

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 1-1 在宅医療・介護連携の推進

現状と課題

医師、歯科医師、薬剤師、介護サービス事業者、障害者福祉関係機関、社会福祉協議会、行政等の機関を構成員とする「多可町地域包括ケアネットワークー在宅医療・介護連携推進協議会」が発足しており、在宅医療と介護の提供体制の構築に向けた課題解決に取り組んでいます。

この協議会の取組内容の充実を図りつつ、対応策の評価及び改善を実施し、PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行うことによって切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築する必要があります。

第9期における具体的な取組

「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築する」ことをめざすべき姿とし、在宅療養者の生活場面のうち、医療と介護が共通する4つの場面（①日常の療育支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識した取組を進めます。

事業・取組	内容
在宅医療・介護関係者に関する相談支援	在宅医療及び介護連携の推進に関する相談支援事業
地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多可町地域包括ケアフォーラム開催等による地域住民への普及啓発 ・ 啓発冊子の作成 ・ いきいきサービスガイドの作成 ・ 医療・福祉介護の求人情報サイト開設
医療・介護関係者の情報共有の支援	「情報共有シート」、「入退院シート」、「健康応援ノート」の活用
医療・介護関係者の研修（多職種を対象とした参加型の研修会等）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合同研修会の開催 ・ ヘルスケアリンクナース（HCL ナース）の認定 ・ 自立支援型地域ケア会議の実施（町地域包括支援センター）

目標（事業内容、指標等）

(1)最終アウトカム指標

評価指標	現状値	目標値 令和8年度
自宅で介護を受けたい人の割合	55.5% (令和4年度)	55.5%以上
家族を自宅で介護したい人の割合	59.1% (令和4年度)	59.1%以上

(2)中間アウトカム指標

①日常の療育支援

評価指標	現状値	目標値 令和8年度
認知症に関する窓口の認知度	41.6% (令和4年度)	41.6%以上
サービス提供事業所数 (訪問介護) [人口10万対]	10.1事業所 (令和3年)	現状維持
従業者数 (訪問介護) (合計) [認定者1万対]	127.25人 (平成29年)	現状維持
従業者数 (訪問看護) (合計) [認定者1万対]	56.54人 (令和元年)	現状維持
訪問診療を受けた患者数 (算定回数) [人口10万対]	5,408.3回 (令和元年)	算定回数の増加
訪問歯科診療を受けた患者数 (算定回数) [人口10万対]	1,286.3回 (令和元年)	算定回数の増加
受給率 (訪問看護) (合計)	1.5% (令和4年)	受給率の上昇
受給率 (訪問介護) (合計)	1.4% (令和4年)	受給率の上昇
利用率 (訪問リハビリテーション) (合計)	1.15% (令和4年)	利用率の上昇

②日常の療育支援

評価指標	現状値	目標値 令和8年度
第1号被保険者1人あたり給付月額 (居宅療養管理指導)	37円 (令和4年)	給付月額の上昇
受給者1人あたり給付月額 (居宅療養管理指導)	10,880円 (令和4年)	現状維持
受給率 (居宅療養管理指導) (合計)	0.3% (令和4年)	受給率の上昇
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 算定者数 [認定者1万対]	16.49人 (令和元年)	算定者数の増加
看護体制強化加算算定者数 (合計) [認定者1万対]	17.10人 (令和元年)	算定者数の増加
医療連携強化加算算定者数 [認定者1万対]	0.00人 (令和元年)	算定者数の増加
看護・介護職員連携強化加算算定者数 [認定者1万対]	0.00人 (令和元年)	算定者数の増加

③入退院支援

評価指標	現状値	目標値 令和8年度
入院時情報連携加算の算定回数 [人口10万対] *	531.2回 (令和3年)	算定回数の増加

退院退所加算の算定回数 〔人口 10 万対〕 *	1,664.5 回 (令和3年)	算定回数の増加
退院時共同指導を受けた患者数 (算定回数)〔人口 10 万対〕	-人 (令和元年)	算定者数の増加
退院・退所時連携加算算定者数 (合計)〔認定者 1 万対〕	1.77 人 (令和元年)	算定者数の増加

* 介護保険保険者努力支援交付金 (市町村分) に準拠

④急変時の対応

評価指標	現状値	目標値 令和 8 年度
看護体制強化加算算定者数 〔認定者 1 万対〕【再掲】	17.10 人 (令和元年)	算定者数の増加
緊急時等居宅カンファレンス加算 算定者数〔認定者 1 万対〕	0.00 人 (令和元年)	算定者数の増加

⑤看取り

評価指標	現状値	目標値 令和 8 年度
人生会議 (ACP) の認知度	19.1% (令和4年度)	19.1%以上
在宅ターミナルケアを受けた患者数 (算定回数)〔人口 10 万対〕 *	116.9 回 (令和元年)	算定回数の増加
在宅死亡者数 (自宅)〔人口 10 万対〕	131.6 人 (令和元年)	増加
ターミナルケア加算算定者数 (合計) 〔認定者 1 万対〕	2.97 人 (令和元年)	算定者数の増加

* 介護保険保険者努力支援交付金 (市町村分) に準拠

(3)プロセス指標 (活動目標)

①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う。

指標	現状 令和5年度	目標		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
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。	実施	実施	実施	実施
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	実施	実施	実施	実施
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	実施	実施	実施	実施
③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施	実施	実施	実施	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。	未実施	実施	実施	実施
エ 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。	未実施	実施	実施	実施

