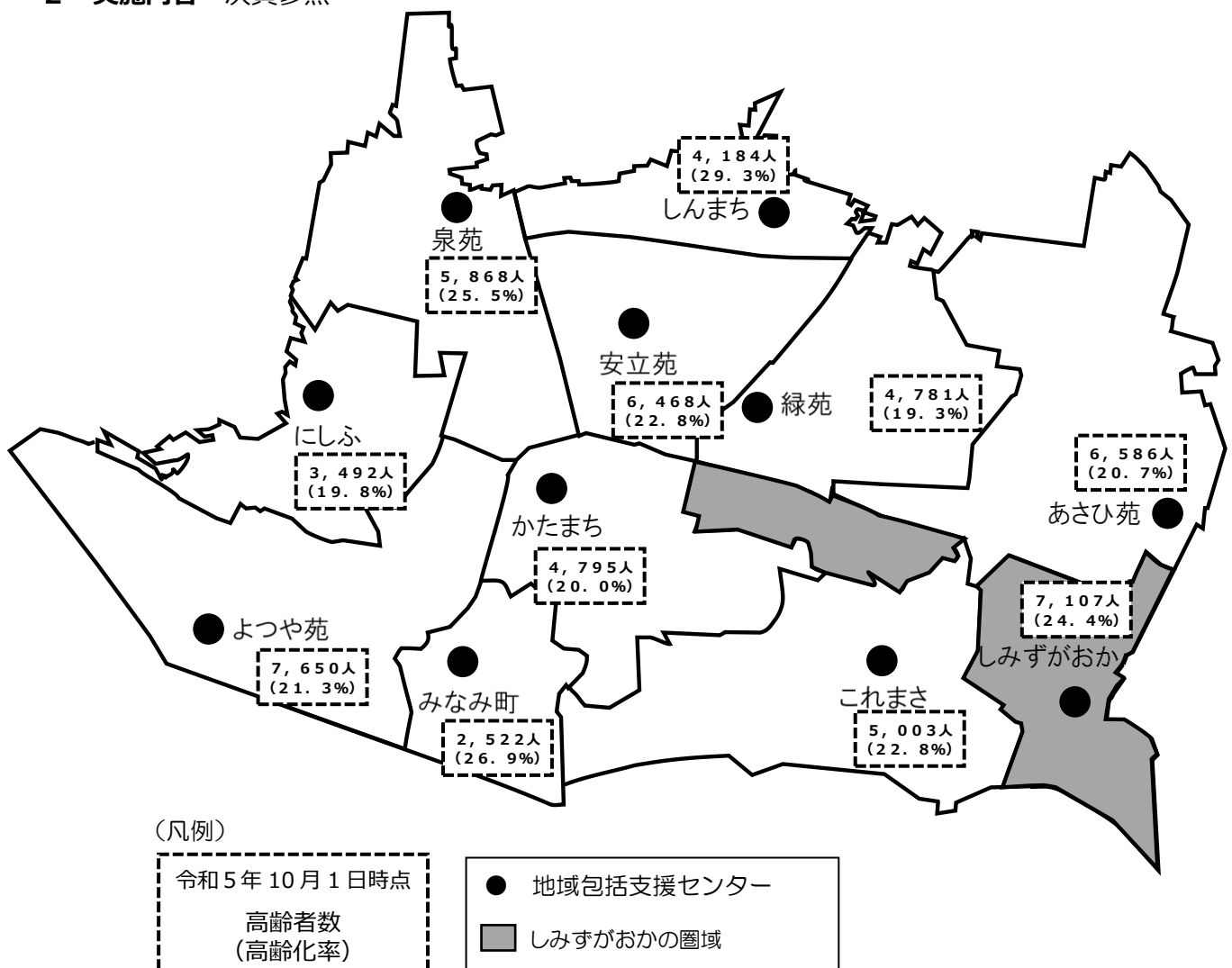


府中市地域包括支援センター業務チェック実施報告書

1 実施概要

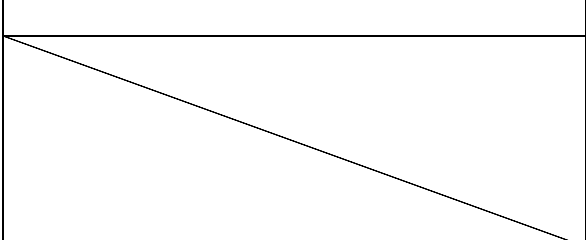
- 目的 地域包括支援センター自らがその取組を振り返るとともに、市がセンターの運営や活動に対する点検や評価を実施し、その結果を踏まえて、センターと市が事業の質の向上のための必要な改善を図っていくことを目的とする。
- 方法 市が各地域包括支援センターを訪問し、地域包括支援センターにより事前に提出された業務チェックシート等に基づいてヒアリングを実施する。その結果について、地域包括支援センターごとによく取り組んでいる業務や今後取組が期待される業務をまとめ、府中市地域包括支援センター運営協議会に報告する。
- 対象 府中市地域包括支援センター 11 か所
- 対象業務等
 - ・総合相談支援業務
 -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



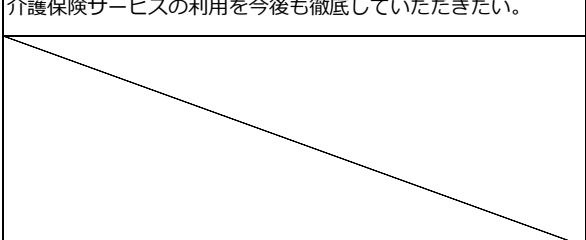
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①コロナ感染予防緩和を受けて、地域とのつながりを「顔の見える関係」を基本とし、対面での相談や会議を積極的に行っていく。 ②生活困窮や多世代問題は継続的にあり、コロナ下での問題の深刻化の状態に対処すべく、行政や障害分野、地域福祉コーディネーターとの連携を強化していく。	○	・「顔の見える関係」を基本として、本人や家族の了解があれば自宅訪問し、実態把握に努めている。また民生委員との同行訪問やわがまち協議会への参加も積極的に行った。 ・生活困窮や多世代問題は継続的に相談があり、生活福祉課、障害者福祉課や権利擁護センターと連携を図った。50代の同居家族の問題などは、地域福祉コーディネーターや保健所と連携した。
権利擁護業務	①通報票を引き続き活用し、市への迅速な通報とその後の対応も確実に確認していく。部署内では定期的な会議でケースの進捗を確認し、関係機関と連携を図っていく。 ②独居高齢者が増えていく中で、特に認知症高齢者の権利擁護の視点で、自治会、民生委員との情報共有を密に行い、積極的にアプローチしていく。	○	・虐待疑いケースでは通報票を活用し、迅速に関係機関と連携した。本人の安全のために施設への分離対応なども行った。部署内では定期的にケースの進捗状況を確認し、共有している。 ・身寄りのない独居高齢者が認知症になる事例では、権利擁護センターや行政と連携し、地域権利擁護事業や成年後見制度利用に向けた動きを取っている。
在宅医療・介護連携推進事業	①病院は引き続き面会制限が予想されるが、面会が許可される場合は短時間であっても、直接本人に会い、状態を把握するように努める。困難な場合はWeb面会などを積極的に活用していく。 ②医療系相談に対応するために、医療系の研修に積極的に参加する。その内容を部署内で共有、チーム内の底上げをする。	○	・病院への面会がしやすくなったため、必要に応じて本人や家族に会い、支援をするとともに実態把握をすることができた。 ・医療系情報は部署内で共有し、困難ケースなどは看護職と連携し、進めることができた。多職種研修会等の開催ができたことで新しい医療機関との関わりを持つことができ、市民へ情報提供することができた。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①顔の見える関係を主眼に、ケアマネジャーが集まれる場所を提供し、情報交換や情報提供を継続的に行っていく。困難ケースを抱えている場合は適宜同行訪問し、行政とも連携。ケアマネジャーが相談しやすい環境を維持していく。 ②近隣市の事業所とも連携を図り、ネットワークの再構築を図っていく。	○	・地域のケアマネジャーが「横のつながり」を構築できるように、集合形式を基本として、集まれる場所を提供し、情報交換や情報発信を行っている。法人内の包括が合同にて行う情報交換会も充実してきている。 ・近隣の居宅事業所とも連携し、困難ケースなども依頼し、その後のフォローも市役所も一体となって行っている。
認知症対策事業	①中学校での認知症サポーター養成講座の定着化。小学校での定期的な開催を行っていく。若い世代に対しての認知症への理解を深めていく。 ②オレンジサロンの定期開催と内容の充実化、参加者の確保 ③ささえ隊ネットの名簿を活用した講座の開催やボランティアなどのマンパワーの掘り出しを行っていく。	○	・ささえ隊ネットのステップアップ講座を数年ぶりに行うことができた。今後も定期的に行っていきたい。オレンジサロンは定期的に開催しているが、参加者は少ない傾向が続いている。 ・昨年度、認知症サポーター養成講座を開催した小中学校は今年度も開催予定となっている。 ・認知症疾患医療センターとの連携で入院例が増加している。
地域包括支援ネットワーク構築	①各町での地域支援連絡会の開催をし、顔の見える関係作りを基本に連絡会以外でも気軽に相談できる環境を整える。 ②地域福祉コーディネーターとの連携。わがまち協議会での情報共有と協働体制を強化し、多問題ケース等に対応していく ③家族介護者教室の開催と介護者への情報発信と交流の場の提供	○	・担当の全町において対面での地域支援連絡会を行うことができた。地域課題を適宜報告している。 ・わがまち協議会に定期的に参加している。地域福祉コーディネーターとは、ケースなどで協働体制を図ることができた。 ・家族介護者教室は集合形式で開催し、「耳の聞こえ方」をテーマに行い、多数の参加者が見られた。
介護予防事業	①安心した会場としての居場所づくりをし、必要に応じて相談対応や地域福祉コーディネーターとの連携を図っていく。 ②未把握者事業において、電話連絡や訪問をし、地域ニーズや問題点の把握、包括のPRなどを行っていく。 ③ICT普及のために、講座を積極的に開催し、その後のフォローもしっかり行い、高齢者へのICTを浸透させていく。	○	・感染予防対策を行いながら、継続的に行うことができた。コロナ感染による会場閉鎖などもなく、安定的に開催できた。 ・未把握者事業では昨年同様に電話連絡や訪問を行いながら、地域ニーズの把握や包括のPRを行っていく。 ・ICT普及のために、みんなチャレなど開催し、個別指導にも力を入れた。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	①法令遵守を基本として、自立に向けたサービスCや地域リハビリを意識したプラン作りを行い、インフォーマルサービスなども活用していく。インフォーマルサービスの部署内での共有と地域福祉コーディネーターとの連携を進める ②介護予防支援や介護予防マネジメントの委託先の確保と、委託しやすいようケアプランの助言や指導を行っていく。	○	・法令順守を基本として、ケアプランの立案を行っている。インフォーマルサービスやサービスCの活用などをさらに意識して進めていく必要あり。 ・介護予防支援や介護予防マネジメントの委託先から、ケアプランが戻ってくるが増えている。委託を継続できるようなケアプラン作成の助言や後方支援などを行っている。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①コロナ感染予防が緩和される一方で、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、地域関係者や行政と連携し、アプローチしていく。 ②「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であり、生活困窮の場合は迅速な対応が必要。担当地区ケア会議などで方針を決め、支援をしていく。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
・日頃から「顔の見える関係づくり」を重視して支援にあたっていることがうかがえる。地道な支援により信頼関係を構築し、困難ケースにも根気強い対応をいただいている。 ・各々の支援機関の役割やできることできないことへの理解を深め、連携の強化に努めている。		
・虐待対応においては、迅速な事実確認と、虐待の判断ができるような事実確認結果を報告していただいている。 ・各専門機関の支援が必要な方々に対して、どのように支援をつないでいくかという方法に関する好事例等については、権利擁護担当者連絡会等で共有をお願いしたい。		
新型コロナウイルス感染症が5類に低下したことにより、日常の対応が戻りつつある。顔の見える関係づくりはまさしく医療・介護連携の中で要となり、引き続き研修会等への参加をお願いしたい。		
集合形式を基本として集まれる場を提供していることで、ケアマネジャーと包括又はケアマネジャー同士の顔の見える関係性の構築が進んでいることがうかがえる。それがケアマネジャーが抱えている課題の把握や、双方の相談のしやすさにも繋がっていると捉えているので、一層の充実を図れるように努めていただきたい。		
認知症サポーターのささえ隊ネット登録者を対象とした座談会を開催し、そこに地域福祉コーディネーターの参加を調整することで、サポーターが地域で活躍するうえで、有意義な機会になったものと捉えている。今後は、登録者が認知症の当事者や家族が地域で生活するうえでのサポートに携わることができるよう、検討を進めてほしい。		
・長寿祝い訪問や地域からの情報を基に、年間150から200件の個別訪問を実施している。能動的なアプローチは、ハイリスク者の把握や、ハイリスク者へのセンターの周知に効果的であると捉えているため、今後も継続してほしい。 ・業務手順の振り返りを継続的にを行い、情報セキュリティインシデントを予防できる仕組みづくりに取り組んでほしい。		
スマホ講座やみんチャレ講座を積極的に開催していただいている。介護予防推進センターから距離があること等により、地域のひろめ隊の方の育成が進まない状況があるが、ひろめ隊に限らず、負担感をいかに減らして住民主体の通いの場を推進できるかを一緒に検討をしていただきたい。		
交通の便の悪い地域や、立地の問題により介護保険サービス等が少ない地域がある中で、サービスCの活用を意識して進めていただいている。 インフォーマルサービスが足りていない地域については、引き続き生活支援コーディネーターに情報共有していただきたい。		
		

