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

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
区分	テーマ（キーワード）	テーマ（その他詳細） ※ 左項目が「その他」の場合詳細をご記載ください	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）	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
自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防・健康づくり		コロナ禍で外出を控えるようになった高齢者のフレイルの進行が懸念されています。そのため、医療機関や関係団体等と連携した介護予防事業等を通じて、「通いの場」を活用した介護予防の取組みや世田谷いきいき体操の普及を継続するとともに、高齢者が自宅でも取り組むことができる介護予防への支援や、外出・地域参加を促す取組みを推進する必要があります。	介護予防のための外出・社会参加促進の取組み	【介護予防普及啓発講座参加者数】 (R6)延13,850人 (R7)延13,850人 (R8)延14,000人	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【介護予防普及啓発講座参加者数】 (R7)延13,017人	○	介護予防講演会開催時に、新しくした世田谷いきいき体操の体験を実施するなど、講座以外でも介護予防の普及啓発に取組んだ。	【課題】 介護予防講座等だけでなく、気軽に介護予防の知識等を学べる環境が必要である。 【対応策】 新しくした世田谷いきいき体操の動画配信や介護予防を学べる動画配信を継続して実施し、気軽に介護予防に取り組める環境を整備する。
自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防・健康づくり		住民等による掃除や調理補助、買い物同行等、短時間の簡易な家事援助を行う住民参加型の「支えあいサービス」充実のため、サービス提供者となるボランティアの確保を関係機関と連携して継続する必要があります。 また、住民やNPOが運営する定期的な「通いの場」において食事や介護予防を目的とした活動を行う住民主体型の「地域デイサービス」は、引き続き運営に関心のある方を対象にした研修を実施し、団体立ち上げ等の支援を行う。	介護予防・生活支援サービスのさらなる充実	【住民参加型・住民主体型サービスの参加者数】 (R6)延4,090人 (R7)延4,100人 (R8)延4,150人	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【住民参加型・住民主体型サービスの参加者数】 (R7)延5,874人	◎	従前より実施している地域デイの研修の参加者等が、団体を立ち上げ実施したことで、目標を達成できた。	【課題】 担い手不足及び既存団体の担い手マッチング等 【対応策】 研修参加者等を実施するとともに、地域デイサービスでは、新規立ち上げだけでなく、既存の団体を紹介等を行い、運営側人材も確保していく。
自立支援・介護予防・重度化防止	ケアマネジメントの質の向上		要支援者等を適切にマネジメントするためにはケアマネジャー等のスキルを維持・向上させることが重要です。今後も介護予防ケアマネジメントの質を着実に向上させるため、介護予防ケアマネジメント研修については、現在実施している新任期、現任期（概ね3年以上勤務）ともに、より効果的な研修として実施していく必要があります。また、専門職種によるケアマネジャー等への支援を継続していく必要もあります	多様な手法による介護予防ケアマネジメントの質の向上	・介護予防ケアマネジメント研修については、福祉人材育成・研修センターと連携し、必要な知識と技術がより効果的に習得できる研修となるよう内容や進め方を見直すとともに、医療に関する専門知識を学ぶためのプログラムを研修に取り入れるなど、ケアマネジャー等の専門スキルの向上を図ります ・あんしんすこやかセンターへの巡回によるケアプランの点検や地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣を通じてケアマネジメントの質のさらなる向上を図ります	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	介護予防ケアマネジメント研修は研修動画や研修内容を見直し、人材・育成研修センターと連携し、動画配信と対面形式講座を組み合わせて研修を実施しました。また、あんしんすこやかセンターを巡回しケアプラン点検を実施するとともに、地域ケア会議にリハビリテーション専門職を派遣し、あんしんすこやかセンターの職員の介護予防ケアマネジメントの質の向上に努めました。	○	研修や巡回指導等計画通りに実施することができた。	あんしんすこやかセンター職員の新規採用が増加しているため、引き続き研修や巡回によるケプラン点検を実施していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
