

「取組と目標」に対する自己評価 令和7年度実績評価シート
(角田市)

重点 1 地域ケア会議の推進

令和5年度までの状況と課題

〔令和5年度までの状況〕

議論する分野別に会議を開催し地域包括ケアシステムの推進を図ってきた。

〔令和5年度までの課題〕

地域包括ケアシステム全体をコーディネート・連絡調整する機能が十分でなく、かつ、それぞれの分野別の会議体の役割が明確でない部分があり、進んだ分野と十分に進まなかった分野があった。

第9期における具体的な取組

(1) 連絡調整機能の強化

地域包括ケアシステム全体をコーディネートし連絡調整を行えるように、関係機関が一堂に会する「地域ケア推進会議」を新たに設置する。

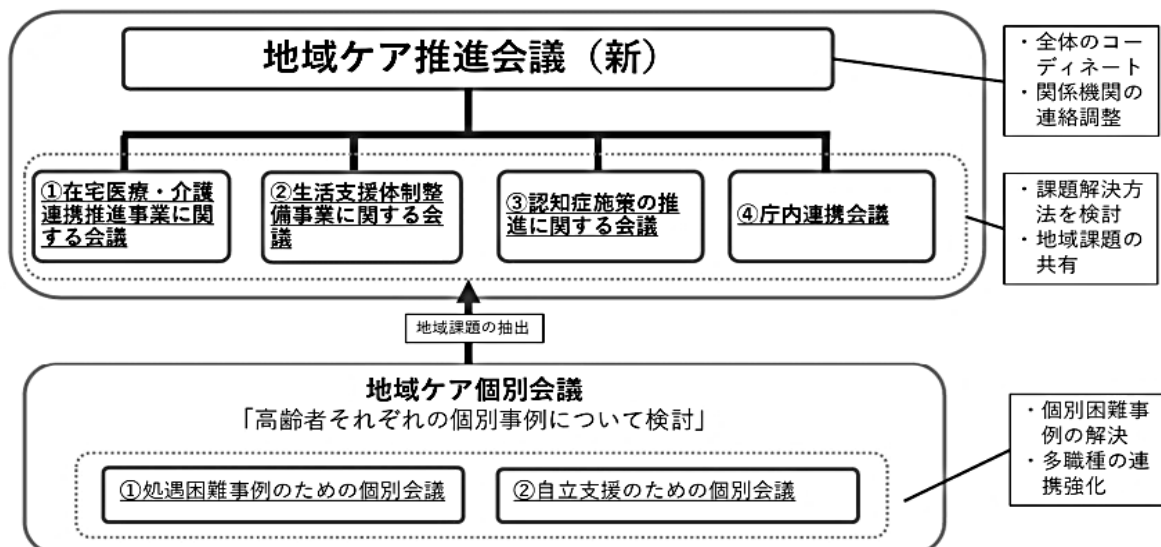
(2) 課題解決機能の強化

地域ケア推進会議の下部組織として、これまで開催してきた以下4会議体を整理し、分野別に課題の解決方法等を議論する役割として明確化する。

＜分野別会議＞

第8期	第9期
①在宅医療・介護連携に関する会議	①在宅医療・介護連携推進事業に関する会議
②生活支援体制整備推進に関する会議	②生活支援体制整備事業に関する会議
③高齢者見守りネットワーク推進に関する会議	③認知症施策の推進に関する会議
④庁内連携会議	④庁内連携会議

＜全体図＞



目標（事業内容、指標等）及び 実施内容・自己評価

自己評価の基準

〔数値目標がある場合〕

◎：80％以上、○：60～79％、▲：30～59％、×：29％以下

〔数値目標がない場合〕

◎：達成できた、○：概ね達成できた、▲：達成がやや不十分、×：全く達成できなかった

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績 見込	評価	目標	実績	評価
地域ケア推進会議の開催数	2	3	◎	2	2	◎	2		
地域ケア個別会議（処遇困難型）の開催数	50	65	◎	50	65	◎	50		
地域ケア個別会議（自立支援型）の検討事例数	15	0	×	15	6	▲	15		

（１） 地域ケア推進会議

令和6年6月に設置した地域ケア推進会議を計画的に開催することで地域住民、介護サービス事業所、医療機関等の関係団体との相互連携を高め、各分野別に議論した課題とその解決策について報告し、意見をいただくことで地域包括ケアシステム全体についての連絡調整を行った。

