

地域包括支援センター  
実績報告書

# 1 地域包括ケアシステム構築に向けて

## (1) 各包括の実績報告

### ア 基本的事項

| 評価項目              | センター           | 令和元年度目標  | 具体的活動内容   | 主な活動による成果   |
|-------------------|----------------|--|---|---|
| (1)センター運営における基本視点 | 西山手高齢者生活支援センター | (1)センター職員が運営基準や活動目標を理解して業務を行うことができる。<br>(2)根拠のある支援計画を作成し、支援の評価を行う。<br>(3)3職種業務を横断的に遂行し、業務の標準化を図る。<br>(4)専門職として必要な研修に参加することで、個々の職員の対応力が向上する。                | (1)-①：毎日のミーティングで、情報共有と進捗状況を確認し、支援方針を決めて業務にあたる。<br>(1)-②：複数の事業所紹介をする場合において、公平性が担保されるようにセンター内で情報共有をする。<br>(2)-①：毎月の3職種ミーティングを通して、相談ケースの評価と次の支援計画を作成する。<br>(3)-①：3職種業務は複数対応を基本として、判断根拠を明確にする。<br>(4)-①：外部研修を受講した後、ミーティング時にセンター内職員へ伝達研修を行いチーム全体で共有する。                       | (1)-①②適宜、ミーティングを行うことで目標を意識しながらセンター業務に取り組むことができた。また、センター内での情報共有により偏りのない事業所選定が行え公平性が担保できた。<br>(2)-①3職種ミーティングではSVを交えてケースをモニタリング及び評価、方針決定することができた。<br>(3)-①業務内容に関わらず、3職種が協力しながら複数で業務にあたったことにより、一定のレベルまでは標準化することができた。<br>(4)-①研修受講者がミーティング時に他職員へ伝達研修を行う事により、チームで知識を共有することができた。   |
|                   | 東山手高齢者生活支援センター | (1)-①：所内の活動方針に基づき、内容を理解して業務を行うことが出来る。<br>(2)-①：進捗管理表に基づき、実践活動が展開できる。<br>(3)-①：各自業務・業務内容の相互理解を深めチームアプローチの向上が図れる。<br>(4)-①：職員それぞれの課題や興味を明確にして資質の向上を図ることが出来る。 | (1)-①：活動方針の読み合わせを定期的に行い、実践活動に反映させる。<br>(2)-①：進捗管理表を基に定期的な進捗管理の確認と進捗に偏りがでないように評価を行い、実践活動につなげる。<br>(3)-①：センター・三職種・プランナーの各ミーティングに職種関係なく自由に参加し、相互理解を深め組織力向上につなげる。<br>(4)-①：職員それぞれが研修計画書（仮名）を基に実践し、センター内での伝達研修を実施する。   | (1)-①：事業所内研修時に年2回読み合わせを行ったうえで、計画に基づく活動実践ができていくか評価できた。<br>(2)-①：(1)-①と同時に進捗管理表を用い、活動が進んでいない事業等について共有し、実践活動の推進に利用することができた。<br>(3)-①：各職種関係なくミーティングに自由参加することで、センター内でのコミュニケーションの向上と互いに業務理解を深めることができた。<br>(4)-①：法人内キャリアノートとの併用で資質の向上を図ることができた。  |
| (2)PDCAサイクルでの事業運営 |                |  |   |   |
| (3)チームアプローチ       |                |  |   |   |
| (4)職員の資質向上        | 精道高齢者生活支援センター  | (2)-①：開かれた包括になることを目標に、地域や関係機関と包括の双方向の関係性を構築する。<br><br>(3)-①必要な情報にアクセスができるようになる。<br><br>(4)-①：それぞれの専門職としての成長課題を明確化し、自ら資質向上に取り組めるようになる。                      | (2)-①：地域に向けて、活動計画や実践の報告する機会を持ち、活動の評価を得る機会を持つ。<br><br>(3)-①センター内の情報管理のルールを作り、全職員が日々整理に努めることで、必要な情報がすぐ入手できるようになる。<br><br>(4)-①：<br>・専門職としての役割を理解し、責任感を持って確実に遂行できるようになるために、チーム内でチェック体制を確立する。<br>・それぞれの職員の課題に合わせた研修計画を立案し、自己研鑽に努める。<br>・必要に応じて個別スーパービジョン、グループスーパービジョンを実施する。 | (2)-①：年度末に実施を検討していたが、新型コロナウイルス感染予防のため出来なかった。<br><br>(3)-①：センター内の情報管理のルール作りを行い、断捨離チームとマニュアルチームを作り、年度末に着手した。業務の見直しを行うことが出来た。<br><br>(4)-①：<br>・介護予防支援チームにおいて、相互にファイルチェックを行う体制が整えられた。<br>・業務多忙のため、研修に参加の機会が総じて減ってしまった。<br>・個別スーパービジョン年1～2回実施できた。月一回、全職員を対象とした事例検討会を開催しケースを見直すことが参加した職員それぞれの支援の振り返りとなり、グループスーパービジョンの機会となった。 |

