

第7期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の振り返りについて

第7期計画において、重点事業として位置づけ推進してきた次の事業の、取り組み状況等については、以下のとおりです。

地域包括ケアシステムの深化・推進

【第7期計画の方針】

本市では、第6期において、地域包括ケアシステムの構築のために計画していた必要な機関やサービスの設置・導入、人員配置等の整備を行い、環境を整え「つながるしくみ」づくりを推進してまいりました。

第7期においては、これらの「つながり」をより強固なものとし、さらに深化・推進するために、「支えあいのしくみ」づくりおよび「5つの施策」を積極的に展開していきます。

【第7期計画の振り返り】

第6期に引き続き、地域包括ケアシステムの構築のために計画していた必要な機関やサービスの設置・導入を行うとともに、「5つの施策」を積極的に展開することで、「つながり」をより強固なものとし、「支えあいのしくみ」づくりを推進してまいりました。

「支えあいのしくみ」づくり

【第7期計画の方針】

地域包括ケアシステムの構築においては、自分の健康を守る努力の「自助」と住民同士の支え合い、助け合いの「互助」を基本として、必要なかたには「共助」、これらで解決できないときには「公助」を使うというバランスが重要になってきます。

本市では、生活支援体制の基盤整備を積極的に推進し地域の「つながり」を強固にするとともに、地域の人々がお互いに助け合い、支えあいながら地域の課題に取り組めるよう支援を行います。

【第7期計画の振り返り】

地域のネットワークの充実を図るとともに、協議体を設置し、地域の多様な主体間の情報共有・連携による取組みを推進するなど、生活支援体制の基盤整備を推進し、地域の人々がお互いに助け合い、支えあいながら地域の課題に取り組めるよう支援を行いました。

地域包括ケアシステムの深化・推進のための5つの施策

1 在宅医療・介護連携の推進

(1) ICTを活用した情報連携の推進

【第7期計画の方針】

在宅医療・介護サービスが切れ目なく利用できるよう、医療と介護の関係者が情報を共有できるICTシステムを活用し、連携体制の整備を推進します。

【第7期計画の振り返り】

川口市医師会と連携し、介護支援専門員に対しICTシステムの普及講習会を開催するなど普及促進を図りました。また、地域包括ケア連絡協議会幹事会において利用促進に向け運用の検討を行いました。

(2)連携拠点の活用

【第7期計画の方針】

専門職を配置した「在宅医療サポートセンター」において、医療・介護の適切なサービスがスムーズに受けられるよう在宅療養患者の支援を推進します。

【第7期計画の振り返り】

平成30年度より、市が在宅医療連携拠点業務の運営主体となり、医療・介護の専門職をコーディネーターとして配置。在宅医療・介護関係機関への周知を行うとともに、在宅療養患者の相談支援の利用促進を図りました。

2 認知症施策の推進

(1)新オレンジプラン施策の推進

【第7期計画の方針】

新オレンジプランに基づき、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、体制の整備を図ります。

【第7期計画の振り返り】

認知症サポーターの養成、認知症ケアパスの作成・普及、認知症初期集中支援チームの利用促進、認知症カフェの開催など認知症施策を推進し、地域でのセーフティネットの構築を進めました。

(2)認知症サポーターの活躍の場の充実

【第7期計画の方針】

認知症サポーター養成講座の受講者が、様々な場面で活躍できる場の充実を図り、見守り体制づくりと認知症の人を含む高齢者等に優しい地域づくりに取り組みます。

【第7期計画の振り返り】

認知症カフェを開催を推進し、認知症サポーターが活躍できる場の拡充を図りました。多様なセーフティネットの構築、認知症の理解を深める普及啓発を推めました。

3 生活支援体制の基盤整備

(1)多様な主体によるサービスの活用

【第7期計画の方針】

地域のボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体によるサービスを活用することで高齢者がサービスを利用しやすい地域づくりをめざします。

【第7期計画の振り返り】

地域資源データベースシステムを導入し、地域のボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体によるサービスを「見える化」することで高齢者が活用しやすい地域づくりを行いました。