自立支援・介護予防・重度化防止	ケアマネジメントの質の向上		高齢者人口の増加、生産年齢人口の減少が見込まれる中、介護保険制度の持続可能性及び質の高い介護サービスの提供の観点から継続的な「重度化防止」の取組みが必要となる。 そのためには、利用者の「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を常に意識し、ケアマネジメントの質を向上することが求められる。	適切なケアマネジメントの推進	・ケアマネジメントの質の向上に資する研修等を通じて、適切なケアマネジメントを実践するための必要な専門知識、技術の習得を推進していく。 ・都の動向等を注視し、区が実施する法定外研修に反映させるなど必要な連携を図っていく。 ・主任ケアマネジャーによる地区・地域における相互の連携や活動を支援する。 ・あんしんすこやかセンターや職能団体との協力、連携を通じ、地域の課題に即した研修会の開催に取り組む.	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	・初任者、現任者、主任ケアマネジャーを対象とした研修を体系的に実施した。 ・主任ケアマネジャーの地区・地域での研修や意見交換会などの活動に対して支援を行った。 また、多機関と協働し、地域課題の把握等を行った。 ・区の研修実施機関、職能団体と協働し、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の状況について調査を行った。	○	・研修を通じて世田谷区内に勤務するケアマネジャーの資質向上に寄与することができた。 ・一定程度ケアマネジメントを推進するための必要な取組みを行うことができた。	＜課題＞ ケアマネジメントの質の向上に向けた取組みを継続する必要がある。 ＜対応策＞ 計画に基づく取組みを進めていく
自立支援・介護予防・重度化防止	介護サービス事業者支援		介護サービス事業所が提供するサービスが、より利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するサービスになるよう支援を充実させる必要がある。	介護サービス事業所の取組み支援	・介護サービス事業所が適切に加算等を取得できるよう情報提供や問い合わせ対応等を行う。 【「自立支援・重度化防止」に資する研修の参加者数】 (R6)延2,900人 (R7)延2,900人 (R8)延2,900人	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	・ホームページで介護保険給付に関するQA集を公開するとともに、質問票による問い合わせに対応した。 【「自立支援・重度化防止」に資する研修の参加者数】 (R7)延２，９３３人	○	・介護サービス事業所に対し、適切に情報提供及び問い合わせ対応ができた。 ・「自立支援・重度化防止に資する研修」の参加者はは、概ね計画どおりとなった。	＜課題＞ 介護を必要としている高齢者に対する介護度の改善・悪化の防止に向けて、介護サービス事業所向けの「自立支援・重度化防止」に資する研修等を継続する必要がある。 ＜対応策＞ 福祉人材育成・研修センターと連携し、多様な手法による「自立支援・重度化防止」に資する研修の開催に引き続き取り組んでいく。
自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防・健康づくり		今後、高齢者人口の増加・生産年齢人口の減少が見込まれる中、介護保険制度の持続可能性及び質の高い介護サービスの提供の観点から継続的な「重度化防止」の取組みが必要となります。 また、取組みにあたっては、国・都における「重度化防止」に関連する取組みの動向を踏まえるとともに、必要な連携を図る必要があります。	介護予防・日常生活支援総合事業の取組み	【介護予防筋力アップ教室の参加者数】 (R6)延2,400人 (R7)延2,900人 (R8)延3,200人	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	令和7年度は11事業所15会場で43回実施 【令和7年度介護予防筋力アップ教室参加者数】 (R7)延2,284人	△	会場の地域偏在解消のため、会場数を増やしたが、参加者が増加しなかった。	R7年度から多くの高齢者が参加しやすいように会場の場所やプログラムを変更したが人数が増えていない。