②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、具体的な取組を行う。

指標	現状 令和5年度	目標		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
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	実施	実施	実施	実施
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	実施	実施	実施	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	実施	実施	実施	実施
エ 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	未実施	検討	検討	検討

評価指標	現状値	目標値		
	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療及び介護連携の推進に関する相談延件数	7,500件	7,500件	7,500件	7,500件
地域包括ケアフォーラム開催回数	0回	1回	1回	1回
医療・介護関係者の合同研修会	3回	3回	3回	3回
自立支援型地域ケア会議開催回数	7回	7回	7回	7回

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・ 令和7年度に日常生活圏域ニーズ調査を実施する。
 - ・ 研修会、会議等の実施状況を把握する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容

- 在宅医療と介護の提供体制を構築するために相談支援や連携会議などを実施し、連携強化や情報共有に向けた取組から課題分析等を行っているが、改善や見直しまでは実施できていない。
- 在宅医療・介護連携会議の実施
 - ・多可町地域包括ケアネットワーク合同研修会（3月11日、ハイブリッド方式）
 - ・多可町地域包括ケアネットワーク代表者会（2月6日）
- 医療・介護関係者参加型の会議等の実施
 - ・自立支援型地域ケア会議を実施 6回

【プロセス指標】

①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な取組を行う。

評価指標	令和6年度
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。	実施
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	実施
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	実施
③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施	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。	実施
エ 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。	未実施

②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、具体的な取組を行う。

評価指標	令和6年度
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	実施
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	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	実施

エ 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	未実施
---	-----

評価指標	令和6年度
在宅医療及び介護連携の推進に関する相談延件数	5,196件
地域包括ケアフォーラム開催回数	0回
医療・介護関係者の合同研修会	1回
自立支援型地域ケア会議開催回数	6回

自己評価結果【△】

- ・切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、多職種を対象とした研修や相談支援を実施し課題分析等を行っているが、取組の改善や見直しまでは行えていない。
- ・在宅医療・介護連携会議を参集とWebのハイブリッド形式による研修会を実施した。
- ・医療・介護関係者参加型の会議として自立支援型地域ケア会議を6回開催し、21件のケース検討を行った。

課題と対応策

- ・課題分析からどのように改善、見直しを行っていくかが課題であり、実現に向けより連携を図る必要がある。
- ・地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域包括ケアネットワーク会議）において、町が所持するデータに基づき在宅医療・介護の連携に関する課題を検討し、目標及び対応策を具体化する必要がある。
- ・具体化された目標や対応策から、住民に伝えるべき情報フォーラムなどを通じて伝えていく必要がある。
- ・Web会議の活用を進めているが、対面式の会議と異なるため、研修スキルを更に高める必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1-2 地域包括支援センター機能の充実
------	---------------------

現状と課題

センターが担う業務は、総合相談支援事業、介護予防・介護予防ケアマネジメント事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント事業に加え、生活支援体制整備事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症施策推進事業、地域ケア会議の推進事業等があり、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、その機能強化が求められています。

さらに、近年の相談内容は、課題が複雑化・複合化したものが増加し、制度、組織横断的な対応、地域共生社会を支える役割も求められています。

第9期における具体的な取組

●相談支援体制の充実

介護予防ケアマネジメント、認知症施策、在宅医療・介護連携に係る施策、生活支援・介護予防サービス等の事業を効果的に推進するため、当該事業実施者と地域包括支援センターとの連携体制を強化します。特に、地域のつながりの強化という観点から、居宅介護支援事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携して、地域における相談支援機能を強化します。

●地域包括支援センターの機能強化と職員の確保

社会的な問題となっている介護人材の不足は本町においても例外ではありません。本町の地域包括支援センターの運営にあたっては、国による地域包括支援センターの設置運営基準を勘案して、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を確保するとともに、3職種以外の専門職や事務職を配置し、機能の維持・強化に努めます。併せて、地域包括支援センターの運営方式についても検討します。

●地域ケア会議等の推進及びケアマネジメント力の向上

地域ケア会議は、介護支援専門員が抱える支援困難事例や、地域住民や関係機関による支援要請事例等について、多職種による検討を行うほか、自立支援に資するケアマネジメントの支援並びに地域に不足している社会資源の把握及び開発につながるよう運営に努めます。

本町における地域ケア会議は、3類型（①地域ケア個別会議（ケース検討会）、②地域ケア会議、③自立支援型地域ケア会議）に分かれており、それぞれの会議で個別ケースの課題を分析し明確化することで解決に向けた取組を実施します。

目標（事業内容、指標等）

【評価指標】

評価指標	現状値	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア会議開催回数	7回	6回	6回	6回
個別ケース会議開催回数	5回	6回	6回	6回
個別ケース会議ケース検討件数	5件	10件	10件	10件
自立支援型地域ケア会議開催回数	7回	7回	7回	7回
自立支援型地域ケア会議ケース検討件数	17件	22件	22件	22件

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・ 地域ケア会議開催回数等を把握する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容

●地域ケア会議での検討事項

- ・介護予防事業に関する情報共有を行った。（4月）
- ・施設内でのハラスメント行為（入所者、家族）に対する対応について、ケースを用いて話し合った。（7月）
- ・地域共生社会づくりの取組についての情報提供を行った。（1月）
- ・ゴミ屋敷家庭に関する対応等について、ケースを用いて話し合った。（1月）
- ・認知症初期集中支援チームの取組についての情報共有を行った。（9月、3月）

