

## 資料②-1

令和4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4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。

## 令和4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>第2層協議体で地域課題の解決策の一つとして提案された地域資源情報ファイルを作成し、関係各所に設置を依頼している。</p> <p>個別支援においては、本人の思いに寄り添い、関係機関と情報共有・支援しながら、日常生活自立支援事業、施設入所につなぎ、本人の生活の維持を図っている。ターミナル期のケースでは、在宅医等の医療職、ケアマネジャー等の介護職と、看取りを見据えた対応を協議しながら、本人・家族を支援した。</p> <p>ケアマネジャー支援として、疾患・治療等、医療関連の知識をケアマネジャーが習得できるよう各種研修会を開催、ケアマネジャーの知識習得や能力向上、支援に活かせる機会につなげている。</p>
②	社協 ふれあい	<p>介護予防の取り組みに力を入れており、定期的なひらかた元気くらわんか体操の実施や介護予防のオンライン教室への参加の促しを行っている。</p> <p>個別支援においては、消費者被害の事例について早期介入の上、被害防止につなげたり、認知症のため金銭管理が必要な要援護者に対しても個別地域ケア会議を開催、成年後見制度利用につなぐ等、多職種で検討のうえ、適切な支援ができています。</p> <p>ケアマネジャー支援として、福祉用具や障害福祉制度・関係機関等について理解を深める研修を開催、ケアマネジャーの知識習得や能力向上につながった。</p>
③	聖徳園	<p>各職種専門性を生かした広報紙を発行し、地域住民や関係機関に向けて発信している。</p> <p>「くらわんかウォーカーズ」の活動を後方支援したり、ひらかた元気くらわんか体操を再開したグループに継続支援講座を開催し、自主グループの活動を支援している。</p> <p>個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議にて抽出した課題を第2層協議体等で共有し、認知症の見守りや支援体制構築のための取り組みを行っている。</p> <p>個別支援においては、関係機関と連携し、認知機能低下や経済的な課題を抱えるケースに対し、成年後見制度申立てに関わる支援を行った。</p>

## 令和4年度地域包括支援センター実地指導総評

		<p>また、ケアマネジャー支援として、法定外研修を開催したり、ケアマネジャーの抱える困難事例に対し、後方支援しながら個別地域ケア会議を開催、課題抽出・支援の方向性の検討、関係機関の協議を支援した。</p> <p>在宅医療・介護連携推進体制構築では介護保険事業所共同による地域向けイベントを企画、研修会講師や福祉用具展示会開催等、各事業所の抱える内容をアンケート調査で把握した。また、圏域の全介護保険事業所向けに研修を開催、ハイブリット形式にて開始時間を18時に設定する等工夫し、今までは参加が少なかった職種の参加につながり、幅広く研修機会を提供できた。</p>
④	安心苑	<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。また、地域課題に応じながらノルディック・ウォーキングの講座を実施、「くらわんかウォーカーズ」の登録につなげている。</p> <p>詐欺・消費者被害防止の取り組みにおいては、詐欺被害情報があった集合住宅において、自治会長と協議のうえ注意喚起のチラシを全戸投函した。</p> <p>個別支援においては一人暮らしで経済的に不安を抱えている事例について法律の専門家とともに制度利用につなげたり、虐待対応時には養護者に寄り添い、世帯としての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>地域ケア会議や地域活動から抽出された課題は第2層協議体で検討し、フレイル予防を目的とした校区のイベントの実施につながった。</p> <p>個別事例や地域で把握した虚弱な高齢者のリストを作成し、定期的に状況確認を行い必要時に速やかに対応できるようにしている。</p> <p>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の開催や、ケアマネジャーの相談対応から振り返りの時間を設けるなど、内容や状況に応じて支援を進めている。</p>

## 令和4年度地域包括支援センター実地指導総評

⑥	松徳会	<p>第2層協議体や地域活動等への参加を通じて、高齢者のニーズや課題を把握し、地域住民と協議しながら、各校区の特色に応じた支援や取組みを実施している。</p> <p>「くらわんかウオーカーズ」の養成、継続支援を通じて、介護予防の取組みのみに留まらず、高齢者のニーズ把握やネットワーク構築の支援にまで広がっている。</p> <p>個別支援において、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、関係機関と連携し、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>認知症の方や家族を支えるため、認知症カフェが有機的に機能できるように運営を支援している。</p>
⑦	美郷会	<p>圏域内の地域特性を踏まえた上で、第2層協議体に働きかけ、認知症やフレイルの早期発見、及び潜在する課題やニーズを把握するためのアンケートを実施。今後、アンケート結果を分析し、地域に密着した地域活動及びセンターの活動につなげていく。</p> <p>個別支援においては、認知機能低下や経済的な課題を抱えるケースに対し、本人の思いに寄り添いながら、関係機関と連携し、成年後見制度等の制度活用を支援している。</p> <p>ケアマネジャー支援として、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すなどして関係性構築に努めている。ケアマネジャーの抱える困難事例に対し、後方支援しながら、カンファレンスや個別地域ケア会議の開催、事例に応じた対応方法の提案などを行っている。</p>
⑧	みどり	<p>個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議にて抽出した課題(対人援助者の法的なリスク管理、地域の居場所づくり等)を第2層協議体等で共有、検討した上で、課題への取組みを進めている。</p> <p>個別支援についても、支援拒否があるが生活に課題を抱える方や、生活困窮世帯の生活立て直しにも、関係機関と連携して、当事者に寄り添った伴走支援を行っている。</p> <p>ケアマネジャー支援として、法定外研修やニーズに応じた研修会、ケアマネジャーの経験年数や勤務形態に応じて参加しやすい懇話会を開催している。また、介護保険事業所等向けに開催する研修について、ハイブリッド形式やオンデマンド配信する等、幅広く研修機会を提供している。</p>

## 令和4年度地域包括支援センター実地指導総評

⑨	アイリス	<p>個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議にて抽出した、高齢での転入者が孤立しやすい傾向にあるという課題の解決に向けて、地域の社会資源と構成する新たな会議体を立ち上げ、取組みを進めている。</p> <p>個別支援において、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。また、生活課題はあるが支援拒否等がある高齢者について、地域と連携しながら、粘り強く対応を継続している。</p> <p>自立支援の視点で、介護予防に向けた取組みを継続して行うための支援をしている。</p>
⑩	大阪 高齢者生協	<p>広報紙や SNS を活用してセンターの活動や季節に合わせた情報を発信している。高齢者だけでなく地域住民に広くセンターの周知をするため、名刺サイズの啓発物等を金融機関等の窓口に配架している。圏域内の一部の地域にはセンターの活動内容、介護予防の取組みを載せたチラシを全戸配布し、要援護高齢者の把握・支援をしている。</p> <p>困難事例を抱えるケアマネジャーに定期的に相談・支援の振り返りをする時間を設け、センターの専門職の意見も踏まえ後方支援をしている。</p>
⑪	パナソニック エイジフリー	<p>地域ケア会議から抽出された課題を第2層協議体で共有・検討している。課題・検討した内容を多職種連携研究会に提案し、「介護者家族の会」の立ち上げ、介護者同士の交流や相談の機会となるよう取り組んでいる。開催にあたっては、多職種連携研究会の構成員と内容や運営方法を協議し、連携しながら進めている。</p> <p>個別支援において、ホワイトボードを活用し状況を整理し、関係機関と支援の方向性を共有し連携しながら、医療・介護・権利擁護を目的とする制度等につないでいる。</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、ひらかた元気くらわんか体操と生活支援員養成研修を実施している。ひらかた元気くらわんか体操は実施場所を増やし、自主活動として継続できるよう支援している。</p> <p>個別支援において、高齢者の意向や家族状況を把握し、関係機関と成年後見制度等の提案・制度利用に向けて支援をしている。</p>

## 令和4年度地域包括支援センター実地指導総評

⑬	東香会	<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た結果、複数の介護予防グループ立ち上げにつながり、定期的実施状況を把握するなど地域で健康の維持・増進が継続できる取り組みを行っている。</p> <p>センター主催で行っていた商業施設での介護予防の取り組みを企業が主体で実施できるよう働きかけ、継続した活動が実施できている。商業施設の活動に協力する形で参加し、認知症の理解を促すなど活動継続のために支援している。</p> <p>個別支援において、近隣トラブルのある高齢者について近隣住民から情報収集を行い、対応の報告を重ねて相談者や関係者との信頼関係を構築し対応している。困難事例を抱えるケアマネジャーの後方支援としてケース会議の開催や振り返りの時間を設けて支援している。</p>
---	-----	---

令和4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4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。毎月定例会議等にて会議・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、回覧等を行っている。	○	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（センター運営マニュアルより）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やっている。	○	年度当初に事業計画を立て計画的な運営を行っている。所内会議で翌月の予定を確認し、計画表を掲示して職員全員で進捗確認をしている。また、年に1回職員からヒアリングを行い事業計画に反映している。	○	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。今年度のテーマは「アフターコロナを見据えた地域支援～地域の網の目を紡ぐ～」として、コロナ禍で増えている認知症やフレイルの方への早期発見・早期対応を目指した活動計画の立案・実施を行っている。	○	事業計画に関しては3職種が中心となり設置目的をふまえた上で、全職員に意見を聞き事業計画を立て運営を行っている。定期的に会議を実施し進捗状況をj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等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。また、今年度はセンター紹介のパンフレットを改定、その際、改めてセンターの役割や業務等を職員間で確認、理解を深めた。	○	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。全体会や各部会での情報は定例会議等と共有し、疑問点の確認、意見交換を行い、センター業務の理解を深めている。	○	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。	○	センター運営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の拡大コピーを掲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。	○	センター職員向けに「包括的支援事業とは」「保健事業と介護予防の一体的実施とは」の研修を開催。普段行っている業務の意義を再確認すると共に、新たに受託する事業と既存事業との関連性や運動制について学ぶ機会とした。	○	適宜センター運営マニュアル、事業計画を確認し意識しながら業務を行うように努めている。	
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。	○	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、朝礼時職員間で情報共有したり、情報提供した事業所をホワイトボードへ記載、管理者が確認する等して事業者が偏りがないよう確認している。	○	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、管理者が確認する等して、特定の事業者に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、意向が合わ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、チームバリエーションのある事業所か等、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、事業所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、希望があれば目的と合致しているか相談し、サービス事業所特徴表、事業所一覧表を利用しながら複数事業所を提示して、本人・家族が選択できるようにしている。インフォーマルサービス情報は、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所を職員間で共有し、不当に偏らないように確認している。	○	相談者の意向に沿った情報提供を行い、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と相談し、総合的に判断し対応している。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、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特定の事業者が偏りがないかなどの確認を個別に行っている。	○	情報の一覧をサービスごとに分類しファイリングしている。ファイルやパンフレットなどは誰でも閲覧できるところに設置し、相談時は利用者の意向を確認しながら一覧表を提示し、各事業所の特徴などを偏りがないよう説明し選択してもらっている。
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、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。	○	管理者・専門職種で協議し、主担当者を決定している。原則、総合相談の記録をもとにどの職員でも対応できるように体制を整えている。	○	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職員全体で主担当を決めている。状況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。	○	朝礼にてケースの情報共有を行い、対応等を検討している。緊急時等には、随時カンファレンスの場を設け、対応を協議している。また、毎月定例会議にて、必要に応じてケースの情報共有・検討を行っている。	○	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。	○	前日に受理した相談は朝礼で、新規相談受付時は、その日在席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。	○	朝のミーティングや定例進捗会議でケース内容を共有、検討している。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、職員全員が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に配慮している。	○	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、複数の関与の必要性を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。	○	困難ケースや緊急対応の必要性の判断は複数職員で検討している。主担当者が孤立することのないよう、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を開催している。	○	毎月定例会議や朝礼時、ケースや確認事項等を情報共有している。緊急時等には、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度のセンター内会議、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。
⑤		○		○		○		○		○		○		○		



