

地域包括支援センターの
令和 3 年度運営状況について
(4 月～12 月)

令和3年度 地域包括支援センター業務委託完了報告等まとめ【4月～12月】

		フォレスト	阪奈中央	東生駒	社協	梅寿荘	メディカル	計
総合相談支援	延べ(件)	1,192	1,167	771	945	1,710	1,930	7,715
	入所・退所相談(件)	13	11	13	8	31	34	110
	入院・退院相談(件)	47	95	22	49	104	188	505
	介護予防事業(件)	142	135	76	147	85	88	673
	総合事業(件)	110	56	145	63	304	155	833
	認知症(件)	125	149	86	115	277	247	999
	権利擁護(件)	11	6	6	0	36	84	143
	高齢者虐待(件)	68	18	14	46	85	41	272
	介護保険その他の保険福祉サービスに関すること(件)	507	664	252	372	655	978	3,428
その他(件)	169	33	157	145	133	115	752	
介護予防支援ケアプラン作成	全体(件)	638	212	228	278	864	954	3,174
	内委託(件)	20	9	14	9	200	100	352
第1号介護予防支援ケアプラン作成	全体(件)	290	232	230	267	750	636	2,405
	内委託(件)	8	13	8	0	92	48	169
包括的継続的ケアマネジメント支援(集団支援)	回数	2	3	3	3	12	2	25
包括的継続的ケアマネジメント支援(個別支援)	回数	43	31	28	105	205	51	463
地域支援体制整備	回数	178	89	276	19	105	56	723
介護予防教室	回数	13	4	10	3	12	9	51
地域ケア会議	回数	48	31	46	29	37	28	219

令和3年度

		フォレスト	阪奈	東生駒	社協	梅寿荘	メディカル	計	
相談 総 件 数	相談形態	電話	578	552	250	428	1007	843	3658
		来所	57	166	59	28	101	72	483
		訪問	260	321	277	210	392	371	1831
		その他	22	18	14	34	20	24	132
		小計(延相談件数)	917	1057	600	700	1520	1310	6104
	相談者	本人	360	545	389	421	601	485	2801
		家族・親族	454	451	248	333	566	657	2709
		民生委員	31	13	8	9	16	49	126
		医療機関	81	62	21	36	149	135	484
		行政	71	62	18	53	112	76	392
		その他	120	115	58	74	340	195	902
		小計(延件数)	1117	1248	742	926	1784	1597	7414
	対象者状況	要介護者	126	141	73	116	267	333	1056
		要支援者	190	102	92	171	278	430	1263
		事業対象者	113	186	68	18	70	30	485
		一般介護予防事業対象者	223	486	273	311	661	348	2302
		その他	265	134	79	114	244	169	1005
		小計(延件数)	917	1049	585	730	1520	1310	6111
	相談内容	入所・退所相談	13	11	13	8	31	34	110
		入院・退院相談	47	95	22	49	104	188	505
		介護予防事業	142	135	76	147	85	88	673
総合事業に関すること		110	56	145	63	304	155	833	
認知症に関すること		125	149	86	115	277	247	999	
権利擁護(成年後見制度等)		11	6	6	0	36	84	143	
高齢者虐待		68	18	14	46	85	41	272	
介護保険その他の保健福祉サービス		507	664	252	372	655	978	3428	
その他		169	33	157	145	133	115	752	
小計(延件数)		1192	1167	771	945	1710	1930	7715	
対応内容	助言・情報提供	725	819	423	590	1110	1172	4839	
	申請代行	73	29	12	30	53	108	305	
	関係機関への連絡調整	283	228	33	132	324	481	1481	
	実態把握	255	864	521	662	821	480	3603	
	介護予防ケアマネジメント	12	1	8	115	6	3	145	
	その他	52	5	15	13	10	4	99	
	小計(延件数)	1400	1946	1012	1542	2324	2248	10472	
相談件数計(延件数)		917	1049	585	730	1520	1310	6111	
相談実人数		537	537	374	416	836	781	3481	
《参考》うち新規相談	相談形態	電話	196	183	109	129	370	325	1312
		来所	27	55	12	10	35	48	187
		訪問	41	47	55	27	54	79	303
		その他	6	6	1	6	2	6	27
		小計(実件数)	270	291	177	172	461	458	1829
	相談者	本人	88	142	92	93	166	155	736
		家族・親族	142	110	52	70	160	209	743
		民生委員	10	6	5	2	13	21	57
		医療機関	22	17	12	13	42	40	146
		行政	13	8	2	9	38	25	95
		その他	33	38	29	13	79	66	258
		小計(実件数)	308	321	192	200	498	516	2035
	対象者状況	要介護者	36	26	16	11	58	83	230
		要支援者	49	30	17	43	66	152	357
		事業対象者	33	29	7	7	34	13	123
		一般介護予防事業対象者	90	186	108	96	249	162	891
		その他	62	21	25	18	54	48	228
		小計(実件数)	270	292	173	175	461	458	1829
	相談内容	入所・退所相談	4	4	3	1	9	7	28
		入院・退院相談	16	17	11	13	31	52	140
		介護予防事業	45	27	18	37	48	45	220
総合事業に関すること		40	10	39	15	115	65	284	
認知症に関すること		41	32	18	14	66	72	243	
権利擁護(成年後見制度等)		2	0	0	0	6	19	27	
高齢者虐待		7	2	1	3	14	8	35	
介護保険その他の保健福祉サービス		163	219	63	83	209	339	1076	
その他		44	6	52	37	30	37	206	
小計(実件数)		362	317	205	203	528	644	2259	
対応内容	助言・情報提供	215	200	93	117	327	423	1375	
	申請代行	41	9	1	9	22	47	129	
	関係機関への連絡調整	61	46	3	29	62	118	319	
	実態把握	65	242	154	160	265	157	1043	
	介護予防ケアマネジメント	2	0	1	18	5	2	28	
	その他	7	3	5	2	2	1	20	
	小計(実件数)	391	500	257	335	683	748	2914	
相談件数計(実件数)		270	292	173	175	461	458	1829	

[介護予防支援]

4月～12月分

令和3年度

			フォレスト	阪奈	東生駒	社協	梅寿	メディカル	計	
予防給付	要支援1	(報酬請求件数) 作成件数	包括支援センターで作成	103	47	60	84	157	190	641
			居宅に再委託し作成	2	9	4	0	43	17	75
			(うち市外事業所への再委託)	2	9	4	0	0	1	16
			小計(実件数)	105	56	64	84	200	207	716
		初回加算実件数	6	1	2	5	7	12	33	
	要支援2	(報酬請求件数) 作成件数	包括支援センターで作成	515	156	154	185	507	664	2181
			居宅に再委託し作成	18	0	10	9	157	83	277
			(うち市外事業所への再委託)	9	0	1	9	13	38	70
			小計(実件数)	533	156	164	194	664	747	2458
		初回加算実件数	16	5	3	10	13	35	82	
総合事業のみ利用	要支援相当	(報酬請求件数) 作成件数	包括支援センターで作成	133	104	82	51	82	61	513
			居宅に再委託し作成	0	0	0	0	0	0	0
			小計(実件数)	133	104	82	51	82	61	513
		初回加算実件数	14	15	12	9	4	4	58	
	要支援1	(報酬請求件数) 作成件数	包括支援センターで作成	54	52	46	106	125	191	574
			居宅に再委託し作成	2	1	0	0	16	22	41
			小計(実件数)	56	53	46	106	141	213	615
		初回加算実件数	3	3	5	4	10	8	33	
	要支援2	(報酬請求件数) 作成件数	包括支援センターで作成	95	63	94	110	451	336	1149
			居宅に再委託し作成	6	12	8	0	76	26	128
小計(実件数)			101	75	102	110	527	362	1277	
初回加算実件数		5	6	5	6	23	10	55		

合計	予防給付作成件数	638	212	228	278	864	954	3174
	包括支援センターで作成	618	203	214	269	664	854	2822
	居宅に再委託し作成	20	9	14	9	200	100	352
	総合事業作成件数	290	232	230	267	750	636	2405
	包括支援センターで作成	282	219	222	267	658	588	2236
	居宅に再委託し作成	8	13	8	0	92	48	169
	初回加算実件数	44	30	27	34	57	69	261
		928	444	458	545	1614	1590	5579

令和3年度 包括的・継続的ケアマネジメント支援

(2)集団支援(研修会やネットワーク構築等)

フォレスト地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
R3.10.4	ケアマネ交流会	介護支援専門員	28名
R3.10.5	ケアマネ交流会	介護支援専門員	41名

阪奈中央地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
3.7.9	主任介護支援専門員事例検討会	市内CM・包括主任CM部会	20名
R3.10.4	ケアマネ交流会	介護支援専門員	28名
R3.10.5	ケアマネ交流会	介護支援専門員	41名

東生駒地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
R3.7.27	法定後見人勉強会	東生駒病院居宅・包括	居宅5名,権擁1,包括6
R3.10.4	ケアマネ交流会(インフォーマル)	居宅CM,包括,市	28名
R3.10.5	ケアマネ交流会(インフォーマル)	居宅CM,包括,市	41名

社会福祉協議会地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
R3.7.9	事例検討会	市内CM・包括主任CM部会	20名
R3.10.4	ケアマネ交流会	介護支援専門員	28名
R3.10.5	ケアマネ交流会	介護支援専門員	41名

梅寿荘地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
R3.6.29	支援困難ケースの検討	エリア内CM	15
R3.7.9	事例検討会	市内CM・包括主任CM部会	20
R3.7.26	事例検討会の振り返り CM交流会について検討	市内CM	9
R3.8.19	CM交流会について検討	市内CM	8
R3.9.13	CM交流会について検討	市内CM	10
R3.9.29	CM交流会について検討	市内CM	8
R3.10.4	CM交流会	市内CM・包括職員	28名
R3.10.5	CM交流会	市内CM・包括職員	41名
R3.10.14	CM交流会の振り返り	市内CM・包括主任CM部会	11
R3.10.30	研修会 依存症に対するフィードバック研修	エリア内CM	15
R3.11.15	CM交流会の振り返り	市内CM・包括主任CM部会	10

メディカル地域包括支援センター

年月日	内容	対象者等	参加者数等
R3.10.4	ケアマネ交流会	介護支援専門員	28名
R3.10.5	ケアマネ交流会	介護支援専門員	41名

介護支援専門員への支援等

(1)個別支援	フォレスト	阪奈	東生駒	社協	梅寿荘	メディカル	計
サービス担当者会議への参加	0	0	0	1	3	1	5
個別相談	6	18	2	6	5	12	49
支援困難事例を抱えるケアマネへの支援	8	2	4	22	49	13	98
虐待事例に関する支援	22	6	20	38	80	9	175
権利擁護に関する支援	1	5	1	0	3	9	19
個別事例に対するサービス担当者会議開催支援	1	0	0	0	2	1	4
ケアプラン作成指導等を通じたケアマネジメント指導	0	0	0	8	23	0	31
ケアマネに対する情報支援	5	0	1	30	40	6	82
合 計	43	31	28	105	205	51	463

令和3年度 地域支援体制整備に関して 【4月～12月分】

(単位:回)

センター名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
フォレスト地域包括支援センター	12	12	13	27	17	24	19	34	20				178
阪奈中央地域包括支援センター	1	5	10	21	4	9	12	7	20				89
東生駒地域包括支援センター	41	23	40	36	33	26	35	24	18				276
社協地域包括支援センター	4	1	5	1	0	1	2	4	1				19
梅寿荘地域包括支援センター	4	16	10	8	16	7	23	11	10				105
メディカル地域包括支援センター	0	4	15	13	4	4	6	6	4				56
合計	62	61	93	106	74	71	97	86	73	0	0	0	723

令和3年度 介護予防教室等開催 【4月～ 12月分】

(単位:回)

センター名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
フォレスト地域包括支援センター	1	1	2	2	1	1	1	2	2				13
阪奈中央地域包括支援センター	0	0	0	1	0	0	0	1	2				4
東生駒地域包括支援センター	0	0	3	1	0	3	1	1	1				10
社協地域包括支援センター	0	0	1	0	0	0	0	2	0				3
梅寿荘地域包括支援センター	0	0	0	1	0	4	0	6	1				12
メディカル地域包括支援センター	0	0	1	3	0	2	0	3	0				9
合計	1	1	7	8	1	10	2	15	6	0	0	0	51

令和3年度 地域ケア会議【4月～12月】

(単位:回)

会議の概要	種別	フォレスト	阪奈	東生駒	社会福祉協議会	梅寿荘	メディカル	合計
生駒市における自立支援の方法論の構築を目的とした検討	I	17	24	23	18	21	24	127
支援困難ケースの課題解決や支援体制の構築	II	6	5	15	9	10	2	47
地域住民と集まり、地域の実情やニーズを掘り起こす	III	23	1	8	1	6	1	40
認知症についての知識の周知や課題の検討を通じて、認知症の方や家族を排除しないまちづくりを推進	IV	2	1	0	1	0	1	5
合計		48	31	46	29	37	28	219

