

島根県

地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップ

作成マニュアル

島根県健康福祉部高齢者福祉課

地域包括ケア推進室

Ver. 1 (2018. 4)

目次

はじめに（マニュアルの位置づけ）

第1章 地域包括ケアシステム	4
1 地域包括ケアシステムの構築に向けて	4
2 地域包括ケアシステムを構築する「資源」	4
3 地域包括ケアシステムを具体化する取組み「連携」	5
（1）在宅医療・介護連携	5
（2）介護予防・日常生活支援	5
（3）認知症総合支援事業	5
4 地域包括ケアシステム構築の視点	6
（1）地域づくり	6
（2）健康づくり	6
（3）住まい	6
5 地域包括ケアシステムの深化・推進	6
6 推進のための体制	7
第2章 地域マネジメント	8
1 地域マネジメントとは	8
2 地域マネジメントのプロセス	8
第3章 地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップの作成	10
1 地域包括ケアロードマップとは	10
2 関連計画との関係	10
3 地域包括ケアロードマップ作成の流れ	11
（1）地域包括ケアシステム構築シートを作成する範囲（エリア）	11
（2）「地域診断シート」の作成	11
（3）「自己チェックシート」の作成	13
（4）地域包括ケアロードマップの作成	14
（5）地域包括ケアロードマップの作成後の取組み	15
（6）市町村による地域包括ケアロードマップ作成の流れのイメージ	15
4 島根県による地域包括ケアロードマップ作成に向けた市町村支援	16
第4章 地域包括ケアシステム構築ロードマップモデル事業	17
1 奥出雲町	17
2 浜田市旭町	20
第5章 様式集	22
1 地域診断シート	22
2 自己チェックシート	24
3 地域包括ケアロードマップ	29
第6章 データ集（別冊資料編）	31

はじめに（マニュアルの位置づけ）

地域包括ケアシステムの構築に向けて、各市町村、関係機関及び各団体等において、様々な取り組みが行われています。

一方で市町村の担当者からは、「分野が多岐にわたり全体像の把握が困難。」「取り組むべき課題が多くどこから手を付けてよいかわからない。」「目標が定めにくく進捗管理が難しい。」といった声も寄せられているところです。

地域包括ケアシステムは単に地域資源を増やすといった取り組みではなく、市町村が、その構築の過程を地域の医療・介護・予防・住まい・生活支援を支える関係者とともに共有し、ともに計画・実行することが求められており、「地域マネジメント」の手法により構築していくことが適当とされています。（「社会保障審議会介護保険部会 介護保険制度の見直しに関する意見（H28.12.9）」）

また、地域包括ケアシステム構築に向けて、市町村には、「地域づくり」といった視点が求められることから、地域振興担当部局や住宅部局等といった関係する部局と共通認識を持ったうえで連携して取り組む必要があります。

そのためには、介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等の関係者間で地域の現状、課題及び取り組むべき方向性を共有することが必要であり、地域マネジメントを通じて地域を「見える化」し、優先的に取り組むべき方向性とその過程を整理した地域包括ケアロードマップ（工程表）を関係者とともに作成することが必要です。

地域包括ケアシステムの構築に向けては、2025年がゴールではなく、その先も見据えて、住民や事業者、専門職など多数の関係者と協議して、継続的に地域づくりに取り組んでいく体制整備が重要です。

このマニュアルは、「地域包括ケアロードマップ」作成の取り組みについて、市町村における進め方や書式等の整理をしたものです。

このマニュアルが地域包括ケアシステムの構築に向けた共通の取り組みとなるよう、ぜひ活用していただきたいと思います。

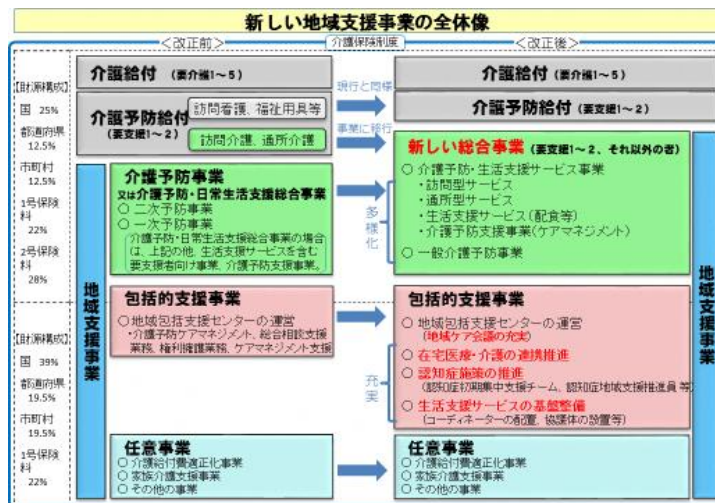
☞ 地域包括ケアロードマップとは（第3章1より抜粋）

- 「どのような地域社会を作りたいか」という理念（上位目標）に向けた優先課題の整理と取り組みの工程表のこと。
- 地域包括ケアロードマップは以下の3つの様式で構成
 - ・地域診断シート
 - ・自己チェックシート
 - ・地域包括ケアロードマップ
- 関係者と協働して継続的に取り組む体制が重要

第1章 地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムの構築に向けて

- ・地域包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」をいいます。（医療介護総合確保法2条1項）
- ・今後、単身高齢者や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が見込まれることから、高齢者が地域で暮らし続けられるよう、市町村が中心となって、地域包括ケアシステムを構築することが求められています。
- ・地域包括ケアシステムの構築においては、市町村は目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者に働きかけて共有することによって、地域内に分散しているフォーマル、インフォーマルの資源を統合していくことが重要であるとされています。
- ・地域包括ケアシステムは、医療・介護・健康づくりと介護予防・生活支援・住まいの各要素の地域「資源」が「連携」し、利用者からみて一体的に提供される仕組みとなることが求められます。関係者が地域の「資源」を把握し、将来の姿を見据えながら「連携」した取組みを進める必要があります。
- ・市町村は主に介護保険制度の地域支援事業等を活用しながら取り組むこととなります。



2 地域包括ケアシステムを構築する「資源」

- ・地域の医療・介護・健康づくりと介護予防・生活支援・住まいの各要素の地域資源について、現状と課題を認識し、地域の将来像を見据えて整備計画を立てる必要があります。

3 地域包括ケアシステムを具体化する取組み「連携」

(1) 在宅医療・介護連携

- ・年齢を重ねると、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高いなど医療と介護の両方を必要とすることが多くなります。
- ・そのため、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するための必要な支援を行うことが求められます。
- ・市町村は「在宅医療・介護連携推進事業」（包括的支援事業）を活用して取組みます。

(2) 介護予防・日常生活支援

- ・「介護予防・生活支援」を具体化するための取組みが、「介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業」です。
- ・専門職以外の地域の関係者が参加する土壌を育むことが重要であり「まきこむ」仕掛けがポイントです。

(3) 認知症総合支援事業

- ・新オレンジプランの考え方にに基づき、①認知症の理解を深めるための知識の普及や啓発、②認知症の人の介護者等への支援などの推進、③施策の推進にあたっての認知症の人及びその家族の意向の尊重に配慮することが必要です。

地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

新しい地域支援事業（包括的支援事業）は、地域包括ケアシステムを具体化するための取組の総称



4 地域包括ケアシステム構築の視点

(1) 地域づくり

- ・中山間地域では「小さな拠点づくり」の取組みが進められており、地域で今後も安心して暮らし続けることができる日常生活を支える仕組みをつくる過程は、地域包括ケアシステムの構築に向けた「生活支援」の取組みと重なります。
- ・市町村は、生活支援体制整備事業を活用しながら、地域において、NPO やボランティア、地縁組織等の活動を支援し、総合事業と一体的かつ総合的に企画し、実施することが必要です。

(2) 健康づくり

- ・生涯にわたり健康で活躍するためには、若いころから継続した健康づくりが重要であり、将来を担う子どもや若者の健康づくり、働き盛りの青壮年の健康づくりの推進が必要です。
- ・高齢期は加齢に伴い、食欲や筋力、認知機能の低下などの変化が顕著になり、また、生活習慣病や筋骨格系疾患に罹患している人が増加します。また、疾患に重複して罹患している人も多く、疾患の管理を行い、重症化を予防することが重要です。
- ・フレイルを経て要介護状態へ進むことも多く、適切な運動や低栄養状態の予防によりフレイルに陥らないようにすることとその進行を防ぐことが重要です。

