

A 医療

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×）	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■在宅医療・介護連携					
1	行政（委託含む）が地域の医療・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PDCAサイクルで定期的に行っている ①対応策の検討を実施しているが、PDCAサイクルでの検討までは至らない（年１～２回程度の開催など） ②PDCAサイクルで検討を行っている（毎月～2か月に1回程度の開催） ③PDCAサイクルで実際に課題の解決が図られている	◎：②～③を達成 ○：②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅲ（i）1 Ⅲ（i）2	○	①②③郡医師会に在宅医療介護連携支援センターを委託しており、センターと東彼杵郡3町、保健所で定例会議を毎月開催している。 R7年度に4場面における現状の把握、課題、対応策の検討を行った。 （課題と対策：各種ツールの周知・活用が十分にできていないことや元気なうちから手帳の周知が不十分であることが課題であり、ICTの活用に向けた検討を行っている。各種ツールや元気なうちから手帳の周知を継続していく。） 医療介護連携に関する加算の算定については把握していない。 医療との連携についてケアマネジャーへアンケート調査を実施し、その課題から郡内ケアマネジャーの意見交換会を開催した。また、多職種連絡ツール等の運用状況を定期的に確認し、普及方法や入退院支援等の検討を行った。
■退院支援					
2	地域住民が利用する医療機関において、支援が必要とされる方の入退院支援が適切に実施されている ①入退院支援担当者が配置されている（8割以上の医療機関） ②入退院時のルールが、地域として整備されている ③連絡調整のためのツールが地域として整備されている ④医療機関だけでなく、ケアマネや地域包括支援センター等の地域関係者も含めた入退院時のカンファレンスを実施している ⑤ ①～④の取組を通じて、支援を受けた本人・家族が円滑な入退院に繋がったと実感できている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を達成 △：①～④いずれかを実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅲ（i）3 Ⅲ（ii）1	○	①入院医療機関：川棚医療センター、長崎医療センター、大村市立病院、嬉野医療センターすべてにおいて、地域連携室等に入退院支援担当者が配置されている。 ②東彼杵郡版入退院支援ガイドラインを作成し、周知・運用している。 ③東彼杵郡医療・介護連携情報提供書を作成し、運用している。 ④入院時に医療情報連携シート等を活用して、情報提供を行い、医療機関関係者、家族、ケアマネ、介護サービス事業所等が参加し退院時カンファレンスに出席している。一部医療機関においては、病院が必要とした時のみ、退院時カンファレンスを実施している。 ⑤今後は、地域ケア会議でのケース等を対象にケアマネジャーへの聞き取りができないか検討していく。

3	地域住民が利用する医療機関において、退院前カンファレンスなどで決定した在宅医療の方針が、退院後に適切に提供されている ①入院医療機関が退院後の患者の状態を把握している（退院後訪問、地域関係者との会議等にて） ②退院後の在宅医療の質のモニタリング評価が、医療・介護等の関係者間で定期的開催され見直しが行われている（モニタリング評価の開催主体は、検討事例により違いあり。例：担当ケアマネ、地域包括支援センター、在宅医療・介護連携相談センター、訪問看護ステーション等） ③ ①、②のような取組について、市町（委託含む）から該当する医療機関の8割以上に対して実施の働きかけを行っている ④ ①～③の取組を通じて、本人や家族が退院後も在宅医療が適切に提供されていると実感している（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：地域住民が利用する医療機関の一部で①～③の取組を実施している ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①居宅介護支援事業所は医療機関からサマリー提供を受けたり、カンファレンスに参加している。また、病院へ患者のケアプランを提供することで退院後の状態を把握されている。 ②地域ケア会議で取り上げたケースについて、会議後にモニタリング評価を実施している。その内容について、地域ケア会議の助言者間で共有し今後の支援の方向性を検討する場を設けている。 地域ケア会議での助言内容が実際に提案できたかどうか確認し、できた場合はどのような状況変化があったかを助言者と共有している。できなかった場合は理由を明らかに対応方法を検討している。 ③在宅医療介護連携支援センターより郡内医療機関や近隣の中核医療機関へ情報連携カードの活用について案内を送っている。 ④今後は、地域ケア会議でのケース等を対象にケアマネジャーへの聞き取りができないか検討していく。
4	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、訪問リハビリ、訪問薬剤管理、訪問栄養等）が提供できる体制がある ①本人や家族の希望を確認し、医療・介護等の関係者間で共有している ②定量データが県平均と比較して充実している（そもそも資源が乏しい場合は、代替策が講じられている） ③本人や家族の希望を必要な時期に確認している ④本人や家族から、「希望に応じた在宅医療が提供されている」との評価を受けている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～③いずれかを達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援Ⅲ(i)3	○	①訪問看護やデイケア等の医療系サービスを利用する際に、医療機関とケアプランを共有している。 ②後方支援病院がなく、在宅療養支援診療所は1件であるが、訪問看護事業所数、訪問リハビリテーション事業所数は県平均並みである。しかし、在宅死亡者割合が県内で下位に位置している。（在宅死が3.5%）医療・介護従事者のACPIについての理解を深め、広めることに力を入れていく。 ③R7年9月、12月、R8年3月に町内医療機関との意見交換会を実施した。意見交換会は継続して行い、在宅医療に関する意見交換については、R8年度を行う予定としている。 ④未実施
5	在宅医療（往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理、訪問栄養等）の提供が行われる際に、24時間365日の対応として、以下の取組が行われている ①休日・夜間の連絡先等のルールが明確に定められている ② ①について家族や医療・介護等の関係者間で具体的に共有されている（ツール等を用いた共有） ③定められたルールについて、定期的に本人・家族や関係者間で確認している（毎月1回以上） ④ ①～③の取組が、圏域内の在宅医療を提供する医療機関の8割以上で整備されている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～③いずれかを達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①主治医の時間外対応は難しいが、24時間対応の訪問看護ステーションはある。家族との連絡体制、訪看内の連絡体制、医療機関との連絡体制を取り決めている。 ②医療機関との意見交換会の中で、確認を行う予定としている。 ③取組未実施 ④取組未実施
6	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を推進するため、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 （取組例） ①主治医不在時に代診する医師の体制がある ②在宅療養支援病院、後方支援病院、中核となる医療機関との連携等のバックベッド体制がある ③認知症サポート医や認知症疾患医療センター等のかかりつけ医を支援する体制がある ④在宅医療を行う診療所・かかりつけ医からバックアップ体制について「十分に機能しており、困っている状況にない」ことを確認している	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～③いずれかを達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①町内医師間で連絡体制があり、連携されている。 ②町内には在宅療養支援病院、後方支援病院ないが、郡内では川棚医療センターとの連携は図れている。 ③認知症疾患医療センター（諫早総合病院）とかかりつけ医の病診連携会議を実施した。 ④R7年9月、12月、R8年3月に町内医療機関との意見交換会を実施し、確認した。

7	一体的なサービス提供を行うため、日常的に医療と介護が連携できる仕組みを持っている ①連携のためのツールがある（クリティカルパス、連携シート、ＩＣＴ等） ② ①のツールが日常的に活用されている ③活用は特定の関係者だけでなく、地域全体で広く活用されている	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅲ（i）3 Ⅲ（ii）1	○	①郡内で作成した多職種連携ツール（医療・介護連携情報提供書）を作成している。令和7年度に県の在宅医負担軽減のための医療機関等連携支援事業を活用し、郡医師会を主軸にして、ICT化について検討を行っている。 ②統一したツールの活用は不十分であるが、各事業所で類似した連携シートを活用している。 ③包括支援センター職員は活用しているが、居宅介護支援事業所は、各々が使用している既存のツールを活用している状況である。（導入しているシステムに入っているシートや在宅医療介護連携支援センターが作成したシートを改変して使用）運用上、ケアマネジャー側は現在支障は生じていないが、医療機関側として、事業所毎で提供される情報が異なるため、共通した情報が必要というアンケート結果もある。今後の課題として、居宅介護支援事業所等がどのような情報を提供しているのか把握を行っていく。
---	--	---	--------------------------------	---	--

