

資料③－1

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の 実地確認結果

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の实地確認結果(総評)

圏域	センター	総 評
①	社協こもれび	<ul style="list-style-type: none"> ・3つの小学校区が合同で開催している元気づくり・地域づくり会議において、高齢者が外出時に休憩できる椅子の設置場所の拡大に向けて継続的に取り組んでおり、取り組みの方向性や手法等に対する助言等を行い、課題解決を後押ししている。 ・担当圏域だけでなく他の圏域と合同で事業所懇談会を開催し、多くのケアマネジャーに対して権利擁護をテーマとした講義を行うことでケアマネジャーの育成を行っている。また、ケアマネジャーの孤立対策として、同懇談会の中で意見交換を行う時間を設け、ケアマネジャー間のネットワークの構築に努めている。
②	社協ふれあい	<ul style="list-style-type: none"> ・健康講座のテーマに応じて、過去のアンケート結果から興味・関心を寄せる高齢者へ個別に開催案内を送付し、同講座への参加率の向上を図っている。 ・担当圏域だけでなく他の圏域と合同で事業所懇談会を開催し、多くのケアマネジャーに対して権利擁護をテーマとした講義を行うことでケアマネジャーの育成を行っている。また、ケアマネジャーの孤立対策として、同懇談会の中で意見交換を行う時間を設け、ケアマネジャー間のネットワークの構築に努めている。 ・民生委員とケアマネジャーが介護予防サービス計画書を用いた事例検討を行い、職種を超えたネットワークの構築に努めた。
③	聖徳園	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な関係機関から情報を収集し、高齢者本人や家族について実態を把握するとともに、地域から相談がある場合は保健所、市、社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー等の各専門機関と連携し、地域のネットワークを活用した高齢者の支援を行っている。 ・膝痛教室やノルディック・ウォーキング講座など地域課題に応じた講座等を開催し、単に講座を開催するだけでなく、その後の自主的な取り組みにつなげるための支援を行っている。また、フレイルの周知と予防啓発の講座を開催し、ヘルスリテラシーの向上を目指すなど地域課題の解決に向けた取組みを実施している。

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の实地確認結果(総評)

圏域	センター	総 評
④	安心苑	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の通いの場で相談会を行い、相談者自身の相談だけではなく、近隣住民で心配な方の相談も受けるなど隠れた問題やニーズの把握に努めている。 ・地域課題からのりあいタクシーの運行に向けた「おでかけタクシー」の試行実施や他の圏域と合同で「男だけの簡単ズボラ飯料理教室」の開催など取組みの充実を図っている。 ・地域の通いの場とセルフケアの内容を記載したセンターが作成した「介護予防手帳」を活用しており、体力測定記録を前回の記録と比較できるような工夫を施し、高齢者の介護予防への意識向上を図る内容となっている。
⑤	サール・ナート	<ul style="list-style-type: none"> ・センターが作成する成年後見制度に特化した冊子の配布、日頃から連携している担当圏域内の司法書士から得た詐欺・消費者被害に係る情報を地域住民に対して共有するなど、高齢者の権利擁護に関する情報の周知活動を積極的に行っている。 ・センターに隣接するスペースで毎週実施する「水曜体操」には毎回 20 名前後の高齢者が参加しており、高齢者における交流や元気づくりの場となっているだけでなく、センターからの情報発信や高齢者の安否確認の場として活用することで、効率的に実態把握を行っている。
⑥	松徳会	<ul style="list-style-type: none"> ・男性が地域活動に顔を出さないという地域課題に対して、他の圏域と合同で、既存の畑を中心としたコミュニティづくりである「サンサンファーム」の活動を行うのに加え、「男だけの簡単ズボラ飯料理教室」を新たに開催するなど、取組みの充実を図っている。 ・「認知症と共生社会」に関して、センター主催で認知症当事者を招いたフォーラムを開催し、地域住民及び多職種の関係者がそれぞれの立場で認知症の方やその家族のためにできることは何かを考える機会となり、今後の支援体制の展開につなげる取組みとなった。

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の实地確認結果(総評)

圏域	センター	総 評
⑦	美郷会	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に担当圏域に在籍しているケアマネジャーに対して事例検討会を開催することにより、意見交換や交流できる機会を積極的に設けており、ケアマネジャー間のネットワークの構築に努めている。また、居宅介護支援事業所の管理者を対象とした懇談会を開催し、ケアマネジャー間の個別のネットワークに加えて、事業所間のネットワーク構築につながる取組みを積極的に実施している。 ・高齢者の入院時における医療機関への情報提供、退院時の在宅生活への円滑な移行を目的とした医療機関及びケアマネジャーとのカンファレンスの調整や支援を行い、医療・介護関係者の連携の強化を積極的に図っている。
⑧	みどり	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェの参加者から声の上から、センターが後方支援を行い、地域住民が主体となる家族会の発足に至った。定期的に開催される家族会へ参加し助言を行うなどして、家族介護者の支援に努めている。 ・センターからの働きかけにより、第2層生活支援コーディネーターが個別地域ケア会議や医療職との多職種連携研究会、ひきこもりネットワーク会議等の会議に参加することとなり、住民の地域課題の共有につながっている。 ・ケアマネジャーの初任者、中堅職員及びベテラン職員が集うそれぞれの懇話会を開催し、ケアマネジャーが地域課題について意見交換を行うとともに、横のつながりを深める機会を多数設けている。
⑨	アイリス	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者への対応に関して、金融機関に協力依頼や近隣のスーパーマーケットと意見交換を行うなど「高齢者見守り110番」協力店舗への巡回訪問を行い、顔の見える関係づくりに力を入れ、見守りのためのネットワークの充実に努めている。 ・介護予防を目指す自主活動グループが新たに組成された場合、活動時に訪問して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することにより、スムーズに活動を継続することができるよう積極的にグループの支援に努めている。

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の实地確認結果(総評)

圏域	センター	総 評
⑩	大阪高齢者 生協	<ul style="list-style-type: none"> ・センターが作成した名刺サイズの啓発物を医療機関、薬局、歯科医院、金融機関に配架してもらっており、センターが高齢者の総合相談窓口であることの周知に努めている。 ・街かどデイハウス、高齢者居場所、地域のサロン等の社会資源を高齢者の実態把握や情報収集の場として活用し、それらの積み重ねとアセスメントにより、地域の潜在的な課題の発見に努めている。 ・ケアマネジャーからのニーズを踏まえ、「みなさんはこんなときどうしていますかケアマネあるあるカード」といったケアマネジャーの悩みや課題を引き出すツールを作成することで、積極的にケアマネジャーの支援を行っている。
⑪	パナソニック エイジフリー	<ul style="list-style-type: none"> ・元気づくり・地域づくり会議にて抽出した地域課題を踏まえ、医療・介護・福祉などの様々な専門職が参加する家族介護者の支援を目的とした取組みを実施している。家族介護者同士の情報共有や交流による介護負担の緩和に加えて、介護負担に起因する虐待の予防につながる取組みである。 ・他の圏域と合同開催した疾病についての研修会やセンターが主催する多職種連携研究会を通して、より多くの医療・介護関係者のネットワーク構築に努め、連携の強化を図っている。
⑫	大潤会	<ul style="list-style-type: none"> ・担当圏域にある医療機関と連携して今年度より認知症カフェを開催し、参加した認知症高齢者の介護者同士が交流することで、地域からの孤立を防ぎ、介護者の心理的負担の軽減を図る機会としている。また、介護サービス事業者による認知症高齢者支援の取組みが紹介されるなどの情報提供が行われることで、地域がサービスを早期に認知でき、介護負担の軽減や適切な支援につながる機会としている。 ・他の圏域と合同開催した待合室懇談会において、歯科医師による高齢者の歯科受診の必要性をテーマとした講義や医師とケアマネジャーが意見交換を行うことができる機会とし、医療と介護の連携体制の構築を積極的に実施している。

枚方市地域包括支援センター(包括的支援事業)の实地確認結果(総評)

圏域	センター	総 評
⑬	東香会	<p>・担当圏域にある商業施設の従業員を中心に地域住民等に対して積極的に認知症サポーター養成講座を実施するとともに、認知症すごろくを活用し、地域における認知症への理解の深化に努めている。</p> <p>・医療機関や介護保険事業者が地域の防災の取組みを把握できることを目指し、担当圏域の小中学校区で開催される避難訓練に医療・介護関係者の参加を促すことで地域の防災の取組みを把握できる機会とした。また、医療機関、介護保険事業者、校区コミュニティ協議会等が参加する多職種連携研究会を開催しており、多職種と地域住民が意見交換を行い、災害時のそれぞれの役割を明確にすることで連携の強化につなげている。</p>

令和6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		◎：よくできている。 ○：できている。 △：努力が必要。													
		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人らしい生活を継続することができるようにしていくためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から、高齢者の状態に応じた介護や医療サービス等の様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じて、切れ目なく提供することが重要です。地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されました（介護保険法第115条の46第1項）が、これらのことを職員一人ひとりが理解して業務を遂行していく必要があります。														
①	センターの設置目的を踏まえて事業計画をたてるなど、計画的な運営を行っている。	○	基本方針・重点事項を掲げ、年間事業計画を作成している。定例のセンター会議や朝礼等でも各種事業等の企画について共有している。また、第1圏域の地域特性を鑑みた事業計画を立てて計画的に事業を実施しており、事業実施後、センター会議等に振り返りや回覧を行っている。	○	次年度の基本方針、重点事項を掲げ事業計画を作成し、それに基づき運営している。年間予定などを職員で分担し、定例のセンター会議で検討や振り返りを行うことにより職員全員で共有している。	○	毎年、前年度末にセンター職員で検討し、事業計画を作成している。その都度、必要に応じて修正、見直しを行いながら、計画的に運営している。	○	年度末に年度の振り返りを行い、地域の課題を検討し、それをもとに、センター設置目的を踏まえて事業計画を作成し、計画的な運営を行っている。	○	年度当初にセンターの設置目的を踏まえて事業計画を作成し、計画的な運営を行っている。進捗状況は計画表を掲示し、職員全員が確認できるようにしている。また、毎年1月～2月ごろにヒアリングを行い事業計画に反映している。	○	各種データを全職員で共有・分析し、地域性を勘案した計画を作成している。中間、年度末に事業計画等の評価・修正を行うなどとして、PDCAサイクルで計画的な運営を行っている。	○	事業計画に関しては3職種が中心となり設置目的をふまえた上で、スタッフ全員に意見を聞き事業計画を作成し、運営を行っている。定期的に会議を実施し、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。	○	新入職員に業務及び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ている。	○	新入職員には、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、その他職員に対してもセンター業務等の研修に参加を促し、スキルアップの向上を図っている。地域の状況や事業計画の進捗状況なども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、基本方針はセンター内に掲示し、全員がいつでも見られるようにしている。新入職員研修の際にセンター設置の主旨やセンター業務等を必ず取り扱うことにより、理解をすすめている。	○	センター設置の主旨やセンター業務等について、センターマニュアルをもとに確認を行っている。毎月、センター内会議で総務課の職員が新人研修を行っている。新人研修を行うことにより、各職員もセンター設置の主旨等を再確認することにつながっている。	○	センターマニュアルの熟読と、長寿社会開発センター主催の外部研修の受講を勧奨している。毎月のセンター内会議で総合相談実績などを提示し業務の意識づけをしている。	○	センター設置の主旨やセンター業務等についてはセンターマニュアル等を熟読し、職員全員が理解している。また、管理職向けに「地域包括・在宅介護支援センターリーダー職員研修」の研修視聴と意見交換を行い、センター業務や関連する事業等に関する最新情報を学んでいる。	○	センターマニュアル、センター独自の業務マニュアルなどを用い、定期的に研修を行っている。適宜、事業計画を確認しセンター設置の主旨を理解し業務を行えるよう務めている。
③	センターに在籍するすべての職員が高齢者等の権利擁護に関する研修を受講している。	○	センター職員が成年後見制度、高齢者虐待、特殊詐欺、障害者差別解消等をテーマとした研修に参加し、朝礼や回覧等で内容について共有している。	○	法人が実施する障害者差別解消法等の研修やひらかた権利擁護成年後見センターが開催している意思決定支援研修にセンター職員が参加することで知識の向上に努めている。	○	高齢者の権利擁護に関する研修について、今年度中の受講及びセンター職員への伝達研修を実施している。	○	センター内研修で高齢者等の権利擁護に関する研修を行い、すべての職員が受講している。	○	毎年1回センター内研修をしている（高齢者等の権利擁護に関する外部研修を受けた者による伝達研修）。	○	センター内ミーティングで虐待防止研修や事例検討等を行い、高齢者の権利擁護に関する知識と対応についてすべての職員が学んでいる。	○	法人での権利擁護の研修に参加し伝達講習を行っている。またセンター内においても虐待などの研修を定期的の実施している。
④	センターに対する利用者や家族からのカスタマー・ハラスメントに適切に対応する体制を整備しているか。	○	法人内において職員に対するカスタマー・ハラスメント行為対策要綱及び暴力行為等対策要綱を制定しており、また、法人が契約している弁護士に相談できる体制を整備している。	○	法人内において職員に対するカスタマー・ハラスメント行為対策要綱及び暴力行為等対策要綱を制定しており、また、法人が契約している弁護士に相談できる体制を整備している。	○	法人内にて規定を定めており、その体制をセンター内で共有している。	○	利用者や家族からのカスタマー・ハラスメントに適切に対応するために、カスタマー・ハラスメント相談担当者を設置し、対応する体制を整備している。	○	「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」を参考に、体制を整備している。他事業所からの相談対応も含め随時管理者へ報告し適切な対応ができるよう努めている。	○	センター内ミーティングで「ハラスメント」をテーマに勉強会の時間を設け、カスタマー・ハラスメント等への対応を学んでいる。また、相談体制（相談を受けられた場合のフローチャートや相談窓口）を周知している。	○	ハラスメント対策マニュアルを整備している。
2. 運営において公正性・中立性が確保されているか。															
【解説】	地域包括支援センターの運営は、公正・中立性を確保しつつ適正にされなければならないとされており、地域の関係者全体がそれを評価する場として、「地域包括支援センター運営等審議会」が設置されています。センター職員は、その運営が常に運営等審議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを理解していく必要があります。														
①	支援にあたっては、保健・医療・福祉サービスが特定の事業者によって偏らないよう、また利用者を不当に誘導しないよう、総合かつ効率的に、多様な事業者から提供されるよう配慮している。	○	サービス事業者の案内について、相談者本人の状況及び希望を最優先するとともに、事業所一覧等を用いて偏らないよう配慮している。新設されるサービス事業所等については、チラシ等を回覧し職員間で情報共有している。介護保険以外のサービス等についても、多くの情報を職員間で共有して特定の事業者には偏らないよう配慮している。	○	相談者や家族等の意向を確認し、相談者のニーズに合わせながら事業所一覧表等を用いて、各種事業所の情報を複数提供している。情報提供した各種事業所を職員間で共有し、特定の事業所に偏らないよう公平性を図っている。また、事業所が新設された場合は、チラシやパンフレットを回覧し職員間で情報共有している。	○	事業所を選定する際は、相談者の意向をまず確認し、できるだけ尊重するようにしている。意向がない場合は、自宅から近いか、主治医関連の事業所かどうか等、個々の状況に応じて複数の事業所を提示し、相談者が選びやすいように工夫している。各事業所が作成したパンフレットを活用したり、事業所の動向、特徴について日頃からセンター内で共有している。	○	センターで作成したサービス一覧表を提示しながら本人の意向を確認し、条件に合う事業所を提案するようにしている。ミーティングで利用状況を共有し、偏りのないよう配慮している。	○	相談者の意向に沿った情報提供を行い、選択・決定を促している。また、相談者自身が自己決定が困難でセンターが紹介する場合は管理者に報告し、管理者が不当に偏りがちなことを確認している。また、具体的な情報提供により相談者自身が最終決定できるよう努め、支援している。	○	相談者や家族の意向に沿って、複数の情報提供を行っている。紹介する際には介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスなども積極的に紹介している。総合相談データを活用し、定例のセンター内ミーティングで偏りがちなかなどの確認を行っている。	○	情報の一覧をサービスごとに分類し、ファイリングしている。ファイルやパンフレットなどは誰でも閲覧できる場所に設置し、相談時は相談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説明し、偏りのないよう選択してもらっている。偏りがちなかの確認は毎月の請求業務時に所長が確認している。
3. チームアプローチが図られているか。															
【解説】	各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、常に情報を共有し、相互に連携・協働しながら、「3職種」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考えが基本であると認識することが必要です。														
①	継続的な支援が必要な高齢者に対し、責任体制等を明確にするため、「担当職員」を決めている。	○	ケースの相談内容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。	○	相談を受け付けた職員が管理者と協議し、ケースの相談内容等に応じて担当職員を決めて支援を行っている。	○	新規ケースは管理者が内容を確認したうえで、担当職員を決める。虐待・生活困難・認知症・精神疾患・近隣トラブル等の継続的支援に関わりが必要とされるケースでは、特定の職員に偏らないように配慮し、異なる職種の2人体制をとっている。	○	継続的な支援が必要な高齢者に対し、担当職員を決めて関わることとしているが、相談内容によっては複数で対応するようにしている。	○	管理者・専門職種で協議し、ケースの担当職員を決定している。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体制を整えている。	○	相談内容に応じてケースの担当職員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協議し、担当職員を決めている。状況によっては複数で関わることもある。
②	必要性に応じ随時センター内でカンファレンスを行うなど、チームとして検討・支援していく場を設けている。	○	毎日の朝礼にて、前日に対応したケースの情報共有を行い、今後の対応・支援について検討している。必要に応じて都度ケースの検討を行い、また、定例のセンター会議においても検討するようにしている。	○	定例のセンター会議でケースを共有する時間を設けて職員間での共有や検討を行うが、緊急性が高い場合は朝礼の場や都度協議を行い対応している。	○	毎朝、毎夕礼時と月1回の定期ミーティングで報告し、共有している。その他のケースおよび虐待相談などの緊急時は随時協議している。	○	新規ケースや対応に迷ったときは、毎日のミーティングで報告し、必要に応じてカンファレンスを行いチームとして検討・支援している。	○	前日に受けた相談のうち支援方向を共有するカンファレンスについては朝礼で、また新規相談受付時はその日在籍している職員間で可能な限り全件の情報共有と検討をし、支援方向を決定している。	○	支援困難事例は随時センター内でカンファレンスを行い、職員全員が協議に関与する体制をとっている。	○	必要に応じて随時カンファレンスを行い、職員全員に周知しながら対応を検討している。経過に関しては毎朝のミーティングや月1回の定例会議の場などを利用し職員全員で情報共有している。
③	支援困難ケースの対応や緊急性の判断等について、「担当者」だけでなく、複数の職員が関わる配慮をしている。	○	支援困難ケース等の対応について、管理者が緊急性の判断を行うこととし、担当者に管理者等も加わった複数制を導入している。また、担当者の孤立を防ぎ、専門職の意見も踏まえながら様々な視点から課題に対応できるよう配慮している。	○	支援困難ケースの対応や緊急性の判断については、基本的に職員全員が関わる体制をとっている。また、必要に応じて2人体制で訪問するなど複数名で対応している。	○	支援困難ケースは、基本的に異なる職種の2人体制をとっている。緊急性の判断は、管理者が行い、不在時は在席職員で相談して判断している。	○	支援困難ケースの対応や緊急性の判断については、随時、職員が管理者と相談し必要に応じて複数で関わっている。	○	緊急性の判断については、管理者に報告し、センター内で検討後、対応者を決定している。チームアプローチを意識し、複数で関わるようにして効果的な支援の手法、方向性を検討し対応している。	○	担当者が孤立することのないよう、職場し、センター内で検討後、対応者を決定している。チームアプローチを意識し、複数で関わるようにして効果的な支援の手法、方向性を検討し対応している。	○	支援困難ケースや緊急性を要する場合には全体で支える体制を作っている。緊急性の判断については、複数職員で行っている。
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。	○	定例のセンター会議を開催している。毎日の朝礼でも相談内容や、その日の確認事項等情報共有を行っている。	○	定例のセンター会議を開催している。必要に応じて、朝礼の場や都度ケースを検討して確認事項の共有を行っている。	○	毎朝、毎夕礼時と定例のミーティングでケース報告や検討を行っている。	○	毎日ミーティングで情報共有し、必要に応じて検討している。また、定例のセンター内会議を開催している。	○	毎日の朝礼と定例のセンター内会議に加え、随時、情報共有や検討をしている。	○	定例でセンター内ミーティングを行い、情報共有や課題の検討を行っている。また、随時の情報共有はチームLINEを活用するなどして情報伝達にタイムラグが生じないように心がけている。	○	毎朝のミーティング、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。