|               |   |   |  |
|---------------|---|---|--|
| 潮見高齢者生活支援センター | 法令遵守と基本業務の拡充に取り組む介護保険制度のみならず諸制度の複雑化や、行政管理体制の変化に基づき、センター運営にあたっては、基本を意識した運営を心掛ける。                               | (1)-①：個人情報の取り扱いにおいては、その重要性に基づき、全国評価等に基づくルールを意識して業務に取り組む。<br>月 2 回のセンター内の会議の際に、お互いに声をかけあい、注意を喚起する。   | (1) -①個人情報の取扱いについては、鍵のかかる書類ケースを増やし、管理を強化している。R2 年度の取り組みとして、包括運営マニュアルの読み合わせを行っている中で、その中でも個人情報の取扱いを解説した項目があるので、その項目では改めて取扱いについて学びを深める予定である。  |
| 基幹的業務担当       | (1)(4)：地域包括支援センターの実践（さまざまな取組）の意味づけをする機会ができる<br>● 4 センター協働<br>(2)：4 センター職員が定期的に個別課題と地域課題の結びつきを実感できる機会を持てるようになる | (1)支援センター連絡会における、①会議そのもののデザインの見直し、②相談事例の終結の定義に関する共通認識づくり、③個別事例対応における支援センターの外部システムづくり（認知症初期集中支援チーム）、の通年の検討<br>(2) 地域ケアミーティング（地域ケア推進会議）開催全の 4 センターヒアリングの実施<br>(3)縦レビュー会議と地域ケアミーティングの連動プログラムの実施<br>(4)自立支援型地域ケア個別会議の実施に向け、センター職員の ICF に関する勉強会を開催 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「相談事例の終結」を話し合うプロセスをとおして、センターが「地域包括ケアシステム構築において期待されていること」に対する理解が深まった</li> <li>・縦レビュー会議、地域ケア推進会議の連動性を担保することで、個別相談と地域支援が一体的であることを再確認できた</li> <li>・各会議の役割・機能、会議間の関係性を可視化することで職員の理解が深まった</li> </ul> |