	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
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。 ①包括内での事例検討会や勉強会を実施し職員の個々のスキルアップを図り、制度や社会資源等を活用する。 ②広報誌「ぬくもり」を発行し、地域の相談窓口として周知を図る。	○	毎朝・夕方にミーティングし、多職種の意見を聞き話し合うことで、多角的な視点でのチームアプローチを意識した。ミーティング以外でも、職員同士が随時共有と相談をしながら、必要に応じて同行訪問や助言を行い、個々のスキルアップを図ることができた。社会資源は口頭や書面回覧にて随時周知し、広報誌や各種会議にて、社会資源の発信も行った。
権利擁護業務	虐待や成年後見が必要な事例に対する早期発見と早期対応を目指す。 ①包括担当者不在による対応の遅れを防ぐ為、虐待通報時点より進捗状況を随時包括内で共有する。 ②権利擁護における情報を、介護支援専門員や地域住民へ発信する。	○	①市への報告と内部での情報共有を密に行い、必要に応じて訪問や会議開催などスピーディーさを心掛けて対応した。担当を2名体制とし、ケースによって適した専門職を配置することで、迅速且つ効果的な支援に繋いだ。 ②情報発信については、相談があった際の個別対応に留まっている為、発信力を強化していきたい。
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。 ①多職種との情報交換会や研修会を開催する。 ②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。	○	①在宅療養担当を中心に、会議や研修等で知り得た情報を共有し、常に最新の情報をもって支援にあたった。また今年度より看護師の職員が1名増え、在宅療養相談窓口として相談対応スキルの向上に繋がった。②病院との連携が充分になされず退院してくるケースが目立ったが、医師や訪問看護、ケアマネジャー等と連携を取り、スムーズに在宅支援へ繋いだ。
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るとともに、介護支援専門員の資質向上を図る。 ①近隣の包括と合同でケアマネサロンを開催。情報提供や事例検討会等を通して、ケアマネジメント力の向上を目指す。 ②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。	○	①他包括合同でケアマネサロンを5.8.11月に開催。通所事業所や薬局薬剤師との情報交換会は、職種による価値観の違いを知る機会にもなり、連携強化に繋がった。②支援困難事例では、同行訪問や会議を積極的に行うことで介護支援専門員との信頼関係をつくった。普段から介護支援専門員が課題としていることの把握に努め、介護支援専門員不足の解消を目指したい。
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。 ①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。 ②オレンジサロン（認知症家族介護者教室）を包括の家族介護者教室としても活用する。	○	認知症サポーター養成講座は、JA、住吉小学校、四谷文化センター、四谷小学校にて開催した。 オレンジサロンはよつや苑の会議室にて開催しており、参加者は数名に留まっているものの、参加者からは好評を得ている。より多くの方が参加できるよう、ネット環境を整えて広い会場での開催が可能となるよう検討している。
地域包括支援ネットワーク構築	高齢者地域支援連絡会の開催をはじめ、地域で行われる各種会議や連絡会等へ参加し、顔の見える関係性づくりから、地域包括支援ネットワークの構築に努める。 ①高齢者地域支援連絡会を3会場で各年2回開催する。 ②ささえあい四谷の定例会へ出席し、地域活動へ参加する。	○	認知症をテーマに、高齢者地域支援連絡会を3会場で開催し、現状の共有と認知症の方を支える為に地域で何ができるのかを話し合った。また、ささえあい四谷及び住吉地区の定例会に、地域との繋がりの機会として毎月出席し、地域課題の把握に努めている。また、コロナが落ち着き地域活動も多くなっている為、可能な限り参加・協力しネットワーク構築に努めた。
介護予防事業	高齢者が地域において自立した生活を送り続ける為に、介護予防の重要性を地域住民へ広める。 ①未把握者訪問やダイレクトメール等での周知活動を行い、ほっとサロン・フレイル予防講習会・普及啓発に取り組む。 ②自主グループの新規立ち上げ及び既存グループの維持存続への支援を行う。	◎	R6年度からのほっとサロン廃止に向け、9月より地域交流ひろばと統合した。自主グループ化について説明し、職員配置のない活動実践を開始している。未把握者訪問は件数が少なかった為、下期は計画的に実施する。把握事業の参加者主体のフレイル予防講習会においては、スマートフォン保持者が大多数を占めており、8月にはみんなチャレ講座を2グループ開催済み。
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。 ①短期集中予防サービスの周知、定着に努める。 ②包括内で勉強会を開催し、自立支援の考え方について理解を深める。	○	予防プランは毎月230件前後、うち委託プランは45件前後で推移している。新規相談は毎月10件前後あり、重度化予防の為、初回相談から一ヶ月以内でのサービス開始を目指している。自立支援ケア会議には職員が交代で出席した。サービスCを定着させる為に、事業の周知や業務の簡素化等、もっとわかりやすく利用しやすい方法の検討が必要。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①一人暮らしや問題を抱える家族が、地域から孤立して深刻化するリスクが年々高まっている。早期発見と早期介入を目指し、より強化なネットワーク作りが必要である。 ②災害時特に風水害時の避難行動要支援者に対する支援は依然として課題であり、浸水地域にある包括としては災害に備えた取り組みを行っていくことが必要である。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
多角的な視点を大切なこととして捉え、多職種での話し合いの機会をもつことに取組まれている。この取組がスキルアップにつながっているということなので継続していただきたい。また、地域のニーズに応じた社会資源開発として、包括だよりの作成配布を継続して取り組まれている。継続した取り組みが、地域住民が相談しやすい状況につながっていると評価した。		
高齢者虐待通報が多い中、速やかな対応を連携をとるなかで実施する体制がつくられている。権利擁護に関する情報発信に関しては、個別にとどまらないような意識を持っておられ、今後広く発信する計画をたてられていたので、実践していただきたい。		
急な退院ケースによる課題は、在宅療養担当者連絡会でも度々あがるものである。医療機関が依頼する背景になにがあるのか、適切な情報を知り、医療と介護で相違がないよう、今後も連携強化を図っていく必要がある。地域包括支援センターの皆様には、地道な啓発を図っていただきたいのと同時に、職員のスキルアップにも尽力していただきたい。		
3回実施しているケアマネサロンにおいて、多職種との情報交換を実施し、職種間の違いの把握に努めている。ケアマネジャー不足を解消するため、情報交換を積極的に行い、関係性を強化している。また、ケアマネジャーと医療機関の間に入り、それぞれの機関と連携している。引き続き、ケアマネジャーの状況を把握していただきたい。		
認知症サポーター養成講座をJA、住吉小学校、四谷文化センター、四谷小など、小学校や企業向けに実施している。来年度も引き続き、市と共に関係性を広げていただきたい。オレンジサロンは、よつや苑内で開催していただいている。内容は好評であるため、参加者を増やすための取組を検討していただきたい。		
高齢者地域支援連絡会を3つの会場で開催し、地域の方々との情報交換を実施している。また、地域との関係性を構築するため自治会の防災訓練に参加するなど活動にも積極的に参加している。今後も地域との関係性の構築のため、継続していただきたい。		
主体的な介護予防活動の支援に力を入れ、効果を出している。生活支援コーディネーターの仕事の全体像が見えていないとのことだったので、市では活動内容の共有、役割分担が明確になる仕組みを検討していく。介護予防事業で活動量を増やし、高齢者の力を信じて、活動の場を維持するような後方支援を今後も続けてほしい。		
数多くのプランを抱える中、アセスメントをしっかり行い、迅速に必要なサービスへつなげる努力をされている。また、自立支援ケア会議に職員が交代で出席し、包括内の規範的統合も図れている。同行訪問やサービスCを活用して、リハ職の視点を介護予防ケアマネジメントに生かし、元の生活に戻れるための介護保険サービスの利用を今後も徹底していただきたい。		
		

