

令和5年度活動実績報告書（西山手高齢者生活支援センター）

自己評価項目		令和5年度の目標	目標達成のための具体的活動内容（実際に取り組んだ内容） 【OUT PUT】	活動による成果 【OUT COME】
大項目	中項目			
1 基本的事項	（１）センター運営における基本視点	●センターの活動 (1)-①センター職員が公的機関と認識し、個人情報保護を順守・取り扱いに留意しながら、運営基準や活動目標を理解して業務を行うことができる。 (2)-①根拠のある活動計画を作成し、評価の際は、センター内の共有や協議を行う。 (3)-①センター内でそれぞれ専門性や得意分野を生かして、チーム全体で役割分担しながら協働して支援を行う。 (4)-① 主業務は役割分担されているが、専門職として求められる実践力を獲得する為に必要な研修に参加して自己研鑽する。	●センターの活動 (1)-①：定期・不定期なミーティングにより、センター内の情報共有を図り、公平性を担保できていることや進捗状況を確認し、支援方針を決めて業務にあたる。 (1)-②：複数の事業所紹介をする場合において、公平性が担保されるようにセンター内で情報共有をする。 (2)-①：毎月のミーティングを通して、進捗や達成度を確認する。 (3)-①：関係文書の閲覧や定期ミーティングにより情報共有を図り、チーム対応を基本とする。 (4)-①：外部研修を受講した後、ミーティング時にセンター内職員へ学んだ知識や技術を伝達しチーム全体で共有する。経験の浅い職員へは、 OJTによりノウハウを継承していき、あわせて積極的に外部の研修を受講する事により、自己研鑽の機会を確保する。	(1)-①：週１回のミーティングに加え、進捗があった場合はその都度、職員間で情報を共有し、協議で支援方針を決めて対応した。 (1)-②：事業所を紹介する場合でも、紹介した事業所を記録し、センター内で共有した。 (2)-①：ミーティングで各事業の進捗や達成度を確認し、活動計画を達成した。 (3)-①：ミーティングで職員同士の役割分担を決め、チームで対応した。 (4)-①：研修を受講した職員から、他の職員へ内容の伝達を行った。近年、 精神疾患の対応が増えており、精神疾患に関する研修が役に立った。 経験の浅い職員へノウハウや知識を継承するため、 新人とベテランがチームを組んで対応 した。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営			
	（３）チームアプローチ			
	（４）職員の資質向上			
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	●センターの活動 (5)-①：総合相談における相談内容と傾向を共有し、地域の実態を把握する。 (6)-①：地域ケア会議や支援者会議を通して、他機関、多職種とのネットワークを構築する。 (6)-②： 活動者が活躍できる場や地域作りを地域住民、社会福祉協議会等の関係機関と協働して行う。 (7)-①：地域に認知症相談センターを周知し、認知症に関しての知識の普及啓発が行える。 (8)-①：ケースの課題を明確化し、他機関や他業務につなぐことができる。	●センターの活動 (5)-①：毎月の三職ミーティングで、終結を意識しながら前月の相談内容と傾向を共有し分析する。 (6)-①：地域ケア会議や支援者会議、協議体での得た情報をセンター内、コーディネーターとともに共有し分析、ネットワーク構築に活用する。 (6)-②： 地域住民の集いや防災関連行事・地区福祉委員会等に生活支援コーディネーターと協働して参加し、地域の実態把握を行うことで、活動者と活躍の場を繋げるように働きかける。 (7)-①：地域住民や商店（コンビニ・飲食店等）・金融機関への訪問やチラシ配布・認サガ講座等により、普及啓発を継続する。 (8)-①：毎日のミーティングで支援方針の確認を行い、必要時には他機関や他業務へ繋ぐ連携をとる。	(5)-①：週１回程度のミーティングでケースの進捗や今後の方針を検討、またその都度経過報告をすることで三職種で情報を共有・連携を図り、分析する事ができた。 (6)-①：地域ケア会議を通して、これまで関わりの少なかった業種（不動産業者等）との連携が重要であることが見えてきた。 (6)-②： 生活支援コーディネーターと連携し、地域の集い場やお祭りなどのイベント、地区福祉委員会に出席し情報収集と情報提供を行い、活動者と活躍の場のマッチングによりネットワーク構築を図れた。 (7)-①：地域住民や商店(コンビニ、郵便局など)へ訪問し、チラシの配布や情報収集、提供など行い、関係機関への周知啓発を行った。 (8)-①：ミーティングで支援方針の確認を行い、適切に他機関や他業務に繋ぐことができた。
	（６）地域ネットワークの構築			
	（７）認知症高齢者及び家族への支援			
	（８）初期相談対応			
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	●センターの活動 (9) -①：虐待マニュアルを活用、関係機関と協働し対応することができる。 (10)-①: 権利擁護センター等関係機関と連携し、情報提供や意思決定支援を行う。 (10)-②:支援を求めているが、専門職として支援の必要性があると見立てた方へ継続したモニタリングが行える。 (10)-③:消費生活センターや警察と連携し、地域や関係機関に消費者被害の周知・啓発に努める。	●センターの活動 (9) -①：虐待対応の標準化を図るためにマニュアルやフローを理解して業務に取り組む。関係機関との連携を密にとり対応を行う。 (10)-①： 利用者のアセスメント、分析を複数職種と行い、必要に応じて他機関と連携する。 (10)-②:民生委員による見守り協力を含めて、定期的な訪問や電話を継続して行う。 (10)-③:消費者被害の発生時には情報提供のフローを使用し、速やかに情報共有を行う。地域住民や関係機関に対して、チラシの配布等普及啓発に努める。	●センターの活動 (9) -①：虐待対応を実施するにあたりマニュアルやフローを理解・確認しながら適宜、関係機関と連絡を取り合い、適切に対応出来た。 (10)-①： 利用者のアセスメント・意向を確認しながら、センター内で情報共有・協議したことで、権利擁護センター・関係機関に繋げるなど、適切な支援が出来た。 (10)-②:民生委員の協力（情報共有・共に訪問等）、定期的な訪問や電話を継続して行い、必要時に関係機関と連携し、権利擁護支援に繋がった。 (10)-③:地域住民や関係機関に対して、普及啓発の為、民生委員・地域の集まり等に参加しチラシの配布、注意喚起を行った。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応			
