

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

【自立支援・介護予防・重度化防止（20取組）】

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○住民主体のサービス （介護予防・生活支援サービス事業）	【事業内容】 ○地域住民が主体となって、地域の実情に合わせたサービスを実施する団体に、経費の一部を補助する。 【指標】 ○団体数（通所型） 令和6年度 32団体 令和7年度 36団体 令和8年度 38団体 ○団体数（訪問型） 令和6年度 6団体 令和7年度 7団体 令和8年度 8団体	○評価方法 登録団体数 ○評価時期 年度末	【通所型】 ○登録団体数 24団体 【訪問型】 ○登録団体数 4団体	○	○登録団体数は、おおむね目標を達成することができた。 ○地域包括支援センターと連携し、立ち上げ支援を行った結果、通所型サービス実施団体3団体が、新規にサービスを開始した。	【課題】 ○サービス実施団体未設置の包括圏域がある。 【対応策】 ○地域包括支援センターと連携して、地域の実情に合わせたサービスを継続して実施できる団体の立ち上げ支援を行う。 ○サービス実施団体が、サービスを継続していけるように活動支援を行う。
○地域リハビリテーション活動支援事業 （一般介護予防事業）	【事業内容】 ○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、第1層2層協議体メンバー等を委員とする会議を開催する。 ○自立支援のための地域ケア個別会議をオンラインを活用して開催する。 ○担い手の養成・育成講座やシンポジウムを開催する。 【指標】 ①地域リハビリテーション連携会議 開催回数 2回 ②地域リハビリテーションサービス調整会議 開催回数 9回 ③担い手養成、育成講座参加者数 150人	①地域リハビリテーション連携会議 開催回数 ②地域リハビリテーションサービス調整会議 開催回数 ③担い手養成、育成講座参加者数（下記1～3の合計） 1. 失語症会話パートナー養成延講座参加者数 2. フレイル予防ちよい足しリーダー養成研修参加者数 3. 通いの場推進シンポジウム 参加者数	①地域リハビリテーション連携会議 2回50人 ②地域リハビリテーションサービス調整会議 9回266人 ③担い手養成、育成講座参加者数 合計255人（下記1～3の合計） 1. 失語症会話パートナー養成延講座 9回73人 2. フレイル予防ちよい足しリーダー養成研修 2回76人 3. 通いの場推進シンポジウム 1回106人	◎	①相談を担う会議委員から、リハ提供に関する課題が提示され、課題を受けて各団体が実施するリハビリテーション相談などの取組が紹介された。また介護事業所の委員から口腔機能向上加算取得の課題があがり、歯科医師会が、加算取得しやすい書類等を整備し歯科医師会HPに掲載することに繋がった。 ②ケアマネジャー等の支援力向上を目指し、新たに薬剤師会、栄養ケアステーションにも参加いただいた。 ③新たに通いの場推進シンポジウムを実施し、当初計画を上回る参加者数を得た。	【課題】 ○個別事例の検討を行う地域リハビリテーションサービス調整会議では、新たに参加した職種も加え、様々な専門職の助言が大変参考になるとの意見がある一方、事例提出する地域包括支援センターの一部からは事例提出の負担が大きい等の意見があった。 【対応策】 ○負担軽減や事業の効果的な実施に向けて、会議の運営方法や会議成果である「事例集」「資源集」等について①②の会議参加者などからアンケートを取り、その結果を事業運営に反映させていく。 ○介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所に対しても事例提出を促していく。
○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 （一般介護予防事業）	【事業内容】 介護予防の効果が実証されている「10の筋力トレーニング」を実施する通いの場の拡充や機能強化に向けて、リハビリテーション専門職との連携・協働で、動機づけ支援、立ち上げ支援、継続支援、事業評価などを行う。 【指標】 ①10の筋トレグループ数 令和6年度末117グループ 令和7年度末127グループ 令和8年度末132グループ ②介護予防・フレイル予防出前講座実施グループ数 令和6年度末30グループ 令和7年度末35グループ 令和8年度末40グループ	①10の筋トレグループ数 ②介護予防・フレイル予防出前講座実施グループ数	○動機づけ支援16回242人 ○立ち上げ支援96回997人 ○継続支援 ・オンライン10の筋トレ 51回1,488人 ・地区合同筋トレ 8回405人 ・区合同大会 1回190人 ・介護予防推進連絡会 1回78人 ○事業評価 90グループ1,227人 ①10の筋トレグループ数 119グループ（登録実人員 2,400人） ※令和6年度は新たに12グループを立ち上げた。 ②介護予防・フレイル予防出前講座 49グループ実施（参加者数790人）	◎	①通いの場の課題の一つである会場について、介護施設5か所、医療機関1か所との連携で会場を確保し、新たに12グループを立ち上げた。一方リーダーの病気などで2団体が解散した。結果119グループとなり、目標を超えて達成した。また、他部署との連携で事業の周知をした結果、10の筋トレに参加したい等の問い合わせが年間350件あり、登録実人員も増加した。 ②出前講座では、49グループが膝痛予防や腰痛予防など13テーマの講座を受講し、介護予防・フレイル予防の理解促進と活動プログラムの多様化につながった。	