令和3年度 地域包括支援センター事業評価（生駒市）

令和3年12月末現在

	課題	重点策	目標	評価項目	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。	○夜間の開催等、これまで以上に様々な年齢層及び企業の参画を促すような講座を開催し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ○記憶障害や見当識障害への対応可能なサポーターを養成し、認知症の人やその家族の支援を行う。	○認知症サポーター養成講座を認知症地域支援推進員と各地域包括支援センターが協働し、各生活圏域ごと、未開催の自治会等（年2回以上×6包括）で実施するとともに、開催している自治会にも継続できるようにする。 ○夜間や土曜日（週末）の開催や、企業や小・中学生、40・50代の人等にも対象の幅を広げられるよう、生駒市全域を対象とした講座など、様々な認知症サポーター養成講座を企画し、実施する。 ○介護予防教室や市民公開講座等の際に、物忘れ相談プログラムを認知症に関する啓発に活用し、認知症に関する理解を深める。 ○認知症初期の人が地域活動へ参加できるよう、認知症支援隊に緊きやすい体制を検討する。	○認知症サポーター養成講座の受講者の目標数は、市全域で年間750人。 ○各包括エリアで、大規模開催の認知症サポーター養成講座への参加を促す。 ○介護予防教室や市民公開講座等や相談の場で物忘れ相談プログラムを活用、認知症ケアパスを配布する。（各包括30人実施、50冊配布） ○認知症初期の方でサポートの必要な人を総合相談や認知症支援隊等地域につなぐ。 ○認知症地域支援推進員部会を中心に、認知症当事者への支援または事業を検討、実施する。	○市全域で25回、683人の受講。 ○物忘れ相談プログラムの実施者は、市全体で81人。認知症ケアパスは各包括で469冊以上配布。 ○在宅医療介護連携ネットワーク協議会認知症対策部会については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり開催していない。 ○認知症支援隊の利用者はのべ11人（12月末現在の実利用者7人）、のべ249件の利用あり。通いの場への同行、電話連絡により、通いの場に継続的に参加することができている。また、散歩の同行等、利用の幅も広がっている。 ○毎月1回定期的な認知症地域支援推進員部会の開催により、認知症の普及啓発事業の実施に向けて検討できている。
	○徘徊高齢者の模擬訓練を実施する意義が自治会に浸透していない。	○まちづくりの関係部署に働きかけを行うとともに、市政研修会等の場を活用して、地域における徘徊高齢者への支援の必要性を伝える。	○地域包括ケア推進会議（庁内連携会議）を活用し、地域の見守りネットワーク構築の必要性を理解してもらう。 ○市政研修会等を活用し、未開催の自治会あるいは開催できる場所及び開催期間が空いている地域にその必要性を伝え開催を働きかける。	○未開催地での開催場所が増える。 ○各包括で1回以上開催する。	○新型コロナウイルス感染症の影響もあり12月末時点で既・未開催地いずれも従来の形での訓練実施はできなかったが、各包括で色々な自治会にアプローチし必要な知識の普及啓発を重ねることにより、コロナに関わらず実施に向け活動を行うことができた。
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的に集える居場所の拡充がまだ不十分である。	○まちづくりの推進や市民との協働の中で、「100の複合型コミュニティ」の推進を中心に高齢者が活躍できる場が増えるよう働きかける。	○ワークショップや市政研修会において、高齢者の生きがいづくり・役割づくりの必要性を説く。（市政研修会やワークショップに参加する） ○介護予防教室などで地域住民に周知を図り、各包括エリアで高齢者の居場所となるいきいき百歳体操等の通いの場を立ち上げるとともに、課題の聞き取りを行うなど、通いの場への関与と継続に向けたアプローチを行う。	○自治会長対象の市政研修会やワークショップに参画して通いの場の必要性を伝える。 ○各包括エリアで、それぞれの地域の実情に応じた箇所数、高齢者の居場所が立ち上がる。 ○圏域内の100の複合型コミュニティをはじめ、いきいき百歳体操などの地域の通いの場の状況について各地域包括支援センターで把握する。	○新型コロナウイルス感染症の影響もあり、自治連合会の集まり等大人数に対して通いの場の必要性を伝えることはできていないが、個別に各地区を訪問することにより情報提供や現状把握を行った。 ○市全域で7か所、高齢者の居場所が立ち上がった。 ○令和3年11月27日（いきいき百歳体操代表者交流会を開催。コロナ禍での意見交換など情報共有を行った。
	○地域での高齢者支援に向けた取組を推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○各地域での第2層協議体の立ち上げ及び生活支援サービス（訪問型サービスB等）の仕組みづくりに向け、積極的に関わり、支援を行う。	○各地域でのコミュニティ推進会議の開催について、基幹型地域包括支援センターと連携しながら、各地域包括支援センターが働きかけを行うとともに、参集を呼びかけられた場合には積極的に参加する。 ○地域包括ケア推進課（生活支援コーディネーター）と連携し、中地区でのモデル事業の知見について集約を行ない、他地域にモデル事業の進捗状況を伝える。	○地域ケア会議（Ⅲ）について、各包括で年間4回程度参加・開催する。 ○市、生活支援コーディネーター、各地域包括支援センターがそれぞれ役割分担の中で、支援体制整備に向けての住民検討会に関わることで地域の支え合い活動が立ち上がるよう支援を行う。	○地域ケア会議（Ⅲ）について、各包括計40回参加・開催。 ○地域の支え合い活動のモデル事業として、令和2年度から実施している住民主体による介護予防・生活支援サービスモデル事業を継続実施。当初、令和3年9月末で終了する予定だったが令和4年3月末まで延長し、地域の支え合い活動が立ち上がるよう支援を行っている。
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○基幹型地域包括支援センターを中心に、各包括においても関係機関との情報共有や連携を進める。	○基幹型地域包括支援センターと各地域包括支援センター・市が業務の中でそれぞれの役割について理解し、効率的に業務を遂行する。 ○関係機関とともに互いの立場の理解を深めることで、できること・できないことを理解し、連携を深める。	○地域包括支援センターは関係機関との勉強会、意見交換会等を企画し、開催する。 ○基幹型地域包括支援センターも勉強会・意見交換会に積極的に関わる。	○各包括において社会資源資料の更新を行うとともに、センター長会議の後に定期的に第1層・第2層生活支援コーディネーター会議を開催（8月12日、12月17日）。
	○地域包括支援センター職員の人事異動等がある中、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○市民等からの相談への対応方法について、研修の開催やマニュアルの徹底により、地域包括支援センター内、各包括間で共有し、個人個人の質の向上を図る。	○総合相談支援業務等の質を維持するとともに、包括内、各包括間の平準化を図るため、引き続き業務マニュアルの充実を図るとともに、センター会議等を通じて、基幹型地域包括支援センターを中心に情報が伝達できる体制を構築する。	○業務マニュアルを活用し、包括内、包括間で情報の共有ができる。 ○ミーティング等の機会を活用し、包括内で情報の共有ができる。 ○基幹型地域包括支援センターを中心に困難ケースにつなげることが想定されるケースなどについて、速やかに情報を共有できるようにする。 ○新たに配属された職員は、地域包括支援センター基礎研修等に参加するなどし、質の向上を図る。	○新たに配属された職員2名が地域包括支援センター基礎研修（ウェブ研修、8/11～8/31）を受講し、質の向上を図ることができた。また、高齢者虐待経験職員向けの地域包括支援センター職員課題別研修（ライブ配信、1/19）も1名受講予定である。
権利擁護事業	○ケアマネジャーやサービス提供者事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が少ない。（初期の発見）	○ケアマネジャーやサービス提供者事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が増えるよう啓発と連携を強化し、相談することのメリットが感じられる支援の強化を図る。	○高齢者虐待の通報や相談があった場合、支援者が困っている事柄について支援の方針を基幹型地域包括支援センターと協議しながら、書面（様式）を活用し、効果的・効率的にケアマネジャーやサービス提供者事業者に必要な事実確認の方法や重度化予防、連携・共有の方法を伝えきることができるとともに、高齢者虐待対応におけるチームアプローチの重要性を伝えきることができるとともに、必要に応じて開催できるよう各包括が日頃から地域とのネットワークを構築する。 ○ケアマネジャー、サービス提供者事業者向け、高齢者虐待に関する研修会を基幹型地域包括支援センターを中心に開催する。	○困難事例に関する地域ケア会議（Ⅱ）を各包括で年間4回程度開催する。また、必要に応じて開催できるよう各包括が日頃から地域とのネットワークを構築する。 ○ケアマネジャー、サービス提供者事業者向け、高齢者虐待に関する研修会を基幹型地域包括支援センターを中心に開催する。	○困難事例に関する地域ケア会議（Ⅱ）を各包括計47回開催。 ○ケアマネジャー、サービス提供者事業者向けに高齢者虐待に関するオンライン研修会を実施（9月17日）、包括や行政職員を含め計72名が参加。2月にもそのフォローアップ研修会をオンラインで実施予定（2月8日、2月10日）。 ○参加者の約90%から「理解できた」等の回答を得て、虐待について再認識する良い機会となった。

	課 題	重 点 策	目 標	評 価 項 目	評 価
権利擁護事業	○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予後予測をたてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。	○認知症の時期別の症状について、市及び包括職員が理解を深め、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられる能力を得る。 ○認知症地域支援推進員との連携のもと、認知症の普及啓発が進み、「認知症」と診断された本人・家族の強みを活かすとともに、周囲の理解が増していくような啓発内容に見直す。	○認知症地域支援推進員による無料相談について、周知と啓発を実施する。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、センター会議で共有し、認知症高齢者の時期別の支援の在り方、介護負担の軽減についての理解を深めるとともに、必要な事項について改訂し、年度内にケアマネジャーへの周知を図る。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、認知症地域支援推進員と連携して認知症対策部会からも意見を聴取する。 ○認知症に関する地域ケア会議（Ⅳ）を認知症地域支援推進員の協力のもと年間4回以上開催する。	○アルツハイマーデーの啓発イベント（9月17日～10月1日）の市役所ロビーでの展示の中で、認知症地域支援推進員についての紹介や無料相談等の掲載された認知症ケアパス等を配布し、活動に対する周知と啓発を行った。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについては、認知症対策部会のコロナ禍による未開催で意見聴取ができずあまり進捗はなかったが、徘徊高齢者捜索模範訓練動画の作成に向けて検討し、コロナ禍でも実施可能な活動に切り替え、認知症の啓発に努めた。 ○認知症に関する地域ケア会議（Ⅳ）を各包括計5回開催。
	○高齢者虐待対応について、包括内、各包括間でばらつきがある。	○高齢者虐待対応について、基幹型地域包括支援センターの役割、地域包括支援センターの役割の整理を行い、全体のスキルの向上を図る。	○基幹型地域包括支援センター及び各地域包括支援センター職員の対応スキルを向上させ、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられるよう研さんを行う。	○センター会議等を活用して、事例検討会(年1回以上)を実施する。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを改訂する。	○地域包括支援センター全体会議等を活用し、事例検討会1回実施（11月12日）。 ○令和4年7月事業者協会での居宅介護支援事業者への周知、配布に向け、生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルの改訂を実施中。
包括的・継続的ケアマネジメント	○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。	○個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら活動できる環境の整備を行う。	○介護支援専門員同士のネットワーク、また関係機関・者との連携支援、やりがいを持って働き続けるモチベーションアップを図る。 ○入院の際・在宅復帰の際の情報提供など医療と介護の速やかな連携により入退院の支援がスムーズに行える体制をつくる。	○地域包括ケア推進大会（ケアリンピック生駒）を開催する。 ○基幹型地域包括支援センターは関係部会の開催支援などを行う。 ○ケアマネハンドブックへの追加により入退院調整マニュアルの活用を居宅介護支援事業所等に促し、利用者にとってシームレスな連携を図る。 ○市が企画する多職種連携研修会の場を活用し、連携を深める。	○コロナ禍のため前年度同様にオンラインでの地域包括ケア推進大会（ケアリンピック生駒）開催に向け準備中。 ○ケアマネ交流会を活用し、介護支援専門員向けに困難事例に関する事例検討会を1月に開催予定。 ○事例検討会で検討した事例について、見える化事例集に追加予定。
	○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が標準化できていない。	○事例の類型化や原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を基幹型地域包括支援センター・各地域包括支援センターの連携の中で共有し、個人個人の質の向上を図る。	○ケースの類型ごとに分類を行うなど、各地域包括支援センターで、ケアマネジャーからの相談で多い事例をまとめる。センター会議の事例検討会を企画する上で、基幹型地域包括支援センターを中心に地域包括支援センターで企画する上で、原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーへの周知、活用促進を図る。 ○ケアマネハンドブックの活用を促すことで、改めてケアマネジャーに対し情報の共有を図る。 ○相談シートの活用を促す	○地域包括支援センター全体会議等を活用して、事例検討会(年1回以上)を実施し、ケース対応の手法について話し合い共有することができる。 ○事例検討会で検討した事例について、見える化事例集に追加していく。 ○ケアマネ交流会等の場で、ケアマネハンドブックの活用を周知する。 ○包括内協議を実施する。	○奈良県の補助金を活用し、包括向け・居宅向けに環境整備に関する研修会を開催。次年度に向け、各包括で計画を立案中。
	○地域包括支援センターの設置運営についての認識を高めることが必要である。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、理解を深め、各センターにおける環境整備の優先度の高いものから整備をしていく。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、令和元年度に作成したプロセス整理票に基づき、順に整備ができるようになる。	○環境整備について、計画に基づき実行し、センター会議で振り返ることができる。	○各包括で第1号被保険者数に応じたサービス案内を実施（通所型サービスC各包括計183人案内） ○各包括で、いきいき100歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業等の啓発を実施。
介護予防ケアマネジメント	○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。	○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。	○通所型サービスCへの案内件数にセンター間でばらつきがあるため、課題を整理する。 ○介護サービス事業所に対し、総合事業の理解の促進を図る。 ○訪問型サービスAの充実を図る。	○第1号被保険者数に応じたサービス案内ができるようになる。（例：通所型サービスC毎回0人等） ○いきいき100歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業等の啓発を行う。（各包括2回実施） ○市、包括で協働し、介護サービス事業所向けに総合事業（通所型・訪問型サービスA等）に関する研修会を開催する。 ○奈良県の補助金を活用し、訪問型サービスA従事者養成研修を開催する。	○介護予防ケアマネジメントマニュアルを活用し、2～3月にケアプラン点検を10件実施予定。 ○自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）について、参加者が毎回発言できるように努め、積極的な議論を展開することができる。
	○自立支援型ケアマネジメントの標準化が必要である。	○センターごとにサービスや事業利用の傾向を示し、検証を行う。 ○介護予防ケアマネジメント適正化推進事業（ケアプラン点検支援）を実施し、介護予防ケアマネジメントの質の向上及び標準化を図る。 ○自立支援型地域ケア会議に出席し、自立支援に資するプランの在り方を検証する。	○介護予防ケアマネジメントの傾向をセンター間でも意識し、自らのセンターの強みや弱みを理解する。 ○介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルを包括内で共有するとともに、市が指定したケアプランに対してケアプラン点検支援を受ける。 ○地域ケア会議に積極的に参加・発言し、スキルの向上を図る。	○各包括のケアマネジメントの傾向について、根拠となる数値を用いて各包括内で分析し、包括内共有を実施する。また、年度末の全体会議において、分析結果を他包括と共有する。 ○介護予防ケアマネジメント点検支援マニュアルの活用を図る。 ○自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）に参加し、毎回必ず発言する。	○介護予防手帳を各包括合計約400冊配付。セルフケアの定着を図っている。 ○各包括が生活支援コーディネーターが連携し、サロンやいきいき百歳体操において、参加の促しや教室等の継続を支援している。
	○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るような仕掛けやセルフケアの取組強化が必要である。	○主に多様なサービスの卒業生に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討するとともに、セルフケアの定着を図る。	○通所型サービスCの卒業生に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討する。 ○新型コロナウイルス対策や夏場の暑い時期の対策として、教室参加せず、在宅生活が続く人に対し、体調管理や新たな目標、生きがいを持ちながら、セルフケアが定着するよう、必要性を啓発する。	○セルフケアのきっかけとなるように介護予防手帳の効果的な活用策について検討し、実施する。 ○センター内、サロンやいきいき百歳体操開催場所等に生活支援コーディネーターと連携しながら、いきいき百歳体操以外の取組について提供する。	○自立支援型地域ケア会議や通所型サービスCの実施の中で、セルフケアや地域の通いの場の創出につながる取組について検討を行っている。

