令和６年度第２回本庄市地域包括支援センター運営協議会会議次第

日時：令和７年３月７日（金）
午後１時３０分～
場所：本庄市役所５階５０４会議室

１　開　会

２　あいさつ

３　議　題

審　議　事　項

（１）本庄市地域包括支援センター運営方針（案）について（資料１）

報　告　事　項

（１）令和６年度の市及び地域包括支援センターの事業評価について（資料２）

（２）介護予防支援等委託先事業所について（資料３）

（３）令和７年度保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援

交付金の集計結果について（資料４－１、４－２）

４　その他

５　閉　会

本庄市地域包括支援センター運営協議会委員名簿

令和6年8月2日現在　　（敬称略・順不同）

役　職	氏　名	選　出　区　分 （本庄市地域包括支援センター 運営協議会設置要綱第4条2項）		備考（任期）
会　長	髙橋（たかはし）　茂雄（しげお）	（1）医師、歯科医師、介護支援専門員及び機能訓練指導員の職能団体の代表	本庄市児玉郡医師会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	高橋（たかはし）　公男（きみお）		本庄市児玉郡医師会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	竹内（たけうち）　靖（やすし）		本庄市児玉郡歯科医師会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	坂口（さかぐち）　良幸（よしゆき）		本庄市介護支援専門員 連絡会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	恒屋（つねや）　昌一（まさかず）		埼玉県理学療法士会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
副会長	富沢（とみざわ）　峰雄（みねお）	（2）介護サービス事業者又は介護予防サービス事業者（居宅介護支援事業者を含む。）	児玉圏域介護サービス事業者 連絡協議会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	太田（おおた）　行信（ゆきのぶ）	（3）老人福祉施設の代表者	埼玉県老人福祉施設協議会 北部圏域	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	大塚（おおつか）　進（すすむ）	（5）第1号被保険者及び第2号被保険者	介護保険被保険者（第1号）	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	須藤（すとう）　蓉子（ようこ）		介護保険被保険者（第2号）	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	金子（かねこ）　健一（けんいち）	（6）地域における権利擁護、相談事業等を行う団体等の代表	本庄市民生委員・児童委員 協議会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日
委　員	齊藤（さいとう）　敏子（としこ）		本庄市社会福祉協議会	任期：令和6年4月1日 ～令和9年3月31日

資料１

本庄市地域包括支援センター

運　営　方　針（案）

令和７年３月

本庄市福祉部高齢者福祉課

本庄市地域包括支援センター運営方針

Ⅰ　策定の目的

この運営方針は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的な考え方や業務推進の方針等を示すことにより、センターの円滑な運営と効率的な業務実施に資することを目的とします。

Ⅱ　センター設置の目的

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けるために、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進と共生社会を実現するための中核的な機関として、市内に設置します。

設置主体は本庄市（以下「市」という。）であることから、市はセンターの設置目的を達成するために体制整備等に努め、その事業運営について適切に関与します。

センターは、地域で暮らす高齢者の心身の健康保持、生活の安定、生きがいづくり及び介護予防のために必要な相談・援助を行うことにより、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援し、地域包括ケアを推進します。

Ⅲ　基本的な運営方針

１　地域包括ケアの推進

市は、介護や支援が必要になっても、一人一人の状態に即した適切で効果的なサービスを一体的に提供できる地域包括ケアシステムの深化・推進と共生社会を実現するため、本庄市第１０次高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画に基づき、センターの機能強化や包括的支援事業の充実を図ります。

センターは地域包括ケアを推進するため、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）、地域ケア会議の開催と支援体制の推進を基盤とし、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業を連動させ、地域の実情に応じて包括的な支援を行います。

２　地域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針

センターは、地域の住民や民生委員、自治会等の関係者の意見、地域ケア個別会議や地域ケア課題整理会議等で把握された地域が抱える課題及びニーズから、地域ごとに重点事項を定め、課題を解決していくための取組みを行います。

例）・認知症及び独居世帯の高齢者等の生活状況の確認
　　・社会的活動（ボランティア等）を希望する高齢者等の把握　等

3　介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築の方針

センターは、高齢者を取り巻く多種多様な課題に対応するため、医療・介護等の専門職及び、民生委員や自治会等の地域の関係者等から構成される地域ケア個別会議を開催します。

また、民生委員の定例会や住民主体の通いの場のほか、医療・介護等の多職種が集まる研修会や、各関係機関が開催する会議に積極的に参加するなど、あらゆる機会を通じて、これらの関係機関との連携強化を意識し、高齢者を支援するために顔の見える関係を作ります。

4　介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施方針

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」「自立支援」です。また、介護保険法には、国民の努力及び義務として「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合でも、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」と規定されています。

市は市民に対し、この考え方について、あらゆる機会を捉え周知・啓発を行います。

センターも、地域ケア個別会議や関係機関との会議、個別相談などいろいろな場面で周知・啓発を行います。

センターは、介護予防ケアマネジメントを実施する際は、要支援者等に対するアセスメントを行い、自立支援の視点を踏まえた主体的かつ具体的な目標を設定します。「心身機能」「活動」「参加」にバランス良くアプローチした介護予防の取組を生活の中に取り入れ、要支援者等が自ら実施、評価できるように支援します。また、要支援者等が介護サービスを利用するだけでなく、住民主体の通いの場やインフォーマルサービス等の活用をとおして、地域の人との交流促進とつながりを強化できるよう支援します。

5　介護支援専門員に対する支援及び指導並びに被保険者に対する包括的かつ継続的な支援の環境の整備の実施方針

センターは、介護支援専門員からの個別相談を受けられるよう窓口の設置等を行い、専門的な見地から日常的業務の相談等に応じ、支援困難なケースについては、具体的な支援方針を検討しながら助言・指導を行います。

また、センターは、定期的な情報交換会や介護支援専門員の資質向上に向けた勉強会の開催、地域全体の関係機関等との連携体制構築など、包括的・継続的な支援の環境を整備します。

6　地域ケア会議の運営方針

センターは、「みんなが今よりもっと元気に！！」なれるよう自立支援と重度化防止を重視したケアプランの作成に向け、医師・歯科医師・薬剤師・管理

栄養士・歯科衛生士・理学療法士などの専門職や民生委員等の地域の人々と協働で検討を行う地域ケア個別会議・課題整理会議を開催します。
　また、センターは地域ケア個別会議から把握された地域課題とその対応・取組（既存のサービスや地域の支え合い等で解決する取組。そこでは解決できないため市の施策で解決する取組。）などについて検討し、生活支援体制整備事業の協議体と連携を取りながら、地域づくり・資源開発、政策立案に向けた提言を行います。
　市は、地域課題を解決するために提案された地域づくりや資源開発、政策立案に向けた提言などを、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者等により構成される地域ケア推進会議において検討し、介護保険事業計画等への位置づけなど政策形成につなげていきます。

7　市との連携方針

　センターは、その運営において常に市との連携を意識し、報告・連絡・相談をすることとし、情報の共有に努めます。
　市は、センターの設置の責任主体としてセンターと連携し、その活動を支援していくとともに、市やセンター間の共通理解を深めるために定期的な連絡会議等の開催や情報の提供を行います。

8　公正・中立性確保のための方針

　センターは、公正・中立性を確保するために、介護サービス事業所や居宅介護支援事業所を紹介した場合はその経緯を記録します。また、介護予防ケアマネジメントや介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する場合は、１つの事業所に偏ることがないようにし、市が設置する本庄市地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）へ報告をします。
　運営協議会は、センターの設置、業務の方針、運営及び地域包括ケア等に関することを所掌し、業務の評価等を行うなど、センターの設置及び運営に関与します。

9　その他地域の実情に応じて運営協議会が必要であると判断した方針

　市は、地域の実情に応じて運営協議会が必要であると判断したものについては、方針として掲げるものとします。

Ⅳ　業務推進の方針

1　共通事項

（1）事業計画の策定

　センターは、地域の課題やニーズを把握したうえで、地域の実情に応じた重点課題や目標を設定し、地域ごとに特色ある事業計画を策定します。感染症発生時及び自然災害発生時における業務継続計画について、職員間で共有し、研修等により啓発・教育に努めます。

センターは、計画に基づき実施する事業について自己評価を行い質の向上を図り、市はセンターと評価結果や課題を共有し、ともに対処を検討することにより、効果的な事業運営の継続に努めます。

（２）職員の姿勢

センターの業務は、地域で暮らす高齢者が住み慣れた環境で自分らしい生活を継続するための支援であることを念頭に置き、常に当事者に最善の利益を図るために、職員全員が連携及び協力して業務を遂行します。

（３）地域との連携

センターは、地域ケア個別会議・課題整理会議等の開催は元より、協議体や民生委員の定例会、住民主体の通いの場等に積極的に参加し、地域の住民や民生委員、自治会等の関係者と顔の見える関係の構築を図り、連携して高齢者を支援します。

また、センターは、地域ケア個別会議等で把握された地域の課題を共有するために、高齢者等を含めた地域の関係者を集めて勉強会やワークショップ等を開催します。

（４）地域包括支援センター間の連携

センターは、センター間で積極的に情報交換を行い連携を深め、業務の標準化やスキルアップを目指します。また、共通する課題に対して一緒に検討し、解決するための取組みを行います。

（５）個人情報の保護

センターは、関係法令を遵守し、情報管理マニュアルを作成して、個人情報や業務に関する機密の保持に万全を尽くすとともに、情報の取扱いに関する研修等を行い職員に対する啓発・教育に努めます。

介護予防ケアマネジメントや介護予防支援を委託する場合には、委託契約において関係法令を遵守し、厳重に取り扱うことを明記し、その保管に遺漏のないよう助言・指導を行います。

（６）広報活動

センターは、センターの役割や機能のほか、センターが行う事業や講座等を周知するためにパンフレットや広報紙等を作成し、様々な場所や機関への配布等を行うなど、地域住民及び関係者へ積極的に広報します。

（７）住民意見・苦情等への対応

センターは、高齢者の総合相談に対するワンストップ・サービスの窓口として臨機応変な対応に努めるとともに、センターに対する要望・意見等にも適切に対応します。

また、センターは、苦情対応マニュアルを整備し、苦情があった場合には、必要に応じ市に報告した上で速やかに対応し、苦情の内容やその対応等について記録します。

2　個別事業の実施方針

（１）包括的支援事業

①総合相談支援事業

センターは、高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等につなぎ、継続的に支援します。相談内容によっては、社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員等の三職種がチームとして検討を行い、予測される課題や対応方針などを、それぞれの専門性を活かした視点から検討します。

また、高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、隠れた問題やニーズを発見できないため、民生委員等地域における様々な関係者とのネットワークを構築し、関係者との連携のもと、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等を把握することにより、支援が必要になる高齢者や家族等への予防的対応や早期対応を図ります。

②権利擁護事業

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するためには、高齢者に暴力や心理的苦痛等を与える虐待などの権利侵害から、社会全体で守っていくことが必要です。そのため、センターは、「本庄市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき早期発見・早期対応を行い、市と連携を図りながら適切な対応を行います。

また、成年後見制度等を積極的に活用した支援を行い高齢者虐待の防止に取り組むとともに、高齢者を狙った悪徳商法や特殊詐欺などの消費者被害の防止に努めます。

③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

センターは、地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するため、個別の相談の対応やサービス計画の検証、支援困難事例については具体的な支援方針を検討するなど、助言・指導を行います。

また、センターは、定期的に地域ケア個別会議やケアマネ会議、情報交換会を実施するほか、地域の主任介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員の資質向上に向けた取組みを行います。

センターは、地域の関係機関との連携・協力体制を整備し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援します。

④介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）

センターは、要支援者等に対するアセスメントを行い、自立支援の視点を踏まえ、本人の能力を活かした主体的かつ具体的な目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるよう支援します。また介護サービスの活用だけでなく、住民主体の通

いの場や趣味の集まり等地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、多様な選択を支援します。

また、介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、公正・中立性を確保した上で委託先事業所を選定し、できるだけ初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うよう努め、適切に関与します。

⑤在宅医療・介護連携推進事業

高齢者が疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における在宅医療・介護関係機関等の連携による、切れ目のない医療・介護サービスの提供が重要です。