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	（１１）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	●センターの活動 (11) -①：地域の関係機関と顔の見える関係づくり、有益な情報の共有を図る。 (11) -②関係機関へ包括の業務内容と活動内容を発信し、連携体制と協働支援体制の構築を継続する。 (12) -① 介護支援専門員が、地域の民生委員と連携できるようにネットワーク構築を支援する。 (12) -②地域の介護支援専門員へ相談窓口の周知、および有益な情報を発信する。	●センターの活動 (11) -①：山手圏域の関係機関で開催する「つばみの会」をもとに、多職種連携体制の構築を促進する。 【東山手と共働】 (11) -②：東西高齢者生活支援センター通信を年２回発行し、関係機関との連携体制構築を継続する。 【東山手と共働】 (12) -①： 民生委員と介護支援専門員の交流会を企画、実施する。【東山手と共働】 (12) -②：センター発行の「西山手TIMES」等で介護支援専門員向けの情報提供と、相談窓口としての機能の周知を図る。	(11)-①：「つばみの会」の主要機関の担当者が交代したことや、医療機関の逼迫等により、つばみ会の開催が行えなかった。 (11)-②：計画通り年２回、センター通信を発行し、医療機関、薬局、民生委員との協働支援体制を構築した。 (12)-①： 民生委員と介護支援専門員の交流会を令和６年２月に実施。４年ぶりの参集で顔の見える関係性の構築に寄与した。 (12)-②：介護支援専門員向けの情報提供を行い、相談窓口としてのセンターの役割を周知した。
	（１２）ケアマネジャーへの支援			
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	●センターの活動 (13)-①： 地域住民のニーズを把握し介護予防普及啓発や予防教室の企画・運営、自主グループの活動支援を行なう。 (14)-①：運営基準に沿った介護予防ケアマネジメントを実施する。	●センターの活動 (13)-①： 感染症拡大予防に配慮しながら、圏域内集会所・老人福祉会館・上宮川文化センターへ生活支援コーディネーターと連携して、地域住民のニーズや現存の社会資源を把握する。 (13)-②：体操教室の実施、介護予防及び社会参加を目的とした催しを開催し、介護予防の普及啓発及び自主活動グループを推進する人材の発掘や育成を行なう。 (13)-③：法人掲示板を利用し、介護予防に関するポスター・チラシを掲示し啓発を行う。 (13)-④：介護予防事業担当者・認知症地域支援推進員・生活支援コーディネーター及び三職種が活動状況や地域住民の把握の為、定期的にミーティングを行う事で連携し、情報の共有を行う。 (14)-①：定期的にセンター内事例検討会を行い、アセスメントの技量を深めてケアマネジメントの質の向上を図る。	(13)-①：生活支援COと連携し、収集した社会資源の共有と住民のニーズの把握を行った。奥池地域での取り組みから住民との関係性ができたため、奥池地域の資源把握を多くできた。 自主化した奥池地域の活動はリーダーを中心に定期的な活動が継続し、地域を活性化する活動に繋がっている。 (13)-②：さわやか教室は年間通して実施。また、奥山、三条地域で介護予防講座を行った。さわやか教室参加者への自主化アプローチを行ったが、立ち上げには至らず。参加者向けのアンケートからは自主化への興味ある方も一定数いた為、次年度の参考とする。 (13)-③：介護予防の啓発ポスターや、フレイル講座・介護予防教室等の告知に掲示板を活用し、それを見ての問い合わせなどもあったことから有効な啓発であったと考える。 (13)-④：定期的なミーティングで各事業の情報を共有し連携ができた。 (14)-①：センター内での事例検討により、アセスメント力や面談技術等、一定の質の向上を図る事ができた。
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業			

令和5年度活動実績報告書【東山手高齢者生活支援センター】（資料1－2）

自己評価項目		令和5年度の目標	目標達成のための具体的活動内容（実際に取り組んだ内容）	活動による成果
大項目	中項目			