	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①一つ一つの相談を丁寧に対応して課題解決に努める。多問題家族や老 障世帯など問題を抱えた世帯支援のため、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。 ②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 だけよう、周知活動を実施していく。 ③地域と協働してお互い同士が支え合えるネットワークづくりを目指し ていく。	○	介護保険を始め、制度では対応しきれない方の支援を行ってきた。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 者福祉課、保健所とチームとして協働するよう働きかけを行ってきた。 生活支援課との情報交換にて個別の支援に対する協働の働きかけも行っ た。
権利擁護業務	①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。 ②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。	○	①孤立してSOSが出せない方の早期発見、対応に努めた。関係各所と連 携し、専門的な支援が行えるように努めた。 ②コロナ禍の影響もあり、孤立しやすい高齢者の発見が遅れることへの 懸念があったため、民生委員協議会にて見守りの重要性について周知す る研修を行うことができた。 虐待通報についての具体的な終結のイメージを市と確認していくこと、 重層的体制整備事業を見据えた連携を強化していきたい。
在宅医療・介 護連携推進事 業	①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。 ②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。 ③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。	○	①歯科医師や薬剤師との連携が充分にできなかったため、引き続き顔の 見える関係構築を目指していく。 ②退院前の病院側からの働きかけは減っているため、在宅復帰に向けて の入院中の方の状況把握が難しかった。医療相談員との連携を大切に し、細かい情報共有を行うよう努めた。 ③研修会、事例検討会などの開催はできなかったが、研修に参加するこ とはできた。
包括的・継続 的ケアマネジ メント支援業 務	①『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。 ②高齢者地域支援連絡会を町別に二回ずつ開催し、地域とともに地域課 題の解決方法を検討していく。	○	①ケアマネサロンは、毎月開催することができた。各ケアマネが抱えて いる問題についてアプローチができるような事例検討、交流、多方面か らの意見交換ができた。また、生活福祉課との情報交換も行うことがで きた。 ②高齢者地域支援連絡会については各地域開催できた。今年度中に2回 目も開催していく。
認知症対策事 業	①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。 ②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 機関と連携、協働をしながら行っていく。	○	①オレンジサロンでは認知症専門医の講座、その後の座談会を通して、 認知症高齢者の家族支援を行った。それぞれの家族が自ら経験を語り、 共有することで癒され、居場所づくりに繋がった。民生委員に対する認 知症サポーター養成講座や見守りの重要性の研修が開催できた。 ②認知症初期集中支援チーム員事業には事例を繋ぐことはなかったが、 医療機関へ繋げる支援については連携を密にしながら行うことができた。
地域包括支援 ネットワーク 構築	①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。 ②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。	◎	エリア内の小・中学校を対象とした認知症サポーター養成講座の開催。 民生委員・介護福祉部会への認知症サポーター養成講座や、家族支援情 報交換会を開催し、ネットワークを広げる取り組みを積極的に行うこと ができた。 わがまち支えあい協議会への参加を通じて、地域の課題について情報の 収集を行うよう努め、わが町協議会のメンバーを対象に認知症サポー ター養成講座を実施することができた。
介護予防事業	①一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。 ②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。 ③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配信。訪問を通して、介護予防事業の普及 啓発を地域別に積極的に行うことができた。
介護予防ケア マネジメン ト・介護予防 支援業務	①一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。 ②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。 ③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く。	○	①個々のニーズに応じたプランニングができている。②③包括作成の介 護予防支援・介護予防ケアマネジメントの件数が増加しており、年々業 務が厳しくなっている中、 主任ケアマネを中心に事業所との関係性をケースへの支援を通じたケア マネ支援、そしてケアマネサロンなどから信頼関係の構築に努めた。
地域の課題 （本人、家 族、地域住民 の視点）	地域から孤立する高齢者や新型コロナウイルスでの自粛により身体機能 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行い、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。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
ケアマネサロンの場に生活福祉課を呼んで情報交換を行う等、個別のケース対応において協働しやすくなるようなはたらきかけを積極的に行っており、結果としてケアマネの相談しやすい環境づくりに繋がっている。障害者福祉課との情報交換会も企画しているということなので、今後も多問題家族の支援を各機関で連携しながら行えるよう取り組んでいただきたい。		
コロナ禍の影響が残る中で、民生委員協議会にて見守りの重要性について周知する研修を行い、孤立する高齢者の早期発見に努めている。虐待対応事例の終結については、虐待マニュアルの整備の中で、市と包括で意見を出し合いともにすすめていきたいと考えている。		
在宅療養の相談件数が増えており、在宅療養担当以外の職員も相談を受けることが多く、相談のスキルアップへの意識が高くなっている。定期的なケース共有など、チームで相談を受ける体制づくりができています。在宅療養の際、病院、家族とも利用できる介護保険の理解が不足しているため退院前の調整が必要。包括支援センターの役割について認知度の充実に図っていく必要がある。		
月1回のケアマネサロン実施では、包括への相談しやすい関係性が築かれている。今後も継続して積極的なケアマネ支援を行っていただきたい。 高齢者地域支援連絡会は、熱中症に関連した見守りと冬場の見守りについて地域の情報を共有しており、市民への周知ができていたと思う。引き続き地域課題の解決方法を検討していただきたい。		
初期集中支援チームに関しては役割を理解して利用していただいている。		
「認知症サポーター養成講座」をエリア内小・中学校だけでなく、民生委員・介護福祉部会にも実施しており、関係者と顔の見える関係性としての地域の見守りネットワーク構築につながられている。今後も積極的に実施し、ネットワークの強化に努めていただきたい。		
元気な方の支援に対する課題やニーズ把握にも力を入れていただいている。 コロナによる制約が続く中でもボランティアの発掘や活用を意識して事業を実施していただいているので、引き続き担い手の養成をお願いしたい。		
包括のケアプランの件数が増加し他の包括業務を圧迫しており、要介護のケースであってもケアマネが見つかりにくい現状がある。その中でも各事業所との信頼関係構築に重きを置き、日々の業務の実践をして頂いている。		

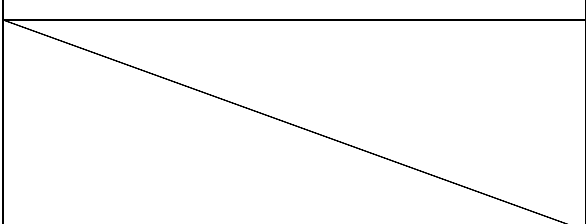
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	包括のマンパワーには限界があるため、高齢者自身が有する力を引き出す支援に改めて努めていきたい。 家族や近隣等の支援の多寡を問わず、その方らしい人生が可能な限り実現できるよう「自己決定支援」「ACP」の視点での支援に努めている。 引き続き多職種・多角的視点からのチーム支援を目指す。	○	■毎夕及び週1回のミーティングで情報共有・意見交換等を行うことで、チームとして支援・機能することを常に意識している。業務効率化の観点から、新規相談ケースをリスト化し、担当不在時でも対応しやすいよう進捗や申込等を管理するシステムを構築中である。 ■高齢者のストレングスを活かしたアセスメントを心がけ、目の前の問題解決だけでなく今後起こり得る問題に対し自己決定できるような考え方やACP含めた対応に努めている。
権利擁護業務	成年後見制度や地域福祉権利擁護事業もACPIに絡む内容であるため、後期高齢者単身世帯率が高い地域等に対し重点的に予防の視点での普及・啓発をしていきたい。 介護予防事業によるDX化に絡め、市のメールやSNS等の活用促進をする等、高齢者の情報アクセスビリティを高めることで詐欺被害等の防止に繋げていきたい。	△	■身寄りのない高齢世帯が病気や認知症等により突然破綻するケースが続き、地域への普及啓発も見直すこととなった。成年後見制度に関わる機会が増えたことで権利擁護センターとの連携促進につながった。 ■「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が必要に思う。 ■スマートフォンを介した詐欺被害も増えており、「不安な時は安立園に聞いてみる」という意識が参加者に定着しつつある。
在宅医療・介護連携推進事業	新聞記事の反響からみてもACPのニーズは確実なので、周知・普及の方法を工夫していきたい。 医療介護連携に関しては、一事業所とのミニ情報交換会等を積み重ねていくことで連携の推進に繋げていきたい。	△	■さんもう喫茶で「もしバナゲーム」を体験。ACPや様々な価値観・想いに触れることができた。 ■全包括で開催した訪問診療医との交流会では、医師にも交流のニーズがあることがわかり有意義な機会となった。 ■ミニ情報交換会の計画については、業務量の余裕がなく未実施に終わっている。後期に努力していきたい。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	主任ケアマネ4名の力を合わせ、よりよいケアマネ支援や関係機関同士の連携が進む取組に努めていきたい。一方向的なケアマネ支援ではなく、包括の経験知と居宅の経験値との双方向の連携の場をつくり、要支援・要介護を問わず高齢者の自己決定のもとその方らしい生活の継続を目指していく。 支援困難ケースを担当するケアマネジャーに対しては、定期的な情報収集・声かけ等計画的に支援をしていく。	○	■コロナの5類移行により大規模研修が再開される等、学びの場が増えたことにより顔の見える関係のメリットが再認識できた。 ■市内のケアマネ不足に加え、居宅による質・量の差も喫緊の課題と感じる。同時に包括による対応の違いはケアマネの困惑を招くため、居宅と包括とが共に向上していけるような双方向かつ協働での取組を増やしていくことが必要ではないか。府中市でケアマネをする魅力をどう創っていくか、様々な面から検討していく必要がある。
認知症対策事業	オレンジサロンの内容も多角化することで新しい当事者・家族のニーズが見えてくることに期待している。 コロナも収まりつつあるためステップアップ講座の充実やチームオレンジの発足等、府中市における認知症支援体制が一步步前進するよう努めていきたい。	○	■認知症家族介護者懇談会を毎月開催、家族介護者がリピート参加し「解放とピアカウンセリング」の場となっている。「何かの、誰かの役に立ちたい」という当事者の想いを形にしたり、介護保険以外での活動の場がない等、新たな取組には繋がられていない。 ■都営住宅自治会、手話通訳団体に対し、認知症サポーター養成講座（出張）を開催した。一般公開の講座では「認知症について知りたい」という家族介護者の参加が多くあった。
地域包括支援ネットワーク構築	高齢者地域支援連絡会は「自己決定支援」「ACP」を通年テーマとして開催していきたい。 市・UR・住民と連携で動き出した「府中グリーンハイツ・晴見町3団地の連携による取組」に参画、多世代・多機関による包括ケア構築に協力していく。 オートロックマンションとも個別ケースを通しての連携機会を活かし、協働の仕組みづくりに努めていきたい。	△	■11月の高齢者地域支援連絡会は、「身寄りなしでも安心して暮らす」として開催したが、身寄りがいる各参加者の反応はいま一つだった。包括が課題と感じるテーマをいかに地域に発信していくかを考え直す機会となった。 ■介護保険制度や成年後見制度、未来ノート、在宅療養等に関する研修会等を企画し、様々な情報提供により有効な地域力のアップを図ってきたい。
介護予防事業	コロナ収束によりボランティア等高齢者の社会参加の機会の増加が期待できるため、フレイル予防講習会後の活動を積極的に働きかけていたり、講師やリハビリ職の派遣等の支援により自主グループやシニアクラブ等の活動の維持・活性化等に努めていきたい。 DX化への取り組みも継続し、高齢者の「繋がり」「発信力」「行動力」の強化を目指していきたい。	◎	■スマホ関連の講座を19回開催している。来年度は、介護予防講座の申込をGoogleフォームを用いて行う等、ICT化の促進に努めていく。 ■意欲的にフレイル予防講習会に参加される方が増え、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと連携しボランティア活動に繋がった方も数名いた。 ■地域交流ひろばも参加者主体にシフト、近隣の心配な方を誘ってくださる等、介護予防以外の機能も果たす有効な場となっている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	介護保険新規申請に係る窓口対応の変更や短期集中予防教室の本格実施等により、早期介入による重度化防止に努めていく。 介護予防コーディネーターや生活支援コーディネーターとの連携強化や地域リハビリテーション事業の活用等により、多様な資源を活用した活動・社会参加の機会を増やす支援に努めていきたい。	○	■R4～10月のサービス利用者人数は273名、【新規】月平均7件【軽度化】5名（1.8%）【要介護への移行】46名（16.8%）【入所】6名（2.2%）【死去】2名（0.7%）、約2割に重度化がみられる。業務効率化にも限界があり、市全体での抜本的な改善策を講じていかない限り包括が機能不全になる危惧を感じている。 ■前述の通り軽度化が見込まれる利用者は少なくサービスCの対象者は少なかった。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	圏域見直しに向けた準備の1年となる。予定では高齢者人口は6,372人から9,362人、担当町丁は5町17丁から10町23丁、約1.5倍の規模となる。人員の確保・体制整備・プランやケースの引継ぎ等、市や近隣包括と連携し、市民に混乱が生じないよう丁寧な準備を進めていきたい。 後期高齢者の単身世帯率が高い地域を重点に様々な事業を通し介入していく。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
看護職が3名在籍しているという強みを活かし、医療的な視点が必要になるケース対応において包括内での相談や連携がスムーズにとれ情報共有や意見交換が行われており心強く感じている。相談担当が2名しかとれない中、包括全体で対応ができるよう体制の改善にも取り組んでいた。なので、引き続きお願いしたい。		
身寄りのない高齢世帯の対応等家族に代わって対応が必要なケースが増えているなか日頃より迅速な対応をいただいている。成年後見制度の利用の増加に伴い権利擁護センターとの連携にもつながったとのことだが、市としても包括や権利擁護センター等関係機関とのスムーズな連携に向けて取り組んでいきたいと考えているので、今後もご意見等いただきたい。		
センター長を中心として、各職種が各々の力を発揮して動かれており、情報共有がされている点も包括内の風通しの良さを感じる。課題を取組へと展開させ、地域への働きかけを常に考えて実践されており、大変心強く感じる。例年謙虚な評価をされるが、広く全体を見る視点や発展的な視点など、大変参考になる。引き続き、連携や課題と感ずることなど、市へ発信いただきたい。		
主任介護支援専門員が4人いる体制のなか、その強みを活かして支援を実施いただいている。また、市内のケアマネジャー不足や居宅支援事業所の質・力量差を課題と捉え、その解決策を地域包括支援センター全体で考え、市に対して積極的に意見や解決策を提案いただいている。引き続き顔の見える関係づくりに努めていただき、府中市でケアマネジャーとして働きたいと思える魅力（付加価値）を創造できるよう、積極的な支援を続けていただきたい。		
認知症の方やその家族の集まる場を定期的に作られており、そこで生まれる次の展開が大変難しいところであるが、市としても共に検討していきたい。認知症家族介護者教室を毎月実施し、安心して参加して思いを話せる場を創りあげられている。リピーターが多いというが、安心できる地域の場所として安立園が定着化されている効果と考える。今後も、会の運営方法など、他包括とノウハウを共有して進めていただきたい。		
高齢者地域支援連絡会では、高齢者の課題をテーマとし、積極的に意見交換を行っていただいた。また、地域包括支援センター側の意図とは違う結果を得たことで、参加者の特性理解や情報発信の見直しにも努めていただいている。引き続き地域の関係機関や市民等への情報提供に努めていただき、地域のネットワーク構築を進めていただきたい。		
ほっとサロンの終了に伴い、他の活動の場等への移行をスムーズに実施していただいた。また、介護予防講座の申し込みをGoogleフォームに変更し、ICT化への促進に積極的に取り組んでいただいた。スマホ講座を充実させ、高齢者のデジタルデバインド解消に取り組んでいただいた。介護予防事業全般に関して主体的に活動しており、様々な協力依頼を進んで引き受けていただいている。		
介護予防ケアマネジメントの件数が増加し対応が大変な中、様々な経験を持つ職種のプランナーを配置し、チームで連携しながら業務を進めていただいている。引き続き、自立支援の視点を持ちながら、アセスメント、プランの作成に努めていただきたい。		
/		