○会議状況

開催日	回数	協議内容
令和7年 5月19日（月）	第1回	・地域ケア推進会議 の取り組みについて ・分野別会議の令和7年度における取組みについて
令和8年 2月 5日（木）	第2回	・分野別会議における検討事項の報告 ・地域ケア推進会議における令和8年度の取組み

○地域ケア推進会議構成員

所属	役職名等	氏名	備考
東北福祉大学	教授	森 明人	議長
角田市医師会	会長	高山 敦	
角田市社会福祉協議会	事務局次長	岡本 圭一郎	
名取医院	認知症サポート医	名取 徳彦	
仙南歯科医師会角田支部	支部長	目黒 一美	
仙南薬剤師会角田・丸森支部	副支部長	瀬戸 裕一	
角田市ケアマネジャー連絡会	会長	佐藤 光枝	R7.4～
ゆうゆうホーム	副施設長	長田 敦志	
角田市シルバー人材センター	事務局長	鈴木 俊行	R7.4～
角田市民生委員・児童委員協議会	副会長	小島 きぬ子	R7.12～
角田市行政区長連絡協議会	副会長	根元 三安夫	
桜自治センター	センター長	日下 光雄	

(2) 地域ケア個別会議

① 処遇困難型地域ケア個別会議（個別ケース会議含む。）

複合課題を抱えた事例や必要なサービスにつながない事例など、対応困難となっている事例に対し、関係者が集まり様々な視点から検討することで、支援の方向性を定め、必要な支援につなげることができた。

② 自立支援型地域ケア個別会議

令和6年度から行っている同個別会議のあり方検討については、県アドバイザー派遣事業等を活用し、角田市の現状にあった開催方法へ見直しを行い、市ケアマネ連絡会において、目的の説明と協力依頼を行い、6回の開催につなげた。

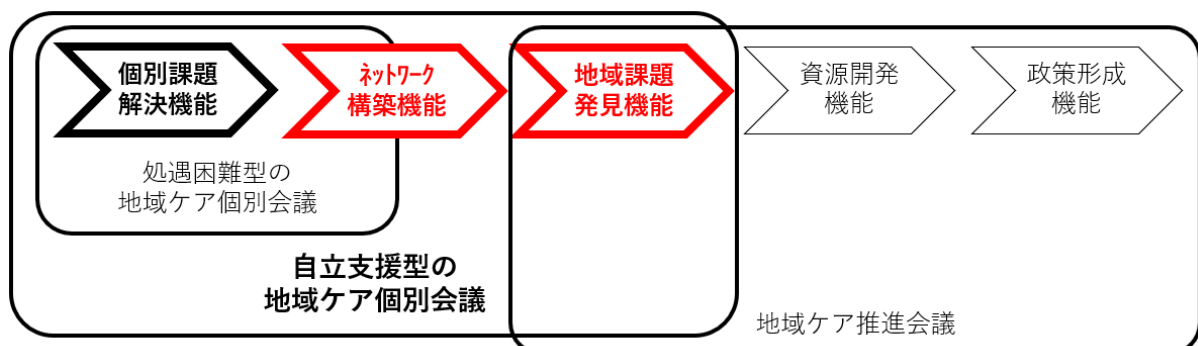
また、近隣自治体の視察を行うことで、会議運営におけるスキル向上を図った。

<見直し後の実施要領の概要>

- 本人の自立支援を第一目的とする
- 会議の運営の簡素化
- 対象者を事業対象者と要支援1・2とする
- 短期集中予防通所型サービスC利用後の支援方針が定まらないケースについて積極的に活用する。

時期	
6月12日	県アドバイザー派遣事業を活用し、「自立支援型地域ケア個別会議」の今後のあり方についてアドバイスをいただき、職員研修を実施 ○アドバイザー：宮城県リハビリテーション専門職協会理事 櫻井健太郎 氏
7月	自立支援型地域ケア個別会議についての実施要領を作成
7月18日	市ケアマネジャー連絡会において、同実施要領の説明と協力依頼、研修会を開催（講師：上記アドバイザー）
9～11月	近隣自治体の視察（白石市、岩沼市、柴田町、丸森町、蔵王町）