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階事務所前にはのほりりを設置し、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、業務時間内はのほりりを出している。	○	正面玄関に大きく見やすい看板を設置し、のほりりも両側に活用し表示している。正面玄関横の掲示板に係関係機関からの啓発ポスターやセンターからの案内を貼っている。その案内をみて来所する人も、バス通りに面しており、地域住民から「わかりやすい」との声がある。	○	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、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ほりりを設置している。
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。	◎	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。今年度はセンター紹介のパンフレットを改定した。入口付近にセンター周知ポスターやチラシ、ひらかた元氣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、目を引くようにしている。また、センター玄関に野菜の鉢植えとその野菜にまつわる健康メモを設置したり、センター玄関前に地域住民が自由に座れる椅子を置き、親しみやすい雰囲気を作ったり、センターに関心を持ってもらえるよう工夫している。センター玄関前の椅子はよく利用されており、地域住民から好評であり、センターの周知につながっている。	○	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、ひらかた元氣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、自治会、圏域医療機関や居宅介護支援事業所、市役所等に配布し、回覧や掲示を行った。	◎	今年度は三職種が専門性を活かした広報紙を定期的に発行、保健師は「健康だより」としてフレイル予防・膝に適切な地域住民へ周知している。また、成人後見制度をテーマに1回発行した。発行した広報紙は、前年度に引き続き各自治会で回覧・全戸配布、地域に出向いた際には住民や関係機関に配布し、今年度は新たに圏域の銀行・郵便局に設置を依頼した。訪問先等で広報紙の情報を活用している声をいただくこともあり、今後もセンターの案内や役割等を積極的に住民に伝えていく。	○	センターの案内チラシを地域の行事、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減少しているため、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。UR都市機構の広報紙に、圏域地域包括支援センターとして、案内掲載を依頼している。	◎	地域の集いの場での周知活動は社会情勢を見ながら、可能な限り実施している。センターの広報紙は年に2回発行し、自治会への回覧や医療機関、見守り110番協力店舗への配布をしている。センター職員の似顔絵をのせた簡易チラシは、配布先によって内容を変えて配布しており、チラシをもって来所相談がある。4月からLINEアカウントを取得し、圏域内の地域・関係事業所向けに活動内容等を随時配信しており、センター主催の活動の参加者も増えている。	◎	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所向けの研修等の活動報告を随時掲載し、センターの業務内容の周知を図っている。LINEは登録者が454名(8/30時点)となった。開始から4年経過し、毎年約100人ペースで登録者が増えている。また、商業施設等の協力で、店内の常設ラックにセンターの案内や業務に関する情報を設置、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。近隣のクリニックなどにも持参し置いてもらっている。内容に関しては認知症予防や健康情報など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。	○	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の際は、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、必要に応じて書面での同意を得ている。電話相談等で書面による同意が得られない場合は口頭で確認し、記録を必ず残すようにしている。	○	書面にて同意を得ている。口頭で同意を得た場合は支援経過に記録している。	○	必要に応じて書面での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使用する旨を説明し、同意を得たことを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、個人情報保護に関して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方針に従い対応マニュアルを整備しており、毎年センター内会議で研修を実施している。	○	センター用の個人情報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、伝達研修を全職員が受講している。	○	入職時に法人にて個人情報保護の研修を受け誓約書を交わしている。個人情報保護のマニュアルを整備し周知している。年1回法人で個人情報研修を行い、受講者がセンター内で伝達している。
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。	○	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ように配置している。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。	○	プライバシー・個人情報保護の観点から、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を出したままにせず、パソコンの画面も閉じておくように配慮している。ファイルの持ち出しに関しては禁止している。
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。															
【解説】	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。
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センター内に掲示し、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。	○	法人のものを基本に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うえ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センター内に掲示し、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。															
〔解釈〕	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・年末年始等長期休暇時は、管理者が留守番電話の内容を確認している。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、年末年始等長期休暇時はセンター用携帯電話を管理者が所持し、緊急対応に備えている。	○	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用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、緊急性があると判断すれば、職員に連絡して対応している。	○	夜間・休日は留守番電話対応。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時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、速やかに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センター用携帯電話に転送されるようになっている。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。急な職員間の連絡等はLINEを活用している。	○	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。緊急時の連絡はLINEも活用している。
8. 人材の育成や支援について、取り組んでいるか。															
〔解釈〕	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。	○	研修情報は朝礼や回覧で周知し、希望者が参加できるよう配慮している。センター職員全員が外部研修の受講を勧奨し、スキルアップできるように促している。	○	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。今年度中に職員でノルディックウォーキング指導者養成研修を受講予定で、今後、地域での介護予防の啓発に役立てていく予定。	○	研修案内は全員に回覧し、希望の研修に参加できるように配慮している。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共有している。	○	研修後は、資料を共有綴りにファイリングし、情報や知識を共有している。また、朝礼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。研修資料は回覧し、その後ファイリングして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。															
〔解釈〕	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、暮らしまご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。地域カフェや高齢者居場所等をまとめた地域資源一覧表を作成、今後は定期的に更新予定。暮らしまごべんりネットは随時更新している。	○	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、暮らしまご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パソコン上で管理している。暮らしまごべんりネットの情報は変更があれば随時更新している。	○	地域のインフォーマルサービスの情報を把握し、暮らしまご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に掲示し、随時情報更新している。また、暮らしまごべんりネットの情報や見守り110番協力店舗数を増やすよう努め、情報は随時更新している。	○	地域情報を積極的に集め、暮らしまごべんりネットの入力及び更新を定期的に行っている。	○	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別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、事業所マップ作成し、相談対応の際に活用している。暮らしまご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、ニーズを検討するネットワークを構築している。	○	出張相談、地域サロン・地域カフェ等にて地域住民、高齢者の声を直に聞き、高齢者の状況を確認している。第2層協議体の会議にて、コロナ禍のため外出機会が減少し、高齢者のフレイルが進んでいる現状を共有している。今後は、解決に向けた取り組みへつなぐことができるよう対策を提案、協議予定。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維持している。	○	健康講座や地域サロン・地域カフェ等での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。認知機能低下のある高齢者独居世帯や8050問題等複合課題を抱えるケースの現状について、民生委員懇談会や民生委員、自治会役員、社会福祉協議会等関係機関との個別ケース相談等の機会に情報共有や協議をしており、ネットワークを構築している。	◎	総合相談や民生委員地区定例会、第2層協議体の会議に参加し、地域の情報や高齢者のニーズを把握している。近隣トラブルが生じている認知症ケースの現状や支援について第2層協議体の会議で共有、話し合うことで、認知症サポーター養成講座開催に至り、見守りや支援体制づくりにつながった。	○	地域サロンや高齢者居場所、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。地域によっては近隣にスーパーがなく買物困難な現状があり、民間型乗り合いタクシーの運営が実施可能か市管轄部署へ相談している。今後はUR都市機構へ相談、実証実験に向けて調整する。また、就労意欲はあるが活躍の場が乏しい高齢者の状況について圏域介護保険施設と共有、施設内スペース地域交流の場で展示販売が実施可能か相談、開催に向けて調整する。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。	◎	民生委員や地域の役員、地域活動参加時にニーズ把握をしている。コロナ禍で地域活動の中止が続いていたことから、活動が止まった通いの場所を活用し、少人数で月に1回、民生委員・校区福祉委員・地域づくり活動に興味のある住民を対象に相談（懇談）会を開催している。通いの場の再開時には従来の出張相談を実施する。他の地域でも民生委員との懇談会を実施、既に構築されているネットワークとの関係維持にも努めている。	◎	第2層協議体や地域活動への参加等により、高齢者のニーズを把握している。昨年度から取組みを続けている、くらわんかウォーカーズはグループ数、参加者数が増加し、追加メンバーの養成や継続支援等を通じてニーズ把握やネットワーク構築を行っている。くらわんかウォーカーズ参加者の意見から、警察と共催した防犯ウォーキングや、体力測定会、ウォーキングマップ作成を実施。また、くらわんかウォーカーズ向けの認知症サポーター養成講座の開催や、希望グループにはステップアップを目的とした講座の開催も行っている。認知症の気づきのポイントや関わり方について知る機会とし、メンバーの中で物忘れの出始めた方や認知症の方のいる、これまでの活動が継続できるようチームアレンジとしてのサポート体制の構築を目指す。	○	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の把握を行い、課題に応じて協議している。また、自治会、民生委員、社会福祉協議会などと連携して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を維持しており、個別支援の対応にも活かしている。また、圏域の見守り110番協力店舗に協力依頼を働きかけたり、拡充にも努め、ネットワークの維持・改善に取り組んでいる。	○	民生委員懇談会に出席することで、相談しやすい関係性を維持している。コロナ禍により対面で集まる機会が減少したため、各事業所懇談会をオンライン開催し、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ている。	◎	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やっている。また、携帯電話でのオンライン会議参加を目標に、民生委員向けの勉強会を開催する等、コロナ禍でのネットワーク維持に努めた。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、認知症サポーター養成講座やノルディックウォーキング講座開催を提案、実施しており、連携が図りやすくなるよう検討し、対応している。	◎	民生委員や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、民生委員、校区福祉委員、校区コミュニティ協議会、圏域介護保険事業所を対象に、介護保険申請とサービス利用・ケアマネジャーとの連携方法をテーマに交流会を開催。高齢者支援ネットワークの主軸となる関係者がお互いの役割や機能について理解を深める機会となり、また、交流を図ることで顔の見える関係性づくりにつながった。	◎	地域活動への参加や各種会議、個別事例の対応、LINEによる情報配信により関係性の維持・拡大に努めている。第5層地域づくり会議（社会福祉協議会・障害福祉サービス事業所・医療機関・特別養護老人ホーム）を定期開催し、分野を超えてより良い支援につなげる体制づくりを行っている。	◎	今年度、圏域内の店舗より、店内スペースの地域での活用について相談があり、既存のネットワークの中から声をかけ、意見交換会を行った。意見交換会の中で、複数の活用内容の提案が上がり、介護予防、高齢者の生活支援につながる講座等の定期開催へと繋がっている。	○	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護高齢者を支援している。	○	高齢者の通いの場等を活用、地域住民にも働きかけ、高齢者を見守り、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護高齢者の支援を行っている。また、高齢者の親と障害者を持つ子のケースが増加しており、枚方市障害者事業協会と新たに連携を図り、今後の生活検討やサービス導入等のケース支援につなげている。	○	困難ケース等要援護高齢者の支援では、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、要援護高齢者を支援している。	◎	相談（懇談）会の定期開催や民生委員との懇談会により把握した要援護者やセンターで既に把握しリスト化している脆弱者については、定期的または、随時状況確認をしている。支援が必要になるタイミングで地域から相談が入る関係性を維持しており、既存のネットワーク（UR都市機構など）の連携から支援に繋がる事例も増えている。	◎	民生委員、自治会、医療機関、金融機関、保健所、社会福祉協議会、市担当課等と連携し、要援護高齢者の支援を行っている。退院時からケアマネジャーに伴走支援を行うケースでは、複数の市担当課、家族、医療機関などと連携を図り、要援護者世帯の安全確認や確保のための支援を行った。	○	民生委員、見守り110番の協力店舗、行政機関、各関係機関などとネットワークを構築し要援護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、医療機関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「お元気訪問」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。	◎	民生委員や地域の役員、地域活動参加時などで情報収集している。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、民生委員等と連携して個別訪問を継続し定期的に見守り、安否確認を行っている。また支援拒否がある認知症世帯へ近隣の居宅介護支援事業所と支援目標を共有し、連携して個別訪問等の対応をしている。	◎	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。地域アセスメントでハイリスクエリアとなっている地区で、民生委員、センター職員等と「気になる高齢者」を把握するための情報交換とマップづくりを行う。民生委員の困りごとや悩みに寄り添いながら、認知症等で気になる高齢者を後追いつけ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努めている。元気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ている。隠れた問題やニーズを早期発見するために、地域に向けてアンケートを実施した。
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、生活福祉課、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・地域の医療機関・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都市機構、自治会、配食事業者、郵便局、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把握後、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。	○	民生委員や関係機関、他業種（金融機関・工務店・衣料品店・小売店・酒屋・配食事業者・司法書士総合事務所等）とは、センターの広報紙の配布時に関係構築に努めており、実態把握や円滑な情報共有がおこなえている。	◎	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。くらわんかウォーカーの毎月の活動管理は各校区担当職員が窓口となって行き、活動上の困りごとなどを聞きながらコミュニケーションを図り情報収集を行っている。この中で、複数のくらわんかウォーカーのリーダーから、メンバー内で様子の気になる人についての相談を受け、実態把握から相談対応・支援に繋げるなどのサポートを行っている。	○	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、高齢者の居場所等のインフォーマルサービスをはじめ、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を維持している。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等につなぎ、相談内容に応じて保健所や社会福祉協議会等、他機関と連携し支援している。	○	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など相談内容が複雑化しているが、面談を通して信頼関係を構築し、困りごと・ニーズを整理できるよう努めている。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、関係機関への仲介や継続的な関わりを続けている。	◎	介護サービス利用の必要性があるが利用に抵抗感が強い高齢者と家族の支援に対し、家族の想いを汲み取りながら信頼関係の構築に努めた。家族、医療機関と連携しながら支援を行い、結果的に本人や家族の意向に沿ったかたちでの在宅生活ができた。	○	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になり、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用いて説明し具体的な情報を提供するようにしている。
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、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、速やかに対応できるよう努めている。	○	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っている。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正確に把握し、役割や生きがいを持って生活できるよう関係機関と情報共有し、制度やサービス等につないでいる。また、定期的な訪問や電話連絡等を行い、関係機関と情報共有・役割分担しながら専門的・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を図り、協働して継続支援を行っている。	○	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、すみやかに保健所や社会福祉協議会等関係機関につなぐ等、次の対応を検討し、連携して支援を続けている。	◎	基本チェックリストや認知症ケアパス、生活バリエーションなどを活用し、専門職間でスクリーニングを実施している。チェックリストの結果等は専門職から本人や家族に説明し、理解を得ながら支援をおこなっている。すぐに支援につながらない場合は継続的な訪問等において変化があれば、その都度アセスメント・スクリーニングを行い、必要な支援を行っている。	◎	一人暮らしで認知機能低下し、支援を拒否する高齢者の支援に対し、民生委員、家族、事業所、市担当課と連携して支援を行っている。サービス利用拒否の間は継続的な見守り訪問で安否確認を行っている。	○	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に応じら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、朝礼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の記載内容等について検討している。	○	対応した職員以外でも再相談に応じられるよう、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している。また、職員間での円滑な情報共有を目的に、定例会議等で支援経過記録の記載形式等を協議、協議内容を記録方法に反映している。	○	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。	○	支援経過に記録し、今後の方針までを記載することによって対応した職員以外でも再相談に応じられるようにしている。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、対応した職員以外でも再相談に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。															
【解釈】	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、民生委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の解決策の一つとして提案された地域資源情報ファイルを作成し、関係各所に設置を依頼している。	○	地域課題を把握整理したうえで、事業計画を作成している。	◎	自立支援型地域ケア会議や個別地域ケア会議があがった地域課題をもとに、事業計画を作成している。地域課題の解決策の一つである認知症を周知するための出前講座を開催している。	○	第2層協議体で課題を整理し、その解決策として取り組む内容を事業計画として策定している。あわせて、第2層協議体で一つ一つ取り組んでいる。	○	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。	◎	地域課題の解決に向け、計画通り、コロナ禍で各地域活動の状況を共有し、意見交換を実施した。他の取り組みを参考にしながらも、今後、それぞれの強みを活かした活動につなげるキッカケとなった。	○	第2層協議体を通じて課題の抽出、整理している。整理した課題を事業計画に掲載し、計画的に取り組んでいる。
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層協議体の事務局として、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層協議体に参画し、地域のカフェ活動で健康相談を行うなど、活動支援を行っている。	◎	第2層協議体会議に参加し、地域課題の解決に向けた各校区の取り組みをサポートしながら、認知症を周知する場の設定における協力を得た。	○	第2層協議体で創設した高齢者居場所の活動支援に加え、参加者自らが運営できるよう一緒に検討するなど、活動や取組みの支援を行っている。	◎	コロナ禍で会議への参画機会は少ないものの、活動の企画段階から参画することでフレイル予防のイベントの開催につながった。	◎	各校区の特徴に応じて、スマホ教室や健康啓発セミナーの開催、「おたすけメイト」の活動支援など取り組みが広がってきている。	○	第2層協議体に働きかけ、認知症やフレイルの早期発見及び潜在する課題やニーズを抽出するためのアンケートの実施により地域診断を行った。
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い、具体的な課題共有や課題解決を連携して行っている。	○	第2層協議体や事業者連絡会で課題を共有し、課題解決に向けた提案や取組みを行っている。	○	第2層協議体の構成員に医療・介護関係者が参画しているため、構成員を通じて他会議等との連携や調整を行っている。	○	事業所連絡会等の各会議で第2層協議体の情報提供を行い、必要に応じて連携できるよう調整している。	○	ケアマネジャーと民生委員との連携・協力体制構築に向けて、第2層協議体と事業者連絡会で調整を行い、会議の開催を予定している。	○	地域ケア会議に生活支援コーディネーターをはじめ医療機関を含む地域の関係機関で集い、事例をもとに話し合うことで連携関係を確立し、つながりを強化している。	○	第2層協議体で、若い世代を含めた健康啓発セミナーとして圏域内医師の協力で40歳代をターゲットにした認知症予防講座を実施した。	○	住民と介護事業者の連携・協力により課題の解決を目指す地域事業所懇談会で、課題を検討している。
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継続的な育成を行い、必要に応じて養成研修を行っている。	○	第3層生活支援コーディネーターに最新の地域資源情報一覧を提供することで活用を促している。	○	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクターと連携し、圏域連絡会に参加するなどして、第3層生活支援コーディネーターの継続的な育成を行った。	○	ケアマネジャーには、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、事業所連絡会等で育成している。	○	新人ケアマネジャーには、地域資源の活用などの第3層生活支援コーディネーターの意識づけを行い、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクターと連携しながら養成や育成に努めている。	○	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクターと第3層生活支援コーディネーターの養成・育成について随時話し合いをしながら、第3層生活支援コーディネーターとしての意識づけを行っている。	◎	個別に呼びかけ養成講座を開催、フォローアップ講座ではインフォーマルサービスの特徴や利用方法の説明と意見交換を実施し、個別ケースに資源を繋げることについて考えた。	○	ケアマネジャーの入れ替わりが増えたため第3層生活支援コーディネーターの養成講座を実施した。
【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）															
【解釈】	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。	○	自立支援型地域ケア会議にケアマネジャーの参加を促し、自立の概念や自立支援とは何かを事例の検討を通じて共有する機会としている。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、事例ケースを通して、自立や自立支援の概念の共有化を図り、ケアマネジャーが今後の自立支援の方向性や地域課題などを考えてもらう機会としている。個別地域ケア会議では、ケアマネジャーの後方支援等として行っている。	○	自立支援型地域ケア会議はコロナ等の情勢を見ながら可能な限り開催している。今年度からは委託先のケアマネジャーや介護サービス事業所職員が、改めて自立支援の概念を理解できるようにしている。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、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。また、フリートーク時間の意見交換で理解度の確認を行い、自立支援に資するケアマネジメントとなるよう支援を行っている。	○	年間10ケース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地域のケアマネジャーにケアマネジメント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であり、今年度評価期間内の開催は無し。	○	自立支援型地域ケア会議、個別ケア会議を開催している。地域のケアマネジャーからの相談ケースを受けた時には、高齢者の自立支援を意識してアドバイスしている。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し、圏域内の居宅介護支援事業所に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。必要に応じて個別地域ケア会議も持っている。
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。	○	自立支援型地域ケア会議から抽出した地域課題の解決に向けて、第2層協議体や事業者連絡会で課題の検討を行っている。また、今後必要に応じ、個別地域ケア会議を開催、検討内容・課題等は第2層協議体等で検討していく。	○	自立支援型地域ケア会議から抽出した地域課題の解決に向けて、センター主催の教室等の案内により参加を促している。個別地域ケア会議を開催、認知機能低下のある高齢者独居世帯や8050問題等複合課題を抱えるケース検討を通じて、民生委員、自治会役員、居宅介護支援事業所等関係機関と地域課題を共有した。把握した課題は、民生委員懇談会の機会に情報共有や協議をしており、今後は第2層協議体等での共有、地域での取組みにつなげていく。	◎	個別地域ケア会議において、認知症状のため近隣トラブルが生じたり、8050問題等複合課題高齢者を抱えるケースが地域で孤立している現状を参加者で確認、地域課題として抽出した。抽出した課題は、第2層協議体の会議で共有、認知症の方の見守りや支援体制づくりを目的に、第2層協議体での認知症ポーター養成講座開催につながった。	○	会議から抽出した地域課題を第2層協議体と事業者連絡会で、民生委員とケアマネジャーや介護サービス事業所が連携できる取組みを検討している。今後必要に応じ、個別地域ケア会議を開催、検討内容・課題等は第2層協議体等で検討していく。	◎	会議から抽出した地域課題を第2層協議体で検討し、フレイル予防については、校区のイベントとして開催できた。	◎	個別地域ケア会議では、課題の優先順位の整理など行いながら、見守り方法等の検討を行っている。自立支援型地域ケア会議では、今年度から後半にケースから抽出した地域課題に対するアイデア出しのプログラムにリニューアル、参加者の多様で自由な発想を地域課題の解決への糸口としていきたいと考えている。	○	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地域課題を第2層協議体などで解決方法を検討している。また、事業計画通りに取組みを実施している。
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。	○	会議で検討した事例のモニタリングや評価を行い、必要に応じて方針の修正を行っている。	○	検討した個別事例から、進捗状況を担当者より確認し、センター内で評価し、必要時は修正を図っている。また、関係者にも進捗状況を報告している。個別地域ケア会議開催後はモニタリングし、随時、関係者と情報共有や方針検討を行っている。また、必要に応じて個別地域ケア会議の継続開催を検討している。	○	個別地域ケア会議で検討したケースは、その後もモニタリングし、関係者と情報を共有している。自立支援型地域ケア会議で検討したケースもモニタリングし、必要に応じてセンター内で情報共有している。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。	○	自立支援型地域ケア会議の個別事例は、モニタリングの後、再アセスメントと振り返りの会議を行っている。また、関係機関と情報共有についても行っている。	○	自立支援型地域ケア会議、個別地域ケア会議ともに担当者がモニタリングをおこない、必要性により随時会議参加者へ情報提供している。個別地域ケア会議の情報は地図を色分けして地域の課題分析に利用し、自立支援型地域ケア会議開催時に圏域地図を活用するなど、多職種で検討の際に役立っている。	◎	個別地域ケア会議では継続的なモニタリングを行い、ケースに進捗に合わせて適宜関係機関と情報共有を行っている。自立支援型地域ケア会議では半年後に同じケースを取り上げ、前回のアドバイスを実施した後の再評価の機会を設けている。	○	検討した個別事例は、一定期間経過後に状況確認を行い、評価や方針の修正を行っている。会議の参加者には経過の報告を行っている。



【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)															
①	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。														
	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、継続的な支援をしている。	○	アセスメントにより把握した課題に対して自立した在宅生活が継続できる支援を行っている。また、具体的な目標を設定するよう努めている。	○	達成可能な目標を具体的に設定し、本人や家族、事業者と目標を共有しながら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。目標設定においても段階をおって達成できるように配慮している。	○	基本チェックリストなどを活用し、利用者と相談しながら達成可能な目標を設定している。評価しやすいように回数や数値などで表現するよう心がけている。	○	自立支援の視点に基づき、具体的な目標設定を行い、自己効力感を高めるように支援している。また、成功体験を積み重ねて、自ら活動の場に行けるように継続的な支援をしている。	◎	地域や生活の中から、その人らしさが引き出せるよう、自ら介護予防に取り組めるきっかけとなる目標設定が出来るように努めている。サービス修了者はリスト化して継続フォローに努めている。	◎	本人の生活の状況や趣味等考慮、本人とも相談のうえ具体的に評価できる目標を設定し支援継続している。自立支援の視点で支援継続ができるよう定期的に情報共有やチェックができる仕組みとなっている。	○	対象者の状況を、アセスメントし課題を抽出し、課題解決に向けた支援を行っている。自立支援の視点に基づき目標を立てるように努めている。
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。	○	「こもれびだより」でフレイル予防や自宅での運動などの情報を発信し啓発している。また、出前講座の際など、チラシ配布や口頭での注意喚起を行い、集団または個別に意識づけしている。	○	「ふれあいだより」の配布や健康講座開催のチラシを各地域に配布、地域活動の現況を把握しながら情報提供が行えるようにしている。各々の状態に合わせた教室等を個別に案内して介護予防の取組を行うための支援を行っている。	◎	コロナ禍でフレイル予防に取り組むための「健康だより」を配布している。介護予防の目的を説明し、リハ職行為評価事業で生活行為の自立に向けた解決策の提案など、利用者自身が介護予防や健康の維持増進に向けた取組みができるよう支援している。	◎	介護予防の資源を活用しやすいよう整理し、生活の中に自らが健康増進や介護予防の活動を取り入れ、生活の改善につながる支援をしている。また、独自に作成して配布した地域別の介護予防手帳について活用状況等の調査を実施し、今後の展開等を検討する予定である。	◎	自分の健康増進や介護予防についての意識を持てるよう、基本チェックリストで気づきを促し、セルフケア状態や元々参加していた活動の再開等を支援している。毎週センターで「ひらかた元氣くらわんか体操」を実施し、参加者の安否確認になり、元氣度が向上している。	◎	ノルディック・ウォーキングが体験できる講座を定期開催している。今年度から開催場所を拡大し、3か所で開催している。またウエルシアカフェでの健康講座等の開催、くらわんかウォーカーズの活動支援としてリーダー集会や体力測定会・ウォーキングイベント等を実施した。	○	自立の重要性や予防の観点をセンター内で共有し、全職員で理解を促す支援に努めている。また、「生活べんり帖」やチラシ等活用し、自主的な活動支援に取り組んでいる。
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で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取組みと、朝礼時のケース報告による把握、困難事例はセンター内会議などで適宜ケース検討を行っている。	○	自立支援型地域ケア会議では居宅介護支援事業所や介護サービス事業所担当者の参加を依頼し、総合事業や自立支援についての知識を深める機会とし、情報や目標の共有を行なっている。また、所内定例会議で、振り返りを行い、会議内容を共有し、経過も含めて複数回ケースとして検討している。	○	定例会議で個別ケースの課題検討を行っている。あわせて、自立支援型地域ケア会議のケース検討や振り返り、長期プランの妥当性についての検討を行い、職員全員で自立支援について考える機会を持っている。	○	自立支援の視点に基づく課題検討をセンター内で実施している。また、定例ミーティング時や随時、情報共有している。自立支援型地域ケア会議はケアマネジャーへの周知を兼ねて実施している。	◎	自立支援型地域ケア会議前には、センター内で自立支援の視点と課題の検討、支援の方向性等意見交換をしている。会議開催後の共有もしている。また、月1回長期プラン管理への移行適否を検討するセンター内会議で、個別ケースの目標レベルや内容を確認し、委託先の担当ケアマネジャーと自立支援について意見交換する機会としている。	◎	自立支援型地域ケア会議前にセンター内で課題や自立支援に向けた支援、支援の方向性等について検討している。自立支援型地域ケア会議後にはセンター内で情報共有をおこなっている。またケアマネジャーには自立支援型地域ケア会議の案内を毎回行うよう変更し、傍聴ではなく課題解決に向けたアイデア出しに参加してもらうことで参加者数が増加した。	○	自立支援型地域ケア会議は事前会議を開催し、ケアマネジャーへの周知を兼ねて実施している。また、定例ミーティング時にケースの課題検討を行っている。
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。	○	地域の社会資源情報を集めて一覧表にして利用者に紹介しやすいようにしている。また、様々な事業やサービスを組み合わせながら支援を行っている。	○	コロナ禍であり、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。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。	○	フローチャートを活用しながら、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。また、委託先のケアマネジャーにも情報を提供している。	◎	随時更新している各地域のマップを誰もが閲覧できるようリニューアルして掲示した。また、インフォーマルサービスの情報共有ができるようにセンター内でファイルにまとめて活用することで、一体的に組み合わせながら支援している。	○	社会資源の収集と情報更新に努め、暮らしまることべんりネットの他、紙媒体でファイリングしている。個別ケースのニーズ・能力・興味関心の状況をアセスメントした上で、一体的に組み合わせながらプランに位置付けている。	◎	地域の既存の活動情報や地域企業やスポーツクラブ等の社会資源情報を収集・適宜更新もしながらラックに設置・ファイリングもしている。第2層協議体から創設された「おたすけメイト」への依頼も増え、支援するメイトのやりがいにもつながっている。	○	フローチャート等を活用して、センター全員が活用している。地域情報などは、相談スペースへの貼りだし、ラックに設置するほか、ファイルを共有している。
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。	○	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。	○	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。

