

広島市地域包括支援センターの評価基準（令和6年度分）（案）

別紙7

区分	業務推進のための指針（指標）	基準		
1 共通基盤	(1) 運営体制	【地域の課題分析及び事業計画の策定】		
		① 地域情報を収集・分析し、地域のニーズや課題、強み等の地域の現状を的確に把握した上で、市の方針も踏まえた具体的な事業計画を策定している。	4 市の方針や担当エリア全ての地域診断を考慮した具体的な事業計画を、評価方法も検討した上で策定している。	
			3 市の方針や地域診断を考慮した具体的な事業計画を策定している。	
			2 市の方針や地域診断を考慮した事業計画を策定しているが、具体的ではない。	
			1 地域実態把握シートの作成等が不十分で、地域の現状を踏まえた事業計画となっていない。	
		【事業実施及び計画の見直し】		
		② センター職員が協働して策定した事業計画に基づき事業を実施し、随時計画の見直しを行っている。	4 策定した事業計画に基づいて事業を実施し、センター職員間で事業実施状況を共有し、随時計画の見直しを行い、可視化している。	
			3 策定した事業計画に基づいて事業を実施し、センター職員間で事業実施状況を共有し、計画の見直しを行っている。	
			2 策定した事業計画に基づいて事業を実施し、各担当者が計画の見直しを行っている。	
			1 策定した事業計画に基づいて事業を実施している。	
		【事業実施状況の評価】		
		③ 事業計画の実施状況を、センター職員が協働して評価し、評価結果を次年度の計画に反映させている。	4 年度末に実施状況の評価を行い、評価結果を次年度の事業計画に十分反映させている。	
		3 年度末に実施状況の評価を行い、評価結果を次年度の事業計画に反映させている。		
		2 評価は行っているが、次年度の事業計画に反映させていない。		
		1 年度末の実施状況の評価が不十分又は行っておらず、次年度の事業計画に反映させていない。		
	(2) 職員体制	【介護予防ケアマネジメントの直接実施率】	④ 介護予防プランナーを必要数配置し、要支援者及び事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントが直接実施できるよう努める。	4 地域包括支援センターの直接実施率が年平均50%以上である。
				3 地域包括支援センターの直接実施率が年平均40%以上50%未満である。
				2 地域包括支援センターの直接実施率が年平均30%以上40%未満である。
				1 地域包括支援センターの直接実施率が年平均30%未満である。
			【介護予防ケアマネジメント担当件数】	⑤ 委託職員の介護予防ケアマネジメント担当件数が上限（委託職員全体及び個々の職員）を超えることのないよう、調整している。
				3 委託職員の介護予防ケアマネジメントの担当件数が、平均すると委託職員全体でも、個々の職員についても上限以下であるが、上限を超えた月がある。（上限を超えた期間は3か月以内）
		2 委託職員の介護予防ケアマネジメント担当件数が、委託職員全体では上限以下であるが、一部上限を超えた職員がいる。		
		1 委託職員の介護予防ケアマネジメント担当件数が、委託職員全体で上限を超えている。		
【三職種及び職員の連携】		① 三職種がそれぞれの専門性を発揮しながら、情報の共有を図りつつ、適切な役割分担の下に業務を遂行するため、定期的に業務検討会や事例検討会を開催している。	4 センター全体で定期的に業務検討会やケース検討会を開催している。（いずれも月1回以上）	
			3 センター全体で定期的（月1回以上）に業務検討会やケース検討会を開催している。	
			2 センター全体で業務検討会やケース検討会を開催している。	
			1 センター全体での業務検討会やケース検討会を開催していない。	
		【職員の確保、適正配置】	② 地域包括支援センター業務の円滑な進行のため、多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保・育成を行っている。	4 委託職員を適正に配置し、欠員が生じなかった。
				3 委託職員の欠員期間が、必要期間の0%～15%未満であった。
		2 委託職員の欠員期間が、必要期間の15%～30%未満であった。		
		1 委託職員の欠員期間が、必要期間の30%以上であった。		

