

令和7年度保険者介護保険保険者努力支援交付金(市町村分)評価指標に係る該当状況調査票

【記載要領】

- ※1 桃色の欄を記入して下さい。(保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金交付金で調査票シートが分かれていますので、両方のシートを記入して下さい。)
- ※2 「回答欄」については、各評価指標の留意点等を踏まえ、該当する場合は○、該当しない場合は×を、プルダウンから選択して下さい。
- ※3 「記載事項・提出資料」欄に記載する内容を踏まえ、各指標に該当すると判断するに至った根拠を記載して下さい。記載欄が不足する場合は、「資料○のとおり」などとした上、適宜、別添の提出資料に記載して下さい。
- ※4 「提出資料」欄については、各評価項目と提出資料との関連が明らかとなるよう、適宜付番の上、「資料○参照」等と記載して下さい。
- ※5 青色の欄は自動計算されるため、記入しないで下さい。
- ※6 灰色の網掛けの指標は、厚生労働省算定項目であり、回答は不要です。

(都道府県名)	山口県
(市町村名)	周南市
(担当課・係・氏名)	
(メールアドレス)	
(電話番号)	

目標1 介護予防/日常生活支援を推進する(配点100点)

47点

(1) 体制・取組指標群(配点52点)

指 標		時点	回答欄	青年点結果	得点	記載事項・提出資料	記載欄	提出資料	記載欄、提出資料欄チェック	アラート
1	介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価	ア 介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認している	○	○	1点	ア：介護予防ケアプランのサービス利用状況やケアマネジメント類型ごとの数、通所型サービスC終了者のケアプランやサービス利用状況の確認をしている。 イ：KDBや見える化システムで、交付金評価指標の到達状況、後期高齢者の質問票データの特徴や歯科健診受診率、医療費、介護給付費等周南市の特徴を把握し、専用リーフレットを作成。出前トークなど市民啓発に活用。市広域で年4回の特集記事を掲載。 ウ：「ケアマネジメント支援部会」でア・イに基づき課題分析実施。リハ職2名参加。 エ：通所型サービスCの利用者増加に向けて、委託料の見直し、加算の創設を行った			
	イ KDBや見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用している		○	○	1点					
	ウ 毎年度、ア又はイのデータを活用して課題の分析・共有を行っている		○	○	2点					
	エ データに基づく課題分析等の結果を施策の改善・見直し等に活用している		○	○	2点					
	※ウに該当する場合はア又はイのいずれかに、エに該当する場合はウに該当していることが望ましい									
2	通いの場やボランティア活動その他の介護予防に資する取組の推進を図るため、アウトリーチ等の取組を実施しているか。	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価	ア 通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している	○	○	1点	ア：課題・通いの場への移動支援が必要。 ・協議体等と連携して、ニーズの高い場所への立ち上げが必要 ・医療機関など多様な機関からの参加助言が必要 イ：一体的実施該当の2圏域について、KDBを活用し通いの場に参加している人としていない人の健診受診状況や医療や介護サービスの利用状況を把握 ウ：①市内31地区に設置の「地域福祉コーディネーター」や民生委員、福祉員が個別訪問を通じて参加を促している。 ②あ・うんネット周南「入退院支援ワーキング会議」にて医療関係者で共有「通いの場リーフレット」を医療機関や薬局へ配付。 参加を促してもらえるよう依頼。			
	イ 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定量的に把握し、データとして整理・分析している		○	○	2点					
	ウ ア及びイを踏まえ、通いの場を含む介護予防に資する取組に対して、次のような具体的なアプローチを行っている		① 通いの場に参加していない者の居宅等へのアウトリーチに関する取組	○	○	1点				
			② 医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みの構築	○	○	1点				
			③ 介護予防に資する取組やボランティアへの参加に対するポイント付与の実施	×	×	0点				
			④ ③のポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化	×	×	0点				
	エ 毎年度、ウの取組の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている		×	×	0点					
	※ア～ウ・エの順で該当していることが望ましい									