令和3年度 フォレスト地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	<p>○認知症に関する理解の浸透がまだ不足している。 ○認知症初期の方への理解の促進が課題である。</p>	<p>○認知症についての正しい理解と知識の普及に努め、様々な年齢層及び企業の参画を促す。</p>	<p>○認知症サポーター養成講座を認知症地域支援推進員と地域包括支援センターが協働し、各生活圏域ごと、自治会や未実施の団体など（高山小中学校、西白庭台、鹿畑町）に実施する。 ○小学生、中学生や子育て世代の方への理解を深めるため、認知症サポーター養成講座を市や他機関と連携を図りながら、開催日時や開催方法などを検討し、実施する。 ○認知症カフェへの参加や運営の協力を、校区内で初期の認知症の方や、閉じこもりがちの方の居場所作り役割作り、理解の促進に努めるとともに、家族の精神的負担の軽減につなげる。 ○物忘れ相談プログラムをサロンや介護予防教室や市民公開講座等の際に認知症に関する啓発に活用し、認知症に関する理解を深める。（相談プログラム30名実施、ケアパス50冊配布） ○地域と連携し、お店など高齢者生活に係る資源への認知症啓発を行う。 ○認知症支え隊を活用し、初期認知症の方の社会参加や自立した生活を支援する。 ○行政と連携し認知症当事者への支援または事業を検討する。</p>	<p>○認知症サポーター養成講座は、北第一民生委員を対象にメディカル包括と合同で実施、生駒台小学校6年生を対象にメディカル包括・東生駒包括と合同で実施した。目標としていた未実施団体に向けた講座は開催することが出来なかった。高山小中学校に小学生に講座を行うことの意義を説明し、必要性について理解してもらえたがコロナ禍で学校のカリキュラムのなかに組み込めず実施に至らなかった。 ○認知症カフェの支援は毎月行っており、今年は宇治のレモンカフェの視察にボランティアスタッフとともにいった。ただコロナ禍で運営の負担や思い通りのカフェ運営ができないという葛藤がボランティアにもあり、モチベーションの維持が難しくなっているメンバーも出ており、今後のカフェ運営の方向性について再検討していく必要がある。一月からは当事者が主体となるミニハンビを月一回開催予定。 ○物忘れ相談プログラムは介護予防教室等での実施が主であったが、今年は認知症に関する相談で自宅訪問するときにも実施するようにしている。健常者と認知症の方の点数差を実際に本人や家族に確認してもらうことができた。 ○認知症支え隊は2人の方に利用、在宅生活の継続に繋げている。 ○認知症当事者への支援は、部会で検討中。</p>
	<p>○徘徊高齢者の搜索訓練実施していない地区がある。</p>	<p>○地域で徘徊高齢者の搜索模擬訓練の実施ができるよう働きかけを行う。</p>	<p>○実施地域での様子などを西白庭台地区の自治会、民生委員、地域住民、グループホームにも知らせ、徘徊高齢者の模擬訓練実施に向けた啓発を行う。 ○グループホームさくらと連携し、西白庭台地区で徘徊模擬訓練を開催する。 ○圏域内で徘徊模擬訓練を年1回以上開催する。</p>	<p>○徘徊者搜索模擬訓練は、西白庭台、ひかりが丘地区での開催を予定していたが、コロナ禍のため開催ができなかった。民生の研修会を通じて若い世代の自治会役員に地域包括支援センターの役割を周知する機会となり、西白庭台では全住民への回覧にもつながった。</p>
	<p>○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的に集える居場所の拡充がまだ不十分である。</p>	<p>○民生児童委員・自治会長、老人会、ボランティア組織とのつながりを深め、高齢者の生活支援体制の構築や高齢者の居場所づくりを継続して啓発し、立ち上げの支援を行う。</p>	<p>○介護予防教室などで地域住民に周知を図り、担当圏域内で1か所程度、居場所となるいきいき百歳体操等の通いの場を立ち上げる。 ○ふくまち鹿ノ台や行政、第一層生活支援コーディネーターと連携し、地域住民と高齢者の生活支援や居場所作りを検討する機会を作る。 ○高山町で男性の活動に繋がる取り組みを行う。 ○圏域内の100の複合型コミュニティについて、情報収集や連携を図る。</p>	<p>○高山町の芝地区で新たにもう1か所、いきいき百歳体操の場を開設する予定。 ○ふくまちでは前年度の継続で、意見交換会を実施。各地区の意見を集約した。その結果を元に、今後の方針について検討中。他の委員会とも連携し、来年度の実施に向けて調整中。 ○高山町の男性の活動の場づくりに向けて、高山町の住民や医療、福祉職とともにワークショップを11月、2月に開催。高山町の現状や課題の共有を行った上、今ある地域資源の確認を行っている。今後はどんな活躍の場があれば良いか、今ある資源をどう活かせるかについて検討し、顔が見える関係づくりにつなげていきたい。 ○今年度、新たに鹿ノ台北に複合型コミュニティが開設。サロン開設時の様子伺いには今後訪問予定。</p>
	<p>○生活圏域の社会資源の把握が不十分である。 ○地域ごとのニーズや強みの把握が不十分である。</p>	<p>○ケアマネジャーや生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員とも連携し、生活圏域の社会資源の把握を行う。</p>	<p>○行政のデータや相談傾向を参考に地区診断を見える化する。 ○地域包括支援センター内で担当地域のことを考える機会を月1回はもつようにし、職員全員で地域への働きかけを統一できるようにする。 ○生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員や地域住民と地域課題発見解決型のコミュニティ推進会議を年4回以上開催もしくは参加する。</p>	<p>○地域資源のマッピングを行い見える化を進めている。よりよく活用するため、課題意識を持って取り組む予定。 ○月一回のミーティングは継続して実施。地域課題の検討や活動時間としている。 ○コミュニティ会議は高山町3回、鹿畑町1回開催した。</p>
	<p>○複合世帯が増加する中で、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。 ○市民からの相談対応について、質の向上・平準化が必要である。</p>	<p>○基幹型地域包括支援センターの役割を理解するとともに連携をはかることで総合相談能力の資質向上に努める。</p>	<p>○センター会議などを活用し、基幹型地域包括支援センターの役割を理解し、連携をはかる。 ○基幹型地域包括支援センターと協働し、職員の資質向上にむけた勉強会、事例検討会を開催する。 ○関係機関との連携を維持し、より強化していく。 ○業務マニュアルを活用し、包括内、包括間で情報の共有ができる。 ○ミーティング等の機会を活用し、包括内で情報の共有ができる。</p>	<p>○基幹型地域包括支援センターと他包括と連携をはかり、勉強会、事例検討を開催した。また参加することで質の向上に努めた。 ○コロナ禍でもあり電話での相談であったが、相談事例などを通して医療機関とこまめに連携した。 ○業務マニュアルは部会でも見直しを行った。 ○ミーティングでホワイトボードを活用し、包括内での情報共有を行うようにした。</p>
<p>○重度化予防のための早期相談や地域づくりを推進していくために地域包括支援センターの役割などを周知していく必要がある。</p>	<p>○顔のみえる、相談しやすいセンターになるよう、引き続き地域包括支援センターの広報活動を行う。</p>	<p>○地域の高齢者、サロン、民生委員などに「ほうかつ便り」を配布する。（年4回発行）</p>	<p>○月初めに地域のサロンやいきいきに訪問する担当を決め、月1回は全ての集いの場に訪問するように心がけている。そこで包括支援センターと地域のつながりが持っており、定期発行は終了としたが今年度は3回発行した。</p>	
<p>○ケアマネジャーやサービス提供事業所からの「虐待の気づき、相談、報告」が少ない。（初期の発見）</p>	<p>○ケアマネジャーやサービス提供事業所からの「虐待の気づき、相談、報告」が増えるように啓発と連携を強化し、相談することのメリットが感じられる支援の強化を図る。</p>	<p>○高齢者虐待の通報や相談があった場合、支援者が困っている事柄について支援の方針を市と協議しながら、ケアマネジャーやサービス提供事業所に必要な事実確認の方法や重度化予防、連携・共有の方法を伝えることができる。 ○ケアマネジャーからの相談があった際、報告か相談かを明確に判断するため、帳票の記入を積極的に促していく。 ○地域ケア会議Ⅱを年4回程度開催する。また必要に応じて開催できるよう日頃から地域とのネットワークを構築する。 ○生駒市や基幹型地域包括支援センター主催の研修会の企画運営に積極的に関わる</p>	<p>○虐待通報があった際は、市と情報を共有しながら、ケアマネジャーやサービス事業所から必要な情報を得て、連携・共有の方法も都度伝えることができた。 ○帳票の提出を、お願ひし提出して頂いた。 ○地域ケア会議Ⅱを5回開催し、ネットワークの構築に努めた。 ○市主催の虐待研修会や事例検討会に参加した。部会では積極的に運営に関わった。</p>	

<p>権利擁護事業</p>	<p>○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談がある。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもらった対応力の向上が課題である。</p>	<p>○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予後予測をだてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。</p>	<p>○認知症の時期別の症状について、理解を深め、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針中長期的に立てられる能力を得る。 ○認知症時期別・症状別対応ガイドブックの活用についてケアマネジャーに周知し、認知症地域支援推進員と連携して活用をすすめる。 ○認知症の普及啓発が進み、「認知症」と診断された本人・家族の希望の灯が消えてしまわず、周囲の理解が増していくような啓発内容に見直す。 ○認知症に関する地域ケア会議（Ⅳ）を年間4回以上開催する。 ○認知症地域支援推進員による無料相談について、周知と啓発を実施する。</p>	<p>○地域ケア会議Ⅳは1回開催のみ。認知症に特化する事例が少なく、個別課題ではなく地域課題として捉える機会が多かった。 ○認知症への理解をが深まるよう、管轄地域の課題を見出し、解決に向けて対象に応じた内容と方法を検討して認知症サポーター養成講座を実施し、地域住民へ周知と啓発活動を行っていきたい。 ○認知症無料相談について、健康者と認知症の方の違いを実感していただくため、訪問、のどか来所時に物忘れプログラムを活用した。ケアマネジャーと同行訪問する機会も持った。</p>
<p>包括的・継続的ケアマネジメント</p>	<p>○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。</p>	<p>○個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら活動できる環境の整備が必要。</p>	<p>○事例検討会や研修会に参加し、職員へのスキル向上、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられるよう研鑽を行う。 ○入退院調整マニュアルはスムーズな活用ができるよう包括支援センター内で情報の共有を図る。また、市外・県外の医療機関の対応について他包括と共有する。 ○市が企画する多職種連携研修会に積極的に参加する。</p>	<p>○事例検討会や研修会に参加し、虐待対応のスキルアップに励み、支援の方針を市には至っていない。 ○マニュアル改訂を権利擁護部と連携し行った。 ○11月に事例検討会を実施した。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント</p>	<p>○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が標準化できていない側面がある。</p>	<p>○事例の類型化や原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を地域包括支援センター内でも共有し、個人個人の質の向上を図る。</p>	<p>○各地域包括支援センターで、ケアマネジャーから相談の多いケースの分類分けを行った内容で、事例検討会を開催し見える化事例に追加する。 ○ケアマネハンドブック活用の周知や、情報共有を図る。 ○虐待以外の相談シートについて、活用しやすいよう見直す。 ○包括内協議を実施する。 ○北地区の居宅介護支援事業所や事業所と連携し、互いの技量向上とともに地域課題の共有、解決の方法を検討する。 ○地域資源ファイルの更新を行う。</p>	<p>○7月に事例検討会を実施した。見える化事例集は居宅ケアマネにも周知できるよう調整中。 ○WEB研修会を開催しケアマネハンドブックや、更新した虐待以外の相談シートの活用を周知した。 ○北地区居宅介護支援事業所との研修会は実施できていないが、行くメンプロジェクトを通して、地域課題の共有を図った。 ○地域資源ファイルは北地区に限らず、市内全域のシートを作成中。</p>
<p>権利擁護事業</p>	<p>○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。</p>	<p>○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。</p>	<p>○介護サービス事業所に対し、総合事業の理解の促進を図る取り組みの企画に積極的に参加する。 ○訪問型サービスAの仕組みの検討や活用を市と協力して行う。 ○通所型サービスCに年間25人エントリーする。 ○いきいき100歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業等の啓発を年二回程度行う。</p>	<p>○訪問Aについて、現状ヘルパーに依頼しているので制度として改善すべき点があると考えて周知し、今後市と相談していきいたい ○通所型サービスは年間29名のエントリーであった。通所Cやデイケアに通うほどではないが、筋力低下があり地域の集いの場に通い辛い方の受け皿について検討課題となっている。 ○総合事業の啓発は一回実施。</p>
<p>権利擁護事業</p>	<p>○自立支援型ケアマネジメントの標準化が不十分な点がある。</p>	<p>○給付適正化事業においてケアプラン点検を受け、</p>	<p>○市が実施するケアプラン点検を受け、他職員にフィードバックする。 ○地域ケア会議（Ⅰ）で積極的に参加し、参加時は必ず意見を述べる。 ○包括内でケアプランを共有する機会を設け、資質向上を図る。 ○ケアマネジメントの傾向について、通所Cを中心に根拠となる数値を用いて各包括内で分析し、包括内共有を実施する。また、年度末の全体会議において、分析結果を他包括と共有する。</p>	<p>○ケアプラン点検は3月実施予定。 ○地域ケア会議では積極的にエントリーし、意見も述べるよう意識した。 ○ミーティングや会議を通して、ケアプランの共有や、資質向上のに努めた。 ○部会で通所C参加者のケアマネジメントの傾向について行ったが、分析結果の共有はできていない。</p>
<p>権利擁護事業</p>	<p>○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るようなセルフケアの取り組み強化が必要である。</p>	<p>○主に多様なサービスの卒業生に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討する。</p>	<p>○サロンや百歳体操の主催者となる側に、C型卒業者や軽度認知症の方が心地よく過ごせ、健康増進ができる居場所になるよう、また主催者側のモチベーションの維持に繋がるよう定期的に訪問し、連携を深める。 ○介護予防手帳を有効活用してもらうように、サロンや介護予防教室などの機会に積極的に案内する。 ○運動、交流、食事などセルフケアが定着するよう啓発を行う。</p>	<p>○サロンやいきいき百歳体操に分担して、毎月訪問するようにしている。ひかりが丘で、今後包括が住民の方に支援を手伝ってほしい人、住民が包括に支援を求めている人を共有できる場をつくりたいという話が上がっており実現を目指していきたい。 ○介護予防手帳の具体的な活用方法を予防部会のなかで話し合っていく予定。 ○いき百のポイントを作成して配布予定。介護予防教室や普段のモニタリングでセルフケアの定着は啓発している。</p>