【課題】 ○「10の筋力トレーニング」を実施する通いの場の更なる拡大に向けて、新たな会場の確保が必要である。特に、グループ数が少ない圏域（志村坂上、蓮根）への働きかけが必要である。 ○事業評価を実施したが、分析や継続実施に向けた検討が必要である。 【対応策】 ○民間企業や区営住宅を管理する住宅政策課との連携で新たな4会場の活用に着手する。また、少ない圏域については、引き続き、リハ専門職や、地域住民、地域包括支援センター等の協力を求めていく。 ○都介護予防・フレイル予防推進支援センターの助言を得て検討を進める。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○生活支援体制 整備事業	【事業内容】 ○各日常生活圏域に1か所ずつ設置されている第2層協議体（支え合い会議）において、地域で活動する多様な主体がメンバーとなり、月に1回程度開催される定例会を通じて、地域の情報や課題等を共有するとともに、その中から自分たちで取り組むことのできる課題などを協議し、活動することを通じて、その地域の特性を活かした助け合い・支え合いの地域づくりに取り組んでいく。 【指標】 ○支え合い会議開催回数 （10～12回×18地域）180回	○支え合い会議開催回数を年度末に評価する。	○支え合い会議開催回数 （18地域）175回 ○支え合い会議運営・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。 ・第2層SC研修回：2回 ・第2層協議体構成員研修：2回 ・第2層SC連絡会：2回 ・第2層協議体ブロック連絡会（2ブロック合同）：各1回 ・第3回「地域づくりセミナー」：1回 ・本庁舎イベントスクエアにおけるパネル展示：1回	◎	○各地域において年間計画を作成する等、安定した協議体の運営を行うことができた。 →175回（18地域） ○第3回地域づくりセミナーでは、清水地区・志村坂上地区における活動事例発表を行い、住民への事業周知につなげることができた。	【課題】 ○本事業の認知度向上を図るため、地縁団体を対象とした「地域づくりセミナー」の開催や、本庁舎イベントスクエアを活用したパネル展示等を実施した。 しかし、依然として第2層協議体に関する地域住民の認知度が高いとは言えないため、引き続き周知活動の強化が必要である。 ○生活支援コーディネーター未配置の地域があり、会議やイベント開催等を通じて、選出に向けた機運醸成が必要である。 【対応策】 ○各地域で作成した広報紙やチラシ等を活用し、地域住民への周知活動を行う。併せて、第1層協議体と連携し「地域づくりセミナー」の開催や地縁団体への事業説明など、事業の認知度向上を図っていく。 また、住民参加型イベント等の開催や既存のイベントにブース出展することで協議体の活動内容の周知や住民のニーズ調査等を行う。 ○生活支援コーディネーター未配置地域については、他地域との情報交換会や連絡会等を通じて、住民自らがコーディネーターの必要性を実感できるよう、選出に向けた機運醸成のための取組を進めていく。
○療養相談室	【事業内容・指数】 ○相談件数 年間400件以上	○年間相談件数の評価	○相談件数 434件	◎	○相談件数の数値目標を達成した。 ○在宅療養支援の相談窓口として、研修、会議、学会等へ参加し相談対応力の向上と関係機関との連携に努めた。 ○広報やハートページ(各自治体ごとに年1回発行される介護サービス事業者ガイドブック)への掲載・区民まつりでのパンフレット配布等を実施し、区民への周知を図った。	【課題】 ○患者・家族への医療・介護資源の紹介を行う上で医療・介護双方の情報が必要となる。 【対応策】 ○療養相談室が介護情報を円滑に取得できるよう、引き続きおとしより保健福祉センターと連携して支援していく。
○医療・介護連携情報共有システム	【事業内容】 システムの利用促進のため、「在宅医療・介護情報共有におけるICT活用ガイドライン」や東京都が開設した「東京都多職種連携ポータルサイト」等を活用し、関係機関と協力しながら医療・介護連携情報共有システムの効果的な運用の支援を検討し、実施していく。 【指標】 （R6年度） システムの利用促進の検討 （R7年度） システムの利用促進の実施 （R8年度） システムの利用促進の実施	○システムの利用促進のための検討・実施状況を年度末に評価する。	○システムの利用促進の検討・実施	◎	○在宅医療・介護情報共有システム（ICT）利用のガイドラインを踏まえて、関係機関と有効なシステムの活用方法を検討を進めるとともに、他自治体における活用事例等を研究した。その後、関係各所と協議・検討を行い、地域包括支援センターが医療・介護連携情報共有システムを利用するための環境を整備するために、既存ガイドラインと別に地域包括支援センター職員向けのガイドラインを新たに策定した。策定したガイドラインについて、法人連絡会や地域ケア運営協議会、センター長連絡会、在宅療養ネットワーク懇話会等で周知した。	【課題】 ○今後、新たに策定したガイドラインについて、状況等を踏まえながら、必要に応じて、改訂・追加していく必要がある。 【対応策】 ○令和6年度に新たに策定したガイドラインについて、状況等を踏まえながら、必要に応じて改訂・追加をしていく等、在宅医療・介護連携情報共有システムにおける効果的な活用方法について、引き続き検討を行う。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○多職種による会 議・研修	【事業内容・指標】 ○在宅療養ネットワーク懇話会 満足度 80%以上を維持する。 ○在宅医療推進協議会 開催回数：1回	○在宅療養ネットワーク懇話会 開催後のアンケートにより満 足度を把握し、年度末に評価す る。 ○在宅医療推進協議会 年度末までの開催回数	○在宅療養ネットワーク懇話会 満足度 97.6% ○在宅医療推進協議会 開催回数：1回	◎	○在宅療養ネットワーク懇話会 年2回開催し、満足度80%を維持す ることができた。 ○在宅医療推進協議会 年1回開催し、療養相談室や在宅患者 急変時後方支援病床確保等の実績報 告や在宅医療推進に向けた課題につ いて話し合った。	【課題】 ○在宅療養ネットワーク懇話会 多職種間の相互理解や情報共有を行い、円滑な連 携ネットワークを作るため、引き続き医療・介護 連携の現状の把握と課題を抽出し、対応策の検討 を行う必要がある。 ○在宅医療推進協議会 在宅療養の推進において、24時間診療体制の強化 が必要。 【対応策】 ○在宅療養ネットワーク懇話会 他の会議体で把握された医療・介護連携に係る個 別事例及び地域課題についても目を向けていくこ とで、在宅医療・介護連携の多職種間での緊密な 連携を強化する。 ○在宅医療推進協議会 在宅医療の推進に向けた取組（補助金を活用した 24時間診療体制を構築する等）を検討していく。
○認知症サポー ター・チームオレン ジ等活動支援	【事業内容】 ○認知症になっても、自らの権利や意思が尊重され、能力 を発揮し、希望を持って暮らし続けることができる社会 （＝認知症フレンドリー社会）」の実現をめざし、認知症 の人や介護家族の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。 【指標】 ○認知症サポーターステップアップ講座開催回数 2回 ○キャラバン・メイト連絡会開催回数 1回 ○認知症サポーターのひろば開催回数 11回 ○チームオレンジ活動支援か所数 3か所	○認知症サポーターステップ アップ講座開催回数 ○キャラバン・メイト連絡会開 催回数 ○認知症サポーターのひろば開 催回数 ○チームオレンジ活動支援か所 数	○認知症サポーターステップアッ プ講座開催回数 1回 ○キャラバン・メイト連絡会開催 回数 1回 ○認知症サポーターのひろば開催 回数 11回 ○チームオレンジ活動支援か所数 3か所	◎	○認知症サポーターステップアップ 講座は開催目標2回に対して、1度 の開催にとどまった。これは、区民 が参加しやすい講座となるよう、2 時間×2日制のものを、4時間×1 日制に再編したことによる。また、 地域で活動する認知症の本人や区民 の事例報告を取り入れるなど、内容 もより工夫して開催したため、◎評 価とした。 ○キャラバン・メイト連絡会、認知 症サポーターのひろばは予定どおり 開催した。 ○チームオレンジの活動支援は、区 の活動基準を設け、登録制度を創設 することで、さらに活動の把握がし やすくなるよう取り組んだ。	【課題】 ○認知症サポーターステップアップ講座および キャラバン・メイト連絡会は、対象者が参加しや すい開催形態の検討や、より活動に活かしやすい 内容へのブラッシュアップなどを行う必要があ る。 ○チームオレンジの活動支援については、さらなる 事業の周知が必要である。 【対応策】 ○認知症サポーターステップアップ講座および キャラバン・メイト連絡会については、実際の活 動現場の見学などを通じて、区民が必要としてい る情報を見極めながら内容を検討する。 ○チームオレンジの事業周知については、地域包 括支援センターとも連携の上で行う。
○板橋区認知症支援 連絡会、認知症フレ ンドリー協議会、東 京都健康長寿医療セ ンターとの連携強化	【事業内容】 ○連絡会・協議会を通じて、医療・介護などの関係機関、 認知症の本人や民間企業などの意見を取り入れながら、区 の認知症施策を推進する。 また、講座や会議体、研究などにおいて、東京都健康長寿 医療センターと連携・協力する。 ○認知症支援連絡会開催回数 2回 ○認知症フレンドリー協議会開催回数 2回 ○講座、会議体などへの東京都健康長寿医療センター関係 者の出席数 5回	○認知症支援連絡会開催回数 ○認知症フレンドリー協議会開 催回数 ○講座、会議体などへの東京都 健康長寿医療センター関係者の 出席数	○認知症支援連絡会開催回数 2 回 ○認知症フレンドリー協議会開催 回数 2回 ○講座、会議体などへの東京都健 康長寿医療センター関係者の出席 数 16回	◎	○認知症支援連絡会、認知症フレ ンドリー協議会は予定通り開催した。 認知症フレンドリー協議会には認知 症の本人が委員として参加し、民間 企業や地域の人と意見交換を行っ た。官民連携の協議会としては23 区で初めての開催となり、新たな取 組を推進したことから◎評価とし た。 ○講座、会議体などへの東京都健康 長寿医療センター関係者の出席数に ついては、認知症フレンドリー協議 会の新設などにより実績が増加した ため、◎評価とした。	【課題】 ○認知症フレンドリー協議会については、前例の ない新たな取組であるため、よりよい開催内容の 検討を引き続き行う必要がある。 【対応策】 ○認知症フレンドリー協議会の開催内容の検討に あたっては、委員である民間企業や認知症の本人、 東京都健康長寿医療センターの関係者などから の意見を活用する。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○高齢者見守り調査事業	【事業内容】 ○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、支援が必要な方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繋ぐ。 【指標】 ○見守り調査の訪問率（※）80%以上を維持する。 ※調査人数÷名簿掲載人数	○名簿掲載人数及び調査人数を計上し、訪問率の算出を以って評価する。	○名簿掲載人数：74,985名 ○調査人数：64,390名 ○訪問率：85.9%	◎	○目標値を達成できた。 ○高齢者の孤立防止や見守り、状況把握のために必要な事業であった。 ○インターホン越しやポスティングによる訪問などを活用して、高い訪問率を維持できている。 ○高齢者の全戸訪問を実施したことで、支援が必要な高齢者を把握し、必要なサービス等につなげることができた。	【課題】 ○高齢化の進行に伴い調査対象者数が年々増加しているほか、民生・児童委員の欠員が発生している地域もあるため、民生委員・児童委員の訪問調査に関する負担増が懸念される。 【対応策】 ○訪問調査に関する民生・児童委員の負担を鑑みて、調査方法や対象者等について検討を行い、持続可能な調査としていく。