センターは、地域の医療・介護の資源の把握や多職種と連携した在宅医療・介護連携に関する相談支援、ACP の普及・啓発等在宅医療・介護連携に関する理解促進のため、市町と情報を共有し、事業を推進します。

また、本人が自分らしい最期を迎えるための看取り介護のニーズへの対応や、関係者が効果的に情報共有を行うためにＩＣＴの利用を促進します。

⑥生活支援体制整備事業

センターは、地域の住民や各種団体等の多様な主体が連携しながら、日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていくため、日常生活圏域（第２層）の生活支援コーディネーターをセンター職員より選任します。生活支援コーディネーターは、高齢者の支援ニーズや多様な主体の活動状況について、情報収集及びほんじょうネットも活用して可視化し、それを踏まえた地域に不足する生活支援・介護予防サービスの創設や、高齢者の支援ニーズとサービスとのマッチング等のコーディネート業務を行います。また、そのコーディネート業務を支援する、地域住民や多様な主体が参画した協議体とともに、地域のネットワークの構築を行うことを通じ、第１層生活支援コーディネーターと連携を図りながら、高齢者を支える地域づくりを推進します。

ア　生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組み

センターは、生活支援コーディネーターを中心に、今までに把握している地域のニーズや住民活動はもとより、新たなサービスの担い手となる多様な機関や協議体、生活支援サポーターと連携し、生活支援等サービスの創出や充実に取り組みます。

イ　ボランティア等の支援の担い手に対する支援

センターは、生活支援や介護予防の担い手となるボランティア等が、要支援者等に適切な生活支援や介護予防を提供し、必要時にはセンターなどの適切な機関に連絡することができるよう、介護保険制度や高齢者の特徴、緊急対応について研修を実施する等、地域の実情に応じて支援します。

ウ　地域ケア会議・既存資源、他施策の活用

センターは、地域ケア個別会議等で把握した地域ごとの課題及びニーズについて、生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と情報を共有し、地域に必要な資源を発掘するなど、多様な日常生活上の支援体制づくりを認知症施策と一体的に進めます。また、地域のアセスメントやモニタリングを行う中で、地域資源を有効に組み合わせ活用できるよう、生活支援コーディネーター等と連携します。

⑦認知症総合支援事業

共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行に伴い、認知症になっても本人の意思が尊重され、希望をもって暮らすことができるよう、センターは、認知症地域支援推進員が中心となって、医療機関や介護サービス、地域の支援機関等とのネットワーク形成と支援体制の構築を行い、地域の認知症の人に対するケアの向上を図ります。

ア　認知症初期集中支援推進事業

センターは、認知症初期集中支援チームと連携して、認知症の人やその家族に関わり、早期診断・早期対応につなげ、地域での継続した支援を行います。

イ　認知症地域支援・ケア向上事業

センターは、認知症地域支援推進員を配置し、若年の方も含めたあらゆる年代の認知症の人に対して、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう関係機関の連携を図るため、認知症ケアパスの普及、ネットワークを構築するとともに、相談支援や支援体制を推進します。

また、認知症カフェの開催や、多職種協働のための事業実施に係る企画・調整を行うとともに、認知症の人本人からの発信を支援し、本人及び家族の視点を活動に反映しながら進めます。

認知症地域支援推進員は、研修等に参加し、認知症地域支援推進員としての知識を常に更新し、各事業の連携や地域の支援体制の構築とともに、地域の実情に応じた認知症ケアの向上を図る取り組みを推進します。

ウ　認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

認知症に関する正しい理解を深めるための普及・啓発のため、キャラバン・メイトとの連携のもと、地域や職域での認知症サポーター養成講座の積極的な開催に努めます。

また、認知症地域支援推進員がオレンジコーディネーターを兼務し、認知症の人本人やその家族、認知症サポーター等からの情報を収集・分析してニーズを把握し、認知症の人やその家族のニーズとチームオレンジの支援とのマッチングなど、チームオレンジの運営を支援します。センターはチームオレンジと協力し、地域の支援体制を推進します。

（２）多職種協働による地域支援ネットワーク

センターは、介護サービスに限らず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなど様々な社会資源と連携することができる環境を整備するため、地域ケア個別会議の開催や関係機関が開催する会議等に参加し、様々な機会を捉え多職種のネットワーク構築に努めます。

（３）その他

①一般介護予防事業

センターは、些細な変化から生活機能が低下する例も多い高齢者の早期発見・早期対応を図るため、様々な情報の把握に努め、支援が必要な高齢者を必要なサービスにつなげるとともに、高齢者が積極的にセルフケアの取組が実施できるよう働きかけます。また、介護予防に関する普及啓発を行い、地域から情報を得やすい関係性を作ります。

センターは、現在支援の必要がない高齢者が、住民主体の通いの場で役割を担うことで自身の介護予防につながることから、通いの場を充実・持続して運営できるよう支援します。また、通いの場を必要とする高齢者への支援のため、地域のサービスや活動の充実、地域の互助の取組等への展開を積極的に考え、加速する高齢化に対応できるまちづくりを推進します。

ア　介護予防教室

センターは、地域で実施するいきいき教室や介護予防出前講座等の介護予防事業に積極的に参加し、地域において顔の見える関係を築きます。

イ　はにぽん筋力トレーニング教室・はにぽんお口の健康体操

センターは、高齢者がいつまでも健康で生きがいを持って生活できるための居場所をつくるために、民生委員、自治会、シニアクラブ、社会福祉協議会等と連携し、教室の普及・充実を図ります。また、地域で活動しているサポーターのフォローアップ研修会やサポーター養成講座へも積極的に参加し、サポーターと円滑な連携が取れるよう、地域と顔の見える関係を築きます。

②介護者教室

センターは、在宅介護を行っている方等を支援するため、実践的な介護に関する研修教室を実施します。

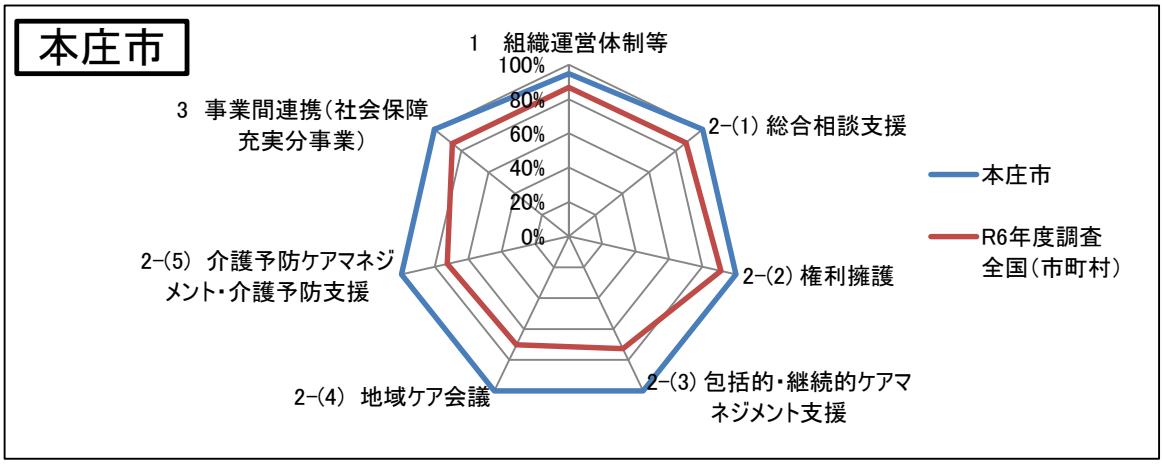
資料２

報　告　事　項

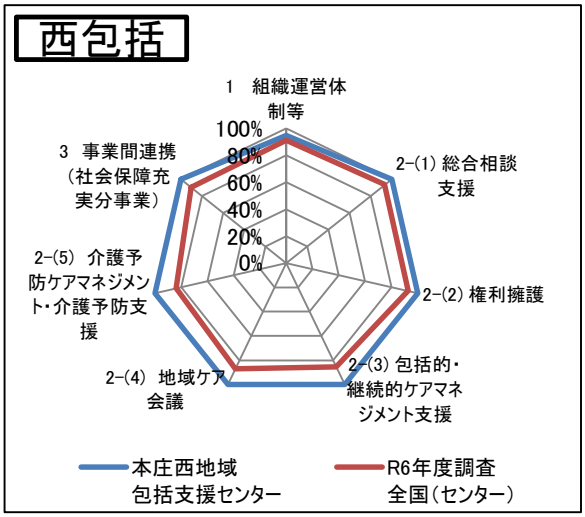
（1）令和6年度の市及び地域包括支援センターの事業評価について

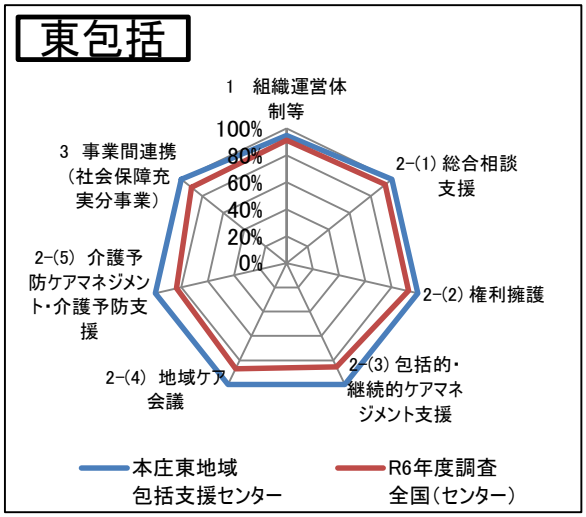
●以下の比較図については、厚生労働省で定めた市町村及び地域包括支援センターの評価指標に基づき、令和6年度に実施した令和5年度のセンターの運営状況調査（自己評価）の結果を全国平均と比較した図となっています。

