

①高齢者が活躍できる場づくり

1 目的

○高齢者が、生きがいをもっていきいきと暮らしていけるように、さまざまな活動に参加できる機会を充実させるとともに、地域づくりの担い手としても活躍できるように支援します。

2 現状

○高齢者の趣味活動については、伯耆しあわせの郷等の施設において、各種文化系の教室やスポーツ教室等が開催されており、高齢者の生きがいづくりや健康づくりの場となっています。

○高齢者の社会活動については、各地域の老人クラブやいきいき・ふれあいサロン等で、住民主体による活動が実施されており、身近な地域での交流の場となっています。

○高齢者の就労的活動を支援する組織としてシルバー人材センターの存在があり、高齢者が就労を通じて生きがいを得ることを目的として活動を行っています。

3 課題

○老人クラブの会員数は減少傾向。新規加入が少ないこと・会員の高齢化・役員の担い手不足等が背景にあります。

○主に自治公民館単位で運営されている「ふれあい・いきいきサロン」の開設数は横ばいで推移しており、サロンによっては、運営の担い手不足などの課題があります。

○シルバー人材センターの登録会員数は、定年延長の影響もあり減少傾向です。

○高齢者の、さまざまな活動に参加できる機会の充実と、地域づくりの担い手としても活躍できる環境づくりが必要です。

4 第8期の取り組み

○伯耆しあわせの郷事業の実施

・生きがいづくり、健康づくりとして、趣味・教養・軽スポーツなどを行う伯耆しあわせの郷事業を継続します。

○老人クラブへの支援

・高齢者相互の親睦を深め、自身の教養の向上や健康づくり、助け合い、奉仕作業等を行う老人クラブへの支援を継続します。

○身近な通いの場・サロン活動の促進

・地域の身近な場所で仲間づくり・生きがいづくり等を行うサロン等通いの場は、コミュ

ニティ活動の拠点として重要な役割を担うものであり、高齢者がなじみの人とのつながりの中で地域づくりや介護予防などに取り組める貴重な場です。

市社会福祉協議会や地域包括支援センター等と協力して、通いの場等の立ち上げ及び、各通いの場等の活動状況に応じた支援を行います。

○高齢者の就労的活動の支援

・高齢者の生きがい・就労機会拡大を目的として、シルバー人材センターの事業について支援を継続します。

○ボランティア活動の促進

・65歳以上の元気な高齢者が介護施設等でボランティア活動を行いポイントを貯める「介護支援ボランティア事業」は、活動内容の拡充検討を含め、利用促進を図ります。

・より多くの高齢者がボランティア活動に参加できるよう、倉吉市社会福祉協議会のボランティアセンター等と協力して、既存ボランティア活動の周知やマッチング、有償ボランティア等の検討を行います。

②在宅生活支援の促進

1 目的

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるため、身近な相談窓口を充実させるとともに、地域住民の協力のもと、地域の実情に応じた見守り・支え合い活動や、生活支援・介護予防支援を充実させます。

2 現状

○一人暮らしや認知症高齢者が増える中、自治公民館・民生委員等による見守り、住民同士の協力などの互助が行われています。

○災害への備えとして、避難行動要支援者名簿の作成と定期的な見直し、民生委員・地域包括支援センターとの情報共有を継続します。

○地域包括支援センターへは、生活面・健康面の困りごと相談が増えています。困りごと解決に向けて地域住民の協力を得るために、地域ケア会議を開催するケースも増えています。

○令和2年度在宅介護実態調査では、「移送サービス」「外出同行（通院・買い物など）」「見守り・声かけ」「掃除・洗濯」と生活面を支えるサービスにニーズがあり、一人暮らしの軽度認定高齢者を中心に、介護サービスだけでは賅えない生活上の困り感があります。

○平成30年度より、生活支援サービスの充実に向けて、生活支援コーディネーターを配置し、地域の社会資源と高齢者の生活実態把握を行っています。また、地域での住民主体の話し合いの場を設置を進めています。

3 課題

○高齢者が「安心して暮らせる」ことに向けて、身近な相談窓口の充実と、地域住民自らが、「高齢者の困り事」を「我が事」として対応策を話し合える体制づくりが必要です。

○話し合いから生み出される地域住民による支え合いと公的支援が連動した、切れ目のない支援の実現が必要です。

4 8期の取り組み

○生活支援の体制づくりの促進

(日常生活圏域)