(2)生活支援コーディネーターによる取り組みの強化

【第7期計画の方針】

生活支援コーディネーターにより、ボランティア等の担い手の養成・発掘など地域資源の開発や、ネットワークの構築、地域のニーズとサービスのマッチングなどを行い、生活支援サービスの充実を図り高齢者の社会参加を促します。

【第7期計画の振り返り】

生活支援コーディネーターにより、地域資源の把握、ネットワークの構築、高齢者のニーズとボランティア等のマッチングなどを行い、生活支援サービスの充実や高齢者の社会参加を推進しました。

(3)協議体による地域の情報共有・連携の推進

【第7期計画の方針】

協議体により、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取り組みを推進し、生活支援サービスの体制の整備を図ります。

【第7期計画の振り返り】

市全域（第1層）及び各日常生活圏域（第2層）に協議体を設置し、地域の多様な主体と連携しながら、地域資源情報や地域課題を共有し、協議するなど、生活支援サービスの体制整備を進めました。

4 地域ケア会議の推進

(1)地域のネットワーク構築に向けた会議の充実

【第7期計画の方針】

行政、事業者、地域団体、地域住民等の連携を強化し、個人や地域の課題解決に向けた地域ケア会議の充実を図ることで、地域づくりや社会資源の開発を進めます。

【第7期計画の振り返り】

医療・介護等の多職種が協働して、高齢者の個別課題の解決を図るとともに、個別ケースの

課題分析等から把握した地域課題について共有・検討しながら、必要な資源開発や地域づくり等を進め、地域のネットワークの構築・強化につながりました。

(2)自立支援型地域ケア会議の導入

【第7期計画の方針】

自立支援・重度化防止の視点で、多職種からの専門的な助言を得ながらケアプランを作成、支援方法を検討する自立支援型地域ケア会議の開催を推進します。

【第7期計画の振り返り】

自立支援型地域ケア会議を開催し、多職種からの助言を得ながら自立に向けたケアプランの作成や支援方法の検討を行い、地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有、理解の促進を図りました。

5 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1)自立支援・重度化防止に向けたサービスの充実

【第7期計画の方針】

利用者が自立支援・重度化防止に必要なサービスを選択できるよう基準緩和サービス等、多様な主体によるサービスを充実させ広く周知を図ります。

【第7期計画の振り返り】

基準緩和サービスを実施するなど、利用者が自立支援・重度化防止に必要なサービスを選択できるよう、多様なサービスを充実させ広く周知を図りました。

(2)自立に向けた介護予防ケアマネジメントの支援

【第7期計画の方針】

地域包括支援センターや介護支援専門員が、利用者の自立に向けた介護予防ケアマネジメントができるよう支援・研修を行います。

【第7期計画の振り返り】

介護予防ケアマネジメントマニュアルの勉強会やケアマネ会議等を通じて、地域包括支援センターや介護支援専門員が、利用者の自立に向けた介護予防ケアマネジメントができるよう支援や研修を行いました。

サービス基盤の整備のための主な施策

1 在宅サービスの充実

【第7期計画の方針】

今後、中・重度の要介護者の増加が見込まれることから、在宅での医療・介護サービスが連携により効果的・効率的に提供されるよう、地域密着型サービスの定期巡回・随時対応型訪問介護看護などについて、日常生活圏域ごとに整備を進め在宅サービスの充実を図ります。

【第7期計画の振り返り】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護（計画数 7 か所中 2 か所）及び看護小規模多機能型居宅介護（計画数 6 か所中 2 か所）の整備を行いました。

2 サービス基盤の整備

（1）地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を除く）

【第7期計画の方針】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を除く、地域密着型サービスについては、ニーズや利用状況を把握しながら必要な量を日常生活圏域内でバランスよく配置されるよう、今後とも圏域間の調整を行い、計画的に整備を図ります。

【第7期計画の振り返り】

地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を除く）については、認知症対応型共同生活介護（既存事業所の廃止に伴い 1 か所新設）の整備を行いました。

