

令和6年度活動実績報告書【西山手高齢者生活支援センター】（資料3-1）

自己評価項目		令和6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	職員がセンターを公的機関と認識し、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。	ミーティングにより、センター内の情報共有を図り、公平性の担保や進捗状況を確認し、支援方針を決めて業務にあたる。  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。	毎週のミーティングに加え、支援課題が発生したタイミングで協議や情報共有を行い、支援方針を決定できた。  事業所の紹介では、利用者の意向に沿う形で複数を提案し、繋ぎ先を記録して偏りがないように留意した。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	センター内で協議を行い、根拠のある活動計画の作成や、活動状況の評価を行う。	毎月のミーティングを通して、方針の根拠・進捗や達成度を確認する。	活動状況を評価する事で、活動内容の修正を行う事が出来た。
	（３）チームアプローチ	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。	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。	センター内で共通認識を持ち、支援方針を協議しながら対応した。経験の浅い職員には助言や協働する事により、役割分担してチーム対応を行えた。
	（４）職員の資質向上	専門職として求められる実践力を獲得する為に、各職員が必要な研修に参加して自己研鑽出来るようにする。	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。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。	経験の浅い職員には経験の長い職員と複数対応のペアとして対応した。外部研修を受講し、受講後はセンター内で研修内容を共有したことで、職員全体の知見が広がった。センター内では日頃の実践を通した知識・技術などを共有できた。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	地域の特性を理解し、総合相談における相談内容と傾向を関係機関とも共有し実態を把握する。	センター内ミーティングで、終結を意識しながら相談内容の傾向や地域アセスメントを共有し分析する。	毎週のセンター内ミーティングに加え個別ニーズ及び地域ニーズの進捗状況を確認し協議検討を行うことでセンターとしての方向性を共有、分析できた。
	（６）地域ネットワークの構築	地域で活躍する住民や商店(コンビニ、美容室、喫茶店、郵便局など)等へ、包括の周知を行い、協働でイベント実施など行えるような関係構築ができる。	生活支援コーディネーターと連携し地域の集い場やイベント、商店へ訪問し、チラシの配布、包括の周知啓発を行う。	生活支援コーディネーターと連携し、地域住民が集う場、イベント、商店へ訪問し、包括の周知啓発、チラシの配布など行った。新たにつながった機関と協働し予防講座(健康アカデミー)の実施に繋がった。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	住民へ認知症相談センターの周知、認知症についての知識の普及啓発ができる。 医療機関へ認知症関連の取り組みの共有や連携が行うことができる。	住民の集う場や商店、金融機関等を主に訪問し、関連するチラシの配布や取り組みの発信などを行い普及啓発を行う。  医療機関へ訪問や手紙など活用し、認知症関連のイベントや認知カフェの情報発信を行い、取り組みの共有や、受診する住民へ情報提供できるよう取り組む。	集会所や集い場、商店等に訪問し、認知症関連のチラシの配布や取り組みを伝えることで認知症相談センターの周知啓発を行った。  病院へ受診する住民が、認知症カフェやイベントを知ることができるよう、医療機関へ訪問し取り組みの共有を行った。
	（８）初期相談対応	多様化・複雑化している相談に対し適切に支援が出来る。 ケースの課題を明確化し、他の関係機関へ繋いだり協働で支援したりすることができる。	認知症初期集中支援の検討や認知症地域支援推進員との協働により、相談受付の基本的な対応フローや研修により研鑽した技術や情報をセンター内で共有しながら対応する。  毎日のミーティングで支援方針の確認を行い、必要時には他関係機関や他業務へ繋ぎ連携をとる。	認知症地域支援推進員と協働して対応の確認を行ったり、早期から認知症初期集中支援へ繋げて対応したりすることで、適切な支援をすることができた。また、研修等で得た情報をセンター内で伝達する事ができた。  必要時にミーティングで支援方針の確認を行うことで、支援方針を確認し、他機関や他業務へ繋ぎことができた。