3	介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。 ※イに該当する場合はアに、エに該当する場合はアからウまでのいずれかに該当していることが望ましい	ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価			1点	○ ア、イ、ウについては、取組内容や仕組みの概要を記載。 ○ エについては、成果分析の結果、取組の改善・見直しの内容又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	保険年金課、健康づくり推進課、地域福祉課と3課で、高齢者保健事業と介護予防の一体的実施事業実施。 ア：通いの場において「フレイル健康チェック」「口腔機能低下防止事業」「口腔探検支援事業」「低栄養予防講座」を実施。 イ：地域包括支援センター、保健師、歯科衛生士等が結果を踏まえ、個別支援につなげている。 ウ：現役世代対象の健康づくり事業「しゅうなんスマートライフチャレンジ」に、フレイル予防チャレンジを組み込んだ。 エ：別紙	資料1 (i) 3エ		
		イ 通いの場で健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入(個別支援)につなげる仕組みを構築している				2点					
		ウ 現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している				2点					
		エ 毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている				2点					
4	通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。 ※アイーオの順で該当していることが望ましい	ア 通いの場の参加者の健康状態等を継続的・定量的に把握する体制が整っている	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価			1点	○ アについては、体制の概要を記載。 ○ イについては、取組内容(手法や規模、整理しているデータ内容等)を記載。 ○ ウについては、外部関係者の名称を記載。 ○ エについては、参加者の意見の概要を記載。 ○ オについては、活用状況を記載。	ア：通いの場の3か月支援、1年ごとに市、包括が訪問し専門の支援を実施 イ：年1回通いの場の参加者に、基本チェックリスト、フレイルチェック、体力測定(握力、開脚片足立ち、TUG、CS-30テスト等)を実施し効果分析をしている。 ウ：介護予防・自立支援リハ職アドバイザー、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、地域福祉コーディネーター エ：通いの場の定期支援時等に、参加者の意見や希望を把握している。個々の通いの場の支援や、全体への普及啓発に取り入れている。 オ：分析結果を市民や地域関係者、サービス事業所に伝えるなどしており、通いの場の新規立ち上げや、サービス終了後の社会参加支援に活用している。			
		イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている				2点					
		ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている				1点					
		エ 通いの場の参加者の意見を取り入れている				1点					
		オ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している				2点					
5	地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。 ※ウに該当する場合はイに該当していることが望ましい	ア 国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用し、リハビリテーションに関する目標を市町村介護保険事業計画に設定している	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価	x	x	0点	○ アについては、国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標の活用方法を記載するとともに、介護保険事業計画における該当部分を添付。 ○ イについては、仕組みの概要を記載。 ○ ウについては、協議の場の活用状況を記載。 ○ エについては、成果分析の結果、取組の改善・見直しの内容又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	イ：周南市介護予防・自立支援リハ職アドバイザー設置(県作業療法士会より推薦、週1回出務)市のケアマネジメント支援部会に毎回、アドバイザー、理学療法士の代表が出席。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の窓口担当者と定期的に協議する場あり。 ウ：イの場や機会を活用し、安定的に派遣が進むための議論や提案を行っている。 エ：様々な場面においてリハ職が関与することにより、 ・地域包括支援センターやケアマネジャーの「介護予防ケアマネジメント」の理解が深まった ・通所型サービスCの目的や方向性について関係者で規範的統合ができ、利用者が増えている ・地域包括支援センター職員が、サービス日以外の暮らし方に向け、助言できるようになってきた			
		イ 都市区医師会等の関係団体と連携して協議の場を設置し、介護予防の場や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている				2点					
		ウ リハビリテーション専門職を含む医療専門職を介護予防の場や地域ケア会議等に安定的に派遣するための具体的な内容を議論するなど、イの協議の場を活用している				2点					
		エ 毎年度、取組内容の成果を分析し、改善・見直し等を行い、公表している				2点					

