

保険者名	貴自治体において第9期介護保険事業計画に記載している内容						令和6年度（年度末実績）				公表の状況	
	項目名	細目名	目標を設定するに至った「現状と課題」	第9期計画における「取組」	「目標」（事業内容、指標等）	中間見直し	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策	実施状況	公表の方法
三方町	①自立支援・介護予防・重度化防止	介護予防・日常生活支援総合事業の推進	調整済み軽度認定率は、国・県と比較して低く高齢者に占める要介護2以下の認定者数は少ない状況にある。初回認定者の平均年齢を見ると国・県と比較すると早い年齢で介護認定を取っている状況にある。 一般介護予防事業によるポピュレーションアプローチの効果により軽度認定者数は少なくなっていると思われるが、ハイリスク者の抑制が課題となっている。 また、高齢者が自らの健康状態を把握し、身近な地域でフレイル予防の活動ができる環境づくりや必要に応じた専門職の介入による自立支援・重度化防止の推進が課題となっている。	サービス・活動事業における、相当サービス、サービスA（基準緩和型サービス）、サービスC（短期集中型サービス）の実施。 一般介護予防事業においては、地域の健康課題を把握し、介護予防教室等によるフレイル予防の取組を進めるとともに、コロナ禍において縮小していた通いの場の再開に取り組む。	現行相当サービス（延べ利用者数） 訪問型 R6：100人 R7：110人 R8：120人 通所型 R6：280人 R7：300人 R8：320人 サービスA（延べ利用者数） 訪問型 R6：350人 R7：370人 R8：390人 通所型 R6：1,100人 R7：1,250人 R8：1,400人 介護予防教室（回数） R6：6回 R7：6回 R8：6回 通いの場に参加する高齢者の割合 R6：1,200人（11.3%） R7：1,400人	あり	相当サービス 訪問型：48人 通所型：230人 サービスA 訪問型：303人 通所型：1,115人 サービスC 訪問型：10人 介護予防教室 11回 通いの場の数・高齢者の参加割合 1,035人（9.6%）	○	サービス・活動事業の、訪問型サービスにおいては、計画値を下回っており、適切な利用になっているか検討する必要がある。 一般介護予防事業では、フレイルサポーターによるフレイルチェック事業が新たに始まり、自分自身の健康状態を把握する機会が増えた。 通いの場については、計画値を下回ってはいるが、目標値である高齢者人口の8%は上回っている。	サービス・活動事業においては、適切なサービス利用が行えるように、地域資源の活用も含めたケアマネジメント支援に取り組む。 フレイル予防の推進のため、通いの場を増やしていき、身近にフレイル予防ができる環境を整備していく必要がある。	実施	ホームページで公表
三方町	①自立支援・介護予防・重度化防止	日常生活を支援する体制整備	高齢者の生活を支援するための地域における住民主体の支え合い活動の創出や高齢者が担い手として活動できる仕組みづくりを進めており、生活支援や移動支援を行う団体や集いの場を運営する団体などが立ち上がっている。 コロナ禍において活動が縮小した団体や高齢化により担い手の確保が難しくなってきた団体などもあり、団体の活動を継続するための支援や担い手の養成が課題となっている。	行政区や自治会における課題を把握し、ささえあいの仕組みづくりに繋げるための住民ワークショップの開催 サロン等の団体の活動を支援するための集いの場サミットの開催 新たな担い手や地域での支え合い活動を推進するための担い手養成講座等の開催	生活支援体制整備推進協議体（ささえあいみよし） 開催回数 R6：12回/年 R7：12回/年 R8：12回/年 生活支援を行う団体数（累計） R6：5団体 R7：6団体 R8：7団体	あり	支え合いの仕組みづくりに向けた住民ワークショップの開催 実施：1地区・3回 実施に向けた打合せ：2地区 サロン等の運営者を対象にした情報交換等の実施（集いの場サミット） 1回・53人参加 担い手説明会・養成講座等の開催 8回・24人参加（4名が担い手として活動を開始）	○	生活支援を行う団体の立ち上げにはいかなかったが、住民ワークショップを通じて買い物支援の手段について検討し、令和7年度の実施に向けた話し合いを進めている。 現在活動を行っている団体への支援として、集いの場サミットを開催し、集いの場を継続する重要性等の情報交換を行った。 担い手の確保としては、新たに4名が活動を開始することができた。	住民ワークショップが開催されていない地区が残っているため、ワークショップ開催に向けた取組が必要である。 また、担い手の養成については継続して取り組んでいく必要がある。	実施	ホームページで公表