【地域ケア会議における開催件数及び個別事例の検討件数】

評価指標	令和6年度
地域ケア会議開催回数	6回
個別ケース会議開催回数	5回
個別ケース会議ケース検討件数	5件
自立支援型地域ケア会議開催回数	6回
自立支援型地域ケア会議ケース検討件数	21件（新規9件、モニタリング12件）

自己評価結果【○】

・ほとんどの項目で目標値どおりの実績であったが、個別ケース会議は検討するケースが少なく目標値を下回った。しかしながら、ケースの検討時には事業所から出席している委員より口頭でケースの説明があるなど活発なやりとりができていたため、評価を「○」とした。

課題と対応策

・「地域ケア会議」が持つ5つの機能（「個別課題解決機能」「ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」「地域づくり・資源開発機能」「政策形成機能」）の強化、また委員への役割の周知・理解を図り、地域包括ケアシステムの実現による地域住民の安心・安全とQOL向上をより一層進める必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1-3 地域生活継続のための支援体制の推進
------	-----------------------

現状と課題

高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を営むためには、介護保険サービスのみならず、日常生活における困りごとに対する介護保険外サービスの支援体制を充実させることが重要です。その体制づくりにあたっては、生活支援コーディネーターの機能を補完する協議体の設置が重要です。本町では、第3層を9集落で設置し、第1層・第2層の協議体は未設置となっています。生活支援コーディネーターがその機能を十分発揮できるよう、第1層及び第2層の協議体の設置について検討を進め、生活支援コーディネーターが生活支援サービスとその担い手の創出のほか、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりを進められるよう取り組む必要があります。

第9期における具体的な取組

●生活支援体制の整備・充実

事業・取組	内容
協議体の設置	町が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として中核となるネットワークを圏域ごとに設置することにより、生活支援コーディネーターを補完し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による体制整備を推進します。
就労的活動支援コーディネーターの配置	役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」を配置します。
地域共生社会づくり事業	地域の困りごとを地域で解決できる体制をつくることで、全ての住民が心豊かに暮らせるまちを目指すため、互助活動のリーダーや協力を養成します。
重層的支援体制整備事業	町全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施するものです。地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築について検討を進めます。

●在宅生活を支えるサービスの充実

介護保険サービスや介護保険制度内に位置づけられた地域支援事業以外にも、介護や支援を必要とする高齢者が地域で安心して自立した生活を送ることを支援するサービスを、引き続き

一般高齢者施策事業及び地域支援事業の一部として実施していきます。

●家族介護者への支援

在宅で介護を必要とする高齢者の主な介護者の多くが家族や親族であり、家族の負担は増大しつつあります。介護者が抱えている問題は、体力・精神面での疲れや自身の健康、仕事との両立に対する不安など多岐にわたるため、精神・身体の両面において支援を行うことが必要です。

家族介護者の身体的・精神的・経済的な負担を軽減するための支援に取り組みます。

目標（事業内容、指標等）

【評価指標】

評価指標	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援コーディネーターの活動等による介護予防・生活支援の体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握とデータの整理 ・整理したデータの提供・説明 ・2層協議体の検討 ・資源開発（サービスの担い手の養成等） ・ネットワーク構築（関係者間の情報共有等） ・ニーズと取組のマッチング 	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握とデータの整理 ・整理したデータの提供・説明 ・地域課題の分析・評価 ・推進方策の策定・周知 ・2層協議体の設置 ・資源開発（サービスの担い手の養成等） ・ネットワーク構築（関係者間の情報共有等） ・ニーズと取組のマッチング 	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握とデータの整理 ・整理したデータの提供・説明 ・推進方策の見直し・周知 ・資源開発（サービスの担い手の養成等） ・ネットワーク構築（関係者間の情報共有等） ・ニーズと取組のマッチング
多様なサービスの活用に向けた調査・分析・評価	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握とデータの整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題の分析・評価 ・推進方策の策定・周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・推進方策の改善・見直し

目標の評価方法

● 時点

中間見直しあり

実績評価のみ

● 評価の方法

- ・協議体の設置状況を把握する。
- ・生活支援コーディネーターの活動状況を把握する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<p>○生活支援体制整備事業</p> <p>地域共生担当が中心となり RMP（地域運営広場）を整備。地域共生の方向性等を検討する地域共生連携会議に第1層 Co 参画。第2層 Co についても R7 年度より介入予定。</p> <p>第1層 Co 中心に、生活支援に関するニーズを事業所等に確認し庁舎内で共有しつつ、町の目指すべき方向性についても検討。</p> <p>第2層の委託先である、社会福祉協議会とも情報共有を行っている。社会福祉協議会に関しても、各小学校区を中心に生活支援体制を整備中。R6 年度途中より RMP の範囲が各区となる。</p>
<p>○就労的活動支援事業</p> <p>事業の周知活動を目的に、通いの場に赴いて事業説明を実施。関係性の構築を目的に、スマホ教室を開催。</p> <p>令和5年度にスマホ教室を実施した集落と新たな通いの場の整備に努め9月より実施。事業開始当初は広域（各区）での実施を目指していたが、実際は体操をメインとした通いの場に行けなくなった方が興味を示され、出にくい高齢者でも通いやすい狭い範囲（集落）で実施。</p>
自己評価結果【△】
<p>○生活支援体制整備事業</p> <ul style="list-style-type: none">・第2層協議体の検討 <p>→RMP（地域運営広場）を第2層協議体に位置付け。</p> <p>→RMP 準備委員会（各区）での検討及び、社協の生活を考える会(小学校区等)での住民主体での検討の場を設けている。</p> <ul style="list-style-type: none">・資源開発 <p>→担い手養成として、地域共生よりコークゼミの開催。中区での移動支援団体(住民主体)の検討を行い、R7 年度に立ち上げ予定。</p> <p>→社協主体で中区の移動支援団体が立ち上げ予定。住民同士の話の中から移送への必要性を感じ立ち上げに至った経緯あり。</p> <ul style="list-style-type: none">・第3層協議体（5集落） <p>※R5 年度は9集落で認定していた。防災マップ(社協)の整備・更新を通じて見守り活動を実施・検討している集落も増えているが、今後は、集落内で話し合いができる体制及び住民主体で見守りや支え合い活動している集落を認定することとする。</p>