今年度は事業の対象者や周知方法を見直していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		認知症かもしれない、という不安を抱いた段階でどこに相談に行けばいいのか分からない、という声があるため、適切な相談と受診への道筋を明らかにする必要があります。 また、認知症と診断された後の支援について、医療機関との連携により確実に本人を適切なサービスに繋げる必要があります。	早期発見と適切な初期対応	【あんしんすこやかセンターの認知症に関する相談件数】 (R6)延9,580件 (R7)延9,720件 (R8)延9,860件	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【あんしんすこやかセンターの認知症に関する相談件数】 令和６年度：延8,874件 令和７年度：延13,714件	◎	30分以上の相談件数が増加した。令和7年度からあんしんすこやかセンターの相談の集計方法を変えたことも要因と考えられるため引き続き経過を見ていく。	【課題】 地域の身近な相談窓口として、あんしんすこやかセンターがあることを区民に一層周知する必要がある。 【対応策】 講演会等の区民が集まる場での周知を継続するとともに、SNSや区報などを活用した認知症に関する情報発信を充実していく。また認知症と診断された後の支援について、医療機関からあんしんすこやかセンターにつながる仕組みとして「認知症あんしんガイドブック周知チラシ」を作成し、令和7年度医師会・歯科医師会・薬剤師会等に配布を開始した。
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		より効果的な情報発信を工夫する必要があります。また情報を発信するだけでなく、地域の情報を収集し、区民と共有する仕組みを検討する必要があります。	認知症の理解、認知症観の転換の促進	【条例に掲げる新しい認知症のイメージを持つ人の割合】 (R6)42.6% (R7)47% (R8)51.4%	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	条例に掲げる新しい認知症のイメージを持つ人の割合 令和６年度：22.8% 令和７年度：20.2%	△	認知症観の転換については、調査結果から、年齢や性別によって浸透度に差が見られる状況である。 ※区民意識調査の中に、条例に掲げる新しい認知症のイメージを持つ人を把握する設問がある。	【課題】 若い世代や壮年期男性の割合が低くなっている。 認知症への理解の促進および認知症観の転換は短期間で達成できるものではないとの認識のため、効果的で継続的な周知啓発が必要である。 【対応策】 多様な機会や媒体を活用し、様々な世代における効果的な普及啓発に努める。
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		認知症の発症や進行を遅らせるために、なる前からできる健康づくりや、認知症になってからも、これからの生活に必要な「備え」を推進していく必要があります。 また、本人が安心して希望を伝えられる環境整備や効果的な取組みの発信・共有を、引き続き進めていく必要があります	「備え」や「予防」の推進	・認知症及び軽度認知障害（MCI）の発症や進行を遅らせ、心身の健康を維持しながら社会生活を継続できるよう、介護予防の取組み等の機会を活用して必要な情報提供を行います。 ・認知症になってからも、生活に必要な「備え」や「工夫」について、認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）等を活用し、情報提供を行います。 ・本人が希望を表出し、その希望を実現していく仕組み「私の希望ファイル」を地区のアクション等で推進するとともに、ケアマネジャー等専門職への本人の希望に寄り添う意識醸成に取り組みます。	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	認知症への備えや予防の推進について、医師会と今後の方向性について意見交換を行い、9月の認知症月間イベントにおいて、VRを活用した認知機能チェック相談会を試行的に実施した。	◎	情報提供だけでなく、VRを活用した認知機能チェック相談会を実施することができた。	【課題】 高齢者人口の増加に伴い、MCIを含む認知症の人の増加が見込まれる。 【対応策】 MCI(軽度認知障害)や認知症への気付き、早期の相談につなげることを目的とし、今後、フレイル予防や介護予防と連動させ、認知症の発症や進行を遅らせる取組みを推進していく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		本人が参画できる場や、思いを発信できる機会を、より身近な地域で増やしていく必要があります。