## イ 総合相談支援業務

| 評価項目              | センター           | 令和元年度目標   | 具体的活動内容  | 主な活動による成果   |
|-------------------|----------------|---|--|---|
| (5)地域の高齢者の実態把握    | 西山手高齢者生活支援センター | (5)-①：郵便局と連携し、出張相談会を開催する。<br>(6)-①：地域ケア会議や協議体の活動を通して情報収集を行う。<br>(8)-①：認知症の正しい知識の普及啓発及び関係機関と適切な連携を行う。  | (5)-①：相談会(郵便局：6月・10月・2月、センター内サロン：5月頃)を通してセンターの普及啓発に努める。<br>(6)-①：地域ケア会議や協議体の活動を通して地域の社会資源の把握、情報収集につとめ、地域課題の把握と関係機関との連携を密にして課題解決に努める。<br>(8)-①：地域住民に対する認知症セミナーを開催する。<br>(8)-②：認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員との連携を密にし、課題解決に努める。   | (5)-①：相談会(郵便局：6月・10月・2月、センター内サロン：5月頃)を通してセンターの普及啓発に努めた。<br>(6)-①：地域ケア会議や協議体の活動を通して地域の社会資源の把握、情報収集、地域課題の把握ができた。関係機関との連携を行い課題解決に努めた。<br>(8)-①：地域住民に対する認知症セミナーを開催した。<br>(8)-②：認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員との連携を行い、課題抽出はできたが解決までは至らなかった。   |
|                   | 東山手高齢者生活支援センター | (5)-①：芦屋市及び担当圏域における傾向等の分析が出来る。<br>(5)-②：地域に出向いて顔の見える関係性作りが継続できる。<br>(6)-①：多機関・多職種の連携を意識したネットワーク構築が出来る。<br>(7)-①：地域住民への認知症の正しい理解の普及・啓発が出来る。<br>(8)-①：総合相談からの課題が明確にでき、関係機関と連携し速やかに各業務が展開できる。  | (5)-①：生活支援コーディネーターと連携して、圏域の基礎データの作成を行う。<br>(5)-②引き続き、定期巡回訪問の実施と福祉推進委員会等、地域会議への出席を継続する。<br>(6)-①：地域との連携から見えてきた課題を地域ケア推進会議にて共有し、資源開発につなげる。<br>(7)-①：地域住民を対象に、認知症に関する啓発活動を行う。<br>(8)-①：必要に応じて地域ケア会議を開催し関係機関との連携を図る。   | (5)-①：圏域の基礎データをアップデートし、地域住民が自由に閲覧できるよう窓口に設置している。<br>(5)-②：巡回対象について3か月ごとに必要な場合は民生委員と共に訪問活動を行い、顔の見える関係性作りを進めている。<br>(6)-①：包括で行った地域ケア会議の内容を地域ケア推進会議にあげ、市内の関係機関と共に共有する機会を持った。<br>(7)-①：2019.8月に地域住民を対象に精神科医を招き、「認知症勉強会」を母体法人と合同で実施した。<br>(8)-①：複合多問題ケースで多機関を招いて「地域ケア個別ミーティング」を実施した。 |