■看取り					
8	人生の最終段階も含めた在宅医療について住民への啓発や情報提供等を行っている（一般住民を対象としたACP（人生会議）の普及啓発の取組、エンディングノートの活用等） ①住民に対して、相談時等に情報提供を実施している ②住民に対して、エンディングノート等のツールを活用して、計画的に普及啓発の取組を実施している（通いの場でのACPの出前講座の実施、エンディングノート等の書き方講座の実施など） ③啓発や情報提供の結果、人生の最終段階も含めた在宅医療について市町が設定する住民の8割以上で理解が進んでいる（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：何らかの取組は行っているが不十分 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅲ（i）3 Ⅲ（ii）2	○	①相談時には、在宅医療のパンフレット等を用いて情報提供している。 ②住民に対する普及啓発として、サロンや介護予防教室でのACP講話ともしバナカード体験や元気なうちから手帳の説明・記入講座の二本立てで実施している。 ③第10期介護保険事業計画に伴う介護予防・日常生活圏域ニーズ調査でACPの周知度を確認したが、「いいえ」と回答した人が77.5%、「はい」と回答した人が10.7%であった。
9	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 ①在宅医療や介護に係る関係者に対して、看取りに対する理解を深めるための普及啓発活動を実施している ②本人や家族の看取りに関する希望を定期的に確認し、医療・介護等の関係者間で共有している（ACPを実践している） ③ ②で確認した本人の意向や推定意思に基づき、人生の最終段階における医療・ケアの提供がかかりつけ医だけでなく、多職種で行えている ④本人や家族が、「希望に応じた在宅医療が提供されている」と実感している（本人や家族との信頼関係等、個別の状況を踏まえて慎重に取り組んでください。確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：ACPIに取り組んでいるが、まだ不十分である ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅲ（i）3 Ⅲ（ii）2	○	①在宅医療介護連携支援センターと町が共催で、医療介護従事者セミナーを開催している。 ②③看取りを行ったことがある居宅介護支援事業所もあり、その際に家族、主治医、ケアマネジャーと話し合いを行った事例があった。（かかりつけ医の中には、積極的にACPの話をされるようになった医師がいることや、訪問看護が関わっているケースでは、本人が大切にしていることやかなえたいことを確認しながら支援している。） しかし一方で、訪問診療が多いが、往診が少ないという結果や自宅死亡率（東彼杵町5.3%）・施設死亡率（東彼杵町4.2%）も県内平均を大きく下回り、町内で体制づくりが出来ているとはいえない。 また、郡内の入所施設におけるヒアリング調査において、入所時24施設中11施設が延命治療の希望について聞き取りを行っているが、ACPの実践までは把握できていないという課題もあるので、令和7年度はACPを施設で推進していくために、保健所が実施するACP推進リーダー養成研修の参加を町内施設に周知し、1名の参加があった。 ④未実施
10	地域において、多職種で看取りに関する事例検討や共有する場が定期的にある ①看取りに関する事例検討会等については、圏域内の特定の医療機関が参加可能な形で実施されている ②看取りに関する事例検討会等については、圏域内の複数の医療機関が参加可能な形で実施されている（医療資源が少ない場合は、実施済みとみなして可） ③ ①、②の事例検討会について、外部の多職種も参加可能な形で実施されている ④ 多職種が参加可能な看取りに関する事例検討会等が、広く地域の中で認識され定期的に実施されている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～②を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①②在宅医療介護連携支援センター主催で看取りの体験から考える本人の意思決定についてのセミナーを開催した。在宅医療介護連携支援センターより郡内の医療介護従事者に案内した。 ③④取組未実施

分野ごとにおける推進状況【医療】

全般的な評価（総括）

4場面における現状の把握、課題、原因、対応策の検討を行い、在宅医療介護支援センターで課題を整理することが重要である。また、郡内での取り組み、町での取り組みを整理して、優先順位をつけて今後実施していく。そのためには、医療と介護の情報共有方法や現在実施しているルールの共有を町内医療機関や事業所で実施していく必要がある。

課題と感じていること

看取りを行う上で、家族や医療・介護等の関係者間で具体的に共有されているルールが明確ではない。また、共有方法がわからない。医師会や居宅介護支援事業所、包括支援センターのケアマネ等との情報交換の場が少ない。

今後の方向性（力を入れていくことなど）

在宅医療介護連携支援センターを中心に、看取りケースの共有に関するセミナー等の実施を予定している。
町内医療機関と医療・介護連携方法などについての意見交換会を継続し、情報の共有方法やバックアップ体制等を確認していく。

B 介護

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×）	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■介護保険サービスの基盤等					
11	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）のニーズを把握し、それに応じたサービスの提供が出来ている ※介護保険事業計画を踏まえて下記の取組を実施している ①ニーズの把握を行っている ②ニーズに見合う量のサービスが提供されている（または、それに見合う代替策が講じられている） ③本人や家族が、提供されているサービスに対して「十分に満足している」と実感している（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能） ■（参考）定量データ（訪問介護事業所数【B-⑦】、訪問看護事業所数【B-⑧】、訪問リハビリテーション事業所数【B-⑨】、通所介護事業所数【B-⑩】、地域密着型通所介護事業所数【B-⑪】、通所リハビリテーション事業所数【B-⑫】、認知症対応型通所介護事業所数【B-⑮】、小規模多機能型居宅介護事業所数【B-⑯】、看護小規模多機能型居宅介護事業所数【B-⑰】、訪問介護（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-⑱】、訪問看護（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-⑲】、訪問リハビリ（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-⑳】、通所介護（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-㉑】、通所リハビリ（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-㉒】、認知症対応型通所介護（受給者1人あたり利用日数・回数）【B-㉓】）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 I（i）1 I（i）2	◎	① 3年ごとに在宅介護実態調査を実施しており、ニーズの把握は行っている。令和7年度に実施、2,361件配布、有効回答数1,767件（74.8％）。 ② 令和7年度に実施した在宅介護実態調査において、要介護度別・世帯類型別のサービス未利用の理由において「利用したいサービスが利用できない、身近にない」の回答は令和4年度調査に引き続き0％であり、ニーズに見合う量のサービスが提供されている。 ③ 令和7年度に実施した在宅介護実態調査において、サービス未利用の理由において「サービスに不満がある」の回答は0％であった。また、主な介護者の就労継続の可否に係る意識についても、「問題なく、続けていける（18.2％）」、「問題はあるが、何とか続けていける（54.5％）」と72.7％が継続して家族の介護することができると回答されていることから、本人・家族等が希望するサービス利用が行われており、満足されている。
12	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について、以下の取組が行われている ※介護保険事業計画を踏まえて下記の取組を実施している ①地域特性を踏まえたニーズの把握が行われている ② ①を踏まえたサービス提供量を適切に算出した整備計画がある ③ ②の整備計画が計画どおり進捗している（または代替策を講じている） ④ 上記の取組を通じて、希望者が必要に応じたサービスを利用できている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～②を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施 ※②③については、①を踏まえ整備が不要の場合も含む。	推進 I（i）1 I（i）2	◎	① 11①回答参照 ② 令和7年度に実施した在宅介護実態調査において、在宅の要介護者で複数のサービスを利用している割合は17.1％であり、小規模多機能型居宅介護等サービスの整備計画は立てていない。 ③ 第9期介護保険事業計画期間の当該サービス受給率は、概ね計画値の範囲内で推移しており、サービスが過不足なく提供されている。 ④ 令和7年度に実施した在宅介護実態調査において、サービス未利用の理由において「サービスに不満がある」の回答は0％であり、利用者の希望に沿ったサービスを利用できている。
13	モーニングケアやナイトケア等の訪問系サービスについて、必要に応じたサービス提供が可能である ①利用希望に関するニーズ把握を行っている ②サービス提供が可能な事業所がある（事業所が無い場合、それに見合う代替策を講じている） ③本人や家族の「必要に応じたモーニングケアやナイトケアが提供されている」と実感している（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能） ■（参考）定量データ（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数【B-⑬】、夜間対応型訪問介護事業所数）【B-⑭】）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①のみ実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	① 11①回答参照 ② 町内には、24時間対応の事業所が2か所（かけはし、たまがわ）ある。また、24時間対応でない事業所においても相談内容に応じて、早朝及び深夜に対応を行なっている。 ③ 令和7年度に実施した在宅介護実態調査において、サービス未利用の理由において「サービスに不満がある」の回答は0％であり、利用者の希望に沿ったサービスを利用できている。