	社協こめれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
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立てている。ガラス窓にも内張看板を設置してわかりやすく表示している。	○	建物1階の入り口のほりを設置するとともに、センターが入る3階の窓に看板を張り出し、遠くからでも見えるようにしている。また、1階エレベーター横にも案内板を設置している。	○	センターが入るビルの1階ロビーに立て看板を設置、2階のセンター入り口前へのぼりを設置し、来た人がわかりやすいようにしている。2階ベランダから外に向けてかけ看板を出している。	○	大きな看板をわかりやすく設置し、毎日のぼりを設置している。	○	正面玄関に大きく見やすい看板を設置し、のぼりも入り口側に設置している。正面玄関横の掲示板に啓発ポスターや、センターからの案内等を貼り出している。	○	センターの入り口に2か所、通行量の多い道路に面したベランダ外側に1か所看板を設置。季節に合わせてデザインを変えるなど工夫しながら、介護保険に関することや運動教室など地域住民に向けたチラシ等を設置し情報発信を行っている。	○	建物に看板を設置、名称、電話番号を大きく掲示している。わかりやすい場所にセンターのの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。(3段階評価)	○	センター入口付近に、啓発用のポスターやチラシを設置している。また、歩道に面している内窓に介護予防に関するポスター、消費者被害に関する注意喚起等を掲示し、歩行者の目を引くような工夫をしている。また、広報紙を年4回、校区コミュニティ協議会協力のもと圏域全体に配布するとともに医療機関や薬局にも設置を依頼している。玄関の外に自由に休憩できる椅子を置き、気軽に相談できる雰囲気を作ることでセンターに関心を持ってもらうなどの工夫を行っている。	○	地域のサロンや喫茶等へ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、健康相談及びひらかた元氣くらわんか体操の啓発を行うなどして、地域住民へ積極的にセンターの業務内容の周知を図っている。また、広報紙を自治会、圏域にある医療機関、居宅介護支援事業所及び行政機関等に配布し、回覧や掲示してもらえよう働きかけている。	○	専門職が作成するチラシや、センターのパンフレットを会議や行事および自治会を通じて全戸配布したり、銀行、郵便局で設置してもらう等で周知をはかっている。	○	校区コミュニティ協議会の役員として極力会議に参加しセンターの周知を行い、役員会に参加していない校区コミュニティ協議会については、会長や役員と連絡を密にし必要に応じて回覧板などの活用により広報をしている。また、老人会や校区福祉委員等の集まりに参加し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年に2回発行し、センターがどこにあるか、地域資源の紹介、第2層協議体や通いの場での活動、研修案内などの情報を圏域内の全自治会へ回覧している。その他、センター職員が似顔絵入り簡易チラシの活用やLINE配信(月に5回程度)により周知に努めており、LINEアカウントともだち登録者は少しずつ増えている(登録数131)。	◎	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。ホームページでは事業所向けの研修等の活動報告など様々な情報を随時掲載し、センターの業務内容の周知を図っている。LINEは登録者が601名。開始から6年経過し、毎年約100人ペースで登録者が増えている。また、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している。さらに、商業施設や薬局、医療機関の協力により、チラシ等を常時ラックに入れている。	◎	年4回広報紙を作成し、老人会や自治会を通じて圏域全体に配布している。近隣のクリニックなどにも持参し置いてもらっている。内容に関しては認知症予防や健康情報など興味を持ってもらえる内容となるよう工夫している。センターの壁面、カフェボードにセンターの業務内容や取り組み、開催している講座などを掲示している。
5. 個人情報の保護について、適切に取り組んでいるか。															
【解説】	地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を扱うことになるため、取り扱いは充分留意する必要があります。また、相談者等のプライバシーを尊重し、相談や情報収集においては支援をするうえで必要な範囲にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。														
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どのような情報」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、書面での同意が困難な場合は同意を得てその内容を記録している。	○	個人情報を第三者に提供する場合は、事前に本人や家族に確認し、同意を得ている。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、その旨を記録している。	○	総合相談対応時は、必要に応じて関係者へ情報提供を行う際、本人、家族に説明し同意を得たうえで行うものとし、必ず総合相談の記録に残すようにしている。	○	文書での同意を得ている。ただし、電話による総合相談の際に書面での同意が得られない場合は、口頭にて説明し同意を得て、記録している。	○	相談室には同意書を置き、必要に応じて説明し、書面での同意を得ている。電話相談等で書面による同意が得られない場合は口頭で確認し、必ず記録している。	○	第三者に情報提供する場合は、説明し書面にて同意を得ている。口頭で同意を得た場合は記録に残している。	○	書面での同意をもらっている。書面での同意をもらうことが困難な場合には口頭で説明し、同意を得たことを記録している。
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。	○	法人が作成する個人情報保護に関する方針及び個人情報取扱マニュアルを整備し、センターに掲示している。また、新入職員に対して、個人情報に関する誓約書の提出を義務づけている。	○	個人情報取り扱いマニュアルは、センター内に掲示し、常に職員間で意識できるようにしている。新入職員に対し、個人情報保護についての研修を行うとともに個人情報遵守の誓約書を提出させている。	○	法人が規定している個人情報保護10ヶ条をセンター内に掲示し、常に意識できるようにしている。また、新入職員には入職時に個人情報の取り扱いについての研修も実施している。	○	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を整備し、毎年確認している。また、個人情報保護に関する研修も開催している。	○	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扱方針に従い対応マニュアルを整備し、毎年1回センター内会議で研修を実施している。守秘義務については、新入職員に誓約書を提出している。	○	個人情報保護マニュアルを整備し、適宜更新している。また、職員が個人情報の外部研修に参加し、伝達研修を全職員が受講している。	○	個人情報保護のマニュアルを整備し周知している。新入職員は法人にて個人情報保護の研修を受け誓約書を提出させている。
③	法人内やセンター内、職員間で不必要に個人情報が流れていない。	○	相談スペースに仕切りを設置し、相談者が安心して話しやすい空間となるように配慮している。職員が離席する際は、ケースファイル等の個人情報を含む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。職員の会話で不必要に個人情報を出していない。	○	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。	○	電話の伝言メモは、パソコンの共有フォルダ内で実施し、担当者のみが確認のうえ、対応次第削除している。他の個人情報については、口頭で確認し、不必要な情報流出を予防している。法人とセンター間で個人情報のやりとりは行っていない。	○	法人職員はセンターに来ることはなく、センター職員同士でも必要な共有事項以外の個人情報を伝えていない。	○	法人内や、センター内、職員間において、不必要に個人情報が流れないように業務上最低限の共有にとどめている。	○	相談室は個人情報が濡れないように仕切られている。また、法人と個人情報共有することはない。職員間において、不必要に個人情報が流れないように業務上最低限の共有にとどめている。	○	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個人情報を含む書類はなおし、パソコンの画面も閉じている。職員間において、不必要に個人情報が流れないように業務上最低限の共有にとどめている。
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を含む書類については、施錠できる書庫に保管している。	○	個人情報は施錠できる書庫に収納して必ず施錠している。	○	ケースファイルは、施錠できる場所で保管している。各職員のデスクも不在時は施錠している。個人情報の持ち出しは原則禁止している。	○	個人情報は鍵のかかるロッカーに保管し、また鍵の管理は管理者が行っている。	○	鍵付き書庫と金庫を利用して個人情報を保管している。	○	個人情報を施錠のかかるロッカーに保管するなど、マニュアルに沿って対応している。	○	個人情報を施錠のかかる保管庫に保管している。
⑤	個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	ケースファイルの持ち出しに関しては禁止している。
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、要介護高齢者の相談・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。	○	苦情対応担当者は管理者が、苦情対応責任者は法人の担当者が担っている。苦情があった際には対応を記録して苦情受付記録ファイルに保管している。	○	苦情受付の担当者は管理者が担い、責任者は法人の担当者が担っている。苦情処理台帳を作成し、対応記録を残している。	○	法人の規定にて、苦情受付担当者(担当者)、苦情解決担当者(責任者)を配置し、法人内規定の仕様による苦情受付台帳にて記録している。	○	苦情受付担当者・責任者を置いており、苦情対応記録を保管している。	○	各職員が随時対応し、責任者は管理者としている。対応経過等は記録を残し台帳管理のうえ、法人に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台帳に記載しセンター内で情報共有している。
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センター内に掲示し、いつでも閲覧できるようにしている。	○	苦情対応マニュアルを作成し、苦情受付の体制を整備している。ヒヤリハットや苦情対応の流れを掲示し周知を行っている。	○	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整備し職員に周知している。	○	苦情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。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、説明している。	○	相談室に苦情受付担当者、第三者委員を見えやすい壁面に掲示している。利用者等にもわかりやすく説明している。	○	相談室に苦情受付担当者、第三者委員を掲示し、説明している。	○	苦情対応や苦情の窓口を掲示し説明している。	○	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、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、説明している。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会	
7. 夜間や休日の体制について確保できているか。								
【解釈】	地域包括支援センターは、高齢者の権利擁護や虐待など様々な相談・支援に関わることから、緊急時には職員と連絡がとれる体制を確保しておく必要があります。							
①	夜間や休日における緊急時には、職員と連絡がとれる体制が整っている。	夜間、休日、長期休暇について、留守番電話の内容を管理者が随時チェックしている。また、連絡網を整備して職員と連絡が取れるようにしている。	職員連絡網を作成し、職員間で連絡が取りあえる体制を整えている。休日はセンターの留守番電話に入ったメッセージを管理者が確認している。長期休暇の場合はセンター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。	開所時間外は、センターの電話は留守番電話に切り替え、緊急時は緊急用携帯電話の番号を案内している。緊急用携帯電話は職員が持ち回りで対応している。	夜間や休日は留守番電話にて緊急連絡先を提示している。管理者から担当者に連絡できるように、緊急連絡網を作成し、連絡体制を整えている。	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携帯を所持し、留守番電話でその電話番号をアナウンスしている。法人の協力もあり、必要時は速やかに連絡がとれる体制となっている。	営業時間外には留守番電話から業務用の携帯電話に転送されるようになっていて、緊急性がある場合には担当者に連絡するなど体制を確保しており、センターのホームページにもこのことを記載している。急な職員間の連絡等はLINEを活用している。	時間外は留守番電話に設定し、1日2回メッセージを確認している。職員間は連絡網を作成し緊急時に連絡がとれる体制にしている。緊急時の連絡は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。								
【解釈】	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。							
①	法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるよう配慮している。	研修情報については、朝礼や回覧により周知し、希望者が参加できるように配慮している。センター職員全員が外部研修等へ参加し、スキルアップできるように促している。	職員の研修参加について、研修情報を回覧し、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スキルアップができるように促している。	外部の研修は、必要な内容については可能な限り参加するようにしている。また、法人内の研修も同様に可能な限り参加している。	必要な研修は受講してもらい、また職員の希望を聞き受講させるなど、法人の支援を受け、積極的な研修受けさせている。	法人の支援により、職員がスキルアップのため外部研修を受けられる環境が整っている。	外部研修の案内は全員で供覧し、研修参加等によって新しい情報を取り入れるように努めている。職員全員に外部研修への積極的な参加を促すとともに、職種によって必要と思われる研修については個別に案内している。法人は外部研修を自己研鑽の機会として推奨しており、交通費や参加費等の負担をするなど配慮している。	研修案内は全員に回覧し、希望の研修に参加できるよう配慮している。研修費用や交通費は法人が負担している。
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。	研修資料は回覧したうえで、定例のセンター会議にて内容の伝達を行うことにより共有している。	受講した研修内容については、定例のセンター会議で報告を行い、職員全員に共有している。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。	センター内での会議や、研修資料、参加記録等の回覧にて共有している。	研修の記録、資料を共有し、疑問点があれば質疑に答えている。研修資料はデータ化し、いつでも確認できるようにしている。	研修参加後は、朝礼やセンター内会議において伝達研修し、学びを深め共有している。また、研修資料はファイリングし供覧できるようにしている。	朝のミーティングでの報告や伝達研修等で共有している。	知りえた情報や知識に関しては、毎朝のミーティングなどで伝達研修を行い周知している。研修資料は回覧し、その後ファイリングしていつでも閲覧できるようにしている。
③	センターの人材確保や定着を図るため、実習生の受け入れを行っている。	大学及び専門学校から実習生の受け入れを行っている。	大学や専門学校から実習生の受け入れを行い、助言や指導を行っている。	近隣の大学等から依頼がある。職種によって法人からの受け入れ依頼もあり、可能な範囲で受け入れている。	現在保健師の実習を積極的に行っている。今後は社会福祉士の実習も検討している。	大学からの看護学生実習や、大阪府看護協会から看護師のセカンドレベル実習の受け入れを随時行っている。	実習生の受け入れは出来るだけ行っている。また、圏域内医療機関の看護師長実習等の受け入れも積極的に行っている。	毎年看護師の実習生を受け入れている。
④	センターの人材確保や定着を図るため、休暇の取得機会を確保している。	労働基準法に基づき、年次有給休暇を付与している。夏季休暇も付与し、職員が希望する休暇を取得できるように体制を整えている。	休暇は本人の意向を確認するなどして取得機会を確保している。	休暇は本人の意向を確認するなどして取得機会を確保している。	休暇は本人の意向を聞き、取得できている。	有給休暇取得の管理表、業務の月間予定表を掲示し、自ら休暇希望日を貼りだして暇を取得しやすい環境としている。	年次有給休暇が取得しやすい職場環境を意識しており、希望に応じて連休も取得できるようにしている。	前月に希望休暇を確認しシフトを調整している。ほぼ希望通り休暇を取得できている。
⑤	センターに在籍する全ての職員に対して、センター又は受託法人がメンタルヘルス対策を実施している。	法人が年1回ストレスチェックを実施し、必要に応じて医師の面談を行っている。	法人が年1回のストレスチェックを行っている。治療の必要性が認められる職員には面談を行い、医療受診を勧めるなどの配慮を行っている。	法人がメンタルヘルスチェックを年1回実施している。	年に2回メンタルチェックを行い、必要者に医師の面談を提示している。	毎年法人内でストレスチェックを実施し、問題があれば産業医へ相談できる体制が整っている。	全ての職員が年1回メンタルヘルスチェックを受けている。管理者が職員と個別に相談や意見等を聞く機会として、個人面談を実施している。	法人の定期健診時にストレスチェックを実施、高ストレス者に該当した場合は産業医の受診を勧めている。
【事業実施計画】（総合相談支援業務）								
1. ネットワーク構築が図られているか。								
【解釈】	地域包括支援センターは、担当圏域にネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者等を見い出すことができます。各種サービス、関係機関等適切に支援できるようつなぎ、継続的な見守りを行います。更なる問題の発生を防止するためのネットワーク構築も必要となります。ネットワークは構築するだけでなく、既に機能しているネットワークも把握・整理し、定期的に見直すことが必要です。							
①	インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、機能や役割を整理したうえで、暮らしまることべりネットの更新を行っている。	介護サービス事業所、医療機関、公共施設、その他インフォーマルサービスに関する情報を収集し、暮らしまることべりネットの情報を随時更新している。	自治会や老人会など社会資源の情報収集を行い、随時暮らしまることべりネットの情報の更新を行っている。	暮らしまることべりネットについて、新たな情報を把握した際は、随時情報を更新している。	インフォーマルサービスは地域の情報の把握につとめ、情報の変更があれば、暮らしまることべりネットを更新している。	大きい地図に社会資源を見やすく示したものをセンター内に掲示し随時更新している。また、暮らしまることべりネットの情報や見守り110番協力店舗数を増やし情報更新している。	地域の情報を積極的に集め、暮らしまることべ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の社会資源の情報を把握して、情報を整理し、暮らしまることべ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。（3段階評価）	出張相談等で把握した高齢者のニーズを踏まえ、元気づくり・地域づくり会議の中で共有及び地域課題として検討を行うことで、課題解決を図っている。また、民生委員地区委員会が主催する定例会議にセンター職員が参加して顔の見える関係の構築に努め、センターに相談しやすい関係性を築くことにより問題の早期発見を図っている。	自治会や老人会の役員との懇談を行い、地域で開催されるサロンやカフェなどで実施する出張相談、健康相談及び公園での体操を継続することによって高齢者のニーズ把握を行っている。また、第2層協議体の立ち上げ支援を行い、地域の活動や高齢者を取り巻く課題について話し合いができるネットワーク構築ができている。	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層協議体以外では、出前講座や地域活動に参加する場でも民生委員等からの情報や相談を通じて把握し、多職連携研究会や各連絡会等で共有しネットワークの構築につなげている。	地域の総合相談によりニーズを把握し地域との連携の場や、サービス、民間企業等とニーズを検討するネットワークを構築し、課題解決に向けて協働している。	地域活動参加時や出前講座を通して、民生委員はじめ地域住民からニーズ把握を行い、第2層協議体等でその検討ができるよう努めている。民生委員や生活支援コーディネーター等の地域の担い手と管理者連携のLINEがきっかけとなり個別件数も増えタイムリーな情報共有がしやすくなっている。	日頃から介護保険事業所や民生委員、街かどデイハウス、商店街、企業、金融機関、など様々な関係機関等とネットワーク構築を図っており、高齢者のニーズ把握に努めている。	老人会やサロンでの出前講座、第2層協議体などで高齢者のニーズの把握を行い、自治会、民生委員、社会福祉協議会などと連携してネットワークを構築している。
③	既存のネットワークが有機的に機能できるよう維持・改善に努めている。（3段階評価）	居宅介護支援事業者、訪問介護事業者、通所介護事業者との懇談会等を通じてネットワークの強化を図り、個別支援の対応に活かしている。また、見守り110番協力店舗の拡充を目指し既存ネットワークの維持・改善に努めている。	見守り110番協力店舗に継続して協力依頼を行っている。食品ロスを減らすための取り組みであるフードバンクに参加している民生委員に対して、地域活動に関する状況の聞き取りを行い、当該民生委員やコミュニティソーシャルワーカーと連携して食糧支援が必要な住民をフードバンクの取り組みへ繋いでいる。	圏域内で新たな医院、店舗等が開設された場合は、積極的にセンターからアプローチするようにしている。圏域内の地域ネットワーク、事業所連絡会等を通じて、ケアワーク構築、維持、有機的な機能強化に努めている。	地域の通いの場定期的に訪問し活動を支援することで維持・改善に努め、そこに総合相談で把握した相談者をつないだりしている。	第5圏域地域づくり会議は年6回の定期開催により、参加者が交代しても顔の繋がりがあり、分野を超えてよりよい支援につながる体制が維持できている。その他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面への協力依頼（郵便局への取材等）や配布の機会、高齢者見守り110番事業協力の更新案内等で関係構築、深化に努めている。	日頃から関係機関との取り組みについて維持・改善を図りつつ、ネットワークの拡大や新たな取り組みができるよう常に地域の情報を収集し、接点を図るなど新たな関係構築できるよう努めている。昨年度から始まった移動販売の停留所選定において、自治会を通じ新しい停留所開拓に至っている。現在は移動販売の停留所でセンターが開催する講座や教室等のチラシ配布など協力いただいている。	見守り110番協力店舗を訪問し、顔の見える関係づくりに努めている。新店舗ができた場合は訪問し協力の依頼をするなど新たなネットワークが構築できるよう努めている。地域集まりや事業所懇談会などを通じてネットワークの維持改善に努めている。
④	地域のネットワークを活用し、他の関係機関と連携して要支援高齢者を支援している。（3段階評価）	複合的な課題を抱えた支援困難ケースに対して、医療機関、市、コミュニティソーシャルワーカー、法律専門家等と連携して様々なネットワークを活用することによって、本人のみならず家族全体を支援対象として課題解決に取り組んでいる。	高齢者に関する機関だけでなく、障害者からの相談に対応する地域活動支援センターとの連携をはじめ、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、ひらかた権利擁護成年後見センターなどと連携し、様々なケースにおいて要支援高齢者の支援を行っている。本人のみならず家族全体を支援対象として課題解決に取り組んでいる。	医師、銀行、民生委員等地域からの相談があった場合は、保健所、市担当課、社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー等と連携し、必要に応じて地域のネットワークの協力を得て支援している。	相談者にとって地域の通いの場が適切であった場合は、同行支援を行っている。サービスと相談し、要支援高齢者の能力に合わせて、ボランティアとして活動できるように体制を整えている。	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、司法書士総合事務所などの他業種）からの相談による実態把握と支援につながるケースが増えており、ネットワーク機能の強化が図れている。	要支援高齢者の支援にあたっては、本人の親族、近隣住民、民生委員、介護事業所、医療機関、行政機関、民間企業等と連携して、本人だけでなく家族を含めて支援を継続している。	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、要支援高齢者を支援している。他機関連携会議を定期的に実施し、高齢者のみならず世帯支援を行えるよう努めている。支援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。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会	
2. ネットワークを活用し実態把握を行っているか。								
【解説】	地域包括支援センターは、ネットワークを活用しながら様々な手段により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。常に高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となり、「早期発見」「早期対応」につながり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。							
①	隠れた問題やニーズを早期発見するために、高齢者の個別訪問を行うなど必要に応じて、アウトリーチによる相談・対応をしている。(3段階評価)	出張相談や出前講座の実施、あるいはサロン等でアウトリーチによる手法を用いることで、地域に潜在する問題やニーズの早期発見に取り組んでいる。また、関係者等とともにアセスメントを行い即時対応の必要があると判断した場合、問題や事態が深刻化する前に解決に向けて取り組んでいる。特に高齢者虐待の恐れがあるケース等については、市担当課や関係機関との連携を取りながら迅速な訪問対応をしている。	隠れた問題等を早期発見するため地域で開催されるサロンや出張相談の場を活かし、些細なことでも相談するよう参加者に声をかけるなど働きかけている。また、家族だけでなく民生委員、自治会役員、近隣住民若しくは医療機関等からの相談がある際は、高齢者の自宅を訪問して実態把握等の対応を行っている。	当センターが高齢者の総合相談窓口であることは定期的に発行しているチラシ等で周知を図っている。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ケースは速やかに訪問し、実態把握に努めて、関係機関との対応にあたっている。地域の会議や行事に参加することで、地域住民との信頼関係は構築できている。	基本的にアウトリーチによる相談を行い、早期発見、見早期対応に努めている。通いの場では定期的に相談会を行い、自身の相談だけでなく、ほかの心配な方の相談もできることを周知したことにより、実際に知り合いからの相談もあるなど、そこで隠れた問題やニーズを把握することができ、個別訪問による支援のきっかけとなっている。	健康状態不明者の実態把握と相談・対応を継続している。また、アウトリーチリスト(対象者ごとにリスクに応じて対応頻度等を記載)を作成し、段階的にアプローチし解決を目指している。	普段、高齢者の見守り活動等を担っている民生委員が一同に集まる地区定例会に参加し、情報交換を行っている。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、民生委員が抱える困りごとをヒントに、地域の隠れた問題やニーズを早期発見できるようにしており、必要に応じてアウトリーチをするなどして対応している。	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。元気はつらつ健康づくり事業などで高齢者の実態把握を行い、早期対応ができるように努めている。隠れた問題やニーズを早期発見するために、サロンへ出張相談なども行っている。
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段階評価)	日頃から民生委員、医療機関、薬局、金融機関、新聞配達業者、配食業者等との連携を密にすることで高齢者の実態把握を行い、適切な早期対応を実施している。	家族、民生委員、自治会役員、医療機関、薬局、商店、金融機関、コミュニティソーシャルワーカー、保健所及び市担当課などと連携して地域の情報収集や高齢者の実態把握に努めている。	地域住民・民生委員、医療機関、介護保険事業所、保健所、薬局、金融機関、郵便局等から情報を収集し、実態把握している。	民生委員、UR都市機構、自治会、配食事業所、医療機関等、地域から得た情報を基に訪問を行い、本人から聞き取りを行っている。不足している情報は関係機関へ確認し、実態把握に努めている。	地域活動参加時や民生委員及び地域住民から継続して情報収集している。既存の様々なネットワークと見守り110番協力店舗からの情報提供は毎年増えており、関係機関と連携し実態把握するとともに、支援拒否あるケースについては連携して支援介入のタイミングをはかっている。	地域の店舗に直接足を運び、センターが相談窓口であることを周知した結果、金融機関に頻繁に行く認知症高齢者のことについてセンターに相談が入り、高齢者の安全確保や不安への対応等について当該金融機関と協議を重ねながら家族の状況等の実態把握を行うことにつながっている。	民生委員、地域住民、介護保険事業所、その他関係機関などから情報を収集し実態把握に努めている。
3. 適切に総合相談業務が実施されているか。								
【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、関係機関の紹介を行っている。(3段階評価)	相談内容に応じた制度及びサービスの説明や利用手順を伝え、インフォーマルサービスである高齢者居場所も含めた多様なサービスの紹介を柔軟に行っている。	相談者との信頼関係の構築を心がけながらアセスメントを行い、相談内容に即した情報提供を行っている。近隣住民や民生委員からの相談には、関係者へ連絡し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繋げている。	相談をうけた際はできるだけ早く訪問して状況の把握につとめ、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て対応している。	本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク、医療機関との連携をはかり、状況に応じて必要な制度やサービスにつないでいる。相談者本人を適切な支援・機関に繋いだ後も、家族についても必要に応じて、継続的な支援を行っている。	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場合、信頼関係構築に努めながら困りごと・ニーズを整理できるように対応している。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もしている。	家賃滞納があり家主からセンターに相談が入った事例では金銭管理ができず、入院中に勝手に退院してしまう高齢者であり、本人との信頼関係を粘り強く構築しながら家主や市担当課と連携し支援を行っている。適切なタイミングでサービスに繋いだことで、在宅生活の維持ができていた。	相談があった場合、その後の状況を確認するため訪問や電話で継続した関わりを持つようにし、信頼関係の構築や状況判断を行うようにしている。相談内容に応じて各制度のパンフレットなどを用いて説明し具体的な情報を提供するようにしている。
②	家族介護者に対する予防的な取組(ニーズに応じた情報提供や家族介護者会の実施等)を行っている。(3段階評価)	家族介護者からの相談内容に応じ、地域で開催されるサロンなど様々な事業者が実施する講座等の情報提供を行っている。	初期段階で家族が感じる負担について聴き取りを行い、必要に応じた介護保険サービスを紹介している。また、地域の高齢者や障害者が自身の作品を自由に制作及び展示することができる場所、校区福祉委員会が開催するサロン、広報ひらかた等で案内されている講座等の情報提供を行っている。	総合相談時に、状況に応じて家族にも必要な情報提供等を行っている。今後、状況に応じて介護者の会の設置の検討を行っている。	金銭管理ができない高齢者の支援に関わった同居家族が、金銭管理体制をつくらなかったり、様々な手続きをすることが難しいため支援している。信頼関係もできており、予防的な視点から家族に対する情報提供を随時行うなど、継続的な支援を行っている。	家族介護者の為に、広報の最新情報や、社会福祉協議会の情報等の家族介護者会の情報をまとめ、必要時に提供している。また、事業所連絡会で案内した認知症カフェにケアマネジャーから情報を得た介護者家族の参加につながっている。	企業の人事担当者等を対象に「介護離職防止のために企業ができること」をテーマに情報提供や制度説明等を実施している。家族介護者支援の観点から、企業のサポートを行っている。	介護者から相談があった場合はニーズに応じた情報提供を行っている。今年度から認知症カフェを開催している。今後、家族介護者の会の開催も想定している。
③	初期段階での相談については、的確に状況を把握した上で、緊急性を判断し、適切な対応ができている。	初期段階での相談に対し、朝礼等を通じて職員間で情報共有し、中でも緊急性が高いと判断した場合は市担当課や関係機関と連携し対応している。	初期段階での相談については、その時点で在席する職員全員で緊急性を含めて協議し、必要に応じて複数職員で適切に対応している。	初期段階で必要な情報を聞き取り、緊急性があると判断した場合は市担当課や関係機関と連携しながら複数職員で対応にあたっている。	初期段階にミーティングでケースを共有し、適切に対応できるようにしている。緊急性の有無について管理者と相談し、対応している。	初回相談については管理者へ報告し、緊急性の判断はセンター内にて検討したうえで、速やかに対応するよう努めている。	随時の話し合いや、毎朝のミーティング等で必要に応じて複数職員での緊急性の判断を行っている。	センター職員全員での情報共有や対応の検討により緊急性の判断を行っている。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。
④	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。(3段階評価)	本人の意向や状態を踏まえ関係機関や関係者と情報共有を図り、見守り訪問、電話連絡を継続するなどの専門的・継続的な支援を行っている。	必要に応じて関係機関や関係者と情報共有し、見守り訪問や電話連絡を継続するなど、専門的・継続的な支援を行っている。特に家族で抱え込むことによって支援に繋がらないケースや夏季に冷房機材が備わっていない高齢者などについては、関係機関と協議し、見守り訪問の頻度を増やしたりするなど支援している。	実態把握したのち、必要に応じて関係機関と連携し、支援している。総合相談で継続支援が必要なケースは各担当者が継続してフォローに努め、必要に応じてセンター内で共有している。	一人暮らしや高齢世帯の場合は、初期の段階から、本人のライフステージと共に家族関係を考慮しながら対応し、速やかに関係機関につなぎ、次の対応を検討し、共同で支援を続けている。	既存のスクリーニングツール(基本チェックリスト、認知症ケアパス、生活へんり帳、人生会議)を適切に活用し、アセスメントしている。また、その結果すぐに支援につながらず継続的なかわりが必要と判断するケースをリスト化(アプローチリスト作成)し、段階的にフォローしている。	介護保険サービスを修了した就労意欲の高い高齢者を地域就労に繋ぐなどしながら専門的・継続的な支援を行っている。ケアマネジャーの後方支援として継続して支援していたケースについては、家族とも面談し認知症初期集中支援チームに繋ぎ、適切な治療につながっている。	継続的な支援が行えるようセンター内で検討し、その後の経過などを関係機関に確認するなどしている。ニーズを把握し専門的・継続的な支援ができるよう努めている。
⑤	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。	相談記録をシステムに入力し、毎日の朝礼にて情報共有を行い、他の職員でも対応できるようにしている。	対応した職員以外でも再相談に応じられるよう、相談記録はシステム入力し、朝礼などで情報共有している。	総合相談を受けるごとに記録をシステムに入力し、共有できるようにしている。再度相談があった場合は、過去の経緯を確認し、円滑かつ継続的に相談に応じられるようにしている。	初期段階でのケースはミーティングで共有している。相談記録はシステムに入力し、どの職員でも対応できるようにしている。	相談記録はシステムに入力し、今後の方針までを記載することにより、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。	相談記録は随時システムに入力し、対応した職員以外でも再相談に対応出来るように整備している。	相談記録は随時システムに入力し、毎日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。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会	
<p>4. 生活支援の体制構築が図れたか。</p>								
【解説】	<p>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り組み内容の共有や、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り組み体制の整備・運営を行うものです。</p>							
①	<p>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。(3段階評価)</p>	<p>第2層協議体で地域課題に関する意見交換を行い、当該意見を踏まえ計画を作成したうえで課題解決に向けて取り組みを行っている。</p>	<p>第2層協議体、校区福祉委員会、自治会、民生委員などから聞き取りを行うなどとして、地域課題を整理し、事業計画を作成している。第2層協議体で取り組んでいる「みんなのやさしさプロジェクト」を通して、高齢者を地域で支えていく重要性を介護サービス事業所等の多様な主体に理解してもらうよう働きかけを行っている。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議や個別地域ケア会議で把握した地域課題を第2層協議体会議で共有し、各校区で課題解決に向けた取り組みをサポートしている。把握した課題を事業計画にも反映させている。</p>	<p>担当圏域の課題を検討し、計画を進めている。また、近隣の圏域に共通する課題についても、ひらかた☆いすプロジェクトや男の料理教室等の取り組みを計画的に実施している。</p>	<p>各小学校区ごとの地域課題をKDBデータも加えて整理し、年度当初に課題解決に向けた事業計画を策定し取り組んでいる。糖尿病をはじめとする生活習慣病の多い校区では、糖尿病をはじめとする生活習慣病予防目的としてポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発と健診の受診勧奨を行っている。</p>	<p>担当圏域の課題について、「サンサンファーム」に加え、腰痛等で畑作業ができない方や畑には興味のない方向けの新たな取組として「男だけの簡単スボラ飯料理教室」を第4圏域と協働で立ち上げ実施している。男性高齢者がそれぞれの興味・関心に合わせ自主的で多様なスタイルで参加できるよう仕組みづくりを行っている。</p>	<p>第2層協議体を通じて課題抽出し整理している。抽出された課題は事業計画に反映させ取り組んでいる。</p>
②	<p>担当する圏域内の協議体に参加し、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。(3段階評価)</p>	<p>3校区合同の第2層協議体事務局として、運営事務、事業の実施、第2層生活支援コーディネーターによる活動支援等の役割を積極的に担い、有効な関係性を構築している。</p>	<p>事務局として元気づくり・地域づくり会議に参加するとともに、他校区における第2層協議体の立ち上げ支援を行っている。第2層協議体が開催しているカフェ活動に健康相談や出張相談として参加し、ひらかた元気づくりわが体操の普及など活動支援を行っている。</p>	<p>4校区のうち3校区で事務局を担い、会議や行事に関わっている。事務局をしていない校区でも会議に参加し、活動や取り組みをサポートしている。</p>	<p>担当する圏域の第2層協議体の運営する場等に参加し運営の支援をしている。また、校区のイベント企画においても継続的な取組となるよう支援している。</p>	<p>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。4校区の事務局を担い令和6年度から校区合併による新しい協議体発足時には、関係者へ様々な助言を行い、円滑に移行できるよう支援している。</p>	<p>全校区の第2層協議体に事務局として参画している。担当する4校区の第2層協議体とは定期的な話し合いの場を設けており、意見交換を通して、各校区の特色やニーズに応じて地域と役割分担しながら活動の取り組み支援を行っている。健康フェスタの開催、住民主体の生活支援サービスのサポーター募集等の様々な局面で助言するなど、取り組みの支援を行っている。</p>	<p>地域の課題やニーズに合わせてMOやフレイル予防、介護保険の利用などの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。また認知症やフレイルの早期発見及び潜在する課題やニーズを抽出するため地域に向けたアンケートを実施している。</p>
③	<p>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。(3段階評価)</p>	<p>第1層協議体の取組である「ひらかた☆いすプロジェクト」について、元気づくり・地域づくり会議で共有し、プロジェクトのチラシ作成、椅子の設置場所の拡大などに取り組むことにより課題解決を目指している。</p>	<p>元気づくり・地域づくり会議の構成員として開業医に参加を促し、医療職として専門的な分野から認知症予防や健康づくりについて情報を発信してもらう機会を作れたことにより、他の構成員に対して課題の共有を図ることができている。</p>	<p>把握している地域課題を各事業所連絡会でも共有し、必要に応じて連携できるようにしている。</p>	<p>担当圏域で第2層協議体の連携は随時行い、医療・介護連携にかかる会議等との調整も随時行っている。それぞれの共通の課題は、災害時の連携であったので、共通の課題を共有して双方の課題解決を連携して取り組んでいる。</p>	<p>各生活支援コーディネーターとは随時、医療・介護の連携をはじめとする地域課題の共有や、課題解決に向けたような事務局対応している。ある校区では特別養護老人ホームが校区夏祭りには協力をしたり、在宅医療の勉強会開催に講師として医師を派遣し、地域課題の共有と取り組みが進んでいる。</p>	<p>医療・介護連携に係る会議及び第2層協議体での圏域共通の課題である「認知症と共生社会」について認知症当事者の方等をお招きし、認知症フォーラムを開催した。参加対象者は圏域の多職種連携研究会、圏域の第2層協議体、一般住民等としている。</p>	<p>地域事業所懇談会を開催し、第2層協議体から抽出された課題である認知症カフェ開催に向けて意見交換を行い、開催につながっている。</p>
④	<p>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。(3段階評価)</p>	<p>第3層生活支援コーディネーターである圏域ケアマネジャーに対して、地域資源情報一覧を活用して情報を発信するなど、継続的な育成を行っている。</p>	<p>枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、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ている。</p>	<p>地域のケアマネジャーに対して、日頃から第3層生活支援コーディネーターとしての役割を意識してもらえよう、事業所連絡会等で情報を発信している。</p>	<p>担当圏域の第3層生活支援コーディネーターは養成講座受講後、圏域内居宅介護支援事業所に継続して勤務していただいている方が多いが、地域資源や地域の実情につき改めて意識してもらえよう、自立支援型地域ケア会議、圏域居宅介護支援事業所連絡会等により継続して支援している。</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、センター主催の各種事業開催機会を通してその意識向上に努めている。特に自立支援型地域ケア会議においては、第3層生活支援コーディネーターの役割を理解しやすい場となっている感想があり、傍聴者も増加している。</p>	<p>第3層生活支援コーディネーター養成講座を開催している。養成講座では圏域内の未受講のケアマネジャーを全てリストアップし、個別に参加の呼びかけを行い、出来るだけ多くの参加があるように2日間に分けて開催している。すでに受講済の第3層生活支援コーディネーターに対しては、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ひらかた☆いすプロジェクトについて適宜情報提供や進捗報告を行い、地域課題解決に向けた取り組みについて働きかけている。</p>	<p>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ている。</p>
<p>【事業実施計画】(個別地域ケア会議)</p>								
<p>1. 個別地域ケア会議(個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議)</p>								
【解説】	<p>地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、(イ) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 (ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステムもひとつの体制であることを再認識し、それぞれを実施や構築することを目的化することなく、すべての活動は地域の高齢者を始めとする住民が尊厳を保持した生活を地域で継続できることを目指していることを忘れてはなりません。</p>							
①	<p>個別ケースの支援内容の検討を通じ、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。</p>	<p>圏域のケアマネジャーに自立支援型地域ケア会議への参加を促し、自立の概念や自立を目指す支援について、事例の検討を通して共有する機会を持つことで支援している。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じ個別地域ケア会議を開催している。また、個別ケースを通じて、ケアマネジャーが高齢者の自立支援や地域課題などについて考えることができる機会とし、自立支援の考え方の共有を図っている。</p>	<p>事業計画に基づいて個別地域ケア会議等を実施している。この際、自立支援型地域ケア会議の開催目的と、自立支援の考え方について、参加者に説明し、自立支援の概念の理解を図っている。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議において個別ケースの検討を行い、自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議を開催している。傍聴案内により参加者は増えている。事例提供し美濃に見学参加の受け入れを行っている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よい機会となっている。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議開催時には毎回、圏域の居宅介護支援事業所に見学案内を送付し美濃に見学参加の受け入れを行っている。自立支援につながる委託ケースを取り上げ開催するなどし、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議を開催している。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ようとして努めている。</p>
②	<p>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。(3段階評価)</p>	<p>自立支援型地域ケア会議において、個別ケースの検討を行うことにより、地域課題の把握を行うとともに、当該課題の解決に向けて取り組んでいる。</p>	<p>個別ケースから高齢者の移動手段に関する課題が抽出され、自立支援型地域ケア会議で検討し、課題を解決するために第2層協議体で「みんなのやさしさプロジェクト」に取り組んでいる。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議、個別地域ケア会議、その他支援困難ケースの検討会議にて把握した地域課題について、各校区の第2層協議体等で発信している。</p>	<p>地域課題を抽出し解決に向けて、外出支援(お出かけタクシー、ひらかた☆いすプロジェクト)、施設の不マッチ等の解決策を検討し、具体案を実行に移している。また、男性の地域の行事の参加が少ないことに対しては「男の料理教室」を継続開催し、男性の地域の行事への参加を促している。</p>	<p>会議から抽出した地域課題のうちフレイル予防は校区の介護予防イベントの定期開催が広がっている。今年は口腔機能(口腔フレイル予防)に関する講座の開催や第2層協議体への情報提供を行い、啓発に努めている。</p>	<p>事前に抽出した地域課題について、自立支援型地域ケア会議の参加者でその解決策について意見やアイデアを意見交換している。「定年後の男性の居場所」については、今年度から男性限定で新たな取組(料理教室)を定期開催している。</p>	<p>個別地域ケア会議、自立支援型地域ケア会議で課題分析することにより地域課題を把握している。課題を整理し、第2層協議体などで解決方法を検討している。</p>
③	<p>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。(3段階評価)</p>	<p>自立支援型地域ケア会議で検討した個別事例について、モニタリング期間を設定し評価や方針の修正を行うとともに、次回同会議で参加者に情報共有している。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議で検討した個別事例について、モニタリング期間を設定し評価や方針の修正を行っている。同会議で再度、自立に向けて利用者への働きかけや生活課題について検討し、当該モニタリング結果を会議の参加者等と共有している。</p>	<p>個別地域ケア会議で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、必要に応じて他職員にも情報共有している。</p>	<p>検討した個別事例をモニタリング、アセスメントし、会議参加者と情報共有している。</p>	<p>検討した個別事例については、担当者がモニタリングを行い、必要に応じて随時会議参加者へ情報提供や同一担当者に声かけを行い、2度目の会議を開催し振り返りや評価をしている。傍聴する介護保険事業所が増えるとともに、地域課題解決に向けた意識向上の感想が得られている。</p>	<p>複数の個別地域ケア会議を開催し、それぞれのケースに応じた期間や関わり方で継続的なサポートを行い、支援の方向性の確認や修正を行っている。モニタリングの結果等の情報共有もしている。継続ケースは、適宜ケースの進捗状況を担当職員に確認しながら協議している。自立支援型地域ケア会議の見学案内には個人が特定できないようにした上で前回の事例情報とともに助言者からのアドバイスを記載し情報共有している。</p>	<p>検討した個別事例に関して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。</p>
④	<p>センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。</p>	<p>地域ケア会議を開催した場合、検討事項をまとめた報告書及び議事録を作成し、速やかに参加者に情報共有を行っている。</p>	<p>個別地域ケア会議においては、議事録や検討事項をまとめて次回の同会議にて参加者間で共有を図り、自立支援型地域ケア会議においても、同様に議事録等をまとめ、後日、対面又は口頭で共有している。</p>	<p>会議後に議事録を作成し、月1回の定期ミーティング等で伝達または回覧を通じて共有している。</p>	<p>参加者に議事録や検討事項を提示し、アンケート等でも意見を徴し、それをフィードバックしている。</p>	<p>毎回郵送により、参加者と検討事項のまとめを共有しており、事業所からその後の結果の報告を受けることがある。</p>	<p>自立支援型や個別地域ケア会議ではホワイトボードを活用し、これを記録として印刷及び配布し共有している。近隣のセンター主催で行った地域ケア会議では、枚方市高齢者住まい連絡会や入居相談に関する民間事業者と協議を重ね、議事録や進捗状況を共有している。</p>	<p>地域ケア会議、自立支援型地域ケア会議実施後は議事録を作成し参加者間で共有している。</p>