三方町	①自立支援・介護予防・重度化防止	在宅医療・介護連携の推進	医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員等の関係機関と行政が会議等での意見交換を行いながら日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りにおける連携について協議を行ってきた。 これまでは、入退院支援の連携強化を中心に取り組み、入退院支援ルールの構築などが進んだ。 急変時の対応や看取りについては取り組みが進んでいなかったため、現状の把握を進めていく。	地域の医療・介護サービス資源等の現状の把握 医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議のための多職種による協議の実施 医療・介護関係者の情報共有ツールの活用や連携推進に関する研修会等の医療・介護関係者に対する支援 住民への普及啓発	医療・介護専門職の連携推進のための多職種研修会 開催回数 R6：2回/年 R7：2回/年 R8：2回/年 参加人数 R6：70人/年 R7：70人/年 R8：70人/年 在宅看取りやACPに関する住民への普及啓発のための講演会 参加人数 R6：80人/年 R7：80人/年 R8：80人/年 住民を対象としたACP等に関する講演会の実施 1回・46人	あり	医療・介護サービス資源等の把握のための医療・介護・地域資源情報提供システムの導入 施設看取りの実態把握のためのアンケートの実施 医療・介護連携の課題の抽出等のための協議の実施（医療と介護連携会議） 3回 看取りやACPの現状の共有や情報交換のための多職種研修会の実施 2回・23人参加 住民を対象としたACP等に関する講演会の実施 1回・46人	○	専門職向けの研修会の参加人数は目標に達していないが、看取りの現状等の共有を行うことができた。 住民への普及啓発についても参加人数は目標に達していないが、講演会以外の場面で全戸配布のリーフレット等での普及啓発を行うことができた。	看取りについては、アンケートの実施結果の分析を行い、課題等の協議を進めていく。 住民への普及啓発についても継続して取り組んでいく。	実施	ホームページで公表
三方町	①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症施策の充実	高齢者人口の増加に伴い、認知症を有することが予測される。要支援・要介護認定者の約60%は何らかの認知症を有していることから、認知症の人を支援する体制を整備するために、令和3年度に認知症サポートセンターを開設した。 認知症サポーター等による地域の支援体制を整えることや、早期に認知症の相談を行える環境作りが必要である。	認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座の実施 認知症ケアバスの作成 認知症地域支援推進員の配置 認知症初期集中支援チームの設置 認知症カフェの実施 若年性認知症等に対する支援	認知症サポーター養成講座（実施回数・累積養成人数・人口に占める割合） R6：30回・3,900人・10.5% R7：30回・4,200人・11.3% R8：30回・4,500人・12.2% チームオレンジメンバー登録人数 R6：60人 R7：70人 R8：80人 初期集中支援チーム（訪問件数・サービスに繋がった割合） R6：10件・100% R7：12件・100% R8：14件・100% 認知症カフェ（開催回数・延参加人数） R6：180回・600人 R7：180回・650人 R8：180回・700人	あり	認知症サポーター養成講座（実施回数・累積養成人数・人口に占める割合） R6：25回・3,832人・10.2% チームオレンジメンバー登録人数 R6：78人 初期集中支援チーム（訪問件数・サービスに繋がった割合） R6：0件 認知症カフェ（開催回数・延参加人数） R6：178回・1,051人	○	認知症サポーター養成講座やステップアップ講座は概ね計画どおり実施できしており、チームオレンジメンバーの登録人数も計画値を上回っている。 認知症カフェの開催回数、参加人数も計画値を上回り、認知症の人への支援や相談体制が構築されてきている。 初期集中支援チームによる訪問件数は0件であったが、地域包括支援センターによる総合相談の中で対応できていると考えられる。	チームオレンジメンバーの登録人数は増えてきているため、今後は活動の幅を広げられるように、チームオレンジメンバーの支援を進めていく必要がある。 認知症初期集中支援チームについては、住民への周知を強化していくこと、相談があった際に適切な対応ができるように、職員のスキルアップに取り組む必要がある。	実施	ホームページで公表