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。	○	定期的に地域のカフェや民生委員会などに出向いたり、老人会などの出前講座の際などで積極的に情報収集している。	○	民生委員や住民、医療機関等から情報を得て、気になる高齢者に対しては、現状把握を行ない、センター内で共有しながら、支援の必要性を検討し対応している。訪問や電話が必要ないケースであっても相談記録として残している。	○	元気はつらつ健康づくり事業や出前講座など地域に出向いた際に虚弱な高齢者の把握に努めている。また民生委員や地域の方からの情報提供があれば、迅速に対応している。	○	元気はつらつ健康づくり事業や出前講座など地域に出向いた際に虚弱な高齢者の把握に努めている。虚弱リストの対象者には月1回ポスティングを実施していたが、地域活動の再開状況にあわせて再開を予定している。	◎	個別ケース対応や地域で把握した虚弱者のリストをファイル管理し、定期的に全職員で状況確認を行う仕組みがあり、継続的にフォローできている。	◎	自治会や老人会等の通いの場で基本チェックリストを実施し、結果をアドハイス表等でフィードバックするとともに、健康講座等の案内をしながら参加の呼び掛けを行っている。同時に教室等の案内希望者をリスト化し、随時DM等で案内するようにしている。健康状態不明者については、昨年度把握した者にもアプローチし、関係性の構築に努めている。	◎	校区の協力を得て生活状況等のアンケート調査による地域診断を行っている。大規模集合住宅の全ポストにリーフレット等を投函した。
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。	○	窓口や電話相談の際、本人や家族に事業や適宜更新している地域資源の情報をわかりやすく紹介し、セルフケアを促している。また、週1回「こもれび教室」を開催し、運動する機会を確保している。	◎	定期的に地域の活動の再開時期等、現状把握を行なっている。センターでの健康講座や週1回のカフェ、近隣公園での週3回の「ひらかた元気くらわんか体操」に加え、オンライン教室が体験できるサテライト会場を設置し、自宅からの参加を支援している。	○	地域に出向いたり、相談があったときには一般介護予防事業に関する情報を提供している。また、必要に応じて同行訪問など参加しやすい支援を行っている。	○	高齢者居場所等の活動状況を確認しながら運営支援を行い、必要な情報が提供できるようカンファレンス等で情報発信することで、センター内で情報共有している。また、事業の案内を受付に設置している。	◎	一般介護予防事業をはじめとした地域資源情報の中でニーズに適した情報があれば紹介するだけでなく同行訪問等で行っている。今年度より、ラインによる情報配信も開始した。	◎	商業施設等にある常設ラック等にチラシを置き、ラインで配信、通いの場であれば紹介するだけでなく同行訪問等で行っている。今年度より、ラインによる情報配信も開始した。	○	通いの場や個別相談時に、情報提供しながらセルフケアの取り組みを進めるように支援している。民生委員にも理解を深めてもらい、通いの場への誘いの依頼を行っている。
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。	○	週1回の「こもれび教室」を運営しながら自主グループ化を目指している。地域の集会所等への働きかけも検討している。	○	コロナ禍で活動量が減少しているため、元気はつらつ健康づくり事業で健康意識を高める講座を開催している。	◎	コロナ禍で閉じこもりになりがちな高齢者が、感染予防をしながら続けられる運動として、ノルディック・ウォーキング講座を開催し、「くらわんかウォーカーズ」の登録につなげている。また、KDBデータ分析から、認知機能の低下や物忘れを自覚する方が平均より多い地域に、認知症予防講座を検討している。	◎	買い物に困難な高齢者が多い地域でボールを用いてリュックバックを背負って歩く体験など、地域課題に応じながら、ノルディック・ウォーキングの講座を実施し、「くらわんかウォーカーズ」の登録につなげている。	◎	地域の課題を分析したうえで各事業企画している。コロナ禍で身近な場所で開催できる活動のニーズが増えたため、新たに「ひらかた元気くらわんか体操」の定期開催や出前講座を実施している。	◎	ノルディック・ウォーキングの普及を計画的に実施。複数個所での体験講座を開催やボールの一時貸出場所の増設を行った。くらわんかウォーカーズ活動における課題を把握し、課題の解決に向けたグループ活動の支援を行っている。	○	コロナ禍でフレイルの相談等が増えていることから、屋外のウォーキング講座を開催した。有酸素運動の必要性の理解を促し、地域の中での取り組みへ発展出来るように努めている。
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。	○	週1回の「こもれび教室」の体操グループ2つは、参加が継続できている。	○	毎月、老人会やサロンの代表者と連絡を取り合い、開催時期・運営状況の確認を行いながら、健康講座の開催や介護相談・健康相談ができるようにしている。	◎	「くらわんかウォーカーズ」の活動を校区で取りまとめている活動の後方支援を行っている。ひらかた元気くらわんか体操を再開したグループには継続支援講座を開催し、自主グループの活動を支援している。	○	活動状況の把握に加え、定期的に高齢者居場所や老人会等に参加し、自主グループの活動の支援を行っている。	◎	コロナ禍の活動状況をラインで情報配信することで、活動意欲が維持できるよう支援した。また、老人会等の活動再開にあたり相談が増え、情報提供や活動協力、出前講座を実施している。	◎	くらわんかウォーカーズなど自主グループのリーダー集會を開催し、活動報告など情報交換の場を実施。おでかけウォーキングマップの作成と配布、警察とコラボレートした防犯ウォーキングイベントや体力測定会など様々な活動支援を行っている。	○	定期的に行っている出前講座では、レベルアップや状況に応じて変化させるなどを考慮しながら活動を支援している。
⑩	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容が記載されている。	○	事業計画書に記載している。	○	事業計画では各校区ごとに健康講座の実施を記録している。	○	KDBデータの分析結果を記載した事業計画を作成している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容が記載されている。	○	「保険事業と介護予防の一体的実施」に係る内容を事業計画に記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」にかかる内容を記載している。	○	事業計画に校区ごとの取組み等を記載している。
⑪	KDBデータに基づき、各小学校区毎の課題を把握した上で、ポピュレーションアプローチやハイリスクアプローチを行っている。	○	ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチともに現地調査日以降に実施していく予定である。	○	健康状態不明者には訪問にて、ハイリスクアプローチを実施している。アンケート結果の分析からポピュレーションアプローチにおける健康講座は口腔ケアと運動で企画していく。	○	KDBデータから、第2層協議会で課題を共有し、ポピュレーションアプローチで栄養と口腔に関する講座を企画した。ハイリスクアプローチは実態把握の際に、独自のフレイル予防のチラシ等を配布しながら、必要に応じて医療機関への受診や健診を促した。	○	KDBデータで「この1年間に転んだ」と回答する割合が多い地域に、体力測定を実施することで運動の意識付けを行うポピュレーションアプローチを実施予定。ハイリスクアプローチは、訪問リストを作成し、センター全職員で訪問を実施する。	◎	ポピュレーションアプローチでは、KDBデータから市内で筋・骨格に係る医療費が最も高い地域において、フレイル予防講座を実施した。文化的活動を主に行い、運動機会が少ない団体だったため講座の効果を実感する声が多かった。ハイリスクアプローチの訪問を実施した。	◎	ポピュレーションの周知のためチラシの全戸配布を行った。地域の健康課題を共有するため「数字でみる校区」を作成した。体力測定会では医療機関の保健師が健康チェックブースを設けるなど、多様な機関と連携しながら健康や介護予防の啓発を行った。	○	KDBデータをポピュレーションアプローチの講座等に取り入れて自分の問題であると言う意識づけから予防の取り組みへと繋げている。ハイリスクアプローチでは、介護予防の取り組みや健診の必要性等のチラシをパッケージングして配布している。



**【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。	○	市作成のチラシ・パンフレットを窓口 に設置している。年4回発行「社協こ もれびだより」の冬号より、シリーズ で後見制度・任意後見制度・遺言など 権利擁護に関する制度を掲載予定。	○	市のパンフレットを配布し、各事業所 懇談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、 成年後見制度紹介の記事を掲載。各自 治会で回覧・全戸配布した。今年度は 成年後見制度をテーマにシリーズで広 報紙を発行予定であり、引き続き普及 啓発を行う。	○	地域サロン等の場に出向き、センター 作成の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。今後 も地域サロン等での広報活動を継続し ていく。	○	センター作成の三つ折りリーフレット の配布と圏域内の司法書士と協同し て、地域向けに成年後見制度を中心 に遺言や相続についての内容で出前講座 をおこなった。個別相談対応時には制 度について正しく理解し、活用しても らえるよう説明と啓発に努めている。	○	センターホームページやLINE公式ア カウント等を活用し、成年後見制度に ついて周知できるよう取り組んでいる。 また、センター事務所前やセンター建 物のエントランス、商業施設等のラッ クにチラシ等を設置。買い物ついで等 に気軽に情報を得ることができるよう にしている。	○	独自のチラシを作成し、センター前 に掲示している。地域住民や老人会向 けに開催した講座中で成年後見制度に ついての説明を行った。また今年開設 したセンター公式LINEにて制度の周知 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 できている。	◎	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。成年後見制度 利用を希望したケースに対し、本人・ 家族と相談しながら行政書士につない だり、申立て書類の作成支援や家庭裁 判所への同行等を行い、申立てが完了 するまで経過を確認しながら支援を 行った。	◎	民生委員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、必要に応じてひらかた権 利擁護成年後見センターや司法書士会 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 理や生活の維持が困難となったケース に対し、個別地域ケア会議開催後、ケ アマネジャーや医療機関、市担当課と 情報共有・役割分担し、成年後見制度 利用につないだケースがあった。	◎	子の状況変化により金銭管理等の支援 を受けられなくなった施設入所中ケー スに対し成年後見制度利用の説明をし たり、身体・認知機能低下がある身寄 りのないケースに対し成年後見制度、 日常生活自立支援事業等の制度を利用 できるよう関わっている。支援の際は は、本人や家族の意向を確認しなが ら、司法書士会等の専門相談機関、ひ らかた権利擁護成年後見センターと情 報共有・役割分担し、密に連携してい る。	◎	令和4年1月～6月までの半年間で8名 の相談があり、関係機関で役割分担し ながら柔軟に対応し、うち2件は市長 申立てで制度利用につながった。制度 利用の必要性がある場合はセンター職 員から提案を行い、適切に制度が利用 できるよう支援している。	◎	必要時、成年後見制度の紹介や説明、 関係機関との連携を図っている。介護 が必要な高齢者で子と二人暮らし、被 害妄想のあるケースにおいて司法書士 と連携し、申立て支援を行った。	◎	本人やその家族、関係機関等からの相 談時には、パンフレットを活用し制度 説明を行い、必要に応じ専門職と連携 を取り、申立て支援を行っている。今 後の不安を抱く身寄りのない一人暮 らし高齢者からの相談に対し、司法書 士を交え成年後見制度や遺言書の作成 を行い、今後の生活の道筋を立てた。
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。	◎	日常生活自立支援事業の利用や日常生 活自立支援事業から成年後見制度への 移行に向けたサポート等について、社 会福祉協議会やひらかた権利擁護成年 後見センター等と連携しながら対応し ている。権利擁護に関するサービス・ 制度利用の必要性（または今後必要に なる可能性）が高い場合は、本人が サービス・制度の理解を深め、選択す ることができるよう、随時、丁寧に説 明している。身体機能が低下した1人 暮らしでのケースに対し、本人の思い に寄り添い、関係機関と情報共有・支 援しながら、日常生活自立支援事業、 施設入所につなぎ、本人の生活の維持 を図った。	○	医療機関や関係機関と情報共有し、日 常生活自立支援事業や成年後見制度に ついて情報提供している。また、身体 機能の低下があるが家族の支援を受け ることが困難なケースに対し、本人の 希望に応じて司法書士へつなぎ、成年 後見制度を利用できるよう支援する 等、今後の生活維持に向けて関わっ ている。	○	相談を受けた際は権利擁護の視点を持 ち、ひらかた権利擁護成年後見セン ター、介護保険事業所と連携し、問題 解決にあたっている。要介護、一人暮 らしの入院中のケースに対し、司法書 士の司法書士と共に、退院後財産管 理委任を利用できるよう調整、医療機 関と連携して支援し、本人の生活の維 持を図られるよう関わっている。	○	権利擁護の視点をもち、本人のニーズ や把握した課題に応じてサービスや制 度を提案し、生活の維持を図ってい る。本人の意向によりサービスにつな がらないケースについては、関係機関 と連携し介入時期を図りながら支援を 継続している。	◎	担当ケアマネジャーと連携し、ひらか た権利擁護成年後見センターに繋ぐこ とで、本人及び家族の在宅生活が持続 できるよう支援を行った。生活維持や 生活の立て直しに支援が必要と考えら れるが、本人の意向によって進まない ケースについても、関係機関と連携し て、本人の生活維持が図れるように関 わっている。	○	ゴミ屋敷問題等について近隣住民から 相談があった一人暮らし高齢者に対 し、衛生環境の改善を行い、親族から の不適切な金銭管理や税金の滞納も あった事から成年後見制度を活用し、 司法書士や介護保険事業所、親族と連 携し日常生活の安定に向けて支援を継 続している。

**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・情報が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。

【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・情報が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・警察等が発信する 最新情報を収集し、朝礼や供覧等によ 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、職員全体に回覧してセンター内で 共有している。	○	消費生活センター作成のチラシや通知 等があれば、職員全体へ通知、回覧し て情報共有している。	○	消費生活センターからの情報、大阪府 等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、制度の理解に努めてい る。被害のタイムリーな情報や枚方市 で多発している被害情報等は把握す るようにしている。	○	消費生活センター作成のチラシや通知 等を供覧し、日々形を変えて巧妙にな る手口に的確に対応できるようセン ター内で情報共有している。	○	消費生活センターからの情報や警察か らの安まちメールを基に、担当圏域内 で発生した消費者被害状況について、 センター内や関係機関等に注意点や対 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。	○	年4回発行「社協こもれびだより」に て、消費者被害の記事を毎回掲載し、 幅広く周知している。地域カフェや高 齢者居場所での出張相談にて、消費 者被害の最新情報・対処法を伝えたり、 支援ケースへの初回訪問時等に訪問販 売撃退ステッカーや啓発チラシ配布 し、地域住民へ注意喚起している。ま た、消費者被害の情報は、介護保険事 業所へのFAXや民生委員地区委員 会、各事業所懇談会等の機会に情報共 有し、詐欺被害発生時、すみやかに連 携できるよう働きかけている。	◎	ケアマネジャー等介護保険事業所に対 し、最新情報をFAXや各事業所懇談 会等で随時提供し、協力依頼できる体 制を整えている。地域住民には、地域 活動の場や地域サロン等にて「訪問動 誘お断りステッカー」等の啓発資料を 配布する等、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予定。 民生委員、消費生活センターから情 報が入り、不適切と考えられる契約を把 握し、本人・販売業者に介入し、クー リングオフに至った事例があった。	○	消費生活センターからの情報を介護保 険事業所へFAX通知したり、事業所 懇談会等の機会に伝達し、情報共有し ている。センター来所者や地域活動時 には、啓発用ティッシュやステッカー を配布し、注意喚起している。また、 民生委員・介護保険事業所向けの消費 者被害防止についての研修会をハイ ブリッド方式で開催したり、地域の老人 会で消費者被害に関する講座を開催 し、啓発に取り組んでいる。	◎	地域で消費者被害が発生していたこと もあり、老人会で消費者被害に関する 出前講座を2回、警察と連携して特殊 詐欺に関する出前講座を2回開催し、 被害の傾向や対策について啓発を 実施。民生委員・校区福祉委員、介護保 険事業所には社会福祉士部会で作成し た資料等を活用し、消費者被害防止の ための見守りに関する内容を説明を行 い、支援者における「気付き」の重要 性を継続して伝えている。最新の被害 状況については、SOSネットワーク 登録機関へのFAXやLINEにて周知し ている。	◎	一昨年、昨年に続き、圏域内の郵便局 (5局)の局長と直接面談し、消費者 被害の未然防止と情報共有ができる関 係を継続できる働きかけを行ってい る。特殊詐欺に関しては警察と日頃か ら連携を密にしている。消費者被害等 を未然に防ぐため、地域で声をかけ 合う風土作りを目指し、圏域内のくら わんかウォーカーのリーダー集会には 警察にも参加いただいている。警察と 圏域内のくらわんかウォーカーとの協 力による特殊詐欺啓発イベントを地 元商店街周辺にて開催。また、「安まち メール」にて圏域内で発生した特殊詐 欺の情報があれば即座にLINE公式ア カウントやホームページにて情報を 発信し、特殊詐欺を未然防止するた めの啓発に努めている。	○	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、介護保険事 業所へのFAX送信やセンター公式LINE での配信、出前講座や地域活動参加 時に配布し、被害の未然防止に努め ている。被害が集中している地区に対 しては、民生委員との連携や地域の 広報紙への掲載を行い、詐欺被害の 未然防止が出来る様に努めている。		
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。	○	ケアマネジャーや地域住民、民生委員 等から、詐欺被害・詐欺被害疑いの情 報提供があった際には、警察や消費生 活センター等へ報告、情報共有・役割 分担等を行い、連携して支援している。	○	消費生活センターや民生委員等から消 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。消費生活センター、家 族、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、連携して支援している。ケア マネジャーからの相談で消費生活セン ターとつなぐことで被害を未然に防 ぐことができた事例あり。	○	消費生活センター、警察には疑いの段 階で情報提供しており、随時、消費 生活センター、居宅支援事業所等関 係機関と連携し、問題解決にあたり たい。詐欺的注意喚起のチラシを作成 し、クーリングオフの手続きを共に 行ったケースがあった。	○	日頃の啓発活動により、圏域内の居 宅階で情報提供しており、随時、消 費生活センター、居宅支援事業所等 関係機関と連携し、問題解決にあたり たい。詐欺的注意喚起のチラシを作成 し、クーリングオフの手続きを共に 行ったケースがあった。	○	地域住民やケアマネジャー等から消 費者被害に関する情報があれば、消費 生活センターや警察に情報提供を行 い、消費者被害への確に的確に対応 できる体制を日頃から構築している。	○	相談を受けた時や情報提供があった 際、速やかに実態把握を行い、消費 生活センターや関係機関等と連携し 早急に対応が出来るように努めてい る。



3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。

<p>「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>○ センターの掲示板に社会福祉部作成のチラシやパンフレットを掲示し、地域住民へ周知している。各事業所懇談会や地域の居場所等でチラシを配布、疑いの時点で相談を勧奨、早期発見・防止につながるよう働きかけている。また、地域住民や関係機関からの相談の中で、虐待の可能性がある把握した場合は、センターが対応等を行う機関であると説明している。</p>	<p>○ 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。</p>	<p>○ 「聖徳だより」に、相談窓口であることを掲載し、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で普及啓発を行っている。</p>	<p>○ 地域サロン等に出向き、センター独自のチラシや社会福祉士部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」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。</p>	<p>○ 高齢者虐待の気づきのポイントや早期発見の重要性について掲載した啓発チラシ、広報紙を配布し、早期発見・防止に努めている。また相談通報窓口であることをセンターの三つ折りリーフレットやセンター内への掲示にて周知している。</p>	<p>◎ 関係機関や地域での催し、ホームページ等において日頃から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、圏域内ケアマネジャーや介護保険事業所、別の日程で民生委員を対象に弁護士による高齢者虐待防止に関する研修会を開催予定。高齢者虐待防止の普及啓発と事業所間や民生委員との連携を密にするきっかけ作りとする。</p>	<p>○ 独自のチラシを配布、センター前に掲示している。民生委員向け研修会や、介護保険事業所の連絡会、地域での出前講座の機会に周知、早期発見・防止に向けた普及啓発を行っている。センター公式LINEを活用し、高齢者虐待の相談窓口であることを周知している。</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>○ 訪問による情報収集、実態把握を行い、市担当課、保健所、医療機関、介護保険事業所、民生委員、近隣住民等と連携し、虐待・困難事例を把握している。また、把握したケースは、継続的に状況確認し、関係機関と情報共有しながら必要な支援を行っている。</p>	<p>○ 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ケアマネジャーと同行訪問を行い、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。</p>	<p>○ 民生委員・介護保険事業所向け研修会等会議の機会に、地域の状況を聞き取りしている。虐待通報や相談があれば、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。</p>	<p>○ 職員2人体制での訪問、居宅支援事業所・介護保険事業所等関係者からの聞き取り等で、実態把握している。また、必要に応じて社会福祉協議会、福祉事務所、保健所等、必要な機関と連携をとれるような体制を整え、支援している。</p>	<p>◎ 地域活動への参加、既存のネットワークを通じて実態把握を行い、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。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・医療機関・特別養護老人ホーム)を定期開催しており、参加機関との関係性が途切れることなく、支援が必要な方へのより良い支援へとつなぐ体制が整っている。地域づくり会議のネットワークにより、障害者支援につながった事例もあった。</p>	<p>◎ A校区民生委員を対象とした介護保険に関する研修会において、困難事例などのハイリスクケースの洗い出しのため、町別に分かれて意見交換会を開催。状況確認や共有を行い、それぞれの状況状況の情報共有もでき、今後のより良い支援体制づくりに繋がる機会となった。</p>	<p>○ 相談・通報時には、センター内で協議を行い、関係機関や民生委員等からの情報収集や訪問による実態把握を行っている。状況に応じ関係機関と連携し問題解決に向けた支援を行っている。</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>○ 家族全体を支援する視点を持って必要な機関につなげたり、関係機関と情報共有し、連携して対応している。虐待疑いのケースを状況確認した結果、加害者である家族に疾患(精神疾患や認知機能低下)が認められることもあり、保健所やコミュニティソーシャルワーカー、障害福祉サービス事業所等と協同し、養護者も含め、支援を受けることができるよう対応している。</p>	<p>○ 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聴き、家族全体を支援するようにしている。</p>	<p>○ 虐待ケースに対応する際は、被虐待者だけでなく養護者の状況にも配慮し、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等とも連携し、協働して支援している。</p>	<p>◎ 養護者の対応として、虐待に至った経緯を丁寧に確認し、支援方針や内容を検討している。養護者の介護負担増大や体調不良等のため不適切な関わりとなっていたケースに対し、養護者の介護負担軽減の視点を持ち、医療機関や介護保険事業所、市担当課と連携、家族全体を支える支援を行うことで、必要な医療・サービスにつながったケースがあった。</p>	<p>◎ 高齢者虐待について「家族全体の問題」として捉える視点が重要であることを個別事例を通じて介護保険事業所や地域に伝えている。地域住民から通報のあった事例について、可能な範囲で情報共有と協議を続けていたことで地域での見守り体制が整い、適切な支援へと繋げることができた事例があった。引き続き、家族も含めた虐待への支援についての理解を促していく。</p>	<p>◎ 担当ケアマネジャーや介護保険事業所と連携しながら虐待対応ケース会議を随時開催。本人や家族の実態把握を通じて、被虐待者のみならず家族や支援者の思いも重視しながら支援を行い、問題解決に向けての協力体制を整備した。また、他の世帯員の擁護も必要なケースにおいては、親族や医療機関、行政、担当ケアマネジャーなど多機関による対応と支援を行った。</p>	<p>○ 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えるように関係機関等と連携し、役割分担を行い、支援を行っている。</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>○ 各事業所懇談会や民生委員地区委員会に出席して顔の見える関係性を維持したり、出張相談や地域の居場所等で地域住民にセンターが相談窓口であることを周知することで、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。</p>	<p>○ 民生委員懇談会や地域サロン参加、地域住民からの相談対応等を通して高齢者虐待の周知を行い、早期発見に努めている。民生委員や地域住民等からの情報提供が増加しており、ネットワークを活かし、支援につなげている。</p>	<p>○ 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、民生委員等と連携し、虐待防止ネットワークを構築し、支援に活かしている。</p>	<p>○ 個別ケースの支援を通じて、民生委員、関係機関と密に連携している。地域住民には、地域サロン等に出向いてチラシを配布し、センターの役割を広くすることでネットワークの構築を図っている。</p>	<p>○ 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。</p>	<p>◎ 介護保険事業所や民生委員、医療機関等と密に連携が取れるようネットワークの構築に努めている。また、ケアマネジャーや介護保険事業所、新しい民生委員等を対象に、弁護士による高齢者虐待防止研修会を開催することで更なる連携を図る足がかりとする。</p>	<p>○ 第2層協議体や民生委員、校区福祉委員、医療機関、介護保険事業所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。</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>○ 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。また、状況確認以降も関係機関と情報共有し、連携して支援している。</p>	<p>○ 虐待や虐待疑いのケース対応時には、民生委員やコミュニティソーシャルワーカー、警察、市担当課等と連携し、問題解決に向けた支援を行っている。</p>	<p>○ 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。</p>	<p>○ 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。</p>	<p>○ 虐待の通報があれば、速やかに市担当課へ連絡し、連携・協働して問題解決にあっている。</p>	<p>○ 虐待が疑われるケースにおいて市担当課に通報し、情報共有を行い、問題解決に向けた支援を行っている。</p>	<p>○ 通報・相談時は、速やかに実態把握を行い市担当課や関係機関等と連携し問題解決に向けて対応を行っている。</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。

