

評価シート作成の趣旨と目的について

地域包括ケアシステムの構築については、各種サービスの充実を図るだけで達成されるものではなく、地域の助け合いや関係機関間の連携の強さなど様々な要素が含まれており、客観的に評価することは難しいものとなっています。
 この評価シートは、市町における地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みの進捗状況を把握するための「チェックシート」として活用いただけるよう作成したものです。
 客観的な評価が難しい項目については、関係機関等との協議の上、評価いただくことで、地域の実情に沿った評価結果となり、関係機関等と現状や今後の目標を「共有」する指標ともなりますので、地域包括ケアシステムの構築に向けたツールの一つとして活用していただきたいと考えております。
 また、評価により抽出された課題については、課題解決に向けた「地域包括ケアロードマップ」を策定し、その対応策を第7期介護保険事業計画に反映していただきたいと考えております。

評価シートの採点方法について

- ①評価シートは、8分野全78項目の設問で構成され、各分野5点の計40点満点のうち8割の32点以上で、「概ねシステムが構築されている」とします。
- ②市町の自己評価後、県・保健所担当者、外部有識者等による第三者評価(ヒアリング)を実施し、市町との議論の上、県が設置する「長崎県地域包括ケアシステム推進協議会」において定量的評価(各種データ)等も含めた各種結果を踏まえ協議し、最終的に各市町(各地域包括ケアシステム単位)毎の点数を確定することとしますが、一つの目安として考えてください。
- ③今後も、評価結果を踏まえて、定量的評価(各種データ)の推移等をみながら、随時評価項目等の見直しを行っていきます。(ご感想・ご意見等をお寄せください。)

評価シート記載に関する留意点

- ①できるだけ多くの関係者(市町の関係課、地域包括支援センター、医療・介護関係者等)と話をしながら評価してください。
- ②この評価結果から自分たちの地域の現状を確認し、住民が安心して暮らし続けることができる地域づくりについて話してみてください。
- ③評価対象の日常生活圏域内では地域資源等が不足しているが、他の日常生活圏域との連携等により補完されている機能についても、当該日常生活圏域の評価に加えてください。(コメント欄に評価に加えた旨を記載してください。)

市 町 名		担当課名、担当者名	
日常生活圏域名			
地域包括支援センター名		連絡先(電話)	
基本情報 (日常生活圏域)	総人口:	(平成 年 月 日現在)	評価者(該当にレを記入してください。) <input type="checkbox"/> 市町内部のみで評価を実施 <input type="checkbox"/> 市町と地域包括支援センター等の関係者で評価を実施
	高齢者数(率):	(平成 年 月 日現在)	
	後期高齢者数(率):	(平成 年 月 日現在)	
	要介護認定率:	(平成 年 月 日現在)	
	要支援認定率:	(平成 年 月 日現在)	
評価項目等に関する感想、ご意見等			

A 医療(5点)

◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
 ◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