また、診断後の支援には、本人同士のつながりが重要であることから、関係機関等とも連携し、出会いの場をつくる必要があります。	本人発信・社会参加の推進	・本人が自ら思いを発信できる場や社会で活躍できる場を広げるとともに、本人同士が出会える機会の創出やピアサポート（当事者同士の支え合い活動）の場づくり及び認知症バリアフリーを推進します	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	本人同士が出会う本人交流会を定期的に開催しており、参加者は増加傾向にある。玉川地域でも若年性認知症の本人交流会が立ちあがった。月間イベントで実施した本人参画のカフェにおいても新たな本人同士の出会いがあった。各地域にアクションチームが結成され、認知症の本人を含めた地域活動が広がっている。 ※アクションチームとは、認知症当事者を含めた地域共生社会の実現に向けて、認知症当事者の声を実現するための地域活動を行う住民を中心とした団体。	○	認知症の本人が活躍できる場を拡充することができた。	【課題】 区の計画では、認知症の本人発信・社会参加の推進を認知症施策の要に据えおり、引き続き継続して取り組む必要がある。 【対応策】 本人が自ら思いを発信できる場や社会で活躍できる場を一層広げていく。
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		65 歳以上の高齢者だけではなく、就労世代である若年層の認知症の方が相談できる体制を整え、年齢や生活状況、症状の進行に合わせた支援を行っていく必要が あります。	若年性認知症への対応	・若年性認知症の方が速やかに相談につながり、関係機関が連携した対応ができる相談支援体制の充実を図ります。 また、通所や就労など本人の状況に応じた活動や本人同士が出会う機会や場づくりを進めていきます。	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	若年性認知症の支援に関わる方向けに理解促進につながる講演会を経年的に実施する中で、あんしんすこやかセンター合同で、若年性認知症の本人・家族の会や、若年性認知症本人交流会の開催を開始した地域もあり、地域を超えた利用も見られている。	○	若年性認知症の事例に対する関係所管の担当者が連携しチームでの伴走支援を行うことで、支援者の理解促進が図られた。 また、若年性認知症の当事者同士がつながる機会を提供することができた。	【課題】現状あんしんすこやかセンター等で相談を受け付けているが、区として明確な若年性認知症に係る相談窓口がない。 【対応策】 あんしんすこやかセンターにおける相談支援の充実を図るとともに、区内で寄せられる相談を集積し、区における若年性認知症の実態把握に努めていく。。
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		住み慣れた地域で希望をもって暮らし続けていくためには、地域の理解が重要です。そのためにも、各地区での地域づくり（アクション）を引き続き展開していくとともに、本人が参画し、ともに活動するアクションを広げていく必要があります。 ※アクションチームとは、認知症当事者を含めた地域共生社会の実現に向けて、認知症当事者の声を実現するための地域活動を行う住民を中心とした団体。 アクションチームが行う取組みをアクションと呼んでいる。	地域づくりの推進	【認知症の本人が参画したアクションチームの結成地区数】 (R6)18地区 (R7)23地区 (R8)28地区	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	アクションチーム活動の手引きや、あんしんすこやかセンターから出た質問・意見に対するQ＆A集を作成し、アクションチームの目指す方向性の共有に向け注力した。その上で、認知症在宅生活サポートセンターが巡回等であんしんすこやかセンターへの支援を強化した。 認知症の本人が参画したアクションチームの結成地区数（累計） 令和6年度：26地区 令和7年度：28地区	◎	認知症の本人参加によるアクションチームについては、区内全28地区で結成した。	【課題】 認知症の本人の希望を実現するため、関係所管で連携し、地域の関係者の参画も促しながら、各々の強みを生かしてアクションチームの活動を実現・継続していく必要がある。 【対応策】 本人の声を起点に、本人参加から一歩進めた、本人参画でのアクションチームの全地区展開を目指し、アクションチーム同士の交流会や研修を行うなど、活動の一層の充実を図る。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