○緊急通報システム事業	【事業内容】 ○65歳以上の高齢者のみの世帯及び日中独居世帯の方を対象に、自宅内における緊急時に、専用通報機若しくはペンダントを押した時、又はセンサーが一定時間の生活動作を確認できない時に、民間緊急通報システム事業者の受信センターに通報が入る。状況に応じて、現場への派遣員の出動や119番通報、登録した緊急連絡先への連絡等の対応を行う。また、相談ボタンを押すことで健康・医療などについて相談することができる。 【新規設置件数指標】 ○令和6年度：200件 ○令和7年度：220件 ○令和8年度：240件	○年度を通じた実績評価とする。	○令和6年度新規設置件数（実績）：232件	◎	○広報いたばしによる周知や新たに作成した事業案内等を活用したことで、令和6年度新規設置件数は指標を上回った。	【課題】 ○令和6年度の新規設置件数は指標を上回ったものの、令和5年度の新規設置件数（270件）からは減少した。 【対応策】 ○広報いたばしによる周知だけではなく、新たにLINEアプリによる情報配信やポスター掲示を活用し、新規設置件数の増加に努めていく。
○見守り地域づくり協定	【事業内容】 ○区と民間事業者の間で協力体制を確立し、連携して見守り等の活動を行うことを目的として、以下の取組に関する協定の締結をめざす。 ①高齢者等に対する「緩やかな見守り」の実施 ②認知症の人やその家族を支える地域づくりへの協力 ③高齢者等の消費者被害の防止 ④各地域における第2層協議体（支え合い会議）への協力 ⑤その他の地域活動支援など 【指標】 協定締結件数（累計数） （R6年度）10件 （R7年度）12件 （R8年度）14件	○協定締結件数を年度末に評価する。	○協定締結先：2団体（累計 10団体）	◎	○高齢者の見守り体制の充実のため、新たに、2社の民間事業者と連携体制を構築することができた。 ○新たな事業者と協定を締結することで、民間事業者と協力体制を確立し、重層的な支援体制を推進することができた。	【課題】 ○より一層、地域で見守る体制を充実させるために、より多くの民間事業者との連携体制を構築する必要がある。 ○協定締結事業者が地域における地域づくり・見守り活動を積極的に行えるよう、締結事業者について、区民に周知を行う必要がある。 【対応策】 ○様々な機会を捉えて、啓発・広報を行うことで、民間事業者における区の地域づくり・見守りに関する施策・事業への認知度を高め、協定の締結に繋げていく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○定期巡回・随時対 応型訪問介護看護	【指標】 ○整備計画数（累計） (R6) (R7) (R8) 1 1 1 (11) (12) (13)	○年度末に評価：開設施設数の 確定	○令和6年度開設施設数 0施設	△	○随時、事業者からの整備相談に対 応したが、令和6年度中の開設には 至らなかった。 ○土地所有者向けに地域密着型サー ビスの整備促進についてチラシを作 成し、板橋区版A I Pの周知・啓発 を図る展示コーナーにて配架した。 ○土地所有者と介護事業者とを結び つけるマッチング事業のスキームを 確立・事業化に至った。	【課題】 ○建設コストの高騰や施設を整備する用地の確保 が困難なことが、事業者を募集しても応募がない ことの要因となっている。 【対応策】 ○建設コストの高騰に対しては、東京都地域密着 型サービス整備費補助制度を活用しながら、一部 区負担による補助事業の実施の検討を行い、補助 金の拡充を図っていく。 ○運営事業者と土地所有者を結びつけるマッチン グ事業を実施して、整備計画を具現化していくた めにマッチングを希望する事業者と土地所有者を 募集する。
○小規模多機能型居 宅介護	【指標】 ○整備計画数（累計） (R6) (R7) (R8) 0 1 1 (11) (12) (13)	○年度末に評価：開設施設数の 確定	○令和6年度開設施設数 0施設	○	○整備計画および整備実績は0となる が、令和5年度に事業者を選定した 徳丸圏域の整備について、事業者か らの定期的な経過報告など、連絡を 密にすることで、工事の状況把握に 努めた。令和8年2月開設に向けて 現在整備中である。	【課題】 ○建設コストの高騰や施設を整備する用地の確保 が困難なことが、事業者を募集しても応募がない ことの要因となっている。 【対応策】 ○建設コストの高騰に対しては、東京都地域密着 型サービス整備費補助制度を活用しながら、一部 区負担による補助事業の実施の検討を行い、補助 金の拡充を図っていく。 ○運営事業者と土地所有者を結びつけるマッチン グ事業を実施して、整備計画を具現化していくた めにマッチングを希望する事業者と土地所有者を 募集する。