<地域ケア会議の主な役割>



課題と対応

【課題】

- 1 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた更なる各種会議の連携
- 2 自立支援型地域ケア個別会議の開催数が少ない

【対応】

- 1 ひきつづき、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、各種会議において高齢者を取り巻く地域課題の把握、解決に努め、地域ケア推進会議において高齢者への施策についての全体的なコーディネートを行うなど、連携して取り組めるよう環境整備を進める。
- 2 自立支援型地域ケア個別会議について、地域包括支援センターが行っている業務（介護予防ケアマネジメントや市内の介護支援専門員の支援）を補完するものであることから、運営主体を介護支援課から市地域包括支援センターへ変更し、円滑な開催と現場での課題解決につなげるものとする。

令和7年度 地域ケア会議 年間スケジュール

令和7年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
地域ケア推進会議		第1回 R7事業について									第2回 振り返りと 今後について	
生活支援体制整備 事業に関する会議	第1回 R7事業について								第2回 振り返りと 今後について			
関連事業	【通年】・生活支援を行う住民団体の募集・支援 ・シニア向け生活お役立ちブックの配布 ・おでって隊の周知 ・通いの場の育成事業											
在宅医療・介護連携 推進事業に関する会議				第1回 R7事業について								第2回 振り返りと 今後について
関連事業	【通年】・エンディングノート書き方出前講座【新】			多職種連携研修会の開催			ACP(人生会議)住民向け講演会の開催			多職種連携研修会の開催		
認知症施策の推進 に関するの会議			第1回 国の基本計画を踏まえた R7事業について									第2回 国の基本計画を踏まえた 今後について
関連事業	【通年】・認知症サポーター養成講座 ・おしゃべりカフェ、出張カフェ ・認知症高齢者見守りQRコード【拡充】 など					アルツハイマー月間			認知症の情報誌発行			住民向け講演会の開催

「取組と目標」に対する自己評価 令和7年度実績評価シート
(角田市)

重点2	生活支援体制整備事業の強化
-----	---------------

令和5年度までの状況と課題

〔令和5年度までの状況〕

生活支援コーディネーターについて、第1層（市全域担当）を社会福祉協議会に配置し、第2層（地区担当）を自治センター単位での配置を計画し取り組んだ。

〔令和5年度までの課題〕

第1層では「地域の課題解決までには至らない」、第2層では「配置そのものが困難（自治センターの本来業務と兼務は困難）」等の課題があった。

第9期における具体的な取組

高齢者が安心して暮らし続けられる地域を目指して、主に次の取り組みを行う。

（1）第1層生活支援コーディネーターの活動強化

市職員が第1層生活支援コーディネーターを行うこととし、庁内連携を円滑に進め、特に自治センターや行政区長等との連携を強化する。また、市職員が担うことで、課題の解決方法を地域支援交付金等の財源と併せて一体的に検討する。

（2）第2層生活支援コーディネーターの活動強化

社会福祉協議会に第2層生活支援コーディネーター業務を委託し、特に民生委員・児童委員、老人クラブ等との連携を強化する。

（3）生活支援体制整備事業に関する会議

第1層協議体として本会議を開催し課題解決の方法について具体的に検討する。

目標（事業内容、指標等）及び 実施内容・自己評価

自己評価の基準

〔数値目標がある場合〕

◎：80％以上、○：60～79％、▲：30～59％、×：29％以下

〔数値目標がない場合〕

◎：達成できた、○：概ね達成できた、▲：達成がやや不十分、×：全く達成できなかった

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績 見込	評価	目標	実績	評価
第1層生活支援コーディネーター人数	4	3	○	4	4	◎	4		
第2層生活支援コーディネーター人数	3	3	◎	3	3	◎	3		
第1層協議体協議体数 (生活支援体制整備事業に関する会議)	1	1	◎	1	1	◎	1		
第2層協議体 協議体数	1	0	×	1	1	◎	1		

(1) 生活支援コーディネーターの活動強化

第1層、第2層の役割分担の見直しを行ってから2年目となり、それぞれの強みを生かして、地域のニーズ把握、地域資源の見える化、地域課題の分析、解決策の検討に取り組むことができた。