令和3年度 阪奈中央地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。	○夜間の開催等、これまで以上に様々な年齢層及び企業の参画を促すような講座を開催し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ○記憶障害や見当識障害への対応可能なサポーターを養成し、認知症の人やその家族の支援を行う。	○認知症サポーター養成講座を認知症地域支援推進員と共に未開発地(新南田原・星和台)へのアプローチを行う。また担当地域にある学校(俵口小/生駒小/阪奈中央看護学校)や地域の通いの場へ啓発し、合計120名以上に受講して頂く。 ○介護予防教室やサロン等への出前講座、個別相談等で物忘れ相談プログラムを活用し、ケアパスを配布する。(ケアパス50冊以上/物忘れ相談プログラム30以上) ○地域の通いの場や馴染みのある場所に認知症支援隊等を活用した社会参加のサポートを行う。	○西地区交流会にて新南田原と星和台の自治会長に認サポについてアプローチを行ったが、開催できていない。 担当地域の学校については俵口小学校は12/2に74名、生駒小学校1/17に105名、阪奈中央正看36名、准看38名、また介護予防教室にて14名計267名に対して認知症サポーター養成講座を行った。 ○ケアパスについて看護学校(正・准)・西地区交流会・個別相談時に117冊配布。物忘れ相談プログラムについてはサロンや個別相談時に8件行った。 ○いき百に3名、ひまわりの集いに1名支援隊を利用し活動の場に参加出来ている。
	○徘徊高齢者の模擬訓練を実施する意義が自治会に浸透していない。	○まちづくりの関係部署に働きかけを行うとともに、市政研修会等の場を活用して、地域における徘徊高齢者への支援の必要性を伝える。	○徘徊高齢者検索模擬訓練について、自治会等に啓発を行い、俵口町を継続するとともに、未開催の自治会1箇所以上(新南田原/喜里が丘2丁目)へアプローチを行う。	○俵口自治会での徘徊模擬訓練についてアプローチを行ったが、中止となった。新南田原での徘徊模擬訓練については自治会長にアプローチしたができなかった。
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的集まる居場所の拡充がまだ不十分である。	○まちづくりの推進や市民との協創の中で、「100の複合型コミュニティ」の推進を中心に高齢者が活躍できる場が増えるよう働きかける。	○介護予防や居場所づくりの重要性について地域のワークショップ等で啓発し、圏域内で1箇所(新南田原)で、高齢者の居場所を立ち上げる ○地域の人や担い手のつながりを再度、構築し、認知症カフェを再開させる。 ○圏域内の活動団体の状況を把握する。	○未開催地域である生駒台で2か所いき百が立ち上がった。新南田原にいき百の立ち上げについて自治会長にアプローチしているが、開催に至っていない。 ○ほのぼのでの認知症カフェが7月より再開し、ボランティアについてはSCより声掛けを行い1月より参加予定。 ○SCと協力して地域のいき百やサロンの開催状況把握し、中止していた地域については代表と話を言い再開している(さくら苑)
	○地域での高齢者支援に向けた取組を推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○各地域での第2層協議体の立ち上げ及び生活支援サービス(訪問型サービスB等)の仕組みづくりに向け、積極的に関わり、支援を行う。	○地域ケア会議(Ⅲ)について、年間4回程度参加・開催する。 ○各地域包括支援センターと市内の生活支援サービスや住民主体の活動や課題について情報共有し、管轄内の社会資源開発を行う。	○地域ケア会議Ⅲについて2回行った。 ○SCや居宅ケアマネと協力して主任ケアマネ部会でインフォーマルの最新情報を共有しケアマネ交流会にて周知した。
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○基幹型地域包括支援センターを中心に、各包括においても関係機関との情報共有や連携を進める。	○関係機関と顔の見える関係づくりを行う。 ○関係機関との意見交換会や勉強会を企画する。	○交流会や病院、地域ケア会議に出席し関係機関と顔の見える関係づくりを行った。 ○基幹型地域包括支援センターと協力し主任ケアマネ部会で市内のケアマネに対して交流会を10/4、5に開催した。
	○地域包括支援センター職員の人事異動等がある中、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○市民等からの相談への対応方法について、研修の開催やマニュアルの徹底により、地域包括支援センター内、各包括間で共有し、個人々の質の向上を図る。	○業務マニュアルの見直しを行い(予防部会)マニュアルを活用し、包括内、包括間での共有が出来る。 ○センター会議等で市や包括が持っている情報の共有が出来る。 ○ホワイトボード等を活用し、包括内で定期的に、ケースの対応のあり方について検討する機会をつくる。	○業務マニュアル見直しを予防部会で行う予定。マニュアルを活用し共有できた。 ○センター会議や個別相談等で、市や包括が持っている情報共有できた。 ○ホワイトボードを活用しながら、包括内で定期的に困難ケースの対応検討したり、ケアマネよりケース相談があった場合にも、ホワイトボード活用しながら事例について共有し、対応について検討した。
権利擁護事業	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が少ない。(初期の発見)	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が増えるよう啓発と連携を強化し、相談することのメリットが感じられる支援の強化を図る。	○困難事例に関する地域ケア会議(Ⅱ)を年間4回程度開催し、それに向けた地域でのネットワークをつくる。 ○ケアマネジャー、サービス提供事業所に向け、高齢者虐待に関する研修会を基幹型地域包括支援センターを中心に開催する。	○地域ケア会議Ⅱを5回開催した。法人内で多職種(看護・介護・PT・ケアマネ・包括)で構成した虐待委員会設置しネットワーク構築を行った。 ○ケアマネ・サービス事業所向けに高齢者虐待に関する研修会を、基幹型地域包括支援センターを中心に10/20に行った。
	○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予後予測をたてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、センター会議で共有し、認知症高齢者の時期別の支援の在り方、介護負担の軽減についての理解を深めるとともに、必要な事項について改訂し、年度内にケアマネジャーへの周知を図る。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、認知症地域支援推進員と連携して認知症推進部会からも意見を聴取する。 ○認知症に関する地域ケア会議(Ⅳ)を認知症地域支援推進員と連携し、年間4回以上開催する。 ○認知症ダイヤルについて啓発を行う。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックについては令和3年度7月のケアマネ協会にて市内のケアマネに対して周知できた。 ○認知症時期別症状別対応ガイドについては、今後認知症推進員と連携して、推進員部会で意見聴取していく予定。 ○地域ケア会議Ⅳについて認知症推進員とともに2回行った。 ○認知症ダイヤルについては、7/11西地区交流会、12/9介護予防教室での認サポ、12/20喜里が丘サロン、個別相談について啓発を行った。
	○高齢者虐待対応について、包括内、各包括間でばらつきがある。	○高齢者虐待対応について、基幹型地域包括支援センターの役割、地域包括支援センターの役割の整理を行い、全体のスキルの向上を図る。	○センター会議等を活用して、事例検討会(年1回以上)を実施する。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを改訂する。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを参考に、包括内で虐待対応手順(帳票活用等)を確認し、対応の平準化を図る。	○11月に権利擁護部会で困難ケースの事例検討会を行い、関わり方や対応について学ぶことで、全体のスキルアップに繋がった。 ○生駒市高齢者虐待マニュアルの改定作業を進めている。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを参考に、包括内で虐待対応手順を確認しながら、対応の平準化を図った。

包括的・継続的ケアマネジメント	<p>○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。</p>	<p>○介護支援専門員同士のネットワーク、また関係機関・者との連携支援、やりがいを持って働き続けるモチベーションアップを図る。 ○入院の際・在宅復帰の際の情報提供など医療と介護の速やかな連携により入退院の支援がスムーズに行える体制をつくる。</p>	<p>○地域包括ケア推進大会（ケアリニック生駒）に協力する。 ○入退院マニュアルを活用し入退院の連携がスムーズに図れるよう体制づくりを行うにあたり、包括内で現状を共有し市外県外についても部会でまとめる ○市が企画する多職種連携研修会に参加し連携を深める</p>	<p>○2月開催に向けて協力していく ○包括内で市外県外での入退院の連携について協議し部会内で各包括の内容共有した。 ○コロナ禍で未開催。来年度に向けてリモートでの開催も必要。</p>
	<p>○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が平準化できていない。</p>	<p>○事例の類型化や原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を基幹型地域包括支援センター・各地域包括支援センターの連携の中で共有し、個人個人の質の向上を図る。</p>	<p>○令和2年度の介護支援専門員への個別支援の分析結果を元に居宅主任ケアマネも含めセンター会議内でスキルアップができる事例検討会を開催する ○ケアマネハンドブックの見直しをスムーズに行えるよう改正時の内容を部会でまとめ年度内全体で協議する ○虐待以外の相談シートを活用するため様式を居宅主任ケアマネと見直し相談しやすい体制をつくる。 ○OJTを活かしてケースの協議、振り返りを行う</p>	<p>○7月にセンター会議内で居宅主任ケアマネを含め事例検討会を開催した。 ○ケアマネハンドブックの見直しをスムーズに行えるよう改正時の内容を部会でまとめた。 ○虐待以外の相談シートを活用するために様式を居宅主任ケアマネと見直し、ケアマネ交流会にて市内全域居宅ケアマネに周知した。周知の活用にはあぶるナビを利用した。 ○困難事例に対して技量が平準化するよう包括内でケースを通して協議や振り返りを行った。</p>
	<p>○地域包括支援センターの設置運営についての認識を高める必要がある。</p>	<p>○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、理解を深め、各センターにおける環境整備の優先度の高いものから整備をしていく。</p>	<p>○作成した計画がコロナ禍でストップになり、年月とともに地域も変化したことで以前の計画書では整備できにくい状況にあるため再度、地域のニーズを把握し環境整備についてセンター会議内で振り返ることができる。</p>	<p>○コロナ禍でも地域のニーズに合わせた環境整備を行えるよう地域に向くようにし地域のつばやきから介護予防の出前講座を行った。またコロナ禍で地域の集いが休止する中地域のつばやきやニーズに合わせてセルフケアとして「げんき鉄道の旅」を作成し配布した。</p>
介護予防ケアマネジメント	<p>○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。</p>	<p>○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。</p>	<p>○第1号被保険者数に応じたサービスの案内ができる。（通所型サービスCに年間20名エントリーする） ○いき百やサロンなど各種団体に総合事業等啓発を行う。（年2回実施） ○サービスAの充実を図る為、介護サービス事業所（訪問介護・通所介護）に向け総合事業に関する研修会を市や他包括と協力して開催する。</p>	<p>○利用者の状態確認した上で、サービスの案内を行い、C型について32人エントリーを行った。 ○12/20喜里が丘サロンにて総合事業についての出前講座を行った。 ○総合事業の生活支援サービスについては市より広報で一般市民に案内を行い、介護サービス事業所研修会については、必要性について部会で話し合い今回は見送った。</p>
	<p>○自立支援型ケアマネジメントの平準化が必要である。</p>	<p>○センターごとにサービスや事業利用の傾向を示し、検証を行う。 ○介護予防ケアマネジメント適正化推進事業（ケアプラン点検支援）を実施し、介護予防ケアマネジメントの質の向上及び平準化を図る。 ○自立支援型地域ケア会議に出席し、自立支援に資するプランの在り方を検証する。</p>	<p>○通所Cを中心に介護予防ケアマネジメントの傾向をセンター間でも意識し、自らのセンターの強み弱みを理解しセンター会議で共有する。 ○介護予防ケアマネジメントマニュアルを活用し、自立支援に向けたケアプランの作成と市が行うケアプラン点検を受ける。 ○地域ケア会議Ⅰに参加し積極的に意見を述べながら自立支援に向けたケアプランを学ぶ。</p>	<p>○通所Cを中心に介護予防ケアマネジメントの傾向をセンター間でも意識し、自らのセンターの強み弱みを理解し、市と共有できた。 ○ケアプラン点検について2月に受ける予定。 ○地域ケア会議に出席し積極的に意見を述べながら、自立支援に向けたケアプランを学んだ。</p>
	<p>○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るような仕組みやセルフケアの取組強化が必要である。</p>	<p>○主に多様なサービスの卒業者に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討するとともに、セルフケアの定着を図る。</p>	<p>○セルフケア等が定着するよう介護予防手帳の効果的な啓発を行う。（手帳の見直しを行う） ○サロンやいき百を継続するために生活支援コーディネーターと連携しながら、いき百体操以外の取り組みについて提供する。</p>	<p>○介護予防手帳活用しながらセルフケアできるように、地域のいき百に訪問し地域内の8か所に啓発を行ったり、体力測定時に活用した。またコロナ禍で地域活動の場が休止している時も個人で楽しみながら運動に参加出来るように様に「元気鉄道の旅」を作成・配布し、セルフケアの定着に向けての取り組みを行った。 ○いき百を継続するために市やSCと連携しながら、11/27いき百交流会にていき百以外の取り組みについて提供した。</p>

