

自己評価シート

市町村				記入年月日：令和 年 月 日
担当課			担当者氏名	
電話番号			メールアドレス	
評価者 (該当に○を記入 してください)		市町村内部のみで評価を実施		
		市町村と地域包括支援センター等の関係者で評価を実施		

評価シート作成の趣旨と目的について

地域包括ケアシステムの構築については、各種サービスの充実を図るだけで達成されるものではなく、地域の助け合いや関係機関間の連携の強さなど様々な要素が含まれており、客観的に評価することは難しいものとなっています。

この評価シートは、市町村における地域包括ケアシステム構築に向けた取組の進捗状況を把握するための「チェックシート」として活用いただけるよう作成したものです。

客観的な評価が難しい項目については、関係機関等と協議の上、評価いただくことで地域の実情に沿った評価結果となり、関係機関等と現状や今後の目標を「共有」する指標ともなりますので、地域包括ケアシステムの構築に向けたツールの一つとして活用していただきたいと思いますと考えております。

評価シート記載に関する留意点

- できるだけ多くの関係者（市町村の関係課、地域包括支援センター、医療・介護関係者等）と検討の上、評価してください。
- この評価結果から現在の取組状況を確認し、評価項目の実施に努めてください。

調査は、以下の7分野について伺います。

- Ⅰ：地域包括支援センターの運営 Ⅱ：地域ケア会議
 Ⅲ：介護予防・日常生活支援総合事業（１）介護予防・生活支援サービス事業
 Ⅳ：介護予防・日常生活支援総合事業（２）一般介護予防事業
 Ⅴ：生活支援サービスの体制整備 Ⅵ：在宅医療・介護連携 Ⅶ：認知症施策の推進
 Ⅷ：地域包括ケアシステムの構築

回答は、以下から選択してください。

- | | | |
|-------------------|------------------------|--------------------|
| 1. できている 3点 | 2. 概ねできている 2点 | 3. 一部できている 1点 |
| 4. できていない 0点 | 5. 取組自体を行っていない 0点 | |

I 地域包括支援センターの運営

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	評価	備考欄
1	地域包括支援センターの体制充実（※）による適切な包括的支援事業・介護予防ケアマネジメントの実施をしている。 ※地域包括支援センターの3職種（準ずる者を含む）の配置を満たしていることに加え、その他専門職や事務職の配置状況。		#N/A	
2	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、市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知し、協働して取組を行っている。		#N/A	
3	総合相談の内容等が、地域包括支援センターと市町村で共有されている。		#N/A	
4	地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント（ケアマネの相談、支援）が円滑に進むよう必要な情報提供や支援を行っている。		#N/A	
5	ケアプランを作成する際の参考に、インフォーマルサービスをプランに位置付けるようにし、多様なサービスや社会資源等の情報を、生活支援コーディネーターとの連携により提供している。		#N/A	
6	高齢者虐待への対応について、虐待の事例を把握した場合には、法に基づき速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応ができている。		#N/A	
7	地域包括支援センターの窓口について、住民にパンフレットやホームページ等で周知している。		#N/A	

合計 ### 点

Ⅱ 地域ケア会議

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	地域ケア会議について、市町村の方向性、考え方を地域包括支援センターへ示し、推進に向け支援している。		#N/A	
2	開催方針、実施計画を立て、その内容を地域包括支援センターと共有している。		#N/A	
3	個別困難事例、自立支援に向けた地域ケア会議、市町村域の地域ケア推進会議が目的に沿って体系的に実施されている。		#N/A	
4	地域ケア会議において複数の個別事例から共通する地域課題を明らかにしている。		#N/A	
5	地域課題を解決するため、方策について市町村に提案（提言）がなされている。		#N/A	
6	市町村が地域ケア個別会議から提案（提言）された内容について、地域ケア推進会議（市町村圏域）で検討するなど対応し、結果を検証している。		#N/A	
7	自立支援に向けた地域ケア会議は、サービスC、生活支援コーディネーターと連動している。		#N/A	

合計 ### 点

Ⅲ 介護予防・日常生活支援総合事業 (1) サービス・活動事業

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	サービス・活動事業の推進に向けて、要支援者1・2の従前相当サービス利用者の分析をしている。		#N/A	
2	窓口でのアセスメントにより、振り分けを適切に実施している。		#N/A	
3	サービス・活動事業における多様なサービス（サービス・活動A、サービス・活動B）を実施している。 （注）この項目は、回答欄に1. 利用者がある、3. 要綱は整備しているが利用者はいない、4. 実施していないが、実施予定、5. 実施なし のいずれかで、お答えください。		#N/A	
4	サービス・活動事業における多様なサービス（サービス・活動C（短期集中予防サービス））を実施している。 （注）この項目は、回答欄に1. 実施しており、地域ケア会議と連動している、3. 実施しているが、必ずしも地域ケア会議と連動していない、4. 実施していないが、実施予定、5. 実施していない のいずれかでお願いします。		#N/A	
5	サービス・活動事業の推進に向けて、行政内の他部門や地域の多様な主体と意見交換等をしている。		#N/A	
6	住民主体のサービスの実施にあたり、生活支援コーディネーターと検討しているか。		#N/A	

