

## 資料②

令和3年度

地域包括支援センター（包括的支援事業）実地指導結果

令和3年9月～11月にかけて、委託業務の契約内容のとおり適切に業務遂行ができているか確認することを目的として全センターに対して、実地調査を行いました。

調査内容につきましては、8月の審議会で確認いただきました自己評価票の事前提出を求め、その内容をもとに当日は資料の確認とともに聞き取りを行っております。各項目について当課で評価を行い、1月上旬に運営法人及びセンター管理者へ説明を行いました。

### 1. 評価方法

前年度の同センターの取組との比較及び全センターを比較して評価をしています。

### 2. 評価表の見方

第1圏域～第7圏域、第8圏域～第13圏域と分けて評価を並べています。

主に基本事項は○△の2段階評価、その他は◎○△の3段階評価を行っています。2段階評価の項目は網掛けにしております。

### 3. 今年度における評価

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、全センターで地域行事や関係機関との連絡会等を十分に実施できていない状況ですが、当日の聞き取りで開催方法の検討や各機関との調整、代替となる取組を行っていることを確認できた場合には○の評価をしております。

## 令和3年度地域包括支援センター実地指導総評

圏域	名称	総 評
①	社協 こもれび	<p>認知症カフェや地域の集い場所との連携など高齢者の居場所づくりに尽力している。</p> <p>個別支援においても認知症で金銭管理が難しく、日常生活に支障を生じている事例などについて法律専門家の活用も含め適切な支援を行っている。</p>
②	社協 ふれあい	<p>個別支援においても関係機関と連携し、消費者被害につながる事例について早期介入の上、未然防止につなげたり、認知症のため金銭管理が必要な要援護者に対しても信頼関係を築き適切な支援を行っている。</p> <p>抽出された課題や第2層協議体で出されたニーズを住民と共に検討し、介護予防や集いの場の取組みに繋げている。</p>
③	聖徳園	<p>地域や民生委員からの情報提供及び相談も多く地域とのネットワークはできている。また、介護事業所との関係性でもケアマネジャー向けの広報紙の作成やSNSを活用した介護保険事業所との情報交換システムの構築し、ニーズに応じた情報発信や各事業所に実施したアンケートの共有を行い、事業者のスキルアップ・後方支援・ネットワーク構築に努めている。</p> <p>個別支援においてもセンター内で速やかな情報共有ができており、支援方針を決める場合にもカンファレンスや個別地域ケア会議をうまく活用し、適切な支援ができている。</p>
④	安心苑	<p>高齢者のニーズに応じた居場所づくりの提案など地域づくりに参画ができている。</p> <p>健康増進・介護予防の取り組みに力を入れており、相談対応時に介護予防の意識付けを行ったうえで様々な取り組みや地域資源を提案している。</p> <p>個別支援においては金銭管理が難しい要援護者や年金受給手続きができない要援護者に寄り添い、問題解決に向けてきめ細やかな支援を行っている。</p>
⑤	サール・ナート	<p>圏域内にある社会資源に着目し医療機関や障害福祉事業所等と要援護高齢者の把握や問題解決のためのネットワークを構築しており、更に有機的なものになるよう深化・拡充させている。</p> <p>個別支援においても近隣住民から不安や心配な情報提供を受けても、要援護者自身が支援を希望しないことも多く、必要時速やかに支援ができるように地域住民と連携し、見守り体制を築き情報収集に努めている。</p>
⑥	松徳会	<p>ホームページや SNS を活用し、住民や関係機関に対してセンターの活動や自宅で取り組める介護予防の内容、消費者</p>

## 令和3年度地域包括支援センター実地指導総評

		<p>被害情報などを積極的に発信している。</p> <p>ノルディックウォーキング等を通じて、自主的に介護予防の取り組みを行えるよう支援している。</p> <p>地域分析の結果を活かし、地域住民と協議しながら、校区ごとの高齢者のニーズや課題に応じた支援や取り組みを実施している。</p>
⑦	美郷会	<p>コロナ禍においても民生委員等とのネットワークを活用し、要援護者の支援にあたっている。また、地域活動が減少した間、地域課題の見直しや整理、課題に対する提案などを検討し、地域活動再開後ただちに活用できるような資料等の作成など先を見越した活動を行っている。</p> <p>ケアマネジャー向けの通信や研修案内を、圏域内の事業所を直接回って手渡しすることで、関係性構築に努めている。</p>
⑧	みどり	<p>第2層協議体を実施した高齢者へのアンケート調査を活用しニーズの把握や要援護高齢者の抽出を行い、地域や関係機関と一体となって介護予防や認知症の啓発等に取り組んでいる。</p> <p>個別支援についても困難事例や在宅で死亡が見つかった事例のカンファレンスや個別地域ケア会議を行い、速やかに情報共有や支援の在り方、役割分担等を行う体制づくりができています。</p> <p>オンラインを通じた介護保険事業所とのネットワークの構築を進めている。ケアマネジャーの抱える困難事例の傾向分析や経験年数で分けての会議を持つことにより、様々な角度からのフォローアップを実現している。</p>
⑨	アイリス	<p>高齢者の孤立を防ぐために住宅管理事務所や社会資源からなる会議体を構成し、地域での課題を検討し、取り組みを進めている。</p> <p>個別支援についても困難事例についてはカンファレンスや個別地域ケア会議を行い速やかに情報共有や支援方針、役割分担等を行う体制づくりができています。</p> <p>介護予防の取組みに力を入れており、自宅でできる介護予防の普及啓発に努めている。</p>
⑩	大阪 高齢者生協	<p>広報紙や SNS 等を活用し、住民や関係機関に対してセンターの活動や消費者被害情報などを積極的に発信している。</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響で各団体の運営が休止しているが、相談者のニーズに応じて個別に連絡をとりながら、関係機関とつなげる支援を行っている。</p>

## 令和3年度地域包括支援センター実地指導総評

⑪	パナソニック エイジフリー	<p>「市民に分かりやすく」をモットーに各種制度についてセンターオリジナルパンフレットを作成し、地域住民に様々な啓発活動を行っている。</p> <p>個別支援においては金銭管理が難しい要援護者や年金受給手続きができない要援護者に寄り添い、問題解決に向けてきめ細やかな支援を行っている。</p> <p>SNS を活用し、介護保険事業所に対して制度や地域の情報を積極的に発信し、高齢者の支援に繋げてもらえるよう情報提供している。</p>
⑫	大潤会	<p>地域ケア会議や地域活動から抽出された課題を第2層協議体で住民と共に検討し、既存の活動を活用して課題解決に向けて取り組んでいる。</p> <p>第2層協議体の取組みで定期的にひらかた元気くらわんか体操を実施しており、地域と連携しながら体操の周知や当日の運営を行っている。またその取組みが自主活動として継続できるように支援している。</p>
⑬	東香会	<p>個別支援で連携したことをきっかけに圏域内の企業と連携し、地域活動に参加いただくなど有機的に機能できるネットワークを構築している。</p> <p>センターの会議室を地域住民の集まりの場や認知所カフェとしてモデル実施し、その結果を活用し、校区単位に広げるよう取り組んでいる。</p>

令和3年度 枚方市地域包括支援センター（包括的支援事業）評価表		◎：重点的に取り組んでいる。 ○：できている。 △：改善が必要。		令和3年11月末日時点											
		社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	サール・ナート	松徳会	美郷会							
【基本項目】（運営全体に関する事）															
1. 地域包括支援センターの設置目的について職員に周知・理解させ、運営に活かしているか。															
〔解説〕	高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにしていくためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から、高齢者の状態に応じた介護や医療サービス等の様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じて、切れ目なく提供することが重要です。地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されました(介護保険法第115条の46第1項)が、これらのことを職員一人ひとりが理解して業務を遂行していく必要があります。														
①	センターの設置目的を踏まえて事業計画をたてるなど、計画的な運営を行っている。	○	基本方針・重点事項を掲げ、センター職員全員で第1圏域の地域特性を鑑み、年間事業計画を立案している。毎月定例会議にて会議・事業の企画等について協議している。各事業実施後、定例会議にて振り返り、回覧を行っている。	○	事業計画策定時には、事業計画の立案、年間予定など役割分担して作成し、定例会議で検討し作成している。また、コロナ禍の状況等に応じて、定例会議にて進捗状況等の確認・検討を行っている。	○	年度初めに1年間の事業計画を立案、月1回の定例会議で進捗状況を管理・共有している。コロナ禍等情勢を見ながら予定を修正している。	○	設置目的(センター業務マニュアルより)を共有し、職員の意見を聴取して事業計画を作成している。共有パソコンに計画表を作成し、職員全員が進捗状況等を確認できるようにしている。また、8月に計画の見直しもしている。	○	年度当初に事業計画を立て計画的な運営を行っている。進捗管理は計画表を提示し職員全員が確認できるようにしている。また、年に1回12月に職員からヒアリングを行い事業計画に反映している。	○	今年度のテーマは「withコロナ期のつながりと街づくり～保健・予防・認知症～」として、コロナ禍であっても「出来ること」を意識して活動計画の立案・実施に繋げている。また、総合相談に関する各種データを全職員で共有・分析し、地域性に合った取り組みに繋げている。中間、年度末に事業計画等の評価・修正を行うなどして、PDCAサイクルで計画的な運営を行っている。	○	事業計画に関しては管理者と3職種が中心となり設置目的を踏まえた上で、スタッフ全員に意見を聞き事業計画を立て運営を行っている。毎月の定例会議にて、進捗状況を確認している。
②	センター設置の主旨やセンター業務等について研修を行うことにより職員が理解している。	○	入職時に業務について研修を行っている。研修参加によって理解を深め、職員が受講した研修はセンター内での報告、回覧し、他の職員へも情報共有ができています。	○	新しく入職する職員には、センターの役割や業務等について研修を行っている。センター関連の研修に参加を促し、スキルアップを心がけている。研修資料は回覧し、他の職員とも共有している。	○	設置目的や基本方針は事業所内に掲示し、いつでも確認できるようにしている。入職時は、業務に関する内部研修を行い、センターの役割や活動の理解を深め、日常の業務を通して学べるようにサポートしている。また、業務の流れや理解度を自身で確認できるようにチェック表を活用している。現任者は、法人内・外研修を積極的に受講し、受講した内容は定例会議にて伝達したり、資料の回覧を行っている。	○	年度始めにセンター設置の趣旨や役割等、業務を理解するための内部研修を行っている。	○	センターマニュアル最新版の熟読と、長寿社会開発センター主催の外部研修について受講を勧奨している。また、包括的支援事業業務委託仕様書を拡大コピーしたものを提示し、日常的に意識付けしている。毎月のセンター内会議で総合相談実績及び各職員の業務実績の一部を見えるようにし、業務の意識付けが深められるようにしている。	○	地域包括支援センター～基本編～ミニ勉強会をセンター職員向けに開催した。	○	入職時にセンターの役割や業務等について研修を行っている。適宜業務マニュアル、事業計画を確認し意識しながら業務を行っている。
2. 運営において公正性・中立性が確保されているか。															
〔解説〕	地域包括支援センターの運営は、公正・中立性を確保しつつ適正にされなければならないとされており、地域の関係者全体がそれを評価する場として、「地域包括支援センター運営等審議会」が設置されています。センター職員は、その運営が常に運営等審議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを理解していく必要があります。														
①	支援にあたっては、保健・医療・福祉サービスが特定の事業者によって偏らないよう、また利用者によって偏らないよう、総合的かつ効率的に、多様な事業者から提供されるよう配慮している。	○	利用者の意向、状況等に沿いながら、サービス事業所一覧表を提示し、情報提供している。介護保険外サービスについても、より多くの情報を把握、提示できるようにしている。また、職員間で事業者の偏りが生じていないか確認している。	○	利用者や家族等の意向を確認し、個々のニーズに合わせながら、事業所一覧表等を用い、複数の事業所を情報提供している。情報提供した事業所をホワイトボードへ記載する等して、特定の事業者によって偏らないよう公平性の確保を図っている。	○	事業所を選定する際は利用者の意向を尊重することを基本とし、意向がない利用者については、主治医関連の事業所はどうか、地域密着的な事業所か、チームバリューのある事業所か等、選定基準を示し、利用者や家族が選びやすいように進めている。説明時は、事業所連絡会の作った写真入りの冊子やパンフレット等を利用したり、サービスなどは体験利用を促し、よりイメージが湧きやすいようにしている。また、職員間で随時情報共有し、事業者が偏らないよう配慮し、選定するようにしている。	○	利用目的を確認し、希望があればそれが目的と合致しているか確認する。希望がなければ、サービス事業所特徴表、事業所一覧表を利用し、複数事業所を提示し支援している。介護保険外のサービスは、より多くの資源の把握に努めている。また、ミーティングにて、随時提案したサービス事業者を共有し、不当に偏らないように確認している。	○	相談者の意向に沿い情報提供を行い、選択・決定を促している。また、相談者自身に自己決定が困難でセンターが紹介する場合は管理者に報告するようにしている。事業所選定指針を順守し、偏り無い選定と具体的な情報提供により利用者自身が最終決定できるように努め支援し、その結果は確認している。	○	利用者や家族の意向に沿って、複数の情報提供を行っている。紹介する際には介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスなども積極的に紹介している。総合相談データを活用し、定例のセンター内ミーティングで偏りがなければ、確認を個別に行っている。	○	相談時は利用者や家族の意向を確認しながら、事業者情報一覧のファイルやパンフレットなどを提示・説明し、自己決定が困難で介護保険事業所をセンターが紹介する場合には、管理者へ報告するようにしている。
3. チームアプローチが図られているか。															
〔解説〕	各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、常に情報を共有し、相互に連携・協働しながら、「3職種」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考えが基本であると認識することが必要です。														
①	継続的な支援が必要な高齢者に対し、責任体制等を明確にするため、「主担当職員」を決めている。	○	初回相談対応後、管理者・職員間で協議し、職種の専門性等を配慮して主担当職員を決め、対応している。	○	管理者と協議し、ケースの相談内容やニーズに応じて主担当職員を決めて支援を行っている。	○	新規ケースは管理者が確認後、虐待や生活困窮等相談内容の特色に応じて、職員全員で協議しながら主担当を決めている。	○	総合相談は当初より管理者が担当を決め対応しているが、継続的な支援が必要な場合、相談内容の特性や担当者の専門性を考慮し、担当を変更している。また、必要であれば、主担当と副担当を決めて対応している。訪問結果	○	管理者・専門職種で協議し、必要に応じて決めていく。原則、総合相談の記録をもとにどの職員でも即時対応できる体制を整えている。そのため、総合相談記録漏れが無いよう留意している。	○	相談内容に応じて主担当を決めて対応している。また、必要に応じて複数職員での対応も適宜行っている。	○	利用者の状態に応じて、管理者を中心にして職員全体で、業務量等を勘案して主担当を決めている。状態によっては複数で関わることもある。
②	必要性に応じ随時センター内でカンファレンスを行うなど、チームとして検討・支援していく場を設けている。	○	毎朝のミーティングにてケースの情報共有を行い、必要に応じて対応を検討している。また、毎月定例会議にて対応等を協議している。緊急時には、随時カンファレンスの場を設けて情報共有、検討をしている。	○	毎月の定例会議で「ケースの共有」の時間を設け、情報共有や検討を行っている。緊急時には、朝礼や随時その場で協議を行い、対応している。	○	朝・夕礼時、月1回の定例会議内で報告、職員全員で共有し、対応策を検討している。緊急時には、随時その場で情報共有し、対応している。	○	毎日ミーティングで情報共有し、必要に応じてカンファレンスを行い、支援の方向性を検討している。また、必要に応じて2人体制で訪問したり、副担当を決めて対応している。訪問結果からは、ミーティングで共有し、各専門職からの助言を得ている。	○	毎日の朝礼、新規相談あった機会等、その日任務している職員間で可能な限り全件検討し、チームとして支援方向を決定し動いている。	○	支援困難事例は随時センター内でカンファレンスを行っている。	○	必要に応じて随時カンファレンスを行い、職員全員に周知しながら対応を検討している。経過に関しては毎朝のミーティングや月1回の定例会議の場などを利用して職員全員で検討、周知できるようにしている。
③	支援困難ケースの対応や緊急性の判断等について、「主担当者」だけでなく、複数の職員が関わる配慮をしている。	○	困難ケース、権利擁護、虐待対応ケース等は、管理者を含む複数職員で検討し、チームアプローチを行うことで、担当者が孤立することなく対応できるよう配慮している。	○	困難ケース等は、複数の職員で多様な視点から情報共有、協議し、支援方針等を検討している。必要に応じて2人体制で訪問する等の対応している。	○	困難ケースや緊急対応が必要と想定されるケースは、基本異なる職種の2人体制で担当している。緊急時には、他職員も対応できるように毎朝・夕礼や定例会議で情報を共有している。	○	ミーティングでの報告で、複数の関わりが必要な判断し対応している。また、緊急性があればミーティングを待たずに管理者と協議し対応を検討している。管理者が不在の場合は、その場にいる職員間で話し合いで対応を決めている。	○	管理者に報告し、センター内で検討後、対応者を決定し複数で関わるようにしている。チームアプローチを意識し効果的な支援の手法・方向性を検討しながらその都度目標を立て対応している。	○	担当職員以外でも緊急時の対応ができるように、また担当職員が孤立することのないように、職場全体で支える体制を作っている。	○	困難ケースや緊急を要する場合には単独では対応せず、複数の職員で対応できる体制が作れるように配慮している。
④	職員間で情報共有や検討ができるよう所内会議等を開催している。	○	毎月定例会議や毎朝のミーティング時、ケースや確認事項等を情報共有している。緊急時には、随時カンファレンスの場を設けて情報共有、検討をしている。	○	毎月定例会議を開催している。必要に応じて、朝礼や随時その場でケース検討を行っている。	○	朝・夕礼時、月1回の定例会議にて情報共有・ケース検討を行っている。緊急時等、状況に応じて複数の職員で協議している。	○	センター内定例会議だけでなく、毎日ミーティングで情報共有し、検討している。必要に応じて随時カンファレンスを行っている。	○	毎日の朝礼、月1度の所内会議、必要時に、意見交換・情報の共有や検討をしている。	○	職員の困りごとや悩みに早く気づき、手当てができるための仕掛けとして、毎月定例のセンター内ミーティングで定例進捗会議の時間を設け、お互いの仕事やケースの状況が共有できるようにしている。	○	毎朝のミーティング、月1回の定例会議を実施し、情報共有や検討ができるようにしている。その他各部会の報告や研修内容の伝達などに関しても毎朝のミーティングで報告、資料は回覧し情報が共有できるようにしている。

4. 地域住民への周知が図られているか。															
【解釈】	地域包括支援センターは高齢者の総合相談や権利擁護を担うことから、自ら支援を求めることができない高齢者であっても活用できるよう、積極的に周知を図る必要があります。そのためには、高齢者のみならず、高齢者を取り巻く地域住民や地域活動を行う関係者等に対しても積極的に周知を図っていくことが必要です。														
①	センターの看板や案内等が、わかりやすく表示されている。	○	センターの立地を活かし、目立つように職を立て、入口の引き戸とガラス窓に大型の内張り看板を掲示、わかりやすく表示している。	○	センターの看板は遠くからでも見えるように、建物の1階部分だけでなく、2階3階の壁面にも設置している。	○	ビル1階入り口には看板を設置。2階事務所前にはのぼりを設置し、エレベーターから降りてすぐ場所がわかるようにしている。	○	センターの看板は道路からも見やすいところに設置し、業務時間内はのぼりを出している。	○	正面玄関に大きく見やすい看板を設置し、のぼりも両側に活用し表示している。正面玄関横に掲示板を設置し、関係機関からの啓発ポスターやセンターからの案内等を貼っている。それをみて来所される相談者は増えた。バス通りに面しており、「わかり易い」と地域住民から感想を頂いている。	○	センターの入り口に看板を設置。季節に合わせてデザインを変えるなど工夫しながら、介護保険に関することや運動教室など地域住民に向けたチラシ等を設置し情報発信を行っている。	○	建物に看板を設置し、名称、電話番号を大きく掲示している。わかりやすい場所にセンターののぼりを設置している。
②	センターの案内や業務内容を、地域住民や関係機関に積極的に周知を図るとともに、センターの理解が深まるように働きかけている。	○	入口付近にセンター周知ポスターやチラシ、ひらかた元気くらわんか体操推奨や消費者被害注意喚起等の看板を設置、目を引くよう工夫をしている。年4回「社協こもれびだより」を発行、校区コミュニティ協議会協力のもと全校区回覧、医療機関や薬局にも設置を依頼している。	○	地域サロン・地域カフェ等での出前相談では、パンフレット類の配付と共に、介護相談や健康相談、ひらかた元気くらわんか体操の啓発を行い、積極的に地域住民へ周知している。また、年4回発行「包括社協ふれあいだより」を発行、新たに府営住宅、主要な集合住宅での回覧や掲示を行った。	○	リーフレットを作成し、地域に出向いた際には地域住民や関係機関に配布している。年4回発行している広報紙「聖徳だより」は各自治会で回覧・全戸配布。活動報告やセンターの役割を住民に伝えるようにしている。	○	センターの案内チラシを作成、地域の行事、出前講座等で周知するようにしている。今年度はコロナ禍のため地域行事が激減しているため、相談があった際、随時、民生委員や地域の方に案内チラシを配付し周知している。	○	緊急事態宣言により地域の集いで周知活動が減っているが、可能なタイミングでは地域に出向き周知活動している。センターの広報紙は例年通り年に2回発行し、自治会や関係機関への回覧と配布をしている。今年度は一部の自治会からニーズがあり、センターの簡易なチラシを作成し会館に設置頂いた。その他地域が作成する福祉だよりに寄稿を依頼されることもあり、その都度センター業務や設置場所についての内容も掲載頂くようにしている。	◎	センター独自のホームページとLINE公式アカウントを定期更新している。ホームページでは地域住民にあまり知られる機会がない事業向けの研修等の活動報告を随時掲載し、センターの自治会からニーズがあり、センターの業務内容の周知を図っている。LINEは登録者が325名(8/30時点)となった。開始から3年経過し、毎年約100人ペースで登録者が増えている。今年度はLINEの投票機能を使い、「どのような情報に関心があるか」など登録者の声を聞く予定であり、地域住民の方の役に立つような情報を配信できるように努めている。LINEのリッチメニューを活用し、センター独自のYouTubeチャンネルでノルディックポールを用いた動画を作成配信予定。また、イズミヤのご協力で店内に常設ラックに新しい情報等を随時更新し、情報発信を行っている。	○	年4回広報紙を作成し、老人会や自治会を通じて圏域全体に配布している。医療機関にも配架を依頼している。内容に関しては興味を持ってもらえる内容となるよう工夫している。センターの壁面、カフェボードにセンターの業務内容や取り組み、開催している講座などを掲示している。
5. 個人情報の保護について、適切に取り組んでいるか。															
【解釈】	地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を扱うことになるため、取り扱いには充分留意する必要があります。また、相談者等のプライバシーを尊重し、相談や情報収集においては支援をするうえで必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。														
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どんな情報」を「何の目的」で提供するかを説明したうえで、書面にて利用者の同意を得ている。また、書面での同意が困難な場合は必ずその内容を記録している。	○	総合相談対応時、個人情報を提供する場合は口頭にて説明、利用者より同意を得ている。その内容を相談記録に記入している。	○	事前に本人や家族に同意を得て、個人情報を第三者に提供している。書面同意の場合は、同意書をファイルに綴じ鍵のかかるロッカーに保管、書面同意が難しい場合は、口頭で説明して同意を得て、その旨を支援経過に記載している。	○	総合相談対応時、他の機関に情報提供する際は、事前に利用者に対し口頭で説明、同意を得たうえで実施し、その内容を支援経過に記録している。	○	個人情報を提供する場合は、「提供先」「情報内容」「目的」を説明して、口頭で同意を得て記録している。	○	相談室には同意書を置き、必要時サイン頂くようにしている。電話相談等で書面による同意が得られない場合も口頭で確認しその記録は必ず残すよう努めている。	○	書面にて同意を得ている。口頭で同意を得た場合は記録に残している。	○	必要に応じて書面で同意をもらっている。書面での同意をもらうことが困難な場合には口頭で個人情報をを使用することを説明し、同意を得て支援経過に記録している。
②	個人情報保護について職員がきちんと理解できるよう、個人情報保護に関する市の取扱方針に従って対応マニュアルの整備や職員への研修等を行っている。	○	個人情報保護に関する方針を提示、規定を定めるとともに、個人情報取扱マニュアルを整備し、遵守している。	○	個人情報取り扱いマニュアルは、事務所の見える所に掲示し、常に職員間で意識できるようにしている。入職時に個人情報保護についての研修を行っている。	○	法人共有の個人情報保護規定を事業所内に掲示している。今年度、個人情報保護に関する内部研修を予定している。	○	年1回個人情報に関する研修を行い、個人情報保護に関する市の取扱方針に従って、個人情報保護に関するマニュアルを作成して周知している。	○	法人共通の個人情報保護規定を整備している。個人情報保護に関する市の取り扱い方針に従い対応マニュアルを整備しており、センター内での研修も毎年実施している。	○	センター用の個人情報保護マニュアルを整備し、適宜更新している。また、毎年輪番制で職員が個人情報の研修に参加。その後、遠達研修を全職員が受講している。	○	個人情報保護のマニュアルを整備し、職員へ周知している。今年度はコロナ禍で集まった研修が実施できていないが、毎年1回法人で実施する個人情報保護に関する研修に参加し、その後、遠達研修を行っている。
③	法人内やセンター内、職員間等で不必要に個人情報が流れていない。	○	相談スペースには仕切りをし、利用者が話をしやすい場となるように配慮している。離席の際は、ケースファイル等個人情報に関する書類は、職員以外の目に触れることがないようにしている。	○	相談スペースには仕切りをし、相談者がいる際には職員間の会話内容や声の大きさに注意し、個人情報の流出に注意している。	○	職員間の伝言メモ等はパソコン内で行い、対応後は消去している。法人内で利用者の状況を書面報告する際は、個人情報部分にマスキングをしている。来客中は、職員の会話内容、声の音量に注意し、不用意に個人情報が漏れないよう配慮している。	○	各パソコンにはロックがかかっており、不用意に閲覧できないようにしている。また法人内の職員が個人情報を見ることがない。また、利用者や相談者等外部の方が相談室にいる場合、電話相談等の声が聞こえないよう音量等に配慮している。	○	面談室はパーテーションで仕切り、システム環境も外部及び職員間で目に触れにくく不必要に個人情報が流れない配置にしている。職員がデスクを離れる際は情報システムからログアウトするようにしている。	○	相談室は個人情報が入らないように仕切られている。	○	相談スペースには仕切りをしている。自席を離れるときはケースファイルは出しっぱなしにせず、パソコンの画面も閉じておくように配慮している。
④	個人情報の保管が確実にされている。	○	ケースファイルは書庫に保管し、施錠している。	○	個人ファイル、書類等は、鍵のかかる書庫に収納し、時間外は必ず施錠している。	○	個人情報は施錠できる保管庫にて保存している。退所時に施錠し、鍵は所定の場所に保管している。	○	紙媒体の情報は鍵のかかるロッカーに保管して施錠している。	○	鍵付き書庫と金庫を利用して個人情報を保管している。	○	個人情報を含む書類は鍵のかかるロッカーに保管するなど、マニュアルに沿った対応を行っている。各職員が訪問予定表に個人情報の持ち出しと持ち帰りをチェックし、確実な保管を心がけている。	○	個人情報を含む書類は鍵のかかる保管庫に保管している。営業時間外はロッカーのカギ、パソコンのICカードは鍵のかかるデスクの引き出しに保管している。
6. 苦情受付の体制整備が整っているか。															
【解釈】	地域包括支援センターは、要援護高齢者の相談・支援に関わる機関であることから、苦情解決には社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応をすることが求められています。														
①	苦情受付の担当者・責任者を置いている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	苦情対応担当者として管理者が、苦情対応責任者として法人が担当し、対応している。苦情受付台帳を作成し、対応時は記録を残している。	○	苦情受付担当者は管理者とし、責任者は法人となっている。苦情処理台帳を作成し、対応時は記録を残している。	○	苦情受付・対応は管理者が担当している。法人規定の苦情受付台帳を作成し、対応時は記録を残している。	○	苦情受付担当者・責任者を設置、掲示し、説明をしている。また、苦情報告書を作成し、台帳で管理している。	○	各職員及び管理者が随時対応し、最終は責任者として管理者が集約している。対応経過等は記録を残し台帳管理の上、法人へ定期的に報告している。	○	苦情受付の責任者は管理者が担っている。苦情があった際には受付簿に記録している。	○	管理者が責任者となり、各職員が苦情対応を行っている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。
②	苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や職員への周知を行っている。	○	苦情対応ガイドライン等を事務所に掲示し、いつでも閲覧できるようにしている。	○	苦情対応マニュアルを作成し、職員へ周知し、苦情受付体制を整備している。ヒヤリ・ハット報告書は、センター内で共有後、法人へ報告している。	○	苦情対応マニュアルを作成している。所定の場所に保管し、いつでも閲覧できるようにしている。	○	苦情対応マニュアルを作成し、職員が理解している。	○	法人のものを基本で作成した対応マニュアルで研修し、個々の職員が適切に対応できるよう準備している。また、職員単独で解決しないよう、センター内で検討の上対応策を決定するようにしている。毎月のセンター内会議でも再度共有し対応結果を振り返るように努めている。	○	苦情対応マニュアルを整備して全職員が対応できるようにしている。	○	苦情対応マニュアルを作成し各職員が対応できるようにしている。苦情があった場合には法人に報告している。
③	苦情の対応や問題の解決方法については書面（第三者機関の活用や法人との連携等も含む。）を掲示し、利用者等にもわかりやすく説明している。	○	相談室内に苦情受付や第三者機関等について掲示している。	○	苦情受付窓口の設置について相談者から見えやすい壁面に掲示し、苦情受付の各窓口の連絡先や住所、第三者委員の氏名、連絡先などを明記している。	○	苦情受付担当者、第三者機関をセンター内に掲示している。	○	苦情受付担当者・責任者・第三者機関を掲示し、説明をしている。	○	苦情相談窓口及び解決に至る対応方法について掲示し説明している。	○	苦情受付担当者や相談機関について事務所に掲示し、必要に応じて説明している。	○	苦情受付担当者、第三者機関について相談スペースに掲示している。