○看護小規模多機能 型居宅介護	【指標】 整備計画数（累計） (R6) (R7) (R8) 1 1 1 (2) (3) (4)	○年度末に評価：開設施設数の 確定	○令和6年度開設施設数 1施設	◎	○令和4年度に事業者を選定した2 施設（中台圏域、下赤塚圏域：区有 地活用）のうち、中台圏域の整備は 完了し、令和6年5月に開設に至っ た。 ○下赤塚圏域の整備については、事 業者からの定期的な経過報告など、 連絡を密にすることで、工事の状況 把握に努めた。令和8年3月開設に 向け現在整備中である。	【課題】 ○建設コストの高騰や施設を整備する用地の確保 が困難なことが、事業者を募集しても応募がない ことの要因となっている。 【対応策】 ○建設コストの高騰に対しては、東京都地域密着 型サービス整備費補助制度を活用しながら、一部 区負担による補助事業の実施の検討を行い、補助 金の拡充を図っていく。 ○運営事業者と土地所有者を結びつけるマッチン グ事業を実施して、整備計画を具現化していくた めにマッチングを希望する事業者と土地所有者を 募集する。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	【指標】 ○整備計画数（累計） (R6) 0 (29) (R7) 2 (31) (R8) 2 (33)	○年度末に評価：開設施設数の確定	○令和6年度開設施設数 0施設	○	○整備計画および整備実績は0となるが、令和5年度に事業者を選定した徳丸圏域の整備について、事業者からの定期的な経過報告など、連絡を密にすることで、工事の状況把握に努めた。令和8年2月開設に向けて現在整備中である。	【課題】 ○建設コストの高騰や施設を整備する用地の確保が困難なことが、事業者を募集しても応募がないことの要因となっている。 【対応策】 ○建設コストの高騰に対しては、東京都地域密着型サービス整備費補助制度を活用しながら、一部区負担による補助事業の実施の検討を行い、補助金の拡充を図っていく。○また、運営事業者と土地所有者を結びつけるマッチング事業を実施して、整備計画を具現化していくためにマッチングを希望する事業者と土地所有者を募集する。
○地域包括支援センター（おとしより相談センター）の機能強化	【事業内容】 ○各センターとの個別ヒアリングにおける事業評価によって、センターの課題や改善策を把握し、PDCAサイクルを活用した運営体制の整備や質の向上に継続して取り組む。 ○各専門職同士の連絡会等への参加や、各地域ケア会議等の開催及び連携、個別支援や地域活動を通じて、地域包括支援ネットワークの構築を推進していく。 【指標】 ○個別ヒアリングの実施 ・毎年各センター1回 ○検討・改善の実施 ・事業評価を通じて、運営方針及び仕様内容等の検討及び改善を実施 ○相談実績 ・実績の把握 ○地域ケア会議の開催回数 ・小地域ケア会議 19回 ・認知症初期集中支援チーム員会議 114回 ・地域リハビリテーションサービス調整会議 9回 ・地区ネットワーク会議 14回 ・地域ケア政策調整会議 1回	○年度を通じた実績評価とする。	○個別ヒアリングの実施 各センター1回実施 ○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、委託仕様内容やセンターの事業評価指標の見直しを行った。 ○相談実績 相談件数：114,945件 ○地域ケア会議の開催回数 ・小地域ケア会議 19回 ・認知症初期集中支援チーム員会議 114回 ・地域リハビリテーションサービス調整会議 9回 ・地区ネットワーク会議 18回 ・地域ケア政策調整会議 2回	◎	○数値目標を達成した。 ○センター職員の業務負担の増加や令和6年度施行の介護保険法改正を受け、地域包括支援センターのあり方に関する検討PTを継続して実施した。 ○また、地域包括支援センターの業務課題等を整理し、委託仕様内容やセンターの事業評価指標に反映させることで、より円滑な運営につながるよう検討した。 ○各地域ケア個別会議において、センター等が把握した地域課題を共有・検討し、それらの地域課題等を地域ケア政策調整会議において、区全体で共有し、地域課題の解消に向けた検討を行った。	【課題】 ○地域包括支援センターの運営に関して、他区への調査・ヒアリングやセンターへの聞き取りを行い、板橋区における現状と課題を整理し、今後の方針立てを行った。検討した方針に基づき、次年度以降もセンターのあり方に関する検討を継続して取り組んでいく必要がある。 【対応策】 ○あり方に関する検討を継続し、随時課題を整理していく。 ○国・都の動向や他区の状況を把握しながら、必要に応じて調査・ヒアリングを行い、板橋区におけるセンターの運営体制等に反映していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○シニア世代の社会 参加・活動支援 （シニア世代活動支 援プロジェクトの推 進）	【事業内容】 ○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 ○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 ○ガイダンス・トライアル事業 ・絵本読み聞かせ講座 ・地域活動入門講座 ・就労支援セミナー ○デジタルデバイド対策 ・スマートフォン体験会 ・スマートフォン相談会 【指標】 ○フレイル予防事業 ・フレイルチェック測定会実施圏域 16圏域 ・フレイルチェック測定会参加者数 延640人 ・フレイルサポーター養成数 20人 ○ガイダンス・トライアル事業 ・絵本読み聞かせ講座受講者数 48人 ○デジタルデバイド対策 ・スマートフォン体験会参加者数 200人 ・スマートフォン相談会参加者数 延5,600人	○年度を通じた実績評価とする。	○フレイル予防事業 ・フレイルチェック測定会実施圏域 16圏域 ・フレイルチェック測定会参加者数 延387人 ・フレイルサポーター養成数 29人 ○ガイダンス・トライアル事業 ・絵本読み聞かせ講座受講者数 44人 ○デジタルデバイド対策 ・スマートフォン体験会参加者数 延193人 ・スマートフォン相談会 延8,073人	◎	○フレイルチェック測定会は、実施圏域を新規に4圏域増やしており、順調に実施している。 ○前年度課題であった介護への移行が必要な方に対するのフォロー体制の構築に関して、おとしより保健福祉センターと連携し、測定結果がハイリスクの基準に該当する参加者に対し、おとしより相談センター（地域包括支援センター）を案内した。	【課題】 ○介護への移行が必要な方に対するのフォロー体制の強化 【対応策】 ○介護への移行が必要な方に対して、おとしより相談支援センター（地域包括支援センター）につなげ、介護の認定や予防など日々の暮らしを、さまざまな側面からサポートする体制を強化する。