1 基本的事項	（1）センター運営における基本視点	●センターの活動 (1)-①：センター内の活動方針に基づき、業務に取り組むことができる。 (1)-②：運営基準に基づき、公正中立な運営とセンター内での適切な評価が出来る。 (2)-④：進捗管理表に基づき、実践活動が展開できる。 (3)-①：職員全員が互いの業務内容を適切に理解し、組織的な対応力が向上できる。 <u>(4)-①：職員それぞれの課題や興味を明確にし、資質向上に取り組める。</u>	●センターの活動 (1)-①：ミーティング（全体・三職種・プランナー）時に担当する業務の活動方針を明確にし、計画作成や修正を適宜行う。 (1)-②：定期的な運営基準の確認と、特定の事業者に偏りがないかを名簿で確認を行う。 (2)-①：進捗管理表をもとに活動計画の評価・追加・修正を年に2回実施する。（8月・2月） (3)-①：組織的な課題の共有と検討、活動方針の徹底を図るため、毎月全職員でのミーティングを実施する。 (4)-①：全職員がキャリアノートと研修計画書をもとに実践し、センター内での伝達研修を行う。 <u>(4)-②：併設の在宅系支援事業所と合同で毎月1回事例検討会を実施する。</u> <u>(4)-③：法人内ソーシャルワーク勉強会を年4回実施し、専門の先生からスーパービジョンを受ける。</u>	(1)-①：全体ミーティングを週に1回、三職ミーティングを月に1回実施、他必要に応じてミーティングを行いながら活動方針に基づく業務に取り組んだ。 (1)-②：上半期、下半期に分けて特定の事業者に偏りがないかを確認し、公正中立な運営を行った。 (2)-①：進捗管理表を基に年に2回、適宜計画の修正や進捗確認を行い実践活動を展開した。 (3)-①：組織的な課題の共有と検討、活動方針の徹底を図るべく、ミーティングを実施し、対応力向上を図る取り組みが行えた。 (4)-①：キャリアノートと研修計画書をもとに1on1（フィードバック面接）を年に2回行い、スタッフの資質向上を図った。 <u>(4)-②：併設の在宅系支援事業所と合同で毎月1回事例検討会を実施した。</u> <u>(4)-③：法人内ソーシャルワーク勉強会を年4回実施し、専門の先生からスーパービジョンを受けることが出来た。</u>
	（2）PDCAサイクルでの事業運営			
	（3）チームアプローチ			
	（4）職員の資質向上			
2 総合相談支援業務	（5）地域の高齢者の実態把握	●センターの活動 <u>(5)-①：顔の見える関係性作りを進め、課題の早期発見や孤立化予防を進めることができる。</u> (6)-①：「防災対策の取り組み」を理解し、圏域での災害に備えた体制づくりに取り組める。 <u>(7)-①：さくらカフェを認知症の人と家族の身近な居場所、地域での多世代交流ができる場所として運営、周知活動ができる。</u> (7)-②：（4センター協働）認知症の共生と予防に資する住民への啓発イベントを実施することが出来る。 (8)-①：多様な相談機関との協働を進め、属性を問わない相談支援体制の構築を図ることができる。	●センターの活動 (5)-①：「出張相談」や「出前講座」等を小地域単位で積極的に行い、課題の早期発見、 <u>予防的取り組みを目指す。</u> (6)-①：生活支援COと協働し、圏域の自治会や行政、社協等の関係機関とともに災害への取組の実態を把握し、体制づくりの準備ができる。 <u>(7)-①：多機関・多職種との協働を推進し、住民にとって身近な交流やサポートが受けられる居場所としての周知活動を進める。</u> (7)-②：担当する職員が役割を理解し、住民主体の取り組みの後方支援を行う。 (8)-①：総合相談から支援ニーズを明確にし、必要な機関との情報共有の場を速やかに設け、必要に応じて地域ケア会議が速やかに開催する。	(5)-①：「出張相談」や「出前講座」等を圏域内で8回（年）行い、課題の早期発見、 <u>予防的な取り組みを実施した。＊イチオシ活動</u> (6)-①：防災に関して関係機関と具体的取り組み（実態把握）を実施することは出来なかったが、生活支援Coとの積極的な情報交換を行い、地域特性の把握に努めた。 <u>(7)-①：認知症疾患センター（兵庫医大）、西山手包括など関係機関と積極的に協働し、身近な交流やサポートが受けられる居場所の周知を進めることが出来た。</u> (8)-①：多様な相談機関との会議（コネクト会議・地域ケア会議・支援者会議）を実施し、制度横断的な相談支援体制構築のための関係性作りが出来た。
	（6）地域ネットワークの構築			
	（7）認知症高齢者及び家族への支援			
	（8）初期相談対応			
3 権利擁護業務	（9）高齢者虐待対応	(9)-①：センター内での速やかなケース共有と、専門性を活かした対応を行いながら、関係機関と連携、協働して虐待対応ができる。 <u>(10)-①：消費者被害の情報を、関係機関や地域住民にリアルタイムに発信できる仕組みを継続することが出来る。</u>	(9)-①：随時、また毎月の3職種ミーティングで進捗を確認し、確実に対応していく。 (10)-①：掲示板やSNSなどを利用しての情報を発信と「出前講座」等で住民への周知・啓発を進める。 <u>(10)-①：掲示板やSNSなどを利用しての情報を発信と「出前講座」等で住民への周知・啓発を進める。</u>	(9)-①：毎月の3職種ミーティングで進捗を確認し、ケース対応の課題等を都度共有している。 <u>(10)-①：掲示板やSNSなどを利用しての消費者被害の情報を発信し、「出前講座」や「知って安心高齢者の生活知恵袋」（センター主催）を行い、周知・啓発を進めた。また、法人ホームページも活用して積極的に情報の発信を行った。</u>
	（10）判断能力を欠く常況にある人への対応			
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	（11）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	●センターの活動 (11)-①：多機関・多職種・住民協働のネットワーク促進することができる。 <u>(12)-①：地域の介護支援専門員に向けた発信をおこなうことで、より顔の見える関係性作りを行うことができる。</u>	●センターの活動 (11)-①：多職種連携つばみの会を基に、山手圏域の関係機関の連携促進を図る。【西山手協働】事務局会議を開催し地域の特性や課題を共有する。 (12)-①：東山手ニュースレターの発行し、センターの活動を発信する。（年3回）居宅介護支援事業所を訪問し、顔の見える関係作りをおこなう。 <u>(12)-②：民生委員・CM交流会を実施する（年1回）。東西センター通信の発行（年2回）【西山手協働】</u>	(11)-①：多職種連携つばみの会はコロナ禍で中止となっており、開催できていない。その代わりに圏域の事業所情報等を整理した連携ハンドブックを作成し、ネットワーク促進を図った。 (12)-①：東山手ニュースレターを発行（年3回）し、センターの活動を関係機関・利用者宛に積極的に発信した。 <u>(12)-②：民生委員・CM交流会を実施（2月実施、参加者は50名弱）し、顔の見える関係性作りを行った。また、東西センター通信の発行（年2回）【西山手協働】を行い、医療機関をはじめ、様々な機関との関係性の構築を図った。</u>
