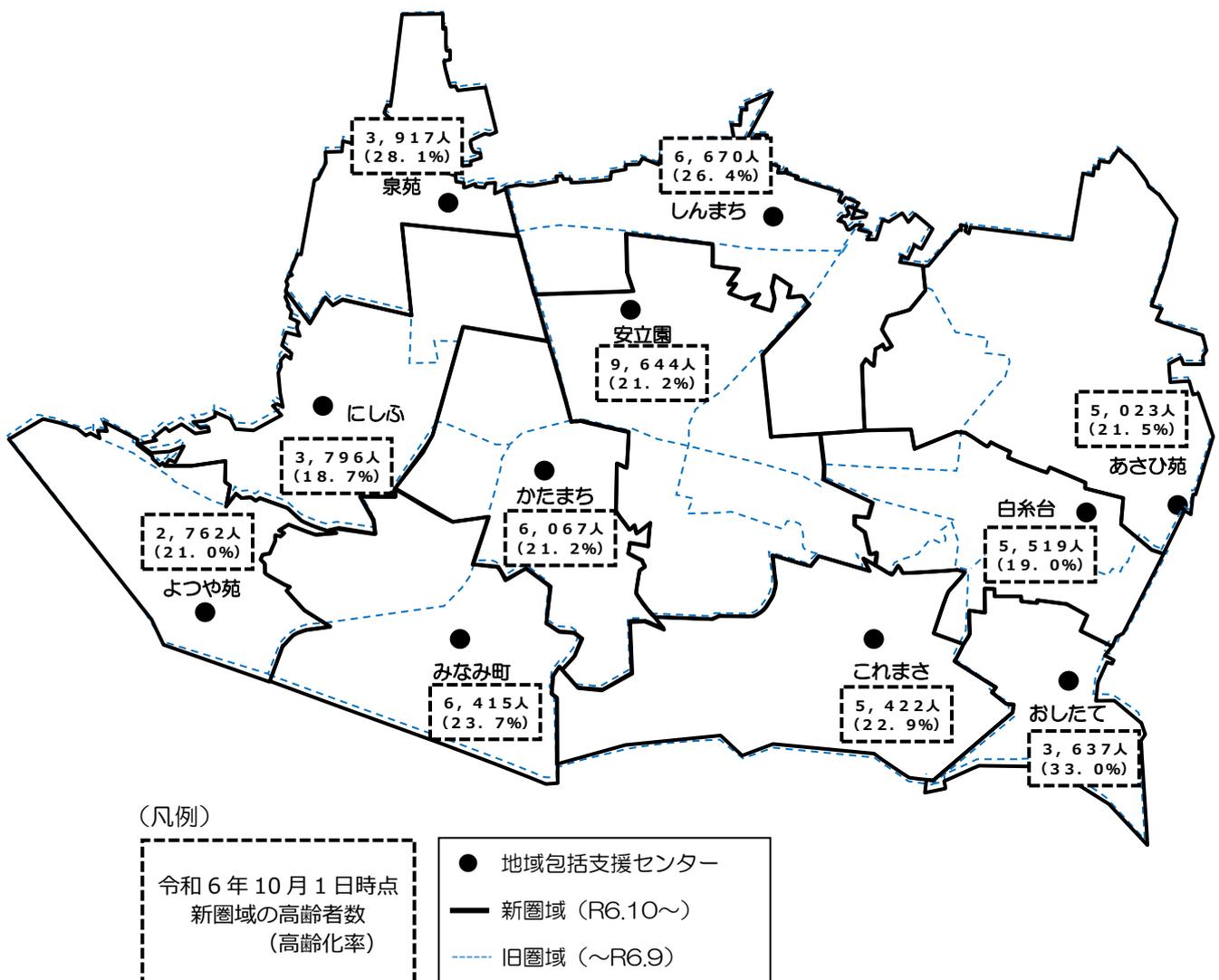


## 府中市地域包括支援センター業務チェック実施報告書

### 1 実施概要

- 目的 地域包括支援センター自らがその取組を振り返るとともに、市がセンターの運営や活動に対する点検や評価を実施し、その結果を踏まえて、センターと市が事業の質の向上のための必要な改善を図っていくことを目的とする。
- 方法 市が各地域包括支援センターを訪問し、地域包括支援センターより事前に提出された業務チェックシート等に基づいてヒアリングを実施する。その結果について、地域包括支援センターごとによく取り組んでいる業務や今後取組が期待される業務をまとめ、府中市地域包括支援センター運営協議会に報告する。
- 対象 府中市地域包括支援センター 11 か所
- 対象業務等
  - ・総合相談支援業務
  - ・認知症対策事業
  - ・権利擁護業務
  - ・地域包括支援ネットワーク構築
  - ・在宅医療・介護連携推進事業
  - ・介護予防事業
  - ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
  - ・介護予防ケアマネジメント、介護予防支援業務

### 2 実施内容 次頁参照



### 3 自己評価比較表

	① 総合相談支援		② 権利擁護業務		③ 在宅医療・介護連携推進		④ 包括的ケアマネジメント支援		⑤ 認知症対策		⑥ 地域包括支援		⑦ 介護予防事業		⑧ 介護予防ケア	
	R6	R5	R6	R5	R6	R5	R6	R5	R6	R5	R6	R5	R6	R5	R6	R5
泉苑	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
よつや苑	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○
あさひ苑	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	◎	○	○	○	○
安立園	△	○	△	△	△	△	△	○	△	○	△	△	△	◎	△	○
おしたて	○	○	△	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○	○	△	○
かたまち	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
しんまち	◎	○	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	○	◎	◎
白糸台	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
にしふ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
これまさ	○	◎	○	◎	○	◎	○	○	○	◎	○	◎	○	○	◎	◎
みなみ町	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
◎	1	1	2	1	2	1	<b>3</b>	<b>1</b>	1	2	0	2	1	2	2	2
○	9	10	<b>6</b>	<b>9</b>	8	9	<b>7</b>	<b>9</b>	8	9	10	8	9	9	<b>7</b>	<b>9</b>
△	1	0	<b>3</b>	<b>1</b>	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	<b>2</b>	<b>0</b>
×	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【凡例】◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

### 4 各地域包括支援センターの自己評価の傾向

#### 評価が上がったもの

##### ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

→ ケアマネサロンの定期開催と行政や他機関との情報交換により、多職種の連携が促進できていると捉えている。

#### 評価が下がったもの

##### ②権利擁護業務

→ 成年後見制度の手續に時間がかかることや、詐欺や消費者被害の情報提供が遅れることを課題として捉えている。また、地域住民や関係機関への普及啓発に費やす時間の確保についても課題として挙げられている。

##### ⑧介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務

→ サービスCの利用促進が難しいことや、圏域変更によるプランの引継ぎに加え、新規プラン作成に係る業務負担を軽減するための業務の効率化が課題として捉えている。

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	障害者福祉課や生活支援課（困窮相談含む）との連携を強化し、若年層などは部署内の生活支援コーディネーターと連携、そこから社協等につないでいく経路を確立する。 民生委員や生活支援コーディネーターどうしのつながりを意識し、顔の見える関係作りや情報共有に努めていく。 圏域変更に伴うケースの引継ぎを丁寧に行う。	○ わがまち支えあい協議会への出席や町別の高齢者地域支援連絡会などを行った。新規の相談に対しても、訪問の了承が得られれば包括職員が自宅に向き、相談や対応などを行った。「8050問題」などの多世代問題は継続的にあり、障害分野や権利擁護センターとの連携を進めた。 相談や会議の場において、ITなどの活用は定着している。	積極的に地域に出向いて関係づくりをしている様子が見える。また、そのような活動を通して、関係機関からの情報が包括に寄せられるといった関係性が定着しており、対象者を地域で支える仕組み作りに取り組んでいる。障害や生活困窮、生活保護の関係部署との連携については、引き続き市としてもサポートしていきたい。
権利擁護業務	虐待ケースでは「通報票」を活用し、行政への連絡と適宜会議の開催などを行ない、場合によっては警察や保健所とも連絡を取り合い、情報共有していく。 認知症を患う独居高齢者への定期的な訪問、近隣住民や民生委員との連携により生活状況、リスクの把握に努める。また、リスクを確認した際に「安全な居場所」を検討、確保できる様に関係機関との連携も重視する。	○ 虐待ケースの対応では、タイムリーに部署内少人数でも情報共有や協議。通報票を活用し、迅速に市役所などの関係機関と連携し、対応。コア会議にも積極的に参加。本人の安全が脅かされる場合は行政との連携により、施設の調整を図り安全確保に努めた。また、身寄りのない高齢者の支援では認知症の場合も多くあり、権利擁護センターとの連携を進め、地域権利擁護事業や後見人を立てる方向性の確認などを行った。その後の状況確認も部署内で定期的に共有し、確認している。	必要となる関係機関との連携を図り、適切な支援を行っている。また、コア会議の内容を複数名で共有することで、担当者だけでなく、包括としての対応を検討し支援している。 権利擁護における個別支援に取り組むつつも、今後は、成年後見制度や身寄り問題についての地域特性を踏まえたお取り組みをお願いいたします。
在宅医療・介護連携推進事業	行政やその他の関係機関からの情報等を積極的に収集。部署内の共有化を図り、医療職以外の相談員でも対応できるよう、全体的なスキルアップを目指す。地域に有益な情報であれば、それらの発信を積極的に行っていく。	○ 病院との連絡を密に行い、在宅生活がスムーズに行えるようにサポートした。医療相談員とのやり取りにおいて、本人の状態を把握しそれを基に本人との面談も行い、在宅サービスにつなげた。医療情報は定期的な部署内の会議にてタイムリーに共有し、医療職からの発信を中心に、他職員も医療相談に対応できるように情報収集している。	在宅療養相談窓口業務に係る、情報収集に努め、センター内で共有している状況が伺えた。また、概ね医療従事者介護従事者と連携がとれた活動をされていることが伺えた。連携の中で課題と感じていることについては、他の包括エリアの課題にもなりうるので、今後工夫されて連携が改善した等あれば、連絡会等で共有いただきたい。包括内では対応策が見いだせない場合も連絡会等で提起いただき、府中市全体として改善策を検討したい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域のケアマネジャーが抱える困難ケースへの後方的・継続的な支援を通じて、個々のケアマネジャーの負担軽減と働きやすい環境を整える。 ケアマネジャー同士の横のつながりや社会資源とのつながりが持てるよう、集合形式のサロンを定期的に開催。併せてケアマネジャー共通の意見や悩みを抽出し、必要に応じて提言していく。	○ 地域のケアマネジャーに対して、感染状況を見ながら「集える場所」を提供し、顔の見える関係を継続している。困難ケースの場合はケアマネジャーと適宜同行訪問し、虐待ケースでは担当地区ケア会議を積極的に開催している。近隣市とのケアマネジャーとも連携を継続し、利用者や地域情報を共有している。しかし地域のケアマネ不足は否めず、多忙な事もあり、集まり参加が芳しくない。	担当地区内に居宅介護支援事業所が少ないなか、他包括との合同サロンも含め、定期的に集まれる場を提供していることで、包括とケアマネジャー同士の顔の見える関係性が構築できている。また、地理的に市内のケアマネジャーが担当しにくい地域には、隣接市のケアマネジャーと連携することで対応ができている。今後も連携、相談がしやすい関係性を引き続き築けるよう努めていただきたい。
認知症対策事業	小学校での認知症サポーター養成講座の定着化。 若い世代に定期的にサポーター講座を受講してもらう事で地域の意識向上に繋げていく。前年度実施が出来なかった学校での認知症サポーター講座を実施していく。 オレンジサロンは定期開催しており、参加者に馴染みの関係も出来ているが、新規参加希望が少ない為、活動のアピールが必要。	○ 地域の小学校に対して認知症サポーター養成講座開催を行っている。自治会や近隣の企業に対して開催はできていない。オレンジサロンは定期的に開催されているが、新たな参加者の確保が課題となっている。「認知症あんしんガイド」を使った地域向け講座を行い、認知症への理解を図ることができた。	認知症サポーター養成講座を地域の小学校で実施できているが、講座未実施の小・中学校への普及を課題として捉えている。今後は市と共に未実施の学校への働きかけを進め、若い世代への普及が定着するように努めていただきたい。また、今年度は余裕がなく実施できていないが、ささえ隊ネットの名簿を活用した講座や座談会等の実施を検討していただきたい。認知症のある方のうち、単身生活、身寄りがない方等が安心安全に暮らしていくうえで、個別の状況に応じた支援をされている状況が伺えた。
地域包括支援ネットワーク構築	わがまち支えあい協議会への出席や地域のサロンの顔出しなどを行い、インフォーマルサービスの把握や地域課題を把握し、適宜泉苑内で共有する。子ども分野も含めた活動や幅広い課題を理解する。自治会などの地域団体との関わりを継続し、こちらからも自治会定例会や防災訓練などに参加。包括としてのPRも行っていく。 町別の高齢者地域支援連絡会を行い、地域の繋がりを継続。地域で起こっている問題を共有。解決に向けて地域と一緒に動いていく	○ 担当エリアの中でも地域差があるため、高齢者地域支援連絡会を町別に開催。小規模な会であるが、細やかな情報が得られ、町特有の課題分析につなげている。 地域交流広場の参加者で、本人も認知症を認識されている方を生活支援コーディネーターが、認定の申請、デイサービスの利用開始、訪問食事等に繋げる事ができた。 圏域変更により泉苑が開催できなくなった地域交流広場の代替え会場を検討している。	地域住民の課題をリアルタイムに把握することは難しく、課題として捉えているとのことだったが、民生委員や自治会からの情報で適切に地域住民の情報を得ることができている。また、地域交流広場などに自ら出て来る人は状況を掴めて対応できているが、外に出て来ない人たちの状況や課題を把握することは大変困難なため、今後も未把握者への訪問等のアプローチや地域との関係性の構築を続けていただきたい。
介護予防事業	未把握者への継続的なアプローチと予防事業の課題整理。部署内に配属された生活支援コーディネーターを活用し、介護保険に限らない社会資源への繋がりを意識していく。 地域のニーズに即した介護予防講座の企画開催。 地域のボランティア、リーダー的存在となりうる人材の発掘と育成。	○ 事業を継続的に行っている。わが町支えあい協議会との連携では会議に出席し、情報を共有していく余地がある。未把握者へのアプローチは介護予防講座の案内発送し、申し込みが見られた。必要に応じて個別訪問を予定している。ICT関連では「みんなチャレ」を中心にスマホなどを取り入れた講座を今後も継続的に行っていく予定。	計画どおりに事業実施できている。 介護予防事業は介護予防のきっかけで、市民ひとりひとりの強みを活かした地域活動へつながるよう介護予防コーディネーター、生活支援コーディネーターが協働してステップアップできるような支援していただきたい。 把握事業の未把握についても、丁寧に対応できている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	制度の動向に注視し、部署内会議やICTを活用し、常に最新情報が共有できるようにする。 法令遵守やPDCAサイクルを意識したケアプラン作成とインフォーマルサービスの活用。 圏域変更に伴うケースの引継ぎを丁寧に行う。	○ 法令遵守に基づいて、契約やアセスメント、プラン作成、モニタリングといった一連のプロセスを適切に遂行している。立地的なことや総合事業の担い手（事業所等）が少ないこと等からサービス調整が難しく、他の社会資源を含めた調整が必要になっている。近隣市も含めたインフォーマルサービスはさらに把握、活用していく必要あり。認定結果が「非該当」の高齢者への対応はチェックリストをはじめ、十分なアセスメントを行い、必要なサービスにつなぐように意識している。	要支援の方たちは介護保険サービスを利用して、いきいきとした生活に戻れる可能性があるため、今後も地域リハビリテーション活動支援事業のリハ職の同行訪問を活用し、自立支援に資するプラン作成に役立てていただきたい。 介護保険サービスを利用しない日の過ごし方をインフォーマルサービスも含め、生活支援コーディネーターと一緒に考えられると活動量を増やせるため協働を推進していただきたい。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	フレイルや認知症が進行し外部との接点を持たない高齢者に対して、生活支援コーディネーターから地域関係者、行政と連携し、アプローチしていく。 「多世代・多問題ケース」が継続的にあり、行政や障害分野との連携は必須、生活困窮の場合は迅速な対応が必要。生活支援コーディネーターと地域支援コーディネーターの連携を意識していく		