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
【介護予防ケアマネジメント】															
1. 介護予防ケアマネジメント (介護予防・日常生活支援総合事業)															
【解釈】	介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです（法第115条の4第1項第1号）。介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、自立支援の視点によって、今後、対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有するとともに、対象者自身の意欲を引き出し、自主的に取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。既存の資源は何かあるのかを把握し、活用するとともに、不足する資源を把握し創出に向けた取組につなげていくことが求められます。														
介護予防・生活支援サービス事業におけるケアマネジメント															
①	自立支援の視点に基づき、一定期間取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうかを具体的に評価できる目標を設定し、継続的な支援を行っている。（3段階評価）	○	数値化して評価できるだけでなく、その人らしさに焦点を当てた目標の設定を意図している。プラン作成時から自立支援の視点に基づき、本人の理解を得ながら継続的な支援を行っている。	○	高齢者が自身の自立を認識するといった気づきを与えられるようにアセスメントするとともに、達成可能な目標設定を行い、段階に応じた支援を行っている。また、行動変容がある時期には必要に応じて現況を把握して評価している。	○	基本チェックリストや必要に応じて興味関心チェックシートを活用してアセスメントを行い、高齢者の生活歴を踏まえて具体的な達成可能な目標を設定している。評価しやすいように回数や数値などで表現し、個別性のある支援内容を心がけている。目標の達成状況を確認、評価し、状況に合わせた修正や見直しを行い、継続的に支援している。	◎	リハ職行為評価事業やリハ職訪問通所事業を積極的に活用し、本人の意向に基づき、本人の強みを活かした具体的に評価できる目標を設定している。リハ職行為評価事業やリハ職訪問通所事業の修了後も教室型通所事業やここから介護予防事業などを提案し、継続的な支援を行っている。また、センター内で修了者をファイルで管理し全職種が情報共有し、自立支援の概念を意識できるようにしている。	◎	地域や生活の中からその人らしさが引き出せ、自ら介護予防に取り組める目標設定ができるように努めている。サービス利用修了者は必要に応じ、一般介護予防事業やセンター独自の事業に繋いだり、リスト化して継続フォローに努めている。目標は達成可能な具体的にわかりやすい表現としている。	◎	身体や生活状況、趣味など本人の状況から具体的に実現可能な目標を設定し評価している。サービス修了者などを地域で開催している「男の料理教室」や「ひら夢エクササイズオンライン」「みんなの居場所ぶーちゃんカフェ」などに繋ぎ、参加状況の確認や参加の声掛けを行うなどセンター職員間で情報共有しながら継続的に支援している。	○	対象者の状況をアセスメントし課題を把握している。具体的に自立できる視点を考えて目標を立てるように努めている。
②	自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うための支援を行っている。（3段階評価）	○	基本チェックリストの結果を踏まえ、チェック箇所における注意点などについて指摘している。指摘対象者に対する行動変容の有無を確認できるような仕組みづくりを検討していく。	◎	老人会や民生委員等と連携を取りながら地域あるいは個人の現況把握を行ったうえで、健康講座や地域活動等への参加を促すにあたって、テーマ別健康講座受講希望リストを用いることにより、興味のある健康講座等を案内し、高齢者が自身の介護予防等を意識できるよう支援を行っている。	○	介護予防や健康増進に取り組むための「健康だより」を発行し、フレイル予防に必要なセルフケアについての啓発を行っている。	◎	自ら介護予防に取り組めるように介護予防手帳を作成している（3校区作成済）。介護予防手帳は、地域での体力測定実施の際に配付し、体力測定結果に基づいたアドバイスを保健師が行い、その後も自身で介護予防に取り組めるように地域の特性に応じた居場所や介護予防方法を記載している。体力測定結果表について、今年の結果が去年の結果と比較でき、視覚的に評価できるよう工夫されている。	◎	自分の健康増進や介護予防についての意識を持てるよう、基本チェックリスト等で気づきを促し、セルフケア状態を把握し参加できる活動情報の提供を行っている。特にセンター近隣の対象者には「水曜体操」を案内し、参加者は入れ替わりながら毎回20名前後が集う地域資源となっている。新しい情報発信の場として、また、安否確認や参加者同士の交流、元気づくりの場として定着している。昨年に引き続き骨密度測定と講座を行い、フレイル予防についての周知啓発を行っている。骨密度の結果が低かった方には医療機関を受診するよう促している。	◎	開催した「ノルディック×認知症予防」の取組で認知症の予防講座やmoka-1、体力測定、アプリを使用したウォーキング距離、歩数、時間等の確認と記録を行うことにより、参加者の予防意識が高まり、自らの介護予防や健康維持・増進に向けた行動につながっている。	○	自立や介護予防の重要性を説明し、介護保険サービスに限らず、インフォーマルサービスも含めて、対象者にあったサービスの利用を考慮した提案を行うようにしている。センター入り口にも介護予防の重要性を知ってもらうため、リーフレットや自分で掃除ができるグッズなどを置いている。
③	自立支援の視点に基づき、適切な支援ができるよう地域包括支援センター内での課題検討等の取り組みを行っている。（3段階評価）	○	職員が支援に迷う場合、あるいは問題が発生した場合などはセンターで情報共有し、センター会議や朝礼の機会を利用して課題解決のための検討を行っている。また、自立支援型地域ケア会議にて取り扱った課題について、職員間で共有することによってその後の支援に活かしている。	○	自立支援型地域ケア会議にて介護保険サービス事業者や居宅介護支援事業所の参加を促し、それぞれの立場から自立支援をどのように促え取り組んでいるか情報交換の機会するとともに、自立支援型地域ケア会議に参加していない職員に対して、定例のセンター会議の中で情報共有を図り課題検討等を行っている。	○	定期ミーティングを活用して、個別ケースの課題検討、情報共有を行っている。自立支援型地域ケア会議では、今年度はセンターが担当しているケースを選定し、会議前に課題の検討、支援の方向性等の意見交換を行っている。また長期プランの内容を検討し、職員全体で自立支援について考える機会を持っている。	◎	各自担当ケースをセンター内で共有し自立支援の視点に基づき課題の検討を実施している。自立支援型地域ケア会議の検討ケースは、センター職員で輪番制で事例を提出している。センター職員全員が自立に資する意識が高められるよう行っている。また、事後の振り返りとしてセンター内会議でケースや地域課題の共有を行っている。	◎	月1回介護予防ケアマネジメントの目標設定期間を長期で妥当か否かを検討するセンター内会議を継続しており、個別の目標レベルや内容を確認し、支援の方向性を『案』として決定している。それをもとに委託先の担当ケアマネジャーと自立支援を意図し意見交換する時間を持つようになっている。	◎	自立支援型地域ケア会議前にセンター内で課題の検討や支援の方向性について検討、会議開催後には情報共有を行っている。また毎月実施のプランチェック等で助言を得たり、随時職員間で課題について検討、助言し合う体制ができている。	○	自立支援型地域ケア会議時及び定例ミーティング時に、プランのケース検討を行っている。
④	介護予防・日常生活支援総合事業や地域の取組等の情報を集め、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業、社会資源等を一体的に組み合わせながら支援している。（3段階評価）	○	介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業の利用を検討する際、社会資源情報を集約している一覧表も併せて活用することで様々な支援方法を検討している。また、初回相談の際、インフォーマルサービスについての情報提供を行っている。	○	圏域内に教室型通所事業、ここから介護予防教室の利用を視野に入れたアセスメントを行っている。センターが実施する各種講座、サテライト会場でのひらかた夢かなえるエクササイズ、対面にて実施するひらかた元気づらわんが体操への参加を促している。また、教室型通所事業、リハ職行為評価事業及びリハ職アセスメント事業なども有効的に活用している。	○	一般介護予防事業の情報をファイルに整理している。フローチャートを活用しながら一般介護予防事業や社会資源等の情報提供を行い、組み合わせで支援している。また、必要な時はリハ職行為評価事業、リハ職訪問通所指導事業、栄養士派遣指導事業を提案し、生活課題の改善に向けた支援を行っている。	◎	総合事業フローチャートを各自閲覧できるようにセンター職員全員にチラシを入れてファイルを作成し、いつでも持ち参できるように工夫している。地域性が分かるように通いの場やインフォーマルサービスも追加し情報共有している。	◎	個別ケースのニーズ・能力・興味関心の状況をアセスメントしたうえで、一体的に組み合わせるプランに位置付けるように取り組んでいる。サービス事業・一般介護予防事業・社会資源情報等、最新の情報を整理したファイルを作成し、各職員が冊子で所持し、相談対応時に活用している。新しい情報は随時保健師が各職員へ渡し、情報更新している。	◎	介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業、地域の取り組み等の情報収集しラックに整理、一体的に組み合わせ支援している。また、イズミヤラジオ体操や男の料理教室、ひらしん健康ステーション、街かど健康ステーション等の見学や取材を行い、情報収集した内容を職員間で共有し、わかりやすく詳細案内ができるようにしている。	○	一般介護予防事業などの情報は相談スペースに張り出しており、「総合フローチャート」を参考に活用し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。	○	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。

社協こもれび		社協ふれあい		聖徳園		安心苑		ザール・ナート		松徳会		美郷会			
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。(3段階評価)	○	日頃から地域で開催されるカフェ、サロン及び老人会等に向き、民生委員や地域住民などから情報を得ている。また、出前講座の際、参加者の状況に目を配り、ADLや理解力などの低下がある高齢者を把握した場合は、民生委員等からの情報収集や本人への声掛けを行うなどにより高齢者の実態把握に努めている。	○	虚弱な高齢者を把握するために日頃から地域で開催されるサロン、カフェに参加し、住民や自治会長等から情報を得られるよう取組を行っている。本人又は家族の拒否等により医療・介護に繋ぐことが困難なケースに関しては、複数の職員で対応を行い長期間の経過観察を行っている。	○	地域に向いた時にすこやかチェック票を記入してもらったり、民生委員等からの情報提供により、虚弱な高齢者の把握に努めている。健康状態不明者へのアプローチでは、アンケートの回答内容により虚弱が疑われる人は、電話や訪問で実態把握を行っている。	◎	通いの場に参加している方から参加していない方の相談も聞き、参加していない虚弱な高齢者を随時訪問し、状態の把握をしている。今後は、アウトリーチ機能をもつため、通いの場に参加していない人にもポピュレーションアプローチ等の案内を送付するため、虚弱な高齢者のリストを作成し、状態の把握と支援内容を管理できるようにしていく予定である。	◎	個別ケース対応や地域で把握した脆弱者、健康状態不明者へのアプローチにより把握した見守りが必要な脆弱者等をファイル管理し、月一回のセンター内会議で全職員で状況確認を行う仕組みがあり、継続的にフォローしている。また、出前講座の機会には「基本チェックリスト」で脆弱者の把握に努めている。	○	地域の出前講座などで基本チェックリスト実施し、結果をフィードバックするとともに、一般介護予防事業や地域の講座等の案内をしている。また、民生委員定例会では、地域の脆弱が気になる高齢者について情報共有している。	◎	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。出前講座とポピュレーションアプローチ時には、役員からの情報があり把握ができています。また、ポピュレーションアプローチでのすこやかチェック票で参加者の状態も把握ができています。
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か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。(3段階評価)	○	高齢者からの相談時、本人や家族に介護予防事業や地域資源に関する情報提供を行うが、こもれび体操の案内をする場合、週2回実施していることによる参加のしやすさや参加者の様子を丁寧に説明することにより、本人の参加を促している。また、地域においてグループが自主的にこもれび体操等を実践していくことができるようなセルフケアの仕組みづくりを第2層協議会で検討していく。	◎	介護保険サービスの必要性を判断しながら、高齢者に対してセンターでの各種講座や地域で活動しているグループの紹介等を行っている。初回の総合相談時などにおいて、興味のあるテーマ(運動、認知、口腔)の聞き取りを行い、テーマ別健康講座受講希望リストに登録を行っている。当該リストを用いて高齢者に興味のある健康講座に係る案内を発送することにより、講座参加を促し、セルフケアに取り組みめるような働きかけを行っている。	◎	地域に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、必要時は民生委員に声掛けを依頼するなど、地域行事への参加を促している。前年度からの引き続き月1回、地域の事業所の協力を得て運動教室を開催し、自宅でできる運動の指導を行っている。チェック表に記入してもらい、毎回参加者の取り組み状況を確認し個別支援を行うことで本人のモチベーションを引き上げ、セルフケアが実践できるよう取り組んでいる。	◎	受付に閲覧できるように事業の案内のファイルを設置するとともに、センター職員が高齢者に情報提供できるように持参用のファイルを作成している。個別相談があれば地域の通いの場を紹介し、一人での参加が不安であればセンター職員が同行し、継続的に参加できるように通いの場の役員に紹介し、気に留めてもらうように働きかけている。また、定期的にセンター職員が通いの場に参加し、継続して利用ができていくか確認している。	◎	昨年度より、サービス事業、一般介護予防事業及び社会資源情報等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。また、センターの公式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。センター前の掲示板にも新しい情報チラシがあれば掲示している。	◎	相談の際や教室型通所事業が修了した際に一般介護予防事業や地域の教室、講座等の紹介を行い、必要な方は同行したり、参加の確認を行っている。また、教室開催時等にサポートボランティアとして活動していただくなど個別の支援を行っている。半年間実施した「ノルディック×認知症予防」では終了後に参加者が誘い合っており、認知症カフェに参加するなど新たなコミュニティの構築やセルフケアの意識向上につながっている。	◎	個別相談時と出前講座時に健康寿命に関する話と共に一般介護予防事業等を広報している。また、健康状態不明者のアプローチ時にもセンター作成の認知症予防やフレイル予防、季節ごとに注意しなければならぬ情報などを盛り込んだチラシを渡し広報を行っている。民生委員にも市の取組を理解してもらうために、介護保険と予防教室等の講座を開催し、知識を深めてもらい、民生委員からも発信してもらうようにしている。
⑧	高齢者元気はつらつ健康づくり事業等の介護予防や健康づくりの推進のための取組を企画する場合は、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。(3段階評価)	○	介護予防や健康づくりの推進のための取組を企画する場合、高齢者が実践できるようにわかりやすい内容となるよう意識している。企画終了後のアンケートにより介護予防への理解度や健康づくりの実践に向けての意欲などを聞き取り、日頃の出前講座であったり元気はつらつ健康づくり事業に活かしている。	○	老人会と連携をとりながら積極的に健康講座を実施することで、地域課題を抽出するきっかけとなる機会を持ち、地域が抱える課題に関する健康講座を実施している。また、健康講座に参加する地域住民の増加の要因となったテーマ別健康講座受講希望リストの作成といった仕組みづくりを継続している。	◎	膝痛を訴える人が多い地域において膝痛教室を行い、早期のアプローチを行い、セルフケアができるよう支援した。また、くわわんかウォークス登録グループがない校区において、地域住民からの要望があり、ノルディック・ウォーキング講座を開催している。講座終了後はくわわんかウォークスへの登録を促し、自主的な取組につなげようことを目的としている。	◎	一人暮らしの人が多く、孤立し、認知機能の低下が多いと地域の方から声があったので、認知機能検査としてファイブコグを実施し気づきの機会とし、坂道が多く膝痛で外出が阻害されているという点に対しては、膝痛教室を開催し、膝痛改善・予防に日常生活で自身で取り組めるようにしている。実施後にアンケートを集計し講座の目的が達成できたか評価している。	◎	地域課題を分析したうえで各事業の企画をしている。センター主催の「水曜体操」では、介護予防の意識を高めるために、参加者に対し、今年度も骨密度測定を実施し、昨年度と比較し評価している。2年連続で測定し数値化することで、参加者の介護予防への意識を高めることに繋がっている。	◎	総合相談やKDBデータから課題を分析し、筋骨格系疾患が多い校区において「膝痛教室」を企画し、実施することとしている。終了後は講座内容(運動の重要性)の理解度や膝痛軽減の効果、取り組み継続等についてアンケート実施し、企画内容を評価している。	○	ポピュレーションアプローチでは、フレイル(心身、栄養口腔)を中心に行い、元気はつらつ健康づくり事業は、地域課題解決のために、MQ把握のための脳の健康教室を開催する予定である。
⑨	介護予防の取組を推進するため、自主グループの活動の支援を行っている。(3段階評価)	◎	週2回実施しているこもれび体操の活動を支援している。地域で開催されるカフェなどで相談を受けたり、老人会などで実施する出前講座を通して、地域住民や民生委員等と交流を図ることにより自主グループの活動支援に繋がっている。さらにSPRINGひらかたの卒業生が活動を継続していくにあたって、モチベーションの向上を狙ってこもれび教室や老人会に卒業生を招き、習得したものを披露する機会を設けている。	○	開催されているグループ活動には定期的に参加し、健康相談や介護相談を行っている。ひらっぴ一教室開催時に参加者とセンター職員との座談会を行い、グループの自主化を支援できるように関わりを増やしている。	○	ひらかた元気くわわんか体操実践しているグループを対象に継続支援講座を開催したり、新たに体操を始めるグループに普及し出前講座を行い、自主グループの活動を支援している。	○	ひらかた元気くわわんか体操継続支援講座や、定期的に通いの場に参加し自主グループの活動を支援している。	◎	各老人会からの依頼に応じて出前講座などの活動支援を行っている。昨年『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行った老人会に、継続支援講座を実施している。昨年までセンター主催の「3木体操(ひらかた夢かなえるエクササイズ)」に参加していた人たちが、今年から『ひらかた夢かなえるエクササイズ』を行う自主グループとして活動を始めた。活動の継続支援としてセンター主催で『口腔フレイル予防』の講座を開催している。	◎	自主グループ支援のため出前講座や体力測定会等を実施し、介護予防の取組ができるよう支援している。毎月定期開催のグランドゴルフ活動や大会に係る支援を行ったり、圏域内で活動しているウォークスのグループリーダーと活動やメンバーの状況などについて情報交換を随時行うとともに、くわわんかウォークスメンバーからの備品交換等の相談に随時対応するなど活動支援を行っている。	○	各校区から出前講座の依頼も増え、出前講座の場でポピュレーションアプローチを行っている。福祉委員会や民生委員もアプローチを広げ新たな出前講座が出来る場も広がっている。
⑩	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容が記載されている。	○	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。	○	事業計画に各校区における健康課題に応じたポピュレーションアプローチを記載している。	○	事業計画にKDBデータ等に基づいた各校区の課題や取組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。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」にかかる内容を記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」にかかる内容を記載している。	○	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」にかかる内容を記載している。
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。(3段階評価)	○	KDBデータに基づき、ポピュレーションアプローチについては、運動機能の低下、口腔及び栄養を講座のテーマとして実施している。健康状態不明者へのアプローチについては、昨年度の記録を参照し、注意点があるような対象者がいる場合、訪問担当職員にその旨を伝えている。また、センターのパンフレットや介護予防に関するチラシを配布し啓発を行っている。	○	健康状態不明者リストからアンケートを送付したうえで、回答内容等に応じて訪問し、現況確認を行っている。各校区で昨年とは違う場所でポピュレーションアプローチを行い、フレイル予防に関して普及啓発を行っている。また、今期の健康状態不明者リストの対象者全員への受診勧奨やセンター主催の各種講座に関する案内等を郵送している。	◎	ポピュレーションアプローチをフレイルの周知、および予防啓発を目的に開催している。健診受診率が低い校区の講座においては受診勧奨を行い、糖尿病、高血圧、脂質異常症に対しては服薬をしている人が多い校区においては生活習慣病の予防についての内容も追加して行っている。2校区において、圏域内の大学と協働し、主体的にフレイル予防に取り組めるようヘルスリテラシーを高めるとともに、地域課題に関心を持つことの大切さを学ぶための講座を開催している。健康状態不明者へのアプローチでは健康状態不明者に対し、アンケート、電話、訪問等で実態把握をし、センターの案内や医療機関の受診・健診受診の勧奨を行っている。	○	ポピュレーションアプローチは、KDBデータを基に開催している。昨年は全校区1か所ずつの開催であったが、参加しやすいように、全校区2か所程度で実施している。健康状態不明者へのアプローチは訪問リストを作成し、センター全職員で随時訪問している。	○	KDBデータや地域の課題などから、全4小学校校区に対して、それぞれポピュレーションアプローチを実施企画している。健康状態不明者へのアプローチでは実態把握に努めている。	○	ポピュレーションアプローチを実施し、冊子や資料等も活用しフレイル予防の周知啓発と健診受診勧奨を行っている。健康状態不明者へのアプローチではアンケートの返信ない方に加え、状態確認が必要な方は訪問や電話で確認、運動・口腔・栄養・認知面などの低下の状態にあわせた冊子等を配布し予防啓発を行っている。	○	KDBデータを確認し、生活習慣病予防のために、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を開催している。また、参加者の意識づけを高める講座を4校区で開催している。健康状態不明者へのアプローチも、昨年度に引き続きセンター作成のチラシで予防の取組や検診の必要性を理解してもらうように努めている。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
1. 成年後見の活用に関する取り組みができていますか。															
【解説】	認知症等によって判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭管理などの支援を行うため、成年後見制度を活用することが有効です。地域包括支援センターでは、成年後見制度の活用を幅広く普及させるための広報等の取り組みを行ったり、医療機関や成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携が求められています。また、成年後見制度の利用に関しては、適切なスクリーニングを実施することは勿論、制度利用が必要な場合の、申立て支援を実施することが重要です。														
①	成年後見制度（法定後見・任意後見）を幅広く普及するための活動を行っている。（3段階評価）	○	成年後見制度に関するチラシ・パンフレットを窓口で常設している。地域における出前講座や出張相談等で成年後見制度の紹介や事例を交えての説明を行っている。また、令和6年夏号の広報紙に成年後見制度を紹介したことによって、地域住民から出前講座の依頼があった。	○	ひらかた権利擁護成年後見センターのパンフレットをセンター入り口で目に留まるところに設置したり、地域のサロン等に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啓発活動を行うことでセンターが相談窓口であることを周知している。また、ケアマネジャーを対象とした勉強会において、冊子を利用して成年後見制度の啓発活動を行っている。	○	権利擁護に関する内容をまとめた広報紙を発行し、運営推進会議で配布したり、地域に回覧している。	○	地域の通いの場において、センターで作成した成年後見制度のチラシやひらかた権利擁護成年後見センターのリーフレットを使用した周知活動を行っている。また、ケースを通して詳しく知りたいという声に応じ、居宅支援事業所のケアマネジャーに成年後見制度の出前講座を行い、支援者側にも普及のための活動を行っている。	◎	センター作成の三つ折りリーフレットの配布や圏域内の司法書士と連携し、制度を正しく理解し活用できるよう普及啓発に努めている。居宅介護支援事業所だけでなく、民生委員や家族からの相談も増加しており、相談窓口としての認知もされている。出前講座は成年後見制度を中心に遺言や相続なども含めた内容とすることで身近な問題として捉えるきっかけになるよう働きかけている。また、冊子を居宅介護支援事業所連絡会で配布し、制度の理解を深めていただくとともに個別ケースの相談、悩みなどの意見交換を行っている。	◎	センター事務所の手前及びセンター建物のエントランスにチラシを設置している。法定後見制度と任意後見制度があるが、「自身が判断できる時から準備しておく。」の理解促進の為、任意後見制度の普及に前年度から力を入れている。「任意後見セミナー2」として、セミナーの受講対象者の範囲を市民の他、ケアマネジャーへ広げて開催している。	○	独自のチラシを作成し、配布するとともにセンター前に掲示している。また、出前講座等にて制度の周知を行っている。
②	申立て支援を行うなど、成年後見制度利用が円滑に実施できている。（3段階評価）	○	本人、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行って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。	○	具体的に申立てに関する相談があった際には、制度の説明を行っている。必要に応じて、ひらかた権利擁護成年後見センター、司法書士会、行政書士会をはじめとする各専門機関との連携を図ることで成年後見制度を円滑に利用できている。	◎	市長申立中の方の支援を市と協力し実施している。制度説明を希望する方に対し訪問し対応している。	◎	本人の意思決定支援を行いながら、必要に応じて司法書士会と連携して、成年後見制度の申立て支援を行っている。円滑に支援ができるよう、センター内や関係機関と協議し対応を行っている。	◎	十分にアセスメントをしたうえで制度利用が必要なケースについては適切に制度利用ができるよう支援している。困難事例についても関係機関で情報共有し役割分担を行いながら対応している。	◎	前期高齢者の認知症の支援において、法定後見制度利用より、一定の判断が出来る為、任意後見制度の利用について本人及び家族の理解が得られるよう支援を継続している。また、今後の財産管理、施設等の入居契約が必要な場合において、任意後見制度の本人へ情報提供後、行政書士による本人説明、面接を行い、支援継続をしている。	◎	本人やその家族、関係機関等からの相談時には、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に努めている。認知症の本人に代わり金銭管理を行っている配偶者が急死し、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、市長申立てを行い、今後の生活に向けて支援を継続している。
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。（3段階評価）	○	本人の在宅生活が維持できるようにケアマネジャー、枚方市社会福祉協議会、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。	◎	日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用にあたり、適切なサービスや機関に繋いでいる。本人の生活の維持を目指したケースとして、医療機関への入院を調整したり、退院してからの生活の中で権利擁護に関する課題が生じることが想定されたため、同医療機関と連携して成年後見制度の申立ての支援を行っている。	◎	相談者の意向に合わせてひらかた権利擁護成年後見センターや社会福祉協議会を紹介したり、ひらかた権利擁護成年後見センターや家庭裁判所、市担当課の職員との同行訪問による説明等を行ったりして、ケアマネジャー支援も含め必要な支援を行っている。	○	社会福祉協議会やひらかた権利擁護成年後見センター、司法書士会等の専門機関へ必要時に連携が取れ、ニーズに即した適切な支援を提供する体制を作っている。	◎	権利擁護に関する相談は多く、内容・相談経路も多岐にわたる。本人の望む生活を維持しながら介入時期を見極め適切な支援についていけるよう見守り体制を整えている。	◎	総合相談対応中の認知機能の低下により金銭管理ができない高齢者について郵便局から相談が入り、局長と協働しながら日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用に繋ぐ支援を行っている。	○	身寄りがおらず認知面の低下がある事から金銭管理が出来なくなっており、光熱費や家賃の滞納が発生した高齢者に対し、社会福祉協議会やケアマネジャー、市担当課等と連携し、金銭管理や在宅生活の支援へ至る支援を協働し行っている。
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができていますか。															
【解説】	消費者被害の問題において、認知症等の高齢者に関する相談は大きな割合を占めています。地域包括支援センターは、関係機関等と連携し消費者被害防止の問題に取り組んでいく必要があります。地域における消費者被害に関する情報を把握し、関係者や地域住民に啓発を行いながら、消費者被害の相談・情報がもたらされるような働きかけをしていくことが求められています。														
①	高齢者世帯が陥りやすい詐欺や消費者被害などの権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう、サービスや制度を理解している。	○	消費生活センターや警察から得た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、その他情報をセンター内で回覧・報告し情報共有している。	○	消費生活センターや警察安まちアプリから発信がある特殊詐欺や消費者被害の市内の状況を随時把握し、センター内で情報共有し、対応力向上に努めている。	○	消費者被害の情報や枚方市内で多発している被害を把握するとともに、相談を受けたケースについては必要に応じて消費生活センターへ情報提供し連携を図るようになっている。	○	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に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を基に担当圏域内で発生した消費者被害状況について、センター内や関係機関へ注意点や対応方法の情報共有を行っている。
②	認知症等の高齢者は、消費者被害に遭う危険性が高いことから、消費者被害を未然に防止するために、啓発等の取り組みや、各種専門機関との連携強化を図っている。（3段階評価）	○	圏域内で実際に消費者被害等が多発していることもあり、地域のサロンや活動の場における出前講座や出張相談の機会を通して、積極的に被害の傾向や対策について啓発を行っている。令和6年秋号の広報紙にも消費者被害等に関する情報を掲載し、注意を呼びかけている。また、初回訪問時などは、訪問勧誘お断りステッカーや啓発チラシを配布して直接注意喚起を行っている。介護保険事業所に、消費生活センターからの提供される消費者被害等に関する情報をFAXにて共有している。	○	市担当課から消費者被害に関する情報提供がある場合、ケアマネジャーや介護保険事業所等に対し、随時最新情報を提供して協力が得られ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。包括社協ふれあいだよりにも消費者被害に関する情報を掲載し啓発を行っている。	○	認知症関連の相談時や申請の際に啓発の為のステッカーやティッシュの配布を行っている。地域の会議参加時や講座等にて地域に出向く際に、消費生活センターからのお知らせの紹介や啓発グッズを用いた説明・紹介による啓発をしている。	○	地域の通いの場で消費生活センターから定期的に発信がある市内の消費者被害発生状況を紹介し、日常生活で気をつけていただくポイントを説明したり、消費生活センター提供の啓発グッズを配布し啓発を行っている。また地域の身近な相談機関としてのセンターの役割に関しても周知活動を継続している。	◎	消費生活センターや警察からの情報をもとにすべての校区で啓発の取り組みを行っている。講座内容についてもカラーチラシの作成や寸劇など「印象に残る工夫」を行っている。消費生活センターや警察から講座をしてもらうこともある。また、SOSネットワーク登録事業所への定期配信やLINE公式アカウントからの啓発もしている。	◎	圏域内の郵便局や金融機関等との日頃からの連携を密に取りながら、消費者被害の未然防止と情報共有ができる関係を継続できる仕組みづくりを行っている。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。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LINE公式アカウントやホームページにて情報を配信し、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独自のチラシを発行し、SOSネットワークや出前講座を活用し情報発信に加え、出前講座での配布や注意喚起を行っている。
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、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うとともにケアマネジャー、訪問介護事業所等と連携し、同様の被害に対する予防策等について意見交換することにより問題解決を図っている。	○	消費生活センターから協力依頼があった場合、必要に応じて当事者の自宅を訪問して状況確認するとともに、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。事後の経過について確認した場合は、必要に応じて消費生活センターへ報告している。	○	消費者被害が疑われる事例や消費生活センターから協力依頼があった場合は、消費生活センターや居宅介護支援事業所、自治会等と必要に応じて協力し支援している。	○	消費者被害が疑われる事例については、消費生活センターと随時情報を共有している。また居宅支援事業所ケアマネジャーからの相談に関しては、新たに被害を生じることのないよう対策をケアマネジャーと共同し検討している。	○	消費者被害に関する相談を受けた際は、消費生活センターと情報共有し問題解決に向けて連携を図ることが出来ている。訪問販売の被害相談について消費生活センターに情報共有した際、被害を受けた地域周辺をその日のうちに青ハットで注意喚起してもらっている。タイムリーに地域へ発信出来たことで予防と抑止力効果につながった事例である。	○	センターに寄せられた詐欺・消費者被害の相談や情報は逐一警察や消費生活センターに通報し、問題解決に向けて連携を図っている。消費者被害に対して状況の把握や関係機関と連携できる体制を構築している。	○	相談を受けた時や情報提供があった際、速やかに実態把握を行い、消費生活センターや関係機関等と連携し、早急に対応が出来る様に努めている。また、身に覚えのない請求があると本人や家族から相談があったケースについては、請求書を確認し、請求先へ連絡を行い請求が発生している経緯の確認を図っている。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
<p>3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。</p>															
【解説】	<p>高齢者虐待の問題では、認知症や要介護の高齢者等が虐待の被害に遭いやすいとされており、地域包括支援センターは、権利擁護事業として関係機関等と連携し高齢者虐待の問題に取り組んでいく必要があります。問題についての普及啓発活動を行い、関係者や地域住民の問題意識を高めていくこと、相談・通報に対しては、関係機関と連携しながら情報収集、実態把握を行い、緊急性の判断や支援方法の検討、家族全体の支援を考えていくことが重要です。</p>														
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。(3段階評価)	○	センターのブックラック等を利用し、高齢者虐待防止チラシを設置している。また、地域のサロン等へ出向いて地域住民への周知、早期発見、防止に努めている。	○	介護保険事業所や民生委員等に高齢者虐待防止チラシを配布し、センターが相談窓口であると周知することによって高齢者虐待が疑われるケースの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。	○	広報紙に相談窓口である文言を入れて紹介している。合同事業所連絡会にて、虐待予防の研修を実施するなど、普及啓発を行っている。	◎	関係機関への周知に関しては、居宅介護支援事業所連絡会にて高齢者虐待防止法、センターの役割を講義にて周知し、早期発見・防止に向けたネットワークの構築を行っている。地域住民にはセンター作成のチラシを通いの場や出前講座時に配布を行い啓発を行っている。	◎	三つ折りリーフレットの作成や広報紙への掲載、センター内に相談通報窓口であることを掲示することで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。居宅介護支援事業所だけでなく民生委員、地域住民からの相談通報もあり、窓口としての周知と早期に対応していくことの大切さを伝えることができている。	◎	権利擁護等のリーフレットを用いて、商業施設等に高齢者虐待の相談窓口であることを周知している。圏域のケアマネジャー、介護保険事業所を対象として高齢者虐待に関する「早期に気づき、相談出来る環境に関すること」をテーマとするアンケート調査を実施している。	◎	事業所勉強会にて判断に迷う・疑わしいケースの事例検討を行い、今後虐待へと繋がる可能性があるかもしれないという視点を持ってもらい、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ている。高齢者虐待の相談窓口であることを幅広い方に知って貰えるように独自のチラシの配布やセンター前に掲示にて情報発信を行っている。
②	アウトリーチによる実態把握など様々な方法で状況確認を行い、また関係機関と連携し、高齢者虐待・困難事例に対処している。(3段階評価)	◎	相談や通報があった際は速やかにセンター内で協議し、複数職員による訪問で情報収集や実態把握を行ったのち、介護保険事業者、医療機関、民生委員、地域住民等と連携して高齢者虐待や支援困難事例等に対応している。	◎	高齢者虐待が疑われるケースについては、複数職員で訪問を行い関係機関と連携するなど、適切な対応に努めている。ケアマネジャー等からの相談がある場合、相談内容やその他情報に基づき役割分担を行い、同行訪問する等適切に実態把握を行うことでケアマネジャー支援を含む問題解決を図っている。	○	ケースに合わせて訪問、状況確認を実施している。居宅介護支援事業所や医療機関、民生委員等と連携し、虐待・困難事例に対応している。	○	実態把握に関しては、高齢者本人・養護者へ訪問での聞き取りを基本とし、必要時に担当ケアマネジャーや介護事業所、保健所、病院等と連携し、情報収集し早期対応や支援を行っている。	◎	出張相談や地域ケア会議、地域づくり会議などを通じてアウトリーチに努めており、高齢者虐待・困難事例のリストを作成している。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。他機関と連携支援が円滑に行えるよう関係機関と地域づくり会議の定期開催により顔の見える関係性の構築に努めている。複合的課題のある世帯の会議や重層的支援会議等にも参加し課題解決に向け取り組んでいる。	◎	高齢者虐待の相談、通報をケアマネジャーから受けたケースについて、介護保険事業者や医療機関、民生委員等と情報共有、訪問診療でカンファレンスを行い、介護者である面談できない家族と接点を持つ事ができないか、意見交換しながら対応している。その後、要介護状態である配偶者の安否確認も引き続き、民生委員の協力も得て行っている。	◎	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。(3段階評価)	◎	家族全体の支援という視点を踏まえ、必要に応じて関係機関に繋ぎ情報共有を行っている。ケース内容に応じて、保健所、コミュニティソーシャルワーカー、障害に関するサービス事業者等と連携し、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、養護者に対する傾聴にも重きを置き、家族全体の支援に努めている。65歳に満たない養護者が障害を持っている場合については、必要に応じて関係機関と連携を図り、支援に繋がるように努めている。	○	関係者の負担が増加しないように配慮しながら養護者の立場にも気を配り相談支援にあたっている。	○	家族の関係性や養護者の介護負担、世帯の環境を把握し、必要な支援を検討し、対応している。	◎	家族全体の問題として捉える視点については虐待対応の中で意識している。対応しているケースは養護者支援の視点を持ち、役割分担しながら関わることができている。虐待が疑われるケースについても、継続してフォローをしている。	◎	高齢者虐待について、養護者の気持ちに寄り添いながら認知症初期集中支援チームに繋いでいる。医師からの助言を参考にしながら家族性の発達障害が疑われる当該ケースの支援を関係者と連携しながら実施している。	◎	虐待の勉強会を実施し、それぞれの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がとれるよう努めている。
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。(3段階評価)	○	地域のサロン等における出張相談や事業所懇談会等で高齢者虐待防止チラシをもって説明することで、センターが地域の相談窓口であることの周知に努めている。また、民生委員や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。	○	民生委員とのコミュニケーション、地域で開催されるサロン活動への参加、地域住民からの相談対応あるいはケアマネジャーの支援等を通して、日常的に関係を築いていることによって、有事の際に連携できるネットワークの強化に繋がっている。	◎	高齢者虐待防止について、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。	◎	高齢者虐待の発見に至りやすい居宅支援事業所のケアマネジャーと居宅介護支援事業所連絡会にてネットワーク構築を図っている。民生委員と随時連携を図り、ネットワーク強化ができている。	◎	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おり、ネットワークの強化ができしており、対応件数が増えている。	○	主任ケアマネジャー等を対象にした法定外研修にて「虐待防止研修」を開催した。虐待通報から対応までの流れ等について事例を交えながら紹介し、ケアマネジャーや介護保険事業所等の関係機関とのネットワーク構築の必要性について伝えている。	◎	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取れ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、速やかに関係機関へ状況を確認し、市担当課への報告及び協議を行うことで問題解決に向けた支援を行っている。	○	高齢者虐待が疑われる時は、市担当課、警察、その他関係機関等と連携、協働して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、市担当課に速やかに報告し、連携・協働して問題解決を図っている。	○	虐待の報告を受けた際には、市担当課と情報共有し、虐待解消に向けた支援の確認や検討を随時行っている。関係機関とも、随時状況を共有し、支援チームとしての対応を行っている。	○	通報を受けた際は速やかに市担当課へ連絡し問題解決に向け連携・協働している。	○	虐待の相談、通報を受けた場合、センター内で協議して、速やかに市担当課へ報告を行い、情報共有や協議等をしながらか連携して対応している。	○	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。