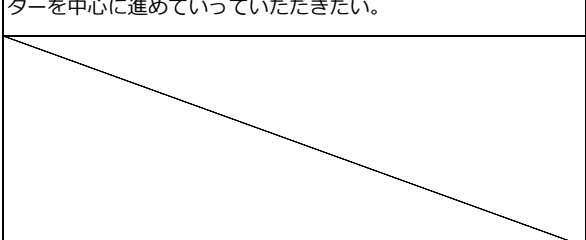
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	定期的に職員間での情報共有や対応の検討の機会を確保し、どの職員でも相談に随時対応できるように機能強化を目指していく。また移転がまだ知れ渡っていないこともあるため、地域での相談機関としての周知をわがまち支え合い協議会含め関係機関に対して継続していく。	○	事業所の移転から時間が経ち、認知度が上がったのか来所相談のケースが増えている。相談には適宜対応し、推進事業参加者をはじめ地域資源を紹介・仲介することで支援を行っている。また、職員間では支援センターシステムを活用し、情報を共有している。また、関係機関のそれぞれの役割を理解したうえで関係づくりを強化できるように支援を行っている。
権利擁護業務	身寄りの無い方や虐待案件、また詐欺被害の増加が見られており、ご本人の権利を守るための権利擁護に関わる普及啓発を継続して行う。また虐待対応については各関係機関と連携し、様々な視点から支援が提供できるように行っていく。	○	虐待ケース等、必要なケースについては行政機関や権利擁護センター、病院や居宅介護事業所と連絡情報交換をしながら連携をとっている。
在宅医療・介護連携推進事業	在宅療養を希望される相談者が今後増加していく中で、在宅と医療との連携窓口としてのPRを行い、その役割を今後も果たしていく。またご本人の望む生活を送れるような地域を作っていくよう各機関とのネットワーク作りを継続していく。	○	以前に比べると、病院から包括への連絡が多少時間に余裕を持っていたことも多くなってきている。介護保険の新規申請や区分変更など在宅での生活を踏まえての関りが出来るようになってきている。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	ケアマネジャーを支援する中で、地域への視点や関わりを持てるような情報提供や取組を行っていく。また引き続き医療機関との橋渡し役を行えるような仕掛けを行い、より多くのケアマネジャーと医療機関との結びつけを図っていく。	△	主任ケアマネが不在となったため、十分な役割が出来ていないが、ケアマネサロンを開催し、ケアマネと情報を共有しながらコミュニケーションも取れる場面を作り、連携しやすい環境を作っていく。
認知症対策事業	認知症を有していても地域で変わりなく生活できるよう、またご本人を周囲が支えていけるよう、わがまち支え合い協議会とも連携しながら認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェ、認知症家族介護者教室等認知症における情報提供を継続していく。またささえ隊のステップアップを含めた活用を検討していく。	○	昨年からコロナ禍の規制が穏やかとなったが、継続的開催にまだアプローチできていないこともある。認知症対策としては地域福祉コーディネーターやわがまち支え合い協議会と情報を共有している。また、学校や自治会への認知症サポーター養成講座を開催し、さらなるつながりを作る必要がある。
地域包括支援ネットワーク構築	地域支援連絡会の複数回開催を目指し、更なる地域における情報共有の場の確保と、地域でのネットワークづくりの方法や場の提供を検討していく。またわがまち支え合い協議会と協働し、様々な地域活動の場への参加や地域の特性を活かした活動、支援の拡大について模索していく。	○	地域にかかわっている人や関係機関と地域支援連絡会など顔を合わせる機会を作り、現状をそれぞれの立場から見て共有できる場面を設けている。有効活用できるように工夫をして協働して行くことが大切、さらなる連携が必要。
介護予防事業	体力低下防止や人々の集いの場等、参加できる場の提供を図ることで介護予防により多くの方々に関心を持ってもらい、また参加してもらうような働きかけを地域に対して行う。更に多くの方々が介護予防に取り組むことにより、自主的な活動に興味を持てるような支援を行っていく。	○	未把握者の訪問が出来ていないが、他の事業は計画通りに進んでいる。自主化と参加者の主体的活動への移行に向けて働きかけを強化している。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	本人主体のケアマネジメントを継続し、本人が望む暮らしを実現できるようにアセスメント、プランニングを実施する。また地域包括ケアシステムを念頭に置き、地域における医療機関や関係者間でのネットワークの構築を引き続き検討していく。	○	サービスCへつなぐ対応ケースが少なかったため、十分ではなかったところがある。介護予防プラン数の増加により、日常業務に支障をきたすこともあり、引き続き委託先など拡大できるよう働きかける必要性がある。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①地域での課題抽出、地域での問題解決ができるよう様々な関係機関と連携やネットワークづくりを継続し、他機関の協働を目指していく。 ②高齢者の生活や在宅療養、権利擁護そして家族への支援等様々な相談の窓口としみずがおかのPRを継続し、より多くの市民の方々と関わりを持てるようにする。		

【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

中間評価 市評価	R 5 事業報告	
定期的なミーティングの場を活用し、ケースの検討や相談を効率的に行っている。各々の役割を理解し、適切な社会資源・相談機関に丁寧につなぎ、支援が継続されるよう実施している。		
関係機関との連携・調整において、丁寧にコーディネートを実施していただいている。また、ケースの検討についても、センター内で十分に行っていただいております。支援に活かしていただいている。同時に、引き続き、権利擁護に関わる普及啓発を強化していただきたい。		
ケース対応について定期的な情報共有を行い、チームで対応できる体制づくりができています。連絡会などへ積極的に参加することで関係機関との連携、ネットワーク作りもしていただいている。引き続き関係機関との連携強化を行っていただきたい。また、スキルアップのための研修参加も継続していただきたい。		
主任ケアマネジャーが退職し不在となり、介護支援専門員の資格を持つ職員が兼務をしているが、十分に役割を果たしているか不安や迷いを抱えている様子が垣間見えた。居宅介護支援事業所のケアマネジャーを支援するうえで、主任ケアマネジャーを配置していること自体にも有意性があるので、可能な限り早期に主任ケアマネジャーを配置していただきたい。		
・ささえ隊ネットの登録者に関しては、今後登録者が集まれる場所を作っていくことを検討している。今後の認知症施策の展開を考えるうえでは、登録者同士のネットワークづくりも重要であるため、実現に向けて進めていただきたい。 ・認知症初期集中支援チームについては、必要な方をつないでいただいている。		
・地域課題の分析については「十分ではない」という自己評価であった。課題となっていることを分析し、その要因を考察することで、解決・改善に向けた糸口の発見に繋がるため、十分な分析ができるよう更なる工夫を期待したい。 ・業務手順の振り返りを継続的にを行い、情報セキュリティインシデントを予防できる仕組みづくりに取り組んでほしい。		
主体的な介護予防活動への支援を工夫されている。市民が地域活動がしやすくなるよう、生活支援コーディネーターとも連携し相談がつながりやすい取り組みができています。介護予防ケアマネジメントでの目標達成のツールとして、介護予防事業や地域活動が活用できる徒歩圏内の会場設置の検討やプランナーとの地域資源の共有を密にしていきたい。		
要支援者や事業対象者は改善する可能性が高い方たちなので、介護保険サービスを利用して、どんな生活を取り戻したいかを主眼に置いたプラン作成を意識していただきたい。IADLが低下した方が多く、リハ職の視点を入れたアセスメントが自立支援のプランに効果的なので、同行訪問やサービスCを活用して、元気な高齢者を増やしてほしい。		
		