【凡例】◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	地域の拠点施設に併設の包括として、地域住民への情報発信とチームアプローチの強化に努める。 包括内での報連相を密に行い、迅速な対応を行うとともに、職員の個々のスキルアップを図る。 地域の相談窓口として社会資源の把握と開発に努め、住民に対し情報発信を行う。	○ 総合相談については主に朝夕のミーティングで報告、経験年数や職種を問わず意見を出し合い、的確な判断と多角的な視点でのチームアプローチを意識した対応力の向上を図っている。社会資源や制度についても、随時ミーティングや書面回覧で共有し情報の把握に努め、資料はファイルにまとめていつでも閲覧できるよう工夫し、住民に向けても広報誌や会議等で情報発信を行っている。今後は社会資源の開発後、それらが活用され発展していく取り組みを検討し、充実させていきたい。	総合相談業務においては、情報共有がなされており、相談に必要な資料も利用しやすいようにファイリングされ工夫が見られた。 圏域変更に伴い整理されてきているところもあり予防事業の担当と相談業務の担当との連携も今後期待できることであると感じた。
権利擁護業務	権利擁護を要する方の早期発見と早期対応に努め、チームアプローチを意識した支援を行う。 包括の担当者不在による対応の遅れを防ぐ為、進捗状況と包括としての見解を随時包括内で共有する。 権利擁護における情報を介護支援専門員や地域住民、地域関係者へ発信する。	○ 権利擁護に係るケースは、毎日行っている朝夕のミーティングで共有。課題によって適した専門職が主となり、全職員がケースを把握し迅速な対応ができるように努めている。引き続き、早期発見と早期対応を意識したチームアプローチを行っていききたい。 消費者被害については、9月に開催した高齢者地域支援連絡会において、府中警察署員より情報提供と注意喚起を行った。被害にあっても警察へ通報しないケースも複数確	成年後見制度などの普及啓発については、相談に来た人へはもちろん今後家族介護教室での情報発信を考え今後広く発信する予定が立てられていた。 最近増えている消費者被害に対してもふれあいポリスと連携し情報発信できている。虐待ケースの進行管理やコア会議については、ご意見をいただいた内容を踏まえ市もやり方等工夫していきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	地域住民が不安なく在宅療養を選択し地域で暮らし続けることができるよう、医療と介護連携の強化に努める。 情報交換会や研修会に参加し、医療関係者との顔の見える関係をつくるとともに、包括職員のスキルアップを図る。 在宅療養を必要とする本人や家族に対し、丁寧な説明を行い、在宅療養に関する普及啓発を行う。	○ 在宅療養担当者を中心に、会議や研修等で知り得た情報は包括内で共有し、最新の情報をもって相談支援を行った。職員の人事異動があり新しい職員体制となったが、在宅療養相談窓口として、全相談員でスキルアップを心掛け、引き続き関係機関との連携に努めていく。	職員の人事異動がある中、在宅療養相談窓口として全職員が対応できるよう、担当者を中心に相談が十分できる体制がとられている。今後も引き続き、市民が在宅療養を選択できる地域であるよう、家族や本人に対して十分な情報提供をお願いしたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	介護支援専門員と関係機関との連携強化に努め、介護支援専門員の資質向上を図る。 ケアマネサロンを開催し、ケアマネジャーの状況把握とケアマネジメント力の向上を目指す。 支援困難事例について、担当地区ケア会議の開催等により個別支援を行う。	○ 包括主催の研修会では、暫定プランについて理解を深め、介護支援専門員の資質向上に繋ぐことができた。ケアマネサロンは2度開催。1度目は府中市在宅療養推進担当職員より、府中市の在宅療養事業について説明頂き、新しい情報を得ることができたと好評だった。2度目は社会福祉協議会のSCに参加頂き、社会資源の情報共有と意見交換を行った。参加した介護支援専門員からは、ちょこっとお手伝いに期待する声が多く聞かれた為、担い手の確保をはじめ地域ネットワークづくりの強化が必要。	包括主催の研修会やケアマネサロンの開催を通じ、地域のケアマネジャーとのつながりを構築している。講師を招き、知らないサービスやインフォーマルサポートに関する情報提供により、質の向上にも努めている。 ケアマネジャーが不足していることもあるかと思うが、現状つながりが希薄なケアマネジャーと新たに関係性を構築していただきたい。
認知症対策事業	認知症になっても地域で暮らし続けられるように、認知症に関する正しい知識と理解を幅広い世代に広めていく。 企業や近隣小中学校、地域住民等に向けた認知症サポーター養成講座を開催する。 よつや苑にてオレンジサロンを開催する。参加者を増やす為の取り組みを検討する。	○ 認知症サポーター養成講座は企業や文化センターで開催した。今後も学校や住民向けに複数開催予定である。また、若年認知症介護者の会きらきらへの参加とオレンジサロンの開催にて、認知症に関する知識と理解を広める活動を継続的に行っている。ささえ隊の名簿が活用されていない為、どのように活用していくか、今後検討が必要。認知症初期集中支援については、繋がらなくとも総合相談の中で対応ができています。	ささえ隊登録者名簿の登録者に対し、認知症サポーター養成講座の案内を載せたよつや苑の広報誌で受講の周知をしている。これをきっかけに、ボランティアなどの地域資源とのつながりを構築していただきたい。 また、市としてもチームオレンジの活動を推進しサポートしていきたいため、地域で活動している個人や団体について把握に努めていただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	地域包括ケアシステムの構築の為、地域と顔の見える関係性づくりに努める。 地域の各種会議や連絡会へ参加し、地域課題の把握に努め、課題解決に向けた取り組みを行う。 社協の生活支援コーディネーターと協力し、包括における生活支援コーディネーターの役割を明確にする。	○ 高齢者地域支援連絡会を9月に3会場で実施。消費者被害について、府中警察署員から被害状況と注意喚起をして頂いたほか、熱中症グッズの配布状況等をふまえ、地域課題について参加者から具体的な意見を聞くことができ、望む地域づくりについて共通認識を図ることができた。自治会の集会には参加していない為、まずは集会がどのように開催されているかを各自治会に確認し、包括職員の参加の可否や必要性を調査することから始めたい。	包括主催の地域支援連絡会に自治会の代表が出席し、地域の課題を把握している。出席している自治会の方から自治会の集会の情報を確認し、集会への参加を検討しているため、地域資源とのつながりの強化に期待したい。 地域で孤立している方の把握のため、自治会からの情報や未把握者への訪問などに努めていただきたい。
介護予防事業	R6年度は、新たな委託業務の生活支援コーディネーターの業務と合わせ、地域の集いの場づくりを、引き続き進めるとともに、把握事業を活用し多くの市民に、フレイル予防の普及啓発を行っていく。	○ 推進事業や、把握事業を通じ、【集いの場】を作ることで、地域包括ケアシステムを説明理解していただくよう努めた。相談の際、介護保険サービスと併用し、地域の活動参加を促している。地域リハ担当PTと相談し保険事業の一体的実施を行った。社協SCとは、フレイル予防講習会、ささえあい協議会を通じ情報交換を行っている。ふちゅう体操、元気アップ体操の二次元コードを提供し参加者自身のスマホで視聴できるように勧めている。	昨年度より、通いの場の自主化について積極的に取り組んでいる。会場ごとに、役割（予約、支払い、当日進行、設営等）を当番制にしてメンバー各自が一通り担うことで、各自が能動的に通いの場の運用に取り組むようになり、自主化が促進されている。また、通いの場の実施場所については、試験実施として公園で実施するなどして、偏在の解消に向けて尽力している。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	地域における多機関との連携を強化し、社会資源を活用した自立支援に繋がる予防プランを作成する。 リハ職の視点を取り入れながら十分なアセスメントを行い、サービスCをはじめ必要なサービスへ迅速に繋げる。 圏域変更による約180件のプラン移行について、利用者へ丁寧な説明を行い、新包括と協力し滞りなく引き継ぐ。	○ 自立支援ケア会議には、職員が毎回交代で出席しており、社会資源を活用した自立支援の考え方は定着している。リハ職の同行訪問やサービスCについては、提案しても同意が得られない利用者を含め、対象者がいなかった。サービスCがなかなか定着しない為、運用の方法については、府中市と共に再検討が必要ではないかと思われる。圏域変更によるプランの引き継ぎについては、滞りなく進んでおり、引き続き丁寧に行っていきたい。	圏域変更によるプランの引継ぎについては、引き継ぎ先の包括（かたまち・みなみ町）の協力を得つつ、長期休暇に入る職員の分などは前倒しで引継ぎを実施するなどして、迅速丁寧な対応に努めている。サービスCの運用方法の再検討についても具体的な提案を示してきており、市としても協働して再検討を進めていきたい。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	水害をはじめ災害における意識が高く、避難行動要支援者への支援が依然として大きな課題である。また、自治会やシニアクラブにおいても高齢化が進んでおり、各団体活動の衰退に懸念がある。地域から孤立している世帯の把握や支援が困難なことも課題としてあがっており、要支援者名簿の効果的な活用方法や、若い層を地域にどう取り込んでいくか検討が必要。		

