

【自立支援・介護予防・重度化防止（１６取組）】

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○介護予防把握事業	【指標】 ○地域包括支援センター ・元気力(生活機能)チェックシート有効回答者(人) (R3) (R4) (R5) 780 790 800 ・事業該当者(人) (R3) (R4) (R5) 400 405 410 ○元気力測定会 ・元気力(生活機能)チェックシート有効回答者(人) (R3) (R4) (R5) 400 400 400 ・事業該当者(人) (R3) (R4) (R5) 200 200 200	○測定会等の参加人数 ○介護予防サービス評価委員会における事業の適正・効果等の事業評価結果	○地域包括支援センター ・元気力(生活機能)チェックシート有効回答者(人) 1302 ・事業該当者(人) 777 ○元気力測定会 ・元気力(生活機能)チェックシート有効回答者数(人) 219 ・事業該当者(人) 132	○	○元気力測定会では目標数は達成できなかったが、昨年度より有効回答者数、事業該当者数を増やすことができた(昨年度実績:有効回答者数130人、事業対象者数61人) ○地域包括支援センターによる元気力(生活機能)チェックシートについては、目標を大きく超える実績を達成できた。 ○介護予防サービス評価委員会では、事業対象者の把握について目標値を超えたことに対し一定の評価を受けた。把握後に利用できる事業については、利用した者には有意に効果が認められたが、参加率が低い事業もあり、内容や周知の方法について指摘を受けた。	【課題】 ○事業対象者の把握については、元気力測定会と地域包括支援センターによる測定の合算で目標値を超えた。把握した事業対象者を、適切なサービスにつなぐことが課題であり、周知の方法や事業内容の精査が必要である。 【対応策】 ○元気力測定会の募集人数を各回40人から30人に減らし、把握後の事業参加に繋げるための個別相談に時間をかけるよう、運営方法を変更する。 ○元気力向上教室や住民主体のサービスについて、周知方法や内容について検討する。
○地域リハビリテーション活動支援事業	【事業内容】 ○自立支援・介護予防の取組強化に向けて、訪問や地域ケア会議、通いの場へのリハビリテーション専門職の関与の促進を目指す事業。 【指標】 ○地域リハビリテーション連携会議実施回数 年2回 ○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)	○地域リハビリテーション連携会議数、参加者数 ○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、検討事例数、参加者数	○地域リハビリテーション連携会議 実施回数 2回 参加者 49人 ○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 事例数 38事例 参加者 192人	◎	○会議はオンラインも併用し、計画通り実施した。 ○会議で挙げられた課題「コロナ禍で増加したフレイル、オーラルフレイルへの対応力向上」に対して、医師会や歯科医師会など関係機関と連携し、介護職や地域の担い手、高齢者を対象とした研修やシンポジウムを実施した。 ○新たに担い手を対象とした「フレイル予防ちよい足しリーダー養成講座」を健康長寿医療センター研究所などの協力を得て実施した。	【課題】 ○リハビリテーションの提供体制の構築に向けて、更なる多職種や地域の担い手との連携、取組の推進が求められている。 【対応策】 ○新たに、栄養ケア・ステーションや薬剤師会も会議に参加いただき、まずは既に行われている取組の普及や多職種連携の推進を目指す。 ○地域の担い手の養成や育成、専門職と担い手との連携を進める取組を行う。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○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	【事業内容】 ○リハビリテーション専門職との協働で、10の筋トレを実施する通いの場の拡充を目指し、体験講座やグループへの専門職派遣、継続支援を実施する。 ○また、すでに住民運営で活動している福祉の森サロンなどへリハビリテーション専門職を派遣し介護予防プラス出前講座を実施する。 【指標】 ○10の筋トレグループの立ち上げ数、継続数 R3年度 20グループ、100グループ R4年度 10グループ、110グループ R5年度 10グループ、120グループ ○介護予防プラス出前講座実施グループ数 1年間20グループ	○10の筋トレグループの立ち上げ数、継続数 ○介護予防プラス出前講座実施グループ数	○10の筋トレグループの立ち上げ、継続支援・体験講座等を実施し新たに17グループ立ち上げ、計113グループ（登録者2,033人）となった。 ・17グループ中8グループは、介護施設やJKKなどから会場提供を受けて立ち上げた。 ・オンライン10の筋トレ 51回実施1304人参加。 ○介護予防プラス出前講座 46グループ884人参加	◎	○立ち上げ目標の170%、継続目標の94%達成した。 ○介護施設などとの連携で、活動場所の拡充につながった。 ○オンライン10の筋トレ参加者は、登録者が98名、参加者数は前年度より17%アップした。 ○介護予防プラス出前講座の実施グループは、目標を大幅に超えて実施し、講座の満足度は94%であった。	【課題】 ○更なる通いの場の拡充とともに「フレイルや認知症になっても参加し続けられる通いの場」を目指し、通いの場の機能強化やPDCAサイクルに沿った通いの場の取組の推進が求められている。 【対応策】 ○介護施設などとの連携で、新たな通いの場や活動場所の拡充を目指す。 ○10の筋トレ通いの場の機能強化として、地区合同筋トレ等を実施するとともに、介護予防・フレイル予防ちよい足し出前講座を実施する。 ○東京都健康長寿医療センター研究所 介護予防・フレイル予防推進支援センターの助言・協力を得て、通いの場参加者の効果測定を進める。 ○通いの場のインセンティブとしての板ベイ健幸ポイントの付与の効果を関係部署共に検討する。