		社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会							
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。	○	相談があった場合、認知症ケアパス等のパンフレットを活用して家族や地域住民が利用できる制度、サービス、居場所等の情報提供を行っている。	○	圏域にある医療機関や介護保険事業者等と連携の強化を図り、社会資源等を把握し、相談内容に応じて成年後見制度を説明するなど必要な対応を行っている。	○	毎朝、毎夕礼時と月1回の定期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「認知症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。	○	相談内容により、認知症対応における社会資源を紹介している。医療とつながっていない場合は受診を推奨し、受診困難な場合は初期集中支援チームを紹介するとともに、キーパーソン不在の場合は受診の同行等も実施している。医療機関受診後、軽度認知障害の場合は地域の通いの場へのつなぎ等もやっている。	○	認知症ケアパスの活用や認知症専門医の情報提供など相談内容に即した助言・紹介を行っている。認知症施策の動向や社会資源の把握にも努めている。	○	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、専門医療機関への受診同行等の支援を行っている。	○	認知症関連の情報を収集したファイルを窓口を設置しており、相談時に対応ができるようにしている。
	② 圏域内の地域住民や商店会・企業等に認知症への理解を深めてもらうための啓発活動（認知症サポーター養成講座等）を行っている。（3段階評価）	○	こもれび教室にて認知症サポーター養成講座を実施している。また、認知症への理解を深められるような資料（DVD）を地域住民向けに無料で貸し出している。	○	特別養護老人ホームや介護老人保健施設と連携して介護職とともに地域住民向けである認知症サポーター養成講座を行っている。	◎	スーパーや小学校向けに認知症サポーター養成講座を実施し、地域住民へは認知症に関する講座を実施し啓発を行っている。	○	地域で必要に応じて認知症サポーター養成講座や、認知症の理解を深める活動を行っている。SOSネットワークを通じて連携できた金融機関や商店街等で認知症の理解を深めていく。	◎	昨年認知症サポーター養成講座を行ったグループに対する認知症サポーターズテックアップ講座やセンターにおいて認知症カフェの開催を予定しており、認知症への理解を深めてもらう取り組みを行っている。圏域内の店舗・企業へは見守り110番協力店舗依頼時や個別ケース対応時に啓発活動を行っている。	◎	認知症サポーター養成講座を随時開催している。子どもと保護者を対象とした「キッズ認知症サポーター養成講座」を開催しており、子どもが認知症に対して関心を持ち正しい理解が得られるようにしている。センターホームページ上で「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の掲載や、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。	○	金融機関・郵便局・スーパーに広報活動を行い、今後その関係を深める為に認知症サポーター養成講座のチラシなどを持参し広報と協力の依頼へ回っている。
	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。（3段階評価）	○	見守り110番事業の活動を通し、商店会、薬局、新聞配達店等の協力機関へ依頼を継続することにより認知症高齢者の早期発見や対応に繋がるネットワークを構築している。	○	認知症の疑いがある人を早期に発見できるような高齢者見守り110番事業の普及を通じて、地域住民、民生委員、金融機関、コンビニ等社会資源との連携強化に努めている。	○	見守り110番事業の協力依頼を実施している。既存の協力店舗へは直接訪問して一層の協力を依頼するなどネットワークの構築をしている。	○	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するために、民生児童委員とのネットワークや、地域の居場所とのネットワーク、認知症高齢者を比較的に発見しやすい金融機関とのネットワークを構築している。	◎	見守り110番通報をはじめ、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が出来ている。随時見守り110番事業に協力してくれる店舗を探している。それをきっかけに介入できたケースもある。	◎	圏域内の郵便局や金融機関との連携を図っており、対応策について会議を持つなど、支援の体制づくりに努めている。見守り110番事業に関して登録店舗の一点検を行い、支援するためのネットワークの更なる強化を図っている。	○	認知症への理解を深めてもらうため軽度認知障害についての出前講座を実施している。また、近隣の医療機関や薬局と連携し、認知症の疑いの方を早期発見できるようネットワーク構築に努めている。
	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。（3段階評価）	○	第2圏協議体の会議等において、認知症高齢者やその家族が安心して生活を継続するため、利用できるサービス、地域資源、認知症高齢者に対する接し方等の情報を共有しており、地域全体でサポートできるような体制づくりを整備している。	○	自治会のサロンへ参加し、出張相談等を行っており、地域住民と交流を図ることにより認知症高齢者に関する相談に対応できる体制づくりに努めている。センター職員もサロンに参加して認知症に関する相談を受けることにより地域で認知症高齢者を支える仕組みづくりに努めている。	○	相談時に社会資源の情報提供が出来るように集約し、情報共有に努めている。認知症カフェのチラシ等、地域情報を相談室に掲示し、相談者・職員がいつでも閲覧できるようにしている。	◎	認知症でサービスの利用を躊躇している方には、デイサービスでのボランティアに取り組みをいただき、その活動を通じて同じこもりの防止を努めている。今後は、システムとして構築していく。	◎	個別事例を通して認知症に理解ある地域づくりに向けに支援体制の構築に努めている。また、認知症高齢者とその家族を支えるための資源情報をファイリングし必要時に情報提供できるようにしている。居宅介護支援事業所連絡会やLINE公式アカウントではその情報のひとつとして認知症カフェ開催についてアナウンスしている。	◎	今年度から圏域内の医療機関との共催で認知症カフェを実施。認知症当事者や家族を支援するため、「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」を導入しながら地域の中で認知症当事者や家族が安心して暮らせる仕組みづくりを目指している。圏域内のキャラバンメイト意見交換会にて認知症456体験を実施し、普及に努めている。	◎	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を開設している。
	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。（3段階評価）	○	認知症高齢者の活動場所への送迎支援内容について、チームオレンジの活動先にもなっている認知症カフェ等の運営者と検討を行っている。認知症サポーター養成講座にて実施したアンケートの結果を踏まえ、ボランティア活動に繋がる人材の育成に努めている。	○	チームオレンジサポーターと連絡を取り、地域の中で認知症への理解を広げるための取り組みや認知症カフェの活動についての相談に応じている。また、認知症病棟を開設した医療機関における医療従事者や相談員と話し合いの場を持ち、認知症カフェの開催について協議を進めている。	○	認知症カフェ開催前に運動講座を開催し、参加をしやすい環境の支援をしている。今後認知症カフェの充実を図るため、周知を継続するとともに支援方法を検討していく。	○	地域の居場所等で認知症の方のために、認知症サポーター等を活用できる仕組みをシステムとして構築できるように進めている。	◎	認知症啓発のシンボルカラーであるオレンジの花を咲かせる「オレンジガーデニングプロジェクト」を継続している。また、コロナ禍で活動自粛していた認知症カフェを、地域の自治会館で開催できるよう支援している。地域住民、介護者家族や介護保険事業所からの参加もあり、新たな繋がりができる場所となっている。	◎	令和4年から開設した認知症カフェもチームオレンジのメンバー等の協力で月に1回の定期開催が継続できている。認知症への理解促進と参加者が楽しめる場が定着している。レクリエーションスタッフの協力も拡充し、新たな活躍の場となっている。今年度から圏域内の医療機関の担当者が認知症カフェを定期開催するにあたり、先行する認知症カフェの見学やヒアリング等を行うなどし、認知症カフェの運営について支援している。	○	認知症カフェ開設の準備として、人的資源を増やすため認知症サポーターステックアップ講座開催を検討している。

	社協こもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
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。															
〔解説〕	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。	○	日頃からケアマネジャーが孤立しないようセンターが相談窓口であることを周知し、積極的に相談に応じている。	○	ケアマネジャーが相談しやすい雰囲気づくりに努め、対面や電話において様々な相談に応じている。	○	月1回の定期対応から、いつでも相談ができる対応に変更している。また、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、センター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。	○	ケアマネジャーの相談窓口であることがわかる看板を事務所入り口カウンターに掲示し、相談内容により同行訪問、事業所連携、個別に対応をしている。	○	ケアマネジャーからの相談には随時対応している。要介護になった利用者のその後の支援状況など担当ケアマネジャーと情報共有を行い記録に残すなど、個々の変化に応じて継続的にフォローアップしている。	○	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、相談に応じている。その他電話での相談に応じ必要であれば面談を行っている。管理者としての相談・悩み等をアウトプットできるような懇談会を実施するとともに定期的に継続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。	○	地域にあるインフォーマルサービスに関する情報を随時更新して整理している。また、希望者には紙媒体又は電子媒体にて情報を提供している。	○	地域のインフォーマルサービス情報を集約したファイルセンター内に設置している。また、内容を更新し、居宅介護支援事業所に情報を提供している。	○	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センター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圏域内のケアマネジャーと情報交換ができる仕組みを構築している。	○	地域マップ、配食事業所、移動スーパー、自費ヘルプ等の情報をファイルに整理し、新しい情報は、居宅介護支援事業所連絡会等で集まる機会に周知している。また、相談問い合わせがあった際、随時情報提供している。	○	インフォーマルサービス情報は随時更新しファイルに整理している。地域高齢者やケアマネジャー等からの相談で随時情報を提供できるようにしている。	○	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前に、ケアマネジャー向けの情報ラックを設置し、定期的な情報更新を行っている。	○	センター内ではファイリングや掲示を行い、閲覧できるようにしている。
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。(3段階評価)	○	広報紙を活用してケアマネジャーへ情報提供を行っている。また、ケアマネジャーに共有したい情報や研修案内については、連絡ボックスを活用している。消費者被害や権利擁護に関する情報については、事業所懇談会等に提供している。	○	年に4回発行しているケアマネ通信にて、センターの取り組み、健康講座、重層支援体制整備事業等を利用した事例等の情報提供を行っている。また、地域資源に関する情報を紹介することで、地域資源の重要性を認識してもらうよう努めている。	○	センターから発信する情報については事業所連絡会や「ケアマネコ〜しん」で伝えるほか、オープンチャットでは各ケアマネジャーからの情報を発信し、共有できるようにしている。	○	社会資源、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、タイムリーに情報を提供できるように必要に応じてFAXで通知するとともに、相談窓口において個別に案内し、併走支援をしている。居宅介護支援事業所連絡会でLINEグループ作成の提案を予定している。	◎	偶数月に開催している居宅介護支援事業所連絡会にはセンター主催の事業予定や、社会資源やその活動内容などを情報提供している。また、認知症カフェの開催を紹介したところ、認知症カフェがある地域以外の介護者の参加につながっている。	◎	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターを中心に、第6圏域ケアマネジャー連絡会を開催しており、情報提供の場としては、事業所向けのLINEも活用している。研修開催時は、他の研修や情報交換の場を提供するとともに、アンケートを実施して次の企画につなげ、様々な情報提供のチャンスを配布したり、LINEでも情報発信し、印刷配布も可能な状態にしている。	○	広報紙に様々な情報をのせ配布している。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。(3段階評価)	◎	日常的な助言や提案を通して相談しやすい関係構築を図るとともに、ケアマネジャーが支援困難事例に対応する際、気づいていない視点からの助言に努め、訪問に同行するなど支援を行っている。また、圏域懇談会のように枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターが主催する会議においては、企画や進行に対する助言及び提案を含め、同コンダクターが主体的に取り組めるよう支援を行っている。	○	ケアマネジャーが抱える支援困難事例に対して、アセスメントの助言だけでなく、支援方法や展望について助言し、振り返りを支援している。	○	いつでもケアマネジャーが相談・対応できる体制をとりつつ、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ている。	◎	ケアマネジャーから支援困難事例の相談があった際は、センター内で協議を重ね、同行訪問を基本とし、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。必要時は関係機関や民生委員の繋ぎの支援も行っている。	◎	支援困難事例を抱えるケアマネジャーに対しては初回は職員二人で対応している。今年度は認知症の親の介護で結果的に虐待にあたるのではないかと悩むケアマネジャーの相談に対応し、適切な介護を踏まえたうえで本人、家族の思いも尊重しながら支援する方向性を一緒に考えられている。関わったケアマネジャーに対しては、支持的・教育的に支援するようにしている。	◎	今年度も自立支援型地域ケア会議の案内を送り、会議後に相談できることを掲載している。支援困難なケースは、同行訪問、ケアマネジャーに対しては、支持的・教育的に支援するようようにしている。	◎	中部圏域合同で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会を実施している。
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。(3段階評価)	○	個別のケース相談については、ケースの振り返り、介護保険制度だけではなくインフォーマルサービス等に関する情報を含めた助言を行い、多機関を含めた支援の必要性への気づきに繋げている。また当事者を交えた個別ケース会議の必要性を伝え、開催へのサポートを行っている。	○	ケアプランの作成について、ケアマネジャーからの相談内容に応じ、利用者の特性や自立支援の観点と見ながら助言及び指導を行っている。また支援困難事例に関する相談に対し、事例検討会や個別事例に係る地域ケア会議の開催を提案している。	○	支援困難事例の相談があった時には、来所してもらう等して話を聞いている。ケアプランの内容に就いては助言を行い、個別地域ケア会議での検討を促している。	○	相談ケースのケアプランの作成について助言・指導を行い、必要に応じて個別地域ケア会議開催の提案や、経過を確認したケースの振り返りの支援を行っている。今年度は3事例開催を調整したが、当事者の理解に至らず、開催に至っていない。	◎	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・個別地域ケア会議開催の提案を行っている。圏域の主任ケアマネジャーと協力し、定例事例検討会を行い運営側の視点でもスーパービジョンをしている。支援困難事例のケアマネジャー支援件数は増加しており、月1回介護予防ケアマネジメントの目標設定期間について検討をするセンター内会議で支援の方向性を『案』として提示するとともにケアマネジャーに助言・指導を行っている。また、自立支援型地域ケア会議への事例提供を促している。	◎	自立支援型地域ケア会議においては、ケースを可視化し理解を深めるためにホワイトボードを用い、会議後半は地域課題の抽出と、具体策も検討している。また支援困難事例の検討は、ケアマネジャー連絡会やケース会議を行っている。また個別ケア会議では、チームで連携して支援を継続して行くことを確認している。	○	相談があれば適宜助言を行う。また、支援困難事例に対しては個別ケア会議を開催し支援を行っている。
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。(3段階評価)	◎	他のセンターと合同で開催した圏域連絡会や事業所懇談会において、より広範囲のケアマネジャー同士が意見交換できる機会を設けている。	◎	圏域にある居宅介護支援事業所間のネットワーク構築のため、ケアマネジャーとの情報交換等できる場として事業所懇談会を開催している。特定事業所事例検討会については、在籍する職員が1名のみである居宅介護支援事業所も漏れなく参加できるように調整を行っている。また、ケアマネジャーからニーズのあった座談会を企画し、ネットワークの構築を行っている。	◎	特定事業所の開催する事例検討会の後、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ケアマネジャーが自由に意見交換できる場を設けている。	◎	居宅介護支援事業所連絡会を対面での会議やオンラインで定期的に開催し、参加者がどちらの方法でも参加できるように。また、参加しやすい工夫を行っている。また、会議の中で意見交換の場を設けている。	◎	CMオンラインcafe（居宅介護支援事業所連絡会）や事例検討会ではケアマネジャー同士とのつながりや相談の場になるよう運営している。今年6月に居宅介護支援事業所連絡会を対面で開催しオンラインでは参加できない事業所にも積極的に声をかけ参加事業所が増えている。	◎	12月、2月、6月に行ったケアマネ連絡会の中で、意見交換の時間を設けている。圏域内は経験豊富なケアマネジャーが多いので、6月の連絡会では「報酬改定と運営指導」とし、活発な意見交換を行っている。	◎	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持ち、孤立しない事を目的に懇談会を開催・12月には2回目を開催予定する。
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。(3段階評価)	◎	令和5年度に実施した事業所懇談会でのアンケート結果を踏まえ、成年後見制度に関する研修会を開催し、知識習得及びマネジメント技術の向上を図っている。また、研修に関する情報については、居宅介護支援事業所にFAXを用いて情報提供を行っている。	◎	事業所懇談会で実施したアンケート結果からケアマネジャーのニーズを把握するとともに、スキルアップに繋がる研修を実施している。重層的支援体制整備事業等の研修を実施することで、ケアマネジャーが抱える支援困難事例に対する支援方法や様々な制度に関する知識習得の機会を提供している。また、ケアマネ通信等を通じ研修情報を通知し受講を促している。	◎	研修開催時はアンケートを実施し、ケアマネジャーがどのような研修を望んでいるかを把握し、次回以降の研修テーマにつなげられるよう意識している。また、他機関から研修の案内があれば、圏域内のケアマネジャーにも周知し受講を促している。	◎	ケアマネジャーが困難と感じるケースの対応について、8月に「高齢者虐待対応」についての講義、事例をもとにグループワークで意見交換を行なった。また、今後希望する内容の確認もしている。	◎	居宅介護支援事業所連絡会で随時研修等の情報提供やケアマネジャーへ直接研修への参加を呼びかけている。今年度はアンケートでニーズを把握し、糖尿病治療の理解を深めるため圏域内の医療機関と連携して研修会を実施している。訪問看護ステーションや病院看護士等から定期的な開催を希望する意見があり、昨年度に引き続き今年度も11月にAEDを使った救命措置の演習を予定している。	◎	研修やイベント実施後のアンケート実施により、以後の研修テーマの参考としており、居宅介護支援事業所への案内はFAXや電話、直接案内を付けて受講案内を行っている。多職種連携研究会の中で5圏域と共催で様々な病院の医師の協力を得て研修を開催している。また、終業時間内に研修に参加しにくい事業所のために、多職種連携研究会の開催時間を、勤務時間（会場）と夜間（オンライン）の二部制で開催している。	◎	研修後のアンケート結果や聞き取り、他圏域で開催された研修を参考に研修会を開催している。法定外研修においても年に1度は開催出来るよう調整している。また圏域内外問わず、各事業所へ案内を出し参加を促している。
⑧	圏域内の居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画を抽出し、地域ケア会議でその検証をしている。(3段階評価)	○	自立支援型地域ケア会議における居宅介護支援事業所が担当の事例検証については、令和6年下半期に実施予定している。また、地域ケア会議に限らず多職種連携研究会においても自立をテーマとした取り組みの発表や事例検討の時間を設けることにより、様々な職種を交えての事例検証を行っている。	◎	民生委員懇談会において、圏域にある居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画書を用いて、民生委員とケアマネジャーとの事例検討会を実施している。地域との連携や地域資源の活用等について協議し、地域で一体的に高齢者を支えていくための方策を話し合っている。地域ケア会議においても、介護予防サービス計画書を用いて課題を共有し解決に向け協議している。	○	これまでの自立支援型地域ケア会議では委託先ケースを抽出し、圏域内のケアマネジャーに対し自立支援の概念を改めて周知を図ってきたが、今年度からは、居宅介護支援事業所連絡会等で意見交換し、必要に応じて自立支援型地域ケア会議や個別地域ケア会議での検証を促している。	◎	より多くのケアマネジャーが参加できるように、今年度はセンターの事例を検討し、事例を出すことのメリットを周知し、来年度事例の提出を希望するように自立支援型地域ケア会議を運営している。	◎	2か月後にプラン変更する予定のある介護予防サービス計画を、委託も含め全件から毎月抽出しセンター会議で検討している。また、その中から圏域内の居宅介護支援事業所へ自立支援型地域ケア会議へ事例提供を依頼することもあり、会議開催後は検証をしている。	◎	自立支援型地域ケア会議において、近年はホワイトボードを用いた方式をとっているため、センター内でケースを出しなから居宅介護支援事業所の見学や参加となっていたが、個別のケア会議や事例検討などでもホワイトボードを用いており、12月にはホワイトボード事例検討の研修も行っているため、今後はセンター外のケースも対象に行っていく予定にしている。	○	自立支援型地域ケア会議への参加を依頼し、自立とは、地域資源について等検討する機会をもっている。