令和3年度 生駒市東生駒地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。	○様々な年齢層に対し下記を活用し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ・認知症サポーター養成講座・介護予防教室 ・物忘れ相談プログラム・認知症ケアパスの有効利用 ○支え隊等の活用により、サポーターを養成し認知症の人や家族の支援を行う。	○認知症サポーター養成講座とキッズサポーター養成講座を合わせ年3回以上開催する（谷田自治会、生駒台小・桜ヶ丘小学校で実施し、受講者の目標数は計100名以上） ○物忘れ相談プログラムの活用を、介護予防教室や認知症カフェなどで活用して30名実施と、認知症ケアパス50冊の配布目標とする	○10/25桜ヶ丘小学校でキッズ認知症サポーター養成講座を開催し、6年生99名参加。1/17生駒台小学校でキッズ認知症サポーター養成講座を開催し、6年生105名参加。2月に谷田自治会で講座の開催予定。 ○介護予防教室やサロン等で認知症プログラム15名の活用と、認知症ケアパス〇冊配布し、目標達成。
	○徘徊高齢者の模擬搜索訓練を実施する意義が自治会に浸透していない。	○自治会にむけ地域の見守りネットワーク構築の必要性の啓発のため徘徊模擬搜索訓練開催への働きかけを行う。	○谷田自治会に徘徊搜索模擬訓練の必要性を説明し、訓練を開催する。 ○訓練のあり方を認知症推進部会と市とで協議する。	○自治会長、民生委員、老人会やエリア内の事業所と協力し谷田町にて2月に徘徊模擬訓練を開催予定。 ○認知症推進部会が徘徊模擬訓練の説明DVDを作成。
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的集える居場所の拡充がまだ不十分である。	○サロンや教室などで地域住民に周知を図り、高齢者の居場所となるいきいき百歳体操等の通いの場を立ち上げるとともに、課題の聞き取りを行うなど、現在活動中の通いの場への関与と継続に向けたアプローチを継続する。	○マンションなどで、いきいき百歳体操の立ち上げに向けて、住民のニーズ把握の為のアンケート調査を行う。 ○未開催のマンションなどに働きかけ100歳体操の立ち上げを行う。 ○圏域内の通いの場についての把握を行う。	○5月辻町レリーナマンションでアンケート調査を実施し、100歳体操の立ち上げを啓発。圏域内通いの場の訪問を、定期的に行い、開催状況や参加状況の確認を行っている。
	○地域での高齢者支援に向けた取組を推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○各地域での第2層協議体の立ち上げ及び生活支援サービス（訪問型サービスB等）の仕組みづくりに向けて継続的に関わる。	○各地域でのコミュニティ推進会議開催に向け働きかけを行い、参集を呼びかけられた場合は積極的に参加する。（年4回） ○地域ケア会議(Ⅲ)を年間4回程度参加・開催する。 ○市と連携し、中地区でのモデル事業の知見について集約を行ない、他地域にモデル事業の進捗状況を伝える。	○各地域コミュニティ会議開催の働きかけを行い、地域ケア会議計7回の会議に参加。 ○中地区モデル事業について、センター会議の場で各包括に進行状況を報告。
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○関係機関とともに互いの立場の理解を深めることで、できること・できないことを理解し、連携を深める。	○個別の事例などを通して情報の共有を図り連携体制を構築する。 ○関係機関で勉強会等を開催し連携を行う。	○個別の事例を通し、関係者間でケース会議や地域ケア会議Ⅱを開催し、相互の立場で支援を行うことが出来た。 ○認知症のケースが多いことから権利擁護センターや居宅事業と成年後見制度についての勉強会を開催。
	○地域包括支援センター内で、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○市民等からの相談への対応方法について、業務マニュアルの徹底や包括職員研修会参加により個々人の質の向上を図る。	○業務マニュアルを活用し、包括内、包括間で情報の共有ができる。 ○ミーティング等の機会を活用し、包括内で情報の共有ができる。 ○新たに配属された職員は、地域包括支援センター基礎研修等に参加するなどし、質の向上を図る。	○新人職員の研修参加に加え、朝のミーティングでの情報の共有を実施。 同行訪問や、業務マニュアルを活用し、質の標準化を図ることが出来ている。
権利擁護事業	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が増えてきている。	○高齢者虐待対応について、対応スキルを向上させ、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられるような研さんを行う。	○高齢者虐待の通報や相談があった場合、支援者が困っている事柄について支援の方針を書面（様式）を活用し、効果的・効率的にケアマネジャーやサービス提供事業所に必要な事実確認の方法や重度化予防、連携・共有の方法を伝えきることができる。 ○高齢者虐待対応におけるチームアプローチの重要性を伝えきることができる。 ○困難事例に関する地域ケア会議（Ⅱ）を年間4回程度開催する。また、必要に応じて開催できるよう日頃から地域とのネットワークを構築する。 ○ケアマネジャー、サービス提供事業所に向け、高齢者虐待に関する研修会を開催する。	○6月22.23日包括向け高齢者虐待防止フォロー研修会を実施し対応スキル向上につなげた。9月17日には事業所向け高齢者虐待防止の研修会をWEBで開催し市内約30事業所の参加があった。10/8包括内で勉強会を行い虐待対応帳票活用について認識を共有した。 ○困難事例に関する地域ケア会議（Ⅱ）を11回開催している。東地区民生交流会で事例共有しネットワーク構築理解に努めた。
	○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予後予測をたてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックの活用を包括内で進めていき内容を検討し必要事項について改訂を提案する。また居宅ケアマネへ周知をはかり、認知症地域推進員と連携して相談にも活用できるようにする。 ○認知症に関する地域ケア会議（Ⅳ）を年間4回以上開催する。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックを職員に配布し認知症に関わる相談に活用し認知症地域支援推進員と共有している。 ○徘徊高齢者搜索模擬訓練を谷田町自治会で2月に声掛け訓練として開催を計画、地域ケア会議（Ⅳ）は1回開催。今後ケア会議を重ねて内容を検討していく。
	○高齢者虐待対応について、包括内、各包括間でばらつきがある。	○高齢者虐待対応について、地域包括支援センターの役割を認識して、全体のスキルの向上を図る。	○センター会議等を活用して、事例検討会(年1回以上)を実施する。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを改訂する。	○11月12日センター会議後事例検討会を行い困難事例を共有することで包括支援センターの立ち位置や他機関との連携についての認識につなげた。 ○現在権利擁護部会で生駒市高齢者逆他防止対応マニュアルの改訂作業をしており帳票類は試用段階 今年度完成を目標としている。

包括的・継続的ケアマネジメント	<p>○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。</p> <p>○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が平準化できていない。</p> <p>○地域包括支援センターの設置運営についての認識を高める必要がある。</p>	<p>○介護支援専門員同士のネットワーク、また関係機関・者との連携支援、やりがいをもちながらモチベーションアップを図る</p> <p>○事例の類型化や原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を基幹型地域包括支援センター・地域包括支援センターの連携の中で共有し、個人々の質の向上を図る。</p> <p>○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について理解を深め、センター内における環境整備の優先度の高いものから整備をしていく。</p>	<p>○地域包括ケア推進大会（ケアリンピック生駒）への参加・協力。</p> <p>○市外・県外の入退院調整の共有を図り、ケアマネハンドブックの見直しを行うための準備を包括内で実施しまとめておく。</p> <p>○ケアマネハンドブックの活用についての周知を居宅介護支援事業所等に促す。</p> <p>○ケアマネ交流会を実施する(R4年1月)。</p> <p>○多職種連携研修会の実施。</p> <p>○地域包括支援センター全体会議等を活用して事例検討会(8月予定)を実施し、ケアマネジャーの支援に活かすことができる。</p> <p>○事例検討会で検討した事例について、見える化事例に追加していく。</p> <p>○包括内協議を実施する。</p> <p>○環境整備について、計画に基づき実行し、センター会議で振り返ることができる。</p>	<p>○地域住民への啓発であるケアリンピック生駒に対し包括より発表者1名参加予定。</p> <p>○市内・県外の入退院調整の状況で情報共有し主任CM部会にて各包括より持ち寄り情報集約を実施。○ケアマネハンドブックの見直しについて包括内で取りまとめ集約している。また包括⇄居宅の相談シートについて包括内の意見をとりまとめ、主任CM部会にて報告、シートの修正を実施。○10/4～5、200Mでのケアマネ交流会を開催しケアマネハンドブックの中にある包括⇄居宅の修正後の相談シート、ケアマネハンドブック、サービス情報が掲載されているケアプロナビについて共有、活用を促し、ケアマネジメント支援を実施。またインフォーマルをテーマに意見交換、グループワークを実施しインフォーマル利用の活性を図った。このことにより介護支援専門員同士のネットワーク作り、モチベーションアップともなった。この機会にインフォーマル情報の収集を更に実施後、昨年からの情報収集していたインフォーマル情報に加えて資料を完成し、各居宅介護支援事業所に配信。個々の居宅が同じインフォーマル情報を共有し環境整備にもなっている。</p> <p>○7/9居宅CM(各包括圏域2名ずつ計12名参加)を対象に事例検討会を実施し、グループワークを通して総合事業について、支援から介護のケースへの連携について共有し介護支援専門員への支援を実施。○「見える化」事例集の整備修正を主任CM部会にて現在実施中。今後、包括内で共有し、居宅介護支援事業所に対しても活用を促していく。</p> <p>○毎朝、包括内協議を実施し共有、検討、意見交換をしている。</p> <p>○環境整備のプロセス整理業に基づき以下の事を実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・7/11西地区民生児童委員協議会、自治連合会交流会(民生員35名、自治会長25名、包括10名参加)を実施し包括支援センターの役割や意義について伝え、民生員、自治会長と意見交換し交流を深め、地域づくりの啓発を実施。 ・7/27居宅介護支援事業所対象に「成年後見人」の勉強会を行い介護支援専門員への直接的な支援を実施。 ・9月圏域内の店舗に対して「高齢者の方への関わり」アンケートを行い、回収後集計し、認知症安心ガイドを用いた認知症に対する説明と共に、アンケート結果と困り事に対するプリントを返し、認知症に対する啓発及び包括の設置運営についての認識を高めた。 ・10月介護予防教室にて、地域住民、サロン代表者の参加のもと、地域の活動とその意義を紹介し意見交換の機会を作り、顔の見える関係づくりと社会資源の啓発を実施。 <p>○R3年度の通所C利用者は25名であった。</p> <p>○4月に桜が丘のサロンで支えあい活動について、10月度の介護予防教室で地域づくりと通いの場について参加者に向けてグループワークを含めた研修を行った。</p> <p>○介護サービス事業所向けに総合事業(通所型・訪問型サービスA等)に関する研修はコロナ禍で実施には至らなかったが市役所において研修は実施された。</p>
介護予防ケアマネジメント	<p>○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。</p> <p>○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。</p> <p>○自立支援型ケアマネジメントの平準化が必要である。</p>	<p>○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。</p> <p>○ケアマネジメントの中で、モニタリングなどを通して自立支援の適正化を図る。</p> <p>○自立支援型地域ケア会議に出席し、自立支援に資するプランの在り方を理解する。</p> <p>○介護予防ケアマネジメントの傾向をセンター間でも意識し、自らのセンターの強みや弱みを理解する。</p>	<p>○第1号被保険者数に応じたサービス案内ができるようになる。(通所型サービスC 毎回3人以上のエントリー)</p> <p>○いきいき100歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業等の啓発を行う。(2回以上実施)</p> <p>○市、包括で協働し、介護サービス事業所向けに総合事業(通所型・訪問型サービスA等)に関する研修会を開催する。</p> <p>○市が指定したケアプランに対してケアプラン点検支援を受け、包括内で共有する(1～2プラン)</p> <p>○地域ケア会議に参加し毎回発言するとともに、自立に資するケアマネジメントの視点を習得する。</p> <p>○総合事業提出必要書類の見直しを行う(予防部会)。</p> <p>○ケアマネジメントの傾向について、通所型サービスCを中心に、根拠となる数値を用いて各包括内で分析し、包括内共存を実施する。また、年度末の全体会議において、分析結果を他包括と共有する。</p>	<p>○R3年度の通所C利用者は25名であった。</p> <p>○4月に桜が丘のサロンで支えあい活動について、10月度の介護予防教室で地域づくりと通いの場について参加者に向けてグループワークを含めた研修を行った。</p> <p>○介護サービス事業所向けに総合事業(通所型・訪問型サービスA等)に関する研修はコロナ禍で実施には至らなかったが市役所において研修は実施された。</p> <p>○3/12 ケアプラン点検支援事業受講予定、終了後包括内で共有する。</p> <p>○地域ケア会議(通所C)参加し、参加した者は毎回1度以上の発言を行っている。</p> <p>○総合事業提出書類の見直しを部会で話し合ったが必要な書類であるという市の見解で現状の状態を継続の形となった。</p> <p>○部会で入職後経験の浅い職員へ向けてパワーアッププラス参加者の基本情報、2次アセスメントやチェックリストから状態像を読み取り各包括で評価を行い該当職員へフィードバックを行った。</p> <p>○年度末会議に向けケアマネジメントの傾向について、通所型サービスCを中心に、根拠となる数値を用いて各包括内で分析し、包括内共存他包括と共有予定。</p> <p>○介護予防手帳161冊配布し、配布時は介護予防手帳の活用について啓発を行った。</p> <p>○介護予防手帳の活用について3月度の介護予防教室で実施予定。</p> <p>○11月いきいき100歳体操代表者交流会を市とともに実施し各地域のいきいき100歳体操の実施状況を共有した。</p> <p>○地域のいきいき100歳体操やサロンに出向き実施状況の把握を行い包括内に掲示した。</p> <p>○12月度の介護予防教室ではいきいき100歳体操のポイントや自宅で有効なセルフケアの方法についてセラピストを招き行った。</p>
	<p>○通所型サービスCで元氣を取り戻した人が担い手に回るような仕掛けやセルフケアの取組強化が必要である。</p>	<p>○主に多様なサービスの卒業生に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討するとともに、セルフケアの定着を図る。</p>	<p>○事業対象者などに対して、フレイル予防のためセルフケアなどが定着するよう、介護予防手帳の効果的な啓発を行う(今年度の手帳の配布)。</p> <p>○地域のサロンやいきいき100歳体操の実施状況を把握し、生活支援コーディネーターと連携しながら、個々に合った介護予防の取り組みを提案することができる。</p>	