○生活支援体制整備事業	【指標】 ○生活支援コーディネーター（R3）（R4）（R5） 地域数 2 2 0 （累計） 16 18 18 ※R4までに全18地域に生活支援コーディネーターの配置を完了する。 ○協議体の運営・活動支援 板橋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。	○生活支援コーディネーター 生活支援コーディネーターの配置地域数 ○協議体の運営・活動支援 年間協議体開催回数 ※区職員が毎回必ず参加し、会議の後方支援を行っている	○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） ○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行った。 ・第2層定例会開催数（18地域）：188回 ・第2層SC研修回：1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2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	○	○生活支援コーディネーター未選出地域について、1地域にSCを配置することができた。 ○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。 ○地域づくりセミナーでは、成増における企業との連携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「第1回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】 ○各地域ごとに作成した広報紙やチラシ等で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「第3回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に向けた取組を進めていく。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○療養相談室	【指標】 ○療養相談室等による、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供（年間400件以上）	○相談件数の評価 ○在宅医療推進協議会（年1回開催）への資料提供による評価	○相談件数（新規） 440件	◎	○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。また、地域包括からの依頼により、実習の看護学生にレクチャーを実施した。 ○在宅医療推進協議会では、相談内容や実績についての詳細な資料を提供し、意見交換の際の主要な資料となった。 ○広報等従来の掲載物に加え、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た。いたばし健康ネットへの団体登録あり。	【課題】 ○多岐にわたる相談に的確に対応するため、相談員の相談力・対応力の向上といった人材の育成や、関係機関との連携をさらに密に行う必要がある。 【対応策】 ○常に相談力向上・関係機関との連携強化に努めることに加え、地域に向いた周知活動も継続していく。
○医療・介護連携情報共有システムの検討	【指標】 （R3年度） 運用方法の検討・決定 （R4年度） 運用準備・試行 （R5年度） 運用開始	○医療・介護連携情報共有システムの利用に関するガイドラインの策定状況 ○医療・介護連携情報共有システムの利用に関するガイドラインの活用による医療・介護連携情報共有システムの利用促進	○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（令和5年3月策定）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。	○	○在宅療養ネットワーク懇話会などの多職種が参加する会議でガイドラインについて周知を行うことができた。	【課題】 ○医療・介護連携情報共有システムの利用促進のために、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どのように効果的に活用していくか検討する必要がある。 【対応策】 ○策定した在宅医療・介護情報共有システム（ICT）利用のガイドラインは、多職種が参画する会議等で周知していくとともに、効果的な活用方法について引き続き協議を行う。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度(年度末実績)			
第8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 実施回数 年2回 ○在宅医療推進協議会 実施回数 年1回 ○地域ケア会議 ・地区ネットワーク会議 実施回数 年14回 ・小地域ケア会議 実施回数 年14回 ・認知症初期集中支援チーム員会議 実施回数 年114回 ・地域リハビリテーションサービス調整会議(自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議) 実施回数 年9回 各地域包括支援センター年2事例提出 ・地域ケア政策調整会議 実施回数 年3回	○開催回数 毎月の実績の把握 ○地域課題を把握できたか、報告書により把握 ○政策形成に向けた地域課題の抽出	○在宅療養ネットワーク懇話会 ・実施回数 年2回 ○在宅医療推進協議会 実施回数 年1回 ○地域ケア会議 ・地区ネットワーク会議 実施回数 16回(単独、合同による開催を含む) ・小地域ケア会議 実施回数 19回 検討ケース数 19件 ・認知症初期集中支援チーム員会議 実施回数 110回 検討ケース数 229件 ・地域リハビリテーションサービス調整会議(自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議) 実施回数 年9回 事例数19件 ・地域ケア政策調整会議 実施回数 年1回	○	○概ね数値目標を達成した。 ○各地域ケア個別会議において地域包括支援センター等が把握した地域課題を、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事業実施を行った。 ○第2回在宅療養ネットワーク懇話会は担当する関係機関の都合により、実施時期を次年度とした。	【課題】 ○令和3年度より、地域ケア会議の体制を整理し、各会議を実施したが、開催目的の認識や、区の方針について、地域包括支援センターとの共有をより深める必要がある。 【対応策】 ○東京都が主催する地域ケア会議アドバイザー養成講座に各地域包括支援センター職員等を推薦していく。 ○また、地域住民や各関係機関との相互的協力体制を構築し、地域課題・地域資源の把握を効果的に実施するための地域ケア会議の運営方針兼マニュアルの共有を深めることで、地域包括支援センターを中心とした地域での相談支援体制を推進し、地域包括支援センターの機能強化を図る。
○認知症初期集中支援事業	【事業内容】 ○適切な医療や介護等につながない認知症の人および家族に対し、認知症の専門的な知識・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のチームで訪問等により支援する、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方に対して、適時・適切な医療や介護等を支援する事業。 【指標】 (1)認知症初期集中支援チーム員会議 年114回 (2)支援対象者 (R3)(R4)(R5) 76人 77人 78人 (3)医療／介護への引継 100%	(1)認知症初期集中支援チーム員会議開催回数 (2)支援対象者数 (3)医療／介護への引継率	(1)認知症初期集中支援チーム員会議 109回 (2)支援対象者 84人 (3)医療／介護への引継 100%	◎	目標値を達成した。各チーム2か月に1回は会議を開催することを目標に活動している。支援対象者数は目標を大きく上回っている。全ての支援対象者が、医療または包括支援センターの見守りを含めた、介護に繋がっている。	【課題】 ○各チームの立ち上げ年度やチーム員変更が要因で、チーム員の認知症対応力に差がある。 【対応策】 ○区の研修や認知症支援コーディネーターの活動、認知症疾患医療センターの支援等により、全チームの認知症対応力向上を図る。また、事業が適切に利用されるように所内他係との連携強化を図る。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度(年度末実績)			
第8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
○認知症サポーター活動支援	【事業内容】 ○認知症の人や家族の一人一人が尊重され自分らしく安心して暮らし続けられるよう、認知症の人も介護家族も生き生きと暮らし活躍でき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、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】 (1)認知症サポーター中級講座 年1回 (2)キャラバン・メイト連絡会 年1回 (3)認知症サポーターのひろば 年12回	(1)認知症サポーター中級講座 の開催回数 (2)キャラバン・メイト連絡会の開催回数 (3)認知症サポーターのひろばの開催回数	(1)認知症サポーターステップアップ講座 2回 ※認知症サポーター中級講座から名称を変更 (2)キャラバン・メイト連絡会 1回 (3)認知症サポーターのひろば 11回(熱中症予防のため1回休止)	◎	目標値を達成できた。 認知症フレンドリー社会を目指した地域づくりの担い手を増やすため、ステップアップ講座を開催した。 認知症サポーターのひろばは月1回開催し活動について話し合い、区主催認知症サポーター養成講座で、認知症村芝居を定期的に上演している。	【課題】 ○地域における相互の見守りや助け合いを行い、高齢者自身も地域づくりの担い手となって活躍することが期待されている。 ○活動意欲のある認知症サポーターが、自らの希望する活動に携われるよう、情報提供できる体制づくりが必要。 【対応策】 ○チームオレンジのさらなる普及を目指し、コーディネーターの育成、認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターを中心としたチームづくり、活動拠点づくり、しくみづくり等を検討する。 ○区主催の講座や連絡会を開催し、認知症サポーターやキャラバン・メイトのスキルアップやネットワークづくりを行う。
○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:72,789名 ○調査人数60,884名 ○訪問率:83.6%	◎	○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。 ○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。 ○インターホン越しやポストイングによる訪問などを活用して、高い訪問率を維持できた。	【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他、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大が懸念される。 【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。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○ひとりぐらし高齢者見守り対象者 名簿事業	【事業内容】 ○70歳以上でひとり暮らし高齢者を対象として、ひとりぐらし 高齢者見守り対象者名簿を作成する。