



第5章

計画推進のための評価指標



第5章 計画推進のための評価指標

本章では、第4章で掲げた各基本目標における事業の進行状況を客観的に管理(評価)できるよう具体的な評価指標を設定し、評価委員会にて目標に対する数値評価を適正に行います。

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、高齢者の尊厳の保持や、地域が高齢者を見守り、支えるシステムの一環である地域包括ケアシステムを深化・推進させていくことが必要となります。その基盤として、必要な高齢者の介護、医療、住まい、予防および生活支援が柔軟に組み合わせられていくことが重要となります。

本市では、平成24年度に瀬戸旭医師会、本市、尾張旭市を中心とした「瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会」を発足し、平成25年度には在宅医療介護の連携促進ツールとして「瀬戸旭もーやっこネットワークシステム」の運用を開始し、支援機関の連携強化に努めています。

今後の社会情勢の変化に対応し、安心・安全な市民生活を持続させるため、地域住民と地域の医療・保健・福祉等さまざまな担い手が広くつながり、高齢者を支え、高齢者自身も豊富な知識と経験を活かし、自らの役割を持ち、地域を支えていく本市版の地域包括ケアシステムを、

「瀬戸市もーやっこシルバーケアシステム」

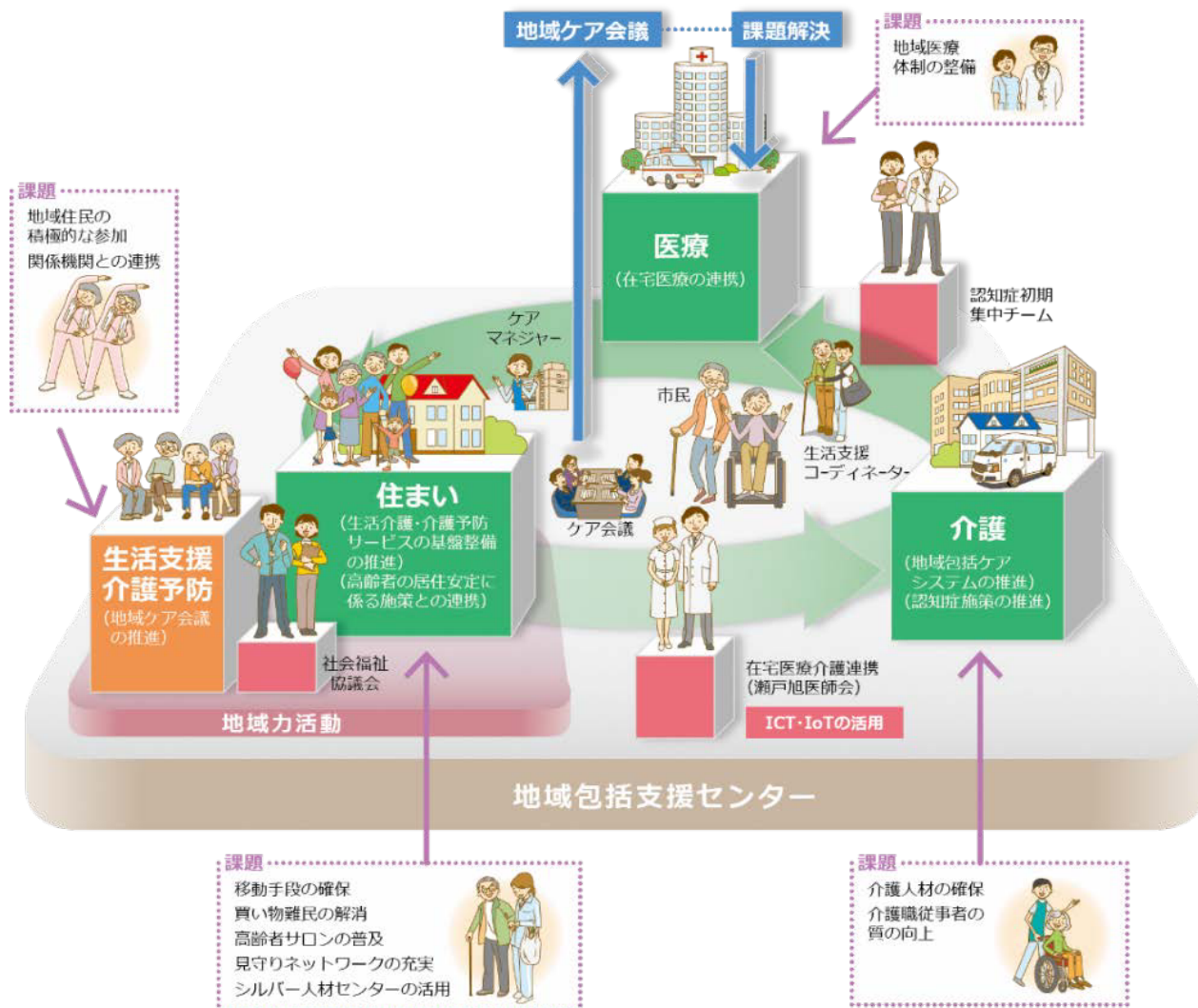
とし、その構築のため、防災、教育、子育て支援、就労、都市整備等各分野を担当する関連部局と連携し、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するための相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的にする重層的支援体制の整備^{※11}を踏まえながら、包括的な支援体制の構築を推進します。