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	一つ一つの相談を丁寧に対応して課題解決に努め、多問題家族や老障世帯、見守りが必要な世帯の把握のため、チームケアと様々な関係機関や社会資源と情報交換し支援を行っていく。 地域包括支援センターの取り組みを一人でも多くの市民に知っていただけるよう、周知活動を実施する。 地域と協働し、お互い同士が支え合えるネットワーク作りを目指す。	○ 介護保険を始め、制度に乗らない方の支援、包括にしかできない支援を行ってきた。また、高齢者の支援から繋がる多問題家族の支援を市の生活福祉課、障害者支援課、保健所と協働するように働きかけを行う。 生活福祉課や障害者支援課とは、ケアマネサロンを通じ、情報交換会も開催する事が出来ている。(今年度も12月と2月に開催予定)	ケアマネサロンを通じた情報交換会により、生活福祉課や障害者福祉課との連携のための土台を作ることができている。また、関係課がもつ社会資源の知識を得て多問題ケースへの対応に生かしたり、それを通して相談スキルの向上につなげていることから、継続して取り組んでいただきたい。
権利擁護業務	市や府中社協(権利擁護センターふちゅう・地域福祉コーディネーター)等と連携し、虐待防止、消費者被害等の対応や成年後見制度活用の支援をしていく。 地域で孤立しやすい高齢者を権利擁護の視点で、地域に根差した活動をしている方々に対しても、引き続き高齢者地域支援連絡会や地域のサロン活動などを通じて積極的に働きかけていく。民生委員などに対して認知症サポーター養成講座を行い見守り意識の向上を目指す。	○ 支援が必要な方の早期発見や対応を地域住民、民生委員、各種関係機関と共に出来た。孤立している方、家族との関係にストレスを抱えている方の権利侵害が疑われる場合は、高齢者虐待相談表で市役所へ相談する事に努めた。今後は、市役所から求められる帳票類をうまく活用し、事例概要の理解を深め、課題を整理していく。高齢者やその家族を様々な機関と協働・伴走する支援に努める。地域住民や関係機関へ権利擁護に関する情報発信を行い、普及啓発に努める。 退院前カンファレンスは行えるようになりつつあるも、開催が出来ないことも見られる。在宅復帰に向けた準備不足や利用者の意向確認がスムーズにできないこともあるので、入院中の状況把握の為に医療相談員と連携し、細かい情報共有に努める。医師や歯科医師との連携が十分にできていないため、引き続き顔の見える関係構築を目指していく。 三師会などが開催する研修や講演に参加し、顔の見える関係を構築できるとよい。	援助要請がないケースへの対応は難しいが、日々の地区活動を通して構築してきた地域の関係機関とのつながりから、ケースの掘り起こしやその後の支援に協働して取り組まれている。虐待対応については、コアメンバー会議を生かし、市・包括とでの共通認識を持っていただくとともに、包括が抱える対応の不安要素についても市と共有しながら対応にあたっていたきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	相談に対し積極的に取り組むこと以外に、担当圏域にある医療機関や薬局に訪問し、顔の見える関係構築を引き続き目指していく。 入退院の相談を通じて、急性期病院やリハビリ専門病院とも関係性を構築できるよう目指していく。 地域ごとの医療介護連携が進むように、研修会や事例研究会を開催していく。	○ 退院前カンファレンスは行えるようになりつつあるも、開催が出来ないことも見られる。在宅復帰に向けた準備不足や利用者の意向確認がスムーズにできないこともあるので、入院中の状況把握の為に医療相談員と連携し、細かい情報共有に努める。医師や歯科医師との連携が十分にできていないため、引き続き顔の見える関係構築を目指していく。 三師会などが開催する研修や講演に参加し、顔の見える関係を構築できるとよい。	相談対応のスキルアップに努められており、事例の振り返り等、より充実を図りたいと考えられている所についても今後取組を進めてほしい。 日ごろより医療介護との連携が図られるような取組をされており、課題も捉え、対応されていることが伺えた。課題については、連絡会等で今後も提起していただきたい(市全体としての取組の実施につながるため)。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	『ケアマネサロン』を定期開催し、居宅のケアマネジャーとの情報交換や勉強会を実施することでお互いのスキルアップを図る。包括ケア会議の開催、地域資源の情報提供、困難ケースや多問題ケースと一緒に関わることで、ケアマネジャー支援を行う。 高齢者地域支援連絡会を町別に二回づつ開催し、地域とともに地域課題の解決方法を検討していく。	◎ ケアマネサロンの開催は概ね毎月出来ていた。ケアマネが抱えている課題・問題にアプローチ出来るような事例検討会や、生活福祉課や障害者福祉課・企業などとの情報交換も行うことができた(行政とは今後予定としている)。 高齢者地域支援連絡会については、前期は今までの圏域で実施が出来た。後期については、圏域変更後の地域で実施していく。	白糸台(旧緑苑)との合同でほぼ毎月ケアマネサロンを実施し、ケアマネジャーのスキルアップにつながる事例検討会や情報交換会が開催できている。併設していたあさひ苑居宅介護支援事業所が緑苑に統合されたことでケアマネジャーとの情報交換にタイムラグは生まれたとあったが、それを解消するため密に連絡をとっていることが評価できる。今後も工夫したケアマネサロンを引き続きお願いしたい。
認知症対策事業	オレンジサロンを通じて、包括、ケアマネとの連携、地域住民への認知症対策を進めていく。 認知症初期集中支援事業については、支援が必要な方を引き続き医療機関、保険者と連携・協働をしながら行っていく。	○ 地域住民や小・中学校へ認知症サポーター養成講座を実施した。認知症について、我が事として正しく理解する事、認知症やその家族をあたたく見守る応援者となってほしいと伝えた。家族介護者を支える場として、オレンジサロンが定着しつつある。今後も家族介護者が互いに支えあえる場として、有効に機能するように運営していきたい。 医療機関へ直接受診する支援を行った為、認知症初期集中支援チーム員事業の利用に地域のイベントへ積極的に参加している。	地域の小学校・中学校での認知症サポーター養成講座を実施し、若い世代への普及を進めることができている。今後も認知症の方が安全・安心に暮らすために、ささえ隊ネットの名簿を活用して講座やイベントを開催し、地域住民の理解を広げられるように情報発信を続けていただきたい。また、地域で暮らす人が困りごとが少ないうちに出会えることやオレンジサロン以外でも地域で気持ちの吐露ができる場について課題として捉えており、引き続き対応について取り組んでいただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	エリア内小・中学校を含めた認知症サポーター養成講座開催により、子どもやその親世代も含む地域住民の認知症に対する理解、気づき、支援の輪を広げ、地域で支える環境整備を継続していく。なお、昨年に引き続き民生委員(福祉部会)に向けた認知症サポーター養成講座も計画し、地域の見守り力の強化を図っていく。 府中市社会福祉協議会が展開するわがまち支えあい協議会への参加などを通じ、地域主体の支え合いの仕組みづくりを支援する。	○ 地域支援連絡会(2回/年)を開催し、関係構築に努めている。 地域住民、民生委員からの相談に対応出来ている。 地域支援連絡会も開催もできており、情報共有や情報交換が出来ている。自治会などとも情報の共有や発信が積極的に出来ていた。 情報が取れない方へ対しての情報の発信の方法をもう少し工夫が必要。	高齢者地域支援連絡会の開催をはじめ、地域のイベントに積極的に参加していただくことで、民生委員や自治会との情報共有や情報発信が適切にできている。未把握者への訪問は拒否されることもあり、課題となっているが、工夫をしながら粘り強く対応していただいていることが評価できる。今後も訪問する際は相手に伝わる方法を模索していただきたい。
介護予防事業	一人でも多くの介護予防事業対象者に介護予防の啓発を心掛ける。 未把握者名簿を積極的に活用し、70歳代の未把握者を早期の段階で把握し、介護予防やフレイル予防の情報提供を行っていく。 今年度も町別で、介護予防に取り組んでいく。	○ 未把握者名簿を活用したDMの配信。また個別訪問を通しての介護予防事業の普及啓発を地域別に行っていく事が出来た。	介護予防講座の回数を昨年度より増やし、昨年度にはやっていなかった転倒危険度を図る予防教室を実施するなど、昨年度と比較して啓発活動に努めることができた。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	一つひとつ丁寧な介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを行うように心がけていく。 サービスを担う事業所が少ないため、選択肢が広げられるよう引き続き情報収集をしていく。 また、予防プランを担ってもらえる居宅介護支援事業所が一つでも増えるよう、日々の係わりやケアマネサロンでの繋がりの中でケアマネジャーとの信頼関係を深めてい地域から孤立する高齢者の身体機能が低下した高齢者の増加が予測されるため、地域関係者と医療・介護などの事業所、行政機関とさらなる連携を深め、見守りの目を充実させていく。 元気な高齢者へのアプローチを継続的に行い、ご自身の健康づくりに留まらず、地域の活動を担うことができる市民を一人でも多く養成できるよう目指す。積極的に未把握者名簿を活用していく。	○ 包括作成のプランの件数が増加しており、年々ウエイトが大きくなってきている。業務を圧迫する事は包括全体を見る中ではあまり良いこととは思えない。サービスCの運用もまだ市全体として機能しているとは思えない為、プランが優先になっている。プランの運用をもっと効率良く対応出来る様にしていく必要がある。 主任ケアマネジャーを中心に、ケースへの支援とケアマネサロンなどから事業所との信頼関係の構築に努めた。	サービスCは継続的ではなくセルフマネジメントの面が大きいと考えており、今年度は比較的元気な方が多く該当者がいなかった。対象者がいればサービスCを活用していきたいという気持ちはある。介護保険が進んでいるため、サービスCをやったところで結局介護サービスに流れてしまうという懸念があるそうだ。書類に関してもケアプランの負担が大きくなり在宅等の業務が疎かになってしまっているため見直しが必要である。
地域の課題(本人、家族、地域住民の視点)			