6	生活支援コーディネーターの活動等により、地域のニーズを踏まえた介護予防・生活支援の体制が確保されているか。	ア 地域における介護予防・生活支援サービス等の提供状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向、高齢者の地域の担い手としての参画状況等を把握し、データとして整理している	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価	○	○	1点	○ アについては、整理しているデータ内容を記載。 ○ イについては、説明した相手方、説明の内容、説明日時を記載。 ○ ウについては、地域課題の分析・評価結果の概要を記載。 ○ エについては、推進方策の概要を記載。 ○ オについては、改善・見直し又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	ア：総合事業サービス団体や地域の有償ボランティア、通いの場やサロンの数、利用者数、活動内容、活動日、料金、代表者の思い、地域の担い手の参画状況、対象者の状態像等 イ：別紙 ウ：街中で人とのつながりが少ない地区においては、多様な居場所づくりが必要。 中山間や放遊の多い地区においては、通いの場への移動支援が必要 離島では、理美容に関するニーズがある 等 エ：離島におけるより利用者ニーズに合った柔軟なサービス支援 島民に周知している オ：高齢者保健福祉推進会議、地域包括支援センター運営協議会、第1層協議体など	資料1 (i) 6イ			
	※ア・イ・ウ・エ・オの順で該当していることが望ましい	イ アで整理したデータを、地域住民や関係団体等に提供・説明している		○	○	2点						
		ウ アで整理したデータを踏まえ、生活支援コーディネーターとともに、協議体を活用しながら、地域の課題を分析・評価している		○	○	2点						
		エ ウの分析・評価を踏まえ、市町村として、介護予防・生活支援サービスの推進方策を策定し、関係者に周知している		○	○	2点						
		オ エで策定した市町村としての推進方策を定期的に見直し、関係者に周知する仕組みがある		○	○	2点						
7	多様なサービスの活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。	ア 介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの実施状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向のほか、現状では対応が困難な地域の困り事等を把握し、データとして整理している	2024年度実施 (予定を含む) の状況を評価	○	○	1点	○ アについては、整理しているデータ内容を記載。 ○ イについては、意見を取り入れる仕組みの概要を記載。 ○ ウについては、地域課題の分析・評価結果の概要を記載。 ○ エについては、推進方策の概要を記載。 ○ オについては、対象者モデルの内容や取組を評価する仕組みの概要を記載。 ○ カについては、改善・見直し又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	ア：通所型サービスCの包括別利用者数・割合、利用者ごとの実施計画書、評価報告書、終了1年後のサービス利用状況、サービスC事例検討会結果(地域の困りごと等) イ：「サービスC事業所情報交換会」を定期的に開催し、サービス提供者や利用者の声を把握している。今年度はサービスA事業所のうち2事業所に訪問し、利用状況やニーズを確認。サービスB・Dには、年1回関係者と情報交換会を実施している。 ウ：サービスCの事業所数、利用者数、サービスB・D登録団体数について評価。サービスCの事業所数は維持だが、1事業所当たりの受け入れ人数は増え、利用者は大幅に増加した。サービスB・D登録団体数は1増加。 高齢者保健福祉推進会議、1層協議体、地域包括ケア推進会議等で共有している。 エ：介護予防ケアマネジメントにおいて、通所型サービスを検討する際には、まずサービスCを検討することを手引書に定め、市全体の所定通所利用者数に占める割合や利用者数について目標を定め、地域包括支援センターと共有している。 オ：「総合事業アセスメントシート」により、関係者と対象者モデルを共通認識している。サービスCの対象者モデルは地域包括支援センターと協議の上決定し、手引書に掲載。ケアマネジメントについては、定期的な「ケアマネジメント支援部会」において取組を評価している。 カ：課内やケアマネジメント支援部会、地域包括ケア推進会議において、定期的に改善・見直しをしている。				
	※ア・イ・ウ・エ・オ・カの順で該当していることが望ましい	イ 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等の意見を取り入れる仕組みを整えている		○	△	1点						
		ウ アで整理したデータ又はイの意見を踏まえ、多様なサービスの推進に向け、地域の課題を分析・評価・共有している		○	○	1点						
		エ ウの分析・評価を踏まえ、多様なサービスの推進に向け、市町村としての推進方策を策定し、関係者に周知している		○	○	1点						
		オ エの推進方策の策定にあたり、多様なサービスの対象者モデルの提示や、第一号介護予防支援事業における目標指向型のケアマネジメントの取組を評価する仕組みを整えている		○	△	1点						
		カ アーオのプロセスを踏まえ、エで策定した市町村としての推進方策を定期的に改善・見直し等を行う仕組みがある		○	○	2点						

[illegible]