また本市では、高齢者支援をはじめ地域が抱える課題に住民が関心を持ち、参加し、解決していく「地域力向上」に取り組んでいます。各連区の自治会、民生委員、地域力推進組織やNPO等の市民団体と連携して地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

※11 重層的支援体制の整備：地域共生社会の実現に向けて創設された、市町村において地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する断らない包括的な支援体制を整備するために、既存の介護・障害・子ども・生活困窮の相談支援等の取組みを活かしつつ、①相談支援（包括的相談支援事業、多機関協働事業、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業）、②参加支援事業、③地域づくり事業を一体的に実施する事業。



■ 瀬戸市もーやっこシルバーケアシステム





(1) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止の推進にあたっては、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境や地域づくり等、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれた支援体制が必要です。要介護状態等になっても高齢者が生きがいを持って安心して生活できる地域の実現に向けて、地域の実態に応じた高齢者の自立支援に資する取組みを推進します。

■評価指標

指 標	基準値		目標値		
			令和3年度	令和4年度	令和5年度
要支援認定者の状態維持率 (KDB ^{※12} 健康スコアリング)	要支援1	57.7%	58.0%	58.0%	58.0%
	要支援2	57.7%	58.0%	58.0%	58.0%
	要支援認定者の重度化を防止するため、要支援1、2の方への1年後のフォローアップにおいて1年前の状態を維持している割合について、現状を維持します。 【基準値：平成30～令和元年度平均値】				

指 標	基準値		目標値		
			令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域はつらつ講座実施回数	27回		35回	35回	35回
	地域包括支援センター毎に年5回程度開催されるよう、地域活動の支援の確保に努めます。 【基準値：令和元年度開催実績】				

■関連事業

- ① **地域包括支援センターの体制強化**
事業内容・今後の方針は55頁を参照。
- ② **地域ケア会議の開催**
事業内容・今後の方針は56頁を参照。
- ③ **生活支援コーディネーターの配置および協議体の設置**
事業内容・今後の方針は53頁を参照。
- ④ **一般介護予防事業**
事業内容・今後の方針は52頁を参照。
- ⑤ **高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進**
事業内容・今後の方針は46頁を参照。

※12 KDB（国保データベース）：国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を市区町村（保険者）向けに提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援することを目的として構築されたシステム。KDBのうち、加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組み状況等の情報が収録された帳票を「健康スコアリング」帳票という。



(2) 介護給付等対象サービスの充実・強化

高齢者が要介護状態等となっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことを可能とする「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」を確立することが必要となります。そのため、認知症の方や高齢者が環境変化の影響を受けやすいことに留意し、要介護状態等となっても、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう指定地域密着型サービス等の提供や在宅と施設の連携等、地域における継続的な支援体制の整備を図ります。

■評価指標

指 標	基準値	目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度
看護小規模多機能型居宅介護事業所数	0 か所	1 か所	1 か所	1 か所
	令和3年度に1か所整備を行い、需要を考慮しながら、必要に応じてサービス提供の確保を図ります。 【基準値：令和2年度実績】			
住宅改修点検率 (点検数/住宅改修件数)	2.0%	2.5%	3.0%	3.0%
	住宅改修が利用者の身体状態に応じた適切な状況となっているか、訪問調査により点検する割合を増やしていきます。 【基準値：令和元年度実績】			

■関連事業

① 住宅改修等の点検

事業内容・今後の方針は75頁を参照。



(3) 在宅医療の充実および在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・保健所・ケアマネジャー・介護保険事業所等と連携しつつ、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、PDCAサイクルに沿って取組みを推進します。また、看取りに関する取組みや、地域における認知症の方への対応力の強化に努めます。さらに、感染症や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められることから、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討します。

■評価指標

指 標	基準値	目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度
もーやっこネットワークシステム 登録患者数	1,247人	1,533人	1,885人	2,318人
	平成30年度から令和元年度まで23%の伸びとなっており、この伸び率を維持します。 【基準値:令和元年度実績値(1,014人)に123%を乗じた値】			
もーやっこネットワークシステム 登録医療機関・事業者数	147件	157件	167件	178件
	平成30年度から令和元年度まで7%の伸びとなっており、この伸び率を維持します。 【基準値:令和元年度実績値(138件)に107%を乗じた値】 ※令和2年9月末時点の市内医療機関数 105件 ※令和2年9月末時点の市内事業所数 175件			
もーやっこネットワークシステム 投稿件数	53,671件	68,698件	87,933件	112,554件
	平成30年度から令和元年度まで28%の伸びとなっており、この伸び率を維持します。 【基準値:令和元年度実績値(41,931件)に128%を乗じた値】			
在宅医療介護 相談件数	268件	270件	270件	270件
	令和元年度の相談件数を維持します。 【基準値:令和元年度実績】			
地域住民の普及啓発(出前講座) 件数	26件	26件	26件	26件
	基準値の値を維持します。 【基準値:平成30年度～令和元年度の平均値】			