<生活支援コーディネーターの役割>

・各日常生活圏を担当する生活支援コーディネーターは、高齢者の身近な相談窓口として地域への浸透を図るとともに、地域の高齢者・関係者・地域包括支援センターへのヒアリ

ング等により、高齢者の生活課題や日常生活圏域に不足するサービス・社会資源の把握を行います。

・ <協議体(地域のさまざまな主体の話し合いの場)の役割>

・生活支援コーディネーターが把握した高齢者の生活課題や日常生活圏域に不足するサービス・地域資源について、地域のさまざまな主体で構成する協議体（地区社協、自治公民館、民生委員、地域包括支援センター、ボランティア、事業所など）と情報共有し、地域づくりについての意識統合を図ります。

・話し合いを通じて各主体が企画・立案する、高齢者の見守り・支え合い活動や生活支援・介護予防策を、生活支援コーディネーターが支援し、実現に繋がります。

(市全域)

<生活支援コーディネーター・協議体の役割>

・市全域を担当する生活支援コーディネーターは、日常生活圏域の取り組みを後方支援するとともに、市全域として日常生活に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成、元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保などを推進します。

・推進にあたっては、市全域の協議体に諮り、さまざまな主体の参画を得て検討します。

○高齢者福祉サービス

・75歳以上の高齢者を対象に各地区で交流の場を提供する「敬老会」と、100歳以上の高齢者に長寿のお祝いの記念品を贈呈する「敬老の日記念事業」を行っています。

・在宅生活を支援する配食サービス、軽度生活援助、生活管理指導短期宿泊事業を行っています。

○安心・安全対策

・地域で日常的に見守り、支え合うネットワークを充実させるため、関係機関、庁内関係課等との連携強化を図ります。

・緊急通報システムの現状を把握し、利用しやすいシステムを検討していきます。

・災害時に迅速に対応するため、防災意識の向上のための普及・啓発活動や避難所等の情報提供を行うとともに、地域で高齢者等を支える機運の醸成に努めます。

・避難行動要支援者名簿の作成と定期的な見直し、民生委員・地域包括支援センターとの情報共有を継続します。

○地域包括支援センターの適正な運営

・一人暮らし高齢者からの相談、複合的課題や生活上の困難を抱える方への対応等多様な対応が求められる中、今後も継続して必要な役割が果たせるように、生活支援コーディネーター（身近な相談窓口）やあんしん相談支援センター（複合課題に対応）など関係機関と適切な連携を深めます。また、事務削減や業務の整理を進めるとともに、定期的な評価と公表により、適正な運営を図ります。

③介護予防の充実

1 目的

高齢者が健やかに自分らしく暮らせることを目指して、フレイル対策をはじめとする介護予防の啓発と、介護予防に取り組める場の拡充、自立支援・重度化防止の取り組みを進めます。

2 現状

- 高齢期の生活に合わせた健康管理をするために、健康教室・健康相談・検診とその後の保健指導等を行っています。
- 介護保険の新規申請に至った原因疾患は、認知症、脳血管疾患（脳卒中）、関節疾患、骨折・転倒の順に多いです。
- 近年の要介護（支援）認定者数と認定率は横ばいで推移しており、他保険者との比較においては比較的重症化予防がされているが、今後、後期高齢者の増加に伴い、認定者数の増加と重度化が見込まれます。
- 一般介護予防については、「なごもう会」「元気あっぷ教室」を実施、事業拡大については、地域包括支援センターによる「介護予防教室」「認知症予防教室」の開催と、教室終了後の住民主体サロンへの移行支援により図っています。
- 自立支援・重度化防止については、地域包括支援センターによるケアマネジメント支援等を行っています。

3 課題

- 高齢者が、自らの健康管理ができることが必要です。
- 元気な高齢者については生活機能が低下する前からの予防、また要介護状態になるおそれの高い高齢者については、早期発見と自立支援・重度化防止の取り組みが必要です。
- 取り組みを効果的に行うためには、①高齢者が介護予防に取り組める場の拡大、②リハビリテーション専門職等の関与の推進、③エビデンスに基づいた取り組み、が必要です。

4 8期の取り組み

- 意識啓発・広報
 - ・高齢者への直接的な意識啓発に加えて、その家族や現役世代などへの働きかけを行い、地域ぐるみの介護予防への理解・気運を高めます。
- 介護予防の機会拡充
 - ・地域包括支援センターへの委託事業「介護予防教室」「認知症予防教室」は、継続します。