<p>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。</p>	<p>○ 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、外出先として高齢者の居場所や認知症カフェを積極的に紹介している。</p>	<p>○ 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、認知症カフェ紹介等、必要な対応を行っている。</p>	<p>○ 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、状態・状況に応じて医療機関受診や介護保険サービス導入、認知症初期集中支援チームとの連携を紹介、対応している。</p>	<p>○ SOSネットワークや認知症カフェ、認知症初期集中支援チームの紹介等、随時必要な制度やサービスを個別相談時に紹介している。病状等に応じて地域の医療機関を紹介、受診をサポートしたり、介護保険サービス等につなぐ等の対応を行っている。</p>	<p>○ 認知症に関する研修会に参加し、制度や社会資源の把握に努めている。相談があれば、認知症ケアパス等を活用して内容に即した情報提供を行っている。</p>	<p>○ 新聞や書籍等、認知症に関する最新情報をセンター内で供覧後ファイリングし、相談対応時に適切に情報提供ができるよう努めている。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専門医との連携を行い、必要に応じて受診に同行するなどの支援を併せて行っている。</p>	<p>○ 認知症関連の情報収集したファイルを窓口を設置しており、相談時に対応が統一出来るようにしている。</p>
<p>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。</p>	<p>○ 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している。出前講座時は、認知症とその予防、接し方等を説明する時間を設けている。近隣の商店会に認知症サポーター養成講座開催等を呼びかけており、引き続き認知症理解促進のための活動を進めていく。</p>	<p>○ 地域の介護施設職員を対象とした認知症サポーター養成講座開催に向けて、協議している。民生委員懇談会の機会や見守り110番協力店舗との連携時、認知症理解促進に向けた呼びかけを行い、啓発を行っている。</p>	<p>○ 地域のサロン、老人会を対象に認知症に関する講座を実施、認知症への理解や支援について呼びかけた。コロナ禍のため開催時期は未定だが、地域の銀行向けに認知症サポーター養成講座開催を提案、調整している。</p>	<p>○ 認知症への理解を深めることができるよう、居場所や老人会等で地域住民への認知症サポーター養成講座を行った。圏域商店会等に認知症サポーター養成講座等を相談しており、コロナ禍の状況をみながら開催に向けて動きかけていく。</p>	<p>○ 圏域内の店舗・企業等へは見守り110番協力依頼・評価表持参時、個別事例の対応時に認知症について説明し、理解を深めてもらえるよう努めている。居場所づくり事業に登録している自治会館にて認知症サポーター養成講座を予定している。</p>	<p>◎ センターホームページ上で、市ホームページにリンクを張り「自分のできる認知症の気づきチェックリスト」の掲載や、LINE公式アカウントでの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。認知症カフェでの特別企画として圏域内クリニックの専門医による研修会を開催し、認知症についての正しい理解ができる機会とした。A校区福祉委員を対象に認知症をテーマにした勉強会を開催。町ごとのグループワークを通じて地域住民相互での認知症の方の早期発見や認知症に対する理解を深めることができた。</p>	<p>○ 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為に独自に作成した「気づきのチェック表」と認知症サポーター養成講座のミニ研修講座のチラシなどを持参し広報と協力の依頼へ回る予定。</p>



<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により、見守り110番協力店舗や民生委員から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>地域での見守りや支援につなげるネットワークづくりを目的に、新規設立の事業所や店舗があれば見守り110番事業登録を働きかけ、既存の協力店舗には訪問したり協力依頼チラシを郵送し、一層の協力を依頼している。また、民生委員等と日頃から連携を密にし、協力し合える関係を築いている。</p>	○	<p>見守り110番協力店舗への協力依頼時は、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、早期連絡を依頼する等、働きかけている。また、地域カフェの出張相談や居場所、老人会等地域活動には積極的に参加、相談を受けるようにしており、必要な支援につなげている。</p>	◎	<p>既存のネットワークにおいて認知症高齢者の早期発見、支援のための体制が構築できている。特に集合住宅からは評価期間において60件ほどの初期認知症の疑いがある方も含めて相談があり、同行訪問による実態把握を行っている。その後の支援についても協力しながら対応しており、介護保険の申請など適切な支援に繋げている。</p>	◎	<p>くらわんかウォーカー向けの認知症サポーター養成講座は、ほぼ全グループで開催。認知症サポーター養成講座受講後のステップアップを目的とした講座も随時開催。チームオレンジとしてグループ内で認知症に早期に気づき、支え合うことのできる関係性づくりを行った。</p>	○	<p>近隣の保育園から認知症サポーター養成講座の依頼があり先生を対象に実施した。また、民生委員へ内容を深めた認知症サポーター養成講座を行い、民生委員に早期の気づきの重要性を知ってもらい早期発見出来るように、ネットワークの構築に取り組み。また、地域の郵便局等にも「気づきのチェック表」との認知症サポーターミニ講座のチラシを持参して回る活動で協力体制のネットワークを深められるように取り組んでいく。</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、第2層協議体の会議で、チームオレンジ活動について地域の代表者に説明、周知しており、活動の場が広がるよう取り組んでいる。</p>	○	<p>圏域の社会資源である地域の通いの場の充実等、チームオレンジ活動の受け皿づくりに取り組んでいる。また、今年度の第2層協議体の取組みとして、地域住民の認知症理解を深めていく活動も進めている。自治会等での認知症サポーター養成講座開催を検討しており、引き続き認知症の方を見守る地域づくりに向けて働きかけていく。</p>	○	<p>見守り110番協力店舗の新規開拓等、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。また、チームオレンジ活動のつなぎ先となる居場所等に今後の活動等を相談、コロナ禍の情勢を考慮しながら連携していく。</p>	○	<p>介護保険サービス利用希望のない認知症初期のケースについて圏域高齢者施設へ相談、本人の意向を受け地域交流の場へサポートスタッフとして参加できるように調整する等、認知症の本人が活躍できる新たな社会資源づくりに努めている。</p>	○	<p>認知症高齢者及びその家族の視点を重視し、認知症に理解ある地域づくりに向けて、個別事例を通じて支援体制の構築に努めている。</p>	◎	<p>一昨年、昨年に続き、圏域内の郵便局(5局)の局長と直接面談、認知症が疑われる高齢者やその家族に対して支援できる体制を構築していることで、早期の情報提供、支援に繋がっている。</p>	○	<p>当圏域内の施設が認知症カフェを開発する予定であるがコロナ禍のため延期している状況。開設時には協力体制を組み、仕組みづくりに取り組んでいる。</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>チームオレンジ活動の受け入れ先である認知症カフェ、地域の居場所の運営者と話し合い、認知症の方の活動場所への送迎等、今後のサポーターの支援内容について検討、準備している。</p>	○	<p>今年度新規開設した認知症カフェと連携、初回開催時は参加、今後の企画・運営についても協議しており、継続的にサポートしていく予定。また、チームオレンジサポーターが提案する認知症理解促進の取組み(認知症の方のための手芸活動等)について、今後、認知症カフェと協働で方向性や内容を検討していく。</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マッチングを行い、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>圏域の老人会役員会議にて、チームオレンジ説明と今後の受け入れ体制について話し合った。地区の高齢者・老人会が主催する地域の集まりの場で、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することができるよう取り組んでいる。</p>	○	<p>コロナ禍で認知症カフェ(圏域内2か所)は開催できない状況にあるが、随時情報共有を実施し、活動再開時に認知症サポーターが活躍できる環境を整えている。</p>	◎	<p>圏域内で唯一開所していたA認知症カフェが諸事情で閉所したことにより、昨年11月から新たに地元商店街の地域交流スペースにて月に1回の認知症カフェを開始し、Aカフェに参加されていた認知症当事者や家族もスタッフとして協力いただいている。4月にカフェ運営スタッフを対象とした研修会を専門医の協力のもとで開催し、スタッフの資質向上を図った。また、地域での認知症サポーター養成講座やステップアップを目的とした講座にて、圏域内のキャラバンメイトにグループワークのファシリテーターなどの協力を得ている。</p>	○	<p>今後コロナ禍が落ち着き認知症カフェが開所出来るようになれば、チームオレンジとの協力体制等考慮していく。</p>

【事業実施計画】(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ている。</p>	○	<p>枚方市介護支援専門員連絡協議会の勉強会や圏域連絡会に参加することで、日頃からのコミュニケーションに努めている。居宅介護支援事業所懇談会にて、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、困難事例等、ケアマネジャーからの相談個別対応し、必要時同行訪問等もやっている。</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ている。</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、相談内容により同行訪問、事業所間連携等、個別で対応している。</p>	○	<p>ケアマネジャーからの相談には随時対応している。</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ている。</p>	○	<p>来所時には積極的に声をかけ近況を聞き取り、相談に応じている。その他電話での相談に応じ、必要であれば面談を行っている。</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>インフォーマルサービスの情報把握と活動内容や特徴等について、センター内にサービス情報一覧表を掲示し、情報を共有することで、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、情報を提供している。また、ケアマネジャーが地域の社会資源を活用できるよう、街かどデイハウス見学会を企画している。</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に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防カレンダー(身近な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、随時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、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>センター内ではファイリングや掲示を行い、閲覧できるようにしている。また、ケアマネ通信(広報紙)に連絡先などの情報を掲載し、各居宅介護支援事業所を配布している。</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をつくり、情報支援をしている。</p>	<p>○</p>	<p>居宅介護支援事業所に、地域資源一覧表をデータ送信したり、居宅介護支援事業所懇談会、民生委員・居宅介護支援事業所等懇談会等にて、地域資源一覧表を配布、社会資源情報を説明し、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動きかけた。また、地域資源情報をケアマネ通信と共に郵送、ケアマネジャーに情報提供している。</p>	<p>○</p>	<p>インフォーマルサービス等では、居宅介護支援事業所連絡会等で情報を発信している。また、「ケアマネニュース」(年4回)を発行、各種情報を掲載し、連絡会に参加していないケアマネジャーにも情報発信している。また、今年度も、ケアマネジャーとインフォーマルサービス一覧を情報交換し、センター・ケアマネジャーと社会資源情報を共有している。</p>	<p>○</p>	<p>居宅介護事業所連絡会等の集まりの場で、社会資源や研修情報等を周知している。必要に応じFAXでの通知や相談窓口において個別に案内している。</p>	<p>◎</p>	<p>偶数月に開催しているオンラインカフェで施設、地域の居場所、会議開催に関する情報などを提供している。インフォーマルサービス、地域の居場所の活動状況について今年度から開設したLINEで配信するなど情報提供の機会を増やしたことで、ケアマネジャーからの情報照会も増えている。</p>	<p>◎</p>	<p>今年度、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターを中心に第6圏域ケアマネ連絡会を新たに立ち上げた。居宅介護支援事業所のケアマネジャー目線に必要な研修や情報交換ができる仕組みを目指している。実施した研修会では、講義「身寄りのない方の葬儀」で葬儀会社より情報提供を行い、後半は「BCOPの進捗状況」について意見交換を行った。また、第3層生活支援コーディネーター養成研修、フォローアップ研修では、既に存在する保険外の助け合いサービスについて情報提供を行うためそれぞれの担当者からプレゼンを行い、ケアマネジャーが様々な情報を得られるようにしている。</p>	<p>○</p> <p>広報紙に様々な情報をのせ、各居宅介護支援事業所を訪問して配布している。また、他圏域での研修案内も案内している。</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>ケアマネジャーから困難事例等の相談があった際は、共に現状把握、課題整理を行い、ケアマネジャー自身が気づき、見直しをもって支援していけるような提案、助言を行っている。ターミナル期のケースについて、ケアマネジャーが在宅生活のイメージを持てるよう助言し、在宅医等の医療職との看取りを見据えた対応協議や家族へのフォローに際し、ケアマネジャーに寄り添って支援した。今後は、看取り後の家族へのグリーフケア等を提案、ケアマネジャー自身の学びや振り返りにつながるよう関わっていく。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーが抱える困難事例に対し、アセスメントの助言や対応の提案等を行うことで、ケアマネジャーが今後の対応を検討、実践できるよう支援している。また、実践後の振り返りを支援し、スキルアップできるよう関わっている。</p>	<p>○</p>	<p>ケアマネジャーの相談に随時対応できる体制を整え、困難事例等の相談を受けの際は、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な質問し、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、個別に対応し、支援している。一人暮らしの認知症ケースに対し、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>困難事例相談は職員2人体制で支援している。利用者家族からのハラスメント的な態度に疲弊しているケアマネジャーからの相談では一緒に支援を振り返り、支持的に関わりながら気づきを促すよう努めた。その結果、所属している居宅介護支援事業所の対応にも変化があり、解決に向かった。要支援から要介護になったケースについては継続的に支援することで、援助の振り返り等支援をしている。</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。要支援から要介護になったケースでも、経過を随時聞き取り、対応に苦慮する際には、振り返りや気づきにつながるよう支援している。ハラスメント研修において事例提供を一緒にし、どの様に対応していくべきかなど等専門家からの意見を聞き、対応方法を学ぶ機会とした。</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、委託ケース等で相談があった際は、ケアプラン確認や提案、助言を行っている。また、必要時、今後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や個別地域ケア会議をケアマネジャーに提案、開催を支援している。今後は、ターミナル期のケースに対し、関係機関テスカンファレンスを提案、その開催に際し、ケアマネジャーを支援していく。</p>	<p>○</p>	<p>居宅介護支援事業所懇談会において事例検討会を開催しており、特定事業所等会議を開催した。開催準備・当日運営等を共に実践することで、課題抽出・支援の方向性の検討、関係機関の協議ができた。その後のケアプラン立案時等も相談に乗り、ケアマネジャーのスキルアップにつなげている。</p>	<p>◎</p>	<p>ケアマネジャーから困難事例の相談を受け、後方支援しながら個別地域ケア会議を開催した。開催準備・当日運営等を共に実践することで、課題抽出・支援の方向性の検討、関係機関の協議ができた。その後のケアプラン立案時等も相談に乗り、ケアマネジャーのスキルアップにつなげている。</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>地域から不安の声が上がっている認知症高齢者にケアマネジャーがついている場合や、ケアマネジャー自身が支援に悩んでいるケース等は、個別地域ケア会議の開催を提案している。その際は、事業所を超えて特定事業所の主任ケアマネジャーと事例検討会を行っている。定例の事例検討会は、圏域内の主任ケアマネジャーが他事業所のケアマネジャーに事例提供を依頼する運営としており、圏域内事業所のネットワーク深化、検討会参加の意識向上、検討後の振り返りの定着を目指している。主任ケアマネジャーに対しては事例検討会の運営(進行)の手法について振り返り支援している。</p>	<p>○</p> <p>圏域内のケアマネジャーには、自立支援型地域ケア会議への参加を毎回案内し、ホワイトボードを使って可視化することでケースの理解をより深め、自立に向けての視点や支援内容を検討している。会議の後半には背景に潜む地域課題にも目を向け解決策と一緒に検討している。困難事例も同様にホワイトボードを用い、可視化しながらケースを共有し、具体的な支援の方向性を一緒に検討している。家族からの本人への虐待や事業所への暴力があったケースでは、介護保険事業所とケアマネジャーを支援するため連携をとりながら適宜個別地域ケア会議や支援を行っている。</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・対面開催での居宅介護支援事業所懇談会開催を毎月1回開催し、顔の見える関係づくりの維持等、ネットワークの構築を図っている。</p>	<p>○</p>	<p>オンラインにて事業所懇談会を開催、情報交換・意見交換できる場を設定、ケアマネジャー同士のネットワーク構築・推進につなげた。</p>	<p>○</p>	<p>特定事業所の開催する事例検討会を後方支援しており、当日はファシリテーター役となり、意見交換しやすい雰囲気を作っている。また、民生委員・介護保険事業所向け研修会を開催、民生委員との関係づくりと共に、ケアマネジャー同士のネットワーク構築につなげた。</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。コロナ禍で連携が図りにくい状況の中、居宅介護支援事業所懇談会をハイブリット形式で開催、コロナ禍による業務への影響や対応等を情報共有したり、懇談会の内容等、今後の希望について意見交換し、ケアマネジャー同士が交流する場を設定できた。</p>	<p>◎</p>	<p>オンラインカフェでケアマネジャー同士のつながりや相談の場となるよう運営している。特に単独で居宅介護支援事業所を運営等しているケアマネジャーや新人ケアマネジャーに対しては、事業所を超えて特定事業所の主任ケアマネジャーが相談に乗る機会になっている。</p>	<p>○</p> <p>オンラインカフェを開催し、「オミクロン株に困っています」や「BCOPについて」など時勢に応じたテーマで意見交換を行い、ネットワーク構築に繋げている。BCOPについては進捗状況を共有しながら作成にかかる不安や疑問を持ち寄り、意見交換できる機会を設けている。今後、災害時の事業所間連携や地域との連携について意見を交わしながら必要な取り組み等を考えていく。</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>事業所懇談会やFAX通知にて、研修情報を幅広く周知している。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設定している。疾患・治療等、医療関連の知識をケアマネジャーが習得できるように各種研修会を開催、言語聴覚士による事例に基づいた研修会、管理栄養士による糖尿病と食事療法に関する研修会を開催した。その他、地域支援センターゆいとケアマネジャーの連携事例の振り返り等、障害福祉制度・関係機関等について理解を深める研修会を実施した。今後は、理学療法士による解剖生理(内臓編)研修会を開催予定。アンケート結果からは、新しい気づきや学びになったとの声があり、ケアマネジャーの知識習得や能力向上、支援に活かせる機会となった。</p>	<p>◎</p>	<p>事業所懇談会開催後アンケート等にてケアマネジャーのニーズ把握に努めている。アンケート結果やケアマネジャーの相談事例を研修内容に活かし、事業所懇談会・特定事業所事例検討会合同開催にて、福祉用具を用いることで自立につながった事例の共有を行ったり、第1圏域合同にて、地域支援センターゆいとケアマネジャーが連携した事例の振り返りを行った。福祉用具や障害福祉制度・関係機関等について理解を深める機会となり、ケアマネジャーの知識習得や能力向上につながった。また、研修情報は、事業所懇談会やFAXでの通知にて周知している。</p>	<p>◎</p>	<p>事業所連絡会やFAX通知にて、研修情報を幅広く周知している。ケアマネジャーが地域課題に目を向けることができるよう自立支援地域ケア会議を開催している。今年度はケアマネジャーからの相談内容に基づいて「身寄りのない方の金銭管理」をテーマに法定外研修を開催、多忙等の理由で研修参加機会が少なかったケアマネジャーの受講につながり、研修を通し、社会資源の知識習得や課題抽出・支援の振り返りができた。</p>	<p>○</p>	<p>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。居宅介護支援事業所連絡会の意見をもとに、枚方市介護支援専門員連絡協議会コンダクターと協議を重ね、研修会の企画・調整をしている。また、多忙等のない方の具体的アプローチを開発するためには居宅介護支援事業所への出張相談を行い、総合事業等の説明を行った。</p>	<p>○</p>	<p>オンラインカフェや事業所連絡会で法改正後の加算の変更等助言・指導を行った。社会資源情報を共有し、第3層コーディネーターの意識を高める目的で、圏域内のケアマネジャーのニーズに沿った勉強会を計画している。市内で行われている主任介護支援専門員法定外研修、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や、メール配信で情報提供し、参加を促している。</p>	<p>○</p> <p>センター主催研修会後のアンケート、聞き取り、枚方市介護支援専門員連絡協議会実施のアンケート結果、他圏域で開催された研修の評価を参考にテーマを決め、オンラインを活用して研修会を開催している。オンライン環境に不安がある事業所へは指導援助を行っている。</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できるよう、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。	○	圏域医院、歯科医院と待合室懇談会を開催し、地域の医療従事者とケアマネジャーとが顔の見える関係性となるよう働きかけた。医師・歯科医師とケアマネジャーとで意見交換ができ、今後の医療と介護の連携体制づくりにつながった。	○	第1圏域と合同で歯科医院と待合室懇談会を開催、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働きかけた。また、圏域内医療機関へ「包括社協ふれあいだより」を配付、センターの役割や活動等を紹介するとともに、待合室懇談会等の出席や協力を依頼し、医療と介護の連携向上にもつなげた。	◎	介護保険制度をテーマに、医療診療所や歯科、薬局で従事する職員（医師・看護師・受付）等幅広い対象に向けて勉強会を実施、開催方法は参加しやすくするため、ハイブリット形式とした。医療従事者が、センター機能や総合事業等介護保険制度を改めて理解することができ、今後の医療・介護の連携体制構築につながった。	○	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。以前より待合室懇談会を依頼している医院2箇所と、コロナ禍の状況を鑑みながら、開催に向けての具体的な企画調整を行っている。	◎	ケアマネジャーと訪問看護事業所に声を掛けて新規開業した医院にて待合室懇談会を開催し、在宅医療の相談方法など医療と介護の連携体制の構築に努めた。また、クリニック主催のケアマネジャー向けの糖尿病をテーマとした勉強会への協力依頼があり、周知や運営について連携を行った。その他A病院看護師と5・6圏域居宅介護支援事業所と施設相談員による懇談会を計画し、居宅介護支援事業所から連携構築のため定期開催のニーズがあり年度内の開催を予定している。	◎	B病院にてケアマネジャーと病院相談員等との連携懇談会を開催。入退院における医療と介護の連携について理解を深める機会となった。また、隣接する圏域センターと合同でCクリニックにて研修会開催のための連携を行った。糖尿病をテーマに専門医から講座を受ける内容で、知識習得、顔の見える関係構築の良い機会となった。多職種連携研究会において、歯科医師から、訪問看護と今後連携を深めたいとの意見があり、多職種連携研究会メンバーである訪問看護師との顔合わせをキッカケに、その後訪問看護連絡協議会定例会へ歯科医師会歯科医師が参加されることになった。	○	圏域内のクリニックとオンラインや対面での待合室懇談会を企画、実施している。第8圏域と協働での多職種連携研究会をオンラインで11月に実施予定、開催にあたり圏域内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依頼を行っている。
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。	○	多職種連携研究会事務局で話し合い、「地域で生きる・近きる」をテーマに、課題抽出・対策・解決に向けて、複数年にわたって研修会を開催する方針となった。今年度は、12月に自立と自立を支える社会資源について多職種連携研究会を開催予定。	○	これまでの多職種連携研究会開催や個別ケース対応・協議の積み重ねにより、圏域医療・介護関係者の多職種連携に関する理解は深まっている。今年度は、在宅での看取りをテーマに多職種連携研究会を開催予定。地域の高齢者が、住み慣れた地域で、できる限り暮らし続けることができるよう、各関係機関の状況や課題を共有、より一層の連携につなげていく。	◎	「高齢者が住みやすい街づくり」をテーマに、介護保険事業所共同による地域向けイベントを企画している。準備として介護保険事業所へのアンケートを実施、研修会講師や測定会・福祉用具展示会開催等、各事業所が担当できることを把握した。今後は開催に向けて、具体的なイベント内容を検討していく。また、多職種連携研究会への参加に限られた医療機関、介護保険事業所になっている現状を踏まえ「多職種連携フォーラム」を圏域医療機関・介護保険事業所に発行・郵送し、多職種連携研究会で抽出された課題や今後の取組み等を周知した。	○	多職種連携研究会の事務局会議で協議し、「在宅での看取り、その時私が担えること」をテーマに多職種連携研究会を開催した。感染対策を講じながら講義・グループワークを実施、ACPの現状共有、意見交換が行うとともに、圏域の医療機関や介護従事者等が互いに顔の見える関係性を維持する場となった。	◎	多職種連携研究会では今までの活動内容を踏まえ、「在宅の看取り」のテーマで、地域課題の抽出やACPの理解を深める目的で医療と介護のそれぞれからの事例をもとに参加者と意見交換を11月に計画している。事務局会議では意見交換が活発で、5圏域の医療と介護の相互理解、特に医師との連携を指し示した運営を計画している。開業医には年2回センター職員が訪問し、医療と介護の連携及び会議出席の依頼をしている。	◎	多職種連携研究会を、「歯科と多職種連携」、「薬剤師と多職種の連携」をテーマに、それぞれハイブリッド形式で開催。講義と、事前に募集した質問を質問者から質問して、歯科医師と薬剤師から答え、オンラインであっても参加を実感できる工夫を行った。挙手による意見交換も活発に行われ、それぞれが連携のために工夫できることなど模索することができた。お互いの立場を知る機会となり、「今後もシリーズ化してより多くの職種の理解を進めていきたい」という声を多く受けている。	○	他圏域で開催する医療・介護連携を目的とした勉強会の情報を提供し参加を呼びかけている。11月開催予定の多職種連携研究会に向けて毎月事務局会議を開催し、よりよい会議となるよう取り組んでいる。今年度は、「重層的ケア」をテーマに開催予定であり、グループワークを通じて多職種の相互理解を深めていく。
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。	○	通所介護事業所懇談会をオンライン開催し、各事業所での現状や取り組みを紹介、意見交換した。また、管理栄養士による食事と身体をテーマにした研修を訪問介護事業所懇談会を開催予定。交流の機会が限られている事業所間の情報共有、意見交換の機会を設けるとともに、顔の見える関係構築につなげることができた。	○	介護事業所懇談会を開催、コロナ禍対応等、介護保険事業所間の情報交換や交流の機会となり、ネットワークの維持・推進につながった。	◎	圏域の全介護保険事業所向けに認知症サポーター養成講座を開催した。事業所営業時間内の開催では出席者が少なかったこれまでの現状を踏まえ、開始時間を18時に設定、また、より参加しやすくする工夫として、ハイブリット形式で開催した。従来より参加者が増加し、今までは参加が少なかった職種の参加もあり、幅広く研修機会を提供できた。	○	通所介護事業所連絡会を開催、コロナ禍における関係機関連絡等、対応に関する情報共有の場を設定した。また、今後の連絡会、研修会の開催内容の希望等について意見交換を行った。連絡会開催を通じて事業所同士で交流でき、顔の見える関係性づくりにつながった。	◎	居宅介護支援、訪問介護、通所介護、訪問看護事業所へ介護現場におけるハラスメントの実態についてアンケート調査を行い、結果をもとに「ハラスメント」と、高齢者の見守り体制の構築のために「消費者被害防止」をテーマに事業所連絡会を実施。参加者のスキルアップとハラスメントの実態や対策の現状について情報共有することで事業所間のネットワーク強化の機会となった。研修後、参加者から個別相談に繋がった。	◎	コロナ禍で虐待事例や家族とのトラブルに悩む利用者が増えていることから、ケアマネジャーや介護保険事業所向けに虐待研修を予定。介護士に講師依頼を行い、事例を用いて高齢者虐待防止法の法的根拠や介護保険事業所がとるべき対応・対策について学ぶ機会とする。	○	介護保険事業所とケアマネジャーとの連携を目的とした勉強会を開催予定。事業所連絡会にて事例検討会を行い、意見交換・情報交換を行った。
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。	◎	医療機関相談員と密に連携し、身体状況や今後の見通し、退院後の生活のあり方を踏まえて入退院連携を行っている。ターミナル期のケースについて、在宅医等の医療職、ケアマネジャー等の介護職と、看取りを見据えた対応を協議しながら、本人・家族を支援した。今後は、看取り後の家族へのグループケアや関係機関デスカンファレンス開催についても検討、提案する。また、看取り対応の積み重ねとともに、知識・技術向上のための研修会開催を検討し、今後も地域での支援体制の整備に向け取り組んでいく。	○	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ており、地域における支援体制の整備、強化につながっている。	○	関係機関からの相談対応に活用する医療連携シートを更新し、最新情報を発信できるようにしている。また、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。	○	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支援している。要介護の状態の方の相談がセンターにあった場合は、居宅介護支援事業所へつなぐ等対応している	○	コロナ禍の退院支援では、感染症対策で従来のような対面での支援の方向性の合意がとれない難しさがあるが、電話や文書での活用や内容に応じて病院へカンファレンスを提案しながら退院支援を行っている。治療拒否のある一人暮らし高齢者の事例では、入退院時に民生委員、生活福祉課、訪問介護事業所と連携しサービス開始までの見守りを強化、急変時の連携方法を確認しておくなど在宅での支援体制を整えた。地域とは既存のネットワークによる協力関係が維持できているので、個別支援体制は維持できている。	◎	A病院にて、ケアマネジャーと病院相談員等との連携懇談会を開催。地域包括ケア病棟における入退院連携について理解を深める機会となった。また、円滑な入院支援や在宅生活に繋げるため、医療機関、ケアマネジャーや介護保険事業者と必要に応じて随時連携して支援している。	○	コロナ禍ではカンファレンスをオンラインで実施、退院へ向けての調整を行った。また、必要な関係機関（福祉用具・訪問看護・居宅介護支援事業所等）と事前に調整・連絡を行う事で退院後、在宅介護が不安なくスタートできるように調整を行っている。