(3) 住まい

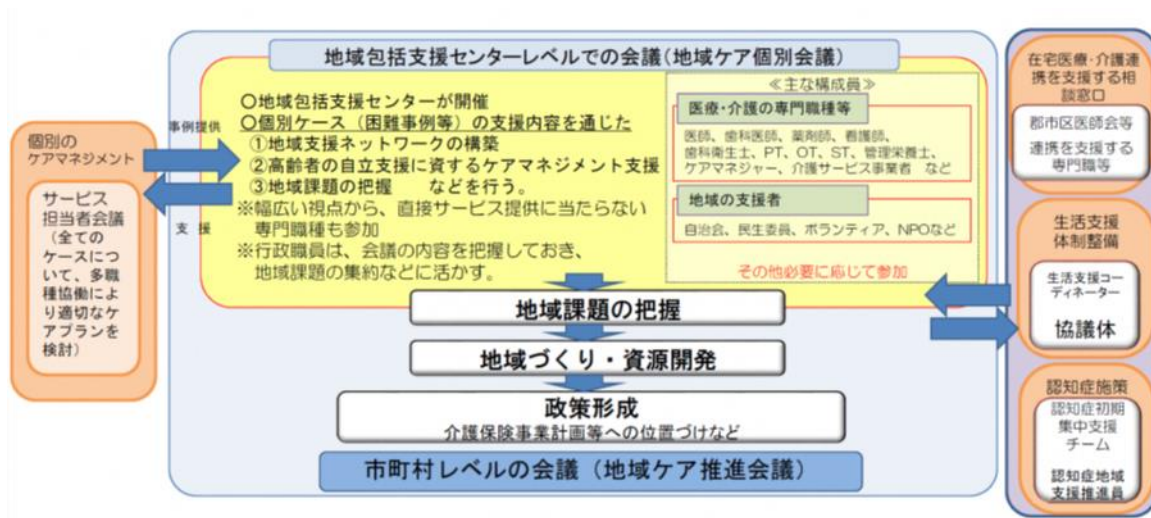
- ・地域包括ケアシステムでは、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に照らして、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住まい方が確保されていることが前提となります。
- ・住まいの整備とあわせて、食料品を含む日常生活用品の確保、廃棄物の処分、生活に関係した周辺環境の整備、医療の確保等さまざまな条件整備が必要になります。

5 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進を一つのポイントとした介護保険制度等の平成 29 年改正（平成 30 年 4 月等施行）が行われました。
- ・保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進として、①データに基づく地域課題の分析と取組内容・目標の計画への記載、②適切な指標による実績評価、③インセンティブの付与について制度化されています。
- ・また、医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定が整備されました。

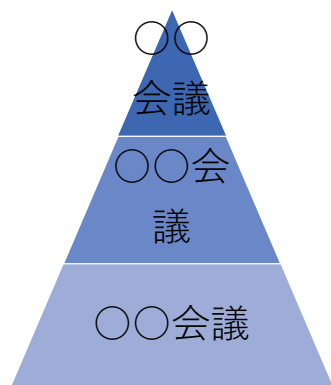
6 推進のための体制

- ・地域包括ケアシステムを構築するためには、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時にすすめることが重要です。これを協議し実現していく場として「地域ケア会議」があります。
- ・「地域ケア会議」は、市町村（地域包括支援センター）が開催することとされており、個別ケースの支援内容について検討する「地域ケア個別会議」と、地域課題の把握し、地域づくり、資源開発、政策形成の検討を行う「地域ケア推進会議」があります。
- ・また、2次医療圏域ごとに地域医療構想について協議をする「地域医療構想調整会議」や市町村が生活支援体制整備事業により設置する「協議体」などがあります。
- ・このように、地域包括ケアシステムの構築に向けた検討の場として、そのエリアや課題に応じた様々な検討の場が設定されており、地域包括ケアロードマップ作成に向けた協議についてもこうした既存の検討の場を活用することが考えられます。
- ・さらに、庁内においては、縦割り行政に横串を通し、地域包括ケア推進担当部署をはじめ、介護保険事業計画担当部署、認知症施策担当部署などの保健福祉担当部署のほか、住まいやまちづくりに関する土木建築部署や地域づくりに関する地域政策部門・部署等が理念を共有して連携する体制が必要です。



地域包括ケアシステム検討の場

○○市町村



エリア	所掌事項	検討の場		
		会議名	開催頻度	構成員
○○市町村全域				
公民館 日常生活圏域 地域組織				
自治会 町内会				

第2章 地域マネジメント

1 地域マネジメントとは

- ・地域包括ケアシステム構築を進めるためのマネジメントを「地域マネジメント」と呼び、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組み」と定義されています。

2 地域マネジメントのプロセス

- ・地域包括ケアシステム構築に向けた地域マネジメントは、「現状の把握と目標設定」、「現状と目標を関係者間で共有」、「事業の実施と評価」の3段階に整理されています。
- ・なお、ここでいう段階は取組む順番を意味しているのではなく、同時に並行して進められることも多くあります。
- ・また、関係者には住民も含むことから、地域をあげて取組むということ、具体的な目標を掲げてスローガン等とともに地域へ発信することが求められます。
- ・市町村はこの3つの段階を繰り返し行うことで、地域包括ケアシステム構築の進捗管理等を行うこととなります。

市町村の地域マネジメントは、以下の【第1段階】～【第3段階】を繰り返し行うことである。

【第1段階】 現状（課題）の把握と目標設定

- ・第1段階として、市町村は地域の現状の実態把握や課題分析を行い、それらを通じて、地域における共通の目標を設定することが求められる。

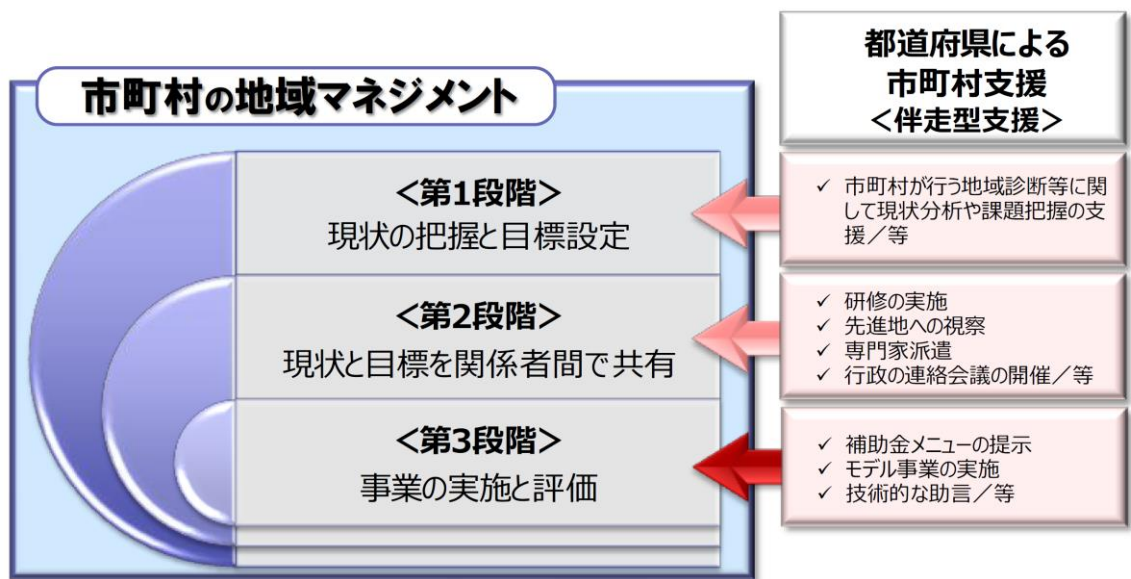
【第2段階】 現状と目標を関係者間での共有（規範的統合）

- ・第2段階では、第1段階で設定した共通の目標を、地域密着型サービス事業所や地域包括支援センター、介護支援専門員及びその他の専門職、住民等の関係者間で共有する（規範的統合）。