| (6)地域ネットワークの構築    | 精道高齢者生活支援センター  | (6)-①：早期発見と重篤化予防。<br>(6)-②：身近な機関や当センターの関わりのある人から包括支援センターを啓発していく。  | (6)-①：「ひと声運動」を行う。毎月テーマを決めて、テーマに基づいた啓発を行う。テーマは介護予防や消費者被害を未然に防ぐ事などを図り、包括から個人を通じて広げていく。その際に気になる人がいれば包括へ繋げてもらうよう依頼する。<br>(6)-②：<br>・サポーターづくり。一声運動と併せて、友人やご近所など気になる人いる場合は声をかけてもらったり、相談して下さるようにと依頼していく。<br>・情報発信の方法の検討を行っていく(情報誌の発行・ホームページ作成等)   | (6)-①：「ひと声運動」を行うことにより、職員が地域に対する発信する動機付けとなり、担当の利用者や地域への情報発信が行えた。<br><br>(6)-②：<br>・目覚ましい成果はないものの、相談に繋がったケースがあった。一部の利用者に関心をもってもらうことができた。<br>・コロナ禍における情報発信の手段として『せいどうニュースレター』創刊を着手した。  |
| (7)認知症高齢者及び家族への支援 | 潮見高齢者生活支援センター  | 繋がりを豊かにする支援に取り組む<br>介護保険非該当や未利用の方、一時的な相談だけで制度やサービスのはざままで、継続した支援につながらない相談対象者の絶対数が増え、時間がたつて重度化して発見されたり、即医療対応となる事等を予防する事が、課題となっている。一方で、集計データからは、インフォーマルな社会資源の多い地域は、介護予防支援の支援期間が長い傾向が読み取れる。それらの地域課題解決には、地域住民と専門職・関係機関のより一層の連携が求められる。地域の関係性を豊かにする支援を目指して業務に取り組む。 | (5)-①：継続した支援につながらない相談対象者等をベースにして、巡回見守り必要リスト作成する。まずは、リスト掲載の基準を決め、リストアップする事からスタートする。<br>三職種でどのような見守り体制を取るか？具体策を検討する。<br><br>(6)-①：月2回のセンター内会議において、三職種とプランナー、認知症地域支援推進員、地域支え合い推進員、介護予防事業担当からの活動報告を行い、連絡会での情報共有や、地域課題の共有を図り、歩みをそろえた活動に取り組む。<br>②昨年に引き続き、社会福祉協議会との連携協働に努める。<br><br>(7)-①：「認知症ほっとナビ」の活用：圏域内サービス事業所を始め、関係機関への配布を行い、認知症地域支援推進員の役割や認知症支援ネットワークの必要性の周知を図る<br>②：地域包括支援センターで受ける認知症の相談について、アセスメントや対応のスキルアップを図る事を旨として、 | (5)-①今年度リストに上がったのは4名。そのうち3名は終了。1件は継続中。<br><br>(6)-①継続実施中<br>②社協担当者にセンター内会議にお越しいただき、一人一役の実態について、解説してもらい、理解が深った。<br><br>(7)-①認知症ほっとナビの関係機関への配布まではできなかったが、相談対応時には活用した。<br>②認知症のアセスメントについての勉強会は取り組むことができなかった。次年度への課題とする。  |
| (8)初期相談対応         |                |   |  |   |