（2）居宅介護（予防）サービス

【第7期計画の方針】

居宅介護（予防）サービスについては、ニーズや利用状況を把握しながら、整備区域を限定せずに必要な量の整備を図ります。

【第7期計画の振り返り】

居宅介護（予防）サービスについては、整備区域を限定せずに必要な量の整備を図り、共生型サービスについては、随時申請できるよう様式を整えました。

（3）施設サービス

【第7期計画の方針】

施設サービスについては、認知症や高齢単身世帯などにより、在宅での生活の維持継続が困難な要介護者や医療的ケアが必要とされる要介護者に対して、適切にサービスが提供できるよう計画的に整備を図ります。

【第7期計画の振り返り】

施設サービスについては、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（計画数 4 施設 470 床の内、2 施設 280 床）の整備を行いました。また、平成 30 年度の介護保険法改正で新設された介護医療院については、他施設からの転換で 2 施設 118 床が整備されました。

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	地域ケア会議の推進
現状と課題	
<p>第6期では、地域ケア会議において、ケアマネジメント支援を実施するとともに、地域包括支援センターが行った地域診断をベースに、個別課題、地域課題を把握、共有し、その解決に向けた取り組みの中での地域づくり、資源開発などを積極的に推進することにより、地域のネットワークを構築してきました。課題は、各地域包括支援センターの圏域ごとに地域課題を検討するための会議が未実施であることです。</p>	
第7期における具体的な取組	
<ul style="list-style-type: none">・地域のネットワーク構築に向けた会議の充実・自立支援型地域ケア会議の導入	
目標（事業内容、指標等）	
<ul style="list-style-type: none">・ネットワーク構築に向けた会議、地域課題を検討するための会議である「ネットワーク会議」の充実・自立支援型地域ケア（多職種協働）会議の定期開催 （平成30年度：地域包括支援センター職員向けに説明・モデル実施 令和元年度：居宅介護支援事業所や介護サービス事業所職員向けに説明・モデル実施 令和2年度：定期開催）	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 中間見直しあり<input checked="" type="checkbox"/> 実績評価のみ● 評価の方法<ul style="list-style-type: none">・目標に掲げる施策の推進状況や取り組み状況を確認する。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和元年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<ul style="list-style-type: none">・ネットワーク構築と、地域課題を検討するため「ネットワーク会議」を開催。（令和元年度 60 回）・居宅介護支援事業所の職員を対象に自立支援型地域ケア会議を開催。（9 回/年）
自己評価結果【〇】
<ul style="list-style-type: none">・「ネットワーク会議」（地域ケア推進会議）を 60 回開催。ネットワークの構築を図った。また、個別地域ケア会議からの積み上げによる地域課題について、見える化できるように整備した。・自立支援型地域ケア会議を 9 回開催し、居宅介護支援事業所の職員の理解を図った。
課題と対応策
<ul style="list-style-type: none">・地域課題発見機能を強化していくため、よりの確に地域課題を把握できるような抽出方法の検討や、把握した地域課題の集約や共有するしくみづくりに取り組んでいく。・地域ケア会議を機能別に整理し、開催計画の策定に向けて取り組んでいく。・自立支援型地域ケア会議を定期開催するために、会議のルールやモニタリングのしくみの構築に取り組み、個別事例の検討数を増やしていく。・令和元年度は居宅介護支援事業所の職員を対象に行ったが、令和 2 年度は介護サービス事業所の職員も対象とし、自立支援型地域ケア会議の充実を図る。

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	認知症施策の推進
------	----------

現状と課題

- ・平成 28 年度に「認知症地域支援推進員」を全地域包括支援センターに配置しました。
- ・平成 28 年 5 月に、認知症や認知症が疑われる人、また、その家族の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートするため「認知症初期集中支援チーム」を設置しました。
- ・認知症サポーター養成講座を開催し、サポーターが約 15,000 人となりましたが、認知症サポーターの活躍の場を提供することが課題となっています。

第 7 期における具体的な取組

- ・認知症への理解を深めるための普及・啓発
- ・認知症サポーターの活躍の場の充実
- ・認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ・認知症初期集中支援チームの利用促進
- ・認知症の人の介護者への支援