	（12）ケアマネジャーへの支援			
5 介護予防ケアマネジメント	（13）一般介護予防事業	●センターの活動 <u>(13)-①：自主グループ活動支援を継続する。また、地域活動グループ（自主化済グループ）の周知をすすめ、地域の高齢者の社会参加できる場の活性化と参加人数を増やすことが出来る。</u> (14)-①：地域との関係性に着目し、地域を基盤とした暮らしを支援するためのケアマネジメントを立案することが出来る。	●センターの活動 (13)-①：介護予防・認知症予防・社会参加の3本柱を目的とした自主グループをさわやか教室などから2グループの活動支援を行う。参加延べ人数：350名を目指す。フレイル予防教室も開催予定。 (14)-①：地域の情報を収集し、月1回の事例検討会の中で共有、プランに位置付けられるように検討する。	(13)-①：2つの自主グループ支援を行い（参加延べ84名）、 <u>新たな自主グループの立ち上げ（2グループ）を行った。フレイル予防教室（通年5回実施）を今年度も行い、介護予防・認知症予防・社会参加の啓発活動を積極的に行った。</u> <u>さわやか教室は3教室、年間延べ参加者数は240名で昨年比118%になっている。</u> (14)-①：月1回の事例検討会にて、生活支援Coとも連携しながら地域情報や社会資源の共有を行い、地域を基盤とした暮らしを支援するためのケアマネジメントの立案について討議を行った。
	（14）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業			

令和5年度活動実績報告書【精道高齢者生活支援センター】（資料1－2）

自己評価項目		令和5年度の目標	目標達成のための具体的活動内容（実際に取り組んだ内容）	活動による成果
大項目	中項目			
1 基本的事項	（１）センター運営における基本視点	●センターの活動 (1)-①：公益機関としての役割を理解して、業務を遂行できる	●センターの活動 (1)-①：運営方針や業務委託仕様書、個人情報保護規定を職員全体で読み合わせを行い、公益機関としての役割を理解して業務を遂行する	●センターの活動 (1)-①：年度初め個人情報保護規定を職員全体で読み合わせを行い、業務を遂行でき、職員の職務に対する意識が向上した
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	(2)-①：計画を意識し、PDCAサイクルに則りながら業務を遂行できる	(2)-①：活動の進捗状況を計画に照らし合わせ定期的に確認・評価を行う	(2)-①：活動の進捗状況を計画に照らし合わせ確認し、進捗管理を行い、計画的に活動ができた
	（３）チームアプローチ	(3)-①：ケースや地域に対してチームアプローチを行える	(3)-①：月々のセンター内のミーティングで対応状況や課題・情報を共有し、それぞれのチームの特性を活かした連携協働ができる	(3)-①：月1回のミーティングや朝のミーティングで各チームの活動や社会資源等の情報を共有し、効率・効果的な会議運営が行えた結果、連携協働がしやすい環境づくりが行えた
	（４）職員の資質向上	(4)-①②：個人やチームの実践課題を明確化し、それぞれの実践力が向上できる	(4)-①：それぞれの課題・目的にあった研修の機会を積極的に活用し、半期ごとに見直す (4)-②：個別スーパービジョンや、グループスーパービジョン（月1回の事例検討会を含む）を継続し、利用者支援における実践力の向上を図る	(4)-①：研修報告を共有し、全職員の実践力・知識の底上げにつながっている (4)-②：個別スーパービジョンは下半期に実施。個別の課題を明らかにし、実践力向上につながっている。グループスーパービジョンは毎月行い、経験共有の場となり、アセスメント力の向上につながっている
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	●センターの活動 (5)-①：統計的な情報から圏域の傾向を知ることができる	●センターの活動 (5)-①：分析した傾向をもとに、実践に結びつけていく	●センターの活動 (5)-①：去年に引き続き、圏域の各町と高齢化率や社会資源の相関性を見て、分析を行い、介護予防事業の展開に繋ぐことができた
	（６）地域ネットワークの構築	(6)-①：個別課題、地域課題を把握し、活動参加レベルが上がるようネットワーク構築を図っていく	(6)-①：個別ケースのニーズに合わせ本人の強みを活かし、インフォーマルに限らず様々な機関と連携し、地域のネットワークを構築する	(6)-①：活動を通し、食の大切さや買い物に困っている高齢者が多いことなど、社会資源の不足が分かり、今ある社会資源と繋がりを持ち協働するといった課題抽出ができた
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	(6)-②：包括の機能の啓発と地域の社会資源とのネットワークの構築を図る (6)-③：地域の社会資源の把握ができる	(6)-②：「精道ニュースレター」を年1回発行する。新たに手取りやすいツールを作成して、地域に配布する (6)-③：生活支援コーディネーターと定期的に情報交換を行い、新たなネットワークの構築を図る	(6)-②：包括の周知活動として名刺サイズの啓発ツールを圏域内の薬局、コンビニ、郵便局など配布し、32か所に配布し反応が得られ相談に至っており、手にとりやすい、携帯しやすいと好評を得た。R6.2に精道ニュースレターを全戸配布実施