○就労的活動支援事業

- ・事業の周知活動および関係性の構築

通いの場への訪問 11回

スマホ教室の開催 2集落（計6回）

- ・新たな通いの場の整備

整備 1箇所（週1回開催）

- ・その他

就労支援と高齢者との交流を目的に、行政が実施している引きこもり等の集いに出席し、新たな通いの場の事業説明を行う。

課題と対応策

○生活支援体制整備事業

- ・集落(第3層)から各区(第2層)の補完の整備ができていない現状があり、社協、地域共生と共通認識を図りながら、3層から2層の補完に関しても整理していく必要がある。また、3層(集落)の把握・分析に関しても具体的に個別ニーズ、事業から行っていく必要あり。

- ・地域共生、社協と2層整備に向け、複数で重なっている事業もあり、役割分担、対話を図りながら進めていく必要がある。

- ・生活支援ボランティア団体と地域公共交通との棲み分けも整備する必要あり。

- ・行政側と社協側で対話、共通認識を図りながら事業が進められていない。

→R7年度から生活支援Co(行政、社協)で連絡会を開催し、対話しながら共通認識をもち役割分担をしながら業務を進めていく。

○就労的活動支援事業

- ・活動の場の整備に向けて再度周知のための訪問を行い、狭い範囲(集落)での整備に向けて取り組んでいく。

- ・地域との関係性の構築のため、引き続きスマホ教室の開催を実施していく。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1-4 認知症施策と権利擁護の推進
------	-------------------

現状と課題

認知症高齢者は75歳以上の後期高齢期を迎える頃に急増しています。また、認知症を背景に在宅生活の継続が困難になる場合があり、認知症状への対応に不安を感じている介護者は少なくありません。

認知症はだれもが罹患する可能性があり、その予防への取組はもちろん、認知症高齢者自身の人権や権利を守るための取組のほか、認知症高齢者を介護している介護者の負担軽減にも努めることが重要です。

第9期における具体的な取組

●認知症の人への対応と家族・介護者への支援

- (1) 普及啓発・本人発信支援（認知症サポーター養成、認知症ケアネットの作成・普及、本人ミーティング、認知症予防講演会・相談会の開催）
- (2) 予防（通いの場の拡充、若年性認知症に関する普及啓発）
- (3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援（認知症地域支援推進員の充実、認知症初期集中支援チーム活動の推進、認知症早期受診促進事業、認知症カフェの整備・推進、介護サービスの充実）
- (4) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援（あんしんはーとねつと事業、認知症バリアフリーの推進、チームオレンジの推進、若年性認知症の人への支援）

●高齢者虐待防止対策の推進

- (1) 計画的な高齢者虐待防止のための体制整備
- (2) 高齢者虐待防止研修会等の実施
- (3) 高齢者虐待相談

●権利擁護

- (1) 成年後見制度利用支援事業
- (2) 日常生活自立支援事業【実施主体：多可町社会福祉協議会】

目標（事業内容、指標等）

【評価指標】

評価指標	令和5年度（現状値）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
キャラバン・メイト養成数	89人	89人	89人	89人
認知症サポーター養成者数（累計）	4,999人	5,300人	5,600人	5,900人
サポーター養成講座開催回数	16回	15回	15回	15回
サポーター養成講座参加者数	310人	300人	300人	300人
ステップアップ講座開催回数	1回	1回	1回	1回
ステップアップ講座受講者数	25人	30人	30人	30人
認知症ケアネットの作成・普及	継続	継続	継続	継続
本人発信支援	検討	検討	検討	検討
認知症予防講演会等の開催	継続	継続	継続	継続
認知症地域支援推進員の配置	9人	9人	9人	9人
認知症初期集中支援チームの設置	継続	継続	継続	継続
認知症早期受診促進事業	継続	継続	継続	継続
あんしんはーとねっと事業	継続	継続	継続	継続
チームオレンジ等の構築	実施	継続	継続	継続
若年性認知症の人への支援 （認知症疾患医療センター、他市との連携）	継続	継続	継続	継続

評価指標	現状値	目標値 令和8年度
認知症に関する窓口の認知度	41.6%（令和4年度）	50.0%

評価指標	目標値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
計画的な高齢者虐待防止のための体制整備	①地域の高齢者虐待の現状把握、課題整理	②高齢者虐待防止施策の目標と重点事項の検討	③高齢者虐待防止施策の進行管理、取組み評価