令和3年度 生駒市社協地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。 ○認知症の初期の方への理解の促進が課題である。	○地域の様々な年齢層の参加を促すような講座を開催し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ○記憶障害や見当識障害への対応可能な認知症支援隊などの活用を行い、認知症の人やその家族の支援を行う。	○認知症サポーター養成講座の開催に向けて地域（中地区健康まちづくり協議会、民生交流会等）や関係機関にかかわる。（年4回） ○介護予防教室や市民公開講座等や相談の場で物忘れ相談プログラムを活用、認知症ケアパスを配布する。（30人実施、50冊配布） ○認知症初期の方でサポートの必要な人を総合相談や認知症支援隊につなぐ。 ○認知症相談ダイヤルの活用を市や包括とともに地域や相談の機会を通じてPRを行う。	OR3.9.22にボランティアを対象に福祉センター、R3.11.17に市民を対象に介護予防教室(幸楽3階)、R3.12.2に徳小小学校6年生(徳小小学校)に認知症サポーター養成講座の開催ができた。R3.10.20に市の開催する寿大学(コミセン)に協力した。また、R4.1.26に日常生活自立支援事業の生活支援員養成講座の中で福祉センター、R4.2.18に生駒小学校6年生に認知症サポーター養成講座の開催予定である。 ○物忘れ相談プログラムを5人実地、認知症ケアパスを77冊配布することができた。 ○認知症の方で主治医より、通いの場などに参加した方がよいとアドバイスを受けた相談者をパワーアッププラス教室2名や脳の若返り教室2名へ繋ぐことができた。 ○認知症相談ダイヤルの活用ができるように認知症地域支援推進員部会で議題にあげ、現状を共有し、今後どのようにPRをすることがいいのかを協議を行う予定。 ○地域との交流は西地区自治会民生児童委員交流会、介護予防教室等、そのほかにはいこまちに掲載し、総合相談や通所C終了者に向けて、いきいき百歳体操や介護予防教室等の情報を提供。 ○徘徊模擬訓練の開催には至らなかったが、今まで実施した徳小町の自治会長へ飯奈中央地域包括支援センターと、今後に向けて話し合う機会をもった。(年1回)
	○徘徊高齢者の模擬訓練を実施していない地域があり、実施する意義が自治会に浸透していない。	○まちづくりの関係各所に働きかけを行うとともに、徘徊高齢者の模擬訓練の必要性を伝える。	○継続して地域の会合があればかわりを持ち続けられるよう、いきいき百歳体操や介護予防教室等の情報を提供する。 ○徘徊高齢者模擬訓練を年1回以上開催する。(徳小町等)	
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的に集える居場所の拡充がまだ不十分である。	○まちづくりの推進や市民との協創の中で、高齢者が活躍できる場が増えるよう働きかける。	○包括エリアで、高齢者の居場所が立ち上がる。(東松ヶ丘など1か所以上) ○いきいき百歳体操(6カ所)などの地域の通いの場の状況について年1回以上訪問し、状況を確認できるようにする。	○高齢者お居場所の立ち上げに関心があるところへ向向き、いきいき百歳体操の立ち上げについて話が進行中である。(東松ヶ丘) ○いきいき百歳体操(6カ所)などの地域の通いの場に年1回以上訪問し、状況を確認、いきいき百歳体操交流会を紹介し、参加していただくことでコロナ禍で各地域の活動について情報交換ができるようにした。
	○地域での高齢者支援に向けた取組を推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○生活支援サービス(訪問型サービスB等)の仕組みづくりに向け、積極的に関わり、支援を行う。(中地区健康まちづくり協議会等)	○市、(生活支援コーディネーター)、包括がそれぞれ役割分担の中で、支援体制整備に向けての住民検討会に関わることで地域の支え合い活動が立ち上がるよう支援を行う。(生活支援体制整備会議)	OR3.1.12末現在、地域ケア会議(Ⅲ)を、1回開催した。(西地区民生児童委員交流会)
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○基幹型地域包括支援センターや他の関係機関との情報共有や連携を進める。	○市、包括で関係機関との勉強会、意見交換会等を企画し、開催する。(ケアマネ交流会 虐待研修会)	OR3.10月4日(17事業所)、10月5日(18事業所参加) 市・居宅主任ケアマネ・包括にてオンラインでケアマネ交流会を開催。 R3.6月22日、23日、9月17日に市の開催する虐待研修会の企画に協力参加 R4.2月にフォローアップ研修開催予定。
	○地域包括支援センター職員の人事異動等がある中、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○市民等からの相談への対応方法について、研修の開催やマニュアルの徹底により、地域包括支援センター内で共有し、個人々の質の向上を図る。	○業務マニュアルの改訂を行い、包括内、包括間で活用し情報の共有ができる。 ○連絡帳やミーティング等の機会を活用し、包括内で情報の共有ができる。 ○ミーティング等の機会を活用し包括内で事例検討を行う ○基幹型地域包括支援センターとともに、困難ケースにつながるものが想定されるケースなどについて、速やかに情報を共有できるようにする。	OR4.1月予防部会で業務マニュアルの改訂を実施予定 ○包括内では連絡帳や定例1回のミーティングで、情報の共有や確認をおこない、ホワイトボードのシートを活用しながら、包括内で事例検討を行うなど、職員のOJTを実施スキルアップができるよう掛けた。 ○基幹型地域包括支援センターには、虐待や困難ケースなどが想定される場合、速やかに書面を活用しながら報告し、情報を共有できるようかけた。
○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が少ない。(初期の発見)	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が増えるよう啓発と連携を強化し、相談することのメリットが感じられる支援の強化を図る。	○困難事例に関する地域ケア会議(Ⅱ)を包括で年間4回程度開催する。 ○ケアマネジャー、サービス提供事業所に向け、高齢者虐待に関する研修会を基幹型地域包括支援センターと連携して開催する。	OR3.12月末現在、地域ケア会議(Ⅱ)を、計6回開催。会議以外でも電話や面談などで情報の共有を行い、その都度助言を行った。 ○権利擁護部会のケアマネジャー・サービス事業所向けの高齢者虐待対応に関する研修(9/17)の打ち合わせに2回参加し、開催に向けて協力した。	
○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予測をたてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、センター会議で共有し、認知症高齢者の時期別の支援の在り方、介護負担の軽減についての理解を深めるとともに、必要な事項について改訂し、年度内にケアマネジャーへの周知を図る。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、認知症地域支援推進員部会からも意見を聴取する。 ○認知症に関する地域ケア会議(Ⅳ)を年間4回以上開催する。	○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、次年度、認知症地域支援推進員部会で、訂正や追加が必要な項目について話し合い、ケアマネジャーへの周知を図る予定である。 ○認知症に関する地域ケア会議(Ⅳ)を年間1回開催することができた。	
○高齢者虐待対応についてのとらえ方や支援を行う上で認識を深める必要がある	○高齢者虐待対応について、基幹型地域包括支援センターの協力のもと全体のスキルの向上を図る。	○センター会議等を活用して、事例検討会(年1回以上)を実施する。 ○生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルを改訂する。	○権利擁護部会で事例検討会を1回(11/12)行った。 ○権利擁護部会で生駒市高齢者虐待防止対応マニュアルの改訂を行っている。	

<p>包括的・継続的ケアマネジメント</p>	<p>○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。</p>	<p>○個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら活動できる環境の整備を行う。</p>	<p>○地域包括ケア推進大会(ケアリンピック)の開催について依頼があれば協力する。 ○入退院の連携がスムーズに行えるように包括間での情報共有を行う。(市外、県外の入退院時の対応) ○市が企画する多職種連携研修会の場を活用し、関係機関との連携を深める。 ○ケアマネハンドブックの見直しを行いまとめておく。 ○R2年度のケアマネ交流会の結果をもとに生活支援コーディネーターとともにインフォーマルサービスの情報を整理し活用できるものを検討する。</p>	<p>○地域包括ケア推進大会(ケアリンピック)の実行委員として協力した。(R3. 12月末時点3回) ○入退院の連携がスムーズに行えるように包括間での情報共有を行った。(市内の医療機関では生駒市入退院マニュアルを活用、市外、県外の医療機関については個人情報の保護に配慮しながら、状況に応じて役割分担を行い、本人の入退院がスムーズに行えた) ○在宅医療介護推進部会において入退院調整マニュアルについての検討 R 4.1. 26参加予定 ○多職種連携研修会は今年度コロナの影響で開催できず次年度に持ち越しオンラインでの実施を検討する。 ○R3年度分としてケアマネハンドブックの追加項目(包括分)の確認行いまとめた。 ○R2年度のケアマネ交流会の結果をもとに作成したインフォーマルサービスの資料をR3年度のケアマネ交流会で情報を整理し活用しやすいよう更新した。次年度は生活支援コーディネーターにインフォーマルサービスの情報管理を移行する。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント</p>	<p>○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が平準化できていない。</p>	<p>○事例の類型化や対応方法の原則的な対応方法の整理(見える化)を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を地域包括支援センター内でも共有し、個人個人の質の向上を図る。</p>	<p>○令和2年度の介護支援専門員への個別支援をもとに居宅ケアマネの方を含め地域包括支援センターの全体会議で事例検討会を開催する。 ○事例検討会で検討した事例について、見える化事例に追加していく。 ○虐待の事例について現在対応中の事例を、センター会議に提案する。 ○虐待以外の相談シートが活用できるように見直しを行い市、包括居宅で検討する。</p>	<p>○R3.7.9、居宅ケアマネの方を含め地域包括支援センターの全体会議で事例検討会を行い、支援から介護になった方に対する居宅ケアマネと包括の立ち位置や地域の繋がりと介護保険サービスについての検討を行った。 ○追加された事例を見る化事例に追加するとともに、内容を整理し、見える化事例集を活用しやすくなるように作成中。 ○現在対応中の虐待の事例についてセンター内で協議する機会を持った(3ケース)、またセンター会議に提案した。 ○虐待以外相談シートを活用しやすいように、居宅内で協議してもらい見直しを行い、R3年度ケアマネ交流会で配布した。</p>
<p>包括的・継続的ケアマネジメント</p>	<p>○地域包括支援センターでの包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備をすすめることが必要である。</p>	<p>○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、理解を深め、環境整備の見直しとともに優先度の高いものから整備をしていく。</p>	<p>○環境整備について、振り返り、再度計画する、計画に基づき出来ることから取り組み、センター会議で振り返る。</p>	<p>○環境整備について、認知症の生活の状況について必要な場合(薬の服用状況や残薬等)は直接医師と面談したり、家族に伝え方をお話したりして、本人の毎日の生活が伝わり、治療につながり、申請の結果に反映できるよう心がけた。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント</p>	<p>○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。</p>	<p>○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。</p>	<p>○第1号被保険者数に応じたサービス案内ができるようになる。(通所型サービスC毎回2人以上等) ○いきいき100歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業等の啓発を行う。(年2回) ○市、包括で協働し、総合事業(通所型・訪問型サービスA等)に携わる人や事業所が増えるように、介護サービス事業所向けの研修会等に協力する。</p>	<p>○第1号被保険者数に応じたサービス案内できた。(通所型サービスC PP7人転倒4人P6人 計 17人 毎回5.6人以上) ○いきいき100歳体操や各サロンボランティアにかかわり総合事業の案内を行った、老人クラブ女性部に1月14日に包括の啓発を行う予定(年2回)</p>
<p>介護予防ケアマネジメント</p>	<p>○自立支援型ケアマネジメントの平準化が必要である。</p>	<p>○介護予防ケアマネジメント適正化推進事業(ケアプラン点検支援)を受け、包括内でも行い介護予防ケアマネジメントの質の向上及び平準化を図る。 ○自立支援型地域ケア会議に出席し、自立支援に資するプランの在り方を検証する。</p>	<p>○介護予防ケアマネジメントのケアプランチェックを行う。 ・市で行われるケアプラン点検を受ける 年1回 ・包括内でケアプランチェックをおこなう 年1回 ○自立支援型地域ケア会議(Ⅰ)に参加し、包括1名以上は出席し、会議内容を読み込んだうえで毎回一人2回以上必ず発言する。 ○通所Cを中心にケアマネジメントの傾向や支援の方向性について、利用者の傾向や、支援に必要なサービスの創出につながることを意識して 包括間で共有する。</p>	<p>○介護予防ケアマネジメントのケアプランチェック ・市で行われるケアプラン点検を受ける 3月予定 ・包括内でケアプランチェックをおこなう 2月予定 ○自立支援型地域ケア会議(Ⅰ)に参加し、包括2名以上出席した。 、会議内容を読み込んだうえで毎平均一人1.8回発言した。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント</p>	<p>○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るような仕掛けやセルフケアの取組強化が必要である。</p>	<p>○主に多様なサービスの卒業者に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を、市とともに検討するとともに、セルフケアの定着を図る。</p>	<p>○セルフケアのきっかけとなるように介護予防手帳を機会のあるごとに活用していく。年間30冊 ○センター内、サロンやいきいき百歳体操開催場所等に、いきいき百歳体操以外の取組について情報を提供する。(6カ所)</p>	<p>○介護予防手帳を活用していく。12月末時点で110冊説明を行い配布。 ○センター内、サロンやいきいき百歳体操開催場所を回り、現状を確認するとともに、市で開催したいいきいき百歳体操交流会に参加していただき、各グループの取組について情報を交換していただいた。</p>