本名簿を警察、消 防、民生・児童委員や区の関係機関に配付し情報共有する ことで、緊急時に関係機関が名簿を活用し、本人の安否確 認や緊急連絡先への連絡を行う。 【指標】 ○新規名簿登録者数 年200人	○新規名簿登録者数の達 成を以って評価する。	○名簿登録者：4,103名 ○新規登録者：219名	◎	○目標値を達成できた。	【課題】 ○ひとりぐらし高齢者世帯数の増加に伴い、見守りが必要となる対象数も 増加することが予想される。 ○新規登録者数は計画通り推移しているものの、対象者が一人暮らしかつ 70歳以上のため、施設入所・死亡・転出を事由とした異動が多く、名簿登 録者の減少に影響を及ぼしている。 ○既存登録者の緊急連絡先等の定期的な情報更新が必要である。 【対応策】 ○様々な情報媒体を活用するとともに、民生委員や地域包括支援センター と連携し、積極的な事業周知並びに登録勧奨の効果的な周知方法につい て検討を行い、新規登録者数の増加をめざす。 ○既存登録者の定期的な情報更新が行える体制整備についても検討を行 う。
○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 定の締結を目指す。 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】 （R3年度） 協定の締結 （R4年度以降） 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）	○協定の締結状況 ○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）状況を 以って評価とする。	○協定締結先：1団体 （累計 8団体）	○	○高齢者の見守り体制の充実 のため、新たに、1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こと は評価をしている。	【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 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○各サービス施設の整備	【指標】 ○各サービス施設整備計画数(累計) ①認知症対応型共同生活介護 (R3) (R4) (R5) 1 1 1 (28) (29) (30) ②小規模多機能型居宅介護 (R3) (R4) (R5) 1 1 1 (12) (13) (14) ③看護小規模多機能型居宅介護 (R3) (R4) (R5) 1 1 1 (2) (3) (4) ④定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (R3) (R4) (R5) 1 1 1 (6) (7) (8)	○年度末に評価:開設施設数の確定	○令和5年度開設施設数 3	◎	①②整備計画数確保に向け、令和5年9月に事業者選定委員会を開催し、徳丸圏域での運営事業者を選定した。令和6年3月に建設工事入札を行ったが不調となり、開設予定が令和7年6月から令和7年度中へと遅れる見通しとなった。 ③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、中台圏域の整備は建設工事が完了し、令和6年5月に開設予定となった。下赤塚圏域の整備については、令和5年12月に建設工事入札を行ったが不調となり、令和6年4月の再入札の結果、開設予定が令和7年3月から令和7年度中になる見通しとなった。 ④開設を希望する事業者からの相談に対応した結果、令和5年8月の仲町圏域に続き、令和6年1月に熊野圏域と高島平圏域での開設に繋げることができた。	【課題】 ①②③建設工事が進んでいくように、事業者と連絡を取り合っていくが、建設資材の調達状況や、物価高騰により遅延する可能性がある。 ④熊野圏域、高島平圏域での開設により、8期計画に定めた整備数の3を上回る施設を整備することができた。しかし、未整備圏域もまだ9圏域ある。 【対応策】 ①②③建設工事遅延により、開設時期がさらに延びないよう、工事の状況把握に努めていく。 新規整備分については、令和6年4月からグループホーム併設を条件とし、未整備圏域またはその隣接圏域での公募を行っている。また、応募がない場合は再公募を行う。 ④未整備圏域の解消に向け、新規開設を希望する事業者からの相談に随時対応し、開設に繋がるよう情報提供を行っている。
○シニア世代活動支援プロジェクトの推進	【事業内容・指標】 ①フレイル予防事業 ・フレイルサポーター養成講座 20人 ・フレイルチェック測定会実施圏域 12圏域 ・フレイルチェック測定会参加者数 延480人 ②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 ③ガイダンス・トライアル事業 ・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	○年度を通じた実績評価とする。	①フレイル予防事業 ・フレイルサポーター養成講座:13人 ・フレイルチェック測定会実施圏域12圏域 ・フレイルチェック測定会参加者数延254人 ②意識啓発と情報提供 ・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 ・「社会参画・社会貢献ニュース」のチラシを2回発行 ・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 登録ボランティア:167人 ③ガイダンス・トライアル事業 ・就労支援セミナー:261人 ・絵本読み聞かせ講座:41人 ・地域活動入門講座:39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フレイルサポーターを増やすために、フレイルチェック測定会で利用している、IOG(東京大学高齢社会総合研究機構)機構長による講演会を実施し、210人の参加があった。 なお、フレイルサポーターの活動紹介を行った結果、令和6年度募集のフレイルサポーターは、定員を超える応募があった。 ○大人の活動ガイド「ステップ」の冊子をリニューアルし、配布した。	【課題】 ○介護への移行が必要な方に対してのフォロー体制の構築 【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構築する

