

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	30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)：センター職員がセンター運営や活動目標を理解して業務を行うことができる。 (2)：根拠のある支援計画を作成し、支援の評価を行う。 (3)：3職種業務を横断的に遂行し、業務の標準化を図る。 (4)：研修に参加して個々の職員の対応力が向上する。	(1)：毎日のミーティングにより、情報共有や支援方針の決定を行い、進捗状況を確認・モニタリングを行う。 (2)：毎月の3職種ミーティングを通して相談ケースに対する支援計画を作成し、対応後の評価を行う。 (3)：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。 (4)：外部研修を受講した後、センター内職員へ伝達研修を行う。	(1)：新任職員が配置された事もあり、密にミーティングを行うことで情報や方針決定を共有することができた。 (2)：毎月センター内で、SVをまじえてミーティングを行い各々のケースの計画（支援方針や時期）や進捗状況の確認が行えた。（しかし、対応後の事後評価は不十分だった） (3)：ケースに応じて困難事例等必要性がある際には複数の職員で協議・対応を行った。一定の標準化は図ることができた。 (4)：研修受講後は資料回覧やセンター内ミーティングにて他職員へ伝達を行うことで有用な知識や技術を共有できた。
	東山手高齢者生活支援センター	1)：運営基準に基づき、公正中立な運営とセンター内での適切な評価が出来る。 (2)：各職種が事業計画に沿った進捗管理を適切に行うことが出来る。 (4)：各職種に求められる役割を明確にし、資質の向上を図ることが出来る。	(1)：定期的な運営基準の確認と、特定の事業者に偏りが無いかを名簿で確認を行う。 (2)：定期的な三職ミーティングにおける確認、評価、修正を行う。 (4)：個人の課題を明確にし、達成事項が確認できる個人計画等の運用を含め、資質向上に向けての組織的な仕組み作りを行う。	(1)(2)：定期的なセンターミーティングにおいてセンター全体での進捗管理と評価を、また3職種ミーティングとケアマネミーティングにて各専門職種間での進捗管理を行っている。 (4)：各専門職種がミーティングにおいて事業内容について把握・共有し、各業務の総理解を深めていくことでチームアプローチの向上を図ることが出来た。また、資質向上を目的としたセンター内部での事例検討会の実施、外部研修への参加等で自己研鑽に励むことが出来た。
(2)PDCAサイクルでの事業運営	精道高齢者生活支援センター	(2)：求められている役割を理解した上で、地域特性を把握し活動できる (4)：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)：委託契約書及び業務委託仕様書、活動計画書、圏域の概況等を用いながら、センター内の会議において活動の評価をおこなう。 (4)：常日頃から個人が自身の成長課題を考えて、個別スーパービジョンの機会にそれを明らかにするように努めた。職員毎の個別研修計画において、成長課題を捉え、達成可能な目標を設定し、自己研鑽に努めた。	(2)：活動の評価や振り返りを行う中で、地域課題について検討し日常の業務内容に反映するように努力している。 (4)：各職員と上司の面談の機会を持つことで信頼関係により影響があり、日常的な業務の場面でのコミュニケーションがスムーズになった。
(3)チームアプローチ	潮見高齢者生活支援センター	包括支援センターが設置されて12年を迎える。改めて、地域の住民の方々や関係機関に対して、潮見高齢者生活支援センターの存在や役割、機能を周知・啓発することを意識し、活動したい。	・各事業の人員配置等が整備されて、各職種の専門性を発揮して、役割分担が出来る体制が整いつつある。その中でも、新人職員の育成等が必要であり、お互いに支え合いながら業務に臨めるよう、全体のバランスを取るよう努める。 ・新人育成にセンター全体で取り組む事で、チームワークの充実を図る。 ・従来以上に、三職種での話し合いの機会や、教え合う機会を丁寧に設ける。 ・認知症地域支援推進員や、介護予防事業担当者等の役割に関しては、一定期間で交代を検討するなどして、どの職員でも取り組まれている事が理解できるような工夫をする。	・今年度は新しく350世帯、60%を超える高齢化率の町が一つ増えた。まずはその受け入れ態勢を整える事を中心にセンター業務の方針を立て実行した。既に要介護に認定を持っている高齢者のみならず、転居を機会に相談に繋がった高齢者もあり、スムーズな受け入れが出来た事は成果の一つである。 ・5月に着任した保健師も定着し安定した体制で業務に取り組む事が出来た。 ・一方では、三職種でケース検討を週に1回のペースで行っているが、それぞれの専門性を意識した検討にまでは至らず、チームアプローチとしての質の向上には課題がある。 ・業務分担については、役割の交代を考えていたが、実際の業務上は半年1年未満の交代というのは現実的ではなく、実現していない。年度単位での検討が課題である。