区分		業務推進のための指針（指標）	基準
1 共通基盤	(2) 職員体制（続き）	③ 【経験豊富な職員の配置】 地域包括支援センターの業務は豊富な経験と高度な知識が必要となることから、経験豊かな職員を配置するよう努めている。	4 委託職員（過去1年間の増員職員を除く）の平均勤続年数が7年以上である。
			3 委託職員（過去1年間の増員職員を除く）の平均勤続年数が5年以上7年未満である。
			2 委託職員（過去1年間の増員職員を除く）の平均勤続年数が3年以上5年未満である。
			1 委託職員（過去1年間の増員職員を除く）の平均勤続年数が3年未満である。
			4 職員の専門的研修会の研修履歴を記録し、職種や担当業務に応じた研修を計画的に受講させ、受講後はセンター内で伝達研修会を開催している。
	(3) 広報活動	① 【広報活動】 地域包括支援センターを紹介するパンフレット等を作成している。 センターだよりやホームページの掲載など多様な媒体で広報している。	4 3に加えて、ホームページなど複数の媒体で定期的にセンターの事業内容などを広報している。
			3 独自の地域包括支援センター紹介用パンフレット（又はチラシ等）を作成しているほか、地域包括支援センターだよりなどを発行し、紙媒体の広報を複数行っている。
			2 独自で地域包括支援センター紹介用パンフレット（又はチラシ等）を作成している。
			1 独自のパンフレット（又はチラシ等）を作成していない。
			4 職員の専門的研修会の研修履歴を記録し、職種や担当業務に応じた研修を計画的に受講させている。
2 地域におけるネットワーク構築	① 【関係機関との連携づくり】 民生委員協議会・社会福祉協議会・老人クラブ等地域団体の集まりに参加して、情報収集とともにセンターが何をしているかアピールし、顔が見える関係をつくり、必要な情報が入るようにしている。	4 地域団体主催の会議に、小学校区数に12を乗じた回数以上参加するとともに、圏域内の偏りなく参加している。	
		3 地域団体主催の会議に、小学校区数に9を乗じた回数以上参加している。	
		2 地域団体主催の会議に、小学校区数に6を乗じた回数以上参加している。	
		1 地域団体主催の会議への参加回数が、小学校区数に6を乗じた回数未満である。	
		4 3に加え、サロンや介護予防拠点などの介護予防に関するマップや生活支援サービス提供団体等の情報を整理したマップ（又はリスト）を作成し、最新の情報に更新し、よく活用している。	
	② 【圏域内マップ等作成】 圏域の医療・介護サービス提供機関、専門相談機関等の機能・特徴を整理している。 ・ 圏域の「高齢者交流サロン」や「介護予防拠点」、生活支援サービス提供団体等の情報を整理している。 ・ 圏域のマップ・リストを目的に応じて多様な作成（地域資源マップ、介護予防マップ等）するとともに、常に最新の情報に更新し、地域の高齢者や関係者へ配布している。	3 医療・介護サービス、専門相談機関の特徴を整理しマップ又はリストを作成するとともに、適時最新の情報に更新し、よく活用している。	
		2 医療・介護サービス、専門相談機関の特徴を整理しマップ又はリストを作成しているが、更新頻度が不十分である。	
		1 圏域内のマップ（又はリスト）は作成していない、又は不足、不備がある。	
		4 地域ケア会議の開催回数が、高齢者人口1,000人当たり年4回以上であり、圏域内の偏りが無い。	
	③ 【地域ケア会議の開催】 担当圏域において「地域ケア会議」を開催し、地域住民や関係機関の意見を聞く場を持ち、地域のニーズや課題を把握している。	3 地域ケア会議の開催回数が、高齢者人口1,000人当たり年2回以上4回未満である。	
		2 地域ケア会議の開催回数が、高齢者人口1,000人当たり年1回以上2回未満である。	
		1 地域ケア会議の開催回数が、高齢者人口1,000人当たり年1回未満である。	
		4 専門職を含めた地域ケア会議の開催等を通じて地域課題を把握し、解決策のための具体的な取組を実施している。	
	④ 【地域の課題解決】 地域ケア会議等を通じて、地域のニーズや課題を踏まえ、関係機関と目標や課題を共有し、課題解決に向け積極的に取り組んでいる。	3 地域ケア会議等を通じて地域の課題等を把握し、解決策を検討している。	
		2 地域ケア会議等を通じて、地域課題を把握している。	
1 地域ケア会議等を開催しているが、地域課題の把握にまで至っていない。			