7. 夜間や休日の体制について確保できているか。															
〔解説〕	地域包括支援センターは、高齢者の権利擁護や虐待など様々な相談・支援に関わることから、緊急時には職員と連絡がとれる体制を確保しておく必要があります。														
①	夜間や休日における緊急時には、職員と連絡がとれる体制が整っている。	○	週末は、管理者が留守番電話の内容を確認している。年末年始等長期休暇時は、センターへの電話が携帯電話に転送されるシステムになっている。連絡網を整備し、職員と連絡が取り合える体制にしている。	○	職員住所録・連絡網は、年度初めに更新し、年度途中に変更した場合もその都度更新し、職員間で連絡を取りあえる体制としている。休日は、管理者が留守番電話の内容を確認し、緊急時の対応に備えている。	○	夜間・休日は留守番電話対応に切り替えている。緊急時に対応できるように留守番メッセージで緊急電話番号を案内し、緊急携帯電話は職員持ち回りで対応している。	○	夜間休日は、留守番電話の音声で緊急電話番号をアナウンスしている。緊急電話で相談があれば管理者が対応し、緊急携帯電話は職員持ち回りで対応している。	○	夜間・週末は留守番電話対応。長期休業時には管理者が緊急用携帯所持し、留守番電話には緊急用携帯電話の番号をアナウンスしている。法人の協力もあり、連絡がとれる体制になっている。	○	営業時間外には留守番電話から事務所の携帯電話に転送されるようになってい。緊急性がある場合には担当者に連絡するなど体制を確保しており、センターのホームページにもこのことを記載している。	○	時間外は留守番電話に設定し、1日2回メッセージを確認している。職員間は連絡網を作成し緊急時に連絡がとれる体制にしている。

8. 人材の育成や支援について、取り組んでいるか。															
〔解説〕	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。														
①	法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるよう配慮している。	○	新人職員をはじめ、全職員に外部研修の受講を奨励し、スキルアップできるような促している。複数人の参加も考慮しながら、受講できる体制を整備している。	○	職員の研修参加は、市や法人からの研修案内を回覧し、参加を奨励している。法人が開催する研修にも可能な限り受講を勧めている。	○	研修案内を回覧し、可能な限り参加するように促している。研修参加費・交通費を支給している。	○	研修通知を伝達し、受講希望があれば勤務調整し最大限参加できるようにしている。また必要な研修があれば参加させるようにしている。	○	法人の支援により、職員がスキルアップのため積極的に外部研修を受けられる環境が整っている。	○	研修費用および交通費は法人が負担し、様々な研修への参加を促し、研修に参加できる体制づくりを行っている。オンライン研修にも積極的に参加し、新しい情報を取り入れるように努めている。今年度は職員1名がホワイトボード・ミーティング® ベーシックの研修を受講。研修費用は法人が負担している。今後はこの技法を活用して、認知症カフェや終活イベントなど様々な取り組み展開を予定している。さらに別職員1名がノルディックウォーキング指導者養成研修や楽10体操インストラクター講座などを受講し、くらわんがウォーカーズ養成レッスンやフォローアップ、地域の介護予防教室で活躍中。	○	研修案内は全員に回覧し、希望の研修に参加できるよう配慮している。研修費用や交通費は法人が負担している。リモートでの研修にも参加できるように、環境を整備した。
②	知り得た情報や知識については、全員にフィードバックし共有している。	○	研修後は、資料を共有できるようにファイリングし、情報や知識を共有している。また、毎朝のミーティングや毎月定例会議にて伝達を行っている。	○	定例会議にて受講内容の報告伝達を行い、全員にフィードバックし、共有をしている。研修資料は回覧後、研修ファイルに綴り閲覧できるようにしている。	○	研修に参加した職員が資料を回覧し、ファイリングしている。定例会議等で伝達研修を行っている。	○	研修報告をシステムに記録し、資料を職員に供覧し、周知している。	○	研修参加後は、朝礼やセンター内会議において伝達研修し学びを深め共有している。また、研修資料はファイリングし供覧できるようにしている。	○	朝のミーティングでの報告や伝達研修等で共有している	○	知りえた情報や知識に関しては、毎朝のミーティングなどで伝達講習を行い、周知している。研修資料はファイリングしいつでも閲覧できるようにしている。

【事業実施計画】（総合相談支援業務）

1. ネットワーク構築が図られているか。															
〔解説〕	地域包括支援センターは、担当圏域にネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者等を見い出すことができます。各種サービス、関係機関等適切に支援できるようつなぎ、継続的な見守りを行います。更なる問題の発生を防止するためのネットワーク構築も必要となります。ネットワークは構築するだけでなく、既に機能しているネットワークも把握・整理し、定期的に見直すことが必要です。														
①	インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、機能や役割を整理したうえで、暮らしまるとべんりネットの更新を行っている。	○	介護保険事業所、医療機関、インフォーマルサービス情報等を収集し、収集した情報をファイリングし、来所者が閲覧できるようにしている。暮らしまるとべんりネットは随時更新している。また、地域カフェや高齢者の居場所等をまとめた「第1圏域地域資源集一覧表」を作成中であり、オンライン発信等も含め、公開を検討している。	○	各自治会や老人会などの社会資源の情報収集を行い、随時、暮らしまるとべんりネットの情報の更新を行っている。	○	インフォーマルサービスの情報を一覧にしてパソコン上で管理している。暮らしまるとべんりネットの情報は変更があれば随時更新している。	○	インフォーマルサービスを含めた地域の情報の把握につとめ、情報の変更があれば、その都度暮らしまるとべんりネットを更新している。	○	大きい地図に社会資源を見やすく落とし込んだものを事務所内に掲示し、随時情報更新している。また、暮らしまるとべんりネット情報や見守り110番協力店舗数を増やすよう努め、情報は更新している。	○	地域の情報を積極的に集め、暮らしまるとべんりネットの入力及び更新を定期的に行っている。（2～3か月1回）	○	介護保険事業所、インフォーマルサービスなどサービス種ごとにファイルを作成している。情報の更新があった場合はその都度整理し、来所者が自由に閲覧できるようにしている。圏域内の医療機関、事業所マップを相談対応する際に活用している。暮らしまるとべんりネットの更新を適宜行っている。
②	圏域における高齢者のニーズ把握を行い、支援内容に対応できるネットワークを構築している。	○	出張相談にて地域住民、高齢者の声を直に聞いて状況を確認したり、第2層協議体の会議で高齢者のニーズや地域課題を共有し、解決に向けた取り組みへつなぐことができるよう努めている。また、民生委員地区委員会の定例会議に出席することで、相談しやすい関係性を築いている。	○	老人会の役員と懇談を行ったり、地域サロン・地域カフェ等で健康相談を継続することで、高齢者のニーズ把握を行っている。また、校区コミュニティ協議会、校区福祉委員会、民生委員地区委員会、社会福祉協議会、行政などと連携し、ネットワークを構築している。	○	第2層協議体の会議に参加し、地域の情報、ニーズを把握している。得られた情報は、介護サービスを紹介する前に地域のサークルや体操教室を紹介する等、総合相談に活かしており、さまざまな状況のケースにも対応できるネットワークを整えている。	○	地域サロンや個別相談等で地域の高齢者の話を聞き、ニーズを把握している。得られた情報を圏域介護保険施設と共有、施設内のスペースを活用した地域交流の場の設置に向けて協議している。コロナ禍の情勢をみながら、新たなネットワーク構築のための取組みを進めていく。	◎	コロナ禍でアウトリーチ活動の場は減っているが、個別支援のケースや、センター横で実施している体操に集まれる方、第2層協議体の生活支援コーディネーター、医療機関、他業種の連携機関、介護保険事業所の相談員からニーズ把握している。それら構築済みネットワークは集う以外の方法で関係性が維持拡充できるよう努め、今年度は新たに就労継続支援B型事業所2か所が加わった。	◎	第2層協議体業務活動などを通じて、高齢者のニーズに合わせた活動を地域の中で生み出すための協議を重ねている。また、くらわんがウォーカーズのリーダーさんと定期的に連絡を取り合い、活動上の困りごと等の把握を行っている。各グループのリーダーさん同士の交流と情報交換の場としてリーダー集会の開催を行った。圏域内にあるUR管理サービス事務所に挨拶に伺ったことがきっかけで、UR本部を通さずに直接センターに相談が入るケースがあり、迅速な対応を行うことができた。	○	コロナ禍で開催回数は減少したが、老人会やサロンでの出前講座、第2層協議体、多職種連携研究会などで高齢者のニーズを把握している。自治会や民生委員、社会福祉協議会などと連携し、ネットワークを構築している。
③	既存のネットワークが有機的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○	居宅介護支援事業所・訪問介護・通所介護事業所との懇談会等において、顔の見える関係作りに努め、個別支援の対応にも活かしている。また、見守り110番協力店舗の拡充にも取り組んでおり、ネットワークの維持・改善に努めている。	○	コロナ禍により対面で集まる機会が減少したため、関係機関との会議等をオンラインで開催し、ネットワークの維持を図った。また、見守り110番協力店舗拡充に取り組み、ネットワークの強化に努めた。	○	圏域内に新規開業したクリニックや店舗があれば見守り110番の協力依頼を積極的にしている。また、第2層協議体の会議に参加した際は、校区ごとの特徴にあわせて連携が取りやすくなるよう検討し、対応している。	○	民生委員や圏域介護保険事業所からの相談対応の際、継続した連携の必要性を伝えており、ネットワークの維持に努めている。また、見守り110番協力店舗と顔の見える関係を築き、センター独自で作成したチラシを活用して引き続き協力を依頼したり、協力店舗拡充に向けて取り組んでいる。	◎	既存のネットワークとはコロナ禍により人数で集う連携事業や行事開催できず、代替手段で関係性の維持・拡充に努めている。今年度はUR都市機構との連携事業を新たに立ち上げた。	◎	有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等をメンバーにした「ひらかた介護向上委員会」では、保健所等と協働で3回シリーズの研修や情報交換会を開催した。顔の見える関係性を作る機会を継続し、自圏域のネットワークの維持に努めている。	○	見守り110番協力店舗を訪問し、顔の見える関係づくりに努めている。地域の集まりや事業所懇談会などを通じて交流を図り、ネットワークの維持改善に努めている。



④	地域のネットワークを活用し、他の関係機関と連携して要援高齢者を支援している。	○	地域での居場所やカフェ等を活用し高齢者を支援している。また、必要に応じて、医療機関・福祉事務所・保健所・コミュニティソーシャルワーカーや法律専門家等とも連携している。	○	民生委員、自治会役員、医療機関、金融機関、消費生活センター、コミュニティソーシャルワーカー、保健所、市担当課等と連携し、虐待や生活困窮ケース等の要援高齢者の支援を行っている。	○	困難ケース等要援高齢者の支援では、担当民生委員等と連携し、地域の中での様子を確認、必要な制度・サービス等につなげている。65歳以下の家族等への支援が必要な場合は、社会福祉協議会や保健所等と情報共有し、役割分担等を行い、連携して支援している。	○	民生委員、地域のシニアクラブ、自主組織、医療機関、社会福祉協議会等、関係機関と円滑に相談できる体制を整備しており、今まで構築してきたネットワークを最大限に活用し、要援高齢者を支援している。	◎	今年度は新たにUR都市機構との連携事業を既存の事業に加え立ち上げたことで、地域住民のニーズ把握と支援につながる場が増えた(健康講座・体操・花壇の整備など)。個別相談からその場に繋ぐ機会もあり、機能性は増している。また、センターで把握している要援者(脆弱者リストあり)については定期的にフォローの連絡をし、有事の際に関係機関と連携、支援できるよう関係性の維持に努めている。	◎	圏域内のURに暮らす一人暮らし高齢者の支援では、UR、複数の市町村担当課と連携し、医療機関受診・退院支援やサービス導入のサポートを行い、在宅生活が安心して送れるように体制整備を行った。また、市内の医療・介護・福祉が集まるオンラインサロンや第6圏域に限定したオンラインカフェを開催し、地域のネットワークが途切れない仕掛けをしている。	○	民生委員や見守り110番協力店舗、行政機関、各関係機関などとネットワークを構築し、要援高齢者を支援している。困難ケースがあれば、家族や民生委員、関係機関を含めて個別地域ケア会議を実施している。
---	--	---	---	---	---	---	--	---	--	---	---	---	---	---	--

2. ネットワークを活用し実態把握を行っているか。

地域包括支援センターは、ネットワークを活用しながら様々な手段により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。常に高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となり、「早期発見」「早期対応」につながり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。

①	隠れた問題やニーズを早期発見するために、高齢者の個別訪問を行うなど必要に応じて、アウトリーチによる相談・対応をしている。	○	近隣住民やケアマネジャー、市担当課からの通報等の際は速やかに訪問し、高齢者の状況把握に努めている。特に虐待が疑われるケース等、即時対応が必要と予測される場合は、できる限り迅速な訪問、相談対応等を行っている。	○	家族、民生委員、自治会役員、近隣住民等から連絡があれば自宅訪問し、実態把握をしている。また、必要に応じて「お元氣訪問」を理由に、アウトリーチを図っている。	○	センターが高齢者の相談窓口であることを自治会の回覧等で周知を図り、ニーズの早期発見に努めている。地域住民や民生委員から相談を受け、個別訪問にて実態把握を行い、関係機関と連携して対応に当たっている。	○	地域の社会資源、関係機関、民生委員や第2層協議体、出前講座等から情報を得て、すみやかに訪問し、実態把握を行っている。	◎	民生委員や既存の関係機関、地域の他業種等からの相談があれば速やかに訪問する等の対応を行っている。また、今年度は地域からのニーズをもとに、センターの場所と連絡先をメインにした簡易なチラシを新たに作成し一部の自治会館に設置した。それを持参し来所されたり、電話相談もあり。また、生活課題はあるが支援を希望しない1人暮らし高齢者について、地域と連携して個別のアウトリーチを継続し、定期的に見守りや安否確認を行っている。	◎	民生委員、地域住民、関係機関等から相談があれば速やかに訪問し対応している。また、今年度は地域アセスメントでハイリスクエリアとなっているA町で、民生委員、校区福祉委員、センター職員とで「気になる高齢者」を把握するための情報交換会とマップづくりを行った。民生委員の困りごとを見える化することで、新たな課題に気づくことができた。認知症等で気になる高齢者を後追いするなどして問題の深刻化防止に努めた。	○	民生委員、地域からの相談や情報提供があれば、個別に訪問し実態把握を行い早期対応できるように努めている。現在は新型コロナウイルス感染症の影響で行っていないが、今後は今までもも行っていきたく、元氣はつらつ健康づくり事業などで高齢者の実態把握を行い早期対応ができるように努める。
②	様々な社会資源や関係機関等から情報収集を行い、高齢者の心身の状況や家族の状況等について実態把握を行っている。	○	迅速な訪問が難しい場合は、民生委員やケアマネジャー、金融機関・新聞配達事業者・配食事業者などの民間事業者等、関係機関との連携を密にし、実態把握を行い、早期に適切な対応を行うようにしている。	○	早期の訪問が難しい場合は、民生委員、自治会役員、医療機関や薬局、金融機関、コミュニティソーシャルワーカー、保健所、生活福祉担当、市担当課等と連携して情報収集し、実態把握を行っている。	○	早期の訪問が難しい場合、地域住民・民生委員、自治会役員、介護保険事業所・警察・保健所・地域の事業所(薬局・銀行・郵便局等)から情報を得て、実態把握を行っている。	○	民生委員、UR管理サービス事務所、自治会、配食事業者、医療機関等、地域から情報を得ている。訪問等で本人の状況を確認後、不足している情報があれば関係機関に確認、実態把握に努めている。	◎	民生委員や既存の関係機関、地域の他業種(金融機関・工務店・衣料品店・小売店・酒屋・配食事業者等・司法書士総合事務所)とは、コロナ禍で連携事業の機会は減ったが、センターの広報紙を年に2回は置いて頂く機会を連携関係維持に努め、有事の際は支援に必要な情報共有が速やかに行っている。生活課題はあるが支援を希望しない一人暮らし高齢者について、地域と連携し、定期的に見守りや安否確認を行っている。また、連携機関から「見守り110番」の通報数は今年度も増加し、対象者把握と支援介入のきっかけづくりに機能している。	◎	民生委員や地域住民、見守り110番協力店舗、関係機関等と連携し情報収集を行っている。また、コロナ禍で地域に出る機会が減っていることから、民生委員へのヒヤリングを継続している。新しい民生委員など、困りごとを抱えている方も多くニーズ把握に努めている。	○	民生委員、地域住民、介護保険事業所、その他関係機関などから情報を収集し実態把握に努めている。

3. 適切に総合相談業務が実施されているか。

地域包括ケアとしての継続支援の「入り口」となるのが「総合相談」です。地域に住む高齢者の様々な相談を全て受け止める、ワンストップサービスに心掛け適切な機関、制度、サービスにつなぎ、継続的にフォローアップしていくことが重要です。身近に信頼し継続的に相談できる拠点となり、相談者の多様な状況に的確に対応できる仕組みが必要となっています。

①	本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談に対して、相談者との信頼関係を構築しながら、的確な状況把握を実施すると同時に、相談内容に即したサービスや制度に関する助言、関係機関の紹介等を行っている。	○	相談内容に耳を傾け、内容に応じた制度やサービスの利用方法の説明をしている。また、インフォーマルサービス(地域高齢者の居場所等)をはじめ、多様なサービスについて紹介を行っている。	○	相談があれば、相談者との信頼関係構築を心がけながらアセスメントを行い、相談内容に即した情報提供を行うようにしている。近隣住民や民生委員からの相談の場合は、関わりのある方に連絡調整や初回訪問時の同行を依頼し、ケースに応じて関わり方を工夫し支援につなげている。	○	地域の行事、会議に参加することで、地域住民との信頼関係は構築している。相談を受けた際は、すみやかに訪問して状況把握に努め、地域のインフォーマルサービスや制度につなぎ、相談内容に応じて保健所等、他機関を紹介している。	○	本人、家族、近隣住民に「高齢者のなんでも相談窓口」と周知している。相談があった際は適切な関係機関につなぎ、それをシステムに記録、ミーティングでも情報共有し様々な対応をしている。	◎	主訴が不明瞭で実態把握が難しいケースや複合的課題のあるケース等の増加により相談内容が複雑化している現状はあるが、面談を通じ信頼関係を築いていくなかで、困りごと・ニーズを整理できるような努めている。相談内容に即したサービスや制度に関する助言、関係機関の紹介についてもわかりやすい表現で丁寧に説明し、ケースによって仲介支援や継続的な関わりを続けている。	◎	約10年間もの間、伴走支援を続けている妄想のある高齢者の支援について、近隣住民、民生委員、社会福祉協議会等と連携しながら支援を行っている。困りごとが起きた時には迅速な対応を行い、信頼関係の構築を図っている。相談内容に応じて各制度のパンフレットなどを活用して説明し具体的な情報を提供するようになっている。	○	相談があった場合、必要に応じて自宅訪問を行っている。その後の状況を確認するため訪問や電話で継続した関わりを持つようし、信頼関係の構築や状況判断を行うようにしている。相談内容に応じて各制度のパンフレットなどを活用して説明し具体的な情報を提供するようになっている。
②	初期段階での相談については、的確に状況を把握した上で、緊急性を判断し、適切な対応ができている。	○	初期の相談に対し協議が必要と判断したケースは複数職員で情報共有し、緊急性が高いと判断した場合は市担当課や関係機関と連携し対応にあたっている。	○	緊急性の判断については、センター内でその場にいる職員全員で協議し、必要に応じて複数職員で対応している。	○	初期段階で必要な情報を聞き取り、緊急性があると判断した場合は、市担当課や関係機関と連携しながら複数の職員で対応に当たっている。	○	初期の相談はシステムに記録し、情報共有し緊急性を判断している。早急に緊急性を判断する必要がある場合は、対応者が管理者に報告または連絡し、随時対応している。	◎	初回相談については管理者へ報告し、緊急性の判断は所内にて検討したうえで、即時対応するよう努めている。	◎	随時の話し合いや、毎朝のミーティング等で必要に応じて複数職員での緊急性の判断を行っている。	○	センター職員全員で情報共有や対応の検討を行い、対応に適した職種が関わるようにしている。必要に応じて複数の職員で対応し様々な方向性から支援方法を検討し、各関係機関に協力要請している。
③	本人のライフステージや役割、環境との関わりを考慮しながらニーズを把握し、適切なスクリーニングを実施し、専門的・継続的な支援をしている。	○	本人の意向や状況を確認、それらに応じた機関や制度・サービス等につなぐことができるよう、関係機関と情報共有し、見守り訪問や定期的な電話連絡等の専門的・継続的な支援を行っている。	○	必要に応じて関係機関や関係者と情報共有し、見守り訪問や電話連絡を継続するなど、専門的・継続的な支援を行っている。	○	訪問による実態把握後、状態に合わせて保健所、コミュニティソーシャルワーカー等の専門・関係機関と情報共有し、協働して専門的・継続的な支援を行っている。	○	本人のライフステージと共に、最大の環境因子である家族関係も考慮しながら対応し、すみやかに多機関につなぐ等、次の対応を検討し、関係機関等と連携して支援を続けている。	◎	アセスメントを通じニーズを把握し、専門職種間でスクリーニングの上、専門的・継続的な支援をしている。相談者が本人自身で介護予防支援のニーズがある場合は、なるべく基本チェックリスト実施し、スクリーニングの上必要であれば要介護認定の支援をしている。	◎	認知症の高齢者と障害のある娘の支援について、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等と連携し、市障害担当課など多機関に働きかけながら介護保険サービス導入に向けた支援を行った。経済的不安からお金に強い執着がある高齢者の気持ちに寄り添い、関係性を構築しながら丁寧に関わることで在宅生活の維持・継続が可能になった。	○	継続的な支援が行えるよう所内で検討し、その後の経過などを関係機関に確認するなどしている。ニーズを把握し専門的・継続的な支援ができるよう努めている。
④	対応した職員以外でも再相談等に際されるよう相談記録を作成し、整備している。	○	相談記録は即時システムに入力、毎朝のミーティングでも職員間で情報共有し、他職員でも対応できるようにしている。また、より円滑に職員間の情報共有が図れるよう、定例会議等で支援経過記録記載内容等に関して検討していく。	○	対応した職員以外でも再相談に応じられるよう、相談記録はシステム入力し、朝礼等で情報共有している。	○	相談内容はシステム入力し、他職員でも対応できるようにしている。緊急対応が予測されるケース等は、朝礼・夕礼にて全職員で情報共有し、必要時、書面等で回覧し周知を図っている。	○	相談内容はシステムに記録し、ミーティングで共有、他の職員でも対応できるようにしている。	◎	対応した職員以外でも再相談に応じられるよう支援経過に記録を残している。また継続的な対応が予測されるケースについてはその都度情報共有している。	◎	相談記録は随時入力し、再相談にも対応できるように整備している。	○	相談記録は随時作成し、毎朝の朝礼で前日に対応したケースの報告を行い、対応方法の検討や情報共有ができるようにしている。