- ・直営で行う「なごもう会」「元気あっぷ教室」は、その機能やニーズを検証し、適宜取り組み方法の改善を検討します。

- ・介護予防の取り組みが、通いの場など地域の身近な拠点でも行えるように、取り組みの場の拡大を図ります。

○介護予防の機能強化

<専門職の関与>

- ・高齢者自らが健康状態や介護予防への認識を高めモチベーションを維持できるように、通いの場や地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の関与を推進します。

<ITCの活用>

- ・フレイルチェックシステムによる介護予防教室等の参加者一人ひとりのフレイル状態の経年変化の分析や、教室参加者全体の機能評価の分析・評価などを行い、介護予防のより効果的な取り組みを推進します。

<データ活用と医療・保健との連動>

- ・KDBシステムほか医療・健診・介護データ等を活用して、地域の健康課題の整理・分析を行い、効果的な健康づくり施策との連動を行います。

○軽度認定者への自立支援・重度化防止に資する取組み

- ・自立支援に資するケアマネジメントの研修会開催や、事例検討会・地域ケア会議等を活用したケアマネジャー・介護サービス事業者等との意識共有・スキルアップの機会提供を、地域包括支援センターと連携のもと行います。

○評価指標・・・次ページ

○評価指標

指標名	指標の説明 (出典)	現状値 (令和元年)	目標値 (令和5年)
主観的健康観の高い 市民の割合【%】	要介護・支援認定を受けていない 65歳以上高齢者における割合 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	78.1%	
主観的幸福観の高い 市民の割合【%】	要介護・支援認定を受けていない 65歳以上高齢者における割合 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	44.8%	
通いの場の開設箇所 数【か所】	住民主体の通いの場(サロン)に 参加している者の数	112か所	
通いの場の参加者数 【人】	住民主体の通いの場(サロン)に 参加している者の数	1,595人	
介護予防教室の参加 者数【人】	地域包括支援センターが実施して いる介護予防教室の参加者数	3,529人	
認知症予防教室の参 加者数【人】	地域包括支援センターが実施して いる認知症予防教室の参加者数	34人 ※令和元年新規開催分	
要介護・要支援認定と なった市民の割合 【%】年齢調整済み	65歳以上の高齢者のうち、要介護・ 要支援認定を受けた市民が占める 割合	15.4%	
要介護2以上となった 市民の割合【%】 年齢調整済み	65歳以上の高齢者のうち、要介護2 以上の認定を受けた市民が占める 割合	7.7%	

※年齢調整済み認定率とは、

認定率の多寡に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率

④認知症の共生と予防

1 目的

認知症があっても、高齢者が尊厳を保ちながら希望を持って自分らしく生活を送ることができ、家族も安心して社会生活を営むことができるよう、関係機関や地域住民等を含めた総合的な対策を進めます。

2 現状

- 本市の65歳以上の高齢者で要介護・要支援認定者のうち、認知症の人の割合は令和2年3月末現在で66.6%、増加傾向にあります。
- 地域ケア会議では、一人暮らし（日中独居を含む）の認知症高齢者の困りごとや近隣トラブルに関して開催する件数が増えています。
- 在宅介護者の認知症状への不安は大きなものがある。在宅介護者の3割（要介護1・2の人の介護者に限ってみると6割）の人が、認知症状への対応に不安を感じています。（和2年在宅介護実態調査結果より）
- 「認知症に関する相談窓口を知っている」は38.8%です。（令和2年度介護予防・日常生活ニーズ調査結果）

3 課題

- 認知症への正しい知識と理解の普及が、より一層必要です。
- 認知症の人が社会から孤立せず過ごせる取組みと、家族の負担を軽減する取組みが必要です。
- 関係機関の連携により、早期の段階から適切な治療や介護を地域で受けられ、状態に応じた支援が継続できることが必要です。

4 8期取り組み

○認知症への正しい理解の促進

<サポーターの養成と活躍の支援>

- ・認知症に対する正しい知識と理解を持って認知症の人とその家族へ対応できる認知症サポーターの養成を継続します。
- ・養成研修修了者が地域での活動につながるための研修等を行います。

<本人発信>

- ・認知症の人本人の視点を尊重した施策を進めるため、認知症の人本人が自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う「本人ミーティング」の機会を検討します。