区分		業務推進のための指針（指標）	基準			
3 総合 相談 支援	総合 相談 業務	【処遇困難事例への対応】 ① 介護・障害・子育てなどの複合的な課題がある事例などに対して、本人や家族、関係機関等からの情報収集などのアセスメントを十分行い、センター内のケース会議や処遇検討会の開催等により、的確な状況判断を行い、組織的に対応している。	4 センター内のケース会議や処遇検討会の開催などによりアセスメントを十分行い、的確な状況判断のもと、他機関と連携して組織的に対応している。 3 センター内のケース会議や処遇検討会の開催などによりアセスメントを十分行い、的確な状況判断のもと、組織的に対応している。 2 アセスメントを十分行い、的確な状況判断のもと、組織的に対応している。 1 アセスメントを行っているが、対応が担当者任せになっていることがある。			
		【相談記録の作成・管理及び分析・活用】 ② 初期段階での相談では相談者との信頼関係を構築し、「利用者基本情報」や「相談受付票」を活用して的確な状況を把握している。 ・ 継続して支援できるよう、相談記録を残している。 ・ 相談内容を類型化して分析し、活用している。	4 常に「利用者基本情報」や「相談受付票」などの相談記録票に記録するとともに、相談内容を類型化して分析し、地域での説明資料として活用している。 3 常に「利用者基本情報」や「相談受付票」などの相談記録票に記録するとともに、相談内容を類型化し分析している。 2 常に「利用者基本情報」や「相談受付票」などの相談記録票に記録している。 1 「利用者基本情報」や「相談受付票」などの相談記録票に記録していないことがある。			
		4 権利 擁護	(1) 権利 擁護	【成年後見制度等の利用支援】 ① 成年後見制度や福祉サービス利用援助事業、民間の財産管理・身元保証サービス等、高齢者の権利擁護に係る制度・サービスに関する情報を収集し、相談者等へ提供できるよう整理している。 ・ 必要に応じて、成年後見制度の利用申立て支援や福祉サービス利用援助事業（かけはし）の利用支援を行っている。	4 高齢者の権利擁護に係る制度・サービスに関する情報を、民間で作成されたものを含めて幅広く収集して情報提供できるよう整理し、必要に応じて申立て支援や利用支援を行っている。 3 高齢者の権利擁護に係る制度・サービスに関する情報を、民間で作成されたものを含めて幅広く収集し、情報提供できるよう整理している。 2 高齢者の権利擁護に係る制度・サービスに関する情報を収集し、情報提供できるよう整理している。 1 高齢者の権利擁護に係る制度・サービスに関する情報収集を行っているが、提供資料の整理が不十分である。	
				② 地域住民に対し、高齢者の権利擁護に関する普及啓発を計画的に行うとともに、必要な高齢者等への制度・サービス等に関する情報提供を適切に行っている。	4 地域住民に対し高齢者の権利擁護に関する普及啓発を、センターだよりの活用に加え、地域の集まり等でもバランスよく計画的に行い、実施エリアは全ての小学校区をカバーしている。 3 地域住民に対し高齢者の権利擁護に関する普及啓発を、センターだよりの活用に加え、地域の集まり等でも計画的に行っている。 2 地域住民に対し高齢者の権利擁護に関する普及啓発を、センターだよりを活用して計画的に行っている。 1 地域住民に対し高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行っている。	
				(2) 高齢 者 虐待 防止	【高齢者虐待への対応】 ① 通報・届出・相談があった場合は、的確に状況判断を行うとともに、本人宅への訪問を含め、迅速かつ的確な情報収集を行っている。 ・ 収集した情報に基づき、速やかに初回コアメンバー会議を開催している。	4 通報等の内容を的確に判断し、通報を受けた後、関係機関に連絡を行うなど、迅速かつ的確な情報収集を行うとともに、おおむね48時間以内に初回コアメンバー会議を開催している。 3 通報等の内容を的確に判断し、情報収集を行い、初回コアメンバー会議を開催している。 2 通報等の内容の判断が不適切だったり、情報収集が不十分な場合がある。 1 通報等の内容の判断が不適切で情報収集も不十分である。
					② コアメンバー会議等を開催し、状況変化に応じて緊急性の判断や支援計画の作成及び見直しを行い、関係機関と連携し適切に対応している。	4 虐待対応の全てのケースについて、状況変化に応じて養護者支援の視点も踏まえて支援計画を作成し、関係機関等と連携して終結後を見据えた支援を行っている。 3 虐待対応の全てのケースについて、状況変化に応じて支援計画を作成し、関係機関等と連携した支援を行っている。 2 虐待対応ケースの支援計画を策定し、支援を行っているが、組織的な対応ができていない場合がある。 1 虐待対応ケースの支援計画の策定や評価が行われていない場合がある。