■人材確保・育成					
14	介護人材の確保に向けて行政、介護サービス事業所、教育関係者等の関係者間で連携した取組を実施している ① 関係者間で課題を共有し、必要な対策を検討する場がある ② ①の検討の結果、必要な対策を関係者間で連携して実践している（求人説明会や研修会の開催。複数市町等での広域での開催も可） ③ ②の取組を踏まえた人材確保に関する課題の整理を行っている ④ ①～③を踏まえて改善・見直し等の取組を実施している（PDCAサイクルでの取組） ⑤ PDCAサイクルでの取組の結果、介護人材の確保・定着に繋がっている	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を達成 △：①～③を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅲ（i）1	○	①県央圏域介護人材確保対策連絡協議会の中で人材確保について、課題共有等を行っている。 ②県央圏域介護人材確保対策連絡協議会と協働し、教育機関への働きかけ、介護に関する無料セミナー等を開催し人材確保に努めている。 ③県央圏域介護人材確保対策連絡協議会の中で、課題等の整理を行っている。 ④県央圏域介護人材確保対策連絡協議会の中で、毎年度、取り組みの効果などを検証している。 ⑤県央圏域介護人材確保対策連絡協議会の取組みを通じて町内の介護施設の人材が確保できてるかは検証していない。
15	市町が専門職の人材育成等に関する基本方針を明確にしたうえで、ケアマネジャーの資質向上の活動として、以下の取組を実施している ①基本方針を介護保険事業計画等に位置付けている ② ①で位置づけた基本方針について、ホームページや書面等で広く周知している ③基本方針に基づき、ケアマネジャーの資質向上の取組を定期的の実施している ④ ①～③の取組を通じて、ケアマネジャーが基本方針を踏まえた自立支援に資するケアマネジメントを多くの事例で展開できている（自立支援の視点でのケアマネジメントは、法の理念からも原則全事例での展開が基本だが、確認の方法、手続きや目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～②を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅲ（ii）3	○	①介護保険事業計画に包括的・継続的ケアマネジメント支援として明記している。 ②介護保険事業計画をＨＰに掲載している。 ③ケアマネ連絡会を実施。定期的な実施をしていく予定になっている。R8年度からは、4月の時点で全居宅支援事業所へケアマネ連絡会の内容など年間計画をお知らせしている。（R6年度 1回、R7年度 1回実施 R7年度は『引継ぎについて』『入院時情報連携加算、退院・退所加算について』『ケア会議について』の内容で時間は約1時間で開催した。居宅：5名（3事業所）介護連携支援センターたんぼぼ1名参加 ） ④ケアプラン点検の実施や、自立支援型地域ケア会議で事例検討を行い、改善してきているが展開までは至っていない。
■介護施設における感染対策					
16	市町は保健所と連携しながら、高齢者施設等に対して日頃から広報やインターネット等を利用した感染症に関する情報提供、普及啓発等を行うとともに、コロナに限らず日常からの感染症対策等医療との連携状況を市町が把握して、必要に応じて高齢者施設等に対して助言や指導を行っている ①高齢者施設等に対して、感染症に対する情報提供や普及啓発を行っている ②高齢者施設等の感染症対策の現状を把握している ③ ①、②を踏まえて、高齢者施設に対して必要な助言や指導を実施している ④ ①～③を通じて、高齢者施設等が自発的に職員に対して感染症対策の研修を行うなど、施設側の行動変容に繋がっている。	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～②を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①国の資料等を電子メール等により送付している。 ②指定権限を持っている事業所については、すべて業務継続計画及び指針等を確認している。研修等の実施状況については、実地指導時に確認を行っている。 ③実施指導時に確認した内容等に不備等があれば、適宜指導・助言を行っている。 ④令和6年4月1日より感染対策が義務付けられ、すべての事業所で適切に研修等に取り組まれている。今後も継続して実施されていることを実地指導等で確認していく。

分野ごとにおける推進状況【介護】
全般的な評価（総括）
アンケート調査の結果から、適切にサービス見込量が推計され、計画に反映されている。
課題と感じていること
居宅介護支援事業所において、町内5事業所中3事業所がケアマネジャー1人で運営されているため、、職員の離職による休止又は廃止の恐れがあり、近隣市町を含め居宅介護支援事業所の確保が課題となっている。 町内の老健が令和7年12月に閉鎖し、今後どこが受け皿となるか10期計画にどう反映していくのか課題である。
今後の方向性（力を入れていくことなど）

定期的なアンケート調査の実施により、適切なサービス見込量を推計するとともに、サービス事業所の良質なサービス提供体制の構築及び運営継続に向けた支援等を検討していく。

G 保健・予防 ※評価にあたっては、「G 市町と関係者・団体のネットワーク（連携）」のNo. 45～49の地域ケア会議に関する評価も併せて行ってください

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■健康づくり					
17	介護予防と保健事業を一体的に推進している ①行政内の他部門や地域の多様な主体と連携し、介護予防の推進を図っている（他部門との情報共有や連携体制の構築のための協議の場等がある） ②介護予防のケアプランや要介護認定の調査表等を確認、KDBや見える化システム等の利用を含め既存のデータベースやシステムを活用し課題整理を行うなど、データを活用した介護予防の課題の把握を行っている ③ ②で把握した課題に応じた対応策を実施している（例：通いの場における健康チェックや栄養、口腔ケア等から医療機関等への早期介入へと繋げる仕組みがある、医療機関や健診を受診する者で、フレイル状態や予備軍に該当する高齢者を通いの場等の介護予防に繋げる仕組みがあるなど、高齢者の保健事業と介護予防の取組について、連携した取組を実施している） ④ ①～③の取組を踏まえて事業効果の検証を行い、結果をホームページ等で公開している	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 I（i）3 支援 I（i）1 I（i）2 I（i）3 I（i）4	○	①定期的に他部門（後期高齢、健康づくり）との検討会議を開催し、連携を図っている。 ②KDBや見える化システム等を活用し、医療や介護予防に関する課題把握を行っている。 ③把握した地域課題から継続した健康講話（高血圧）や予防可能な認知症講話等を行っている。また、個別のハイリスクアプローチ者を介護予防事業や地域の通いの場等へ繋ぐ支援を行っている。 ④事業後はアンケートの評価や課題分析は行っているが、公開までは行っていない。今後は、ポピュレーションアプローチの場で結果を示していく等の検討をしていく。
■介護予防ケアマネジメント					
18	ケアプランを作成する際に、自立支援の視点から目標を明確にし地域ケア会議を活用したケアマネジメントができています ①自立支援の視点での目標が設定されている ②地域ケア会議後のモニタリング評価を実施している ③介入後の効果判定を行っている ④ ①～③について、定期的に取り組内容の改善・見直し等を実施し、地域ケア会議をケアマネジメントに活用できている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～②を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I（ii）3	○	①全てのケースではないが、少しずつ自立支援の視点で具体的に目標設定がなされるようになってきている。 ②全てのケースでモニタリング評価実施。期間途中で要支援⇄要介護の変更があった場合に十分な引継ぎが行われていなかった件に関しては改善は見られるが、より確実にするためにはさらなる対策を再考する必要がある。 ③令和6年度よりモニタリングを開始しモニタリングの方法に対する課題が見つかった。モニタリングを行うことで1件早急な救急対応を行うことができ成功事例を作れた。ケアプランに反映していくことが今後の課題である。 ④地域ケア会議の見直しを行い、会途中でケアマネジャーに専門職からの提案に対する反応を伺うこと、モニタリング時には専門職からの提案をまとめた用紙を事前に配布し、訪問時に提案を意識できるよう改善を図っている。地域ケア会議がケアマネジメントに活かされているかまでは明確にすることはできないため、今後の課題である。
19	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として、フォーマル・インフォーマル含めてケアプランに位置づけ、要支援者等の能力を最大限活かせるよう専門職と連携した取組を実施している ①地域の多様な社会資源（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など）を把握し、定期的に情報の更新を行っている ②従前相当以外で地域のニーズに応じた多様なサービスを創設し、内容の改善・見直しを行っている（短期集中予防サービスC、住民主体による支援B、基準を緩和したサービスA、移動支援D など） ③総合事業の実施にあたっては、様々な専門職を活用した効果的な展開が図れている ④ ①～③の取組が連動し、要支援者等の能力を最大限活かすための総合事業が展開出来ている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～③のいずれかを実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I（i）2 I（i）7	○	①介護保険以外の社会資源について把握し、定期的に情報更新を行っている。 ②短期集中予防サービスCを創設し実施している。 ③保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、運動実践指導士等の専門職を活用できている。 ④一部出来始めているが、地域ケア会議で出た事例を総合事業と連携できていないことが課題である。

■住民の主体的な活動					
20	高齢者の健康づくり、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のための取組を実施している ①住民同士の交流や地域活動への参加促進のための課題を定期的に検討している ②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把握している ③ ②で把握した者の居宅等へ参加促進のためのアウトリーチを実施している ④ ①～③の取組を通して、参加促進に繋がっている（事例を確認）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：①～③のいずれかを実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I (i) 2	○	①定期的に支援に入り住民の声を聞き、課題を係内で共有し検討できている。 ②介護予防把握事業で抽出した対象者を訪問し、健康状態や生活状況、介護サービスの利用状況等を聞き取り、状況を把握した。 ③通いの場に参加していない者に対しては、状態に応じて地域の通いの場への参加や介護予防事業の利用を提案した。 ④R6年度参加に繋がったケースはない。
21	健康づくり、介護予防などの推進に当たっては、住民主体の通いの場や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 ①市町や社協等が主催するサロンや通いの場等だけでなく、住民主体の通いの場や自主グループ等の状況を把握している ②市町として必要と考える地域への住民主体の通いの場や自主グループの創設に向けた検討を行っている ③ ②の検討の結果、住民主体の通いの場や自主グループの創設に繋がっている ④創設された住民主体の通いの場や自主グループが、地域に根付いた活動として住民に理解されている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I (ii) 4	○	①運動型の住民主体の通いの場は、現在18団体が活動している。 ②サロンが無い地区の老人会3か所へ運動型の住民主体の通いの場創設に向けたアプローチを行った。 ③②の結果、1か所創設に繋がった。 ④第10期介護保険事業計画の日常生活ニーズ調査の中で、住民主体の通いの場という言葉を知っているかの設問において、「知らない」と回答した人が57.3%と最も多く、「言葉は知っているが内容は知らない」と回答した人が26.2%であった。