自立支援・介護予防・重度化防止	認知症の早期発見・早期対応		もの忘れ相談等、本人が抱いている不安や希望に寄り添うケアマネジャー等の専門職の育成及び医療を含めた相談支援体制を強化する必要があります。また、本人の安全・安心な外出を守るセーフティーネットの体制づくりを、進めていく必要があります。	暮らしと支えあいの継続の推進	・もの忘れ相談や診断直後のケア、意思決定支援・権利擁護等、本人及び家族等介護者への関わりや相談支援体制を強化するとともに、医療機関等と連携し、地域医療の充実を図ります。 ・認知症や認知症が疑われる方等の生命・財産を守るため、行方不明時の対策や虐待防止、消費者被害防止に向けた情報発信及び関係機関等との連携、成年後見制度の利用促進等、セーフティーネットの充実に取り組みます。	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	診断後支援の充実や、早期発見・早期対応について、医師会との意見交換を行い、認知症あんしんガイドブック周知チラシの改訂および配布を行った。また、認知症・もの忘れについて受診する際の手がかりになるよう、医師会と協働で、認知症診療に関するアンケートを医療機関対象に実施した。安全・安心な外出を守る体制の維持向上に向け、関係部署との調整を重ね実施した。	○	医療とあんしんすこやかセンターの連携による診断後支援の体制を強化した。 認知症に係るセーフティネットの取組みを関係機関と連携しながら進めることができた。	【課題】 認知症の本人の尊厳や生命を守るため、様々な角度から取組みを検討する必要がある。 【対応策】 区民生活および相談支援に活用できるよう、医療機関対象の、認知症診療に関するアンケート結果について公開に向け準備を進める。
自立支援・介護予防・重度化防止	医療介護連携		在宅医療及びACPの更なる普及啓発を進めることが必要です。	在宅医療・ACPの普及啓発	本人や家族等が希望する在宅療養生活や看取りを実現していくために、在宅療養・ACPガイドブック等を活用しながら、在宅医療やACPの更なる普及・啓発に取り組みます。	○評価方法 各事業の取り組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	○在宅療養講演会・シンポジウム：1回開催、85人参加 ○在宅療養講座（区民向け）：1回開催、41人参加 ○ACP講座（医療・介護関係者向け）：1回開催、37人参加 ○在宅医療・ACPミニ講座（28地区）：28回開催、779人参加 ※令和7年12月実績分まで ○区内大学である駒澤大学と連携し、令和5年度には普及啓発ポスターを作成。令和7年度にはACPツールを作成し活用：ポスターは、講演会や講座会場での展示、区内公共施設や広報板等への掲示。ACPツールは講座にて配布。	○	○在宅療養講演会・シンポジウムや在宅療養講座等で在宅療養・ACPガイドブックを配布・活用した。また、会場で駒澤大学の学生が令和5年度に作成した普及啓発ポスターを展示するほか、学生が作成したACPツールの配布を行った。講座では駒澤大学の学生も参加することにより、若い世代が在宅医療やACPに触れる機会を設けた。 ○あんしんすこやかセンターを通じてガイドブックを区民に配布してもらった。区内病院でも必要に応じて医師から来院した患者にガイドブックを渡し、活用してもらった。	＜課題＞ 講演会、講座を開催しているが、認知度やACP実践の割合はまだ不十分である。また、参加者のほとんどが高齢者のため、若い世代への周知・啓発ができていない。 ＜対応策＞ 引き続き、ガイドブックの配布や講演会・講座の開催、普及啓発ポスターの掲示を行うとともに、終活支援センター等の関係機関との連携や、若年層への働きかけを進めることで、在宅医療およびACPに関する多層的な周知・啓発を図る。
自立支援・介護予防・重度化防止	医療介護連携		区民が、それぞれの段階に応じた適切な在宅医療や介護サービスを受けることや、希望する場所での看取りが可能となるよう、地域の医療機関や介護事業者等、関係者間の連携体制を構築し、24 時間対応可能な診療・看取り体制の確保に向けて取り組むことが必要です。	在宅医療・介護のネットワークの構築	【在宅療養相談件数】 (R6)12,100件 (R7)12,200件 (R8)12,300件	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	○在宅療養に関する相談窓口の設置 ・在宅療養相談窓口数：28箇所 ・在宅療養相談件数：10,748件 ※令和7年12月実績分まで ○異なる職種での交流会の開催 ・あんしんすこやかセンターと病院MSWとの交流会：1回開催 ・訪問看護ステーション管理者会とケアマネジャーとの交流会：1回開催 ・多職種で学ぶ医療・福祉連携研修：4回開催	○	○区内のあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）窓口にて医療・介護関係者及び区民からの在宅療養に関する相談支援を行った。