区分	業務推進のための指針（指標）	基準
4 権利擁護 (2) 高齢者虐待防止 (続き)	③ 支援計画に基づく事実確認や支援した結果を、その都度、速やかに区地域支えあい課に報告し、記録をしている。	4 事実確認や支援した結果を、区地域支えあい課に速やかに報告し、記録の提出も常に速やかに行っている。
		3 事実確認や支援した結果を、区地域支えあい課に速やかに報告し、記録の提出もおおむね速やかに行っている。
		2 事実確認や支援した結果を、区地域支えあい課に報告し、記録を提出しているが、速やかでないことがある。
		1 事実確認や支援した結果を、区地域支えあい課に報告していないことや記録の提出をしていないことがある。
		(3) 消費者被害防止
3 消費者被害の最新情報と支援の方法を把握し、普及啓発を計画的に広く行うとともに、被害が疑われる場合には相談窓口と連携し、対応している。		
2 消費者被害の情報と支援の方法を入手し計画的に普及啓発を行うとともに、被害が発生した場合には助言を行っている。		
1 被害が発生した場合には助言しているが、消費者被害の防止に関する計画的な普及啓発はあまりできていない。		
5 包括的・継続的ケアマネジメント支援 (1) 包括的・継続的ケアマネジメント (2) 介護支援専門員に対する支援	【関係機関との連携】 ① 区厚生部（保健センター、福祉事務所）等行政や医療機関・関係機関等（介護保険施設、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所、民生委員、地区組織等）との連携を図っている。	
		3 関係機関と連携を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携もできています。
		2 介護支援専門員と関係機関の連携を支援している。
		1 介護支援専門員と関係機関との連携をあまり支援していない。
		【介護サービス事業所相互の連携】 ② 介護サービス事業所相互の連携を図っている。
	3 サービスの種別を問わず、介護サービス事業所相互の連携を図り、ネットワークを構築している。	
	2 介護サービス事業所相互の連携を図っている。	
	1 介護サービス事業所相互の連携をあまり図っていない。	
	【介護支援専門員への個別支援】 ① 日頃から多職種・多機関との連携を図り、困難事例を抱える介護支援専門員が、様々な機関の連携により解決ができるよう、支援している。	
		3 2に加え、困難事例を抱える介護支援専門員が、地域団体や医療機関等様々な機関との連携により対応できるよう支援している。
		2 介護支援専門員からの相談対応、同行訪問、サービス担当者会議の開催支援等を通して、介護支援専門員が包括的・継続的な個別ケアマネジメントができるよう支援している。
		1 介護支援専門員からの相談は受けているが、具体的な支援ができていない。
【介護支援専門員のネットワーク構築】 ② 介護支援専門員のニーズに基づき、連絡会や研修会、事例検討会を計画的に開催し、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備（関係機関の連携体制構築支援・介護支援専門員同志のネットワーク構築支援・介護支援専門員等の実践力向上支援等）を行っている。		4 介護支援専門員のニーズに基づいた介護支援専門員対象の連絡会や研修会、事例検討会を年12回以上開催するとともに、包括的・継続的ケアマネジメント支援の環境整備として具体的な取組を展開している。
	3 介護支援専門員のニーズに基づいた介護支援専門員対象の連絡会や研修会、事例検討会を年12回以上開催している。	
	2 介護支援専門員のニーズに基づいた介護支援専門員対象の連絡会や研修会、事例検討会を年6回以上12回未満開催している。	
	1 介護支援専門員のニーズに基づいた介護支援専門員対象の連絡会や研修会、事例検討会の開催回数が年6回未満である。	