【第3段階】 事業の実施と評価

- ・第3段階では、第2段階において関係者間で共有した「地域における共通の目標達成」のために作成した計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、高齢者の自立支援や介護予防に向けた様々な取組を推進することが求められる。各地域で同じような取組をしても、同一の結果が得られるというわけではないため、これら様々な取組の実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行うことが必要となる。

出典：国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業報告書（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）



出典：国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業報告書（平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

第3章 地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップの作成

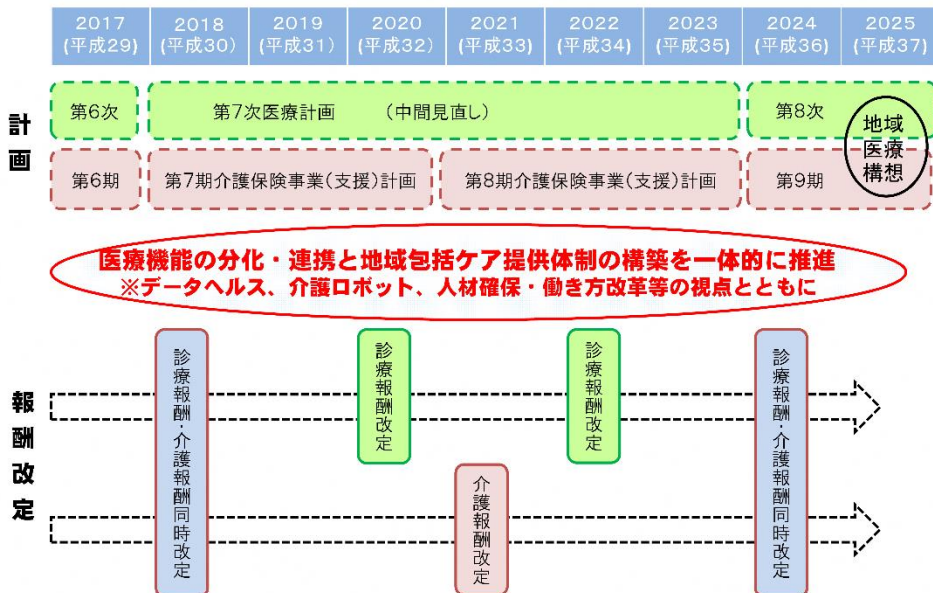
1 地域包括ケアロードマップとは

- ・「どのような地域社会を作りたいか」という理念（上位目標）に向けた優先課題の整理と取り組みの工程表のことをいいます。
- ・地域包括ケアロードマップは以下の3つの様式で構成されます。
 - ①地域診断シート ②自己チェックシート ③地域包括ケアロードマップ
- ・関係者と継続的に協議する体制が重要です。

2 関連計画との関係

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村は、総合発展計画や保健医療計画、介護保険事業計画等の各計画に基づき、それぞれ連携を図り取り組まれているところです。
- ・地域包括ケアロードマップは、この各計画等で示された地域の課題や目指すべき方向性に向けて、優先的に取り組む活動を整理するために作成するものです。
- ・また、目指すべき方向性を日常生活圏域単位で整理したい場合など、各計画では詳細に記載されていない地域ごとの取り組みを整理するために活用することも考えられます。
- ・地域包括ケアロードマップは、地域包括ケアシステムを具体化するツールとして活用するものとして整理しています。

医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール



3 地域包括ケアロードマップ作成の流れ

(1) 地域包括ケアシステム構築シートを作成する範囲（エリア）

- 日常生活圏域を作成の範囲とすることを基本としますが、市町村において介護保険事業計画等の基本方針等を参考に作成する範囲を設定します。

(2) 「地域診断シート」の作成

①様式 … 「地域診断シート」(P22)

【地域診断シート】

地域包括ケアシステム構築支援シート

(奥出雲)町(仁多地域)エリア

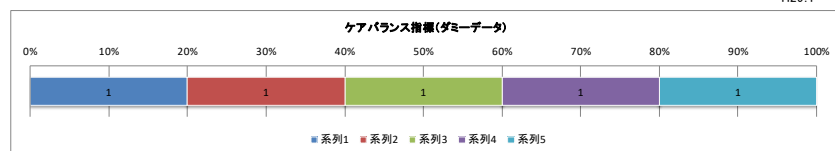
◆エリアの現状データ

日常生活圏域 (仁多地域) 仁多中学校区 公民館5 町内 人口:7,083人	人口	65歳以上	75歳以上	85歳以上	世帯数	独居者数	高齢者 世帯数	高齢者 独居数
		7,083	2,746	1,614	681	2,528		1,190
	率	38.77	22.79	9.61				

*高齢者世帯数、高齢者独居数は町全体

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
介護認定数		115	95	86	69	56	63	484
認定率		4.19	3.46	3.13	2.51	2.04	2.29	17.63
うち在宅数								

H29.4



布勢公民館 (布勢小学校区) 人口:1,276人 高齢者数:493人 高齢化率:38.64%	中央公民館 (三成・高尾小学校区) 人口:2,244人 高齢者数:780人 高齢化率:34.75%	亀嵩公民館 (亀嵩小学校区) 人口:1,285人 高齢者数:551人 高齢化率:42.87%	阿井公民館 (阿井小学校区) 人口:1,607人 高齢者数:654人 高齢化率:40.70%	三沢公民館 (三沢小学校区) 人口:671人 高齢者数:268人 高齢化率:39.94%
---	--	---	---	---

自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数
佐白町	112	43	上高尾	83	28	上分	87	33	真地	64	25	琴田	109	31
佐白	77	22	尾白	64	18	西湯野	63	18	米原	42	17	上鞍掛	68	21
上布施	31	12	下高尾	146	41	中湯野	86	27	上町	44	15	下鞍掛	49	16
八代西部	100	34	美女原	66	20	久比須	121	45	本町	38	16	三沢町	66	29
八代町	58	19	上三成上	103	39	谷染	56	19	上阿井町	110	38	原田	105	39
八代本町	96	29	上三成中	90	31	亀嵩町	199	72	福原	156	43	四日市	40	11
八代東部	130	42	上三成下	91	35	梅木原	129	42	平	58	17	河内	41	15
中村	108	34	上本町	252	85	大内原	89	29	大上	111	30	大吉	48	14
馬馳上	161	51	三成本町	190	66	藤	26	8	下口	65	21	上鴨倉	62	21
馬馳下	113	36	湯の原	108	35	郡	163	48	川東	127	35	下鴨倉	69	23
上三所西部	129	42	菅の町	50	20	琴枕	83	28	震崎	52	15	公社林原団地	14	14
上三所中央	97	32	朝日町	96	34	高田	109	35	堀	113	35		671	234
上三所東部	21	11	矢谷	139	49	玉穂原・福林地区	50	50	山根	33	15			
土屋	21	8	下三所	60	20	公社亀嵩団地	24	24	鎌物屋	70	23			
公社佐山団地	18	18	石原・里田	95	28		1285	478	川子原	62	16			

②目的

- 地域包括ケアシステムを構成する地域の「資源」を把握するとともに、地域の現状や課題を抽出し、さらに将来の地域の姿をイメージしつつ、取り組むべき課題の優先順位を決めるために作成します。

③留意点

- 地域の「資源」や課題を抽出する際には、さまざまなやり方があります。あまり形にこだわらずに、まずは「資源」や課題を出しましょう。
- 地域資源の所管部局が複数にまたがる場合、「地域診断シート」を関係課合同で作成することにより横の連携にもつながります。

- ・「地域診断シート」は市町村が保有しているデータに加えて、島根県から提供するデータや健康寿命延伸見える化カルテ、地域包括ケア「見える化」システム等を活用します。
- ・課題を抽出する際には、現場にかかわるスタッフが課題を挙げていくことが重要です。データ等の裏付けについては、適宜行い、優先順位の高い課題については早期にデータの裏付けをすることが必要です。
- ・「地域包括ケアロードマップ」に記載する「指標」が「地域資源」の場合、このシートにその状況や数値が記載されている必要があります。
- ・「地域診断シート」は、他の日常生活圏域との比較に使うことができますが、毎年度、見直しをすることで資源の時系列比較としての活用が重要となります。
- ・「地域診断シート」で把握した地域資源の現状から課題の整理をします。
- ・課題とその解決に必要な対応策（今後の方向性）を、将来の姿をイメージして記載します。

