として地区合同筋トレやリーダー連絡会などを実施する。また、コロナ禍でも外出せずに行える通いの場「オンライン10の筋トレ」も開始した。</li> <li>○住民主体の通いの場である福祉の森サロン希望団体へ、専門職を派遣し、膝痛予防、転倒予防等テーマ別トレーニング方法などを伝える介護予防プラス出前講座を実施し、介護予防の取組強化をめざす。</li> </ul>		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○10の筋トレ団体開設数、継続数：10団体、合計120団体</li> <li>○介護予防プラス出前講座実施団体数：1年間20団体</li> </ul>		
実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○10の筋トレ団体の開設、継続支援：17団体開設（目標達成率：170%）、合計113団体（目標達成率：94.1%）</li> <li>※17団体中8団体は、介護施設や住宅供給公社などから会場提供を受けて開設した。</li> <li>○介護予防プラス出前講座：46団体（目標達成率：230%）</li> </ul>		

取組名	④ 生活支援体制整備事業	自己評価	○
事業概要	<p>○高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持って生活を継続していくために、地域住民が主体となり、生活支援や介護予防活動の充実強化を図るとともに、地域共生社会の実現に向けた地域づくりを進め、各地域の特性を活かした支え合いの仕組みづくりを推進する。</p> <p>○現在、全ての日常生活圏域（18 地域）で、その地域の多様な主体を構成員とした第 2 層協議体を設置し、月に 1 回程度会議を開催し地域の様々な情報を共有するとともに、構成員で話し合いながら、その地域ならではの助け合い・支え合いの地域づくりに取り組んでいる。</p> <p>○今後、全ての日常生活圏域に生活支援コーディネーター（SC）の選出・配置を行い、各地域の特性を活かした支え合いにおけるさらなる活動幅の拡大・事業認知度の向上に向けて引き続き検討・支援を行う。また、具体的な支え合い活動を創出するとともに、新たな担い手の発掘に向け、地域の専門職や社会福祉法人、商店、民間企業等との連携についても検討する。</p>		
目 標	<p>○生活支援コーディネーター：18 地域全ての日常生活圏域に生活支援コーディネーター（SC）の選出（配置）を完了させる。</p> <p>○運営・活動支援：区社会福祉協議会と緊密な連携を図りながら、各地域における企画・活動発信、外部団体（民間企業や他の地域団体等）との交流等への支援を継続して行う。</p>		
実 績	<p>○生活支援コーディネーター：新規地域の配置 1 地域（累計：15 地域）</p> <p>○運営・活動支援：協議体同士の連携を図るため、連絡会や研修会等を開催した。また、地縁団体を対象としたセミナーの開催や区役所 1 階のプロモーションスペースで事業周知を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第 2 層定例会開催数（18 地域）：188 回</li> <li>・第 2 層 SC 研修会：1 回</li> <li>・第 2 層協議体構成員研修：2 回</li> <li>・第 2 層 SC 連絡会：2 回</li> <li>・第 2 層協議体ブロック連絡会（2 ブロック合同）：各 1 回</li> <li>・第 2 回「地域づくりセミナー」：1 回</li> <li>・本庁舎イベントスクエアにおけるパネル展示：1 回</li> </ul>		

取組名	⑤ 療養相談室	自己評価	◎
事業概要	<p>○在宅療養に関する相談を受け付け、医療機関と介護関係者との連絡調整や患者・家族の要望を踏まえた医療・介護資源の紹介を行う。そのほか病院や施設での研修や講義等を通して、看取り支援を含めて在宅医療の対応力・質の向上を図る。また、相談対応力向上のため、関係機関へのアウトリーチを通して、顔の見える関係を構築、医療資源等を集約し、相談実績を基にした在宅療養に関する需要と供給を把握する。</p>		
目 標	○相談件数：400 件		
実 績	○相談件数：440 件（新規）（達成率：110%）		