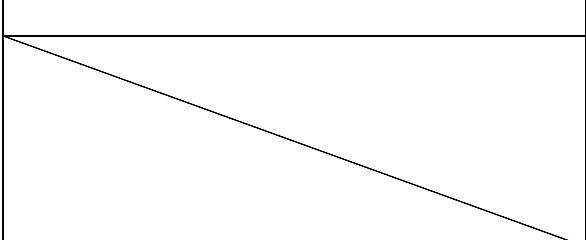
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①地域の住民と顔が見える関係作りを行っていく。かわらばんの配布や講座の開催等で地域包括支援センターの周知、業務内容の理解を求めていく。 ②相談機能の向上を図る。朝礼、夕礼等でケースの進捗状況を確認し、ケースの潜在的な課題まで職員一人一人が気付けるように勉強会を行っていく。	○	【効果をあげている事】朝礼・夕礼を行い、職員全員が相談を共有している。相談票の回覧や所内伝達で情報を共有することが出来ている。 【今後強化・充実していくべき事】すべての職員が常にスキルアップを目指し、様々な制度等について知識を増やしていく。その為に事業所内での勉強会を継続していく。
権利擁護業務	①高齢者やその家族の権利擁護に関する課題がないかを、朝礼、夕礼で確認し、必要に応じてケース検討して行く。権利擁護の必要があるケースについては権利擁護センター等と連携をとり対応していく。	○	【効果をあげている事】相談票を活用し、高齢者の支援に権利擁護の必要性がないか判断している。 ・高齢者地域支援連絡会で消費者被害に関する出前講座を開催し、市民団体に周知をすることが出来た。 【今後強化・充実していくべき事】高齢者虐待対応について、皆が同じ対応が出来るように情報共有していく。
在宅医療・介護連携推進事業	①今後も在宅療養相談が増えていくことが見込まれる。広報紙や講座等を行い、地域住民に対して在宅療養の推進を行う。 ②在宅療養を支援する上で必要となる知識の習得し、さらに相談の対応力向上をする必要がある。情報共有ツール等の機器に関する学習を行っていく。	○	【効果をあげている事】在宅療養相談窓口であるということが広く周知されてきている。ケースが増えて、在宅療養機関との関係性もスムーズに行えるようになってきている。 【今後強化・充実していくべきこと】医療保険や介護保険の制度の理解の向上。地域包括支援センターだけでなく、在宅療養関係機関とも理解を深めて行く必要がある。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①ケアマネサロンを継続的に開催していく。地域で活動するケアマネジャーとの信頼関係を構築していく。 ②重複課題のあるケースが多くなってきている。困難事例の事例検討会を開催していく。	○	【効果をあげている事】定期的に開催するケアマネサロン等で介護保険関係機関だけでなく、他の資源等とつながるように支援している。 【今後強化・充実していくべきこと】多職種での事例検討会を開催していきたい。
認知症対策事業	①小中学校や企業等、多くの地域の団体等に対して、認知症サポーター養成講座を周知、案内していく。 ②介護予防事業と組み合わせで地域の住民を対象とした「認知症予防」の講座を開催する。	○	【効果をあげている】中学生に対するサポーター養成講座は毎年依頼を頂いて、近隣地域包括支援センターと合同で開催出来ている。 【今後強化・充実していくべきこと】府中市の認知症対策について関係団体等に周知を行っていく。
地域包括支援ネットワーク構築	①高齢者地域支援連絡会の内容を再考する。地域の関係団体が地域課題に気付き、地域の中で解決できるような取り組みが出来ないかを共有して行く。	○	【効果をあげていること】年間計画通りに高齢者地域支援会を開催することが出来ている。災害対策や消費者被害に関する講義と地域の情報交換を行っている。 【今後強化・充実していくべきこと】高齢者地域支援連絡会への参加率を上げるような働きかけを行っていく必要がある。
介護予防事業	①介護予防の普及啓発を継続的に行って行く。新規の教室参加者や自主グループの立ち上げや支援を行っていく。	○	【効果をあげていること】地域関係団体や介護保険事業所等と連携して地域活動を推進する取り組みが出来た。 【今後強化・充実していくべきこと】資源の把握や発掘を進めていきたい。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	①自立支援に向けたケアプラン作成を行っていく。対象者の生活に着目し、生きがいを持ちながら地域で生活が送れるように支援を行う。介護保険、総合事業だけでなく、地域の社会資源を取り入れられるように、関係機関との連携を図る。	○	【効果をあげていること】短期集中予防サービスや通常の予防計画作成中の関わりでも、卒業を意識して利用者と関わるように出来ている。 【今後強化・充実していくべきこと】資源の把握や発掘を進めていきたい。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①コロナウイルスの影響により、既存の社会資源も形を変えてしまっている。広報紙等により地域包括支援センターの周知を行い、支えあう地域作りを推進していく。 ②個別ケースの課題に家族の問題などを抱えているケースが多くなってきている。地域包括支援センター職員の個別の対応力を向上するべく、研修への参加や勉強会等に取り組む。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
かわらばんを自治会等々に配布できるよう取り組んでおり、相談しやすい基盤づくりをしていた。また、相談などの情報の共有がされる取り組みをしており、日常の業務状況からも情報共有がされていると認識している。高齢者支援では多種多様な相談があると思うので、今後とも積極的にスキルアップや支援に係る情報収集に努め、相談に活かしていただきたい。		
権利擁護の視点をもって、ケースの対応をしている。虐待対応や、成年後見制度の活用にあたって、関係機関とうまくつながりをつけ市民が困らないように対応していることがわかった。今後もこれまでの活動を実践いただき、強化充実したい事項について取り組んでいただきたい。		
医療や介護の関係機関との連携については、問題なく行われている。在宅療養ケースについては、メイン担当者が限定されているようだが、多くの職員が携われるようケースの共有化をはかり、スキルアップが図れるよう引き続きすすめていただきたい。		
包括みなみ町とも合同で開催しているケアマネサロンで情報共有し、課題の把握や関係性の構築に努めている。事業計画にもあるように困難事例や多職種での事例検討会を通じて、包括及び事業所の更なる関係性の構築と対応力の向上に努めていただきたい。		
中学校への認知症サポーター養成講座の開催を毎年実施できしており、若い世代への認知症の普及啓発を今後も引きつづき推進していただきたい。また、次年度はステップアップ講座の担当包括でもあり、ささえ隊ネットの名簿を活用した地域活動につながるような仕掛け作りも検討していただきたい。		
かわら版を自治会に回すことで市民（近隣や友人など）から包括へ連絡が来るようになっていく。高齢者地域支援連絡会への自治会の参加率が低い点が気になる。自治会が開催する集会などに参加することで、包括が認知され、高齢者地域支援連絡会への参加につながるのではないかなと思うので、検討いただきたい。		
介護予防事業の既存参加者への働きかけについて、参加者の意識を変えることは難しいと思うが、引き続き住民主体の通いの場や自主グループ化に繋がるように支援を進めて欲しい。また、新たな取り組みや講座の開催は負担になると思うが、地域の関係者と連携し取り組んでいただいているので、引き続き地域ニーズを把握し実施していただきたい。		
短期集中予防サービスを通して、直接ケアプランを持っていない職員も含め、事業所内で意識を変えて取り組んでいただいている。地域資源の把握・発掘、生活支援コーディネーターの情報連携に課題があるとのことであったため、介護予防コーディネーターを中心に進めていっていただきたい。		
		

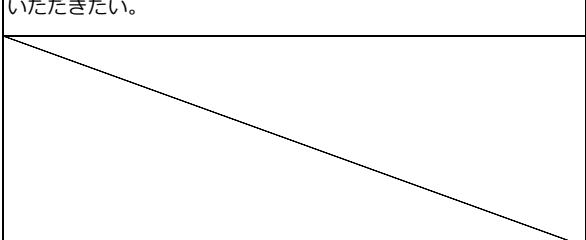
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	・市の介護保険の申請受付方法が変わったことに伴い、介護保険申請やサービス利用の必要性について、職員が理解し相談者に対し納得していただける説明ができるよう統一した相談対応ができるようにする。 ・地域住民、商店会、金融機関等に対し地域包括支援センターの機能、役割について継続周知していく。	○	・信頼関係を構築し、関係機関と連携し適切に対応することができた。 ・コロナ禍を経て変化した社会の在り方に合わせ相談対応している。地域住民には気軽に相談できる窓口としてPRに努めている。 ・研修やSVなど日頃スキルアップに努めているが、多問題・困難ケースが増えており更なる研鑽が必要。 ・介護保険の新規相談など、包括でも申請が必要かを見極め、介護保険サービス以外に利用できるものを案内、利用につなげた。
権利擁護業務	・ケアマネジャーからの虐待通報が最も多く、高齢者虐待についての啓発や、早期発見につながる情報交換、相談がしやすくなるような関係づくりなどを継続して行う。 ・市民、関係機関向けに死後事務委任契約の講座を行い、高齢者の「身寄り問題」に対し、市民が問題意識を持ち自身の備えにつながるよう啓発する。	○	・親族がいない方へ権利擁護センターと共に成年後見制度を説明、市の法律相談を利用して必要性を確認した。 ・住民に広報誌でアピールしている。関係機関や住民に対して勉強会を行い広報し、身寄り問題等地域支援連絡会にて周知に取り組んでいる。 ・通常の相談対応として関わり始めたケースが虐待ケースだとわかったり、高齢者虐待ケースに変わっていくこともある。虐待の気づき、対応のスキルを向上させていく。
在宅医療・介護連携推進事業	・コロナ感染症が落ち着き医療機関や施設は面会などの制限が緩和されていくと思われる。引き続き感染症対策は行いながら、コロナ後の医療機関との新しい連携の在り方、強化を考える。 ・がん末期や難病、認知症などの在宅療養で悩みを抱える高齢者本人や家族に対する支援をケアマネジャーや医療機関などの関係者とともに取り組んでいく。	○	・キーパーソンとなる家族がいない場合の医療連携の難しさは引き続き課題。訪問診療医との交流会にて情報交換や関係構築ができた。 ・各機関との連携は取りやすくなっており、退院前カンファレンスがなない場合でも電話連絡などで早目に調整ができるようになった。 ・市内外の医療機関を整理し、活用ができるよう共有している。 ・家族介護者交流会で訪問看護STの看護師に講師を依頼、医療面でのケアについて介護者自身学んでいただいた。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・地域の主任ケアマネジャーとともにケアマネジャーに必要な情報をテーマにした学習会を企画・開催する。また、認知症高齢者に対する支援についても主任ケアマネジャーの力を借り考え、地域包括ケアシステムの構築を推進する。 ・高齢者虐待、成年後見など高齢者の「権利擁護」に関する支援について、ケアマネジャーと地域包括支援センターがともに理解が進むよう意見交換を行っていく。	◎	・講演会を実会議とwebとのハイブリッドで開催しており学びの機会を設けている。勉強会では虐待防止に向けて意見交換している。日頃の相談では事業所管理者とも連絡し支援を行っている。 ・事例検討会、地域支援連絡会を開催。居宅主マネ連絡会に参加し課題などの把握に努めている。 ・社協やいきプラとの情報共有、地域の助け合い等の情報共有も行い、必要に応じて連携できている。
認知症対策事業	・オレンジサロンが家族介護者の交流や認知症高齢者への理解を深められる場となるよう、広報、啓発を行っていく。 ・ささえ隊や生活支援コーディネーター、KC、地域の主任ケアマネなどの協力を得て、認知症高齢者やMCI高齢者などが交流できるオレンジカフェの立ち上げを手掛けていく。	◎	・今年度は認知症マップの普及啓発、オレンジカフェ立ち上げと運営に重点を置いている。地域住民だけでなく福祉施設、介護事業所、ケアマネ、薬局などにも協力要請をした。 ・認知症カフェを新町と栄町で定期開催しているが、まだまだオレンジカフェの主旨、目的の理解が十分ではない。 ・オレンジカフェ、小学校への認知症サポーター養成講座など認知症の正しい理解知識の啓発に力を入れている。
地域包括支援ネットワーク構築	・地域のネットワーク構築はそれ自体が目的ではなく、構築したネットワークを用い、高齢者を取り巻く様々な課題の共有、解決に向け地域で何ができるのかを考え、実行に移していくことが目的だと考える。ネットワークを拡大していくことと、ネットワークを通じ発信すべきことを考え、他の事業担当者や協力し取り組んでいきたい。	○	・手芸の得意な高齢者の活動の場の提供として完成した手芸品を寄付程度の金額で譲渡（バザー）を行った。寄付をもとに次の福祉活動へつなげる循環型の活動としていきたい。 ・高齢者の地域での居場所づくりの一環として保育園と手芸クラブとをつなぐ支援を行っている。今後、他の保育園とも同じような活動が増えていくことが、高齢者の社会参加につながると思われ、自主活動やわがまち支えあい協議会へつなげられるよう取り組む。
介護予防事業	・地域の中でいきいきと生活できる仕組みづくりを介護予防の視点から考え、活動の場や居場所づくりなどに取り組む。趣味や特技をいかし、高齢者の役割や生きがいにつながれる活動を考えていく。 ・今後高齢者のDX化は必須になっていく。スマホを使いこなせない高齢者に対し、基本操作ができるよう講座を増やしていく。	○	・4つの自主グループが立ち上がり、ひろめ隊主体の地域交流ひろばも一会場立ち上がる。会場費や会場の鍵の開け閉めの役割分担が自主グループ立ち上げの課題になるが、一緒に課題解決に向けて検討し、高齢者が自主的に交流、運営できる場を増やせるよう取り組んでいく。 ・少しずつスマホを持つ高齢者が増えている。うまくスマホを活用できるよう、今年度は多くの会場でスマホ講座を開催した。スマホの操作を覚え積極的に介護予防に取り組むようになった方が増えた。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	・介護予防短期集中サービスモデル事業により支援者の理解は進んだが、一般市民や医療機関、介護事業関係者などにも自立支援の概念の理解が進むよう、市とともに取り組んでいきたい。サービスに頼らず社会資源を活用したプランニングを心掛ける。 ・介護予防支援・介護予防マネジメントの業務をフローチャートにのっとり適切に対応できる体制を構築していく。	◎	・フレイル状態の方には、サービスCを紹介し利用につなげている。要支援認定者は適切な指導を受ければ改善する可能性があることを念頭に置きアセスメントを行い支援している。自立支援を基盤にアセスメント、プラン作成を行った。 ・サービスCを通じて、介護保険サービス以外の事業、インフォーマルサポートの利用を位置付けたプラン作成を考えるようになった。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	高齢者の自立支援に向けた業務の取組、年々増える身寄りのない高齢者への対応、認知症高齢者をどうやって地域で支えていくか、考えるべき課題は多い。今年度事業所を移転しており、エリア変更に向けたセンター内の体制構築を適切に行っていかなければならないと考えている。相談対応や業務に関連した知識習得だけでなく、情報ツールを駆使できるよう職員自身のスキルアップも重点目標にしていきたい。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
コロナ禍を経た社会変化の中においても、社会資源の開発に向け積極的に地域にはたらきかけを行っておりその成果として高齢者の活動場所の拡大に貢献している。センター長をはじめ包括内の各担当者が役割分担を行い責任感をもって業務にあたっていた。困難ケースが増える一方ではあるが、引き続き関係機関と連携をとりながらご対応いただきたい。		
「身寄り問題」について地域支援連絡会でとりあげる等、積極的に地域住民に対し問題提起をすることで市民の認識の向上や事前準備の必要性について考えるきっかけづくりについて取り組んでいる。虐待対応マニュアルの改訂と対応の仕組みについて、市と全包括とともに議論しながら作りあげていきたいと考えているので今後も忌憚のないご意見をいただきたい。		
センター長を中心として、包括内の連携が取れており、それぞれメンバーの役割に応じた力を発揮している。医療機関の介護保険制度の認識不足については、他包括からも報告があり、医療機関向けの制度理解を図る研修会等、検討を進めたい。今後も市民が最期まで自分らしくすごせる地域づくりに向け、引き続き、対応力の向上や連携強化に努めていただきたい。		
実会議とwebのハイブリットで講演会を開催するなど、多様な学びの場の提供しており、居宅主マネ連絡会に参加する等、ケアマネジャーとの関係性づくりにも積極的に努めていただいている。また、課題把握も適切にできている。今後もケアマネジャーとの対等な関係を大切にしながら、相談しやすい関係性を保ちつつ支援に努めていただきたい。		
感染症流行で一時は停滞した地域活動であったが、認知症マップやオレンジカフェ、しんまちバザーなど、地域を中心とした活動の展開を広い視点で繰り広げられており、他の包括へも影響を与える活動となっている。また、大きなテーマである「身寄りなし問題」について率先して取り組まれており、備える事の大切さを引き続き啓発していただきたい。		
毎年自治会長が交代する会が多く、地域の自治会活動が縮小化されており、高齢者地域支援連絡会への参加等、自治会への協力依頼は難しい状況になっている。しかしながら、その他のネットワーク構築では、認知症マップ等の作成を通して、高齢者の社会参加や居場所づくりに成功している。今後も地域特性を把握しながら、引き続き地域のネットワーク構築に努めていただきたい。		
自主グループとして活動をスタートするときの支援が大切となるが、不安な気持ちに寄り添い自主的に取り組めるよう丁寧な支援をしていただいている。また、高齢者のデジタルデバインド解消のため、スマホ教室の充実を検討いただいている。スマホを使う高齢者が増え、みんチャレにも多くの方が参加頂けるよう引き続き、お願いしたい。		
サービスC担当の方を置き、書類や流れがスムーズに行えるような仕組みを構築していただいた。包括全体で「この方にサービスCがどうだろう？」という視点をまずは通してからアセスメントを行っており、絶え間なく利用者をつないでいただいている。サービスに頼らず社会資源を活用したプランニングの実践を率先しており、そのノウハウを他の包括へ広めるにあたり協力をお願いしたい。		
		