【地域診断シート】

◆エリア資源の現状と課題					地域包括ケアシステム構築支援シート		
区分	事業・活動等	主体	エリア内資源	箇所数	現状	課題	今後の方策
医療	医療機関(病院) 医療機関(診療所) 歯科診療所 薬局 訪問看護						
介護 (施設)	グループホーム 特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 老人保健施設 療養型病床 有料老人ホーム シェアハウス 短期宿泊事業所 高齢者生活ホーム						
介護 (居宅)	居宅介護(ケアマネ) 訪問介護(ヘルパー) デイサービス 認知症対応型デイサービス 通所リハビリテーション 訪問看護 訪問リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護						

(3) 「自己チェックシート」の作成

①様式 … 「自己チェックシート」(P24)

【自己チェックシート】

医療(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点		1	点
設問	現状	評価	目標設定
■通院支援 □入院医療機関(※)に退院支援担当者が配置され、他機関との連絡調整が取られていますか。 ※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			
□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連絡がありますか。 ※病院ごとで対応が異なる場合は退院調整率のデータ等を参照しながら、地域全体を総合的に評価してください。			
□退院前のカンファレンスに、必要に応じて医師・薬剤師等の多職種・多機関の参加がありますか。			
■(退院後の)日常の療養支援、急変時の対応 □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りますか。			
□外来受診する患者が、通院に困難な状況はないですか。			
□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日への対応として休日・夜間の連絡先等のルールについて家族や専門職等の関係者で共有されていますか。			
□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りますか。 (例)・診診連携(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・二次・三次救急医療の連携			
□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等の情報共有が必要に応じて行われていますか。			
□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、在宅医療の推進のための研修の場がありますか。(顔の見える関係づくり)			
□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、まめネットをはじめとしたICT等)や、連絡調整のローカルルールづくり等に取り組まれていますか。			

②目的

- ・地域包括ケアシステム構築に向けた「連携」やプロセスを把握するシートです。
- ・市町村間や日常生活圏域間で比較するためではなく、エリアの「連携」の現状を見える化し、関係者間で共有するために活用します。

③留意点

- ・エリアを「市町村」「日常生活圏域」から設定します。
- ・「A 医療」から「I 行政の体制・連携」までの9つのカテゴリがあり、それぞれ5~14の設問があります。
- ・「現状」と「目標設定」は、エリアについて抽出した現状と、目指すべき目標を記載します。
- ・「評価」は、○((概ね)できている)、△(一部できている)、×(できていない)から選択してください。
- ・カテゴリ別に集計し、それぞれ5段階評価で表示されます。(末尾にレーダーチャート)
- ・現状抽出、目標設定、評価はできるだけ多くの関係者で行ってください。
- ・結果も関係者間で共有し、今後の地域づくりについて話し合いをしましょう。

(4) 地域包括ケアロードマップの作成

①様式 … 「地域包括ケアロードマップ」(P29)

【地域包括ケアロードマップ作成例】

地域包括ケアロードマップ

市町村名	〇〇町
対象地域	町内全域

上位目標	プロジェクト目標①	プロジェクト目標②	プロジェクト目標③	プロジェクト目標④
可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。	専門職による認知症の早期発見・介入体制の構築	将来的な介護人材の状況が全体で共有され、生活援助の多様な担い手が確保される	高齢者が健康づくり・介護予防に取り組み、必要な段階で専門職のケアシステムにつながる仕組みが構築される	0

上位目標	指標	指標データ入手手段	外部条件
可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。	<ul style="list-style-type: none"> ケアバランス指標 施設入所の申込・検討者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> 〇〇〇 〇〇〇 	

プロジェクト目標①	指標	指標データ入手手段	外部条件
専門職による認知症の早期発見・介入体制の構築	→住民組織から地域包括支援センター(認知症地域支援推進員)への報告件数 →認知症初期集中支援チームの早期介入件数	5 師会へのアンケート調査(※ 独自調査)	認知症以外の在宅ケアが適切に提供されている

アウトプット	指標	指標データ入手手段	外部条件
1 認知症地域支援推進員の設置	認知症地域支援推進員への相談件数 関係機関との連絡支援会議の開催回数	地域包括支援センター活動報告	地域包括支援センターが十分に関与して相談・調整機能を発揮する
2 認知症初期集中支援チームの立ち上げ	チームへの参加意向を表明した専門職数 チーム会議の開催回数	5 師会へのアンケート調査(※ 独自調査)	
3 住民組織が認知症の早期発見の活動に参加している	認知症サポーター養成数		

②目的

- ・上位目標とそれを実現するために優先的に取り組む活動、目標とする指標及び取り組む期間を明確化するために作成します。

③留意点

- ・地域包括ケアロードマップの計画期間については介護保険事業計画と同じ期間(2020年度まで)とすることを基本としますが、市町村において設定することとします。
- ・記載する上位目標とは「どのような地域社会を作りたいか」という理念となります。上位目標は介護保険事業計画等で示された目指すべき方向性と整合するものであり、既に日常生活圏域ごとに整理されている場合もあります。上位目標を達成するための指標(アウトカム指標)については、可能であれば定量的指標を設定します。

【上位目標の例】

「可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた日常生活を送ることができる。」

【上位目標の指標例】

「ケアバランス指標」(要介護3以上の在宅サービス利用率)

「健康寿命」

- ・プロジェクト目標は上位目標を達成するための施策目標となります。
- ・プロジェクト目標は「地域診断シート」「自己チェックシート」により把握した課題に対する目標を記載します。指標には「地域診断シート」「自己チェックシート」に記載している又は把握できる指標を設定します。
- ・プロジェクト目標は優先的に取り組む課題について順位をつけて記載します。

【プロジェクト目標の例】

「専門職による認知症の早期発見・介入体制の構築」

【プロジェクト目標の指標例】

「認知症初期集中支援チームの早期介入件数」

- ・アウトプットはプロジェクト目標を達成するための具体的な活動です。アウトプット指標は具体的な活動に対する指標となります。

【アウトプットの例】

「認知症サポーターの養成」

【アウトプット指標例】

「認知症サポーター数」

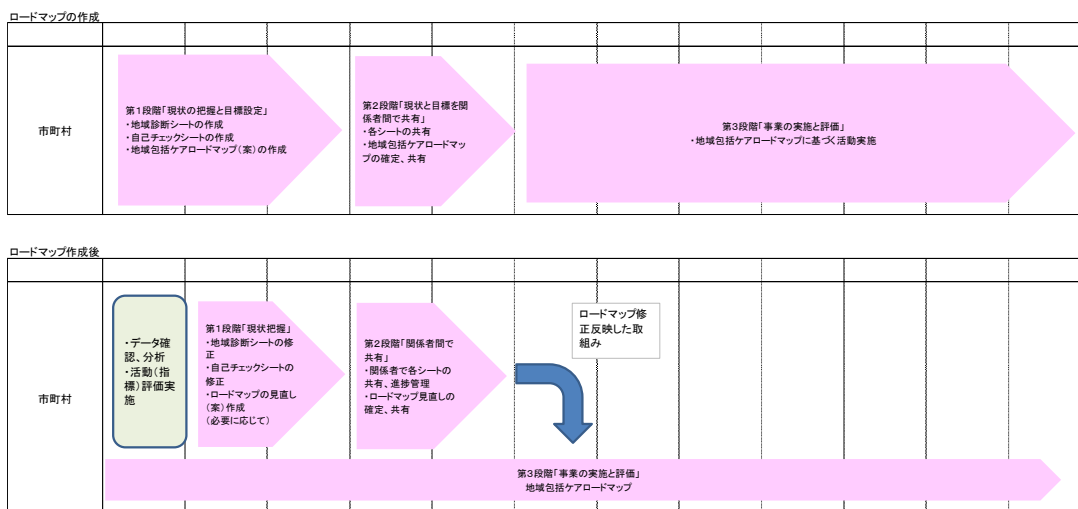
- ・地域包括ケアシステムを具体化する取組みとして、市町村は主に地域支援事業を活用しながら取り組むこととなるので、課題に対してどの事業を活用すればよいのかを考慮しながら検討します。

