

## 資料②-1

令和5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5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ない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、11月下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5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>把握した地域課題(高齢者の移動に関すること)について第2層協議体で共有し、課題解決に向けた提案や取り組み(いすを置く活動)を行っている。</p> <p>介護予防の取り組みについて、定期的なひらかた元気くらわんか体操の実施やフレイル状態にある人が介護予防に取り組む必要性を理解できるよう個別支援に努めている。</p> <p>圏域内で多発している消費者被害・特殊詐欺について、民生委員とケアマネジャーで会議を実施し、被害防止のための情報共有と体制の構築を行った。</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や今後のサポーターの支援内容について準備を進めている。</p> <p>地域の実情に即した課題の抽出・振り返りにより多職種連携を図ることを目的とした多職種連携研究会では、医療機関・介護事業者が参加する事務局で話し合い、「地域で生きる・逝きる」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。また、複数の課題を抱える世帯についても、関係機関と連携し、当事者に寄り添った支援を行っている。</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>ケアマネジャー支援として、ケアマネ通信を年4回発行し、ケアマネジャーとセンターがともに困難事例に取り組んだ事例を紹介するなど、ケアマネジャーがセンターに相談しやすいように働きかけている。また、事業所懇談会として、日常生活自立支援事業の紹介や、精神科病院との懇談会開催など、ケアマネジャーが抱える困難事例に即した懇談会や研修を開催している。</p> <p>個別支援においては、訪問によるアウトリーチや家族や関係者からの情報収集を十分行った上で、多職種と対応方針を決定し、必要な支援を行っている。支援が困難な事例については関係者と情報共有しながら、粘り強くアプローチしている。</p>

## 令和5年度地域包括支援センター実地指導総評

③	聖徳園	<p>多職種連携研究会の課題である、地域の方へ認知症への理解・周知啓発を進めていくことを目的とした認知症高齢者への医療と介護双方の取り組みを地域へ発信する参加型のイベントの開催を進めた。イベントの内容や運営方法を医療機関と介護保険事業者とともに協議し、準備の過程において相互理解をしたことで連携ができるネットワーク構築の機会となった。</p> <p>介護予防やフレイル予防に取り組むための広報紙を定期的に発行し、地域住民に向けて発信している。また、圏域内の介護サービス事業者の協力を得て運動習慣をつけてもらうことを重視する運動講座を開催している。</p> <p>圏域内の認知症カフェについて、開催内容への協力をを行い、開設を支援した。</p> <p>個別支援においては、様々な課題が重複している困難事例について、関係機関と支援の方向性を共有し連携しながら、医療・介護や、成年後見制度等の権利擁護を目的とする制度等につないでいる。</p> <p>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、助言・気づきを促す支援を基本として、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>
④	安心苑	<p>「移動支援」という地域課題に対して、団地への全戸アンケートを行いニーズを把握し、買物への外出支援として既存のタクシーを利用して乗り合わせる取り組みを進めた。また、地域で男性の役割、居場所が少ないという課題に対して、他の圏域を担当するセンターと合同で、畑で玉ねぎ、じゃがいも等作物を作り、継続できるように取り組んでいる。</p> <p>地域別にセンター独自に介護予防手帳を作成、配付している。体力測定会開催時には介護予防手帳を持参し、自ら介護予防(ウォーキングや体操)を行うことで、健康の維持につながっている。</p> <p>個別支援においては相談があれば速やかにアウトリーチによる実態把握をおこない、関係機関と連携しながら適切な制度利用につなげている。</p>

## 令和5年度地域包括支援センター実地指導総評

⑤	サール・ナート	<p>圏域内の高齢者施設、障害福祉事業所、医療機関等と定期的に会議を開催し、要援護高齢者等が分野を超えてより良い支援につながる体制づくりを行っている。構築した支援体制を活用し、個別事例や高齢者の活動の場などの対応を行っている。</p> <p>圏域内の複数の場所でひらかた元気くらわんか体操や健康講座などの介護予防の取り組みを定期的実施し、介護予防・健康増進に向けた取り組みを行っている。一つの場所では参加者が定着してきたことから、「ひらかた夢かなえるエクササイズ」の取り組みに発展することができた。</p> <p>「認知症月間」にあわせて「オレンジガーデニングプロジェクト」に取り組み、花の栽培を通して高齢者同士の交流や認知機能が低下した高齢者の見守りの場となった。咲いた花の前でオレンジカフェを開催し、圏域内のグループホーム職員やチームオレンジサポーターとともに認知症の啓発等を行った。</p> <p>多職種連携研究会では前年度のアンケート結果を踏まえ、医療と介護に限らず高齢者に関わる幅広い職種を含めた会議体と専門職のコアな職種が集まる会議体の2回実施とし、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。</p>
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り組みを実施している。また、地域で男性の役割、居場所が少ないという課題に対して、他の圏域を担当するセンターと合同で、畑で玉ねぎ、じゃがいも等作物を作り、継続できるように取り組んでいる。</p> <p>「くらわんかウォーカーズ」の養成、継続支援を通じて、介護予防としての取組みのみに留まらず、相談や支援が必要な方がおられてもメンバー間で気づき、センターへ相談でき、活動が継続できる体制構築にまで広げている。</p> <p>圏域内の商業施設や薬局の協力を得て、様々な機関と協働し、高齢者が関心があると思われるテーマで定期的に講座を開催している。</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積極的に支援している。</p> <p>個別支援において、困難事例については関係機関と連携し、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る。</p>

## 令和5年度地域包括支援センター実地指導総評

⑦	美郷会	<p>高齢者とその世帯の支援に係るスムーズな連携体制構築、対応力向上を目的として、相談支援業務を行う関係機関（コミュニティソーシャルワーカー、地域生活支援センター）と居宅介護支援事業者との連携会議を今年度より定期的に行っている。</p> <p>地域の認知症高齢者やその家族を支援するため、民生委員や介護保険事業者と意見交換を行い、認知症カフェ開設の準備をしている。</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・研修案内を圏域内の居宅介護支援事業所へ直接届けたり、圏域内の居宅介護支援事業所の管理者が繋がりをもち、相談し合える集まりを開催するなど、ケアマネジャーの後方支援、ネットワーク構築に努めている。また、ケアマネジャーの抱える困難事例に対し、カンファレンス等の開催、事例に応じた対応方法の提案などを行っている。</p> <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、日常生活自立支援事業等の制度活用など適切な支援を行っている。</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の課題（認知症高齢者の理解、障害福祉制度の理解等）について、関係機関へ働きかけて課題解決への取り組みを進めている。</p> <p>介護予防やフレイル予防に取り組むための広報紙を定期的に発行し、地域住民に向けて発信している。また、定期的なひらかた元気くらわんか体操の実施に取り組むとともに、居場所の再開や活動の強化への後押しに取り組んだ。</p> <p>ケアマネジャー支援として、ニーズに応じた研修会や事例検討会、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、介護保険事業者等向けに開催する研修について、当日参加できなかった事業者に向けて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> <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、複数の課題を抱える世帯にも、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>
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等の課題である、高齢になってからの転入者や、以前から地域に住む方にも閉じこもり傾向の方がおられるという課題解決に向けて、地域の居場所や集いの場などと構成する連絡会を立ち上げ、連絡会を通じて各事業者や居場所同士の連携を進め、高齢者が地域に繋がりがやすくなるためのネットワーク構築への取り</p>

## 令和5年度地域包括支援センター実地指導総評

		<p>組みを進めている。</p> <p>ひらかた元気くらわんか体操自主グループの参加者に対し、基本チェックリストの実施により、心身機能のアセスメントを行い、かつ、データをコロナ禍前と比較することによって課題のある参加者を把握し、本人が介護予防に向けた取り組みを継続して行うための支援に取り組むなど、自立支援の視点に基づく虚弱高齢者の支援を行っている。</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、生活課題はあるが相談を受けた時点では積極的な支援が難しい高齢者について、地域と連携しながら、フォロー時期を明確にして粘り強く対応を継続している。</p>
⑩	大阪 高齢者生協	<p>毎月の広報紙の発行、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に名刺サイズの啓発物を圏域内の医療機関、薬局、歯科医院、金融機関へ配布している。圏域内の一部にはセンターの活動内容、介護予防の取り組みを載せたチラシを全戸配布し、要援護高齢者に関する相談に繋がっている。</p> <p>ケアマネジャーとともに年度末に翌年度の居宅介護支援事業所連絡会の計画を立て、研修や座談会形式など開催方法を工夫しながら、ケアマネジャーのニーズに応じた内容で実施している。</p> <p>個別事例においては対象者のニーズや置かれている環境等の聞き取り、家族支援として多機関への繋ぎなど、対象者が納得できるよう丁寧に支援を行っている。</p>
⑪	パナソニック エイジフリー	<p>地域課題から立ち上げた「介護者家族の会」を継続的に開催しており、活動を掲載した広報紙で取り組みを知った元介護者と、「介護者家族の会」へ新たに参加されるようになった現役介護者からの介護体験談や知識の取得、リフレッシュの機会となるよう実施している。参加者数は増加しており、参加者同士の交流や知識の取得の場として機能している。また、ともに運営している医療・介護保険事業者同士が介護者家族への関わりを通じて各機関の役割を再認識できる機会となっており、既存のネットワークの強化が図れている。</p> <p>圏域内の障害福祉事業者や薬局からの相談を受け、その相談内容から第2層協議体や自立支援型地域ケア会議等への参加を提案し、継続した参加に繋がり、相談内容の解決や共に取り組みが行えるようなネットワーク構築を進めている。</p> <p>個別事例において認知症で支援の介入に対して強い拒否がある方に対して訪問を繰り返し、地域や医療機関と見守り・支援の体制を構築し、支援に繋がるまで継続的に支援をしている。</p>

## 令和5年度地域包括支援センター実地指導総評

⑫	大潤会	<p>集合住宅の自主防犯・防災会定例会議に参加し、センターの取り組みの周知や地域で発生している消費者被害の普及啓発を行っている。集合住宅が発行する広報紙にセンターの周知記事や消費者被害の記事を掲載してもらっている。</p> <p>各校区の特色や地域課題に応じて、自身の健康評価ができるよう測定会の開催、世代を問わず参加できるよう新たなスポーツの取り組みが地域で広がっており、医療機関等と連携しながら取り組みの支援を積極的に行っている。</p> <p>多職種連携研究会は「有事の際の情報共有について」をテーマに開催し、会議内での意見を取り組みにつなげていくため、“繋がろうプロジェクト”を発足した。圏域内の事業所の開所状況や高齢者施設の部屋の状況などの共有を目指し、情報共有のツールの体験や活用方法の検討を行っている。</p> <p>個別事例においては相談者の将来に関する不安を聞き取り、相談者およびその家族に適切と思われる制度を提案し、成年後見制度や遺言に関わる支援を行った。</p>
⑬	東香会	<p>第2層協議体の課題を解決するために「100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりの会」を発足し、「認知症」「フレイル」の課題に対して、地域住民や介護保険事業所、医療機関、商業施設等と連携して認知症サポーター養成講座やひらかた夢かなえるエクササイズなど介護予防の取り組みを進めている。また、圏域内15拠点にカタログスタンドを設置し、様々な情報発信を実施している。</p> <p>多職種連携研究会は「つながろう～災害に備えた連携の輪」をテーマに開催し、自分たちの地域で想定される災害の確認やその際の連携等を校区ごとでグループワークを実施。医療機関や介護保険事業者が地域の防災の取り組みについて知らないことが課題の一つであることが確認でき、医療・介護関係者が地域の防災等の取り組みを知り、どのように地域と連携・協力できるのかを地域住民と校区コミュニティ協議会と共に検討する機会を設けた。</p> <p>ケアマネジャーからの困難事例の相談に対しては現状や課題を分析・整理を共に行い、支援の過程においてセンターとしてケアマネジャーへの支援の目標や計画を立て、ケアマネジャーの気付きとなるようスーパービジョンを行った。</p>



令和5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5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。															
〔解説〕	高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその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た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。各事業実施後も、定例会議にて振り返り、回覧等を行っている。	○	次年度の事業計画策定では、事業計画の立案、年間予定などを各担当職員が分担し、定例会議で検討し職員全員で共有している。定例会議にて適宜進捗確認及び見直しを行っている。	○	年度末に次年度の事業計画を立て、その後必要に応じて定期ミーティング等で計画の見直し・修正を行っている。	○	設置目的（センター業務マニュアルより）を共有し、職員の意見を聴取して事業計画を作成している。共有パソコンに計画表を作成し、職員全員が進捗状況等を確認できるようにしている。また、8月に計画の見直しもしている。	○	年度当初に事業計画を立て計画的な運営を行っている。進捗管理はセンター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が確認できるようにしている。また、毎年1月～2月頃に職員の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、地域性に応じ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「住み慣れた地域で自分らしく生きる～人生会議を身近なものに～」として、地域で開催する講座等、様々な機会を通じて人生会議の重点的な啓発活動を行っている。	○	事業計画に関しては3職種が中心となり設置目的を踏まえた上で、スタッフ全員に意見を聞き事業計画を立て運営を行っている。定期的な会議を実施し進捗状況を確認している。
②	センター設置の主旨やセンター業務等について研修を行うことにより職員が理解している。	○	センター入職時に業務や地域特性について研修を行っている。センターの役割や業務について職員間で随時確認した。	○	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。また、職員に対しセンター関連の研修に参加を促しスキルアップの向上を図っている。各種会議や各部会での情報を共有し、定例会議で意見交換を行うとともに、地域の状況や計画の進捗状況などを共有することで、センター業務の理解と周知を図っている。	○	設置目的や基本方針は事業所内に掲示し、全員がいつでも確認できるようにしている。研修は法人内・外の研修に積極的に参加することを心がけ、参加した職員は後日内容を回覧、定期ミーティング等で他職員へ伝達研修を行っている。	○	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の受講を推奨している。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づけしている。毎月のセンター内会議で総合相談実績などを呈示し業務の意識づけが深められるようにしている。	○	センター職員向けに「地域マネジメント」「地域ケア会議」「BCP」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、普段の取り組みをどのように体系づき繋げていくかについて学ぶ機会とした。	○	適宜業務マニュアル、事業計画を確認し意識しながら業務を行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。															
〔解説〕	地域包括支援センターの運営は、公正・中立性を確保しつつ適正にされなければならないとされており、地域の関係者全体がそれを評価する場として、「地域包括支援センター運営等審議会」が設置されています。センター職員は、その運営が常に運営等審議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを理解していく必要があります。														
①	支援にあたっては、保健・医療・福祉サービスが特定の事業者に不当に偏らないよう、また利用者を不当に誘導しないよう、総合的かつ効率的に、多様な事業者から提供されるよう配慮している。	○	サービス事業所については利用者本人の状況を最優先し、枚方市の「サービス事業所一覧」により偏らないように配慮して情報提供している。介護保険外のサービス等についても、できるだけ多くの情報を共有し、同時に各サービス提供機関の相談対応能力を勘案しつつ、総合的に支援依頼を行うよう心がけている。	○	利用者や家族等の意向を確認し、それぞれのニーズに合わせながら、事業所一覧表等を用い、複数の事業所の情報を提供している。情報提供した事業所をホワイトボードに記載しセンター内で共有することで、特定の事業所に偏らないよう公平性を図っている。	○	事業所を選定する際は、利用者の意向をまず確認する。意向がない利用者には、主治医関連の事業所はどうか、地域密着型かどうか等、複数の事業所と特徴を示し、利用者や家族が選びやすいように配慮している。各事業所が作成したパンフレットを活用したり、各事業所から得た状況等を日頃から事業所情報をセンター職員内で共有するよう心がけている。	○	まずは利用目的を確認し、希望があればそれが目的と合致しているか確認する。希望がなければ、サービス事業所特徴表、事業所一覧表を利用し、各事業所をファシリテートしその情報を提供している。また基本的には複数事業所を提示し支援を行っている。また本人のニーズに合致したサービスが、市の事業であったり、介護保険外のサービスである場合、選択肢が狭まってしまいうため、より多くの資源の把握に努めている。ミーティングで提案事業所の一覧を共有し不当に偏らないように確認している。	○	相談者の意向に沿い情報提供を行い、選択・決定している。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、総合的に判断している。事業所選定指針を順守し、偏りない選定と具体的な情報提供により利用者自身が最終決定できるように努め支援している。	○	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に偏りがなければ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シリテートしている。ファイルやパンフレットなどは誰でも閲覧できるように設置し、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の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。															
〔解説〕	各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、常に情報を共有し、相互に連携・協働しながら、「3職種」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考えが基本であると認識することが必要です。														
①	継続的な支援が必要な高齢者に対し、責任体制等を明確にするため、「主担当職員」を決めている。	○	職種の専門性等を考慮し、担当職員を決めて対応を行っている。	○	管理者と協議し、ケースの相談内容やニーズに応じて職員の専門性を鑑み、主担当職員を決め支援を行っている。	○	新規ケースは管理者が確認した上で担当を決める。虐待・生活困窮・認知症・精神疾患・近隣トラブル等の継続的に関わらなければならないケースでは、特定の職員に偏らないように配慮し、異なる職種二人体制をとっている。	○	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な体制を整えている。	○	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担当する。
②	必要性に応じ随時センター内でカンファレンスを行うなど、チームとして検討・支援していく場を設けている。	○	毎日の朝礼にて、前日対応のケースについて情報共有を行い、対応を検討している。必要な場合はその都度声をかけセンター内でケースの検討を行っている。また、定例のセンター内会議で、必要なケースは対応について協議する場を設けている。	○	毎月のセンター内定例会議で「ケースの共有」の時間を設け、職員間での共有及び検討を行い、急ぐ場合や状況に変化があった場合などは、朝礼の時間やその都度協議を行い対応している。	○	毎朝・夕礼時、月1回の定期ミーティングで報告し全員で共有している。虐待相談などの緊急時は随時協議している。	○	毎日ミーティングで前日の新規相談の情報を共有し、必要であれば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回の定例会議の場を利用し、職員全員で検討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、成年後見ケース、虐待対応ケースでは、担当者に管理者も加わった複数制を採用することで、担当者が孤立せず、様々な視点から課題に対応できるよう配慮している。	○	支援困難ケースは、基本的には全職員で、急ぐ場合はその場にいる複数の職員で情報共有と協議を行い、センターとしての支援方針等を判断している。必要に応じて2人体制で訪問するなど複数対応を行っている。	○	支援困難ケースは基本的に異なる職種二人体制をとっている。ケースの動きは必要に応じて毎朝・夕礼時・定期ミーティングで報告し全員で共有している。緊急性の判断は、管理者を交えて行い、管理者が不在の場合には複数職員で協議し判断している。	○	ミーティングでの報告で、複数の関わりが必要なケース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に相談し対応を検討している。管理者が不在であれば、職員の話し合いで対応を決め報告している。	○	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は、複数職員で対応できる体制が作れるように配慮している。
④	職員間で情報共有や検討ができるよう所内会議等を開催している。	○	定例では毎月会議を開催している。毎日の朝礼でも前日の相談内容や、その日の確認事項等情報共有を行っている。休職の職員についても、資料を回覧することで共有している。	○	毎月、所内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。	○	毎朝・夕礼時と月1回定期ミーティングでケース・地域行事・各事業の進め方について報告や検討を行っている。	○	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。

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、目立つようにのぼりをだて目をひくようにしている。ガラス窓にも内張看板を掲示してわかりやすく表示している。	○	建物の1階にセンターののぼりを設置するとともに、センターが入る3階の窓にも看板を張り出し、遠くからでも見えるようにしている。また、1階工レペーター横にも案内板を設置している。	○	事務所が入るビルの1階入口に立て看板を設置、2階事務所前のにぼりを設置し、来た人が分かりやすいようにしている。ペランダに設置している看板は昨年度末に新しく作り直し見やすくした。	○	センターの看板は道路からも見やすいところに設置し、業務時間内のはのぼりを出している。	○	正面玄関に大きく見やすい看板を設置し、のぼりも両側に活用し表示している。正面玄関横の掲示板に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いる。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ぼりを設置している。
②	センターの案内や業務内容を、地域住民や関係機関に積極的に周知を図るとともに、センターの理解が深まるように働きかけている。	◎	入口付近に、啓発用のポスターやチラシを置き、ひらかた元氣くらわんか体操の推奨や消費者被害の注意喚起等通りがかりの方にも目を引くような工夫をしている。また、こもれびだより(年4回発行)を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。玄関にミニトマトの鉢植えを置いて入りやすい雰囲気を作ったり、玄関の外にいつでも自由に座れる椅子を置いて、センターに関心を持ってもらうなどの工夫も行っている。また、椅子を利用している高齢者等に声掛けをしてセンターの周知を図ることもあり、声掛けをきっかけに地域の社会資源につながった方もいる。	◎	地域のサロンや喫茶等の出前相談時にはセンターのパンフレットやチラシの配布だけでなく、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うなどして、地域住民に積極的に周知を図っている。また、年4回発行の「包括社協ふれあいだより」を自治会、圏域の医療機関や居宅事業所、行政機関等に配布し、回覧や掲示を行うことで、センターの理解が深まるように働きかけている。	◎	昨年度に引き続き、保健師や社会福祉士が作成する専門性を活かした内容を掲載した地域住民向けのチラシを定期的に各自治会で全戸配布したり、銀行や郵便局にセンターのチラシを設置してもらい周知を図っている。	○	センターの案内チラシを作成、地域の行事、出前講座等で周知するようにしている。センターとして出前講座で伝えられる基本的なテーマを一覧表にし、地域からの依頼があった際は共有している。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。	◎	センターの広報紙は年に2回発行し、自治会への回覧、医療機関、見守り110番協力店舗への配布をしている。今年度は回覧する地域が拡大した。センター職員が顔絵をのせた簡易チラシやLINE配信も活用し、センターの活動を周知している。	◎	センター独自のホームページとLINE公式アカウントを定期更新している。ホームページでは地域住民にあまり知られる機会がない事業所向けの研修等の活動報告も随時掲載し、センターの業務内容の周知を図っている。LINEは登録者が529名(8/30時点)となった。開始から5年経過し、毎年約100人ペースで登録者が増えている。今年度からは更に圏域の介護保険事業所のみを対象にしたLINEアカウントを新規開設。制度改定や枚方市からのお知らせ等を配信予定にしている。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。今年度は圏域内の病院にも常設ラック設置に協力を得た。	◎	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ものに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内にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。														
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どのような情報」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。	○	総合相談対応時に口頭にて説明し、同意を得てその内容を相談記録に記入している。	○	個人情報を第三者に提供する場合、事前に本人や家族に確認し、同意を得てから行い、同意書はファイルに綴じて、鍵のかかるロッカーに保管している。書面での同意が難しい場合は、口頭で説明したうえで同意を得て、その旨を相談記録に記載している。	○	総合相談では、本人または家族に口頭で説明し同意を得た上で各事業所に情報提供を行っている。また、その旨を必ず支援経過記録に残すようにしている。介護予防契約では、必ず個人情報使用同意書を提示し同意を得ている。	○	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、必要に応じて書面にて同意を得ている。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。	○	必要に応じて書面にて同意を得ている。書面にて同意を得ることが困難な場合には口頭で個人情報をを使用することを説明し、同意を得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、所内に掲示している。また、職員の雇用時に法人へ「個人情報に関する誓約書」の説明を行い、提出している。法人が行う個人情報保護に関する研修に参加している。	○	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。新しく入職する職員に対し、個人情報保護についての研修を行い、法人へ個人情報遵守の誓約書を提出している。	○	法人が作成した個人情報保護10か条を事業所内に掲示し、常に意識できるようにしている。	○	年1回個人情報に関する研修を行い、個人情報保護に関する市の取扱方針に従って、個人情報保護に関するマニュアルを作成して周知している。	○	法人共通の個人情報保護規定を整備している。個人情報保護に関する市の取り扱い方針に従い対応マニュアルを整備しており、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、法人内の居宅介護支援事業所にて行われる年1回の個人情報研修に参加。その後、遠征研修を全職員が受講している。	○	個人情報保護のマニュアルを整備し周知している。また、法人内の居宅介護支援事業所にて行われる年1回の個人情報研修に関する研修を職員が受講し、当該内容をセンター内で共有している。
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、相談スペースが埋まっている場合は会議室を使用することで、当事者が安心して話をしやすい場となるように配慮している。外出時等自席から離れる際は、ケースファイル等の個人情報に関する書類の取り扱いに注意し、職員以外の目に触れることがないようにしている。	○	相談時は個室の相談スペースを利用し、相談者のプライバシーを守っている。また、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。	○	伝言は、メモや紙ではなくPC上で行い、各職員が確認・対応後に削除している。法人内で個人情報をやり取りすることはほとんどないが、その場合は名前等をマスクし個人が特定できないようにしている。	○	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閲覧することはなく、利用者、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。	○	面談室はパーティションで仕切り、システム環境も外部及び職員間で目に触れにくく不必要に個人情報が流れない配置にしている。職員がデスクを離れる際は情報システムからログアウトするようにしている。	○	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漏れないように仕切られている。求客中は職員間の会話内容、音量に注意し、個人情報が漏れないよう配慮している。	○	相談スペースには仕切りをしている。自席を離れるときはケースファイルは出しっぱなしにせず、パソコンの画面も閉じておくように配慮している。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。	○	ケースファイル及びその他個人情報の記載ファイルは、施錠できる書庫で保管している。	○	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。	○	個別ファイルは施錠できる保管庫で管理し、各職員のデスクの引き出しも不在時は施錠している。外出時は個人情報を持ち出すことがないよう管理者が定期的に声をかけ注意喚起している。	○	紙媒体の情報は鍵のかかるロッカーに保管して施錠している。	○	鍵付き書庫と金庫を利用して個人情報を保管している。	○	個人情報を含む書類は鍵のかかるロッカーに保管するなど、マニュアルに沿った対応を行っている。各職員が訪問予定表に個人情報の持ち出しと持ち帰りをチェックし、確実な保管を心がけている。	○	個人情報を含む書類は施錠でき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カードは施錠できる机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、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・責任者は管理者。苦情を受けた場合は法人指定の苦情受付台帳を作成し、法人の規定に沿って対応・解決にあたっている。	○	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。苦情があった場合は受付台帳に記録を残している。
②	苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や職員への周知を行っている。	○	苦情対応に関する体制や対応の流れなどを事務所内に掲示し、いつでも見られるようにしている。	○	苦情対応マニュアルを作成し、苦情受付の体制を整備している。ヒヤリハット報告書は、センター内で共有した後、法人にも報告し、法人全体での共有化も図っている。	○	苦情受付マニュアルを作成し、所定の場所に保管しいつでも確認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。	○	苦情受付や第三者機関等について、利用者につながるよう、相談室に提示している。	○	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。	○	相談室内の分かりやすいところに苦情受付担当者・第三者機関を掲示している。介護予防契約時には、重要事項説明書で苦情窓口や担当者を明記し説明している。	○	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。	○	休日や長期休暇時などは、留守番電話の内容を管理者が随時チェックする体制をとるようにしている。また、連絡網を整備し、必要時に職員と連絡が取れるようにしている。	○	職員住所録及び連絡網は、年度初めに更新し、年度途中で変更が生じた場合はその都度更新することで、職員間で連絡が取りあえる体制としている。休日は、事務所の留守番電話に入ったメッセージを管理者が確認し、長期休暇等の場合は事務所の携帯電話を管理者が所持し、緊急時の対応に備えている。	○	就業時間外は事業所の電話を留守番電話に切り替え、緊急時でも対応できるように留守番電話で緊急用携帯電話の番号を案内している。緊急用携帯電話は月単位で職員持ち回りで担当している。	○	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、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を所持し、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ており、緊急時に連絡がとれる体制としている。なお、緊急時の連絡はグループラインも活用している。
8. 人材の育成や支援について、取り組んでいるか。															
〔解説〕	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。														
①	法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるよう配慮している。	○	研修情報は朝礼や回覧で周知し、希望者が極力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等積極的に参加し、スキルアップできるよう促している。	○	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参加を勧めている。	○	法人内・外の研修は全員に回覧し、可能な限り参加するよう促している。研修費や交通費は法人から支給している。	○	研修通知を伝達し、受講希望があれば勤務調整をし、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。	○	外部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、職員3人でノルディックウォーキング指導者養成研修を受講。今後、地域での介護予防の啓発に役立てていく予定。(研修費用は法人負担)	○	研修案内は全員に回覧し、希望の研修に参加できるよう配慮している。研修費用や交通費は法人が負担。リモートでの研修にも参加できるように、オンライン環境を整備している。
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。	○	研修後は、朝礼や定例会議等で概要等を伝達するとともに、資料を回覧しファイリングすることで、得た情報や知識を共有周知している。	○	受講した研修の内容については、定例会議で報告伝達を行い、全員にフィードバックし共有している。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後日資料を回覧し、定期ミーティング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閲覧できるようにしている。
【事業実施計画】(総合相談支援業務)															
1. ネットワーク構築が図られているか。															
〔解説〕	地域包括支援センターは、担当圏域にネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者等を見い出すことができます。各種サービス、関係機関等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、暮らしまるごとべんりネットの更新を行っている。	○	サービス事業所、医療機関、公共施設、その他インフォーマル情報を収集し、ファイリングして来所者が気軽に閲覧できるようにしている。加えて地域カフェや高齢者居場所をまとめた資源一覧表を作成している。暮らしまるごとべんりネットの情報を随時更新している。	○	各自治会や老人会などの社会資源の情報収集を行い、随時暮らしまるごとべんりネットの情報の更新を行った。	○	暮らしまるごとべんりネットの情報は変更があれば随時更新している。コロナ禍で休止していた居場所の再開など、新しい情報は随時センター内で共有するようにしている	○	インフォーマルサービスは地域の情報の把握をつとめ、情報の変更があれば、暮らしまるごとべんりネットの更新している。市の介護予防事業と地域で実施している介護予防の取り組みを記載した独自の予防カレンダーを作成しそれらにつなげている。またケアマネジャーに周知するよう心掛けている。	○	大きい地図に社会資源を見やすく落とし込んだものを事務所内に掲示し、随時情報更新している。また、暮らしまるごと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。	○	地域の情報を積極的に集め、暮らしまるごと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、事業所マップを作成し、相談対応する際に活用している。暮らしまるごとべんりネットの更新を適宜行っている。
②	圏域における高齢者のニーズ把握を行い、ニーズを検討するネットワークを構築している。	○	出張相談で地域住民、高齢者の声を直に聞く機会を持ち、第2層協議体で地域の課題を共有し、解決に向けた取り組みにつなげるよう努めている。また、民生委員の月ごとの地区委員会定例会議時に情報提供としてセンター職員が随時顔を出し、「顔の見える関係」を作り、相談しやすい関係性を築いている。	○	老人会や自治会の役員との懇談会や、地域サロン・地域カフェなどで健康相談を継続することで、高齢者のニーズ把握を行っている。また、校区コミュニティ協議会、校区福祉委員会、地区民生委員、社会福祉協議会、行政などと連携しネットワークを構築している。	○	第2層協議体会議に参加し、地域の情報やニーズを把握している。第2層協議体会議以外では、出前講座や地域活動に参加する場で民生委員等からの情報・相談で把握している。	○	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、ニーズを把握し地域のネットワークにつなぐたりし高齢者を支援している。	○	地域活動参加時や出前講座の機会を通じて、民生委員等の地域住民からニーズ把握をおこない、第2層協議体等でその検討ができるよう努めている。今年、ある校区のサロンが再開したことで、センターの出張相談場所も再開し、アウトリーチやニーズ検討の場所としても機能している。	◎	地域活動参加時や第2層協議体、センター主催講座で、高齢者のニーズを把握している。昨年度から取り組みを続けているくらわんかウォーカーズの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リーダークルでは、活動上の困りごとや工夫を共有しながら、それぞれのチームでの取り組みを参考にできる機会とした。ニーズを聞きながら、体力測定会等の企画立案へ繋げていく。また、全ての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を終了し、希望する3つのグループにはステップアップ講座も開催した。メンバーの中で物忘れの出始めた方や認知症の方が増えても、これまでの活動が継続できるようにチームアレンジとしてのサポート体制の構築を図った。また、近年、総合相談や介護・認知症に関する相談が増えてきている地域で、気軽に相談ができる場を創出するため、街かどデイハウスに協力を要請し、サロンを月1回定期開催している。	◎	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把握を行い、自治会、民生委員、社会福祉協議会などと連携しネットワークを構築している。把握したニーズは第2層協議体等、課題に応じた場で検討している。