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価		
		地域包括支援センターの自己評価	市評価	
総合相談支援業務	圏域変更により、高齢者人口は6,372人から9,362人となるが、府中駅近辺の利便性の高い地域には若年層も多く高齢化率は下がる。拡大と同比での人員増は叶わず、相談担当の増員は1名に留まる。またエリアにより特性や地域課題も異なり、土地勘がない地域に出向き、担当包括の変更により不安・不満のある高齢者への支援をすることに大きな不安を感じているが、旧担当の包括と連携しながらチーム一丸で対応に努めていきたい。	△	10月に入った途端、新エリアからの相談が予防プラン依頼も含め増えている。町名・位置関係に不慣れな中で対応することも含め負担がとて大きく増えている。相談担当として社会福祉士を1名加配、「相談対応進捗確認表」を考案する等工夫もしているが、包括全体で業務量と体制とのバランスが崩れバンク寸前状態となっている。即戦力となる人材の採用に努力しているが、余裕をもった体制強化ができるよう委託費の見直し（増額）や委託業務の整理・縮小等、市の理解と協力を是非お願いした	エンパワーメントを意識した支援を心がけており、本人や家族の持つ力を丁寧にアセスメントしている。また、看護職が3名在職し、医療的な視点の相談や意見交換がスムーズにできる体制となっており、それが支援にも生かされている。業務増、負担増といった窮状ではあるが、それらの強みを生かした総合相談支援を今後も継続していただきたい。
権利擁護業務	身寄りなし問題についての地域との温度差はあるが、全員に共通するACP（人生会議）等を通じて発信を続けていきたい。様々な意味で個々の権利は自分自身で護れるよう、大きな備えはできなくても取り組んでいけることはあると思われるため「自分の権利は自分で守る。余裕のあるうちに取り組む」意識醸成の働きかけは継続したい。生活支援コーディネーター業務に絡みSNSの活用を予定しており、包括からの詐欺被害等の注意喚起等にも努めていきたい。	△	身寄りなし問題への備えやACPの促進についての高齢者の意識は未だ低い。予防的に普及啓発する時間がないため、包括だけでなく市全体として取り組んでいく必要がある。成年後見制度のニーズは増えており、権利擁護センターの事例検討会の回数増など図られているが、手続きに時間がかかり、市民の不利益や関係機関の負担を招いている。	業務増、負担増中ではあるが、採用した職員の虐待対応スキル向上のため、所内ミーティングを活用したOJTとフォローアップ体制を作っており、組織として職員を育成する姿勢が見られている。また、成年後見制度についても、地域支援連絡会やシニアクラブ、介護予防事業等の機会を活用した周知・広報活動を行っているため、地道ではあるものの引き続き継続していただきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	在宅診療医や訪問看護ステーションが増え市民の在宅療養環境は充実されつつあるため、各事業所の特長等を把握し、より適切なマッチングを図っていく必要があると感じている。顔が見える機会を多く持つこと、身寄りなし問題等の共通の課題等を通し連携を深めていきたい。	△	医療介護連携が進みつつある印象の一方で、介護保険の知識・視点が乏しい医療関係者も未だ散見され、底上げまでには至れていないと感じる。訪問看護ステーションについては、在宅療養推進担当によるアンケートや包括との情報交換会を通し「強み」の把握ができつつある。利用者や関係機関からの「評価」の把握もできれば、より適切なマッチングに活かしていくことができると思われるため、訪問看護ステーションについても担当者連絡会で情報共有ができると良いと思	ACPIについては、支援者と住民（利用者）との間で乖離があるということで、双方の啓発の重要性を改めて感じる事が出来た。国や都において、啓発促進の動きがあることもあり、市としても更に強化していく予定ではあるが、引き続き啓発をお願いしたい。より適切なマッチングというところでは、情報交換会や多職種研修会等を引き続き活用していただくとともに、連携に関する課題については在宅療養担当者連絡会にて提
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	圏域が広がることで連携する居宅介護居宅が増えることに期待したい。居宅の介護支援専門員と包括とが共に向上していけるよう、サロンや勉強会等の場を充実していきたい。	△	圏域変更に伴い、移行分の委託元包括変更や要介護から要支援に伴う引継ぎ等に係り連携する居宅介護支援事業所が増えたが、予防支援業務等に忙殺されており、居宅介護支援専門員のニーズ等の把握は十分には行っていない。困難事例等におけるケアマネ支援についても相談担当が行うなど、主任介護支援専門員が4名配置されているが、その機能が十分には発揮できない状況になっているが、研修会やさんもく喫茶は計画通りに開催できている。	圏域変更に伴う大幅な業務量の増に対応するなかにあつて、介護支援専門員同士のネットワーク構築に成果を上げるなど、積極的に取り組んでいる。今後は、圏域変更による業務量の増の影響を踏まえながら、取組の継続と可能などところからの拡充をお願いしたい。
認知症対策事業	「共生」には正しい認知症の理解が第一歩であると思うので認知症サポーター養成講座以外の場を創出していく必要がある。オレンジサロンや認知症家族介護者教室を定期開催し、介護者の繋がりや介護者同士のピアカウンセリングやエンパワメントの場を提供していきたい。具体的な形は思い描けていないが、府中市らしい「認知症になってもその方らしい生活を続ける」取組を生み出していきたい。	△	圏域変更への対応が優先され、認知症について学べる場の創出や新規の取組には取りかかれていない。奇数月のオレンジサロン及び偶数月の家族介護者懇談会を定期開催、法人ホームページに開催周知をアップしている。リピーターが多く、介護者同士の繋がりやピアカウンセリングが得られる場となっているが、本人及び家族介護者のニーズを把握し、アクションに繋げるまでには至れていないため、その意識をもちながら継続していき	圏域変更に伴う大幅な業務量の増に対応するなかにあつて、認知症対策事業に対する課題や今後のイメージを適切に認識している。今後は、市で行う当事者やその家族に対するニーズの把握の状況も踏まえながら、ささえ隊ネット登録者も含めた支援の場の拡充や創出について検討していただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	担当包括が変更になる地域における不安・不満に対しては、顔が見える場を重点的に持つことで信頼関係構築に変えていきたい。生活支援コーディネーターの配置を受け、介護予防コーディネーターと協働し、まずは社会資源の把握しSNS等を活用した情報発信に努めていきたい。地域の活動・会議等に参加し、社会福祉協議会の同職と連携しながらしっかりとアウトプットが行えるよう努めていきたい。	△	圏域変更前である上期は、旧包括主催の地域支援連絡会には参加し顔が見える機会の確保に努めた。11月の地域支援連絡会は、新エリアのみを対象とし安立園及び包括を知って頂くと共に新たに担当となる地域のことを教えて頂く機会とした。生活支援コーディネーターの配置により中央ささえあいの会の定例会に毎月参加するようになったことで、地域活動や人的資源等の理解が進んだり、顔を合わせる機会が増えたことによる社協生活支援コーディネーターとの協働し易さにつながっている。	圏域変更により新たに担当することとなったエリアに対する関係団体へのアプローチを積極的に取り組んでおり、引続き継続をお願いしたい。さらに、郵便局をはじめとしたエリア内の関係機関とのネットワーク構築についても取り組んでいただき、中央ささえあいの会とも連携した活動や取組につなげていただきたい。
介護予防事業	生活支援コーディネーターと協働し、SNS等を活用した社会資源の情報提供を行うことで、高齢者の社会参加・生きがい創出に繋げていきたい。それには高齢者のDX化が必要であり、スマホ講座等のICT化も継続・拡大していきたい。令和7年度の圏域変更に伴う移行に向け、新エリアの活動について把握し継続や自主化の働きかけ等を検討していきたい。	△	生活支援コーディネーターとして中央ささえあいの会全体会（毎月）及び晴見町連携づくり会議（概ね隔月）に参加することで、地域住民の顔や活動・強みが見えるようになってきている。介護予防講座としてスマホ講座を定期的に開催し、個々のニーズにも対応している。また一部の講座申込にGoogleフォームを採用する等、積極的にICT化に取り組んでいる。	生活支援コーディネーターとして、地域とつながれるよう定期的な関わりを持っていく。圏域変更でエリアが増える中、丁寧に地域と接点を持つ努力をしている。介護予防事業でも、ICT化に力を入れていて、主体的な介護予防の仕組みを作り出している。今後も引き続き、住民主体の介護予防ができるまちづくりの支援を創出していただきたい。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	まずは圏域変更に伴う、111件（147件増-36件減）の移行とスムーズに行うことに努める。移動距離が増えるため更なる効率化が必要となるため、包括内での効率的な担当調整ができるようファイリング等微細なことの積み重ねをしていく。	△	受渡し分については、概ね予定通りに遂行できているが、受入れ分については、時期の前後や書類の不備・不足等があり移行調整を統括する主任介護支援専門員の負担が大きくなっている。圏域変更に伴い急増した新規プラン依頼を優先せざるを得ないため、受入れ分は後ろ倒しで次年度に先送りせざるを得ない状況になっている。4月より新任介護支援専門員1名を加配したが、育成進捗も絡みプラン担当者の負担がとて大きくなり残業が常態化している。	圏域変更で対象者が増え、引継ぎ書類等の不備で大きな負担を強いられ大変な中、アセスメントに必要な情報の取り方や記載方法等を確実に実施できている。丁寧な情報収集が自立支援として、次のステップにつながるため、今後とも自立の視点で利用者の生活をアセスメントしていただきたい。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	圏域変更により今までよりも市中心部を担当することになり、利便性やプライバシーによる繋がり希薄やオートロックマンションへのアプローチ等の課題が予想される。地域へのアウトリーチを増やし、地域と個々の課題を把握し、関係性の構築や発信に努めていく。			

【凡例】◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価		
		地域包括支援センターの自己評価	市評価	
総合相談支援業務	社会資源やサービスの向上につながるように、定期的なケースカンファの場を持ちながら、職員一人一人の知識や情報力を高め、相談業務に活用し支援につなげていく。	○	ミーティングを通じて共有。 相談担当に引き継いだケースは、滞りなく対応していただいている。 包括支援センターの相談対象者以外の相談があった際、そこで終わりにするのではなく関係機関に繋ぐ等案内をしている。 前期は圏域変更に伴い、日々の業務の中でのなかなか早急は対応が難しい場面が多かったが、後期にかけては、時間的に少しゆとりができたから対応していけると思わ	年度途中から朝のミーティング時間を増やし、ケース対応の報告だけでなく対応方法も含めて検討している点については、今後も継続いただきたい。相談業務以外の職員が電話を受けた場合には、円滑に相談業務を行う職員に引き継いでいる点についても、継続いただきたい。専門機関や制度、サービス等に繋いだ後、対象者本人、相談者または繋いだ先からの情報を定期的に収集できていないようであるため、ミーティング等を利用しながら、漏れないよう対応いただきたい。
権利擁護業務	権利擁護との情報交換会に参加するとともに、一人一人の職員が知識をもって対応できるように、研修など参加し支援するときに活用していきたい。	△	伝達研修での職員間の共有化 勉強会への参加を行うとともに職員へも参加を働きかけている。 成年後見制度、権利擁護に関する制度の知識を深めていく必要がある。	月1回職員全員で集まり伝達研修を行うことは職員の意識を高めることになるため、今後も継続いただきたい。虐待ケースにおいて地域包括支援センターがキー機関として十分ではない事例も見受けられるため、日頃のミーティング等を通してよりコーディネートいただけるようお願いしたい。
在宅医療・介護連携推進事業	引き続き、医療機関との連携がより取りやすくなるために、研修や会合などに積極的に参加し、ネットワークを広げていきたい。	○	在宅療養相談窓口として、相談対応のスキルアップに努めている。 支援をする立場から見た意見や提案を、どのように伝えたら理解してもらえるのかを考えながら、スムーズに連携をとることが課題。 連携取りながら協力体制取れることがベストと思うが、なかなかソーシャルワーカーの状況で様々な連携がとりやすい時と難しい時がある。	在宅療養相談窓口としての役割や機能を果たすためには、様々な関係機関との連携が必要であるため、お互いの立場を理解しつつ、相手側が理解できるよう十分な説明を行い、良好な関係性を構築していただきたい。関係機関や市民の集まりなど、多くの場に顔を出して、相談窓口としての周知を今後も続けていただきたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	ケアマネジメントに関しては主マネの会合に参加することなどを含めて、地域に関する情報を把握しながら、日頃かかわる場面に支援できるようにつためて情報を収集していく。	○	今年度は圏域変更により、担当の変更があり、落ち着かない状態があったが、今後は件数が減った事で落ち着いて対応ができるようになると思う。 個別ケースの相談に関しては、ケアマネさんから相談があり次第の連携になっており、普段からのかわりは薄い部分がある。	ケアマネジャーを探す際は、事業所への電話と並行してAyamu掲示板を積極的に使ってケアマネジャー募集を行っており、東部・中部との連携が進められている。ケアマネサロンも担当地区の事業所だけでなく、関係する東部・中部に広く周知できている。今後は居宅介護支援事業所の連絡会などに顔を出すなど、ケアマネジャーが相談しやすい良好な関係性の構築を重点的に進めていただきたい。
認知症対策事業	今後も住み慣れた地域で生活できることを支援しながら、わがまち支えあい協議会とも連携しながら、認知症に関する知識が高まるように認知症サポーター養成講座や家族介護者教室を通して働きかけたい。	△	認知症に関する地域の普及をオレンジサロンやささえ隊を通じ行っている。 認知症に関する知識を深め、現状の支援の中に活用して行きたいが、なかなか対応するのに時間を要することが多い。	認知症サポーター養成講座を地域の中学校で実施し、若い世代への認知症に対する知識の普及ができています。今後は地域の小学校でも講座ができるよう、引き続き働きかけをお願いしたい。またささえ隊ネットの名簿も活用して、イベントや座談会を開催するなど、周知の場を広げていただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	地域支援連絡会等への参加を通して、地域での情報共有の場面を作りながら、地域とのネットワークを広げられるように、今後も会議会合等に参加しながら、継続して支援拡大に努めていきたい。	○	介護予防事業にて、包括のネットワークづくり等の説明をしている（心配事、地域の問題について相談し、相談員につなぐ） おしたてだよりにて広報している。 前期に3回、地域支援連絡会を開催し、民生委員との情報交換会で交流を図った。自治会の方と交流する場が、年2回のみで薄いため、エリアも縮小したことから、関係性を強めていきたいと感じている。	今まで積極的に行ってきた自治会との関係性づくりについて、現在は高齢者地域支援連絡会の開催だけでなく地域でのイベントへの参加時は積極的に挨拶するなど、自治会の方々の顔の見える関係性構築に努めていることが評価できる。圏域変更により地域に限られたことから、より自治会との良好な協力関係を築き、身近な相談窓口として困っている高齢者の情報提供が受けられるよう、引き続き努めていただきたい。
介護予防事業	介護予防事業や地域資源の活用ができるように、情報収集しながら地域支援コーディネーターと連携を密にしながら継続的な働きかけ方に努めたい。	○	圏域変更の期間でいろいろ対応する際の声掛けや働きかけなど積極的に行っている。 地域交流ひろばの実施場所を十分に設定しているが、主体的活動への意識づけが不十分。 担い手が不十分（講師がいない。代表が負担しすぎている等）な自主グループ等へ、継続できるよう元気アップ体操の提案や、活動補助をしている。 シニアクラブ、自治会へフレイル予防の啓発をしている。	地域交流ひろばから自主グループへの働きかけなどを実施していただいているが、現状では包括への依存度が大きく、手放せない状況になっている。（リーダーになる人がいない、手を話したら来なくなるなど）包括の事業に来なくても一人一人の活動量が増えるような活動につながっていることが大切なので、ひろばに来ている方へも活動量をあげるために自分ができることは（やっていることは）何かを話合えるような機会を持つとさらに良いと思います。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	サービスCの目的を職員間で再度認識したうえで、地域の方々に関心を持っていただくように働きかける。多くの人が介護予防に取り組みながら、地域活動に参加できるように支援していく。	△	ケアプランを作成して行く上で、現状だけに目を向けがちだが、生育歴や日常生活、習慣にも目を向けながら取り組み必要がある。 担当利用者の希望に可能な限り沿う形でケアプランを作成した。 定期訪問では今のサービス内容に満足しているか確認できている。 アセスメントをしっかりと行い本人に必要なサービスを助言。ただサービスCの利用促進ができていない。	利用者の自立支援の視点を持ち、本人のできていることを奪わないようなプランを立てることを意識していただきたい。 サービスCへつながる方も何人か出しているため、引き続き、利用を促してもらえればと思います。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	日頃より、地域との連携が取りやすい環境を目指した、地域活動ネットワークづくりや在宅療養・権利擁護と連携を取りながら、引き続き地域の高齢者の相談対応していく。			