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○区民への周知	【指標】 ○板橋区版AIPの認知度 令和元年度調査より上昇 令和元年度の認知度（約20％） ○広報紙 年2回発行・配付	○板橋区版AIPの認知度 ○広報紙 年2回発行・配付	○板橋区版AIPの認知度 令和5年度中に調査なし ○広報紙 年2回発行・配付	○	○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。 ○新たな広報紙の配付方法として、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> ○板橋区版AIPについて区民への周知は十分とは言えず、引き続き広報紙を発行しつつ、配付方法等の再検討が必要。 <対応策> ○板橋区版AIPにおける各種事業自体については認知度が高いものもあることから、それぞれを関連付ける取組について検討を行う。 ○既存の病院・薬局等への協力依頼等に加えて、新たな啓発機会や場所の開拓についても検討を進め、あらゆる方法を視野に入れ、より幅広い世代への更なる周知拡大を行う。
○地域包括支援センターの機能強化	【事業内容】 ○地域包括ケアの連携拠点として、地域包括支援センターの業務が多様化しているため、各センターへの個別ヒアリング等を通して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を実施していく。 ○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。 【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 ・毎月の実績の把握	○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、運営方針や委託仕様内容の見直しを行った。 ○相談実績 相談件数：123,098件	◎	○数値目標を達成した。 ○令和4年度の2法人撤退や令和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を実施した。 ○地域包括支援センターの業務課題等を整理し、運営方針や委託仕様内容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。 ○認知症高齢者の増加や個別支援の複雑化・複合化など、多様化する業務に対応する職員の確保やセンターの質の向上につなげるため、業務改善の検討に伴い、令和6年度から一部事業において財源を一般会計とすることにより、委託料の増額を図った。	【課題】 ○地域包括支援センターの運営に関して、他区への調査やセンターへの聞き取りを行い、現状と課題を整理した。 ○今後は課題に対する解決の方向性を整理し、具体的な手法を検討していく必要がある。 【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。 ○他区の状況を調査し、板橋区においても導入可能かどうか検討を進める。

【給付適正化（6取組）】

第8期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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13.9%、板橋区12.9%、で東京都と比較して大きな差異はなかった。 ○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。 ○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。	○	○3回以上連続で居宅介護支援事業所が調査を行っているケースにつき、ケアマネジャー同席の下、区職員が認定調査を実施した。調査結果については、概ね大きな差異はなかった。 今年度はコロナが5類となり同席調査が可能な施設が増加したことから、令和5年度実績件数94件と大幅に増加した（前年度22件） ○33合議体で業務分析データを、板橋区全体、東京都平均実施し審査会判定傾向について説明した。 ○認定申請から認定審査までの日数は前年度（令和4年度）と比較して月平均37.8日と前年と比較して2.0日増加した。9月でコロナ特例申請が終了し調査件数が20.6日（前年比+2.9日）と大幅に増加したことが要因。	【課題①】 ○平準化を意識した審査が継続して行えるよう、個々の審査会への働きかけをどのように行うかが課題となっている。 【対応策①】 ○これまでの判定結果に基づく業務分析データを各合議体に提示し、東京都平均との比較や区の審査会間での比較を行うこと、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】 ○調査票の質の向上に重点を置き、引き続き区職員による調査の実施や現任研修への参加勧奨を促し、現任研修の充実を図る。 【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】 ○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。