<p>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。</p>	<p>○</p>	<p>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、「顔と顔の見える関係作り」を重ね、ネットワークを構築し、個別支援の対応に活かしている。また、見守り110番協力店舗拡充にも取り組んでおり、ネットワークの維持・改善に努めている。</p>	<p>○</p>	<p>通所介護や訪問介護の事業所は時間帯によっては参加しにくい場合もあるため、オンラインを活用して事業所懇談会を行うなどの工夫をし、ネットワークの維持を図った。また、見守り110番協力店舗回りをを行い、ネットワークの強化を図った。</p>	<p>○</p>	<p>個別の相談の中で民生委員からの心配な方の情報を得て、センターがアウトリーチで対応し、それを民生委員にフィードバックし、民生委員との連携の機能を向上させている。</p>	<p>○</p>	<p>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、分野を超えてより良い支援につながる体制づくりを行っている。既存のネットワーク（民生委員、UR都市機構、医療機関、郵便局、工務店、飲食店、司法書士総合事務所などの他業種）とは、センターの広報紙配布等の機会や高齢者見守り110番事業協力の更新案内等で関係構築に努めている。</p>	<p>○</p>	<p>昨年からは始まった圏域内の大型薬局内で開催する講座は定着している。様々な機関と協働し、高齢者が関心のある多様なテーマでの開催が続いている。この取り組みを他地域でも発展させるため、今年度からは圏域内商業施設でも定期的な講座開催をスタートした。近くの事業所や店舗に相談しながら取り組みを育んでいる。また、今年度は商店街のコミュニケーションスペースで従来から取り組んでいる助け合い活動の養成講座を4年ぶりに開催。講座をきっかけに新しいサポーターも加わるなど、地域の活動が充実できるよう支援している。</p>	<p>○</p>	<p>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してネットワークの維持改善に努めている。また、社会福祉協議会、地域生活支援センターとの連携を強化するため、居宅介護支援事業所、介護保険事業所を加えた新たな会議体を持ち、ネットワークの改善に努めている。</p>		
<p>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。</p>	<p>◎</p>	<p>地域での出張相談や出前講座を拡充し、より幅広く住民に働きかけを行っている。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とも連携し、課題解決に向けた取り組みを行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>高齢者に関する機関だけでなく、障害者の支援センターとも連携している。また、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、市担当課などと連携し、虐待や生活困窮ケースなどの要援護高齢者の支援を行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>地域の銀行やクリニックから相談があった高齢者は担当民生委員と連携し、地域の見守り対象としたり、様々な問題が重複している支援困難ケースなどは、社会福祉協議会や保健所等と連携し対応している。</p>	<p>◎</p>	<p>現在のネットワークを最大限に活用し、電話で気軽に相談できる体制になり、要援護高齢者を支援している。（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）</p>	<p>◎</p>	<p>既存のネットワーク（民生委員、UR都市機構、医療機関、郵便局、工務店、飲食店、司法書士総合事務所などの他業種）とは、センターの広報紙配布等の機会や高齢者見守り110番事業協力の更新案内等で関係構築に努めており、そこから実態把握や支援につながるケースが多くなる。</p>	<p>◎</p>	<p>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。大家と連携しながら、介護保険サービスに繋がっていない高齢者の見守り、相談対応を行っているケースでは、地域との繋がりを作るため、子ども食堂やカフェに誘うなどして地域のネットワークとの結びつけを行っている。また、ある校区で従来から取り組み連携してきた、鍵あすかり活動の協力機関に加わることにし、さらに連携を密にしながら要援護高齢者の支援を行っていく。</p>	<p>◎</p>	<p>民生委員、見守り110番協力店舗、行政機関、各関係機関などとネットワークを構築し要援護高齢者を支援している。今年度より他機関連携を定期的的に実施し、高齢者のみならず65歳未満の家族を含めた世帯支援を他機関と連携して行える体制を整えている。他機関連携により、各機関担当者の顔が見える関係性の構築に繋がっている。また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。</p>

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するための対応ができます。

<p>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。</p>	<p>○</p>	<p>近隣住民やケアマネジャー、行政からの通報等に際して、速やかにセンター職員が訪問し、関係者や関係機関も含めたアセスメントや場合によっては即時対応を行うことにしている。原則訪問し家庭全体を見るように意識している。特に虐待の恐れがあるケース等については、市や関係機関との連携を取りながら、可能な限り迅速な訪問対応を心掛けている。</p>	<p>○</p>	<p>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「お元氣訪問」を理由として、アウトリーチを行っている。</p>	<p>○</p>	<p>当センターが高齢者の相談窓口であることは定期的に発行しているチラシで周知を図り、地域住民や民生委員からの個別相談や情報提供があった際は速やかに訪問し実態把握に努め、関係機関と対応にあたっている。</p>	<p>○</p>	<p>地域の社会資源、関係機関、民生委員、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することにより実態把握を行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>民生委員や地域の役員からの聞き取り、地域活動参加時に情報収集しており、地域住民とセンターでアウトリーチし、支援につながった事例が複数ある。昨年度からはハイリスクアプローチ対象者の実態把握と相談・対応を行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>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。前年度の取り組みから発展させて、今年度は2つの校区合同の民生委員地区定例会にて、「気になる一人暮らしの高齢者の見守り」について事例検討と情報交換する機会を設ける。前年度、見守りをテーマに情報交換した際に民生委員から出た、「見守りをこまでするべきか」「どこまでいけば終了なのか」など見守りに対する負担感や疑問に対する声に応える形式で開催する。地域の高齢者の身近な相談相手である民生委員と連携を密にすることで、隠れた問題やニーズの早期発見を目指す。</p>	<p>○</p>	<p>民生委員、地域からの相談や情報提供があれば、個別に訪問し実態把握を行い早期対応できるように努めている。元気が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。</p>
<p>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。</p>	<p>◎</p>	<p>迅速な訪問が難しい場合は、民生委員・児童委員やケアマネジャー、金融機関、新聞配達業者や配食業者等との連携を密にし、実態を把握し、早期に適切な対応を行うようにしている。</p>	<p>◎</p>	<p>家族や民生委員、自治会役員、医療機関や薬局、商店や金融機関、コミュニティソーシャルワーカー、保健所、生活福祉課、市担当課などと連携して情報収集に努め、実態把握を行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>地域住民・民生委員・医療機関・介護保険事業所・保健所・薬局・銀行・郵便局等から情報収集している。</p>	<p>◎</p>	<p>民生委員、UR都市機構、自治会、配食事業所、医療機関等、地域から得た情報で訪問し、本人からの情報を得て、それで不足な情報を関係機関へ確認し情報を収集している。</p>	<p>◎</p>	<p>既存の様々な機関とのネットワークにより情報提供を受けたり、見守り上必要時に照会を依頼したりしている。高齢者の心身の状況や家族の状況等については各校区担当が窓口となっており、活動上の困りごとなどを聞き取りながら支援を希望しない高齢者などについて、地域の関係機関がセンターの介入できるタイミングを図り、見守りを継続している。</p>	<p>◎</p>	<p>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。前年度に引き続きくわんかウォーカーズの毎月の活動管理には各校区担当が窓口となっており、活動上の困りごとなどを聞き取り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。その中から「メンバークラスがどうも認知症のようだ」という相談があり、介護保険申請手続きなどの個別相談対応を行うと共に、くわんかウォーカーズの仲間と一緒に圏域内で開催している認知症カフェに参加してもらうなど、社会資源へと繋げるアプローチも行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>民生委員、地域住民、介護保険事業所、郵便局、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。生活課題があるが積極的な介入が難しいケースにおいては、地域の関係機関と連携して見守りを継続し、介入に向けてアプローチしている。</p>

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。

<p>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。</p>	<p>◎</p>	<p>相談内容に耳を傾け、内容に応じた関連制度の説明や利用手順のみならず、地域の居場所等も含めた多様なインフォーマルサービスの紹介を柔軟に行っている。</p>	<p>◎</p>	<p>相談が入れば、まず相談者との信頼関係を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に努めている。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するなど、ケースに応じて関わり方を工夫し支援につなげている。</p>	<p>◎</p>	<p>地域行事等に参加することで地域住民との信頼関係は構築できている。相談を受けた際は訪問する職員の体制も工夫しながら信頼関係の構築と崩さないように意識し、地域のインフォーマルサービスや制度につなげている。相談内容に応じて社会福祉協議会や保健所とも連携し対応している。</p>	<p>◎</p>	<p>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、相談いただき適切な関係機関につなぎ、それをシステムに記録して、またミーティングでも情報共有し様々な対応をしている。</p>	<p>◎</p>	<p>主訴が不明瞭で実態把握が難しい相談や、複合的課題が潜在している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、関係機関への紹介や仲介についてわかりやすい表現で丁寧に説明し継続的な関わりをしている。どの職員でも漏れなく情報提供できるように、社会資源情報をまとめた情報ファイルを作成し、各職員が一冊ずつ所持し活用している。</p>	<p>◎</p>	<p>信頼関係構築を心がけながらアセスメントを行い、相談内容に即したサービスや制度に関する助言、関係機関の紹介を行っている。家族・貴賓物件管理会社からの相談に対し、認知症初期集中支援チームにつなぎ、本人の受診につなげるために家族との信頼関係構築に努め、家族自身の自立のために保健所とも共同して、本人の入院と家族の自立につなげた。</p>	<p>◎</p>	<p>相談があった場合、必要に応じて自宅訪問を行っている。その後の状況を確認するため訪問や電話で継続した関わりを持つようし、信頼関係の構築や状況判断を行うようにしている。相談内容に応じて各制度のパノ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なっている。</p>
<p>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、適切な対応がきている。</p>	<p>○</p>	<p>初期相談に対し、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・複数の課題があり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。</p>	<p>○</p>	<p>緊急性の判断については、センター内でその場にいる職員全員で協議し、必要に応じて複数職員で対応している。</p>	<p>○</p>	<p>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や関係機関と連携しながら複数職員で対応にあたっている。</p>	<p>○</p>	<p>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、また管理者の判断で緊急性があれば、随時対応している。</p>	<p>○</p>	<p>初回相談については管理者へ報告し、緊急性の判断はセンター内に検討したうえで、速やかに対応するよう努めている。</p>	<p>○</p>	<p>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。</p>	<p>○</p>	<p>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。</p>



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・継続的な支援を行っている。	◎	本人の意向や状態を確認し、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、電話連絡を継続する等、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。	◎	実態把握のなかでライフステージや役割、環境についても確認したのち、必要に応じて関係機関と連携し支援している。	◎	本人のライフステージと共に、最大の環境因子である、家族関係も考慮しながら対応し、すみやかに多機関につき、次の対応を検討し、共同で支援を続けている。	◎	初回の個別相談対応時には基本チェックリスト、認知症ケアパス、生活べんり帖、人生会議などのツールを適宜活用し適切なスクリーニングに努めている。すぐに支援につながらず、継続的な関わりが必要と判断する方をリスト化し、担当職員が定期的にフォローしている。	◎	一人暮らしで、支援を拒否し、精神疾患が疑われる高齢者の支援に対し、医療機関、親族、地域住民、市担当課と連携して継続的な見守り支援を行った。また、医療機関から相談のあった、一人暮らしで身寄りがいない認知症のケースでは認知症初期集中支援チームにつなぐなど専門的な視点を持って生活再建に向けてサポートしている。	◎	ニーズを把握して専門的・継続的な支援が行えるようセンター内で検討し、必要に応じて関係機関や関係者と情報共有し、協働して継続支援を行っている。世帯内に複合的な課題を抱えるケースに対して、医療機関や障害福祉制度の支援機関、介護保険事業所、関係機関と連携、協働して支援を行っている。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。
④	対応した職員以外でも再相談等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し、毎日の朝礼での情報共有を行い、必要なケースについてはバインダーに挟み、見られる形で共有することで、他の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に、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、相談記録はシステム入力し、必要な情報を朝礼などで情報共有している。	○	支援経過記録を必ず残し、担当者が不在でも他職員が把握できるようにしている。緊急対応が予測される場合は朝・夕礼時に報告し共有したり、書面で回収し周知している。	○	相談はシステムに記録し、またミーティングで共有し、ほかの職員が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、取り組みを行っている。	◎	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については、引き続き関係各所への設置依頼を継続するとともに、随時情報を更新している。枚方市介護支援専門員連絡協議会で出された地域課題について、第2層協議体でも共有し、課題解決に向けた提案（イスを置く活動）や取り組みを行っている。実際に事務所前のスペース（敷地内）にイスを置いている。	◎	第2層協議体や校区、自治会、民生委員などにアプローチして、地域課題を把握整理し、事業計画を作成し、ひらかた夢かなえるエクササイズのオンライン教室、週3回のひらかた元気づらわんか体操などの取り組みを行っている。	○	自立支援型地域ケア会議や個別地域ケア会議であがった地域課題をもとに、事業計画を作成している。課題は第2層協議体会議で共有している。	◎	圏域の課題を第2層協議体を通じ抽出し、その解決方法を事業計画に落とし込み、第2層協議体に提案し具体的にひとつずつ取り組んでいっている。自治会内の課題として移動の支援が挙げられたことから、団地への全戸アンケートを行い、ニーズを抽出し、第5圏域と合同で既存のタクシーを利用し乗り合わせるサービスの開発を行った。また地域で男性の役割、居場所が少ないという課題があり、それを作るために、第6圏域と合同で畑で作物を作る活動に取り組んでいる。継続して運営していくためにも、就労の視点で仕事として成り立つように、作物とともに、石鮎づくりを行い、販売できるように支援していく。	○	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。	◎	各校区の生活支援コーディネーターを対象にした情報交換会を開催。第3層生活支援コーディネーターも参加し、ともに地域課題の共有や解決に向け方向性を共有した。また、圏域の課題である「男性が地域に出てこない」について、第4圏域と合同で畑を中心とした新たなコミュニケーションづくりを継続的に発展させ、課題解決に向けた取り組みを行っている。	○	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、活動や取り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ている。	○	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、活動や取り組みの支援を行っている。「お助け隊」を情報共有することで他の自治会でも開始され、告知チラシの作成協力を行った。	◎	第2層協議体会議に出席し、その活動に企画段階から参画をしている。前年度からのフレイル予防の取り組みは回数が増え、内容も発展中。また、互助の取り組みとして一人暮らし高齢者の把握や居場所創出への議論をすすめていく校区がある。居場所創出に関しては、センターが3年間支援してきたグループに対し、UR都市機構が住民主体のサークル活動を目指して活動支援を行う構想がある。	◎	各校区の特徴に応じて、スマホ教室や健康フェスタなどの各種イベントの開催、「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。	○	地域の課題やニーズに合わせて出前講座などを実施し、第2層協議体の活動や取り組みの支援を行っている。また第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的な課題やニーズを抽出するためのアンケートを実施した。
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、地域課題を共有し、必要に応じて連携できるよう調整している。	○	担当圏域の協議体で検討し、地域の高齢者に介護予防を啓発するために「健康交流会」を開催し、介護事業所と連携し、講座を開催した。	◎	各生活支援コーディネーターとは随時、医療と介護の連携をはじめとする地域課題の共有はしており、課題解決に向かえるよう議論の方向性を検討している。ある校区では自治会館に車いすを設置する取り組みあり。また、今後多職種連携研究会に第2層生活支援コーディネーターの参加を検討している。	◎	第2層協議体で、小学校の体育館を会場に大規模な健康フェスタを開催するにあたり、校区内の病院に働きかけを行い、病院として初めて地域に向いた健康講座＆健康相談をしていただいた。また、これをきっかけに、地域の健康課題や地域課題を共有でき、多職種連携研究会等へ参加されるなど発展的な関係性構築につながった。	○	地域事業所懇談会を開催し、認知症カフェ開催に向けて意見交換を行った。
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ダクターと連携し、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ダ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ダクターと第3層生活支援コーディネーターの養成・育成について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向上を行っている。自立支援型地域ケア会議にて第3層生活支援コーディネーターの役割意識を高めるよう育成している。	◎	圏域内の未受講のケアマネジャーを全てリスタートし、個別に呼びかけ養成講座を開催、出来るだけ多く参加いただけるように2日間に分けて開催。また、第3層生活支援コーディネーターに対しては、地域課題に自分ごととして向き合うことを目指し、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと協働して地域課題「高齢者の外出問題～椅子プロジェクト～」について意見交換する機会を設けた。	◎	昨年度に引き続き、第3層生活支援コーディネーターの養成研修を実施した。

【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）															
解説	地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、（i）地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 （ii）高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 （iii）個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステムもひとつの体制であることを再認識し、それぞれを実施や構築することを目的化することなく、すべての活動は地域の高齢者を始めとする住民が尊厳を保持した生活を地域で継続できることを目指していることを忘れてはなりません。														
①	個別ケースの支援内容の検討を通じ、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	○	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して共有する機会としている。	○	自立支援型地域ケア会議を年5回開催するとともに、必要に応じ個別地域ケア会議を開催している。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得よう機会となっている。	○	自立支援型地域ケア会議は今年度計5回予定。昨年度に引き続き事例は委託ケースを1件ずつとしている。委託ケースにすることで各居宅介護支援事業所のケアマネジャーや介護サービス事業所職員が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地域の会館で開催し、圏域内のケアマネジャーに参加してもらい、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、会議内でのフリートーク時間に理解の共有を確認している。その理解をもって、各事業所のプランに反映している。	○	自立支援型地域ケア会議を年間5回開催している。今年度は傍聴案内先を介護保険事業所にひろげ、参加者が増えた。事例提供するケアマネジャーとは開催準備の段階から会議終了後の経過を通じてケアマネジメントの支援を行う良い機会となっている。	○	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。	○	2カ月に一度自立支援型地域ケア会議を開催している。圏域内の居宅介護支援事業所にケースの事例の協力を依頼し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。
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で個別ケースの検討を行うことで、個別の課題がひいては地域での課題であることを理解している。	○	高齢者の居場所の問題や、医療と介護のさらなる連携の必要性などの地域課題が抽出された。	◎	自立支援型地域ケア会議・個別地域ケア会議・その他困難ケースのケース検討会議にて把握した地域課題を抽出し、各校区の第2層協議体会議などで発信している。	○	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。	◎	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定期開催が継続している。第4圏域と合同で移動支援に関する地域向けのアンケート（区域限定し全戸配布）を行い、地域課題の把握をした。	◎	昨年度からリニューアルした自立支援型地域ケア会議の後半プログラムから出された地域課題に対するアイデアについて、年度末に全職員で振り返りを行い、実際の取り組みに向けた方策について話し合い、取り組みに繋がった。	○	個別地域ケア会議、自立支援型地域ケア会議で課題分析することで地域課題を把握している。課題が抽出された場合は第2層協議体などで解決方法を検討している。
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。会議の参加者のみならず第2層協議体なども課題を共有し、地域課題の検討（椅子を置く活動など）を続けている。	◎	検討した個別事例から、支援計画の目標内容を変更したり、自立に向けて利用者への働きかけにつながるなどがある。会議後の経過については、当該会議に参加した事業所等へ情報提供し共有している。	◎	個別地域ケア会議やケース検討を行ったケースは、定期的にモニタリングし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検討したケースはその後も各担当者がモニタリングし、必要に応じて情報共有している。	◎	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。	◎	検討した個別事例については、担当者がモニタリングをおこない、必要に応じて随時会議参加者へ情報提供している。適宜同会議にて振り返りも行って。地域課題については、年5回の自立支援型地域ケア会議開催時に圏域内の介護保険事業所へ傍聴を募り、参加者にフィードバックしている。	◎	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）										
（解説）	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、自主的に取り組み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。既存の資源は何があるのかを把握し、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、継続的な支援をしている。	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○
②	自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うため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課題検討等の取り組みを行っている。	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○
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。	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	○
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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○