7	高齢者人口当たりの生活支援コー ディネーター数	ア 上位 7 割	2023年度実績 を評価			○ 右欄に2024年3月31日現在（当該日における配置人数の把握が困難な場合 は、当該市町村において定める2023年度中の任意の日で可。）で第1層、第2 層等に専任で配置されている生活支援コーディネーター数（実人数）を記載。	生活支援コーディネーター数（実人数）を記載。※単位の記載は不要	36											
		イ 上位 5 割																	
		ウ 上位 3 割																	
		エ 上位 1 割																	
8	生活支援コーディネーターの地域ケ ア会議への参加割合	ア 上位 7 割	2023年度実績 を評価																
		イ 上位 5 割																	
		ウ 上位 3 割																	
		エ 上位 1 割																	
9	総合事業における多様なサービスの 実施状況	ア 第一号訪問事業及び第一号通所事業 実施事業所・団体数に占める多様なサ ービス実施事業所・団体数の割合	① 上位 7 割	2023年度実績 を評価			○ ア及びイについては、既存統計では把握できない、生活支援体制整備事業 を活用して実施しているインフォーマルサービス（住民主体の支え合い活動 を含む。）に係る実施事業所・団体数又は実利用者数を把握している場合には、 これを右欄に記載。（把握していない場合は記載不要。） ○ これに該当する場合、各事業所・団体が実施しているインフォーマルサー ビスの概要がわかる資料を添付すること。なお、右欄に記載した数値は、既存 統計に加え、これも勘案して評価を行う。 ○ エについては、人口1万人未満の小規模自治体のみが対象。 ○ これに該当すると考える場合、取組内容を記載するとともに、関連資料を 添付すること。	事業所・団体数を記載。※単位の記載は不要、把握していない場合は記載不要。	資料1（B）9ア	8									
			② 上位 5 割																
			③ 上位 3 割																
			④ 上位 1 割																
		イ 第一号訪問事業及び第一号通所事業 の実利用者数に占める多様なサービスに 係る実利用者数の割合	① 上位 7 割						実利用者数を記載。※単位の記載は不要、把握していない場合は記載不要。		要確認								
			② 上位 5 割																
			③ 上位 3 割																
			④ 上位 1 割																
		ウ 第一号訪問事業及び第一号通所事業 の事業費に占める多様なサービスに係る 事業費の割合	① 上位 7 割																
			② 上位 5 割																
			③ 上位 3 割																
			④ 上位 1 割																
		エ 人口1万人未満の市町村であって、生活支援体制整備事業を活用し、イン フォーマルサービス（住民主体の支え合い活動を含む。）を実施している場合			2023年度実績 を評価		x	x	0点										

目標Ⅱ 認知症総合支援を推進する(配点100点)

(i) 体制・取組指標群(配点64点)

指 標		時 点	回答欄	昨年度結果	得点	記載事項・提出資料	記載欄	提出資料	記載欄、提出資料欄チェック	アラート
1	認知症サポーター等を活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援を行っているか。	ア 認知症の人の声を聞く機会（本人ミーティング、活動場所への訪問など）を設けている	2024年度実施 （予定を含む） の状況を評価	☐	☐	5 点	○ アについては、取組内容の概要を記載。 ○ イについては、要綱等の概要を記載。 ○ ウについては、活動グループによる活動内容の概要を記載。 ○ エについては、マッチングの概要（実施頻度、手法等）を記載。 ○ オについては、認知症の人の当事者参画の取組内容の概要を記載。	ア：認知症カフェ、介護者のつどい、通いの場、自宅訪問、あ・うんネット周南認知症ワーキンググループ委員を通じての本人の声収集 イ：「周南市成年後見制度利用支援事業要綱」 ウ：通いの場へ通い続けられるためのサポート、ご本人の自宅でカフェ、花見等 エ：ステップアップ講座受講者のうち協力意向のある者を登録。事例が出た際に、各エリアの認知症地域支援推進員が登録者の中で当該地区居住者などに呼びかけ、検討会議を実施。自立したチームには、随時メンバーに認知症の人の支援ニーズを伝え、検討を行っている。		