|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
|         | センター内で勉強会や伝達研修などを行う。  | (8)-① 高浜町ケアローソン窓口にある、きらくえん介護相談窓口から、包括等につながった相談は、上半期 39 件、下半期 15 件併せて 54 件であった。高浜 1 の市営住宅の地域住民には相談窓口としての認識が定着しつつある。  |   |
|         | (8)-①：昨年に引き続き、きらくえん新浜町介護相談窓口の運営に協力連携し、高浜 1 市営住宅入居者に向けた相談窓口拠点として活用する。  |   |   |
| 基幹的業務担当 | <p>(5)：芦屋市内の看取りの現状と課題が把握できる</p> <p>● 4センター協働</p> <p>(7)：認知症の当事者や家族がいち早く認知症相談センターへ相談できるようになる【認知症地域支援推進員協働】</p> | <p>(5)事業者連絡会（役員会）にて問題提起し、各部会における「各事業体（サービス）における看取りケア」に関する関心や問題意識をヒアリング</p> <p>(7)-①：「若年性認知症とともに歩むひょうごの会（地域会）」を、芦屋市、兵庫県若年性認知症相談センター、認知症地域支援推進員と共催</p> <p>(7)-②：芦屋市、認知症地域支援推進員とともに芦屋病院地域連携室にヒアリングを実施</p> <p>(7)-③：認知症サポーター養成講座事務局（社協）が実施した啓発イベントの企画・開催に協力</p> <p>(7)-④：ひょうご若年性認知症相談センターからの依頼により若年性認知症の当事者や家族との個別支援を実施</p> | <p>(8) -①高浜町ケアローソン窓口にある、きらくえん介護相談窓口から、包括等につながった相談は、上半期 39 件、下半期 15 件併せて 54 件であった。高浜 1 の市営住宅の地域住民には相談窓口としての認識が定着しつつある。</p> <p>・ ひょうごの会の開催を契機に、認知症当事者や家族を中心とした課題やニーズの発見・充足、必要な資源やネットワークの開発などに中軸を据えることの重要性を認識できるようになった</p> <p>・ 若年性認知症の人への支援を通して、高齢者とは異なるライフステージにおける支援ニーズがあること、それらを支える社会システムが不十分であることが明確になった（例：地域支援への展開、伴走支援の担い手）。</p> |