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り組みを行っている。	◎	日頃から地域のカフェや老人会などに 出向き、民生委員や地域住民などから 情報を得ている。また出前講座などに 出向いた際には、参加者の状況に目を 配り、ADLや理解力などの低下がある 人を把握した場合は、その場で民生委 員や老人会・自治会等の役員などから 情報を得たり本人に声掛けして生活の 状況などを把握し、その後の支援につ ないている。	◎	民生委員や近隣住民等から情報提供が あった場合には速やかに対応し、必要 に応じて訪問し状況を確認。場合によ っては早急に病院や医師とつなぐ ケースも多くなっている。医療・介護 等のサービスにつながらないケースに ついては訪問や連絡を引き続き行い、 センター内で共有しながら放置せず、 経過観察としている。	◎	元気はつらつ健康づくり事業や出前講 座などで地域に出向いたときに、すこ やかチェック票に記載してもらうこと で、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。	◎	出張相談会や居場所の集まりに参加 し、参加者からの相談以外にも地域の 居場所に参加しない虚弱高齢者の訪問 を随時行っている。	◎	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。	◎	地域の集まりの場等で基本チェックリ ストやすこやかチェック表など活用し て虚弱高齢者の把握を実施、結果を フィードバックするとともに、地域で 開催の講座等の案内をしている。また 民生委員からの「気になる人」につい ては情報提供があった場合には、同行で訪 問するなどの対応を行っている。	◎	家族や民生委員からの相談時は同行訪 問し状況把握を行う。今年度よりコロ ナ禍が緩和され出前講座の依頼も増え ている。出前講座とポピュレーション アプローチ時には、役員の情報やすこ やかチェック票で参加者の状態把握を 行っている。前年度、ふたつの校区で 地域へのアンケート（地域診断）を行 い高齢者の状況を把握。第2層協議体 会議で情報共有を行った。
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り組むための個別支援を行っている。	○	窓口や電話相談の際、本人や家族に介 護予防事業や地域資源の情報をわかり やすく説明し、参加しやすい雰囲気づ くりを行っている。また週2回「こも れび体操」を開催し運動する機会を設 けている。今後は第2層協議体の会議 の場などで、地域での実践に向けた動 きかけを行う。	○	初回相談時や利用者の状態変化時に は、アセスメントを行いながら、介護 予防・日常生活支援総合事業やセン ターでの健康講座・ひらかた夢かなえ るエクササイズ教室オンライン教室参 加等、地域で参加できることがあれ ば、紹介していく事を職員に周知し 行っている。実際に参加につながって いるケースがある。	○	地域に出向いたり相談があったとき に、一般介護予防事業に関する情報を 提供している。出前講座や元気はつら つ健康づくり事業を行うときは、講座 の中に、自宅でできる運動や毎日の生 活の中で取り組めることなどの内容を 加えて、セルフケアへの取り組みを支 援している。	◎	受付に閲覧できるように事業の案内用 ファイルを設置したり、センター職員 が訪問の際に高齢者に情報提供でき るように、専用のファイルにまとめ、 各職員が1冊ずつ所持し活用している。 個別対応の例として、地域の居場 所を紹介して、一人で参加するのが不 安であれば、センター職員が同席して 参加することとし、継続的に参加でき るようであれば、役員に紹介して気に 留めてもらうようにしている。また居 場所にはセンター職員が定期的に訪問 するため、そこで継続して利用してい るが確認できる。	◎	今年度は介護予防・日常生活支援総合 事業、一般介護予防事業、社会資源情 報を専用のファイルにまとめ、各職員 が1冊ずつ所持し活用している。新し い情報は随時保健師が各職員へ渡し内 容を更新している。また、公式LINEに より圏域内の地域活動情報等を継続的 に配信している。資源情報のひとつで ある「SPRINGひらかた」については 地域への広報に努めている。	◎	一般介護予防事業や地域の社会資源情 報等を病院内や商業施設内の常設ラッ クに設置、LINE配信や地域の集まりの 場など様々な媒体を通じ情報提供して いる。 地域へ繋ぐため高齢者が多く集まる認 知症カフェなどの場へ案内し参加する 際は職員も同行し関係づくりや交流が できるよう支援を行った。	○	個別相談時と出前講座時に健康寿命に 関しての話と共に一般介護予防事業等 を広報している。また健康状態不明者 への訪問時にもセンター独自作成の認 知症予防やフレイル予防、季節ごとに 注意しななければならない情報などを盛 り込んだチラシを渡し広報を行ってい る。今年度も、新しい民生委員が増え たことから6月に介護保険と介護予防 教室等の講座を開催し知識を深めても らった。
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り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。	○	介護予防の啓発や健康づくりの実践の ために、わかりやすい内容を心がけ、 終了後のアンケートにより理解度や実 践に向けての意欲などを聞き取り、日 頃の出前講座や次回の元気はつらつ健 康づくり事業に活かすようにしてい る。今後は地域課題に重点を置き、よ り地域の課題に近い、必要と考えられ る内容を提案できるようにしていきた い。	○	健康講座での企画立案では老人会では 会長との打ち合わせをしながらコース に沿った企画を行っているが、必要に 応じて圏域として取り組みたい健康 テーマがある場合は、それに沿った企 画としてもらう場合もある。今期は 「運動」「認知」に興味や相談が多 かったこともあり、関連のある講座を 中心に行っている。	◎	今年度、地域から体力測定依頼があり、 測定することで現在の状態を把握し ていただくと同時に、フレイル予防 講座を行い、今後の生活機能の低下の 予防に取り組んでいけるような内容で 企画をした。また、今年度は圏域内の 介護保健サービス事業所の協力をいた だき、9月から運動講座を開催する予 定にしている。運動習慣をつけるた め、宿題メニューを作り、家でも継続 してやっていただくこととし、チェッ ク表を作成し活用する。参加者には個 別に目標を設定してもらい、事前・事 後に評価を行い、その結果をフィード バックすることで、参加者自身への意 識付け、行動変容に繋げていくことを 目的としている。	○	事業の目的に沿った目標を設定し、事 後のアンケートで企画内容を評価でき る仕組みを意識している。	◎	地域の課題を分析したうえで各事業の 企画をしている。今年度は、参加者も 定義してきた評価を踏まえ定期開催中 の「3木体操」の内容を『ひらかた夢 かなえるエクササイズ』にステップ アップした。年末にはホールを使って のウォーキングを企画している。KDB データから筋・骨格に係る医療費の高 い地域において、元気はつらつ健康づ くり事業『膝痛体操』を実施した。	◎	KDBデータや地域の課題をも踏まえ、 事業や講座等を企画実施している。男 性の居場所づくりとして「さんさん ファーム」を立ち上げ活動継続してい る。SPRINGひらかたのイベントにも ブース出展し、新たな参加者を募る等 している。また今年度はひらかた夢か なえるエクササイズ体験出前講座の普 及啓発やKDBデータの分析に基づき 筋・骨格系疾患が多く、坂道の多い地 域での膝痛予防教室の開催を企画して いる。	○	コロナ禍でフレイル状態にある高齢者 が増加、また地域からの希望もフレ イル予防に関する講座内容が増してい る。元気はつらつ健康づくり事業では 前年度に引き続き身体的フレイル予防 のウォーキング講座を、ふたつの校区 で行っていく。
⑨	介護予防の取り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2回の「こもれび体操」のサークル 活動を支援している。日頃から地域の 民生委員や住民との交流を図り、相談 しやすい関係づくりに努め、会の開催 を支援している。他にも枚方市の事業 であるSPRINGひらかたの卒業生を、 こもれび教室や地域の老人会などに招 き、学んだことを披露してもらうこと で、披露する人のモチベーションアッ プを図り活動の継続に結びつくよう に、また参加者の興味を引き出し学び への意欲を持ってもらえるよう企画・ 開催している。	◎	定期的開催しているグループには、 代表者と連絡をとり行事に参加しなが ら介護相談・健康相談を行うようにし ている。圏域内公園での体操グループ の参加者にもアンケートを行い、数名 ではあるが自主グループ活動への参加 意欲の確認をしている。今後、新たな 自主グループを作る為の支援と他の地 区でもひらかた元気くらわんか体操を 行う機会を作る予定にしている。	○	「くらわんかウォークス」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 わんか体操を行っているグループには経 続支援講座を開催したり、新たにひら かた夢かなえるエクササイズに関する 情報提供を行い、自主グループの活動 を支援している。	○	「ひらかた夢かなえるエクササイズ」 や「ひらかた元気くらわんか体操」の 出前講座や継続支援の案内を行っている。	◎	各老人会の活動再開が増え、依頼に応 じ出前講座など活動支援を行っている。 2グループに対し『ひらかた夢か なえるエクササイズ』のスタート支援 講座を実施した。また9月から、ある サ高生の食堂で地域の社会資源になる ことを目標に、入居者対象で「ひらか た元気くらわんか体操」を月に2回実 施することとなった。センターの「オ レンジガーデニングプロジェクト」で は、「SPRINGひらかた」のコーヒー 教室グループの活躍の場を提供した。	◎	くらわんかウォークスなど自主グ ループのリーダー集会を実施し、活動 の報告や情報交換の場になっている。また ひらかた夢かなえるエクササイズ体験 講座を実施した。また9月から、ある サ高生の食堂で地域の社会資源になる ことを目標に、入居者対象で「ひらか た元気くらわんか体操」を月に2回実 施することとなった。センターの「オ レンジガーデニングプロジェクト」で は、「SPRINGひらかた」のコーヒー 教室グループの活躍の場を提供した。	○	コロナ禍も緩和され各校区から出前講 座の依頼も増えている。昨年度から定 期的に出前講座の場でポピュレーショ ンアプローチを開催している。今年度 は4校区でのポピュレーションアプ プローチ施行予定。またすこやかチェ ック票の回答を集計した結果を作成し、 その結果より参加者の意識づけを高め られるように考慮している。
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 実施を記載している。	○	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」に係る内容を記載してい る。	○	「保健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」に係る内容を記載してい る。	○	事業計画に校区ごとの取り組み等を記載 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。	○	KDBデータに基づき、ポピュレーショ ンアプローチは運動機能の低下や口 腔・栄養について講座に盛り込み実施 する。ハイリスクアプローチについて は、昨年の記録を参照し、特に気にな ることがあった人については、訪問 の際昨年度との変化など注意深く確認 している。またセンターのパンフレット や介護予防関連のチラシを配布し啓発 を行っている。	◎	健康状態不明者にはアンケートの返送 がなかった方に訪問にてハイリスクア プローチを行い、現況確認している。 各校区ごとに昨年とは違う場所で健康 課題に沿ったポピュレーションアプ プローチを行っている。今期は健康状態 不明者リストの方に先行にて講座のチ ラシを郵送し、健康に対する興味・関 心があるか考察できるように試みてい る。	◎	今年度は、全校区でポピュレーション アプローチの開催を計画している。 KDBデータなどの分析により、健康課 題に対して「自分でできるフレイル予 防」をテーマに、A・B・C校区では、 それぞれに栄養・口腔・運動講座を 実施した（一部現地調査日以降に実施予 定）。D校区においては、圏域の大学 の協力をいただき、口腔・運動・メン タル、ソーシャルフレイルについての 講座を企画し、今後、地域全体でフレ イル予防に取り組むような体制の構築 を考えている。ハイリスクアプローチ では健康状態不明者に対し、アンケ ート、電話、訪問等で実態把握し、フレ イル予防のチラシの配布、予防講座の 案内を行い、必要に応じて医療機関の 受診や健診を促している。個別に支援 が必要な方には、関係機関とも連携 し、継続的に支援を行っている。	◎	ポピュレーションアプローチは、現在 圏域内3校区にて実施済。11月に開催 予定の校区においては、当該校区用の 介護予防手帳（センター独自作成）を 用いて、参加者が今後介護予防活動に 自ら取り組んでいけるような講座内容 とする。また、ハイリスクアプローチ も全職員で訪問を行っている。	◎	KDBデータから筋・骨格に係る医療費 の高い地域において、昨年度と同様の テーマの講座を実施するとともに、別 のグループへのポピュレーションアプ プローチとして『ポールウォーキング』 を11月、12月で企画している。ハ イリスクアプローチで実態把握をして いる。	◎	地域の健康課題を共有するためポピュ レーションアプローチでは各校区の健 康上の特徴について伝えただうえで、多 様な機関と連携しながら口腔や認知症 予防の講座を実施した。 ハイリスク訪問では治療中断の疾患は ないが、健康上の問題はないか聞き取 りするとともに健（検）診の受診を勧 奨している。健康上の不安を抱えなが ら受診等につながっていない方へは受 診等につながるようアプローチを 実施、また必要な方へは適切な支援につ ながるよう各種予防教室や介護保険等 の案内も実施している。	◎	KDBデータから抽出された健康課題に 基づき、今年度のポピュレーションア プローチでは、測定等を取り入れたフレ イル予防講座を開催した。参加者へ の自分の問題を圏域内の全校区で開 催。ハイリスクアプローチも、昨年度に引 き続きセンター独自作成のチラシで介 護予防の取り組みや健（検）診の必要 性を理解してもらおうように努めてい る。すこやかチェック票を分析してデ ータを作成し地域にフィードバックし ていく。



【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、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。	○	成年後見制度に関するチラシ・パンフレットを窓口で常時設置。地域の出前講座や出張相談等でセンターの紹介を行う中で制度の紹介や事例を交えての説明を行っている。	◎	「ひらかた権利擁護成年後見センター」のパンフレットを事務所入り口の目立つ所に設置したり、地域のサロン等を出張相談で訪れた際に、パンフレットの配布を行うなど、成年後見制度の周知啓発活動を行うとともに、地域包括支援センターが相談窓口であることを周知している。社協ふれあいだよりの社会福祉士の記事コーナーで、成年後見制度について掲載予定。	◎	地域での出前講座等の際に、人生会議や認知症等の比較的受け入れられやすいテーマに成年後見制度も含めて説明することで、普及啓発をすすめている。	○	地域福祉相談会の場でセンター作成の成年後見制度のチラシで説明を行い、周知の活動を行っている。また見守り110番協力店舗の金融機関にもセンター案内のパンフレットやチラシを置いて頂き、来店された方に必要に応じてお渡しして頂くよう、協力をお願いしている。	◎	センター作成の三つ折りリーフレットの配布や圏域内の司法書士と連携し、成年後見制度に関する出前講座を開催している。成年後見制度を中心に遺言や相続など終活も含めた内容にすることで将来に備えた相談も増え、他人事ではなく身近な問題として考えていただくきっかけとなっている。また個別相談を通じ成年後見制度を正しく理解し、活用いただけるよう普及啓発に努めている。	◎	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、圏域内の病院、商業施設のラックにチラシを設置し、気軽に情報を得ることができるようになっている。9月に市民向けに行政書士による「任意後見制度セミナー」を開催。任意後見制度について理解を深める機会とした。	◎	センター独自のチラシを作成し、地域活動の際に配布、センター前に掲示している。また出前講座やセンター公式LINEにて制度の周知を行っている。介護保険事業所と相談業務を行う他機関との連携会議の場で、ひらかた権利擁護成年後見センターの職員を招き、制度の説明を行っている。その他、老人会でのACPに関する出前講座を11月末に予定している。
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。	○	本人や家族、その他関係機関等から相談があった際は、情報提供を積極的にし、申立ての方法について詳しく説明し、適切に制度利用ができるよう支援している。また、必要に応じて各専門機関へつないでいる。	○	相談があった際には、内容や制度説明を行っている。具体的に制度利用をすすめていく場合は、ひらかた権利擁護成年後見センターや司法書士会をぜひとめる各専門機関との連携を図っている。	○	個々のケースに合わせて成年後見制度の紹介や説明、必要に応じて関係機関へつなぐ等の支援を行っている。	◎	必要に応じて申立て支援を行っている。また、司法書士会、ひらかた権利擁護成年後見センター、地域の司法書士と連携し制度利用が円滑に進むように支援している。	◎	将来の備えや金銭管理の相談は多く、十分なアセスメントをした上で制度利用の必要性がある場合は提案し、適切に制度が利用出来るよう支援している。司法書士と同行訪問を行い、支援に繋げている事例あり。困難事例についても関係機関で役割分担しながら柔軟に対応出来ている。	◎	必要に応じて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。金銭管理が必要な認知症一人暮らしのケースにおいて、主治医や認知症初期集中支援チーム、司法書士との連携や受診同行を重ねて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があった場合、制度説明や申立て書類の作成支援ができる等の情報提供を行い、制度利用が円滑に行えるよう期集中支援チーム、司法書士との連携を強化している。本人が入院中、本人に代わり金銭管理を行っている家族と音信不通になり、退院や今後の生活の見通しがつかなくなったケースについては、市長申立てによる相談を市担当課に行い、継続して支援できる体制づくりに努めている。
③	日常生活自立支援事業や成年後見制度などの権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っている。	○	本人の在宅生活が維持できるように、担当ケアマネジャーや社会福祉協議会、ひらかた権利擁護成年後見センター、司法書士会等と連携しながら対応している。	○	必要時は関係機関と連携を取り、日常生活自立支援事業や成年後見制度の説明をし、利用意志が確かな場合には、適切なサービスや機関につなぎ支援している。	○	相談者の希望・意向に合わせて相談対応、各種制度の紹介を行う。社会福祉協議会、司法書士会やひらかた権利擁護成年後見センターにも協力を仰ぎ支援に繋げている。	◎	司法書士会と連携し成年後見制度に申立てに至った事例、ひらかた権利擁護成年後見センターと連携し相談を継続している事例がある。また成年後見制度だけでなく、司法書士の金銭管理サービスにつないだ事例、死後事務委任契約で地域の行政書士に相談した事例もあり、ケースによって必要な支援を検討している。	◎	権利擁護の視点で幅広く制度を活用し、本人のニーズに即した適切なサービスや機関につなぐことが出来る。本人のニーズと適切な支援の間に大きなズレが生じる事例についても介入時期がくるまでの間、関係機関と連携しながら本人の生活が維持出来るよう見守り体制を整えている。金銭管理の必要性が高いが本人の拒否から支援につながらない事例も関係機関と複数回面談を設定するなど、継続的に支援している。	◎	相談を受けた際には、権利擁護の視点を持ち、ニーズや課題に応じた制度の情報提供、提案をしている。判断能力が低下している独居ケースにおいて、医療機関、司法書士等と連携して申立てに至った。同時に要介護認定の支援も行い、必要な介護サービスに繋げることで、本人の在宅生活の維持ができるようになった。	◎	本人の生活の維持を図るために課題や本人の意向を確認し、必要時には権利擁護を目的とした適切なサービスや機関へつなぐ、情報提供を行っている。身寄りがおらず金銭管理に課題があり、光熱費や家賃の滞納が生じた高齢者に対し、社会福祉協議会やケアマネジャー、福祉事業所等と連携し、金銭管理、施設入居に関する支援を協働し行った。
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができていますか。															
【解釈】	消費者被害の問題において、認知症等の高齢者に関する相談は大きな割合を占めています。地域包括支援センターは、関係機関等と連携し消費者被害防止の問題に取り組んでいく必要があります。地域における消費者被害に関する情報を把握し、関係者や地域住民に啓発を行いながら、消費者被害の相談・情報もたらされるような働きかけをしていくことが求められています。														
①	高齢者世帯が陥りやすい詐欺や消費者被害などの権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう、サービスや制度を理解している。	○	消費生活センターや警察から得た最新情報をセンター内で共有し、権利侵害が疑われるケースに対して速やかに的確な対応ができるよう努めている。	○	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知識の向上に努めている。	○	消費生活センターからのチラシや通知、地域活動のなかで得た情報等をセンター内で回覧・報告して情報共有している。	○	クーリングオフ制度を対応した事例や消費生活センターから注意喚起の情報、大阪府警からの近隣被害情報等を包括内で共有を行い、職員が適切に対応できるよう体制強化に努めている。また過去に必要な無い高価な品物を契約し購入された方に対し、成年後見制度の活用を検討を行い、新たな被害に合わないよう対応した事例がある。	○	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できるようにしている。	○	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大阪府警察からの安まちメールの内容に基づき、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へ注意点や対応方法を踏まえた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。	◎	圏域内で実際に特殊詐欺・消費者被害が多発していることもあり、地域のサロンや活動の場での出前講座や出張相談の際に近隣で起こっている被害の傾向や対策について積極的に周知・啓発を行っている。また、12月発行のこもれびだよりにもトップ記事として掲載予定。また、初回訪問時等に訪問勧誘お断りステッカーや啓発チラシを配布し、直接注意喚起を行っている。介護保険事業所へは、消費生活センターからの情報をFAXにて共有している。また、居宅介護支援事業所と民生委員を対象に、特殊詐欺被害の防止について考える会議を開催する。	○	ケアマネジャーや介護事業所等に対し、市からの情報提供があれば随時最新情報を提供し、協力してもらえるよう体制を作っている。地域住民に対しては「訪問勧誘お断りステッカー」等の啓発資材を配布している。また、地域のサロン等に出向き、詐欺被害の防止に関する啓発を行っている。定期的に発行している「包括社協ふれあいだより」にも、消費者被害について記事を掲載し啓発を行っている。	○	消費生活センターの報告を介護保険事業所との共有。タイミングが合えば地域住民や担当利用者に情報提供を行っている。来所者や出前講座等地域活動の際にティッシュやステッカーを配布。	○	地域サロンや老人会にて、最新の注意喚起情報をミニ講座でお伝えしたり、消費生活センター提供の啓発グッズの配布を行い、被害に合わない意識を持っていただける様な取り組みを行っている。	◎	消費生活センターや警察からの情報をもとに地域向けに消費者被害防止のための出前講座を開催し、民生・校区福祉委員向けに出張相談会等で情報提供や見守りのポイントについて伝えていく。またセンター作成の三つ折りリーフレットの活用や広報紙掲載に加え、LINEでの配信による啓発も行っている。気になる高齢者に対して日常的に消費者被害について啓発していたことにより、高齢者自身が架空金請求詐欺に気づき、警察へ通報・解決した事例もあった。	◎	圏域内の郵便局長（5局）との直接面談も3年自に入り、消費者被害の未然防止と情報共有ができる関係を継続している。その効果もあり6月にA郵便局長から頻りに来局される気になる高齢者について情報提供を受け、訪問拒否する本人と局内にて接触する機会を重ねることができた。消費者被害を未然に防ぐため警察とは日頃から密に連携を図っている。9月の圏域内のくらわんかウォーカーリーダー集いに警察も参加。警察とくらわんかウォーカーとの協力による防犯啓発イベントを日小学校周辺で10月に開催予定。ウォーカー活動を行いながら併せて「ながら見守り活動」を行うための普及啓発に努める。3月にはC老人会にて特殊詐欺と詐欺強盗の予防教室を開催している。大阪府警「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、即座にセンターLINE公式アカウントやホームページにて情報を発信し、特殊詐欺を未然に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センター独自のチラシを作成し配付している。またSOSネットワークやセンター公式LINEを活用して情報発信するとともに、出前講座での配布や注意喚起もしている。
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。	○	地域住民やケアマネジャー・民生委員等から相談や情報提供があった際には、消費生活センターや警察に情報共有を行い、担当ケアマネジャーや訪問介護事業所等と連携し、同様の被害に合わないよう対策について話し合い、問題解決を図っている。	○	消費生活センターと連携を図り、電話相談があった時は、できるだけ早急に自宅訪問して状況確認をし、家族や民生委員などと連携を取って問題解決を図っている。	○	消費生活センターや居宅介護支援事業所、自治会等と共に必要に応じて協力支援している。	○	枚方市消費生活センター、警察には疑いの段階で相談するようにしている。随時、消費生活センターと連携し問題解決にあたっている。	○	センター職員が訪問先で被害に気づきやすい段階で相談するようにしている。随時、消費生活センターと連携し問題解決にあたっている。	○	センター職員が訪問先で被害に気づきやすい段階で相談するようにしている。随時、消費生活センターと連携し問題解決にあたっている。	○	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て早急に対応出来るように努めている。不審電話があり金融機関等の個人情報を伝えてしまったケースについては、消費生活センターと情報共有を行い、対応を行った。また、身に覚えのない請求があるとのことで家族からケアマネジャーへ相談があったケースについては、弁護士と連携し問題解決を図った。

3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。															
解説	高齢者虐待の問題では、認知症や要介護の高齢者等が虐待の被害に遭いやすいとされており、地域包括支援センターは、権利擁護事業として関係機関等と連携し高齢者虐待の問題に取り組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。														
①	関係機関や地域住民に対して高齢者虐待の相談通報窓口であることを周知し、早期発見・防止に向けた普及啓発を行っている。	○	センターの掲示板等を利用し、社会福祉士部会作成の虐待防止チラシを設置している。 また、地域のサロン等において地域住民へ周知したり、見守り110番協力店舗等へも高齢者虐待の通報窓口であることを周知することで、早期発見・防止に努めている。	○	地域のサロン、介護保険事業所や民生委員等に虐待防止チラシを配布し、センターが高齢者虐待の相談窓口であることを周知し、早期発見及び連携ができるように啓発に取り組んでいる。	◎	聖徳園だよりに相談窓口である文言を入れて紹介。地域活動でも相談窓口であることを周知しているほか、地域でのイベントにおいても掲示し普及啓発を行った。 9月にケアマネジャー向けに研修を実施した。	○	地域住民が集う、地域サロンや地域老人会等でセンター作成のチラシを随時配布を行い、相談機関である事の周知や早期発見・防止に向けた啓発活動を行っている。	○	センター作成の三つ折りリーフレットや広報紙への掲載、高齢者虐待防止の啓発チラシの配布、所内に相談通報窓口であることを掲示により高齢者虐待の相談通報窓口であることや高齢者虐待の早期発見・防止に向けた啓発を行っている。	◎	日々の地域活動の際に広報として、権利擁護等のリーフレット配布を行い、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。 令和5年2月に二部制で、弁護士による高齢者虐待防止の研修を民生委員、ケアマネジャー向けにそれぞれ行った。弁護士からの講義の中で、本人の権利侵害が発生した場合、躊躇する事なく、行政、地域包括支援センターへの相談、通報等の助言があり、質疑応答の時間も確保した結果、民生委員の高齢者虐待防止・養護者支援の視点、ケアマネジャーの高齢者虐待防止・養護者支援の視点が発展した。	◎	高齢者虐待の相談窓口であることを幅広い方知ってもらうため、センター独自のチラシの配布、センター前の掲示、公式LINEにおける情報発信を行っている。また、センターで作成した判断に迷う・疑わしいケースの事例検討を行い、虐待に発展する可能性があるかもしれないという視点を持ってもらうため、事業所勉強会を行い、疑わしいケースがあれば相談してもらいたいことを周知した。
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。	◎	相談・通報があった際は速やかにセンター内で協議し、訪問による情報収集や実態把握を行い介護保険事業所・医療機関・民生委員や地域住民等と連携し、虐待・困難事例を把握している。	◎	虐待が疑われる人がいるケースでは複数職員での訪問や関係機関と連携し、所内でも協議・検討し対応にあたっている。ケアマネジャー等からの相談の場合も、情報共有しながら役割分担等を行い、同行訪問する等適切に実態把握を行い、問題解決・ケアマネジャー支援等の対応を行なっている。	◎	ケースに合わせて訪問、状況確認し、関係機関と連携し虐待・困難事例に対応している。	◎	訪問での実態把握を基本とし、養護者、被害者の聞き取りだけでなく、居宅支援事業所、介護保険事業所からも必ず聞き取りを行っている。また必要に応じて枚方市社会福祉協議会、福祉事務所、保健所、警察との連携をとれる様な体制を整えている。	◎	出張懇談会や地域ケア会議、地域づくり会議（小規模・第5圏域全体）などを通じ実態把握を行い、高齢者虐待・困難事例の対応については随時、関係機関と連携しながら緊急性の判断や支援方向性について検討し対応している。また第5圏域 地域づくり会議（社会福祉協議会・障がい福祉サービス事業所・特別養護老人ホーム・MSWのいる医療機関）を定期開催していることで参加機関との関係性が途切れることなく構築出来ているため、支援を必要としている方の抱えている問題をより良い支援方向へとつなぐ体制が整っている。	◎	利用者の担当ケアマネジャーから相談・通報があったケースで、センター内で協議し、置かれる利用者の状況に応じて、早期に訪問を行い、状況を確認している。その世帯の金銭問題も絡むケースがあった為、弁護士、司法書士、社会福祉士等の職能団体による助言も頂きながら、養護者である家族に対して各職能団体が設ける相談窓口の紹介も行っている。 また、虐待判定まで至らないケースでも、担当ケアマネジャーを後方支援し、サービス調整等の手段を講じて、対象者や家族支援を行っている。又、養護者との関係性も破綻する事なく保たれている。	◎	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。
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。	◎	家族全体の支援という視点で必要な関係機関につなげたり、情報共有し対応している。 ケースに合わせて保健所やコミュニティソーシャルワーカーや障害サービス事業所等とも連携し、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。	◎	高齢者だけでなく養護者との信頼関係の構築を図るべく、養護者から出てくる話も傾聴し、家族全体の支援に努めている。	◎	虐待事例対応時は関係事業所と情報共有を図り、関係者が負担に感じないよう協力をお願いしながら養護者の立場にも配慮した支援を心掛けている。	◎	対応したケースごとにセンター内の会議にて虐待に至った経緯を確認している。また養護者の精神的負担軽減や介護負担軽減の視点を持ち、必要なサービス利用や支援を養護者の関係機関も含めて連携し対応を行っている。	◎	アセスメントの際に虐待に至る経緯や家族の状況を確認し、関係者と共有することで、センターだけでなく支援者全員で家族への支援を行っている。関係機関に対しては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伝えている。	◎	高齢者虐待について、被害者への対応とともに、養護者支援にも目を向けて対応を進めている。養護者に障害があるケースについて、養護者が虐待に至る経緯も踏まえて、養護者支援も行っている。	◎	今年度より他機関連携会議（社会福祉協議会・地域生活支援センター・居宅介護支援事業所を主とし）を実施し、それぞれが各対象へアプローチできる体制づくりや課題解決がスムーズに行える体制を整え、参加者である介護保険事業所に対してそれぞれ役割や相談窓口を明確にすることで、身近に相談ができる体制を整えている。
④	高齢者虐待防止について地域住民や関係機関等と連携できるネットワークを構築している。	◎	地域のサロン等での出張相談や事業所懇談会等でチラシを配布し説明することで、センターが地域の相談窓口であることを周知している。 また、民生委員や各関係機関と日頃から顔の見える関係性を維持し、ネットワークの構築に努めている。	◎	民生委員との関係性づくりや地域のサロン活動への参加、地域住民からの相談への対応やケアマネジャー支援等を通して、日常的に関係性を築いていることで、何か問題が起きた時に、すぐに連携できるネットワークの強化に繋がっている。	◎	介護保険事業所、コミュニティソーシャルワーカー、民生委員等連携できるネットワークを構築している。	◎	民生委員との連携を密に行い、個別ケースの支援にあたっている。地域住民には地域サロンや地域老人会等でチラシを通じて地域包括支援センターの機関周知、高齢者虐待の相談機関である事の啓発活動を行っている。	◎	既存のネットワークから通報を受け、地域住民や関係機関等と連携支援出来ている。	◎	民生委員や介護保険事業所、関係機関と連携ができるネットワークを構築している。 民生委員からの相談の中で、ゴミ屋敷事例等のケースは単なる困難事例ではなく、ネグレクトの視点も入れて対応する助言等も行っている。民生委員の視点も変化がみられるようになっている。	◎	第2層協議体や民生委員、校区福祉委員、医療・福祉関係機関等と日頃の関わりの中から連携ができるようネットワークを構築している。
⑤	虐待の通報を受けたときは市町村担当課などの関係機関と連携・協働し、問題解決を図っている。	○	通報を受けた際は、速やかに関係機関等に状況確認を行い、市担当課へ報告・協議し問題解決に向けた支援を行っている。	○	虐待が疑われる時は、市担当課や警察、関係機関等と連携・協働し問題解決に向けた支援を行っている。	○	通報があった際は疑いのケースを含めてセンター内で協議し、市に速やかに報告し、連携・協働して問題解決を図っている。	○	通報の初期段階より市担当課に相談し、対応方法の協議を行い、早期に問題解決できる様に対応している。	○	通報を受けた際は、速やかに市担当課へ連絡し、連携・協働して問題解決にあたっている。	○	虐待の相談、通報を受けた場合、センター内で協議し、市担当課の報告を速やかに、情報共有を図っている。	○	通報・相談時は、速やかに実態把握を行い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。



4. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいるか。															
解説	新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人や家族の視点を重視しながら、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会の実現を目指すこととされています。認知症の理解についての普及・啓発活動及び認知症の容態に応じた医療・介護及び生活支援を行うために必要な機関が有機的に連携できるネットワークを形成するとともに、認知症の人やその家族を支援する体制の構築などが求められています。														
①	認知症に関する制度や社会資源等を把握し、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。	○	相談受付時に、認知症ケアパス等のパンフレットを活用し、家族や地域住民に利用できる制度やサービス、地域の居場所等の情報提供を行っている。	○	圏域の専門病院や介護保険事業所等とも連携強化を図り、社会資源等を把握し、相談内容に応じて成年後見制度の説明など、必要な対応を行っている。	○	ミーティング時に情報共有を図っている。認知症に関する相談があった際はオレンジ初期集中支援チームとの連携やその他施策の紹介を行っている。	○	認知症に関する制度、社会資源(SOSネットワーク、認知症カフェ、初期集中支援チーム等)を個別相談時に紹介している。	○	認知症施策の動向や社会資源の把握に努め、相談内容に応じ、認知症ケアパスの活用や認知症専門医の情報提供を行っている。	○	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するなど、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、必要時、専門医療機関への受診同行等の支援を行っている。	○	認知症関連の情報収集したファイルを窓口を設置しており、相談時に対応が統一できるようにしている。
②	圏域内の地域住民や商店会・企業等に認知症への理解を深めようとする啓発活動(認知症サポーター養成講座等)を行っている。	◎	圏域内のスーパーとの連携のなかで、店員向けに認知症サポーター養成講座の依頼があり実施し、またこまねび教室でも実施した。地域住民に向けて認知症への理解を深めようとするDVDの無料貸出コーナーを常設している。	◎	圏域の介護保険施設と認知症カフェにて認知症サポーター養成講座を行っている。また、民生委員児童委員協議会と協働で、民生委員児童委員を対象に認知症サポーター養成講座を行った。障害者が高齢になり認知症になる等のニーズから、10月には、障害者の支援事業所で認知症サポーター養成講座を行う予定で、多方面の関係機関と認知症サポーター養成講座を行う。	◎	地域から認知症サポーター養成講座の依頼もあり、カフェやスーパー、地域住民向けに認知症サポーター養成講座や人生会議に関する講座を実施するなかで、認知症への理解を深めようとする。また、地域への認知症の周知を目的に多職種で連携して地域に発信するイベントを実施した。	◎	圏域内の地域住民に認知症理解への講座をおこなっている。商店会等において認知症への理解を深めようとする取り組みを進めるため、まずは信頼関係の構築を図っている。	◎	圏域内の老人会2箇所で開催した認知症サポーター養成講座を開催。「アルツハイマー月間」にあわせ認知症啓発のシンボルカラーであるオレンジ色のお花を咲かせる「オレンジガーデニングプロジェクト」を実施し、咲いたお花を見ながらカフェを開催。参加者で認知症すくろくを行い、認知症の理解を深めた。圏域内の店舗・企業等へは見守り110番協力依頼・評価訪問時や個別ケース対応時に啓発活動を行い、認知症への理解を深めようとする。	◎	センターホームページ上に市ホームページへのリンクにて「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公式アカウントで認知症に関する書籍の紹介など、認知症に関する気づきと啓発を行っている。圏域内の商業施設や大型薬局での定期開催講座や、枚方市商業連盟主催講座等で認知症サポーター養成講座を随時開催し、認知症に関する正しい理解を得る機会とした。くらわんかウォークスに対しては認知症サポーター養成講座の未受講者の洗い出しを行い、未受講者に対して講座の受講を促す取り組みも行った。	◎	地域の銀行・JA・郵便局・スーパーにセンターで作成した「気づきのチェック表」と認知症サポーター養成講座のチラシなどを持参し、今後関係を深める為の広報活動と協力依頼を行った。また、介護保険施設での認知症サポーター養成講座を開催し、一部の圏域内の高齢者に対して、MCI予防講座を行った。
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。	◎	見守り110番事業等の活動を通じ、商店会や薬局・新聞配達店等の協力機関への依頼を継続することで、認知症高齢者の早期発見や対応につながるネットワーク作りを行っている。金融機関と認知症の疑いのある方への対応について懇談会予定。	◎	認知症の疑いがある人の早期発見に繋がるように見守り110番の普及を通し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おり、特に今年度は、金融機関との連携強化に取り組んでいる。秋に金融機関と認知症の疑いのある方への対応について懇談会開催予定。	◎	見守り110番事業の新規協力依頼を行っている。既存の協力店舗への訪問を再開し認知症高齢者の早期発見に向けても、一層の協力をお願いしている。民生委員との連携を図るよう、日頃より努めている。	◎	見守り110番等の普及で地域のネットワークを構築し、民生委員のネットワークや地域の集まり時に個別相談し支援につなげている。	◎	既存のネットワークにおいて認知症高齢者の早期発見や支援するためのネットワークが構築できている。見守り110番協力店舗からの通報の相談をきっかけに地域(ケアマネジャーや民生委員等を含む)で見守りが継続できているケースもある。認知機能低下が気になる高齢者に対して「オレンジガーデニングプロジェクト」への参加を促し、見守りができる体制を整えた。	◎	くらわんかウォークス向けの認知症サポーター養成講座は、圏域内全グループが受講済となった。また、認知症サポーター養成講座受講後のステップアップ講座も3グループで開催。チームオレンジとしてグループ内で認知症の早期発見と支え合いのできる関係づくりを行った。	◎	啓発活動を行った郵便局から、気になる高齢者に関する情報提供が2件あり、早期発見に繋がっている。また、認知症高齢者を支援するためのネットワークとして認知症カフェ開設に向けた準備を進めている。
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。	○	第2層協議体の会議等で認知症高齢者やその家族が安心して生活を続けたいけるよう、接し方や利用できるサービス、地域資源等について情報共有しており、地域ぐるみでサポートできるような体制づくりを整備している。	○	認知症カフェで認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解や啓発に努めた。	◎	相談時に情報提供出来るように社会資源の集約や所内で情報共有に努めている。圏域内の認知症カフェ開設にあたり、協議しながら取り組みをすすめた。	◎	MCIの方が役割を持てるように、圏域内の施設にボランティア等としての受け入れをしてもらう仕組みを作る準備をすすめている。	○	認知症高齢者や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出前講座や個別事例を通して支援体制の構築に努めている。認知症介護者家族の会などの情報を紙ファイルで集約・更新し相談対応で随時活用している。	◎	圏域内の医療機関の認知症カフェ新規開設について、協力する相談を行っている。認知症の本人や家族を支援するため、一体的支援プログラムの導入を検討し、地域の中で認知症の本人や家族が安心して暮らせる仕組みづくりを目指す。また、圏域内の郵便局長(5局)との直接面談も3年目になり、認知症が疑われる高齢者やその家族に対して支えが得られる関係性を構築することで、早期の情報提供や支援に繋がっている。	◎	地域の認知症高齢者やその家族を支援するため、認知症カフェ開設の準備をしている。その過程で地域事業所懇談会を開催して、地域の方や介護保険事業所に参加してもらい、開催場所や内容などについて意見交換を行った。
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。	◎	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や今後のサポーターの支援内容について検討・準備がすすんでいる。	◎	チームオレンジサポーターと連絡を取り合い、地域で認知症への理解を広げるための取り組みに相談に応じてながら、認知症カフェへのコーディネートとして、ケアマネジャーにも認知症カフェを知ってもらうため、認知症カフェにて懇談会を実施予定。	○	認知症カフェの新規開設時、円滑に開催してもらえるよう情報共有の場を持った。近隣圏域の認知症カフェとも相談等を円滑にできるように関係作りを努めている。	◎	圏域に認知症カフェはないが、地域の居場所にも認知症サポーターステップアップ講座修了者の受け入れを機能するように働きかけている。	◎	新型コロナウイルス感染症の影響により圏域内2箇所にある認知症カフェは休止中だが、認知症高齢者の支援や認知症サポーター養成講座を一緒に行うなど連携体制は構築出来ている。新たにセンターにて「アルツハイマー月間」にあわせ認知症啓発のシンボルカラーであるオレンジ色のお花を咲かせる「オレンジガーデニングプロジェクト」に取り組み、咲いたお花の前で認知症カフェを開催。グループホーム職員やチームオレンジサポーターに協力してもらい、認知症の啓発等を行った。	◎	一昨年の11月から開始した認知症カフェも、認知症当事者やその家族、サポーターの協力で月に1回の定期開催が継続できている。カフェでは毎回趣向を凝らしたレクリエーションを行うことで、回を重ねることに参加者が楽しめる場が定着しつつある。	◎	認知症カフェ開設に当たり、人的資源を増やすため認知症サポーターステップアップ講座開催を予定している。

【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。															
【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。	○	ケアマネジャーが孤立しない為に日ごろから、相談窓口であることを周知し、相談しやすい雰囲気づくりに努めている。	○	ケアマネジャーが相談しやすい雰囲気づくりに努めている。	○	決まった窓口は設けていないが、ケアマネジャーの来所時やケアマネジャーの集まる機会には、こちらから圏域のケアマネジャーに積極的に声をかけることで、相談しやすい雰囲気づくりに努めている。	○	ケアマネジャーからの相談には随時対応している。	○	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。	○	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。電話相談がある場合、必要に応じて面談を行っている。管理者としての相談・悩み等をアウトプットできる場所づくりを行った。今後も継続して定期的開催を予定している。		
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。	○	地域のインフォーマルサービス情報をファイルにまとめている。希望者にはFAXやデータ送信の対応を柔軟に行っている。	○	地域のインフォーマルサービス情報を集約し、ファイリングし、ケアマネジャーからの問い合わせに対応している。また新型コロナウイルス感染症がら類感染症に移行した際には、活動内容等を更新し、地域のケアマネジャーに情報提供した。	○	インフォーマルサービスについてはパソコンでの管理と事務所内の閲覧ラックに配列し、新しい情報は随時更新している。また、オープンチャットで情報交換ができる仕組みを運用中。	○	地域マップ、配食事業所、移動スーパー等の情報をファイルに整理、新しい情報があった際は居宅介護支援事業所連絡会等の機会に周知。相談や問い合わせがあった際、随時情報提供している。	○	地域のインフォーマルサービス情報は常に、随時更新しファイル整理している。	○	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。	○	事業所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、ケアマネ通信に連絡先などの情報をのせ各居宅介護支援事業所へ配布している。
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づくり、情報支援をしている。	○	ケアマネジャーへの情報提供は「こもれびだより」で実施した会議の内容も含め定期的な発信を行っている。その他、ケアマネジャーに知ってほしい詐欺や権利擁護の情報提供について、会議の場を使い伝える仕組みを作っている。	◎	ケアマネ通信を年4回発行し、ケアマネジャーとセンターがともに困難事例に取り組んだ事例を紹介することで、ケアマネジャーがセンターに相談しやすいように働きかけており、実際に相談の頻度が増えたと感じている。また、ケアマネジャーにセンターの取り組み、社会資源情報の把握など改めて紹介することで、ケアマネジャーの地域資源への意識の向上を目指した。	○	情報については、多職種連携フォーラムや事業所連絡会等で伝えるほか、オープンチャットで情報を流すようにしている。	○	社会資源や研修情報等、居宅介護支援事業所連絡会等の集まりの際に周知、タイムリーに周知できるよう、必要に応じてFAXで通知し、また相談窓口において個別に案内している。また必要であれば並走支援をしている。	◎	偶数月に開催しているオンラインカフェでは、センター主催事業開催予定情報や社会資源情報、市内施設情報、WEB診療を行う医療機関のHPなど情報提供を行っている。また、LINEにて随時地域の高齢者居場所活動情報を提供している。それを見たケアマネジャーよりグラントゴルフの活動について問い合わせがあり、ある利用者をグラントゴルフ（高齢者居場所活動）につなげることができた。	◎	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開催している。研修や情報交換の場を提供できるように、その際にアンケートを実施して次の企画へとつなげている。3月に実施した多職種連携研究会の内容は、オンラインでの限定公開を行い、参加できなかった事業所への支援を行った。更にセンターで圏域の市民向けに開催する各講座の情報も積極的に情報提供するようにしている。	◎	広報紙に様々な情報を掲載し配布する中で、ケアマネ通信を作成の上、各居宅介護支援事業所に直接配布し、必要に応じて関係者の構築にも繋がっている。また、他圏域での研修案内も情報提供している。
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。	○	日ごろから相談しやすいように助言・提案を行い、困難事例発生時には課題の共有を図り、支援者自身が気づけるようにサポートしている。	○	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・対応の提案を行い、ケアマネジャーの振り返りを支援することで、今後の対応につなげていくよう支援している。	○	いつでもケアマネが相談・対応できる体制をとっており、助言・気づきを促す支援を基本として、過剰な支援にならないよう意識して行った。	○	ケアマネジャーから困難事例等の相談があった際は、個別で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支援している。	◎	支援困難事例を抱えるケアマネジャーに対して初回は職員二人体制で対応している。今年度は、認知症介護の課題（不衛生な生活環境）が感じられる者々世帯への対応において、ケアマネジャーと医療機関へ同行し家族の意思決定支援を行った。介護保険サービス利用上のルールについて利用者から理解が得られず困っているケアマネジャーからの相談に対して、一緒に利用者宅を訪問している。解決に向けて一緒にプロセスを終ながらその後も振り返りの支援を行っている。	◎	今年度も自立支援型地域ケア会議の案内を各居宅介護支援事業所へ毎回送り、会議後に気軽に相談できる時間を設けている内容も掲載している。支援困難事例に対しては、状況確認のため同行訪問し、混乱している情報を一緒に整理し、新たな気づきにつながるよう支援している。虐待ケースにおいては養護者支援にも視点も置き、養護者がケアマネジャー以外にも相談ができるよう支援を行った。	○	ケアマネジャーから困難事例の相談があった際は、課題を整理し、気づきをうながすよう支援し、必要な場合は同行訪問している。隣圏域と地域のケアマネジャーと共同で、スーパービジョンをテーマにした研修を企画。10月に開催した。
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。	◎	個別事例に関してインフォーマルサービスを提案を行い、特定事業所事例会議では企画・運営についてサポートしスムーズな会議開催について支援している。	◎	困難事例やハラスメント事例においても、同行訪問や、地域ケア会議の開催の提案を行っている。ケアマネジャーの支援としてインフォーマルサービスを含めたサービスや制度の提案を行っている。	◎	困難事例の相談があった時には、来所してもらおう等して話を聞いている。ケアプランの内容についても助言を行っている。	◎	ケアマネジャーからの相談ケースが、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開催の提案をしている。また事例検討会等で事例提供をしてもらい、提供者自身の振り返りの機会、気づきにつながる内容での開催となるよう努め、その後の経過確認もしている。	◎	ケアプランの作成については、虐待や困難事例の相談を受ける機会にケアプランを提出してもらい助言・指導を行っている。個別ケア会議開催の提案もしている。圏域内の主任ケアマネジャーと協力し、年2回事例検討会を行い、事例内容だけでなく会議運営側の視点でもスーパービジョンをしている。介護予防ケアマネジメントにおいては、毎月1回目目標設定期間を長期にするケースの意見交換時に助言・指導したり、自立支援型地域ケア会議への事例提供を促している。	◎	ケースを可視化して理解の促進を図るために、ホワイトボードを用いて、自立支援型地域ケア会議や困難事例の事例検討会を実施している。ケアマネ連絡会の中で企画した12月と4月の事例検討会においてもホワイトボードを用い、積極的な意見交換が行われた。	◎	成年後見人制度利用の必要性があったり、困難事例についての相談に対し、個別ケア会議を行い、伴走型支援を行っている。
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。	◎	第2圏域との合同の事業所懇談会の開催を行い、ケアマネジャー同士の幅広いネットワーク作りの構築に努めている。また特定事業所事例検討会などでは、経験豊富なケアマネジャーが経験の浅いケアマネジャーへ指導するなど、ケアマネジャー同士で個別に支援をしていこうという取り組みがみられる。	◎	特定事業所事例検討会においても企画会議に参加し、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も参加できるように支援するとともに、ネットワーク構築のため、オンライン開催や対面開催など、状況やニーズにより工夫してより多くのケアマネジャーが参加できるように努めた。	◎	特定事業所の開催する事例検討会の後方支援を行っている。当日はファシリテーター役となり、圏域のケアマネジャーが、意見を言いやすい雰囲気を作っている。また、今年度は多職種連携研究会を参加型のイベントにすることにより、圏域のケアマネジャーをはじめとする介護保険事業所に準備段階から参加してもらっており、その過程をネットワークを築く機会にしている。	◎	圏域内の居宅介護支援事業所の半数が単独で事業所を運営している。コロナ禍で関係が希薄になっているため、対面での連絡会の開催に向けてアンケートで取り上げて欲しい内容を確認し、業務上必要と思う内容での開催を予定している。また枚方市介護支援専門員連絡協議会のコンダクター主催の活動も、事前相談、活動支援をしている。	◎	オンラインカフェや事例検討会ではケアマネジャー同士のつながりや相談の場になるよう運営している。今年は圏域内でケアマネジャーの新入職が4人あり、積極的に参加を呼びかけている。	◎	第6圏域ケアマネ連絡会を定期的開催し、情報交換や交流の機会としている。3月に開催した多職種連携研究会の開催案内を各居宅介護支援事業所へ届けるとともに、困りごとのヒアリングを行った。12月と4月の事例検討会の中ではそのケースにとらわれずそれぞれが抱える困難事例についても意見交換を行った。ベテランが多いという特徴もあり「あえて解決策を提示せずに家族のゆらぎに寄り添う」などの意見を皆で共感し、連帯感を共有することができた。自分を大切にしながら仕事ができるように「セルフケア」の講義を行った。	◎	圏域内の居宅介護支援事業所と勉強会を定期的に開催し、ケアマネジャー同士のネットワークを構築している。加えて、今年度は居宅介護支援事業所の管理者の立場としての悩み相談や繋がりをもち、孤立しないことを目的にカフェを開催。12月に2回目を開催予定。
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。	◎	アンケートを実施、その結果を踏まえ抽出した課題をもとにテーマを決めている。また研修会開催の事前打ち合わせを大切に、ケアマネジャーの知識やマネジメント技術向上に向けて、実践に活かせる内容であることに留意している。	◎	事業所懇談会後のアンケートによりケアマネジャーのニーズの把握に努めるだけでなく、ケアマネジャーの声を聞く姿勢を維持し、研修内容決定に生かしている。日常生活自立支援事業の事業紹介や、病院との事業所懇談会開催など、ケアマネジャーが抱える困難事例の解決の力になるべく開催を行っている。ケアマネジャーの資質向上のために研修の情報提供もしている。	◎	自立支援地域ケア会議の事例提出や当日見学してもらう事で、圏域のケアマネジャーに「地域課題」に目を向けるように促している。また、忙しいケアマネジャーにも参加してもらいやすいように、法定外研修を企画したり、ケアマネジャーのストレスの解消法の研修なども行った。	○	昨年の多職種連携研究会で出た意見をもとに、事務局のメンバーと協議を重ね、多職種連携研究会の開催を予定。	○	オンラインカフェで随時研修等の情報提供や、直接研修会参加を呼びかけている。またセンター主催事業開催後にはアンケート等でケアマネジャーのニーズ把握に努め、次の研修会等の企画に生かしている。今年度は疾患の勉強会を企画している。	◎	1月にオンラインでの「認知症サポート医フォローアップ研修」の視聴の案内を行い、2月に介護保険事業所向けに、介護現場に詳しい弁護士を講師に迎え「高齢者虐待防止研修」を行った。8月に介護保険事業所を対象にA病院の特定認定看護師を講師として「マツレスの選び方と高齢者の最新の皮膚管理」をテーマに研修会を開催し、特定福祉用具販売事業所の協力も得て、体験型の研修を行った。	◎	研修後のアンケート結果、聞き取り、介護支援専門員協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踏まえ、ニーズに応じた、パーキンソン病の方の支援や障害福祉制度と介護保険制度の連携等をテーマにした研修会や事例検討会を開催した。主任介護支援専門員の更新条件である法定外研修開催について積極的に取り組み、担当圏域以外の居宅介護支援事業所へも情報を提供した上、参加を呼びかけている。