令和4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4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	大瀬会	東香会						
<b>【基本項目】（運営全体に関すること）</b>													
<b>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。</b>													
〔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。	○	事業計画書を元にして、年間計画を立案して、計画的な運営を行っている。取り組みとしては、毎月の実績確認を行い、積み残しが無いように進捗を管理している。また、毎月3か月先までの予定を確認して、計画通りの運営が遂行できるように管理している。	○	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で事業計画を策定している。毎月センター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。	○	センターの設置目的、地域の実状も考慮し、事業計画を作成している。センター内会議にて進捗管理を行っている。	○	前年度の計画と実績を踏まえ、全職員で協議のうえで事業計画を策定している。定例会議で進捗管理を行い、センター内に計画を掲示することで全職員が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。進捗はデータ上で管理しており、職員がいつでも確認できるようにしている。	○	年度末に事業計画を立て、センター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や業務について、職員の理解が深まるようにセンター内研修を実施している。入職時には、センターの役割や活動の理解を深めるために用意している研修内容に沿って内部研修を行っている。	○	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。管理者が計画的に職員に向けて研修参加を促している。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っている。意識づけのためにセンター内に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ている。新入職員に対してはカリキュラムを作成し、研修をしている。	○	入職時にはセンター運営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。各職種の取組等はセンター内会議で共有している。	○	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仕様書、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。新事業や各専門職の業務は所内会議を活用し、理解に努めている。	○	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。所内会議やe-ラーニングを活用し、新事業の理解やセンター業務の再確認を行っている。
<b>2. 運営において公正性・中立性が確保されているか。</b>													
〔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。	○	毎月の居宅介護支援事業所等への依頼件数を集計することで特定の事業者へ偏りが無いように工夫している。中立性が保たれるように、一覧表やパンフレットを活用し、複数の事業者から選択してもらえらるよう情報提供している。	○	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。地域活動・会議においてその内容に関連する事業者への偏りが無いよう、参加可能な事業者の情報収集に努めて調整を行っている。	○	利用者・家族の意向を尊重し、相談内容に応じた情報提供をしている。案内が偏らないよう随時センター内で情報共有をしている。	○	利用者の意向に沿って複数の情報提供ができるよう、相談室には各種資料をまとめている。情報提供先が偏らないよう、職員間で案内した事業所等を口頭で共有している。	○	利用者・家族の意向を踏まえ、一覧表や事業所情報等を提示している。職員間で案内した事業所等を口頭で共有し、偏らないように配慮している。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・意向を確認し、事業所一覧表などを活用して情報提供を行っている。紹介する事業所に偏りが無いよう職員間で口頭で確認している。
<b>3. チームアプローチが図られているか。</b>													
〔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、責任体制等を明確にするため、「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、主担当職員を決め継続的な支援に責任をもってあたっている。	○	事例の内容に応じて、その内容に適した専門職を主担当として配置している。	○	相談があれば管理者へ報告し、相談内容に応じて主担当を決めている。	○	相談内容に応じて職員の専門性を考慮し、全職員で協議し主担当職員を決めている。	○	相談受付時には管理者へ報告し、内容に応じて主担当を決めている。	○	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。	○	検討が必要なケースは、朝礼ミーティングの時間を活用し、3職種でのカンファレンスを随時実施できるよう配慮している。	○	毎日朝礼・夕礼を実施する中で、全職員でケースの報告と共有を行っている。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。	○	朝礼で前日のケースの報告を行い、情報共有を行っている。必要に応じて随時ミーティングを開催し、支援方法を決定している。	○	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。必要に応じて所内でカンファレンスを開催し、支援方法について検討している。	○	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て随時カンファレンスを行っている。	○	定時で行う情報共有の場は持たず、随時カンファレンスを実施し、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。
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。	○	支援困難ケースについては、総合相談継続判定会議を毎月実施して、主担当者の視点で終わらないように、3職種のチームでアプローチ方法を検討できるように取り組んでいる。緊急時には、複数職員で対応している。	○	事例の内容に応じて複数職員で対応しているほか、その他の職員でも対応できるよう、朝礼・夕礼を介して情報や対応方法の共有に努めている。	○	継続支援が必要なケースは随時共有している。緊急性の判断については管理者を中心に協議・判断し、2人以上で対応できるようにしている。	○	複数職員で検討し、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。	○	内容に応じて複数対応としており、チームとして対応できるようにしている。
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。	○	朝礼ミーティングでは、①検討事項②申し送り事項として3職種の取り組みの情報共有を行ったり、職種間をまたぐ横断的な取り組みが検討できるよう工夫している。	○	センター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、毎月センター内会議にて、ケースや地域活動の状況等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センター内会議で報告している。	○	センター内定例会議は月1回行い、必要に応じて随時カンファレンスを行うことで情報共有をしている。	○	朝礼、月1回のセンター内会議にて各専門職部会の報告、伝達研修、事業の検討や報告などを行っている。