(4)職員の資質向上				

<p>基幹的業務担当</p>	<p>(1)(4)：地域包括支援センターの実践（さまざまな取組）にどのような意味があるかを，センター職員がわかるようになる</p> <p>○4 センター協働</p> <p>(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</p> <p>(4)：市内センター職員が，自分の実践にどのような価値があるかを再考できる機会を得られるようになる（センターにおけるスーパービジョンの機能の明確化）</p>	<p>(4)-①：センター職員等の研修ニーズの把握（包連会でのヒアリング）</p> <p>○4 センター協働</p> <p>(2)-①：地域ケアミーティング開催に向けた課題整理のための4センターへのヒアリング</p> <p>(2)-②：地域ケアミーティング（地域ケア推進会議）の開催</p>	<p>社会福祉士会（県受託事業）や地域包括・在宅介護支援センター協議会が主催する研修等で研修ニーズは充足していることがわかった。・5月に着任した保健師も定着し安定した体制で業務に取り組む事が出来た。</p> <p>○4 センター協働</p> <p>ヒアリングを通して地域ケア個別会議（個別ケアミーティング）が個別支援，地域ケア推進会議が（地域ケアミーティング）が地域支援，この間にある“接着剤”のようなものが地域課題であるという考え方を共有できた。</p>
----------------	---	---	--

イ 総合相談支援業務

評価項目	センター	30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)：総合相談の統計と傾向分析を行い、他業務へ展開させる。 (8)：相談ケースの課題を明確化し、各業務や関係機関に即座につなげられる。	(5)：毎日のミーティング及びケース検討・振り返りを通して傾向分析を行い、数年度計画を作成する。 (8)：毎日のミーティング及びケース検討を行い、方向性を明確にして計画的な働きかけを行う。必要に応じて関係機関へつなげる。都度振り返りを行い、対応と計画の評価・標準化を図る。	(5)：各年度で相談件数の増減する時期にバラツキはあるものの、気候の変動等の定期的な要因により、高齢者の体調不良や相談件数との関係性が見えてきた。 (8)：毎日のミーティング及びケース検討を行う事で、各職種の専門性を活かして支援の方向性を決め、関係機関と連携しながら初期相談の対応ができた。
	東山手高齢者生活支援センター	(5)：地域に出向いての出張相談会を継続し顔の見える関係作りが出来る。 (6)：多機関・多職種の連携を意識し、ネットワーク構築が出来る。 (7)：認知症ケアネットと連動した活動と認知症の正しい知識の普及・啓発が出来る。	(5)：定期巡回訪問を行いながら地域特性の把握と傾向の分析を行う。 (6)：地域支え合い推進とも協働して地域福祉課題の把握と解決に努める。 (7)-①：普及・啓発活動として地域住民を対象とするセミナーを実施する。 (7)-②：認知症初期集中支援チーム等の適切な専門機関へのつなぎを意識し、課題解決に努める。	(5)：出張相談会を引き続き実施。定期巡回訪問も継続し、サービス利用や関係機関へつなぐことが出来ている。長年巡回していた方が離れた、新たな方へのアプローチが多くなっており関係性の構築に時間がかかっている。 (6)：多機関・多職種との連携、CMの社会資源の活用が図れるよう、社協との合同勉強会を実施、圏域内の居宅、委託先居宅にもアナウンスし交流の機会を持つことが出来た。
(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	(5)：市・県・国発信のデータに接する機会を増やし、日々の活動に活かすことが出来る。	(5)：統計資料の定期的な入手先と方法を確立する そのデータをセンター内で共有し、圏域の理解を深め、日々の活動に活かす。	(5)：圏域の概況、市内の町別高齢者数や認定者情報は手元に置き活用したが、広域のデータとの比較や活動の成果をデータで確認するには至っていない。