取組名	⑥ 医療・介護連携情報共有システムの検討	自己評価	○
事業概要	○区医師会が中心となって医療・介護連携情報共有システムを活用しているが、区内の病院、介護事業所などでは、独自にシステムを導入している所もあり、異なるシステム同士の連携が課題となっている。都は令和2年から「東京都多職種連携ポータルサイト」を開設し、円滑なシステムの連携を進めていることから、区はこのサイトの利用普及・利用効果等について関係機関と協力しながら効果的運用の支援を検討し、実施していく。		
目標	○システム運用の開始		
実績	○多職種連携の推進を目的とした在宅医療・介護情報共有システム（ICT）利用のガイドラインについて、在宅療養ネットワーク懇話会にて周知し、利用促進を図った。		

取組名	⑦ 多職種による会議・研修	自己評価	○
事業概要	<p>○区在宅療養ネットワーク懇話会：地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出・対応策検討を行い、また、多職種でのグループワークなどの研修等も行い地域のネットワーク構築を図る。</p> <p>○区在宅医療推進協議会：医療・介護・福祉関係者が集まり、療養相談室・在宅患者急変時後方支援病床の実績報告等を行い、多職種間での意見交換を通じ在宅療養の推進に向け連携を図る。</p> <p>○連携体制強化のための会議体再編（地域ケア会議の充実）：第7期計画において地域ケア会議として位置づけている既存の会議等を整理し、地域ケア推進会議（仮称）、地域ケア個別会議（仮称）として位置づける。また、地域ケア推進会議で、医療・介護連携に係る課題の個別事例や地域課題について、医療職・介護職等の多職種が事例検討し、第1層・第2層協議体と連携することで、地域課題の把握・資源開発に結び付け、高齢者ケアの機能を高める。</p>		
目標	<p>○在宅療養ネットワーク懇話会：年2回</p> <p>○在宅医療推進協議会：年1回</p> <p>○地域ケア会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区ネットワーク会議：年14回</li> <li>・小地域ケア会議：年14回</li> <li>・認知症初期集中支援チーム員会議：年114回</li> <li>・地域リハビリテーションサービス調整会議：年9回</li> <li>※ 各地域包括支援センター年2事例を提出</li> <li>・地域ケア政策調整会議：年3回</li> </ul>		
実績	<p>○在宅療養ネットワーク懇話会：年2回（目標達成率：100%）</p> <p>○在宅医療推進協議会：年1回（目標達成率：100%）</p> <p>○地域ケア会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区ネットワーク会議：年16回（目標達成率：114%）</li> <li>・小地域ケア会議：年19回（目標達成率：136%）</li> <li>※ 検討ケース数 19件</li> <li>・認知症初期集中支援チーム員会議：年110回（目標達成率：96%）</li> <li>・地域リハビリテーションサービス調整会議：年9回（目標達成率：100%）</li> <li>※ 事例数 19件</li> <li>・地域ケア政策調整会議：年1回（目標達成率：33%）</li> </ul>		

取組名	⑧ 認知症初期集中支援事業	自己評価	◎
事業概要	○適切な医療や介護等につながない認知症の当事者や家族に対し、専門的な知識・技術を有する認知症サポート医と地域包括支援センターの認知症地域支援推進員等による多職種チームで訪問等による支援を行う。同時に、認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の疑いのある当事者に対して、適時・適切な医療や介護等の支援を行う。		
目標	○認知症初期集中支援チーム員会議：年 114 回 ○支援対象者：78 人、医療・介護への引継ぎ：100%		
実績	○認知症初期集中支援チーム員会議：年 109 回（目標達成率：96%） ○支援対象者：84 人（目標達成率：108%）、医療・介護への引継：100%		