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。	◎	待合室懇談会を開催し、地域の医療機関とケアマネジャーとの関係づくりに努めている。	◎	圏域内病院との事業所懇談会において、地域で認知症高齢者を支えるための連携、顔の見える関係づくりの構築に努めた。「包括社協ふれあいだより」を圏域医療機関に配布し、センターの役割や活動の紹介、多職種連携研究会・待合室懇談会の開催についての周知に努めた。	◎	医療・介護の連携体制の構築の為、診療所や歯科、薬局で働く職員（医師・看護師・受付）に、認知症サポーター養成講座を行う予定にしている。また、「地域への認知症の周知」を目的に、多職種で連携して地域に発信するイベントを行う事になっている。それに向け、昨年から事務局（医師・歯科医師・薬剤師・病院相談員・各介護保険事業所）会議を開催しており、この会議が医・介護連携の機会になっている。また事務局以外の圏域の医療機関や介護保険事業所には、節目で進捗状況を「多職種ツーン」で伝えたり、最終的には当日のスタッフを広く募集することで、圏域全体のネットワークの構築の機会となるように考えた。	◎	多職種連携研究会の案内を持参し参加依頼を行っている。待合室懇談会はコロナウイルスが第5類になり、今年度2か所での開催を予定。在宅での看取りをテーマに多職種連携研究会を行った。	◎	長年地域医療に携わっている圏域内の診療所での世代交代があるとの情報をきっかけに、その診療所でケアマネジャーと訪問看護事業所対象の待合室懇談会を開催。在宅医療の相談方法などスムーズな連携を目的に意見交換ができた。C病院とは毎年度医療と介護の連携事業開催事務局会議を重ねており、「応急対応」について研修会を開催、年度内にもう1回の研修を予定している。第6圏域と合同でC病院との懇談会を実施した。	◎	A病院の福祉相談室と懇談会を開催し、A病院の入退院に関するスタッフとケアマネジャーとの意見交換会を行った。B病院との懇談会を、年度内に開催できるよう調整中。第5圏域と合同でC病院との懇談会を実施し、コロナ禍で難しくなっていた連携の再構築に努めた。	◎	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10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。	◎	2年ぶりに会場開催での多職種連携研究会（介護保険事業所関係者・医療機関関係者・障害福祉事業所等・センター職員のメンバー）を行った。アンケートも好評であり、顔の見える関係づくりに繋がった。今年度も昨年のテーマ（「生きる 逝ききる」）に連動した多職種連携研究会開催に向けて準備中。地域課題「若年性の認知症 軽度認知症の方々居場所」について研究会を進める予定。	◎	多職種連携研究会の開催の積み重ねにより、個別ケース対応においても医療・介護関係者との連携に対する意識は深まっている。看取りをテーマに開催した多職種連携研究会においては、医療と介護の連携の重要性を改めて確認でき、訪問看護事業所だけでなく福祉用具事業所、訪問介護事業所と課題を共有することで一層の連携につながった。	◎	今までは、年1回の研究会をどちらかと言うとセンター主体で行ってきたが、本年度は趣向を変えて、医療機関と介護保険事業所が協力して一つのイベントを作り上げる過程がネットワークの構築の機会となるように企画した。また、今回のイベントは令和2年度の研究会で出た課題「地域への認知症の周知」を、目的にしたものであり「認知症」の高齢者への医療と介護双方の取り組みを、双方が理解する機会にもなった。	○	多職種連携研究会を年度内開催に向け企画調整中。	◎	今年度の多職種連携研究会では、前年度開催後のアンケート結果を踏まえ、医療と介護に限らず高齢者にかかわる幅広い職種を含めた会議体と専門職のコアな職種が集まる会議体に向け、2回の開催を計画。1回目は高齢者にかかわる幅広い職種でACPの理解を深める目的で「もしばらゲーム」を実施後に意見交換をおこなった。2回目は専門職のみで人生会議のロールプレイを計画。他に、薬局主催の「認知症ケース対応での困りごと」をテーマにした多職種会議に参加し、地域での見守りや専門的対応への連携関係構築の機会にできた。	◎	「多職種で考えるACP（人生会議）」をテーマに多職種連携研究会をオンラインで開催した。案内時に人生会議の冊子や人生会議推進に係る大阪府条例、センターで作成した導入チラシを介護保険事業所（居宅介護支援事業所・施設・通所）に届け、人生会議に携わる職についていることを説明して回った。参加される医師・歯科医師・薬剤師にも同じ物を届けた。参加者は引き続き取り組みべき課題であると共通意識を持つことができ、介護保険事業所向けの会議報告チラシに当日内容のオンラインでの限定配信の案内を掲載し、参加が少ない介護保険事業所へ働きかけを行った。センターとして、地域で開催する講座等、今年度様々な機会を通じて人生会議の重点的な啓発活動を行っている。	◎	他圏域で開催の医療・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。多職種連携研究会では研究会本番まで毎月事務局会議を開催し、テーマ・課題を決めて取り組んでいる。なお、課題改善については、前回研修時のアンケートから抽出した課題も加味した上で取り組んでいる。また、5月には「虐待について」という内容で事業所勉強会を行った。
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。	◎	介護事業所懇談会を開催（管理栄養士からの講義）し、介護事業所間のネットワークをより深める為の働きかけを行った。介護事業所担当の世話役が企画運営にも協力的に携わり、懇談会終了後研修会の必要性について前向きな意見があった。	◎	通所事業所懇談会（通所事業所・居宅介護事業所・訪問事業所対象）を開催し、ネットワークの構築、事業所間の情報共有を行い、自立支援について意識の向上に努めた。	◎	圏域の全介護保険事業所向けにアンケート実施と研修会を開催した。またこの時に、多職種連携研究会のイベントの各職種の得意分野や強みを出し合いフーズで行う内容を検討してもらった。介護保険事業所が地域貢献について考えてもらう機会となった。	◎	圏域内で介護事業所連絡会を行い、従来からの課題解決のために、高齢者の外出支援のため、「イスプロジェクト」の周知を行い、賛同を得る。また、介護事業所の懸案である、BCPともつながる災害時の事業所同士の連携を推進し、利用者の安全確認に取り組んでいくこととなった。	◎	C病院と共催で介護事業者向けの研修を行った。内容は救命認定看護師による救命措置の演習（心臓マッサージ・AED使用）と講義で、参加者から緊急時に119番通報する判断に役立つ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・対策について学んだ。また今後更に必要となる医療との連携の発展のため、介護保険事業所職員の医療知識を更新する研修を予定している。専門性の高い内容ではなく身近で役に立つ内容にし、介護側が考える医療側へのハードルを低くする方法の一つにしたいと考えている。1回目はA病院の特定認定看護師を講師として「マットレスの選び方と高齢者の最新の皮膚管理」をテーマに開催し、特定福祉用具販売事業所の協力も得られたことで体験型の研修となった。事業所と一緒に研修を作っていくことで更にハードルを低くしたいと考えている。	◎	虐待事例や家族間のトラブルに悩む利用者が増えていることから、介護支援専門員や介護保険事業所向けに虐待研修を開催。講師を弁護士に依頼し、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・対策について学んだ。また今後更に必要となる医療との連携の発展のため、介護保険事業所職員の医療知識を更新する研修を予定している。専門性の高い内容ではなく身近で役に立つ内容にし、介護側が考える医療側へのハードルを低くする方法の一つにしたいと考えている。1回目はA病院の特定認定看護師を講師として「マットレスの選び方と高齢者の最新の皮膚管理」をテーマに開催し、特定福祉用具販売事業所の協力も得られたことで体験型の研修となった。事業所と一緒に研修を作っていくことで更にハードルを低くしたいと考えている。	◎	5月に「虐待について」という内容で、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した。また、高齢者とその世帯の支援において、相談支援業務を行う他機関とケアマネジャー及び介護支援事業所との連携強化を図るため、コミュニティソーシャルワーカーと地域生活支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険事業所が参加する他機関連携会議を今年度から定期的に開催している。
④	入院・退院時の円滑な連携のために、関係機関や関係者との調整や支援を行うとともに、地域における支援体制の整備・拡充を行っている。	◎	入院時医療機関やケアマネジャーとの連携に努めている。個別事例についてはケアマネジャーと共に家屋調査や退院カンファレンスなど積極的に医療機関と連携している。地域の民生委員などからの個別相談にも医療機関と連携し支援にあたり、地域における支援体制の強化に努めている。	◎	入院・退院時医療機関とケアマネジャーとの連携に努めている。退院カンファレンスの参加、地域の民生委員からのケース相談、病院からの総合相談対応にも迅速に対応し、地域における支援体制の強化に努めている。	◎	医療連携サイトの更新を行い、最新の情報を発信できるように整えている。地域の病院の相談員とは日頃から連携を図り、互いに「無理の言える関係」を築いている。	◎	退院に向けた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、必要に応じて随時連携支援している。要介護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。	◎	「地域づくり会議」で施設職員や病院の医療ソーシャルワーカーと定期的につながること、支援体制整備・拡充をすすめている。退院時に民生委員や本人のよく利用する店舗の店員と連携し、見守り体制を整えた事例や、癌末期の事例では病院の医療ソーシャルワーカーと自宅へ同行訪問、本人のACPを共有し、多機関で緊急時対応を話し合って体制を整えた事例あり。	◎	A病院との意見交換会やC病院との懇談会を介護支援専門員や施設相談員向けに開催した。入院中のカンファレンスへの出席や、家屋調査に同行したり、在宅復帰に向けて関係機関と調整を行っている。課題が複合的であり、拒否が強く精神疾患を伴う認知症高齢者の支援として、家族・市・保健所・病院と連携を取り、更には民生委員やURの協力も得て入院支援を行ったケースが複数あった。潜在化しているケースの見守りのため、定期的な民生委員との意見交換や、一体的実施におけるハリスケアアプローチの活用をしている。	◎	入院時には必要に応じて病棟へ情報提供を行う。退院時には地域医療連携室と主に電話での情報共有を行い、必要なら関係機関（福祉用具・訪問看護・居宅介護支援事業所等）と事前に調整を行うことで、退院後は在宅介護が不安なくスタートできるように高齢者の支援として、かかりつけ医のいない高齢者が体調が悪化した場合には、訪問診療や通院での受診につき、必要に応じて診療に同行している。

令和5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5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	大洲会	東香会						
<b>【基本項目】（運営全体に関する項目）</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4第1項)が、これらのことを職員一人ひとりが理解して業務を遂行していく必要があります。												
①	センターの設置目的を踏まえて事業計画をたてるなど、計画的な運営を行っている。	○	年間計画を立案して、計画的に事業実施ができるように運営している。事業計画書をもとに、事業実施が計画的にできているかどうか毎月事業計画会議にて確認を行っている。実施に至らない場合は、実施時期についての目途を立てるなどし、進捗をその都度管理している。また、毎月3か月分の予定を3職種で確認し、実施日の重なりなどを防ぎ、計画的な運営に留意している。	○	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に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、社会情勢を踏まえ、事業計画を立てている。毎月の定例会議において計画の進捗管理を行っている。	○	センターの設置目的を踏まえて、全職員で協議のうえに事業計画を策定している。月2回の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。進捗は共有フォルダで管理しており、職員がいつでも確認できるようにしている。	○	年度末に第2層協議体から抽出した課題も踏まえて事業計画を立案。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。	○	センター設置目的やセンター業務について、職員の理解が深まるように所内研修を実施している。また、新任者に対しては、センター業務について、理解ができるように研修を必ず実施している。	○	新入職員に対して、センター設置の趣旨やセンター業務等についてのオリエンテーション等を実施し、職員の理解を促している。フリセクター制により職員に適切な指導を行っている。	○	入職時にセンターの業務等について研修を実施している。センター内に「地域包括支援センターについて(趣旨、業務内容)」の説明の紙を掲示し、常に職員が確認できるようにしている。	○	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用いて説明をしている。研修内容を一覧表にまとめ、漏れがないようにしている。新事業や各専門職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センター内会議や資料の回覧を行い、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まとめたファイルを使用して業務について伝えている。センター内会議や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へ偏らないよう、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。	○	公正・中立性を確保するために、居宅介護支援事業所等への依頼件数を集計している。集計データをもとに、特定の事業者へ偏らないように割り振りに配慮するなどしている。相談者に対しては、誘導をしないように、複数の事業所を情報提供している。	○	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に配慮している。地域活動・会議においても、参加を依頼する事業者へ偏りがないうように、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、事業者の一覧表を活用しながらサービスや社会資源の説明を行っている。特定の事業者へ偏りが出ないよう、随時口頭で共有している。	○	相談室に種類別に分類したファイルを整備時、利用者や家族の意向に沿って情報提供している。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随時口頭で共有している。	○	利用者・家族の意向をふまえ、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ないうように職員間で口頭で確認し、経過記録にも残している。
<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、主担当職員を決めて相談支援にあたっている。	○	事例の内容に応じて、その内容に適した専門職を主担当者として配置している。	○	朝のミーティングや随時話し合いを行い、相談内容に応じて専門性を持った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、協議のうえに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。	○	今後の方針など十分な検討が必要なケースにおいては、3職種が揃いやすい朝礼ミーティングの時間に、3職種でのカンファレンスを適宜実施している。チームで意見交換が行えるよう、話しやすい雰囲気作りにも配慮している。	○	毎日朝礼を実施する中で、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。	○	毎朝のミーティングで利用者の状況、相談を全員が把握できる場を設けている。困難な事例に関しては、その都度ミーティングを実施し、チームとしての支援の方向性を決めている。	○	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、可能な限り3職種で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。	○	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。	○	緊急性の判断については、2人以上で判断するようにフローを決めて、複数人で関わるように工夫している。支援困難ケースについては、月に1度総合相談継続判定会議を実施し、3職種にて検討できるようにチームアプローチを心掛け取り組んでいる。	○	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に、朝礼等を介して情報や対応方法の共有に努めている。	○	困難ケースについては、管理者・専門職全員がリアルタイムの情報を共有できるようにしている。緊急性の判断については管理者を中心に判断し、2人以上の職員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、異なる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、担当者が不在でも対応できるように体制を整えている。	○	カンファレンスの結果、複数対応が必要と判断した事例は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伝達事項を中心に、全職員にて情報共有・検討を行い連携に配慮している。また、3職種が縦割りにならないように、取組みの情報共有を行い、職種間をまたぐ横断的な取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。	○	朝のミーティング、毎月の定例会議にて、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って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。	○	センターの看板・文字表記を道路側窓等に設置して、来所される住民にわかりやすく表示している。	○	センター扉・壁面及びアーケードにセンター名称を掲示している。閉所時もシャッター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看板を設置。入口にはのぼりを立てている。	○	開所中はのぼりを立て、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ぼりを設置している。	○	事業所入口に看板とのぼりを設置している。
②	センターの案内や業務内容を、地域住民や関係機関に積極的に周知を図るとともに、センターの理解が深まるように働きかけている。	◎	センターの広報紙を3校区全てに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。独自ホームページでの発信（介護予防・成年後見制度・広報紙バックナンバーについて掲載）について、介護予防に関する定期発行チラシや高齢者虐待に関するチラシを掲載し、内容を強化した。	○	老人会や自治会向けの講座、民生委員との意見交換会において、センターの役割や業務について説明を行い、理解が深まるよう働きかけている。	◎	毎月発行している広報紙を圏域内の自治会で全戸配布してもらっている。センターのLINEにて広報紙やセンターの取り組み等を発信している。また、センターが高齢者の総合相談窓口であることの周知のため、圏域内の医療機関、薬局、歯科医院、金融機関へ名刺サイズの啓発物を配架している。	◎	年4回広報紙を作成し、圏域内全校区で回覧を実施している。医療機関や金融機関等には個別に配布している。広報紙をきっかけに、元介護者の介護者家族の会への参加があり、圏域内の資源の掘り起こしにもつながっている。広報紙に掲載している介護予防の取り組みを実践している団体もあり、センターの役割や活動の周知につながっている。	◎	センターのチラシ・広報紙は地域活動参加時、介護保険事業所、医療機関等へ配布し、周知している。広報紙は法人のホームページにも掲載している。日頃の連携から集合住宅の自主組織や地域の居場所から声掛けがあり、各団体発行の広報紙にもセンター周知の記事を掲載してもらっている。見守り110番協力店舗には、毎年訪問や郵送でセンターの啓発資料を配布している。	◎	センター発行の広報紙、地域と共催で発行している広報紙に、センターの住所・連絡先・役割を常に掲載し、LINEや地域活動時、関係機関への訪問時や会議の際に配布している。また、今年度から3校区の集会所や自治会館、郵便局、商業施設等15地点に設置しているカタログスタンドにも配架し、高齢者に限らず様々な年齢層に広くセンターの理解が深まるように働きかけている。

5. 個人情報の保護について、適切に取り組んでいるか。

〔解説〕	地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を扱うことになるため、取り扱いには充分留意する必要があります。また、相談者等のプライバシーを尊重し、相談や情報収集においては支援をするうえで必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。												
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どのような情報」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にかかる重要事項・契約の場合は、書面での同意を得ている。総合相談など契約がない場合は、口頭同意を得て、支援経過に記録している。	○	可能であれば同意書をとり第三者への情報提供につき同意を得ている。書面での同意が困難な場合は、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は保管し、いつでも閲覧できる。毎年センター内研修を実施して、職員が理解できるよう配慮している。	○	個人情報保護に関する市の取り扱い方針に従い、プライバシー保護取扱いマニュアルを整備している。	○	個人情報保護規定とセンターと枚方市役所との委託契約時に交わした個人情報の取扱いに関する特記事項書及び個人情報保護法に基づくマニュアルを整備し職員への研修を行っている。	○	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に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。	○	面談室と事務所をパーティションにて仕切るなど、環境整備を行い、プライバシー・個人情報に配慮している。	○	法人とセンター間においては、緊急時を除き個人情報の共有は行っていない。センター内・職員間においても、個人情報の共有は業務上最低限にとどめている。来客中は、職員の会話内容、声量に注意し、不用意に個人情報が漏れないよう配慮している。	○	相談室は独立しており、情報が漏れないよう仕切られている。個人情報が含まれる書類等は鍵のかかる保管庫に保管することにも、不必要に他者の目にふれないようにしている。また、法人内、職員間においても不必要な情報の共有は行わないよう指導している。	○	相談室は相談内容が漏れないよう、扉でも確認できるようにしている。相談者がいる場合は職員間の会話や電話での声量に注意している。	○	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庫に保管している。センター内の監視カメラで書類の出入りの状況を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。個人情報管理システムは、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、鍵付き靴を使用している。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、要援護高齢者の相談・支援に関わる機関であることから、苦情解決には社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応をすることが求められています。												
①	苦情受付の担当者・責任者を置いている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	苦情受付は、受理した職員が初期対応を行っている。また管理者が責任者として対応している。苦情受付票を作成し、申立者・苦情の詳細・経過・結論・要因分析・改善策等記録を残している。	○	苦情受付の責任者・担当者を定め、体制を整備している。苦情受付台帳を作成・記録を残している。	○	受付は各職員が対応し、管理者が責任者となっている。苦情があった際には、対応記録を苦情受付台帳に残している。	○	管理者が苦情受付担当、責任者を担っている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	受付は職員が開き取り、内容に応じて管理者が担当している。苦情を受けた職員が報告書を作成し、管理者が確認している。	○	受付は職員、責任者は管理者が担っている。苦情があれば速やかに管理者へ報告、苦情受付書への記録を行い、苦情受付台帳にて記録を残している。
②	苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や職員への周知を行っている。	○	苦情対応マニュアルを法人書式を適応し、センター内で整備して、職員へ周知している。報告書は、申立者・利用者・苦情詳細を管理者へ報告する流れとなっている。職員全員で、解決にむけた要因分析・改善策を話し合い、再発防止策を検討し共有している。	○	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。	○	法人が作成した苦情対応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。	○	利用者に対して、契約時等に苦情対応についての方法の説明を行っている。また、センター内には苦情受付対応者や相談機関について掲示している。	○	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、必要に応じて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。	○	職員緊急連絡網を作成し、人員の入れ替わり等があればその都度最新に更新し、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、留守番電話の録音内容が法人携帯電話に転送されており、内容を適宜管理者が確認できる体制をとっている。	○	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、管理者が留守番電話の録音の有無を定期的に確認している。また、職員の緊急連絡網を整備し、緊急時は法人を含めすべての職員に連絡が回るようになっている。	○	緊急連絡網を整備しており、緊急時のためにLINEのグループを作成している。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。職員の緊急連絡網を作成し連絡が取れる体制になっている。
8. 人材の育成や支援について、取り組んでいるか。													
〔解説〕	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。												
①	法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるよう配慮している。	○	研修参加については、職員の専門性が担保でき、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管理者が参加の必要性を判断し、職員に回覧等の方法で周知を図っている。	○	研修費用は法人が負担し、研修時間は勤務時間として配慮している。センター内では、研修に関わる情報を共有し研修希望者や必要と認める職員に対して管理者が調整し、参加できるようにしている。	○	研修案内は回覧し、外部研修に参加できるよう対応している。必要と思われる研修は管理者より参加の促しをしている。会社のオンライン研修のコンテンツがあり、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-ラーニング)を活用している。
②	知り得た情報や知識については、全員にフィードバックし共有している。	○	センターで実施した研修は、オンデマンド視聴にて職員も全員が共有できるように工夫している。センター外研修については、研修参加報告書を記載して、朝礼時共有するなど、他職員へフィードバックしている。	○	参加した研修の内容については、朝礼やセンター内会議において伝達研修を行い、地域や事業所から得た新たな情報はタイムリーに活用できるようにセンター内で共有している。	○	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ファイリングしている。	○	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、暮らしまるとべりネットの更新を行っている。	○	第2層協議体や民生委員、校区福祉委員等と協働し、情報交換して地域の社会資源を把握している。また、ケアマネジャーやサービス事業所、調剤薬局などから事業所連絡会等の機会を使って地域資源の情報を聞くことで、地域資源の把握をさらに進めている。暮らしまるとべりネットの更新を随時行っている。	○	随時、暮らしまるとべり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準備している。	○	フォーマル、インフォーマルスの資料は一覧表に整理している。情報については、暮らしまるとべりネットと合わせて随時、見直し更新を行っている。	○	外出時に自治会の掲示板などを確認するとともに、民生委員や地域住民から情報収集をして社会資源の把握を行っている。必要に応じて社会資源へ問い合わせ、暮らしまるとべりネットを更新している。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情報収集し、一覧表を作成している。年に1回、情報の見直しをおこない、暮らしまるとべりネットを更新、新規資源については随時追加している。	○	フォーマル・インフォーマル情報を種類別に分けてファイリングし、暮らしまるとべりネットと合わせて随時更新している。
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。	◎	個別地域ケア会議や事業所連絡会において、地域の高齢者に関するニーズ把握を行っている。抽出したニーズ(認知症高齢者の理解、障害福祉制度の理解、多職種連携の深化、人生会議・エンディングノート等の活用等)に対して、各々に必要となる取り組みについて、第2層協議体や多職種連携研究会等にて検討を行っている。	◎	地域に展開する相談窓口やコミュニティ、UR都市機構とのネットワークを構築するために昨年度会議体を立ち上げた。今年度は高齢者を孤立させない地域づくりのために、圏域内の認知症カフェ、図書館を新たなメンバーに加えて、連絡会として開催している。大学がUR住民向けに行った健康と生活に関するアンケートにセンターが協力し、その結果を同連絡会で報告・検討し、社会資源の情報をまとめたマップを作成している。また、自立支援型地域ケア会議にて認知症の進行により高齢者の趣味活動の継続が困難になりつつあるという地域課題が出たことを受けて、図書館館長と認知症高齢者への支援方法につき意見交換を行った。意見交換の内容について担当者がセンター内で伝達し共有を図った。住まい地域連絡会で情報を共有しネットワークを構築した。KDBデータより筋骨格系疾患を抱える高齢者が多いとのデータが出ていることを受けて、訪問看護事業所・UR都市機構と共催でホビュレーションアプローチを全校区で開催し、圏域内の事業所へリハビリテーション専門職の派遣を依頼してネットワーク構築に努めている。	○	広報紙の配布や個別の対応、第2層協議体を通して地域の役員や民生委員から圏域の高齢者の様子やニーズを聞いて把握している。昨年に引き続き、パトロール便としてセンターの周知チラシを圏域内に配布し、ニーズ把握に努めている。	◎	地域活動参加時や第2層協議体、民生委員等の地域住民、介護保険事業所、障害福祉事業所、社会福祉協議会などの連携においてニーズ把握を行っている。把握したニーズから立ち上げた「介護者家族の会」の開催を通して、新たに薬局や介護経験者の地域住民とのネットワークが構築でき、より発展的な取り組みとなっている。	○	民生委員や関係機関等や地域活動参加時にニーズの把握をおこなっている。抽出した課題(認知症高齢者、一人暮らし高齢者の対応)について、第2層協議体で提案し、地域で見守りができる体制について検討している。	◎	第2層協議体から挙げた課題を解決するため、昨年度地域づくり元気づくりプロジェクト「100歳になって元気!『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりの会」を発足。今年度新たに認知症の課題が挙げたため、校区コミュニティ協議会と連携しながら対策を検討し、認知症サポーター養成講座やカタログスタンドの設置などの取り組みを計画し、実施した。校区コミュニティ協議会会長と適宜進捗状況について意見交換し、必要時は修正しながら進めている。各活動団体のリーダーとも情報共有を図りつつ、進捗状況を確認する等、ネットワークを活用しながら進めている。
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。	◎	新たな取り組みとして、管理者の孤立を防ぐために、圏域内の多様な事業所(診療所・薬局・居宅介護支援事業所等)の管理者との連絡会を実施し、圏域ネットワークが有機的に機能するよう改善を行った。圏域における精神疾患を有する高齢者に対する支援の在り方について、保健所との連携の取り方を学ぶ機会を持つことで、ネットワークの改善を行った。また、在宅酸素や神経難病の方への対応に悩んでいる連携上の課題に対しては、事例検討会の実施によって、ネットワークの強化や連携の改善につながっている。	◎	昨年度立ち上げた、地域に展開する相談窓口やコミュニティ、UR都市機構等との会議体に、圏域内の認知症カフェ、図書館を新たに加入して住まい地域連絡会として開催し、連絡会を通じた連携、ネットワーク構築を図っている。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。在宅サービス・施設を含めた事業所連絡会にて、ケアマネジャー同士で意見交換をする中で、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圏域内の居宅介護支援事業所間での座談会の開催に展開し、センターが運営をサポートした。	○	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。さらなるネットワーク構築のため民生委員と介護事業者の交流会を企画している。	◎	地域活動や会議体への参加、見守り110番協力店舗への訪問を継続することで、ネットワークの維持に努めている。障害福祉事業所からは障害者の高齢化に関する相談を受け、第2層協議体に参画してもらったり、薬局からの相談から自立支援型地域ケア会議への定期的な出席につながるなどネットワークの維持・改善に努めている。	○	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。地域の取り組みを居宅介護支援事業所へ紹介したり、民生委員とケアマネジャー合同の勉強会を企画し、地域と介護事業所のネットワークづくりを行っている。	◎	第2層協議体から挙げた課題を解決するために、地域づくり元気づくりプロジェクトを立ち上げた。地域と圏域内の企業、グループホームや居宅介護支援事業所や介護施設等の介護保険事業所がプロジェクトメンバーとなり、共に課題を共有しながら支援する体制を展開している。今年度開催の校区コミュニティ協議会での認知症に関するイベントでは、プロジェクトメンバー全員が中心となり、継続実施中の企業対象での認知症サポーター養成講座を進めるなど、より地域に特化した内容で講座を実施し、地域のネットワークの維持改善を図っている。



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。	◎	◎	◎	◎	◎	◎
---	---	---	---	---	---	---

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。	◎	◎	◎	◎	◎	◎

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。	◎	◎	◎	◎	◎	◎
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ます。	○	○	○	○	○	○
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。	◎	◎	◎	◎	◎	◎

④ 対応した職員以外でも再相談等に応じられるよう相談記録を作成し、整備している。	○	相談記録は随時入力し、新規のケースは相談受付票を印字し、センター内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。記録についてはわかりやすい表現で今後の方針を明確に書くよう努め、内容を朝礼で共有している。	○	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、取り組みを行っている。	◎	介護人材不足の実態を第2層協議体で課題共有し、第2層協議体でのさまざまな取り組みが重要であり、住民が主体となって介護予防に取り組むことの有意性を強調し、コロナ禍で停止していた居場所の再開や活動の強化への後押しを行った。また、スーパー等の相次ぐ閉店によって、日頃の高齢者の見守りが出来なくなってきたことなど、コミュニティが減少している課題共有を行った。今後、コミュニティ作りを検討するなど、課題解決に向けて取り組みをすすめている。	◎	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小学校体育館での介護予防イベントの開催につながった。今後も継続して開催する予定である。	○	地域課題を整理し、課題解決に向けた計画を作成し、計画に基づき取り組みを行っている。今年度は、居場所の活動の中で少しでも運動をしたいと思っている人が多いが、枚方市駅付近で実施する運動場所に遠いため行きにくいという課題に対しては、身近な場所ですぐに取り組みすることが可能な他の事業の案内を行い、120日チャレンジに取り組み人も増えている。	
② 担当する圏域内の協議体に参画し、助言や技術的支援などにより、活動や取り組みの支援を行っている。	◎	事務局として3校区すべてセンターが参画している。支援としては、第2層協議体が主催するイベントポスターの作成、住民への手紙や介護予防啓発チラシの提案、発送作業等行事企画・実施の後方支援を行った。	◎	第2層協議体に参画し、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、居場所の活動の中でボリュレーションアプローチとして測定会などを実施している。また、地域住民に居場所のサロンなどの紹介も行っている。	○	地域課題解決のために昨年度立ち上げた、介護者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」(介護者家族の会)の開催を継続するとともに、地域住民や薬局などに参画してもらつようとするなど、計画的に発展していくよう取り組んでいる。	
③ 担当する圏域内の協議体と医療・介護連携にかかる会議等との連携や調整を行い、具体的な課題共有や課題解決を連携して行っている。	◎	元気づくり・地域づくりの取り組みにあたり自立支援の視点を専門職と同様に第2層協議体の構成員にも持ってもらえるよう、自立支援型地域ケア会議への参加調整を行っている。第2層協議体構成員が新たに多職種連携研究会へ出席し、圏域における自立支援についての課題共有を行い、解決のための連携を図った。	◎	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。地域ケア会議開催時に介護事業者との課題共有ができるよう支援している。	○	第2層協議体から抽出された地域課題「フレイル」「認知症」に対して、地域づくり元気づくりプロジェクト「100歳になっても元気!『脳も体もイキイキ』65歳からの健康づくりの会」を企画。フレイルに対しては介護予防に対する意識付けと自助努力による活動の推進を図り、認知症に対しては校区コミュニティ協議会会長、民生委員、地域の方等へ、認知症サポーター養成講座及び認知症講座を開催。さらに、同じ内容の講座を各自治会の地域住民対象で各集会所(公民館)での実施を展開している。	
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養成研修内容をブラッシュアップし実施した。地域課題への取り組みは、ケアマネジャーだけでは困難であり、併せて多職種に対しても研修を実施し、地域課題についてグループワークを行った。また、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと協働し、高齢者の移動の問題について取り組んでもらえるよう働きかけた。	◎	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。地域ケア会議開催時に介護事業者との課題共有ができるよう支援している。	○	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、居場所の活動の中でボリュレーションアプローチとして測定会などを実施している。また、地域住民に居場所のサロンなどの紹介も行っている。	
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養成研修内容をブラッシュアップし実施した。地域課題への取り組みは、ケアマネジャーだけでは困難であり、併せて多職種に対しても研修を実施し、地域課題についてグループワークを行った。また、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと協働し、高齢者の移動の問題について取り組んでもらえるよう働きかけた。	◎	圏域内のケアマネジャーの人員の入れ変わりを随時把握し、必要に応じて養成研修を実施予定。ケアマネジャーへは折に触れ社会資源情報を提供する。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。	◎	薬剤師、医療機関、訪問看護との連携会議において第2層協議体の情報提供を行い、必要に応じて連携することとし、第2層協議体主催イベントにおいて医療機関の医師による講演が行われた。連携や協力体制を構築するため、介護保険事業所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。	