## ウ 権利擁護業務

| 評価項目       | センター           | 令和元年度目標   | 具体的活動内容   | 主な活動による成果  |
|------------|----------------|---|---|--|
| (9)高齢者虐待対応 | 西山手高齢者生活支援センター | <p>(9)-①：新マニュアルを理解し、新様式を活用して新マニュアルに沿った対応を行う</p> <p>(10)-①：消費生活センターとの連携を行う。</p> <p>(10)-②：郵便局等との連携を行う。</p> <p>(10)-③：地域住民に対して消費者被害についての普及啓発及び講演会等の企画・運営</p> <p>(10)-④：社会福祉協議会や権利擁護センターと連携して事業へつなぐ。</p> | <p>(9)-①：センター内で新マニュアルを理解し、センター職員の対応の標準化を図る。</p> <p>(10)-①：消費者被害等の情報を得たときに、消費生活センターにつないだり、他機関に情報提供を行ったりして連携を図る。</p> <p>(10)-②：郵便局へ消費者被害対策ポスターを掲示し、周知・啓発を行う。</p> <p>(10)-③：消費生活センターや警察と共同し、福祉推進委員会や地域の集いの場などで消費者被害への対策講演等を企画・運営していく。</p> <p>(10)-④：利用者の判断能力を把握し、必要に応じて福祉サービス利用援助事業や成年後見制度等へつなぐ。その事例を通して、市内だけでなく阪神圏域の地域資源や相談機関などの情報収集に努める。</p> | <p>(9)-①：センター内で新マニュアルを活用することで、センター職員の虐待対応が標準化できた。</p> <p>(10)-①：消費者被害等の情報を得たときに、消費生活センターにつないだり、他機関に情報提供を行い、連携ができた。</p> <p>(10)-②：郵便局へ消費者被害対策ポスターを掲示し、周知・啓発を行った。</p> <p>(10)-③：消費生活センターや警察と共同し、福祉推進委員会や地域の集いの場などで消費者被害への対策講演等を企画・運営し、実施できた。</p> <p>(10)-④：利用者の判断能力を把握し、必要に応じて福祉サービス利用援助事業や成年後見制度等へつなぐことができた。阪神圏域の地域資源や相談機関などの情報収集に努め、把握できた。</p> |
|            | 東山手高齢者生活支援センター | <p>(9)-①：速やかな虐待対応が出来るよう努める。</p> <p>(10)-①：消費者被害のデータや情報を活用し啓発活動に繋ぐことが出来る。</p>  | <p>(9)-①：関係機関との適切な連携を図り、早期解決できるよう心掛ける。</p> <p>(10)-①：研修への参加や関係機関との情報共有を通じて圏域内の被害の傾向を分析し、年度内に 1 回は地域の会議等での普及啓発活動を行う。</p>   | <p>(9)-①：速やかな対応を行い、H31 年度虐待認定ケース 11 件のうち 7 件が年度内に終結した。</p> <p>(10)-①：啓発活動として「岩園喫茶」にて特殊詐欺の寸劇を地域住民（高齢者）に対して行った。</p>  |

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
| 精道高齢者生活支援センター | (9)-①：虐待対応において、よりよいチームアプローチを行える。<br>(10)-①：センター職員の消費者被害の意識が高められる。 | (9)-①：マニュアルを活用し、センター内、行政や関係機関との連携を密にし、チームアプローチを行う。<br>(10)-①：消費者被害の情報をセンター内で共有し、被害拡大を防ぐため、センター内の行事や地域の集まりやケース対応時に啓発を意識して行っていく。 | (9)-①：行政や関係機関との連携が密に行えた。会議前に協議を行い事実確認を行うことが多いなど、柔軟に対応できた。<br>(10)-①：センター内で消費者被害等がある場合は情報共有を行うことになった。介護予防教室や地域で話す機会がある際に啓発を行えた。                             |
| 潮見高齢者生活支援センター | 一人一人の権利を大切にす支援に取り組む地域住民に向けた権利擁護啓発活動を行う。                           | 昨年に引き続き、地域の集会所等の集まりにて、権利擁護意識を高める講座を設ける。独居高齢者の不安や、早期発見につながる見守り等のテーマを提案する。また、センター内においては、取り組みを継続させるための仕組みを検討する。                   | 9月17日開催のあしや喜楽苑主催の喜楽苑カレッジにて、「消費者被害」についての講話を行い、注意喚起を行った。   |
| 基幹的業務担当       | (9)：虐待対応の適正化とスピードアップ（前年度継続）<br>● 4センター協働<br>(9)：消費者被害を減少させる       | (9)高齢者虐待対応マニュアル改訂に対応した各帳票の記入例（帳票集）を作成<br><br>(9) 4センター協働により消費者被害に関する市内の実態把握（被害者の傾向等）のためのアンケート調査を実施                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場職員が、どのような事例や状況に難しさや悩みを感じているかが把握できた</li> <li>・ これまで事後的対応にとどまっていた消費者被害対応について、実態を把握し、課題や改善方策をまとめることができた</li> </ul> |