分野ごとにおける推進状況【保健・予防】
全般的な評価（総括）
住民組織がない地域の方の行き場所について、地域ケア会議の課題として上がってきている。そのため、住民組織の創設が出来始めているが、地域に展開できていないところもあるため、今後も取り組みを継続していく。 地域ケア会議の実施方法については見直しに取り組んでいるが、ケアプランの改善まで活用に至っていないのでモニタリングを引き続き実施していく。
課題と感じていること
地域ケア会議の見直しは行っているが、ケアマネジメントまで改善ができていないと感じる。 既存の組織（サロン）が活発に活動しているところは新たな自主活動組織ができやすいが、ない地区は新たな創設は難しい。
今後の方向性（力を入れていくことなど）
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用し、住民理解を確認していく。

D 住まい・住まい方

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×）	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■住環境					
22	手すりの設置や床段差の解消等の住宅改修に関するリハビリテーション専門職等の関与状況 ①申請時にリハ専門職等の関与状況を把握するための仕組みがある （例）申請書に関与を確認するチェック欄を記載 ②改修後にリハ専門職等が関与する仕組みがある （例）・住宅改修時の審査 ・地域ケア会議等での点検 ・改修前の訪問での点検 ・事後確認 ③住宅改修全件数に係る専門職の関与割合が8割以上を達成している ※全件数は、居宅介護及び介護予防の住宅改修申請件数 ※基本的に全ての改修（改修が必要か否かの判断含めて）にリハビリテーション専門職が関わることが、目指すべき部分 ★なお、福祉用具貸与にかかるリハビリテーション専門職の関与状況については、ヒアリング時にお尋ねします。	◎：①～③を達成している ○：①と②両方の仕組みがある △：①または②の仕組みがある ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅱ（i）2	◎	係内に専門職が配置されておらず、決定の可否と申請内容の妥当性を判断するため、全ての住宅改修について、理学療法士が写真・図面等により内容確認を行い、必要に応じて理学療法士からケアマネジャーへのヒアリングや現地調査を実施している。（R7年度実績申請件数23件、関与件数23件（100%）） ケアプラン点検の時にリハビリテーション職員の意見を求めている。福祉用具については、意識づけをしているという時に利用するか取組を確認している。
23	地域包括ケアシステムの中心となる「住まい・住まい方」について、適切な支援を実施するために、支援が必要な高齢者の生活環境や居住環境を把握できている 支援が必要な高齢者に対して ①生活環境を把握している（坂の上に居住、階段が多い、車の乗り入れ困難、ポツンと一軒家など） ②住宅の状況を把握している（持ち家、借家、公営、民間等） ③独居や高齢夫婦世帯、近所に親しい友人、兄弟姉妹がいる、家族は県外などの人的な環境を把握している ④住まいや生活支援に関する相談窓口を設置し、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保や生活の一体的な支援を市町として実施している ⑤居住支援協議会等を設置し、住まいに関する課題と対応策について検討している	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を達成 △：①～③のいずれかを実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅲ（i）2	○	①②③東彼杵町地域防災計画に基づき、支援が必要となる場合は、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画を作成し、把握している。 ④高齢者の相談については町包括支援センターで受け付けており、必要に応じて関係部署に繋いでおり、町として一体的な支援が実施できている。 ⑤取組未実施
■居住系サービス					
24	グループホームなどの居住系サービスが、地域特性やニーズに応じて目標値が設定され、計画的に整備されている ①居住系サービスの設置状況等について把握している ②居住系サービスの需給バランスを把握している ③ ①②で把握した状況を踏まえた、整備計画を策定している ④計画通りに整備が進んでいる	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅰ（i）2	◎	① 町内の設置状況は把握している。 ② 事業所の運営推進会議に参加し、入居者リストや待機者情報の提供を受け、状況を把握している。 ③ 状況を把握し、介護保険事業計画を策定している。 ④ 第9期介護保険事業計画で見込んだ計画値と概ね一致しており、計画的に整備できている。

25	サービス付き高齢者向け住宅において適切な医療・介護のケアを受ける体制や実態について把握できている（※サービス付き高齢者向け住宅が無い場合は、算定に含まない） ★評価時に事例を確認 ①家賃や介護保険外のサービス提供費用等を情報収集している ②介護サービス相談員等から情報収集している ③不適切な介護保険サービスの提供の可能性がある場合の検査・指導の指針がある ④ ①～③等を踏まえて、利用者のケアプラン点検を行っている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施 －：サービス付き高齢者向け住宅を設置していない	推進 I (i) 2	△	① 町内の施設の家賃・介護保険外サービスの費用については把握している。 ② 実施予定なし。 ③ 指針作成の予定はない。 ④ ケアプラン点検のケース抽出時に、過剰サービスや囲い込みがないか、必要に応じて選定している。
----	---	---	-----------------	---	--

分野ごとにおける推進状況【住まい・住まい方】
全般的な評価（総括）
現状で実施できる取組は行っており、概ね適切に実施されている。
課題と感じていること
サービス付き高齢者住宅については、昨年、過剰サービスになっている可能性の指摘を受けているが、ケアプラン点検では過剰かどうかを判断するのが難しい。
今後の方向性（力を入れていくことなど）
地域ケア会議等を通じて、ケアマネジャーの資質向上により、適切なサービスの利用を促す取組を行っていく。 避難行動要支援者の情報に包括支援センターが介護予防ケアマネジメントで聞き取りしている情報を追加するか検討を行っている。 福祉用具については地域のリハ職との連携にも取り組む。

E 生活支援・見守り

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■地域資源やニーズの把握・地域福祉活動等					
26	生活支援を行う事業主体と事業の実態が把握され、かつ定期的に情報がアップデートされている。またその地域資源が住民と関係者に年1回以上周知されている（具体的な把握・周知状況を確認） ①生活支援を行う事業主体や事業の実態について、定期的に把握する機会を設けている（市町と生活支援コーディネーターとの定例的な連絡会や協議体等での把握） ② ①で把握した情報について、定期的に情報をアップデートしている ③ ②でアップデートした情報をホームページやリーフレット等で見える化し、行政だけでなく、生活支援に係る多くの関係者と共有する機会を設けている（協議体や地域ケア会議等の既存の機会を活用するなど） ④ ①～③の取組を通じて、関係者が生活支援に係る情報を住民へ周知するなどの活動に繋がっている ■（参考）定量データ（NPO法人認証数（保健・福祉関係）（市町）【E-①】）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I（i）6	◎	①定例的な連絡会の開催や、事業実施報告書の提出による実態把握を行っている。 ②定期的に情報をアップデートしている。 ③町の社会資源リスト（自治会活動、ボランティア、NP0など）を作成し、町ホームページに掲載済。民生委員会で配布済。地区の補足部分やサロン情報を改めて調査し、毎年情報更新を行うものとしている。 ④SCの活動について、サロンや老人会、地区の座談会で住民周知に徹底して繋げている。また、かわら版を作成し、住民へ周知を図っている。
27	住民が困ったときに、気軽に相談できる場所があり、相談内容に応じて、SCや民生委員、地域包括支援センター等に繋がるなど、早い段階から住民ニーズを把握する仕組みがある ①生活支援コーディネーターや民生委員、地域包括支援センターの職員が、サロンや住民主体の通いの場等、住民同士が集まる場面に定期的に訪問するなど、早い段階から住民ニーズを把握する取組を行っている ②住民がSCや民生委員、地域包括支援センター等の役割を理解し、困った時に、必要なところへ相談することが出来る ③住民の困りごとが生活支援体制の協議体や地域ケア会議等の検討の場に繋がるなど、PDCAサイクルでの課題解決が図られている	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成（事例を確認） △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①サロン、体操の自主活動グループ、老人会、ゲートボール、グランドゴルフ等の場で住民同士がお互いに相談できる体制がある。また、民生委員の訪問活動、生活支援コーディネーターや地域包括支援センターの職員が、サロン及び老人会に健康相談として出向き、気軽に相談できる体制を作っている。生活支援団体（7団体）や体操の自主活動グループ（18地区）の立ち上げを支援し、支え合いや住民同士の繋がりのある地域づくりをしている。 ②それぞれの役割の元、必要な際は相談できる体制があり、関係性があれば情報共有している。 ③交通手段の困りごとでの課題解決に対して、令和6年3月より町内でデマンド交通（乗合自動車）が運行されている。町営バスの運行のない場所からでも生活支援のニーズに応じて利用ができる。
28	市町として生活支援体制の活動方針を明確にしたうえで、第1・2層の協議体や生活支援コーディネーターによる住民ニーズや課題の掘り起こし、対応策の検討、実施、検証等の一連の生活支援の取組がPDCAサイクルで行われている ①市町としての生活支援体制についての目指すべき姿や活動方針が明確である ②地域の様々な関係者が参画する1層・2層の協議体が、すべての圏域で設置されている ③1層・2層の生活支援コーディネーターが、すべての圏域で配置されている ④ ①の活動方針に基づき、協議体や生活支援コーディネーターによる住民ニーズや課題の掘り起こしが行われている ⑤ ④で掘り起こされた住民ニーズや課題について、課題の整理、対応策の検討が行われている ⑥ ⑤で検討した対応策の実施と検証、改善等により、PDCAサイクルで生活支援体制が取り組めている	◎：①～⑥を達成 ○：①～⑤を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 I（i）6	○	①生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進することを目的とする。 ②令和2年1月に第1層協議体設立。令和6年4月に第2層協議体設立。 ③平成30年4月に第1層生活支援コーディネーター設置。第2層生活支援コーディネーター兼務。 ④地区や団体への周知活動のなかで繋がりを持ち、資源やニーズの把握を行っている。また、SCがケア会議に参加することにより、介護サービスでは補えないニーズ把握（ちょっとした生活支援や通院同行、移動支援など）ができています。第2層協議体が各地区で座談会を開催しているが具体的なニーズや課題の把握ができていない為、住民ニーズの掘り起こしに向けて取り組んでいる。 ⑤座談会開催後の反省会において、課題整理後に対応策についての検討を行った。 ⑥掘り起こされた課題において、対応策の検討が行われており、一部で生活支援団体のサービス提供等取り組んでいるが、今後も広く住民ニーズの掘り起こしが必要となってくる。