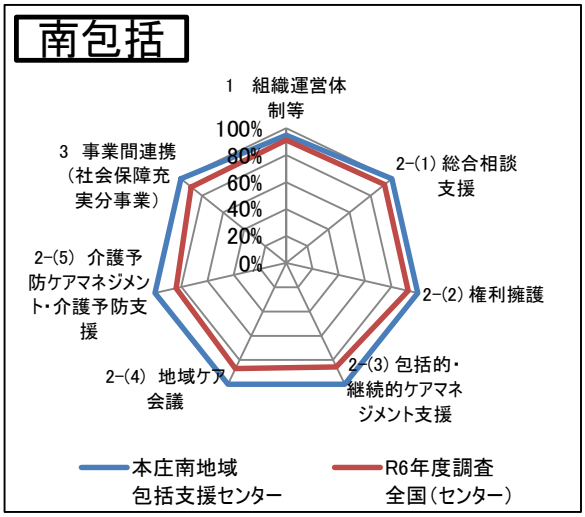
①本庄市と全国平均との比較

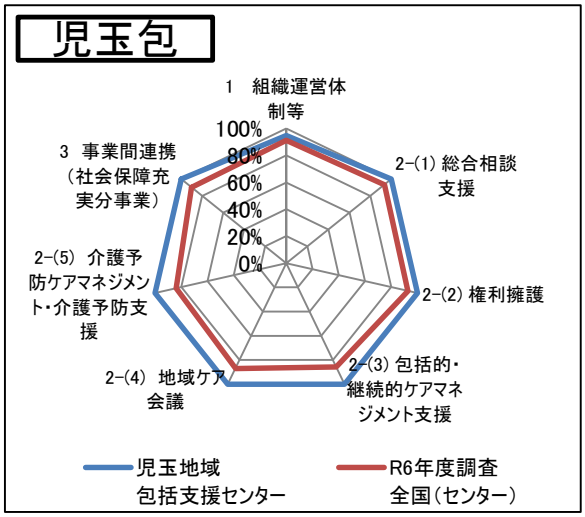


②各センターと全国平均との比較





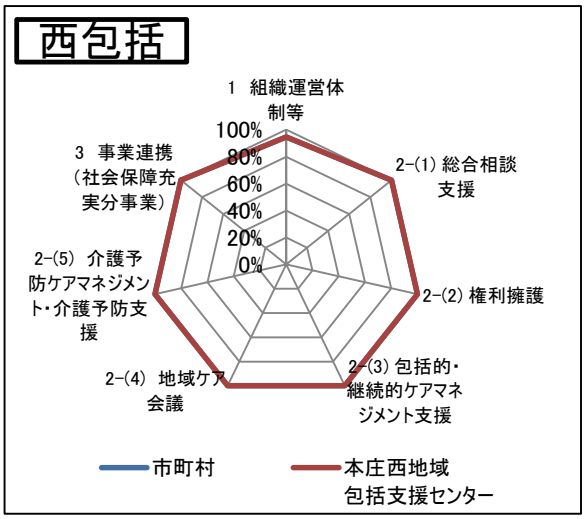


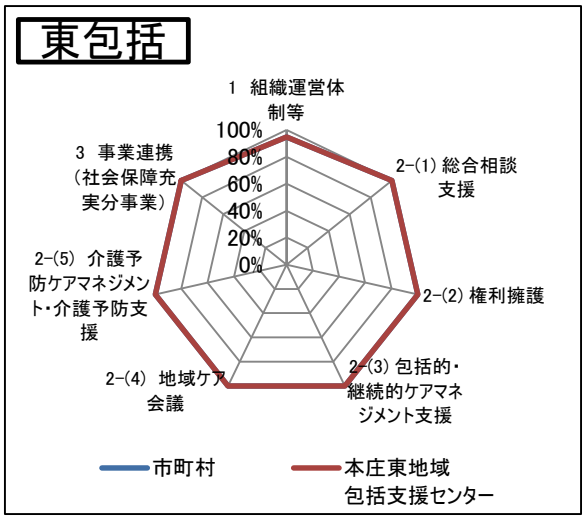


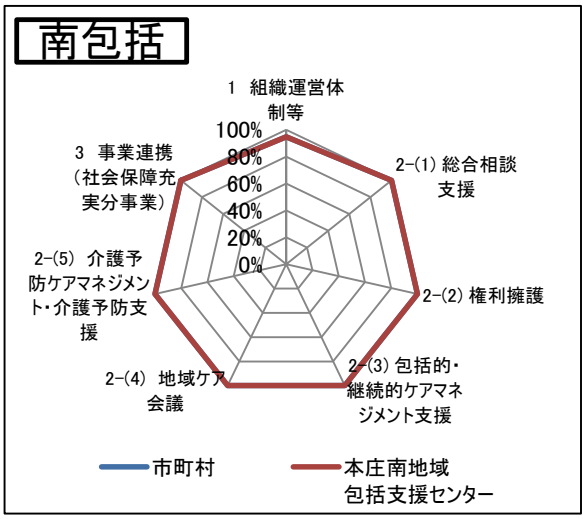
◆本市の地域包括支援センターの特徴

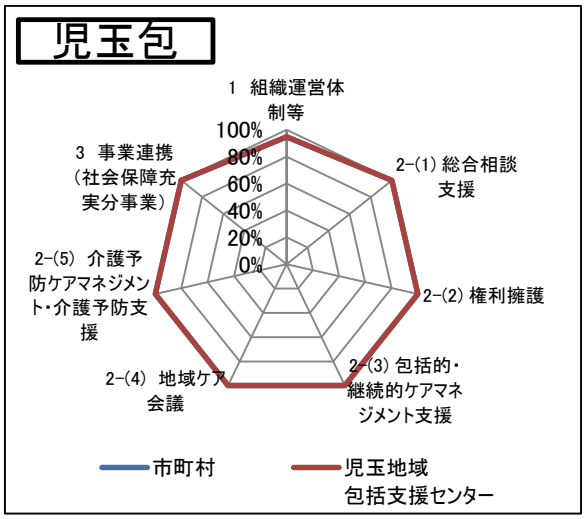
各センターに5名の職員を配置し、前年同様組織体制は充実し、職員の体制が整っているため、総合相談業務を始めとした地域ケア会議、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援等、全て全国平均を上回っています。

③各センターと本庄市との比較









◆上図の各センターと本庄市の比較の結果、ほぼ100%となっています。なお、全ての包括で、組織運営体制等が100%に満たない（94．7%）が、指標である「3職種を配置しているか」の項目で、保健師ではなく、保健師に準ずる者としての看護師を配置しているためです。

報　告　事　項

（２）介護予防支援等委託先事業所について

資料３

●新規に委託した指定介護予防支援等業務を行う居宅介護支援事業所

所在	指定居宅介護支援事業所	住　　所	開始月
本庄市	ケアセンター　はじめ	本庄市児玉町児玉南4-11-32	令和6年8月
ときがわ町	ケアプラン上田	ときがわ町瀬戸元下110-39	令和6年9月
神川町	ケアプラン結い	神川町関口133-1	令和6年10月

介護予防支援等委託先事業所一覧（令和7年1月分）

所在	指定居宅介護支援事業所	住　　所	本庄西	本庄東	本庄南	児玉
本庄市	吉沢病院指定介護支援センター	1216-1	○	○	○	
	居宅介護支援事業所のんびり森	日の出3-1-12	○	○		
	居宅介護支援　ちとせ	日の出3-3-6		○		
	居宅介護支援事業所　青い風	日の出3-6-50	○			
	居宅介護支援事業所ふくしまライフサポート	寿2-4-10			○	
	ケアプランセンタージャム	西五十子446-15		○		○
	居宅介護支援センター　彩	西五十子634-4	○			○
	トマト村	早稲田の杜5-14-8	○	○	○	
	あずみ苑本庄	西富田739-1	○		○	
	シャローム居宅介護支援センター	今井1251－1			○	○
	ケアプラン四季	四季の里2-15-9		○	○	○
	居宅介護支援事業所　翔	前原1-3-7-B102	○		○	
	しゃくなげケアプランセンター	前原2-2-3	○	○	○	
	在宅介護支援センター安誠園	本庄3-1-21		○	○	
	本庄居宅介護支援センター	小島5-6-1	○			
	ライフプランシナモン	北堀705-1	○	○	○	○
	ことりケアプラン	下野堂1-21-12-Ⅱ104		○		
	ひまわり児玉	児玉町入浅見838-3				○
	児玉居宅介護支援センター	児玉町金屋1302-1				○
	あゆみ居宅介護支援事業所	児玉町金屋1465-15			○	○
	ベル居宅介護支援事業所	児玉町八幡山274-1				○
	ケアセンター　はじめ	児玉町児玉南4-11-32				○
	むさしの居宅介護支援サービス	児玉町飯倉170-3				○
美里町	居宅介護支援センター「けいあい」	美里町小茂田749		○		○
	居宅支援サービスくどう	美里町木部80-1			○	
	居宅介護支援事業所　陽寄りの丘	美里町甘粕139-7　篠原ビル	○		○	○
	居宅介護支援事業所　ももよの丘	美里町白石2323-1				○
神川町	在宅介護支援センターいずみ	神川町上阿久原567				○
	ケアプラン結い	神川町関口133-1				○
上里町	かみさと居宅介護支援事業所	上里町堤487-1			○	
	生協介護センター　こだま	上里町七本木3556-4-102	○		○	○
	ケアプラン心の里	上里町七本木420	○	○		
	ケアプランさわやか	上里町七本木2169-9			○	
	ハピネスケアセンター	上里町神保原町354-2	○		○	○
深谷市	ラパン居宅介護支援事業所	深谷市町田357				○
	ケアセンターみのり	深谷市人見1926-1		○		
	スマイルケアサポート	深谷市上柴町東5-15-20			○	
	福寿園ケアセンター	深谷市本郷341-1			○	
	居宅介護支援事業所ウェルーツ	深谷市見晴町4-64-A号室			○	
ときがわ町	ケアプラン上田	ときがわ町瀬戸元下110-39				○
高崎市	城東ケアプラザ	高崎市栄町2-2	○			
藤岡市	ケアプランセンターオアシス	藤岡市三波川215-2				○

資料４－１

令和7年度市町村保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果

整理番号	都道府県名	項目 / 保険者名	保険者機能強化推進交付金											介護保険保険者努力支援交付金											推進交付金＋努力支援交付金			
			目標Ⅰ 持続可能な地域のあるべき姿			目標Ⅱ 公正・公平な給付を行う体制の構築			目標Ⅲ 介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	合計	目標Ⅰ 介護予防/日常生活支援の推進			目標Ⅱ 認知症総合支援の推進			目標Ⅲ 在宅医療・在宅介護連携体制の構築			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	合計	体制・取組指標群 計	活動指標群 計	アウトカム指標群 計	総合計
			体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計			体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計							
		配点	64	36	100	68	32	100	64	36	100	100	400	52	48	100	64	36	100	68	32	100	100	400	380	220	200	800
		全国平均	49.5	10.0	59.4	47.3	18.1	65.4	38.9	7.7	46.6	47.8	219.3	35.1	20.2	55.3	33.3	13.2	46.5	53.3	12.8	66.1	47.8	215.8	257.4	81.9	95.7	435.0
		埼玉県平均	52.6	10.8	63.3	44.6	16.1	60.6	43.7	6.4	50.1	48.8	222.9	38.1	18.9	57.0	35.6	10.6	46.2	61.5	12.0	73.5	48.8	225.5	276.1	74.7	97.6	448.4
529	埼玉県	本庄市	55	12	67	60	20	80	40	12	52	65	264	50	33	83	34	15	49	68	4	72	65	269	307	96	130	533

総合評価	保険者機能強化推進交付金	全国平均	全国順位（※広域は除く）	介護保険保険者努力支援交付金	全国平均	全国順位（※広域は除く）	推進交付金＋努力支援交付金	全国平均	全国順位（※広域は除く）
		埼玉県平均	埼玉県内順位（※広域は除く）		埼玉県平均	埼玉県内順位（※広域は除く）		埼玉県平均	埼玉県内順位（※広域は除く）
	400点中 264点	219.3点	1,741市町村中 307位	400点中 269点	215.8点	1,741市町村中 145位	800点中 533点	435.0点	1,741市町村中 246位
		222.9点	63市町村中 13位		225.5点	63市町村中 7位		448.4点	63市町村中 8位

※平均点は小数点第二位を四捨五入しているため、合計点が合わない場合があります。

資料４－２

令和７年度保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標（市町村分）

１．令和７年度保険者機能強化推進交付金評価指標（市町村分）

※　配点合計 400 点満点。
※　網掛けは、厚生労働省が既存統計を活用して評価を行う項目であり、各自治体において回答が不要な項目である。

目標Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする（配点 100 点）

目標Ⅰ：（ⅰ）体制・取組指標群（４項目、配点 64 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。 ア　「地域包括ケア「見える化」システム」を活用し、サービス資源や給付費等の現状把握・分析等を行っている イ　日常生活圏域別の特徴を把握・整理している ウ　地域の介護保険事業の特徴を踏まえ、相談窓口やサービスの種類・内容、利用手続などについて、住民に周知を行っている エ　地域の介護保険事業の特徴を公表している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、各種施策を展開していく前提として、自らの地域の介護保険事業の特徴を把握し、これを地域の中で共有できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ア及びイは、一人当たり給付費（費用額）（年齢等調整済み）、要介護認定率（年齢等調整済み）、在宅サービスと施設サービスのバランスその他のデータ等に基づき、全国平均、近隣保険者その他の数値との比較や経年変化の分析を行いつつ、当該地域の特徴の把握と要因分析を行っている場合に評価の対象とする。 ○　なお、保険者として取り組むべき課題の考察に至る現状把握や地域分析を対象とし、単に認定率や保険料額の高低を認識するに留まる場合は、非該当とする。 ○　また、ここでの特徴とは、分析結果から得られた当該地域の強み又は課題・改善点などを想定している。 ○　イについて、日常生活圏域が１の場合は、１の圏域として特徴を把握・整理できていれば評価の対象として差し支えない。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エ 各４点 （最大 16 点）