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、住民にわかりやすく表示している。	○	開所時はのほりを立て、開所時もシャッター・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。入口にはのほりを立てている。	○	開所中はのほりを立て、主要道路沿いに看板とセンター入り口に2つのテントを設置している。	○	黄色のセンターの看板、窓ガラスに大きくセンター名の掲示、開所中はセンターののほりを設置している。	○	事業所入口に看板とのほりを設置している。
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。	◎	センター広報紙の自治会回覧を依頼している。また、町内掲示板数を把握して掲載についても依頼している。センター独自ホームページでの発信（独自パンフレット・成年後見制度について等掲載）を改良し、広報紙と連動（QRコード）させるなど周知に取り組んだ。	○	より身近にセンターのイメージが伝わるようにチラシを作成して自治会・老人会等の催しなどで配布しているほか、法人の広報紙への記事掲載などを通し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圏域内の全自治会で全戸配布している他、LINEを活用して情報を発信している。高齢者以外への周知として圏域内の医療機関や金融機関等約30か所の窓口センターの案内・連絡先を記載した名刺サイズの啓発物の配架を実施した。啓発物を見て相談に繋がった事例あり。	○	年4回広報紙を作成し、3校区に回覧を実施しており、広報紙を見て来所相談あり。民生委員や校区福祉委員会、医療機関、金融機関等には個別に配布している。地域活動時には広報紙やセンターパンフレットを配布している。	◎	センターのチラシ・広報紙を地域活動参加時に持参、介護保険事業所や医療機関への配布により周知している。広報紙は法人のホームページにも掲載。日頃の連携から集合住宅の自主組織や地域の居場所が発行している広報紙へセンターの取り組みを掲載してもらっている。	○	広報紙には常にセンターの役割を掲載し、地域活動参加時や医療機関等へ訪問時に配布している。センターの活動についてはLINEでの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、口頭での同意を得て、支援経過記録に記載している。	○	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、口頭で同意を得て、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の提供について説明を行い、その旨を記録に記載している。	○	個人情報の提供について目的を説明し、個人情報使用同意書による同意を得るよう努めている。口頭での同意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。また、センター内にて個人情報に係る研修を行っている。	○	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。個人情報保護マニュアル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、いつでも確認できるようにしている。各自e-ラーニングの受講と毎月の情報セキュリティミーティングにより個人情報保護について確認している。	○	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センター内に設置している。また、各自e-ラー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。	○	面談室の環境整備（パーティション配置・会議室の活用など）に配慮して、個人情報が保護されるように工夫している。	○	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鍵付きの保管庫に保管し、不必要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。	○	出入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。職員間でも個人情報が不必要に流れないようにパソコンや机上の書類等には配慮している。	○	面談室は外から見えないようパーティションで仕切っている。複数の相談が重なった時は2階も利用し、不必要に個人情報が流れないように配慮している。来客時は声の大きさなどに注意している。	○	相談者から個人情報が見えないよう所内の机を配置し、相談が重なった場合は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。	○	ケースファイルなど個人情報が記載されたファイルについては、施錠が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、法人に年2回依頼して適切に廃棄している。	○	個人情報は鍵のかかる保管庫で保存し、センターは警備会社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カードは鍵付きの保管庫に保管し、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。	○	個人情報が含まれる資料は鍵のかかる書類に保管している。センター内の監視カメラで書類の出し入れの状況を24時間記録し、外へ持ち出す際は、外出前後に持出表に記録している。	○	個人情報は、鍵付きロッカーに保管している。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個人で管理している。	○	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。個人情報が含まれる書類を持ち出す際は、鍵付き鞆を使用している。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、要支援高齢者の相談・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。	○	苦情受付の責任者は管理者が担っている。苦情受付者が担当者となって、所定の報告書に記載し、詳細・課題解決・再発防止策を記載して残している。	○	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。苦情を受けつ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、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。	○	対応マニュアルは整備しており、苦情・事故対応の流れ（一次～三次対応まで）を記載している。管理者に報告し、センター内で検討、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ている。年度当初にセンター内で苦情対応について研修を行っている。	○	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か管理している。	○	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。苦情内容はセンター内会議で共有し、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-ラーニングで苦情対応についての研修も受講している。
③	苦情受付担当者や責任者、第三者機関等について、住民や利用者によりわかりやすい表示または説明をしている。	○	苦情受付対応者や相談機関についてセンター内に掲示し、苦情対応について説明を行っている。	○	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、来所者がすぐに関覧できる。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。	○	常に最新の職員緊急連絡網を作成している。職員間で必要に応じて連絡が取れる体制を整備している。業務時間外は留守番電話対応としており、留守番電話の録音内容が法人携帯電話に転送され、管理者が内容を確認している。	○	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、緊急時連絡表に基づき、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おり、センター用携帯電話から定期的に留守録の確認を行っている。連絡網を整備しており、センター職員と連絡が取れる体制になっている。	○	緊急連絡網を整備している。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。センター用携帯電話は管理者が持ち帰っている。	○	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、外部からセンターへ入った電話を管理者・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。センター用携帯電話は決まった職員が持ち帰っている。職員は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。	○	研修参加については、配置されている専門性が高まるよう、また相談援助等の質の向上を図るために積極的に参加を促している。	○	研修案内が来た場合は職員に回覧やセンター内メール等の方法で周知を図るとともに、管理者が計画的に職員に向けて研修参加を促している。	○	センター内で研修案内を共有し、研修希望者や参加が必要である内容について管理者が業務調整を行い、可能な限り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に対応している。会社の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-Learning)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。	○	外部研修に参加した際は、研修参加報告書に記載して、朝礼時共有するなど、職員へフィードバックしている。	○	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、資料と合わせて供覧している。必要に応じて所内会議等で伝達研修を行っている。	○	センター内会議後に伝達研修を行い、資料・報告書を回覧し共有している。	○	研修参加後は資料を回覧し、内容に応じて伝達研修を行っている。資料はいつでも閲覧できるようにファイリングしている。各職種の専門性を活かして、年間計画を立ててセンター内で各職種から研修を実施している。	○	研修内容に応じて伝達研修を実施し、職員にフィードバックしている。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、暮らしまるごとベネリネットの更新を行っている。	○	ケアマネジャーやサービス事業所、第2層協議体等と協力し合い、地域資源の把握を行っている。暮らしまるごとベネリネットの更新を随時行っている。	○	随時暮らしまるご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。	○	随時、暮らしまるごとベネリネットの更新を行っている。暮らしまるごとベネリネットの他に地域資源を一覧表にまとめ、ファイリングしている。	○	民生委員や地域住民から情報収集し、機能や役割を整理し、暮らしまるご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。暮らしまるご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をまとめたファイル、暮らしまるごとベネリネットを随時更新している。
②	圏域における高齢者のニーズ把握を行い、ニーズを検討するネットワークを構築している。	◎	個別地域ケア会議において、高齢者のニーズ把握を行っている。抽出したニーズ(対人援助職の支援の在り方、地域の居場所づくりや生活のサポート、居場所の再開)に対して、地域づくりの取り組みを第2層協議体や多職種連携研究会にて検討している。	◎	ニーズ把握を元に課題解決に向けた協議体として、地域の社会資源と構成する住まい地域ケア会議を立ち上げた。同会議内で検討し、社会資源の情報をまとめたマップを作成予定にしている。特殊詐欺被害が多い地域である為、警察への挨拶回りの頻度を増やすなど警察との連携を強化している。また金融機関向けの勉強会を開催している。	◎	昨年に引き続き、圏域内の集合住宅へパトロール便としてセンターの周知チラシの配布、住民組織の役員や民生委員等からの聞き取り、第2層協議体への参加により圏域内の高齢者の情報やニーズを把握している。把握したニーズは第2層協議体で提示、検討している。	◎	地域活動参加時や第2層協議体、民生委員、自治会、社会福祉協議会、障害福祉事業所との連携においてニーズ把握を行っている。高齢者の閉じこもりやフレイル、介護者の相談の場がないといった課題を第2層協議体や地域での会議などで提案し、検討している。「介護について相談する場」については多職種連携研究会を通して開催の実現に至った。	◎	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、第2層協議体などの活動の場でも共有し、取り組みについて検討している。個々の事例については民生委員、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、支援している。	◎	各校区のコミュニティ協議会会長・校区福祉委員会委員長・民生委員との交流会においてニーズ把握、検討を行っている。圏域全体で高齢者のフレイルが増加している課題があり、第2層協議体や圏域内の企業へ提案をしている。それにより地域で介護予防の活動を行うグループの発足や企業主体での定期的な介護予防の取組みを実現させた。
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。	◎	ケース検討を通じ、民生委員を含む支援者の支援のあり方について、「どこまで支援を行うのか」など共通認識を醸成し、連携のあり方などを見直す機会となっており、既存のネットワークの改善につながっている。	◎	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。また、ニーズ把握を元に課題解決に向けた協議体として住まい地域ケア会議を立ち上げた。同会議内で検討し、社会資源の情報をまとめたマップを作成予定にしている。	◎	圏域内の医療機関、金融機関等にセンターの案内・連絡先を記載した名刺サイズの啓発物の設置を依頼。見守り110番協力店舗への継続依頼、新規開拓を行っている。民生委員とケアマネジャーが円滑に連携できるよう、連絡会の開催を予定している。	◎	地域活動への参加や会議体、見守り110番協力店舗への訪問を継続し、ネットワークの維持に努めている。協力店舗ではなかった飲食店から気になる高齢者に関する相談を受け、迅速に対応したことで見守り110番事業の理解につながり、登録に行った事例あり。	◎	広報紙の配布や各校区の行事やサロン、第2層協議体への参加し、顔の見える関係が維持できるよう努めている。個別事例の対応では経過や報告を行い、活用できるネットワークとなるよう意識して関わっている。	◎	民生委員、校区福祉委員等や介護保険事業所と交流会を実施し、ネットワークの維持に努めている。民生委員とケアマネジャーとの交流会を検討しており、今後の円滑に連携につなげていく。
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。	◎	圏域課題であるメンタルヘルスケアについて、精神科医療機関との連携を強めることで、精神保健に関する課題を抱える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)によって、他機関連携が強化され、引きこもりや8050問題といった課題を抱えた要援護高齢者世帯を支援している。	◎	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、UR都市機構や警察、金融機関とも連携しつつ、支援が必要な時に地域から相談が入る関係性を維持し、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。世帯内に複数の課題を抱えるケースについても、他機関と連携して支援を行っている。	◎	地域住民、民生委員、見守り110番協力店舗等、既存のネットワークから情報収集し、連携しながら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。	◎	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、連携して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、行政等と連携して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。	◎	支援拒否等がある高齢者には、積極的にアウトリーチを繰り返して、個別訪問を実施し、実態把握を行った。また、関係機関と協働しながら効果的な訪問を実施するよう努めた。「保健事業と介護予防の一体的実施」の説明を第2層協議体で行い、脆弱高齢者の把握についてアウトリーチを含め、早期発見につながる効果的なアプローチを協議体で検討している。	◎	介護保険事業所や民生委員等との相談しやすい関係づくりに努めている。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等での面談を行っている。生活課題はあるが支援拒否等がある高齢者について、地域と連携しながら、アウトリーチを繰り返して対応を継続している。	○	見守り110番協力店舗からの通報や近隣住民や民生委員等から気になる高齢者の情報を把握した際は、訪問による実態把握を行い、支援している。	○	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。支援拒否が強い高齢者に対して継続的な訪問を繰り返して実態把握をおこない、医療・介護の支援が入り適切な支援に繋げている。	○	地域活動に出張相談で参加し、支援の必要な高齢者の早期発見や情報収集をしている。相談があれば、必要に応じて個別に連絡や訪問を行い、必要な支援の提案を実施している。	○	地域活動参加時に地域住民、民生委員等へ積極的に情報収集を行い、早期発見に努めている。収集した情報により支援が必要と思われる場合には訪問による実態把握を行い、支援している。
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。	◎	自治会や民生委員・地域住民から情報収集を必要に応じて行っている。家主との協働で、生活が立ち行かなくなっていた高齢者の実態を早期に発見でき、生活の立て直し等支援につなげた。また、不動産関連の問題については、相続アドバイザーとの連携を行い、予防的対応につなげた。保健観察所との緻密な連携を行い、ニーズを予測し対応した。	○	家族や民生委員、地域住民、医療・介護関係機関、行政機関、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。普段からの連携維持に努めていることで、必要なタイミングでの情報収集や情報共有が速やかに行えている。	○	高齢者の通いの場、民生委員、介護保険事業者等関係機関から情報収集を行っている。自宅への訪問が困難な場合は、把握した情報を分析したうえで介入方法を検討し、支援している。	○	民生委員、地域住民、見守り110番協力店舗等の既存のネットワークを活用し情報収集を行っている。	○	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。	○	相談があれば、民生委員、医療機関等の関係機関から情報収集を行っている。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、状況を見ながら対応している。
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。	◎	相談があれば実態把握に努めるとともに、相談内容に即した情報提供を行っている。信頼関係の構築に配慮しながら、長期間にわたり支援を続けている方もいる。妄想性障害等がありながら地域生活の生きづらさを抱える方について、センターにて相談を受け止め、必要に応じて、本人の人間関係等、環境を整えるため不動産・警察への伴走支援や、関係機関との連携を行っている。	○	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。早期の解決が困難な場合も、本人、家族との信頼関係構築に配慮しながら、関係機関と連携して長期間に渡り、支援を続けている。	○	初回相談時は基本的に訪問による実態把握を行い、相談者・対象者と信頼関係を構築し、的確な状況把握をするより適切なサービスや制度について助言を行っている。必要に応じて関係機関との同行訪問や、関係機関への仲介支援をおこなっている。	○	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。対象者の生活状況や意向等の把握を行い、課題分析をしたうえで、情報提供や医療機関、法律専門家、介護保険事業所等の関係機関へつないでいる。	○	相談者や民生委員と共に実態把握のための訪問を実施し、対象者に必要と思われる制度や関係機関の情報を提供している。センターで対応できない相談についてもまずは実態把握をおこない、必要な情報を揃えて関係機関へ引き継いでいる。	◎	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、関係機関への繋ぎを行っている。センターで対応できない相談については粘り強く関わり、相談者へ支援結果を報告することで信頼関係構築に努めている。ゴミ出しトラブルの相談時は、地域住民と情報共有を重ね、社会資源の提案をするなどして解決に導いた。
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。	○	初期相談は原則一人での判断はしないようにセンター内で作成するフローで定められている。緊急性の判断等は2人以上にて検討するようにしている。	○	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。	○	関係機関への情報収集した内容をもとに複数職員で緊急性の判断、訪問を行っている。	○	複数職員で緊急性や適切な対応について検討し、対応している。	○	ケースの内容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。	○	受理した相談は速やかに所内で共有し、複数の職員で緊急性の判断をし、対応を行っている。
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。	◎	人生会議のパンフレットを活用して、遺言作成支援・死後事務委任契約を支援した。相続セミナーをきっかけにして、住民が適切な相続対策を具体的に進めることができた。本人が望む生活の実現のために、サービス付高齢者住宅等、住まいの住み替えの支援を行った。	◎	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、司法書士会、社会福祉協議会等）と連携して継続的に支援している。またいわゆる8050問題の世帯に対しては、重層的支援体制整備事業へ働き、生活福祉課・コミュニティソーシャルワーカー等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。	○	対象者の状況をアセスメントし、その内容を対象者へ伝えながら必要な支援の説明、導入に向けた調整をおこなっている。複合的な課題を抱えた世帯の支援では、各世帯員がそれぞれの生活を送れるように関係機関と連携しながら継続的に支援をしている。	◎	本人の生活歴やストレングス、地域での関係性の把握に努め、ホワイトボードを活用して状況等を可視化し、適切な支援を検討し対応している。認知症高齢者の支援事例では、病院受診、介護サービス導入、経済的支援についてセンターを中心に関係機関で継続的に支援を行い、本人の希望する生活を維持している。	○	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に努め、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協働支援を実施している。対象者の意向に沿った支援ができているが、適宜モニタリングをしながら継続支援をしている。	○	本人のニーズを把握した上で、所内でスクリーニングを実施。適切と思われる専門職が対応し、必要に応じて関係機関と連携して対応している。対応後も支援に繋がっていない場合は、再度支援の方向性を検討し、対応している。
④	対応した職員以外でも再相談等に申しられるよう相談記録を作成し、整備している。	○	相談記録は随時入力し、新規相談は回覧して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。	○	速やかに入力することで、再相談の際にスムーズに対応できるようにしている。	○	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。	○	支援経過は速やかに記録するとともに、対応した内容はセンター内で共有している。長期的に対応が必要なケースは別途ケースファイルを作成し、状況の確認をおこなっている。	○	相談記録は速やかに入力している。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、民生委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。	◎	地域課題を整理、共有したうえで計画を作成している。校区内であっても徒歩での参加が困難な方を対象に、集まりに参加する場合の移動を金銭的に支援する一つの仕組みができた。	◎	各々の地域の抱える課題について把握、共有したうえで計画を作成している。センターがファシリテーターとして会議の進行を支援したことで住民主体の通いの場の開設につながった。	○	地域課題を整理し、課題解決に向けた計画を作成し、計画に基づき取組みを行っている。	◎	地域課題を整理し、課題解決のために事業者連絡会等の多職種連携を得て、介護者が同士の交流や意見交換ができる「介護について相談する場」の開催を行った。	◎	計画に基づき、地域とともに、支え合い活動の担い手の発掘と生きがいづくり、また介護人材不足解消につなげるため地域で生活支援員養成研修を開催した。	◎	地域課題を整理し、計画に基づき、課題であることから、地域住民主体のため地域で生活支援員養成研修を開催した。
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層協議体が主催するイベントホスターの作成支援や各種行事企画の後方支援を行いながら、協議体役員が主体的に実施できるよう働きかけ、取組みの推進に努めている。	◎	第2層協議体に参画し、取り組みへの助言や支援を行っている。第2層協議体が設置されていない校区においても、地域のキーパーソンを通して、同様の支援を行っている。校区ごとの課題に応じ、講座の企画など活動の支援を行っている。	○	第2層協議体に参加し、地域の実情を把握しながら取り組みや活動の支援を行っている。今年度は、ホビュレーションアプローチ等としてフレイル予防の講座等を実施している。	○	地域の会議や行事に出向いたり、第2層協議体では他地域の活動状況を提供したり、新たな活動の助言など、積極的に関わり専門的な支援ができるよう努めている。	◎	公園でのひらかた元気づらわんか体操の実施の場を増やし、自主グループ活動につなげる支援を行った。また、生活支援員養成研修を開催した。	◎	第2層協議体に参画し、地域課題を解決するための取組みについて、意識してもらえよう働きかけ続けた。そのため、既存活動の支援に加え、介護予防を実践する新たなグループ活動の支援につながった。
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い、具体的な課題共有や課題解決を連携して行っている。	○	生活支援コーディネーターに個別地域ケア会議と、今年度は新たに多職種連携研究会の出席を依頼して、課題共有を行う予定にしている。	◎	地域課題の解決に向け、第2層協議体や医療・介護連携にかかる会議等の構成員にUR都市機構を加えた新たな協議体を立ち上げ、専門職に限定しない多職種のネットワーク構築に取り組んだ。	○	第2層協議体の構成員に多職種連携研究会への参加を促すとともに、地域の病院で実施される市民向けの研修などの案内を知らせている。	○	第2層協議体等で抽出した課題を多職種連携研究会でも共有している。また、「介護について相談する場」の開催は、課題を共有したことで多職種の連携につながった。	○	連携や協力体制を構築するため、介護保険事業者や医療機関は多職種連携研究会と第2層協議体に参加している。また、専門職は地域サロンの講師等として随時、地域活動への協力を依頼している。	○	第2層協議体には医療機関や介護保険サービス事業所も参加している。また、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクターと一緒にケアマネジャーと地域課題の共有と解決策を探る等を行っている。

<p>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継続的な育成を行い、必要に応じて養成研修を行っている。</p>	<p>○ 継続的な育成を目的に研修内容を見直し、新たな介護予防事業や刷新された市ホームページのこと、地縁組織を盛り込んだ第3層生活支援コーディネーター養成研修を実施した。</p>	<p>○ 第3層生活支援コーディネーター養成研修を実施し、改めて第3層生活支援コーディネーターの役割について理解を深めると共に、地域資源の情報提供を行い社会資源を共有した。</p>	<p>○ 圏域内のケアマネジャーの人員の入れ替わりを随時把握し、必要に応じて養成研修を実施予定。自立支援型地域ケア会議の参加で地域課題の抽出を意識するなど育成を行っている。</p>	<p>◎ 枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクターと連携し、2か月に1回、事例検討会を開催しながら第3層生活支援コーディネーターの継続的な育成を行っている。また、必要に応じて養成講座を行っている。</p>	<p>○ 実態を把握し、必要に応じて養成研修を開催している。研修会では第2層協議体の活動状況を報告し、活動協力も依頼している。</p>	<p>○ ケアマネジャーとの交流会の中で、地域課題の共有を図り、第3層生活支援コーディネーターの役割についての意識付けを行っている。</p>
<p>【事業実施計画】(個別地域ケア会議)</p>						
<p>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)</p>						
<p>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。</p>						
<p>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。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議は、自立支援の視点を学ぶ場でもあるため定期的に開催し、必要に応じて個別地域ケア会議を開催している。</p>	<p>○ 個別地域ケア会議では、担当のケアマネジャーの後方支援に努めている。自立支援型地域ケア会議は、ケアマネジャーとセンター職員が協議し、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。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議を実施し、自立に向けた支援と地域課題を考える視点について共有している。</p>	<p>○ 個別地域ケア会議、自立支援型地域ケア会議ともに新型コロナウイルスの動向をみながら可能な限り開催している。自立支援型地域ケア会議では、支援策等を検討することで多様な自立支援に資するケアマネジメントにつながっている。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議を開催。ケアマネジャーやサービス事業所も偏らないようにケースを選定し、自立支援の視点を参加者と共有している。また、薬局や医療ソーシャルワーカーにも参加してもらうよう声かけしている。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議は、多くのケアマネジャーが参加しやすいように調整し、自立支援の考え方を学ぶ機会の1つとなるよう実施している。またサービス事業所にも参加を促す事で自立支援に対する認識の共有が図れるようにしている。</p>
<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>◎ 個別地域ケア会議において、対人援助における支援者の法的なリスク管理の共有認識が課題となっていることから、司法からの視点の助言者として弁護士の参加を依頼した。コロナ禍でも交流の機会を増やし、社会的孤立を防ぐ必要があるため、休止している高齢者居場所の再開など、地域での取組みが重要。第2層協議体で課題を共有し、検討につなげている。</p>	<p>◎ 自立支援型地域ケア会議については、事前にセンター内で地域課題や解決策などの論点を整理し、会議が充実したものになるよう努めている。また、自立支援型地域ケア会議で出た地域課題の解決に向け、新たな会議体を立ち上げ、専門職に限定しない多職種ネットワーク構築に取り組んだ。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議で地域課題を把握し、脆弱な高齢者の増加に対して、保健事業と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチ等としてフレイル予防の講座等を実施している。個別地域ケア会議については、今後必要に応じて開催、検討内容・課題等は第2層協議体等で検討していく。</p>	<p>○ 個別ケースの支援内容の検討を通じて地域課題の抽出をし、地域課題である移動支援については、解決に向けて第2層協議体等で検討している。</p>	<p>◎ 個別ケースから、第2層協議体で地域課題を検討し、ひらかた元氣くわらんか体操を実施している場所を増やすことで、住民同士の見守り体制の支援を拡充した。また、地域での生活支援員養成研修の開催にもつながった。</p>	<p>◎ 自立支援型地域ケア会議から抽出した地域課題を第2層協議体でも地域課題として捉え、解決に向けた取組みを検討した。その結果、介護予防を実施する新たなグループ活動が複数立ち上がった。個別地域ケア会議においても抽出した課題を第2層協議体、介護事業所連絡会へ提案し、課題解決に向けて取り組みを進めている。</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>◎ 個別地域ケア会議の継続して検討を要するケースについては、3か月ごとに開催するため、モニタリングを行い、参加者等に情報共有している。自立支援型地域ケア会議は6か月後に継続事例として再度取り上げている。</p>	<p>◎ 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。自立支援型地域ケア会議においては、一定期間経過後に継続事例として再度取り上げることにより、地域課題及び解決策の評価を行っている。モニタリングの結果については参加者に情報提供している。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議では、随時モニタリングと評価を行い、必要があれば方針の修正を行い参加者に情報提供している。</p>	<p>◎ 個別地域ケア会議では、支援の目標設定を行うとともに評価期間を設定し、評価を実施している。評価結果を会議の参加者(介護保険事業所や民生委員等)に情報提供している。自立支援型地域ケア会議では、6か月後に評価した書類の提出を求めている。必要に応じて支援方針の修正について協議することもある。</p>	<p>○ 地域ケア会議を開催した事例を担当しているケアマネジャーに定期的に連絡し、経過確認を行い、会議出席者にも報告を行っている。</p>	<p>○ 検討後は、進捗状況を担当者より確認し、センター内で評価し、必要時は修正を図っている。また、関係者にも進捗状況を報告している。</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）													
〔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												
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。	◎	自立支援の視点に基づき、その人らしい表現できる具体的な目標を設定している。センター職員が個別ケースの情報を共有し、初回ケアプランをセンター内で共有することで全職員からの助言を得ている。	◎	予後予測と自立支援の視点で本人の潜在能力を引き出せるよう具体的に実現可能な目標を設定している。センター職員が個別ケースの情報を共有できている。また、管理者は進捗状況を管理できている。	○	基本チェックリストや興味関心シートを活用したアセスメントを実施したうえで、具体的に実現可能な目標を設定している。	○	基本チェックリストや興味関心シートを活用し、より具体的に実現可能な目標を設定している。また、センター職員間で情報を共有できている。	○	課題を整理し、評価しやすい目標を設定している。できる能力を活かすことができる支援を意識し、出来ないことを補う提案とするよう工夫している。また、センター内で随時相談、事例の共有など継続的な支援ができるようスキル向上に努めている。	◎	基本チェックリスト等を含むアセスメントから、課題の原因についての見解を説明し、対象者自身が認識できるように働きかけている。センター職員が個別ケースの情報を共有できている。また、管理者は進捗状況を管理できている。
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・増進に向けた取組みを行うための支援を行っている。	◎	介護予防に関する情報を届けるために「いつまでも元気に通信」を2か月に1回程度発行し、民生委員の活動時での配布を依頼。あわせて、民生委員に活用状況をモニタリングし、虚弱な高齢者の把握にも努めている。	◎	介護予防パンフレットの配布、体調管理に役立つ情報を提供することでセルフケアにつながるよう支援している。予後予測と自立支援の視点で支援することで元通りの生活に戻れるケースが複数ある。	○	毎月発行している「新聞」に介護予防の記事を掲載することでセルフケアにつながるよう支援している。	○	本人のできる能力を阻害しないよう一般介護予防事業等の提案を行っている。コロナ禍で地域活動が休止しているため、月1回のペースでセンター主催で健康教室を菅原生涯学習市民センターにて開催している。	◎	自らの介護予防力が高まるよう「健康ワンポイントアドバイス」を作成し、配布している。また、屋外の公園2か所をひらかた元気くらわんか体操を定期的に実施し、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。	◎	第2層協議体で、KDBデータの情報を取り入れるなど地域課題であるフレイル予防の必要性の説明を続けたことで、複数の介護予防活動を行う自主グループの立ち上げにつながり、身近な場所で健康の維持・増進ができる取組みの支援を行っている。
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での課題検討等の取組を行っている。	○	自立支援の視点や方向性を共有できるよう自立支援型地域ケア会議の事前準備を行う課題検討等の取組と、振り返りを行っている。	◎	常に意識を持って自立支援の視点に基づき支援するため、朝礼では報告による情報共有、夕礼で事例の検討を行う仕組みがあり、アセスメントを確認し、方向性を決定している。	○	自立支援型地域ケア会議の取り組みと、適宜センター内で話し合い、情報を共有して自立支援に向けた課題検討に取り組んでいる。	○	朝礼でのケース検討時に情報共有し、課題検討を行っている。自立支援型地域ケア会議開催前にはセンター内でケース検討会を行い、課題抽出にむけ意見交換を行っている。会議開催後にも情報共有を図っている。	◎	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、会議を通じて振り返り、参加できなかった職員にも内容をまとめて回覧している。また、薬局や医療ソーシャルワーカーにも参加してもらうよう声かけしている。	○	自立支援型地域ケア会議においては、自立支援の視点と他ケースからも出されることのできる「地域課題」に着目してケースを選定している。また、センター内で共有を図っている。
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。	○	一般介護予防事業や地域の取組み、社会資源など組み合わせながら支援している。暮らしまるとベネリネットで情報共有し、教室等のチラシは掲示板に貼っている。	◎	介護予防の教室や地域の取り組み等の資料をファイリングして一体的に組み合わせ支援ができるようにしている。また、事業終了者の訪問など継続した支援を実施している。	○	冊子等を用いてサービス事業や一般介護予防事業、地域のインフォーマルサービスを組み合わせながら支援している。	○	フローチャート及び独自の介護予防ファイルを作成している。相談室には各社会資源が誰でも閲覧できる状況である。説明、提案しながら本人の選択肢を広げている。	◎	地域の取組情報のチラシを活用し、情報提供しやすい体制としている。また、サービス事業終了者についてもモニタリングをしながら、状態が悪化しないようフォローに努めている。	○	フローチャート及び圏域独自で開催されている社会資源情報（介護予防のみ）をファイル化し、介護保険サービス以外の一般介護予防事業も取り入れて提案している。
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。	○	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。	○	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。
	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。	◎	通いの場の参加者全員へのアンケート調査を実施し、個別訪問を加え全回収で現状や困りごとの把握をした校区の活動を支援し、虚弱な高齢者の把握を行った。	◎	基本チェックリストを自らの心身の状況に気づきを与えるだけでなく、グループ全体の評価と経年比較にも活用している。また、グループ活動離脱者については訪問等での状態把握と個別支援を行っている。	◎	毎月発行している「新聞」の配布時に民生委員や自治会の方などから情報を収集し、虚弱な高齢者の把握に努めている。また、一部の地域には全戸に周知チラシを職員がポスティングしている。	○	毎月の認定率を確認し、地域の元気高齢者率を認識している。病院医療ソーシャルワーカー、民生委員、地域の方の情報があれば、迅速に対応している。通いの場でも基本チェックリストを配布し、個別対応している。	○	センターの周知活動からの情報提供、民生委員との連携等により、虚弱な高齢者の把握に努めている。	○	民生委員との交流の中で、地域の高齢者情報を把握し、対応不要であってもシステムに記録しており、必要時には迅速に支援できるようにしている。
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り組むための個別支援を行っている。	◎	元気はつらつ健康づくり事業では、基本チェックリストを実施し、個別支援に加え結果に合わせた講座内容に変更するなど自分事として捉えてもらう工夫をしている。また、相談内容に応じて地域の活動等の紹介だけでなく、参加確認または同行訪問を実施している。	◎	通いの場の活動情報を把握し、参加を支援している。毎朝事務所前での「ひらかた元気くらわんか体操」を継続しながら、健康のワンポイントを毎月のカレンダーに記載して配布している。また、地域行事等に「ひらかた元気くらわんか体操」を取り入れることができるよう役員等の支援をした。	○	一般介護予防事業の案内やセルフケアを継続できるような内容を「新聞」に掲載し、毎月配布している。日頃から民生委員や自治会長等と情報交換しながら、暮らしまるとベネリネットを活用し情報提供している。また、初回参加時には同行して活動できるよう支援している。	◎	月1回センター主催で健康教室を菅原生涯学習市民センターにて開催している。日頃から民生委員や自治会長等と情報交換しながら、暮らしまるとベネリネットを活用し情報提供している。また、初回参加時には同行して活動できるよう支援している。	◎	「健康ワンポイントアドバイス」でセルフケアの取組みの支援を行い、基本チェックリストを活用しながら、介護予防の必要性を見える化することで、セルフケアの動機付けを行っている。また、初回参加時には同行して活動できるよう支援している。	◎	フローチャートと圏域独自の社会資源情報（介護予防のみ）をファイルを活用し、適した場を紹介するとともに、初回参加時には同行して活動できるよう支援している。
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。	◎	元気はつらつ健康づくり事業では運動の習慣化を目標に設定している。そのため、毎回各自が自宅での取組みの自己評価を実施。教室終了後運動習慣が継続できるように継続目標をシートに記載する仕組みとしている。	◎	基本チェックリストを用いてグループ全体の評価と経年比較による課題（マスク着用の長期化による口腔機能低下）から、口腔ケアを生活習慣として取り入れることができるようポピュレーションアプローチとして実施した。	○	アンケート結果等から、運動習慣よりBMIや欠食といった栄養に関する課題を把握したため、ポピュレーションアプローチや出前講座で栄養に関する講座を複数回実施した。	○	コロナ禍で集まる場をつくるため、センター主催で月1回の健康教室を始めた。地域からの依頼でフレイル予防に向けた講座を企画し、継続できる仕組みを意識していたがコロナ禍で延期している。	○	今の状態を知ってもらい、フレイル予防に取り組んでもらうため、地域と連携しながら測定会を実施した。さらに、老人会等で連続した健康講座を企画している。	◎	センター主催で商業施設で毎週実施していた「ひらかた元気くらわんか体操」を、商業施設主催で実施できるよう働きかけ、活動の継続性が確保できた。センターは企業の応援という形で参加し協力している。
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。	◎	介護予防教室から新たに2つの自主グループができた。また、双方のグループの合同活動の支援を行うなど、活動の継続を支援している。	◎	「ひらかた元気くらわんか体操」の自主グループの継続的な活動支援に加え、新たなグループの立ち上げを支援した。また、他機関と役割分担しながら連携することでグループから離脱した人の個別訪問等による状況把握につながっている。	○	自主グループ活動の際には電話や参加しながら情報交換し、介護予防の取り組みの支援をしている。	○	コロナ禍ではあるが活動を継続しているグループには開催日に合わせ参加し、情報を提供するなど、活動を支援している。また、活動の継続のモチベーションを維持するための継続支援講座も実施した。	○	自主活動グループのリーダーから活動状況を把握し、困りごとの相談など活動が継続できるよう支援を行っている。	◎	「ひらかた夢かなえるエクササイズ」実践グループのリーダーを支援するため、複数回訪問するなど、継続実施につながるよう支援している。その後も定期的に訪問して実施状況の把握を行っている。
⑩	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容が記載されている。	○	各校区別にKDBシステムからの分析結果を事業計画に記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容を記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容を記載している。	○	事業計画の地域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき内容を記載している。	○	事業実施計画書に地域の課題、取組内容、年間計画表を記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容を記載している。
⑪	KDBデータに基づき、各小学校区毎の課題を把握した上で、ポピュレーションアプローチやハイリスクアプローチを行っている。	◎	KDBシステムの各校区ごとの課題を第2層協議体で情報提供を行い、ポピュレーションアプローチの内容を検討予定。ハイリスクアプローチは、アンケート返信者の情報分析を行い、訪問、郵送、電話、現状維持等に分けて支援を検討していく。	○	ハイリスクアプローチ対象者の訪問はセンター職員全員で行っている。ポピュレーションアプローチは、KDBデータと基本チェックリストから把握した課題に合わせたグループに対して講座を実施。体力測定も同時に実施することで身体機能の評価を行った。	○	老人会やサロンで「すこやかチェック票」を実施して状況把握を行い、健康課題に焦点を合わせた内容でポピュレーションアプローチを実施することで、意識付けに繋がるよう取り組んでいる。ハイリスクアプローチは、必要に応じて訪問し、健康状態の確認に努める予定である。	○	地域課題の解決に向けポピュレーションアプローチを実施し、定期的に出向いてフォローしている。ハイリスクアプローチについては新型コロナウイルスの動向をみながら訪問に取り組んでいる。	○	ポピュレーションアプローチやハイリスクアプローチの実施にあたっては、地域住民と課題を共有した上で、介護事業所の専門職の協力を得て講座等を企画した。また、ハイリスクで気になる人には「健康ワンポイントアドバイス」のポスティング等を行った。	○	KDBデータから見える各校区の特徴から各々の課題を抽出した上でポピュレーションアプローチやハイリスクアプローチに取り組んでいる。