区分	業務推進のための指針（指標）	基準		
6 介護予防ケアマネジメント	(1) 事業対象者の把握	【事業対象者の把握】	4 相談や支援時だけでなく、地域の通いの場などに出向いて積極的にチェックリストを実施している。	
		① 相談や支援時に、基本チェックリストを実施するなど、様々なルートから事業対象者の把握を積極的に実施している。 ※平成28年度は特定高齢者の決定数	3 相談や支援時に積極的にチェックリストを実施している。	
			2 相談や支援時にチェックリストを実施している。	
			1 相談者から申出があればチェックリストを実施している。	
		【チェックリスト非該当者への助言等】	4 基本チェックリスト非該当者に対して多様な情報を提供し、介護予防や必要な支援を受けることができるよう調整している。	
		② 基本チェックリスト非該当者に対して、一般介護予防事業やインフォーマルサービスなど多様な情報を提供し、介護予防や必要な支援を受けることができるようフォローしている。	3 基本チェックリスト非該当者に対して多様な情報を提供するなど支援をしている。	
			2 基本チェックリスト非該当者に対して情報を提供するなど支援をしている。	
			1 基本チェックリスト非該当者に対して何も支援していない。	
		(2) 介護予防ケアマネジメント	【介護予防ケアプラン作成】	4 的確に情報収集し、生活機能低下の要因を分析した上で、本人の意向を踏まえた具体的な支援方針を立てることができている。
			① アセスメントシートを活用し、適切な情報収集や改善可能性等の分析を行う。	3 情報収集し、生活機能低下の要因を分析した上で、本人の意向を踏まえた支援方針を立てている。
	② 本人や家族の意向を確認し、利用者の改善意欲や自立意欲を引き出し、主体的な取組につないでいる。		2 情報収集し、生活機能低下の要因を分析しているが、具体的な支援方針となっていない。	
	③ 参加や活動を取り入れた目標指向型介護予防ケアプランを作成している。		1 情報収集や生活機能低下の要因分析が十分でなく、適切な支援方針を立てることができていない。	
			4 介護保険外のサービスや多様な主体による多様なサービスを含めた活動や参加を取り入れた目標指向型の介護予防ケアプランを作成し、利用者が主体となった具体的な取組につながっている。	
			3 多様な主体による多様なサービスを取り入れた目標指向型の介護予防ケアプランを作成し、利用者の主体的な取組につながっている。	
			2 目標指向型の介護予防ケアプランを作成しているが、利用者の主体的な取組につながっていない。	
			1 目標指向型の介護予防ケアプランになっていない。	
			4 居宅介護支援事業所に委託しているケースについて、自立支援の観点から適切なケアプランでない場合はプランの変更を促すよう必ず指導している。	
			3 居宅介護支援事業所に委託しているケースについて、自立支援の観点から適切なケアプランでない場合はプランの変更を促すこともある。	
		2 居宅介護支援事業所に委託しているケースについて、自立支援の観点から適切なケアプランかどうかの確認が十分できていない。		
		1 居宅介護支援事業所に委託しているケースについて、自立支援の観点から適切なケアプランかどうかの確認がほとんどできていない。		
	【サービス担当者会議の開催】	4 全てのケースについてサービス担当者会議を開催し、生活機能向上のための課題や支援方針、目標の共有ができています。		
④ サービス担当者会議をケアプラン作成時、変更時等適切に開催している。	3 サービス担当者会議を開催し、生活機能向上のための課題や支援方針、目標の共有ができています。			
・ サービス担当者会議を開催し、利用者やサービス提供者が生活機能向上のための課題や支援方針や目標を共有している。	2 サービス担当者会議を開催しているが、生活機能向上のための課題や支援方針、目標の共有が十分にできていない。			
	1 サービス担当者会議を開催しないケースがある。			