○高齢者の就業支援 （シニア世代活動支 援プロジェクトの推 進）	【事業内容・指標】 ○アクティブシニア就業センター ・求職者数 2,500人 ・就業人数 150人 ○シルバー人材センター ・会員数 3,000人 ・就業人数 2,300人	○年度を通じた実績評価とする。	○アクティブシニア就業センター ・求職者数 3,199人 ・就業人数 180人 ○シルバー人材センター ・会員数 3,057人 ・就業人数 2,153人	◎	○概ね目標を達成することができた。 ○シルバー人材センターの就業人数については、目標値を下回っているように見えるが、派遣による就業が増えたためであり、派遣による就業人数を含めると2,307人となることから、実際は向上しているといえる。今後も増大するシニア層の就労支援のために努めていく。	【課題】 ○増大するシニア層への就労支援 【対応策】 ○現在も高齢者の就労意欲に応える支援機関としての役割を果たし就労につながっている。今後も、様々なイベントや広報媒体を活用し施設のPRを行い、シニア層へ施設を認知してもらう。
○区民への周知	【事業内容】 ○A I P広報紙「住ま居る～いつまでも笑顔で～」を発行し、新聞折り込みによる全戸配布と関係機関へ配布 ○区役所のプロモーションスペースでの板橋区版A I Pの紹介ポスターの掲示など 【指標】 ○板橋区版A I Pの認知度 令和4年度調査より上昇 ○広報紙 年2回発行・配布	○板橋区版A I Pの認知度 介護保険ニーズ調査で把握し、評価する。 ○広報紙 発行回数を年度末に評価する。	○板橋区版AIPの認知度 令和6年度中に調査なし ○広報紙 年2回発行・配布	◎	○広報紙を年2回発行し、区民への周知・啓発を図ることができた。 ○新たな広報紙の配布方法として、民生委員に10部ずつ広報紙を渡し、地域で気になる方がいた場合に渡していただくよう依頼した。また、見守り地域づくり協定の新規締結事業者に協力を依頼することができた。	【課題】 ○引き続き、板橋区版A I Pの各事業について、わかりやすく明示できるように紹介方法を検討するとともに新たな機会を捉えて普及・啓発を進めていく必要がある。 【対応策】 ○高齢者に興味を持ってもらえるように内容を精査し、作成していく。また、より多くの区民に情報が届くように、引き続き、新たな機会を捉えて周知・啓発をしていく。

【給付適正化（6取組）】

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○要介護認定の適正化	【実施内容】 ○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していく。 ○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。 ○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。 【指標】 ○認定調査における調査項目の選択や認定審査の判定結果が東京都平均と同等の水準になるよう努める。 ○認定審査は、各合議体間の審査判定結果のばらつき解消に努める。 ○要介護認定申請から認定結果通知までに要する日数の短縮に努める。	○調査項目の選択や認定審査の判定結果が東京都平均と同等の水準か。 ○各合議体間の審査判定結果のばらつきが解消しているか。 ○要介護認定申請から認定結果通知までに要する日数が短縮されたか。	○一次判定からの重度変更率は東京都14.0％（令和5年度実績）、板橋区14.5％で東京都と比較して大きな差異はなかった。 ○各合議体の委員に対し審査判定傾向を示すことで、審査の客観的把握に努めた。 ○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状況に応じて対応を強化した。	○	○業務分析データが、厚労省より最新版が提示されず国・都との比較は行えず、区の審査会ごとの比較に留まった。板橋区の合議体での認定傾向に関しては、軽度変更率は一定の均一化が図れているが、重度変更については、まだまだバラツキの解消には至っていない。 ○認定申請から認定審査までの日数は前年度（令和5年度）と比較して月平均41.4日と前年と比較して3.6日増加した。令和5年度9月でコロナ特例申請が終了し調査に日数が24.6日（前年比+4.0日）と大幅に増加したことが要因。	【課題①】 ○都や国の判定傾向を示したうえで、個々の審査会がどのように捉えて、全体として均一化していけるかが課題である。 【対応策①】 ○業務分析データと個々の審査会の審査傾向を図・グラフ等で分かりやすく違いを示しながら、審査委員に均一化を意識してもらうとともに、都の研修会の参加を促し理解を深めてもらう。 【課題②】 ○認定調査についての平準化は浸透してきたが、調査項目の選択に多少のばらつきがある。 【対応策②】 ○認定調査の平準化を目標とし、引き続き区職員による調査の実施や調査票のブラッシュアップを行う。また調査員に対する現任研修への参加勧奨を促していく。 【課題③】 ○認定申請から認定審査までの日数が増加傾向にある。 【対応策③】 ○調査受託事業所の新規開拓に努め調査日数の削減に努めるとともに、審査会の開催日程を増やしたり、著しく申請日より経過しているケースは、認定調査票や主治医意見書が揃い次第、優先して当日に追加をして審査会を実施するなどして日数の減少に努める。また、認定調査のDX化としてタブレット端末の導入を検討している。