目標（事業内容、指標等）

- ・令和 3 年度末までに認知症サポーターを 33,000 人養成
- ・認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ講座の開催
- ・認知症疾患医療センター等専門医療機関や医療関係団体との連携
- ・認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの定期的な情報連携
- ・認知症カフェ等の設置、運営の推進

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
 - ・目標に掲げる施策の推進状況や取り組み状況を確認する。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和元年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容

- ・ 認知症サポーター養成講座を開催（73回、受講者数2,530人）
- ・ 認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ講座を開催（市主催1回、地域包括支援センター主催10回）
- ・ 認知症ケアパスの改訂。配置場所の拡充。
- ・ 認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チーム員の情報交換会を開催（4回）
- ・ 認知症カフェの開催（協力等含む）（22か所）

自己評価結果【〇】

- ・ 認知症サポーター数
15,839人（平成29年度）→ 19,787人（平成30年度）→ 22,317人（令和元年度）
- ・ ステップアップ講座の開催
6回（平成29年度）→ 11回（平成30年度）→ 11回（令和元年度）
- ・ 市医師会の協力のもと「もの忘れ相談医」のリストを更新し、認知症疾患医療センター等の相談窓口とともに認知症ケアパスに掲載し、周知を行った。
- ・ 認知症地域支援推進員と初期集中支援チームの情報交換会を実施し、チームの活用、事例に応じた支援方法や連携時の役割分担等の確認や共通理解を図ることができた。
- ・ 認知症カフェの開催
12か所（平成29年度）→ 14か所（平成30年度）→ 22か所（令和元年度）
- ・ 認知症サポーターの認知症カフェでの活動 68名（平成30年度）→ 70名（令和元年度）

課題と対応策

- ・ ステップアップ講座を受講した認知症サポーターへ活躍の場を提供するため、情報提供やマッチングの方法について検討する。
- ・ 認知症カフェへの本人、家族の参加が少ないため、周知方法や本人等が参加しやすいような開催方法等を検討する。
- ・ 認知症の早期発見・早期対応の支援のため、「認知症ケアパス」の活用を関係機関・市民へ広く周知し、早期の相談への啓発の強化を図る。

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	生活支援体制の基盤整備
現状と課題	
<p>第6期中に、第2層生活支援コーディネーターを全地域包括支援センターに配置し地域資源の調査を実施しました。また、第1層生活支援コーディネーターを社会福祉協議体に委託し配置しました。更に第1層協議体の設置に向け準備を進めてきましたが、課題として、以下のことがあげられます。</p> <ul style="list-style-type: none">・地域資源情報を集約・共有し利用者に向け発信するしくみづくり・生活支援コーディネーターの効果的な活用の検討・協議体の目的・役割の明確化	
第7期における具体的な取組	
<ul style="list-style-type: none">・多様な主体によるサービスの活用・生活支援コーディネーターによる取り組みの強化 (地域資源の開発、ネットワークの構築、地域ニーズとサービスのマッチング)・協議体による地域の情報共有・連携の推進	
目標（事業内容、指標等）	
<ul style="list-style-type: none">・生活支援コーディネーターによる地域診断・社会資源の把握・生活支援コーディネーターを対象に研修や情報交換会の実施・平成30年度に第1層協議体、令和元年度に第2層協議体の設置	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>中間見直しあり<input checked="" type="checkbox"/>実績評価のみ● 評価の方法<ul style="list-style-type: none">・目標に掲げる施策の推進状況や取り組み状況を確認する。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和元年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<ul style="list-style-type: none">生活支援コーディネーターによる地域診断・社会資源の把握の実施（H31年4月・R1年9月実施）生活支援コーディネーターを対象に研修や情報交換会の実施（R1.5/22、7/23、11/11、R2.2/19実施）第1層協議体の開催（R1.10/30）第2層協議体の設置（日常生活圏域 20か所）市民への事業周知を目的にフォーラムを実施（R2.1/18 参加者 300名）
自己評価結果【○】
<ul style="list-style-type: none">地域資源を把握し、地域資源情報を集約することができた。コーディネーターの活動の充実につながる情報交換会を開催し、好事例の紹介や情報共有を図るとともに、孤立しやすいコーディネーター同士の横のつながりができた。第1層協議体を開催し、地域診断や社会資源の情報共有を行うことができた。第2層協議体について、日常生活圏域ごとに設置し、地域住民との情報共有を行うことができた。市民への事業周知を目的としたフォーラムを実施し、幅広い世代への周知を行うことができた。
課題と対応策
<ul style="list-style-type: none">地域資源の管理・情報公開ができるシステムの構築に当たって、利用者によるサービスの選択に資するよう、より詳細なサービス内容等の情報の収集や整理が必要となる。各日常生活圏域に第2層協議体を設置したが、今後、効率的・効果的に地域の課題解決に向けて検討を進めていくためには、地域資源情報を「見える化」し、データの統一・共有を図り、各地域の取組や資源の過不足などを整理したうえで、進捗状況を管理していく必要がある。