<その他取組み>

- ・若い世代や企業等の認知症への理解向上や基本的知識の習得に向けた啓発活動を進めます。

○共生と予防の促進

<見守り・支援>

- ・一人暮らしの認知症高齢者等の日常生活見守り・協力体制を普及するため、サポーター養成講座や地域ケア会議などを活用して、地域住民・生活関連事業者・介護事業所などへ理解と協力を呼びかけていきます。
- ・認知症高齢者等で行方不明になる心配のある人の事前登録制度を推進して行きます。
- ・成年後見制度・エンディングノート・ACPの普及など権利擁護の普及のため、関係者や住民への研修等を行います。

<社会参加>

- ・認知症の人とその家族等が気軽に集まり悩みを参加者同士・地域の人・専門職・で共有できる認知症カフェ等の設置を継続します。実施にあたっては、①認知症の人本人やその家族の参画を得ること、②認知症の人とその家族の負担軽減に資すること、③地域で暮らす認知症の人や家族に対する理解の輪が広がること等に配慮します。

<若年性認知症への支援>

- ・若年性認知症の人同士が集まり話し合う「若年性認知症の集い」を関係機関と連携して継続します。
- ・若年性認知症については、職場や産業保健スタッフが気づくケースが多いことから、サポーター養成講座などを通して、企業などへの普及啓発を進めます。

<予 防>

- ・地域包括支援センター委託による認知症予防教室の実施・教室終了後の住民主体サロン移行支援を継続します。
- ・TDAS（もの忘れプログラム）の活用等により、集団検診・介護予防教室・通いの場など、多様な機会を通じた意識啓発・早期発見に取り組みます。
- ・認知症地域支援推進員・地域包括支援センター・認知症疾患医療センター・県（若年性）認知症コールセンターなどの相談窓口を周知します。
- ・認知症ケアパスの活用を推進します。

<医療・介護の連携>

- ・認知症の早期発見・早期治療へつなぐため、認知症の初期段階から包括的・集中的に支援する認知症初期集中支援チームを活用し、認知症サポート医・作業療法士等も加わったチーム員会議を継続して行います。

⑤権利擁護の充実

1 目的

認知症等により判断能力が低下しても、高齢者本人の意思や希望が適切に反映され、個々の特性に応じた意思決定能力への配慮を踏まえた権利擁護の取り組みを推進します。

2 現状

○独居や認知症の高齢者が年々増加しているのに対し、判断能力が低下した高齢者等の法定代理人として活動できる成年後見人の役割を担うべき専門職（弁護士、司法書士、社会福祉士等）の人数は増えていません。

○養護者からの虐待、施設従事者からの虐待は、ともに年々件数が増加してきており、また内容が複雑化しているケースも増加しています。

○高齢者を狙った特殊詐欺等の手口が巧妙化しており、高齢者の消費者被害報告が依然後を絶たちません。

3 課題

- 専門職以外の一般市民でも、研修等を受講し登録することにより後見人としての活動を行うことができる「市民後見人」の養成が必要です。
- 虐待防止のための取り組み（早期発見、早期対応）を強化する必要があります。
- 消費者被害防止に向けた取り組みの強化と体制づくりが必要です。