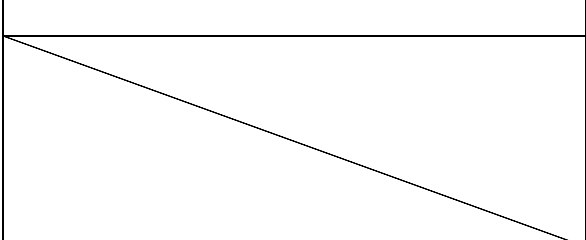
	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①365日24時間対応可能な体制で相談を受ける。受けた相談については部署内ミーティング・事例検討会で共有・支援内容の検討を行う。複合化された生活課題を抱えた高齢者、高齢者以外のケースにも社会福祉協議会、市関係機関、保健所等とも連携を取り進めていく。外部研修や多職種研修等、積極的に参加し相談業務スキルアップにつなげていく。	○	土日祝日、年末年始を含め365日対応する体制を整えることで、幅広い相談ニーズに対応できるようにしている。職員が交代勤務となるため、毎朝の事例確認・月2回の事例検討で包括内の役割分担等の再確認も行い、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。
権利擁護業務	①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、支援を進めていく。	○	高齢者虐待の通報を受けた場合は市に報告し、会議開催を主として支援内容を決定している。必要な関係機関全てが参加できているわけではないことが課題である。消費者被害防止については、介護予防事業やわがまち支えあい協議会を通じて地域住民に直接働きかけている。介護保険事業者への情報提供が十分でないため今後取り組んで行くべき課題と考えている。
在宅医療・介護連携推進事業	①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。退院調整時には医療関係者に対し、自宅に復帰しての生活の困難さ、新たな生活の組み立てには時間がかかることを伝え、利用者が困難しないように支援していく。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。	○	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。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①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、ケアマネ喫茶をあさひ苑と共同して行っており、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ケアマネとの信頼関係作りは継続している。
認知症対策事業	①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行い、安心して生活できる街づくりを進める。 ②未開雇エリアの小学校での開催を目指し、アプローチを行う。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。 ③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。	○	認知サポ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。
地域包括支援ネットワーク構築	①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。地域が抱えるコロナ禍の影響について、まずは実態を把握し、必要な情報は市にも共有し連携していくとで、包括として支援できることを検討していく。	○	高齢者地域支援連絡会や民生委員との情報交換会も定期開催を再開できており、今年度課題としていたネットワーク再構築に向けた取り組みを行うことができています。地域住民からはエリア変更に向けた不安の声も聞かれているため、次年度に向けた引き継ぎが課題と考えています。
介護予防事業	①市の介護予防事業再編に対応し、現在の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。 ②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い、介護予防事業や総合相談につなぐことはできている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	①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、サービスCも意識しながら、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ます。委託契約を結んで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・予防支援に対応しているが、人員体制にも限界があり包括本体業務を圧迫している。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①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。 ②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徐々に再開し始めているが、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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
365日の相談体制を整え、市民の相談に幅広く対応いただいている。交代勤務になり相談ケースの共有が難しい中でも、毎朝の事例確認や事例検討を通して役割分担に取り組んでいただいているので、今後も継続して対応をお願いしたい。		
高齢者虐待対応について、会議開催を主としての支援内容の決定に積極的に取り組んでいただいている。課題と感じている医師や看護師等医療機関や保健所との連携について、市としてもスムーズな連携に向けて協働していきたいと考えているので、必要時は相談いただきともに検討していきたい。		
行政や地域で行う研修会等ではいわゆる"常連"の参加が多く、新規の参加確保が非常に困難であるため、普段のケースでの関わりの中で在宅療養の実情を理解していただく必要がある。関係機関でアプローチするだけでなく、地域住民一人ひとりが医療職に対して在宅療養に係る相談ができる体制をぜひ構築していただきたい。		
引き続き、地域のケアマネジャーと顔の見える関係づくりを行い、あさひ苑包括と合同でのケアマネ喫茶については、地域のケアマネジャーの情報交換の場として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したい。		
今後も認知症サポーター養成講座を通して、関係性が出来ている機関とは来年度も継続して、実施や声掛けをしてもらい、開催が不定期開催の機関については、来年度以降、さらに地域ネットワークを増やしていけるよう声掛けをしてもらいたい。		
コロナ禍で地域のネットワークがいったん途切れてしまった機関との関係性の再構成を段階的に進めていただき、今まで培ってきた地域とのつながりや活動を活かしながら、新しいネットワーク構築方法や地域課題の分析について模索していただきたい。		
ボランティアの発掘や育成に力を入れており、住民主体のフレイル予防につながる支援を心がけている。 今後は、介護予防事業はきっかけの場として、元気になったら地域へつなぎ循環する仕組みを実践していただきたい。		
緑苑内の共有は十分に図れている。 要支援者や事業対象者は改善する可能性が高い方たちなので、介護保険サービスを利用することが目的（デイサービスを長期間使いたい等）ではなく、介護保険サービスを利用して、どんな生活を取り戻したいかに主眼を置いたプラン作成を意識していただきたい。		
		