(5) 地域包括ケアロードマップの作成後の取組み

- ・地域包括ケアロードマップ作成後は、データによる進捗状況を把握し関係者間で分析、評価を繰り返し行います。
- ・必要に応じて、プロジェクト目標、アウトプットの見直しを行います。

(6) 市町村による地域包括ケアロードマップ作成の流れのイメージ

■地域包括ケアシステムロードマップ作成の流れイメージ



4 島根県による地域包括ケアロードマップ作成に向けた市町村支援

- 地域包括ケアシステム構築に関する研修会等随時開催します。
- 各保健所に配置する地域包括ケア推進スタッフが市町村の検討会議等に参加し、作成に向けた支援を行います。
- 島根県が保有する地域包括ケアシステムに関するデータを市町村へ定期的に提供します。

第4章 地域包括ケアシステム構築ロードマップモデル事業

1 奥出雲町

1. 取組みのきっかけ

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、医療、介護、健康づくり、生活支援、住まい等の役場内の担当課や町内の関係者、関係機関が連携し、課題の解決を図ることが必要である。

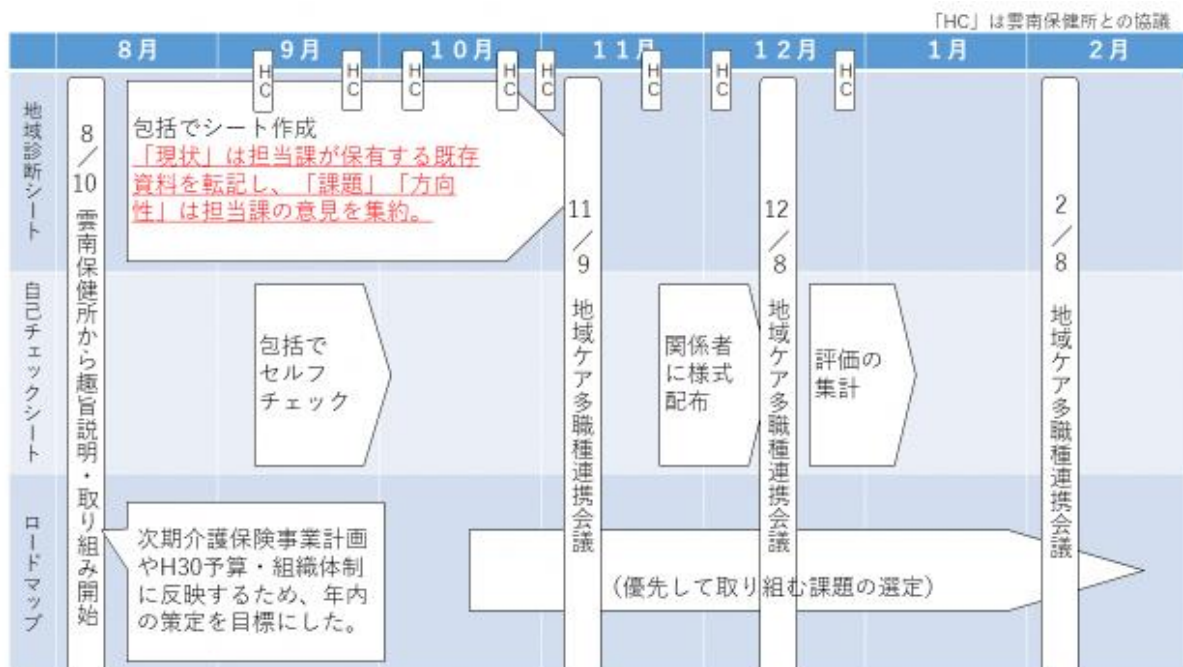
一方で、関係者が多く、役場内の担当課も複数にまたがるため、情報共有や意思の疎通が困難な状況にあった。また、住民の声も事業別に集約され、地域ニーズを的確に把握しづらい状況にある。

このように、地域包括ケアシステムの全体像がつかみづらいことから、優先課題が抽出できないという悪循環が起きていた。

このため、地域包括ケアシステム全体を見える化し、現状と課題、方向性を関係者間で共有することが必要であると考えていた。

2. 策定の経過

奥出雲町地域包括支援センター（健康福祉課）が役場内の情報を集約しシートを作成し、奥出雲町地域ケア多職種連携会議（毎月定例で開催する関係者の連絡会）で関係機関と意見交換を行った。平成29年度のスケジュールは以下のとおり。



【H29.11.9 奥出雲町地域ケア多職種連携会議】

地域包括支援センターで作成した地域診断シートを関係者に提示し、意見交換を行った。参加者からの主な意見は次のとおり。

- ・ 日常生活圏域の中でも地域差がある
- ・ 列挙されている課題は、携わっている人の意見にとどまっている
- ・ 訪問診療や訪問薬剤指導など、訪問のニーズ把握が困難
- ・ 若い世代の動向も把握してはどうか。
- ・ 自らが関わっている分野の現状と課題しかわからない

このことから、各分野の現状と課題を関係者で共有することが必要だと改めて認識した。



【H29.12.14 奥出雲町地域ケア多職種連携会議】

自己チェックシート（白紙）を事前配布し、回収した（後日集計し共有する予定）。当日は、一部の設問について意見交換をおこなった。

参加者との意見交換では、立場・職種によって目標設定が異なっていたり、同じ現状認識でも評価にバラツキがあることが判明した。全体での目線合わせは重要であると認識できた。

また、担当分野外の設問は、現状がわからない、評価できないとの声もあり、このような取組みを様々な場で議論し、結果の共有が必要である。

さらに、現時点では、目標を定められない、定めにくいものもあるとの声もあったが、そのことを共有し、継続的に議論する必要があると考えている。



【H30.2.8 奥出雲町地域ケア多職種連携会議】

12月の会議で回収した自己チェックシートの集計結果を発表した。

参加者からは、課題を分かりやすく整理でき、情報共有や議論に活用できる、気が付いていなかったテーマや課題の抽出につながるといった肯定的な意見をいただいている。

地域包括ケア 自己評価シート【暫定版】 奥出雲町地域ケア多職種連携会議用					(抜粋)
医療(5点)					
○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点					
O △ × 空白					
評価の視点					自由意見
■退院支援 □入院医療機関(※)に退院支援担当者が配置され、他機関との連絡調整が取られていますか。 ※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	8	0	1	4	精神障がいの場合は、包括支援センターへの連絡があるかないか不明。 年齢による明確なルールがあるのかどうか、不明。 薬剤師の参加が必要 他のカンファレンスや業務の為参加できないケースも多い。 事業所ごとにカンファレンスに参加に協力する体制整備が必要。 スピードも肝心なので要になるケアマネや相談員等以外は事後の連携がきちんとできれば良いのでは。 課題が目標になる 医療機関からの連絡がないことがある。 病院によって医師の参加、不参加が違う。 薬剤師の参加が必要 医師が不参加 医師の参加少ない 主治医による病状説明の後に関係者で集まる。
□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連絡がありますか。 ※病院ごとで対応が異なる場合は退院調整率のデータを参照しながら、地域全体を総合的に評価してください。	7	1	0	5	
□退院前のカンファレンスに医師をはじめ、多職種・多機関の参加がありますか。	3	5	1	4	

【平成29年度の作業結果（まとめ）】

・ 地域診断シート

地域包括支援センターが既存資料等を集めてシート作成し、多職種連携会議で報告と意見交換を行った。現状と課題を関係者間でしっかり共有することが重要であると再認識した。