## 工 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

| 評価項目  | センター  | 令和元年度目標   | 具体的活動内容   | 主な活動による成果   |
|---|---|---|---|---|
| (11)包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備<br>(12)ケアマネジャーへの支援 | 西山手高齢者生活支援センター  | (11)-①：地域支援者が高齢者の生活のサポートをしやすくする。<br>(12)-①：地域の介護支援専門員へ向けた発信   | (11)-①：「センター通信」と「認知症ケアネット」を圏域内医療機関・薬局・金融機関へ配布する。【東山手と協働】<br>(12)-①：ケアマネジャー・民生委員交流会の企画と実施。【東山手と協働】<br>(12)-②：介護支援専門員から包括へ相談があった件について、介護支援専門員から意見を聞き取り、レポートの形で居宅支援事業所向けへ発信する。   | (11)-①センター通信と認知症ケアネットを配布した。地域の関係機関が住民と包括支援センターを繋ぎやすい関係づくりを進められた。<br>(12)-①交流会を実施。今年度は民生委員の入れ替えがあったこともあり、新任民生委員が地域の状況を把握する良い機会となるとともに民生委員、ケアマネジャーともに相互理解ができた。<br>(12)-②介護支援専門員からの聞き取りでは、センターに相談した前後でセンターに対する評価が向上。アンケート結果を居宅介護支援事業所向けに発信した。今後のケアマネジャーとの協働へつなげたい。 |
|   | 東山手高齢者生活支援センター  | (11)-①：多機関・多職種連携を意識し、相互理解を深めることが出来る。<br>(12)-①：地域ケア会議等を通して、ケアマネとの顔の見える関係性作りが促進できる。  | (11)-①：多機関、多職種が集まる勉強会を実施し、相互理解と顔の見える関係作りを行い、センターが相談しやすい場となるようにする。<br>(12)-①：会議を開催することで個別課題としてだけでなく、地域の課題として考えていける視点がもてるように働きかける。<br>《西山手協働》<br>(11)-①：東西センター通信の発行（年2回）<br>民生委員とCM交流会の実施（年1回）  | (11)-①：圏域内病院、サービス事業所を対象に多職種連携「つぼみの会」を計画、第1回目を開催し、相互理解と顔の見える関係作りを進めた<br>(12)-①：開催件数は1件だけであったが、会議を開催したことで関係機関の役割を整理し、地域課題を検討することができた。<br>《西山手協働》<br>東西センター通信を年2回発行。民生委員とCMの交流会を開催することができた。  |
|   | 精道高齢者生活支援センター   | (11)-①：開かれた包括になることを目標に、地域や関係機関と包括の双方向の関係性を構築する。【再掲】   | (11)-①地域に向けて、活動計画や実践の報告する機会を持ち、活動の評価を得る機会を持つ。【再掲】   | (11)-1：年度末に実施を検討していたが、新型コロナウイルス感染予防のため出来なかった。   |
|   | 潮見高齢者生活支援センター   | 相談しやすい関係づくりに取り組む<br>関係機関や介護支援専門員をはじめとする専門職、自治会・民生委員や地域活動に取り組む住民等、立場の異なる人々が、相互に顔が見える関係性となり、様々な事が相談しやすくなるような支援に取り組む。  | ・地域にできた新たな事業所の見学会等を専門職向けに行う。<br>・「健康フェスタ」や「夏祭り」等地域の行事と地域の専門職を繋ぐ取り組みを行う。   | ・12月7日に高浜1ルミーエルさん主催の多世代交流イベントが開催されて、開催に協力した。34名の方が包括の窓口に来場された。<br>・10月20日開催された「健康フェスタ」では、開催協力くださる関係機関も増えて、包括のブースに来場された地域の方は116名と盛況であった。   |
| 基幹的業務担当                                     | (11)：急性期病棟からの退院調整漏れ率が減少する（前年度継続）<br>(12)：地域にスーパーバイザー的役割を担う人材を育成する（継続目標）<br>● 4センター協働<br>(12)：多職種連携によってケアプランの見直しの機会ができる<br>(12)：介護支援専門員から高齢者生活支援センターへの相談件数増加 | (11)-①：退院調整ルールコーディネーター会議への参画、芦屋市内ワーキングチームの組織化と参画<br>(11)-②：市内PT、OT、ST連絡会の組織化への協力<br>(12)-①：芦屋市ケアマネジメント事例検討会の開催（対人援助育成システムの研修の位置づけ、ケアマネジャー友の会・事業者連絡会協力）<br>(12)-②：自立支援型地域ケア個別会議の実施<br>(12)-③：地域ケアシステム検討委員会への参画（65歳プロジェクト、支援チーム等）<br>(13)-③：4センター協働により<br>ケアマネジャー同士が気軽に学べ、交流できる「教えてシリーズ」の実施 | ・市内要介護者の急性期病棟からの退院調整漏れ率が減少した<br>・市内在勤のPT、OT、STとの個別事例における連携機会の増加し、連携しやすい環境が整備されつつある<br>・自立支援型地域ケア個別会議における助言者の招聘を組織的に対応してもらえるようになった<br>・包括的支援体制構築に向けた課題の整理と必要なしくみの構築に関する方向性を検討できた<br>・ケアマネジャーと居宅介護支援事業所CMとの交流機会が増加し、何気ないやり取りをもとにコミュニケーション量が増加 |   |