4. 生活支援の体制構築が図れたか。															
【解説】 医療、介護のサービス提供だけでなく、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦紹介、商工会、民生員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に行っていくことが重要です。元気づくり・地域づくりプロジェクトの取組内容の共有や、医療・介護連携にかかる会議等の開催や連絡調整、元気づくり・地域づくりコーディネーターの支援を行う等により、互助を基本とした生活支援サービス等が創出されるような積極的な取組み体制の整備・運営を行うものです。															
①	担当する圏域内の地域課題を整理し、課題解決に向けた計画を作成するなど、取組みを行っている。	○	第2層協議体で地域課題に関する意見交換を行い、出された意見を参考に実現に向けた計画と取組みを行っている。感染症予防対策についても対応策の工夫について情報共有を行った。	○	第2層協議体や校区、自治会、民生委員などにアプローチして、地域課題を把握整理し、事業計画を作成し、ひらっぴー倶楽部の開催や、毎朝のひらかた元気づくりわんか体操の実施などの取組みを行っている。	○	地域の特性に応じて校区・民生委員にアプローチし、第2層協議体の会議参加を通じて各地域の取組みをサポートしている。	○	圏域の課題を第2層協議体を通じ抽出し、その解決方法を事業計画に落とし込み、第2層協議体に提案し具体的にひとつずつ取り組んでいる。	○	各小学校区ごとの地域課題を整理し、年度当初に課題解決に向けた業務計画を策定し取り組んでいる。昨年度は「センターから見える小学校区」として、地域課題を生活支援コーディネーターと共有した。その後はコロナ禍で地域活動の進捗がなく同じ課題を持ち越している。	◎	コロナ禍で高齢者のフレイルの問題が深刻化する中、課題解決の取り組みとして、人とのつながりを持ちながら安全にできる活動として「くわんかウォーカー」の周知活動を計画的に実施した。具体的には、各校区の担当職員から各老人会等にアプローチして、関心を示された団体に対しては体験会を開催するなどして広めていった。現時点で圏域内に8グループ、165名のくわんかウォーカーが誕生している。	○	第2層協議体を通じて課題抽出し整理している。整理した課題は事業計画に反映させ取り組んでいる。
②	担当する圏域内の協議体に参画し、助言や技術的支援などにより、活動や取組みの支援を行っている。	○	第2層協議体事務局として協議体運営事務、協議体事業の実施、各校区第2層生活支援コーディネーターの活動支援等の役割を積極的に担っており、有効な関係性を構築している。	○	第2層協議体が開催しているカフェ活動に健康相談や出張相談として参画し、活動支援を行っている。	○	第2層協議体事務局として会議や行事に関わり、市の事業等についての情報提供や助言などできる範囲での支援を行っている。	○	担当圏域の協議体に参画し、「地域の居場所がないもしくは遠方なので行けない」という課題があり、第1層協議体会議資料を用い第2層協議体会議開催時や個別に助言している。コロナ禍で会議開催は中止が多く議論は進んでいない。今年度は、オリンピック選手を応援するポスター作りと配布により地域のつながりを維持するという地域発信の取組みを支援した。	○	協議体構成団体に出前講座等の支援をしている。また、互助の取り組みについては、他校区の好事例を随時、第1層協議体会議資料を用い第2層協議体会議開催時や個別に助言している。コロナ禍で会議開催は中止が多く議論は進んでいない。今年度は、オリンピック選手を応援するポスター作りと配布により地域のつながりを維持するという地域発信の取組みを支援した。	◎	各校区の特性に応じた取り組みが行えるよう、第2層生活支援コーディネーターや第2層協議体構成員等との意見交換を行いながら取り組みを進めている。その中で、お助けメイトの活動開始に際し軌道に乗るまでの2か月程度コーディネーターとともに取り組むなど校区へ伴走型支援を行った。	○	第2層協議体に参画し、出前講座を地域の課題やニーズに合わせて実施するなど活動や取組みの支援を行っている。また、認知症やフレイルの早期発見および潜在する課題やニーズを抽出するため、地域に向けたアンケートの実施を提案し、内容は第2層協議体と検討している。
③	担当する圏域内の協議体と医療・介護連携にかかる会議等との連携や調整を行っている。	○	第2層協議体のメンバーに医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・訪問介護事業者・介護保険施設・有料老人ホーム等、医療・介護の専門機関が入っており、効果的な連携や調整が可能となっている。	○	A校区では第2層協議体の構成員として開業医も入っており、医療として専門的な分野から、開業医によるコロナ禍における認知症予防などの話をしてもらい、医療的な見地から構成員がより深く理解することにつながった。	○	事業所連絡会等の各種会議で第2層協議体等の他会議の情報提供を行い、必要な連携や調整の支援を行っている。	○	担当圏域の協議体で検討し、地域の高齢者に介護予防を啓発するために「健康交流会」を開催、地域の会議と連携し介護事業所が連携し、講座を開催。今年度初めにより多くの事業所と、住民に集まってもらう企画を進めていたが地域の意見を聞き、感染対策困難なため、中止となった。また地域と相談し今年度6月、10月に行う予定であったがそれも中止になり、今後の相談が必要。	○	介護事業者が地域と連携できる調整や、多職種連携事業、第2層協議体会議構成団体所属の個人との関わりにより随時意見交換継続している。コロナ禍で集う会議はできないため、地域の情報を集約し関係者と随時共有するよう努めている。	○	多職種連携研究会（コロナ禍によりオンライン併用で開催）には医療・介護だけでなく民生委員や校区コミュニティ、第2層生活支援コーディネーターにも参加してもらい、コロナ禍の訪問看護の活動報告をテーマに、今後のそれぞれの活動内容を検討する機会とした。	○	新型コロナウイルス感染症拡大により開催時期は未定であるが、地域事業所懇談会を今年度中に実施する予定。
④	担当する圏域内において第3層生活支援コーディネーターの養成や育成を行っている。	○	第3層生活支援コーディネーターである圏域ケアマネジャーに対して、常に最新情報に更新した地域資源情報一覧表を活用説明を添え配布し、第3層生活支援コーディネーターの育成や業務の推進を図っている。	○	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカーを交えて事例検討会を行い、第3層生活支援コーディネーターの育成を行った。	○	地域のケアマネジャーに対し、日頃から第3層生活支援コーディネーターの役割を意識してもらえよう事業所連絡会等のテーマに取り入れている。	○	新たな圏域内のケアマネジャーに地域資源の活用を促したり、新たに変わった枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターとの連携を取っている。	○	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと第3層生活支援コーディネーターの養成・育成について計画をしている。	○	第3層生活支援コーディネーター向け情報交換会を開催した。インフォーマルサービスの活用を焦点をあて、社会資源の情報交換、「おたすけメイト」の紹介等を行った。この後「おたすけメイト」につながった例がある。	○	第3層生活支援コーディネーターの養成および育成について検討中。
【事業実施計画】（個別地域ケア会議）															
1. 個別地域ケア会議（個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議）															
【解説】 地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、(i) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 (ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステムもひとつの体制であることを再認識し、それぞれを実施や構築することを目的化することなく、すべての活動は地域の高齢者を始めとする住民が尊厳を保持した生活を地域で継続できることを目指していることを忘れてはなりません。															
①	個別ケースの支援内容の検討を通じ、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	○	圏域のケアマネジャーに自立支援型地域ケア会議に参加してもらうことで、事例検討を通じて自立の概念や自立を促す支援について共有し、より理解を深めることができるような機会を提供している。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、事例を通じて自立や自立支援の概念の共有化を図ることで、今後の自立支援の方向性や地域課題などをケアマネジャーに考えてもらう機会となっている。	○	自立支援型地域ケア会議はコロナ禍の情勢をみながら、可能な限り開催している。令和3年7月開催時は、居宅介護支援事業所も参加した。今後も情勢をみながら、圏域のケアマネジャー等にも参加を促し、自立支援についての理解を拡げられるよう努める。	○	自立支援型地域ケア会議を開催、圏域内のケアマネジャーに参加してもらい、事例や会議内フリートークを通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立の概念、手法等の共通理解を推進している。会議内で習得した学びは、各居宅介護支援事業所のケアプランに反映されている。	○	年間10ケース検討を目標に自立支援型地域ケア会議を開催している。開催準備の段階から会議終了後の経過を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立の支援を行う良い機会となっている。また、個別地域ケア会議は随時開催しており、ケアプラン内容を確認する機会になっている。会議の結果、より具体的にインフォーマル支援がプランへ位置付けられている。	○	地域ケア会議を受けた際には、高齢者の自立支援を意識してアドバイスしている。委託先のケアマネジャーから介護保険制度に理解のなく、なんでもヘルパー任せにしようとする利用者への対応について個別地域ケア会議で話し合いを行い、対応方法や今後の方向性について検討した。	○	2か月に1度、自立支援型地域ケア会議を開催している。圏域内の居宅介護支援事業所に検討事例の協力を依頼し、事例の検討を通じて自立支援に資するケアマネジメントの意識を持ってもらえるように努めている。

<p>② 個別ケースの支援内容の検討を通じ、課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行っている。また、把握された地域課題の解決に向けて地域ケア会議等で検討されている。</p>	<p>○</p>	<p>自立支援型地域ケア会議にてケース検討することで、個別課題がひいては地域課題でもあることを共有でき、解決に向けた支援を検討するネットワークの構築にもつながっている。また、今後必要に応じ、個別地域ケア会議を開催していく。</p>	<p>○</p>	<p>高齢者の居場所の問題やコロナ禍におけるフレイル予防等、自立支援型地域ケア会議で抽出された課題について、校区等で検討してもらっており、地域の事業として取り組まれた事例もある。</p>	<p>○</p>	<p>個別地域ケア会議や自立支援型地域ケア会議で抽出した課題を基に、地域住民と共有し、各校区への地域活動へとつなげている。</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>
<p>③ 検討した個別事例を、一定期間モニタリングを行い、評価や方針の修正を行っている。またモニタリング結果を会議の参加者等に情報提供している。</p>	<p>○</p>	<p>自立支援型地域ケア会議で検討した事例について、モニタリングや評価、方針の修正、必要時参加者との情報共有等を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>検討した個別事例について、支援計画の目標を変更したり、サービス終了に向けて利用者へ働きかけており、支援経過を会議に出席した事業所等と共有している。</p>	<p>○</p>	<p>自立支援型地域ケア会議で検討したケースは、年度末に評価予定としており、その際、関係機関にも情報提供している。個別地域ケア会議は、検討後もモニタリングを行っており、関係者と情報を共有している。</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>

【介護予防ケアマネジメント】

1. 介護予防ケアマネジメント（介護予防・日常生活支援総合事業）

介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業その他の適切な事業が包括かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです（法第115条の4第1項第1号）。介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、自立支援の視点によって、今後、対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有するとともに、対象者自身の意欲を引き出し、自主的に取組を行えるよう支援します。そのためには、介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を一体的に組み合わせながら支援していくことが必要です。既存の資源は何かあるのかを把握し、活用するとともに、不足する資源を把握し創出に向けた取組につなげていくことが求められます。

介護予防・生活支援サービス事業におけるケアマネジメント

<p>① 自立支援の視点に基づき、一定期間取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうかを具体的に評価できる目標を設定し、継続的な支援を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>客観的な評価が可能な各々の自立支援の視点に沿った目標を設定し支援している。</p>	<p>○</p>	<p>達成可能な目標を段階をおって具体的に表現、設定し、評価を行ない、達成することにより自信や生活意欲の向上を図り、自立した在宅生活を継続できるように支援している。</p>	<p>○</p>	<p>基本チェックリストや興味・関心チェックシートを活用し利用者や相談しながら達成可能な目標を設定している。また評価しやすい回数や数値などで表現するよう心がけている。</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>
<p>② 自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うための支援を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>今期は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、介護予防・健康づくりの企画は見合わせているが、社協もあればさらにフレイルや自宅で行える運動等の情報を掲載及び配布し、健康維持に向けた取り組みを行なった。</p>	<p>○</p>	<p>コロナ蔓延・自粛生活により住民との関わりが少なくなっているが、民生委員、老人会会長等と連絡をとりあいながら、現状確認を行ない、地域住民を地域の活動に繋いでいる。また、広報紙の記事に笑いと免疫の話やフレイル予防などの記事を掲載し、自ら介護予防・健康維持に取り組めるよう啓発した。</p>	<p>○</p>	<p>利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の目的を説明し、生活機能の向上に対する意欲を引き出すよう心がけている。また具体的なセルフケアの取組を指導するため、リハ職が高評価事業を活用している。</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>
<p>③ 自立支援の視点に基づき、適切な支援ができるよう地域包括支援センター内での課題検討等の取組を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>プラン作成時にサービス利用等で迷う場合、適切な支援が可能となるよう、センター内で各ケースの課題検討を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>困難事例が増えているが、センター内で情報共有しながら、課題整理を行ない、適切な時期に適切な支援ができるようにしている。自立支援型地域ケア会議でケアマネジャーが提出したケースは、支援計画書を持参された時に、その後の状況を振り返っている。また、所内定例会議で、自立支援型地域ケア会議の振り返りを行い、会議内容を共有している。</p>	<p>○</p>	<p>朝礼、夕礼、ミーティング時に情報共有し課題検討を行っている。自立支援型地域ケア会議の前にはセンター内でケース検討を行い、会議後には内容を共有し、職員全員で自立支援について考える機会を持っている。</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>
<p>④ 介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業、社会資源等を一体的に組み合わせながら支援している。</p>	<p>○</p>	<p>利用者により介護予防・日常生活支援総合事業の「教室型通所事業」や一般介護予防事業の「こころ介護予防教室」他にも、各種地域資源「高齢者居場所」「地域カフェ」「趣味の集い」等を組み合わせ自立に向けた支援を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>緊急事態宣言下で情報の変更も多いため、迅速に対応できるように常に新しい情報を把握するようにしている。ここから介護予防教室やセンターで毎朝行っている体操に繋ぐなど、一般介護予防事業や社会資源等を組み合わせながら支援している。</p>	<p>○</p>	<p>介護予防・日常生活支援総合事業の理念をもとに保健師にて自立支援の視点から、相談室に「V字回復表」を見やすく貼り付け、理解を促し、地域の取組等の情報や一般介護予防事業、社会資源を一体的に組み合わせながら支援できるように、意識づけを行った。介護サービスのみならず、インフォーマルの提案、地域活動での可能な範囲での参加や役割などを持ち、生活が送れるように支援をしている。買い物困難な場合は配達サービスや移動スーパーの提案など、極力、できる能力を活かすことができるよう提案</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>○</p>

<p>⑤ 初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センター職員が行っている。</p>	○	<p>初回のアセスメントはセンター職員が行っている。</p>	○	<p>初回はセンター職員にて、介護保険についての説明やサービスの必要性をアセスメントし、適切な自立に向けての支援を提供できるように支援している。</p>	○	<p>初回の介護予防ケアマネジメントは必ず地域包括支援センター職員が担当している。</p>	○	<p>初回はセンター職員が行っている。</p>	○	<p>初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。</p>
<p>一般介護予防事業におけるケアマネジメント</p>										
<p>⑥ 脆弱な高齢者を把握するための取組みを行っている。</p>	○	<p>地域カフェ等での出張相談や各種出前講座の時に把握することに努めている。コロナ禍にあっては、民生委員との連携により詳細な状態把握に努めている。</p>	○	<p>民生委員や住民から情報を得て、気になる高齢者に対しては、必要に応じ訪問し、医療に繋ぐ場合もある。現状把握と支援の必要性を検討し、センター内で共有しながら対応している。</p>	○	<p>今までは出前講座や元気はつらつ健康づくり事業などで地域に向いた際に基本チェックリストを行うことで脆弱な高齢者を把握していたが、地域行事が中止となっているため、民生委員との連携で脆弱な高齢者の把握を行っている。</p>	◎	◎	◎	◎
<p>⑦ 一般介護予防事業の紹介等の必要な情報を提供し、高齢者本人が地域における集いの場に自ら積極的に参加していくことなどセルフケアに取組むための個別支援を行っている。</p>	○	<p>一般介護予防事業のここから介護予防教室だけでなく、地域資源情報一覧表を常に更新し、相談者本人や家族に地域カフェや趣味の集い、サロンなど地域の高齢者居場所を積極的に紹介し、セルフケアを促している。</p>	○	<p>コロナ禍で地域での活動も休止されている所が多く、情報提供を行ない、ケースによっては、老人会に繋ぎ、初回同行するなどしている。</p>	○	<p>相談内容に応じて一般介護予防事業の情報提供を行っている。コロナ禍で地域活動は中止が多く、長引く自粛生活で閉じこもりからフレイルになる恐れがあるため、自宅で取り組めるセルフケアに関する情報をチラシで地域住民に配布している。</p>	○	○	○	○
<p>⑧ 高齢者元気はつらつ健康づくり事業等の介護予防や健康づくりの推進のための取組みを企画する場合は、事業の目的に沿った目標を設定するなど企画内容を評価できる仕組みを意識している。</p>	○	<p>状態の異なる高齢者の目標を設定することは難しいが、事業終了後に各地域に向かう際、参加者に感想を聞くとともに、意欲や意識の変化・状態の変化を確認している。</p>	○	<p>元気はつらつ健康づくり事業はコロナ感染拡大により延期となっているが、「元気はつらつ健康づくり事業」や「ひらっぴー倶楽部」の開催は住民からもニーズがあり、状況が安定すれば、すぐに企画できる準備をしている。</p>	◎	<p>A校区の団地内で、買い物（近隣のライフ等）に行けない高齢者の状態は、腰痛・ひざ痛が多いとの実態把握より、今年度中にノルディック・ウォーキングを開催し、膝や腰に負担なく、ポールを用いた負担のない歩行方法を習得できるように企画している。</p>	○	○	○	○
<p>⑨ 介護予防の取組みを推進するため、自主グループの活動の支援を行っている。</p>	○	<p>令和2年7月よりセンター主導で開催を始めた「ひらかた体操教室」は、自主グループの開催へ移行が進んでいたが、コロナ禍で活動が途切れていたため、再開後改めて支援していく。</p>	○	<p>定期的に集まっている老人会やサロンも延期している所が多いが、毎月、代表者とは連絡を取り合い、開催時期・運営状況の確認を行ないながら、介護相談・健康相談ができるようにしている。また、事務所前で行なっているひらかた元気くらわんか体操に参加されている住民にはアンケートを取り、健康に対する意識・関心事を調査し、講座を企画していく。</p>	○	<p>2021/07に継続支援を老人会で行うことができた。毎日、集まり体操を行っている自主グループであり、介護予防の取り組みに対し、市役所の表彰等も含めて、高い意識付けが生まれるように支援できた。またその効果を自治会にも広報している。</p>	◎	◎	◎	◎

【権利擁護】															
1. 成年後見の活用に関する取り組みができていますか。															
【解釈】	認知症等によって判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭管理などの支援を行うため、成年後見制度を活用することが有効です。地域包括支援センターでは、成年後見制度の活用を幅広く普及させるための広報等の取り組みを行ったり、医療機関や成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携が求められています。また、成年後見制度の利用に関しては、適切なスクリーニングを実施することは勿論、制度利用が必要な場合の、申立て支援を実施することが重要です。														
①	成年後見制度（法定後見・任意後見）を幅広く普及するための活動を行っている。	○	「社協こもれびだより」に成年後見制度に関する記事を掲載、地域住民への周知を行った。また、センターの掲示板等を利用し、パンフレットを設置している。	○	市のパンフレットを配布し、各事業所懇談会の機会や民生委員に対し、センターが相談窓口であることを周知している。年4回発行「社協ふれあいだより」に、成年後見制度の記事を掲載。また、第2層協議体の会議にて、「ひらかた権利擁護成年後見センター」設立を紹介する等、制度や関係機関について周知啓発を行っている。	○	事業所所在ビル玄関に相談窓口であること掲示している。相談対応やケース支援の際は、パンフレット等を用い、制度について説明している。また、民生委員・ケアマネジャー懇談会を開催時、ひらかた権利擁護成年後見センターの公演を実施し、普及啓発活動に努めた。	○	地域サロン等の場に出向き、センターで作成したチラシや枚方市発行のパンフレット、ひらかた権利擁護成年後見センターのリーフレットを配布、制度や相談先を説明し、周知している。	○	地域向けの周知活動は三つ折りリーフレットや機関誌を活用することが中心となっている。個別相談は増加しており、ケースを通じ対象者や対象者家族、介護保険事業所等に制度を正しく理解いただき、必要な方に活用いただけるよう普及活動を行っている。	○	ホームページやセンター公式LINE等を活用し制度について周知できるよう取り組んでいる。またスーパーマーケットの休憩スペースにセンター専用の情報ラックを常設し買い物客への周知を併せて行っている。	○	独自のチラシを作成し、センターに掲示している。また地域住民への出前講座や民生委員地区委員会等に周知活動を行っている。
②	申立て支援を行うなど、成年後見制度利用が円滑に実施出来ている。	○	成年後見制度利用が必要と考えられる相談があった際は、積極的に情報提供するとともに、職員間でケースの情報を共有し、必要な情報がもれなく提供できるよう努めている。また、後見申立てを行う場合は、本人、家族と相談しながら司法書士や行政書士等専門機関につなぎ、申立てが完了するまで経過を確認、必要な支援を行っている。	◎	家族やケアマネジャー等関係機関から相談があれば、制度やサービスの説明を行い、必要に応じて司法書士等、各専門機関と連携している。親族がおらず、認知機能低下のため金銭管理が困難となったケースに対し、個別地域ケア会議開催後、本人希望により成年後見制度を申請し、申立て書類作成・家庭裁判所への郵送を支援、裁判所書記官の訪問面談に同席したケースがあった。	○	センター職員が定期的に訪問し、公的支払い滞納分等の支払い補助を行っているケースに対し成年後見制度の利用を検討しており、成年後見制度申立ての書類を準備している。	○	必要時、申立て支援を行えるようセンター内で体制を整えている。権利擁護に関する研修に積極的に参加して知識の向上を図り、日々、関係機関との連携体制も強化している。	◎	令和3年1月～6月までの半年間で10名の相談対応(ケアマネジャーを通じての相談もあり)を行っており、任意後見制度に関する相談も増加傾向にある。事前に面談し制度利用の必要性を確認したのち、専門家へつなぎ申立て支援を行っている。司法書士会との連携により、生活背景が困難なケースについても関係機関で役割分担しながら柔軟に対応することが出来ている。	◎	一人暮らしの男性で、判断能力の低下があり自宅がゆがむゴミ屋敷状態でサービスに繋がらず膠着していたケースにおいて、本人の入院を機に適宜に住む身内と連絡を取り合いながら司法書士とも連携し申立て支援を行った。	○	本人やその家族、関係機関等に制度説明を行い、必要に応じて法律職と連携を取り支援を行っている。また、成年後見制度用診断書作成にあたり、主治医による作成が困難な場合、作成にあたっての説明を行っている。それでも困難なケースに関しては、ひらかた権利擁護成年後見センターと連携し、専門医の紹介を行い、制度利用に向けて対応を進めている。
③	日常生活自立支援事業や成年後見制度などの権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っている。	◎	本人のニーズや状況に応じたサービス・制度を検討、選択できるよう情報提供し、司法書士・行政書士等の専門職、ひらかた権利擁護成年後見センター等と連携して対応している。頼れる親族がおらず、判断能力低下のため金銭管理が困難で、食料の確保等日々の生活全般に影響が生じているケースに対し、本人、家族と相談しながら、介護保険サービス・日常生活自立支援事業につなぎ、現在、成年後見制度の申立て書類作成等、支援を行っている。	◎	医療機関や関係機関と情報共有、役割分担して支援し、日常生活自立支援事業の利用につなげたケースがあった。また、遺言相続手続きや金銭管理が困難で、民生委員やケアマネジャー、介護保険事業所等で支援してきたケースに対して、個別地域ケア会議開催後、成年後見制度を利用できるよう行政書士へつなぎ、関係機関と連携を図り、今後の生活維持に向けて関わっている。	○	家族や施設関係者、ケアマネジャーなどから相談があれば、日常生活自立支援事業や成年後見制度等について情報提供している。また、必要に応じて個別地域ケア会議を開催したり、生活福祉担当や保健所等の関係機関と連携、支援を進めている。	◎	個別相談の際、随時、日常生活自立支援事業、成年後見制度活用について説明している。認知機能が低下し金銭管理に課題がある対象者に対し、日常生活自立支援事業の説明、申請までの調整を行い、利用につなげた事例があった。その他、債務整理のため法テラスにつなげたり、障害年金受給に向けて相談機関と連携して支援したり、ケアマネジャーからの情報提供により制度利用につなげたケース等、関係機関と連携し、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っている。	◎	日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行したケースや任意後見契約を交わしたケースもあり、本人のニーズに即した適切な機関やサービスにつなぐことが出来ている。制度へつなぐまでの一時的な支援にとどまらず権利擁護の視点で本人の生活維持を図り、成年後見人や介護保険事業所等の関係機関とも必要に応じて情報共有や連携支援を行っている。	◎	一人暮らしの男性、判断能力の低下により日常生活自立支援事業を利用開始。その後、債務整理のために弁護士に介入を依頼。成年後見制度の申立てにも繋げ、本人の自立生活の維持を図っている。また、一人暮らしの女性のケースでは司法書士と連携し、遺言書の作成や任意後見制度の申立てを行うことで、本人の意向に沿った支援ができた。	◎	別居家族からの金銭搾取を受けた高齢者夫婦に対して、金銭管理が適切に行っていない状況から日常生活自立支援事業と市長申立てによる成年後見制度の活用に向けた支援と並行し、安定した生活を送ることができるよう生活環境の改善への支援を行った。
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができていますか。															
【解釈】	消費者被害の問題において、認知症等の高齢者に関する相談は大きな割合を占めています。地域包括支援センターは、関係機関等と連携し消費者被害防止の問題に取り組んでいく必要があります。地域における消費者被害に関する情報を把握し、関係者や地域住民に啓発を行いながら、消費者被害の相談・情報もたらされるような働きかけをしていくことが求められています。														
①	高齢者世帯が陥りやすい詐欺や消費者被害などの権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう、サービスや制度を理解している。	○	社会福祉士部会等から消費生活センター・警察等が発信する最新情報を収集し、毎月のミーティングや供覧等により全職員で情報共有している。権利侵害が疑われるケースに対しては、得た情報を活かし、適切に対応できている。	○	消費生活センターと連携を図り、消費者被害等に関する最新の情報を把握し、センター内で共有している。	○	消費生活センター作成のマニュアル、チラシや通知等があれば、職員全体に回覧し、ファイルに保管している。	○	消費生活センターからの情報や広報、大阪府警の安まちアプリの情報をセンター内で共有し、対応力強化、制度理解につなげている。個別相談時にも、必要な情報提供を随時行っている。	○	権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう消費者被害の最新情報や枚方市で多発している被害情報等を把握するとともに制度理解に努めている。	○	消費生活センターからの情報に加え、担当圏域内で発生した消費者被害状況について、センター内外で注意点や対応方法の情報共有を行っている。	○	消費生活センターからの情報に加え、担当圏域内で発生した消費者被害状況について、センター内外で注意点や対応方法の情報共有を行っている。
②	認知症等の高齢者は、消費者被害に遭う危険性が高いことから、消費者被害を未然に防止するために、啓発等の取り組みや、各種専門機関との連携強化を図っている。	○	消費者被害に関するポスター掲示や訪問販売撃退ステッカー・啓発チラシ配布により来所者や地域住民への注意喚起を行っている。初回訪問時や窓口初回相談時には、個別に訪問販売撃退ステッカーを配布し幅広く周知している。	◎	地域活動の場や第2層協議体の会議、事業所懇談会、地域サロン等にて、詐欺被害防止・早期発見に関する情報を提供、啓発を行っている。年4回発行「社協ふれあいだより」に消費者被害の記事を掲載、周知している。ケアマネジャーやヘルパー、コミュニティソーシャルワーカー等に対し、随時、最新情報を提供し、協力依頼できる体制を整えている。また、関係機関と連携、支援するなかで、不適切な契約と疑われる不動産売買の状況を把握、すみやかに消費生活センターと連携を図り介入したことで、本人・不動産業者との協議に至り、契約が白紙撤回されたケースがあった。	○	広報紙「聖徳だより」にて訪問勧誘お断りステッカー等を紹介したり、センターが相談窓口であることを周知している。民生委員やケアマネジャーに訪問勧誘お断りステッカー等を紹介、配布している。令和3年10月開催の民生委員・ケアマネジャー懇談会では、消費生活センター作成のマニュアルを配布。また、消費生活センターからの報告事例は、圏域内の介護保険事業者へ情報提供している。	○	地域サロン等に参加時、消費生活センターの被害防止グッズを配布したり、個別に注意喚起の声かけを行い、被害事例と共に被害防止につながる啓発活動を行っている。また、民生委員やケアマネジャー・介護保険事業所にも情報提供し連携強化を図っている。	◎	見守り側への取り組みとしてはSOSネットワーク協力機関へ毎月情報配信したり、枚方市消費者安全確保地域協議会が作成した見守り対応マニュアルを介護保険事業所や民生委員・校区福祉委員へ啓発活動の際に配布するなどし、気づきの目を増やす取り組みを行っている。(4月警察と連携し特殊詐欺に関する講座を開催、10月消費生活センターと協働で出前講座の開催)	◎	昨年に続き、圏域内の郵便局(5局)の局長と面談し、消費者被害の未然防止と情報共有ができる関係を継続する働きかけを行った。その繋がりがきっかけとなり圏域内の一人暮らし老人会との定例会議で郵便局局長や局長、弁護士によるキャッシュカード詐欺の寸劇を披露していただき、特殊詐欺の未然防止の啓発を行うことができた。また、警察とも日頃から連携を密にし、多職種連携研究会(オンライン)にて警察から特殊詐欺防止の啓発を行った。警察より圏域内の調剤薬局と連携をしたいとの申し出があり、圏域のブロックリーダーに繋ぎ、圏域内の調剤薬局17か所に詐欺啓発シールなどの配布を行うことができた。「安まちメール」で圏域内で発生した特殊詐欺の情報があれば即座にセンター公式LINEとホームページにて情報を発信し、詐欺の未然防止に努めている。	◎	近隣で発生した被害情報を掲載した独自のチラシを発行し、情報発信を行っている。被害が集中していた地区に対しては、介護保険事業所や民生委員、自治会や校区福祉委員と連携し、計2,000部のチラシの配布や掲示板への掲載にて普及啓発活動を行った。
③	消費者被害に関する相談を受けたときは消費生活センターなどの関係機関と連携・共同し、問題解決を図っている。	○	ケアマネジャーや民生委員からの相談で、詐欺被害への不安を訴えるケースを把握、警察作成の啓発チラシを紹介したり、防犯対策等を情報提供し、ケアマネジャーや民生委員を通じてケースへ伝達した。	○	消費生活センター等から消費者被害に関する相談があった場合は、速やかに自宅訪問して状況を把握している。家族や民生委員等と情報共有しながら対応し、問題解決に向けて支援している。	○	消費生活センターやケアマネジャー等から相談があれば、速やかに訪問等で対応している。	○	消費者被害に遭う可能性が高いケースについて消費生活センターより情報提供があり、ケアマネジャーにつなぎ、見守りを依頼した。必要に応じて関係機関と連携が図れる体制を強化している。	○	過去に消費者被害に遭ったことがあり再発予防したいという家族からの相談があり、ケアマネジャーに関するタイムリーな相談は少ない。消費生活センターを含め関係機関とは枚方市消費者安全確保地域協議会の設置もあり、顔の見える関係性が構築できているため相談を受けたときには連携し問題解決を図ることができる体制にある。	○	ケアマネジャーからの間金疑いの手紙に関する情報、2/8に担当ケース本人から健康保険料滞付に関する不審電話の情報、民生委員から近所を覗いていた廃品回収業者に不用品の引き取りを依頼したところ多額を請求されたケース、ケアマネジャーから本の買い取りに関する不審電話の情報あり。それぞれ消費生活センターへ情報提供を行った。(ケースによっては警察にも併せて情報提供を行っている)	○	相談を受けた時や情報提供があった際、消費生活センターや関係機関と連携し、問題解決ができるように努めている。

