

第7期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート

所属名	燕市 長寿福祉課
-----	----------

保険者名	①計画に記載した取組と目標の内容	②目標を設定するに至った現状と課題	③目標を達成するために実施した具体的な取組	④数値目標 (数値を設定していない場合は評価する基準)	⑤左記(③と④)を評価する手法	⑥評価結果 (⑤による評価)	⑦評価結果を受けた課題と対応策
燕市	○燕市全体の地域ケア会議の運営・推進	包括単位での地域ケア会議や市の地域ケア推進会議の開催は軌道に乗っているが、個別事例からの課題抽出に困っている包括があるのが課題。抽出された課題（移送サービスが必要）については、生活支援コーディネーターとの連携でサービス創出への動きが出てきている。	地域ケア推進会議や地域ケア会議が抱える課題(事例からの課題抽出)の解決や、協議体との連携促進のために、包括や生活支援コーディネーター、市担当で「包括管理者会議」「包括地域ケア会議部会」を開催する。	地域ケア推進会議(2/年) 地域ケア会議(各包括 2/年) 包括管理者会議(4/年) 包括地域ケア会議部会(2/年)	○地域ケア推進会議・地域ケア会議の実施状況 ○ケア推進会議への課題の提言数と内容の把握	○	各会議の開催は順調にできているが、上の会議への課題の提言が1件だけにとどまり、課題抽出や資源開発までの流れに課題がある。包括や生活支援コーディネーター、市担当者が参加する「包括管理者会議」「包括地域ケア会議部会」で各会議の課題が解決し、各会議の機能を発揮できるようにする。
燕市	○在宅医療・介護連携の推進	在宅医療と介護サービスを切れ目なく、一体的に提供するため、また医療機関と介護サービス事業所などの連携を推進するため、在宅医療・介護連携の推進事業を進める。	二次医療圏内における医師会及び関係市町村との連携、在宅医療・介護サービス等の情報の共有・支援のため「つばめ・やひこ入退院連携ガイド」を作成した。	ガイドの使用を含めた「入退院時の情報提供あり」の割合が増える。	○燕・弥彦の全ケアマネジャーを対象に「病院との連携に関するアンケート」を実施。入退院時の情報提供の有無やガイドの使用感についての意見をもらった。 ○ロジックツリーを作成し、PDCAサイクルを機能させている。	○	○アンケートの結果をもとに、「入退院連携ガイド」修正する。また、必要に応じて内容を更新し、ケアマネジャーと病院への普及啓発を行う。
燕市	○認知症施策の推進	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で「認知症に関する相談相手や情報が欲しい」「認知症にならないか心配」という声が多い。認知症の初期の段階から相談支援につながる体制作りが求められている。	○認知症初期集中支援事業 ○認知症ケアパスの更新 ○認知症サポーター養成講座の実施 ○見守り体制の整備 ○行方不明者発見の体制整備	○認知症初期集中支援チームの介入事例数(8事例/年) ○更新後の認知症ケアパス配布開始(H31.4月～) ○認知症サポーター養成(年間500人) ○各生活圏域で見守り声掛け訓練の実施 ○おかえりサポーター(個人・団体)数の増加。	○各取組の実施状況確認 ○認知症支援部会で実施状況の評価	○	認知症初期集中支援チームは介入が5事例と少なかったため、チーム員医師の増員し、チームがスムーズに動けるよう活動を評価し改善を図っていく。認知症初期集中支援チーム以外の取組は、達成できている。
燕市	○介護予防・日常生活支援総合事業の推進	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より、多様な生活支援の充実・高齢者の社会参加と地域の支えあい体制づくり、介護予防の推進が求められている。	○各生活圏域に協議体を設置 ○生活支援コーディネーターを中心に地域の介護予防や生活支援のサービス創出していく ○支えあい委員会や集いの場の増加 ○移送サービスの創出	○第1層協議体(総合事業部会) 3回/年 ○第2層協議体 2回/年 ○支えあい活動推進委員会各まちづくり協議体 ○移送サービスに関するフォーラムの開催と担い手の育成	○各取組の実施状況確認 ○総合事業部会で実施状況の評価	○	生活支援コーディネーターや協議体の動きが本格化し、支えあい活動推進委員会が増えるなど成果が上がっている。移送サービス創出についても、市民の関心の高まりや先進的な活動も見られるため、引き続き取り組みを行う。