## オ介護予防ケアマネジメント

| 評価項目  | センター           | 令和元年度目標   | 具体的活動内容   | 主な活動による成果  |
|---|----------------|---|---|--|
| (13)一般介護予防事業<br><br>(14)指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業 | 西山手高齢者生活支援センター | (13)-①：地域住民に対して介護予防の普及啓発及び予防教室の企画・運営<br>(14)-①：運営基準に沿った介護予防マネジメントの実施  | (13)-①：地域住民のニーズや現存の社会資源を把握した上で、体操教室の実施や自主グループ育成支援を行う。<br>(14)-①：毎月の予防ケアマネジャーミーティングや委託チェックにより業務の適正化及び質の向上を図る。  | (13)-①：集会所・市民センターに出向き、地域活動の情報収集・実態把握・ニーズ確認を行ない、社会資源の新規拡大に繋がった。(未開拓であった奥池地域のさわやか教室開催予定)・下半期より開始した自主グループの後方支援(グループ内の関係性構築支援)・地域住民に対する普及啓発(介護予防勉強会)・介護予防事業担当・生活支援コーディネーターを含むセンター内ミーティングによる情報共有を行なった。<br>(14)-①：毎月の予防ケアマネジャーミーティングや OJT によりケアマネジメントの質の向上ができた。委託プランに関しては、有効期間が2～3年となったため、ケアプラン作成漏れのないように委託先ケアマネジャーと連携することにより、ケアマネジメントサイクルは運営基準通りに円滑に行うことができた。 |
|   | 東山手高齢者生活支援センター | (13)-①：地域住民・高齢者の介護予防への意識が高まり、地域全体で予防に対する意識を高めることが出来る。<br>(14)-①：自立支援型のケアプランが浸透し、適切なアセスメントが出来る。                              | (13)-①：視察や研修への参加から効果的な体操教室運営や自主G活動へのプロセスについて理解を深め、日々の活動に反映させる。また地域行事への参加や広報紙等を活用した普及啓発活動を行うことにより、高齢者の早期予防への関心を促すとともに協力者を育む。<br>(14)-①：自立支援に基づいたアセスメントができるよう、継続して定期的な事例検討会を開催する。   | (13)-①：さわやか教室から自主グループ支援をして立ち上がったグループ数が5グループとなった。助成金申請の支援等も同時に行いながら協力者の支援を行っている。<br>(14)-①：2ヶ月に1回のケアミーティングと3ヶ月に1回の法人事例検討会を実施し、自立支援に基づく適切なケアマネジメントができるよう資質の向上を図っている。   |
|   | 精道高齢者生活支援センター  | (13)-① 介護予防支援の成果を普及啓発し、地域の介護予防への動機づけを図る。<br>(13)-②：地域の力を活用し、自主活動を支援していく。<br>(14)-①：課題と目標が明確な介護予防支援計画を作成できる。                 | (13)-①：「精道お達者フェスティバル(仮称)」を開催し、介護予防に努力している利用者や支援チームからの発表の場を持つ。介護予防の普及啓発も併せて実施する。<br>(13)-②：既存の社会資源を活用する等で介護予防教室を開催し、自主活動支援を図る。<br>(14)-①：職員間で介護予防支援計画の内容について評価し合う機会をつくり他者の視点を取り入れる。  | (13)-①：年度末に実施を検討していたが、新型コロナウイルス感染予防のため出来なかった。<br>(13)-②：トレーナー派遣事業から自主グループが立ち上がり、活動を継続している<br>(14)-①：件数は多くなかったが担当者本人が気が付かなかった支援の視点やニーズに気が付く機会となった。他人のプランを改めて見ることで自身のプランの作り方を振り返ることが出来た。   |
|   | 潮見高齢者生活支援センター  | 安定した介護予防の仕組みづくり<br>一日でも長く自立した生活を継続できるように、元気な時から日常的に周囲の社会環境を豊かにする事や、介護認定を受けた後でも地域とのつながりが途切れないよう意識したケアプラン作成を行う事が出来るよう支援に取り組む。 | (13)-①：既存の2つのさわやか体操教室「潮見幼稚園教室」と「高浜管理センター教室」の継続と安定した運営<br>②：潮芦屋地区の介護予防教室として運営している「まちの保健室」の継続と安定した運営<br>③：自主グループ活動へのアプローチの継続<br>(14)-①：地域のインフォーマルな社会資源である、サロン活動や老人会の活動等の場に積極的に見学等に出かけ、ケアプラン作成に活かす。<br>②月1回のセンター内ケース会議にて、インフォーマルな社会資源の活用についてケースに沿った情報交換や検討を行う。 | (13)-①募集しても定員が集まらずチラシのポステイング等での募集も試みたが大きな成果は得られなかった。次年度は開催する曜日時間などの健康も検討する。<br>②運営継続はできているが参加者増には繋がらず。次年度は場所変更を含めて「老人喫茶」としての再開も検討。<br>③高浜1の自主グループ活動は自治会主導で継続しているが、他のグループは難しい。<br>(14)-①日々のケース対応に追われて、サロン見学の余裕がなかった。介護保険サービスを担うCMの役割上インフォーマルサービスへのつながりは難しいのが実情である。<br>②インフォーマルサービスの情報共有は行っているが、利用に至る利用者は非常に少ないのが現状である。                                    |



|         |   |  |  |
|---------|---|--|--|
| 基幹的業務担当 | (13)：住民主体の介護予防の取り組みの推進<br>● 4センター協働<br>(13)：介護予防ケアマネジメント業務の標準化が進む<br>(14)：介護予防ケアマネジメントが適切に実施される | (13)-①：介護予防担当者の連絡会（情報交換会）の実施<br>(13)-②：包連会での地域支え合い推進員の活動状況の共有<br>(13)(14)：4センター協働による自立支援型地域ケア個別会議のデザインと会議の運営【再掲】 | ・ 担当職員が介護予防ケアマネジメントにおいて、支援内容やサービス導入に対しエビデンスを求めることが重要である認識が広がった |
|---------|---|--|--|