区分	業務推進のための指針（指標）	基準	
6 介護予防ケアマネジメント	(2) 介護予防ケアマネジメント（続き） 【モニタリング及び評価】 ⑤ 適切にモニタリング・評価を実施している。 ・ 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか、支援内容が適切であるかどうか確認している。 ・ サービス事業者からの報告をもとに、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうか確認している。 ・ 評価は、利用者の自立支援の観点から実施している。	4	全てのケースについて介護予防ケアプランどおりに利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか把握し、自立支援の観点からの評価を適切に行っている。
		3	介護予防ケアプランどおりに利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか把握し、自立支援の観点からの評価を行っている。
		2	介護予防ケアプランどおりに利用者自身の行動やサービスの提供がなされているかの把握や、自立支援の観点からの評価を行っていないケースがある。
		1	サービス利用状況の確認だけを行い、適切な評価ができていない。
		4	介護予防ケアマネジメント対象者のうち、3%以上の者が機能改善により一般介護予防事業等の地域の取組につながっている。
	【サービス利用後の地域とのつながり】 ⑥ サービス利用等により機能が改善した後は、地域の交流サロンや介護予防拠点など住民主体の地域の取組に積極的に繋ぐ。	3	介護予防ケアマネジメント対象者のうち、2%以上3%未満の者が機能改善により一般介護予防事業等の地域の取組につながっている。
		2	介護予防ケアマネジメント対象者のうち、2%未満の者が機能改善により一般介護予防事業等の地域の取組につながっている。
		1	介護予防ケアマネジメント対象者のうち、機能改善により一般介護予防事業等に移行した者がいない。
		4	支援の継続性に留意し、居宅介護支援事業所に、スムーズな引継ぎがよくできている。
		3	支援の継続性に留意し、居宅介護支援事業所に、スムーズに引継ぎができていない。
	【スムーズな引継ぎ】 ⑦ 介護給付に移行した場合など、居宅介護支援事業所にケースを引き継ぐ場合は、支援の継続性に留意する。	2	支援の継続性にあまり留意せず、居宅介護支援事業所に、スムーズに引継ぎができていない。
		1	居宅介護支援事業所への引継ぎが不十分である。
		4	サービス事業所及び居宅介護支援事業所の一覧等を整備するとともに、介護予防ケアプラン作成時等において、利用者自身が事業所を選択できるよう、利用可能な事業所情報を本人や家族に提供している。
		3	なし
		2	なし
	【公正・中立な介護予防ケアマネジメント】 ⑧ サービス事業所又は居宅介護支援事業所の選択を利用者自らが行えるよう、事業所一覧等を利用者に提示し支援している。	1	サービス事業所又は居宅介護支援事業所の一覧等を整備していない、又は介護予防ケアプラン作成時等において、利用可能な事業所情報を本人や家族に提供していない。
		4	訪問型サービスの利用は、各法人とも80%以下である、又は、特定の法人の訪問型サービスを、80%を超えて利用しているが、正当な理由がある。
		3	なし
		2	なし
		1	正当な理由なく、特定の法人の訪問型サービスを、80%を超えて利用している。
	⑨ 正当な理由がある場合を除き、特定の法人の事業所に偏った訪問型サービスの利用をしていない。	4	通所型サービスの利用は、各法人とも80%以下である、又は、特定の法人の通所型サービスを、80%を超えて利用しているが、正当な理由がある。
		3	なし
		2	なし
		1	正当な理由なく、特定の法人の通所型サービスを、80%を超えて利用している。
⑩ 正当な理由がある場合を除き、特定の法人の事業所に偏った通所型サービスの利用をしていない。		4	居宅介護支援事業所への委託件数は、各法人とも80%以下である、又は、特定の法人の居宅介護支援事業所への委託件数が80%を超えているが、正当な理由がある。
	3	なし	
	2	なし	
	1	正当な理由なく、特定の法人の居宅介護支援事業所への委託件数が、80%を超えている。	
	⑪ 業務の一部を居宅介護支援事業所に委託する際、正当な理由がある場合を除き、特定の法人の事業所に偏って委託していない。	4	居宅介護支援事業所への委託件数は、各法人とも80%以下である、又は、特定の法人の居宅介護支援事業所への委託件数が80%を超えているが、正当な理由がある。
3		なし	
2		なし	
1		正当な理由なく、特定の法人の居宅介護支援事業所への委託件数が、80%を超えている。	

重点事業の評価の考え方について

1 重点事業の評価

重点事業の評価は、各評価項目の点数から算出した「総合評価」とする。

2 評価項目の設定

評価項目は、「基本取組」と「独自取組」の2種類を設定する。

基本取組：委託契約の仕様書を踏まえ、センターが基本的に取り組む項目

独自取組：圏域の特性を踏まえ、「基本取組」以外にセンターが独自に取り組む項目

3 評価項目の内容と評価基準

(1) 「基本取組」

「基本取組」は、「計画」「取組」「成果」の3つに区分し、評価基準は以下のとおりとする。

段階	評価項目	評価基準	
計画	地域診断を基に、地域の実態を踏まえた全体計画を作成している。	区分	計画の難易度
		5点	昨年度より高い難易度
		4点	昨年度より同程度の難易度
		3点	昨年度より低い難易度
取組	(事業によって異なる)	区分	目標に対する達成度
		5点	8～10割(できた)
		4点	6～8割未満(おおむねできた)
		3点	4～6割未満(半分程度できた)
成果		2点	2～4割未満(一部できた)
		1点	2割未満(ほとんどできなかった)

(2) 「独自取組」

「独自取組」は、「取組」「成果」の2つに区分し、評価基準は以下のとおりとする。

段階	評価項目	評価基準	
取組	その他(「基本取組」の他)、地域特性に応じたセンター独自の取組	区分	目標に対する達成度
		5点	8～10割(できた)
		4点	6～8割未満(おおむねできた)
		3点	4～6割未満(半分程度できた)
成果	その他(「基本取組」の他)の成果	2点	2～4割未満(一部できた)
		1点	2割未満(ほとんどできなかった)

4 総合評価の配点及び算出方法

(1) 総合評価の配点

「基本取組」5.0点に、「独自取組」0.5点を加点し、総合評価は最大5.5点とする。

(2) 算出方法

総合評価は、以下のとおり算出する。

- 「基本取組」の平均点(小数点第二位を四捨五入)が4.0点以上の場合、「独自取組」の平均点の10分の1の数値(小数点第二位を四捨五入)を加点する。
- 「基本取組」の平均点(小数点第二位を四捨五入)が4.0点未満の場合、「独自取組」は加点せず、「基本取組」の平均点を総合評価とする。