取組名	⑨ 認知症サポーター活動支援	自己評価	◎
事業概要	○認知症の当事者や家族が安心して暮らし続けられる地域共生社会をめざし、認知症の正しい知識の普及啓発、ニーズに合った支援につなげる仕組みを地域ごとに構築する。 ○認知症サポーターの中級講座及び交流会、キャラバン・メイト連絡会を開催し、スキルアップと活動の情報共有等により活動を支援する。 ○認知症サポーターが地域でできることを自ら考え、取り組んでいくことができるよう、認知症サポーターが定期的集まる会（認知症サポーターのひろば）を実施する。取組の一つとして、認知症村芝居の公演や認知症カルタ作成をもとに認知症への正しい理解の普及啓発を推進する活動を行う。		
目標	○認知症サポーター中級講座：年 1 回 ○キャラバン・メイト連絡会：年 1 回 ○認知症サポーターのひろば年 12 回		
実績	○認知症サポーターステップアップ講座：2 回（目標達成率：200%） ※ 認知症サポーター中級講座から名称変更 ○キャラバン・メイト連絡会：1 回（目標達成率：100%） ○認知症サポーターのひろば：11 回（目標達成率：92%） ※ 熱中症予防のため 1 回休止		

取組名	⑩ 高齢者見守り調査事業	自己評価	◎
事業概要	○年に 1 回、民生・児童委員が区内の 75 歳以上の高齢者宅を訪問して、支援を要する事例を地域包括支援センターや区の適切な高齢福祉サービスにつなぐ。		
目標	○見守り調査の訪問率（調査人数÷名簿掲載人数）：80%以上の維持		
実績	○訪問率（調査人数 60,884 人÷名簿掲載人数 72,789 人）：83.6%（目標達成率：105%）		

取組名	⑪ ひとりぐらし高齢者見守り対象者名簿事業	自己評価	◎
事業概要	○70 歳以上の独居高齢者を対象とした、ひとりぐらし高齢者見守り対象者名簿を作成し、警察、消防、民生・児童委員や区の関係機関に配付のうえ情報共有し、緊急時に、この名簿の活用によって、本人の安否確認や緊急連絡先への連絡を行う。		
目標	○新規名簿登録者数：年 200 人		
実績	○新規名簿登録者数：年 219 人（累積登録者数 4,103 人）（目標達成率：110%）		

取組名	⑫ 見守り地域づくり協定	自己評価	○
事業概要	<p>○区と民間事業者の間で協力・連携し、見守り等の活動を行うことを目的に、つぎの取組に関する協定締結をめざす。</p> <p>ア 高齢者等に対する「緩やかな見守り」の実施  イ 認知症の人やその家族を支える地域づくりへの協力  ウ 高齢者等の消費者被害の防止  エ 各地域における第2層協議体（支え合い会議）への協力  オ その他の地域活動支援など</p>		
目 標	○協定に基づく見守り・地域づくりの実施、協定内容の検討（更新）		
実 績	○協定締結先：1団体（累計8団体）		

取組名	⑬ 各サービス施設の整備	自己評価	◎
事業概要	<p>高齢者が必要なサービスが区内全域で受けられるよう、施設整備の推進や利用促進に向けた取り組みを一体的に検討し、在宅サービス充実を図る。</p> <p>※ 要介護者や医療ニーズ者支援のため、主に小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備を促す。</p>		
目 標	○施設整備計画数：小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護 各1施設		
実 績	○開設施設数：定期巡回・随時対応型訪問介護看護 3施設		