・ 自己チェックシート

多職種連携会議参加者によるセルフチェックを行い、集約した結果を共有した。立場、職種によって評価に差があることが分かり、目線あわせが必要である。

・ 地域包括ケアロードマップ

シートは未作成だが、役場内で優先的に取り組むべき課題を選定した。

3. 取組みの成果と今後の予定

【取組みの成果】

1. 地域ケア多職種連携会議や庁内での協議に活用したことで、関係者の現状把握に寄与したとともに、多分野の人から様々な意見をきくきっかけになった。関係者からは、このプロセスは重要との評価をいただいている。
2. H30年度機構改革により「地域づくり推進課」を設置することになった。今年度までの「小さな拠点づくり」や「交通対策」など、生活支援を担当する部局が複数にまたがっており、連携が取りにくい状況があったが、来年度からはこの体制を活かし、連携してすすめたい。

【今後の予定】

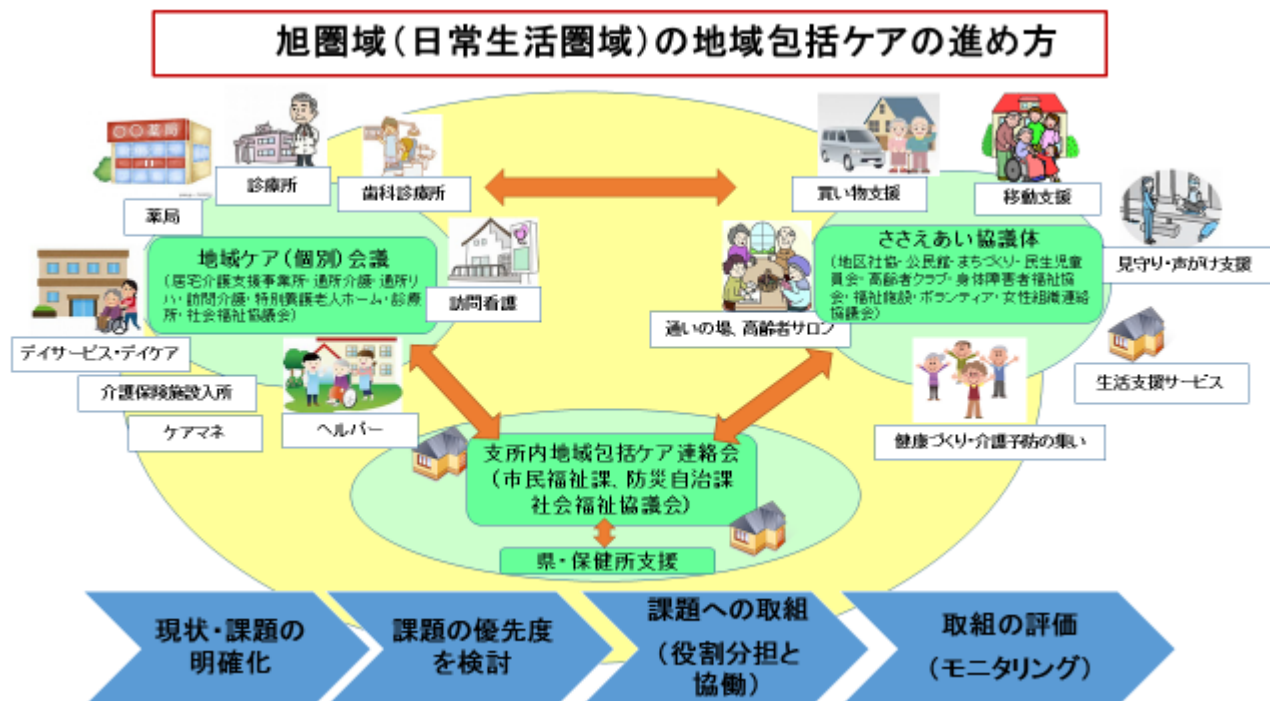
1. 自己チェックシートは、会議でいただいた意見を参考に、共通の目標設定と評価をします。
2. 地域包括ケアロードマップについては、今年度に優先して取り組む課題を選定したので、進捗管理のための評価指標を設定し、様式におとして、関係者間で共有を図りたい。
3. 継続した取組みとなるよう関係者間で意義の確認を図ります。

2 浜田市旭町

1. 取り組みのきっかけ		
<p>浜田市旭地区においては、H9 年度から旭地区の医療・介護関係機関が集まって月 1 回の「地域ケア（個別）会議」を定例開催していた。この会議では「個別事例の検討」に併せ、「地域課題の検討や情報共有」なども実施されており、旭地区としての顔の見える関係と地域課題の共有や具体策の協議ができる場であった。</p> <p>H29 年度になってから、旭地区の「地域診断シート」を保健所から提示したことで、支所の担当者（保健師）を中心に旭地区の現状と課題を、このシートを活用して「地域ケア会議」の場でブラッシュアップしていく動きに繋がった。</p>		
2. 策定の経過（H29 年度）		
第 1 回旭ささえあい協議体（6 月 5 日）	・高齢者に必要な生活支援とは	体制づくり
旭地域ケア会議（8 月 18 日）	・構築支援シートの検討	
旭地域ケア会議（9 月 8 日）		現状、課題の共有（医療、介護、住民代表、行政）
第 2 回旭ささえあい協議体（9 月 21 日）	・高齢者に必要な生活支援のグループワーク	
第 1 回旭地区内連絡会（10 月 18 日） * 支所市民福祉課、社協、保健所、谷口 参与	・地域包括ケアの進め方について ・旭地域の構築支援シート（現状と課題）協議	課題に対する 解決策の検討 （医療、介護、 住民代表、行政）
スタッフ協議（11 月 1 日）	・今後の進め方について協議 ・優先順位に基づくロードマップ作成について	
旭地域ケア会議（12 月 8 日）	・構築支援シートにより医療介護関連の課題や 解決策の意見交換	取組の優先順位 付け
第 3 回旭ささえあい協議体（12 月 12 日）	・介護予防・生活支援関連の課題・解決策の 意見交換	取組のロード マップ作成、 検討
スタッフ協議（12 月 27 日）	・旭地域で取り組むべき優先順位の検討、打ち合わせ	
第 2 回旭地区内連絡会（1 月 23 日） * 支所市民福祉課、 <u>防災自治課</u> 、社協、 保健所	・旭地域での優先取組項目を決定、共有する ・項目ごとに取組の方向性を協議（ロードマップ作成の検討）2 項目	
スタッフ協議（2 月 28 日）	・第 2 回旭地区内連絡会の検討結果をロードマップに落とす作業を実施 ・第 3 回連絡会の進め方について協議	
第 3 回旭地区内連絡会（3 月 7 日） * 支所市民福祉課、 <u>防災自治課</u> 、 <u>経済産業課</u> 、社協、保健所、谷口参与	・項目ごとに取組の方向性を協議（ロードマップ作成の検討）2 項目	

3. 取り組みの成果と今後の予定

- ・旭地区の地域課題として優先的に取り組むべき課題（4 項目）が、旭地区内連絡会で共有できた。そして、地域ケア会議（医療や介護の関係者）でも共有できた。
- ・優先取組課題の性質から、保健福祉部署だけではなく、防災自治課（交通対策、防災対策等）や産業建設課（買い物支援等）の担当職員も参加して一緒に旭地区のまちづくり（地域包括ケア）を検討できる体制ができた。
- ・優先取組課題のロードマップ（具体的な解決にむけての工程表）を、行政・医療介護関係者・地域住民組織が共有し、それぞれの役割分担と連携を図りながら旭地区の課題に取り組んでいく。
- ・ロードマップの見直しと取組の評価を実施



第5章 様式集

ここに掲示する様式は参考様式です。必要に応じて加工等のうえご活用ください。

1 地域診断シート

地域包括ケアシステム地域診断シート

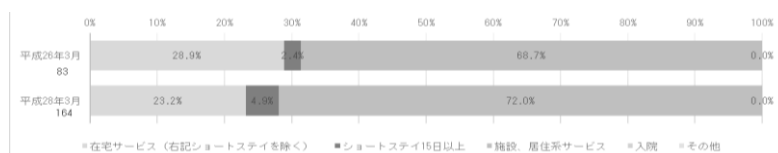
()町()エリア

◆エリアの現状データ

日常生活圏域 (〇〇地域) 〇〇中学校区 公民館数 〇 町内 人口: 人	人口	65歳以上	75歳以上	85歳以上	世帯数	独居者数	高齢者世帯数	高齢者独居数	
	率								
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	介護認定数								
	認定率								
	うち在宅数								