	（８）初期相談対応	(7)-①：認知症相談センターとしての役割を地域に普及啓発をする (8)-①：初期相談において、しっかり傾聴しアセスメントを行い最適な支援に繋げることができる	(7)-①：圏域の認知症カフェと連携協働する。認知症相談センターであることをツールを使って、地域の事業者等に対して啓発する。 (8)-①：相談件数の増加に合わせ、アセスメント力、対応力の向上を図り、利用者に最適な支援を行う	(6)-③：生活支援コーディネーターとの活動や課題の共有の機会を増やした。一緒に地域の活動の見守りや協力を行った結果、一人の住民の個別支援ネットワークが創出されて本人がエンパワメントされた（まごの手が自宅片づけ・本人は折り紙ボランティア） (7)-①：オレンジカフェの開催支援（イベントの企画相談）をした。図書館でのアルツハイマーデイイベントにおいて、認知症相談センターとしての役割を地域に普及啓発した (8)-①：初回相談のスクリーニング機能を強化し、緊急性のあるケースに対しては、速やかに対応できた
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	●センターの活動 (9)-①：高齢者虐待対応について、よりよいアプローチが行える	●センターの活動 (9)-①：センター内、行政や関係機関との連携を密にしてチームアプローチが行える。必要に応じてスーパービジョンを活用する	●センターの活動 (9)-①：虐待ケースのSVを2件受けた。支援の視点の拡大やカスタマ-ハラスメントに対する対応等学びがあり、今後の虐待対応の指針が見いだせた
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	(10)-①：権利擁護支援の多様なニーズに応えられる	(10)-①：権利擁護支援センター等と連携し制度を活用する (10)-②：キーパーソン不在など生活課題を抱える方に対して、支援ネットワーク構築を図る (10)-③：地域へ出向く機会に消費者被害や特殊詐欺などの防止のため普及啓発を図る	(10)-①：権利擁護支援センターとの連携がスムーズに行えた。権利擁護支援ニーズのあるケースにつき、連携協働し制度活用に繋がった（権利擁護専門相談4件・後見人申し立て支援4件） (10)-②：認知機能低下があるキーパーソン不在ケース2件につき、成年後見申立てや生活支援を行う中で支援ネットワーク構築ができて、在宅生活の継続が図れた (10)-③：出張講座の際に「見守り新鮮情報」を配布し、啓発を図った
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	（１１）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	●センターの活動 (11)-①：介護支援専門員・民生児童委員・地域包括支援センターの連携を強化する (12)-①：多問題で複雑化・複合化したケースを介護支援専門員と多機関協働する	●センターの活動 (11)-①：R4年度の民生児童委員の改選に伴い、令和3年度に作成した「連携ブック」を改訂する (12)-①：個々のケースに合わせ問題整理を行い、情報提供や他機関に働きかけ、ネットワークの構築など後方支援を行う	●センターの活動 (11)-①：精道中学校区 民生児童委員 居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護支援事業所 高齢者生活支援センター連携B O O K」を民生児童委員と実行委員会を開催し作成した。民生委員さんからは、連携がしやすいと好評を得た (12)-①：地域ケア会議2件開催 対応困難ケース（家がゴミ状態 精神疾患）と、特殊な形態での生活の中で課題を抱えるケース（内縁関係の介護者 家族が遠方）の問題整理が行えて、その結果両ケースともにその後虐待対応に繋がり対応を進めることができた
	（１２）ケアマネジャーへの支援			
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	●センターの活動 (13)-①：地域的小集団に対して介護予防の普及啓発を図り、住民の介護予防に対する意識を高める (13)-②：社会資源の少ない地域に対して、社会参加の場を提供し、集い場構築に努めることができる	●センターの活動 (13)-①：介護予防出張講座の継続実施 (13)-②：3ヶ月毎に6回シリーズで専門職と巡回する教室を市内4ヶ所で開催し、もう一方で毎月1回の通年型のさわやか教室を開催する (14)-①：運営基準を定期的に見直し、業務の適性かを図る。 ②：自立支援型地域ケア個別会議やセンター内事例検討会、ミーティングで事例の支援内容を検討する ③：定期的な勉強会を継続し、経験共有を通して資質の向上を図る	●センターの活動 (13)-①：介護予防出張講座の講師をコーディネートし（一般企業も活用）、介護予防に限らず、季節に合わせたミニ講話などを7か所で実施。兵庫県栄養士会や歯科衛生士会とコラボし栄養とオーラルフレイルについての講座を2回実施した。テーマのある講話が提供されることで新たな参加者を呼び込んだり、社会参加の継続にむけ後押しができた (13)-②：地域のニーズに対応し、出張型さわやか教室として2か所で開催し自主グループが発足した。毎月1回の通年型開催では継続して参加される方が一定数おり、来年度の自主グループ化に向けての土台作りができた (14)-①：読み合わせをすることで、業務の適正化を意識づけられている ②③：事例検討・勉強会等を通して支援内容を検討、共有することで経験共有し、ケアマネジメントの質の向上、他の支援に生かすことができている
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	(14)-①：運営基準に則り、自立支援に基づいた介護予防ケアマネジメントを実施する		