4 8期取り組み

○成年後見制度利用促進基本計画の策定（7期からの継続事項）

<主な項目>

・市民後見人養成と後方支援

市社会福祉協議会に市民後見人養成事業を委託し、市民後見人の複数受任及び、将来的な単独受任に向けての支援を行います。

・中核機関の設置及び機能強化

ア. 地域の権利擁護支援・成年後見制度利用促進機能の強化に向けて、全体構想の設計と、その実現に向けた進捗管理・コーディネート等を行う「司令塔機能」

イ. 地域における「協議会」を運営する「事務局機能」

ウ. 地域において「3つの検討・専門的判断」を担保する「進行管理機能」

という3つの役割を担う中部成年後見支援センターの機能強化を図ります。

・地域連携ネットワークの構築

高齢者等を支援する各相談支援機関及び関係機関等の関係者を含めた支援体制ネットワークの構築を図ります。

- ・司法機関と連携した相談支援体制の確立
司法専門職（弁護士、司法書士）や家庭裁判所等とも連携した二次相談窓口の体制整備を行います。

○虐待の未然防止につながる養護者（家族介護者）支援の取り組み強化

- ・エンディングノート作成や意思決定支援等を題材にした研修会等の開催。
- ・家族介護者支援に着目した研修会等の開催。

○消費者被害防止ネットワークの体制づくり

- ・消費者行政担当部署（県・市）とも連携し、消費者被害防止ネットワークの構築を行います。

⑥高齢者のニーズに適した住まいの確保

1 目的

高齢者が、住み慣れた地域において、高齢者の状態にあった住まいを安定的に確保でき、必要なニーズに対応したサービスを利用できる環境づくりを進めます。

2 現状

○要介護・要支援認定者の在宅生活継続を支援するための介護保険サービスの一環として、住宅改修を行っています。

○後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者や日常的に介護を必要とする中重度認定の高齢者の増加が見込まれます。

○収入が少ない、または保証人や身元引受人となりうる親族がいない等の理由で、賃貸受託や公営住宅に入居できない高齢者がいます。

○賃貸住宅、公営住宅等に入居中の独居高齢者等の緊急時（入院・死亡時）の対応に、貸主が不安・負担を増大させています。（入退院時の手続き、葬儀、家財処分等）

3 課題

- 介護予防や機能訓練等の視点、また介護者側の負担軽減の視点も含めた住宅改修の支援
- 日常的に介護を要するようになっても、住み慣れた地域で住み替えられる住まいの確保
- 身元保証、家賃補助制度等の支援制度の検討
- 貸主側の支援制度の検討

4 8 期取り組み

○住宅改修にあたっては、介助者側の負担軽減にも配慮しつつ、より安心・安全に在宅生活を続けることができるように、多職種（リハビリ職、建築技師等専門職）の意見も踏まえた活用を目指します。

○既存の住まい・居住系サービス・施設の果たすべき役割、利用する高齢者・介護者のニーズ、地域的なバランス等を検証し、今後、高齢者のニーズに応じた住まい等の供給・改修等を検討します。

○身元保証、家賃補助制度等については、住宅関連部署と連携し、入居者側・貸主側双方の問題点を整理し、必要な支援制度について検討します。

○独居高齢者等の緊急時（入院・死亡時）の対応については、貸す側も借りる側も安心して住まいの提供・入居ができる体制づくりのため、福祉・司法の観点も含めた貸主側の支援制度を検討します。

⑦医療と介護の連携推進

1 目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供する切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を目指し、医療機関と介護事業所の関係者の連携を推進します。

2 現状

- 医療や介護の資源の定量的な把握はできているが、定性的（質的）な把握や相互の連携状況の把握はできていません。
- 医療制度、介護保険制度それぞれでのサービス提供は行われているものの、制度間の連携が必要な部分での切れ目のないサービス提供が効率的に行われているか不透明な部分があります。
- 在宅医療や看取りに関する住民ニーズ等の把握ができていません。
- 多職種、多機関の参加による研修や意見交換等による情報共有は行っているものの、相互の理解がどれほど進んでいるのか把握できていません。

3 課題

- 在宅医療・介護連携にかかる現状把握と課題抽出が不十分な状態です。
- 在宅医療の内容や対応状況、連携状況の内容については把握しきれていません。
- 地域や住民に対する、在宅医療に関するニーズ把握と啓発が必要です。
- 医療・介護の多職種間における、各種制度の相互理解の状況と協働体制の把握が必要です。

4 8期取り組み

- 地域の医療・介護資源の把握と課題の抽出
 - ・地域の医療機関、介護事業所の機能等の情報収集を行います。
 - ・収集した情報を整理し、リストやマップ化した上で、共有・活用を行います。
 - ・地域特性に応じたニーズ把握を行い、対応策を検討します。
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援と地域住民への普及啓発
 - ・地域包括支援センター等による、在宅医療・介護連携に関する相談対応を行います。
 - ・地域住民に対する講演会やシンポジウムを開催し、普及・啓発を行います。
- 医療・介護関係者の情報共有支援と研修等の実施
 - ・在宅での看取りや入退院時に活用できるような情報共有ツールの作成と運用。
 - ・多職種の協働・連携に関する研修の実施。

⑧介護サービスの充実と給付の適正化

1 目的

介護が必要になったときには、安心して必要なサービスが利用できるよう、サービスの質の確保・向上と、給付の適正化に取り組みます。

2 現状

○現在、利用者からの苦情が寄せられる件数はわずかですが、利用者の声を活かして事業者とのトラブルを未然に防ぐ介護相談員派遣事業など、介護サービスの質の向上を図っています。