合計 ### 点

Ⅳ 介護予防・日常生活支援総合事業 (2) 一般介護予防事業

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	・介護予防把握事業 地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり、フレイル等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげている。		#N/A	
2	・介護予防普及啓発事業 介護予防に資するパンフレットの配布や講演会の開催、セルフマネジメントのための介護予防手帳の活用など介護予防活動の普及・啓発を行っている。 ※旧二次予防事業の形態は実施していないこと。		#N/A	
3	・地域介護予防活動支援事業 市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等について定期的に実態を把握している。		#N/A	
4	通いの場について、生活支援コーディネーターと協力し、設置の促進・継続の支援を行っている（人材育成、交流）		#N/A	
5	通いの場が、地域づくりの観点による活動に広がっている（助け合い活動、来なくなった人へのアプローチなど）。		#N/A	
6	通いの場に定期的に専門職を絡ませている。		#N/A	
7	・地域リハビリテーション活動支援事業 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所・訪問（ケアマネの同行訪問等）へのリハビリテーション専門職等の関与を促進している。		#N/A	
8	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。		#N/A	

合計 ### 点

V 生活支援サービスの体制整備

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	市町村が生活支援コーディネーターに活動方針・内容を示している。		#N/A	
2	市町村として、生活支援コーディネーターと地域包括支援センター（ケアマネ）との連携を促進している。		#N/A	
3	生活支援コーディネーターが、対象となる虚弱な高齢者のニーズを把握するため、地域包括支援センターやケアマネと連携している。		#N/A	
4	生活支援コーディネーターが地域の様々な資源を把握し、ケアマネへ提供している。		#N/A	
5	生活支援コーディネーターが、協議体とともに、地域の社会資源の発掘や、創設に向けて取組んでいる。		#N/A	
6	生活支援コーディネーターが地域ケア会議へ参加し、社会資源の活用について助言を行っている。		#N/A	
7	市町村として、本事業を推進するにあたり、課題認識とともに何をを目指すのかを明確化し、生活支援コーディネーターや協議体など関係者と共有している。		#N/A	
8	生活支援コーディネーターについて、包括的支援事業充実分により予算化した上で、適切に配置され、虚弱な高齢者の支援に向けた取組を行っている。		#N/A	

合計 ### 点

VI 在宅医療・介護連携

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	医療や介護・健康づくり部門など庁内連携の体制を整えている（事前相談、情報共有等）。		#N/A	
2	地域の医療・介護資源の把握した上で、情報を整理し、リストやマップ等作成した物を、地域包括支援センター、ケアマネ等に提供している。		#N/A	
3	切れ目のない在宅医療と在宅介護を提供するために、例えばケアマネ等が入院医療機関等の関係者と、入院時から退院後の生活をイメージした情報交換等の連携ができている。		#N/A	
4	関係者が参画する会議を定期的を開催し、現状と課題、解決に向けた検討を行っている。		#N/A	
5	行政と医療・介護関係者が良好な関係（顔の見える関係、話が出来る関係等）をつくるため、例えば関係者との情報交換を行うための研修の場等がある。		#N/A	
6	在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、K D B データを活用し事業を展開している。		#N/A	
7	地域支援事業の他の事業（認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議 等）との連動を意識している。		#N/A	

合計 ### 点

VII 認知症施策の推進

回答 1. できている 3点 2. 概ねできている 2点 3. 一部できている 1点
4. できていない 0点 5. 取組自体を行っていない 0点

No	評価項目	回答欄	配点	備考欄
1	認知症高齢者について、実態を把握している。 (注) ここでいう実態とは、単に認知症高齢者の人数や介護サービスの利用状況だけでなく、計画策定の根拠となる支援ニーズなどを把握しているかを指します。		#N/A	
2	認知症サポーターの養成にあたり、方向性や方針を立てて実施している。		#N/A	
3	認知症の人やその家族のニーズに合った具体的な支援活動を行うチームオレンジの仕組みを活用し、地域支援体制の構築及び社会参加支援が行えている。		#N/A	
4	認知症初期集中支援チームが、かかりつけ医や関係者などと、定期的に情報連携する体制を構築し、対象者（認知症初期の方）への対応を行えている。		#N/A	
5	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。		#N/A	
6	認知症ケアパスが確立され、認知症当事者だけでなく関係者も含めて共有されており、適宜情報の更新がされている。		#N/A	
7	認知症地域支援推進員と生活支援コーディネーターや通いの場など、他の地域支援事業との連携が図られている。		#N/A	
8	認知症地域支援推進員について、包括的支援事業充実分により予算化した上で適切に配置され、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図る活動等を行っている。		#N/A	

合計 ### 点

VIII 地域包括ケアシステムの構築（自由記載欄）

(1) 地域包括ケアシステム構築へ向けた進捗状況をどう評価しているか。 ※必ず御記入ください

(2) 地域包括ケアを推進する上での課題等は何か。

(3) 第9期介護保険事業計画の進捗状況はどうか。（Ⅰ～Ⅶの分野） ※必ず御記入ください

自己評価結果

	分野	項目数	得点	得点率
I	地域包括支援センターの運営	7	#N/A	#N/A
II	地域ケア会議	7	#N/A	#N/A
III	介護予防・日常生活支援総合事業 (1)サービス・活動事業	6	#N/A	#N/A
IV	介護予防・日常生活支援総合事業 (2)一般介護予防事業	8	#N/A	#N/A
V	生活支援サービスの体制整備	8	#N/A	#N/A
VI	在宅医療・介護連携	7	#N/A	#N/A
VII	認知症施策の推進	8	#N/A	#N/A
	合計	51	#N/A	#N/A