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・各年度の取組状況を把握する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容	
【評価指標】	
評価指標	令和6年度（実績）
キャラバン・メイト養成数（累計）	84 人
認知症サポーター養成者数（累計）	5,310 人
サポーター養成講座開催回数	20 回
サポーター養成講座参加者数	312 人
ステップアップ講座開催回数	1 回
ステップアップ講座受講者数	10 人
認知症ケアネットの作成・普及	継続
本人発信支援	検討（絆カフェとの連携等により、本人の意見の把握等の取組を検討した）
認知症予防講演会等の開催	継続（認知症相談、コグニケア事業、住民主体の通いの場で、認知症予防に関する講話などを継続している）
認知症地域支援推進員の配置	継続（12人）
認知症初期集中支援チームの設置	継続（チーム員会議 18 回、検討委員会 2 回）
認知症早期受診促進事業	継続
あんしんはーとねっと事業	継続
チームオレンジ等の構築	継続
若年性認知症の人への支援 (認知症疾患医療センター、他市との連携)	継続
<p>●高年齢者虐待防止対策の推進</p> <p>多可町高年齢者虐待対応マニュアルを作成し、対応している。R6年度高年齢者虐待の通報は、13件。事実確認を行った結果、5件に虐待があったと認定した。虐待の種別は、身体的虐待2件、ネグレクト2件、経済的虐待1件。養護者は夫3件、息子1件、娘1件、通報者は家族1件、ケアマネ2件、介護保険事業所1件、医療機関1件であった。被虐待者はすべて女性で、ほとんどの方が要介護状態であった。</p> <p>通報があったすべてのケースについて、事実確認を行い、コアメンバー会議で検討し、対応方針を決定している。5件の内3件は分離が必要と判断し、入院や施設への調整を行っている。</p> <p>コアメンバーとは、虐待の有無や緊急性の判断、対応方針を決定する役割を担い、現在福祉課・ふくし相談支援課で構成している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高年齢者虐待防止研修会の開催：12/12に高年齢者虐待対応専門職チームの弁護士・社会福祉士に講師を依頼し、ケアマネ対象に研修会を開催した。11事業所28名が出席された。研修は、虐待の定義や、対応フローなど基本的な内容で行った。 ・周知：年1回町広報に虐待に関する記事を掲載。早期発見・相談の有効性や、相談窓口を周知している。 	

●権利擁護

(1)成年後見制度利用支援事業

- ・日常生活自立支援事業、成年後見制度利用支援事業の実施
令和6年中に権利擁護に関する相談を実人数で19名受けた。その内、親族申立などで成年後見制度につながったケースは7件、成年後見制度の町長申し立てを1件行っている。その他のケースは、身元保証人制度や制度説明を行っている。
- ・地域連携ネットワークづくりと担い手育成
北播磨広域定住自立圏で成年後見支援センターを、R7.1月に設立した。1～3月末までに、2市1町で合計22件の相談がセンターに寄せられている。内容は、成年後見制度の利用相談や申し立てに関する相談、後見人の役割についてのものが多かった。
合わせて中核機関を各市町に設けている。定例巡回相談も開始し、R7.3月に多可町で弁護士による相談会を実施した。奇数月に2市1町会場持ち回り、担当専門職も交代で行っていく予定。
市民後見人、法人後見事業について必要性が高まっているため、今後、市町・センターで検討していく。
- ・制度の周知・啓発及び安心して利用できる環境整備
成年後見支援センターに広報・啓発機能を委託しており、R7.1月に設立記念講演会を開催した(約280名の参加)。合わせてセンターのチラシとパンフレットを作成し、配布している。
成年後見制度利用支援事業の要綱改正を2市1町で統一するため、担当で調整会を開催した。

自己評価結果【○】

【認知症施策】

- ・昨年に比べキャラバン・メイト数が職員の退職等により減少したが、計画以上に認知症サポーター養成講座を実施し、認知症の理解や普及をすることができた。また、今年度は小学校、中学校、高校と実施することができた。
- ・ステップアップ講座の受講者数が年々減少している。
- ・R5年4月よりチームオレンジを実施。20名のボランティアが登録を行い、月1回絆カフェを実施したり、近隣の方の見守り等の個別支援を実施することもできた。
- ・あんしんはひとねっと事業では、新たに協力事業所を増やすために説明会を行った。

【虐待防止、権利擁護】

高齢者虐待に関する研修会を開催し、早期発見する立場にあるケアマネに再度周知できた。今後研修会を継続していくことにしている。

北はりま成年後見支援センターが設置でき、町が対応に困ったケースについて相談できる体制となっている。住民に関しても相談できる窓口が増え、多可町からも1月から8件の相談が入っている。

今後市民後見人などの養成などについて検討が始まる予定である。また運営会議やネットワーク会議を開催することで、地域の課題やセンターのあり方について検討していくことになっている。

課題と対応策

【認知症施策】

- ・絆カフェの参加者は予防のために参加されている方が多く、認知症の当事者やその家族の参加が少ない。認知症の当事者や家族の意見を把握する機会を検討していく。
- ・ステップアップ講座を開始して3年が経過し、受講者数も減少してきており、募集方法や講座内容を検討していく。
- ・行方不明に関する相談件数も増えてきているため、今後も警察や協力事業所と連携し、地位で見守る体制づくりを実施する必要がある。
- ・長期的な介護人材確保の視点から、学校との連携を強化する必要がある。認知症サポーター養成講座については、全学校が実施できていないため、福祉に関する授業の中で実施できないか検討する。