		イ 成年後見制度利用支援事業に關し、対象を市町村長申立や生活保護受給者に限定しない要綱等を整備している		☐	☐	5 点				
		ウ 認知症サポーター等による支援チーム等の活動グループ（チームオレンジなど）を設置している		☐	☐	5 点				
		エ 認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、ウによる活動グループを含む地域の担い手とのマッチングを行っている		☐	☐	5 点				
		オ 認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している		☐	☐	0 点				
				☐	☐	0 点				
2	認知症のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。	ア 認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている	2024年度実施 （予定を含む） の状況を評価	☐	☐	5 点	○ アについては、周知内容の概要を記載。 ○ イについては、連携した取組の概要を簡潔に記載。 ○ ウについては、連携ルールの概要を記載。 ○ エについては、医療・介護専門職による早期対応や早期診断の取組の概要を記載。	ア：オレンジドクター制度や認知症夜間医療センター等について、市広報や市ホームページ、ケアバスに掲載。健康教育や認知症サポーター養成講座での周知、その他アツハイマーズ月間等における展示時にポスター・チラシを掲示 イ：あ・うんネット周南(在宅医療・介護連携推進会議) 認知症ワーキングに専門医が出席。「早期発見チェックリスト」や「認知症ケアパス」を作成し活用。 ウ：認知症ワーキング会議（イで明記）や認知症総合支援部会（認知症地域支援推進員会議）で検討・策定し、ケアバスに掲載。 エ：認知症ワーキングにおいて、体制づくりを構築し、「早期発見チェックリスト」や「認知症ケアパス」の思いや希望を伝える欄を通じて、運用を図っている。		
	※エに該当する場合はアからウまでのいずれかに該当していることが望ましい	イ 認知症に関わる医療機関と連携した取組を行っている		☐	☐	5 点				
		ウ 情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している		☐	☐	5 点				
		エ アからウまでを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、運用している		☐	☐	5 点				
				☐	☐	0 点				
3	難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。	ア 普及啓発の取組を行っているか	2024年度実施 （予定を含む） の状況を評価	☐	☐	5 点	○ ア及びイについては、取組内容の概要を記載。 ○ ウについては、把握している受診状況及び未受診者への両度の受診勧奨の実施状況について概要を記載。 ○ エについては、受診勧奨者のうち受診した者の割合を記載。	ア：認知症講演会、通いの場、サロン担い手研修等を通じて、直接市民に普及啓発 認知症部会、認知症ワーキング、地域包括ケア推進会議を通じて、支援者に普及啓発 イ：「脳の健康度測定」において、問診の際に「耳の聞こえ」について確認し、結果に応じて受診勧奨を実施。		
	※アーイークウエの順で該当していることが望ましい	イ 早期発見の取組を行っているか		☐	☐	5 点				
		ウ 受診状況の把握と未受診者への両度の受診勧奨を行っているか		☐	☐	0 点				
		エ 受診勧奨者のうち50％以上の者が受診しているか		☐	☐	0 点				
				☐	☐	0 点				