【事業実施計画】(個別地域ケア会議)													
1. 個別地域ケア会議(個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議)													
解説	地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、(i)地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 (ii)高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 (iii)個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステム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敬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。	○	自立支援型地域ケア会議においては、委託先のケアマネジャーとセンター職員が協議して支援方針を検討することにより、自立支援に資するケアマネジメントに繋がっている。	○	定期的な自立支援型地域ケア会議を実施し、圏域のケアマネジャーに参加してもらい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。常に地域ケアマネジャーとは、介護保険のサービスだけでなく社会資源の利用の提案や地域の協力が得られないかなど共に検討している。	○	自立支援型地域ケア会議を定期的に開催している。事例担当のみならず、圏域のケアマネジャーやサービス事業所、薬剤師等にも参加してもらい、各事業所に持ち帰り共有してもらうことで、圏域全体での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を隔月に開催。新型コロナウイルス感染拡大に伴い、感染予防ガイドラインに沿って開催。参加者数によっては会場を地域の会館に変更するなど対応。ケース選定にあたっては、圏域の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所の偏りが生じないよう選定し、自立支援の視点をケアマネジャーや介護サービス事業所と共有。また、見学者として圏域の薬局薬剤師に加え、病院の相談員や看護師にも参加を呼びかけ、自立支援に資するケアマネジメントについて情報共有を行った。	○	今年度の自立支援型地域ケア会議では、圏域コンダクターを事務局側に迎え実施。会議前の準備会議を開催前2か月間の期間に実施し、圏域コンダクターと当日の事例提供者である委託先のケアマネジャーにも参加して頂き、センター職員と共に自立支援に向けて課題を検討しながら自立支援の考え方を学ぶ機会の1つとなるよう図っている。
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向けて地域ケア会議等で検討されている。	◎	認知症本人とその家族との本人理解等への食い違いが大きくなり、認知症介護に弊害が生じることがあるため、認知症に対する理解を得られるよう、圏域内で活動する認知症カフェや、その中で家族同士の交流などへの支援を行い、認知症高齢者にとってやさしいまちづくりに取り組んでいる。 障害のある高齢者への支援に係る公的制度や支援内容について理解を深める必要性を地域のケアマネジャーと共有し、介護保険以外の他法について学ぶ法定外研修を開催した。 また、治療中の病気に関する栄養指導は栄養士派遣指導事業ではできないので、病院・診療所に所属する栄養士との多職種連携を検討していく。	◎	自立支援型地域ケア会議については、事前に論点を整理し会議が充実したものにできるよう努めている。また会議後に振り返りを行い、課題解決に向けて検討している。自立支援型地域ケア会議にて介護予防・日常生活支援総合事業についてケアマネジャーに周知を図る必要があるという地域課題が出たことを受けて、事業所連絡会にて介護予防・日常生活支援総合事業をテーマにした企画を実施予定。また、自立支援型地域ケア会議にて認知症の進行により高齢者の趣味活動の継続が困難になりつつあるという地域課題が出たことを受けて、図書館館長と認知症高齢者への支援方法につき意見交換を行った。 抽出した地域課題につき、圏域地域ケア会議で報告している。	○	今年度から自立支援型地域ケア会議に圏域内の薬局の参加を得て、さらに広い視点から地域課題の検討を行っている。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。	○	個別ケースの検討を通じて抽出された地域課題(身近な通いの場が少ない)を第2層協議体で検討した。そこで新たな地域課題(担い手の高齢化と不足)の把握もでき、解決に向けて地域とともに検討している。	◎	個別ケースの中には、認知機能低下や地域の見守りが課題となるケースも多く、第2層協議体のメンバーとの連携や活動を活用し、課題解決に向けて取り組んでいる。	◎	数年間、近隣へ迷惑行為を行っていた精神障害のある対象者が退院されるにあたり、個別地域ケア会議を企画。精神障害のある方が地域で暮らすためには、地域住民の理解を得ることが必要と考え、第2層協議体・自治会会長・民生委員・地域住民へも会議への参加を依頼。また、今後サポート体制の一員となられる保健所や医療機関、訪問看護師等の各専門職にも参加して頂く内容で調整している。自立支援型地域ケア会議から抽出された課題に対しては、解決に向けて第2層協議体で検討し、「ひらかた夢かなえるエクササイズ」の活動等、地域での取り組みに繋げている。
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。	◎	継続して検討を要するケースについては、自立支援型地域ケア会議での事例は同会議にて6カ月後振り返り検討を実施し評価や方針の修正を行い、個別地域ケア会議はモニタリングを実施し、会議参加者等に情報共有している。	◎	個別地域ケア会議においては、目標の評価期間を設定し評価を実施している。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。また会議後に振り返りを行い、課題解決に向けて検討している。	◎	自立支援型地域ケア会議で取り扱ったケースについては、随時モニタリングと評価を行い、参加者に情報提供することにも必要に応じた方針の修正を行っている。	◎	自立支援型地域ケア会議では半年後に同じ事例を取り上げ、前回の助言をもとに支援してきた後の再評価の機会としており、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。会議参加者への情報提供は、随時行っている。	◎	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、進捗状況を確認。会議出席された方にも報告を行っている。確認した状況から、新たな方針の修正も随時行うようになっている。	◎	今年度の自立支援型地域ケア会議では、振り返りのケースを中心に選定し、前回挙げた自立支援の視点や方向性の評価を行い、より適切な支援が行えるよう図っている。会議終了後には、今年度から事務局側として参加して頂いている枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターにも、地域ケア会議実施記録を提供し、圏域内のケアマネジャーと自立支援の視点など共有する契機としている。また、関係者にも進捗状況を報告している。

【介護予防ケアマネジメント】													
1. 介護予防ケアマネジメント (介護予防・日常生活支援総合事業)													
〔解釈〕	介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業その他の適切な事業が包括かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです(法第115条の45第1項第1号)。介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、自立支援の視点によって、今後、対象者がどのような生活をしたかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有することにも、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。既存の資源は向があるかを把握し、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。	◎	それぞれの状況に応じて個性を持たせた目標を設定し、達成されたか評価しやすくするために、歩く距離・時間、運動の回数など数値を使い、具体的に評価できる目標を設定し、継続的に支援できるようにしている。自立支援にサービスが必要だが、利用につながらない方などを一覧にまとめ、定期的にモニタリングを行い、対象者の自立支援に関する生活課題を整理し、職員で共有し意見をするなど継続的な支援につなげている。	◎	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で実現可能な目標を設定している。長期プランについては複数の職員で協議し個々のアセスメントスキルを向上しガイドラインの視座に基づき判断、具体的に評価できる目標期間を設定し支援している。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を活用してアセスメントを実施したうえで、利用者の具体的で実現可能な目標について話し合っており、また、サービス担当者会議で情報を共有し課題を整理して達成可能な範囲で目標を設定するよう努めている。	○	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、可能な限り数値で明確にわかる目標としている。また、センター職員間で情報を共有できている。	○	達成可能な具体的でわかりやすい表現と、回数や距離など数値化して評価しやすいく目標設定をしている。また不活発が招くリスクにセンター内で随時相談したり、自立支援型地域ケア会議の場を利用し、専門職からのアドバイスを受け継続的な支援を行っている。	◎	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働きかけている。また不活発が招くリスクについて説明することで自発的な行動に結びつけられるよう回り、実行しやすいよう対象者自身の身近にあるものを取り入れた具体的な目標と具体策を提案。介護保険サービス以外にも、一般介護予防事業や地域主体で各集会所等で開催中の「ひらかた夢かなえるエクササイズ」や、商業施設主催で定期開催中の「ひらかた元氣くらわんか体操」等、インフォーマル支援に繋げている。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・増進に向けた取組を行うための支援を行っている。	◎	自ら介護予防、健康維持・増進に向けて取り組みを行うための情報提供として「包括みどり通信」「いつまでも元気に通信」を発行し、校区別に自治会、民生委員に提供している。また、高齢者元氣はつらつ健康づくり事業等で地域へ出向く際には個別に配付している。「いつまでも元気に通信」を活用し健(検)診、歯科受診の必要性を呼びかけている。地域での活動や第2層協議体会議時に民生委員からセンターが提供している情報の活用状況を聞き取っている。適宜、ひらかた夢かなえるエクササイズ、ひらかた口腔オンライン講座、ノルディック・ウォーキング、高齢者居場所の活動など情報提供し支援を行っている。	◎	プランの中でセルフケアを明確にし社会資源(配食サービスや自費サービス等)の情報を提供し、自ら介護予防・健康増進に向けた取組が行えるよう、インフォーマルサービスの提供時には同行するなどして、自立支援の取り組みに繋がっている。	○	基本チェックリスト実施の際に介護予防の目標や介護予防・日常生活総合支援事業について説明して理解してもらうとともに、意識付けを行い、自ら健康増進に取り組めるように定期的に訪問や電話にて情報提供をして支援に努めている。	○	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。昨年5月より1回のペースでセンター主催で健康教室を生徒学習市民センターにて継続して開催しており、40名程度の参加があるなど地域に浸透しつつある。	○	プラン立案の際には自立支援の意識を持ち、地域の取り組み、一般介護予防事業や、健康づくり講座などを案内している。『生活べんり帳』や、介護予防に関する冊子、「健康ワンポイントアドバイス」などを活用して、普段の生活の中で出来る介護予防の取り組みを意識付けしている。『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりの会を企画。第2層協議体から抽出された地域課題「フレイル」「認知症」を挙げ、介護予防に対する意識付けと自助努力による活動の推進を図っている。各自治会会長及び役員に向けて、認知症サポーター養成講座と意見交換会を開催。講師には、圏域内のグループホーム・老人保健施設(認知症カフェ開催)・居宅介護支援事業所とセンターが務めた。さらに、同じ内容の講座を各自治会の地域住民対象で各集会所(公民館)での実施を展開中。	◎	日頃より、介護予防の意識を持ち自助努力にて自発的に取り組んでもらえるよう説明している。インフォーマルの社会資源の1つとして、校区コミュニティ協議会と連携して、地域づくり元氣づくりプロジェクト「100歳になっても元氣!『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりの会」を企画。第2層協議体から抽出された地域課題「フレイル」「認知症」を挙げ、介護予防に対する意識付けと自助努力による活動の推進を図っている。各自治会会長及び役員に向けて、認知症サポーター養成講座と意見交換会を開催。講師には、圏域内のグループホーム・老人保健施設(認知症カフェ開催)・居宅介護支援事業所とセンターが務めた。さらに、同じ内容の講座を各自治会の地域住民対象で各集会所(公民館)での実施を展開中。
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り組みを行っている。	◎	委託席のケアマネジャーのプランチェックを行う際、自立支援の視点で取り組んでもらうことができるよう、特に新任ケアマネジャーを中心に個別指導を繰り返している。自立支援型地域ケア会議の事前準備として事例について委託先のケアマネジャーと打ち合わせ、抽出した課題の検討等をセンター内で話し合っている。課題の解決に向けて、家族、当事者における認知症への理解を得る必要がある課題に対しては、認知症カフェ、家族会への支援強化を行った。支援やサービスについて把握しきれていないという課題に対しては、理解を促進するため、事業者向けに研修(中途障害(視力障害)への支援について、また難病の高齢者が活用できる訪問リハビリテーションについて)を実施した。また、高齢者の喪失のライフステージに合わせた支援では、一機関だけでなく多職種連携(栄養士との連携を含む)の深化が必要であり、連携に向けた取り組みにつなげている。	◎	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・夕礼で報告による情報共有、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。	○	新規相談や利用者の状況変化など、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て課題検討に取り組んでいる。	○	朝礼その他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。会議開催後も情報共有を図っている。	○	輪番制でそれぞれ役割を持ち、自立支援型地域ケア会議を開催。会議には薬局薬剤師、圏域内病院看護師も出席していた。また、多方面からのアドバイスをいただいている。会議後振り返りを行い、参加できなかった職員にも内容をまとめて書記回覧している。	◎	自立支援型会議では振り返りのケースを多く選定し、前回挙げた自立支援の視点や方向性の評価を行い、より適切な支援が行えるよう図っている。また今年度は枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターを事務局側を迎え実施している。会議に向けた準備会議は2か月間に実施し、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと当日の事例提供者である委託先のケアマネジャーにも参加して頂き、センター職員と共に自立支援に向けて課題を検討。会議後は全職員にその内容を報告・回覧し、センター内で共有している。
④	介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業、社会資源等を一体的に組み合わせながら支援している。	◎	第2層協議体や地域の活動へ参加した際等に地域の活動情報を収集している。新しい事業が開始された際は、センター内で共有して共有している。「包括みどり通信」「いつまでも元気に通信」は元氣はつらつ健康づくり事業等で地域に出向いた際に個別に配付し情報提供している。「いつまでも元気に通信」に掲載する内容は、日々の相談内容などから発信内容を検討している。高齢者居場所参加者115名に「いつまでも元気に通信」認知症予防、熱中症予防、フレイルについて情報提供をした。	◎	リハ職行為評価事業等のその他の生活支援サービス事業の利用者に向けて「ひらかた元氣くらわんか体操」のDVD・CDを配布し、セルフケアと組み合わせでの支援を行った。自主グループの活動情報を整理し、地域の社会資源を活用できるよう提案している。また、既存の自主グループや知るところから地域の取り組み情報を更新し一体的に組み合わせ支援ができるようにしている。	○	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。街かどデイハウスや第2層協議体の活動、サロン等の情報を把握して地域活動に参加できるように支援している。	○	相談室に各社会資源ごとにファイリングし、誰でも閲覧できるようにしている。説明、提案しながら本人の選択肢を広げている。	○	地域の取り組みのチラシをファイリングしている。インフォーマル資源(街かどデイハウス、老人会、ひとり暮らし老人会、第2層協議体の取り組みである公園でのくわんか体操参加啓発)の情報提供も同時に行い、地域資源を一体的に組み合わせながら支援している。	◎	フローチャート、一般介護予防事業の情報を適宜更新しながら総合事業のファイリングを作成し活用している。今年度は、現在も増えつつある校区コミュニティ協議会主催の、地域で実施されている介護予防を目的とした社会資源についても、各団体が作成されている案内チラシを追加して情報提供。相談者が居住する地域から提案するなど、フォーマル・インフォーマルサービスを一体的に組み合わせながら支援している。
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り組みを行っている。	◎	コロナ禍では集会などが制限されていたため体力測定会などが実施できていなかったが、校区より健康講座、体力測定の依頼があった。集会時に基本チェックリストを実施し、虚弱な高齢者について状況把握し、介護保険、医療に関する相談などを行った。元気はつらつ健康づくり事業でも基本チェックリストを活用し、随時状況を把握しながら参加者に対して個別に助言を行っている。他にも高齢者居場所や、第2層協議体の活動などの機会に個別に声掛けや相談を受ける等により健康状態や虚弱高齢者の把握をしている。また、把握した虚弱な高齢者は一覧にまとめ、担当者を決めることで経過を追っている。	◎	UR都市機構や民間企業と協働で「健康教室・骨密度測定、いつまでも歩き続けるために」「脱水予防教室・フレイル予防体操、夏を元気に乗り切ろう」をテーマに健康教育と参加者への基本チェックリストを実施した。圏域内の医療機関やクリニックへの訪問を行い、医師から気になる高齢者の情報を得ることで虚弱高齢者の把握に繋がっている。	◎	毎月発行している広報紙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て虚弱な高齢者の把握に動いている。また、情報提供があった場合には必ず同行訪問を行って把握に努めている。	◎	毎月認定率を確認し、地域の元気高齢者率を意識している。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、迅速に対応し訪問(2人体制)している。必要に応じセンターのチラシを持参し定期訪問、継続的な関わりが持てるようにしている。	◎	老人会サークルや、校区自治会へのセンターの周知活動(SOSキーホルダー配布時、第2層協議体の取り組みである公園でのひらかた元気くらわんか体操時など)を行い、民生委員との連携も含め、虚弱な高齢者の把握に努めている。把握できた高齢者には訪問や電話でアプローチし、介護保険の申請に繋がったり、一般介護予防教室、地域の居場所や、サロンの情報提供を行っている。必要な方に関しては活動の代表者に連絡をとり情報共有や、活動に同行するなども行っている。	◎	1〜3か月の頻度で地域の活動の場へ訪問し、定期的に体力測定・認知症気付きチェックリストを実施する等を行い、早期発見・早期対応ができるよう図っている。また、活動団体のリーダーの役割を担っておられる地域住民、自治会会長、民生委員、校区福祉委員等とも情報交換を行い、早期に対応が図れる体制を作っている。実際に認知機能低下が疑われる方の情報も得ることが多く、認定申請・ケアマネジャーに繋いでいる。
⑦	一般介護予防事業の紹介等の必要な情報を提供し、高齢者本人が地域における集いの場に自ら積極的に参加していくことなどセルフケアに取組むための個別支援を行っている。	◎	来所相談や、居場所へのアウトリーチ時に、一般介護予防事業・地域の取り組み(ラジオ体操、サロン、街かどデイハウスなどの通いの場)、ひらかた夢かなえるエクササイズ教室、ノルディック・ウォーキング講座、元気はつらつ健康づくり事業等を紹介し、参加を促し、接続を行い、自ら通いの場に参加できるように支援している。地域の活動に参加している高齢者には、個別に声掛けて情報提供している。本人や民生委員から聞き取りを行い、セルフケアに取り組めるように支援している。窓口・電話相談で、ピアグループを希望される認知症本人やその家族に対しては、認知症カフェの参加など促し、居場所への参加につなげている。	◎	毎月更新している「介護予防教室カレンダー」を活用し情報提供している。その他「ここから介護予防教室」「シニアのための脳力チェック検診」「街かどデイハウス」等の紹介も行った。住まい地域連絡会で作成した「つながろう、さあでかけよう!マップ」を活用し圏域の自主グループやサロンの情報を伝え、通い易さや本人の趣味関心に沿うよう工夫している。また、毎朝事務所前で継続している「ひらかた元気くらわんか体操」参加者に対して健康増進の為に留意点を毎月のカレンダーに手書きにてメッセージ風に記載し配付している。	○	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広報紙に掲載し、毎月配布している。	○	日頃から民生委員や自治会長、地域活動のお世話役の方々や情報交換している。案内チラシを渡し声かけている。必要に応じてWeb(暮らしまるごとペーパー)活用し情報提供している。	◎	基本チェックリストなどを行い、自分の状態がわかるようにしている。介護予防大作戦や、生活べんり帳、健康ワンポイントアドバイスなどで健康意識を高めてもらうセルフケアの動機づけを行っている。近隣の通いの場(街かどデイハウス、老人会、ひとり暮らし老人会、地域の自主くらわんか体操継続グループなど)の情報を伝え、必要に応じ同行している。	◎	一般介護予防事業や地域の活動への参加を提案。地域での活動を希望された際には必ず団体のリーダーへ連絡し情報提供を行っている。センターが担当中の閉じこもりがちでフレイル状態に陥っている男性利用者に対しては、地域での活動を提案中。初めての場所一人で行くことに躊躇されている為、初回は同行訪問を行い地域に繋ぐことを計画している。
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り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、各自で目標設定し、できた、まあまあ、むずかしいで選択できる評価シートに記入するようにしている。各自発表することで、動機づけが強まり、教室終了後も運動習慣が継続できるように工夫している。また、認知機能低下の対策方法がわからない方に対しては、自身の能力を把握し、今後の対策が講じられるように企画している。活動を支援するために基本チェックリストの活用や120日チャレンジの紹介、一般介護予防事業など紹介している。	◎	「ひらかた元気くらわんか体操」継続支援講座を枚方市スポーツ協会に依頼し、そこで基本チェックリストを実施している。データをコロナ禍前と比較、身体状況の変化を把握した上で課題に応じた内容の健康教育を案内している。グループとして「歩く」に関する項目の低下が見られており、特に気になる状態を認める方については、個別の案内を行い支援している。	○	運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知症予防に関するテーマで自宅でも継続して取り組める内容を検討しているが、様々な事情により実施に至っていない。	○	昨年度は3月に元気はつらつ健康づくり事業を開催。今年も地域からの単発依頼もあり出前講座(老人会)を開催。内容は認知症予防に向けた講座。事業の目的に沿った目標を設定し楽しみながら継続できる仕組みを意識している。	◎	今の自分の健康状態を知り、フレイル予防に取り組んでもらうために、各校区でポピュレーションアプローチとして実施した。	◎	居住地から歩いていける場所で介護予防が行える事を目標に、第2層協議体と連携しながら「ひらかた夢かなえるエクササイズ」を活用する等の団体が増えるよう取り組んでおり、1つの校区においては、9地区中、7地区に活動団体が誕生している。また、商業施設主体の介護予防活動を今後も継続して頂けるよう、枚方市の介護予防に関する事業や活動についても情報提供しており、その結果、今年度は「SPRINGキャラバン」への協力に繋がっている。
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。	◎	ひらかた夢かなえるエクササイズのサテライト実施から、参加者が自宅で運動が継続できるように情報提供を行った。体操自主グループの活動について、認知症予防のためのプリント作成、折り紙教室開催等を自主化するためにも地域活動団体などへの接続を支援した。体操自主グループではひらかた元気くらわんか体操をDVDで実施していたが、壁に体操の説明を貼り出し、体操を覚えている人を中心に音楽だけで取り組めるよう支援した。	◎	既存の自主グループを巡回し参加者の心身機能のアセスメントやグループ全体としての課題を把握しスムーズに活動できるようにサポートしている。また、体操自主グループに対して初めて継続支援講座を実施し、介護予防への取り組みを意識し活動へのモチベーションに繋がっている。「SPRINGひらかた」の講座修了生が地域で活躍できるよう、修了生主体にイベント開催の企画を行いその支援を行うとともに、イベントにて今後の活動を見越して様々な団体とのつながりが持てるよう支援した。	○	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。	○	A校区において2グループ、ノルディックポールを用いて週2回程度の集まりを継続。他にも自主的に体操開催グループあり。開催日に合わせセンター職員も参加させて頂き、センターからの情報提供を行っている。	◎	ひらかた元気くらわんか体操や居場所等各活動のリーダーへ連絡し活動状況の把握に努め、困りごとなどをお聞きし活動が継続できるように支援している。団体の意向・状況に応じて、新たにひらかた元気くらわんか体操出前講座実施、ひらかた夢かなえるエクササイズ出前講座実施等している。	◎	商業施設主催で「ひらかた元気くらわんか体操」が毎週行われており、センターは主催者への応援という形で参加している。今年度は、もう1つの介護予防メニューとして「ひらかた夢かなえるエクササイズ」を提案。リーダーである店長等に対して普及出前講座を受ける事を提案し実現。また市担当課にも支援を依頼し、当初3回は講師としての参加を依頼する等、継続実施に向けて支援した。
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データからの分析結果に基づき取り組み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データの分析結果から各校区ごとの課題抽出がされているので地域に情報提供を行い、講座内容を検討、現地調査日以降に実施予定としている。A校区は骨粗鬆症や腰痛・膝痛、高血圧や心疾患に関する予防啓発の充実が必要、B校区は認知機能低下・うつ病・自立神経失調症、発達障害等精神疾患に対する予防や啓発が重要であり、C校区は筋骨格(骨粗鬆症や腰痛・膝痛)・糖尿病に係るフレイル予防や健康講座を住民に啓発する必要がある。	◎	ハイリスクアプローチでは、アンケートの返信内容から訪問の必要があるとセンターで判断した者を含む訪問対象者に対して、センター職員が分担して訪問を実施している。訪問の際には健康状態聞き取り表を基に把握を行っている。前年度にハイリスクアプローチ訪問した中で深刻な課題を抱えている状態であった対象者に対しては現在も総合相談として継続フォローを行っている。ハイリスクアプローチを通して、潜在的に課題を抱えた高齢者・世帯の把握につながった。同時に、地域で活躍できる元気高齢者を見つけ出すことも目的として訪問を行っている。ポピュレーションアプローチは4小学校区を対象にKDBデータや圏域の地域課題を基に「運動、栄養、フレイル」課題に対して健康講座を開催(一部現地調査日以降に予定)。同時に圏域の理学療法士による運動指導を実施する事で坂道や階段が多い地域でも外出できる身体機能維持への意識向上に繋げる。ポピュレーションアプローチ実施3か月後にすこやかチェック表を送付し評価を行い継続意欲が持ち続けられるようにする。	○	ポピュレーションアプローチは、各校区ごとの健康課題(医療費が高い疾患名の特徴から課題を抽出)を整理した上で、地域の老人会やサロンに向かっている。当日は、すこやかチェックシートを実施して状況把握を行い、企業の協力のもと測定会を行い、測定データをもとにして、その地域の健康課題に焦点を合わせた内容で書面を作成したものを使って講座を行うことで、健康観の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、お元気ですかアンケートの送付を行い、返信のあった方は内容をチェックして状態を把握、必要時訪問を行っている。また返信のなかった方は訪問を実施して健康状態の確認に努める予定である。	○	事業計画に記載の各小学校区毎の課題に基づき、ポピュレーションアプローチを現地調査日以降に開催予定。ハイリスクアプローチについては訪問対象者をリストにまとめており、職員2人体制をとり7月末より訪問している。	◎	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り、校区福祉委員や老人会役員などの地域住民と課題を共有したうえで、介護予防講座を企画し実施することで地域住民に対して自身の健康や介護予防への強い意識づけとなった。チラシやポスターなど啓発活動についても協力をいただきながら進めている。	◎	KDBデータ分析及び第2層協議体からの課題「フレイル」「認知症」に関連する項目を抽出した内容でポピュレーションアプローチを実施。終了後、「ポピュレーションアプローチ後のアンケート調査結果」と題した調査結果を作成して、抽出された課題とともにポピュレーションアプローチを行った団体の代表者へ提供している。センターではその結果から支援が必要と思われる各個人に対して、介護予防冊子を提供するなど必要な支援に取り組んでいる。ハイリスクアプローチに係るアンケートの回答内容により支援が必要と考えられる方について、訪問して実態把握を行う予定。