【虐待防止、権利擁護】

国の高齢者虐待対応マニュアルが改正になったため、多可町のマニュアルも改正する必要がある。毎年複雑・困難化しているケース対応するために、ふくし相談支援課・福祉課だけでなく関係課にも理解してもらえるようなマニュアルに改正する必要がある。

運営会議、ネットワーク会議を開催することで、地域の課題やセンターのあり方について検討していく。

令和7年度中に成年後見制度利用支援事業の要綱を2市1町で統一し、後見人等が活動しやすい環境整備、担い手の確保につとめていく。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 2-2 介護予防・重度化防止の推進

現状と課題

本町では、通いの場において管理栄養士による低栄養予防講座や歯科医師及び歯科衛生士によるオーラルフレイル予防講座、薬剤師による服薬講座など、高齢者のフレイル予防に資するよう専門職が関わり、保健事業と介護予防を一体的に実施する取組を行っています。介護予防の推進にあたっては、機能回復訓練等によるアプローチだけでなく、生活環境の調整など高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれた支援や、高齢者の自立支援に資する取組を推進することで、要介護状態等になっても高齢者が生きがいをもって生活できる地域の実現をめざすことが必要です。

また、閉じこもり等による社会からの孤立は、うつや認知症を発症させる危険因子の一つであるといわれ、介護予防の観点からも、地域での社会参加の機会を増やすことが重要です。

第9期における具体的な取組

●一般介護予防の推進

介護予防効果が見込まれる元気あっぷ広場や介護予防デイ等の取組をはじめ、すべての高齢者が参加可能な介護予防事業を推進します。

□推進事業・取組

介護予防把握事業、リフレッシュ教室（認知症予防教室）、通所介護予防事業（介護予防デイ）、住民主体の通いの場（元気あっぷ広場）

●高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

保健部門との連携のもと、フレイル対策に着眼した高齢者支援と疾病予防・重症化予防に取り組みます。また、兵庫県後期高齢者医療広域連合と連携し、医療、介護、保健等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを医療、介護、保健等の必要なサービスにつなげていくための取組を推進します。

□推進事業・取組

地域の健康課題や対象者の把握、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）、通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

●要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の構築

要支援・要介護者が住み慣れた地域で、本人の状態に応じて、必要なリハビリテーションを利用しながら健康的に暮らすことができるよう、兵庫県と連携しながらリハビリテーションの提供体制を充実します。

また、地域で適切なリハビリテーションが提供されるように、地域ケア会議等を活用し、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職及び介護サービス事業所との連携を図ります。

目標（事業内容、指標等）

〔最終アウトカム指標〕

評価指標	令和5年度（現状値）	令和8年度
65歳以上要支援・要介護認定率	18.6%	22.2%以下

〔プロセス指標〕

評価指標	令和5年度（現状値）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場実施か所数	27か所	30か所	35か所	40か所
通いの場参加者実人数	451人	460人	525人	590人
通いの場参加者割合	6.2%	6.3%	7.2%	8.1%
（参考）高齢者数	7,333人	7,347人	7,312人	7,288人

* 通いの場＝総合事業による通いの場＋その他の通いの場（介護予防に資するものに限る）

* 参加者割合＝参加者数÷高齢者数

評価指標	令和5年度（見込）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場へのリハビリテーション専門職の派遣回数	25回	35回	45回	55回
地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣回数	7回	7回	7回	7回

● 日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標

	実績値（令和4年度）	目標値（令和7年度）
幸福感がある者の割合	51.4%（17位）	51.4%以上
主観的健康感がよい者の割合	83.8%（41位）	83.8%以上
通いの場参加者割合	10.8%（26位）	10.8%以上
運動機能低下者割合	11.0%（59位）	11.0%以下
口腔機能低下者割合	17.7%（4位）	17.7%以下
低栄養者割合	1.8%（42位）	1.8%以下
認知症リスク者割合	9.5%（14位）	9.5%以下
閉じこもり者割合	3.4%（21位）	3.4%以下
うつ割合（GDS5点以上）	23.7%（21位）	23.7%以下

（順位は調査参加75市町村中）

目標の評価方法

● 時点

- 中間見直しあり
 実績評価のみ

● 評価の方法

- ・ 65歳以上要支援・要介護認定率（4月1日現在、10月1日現在）を把握する。
- ・ 通いの場実施か所数等を把握する。その他の通いの場については、健康保養地事業（主管：商工観光課）の取組状況を把握する。
- ・ リハビリテーション専門職の派遣回数を把握する。
- ・ 令和7年度に日常生活圏域ニーズ調査を実施する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和 6 年度
----	---------

後期（実績評価）

実施内容

〔最終アウトカム指標〕

評価指標	令和5年度（現状値）	令和6年度
65歳以上要支援・要介護認定率	18.6%	18.6%

〔プロセス指標〕

評価指標	令和5年度（現状値）	令和6年度
通いの場実施か所数	27 か所	31 か所
通いの場参加者実人数	451 人	476 人
通いの場参加者割合	6.2%	6.5%
（参考）高齢者数	7,333 人	7323 人

* 参加者割合 = 参加者数 ÷ 高齢者数

※その他の通いの場（健康保養地事業）参加延べ人数 2,406 人

評価指標	令和5年度（見込）	令和6年度
通いの場へのリハビリテーション専門職の派遣回数	25 回	34 回
地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣回数	7 回	7 回