令和3年度 梅寿荘 地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。	○夜間や土曜日(週末)の開催等、これまで以上に様々な年齢層及び企業の参画を促すような講座を開催し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ○記憶障害や見当識障害への対応可能なサポーターを養成し、認知症の人や家族の支援を行う。 ○介護予防教室や市民公開講座の際に、物忘れ相談プログラムを認知症に関する啓発に活用し、認知症に関する理解を深める。 ○認知症初期の人が地域活動へ参加できるよう、認知症支え隊に繋ぎやすい体制を検討する。	○認知症サポーター養成講座を認知症地域支援推進員と地域包括支援センターが協働し、生活圏ごと、100名を目指し、未開催地の自治会等(西菜畑、中菜畑)で実施する。また小学校(生駒小)への実施と、同校育友会父兄(生駒小校長案)への実施に向けてアプローチを行う。中学校(緑ヶ丘中)での実施についてもアプローチを行う。薬局(ひかり薬局、有里町)での開催も実施し、対象の幅を広げられるようにする。大規模な開催等エリアを越えた講座があれば、センター圏域での参加を促していく。 ○介護予防教室や市民公開講座等の際に、物忘れ相談プログラムを活用し、認知症に関する啓発に活用し、理解を深める。物忘れ相談プログラムは、50人実施、認知症ケアパスは認知症サポーター養成講座や、相談時に75冊配布する。 ○認知症初期の方でサポートの必要な人を、総合相談や認知症支え隊等地域につなぐ。 ○認知症地域支援推進員部会を中心に、認知症当事者への支援または事業を検討、実施する。	○認知症サポーター養成講座を認知症地域支援推進員と協働し、様々な年齢層の参画を促し未開催地でのアプローチもできた。生駒小学校は2月実施予定。薬局では2ヶ所(ひかり・有里町)実施、薬局での実情に対する症状や知識の伝達等連携を行った。 ○物忘れ相談プログラムは、年度内計画を超える見込み(44件)。認知症ケアパスも75冊達成予定。 ○認知症初期の方でサポートの必要な人は、総合相談から地域の資源へつなぐことができています(支え隊へのケースは年度内終了)。 ○認知症当事者への支援は認知症地域支援推進員部会を中心に、センター内で推進員と共に支援できることを検討した。
	○徘徊高齢者の模擬訓練を実施する意義が自治会に浸透していない。	○地域における徘徊高齢者への支援の必要性を、未開催地の自治会あるいは開催できる場所及び開催期間が空いている地域に出向いた折に伝え、開催を働きかける。	○未開催地の西菜畑自治会、東菜畑自治会に徘徊高齢者模擬訓練を実施する必要性を伝え、1箇所以上開催する。	○西菜畑、東菜畑自治会に徘徊高齢者模擬訓練を実施する必要性を伝えるため、サービス事業所や集会に出向き説明を行い、内容の重要性を理解していただいた。推進員部会を中心に集合訓練以外の方法の検討も進めて行く。
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活ができるよう、定期的集える居場所の拡充がまだ不十分である。	○地域の高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、介護予防教室や地域の集まりなどで地域住民に周知を図り、高齢者の居場所となる通いの場を立ち上げるとともに、課題の聞き取りを行うなど、通いの場への関与と継続に向けたアプローチを行う。	○定期的集える居場所として、いきいき百歳体操2ヶ所(西菜畑、東旭ヶ丘)立ち上げの支援と、サロン1箇所(北小平尾)には住民の定着や充実を図るため継続して支援を行う。 ○圏域内の100の複合型コミュニティをはじめ、いきいき百歳体操などの地域の通いの場の状況について、第2層生活支援コーディネーターを中心に現状や課題の抽出を行う。R2年度エリア内全てのいきいき百歳体操教室で実施した、ボランティア活動に関するアンケート調査の結果報告を持参し、現状の課題の聞き取りから更に助け合い活動に関する情報提供を行い、現状の把握及び継続した支援を行う。	○いきいき百歳体操4ヶ所(西菜畑、東旭ヶ丘、東生駒、新旭ヶ丘)の立ち上げ支援を行った。サロン1箇所(北小平尾)へは訪問を繰り返し、現状の課題や今後の展開(認知症カフェや脳トレ)について支援を継続している。 ○第2層生活支援コーディネーターを中心に、100の複合型コミュニティ(西菜畑、北小平尾)や、圏域全てのいきいき百歳体操の通いの場に訪問し、状況の把握を行った。ボランティア活動に関するアンケートによる意識調査結果を持参し、助け合い活動に必要な情報提供と現状把握を行い継続支援を実施している。
	○地域での高齢者支援に向けた取り組みを推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○各地域での市民自治協議体(第2層協議体)の立ち上げ及び生活支援サービス(訪問型サービスB等)の仕組み作りに向け、生活支援コーディネーターや基幹型地域包括支援センター、第2層生活支援コーディネーターと連携し、中地区モデル事業についても情報交換等行う。	○地域ケア会議(Ⅲ)について、年間4回程度参加・開催する。 ○第2層生活支援コーディネーターを中心として、介護予防教室やいきいき百歳体操教室など地域に出向いた折に情報収集や啓発を行い、住民検討会(西菜畑自治会)へはR2年度より継続して参加し後方支援を行う。また市と連携しながら、生活支援サービスの仕組み作りについての話し合いの企画を行うことから(東旭ヶ丘)、地域で支え合い活動が立ち上がるよう進めて行く。	○地域ケア会議(Ⅲ)について、年間4回程度参加・開催実施した。 ○市民自治協議体及び生活支援サービスの仕組み作りに向けては、第2層生活支援コーディネーターを中心として、介護予防教室やいきいき百歳体操に出向いた折に情報収集や啓発を継続的に行っている。特に西菜畑自治会では内容について理解された上で自治会独自の活動から実施されているところで、今後も地域での支え合い活動の立ち上がり支援を行う。
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○基幹型地域包括支援センターと市・地域包括支援センターが業務の中でそれぞれの役割について理解し、効率的に業務を遂行する。 ○関係機関とともに互いの立場の理解を深めることで、できること・できないことを理解し、連携を深める。	○担当エリア居宅介護支援事業所・サービス事業所と、基幹型地域包括支援センターと協働しながら事例を通じた勉強会・意見交換会を企画し開催する。(法人内ケアマネ研修会は年4回実施)	○基幹型地域包括支援センターと協働しながら、複合世帯に関する事例検討会を企画・開催の他、法人内ケアマネ研修会は、12月より毎月実施する。
	○地域包括支援センター職員の人事異動等がある中、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○総合相談支援業務等の質を維持するとともに、包括内、各包括間の平準化を図るため、引き続き業務マニュアルの充実を図るとともに、センター会議等を通じて、基幹型地域包括支援センターを中心に情報が伝達できる体制を構築する。	○業務マニュアルを活用し、包括内、包括間で情報の共有ができる。(毎朝のミーティングと、ケースごと、月ごとのミーティング等の機会を活用し、包括内で情報の共有ができる。) ○基幹型地域包括支援センターを中心に困難ケースにつながるケースなどについて、速やかに情報を共有できるようにする。 ○新たに配属された職員は地域包括支援センター基礎研修等に参加するだけでなく、全職員が職種別にも到達レベルに応じた研修等に参加する機会を作り質の向上を図る。	○新しく配属された職員への業務マニュアル伝達はもとより、不確かな点はマニュアルに立ち振り返り確認することを常とし、ミーティングで共有している。 ○困難ケースにつながるケースについては、迅速な相談シートの提出だけでなく、職員も複数で関わり、連絡を密に情報共有を図ることを目指した。 ○新たに配属された職員については、基礎研修参加だけでなく、基礎資格や法人内職能別研修会へ積極的に参加し、質の向上を図るよう努めた。
権利擁護事業	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が少ない。(初期の発見)	○高齢者虐待の通報や相談があった場合、支援者が困っている事柄について支援の方針を基幹型地域包括支援センターと協議しながら書面(様式)を活用し、効果的・効率的にケアマネジャーやサービス提供事業所に必要な事実確認の方法や重度化予防、連携・共有の方法を伝えることができる。 ○高齢者虐待対応におけるチームアプローチの重要性を伝えられることができる。	○困難事例に関する地域ケア会議(Ⅱ)を年間4回程度実施する。また必要に応じて開催できるよう、日頃から居宅支援事業所やサービス提供事業者、地域とのネットワークを構築する。また事実確認、連携、共有の手段として、包括内ミーティングの際にホワイトボードを活用できるようにする。 ○ケアマネジャー、サービス提供事業所に向け、市や権利擁護部会とも内容について協議し、高齢者虐待に関する研修会を開催する。法人内ケアマネ研修会では、R2年度の市の高齢者虐待対応研修の振り返りと、サービス提供事業所には初期の発見とチームアプローチの重要性を勉強会を開催し伝える。	○困難事例に対する地域ケア会議(Ⅱ)は、年間10回程度の実施となった。日頃から居宅、サービス事業者など地域とのネットワークを構築するよう努めた。また包括内ミーティングだけでなく、ケース会議や居宅との研修会でホワイトボードの活用を心がけ実施した。 ○市や権利擁護部会と連携して、現状の課題を勘案しながら高齢者虐待に関する研修会を、ケアマネジャー、サービス提供事業所向けと、地域包括向けに講師とも協議の場を設けていただきながら開催できた。地域包括フォローアップ研修開催後も内部でも振り返りの機会を作っていく。
	○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の時期別の症状について、市及び包括職員が理解を深め、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられる能力を得る。 ○認知症地域支援推進員との連携のもと、認知症の普及啓発が進み、「認知症」と診断された本人・家族の強みを活かすとともに、周囲の理解が増していくような啓発内容に見直す。	○認知症地域支援推進員による無料相談について、介護予防教室やいきいき百歳体操、サロン等地域へ出向く折に、相談ダイヤルの周知と、既存のパンフレットやガイドブックを紹介し、啓発を図る。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、センター会議で共有し、認知症高齢者の時期別の支援の在り方、介護負担の軽減について改訂し、年度内にケアマネジャーへの周知を図る。 ○認知症時期別症状別対応ガイドブックについて、認知症地域支援推進員からも意見を聴取する。 ○認知症に関する地域ケア会議(Ⅳ)を認知症地域支援推進員の協力のもと年間4回以上開催する。	○相談ダイヤルの啓発は、認知症地域支援推進員と協働し、介護予防教室や民生委員研修会など地域に出向いた折には周知を図った。 ○症状別ガイドブックについては、権利擁護部会で内容の確認、センター会議で共有し、年度内ケアマネジャーへの周知に向けた準備を進める。 ○認知症地域支援推進員とは内容の共有と、意見の聴取を行った。 ○認知症に関する地域ケア会(Ⅳ)は、認知症地域支援推進員の協力のもと年間4回以上開催。
	○高齢者虐待対応について、包括内、各包括間でばらつきがある。	○高齢者虐待対応について、基幹型地域包括支援センターと地域包括支援センター職員の対応スキルが向上し、虐待に至る背景要因の分析及び今後の支援方針を中長期的に立てられるような研鑽を行う。	○センター会議等を活用し、権利擁護部会でも内容の検討を行いながら、事例検討会(年1回以上)を実施する。 ○生駒市高齢者虐待対応マニュアルの改訂を、市と共に権利擁護部会でも年度内事業計画に置き、定期的な入れ替えについて検討し実施していく。	○権利擁護部会で内容の検討を行い、事例検討会を1回実施した。 ○市と共に権利擁護部会でも生駒市高齢者虐待対応マニュアルの改訂を年度内事業計画に置き、居宅の代表者とともに改訂作業を行った。今後定期的な入れ替えについては、継続して検討する。

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
包括的・継続的ケアマネジメント	○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。	○個々の介護支援専門員が多職種、他機関と連携を取りながら活動できる環境の整備を行う。	○介護支援専門員同士のネットワーク、また関係機関・者との連携支援やりがいを持って働き続けるモチベーションアップを図るため、地域包括ケア推進大会(ケアリンピック生駒)開催に協力する。 ○市外・県外医療機関との入退院・在宅復帰の際の医療と介護の速やかな連携が行えた事例の情報を包括間で共有し、支援がスムーズに行える体制を作る。 ○インフォーマルサービスの活用を進めるため生活支援コーディネーターと協力して情報を整備する。	○地域包括ケア推進大会の2月の開催に向けて、地域包括支援センターの紹介などを含めて協力度中である。 ○市外、県外医療機関との連携での課題を包括間で共有。地域医療連携課に報告し、病院側への説明等を検討予定。 ○多職種連携の研修会は開催できず。来年度はオンラインでの研修を計画する事も検討が必要。 ○インフォーマル資源の情報を生活支援コーディネーターと協力して収集・整理し、ケアマネ交流会では活用状況を把握した。整理した情報は今年度中に配布予定。
	○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が平準化できていない。	○事例の類型化や原則的な対応方法の整理(見える化)を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を基幹型地域型支援センター・各地域包括支援センターの連携の中で共有し、個々人の質の向上を図る。	○昨年のケアマネ研修アンケートを基にケアマネハンドブックの見直し・バージョンアップを行い介護保険課と情報共有を行う。 ○主任ケアマネ部会が企画するセンター会議の事例検討会について、相談が増えているケースを基に各包括がケースの把握・見立て・対応がしっかり行えることを目標にスキルアップできるよう内容を変更して取り組む。 ○介護支援専門員からの相談を効率的に受けられるよう相談シートの見直しと共にシートの活用を促し、包括内での情報共有を行い相談しやすい体制を作る。またケアマネハンドブックの活用を行う。 ○困難ケース対応について包括内で協議を行い平準化を図る。	○ケアマネハンドブックの変更点、追加項目を確認し、介護保険課と情報共有をした。ハンドブックについてはケアマネ交流会で説明を実施した。 ○7月のセンター会議にて事例検討会を実施。人数制限はあったが、各エリア2か所の居宅ケアマネが参加。包括から居宅に引き継ぐ際の連携について話し合いを行った。 ○相談シートの見直しを行い、包括内での協議内容を記載できるようにした。ケアマネ交流会で介護支援専門員とも共有し活用を促している。 ○支援困難ケースはミーティング等を活用し、包括内で共有・協議を行っている。
	○地域包括支援センターの設置運営についての認識を高める必要がある。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、理解を深め、各センターにおける環境整備の優先度の高いものから整備をしていく。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、令和元年度に作成したプロセス整理票に基づき、順に整備ができるよう進める。またセンター会議等で振り返ることができる。	○令和元年に作成したプロセス整理票に基づき、地域での助け合い活動についてアンケート調査を行い、地域ヘフィードバックするなど段階的に継続して実施していく。
介護予防ケアマネジメント	○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取り組みの促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。	○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。	○通所型サービスCに年間40名程度エントリーする。 ○いきいき百歳体操や各サロンボランティア、各種団体等2か所以上に総合事業等の啓発を行う。 ○市、包括で協働し、介護サービス事業所向けに総合事業(通所型・訪問型サービスA等)に関する研修会を行う。	○通所型サービスCに年間47名エントリーすることが出来た。 ○各種団体8か所で総合事業の啓発活動を行った。 ○研修会については課題が多く、市としての研修目的や方向性が決まっからの開催となり未実施。
	○自立支援型ケアマネジメントの平準化が必要である。	○センター内で介護予防ケアマネジメント(サービスや事業利用状況等)の傾向を意識し、検証を行うことでセンターでの強みや弱みを理解する。 ○地域ケア会議に積極的に参加・発言することでスキルの向上を図る。	○通所型Cを中心に予防部会で方向性を検討し、ケアマネジメントの傾向を探るツール(表)を作成、根拠となる数値を用いて包括内で分析しセンター内で共有する。また年度末の全体会議において、分析結果を他包括と共有する。 ○介護予防ケアマネジメント点検支援マニュアルをセンター内で共有し、市が指定したケアプランに関してケアプラン点検支援を受ける。 ○自立支援型地域ケア会議(Ⅰ)に積極的に参加し、毎回必ず発言する。	○集中Cの分析について、予防部会にて分析方法を検討し実行した。エントリーの視点・卒業後の見立ての視点・アセスメントの視点・職種や包括での得手不得手等を確認し、包括内でも共有した。 ○2月にケアプラン点検を受ける予定。 ○自立支援型地域ケア会議(Ⅰ)に積極的に参加し、毎回必ず発言するように努めた。
	○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るような仕掛けやセルフケアの取り組み強化が必要である。	○主に多様なサービスの卒業者に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市と共に検討するとともに、セルフケアの定着を図る。	○感染症対策や夏場の暑い時期の対策として、在宅生活が続く人に対し、体調管理や新たな目標、生きがいを持ちながらセルフケアが定着するように必要性を啓発していく。 ○セルフケアのきっかけとなるように介護予防手帳の活用を図る。 ○生活支援コーディネーターと連携しながら、サロンやいきいき百歳体操グループ等にプラスαの取り組みについて提案していく。	○個々の利用者や総合相談において体調管理やセルフケアについての啓発は継続支援中。 ○各団体への訪問時に介護予防手帳を用いたセルフケアの説明や使用方法について説明を行った。 ○活動休止しているグループも多く、既存の活動で精一杯でプラスαの取り組みの提案までには至らなかった。