**3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。**

〔解説〕	高齢者虐待の問題では、認知症や要介護の高齢者等が虐待の被害に遭いやすいとされており、地域包括支援センターは、権利擁護事業として関係機関等と連携し高齢者虐待の問題に取り組みしていく必要があります。問題についての普及啓発活動を行い、関係者や地域住民の問題意識を高めていくこと、相談・通報に対しては、関係機関と連携しながら情報収集、実態把握を行い、緊急性の判断や支援方法の検討、家族全体の支援を考えていくことが重要です。														
①	関係機関や地域住民に対して高齢者虐待の相談通報窓口であることを周知し、早期発見・防止に向けた普及啓発を行っている。	○	第2層協議体の会議にて、センター活動報告の一つとして虐待対応事例を報告、センターが相談通報窓口であることを普及啓発している。また、センターの掲示板にチラシを掲示し、地域住民へ周知している。	○	事業所懇談会や民生委員等に虐待防止チラシを配布、センターが高齢者虐待や権利擁護の相談窓口であることを周知し、早期発見・連携ができるように啓発に取り組んでいる。	○	「聖徳だより」に、相談窓口であること掲載し、周知している。虐待防止のためのチラシやパワーポイント資料等を活用し、関係機関や地域住民の集まり、民生委員・ケアマネジャー懇談会にて普及啓発を行った。	○	地域サロン等に向き、センター独自のチラシや社会福祉士部会作成のチラシを配布、センターが高齢者虐待の相談窓口であることを周知している。また、虐待に関する「気づきのポイント例」を記載したチラシを作成、見守り110番協力店舗へ説明し、地域から情報が得られるような活動を行っている。	○	三つ折りリーフレットや高齢者虐待防止の啓発チラシを活用し、高齢者虐待の相談通報窓口であることや高齢者虐待の予防・早期発見の大切さを周知している。	◎	関係機関や地域での催し、ホームページ等において高齢者虐待の相談通報窓口としての周知を行っている。また圏域のサービス事業所向けに高齢者虐待防止研修をオンラインで開催した。普段関わりが希薄だった事業所の参加もあり、連携を図るきっかけ作りができた。	○	独自チラシの更新を行い、介護保険事業所や出前講座、民生委員校区研修会等での配布、センターにポスターを掲示する事によって、高齢者虐待の相談窓口であることを周知している。
②	アウトリーチによる実態把握など様々な方法で状況確認を行い、また関係機関と連携し、高齢者虐待・困難事例に対処している。	○	近隣住民や民生委員、介護保険事業所、医療機関、コミュニティソーシャルワーカー、保健所や市担当課等と連携し、訪問等による情報収集・実態把握を行うことで、虐待や困難事例の対応を行っている。	○	虐待や虐待疑いのケースでは、センター内で協議・検討し、複数職員での訪問や関係機関への状況確認等で実態把握をしている。対応にあたっては、ケアマネジャー等の関係機関と情報共有しながら役割分担等を行い、解決に向け支援している。	○	出前講座やケアマネジャー・民生委員等関係機関との会議の際に、地域の状況を聞き取りしている。虐待通報があれば、疑いも含めて自宅や事業所等に訪問し、本人や養護者、関係者等に状況を確認している。また、必要に応じ関係機関と情報共有・役割分担し、連携して対応している。	○	訪問や窓口面談にて状況確認を行っている。介護保険事業所、福祉事務所、保健所、社会福祉協議会等、必要な機関とその都度連携を図り、役割分担しながら支援している。	◎	既存のネットワークや地域活動状況確認時、地域づくり会議を通じ実態把握を行い、虐待・困難事例の対応については関係機関と連携しながら緊急性の判断や支援方法の検討を行い対応している。小規模で定期開催している地域づくり会議に加え、第5圏域地域づくり会議(社会福祉協議会・障害福祉サービス事業所・医療ソーシャルワーカーのいる医療機関・特別養護老人ホーム・地域包括支援センター)にて他機関と顔の見える関係性を構築できていることは第5圏域の強みである。	◎	ハイリスクと思われる地域(A町)の民生委員と校区福祉委員とで情報交換会を開催。高齢者虐待など気になる高齢者を把握するため地図上に付箋を貼りつける作業を通じてハイリスクケースの可視化を行い、関係者同士で情報を共有。その後の支援に繋げている。	○	相談があった際、関係機関や民生委員等から情報収集を行い、訪問による実態把握を行い、状況に応じて関係機関等と連携して問題解決に向けた支援を行っている
③	高齢者虐待の対応にあたっては、被害者の擁護に限らず、家族全体の問題との視点を持ち、支援を行っている。	○	養護者支援として保健所と同行訪問し、安否確認、精神的なケア等を行った。ケースの相談内容や状況に応じ、コミュニティソーシャルワーカーや障害福祉サービス事業所等と共同して対応し、養護者も支援を受けることができるよう調整している。	○	高齢者だけでなく養護者とも信頼関係を構築し、養護者の困り事や精神的な負担感、過去からの経緯、経済状況・生活背景等に配慮して話を傾聴し、家族全体を支援するようにしている。	○	虐待ケースに対応する際は、被虐待者だけでなく養護者からも丁寧に話を聞くようにしている。また、家族のサポーターとなる関係機関や民生委員とも連携し、協働して支援している。	○	養護者の対応として、虐待に至った経緯を丁寧に確認し、就労支援窓口や社会福祉協議会、介護保険事業所等と連携した支援を通じ、家族全体の問題として相談支援体制を構築している。	◎	高齢者虐待の対応にあたっては被害者の擁護に視点がいきがちで「家族全体の問題」として捉えるということが浸透しにくい現状がある。養護者支援の視点を持つことが大切であるということを関係事業所や地域に理解いただくよう個別ケースを通して伝えている。	○	虐待が疑われるケースにおいて、担当ケアマネジャーやサービス事業所、主治医と連携しながら随時虐待対応ケース会議を開催。本人や家族の実態把握を通じて被害者のみならず家族やケアマネジャーの思いに寄り添いながら支援を行い、問題解決に向けての協力体制を整えた。結果、主治医との連携の継続と在宅生活の維持を図ることができている。	○	被害者の安定した生活を確保すると共に、養護者を含め家族全体の支援を行うよう関係機関等と役割分担を行い支援を行っている。家族に金銭的な依存をしているケースについては、関係機関と連携し、高齢者のみならず家族へも同時に支援を行っている。
④	高齢者虐待防止について地域住民や関係機関等と連携できるネットワークを構築している。	○	民生委員地区委員会に出席し、顔の見える関係性を維持している。また、出張相談や社協こもれびだよりを全戸回覧することで、地域住民への周知を図り、地域での見守り体制整備等、ネットワークを構築している。	○	見守り110番協力店舗に対し高齢者虐待の周知を行い、早期発見に努めていることにより、ネットワーク強化につながっており、協力店舗や地域住民等からの情報提供が増加している。	○	介護保険事業所、民生委員、校区福祉委員、医療機関等と連携し、虐待防止ネットワークを構築している。	○	個別ケースの支援を通して、民生委員、関係機関と密に連携している。地域住民には、地域サロン等に向いてチラシを配布し、センターの役割を広報することでネットワークの構築を図っている。	○	既存のネットワークから通報を受け、地域住民や関係機関等と連携支援出来ている。	◎	圏域内の事業所を対象に虐待の発生またはその再発を防止するための取り組みについて把握するためのアンケート調査を実施。調査の結果を踏まえ、主任ケアマネジャーと協働で虐待防止研修をオンラインで開催。事例を通じて各機関の動きやサービス事業所の役割について学ぶ機会とした。	○	第2層協議体や民生委員、校区福祉委員、医療・福祉関係機関等と日頃の関わりの中から連携が取れるようネットワークの構築に努めている。
⑤	虐待の通報を受けたときは市町村担当課などの関係機関と連携・協働し、問題解決を図っている。	○	虐待の通報を受けた際は、速やかに関係機関へ状況確認を行い、市担当課へ報告・協議している。関係機関と連携することで、役割分担して支援する等、様々なアプローチが可能となっている。	○	虐待や虐待疑いのケース対応時には、民生委員や介護保険事業者、医療機関等の関係者や市担当課、警察等と連携し、問題解決に向けた支援を行っている。	○	虐待通報があった際はセンター内で協議し、速やかに市担当課に報告、連携して問題解決にあっている。	○	通報段階より市担当課に相談し、対応方法等について協議し、早期に問題解決できるように対応している。	○	虐待の通報を受けたときは、速やかに市担当課と情報共有し、問題解決に向けて関係機関と連携協働し問題解決を図っている。	○	虐待が疑われるケースについて市担当課に通報し情報の共有を行っている。	○	通報や相談があった時は、速やかに実態把握を行い、市担当課や関係機関と連携し、問題解決に向けて対応を行っている。

**4. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいるか。**

〔解説〕	新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人や家族の視点を重視しながら、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の実現を目指すこととされています。認知症の理解についての普及・啓発活動及び認知症の容態に応じた医療・介護及び生活支援を行うために必要な機関が有機的に連携できるネットワークを形成するとともに、認知症の人やその家族を支援する体制の構築などが求められています。														
①	認知症に関する制度や社会資源等を把握し、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。	○	相談受付時、認知症ケアパス等のパンフレットを活用し、家族や地域住民へサービスや制度を情報提供している。また、出張相談や社協こもれびだよりを全戸回覧することで、地域住民への周知を図り、地域での見守り体制整備等、ネットワークを構築している。	○	圏域の認知症専門病院や介護保険事業所等と連携強化を図り、社会資源等を把握している。相談内容に応じて、医療機関紹介や成年後見制度の説明等、必要な対応を行っている。	○	医療機関情報を回覧したり、ミーティング時に地域の社会資源等を情報共有している。相談があった際は、医療機関受診や介護保険サービス導入、オレンジ初期集中支援チームとの連携等を念頭に置き対応している。	○	認知症初期集中支援チームや認知症カフェの紹介等、随時必要な制度やサービスを情報提供している。また、病状等に応じて、往診対応可能な地域の医療機関を紹介し、医療機関につながる等の対応を行っている。	○	認知症ケアパスの活用や認知症専門医の情報提供等、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。	○	新聞や書籍等、認知症に関する最新情報を所内で供覧、ファイリングをすることで認知症に関する情報共有を随時行っている。また、認知症が疑われるケースの相談に関しては関係機関や認知症専門医との連携、必要に応じ受診に同行するなどの支援を行っている。	○	認知症関連の情報収集したファイルが窓口に設置しており、相談時に対応が統一できるようにしている。
②	圏域内の地域住民や商店会・企業等に認知症への理解を深めてもらうための啓発活動(認知症サポーター養成講座等)を行っている。	○	こもれび教室にて地域住民対象の認知症サポーター養成講座を実施。また、地域の民間企業対象に、認知症サポーター養成講座を開催した。コロナ禍のため中止となった講座もあるが、地域住民・地域の事業所からの関心は高く、地域での認知症理解促進のため、今後も講座開催等を計画している。	○	民生委員・自治会等を対象に、介護保険事業所と連携し、認知症サポーター養成講座を実施した。A校区では新任民生委員等を対象に、認知症サポーター養成講座を開催、要援護高齢者に対する理解を深めることができた。	○	今年度はコロナ禍のため開催は見合わせていたが、民生委員や地域住民との会議等で話をする際には、認知症の方への理解や支援について呼びかけたり、見守り110番協力店舗への啓発を行っている。	○	例年地域の中学校にて認知症サポーター養成講座を開催している。今年度も中学校と連携、認知症への理解を深めることができるよう、感染防止対策を講じながら開催予定。	○	認知症カフェを運営しているグループホームと協働で地域向けに認知症サポーター養成講座の開催を計画している。また圏域の店舗へは見守り110番協力依頼・評価訪問時に認知症への理解を深めていただけるよう啓発活動を行っている。	◎	ホームページ上で「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の掲載や、センター公式LINEで認知症に関する書籍の紹介など認知症に関する理解と啓発を行っている。8月のD校区での「懐かしい我がまち写真展」において認知症に関するコーナーを設置。歩いて行ける認知症専門医療機関のリストや認知症ケアパスの配布、認知症の方や家族が活用できるサービスの情報提供を行った。また、枚方市商業連盟主催の「ひらかたまちゼミ」にて認知症サポーター養成講座(2回)を開催した。開催日を土日にする事で、平日に受講が困難な学生や勤労世代も受講することができた。	○	コロナ禍の前に、地域の銀行・JA・郵便局・スーパーに広報活動を行い、今後その関係を深めるために当方で作成した「気づきのチェック表」と認知症サポーターのミニ研修講座のチラシを持参して再度回る予定にしていたが、コロナ禍が落ち着いた状況であり実施できていない。準備はできていることから、今後落ち着いた時期に広報と協力の依頼へ回る予定。

<p>③ 認知症の疑いがある人や初期の認知症高齢者を早期発見し、支援するためのネットワークを構築している。</p>	○	<p>これまでの活動で協力を依頼してきたことから、見守り110番協力店舗や民生委員より認知症高齢者の情報提供がある等、早期把握、早期対応につながるような体制が整備されている。</p>	○	<p>認知症やその疑いがある方の早期発見につながるように、見守り110番協力店舗の周知・普及を通じて地域住民や民生委員、金融機関・コンビニ等社会資源との連携強化に努めている。</p>	○	<p>見守り110番協力店舗や民生委員等と日頃から相談等で連携するようにしている。民生委員・ケアマネジャー懇談会では、認知症高齢者をできる限り早期に把握、支援につなげるためのネットワークづくりを目指して会議を開催した。</p>	○	<p>見守り110番協力店舗訪問時に、センター独自で作成した「気づきのポイント例」を用いて説明、早期の連絡を依頼する等、働きかけている。積極的に地域活動に参加し、民生委員等と連携を図りながら支援を行っている。</p>	○	<p>民生委員や関係機関、見守り110番協力店舗の通報等を通じ把握できる体制は構築できている。</p>	◎	<p>くらわんかウォーカーズを活用し、自身の健康維持のために始めた活動が気が付けば地域の認知症高齢者の早期発見に繋がるような体制を作る。今後はチームオレンジの活動にも繋げていく予定。</p>	○	
<p>④ 地域で認知症高齢者とその家族を支えるための仕組みづくりなど社会資源の集約と開発に努めている。</p>	○	<p>第2層協議体の会議にて、認知症高齢者等への接し方や利用できるサービスや支援等を情報提供しており、認知症を地域ぐるみで支えることができるような環境を整備している。また、チームオレンジ活動のつなぎ先候補となる地域カフェ等の抽出を行っている。</p>	○	<p>地域の居場所の充実等、圏域の社会資源と協働し、チームオレンジ活動の受け皿づくりに取り組んでいる。</p>	○	<p>認知症高齢者とその家族が、住み慣れた地域で暮らし続けるよう社会資源の集約や情報共有に努めている。見守り110番協力店舗の新規開拓やチームオレンジ活動のつなぎ先候補となる居場所等の抽出を行っている。</p>	○	<p>地区の高齢者・老人会が主催する地域の集まりの場を、認知症の方やその家族が利用できるような受け皿とするため、地域の集まりの場の運営者と個別に話し合う予定としている。</p>	○	<p>認知症高齢者と介護疲れある家族のケースについて個別地域ケア会議を開催し、見守りを継続していく地域と介護事業者が家族を支えていく仕組みを確認したことで、地域住民に認知症への理解を深めてもらうことができた。今後も認知症高齢者や家族の視点を重視しながら、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて啓発活動や支援体制の構築に努め、社会資源の集約も続けていく。</p>	◎	<p>昨年に続き、圏域内の郵便局(5局)の局長と面談し、認知症が疑われる高齢者やその家族に対して連携しながら支援できる関係性を構築している。実際に圏域内の郵便局局長から認知症疑いの高齢者が何度も来局されATM操作に戸惑っているケースの相談を受けた。</p>	○	
<p>⑤ 人的資源(認知症サポーター等)を活用し、認知症カフェ等の充実を図るとともに、それらが有機的に機能するよう支援を行っている。</p>	◎	<p>認知症カフェスタッフ、センターが共同し、認知症の方自身が講師を務める体験教室を開催した。認知症の方にとって社会参加できる機会となっており、少しずつ参加者も増えている。コロナ禍の情勢を鑑みながら、今後継続して開催できるよう計画している。</p>	○	<p>認知症カフェ設立や地域の居場所との連携等、チームオレンジ活動の実施に向けて、コロナ禍の情勢をみながら、関係機関と協議していく予定。</p>	○	<p>認知症地域支援推進員を中心にチームオレンジ活動のつなぎ先の選定を行い、地域カフェ等で認知症サポーターとして活躍できる方へのアプローチを計画している。</p>	○	<p>地区の高齢者・老人会が主催する地域の集まりの場において、認知症サポーター等が認知症の方の見守りや相談対応等で活躍できるよう、サポーターや地域の集まりの場の運営者と相談しながら取り組んでいく。</p>	○	<p>令和2年2月以降、認知症カフェ(圏域内2カ所)は開催できない状況にある。認知症カフェの在り方も含め認知症サポーターやボランティアが活躍できる場を検討し、地域に開けた相談窓口として機能していけるよう引き続き活動支援を行っていく。</p>	◎	<p>圏域内のキャラバン・メイトと意見交換を行い、今後の研修や連携の体制づくりを行った。また今後は「D地域資源」を拠点に認知症の方やその家族、地域住民が自由に集い語り合う場を定期的に設けることで、認知症への理解を深め、併せてチームオレンジの活動にも繋げていく予定としている。</p>	○	

【事業実施方針】(包括的・継続的ケアマネジメント支援)

1. 介護支援専門員に対して日常的に指導・助言を行っているか。

<p>【解釈】</p>	<p>要介護高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的ケアマネジメント」の確立が必要であり、医療・介護・地域内の生活支援(インフォーマルサービス)などを総合的に活用し、包括的・継続的ケアマネジメントを行う介護支援専門員の育成は重要です。地域包括支援センターは、介護支援専門員へのインフォーマルサービスの情報提供や、知識の吸収・スキルアップのための研修、困難事例等の相談や指導、孤立化しがちな介護支援専門員に対するフォローなどを行うことで介護支援専門員の育成に努める必要があります。</p>													
<p>① 介護支援専門員の相談窓口を設け、積極的に相談に応じしている。</p>	○	<p>居宅介護支援事業所懇談会にて、ケアマネジャーとの信頼関係を築いている。要支援から要介護認定となり居宅介護支援事業所につないだケース等、相談があれば個別対応し、必要時同行訪問等も行っている。</p>	○	<p>ケアマネジャーが相談しやすい雰囲気づくりに努め、電話や窓口において様々な相談に応じしている。</p>	○	<p>ケアマネジャー対象の研修会等で、センターが相談窓口であることを周知している。電話や面談等で、ケアマネジャーからの相談に応じしている。また、今年度はオンラインカフェを開催し、相談を受けやすい体制を作った。</p>	○	<p>ケアマネジャーの相談窓口であることがわかる看板を設置し、相談には個別で対応、必要に応じ同行訪問、事業所間連携等も行っている。</p>	○	<p>ケアマネジャーからの相談には随時対応している。また今年度より偶数月に5圏域ケアマネジャーを対象にしたオンラインカフェを行い、タイムリーな情報共有をしている。</p>	○	<p>個別の訪問等で相談しやすい雰囲気づくりに努め、積極的に相談に応じしている。</p>	○	
<p>② 地域にあるインフォーマルサービスについて情報を把握し、その活動内容や特徴、連絡先などがいつでも誰でも利用できるよう整理しておくなど、連携体制を作っている。</p>	○	<p>センター内にサービス情報一覧表を掲示、最新情報を随時書き込むことで情報を把握し、ケアマネジャーからの相談に対応している。</p>	○	<p>地域のインフォーマルサービス情報を集約・ファイリングし、ケアマネジャーからの問い合わせがあった際、情報提供している。</p>	○	<p>インフォーマルサービスの情報を集約、随時更新し、一覧にしてパソコン上で管理している。また、ケアマネジャーがいつでも閲覧できるようセンター内のラックに設置している。</p>	○	<p>保健師作成の介護予防カレンダー(身近の地域での活動の場所、一般介護予防等記載)、配食事業所、移動スーパー等のチラシをファイルに整理、居宅介護事業所連絡会等の機会に周知し、相談や問い合わせがあった際、随時情報提供している。</p>	○	<p>地域のインフォーマルサービス情報は、ケースの相談等に応じて適切に情報支援できるよう情報を更新しファイル整理している。</p>	○	<p>インフォーマルサービスの情報は常に更新し、情報提供を行っている。センター事務所玄関横にはケアマネジャー向けの情報ラックを設置し、定期的に情報更新を行っている。</p>	○	

<p>③ 介護支援専門員に対して様々な情報を提供する仕組みづくり、情報支援をしている。</p>	<p>○</p>	<p>居宅介護支援事業所懇談会にて最新の地域資源情報一覧表を配布、社会資源情報について説明し、ケアマネジャーに知っておいてもらいたい情報を整理、発信している。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネ通信を発行、センター・ケアマネジャーが共に支援している困難事例を紹介し、センターへの相談内容をケアマネジャーがイメージしやすいよう働きかけた。また、圏域居宅介護支援事業所連絡会において、地域資源情報をケアマネジャーに配布し、情報提供している。</p>	<p>◎</p>	<p>「ケアマネつーしん」発行や居宅介護支援事業所参加のオンラインオープンチャットを活用し、情報を発信している。今年度は、各居宅介護支援事業所メールアドレスを集約し、介護保険事業所向けWeb会議ツールの講習会を開催、コロナ禍でも情報発信・共有できる体制を整備した。また、ケアマネジャーと共同で、インフォーマルサービス一覧を作成し、センター・ケアマネジャーと社会資源情報を共有できる仕組みづくりも行った。</p>	<p>○</p>	<p>今年度は偶数月に6圏域ケアマネジャー向けにオンラインカフェを実施し、法改正や入退院の連携方法、勉強会など情報提供を行った。また、7月に事例検討会を開催した機会に、総合福祉センターのサービス等インフォーマルサービスの情報提供と、地域の中で不足しているサービスなど、地域課題に関する情報共有をしている。</p>	<p>◎</p>	<p>ケアマネジャーが様々な情報を得ることができるよう、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと共催で「介護報酬改定」や、6/16「オンラインカフェ」を開催。オンライン開催にすることで、短時間で気軽に集まり情報交換できるように努めた。普段はこうした場あまり参加がないケアマネジャーの参加もあった。また、第3層生活支援コーディネーター向けに社会資源の情報交換会の機会を持ち、住民主体の支え合い活動「おたすけメイト」の活動紹介を行った。活動内容の周知にとどまらず、地域での支え合い活動創設に対する想いを共有することができた。開催後にはインフォーマル情報の共有のために資料の送付し、現場での活用を促した。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネ通信（広報紙）に様々な情報をのせ、圏域内の居宅介護支援事業所を訪問し、配布している。また、他圏域での研修情報も提供し、参加するように呼びかけた。</p>
<p>④ 支援困難事例を抱える介護支援専門員に対して、スーパービジョン（支持的・教育的支援）による介護支援専門員自身の援助の振り返りを支援している。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーが随時相談できるような関係づくりを意識し、ケアマネジャーへの助言、指導を行っている。また、新規開設事業所、単独で運営している事業所のケアマネジャーが一人で抱えることがないよう働きかけ、支援している。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーから困難事例等の相談を受ける際は、ケアマネジャーの考えや思いを傾聴した後、ケースの課題や今後の支援方針を整理できるよう質問し、助言している。ケアマネジャー自身が気づき、決定できるような関わりを基本としている。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーから困難事例等相談があった際は、個別で助言し支援している。ケアマネジャー自身の振り返りの機会や気づきにつながるよう助言している。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーが事業所内外等でケース検討ができるように、6/15「ホワイボード・ミーティング(オンラインケース会議を体験しよう)」を開催。多角的なアセスメントによって、ケースを深めることができる手法について学んだ。事後アンケートからは「事業所内のケース検討でやってみたい」などのコメントがあった。</p>	<p>◎</p>	<p>ケアマネジャーが事業所内外等でケース検討ができるように、6/15「ホワイボード・ミーティング(オンラインケース会議を体験しよう)」を開催。多角的なアセスメントによって、ケースを深めることができる手法について学んだ。事後アンケートからは「事業所内のケース検討でやってみたい」などのコメントがあった。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーから相談を受けた際、必要に応じて同行訪問を行っている。ケアマネジャーが課題、支援方針を整理できるよう助言し、ケアマネジャー自身の振り返りや気づきにつながるよう支援している。</p>
<p>⑤ ケアプランの作成について助言・指導を行っている。また、困難事例等の相談に対し事例検討や個別ケア会議の提案を行い、その開催を支援している。</p>	<p>○</p>	<p>困難事例の相談があった際には、対応するケアマネジャーが孤立することなく、随時相談できるような関係づくりを心がけている。また、必要時、今後もケースが地域で暮らしていくことを目指した事例検討会をケアマネジャーに提案、開催を支援している。</p>	<p>◎</p>	<p>ケアマネジャー・民生委員から相談を受け、ケアマネジャーを支援して個別地域ケア会議を開催した。開催準備・当日運営等を共同して実践することで、課題抽出・支援の方向性の検討ができ、その後のケアプラン立案時にも必要に応じて相談に乗り、ケアマネジャーのスキルアップにつなげている。また、圏域の居宅介護支援事業所間での連携をより円滑にするために、特定事業所事例検討会を後方支援した。</p>	<p>◎</p>	<p>相談ケースの中には、地域課題につながる事例もあり、必要に応じて個別地域ケア会議の提案している。また、事例検討会等で事例を提供してもらい、提供者自身の振り返りの機会や気づきにつながる開催内容となるよう努めている。その後の経過も確認している。</p>	<p>◎</p>	<p>オンラインカフェにてケアマネジャーに対しプラン作成における法改正後の加算の変更等、助言・指導を行った。また、認知症高齢者と息子の2人暮らしの様子を抱える地域からの相談を機にケアマネジャーに個別地域ケア会議を提案し開催を支援している。</p>	<p>◎</p>	<p>支援困難事例を抱えるケアマネジャーへの後方支援として、個別地域ケア会議の開催を行った。関係機関の連携課題を仲介する形で関わりサポートした。多機関が関わる複数課題を抱えた事例であり、課題整理や各機関への連絡ルートを定めるなど、単独で居宅介護支援事業所を運営しているケアマネジャーでは対応が難しいと判断。ケースの状況に応じて立ち位置を変えながらフォローを行った。</p>	<p>○</p>	<p>今年度は法改正もあり、問合せの内容によっては調べた上で返答し、随時対応を行っている。困難事例については、ケアマネジャーを支援して必要時個別地域ケア会議を行っている。また、ケアマネジャーと一緒に問題に取り組んだ困難事例を研修で発表してもらったことで、ケアマネジャー自身の援助の振り返りを支援している。</p>
<p>⑥ 個々の介護支援専門員が孤立しないように、介護支援専門員同士のネットワークを構築し、互いの悩みや必要な情報交換、意見交換がができる場を設けている。</p>	<p>○</p>	<p>オンライン開催での居宅介護支援事業所懇談会開催を検討、準備している。できる限り顔の見える関係づくり等、ネットワークの構築を図っている。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャー同士のネットワーク構築・推進のためオンラインにて事業所懇談会を開催し、コロナ禍においても情報交換・意見交換できる場を確保した。また、特定事業所事例検討会では、単独で居宅介護支援事業所を運営しているケアマネジャーが事例提供できるよう支援している。</p>	<p>◎</p>	<p>圏域内には単独で居宅介護支援事業所を運営しているケアマネジャーが多い。コロナ禍で対面での居宅介護支援事業所連絡会開催が難しく孤立化が進む中、Web会議ツールを活用した「onlineお茶会」を開催、参加者には好評だった。開催前に、オンライン環境が整っていない事業所に向き状況を確認したり、Web会議ツールの利用方法を説明し、一人でも多く参加できるよう働きかけ、ケアマネジャー間で情報交換・意見交換できる場を確保した。</p>	<p>◎</p>	<p>偶数月の第2水曜日にオンラインカフェを開催しケアマネジャー同士のつながりや相談ができる場をつくれた。また、特定事業所加算をとっている居宅介護支援事業所（3か所）と共催の事例検討会2回（7月、12月）開催は、ケアマネジャー同士の個々の悩みなどを話す機会にもなっている。</p>	<p>◎</p>	<p>利用者及び家族からのハラスメントにより、頻繁に担当のケアマネジャーを交代する支援困難事例の個別地域ケア会議を開催した。個別地域ケア会議には、これまで担当した歴代のケアマネジャーにもご参加いただき、引継ぎのための情報共有を行う他、ヒアカウンセリング的な意味合いでお互いの気持ちを吐き出してもらった機会を設けバーンアウト防止を図った。ケアマネジャー等の情報交換の場としてオンラインカフェを開催。一人ケアマネ事業所から「こんな時どうして？」といった相談があった。</p>	<p>○</p>	<p>枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携して、オンラインでの勉強会を開催し、介護支援専門員同士が情報交換、意見交換を行っている。地域のケアマネジャーが交流できる場となるよう、今後は定期的にオンライン上での茶話会の開催を計画している。</p>
<p>⑦ 介護支援専門員のニーズに応じた研修会を開催し、知識の吸収やマネジメント技術の向上を図っている。また、事業所に幅広い研修情報を提供し、介護支援専門員に対し受講支援を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>呼吸器リハビリテーションをテーマに圏域合同事業所研修会を開催、ケアマネジャーの知識・技術の向上を図った。令和3年12月、第3圏域と合同で医療的知識向上を目的とした研修会開催を計画している。研修内容は、研修会開催時等にアンケートで希望を募ったり、ケアマネジャーからの相談内容に基づいて企画している。</p>	<p>○</p>	<p>居宅介護支援事業所懇談会等にて研修情報を提供し、ケアマネジャーの受講につながるよう働きかけている。また、事業所懇談会開催前の打ち合わせや開催後のアンケートにて、ケアマネジャーのニーズ把握に努め、研修内容の設定に活かして、知識や能力向上の機会となるよう努めている。</p>	<p>○</p>	<p>今年度はWeb会議ツールの講習会を開催、ケアマネジャーがスムーズにオンライン研修会へ参加できるよう取り組んだ。また、令和3年12月第1圏域と合同で、医療的知識向上を目的に研修会を開催予定にしている。</p>	<p>◎</p>	<p>居宅介護支援事業所連絡会等での研修会開催に向けて、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携、協議している。研修情報は、センター窓口での案内やFAXでの通知にて周知している。</p>	<p>◎</p>	<p>コミュニティソーシャルワーカーの役割や仕事内容の理解、連携方法について学ぶ場としてケアマネジャー向けの勉強会を昨年企画していたがコロナ禍で2度開催延期している。今後については関係者で話し合いを継続し今年度内開催を目指している。また、市内外のケアマネジャー向け研修案内があれば、居宅介護支援事業所へFAX一斉送信し、個別に参加を促す声かけを行っている。</p>	<p>○</p>	<p>他の圏域センターと連携・共同で法定外研修実施に向けて、準備を進めている。また、ニーズにあった研修に参加できるように情報提供を行っている。オンライン環境が整っていない事業所へはスタッフが訪問し協力している。</p>