● 日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標

※令和7年度に調査実施予定

	実績値（令和4年度）	令和7年度
幸福感がある者の割合	51.4%（17位）	%
主観的健康感がよい者の割合	83.8%（41位）	%
通いの場参加者割合	10.8%（26位）	%
運動機能低下者割合	11.0%（59位）	%
口腔機能低下者割合	17.7%（4位）	%
低栄養者割合	1.8%（42位）	%
認知症リスク者割合	9.5%（14位）	%
閉じこもり者割合	3.4%（21位）	%
うつ割合（GDS5点以上）	23.7%（21位）	%

（順位は調査参加 75 市町村中）

自己評価結果【〇】

地域での社会参加の機会を増やし、うつ、閉じこもりを予防するとともに、高齢者が自立した生活を送れるよう介護予防の視点だけでなく、栄養、口腔、服薬管理等の講座も取り入れ、住民主体の通いの場「元気あっぷ広場」の展開をおこなうことができた。また、R6年度は、新規に4カ所の通いの場を立ち上げることができ、通いの場の実施箇所数、参加実人数、高齢者の参加者割合をみても、目標値を達成することができた。

また、要支援、要介護状態になっても住み慣れた地域でその人らしく生活していくことができるよう、リハビリ専門職、ケアマネジャーとも連携し、自立に向けた地域ケア会議を開催するとともに、生活拠点である自宅をリハビリ専門職が訪問し、生活環境の調整等をおこなうことも少しずつ取り組んでいる。

課題と対応策

・元気あっぷ広場開催集落の拡大及び継続実施に向けた取り組み

元気あっぷ広場開催集落が全集落の約半数に到達したが、未実施集落も多い。既に別の取り組みにて居場所を展開されている集落もあるが、実施されていない集落へのアプローチを継続していく必要はある。元気あっぷ広場交流会時、未実施集落の役員等へ参加呼びかけをおこなうとともに、実施内容等の広報活動にも力を入れていきたい。また、実施されていたが途中中断になる集落もあるが、継続した声かけをおこなっていくことで再開につながっている集落もあるため、今後も声かけを継続していく。

また、各集落のリーダーに集まっていただき、課題や今後取り組みたい内容等を共有することで、より効果的な事業展開を図っていきたい。

・元気あっぷ広場へ参加されていない方や参加中断者へのアプローチ

居場所へ参加されている方へのアプローチだけでなく、参加されていない方や途中中断者の状況把握をおこなう必要があるが十分実施できていないため、在宅介護支援センターやリハビリ専門職による訪問事業等を活用し声かけをおこなうなど、対応方法を検討し、フォロー体制の構築を図っていきたい。

・リハビリ専門職の活用推進及びケアマネジャーとの連携

リハビリ専門職の支援を受け自立支援型地域ケア会議を実施し、要支援、要介護状態になっても、自分らしく、自立した生活を送れるよう、ケアマネジャーと連携し、自立に向けたアプローチをおこなっており、今後も推進していきたい。また、要介護状態になっても、地域とのつながりを継続し、社会生活を送れるよう、地域の居場所である元気あっぷ広場とも連携していきたい。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 3-1 介護給付適正化への取組及び目標

現状と課題

本町の調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率をみると、平成30年は、調整済み重度認定率は全国、兵庫県より高く、調整済み軽度認定率は全国、兵庫県より低い状況でしたが、令和4年は調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率はともに全国、兵庫県より低くなっています。ただし、本町の認定率は、令和2年4月以降低下傾向にありましたが、令和5年6月以降、上昇傾向に転じており、今後も上昇が見込まれることから、引き続き認定率の動向を注視しつつ、要介護認定の適正化に努める必要があります。

第5期多可町介護給付適正化計画の取組の実施状況をみると、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」は計画どおり実施できています。

「住宅改修等の点検」は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響のほか人生いきいき住宅助成事業の申請件数が減っているため点検件数も減り、実績が目標を下回っています。今後、「住宅改修等の点検」の対象や方法を検討する必要があります。

第9期における具体的な取組

介護給付の適正化事業の主要3事業を実施します。

- ①要介護認定の適正化
- ②ケアプラン等の点検
- ③医療情報との突合・縦覧点検

目標（事業内容、指標等）

【評価指標】

評価指標	令和5年度 (現状値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査状況チェックの実施件数	委託による認定調査票の全件	委託による認定調査票の全件	委託による認定調査票の全件	委託による認定調査票の全件
ケアプラン点検実施件数	20件	20件	20件	20件
住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検に係る現地調査の実施件数	5件	12件	12件	12件
縦覧点検・医療情報との突合の実施件数	疑義のある全件	疑義のある全件	疑義のある全件	疑義のある全件

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・介護給付適正化事業の主要 3 事業の実施状況等を把握する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和 6 年度
----	---------

後期（実績評価）

実施内容

項目	令和 6 年度
認定調査状況チェックの実施件数	委託による認定調査票の全件
ケアプラン点検実施件数	10 件
住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検に係る現地調査の実施件数	2 件
縦覧点検・医療情報との突合の実施件数	疑義のある全件

・要介護認定データを活用し調査員ごとの傾向分析を行い、判断の偏りや調査の選択基準に関する誤解を見直すことで平準化を図ることを目的に、認定調査員 10 人を対象として、認定調査員スキルアップ事業を実施した。また、今年度新たに、町内の全ケアマネを対象とした「認定調査員スキルアップ研修会」を開催した。