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	虐待対応マニュアルに基づき、センター内でケースの情報共有・把握することで、適切な対応が出来る。	虐待対応マニュアルに沿い、関係機関と連携を密にし、対応する。	都度、マニュアルを確認しながら必要に応じて関係機関と協議・連携を取りながら対応を行った。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	利用出来る制度について研鑽に努める。必要に応じ権利擁護センターと連携し、情報提供・関係機関に繋げる。 状態・情報把握に努め、見守り、安否確認が継続的に行える。 各包括、警察、消費者センター等の関係機関からの情報収集に努め、共有を図り、消費者被害防止の周知啓発を行う。	研修への参加や関係機関との情報共有・適切な対応を行う。 利用者の判断能力を把握し、必要に応じて制度・サービス・関係機関へ繋ぐ。  消費生活センター、警察、各関係機関と連携し、民生児童委員・地域住民等に対してチラシの配布等、消費者被害の周知・啓発活動に努める。	職員各々が様々な研修を受講し他機関との連携を図る重要性を再確認するとともに、ケース会議に関係機関の出席を促すなど連携体制構築を図ることができた。  認知症や精神疾患を伴う相談ケースが増加していることから、安否確認を行いつつ、丁寧なアセスメント・意向確認を行うことで、判断能力等を把握して、サービス等に繋ぐことに努めた。 民生委員や地域の集まりに出席し、チラシの配布等を行い消費者被害の注意喚起を行った。スマホカフェを開催しネット詐欺などについて周知・啓発した。
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	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。  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。	圏域に出来た新しい医療機関と薬局へ重点的に連携強化を図る。  東西高齢者生活支援センター通信を発行し、関係機関との連携体制構築を継続する。【東山手と共働】	芦屋川駅前の医療ビルへ訪問し、センターとの関係づくりを行った。支援するケースにおいて医療機関からの積極的な協力が得られた。  圏域の医療機関と薬局へ東西センターの活動報告と案内を配布。連携体制の構築を継続した。
	（１２）ケアマネジャーへの支援	介護支援専門員が、地域の民生児童委員と連携できるようにネットワーク構築を支援する。  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。	民生児童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】  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。（続けないと忘れられる）	民生児童委員と介護支援専門員の交流会を令和7年1月30日に実施。  「西山手TIMES」を2回発行。継続して介護支援専門員向けの情報発信を行った。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	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、住民の主体的な活動の支援を行なう。	プラスワン三条・老人福祉会館・圏域の集会所・上宮川文化センターなど住民が集う場所へ出向き、地域住民のニーズや現存の社会資源を把握する。  男性の興味関心が持てるようなイベントの企画を行い実施する。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う。	生活支援コーディネーターと連携し、可能な限り住民が集う場に訪問、啓発するとともに住民のニーズや資源収集を行った。聞き取り調査から男性が参加しやすい場が少ないという課題が認識できた。終活への関心が高いというニーズも把握できた。  男性限定「コーヒーアカデミー」を実施。介護予防講座受講の後に、ポッチャで体を動かす「健康アカデミー」を開催。どちらもニーズにマッチし定員を超える応募があり盛況であった。地域活動に意欲的である人材発掘もでき、生活支援コーディネーターと連携して地域の活動の場を確保する等、自主グループ化に向けた支援ができた。
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	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。	法人掲示板等を利用し、介護予防に関するポスター・チラシを掲示し啓発を行う。  定期的にセンター内事例検討会を行い、アセスメント技術を深めてケアマネジメントの質の向上を図る。	10月に利便性が良い立地へ事務所移転後、来所相談者は増加しており、掲示板による啓発も効果的と思われた。今後も掲示板を活用して様々な情報提供や啓発を継続予定。  定期的に事例検討を行うことでケアマネジメントを深めることができた。

令和6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3-1）

自己評価項目		令和6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	(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)－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)－①：全体ミーティング（週1回）および三職種ミーティング（月1回）を定期開催し、必要に応じてプランナーミーティングも実施した。これにより、各職員が自身の役割と活動方針を明確に理解し、組織的な視点で業務に取り組む体制を構築できた。