29	多様な主体が関わる生活支援・見守り、ボランティア等の地域福祉活動が展開されている ＜取組例＞ ・NP0法人や地域のボランティアグループ等のインフォーマル活動（例：高齢者の見守り支援や安否確認、食事の宅配、外出の付添い、話し相手、ゴミ出しなど） ・地域住民（ご近所さん、友人・知人、同僚など）によるインフォーマル活動（友人・知人による安否確認の電話、緊急時の遠方の家族の連絡先の把握、近所の人の散歩時や買い物時の声掛け、学生によるゴミ出し支援など） ・各種事業者による地域貢献活動（例：宅配業者や郵便局等による安否確認、企業や社会福祉法人等における居場所の提供、外出支援など） ①取組例にあるような、地域福祉活動を市町や包括、SCが把握している ② ①で把握した内容を踏まえて、支援が必要な高齢者に対して、適切な地域福祉活動が展開されている ③本人や家族が、「適切な地域福祉活動が展開されている」と実感している（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①②介護予防地域支え合い事業の一環として食の宅配サービスなどを通して、高齢者見守り活動を行っており、地域福祉活動として展開されていることを関係機関等把握している。 ③年度末における利用確認等により、全員が利用継続希望をしていたり不満となる声はなく、高齢者世帯においての見守り活動での安心を得られるなどと、利用者としても適切な活動の展開を実感する機会がある。
30	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 ①自主防災組織が設置されている ②自主防災組織が設置され、住民向けの勉強会や防災について話し合う場がある ③自主防災組織結成率が市町が設定する目標の8割以上を達成している	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①全地区に設置されている。（34か所） ②消火訓練等を実施しているところもあるが、全地区ではない。R8年度は、全地区に対して、自主防災についての研修会を開催する予定としている。 ③10割設置し、達成できている。
31	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 ①地域の交通環境等を踏まえた高齢者の移動に関する課題を把握している ② ①で把握した課題について、公共交通部局担当者等と課題を共有している ③ ①②を踏まえて、タクシーやバスの助成事業、乗合タクシーの整備等の支援を実施している ④ ③の公的支援以外で、地域の課題として協議体での検討などを踏まえて、有償ボランティアによる移動支援や社会福祉法人等による地域貢献としての移動支援など、地域全体での取組へと発展している	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①運転免許を持たない高齢者、中山間地で町営バスの運行ルートにない場所付近に住む高齢者の、移動に関しての困りごとや課題等を把握している。 ②防災交通係との課題共有を行っている。高齢者タクシー券は75歳以上の運転免許を持たない方を対象とし、デマンド交通は対象者を限定せず利用できる。しかし、タクシー券はデマンド交通には利用できないため、防災交通係との調整の中で、利用できるようにしていく必要がある。 ③町営バスについては、随時ダイヤ改正等により生活交通の利便性向上を図っている。また、町営バス利用困難地区には「辺地地区タクシー利用助成事業」を継続して実施している。さらに、運転免許証を持たない75歳以上の高齢者に対し、タクシー利用券助成事業を行い交通環境づくりに取り組んでいる。 ④町内で一部の地区では生活支援団体による買い物支援サービスを実施している。令和7年4月からデマンド交通の運行開始し、推進していきたい。

分野ごとにおける推進状況【生活支援・見守り】

全般的な評価（総括）

地域全体での生活支援の住民ニーズの掘り起こしを行っていつているところであり、今後も広く地域での取り組みが必要となってくる。ニーズの把握と対応した結果がどうかを評価し、PDCAサイクルで回していく。

課題と感じていること

令和7年4月からデマンド交通が開始し広がっているが、公的支援以外で、地域全域での移動支援に発展させていくことが課題となっていく。

今後の方向性（力を入れていくことなど）

掘り起こされた課題において、対応策の検討を行い、今後も広く住民ニーズの掘り起しに力を入れていく。

F 認知症・権利擁護

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
■認知症施策推進大綱に基づいた認知症の対応					
32	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症に関する理解促進に取り組んでいる ①認知症サポーターについて、地域住民、小中高校生、企業職域等、それぞれに目標を設定し養成している ②サポーター養成講座の修了者を対象に、より実際の活動につなげるために目標を設定しステップアップ講座を実施している ③世界アルツハイマーデー及び月間等の機会を捉え普及・啓発イベント等を目標を設定し開催している ④認知症に関するホームページや広報誌、SNS（厚生労働省 老健局フェイスブック等）を活用し、普及・啓発に係る情報を目標を設定し発信している	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（i）1 Ⅱ（ii）1 Ⅱ（ii）2	◎	①「町内の小学校2校・地域住民向けに実施する」と計画を立て、実施した。また介護保険事業計画の中でも認知症サポーター養成講座の回数、養成数の目標を立てている。 ②チームオレンジの設置に向け、ステップアップ講座を実施し、チームオレンジを設置した。有償ボランティア団体がチームオレンジのメンバーとなっており、活動内容としては個別支援となる。チームオレンジのメンバーの担い手の発掘・養成が今後の課題となる。 ③広報誌に掲載し、認知症や相談窓口の周知・普及啓発を行った。また認知症カフェを実施すると目標を立て、実施した ④介護保険事業計画で目標設定し、LINE等で周知を行っている。
33	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症の相談先の周知が出来ている ①認知症ケアパス等を活用し、認知症に関する基礎的な情報を発信している ②地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等の具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるような取組を行っている ③ ①～②の取組について、定例的に見直しや改善等、PDCAサイクルで取組を実施している	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①②認知症ケアパスに、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターの相談先を掲載。認知症に関する相談があった際には、認知症ケアパスを用いながら、認知症や相談先についての説明を行っている。認知症疾患医療センターの受診を希望される場合は、パンフレットを用いながら説明を行い、必要に応じて病院とも連携を行っている。R6年度のオレンジラмпの上映会時に、認知症疾患医療センターのパンフレット配布を行った。 ③R6年度の医療介護従事者向け認知症サポーター養成講座で、認知症ケアパスを世帯配布の意見が出て、配布を行った。
34	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症本人からの発信支援の取組を実施している ①認知症の本人が、自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う「本人ミーティング」等の取組を実施している ②認知症の本人の意見を把握し、認知症の本人の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映する仕組みがある ③ ①～②の取組について、定例的に見直しや改善等、PDCAサイクルで取組を実施している	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（i）1	◇	①認知症の本人も参加できる認知症カフェを開所している。 ②介護予防・日常生活圏ニーズ調査でアンケートを実施した。包括で把握している在宅の認知症の方へインタビュー調査を行う予定。 ③未実施
35	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症予防の取組を行っている（※本大綱における「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味） （取組例） ①運動不足の改善、生活習慣病の予防、社会参加促進等のための身近に通える場の拡充、市町のスポーツ教室や公民館講座等の地域住民の各種活動を推進している ②身近に通える場等における、医師、保健師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職等の専門職による健康相談等を推進している ③市町の介護予防事業や健康増進事業と連携した発症遅延や発症リスク低減（一次予防）のための取組を実施している ④認知症初期集中支援チームによる訪問活動のほか、かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携した早期発見・早期対応（二次予防）のための取組を実施している ⑤住民主体の通いの場の参加率が8%を超えている（参考：地域支援事業実施要綱、ながさき長寿いきいきプラン）	◎：①～④のうち複数の取組を実施した上で⑤を達成 ○：①～④のうち複数の取組を実施 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①サロン18団体、運動型自主グループ18団体設置済みである。地域での講話の際には、いきいき百歳体操の効果等について説明を行っている。 ②希望するサロンへ看護師、保健師が出向き、血圧測定、健康相談を実施している。 ③短期集中予防サービスC事業や介護予防普及啓発事業の中で、脳トレ等を実施している。 ④未実施 ⑤令和7年度の参加率は20.5%（設置数35箇所）。運動型の自主グループを18団体設置済。第9期介護保険事業計画の中で、17団体の設置を目標としており、達成できている。