自己評価結果（△）

- ・ケアプラン点検事業の委託料見直しに伴い、実施件数が減少した。
- ・人生いきいき住宅助成事業の申請件数が少なく、住宅改修の現地調査の件数が目標値に届かなかった。
- ・福祉用具購入・貸与の点検については、現地調査は実施しておらず事前点検のみであるが、今年度のケアプラン点検の中で、購入可能な福祉用具をレンタルしている等、福祉用具に関するプランを対象に含めて点検を行った。

課題と対応策

- ・ケアプラン点検の実施方法や件数の見直しを検討する必要がある。
- ・福祉用具購入・貸与の点検について、現地調査の実施を検討する必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 3-2 人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進

現状と課題

町内の介護事業所等の介護職員の人数は、令和5年度で447人でしたが、令和8年（2026年）には538人、サービスのニーズがピークとなる令和17年（2035年）には561人が必要になると見込まれています。

特に、今後、高齢化の進展やそれに伴う高齢者世帯の増加から、身体介護を中心とする訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスを充実させるため、訪問介護員が更に必要となりますが、現在、訪問系サービスの介護職員の約7割が50歳以上（約4割が60歳以上）であることから、計画的に訪問介護員を養成する必要があると考えられます。また、70歳以上の職員が令和2年度の9.7%から令和5年度の14.9%へと増加するなど介護職員の高齢化が進んでおり、今後、現役世代が急速に減少する中で、介護職員に限らず、介護分野で働く人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人手不足対策を進めることが重要です。

今後見込まれる介護サービス需要の増加を考慮すると、特に、ケアマネジャーの不足も予測されますが、ケアプラン等を作成する介護支援専門員の不足は、介護サービス等の利用全般に支障をきたすおそれがあるため、ケアマネジャーの確保も喫緊の課題です。現在、町内の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は23人（常勤換算後22.5人）ですが、介護支援専門員の試験の受験資格は、対象となる資格及び業務内容で一定の実務経験を満たすことが必要であるため、今後の介護サービス需要の増加に向け、計画的に養成する必要があります。併せて、指定居宅介護支援事業所ごとに必置となる管理者を主任介護支援専門員とする必要があるため、主任介護支援専門員の養成も必要です。

第9期における具体的な取組

●人材の確保及び資質の向上

今後の福祉・介護サービスの需要に対応するために人材の確保を進めるとともに、その専門性を発揮し、誇りを感じながら働き続け定着することができるよう、良好な職場環境づくりや、職員のスキルアップにつながる支援に引き続き取り組みます。

□推進事業・取組

ケアマネジャーの育成・資質向上、多可町介護職員等研修支援事業、
県の事業を活用した人材確保に向けた取組の推進

●業務の効率化に向けた支援

介護職員等の業務負担を軽減し、介護サービスの質を確保するため、職場環境の整備に向けた情報提供等の支援を行います。

また、業務の効率化の観点から、介護職員等の負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の

申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化など、文書量削減等に係る取組や介護ロボットの導入・ICTの利活用に向けた支援を推進します。

目標（事業内容、指標等）

【数値目標】

項目	現状	目標
	令和5年度	令和8年度
介護職員数	447人	538人

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・ 介護職員数を把握する（令和8年度に調査予定）。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<ul style="list-style-type: none">・町内の小学校（3か所、4年生）、中学校（1か所、3年生）及び多可高校で認知症サポーター養成講座を実施し、町内介護サービス事業所の職員が指導を行った。また、町内の介護保険施設1カ所でのトライやるウィークに参加した中学生に対し、認知症サポーター養成講座を実施した。・介護職員等研修支援事業（介護職員初任者研修課程、介護福祉士及び介護支援専門員の資格取得のための研修への助成）を実施している。・ひょうごケア・アシスタント事業を実施する施設（1か所）の取組を町広報誌に掲載した。・令和3年度からボランティアポイント事業を実施している。 介護予防のボランティア（給食、見守り、通いの場・サロン・リフレッシュ教室の運営補助等）、多可赤十字病院のボランティア（病院内の介助等）にポイント付与。
自己評価結果（○）
概ね計画どおりに実施できているが、更なる取組について検討が必要である。
課題と対応策
<ul style="list-style-type: none">・ケアプランデータ連携システムや電子申請・届出システム等、国が推進する効率化の取組みについて、普及を進めていく必要がある。・介護人材の確保等に関する現状と課題を把握し、更なる対応策を検討する必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル 3-3 持続可能な介護サービスの充実・強化

現状と課題

介護サービスの質の向上を図り、利用者に対して適切なサービスが提供されるように、町が指定・監督の権限をもつ地域密着型サービス事業者について、定期的に運営指導を行っています。その他のサービス事業者についても、県や関係機関と連携しながら指導・監査を行っています。

第9期における具体的な取組

所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に1回（16.6%）以上の割合で運営指導を実施します。

目標（事業内容、指標等）

【指標等】

評価指標	令和5年度（実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
運営指導の実施数	5回	5回	5回	5回
運営指導の実施率（実施数÷対象事業所数）	20.8%	20.8%	20.8%	20.8%
（参考）対象事業所数	24事業所	24事業所	24事業所	24事業所

目標の評価方法

- 時点
 - 中間見直しあり
 - 実績評価のみ
- 評価の方法
 - ・ 運営指導の実施数を把握

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<ul style="list-style-type: none">・運営指導の実施数 4回（町所管4回、県との合同0回）・運営指導の実施率（町所管） 16.6%・居宅介護支援事業所9事業所からチェックリストを提出して頂いた。
自己評価結果（○）
概ね計画どおりに実施できている。
課題と対応策
なし。