【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。	◎	老人会や認知症カフェに対して、自作のパワーポイントを利用し、人生会議冊子を実際に見て、触り、記入するなど、住民が自ら考えて、記載できる工夫を行い、成年後見制度等の啓発活動を行った。 予防プランのモニタリング時などに、人生会議冊子を個別配布するなど権利擁護啓発活動を行った。 実際に後見人として活動している司法書士に具体的な後見活動について講義依頼し、民生委員や専門職のみならず一般市民にも直接話せる機会を広く、幅広く啓発を行った。 介護事業所連絡会にて人生会議冊子を参照しながら、地域の方から当事者に終活のアプローチをしていった事例や、身寄りのない方の死後の手続きなども含めたACPの講義を独自にまとめ、実施した。その結果、人生会議冊子の存在を知り、今後活用したいという声が上がっている。	◎	認知機能が低下している方や、この先の不安を感じている高齢者やその家族に対し、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。任意後見制度を紹介し、実際に利用に至った方もおられる。事務所出入りに、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。地域の出前講座や、認知症サポーター養成講座等で、成年後見制度について情報提供や説明を行っている。	◎	広報紙やLINEの活用、地域活動参加時や個別相談時に認知症ケアパス等を用いて周知をしている。居宅介護支援事業所連絡会にて司法書士を講師として、身元保証人と成年後見人の違いなど権利擁護等に関する研修を実施した。	○	地域活動参加時にセンター周知パンフレットなどを用いて制度について説明している。センターに内で制度についての研修をおこない、他の専門職でも普及できる体制にしている。	○	関係機関や弁護士会等の職能団体発行の成年後見制度に関する資料を収集し、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。	◎	センター窓口には、成年後見制度に関するチラシと人生会議の冊子を常備している。今年度は、3校区の活動場所及び見守り110番協力店舗の郵便局等15拠点にひらかた権利擁護成年後見センター、人生会議の冊子を陳列した独自のラックを提供し、窓口等に設置してもらい、地域住民への周知を図った。民生委員や校区ボランティア対象で実施した「人生会議」の講義では、成年後見制度の仕組み等を説明。実際に人生会議記録用紙に記入して頂けるよう企画し、より一層理解が深められるよう図った。必要な方には冊子を配布。地域住民にはLINEを活用する等にて周知活動を行った。
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。今年度は2件申立てを行った。家族からの意見は担当ケアマネジャーから、本人の意向確認は司法書士から情報収集し、入院先の病院とも退院時期の調整について相談するなど話し合いの場を都度設けて、スムーズに成年後見制度に繋げることができた。任意後見制度についても、センターの資料を活用し、本人や家族に説明を行っている。成年後見制度利用中の家族から申し出があった際は、話し合いを重ねることで、円滑な成年後見制度利用につながるように配慮した。	◎	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、司法書士会を紹介したり、社会福祉協議会やひらかた権利擁護成年後見センターと連携を図り、申立て手続きの対応につないたり、専門職派遣事業を活用した。対象者の状況に合わせ、最善の支援策を慎重に見極め、関係機関と連携を図っている。	○	申立てセットや専門職の相談窓口などを整理し、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。	◎	申立てセットを用いて説明し、必要に応じて司法書士会の職能団体を紹介している。センターから職能団体へつないだ場合は面談時に同席し、相談者の不安感などに寄り添い、安心して面談に受けられるようにしている。手続きを進める際には相談者の同意を得ながら、職能団体と情報を共有しながら進めている。今年度は地域からの相談で制度への利用に繋がった事例あり。	◎	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。本人の希望や必要性に応じて職能団体への橋渡しや相談の同席なども行っている。評価期間においては、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制度を説明、職能団体の情報提供や仲介を行い、申立てが円滑に進むよう支援している。身寄りがなく、ゴミ屋敷で金銭管理もできず生活破綻となっていた事例では、介護保険サービスや契約等円滑に利用するために、日頃より連携を図っている地域の司法書士へ繋ぎ、成年後見制度の申立て支援を行った。主治医診断書に関しては、主治医と連携し病院への同行受診の支援をおこなった。
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。	◎	本人のニーズ把握から、詳細な内容の検討を行って、公証役場等への同行など、司法書士と連携して行い、円滑に必要な制度に繋げることができ、本人が安心して生活する基盤を作ることができた。病院から、在宅復帰は難しいが施設入所費用が捻出できない方についての相談には、医療機関の医療ソーシャルワーカー、市担当課と連携して生活保護制度の活用につなげ、本人にとって安心できる住居確保に繋がった。見守り110番協力店舗の銀行からの通報で、生活困窮している現状がわかり、市担当課と連携しながら生活保護受給に繋げることができた。 生活困窮の状態、食料が無いなど緊急度の高いケースにおいては、直ちにコミュニティソーシャルワーカーや居宅介護支援事業所、障がいサービスの事業所などの関係機関と連携して即対応を行い生活を整えた。身寄りがなく金銭管理に支援が必要なケースでは、病院と連携し入院中から司法書士に関わってもらい、支払いや死後の手続きができた。	◎	財産管理について課題がある高齢者に対し、ひらかた権利擁護成年後見センターと連携を図り、専門職派遣事業を活用した。また別の方に対して、専門職や医療機関と連携を図り、後見申立て手続きの橋渡しをした。家賃滞納によって強制退去の可能性のあった高齢者に対し、市やURと連携し、住まい確保の可能性を探った。同居家族の疾病発症をきっかけに、他の同居家族や高齢者自身の認知機能低下など世帯全体が生活の営みを継続することが危機に瀕した高齢者に対し、重層的支援体制整備事業での取扱いを市に相談し、家族各々の支援方針を立て、関係機関の役割分担を明確にして、高齢者は、関係機関の支援による後見申立て手続きに至った。	○	各々のニーズに即した必要な社会資源を見極め、早期に本人・家族やケアマネジャー等に情報提供などの支援を行うことで、生活の維持が図れるように努めている。消費者被害の相談を受けた事例において権利擁護の必要性があると判断し、成年後見制度利用を見据えて関係者で支援方針を協議し支援している。	○	相談受付時に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。支援につながっ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、日常生活自立支援事業や遺言など必要・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。先の不安を抱えていた夫婦に対して、ニーズに応じた提案をおこない、本人の希望をもとに職能団体へつなぎ、成年後見制度・遺言の利用につながった。	◎	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。精神疾患の息子が課題となっている高齢の親を支援していた事例では、キーパーソンであった親自身に認知機能低下が出現。対象者の意向を確認し在宅生活が継続できるよう、権利擁護に関する支援はひらかた権利擁護成年後見センターへ、日常の生活支援は介護保険申請や介護サービス調整にケアマネジャー等へ繋ぎ、本人の生活が維持できるよう支援した。



2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができているか。													
へ 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。	○	消費のサポーター養成講座を受講し、センター内で伝達研修を行った。その他、消費生活センターや警察とも連携し、最新の被害状況について広報している。消費生活センターから送られてくる消費者被害のお知らせや暮らしの赤信号を回覧し、センター内で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情報について、最新情報をセンター内で共有している。対応内容等をセンター内で協議し、職員間で知識や経験を共有し、理解を深めている。	○	消費生活センターが発行している資料を回覧している。職員は常時訪問お断りステッカーに参加し、内容はセンター内で伝達研修を行っている。	○	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。	○	消費生活センターの機能や消費者被害に関する制度、サービスに関する情報を関係機関が発行する資料や情報を回覧し、各職員が適切な対応をできるようにしている。(詐欺や消費者被害の手口の概要、対応方法、連携すべき関係機関等)	○	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。	◎	老人会など地域での集まりなどで、大阪府警の資料を活用し、特殊詐欺の状況、予防策、発見時の声掛け方法など地域住民の力で未然に防いでいけるよう周知した。詐欺被害予防のため活用できる自動録音などのさまざまなツールを独自にまとめ、地域活動者と協働し、地域活動の中で住民に周知した。圏域内の介護保険事業所と各校区の民生委員へは、FAXやメールなどで最新の被害情報について情報提供している。	◎	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、民生委員の各校区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地域の集まり等で活用いただいている。認知症サポーター養成講座等出前講座において、消費生活センターの注意喚起ステッカーやポケットティッシュを配布し、消費者ホットライン「188」の情報提供をしたり、被害防止の啓発に努めている。特殊詐欺被害が多い地域であり、警察とともに高齢者向けの特殊詐欺防止講座を開催した。大阪府警が作成したパワーポイントを活用し、一人暮らし老人会の集まりで、寸劇を交えながら分かりやすく解説した。圏域内交番の警察官とも連携を図り、直近の被害情報の提供や被害防止対策の一つとして「安まちアプリ」のダウンロードを推奨してもらった。	○	広報紙に消費者被害に関する記事を掲載している。職員は常時訪問お断りステッカー等の啓発資料を携帯しており、地域活動参加時や個別訪問時に配布している。介護保険事業所には消費者被害の事例や消費者被害防止について積極的に声掛けを行っている。	○	地域活動参加時や訪問時に消費生活センターが発行する「訪問勧誘お断り」や「消費者ホットライン」のシールを配布し、消費者被害防止について周知している。見守り110番協力店舗、SOSネットワーク登録事業所と連携を強化し、被害の未然防止に努めている。	◎	地域のサロン、見守り110番協力店舗、民生委員等へ認知症高齢者に対する見守りの重要性と消費者被害防止の注意喚起や情報提供を実施。特に民生委員との連携は合同勉強会等を通じてリスクの高い高齢者の被害防止に関する周知と協働支援の依頼をしている。地域活動参加時は頻発している消費者被害等の手口や相互の見守りの大切さを伝え、注意喚起。集合住宅の自主防犯・防災会定例会議にも月1回参加し、地域で発生している被害や手口を紹介している。	◎	認知症や消費者被害防止に関する啓発活動の強化のため、センター内の窓口に消費者センターからのお知らせや消費者被害ステッカーを配架する専用ラックを設置しており、消費者被害防止を周知している。地域活動参加時や今年度展開中の校区での介護予防の継続支援講座、認知症講座や認知症サポーター養成講座開催時、また企業主体で介護予防活動を行っている見守りの大切さを伝え、注意喚起。集合住宅の自主防犯・防災会定例会議にも月1回参加し、地域で発生している被害や手口を紹介している。
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。	○	相談・報告を受けた際には消費生活センターへ連絡し、連携・協働して問題解決を図っている。不審な勧誘の電話があった際、家族からケアマネジャーに連絡があり、ケアマネジャーから消費生活センターやセンターに情報が来るなど、家族も含めた見守り体制ができており、被害を未然に防ぐことができた。	○	担当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や警察への相談を促したり、当方から消費生活センターへの情報提供の連絡を入れる提案をしている。「消費者被害のお知らせ」を見た圏域内の居宅介護支援事業所から、担当している高齢者(他圏域在住)も同じような話をしていた、と相談を受けた際は、ケアマネジャーの対応を支持しつつ消費生活センターや、居住地を担当する地域包括支援センターへの相談を助言した。本人から怪しいメッセージのメールが届いた旨の相談を受けた際は、最寄り交番へ相談されるよう助言し、その後の経過をモニタリングし、迷惑メール拒否設定の段取りを進めたことを確認した。	○	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。	○	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、解決できるように努めている。	○	消費者被害の発見・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。	○	相談があれば、速やかに実態把握を行い、消費者生活センターや関係機関等と連携し早急に対応ができるよう努めている。

3. 高齢者虐待防止への取組みができているか。													
解説	高齢者虐待の問題では、認知症や要介護の高齢者等が虐待の被害に遭いやすいとされており、地域包括支援センターは、権利擁護事業として関係機関等と連携し高齢者虐待の問題に取り組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。												
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。	◎	大阪府警が作成した資料やチラシを活用して地域活動や介護事業所連絡会の際に啓発、安まちアプリ紹介、大阪府警詐欺被害注意喚起シールや消費者センターシールなど配布を行った。「みどり新聞」を通して高齢者虐待防止について掲載し、地域に出向いた際にはセンターが相談通報窓口であることの周知啓発を行った。40〜50歳代の参加があった市民向けの相続勉強会にて、今年度は、独自のスライドを用い高齢者虐待の啓発を併せて行い、相談窓口の周知を幅広い年齢層に対して行うことができた。	○	一般的な相談を受けた際や地域の出前講座にて、高齢者虐待についても説明し、相談窓口が地域包括支援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に詳細を確認し、支援の方向性について協議、対応している。	○	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等は守られることを明確に記載している。事例検討会で高齢者虐待の事例を取り上げ、ケアマネジャーと虐待の相談窓口であることや対応について周知を行った。	◎	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る。ケアマネジャーに対しては虐待事例をもとに法定外研修を実施した。	◎	民生委員向けに事例を用いて高齢者虐待について周知を行った。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の周知と情報提供を依頼している。関係機関には介護保険事業所連絡会や法定外研修、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。	◎	広報紙、地域と共同で作成している地域新聞に高齢者虐待の相談窓口であることを掲載し、センター周知パンフレットとともに圏域内15拠点に設置の独自ラックに配架。東部民生委員・児童委員地区会議にて、『地域包括支援センターとは』の研修を開催。センターの役割や3職種の仕事内容を説明し、センターが高齢者虐待相談窓口であることを周知した。ケアマネジャーに対しては虐待事例をもとに法定外研修を実施し、今年度は虐待についてチラシを配布し早期発見や防止に向けた啓発活動を行った。
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。	◎	支援拒否があるケースの場合、関係機関と協働しながらアプローチ方法を検討するなど日ごろから情報共有を図り、どの関係機関に相談が入っても対処できるように連携を図っている。比較的若い年齢の方で入居施設との折り合いがつかないケースでは、施設内居室での話し合いの場を繰り返し設けるなどし、施設職員、相談支援専門員(障害分野)、ケアマネジャー、生活福祉課などとの橋渡し役として困難事例に対処した。	◎	相談を受けた時点で、自宅や利用している介護事業所、医療機関等を複数職員で訪問して事実確認を行っている。並行して市へ報告し、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、支援方針の共有に努め、市と連携しながら対応している。医療機関から、事例の事後報告を受けた際、高齢者虐待対応について各々の医療機関へ説明して理解を得た。また、虐待の可能性を疑う事例については、些細な情報も通報していただくよう今後の協力要請をした。	◎	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。	◎	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。相談があったら、必ずアウトリーチを行い、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は介入方法を検討し、再介入を試みている。課題解決のために民生委員、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。	◎	通報や情報提供があれば訪問行って状況を確認し、関係機関と連携しながら対応を行っている。既存のネットワークから情報収集もしている。	◎	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。担当ケアマネジャーより身体的虐待が疑われる相談が入った際は、養護者に関する関係者から情報収集を行い、支援導入について話し合い、市役所、介護保険事業所、警察、近隣住民、親族など関係機関へ連携を図り支援につなげている。ケアマネジャーより相談があった場合には、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。
③	高齢者虐待の対応にあたっては、被害者の擁護に限らず、家族全体の問題との視点を持ち、支援を行っている。	◎	養護者も様々な疾患を抱えていたり、困窮であったりと支援が必要な状況の場合、高齢者の安全を第一に考えながら、意向を聞き養護者の権利擁護・自立支援も図るなど、行政や民生委員、社会福祉協議会、ケアマネジャー、介護保険事業所などと慎重に協議して進めている。その際、家族全体の生活課題と捉え、介護関係者のみならず管理会社などの生活に関わる多様な機関から情報収集し、家族全体の实態把握に努めている。	◎	養護者も高齢であったり、疾患や生活上の課題を抱えている場合のほか、DVや親子関係の悪化による暴言暴力が生じた事例など、本人だけでなく養護者や同居家族も含めた支援の在り方について、市や医療機関、保健所、民生委員など関係機関と連携を図り、協議の場を設けている。事例によっては、市に重層的支援体制整備事業での取り扱いを相談し、多機関多職種で支援方針を共有し、役割分担を明確にするなど連携を図っている。対象者やその家族を追い詰めたり、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。	◎	本人・家族の状況や世帯の背景などを正確に把握するため実態把握を重ね、虐待の発生要因やそこに至るまでの過程をきちんと見極められるようチームアプローチを行っている。安易に加害者、被害者などの先入観を持たずに家族全体の問題としての視点を持ち、本人とは別に家族への主担当を決めるなど、不信感が出ないよう、円滑に対応できる体制を築いている。	◎	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、家族等の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。養護者が65歳未満である場合、養護者支援として市担当課、コミュニティソーシャルワーカー等との連携体制を構築し、支援している。	◎	被虐待者、養護者、家族、関係者等への面談を通じて、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。家族への支援として地域活動支援センターや若者サポートセンターと連携し、対応している。	◎	養護者への支援が必要な場合は障害支援事業所や医療機関と連携し、支援している。養護者による暴力等があった事例では、高齢者の生命の安全を優先して対応し、養護者にも依存症の症状がある事が確認できたため、医療機関や保健所等必要な関係機関と連携を図り支援した。
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。	◎	ケアマネジャーより虐待に発展しそうなケース相談があり、早期から後方支援で訪問にて実態把握し介入ができています。地域に出向いた際には、センター独自で作成しているチラシや「みどり新聞」を配布しセンターの役割を広報してネットワーク構築を図っている。また、多様な機関(管理会社など)から情報収集し、虐待防止に繋がるネットワークを構築している。虐待に繋がりそうなケースでは、関係機関と連携し、また近隣住民も交えたコミュニティとのネットワークが構築できている。	◎	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。虐待通報を受けた際は、本人や家族を取り巻く関係機関(市やケアマネジャー、介護保険事業所、医療機関、保健所、社会福祉協議会、民生委員、地域住民等)と随時情報共有、役割分担をしてネットワーク構築に努めている。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。	◎	介護保険事業所、民生委員、校区コミュニティ協議会、校区福祉委員会、医療機関等の関係機関と常に連携しており、高齢者虐待対応時に連携できるネットワークを構築している。	◎	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。	◎	高齢者虐待を防止するために地域住民、民生委員や介護保険事業所、保健所及び障害支援事業所等と連携してできるネットワークを構築している。精神疾患がある子からの虐待のリスクが高い事例では地域の民生委員、家族との話し合いの場を持ち、地域での見守り体制を整え、保健所や障害支援事業所等と連携を持ち支援を行った。		
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。	○	高齢者虐待の通報を受けた際には、市担当課と情報共有し、関係機関と共同しながら検討し問題解決を図っている。	○	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、市担当課職員やケアマネジャー、介護保険事業所、医療機関、保健所、民生委員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。	○	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。	○	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。	○	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。	○	市担当課へ報告し情報共有を行い、問題解決に向けた支援を行っている。



4. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいるか。													
解説	新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人や家族の視点を重視しながら、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会の実現を目指すこととされています。認知症の理解についての普及・啓発活動及び認知症の容態に応じた医療・介護及び生活支援を行うために必要な機関が有機的に連携できるネットワークを形成するとともに、認知症の人やその家族を支援する体制の構築などが求められています。												
①	認知症に関する制度や社会資源等を把握し、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。	○	認知症ケアバス等の資料を活用したり、認知症カフェや認知症初期集中チーム等も相談内容に応じて紹介している。認知症に関する最新情報があればセンター内で回覧等を行い共有し合っている。	○	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、認知症ケアバスやその他パンフレットを活用して説明、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。認知症ケアバスを活用し、認知症の方への制度や社会資源の紹介を行っている。	○	認知症のある人やその家族が利用できる社会資源（施設空き状況・自費サービス）の集約をおこなっている。認知症に関する制度や社会資源は回覧等で所内で共有後、ファイルやラックに整理し、相談時に内容に即した助言・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バスを元に必要な助言、社会資源の案内を実施している。	○	認知症に関する情報をファイルにまとめ、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。	◎	自主活動グループや地域での集まりに出向いた際に、認知症すくろくを紹介し、一緒に体験実施することで、地域住民への認知症についての理解を深めてもらう機会を設けた。校区コミュニティ協議会と協働し、校区内における小学校対象に認知症サポーター養成講座を実施した。複数の銀行支店長を含めて、認知症の基礎的な理解とともに、認知症高齢者への対応方法についてなど話し合う機会を設け、広く認知症への理解を深める機会となった。	◎	図書館職員や、地域住民、校区福祉委員等に対し、認知症サポーター養成講座を開催した。受講者に合わせて、圏域内の介護事業所にも協力を働き、寸劇を交えたり、実際に対応した利用者のエピソードを交えてケアマネジャーにも講師として講座の一部を担当いただくなど工夫した。このような講座や啓発活動に対し、圏域内の事業所とより多角的な連携を図るべく、事業所連絡会において「キャラバン・メイト」受講希望者を募り、市に申込の希望を伝え、認知症サポーター養成講座の内容や認知症に関する啓発活動が多様化することを目指している。	○	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番協力店舗から通報があれば個別対応と合わせて、店舗へ認知症への対応等について説明を行っている。	◎	圏域内のスーパーから高齢者への対応の一つとして認知症サポーター養成講座の依頼があり、店員向けに認知症サポーター養成講座を実施した。地域住民向けには認知症に関する講座を行い、認知症の啓発を行った。	○	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番協力店舗へ周知している。地域住民には認知症啓発ディッシュを活用して啓発を行っている。第2層協議体にて、チームオレンジの活動主旨を説明し、認知症ステップアップ講座の開催を提案している。	◎	第2層協議体から抽出された「認知症」の課題を解決するために「100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりプロジェクト」を企画し、校区コミュニティ協議会会長、民生委員、地域住民等へ認知症サポーター養成講座及び認知症講座を開催。認知症への理解を深め、認知症に関する制度や社会資源を知る機会とした。圏域内の商業施設では、認知症キャラバンの主旨に賛同し認知症サポーターの養成に取り組むとされ、隔月に開催される認知症サポーター養成講座にセンターが講師として参加し、活動を応援している。従業員約100名の方がサポーターとなっている。他の企業に対しては社員向けへの認知症サポーター養成講座も企画している。
③	認知症の疑いがある人や初期の認知症高齢者を早期発見し、支援するためのネットワークを構築している。	◎	銀行やスーパーを中心に見守り110番協力店舗への周知啓発に努め、認知症を疑う高齢者の窓口対応に苦慮している、お金の払い方がわからなくてレジで時間がかかるなどの実情が多く聞かれた。その結果、圏域内の銀行から講義依頼があり、独自のスライドを作成し、認知症疑いのある方への窓口対応方法、センターとの連携のとり方などの認知症に対する周知を行った。意見交換会も行ったことで、お互いの事情を知ることができ、今後、認知症高齢者の早期発見をする上で、連携を取ることが期待できる。民生委員や地域住民からの連絡、相談も多く、支援するためのネットワーク構築ができていく。	◎	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と連携を図っている。特に、医療機関に対し、順次巡回訪問を行い、「気になる患者さんやその家族」からの相談がスムーズな介入につながるよう取り組んでいる。実際に、開業医から、センターへの相談を助言したと連絡を受け、介入するきっかけになった事例もあり、地道な巡回訪問の効果が出てきている。	◎	見守り110番協力店舗、民生委員等から気になる高齢者の連絡があれば、同行訪問等による実態把握をしている。関係機関にセンターの案内・連絡先を記載した名刺サイズの啓発物を配布し、早期発見、支援に繋げられるよう努めている。	◎	民生委員や関係機関等の既存のネットワークから把握できる体制が構築できている。対象者と面識のある民生委員と同行訪問を行うなど、本人の不安軽減に努めながら実態把握を行い、支援を行っている。近隣からの情報で介護申請に繋がった事例があり、支援に繋がらない事例は見守りを継続している。毎年、見守り110番協力店舗を訪問し、継続的な協力を依頼している。また、新規店舗も訪問し、制度の趣旨や活動を説明し、協力依頼を行うことで、新規開拓に努めている。実際に協力機関からの相談は増加傾向にあり、有機的なネットワークが構築されている。	◎	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。高齢者の通いの場でチームオレンジについて伝え、認知症の人やその家族を支援する体制づくりに取り組んでいる。	◎	「100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりプロジェクト」にて、地域住民向けの認知症サポーター養成講座を開催時に自分でできる認知症の気づきチェックリストを活用し早期発見、早期治療の必要性を促している。各自治会や集会所に設置している独自のラックに、認知症の気づきチェックリストを配置し日頃より取り組めるようにしている。また見守り110番協力店舗や民生委員、地域の方、医療機関からの相談も多く迅速に実態把握を行い関係機関とのネットワークの構築に努めている。
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。	◎	認知症カフェの開催に協力し、以前は家族の参加はなかったが、今年度より土曜日に開催を定例化したことで、家族と一緒に参加される方が3組となり、家族同士の交流や意見交換などもできている。当事者の家族間で連絡先を交換するなどピアグループが形成され、支えるための仕組み作りが盛んになった。	◎	認知症サポーター養成講座を開催する際は、必ず「チームオレンジ構想」について概念図を用いて説明し、目指すべき地域像についてイメージの共有を図っている。子を頼って高齢になってからの転入者や、地元高齢者が閉じこもり傾向にある地域課題を踏まえ立ち上げた「住まい地域連絡会」では、圏域内の居場所やよりどころ、地域の自主活動グループやサークル活動等の情報を集約、掲載したマップを作成した。マップの活用のほか、連絡会を通じた各事業所や居場所同士の連携やネットワーク構築により、認知症になっても「行きたいところに行ける」「したいことを続けられる」街づくりを目指している。	○	認知症高齢者とその家族を支援する社会資源を取りまとめている。見守り110番協力店舗から通報等、個別事例を通して認知症高齢者を支援する体制を作っている。	◎	昨年度に認知症高齢者とその家族を支えるため「介護者家族の会」を発定させ、年2回開催している。実際に認知症の家族を介護をしていた方に介護の体験を話していただき、参加者同士で話をする時間を設けるなど、認知症高齢者と家族支援の場として広がっている。	○	認知症高齢者とその家族を支援する社会資源は取りまとめている。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。	◎	「100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりプロジェクト」を企画し、校区コミュニティ協議会会長をはじめ、民生委員や地域住民の参加のもと認知症サポーター養成講座を開催し、地域で認知症高齢者やその家族を支えるための仕組みづくりに努めている。また、家族が認知症に関する情報を身近で得られるよう、自治会館や集会所等に独自のラックを配置し、認知症ケアバス、自分でできる認知症の気づきチェックリストを常時配置している。
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。	◎	圏域内で展開する認知症カフェ運営事業所と連携を図り、チームオレンジ構想におけるチームオレンジサポーターの受け入れ先として了解を得ている。コロナ禍にて中断していたカフェ再開の折には、今後の運営についてA認知症カフェ担当者や情報共有した。また、カフェ利用者が希望した、地域で体を動かせる場についてのセンターからの情報提供など、連携が日常的に図れている。B認知症カフェ担当者とも、運営再開に向け随時情報共有し、再開時にはセンターもカフェに参加する予定。SPRINGひらかたの受講修了者（コーヒー教室）にカフェでコーヒーを淹れてもらい、活躍してもらうことなども検討している。	◎	新型コロナウイルスの影響により認知症カフェの休止が継続している。認知症カフェの相談もあり、カフェの再開に向けて支援を行っている。	◎	認知症カフェはコロナ禍で休止状態だったが、9月より再開予定。キャラバンメイトや認知症サポーターでもある介護職員が運営しているため、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カフェ運営者と情報交換を行っている。介護者家族の会では、現役で介護している家族に会の趣旨を伝え、運営に協力してもらっている。	○	高齢者の通いの場等へ顔を出し、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。	○	高齢者の通いの場等へ顔をだし、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。	◎	「100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』65歳からの健康づくりプロジェクト」の取り組みとして、コロナ禍で中止している既存の認知症カフェ再開を目指している。また、校区コミュニティ協議会と共同し、自治会に認知症カフェの機能を持たせられるよう企画・その為の人材として、各校区ごとの認知症サポーター・キャラバンメイト・認知症カフェ運営者を中心に人材を集める事で、より地域に特化した認知症の支援が行われるよう図っている。