36	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援として、以下の取組を実施している （取組例） ①全認知症地域支援推進員が新任者・現任者研修を受講している ②認知症初期集中支援チームにおける訪問を実施し、早期に医療・介護サービスに繋げる取組を実施している ③認知症に関する相談窓口について、広報誌等に掲載し周知を図っている ④認知症ケアパスを作成し、活用を図っている ⑤認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進している ⑥認知症初期集中支援チームの活動から、医療・介護サービスに繋がった者の割合（65%以上）	◎：①～⑤のうち複数の取組を実施上で⑥を達成 ○：①～⑤のうち複数の取組を実施 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（i）1	◎	①受講済である ②訪問や主治医等の関係機関との連携を図りながら、早期に繋げる取り組みを行っている。 ③広報誌や町HP、認知症ケアパスに掲載し、周知を図っている ④R2年度に作成。認知症の相談があった際には認知症ケアパスを活用し、認知症の症状や相談先についての説明を行っている。またR6年度には認知症ケアパスの世帯配布を行った ⑤R4年度に開所。本人・地域住民・専門職が参加できる場所として2か月に1回開所している。 ⑥チーム員会議を行い、医療サービスに繋がった（会議件数1件/サービスに繋がった件数1件で100%）
37	認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援として、以下の取組を実施している （取組例） ①認知症サポーターがチームを組んで認知症の人や家族の支援ニーズに合った具体的支援につなぐ活動（チームオレンジ）を推進するため、チームオレンジの立ち上げに関する研修等を実施している ②民間事業者、関係機関で構成する協議会を設置し、市町全域での見守りネットワークの構築や民間事業者との協働、ICT・IoT機器の活用など、多重的見守り体制の整備を推進している ③見守りネットワーク協議会等の取組と併せて、消費者安全確保地域協議会を実施している ④認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制の充実や行方不明になった際の広域捜索時の仕組みづくりなどを検討している ⑤若年性認知症の方が、社会的立場や生活環境等を踏まえ、適切な支援を受けられるよう、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、障害者施策における就労継続支援事業所等と連携した取組を実施している ⑥ ①～⑤の取組を通じて、「チームオレンジの整備」や「市町の圏域を越えても対応可能な見守りネットワークの構築」に繋がっている	◎：①～⑤のうち複数の取組を実施上で⑥を達成 ○：①～⑤のうち複数の取組を実施 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（i）1 Ⅱ（ii）1 Ⅱ（ii）2	○	①オレンジチューターの派遣を受け、認知症ステップアップ講座を実施した ②セブンイレブン及びラコフと「高齢者見守り活動」等に関する協定を締結。関係機関と高齢者のための地域づくり見守りネットワーク協議会設置。各組織で見守り活動行われている。 ③見守りネットワーク協議会が消費者安全確保地域協議会も兼ねて行っている。協議会に消費生活相談員が参加し、消費者トラブルについての話を行っている。（1回/年） ④R7.8月、認知症等により行方不明になるおそれのある人の早期発見のためQRコードのついたシールの導入を行った。 ⑤認知症の普及啓発推進のため、R6年度にオレンジランプの上映会を行った。また、若年性認知症の方を支援している関係機関（東彼地区障がい者支援センターエル）と連携を図った。 ⑥R7年度にチームオレンジの立ち上げを行った。また、上記QRコードのついたシールで郡内管轄の川棚警察署に協力を得て、申請者の情報共有や行方不明になった際の協力を得ることになっている。
38	認知症初期集中支援チームが、関係機関等と定期的に連携する体制を構築し、支援を必要とする者への対応を実施している ①地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームの役割について明確化しており、関係者が理解している ②認知症初期集中支援チームが円滑に支援を実施できるよう、市町や地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、介護支援専門員、認知症疾患医療センター等と定期的に情報連携の体制を構築している ③認知症初期集中支援チームが関係機関と連携して、支援対象者に対する主な支援機関を早急に明確にするよう検討を行っている ④対象者の状況に応じて、他機関連携等により具体的かつ多様な支援を実施している ⑤認知症初期集中支援チームの活動について、改善・見直し等の検討を実施している ⑥認知症初期集中支援チームの活動から、医療・介護サービスに繋がった者の割合（65%以上）	◎：①～⑥を達成 ○：①～⑤を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（i）2	△	①月1回、地域包括支援センター内で認知症初期集中支援チームの対象ケースの確認を行っており、役割の明確化を行っている。 ②昨年度より包括と町内医師との意見交換会を実施。年2回は事業所も交えて実施した。 ③未実施 ④状況に応じて、関係機関と連携を行いながら支援を行っている ⑤チーム医がかかりつけ医に処方薬の助言を行い、本人の状態の安定に繋がった事例を町内医師と包括との意見交換会の中で共有。今後、チーム医からかかりつけ医へ連絡があることも考えられることを報告した。 ⑥昨年度、1回チーム員会議を実施。医療サービスに繋がった。

39	郡市医師会等の医療関係団体と調整し、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・早期対応に繋がっている。 ①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認知症の医療に関する相談窓口の周知を行っている ②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専門医療機関との連携体制がある ③情報連携ツール等を活用して、関係者間で早期診断・早期対応に繋げるための連携ルールを策定している ④早期診断・早期対応に繋げるため、医療・介護専門職によるスクリーニングを行っている ⑤各種取組を通じて、早期診断・早期対応に繋がるとともに、支援内容について見直しや改善等、PDCAサイクルで取組を実施し継続的な支援に繋がっている。	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を実施 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	支援 Ⅱ（ⅰ）2	○	①認知症に関する相談窓口を町HP、認知症ケアパスに掲載し、周知を行っている ②年1回行われる認知症疾患医療センター地域連携会議に参加。認知症疾患医療センターの受診希望の場合は、連携室と連携を図ったりと体制構築を行うことができています ③東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センターにて、もの忘れ連携シートを作成。医療機関への情報提供の際に活用している ④介護予防事業で年2回MMSEを実施している。C型19名実施（入学時卒業時、平均82.7歳）、一般介護予防22名実施（9月・2月/年、平均年齢86.5歳）。MMSEを実施後に診断につながったケースはないが、すでに診断があつてつながるケースが多い。 ⑤未実施
■権利擁護（成年後見制度等）、高齢者虐待防止対策の取組					
40	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。 ①市町村計画を策定している ②相談窓口を明確にした上で、成年後見制度の内容など権利擁護支援の理解の促進や相談窓口の周知を図っている ③成年後見制度利用支援事業について、対象に広く低所得者を含めたり、市町村長申立て以外の本人や親族による申立て費用及び報酬並びに後見監督人等が選任される場合の報酬も含めている ④中核機関を整備している ⑤協議会等の合議体を設置している ⑥成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市民後見人の育成を実施している	◎：①～⑥を達成 ○：①～⑤を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①R6.3月策定済 ②町HPに掲載し、周知を図っている。 ③低所得者は含まれるが、町長申し立ての申し立て費用及び報酬が助成の対象となっている。後見監督人は対象外。 ④R8.4月中核機関を設置予定。 ⑤未実施 ⑥R4年度に市民後見人候補者養成研修を実施した。R8年度も実施予定にしている。
41	高齢者虐待防止にかかる体制整備を実施している ①管内の高齢者虐待の実態に基づいた課題を把握している ②管内の高齢者虐待の実態に基づいた課題について、他機関とその防止対策を検討する機会・場を設定している（高齢者虐待防止ネットワーク等） ③市町村の虐待防止対策についての計画を策定している ④計画に基づいて実施し、評価を行っている	◎：①～④を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①昨年度、高齢者虐待が疑われる事案が発生していたが、包括へ連絡がなかった現状があり、町内の居宅・通所・訪問介護事業所へ高齢者虐待が疑われる事案を発見した場合には包括への連絡を依頼する通知文を出した。 ②上記の課題を踏まえ、今年度関係機関に向けて高齢者虐待に関する勉強会を実施予定 ③R5年度に高齢者虐待対応マニュアルを策定済 ④計画は策定したが、評価までは至っていない