○給付適正化事業については、国が推奨する主要5事業のうち、4事業を行っています。

3 課題

○適正なサービスの推進については、利用者の介護保険制度の理解促進を図るとともに、サービス事業者・居宅介護支援事業所等への適切な対応を働きかけを行う必要があります。

○利用者が自らの意思で、サービス選択できるための情報提供・苦情受付体制の充実が必要です。

○介護事業所からは、介護職員の高齢化や人材確保に苦慮しているとの声が聞かれます。

○今後も介護費用の増大が見込まれる中、制度の持続可能性を高めていくために、適正化事業の実効的な取り組みが必要です。

4 8期取り組み

○介護サービスの基盤整備

・令和3年度に新規事業所（グループホームと小規模多機能型居宅介護の併設事業所）の開設計画があること、特別養護老人ホームの待機者数に増加がないことなどから、第8期計画期間中における施設整備は見込まないこととします。今後、認定者数の推移や既存サービスの利用状況、近隣町の整備状況等を勘案しながら、計画的な整備を検討します。

○介護サービスの質の確保・向上

<地域の介護支援専門員への支援>

- ・地域包括支援センターによる地域の介護支援専門員への支援を継続します。
- ・支援処遇困難ケースに関するサポート、介護支援専門員（在宅・施設）相互のネットワークづくり、ケアマネジメント技術向上のための研修、介護保険サービスに限定しない地域資源の活用、事例検討会・地域ケア会議を活用した多職種連携、など

<介護相談員派遣事業>

・介護サービスの利用者の疑問や不満、不安を介護相談員が聞き取り、事業所や行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上に繋げる活動を継続します。

<事業所の監査指導>

・市が指定権者である地域密着型サービス事業所・居宅介護支援事業所については、介護保険の法令に基づいて、実地指導として事業所へ赴き、人員・運営基準と報酬請求等の確認を行い、必要な改善を指導します。不正が疑われる事業者に対しては、迅速に監査を実施し、必要な措置を講じるなど、介護保険事業の適正運営に努めます。

<災害・感染症への備え>

・介護サービス事業所が災害時の備えとしての研修・避難訓練及び、感染症対策を適切に行えるように、災害対策関係部署（県・市）や保健所等と連携した支援に努めます。

<介護の担い手確保>

・安定的な介護サービスの提供のためには、介護職員等の人材確保が必要です。事務負担軽減の取り組みや、県や関係機関と連携した多様な人材の確保・育成について検討します。

<情報提供体制の充実>

・利用者のサービス選択に資するため、介護保険制度や事業所についてのパンフレット等わかりやすい情報提供を行います。

<相談・苦情対応の充実>

・介護サービス事業者自らの相談・苦情対応体制の充実を促すとともに、保険者としての相談・苦情に対する的確・迅速な対応に努めます。

○適正化事業

・従来、主に実地指導時に給付適正化職員が行っているケアプラン点検については、その量・質の向上を図ります。

<要介護認定の適正化>

・適切かつ公平な要介護認定となるよう、市による認定調査票・主治医意見書の全件点検を継続します。要介護認定の平準化を図るため、認定調査員の研修会や適正化職員による調査の同行助言等を行います。

<ケアプラン点検>

・利用者の自立支援に資する適切なケアプラン（アセスメントやモニタリング等）になっているか、ケアプラン点検支援マニュアルに基づき、点検します。点検にあたっては、介護支援専門員連絡協議会等の職能団体や地域包括支援センターと連携をはかり、介護支援専門員の資質向上に繋がることに配慮します。

<住宅改修等の点検>

・住宅改修の点検は、事前申請時に、改修内容や工事見積書の点検を行い、竣工時には、施工状況を写真等により点検します。福祉用具の購入・貸与調査は、福祉用具利用者の実態確認を行い、福祉用具が必要であるかを点検します。

<縦覧点検・医療情報との突合>

縦覧点検は国保連への委託、医療情報との突合は国保連及び関係部署との連携により行います。

<第三者求償事務>

・第三者の不法行為等（交通事故など）に起因する介護サービスの利用について給付を行った場合には、加害者である第三者に対して費用弁済を求めます。該当事案の把握件数を増やすことに努めます。