		(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できる。	(1)－②：定期的な運営基準の確認と、特定の事業所に偏りがないかを名簿で確認をおこなう。	(1)－②：上半期・下半期において、サービス提供事業者の利用状況を名簿等で確認し、特定の事業者への偏りがいないよう運営状況を点検した。これにより、運営基準に沿った公正中立なサービス提供の実現に努めた。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	(2)－①：進捗管理表に基づき実践活動が展開できる。	(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）	(2)－①：進捗管理表を活用し、活動内容の達成状況を随時確認したうえで、必要に応じて計画の変更・修正を行った。これにより、柔軟かつ実効性のある事業運営が可能となった。
	（３）チームアプローチ	(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	(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ミーティングを実施	(3)－①：毎月のミーティングを通じて業務上の課題を共有し、活動方針の統一を図った。これにより、職員間で業務内容の理解が深まり、センター全体としての組織的な対応力の向上につながった。
	（４）職員の資質向上	(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。	(4)－①：全職員が法人キャリアノートを活用し目標設定、研修計画をたて実践しセンター内で伝達研修をおこなう。 (4)－②：併設の在宅系支援事業所と合同で多職種での事例検討会を定期的に実施する。 (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のスーパービジョンを受ける。	(4)－①：それぞれが希望する研修に参加し伝達研修をおこない共有を図るとともに、キャリアノートに記載することで目標を明確にし振り返ることができた。 (4)－②：併設の在宅支援事業所、訪問看護、訪問介護事業所も参加し多職種による事例検討会を月1回実施した。 (4)－③：法人内での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できた。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	(5)－①：地域に出向き顔の見える関係性作りを継続し課題の早期発見や孤立化予防を進めることができる。	(5)－①：マンション単位での出前講座や相談会を開催し小地域単位での繋がりを強化し孤立化予防を図る。	(5)－①：継続的な働きかけを行っていたマンションにおいて住民による自主活動グループが立ち上がり、地域内のつながりが生まれる契機となった。また、個別訪問を通じて見守りが必要な高齢者の状況を把握することができ、早期支援につなげる体制を強化できた。
	（６）地域ネットワークの構築	(6)－①：圏域での災害に備えた体制づくりに取り組むことができる。	(6)－①：関係機関と連携し個別避難計画の作成に向けて取り組める。	(6)－①：具体的な防災活動には至らなかったものの、生活支援コーディネーターと連携し、地域の特性や資源を再確認した。また、地域内のつながりを活かした災害時の支援体制づくりの重要性を再認識する機会となった。
		(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出来る場所として運営を継続していくことができる。	(7)－①：認知症相談会を定期開催し住民に気軽に相談できる場所として周知する。また、地域で世代を超えた交流が出来る場所として開催を継続することができる。	(7)－①：認知症疾患医療センターの相談員と協働し、認知症相談会を計5回開催した。これにより、住民が気軽に専門職へ相談できる環境が整備され、認知症に対する地域の理解促進にもつながった。
	（８）初期相談対応	(8)－①：多様な相談機関と協働し相談支援体制の構築を図ることができる。	(8)－①：必要な機関との情報共有をおこない必要に応じてコネクト会議や地域ケア会議の開催をすることができる。	(8)－①：関係機関と情報共有を行い、必要に応じて支援者会議や地域ケア会議を開催した。これにより、多機関が連携した支援体制を構築し、包括的かつ継続的な相談支援が可能となった。
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	(9)－①：虐待対応マニュアルを基に、3職種の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。	(9)－①：虐待発生時に速やかな情報共有を行うと共に、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。	(9)－1：虐待事案発生時には迅速に関係機関と情報共有を行い、対応状況を適宜報告した。また、毎月の三職種ミーティングにおいても進捗や対応内容を共有し、職種横断的な連携体制の強化につなげた。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	(10)－①：権利擁護や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。	(10)－①：チラシ配付や掲示板、SNSなどを利用しての情報発信と、「出前講座」を2回/年開催し、住民への周知・啓発を進める。	(10)－1：権利擁護支援センターと連携し、権利擁護に関する学習会（ろうスクール）を開催したほか、地域の自治会等の集まりにも出向き、消費者被害や権利擁護の重要性について周知を図った。