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	圏域変更後の新しい地域団体とのネットワーク作りを行っていく。広報紙の配布や掲示依頼、地域支援連絡会等の連携を依頼し、関係性を作っていく。 相談対応力の向上を目指す。相談受付簿の活用や朝礼、夕礼を通じて相談内容を把握し、課題を丁寧に確認していく。課題解決に必要な関係機関へのつなぎ等を行っていく。	○ 【効果をあげている事】 予防プランの引継ぎや、新しい圏域からの相談も多く、夕礼が必ずしも実施できない状況にあった。日常業務の中で相談員同士で話しあい情報共有や支援方針を決めている。 【今後強化充実していく事】 事業所内の勉強会や、相談票の確認や日常的な話し合い等により各職員の相談対応能力を向上する必要がある。	圏域変更に伴い、新しく加わった町からの相談も増え、文化センターの近くに包括があるという利便性からも飛び込み相談も増えており対応していただいている。 包括への住民からの期待が大きく、包括の役割の周知やつなげ先の課題が見受けられた。 事業所内の月1回のミーティング時情報交換等行っており忙しい中でも共有が図れている。
権利擁護業務	高齢者虐待対応力の向上を目指す。所内でのケース検討を通じて状況を把握し、必要な支援の検討、実施していく。養護者支援の視点も視野にいれながら対応を行っていく。 身寄りのいない高齢者も増加傾向である。成年後見制度の活用が必要なケースについては、権利擁護センターと十分に連携し対応していく。	○ 【効果をあげている事】 個別ケース報告等を通じて虐待の可能性や権利擁護の必要性について共有している。支援困難事例については市役所と相談し個別ケア会議の開催を出来ている。 【強化・充実していく事】 高齢者虐待、権利擁護が必要なケースに関わりが少ない職員もいる。情報共有や同行訪問等でケースを共有し、どの職員でも対応できるスキルを身につける必要がある。	虐待ケースはホワイトボードで共有しながらその都度対応を検討ができていた。また、市への相談も適宜実施している。 養護者支援の課題や虐待のモニタリングの難しさはあるようなので、今後も協力していきたい。 虐待のリストは市から送付したものと包括独自のリストがあり進捗管理されていたので継続して管理していただきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	在宅療養相談窓口の周知を行っていく。地域活動への参加や連絡会、研修会等を通じて住民等に周知をしていく。 関係機関とのネットワーク作りを行う。事例検討会や研修会等に参加を依頼し、お互いの制度もわかりあえる関係性を作っていく。	○ 【効果をあげている事】 在宅療養相談窓口の周知が進んできている。病院からの在宅療養相談等に医療職等関係機関等のチームコーチナートが大きな問題なく出来ている。 【強化充実していく事】 医療保険制度や介護保険制度等の社会保障制度の理解を地域包括支援センターや介護保険事業所、医療機関側と確認していく事が必要と思われる。	制度の理解については、例年挙げられている課題である。今後も、促進に向けて市でも啓発等検討していきたい。 医療・介護連携については、おおむね問題なくできているようなので、引き続き在宅療養相談業務を遂行してほしい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域包括支援センターみなみ町との合同で定期的にケアマネサロンを開催する。会を通じてケアマネジャーが日々の業務で感じる課題などを確認し、必要に応じて支援を行っていく。介護保険制度以外の社会資源とのつながりを作る機会も作っていく。	◎ 【効果をあげている事】 地域で活動するケアマネジャーと顔が見える関係を作っている。ケアマネジャーが介護保険以外の関係機関と関係が作れるようにケアマネサロンの内容を検討している。 【強化充実していく事】 多職種で個別事例を検討する機会を作りたい。	年に1、2回地域包括支援センターみなみ町と合同でケアマネサロンを開催している。座談会形式で開催し、BCPや虐待の事例といった、地域のケアマネジャーが何か得るものがあり参加したくなるようなテーマを設定している。 圏域変更により、圏域内のケアマネジャーも変わっていると思うので、つながりを拡げていっていただきたい。
認知症対策事業	認知症サポーター養成講座の出張依頼を増やせるように関係団体に働きかけていく。ささえ隊ネットの方の意見や関心事を考慮した地域活動を検討し、地域団体との協力しあえる関係性を構築する。	○ 【効果を上げていること】 小学校での認知症サポーター養成講座開催以来は毎年依頼が出来ている。近隣包括支援センターと協力しながら開催している。 【今後、強化、充実していくべき事】 ささえ隊ネットとの関わり方、活動の場所を検討していきたい。	小中学校向けの認知症サポーター養成講座を継続して実施している。これまで働きかけていなかった団体などに声をかけていただきたい。 また、市としてもチームオレンジの活動を推進しサポートしていきたいため、地域で活動している個人や団体について把握に努めていただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	高齢者地域支援連絡会を年3回で行っていく。圏域変更後の住民に対しても会の参加を求めていく。自治会集會等への参加依頼も行い地域支援連絡会の参加率を上げていく。	○ 【効果を上げていること】 計画数通りに高齢者地域支援連絡会を開催する事が出来ている。地域包括支援センターの圏域変更に伴い、新たな地域関係団体との関係構築が必要と思われる。 【今後強化・充実していくべきこと】 新たな担当地域の情報が十分でない為、高齢者地域支援連絡会や個別ケースの関係者と関わる際に、地域の情報を抽出していくことが必要等と思われる。	自治会の集まりに参加するため声をかけているが、出席の依頼が来ないため参加に繋がっていない。地域包括支援センターが主催する地域支援連絡会への自治会の出席率を上げて、徐々に信頼関係を築いていただきたい。
介護予防事業	介護予防の普及啓発を行っていく。新規参加者を増やし、地域の活動に発展が出来るように支援を行っていく。働きかけ方の工夫も検討していく。	○ 【効果をあげている事】 圏域変更があるため、新しい地域の団体にかかわらばん配布依頼や会場の借用依頼を行っている。シニアクラブへの地域リハ事業介入をサポートしてきます。 【今後、強化、充実していくべき事】 地域にある資源の発掘や人的資源の育成等もできるように支援していく。	圏域変更により、新たなエリアへの介護予防の普及啓発や、対応も丁寧にできている。 社協と包括の生活支援コーディネーターの連携がシステムチックになっておらず、役割分担も不明瞭なので活動しにくいとのことだが、介護予防ケアマネジメントにも生かせるようにケアマネと生活支援コーディネーターの顔つなぎが必要と考えている等、課題の対策も検討できている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	介護保険、総合事業サービスにとられない支援を検討する。アセスメント、モニタリングを通して、その人らしさを把握し、必要な資源につなげるという視点を持ち続けていく。	○ 【効果をあげている事】 R6年度中は圏域変更による予防プランの引継ぎ件数が多かった。また、担当者が変更になる等の出来事も多くあった。 【今後、強化充実していくべき事】 予防プランが増加している。各職員が卒業も含めたアプローチが出来るようにスキルアップしていく。	予防プランの増加により、各職員が介護保険サービスの卒業も含めた視点で、情報共有や働きかけができています。また、サービス利用希望の方には、サービスCの紹介をしているが、サービスCの内容が伝わりにくいので利用にはつながらないとのことだった。サービスCの紹介動画やチラシの変更を行っているので、今後の相談に役立てていただきたい。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	圏域変更に伴う地域包括支援センターの周知。圏域変更後の地域の団体や住民に対して広報紙の配布等を働きかける。 相談対応力の向上。高齢者、障害、生活困窮、権利擁護等世帯の中に重複した課題を抱えるケースが増えている。所内の勉強会や外部研修の参加等で各職員のスキルアップを目指していく。		

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	コロナ禍を経た社会変化とともに、困難ケースの内容、要支援認定の方を中心とした介護保険サービス利用の考え方、高齢者支援のあり方が変化している。センター内の個々の職員がこうした状況を理解し、同じ考え方でどう支援し活動していくかを考えていく。	◎ 介護保険の新規申請の相談は介護保険が本当に必要なのか、相談者の主訴や背景など伺い、介護予防事業やサービスC、インフォーマルサービスの利用など、高齢者の自立支援に向けた相談対応を心掛けた。 地域住民からの相談は多様化しており家族支援が必要なケースも多い。センター内で対応を検討し他機関と連携しながら支援を行った。	フォーマル・インフォーマルを含めた社会資源を内部で共有し、介護保険サービスありきではない支援を行っている。また、社協とも協力し、社会資源同士のつながりを作ったり、圏域変更に伴い新たな場所での地域活動の拡大を図ろうとする姿勢もみられる。家族問題についても、相談先の紹介や必要に応じた伴走支援を行っている。
権利擁護業務	高齢者虐待や成年後見制度の利用のほか、高齢者の権利擁護に関するケース対応が増えている。市や包括、関係機関が共通の認識を持ち対応できるよう課題を共有し、解決のための検討を行いたい。その中でも昨年から取り組んでいる「身寄り問題」については地域住民や関係機関への啓発を継続していく。	◎ 高齢者虐待の対応を見直すためのプロジェクトに参加し、協議検討を行った。検討の結果、コアメンバー会議に包括が参加できるようになり一歩前進したと感じている。「身寄り問題」については今後の大きな課題であり、包括主マネ・権利擁護担当者で学習会を開催、多くのケアマネジャーが参加いただいた。	権利擁護高齢者虐待対応プロジェクトへの参加やコアメンバー会議への参加を通して、従来の高齢者虐待対応の見直しを行うとともに、市・包括が共通認識を持った上でケース支援を行うことができています。身寄り問題については、若年層（40代）からの普及啓発の課題もあるが、権利擁護センターとも協力をしながら、広く市民に向けた普及啓発を継続して努めていただきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	ACPの普及啓発や、医療・介護連携の強化は国より求められている。医療や他職種連携など様々な研修に参加し、センター内で共有、在宅療養窓口として職員全体のスキルアップを図っていく。	◎ 訪問診療、訪問看護が増えており、市民の選択肢が増えている。個別ケースの相談を通し、事業所の特色の理解が進み連携しやすくなっている。 若年層を含むがん末期の相談が多く、在宅療養に関する情報提供や相談対応などを丁寧に行うことを心掛けた。 家族介護者教室では訪問看護STのリハ職に講師を依頼、介護技術だけでなく介護者の心のケアの大切さについて取り上げた。	相談対応としてのスキルアップとして、研修内容を共有する等で取り組んでいる状況が伺えた。研修参加者が偏らないように顔つなぎも含めて様々な職種が直接参加されることを意識されていることだったので、今後もスキルアップに努めていただきたい。連携について課題も感じながら取り組まれていた。課題については、今後も包括内でとどめず連絡会等で提起していただきたい（市全体の課題として、医療との連絡会等のテーマにする等取り組むことができるため）。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	昨年度に引き続き、高齢者の大きな課題である「権利擁護」全般について学習会などを企画したり、個別ケースの対応の中で多くのケアマネジャーと共通理解が進むよう努めていく。 暫定プラン作成について居宅介護支援事業所連絡会とともにルールを確認し協力体制を築く。	◎ 居宅主マネ部会に参加しケアマネジャーの状況や課題の把握に努めた。 市と共に研修を企画し開催した。（居宅・包括合同の暫定プランについての研修会/包括権利擁護・主マネ合同学習会で身寄り問題について） 包括主催のケアマネ学習会で栄養についての学習会を開催、地域資源、インフォーマルサービスの活用についても情報提供した。	包括主マネとして、居宅主マネ部会に参加し状況の確認をしたり、勉強会を開催してケアマネのレベルアップに向け学習する機会や横のつながりをもつ機会を提供し実施していることが伺えた。圏域変更に伴い、新しくエリアになった圏域内の介護支援専門員の状況も確認できている。主マネ自身の自主性についてもお話いただけており、主マネとしての意識も高く持っていることから引き続き包括と居宅の連携に協力いただきたい。
認知症対策事業	昨年度の活動をさらに広げるために、認知症サポーター養成講座、フォローアップ講座を若年層に向けて開催し、受講者を中心にチームオレンジになるよう働きかけたい。また、住民だけでなく関係機関にも協力依頼をしていく。	◎ オレンジカフェの定期開催ができた。認知症当事者や家族の継続参加があり、少しずつではあるが認知されてきたと感じている。 自主グループなどからの認知症高齢者の対応に対する相談から認サポ、ステップアップ講座への参加にもつながった。「おかえりサポートシール」の説明を地域向けに行った。	認知症のある方への個々の状況に応じた支援や認知症に関する普及啓発を様々な取組をとおし実施していただいている状況が伺えた。 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を実施し、認知症のコミュニケーションの配慮について地域の周知に貢献しており、チームオレンジへの呼びかけや地域へのつながりへの橋渡しも協力的に活動してもらい非常に貢献していただいている。
地域包括支援ネットワーク構築	エリア拡大に伴い、担当包括が変わることだけでなく包括での活動をPRし興味を持ち参加してもらえよう、取り組んでいく。 サービスCの卒業者をはじめ、地域につなげるべき資源がまだ足りない。KC、SCなどと協力し地域資源の立ち上げに努めていきたい。	◎ アンケートや業務の中で、地域包括支援センターを知っていても機能や役割を知らない方が多いと感じる。昨年の事務所移転、今年の圏域変更の周知とあわせ、改めて地域包括支援センターの役割と機能を知っていただくことを意識し、地域の会議や機関誌にてPRした。 バザー、小物づくりはささえあいの会との協働で福祉まつりに参加し30代中心の若い世代もまきこむことができた。	かわらばん等も活用し、地域課題の周知や事業の周知を積極的に行っていた。認知症マフやバザーに関する活動も積極的に行い、自主グループにつなげられているところが、大きく評価される点だと思う。また保育園への手作り玩具のお渡しなど、世代を超えた交流にもつながっている。 今後も包括しんまちが展開している活動を踏まえて、市としての方向性も検討していきたい。
介護予防事業	地域の高齢者が継続して介護予防に取り組めるよう住民主体の活動の場づくりを一緒に考えていく。 人とのつながりや、楽しみ、生きがい、役割を持つ生活など社会参加を促す。また、友人・近隣などへのお誘い・声掛け・見守りは地域の方の力が不可欠であり最も効果があることを伝えていき、未把握高齢者の減少に取り組む。	◎ 保育園への手作り玩具の作成活動を他の包括にも依頼、各エリアの保育園と包括につなげ、エリアを超えた活動に広げることができた。 活動の場づくり、自主グループ立上げ支援などを行いその後のフォローなども含め、社協生活支援コーディネーターとも連携し支援した。 高齢者の口コミで新規参加者が少しずつ増えており、引き続き参加者から声掛けしていただけるよう強化していく。	手芸クラブを全市的に広めていきたいという想いがあり、作業部会で各介護予防コーディネーターに声かけを行いネットワークを上手く繋げることを試みた。活動の場の自主化が進み、閉じこもりを回避する計画も昨年度と比較し順調に進んでいる。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	担当圏域変更に伴う引継ぎを旧包括と連携し利用者に不安を与えないようスムーズに移行させていく。 昨年度に引き続きサービスCへつなげていく。卒業後のセルフケア能力の維持が課題。卒業後のフォローをどうしていくのか市や介護予防推進センター、社協、リハビリ職と協力連携しながら検討を進めてく。	◎ 介護保険の申請やサービス利用の相談の際、サービスCの利用提案を継続しており、コンスタントに利用につなげている。元気になり修了される方もいるが、結局介護サービスの利用を希望される方も多い。 介護予防プラン利用者に地域資源の情報提供を行っており、実際に複数の利用者がつながっている。	すぐに介護サービスに繋げるのではなくサービスCを案内するように心掛けている。サービス自体は非常に良い事業であるため、窓口を広くしサービスCを広く周知させることが重要であると考えていただいている。サービスCが終了した後の行き場がないという問題や、実際の進め方についての見直しなど、全包括の中で一番サービスCの事業を行っているからこそ出る意見等もいただけた。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	移転した事務所所在地とともに地域包括支援センターの機能、役割、活動の周知を新旧エリアともにPRを行っていく。 高齢者の地域課題を地域住民に周知することが課題解決へつながり、いずれ高齢者になる自分自身への備えの意識にもつながることを念頭に置き、あらゆる世代に対する周知を行っていききたい。		