評価の視点	評価	割合	点数
■在宅医療・介護連携 ①医療・介護資源のリスト・マップを作成し、活用している。	△	1% ~20%	1
②地域の医療・介護関係者を集め、医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討を定期的に行っている。		21% ~40%	2
③在宅医療・介護連携に関する相談窓口が設置されているか。		41% ~60%	3
■退院支援 ①入院医療機関(※)に退院支援担当者が配置され、退院前の調整(精神障害者の地域移行を含む)のため、入院医療機関からケアマネジャー、地域包括支援センター等への連絡があるなど連絡調整ができている。 ※当該日常生活圏域内にある入院医療機関や当該日常生活圏域周辺の主な入院医療機関等		61% ~80%	4
②退院前のカンファレンスに医師をはじめ、多職種・多機関が参加している。		81% ~100%	5
■(退院後の)日常の療養支援、急変時の対応 ①本人や家族の希望に応じて、在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)が提供できる体制があるとともに、通院に困っている状況はない。			
②在宅緩和ケアを含めた在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)の提供が行われる際に、24時間365日の対応として休日・夜間の連絡先等のルールが家族や専門職等の関係者で共有されている。			
③在宅医療を行う診療所・かかりつけ医をバックアップする体制がある。 ・診察連携(主治医、副主治医担当制等) ・病診連携(後方支援病院、中核となる医療機関との連携等) ・一次・二次・三次救急医療の連携			
④退院後の経過や在宅医療の質をモニタリング評価するため、関係者によるカンファレンスが行われている。			
⑤医療・介護等の多職種の関係者が互いに果たす役割や日頃から抱えている悩みなどについて情報交換したり、在宅医療推進のための研修の場がある。(顔の見える関係づくり)			
⑥一体的なサービス提供を行うため、医療・介護等の多職種連携の仕組みとして、連携のためのツールの活用(クリティカルパス、連携シート、ICT等)や、連絡調整のローカルルールづくり等ができている。			
⑦認知症の疑いなど本人や家族がちょっとした変化に気づいたとき、気軽に相談できる窓口や身近な医療機関に相談できる体制がある。			
⑧認知症の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを示した認知症ケアパスが確立され、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で、共有されている。			
⑨地域に、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医がいる。			
■看取り ①本人や家族の希望に応じて、看取りを行う体制(医療・介護等)がある。			
②在宅医療、終末期医療、自宅・特別養護老人ホーム等での看取り等に関する住民への情報提供(ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、エンディングノート等)や理解促進の取組があるとともに、住民が気軽に相談ができる窓口等がある。			
③看取りを含めた本人が望む終末期の療養生活について、自己決定が尊重されるとともに、QOL(生活の質)やQOD(死の質、死に方)の向上に向けたチーム医療や医療・介護の連携ができている。			
④看取りの事例を多職種で共有する場(多職種による事例検討、家族の体験を聞く場等)がある。			
小計	0.5		

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

連携に必要なと思われる回数
が継続的に開催されているか。

コーディネーター等が配置され、在宅医療・介護連携の取組に対する支援が行われ

要支援・要介護者等の退院
連絡が徹底されているか。

通院の場合に、ヘルパーに
よる通院同行や移送サー
ビス等の対策が取られてい
るか。

相談窓口等が住民にとって
分かりやすいものとなっ
ているか。

認知症サポーター医が地域
に適切に配置され、その役
割が果たされているか。

評価項目数	割合
18	2.8%

コメント欄(特徴的な取組等)

B 介護(5点)

◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

1 点

評価の視点	評価
■介護保険サービスの基盤等	
①在宅で生活する高齢者(特に中重度者)の身体介護を担うサービス(訪問介護, 訪問看護等)の提供量が充足している。	○
②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスが、地域特性やニーズに応じて整備されている。(整備が計画的に進んでいる。)	
③訪問介護等の訪問系サービスの提供時間は、在宅限界点やQOL(生活の質)の向上に資するため、特にモーニングケア・ナイトケアの時間帯の提供も制限はない。	
④保険者や介護サービス事業者等が介護予防・重度化予防の視点、目標を共有し、排泄の自立、服薬の確認、適切な食事(栄養)摂取などについて、様々な関係者が連携して在宅生活の継続に向けた取組や働きかけを行っている。	
⑤社会福祉法人等の地域で中核となる法人が、在宅で生活する高齢者の生活支援サービス(配食・洗濯サービス等)の提供や、介護人材の育成、地域住民の交流の場として施設を提供するなど、地域の拠点として地域貢献活動を行っている。	
■人材育成	
①介護人材が不足する将来の姿を行政、事業所等が共有し、地域を支える人材の問題として捉え、複数の法人・事業所合同での求人説明会や研修会の開催を行うなど、地域全体の問題として認識され取り組んでいる。	
②ケアマネジャー等の専門職ネットワーク(事例検討、研修会等)による資質向上の活動と併せて、市町(保険者)が基本方針を明確にした上で、地域の専門職等の関係者に対して目指す目標の共有や必要な情報提供を行っている。	
③小・中・高校等の学校教育や地域の様々な活動等の場を通して、若年層に対して健康づくり、介護・福祉、地域の互助活動などへの理解を深める機会がある。	
小計	0.75

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

方針や目標が関係者間で十分に共有されているか。

評価項目数	割合
8	9.4%

コメント欄(特徴的な取組等)

C 保健・予防(5点)

◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

1 点

評価の視点	評価
■介護予防ケアマネジメント	
①ケアプランを作成する際に、介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービスをプランに位置づけている。	◎
②ケアプランにおいて、多様な地域の社会資源(地域におけるサークル活動、老人クラブ、ボランティア活動等の介護保険サービス以外の社会資源)を位置づけている。	
■健康づくり	
①住民が自らが望む場での生活の継続に向けて、日常的な生活習慣、健康づくり、介護予防など、自身の健康状態・生活機能の維持・向上への意識を醸成していくため、ライフステージに応じた意識啓発等の取組を進めている。	
②生活習慣病予防、疾病予防、健診、介護予防、重度化予防などの一次予防、二次予防、三次予防を効果的に行うため、各種データ分析等により、関係部署が連携して地域の健康課題の把握・分析を行っている。	
■住民の主体的な活動	
①健康づくり、介護予防などの推進に当たっては、近隣住民の交流・地域活動への参加の促進や、そうした共生意識の中での住民主体の通いの場・自主グループの創設など、住民主体の「地域づくり」を意識した施策・取組が進められている。	
②住民主体の通いの場などに、リハビリ専門職、栄養士、歯科衛生士等が関与することにより、生活機能の低下の程度に応じた助言等を受けて、社会参加が可能となるような取組を進めている。	
小計	1

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

目標とする集いの場や自主グループがあり、住民主体の地域づくりへと繋がっているか。

評価項目数	割合
6	16.7%

コメント欄(特徴的な取組等)

D 住まい・住まい方(5点)

◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

1 点

評価の視点	評価
■住環境	
①手すりの設置や床段差の解消等の住宅改修に当たっては、リハビリ等の専門職との連携が取れている。	◇
②高齢者世帯の持家率や、主として高齢者が居住する中層住宅(3~5階)等へのエレベーターの設置状況、低所得者の居住状況、高齢者世帯の住み替え状況の把握など、地域の住環境の把握ができています。	
③ハードとしての「住まい」だけでなく、「だれと関わり、どのように生活していくのか」といった観点である「住まい方」を一体として捉え、生活交通の確保等と併せて、住民の互助による見守り・生活支援の取組などを地域コミュニティに位置付けていくことが意識されている。	
■サービス付き高齢者向け住宅	
①サービス付き高齢者向け住宅において、医療機関や介護事業所等との連携により、適切な医療・介護のケアが受けられる体制が取られているか把握できている。 ※日常生活圏域内にサービス付き高齢者向け住宅がない場合は、市町内の状況で評価してください。 市町内にもない場合は、未記入としてください。	
■介護保険施設・入所系サービス	
①特別養護老人ホームの整備により、待機者の解消が図られている。 ※日常生活圏域内に特別養護老人ホームがない場合は、市町内の状況で評価してください。 市町内にもない場合は、未記入としてください。	
②グループホームなどの入所系サービスが、地域特性やニーズに応じて整備されている。(整備が計画的に進んでいる。)	
小計	0.25

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

目標値等があり、その値に達しているか。(待機者はいないか。)

評価項目数	割合
6	4.2%

コメント欄(特徴的な取組等)

E 生活支援・見守り等(5点)
 ◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
 ◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

評価の視点	評価
■地域資源の把握・周知 ①見守り、外出支援、買い物・掃除等の家事支援、日常のちょっとした困りごと支援などを行う事業主体(地域資源)が把握され、そうした地域資源が住民、関係者に周知されている。	×
②地域の様々な関係者(NPO法人、民間企業、ボランティア、社会福祉法人等)が参画する生活支援に関する体制整備が進むとともに、生活支援コーディネーター等が地域の様々な資源を把握したり、住民の声(ニーズ)を聞くような活動(出前講座、勉強会等)を行っている。	
■地域福祉活動、ニーズ把握等 ①生活支援・見守り、ボランティアの育成等については、多様な事業主体が関わりながら地域全体で取り組むことが望まれるため、行政、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、民間事業者等が連携し、効果的な地域福祉活動が実施されている。	
②住民が困ったときに、民生委員及び地域包括支援センター以外に気軽に相談できる窓口があったり、サロンなどの住民の通いの場などで住民がお互いに相談し合える関係性が築かれているなど、早い段階から住民ニーズをキャッチする資源(人、場所、仕組み等)がある。 例:出前住民相談会の開催、自治振興区(自治会)の見守り、相談活動等	
③自主防災組織が設置され、住民の勉強会が開催されたり、防災について話し合う機会が設けられている。	
④交通安全、防犯(特殊詐欺等)、防災に関する情報提供が、住民及び関係者に行われている。	
⑤運転免許を持たない高齢者が買物・通院等の日常生活に困らないような、交通環境づくりに取り組んでいる。	
■認知症への対応 ①認知症サポーター(地域住民)の養成・普及、効果的な活用や、認知症カフェの設置など認知症の人とその家族への支援に関する取組があり、地域に理解が広がっている。	
②地域住民、行政、警察・消防、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、タクシー会社等事業者等の協力の下、徘徊・SOSネットワークなどの見守りシステムが構築されている。	
■権利擁護(成年後見制度等)、高齢者虐待防止対策の取組 ①本人の意向が尊重(自己決定)されるよう、成年後見制度および福祉あんしんセンター(日常生活自立支援事業)の利用支援や普及啓発などに取り組んでいる。	
②虐待防止ネットワークが設置されるとともに、定期的な会議が開催され、関係団体等との連携・協力体制が構築されることなどにより、虐待通報に対する迅速・適切な対応が図られている。	
小計	0