○ケアプラン点検	【実施内容】 ○東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検については、区内の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。 ○居宅介護支援事業所への実地指導と一体的に実施するケアプラン点検については、居宅介護支援に従事するケアマネジャー全員を対象とする。 ○頻回な訪問介護（生活援助中心型）を位置づけたケアプランに対するケアプラン点検については、未届の居宅介護支援事業所に対して、届出の督促を行う。 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検については、より効率的かつ効果的な実施方法を検討していく。 【指標】 ○東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検は、年2回の点検 ○居宅介護支援事業所への実地指導と一体的に実施するケアプラン点検は、事業所の指定期間（6年間）内に1回の点検 ○頻回な訪問介護（生活援助中心型）を位置づけたケアプランに対するケアプラン点検は、届出のあった全てのケアプランを点検 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は、対象事業所への年1回の点検	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検は、年2回の点検を行えたか ・居宅介護支援事業所への実地指導と一体的に実施するケアプラン点検は、事業所の指定期間（6年間）内に1回の点検を行えたか ※対象事業者数129か所（休止5か所を除く）（令和6年4月1日時点） ・頻回な訪問介護（生活援助中心型）を位置づけたケアプランに対するケアプラン点検は、届出のあった全てのケアプランの点検を行えたか ・高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は、対象事業所への年1回の点検を行えたか ※対象事業所4か所	○東京都のガイドラインを活用したケアプラン点検・・・2回実施 ○居宅介護支援事業所への実地指導と一体的に実施するケアプラン点検・・・10か所実施 ○頻回な訪問介護（生活援助中心型）を位置づけたケアプランに対するケアプラン点検・・・届出16件に対し16件実施 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検・・・1か所実施	○	○ガイドラインを活用したケアプラン点検や、頻回な訪問介護を位置づけたケアプランに対する点検は確認項目を絞り、効率的に点検を行うことで目標を達成できた。 ○実地指導と一体的に実施するケアプラン点検については、指定期間内だが、一部実施できなかった。 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検についても対象事業所のうち、一部のみの点検の実施となった。	【課題】 ○令和5年度より、新型コロナウイルス感染症の影響により指導できなかった、通所系サービスの実地指導を増やした。それに伴い、相対的に居宅介護支援事業所への実地指導数が減少し、実地指導と併せて、実施するケアプラン点検が、一部実施できなかった。 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検の方法を確立するため、自己点検シートやチェックシートの見直しをする必要がある。 【対応策】 ○実地指導と併せて実施するケアプラン点検については、関連する業務も含めた効率化を検討し、点検件数の向上を図っていく。 ○高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検については他自治体に確認を図り、自己点検シートやチェックシートの見直しを行い、効率的、効果的な点検の検討を進めていく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容			令和6年度（年度末実績）			
第9期における 具体的な取組	目標 （事業内容、指標等）	目標の評価方法	実施内容	自己 評価 結果	自己評価 内容	課題と対応策
○住宅改修等の点検	【実施内容】 ○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う。このため、利用者の病状や症状を考慮したものとなっているか、類似案件と比較し著しく高額でないかを書類審査にて確認し、必要に応じて事業者の指導や訪問調査等を行う。 ○ケアマネジャーや事業者等への研修及び職員の学習会を継続して実施する。 【指標】 ○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	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数 ・住宅改修に関する専門職による訪問調査件数	○住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数 3,195件 ○住宅改修に関する専門職による訪問調査件数63件	◎	○数値目標をおおむね達成した。 ○申請書及び理由書をはじめとした各種添付書類を入念に審査し、必要に応じてケアマネジャーや事業者等に対して指導・助言を行うことで、業務に関する知識等を深めることができた。 ○他部署専門職との連携による訪問調査を継続して実施した。それにより、専門的見地から利用者の身体状況等を考慮した審査を行うことができた。	【課題】 ○他部署専門職との連携により助言を得られる体制を構築し続ける必要がある。 【対応策】 ○他部署専門職との連携を継続し、組織として、申請事例の経験値をより一層深めていく。