令和5年度活動実績報告書【潮見高齢者生活支援センター】（資料1－2）

自己評価項目		令和5年度の目標	目標達成のための具体的活動内容（実際に取り組んだ内容）	活動による成果
大項目	中項目			
1 基本的事項	（1）センター運営における基本視点	●センターの活動 (1)-①：公益的機関であることを常に意識し個人情報を慎重に取り扱いながらセンターの運営が行える。	●センターの活動 (1)-①：困難事例に限らず、委託元である高齢介護課とは細やかに情報や課題の共有を行い、連携して課題解決を図る。 (1)-②：日常的に個人情報の管理に留意し、ファイルの取り扱い、施錠の確認等について基本的なルールを守ることが徹底する。 (2)-①：活動目標に対する担当者を決め具体化した方針を立て責任を明確化する。 (2)-②：活動の実施ごとに振り返りを行い、また半期で1回進捗状況の確認を行い三職間で共有する。 (3)-①：各業務の理解と計画準備、進捗管理、チーム力の強化を目的とした三職種会議を有効活用する。 (3)-②：互いに協働することで支援に厚みを持たせ、且つ業務が効率的に進むよう体制を整える。 (4)-①：本来業務に影響が出ないよう調整しながら必要な研修やSVには積極的に参加する。参加にあたっては他職員に伝えることを念頭において受講する。 (4)-②：学んだ内容をセンター全体へ伝達し、業務上有効な知識や情報を共有する。	●センターの活動 (1)-①：日頃より報告連絡相談の意識を持つことで必要時すぐに連携をとることができた。 (1)-②：日を定めてファイル整理とリスト作成を行った。施錠の徹底や持ち出し簿の記入などにより個人情報の漏洩を予防した。 (2)-①：会議の中で都度振り返りを行い、柔軟に修正を行うようにしたが予定通り実行できないものもあった。 (3)-①：三職ミーティングの中で担当から報告で共有、方向性の確認を行った。チームで共有し一定の標準化を図った。 (4)-①②：研修は積極的に参加し、資料の回覧と内容が充実していたものは会議の中で伝達を行い知識や情報を共有できた。
	（2）PDCAサイクルでの事業運営	(2)-①：:地域性を意識した活動目標を立て、実施後適時支援の評価が行える。		
	（3）チームアプローチ	(3)-①：:必要な情報は常に職員間で共有し、協働して支援することで専門性を活かした活動が行える。		
	（4）職員の資質向上	(4)-①：:専門性の資質向上や情報の刷新を目的とした研修の機会を積極的に確保し、内容を職員間で共有できる。		
2 総合相談支援業務	（5）地域の高齢者の実態把握	●センターの活動 (5)-①：小単位の地域活動や会議、行事に積極的に参加し、生活支援コーディネーターと協働しながら地域の実態や傾向を把握、分析できる。 (5)-①：個別の相談から、地域や世帯の特性を抽出し、背景にある課題を顕在化する。	●センターの活動 (5)-①：地区福祉委員会や自治会等、住民主体の活動への参加を継続し、そこから住民が感じている問題を整理し課題化する。 (5)-②： <u>総合相談の中で精神疾患等対応困難な事例（家族含む）にかかる時間や労力等の数的把握を行い傾向を分析し、解決や連携、相談への足がかりを作る。</u>	●センターの活動 (5)-①：定期の地区福祉委員会や「お助け会」には必ず参加し時事の地域課題を共有し時に事例にも関わることで「一緒に考える」関係を構築した。 (5)-②： <u>精神疾患等の事例は件数としては予想に反して多くなく、1事例にかける時間や労力の大きさがその印象を持つことになることが分かった。</u> 潮見地区の地域課題を分析する上で活用できるよう、次年度も継続予定。
	（6）地域ネットワークの構築	(6)-①： <u>個別や地域の支援を通して専門機関やインフォーマルなサポート機関とのネットワークを構築できる。</u>	(6)-①：ケア会議について地域や関係機関へ開催への理解を求め積極的に開催する。そこから生まれる連携力やネットワークを活かす。 (6)-②：「福祉のまちプロジェクト」への参加を続け、 <u>住民の思いを具現化する活動支援を他機関と協働しながら行う。</u>	(6)-①： <u>ケア会議（個別ケアミーティング）は計6回開催。地域の理解が課題として抽出された事例もあった。</u>
	（7）認知症高齢者及び家族への支援	(7)-①： <u>認知症当事者や家族が地域の中で穏やかに暮らすための仕組みづくりを行い、当事者に伴走する支援ができる。</u>	(6)-③：毎年発行しているセンターの機関紙「つなぐ」を継続発行し、地域情報や社会資源、介護予防への取り組み等を紹介し、センターの周知を図る。 (7)-①：認知症当事者の会の開催継続や若年性認知症者への支援策検討、認知症カフェの開催支援等をセンター全体で行う。	(6)-②：プロジェクトメンバーで切磋琢磨しながら地域の活性化につながるべく小さなイベント「 <u>またあしたバル</u> 」の開催に向け後方支援を行った。定例開催の定着、住民の意識向上という目標を再確認することができた。
	（8）初期相談対応	(8)-①：インテークの段階ですみやかに課題を捉え、他機関と円滑に協働できる。	(8)-①：個人で受けた総合相談のうち必要と判断したものは速やかに3職種間で共有し、協議、支援方針を決定する。	(7)-①： <u>認知症カフェ「つなぐカフェ」を立ち上げ。毎月様々な企画で自由な雰囲気の中で参加者が寛げる時間と場所を提供できた。</u> (8)-①：会議時のみならず必要時集合して協議、方針を速やかに決めるよう努めた。