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	介護給付費の適正化の推進
現状と課題	
<p>第6期の取り組みを踏襲し、第7期においても、利用者への適切な情報提供等を通じて、給付と負担の関係をわかりやすく示し、利用者も安心してサービスを利用できるよう、質の向上に努める。</p>	
第7期における具体的な取組	
<p>介護給付適正化主要5事業の推進、給付実績の活用を通じて点検効果の向上を図るとともに、利用者への適切な情報提供等を通じて、給付と負担の関係をわかりやすく示し、利用者も安心してサービスを利用できるよう、質の向上に努める。</p>	
目標（事業内容、指標等）	
<ul style="list-style-type: none">① 要介護認定の適正化② ケアプランの点検③ 住宅改修・福祉用具の点検④ 縦覧点検・医療情報との突合⑤ 介護給付費通知	
目標の評価方法	
<ul style="list-style-type: none">● 時点<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 中間見直しあり<input checked="" type="checkbox"/> 実績評価のみ● 評価の方法<ul style="list-style-type: none">・ 目標に掲げる5つの施策の推進状況や取り組み状況を確認する。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和元年度
----	-------

後期（実績評価）

実施内容
<p>① 要介護認定の適正化 調査票の精査</p> <p>② ケアプランの点検 サービス計画の内容点検及び支援</p> <p>③ 住宅改修・福祉用具の点検 申請書の点検及び利用者の訪問調査・状態確認</p> <p>④ 縦覧点検・医療情報との突合 受給者の支払状況の確認・点検及び医療保険と介護保険の給付情報の整合性の点検</p> <p>⑤ 介護給付費通知 受給者本人（家族）に対し請求及び費用の給付状況等について通知</p>
自己評価結果
<p>① 要介護認定の適正化 ・要介護認定申請状況 18,155件（平成30年度）→ 20,320件（令和元年度）</p> <p>② ケアプランの点検 ・実施件数 20件（平成30年度）→ 23件（令和元年度）</p> <p>③ 住宅改修・福祉用具の点検 ・住宅改修 1,500件（平成30年度）→ 1,492件（令和元年度） ・福祉用具 1,659件（平成30年度）→ 1,628件（令和元年度）</p> <p>④ 縦覧点検・医療情報との突合 ・縦覧点検 6,207件（平成30年度）→ 12,619件（令和元年度） ・医療情報 13,702件（平成30年度）→ 15,883件（令和元年度）</p> <p>⑤ 介護給付費通知 ・発行件数 69,316件（平成30年度）→ 71,126件（令和元年度）</p> <p>高齢者数及び給付費の増加に沿った結果を出していることから【◎】</p>
課題と対応策
<p>適正化事業を推進することで、給付の抑制が図られているが、具体的な数値で比較検証することができないため、国等とシステムや情報連携の分野での推進を図る。</p>

第7期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

所属名	川口市
担当者名	酒井、茂出木

※「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き(平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課)」の自己評価シートをもとに作成