(ii) 活動指標群(配点36点)

[illegible]

目標Ⅲ 在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する(配点100点)

64点

(イ)体制・取組指標群(配点60点)

	指 標	時点	回答欄	昨年度結果	得点	記載事項・提出資料	記載欄	提出資料	記載欄、提出資料確認チェック	アラート
1	地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータ等に基づき、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。	2024年度実施(予定を含む)の状況を評価	○	×	5点	- ア及びイについては、第9期計画における在宅医療・介護連携に該当する部分等関係文書を添付。 - ウについては、把握している情報の概要を記載。 - エについては、目標の設定、具体化された対応策の概要を記載。 - オについては、検証や見直しを行う仕組みの概要を記載。	ア・イ：別紙参照 ウ：見える化システムによる医療機関や福祉施設、入退院支援連携加算の状況、往診や看取り支援の実績、入退院支援に関する医療・介護関係者へのアンケート、市民ニーズ調査結果 エ：「看取り・ACP支援」「認知症バリアフリー」「入退院支援・再入院予防」の3テーマ別のワーキング会議において、順次課題抽出、目標の設定、対応策を立案予定。 (R6は各ワーキング、3年サイクルの1年目) オ：市内医療・介護・行政の18機関の在宅医療介護連携の責任者および各ワーキング参加者による方針検討、進捗状況の共有、ワーキングへの提言などの場として「あ・うんネット周南全体会議」を設置	資料Ⅲ (イ) 1ア・イ		
	※エに該当する場合、ア及びウに該当していることが望ましい				6点					
	イ 在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を介護保険事業計画に記載している				5点					
	ウ 地域の人口推計を踏まえた今後のニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報、住民の意向等を定量的な情報も含めて把握している				5点					
	エ アとウの差の検証等により抽出された課題を踏まえ、地域の特性を踏まえた目標の設定、具体的な対応策を立案している				5点					
	オ 評価指標等に基づき事業の検証や必要に応じた見直しを行う仕組みを設けている				5点					
2	在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	2024年度実施(予定を含む)の状況を評価	○	○	5点	- アについては、把握しているニーズの概要を記載。 - イについては、①～③ごとに取組の概要を記載。 - ウについては、課題分析の結果の概要を記載。 - エについては、改善・見直し又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	ア：1～エに記載の3テーマ別ワーキングで、今後ニーズを抽出予定。 入退院支援に関わるニーズ(参考資料) イ：①地山医師会に「在宅医療・介護連携支援センター」を設置。(委託) ②毎月分前期の相談件数の報告を受け、年2回共有会議実施 「あ・うんネット周南全体会議」で年1回相談実績や課題を報告し、市内医療・介護・行政の18機関の在宅医療介護連携の代表者および各ワーキング参加者と共有。 ③グループワークなども含めた「在宅看取りを支える多職種連携研修会」を年2回程度予定している。 ウ：3年サイクルごとにワーキングにおける課題分析、毎年全体における課題分析を実施(参考資料) エ：テーマ別ワーキング会議、全体会議	資料Ⅲ (イ) 2ア		
	イ 医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。				2点					
	① 医療・介護関係者に対する相談窓口の設置				2点					
	② 定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有				2点					
	③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施				2点					
	ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている				5点					
3	患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。	2024年度実施(予定を含む)の状況を評価	○	○	5点	- アについては、情報共有の実施状況の概要を記載。 - イについては、取組内容(情報連携を行う手段、その実施頻度)の概要を記載。 - ウについては、課題分析の結果の概要を記載。 - エについては、改善・見直し又はそれらを行うプロセスの概要を記載。	ア：周南市版退院支援ガイド(入院時情報提供シート、退院時情報共有シート) M C S(メディカル・ケア・ステーション)、C Sライン、北部あ・うんライン等 イ：昨年度「情報連携ワーキング会議」での検討を経て、M C S(メディカル・ケア・ステーション)の運用開始、M S C普及啓発のための研修会を実施予定。 「入退院支援ワーキング会議」において、H29に作成した入院時情報提供シート、退院時情報共有シートを検証予定。 ウ：「入退院支援ワーキング会議」において、今後連携ツールの課題分析を実施予定。 エ：テーマ別ワーキング会議、コメンパー会議、全体会議	資料Ⅲ (イ) 2ウ		
	イ 実施状況を踏まえ、在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者の情報共有ツールの作成等情報共有円滑化のための取組を実施している				5点					
	ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている				5点					
	エ 毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて情報共有ツール等の改善・見直し等を行っている				5点					
	※ア～イ～ウ～エの順で該当していることが望ましい。				5点					
					5点					

(ii)活動指標群(配点32点)

[illegible]

目標Ⅳ 高齢者がその状況に応じて可能な限り自立した日常生活を営む(配点100点)

成果指標群

指 標				時点	回答欄	昨年度結果	得点	記載事項・提出資料	記載欄	提出資料	記載欄、提出資料欄チェック	アラート
1	軽度【要介護1・2】 (平均要介護度の変化Ⅰ) 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	ア 変化率の状況	① 全保険者の上位7割	(ア) 2023年1月→2024年1月の変化率 (イ) 2023年1月→2024年1月と、2022年1月→2023年1月の変化率の差								
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									
		イ 変化率の差	① 全保険者の上位7割									
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									
2	軽度【要介護1・2】 (平均要介護度の変化Ⅱ) 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	ア 全保険者の上位7割	2020年1月→2024年1月の変化率									
		イ 全保険者の上位5割										
		ウ 全保険者の上位3割										
		エ 全保険者の上位1割										
3	中重度【要介護3～5】 (平均要介護度の変化Ⅰ) 短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	ア 変化率の状況	① 全保険者の上位7割	(ア) 2023年1月→2024年1月の変化率 (イ) 2023年1月→2024年1月と、2022年1月→2023年1月の変化率の差								
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									
		イ 変化率の差	① 全保険者の上位7割									
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									
4	中重度【要介護3～5】 (平均要介護度の変化Ⅱ) 長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	ア 全保険者の上位7割	2020年1月→2024年1月の変化率									
		イ 全保険者の上位5割										
		ウ 全保険者の上位3割										
		エ 全保険者の上位1割										
5	健康寿命延伸の実現状況 要介護2以上の認定率、認定率の変化率の状況はどのようになっているか。	ア 認定率	① 全保険者の上位7割	(ア) 2024年1月の認定率 (イ) 2023年1月と2024年1月の変化率								
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									
		イ 認定率の変化率	① 全保険者の上位7割									
			② 全保険者の上位5割									
			③ 全保険者の上位3割									
			④ 全保険者の上位1割									