三方町	①自立支援・介護予防・重度化防止	相談支援体制の強化	自立支援・重症化防止の取組の推進に向け、三方町ケアマネジメント指針を作成し、適正なケアプラン作成の支援を行っている。 ケアプラン作成には担当するケアマネジャーの経験や能力などの個人差が見られ、ケアマネジャーへの個別支援が必要である。	地域ケア会議を通じた個別ケアマネジメント支援	自立支援型地域ケア会議 開催回数 R6：9回 R7：9回 R8：9回 検討事例数 R6：18件 R7：18件 R8：18件 認知症施策推進地域ケア会議 開催回数 R6：3回 R7：3回 R8：3回 検討事例数 R6：6件 R7：6件 R8：6件	なし	自立支援型地域ケア会議：9回・15件 認知症施策推進地域ケア会議：3回・4件 地域ケア会議後に作成した新ケアプランに対する個別面接を新規提出事例全件で実施。 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント実施のための研修会などケアマネジメント支援を目的とした研修会を年3回実施。	○	・ケア会議開催回数は目標を達成しており、検討事例数についても概ね目標を達成している。 ・ケアマネジメント能力の向上については、新人等の経験の少ないケアマネジャーを対象とした個別研修会を引き続き実施することで、ケアマネジメント能力の向上に取り組んだ。 ・会議内で使用している書式（例：課題整理総括表や興味・関心チェックシート）をケアプランに反映できていない例が多くあった。	ケアプラン作成は個性が高いことや更なるケアマネジメント能力の向上、スキルアップが必要であることから継続した研修や定期的なケアプラン点検を実施する必要がある。 また、会議書類作成や事例提出・見学参加を通してケアプラン作成時の気づきや学びにつながることを目的に会議書類の書式の見直しを実施する必要がある。	実施	ホームページで公表

保険者名	貴自治体において第9期介護保険事業計画に記載している内容						令和6年度（年度末実績）				公表の状況	
	項目名	細目名	目標を設定するに至った「現状と課題」	第9期計画における「取組」	「目標」（事業内容、指標等）	中間見直し	取組の具体的な実施内容、実績	自己評価	評価の理由	課題と対応策	実施状況	公表の方法
三芳町	②給付適正化	給付実績の活用による適正化	R6年度からR9年度にかけて介護給付費は約11%の増加が見込まれている。 持続可能な介護保険制度の構築のためには、適切な介護サービスの利用を進めていく必要がある。 埼玉県介護給付適正化計画に基づき、国保連合会から提供される給付実績の活用や費用の効率化を通じ、給付適正化のための取組を実施していく。	介護給付適正化事業の推進	①要介護認定適正化 R6：100% R7：100% R8：100% ②ケアプラン点検 R6：全事業所 R7：全事業所 R8：全事業所 ③住宅改修の点検（現地確認） R6：3件 R7：3件 R8：3件 ③福祉用具購入・貸与調査（現地確認） R6：3件 R7：3件 R8：3件 ④縦覧点検・医療情報との突合 R6：適宜 R7：適宜 R8：適宜 ⑤介護給付費通知 R6～R8：希望者を実施 ⑥適正化システムの活用 R6：適宜 R7：適宜 R8：適宜	なし	介護給付適正化事業の実施 R6年度実績 ①要介護認定適正化：100% ②ケアプラン点検：全事業所 ③住宅改修の点検（現地確認）：3件 ③福祉用具購入・貸与調査（現地確認）：3件 ④縦覧点検・医療情報との突合：適宜 ⑤介護給付費通知：希望者なく実績なし ⑥適正化システムの活用：適宜	○	目標に挙げた指標はおおむね達成されている。	9期事業計画において給付適正化事業の再編はあったものの事業は全て実施し目標も達成している。給付適正化のため引き続き事業を実施していく。	実施	ホームページで公表