H〇〇.〇月時点

ケアバランス指標



〇〇公民館 (〇〇小学校区) 人口:〇〇人 高齢者数:〇〇人 高齢化率:〇〇%	〇〇公民館 (〇〇小学校区) 人口:〇〇人 高齢者数:〇〇人 高齢化率:〇〇%	〇〇公民館 (〇〇小学校区) 人口:〇〇人 高齢者数:〇〇人 高齢化率:〇〇%	〇〇公民館 (〇〇小学校区) 人口:〇〇人 高齢者数:〇〇人 高齢化率:〇〇%	〇〇公民館 (〇〇小学校区) 人口:〇〇人 高齢者数:〇〇人 高齢化率:〇〇%										
自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数	自治会名	人口	世帯数
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

エリアの既存組織 グループ等

	自治会 (箇所)	福祉振興協議会 (人)	健康づくり推進委員 (人)	サロン (箇所)	小地域サロン (箇所)	体操グループ (箇所)	ボランティア (箇所)	食生活改善推進員 (人)	女性ネットワーク	福祉委員 (人)	老人会 (団体)	老人会 (人)		
備考														

◆エリア資源の現状と課題

区分	事業・活動等	主体	〇〇地域		現状	課題	今後の方策
			エリア内資源	箇所数			
医療	医療機関(病院) 医療機関(診療所) 歯科診療所 薬局 訪問看護 在宅医療介護連携						
介護 (施設)	グループホーム 特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 老人保健施設 療養型病床 有料老人ホーム シェアハウス 短期宿泊事業所 高齢者生活ホーム						
介護 (居宅)	居宅介護(ケアマネ) 訪問介護(ヘルパー) デイサービス 認知症対応型デイサービス 通所リハビリテーション 訪問看護 訪問リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護						
介護予防	介護予防教室 訪問型介護予防事業 サロン 小地域サロン						
認知症	(全般) 認知症ケアパス 認知症地域支援推進員 認知症サポーター養成講座 認知症支援対策協議会 (予防) 認知症予防教室 物忘れ相談会 (医療) 認知症初期集中支援チーム 認知症サポート医 (生活支援) 認知症カフェ 徘徊SOSネットワークの構築 認知症ケアの向上 認知症デイケア 成年後見制度の利用促進						
健康づくり (人的)	健康づくり推進協議会 (構成団体)						
健康づくり (活動)	げんきプラン21 第1条～第9条 セラバンド教室 健康教室 軽スポーツ						
生活支援	見守り 配食サービス 交通支援 買い物支援 交流 家事支援 生活支援コーディネーター 協議体 その他						
住まい							
その他	民生委員 福祉委員						
会議等	地区福祉振興協議会 地区振興会 地域ケア会議						

2 自己チェックシート

【鳥根県】地域包括ケアシステム自己チェックシート

市町名	<input type="radio"/> 市・町・村
日常生活圏名	<input type="radio"/> 圏域
地域包括支援センター名	<input type="radio"/> センター

評価日	
2018年〇〇月〇〇日	
評価者(該当に☑を記入してください。)	
<input type="checkbox"/>	市町村内部のみで評価を実施
<input type="checkbox"/>	市町村と関係機関等の関係者で評価を実施

評価エリア	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 日常生活圏域 (該当に☑を記入してください。)
-------	---

基本情報 (評価エリア)	総人口:	(平成 年 月 日現在)
	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)

【チェック方法】

- 各設問に、現状を○、△、×で評価してください。
- 「現状」と「目標設定」は、評価エリアについて議論し、抽出された現状と目標を記載してください。
- A 医療から1行政の体制・連携までの9つのカテゴリ別に集計し、それぞれ5段階評価します。(末尾にリーダーチャート)

市町村担当課	〇〇〇課
担当者名	〇〇 〇〇
連絡先(電話)	085〇-〇〇-〇〇〇〇

- 目標設定と評価は、できるだけ多くの関係者で行いましょう。
- 結果も関係者間で共有し、今後の地域づくりについて話し合いをしましょう。

A 医療(5点) 1 点

○: (概ね)できている~1点 △: 一部できている~0.5点 ×: できていない~0点

設問	現状	評価	目標設定
Ⅲ 通院支援			
A-1 <input type="checkbox"/> 入院医療機関(※)に退院支援担当者が配置され、他機関との連絡調整が取られていますか。 <small>※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</small>			
A-2 <input type="checkbox"/> 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連絡がありますか。 <small>※病院ごとで対応が異なる場合は退院調整率のデータ等を参照しながら、地域全体を総合的に評価してください。</small>			
A-3 <input type="checkbox"/> 退院前のカンファレンスに、必要に応じて医師・薬剤師等の多職種・多機関の参加がありますか。			
Ⅳ (退院後の)日常の療養支援、急変時の対応			
A-4 <input type="checkbox"/> 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りますか。			
A-5 <input type="checkbox"/> 外来受診する患者が、通院に困難な状況はないですか。			
A-6 <input type="checkbox"/> 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日への対応として休日・夜間の連絡先等のルールについて家族や専門職等の関係者で共有されていますか。			
A-7 <input type="checkbox"/> 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りますか。 <small>(例)・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</small>			
A-8 <input type="checkbox"/> 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等の情報共有が必要に応じて行われていますか。			
A-9 <input type="checkbox"/> 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、在宅医療の推進のための研修の場がありますか。(顔の見える関係づくり)			
A-10 <input type="checkbox"/> 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、まめネットをはじめとしたICT等)や、連絡調整のローカルルールづくり等に取り組まれていますか。			
Ⅴ 看取り			
A-11 <input type="checkbox"/> 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)がありますか。			
A-12 <input type="checkbox"/> 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されるとともに、住民が気軽に相談ができる窓口等がありますか。			
A-13 <input type="checkbox"/> 看取りを含めた本人が望む終末期の療養生活について、本人の想い(本人の選択)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・介護の連携がなされていますか。			
A-14 <input type="checkbox"/> 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)がありますか。			
小計		0	

B 介護(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 1 点

設問	現状	評価	目標設定
■自立支援			
B-1 <input type="checkbox"/> 市町村(保険者)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ますか。			
■介護保険サービスの基盤等			
B-2 <input type="checkbox"/> 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)の提供量は充足していますか。(計画と実績の乖離、事業所のサービス提供エリアの制約等)			
B-3 <input type="checkbox"/> 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(旧複合型サービス)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ますか。(整備が計画的に進んでいますか。) また、それらのサービスが在宅限界点を引き上げる方向で機能していますか。			
B-4 <input type="checkbox"/> 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に制限はありませんか。			
B-5 <input type="checkbox"/> 保険者や介護サービス事業者等が介護予防・重度化予防、自立支援の視点、目標を共有し、排泄の確保、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ますか。			
B-6 <input type="checkbox"/> 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ますか。			
■人材確保・育成			
B-7 <input type="checkbox"/> 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まれていますか。			
B-8 <input type="checkbox"/> 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、市町村(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ますか。			
B-9 <input type="checkbox"/> 若年層に介護の仕事に興味を持ってもらうため、小・中・高校等の学校教育や地域の様々な活動等を通して、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たり、介護の仕事の魅力や、やりがいを伝える取り組みを行っていますか。			
小計		0	