区分	業務推進のための指針（指標）	段階	評価項目								
7 重点事業	(1) 地域介護予防拠点整備促進事業 ① 町内会や地区社協等の地域団体や地域住民に対し、様々な機会を捉えて介護予防の必要性やいきいき百歳体操などの運動の効果について説明し、取組の意向があれば支援することを伝える。 ② 地域介護予防拠点の実施の意向のあった団体等に対し、リハビリ専門職と連携して支援を行い、いきいき百歳体操を取り入れて週1回以上開催する地域介護予防拠点を立ち上げる。 ③ 地域介護予防拠点の活動について、定期的に効果測定を行うなど、継続のための支援を行う。 ④ 地域診断を踏まえた上で、運動だけでなく、低栄養予防、口腔機能改善、認知機能向上など介護予防の取組を促進する。 <table border="1" data-bbox="284 719 705 853"> <tr> <td>年度</td> <td>R6</td> <td>R7</td> <td>R8</td> </tr> <tr> <td>圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値</td> <td>7.5%</td> <td>7.8%</td> <td>8.0%</td> </tr> </table>	年度	R6	R7	R8	圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値	7.5%	7.8%	8.0%	計画	(1) 地域診断等を基に、地域の実態を踏まえた全体計画を作成している。
		年度	R6	R7	R8						
		圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値	7.5%	7.8%	8.0%						
		取組	(2) 介護予防教室や地域介護予防拠点において、運動の効果について説明している。また、地域診断を踏まえた上で、低栄養予防、口腔機能改善、認知機能向上などについても介護予防の取組を促進している。								
		取組	(3) 必要と思われる地域に、いきいき百歳体操を取り入れて週1回以上開催している地域介護予防拠点の立ち上げを働きかけている。また、既存の地域介護予防拠点には継続のための支援を行っている。								
		取組	(4) (その他、地域特性に応じたセンター独自の取組)								
		成果	(5) いきいき百歳体操を取り入れて週1回以上開催している地域介護予防拠点が、圏域内に偏りなく立ち上がっている。								
		成果	(6) 地域介護予防拠点の参加者が、圏域内高齢者人口の7.5%以上である。								
		成果	(7) (その他の成果)								
		成果	(8)								
(2) 高齢者地域支え合い事業	① 小学校区（地区社協区）を基本とした地域住民を主体としたネットワーク組織を立ち上げ、地域包括支援センターは事務局機能を担う。 ② 「登録」「見守り」により、情報の一元化、共有化を図り、活動の現状評価や調整を行う。 ③ ネットワークの課題を踏まえて、必要に応じて見守り協力員に対して、情報交換会や見守りに関する研修会、認知症サポーター養成講座などを開催する。 ④ 見守り活動を基本に高齢者の活動・交流の場づくり、生活支援サービスへの繋ぎなど、共に支え合える地域づくりを目指す。 ⑤ センター職員が見守り対象者への訪問等により、年1回生活状況の確認を行う。	計画	(1) 地域診断等を基に、地域の実態を踏まえた全体計画を作成している。								
		取組	(2) 小学校区（地区社協区）を基本とした地域住民を主体とした、見守り、支え合うためのネットワーク組織立ち上げの働きかけを行っている。ネットワーク組織が立ち上がっている地域においては、円滑な運営のための支援を行っている。								
		取組	(3) 見守り対象者への訪問等により、センター職員が年1回、生活状況の確認を行っている。								
		取組	(4) 見守り対象者への訪問等から把握した、見守りや地域の支え合い活動に関する課題をネットワーク組織等と共有し、課題解決に向けた検討を行っている。								
		取組	(5) (その他、地域特性に応じたセンター独自の取組)								
		成果	(6) 見守り協力員に対して地域やネットワークの課題を踏まえた研修会や情報交換会を行う、ネットワーク組織等と検討した取組を実践するなど、見守りや地域の支え合い活動に関する課題解決のための具体的な取組を行っている。								
		成果	(7) 地域介護予防拠点やサロンの立ち上げ、生活支援団体等との連携した取組、商店街や民間事業所と連携した取組など、地域の実態に応じた多様な取組に発展している。								
		成果	(8) (その他の成果)								
		成果	(9)								
		成果	(10)								