令和3年度 メディカル地域包括支援センター事業評価

令和3年12月末現在

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
総合相談支援	○認知症に関する理解の浸透がまだ不十分である。	○夜間の開催等、これまで以上に様々な年齢層及び企業の参画を促すような講座を開催し、認知症についての正しい理解と知識の普及に努める。 ○記憶障害や見当識障害への対応可能なサポーターを養成し、認知症の人やその家族の支援を行う。	○認知症サポーター養成講座を(小瀬の里、吉分町東)自治会と連携し、開催する。 ○地域の市民を対象に、今小路電気店(真弓)で認知症サポーター養成講座を開催する。 ○吉分小学校、あすか野小学校でキッズサポーター養成講座を開催する。 ○介護予防教室や地域サロン、いきいき百歳体操や個別相談の場で「物忘れ相談プログラム」を活用する(30名)。また、認知症ケアパスを北・南各々50冊配布し、認知症に関する啓発活動を行う。 ○認知症にやさしいお店を北南各1店舗増やす。 ○認知症初期の人が地域活動へ参加できるよう、認知症支え隊を活用する	○老分町東自治会長に来年度認知症サポーター養成講座、徘徊模擬訓練の開催について面談した。 ○藤尾バナショップで認知症サポーター養成講座を開催し認知症にやさしいお店を1店舗増やした。 ○圏域の小学校(あすか野、老分)に対して認知症キッズサポーター養成講座を実施し、認知症啓発を実施。 ○認知症ケアパスを50冊以上配布した。
	○徘徊高齢者の模擬訓練を実施する意義が自治会に浸透していない。	○まちづくりの関係部署に働きかけを行うとともに、市政研修会等の場を活用して、地域における徘徊高齢者への支援の必要性を伝える。	○小瀬の里・吉分町東(去年に引き続き)、白庭台で徘徊高齢者の模擬訓練の必要性を伝え、事前説明会、PR活動をする。 ○徘徊搜索模擬訓練を開催をする(年1回以上)	○白庭台自治会と徘徊高齢者搜索模擬訓練を実施予定(R4年1月開催予定が延期になった)。
	○地域の中で高齢者が「生きがい」や「役割」を持って生活できるよう、定期的集える居場所の拡充がまだ不十分である。	○まちづくりの推進や市民との協創の中で、「100の複合型コミュニティ」の推進を中心に高齢者が活躍できる場が増えるよう働きかける。	○JAならけん南生駒と協働して、介護相談会等を行う。 ○100の複合型コミュニティ(ローレルコート萩の台、さつき台南自治会、萩の台住宅地自治会)活動に、高齢分野を中心として関わる機会をつくり、状況を把握する。 ○百歳体操実施グループの活動状況について適宜確認する。	○JAならけん南生駒はR3年10月で閉鎖となったが、JA朝市を訪問し地域包括とのつながり作りを実施している、今後介護相談としての参加など検討している。 ○100の複合型コミュニティ(さつき台南、萩の台住宅地)の活動を視察した、介護予防教室や百歳体操での介護予防の話を実施した。 ○百歳体操(南山手台、ファインコート、萩の台住宅地、西壺寿会、福祉センター、さつき第南)訪問し、R3年度改訂版の介護予防手帳を説明して配布、介護保険や総合事業の話を実施した。
	○地域での高齢者支援に向けた取組を推進するため、地域力を高めていく必要がある。	○各地域での第2層協議体の立ち上げ及び生活支援サービス(訪問型サービスB等)の仕組みづくりに向け、積極的に関わり、支援を行う。	○地域ケア会議(Ⅲ)の開催について、基幹型地域包括支援センターと連携しながら、年4回程度参加・開催を目指す。 ○参集を呼びかけられた場合には積極的に参加する。 ○すでに先進的に進んでいる地域の支えあい活動(萩の台ローレルコート、萩の台住宅地)の実情を把握する。 ○南、北民生・児童委員の定例会で、総合事業や中地区モデル事業の周知を図る。	○地域ケア会議Ⅲを1回開催し民生委員と地域の一人暮らし高齢者の情報共有、民生委員と地域包括の連携について話をした。 ○南地区民生・児童委員定例会で、事例検討会を行い地域の高齢者の見守りについて意見をかわした。
	○複合世帯が増加する中、関係機関との連携や協働に苦慮する状況がある。	○基幹型地域包括支援センターを中心に、各包括においても関係機関との情報共有や連携を進める。	○基幹型地域包括支援センターの役割について理解し、必要時連携を図る。 ○個別ケースを通して、健康課、障害福祉課や児童の部門をはじめ、各所関係機関とのつながりを作り連携を深める。	○主に支援困難ケースや虐待ケースについて基幹型地域包括支援センター相談、連携、一緒に対応した。 ○個別ケース3件を通して障害福祉課と連携を図った。 ○かざぐるま副センター長と相談し今後の連携について検討中。
	○地域包括支援センター職員の人事異動等がある中、市民等からの相談への対応について、質の向上・平準化が必要である。	○市民等からの相談への対応方法について、研修の開催やマニュアルの徹底により、地域包括支援センター内、各包括間で共有し、個々人の質の向上を図る。	○業務マニュアルの見直しを行い業務の中で、必要時業務マニュアルを活用し、実践する。 ○朝のミーティングなどの機会を活用し、情報の共有をする。	○新入職員に業務マニュアルの配布、周知を行い、職員全体で適宜業務マニュアルを活用した。業務マニュアルの見直し実施(介護予防部会)。 ○毎朝ミーティングで、ケースの情報共有、意見交換を行った。
権利擁護事業	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が少ない。(初期の発見)	○ケアマネジャーやサービス提供事業者からの「虐待の気づき・相談・報告」が増えるよう啓発と連携を強化し、相談することのメリットが感じられる支援の強化を図る。	○高齢者虐待研修を、権利擁護部会・市と協働で企画し開催する。 ○地域ケア会議Ⅱを南北各2回ずつ開催する。	○権利擁護部会・市と共同で企画し事業所向けの虐待対応研修を開催した。包括向け虐待対応フォローアップ研修も開催予定。 ○地域ケア会議Ⅱをあすか野支所で2件開催した。

	課題整理	補強・充実策	具体的に取り組むこと	評価
権利擁護事業	○認知症等の進行により、家族の介護負担が増し、認知症の病状進行に伴う症状理解の不十分さに伴う高齢者虐待の相談が後をたたない。家族力や本人の状態像把握を的確に行うことや予後予測をもった対応力の向上が課題である。	○認知症の症状別対応を理解し、本人・家族支援については、個人・環境因子分析を的確に行い、予後予測をたてた支援を関係機関・者ができるよう調整機能を高める。	○認知症症状別対応ガイドブックを地域包括支援センター職員で活用し、適宜見直し・活用効果の確認をおこない、また、居宅支援事業所への周知をおこなう。 ○困難ケースおよび権利擁護等の振り返りを地域包括支援センター内でおこなう。 ○地域ケア会議Ⅳを南北各2件ずつおこなう。	○個別ケースでガイドブックを活用したり、包括職員や居宅支援事業所職員に周知をおこなった。 ○月1回のミーティングで困難ケースおよび権利擁護等の情報共有・意見交換をおこなった。 ○地域ケア会議Ⅳをあすか野支所で1件開催した。
	○高齢者虐待対応について、包括内、各包括間でばらつきがある。	○高齢者虐待対応について、基幹型地域包括支援センターの役割、地域包括支援センターの役割の整理を行い、全体のスキルの向上を図る。	○身元保証人、成年後見制度の活用など諸制度を職員が理解しセンター内で共有する。 ○虐待対応マニュアル見直しをおこなう。(権利擁護部会) ○高齢者虐待対応時、帳票を活用する。 ○センター会議を利用して事例検討会をする	○制度理解・共有のため今後センター内で勉強会等開催を検討している。 ○権利擁護部会で虐待対応マニュアル内容の見直しを実施。 ○権利擁護部会で帳票の内容を検討・修正し、虐待対応時には新しい帳票を活用している。 ○権利擁護部会で事例内容を確認後、11月センター会議後に事例検討をおこなった。
包括的・継続的ケアマネジメント	○介護支援専門員への直接的支援だけでなく、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための環境整備が必要である。	○個々の介護支援専門員が多職種、多機関と連携をとりながら活動できる環境の整備を行う。	○地域包括ケア推進大会（ケアリンピック生駒）の開催に協力する。(2月) ○入退院連携がスムーズに行えるように入退院事例でうまくいった場合やうまくいかなかった場合を包括内で情報共有をする。(特に市県外の医療機関との連携) ○生活支援コーディネーターとともに新しい情報を整理し、令和2年度に集約したインフォーマルサービス票の整理をする。 ○入退院マニュアルの活用をケアマネジャーへケアマネハンドブックへの追記により促す。利用者にとってシームレスな連携を図る。	○ケアリンピック実行委員として参加。 ○入退院連携を病院と情報シートを活用したり情報共有・包括ミーティングで対応。 ○自治会の徘徊模擬訓練の参加により認知症マネジメントの包括的・継続的なネットワークの意識を持っていただく機会を共有。(コロナ禍の為延期) ○主任ケアマネ部会にてインフォーマルサービスの全面的確認と改訂を実施。 ○ケアマネハンドブックの変更はないが、各事業所に適宜紹介し、参照等してもらうよう周知している。
	○困難事例の対応について、まだまだ各地域包括支援センターの力量が平準化できていない。	○事例の類型化や原則的な対応方法の整理（見える化）を行い、ケアマネジャーの技量が向上する方法を基幹型地域包括支援センター・各地域包括支援センターの連携の中で共有し、誰でもケースのみたてができるように、個々人の質の向上を図る。	○令和2年度に実施した個別相談の事例分析を元に主任ケアマネを交えて企画に工夫をしてスキルアップのできる事例検討会を実施する。 ○介護保険課とともに令和2年度に行ったハンドブック研修会のアンケートをもとに、ケアマネハンドブックの見直しをおこない、年度内でまとめておき、ケアマネジャーに配信する。 ○居宅支援事業所のケアマネからの相談を効率的に受けられるように、相談シートの活用を促す。また、相談シートの内容を見直し、相談にのりやすい体制を作る。 ○包括内でケースの協議や振り返りを重ね包括内OJTを行う。	○困難事例に対しケアマネジャーからの相談シートを基に市・包括事業所において地域ケア会議を実施し解決に繋ぐことが出来た。 ○業務に必要な知識・スキルを共有する為の認知症OJT研修の実施を行った。(施設での検討会) ○地域の自治会会合に参加し、民生員等と地域包括の業務・役割について理解して頂く為の質疑応答を実施し啓発に努めた。 ○包括内で、常時検討会を実施し、北と南の合同協議を実施している。
	○地域包括支援センターの設置運営についての認識を高めることが必要である。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、理解を深め、各センターにおける環境整備の優先度の高いものから整備をしていく。	○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備について、令和元年度に作成したプロセス整理票に基づき、どこまで実行できたかセンター会議などで見直し発表をする	○環境整備のプロセス整理票を見ながら包括内で振り返りをした。
介護予防ケアマネジメント	○総合事業について、市民やケアマネジャー、事業所に正しく周知するとともに、自立支援に資する取組の促進が必要である。 ○適正なケアマネジメントの実現に向け、訪問型サービスAの充実が必要である。	○民生委員児童委員や老人クラブ連合会等、高齢者と接することの多い市民や介護サービス事業所への総合事業の理解を促進する。	○市よりの介護予防ケアマネジメントの傾向を知り、総合事業を促進する。通所型サービスCを北・南合わせて年間30名案内する。 ○介護サービス事業所に対し、総合事業の研修を行う(予防部会)。 ○いきいき百歳体操や各サロンボランティア、各種団体等に総合事業の啓発を2回以上行う(100の複合型コミュニティー、南地区民生、北地区ケアマネジャー)。	○通所型サービスCを南北合わせて24名エントリーした。 ○総合事業の研修ではなく訪問Aが事業として充実するための意見を市に伝えた。総合事業については、個別ケースで介護事業所に適宜説明を行った。 ○百歳体操や介護予防教室で総合事業の紹介、啓発を2回以上行い、総合事業について認識を持つ機会を提供できた。
	○自立支援型ケアマネジメントの平準化が必要である。	○センターごとにサービスや事業利用の傾向を示し、検証を行う。 ○介護予防ケアマネジメント適正化推進事業(ケアプラン点検支援)を実施し、介護予防ケアマネジメントの質の向上及び平準化を図る。 ○自立支援型地域ケア会議に出席し、自立支援に資するプランの在り方を検証する。	○ケアプラン点検を受け、結果を包括内で共有する。(ケアマネジメント点検支援マニュアルの活用) ○自立支援型地域ケア会議(Ⅰ)に参加し、積極的に1回は発言する。 ○通所型サービスCを中心に、ケアマネジメントの傾向について、根拠となる数値を用いて包括内で分析し、包括内共有を実施する。また、年度末の全体会議において、分析結果を他包括と共有する。把握する(予防部会)。	○ケアプラン点検職員2名参加予定。 ○自立支援地域ケア会議で適宜積極的に発言を行った。 ○通所型サービスCのケアマネジメント分析を職員2名に実施しケアマネジメントスキルの向上に寄与した。フィードバックを包括内で共有した。
	○通所型サービスCで元気を取り戻した人が担い手に回るような仕掛けやセルフケアの取組強化が必要である。	○主に多様なサービスの卒業者に向けて、「役割」「生きがいづくり」「居場所づくり」の創出を各包括や事業所、市とともに検討するとともに、セルフケアの定着を図る。	○個別訪問、サロン・老人会参加時に介護予防手帳の内容について周知する。特に感染症対策や夏場の暑い時期の対策として、教室参加せず、在宅生活が続く人に対して介護予防手帳を活用する。 ○センター内、サロンやいきいき百歳体操開催場所等で、訪問型B・認知症支え隊などの取り組みの紹介を行い、役割・生きがい作りとしての情報・手法を提供する。 ○いきいき百歳体操の開催状況を把握し、いきいき百歳体操以外の介護予防の取り組みについて情報提供をする(予防部会)。	○便秘の人に対して水分摂取の必要性の説明時や、夏場の脱水症対策に介護予防手帳の水分摂取のページを説明して配布した。また、セルフケアについても説明しセルフケアの意識付けを行った。 ○百歳体操交流会で百歳体操以外の取り組みについて情報交換をした。 ○「コロナ禍でも人とのつながりを大切に」という内容のちらしについて内容を考えた。