特に、市内の高齢者向けの生活支援サービスをまとめた「角田市シニア向け生活お役立ちブック」を作成、配布等することで、地域資源の見える化を図り、個別の課題解決を支援した。

(2) 生活支援体制整備事業に関する会議

① 第1層協議体（市全域）

地域の高齢者が抱える課題を踏まえ、令和6年度に行うこととした新たな事業を含め、生活支援体制の整備のための全事業について、PDACサイクルを回すことができ、業務改善を図った。

期日	回数	内容
令和7年 4月21日（月）	第1回	・令和6年度の振り返り ・令和7年度の取り組み
12月23日（水）	第2回	・令和7年度の振り返り ・令和8年度の取り組み概要

② 第2層協議体（地区ごと）

令和7年度から既存の会議体（地区振興協議会、民生委員・児童委員の地区定例会など）へ生活支援コーディネーターが参加することで、第2層協議体における機能の一部（課題の把握、解決策の検討など）を担うことができた。

また、既存の会議体だけでは、第2層協議体の機能をカバーできない部分もあることから、地区住民がどなたでも気軽に参加できる会合（北郷まどいの会）を試験的に開始した。

(3) 課題を解決するための事業

上記会議で行うこととした新事業は次のとおり。

① 生活支援を行う団体の育成支援（令和7年4月～）

高齢者の支え合い活動をさらに広げるために、生活支援を行う住民団体の育成事業を開始。

＜立ち上げ支援＞

令和7年 4月～ 桜地区振興協議会暮らし支援部会

令和8年 2月～ 東根地区振興協議会高齢者ひまわり送迎事業検討会

＜活動支援＞

令和7年10月～ 桜地区振興協議会暮らし支援部会 ゴミ出し・声掛け運動

② お買物ミニデイ事業（令和8年7月～）

移動支援と買い物支援については地域のニーズが高いが、対応する事業が少ないこともあり、総合事業に位置付け「お買い物ミニデイ」を新たに行うこととした。

概 要	スーパーマーケットにて健康づくり運動、レクリエーションに加え、自分で選んで買い物をすることで、介護予防と生活支援につなげる送迎付きの事業
対 象 者	事業対象者、要支援1・2
申 込 み	地域包括支援センター
詳 細	マイクロバスでの送迎のため1グループ8名程度で、週1回、曜日固定での利用。令和8年度は2～3グループを想定。

課題と対応

【課題】

- 生活支援を行う団体の育成事業については、地区振興協議会の利用があったもののそれ以外の住民団体の利用がなかった。
- 第2層協議体については、地区振興協議会、民生委員・児童委員の地区定例会への参加する取り組みを開始したものの、その役割、位置づけがあいまいなところがあった。

【対応】

- 生活支援を行う団体の育成事業について、引き続き周知・広報を行い、地域住民の状況に応じ、第1層生活支援コーディネーターと第2層生活支援コーディネーターが連携して支援を行う。
- 第2層協議体の役割、位置づけを次のとおり整理し行う。
地区振興協議会においては、高齢者の生活支援に優先的に取り組む地区とそうでない地区があることから、優先的に取り組む地区に積極的に参加するものとする。
地区振興協議会との連携が難しい地区については、北郷まどいの会の取り組みを、その地区で展開することでカバーできないか検討するものとする。

<協議体の枠割>

区分	第1層協議体	第2層協議体		
		地区振興協議会への参加	民生委員定例会への参加	まどいの会
情報共有	○	○	○	○
関係性の構築	○	○	○	○
課題の抽出	○	○	○	○
課題の分析	○	○	可能な地区のみ○	○
解決策の検討	○	○	—	?
課題解決の実行		○	—	?
備考		希望がある地区へ参加		地区に応じ役割を調整

「取組と目標」に対する自己評価 令和7年度実績評価シート
(角田市)

重点3 保健事業と介護予防の一体的な実施

令和5年度までの状況と課題

〔令和5年度までの状況〕

国の法整備等により当該取組みは全市区町村で令和6年度までに実施することとなり、角田市では令和6年度から実施する体制を準備しました。

〔令和5年度までの課題〕

医療保険は75歳になると国民健康保険や社会保険から後期高齢者医療へ切り替わるため、保健サービスが継続的な支援となっていない。また、介護予防や健康づくりは、介護保険・医療保険それぞれで行われており、包括的な支援となっていない。