		(6)：早期発見早期対応のために、ターゲットを決めて啓発を行える。	(6)：スーパー、新聞販売店、郵便局、コンビニエンスストア、クリニックへチラシ配布とともに、当センターの役割や早期発見について啓発を行った。	(6)：圏域の社会資源に職員が直接出向き会話をすることで顔の見える関係づくりを行うことができた。件数は多くないが、新聞販売店やコンビニエンスストアから気になる高齢者についての相談を受け付けた。
(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	新たな住民に対する周知・啓発 10月～入居可能となる高浜町1の新しい市営住宅について、集中的にチラシを配布する等の啓発活動に取り組む。	(6)-①：地域支え合い推進員の活動や、介護予防事業担当者との連携を通じて、地域資源の開発への協力や、取り組みへの協働を目指す。 (6)-②：社会福祉協議会との連携協働の機会を増やす。地域発信型ネットワークにおける高齢者生活支援センターの役割を考え、ネットワーク構築に貢献する。 (7)：「〇〇さん」の為に設ける（認知症）カフェ～特定の利用者さんをイメージした場づくりを検討する。 (8)-①：きらくえん新浜町介護相談窓口の運営に協力連携し、浜風地区における相談受付機能の向上を図る。 (8)-②：高浜1市営住宅入居に向けて、センターの機関誌や、イベントの案内等を集中的に配布し、相談窓口としての周知を図る。	(6)-②：5月22日社会福祉協議会の方に来て頂き、役割の理解と連携を深めるための話し合いを行った。引き続き地域の集まり等で社会福祉協議会と連携し、地域発信型ネットワークにおける高齢者生活支援センターの役割を考え、ネットワーク構築に貢献する。 (8)-①：喜楽苑新浜町介護相談窓口から、対象者の経過が判明（モニタリング機能）したりする効果もあった。センターにつながった相談は今年度17件あった。 8-②11月24日高浜1市営住宅の町開きのイベントに参加し、相談窓口として周知活動を行った。平成31年度より高浜1市営住宅に自治会が発足するため、自治会と連携し相談窓口としての周知を図る。
		基幹的業務担当	(5)：どのようなケースの場合に、どのような機関と、どのように連携・協働して見守るかの枠組みが整理される (6)：センター職員が、地域支え合い推進員の役割を理解し、どのようなときにどのように連携するかがわかるようになる ○4センター協働 (7)-①：認知症当事者同士がつながれる場・機会をつくる【認知症地域支援推進員協働】 (7)-②：若年性認知症に関する相談件数が増加する【認知症地域支援推進員協働】	(6)-①：小地域福祉ブロック会議の企画・運営のメンバーとして「拡大事務局会議」へ参画 (6)-②：生活支援型地域ケア個別会議への参画 ○4センター協働 (7)-①：認知症相談センターとしての相談分析【認知症地域支援推進員協働】

ウ 権利擁護業務

評価項目	センター	30 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	(9)：新しいマニュアルを理解・新様式を活用し、新マニュアルに沿った対応ができる。 (10)：総合相談支援業務を通して高齢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へつなぐ。	(9)：新マニュアルのツールを使って確認を行い、即時情報共有や方針決定が行える。 (10)：社会福祉協議会や権利擁護支援センターとの連携を行う。	(9)：新マニュアルを確認しながら業務を遂行。毎朝のミーティングと月 1 回のスーパービジョンを通して情報共有及び方針決定が行えた。 (10)：高齢者虐待ケースや支援困難ケースでの支援依頼や、必要時には助言を求めるなど適宜連携が取れた。(行政より事務調査時、更なる連携を求められたこともあり、来年度も連携強化に努めたい。)
	東山手高齢者生活支援センター	(9)：高齢者虐待ケースの早期発見と適切な対応が出来る。 (10)：消費者被害の普及啓発活動が定期的に実施できる。	(9)：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。 (10)：地域での会議等で年 2 回程度の普及啓発活動を行う。	(9)：多機関・多職種勉強会にて高齢者虐待の理解と早期発見・相談について啓発を行った。 (10)-①：今年度よりセンター内で消費者被害情報共有シートを作成し(ファイル参照)消費者被害についての早期発見と共有、多機関との連携が促進できるよう仕組みづくりを行った。 (10)-①：年度を通して外部研修等への参加が一度もなかったため、定期的な研修受講が必要。