【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。													
〔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。	◎	成年後見制度について、人生会議のパンフレットの活用方法を紹介するなど資料を独自に作成し、民生委員や市民へ研修会にて啓発を行った。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民生委員等と専門職に実施し、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理解を深めている。また、研修に参加が難しい方へは、オンデマンド配信を準備して、幅広く周知を行っている。	◎	認知機能低下によって課題を抱える相談に対して、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の紹介を行っている。事務所出入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。A金融機関において認知症に関する勉強会を開催し、相談窓口がセンターであることを周知した。勉強会後のアンケート結果から、成年後見制度をテーマに2回目の勉強会を実施した。講師はひらかた権利擁護成年後見センターに派遣依頼し、連携を図った。ケアマネジャーから問い合わせ等があった際、申立書式や成年後見制度に係る資料を渡し、情報提供や周知に努めた。	○	地域活動参加時や個別相談時に、制度の説明資料や動画を用いて説明・周知をおこなっている。ひらかた権利擁護成年後見センターと連携して、介護保険事業所への周知の準備を進めている。	○	広報紙に成年後見制度について掲載、センター作成の成年後見制度のリーフレットを居宅介護支援事業所、医療機関、薬局、金融機関に設置を依頼し、制度の周知している。	○	関係機関や弁護士等の職能団体発行の資料を収集し、地域活動参加時や相談受付時に配布、説明を行っている。広報紙に制度説明を掲載している。	○	介護保険事業所との会議、地域活動参加時、個別相談の対応時にチラシや人生会議の冊子を用いて、制度説明を行っている。広報紙による周知も実施している。
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できている。	◎	必要時、成年後見制度紹介や説明、関係機関との連携を図っている。ケアマネジャーや家族を交えて司法書士へ繋ぎ4件申立てを行った。	◎	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。対象者の状況に合わせ、何が最善の支援策かを慎重に見極めて連携を図りながら、申立て支援を行っている。	○	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。ひらかた権利擁護成年後見センターへ引き継いだ事例、司法書士会の面談に同席したい事例があり、制度の円滑な利用ができるよう支援している。	◎	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し、相談者の同意を得て各団体と情報を共有しながら制度が円滑に利用できるよう支援しており、今年度は2件申立てに至った。	◎	制度利用が必要と思われる対象者にはパンフレットなどの資料を用いて、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いる。評価期間において申立てに関する相談が10件あり、法定後見・任意後見ともに制度利用への支援を実施した。	◎	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。ケアマネジャーに対しては制度説明に加え、ひらかた権利擁護成年後見センターの紹介も行った。今年度は2件が制度利用に繋げる支援を行った。
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。	◎	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と共に交えて行い、申立てへと結びつけた。生活困窮者に対しては市担当課とも連携して生活保護受給への相談をすすめ、債務整理が必要な方には、弁護士を紹介し生活立て直しを行った。将来の不安を相談される方に死後事務委任契約や財産管理契約を紹介して司法書士へ繋ぎ、不安の解消につなげて生活の安定を図った。また、意思決定支援に関わる援助職の支援のありかたについて、関係者と整理する場を設け、適切な支援について話し合った。	◎	本人の判断能力に応じ、本人の意思を尊重し寄り添いながら、最善の策を選択、利用できるよう支援している。入院費用を滞納している高齢者や、年金を散財して家賃を滞納したり生活費を捻出できない高齢者に対し、社会福祉協議会や生活福祉課、UR都市機構等と連携を図り、住まいの確保等生活が維持できるよう支援している。	○	金銭管理が困難になりつつある高齢者や身寄りがない、障害の子をもつ世帯など、生活課題やニーズに応じた制度として日常生活自立支援事業や成年後見制度他、各種サービスについての提案を行い、生活が維持できるよう努めている。	◎	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与し、本人の生活の維持が図れているかを確認している。	◎	対象者や家族の意向、置かれている状況を把握し、関連機関と連携しながら、必要・適切と思われる支援や制度について提案・説明を行っている。継続的に関わりを持ったことで日常生活自立支援事業に繋がった事例もあり、本人の生活が維持・継続できるよう支援している。	○	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、適切な機関へつないでいる。
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができています。													
〔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・情報が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をとり、最新の被害状況を確認し広報活動を行っている。消費生活センターが発行する消費者被害等に関する情報をセンター内で回覧して情報共有を行っている。	○	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、注意喚起を行っている。	○	消費生活センターが発行している資料を回覧している。センター内で勉強会を開き、クーリングオフの流れなどを確認するなど制度の理解を深めている。	○	消費生活センター等の資料は回覧し、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。	◎	警察と司法書士を講師に地域住民や圏域内の介護保険事業所向けにハイブリッド形式で研修会を行い、市内における特殊詐欺の状況とその啓発、発見時の対応方法、再発防止へ向けた対応方法などを話し合い、連携強化を図った。センターからは社会福祉士部会作成資料「消費者被害防止のための見守り対応について」のポイントを活用し啓発を実施した。研修会を行う事で各介護保険事業所の意識も高まり、水産物の送り付け荷法に反応し、連携を取り合い未然に防ぐことができた。圏域内の介護保険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、注意喚起を行っている。	○	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チラシの赤信号、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。圏域内で消費者被害の事例があれば介護事業所へFAXで配信している。また、地域活動参加時や事業所連絡会では消費者被害防止の啓発を行い、速やかに連絡が入るように働きかけている。	○	広報紙に消費者被害防止のための記事を掲載し、広く周知している。民生委員の定例会では、消費者被害防止に関する取り組みを伝えるとともに、気になる高齢者へ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の配布を依頼し、見守り体制の強化を図った。介護保険事業者には社会福祉士部会作成の見守り対応マニュアルを配布し、消費者被害の未然防止について説明を行った。	◎	高齢者の通いの場、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、消費者被害防止に向けた注意喚起や情報提供を行っている。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。地域活動参加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。集合住宅の自主防犯・防災会にて情報提供した消費者被害について、住宅に全戸配布している啓発物の掲載に至り、周知に繋がった。	○	民生委員、ケアマネジャー、地域活動参加時に地域住民へチラシや消費生活センター作成のステッカーの配布している。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>○</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情報提供している。</p>	<p>○</p>	<p>利用者やケアマネジャーから消費者被害を疑う怪しい電話がかかってきた相談を受けた際は、直接消費生活センターへの相談を促したり、当方から消費生活センターへ情報提供の連絡を入れている。詐欺被害未遂が発生した際は、介護保険事業所と連携し、警察の利用者宅訪問に立ち会った。事件発生当日や今後の犯行グループの予測される動き等について警察から助言してもらい、被害防止対策を立てた。</p>	<p>○</p>	<p>相談を受けた際は必ず消費生活センターへ情報提供し、連携しながら問題解決にあたっている。</p>	<p>○</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>○</p>	<p>消費者被害の相談受付時は、関係者からの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に沿って、消費生活センターと連携して問題解決を図っている。圏域内で消費者被害が発生した場合は消費生活センターへ報告している。</p>	<p>○</p>	<p>相談があれば迅速に実態把握と消費生活センターへの報告を行っている。消費生活センターとは連携して問題解決にあたっている。</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>〔解説〕</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>◎</p>	<p>センターが主催する法定外研修会にて高齢者虐待の研修を実施した。また今年度中に市民向けにも高齢者虐待についての研修を行う予定。高齢者虐待防止に関する情報を地域活動者へメールにて啓発を実施。関係機関や地域行事の時に、センターが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て周知している。広報紙に高齢者虐待防止に関する内容、センターが相談窓口であることを掲載し、周知啓発を行った。</p>	<p>◎</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について、実態把握の過程で虐待の可能性を否定できない場合は、改めて担当ケアマネジャーから詳細を確認し、支援の方向性について協議、対応している。</p>	<p>○</p>	<p>年に1回、高齢者虐待防止に関する内容を広報紙への掲載し、LINEにおいても高齢者虐待防止の窓口であることを周知している。掲載内容には通報者の個人情報を守られることを明確に記載しており、早期発見につながるよう意識している。</p>	<p>○</p>	<p>地域活動参加時にセンターのリーフレットの配布を行い、高齢者虐待の通報窓口であることを伝えていく。また、介護事業所連絡会等の機会に、高齢者虐待の相談窓口であることを伝達し、早期発見・早期対応の必要性を周知している。</p>	<p>○</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。民生委員を対象に、虐待をテーマとした勉強会開催を企画している。関係機関には介護保険事業所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>○</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。ケアマネジャーに対しては虐待研修の開催を予定している。</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>◎</p>	<p>通報等で実態把握が必要な場合には、民生委員等と連携して、事前に状況確認を行い、支援導入について慎重に精査した上で、関係機関と連携を図って訪問し実態把握に臨んで支援に繋がっている。介護保険事業者や民生委員と平日より連携して情報交換を行い、気になる事があれば早期に対応している。圏域内の他分野支援機関で構成する連携会議を定期開催し、情報共有や事例検討をしながら、困難事例に取り組んでいる。</p>	<p>◎</p>	<p>小さな異変に気づき、早期に対応できるよう、普段から民生委員や介護保険事業所と連携を図っている。相談を受けた時点で、自宅または介護保険事業所や医療機関等を訪問して事実確認を行っている。並行して行政へ報告し、コアメンバー会議開催の相談をする等、迅速に関係機関と連携し、支援方針がぶれないよう対応している。</p>	<p>○</p>	<p>健康訪問としての実態把握、地域住民や関係機関からの情報収集などにより総合的に対象者世帯の状況を把握し、センター内で協議、市への報告を行い対応している。</p>	<p>○</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している。訪問や介入に関して拒否を示される場合も、介入の方法について関係機関と協議しながら対応している。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>○</p>	<p>通報や情報提供があれば訪問を行った状況を確認し、関係機関と連携しながら対応を行っている。既存のネットワークから情報収集もおこなっている。</p>	<p>◎</p>	<p>相談があれば関係機関からの情報収集、訪問による実態把握を行い、解決に向けて検討し、各機関と連携し対応している。課題解決の上で障害のある子どもの支援が必要な事例については、子どもの支援者として障害福祉事業者や保健所と連携し、各機関の専門性を活かしながら支援を行った。</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>◎</p>	<p>養護者の暴力等が見られる場合、高齢者の生命の安全を第一にして、養護者の抱える疾患等に可能な限り配慮している。高齢者世帯への支援については、関係機関や行政と慎重に協議を行い、多面的にアプローチを行っている。担当のケアマネジャーと共に家族を交えて、話し合いの場を作り家族の思いを共有し寄り添う支援を行った。また各事業所等と研修会や個別ケース会議の際には、家族支援の視点も意識しながら支援にあたる事を確認し合っている。</p>	<p>◎</p>	<p>養護者も高齢であったり、或いは疾患や生活上の課題を抱えている場合、本人だけでなく養護者も含めた支援の在り方について、行政や医療機関等関係機関と連携を図り、協議の場を設けている。養護者を追い詰めたり、介入の糸口が途絶えないよう、信頼関係の構築に努めながら対応している。</p>	<p>○</p>	<p>高齢者虐待の発生要因やそこに至るまでの経過、養護者の状況を見極められるよう訪問を繰り返す、信頼関係の構築を意識している。対応時は対象者と養護者への対応職員を分け、関係機関と連携しながら世帯へのチームアプローチをおこなっている。</p>	<p>○</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課題として捉え、関係機関と連携して支援している。養護者支援では市担当課やコミュニティソーシャルワーカーと連携している。</p>	<p>○</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。家族への支援が必要な場合は適切と思われる機関へと繋いでいる。</p>	<p>○</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。</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>◎</p>	<p>民生委員、自治会などの地縁団体には、日頃から近隣との付き合いが少なく孤立している世帯の確認を行い、必要があれば訪問して実態把握を行っている。医療機関、保健所等の関係機関と連携している。事業所連絡会や主任ケアマネ連絡会でのアンケートを実施する中で、高齢者虐待についてのケースで多く悩んでいる、課題がある事を聞き、主任介護支援専門員法定外研修会にて高齢者虐待の研修を実施し、ネットワーク構築を図った。</p>	<p>◎</p>	<p>民生委員や近隣住民、介護保険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おり、連携が密にできていることから、既存のネットワークから早期の情報提供を受け、支援に繋がっている。</p>	<p>○</p>	<p>民生委員との交流会や事業所連絡会の機会において高齢者虐待の事例を用いて対応についての共通理解が得られるよう取り組み、既存のネットワークが有機的に機能するよう努めている。</p>	<p>○</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。警察に通報があった事案についてタイムリーにセンターへ連絡があり、同行訪問し支援を行うことができた。</p>	<p>○</p>	<p>既に構築しているネットワークを活用し、対応時の協力体制を整えている。地域住民、介護保険事業者、医療機関、民生委員など既存のネットワークにおいて対応時の協力、連携ができる関係性を構築している。</p>	<p>○</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の既存のネットワークと虐待対応についても連携できるような関係を維持している。</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>○</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たっている。</p>	<p>○</p>	<p>虐待通報を受けた際は、迅速に事実確認と行政への報告を行っている。そのうえで、市担当課職員や保健所、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>○</p>	<p>市担当課、関係機関と情報共有、連携しながら問題解決を図っている。</p>	<p>○</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>○</p>	<p>事実確認時は各関係機関と情報共有を行い、市担当課への報告と対応を行っている。</p>	<p>○</p>	<p>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。	○	相談時、認知症ケアパス等のパンフレットの活用や、認知症初期集中チーム、認知症専門医、認知症カフェ等、相談内容に応じた情報提供を行っている。ケース事例その他、認知症に関する最新情報をセンター内で共有し合っている。	○	国の示す認知症施策や行政の動向等、随時共有し、知識や相談対応の資質向上に努めている。枚方市の認知症施策について、認知症ケアパスを活用して説明、情報提供を行っている。	○	センター内には認知症に関する資料、社会資源をまとめている。認知症ケアパスを活用し、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。	○	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ている。相談受付時には認知症ケアパ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ファイルにまとめ、内容に即した情報提供を行っている。
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。	◎	圏域内の銀行で認知症サポーター養成講座を実施。校区コミュニティ協議会と協働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。認知症カフェ内での講座開催に当たり、各校区へ自治会回覧と掲示板にて認知症カフェの存在と内容などを記載したチラシを配布し啓発する事ができた。	◎	A銀行向けに、認知症に関するミニ勉強会を継続的に実施している。テーマの設定は、アンケートを取るなど、打ち合わせをして進めている。社会資源Aのスタッフ向け、一般地域住民向け、A校区民生委員及び福祉ボランティア向け、自治会住民向けに認知症サポーター養成講座を開催した。講座では、「チームオレンジ構想」についても説明し、企業や校区単位でチームオレンジが立ち上がることを目指し、働きかけている。	○	認知症高齢者の相談があった集合住宅の管理組合に対して認知症について説明をおこない、より理解を深めてもらうため認知症サポーター養成講座の開催を提案している。見守り110番協力店舗への挨拶回りの際には事業の案内とあわせて、認知症についての説明を行っている。	○	地域住民向けに認知症サポーター養成講座を3回実施した。圏域内の銀行と個別事例の対応を通して認知症サポーター養成講座の提案しているが、コロナ禍により延期となっている。時期をみて再度アプローチをしていく。	○	認知症サポーター養成講座の開催提案のチラシを作成し、見守り110番協力店舗や介護保険事業者等へ周知している。地域住民には認知症認知症啓発ティッシュを活用して啓発を行っている。	◎	圏域内の企業と地域活動への発展に向けた意見交換を重ね、認知症高齢者の増加と地域での見守りの重要性の説明を行った。企業側の理解も深まっており、従業員向けの認知症サポーター養成講座の提案にも前向きな返事があり、開催に向けて調整している。地域住民に向けてはLINEを活用し、アルツハイマー月間にあわせて認知症について啓発を行った。
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。	◎	認知症初期集中支援チームを複数名に活用し、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。銀行への認知症サポーター養成講座以後には、気になる方が銀行窓口に来所された場合に連絡をいただく機会が大幅に増加し、担当ケアマネジャーに繋ぐなど支援するためのネットワーク構築が進んだ。	◎	早期に発見し、迅速に対応できるよう、見守り110番協力店舗や民生委員、金融機関、医療機関等と連携を図ることで、早期の情報提供、支援に繋がっている。	○	見守り110番店舗、民生委員等から気になる高齢者の情報提供があり、同行訪問による実態把握など、各機関と連携しながら支援に繋がっている。関係機関にはセンターの案内・連絡先を記載した名刺サイズの啓発物を配布し、早期発見、支援に繋がられる体制の拡充に努めている。	○	既存のネットワークにおいて気になる高齢者の把握や支援をするための体制は整っている。毎年、既存の見守り110番協力店舗への訪問、新規店舗の開拓を行い、より有機的なネットワークとなるよう努めている。	◎	既存のネットワークを活用し、認知症高齢者の対応時に協力、協働できる関係性を構築している。消費者被害に遭った認知症高齢者の個別地域ケア会議を開催し、個別事例の支援を通じ支援方法について共有、連携した支援につながっている。	◎	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、地域や関係機関と連携し対応している。医療機関から相談があった高齢者は支援拒否が強かったことから、民生委員やマンション管理会社と協力しながら実態把握を行い、生活維持が図れるよう関わっている。個別事例を通して、認知症高齢者を支援するネットワークの維持・拡大に努めている。
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されている地域住民や民生委員からの連絡により、適切に支援内容を変化させて対応ができていく。オートロックマンションのマンション自治会長や住民と話し合い、マンション内の課題の確認や支援方法を検討することができ、徘徊高齢者の保護依頼にて警察からセンターに連絡が入った時に、自宅に送り届ける際のオートロック解除に協力していただけた。住民の理解と協力体制が構築された。	◎	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。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。	○	圏域内の店舗から認知機能の低下がみられる高齢者の相談があり、個別事例を通じて地域での見守り体制が整備された。店舗店員に認知症や地域の見守りについて説明し、見守り110番協力店舗への登録に至った。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。	◎	第2層協議体で出た課題を多職種連携研究会で提案し、「介護について相談する場」として介護者家族の会を立ち上げ、認知症高齢者と家族支援の場となっている。	○	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。第2層協議体では認知症高齢者の見守りができる地域への協議をしている。	○	認知症高齢者、その家族、地域住民が集える居場所としてセンターの会議室及び自治会館でカフェを開催していたが、コロナ禍で中止している。再開時にはセンターのカフェが認知症高齢者の支援の拠点となるよう、取り組みについて検討している。
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での定期的な講座開催予定を主催者と打ち合わせし、初回実施した。地域住民や介護保険事業所へ認知症カフェの周知や意義を伝え充実を目指している。	○	圏域内で展開する認知症カフェ運営事業所と連携を図っている。コロナ禍で約2年運営が中断されていたが、A認知症カフェ再開にあたって、今後の運営について話した。再開初回、センター職員がカフェに参加した。B認知症カフェは、再開の目処はたっていないが、再開の見通しやチームオレンジの受け入れ等について都度意向を確認するなど情報共有に努めている。	○	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よう情報共有を行っている。	○	圏域内の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。	○	高齢者の通いの場等へ顔を出し、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。	○	センターの会議室で開催しているカフェが認知症カフェとしての機能できるよう、認知症サポーターステップアップ講座を予定している。