■医療保険と介護保険との連携

区分	75歳未満	75歳以上
医療保険	<u>国民健康保険</u> ・健診の実施 ・重症化予防 ・健康づくり事業	<u>後期高齢者医療</u> ・健診の実施（市受託） ・重症化予防 （後期広域連合にて実施）
介護保険	連携が不十分 介護予防、介護サービス	

第9期における具体的な取組

(1) 健康課題者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

国保データベース等により健康課題者を把握し、電話、訪問による保健指導を行い重症化予防や健診への受診勧奨を行うとともに、必要に応じて医療・保健・介護サービスにつなげます。

(2) 通いの場への積極的関与（ポピュレーションアプローチ）

高齢者サロンなどの通いの場へ医療専門職が介入し保健指導や健康教育・相談を行い、フレイル予防を図り、必要に応じて医療・保健・介護サービスにつなげます。

目標（事業内容、指標等）及び 実施内容・自己評価

自己評価の基準

〔数値目標がある場合〕

◎：80％以上、○：60～79％、▲：30～59％、×：29％以下

〔数値目標がない場合〕

◎：達成できた、○：概ね達成できた、▲：達成がやや不十分、×：全く達成できなかった

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績	評価	目標	実績	評価
医療専門職による個別相談 相談人数	20	24	◎	30	41	◎	40		
医療専門職の通いの場における健康教育の実施回数	56	152	◎	60	124	◎	65		

※個別相談人数の内訳：健康状態不明者のうち独居者の訪問8名、高齢者2人世帯の訪問12名、後期高齢者健診結果説明会11名、75歳からの貯筋教室10名

※通いの場における健康教育の実施回数の内訳：生きがいデイサービスでのフレイル予防教室16回、75歳からの貯筋教室3回、地域の通いの場でのフレイル予防運動教室90回、栄養士・歯科衛生士による講座9回、後期高齢者集団健診会場での健康教育6回

(1) 健康課題者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

- ① 健康状態不明者（健診・医療未受診、介護サービス未利用（KDBシステムにて抽出））に対し、家庭訪問等を行い、状態把握し、必要なサービスにつなぎました。

■KDBシステムにて抽出をした健康状態不明者の人数72名（独居者19名、高齢者2人世帯22名、その他31名）

*下記①、②に対し、介入前に健康状態を把握するため、高齢者の質問票を送付し、返信を依頼しました。その後、返信された高齢者の質問票を基に介入しました。

①独居者19名について

◆状態把握		19名
内 訳	訪問	8名
	民生委員・家族等への確認	2名
	福祉サービス等の活用	7名
	医療受診歴あり	2名

＜サービスへの接続 1名＞
 ●地域包括支援センター継続訪問 1名
 ＜サービス接続への緊急性なし 9名＞
 うち次年度訪問予定 4名

②高齢者2人世帯22名について

◆状態把握		22名
内 訳	訪問	12名
	民生委員・家族等への確認	0名
	質問票にて確認	1名
	福祉サービス等の活用	8名
	医療受診歴あり	1名

＜サービスへの接続 1名＞
 ●要介護認定中 1名
 ＜サービス接続への緊急性なし 11名＞

③その他 31 名について

通知により健診の受診勧奨及び地域包括支援センター（相談窓口）の案内を行いました。

◆状態把握		31 名
内 訳	通知	22 名
	健診受診歴あり	1 名
	医療受診歴あり	4 名
	福祉サービス等の活用	1 名
	死亡	3 名

㊦後期高齢者健診受診結果より、HbA1c8.0%以上、最高血圧 160mmHg 以上、最低血圧 100mmHg 以上の該当者のうち、KDB システムにて病院受診の確認ができなかった方に対し、医療機関受診勧奨を行いました。

■対象者 15 名

全員へ受診勧奨通知を送付し、以下の方法で受診状況を確認しました。

- ・電話 10 名 ・面談 2 名
- ・訪問 2 名 ・書面 1 名



<医療機関受診状況等>

- 受診 6 名
- 未受診 9 名

(2) 通いの場への積極的関与（ポピュレーションアプローチ）

㊦既存の通いの場での健康教育

① 生きがいデイサービス 8G×2 回

区分	期 間	内 容	人数
1 クール	令和 7 年 7 月 29 日 ～ 8 月 8 日	健康運動指導士によるフレイル予防運動指導	42 名
2 クール	令和 8 年 2 月 3 日 ～ 2 月 17 日	歯科衛生士によるオーラルフレイル予防指導 管理栄養士によるフレイル予防の食事指導	42 名