○縦覧点検・医療情報との突合	【実施内容】 ○縦覧点検、医療情報との突合を継続して実施するとともに、より正確な検査に努める。また、事業所及び医療機関の理解を深めるため、詳細な内容を通知することで、適正な請求につなげていく。 縦覧点検においては、費用対効果に鑑み、今後未着手の帳票の点検を行うかどうかの検討を進めていく。 【指標】 ○縦覧点検 8,900件 ○医療情報との突合の件数 年 200 件	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・縦覧点検8,900件、医療情報との突合の件数200件、合計9,100件を超えているか	○縦覧点検実施状況 6種類の帳票について点検を実施した。（点検件数8,862件） ○医療突合実施状況 （点検件数2件）	◎	○昨年と同様の縦覧点検帳票について適切に点検できた。さらに、報酬改定に対応した点検シートを作成することができた。 介護給付適正化関連研修参加等、未着手帳票の検討に繋げた。 ○医療情報との突合について、令和6年4月突合審査から、原審事由「サービス実日数が1日」について、保険者確認から国保連にての確認へ変更となったため、突合件数が減少したが、全件処理した。請求内容の把握に努め、確実に点検を実施した。	【課題①】 ○縦覧点検については、未着手の帳票の種類が多いことや、新しい加算についての疑義が発生している中、いかに効率的な点検方法により実施していくかが課題である。 【対応策①】 ○未着手の帳票の点検を検討するとともに、新しい加算については、介護保険最新情報で得た知識を係内で共有することにより、業務の標準化を図っていく。 【課題②】 ○医療情報との突合については、国保連で連絡が取れなかったケースや事業所が廃業・休業していたケースなど、保険者での確認が困難な場合がある。 【対応策②】 ○引き続き、確認が困難な事例についても、法人本部に連絡するなど、請求内容の把握に努め、確実に点検を実施していく。
○介護給付費通知	【実施内容】 ○利用者負担額と給付費通知の金額確認や利用者に対して適切なサービス利用及び介護保険制度の仕組みについての普及啓発を行うことにより、事業者による不正な給付を抑止・摘発するため、2か月分の介護サービス費の内訳を郵送するとともに、わかりやすい給付費通知の見方や利用方法を記載した案内を同封する。 【指標】 ○年1回サービス利用者に通知	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・給付費通知の発送回数 ・通知に対する問い合わせ内容の確認	○発送回数 年1回 16,182通 （令和6年6月及び7月サービス提供分）	◎	○数値目標を達成した。 ○前年度の利用者からの問い合わせ内容を反映して同封する案内文を改善した。発送後、通知目的や利用サービスの確認の問合せがあり、一定の効果があつた。	【課題】 ○利用者が、通知をもとに自己負担額と比較することを継続して促していく必要がある。 【対応策】 ○発送後に寄せられた利用者からの問い合わせ内容や他自治体の例などをもとに、わかりやすい通知内容となるよう引き続き改善に取り組んでいく。
○給付実績の活用	【実施内容】 ○実地指導の際に対象事業所の状況を事前に把握するため、国保連から提供される帳票等を活用していく。 ○国保連から提供される帳票等の給付実績を基に、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ケアプラン等、平均値から乖離しているケアプランや事業所を抽出し、ケアプラン点検を実施していく。 【指標】 ○実地指導を実施する際に、事前に対象事業所の給付実績を確認する。 ○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、平均値から乖離しているケアプランや事業所を抽出し、必要に応じてケアプラン点検を実施する。	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・国保連から提供される帳票等をケアプラン点検対象事業所の抽出の際に活用したか ・平均値から乖離している計画を抽出し、妥当性等の検討を行ったか	○国保連の開催する研修に参加し、給付実績データの活用方法を検討し、実地指導の際に対象事業所の状況を事前に把握した。 ○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平均値から乖離している計画を抽出し、ケアプラン点検を実施することができた。	◎	○国保連の研修に参加することで、各帳票の効率的・効果的な活用方法を確認した。 ○給付実績データをもとに、実地指導の際に、事前に運営基準を反していないか確認した。 ○サービスが過剰かつ特定サービスに偏りのある計画等について、ケアプラン点検を実施した。	【課題】 ○数多くある帳票の中で、実地指導により有効な帳票を選択すること。 【対応策】 ○引き続き国保連の研修へ参加していき、給付実績データの活用方法を検討を進める。