(10)判断能力を欠く常況	精道高齢者生活支援センター	(9)：虐待対応において、よりよいチームアプローチを行える。 (10)：センター職員の消費者被害への意識が高められる。	(9)：新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った。昨年度に続き毎朝のミーティングや休日前には進捗状況について情報を共有し、予測される事態を検討しリスク管理を行った。 (10)：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、地域の集まりやケース対応時に意識して情報提供を行った。	(9)：会議で決定した役割分担に則って対応を行うことで、効率的にケース対応を進めることができた。 (10)：当方から情報提供することで、利用者から消費者被害に関連するような情報提供を受ける機会ができてきた。機会があるごとに話題することで少しずつではあるが住民の関心を高めることができた。
	潮見高齢者生活支援センター	地域向けの権利擁護啓発活動 地域に向けた権利擁護に関する啓発活動として、成年後見人制度についての理解を広める活動を企画し、取り組む。	昨年同様、民生委員・福祉推進員との連携をはかり、地域の集会所等集まりで、権利擁護意識を高める講座を設ける。	今年度地域で予定していた新しい高浜 1 番市営住宅での啓発活動は自治会発足前で実施を見送り、次年度の課題とする。平成 30 年度はときわ会において、介護保険制度の説明に併せて、成年後見制度について啓発の講座を行った。
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) ○4センター協働 (9)：虐待対応力の向上	(9)-①：「システムの改善・資源開発等を検討する場」(縦のレビュー)の企画・運営への参画	高齢者虐待について早期発見、相談(通報)が行えるように、市民向けに高齢者虐待についての周知啓発のための取組みを実施することを合意した。啓発の他にも権利擁護・高齢者虐待についての関係機関とのネットワーク強化、支援センター職員の資質向上等、課題整理と抽出をすることができ、次年度、課題解決に向けての足掛かりをつくることができた。	

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	30 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	西山手高齢者生活支援センター	(11)：地域支援者が高齢者の生活のサポートをしやすくする。【東山手と協働】	(11)-①：圏域内郵便局からヒアリングを行い、連携体制作りをすすめることができる。【東山手と協働】 (11)-②：民生委員とケアマネジャーの交流会を開催する。【東山手と協働】 (11)-③：「センター通信」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】	(11)-①：郵便局長とセンター職員の交流会を1回実施し、高齢者の生活をサポートするネットワークを確認した。実際に郵便局長からの情報提供で対応したケースもあった。 (11)-②：民生委員とケアマネジャーの交流会を開催し、相互理解とネットワーク形成を助力できた。参加者から再度の開催を希望する声も多くあった。 (11)-③：「センター通信」を圏域内医療機関・薬局・金融機関、民生委員へ、認知症ケアネットを同封して配布し、センターの役割と活動について周知できた（年2回）
	東山手高齢者生活支援センター	(11)-①：ケアマネジャー等の支援者が高齢者の地域生活をサポートしやすくする。（西山手協働） (11)-②：必要に応じて個別ケアミーティングが実施できる。	(11)-①Ⅰ：引き続き郵便局の広報スペースを借り、センターの活動や高齢者への権利擁護や介護予防等の普及啓発活動を継続し連携を図る。（西山手協働） (11)-①Ⅱ：民生委員とCM 交流会の開催（西山手協働） (11)-①Ⅲ：センター通信の配布（西山手協働） (11)-②：多機関・多職種が連携して個別課題の解決ができるよう心掛ける。	(11)-①：西山手Cとの協働で山手圏域の民生・ケアマネ交流会を2月に実施予定。 (11)-②：地域ケア会議2件実施。多機関との連携が必須のケースで、課題共有を図ることが出来た。