C 保健・予防(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 1 点

設問	現状	評価	目標設定
■健康づくり・介護予防			
C-1 <input type="checkbox"/> 関係者の間で、自立支援の趣旨、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、介護予防マネジメントの効果的な実用方法、市町村窓口での相談対応の流れ等の認識が共有されていますか。			
C-2 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防、疾病予防、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、健康づくりや介護予防等の関係部署が連携して地域の健康課題の把握・分析を行っていますか。			
C-3 <input type="checkbox"/> 子どもから高齢者まで生涯を通じた取り組みとなるよう、健康づくりと介護予防を一体的に推進する体制(検討の場、組織)がありますか。			
C-4 <input type="checkbox"/> 健康づくりと介護予防の一体的な取組について、PDCAサイクルに基づき評価、施策展開していますか。			
C-5 <input type="checkbox"/> 高齢期のフレイル予防に関する啓発や、予防に効果的な取組を住民の身近な場で実施していますか。			
C-6 <input type="checkbox"/> 介護予防や健康寿命を意識した、働き盛り世代への啓発や働きかけの取組を実施していますか。			
■住民主体の地区ごとの健康づくり活動			
C-7 <input type="checkbox"/> 住民主体の地区ごとの健康づくり活動の推進にあたり、地区組織やボランティア団体、リハビリテーションの専門職などの連携協力体制がありますか。			
C-8 <input type="checkbox"/> 住民主体の地区ごとの健康づくりの活動を、客観的に評価(評価シート、チェック表活用、多方面からの意見交換)するなど、充実・拡大を支援する体制がありますか。			
C-9 <input type="checkbox"/> 健康なまちづくりを実現するにあたり、小さな拠点づくり等の地域振興施策との連携した取組がすすまられていますか。			
小計		0	

D 住まい・住まい方(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 **1** 点

設問	現状	評価	目標設定
D-1 居住環境 □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なされていますか。			
D-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、地域の居住環境の把握はされていますか。			
D-3 □離島や中山間地域等の自然環境及び生活環境等による生活のしづらさを抱える地域において、住民(地域)力の再構築と、住まいや住民の交流の場の資源として空き家(シェアハウス等)、廃校施設等の地域資源の再活用を行うなど、必要な検討が行われていますか。			
サービス付き高齢者向け住宅 □サービス付き高齢者向け住宅では、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していますか。 ※日常生活圏内にサービス付き高齢者向け住宅がない場合は、市町村内の状況で評価してください。 市町村にもない場合は評価を「一」(パー)にしてください。			
居住支援 □高齢者世帯、障害者世帯等の入居を受け入れることとして登録された民間賃貸住宅(あんしん賃貸住宅)の情報提供や居住支援を行うなど、市町村の住宅部局・福祉部局、不動産関係者等が協力して取り組んでいますか。 ※日常生活圏内に「あんしん賃貸住宅」の登録がないなど評価が難しい場合は、市町村の状況で評価してください。 市町村内にも「あんしん賃貸住宅」の登録がないなど評価が難しい場合は評価を「一」(パー)にしてください。			
小計		0	

E 生活支援・見守り等(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 **1** 点

設問	現状	評価	目標設定
地域資源の把握・周知 E-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)の把握と、そうした地域資源が住民、関係者に周知されていますか。			
E-2 □地域の様々な関係者(NPO法人、民間企業、協同組合、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)を行っていますか。			
地域福祉活動、ニーズ把握 E-3 □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、警察、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ますか。			
E-4 □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ますか。			
E-5 □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、社会的孤立の防止や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)がありますか。 例:出前住民相談会の開催、自治会の見守り、住民運営の通いの場、新聞販売所・宅配業者等との見守り協定、相談活動等			
地域振興施策との連携 E-6 □公民館エリア(旧小学校区)を基本とし、住民同士の話し合いを通じて、地域運営(「生活機能の確保」「生活交通の確保」「地域産業の振興」)の仕組みづくりに取り組む小さな拠点づくり等の地域振興施策と連携した取組がすすまられていますか。			
小計		0	

F 認知症への対応(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 **1** 点

設問	現状	評価	目標設定
認知症への対応 F-1 □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等に相談できる体制がありますか。			
F-2 □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推進されていますか。			
F-3 □認知症サポーター(地域住民)の養成・普及、効果的な活用がされ、認知症に対する理解が地域へ広がっていますか。			
F-4 □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ますか。			
F-5 □認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームの設置がされ、早期診断、早期対応に向けた体制づくりが進んでいますか。			
認知症対応(成年後見制度等)、高齢者虐待防止対策の取組 F-6 □本人の意向が尊重(自己決定)されるよう、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の利用支援・普及啓発などに取り組んでいますか。			
F-7 □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ますか。			
小計		0	

G 専門職・関係機関のネットワーク(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 1 点

設問	現状	評価	目標設定
G-1 □ケアマネジャー等の同職種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築かれていますか。			
G-2 □顔の見える関係は、一方通行の「信用関係」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ますか。			
G-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)はいますか。			
G-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ますか。			
G-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(連携バス、共通様式等)の活用や検討が進められていますか。			
G-6 □疾病連携、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ますか。(以下の「住民参画」、「行政の関与」の項目と関連項目)			
小計		0	

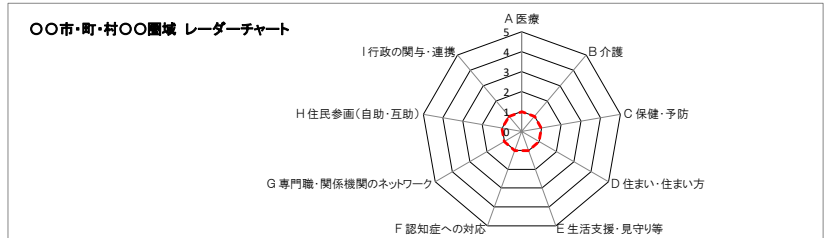
H 住民参画(自助・互助)(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 1 点

設問	現状	評価	目標設定
H-1 □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、市町村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)を市町村の窓口や出前講座等の小規模の説明会等で行っていますか。			
H-2 □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)が取組を進めるにあたり、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)が共通認識されていますか。			
H-3 □地域や施設(病院、介護保険施設等)における地域住民の交流の場及び住民(個人又はグループ)のボランティア活動(有償・無償)、学生ボランティアや民間企業・事業所の地域貢献活動(ボランティア活動)が活発ですか。			
H-4 □災害時を想定し、高齢者や障害者等の要介護者一人ひとりに対する避難支援者、避難方法等について、住民等の関係者で話し合いが行われていますか。			
H-5 □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ますか。			
H-6 □住民運営の適い場の創設の取組を進めていますか。また、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ますか。			
H-7 □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ますか。 ※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、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業形態			
H-8 □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りますか。(啓発イベント、ライフプランセミナーなど)			
H-9 □上記のような地域活動を通して、住民の自主的な取組が増えることにより、地域の互助力が向上していますか。			
小計		0	

I 行政の体制・連携(5点) ○:(概ね)できている~1点 △:一部できている~0.5点 ×:できていない~0点 1 点

設問	現状	評価	目標設定
I-1 □地域包括ケアシステムの構築・地域づくりに向けて、市町村の介護保険担当課、健康づくり担当課及び小さな拠点づくりの地域振興担当課をはじめ、関係課が組織横断的に連携していますか。			
I-2 □市町村の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、主体性を持った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ますか。			
I-3 □地域ケア会議や地域診断について、市町村が基本方針を明確にし、地域包括支援センターと協働した取組となっていますか。			
I-4 □地域ケア会議で抽出した地域課題を受け、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りますか。			
I-5 □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ますか。(介護保険事業計画の基本方針・目標の明確化と関係者による共有)(地域包括ケアロードマップ)			
I-6 □市町村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ますか。			

12	□市町村は日常生活圏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ますか。			
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されていますか。			
14	□市町村、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していますか。(支援を必要とする人の台帳整備等)			
	小計		0	



A	1
B	1
C	1
D	1
E	1
F	1
G	1
H	1
I	1
合計	8 点/45点

3 地域包括ケアロードマップ

地域包括ケアロードマップ

市町村名	<input type="text"/>	期間	<input type="text"/>				
対象地域	<input type="text"/>						
上位目標	<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	プロジェクト目標①	<input type="text"/>
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
	プロジェクト目標②	<input type="text"/>					
	プロジェクト目標③	<input type="text"/>					
	プロジェクト目標④	<input type="text"/>					

上位目標	指標	指標データ入手手段	外部条件
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

プロジェクト目標①	指標	指標データ入手手段	外部条件
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

アウトプット	指標	指標データ入手手段	外部条件
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

プロジェクト目標②	指標	指標データ入手手段	外部条件

アウトプット	指標	指標データ入手手段	外部条件

プロジェクト目標③	指標	指標データ入手手段	外部条件

アウトプット	指標	指標データ入手手段	外部条件

第6章 データ集（別冊資料編）