2. 在宅医療・介護連携推進体制構築が図れたか。															
解説	高齢者が住み慣れた地域で暮らすことが出来るよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより、他の様々な職種との多職種協働や地域の関係機関との連携を図ることが大切です。														
①	会議や研修会等を開催し、医療と介護の連携体制を構築している。	○	圏域内全ての医療機関へ出向き、個別ケース支援や多職種連携研究会参加等、連携依頼を行った。医療従事者と顔の見える関係性を築き、今後の医療と介護の連携体制拡充につなげている。	◎	Web会議ツールを利用して第3圏域と合同でBクリニックと待合室懇談会を開催。多数の居宅介護支援事業所が出席し、地域の医療機関とケアマネジャーとが顔の見える関係性となるよう動きかけた。また、圏域内医療機関に「社協ふれあいだより」の設置を依頼、今年度はその配布先を拡大し、センターの役割や活動等を広く周知した。また、圏域内の医療機関、介護事業所に、コロナ禍における感染症予防やフレイル予防に関する記事を依頼、専門的な視点からの注意喚起や啓発を行うとともに、医療と介護の連携向上にもつなげた。	◎	新規開院Aクリニックにて紙面での待合室懇談会を開催した。従来の対面での方式ではなかったが、ケアマネジャーからの質問に医師が返答し、医師の診療方針等がよく理解できる懇談会となった。また、Web会議ツールを利用して第2圏域と合同でBクリニックと待合室懇談会を開催。コロナ禍の情勢であっても、連携方法を模索、実践し、医療機関と介護保険事業所等との連携強化を図っている。	○	圏域協力医療機関事務長と面談、今後の連携について協議している。他圏域から移転したAクリニック、医師交代のあったBクリニックには、主任ケアマネ部会で作成した案内チラシを持参、医師と面談し、今後の待合室懇談会開催に向けた協議や多職種連携研究会への参加案内等、協力を依頼した。また、例年多職種連携研究会へ参加しているクリニックと面談、今年度の参加に向け働きかけている。待合室懇談会開催等を通じ、医療と介護の顔の見える関係作りを努めている。	◎	A病院の病棟看護士と5・6圏域ケアマネジャーと施設相談員を対象に、入退院連携をテーマにした連絡会を開催した。医療機関側から、施設に入居している高齢者の入退院支援では、居宅や施設のケアマネジャーとの連携が欠かせずその体制構築へ強いニーズがあり、今後も定期的な連絡会が開催できるように検討している。また、今年度新たに開業した病院に待合室懇談会の開催をアプローチ中。コロナ禍で顔合わせする連携事業開催が難しい分は、センターの広報紙を継続的に既存の連携機関は設置頂くことと設置協力機関を増やす等、個別の手法で連携先の維持と拡充に努めている。	◎	多職種連携研究会にて「オンラインの活用について～医療と介護のオンライン事情～」をテーマに情報交換会の機会を設けた。コロナ禍になってからこれまでのように多職種が顔を合わせて集まる機会が少なくなっていたが、従来とほぼ同じ顔触れで40名にご参加いただくことができた。医療と介護のオンライン事情について聞き合ったことで「自分にもできそう」「オンラインでも色々できることが分かった」など前向きなコメントが多く、繋がりを維持することができている。	○	毎年、多職種連携研究会の開催をしている。今年度も規模を縮小しオンラインでの開催を予定している。待合室懇談会においてもオンラインにて開催を予定しており、医療機関と介護事業所の顔の見える関係作りを努めている。
②	地域の医療・介護関係者及び多職種が一同に参加できる場を設けることで、相互理解を深め連携できるネットワークを構築している。また、ネットワークが有機的に機能できるように連携上の課題を抽出し、改善に努めている。	○	令和3年8月多職種連携研究会事務局会議を開催、研究会テーマ、学びの共有方法等を検討し、協議の結果、「コロナ禍での課題」をテーマにオンライン開催した。	○	コロナ禍での連携をテーマに多職種連携研究会を開催、各関係機関の状況や課題を共有するとともに、困難な状況を乗り越えていくためには多職種連携が重要と再確認した。また、多職種連携研究会の機会や個別ケースの対応で協働していく中で、多職種連携研究会に関する医師の理解が浸透してきている。	◎	令和3年11月多職種連携研究会を開催予定。オンライン開催に先立ち、介護保険事業所へのアンケート調査、Web会議ツール講習会を開催し、より多くの介護保険事業所がオンライン開催でも参加しやすい環境づくりを行った。また、コロナ禍での在宅医療の現状を把握するため圏域内医療機関にアンケート調査を行ったり、ケアマネジャー等からの相談対応に活用する「在宅医療情報シート」の更新作業を行い、これまでに構築したネットワークがより機能するよう取り組んだ。	○	圏域の医療・介護の従事者が互いの顔の見える関係づくりの場として多職種連携研究会を開催、ネットワークの構築にあたっており、多職種連携研究会開催に向け、講師依頼のDクリニック事務長と協議している。コロナ禍のため、医療職等の事務局会議への参加調整が難しい状況はあったが、情勢をみながら令和4年3月開催に向けて準備を進めている。	◎	多職種連携研究会の事務局会議を行い、「人生会議」の冊子をもとに高齢者が終活に関心をむけられるようなテーマを多職種の参加者内での相互理解を深めたいと計画し、開催した。連携上の課題は毎年集約し、他のセンターが抱える課題と概ね共通しているため、改善への検討は主任ケアマネ部会で行っている。5圏域内既存の連携関係とその機能性は維持している。	◎	多職種連携研究会にて「オンラインケース検討の紹介～ホワイトボード・ミーティング～」をテーマにオンラインケース検討に挑戦した。高齢者のフレイルの事例を取り上げ、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら、どのような支援やアドバイスが出来るか、話し合いの結果を後日まとめて参加者にフィードバックし、多職種の視点の違いや強みを知る機会とした。	○	第8圏域と合同で多職種連携研究会をリモートにて開催。準備期間として事務局会議を行い、相互理解を深めながら課題に対しての改善に努めている。
③	介護事業者とのネットワークを構築し、事業者の知識吸収やスキルアップを図るための研修を行っている。	○	令和3年12月第3圏域合同で医療的知識向上を目的に合同事業所研修会を開催予定。顔の見える関係づくりのため、事業所に出向き、研修を案内している。圏域内介護保険事業所のオンライン環境についてアンケート調査を実施し、令和3年6月事業所懇談会はオンラインにて開催した。今後、対面だけでなく円滑に情報共有の機会を持てるよう検討、センターから各介護保険事業所へ情報発信し、連携体制の構築につなげる。	○	事業所懇談会を開催、介護保険事業所間の交流の機会となり、ネットワークの推進につながった。また、今年度の取組として通所事業所懇談会をオンラインで開催、圏域内の全通所介護事業所が参加し、コロナ禍の現状や課題等を積極的に話し合うことができた。	○	介護保険事業所がオンライン研修や会議に参加し、スキルアップが図ることができるよう、その基礎となるWeb会議ツール講習会を開催した。講習会後、オンラインカフェを開催、より実践的にWeb会議ツールを利用できるような支援した。	○	市内有料老人ホームの介護向上委員会に協力し、Web会議ツールを活用した研修を開催、施設間のネットワーク維持等、連携を支援している。また、介護事業所連絡会開催に向け、各事業所の状況確認を検討している。	○	11月に、通所・訪問介護の事業所向けに「減塩」をテーマに勉強会を開催した。介護職の栄養アセスメント力向上と調理支援している訪問介護事業所のスキルアップを目的としている。	◎	圏域内の介護保険事業所を対象に業務上の困りごと等について把握するためのアンケート調査を実施。その項目の中から、令和3年度の介護報酬改定により全事業所に義務付けられた虐待研修（経過措置期間中）について社会福祉士と協働で虐待防止研修を開催。ケースを通じて虐待事例の紹介や各機関の動き、サービス事業所の役割について学ぶ機会としたい。また、自立支援型地域ケア会議の課題として、「高齢者のたんばく質摂取」について頻りに抽出されていたことから、ひらかた地域活動栄養士会と共催で「高齢者の栄養講座～上手に効果的に摂ろう！タンパク質～」を開催し、フレイル予防に欠かせない「タンパク質」の効果的な摂り方や、一人暮らし高齢者が実践できる食材の摂り方を学び、利用者支援に活かしてもらおうよう働きかけを行う。	○	圏域内の在宅・施設事業所とケアマネジャーとの合同勉強会（栄養面での支援をテーマとしてひらかた地域活動栄養士会と共催）や茶話会等を企画している。
④	入院・退院時の円滑な連携のために、関係機関や関係者との調整や支援を行うとともに、地域における支援体制の整備・拡充を行っている。	○	医療機関より入退院時の支援を求められた際は、本人や家族の同意を得て、医療機関、ケアマネジャー、介護保険事業所、民生委員等関係機関と情報共有し、介護保険サービスや社会資源につなぐ等、連携を図っている。	○	入院・退院時、医療機関やケアマネジャーとの連携に努めている。地域の民生委員等からケースの相談があった際は、迅速に医療機関と連携して支援し、地域における支援体制の整備、強化につながっている。	○	医療機関からの相談に際し迅速に対応してきたことで、有機的な役割分担等、連携強化が図れている。また、圏域内医療機関の地域連携室とは、多職種連携研究会事務局でのつながりもあり、より円滑な連携体制を構築できている。	○	病院でのカンファレンスの参加、一時外出、外泊での家屋調査の同席等、必要に応じ随時連携して支援している。要介護の状態の方は、医療機関が直接居宅介護支援事業所に連携を図るケースも多いが、センターに相談があった場合は、居宅介護支援事業所へつなぐ等、対応している。	◎	就労支援事業所で関わりあったケースの退院支援では、その事業所に確認し退院後再就労可能かどうか退院カンファレンス時に多職種（医師、リハビリ部門、栄養部門、センター）で検討後在宅生活復帰を支援した。世帯の複合的課題があるケースは医療機関、社会福祉協議会、保健所など多機関との調整においてケアマネジャーを支援し、入退院調整を行っている。一人暮らし高齢者が退院の際は民生委員をはじめ知人やご近所などと協力し在宅復帰に向けてその都度支援体制を構築しているが、既存のネットワークが機能しており、個別支援への展開がスムーズに行えている	◎	第5圏域と共催で、E病院にて「入退院連携」をテーマに意見交換会を開催。病棟看護士とケアマネジャーが各自、実際の事例を持ち寄り、事例の共有と振り返りを予定している。事例を通じて今後、スムーズな入退院連携が図れることを目指す。また、圏域内に移転したF病院にて、入退院連携構築のため待合室懇談会を開催した。	○	圏域内の介護支援事業所一覧を更新作成した。圏域内の医療機関へ在宅医療情報シートを更新確認を行った。病院関係者やケアマネジャーと連携を図り、必要に応じて退院前カンファレンスへのケアマネジャーとの同行訪問や、退院に向けた在宅確認訪問の同行を行い、入退院時の関係機関や関係者との調整や支援を行っている。

令和3年度 枚方市地域包括支援センター（包括的支援事業）評価表		◎：重点的に取り組んでいる。 ○：できている。 △：改善が必要。										令和3年11月末日時点		
		みどり	アイリス	大阪高齢生協	パナソニックエイジフリー	大湊会	東香会							
【基本項目】（評価全体に關すること）														
1. 地域包括支援センターの設置目的について職員に周知・理解させ、運営に活かしているか。														
〔解釈〕	高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにしていくためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から、高齢者の状態に応じた介護や医療サービス等の様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じて、切れ目なく提供することが重要です。地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されました(介護保険法第115条の4第1項)が、これらのことを職員一人ひとりが理解して業務を遂行していく必要があります。													
	①	センターの設置目的を踏まえて事業計画をたてるなど、計画的な運営を行っている。	○	年間事業計画とともに実績をエクセルで管理している。過去の実績の管理とともに、3か月先の予定を月初めに確認し(内容・対象者・人数・開催場所)、計画的な運営ができるように工夫している。	○	前年度の実績を踏まえ、法人職員も含めた全職員で協議のうえ事業計画を策定している。毎月所内会議を開催して事業計画の進捗状況を確認し、企画・運営を計画的に実行している。	○	地域のニーズも踏まえたうえで、年度末に全職員にて事業計画を作成。所内会議にて進捗管理を行っている。	○	年度末に事業計画を立て、朝礼で事業に関する意見交換を行い、進捗確認をしている。所内に事業計画を掲示し、職員が常に確認できるようにしている。	○	センターの設置目的を踏まえて、年間計画を立て計画的に運営を行っている。新型コロナウイルス感染症による計画の中止については、状況に応じ市や地域と協議しながら対応している。変更した計画はいつでも確認できるようにフォルダに保存している。	○	年度末に事業計画を立て、所内会議で地域の実情も踏まえて進捗管理を行っている。
②	センター設置の主旨やセンター業務等について研修等を行うことにより職員が理解している。	○	センターの設置目的について、センターマニュアルや介護予防・日常生活支援総合事業等の資料を用いて所内研修を計画し、実施している。	○	新規配属者にはプリセプター制度を導入し、入職時にセンター設置の趣旨や業務目的の理解を進めている。職員が外部研修に参加した際には、後日センター内で伝達研修を実施し、知識を共有して職員のレベルアップに努めている。	○	年度当初に設置目的や運営規定について研修を行い、センター業務の理解を深めている。センター内には地域包括支援センターの趣旨、業務についての説明を掲示し職員が常に意識できるようにしている。また、外部研修にも参加し業務への理解を深めるようにしている。	○	入職時には業務マニュアルや各事業の資料などを確認しながらセンター内でオリエンテーションを行っている。基本方針を掲示し、職員が理解できるようにしている。	○	職員入職時には、必ずセンターの業務マニュアルや包括的支援事業委託様書、パンフレットに沿って説明し、1年後にも再度確認している。災害や新型コロナウイルス感染症対策などについて、センターの独自マニュアルを作成し、業務を行っている。	○	新入職員用にセンターの業務に関する資料をファイルにまとめて説明を行っている。e-ラーニングを活用し、センターに關する業務について理解を深めている。	
2. 運営において公正性・中立性が確保されているか。														
〔解釈〕	地域包括支援センターの運営は、公正・中立性を確保しつつ適正にされなければならないとされており、地域の関係者全体がそれを評価する場として、「地域包括支援センター運営等審議会」が設置されています。センター職員は、その運営が常に運営等審議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを理解していく必要があります。													
	①	支援にあたっては、保健・医療・福祉サービスが特定の事業者等に不当に偏らないよう、また利用者を不当に誘導しないよう、総合的かつ効率的に、多様な事業者から提供されるよう配慮している。	○	居宅介護支援事業所等への依頼件数を一元集約して把握しており、偏らないように配慮している。情報提供の方法としては、指定や限定せず、複数の事業所から選択してもらえるように一覧表やパンフレットを活用し提供している。	○	事業所選定指針を遵守しつつ、事業所一覧やパンフレット・チラシを活用して利用者に向けて公正中立の立場から情報を提供し、利用者が主体的に選択できるよう配慮している。利用者のニーズに応えられるよう、新たな社会資源の情報収集と関係づくりにも努めている。	○	利用者の主訴、置かれている状況、困りごとを聞き取り、資料等を活用し紹介している。事業者が偏らないよう紹介した事業者はその都度センター内で共有している。	○	利用者、キーパーソンへのアセスメント(利用者の状況・希望)をもとに専門職の観点から、事業所情報やカタログ・パンフレットで情報提供を行っている。紹介する事業所に偏りがないよう職員間で口頭で確認している。	○	利用者・家族の意向をふまえて、一覧表や事業所情報等を提示し偏らないようにしている。利用者へ提示する一覧表等は1年毎に更新を行っている。	○	利用者のニーズを聞き取りながら、特定の事業者等に偏らないよう、事業所一覧表から各事業所の特色を情報提供し、選択を支援している。紹介する事業所に偏りがないよう職員間で口頭で確認している。
3. チームアプローチが図られているか。														
〔解釈〕	各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、常に情報を共有し、相互に連携・協働しながら、「3職種」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考えが基本であると認識することが必要です。													
	①	継続的な支援が必要な高齢者に対し、「主担当職員」を決めている。	○	相談を受けた後、継続的な支援が必要と判断される場合は、主担当職員を決定し継続的な支援を実施している。	○	主担当者を定める事で責任の所在を明確にし、事例の内容に応じて副担当職員を配置している。	○	相談があれば管理者へ報告し、相談内容に応じて主担当者を決めている。	○	相談があればできる限り訪問し、主訴や課題を明らかにして、複数職員で協議し主担当者を決めている。	○	相談時には管理者へ報告し、相談内容に応じて主担当者を決めている。	○	相談があれば速やかに職員間で情報共有し、相談内容に応じて主担当者を決めている。
	②	必要性に応じ随時センター内でカンファレンスを行うなど、チームとして検討・支援していく場を設けている。	○	総合相談継続判定会議を毎月実施して、センター内で困難事例を3職種で検討して、支援方法を決定している。緊急性がある場合は、ミーティングで検討し支援方法を話し合っている。	○	毎日朝礼・夕礼を実施する中で、全職員でケース対応を検討している。必要があればセンター内でカンファレンスを実施し、チームとして支援している。	○	朝礼や所内会議、随時カンファレンスを開いてケースの相談を行っている。	○	朝礼時に前日に対応した全ケースの状況確認を行っている。所内会議ではケース共有の時間を設け、ホワイトボードを活用しながら支援の方向性を検討している。	○	相談内容に応じ、その場にいる職員や全職員で時間を合わせるなどして随時カンファレンスを行い、専門性の高い支援を目指し、検討している。	○	随時カンファレンスを実施し、支援方法を検討している。
	③	支援困難ケースの対応や緊急性の判断等について、「主担当者」だけでなく、複数の職員が関わる配慮をしている。	○	緊急性が高いと判断される場合は、センター独自で作成しているフローチャートに沿って、2名以上で対応するなど複数対応を行っている。	○	事例の内容に応じて副担当職員を配置しているほか、主・副担当以外の職員でも対応できるよう、情報や対応方法の共有に努めている。	○	支援困難ケースや緊急性の判断については、随時検討し各専門職から意見を求め、センターとしての方向性を統一して複数の職員が関わるようにしている。	○	センター内で検討し、緊急性を判断している。相談内容に応じて、違う職種でペアを組んで訪問し対応している。	○	随時話し合いにより情報を共有し、支援に応じて専門職とペアを組み、「主担当者」だけでなく、複数の職員が関わる配慮をしている。	○	カンファレンスにおいて各専門職からの意見をもとに、緊急性や支援の方向性、役割などを確認している。ケース内容に応じて主・副担当者を決めている。
	④	職員間で情報共有や検討ができるよう所内会議等を開催している。	○	朝礼ミーティングを毎朝実施。また必要に応じて職員間で情報共有・検討ができるようにミーティングを行っている。	○	所内会議を毎月開催し、各種の取組の報告・評価・企画調整を行っている。	○	朝礼、月1回の所内会議にて情報の共有や検討を行っている。	○	ケースの状況、部会や研修の内容について朝礼や所内会議で報告している。	○	所内定例会議は月1回行い、必要に応じて随時カンファレンスを行って情報共有をしている。	○	朝礼、月1回の所内会議にて各部会の報告、伝達研修、事業の検討や報告などを行なっている。

4. 地域住民への周知が図られているか。													
〔解説〕	地域包括支援センターは高齢者の総合相談や権利擁護を担うことから、自ら支援を求められない高齢者であっても活用できるよう、積極的に周知を図る必要があります。そのためには、高齢者のみならず、高齢者を取り巻く地域住民や地域活動を行う関係者等に対しても積極的に周知を図っていくことが必要です。												
①	センターの看板や案内等が、わかりやすく表示されている。	○	センターの看板・文字表記を道路側に設置して、住民にわかりやすいように表示している。	○	開所時はのぼりを立て、閉所時もシャッター・アーケードにセンター名称を掲示している。	○	建物のテントに名称を明記しているほか、道路からもわかりやすいよう看板を設置。入口にはのぼりを立てている。	○	新たにセンター入り口にテントを増設し、より分かりやすくしている。看板は主要道路沿いに設置している。	○	黄色の看板だけでなく、窓ガラスに大きくセンター名を掲示し、開所中はセンターののぼりを立てている。	○	事業所入口には、看板やのぼりを設置している。
②	センターの案内や業務内容を、地域住民や関係機関に積極的に周知を図るとともに、センターの理解が深まるように働きかけている。	◎	センターの広報紙の自治会回覧を行っている。また、町内掲示板に掲示を依頼している。また、今年から独自のホームページを立ち上げ、センターのパンフレットや広報紙のバックナンバーの掲載を行い周知をおこなっている。	○	センターのチラシを作成して配布しているほか、法人の広報紙への記事掲載などを通じてセンターの周知を図っている。	○	毎月発行している広報紙を区域内の全自治会で全戸配布してもらっている。地域活動出席時にセンター業務について説明している。今年度センターのLINEアカウントを作成し、広報紙にQRコードを掲載し誰もが閲覧できるようにした。	○	広報紙を作成し、3校区に回覧を実施した。居宅介護支援事業所や菅原生涯学習市民センターにも広報紙を配架している。	◎	サロンや老人会、民生委員の集まりの際に、チラシ・広報紙を配布している。広報紙は法人のホームページにもアップしている。今年度は地域の広報紙にもセンターについての記事を掲載してもらい、周知を図っている。	◎	地域活動参加時や医療機関等へ訪問時に広報紙を配布している。センターの活動についてはセンターのLINEで配信や自治会の広報紙へ定期的に記事を掲載してもらうなどで周知している。LINEを周知するチラシを作成し、配布している。

5. 個人情報の保護について、適切に取り組んでいるか。

〔解説〕	地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を扱うことになるため、取り扱いには充分留意する必要があります。また、相談者等のプライバシーを尊重し、相談や情報収集においては支援をするうえで必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。												
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どんな情報」を「何の目的」で提供するのかを説明したうえで、書面にて利用者の同意を得ている。また、書面での同意が困難な場合は必ずその内容を記録している。	○	介護予防ケアマネジメント以外の契約がない場合は、口頭同意を得て、支援経過に記録している。	○	可能であれば同意書をとり第三者への情報提供につき同意を得ている。書面での同意が困難な場合は支援経過記録に必ずその内容を記録している。	○	相談来所時及び訪問時には個人情報保護について説明し、文書にて同意を得ている。電話相談時は個人情報について説明を行い、その旨を記録に記載している。後日訪問時に同意書を取得している。	○	利用者とその家族に個人情報の使用目的を説明し、個人情報使用同意書による同意を得たうえで情報提供を行っている。口頭での同意に関しては相談記録に記載している。	○	可能な限り個人情報の提供についての同意書をとるようにしているが、取れない場合は口頭で同意を確認し、記録をするようにしている。	○	個人情報を提供する際は、提供先・目的等を説明し、口頭で同意を得て、その内容を相談記録に残している。
②	個人情報保護について職員がきちんと理解できるよう、個人情報保護に関する市の取扱方針に従って対応マニュアルの整備や職員への研修等を行っている。	○	個人情報保護マニュアルを整備している。所内研修にて個人情報に対する理解を深めている。	○	個人情報保護に関する市の取り扱い方針に従い、プライバシー保護取扱いマニュアルを整備している。	○	個人情報保護規定を整備している。年度当初にセンター内で個人情報保護に関する研修を行っている。	○	個人情報保護マニュアルを整備し、職員に周知するとともに職員がいつでも確認できる場所に保管している。e-ランニングにて年2回研修を受講している。	○	個人情報保護に関する市の取り扱い方針の内容と、業務マニュアル内に個人情報の取り扱いも説明し、職員が随時確認できるようにしている。	○	個人情報保護マニュアルはいつでも確認できるよう所内に設置している。また、各自e-ランニングにて研修を受講している。
③	法人内やセンター内、職員間等で不必要に個人情報が流れていない。	○	プライバシー・個人情報保護の観点から、面談室にパーテーションを新たに置くなどし、環境整備に配慮している。	○	法人とセンター間においては、緊急時を除き個人情報の共有は行っていない。センター内・職員間においても、個人情報の共有は業務上最低限にとどめている。	○	個人情報が含まれる書類等は不用意に他者の目に触れないようにしている。法人内、職員間においても個人情報保護規定に基づいた取り扱いを行っている。来客時は声の大きさなどに注意している。	○	相談室は壁で区切っており、出入り口にはビニールシートを設置し、執務スペースと相談スペースの動線を区切っている。窓口に相談者がいる場合は、パソコンの画面や電話の声などに注意している。	○	面談室は外部から見えないようにパーテーションで仕切り、プライバシーを確保している。複数の相談が重なった時は足元が不自由な方で無ければ2階スペースも利用し不必要に個人情報が流れないように配慮している。	○	相談者から個人情報が見えないよう所内の机を配置し、必要時は2階会議室も利用している。来客時は声の大きさなどに注意している。
④	個人情報の保管が確実にされている。	○	ケースファイルを施錠できる棚に保管している。個人情報が含まれる書類の廃棄については、法人へ依頼し業者へ年2回(7・12月)処理を依頼している。	○	個人情報は鍵のかかる保管庫で保存し、センターはセコムとの契約により職員の不在時にも監視システムが作動している。離席時はパソコンをシャットダウンしている。	○	個人情報が含まれる書類等やパソコンのICカードは鍵のかかる保管庫に保管し、パソコンのデスクトップには個人情報が含まれるデータは置かないようにしている。	○	鍵のかかる書庫に保管し、施錠している。個人情報を持ち出す際は、外出前後に持ち出しに記録している。毎年9月に外部監査を実施している。	○	個人情報は、施錠できる場所に保管している。個人情報を管理するシステムは、自分のID・パスワードを使用し、そのパスワード等は他人の目に触れるところに記録しないよう配慮している。	○	個人情報に係る書類は鍵のかかるロッカーに保管し、適切に管理している。事務所建物はセコム警備をしている。