〔高機能評価〕(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を行う。また追跡把握としてケアマネジャーが来所したときや電話で聞き取りをおこない経過記録に記載している。後方・伴走型支援の形を意識して行っている。	○	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。	○	センター入口のカウンター・相談室にケアマネジャーの相談窓口であると掲示している。ケアマネジャーの来所時や事業所訪問時など声掛けし、積極的に相談に応じている。	○	事例検討会や居宅介護支援事業所連絡会等の機会にセンターの相談窓口としての機能を説明し、積極的に相談に応じている。	○	電話や窓口で声掛けをし、随時相談対応している。	○	ケアマネジャーや介護サービス事業者等の専用相談窓口を設置し、積極的に相談に応じている。また、定期的に圏域のケアマネジャーが集まる機会を提供し、様々な相談に対応できるようにしている。
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・ケアマネジャーなどとの意見交換を行い、地域資源の把握・確認を定期会議の中で行っている。暮らしまるごとべん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。コロナ禍を経て運営情報なども大きく変わっているので事業所から個々に聞き取りを行っている。来所者にも更新情報を必要に応じて広報している。	○	地域資源情報を、暮らしまるごとべんりネットに集約している。連絡会等で、周知・活用を促している。主任ケアマネ部会で作成したチラシ(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。また、「第3層生活支援コーディネーター伝達研修」を予定しており、参加者とともに「認知症すごろく」に取組み、認知症施策について学び機会とする。自立支援型地域ケア会議にて「総合事業についてケアマネジャーに周知を図る必要がある」という地域課題が出たことを受けて、事業所連絡会にて介護予防・日常生活支援総合事業をテーマにした企画を実施予定。	○	地域の社会資源、活動内容を収集し、ファイリングと一覧表の作成をしている。情報は随時更新している。一覧表は年に1回、居宅介護支援事業所へメール送信している。	○	相談室にインフォーマルサービス(連絡先、開催方法等)の資料をファイリングと掲示をし、随時更新し、いつでも提供できるようにしている。	○	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。	○	社会資源情報を種類ごとにファイルにしている。定期的に更新し、誰でも利用できるように整理している。
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。	◎	研修に参加することができなかった事業所も含めて、オンデマンド配信での情報提供を行っている。アンケートの集計から、ケアマネジャーが教えてほしいという事柄に関しては、個別に対応している。また、ケアマネジャーがもっと知りたい、学習したいという情報・知識などに関しては、要望をまとめ事業計画の中に落とし込み、計画的に研修などで提供できるようにしている。	◎	地域資源情報を、暮らしまるごとべんりネットに集約している。連絡会等で、周知・活用を促している。主任ケアマネ部会で作成したチラシ(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。また、「第3層生活支援コーディネーター伝達研修」を予定しており、参加者とともに「認知症すごろく」に取組み、認知症施策について学び機会とする。自立支援型地域ケア会議にて「総合事業についてケアマネジャーに周知を図る必要がある」という地域課題が出たことを受けて、事業所連絡会にて介護予防・日常生活支援総合事業をテーマにした企画を実施予定。	○	居宅介護支援事業所向けの公式LINEにて、研修情報や社会資源について随時配信している。情報に応じて、LINE・FAX・メールを使い分けている。	○	社会資源の情報はファイリングして相談室に置いてある。広報紙(年4回)では地域の情報やセンターの活動を掲載している。情報に応じてメール、FAXを活用して案内している。	○	広報紙(年4回)を圏域の居宅介護支援事業所に送付し、第2層協議体やセンター主催の研修会の報告などの情報提供している。地域で発行している消費者被害の情報など、タイムリーな情報はFAXにて発信している。	◎	電話・FAX・対面時の他に、メールや広報紙、やNEアカウント等のツールを活用や、センター独自で作成しているケアマネジャー向けの研修案内やお役立ち情報を掲載した情報紙を圏域や委託先等のケアマネジャーに配布するなど、様々な方法で情報提供している。また、地域のケアマネジャーが集える場「カフェ・ド・トーコー」を定期的に開催し、情報支援を行っている。
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振り返りを支援している。	◎	個別のケースの相談には、相談を受けた時点や朝礼にてセンター内で共有し、専門職の意見も聞いて色々な角度から検討し、スピード感を持って相談者に検討した内容を伝えることで、支援の選択肢を広げてもらっている。ケアマネジャーの実務経験年数に応じた懇話会を継続して開催。昨年度までは個々の業務上の悩みをテーマにした内容が多かったが、今年度は更新研修などで非常に多く取り上げられている「地域課題の抽出を行って、解消を形にすること」を各懇話会共通のテーマとして話合った。地域課題を抽出して形にしていることへ、ケアマネジャーからは戸惑いが大きい。研修を通して、支持的・教育的に関わり、地域課題を抽出し形にすることは、自分たちでもできる小さなことから取り組んでいくことと合意形成できた。またケアマネジャーだけではなく介護サービス事業所・薬局などにも参加を呼びかけることで地域課題を同じ目線で多職種間で考える機会をつくることできた。	◎	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に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ければも含め助言している。助言だけでなく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活用し、市や保健所・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虐待ケース、金銭管理に問題があるケース、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、経済的な問題で適切なサービス提供等が難しいケース等がある。本人や家族とケアマネジャーとの認識のズレが生じて関係性が悪くなっているケースにおいては、担当のケアマネジャーの立場にも配慮し、事業所の管理者等も交えて今後の対応についての話をしたり、同行訪問する等して関係性の修復を図った。居宅介護支援事業所を変更する場合は、引き継ぎの際に同行訪問し、本人、家族とスムーズに関係性が築けるよう支援した。経済的な問題で適切なサービス提供等が難しいケースについても、生活保護受給や入院に関して、情報収集や相談等、関係機関との連携を図っている。訪問に至らないケースにおいても、関係機関と連携を図り随時状況を確認している。	○	相談があれば事務所の窓口や電話で状況を整理し、同行訪問をおこなっている。ともに動きながらケアマネジャー自身の振り返りとなるよう支援している。対応中、対応後も定期的に電話にて状況を確認している。ケアマネジャーの精神的負担や不安感など心理面に寄り添った支援を意識している。	○	ケアマネジャーから相談があれば、内容に応じてセンター内でも検討し、各職種の視点からケアマネジャーの気づきとなるよう支援している。対応後は経過の確認を行っている。	○	困難事例を担当されているケアマネジャーに対して、モニタリングの方法を共に検討し、同行訪問するなど、気づきを持ってもらえるよう支援している。支援の進捗状況は随時確認するなど、支援中のフォローもしている。	◎	知的障害により、物・金銭管理や自己管理が困難な事例を抱えこみ悩んでいるケアマネジャーに対して、ケアマネジャーとともに、現状や課題を分析・整理を行ない、関係機関や各専門職と情報を共有や役割を理解し、チームで支援にあたるようにした。また、個別ケア会議を提案・開催し、支援の方向性をケアマネジャーが実践できるように支援した。その過程においてケアマネジャーへの支援の目標、計画を立て、支援の経過を追い、ケアマネジャー自身が気づきや振り返りができるようにスーパービジョンを行った。

<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>◎ ケアマネジャーが孤立しないように、困難事例等について個別の助言・指導を行っている。 「疾患別事例検討会」(年2回)を、サービス事業所。ケアマネジャーの研修アンケート蓄積データから神経難病にスポットをあて開催。ケアプラン作成のヒントになったと多くの感想をいただいた。 「事例研究会」(年2回)は、アルコール依存症を定番のテーマにしたものと、職種間で知っておいてほしいが、知らない人が多い知識をテーマに開催している。</p>	<p>◎ 個別地域ケア会議の提案やサービス担当者会議・カンファレンスへの出席を通じて、ケアマネジャーに対し後方支援を行っている。必要に応じて同一ケースにおいて個別地域ケア会議を複数回開催したり、会議後も随時状況確認してケアマネジャーのフォローや関係機関間の意見調整を行っている。担当ケアマネジャーの経験が浅い場合や事例によって、居宅介護支援事業所内での管理者から担当ケアマネジャーへのスーパービジョンに繋がるよう、管理者にも会議に参加頂くよう提案している。 要介護になって居宅のケアマネジャー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。</p>	<p>◎ 事例検討会や個別事例の相談対応でケアプランについて助言を行っている。困難事例を抱えるケアマネジャーに対しては、個別地域ケア会議の提案を行っている。</p>	<p>◎ 認知症高齢者、身寄りのいない一人暮らし、複合世帯の事例が増加しており、必要に応じて個別地域ケア会議の提案を行っている。事例の状況から会議開催には至っていないが、民生委員やコミュニティソーシャルワーカー等と連携しながら支援している。</p>	<p>◎ 関係者での共有が必要な事例についてはケアマネジャーに個別地域ケア会議を提案している。</p>	<p>◎ ケアマネジャーからの相談を随時受け付け、ケアプラン作成等について助言や指導を行っている。一人暮らしで障害(知的)がある困難事例の相談に対しては、個別ケア会議を提案、開催を支援した。また、難病や精神疾患を抱え、生きることに見いだせない事例では、事例検討会を提案・開催を支援した。参加した圏域の主任・ケアマネジャーと事例をも、自身のこれまでの支援に安堵し、これからの支援の方向性に気づきを得た事例検討会となった。</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>◎ ポストコロナの動きを見て懇話会一部は対面開催をしている。「とら3」(年2回)は地域課題の活用について皆で意見交換する場となっている。ミニ多職種連携研究会ともいえる参加メンバー構成である。「とら3」は枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターの要望を取り入れるために打合せの段階から入ってもらっている。 ケアマネジャー向けの研修について、ケアマネジャーのニーズと合った、自分たちで学びたい企画を手がけるために「けあまねとらの巻運営委員会」を設立し、ケアマネジャー同士のネットワーク運営を継続できている。今年で3年目となり運営委員のメンバーも増えている。 介護保険事業所、医療機関で管理者業務に就く方々を対象に連絡会を企画開催(今年度2回開催予定)。管理者はなかなか思いや悩みを打ち明ける場がなく、孤独の解消の一助になればと開催し、同じ立場の人と話ができるのは力になると好評だった。</p>	<p>◎ 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、圏域内の全介護事業所を対象に連絡会を開催した。年度内に2回目の開催を企画している。ケアマネジャー同士で意見交換をする中で、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圏域内の居宅介護支援事業所間での座談会の開催に発展した。</p>	<p>◎ 2か月に1回はケアマネジャーが顔を合わせる機会を設けている。居宅介護支援事業所連絡会は座談会形式で開催し、ケアマネジャー同士が必要な情報や聞きたいことなど気軽に話せるよう工夫している。</p>	<p>◎ 居宅介護支援事業所連絡会や自立支援型地域ケア会議や第3層生活支援コーディネーター養成研修等において、ケアマネジャー同士の交流の場となるよう支援している。圏域の事業所数が少ないが、参加してもらえるよう声掛けをしている。</p>	<p>◎ 介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと共催で特定事業所連絡会を実施。特定事業所加算を取っていない事業所にも参加を呼びかけて、事業所の横のつながりを作っている。介護事業所連絡会、介護支援専門員懇話会、第3層生活支援コーディネーター養成研修においても意見交換をおこない、ケアマネジャー同士のネットワーク構築に努めた。</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「カフェ・ド・トーコー」を定期的に実施し、圏域内のケアマネジャー同士が集い、情報交換や各々が悩んでいることや困っていること、意見等を気軽に話し合える場として提供している。新規に立ち上げた事業所や圏域の事業所に新しく入られたケアマネジャーにも参加を促し、顔合わせや交流の機会を提供、孤立しないように働きかけている。その中で、圏域コンダクターが主催した研修会の伝達研修や、地域課題で抽出された移動支援の取り組みとして「白い椅子プロジェクト」について説明した。圏域内のケアマネジャーと一緒にプロジェクトを進めていくことで、圏域コンダクターを中心にケアマネジャー同士のネットワークの構築を強化することができた。</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>◎ ケアマネジャーのニーズと合った、自分たちで学びたい企画を手がけるために「けあまねとらの巻運営委員会」を設立した。スーパービジョンをテーマにした法定外研修をブラッシュアップし、主任ケアマネジャー自身が受けた研修企画として取り組んでいる。今年で3年目となり運営委員のメンバーも増えている。 主任ケアマネジャーに必要な能力の研鑽は、「とらの巻運営委員会」の中でトレーニングをしたり、グループワークのマニュアルを年度ごとに見直しを行って、新たなメンバーも戸惑いなく参加してもらえるようにしている。主任ケアマネジャー自身が受けた研修づくりを遂行するためにメンバー外にもニーズ調査を行い、調査内容を反映させるようにしている。</p>	<p>◎ 「第3層生活支援コーディネーター伝達研修」を開催し、情報共有するとともに地域資源の活用や知識の向上を図ることで、第3層生活支援コーディネーターの育成に繋げていく。講座の中で、実際に第3層生活支援コーディネーターとして活動しているケアマネジャーより取り組みについて報告してもらった。自立支援型地域ケア会議にて、介護予防・日常生活支援総合事業についてケアマネジャーに周知を図る必要があるという地域課題が出たことを受けて、事業所連絡会にて介護予防・日常生活支援総合事業をテーマにした企画を実施予定。</p>	<p>◎ 年度末の居宅介護支援事業所連絡会で次年度の連絡会の年間計画をケアマネジャーとともに立てている。高齢者虐待や権利擁護のニーズが高く、今年度は司法書士を講師に招き研修会を実施した。研修の案内はLINE・FAX・メールでおこなっている。</p>	<p>◎ 個別事例の対応や会議の際にニーズを把握し、研修会を企画している。今年度は第3層生活支援コーディネーター伝達研修、精神疾患への支援に苦慮する話から、訪問看護ステーションを講師に事例を交えて支援について研修会を実施した。コロナ禍で延期になっていた12圏域と合同で、各圏域内の病院の入退院支援室と介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと医療介護連携研修会を実施した。</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や、ケアマネジャーへの聞き取りから研修のテーマを決定している。今年度は精神疾患への支援に苦慮する話から、訪問看護ステーションを講師に事例を交えて支援について研修会を実施した。コロナ禍で延期になっていた11圏域と合同で、各圏域内の病院の入退院支援室と介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと医療介護連携研修会を実施した。研修の案内をしても反応がないところには電話連絡し、参加を促している。</p>	<p>◎ 個別事例や「カフェ・ド・トーコー」等でニーズを把握し、研修会等を企画している。高齢者虐待や困難事例を通じて他機関との連携をテーマに、ニーズの高かった法定外研修を実施した。研修の案内はFAXやメール、LINE等以外にも、ケアマネジャー向けのセンター(圏域)、枚方市介護支援専門員連絡協議会(枚方市)、大阪介護支援専門員協会(大阪府下全域)の研修案内を網羅した研修情報紙「研修&amp;お役立ち情報」を独自で作成し情報提供、受講支援をしている。また、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクター・ケアマネジャーと協同し、「白い椅子プロジェクト」を進めている。個別課題から地域課題への抽出、課題解決への具体的な取り組みとして、ケアマネジャー自身が参加し、経験を積むことで、資質向上につなげている。</p>



2. 在宅医療・介護連携推進体制構築が図れたか。													
解 釈	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をもとより、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。	◎	研修後のアンケート集計データから、脳神経分野の疾患について専門医療機関から話が聞きたいとの要望があり、クリニックへ待合室懇談会の開催を依頼。内容の説明と院長から関係機関に伝えたいことなどを事前訪問し打合せを行い、9月下旬に待合室懇談会を開催した。新規の医療機関はケアマネジャーも連携の取り方に悩んでいることもあり、センターから働きかけ利用者に不利益のない、より良い連携作りの一助になるようにしている。また困難事例としてあげられているアルコール依存症の方への対応については、毎年定例で新たな講師を設定しながら行っている。今回は枚方市の現状と保健所とのスムーズな連携を行えるように保健所の保健師・精神保健福祉士に事例を用いて話題提供をしてもらい、圏域に必要な医療介護連携を強化した。	◎	圏域の地域ケア会議に医療機関・各民生委員校区長・UR都市機構・介護保険事業所を招集し、構成メンバー間で地域の課題等を共有した。圏域内の診療所・薬局への巡回訪問を行い、地域包括支援センターの周知や日常的な支援に係る連携についての協力要請、地域ケア会議や多職種連携研究会への参加依頼を行っている。	◎	パーキンソン病を患っている高齢者を担当しているケアマネジャーが多く、パーキンソン病専門の医師と待合室懇談会を実施。今年度は難病のACPをテーマに待合室懇談会を調整している。	◎	第12圏域と合同で往診専門の医療機関との待合室懇談会を実施。地域の薬局を迎え、東部圏域合同で医療介護連携研修会を開催した。薬局からは地域の薬局における在宅業務を、ケアマネジャーからはケアマネジャーと薬剤師の連携等話し、相互の理解を深めた。	◎	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。第11圏域と合同で往診専門の医療機関との待合室懇談会を実施。地域の薬局を迎え、東部圏域合同で医療介護連携研修会を開催した。薬局からは地域の薬局における在宅業務を、ケアマネジャーからはケアマネジャーと薬剤師の連携等話し、相互の理解を深めた。	◎	今年度は地域の薬局を迎え、東部圏域医療介護連携研修会を開催した。薬局からは地域の薬局における在宅業務を、ケアマネジャーからはケアマネジャーと薬剤師の連携等話し、相互の理解を深めた。グループワークでは、より身近な連携を話し合うことができ、顔の見える関係づくり、連携体制構築を図ることができた。また、圏域内のクリニックにて、待合室懇談会を実施予定。
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。	◎	多職種連携研究会本会のアンケートに、在宅要素の方への対応、神経難病の方への対応に悩んでいる連携上の課題がある。呼吸器リハビリテーションをテーマに患部事例検討会を開催した。パーキンソン病の方の外来リハビリテーションと訪問リハビリテーションについての内容、疾患の基礎知識について学び、たくさんあるリハビリ機関や訪問看護ステーションが何を得意としているかということを知る機会になり、事例検討会をきっかけにして、事業所に依頼をかけるなど、ネットワークの強化や連携の改善につながっている。対面開催によって連携が深まった。また、今年度の多職種連携研究会は「ポストコロナの多職種連携」をテーマに、介護保険事業所、医療機関が、コロナに対してどのように対応してきたか、これから先の連携や業務にどのように活かしていくかを民生委員にも参加してもらい話し合う。	◎	圏域の地域ケア会議を開催し、医療機関・各民生委員校区長・UR都市機構・介護保険事業所が参加して、地域の課題等を共有した。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ための医療・介護連携の機会として多職種連携研究会を企画、開催している。「難病」をテーマに、病気が進行しても社会参加のできるまちづくりを目的に多職種連携研究会を令和5年1月に開催した。医療と介護の専門職、関係各所、地域住民に、それぞれの立場で何ができるかを考え共有する機会として、専門職に限定しない連携を図った。今回は当事者やその家族にも参加いただき、実際の声を聞くことで、本人・家族の意思決定支援のあり方について考える機会となった。今年度は、認知症をテーマに多職種連絡研究会開催を企画している。	◎	「他職種で考えるACP(人生会議)」をテーマに多職種連携研究会を開催。事務局会議に薬剤師の参加を呼びかけ、会議開催に向けて協議をする中でも連携が深まった。認知症高齢者のACPの難しさに関する声もあり、今年度は「認知症の方のACP」をテーマで企画している。	◎	多職種連携研究会で「介護者家族の会」の報告を実施。地域課題から発展した取り組みとして、多職種連携研究会の事務局メンバーを中心に会の運営をおこなう、介護者家族への関わりを通して専門職同士が連携し、各機関の役割の再認識ができる場となっている。多職種連携研究会の参加者から「介護者家族の会」への関与を希望する声があがっており、ネットワークがより有効なものとなるよう取り組みを進めている。	◎	「有事の際の情報共有について」をテーマに多職種連携研究会を実施し、会議内での意見を取り組みにつなげていくため、「繋がろうプロジェクト」を発足した。圏域内での事業所の開所状況や施設の部屋の状況などの共有を目指し、情報共有のツールの体験や活用方法の検討を行っている。	◎	多職種連携研究会事務局会議を定期的に開催し、ネットワークを構築している。3月に「つながろう～災害に備えた連携の輪」をテーマに多職種連携研究会を開催し、校区ごとにグループを分けて自分たちの地域で想定される災害の確認やその際の連携等を話し合った。その後の事務局会議にてグループワークの意見をまとめ、課題を抽出。防災において校区コミュニティ協議会や自治会等との連携が不可欠だが、医療機関や介護保険事業所が地域の防災の取り組みについて知らないことが課題の一つである確認。9月に地域の防災等の取り組みを知り、多職種としてどう地域に協力や連携ができるのかを校区コミュニティ協議会と多職種で検討する機会を設けた。
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。	◎	懇話会や事例検討会や多職種連携研究会・勉強会などすべての関係機関に参加の呼びかけを行うようにしている。また参加できなかった事業所が研修等の内容を見られるようにオンデマンド配信も行っている。今、何に難しさを感じているのか、どんなことが問題になっているか、とらの穴・ことらなどセンターのネットワークを活かして把握を行っている。意見交換を行うことで、お互いの職種の違いや自分たちは何をすべきかを再認識してもらい、質の向上につなげている。	◎	関係機関間での連携強化を目的に在宅サービス事業所・施設系事業所合同での連絡会を開催している(年2回予定)。コロナ禍で3年ぶりの開催となった為、各職種間で意見交換し、改めて顔の見える関係づくりを行った。	◎	圏域内のグループホームと連絡会を開催。それぞれのBCPの取り組みや現在の運営状況について意見交換の機会を設けた。在宅サービス事業所と施設に対して、高齢者虐待に関する事業所内研修の内容について聞き取りを実施。聞き取った内容をもとに介護保険事業所連絡会の実施を予定している。	◎	第12圏域と合同で、訪問看護ステーションの看護士を講師として「高齢者の多い精神疾患の支援」について研修会を開催。介護保険事業所の職員やケアマネジャーが精神疾患を持つ利用者や支援する際の対応など、介護保険事業所のニーズを盛り込んだ内容で、普段参加の少ない施設系職員の参加も見られた。	◎	第11圏域と合同で「高齢者の多い精神疾患の支援」について、訪問看護ステーションに事例を交えて研修会を開催した。介護保険事業所の職員やケアマネジャーが精神疾患を持つ利用者や支援する際の対応など、介護保険事業所のニーズを盛り込んだ内容とした。	◎	訪問介護事業所、通所介護事業所の各事業者が気軽に意見交換や勉強会ができる場として、「カフェ・ド・トーコーヘルパー編」「カフェ・ド・トーコーデイサービス編」を開催した。ヘルパー編では、利用者宅を訪問して行うサービスならではの繊細な悩みや、ある場面での他の事業所の対応から介護保険でできる範囲を超えてのサービスや人材不足の問題等様々な意見交換ができた。デイサービス編では、BCPの取り組みやハラスメントの取り組みのミニ勉強会を実施。事業者の知識吸収やスキルアップを図ることができた。意見交換の場ではコロナ禍で同事業者との連携や顔を合わす機会が減少していたこともあり、継続した開催を望む声が多く、今後も継続予定。
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。	◎	かかりつけ医のいない高齢者で体調が悪化した場合には、速やかに訪問診療を積極的に行っている医療機関につなぎ、情報共有し診療に同行している。さらに、今後の方向性について話し合いも行う多職種共同で速やかにサービスの調整を行うよう配慮している。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を行うとともに、方向性を決めるにあたってのアドバイスをしている。また地域の民生委員、ケアマネジャーから在宅医療に関する問い合わせが入った時にスムーズにつなげていけるように地域の医療機関の実態をタイムリーに把握し、センター内で情報共有を行っている。待合室懇談会に関して、医療機関が地域や関係機関に伝えたいことが上手く伝わるように事前に打合せを行い、擦り合わせを工夫している。また開催してほしい診療科についてはアンケートのデータを活用している。	◎	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)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不足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所の柔軟な対応により、地域での生活にスムーズに戻れるよう支援している。圏域内の診療所・薬局への巡回訪問を行い、診療における課題の共有、センターの周知や連携についての協力要請を行っている。	◎	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。圏域内の病院に長期入院している方の退院に向けてのカンファレンスに継続的に出席し、社会復帰に向けて協議を行っている。	◎	第12圏域と合同で、各圏域内の病院の入退院支援室と介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと医療介護連携研修会を実施。要支援認定から要介護状態になり、病院への入院・転院の一連の流れについて事例を用いて理解を深めた。	◎	第11圏域と合同で、各圏域内の病院の入退院支援室と介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと医療介護連携研修会を実施。要支援認定から要介護状態になり、病院への入院・転院の一連の流れについて事例を用いて理解を深めた。	◎	相談に応じて、医療機関とも連携を取りながら、情報共有、家屋調査や退院カンファレンスへの参加等、円滑に在宅復帰できるようにケアマネジャーや介護サービス事業者と調整・連携している。複合的な支援が必要な方には、関係機関(在宅医療や保健所、障害福祉等の関係機関、民生委員等)とも連携を行い、地域で安心して暮らしていけるように支援を行っている。認知症の一人暮らしで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りにあった方への退院支援として、自宅に戻る場合を想定し、地域での協力や医療面・介護面等の生活環境を整備しておく必要があったため、個別地域ケア会議の開催準備を進め、退院に向けての調整や支援を行った。