	社協ごもれび	社協ふれあい	聖徳園	安心苑	ザール・ナート	松徳会	美郷会								
<p>2. 在宅医療・介護連携推進体制構築が図れたか。</p>															
【解釈】	<p>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。</p>														
①	<p>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。(3段階評価)</p>	○	<p>待合室懇談会や多職種連携研究会を開催し、地域で認知症高齢者を支えるための連携を目的として顔の見える関係づくりに努めている。</p>	○	<p>待合室懇談会や多職種連携研究会を開催し、地域で認知症高齢者を支えるための連携を目的として顔の見える関係づくりに努めている。</p>	○	<p>令和6年6月に防災をテーマに多職種連携研究会を開催している。研修会には介護サービス事業所と枚方市医師会、枚方市歯科医師会、枚方市薬剤師会に参加を呼びかけ、医療と介護の連携体制の構築に努めている。</p>	○	<p>多職種連携研究会の案内を医療機関に持ち、参加依頼を行っている。また、クリニックでの待合室懇談会は2月頃の開催を予定している。</p>	○	<p>病院と毎年度医療と介護の連携した研修会開催へ事務局会議を重ね、今年度は9月、11月に介護事業所向け研修会を開催している。また、圏域内の開業医が主催するケアマネジャー向けの「疾患の勉強会」や、地域向けの講座のアナウンスを協力し医療と介護の連携体制が構築できるよう支援している。</p>	◎	<p>病院の看護士との共同開催で入退院を繰り返す支援困難事例の事例検討会を行い、お互いの着眼点の違い等を認識することおできている。E病院の会議室にて待合室懇談会と、別の病院の医師による「こんなに治る?! 認知症」の研修会を第8圏域と合同で開催している。対象をケアマネジャーだけではなく、医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師にも案内を行い、60名近い参加があった。</p>	◎	<p>医療と介護の研修会については対面だけではなく、オンラインでの開催や研修会の情報提供を行うなど工夫しながら参加を促している。毎年待合室懇談会を企画し、地域の医療機関との交流の機会を作っている。第8圏域と協働で多職種連携研究会を11月に実施。開催にあたり圏域内の医療機関へ出向き、多職種連携研究会の参加依頼を行っている。</p>
②	<p>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。(3段階評価)</p>	◎	<p>若年層の認知機能低下に係る不安について地域からの相談が増加していることを踏まえ、多職種連携研究会として5年計画を立てて相互理解を深め連携できるネットワークの構築に努めている。事例を参考に、多職種としての役割についての意見交換により、医療、介護、福祉関係者及び市担当課が課題を認識したうえで、ネットワーク構築の重要性を確認している。また、多職種連携研究会事務局会議において、毎年、計画の見直しを行っている。</p>	○	<p>多職種連携研究会の開催を重ね連携の意識が高まり、医療・介護関係者間で具体的な連携の課題を共有し、解決に向けての意見交換を行っている。直近の多職種連携研究会では認知症をテーマとして開催しており、医療機関への受診や介護保険サービスに繋げることが困難なケースについての意見交換や、医療・介護関係者が互いの取り組みを共有することで連携体制を確認している。</p>	○	<p>多職種連携研究会や合同事業所連絡会を開催し、多職種が一同に参加し、ネットワークを構築できるようにしている。医療職やケアマネジャーへアンケートや聞き取りを実施して医療と介護の連携についての課題を把握し、次回以降の研修会等で課題解決に向けた検討を行っている。</p>	○	<p>多職種連携研究会の昨年の意見を聴取し、災害時の連携を行う予定で12月開催に向け企画調整している。</p>	◎	<p>昨年度に引き続き、多職種連携研究会は「ACPについて」の理解を深めるため、医療と介護の専門職が集まり、在宅看取りをテーマにした講義とグループで事例をもとにロールプレイを行っている。開催後の事務局会議で連携上の課題抽出をし、会議全体の評価や感想をもとに来年度の会議開催を計画している。それらの積み重ねにより参加人数が増加し、相互の連携構築の機会となっている。</p>	○	<p>多職種連携研究会は「認知症」をテーマに病院で開催している。「精神医療からの視点」について、医師から講義とグループによる事例検討を行っている。就業時間中は参加が難しい介護保険事業所向けに夜間のオンラインでも開催している。多職種連携研究会では、「報酬改定」をテーマとしている。</p>	◎	<p>医療・介護連携を目的とした勉強会の開催について関係する事業所へ参加を呼び掛けている。また、多職種連携研究会では毎月事務局会議を開催し、よりよい研究会を目指し検討している。今回は、「認知症」をテーマに第8圏域と協働で多職種連携研究会を11月に実施している。</p>
③	<p>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。(3段階評価)</p>	○	<p>第2圏域と合同で16事業所が参加する通所事業所懇談会を開催し、情報交換を行うことによって連携強化を図っている。そのほか研修会等を開催し、事業者の知識吸収やスキルアップに繋げている。</p>	○	<p>事業所懇談会を開催し、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ている。通所事業所懇談会では各事業所の取り組みを共有し地域で高齢者を支えていく目的を確認している。</p>	○	<p>圏域内の全介護保険事業所向けに多職種連携研究会や合同事業所連絡会の開催を周知し、参加者の知識の向上やスキルアップにつながる機会をつくっている。</p>	○	<p>事務所連絡会にて災害時の対策・対応についての研修を開催している。圏域内の事業所連携や市民周知を目的とした、福祉フェスティバルを次年度開催に向け、事業所連絡会で企画している。</p>	◎	<p>病院と共催で9月、11月に介護保険事業所向けの研修会を行っている。9月は地域課題でも多い「糖尿病」について専門医から疾患や治療法等の講義を実施し、11月は救命認定看護師による救命措置の演習(AED使用)を予定している。昨年開催後のアンケートの意見から、今後も定例開催を検討しなるべく多くの介護事業者に参加を促し、事業者のスキルアップを図っている。</p>	◎	<p>多職種連携研究会の中で「精神医療からの視点」を医師から、「認知症」に関する講義も医師から、「任意後見制度セミナー2」を行政書士から、第5圏域と共催で「糖尿病治療」に関する内容で医師による研修を企画し開催し、事業者のスキルアップを図っている。</p>	○	<p>勉強会・研修会開催時には地域の事業所や薬局等にも案内を送付し、参加を呼びかけ事業者のスキルアップを図っている。</p>
④	<p>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。(3段階評価)</p>	◎	<p>個別事例において、ケアマネジャーとともに家庭調査や退院前カンファレンス等に参加し医療機関とケアマネジャーの連携を支援している。また、医療機関や薬局等からの個別相談にも対応しており、相談内容に応じて医療従事者とともに高齢者の自宅を訪問することで地域における支援体制の強化に努めている。</p>	○	<p>入院・退院時には医療機関との連携に努めている。個別事例についても医療機関、民生委員、ケアマネジャー、自治会等を含め連携しながら退院カンファレンスの参加も含め、在宅復帰を目指した支援体制の強化に努めている。</p>	◎	<p>病院に勤務する職員に向けて、センターの役割や介護保険サービスについて・入院退院時の医療と介護の連携についての研修を開催している。研修ではあわせて地域の支援体制の活用も伝えている。今後は他の総合病院でも同様の研修を開催し、更なる連携体制を構築できるよう努めていく。クリニック等に新しく着任した医師に対しては、ケアマネジャーとの連携構築のため、待合室懇談会の開催や多職種連携研究会への参加・協力を依頼している。</p>	○	<p>入院・退院時の円滑な連携のために、既存のネットワークを活用し、関係機関や関係者との調整や支援を行っている。また医療機関との連携とともに、地域の居宅介護支援事業所や民生委員等とのネットワークを整備している。</p>	◎	<p>「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年に4回集まり、顔の見える関係性を維持できるように、支援体制の整備・拡充に努めている。複合課題のある個別ケースも、世帯の課題解決に向けて関係者がそれぞれの立場で役割分担と調整を行い退院後の支援をし、生活困窮や認知症ある困難ケースでも、民生委員、社会福祉協議会など既存のネットワークを生かし対応している。</p>	○	<p>入院時の情報提供や、退院前カンファレンスの参加や家庭調査など、在宅復帰に向けての調整を行っている。2月に病院の看護士と入退院を繰り返す困難事例の事例検討会を行ったことから、引き続き必要な情報提供を行えるように連携していく。</p>	◎	<p>入院時には必要に応じて、病棟へ情報提供を行っている。退院時には地域医療連携室と主に電話やオンライン・カンファレンスを行い情報共有を行っている。必要な関係機関と事前に連絡・調整を行う事で退院後、在宅介護が円滑にスタートできるように調整を行っている。</p>

令和6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		◎：よくできている。 ○：できている。 △：努力が必要。											
		みどり	アイリス	大阪高齢者生協	バナソニックエイジフリー	大潤会	東香会						
【基本項目】（運営全体に関すること）													
1. 地域包括支援センターの設置目的について職員に周知・理解させ、運営に活かしているか。													
【解釈】 高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにしていくためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から、高齢者の状態に応じた介護や医療サービス等の様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じて、切れ目なく提供することが重要です。地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されました(介護保険法第115条の46第1項)が、これらのことを職員一人ひとりが理解して業務を遂行していく必要があります。													
①	センターの設置目的を踏まえて事業計画をたてるなど、計画的な運営を行っている。	○	3職種で協議し事業計画を作成している。計画的な運営ができるように、毎月事業計画会議を行い、積み残しが無いように進捗を確認している。予定通り実施できない場合は、事業実施の時期がいつになるか、その予定を立てるなどし、計画的な運営ができるように取り組んでいる。また、事業の偏りや重複を避けるために、毎月3か月分の予定を職員全員で確認している。	○	前年度の実績を踏まえ、全職員で協議のうえで事業計画を作成している。協議の際には、スーパーバイザーとして法人が参加している。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。	○	年度末までに、センターの設置目的（センターマニュアルを参考）を踏まえ、また社会情勢も考慮の上で事業計画を作成し、それに基づき運営している。進捗状況や変更については、毎月の定例会議で確認している。	○	センターの設置目的を踏まえて、全職員で協議し事業計画を作成し、それに基づき運営している。毎月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いつでも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作成し、計画的に運営を行っている。変更した計画はいつでも確認できるように共有フォルダに保存し、職員で共有している。	○	第2層協議体から挙げた課題を踏まえて検討し事業計画を作成し、それに基づき運営している。計画実行の進捗状況は適宜、校区コミュニティ協議会と連携を取りながら把握し、センター内においても職員会議等で情報共有している。
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。	○	新入職員には、センター設置の主旨、その業務について、理解ができるように7日間の初任研修を必ず実施している。また、既存の職員に対しても、センター業務について研修を実施している。	○	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。プリセプター制により職員に適切な指導を行っている。全職員が年間を通じて福祉職向けの動画研修を受講している。	○	新入職員及び既存の職員に対して、センター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）」の説明文を貼り常に職員が確認できるようにしている。	○	新入職員にはセンター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毎月のセンター内会議で共有している。	○	新入職員には、必ずセンターマニュアルや包括的支援事業委託仕様書、パンフレットに沿って説明し、1年後にも再度確認している。	○	新規職員には、センターの業務に関する資料をまとめたファイルを活用しながら、センター設置の主旨やセンターの業務を理解できるよう説明している。またe-ラーニング等の研修を活用し、理解を深めている。
③	センターに在籍するすべての職員が高齢者等の権利擁護に関する研修を受講している。	○	権利擁護に関する外部研修を受講した職員が、センターに在籍するすべての職員に対して、伝達研修を行っている。	○	全職員に対し年間を通して福祉職向けの動画研修を受講するよう指導しており、同研修のカリキュラムの中で権利擁護に関する研修を受けている。	○	職員全体が同じ研修に出席することが難しいため資料を回覧した上で伝達研修を行っている。	○	全職員に対し、高齢者虐待対応研修、消費者被害防止研修等、センター内外問わず権利擁護に関する研修を受講している。	○	新入職員には、必ず虐待対応研修を受けるようにしている。また、年に1回はセンターにおいて権利擁護に関する研修会を行っている。	○	全職員に対し、高齢者虐待防止のための指針の作成と年間計画に基づく研修を行っている。今年度は職員全員に対しe-ラーニングによる「虐待防止について」の研修を実施している。
④	センターに対する利用者や家族からのカスタマー・ハラメントに適切に対応する体制を整備しているか。	○	カスタマー・ハラメントの防止のために、利用者・家族向けのポスターをセンターに掲示している。法人には安全管理室があり、カスタマー・ハラメントに適切に対応するための相談ができる体制を整えている。	○	カスタマー・ハラメントに対応する体制を作っている。ハラメント対策の外部研修に職員が参加している。	○	必要対応に関しては管理者および管理者補佐が体制を整備している。	○	ハラメント防止対策に関する基本方針を定めており、適切に対応する体制を整備している。	○	カスタマー・ハラメントを受けた場合には、管理者へ報告。管理者は法人へ報告し、連携を取りながら対応する体制を整備している。	○	ハラメント防止に関する基本方針を策定し、体制を整備している。年間計画に基づいたe-ラーニングによる研修も実施している。
2. 運営において公正性・中立性が確保されているか。													
【解釈】 地域包括支援センターの運営は、公正・中立性を確保しつつ適正にされなければならないとされており、地域の関係者全体がそれを評価する場として、「地域包括支援センター運営等審議会」が設置されています。センター職員は、その運営が常に運営等審議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを理解していく必要があります。													
①	支援にあたっては、保健・医療・福祉サービスが特定の事業者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。	○	毎月の居宅介護事業所等への依頼件数を集計し、特定の事業者へ偏らないように割り振るなど、公平・中立性を確保している。相談者に対しては、特定の事業所を誘導せず、複数の事業所の情報提供をしている。	○	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平・中立の立場を保つよう情報を提供し、相談者の主体的な選択を配慮している。	○	相談者、家族の意向を尊重し、多面にわたるサービスや社会資源の説明を行い、情報提供をしている。また、それぞれの事業者の一覧表を整備し、必要に応じて具体的な資料等を用意している。ケアマネジャーに依頼する際は、偏らないようにリストで管理している。	○	サービス種類別に分別したファイルを相談室に整備しており、相談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に職員間で案内した事業所等を適宜口頭で共有している。	○	相談者・家族の意向をふまえ、一覧表や事業所情報等を提示し偏らないようにしている。一覧表や事業所情報は、随時変更を行い、1年毎に改めて情報を確認し更新を行っている。ケアマネジャーを紹介する際には紹介先を記録し、偏りの無いように配慮している。	○	相談者の意向を確認した上でサービス内容を提案している。事業所一覧表等を活用し、対応可能なサービス事業所について情報提供を行っている。「月別委託件数一覧」を作成・更新し、特定の事業者に偏らないよう配慮した上で、相談者が選択できるようにしている。
3. チームアプローチが図られているか。													
【解釈】 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。	○	相談内容の専門性等を考慮し、主担当者を決めていく。継続的に支援が必要な高齢者に対し、責任を持って相談等の対応をしている。	○	ケース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決めている。	○	毎朝のミーティングやその都度話し合いを行い、ケースの状況を確認し専門性にあ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、協議のうえで主担当職員を決めている。	○	長期支援が必要なケースは個別ファイルを作成し、主担当職員を決めて対応している。	○	相談があれば速やかに職員間で情報共有し、相談内容に応じて主担当者を決めている。
②	必要性に応じ随時センター内でカンファレンスを行うなど、チームとして検討・支援していく場を設けている。	○	支援困難事例など継続的に支援が必要であるケース等は、朝礼ミーティングの時間を活用し、3職種でのカンファレンスを適宜実施している。それぞれの専門職から意見交換が行えるよう配慮し、チームでの支援に取り組んでいる。	○	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。支援困難な事例に関しては、その都度ミーティングを実施し、職員全体で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。必要に応じてセンター内でカンファレンスを開催し、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るなどして随時カンファレンスを行い、チームで検討して支援している。	○	随時カンファレンスを実施し、各専門職からの意見を元に、緊急性や支援の方向性・役割などを確認している。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
3. チームアプローチが図られているか。													
③	支援困難ケースの対応や緊急性の判断等について、「主担当者」だけでなく、複数の職員が関わる配慮をしている。	○	支援困難ケースについては、定期的な総合相談に関する会議を実施して、職員で支援内容を検討し、進捗管理を行っている。緊急性の判断については、センター内でフローを取り決めて、複数の職員で判断するよう取り組んでいる。	○	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、朝礼等を介して情報や対応方法の共有に努めている。また、緊急性の判断についても複数職員で行っている。	○	支援困難ケースについては、常に管理者、専門職全員が声をかけ合ってリアルタイムで情報を共有するようにしている。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するようにしている。	○	緊急時は複数職員で検討し、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対応している。	○	支援困難ケースの対応は随時話し合いを行い共有し、支援内容に応じて専門職とペアを組み、抱え込みにならないようにしている。緊急性の判断については管理者・保健師職に相談するようにしている。	○	カンファレンスの結果、複数対応が妥当と判断したケースでは、チームで対応するようにしている。また、緊急性の判断についても複数職員で行っている。
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。	○	朝礼時のミーティング及び定例のセンター内会議を実施し、伝達事項とともに検討事項を議題に上げ、全職員にて情報共有・検討を行っている。	○	定例のセンター内会議を開催し、各種の取組の報告・評価・企画調整を行っている。	○	朝礼時のミーティング、随時会議の他、定例のセンター内会議で情報共有、検討を行っている。	○	ケースの状況、各部会や研修の内容について定例のセンター内会議で報告し共有している。	○	朝礼時に気になる利用者についてなど情報共有をしている。また、定例のセンター内会議を行い、情報共有をしている。随時、センター内でカンファレンスも行っている。	○	朝礼時や定例のセンター内会議にて、各専門職部会の報告・伝達研修・事業の進捗状況の報告や検討などを行っている。
4. 地域住民への周知が図られているか。													
【解釈】	地域包括支援センターは高齢者の総合相談や権利擁護を担うことから、自ら支援を求めることができない高齢者であっても活用できるよう、積極的に周知を図る必要があります。そのためには、高齢者のみならず、高齢者を取り巻く地域住民や地域活動を行う関係者等に対しても積極的に周知を図っていくことが必要です。												
①	センターの看板や案内等が、わかりやすく表示されている。	○	センターの看板・文字表記を道路側に設置して、住民にわかりやすく表示している。	○	センターの扉・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。	○	道路からもわかるように看板を設置しているほか、テントに名称を書いたのぼりも設置している。	○	開所中はのぼりを立てている。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。	○	黄色の看板だけでなく、窓ガラスに大きくセンター名を掲示し、開所中はセンターののぼりを立てている。	○	事業所入口に看板と、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。(3段階評価)	◎	広報紙を自治会へ依頼し、圏域全体に配布している。住民に回覧して周知している。中には、広報紙を全戸配布している自治会もある。また、圏域内の掲示板の数を把握し、センターが主催する教室等のチラシを掲載してくれるようそれぞれの関係者に依頼している。ホームページでの情報発信を開始し、住民が情報を収集しやすくなるよう配慮している。	◎	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。小学校の校外学習において、センターの業務内容を伝え、体験を通じて交流を図っている。	◎	自治会より広報紙を毎月配布してもらっている。事業者向け、LINE配信(約200名)でセンターの情報をアップしている。また、圏域内の医療機関、薬局、歯科医院、金融機関にセンターが高齢者の総合相談窓口であることを周知するため、持ち帰りができる名刺サイズのお知らせを作成・配布し、住民への周知に協力をお願いしている。	◎	年4回広報紙を作成し、圏域内全校区で回覧で周知している。医療機関や金融機関、介護事業所等には個別に配布している。広報紙をきっかけとして、介護者家族の会の定期開催状況が浸透し、介護者から次回開催時期等についての問い合わせもあり、センターの役割や活動への理解が深まってきている。	◎	地域に出向いた際に、チラシや広報紙を配布している。福祉コミュニティだよりなど、地域独自の広報紙にセンターの記事を掲載してもらったことで、自治会から出前講座の依頼されている。広報紙は年4回発行し、介護サービス事業者、医療機関、民生委員などへ送付。法人のホームページにおいても掲示している。	◎	広報紙や地域と共催で発行している広報紙には、センターの役割や住所、連絡先を常に掲載し、LINEでの発信や、イベント、地域活動時、関係機関への訪問時や会議等に配布している。また、集会所や自治会館、見守り110番協力店舗の郵便局、商業施設などのカタログスタンドの設置場所を増やしていく取り組みも進めており、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。													
【解釈】	地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を扱うことになるため、取り扱いには充分留意する必要があります。また、相談者等のプライバシーを尊重し、相談や情報収集においては支援をするうえで必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負うものであることを自覚する必要があります。												
①	総合相談対応時の個人情報の第三者への提供にあたっては、「誰」に「どのような情報」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。	○	個人情報の第三者への提供について目的等を説明し、書面での同意を得ている。ただし、電話による総合相談の際など書面での同意が得られない場合は、口頭での同意を得て、記録している。	○	個人情報の第三者への提供について目的等を説明し、書面での同意を得ている。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。	○	総合相談時、個人情報の第三者への提供について目的等を説明し、個人情報保護使用同意書にて相談者の同意を得ている。電話など対面でない場合は口頭で同意を得て、記録に残している。	○	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。	○	個人情報提供においては、その目的等を説明したうえで同意書をとるようにしているが、書面が取れない場合は口頭で同意を確認し、記録するようにしている。	○	個人情報の第三者への提供について目的等を説明し、書面での同意を得ている。ただし、電話による総合相談の際に書面での同意が得られない場合は、口頭での同意を得て記録している。
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。	○	個人情報保護マニュアルを整備している。また、個人情報保護に係る研修を行っている。	○	個人情報保護に関する市の取り扱い方針に従い、プライバシー保護取扱いマニュアルを整備している。個人情報に関する研修を受講し、センター内にて伝達研修を実施している。	○	法人の個人情報保護規定とセンターと市との委託契約時に交わした個人情報の保護に関する特記仕様書を整備し、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特に注意して確認している。	○	新入職員には法人から説明があり誓約書を提出させている。また、個人情報保護に関する市の取り扱い方針の内容と、個人情報の取り扱いマニュアルを新たに作成。マニュアルは職員が随時確認できるようにしている。	○	個人情報保護マニュアルはいつでも確認できるようセンター内に設置している。また、各自eラーニングにて研修を受講している。
③	法人内やセンター内、職員間等で不必要に個人情報が流れていない。	○	面談室に室のパーテーション配置や会議室の活用など、個人情報の保護に配慮した工夫を行っている。機密書類の廃棄については法人に依頼し、個人情報が漏洩しないよう適切に処理している。	○	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の最低限にとどめている。	○	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ついた保管庫に保管するとともに、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、業務上最低限の共有にとどめている。	○	相談室は相談内容が漏れないよう扉で仕切られている。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。	○	相談室は外部から見えないようにパーテーションで仕切り、プライバシーを確保している。複数の相談が重なった時は足元が不自由な方で無ければ2階を活用している。	○	相談者から個人情報が見えないようセンターの机を配置し、相談が重なった場合は2階会議室を利用している。来客時は声の大きさなどに注意している。法人内、職員間において、業務上最低限の共有にとどめている。
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。	○	個人情報は施錠できるキャビネット等に保管している。	○	個人情報が含まれる書類等やパソコンのIDカードは鍵のついた保管庫に保管し、パソコンのデスクトップには個人情報を置かないよう指導している。	○	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し入れ状況を24時間記録している。	○	個人情報は、マニュアルに沿って施錠できる場所に保管している。	○	個人情報は施錠できるキャビネット等に保管している。
⑤	個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。	○	個人情報持ち出し時は、管理簿に記載している。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会						
6. 苦情受付の体制整備が整っているか。												
【解釈】	地域包括支援センターは、要介護高齢者の相談・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。	○	苦情受付の責任者は管理者が担っている。苦情受付者が原則担当者となって、法人所定の報告書に記録を残している。	○	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。	○	受付は職員が対応し、管理者・社会福祉士が責任者となって対応している。苦情受付台帳を作成し記録している。	○	管理者が苦情受付担当、責任者を担っている。また、苦情受付台帳を作成し、対応記録を残している。	○	受付は職員が聞き取り、内容に応じて管理者が担当している。苦情を受けつけた職員が報告書を作成し、管理者が確認している。	○	受付は職員が聞き取り、責任者は管理者が担っている。苦情があれば、速やかに管理者へ報告し、苦情受付書への記録を行い、苦情受付台帳にて記録を残している。
② 苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や職員への周知を行っている。	○	苦情対応マニュアルを整備し、苦情・事故対応の流れを職員へ周知している。	○	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、職員への周知、研修を行っている。	○	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。苦情発生後は法人の苦情報告システムで最後まで対応できているが管理している。	○	苦情マニュアルは職員が確認できる場所に保管している。苦情を受けたら報告書に記載し、職員間で情報共有している。内容に応じて法人へ報告している。	○	苦情対応マニュアルをセンター内にファイリングし、いつでも閲覧できるようにしている。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。	○	苦情対応のフロー図をセンター内に掲示し、説明している。	○	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、説明している。	○	相談室内に、苦情受付及び責任者がわかるように掲示し、説明している。	○	出入口の掲示板に苦情責任者を掲示し、説明をしている。	○	相談室に苦情相談窓口と担当者名を掲示し、説明している。	○	相談場所に苦情相談窓口と担当者名を掲示し、来所者がすぐに関覧できるようにするとともに、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。												
【解釈】	地域包括支援センターは、高齢者の権利擁護や虐待など様々な相談・支援に関わることから、緊急時には職員と連絡がとれる体制を確保しておく必要があります。											
① 夜間や休日における緊急時には、職員と連絡がとれる体制が整っている。	○	職員の緊急連絡網を作成し、緊急時などに必要に応じて連絡が取れる体制をとっている。また、開所時間外は留守番電話となるが、電話の内容が法人の携帯電話に転送され、管理者が内容を確認できる体制をとっている。	○	開所時間外の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。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、休日は留守番電話になっており、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でき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。平日の開所時間外は留守番電話対応にし、土日祝等の閉所時は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。	○	週末は留守番電話で対応し、3連休以上の時は当番がセンター用の携帯電話を持ち帰っている。緊急連絡網を整備している。また、職員のLINE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、事務所以外の場所から管理者・職員等に電話の転送ができるよう設定している。	○	休日は留守番対応、長期休暇は留守電機能によりセンター用携帯電話を案内している。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。												
【解釈】	配置されている専門職の専門性を活かし、サービスの質の向上を図るためには、管理者や法人は、与えられた研修のみならず、研究・事例検討など様々な機会を職員一人ひとりが活用できるよう配慮する必要があります。また、研修等によって得られた知識や情報を他の職員と共有することでセンター全体の質の向上につなげる姿勢が求められます。											
① 法人代表者やセンター管理者は、センター職員がスキルアップのための研修にできるだけ参加できるよう配慮している。	○	センター職員の専門性が高まるよう、相談対応力等の質の向上を図るために、積極的に研修への参加を促しており、法人からの支援もある。	○	オンラインによる研修を受講できるよう法人が仕組みを整えている。研修案内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。	○	法人は研修にかかる費用負担をしており、勤務時間内に参加できるよう配慮している。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が参加の促しをしている。法人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。参加に際しては、勤務扱いとしたうえで受講料・交通費を法人が負担している。	○	研修に関わ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。	○	外部の研修は、研修参加報告書を参加者が作成し、閲覧や朝礼時における共有などを行い、他の職員へフィードバックしている。センター内研修では、オンデマンド視聴にて全員が共有できるように工夫している。	○	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センター内で共有している。	○	研修後は研修記録を作成し、資料と共に回覧し会議等で他の職員へのフィードバックを行っている。	○	センター内会議やセンター内研修時に伝達するとともに、資料及び報告書を回覧し共有している。	○	研修参加後はセンター内会議や、職員が揃っている時にタイミングを見てセンター内で伝達研修し、共有している。また、資料はファイリングして閲覧できるようにしている。	○	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。
③ センターの人材確保や定着を図るため、実習生の受け入れを行っている。	○	保健師、看護師、社会福祉士を養成する各大学・養成校と連携し、実習生の受け入れを行っている。	○	法人が積極的に実習生を受け入れており、実習の一部をセンターで実施している。	○	社会福祉士や看護師の実習生を受け入れている。	○	毎年看護学部実習生の受け入れを行っている。	○	毎年看護学生の実習を受け入れ、公衆衛生看護学を通じ、職員も業務を振り返る機会になっている。	○	看護学生等の実習生の受け入れを行っている。
④ センターの人材確保や定着を図るため、休暇の取得機会を確保している。	○	年次有給休暇の取得の機会を確保しており、全職員が5日以上休暇取得ができている。	○	全職員に向けて、休暇を確実に取得できるよう促している。	○	休暇の取得機会を保障し、年次有給休暇取得に係る年度計画を立て、消化できている。	○	休暇は本人の意向を確認するなどして取得機会を確保している。	○	休暇を取得できるよう、スタッフ間で協力シフト調整している。シフト管理は法人と連携して行っている。	○	休暇は本人の意向を確認するなどして取得機会を確保している。
⑤ センターに在籍する全ての職員に対して、センター又は受託法人がメンタルヘルス対策を実施している。	○	全職員が年1回の健康診断を必ず受けており、必要時に法人がメンタルヘルスを含めた職員の健康に関する相談に応じている。	○	毎年法人が全職員に対しストレスチェックを実施し、同意の得られた職員のチェック結果は法人に提供している。必要に応じて衛生管理者や診療所医師との面談を実施している。管理者・上司との面談を通じ職員の心身の状況を把握するとともに、ストレス軽減に向けての対応を講じている。	○	法人内の所長会議や年2回の全体研修会等を通じて研修を行っている。	○	法人のe-ラーニング等で定期的にメンタルヘルスチェックを行っている。必要に応じて受診勧奨等がなされている。	○	法人ではシステムを通じて、仕事のやりがいや充実度、利用者との共感疲労等によるストレスなどを把握し、人事で必要なサポートをする体制がある。	○	労働安全衛生法に基づき、法人医、委託先精神科医を実施者としたストレスチェックをすべての職員に対して行っている。