6. 苦情受付の体制整備が整っているか。

〔解説〕	センターは、要援護高齢者の相談・支援に関わる機関であることから、苦情解決には社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応をすることが求められています。												
①	苦情受付の担当者・責任者を置いている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	苦情受付は職種を問わず真摯に対応を行っている。管理者が責任者を担っている。苦情受付は報告書を作成しており、対応・再発防止など記録を残している。	○	苦情受付の責任者・担当者を定め、体制を整備している。苦情受付台帳を作成・記録を残している。	○	受付は各職員が対応し、管理者が責任者となっている。苦情があった際には、対応記録を苦情受付台帳に残している。	○	管理者が苦情受付担当、責任者を担っている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	受付は職員が聞き取り、内容に応じて管理者が担当している。苦情を受けた職員が報告書を作成し、管理者が確認している。	○	受付は職員、責任者は管理者が担っている。苦情があれば速やかに管理者へ報告し、苦情受付書への記録を行い、苦情受付台帳にて記録を残している。
②	苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や職員への周知を行っている。	○	苦情・事故対応マニュアルを整備している。申立者・利用者・苦情の詳細・課題解決・再発防止策を記載する。管理者に報告し、所内で検討、再発防止を話し合っている。	○	苦情対応マニュアルを整備し、苦情発生時はセンター内で報告を行い、再発防止に努めている。	○	苦情対応マニュアルを整備し、職員への周知、研修を行っている。年度当初にセンター内で研修を行っている。	○	法人が作成したマニュアルを職員がいつでも見られるよう保管している。苦情発生後は会社の苦情報告システムで最後まで対応できているが管理している。	○	苦情対応マニュアルは全職員が確認できる場所へ保管している。内容に応じて法人へ報告している。	○	苦情対応マニュアルを事業所内にファイリングし、いつでも見られるようにしている。e-ランニングで苦情対応についての研修を受講している。
③	苦情受付担当者や責任者、第三者機関等について、住民や利用者にわかりやすいよう表示または説明をしている。	○	指定介護予防支援の重要事項説明書・受付のフローを事務所内に掲示している。契約時必ず苦情対応についての説明を行っている。	○	苦情解決体制及び苦情受付機関について書面でセンター内に掲示している。	○	相談室内には、苦情窓口及び責任者がわかるように掲示し、ファイルに同じものを綴じており説明に使用している。	○	出入口の掲示板に苦情責任者を掲示している。必要に応じて説明を行っている。	○	面談室に苦情相談窓口と担当者名を掲示している。また、運営規定のファイル前にも苦情相談窓口と担当者名を表示し、誰でも閲覧可能にしている。	○	相談場所に掲示・ファイリングし、来所者がすぐに閲覧できる。必要に応じて説明を行っている。

7. 夜間や休日の体制について確保できているか。													
〔解説〕	地域包括支援センターは、高齢者の権利擁護や虐待など様々な相談・支援に関わることから、緊急時には職員と連絡がとれる体制を確保しておく必要があります。												
①	夜間や休日における緊急時には、職員と連絡がとれる体制が整っている。	○	緊急連絡網は、常に最新の連絡網を作成し、職員間で連絡が取れる体制を整えている。業務時間外は留守番電話とし、留守録が法人管理者携帯へ転送される。	○	営業時間外においてはセンターへの電話は留守番電話対応となり、法人本部の電話番号の案内メッセージが流れる。法人本部に連絡があった場合は、緊急時対応マニュアルに基づき、必要に応じて法人職員からセンター職員へ連絡を入れて対応している。災害発生時にセンター職員間の連絡がつかない事を想定し、LINEで情報共有を図る体制を整備している。	○	夜間、休日は留守番電話対応としている。管理者はセンター用携帯電話を持ち帰っており、留守番電話が入ると留守録のお知らせが入っている。職員間では連絡網を整備し、いつでも連絡が取れるよう体制ができています。	○	週末は留守番電話対応にし、留守番電話音声に緊急連絡先が流れるように設定しているため、緊急時には対応できる体制は整っている。	○	週末は留守番電話対応、連休はセンター用携帯電話を持ち帰っている。緊急連絡網、LINEのグループを作成している。災害時など職員の出勤が難しい場合に備え、外部から管理者・職員等に転送電話ができるよう設定している。	○	休日は留守番電話対応、長期休暇は留守電機能によりセンター用携帯電話の番号を案内している。職員の緊急連絡網を作成し連絡が取れる体制になっている。
8. 人材の育成や支援について、取り組んでいるか。													
〔解説〕	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。												
①	法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるように配慮している。	○	研修参加を職員には積極的に促している。ZOOM等オンライン参加が可能な環境を整える配慮を行った。	○	研修案内が来た場合は職員に回覧や所内メール等の方法で周知を図っている。	○	毎年実施される法人での研修（年2回）に参加。外部研修の参加の際は参加費の法人負担、業務スケジュールの調整など、できるだけ研修に参加できるように配慮している。	○	研修案内は回覧し、外部研修に参加できるよう対応している。会社でオンライン研修のコンテンツがあるため、各自受講している。	○	研修案内は回覧し、希望や必要性を考慮して声をかけるなど、参加を促している。	○	研修に係る費用や勤務の調整は法人が支援し、できる限り研修や職能団体や福祉関係者の集まりに参加できるように配慮している。個人のスキルアップを図る手段として、オンライン研修（e-ラーニング）を活用している。
②	知り得た情報や知識については、全員にフィードバックし共有している。	○	参加した研修は研修参加報告にまとめ、ミーティングの中でフィードバックや回覧で情報共有を行っている。	○	職員が外部研修に参加した際には、後日センター内で伝達研修を実施し、知識を共有して職員のレベルアップに努めている。	○	研修記録を作成し、内容に応じて所内会議にて伝達研修を行っている。資料は回覧で確認している。	○	所内会議後に伝達研修を行い、報告書を回覧し共有している。より共有が必要な内容は所内会議で報告している。	○	研修参加後は資料を回覧し、内容に応じて伝達研修を行い、共有している。また、資料はファイリングして閲覧ができるようにしている。	○	研修受講後は内容に応じて伝達研修の場を設け、職員にフィードバックできている。資料は回覧後に職員共有ファイルに保管している。
〔事業実施計画〕（総合相談支援業務）													
1. ネットワーク構築が図られているか。													
〔解説〕	地域包括支援センターは、担当圏域にネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者等を見い出すことができます。各種サービス、関係機関等へ適切に支援できるようつなぎ、継続的な見守りを行います。更なる問題の発生を防止するためのネットワーク構築も必要となります。ネットワークは構築するだけでなく、既に機能しているネットワークも把握・整理し、定期的に見直すことが必要です。												
①	インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、機能や役割を整理したうえで、暮らしまるとベネリネットの更新を行っている。	○	圏域のケアマネジャー・第2層協議体等と協働して、地域資源の把握に努めている。暮らしまるとベネリネットの更新は随時行っている。	○	随時暮らしまるとベネリネットの更新を行っている。自費サービス等独自に集約した情報を紙媒体で提供できるように整備している。	○	地域の社会資源を分類ごとにまとめている。随時、暮らしまるとベネリネットの更新を行っている。	○	菅原生涯学習市民センターに定期的に訪問し、サロンや教室の情報収集を行っている。機能や役割を整理し、暮らしまるとベネリネットを更新している。また、インフォーマルサービス等の情報をファイリングし、来所者が閲覧できるようにしている。	○	各校区のフォーマル・インフォーマルサービスを社会資源として情報収集し、一覧表を作成している。暮らしまるとベネリネットは内容変更・新規資源があれば、追加・更新をしている。	○	フォーマル・インフォーマル情報一覧をファイリングし随時更新をしている。暮らしまるとベネリネットの更新もしている。
②	圏域における高齢者のニーズ把握を行い、支援内容に対応できるネットワークを構築（改善・活用）している。	◎	個別地域ケア会議にて高齢者のニーズ把握、及びニーズへの対応方法を検討した。また、ニーズに対して地域づくりに必要な方法について第2層協議体で検討した。第2層協議体にて、高齢者に対し生活アンケートを実施し、ニーズ把握を行った。また、安否が不明な高齢者に対して第2層協議体で支援方法を検討し、支援を行った。	◎	大学と協働でUR居住者を対象にアンケートを実施予定にしており、実施に先立ちアンケート内容について意見交換を行っている。地域の社会資源との意見交換の場として住まい地域ケア会議を開催予定にしており、構成メンバーとして考えている関係者に対して会議の趣旨を説明している。	○	民生委員や関係機関との連携時や地域活動出席時にニーズ把握を行い、圏域の地域ケア会議でニーズの検討を行っている。	○	限られた集まりの中で、参加者から話を伺い、圏域高齢者のニーズ把握を行っている。広報紙を全校区で回覧を行い、地域住民からの情報提供が増えるよう積極的にセンターを周知している。また民生委員・自治会・保健所・生活福祉担当・社会福祉協議会等と連携して対応できるよう努めている。	○	民生委員や関係機関等からの情報を元にニーズを把握し、民生委員、介護保険事業者、コミュニティソーシャルワーカー等と連携し、支援できるように対応している。地域活動の出席時にはコミュニティ関係者などへの声掛けも実施している。	◎	各校区のコミュニティ協議体会長・校区福祉委員会委員長・民生委員と各々で交流会を実施し、ニーズ把握を行い、検討を行っている。把握したニーズから圏域内の3つの企業へアプローチし、地域活動で講師として参加いただくなどの取り組みを実現させた。
③	既存のネットワークが有機的に機能できるよう維持・改善に努めている。	◎	個別地域ケア会議等を通じて、民生委員・生活困窮支援事業者・社会福祉協議会・薬局・あんまはりきゅう師等との相互理解を深めることで、関係機関の連携の在り方について話し合い、既存ネットワークの改善を行った。	◎	高齢者見守り110番協力店舗への巡回訪問を行い、顔の見える関係づくりに努めている。協力店舗以外にも新規開拓を目的に巡回訪問を行っている。今まで見守り110番協力店舗として登録し協力していない店舗に対しても、職員が急行し対応した事で、事業の理解を得られ登録に至った。また、住まい地域ケア会議の構成メンバーとして考えている関係者に対して会議の趣旨を説明している。	○	地域活動への参加やセンター主催の講習会を開催し、民生委員や介護保険事業者と顔を合わせる機会を設け、ネットワークの維持に努めている。	○	広報紙やセンターで作成したチラシを地域や介護保険事業所へ直接配布して回ったり、地域活動への参加を通じてネットワークの維持に努めている。	○	各校区内で催される行事やサロン、第2層協議体への参加を通じて、顔の見える関係づくりを継続し、お互いに連絡、連携しやすい関係性の維持に努めている。	○	民生委員、校区福祉委員等や介護保険事業所と話ができる機会を設け、ネットワークの維持に努めた。昨年に引き続き障害福祉の支援機関と意見交換会を開催。今後はケアマネジャーも参加してもらうなど、より連携ができるネットワークとなるよう努める。
④	地域のネットワークを活用し、他の関係機関と連携して要援護高齢者を支援している。	◎	重層的体制連携会議（社会福祉協議会・生活困窮事業者・障害福祉事業者・人権まちづくり協会）を定期的に行うことで、要援護高齢者支援の充実につながった。	○	在宅生活継続の為に多機関の協力を要するケースにおいては、地域住民や民生委員と協働し、警察や金融機関とも連携しつつ、見守り体制を構築するなどネットワークを活用して支援している。	○	校区コミュニティ協議会、民生委員、見守り110番協力店舗、街かどデイハウス、医療機関、金融機関、配食事業者、行政、福祉事業所等からの情報を得て要援護高齢者の支援を行っている。	○	民生委員、市担当課、保健所、社会福祉協議会、医療機関等や近隣店舗、金融機関や郵便局など地域のネットワークを活用し、それぞれと連携しながら要援護高齢者の支援を行っている。	○	地域住民、民生委員、医療機関、街かどデイハウス、コミュニティソーシャルワーカー等から情報提供のあった気になる高齢者に対し、協力を得ながら実態把握を行い、連携に必要な支援を実施している。	○	地域住民や自治会など地域のネットワークを活用し、要援護高齢者の早期発見や見守り支援につなげたり、介護保険事業所や医療機関、行政等と連携し要援護高齢者の支援を行っている。

2. ネットワークを活用し実態把握を行っているか。													
〔解説〕	地域包括支援センターは、ネットワークを活用しながら様々な手段により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。常に高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となり、「早期発見」「早期対応」につながり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。												
①	隠れた問題やニーズを早期発見するために、高齢者の個別訪問を行うなど必要に応じて、アウトリーチによる相談・対応をしている。	◎	民生委員等と連携しながら同行訪問するなど問題の早期発見に努めている。水道局においても定期訪問を行っており、福祉機関以外の機関とも連携したアウトリーチを実施した。また、団地の全戸個別訪問を、民生委員・校区福祉委員と実施し、高齢者の実態把握を行い、早期発見できるよう独自チラシを作成し配布を行った。	○	相談を受けた際、原則として訪問または来所での面談を行い生活実態の把握に努めている。実態把握にあたっては、対象者の家族や相談元の関係機関からできる限りの情報収集を行い、早急に支援を要する可能性がある場合は個別訪問やセンター・医療機関等での面談を行っている。	○	近隣住民や民生委員等から相談があれば、自宅へ訪問し現状の把握、相談対応をするようにしている。	○	近隣住民や民生委員等から相談を受けた際は、個別訪問にて実態把握を行っている。関係機関と連携して速やかに状況を把握し、支援するよう努めている。	○	地域から入る情報に基づき、必要に応じて個別に連絡や訪問を行い、状態確認、必要な支援の提案を実施している。また各校区で開催されるサロン、行事等に出張相談を行い、支援の必要な高齢者の早期発見に努めている。	○	民生委員や近隣住民から相談があれば、速やかに訪問し、実態把握を行った上で対応している。
②	様々な社会資源や関係機関等から情報収集を行い、高齢者の心身の状況や家族の状況等について実態把握を行っている。	◎	民生委員をはじめとした自治会・地域住民から、場合によっては大家・不動産・市担当課の協力を得て高齢者の実態把握のために情報収集を行っている。今回初めて水道局と連携し、水道の使用量等から高齢者の生活リズムや状況を把握することにつながった。	○	家族や民生委員、地域住民、医療・介護関係機関、市担当課、地域の社会資源、UR都市機構等の住宅管理事業者、警察、金融機関、司法関係者、民間事業者等と連携し、情報の収集及び提供を行っている。	○	地域活動参加時の情報や民生委員、介護保険事業者等の関係機関からの情報収集を行い、自宅への訪問が困難なケースについては得られた情報を分析しつつ、面談へつなげている。	○	金融機関や配食事業者、コンビニエンスストアや民間事業者、民生委員や地域住民等と連携を図り、地域の気になる高齢者がいれば情報収集を行い実態把握を行っている。	○	当該高齢者に関わっている担当民生委員や介護保険事業者、コミュニティソーシャルワーカー等のネットワークを活用し、実態把握を実施している。	○	民生委員の交流会において気になる高齢者について情報収集している。すぐに訪問する事ができない場合や介入が困難な場合は、関係者から情報収集を行った上で支援方法を検討している。
3. 適切に総合相談業務が実施されているか。													
〔解説〕	地域包括ケアとしての継続支援の「入り口」となるのが「総合相談」です。地域に住む高齢者の様々な相談を全て受け止める、ワンストップサービスに心掛けた適切な機関、制度、サービスにつなぎ、継続的にフォローアップしていくことが重要です。身近に信頼し継続的に相談できる拠点となり、相談者の多様な状況に的確に対応できる仕組みが必要となっています。												
①	本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談に対して、相談者との信頼関係を構築しながら、的確な状況把握を実施すると同時に、相談内容に即したサービスや制度に関する助言、関係機関の紹介等を行っている。	○	電話での安易な返答はさけるようにし、断らない相談をモットーにしている。アウトリーチや面談によって相談者との信頼関係構築を行っている。適切な助言、情報提供を行うために、朝礼ミーティングや随時ケース検討をおこなうようにしている。	○	相談があれば関係者から情報収集を行い、実態把握に努めている。必要に応じて医療機関や行政機関等を紹介し、連携を図り制度の橋渡しをしている。	○	実態把握については個人情報に配慮し、相談者の主訴を的確に把握し、ニーズに応じたサービスや制度、関係機関の紹介を行っている。	◎	面談を通して信頼関係を築き、困りごとやニーズを把握できるよう努めている。警察からの相談を受け、自宅訪問による実態把握を行い、法律家、医療機関や居宅介護事業所、障害者就労支援事業所など関係機関の連携し対応を行った。	○	相談者に必要と思われる制度や関係機関の情報のより分かりやすい資料を中心に収集・整理し活用している。対象外の相談についても関係する機関の紹介にとどまらず、必要、要望に応じて関係機関へのつなぎ連絡を実施している。	○	相談があれば速やかに実態把握を行い、相談内容に即したサービスや制度について提案している。必要に応じて関係機関に繋いでいる。
②	初期段階での相談については、的確に状況を把握した上で、緊急性を判断し、適切な対応ができている。	○	新規ケースについては、所員全員で共有し対応を行っている。原則、1人では緊急の判断はせず、2人以上で検討を行うフローに沿って対応している。	○	初期段階での相談については、情報収集を経て虐待の可能性や安否確認の必要性につき検討し、早急に介入するかを判断している。	○	関係機関から情報収集し、センター内で検討のうえ、緊急性を判断し対応している。	○	管理者に報告し、その場にいる職員で相談している。必要に応じてホワイトボードを活用し、状況を整理しながら対応している。	○	ケースの確認と支援の方向性を職員間で相談・検討し、緊急性の判断を行い、支援を行っている。	○	相談受理の時点でその場にいる職員で緊急性を判断し、考えられるリスクを想定しながら複数職員で訪問し、対応している。
③	本人のライフステージや役割、環境との関わりを考慮しながらニーズを把握し、適切なスクリーニングを実施し、専門的・継続的な支援をしている。	◎	親亡き後を検討するケースにおいては、人生会議パンフレットを用いて、遺言や相続についての相談を困窮・司法等関係機関と協働して支援した。死亡カンファレンスを地域活動者と実施し、センターとの連携の取り方を具体的に検討した。また、支援者の精神的ケアに配慮できた。	◎	認知機能低下により財産管理に支障がある場合、関係各機関（UR都市機構、ひらかた権利擁護成年後見センター、司法書士会、社会福祉協議会）と連携して継続的に支援している。また、いわゆる8050問題に対しては医療機関・保健所・コミュニティソーシャルワーカーと連携して支援を実施している。在宅生活が困難となった場合には入院支援・施設入所支援を行っている。	○	本人の生活している環境や役割を把握し、心身の状況の変化等に対応した支援ができるよう継続的に関わっている。	○	対象者のアセスメント、ニーズ把握を行い、関係機関と連携を図り継続的な支援を行っている。他機関からの相談についても同様の対応を行っている。	○	相談時には支援対象者のバックグラウンドや意向の把握を行い、その意向に沿った支援ができる様に関係機関と情報共有を行いながらの協働支援を実施している。また継続支援が必要なケースや支援に繋がっていないケースについても適宜モニタリングを実施している。	○	本人のニーズを把握した上で、スクリーニングを実施。内容に応じて担当職員を決め、継続的な支援を行なっている。また情報収集を行う中で、ご家族とも信頼関係が得られるよう積極的に関係を持ち、ご家族も引き入れながら対応。複合的な課題を予測した際には、関係機関に繋ぎ、共に支援している。
④	対応した職員以外でも再相談等に届けられるよう相談記録を作成し、整備している。	○	新規のケースは相談受付票を印字し、所内回覧し、相談内容を所員で共有し、再相談に備えている。	○	相談記録をシステムに入力することにより、再相談の際にはいずれの職員でも端末上で過去の記録を確認できるようにしている。	○	相談があればシステムに記録して全職員が経過を見て対応できるようにしている。特に注意が必要なケースについては口頭でも共有を行っている。	○	相談を受けたらすぐにシステムに記入し、再相談に対応できるようにしている。	○	対応内容をセンター内で共有し、支援経過は早急に記録し、どの職員でも継続、再対応を可能にしている。また継続的な対応が必要なケースは別途ケースファイルを作成し、状況の確認を容易にしている。	○	相談内容は速やかにシステムへ入力している。朝礼で情報共有を行い、再相談時にどの職員でも対応できるようにしている。
4. 生活支援の体制構築が図れたか。													
〔解説〕	医療、介護のサービス提供だけでなく、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦紹介所、商工会、民生員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に行っていくことが重要です。元気づくり・地域づくりプロジェクトの取組内容の共有や、医療・介護連携にかかる会議等の開催や連絡調整、元気づくり・地域づくりコーディネーターの支援を行う等により、互助を基本とした生活支援サービス等が創出されるような積極的な取組み体制の整備・運営を行うものです。												
①	担当する圏域内の地域課題を整理し、課題解決に向けた計画を作成するなど、取組みを行っている。	○	第2層協議体の事務局として、福祉活動計画の作成に初めて関わることができた。高齢者の見守りに関する地域課題の反映や、地域とセンターとの連携強化などを計画に位置づけることができた。	○	各校区の第2層協議体が考える地域課題について把握・整理し、第2層協議体と協議の上で年度計画を作成している。	○	各校区の地域課題について把握・整理し、課題解決に向けた計画を作成している。	○	第2層協議体で意見交換や課題抽出を行い、情報共有を行っている。介護者同士が相談できる場所がないという地域のケアマネジャーのニーズに応えるため、センターが主となり介護事業者を巻き込んだ圏域オリジナルの介護者の会の立ち上げを計画している。	○	年度初めに事業実施計画を立て、計画に基づき、地域と共に第2層協議体など活動（ひらかた元気づくりが体操や体力測定会等）や取組みを行っている。	○	3校区第2層協議体代表者で地域課題を整理し、課題解決に向けた計画を作成している。
②	担当する圏域内の協議体に参画し、助言や技術的支援などにより、活動や取組みの支援を行っている。	◎	全小学校区で事務局として参画し、助言を行っている。第2層協議体への支援として、コロナ禍での高齢者の安否確認のため、生活アンケートの実施を提案し、アンケート作成や郵送準備などの支援を行った。124名のアンケート集計などを行い、地域の高齢者の実態把握を支援した。また地域の元気づくりの取組みとして、サロンのチラシ作成等の支援をした。また、校区住民がコロナ感染者等への差別をなくす運動として「シトラスリボン運動」を行っており、当センターへ協賛依頼があったため、ポスター作製等で協力した。	◎	第2層協議体に参画し、さまざまな情報提供などを通じて活動や取組みの支援を行っている。現在「おたすけメイト」のコーディネーターより、体力的に続ける事が難しいとの申し出あり。後任者が決まれば個人情報の扱いも含めコーディネーター業務の支援や相談等、フォローアップの体制づくりを支援していく。地域元気づくり教室開催にあたり、企画段階から協議に参加し助言等の支援を行っている。	○	第2層協議体に参加し、各校区の取組みについて協力し、あるいは助言する等の支援などを行っている。	○	地域の会議や行事では情報提供や助言等ができる範囲で支援を行っている。また第2層協議体では事務局として、ハイブリッド会議の実施や有効な関係性を構築するため各校区の活動や取組みに積極的に支援している。	◎	第2層協議体にて事務局会議から参画し、活動や取組みの支援を行っている。ひらかた元気づくりが体操の開催にあたり、地域と連携を取りながら周知活動を行っている。当日は体操の指導を行い地域が自主活動として継続できるよう支援している。校区市中心地まで外出できない方に対しては、毎年秋にすむら健康フェスタを企画・開催し、参加を促している（今年度は中止が決定）。	○	第2層協議体に参加し、介護サービス事業所や社会福祉協議会につなぎ活動支援がスムーズにいくように取り組んでいる。

③	担当する圏域内の協議体と医療・介護連携にかかる会議等との連携や調整を行っている。	○	協議体構成員へ個別地域ケア会議の出席を依頼し、支援方法や地域課題等を検討する中で医療・介護事業所との連携を図っている。	○	第2層協議体には今年度の多職種連携研究会にも参加を促し、地域で暮らす高齢者を支えるための医療・介護連携について知って頂く機会を設ける予定である。	○	第2層協議体の構成員に、多職種連携研究会、医介連携会議等への参加を促している。また、同会議等で取り扱うテーマについて、地域の人が関心を持てるような企画を検討している。	○	第2層協議体で把握し、抽出された課題を、多職種連携研究会等で伝達しながら地域と医療・介護が連携できるよう努めている。	○	第2層協議体には、医療・介護連携ができるよう、各地域のニーズに合わせて第2層協議体メンバーとして関わり、元気づくり教室の講師紹介等で連携や調整を行っている。	○	第2層協議体を定期的に開催し、医療機関や介護保険サービス事業所の参加も得ている。
④	担当する圏域内において第3層生活支援コーディネーターの養成や育成を行っている。	◎	第3層生活支援コーディネーター養成研修を実施し、第2層協議体の取り組み共有を行った。研修の中では、第3層生活支援コーディネーターに必要なこととして、①枚方市の情報公開の把握、②枚方市の地域について(コミュニティ等について)基礎的な理解、③校区コミュニティ協議会の実践について独自にまとめ講義し、さらに内容を深め、養成を行った。	◎	第3層生活支援コーディネーター養成研修をオンラインにて開催予定にしており、内容については企画段階である。また地域課題の抽出と解決策の検討の場として自立支援型地域ケア会議を活用している。会議に出席したケアマネジャーが第3層生活支援コーディネーターとしての視点を持ち、情報共有とともに地域資源の活用や開発、知識の向上を図っている。	○	圏域内の居宅支援事業所の新規採用職員や新設事業所について、一定の期間ごとに研修を行うよう企画している。	○	オンラインにて第3層生活支援コーディネーターの養成講座を開催した。講座内容について、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、社会資源の紹介や民生委員との連携の事例を紹介することで知識の習得に努めた。	○	毎年事業所連絡会にて、第2層協議体についての状況を報告し、活動協力も依頼している。第3層生活支援コーディネーター養成に向けて、研修受講済みのリストを作成している。	○	地域課題を集約し、地域に何が必要か検討する必要性を第3層生活支援コーディネーターと共有している。

**【事業実施計画】(個別地域ケア会議)**  
**1. 個別地域ケア会議(個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議)**

地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。  
 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、(i)地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 (ii)高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 (iii)個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握  
 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項  
 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステムもひとつの体制であることを再認識し、それぞれを実施や構築することを目的化することなく、すべての活動は地域の高齢者を始めとする住民が尊厳を保持した生活を地域で継続できることを目指していることを忘れてはなりません。