■関連事業

① 切れ目のない在宅医療と介護の連携体制の構築

事業内容・今後の方針は68頁を参照。



(4) 日常生活を支援する体制の整備

支援の必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、介護予防・生活支援員の養成等を通じ、生活支援・介護予防サービスを担う事業者の支援とともに、協働体制の充実・強化を図り、生活支援・介護予防サービスを整備していきます。

■評価指標

指 標	基準値	目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度
協議体開催数	3回	3回	3回	3回
	令和2年度の相談件数を維持します。 【基準値：令和2年度実績】			
生活支援コーディネーターによる地域のニーズ把握件数	48件	72件	72件	72件
	6件/月ずつ地域ニーズの把握を行うよう目標値を設定する。 【基準値：令和2年度上半期平均把握件数(4件/月)】			
生活支援コーディネーターによる地域資源把握件数	60件	96件	96件	96件
	8件/月ずつ地域資源の把握を行うよう目標値を設定する。 【基準値：令和2年度上半期平均把握件数(5件/月)】			

■関連事業

① 移動支援事業

高齢者の生きがいづくりおよび介護予防と連動した移動手段的あり方を検討し、高齢者が過度に自家用車に依存することなく生活できる環境の整備や外出機会の創出を目指します。（令和2～4年度「愛知県高齢者移動支援市町村モデル事業」として実施）

② 生活支援コーディネーターの配置および協議体の設置

事業内容・今後の方針は53頁を参照。

③ もーやっこサポート事業

事業内容・今後の方針は42頁を参照。

④ 高齢者世話付住宅生活援助員派遣事業

事業内容・今後の方針は43頁を参照。

⑤ 介護予防・生活支援員養成研修の実施

事業内容・今後の方針は74頁を参照。

(5) 高齢者の住まいの安定的な確保

居住支援協議会等の場を活用しながら、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保と生活の一体的な支援の取組みを推進し、低廉な住まいを活用した高齢者の居住の確保を図ります。

■評価指標

指 標	基準値	目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度
居住支援協議会を通じた住まいに関する相談件数とマッチング件数	50%	80%	80%	80%
	居住支援に関して相談があったケースについて、80%の率で住まいとのマッチングができることを目標とします。 【基準値: 令和元年度のマッチング率(マッチング6件/相談12件)】			
居住支援ケース検討会議開催数	5回	5回	5回	5回
	ケース検討を年間5回開催し、居住支援協議会の連携を図ります。 【基準値: 令和元年度実績】			
介護サービス相談員派遣回数 (施設サービス)	12回	18回	18回	18回
	介護サービス相談員を事業所に18回派遣し、利用者への相談支援の機会を維持します。また、事業所のサービス改善や調整の橋渡しを行えるよう努めます。 【基準値: 令和2年度実績予定】			

■関連事業

① 瀬戸市居住支援協議会の活用

事業内容・今後の方針は43頁を参照。

② 介護サービス相談員派遣事業

事業内容・今後の方針は71頁を参照。



2 認知症施策の推進

認知症施策は、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方やその家族の意見も踏まえて、「共生」と「予防」の施策を推進することが重要です。

そのため、新たに定められた「認知症施策推進大綱」に沿って、認知症の方ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指します。

■評価指標

指 標	基準値	目標値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療・介護サービスにつながった割合(認知症初期集中支援チーム)(%)	65%	65%	65%	65%
認知症初期集中支援チームにおいて、対象者の支援方法を検討するとともに、自立生活の支援を行うため、医療や介護サービスにつながった割合を維持します。 【基準値:認知症大綱より抜粋】				

■関連事業

① 普及啓発・本人発信支援

- 認知症サポーターの養成・活用
事業内容・今後の方針は61頁を参照。
- 認知症に関する理解促進・相談先の周知
事業内容・今後の方針は61頁を参照。

② 予防

- 一般介護予防事業
事業内容・今後の方針は52頁を参照。
- 地域はつらつ講座
事業内容・今後の方針は61頁を参照。

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- 認知症初期集中支援チーム
事業内容・今後の方針は63頁を参照。
- 認知症介護家族支援事業
事業内容・今後の方針は63頁を参照。
- ひとり歩き高齢者家族支援
事業内容・今後の方針は64頁を参照。
- せとらカフェ
事業内容・今後の方針は64頁を参照。



④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援・社会参加支援

○認知症地域支援推進員

事業内容・今後の方針は65頁を参照。

○成年後見制度利用への支援

事業内容・今後の方針は58頁を参照。

○チームオレンジ

事業内容・今後の方針は66頁を参照。