	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	大潤会	東香会							
【事業実施計画】(総合相談支援業務)													
1. ネットワーク構築が図られているか。													
【解釈】	地域包括支援センターは、担当圏域にネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者等を見出すことができます。各種サービス、関係機関等へ適切に支援できるようつなぎ、継続的な見守りを行います。更なる問題の発生を防止するためのネットワーク構築も必要となります。ネットワークは構築するだけでなく、既に機能しているネットワークも把握・整理し、定期的に見直すことが必要です。												
①	インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、機能や役割を整理したうえで、暮らしまるごとべんりネットの更新を行っている。	○	ケアマネジャーやサービス事業所、調剤薬局との意見交換などから、地域資源の把握を行っている。また、街かど健康ステーションや第2層協議体等と協働し、随時情報交換することで地域の社会資源を把握し、暮らしまるごとべんりネットの更新を行っている。	○	随時、暮らしまるごとべん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ジャンルごとにファイリングし、紙媒体で提供できるよう準備している。また、独自に総合事業フローチャート及び介護予防・日常生活支援総合事業並びに地域活動の情報を集約した資料を作成し、相談を受けた際に活用している。	○	第2層協議体や自立支援型地域ケア会議で出された情報や利用者から聞いた情報をセンター職員で確認し、暮らしまるごとべんりネット等の情報を更新している。また、業務上地域行事に向いた時に情報収集を実施している。	○	外出時に地域の掲示板などを確認するとともに、民生委員等の地域住民から情報収集し社会資源の把握を行い、暮らしまるごとべん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整理することで、来所者が閲覧できるようにしている。	○	各小学校区のフォーマル・インフォーマルサービスを社会資源として情報収集し、一覧表を作成している。随時更新の上、各種相談等で活用している。暮らしまるごとべんりネットについては内容変更、新規資源があれば、随時追加・更新を実施している。	○	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、随時更新している。暮らしまるごとべんりネットも更新している。
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。(3段階評価)	◎	ケアマネジャーや事業所が抱える世帯の把握した課題について、社会福祉協議会、生活困窮支援の関係事業者、障害福祉事業者等の第8圏域連携会議で検討している。また、第2層協議体・校区福祉委員会等とのネットワークを通じて高齢者のニーズを把握・検討している。	○	老人クラブや地域サロン、市担当課から提供される情報などからニーズの把握を行っている。昨年度設立した住まい地域連絡会を継続開催し、情報交換を通じて高齢者のニーズ把握に努め、対応策につき意見交換している。	○	第2層協議体に参加し、ニーズの把握に努めるとともに、ニーズの検討を行っている。街かど健康ステーションやサロンからもニーズの把握を行っている。	◎	サロン等の地域活動参加時や第2層協議体、介護保険事業所、医療機関、障害福祉事業所、社会福祉協議会などのネットワークからニーズの把握を行っている。「介護者家族の会」を継続的に開催することで、介護者家族と専門職団体との新たなネットワークも構築でき、介護者が抱えるニーズに対してアプローチすることが可能となっている。	○	高齢者のニーズを地域の民生委員や関係機関等によるネットワークからの情報を元に把握・検討し、民生委員、介護事業者、社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー等と連携し、支援できるように対応している。また地域活動の出発時には参加者、校区コミュニティ協議会関係者に対して、地域で気になる事柄の聞き取りや住民等の情報提供の呼び掛けを実施している。	◎	認知症予防の取組の強化というニーズに対応するため、第2層協議体とのプロジェクトにおいて昨年度から取り組んでいる認知症予防のための健康体操に加え、骨密度測定や体力測定、栄養講座を検討のうえ実施している。校区コミュニティ協議会会長と適宜進捗状況を確認しながら、必要に応じて検討し、修正を加えながら取組を進めている。
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。(3段階評価)	◎	高齢者に対する支援の在り方について学ぶ機会を設けたことで、訪問看護ステーションなど医療事業者とのネットワークの強化や連携の改善につながっている。また、多様な事業所(診療所・薬局・ケアマネジャー等)が参加している管理者連絡会は、職種を広げたことで参加者の増加につながり、ネットワークが拡大している。	◎	住まい地域連絡会を継続開催し、情報交換の場を設けている。また、認知症高齢者の対応について、金融機関を訪問しての協力依頼や、担当ケアマネジャーとセンター職員が近隣のスーパーを訪問し、意見交換を行うなど高齢者見守り110番協力店舗への巡回訪問を行い、ネットワークの維持・改善に努めている。新規開設した医療機関に挨拶に伺い、待合室懇談会開催に繋げている。	○	各校区の民生委員との交流を実施し、民生委員のブロックの集まりなどでニーズの把握を行い、ケアマネジャーの参加もあり、具体的な支援について意見交換を行っている。	○	見守り110番協力店舗への継続的な訪問や地域活動、民生委員定例会等に参加したり、出前講座を行うことで地域住民等との関係性を強化し、ネットワークの維持・改善に努めている。	○	各小学校区の校区コミュニティ協議会及び連携する関係機関に対し、各小学校区で開催される行事やサロン、第2層協議体への参加、年4回発行の広報紙を通じて意見交換やセンターの活動報告等を行うことでお互いに顔の見える関係性を維持し、連携しやすいよう努めている。店舗や施設、新しい事業所などには足を運び連携が取れるようにしている。	◎	第2層協議体から挙がった課題を解決する為、昨年度立ち上げたプロジェクトでは、共に課題を共有しながら支援する体制の構築を展開している。今年度開催の校区コミュニティ協議会の災害に関するイベント等でプロジェクトメンバーが中心となる等、地域福祉の課題から災害まで、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支援高齢者を支援している。(3段階評価)	◎	圏域内の事業所と大阪保護観察所や大阪精神医療センター、保健所との連携がより円滑になるよう働きかけ、多様な関係機関との連携から高齢者支援の充実につながっている。第8圏域連携会議に居住支援法人の担当者が新たに参加したことで、居住問題を抱える高齢者への相談体制が構築され、居住問題を抱えた高齢者の支援に役立てることができている。	◎	民生委員や地域住民、UR都市機構、金融機関、医療機関、見守り110番協力店舗等と連携し、見守りネットワークを活用して支援している。認知症高齢者の対応について金融機関と情報共有を図り、必要に応じて警察等とも連携を図るなどの対応している。	◎	民生委員からの報告や相談もありその都度健康訪問や個別対応を行い支援につなげている。特に認知症対応や一人暮らしの対応に関しては地域・ケアマネジャー・医療機関との連携でスムーズに支援を開始している。一人暮らしの方で動けない方や主治医がいない、団地から移動できない方への対応では近隣の医師が往診してくれるなど、社会資源とネットワークができています。	◎	民生委員等の地域住民、市担当課、保健所、社会福祉協議会、医療機関、近隣店舗、金融機関など地域のネットワークを活用し、連携しながら要支援高齢者を支援している。	○	地域住民、民生委員、医療機関、街かどデイハウス、社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー等からの情報提供のあった気になる高齢者に対し、協力を得ながら訪問を基本とした実態把握を実施している。民生委員、医療機関、社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー、介護保険事業者、市の各機関等と協働しながら必要な支援を連携して実施している。	◎	見守り110番の協力店舗である郵便局や金融機関から情報提供で、認知症の症状が疑われるケースでは、まずは情報を整理するとともに、店舗へ伺い情報提供者へ再確認し、今後の対応についても調整した後、本人への支援を実施している。
2. ネットワークを活用し実態把握を行っているか。													
【解釈】	地域包括支援センターは、ネットワークを活用しながら様々な手段により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。常に高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となり、「早期発見」「早期対応」につながり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。												
①	隠れた問題やニーズを早期発見するために、高齢者の個別訪問を行うなど必要に応じて、アウトリーチによる相談・対応をしている。(3段階評価)	◎	訪問を行っても支援拒否がある高齢者に対しては、訪問を繰り返している。加えて、地域住民や関係機関から情報収集するなどしてアセスメントを実施している。また、健康課題が見受けられる場合は、訪問診療医や保健所等と連携してアウトリーチを実施している。訪問を繰り返したことで、医療機関の受診や介護保険のサービスにつながっている。	◎	訪問について本人の同意を得られないケースにおいては、巡回訪問を名目とした対応をとっている。また、虐待リスクのあるケースにおいては、市担当課の職員とセンター職員が自宅訪問したり、受診先の病院を訪問するなどアウトリーチによる実態把握を行っている。	○	民生委員との交流や、近隣住民からの相談等を受け「健康訪問」と位置付けての個別訪問を行いアウトリーチによる相談・対応を行っている。	◎	出張相談等に向いたり、体操教室等を開催することなどアウトリーチを行っている。また、民生委員等の地域住民から情報提供を受けて訪問することもある。その中で、民生委員からの相談を受けて身寄りのない認知症一人暮らし高齢者宅を訪ねることで、緊急的な支援が必要であることを確認し、医療機関へのつなぎ支援等、関係機関と連携して対応している。	○	地域から入る情報に基づき必要に応じて個別に連絡や訪問対応を行い、状況確認、必要な支援の提案を実施している。また各小学校区で開催されるサロン、行事等に参加し出張相談を行い、支援の必要な高齢者の早期発見に努めている。	◎	認知症の疑いがある方についての民生委員からの相談ケースでは、民生委員の協力の元、自宅訪問して実態把握を行い、介護保険の申請とサービス利用の提案を行い、年齢のことも考慮し、社会福祉協議会に繋いだ。早期発見の手段として、地域で開催中の介護予防教室に早期発見機能を持つよう図り、同じ機能を持った団体が揃えるよう、活動団体の立ち上げも支援している。
②	様々な社会資源や関係機関等から情報収集を行い、高齢者の心身の状況や家族の状況等について実態把握を行っている。(3段階評価)	◎	第2層協議体において、健康状態不明者の状態把握について説明し、早期発見につながるアプローチ方法の検討や脆弱高齢者に関する情報収集を行っている。また、自治会や民生委員・地域住民だけではなく金融機関等からも情報収集を行い、アウトリーチを繰り返して予防的対応となるように努めている。	◎	家族や民生委員、地域住民、医療・介護関係機関、社会福祉協議会、地域の社会資源、UR都市機構、警察、金融機関、司法関係者、見守り110番協力店舗等と連携し、実態把握に努めている。センターからの直接的な介入が難しいケースにおいては、かかりつけ医や民生委員など必要な関係機関との連携を図り、状況に変化があれば連絡がもらえるよう依頼するなど連携を図っている。	○	民生委員や老人会からの情報、タクシー会社からの通報や郵便局等金融機関からの相談してもらえるよう努め、同行訪問を行うなど適切に対応を行っている。また、病院との連携で早急な病状把握や帰宅後の対応もスムーズにできている。	◎	民生委員等の地域住民や見守り110番協力店舗、介護保険事業者、医療機関等の関係機関と連携し情報収集を行い、実態把握を行うことで、在宅生活の限界がみられた事例では施設入居支援・成年後見制度利用に向けた支援を行っている。	○	高齢者に関わっている民生委員や介護事業者、医療機関等のネットワークを活用し実態把握を実施している。	○	郵便局からの認知症疑いの相談ケースでは、現地に赴き介入を試みるも対象者が拒まれたため、地域での見守り支援を見据えて自治会長と民生委員に情報確認と実態把握のための訪問を行い支援している。

	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	大潤会	東香会							
3. 適切に総合相談業務が実施されているか。													
【解釈】	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ります。												
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。(3段階評価)	◎	民生委員や近隣住民、金融機関等様々な関係機関から通報や相談があり、高齢者との信頼関係を構築しながら、必要に応じ長期間にわたり支援を続けている。孤立・孤独のケースについては伴走支援を行い、本人の自立生活の継続に向けた環境を整えるために必要な関係機関やニーズに合ったサービスにつないでいる。	◎	相談があれば関係者から情報収集を行い、実態把握に努めている。必要に応じて医療機関やひらかた権利擁護成年後見センター、コミュニティソーシャルワーカー、自費ショートステイ等の関係機関へ繋いでいる。医療機関への通院が困難なケースにおいては、認知症初期集中支援事業や訪問診療へ繋ぐなど柔軟に対応している。	○	相談者の話を聞き主訴を明確にしていくことはできている。介護保険申請の相談においては、街かど健康ステーションや各校区の行事、サロン等を紹介するなど介護予防を意図している。	◎	相談内容によっては速やかに実態把握を行い、民生委員等の地域住民や医療機関などと連携し支援している。家族間で意見が分かれた事例では、各種サービスや制度についての概要説明に加えて、それぞれのメリットやデメリットなどを情報提供したうえで、本人、家族がより深く考えることができるよう支援している。	○	関係する機関の紹介にとどまらず、必要性や要望の内容に応じて関係機関への連携を実施している。本人のみならず家族、民生委員等、様々な関係者から話を聞き信頼関係の構築に努め、相談内容に応じたサービスを紹介している。	◎	相談があれば速やかに実態把握を行い、相談内容に即したサービスや制度について提案、関係機関への繋ぎを行っている。すぐに解決に至らない相談については、相談者へ支援経過を報告する事で信頼関係構築に努めている。一人暮らし高齢者で仲間を作っておしゃべりしたいと相談があったケースでは、地域主体の介護予防事業への参加や地域のサロン等の地域情報を提供し、民生委員に繋ぎ、地域への参加ができるよう支援を行っている。
②	家族介護者に対する予防的な取組（ニーズに応じた情報提供や家族介護者会の実施等）を行っている。(3段階評価)	◎	認知症カフェの参加者の声から、新たに家族会が発足した。発足にあたりセンターは後方支援を行っている。広報紙やさまざまな制度に関する情報等を提供し、認知症ステップアップ講座を受講してもらおうなどの支援もしている。	◎	家族が勤務により多忙であったり、諸事情により介護力が不十分な場合は、介護保険制度や障害福祉制度など活用できるサービスにつき情報提供するほか、必要に応じて自費ショートステイやコミュニティソーシャルワーカー、ひらかた権利擁護成年後見センター、認知症カフェなどの関係機関に繋ぎ、関係機関に働きかけて見守りネットワークを構築するなど、家族の介護負担の軽減に努めている。	○	家族から相談があった時は、自宅で行える運動の紹介や介護保険サービスに繋げるなど、ニーズに応じて対応している。また、利用者家族に対して、「介護予防運動教室」のチラシの配付や街かど健康ステーションの活動の紹介を行っている。	◎	令和4年度から年2回、継続的に介護者家族の会を開催しており、家族介護者の思いや不安点を開催事務局である介護保険事業所、医療機関等も含めて聞き、必要に応じて助言を行っている。	○	家族が置かれている状況を把握し、必要と思われる支援についてはパンフレット等で随時情報提供している。ニーズに応じ近隣圏域の認知症カフェや介護者の会、認知症専門外来等についても情報提供している。	◎	家族介護者支援に対して、家族の集いや研修等の案内、介護離職・仕事と介護の両立、8050問題や生活困窮、認知症、ヤングケアラー等の情報をまとめたファイルを作成し、情報提供を行っている。また、圏域のケアマネジャーに向けて家族介護者支援についての研修や資料等の情報を発信している。
③	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。	○	初期段階の相談は相談受付票の供覧等により職員間での情報共有を図り、チームとしての的確に状況を把握できるようにしている。緊急時は原則1人での判断はせず、2人以上で決めるように業務フローで定めている。	○	初期段階での相談については、情報収集を経て虐待の可能性や安否確認の必要性につき検討し、早急に介入するかを判断している。	○	初期段階の相談では、緊急性の判断を管理者、専門職で判断し、対応している。訪問が必要な場合は、2人体制で訪問するとともに、民生委員や地域住民との関わりがないか確認し情報を収集するようにしている。	○	毎日の朝礼や随時のミーティングで相談内容を共有し、複数職員で緊急性や適切な対応について協議し対応している。	○	総合相談において緊急性を要する、または支援困難事例である可能性の高い相談はセンター内で内容を共有し、支援の方向性を2名以上の職員で相談の上、できるだけ訪問することで初期対応を実施している。	○	相談を受理した職員は、ニーズを把握した上でアセスメントを行い、適切と思われる情報を提供している。緊急性の判断については複数の職員で行っている。
④	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。(3段階評価)	○	認知機能の低下で金銭管理が困難になっている高齢者に対しては、その人の尊厳を尊重しながらこれまでの生活歴、次のライフステージに配慮した生活の再構築のための適切な支援等について、センター内での定例会議において検討しサービス利用の調整や継続支援を実施している。	◎	8050世帯においては、ケアマネジャーや社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー、市担当課、医療・介護関係機関と連携を図り、ネットワークを活用して継続した支援をしている。定期的なサービスに繋がっていかなくても継続的なフォローが必要と判断したケースにおいては、電話等の方法により現状把握に努めている。	○	介護保険サービスを受けるだけでなく生きがい等も配慮し、「その人らしい」生活が出来るよう支援している。街かど健康ステーションからの情報提供があった場合、医療に繋がったり、自宅訪問をするなどの連携を行っている。	◎	本人の生活歴や強み、地域との関係性の把握に努め、課題整理・スクリーニングを実施している。身寄りのない一人暮らし高齢者の支援事例では、医療や介護サービス、各種制度へのつなぎ支援を行った後も支援ネットワークを構築し、専門的・継続的に支援している。	◎	相談時にはバックグラウンドや意向の把握を行い、その意向に沿った支援が出来るように関係機関と情報共有を行い、協働しながら支援を実施している。また、継続支援にあたっては本人の意向に沿った支援が継続できているか適宜モニタリングも実施している。	◎	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行い、その結果をもって地域での健康体操教室への参加及び自治会への入会、サロンへの参加に繋ぎ、継続的に参加状況を確認するなど、本人に対しての支援と地域での体操等の取り組みが継続できるように地域への支援も行っている。
⑤	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。	○	相談記録は随時システムに入力し、新規相談は相談受付票を供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。	○	相談記録はできるだけ早期にシステムに入力するようにしている。誰が見てもわかるような記録をし、進捗状況も記入するようにして次の相談がスムーズに進むようにしている。毎朝のミーティングで確認を行い、どの職員でも対応できるようにしている。	○	相談受付後、相談記録は速やかにシステムに入力し、対応した職員以外でも相談に対応できるようにしている。	○	相談記録は早急にシステムに入力し、朝礼時に共有することで、どの職員でも対応できるようにしている。また、支援困難事例等の長期対応が見込まれるケースは別途ケースファイルを作成し、状況の確認を容易にしている。	○	相談記録は速やかにシステムに入力し、朝礼や終礼等で情報共有を行い、再相談時には、どの職員でも対応できるようにしている。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
4. 生活支援の体制構築が図れたか。													
【解釈】	医療、介護のサービス提供だけでなく、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦紹介所、商工会、民生委員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に行っていくことが重要です。元気づくり・地域づくりプロジェクトの取り組み内容の共有や、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り組み体制の整備・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。(3段階評価)	○	「身近な場所に高齢者の居場所が欲しい」という地域課題の解決に向けて、地域にある子どものための居場所は、高齢者にとつての居場所にもなり得るものであるとの相互理解を図り、課題を共有し、子どもも高齢者も参加できるように合意形成を行っている。	◎	サロンへの参加や第2層協議体を通して、地域の抱える課題について把握、共有している。課題抽出シート等の作成をしているほか、他の校区でも課題を共有して課題解決に向けた助言などを行っている。センターがファシリテーターとして第2層協議体の進行し、元気づくり活動の実現につながっている。また、第2層協議体の設置されていない校区においても、校区長や地域のキーパーソンを通じて校区の取り組みについて助言するなどの活動支援を行っている。	○	第2層協議体などの取り組みや自立支援型地域ケア会議で出された地域課題などを整理し計画を立てている。公的な施設がなく、枚方市駅付近で実施する教室等に選んだため行きづらいという課題には、新たな地域資源の創出に取り組む予定である。	◎	地域課題解決のため令和4年度に「介護者家族の会」を立ち上げ、継続的に開催するとともに介護経験のある地域住民にも参画してもらっており、計画的に発展していくよう工夫している。	○	年度初めに事業実施計画を立て、計画に基づき地域と共に元気づくり・地域づくり会議など活動や取り組みを行っている。	◎	第2層協議体から抽出された地域課題に対して、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、認知症サポーター養成講座及び認知症講座を開催している。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)で展開している。今年度は、骨密度測定会、体力測定会、栄養講座、健康体操等を計画・実施している。また、「移動販売による買い物・健康づくりの支援」を圏域内15か所で開催している。
②	担当する圏域内の協議体に参画し、助言や技術的支援などにより、活動や取り組みの支援を行っている。(3段階評価)	○	第2層協議体すべてに事務局として参画している。第2層協議体が主催するイベントのポスターの作成支援や、居場所への参加を促すはがきの作成、発送といった支援や、居場所での介護予防に関する助言を行うなどの後方支援を行っている。	◎	第2層協議体の事務局あるいは構成メンバーとして参画し、取組みへの助言を行っている。第1層協議体の取組である「ひらかた☆いすプロジェクト」について情報提供し、第2層協議体から地域に発信したことで、実際に椅子の設置に繋がったり、関心を持った地域住民からの問い合わせがあるなど、地域課題の解決に向けた取組みが広まってきている。	○	全校区の第2層協議体に参加している。地域の実情を把握しながら取組みや活動の支援を行っており、高齢者元気づくり健康づくり事業や、健康教室の開催につながっている。地域住民に街かど健康ステーションや高齢者居場所、サロンについて、広報紙を通して紹介している。	○	地域の会議や行事に積極的に参加したり、第2層協議体では他校区の活動状況を提供することで、新たな取組についての助言など、専門的な支援ができるよう努めている。	○	3校区の第2層協議体に事務局会議から参画している。ある校区において、2か所の公園で実施しているひらかた元気づくり健康づくり事業、当日の体操指導の他、握力測定評価を実施しており、モチベーションの維持に繋がるよう前年度の測定値に加えその人に合わせたメッセージを書き添えたカードを保健師職が作成、お声掛けして配付している。	◎	第2層協議体に参画し、地域課題を解決するための取組みについて、意識してもらえるよう働きかけ続けている。地域から挙がった課題「認知症」に対して第2層協議体と連携しながら取り組みを行っている。居住地から歩いていける場所で「フレイル」「認知症」に対しての取り組みが行える活動団体が揃えるよう支援しており、校区全体に拡大している。また老人会・自治会の会員増員及び活性化プロジェクトを企画し、第一弾としてIT化の推進で高齢者スマホ教室(スマホ決済・LINEの利用)を行っている。
③	担当する圏域内の協議体と医療・介護連携にかかる会議等との連携や調整を行い、具体的な課題共有や課題解決を連携して行っている。(3段階評価)	◎	第2層生活支援コーディネーターに個別地域ケア会議や医療職との多職種連携研究会への出席を依頼し、圏域における課題共有を行うとともに、地域連携の促進を図っている。また、ひきこもりネットワーク会議へ第2層生活支援コーディネーターとともに参加することで、多様な支援体制の連携が促進されている。	○	センターと民生委員が第2層協議体と多職種連携研究会の構成員となっており、双方の地域課題を把握している。	○	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一般市民向けの研修などの案内を知らせている。また、地域ケア会議や多職種連携研究会で把握された課題の共有を行っている。	○	第2層協議体や事業所連絡会等で課題共有し、課題解決に向けた提案や取組を行うよう努めている。	◎	第2層協議体の課題である「認知症」に対し、近隣の病院と連携し認知症カフェを開催している。第2層協議体メンバーに加え、新たに校区コミュニティ協議会・市担当課を交えて地域と課題の共有と連携を図るための会議を開催している。地域の防災訓練に参加するなど、今年度はさらに連携を強化している。	◎	多職種連携研究会から抽出された地域課題(災害時対応)の解決に向け、事務局である地域の医療機関や介護保険事業所に加え、新たに校区コミュニティ協議会・市担当課を交えて地域と課題の共有と連携を図るための会議を開催している。地域の防災訓練に参加するなど、今年度はさらに連携を強化している。
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。(3段階評価)	◎	第3層生活支援コーディネーター養成研修を実施している。研修では、第3層生活支援コーディネーターとしての役割を地域で遂行するために必要な地域課題の抽出やそれに対する具体的な取組みの検討ができるようグループワークを行っている。また、研修を修了した方への継続育成として、自立支援型地域ケア会議へ出席してもらい、実際の地域課題に対して具体的に取組めることについて考えを深め、実行していくきっかけ作りを行っている。	◎	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターを中心に圏域内の居宅介護支援事業所間で座談会を定期的開催するようになったが、その中でひらかた☆いすプロジェクトに限らず、実現には至らなくても、日頃の小さな活動が第3層生活支援コーディネーターの第一歩として展開していくということの意識付けを行っている。自立支援型地域ケア会議や事例検討会を通じて、地域課題の抽出や資源開発の視点などを持つよう促し、第3層生活支援コーディネーターとしての発想を持つよう働きかけている。	○	圏域内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーの入れ変わりを随時把握している。ケアマネジャーの人数が減少しているため、今後は枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと共に研修を実施する予定である。	◎	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、事例検討会を開催しながら第3層生活支援コーディネーターの継続的な育成を行っており、必要に応じて育成研修も行っている。	◎	各居宅介護支援事業所に一人は第3層生活支援コーディネーターが所属するよう第3層生活支援コーディネーターの育成を行っている。コーディネーター養成研修では元気づくり・地域づくり会議についての状況を報告し、活動協力も依頼している。	◎	「全員取得を目指して！圏域内で第3層生活支援コーディネーター研修」を実施した。内容について、研修教材に加え、近年の情勢や生活支援コーディネーターの視点も取り入れるなど、より取り入れやすい内容にまとめている。また、修了者には圏域の居宅介護支援事業所連絡会にて、具体的・実践的な取組みとして「白い椅子プロジェクト」を圏域のケアマネジャーと共に活動し、継続した育成、ステップアップを図っている。