①	個別ケースの支援内容の検討を通じ、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	○	個別地域ケア会議(3回)・自立支援型地域ケア会議(3回)実施した。地域のケアマネジャー等とともにライフステージを捉える重要性(継続的)や民生委員の役割を理解する必要性(包括的)など、ケアマネジメントの支援を行った。	○	個別地域ケア会議において、担当のケアマネジャーが居宅介護支援を適切に行えるよう後方支援を行っている。自立支援型地域ケア会議においては、委託先のケアマネジャーとセンター職員が協議して支援方針を検討することにより、自立支援に資するケアマネジメントに繋がっている。	○	圏域内の居宅介護支援事業所へ案内を行い、対象者の能力を活かして生活が送れる支援ができるように助言をもらい、自立支援に資するケアマネジメントに繋げている。	○	事例を提出しているケアマネジャー以外にも出席を促し、機能回復訓練だけではなく、生活環境の調整や生きがい・役割をもって生活できる地域の居場所等パラスのとれたアプローチについて、様々な専門職から助言等をもらい自立支援に資する検討を行っている。会議で共有した自立支援の発想や支援の方向性について、事業所に持ち帰って共有してもらうことで、自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	◎	ケアマネジャーに参加してもらえよう事例を選定し、ケアマネジャーやサービス事業所と自立支援の視点について検討している。今年度は圏域内の薬局も参加してもらい、自立支援の考え方の共有を行った。	○	居宅介護支援事業者の参加を促し、ケアマネジャーが上手く活用できていない社会資源を使うことで問題解決につながるような事例などを検討し、助言者から意見をもらうことでケアマネジャーの質の向上に努めている。
②	個別ケースの支援内容の検討を通じ、課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行っている。また、把握された地域課題の解決にむけて地域ケア会議等で検討されている。	◎	-1個別地域ケア会議に生活支援コーディネーターに出席してもらい、家族・民生委員等とともに今後の方針検討を行った。家族と地域の情報共有が不足していたが、役割分担を行った。コーディネーターの会議参加によって多様な機関の支援内容を共有する重要性を確認することができた。また、マンション自治会長にも個別地域ケア会議に参加してもらいマンション内の課題の確認や支援方法等も検討することができた。 -2疾患によって生活のしづらさ抱えた当事者・支える家族と地域住民の相互理解が不足していたが、会議を通じて当事者理解を促進できた。また、支える家族と地域の具体的な役割分担(ゴミの廃棄・当番など)話し合うことができ、当事者を支える地域づくりを形成することになった。 -3死亡カンファレンスを行い、1人暮らし高齢者への支援方法について民生委員等と検討を行った。その内容を第2層協議体で紹介し、見守りを要する高齢者への支援についての在り方等検討することができた。	◎	個別地域ケア会議及び自立支援型地域ケア会議にて、地域課題の抽出、解決策の検討を行っており、地域全体で考えていく課題に対しては圏域独自の地域ケア会議で検討を行う予定にしている。また、「コロナ禍によるソーシャルフレイル」「転入した高齢者の孤立」という課題に対し、地域の社会資源との意見交換の場として住まい地域ケア会議(UR都市機構、社会資源A、社会資源B、地域のよろず相談所)を開催予定。	○	個別ケースの検討に通じ、課題の把握に努めている。把握した課題は圏域の地域ケア会議にて検討できる体制を整えている。	○	個別ケースの検討を通じ、地域課題の抽出を行い、課題に対する資源開発の提案に繋げていくために、第2層協議体等で検討している。	○	個別地域ケア会議で抽出した地域課題は第2層協議体で検討している。課題の1つである地域での見守り体制については第2層協議体のメンバーとの連携や活動を活用し、課題解決に向けて取り組んでいる。	◎	個別地域ケア会議にて地域課題の把握と課題の解決策を検討している。課題に応じて参加者を選定し、役割分担をして支援を行っている。
③	検討した個別事例を、一定期間モニタリングを行い、評価や方針の修正を行っている。またモニタリング結果を会議の参加者等に情報提供している。	○	検討したケースについては、進捗の報告を聞いている民生委員等の支援者に情報提供を行っている。	◎	個別地域ケア会議においては、目標の評価期間を設定し評価を実施している。必要に応じて同一ケースにおいて個別地域ケア会議を複数開催したり、会議後も随時状況確認してケアマネジャーのフォローや関係機関の意見調整を行っている。自立支援型地域ケア会議においては、地域課題と解決策については毎回積み上げを行い、年度末に評価している。今後の方向性を明らかにして6ヶ月後に評価を行い、継続事例として再度取り上げて評価を行うとともに、モニタリング結果を参加者に報告している。	○	検討した事例は再度会議にて検討し、参加者と現状の情報共有を行っている。	○	検討した個別ケースは一定期間モニタリングを行い、管理者が評価や方針の修正を確認し協議している。モニタリングの結果は必要に応じて会議の出席者に情報提供している。	○	検討した事例は進捗確認を行い、その内容について会議参加者に報告を行っている。確認した状況から新たに制度に繋げるなど方針の修正もやっている。	○	随時、進捗確認を行い助言を行うなど支援の方向性の修正を行っている。その内容は参加者に情報提供している。

【介護予防ケアマネジメント】													
1. 介護予防ケアマネジメント（介護予防・日常生活支援総合事業）													
（解釈）	介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです（法第115条の45第1項第1号）。介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、自立支援の視点によって、今後、対象者がどのような生活をしたかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有するとともに、対象者自身の意欲を引き出し、自主的に取組を行えるよう支援します。そのためには、介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を一体的に組み合わせながら支援していくことが必要です。既存の資源は何かあるのかを把握し、活用するとともに、不足する資源を把握し創出に向けた取組につなげていくことが求められます。												
介護予防・生活支援サービス事業におけるケアマネジメント													
①	自立支援の視点に基づき、一定期間取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうかを具体的に評価できる目標を設定し、継続的な支援を行っている。	◎	対象者の興味・関心からその人らしい実現できる具体的な目標を設定し、活動や参加へ繋げ評価できるよう朝礼にて時間を設け、所員でコメントを出し合い、よりよい個性を持たせる目標設定に取り組む、実現への継続的な支援を行っている。さらに、朝礼では新規プランを中心に自立支援について話し合い、継続検討し、自立支援型地域ケア会議にプラン提出することにより支援内容を再検討している。	○	予後予測を行いながら自立支援の視点に基づき、本人の潜在能力を引き出せるよう基本チェックリスト、興味・関心チェックシート等活用し具体的に実現可能な目標を設定している。長期プランについても複数の職員で協議し目標期間を決定し継続的な支援を行っている。	○	アセスメントを行う上で、利用者とは十分話し合い、サービス事業者からの報告なども活用し、状況把握したうえで目標を達成可能な範囲で設定するよう努めている。	○	アセスメントを行う上で、基本チェックリストや興味関心シートを活用し、目標を達成可能な範囲で設定するよう努めている。出来るだけ数値化して本人が意識し易いようにすることで継続的な支援に努めている。	○	サービス担当者会議で情報共有し、課題を整理して、回数や距離などで表現し評価しやすい目標を設定している。またセンター内で適宜相談したり、自立支援型地域ケア会議を開催し、専門職からのアドバイスを受けながら支援の方向性を導いている。	○	対象者自身が課題に気付けるよう不活発病のチェックリストを深める事で、自発的な行動の実行を目指している。また実現可能な目標を意識して提案している。
②	自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うための支援を行っている。	○	コロナ禍による影響を鑑み、自ら介護予防に取り組む意識を高めるきっかけづくりのため、体力低下予防をテーマにした記事を掲載した包括みどり通信「いつまでも元気に通信」を定期的に発行し、民生委員を中心に情報提供し、日ごろの活動に活用していただき、健康維持、増進に向けた取り組みの支援を行っている。	○	介護予防パンフレットの配布や体調管理に役立つ情報を提供しセルフケアを以て自ら健康増進に繋がるように支援している。自立支援型地域ケア会議での専門職からの助言を参考にアプローチ方法を工夫している。	○	初回時には基本チェックリストを実施し、介護予防についての意識付けを行い、自ら健康への取り組みを継続していけるよう定期的に訪問や電話にて情報提供しながら支援している。	○	介護予防の目的、介護保険の説明などを行い、必要に応じて一般介護予防事業や地域での取り組みなどの提案を行い、適切な支援となるよう心がけている。	○	プランニングの際には自立支援の意識を持ち、地域の取り組みも念頭に置きながら、一般介護予防事業や高齢者健康づくり講座等もお伝えすることで、本人・介護サービス・地域が、それぞれの力を発揮し、健康維持・増進に向け一体的に取り組めるように努めている。またリハ職行為評価事業を利用し、自立に向かう方向性などアドバイスをもらうことで、健康増進や介護予防の意識を高めるきっかけになっている。	○	生活不活発病の資料を活用すると共に介護保険制度を踏まえながら、自助努力が必要である事の理解が得られるよう説明し、継続するための手段として地域にある社会資源の情報提供を行っている。
③	自立支援の視点に基づき、適切な支援ができるよう地域包括支援センター内の課題検討等の取組を行っている。	○	自立支援型地域ケア会議の事前準備として、センター職員と委託先のケアマネジャーも含めミーティングを行い、自立支援の視点や方向性を話し合い、その際の提案内容は支援経過記録に記録している。また、今年からは地域課題についても職員全員で話し合い、予測し課題検討に取り組んでいる。	○	朝礼、夕礼では総合相談で把握した内容を共有し自立支援に資するようセンター内で課題検討を行っている。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援に向けて課題検討に取り組んでいる。センター内でケース選定と地域課題を共有している。	○	自立支援型地域ケア会議開催時には、センター内でケースを検討し、職員全体で自立支援を考える機会を持っている。また、いち早くオンライン開催することで課題検討等の機会の確保に取り組んだ。	◎	自立支援型地域ケア会議では会議前にアセスメント表を全員で共有し、会議後には振り返りを行い、参加できなかった職員にも内容をまとめて書記回覧している。また、自立支援型地域ケア会議以外にも、適宜センター内で相談している。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援に向けて課題検討に取り組んでいる。センター内でケース選定と地域課題を共有している。
④	介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業、社会資源等を一体的に組み合わせながら支援している。	◎	インフォーマルサービスの情報については暮らしまるごとべんりネットへの入力や、社会資源ごとにファイリングし、まとめている。買い物困難な方には移動スーパーのとくし丸や配食サービスなどの社会資源等を組み合わせ提供している。コロナ禍により一般介護予防事業が休止、オンライン環境が整っていない場合は、暮らしまるごとべんりネットや、生活べんり帖の冊子を活用できるように本人・家族、民生委員等の地域活動者に丁寧に説明し、支援している。第2層協議体からヒアリングした社会資源等の内容などは、所内で共有しまとめている。	○	リハ職行為評価事業、栄養士派遣指導事業の活用や「ひらかた元気くらわんか体操CD、DVD」を配布した。リハ職行為評価事業実施時に事業所スタッフにも参加してもらい、助言内容を共有し個別運動プログラムに反映してもらった。また、生協やインターネット購入、配食等インフォーマルサービスを活用し総合的なマネジメントを行っている。	○	各校区の介護予防に向けた活動を校区毎にまとめたカレンダーを作成し、基本チェックリストと介護予防・日常生活支援総合事業の冊子などを用いて一体的に組み合わせながら支援している。	○	暮らしまるごとべんりネットも活用しながら、各社会資源ごとにファイリングして情報提供している。必ず、インフォーマルとフォーマルの説明・提案しながら支援している。	◎	介護予防・生活支援サービス事業については冊子やチラシを用いて丁寧に説明し、本人・家族の理解を得られている。インフォーマル資源（街かどデイハウス、老人会、ひとり暮らし老人会など）や一般介護予防事業の情報提供を同時に、地域活動にも参加できるように支援している。	○	介護保険サービス・総合事業だけでなく、利用可能な地域の社会資源も取り入れ提案している。
⑤	初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。その後の委託に関してはアセスメントした上で検討している。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントは、センター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントは、センター職員が行っている。	○	基本的にはセンター職員が初回の介護予防ケアマネジメントを行っている。要介護から要支援認定になったケース、難病やパーキンソン病など進行性疾患のケースでは難しいと思われるケースはセンター内で相談し、委託でケアマネジメントをお願いすることもある。	○	初回はセンターの専門職が訪問してアセスメントを行なうようにしている。

一般介護予防事業におけるケアマネジメント													
⑥ 虚弱な高齢者を把握するための取組みを行っている。	◎	◎	○	○	○	○	⑦ 一般介護予防事業の紹介等の必要な情報を提供し、高齢者本人が地域における集いの場に自ら積極的に参加していくことなどセルフケアに取組むための個別支援を行っている。	○	○	○	○	○	○
⑧ 高齢者元気はつらつ健康づくり事業等の介護予防や健康づくりの推進のための取組みを企画する場合は、事業の目的に沿った目標を設定するなど企画内容を評価できる仕組みを意識している。	◎	○	○	○	○	○	⑨ 介護予防の取組みを推進するため、自主グループの活動の支援を行っている。	○	○	○	○	○	○



【権利擁護】													
1. 成年後見の活用に関する取り組みができていますか。													
【解説】	認知症等によって判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭管理などの支援を行うため、成年後見制度を活用することが有効です。地域包括支援センターでは、成年後見制度の活用を幅広く普及させるための広報等の取り組みを行ったり、医療機関や成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携が求められています。また、成年後見制度の利用に関しては、適切なスクリーニングを実施することは勿論、制度利用が必要な場合の、申立て支援を実施することが重要です。												
①	成年後見制度（法定後見・任意後見）を幅広く普及するための活動を行っている。	◎	校区民生委員へ依頼し、メールにて成年後見制度に関する情報発信を開始し、啓発を行った。圏域内の司法書士、弁護士との意見交換をオンラインにて専門職と地域活動者に対して複数回実施した。弁護士や司法書士と直接話をする場を設けることで成年後見制度の普及に大きくつながっている。また、研修に参加が難しい方へは、オンデマンド配信を整備して、幅広く周知が行えた。	○	認知機能が低下されている方の相談等で、成年後見制度他日常生活自立支援事業等の紹介を行っている。事務所入り口に成年後見制度に関するリーフレットを置き、来所された方が自由に閲覧したり、持ち帰ることができるよう工夫している。	○	いつでも説明できるよう分かりやすい資料を整理し、来所時や地域活動参加時に活用している。年に1回、広報紙に制度について掲載している。	○	分かりやすさにこだわった独自のリーフレットを作成・更新し、居宅介護支援事業所、医療機関、薬局、金融機関に設置している。地域の見守り側への周知を目的に、民生委員の定例会議に出向き、司法書士会の方に講師を依頼し、成年後見制度に関する勉強会を開催した。	○	関係機関や弁護士会等の職能団体発行の資料を収集し、地域内での集まりに参加し配布や周知を行っている。また定期発行している広報紙においても適時の紹介、説明を掲載している。	◎	制度について地域活動参加時、広報紙やLINEでも周知している。民生委員の地区委員会で「人生まるわかりガイド」をもとにパワーポイントを作成し、制度について説明。直後に講座の依頼があるなど、幅広い周知に繋がっている。
②	申立て支援を行うなど、成年後見制度利用が円滑に実施出来ている。	○	ケアマネジャーや家族を交えて司法書士へ緊急1件申立てを行えている。	◎	相談内容に応じて、成年後見制度やその手続きについて説明をしている。状況により、司法書士会や社会福祉協議会と連携し、支援方針について情報共有したり協議の場を設けている。様々な支援の手段がある中で、何が最善かを関係者で慎重に見極め、申立てに至る場合は司法書士会等を紹介し、連携を図っている。多額の負債を抱えた高齢者に対し、選任された保佐人とその後の経済状況を確認する場を定期的に設けている。	○	相談があれば、申立ての必要書類の取り寄せ方法や手続きの順序を説明している。必要に応じて、司法書士会などの専門機関を紹介している。質問があれば各窓口へ問い合わせを説明を行っている。	◎	成年後見制度利用に必要な手続きについて、申立てセットを用いて説明を行っている。必要に応じて司法書士会や弁護士会等を紹介するとともに、支援団体の面接相談の際に同席することで、安心して相談がすすめられるようにしている。その際相談者の同意を得ながら各団体と必要な情報を共有しながら進めている。その結果、1件申立に至った。	◎	当事者、家族、ケアマネジャー等からの相談に応じ、制度利用が適していると思われる対象者にはパンフレットなどの資料を配布し、制度の活用を提案している。必要に応じて職能団体の無料相談への橋渡しや相談の同席なども行っており、2件申立に至った。	◎	把握した状況に応じて家族等に対して制度を説明、職能団体の情報提供を行っている。今年度はセンターから職能団体へ相談し制度に繋がった事例、センターが本人申立ての書類作成等を支援し進めている事例があった。
③	日常生活自立支援事業や成年後見制度などの権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っている。	◎	府社会福祉協議会を交えリバーズモゲージの適切な実施について関係者間で集まり、成年後見制度の利用等を検討し本人の生活の維持を図っている。成年後見制度利用支援事業の拡充に伴い、利用の精査などを圏域内の司法書士を交えて行い申立てへと結びつけた。生活困窮者に対しては市社会福祉協議会と連携し食料等の支援を実施し、債務整理が必要な方には、生活の立て直しを行った。相続について支援が必要な場合は、担当するケアマネジャーを弁護士とともに支援した。	◎	本人の判断能力に応じ、日常生活自立支援事業や成年後見制度それぞれの特長を説明し、最善となる手段を本人の気持ちに寄り添いながら選択、利用できるよう支援している。家賃滞納を繰り返す、強制退去を迫られている高齢者に対し、家族、UR都市機構、社会福祉協議会、リーガルサポート、市担当課と連携し、食糧支援を行ったり、住まい確保に向けた支援を続けている。認知症高齢者の施設入所や、年金を散財して生活費を捻出できない高齢者の支援にあたり、ひらかた権利擁護成年後見センターに相談するなど、相談内容に応じてさまざまな機関と連携を図っている。	○	相談内容に応じて日常生活自立支援事業や成年後見制度の提案を行い、支援につなげるよう努めている。	◎	権利擁護の必要性が確認できた場合、本人の判断能力に応じて日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する説明と提案を行い、制度利用に向けて支援している。日常生活自立支援事業利用の支援事例があり、制度やサービスに結び付いた後も積極的に関わり、本人の生活の維持が図れているかを確認している。	○	権利擁護を必要とする高齢者に対して、当事者や家族の意向や置かれている状況を把握し、必要、適切と思われる支援や制度を関連機関と連携しながら、提案、説明を行い、意向に基づいた生活が維持、継続できるように努めている。	◎	本人の意向やニーズを確認した後、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用が必要であれば、適切な機関へつなげている。任意後見制度の利用のための支援を行った事例もある。
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができていますか。													
【解説】	消費者被害の問題において、認知症等の高齢者に関する相談は大きな割合を占めています。地域包括支援センターは、関係機関等と連携し消費者被害防止の問題に取り組んでいく必要があります。地域における消費者被害に関する情報を把握し、関係者や地域住民に啓発を行いながら、消費者被害の相談・情報もたらされるような働きかけをしていくことが求められています。												
①	高齢者世帯が陥りやすい詐欺や消費者被害などの権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう、サービスや制度を理解している。	○	消費生活センターや警察と連携し、最新の被害状況を確認し広報活動を行っている。	○	市内及び担当圏域内で発生した消費者被害等の情報について、最新情報をセンター内で共有している。対応内容等をセンター内で協議するなど、職員間で知識や経験を共有し、理解を深めている。	○	消費生活センターが発行している資料、消費生活センターへの直接の問い合わせにより全職員のサービスや制度に関する知識の底上げを行っている。	○	消費生活センター等の資料はその都度閲覧することで共有し、的確に相談対応できるよう努めている。	○	消費生活センター発行の資料を所内で共有し、各職員が適切な対応ができるようにしている。	○	消費生活センター等から情報を共有、消費者被害に関する制度やサービスを理解し的確に対応できるようにしている。
②	認知症等の高齢者は、消費者被害に遭う危険性が高いことから、消費者被害を未然に防止するために、啓発等の取り組みや、各種専門機関との連携強化を図っている。	◎	消費生活センターと司法書士を講師に地域住民や圏域内の事業所向けにオンラインにて研修会を行い、市内における消費者被害状況とその啓発、発見時の対応方法、再発防止へむけた対応方法など話し合い連携強化を図った。定期的に研修会を行う事で各事業所の意識も高まり、詐欺グループからの連絡に反応し連携を取り合い未然に防ぐことができた。圏域内の事業所と各校区内の民生委員へ消費者被害のお知らせをFAXやメールにて毎月発信している。	◎	消費生活センターから定例で送られる最新の被害情報について、圏域内介護保険事業所だけでなく、各校区の代表者にもメールやファックスで毎月情報提供している。これら情報を、民生委員の会議や自治会の集まりで活用いただいている。第2層協議体会議に出席の際、最新の消費者被害情報を提供し、注意喚起を行った。	◎	広報紙に消費者被害に関する記事を掲載し、地域活動参加時は広報紙やくらしの赤信号、訪問販売お断りのステッカーを配布し啓発を行っている。消費者被害の事例があれば独自に介護事業所へFAXで配信し、啓発に努めている。	◎	広報紙に消費者被害防止のための記事を掲載し、啓発を行っている。5月にはコロナワクチンに関する詐欺情報があり、直ちに情報提供するためにセンターの介護保険事業所向けLINEアカウントから発信し、見守りの目を増やす取り組みを行った。民生委員の定例会では、消費生活センター作成の電話機に貼り付けるポップアップシールを全民生委員へ配布し、地域における見守りの連携強化を図った。	◎	地域のサロン、見守り110番協力店舗、民生委員等へ認知症高齢者に対する見守りの重要性を周知しつつ、消費者被害防止に向けた注意喚起や情報提供を行い、連携している。民生委員との年一回の合同勉強会を通じて連携強化を図っている。地域訪問時には住民へ頒布している消費者被害等の情報を周知し、関係機関発行の注意喚起パンフレット等を配布している。今年度より、集合住宅の自主防犯・防災会の定例会に参加し、消費者被害や手口を紹介し、集合住宅の広報紙に掲載してもらった。	○	消費生活センター等から得た情報をセンター内へ掲示、地域活動参加時に情報提供するようにしている。その他、消費生活センター作成のステッカーの配布やセンターの封筒に被害防止のための文言を印刷し啓発している。最新の情報についてはFAXやLINEを利用して配信し、被害の防止と関係機関からの見守りの体制を整えている。

<p>③ 消費者被害に関する相談を受けたときは消費生活センターなどの関係機関と連携・共同し、問題解決を図っている。</p>	○	<p>悪徳商法等に騙されている利用者を発見したケアマネジャーから連絡が入った時には、消費生活センターからの情報を共有するとともに消費生活センターへも共有を行っている。</p>	○	<p>実際に被害に遭った事例では、詳細を担当ケアマネジャーから聞き取り情報共有した。再発防止に向け、センターから消費生活センターに報告し、対応策等頂いた助言を、センター内や担当するケアマネジャー、ヘルパー等で共有した。消費生活センターが管理する被害者名簿に名を載せてもらった。クーリングオフや特定記録郵便の手続きについて書類の書き方を説明するなど支援を行った。利用している訪問介護事業所とも連携し、訪問時に被害を疑う状況にならなければ確認いただくようお願いするなど連携して問題解決を図っている。</p>	○	<p>消費生活センターと連携し、問題解決に取り組んでいる。被害があった事例についてはクーリングオフの手続き等の支援を行った。</p>	○	<p>相談を受けた際は、疑いの状況であっても迅速に訪問し、実態把握を行っている。必要に応じて消費生活センター等と連携し、問題解決できるように努めている。</p>	○	<p>消費者被害の相談受付時は、関係者から情報収集を行ったうえで、枚方市消費者安全確保地域協議会発行の見守り対応マニュアルの問題解決フローチャートを基に消費生活センターを中心とした問題解決に当たる体制を構築している。</p>	○	<p>実際に被害にあった事例をすぐに消費生活センターへ連絡し、助言をもらって対応した。その内容については圏域内で情報共有を行った。</p>
<p><b>3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。</b></p>												
<p>〔解釈〕</p>	<p>高齢者虐待の問題では、認知症や要介護の高齢者等が虐待の被害に遭いやすいとされており、地域包括支援センターは、権利擁護事業として関係機関等と連携し高齢者虐待の問題に取り組んでいく必要があります。問題についての普及啓発活動を行い、関係者や地域住民の問題意識を高めていくこと、相談・通報に対しては、関係機関と連携しながら情報収集、実態把握を行い、緊急性の判断や支援方法の検討、家族全体の支援を考えていくことが重要です。</p>											
<p>① 関係機関や地域住民に対して高齢者虐待の相談通報窓口であることを周知し、早期発見・防止に向けた普及啓発等を行っている。</p>	◎	<p>今年から、虐待防止に関する情報を地域活動者へメールにて発信を開始し、啓発を始めた。関係機関や地域にでたときには高齢者虐待の相談通報窓口であることを社会福祉士部会で作成したチラシや独自で作成したチラシを紹介し周知している。</p>	○	<p>一般的な相談を受けた際、高齢者虐待についても説明し、相談窓口がセンターであることを周知している。支援困難事例として、ケアマネジャーから受けた相談も、実態把握の過程で虐待の可能性を否定できない場合は、ケアマネジャー他関係者と協議の場を持ち、虐待の可能性を視野に入れて支援にあたることを共通認識として持つよう働きかけている。</p>	◎	<p>地域住民や介護保険事業所に紙媒体で定期的に窓口の周知を行い、早期発見に向けた啓発を行っている。</p>	○	<p>ラミネート加工したセンター独自の高齢者虐待防止チラシを圏域内すべての介護保険事業所に配布し、事務所内に掲示してもらった。また、広報紙にどのような行為が高齢者虐待に該当するの簡単な事例を掲載し、地域住民の高齢者虐待防止に関する意識付けを図るとともに、相談通報窓口であることを周知を図った。</p>	○	<p>校区コミュニティ協議会の会議やサロン、見守り110番協力店舗に気になる高齢者の特徴を挙げて虐待の相談・通報窓口であることを周知と情報提供を依頼している。関係機関には介護保険事業者連絡会等で事業者向けの周知チラシを配布し、啓発や通報による早期発見の大切さを周知している。</p>	○	<p>民生委員、介護保険事業所、地域活動参加時に住民に対して虐待の相談窓口であることを周知している。地域住民に対しては出前講座、介護保険事業所に対しては社会福祉士部会で作成しているチラシを活用して早期発見の重要性の周知を行っている。</p>
<p>② アウトリーチによる実態把握など様々な方法で状況確認を行い、また関係機関と連携し、高齢者虐待・困難事例に対処している。</p>	◎	<p>センターからのアプローチが拒否されている場合は、関係機関からアプローチを検討するなど、さまざまな方法で状況確認を行い、対処に取り組んだ。介護保険事業者や民生委員と平日より情報交換を行い気になる事があれば早い段階で動いている。入り口部分を慎重に精査できるように関係機関と連携を図り進めている。</p>	○	<p>早期の段階から情報収集できるよう、普段から民生委員や事業所との連携を図っている。相談を受けた時点で、自宅或いは利用しているサービス事業所や医療機関等を訪問し事実確認を行っている。並行して市担当課へ報告し、コアメンバー会議開催の相談をするなど迅速に関係機関と連携を図り、支援方針を立てて対応している。</p>	○	<p>相談に応じて、健康訪問や関係者との同行訪問などで実態把握を行い、関係機関と情報共有や相談しながら対応している。</p>	○	<p>日常的に民生委員や介護保険事業所と情報交換を行い、早期発見に努めている。相談があれば、必ずアウトリーチによる実態把握を行っている。訪問や介入に関して拒否を示される場合も、介入方法を検討して介入の糸口を探し、再介入を試みる等している。課題解決のためにコミュニティソーシャルワーカーや市担当課、介護保険事業所等の関係機関と連携している。</p>	○	<p>通報や情報提供に基づき訪問を行って状況を確認し、関係機関と連携しながら対応を行っている。</p>	○	<p>相談があれば訪問して状況確認を行い、行政・介護保険事業所・コミュニティソーシャルワーカー・地域活動支援センター等と連携して対応している。権利侵害と思われる事例についても同様の対応で継続的にかかわっている。</p>
<p>③ 高齢者虐待の対応にあたっては、被害者の擁護に限らず、家族全体の問題との視点を持ち、支援を行っている。</p>	◎	<p>精神疾患やパーソナリティ・発達障害などの特性を持つ養護者の暴力等について、高齢者の生命の安全を第一に考えながら意向を聞き、養護者の権利擁護・自立支援も図るなど、多面的に関係機関や行政と協議を行い、慎重に協議をしながら進めている。</p>	◎	<p>養護者も疾患を抱えていたり、キーパーソンも高齢によって支援が必要な事例も、本人や養護者も含めた支援の在り方について、行政をはじめ関係機関と連携を図っている。養護者を追い詰めたり、介入の糸口が途絶えないよう世帯のバランスを考慮して対応にあっている。</p>	○	<p>養護者や家族に支援が必要な事例も多く、世帯単位での支援を意識して、医療機関や行政、コミュニティソーシャルワーカー等と連携しながら支援している。</p>	○	<p>養護者も生活のしづらさがあり支援が必要な事例も多いため、被虐待者、養護者、家族など関係者との面談を行うことで家族全体の問題として捉え、関係機関と連携して支援している。</p>	○	<p>被虐待者、養護者、家族、関係者等への面談を通して、虐待の全体の把握を行い、支援が偏らないように努めている。</p>	○	<p>面談等を通して養護者との関係構築を図り、継続的にかかわることを意識して支援を行っている。必要に応じてコミュニティソーシャルワーカー等につないでいる。</p>
<p>④ 高齢者虐待防止について地域住民や関係機関等と連携できるネットワークを構築している。</p>	○	<p>民生委員、自治会などの地縁団体、医療機関、保健所等の関係機関と連携している。</p>	○	<p>民生委員や近隣住民、事業所や医療機関等関係機関と随時情報共有、役割分担をしてネットワーク構築に努めている。</p>	○	<p>既存のネットワークにおいてセンターが高齢者虐待の相談窓口であることを周知しており、相談対応・連携できるネットワークを構築している。</p>	○	<p>校区コミュニティ協議会、校区福祉委員会、民生委員、医療機関、介護保険事業所等の関係機関と連携できるネットワークを構築している。</p>	○	<p>地域住民、介護保険事業者、医療機関、民生委員を中心にネットワークを構築し、把握や対応時の協力、連携頂ける関係性を作っている。</p>	○	<p>地域住民・民生委員・介護保険事業所・コミュニティソーシャルワーカーなど既存のネットワークと見守りや支援ができる体制を構築している。家族支援が必要な事例も増えているため、障害者相談支援センターとの意見交換会を行っている。</p>
<p>⑤ 虐待の通報を受けたときは市町村担当課などの関係機関と連携・協働し、問題解決を図っている。</p>	○	<p>市担当課や保健所、警察とも連携していく事も視野に最善の方法を関係機関と共同しながら検討し問題解決にあっている。</p>	○	<p>市担当課や保健所、医療機関、民生委員やケアマネジャー、介護保険事業所等関係機関と情報共有、役割分担して問題解決を図っている。</p>	○	<p>市担当課と情報共有することで、協働して問題解決を図っている。</p>	○	<p>市担当課や関係機関と連携・協働し問題解決を図っている。</p>	○	<p>事実確認時は各関係機関と情報共有を行い、適正に対応している。</p>	○	<p>関係機関と連携して実態把握を行っており、市担当課に報告後必要に応じて各機関と連携・協力・協議を行い、問題解決に向けての対応をしている。</p>

4. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいるか。													
解説	新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人や家族の視点を重視しながら、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の実現を目指すこととされています。認知症の理解についての普及・啓発活動及び認知症の容態に応じた医療・介護及び生活支援を行うために必要な機関が有機的に連携できるネットワークを形成するとともに、認知症の人やその家族を支援する体制の構築などが求められています。												
①	認知症に関する制度や社会資源等を把握し、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。	○	認知症に関する最新の情報などがあればセンター内で回覧等を行い共有している。認知症専門医の情報提供やケアバス等のパンフレットを活用し認知症カフェや認知症初期集中チーム等も相談内容に応じて紹介している。	○	認知症の方の相談を受けた場合、認知症ケアバスを使用して丁寧な対応を行っている。センター内では申し込みやシステム入力による情報共有を行った上で、必要性に応じて専門性を踏まえ3職種が連携協働してフォローの体制をとっている。専門医の受診が難しい対象者には状況に合わせて地域の医療機関や専門医を見極めた上で繋ぎの支援を行っている。また家族支援や権利擁護が必要な場合は具体的な情報提供ができるよう、日頃から各関係機関（民生委員・認知症カフェ・社会福祉協議会・司法書士会等）と連携を図り体制の構築を行っている。	○	認知症ケアバスを活用し、SOSキーホルダーなど認知症の方への事業や成年後見制度の紹介を行っている。介護負担の大きい方については積極的に認知症カフェの紹介を行っている。	○	制度や社会資源をファイルやラックに整理し、相談内容に即した助言・紹介ができるようにしている。	○	認知症相談に必要な資料、認知症カフェ等の情報を整理し、相談時に認知症ケアバスを元に必要な助言、社会資源の案内を実施している。	○	認知症に関する情報を収集し、全職員が相談対応できるようにしている。
②	圏域内の地域住民や商店会・企業等に認知症への理解を深めてもらうための啓発活動（認知症サポーター養成講座等）を行っている。	○	圏域内の銀行に認知症サポーター養成講座実施、校区コミュニティ協議会と協同し小学生低学年を対象に認知症サポーター養成講座を実施した。	◎	地域のよろず相談所からの依頼を受け、「認知症になっても」～お薬・対応・サポート体制・身近な拠り所～と題し、認知症ケアバスを活用しながら認知症施策や地域の社会資源について枚方市の支援事業を具体的に説明した。見守り110番のステッカーやSOSキーホルダー、みまもりあいステッカーの実物を示しながら説明を行い、認知症カフェ等は場所や内容を案内する事で身近な拠り所として理解して頂いた。またA銀行より認知症サポーター養成講座の開催について相談があったが、協議の結果、養成講座ではなく認知症に関する学習会として開催した。B中学校からの依頼で「身近な地域（枚方市）の課題と活動を知ろう」という社会科のテーマに沿って出前授業を行った。センターの紹介のほか、ケアバスを使って市の事業等を説明した。実際の相談事例から、認知症になっても暮らしやすい街づくりに関するセンターの取り組みを紹介、説明した。	○	民生委員より認知症高齢者の地域での見守りや支援についての相談を受け、地域のニーズを取り入れた認知症についての講座を計画している。	◎	広報紙に認知症に関する記事を掲載。地域住民向けに認知症サポーター養成講座を開催した。また、自治会の協力を得てチラシを全戸回覧を行った。金融機関より相談を受けた事例について、認知症ケアバス等を活用して対応方法について助言した。金融機関への認知症サポーター養成講座の開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により順延。	○	見守り110番協力店舗や介護保険事業者等への認知症サポーター養成講座の開催提案を随時行っている。また啓発用に地域住民には認知症啓発ティッシュを活用している。	○	新任民生委員や住民、圏域内の商業施設従業員を対象に認知症サポーター養成講座を予定している。
③	認知症の疑いがある人や初期の認知症高齢者を早期発見し、支援するためのネットワークを構築している。	◎	A地域の住民を対象に、認知症の項目を含む生活アンケートを実施し、認知症の方の把握に努めた。認知症初期集中支援チームを複数活用し、連携しながら必要に応じて支援していくことで支援方針を決め、ケアマネジャーへ繋いでいる。	◎	高齢者見守り110番協力店舗から認知症の疑いのある方の情報提供を受け、家族への連絡や相談対応、専門医への受診、介護保険の認定申請、担当民生委員への情報提供を行う事で地域での見守りネットワークの構築に努めている。薬局の薬剤師からの情報提供があった方については、主治医へ残薬の状況を報告頂く事で処方の見直しに繋がる等、医療関係者の理解が深まった。また近隣スーパーより買い物の方が認知症ではないかと相談あり。今まで見守り110番協力店舗として登録に協力頂けない店舗だったが、職員が急行し対応した事で、事業の理解を得られ登録に至った。郵便局から判断能力の低下した高齢夫婦の対応について相談を受けた際、現地へ駆けつけて状況確認を行った。翌日局長と自宅を訪問し、夫婦の判断能力や生活実態を把握した。通帳再発行の説明を局長にお願いし、センターは支援の必要性を確認するなど役割分担して対応した。	○	民生委員からの情報提供が多く、対応についての経過報告を行うことで、見守り支援の体制を構築している。相談内容の状況に応じて、医療の窓口紹介、受診同行などを行い、制度につながる為の支援を行っている。	○	見守りのネットワークを広げられるよう見守り110番協力店舗の新規開拓に努めている。既存のネットワークを活用し早期発見ができる体制が整えており、連絡を受けられた際は、同行訪問するなどして支援につながるようアプローチしている。	○	地域住民、介護保険事業者、医療機関、民生委員、見守り110番協力店舗を中心に関係づくりを構築し、早期発見・支援対応時の協力、協働を頂ける関係性を作っている。	○	民生委員、見守り110番協力店舗、ケアマネジャーより相談が入ることが増えており、早期発見の意識が広がっている。必要に応じて第2層協議体で地域での見守りを依頼している。
④	地域で認知症高齢者とその家族を支えるための仕組みづくりなど社会資源の集約と開発に努めている。	◎	認知症高齢者に対して継続して見守りをしてきている地域住民や民生委員からの通報により、適切に支援内容を変化させて対応ができています。マンションの自治会長にも個別地域ケア会議に参加してもらいマンション内の課題の確認や支援方法等も検討することができた。	◎	住まい地域ケア会議（UR都市機構、社会資源A、社会資源B、地域のよろず相談所）を開催する予定にしている。構成機関にチームオレンジの構想を説明し、地域づくりに向けた情報発信を行う事でチームオレンジ立ち上げの準備を進めている。	○	認知症のある人が参加している地域活動の把握、その他社会資源について集約している。認知症カフェは現在オンライン・電話で相談対応しており、随時開催状況を確認している。	○	見守りのネットワークを広げられるよう見守り110番協力店舗の新規開拓に努めている。随時、認知症のある人やその家族が利用できる社会資源の集約も行ってきている。第2層協議体において介護者同士が相談できる場所として介護者の会の立ち上げを検討している。	○	認知症の早期・継続支援で協働できるように、地域との関係強化を図っている。認知症支援に関わる社会資源は取りまとめて配架している。	◎	月に1回センターの会議室でカフェを開催しており、認知症高齢者、その家族、地域住民が集える居場所の設定と地域ぐるみで支える仕組みを作っている。各校区で実施できるよう第2層協議体にて検討をしている。
⑤	人的資源（認知症サポーター等）を活用し、認知症カフェ等の充実を図るとともに、それらが有機的に機能するよう支援を行っている。	○	圏域内の認知症カフェへ参加し、相談支援をおこなった。地域のカフェオーナーへ設置に向け情報提供を行っている。	○	認知症カフェへ出前相談として出席していたがコロナ補により開催が中止されている。ただ若年性認知症の診断を受けた方の相談があり、認知症サポーター養成講座受講者がサポートしながらオレンジカフェや地域のカフェ等のお手伝いを行う等、役割を持っている居場所ができないか検討中。	○	認知症カフェ運営者とは日ごろから意見交換ができる関係であり、チームオレンジとしても活動してもらえるよう情報共有を行っている。	○	認知症カフェは新型コロナウイルス感染症拡大の影響で休止しているが、今後のチームオレンジのつなぎ先の候補として情報収集を行うとともに、有機的に機能するように運営推進会議等で情報交換を行っている。	○	いきいきサロン等へ顔を出し、サロン主催者と認知症高齢者の受け入れに関する意見交換や提案を実施している。従来の出前相談会に加えて、SOSキーホルダー交付の提案も行き、サロン等の充実を図っている。	○	センターの会議室で開催しているカフェを認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の受講者が活躍してもらえる場となるよう検討している。

【高機能評価】(包括的・継続的ケアマネジメント支援)													
1. 介護支援専門員に対して日常的に指導・助言を行っているか。													
①	介護支援専門員の相談窓口を設け、積極的に相談に応じている。	○	随時、ケアマネジャーからの来所・電話相談を受け付け、ケアマネジャーの立場を尊重しながら対応している。	○	主任ケアマネジャーに限らず複数の職種が包括的・継続的ケアマネジメントとしてケアマネジャーの相談に応じている。	○	相談窓口であることを周知しており、随時相談に応じている。	○	圏域の居宅介護支援事業所に訪問した際や、連絡会や研修会で相談窓口として周知を図り、電話・来所で随時相談に応じている。	○	事業所連絡会開催時に、電話や来所などで相談を受けていることを周知しており、権利擁護や認知症の相談等に対応している。	○	事務所の2階をフリースペースとしており、ケアマネジャーの相談場所として開放している。また、居宅介護支援事業所に向いた際に積極的に相談対応している。
②	地域にあるインフォーマルサービスについて情報を把握し、その活動内容や特徴、連絡先などがいつでも誰でも利用できるよう整理しておくなど、連携体制を作っている。	○	民生委員・第2層協議体等と協力しあい、地域資源の把握を行っている。暮らしまるとべんりネットは随時更新を行っている。ケアマネジャーに提供できる情報については、枚方市内を中心にファイル管理し整理している。また事業所から、コロナによる開所情報などを聞き取り共有している。	○	地域資源情報を、暮らしまるとべんりネットに集約している。自費サービス等、独自に集約した情報を紙媒体で提供できるよう準備している。	○	既存のインフォーマルサービスの活動状況や新しいサービスの情報を一覧表にまとめ、いつでも情報提供できるようにしている。居宅介護支援事業所連絡会の開催時に一覧表を提供している。	○	事務所内にインフォーマルサービスの資料を目に留まりやすいよう掲示している。コロナ禍での活動状況など確認し、随時新しい情報を提供できるようにしている。	○	センターのカウンターに設置している情報を整理したファイルを気軽に閲覧できるようにしている。	○	各種情報はファイリングし、いつでも閲覧できるようにしている。
③	介護支援専門員に対して様々な情報を提供する仕組みをつくり、情報支援をしている。	◎	センターが主催する連絡会や研修に参加できなかった事業所も含め、今年からオンデマンド配信を行い、新しい生活様式に沿った、情報提供できる体制を整備した。FAXとメールアドレスを把握し、枚方市からの情報や連絡会・センターで行う研修アンケートなどから情報共有が有益とされた情報について、タイムリーに発信を行っている。	○	地域資源情報を、暮らしまるとべんりネットに集約している。定期的に連絡会等で取り扱いについて説明し、周知・活用を促している。主任ケアマネジャーで作成したチラシ(枚方市 SNS 社会資源情報)を配布し、最新の情報を把握して頂くための多様なツールを案内している。委託先のケアマネジャーに、リハ職行為評価事業の紹介や、利用を促したり見学してもらっている。	○	提供する情報に応じてFAX、メール、LINEを使い分けて周知を行っている。居宅介護支援事業所連絡会の際にはインフォーマルサービスの一覧表を提供している。	◎	介護事業所向けLINEアカウントで介護保険情報などを月に平均10件配信している。連絡会等では、当日使用する資料以外にも地域の社会資源をまとめたものを配布している。事務所内には11圏域の居宅・サービス事業所マップを掲示している。	○	年4回発行している広報紙、研修会にて情報発信をしている。	○	LINEやセンター主催のケアマネジャー向けのカフェにおいても情報提供を行っている。
④	支援困難事例を抱える介護支援専門員に対して、スーパービジョン(支持的・教育的支援)による介護支援専門員自身の援助の振り返りを支援している。	◎	8050事例などの支援困難事例をかかえるケアマネジャーに対して伴奏型の支援を行い、支持的・教育的に支援を行った。多問題を抱えているケースは、同行訪問を行いアウトリーチから支援している。	◎	利用者の状況を確認する為同行訪問した上でセンターの立場で再アセスメントし、課題の整理や視点に偏りが無いかも含め助言しつつケアマネジャー自身の振り返りや気づきにつなげている。	○	利用者宅への同行訪問やサービス担当者会議へ参加し、その後のフォローしながら気づきを得られるようにしている。事例の内容に応じてセンター内で相談し、センター全体で支援を行っている。	○	ケアマネジャーから相談があった際は、聞き取りの時間を設けて、同行訪問等で支援を行っている。対応後、定期的に聞き取りを行ってフォローしている。	○	ケアマネジャーから個別に相談があった場合、必要に応じて同行訪問を行っている。	◎	ケアマネジャーと共に、情報を共有し、課題を分析・整理し、支援の方向性を導くよう支援を行った。その過程においてケアマネジャーへの支援の目標、計画を立て、支援の経過を追い、ケアマネジャー自身が気づきや振り返りができるようにスーパービジョンを行った。
⑤	ケアプランの作成について助言・指導を行っている。また、困難事例等の相談に対し事例検討や個別ケア会議の提案を行い、その開催を支援している。	◎	支援困難事例やケアプラン作成の相談については、今年は特に事業所連絡会等の中で「事例検討」の機会を多数設け、医療連携・権利擁護関連等の困難事例の助言指導を実施できた。また、支援困難事例の傾向を分析し、疾患別アプローチを取り入れ、疾患別事例検討会を立ち上げ、事例提供者が主となり、センターは事務局として実施した。	◎	個別地域ケア会議の提案やサービス担当者会議・カンファレンスへの出席を通じて、ケアマネジャーに対し後方支援を行っている。必要に応じて同一ケースにおいて個別地域ケア会議を複数回開催したり、会議後も随時状況確認してケアマネジャーのフォローや関係機関間の意見調整を行っている。担当ケアマネジャーの経験が浅い場合や事例によって、居宅介護支援事業所内での管理者から担当ケアマネジャーへのスーパービジョンに繋がるよう、管理者にも会議に参加頂くようにしている。要介護になって居宅介護支援事業所に引き継いだケースにおいても、必要に応じて相談や提案等フォローを行っている。	◎	単独で居宅介護支援事業所を運営している事業所もあり、困難事例等の事例検討や情報交換ができるよう「つながる会」を3か月に1回開催。内容によってセンター内の他専門職も参加している。定期的に虐待や認知症による支援困難事例の検討会を開催している。	○	法改正後、ケアプランの様式変更内容を理解し運用できるようオンライン研修会の開催を行った。困難事例等の相談に対しては個別地域ケア会議の開催等提案を行っている。	○	ケアプランの作成については、プラン作成時にアセスメントから目標の設定について等の個別指導を行っている。特定事業所連絡会の事例検討会に参画し、振り返りや予後予測等の視点について一緒に考えている。困難事例相談を受けた際は個別地域ケア会議開催支援をし、開催に至らない事例も専門機関に繋ぐ支援や同行訪問を行った。	○	ケアマネジャーに対して、ケアプラン作成の研修を実施した。特定事業所連絡会の事例検討会に参画し、個別に困難事例等の相談を受けた際は必要に応じて個別ケア会議を提案している。
⑥	個々の介護支援専門員が孤立しないように、介護支援専門員同士のネットワークを構築し、互いの悩みや必要な情報交換、意見交換ができる場を設けている。	◎	各事業所のweb会議環境導入について相談、支援を行った結果、昨年よりweb会議を導入する事業所が増加した。とらのあな(3年以上のケアマネジャー対象)・ことらのあな(3年未満のケアマネジャー対象)・事例検討会をwebで実施することにより、次回の提供者など順番に行っていたできるようになってきている。オンデマンド配信にて新しい生活様式に沿った受講支援を行った。枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクター共催の研修も定期的に行っている。今年度はとらのあな・ことらのあな合同研修も行い、地域活動について理解を深めてもらった。	○	定期的(年4回を目標)に圏域内の全事業所対象に連絡会の開催を企画している。コロナ禍の状況で開催に至っていないが、ケアマネジャー同士のネットワークのみならず居宅サービス事業所及び施設との連携関係を構築し、関係づくりに努めている。	○	今年度はオンラインを中心に居宅介護支援事業所連絡会を開催し、意見交換などを行い作り上げてきたネットワークを維持できるように取り組んでいる。	○	第3層生活支援コーディネーターの研修をオンラインで開催。プランニングの悩みや、研修内容に関すること以外にも情報交換、意見交換ができる時間を設け、ケアマネジャーのネットワーク構築の一環とした。	○	居宅介護支援事業所連絡会を開催し意見交換を行う機会を持った。特定事業所連絡会にも参画し、加算を取っていない事業所にも参加申し込みを募った。	○	事務所2階スペースで枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと共に懇談会を開催し、ケアマネジャー同士は情報交換や悩みや困ることが話し合える機会を作っている。

<p>⑦ 介護支援専門員のニーズに応じた研修会を開催し、知識の吸収やマネジメント技術の向上を図っている。また、事業所に幅広い研修情報を提供し、介護支援専門員に対し受講支援を行っている。</p>	<p>◎ 主任ケアマネジャーに必要な能力の内、例えばファシリテーションを習得するために、トレーニングする機会を複数回設け、技術向上を図っている。とらのあな・ことらのあな懇話会にて、様々な相談事項などを集約、課題分析し、内容から次の研修内容を検討し実施している。主任ケアマネジャーの法定外研修の機会が減っていることや研修内容の充足を求める声があり、圏域の主任ケアマネジャーによる法定外研修を実施するチームが形成され(とらのあな実行委員会)、疑似研修会を開催。</p>	<p>○ 枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクトと連携してケアマネジャーのニーズに合わせた、事例検討会を定期的(年2回予定)に開催している。圏域内の居宅介護支援事業所が少ない為、隣接する圏域と合同で開催しケアマネジャー同士の顔の見える関係づくりに努めている。</p>	<p>○ 会議開催時はアンケートを実施し、ケアマネジャーが求める研修会を実施している。センターに届く研修案内等はFAXにて各事業所へ周知している。</p>	<p>○ 圏域のケアマネジャーにニーズ調査を行い、研修会を開催している。研修情報についてはLINEで提供している。</p>	<p>○ 居宅介護支援事業所連絡会に成年後見制度と栄養士派遣指導事業についての研修を開催。開催にあたり、3職種でより伝わりやすいよう内容を検討し、事例を用いて説明を行った。</p>	<p>○ 研修会終了後のアンケートでニーズ調査を行い、今年度は主任ケアマネジャーの法定外研修や法改正の研修を行った。</p>
--	--	--	---	---	--	--

**2. 在宅医療・介護連携推進体制構築が図れたか。**

【解説】  
高齢者が住み慣れた地域で暮らすことが出来るよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより、他の様々な職種との多職種協働や地域の関係機関との連携を図ることが大切です。

<p>① 会議や研修会等を開催し、医療と介護の連携体制を構築している。</p>	<p>◎ 待合室懇話会を実施することにより、多職種間の相互理解がすすみ、よりよい連携につながっている。待合室懇話会開催の際は事前に数回打ち合わせを医師と行い、関係機関に周知し、質問事項を集約し有意義な会に出来るように行っている。また、医療介護事業者の連絡会において服薬管理等の課題が上がり、薬剤師等医療職がサービス担当者会議に出席するようになった。</p>	<p>○ 地域のよろず相談所と、地域で気になる方などの情報を共有し、訪問が必要なサービスに繋げるなど連携を図っている。圏域内の医療機関に関わらず、隣接するセンターと連携して、待合室懇話会を企画し、参加を呼びかけ顔の見える関係づくりに努めている。在宅医療コーディネーターと連携して、在宅医療会議の開催を検討している。</p>	<p>○ 隣接のセンターと待合室懇話会を行い、日頃から連携できる関係性の構築に努めている。</p>	<p>○ 東部圏域合同で待合室懇話会を開催。医療と介護の連携のため、医療ソーシャルワーカーを対象としたオンライン研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整している。</p>	<p>○ 東部圏域合同で、圏域内の医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーの連携を図るために、病院側から入退院時の病院の対応について、介護側からケアマネジャーの動きについて相互に意見交換できる研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整している。</p>	<p>○ 東部圏域合同でオンラインで待合室懇話会開催し、顔の見える関係づくりを行っている。また、医療ソーシャルワーカーを対象としたオンライン研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整している。</p>
<p>② 地域の医療・介護関係者及び多職種が一同に参加できる場を設けることで、相互理解を深め連携できるネットワークを構築している。また、ネットワークが有機的に機能できるように連携上の課題を抽出し、改善に努めている。</p>	<p>◎ webdeとら(3年以上)・webdeことら(3年未満)・webde事例検討会はケアマネジャーだけでなく、医療・介護の多職種にも参加してもらっている。コロナ禍におけるサービス提供の在り方など、連携上の課題について話し合い、支援の在り方について医師とともに多職種で確認ができた。また、多職種の事務局会議を実施することにより、多職種間の相互理解がすすみ、よりよい連携につながっている。</p>	<p>○ 在宅医療会議で意見交換した内容を踏まえて、地域で暮らす高齢者を支えるための医療・介護連携の機会として多職種連携研究会の開催(コロナ禍で集まっていた開催が難しい場合はオンラインでの開催)を検討していく。</p>	<p>○ 認知症をテーマに多職種連携研究会の開催を予定している。医療機関・歯科医院・薬局・介護保険事業者のそれぞれの視点から認知症高齢者の支援について検討する。</p>	<p>○ 圏域内に住む地域住民の生活を医療・介護の双方から支えるためにできることをテーマに多職種連携研究会を予定している。</p>	<p>○ 各機関の新型コロナウイルス感染症対策や感染者が出た際の連携の取り方などをテーマとして多職種連携研究会の開催を予定している。</p>	<p>○ コロナ禍におけるフレイル予防をテーマに多職種連携研究会を予定しており、開催に向けて圏域内の有床病院3か所と打ち合わせを行っている。</p>
<p>③ 介護事業者とのネットワークを構築し、事業者の知識吸収やスキルアップを図るための研修を行っている。</p>	<p>◎ 事業所連絡会を開催することにより他事業所との横のつながりが生まれサービス提供がスムーズになった。また、webdeとら・webdeことら・webde事例検討会は参加者を事業所職員も対象としている。共通のテーマで行い話が聞きやすく、自身の話もおこなえるような場の提供を心掛けている。また、デイなどの研修参加が業務都合により難しい事業所には、オンデマンドの配信を通じて、事業所に配慮した知識吸収の機会を提供した。</p>	<p>◎ 在宅事業所・施設系事業所合同での連絡会にて、関係機関間での連携強化を図っている。コロナ禍で連絡会が開催できない中、別のネットワーク構築の方策として、各事業所の「強み」「地域に還元できること」などの情報を集約し、地域のニーズとマッチングしていくことを目的にアンケートを実施した。集約した情報については各事業所へ情報提供する予定にしている。</p>	<p>○ 圏域全体の事業所連絡会を6月に開催。医療機関の看護師を講師として招き「感染症について」をテーマに新型コロナウイルス感染症への各事業所の共通の課題、今後の対応について学びを深め、感染症への対応力向上に努めた。</p>	<p>○ 東部圏域合同でオンライン事業所連絡会を開催。新型コロナウイルス感染症における介護事業者の連携事例をもとに研修会を予定している。</p>	<p>○ 介護保険事業所連絡会で高齢者に多い疾病についての研修会を開催していたが、会場での開催が難しく、下半期でZoomを活用し、COPDについて研修会の開催を計画している。</p>	<p>○ ひらかた地域活動栄養士会と連携し、高齢者や疾患等の食事についての研修会をオンラインで開催し、圏域内の介護事業者のスキルアップに努めた。</p>
<p>④ 入院・退院時の円滑な連携のために、関係機関や関係者との調整や支援を行うとともに、地域における支援体制の整備・拡充を行っている。</p>	<p>◎ 地域の医療機関からでた要望などを対象の機関の担当者につなげて関係の改善を図れるように、病診連携のサポーター的役割も果たしている。入院時のケアマネジャーの役割について、事業所管理者から相談があり、入院医療機関と話し合いを行い、圏域における医介連携の充実を積み上げている。退院前カンファレンスにケアマネジャーと訪問同行し、一緒にアセスメントしている。</p>	<p>◎ 入院中にサービス担当者会議・カンファレンスへ出席し在宅復帰に向けて関係機関と連携している。病院との連携において、退院後のサービス調整が困難であったケースをきっかけに、退院調整看護師とスムーズにサービスが導入できるよう、主治医との連携や相談窓口の確認等、話し合いの場を設けた。医療系サービス導入時に必要な「居宅介護支援連絡書」の見直しを行った。簡素化することで聴取内容を明確にし、連携をスムーズに行えるようにした。入退院時、介護保険サービスだけでは充足できないニーズについて、第2層協議体の取り組みである地域の支え合い活動「おたすけメイト」を活用し、地域での生活にスムーズに戻れるようネットワークを支援している。</p>	<p>○ 退院時のカンファレンスには必要な参加者の選定や出席依頼、他科受診への支援等を病院と連携して進めている。コロナ禍でセンターの参加が難しい場合には家族へ助言を行い、スムーズに在宅生活に移行できるよう支援している。</p>	<p>○ 病院側から入退院時の病院の対応について、介護側からケアマネジャーの動きについて相互の意見交換できる研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整している。</p>	<p>○ 下半期に向けて、病院側から入退院時の病院の対応について、介護側からケアマネジャーの動きについて相互の意見交換できる研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整しており、入退院時の連携体制の構築を目指している。</p>	<p>○ 下半期に向けて、病院側から入退院時の病院の対応について、介護側からケアマネジャーの動きについて相互の意見交換できる研修会の開催に向けて東部圏域の病院と調整している。</p>