	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	・コロナ5類移行に伴い、コロナ罹患者が潜在化しやすくなる事に留意し相談支援を実施。 ・「ケース特性を見極める」という視点をもちケースの個別化と共通化の両立でケース分析や対応を目指す。 ・ケース対応がより円滑になるべくスタッフ同士の特性の活かし、臨機応変な対応とケース対応を特定の職員化しすぎないようセンター内連携を図る。	○	・「ケースの特徴を見極める」取り組みの中ではとくに8050世帯が増え、高齢者に対する支援は、包括ケアシステムを利用しながら対応できている。しかし、何らかの理由で引きこもっている子に対する対応が難しく、高齢の親に対する支援が遅れてしまうケースが目立つ状況。 ・複雑化が予見されるケースにおいてはチームで動き、個別の職員とチームで連携する両面からのアプローチを心がけている。
権利擁護業務	・虐待の早期発見のため民生委員など地域住民との情報交換会を年2回程度の定期開催で行う。また個別のケースにおいては適宜の情報共有を行う。 ・虐待の事案では、被養護者の方に支援が偏らないように養護者支援も念頭に入れて、関係機関との協議を図る。 ・支援の終了後、包括内で振り返りを行い、情報を共有する。	○	・自治会・シニアクラブとの地域支援連絡会、年明けに2つの民生委員協議会から出席依頼を受けるなど情報交換の場を持っている。 ・虐待通報において、被虐待疑いの方への対応のみならず、養護者支援を意識しその背景などにも目を向け相談支援を実施。 ・センター内では虐待と思われるケースについては途中経過や終了まで包括内で情報を共有し対応を全体で検討するようにしている。
在宅医療・介護連携推進事業	・コロナ5類への移行後も退院支援の支障は残ることを想定し医療機関との連携、ご家族とは入院後の状態変化の理解の促しながらの支援体制をとっていく。 ・介護者サロンの継続実施とその負担を減らせるようにする。 ・在宅療養の推進のため多職種連携の研修会等を開催する。 ・MCSの活用方法の検討実施。	○	・MSWとの連携が適宜とる事ができてスムーズに退院支援ができた。 ・介護者サロンは介護者の憩いの場、情報交換の場となってきた。 ・相談員との連絡を密にとり、出来る限り情報提供していただき、退院時に利用者・家族が困る事はなかった。退院して改めて本人と接し状態を把握して、そこからサービスを微調整してきた。 ・MCSは在宅療養としての登録と、相談・プランナーとしての登録と2つに分けてしている。
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（6回の計画） ・ケアマネとの連携を深め必要時の同行訪問 ・一人ケアマネ事業所同士の繋がりがあいの場をもてるよう「そろまの集い」を実施。 ・西部地区の包括主任ケアマネつながりあいの強化し共同で企画し、地区のケアマネとの連携を図る。	○	・ケアマネサロンを計画通り実施。テーマごとの話のほか、タイムリーな関心事等の情報交換なども実施。 ・支援の困難が見られるケースにおいてはケアマネとの同行訪問を心がけ、ケアマネからも声をかけてもらうように取り組んでいる。 ・そろまカフェを開催し、日頃の悩みや疑問を共有する場が作れた ・西部地区の包括主任ケアマネで連携し、西府文化センターにて居宅介護支援事業所と通所介護事業所との情報交換会を実施。
認知症対策事業	・認知症サポーター養成講座やオレンジサロン、介護者サロンを通じて認知症理解の場づくりを継続して実施。 ・地域の小中学校への認知症サポーター養成講座や、福祉講話、法人新規事業のこども食堂、スクールコミュニティ委員の活動を通じ、若い世代と高齢者との接点づくりを心がけ、生活と切り離さず身近な思いやりや配慮ある行動が、結果的には障害や若い、認知症の支援につながる視点を伝えていく。	○	・他包括の取組も見学し、当センターの工夫もしながら認知症サポーター養成講座の実施。10代から70代と幅広い受講となった。 ・小・中学校への認知症サポーター養成講座の普及には課題があるが、学校教育に無理が無いよう、また、認知症だけに特化しすぎるといった唐突感が無いよう地域安全マップ作り、福祉道徳活動などの学校行事に参加するなど、小中学生自身の学習の場に溶け込み生活や安全への学習に触れながら実施している。
地域包括支援ネットワーク構築	・民生委員や自治会など地域住民との情報交換会を定期的に開催。地域での困りごとや、気になる情報等の把握に努める。法人で『こども食堂』を立ち上げる。包括としては高齢者と若年層との世代間交流の場や高齢者、若年者双方の役割期待の場になるよう地域高齢者に周知していく。にしふのにわの作物をこども食堂に提供し育てた人が他の人に食べてもらえる喜びのリンクで地域住民が地域住民を支える醸成を図る。一般にも開放し井戸端会議や栽培を通しての地域の交流の場としていく。	○	・民生委員（6月）や自治会（10月）との情報交換会を行い、地域毎の困り事などを収集し、参加者と一緒に考える機会を持った。 ・にしふのにわの運営で、介護予防や関心を寄せる人たちのお力を借りながら、花壇と作物育成、雑草抜きなどが出来ており、地域の交流の場になっている。作った作物もこども食堂に使ってもらっている。 ・文化センターの自主防災活動グループへの部分的ではあるものの活動参加や、10中で行う地域防災スクールなどへ参加。
介護予防事業	・フレイル予防講習会とみんなチャレを軸とした介護予防事業を実施。途中ででの退会者を減らせるように場面づくりや目配り、声掛けをしていく。（例）フレイル予防講習会では次回までの間隔が開きすぎるので途中で体操教室等を設けるなど）・地域交流ひろばを開催できていない地区での開設の検討。（開催地区については今後の新園域との兼ね合いも考慮していく）・SNSを活用できるようにLINE講座等の開催や案内方法を充実。	○	・ほっとサロンにおいては、事業の終了をお伝えすると他の活動への興味があっても「遠いから通えない」などの声もあがる。みんなチャレは参加された方においてはlineの講座実施など一定の効果は出ている。地域交流ひろばでは参加者同士で準備・片付け等定着化し、自主的な動きになってきている。 ・フレイル講習会では変則的かつ、長期になるため途中退会する方が多く、維持が難しい等、会の在り方に課題を感じる。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	・新規相談や介護保険等の継続の方でも多面的にとらえ予防事業に向いている方にはKCの介入など働きかけその人らしい「長いいきいき生活」に結びつけられるようにしていく。 ・ケースの特性を見極め、プランの委託も積極的にいケアマネ連携や要支援から要介護への途切れのない利用に結びつけていく ・オンライン面談、インターネット活用など、利用できる場面や今後に備えていけるよう利用者や家族、包括共々に触れる機会を設けていく。	○	・長いいきいき生活の視点も含め、本人の現状を捉え目標を考えている。 ・区分変更のタイミングが難しいケースが多い。要支援からの区分変更の場合は、必ず要介護のケアマネも担当者会議に招く必要があるが、区分変更の結果が要支援となり要介護のケアマネには立ち合いだけさせてしまうケースが多々あるため、予防的側面を強化するとともに、その引継ぎ先としてのケアマネ連携が重要と考えている。
地域の課題（本人、家族、地域住民の視点）	人と人の繋がり、高齢者の引きこもり、多世代交流、地域関係者の繋がりに目を向け地域ニーズの把握や関わり合いの中で福祉的な視点の醸成を行う。コロナ5類への移行で潜在化するため、重症化リスクの高い高齢者支援や、高齢者同士においても個々人においてのとらえ方、集団となった時のとらえ方など、見定めながらケースや予防事業に取り組んでいく。広報誌やホームページの活用で一人一人が体験されたことを地域の方々に目に見えるよう意識していく。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
・ インタークシートを活用し、初期相談を効率的かつ多面的な視野で実施している。 ・ インフォーマルな社会資源に対象者をつなぐ際には、マッチングが可能か丁寧に確認、引継ぎを実施している。		
・ 対応において、チームで一丸となって取り組んでいただいている。定期的、適宜の会議によって、ケースの全体を把握し、支援の必要なところへ迅速に対応している。また、チームの強みを生かし、計画的に複数人数で対応している。 ・ 多問題を抱えるケースにおいては、関係機関への支援の引継ぎを十分に行っていただいている。		
センター内でのケースの情報共有体制の枠組みが、きちんと構築されている。在宅療養担当だけでなく、予防教室担当の方も相談を受けており、訪問も交代制で実施され、担当が不在でもスムーズに対応できる体制が取れている。医療機関との連携について、それぞれの関係機関の役割を理解してもらう取組が必要。引き続き連絡会などで連携を深める取組をお願いしたい。		
ケアマネジャーとの連携を密にしていると見受けられた。個別のやりとりや会議を開催しての対応など、ケアマネジャーと関係機関の連携について配慮していただいている。 また、地域のケアマネジャー同士の連携についてもしカフェ（ケアマネサロン）を計画的に実施している。今後も継続していただきたい。		
認知症サポーター養成講座について、小中学校での実施も積極的に行ってもらっている。また、にしふの圏域を超えて、他包括とも連携して養成講座を実施していただいている。 中学校のスクール・コミュニティー協議会の委員としても会議に出席して、認知症高齢者に関する理解を促していただいている。		
にしふのにわの運営で、介護予防事業とも関連しながら、地域コミュニティを広げている活動がとても良いと思いました。また、lineworks等の新しいコミュニケーションツールを利用している点も、新しいつながり方としてお手本になると思います。		
「にしふのにわ」や「LINEビジネス」の活用といった特色があり、模索していただいている。引き続き様々な方法で地域の高齢者に刺さる交流や憩いの場の創出、働きかけを行っていただきたい。		
短期集中予防サービスに関わらず、サービスありきではない考え方を持たれており、高齢者本人にとっての長いいきいき生活の実現に向けてプラン立てをしていただいている。 担当地区以外の際にも積極的に自立支援ケア会議にご出席もいただいているので、引き続きご協力をいただきたい。		
		

	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①チームケアやワンストップ体制で臨む姿勢は現状通り堅持する。対応に漏れがないか更にチェック体制を強化する。 ②ケースミーティングは定例で継続、必要に応じ随時開催し、問題ケースなどの早期解決を図る。 ③今年度も利用者情報の共有化を徹底、全職員が困難ケース及び早期解決をに着手できるよう対応する。	◎	相談業務全体においてワンストップ体制とチームケアの徹底で臨んだ。関係機関や地域からのインフォーマルな情報はすべて回覧し、共有している。職員間の対応に差が出ないよう日常的に情報の共有を図り地域住民や関係機関にニーズに応じた情報を提供し連携を進めている。ケースミーティングは月1回開催の他、ケース内容に応じ随時行い、早期解決を図った。これからの課題として地域社会全体で認知症や障害者の方が当たり前の日常生活が実現、維持できるよう、取り組んでいきたい。
権利擁護業務	①虐待の早期発見や介入を速やかに進める。初動における情報取組のため地域関係者との見守りネットワーク強化に進める。 ②消費者被害対策には警察など行政機関との連携に加え、地域での見守り活動も求められる。地域差サロン等で、住民相互の助け合いを基にした連携を支援する。 ③独居高齢者の増加により地域権利擁護事業利用を進める。	◎	高齢者虐待は通報があると市担当者に報告し、事実関係を確認の上、迅速に対応を協議した。地域サロンをはじめ、集いの場を活用し、虐待や困りごとの相談や通報などの周知活動には日頃から取り組んでいる。権利擁護センターに相談しても開始まで時間を要し、その間は包括センターが関わるケースも増えている。消費者被害については町会関係をはじめ、様々な活動の場で被害防止に向けた活動を行い、相談のあったケースは消費者センターに繋いだ。
在宅医療・介護連携推進事業	①コロナ禍の経験を活かし利用者、地域住民への健康管理や予防等の情宣活動を継続し早期対応を進める。 ②増加する在宅療養の相談には関係機関と連携し、実践するために個々の職員のスキルアップに取り組む。 ③特に在宅療養では利用者や家族の声を聞き、利用本位の姿勢を堅持し、適切な支援体制に努める。	◎	在宅生活を継続するためMSWとの連携は要になる。医療関係者との適切な情報の提供や相談は改善されてきたが未だ課題は残る。安心して在宅生活が送れるような配慮と援助は医療、介護等の連携により実現する。様々なケースの現実を踏まえ、医療機関との連携を進め、在宅療養における支援体制に今後取り組みでいく。今年度は多摩総合医療センターが発信する現場サイドの研修を職員全員で受けることができ、スキルアップを図る良い機会になった。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①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。 ②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図る。 ③要支援のケアプラン件数は増加傾向は続くが基本業務の一環として自立支援に向けた適切なプランを作成する。	○	担当区域内には居宅介護支援事業所が同法人内と有料ホームの2件のみで、増加するケアプランが担当職員の負担となっている。社会資源情報や地域関係者との連携の場を設けているが地域の課題や現状把握に十分とは言えず引き続きインフォーマルサービスの共有化を図っていききたい。ケアマネサロン「これまさひろば」は年2回、介護支援専門員のニーズ等に即した内容で開催、情報交換や交流の場として展開している。解決に向けた連携は相互にスキルアップの機会でもある。
認知症対策事業	①認知症サポーター養成講座は今年度も予定通り計画。九中、小柳小実地の予定。受講後の認知症サポーターの役割等、具体的な内容の検討が課題である。 ②オレンジサロンは参加者同士の交流及び認知症カフェの取組が課題。 ③認知症初期集中支援チームは相談から実施まで時間を要し、実際の介入に至らないケースがある。今後は速やかに導入を図りたい。	◎	認知症サポーター養成講座は例年通り、一般、小中学校関係などで実施し概ね、計画的に取り組んでいる。コロナ禍により実施が難しい時期もあったが、今迄、構築してきた協力関係を基に今後も継続の予定。引き続き受講後のサポーターの活動が地域に還元されることが課題でもある。オレンジサロンは少人数ながら様々な話ができる場になり定期的な開催により浸透できた。認知症初期集中支援チームは、導入から支援体制構築まで時間を要するため課題が多い。
地域包括支援ネットワーク構築	①高齢者地域支援連絡会は計画通り開催、意見交換や全体での討議を原則に今年もネットワーク構築や介護予防を基に地域課題に取り組む計画である。 ②住民主体の地域サロンを継続、自治会等の支援で計画や運営を地域住民と進めていく。若年層も呼び込める企画を検討する。 ③わが町支えあい協議会や民生委員との連携を進め地域活動に積極的に参加する。	◎	多摩川に沿い東西に位置するエリアのため、防災への意識が高く必然的に連携も生まれ、ネットワーク構築に向けた活動もある。今年度は地域団体と更に関係性を構築、自治会主催の防災訓練等にも積極的に参加。民生委員との情報交換会は年2回開催、連携事例等を共有し見守り相談等の目的を確認している。地域サロンは開催から11年を超えた。更に新しく「うたごえひろば」の活動を始め、地域の輪は広がりを見せている。「わがまち支えあい協議会」には積極的に参加し連携を進めた。
介護予防事業	①不安定な状況の時こそ地域との連携が大切で必要と捉え、良好な関係を維持する。町会関連の集まり等に参加。 ②サービスCの目的・意義を理解、共有し、参加を促すとともに地域に向けた受け皿作りを進める。 ③介護予防をすすめる上でスマホ教室等、開催し、具体的な仕組みづくりに着手の予定。利用者間の理解と活用を計画する。	○	「気軽に、身近な場所で、誰でも」の目標は長いいきき生活に直結するものとして、住民の皆さんの参加に向け動機づけを進めた。フレイル予防によりリスクを認識し、改善に向けた取り組みむことは生活の土台となる地域と繋がりながら、元気で安心して暮らせるまちづくりに結び付く。サービスC利用等、基本的な目標を意識しつつ今年度は新たな視点を持って事業に取り組んだ。今後もフレイル、閉じこもり予防等、基本的な観点を軸として介護予防を推進していきたいと考えている。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	①プラン作成と相談業務に取り組めるよう、計画的、効率的にスキルアップを図り、利用者本位の姿勢を堅持する。 ②ケアマネジャー支援は今年もサロン開催とともに事例検討や情報交換の場を設け常に連携できるよう計画する。 ③洪水等災害リスクが想定される地域のため、自治会等との連携だけでなく具体的な災害支援体制を構築の予定。	◎	ケアプラン件数の増加傾向には変わりはない。プランナーとしての業務も多いうえ、委託事業所も増えず、通常業務に影響を及ぼすことも増えている。全市的なケアマネジャー不足は介護を必要とする利用者へ適切なサービスを繋げることができず深刻な事態にもなりかねない。サービスCは主任ケアマネジャー、介護予防コーディネーターが中心となり対象利用者を検討、極力自立支援の観点を活かすことに努めたが今後は地域での継続的生活への支援、受け皿作りも課題である。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①エリア内の自治会、シニアクラブ、民生委員等と常に顔の見える関係性を構築してきた。地域との連携では丁寧に積み上げた現状を基に、今年度も防災訓練等、行事の場への参加を計画する。 ②継続的課題として見守りネットワーク構築を地域サロン活動やわがまち支えあい協議会との連携により、実現に向け取り組んでいく。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
職員全体で総合相談支援業務に必要な情報の把握や対応力が向上するための取り組みを実施されており、地域住民に幅広く対応していただいている状況が聞けた。日ごろの活動の中で、地域の把握をよくされており、地域住民とも日ごろから関りを積極的に持つよう行動されており、そこから住民のニーズを把握し、住民の自主的な活動（うたごえひろば等）を応援したり、相談しやすい関係性を築くベースをつくりあげているのは素晴らしい取組だった。		
権利侵害に遭っている方の把握は、日ごろの取組がベースにあるので地域から情報が入りやすい状況をつくっていると思われた。また把握された後は関係機関と連携のもと対応されている。成年後見制度に関しても日ごろから必要な方には働きかけをしており、事案にあった申し立ての方法を検討し提案や支援を行っている。権利擁護に関して課題と感じていることは、権利擁護担当者連絡会等で課題を共有しその対応策についても深められたら良いと思うので、テーマの提起をしていただきたい。		
急な退院ケースによる課題は、在宅療養担当者連絡会でも度々あがるものである。医療機関が依頼する背景になにがあるのか、適切な情報を知り、医療と介護で相違がないよう、今後も連携強化を図っていく必要がある。地域包括支援センターの皆様には、引き続きご迷惑をおかけする場面が多々あると思うが、地道な啓発を図っていただきたいのと同時に、職員のスキルアップにも尽力していただきたい。		
インフォーマルサポートの活用のために、FAXや個別に電話してケアマネサロンへの出席を促すなど、積極的に事業所と連携を取ろうとしている。また、忙しくてなかなか参加できないケアマネジャーが少しでも興味を持ってくれるようにケアマネサロンで扱うテーマをアンケートで聴取している。今後もケアマネジャーとの関係性の構築に注力していただきたい。		
認知症サポーター養成講座を予定どおり小柳小と9中で実施し、若年層への認知症に関する啓発をしている。若年層へ理解を促すことは長期的に見て効果が高いため、引き続き継続していただきたい。また、認知症サポーター養成講座受講者との活動に関して、市と協力しながら検討していただきたい。		
高齢者地域支援連絡会への自治会の参加率が高く、地域との関係性を長年にわたり構築してきている印象を受けた。 地域サロンとして、11年間継続している「コミュカフェこれまさ」、「こやなぎサロン」に加え今年から新たに「うたごえひろば」を開催している。地域サロンは住民主体で包括はあくまで支援という位置づけであるため、地域の自主性の向上につながる良い取組のため継続していただきたい。		
近年の社会情勢の変化やコロナ禍等で、事業に変化がみられるが、丁寧に市民へ説明し遂行できている。地域とのつながりを大切に事業を展開しているので、主体的な活動につながりやすい環境が整っている。 高齢者は長い生活習慣により状態の個人差が大きく、今後、府中市の高齢者の急増を考えると、一人ひとりの受け皿を作るのは難しいので、元の生活に戻るシステム（サービスC）を活用していく考えにシフトしてほしい。		
介護予防ケアマネジメントの作成で、介護保険サービスだけでなく、介護予防事業や地域のサロン等フォーマル、インフォーマルサービスも活用し、活動量をあげる検討ができています。 リハ職の視点を取り入れることで、セルフマネジメントの向上が見られ自分のできることが増えるので、介護保険サービスの利用を検討している方は、同行訪問やサービスCを利用して必要な支援の検討に活用し適正なサービス量・期間の検討に役立ててほしい。		