		○　ウは、イで整理した地域資源等について、地域住民が必要な際に利用、選択しやすいように周知を行っている場合に評価の対象とする。なお、ここでいう「地域資源等」とは、各種地域資源が提供しているサービスの種類、その空き状況、サービス別の要介護度の状況、利用期間などが想定される。また、「相談窓口やサービスの種類・内容、利用手続」には、認知症ケアパスなども含まれる。 ○　エは、ア・イで把握した地域の特徴について、データや分析・考察結果などと併せて公表することを通じて、地域住民と地域課題や今後の地域の在り方に関する問題意識等を共有している場合を想定している。 ○　ウ・エの「周知」・「公表」の方法は、各自治体のホームページ・広報への掲載やリーフレットの配布などが想定される。		
2	介護保険事業計画の進捗状況（介護サービス見込量の計画値と実績値の乖離状況）を分析しているか。 ア　毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている イ　モニタリングの結果を外部の関係者と共有し、乖離の要因やその対応策について、外部の関係者を含む議論の場で検証を行っている ウ　モニタリングの結果やイの検証を踏まえ、サービス提供体制について必要な見直しを行っている エ　モニタリングの結果を公表している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護保険事業計画の進捗管理を通じたPDCAサイクルが確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　アは、計画値と実績値との乖離状況とその要因を考察しているものを対象とし、単に認定者数、受給者数、サービス種類別の利用者数、給付実績等の数値を把握したにすぎないものは非該当とする。なお、モニタリングは最低でも年に１回は行うものとする。 ○　また、アの「毎年度」は、当該年度においてモニタリングを行っている場合に評価の対象とする。 ○　イの「議論の場」は、地域ケア会議や計画策定委員会等、庁外の地域の関係者が参加しているものが想定され、市町村職員のみで行われたものや、単に現状の報告に留まる場合は非該当とする。 ○　ウのサービス提供体制の見直しに向けた検討に当たっては、入所施設や有料老人ホーム等の高齢者住宅等の利用状況も含めて情報収集・分析することが重要である。 ○　ウの「サービス提供体制について必要な見直し」とは、サービス提供体制に係る整備目標につき、当該整備目標の下で、将来の人口推計に基づいたサービス需要（ニーズ）を踏まえてサービス提供体制の確保のために具体的な改善策を講じた場合のほか、今期計画期間中に当該整備目標そのものの見直しを行う場合、ア及びイによる考察を踏まえて検討した結果、次期計画期間以降に当該整備目標を見直すこととした場合及び当面、その見直しを行わないと判断した場合も含む。この点、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」参照のこと。 ○　なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や（看護）小規模多機能型居宅介護については、計画値と実績値に乖離が見られる自治体が多いことから、アのモニタリング、イの検証を行った上で、介護保険事業計画へ反映し、具体的な改善策を講じることが重要である。 ○　エの「公表」の方法は、会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などが想定される。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エ 各４点 （最大 16 点）
3	自立支援、重度化防止等に関する施策について、実施状況を把握し、必要な改善を行っているか。 ア　毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している ①　介護予防・生活支援サービス ②　一般介護予防事業 ③　認知症総合支援 ④　在宅医療・介護連携 イ　次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている ①　介護予防・生活支援サービス	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護保険事業計画の進捗管理に加え、各種施策レベルにおいても PDCA サイクルが確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ア～エは、各施策分野に該当する全ての事業について、網羅的に実施されていることまでを求めるものではないが、少なくとも各自治体において、介護保険事業計画に目標を明記している事業など、当該自治体が主要と考える事業に関して	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エのうち ①～④ 各１点（複数選択可） （最大 16 点）

	② 一般介護予防事業 ③ 認知症総合支援 ④ 在宅医療・介護連携 ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている ① 介護予防・生活支援サービス ② 一般介護予防事業 ③ 認知症総合支援 ④ 在宅医療・介護連携 エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している ① 介護予防・生活支援サービス ② 一般介護予防事業 ③ 認知症総合支援 ④ 在宅医療・介護連携	実施できている場合に評価の対象とする。 ○ アは、第８期計画期間を通じた施策の実施状況を把握・分析した上で、第９期計画期間に向け、当該分析結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。また、ここでいう「毎年度」は、当該年度において事業の実績（アウトプット）について、データとして整理を行っている場合をいう。 ○ イの評価指標は、アウトカムが望ましいが、これにより難い場合は、参加人数や実施回数など、定量的に把握可能なアウトプットで差し支えない。この点、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」参照。 なお、介護保険事業計画等既存の行政計画において、これらの評価指標を既に設定している場合についても評価の対象として差し支えない。 ○ エの成果の公表は、最低限、当該年度において事業実績を公表する場合に評価の対象とする。また、公表方法は、会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などが想定される。		
4	保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。 ア 年に１回以上、評価結果を庁内の関係者間で説明・共有する場がある イ アの場には、庁内のみならず、外部の関係者が参画している ウ アの場における意見を、施策の改善・見直し等に活用している	【評価の視点】 ○ 本評価指標は、各種施策の遂行、PDCA サイクルの実施に当たって、保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を有効に活用できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○ アは、庁内の関係各課が集まり、評価結果を踏まえた課題や今後の改善の方向性等について意見交換を行うことなどが想定される。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エ 各４点 （最大 16 点）

	エ 市町村において全ての評価結果を公表している	○ イは、地域ケア会議や計画策定委員会等既存の会議体に、議題を追加して報告し、アと同様の意見交換を行うことなどが想定される。 ○ ウは、アを踏まえ、翌年度予算編成等に適切に反映し、施策の改善等につなげていくことが重要である。また、アの場における意見は、全ての事業について、網羅的に活用されていることまでを求めるものではなく、一部の事業に活用した実績があれば評価の対象とする。 ○ エは、当該市町村として、少なくとも直近（令和６年度評価指標）の評価結果について、全ての評価項目（ア～エ等の小項目レベル）ごとの得点獲得状況を公表している場合に評価の対象とする。また、公表方法は、アからウまでのプロセスを踏まえた上で、会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などが想定される。		
目標Ⅰ：（ⅱ）活動指標群（３項目、配点 36 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	今年度の評価得点 ア 上位７割 イ 上位５割 ウ 上位３割 エ 上位１割	○ 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金に係る評価結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ ここでは、令和７年度評価得点（保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金に係る合計得点）の全国順位を評価する。	2024 年度実績を評価	ア～エ 各３点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）
2	後期高齢者数と給付費の伸び率の比較 ア 上位７割 イ 上位５割	○ 「地域包括ケア「見える化」システム」のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ ここでは、起点からその 6 年後における後期高齢者数の伸び率から、給付費の伸び率を除して得た数を評価する。	2017 年 → 2023 年の伸び率	ア～エ 各３点 エに該当すれば

	ウ　上位３割 エ　上位１割			ア～ウも得点 （最大 12 点）
3	PFS（成果連動型民間委託契約方式）による委託事業数 ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、成果連動型民間委託契約方式とは、「自治体が行政課題の解決に対応した成果指標を設定し、成果指標値の改善状況に連動して委託費等を支払うことにより、民間事業者に対して、より高い成果の創出に向けたインセンティブを働かせる契約方式」をいい、高齢者の自立支援・重度化防止又は介護給付の適正化に資するものであれば事業内容は問わない。 ○　ここでは、多様な主体と成果連動型の委託契約を結び、介護予防等に資する事業を実施している場合の委託事業数を評価する。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各３点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）

目標Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する（配点 100 点）

目標Ⅱ：（ⅰ）体制・取組指標群（２項目、配点 68 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	介護給付費の適正化に向けた方策を策定しているか。 ア　地域のサービス資源や給付費等の動向を把握し、他の地域とも比較・分析の上、介護給付費の適正化方策を策定している イ　介護給付費の適正化方策に基づく取組の効果を検証するための評価指標を定めている ウ　イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている エ　イの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、市町村が策定する介護給付費の適正化方策及びこれに基づく各種取組に関して、PDCA サイクルが確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　介護給付費の適正化方策については、第９期計画に盛り込まれているもののほか、当該計画とは別に策定する場合も評価の対象として差し支えない。 ○　アは、第８期計画期間を通じた施策の実施状況を把握・分析した上で、第９期計画期間に向け、当該分析結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。また、ここでいう「他の地域と比較・分析」に当たっては、「地域包括ケア「見える化」システム」等を活用し、データを基に、庁内で検討が行われていることを前提とする。 ○　イの評価指標は、点検件数などの定量的に把握可能なアウトプットで差し支えない。 ○　エの成果の公表は、最低限、当該年度において事業実績を公表する場合に評価の対象とする。また、公表は会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などが想定される。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エ 各８点 （最大 32 点）
2	介護給付費適正化事業を効果的に実施しているか。 ア　３事業の全てを実施している イ　縦覧点検 10 帳票のうち、効果が高いと期待される４帳票をいくつ点検しているか	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護給付費の適正化方策を踏まえ、介護給付費適正化事業が効果的に実施されているかどうかを評価する。 【留意点】	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア ６点 イのうち ①～③ 各２点

	①　２帳票 ②　３帳票 ③　４帳票 ウ　ケアプラン点検の実施に当たって、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に係るものも含めている エ　福祉用具の貸与後に、リハビリテーション専門職等が用具の適切な利用がなされているかどうかを点検する仕組みがある オ　福祉用具購入費・住宅改修費の申請内容について、リハビリテーション専門職等がその妥当性を検討する仕組みがある	○　アは、１のアの介護給付費適正化方策が策定されていることが前提。また、ここでいう「３事業」とは、「介護給付適正化計画」に関する指針（令和５年９月 12 日老介発 0912 第１号の別紙。以下「適正化計画指針」という。）の第二の(2)①に掲げる ・要介護認定の適正化 ・ケアプラン等の点検 ・縦覧点検・医療情報との突合 をいう。 ○　「ケアプラン等の点検」は、「ケアプランの点検（地域支援事業の任意事業（介護給付等費用適正化事業）及びその他の枠組みで行われるケアプラン点検を指し、「居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業所からの提出、又は事業所への訪問等による保険者の視点からの確認及び確認結果に基づく指導等を行う」ものをいう。）」「住宅改修の点検（適正化計画指針の第二の(2)①2)ⅱに掲げる点検をいう。）」「福祉用具購入・貸与調査（同ⅲに掲げる調査をいう。）」を統合したものをいい、いずれかの点検又は調査を実施している場合には、「ケアプラン等の点検」を実施しているものとする。 ○　「縦覧点検・医療情報との突合」を国保連に委託して実施している場合も評価の対象として差し支えない。 ○　アは、３事業の全てを実施している場合にのみ評価の対象とする。 ○　イの「縦覧点検 10 帳票のうち、効果が高いと期待される４帳票」とは、国保連合会介護給付適正化システム＜提供情報活用マニュアル＞（令和３年９月＜第９版＞）に記載されている以下の帳票を指している。 ①　居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表 ②　重複請求縦覧チェック一覧表 ③　算定期間回数制限縦覧チェック一覧表 ④　単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表		ウ～オ 各８点 イの①～③は、③に該当すれば①・②も得点 （最大 36 点）

		上記の縦覧点検４帳票のうち、取組の対象とした１年間に出力された全件の点検を実施している帳票の数とする。 国保連に委託し実施している場合も評価対象として差し支えない。 点検対象がなく帳票が出力されない場合、その帳票は評価の対象とはならない。 ○　ウは、都道府県が家賃や介護保険外のサービス提供費用等について情報収集を行った上で、市町村においてこれらの情報提供を受けるなどにより、ケアプラン点検を行っている場合に評価の対象とする。 ○　ウの評価に当たって、有料老人ホーム等が管内にない市町村については、当該市町村の被保険者が他市町村の有料老人ホーム等に入居し、介護サービスを適正に利用しているか等の実態について情報収集を行い、必要に応じ都道府県や他市町村と連携して対応できる体制を構築している場合は評価の対象とする。 ○　エ・オの「リハビリテーション専門職等」の関与に当たっては、関係団体や都道府県・近隣市町村による広域団体等と連携して関与する仕組みがある場合も対象に含む。 ○　オは、福祉用具購入費・住宅改修費のいずれかにリハビリテーション専門職等が関与していれば評価の対象として差し支えない。また、住宅改修費の申請内容の検討に係る「リハビリテーション専門職等」には、建築専門職、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上を含む。		
目標Ⅱ：（ⅱ）活動指標群（２項目、配点 32 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	ケアプラン点検の実施割合	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、ケアプラン点検は、地域支援事業の任意事業（介護給付等費用適正化事業）及びその他の枠組みで行われるケア	2023 年度実績を評価	ア～エ 各４点

	ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	プラン点検を指し、「居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業所からの提出、又は事業所への訪問等による保険者の視点からの確認及び確認結果に基づく指導等を行う」ものをいう。 ○　また、点検対象とするケアプランには、国保連合会介護給付適正化システム＜提供情報活用マニュアル＞（令和３年９月＜第９版＞）に記載されている以下の給付実績の帳票を活用して選定したものを必ず含めて行うものとする。 ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表 ・支給限度額一定割合超一覧表 ○　ケアプラン点検数の計上に当たっては、１の対象者に点検対象とした月数を乗じて得た件数（１の対象者につき６月分の点検を行った場合は６件）の合計数とすること。		エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 16 点）
2	医療情報との突合の実施割合 ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、実施割合は、国保連合会介護給付適正化システム＜提供情報活用マニュアル＞（令和３年９月＜第９版＞）に記載されている以下の突合区分において、取組の対象とした１年間の出力件数のうち点検した件数の割合とする。 ・突合区分「01」 ・突合区分「02」 ※　対象リストは国保連介護給付適正化システムの「医療給付情報突合リスト」。件数は当該リストの１年間の出力件数（市町村により 2023 年度に点検開始する突合月が異なることから「取組の対象とした」と記載している）。 ○　国保連に委託し実施している場合も評価対象として差し支えない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各４点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 16 点）

目標Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する（配点 100 点）

目標Ⅲ：（ⅰ）体制・取組指標群（２項目、配点 64 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	地域における介護人材の確保・定着のため、都道府県等と連携しつつ、必要な取組を実施しているか。 ア　地域における介護人材の現状や課題を把握し、これを都道府県や関係団体と共有している イ　都道府県や関係団体の取組と協働した取組を行っている ウ　市町村としての独自事業を実施している エ　イ又はウの取組の成果を公表している オ　地域における介護人材の将来的な必要数の推計を行い、これを公表している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、地域における介護人材の確保・定着を図るため、当該地域の実情を踏まえつつ、都道府県等と連携した取組その他の必要な取組ができているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ここでいう「介護人材」は、介護サービス事業所・施設に従事する職員のみならず、地域における高齢者の自立支援、重度化防止に関わる人材全般を広く捉えて差し支えない。 ○　アは、都道府県が介護人材の現状や課題を整理し、これを市町村に共有している場合も評価の対象とする。 ○　イは、地域における介護人材の課題等を共有した上で、都道府県や関係団体が行う取組の企画・立案、実行のプロセスの全部又はいずれかに関与している場合に評価の対象とする。 ○　ア及びイの「関係団体」は、介護福祉士会等の職能団体や、老人福祉施設協議会等の事業者団体、社会福祉協議会、介護福祉士養成施設等の学校関係団体などが想定される。 ○　ウは、地域医療介護総合確保基金その他の補助事業や市町村による単独事業などにより、市町村が実施主体となって事業を行っている場合（複数の市町村で共同実施する場合を含む。）に評価の対象とする。 ○　エの成果の公表は、最低限、当該年度において事業実績を公表する場合に評価の対象とする。また、公表方法は、会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などが想定される。 ○　オは、市町村として推計を行い、当該市町村における介護	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～オ 各６点 （最大 30 点）

		保険事業計画等に盛り込まれ、かつこれが公表されている場合に評価の対象とする。		
2	地域におけるサービス提供体制の確保や、自立支援・重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における関係者との連携体制が確保されているか。 ア　介護・福祉関係部局や医療、住まい、就労関係部局など、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた庁内の連携を確保するための場又は規程がある イ　都道府県や事業者、関係団体、専門職等外部の関係者との連携を確保するための場がある ウ　ア及びイの連携体制を、次の施策分野ごとの取組に活用している ①　介護予防・生活支援サービス ②　一般介護予防事業 ③　認知症総合支援 ④　在宅医療・介護連携 ⑤　介護人材確保等 エ　ア及びイによる連携体制を活用し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援に関する取組を実施している オ　ア及びイによる連携体制を、重層的支援体制整備事業の実施や地域の誰もが参画できる場づくりなど、介護保険事業に留まらない地域づくりにも活用している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、各市町村の庁内・庁外における連携体制の構築状況と、当該連携体制を基盤とした取組の実施状況を評価する。 【留意点】 ○　連携の必要性及び内容は、地域の実情や課題等に応じて異なるものであり、現在の連携体制がこれらに照らして、十分に機能しているか（課題の解決に向け、取組が着実に進められているかなど）といった観点から評価を行うこと。 ○　アは、単に介護保険担当部局間の連携に留まらず、医療や障害者、子ども、住まい、就労など、分野横断的な連携体制が庁内における恒常的なシステムとして構築されている場合に評価の対象とする。 ○　イの「外部の関係者」は、都道府県のほか、次のような者が想定されるが、地域の実情や取組内容によって次のような者に限られるものではない。 ①　医師等の医療関係者又は医療関係団体 ②　介護サービス事業者又は事業者団体 ③　介護福祉士・社会福祉士等の現場従事者又は職能団体 ④　介護福祉士・社会福祉士養成施設等の教育関係者 ⑤　被保険者代表や利用者家族、利用者団体 ⑥　自治会関係者 ⑦　民生委員 ⑧　ボランティア団体その他の生活支援サービスを実施する団体 ○　ウは、ア又はイの議論を事業の改善に反映することや、関係団体等との協働による研修や専門職派遣など、単なる情報提供ではなく、連携体制を基盤とした具体的な取組が行われている場合に評価の対象とする。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア、イ、エ、オ 各 6 点 ウのうち ①～⑤ 各 2 点（複数選択可） （最大 34 点）

		○　エの「高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援」とは、市町村の庁内連携（福祉部局と住宅部局等の連携）に加え、居住支援法人、社会福祉法人、不動産事業者等と連携し、高齢者の入居支援や入居後の見守り等の生活支援を一体的に提供すること等が想定される。具体的には、「住まい」と「生活支援」を一体的に受け付ける相談窓口の設置や、居住支援協議会の設置等を通じた住宅情報の紹介・斡旋、入居後の見守り等の生活支援の取組等を実施している場合に評価の対象とする。 　なお、ここでいう「相談窓口」は、生活困窮者自立支援制度の相談窓口のみの設置をもって評価対象とすることは想定していないが、例えば、地域共生の推進の観点から、「重層的支援体制整備事業」として高齢者以外の者も対象とした総合相談窓口として設置している場合は評価の対象となり得る。		
目標Ⅲ：（ⅱ）活動指標群（３項目、配点 36 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	高齢者人口当たりの地域住民に対する介護の仕事の魅力を伝達するための研修の修了者数 ア　上位 7 割 イ　上位 5 割 ウ　上位 3 割 エ　上位 1 割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　ここでは、介護人材のすそ野を広げるなどのため、地域住民を対象とした介護に関する研修を評価する。 ○　市町村が実施主体として開催しているもののほか、当該地域において関係団体と連携して開催する場合も含めて差し支えない。 ○　地域医療介護総合確保基金のメニューである「入門的研修」や「地域における介護のしごと魅力発信事業」等の研修が想定されるが、市町村独自の事業であっても差し支えない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各 3 点 エに該当すればア～ウも得点 （最大 12 点）

2	高齢者人口当たりの介護人材（介護支援専門員を除く。）の定着、資質向上を目的とした研修の修了者数 ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　ここでは、介護支援専門員を除き、現任の介護職員を対象とする研修を評価する。 ○　市町村が実施主体として開催しているもののほか、当該地域において関係団体と連携して開催する場合も含めて差し支えない。 ○　地域医療介護総合確保基金のメニューである「多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業」のほか、「喀痰吸引等研修」、「サービス提供責任者研修」等の研修が想定されるが、市町村独自の事業であっても差し支えない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各３点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）
3	介護支援専門員を対象としたケアマネジメントの質の向上に関する研修（介護支援専門員法定研修を除く。）の総実施日数 ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　ここでは、介護支援専門員を対象とする研修を評価する。 ○　研修テーマは、介護支援専門員法定研修において学習する科目を補完又は応用した内容を想定している。 ○　市町村が実施主体として開催しているもののほか、当該地域において職能団体等と連携して開催する場合も含めて差し支えない。 ○　研修の定員規模は問わない。 ○　実施日数は、研修の時間数が１日につき４時間以上の場合に計上する。 ○　１日の研修時間が４時間に満たない研修については、当該年度における該当の研修の総時間数を４で除して得た数（端数切り捨て）とする。 ○　内容が同一の研修を複数の日程や複数の会場で実施する場合については、重複して計上することはできない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各３点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）

目標Ⅳ　高齢者がその状況に応じて可能な限り自立した日常生活を営む（配点 100 点）

目標Ⅳ：成果指標群（５項目、配点 100 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	軽度【要介護１・２】 （平均要介護度の変化Ⅰ） 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　変化率の状況 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割 イ　変化率の差 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	（ア）2023 年１月→2024 年１月の変化率 （イ）2023 年１月→2024 年１月と、2022 年１月→2023 年１月の変化率の差	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）
2	軽度【要介護１・２】 （平均要介護度の変化Ⅱ） 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　全保険者の上位７割 イ　全保険者の上位５割 ウ　全保険者の上位３割 エ　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	2020 年１月→2024 年１月の変化率	ア～エ 各５点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 20 点）

3	中重度【要介護３～５】 （平均要介護度の変化Ⅰ） 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　変化率の状況 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割 イ　変化率の差 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	（ア）2023 年１月→2024 年１月の変化率 （イ）2023 年１月→2024 年１月と、2022 年１月→2023 年１月の変化率の差	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）
4	中重度【要介護３～５】 （平均要介護度の変化Ⅱ） 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　全保険者の上位７割 イ　全保険者の上位５割 ウ　全保険者の上位３割 エ　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	2020 年１月→2024 年１月の変化率	ア～エ 各５点 エに該当すればア～ウも得点 （最大 20 点）
5	健康寿命延伸の実現状況 要介護２以上の認定率、認定率の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　認定率 ①　全保険者の上位７割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮	（ア）2024 年１月の認定率 （イ）2023 年１月と 2024 年１	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較

	②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割 イ　認定率の変化率 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割	し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	月の変化率	し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）

２．令和７年度介護保険保険者努力支援交付金評価指標（市町村分）

※　配点合計 400 点満点。
※　網掛けは、厚生労働省が既存統計を活用して評価を行う項目であり、各自治体において回答が不要な項目である。

目標Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する（配点 100 点）

目標Ⅰ：（ⅰ）体制・取組指標群（７項目、配点 52 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。 ア　介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認している イ　ＫＤＢや見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用している ウ　毎年度、ア又はイのデータを活用して課題の分析・共有を行っている エ　データに基づく課題分析等の結果を施策の改善・見直し等に活用している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業を科学的かつ効果的に実施する観点から、データを活用して課題を把握する体制が確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　市町村の職員が、個々の介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認し、若しくは KDB や見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用して介護予防の取組に係る課題の把握を行っている場合に対象とする。 ○　ウの「毎年度」は、当該年度においてデータを活用した課題分析を行い、その結果を資料（記録）として作成・整理した上で、庁内関係者間で共有できている場合に評価の対象とする。また、課題整理に当たっては、行政以外の外部の意見を取り入れていることが望ましい。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア・イ 各１点 ウ・エ 各２点 （最大６点）
2	通いの場やボランティア活動その他の介護予防に資する取組の推進を図るため、アウトリーチ等の取組を実施しているか。	【評価の視点】 ○　本評価指標は、通いの場をはじめとする一般介護予防事業に参加できない者には、多様な課題を抱える者や閉じこもりがちで健康状態が把握できていない者がいることから、こうした者へのアプローチを行う仕組みが確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　アの「課題を把握・分析している」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。 ○　イについては、通いの場に参加していない者を抽出する取組を対象とし、対象者を把握する際の手法は問わないが、医療や介護サービスの利用状況といった実態を把握している場合に評価する。 ○　ウの①は、イ等で把握した結果に基づき参加促進等に向けた居宅への訪問等の取組を対象とし、市町村職員以外（委託先の専門職、民生委員等）が行う場合も含む（訪問サービスＣにより把握を行った場合は含まない）。 ○　ウの②は、医療機関等において、閉じこもりやフレイル等が気になる患者（高齢者）がいた場合に、かかりつけ医が通いの場のチラシを渡して参加を促したり、地域包括支援センターに情報提供したりする仕組みなどが構築されていることを想定。 ○　ウの③は、一般介護予防事業を財源とする取組に限らない。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア及びウのうち①～④（複数選択可）