区分	業務推進のための指針（指標）	段階	評価項目												
7 重点事業	(3) 在宅医療・介護連携推進事業 ① 医療関係者と介護関係者等の顔の見える関係づくりや多職種が連携した在宅ケアの質の向上のため、多職種による定期的な情報交換会や事例検討会等を開催している。 ② 終末期ケアや在宅看取りを含めた在宅医療体制の充実のため、医療・介護関係者だけでなく、ACPに関する市民向けの教室等を開催して普及啓発を図る。 ③ 日常生活圏域で開催している情報交換会や事例検討会等を通じて把握した課題を、区の在宅医療・介護連携推進委員会等の区レベルの取組につなげる。 ④ 入院から在宅医療・介護への移行を円滑にするため、多職種が入退院期における情報を共有し、在宅療養患者のニーズに応じて医療・介護のサービスを一体的に提供することができるように連携を図る。	計画	(1) 地域診断等を基に、地域の実態を踏まえた全体計画を作成している。												
			(2) 医療関係者と介護関係者等の顔の見える関係づくりや、多職種が連携した在宅ケアの質の向上のための、多職種による情報交換会や事例検討会等を開催している。												
			(3) ACPをテーマとした専門職や市民向けの研修会を開催している。												
		取組	(4) 圏域内の取組から地域課題を捉え、区在宅医療・介護連携推進委員会への報告や協議等により、区レベルでの課題の共有や解決方法の検討を行っている。												
			(5) 医療機関との退院前カンファレンスにセンター職員や圏域内の介護支援専門員が積極的に参加し、医療機関から在宅生活へスムーズに移行できるよう支援するなど、医療と介護の連携を積極的に実践している。												
			(6) (その他、地域特性に応じたセンター独自の取組)												
		成果	(7) 圏域内の在宅医療・介護連携の現状把握と課題の抽出を行い、課題解決に向けた取組を行っている。												
			(8) ACPに関する教室等に参加した市民が、圏域の高齢者人口の1.1%以上いる（ただし、圏域内高齢者人口の1.1%が46人未満の場合は、参加した市民の人数は46人以上とする。）。												
			(9) (その他の成果)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>R6</th> <th>R7</th> <th>R8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値</td> <td>1.1%</td> <td>1.2%</td> <td>1.3%</td> </tr> <tr> <td>参加人数の目標値の下限</td> <td>46人</td> <td>54人</td> <td>62人</td> </tr> </tbody> </table>	年度	R6	R7	R8	圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値	1.1%	1.2%	1.3%	参加人数の目標値の下限	46人	54人	62人		
年度	R6	R7	R8												
圏域内高齢者人口に占める参加割合の目標値	1.1%	1.2%	1.3%												
参加人数の目標値の下限	46人	54人	62人												

区分	業務推進のための指針（指標）	段階	評価項目
7 重点事業	(4) 認知症地域支援体制づくり	計画	(1) <u>地域診断等を基に、地域の実態を踏まえた全体計画を作成している。</u>
			(2) <u>認知症サポーター養成講座を、地域住民や民間企業、学校など、幅広い対象に対して開催している。</u>
			(3) <u>認知症サポーターステップアップ講座の開催等により、修了者等を実践の場につなげるための活動や、実践の場につながった修了者等が活動を継続できるような支援を行っている。</u>
			(4) <u>小学校区の偏りなく、認知症カフェの立ち上げに向けた働きかけや、立ち上げ支援・運営支援を行っている。</u>
			(5) <u>認知症をテーマとした事例検討会や情報交換会の開催等により、認知症に関する医療・介護関係者の連携強化を図っている。</u>
			(6) <u>認知症地域支援推進員と連携し、個別支援や認知症地域支援体制づくりに取り組んでいる。</u>
			(7) <u>(その他、地域特性に応じたセンター独自の取組)</u>
		取組	(8) <u>認知症サポーターステップアップ講座修了者等が、認知症高齢者等を支援する活動につながっている。</u>
			(9) <u>※ 令和8年度に評価 認知症カフェが、令和6～8年度の間に圏域内で1か所増加している。</u>
			(10) <u>認知症に関する地域課題を踏まえた、継続的な取組がある。</u>
			(11) <u>個別対応や認知症地域支援体制づくりにおいて、必要に応じて、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携した支援を行っている。</u>
			(12) <u>(その他の成果)</u>
成果	(8)	(8) <u>認知症サポーターステップアップ講座修了者等が、認知症高齢者等を支援する活動につながっている。</u>	
	(9)	(9) <u>※ 令和8年度に評価 認知症カフェが、令和6～8年度の間に圏域内で1か所増加している。</u>	