保険者名	第7期介護保険事業計画に記載の内容				令和元年度(年度末実績)		
	区分	現状と課題	第7期における具体的な取組	目標 (事業内容、指標等)	実施内容	自己評価	課題と対応策
川口市	①自立支援・介護予防・重度化防止	各地域包括支援センターの圏域ごとに地域課題を検討するための会議が未実施	・地域のネットワーク構築に向けた会議の充実 ・自立支援型地域ケア会議の導入	・地域のネットワーク構築に向けた会議の充実 ・自立支援型地域ケア(多職種協働)会議の定期開催	・ネットワーク会議実施(60回) ・居宅介護支援事業所の職員を対象に自立支援型地域ケア会議を開催(9回)	○	・地域課題発見機能を強化していくためのしくみづくり ・開催計画の策定に取り組む ・自立支援型地域ケア会議の定期開催に向けた取り組み(会議のルールづくりやモニタリングのしくみの構築) ・令和2年度は介護サービス事業所の職員も対象とし、自立支援型地域ケア会議の充実を図る。
川口市	①自立支援・介護予防・重度化防止	認知症サポーターの活躍の場が必要	・認知症への理解を深めるための普及・啓発 ・認知症サポーターの活躍の場の充実 ・認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供 ・認知症初期集中支援チームの利用促進 ・認知症の人の介護者への支援	・認知症サポーターの養成 ・ステップアップ講座の開催 ・関係機関・団体との連携 ・認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの定期的な情報連携 ・認知症カフェ等の開催	・認知症サポーター養成講座を開催(73回、受講者数2,530人) ・認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ講座を開催(市主催1回、地域包括支援センター主催10回) ・認知症ケアバスの改訂。配置場所の拡充。 ・認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チーム員の情報交換会を開催(4回) ・認知症カフェの開催(協力等含む)(22か所)	○	・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターへ活躍の場を提供するため、情報提供やマッチングの方法について検討する。 ・認知症カフェへの本人、家族の参加が少ないため、周知方法や本人等が参加しやすいような開催方法等を検討する。 ・認知症の早期発見・早期対応の支援のため、「認知症ケアバス」の活用を関係機関・市民へ広く周知し、早期の相談への啓発の強化を図る。
川口市	①自立支援・介護予防・重度化防止	・地域資源情報を集約・共有し利用者に向け発信するしくみづくり ・生活支援コーディネーターの効果的な活用 ・協議体の目的・役割の明確化	・多様な主体によるサービスの活用 ・生活支援コーディネーターによる取り組みの強化 ・協議体による地域の情報共有・連携の推進	・生活支援コーディネーターによる地域診断・社会資源の把握 ・生活支援コーディネーターを対象に研修や情報交換会の実施 ・平成30年度に第1層協議体、令和元年度に第2層協議体の設置	・生活支援コーディネーターによる地域診断・社会資源の把握の実施(H31年4月・R1年9月実施) ・生活支援コーディネーターを対象に研修や情報交換会の実施(R1.5/22、7/23、11/11、R2.2/19実施) ・第1層協議体の開催(R1.10/30) ・第2層協議体の設置(日常生活圏域 20か所) ・市民への事業周知を目的にフォーラムを実施(R2.1/18 参加者300名)	○	・地域資源の管理・情報公開ができるシステムの構築に当たって、利用者によるサービスの選択に資するよう、より詳細なサービス内容等の情報の収集や整理が必要となる。 ・各日常生活圏域に第2層協議体を設置したが、今後、効率的・効果的に地域の課題解決に向けて検討を進めていくためには、地域資源情報を「見える化」し、データの統一・共有を図り、各地域の取組や資源の過不足などを整理したうえで、進捗状況を管理していく必要がある。
川口市	②給付適正化	利用者への適切な情報提供等を通じて、給付と負担の関係をわかりやすく示し、利用者も安心してサービスを利用できるよう、質の向上に努める。	適正化事業実施に当たっては、給付実績の活用を通じて点検効果の向上を図る	適正化事業 適正化主要5事業を行うことを含め、介護サービス(予防給付、介護給付)にかかる費用について、第7期の3年間に必要な費用額はおよそ1064億円と見込まれる。	・要介護認定の適正化 20,320件 ・ケアプランの点検 23件 ・住宅改修等の点検 1,492件 ・縦覧点検・医療情報との突合 28,502件 ・介護給付費通知 71,126件	◎	適正化事業を推進していることで、給付費の抑制が図られているが、具体的な数値での比較検証することができていない。国等で分析・評価する指針等の確立が必要。