	ア　通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している イ　通いの場に参加していない者の健康状態や生活状況、医療や介護サービスの利用状況等を定量的に把握し、データとして整理・分析している ウ　ア及びイを踏まえ、通いの場を含む介護予防に資する取組に対して、次のような具体的なアプローチを行っている ①　通いの場に参加していない者の居宅等へのアウトリーチに関する取組 ②　医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みの構築 ③　介護予防に資する取組やボランティアへの参加に対するポイント付与の実施 ④　③のポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化 エ　毎年度、ウの取組の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている			各１点 イ・エ 各２点 （最大９点）
3	介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。 ア　通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している イ　通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入（個別支援）につなげる仕組みを構築している ウ　現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業又は保健事業を契機に、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた早期介入を機能させるため、介護予防等と保健事業との連携が確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ア、イについては、後期高齢者医療保険の担当部門と連携して取り組んでいる場合に対象とする。 ○　アの取組の実践に当たっては、郡市区医師会等の関係団体	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア　１点 イ～エ 各２点 （最大７点）

	エ　毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている	と連携し、医療専門職が関与することが重要である。 ○　ウの「現役世代」とは、後期高齢者医療保険の対象となる前（74 歳）までを想定。また、「連携」については、国民健康保険や健康増進の担当部門と連携し、データの解析、現役世代の生活習慣病対策と介護予防の取組を一体的に企画・立案している場合や、一体的に普及啓発の取組を行っている場合に評価する。なお、取組の実施に当たっては、後期高齢者医療特別調整交付金により実施されているものに限らない。 ○　エについては、後期高齢者医療保険の担当部門と連携して、介護予防等と保健事業の一体的実施に関する全般的な事業評価を実施している場合に評価の対象とする。		
4	通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。 ア　通いの場の参加者の健康状態等を継続的・定量的に把握する体制が整っている イ　毎年度、経年的な評価や分析等を行っている ウ　行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている エ　通いの場の参加者の意見を取り入れている オ　分析結果等をサービス内容の充実等に活用している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業に、地域の高齢者のニーズを的確に反映するとともに、より効果の高いメニューを組み立てる観点から、通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析等を行う体制が確立されているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ア及びイは、通いの場の参加者の健康状態をデータベース化し、これを継続的に更新・分析することなどが考えられるが、具体的な把握・分析の手法は問わない。 ○　イの「毎年度」は、当該年度において評価分析等を行っている場合に評価の対象とする。また、「評価や分析等」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合をいう。 ※　基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、日常生活動作（ADL）の指標（Barthel Index(BI)）等が考えられる。 ○　ウは、イの評価・分析等を行った上で外部機関からの意見を取り入れている場合に評価の対象とする。なお、ここでの「外部」とは大学等の教育機関、関係団体等を想定。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア・ウ・エ 各１点 イ・オ 各２点 （最大７点）

		○　エは、通いの場への継続的な参加や参加意欲の向上につながるよう、通いの場の参加者からの意見を取り入れている場合に評価の対象とする。 ○　通いの場の参加者全員を対象としていない場合も含む。		
5	地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。 ア　国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用し、リハビリテーションに関する目標を市町村介護保険事業計画に設定している イ　郡市区医師会等の関係団体と連携して協議の場を設置し、介護予防の場や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている ウ　リハビリテーション専門職を含む医療専門職を介護予防の場や地域ケア会議等に安定的に派遣するための具体的な内容を議論するなど、イの協議の場を活用している エ　毎年度、取組内容の成果を分析し、改善・見直し等を行い、公表している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、リハビリテーションの推進にあたって都道府県の地域リハビリテーション支援体制を踏まえ、関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制が構築されているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　アについては、「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」を参考にすること。 ○　アの施策の検討については、「地域包括ケア「見える化」システム」を活用したリハビリテーション指標などの確認（サービス提供事業所数、利用率、定員当たりの利用延人員数、経時的評価、他自治体との比較）が想定される。 ○　イについては、地域リハビリテーション活動支援事業等（一般介護予防事業を財源とする取組に限らない）において、医師会等の関係団体と連携し、取組の企画段階からの専門職の関与や定期的な研修会等の開催等の体制構築等を行っているなど、介護予防の場（通いの場をはじめとした地域支援事業における取組、地域ケア会議等）や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている場合に評価の対象とする。 ※　イについて、管内に関係団体がない場合は、郡市区医師会等関係団体及び専門職や近隣の地域で活動する関係団体・専門職との連携でも該当可とする。 ○　イ、ウについては、「地域包括ケアシステム構築に向けた	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア　１点 イ～エ 各２点 （最大７点）

		地域リハビリテーション体制整備マニュアル」を参考にすること。 ○　エの「公表」は、ホームページ等での公開を想定している。		
6	生活支援コーディネーターの活動等により、地域のニーズを踏まえた介護予防・生活支援の体制が確保されているか。 ア　地域における介護予防・生活支援サービス等の提供状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向、高齢者の地域の担い手としての参画状況等を把握し、データとして整理している イ　アで整理したデータを、地域住民や関係団体等に提供・説明している ウ　アで整理したデータを踏まえ、生活支援コーディネーターとともに、協議体を活用しながら、地域の課題を分析・評価している エ　ウの分析・評価を踏まえ、市町村として、介護予防・生活支援サービスの推進方策を策定し、関係者に周知している オ　エで策定した市町村としての推進方策を定期的に見直し、関係者に周知する仕組みがある	【評価の視点】 ○　本評価指標は、地域のニーズを踏まえ、多様な主体によるサービスを把握し、必要に応じてこれらを創出していく観点から、生活支援コーディネーターによる活動を含め、多様な介護予防・生活支援サービスを確保する体制が確立されているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　アの「介護予防・生活支援サービス等」については、介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスのほか、総合事業によるサービスには位置づけられない住民主体の活動（老人クラブ等）や、民間企業等が提供するサービス（買い物支援や移動支援等）などが想定される。 ○　ウの「生活支援コーディネーター」は、１層及び２層を問わない。また、「地域の課題を分析・評価している」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合をいう。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア　１点 イ～オ 各２点 （最大９点）
7	多様なサービスの活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。 ア　介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの実施状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向のほか、現状では対応が困難な地域の困り事等を把握し、データとして整理している イ　介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等の意見を取り	【評価の視点】 ○　本評価指標は、今後の高齢化の一層の進行などを踏まえ、高齢者を含む多世代の地域住民、地域運営組織、NPO や民間の団体など地域の多様な主体による取組の強化などを通じた地域づくりを進めていくことが重要であることから、多様なサービスの活用の推進体制が確立されているかどうかを評価する。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～オ 各１点 カ　２点 （最大７点）

	入れる仕組みを整えている ウ　アで整理したデータ又はイの意見を踏まえ、多様なサービスの推進に向け、地域の課題を分析・評価・共有している エ　ウの分析・評価を踏まえ、多様なサービスの推進に向け、市町村としての推進方策を策定し、関係者に周知している オ　エの推進方策の策定にあたり、多様なサービスの対象者モデルの提示や、第一号介護予防支援事業における目標指向型のケアマネジメントの取組を評価する仕組みを整えている。 カ　ア～オのプロセスを踏まえ、エで策定した市町村としての推進方策を定期的に改善・見直し等を行う仕組みがある	【留意点】 ○　ここでいう「多様なサービス」とは、介護予防・日常生活支援総合事業の多様な主体によるサービスのほか、総合事業によるサービスには位置づけられない住民主体の活動（老人クラブ等）や、民間企業等が提供するサービス（買い物支援や移動支援等）などが想定されるものであり、従前相当サービスは含まない。 ○　アの「サービスの実施状況」については各サービスの事業所数・提供団体数等が、「地域資源」については介護予防・日常生活支援に資する団体数・団体が提供するサービス内容等が、「心身及び生活状況」については運動機能、栄養状態、社会参加の状況等が想定される。 ○　イは、心身の状況が変わっても本人の希望を踏まえて地域とのつながりが継続できるように引き続き利用・参加したくなる仕組みづくりや参加意欲の向上につながるよう、アンケート等により利用者やサービス提供者（住民主体による支援の場合には当該住民を含む。）の意見を取り入れる仕組みを整えている場合に評価の対象とする。 ○　ウの「地域の課題を分析・評価・共有している」は、その結果を資料（記録）として作成・整理した上で、庁内関係者間で共有できている場合に評価の対象とする。 ○　オについて、「対象者モデルの提示」は「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」(平成 27 年厚生労働省告示第 196 号)第２の４(2)の留意点を参考にした取組を評価し、「目標指向型のケアマネジメントの取組を評価する仕組み」は同指針の第２の６(2)を参考		

		にした取組を評価の対象とする。		
目標Ⅰ：（ⅱ）活動指標群（９項目、配点 48 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	高齢者人口当たりの地域包括支援センターに配置される３職種の人数 ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　「地域包括支援センター運営状況調査」の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、適切な包括的支援事業（総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に限る）の実施に向けた地域包括支援センター体制について、高齢者人口当たりの３職種の人数で評価を行う。 ○　３職種の人員配置基準については、介護保険法施行規則に定める基準とする。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大４点）
2	地域包括支援センター事業評価の達成状況 ア　家族介護者支援を含む総合相談支援・権利擁護業務 ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割 イ　介護予防の推進・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務・事業間連携に関する業務 ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割 ウ　地域ケア会議に関する業務 ①　上位７割	○　「地域包括支援センター運営状況調査」を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　アは、地域包括支援センター評価指標のうち、家族介護者支援業務、総合相談支援業務及び権利擁護業務に関する指標（別に指定する市町村指標 12＋センター指標 13）について、１指標１点とした得点状況とする。なお、家族介護者支援業務に関する指標は、市町村指標及びセンター指標のそれぞれ１（１）10 及び 11 を指す。 ○　イは、地域包括支援センター評価指標のうち、介護予防の推進、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務及び事業間連携に関する指標（別に指定する市町村指標 17＋センター指標 16）について、１指標１点とした得点状況とする。 ○　ウは、地域包括支援センター評価指標のうち、地域ケア会議に関する指標（別に指定する市町村指標 13＋センター指標９）について、１指標１点とした得点状況とする。	2023 年度実績を評価	ア～ウのうち ①～④ 各１点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 12 点）

	②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割			
3	地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数） ア　上位７割 イ　上位５割 ウ　上位３割 エ　上位１割	○　該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、「個別事例の検討件数」は、2023 年４月から翌年３月末までに開催された地域ケア会議において検討された個別事例の延べ件数とする。 ○　「受給者数」は次のとおりとする。 ①　時点は、2024 年 ３月末日現在とすること ②　サービス種別や要介護度を問わず、給付を受けている者であること ③　介護保険事業状況報告（月報）の①から⑪までのサービス受給者数の合計とすること ・第 3-2-1 表 ①　特定施設入居者生活介護 ②　介護予防支援・居宅介護支援 ・第 4-2-1 表 ③　小規模多機能型居宅介護 ④　認知症対応型共同生活介護 ⑤　地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑥　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ⑦　複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） ・第 5-1 表 ⑧　介護老人福祉施設（特養） ⑨　介護老人保健施設 ⑩　介護療養型医療施設 ⑪　介護医療院	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大４点）
4	通いの場への 65 歳以上高齢者の参加率 ア　週一回以上の通いの場への参加率	○　「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　なお、通いの場の定義は以下のとおりとする。	2023 年度実績を評価	ア・イのうち ①～④ 各１点

	① 上位７割 ② 上位５割 ③ 上位３割 ④ 上位１割 イ 週一回以上の通いの場への参加率の変化率 ① 上位７割 ② 上位５割 ③ 上位３割 ④ 上位１割	【介護予防に資する住民主体の通いの場】 ・ 体操や趣味活動等を行い介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること。 ・ 住民が主体的に取り組んでいること。 ・ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援（地域支援事業の一般介護予防事業、地域支援事業の任意事業、市町村の独自事業等）を行っているものに限らない。 ※ 「主な活動内容」及び「参加者実人数」を把握しているものを計上すること。 ※ 65歳以上の高齢者人口は、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」を使用。		それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大８点）
5	高齢者のポイント事業への参加率 ア 上位７割 イ 上位５割 ウ 上位３割 エ 上位１割	○ 該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ なお、ここでいう「ポイント事業」とは、介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与を行う事業をいう（社会福祉協議会等に委託して実施する場合も含む）。 ○ また、ポイント事業への参加率とは、第１号被保険者数のうち、参加している者の割合をいう。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すればア～ウも得点 （最大４点）
6	通いの場等において心身・認知機能を維持・改善した者の割合 ア 上位７割 イ 上位５割 ウ 上位３割 エ 上位１割	○ 該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ 通いの場や高齢者のポイント事業その他市町村独自の取組の参加者のうち、市町村が把握している心身・認知機能を維持・改善した者の割合を評価する。 ○ なお、ここでいう「心身・認知機能を維持・改善した者」は、その状態の把握・分析についての手法は問わない。 ※ 基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、日常生活動作（ADL）の指標（Barthel Index(BI)）等が考えられる。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すればア～ウも得点 （最大４点）