② 通いの場（各地区）

ア 回数 95 回（フレイル予防運動教室 90 回、かくだ市政出前講座 5 回）

イ 内容 健康運動指導士または、介護予防指導員による介護予防運動指導
管理栄養士による低栄養予防講話
歯科衛生士によるオーラルフレイル予防講話
高齢者の質問票によるチェック

② 健診会場や公募等での健康教育

① 後期高齢者集団健診会場での健康教育 6回

内容 フレイルの概念について

② 75歳からの貯筋教室 1G×3回（一般公募）

区 分	日 付	内 容	定員
1回目	令和7年10月7日	体成分測定、体力測定、口腔機能測定、高齢者質問票の記入、フレイルの予防指導	31名
2回目	令和7年11月18日	健康運動指導士による介護予防運動指導 歯科衛生士によるオーラルフレイルの予防指導 管理栄養士によるフレイル予防の食事指導	28名
3回目	令和7年12月16日	体成分測定、体力測定、口腔機能測定、高齢者質問票の記入、フレイルの予防指導	28名

③ 健診結果説明会

日 付	内 容	人数
令和7年9月16日	第一部：健康講演会 「健診結果を生かして健康長寿を目指そう」 講師：医療法人金上仁友会 金上病院 院長 安藤 正夫 先生 第二部：個別健康相談	47名

③ 後期高齢者保険証及び資格確認証送付時に高齢者の質問票と地域包括支援センター（相談窓口）の案内を行いました。（75歳新規の方）

■通知数 485通

課題と対応

- 健康課題者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）は、担当部署職員の共通認識が行えるよう客観的評価のできるツール（高齢者の質問票）を用いて評価することができました。また、今年度は保健部門と介護部門の職員2名体制で訪問を実施し、それぞれの立場から保健指導・助言を行うことができました。独居者と高齢者2人世帯へ介入しましたが、高齢者2人世帯は対象者本人の困り感が薄く、配偶者の見守り体制もあるため、介入効果が低い状況でした。次年度は介入効果の高い独居者のみに介入していきます。
- 通いの場の積極的関与（ポピュレーションアプローチ）は、通いの場等において、高齢者の質問票の記入により、フレイル状態を把握し、必要な方をハイリスクアプローチへつなぐことが出来ました。次年度以降も個々のアセスメントを継続し、必要な方をハイリスクアプローチにつないでいきます。また、公募での健康教育の開催は市内中心部のみでの開催であり、交通手段のない方へのフォローが行えなかったため、次年度は地区へも出向き、フレイル予防を行っていきます。
- 高齢者の質問票や、体力測定、口腔機能測定などの結果から、低栄養やオーラルフレイルが原因とされる身体的フレイルの課題が見られたため、地区へ出向き管理栄養士や歯科衛生士による健康教育を行いました。次年度以降も積極的に出向き、健康教育を継続していきます。

「取組と目標」に対する自己評価 令和7年度実績評価シート
(角田市)

介護給付の適正化

令和5年度までの状況と課題

〔令和5年度までの状況〕

適性かつ公平な要介護認定、適切なサービスの確保のため介護給付費適正化事業に取り組んでいる。

〔令和5年度までの課題〕

利用者の状態に即した適切なサービスの提供となるよう、介護給付費適正化事業への取り組みを継続する必要がある。

第9期における具体的な取組

- 調査員に対する「要介護認定業務分析データ」を活用した研修・指導の実施
- ケアプラン点検の実施
- 住宅改修の点検及び福祉用具購入・貸与調査の実施
- 縦覧点検・医療情報との突合の実施
- 運営指導及び集団指導等の実施