【事務実施計画】(包括的・継続的ケアマネジメント支援)										を有する内容			
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。													
(解釈)	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。												
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、要請に応じて同行訪問も行う。ケアマネジャーの立場に寄り添い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。	○	センター内に相談窓口であると掲示し、随時相談に応じている。介護支援専門員が来所した際にはセンター職員から声掛けし、相談対応している。	○	センターの相談窓口としての機能を伝え、随時相談に応じている。	○	事業所連絡会等で声掛けを行い、随時相談対応している。内容に応じてセンター内の専門職と共に対応している。	○	積極的に相談に応じており、事務所の2階をケアマネジャーの相談場所として開放している。
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・ケアマネジャー等との意見交換等により、地域資源の把握・確認を定期会議の中で行っている。暮らしまるごとべりネットは随時更新を行っている。支援者に提供できる情報については、ファイル管理し整理している。また新型コロナウイルス感染症の影響による運営情報は事業所から個々に聞き取りなどを行っている。	○	地域資源情報を、暮らしまるごとべ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随時更新・見直しを行い、ケアマネジャーから個別に問い合わせがあった際には、必要な情報を提供できるようにしている。	○	社会資源、地域活動をファイリングし、いつでも提供できるようにしている。地域活動についても一覧にまとめ、センター内に掲示している。	○	インフォーマルサービスの資料をファイリングし、いつでも提供できるようにしている。地域活動についても一覧にまとめ、センター内に掲示している。	○	センターのカウンターに社会資源をまとめたファイルを設置し、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研修等に参加できなかった事業所も含め、昨年度と同様にオンデマンド配信での情報提供を行っている。またアンケートの内容なども精査し、ケアマネジャーから、知りたいという希望の情報があれば、メール・FAXなどで送るようにしている。また知りたいという「情報」に関してケアマネジャー等に調査を行い、把握して情報支援を行っている。	○	地域資源情報を、暮らしまるごとべりネットに集約している。定期的な連絡会等で取り扱っている説明し、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、総合事業の活用についての提案を行い、利用を促している。	○	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。広報紙や居宅介護支援事業所連絡会も活用し、インフォーマルサービスや地域活動について情報提供している。	○	介護保険事業所向けLINEでの介護保険情報や地域活動、社会資源情報、広報紙の配信を行っている。また、居宅介護支援事業所連絡会等においても情報提供をしている。	○	広報紙、メール、FAX、居宅介護支援事業所連絡会等を活用して情報支援をしている。	○	電話・FAX・メール・広報紙・LINEを活用し、情報提供を行っている。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。	◎	各ケアマネジャーの実務経験年数に応じた懇話会を開催し、参加者がお互いの思いを共有したり、アドバイスしたりできるようにしている。また地域の主任ケアマネジャーとともに自分たちが受講したい研修づくりを進めていくことを目的に「とらの穴運営委員会」を昨年度から運営している。今年度は日常業務のなかでのスーパービジョンの機会をどう持っていくかをテーマの研修会を法定外研修として行った。人材育成の悩みや困難ケースに対し、センター独自の講義やグループワークで振り返ってもらうことで、支援者同士の支え合い(ピア)が有効であることを深く知ってもらうことが出来た。個々の支援としては複合的な課題を抱えているケースには同行訪問などもおこなない。伴走型支援を意識して行った。	◎	支援困難事例の相談があった際には利用者の状況を確認する為同行訪問した上で再アセスメントし、課題の整理や視点に偏りがなくも含めて助言を行っている。意図的にケアマネジャーの考えを支持する声掛けを心掛けている。また事業所からの情報を有効に活用し、市役所や保健所・専門職・地域との連携が有効に働くよう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、主治医等との連携を通じて、ケアマネジャーに対し後方支援を行っている。具体的には、認知機能の低下によりサービスに上手く繋がらないケースや金銭管理が難しく適切に支払いができていないケース、虐待ケース、ケアマネジャーと本人・家族との認識のズレがみられているケース等がある。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スーパービジョンに繋がるよう、居宅介護支援事業所の管理者にも会議に参加いただくよう提案している。	◎	困難事例を抱えるケアマネジャーには月に1回、情報の共有や援助の振り返りをする時間を設けている。事例についてはセンター内で協議し、各職種の意見を踏まえ相談対応している。ケアマネジャーの精神的負担や不安感などについても聞き取り、センター全体でフォローしている。	○	抱えている事例について聞き取り、センター内で各職種の視点から検討しケアマネジャーの気持ちにならざるよう支援をしている。対応後も経過の確認を行っている。	○	特定事業所連絡会の事例検討会や個別相談があった際には、予後予測等の視点を持ちながらとも考え、気付きが得られるよう振り返りの支援している。	◎	認知症進行、家族間の意見対立、近隣トラブル等の困難事例を抱えるケアマネジャーとケース会議を提案。ケース会議において関係機関と情報共有、課題の分析と整理、支援の方向性の確認をし、検討した内容をケアマネジャーが実践できるよう支援した。その過程でセンターはケアマネジャーへの支援計画を立て、経過を追うことで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、「疾患別事例検討会」や「事業所連絡会」で事例検討や対応方法など情報共有できるように運営を行った。また支援の標準化を図れるように「事例研究会」を開催し、気付きのポイントと、傾向・分析する力を身に付けてもらえるような内容で行った。内容についてはこれまで蓄積してきたアンケートの内容を反映するようにしている。	◎	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。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。圏域にて自立支援型地域ケア会議を、事例提供するケアマネジャーと事前協議にてイメージを共有した上で、定期的に(2ヶ月に1回)開催。ICFに基づいたケアマネジメントにより、自立支援の視点の定着とアセスメント力の向上を図っている。会議には介護サービス事業所にも参加を呼びかけ、支援方針の統一に努めている。	○	事例検討会では各事業所に検討したい事例を聞き取り、ニーズに応じた事例を選定して開催している。ケアマネジャーから困難事例について相談があれば、個別地域ケア会議開催の提案をし、検討する内容に応じて必要な関係機関と開催に向けて調整を行っている。	○	地域から相談のあった高齢者について担当ケアマネジャーに個別地域ケア会議を提案。会議を開催したことで、課題だった家族へのアプローチや地域での見守りの体制が整い、適切な支援へとつながった。	○	ケアプランの作成についてはセンターの保健師と協働し、自立支援の考え方と目標の設定についての研修会を開催した。困難事例があれば個別地域ケア会議の開催を提案している。	○	ケアマネジャーに対して、ケアプラン作成の助言・指導を行っている。困難事例等の相談を受けた際は必要に応じて個別地域ケア会議を提案している。また、圏域内の主任ケアマネジャーと連携して開催している事例検討会において、ケアマネジャーへの助言・指導を行っている。
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。	◎	オンラインを活用した、コロナ禍でも繋がりを絶やさない懇話会を継続して、今年からは新たに実務経験3年以上のケアマネジャーを対象とした懇話会「わかとらセントラルズ」を創設し、非常勤やパートなどの職員の声も取りこぼさずに聞けて繋がるようにした。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た。また昨年度に引き続き「おおとら・わかとら・こら合同研修」で地域活動についてさらに理解を深めてもらえるようにする。	◎	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ていく為に、定期的に圏域内の全事業所対象に連絡会の開催を企画していたが、コロナ禍の状況で開催が困難な状況にあり、各事業所を個別に訪問。地域からの依頼による出前講座への講師派遣の可否を確認するとともに、同時に各事業所における課題等の抽出・把握をすることで、次年度の取り組みに繋げていく。	○	コロナ禍においてもケアマネジャー同士のネットワークが維持できるよう、オンラインと対面で居宅介護支援事業所連絡会を開催している。会議が情報交換や情報共有ができる場となるよう意識している。	○	2か月に1回の居宅介護支援事業所事例検討会においてケアマネジャー同士が交流できる場となるよう努めている。そのうち2回は、よりケアマネジャーが求める集まりとなるよう、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同して開催をしている。	○	居宅介護支援事業所連絡会では、ケアマネジャーが悩んでいる内容について意見交換を行った。特定事業所連絡会にも参加し、加算を取っていない事業所にも参加を募り、圏域内の居宅介護支援事業所の関係性の構築に努めた。	○	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携しケアマネジャー向けのカフェを開催している。ケアマネジャー同士が情報交換や悩みや困りごとが話し合える機会となっている。



<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>◎ 主任介護支援専門員に必要な能力(フレセンテーション・コーディネーション・ファシリテーション・ネゴシエーション)を高めて発揮できるように、とらの巻運営委員会でトレーニングしたり、またグループワークの進行の充実・標準化を図るために、運営委員でマニュアルを作成し、他の圏域でも利用してもらえるようにした。またコロナ禍で法定外研修の開催が減ってきて困っているという主任介護支援専門員の声を形にした法定外研修を開催した。</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、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。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>○ 年度末の居宅介護支援事業所連絡会でケアマネジャーのニーズ調査を行い、その内容を次年度の計画に反映し実施している。センター開催およびセンターに届く他機関の研修案内等はFAXにて各事業所へ周知している。</p>	<p>○ 研修会でとったアンケート結果や事例検討会で抽出した課題をもとにテーマを決めて研修会を実施している。評価期間内においては圏域内の「看護多機能ホーム」をテーマに研修会を実施した。</p>	<p>○ 枚方市介護支援専門員連絡協議会のアンケート結果を活用し、事業所連絡会で「ケアプランの目標の立て方、考え方」をテーマに勉強会を実施。研修情報の提供として、センター窓口で研修案内を設置している。</p>	<p>○ 研修会や懇談会開催時のアンケートや聞き取りにて研修内容を決定しており、今年度はニーズの高かった法定外研修を企画し、実施に向けて準備をしている。企画した研修についてはFAX・メール・LINEにて案内している。</p>
<p><b>2. 在宅医療・介護連携推進体制構築が図れたか。</b></p>						
<p>(解説) 高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、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>						
<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>◎ 研修後のアンケート結果にて、上位となっていたアルコール依存症の方への支援・対応をテーマに、専門医療機関の医師から「高齢者のアルコール問題の特徴と支援について」講義と、保健所を交え参加者との意見交換を行った。ケアマネジャーだけではなく薬剤師、保健所、介護保険サービス事業所、断酒会など多岐にわたる方々が参加した。気づきや変化のポイントなどを相互理解して、依存症についての理解を深める機会となり、専門医療機関への相談方法がわかるなど、新たな連携体制が生まれた。</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る予定にしていたが、コロナ禍で連絡会が開催できない状況が続いている。圏域の地域ケア会議に医療機関・各校区校長・UR都市機構・介護保険事業所に参加してもらい、構成メンバー間で地域の課題等を共有した。自立支援型地域ケア会議においては圏域の訪問看護ステーション在籍の看護師やリハビリテーション専門職に助言者として参加を打診し、専門職との連携に努めている。また、圏域内の医院と待合室懇談会を開催。医療機関とケアマネジャーの連携向上に繋がっている。</p>	<p>○ ケアマネジャーから連携したいとニーズの高い医療機関で、隣接するセンターと連携して待合室懇談会を企画していたが、社会情勢により中止。時機を見ながら開催できるよう調整している。</p>	<p>○ コロナ禍でうまく医療と介護の連携が取れない課題について、隣接センターと共同で医療介護連携研修会を企画している。</p>	<p>○ 自立支援型地域ケア会議に圏域内の病院の相談員や薬剤師に参加を依頼し、自立支援の視点と医療と介護の連携体制の構築に努めた。コロナ禍でうまく連携が取れない課題について、医療と介護が協力して高齢者支援を進められるよう隣接センターと共同で医療介護連携研修会を企画している。</p>	<p>◎ 圏域内での医療・介護連携をより強化するために、これまで東部圏域合同でおこなっていた研修会等を圏域単独で行った。圏域内のクリニックで開催した待合室懇談会では主治医とケアマネジャーの顔の見える関係が構築でき、医師から相談が入るようになった。また、D病院にて医療・介護連携の研修会を実施し、連携体制の構築を図っている。</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>◎ 昨年10月に開催した多職種連携研究会のまとめやアンケートに「歯科医師の在宅治療の話や取組みの話を聞きたい」と要望が多かったため、歯科医師による待合室懇談会を2回開催した。見過ごされやすい口腔ケアの正しい知識を改めて学ぶことで、多職種間の相互理解が進み、歯科の訪問診療等の知識を、実務に生かすことができるようになった。</p>	<p>◎ 在宅医療コーディネーター・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、地域で暮らす高齢者を支える為の医療・介護連携の機会として多職種連携研究会を開催予定。今年度は「難病」をテーマに、保健所等の関係機関との連携により、病気が進行しても社会参加のできるまちづくりを目的としている。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、訪問や必要なサービスに繋げるなど連携を図っている。</p>	<p>○ 過去複数回にわたって多職種連携研究会で認知症高齢者の支援をテーマに検討しており、積み上げてきた課題と日々の支援の中から、今年度は「服薬管理」をテーマに開催を予定している。</p>	<p>◎ 多職種連携研究会から派生した活動として「介護者家族の会」を立ち上げ、医療と介護の専門職が協力して運営している。今年度は2回開催し、会議前には運営方法や当日の役割を、会議後には次回開催に向けての協議を行っている。今年度の多職種連携研究会では「介護者家族の会」の開催結果をもとに開催を計画している。</p>	<p>○ 今年度は、各機関の課題として抽出していたBCPをテーマに多職種連携研究会を開催予定としており、実施に向けて準備している。</p>	<p>◎ コロナ禍で対面での多職種連携研究会が中止となったため、コロナ禍における各職種の状況等に関するアンケート調査を実施し、結果について多職種と共有した。アンケート結果から「高齢者のフレイル」が課題として抽出できたことから、フレイルに関する地域住民向けの啓発物を多職種で連携して作成し、配布を行った。</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>◎ 待合室懇談会ほもとより、事業所連絡会や各懇話会(とら、わかとらセントラルス、とらの巻)がまさに多職種連携研究会と同じような機会となってきた。タイムリーなコロナ禍の医療体制の話や発熱外来のかかりかたなど、現場が知りたい情報を講義にあげてもらい、多職種で同じ問題解決に取り組み、他分野の法改正を知ることで、これから自分たちの職種がどのようなことを図から求められているかを知ることができ、質の向上に繋がるきっかけになった。</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考えているが、コロナ禍で連絡会が開催できない状況にある。別のネットワーク構築の方策として、各介護保険事業所の「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介護保険事業所へ情報提供している。事業所を個別に訪問し、地域からの依頼による出前講座への講師派遣の可否について確認した。同時に各事業所における課題等の抽出・把握することで、次年度の取り組みに繋げていく予定。</p>	<p>○ 圏域全体の事業所連絡会を開催し、「感染症の基本を知る」をテーマに各介護保険事業所における感染症の対応力向上に努めた。不参加の事業所には資料等を提供するなど、圏域内の事業所が情報が得られるように取り組んでいる。</p>	<p>○ 第12圏域と合同でCOPDをテーマにオンラインで事業所連絡会を開催し、介護保険事業者のスキルアップとなるよう努めた。また、「精神疾患の支援」をテーマに、介護保険事業者研修会を予定している。</p>	<p>○ 第12圏域と合同でCOPDをテーマにオンラインで事業所連絡会を開催し、介護保険事業者のスキルアップとなるよう努めた。また、「精神疾患の支援」をテーマに、介護保険事業者研修会を予定している。</p>	<p>○ 多職種連携研究会のアンケート結果からも介護事業者同士の連携を求め声もあり、訪問介護事業所、通所介護事業所の事業所同士のネットワークをより強化するために、センターの声掛けにより圏域内で中心となっている介護事業所とともに、事業所交流会の企画したが、社会情勢により延期。開催に向けて準備を進めている。</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>◎ 退院前カンファレンスにケアマネジャーと同行訪問し、一緒にアセスメントしている。かかりつけ医がない高齢者が、突然体調悪化し動けなくなったという相談などには、往診・訪問診療を積極的にやっている診療所につなぐだけでなく、情報共有し必要に応じて同行訪問などを行い、適切な支援につなげるように体制を整える支援を行っている。また民生委員やケアマネジャーなどからの在宅医療に関する医療機関についての問合せにも速やかに情報提供できるように、地域の医療機関の状況把握を行っている。待合室懇談会も医療機関が地域医療の拡充に関して、発信したい情報などを事前に聞き込み、講義の内容を一緒に考えている。</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。圏域内の病院との入退院における連携は確立されており、コロナ禍の状況においてはオンラインでのカンファレンス開催やリハビリテーション専門職との情報共有によりスムーズに在宅生活に戻れるようにしている。入退院時、介護保険サービスだけでは対応できないニーズについて、インフォーマルサービスの活用や介護サービス事業者との関係性により柔軟な対応をしていただくことで、地域での生活にスムーズに戻れるよう支援体制を推進している。</p>	<p>○ 入退院時に必要なカンファレンスには可能な限り参加し、必要な機関には声掛けを行っている。退院後スムーズに在宅生活に移行できるよう、病院と家族の間に入って介護保険申請などの支援をしている。</p>	<p>○ 第12圏域と合同で、圏域内の病院の入退院支援室とケアマネジャーの業務内容について共有し、双方の業務の理解を深め、入退院時に円滑な連携が図れる関係づくりを行っている。看取りの相談が増加しており、医療機関や介護保険事業所と在宅生活に移行するための調整・支援をおこなっている。</p>	<p>○ 第11圏域と合同で、圏域内の病院の入退院支援室とケアマネジャーの業務内容について共有し、双方の業務の理解を深め、入退院時に円滑な連携が図れる関係づくりを行っている。</p>	<p>◎ 円滑に在宅支援に移行できるように医療機関、ケアマネジャーと連携して支援している。複合的な支援が必要な場合は、保健所、障害福祉事業者、民生委員等との調整・連携を行っている。認知症、被害妄想や拒否が強く、近隣住民とのトラブルや警察介入等が頻発にあった事例では、地域住民、医療機関や保健所、障害福祉や警察等と連携し、医療機関への入院支援を行った。また、顔の見える関係づくり及び連携体制の構築を目的に、圏域内の医療ソーシャルワーカーとケアマネジャー、ケアマネジャーと障害福祉事業者、ケアマネジャーと民生委員(毎年校区ごとに3年計画で実施予定)の研修会等を企画し、支援体制の整備・拡充を図っている。</p>