7	高齢者人口当たりの生活支援コーディネーター数 ア 上位７割 イ 上位５割 ウ 上位３割 エ 上位１割	○ 該当状況調査の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ なお、生活支援コーディネーター数は専従で配置される者の実人数とし、常勤・非常勤は問わない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すればア～ウも得点 （最大４点）
8	生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加割合 ア 上位７割 イ 上位５割 ウ 上位３割 エ 上位１割	○ 「地域包括支援センター運営状況調査」の結果を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ なお、全て（１層及び２層）のコーディネーターが対象。 ○ また、地域ケア会議は、地域ケア個別会議、地域ケア推進会議の別を問わない。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各１点 エに該当すればア～ウも得点 （最大４点）
9	総合事業における多様なサービスの実施状況 ア 第一号訪問事業及び第一号通所事業実施事業所･団体数に占める多様なサービス実施事業所・団体数の割合 ① 上位７割 ② 上位５割 ③ 上位３割 ④ 上位１割 イ 第一号訪問事業及び第一号通所事業の実利用者数に占める多様なサービスに係る実利用者数の割合 ① 上位７割 ② 上位５割 ③ 上位３割	○ 「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」及び地域支援事業交付金交付要綱別紙様式第２様式１を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○ ここでいう「多様なサービス」は、第一号訪問事業及び第一号通所事業のうち、従前相当サービス以外のものとする。 ○ ア・イの算定に当たっては、「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」では把握できない（調査項目には含まれていない）、生活支援体制整備事業を活用して実施しているインフォーマルサービス（住民主体の支え合い活動を含む。）に係るものも含むことができることとする。このため、希望する自治体においては、該当状況調査においてインフォーマルサービスに係るデータを申告すること。	2023 年度実績を評価	ア～ウのうち①～④ 各１点 ア～ウを比較し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 ア～ウに該当し

	④　上位１割 ウ　第一号訪問事業及び第一号通所事業の事業費に占める多様なサービスに係る事業費の割合 ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割 エ　人口１万人未満の市町村であって、生活支援体制整備事業を活用し、インフォーマルサービス（住民主体の支え合い活動を含む。）を実施している場合	○　アは、当該市町村に所在する多様なサービス実施事業所・団体数を評価する。 ○　イは、当該市町村に所在する多様なサービス実施事業所・団体に係る実利用者数を評価する。 ○　ウは、当該市町村における第一号訪問事業及び第一号通所事業の事業費のうち、従前相当サービスに係る事業費を除いたものの割合を評価する。 ○　エは、人口１万人未満の小規模自治体において、ア～ウに該当しない場合であっても、これに該当する場合は評価の対象とする。これに該当すると考える場合、該当状況調査において当該サービスに関する資料を添付の上、申告すること。		ない場合であってもエに該当する場合１点 （最大４点）

目標Ⅱ　認知症総合支援を推進する（配点 100 点）

目標Ⅱ：（ⅰ）体制・取組指標群（３項目、配点 64 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	認知症サポーター等を活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援を行っているか。 ア　認知症の人の声を聞く機会（本人ミーティング、活動場所への訪問など）を設けている イ　成年後見制度利用支援事業に関し、対象を市町村長申立や生活保護受給者に限定しない要綱等を整備している ウ　認知症サポーター等による支援チーム等の活動グループ（チームオレンジなど）を設置している エ　認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、ウによる活動グループを含む地域の担い手とのマッチングを行っている オ　認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、認知症の人が地域で尊厳を持って生活することができるようにするため、認知症サポーターの活動等による支援体制や認知症の人の社会参加の推進を図るための取組が行われているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　エについて、国の財政支援を受けているかにかかわらず、市町村が関与する取組であって、ステップアップ講座その他の実際の活動につなげるための研修を受講した認知症サポーター等が認知症の人やその家族のニーズを把握し、これを踏まえた具体的な支援を行うための活動グループを設置している場合に評価の対象とする。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～オ 各５点 （最大 25 点）

2	認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。 ア　認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている イ　認知症に関わる医療機関と連携した取組を行っている ウ　情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している エ　アからウまでを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、運用している	【評価の視点】 ○　本評価指標は、認知症状のある人の重度化防止等を図るためには、医療との連携による早期診断・早期対応が重要であることから、こうした体制が適切に構築されているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　ア～エは、以下の①～③の条件を全て満たした上で、体制の構築として指標に掲げる取組を行っている場合に対象とする。 ①　認知症初期集中支援チームの設置だけでは対象としない。 ②　体制を構築するに当たり、郡市区医師会等の医療関係団体に協力依頼していること。ただし、郡市区医師会が存在しない場合などにおいて、都道府県と連携して協力依頼している場合も対象（都道府県が行っている事業との連携により実施している場合も対象）。 ③　保険者として取り組んでいないものは該当しない。ただし、必ずしも実施主体であることを要しない。例えば他団体が作成した情報連携ツールを市町村内で団体と調整し活用している場合や、医療関係団体等が行う取組と連携・協働・調整している場合などは対象。 ○　ア及びイについて ・　「認知症に関わる医療機関」とは、認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等のことをいう。 ・　「認知症に対応できるかかりつけ医」とは、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を修了したかかりつけ医のことをいう。 ・　「認知症疾患医療センター等」とは、認知症疾患医療セ	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア　４点 イ～エ 各５点 （最大 19 点）

		ンターに加え、認知症に対応できる医療機関を含む。 ・　離島等の遠隔地で専門医療機関が近隣にない場合、オンライン会議などの方法を活用する場合も連携体制の構築に含める。 ○　アの「周知」とは、地域住民が認知症の医療に関して相談できるかかりつけ医などの窓口を周知することに加え、医療機関が認知症に関して相談できる認知症疾患医療センターや認知症サポート医などの周知を行うことをいう。また、周知に当たって、認知症ケアパスを作成しこれを配布している場合や、広報誌やホームページに公表するなど、広く地域住民や医療機関が確認できるものとする。 ○　イは、医療関係団体等との定期的な会議の場を設けるなどネットワークが構築されている場合や、情報連携ツールの活用や連絡方法の共有などにより、認知症医療に関する連絡や相談が出来る体制を整備している場合に対象とする。なお、既存の会議等を活用して差し支えない。		
3	難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。 ア　普及啓発の取組を行っているか イ　早期発見の取組を行っているか ウ　受診状況の把握と未受診者への再度の受診勧奨を行っているか エ　受診勧奨者のうち 50%以上の者が受診しているか	【評価の視点】 ○　自治体において聞こえに関する啓発・スクリーニング・簡易な助言・受診勧奨を実施しているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　アについては、リーフレットの作成・配付、聴覚補助機器を公共機関等の窓口に設置し聞こえやすさの体験の場を提供、難聴についての講演会の開催などを想定している。 ○　イについては、チェックリストやアプリなどを用いた簡易スクリーニングと医療機関への受診勧奨の実施などを想定している。 ○　ウの受診勧奨及びエの受診については、近隣に耳鼻咽喉科がない場合は、内科等のかかりつけ医への受診や地域の言語聴覚士会への相談でも良いものとする。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア～エ 各 5 点 （最大 20 点）

目標Ⅱ：（ⅱ）活動指標群（3 項目、配点 36 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	高齢者人口当たりの認知症サポーター数 ア　上位 7 割 イ　上位 5 割 ウ　上位 3 割 エ　上位 1 割	○　厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べを踏まえ、厚生労働省において算定。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各 3 点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）
2	高齢者人口当たりの認知症サポーターステップアップ講座修了者数 ア　上位 7 割 イ　上位 5 割 ウ　上位 3 割 エ　上位 1 割	○　厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べの結果を踏まえ、厚生労働省において算定。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各 3 点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）
3	認知症地域支援推進員が行っている業務の状況 ア　上位 7 割 イ　上位 5 割 ウ　上位 3 割 エ　上位 1 割	○　「認知症総合支援事業等実施状況調べ」を踏まえ、厚生労働省において算定。	2023 年度実績を評価	ア～エ 各 3 点 エに該当すれば ア～ウも得点 （最大 12 点）

目標Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する（配点 100 点）

目標Ⅲ：（ⅰ）体制・取組指標群（３項目、配点 68 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータ等に基づき、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。 ア　今後のニーズを踏まえ、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの４つの場面ごとに、在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を設定している イ　在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を介護保険事業計画に記載している ウ　地域の人口推計を踏まえた今後のニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報、住民の意向等を定量的な情報も含めて把握している エ　アとウの差の確認等により抽出された課題を踏まえ、地域の特性を踏まえた目標の設定、具体的な対応策を立案している オ　評価指標等に基づき事業の検証や必要に応じた見直しを行う仕組みを設けている	【評価の視点】 ○　本評価指標は、在宅医療・介護連携を科学的かつ効果的に実施する観点から、データを活用して課題を把握する体制が確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　在宅医療・在宅介護連携の推進に当たっては、郡市区医師会等の関係団体と適切な連携体制が構築できていることが評価の前提。 ○　ア及びイの「在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿」の設定については、新たに設定する場合のほか、第８期計画期間における取組実績を踏まえ、必要な見直しを行った場合に評価の対象とする。 ○　また、目指すべき姿の設定に当たっては、地域における医療に関する会議等に参画するなどを通じて、医療計画等とも整合が取れたものとすることが重要である。 ○　なお、市町村については、都道府県に適宜、データの提供依頼等を行うことが重要。	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア、ウ～オ 各５点 イ ６点 （最大 26 点）
2	在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。 ア　在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している イ　医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。 ①　医療・介護関係者に対する相談窓口の設置	【評価の視点】 ○　本評価指標は、在宅医療・介護連携を円滑にするため、医療・介護関係者への適切な相談支援体制が構築できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　在宅医療・在宅介護連携の取組の実施に当たっては、郡市区医師会等の関係団体と連携を図りつつ、関係者のニーズを	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア、ウ、エ 各５点 イのうち ①～③ 各２点

	②　定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有 ③　多職種を対象とした参加型の研修会の実施 ウ　取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている エ　毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて取組の改善・見直し等を行っている	踏まえた上で、進めていくことが重要である。 ○　相談窓口の公表については、市町村のホームページに掲載する等が考えられる。 ○　イは、目標Ⅲ-（ⅰ）-１の評価指標の目指すべき姿を踏まえて取組を実施した場合に評価の対象とする。 ○ イの③「参加型の研修会」とは、グループワークを活用した研修等の参加型の研修会や医療・介護関係の多職種連携を要する事例に関する検討会といったものをいう。 ○ イの③は、都道府県主催や医師会主催のもの等であっても市町村が把握し、主体的に関わっていれば対象とする。 ○ ウは、開催だけではなくアンケートの実施や研修会に関する検証の機会を設けるなど検証等を行ったものを対象とする。また、「課題分析等を行っている」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合をいう。		（最大 21 点）
3	患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。 ア　医療・介護関係者の情報共有の実施状況を把握している イ　実施状況等を踏まえ、在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者の情報共有ツールの作成等情報共有円滑化のための取組を実施している ウ　取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている エ　毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて情報共有ツール等の改善・見直し等を行っている	【評価の視点】 ○　本評価指標は、在宅医療・介護連携を円滑にするため、医療・介護関係者間の情報共有の体制が確立できているかどうかを評価する。 【留意点】 ○　在宅での看取りや入退院時等の活用場面を意識することが重要であり、具体的な取組については、例えば以下の内容が考えられる。 ・　地域の医療・介護関係者が既に活用している情報共有のツールを収集し、活用状況等を確認し、新たに情報共有ツールを作成する、既存のツールの改善を図る等の意思決定をした。 ・　ワーキンググループを設置し、情報共有ツールの媒体、情報共有の媒体や様式、使用方法、普及方法等について検	2024 年度実施（予定を含む）の状況を評価	ア、ウ、エ 各５点 イ　６点 （最大 21 点）