(12)ケアマネジャーへの支援	精道高齢者生活支援センター	(11)：地域の民生委員と介護支援専門員が顔の見える関係性になる。 (12)：（4センター協働）市内の居宅介護支援事業所と顔の見える関係性になり支援に繋がられる。	(11)：「第3回 精道中学校区民生児童委員・ケアマネジャー・高齢者生活支援センター交流会」の実施できなかったが、2019年度の開催に向けて地区のブロック長と意見交換を行った。 (12)：圏域の居宅介護支援事業所を訪問し、顔の見える関係を作り、介護支援専門員のニーズを把握し、支援に繋がられる。	(11)：打ち合わせの話し合いの中で双方の業務の現状や課題を共有することができたことで、より連携しやすい関係づくりが進んだ。2019年度の企画開催に繋げる感触を得ることができた。 (12)：継続的に相談を受ける居宅介護支援事業所ができてきた。
	潮見高齢者生活支援センター	民生委員との顔の見える関係づくり 要介護者台帳の提出先が変わったことで、民生委員との接点が以前より少なくなっている。顔の見える関係作りになる取り組みを検討し、実施する。	・今年度は、圏域内に新たに2か所のサービス事業所ができる。新たな事業所を交えた圏域内の連携を深める取り組みを考え、実施する。 ・高浜1に新たにできる事業所と連携し、職種間連携が図れる取り組みを考え、実施する。 ・民生委員との接点を増やす取り組みを考える。その中で、ケアマネジャーをはじめとする専門職とも一緒に連携できる取り組みも考え、実施する。	・新しくできた事業所の見学会に出向き、その後も利用者のサービスにスムーズにつながった。 ・高浜1に入居された住民からの相談も徐々に増えつつあるが、自治会の発足、集会所の利用方法が確立されていないため今後、啓発活動や交流の場につなげたい。その中で、新しい事業所・民生委員・ケアマネジャーとも連携できる取り組みの参画を検討していく。
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） (11)：市内の介護サービス供給体制の把握と将来に向けた課題が整理できる (11)：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） ○4センター協働 (12)-①：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 (12)-②：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：退院調整ルールの検証と必要に応じたルール等の改定【芦屋健康福祉事務所、西宮市等協働】 (11)-②地域ケアミーティング（地域ケア推進会議）の開催（再掲） ○4センター協働 (12)-①：地域リーダー養成講座の開催【ケアマネ友の会協働】 ○4センター協働 (12)-①：自立支援型地域ケア個別会議のデザインと試行実施 (12)-②：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（3回/年）	アンケート実施により、退院調整ルールについて誤解している点があり、点検協議において再説明を行い、退院調整ルールの周知普及を図ることができた。また、誤解の要因として、病院と介護支援専門員の相互の立場の理解不足もあり、点検協議において交流・相互理解をすすめ、「顔の見える関係づくり」ができた。 地域課題の集約を実施したが、高齢者生活支援センター職員の要因分析力不足の課題が明確化となり、要因分析力向上のための取組及び資質向上の必要性を確認することができた。 パーソナリティ障害、発達障害について理解を深めることができた。関わり方、支援のポイント等実践的な講義であったため、ケアマネジメント実践に活かすことができた。 ○4センター協働 枠組みを各センターの協働により策定することにより、自立支援型地域ケア会議の目的や検討ポイントについて共通理解・認識をもつことができた。2回の試行的開催をとおし、介護予防ケアマネジメント実践により活用できるように枠組みを修正することができた。 アンケート結果より、高齢者生活支援センターと連携がとりやすくなったという感想が多くいただき、顔の見える関係づくりをすることができた。また、講義も実践向きなもので、次年度も継続して欲しいという介護支援専門員のニーズも把握できた。	

オ 介護予防ケアマネジメント

評価項目	センター	30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	西山手高齢者生活支援センター	(13)：地域住民のニーズを把握した上で、自主グループの活動支援を行う。 (14)：直営・委託ケースにおいて、適切なケアマネジメントが行われる。	(13)：地域の集会所や市民センターへ出向き、地域活動の情報収集を行う。介護予防を目的としたイベントを開催して、介護予防の普及啓発及び介護予防を推進する人材の発掘を行う。 (14)-①：委託ケースにおいて、適切なアセスメントや医療介護連携が行えるように医学的意見等を記録物で確認する。 (14)-②：毎月、予防ケアマネジャーミーティングで、業務の標準化・適正化を行う。	(13)：圏域内の集会所や市民センターへ出向くだけでなく、個別ケースの中で住民独自の活動（麻雀や体操）を情報収集することができた。また、イベント開催により、西山手チエアビクス継続に至るが、人材は選定中で具体的な取り組みには至っていない。 (14)-①：アセスメント等記録内容の確認以前に、CM から自発的な書類提出が少ない為、進捗管理の優先度が高かった。 (14)-②：予防ケアマネジャーミーティングを定期的開催することにより業務の標準化や仕組みの改善が行えた。