目標（事業内容、指標等）及び 実施内容・自己評価

自己評価の基準

〔数値目標がある場合〕

◎：80％以上、○：60～79％、▲：30～59％、×：29％以下

〔数値目標がない場合〕

◎：達成できた、○：概ね達成できた、▲：達成がやや不十分、×：全く達成できなかった

（1）適切な要介護（要支援）認定の実施（要介護認定の適正化）

認定調査項目別の選択状況について、全国の被保険者との比較分析等を行うとともに、要介護認定調査の平準化及び認定調査の公平性の確保を目的として、調査員一人ひとりに対して「要介護認定業務分析データ」を活用した研修・指導を実施する。

また、委託した認定調査については、調査結果の点検・評価を実施する。

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績 見込	評価	目標	実績	評価
認定調査票点検件数（件）	全件	全件	◎	全件	全件	◎	全件		
調査員現任研修参加回数（回）	1	1	◎	1	1	◎	1		

調査員内部研修開催回数（回）	2	2	◎	2	2	◎	2		
----------------	---	---	---	---	---	---	---	--	--

<令和7年度の実施内容>

- ・職員による直営分も含めた認定調査票全件を点検した。
- ・調査員現任研修については、県主催の研修に参加し、近隣市町の調査員と積極的に意見交換を行った。
- ・調査員内部研修は、厚生労働省による「要介護認定業務分析データ」の公開が遅れているため、過去のデータ等を用いて地域傾向や調査項目の定義の再確認を行った。

（2）ケアプラン等の点検

①ケアプラン点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画（ケアプラン）の記載内容について、受給者の「自立支援」に資する適切なケアマネジメントとなっているか、基本となる事項を検証確認し、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、ケアプランの質の向上を図る。

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績見込	評価	目標	実績	評価
ケアプラン点検件数（件）	24	25	○	24	25	◎	24		
うち面談点検（件）	-	0		-	6		-		

<令和7年度の実施内容>

- ・地域包括支援センターが委託している介護予防サービス計画書については直営の地域包括支援センター職員が、直営分の介護予防サービス計画書については主任介護支援専門員及び介護予防支援専門員が自立支援の視点に基づいて点検を行った。
- ・居宅サービス計画については、市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーからプランを提出してもらい、「自立支援」に資する適切なプランとなっているか確認した。
- ・3事業所の面談を実施し、6件のケアプラン点検を実施した。

②住宅改修の点検

住宅改修の事前及び事後の点検を行うことにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を防止し、受給者の状態に即した適切な住宅改修となるよう支援する。

	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	目標	実績	評価	目標	実績見込	評価	目標	実績	評価
事前・事後書類審査（件）	全件	全件	◎	全件	全件	◎	全件		

<令和7年度の実施内容>

- ・事前・事後書類審査は全件実施し、不適切・不要な住宅改修はなかった。

（３）縦覧点検・医療情報との突合

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行うとともに、受給者の医療情報と介護保険の給付状況を突合し、給付日数や提供されたサービスの点検を行うことで、請求内容の誤りなどを早期に発見し適切な処置を行う。（宮城県国民健康保険団体連合会へ委託）

	自己評価		
	令和６年度	令和７年度	令和８年度
縦覧点検・医療情報との突合	◎	◎	

＜令和７年度の実施内容＞

- ・宮城県国民健康保険団体連合会へ委託し、提供されたサービスの整合性、算定回数の点検を行うとともに、受給者の医療情報と介護保険の給付状況を突合し、給付日数や提供されたサービスの点検を行った。

課題と対応

（１）適切な要介護（要支援）認定の実施（要介護認定の適正化）

【課題】

- ・厚生労働省による「要介護認定業務分析データ」の公開が遅れているため、令和６年度のデータを用いた傾向分析ができなかった。

【対応策】

- ・今後も認定調査票の全件点検を行うとともに、「要介護認定業務分析データ」の公開があった際は最新のデータを活用した認定調査員の内部研修を実施し、全国平均と乖離のある項目について調査項目の定義の再確認を行い正確な認定調査に努める。

（２）ケアプラン等の点検

①ケアプラン点検

【課題】

- ・書面による点検では、確認しにくい部分もあり、双方の「気づき」につながりにくい。

【対応策】

- ・令和７年度は、コロナ禍以降実施していなかった面談によるケアプラン点検を実施した。運営指導との違いが認識しやすく、双方「気づき」が得られたため、今後も面談によるケアプラン点検を実施し、「自立支援・重度化防止」に資する介護サービスとなるよう支援していく。