また、各あんしんすこやかセンターが相談を受けた中で、対応が困難だった事例等については、在宅医療・介護連携推進担当者連絡会にて情報共有を行った。 ○顔の見える関係づくりの構築に向け、職種が異なる人同士が交流・意見交換できる場を設けた。	＜課題＞ 世田谷区は規模が大きいため、地域によって医療・介護関係者間の連携体制にも差が生じている。 ＜対応策＞ 引き続き職種が異なる人同士が交流・意見交換できる場を設け、連携体制の構築に繋げる。また、より多くの関係者に参加してもらえるよう、各職能団体等と連携し、広く周知を行っていく。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
自立支援・介護予防・重度化防止	医療介護連携		医療及び介護の多職種の連携をより深めるために、在宅療養資源マップ等、既存の情報共有ツールの見直し・充実や、効果的に情報の共有・活用ができる仕組みを検討する必要があります。	在宅医療・介護関係者間の情報の共有支援	医療職及び介護職の連携をより深めるために、医師会の運営するICTを用いた多職種ネットワーク構築事業等、既存の連携ツールによる情報共有を支援するとともに、より効果的な情報共有の仕組みづくりを検討していきます。また、在宅療養資源マップ等、既存のツールのあり方等についても必要な見直しを進めていきます。	○評価方法 各事業の取組み状況により評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	○せたがやケアサーチ（世田谷区介護事業者・在宅医療資源情報検索システム） ・システムのアクセス数：10,084件	○	○ICTを用いた多職種ネットワークの構築に向け、医師会に補助金を交付し、支援を行った。 ○在宅療養を支える区内の医療機関等の情報を医療・福祉関係者のみならず誰もが検索することができるシステムであり、令和7年度は愛称「せたがやケアサーチ」を定めて積極的に周知したほか、掲載医療機関数を増やすため、調査対象を拡充した。	＜課題＞ せたがやケアサーチにより、医療・介護関係者間の情報共有の支援を強化しているが、まだ周知が不十分なため、さらに多くの人に活用してもらえるよう引き続き周知していく必要がある。 ＜対応策＞ チラシをはじめ、今後、様々な機会をとらえてシステム及び同システムの検索方法等について周知を行っていく。
給付適正化	要介護認定の適正化		介護保険制度の信頼を高め、持続可能な制度を維持するためには、介護給付を必要とする方を適正に認定し、利用者のニーズに沿った必要なサービスを過不足なく提供するよう、介護給付の適正化に資する事業に取り組む必要がある。	・認定調査の実態調査の実施及び分析を引き続き行うとともに、研修会等での結果の活用を図る。 ・指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査結果の点検等を実施する。 ・審査会にて模擬案件の審査を実施し、その結果を各部会へ共有する。 ・審査会の部会ごとの審査判定結果や東京都及び全国の審査判定結果の比較分析を行い、部会間で情報を共有し、平準化を図る。	【認定調査結果の点検】 【模擬案件の審査結果の各部会への共有（実施率）】 【部会ごとの判定結果や都や国との比較の各部会への共有（実施率）】 3項目とも (R6)100% (R7)100% (R8)100%	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【認定調査結果の点検】 実施済み 【模擬案件の審査結果の各部会への共有（実施率）】 100%　全ての審査会で模擬案件について審査を行い、結果を集計している。部会長連絡会を通して、全部会に情報を提供している。 【部会ごとの判定結果や都や国との比較の各部会への共有（実施率）】 100%　部会長連絡会を通して、全部会に情報を提供している。	○	取組み目標を達成することができた。	＜課題＞ 要介護認定の適正化に向け取組みを継続する必要がある。 ＜対応策＞ 引き続き計画に基づく取組みを進めていく
給付適正化	ケアプラン点検		介護保険制度の信頼を高め、持続可能な制度を維持するためには、介護給付を必要とする方を適正に認定し、利用者のニーズに沿った必要なサービスを過不足のなく提供するよう、介護給付の適正化に資する事業に取り組む必要がある。	・国保連介護給付適正化システムより出力される帳票を活用し、ケアプラン点検対象事業所を選定する。 ・点検者となる区職員のスキル向上、介護支援専門員に対して東京都の「保険者と介護支援専門員がともに行うケアマネジメントの質の向上ガイドラインへ」の理解促進を図る。 ・ケアプランの充実に向けた実施体制及び実施手法の検討によりケアプラン点検の充実を図り、自立支援・重度化防止に資するケアプラン作成やケアマネジメントの質の向上に努める。	