取組名	⑭ シニア世代活動支援プロジェクトの推進	自己評価	○
事業概要	<p>リーディング事業である「フレイル予防事業」をはじめ、「意識啓発・情報提供」と「ガイダンス・トライアル事業」に主眼を置いた事業を展開し、シニア世代の主体的な健康維持・増進と生きがいづくりにつながる社会活動への参加を促進する。主要事業は以下のとおりである。</p> <p>ア フレイル予防事業 フレイルサポーター養成講座、フレイルチェック測定会</p> <p>イ 意識啓発と情報提供 大人の活動ガイド「ステップ」の PR、「社会参画・社会貢献ニュース」発行、プロジェクト推進講演会開催、福祉施設ボランティア推進事業</p> <p>ウ ガイダンス・トライアル事業 就労支援セミナー、コミュニティビジネス推進事業</p> <p>エ 絵本読み聞かせ講座</p> <p>オ 地域活動入門講座 ※ ほかに、高齢者が就労を通じて地域社会で活躍できる機会の創出のため、プロジェクトで設置している「就労支援等連絡協議会」を活用して区・アクティブシニア就業支援センター（社会福祉協議会）・シルバー人材センター三者の連携を強化し、多様化するシニア世代の就業ニーズに応えられる仕組みづくりを協議・検討する。</p>		
目 標	<p>○フレイル予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フレイルサポーター養成講座：20 人</li> <li>・フレイルチェック測定会実施圏域：12 圏域</li> <li>・フレイルチェック測定会参加者数：延 480 人</li> </ul> <p>○意識啓発と情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大人の活動ガイド「ステップ」の PR</li> <li>・「社会参画・社会貢献ニュース」発行</li> <li>・プロジェクト推進講演会開催</li> <li>・福祉施設ボランティア推進事業</li> </ul> <p>○ガイダンス・トライアル事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労支援セミナー、絵本読み聞かせ講座、地域活動入門講座の開催</li> </ul>		
実 績	<p>○フレイル予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フレイルサポーター養成講座：13 人（目標達成率：65%）</li> <li>・フレイルチェック測定会実施圏域：12 圏域（目標達成率：100%）</li> <li>・フレイルチェック測定会参加者数延：254 人（目標達成率：53%）</li> </ul> <p>○意識啓発と情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大人の活動ガイド「ステップ」の冊子作成及び配布と WEB 版の更新</li> <li>・「社会参画・社会貢献ニュース」のチラシを 2 回発行</li> <li>・プロジェクト推進講演会の開催</li> <li>・福祉施設ボランティア推進事業 登録ボランティア：167 人</li> </ul> <p>○ガイダンス・トライアル事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労支援セミナー：261 人</li> <li>・絵本読み聞かせ講座：41 人</li> <li>・地域活動入門講座：39 人</li> </ul>		

取組名	⑮ 区民への周知	自己評価	○
事業概要	<p>○A I P広報紙「住ま居る～いつまでも笑顔で～」を年2回発行し、新聞折り込みによる全戸配布や関係機関への配布を行う。また、区ホームページの公開、板橋区版A I Pの紹介ポスターの掲示など、広く周知を行う。</p> <p>○今後は各種事業についても、それぞれA I P構築に向けたものであることをわかりやすく明示できるよう、紹介方法等を検討していく。</p>		
目標	<p>○板橋区版A I Pの認知度の向上：令和元年度調査（約20%）</p> <p>○広報紙：年2回発行・配布</p>		
実績	<p>○板橋区版A I Pの認知度：令和5年度中に調査なし</p> <p>○広報紙：年2回発行・配布（目標達成率：100%）</p>		

取組名	⑯ 地域包括支援センターの機能強化	自己評価	◎
事業概要	<p>○地域包括支援センターの業務が多様化しており、各センターへの個別ヒアリング等を通し把握した内容を評価分析し、更なる業務改善・人員の配置基準について随時検討する。</p> <p>○各センターが実施する人員の確保・育成に資するよう、業務の適正化を図ることで、地域の特性に合わせた運営を支援していく。</p>		
目標	<p>○個別ヒアリングの実施：毎年各センター1回</p> <p>○検討・改善の実施：事業評価を通じた運営方針及び仕様内容等の検討及び改善を実施</p> <p>○相談実績：毎月の実績の把握</p>		
実績	<p>○個別ヒアリングの実施：各センター1回実施（目標達成率：100%）</p> <p>○検討・改善の実施：地域包括支援センターのあり方に関する検討を継続して実施し、介護保険法改正に対応して、運営方針や委託仕様内容の見直しを行った。</p> <p>○相談実績：123,098件</p>		