	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	大潤会	東香会							
【事業実施計画】(個別地域ケア会議)													
1. 個別地域ケア会議(個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議)													
【解釈】	<p>地域ケア会議の目的は、以下のとおりです。 ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、(i)地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 (ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 イ その他地域の実情に応じて必要と求められる事項 なお、地域ケア会議はひとつの手段であり、かつ地域包括ケアシステムもひとつの体制であることを再認識し、それぞれを実施や構築することを目的化することなく、すべての活動は地域の高齢者を始めとする住民が尊厳を保持した生活を地域で継続できることを目指していることを忘れてはなりません。</p>												
①	個別ケースの支援内容の検討を通じ、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	○	個別地域ケア会議及び自立支援型地域ケア会議を実施し、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の支援を行っている。	○	定期的な自立支援型地域ケア会議を実施し、ケアマネジャーおよび薬剤師等にも参加してもらい、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。	○	自立支援型地域ケア会議を定期的開催している。事例担当者だけでなく、圏域のケアマネジャーやサービス事業所、薬剤師にも参加してもらい、助言や検討内容等について各事業所で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では、事例は圏域の居宅介護支援事業所が偏らないようにケースを選定し、自立支援の視点をケアマネジャーと居宅介護支援事業所と共有している。また、見学者として圏域の薬剤師に加え、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ている。	○	自立支援型地域ケア会議では、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクトを事務局側を迎え実施している。会議前の準備会議を2か月間かけて実施し、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクトと当日の事例提供者である委託先のケアマネジャーが参加し、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となっている。さらに、今年度は新規に開設された居宅介護支援事業所の管理者を中心に計画している。
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。(3段階評価)	◎	第8圏域連携会議内で、ケアマネジャーの抱える8050事例について事例検討会を実施し、具体的な連携の取り方を学んでいる。身寄りのない高齢者でサービス拒否がある場合、不調等の早期発見が課題となるため、関係機関や住民との情報共有を行っている。また、高齢者の状態把握のため、地域との協働体制を構築している。	◎	自立支援型地域ケア会議にて、地域課題の抽出、解決策の検討を行っている。また、総合相談における個別ケースを通じて、地域課題の把握を行っている。抽出した地域課題につき、圏域地域ケア会議で報告し、課題解決に向けた意見交換を実施している。また、地域課題として抽出した「8050問題」をテーマに多職種連携研究会を開催している。	◎	自立支援型地域ケア会議では、毎回10名以上のケアマネジャーや薬剤師の参加がある。個別ケースの支援内容の課題分析を行い、地域課題を抽出し、解決策を検討している(クールオアシスプロジェクト等の居場所づくり、ひらかた☆いすプロジェクト等の居場所づくり)。圏域のケアマネジャーのケースについても検討している。	○	個別ケースの検討を通じて抽出された地域課題(担い手の高齢化と不足・身寄りのない一人暮らし高齢者の増加)について、第2層協議体や多職種連携研究会等で今年度検討する予定である。	○	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各団体の既存の活動を活用している。令和7年2月には認知症サポーター養成講座を実施予定であり、課題解決に向けて取り組んでいる。	◎	高齢者世帯で老々介護を続ける中で、介護負担が増し、アルコール依存に至り、虐待につながる可能性があるため、個別地域ケア会議を開催し、高齢者世帯で介護が必要な方が地域で暮らし続けていくために、担当ケアマネジャー及びサービス事業者に会議に参加してもらっている。また、今後サポート体制の一員となる市担当課や保健所、訪問看護師、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクト等の各専門職にも参加してもらい、地域課題の解決に向けて検討を行っている。
③	検討した個別事例を、一定期間モニタリングを行い、評価や方針の修正を行っている。またモニタリング結果を会議の参加者等に情報提供している。(3段階評価)	◎	検討した個別事例は、継続してモニタリングを行っている。会議の中で一定の方針が示された場合には、経過を実務者と共有している。自立支援型地域ケア会議においては、半年後の開催を行っている。個別会議は、モニタリングを実施し、参加者等に情報共有している。	◎	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うとともに、モニタリング結果を参加者に報告している。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の検討結果については、ケースに応じた適切な期間にモニタリングを行い、参加者に情報提供している。報告書に次回のモニタリングの予定を記載するようにしている。	◎	自立支援型地域ケア会議では可能な限り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している。	◎	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、進捗状況を確認している。会議の出席者にもケースに応じて報告を行っている。確認した状況から、新たな方針の修正も随時行うようにしている。	◎	今年度の自立支援型地域ケア会議では、新規居宅介護支援事業所のケースを中心に選定し、会議終了後一定の期間のモニタリング及び評価を行い、必要に応じて方針の修正等も行っている。また、会議参加者とモニタリングの結果を情報共有している。
④	センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○	検討事項をまとめ、参加者間へ送付し会議内容を共有している。	○	自立支援型地域ケア会議後に課題整理シートを作成している。また、事業所向けに結果報告を作成し配付している。	○	自立支援型地域会議においては、検討事項のまとめを作成し参加者に報告している。	○	地域ケア会議では検討事項をまとめ、参加者間で共有するとともに、開催後速やかに議事録を作成している。	○	事例を共有シートにまとめ、検討事項や今後の方向性、地域課題へ落とし込めるようにしている。	○	会議終了後には、当日参加したケース担当ケアマネジャーや事務局側として参加している枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンタクトに地域ケア会議の実施記録を提供している。また、センター職員には会議の情報共有を行っている。

	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	大潤会	東香会							
【介護予防ケアマネジメント】													
1. 介護予防ケアマネジメント (介護予防・日常生活支援総合事業)													
【解釈】	介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです（法第115条の45第1項第1号）。介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、自立支援の視点によって、今後、対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有するとともに、対象者自身の意欲を引き出し、自主的に取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。既存の資源は何かあるのかを把握し、活用するとともに、不足する資源を把握し創出に向けた取組につなげていくことが求められます。												
介護予防・生活支援サービス事業におけるケアマネジメント													
①	自立支援の視点に基づき、一定期間取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうかが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。(3段階評価)	◎	ADLや健康状態に応じて、歩く距離、時間、運動の回数など実行可能かつ具体的に評価できるだけでなく、利用者自身が達成状況を実感できるような目標を設定することで、利用者により合わせた継続的に支援を行っている。また、自立支援のサービスや支援が必要だが利用に繋がらない方などを一覧にまとめ、定期的なモニタリングから健康課題や生活課題を整理し、センター内で定例会議において職員間で共有し意見を出し合うなど、継続的な支援につなげている。	◎	予後予測を行いながら自立支援の視点に基づき本人の潜在能力を引き出せるよう面談を行い、具体的に実現可能な目標を設定している。長期プランについては経験年数の少ない職員や判断に迷うケースについては複数の職員で協議し、ガイドラインの根拠に基づき判断し、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するとともに、管理者が進捗状況を管理している。	○	基本チェックリストを活用してアセスメントを行い、状況を把握した上で、利用者の具体的な実現可能な本人の強みに寄り添った目標について話し合っており設定している。また、サービス担当者会議で情報を共有し、課題を整理することで、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とした上で利用者と共に共有している。また、目標を数値化することで評価しやすくしている。	○	アセスメントを行い、利用者、家族等と話し合った上で、利用者が活動的な生活を取り戻せるように、具体的な参加の場や距離など、わかりやすく具体的な目標を設定するよう心がけている。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。	◎	生活不活発が招くリスクについて、対象者に説明することで自発的な行動を促し、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している。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」や各種測定会、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」「ひらかた夢かなえるエクササイズ」などインフォーマルサービスにつなげている。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・増進に向けた取り組みを行うための支援を行っている。(3段階評価)	◎	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情報発信として広報紙を発刊し、校別に自治会や民生委員へ提供している。また、高齢者元氣はつらつ健康づくり事業や地域へ出向く際には個別で配布している。生活習慣病等の発症予防・重症化予防のために日常生活で取り組める内容を「頭から足先まで」というテーマで連続性のある記事として発信することにより、生活習慣病やフレイル予防の必要性を呼びかけ、健康増進への意識が高まるよう工夫を行っている。	◎	プランの中でセルフケアを明確にしている。整理し、かつ更新した社会資源情報をファイリングし、活用できるようにしている。また、作成した介護予防フローチャートの活用や健康に関するチラシを配布することで、高齢者が自ら介護予防や健康の維持・増進に向け取り組めるように支援している。地域活動に参加する時は、必要に応じて同行したり、地域のキーパーソンとなる人につなげている。	○	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・日常生活支援総合事業について説明して理解、意識づけを行い、自ら健康増進に取り組めるようにしている。リハ職行為評価事業修了者に対し、電話にて状況確認を行い、必要に応じて一般介護予防事業などの情報提供を行うなど支援している。	◎	月1回ひらかた元氣くらわんか体操十介護予防に関する健康講座の教室を開催している。参加者が自ら介護予防に取り組めるように日常生活に取り入れることのできる講座内容とし、資料を配布して自宅でも振り返りができるようにしている。また、希望者にはひらかた元氣くらわんか体操のCD・DVDを配布している。	○	利用者自身がフレイルについての正しい知識をもち予防に取り組めるように、生活べんり帖や、介護予防大作戦の冊子、センターで作成している「健康ワンポイントアドバイス」などを活用し、普段の生活の中でできる介護予防の取り組みを意識付けした上で必要な支援を行っている。リハ職行為評価事業も積極的に活用している。	◎	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。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し、さらに各自治会の住民を対象に同じ内容の講座を開催している。
③	自立支援の視点に基づき、適切な支援ができるよう地域包括支援センター内での課題検討等の取り組みを行っている。(3段階評価)	◎	自立支援型地域ケア会議の準備段階で、センター内で検討し課題抽出を行っている。また、委託先のケアマネジャーのプランをチェックする際にも、自立支援の視点をもって取り組んでもらえるよう、個別指導を行っている。自立に向け一般介護予防事業や地域の居場所等へつなぐ場合、利用者の状況に応じて内容やタイミングを検討しており、センター内で随時相談・検討を行っている。	○	常に意識を持って自立支援の視点に基づき支援している。初回アセスメント時や方向性を決定する時は朝礼で共有し、自立支援に資するように課題検討している。	○	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、情報共有している。また、自立支援型地域ケア会議にて自立支援に向けた課題検討をしている。	○	朝礼、ケース検討(必要に応じて)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必ず、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。	○	センター職員が輪番制でそれぞれの役割を持ち、自立支援型地域ケア会議を開催している。会議には薬剤師、近隣の病院の看護師や医療ソーシャルワーカーにも出席しており、多方面からアドバイスをもらっている。会議後は振り返りを行い、参加できなかった職員にも内容をまとめて回覧している。	◎	自立支援型地域ケア会議では、新規居宅介護支援事業所の管理者を多く選定し、自立支援の視点に立ち、より適切な支援が行えるよう図っている。枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターをファシリテーターに迎え実施している。会議後はセンターの全職員にその内容を報告・回覧し、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。(3段階評価)	◎	収集した地域の活動情報についてはその都度供覧し、一体的に活用できるようにしている。サービス利用希望者に対して、一般介護予防や地域の居場所を情報提供している。必要時には、情報提供にとどまらず、初回参加時の同伴や定期的な利用状況の確認など、継続利用ができるよう支援している。	◎	「ここから介護予防教室」及び「教室型通所事業」を馴染みある地域の活動場所として積極的に情報提供している。「ここから介護予防教室」は利用に至っており、実際に見学し運動内容や参加者の身体状況を把握し、その後の教室参加に繋がれるよう取り組んでいる。また、既存の自主活動グループについて、コロナ禍前後で内容が変わっているため、取り組み情報を更新している。情報を一括に集約することで一体的に組み合わせ支援ができるようにしている。	○	介護予防・日常生活支援総合事業の冊子等を用いて一体的に組み合わせながら支援している。地域のインフォーマルサービスから情報収集を行い、多様な地域の情報を把握し情報提供することで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。インフォーマル、フォーマルサービスの説明、提案を行い、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介護予防・日常生活支援総合事業のファイルを作成し活用している。「移動販売による買い物・健康づくりの支援」、各団体が作成されている案内チラシ等についても追加して情報提供している。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提案している。
⑤	初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。	○	初回の介護予防ケアマネジメントはセンター職員が行っている。

	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	大潤会	東香会					
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。(3段階評価)	○	◎	○	◎	◎					
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。(3段階評価)	◎	◎	○	◎	◎					
⑧	高齢者元気はつらつ健康づくり事業等の介護予防や健康づくりの推進のための取組みを企画する場合は、事業の目的に沿った目標を設定するなど企画内容を評価できる仕組みを意識している。(3段階評価)	◎	◎	○	○	◎					
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。(3段階評価)	◎	◎	○	○	◎					
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。	○	○	○	○	○					
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。(3段階評価)	○	○	○	◎	◎					
	地域での体力測定会や出前講座等の際に介護予防や健康増進に係る情報提供を行うとともに、体力測定の結果や参加時の様子で気になる方については個別に質問し状況把握を行っている。また、基本チェックリストを活用し、気になる方については個別に助言を行っている。		出前講座時のモニタリングや新規自主グループでの継続支援講座で基本チェックリストを実施し、虚弱高齢者の把握に努めている。その後、課題のある虚弱高齢者に対しては、電話や訪問で体調や生活の様子を確認し、別の介護予防教室の案内や必要に応じて介護申請を行うなどの支援を行っている。医療機関から情報を得て、気になる高齢者への対応を随時検討している。		広報紙の配布時に民生委員や自治会などから情報を収集し、虚弱な高齢者の把握に努めている。また、情報提供があった場合には必ず情報提供者、または複数職員で訪問を行い把握に努めている。		毎月認定率を確認し、地域の元気高齢者率を把握している。民生委員等と日頃から相談してもらいやすい関係を築き、必要があれば迅速に対応・訪問等を行っている。		老人会サークルや校区自治会に対して、センターの周知活動を行い、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げたり、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している。		定期的に地域の活動の場へ訪問し、元気づくり・地域づくりプロジェクトで企画している体力測定・認知症気づきチェックリストに加え、骨密度測定や栄養講座等を実施し、早期発見・早期対応ができるようにしている。また、地域で活動している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。
	健康増進・介護予防のために日常生活で取り組める内容を「頭から足先まで」というテーマで連続性のある記事とし「いつまでも元気にみどり通信」を発信することで関心を高め、セルフケアに取り組みやすいよう情報発信をしている。また、来所相談時や地域の情報提供をする際に、居場所での取組内容や一般介護予防事業、認知症カフェ等を紹介し、参加を促す中で、相談者本人が住んでいる場所から通いやすい場の接続が行えるように支援している。		活動性が低下している高齢者に対し、対象者自らが自己の課題を明確にして積極的に参加できるように、一般介護予防事業や地域の活動の場を示した地域の特性を生かしたフローチャートを作成している。また、一般介護予防事業や地域の活動の場についての情報を更新し、集約した情報を基に対象者自らが選択して適切な活動場所に参加できるような支援に繋がっている。来所相談時に高齢者や家族に対して介護予防フローチャートを示し、活動場所の資料を基に自ら選択することで、意欲的に参加できるよう支援している。		毎月広報紙を地域で回覧し、一般介護予防事業や街かど健康ステーションの案内、セルフケアを継続できるような内容を提供している。個別の相談や問い合わせがあった際に適宜情報提供をしている。		総合相談の際に相談内容に応じて一般介護予防事業の紹介もしている。また、地域の居場所等に自ら通えるよう、同行や代表者との顔つなぎを行っている。		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、生活べんり帖、「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。近隣の通いの場の情報を伝え、必要に応じて同行している。		一般介護予防事業や地域の活動への参加を提案している。地域での活動を希望された際には必ず地域で活動している団体のリーダーへ連絡し情報提供を行っている。センターに求められた相談者に対して、地域での活動を提案している。初めての場所一人で行く事に躊躇されている方に対しては、初回は同行訪問を行い、地域に繋がっている。
	高齢者元気はつらつ健康づくり事業では、与望体操教室、ファイブコグを実施する中で、自分で目標を設定し評価できるように評価シート(できた、まあまあ、むずかしい)を記入し提出してもらっている。教室終了後の目標についても自分に合った内容を考え記入してもらうことで継続することを意識してもらい、そのための情報(居場所や120日チャレンジなど)の提供を行っている。		「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、口腔機能アンケートを実施している。身体状況を把握し、オーラルフレイル等の課題に応じた内容や地域の意向も取り入れた健康教育を案内している。口腔機能アンケートは毎年実施し、前年度との比較で一定評価している。		地域課題であるフレイルやKDBデータから抽出された地域課題である脂質異常症をテーマとし、基本チェックリストとアンケートを使用して評価を行っている。		膝の痛みでリハビリを行いたいと申請に来られる方が多いことを受け、膝痛教室を開催している。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、各小学校区でポピュレーションアプローチを実施している。また、元気はつらつ健康づくり事業として膝痛教室を実施している。		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健康づくりプロジェクトを実施しており、取り組みを行う団体は3校区、18地区に増えている。今年度から骨密度測定、体力測定、体組成測定、栄養講座、体操を取り入れており、測定結果を集計、分析、評価し、地域住民にフィードバックすることで生活習慣の改善と健康意識の向上につなげている。また、評価の結果を元に、各校区の代表者等と次年度以降の取り組みを検討している。
	圏域内での認知症カフェの立ち上げが円滑にできるように、実施主体との意見交換を重ねて後方支援している。認知症カフェの参加者から声があがり、新たに家族会が発足した。立ち上げの際にセンターは後方支援を行い、今年度から定期的な開催となっており、圏域内の資源開発につながっている。		新規の自主グループに対しては、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、2つの自主グループに対して初めて継続支援講座を実施することを予定しており、介護予防への取組みを意識し活動へのモチベーションに繋がっている。また、体操教室の自主グループ化に向けて支援している。		ひらかた元気くらわんか体操出前講座を実施し、その後ひらかた元気くらわんか体操やウォーキングなどの継続的な活動につながっている。老人会など自主グループ活動の際に、活動の支援の一環としてポピュレーションアプローチを実施している。		A校区において2グループが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している。他にも自主的に体操教室を開催しているグループがある。開催日に合わせ参加し、情報の提供等を行っている。また、A校区の2グループとB校区の自主グループにひらかた元気くらわんか体操継続支援を実施している。		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、困りごとなどを聞き活動が継続できるように支援している。		企業主催で「ひらかた元気くらわんか体操」が毎週行われており、センターは企業の応援という形で参加している。さらに「ひらかた夢かなえるエクササイズ」を提案し、定着している。また、地域の活動団体については、体力測定・骨密度測定・健康体操・栄養講座等を実施できるよう支援している。
	事業計画に「保健事業と介護予防の一体的実施」に係る内容が記載されている。		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。		各校区別に「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関して、区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針等を記載している。		センター事業実施計画書に「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。		事業計画には、「保健事業と介護予防の一体的実施」にかかる内容を記載している。
	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。(3段階評価)		健康状態不明者アプローチ対象者のうち、既把握者以外の人に対してアンケートを送付している。アンケート返信者のうち、訪問の必要があると判断した人を対象として、訪問を実施している。また、訪問時において、元気高齢者に対しては地域活動の場に繋がるよう集約した情報を提供している。ポピュレーションアプローチは、KDBデータや圏域の地域課題をもとに「口腔機能向上、栄養改善、フレイル予防」を目的に健康講座を開催し、生活習慣病予防に対する意識を向上させ、健康寿命の延伸につなげることに努めている。また、すこやかチェック票や健康講座アンケートを利用し、身体状況やフレイルの認知度を評価している。		ポピュレーションアプローチは、各校区ごとの健康課題を整理した上で、地域の老人会やサロンに出向いている。すこやかチェック票を実施して状況把握を行い、薬局の協力のもと測定会を行い、個別相談、栄養指導を行っている。健康状態不明者へのアプローチは、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し、必要に応じて訪問を行っている。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こととしている。		事業計画に各小学校区毎の課題についても記載しており、その課題に基づき、ポピュレーションアプローチを実施している。健康状態不明者へのアプローチは住所ごとに担当を分け、職員2人体制で訪問している。		ポピュレーションアプローチの実施にあたり、校区福祉委員や老人会役員とも課題を共有したうえで、各小学校区でフレイル予防講座を企画、実施している。「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団体のリーダーへ提供するとともに結果から必要と思われる各個人に対して、介護予防冊子を提供し、団体の見守り支援を依頼している。健康状態不明者アンケートの回答を得た方についても、必要時は訪問して実態把握を行っている。		

	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	大潤会	東香会							
【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。（3段階評価）	◎	地域住民に対し、成年後見制度をふまえた人生会議に関する普及啓発活動を行っている。「人生会議まるわかりガイド」も活用しながら個人ワークとグループワークを行い、住民が自分事として捉え取り組めるよう講義内容をバージョンアップしている。また、弁護士に依頼し、具体的な事例を通じ成年後見制度に関して学び場を設け、住民と専門職に対しても啓発を行っている。校区のイベント参加時には、実際に後見人として活動している司法書士から制度について学ぶ機会を作り、高齢者から子ども・孫世代にまで広く啓発している。	◎	認知機能が低下している方等に対し、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。病院やケアマネジャーから問い合わせがあった際は、ひらかた権利擁護成年後見センターや司法書士会を紹介したり、各種冊子などを渡して情報提供している。事務所の出入り口に、成年後見制度に関するリーフレットを置き、来所された方が自由に閲覧したり、持ち帰ることができるよう工夫している。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。	○	地域住民や介護保険サービス事業所等の関係機関に対してSNSや広報紙での啓発をしている。地域活動に参加した時には、認知症と関連させて成年後見制度の説明、ひらかた権利擁護成年後見センターの活用について普及啓発に努めている。	○	老人会やサロンに出席した際はセンター業務の一環として「権利擁護（成年後見制度）」について説明している。また、居宅介護支援事業所等に対しては昨年度社会福祉士部会で作成した「支援者向け権利擁護冊子」をセンター入口のラックに置き、情報提供を行っている。	○	関係機関や弁護士会等の職能団体発行の資料を収集し、相談時に制度利用の検討が必要と思われる方へ配付している。圏域内のサロン、行事等において、気になる高齢者の情報の提供を依頼している。また、定期発行している広報紙においても適時の制度紹介等を実施している。	◎	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。3校区の活動場所及び見守り110番事業で協力していただいている郵便局等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、窓口等に設置していただき、地域住民への周知を図っている。自治会長、地域で活動している団体、地域住民対象に実施した「人生会議について」の講義では、成年後見制度の仕組み等を説明している。
	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。（3段階評価）	◎	相談内容や本人家族の状況によって、ひらかた権利擁護成年後見センターを紹介したり、司法書士に直接依頼するなど状況に合わせた支援を行い、円滑に成年後見制度を利用できるようにしている。後見人が選定されているが家族支援が必要な場合は、円滑に後見業務が遂行できるよう、家族の窓口となるなどして後見人の後方支援を行っている。	◎	相談内容に応じて、成年後見制度やその手続きについて説明をしている。親族間で財産分与に課題のある一人暮らし高齢者について、ひらかた権利擁護成年後見センターとも連携を図りつつ、本人の意思を尊重しながら支援にあっている。在宅生活に極度の不安を感じる一人暮らし高齢者に対し、本人が一番安心して暮らせる生活の場がどこなのか、すでに契約関係にあった任意後見受任人と連携を図り、支援している。	○	資料を用意し、申立ての相談があったときは、簡単に制度の説明をしている。家族が直接申立てを希望する際は、書類作成の支援など行えるよう体制を整えている。ひらかた権利擁護成年後見センターの予約窓口や、必要に応じて司法書士や任意後見制度など紹介している。	◎	相談内容に応じて、成年後見制度利用に向けて必要な手続きについて、申立てセットやパンフレットを見てもらいながら説明を行い、必要に応じて司法書士会や弁護士会等の成年後見制度申立て支援団体を紹介するとともに、支援団体の面接相談の際に同席するなど、安心して面接相談が進められるようにしているとともに、相談者の同意を得ながら支援団体と必要な情報を共有している。	◎	当事者、家族、ケアマネジャー等からの相談に応じ、制度利用が適していると思われる対象者にはパンフレット等の資料を活用し、センターから制度理解と利用提案を実施している。詳細の検討時や申立て時は希望に応じて適した職能団体への橋渡しや相談の同席等も行い、制度の理解から制度利用まで円滑に支援できるよう関係団体との連携にも努めている。	◎	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。成年後見制度の相談が多い地域への対応として、自治会長、地域で活動している団体及び地域住民を対象に、人生会議についての講義とひらかた権利擁護成年後見センターの周知を行っている。その後、参加された地域住民からの相談があり、ひらかた権利擁護成年後見センターや地域の司法書士につないでいる。
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。（3段階評価）	◎	負債のある認知症の方については、親族と一緒に司法書士への相談と平行して、個別地域ケア会議の助言者として弁護士に参加してもらい対象者の抱えるリスクを理解し、コミュニティソーシャルワーカーとも協力し支援することができている。	◎	日常生活自立支援事業の利用の順番待ちであった生活保護受給中の一人暮らし高齢者の金銭管理にあたり、順番が回ってきた際に改めて本人の意向を確認し、市担当課と共有して対応している。親族間で財産分与に課題のある一人暮らし高齢者に対し、成年後見制度利用を視野にかけかかりつけ医と連携し、認知症サポート医受診に繋いでいる。	○	ひらかた権利擁護成年後見センターへの相談など個々に応じた機関へ情報提供を行いながら連携し対応している。任意後見制度等へ繋ぎ支援を行っている。	○	本人の判断能力に応じて日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する説明と提案を行い、制度利用に向けて支援している。日常生活自立支援事業で断念したケースがあった。サービスや制度に結び付いた後も積極的に関与し、本人の生活の維持が図れているかを確認している。	◎	権利擁護を必要とする高齢者に対して、当事者や家族の意向や、置かれている状況を把握し、担当ケアマネジャーがいる場合は連携の上、日常生活自立支援事業や成年後見制度について情報提供している。本人の希望に応じ司法書士等と連携しながら支援している。	◎	認知症の利用者を抱える家族間の問題のあるケースでは、地域の司法書士に繋ぎ、成年後見制度利用に向けて支援、ケアマネジャーにも連絡し、在宅での生活が続けられるよう支援している。	