分野ごとにおける推進状況【認知症・権利擁護】

全般的な評価（総括）

認知症サポーター養成講座は継続的に実施しているが、今後も認知症に関する普及啓発を行っていく必要がある

課題と感じていること

認知症サポーター養成講座を実施しているが、サポータの活用ができていない。

今後の方向性（力を入れていくことなど）

認知症に関する普及啓発は引き続き行いながら、認知症サポーター養成講座の修了者の活用を検討していく
認知症初期集中支援チームの体制づくりを検討していく

G 市町と関係者・団体のネットワーク（連携）

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×）	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
42	地域包括ケアシステムの構築・充実など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ます ①地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて、行政内の他部門（地域づくり、政策企画、住宅課等）と連携して取組む体制がある（他部門も参加した協議検討の場など） ②地域包括ケア担当部署だけでなく、他部門の職員も地域包括ケアの理念や考え方について認識が広がっている ③地域包括ケアロードマップについて、関係各課とも共有しロードマップの進捗を図るなど、協働した取組を実施している ④ ①～③が達成していると、地域の関係機関・団体からも意見が聞かれる	◎：④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅲ（i）2	△	①②③④担当部署にとどまっており、組織的な連携は出来ていない。 R7年度の地域ケア会議に他部署職員（地域おこし協力隊）が参加し、横断的な会議を開催することができた。
43	地域包括ケアを推進するために、行政が主体的に多職種連携のための集まりの場の開催やキーパーソンとの連携を強化するための取組を行うなど、多職種連携や協働を意識した活動展開が出来ている （※地域包括支援センター圏域内で評価） ①地域ケア会議以外で多職種連携のための集まりの場を開催または支援している ②多職種ネットワークを推進するためのキーパーソンが存在し、そのキーパーソンとの連携強化のための取組を実施している ③ ①や②の取組等を通じて、多職種で組織化された活動の展開へと繋がっている ④ ①～③が達成していると、地域の関係機関・団体からも意見が聞かれる	◎：④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①3町ケアセミナーの実施や見守りネットワーク協議会を開催し、多職種連携の集まりの場を支援している。多職種との意見交換会を実施している。 ②多職種協働により在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するキーパソンを今後、模索していく。 ③④圏域内では開催していない。
44	地域包括ケアシステムの構築にあたり、専門職が市町が定めたまちづくりの具体的な目標を理解し、そこに向かって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切れ目なく提供されるような取組を行政として実施している ①専門職が市町が定めた目標を理解し、その中で自分が果たすべき役割を認識できている ② ①を踏まえて、専門職が具体的な活動を出来ている（事例を確認） ③ 具体的な活動について、多職種で定期的に確認・検証する場を設けて、見直した内容を実践するなどPDCAサイクルでの取組を実施できている	◎：①～③の全て達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①地域ケア会議において、自分が果たすべき役割について毎回確認を行い、認識できている。また、居宅介護支援事業所も地域ケア会議で自立支援につながる事例を提供されるようになり、主体的な行動に移ってきている。 ②生活支援サービスの構築、いきいき百歳体操立ち上げ支援、介護予防事業、ACPの推進を各専門職で実施し、高齢者が地域のつながり、元気に暮らせるまちづくりのために取り組みを行っている。しかし、在宅死亡割合が低いこともあるので、ACPの活動が不十分である。 ③健康測定事業や介護予防事業について、委託先との毎月の担当者会議や年度末事業の評価を実施している。その結果を次年度の事業内容に見直しを行っている。地域ケア会議にも専門職に出席していただき、個別課題に助言をいただき、地域課題の把握に繋げている。
45	自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関して、市町が基本方針を定め、関係機関等に周知し方向性を一つにしている ①市町が基本方針を定めている ②市町の基本方針を関係者と共有している ③ 基本方針について、地域包括支援センターの職員に繰り返し周知している ④ 基本方針について、介護支援専門員に繰り返し周知している ⑤ 基本方針について、地域包括支援センターやケアマネージャー以外の関係機関等に繰り返し周知している ⑥ ①～⑤について、特定の（熱心な）関係者だけでなく、高齢者の支援に携わる専門職の多くに理解を広げるよう、あらゆる機会を活用し周知している	◎：①～⑥の全て達成 ○：①～⑤が達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進 Ⅲ（i）2	◎	①基本方針は定めている ②関係者に配布するとともに、町ＨＰに掲載している ③地域ケア会議の方針でもあり、包括支援センター内でもプランナーだけでなく、各事業を取り組む上で、繰り返し周知している。 ④⑤地域ケア会議の方針として、介護事業所や居宅介護支援事業所に周知している。 ⑥地域ケア推進会議を開催し、医療・介護従事者へ広く周知した。

46	地域ケア会議の目的について、参加者間での理解・共有が図られている （※市町だけでなく、地域ケア会議参加者にも確認のうえ判断してください） （参考：厚労省資料 地域ケア会議の目的） ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた ・地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 ・高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 ・個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項 ①目的の理解は不十分であり、理解促進の取組が必要 ②7割程度の参加者が、目的を理解できている ③全ての参加者が目的を十分理解し共有のうえ、上記ア、イについて取り組めている	◎：③を達成 ○：②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	③ケア会議冒頭にて、毎回、目的を読み上げて説明・共有を図っている。居宅介護支援事業所も打ち合わせの段階において、地域ケア会議で自立支援につながる事例を提供されるようになり十分に理解できていると判断した。
47	地域ケア会議の機能について、参加者間での理解・共有が図られている （※市町だけでなく、地域ケア会議参加者にも確認のうえ判断してください） （参考：厚労省資料 地域ケア会議の5つの機能） ア 個別課題解決機能 イ 地域包括支援ネットワーク構築機能 ウ 地域課題発見機能 エ 地域づくり・資源開発機能 オ 政策形成機能 ①ア～オの機能の理解は不十分であり、理解促進の取組が必要 ②7割程度の参加者が、ア～オの機能を理解できている ③全ての参加者がア～オの機能を十分理解し共有のうえ、政策形成まで繋がった事例がある	◎：③を達成 ○：②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	②左記ア～オに対してケア会議の議題として挙がり、意見交換を行ったり、助言・提案を受けているため、助言者及びケース担当者（ケアマネジャー）等の会議参加者に対し、ケア会議の機能について理解・共有が図られている。政策形成や社会資源開発にまでは繋がっていない。
48	地域ケア会議について、その目的・機能を踏まえた開催頻度や開催方法、参加者等を設定し実施している ①地域包括支援ネットワーク機能の構築・充実のため、定例的（概ね生活圏域単位で月1回程度）に地域ケア会議を開催している ②検討するケースについて、事例提供者が本人の意向や目標を具体的にし、検討したい課題を明確にしたうえで事例を提供できている ③多くの介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメント能力の向上が図れるよう、事例提供者への事前・事後のフォローアップを実施している ④個別事例の課題や地域課題について、多角的視点から検討を行えるよう、行政の専門職だけでなく、地域の様々な機関の専門職が地域ケア会議に参画している ⑤モニタリングを通してケア会議での専門職の助言が、すべてのケース支援に適切に生かされているか確認している ⑥ ①～⑤を実施した結果、ケースの課題解決がPDCAサイクルで図られている	◎：⑥を達成 ○：①～⑤を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①1回/月、定例開催している。 ②ケース担当者と包括職員で毎回事前打ち合わせを2回行い、ケース選定理由や本人・家族の意向、目指す方向（具体的目標の設定）を共有・協議している。 ③事前のフォローアップは打ち合わせ、事後のフォローアップはモニタリングにて行っている。 ④町内医療機関や大村東彼薬剤師会等から専門職が参加している。 ⑤全てのケースでモニタリングを実施し、専門職の助言が生かされているか確認した。活かせていないケースもあったため、検討を行い、モニタリング前に会議記録表を各ケアマネジャーに渡すことにした。 ⑥R7年度のモニタリング時には、専門職の意見を反映できなかった項目があったため、上記記載通りモニタリング方式を変更し課題解決に向け取り組む予定。