	R 5 事業計画	中間評価	
		地域包括支援センターの自己評価	
総合相談支援業務	①多様化する生活課題に円滑に対応できるよう、職員の研鑽を計画的に行い対応力の向上に努める。 ②相談ケースをチームとして対応できるよう、事業所内連携や関係機関連携の促進、早期の担当地区ケア会議開催等行う。 ③圏域変更へ向け、業務の整理や効率化へ向けた取り組み、地域への周知などを計画的に準備を進める。	○	①業務体制を見直し、研修やOJTで対応力の向上に努めた。 ②すべての相談でインテークシートを作成し、リスクマネジメントを行った。また、毎月のミーティングで振り返りを行い、支援が途切れないよう確認した。支援困難ケースでは、市と連携を密にし、多機関を交えた担当地区ケア会議を開催した。 ③圏域変更へ向け、マニュアルの整備等を行った。
権利擁護業務	①多様な方法で地域包括支援センターの相談窓口を周知し、権利侵害を受けている高齢者の早期発見を行うとともに、高齢者虐待の疑いがある場合は速やかに市に通報することで、早期対応により重度化防止に努める。 ②多様な権利擁護の相談に対応できるよう、権利擁護センターふちゅうや消費生活センター等関係機関との連携を行う。	○	①高齢者虐待の早期発見早期対応へ向け、多職種事例検討会等通じて虐待対応の流れを関係機関に周知した。また、虐待の疑いのあるすべてのケースで虐待帳票を提出することで、早期対応につなげることができた。 ②権利擁護センターふちゅう、消費生活センター、府中警察等と連携を行い、権利侵害の防止に努めた。
在宅医療・介護連携推進事業	①在宅療養事例の事業所内での共有と振り返り、多職種研修への積極的な参加等を通じて、全職員の在宅療養ケースの対応力向上を行う。 ②退院カンファレンスや医療機関主催の研修会へ、医療職以外にも積極的に参加することで、医療機関の特色の把握と連携推進に努める。	○	①在宅療養の事例は、事業所内で共有している。多職種研修にもできる限り参加し、顔の見える関係づくりを行った。 ②医療機関へカンファレンスを依頼することも多くあり、連携を強化できるよう努めた。 ③今後は圏域変更に向けて職員体制が変わる予定であるため、事業所内での勉強会等も行っていく。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①ケアマネジャーと地域包括支援センター、およびケアマネジャー同士の情報共有やネットワーク構築機能、地域課題発見機能を主目的とするケアマネサロンを年4回実施する。 ②医療、福祉、司法、地域住民等、多様な関係者と顔の見える関係をつくり、地域課題の発見、ネットワーク構築、社会資源開発を目的とする多職種事例検討会を実施する。	○	①ケアマネサロンを現在までに3回開催。地域のケアマネジャーからの要望を基に、情報交換の場の提供を行った。 ②9月に多職種事例検討会を開催。認知症高齢者の虐待事例をテーマに多職種（15職種58名）でグループワークを行った。 ③個別ケースの相談については、担当地区ケア会議や同行訪問等で支援している。
認知症対策事業	①認知症になっても安心して住み続けられる地域づくりへ向け、地域住民や関係機関が認知症について正しく理解する機会を設ける。 ②ささえ隊ネット登録者の連絡会を開催し、ニーズや地域課題の把握を行い、住民主体の取組を進められるよう支援する。	○	①認知症サポーター養成講座やささえ隊ネット連絡会を通じて、地域の認知症への理解を深められるよう支援した。 ②ささえ隊ネット連絡会を定期的に開催し、ニーズ把握を行った。下半期ではニーズに応じた勉強会や体験会を予定している。
地域包括支援ネットワーク構築	① 高齢者地域支援連絡会を年3回実施し、地域課題の把握と解決へ向けた情報交換を行う。地域で解決困難な課題は、市と共有し解決方法を検討する。 ② 職員全員が広報誌の配布などを行い、地域包括支援センターの周知や顔の見える関係づくりを行う。	○	①高齢者地域支援連絡会は、ここまでで2回開催。介護予防と介護保険制度をテーマに意見交換を行った。今後身寄りのない高齢者の支援について意見交換を行う予定。地域課題の共有や見守りネットワークの意識向上の機会とした。 ②店舗や関係者、関係機関へ広報誌を定期的に配布し、地域と包括支援センターの顔の見える関係づくりを行っている。
介護予防事業	①地域交流ひろばが、地域住民による自主的な取り組みとなるよう計画的に準備を行い、働きかけを進める。 ②地域の自主的な介護予防の促進へ向け、前期高齢者等若年層へのアプローチ方法を検討する。	○	①地域交流ひろばは、自主的な取り組みとなるよう働きかけ、職員の常駐がなくても実施できる会場が増えた。 ②若年層へのアプローチは十分でないが、ボランティアによる講座やほっとサロンの自主化など自主的な介護予防の取り組みとなるよう支援している。
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務	①圏域変更に伴う予防プラン数の大幅な増加へ向け、ニーズに適切に対応できる様、業務の効率化と適切な運営管理へ向けた体制を整備する。 ②多様な社会資源を活用した課題解決が行えるよう、事業所内での規範的統合を進める。	○	①介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの事務手順を見直し、業務の効率化を行った。 ②ニーズに応じ、介護保険サービスや総合事業のサービスのみでなく、一般介護予防事業等や地域のサロン等も含め提案を行うよう努めた。
地域の課題 (本人、家族、地域住民の視点)	①身寄りがいない高齢者、低所得による生活困窮、介護が必要な親と障害のある子の双方向介護の問題など課題が重層化し、複雑化するケースが散見される。既存の制度で対応できない課題もあるため、制度につなげるだけでなく、地域のインフォーマルな社会資源とも連携し、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。		

【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

中間評価	R 5 事業報告	
市評価		
人員が少ない中ではあるが、緊急対応における迅速な訪問や、担当地区ケア会議の開催について包括から発信し調整、実施し、会議後の報告書もその都度提出いただいている。市への相談や報告の連絡もタイムリーにいただいております、必要な情報をもって対応への協議ができていますと感じているので、今後も継続して取り組んでいただきたい。		
多職種事例検討会において15職種という多機関とのグループワークを実施することで、多職種と連携し関係機関への虐待対応の周知に取り組んでいる。成年後見制度の利用等権利擁護に関わるケースについて、早い段階からの相談を行い積極的に連携をとり、早期対応に努めている。		
在宅療養の事例について、事業所全体として取り組まれており、医療機関との連携も丁寧に進められている。看取りの事例についても、その方の思いを丁寧に受け止め、関係機関への調整などご本人に寄り添った支援を展開されている。今後は圏域変更で職員体制が変わるが、引き続き医療・介護の連携推進に努めていただきたい。		
現在の圏域内には居宅介護支援事業所はないが、他包括と合同のケアマネサロンを開催し、顔の見える関係性作りができています。また、継続して独自の多職種研修会を開催しており、多くの関係者の参加を得て、ケアマネジャーの支援及びネットワーク構築にも一助している。今後も継続してケアマネジメント支援に努めていただきたい。		
ささえ隊ネット連絡会を定期的に開催し、参加者に寄り添って様々な事業所や体験に繋げる活動を独自に行うなど、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。地域の中心となる方の力も大きいと思うが、ご本人たちのやる気やモチベーションを維持するため今後も引き続き、住民主体の取組を支えていただきたい。		
高齢者地域支援連絡会は定期的に開催し、地域課題把握のためのテーマを通じた意見交換ができています。また、風水害時の対応等の地域特有の課題についても把握ができています。今後も課題の把握を継続し、地域でできる対応の検討と、地域課題として市へ上げる内容の整理等に努めてほしい。		
各事業で地域住民が自主的に取り組めるような働きかけを丁寧に実施していただいている。ほっとサロンの自主化も早い段階で取り組んでいただいた。		
業務の効率化については、必要最低限の帳票で済むように改善を行っていた。 日々のケースを通じて、利用者の御用聞きにならないよう、利用者の自立支援につながるような働きかけは何か、について事業所内で常に話し合いを実施していた。個々のケースへの考え方の積み重ねにより規範的統合について進められていた。		