## （2）給付適正化

取組名	⑰ 要介護認定の適正化	自己評価	○
事業概要	<p>要介護認定が全国一律の基準で遅滞なく適正・公平に実施されるよう、認定調査と認定審査の平準化を進める。</p>		
目標	<p>○認定調査は、認定調査員の資質向上や調査内容の精度向上に向けた取組を継続しつつ、平準化に向けたより効果的な改善策について検討する。</p> <p>○認定審査は、引き続き業務分析データを活用し、各合議体に審査判定傾向を提示する。</p> <p>○要介護認定を遅滞なく行うため、認定までに要する日数を把握し、認定調査員や医療機関に対して進捗確認を行う。</p>		
実績	<p>○一次判定からの重度変更率は都全体で13.9%のなか、区では12.9%となっており、比較して大きな差異はない。</p> <p>○各合議体の審査判定傾向の客観的把握のため業務分析データを活用し提示した。</p> <p>○遅延が長期間にわたっている場合や提出が遅れがちな医療機関・調査機関については督促の機会を増やすなど対応を強化した。</p>		

取組名	⑱ ケアプラン点検	自己評価	◎
事業概要	居宅サービス計画（ケアプラン）の内容について、資料提出や事例提出者との質疑応答により、介護支援専門員（ケアマネジャー）と区が協力して点検実施し、当事者の自立支援に資するケアマネジメント向上をめざす。		
目 標	○都のガイドラインを活用したケアプラン点検をケアマネジャーや地域包括支援センター職員と協力しながら多職種で行う。 ○区で作成した自己点検シートも活用し、ケアプラン点検を継続的に実施する。		
実 績	○ケアプラン点検実施状況：実施事業所 21 か所（実地指導時 7 か所、ガイドライン 2 か所、区への届出 11 か所、高齢者住まい 1 か所）		

取組名	⑲ 住宅改修等の点検	自己評価	○
事業概要	制度の趣旨及び利用者の生活実態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修及び福祉用具の利用がなされていないか点検を行い、適正な給付の実現をめざす。		
目 標	○住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数：年 3,000 件 ○住宅改修に関する専門職による訪問調査：年 70 件		
実 績	○住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数：3,129 件（目標達成率：104%） ○住宅改修に関する専門職による訪問調査件数：48 件（目標達成率：69%）		

取組名	⑳ 縦覧点検・医療情報との突合	自己評価	○
事業概要	利用者ごとに複数月にまたがる介護報酬支払い状況を確認し、提供サービスの整合性などを点検し、誤請求などを早期発見して、適切な処置を行う。同時に、一部のものの医療情報との突合も行い、医療健康保険等の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、医療と介護の請求重複の防止も図る。		
目 標	○縦覧点検や医療情報との突合の件数：年 4,000 件		
実 績	○縦覧点検：8,526 件（目標達成率：213%） ※ 医療情報との突合は 109 件		

取組名	㉑ 介護給付費通知	自己評価	◎
事業概要	利用者負担額と給付費通知の金額の確認や、利用者及び家族等の介護者に対して適切なサービス利用、介護保険制度の仕組み等について普及啓発を行い、事業者による不適切な給付を抑止する。		
目 標	○利用者への給付費通知：年 1 回		
実 績	○利用者への給付費通知発送回数：年 1 回（目標達成率：100%）15,883 通		

取組名	② 給付実績の活用	自己評価	○
事業概要	不適切な給付や事業者を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図るために給付実績を活用する。		
目 標	実地指導の対象事業所の選定及びケアプラン点検の対象者抽出の際に給付実績を活用し、より効率的・効果的な事業者の指導につなげていく。		
実 績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国民健康保険団体連合会から提供された給付実績を、実地指導の対象事業所の選定及びケアプラン点検の対象者抽出の際に活用した。</li> <li>○給付実績を活用し、限度額に対してサービスが過剰かつ特定サービスに偏りのある計画等の平均値から乖離しているものを抽出し指導に際する資料とした。</li> </ul>		

#### 4 公表の日程

令和6年8月6日 庁議報告

令和6年8月28日 健康福祉委員会へ報告

令和6年8月29日 板橋区高齢者保健福祉・介護保険事業計画委員会へ報告

令和6年8月 下旬 区ホームページに公表