49	地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町へ提言している ①地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにしている ②地域課題を解決するための政策を市町に提言している ③市町が地域ケア会議から提言された内容に対応している ④対応した結果が検証されている	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①1回/年、地域ケア推進会議を開催しており、地域課題の抽出や課題解決のための課題を明らかにしている。 ②③施策を提言し、その内容を包括支援センター内で検討を行っている。 ④未実施
50	令和7（2025）年の姿を介護保険事業計画に位置付けており、介護保険事業計画の基本方針や目標等について市町が開催するイベント・フォーラム等、あらゆる機会を通して、広く住民へ周知している（単に広報誌の配布、ホームページの掲載に留まらず、住民が認識できる取組を行っている） ①広報誌の配布やホームページ掲載等の取組を実施している ②イベント・フォーラム等での周知、住民の集いの場等での説明会などを実施している ③地域包括ケアシステムに関する住民の理解が広がっている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①第9期介護保険事業計画において記載しており、町ＨＰに掲載している ②取組未実施 ③令和7年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、地域包括ケアシステムについて「言葉も内容も理解している」と回答した割合が前回調査から4.4ポイント増えて25.2%となり、年々理解が広まっていると考える。
51	市町、地域包括支援センターは、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することで、できるだけ早い段階での相談対応や早期対応に繋げている ①地域の高齢者の実態把握の取組を行っている（事例を確認） ②地域の実態を把握した結果、具体的に早期対応に活かしている（災害対応、コロナウイルス対応、認知症対応、介護予防等の事例を確認） ③早期対応に繋がった事例が複数ある	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①介護予防把握事業として、以前要介護・認定をもっていた者を抽出訪問し、実態把握に努めている。 ②個別訪問をすることで、ケースの状況に合わせた支援をタイムリーに行うことができています。 ③医療機関受診や介護申請、介護予防事業での参加等がある。

分野ごとにおける推進状況【市町と関係者・団体のネットワーク（連携）】

全般的な評価（総括）

地域包括ケアシステム構築のため、地域ケア推進会議で意見交換を実施し、関係機関との方針の共有を図っている。しかし、地域の課題は担当部署のみで組織的な連携にまで至っていない。

ネットワークや連携が弱いため、地域包括ケアシステム評価基準を用いて見直しを図るツールとして活用していく。

課題と感じていること

地域ケア会議のモニタリングを全件実施することにより、全てのケースが維持改善に向かうよう地域ケア会議の見直しを図っていく。

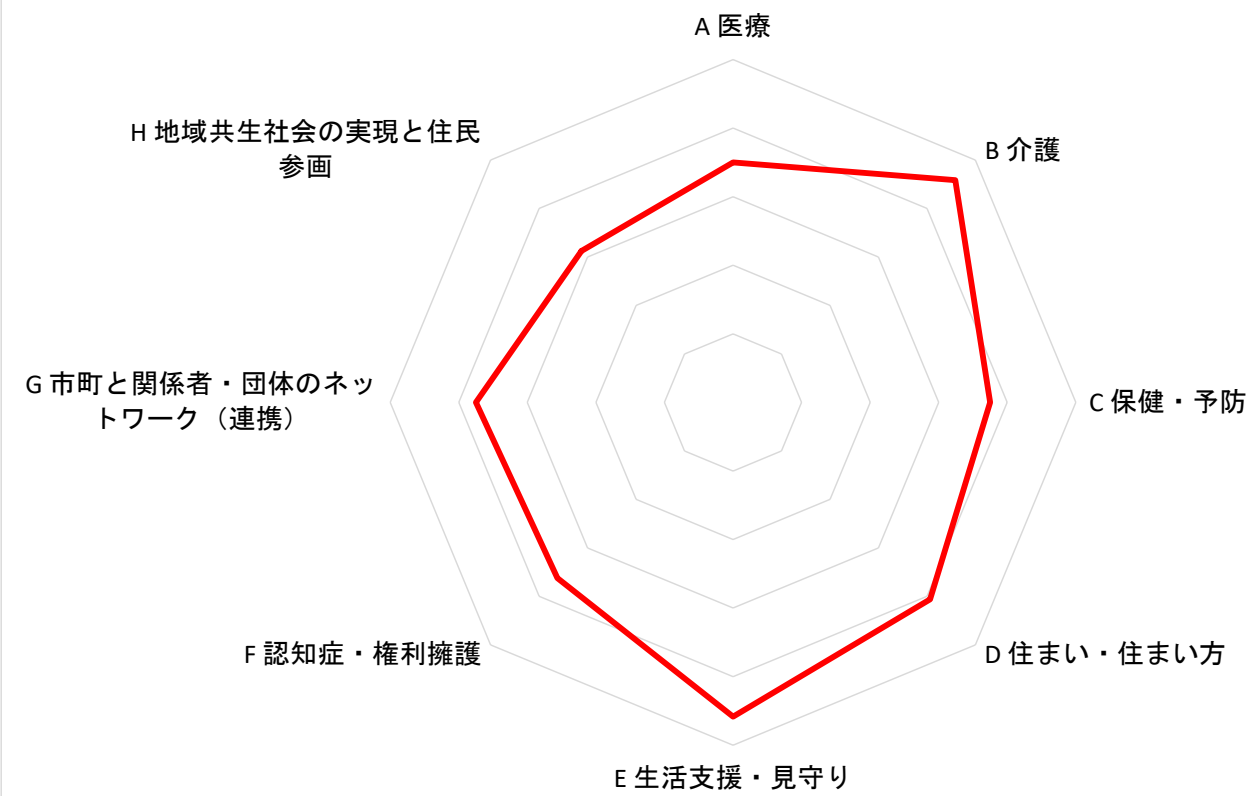
今後の方向性（力を入れていくことなど）

医療機関と介護関係者がスムーズに連携できる体制づくりを行っていく。

H 地域共生社会の実現と住民参画

No.	評価基準	判断の目安	参考（R8保険者機能強化推進交付金等評価指標との関連指標番号）	推進状況（◎～×）	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的内容を記載してください）
52	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）が活動している 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）について、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）が理解している 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、行政の方針に沿って取組を進めている ③地域住民の多くが、行政の方針を理解し、行政の方針を踏まえた活動に繋がっている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	○	①総合計画、地域包括ケアシステムについてわかりやすく町のホームページに掲載している。 ②いきいき百歳体操や三葉の会など住民組織が行政の方針に沿って取り組みを行っている。 ③取組未実施
53	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 ①市町の防災計画において、優先度の高い避難行動要支援者を定めている ②優先度の高い避難行動要支援者の個別避難計画について作成目標を定めている（概ね5年程度） ③個別避難計画の作成に福祉専門職が関与している ④個別避難計画作成年度実績が②の目標数値を上回っている ⑤作成した個別避難計画の情報を避難支援等関係者（消防団、民生委員など）と共有している	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を達成 △：一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	◎	①地域防災計画及び避難行動要支援者支援マニュアルの改訂を行い、避難行動要支援者の範囲を定めている。 ②③抽出した者には避難行動要支援者名簿登録届出書兼同意書を送付し、同意が得られた者について、民生委員や担当ケアマネージャーが自宅調査を行った聞き取り内容を担当部署職員がシステム入力し個別避難計画を作成している。 ④毎年度、新規対象者分の作成や既存の対象者更新作業を行い、目標数値を上回るよう行っている。 ⑤作成した個別避難計画については、担当部署を通して関係機関との共有を図っている。
54	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や障害者、生活困窮者、ひとり親世帯等へ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、地域共生社会の実現を目指して、地域貢献活動の取組を行っている ①地域貢献活動の取組を行う社会福祉法人等を、市町が把握している ② ①の法人と市町等が連携する取組を行っている（連携会議等の開催など） ③ ①②の取組を通して、必要な住民に地域貢献活動が届いている（具体例を確認）	◎：①～③を達成 ○：①～②を達成 △：①のみ実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	—	△	①車両貸し出し、施設のある地区へ無償のお弁当配布、敬老会のイベントや自主活動時に施設の一部を貸し出し。 ②③生活支援体制整備事業の買い物支援において、社会福祉協議会より車両の貸し出しを受けている。必要な住民に地域貢献活動が届いている。その他の社会福祉法人は令和7年度の地域ケア推進会議に出席されていたため、今後連携を取っている。
55	高齢者・障害者・児童等、各制度単位での支援でなく、複雑化・複合化した課題に対応し、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を重層的に実施している 各市町における包括的な支援体制の整備のために、重層的支援体制整備事業等を活用し、以下の視点での取組を実施している ①属性を問わない相談支援（例：適切な専門職に相談できる環境づくり、多機関協働でのアウトリーチ支援、分野を越えた専門職の支援体制の構築等） ②地域づくりに向けた支援（例：既に地域にあるものを活用し、話し合いのプラットフォームづくり等の側面的な支援等） ③参加支援（例：地域づくりで生まれた場と対象者をつなぐための機能、受け入れやすくなるような側面的支援も含めた就労支援） ④「生きづらさ」を抱えている人であっても、住民同士が気かけあい、助け合う環境に参加できるよう、背中を押してくれる機会が自然な形で提供されるなど、住民の主体的な活動に繋がっている（事例を確認）	◎：①～④の取組を実施 ○：①～③の取組を実施 △：①～③の一部の取組を実施 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	推進Ⅲ(i)2	△	①②③④重層的には行っていないが、高齢部門や障害部門、健康づくり部門が随時連携しながら相談支援を行っている。また、庁内部署のみならず、関係機関とも連携している。

地域包括ケアシステム推進状況（東彼杵町圏域）



地域包括ケアシステム推進状況（東彼杵町圏域）