		討した。 ・　郡市区医師会等関係団体と協力し、関係者向けの情報共有ツールの活用に係る研修会を開催した。 ○　患者・利用者の個人情報の取扱いについて規定を設けていること。 ○　都道府県が行っている事業との連携により実施している場合も対象。 ○　ウの「課題分析等を行っている」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。		
目標Ⅲ：（ⅱ）活動指標群（２項目、配点 32 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	入退院支援の実施状況 ア　入院時情報連携加算算定者数割合（要介護認定者数における割合） ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割 イ　退院・退所加算算定者数割合（要介護認定者数における割合） ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割	○　入院時情報連携加算算定者数、退院・退所加算算定者数、要介護認定者数は、介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　ここでは、介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の状況及び病院等から得た情報で、介護支援専門員が居宅サービス利用等の利用に関する調整を行った実績を評価する。	2023 年度実績を評価	ア・イのうち ①～④ 各２点 ④に該当すれば ①～③も得点 （最大 16 点）

2	人生の最終段階における支援の実施状況 ア　在宅ターミナルケアを受けた患者数割合（管内死亡者数における割合） ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割 イ　看取り加算算定者数割合（管内死亡者数における割合） ①　上位７割 ②　上位５割 ③　上位３割 ④　上位１割	○　在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り加算算定者数は NDB、管内死亡者数は「人口動態統計」を踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　ここでは、在宅療養者に対する人生の最終段階における支援の実績を評価するものであり、単に在宅死亡者数の多寡が重要ではないことに留意が必要。 ○　ここでいう「在宅ターミナルケアを受けた患者数」は、診療報酬上の在宅訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、在宅ターミナルケア加算を算定している患者数、「管内死亡者数」は、人口動態統計による 65 歳以上の死亡者数を指す。	2022 年度実績を評価	ア・イのうち ①～④ 各２点 ④に該当すれば ①～③も得点 （最大 16 点）

目標Ⅳ　高齢者がその状況に応じて可能な限り自立した日常生活を営む（配点 100 点）

目標Ⅳ：成果指標群（５項目、配点 100 点）				
	評価指標	留意点等	時点	配点
1	軽度【要介護１・２】 （平均要介護度の変化Ⅰ） 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　変化率の状況 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割 イ　変化率の差 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	（ア）2023 年１月→2024 年１月の変化率 （イ）2023 年１月→2024 年１月と、2022 年１月→2023 年１月の変化率の差	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）
2	軽度【要介護１・２】 （平均要介護度の変化Ⅱ） 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　全保険者の上位７割 イ　全保険者の上位５割 ウ　全保険者の上位３割 エ　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	2020 年１月→2024 年１月の変化率	ア～エ 各５点 エに該当すればア～ウも得点 （最大 20 点）

3	中重度【要介護３～５】 （平均要介護度の変化Ⅰ） 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　変化率の状況 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割 イ　変化率の差 ①　全保険者の上位７割 ②　全保険者の上位５割 ③　全保険者の上位３割 ④　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	（ア）2023 年１月→2024 年１月の変化率 （イ）2023 年１月→2024 年１月と、2022 年１月→2023 年１月の変化率の差	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）
4	中重度【要介護３～５】 （平均要介護度の変化Ⅱ） 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　全保険者の上位７割 イ　全保険者の上位５割 ウ　全保険者の上位３割 エ　全保険者の上位１割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢及び要介護度分布調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	2020 年１月→2024 年１月の変化率	ア～エ 各５点 エに該当すればア～ウも得点 （最大 20 点）
5	健康寿命延伸の実現状況 要介護２以上の認定率、認定率の変化率の状況はどのようになっているか。 ア　認定率 ①　全保険者の上位７割	○　介護 DB のデータを踏まえ、厚生労働省において算定。 ○　性・年齢調整の上、評価。 ○　なお、要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要があるため、当交付金における評価を考慮	（ア）2024 年１月の認定率 （イ）2023 年１月と 2024 年１	ア・イのうち ①～④ 各５点 アとイを比較

	② 全保険者の上位５割 ③ 全保険者の上位３割 ④ 全保険者の上位１割 イ 認定率の変化率 ① 全保険者の上位７割 ② 全保険者の上位５割 ③ 全保険者の上位３割 ④ 全保険者の上位１割	し、要介護認定が行われることは不適切であることについて留意されたい。	月の変化率	し、より上位となった方で得点 それぞれ④に該当すれば①～③も得点 （最大 20 点）

資料５

地域包括支援センターにおける柔軟な職員配置について

１　概　要

地域包括支援センター（以下、センター）職員の人材確保が困難な状況を踏まえ、センターにおける職員配置基準を柔軟化する一部改正省令*1 が施行されました。（令和６年４月１日施行）

２　センターにおける柔軟な職員配置（改正内容）

これまで、１つのセンターが担当する区域における第１号被保険者数がおおむね 3,000 人以上 6,000 人未満ごとに、専従・常勤の職員として、３職種*2 をそれぞれ１人以上配置することとされていました。これを原則とした上で、地域包括支援センター運営協議会が必要と認める場合には、次の２点について緩和ができることとなりました。

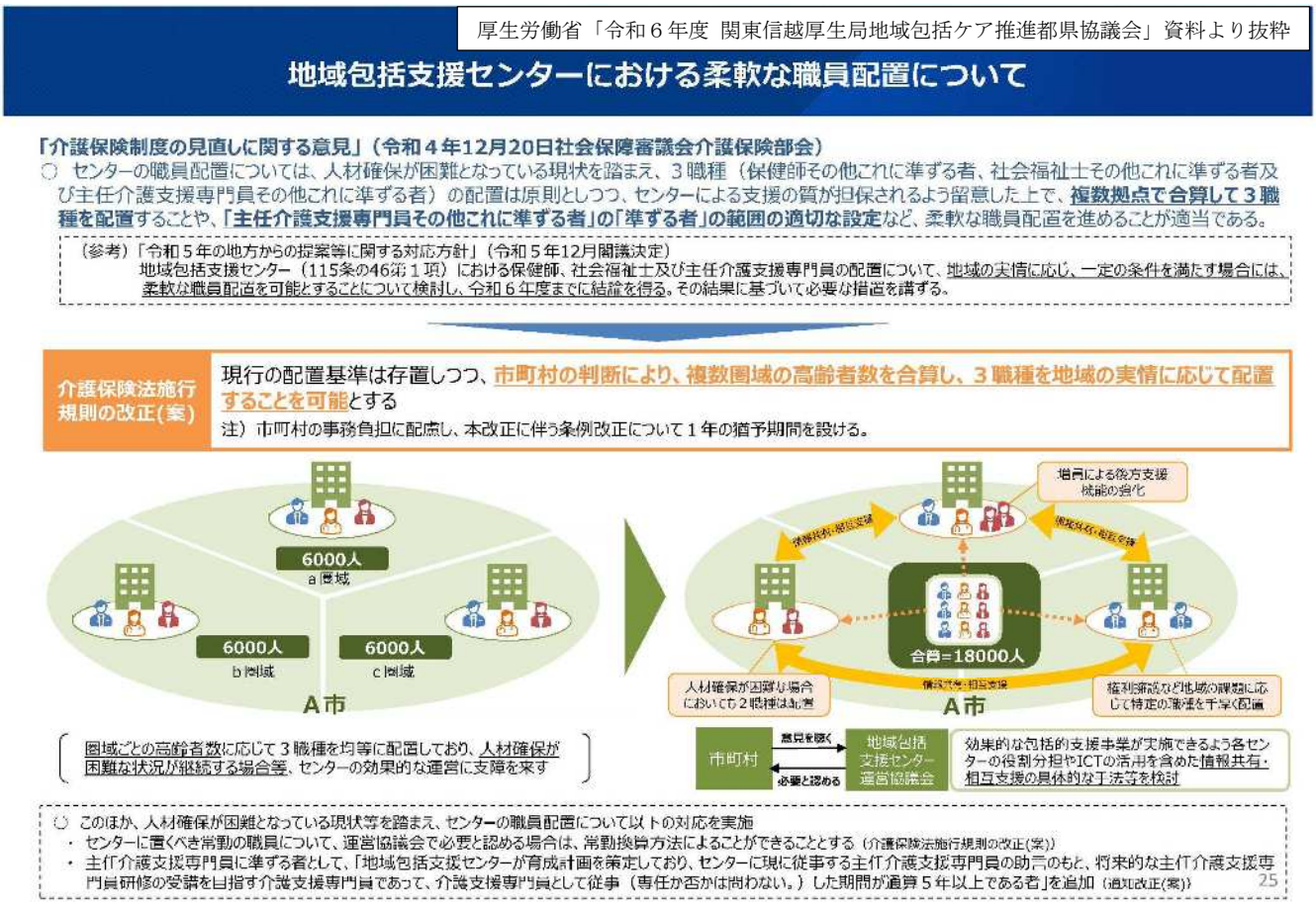
（１）常勤換算方法*3 による職員配置

第１号被保険者数に応じて、又はセンターの運営の状況を勘案して、常勤換算方法による配置が可能となりました。

（２）複数圏域の高齢者数の合算による職員配置

複数のセンターが担当する区域ごとの第１号被保険者の合計数に応じて、当該複数センターで合算して必要な職員数が配置されていれば、配置基準を満たすものとして取り扱うことが可能となりました。

ただし、質の担保の観点から、当該１つのセンターは３職種のうちいずれか２職種の常勤の職員を配置しなければなりません。



３　条例改正の対応

センターの職員の配置基準は、厚生労働省令で定める基準に従い、市町村にて条例で定めることになっています。（介護保険法第 115 条の 46 第 5 項*4 及び第 6 項*5）

今回の改正省令の施行に伴い、本市における当該条例*6 も同様の改正を行う必要があったことから、改正省令の附則に定める１年の経過措置期間内の改正のため、令和７年本庄市議会第１回定例会（令和７年３月定例会）に、条例の一部を改正する条例を上程しました。

４　市の運用方針

（１）常勤換算方法による職員配置にかかる運用

改正省令の背景にある人材確保が困難な状況を踏まえたセンター職員配置の緩和につながるよう、専従・常勤の職員配置は原則としつつ、令和７年度から次の要点に基づき運用します。

① 各センターの３職種について、各職種１人は専従・常勤での配置とする。
② 常勤換算の対象は常勤職員１人分のみとする。
③ 常勤換算の対象となる非常勤職員はすべて同一職種とする。
④ 常勤換算方法による非常勤職員の配置は３人までとし、うち２人以内で、常勤換算「０．５」以上の勤務時間数を満たすこととする。
⑤ 常勤換算方法での配置を希望する場合は、事前に市に相談をいただく。

（２）複数圏域の高齢者数の合算による職員配置にかかる運用

次の懸案事項等を鑑み、令和７年度からの運用は行いません。

① 複数のセンターが担当する区域を１つの圏域とみなす場合の、圏域の設定基準。
② 配置職員が減員となった区域の住民及び関係者等への影響やセンター内の他職員への業務負担増大。
③ 配置職員が減員となる圏域において、減員分を他のセンターで対応する場合の具体的な運用方法。

（２）について、今後、各圏域の状況やセンター業務受託法人からの意見、他自治体の状況及び先進事例等の把握に努めながら、本市における運用について検討し、今回の改正内容を適用する必要が生じた場合には、地域包括支援センター運営協議会において協議させていただきます。

【注釈】

*1：介護保険法施行規則及び指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準の一部を改正する省令

*2：保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員その他これに準ずるもの

*3：非常勤職員の勤務延べ時間数を常勤職員が勤務すべき時間数で除することにより計算する方法
（具体例）常勤職員１人が勤務すべき時間数が月 160 時間、非常勤職員Ａ氏・Ｂ氏それぞれの勤務時間が月 80 時間とすると、常勤換算数は（80 時間＋80 時間）／160 時間＝1.0 人となり、常勤職員１人と換算する。

*4：地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業を実施するために必要なものとして市町村の条例で定める基準を遵守しなければならない。

*5：市町村が前項の条例を定めるに当たっては、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

*6：本庄市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に係る基準を定める条例