・点検者（区職員）のスキル向上 ・実施体制及び実施手法の検討 ・国保連帳票から抽出される点検対象となるケアプラン数に対し、年間3～4割程度の点検の実施 ・ケアプラン点検（面談）を通じ、東京都のガイドラインの考え方についての理解促進を図る。	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	[1]点検者の東京都が開催する研修を受講及びOJT実施 [2] ①国保連帳票「認定調査状況とサービス不一致一覧表」「支給限度額一定割合超一覧表」を活用した対象ケアプランを抽出した結果、187件の対象ケアプランに対し点検、66件の点検を実施 ②規定回数以上の訪問介護を位置付けたケアプラン1件の点検を実施 ③ ①のうち11件のケアプランについて担当介護支援専門員への面談を実施	○	・点検者について、東京都が開催する研修を受講させるほか、OJTによりケアプラン点検従事に係るスキル向上を図ることができた。 ・認定調査情報と加算の算定状況が不一致とされるケアプランについての状況把握とともに、加算の算定要件について周知することができた。 ・東京都のガイドラインの考え方について理解促進を図ることができた。	・点検の実施に当たって、保険者、介護支援専門員ともに負担が大きい。 ・保険者においては介護支援専門員の配置がない中で、事務職員が担当しており、人事的な背景等により点検のための能力水準が安定的に確保しにくい。 ・ケアプラン点検によりケアプランの見直しに至るケースは皆無であり、点検実施に当たっての保険者の負担に対する効果が得られない（効果が見えづらい）。

第9期介護保険事業計画に記載の内容							令和7年度（年度末実績）			
給付適正化	住宅改修・福祉用具		介護保険制度の信頼を高め、持続可能な制度を維持するためには、介護給付を必要とする方を適正に認定し、利用者のニーズに沿った必要なサービスを過不足のなく提供するよう、介護給付の適正化に資する事業に取り組む必要がある。	＜住宅改修＞ ・専門職による審査補助の対象者数を増加させる。 ・公表している動画の充実を図る。 ＜福祉用具＞ ・専門職と共同して行っている福祉用具購入の訪問調査等の在り方を検討する。 ・動画配信による効果を検証する。	住宅改修の点検 【工事施工前及び施工後における点検（実施率）】 (R6)100% (R7)100% (R8)100% 福祉用具購入・貸与調査 【福祉用具購入・貸与訪問調査等件数】 (R6)10件 (R7)15件 (R8)20件	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【住宅改修の点検】 ・工事施工前及び施工後における点検（実施率） ：100% ・専門職による審査補助述べ件数：3,363件（昨年度3,191件） ・区職員と専門職による訪問調査件数：9件 ・令和8年度の動画作成に向けて、既存動画内容の検証を行った。 【福祉用具購入・貸与調査】 ・区職員と専門職による福祉用具購入・貸与訪問調査件数：7件 ・本人の状態像に基づく必要性を、専門職と事前に検討し調査を実施した。 ・適切な利用を促進するための動画を作成し、公開した。	○	【住宅改修の点検】 取組み目標を達成することができた。 【福祉用具購入・貸与調査】 概ね目標を達成することができた。	＜課題＞ ・住宅改修の点検は、専門的な部分が多いため、区職員の点検スキルの継承が課題である。 ＜対策＞ ・専門職による審査補助委託を活用し、随時助言を求めるとともに、その内容を担当職員間で共有する。
給付適正化	縦覧点検・医療情報との突合		介護保険制度の信頼を高め、持続可能な制度を維持するためには、介護給付を必要とする方を適正に認定し、利用者のニーズに沿った必要なサービスを過不足のなく提供するよう、介護給付の適正化に資する事業に取り組む必要がある。	・マニュアルを基に事業者への働きかけを効率的・効果的に行う。	【医療情報との突合（実施率）】 【縦覧点検（実施率）】 (R6)100% (R7)100% (R8)100%	○評価方法 目標で設定した指標の達成状況等で評価する。 ○評価時期 年度末に行う。	【医療情報との突合・縦覧点検】 ・医療情報との突合（実施率）：100% ・縦覧点検（実施率）：100% ・それぞれ国保連に委託し実施した。 ・国保連が保有する情報だけでは判断できない案件については、マニュアルを基に、事業者に照会を行い、過誤申請等の必要な手続きを促すとともに、請求誤りの理由や根拠を丁寧に説明し、今後再発しないよう注意喚起した。	○	取組み目標を達成することができた。	＜課題＞ ・縦覧点検について、より多角的な視点での点検が必要であるが、時間と人員が限られていることが課題である。 ＜対策＞ ・各種帳票（点検データ）の内容を把握し、どのような効果が得られるかを検証する。