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
2. 詐欺・消費者被害防止の取り組みができていますか。													
【解説】	消費者被害の問題において、認知症等の高齢者に関する相談は大きな割合を占めています。地域包括支援センターは、関係機関等と連携し消費者被害防止の問題に取り組んでいく必要があります。地域における消費者被害に関する情報を把握し、関係者や地域住民に啓発を行いながら、消費者被害の相談・情報がもたらされるような働きかけをしていくことが求められています。												
①	高齢者世帯が陥りやすい詐欺や消費者被害などの権利侵害が疑われるケースに的確に対応できるよう、サービスや制度を理解している。	○	消費生活センターや警察とも連携し、最新の被害状況を広報している。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。	○	直近の詐欺の情報など職員全体に周知し、地域に向いた際や業務での訪問時など詐欺被害防止のための活動を行っている。消費生活センターとの連携についても周知している。被害が発生した場合の対応や窓口機関、クーリングオフの制度など理解し、説明できるよう環境を整えている。	○	消費生活センター等からの情報を随時入手し、センター内で回覧及びSOSネットワーク協力機関へ共有することにより、サービスや制度に対する理解を深めるようにしている。	○	消費生活センターの機能や消費者被害に関する情報については関係機関が発行する資料をセンター内で回覧、共有することで各職員が適切な対応をできるよう周知している。	○	消費生活センター等から得た情報を回覧し情報共有を行い、消費者被害に関する制度や対応について理解した上で、職員全員が対応できるよう図っている。
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。(3段階評価)	◎	消費生活センターと連携をとり、担当しているケアマネジャーと適宜連携を行って、未然防止と再発防止に努めている。地域での活動時には警察と連携し、消費者被害の最新情報や被害に遭わないための注意点など啓発を行っている。校区のイベントに参加時には、高齢者から子ども・孫世代にまで広く啓発することができている。圏域内の事業所と各校区の民生委員へは、FAXやメールなどで消費者被害のお知らせを発信し、校区コミュニティ協議会から住民へ周知するなどの取組をしている。	◎	消費生活センターから定例で送られる最新の被害情報や、市から提供される特殊詐欺手口の情報について、圏域内介護保険事業所だけでなく、各校区の代表者にもメールやファクスで毎月情報提供し、これらの情報が、民生委員や校区福祉委員の集まりや会議等で共有、活用されている。地域のサロンでは、大阪府警が作成した「大阪府下における特殊詐欺の現状と対策」のデータを活用し、言葉巧みな犯行手口の詳細についてわかりやすく説明している。年度内には複数回、最寄りの交番に挨拶に行き、情報共有等連携を図っている。	◎	広報紙やSNSでの啓発、特殊詐欺被害に遭わないよう防止用の電話機の啓発、訪問お断りステッカーや消費生活センターの啓発ティッシュでの啓発、配布など、未然防止に積極的に取り組んでいる。センターの周知や地域との関係づくりなどを目的に、啓発手段として企画し、消費者被害の啓発、センターの周知、連携のためのネットワーク構築の強化を行っている。寸劇には民生委員に参加を依頼し、ネットワーク構築の強化を図っている。	◎	「見守り110番」「SOSネットワーク」等の事業について新規・既存の協力店舗や事業所等と連携強化をしている。また、消費生活センター・消費者安全確保地域協議会が発行する「訪問勧誘お断り」や「消費者ホットライン」のシールを対象者や気になる方へ配布。民生委員との定例会では地域における消費者被害防止の啓発を行うとともに、地域における見守りの連携強化を図っている。	◎	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の説明と消費者被害防止の注意喚起や情報提供を実施している。集合住宅の自主防災・防災会定例会議にも月1回参加している。特殊詐欺対策機器貸し出しの情報提供を行い、大阪府警の安まちメールより近隣で起こった特殊詐欺の手口を紹介している。センター窓口にも情報を掲示し注意喚起している。また、介護事業者来所時に訪問お断りステッカーを配布し啓発を促している。	◎	認知症や消費者被害防止に関する啓発活動の強化の為、センター窓口で専門ラックを設置しており、来所者へ消費生活センターからののお知らせや消費者被害ステッカーを配布し周知を図っている。地域のサロン等で、消費者被害を未然に防げるよう消費者被害ステッカーなどを配布、説明し周知を行っている。日頃、認知症高齢者に携わっているケアマネジャーには、地域のケアマネジャーが集える場にて消費者被害防止に関する資料を配布し、利用者、ご家族様への啓発活動に協力してもらっている。
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。	○	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センターや消費生活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ている。	○	担当ケアマネジャーから、消費者被害を疑うような電話があったことなどの相談を受けた際は、直接消費生活センターや警察への相談を促し、その後の対応についてケアマネジャーと連携を図っている。家族から相談があった際、詳細を聞き取るとともに、適切な相談窓口へ繋がっているか確認をしている。その後、本人の実態把握を行い、被害再発防止について、かかってきた電話対応の助言や、センターも身近な相談窓口であることの情報提供をしている。	○	消費者被害の相談が入ったときは、必ず消費生活センターなどの機関と連携し、問題解決に向け対応を図っている。	○	消費者被害に関する相談を受けた時、その疑いであっても迅速に訪問して実態把握を行うとともに必要に応じて消費生活センター等と連携し問題解決できるように努めている。また、部会で消費者被害対応ケースを共有しセンター内会議で報告し注意喚起を行っている。	○	消費者被害の発見、相談受付時は関係者から情報収集を行い、可能な限り訪問し実態把握を実施し、すみやかに関係機関に報告。また圏域内で発生した消費者被害に関する事例は消費生活センターにも情報提供を適時実施している。	○	消費者被害の相談があったときや情報提供があった際には、速やかに実態把握を行い、消費生活センターや関係機関等と連携し早急に対応ができるよう努めている。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
3. 高齢者虐待防止への取組みができていますか。													
【 解釈 】	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。(3段階評価)	◎	圏域内の居宅介護等の事業所に対して虐待に関する講義を行い、参加できなかった職員には伝達研修を行ってもらうことで、啓発している。多機関の会合にて、具体的な虐待事例を通してセンターが通報の窓口であることの説明を、関係機関や住民組織といった幅広い対象に啓発を行っている。イベント参加時には、高齢者から子ども・孫世代にまで広く啓発している。	◎	一般的に相談を受けた際や、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。	◎	定期的にSNSや広報紙、地域活動を通して高齢者虐待の相談通報窓口であること、通報者の個人情報は守られることを併せて地域住民や介護サービス事業所に周知している。居宅事例検討会などを通して早期発見・防止に向けた意識づけを行っている。	◎	老人会や地域サロン等に参加した際はセンターのリーフレットを配布し高齢者虐待の相談通報窓口であることを周知している。また、早期発見が高齢者虐待の深刻化を防ぐことに繋がることを重点的に伝えている。	◎	地域住民にはコミュニティ会議やサロン、見守り110番協力店舗には気にならぬ高齢者の特徴を挙げつつ、虐待の相談通報窓口であることを周知と情報提供の依頼を実施している。	◎	地域住民には、各自治会や集会所に独自のラックを設置しセンター周知パンフレットや東香会だより、地域と共同で作成している広報紙に高齢者虐待の相談窓口としての周知を行っている。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』の研修を開催する。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ている。
②	アウトリーチによる実態把握など様々な方法で状況確認を行い、また関係機関と連携し、高齢者虐待・困難事例に対処している。(3段階評価)	◎	ケアマネジャーからの相談に応じ、認知症高齢者の自宅介護における身体拘束について虐待とならないように、身体拘束防止の視点を踏まえ、助言を行っている。経済的虐待を受けていると本人から相談があった際、ひらかた権利擁護成年後見センターと同行訪問し、実態把握を行うとともに、センターが虐待通報の窓口であることや活用できる制度について情報提供を行っている。	◎	相談を受けた時点で、自宅あるいは利用している事業所や医療機関等を複数の職員で訪問して事実確認を行っている。並行して速やかに市へ報告し、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ている。虐待案件なのか、DVあるいは夫婦・親子間の喧嘩に相当するものなのかなど、虐待の定義を踏まえ、市と連携しながら慎重に対応している。	◎	虐待の疑いの情報が地域住民や関係機関から入れば、健康訪問などで実態把握を行い、収集した情報をもとに受付票を作成し、市担当課などの関係機関と連携し対応している。	◎	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。相談があれば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も少なくないが、その都度、検討して介入の糸口を探し、再介入を試みる等している。課題解決のために必要に応じて民生委員、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。	◎	通報や情報提供に基づき訪問を行い、状況の確認を行うとともに対応策を検討している。医療機関や介護保険事業者等と連携し対応している。	◎	虐待などの相談があれば、養護者に関わる関係機関から情報収集を行い、支援の導入に関して話し合い、市担当課、介護保険事業所、警察等の関係機関及び近隣住民、親族と連携を図り支援につなげている。また、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。(3段階評価)	◎	高齢者の介護を行う養護者の尊厳を意識して、養護者の精神的負担を軽減できるよう、来所時や電話対応時には細やかに相談に応じることで、養護者にととの相談の窓口となるよう努めている。また、虐待につながる可能性が考えられる事例について8圏域連携会議での事例検討を通して養護者のサポートを考える機会とし、家族全体の支援を行っている。	◎	養護者自身も、疾患や生活上の課題を抱えている場合のほか、夫婦、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を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。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ることのないよう、信頼関係の構築に努めながら対応している。	◎	家族支援、養護者支援の視点で重層的な関わりについても柔軟に対応できるよう、センター内で協議する機会を設けて、役割を決め支援を行うよう努めている。	◎	養護者も何らかの疾患を抱えているなどで、生活のしづらさがあり支援が必要な事例も多いことから被虐待者、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問題としてとらえ、市や関係機関と連携して支援している。8050問題等、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、支援するよう努めている。	◎	被虐待者、養護者、家族、関係者等への事実確認を通じ、確認内容を元に虐待帳票を作成し、虐待の全貌、課題を全体的にとらえて支援が偏らないように対応している。	◎	養護者の暴力等が見られたケースでは、高齢者の生命の安全を優先して対応し、養護者に対しては専門医の受診や訪問看護の利用の対応をとっている。介護負担軽減等の支援が必要なため、個別地域ケア会議を開催し、ケアマネジャーやサービス事業所、市担当課、保健所等必要な関係機関と連携を図り支援している。
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。(3段階評価)	◎	地域に向かいだ際には、センターのチラシや広報紙を配布し、センターの役割の周知とネットワーク構築を図っている。虐待につながる可能性が考えられる事例についての支援の検討を既存の会議体等で行うことで、多様な機関のネットワークを構築するができ、虐待防止につなげている。	◎	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。通報を受けた際あるいは関わる中で虐待の可能性を否定できない状況の場合は、本人や家族を取り巻く関係機関と随時情報共有し、役割分担をして、ネットワークを構築している。	◎	民生委員交流会や事業所の連絡会など情報共有できる時間を設けており、事業所の懇親会などを開催し、関係機関とは日頃から話しやすい環境づくりを構築している。	◎	警察、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、高齢者虐待防止についての連携ネットワークを構築している。	◎	地域住民、介護・医療事業者、民生委員を中心に関係づくりを構築し、高齢者虐待の把握や対応時の協力、協働ができる関係性を保っている。	◎	高齢者の虐待防止するためにも地域住民、民生委員や介護保険事業所、保健所及び障害者相談支援センター等とのネットワークを構築している。警察からの通報があった事例では、センター内にて情報確認を行い、地区の代表者とともに自宅訪問と実態調査を行っている。引き続き地域での見守りと情報共有を依頼し、必要時連絡が取れあうようにしている。
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。	○	虐待の通報を受けた際には、市担当課と情報共有し、関係機関と協働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、迅速に市への報告と事実確認を行っている。コアメンバー会議での協議を経て支援方針を共有のうえ、市担当課やケアマネジャー、介護保険事業所、医療機関や保健所、民生委員等関係機関と情報共有、役割分担をして問題解決を図っている。	○	通報の内容等により、緊急であれば電話連絡及び会議開催等の打診を行い、疑いであれば受付票の活用など連携の取り方を考慮し、協働し問題解決を図っている。	○	高齢者虐待に関する通報を受けた時は、疑いの段階から直ちに市担当課と連携し、課題解決に向けて協働している。	○	事実確認時は各関係機関と情報共有を行い、適正に対応している。	○	虐待の通報があった際には、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。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
<p>4. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいるか。</p>													
【解釈】	<p>新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人や家族の視点を重視しながら、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会の実現を目指すこととされています。認知症の理解についての普及・啓発活動及び認知症の容態に応じた医療・介護及び生活支援を行うために必要な機関が有機的に連携できるネットワークを形成するとともに、認知症の人やその家族を支援する体制の構築などが求められています。</p>												
①	<p>認知症に関する制度や社会資源等を把握し、相談内容に即した助言・紹介等を行っている。</p>	○	<p>認知症ケアパ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支援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ている。</p>	○	<p>国の示す認知症施策や市の動向等を随時共有し、知識や相談対応の資質向上に努めている。市の認知症施策について、ケアパスやその他パンフレットを用いて説明、情報提供を行っている。</p>	○	<p>若年性認知症、認知症に関する支援制度など専門の相談窓口から情報を得て、医療機関の紹介や入院等、個々に応じた支援を行っている。認知症の相談ではケアパスを活用し説明、圏域外の認知症カフェなども含む社会資源についての情報提供も適宜行っている。</p>	○	<p>認知症に関する制度や社会資源を把握したら、回覧等でセンター内で共有しファイリングやラックに配架することで、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。</p>	○	<p>相談時には認知症ケアパスを元にSOSキーホルダーの交付、認知症初期集中支援チーム、医療機関受診等、資源の案内を実施している。</p>	○	<p>認知症に関する制度や地域の社会資源等の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。</p>
②	<p>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。（3段階評価）</p>	◎	<p>認知症サポーター養成講座を、居場所や店舗と協力し住民対象に実施している。また、圏域内の銀行から講座の依頼があり実施予定である。チームオレンジサポーターのボランティア養成に向けて、独自のアンケートや広報紙の郵送など継続的な啓発に努めている。</p>	◎	<p>図書館の職員に「認知症サポーター養成講座」を、住民に向けて「認知症サポーターステップアップ講座」を工夫して開催している。老人会からの依頼を受け、圏域内で関りのある折り紙の得意な福祉用具専門員を講師に、折り紙を通して認知症予防を行うとともに、「折り鶴プロジェクト」の取り組みを推進している。</p>	○	<p>認知症サポーター養成講座を関係機関向け（スーパーや金融機関等）に開催予定している。その際にステップアップ講座の周知を行い、ステップアップ講座の開催につなげていく。</p>	○	<p>圏域内の店舗・企業等へは見守り110番協力店舗の依頼や評価表持参時、個別事例の対応時に認知症について説明し、理解を深めてもらえるよう努めている。また、新規店舗へは事業説明に加え認知症サポーター養成講座を行っていることも合わせて伝えている。</p>	○	<p>見守り110番協力店舗の挨拶回りの際には認知症サポーター養成講座の開催提案をチラシを元に実施している。第2層協議体の会議にて、チームオレンジの活動趣旨を説明し、認知症ステップアップ講座の開催を提案したところ、あらかじめ認知症サポーター養成講座からの開催を希望されたため、来年2月に開催予定である。</p>	◎	<p>地域の商業施設での認知症サポーター養成講座及び認知症講座を支援しており、現時点で従業員約100名の認知症サポーターを養成している。今後、他の企業に対して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。</p>
③	<p>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。（3段階評価）</p>	◎	<p>必要時、圏域内外の認知症診断が可能なクリニックにつなぎ、早期診断・早期治療につながるようネットワークを構築している。認知症等の当事者の居場所として、ネットワークや家族会につなぐとともに、必要に応じ、認知症カフェに同行し家族会につないでいる。必要に応じて、認知症初期集中支援チームを発動し、家族とも協力しながら対応している。</p>	◎	<p>見守り110番協力店舗や民生委員と連携を図っている。実際に、開業医や金融機関、UR都市機構、スーパーや配食サービス事業所等から相談を受け、未把握の要支援高齢者の把握や、支援介入に繋がっている。</p>	◎	<p>見守り110番事業、センター周知用の名刺など地域の店舗や自治会館、薬局、銀行等に協力を依頼し気になる高齢者などの情報を伝えてもらえるようネットワークを構築している。民生委員交流会など認知症の事例の共有のネットワークの構築に努めている。</p>	◎	<p>毎年、見守り110番協力店舗を訪問しており、見守り110番からの案件の通報につながっている。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。民生委員との同行訪問を行うなどして本人の不安軽減に努めながら実態把握を行い、制度につなげる支援を行っている。9月、個別地域ケア会議を実施し、近隣からの情報提供で介護申請に繋がらないケースは見守りを継続している。</p>	○	<p>地域住民、介護、医療事業者、民生委員を中心に関係づくりを構築し、早期発見・支援対応時の協力、協働を頂ける関係性を作っている。</p>	◎	<p>地域住民に向けて認知症サポーター養成講座や認知症456を開催する中で、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は独自のラックに、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整備している。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。</p>
④	<p>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。（3段階評価）</p>	◎	<p>認知症カフェの参加者の声で、新たに家族会を発足している。メンバーにはステップアップ講座の受講を案内し、家族を支える仕組みづくりを行っている。医療機関の認知症外来など認知症に関する社会資源を集約し、認知機能低下が疑われる相談に対して、情報提供をしている。認知症の当事者が認知症サポーターステップアップ講座のアドバイザーとして参加した際には、中核症状への具体的な支援方法を学ぶ機会となっている。</p>	◎	<p>認知症の症状に関する相談を受けた際は、認知症初期集中支援チームの情報提供し、活用の提案をしている。高齢での転入者や、地元高齢者が閉じこもり傾向にあるという地域課題を踏まえて立ち上げた「住まい地域連絡会」では、構成メンバーの居場所やよりどころ、認知症カフェや図書館、UR都市機構での各々の活動状況について情報交換、情報共有をしている。</p>	○	<p>休止中の認知症カフェを訪ねてセンターに来所された家族のケースがあり、認知症の方、その介護者の居場所が急務に必要と考えている。センターと協働で、地域の医療機関などの協力も踏まえ、認知症カフェの場所づくりに取り組んでいく。</p>	○	<p>「介護者家族の会」にて認知症の方を介護している方と介護していた方の通いの場として広がりつつある。毎年2回開催している。</p>	◎	<p>認知症に関わる社会資源を取りまとめ、早期・継続支援で協働できるように、地域との関係性強化を図っている。また、病院とコラボし認知症カフェを今年度より開催している。アンケートを実施し振り返りを行い、本人と家族の通いの場となることを目指している。</p>	◎	<p>第2層協議体で、100歳になっても元気！『脳も体もイキキと』65歳からの健康づくりプロジェクトを立ち上げ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や認知症すごろくを開催しており、地域で認知症高齢者やその家族を支えるの仕組みづくりを強化している。また、家族が認知症に関する情報を得られるよう、自治会館や集会所等に独自のラックを配置し、認知症ケアパス、自分でできる認知症の気づきチェックリストを常設している。</p>
⑤	<p>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。（3段階評価）</p>	◎	<p>認知症サポーターステップアップ講座を開催し、チームオレンジサポーターを育成している。また講座では、認知症当事者が活躍されている。チームオレンジサポーターを圏域内認知症カフェなどの居場所等へ繋いで、支援の充実をサポートしている。地域の各種会議では、チームオレンジサポーターの説明をし、連携や活躍の場所を増やしている。</p>	◎	<p>圏域内に展開する認知症カフェ運営事業所や居場所を運営する事業所と連携を図っている。圏域内の認知症カフェ、地域住民の通いの場から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。</p>	○	<p>人的資源の活用に関しては、今後、ステップアップ講座の開催を実施し、既存の社会資源で機能するように取り組んでいく。</p>	○	<p>認知症カフェでは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部会等で情報交換を行っている。介護者家族の会では現在介護をしている家族に会の趣旨を伝え、スタッフとして運営に協力を求めている。</p>	○	<p>認知症カフェにて認知症サポーター受け入れを調整している。他の受け入れ先として近隣圏域のサロン等も紹介している。</p>	◎	<p>100歳になっても元気！『脳も体もイキキと』65歳からの健康づくりプロジェクトでは、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協働し、自治会に認知症カフェの機能を持ってもらうよう企画している。その為の人材として、各校区ごとに認知症サポーター・講師・認知症カフェ運営者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。</p>

	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	大潤会	東香会							
【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、孤立化しつら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。	○	ケアマネジャーからの来所・電話相談を受け付け、必要に応じて同行訪問を行っている。経過確認として、ケアマネジャーが来所したときや電話の際には聞き取りを行い、経過記録に記載している。	○	主任ケアマネジャーに限らず複数の職種が包括的・継続的ケアマネジメントとしてケアマネジャーの相談に応じている。	○	ケアマネジャーの相談窓口である旨を事務所カウンター、相談室に掲示している。ケアマネジャー来所や事業所訪問時等に声をかけをし、センター側から積極的にケースの内容や課題、困りごと、その後の経過等の聞き取り相談に応じている。	○	窓口を設置し、相談対応している。電話でも積極的に相談を受けており、ケアマネジャーの支援を行っている。	○	電話での相談や窓口での相談を随時受け付けている。	○	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、定期的に地域のケアマネジャーが集まる機会となる場を開催し、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・ケアマネジャー等と意見交換を行い、地域資源の把握・確認・整理を行っている。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。事業所等の運営状況が変わっていることがあるため、聞き取りを行い情報を更新している。	○	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。自費サービス等、独自に集約した情報は、ケアマネジャーから個別に問い合わせがあった際には、必要な情報を提供できるようにしている。また、活動性が低下している高齢者に対し、一般介護予防事業や地域の活動の場を示したフローチャートを作成している。	○	地域の社会資源、地域活動の一覧表等のファイルを作成、相談室に配置するとともに活動内容等の情報把握に努めている。また情報は随時更新し誰でも窓口で連絡して利用できる体制を整備している。居宅連絡会開催時に移動スーパーや運動教室等の情報を共有、提供している。	○	サービス毎にファイルを作成し、情報提供できるように準備している。	○	窓口に関覧資料を用意している。各小学校区のフォーマル・インフォーマルサービスは、一覧表を作成し随時更新しているほか、「暮らしまるごとべんりネット」についても随時追加・更新を実施しており、各種相談等で活用している。	○	地域の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づくり、情報支援をしている。(3段階評価)	◎	アンケートの集計結果から、ケアマネジャーが「もっと知りたい」「学びたい」という情報・知識などに関して、個別に対応するだけでなく、計画的に研修などで提供できるような事業計画に組み込み、実施している。ケアマネジャーが知りたいと思っいても学ぶ機会があまりない内容について、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターとも意見交換をしながら研修として実施し有効な情報支援となっている。	◎	地域資源情報を、暮らしまるごとべんりネットに集約し、事業所連絡会等で周知・活用を促している。チラシ(枚方市SNS社会資源情報)を配布し、最新の情報を把握するための多様なツールを案内している。また、認知症施策検討チームで作成した認知症初期集中支援チームの紹介動画等を活用し、事業所連絡会にて周知するための企画を進めている。	◎	新しい情報や社会資源、事業所情報などケアマネジャーへの情報提供媒体として紙媒体の交付やFAX、公式LINE、また毎月広報紙等で情報発信をしている。公式LINEは一般向けとは別にケアマネジャー、事業所向けにアカウントを作り法定外研修、枚方市介護支援専門員連絡協議会主催のBCP(事業継続計画)、ケアマネジメント、高齢者の精神疾患等の研修や社会資源案内情報を発信している。	◎	研修会や介護者家族の会などの案内を配布して情報提供を行っている。また、主任ケアマネ部会で作成した令和6年度改正に関する資料を周知し情報提供を行うなど、情報を入手した場合は、研修会や伝達場を設けるなどの情報提供の仕組みを構築しており、適宜情報支援を行っている。	◎	年4回広報紙を圏域の居宅介護支援事業所に送付している。(担当圏域の第2層協議体での活動や、研修会の案内や開催報告など)地域で頒発している消費者被害など、タイムリーな情報はFAXにて発信している。令和6年10月に民生委員と第12圏域のケアマネジャーとの懇談会を開催し、情報提供の提供を行っている。	◎	電話やFAX、対面時以外にも、メールでの情報提供や広報紙やLINEアカウント等のツールを活用するなど、ケアマネジャーに対して様々な媒体や方法を用いて情報提供を行っている。また、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誌をセンター独自で作成し、圏域や委託先等のケアマネジャーに提供している。さらには、地域のケアマネジャーが集まる場を定期的に開催し、その時々に沿ったテーマの情報提供を行っている。
④	支援困難事例を抱える介護支援専門員に対して、スーパービジョン(支持的・教育的支援)による介護支援専門員自身の援助の振り返りを支援している。(3段階評価)	◎	ケアマネジャーの実務経験年数に応じた懇談会を継続して開催している。懇談会の実施によりケアマネジャーが直面している問題から地域課題が表出され、その課題にかかわる事例検討を第8圏域連携会議の中で行い、フィードバックすることでケアマネジャーの燃え尽きや抱え込みを予防するよう支援している。	◎	支援困難事例の相談があった際には同行訪問にて助言を行っている。また事業所からの情報を有効に活用し、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。	◎	普段からケアマネジャーへ同行訪問をすることを伝えていく。支援困難と思われるケースに対し定期的に情報共有している。支援の振り返りだけでなくケアマネジャーの精神的負担や不安感等心理面の支援も併せて行っている。	◎	ケアマネジャーから相談があった支援困難事例に対し、個別地域ケア会議を行い支援を継続している。一定期間経過後にセンターとケアマネジャーとで振り返りの機会を設け、ケアマネジャー自身の援助の振り返り支援を行う予定にしている。	◎	支援困難事例を担当されているケアマネジャーに対して、適時同行訪問するなど状況の確認をし、振り返りやアドバイスをしている。	◎	相談があったケアマネジャーに対して、他制度の理解ができるように支援し、関係機関や各専門職と連携が図れるよう働きかけている。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ている。
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。(3段階評価)	◎	支援困難事例等については個別指導を行っている。8050問題における、子ども世代への支援についてケアマネジャーから継続的に相談を受けていたため、事例検討会を提案・実施につなげている。また、圏域内のインフォーマルな社会資源について情報提供を行い、ケアプラン作成やプラン内容の充実につなげている。	◎	個別地域ケア会議の提案やサービス担当者会議・カンファレンスへの出席を通じて、ケアマネジャーに対し後方支援を行っている。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。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、管理者にも会議への参加を促している。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。	◎	ケアプランの目標設定等について助言・指導を行っている。定期的に認知症や虐待等について事例検討会を開催し、ケースについての相談、意見交換、振り返りの場を作っている。支援困難事例等に対し、サービス担当者会議の参加や個別地域ケア会議を開催することを普段からケアマネジャーに伝え、状況に応じて会議開催を提案をしている。	◎	ケアマネジャーからケアプランの作成について質問に対し、助言・指導を行っている。また支援困難事例に対し個別地域ケア会議を提案し開催している。今期は9月に開催し、現在も支援を継続している。	◎	地域とケアマネジャーが連携出来るように、個別地域ケア会議の開催支援を行っている。	◎	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。支援困難事例の相談に対しては、個別地域ケア会議を提案・開催し、ケアマネジャーを支援している。
⑥	個々の介護支援専門員が孤立しないように、介護支援専門員同士のネットワークを構築し、互いの悩みや必要な情報交換、意見交換がができる場を設けている。(3段階評価)	◎	対面形式としている「とら3」(初任者・中堅・ベテラン職員合同懇談会)は、茶話会として開催し、親睦を深められるよう企画している。また、地域課題についての意見交換をする場となっている。打ち合わせ段階から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入ってもらい意見をもらうことで、ケアマネジャーの横のつながりが効果的に生まれるように企画し、実施している。	◎	ケアマネジャー同士のネットワークのみならず居宅サービス事業所及び施設との連携関係を構築していく為に、圏域内の全事業所対象に連絡会を開催している。枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターを中心に圏域内の居宅介護支援事業所間で座談会を定期開催するとともに、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターの活動についても適宜相談、助言を行っている。	◎	定期的に事例検討会や研修会、交流会を開催し、他のケアマネジャー・居宅介護支援事業所からの情報や意見、提案等を受け取る機会を作っている。ケアマネジャー来所時や研修、連絡会開催時、フリータイムや相談タイム等情報交換・意見交換ができる場を設けている。	◎	第12圏域と合同で研修会を開催している。9月27日には枚方市介護支援専門員連絡協議会の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研修会を開催している。研修会でグループワークを行うことで意見交換ができる場を設け、ケアマネジャー同士のコミュニケーションが活発となりネットワークが構築できるよう支援している。	◎	枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと共催で事例検討会を開催していない事業所にも参加を呼びかけて横の繋がりをつとめている。介護事業所連絡会やケアマネジャー懇談会を開催し、意見交換の場を持つ。第11圏域のセンターと、枚方市介護支援専門員連絡協議会の圏域コンダクターとの共催による合同研修会を開催している。	◎	地域のケアマネジャー同士が集い、情報交換や、意見等を気軽に話し合える場として、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、連絡会を定期的に開催し、ケアマネジャー同士の繋がりを支援している。「白い椅子プロジェクト」についても継続して取り組んでおり、圏域のケアマネジャーと共にプロジェクトを進めていくことで、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につながっている。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会							
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。													
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。(3段階評価)	◎	ニーズにあった研修テーマを以前の研修後アンケートの蓄積データから、見出ししている。また、「けあまねとらの巻運営委員会」のメンバーに、ケアマネジャーにとってより必要となる知識・技術について意見を伺い、一緒に研修を企画している。多職種との活発な意見交換は主任ケアマネジャーに必要な能力の研鑽であり、「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の見直しを継続して行い、新たなメンバーも戸惑いなく参加してもらえよう努めている。	◎	「介護報酬改定」をテーマに事業所連絡会を行っている。居宅介護支援事業所のみならず、他職種の改定部分についても共有し、スムーズに連携ができるようにする機会としている。また認知症施策検討チームで作成した認知症初期集中支援チームの紹介動画等を活用し、事業所連絡会にて専門職に向けて周知していく機会として企画を進めている。他圏域で開催予定の研修等の情報があれば、圏域内の居宅介護支援事業所に情報提供し参加を促している。	◎	毎年3月に居宅事業所連絡会(座談会)を開催し、居宅介護支援事業者のニーズに合わせて次年度の研修等について相談し年間予定を決め実施している。ニーズから「みなさんはこんなときどうしていますかケアマネあるあるカード」を作成し、研修時意見交換行いバーンアウトを防ぐとともに情報の交換と共有を行っている。ケアマネジャー来所や電話があったとき等にニーズを聞き取り、次の研修会企画の際に検討している。	◎	過去に主任ケアマネ部会において実施したアンケートで医療分野についての研修会の希望があったことから、5月に介護保険事業者向け研修「糖尿病について」を開催、8月にケアマネジャー向け研修「心不全について」を開催している。	◎	センター受付に研修チラシを設置している。令和5年12月に「総合事業の理解と活用について」、令和6年8月に病院の心疾患認定看護師を講師に迎え、ケアマネジャーのニーズに応じた法定外研修を実施している。また、他圏域での研修についてもFAXにて、随時、情報提供をしている。	◎	ケアマネジャーのニーズに応じた研修会等を企画している。今年度は医療・介護・障害の法改正の年であり、ケアマネジャーの関心が一番高かったことから、介護保険法改正の勉強会や医療保険や医療系サービスとの研修会を開催している。また、ケアマネジャーに向けての研修案内については、FAXやメール、LINE等以外にも、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ケアマネジャー向けの研修情報誌「研修&お役立ち情報」を独自で作成し、ケアマネジャーに情報提供し、受講支援をしている。
⑧	圏域内の居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画を抽出し、地域ケア会議でその検証をしている。(3段階評価)	◎	自立支援型地域ケア会議への事例提出はケアマネジャーに依頼している。内容に関しては、介護保険以外の他機関連携をテーマにした事例をだしてもらい、様々な施策の活用方法を検討をしている。必要に応じて個別地域ケア会議にて協議できるように支援している。また、地域課題を抽出して、形にしていくことの重要性を再認識できるように多職種の参加を促している。	◎	圏域にて自立支援型地域ケア会議を定期的で開催し、ICF(国際生活機能分類)に基づいたケアマネジメントにより、自立支援の視点の定着とアセスメント力の向上を図っている。サービス事業所にも会議の参加を呼びかけ、支援方針の統一に努めている。事前に、事例提供するケアマネジャーと打ち合わせを重ね、イメージを共有することで地域課題の抽出と解決策を検討している。毎回積み上げた地域課題と解決策については、年度末に評価している。6か月後に評価を行って同会議にて各ケースの報告を行っている。	○	自立支援型地域ケア会議を開催時に、圏域内の薬局・居宅介護支援事業所に案内し、事例について検討・意見交換を行っている。会議時はなるべく全ての参加者から意見・提案等発言いただき、そこから地域課題抽出、インフォーマルサービスについて情報共有・意見交換を行っている。12月以降は居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画を検証する予定。	○	自立支援型地域ケア会議を開催し委託事例を積極的に取り上げ、検証をしている。	○	自立支援型地域ケア会議にて居宅介護支援事業所の事例を使用している。	◎	圏域内の居宅介護支援事業所が作成したプランを抽出し、自立支援型地域ケア会議を開催して検証を行っている。今年度の自立支援型地域ケア会議では圏域内の3か所の居宅介護支援事業所の介護予防サービス計画を抽出し、検証している。

	みどり	アイリス	大阪高齢者生協	パナソニックエイジフリー	大潤会	東香会	
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。(3段階評価)	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	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。(3段階評価)	◎	◎	○	◎	○	◎
	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。(3段階評価)	◎	◎	○	◎	◎	◎
	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。(3段階評価)	◎	◎	◎	◎	○	◎