	(14)指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	東山手高齢者生活支援センター	(13)-①：地域住民の介護予防に対する意識が高まる。 (14)-①：利用者へのケアマネジメントが滞りなく提供される。	(13)-①：ヨガ教室、いきいき百歳体操、シナプソロジーを行う中で、体操以外の介護予防に関する教室や講演を開催する。 (14)-①：自立支援を意識したプラン作成が出来るよう、定期的に事例検討会を実施する。
	精道高齢者生活支援センター	(13)：地域のニーズや社会資源を把握した上で、効果的な介護予防普及啓発のための基盤づくりを行う。 (14)：介護予防支援ケースの対応の標準化され職員の経験によるサービスの差がなくなる。 (15)：必要な対象者に総合事業が円滑に提供できる。	(13)：10月に“ひだまり喫茶”にて体験版いきいき百歳体操実施。体操終了後に茶話会にて意見や感想を伺った。また地域の介護予防教室開催可能な場所を3か所把握できた。 (14)：介護予防支援業務について担当で業務内容を改めてマニュアル化する検討と作業を行った。三職種と介護予防支援担当者が意図的に同行訪問を行うことでアセスメントや記録、面接技法などについてOJTを行った。 (15)：H29.4の総合事業移行は大過なく行うことが出来た。	(13)：情報収集の結果把握できた場所の内、まず1か所に絞り、次年度（5月）に話し合いを持つこととなった。 (14)：経験値の違う職員が複数名で業務を行うことで業務の標準化を図ることができた。 (15)：生活支援ホームヘルプサービスやデイサービス、軽度生活援助事業から総合事業へ移行したケースについては、毎月のモニタリングなどケアマネジメント支援を提供する中で状況が確認できて、速やかな支援に繋がり、信頼関係が構築できた。
	潮見高齢者生活支援センター	・H29年度の地域ケア会議で発見された課題のある地域で、あらたな介護予防教室を作る。 ・介護予防ケアマネジメントにおけるインフォーマルサポートの活用を促進させる。	・H29年度の地域ケア会議にて、緑町における社会資源の必要性が課題として明らかになった。地域支え合い推進員と連携し、地域の社会資源開発を目指して協働し、介護予防教室の立ち上げを図る。 ・ケアプラン作成に際し、利用者の地域環境へのアセスメントや、情報収集、情報提供を意識して、介護予防の意欲が高まるような情報提供が出来るよう心掛ける。	・緑町では場所の確保が出来なかったため、潮見町で新しく介護予防教室を立ち上げた。緑町を含む隣接した3町へポスティングを行い、定員を超える参加申し込みがあったことから、地域のニーズに応えられた。 ・「人の役に立つことがしたい」という利用者のニーズからボランティア活動を紹介し、主催者へとつないだ。またセンター内で担当圏域のインフォーマルサービスについて理解を深めるため、それぞれの活動場所へ見学に行くことを目標に組み込んだ。
	基幹的業務担当	(13)：住民主体の介護予防活動の展開における課題が顕在化する ○4センター協働 (13)：住民に対する介護予防の啓発の内容と方法が明確になる (14)(15)：介護予防ケアマネジメントの適切な実施	(13)-①：介護予防担当者との定期的な情報交換（2回/年）【4センター協働】 ○4センター協働 (13)-①：給付分析データ等からの分析【高齢介護課協働】（再掲） (14)-①：介護予防ケアマネジメント研修の企画・実施（3回/年） (14)-②：自立支援型地域ケア個別会議のデザインと実施（再掲） (14)-③：提供票廃止プロジェクトの実施と廃止	事業推進の上での疑問点等について高齢介護課を交え協議し、事業推進の円滑化をはかることができた。 ○4センター協働 介護予防ケアマネジメントにおいてICFの理論と視点をを用いた自立支援型地域ケア個別会議の枠組みを考案し試行実施できたことで、予防ケアマネジメント担当者（介護支援専門員）の学習課題が把握できた。 4センター職員の協働により提供票を廃止に至り、業務効率化を達成した。