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価		
		地域包括支援センターの自己評価	市評価	
総合相談支援業務	365日24時間対応可能な体制で相談を受ける。受けた相談については部署内ミーティング・事例検討会で共有・支援内容の検討を行う。複合化された生活課題を抱えた高齢者、高齢者以外のケースにも社会福祉協議会、市関係機関、保健所等とも連携を取り進めていく。外部研修や多職種研修等、積極的に参加し相談業務スキルアップにつなげていく。	○	土日祝日、年末年始を含め365日対応する体制を整えることで、幅広い相談ニーズに対応できるようにしている。職員が交代勤務となるため、毎朝の事例確認・月2回の事例検討で包括内の役割分担等の再確認も行い、センター内でそれぞれの専門性を生かした支援につなぐことができている。	月2回の事例検討会では、実際の動いている事例を検討し、包括内で役割分担をし、対応している。また、虐待ケースや支援困難ケースについてもリストアップし、月1回電話確認するのか訪問するのか等の対応に当たっているとこのことで、今後も同様の対応を継続いただきたい。
権利擁護業務	自己決定が難しく身寄りもない高齢者の権利を守るため、府中市高齢者支援課、生活福祉課・権利擁護センターふちゅうとも、昨年同様、密な連携を取り支援を進め、本人の代弁者となり得るよう思いを受け止めることを第一に考え、支援を進めている。	○	土日祝日、年末年始を含め365日対応する体制を整えることで、幅広い相談ニーズに対応できるようにしている。職員が交代勤務となるため、毎朝の事例確認・月2回の事例検討で包括内の役割分担等の再確認も行い、センター内でそれぞれの専門性を生かした支援につなぐことができている。	高齢者虐待や権利擁護の対応について、十分でないと考え、日々対応を向上しようとしている姿勢は素晴らしいと感じた。また、90歳以上で介護保険サービスを使っていない高齢者の洗い出しを行い、その方へ自宅訪問等のアプローチを行い、積極的に介護予防や虐待予防を取り組んでいることについても、評価したい。
在宅医療・介護連携推進事業	相談に対し実際に本人の元に伺い、実態を確認し、信頼関係を築いた上で支援を進めることを徹底する。末期がん等の在宅看取り相談に対しては、本人・家族の思いに寄り添えるよう支援していく。引き続き包括が在宅療養相談窓口となっていることを地域住民に対して周知していく。	◎	一つ一つの取り組みが医療機関との連携強化につながるとらえ、日常からの連携を丁寧に行うことを心掛けている。医療機関側も福祉・介護との連携の必要性が浸透し、以前に比べると医師と直接相談できる機会が増えているが、歯科や薬局等連携が十分でない関係機関もあり課題と考える。今後はさらに関係機関との連携強化していくとともに、地域住民が個々に医療職と相談できる力を持てるように助言していく機会を増やしていきたい。	個々の相談員の経験値も高く、在宅療養相談窓口として役割・機能を果たしている。圏域変更と共に多大なる負担がかかったなか、市民一人一人に寄り添って対応していただいている。在宅療養相談窓口としては、様々な職種と連携し、発信していくことも求められてくる。今後も引き続き、市民の声となって市や関係機関へ働きかけいただきたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域のケアマネジャーが支援困難なケースで孤立することが無いよう、気軽に相談できる関係性をより深め、必要に応じて同行訪問・会議同席をする。遠い事業所との関係をより深めるためにも、ケアマネ喫茶を第一地区としてあさひ苑とも共同で行っていき、事例検討・情報発信を進める。困難事例については担当地区ケア会議を積極的にを行い、課題解決に向け取り組んでいく。	○	主任ケアマネジャーを中心に、ケアマネサロンを地域包括支援センターあさひ苑と合同で毎月開催しケアマネ同士のネットワーク構築や研修会、事例検討等支援おこなっている。 日々のケアマネジャーからの相談については、必要に応じて同行訪問をしている。困難事例だけでなく連携を密にし、積極的に関わることでとの信頼関係作りは継続している。	あさひ苑包括と合同でのケアマネサロンについては、地域のケアマネジャーの状況を把握する場のみならず、情報交換や信頼関係づくりに重要な機会となっているため、今後も継続した開催をお願いするとともに、サロン以外においても、引き続き積極的にケアマネジャーに関わることで信頼関係をより強固なものとしていただきたい。
認知症対策事業	小中学校や、地域企業などへの認知症サポーター養成講座を積極的にを行い、安心して生活できる街づくりを進める。 開催できていないエリアの小学校での開催を目指し、小学校へのアプローチを昨年に続けて行う。一般向けにも認知症サポーター養成講座を行い、より相談しやすい地域包括支援センターを目指す。 認知症地域支援推進員の周知を行い、地域の課題解決に向け取り組んでいく。	○	認知症サポーター養成講座を定期的に開催出来ている関係機関と開催が不定期であったり働きかけがなかなかおこなえていない関係機関がある。 認知症初期集中支援チームの活用実績はないが、必要な高齢者を医療機関に繋ぐ事は出来ている。	認知症サポーター養成講座について、現状、関係性の構築できている機関にあっては、その関係を継続するとともに、金融機関やコンビニの従業員向けの講座開催の検討を通じて、新たな関係性の構築に取り組んでもらいたい。 認知症初期集中の対応はないが、必要な方を医療機関へ繋げており、その前提には、関係機関との連携や市民との関係構築を日頃から丁寧に取り組んでいるためと理解している。
地域包括支援ネットワーク構築	高齢者地域支援連絡会開催や自治会総会等の参加を継続的に行うと共に、日頃からの地域団体とのつながりの強化も再度図っていく。 圏域変更の影響がある地域団体については丁寧に引継ぎを行い、市や各包括とも連携をしていく。	○	地域包括支援センターの担当圏域変更に対応するために、計画的に、現座担当しているエリアの方々へ情報周知変更へ備えた。また、新たに担当する圏域を含む高齢者地域支援連絡会、わがまち支えあい協議会、民協、シニアクラブ会長会などに参加させていただいてご了解をいただいた。	担当エリアの都合により、同一町名の中で複数の包括が担当していることを考慮し、合同での地域支援連絡会の開催につなげるなど、地域の状況・特性に応じた対応をしていることは、地域のネットワーク構築のみならず、近隣包括との連携にも寄与する取組の好例であるため、今後も積極的な働きかけを継続いただきたい。
介護予防事業	ほっとサロンの終了や圏域変更に伴い、参加者が行き場に困らないよう、それぞれの自立した生活を継続できるように支援をしていく。 高齢者へのICT推進を取り組むため、定期的なスマホ講座等を開催し、高齢者が時代のニーズに対応できるよう支援をしていく。	○	ボランティアの育成や自主グループの育成等、地域住民が主体的に介護予防に取り組める体制づくりを積極的に行っている。わがまち支えあい協議会との連携を強化し、協議会に出席することで介護予防の周知や地域ニーズを把握することに努めている。 未把握者事業で訪問することで対面でアセスメントを行え、介護予防事業や総合相談につなぐことはできているが、すべての未把握者に対応できているわけではなく、十分な取り組みにまでは至っていない。	圏域変更に伴う新たな通いの場については、一からの関係性づくりを強化しており、一方で他の包括へ受け渡す通いの場については、利用者に事前に何度も説明しサポートを続け、自主化に向けての利用者の意識改革を図り、自主化を推し進めることができている。把握事業にも力を入れていて、訪問時にポジティブな声掛けを通して市民の方と適切なコミュニケーションを図り、必要なアセスメント・総合相談を実施できている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	本人の希望する生活が実現できるように、アセスメント・モニタリングを的確に行っていく。把握した課題を解決するために、介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービス等も活用することを心がけていく。	○	増加する介護予防支援に対して、それぞれ個性を把握したうえで、インフォーマルサービスも含めて必要な支援に結び付けることができている。サービスも意識しながら本人にとってベストと思われる提案をしている。委託契約を結んでいても新規委託を受ける居宅事業所が皆無に近く、包括内で新規ケアマネジメント・予防支援を対応しているが、人員体制にも限界があり包括本体業務を圧迫している。	圏域変更に伴う予防プランの引継ぎに苦慮している中でも、利用者の負担をなるべく少なくし適切なアセスメントができるよう、慎重に丁寧に引継ぎ業務を実施している。今後も継続して利用者の個別性に応じた支援への結び付けに尽力していただきたい。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	自主的な活動や見守りの目等、地域の力が強いエリアもあるが、新たな地域の担い手の発掘が課題となってきた。 コロナで活動を休止していた自治会やシニアクラブ等も、活動を再開してきている団体と、そうでない団体がある。ここ数年活動実績がなかった自治会を退会してしまう方も多い。自治会の存続にも影響が出ている地域もある。			