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

協議体には、地域の様々な関係者が参画しているか。

住民の困り事を早期にキャッチできる体制が十分に整っているか。

両制度が、利用対象者に十分に周知されており、必要な方の利用に繋がっているか。

効果的な会議の開催や関係団体等との役割分担等ができていますか。

評価項目数	割合
11	0.0%

コメント欄(特徴的な取組等)

F 専門職・関係機関のネットワーク(5点)
 ◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
 ◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

評価の視点	評価
①ケアマネジャー等の同職種の専門職ネットワークや、医療・介護等の多職種ネットワークがあり、事例検討や研修会等を通じて顔の見える関係性が構築されている。	◎
②顔の見える関係は、一方通行の「信用関係」のレベルから相互の「信頼関係」が築かれているレベル(例:無理の言える関係)まで発展し、個別の連携に寄与している。	
③医療・介護等の多職種ネットワークの活動のリーダー(キーパーソン)がいる。	
④医療・介護等の専門職・機関が、住民向けの相談会や健康教室などに参画している。	
⑤多職種ネットワークの活動等を通して、情報連携のための共通シート(連携パス、共通様式等)が活用されている。	
⑥病診連携、診診連携、医療と介護の連携等の「線」の連携に留まらず、行政、住民を加えた「面」の連携となるよう、行政、住民、専門職が同じ目標(例:寝たきりゼロ作戦)を共有し、それぞれが自らの役割を認識した上で、各サービスが同じ目標に向かってシームレスに提供されている。(以下の「住民参画」、「行政の関与」の項目と関連項目)	
小計	1

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

相談し合える関係までに至っているか。

専門職等が十分に事業に参画しているか。

評価項目数	割合
6	16.7%

コメント欄(特徴的な取組等)

G 住民参画(自助・互助)(5点)
 ◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
 ◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

評価の視点	評価
①行政の方針(地域包括ケアシステムの構築、市民協働のまちづくり、市町の総合計画等)を踏まえ、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域の実現に向けて、様々な団体・組織(ボランティア団体、NPO法人、自治会等住民組織など)の取組が進められている。	○
②地域や施設(病院、介護保険施設等)における住民の交流の場や、個人又はグループのボランティア活動(有償・無償)が活発である。また、学生ボランティアや、民間企業・事業所による地域貢献活動(ボランティア活動)の実態がある。	
③災害時を想定し、高齢者や障害者等の要支援者一人ひとりに対する避難支援者、避難方法等について、避難行動要支援者に係る個別計画が作成されている。	
④ふれあいサロン活動、住民主体の健康づくり活動(体操教室等)、高齢者の見守り等の住民の地域活動が活発に行われている。	
⑤住民主体の通いの場の創設が進められており、地域に何か所整備するかなどの具体的な目標が設定されている。	
⑥生きがい就労(*)やコミュニティビジネスなどの活動を通して、高齢者の生きがいづくりや地域の担い手を増やす取組が進んでいる。*生きがい就労:慣れ親しんだ生活スタイルである「働く」ことと、人との関わりを持ちながら地域貢献できる「生きがい」を両立させる新たな就労形態	
⑦プラチナ世代(概ね55歳以上)等の現役世代に向けて、地域活動等の社会参画への動機付けのための学びの機会がある。(啓発イベント、ライブセミナーなど)	
⑧上記のような地域活動を通して、住民からの行政等への提案が増加するなど地域が活性化している。	
小計	0.75