3 権利擁護業務	（9）高齢者虐待対応	●センターの活動 (9)・①:職員間での速やかな情報共有とマニュアルに則った適切な対応ができる。 (10)-①:制度活用について情報提供や啓発を行うことを意識し早期に対応することでその人の権利を守る。 (10)-②:個別のアプローチを通して見守りを行い、介入の機会を逃さないような対応ができる。 (10)-③:専門機関や介護支援専門員等と連携し予防策を図れる。	●センターの活動 (9)-①：「高齢者虐待対応マニュアル」に沿いながら他機関と連携した支援、対応を行う。 (9)-②： <u>当事者と対峙するする機会が多い包括の強みを活かし、解決に向けたアプローチや提案を実行する。</u> (10)-①：制度について正しい最新の知識や情報を持ち、個別化を原則としながら活用を促進する。 (10)-②：民生委員等地域や警察からの情報、他手がかりとなる資源の発掘など模索しながら介入の時期を図る。 (10)-③：「見守り新鮮情報」等タイムリーな情報を地域に発信し被害の予防を図る。	●センターの活動 (9)-①②：関係機関との連携を都度行いながら終結に向けた対応、支援を行った。 <u>虐待事例に限らず解決まで長きにわたり粘り強い支援が必要とするものが多く、チームアプローチの重要性をさらに実感した。</u> (10)-①：研修などで習得した知識や情報を、正しく活用することに努めた。 (10)-②：個人情報の壁はあるものの、迷ったらずは情報の獲得のため動いてみるスタンスで活動した。日頃のつながりの重要性を確認した。
	（10）判断能力を欠く常況にある人への対応			
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	（11）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	●センターの活動 (11)-①： <u>地域住民と専門職の協働等を含めた地域の課題に共に取り組むことを目指して、圏域内のネットワークの構築が図れる。</u>	●センターの活動 (11)-①： <u>災害時支援や意思決定支援等高齢者を取り巻く問題を、ケアマネジャーと共有、解決に向けて検討する場</u> を地域の主任介護支援専門員と協力しながら立ち上げる。 <u>その中で地域と介護事業者をつなげる機会も模索する。</u> (11)-②：センター内だけでは解決できない地域の課題について、地域ケア会議等を積極的に活用して、他機関との協働を深める。 (12)-①：介護支援専門員からのケース相談に対してのSVを行う。 (12)-②：職能団体のつながりを活用し、介護支援専門員のニーズを把握、ネットワーク構築の支援を行う。	●センターの活動 (11)-①： <u>民生委員とケアマネジャー合同で防災をテーマにした「防災サミット」を消防署の協力のもと実施した。</u> 次年度も開催を予定する。 (11)-②：支援者会議は構えることなく意識して行い、ケアマネジャー支援に繋がったものもあった。 (12)-①：ハラスメント事例や権利擁護の事例など地域のケアマネジャーや事業者からの相談に対しては真摯に対応を行った。
	（12）ケアマネジャーへの支援	(12)-①：個別の相談に丁寧に対応し、介護支援専門員がマネジメントしやすい関係づくりを支援できる。		
5 介護予防ケアマネジメント	（13）一般介護予防事業	●センターの活動 (13)-①：地域住民の介護予防への意識が高まるよう、住民主体の活動が充実するような働きかけができる。 (14)-①：地域とのつながりが途切れないケアマネジメントが実践できる。	●センターの活動 (13)-①：高浜町と潮見町での介護予防教室を継続開催し、 <u>自主活動への移行支援を行う。</u> (14)-①：月1回のセンター内ケース会議や自立支援型地域ケア会議にて支援内容について検討、協議しケアマネジャーの資質向上を目指す。インフォーマルな社会資源の活用について情報交換や共有を行う。	●センターの活動 (13)-①：継続開催し、 <u>自主グループ「ストレッチヨガ」が立ち上がり10名ほどの人数を維持して活動できている。</u> (14)-①：プランナーもあわせ新しい社会資源やサービスについては情報共有に努めた。地域支え合い推進員からの情報もプランに活かすようにした。
	（14）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業			

令和5年度活動実績報告書【精道高齢者生活支援センター基幹的業務担当】（資料1－2）

業務内容		令和5年度の目標	目標達成のための具体的活動	活動による成果
自己評価項目				
大項目	小項目			
基幹型相談窓口の開設 1（市内地域包括支援センターの機能強化、意見集約、調整等）	（1）4包括のバックアップ機能として市と諸問題の調整（報告・連絡・相談）	●基幹的業務担当の活動 (1)各センターから基幹的業務担当への相談件数が増加する (2)地域住民の高齢者生活支援センターの認知度が向上する (3)個別ケアミーティング（地域ケア個別会議）の開催件数が増加する (4)各センターの実践上の悩みを行政と共有できる (5)各センターが直面する問題の解決に向けたコンサルテーションを受けられるようにする ●4センター協働 (1)各センターから基幹的業務担当への相談件数が増加する〔再掲〕 (2)4センター協働事業の進捗を全センター職員が意識できる (3)個別ケアミーティング（地域ケア個別会議）の開催件数が増加する〔再掲〕 (4)各センターからの提案や意見がこれまで以上に述べられるようになる (5)各センターが実践によってあげた成果に対し外部関係者から評価を受けられるようになる	●基幹的業務担当の活動 (1)包連会で各センターが対応中の困難事例をヒアリング (2)各種関係者が参集するイベントや講演会等でのセンターの啓発 (3)個別ケアミーティング（地域ケア個別会議）の開催に関する相談受付と必要な助言 <u>(4)日々の実践において把握した各センターの実践上の悩みを行政へ伝え、理解を促す</u> <u>(5)自立支援型地域ケア個別会議、個別ケアミーティング（地域ケア個別会議）の開催支援</u> ●4センター協働 (1)包連会等において各センターから対応困難事例等の積極的ヒアリング〔再掲〕 (2)包連会における部会の取組状況の共有と評価 (3)個別ケアミーティング（地域ケア個別会議）のカジュアル化に向けた協議検討 (4)支援センター連絡会、包連会の運営の改善 (5)〔仮称〕高齢者生活支援センター実践報告会の開催検討	●基幹的業務担当の活動 (1)(4)各センターの対応困難事例の傾向として、①認知症やその他の精神障害により頻回に電話がある人への対応、②ケアマネジャーの不足によるつなぎ先の無いケースの対応、③家族の意向が強く客観的な必要性のあるサービスに至らない、などのケースへの対応に苦慮していることが明らかになった。 (2) (3)「地域ケア個別会議のカジュアル化」ということで社会福祉士部会で検討することも併せて行い、改めて地域ケア会議の開催について包括内で検討する機会になった。 <u>(4)要支援の委託先、要介護認定がおりたケースでも受けてもらえる居宅がないなどの窮状を市と共有を行い、空き情報の改善等に繁栄をお願いした。</u> <u>(5)自立支援型地域ケア個別会議の検討事例のレビューから、「栄養状態アセスメントの補強」が課題であることがわかった。（これを踏まえ、栄養をテーマにした研修会の企画開催に至った。）</u>
	（2）4包括協働事業の取りまとめ（啓発活動、多職種連携 等）			
	（3）各包括に対する評価だけでなく、機能強化に向けた客観的な			
	（4）意見集約、調整等の総合調整統括的機能は行政と協働し、実務は主体的に取り組む。			
	（5）各包括職員に技術的助言や関係機関及び関係者をつなぐことで包括の機能強化をする。 ※業務整理により、これまで基幹的業務担当が行ってきた役割を、各包括へ分担しなければならない業務がある場合は、滞りなく引き継ぐ。			
介護支援専門員に対する専門研修 2（市内、外部講師招聘、ケアマネ友の会研修共催）	（6）現状どおり機能を果たす （4包括と業務分担、部会で協働事業として取り組む）	●基幹的業務担当の活動 (6)4センター職員のバーンアウトによる離職ゼロ (7)4センターがケアマネジャー友の会と「後進育成」について協議できるようになる ●4センター協働 (6)各部会で取り組んだ成果をケアマネジャー等の関係者にわかるようにする (7)ケアマネジャー友の会と共催する研修への高齢者生活支援センター職員の参加率上昇	●基幹的業務担当の活動 (6)各部会活動を通したピア・グループ・スーパービジョンの実施 <u>(7)対人援助基礎講座の開催</u> ●4センター協働 (6)各部会の活動の報告機会づくりの検討 <u>(7)ケアマネジャー友の会との研修の共催</u>	●基幹的業務担当の活動 (6)各部会は、自センターにおける実践をふり返り、自らの思考や感情を言語化する機会となっている。 (7)ケアマネジャーの法定研修が医療モデル偏重の傾向がある中、研修内容を検討するプロセスで対人援助の基礎の重要性を再認識する機会となっている。 ●4センター協働 (6)各部会の活動の報告機会づくりの検討 <u>(7)ケアマネジャー友の会との研修の共催を行い、幅広く包括の職員、市内の介護支援専門員に研修の機会を設けた。</u>
	（7）ケアマネ友の会は、研修で共催の形をとる。			
各圏域の地域課題の抽出・整理・解決策の 3 検討・協働による実践 （地域ケア会議、虐待縦レビュー会議等へ参加）	（8）研修や自己研鑽機会の確保	●基幹的業務担当の活動 (8)各センターの人材育成指針や方法の共有 (9)各センターから基幹的業務担当への相談件数の増加 (10)各センターの活動計画立案の背景や根拠を言語化できる機会をつくる (11)各センターから基幹的業務担当への相談件数が増加する〔再掲〕 ●4センター協働 (8)各センターの人材育成のために必要な研修を提案できるようになる (9)各センターが自立支援型地域ケア個別会議によって何を得たのか明確になる (10)「地域住民の興味・関心から始まるまちづくり」を4センターが後方支援できる (11)地域住民が認知症についてどのような問題意識や関心を抱いているかわかる	●基幹的業務担当の活動 <u>(8)包連会や各部会でのヒアリングをもとにした現任職員研修の企画立案</u> (9)包連会等において各センターから対応困難事例等の積極的ヒアリング〔再掲〕 (10)支援センター連絡会での活動計画のプレゼン (11)各センターの実践状況のヒアリング ●4センター協働 (8)現任職員研修の実施 <u>(9)自立支援型地域ケア個別会議の評価と改善に向けた検討</u> <u>(10)〔仮称〕認知症問題研究会の立ち上げとプログラムの検討</u> <u>(11)認知症を考えるあしやの会等での認知症当事者や家族からのヒアリングの実施（認知症地域支援推進員協働）</u>	●基幹的業務担当の活動 <u>(8)自立支援型で質疑が多かった栄養支援についての研修を企画し、幅広く市内の介護支援専門員にも広げて実施。栄養士等につながる機会が少なく、継続して研修・啓発の必要性がある。</u> (9)(1)〔再掲〕 (10)イチオシ活動としてのプレゼンが定着している。しかし、イチオシ活動のための活動になっており、再考が必要。 (11)「基幹的業務担当によるヒアリング（アウトリーチ型のアプローチ）」ではなく、会議終了後等の何気ないコミュニケーションの中からセンター職員をつぶやきをひろい、課題化することが重要であることが分かった。 ●4センター協働 (8)基幹的業務担当の活動（8）【再掲】 <u>(9)芦屋POS連絡会代表と協議。再度自立支援型地域ケア会議への参加していく意義や目的の周知を図る必要性が検証できた。</u> <u>(10)(11) 認知症問題研究会の立ち上げ、家族会の方にも参加いただき、ヒアリングを実施。啓発の必要性があるとわかり、認知症の啓発のチラシを作成。各イベントで認知症や認知症相談センターの啓発用として啓発配布の動きにつながった。（認知症地域支援推進員協働）</u>
	（9）スーパービジョン実施状況			
	（10）担当圏域の統計的把握と傾向分析			
	（11）アウトリーチによる実態把握			