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	ケースの対応と得られた地域情報や経験をセンター内で共有し対応力をつけ、「ケース特性を見極める」を念頭に初期相談介入時、相談展開後の一時終焉、相談の再開期など相談の周期の理解と、ケースの当初の見立てや情報を得るごとに中長期で見立ての変化をさせながら、ケース特性と対応急ぎケースや緩やかに関わるなど緊急のメリハリを意識する。	○ センター内で職員間で情報をやり取りし、対応力向上を目指している。 ケースの特徴を捉え、どのような系統の相談内容かもケースによっては話し合い、また、意図的に別角度から見た場合のとらえ方など照らしたときにどのように見えるケースなのか意見交換するなどして見立てとのギャップの差やその後の支援の進め方など確認しあいながら対応している。 ケースの進展によりスピード感の調整は図っている。	ケースの特徴を捉え、どのような系統の相談内容が見極めることは経験が伴うことである。その経験を積み重ねるため、複数で対応することを意識され、定期的に意見交換を行い、わからない時はすぐに聞ける環境を整えていることは素晴らしい体制だと感じた。引き続き、今の体制を継続し、相談業務を進めていただきたい。
権利擁護業務	被虐待者の支援を初動において、虐待が起きた背景を分析し、虐待者の支援も含めて関係機関と協議し、対応策を講じていく。 8050等のケースにおいては虐待につながる養護者において、高齢者福祉に留めることなく障害福祉や生活福祉などと連携をもち、必要な支援を行えるようにする。支援途中、終了後にも包括内でフィードバックを行い、支援の見直しを行う。 居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に向けて事例検討会等の勉強会を行う。	○ 被虐待者・虐待者共双方の支援を念頭に情報を集め、関係機関と協議している。 8050問題は高齢者支援課の他に障害福祉課、生活福祉課等との連携を行っている。 支援途中、終了時など、随時相談担当でケースの振り返り等を行っている。 8050における障害支援においては、制度的な面で担い手への繋ぎがスムーズにいかない事や、高齢側の制度への遠慮もあってか障害の支援側で進みにくい様子が見られるなど課題がある。	8050問題等、高齢者分野だけで対応することが難しくなっている状況をあらためて確認した。また40歳で特定疾患を患い介護保険サービスを使っている人が、施設を検討する際は高齢者施設しかないようで、提案できる方法が見当たらないといった困りごとがあることも確認した。そのため、障害者福祉課、生活福祉課と連携し、少しでも地域包括支援センターが対応しやすい環境づくりに向けて高齢者支援課としても協力していきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	他機関との連携が必要であり、課題となっているため、今年度は持ち回り担当として訪問との連絡会をとおして連携強化を図れるように働きかける。 現行の介護者サロンの自主化を目指すと共に新しく介護者サロンを立ち上げる。 医療と福祉の連携を深め、最後まで地域で過ごせるように在宅療養を啓発、推進を図る。	○ 訪問との連絡会では他機関との連携に結び付け難かったが、普段の業務で他機関との連携をとる事ができた。 介護者サロンは徐々に自立してきている。介護者がオレンジサロンを利用されるので、そこで対応ができています。 11月末に行われる多職種検討会や職種間で行われる会議等の集まりや日頃のケース対応の場面で実情と異なるやり取りがあった場合に、制度の状況と現状を伝え啓発を図	在宅療養担当者連絡会での事例でも挙げていただいているとおり、医療機関との連携について難があるのを伺えた。今後在宅診療を行っていない医療機関についても連携の必要性や制度について市でも周知していきたい。 研修会の開催方法については、できる限り多くの人が参加しやすい体制を整えていく予定である。引き続き、在宅療養相談業務を遂行いただくとともに、市の事業にご協力いただきたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	ケアマネサロン6回予定。(内訳：1人ケアマネ向けのものを2回、他包括と合同のものを2回、他2回の予定。) 多問題や困難時事例はもとより、一般のケースでもケアマネジャーとの連携を深め、包括への「同行訪問の依頼をしやすい」ムードを作り一層の連携強化としていく。 状況の把握や連携の為、居宅連絡会や役員会への出席や情報収集を行う。西部地区の包括主任ケアマネジャー同士連携しあい、地域課題に目を向ける基盤づくりをしてい	○ ケアマネサロン回数は予定通り開催できている 普段の会話の中からどのようなことに苦戦しているか聞きとる工夫をしている。信頼関係を作る事を意識しており、場をつくって聞くという手法より困難ケースの経過などを聞きながら各ケアマネジャーが振り返りができるよう支援している ケアマネサロン(にしカフェ)参加のケアマネジャー同士で情報交換できるよう促している。	ケアマネサロンも定期的に開催できており、ケアマネサロンでもケアマネ同士での情報交換ができるように促している様子が伺え、積極的なケアマネジメント支援ができていると思います。また居宅同士の風通しの良さの場の提供も行っており、居宅連絡会・役員会での提案と意見交換を行っていることから、包括の中でも特に、包括と居宅を結ぶ連携体制が取れおり、今後も高齢者支援課としても包括居宅共に協力していきたい。
認知症対策事業	8月に一般募集で小学校中学年程度に向けた認知症サポーター養成講座を予定。法人の行うことも食堂との連携や施設という場を活用した企画の工夫をしていきたい。 認知症理解への周知活動をするにあたり、認知症のみ焦点をあてるのではなく広く高齢期の特徴の一つとしての認知症という視点も含ませながら周知していきたい。 福祉に関わる講話など小中学校との関わりをもっていきたい。 認知症マップづくりの集まりを予定したい。	○ 夏に初めての試みで 地域の小学生向けに認サポを開催。開催企画時に、5小の校長や、学年の先生とのやり取りもさせていただき、対象学年への全員配布など協力を得ることが出来た。 西府文化センターまつりで認知症のクイズシートを作成し、来場者に答えてもらった。 10中の生徒に、にしふのにわや施設4Fのガーデンの手入れをもらった。また、泉苑協力のおかげで民生委員との顔合わせ、自治会長と顔合わせも無事に行えた。	今年度については包括にしふの方で小学生を対象にした認知症サポーター養成講座を公開講座として初めて実施してもらったが、周知に関しても広く行いクイズ形式も取り入れて実施していくなど工夫している様子が伝わりました。認知症としてだけのカテゴリにこだわらず、高齢者の特徴の一つとしての周知も行っていることから、より認知症の理解が深まると思います。
地域包括支援ネットワーク構築	新規となる東芝町に対しては従来のセンターである泉苑包括の協力を頂きながら、地域ケア会議等の地区の方との顔を合わせた形での引継ぎを行っていききたい。 地域での集まりに顔を出しながら、地区の状況把握や、包括の取り組みの啓発、顔の見える関係構築に引き続き取り組んでいく。 連絡の共有方法としてメールやラインなどの活用を定着と、一方で苦手とする方には引き続き、電話などの従来からの方法の両輪で対応する。	○ 主催か参加かはこだわらず、地域の行事等へは積極的に何うようにして地域の方々の様子や立ち話などをする中で、包括そのものの啓発、福祉的視点の啓発、地域の方の考え方などお聞きできるなど、顔の見えるやり取りにつ繋がっている。 メールの活用は順調に経過。ラインは、昨年度よりLineビジネスを一部運用(介護予防関係、子ども食堂関係)し、運用実績を蓄積。	にしふのにわやマップづくりなど、地域活動に積極的に取り組んでいる様子が見受けられました。特にLineビジネスを利用して実施していた所は、ICTの推進や活動を取り入れることで、若い世代への周知のハードルもさがりより地域包括支援センターが身近に感じられることから、とても先進的な取り組みだと思いました。引き続きICTを利用しつつ地域のコミュニティ活動で新しい取り組み等あれば好事例として共有いただきたい。
介護予防事業	ホームページ更新や、未把握者への訪問やチラシの投函、LINEビジネスの活用による介護予防事業講座・にしふのにわ・地域交流など介護予防の周知の場面を増やしていく。 地域交流ひろばの会場がR5年度の2会場から、従来のほっとサロンに移行しR6年度には7会場になるため、この機会に新規参加者が参加しやすいよう呼びかけを行っている。	○ ICTを活用して、介護予防事業の情報を幅広く発信し予防教室の周知を行っている。 ほっとサロンから地域交流ひろばへ移行し、徐々にではあるが新規の参加者が増えている会場もある。 フレイル予防講習会、地域交流ひろばで、リスクのある参加者の早期発見しセルフマネジメント力を高めるように、継続して参加者にアドバイスをを行う働きかけを行っている。	LINEを活用しての介護予防事業の情報発信が行われており、利用者の利便性につながっていた。 新たな取組である「青空体操」では、よい雰囲気でも実施されており、通りかかった方との交流も図れ、素晴らしい取組と感じた。 介護予防事業に参加されている方に対して、セルフマネジメント力を高めるようなお声かけが実践されており、セルフマネジメントの継続につながっている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	サービスCの適者と思われる方の、参加への提案を引き続き行い参加に結びつける。 個々のプランにおいては希望する本人・家族にはメールやオンライン面談などのやり取り手段を提案していく。 ケアプランデータ連携システムの利用をする。また、未導入の事業所には当センターでの利用状況をお伝えしつつ導入ムードの醸成を図っていく。	○ サービスCの提案を行い参加に結び付け、介護保険にとらわれずに地域の資源で活用できることを積極的に探し活動場所を広げる事ができた。 ケアプランデータ連携システムの利用を開始(府中市内の包括、居宅では1番初めに実施)し、他事業所へ活用を促している。しかし、なかなか具体的に導入を検討してもらえない事業所は出てきていない。データの送り先が受理できないと成立しないシステムにて、取り扱い事業所が増えないとこれ以上の活用は難しい。	プランの関係で本人や家族との調整をメール等で実施することでの利用者の利便性に寄与していることが分かった。 要支援の方のプランでは、ヘルパー派遣可能な事業所を見つけることに困難を極めている状況だが、本人の自立していく手段として他の手段があるか検討し、再評価されている状況について確認し、苦労されていることが分かった。
地域の課題(本人、家族、地域住民の視点)	センターの相談業務、ケアマネジャーの連携、地域の方々とのやり取りを通じて得られる地域情報が、関わった職員のみならずセンター内職員において共有しやすいよう情報の整理をしていく。 移手段、買い物手段に限られる地区の担当包括として情報収集や参加出来る連絡協議会等あれば広く参加し、地域特性等について共有や課題認識を伝えることを目指す。		