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

評価項目数	割合
8	9.4%

コメント欄(特徴的な取組等)

H 行政の関与・連携(5点)

◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の3/4程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点
◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

1 点

評価の視点		評価
①地域包括ケアシステムの構築・地域づくりに向けて、市町の関係課による組織横断的な連携ができている。	<p>関係各課と具体的な連携が取れていれば◎。連携会議の設置のみでは◇。</p> <p>ケア会議の進め方等は確立されているか。</p>	△
②市町は、総合計画や市民協働のまちづくりの指針等に基づき、住民互助力や地域の福祉力が向上するよう、住民への働きかけや関係機関・団体等との連携を積極的に行っている。		
③地域ケア会議や地域診断について、市町が基本方針を明確にし、地域包括支援センターとの協働した取組となっている。		
④市町は、自立支援に資するケアマネジメントの視点(自立支援型ケアプラン)について、地域包括支援センターや介護支援専門員等に普及する取組を行っている。		
⑤個別事例レベル、日常生活圏域レベル、保険者レベルについて、地域ケア会議の構成・役割・開催頻度等を定めている。		
⑥地域ケア会議において、「地域の課題に対する解決策を決定する」「今後の検討の方向性を決定する」「保険者が開催する別の会議体への検討依頼を決定する」など、今後、すべきことを決定している。		
⑦地域ケア会議で抽出した地域課題等を受け、必要に応じて介護保険事業計画等の施策に反映する仕組みがある。		
⑧平成37(2025)年の将来の姿(高齢者人口増加・生産年齢人口減少・介護保険料の推計等)を地域の関係者や住民と共有し、介護保険事業計画の基本方針や目標等を周知する取組を行っている。		
⑨地域包括ケアシステムの重要なコンセプトである「本人の選択と本人・家族の心構え」を住民に促していく前提として、市町が住民に対する意識啓発(自助、介護保険法で規定される自立支援や健康状態・生活機能の維持向上等)を市町の窓口や出前講座等の小規模の説明会等で行っている。		
⑩市町から、地域包括支援センターに対して、担当圏域の高齢者人口、高齢者世帯数、要介護認定者数、介護サービスの利用特性等の基礎データが提供されている。		
⑪市町は、日常生活圏域ニーズ調査等により、住民のサービス利用に関する意向調査や要介護者の生活ニーズ等を把握し、介護保険事業計画等の施策へ反映している。		
⑫市町や地域包括支援センター等の関係者が、介護保険法に規定される自立支援の原点を再確認するとともに、住民自らが意欲的に介護予防に取り組むような働きかけや介護予防マネジメントの効果的な実施方法について、市町窓口での相談対応の流れを含め関係者で共有されている。		
⑬福祉ニーズの多様化・複雑化などに対応するため、高齢者・障害者・児童等の支援を単独の機関のみで対応するのではなく、包括的な相談支援体制(ワンストップ型等)や他分野との連携強化による総合的な支援の提供体制について検討がなされている。		
⑭認知地域支援推進員や認知症初期集中支援チームが設置され、早期診断、早期対応に向けた体制づくりが整えられている。		
⑮市町、地域包括支援センターは、できるだけ早い段階での相談対応や早期対応によるリスク軽減のため、地域の高齢者の実態を家庭訪問やアンケート調査、民生委員からの情報提供等により把握できている。(支援を必要とする人の台帳整備等)		
小計	0.5	

割合	点数
1% ~20%	1
21% ~40%	2
41% ~60%	3
61% ~80%	4
81% ~100%	5

市町の方針が明確で、事業等に十分に反映されている

ケア会議が政策形成機能を有するものとなっているか。

住民への意識啓発が充分に行えているか。

自立支援に向けた介護予防事業の実施に繋がっているか。

推進員や支援チームは必要数配置され体制が整っているか。

評価項目数	割合
15	3.3%

コメント欄(特徴的な取組等)

市町村名: _____
圏域名: _____
包括名: _____

項目	点数
A 医療	1
B 介護	1
C 保健・予防	1
D 住まい・住まい方	1
E 生活支援・見守り等	0
F 専門職・関係機関ネットワーク	1
G 住民参画(自助・互助)	1
H 行政の関与・連携	1
合計	7点/40点

レーダーチャート