○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加え、区で作成した自己点検シートを活用したケアプラン点検を継続して実施する。 ○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。 ○また、自己点検シートを活用したケアプラン点検については、居宅介護支援事業所の実地指導件数や対象事業所を見直すなど、目標件数を実施できるよう取り組んでいく。 【指標】 ○事業所の指定期間（6年間）内に1回の点検	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・ケアプラン点検の実施数が目標割合に達しているか	○ケアプラン点検実施状況 対象事業所 129か所（休止7か所を除く） 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） ○実施率（実施÷対象）＝16.27%（目標:16.66%） ※対象事業所数は令和5年4月1日時点	◎	○自己点検シートを活用したケアプラン点検の実施や、頻回の訪問介護を位置づけたプランや高齢者向け住まい等対策についてチェックシートを活用したケアプラン点検を行うことで、目標の8割以上を達成することができた。	【課題】 ○令和5年度は、新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことにより、実地指導を行う事業所のサービス種別を新型コロナウイルス感染症発生前と同様に戻した。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、目標値を下回る結果となった。 【対応策】 ○目標件数を確実に実施できるよう実施計画を見直す。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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 3,129件 ○住宅改修に関する専門職による訪問調査件数 48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。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るよう引き続き連携を深めていく必要がある。	【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】 ○医療情報との突合については、着実に実施し、縦覧点検については、現在着手できている帳票の点検を継続するとともに、より多くの種類の帳票の点検ができるよう検討を進める。 【指標】 ○縦覧点検・医療情報との突合の件数 年4,000 件	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・縦覧点検・医療情報との突合の件数が4,000 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8,526件） ○医療突合実施状況 （点検件数109件）	○	○医療情報との突合を全件処理し、昨年と同様の縦覧点検帳票について適切に点検できた。縦覧点検帳票は点検数が多いものについて点検できたが、新しい帳票の点検についてはできなかった。医療突合については、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生まれることで業務量が増えている中、今後も継続して実施していく体制を構築することが課題となっている。 【対応策①】 ○可能な範囲で、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の効率的な点検方法について検討する。 【課題②】 ○医療突合については、国民健康保険団体連合会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、可能な限り、請求内容の把握に努め、確実に点検を実施していく。

第 8 期介護保険事業計画に記載の内容			令和5年度（年度末実績）			
第8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
○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等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 15,883通（令和5年5月及び6月サービス提供分）	◎	○数値目標を達成した。 ○他自治体の通知例をもとに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と見込まれる。	【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、引き続き、通知内容の改善に取り組んでいく。
○給付実績の活用	【実施内容】 ○国民健康保険団体連合会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・過少な計画や、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する。 【指標】 ○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、より効率的・効果的な事業者の指導につなげていく。	○評価時期 ・年度末 ○評価方法 ・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えたか	○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、より効率的・効果的に業務を実施することができた。 ○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することができた。	○	○給付実績の活用状況を他区へ調査を行い、業務手順を確認・確立した。さらに給付実績を活用し、平均値から乖離している計画を抽出し、該当する事業者に対して、ケアプラン点検を実施することができた。	【課題】 ○利用者の意向や状態に合ったさらなる介護サービスの提供に繋げるため、国保連から提供される給付実績の活用方法について改善が必要である。 【対応策】 ○国民健康保険団体連合会の研修への参加し、効率的・効果的な活用方法の検討を進めていく。