【凡例】◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	高齢者の総合相談窓口としての機能を維持・向上を図りながら、「断らない相談」窓口として複合・複雑な問題にも柔軟に対処できることを目指す。ケースミーティングの定期的な開催し、困難ケースの課題と解決策を共有する。職員間のチーム力のアップと知識やスキル向上のための包括内での学習会を開催する。困難ケースについては、早期の担当地区ケア会議開催を呼びかけて、情報共有を図りながら個人の意思決定を支援していく。	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護の認定が出た高齢者や家族からのケアマネジャー選定等の相談については、直接居宅介護支援事業所に相談をと断ることなく、主訴や意向を伺ってケアマネジャーのマッチングを行なっている。</li> <li>断らない相談窓口を目指し、高齢者だけでなく地域住民からも支持されるように全職員で「総合相談支援業務」にあたっている。夜間や日曜日、祝祭日など電話での相談も増えている。</li> </ul>	パンフレットやニュースなどによる広報で普及啓発を図っており、断らない相談窓口を目指し地域に根差した総合相談業務に取り組んでいる。身寄りのない高齢者相談や困難ケースの対応においてケアマネジャーを支援されています。法制度が整っていない現状対応の困難さもあるので、市でも研修の機会の提供や情報提供していきたい。また、様々な情報の整理が難しいところがある中、工夫して対応していた。
権利擁護業務	虐待の早期発見や介入を速やかに進めて、市担当者と情報共有を図りながら当事者の権利と尊厳を守る。同時に介護者へのケアやサポートも行う。独居高齢者には丁寧に聞き取りを行い、財産管理や身上監護など不十分であれば成年後見センターと連携して、地域権利擁護事業や成年後見申立てなどの利用を支援する。関係機関との連携における課題や問題点については権利擁護担当者連絡会で共有して、改善できるように働きかける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者虐待、権利擁護、消費者被害など包括支援センターに寄せられた相談や情報を精査して、被害が拡大しないように時には全職員で協力しながら対処している。</li> <li>今年度は、担当エリアで給湯器点検で訪問して不当に機器交換を行い高額な工事費を請求する悪質訪問商法のケースが5件ほどあった。隣の国分寺市では闇バイトによる高齢者宅への強盗事件があっただけに、このような事件が起きないように日頃からの「見守りネットワーク」の促進・強化が必要であると感じている。</li> </ul>	虐待ケースの進行管理を適宜実施されており権利擁護の視点をもって、ケースの対応をしている。悪質商法などのケースも増えてきており金融機関との連携や協力を図っている。虐待ケースの対応において進行管理などの仕組みづくりを今後図って行く上で、市でも手引きの更新をしていく。包括と市の合同での進行管理は年2回実施しお互い進捗状況を確認し対応に活かさればと考える。
在宅医療・介護連携推進事業	関係者間でのチームケアを意識して、高齢者が安全で安心して在宅で療養できるように相談窓口として役割の向上を図るために包括内での学習会を開催する。医療機関側で介護保険等の制度を理解していないケースも多くあったため、必要な情報提供を行って相互理解に努める。適切な医療につながっていない高齢者には、丁寧な説明を行い寄り添って適切な医療につなげることを目指す。必要があれば、ACP等を用いて、在宅療養や老い、終末期での意思決定を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関から末期のがん患者など在宅療養を進めるためにサービス調整の依頼が入ってきている。入院期間も比較的短くて、迅速に進めなければならない場合や、医療機関側で計画を一方向的に進められて、家族がどうして良いか分から戸惑うケースもあった。</li> <li>医療と介護の連携においても、ご本人がその中心であると考えて、関係機関とやりとりすることができていると評価する。今後は、さらに複雑なケースが増えてくると思</li> </ul>	在宅療養相談窓口として対応できるよう、職員一人一人がスキルアップに取り組んでいる。以前と比べ、市民が在宅療養を選択することが可能となる地域の資源体制となりつつあるが、病院側と地域との温度差はあり、急な退院に対応するなど、市民に不利益がないよう調整機関としての役割を十分に果たしている。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	インフォーマルサービス等、情報全般の収集や発信は職員間で共有後、更に居宅や関係機関への情報提供を図り連携を進める。今年度も定例のケアマネサロンを計画、相互にスキルアップできる機会や社会資源などの情報提供を生活支援コーディネーターも連携し行う。交流サロンで、困難ケースの事例検討会など開催して、ケアマネジャーへのサポートを行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>困難なケースについては、担当しているケアマネジャーをサポートし、必要に応じて関係者と情報を共有しながら、ケアマネジャーが安心してマネジメントでき、利用者の地域での自分らしい生活の確立・維持に向けて取り組んでいる。</li> <li>圏域内の高齢者を担当しているケアマネジャーの悩みや課題を理解していこうと考えて、ケアマネジャーのサロンやコミュニティカフェを吐き出しの場や地域住民への理解や関心を促す機会として活用して行こうと考えている。</li> </ul>	地域のケアマネジャーとの連携を大事にしている。ケアマネジャーのサロンである「これまさひろば」を年3回開催し、情報共有やケアマネジャーのためになる事例検討といった学びの場を提供している。圏域変更により、圏域内のケアマネジャーも変わっていると思うので、つながりを拡げていっていただきたい。
認知症対策事業	「認知症になっても、自分らしく生きるために」を目指して、認知症サポーター養成講座を府中九中、小柳小での開催を計画的に実施する。オレンジサロンを定期開催して当事者、関心のある人たちとの交流を促進するとともに、地域にサロンの周知を行っていく。昨年度、若年性認知症についてのフォローアップ研修を実施した。認知症のある方の参加の場を（認知症サポーターの活用の課題と含めて）と増やすための働きかけを地域に対して行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症サポーター養成講座については、計画通り進められている。是政文化センターで開催する養成講座には、ひろめ隊や地域の方々にも協力を呼びかけていくなどして、活動の場を提供していきたいと考える。</li> <li>金融機関から認知症高齢者の対応について何度と相談が包括に入った。ケースによっては地区ケア会議への参加をお願いするなどして、認知症の方の理解や権利擁護の啓発など図ることを考えている。</li> </ul>	認知症サポーター養成講座を計画的に開催している。周知の対象とする地域資源について、増やしていけると良い。また、市としてもチームオレンジの活動を推進しサポートしていきたいため、地域で活動している個人や団体について把握に努めていただきたい。
地域包括支援ネットワーク構築	高齢者地域支援連絡会を計画的に開催し、民生委員、自治会関係者、事業者等との交流を促進して地域課題の解決や社会資源についての情報共有を、今年度新設された生活支援コーディネーターと取り組む。住主体の「これまさサロン」「こやなぎサロン」等へのサポートを行う。わがまち支えあいの会定例会に生活支援コーディネーターが参加し、地域課題の共有しながら、社会資源についての情報収集・発信を行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>圏域変更により、清水が丘1丁目・2丁目地域の関係者との関係構築が今後の課題と考えるが、今まで担当していたエリア内の自治会や町会関係者や民生委員とは良好な関係を築いてきたの今後も継続していく。</li> <li>今年度9月より計画目標に掲げた包括を拠点とした「高齢者見守りネットワーク」の第一歩としてコミュニティカフェ「ゆるつなカフェ」を月1回午前10時から午後3時まで開催して、地域の方、医療関係者や介護事業者に開放している。</li> </ul>	新たに圏域に加わった地域との関係性の構築に努めていただきたい。ゆるつなカフェを包括のスペースで開催している。自治会回覧、掲示などによるチラシを配付や口コミでの周知で徐々に実績をあげている。孤立している方の参加を促すとのことだったので、継続して実施し配慮が必要な方の把握につなげていただきたい。
介護予防事業	高齢者一人ひとりが健康づくりの意識と実践に取り組めるように、「自分らしい生活をあきらめない支援体制」構築を目指す。8カ所の「地域交流ひろば」が住主体で取り組めるようにKCが中心になってサポートを行う。フレイル予防講習会の計画的な開催を実施する。介護予防講座での体力測定会を随時開催する。サービスCについて、主任ケアマネジャーとも協力しながら、地域の高齢者や居宅ケアマネジャーに周知して、事業の利用促進を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「自分らしい生活を諦めない」支援体制の構築を目指して取り組んでいる。地域交流ひろば、フレイル予防講座についてほぼ計画通りに実施できている。</li> <li>未把握者へのアプローチについて、業務の合間に訪問する場面が多かったが、今年度も計画的に進めて行きたい。サービスC事業については実績がなかなか上がっていない状況であるため、強化を測っていかなければならない。</li> </ul>	コミュニティカフェについてはチラシや口コミで周知しており、予防プログラムやサロン、自治会の回覧でチラシを配布していることで高齢者一人ひとりに寄り添う支援体制が整備されている。これまで参加者同士でゆっくり話す機会が少なかったが、コミュニティカフェを開いたことで参加者が自分のことを話す機会が増え、周りからアドバイスをもらうことで意思決定を促すことができているため、市民にとって大切な場所になっているのは非常に良いと考える。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	圏域変更に伴う予防プランについて、引き渡すケースと新たに引き継ぐケースのスムーズな引き継ぎを主任ケアマネジャーが中心になって計画的に進める。包括内で「長いきいき生活」のスローガンを再確認し、高齢者一人ひとりの健康づくりの意識と実践として働きかけることを目指す。ケアマネジャーの交流サロンなどで、高齢者一人ひとりがその人なりに「長いきいき生活」に取り組むための支援体制の構築への参加・協力を働きかける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師や病院から、介護保険の申請をした方が良いと言われて包括に来たが、介護保険を使ってどう生活を送ってきたいイメージができていない場合が多い。介護保険とともに介護予防事業の説明など行いながら、本人、支援者、関係者ともその意思・意向が共有できるように取り組んでいる。</li> <li>圏域変更による引き継ぎもあって、今年度よりプランナーを1名増員して業務に臨んでいる。ヘルパーなど必要な人材不足が深刻な問題であると痛切に感じている。</li> </ul>	一つ一つの業務が全ての業務に繋がっているという意識付けが重要で、一つ一つのケースであったり地域交流やサロン等、色々な情報を吸い上げてどのようにフィードバックしていくかが課題であるということであった。そのために、他のコーディネーターやケアマネジャーと連絡を取り合い連携し、「長いきいき生活」に取り組むための支援体制の構築を働きかけていただきたい。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	慣れた地域で安心して生活し続けられることを目的に、包括を拠点とした「高齢者見守りネットワーク」づくりに取り組み、自治会、シニアクラブ、民生委員などに発信していく。地域で行われている防災訓練や行事などに参加して、交流を促進する。生活支援コーディネーターの役割を周知して、地域課題の抽出と社会資源の発掘に地域住民と取り組む。		

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない

	R 6 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	市評価
総合相談支援業務	圏域変更により地域住民の不利益にならないよう、旧エリアの包括からの引継ぎや、関係機関への周知を行う。 圏域変更により、これまでの地域性と異なる傾向が見られる可能性がある。インタビューやアセスメントを丁寧に行い、適切に対応できるよう務める。 多様なケースに対して臨機応変に対応できるよう、事業所内勉強会を定期的に行う。	○ 予防プランの引継ぎは計画通り進んでいるが、関係機関への周知はこれから進めていく予定である。 移行前の9月中旬から新規の相談を受け始めており、これまでの相談傾向とは異なる相談が入り始めているため、ケースを通じて対応を共有している。 事業所内勉強会を開催し、対応力の向上を行った。	独居高齢者で対応困難なケースが増えている。引き継いだ地域包括支援センターの対応が、みなみ町とは異なる対応方法であるため、対応に苦慮するケースもあることを確認した。圏域変更で対応に苦慮するケースも出てくるが、これまでどおり丁寧な対応をお願いしたい。
権利擁護業務	圏域変更により連携機関の変化が想定されるため、新たな関係機関との関係づくりや権利擁護制度の普及啓発を丁寧に行う。 虐待対応について事業所内外で共有し、権利侵害を受けている高齢者の早期発見早期対応に務める。	△ 圏域変更による連携機関の変化はあまりない。権利擁護制度の普及啓発は行っていない。 虐待対応に係る事務手順について、事業所内で共有を図った。	圏域変更に伴い新たな地域で普及啓発については、これから関係機関との連携づくりを行っていただき、もともと担っていた地域と同様に、連携を進めていただきたい。
在宅医療・介護連携推進事業	圏域変更により圏域内の医療機関が増えるため、あいさつ回り等を行い連携しやすい関係づくりに努める。 圏域変更により職員が増えるため、医療機関の特色や連携方法など共有しやすい体制を作っていく。	○ 医療機関へのあいさつ回りは行っていないが、ケースを通じて連携することが増えているため、周知が進んでいる。 毎日の朝礼後に相談ケースの共有を行い、医療との連携方法等細かく確認している。	医療・介護連携については、おおむね問題なく行っていると伺った。引き続き、在宅療養相談業務を遂行していただきつつ、市や東京都等の研修にも積極的な参加をお願いしたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域包括支援センターとケアマネ、及びケアマネ同士の情報共有や、社会資源活用、ネットワークの構築等を目的に、ケアマネサロンを年4回実施する。 多様な関係者との顔の見える関係づくり、地域課題の発見、ネットワーク構築を目的に多職種事例検討会を年1回実施する。	○ ケアマネサロンを現在までに2回開催。過去のアンケートでの回答を元に、取り上げてほしいテーマで情報交換会を行った。 9月19日に8050虐待事例をテーマに、多職種事例検討会を開催。医師3名含む16職種52事業所80名の参加があった。 個別の困難ケース等に対して、サービス担当者会議や訪問に同席し、必要に応じて市との協議や担当地区ケア会議を開催し、ケアマネ支援を行っている。	ケアマネサロンについては、今後も参加者のニーズを把握したテーマ設定をお願いしたい。 また、独自の多職種研修会については、ケアマネジャーの支援及びネットワーク構築のみならず、災害等における通常の業務以外での連携にも寄与することが期待されることから、今後も継続して取り組んでいただきたい。
認知症対策事業	様々な対象者へ向け認知症サポーター養成講座を行い、地域住民や関係機関が認知症について正しく理解できるよう、地域全体に働きかける。 ささえ隊ネットメンバーと認知症当事者の接点を増やし、ささえ隊ネットメンバーの質の向上や認知症高齢者の社会参加等につなげる。	○ 上半期では、多摩職業能力開発センターへ出前講座として行った。11月に地域向けの認知症サポーター養成講座を開催する予定。 隔月でささえ隊ネットの連絡会を開催した。特別養護老人ホームの傾聴ボランティアや、外出ボランティアにささえ隊ネットのメンバーが関わることで、認知症当事者の社会参加を促進した。	ささえ隊ネット連絡会の定期的な開催により、地域の力を引き上げ、支える活動にも力を入れた活動をされている。現在の活動が他のエリアにも広がるよう、支援者のつながりによる新たな支援者の確保や活躍の場の開拓についても、積極的な取り組みをお願いしたい。
地域包括支援ネットワーク構築	圏域変更前の担当包括との連携を密に行い、新エリアのキーパーソンや社会資源との関係づくりを行う。 広報誌の配布を通じて、新エリアの地域関係者と顔の見える関係づくりを行う。	○ 新圏域の担当包括が主催する高齢者地域支援連絡会へ出席し、メンバーとの顔合わせや開催方法の引継ぎなど行った。 10月に広報誌を郵送予定。また、年度内に1回、新圏域を対象とした高齢者地域支援連絡会を開催予定。	今後も、圏域変更後も高齢者地域支援連絡会を始めとして、地域住民との課題の共有も含めたネットワーク構築に取り組んでいただくとともに、広報誌等による周知活動については、地域のニーズを踏まえた適切な方法が確立できるよう取り組んでいただきたい。また、オレンジサロンや家族介護者教室についても、引き続き、効果的な支援が継続できるようお願いしたい。
介護予防事業	地域交流ひろばが、自主的な活動となるよう働きかける。 介護予防事業未把握者への訪問を実施し、フレイル予防講習会やサービスCなど必要な資源につなげられるようアプローチする。	○ 今年度は、地域交流ひろばの自主化を進めるために、張り付きなしの会場を増やした。体操普及のボランティアがいる場合は張り付きなしでできているが、いない会場は参加者の高齢化も進んでおり、音源のみでの体操が難しい。今後若年層へのアプローチを強化し、ボランティアを増やしていくことが課題。また、講座等への参加もリピーターが多いため、新規の方を呼び込むための広報活動を検討していく。	地域交流ひろばの自主化を推し進めるなど、現状の通いの場の充実を図ることができている。普及体操のボランティアではまかなえない会場については、自分で体操ができる利用者へ直接声掛けをするなど自主化に向けてサポートしている。今後は自主化促進のキーパーソンとなる若年層の新規を呼び込むため、広報活動にも尽力していただきたい。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	効率化へ向け整理した事務手順を事業所内に定着させる。 圏域変更に伴い職員の増員が想定される。個人の業務遂行に大きな差が現れないよう、新しく入った職員へ整理した事務手順や、自立支援介護予防に向けた考え方を伝達する。	○ 予防プランの作成手順について整理し、業務の効率化を行った。 新しく予防プランを作成する職員へ、OJTにより研修等を行った。	本年度は職員の増員や圏域変更・拡大等により、体制が大きく変わったことで、現状の予防プラン作成方法を改めて見直す契機となり、職員間で差異が起きないように業務の整理・統一化に尽力できている。今後もマニュアルの精査やOJT研修のフロー整理をしていき、包括内で情報共有や業務手順の統一・効率化に努めていただきたい。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	現担当エリアにおいては、身寄りがない高齢者、低所得による生活困窮など課題が重層化し、複雑化するケースが散見される。様々な社会資源と連携し、ニーズに適切に対応できるよう、多職種多機関連携や地域協働を進める必要がある。 新担当エリアにおいては、現担当包括との信頼関係があるため、ゼロから信頼関係を構築するという点で課題がある。丁寧に関係づくりをしていくことが必要。		

【凡例】 ◎：計画以上に進んでいる / ○：計画どおり進んでいる / △：あまり進んでいない / ×：全く進んでいない