	（１１）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	(11)－①：多機関・多職種・住民協働のネットワーク作りを促進し地域課題に取り組むことができる。	(11)－①：多職種連携つぼみの会を基に山手圏域の連携促進を図る。	(11)－1：年度内に事務局会議等の開催は叶わなかったものの、関係機関との継続的な情報共有を通じて連携を維持し、地域課題への協働の土台づくりを進めた。
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	（１２）ケアマネジャーへの支援	(12)－①：地域の介護支援専門員に向けて情報発信をおこなうことでより顔の見える関係性作りをおこない相談しやすい体制を作る。	(12)－①東山手ニュースレターの発行（年3回）	(12)－①：東山手ニュースレターを年3回発行し、地域の介護支援専門員をはじめとする関係者に向けてセンターの取組や地域情報を発信したことで、顔の見える関係性の構築に寄与した。
			東西センター通信の発行（年2回）。民生委員・CM交流会の実施（年1回）【西山手協働】	また西山手と協働し民生委員とCMの交流会を実施（45名参加）し関係性の構築を図ることができた。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	(13)－①：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。	(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。	(13)－①：さわやか教室から派生した2つのグループを自主活動グループとして立ち上げ、支援を行った。延べ132名が参加し、高齢者の継続的な社会参加の場として地域に定着しつつある。
	（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：地域の情報を収集しインフォーマルサービスを活用したケアプランが作成できる。	(14)－①：週1回のミーティングで地域の情報を共有、定期的に勉強会を実施し資質の向上を図る。	(14)－①：定期的なミーティングにより地域の生活資源や高齢者の状況に関する情報を共有し、併設の居宅介護支援事業所および在宅支援事業所と事例検討会を実施した。これにより、インフォーマル資源の活用を含む支援方針の調整と連携が図られた。



令和6年度活動実績報告書【精道高齢者生活支援センター】（資料3-1）

自己評価項目		令和6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 (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 (3)-①：ケースや地域に対してチームアプローチを行える (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	●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 (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 (3)-①：それぞれのチームの特性を活かし、月々のセンター内のミーティングで対応状況や課題・社会資源などの情報を共有し、連携協働ができる (4)-①：個別スーパービジョンを通し、それぞれの課題・目的にし、課題・目的にあった研修の機会を積極的に活用する。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	●センターの活動 (1)-①：R6.5に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行うことができた。 (2)-①：打出浜包括への引継ぎや、ケース対応で業務が逼迫し上半期の活動評価は行えなかったが、月例ミーティングで計画書をみながら適宜進捗の確認を行い、活動を実施した。 (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・社会資源などの情報を共有できた。 (4)-①②：個別スーパービジョン、グループでのスーパービジョンを実施。中でも月１回の事例検討においてはアセスメント技術の向上、ケースを見立てる力の向上が図れ、職員それぞれのケース対応を振り返る機会にもなった。
	（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：圏域の傾向を多角的に分析ができるよう情報を整理する (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)-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 (7)-①：認知症の人が暮らしやすい町づくりを推進する。 (8)-①：相談を受けたケースにつき最適な支援に繋げることができる	●センターの活動 (5)-①：各地区の相談傾向を多角的に分析し、地域へ働きかける内容を検討できる。 (6)-①：食の充実について、住民ニーズを把握し、住民主体と多職種連携から社会資源の充実や創出を図っていく。 (6)-②：携帯しやすい名刺サイズの啓発ツールを活用し当センターの周知を図る。年に一回精道ニュースレターを発行し、介護予防の普及啓発や役割機能の周知を図っていく。 (7)-①：行政と４センター協働により、認知症の人が暮らしやすい環境づくりを進めていくため、認知症についての普及啓発、集える場づくり、支援の充実を図っていく。 (8)-①：インテーク時に、必要な情報収集から適切に支援に繋がられるよう、職員のスキルアップを図っていく。	●センターの活動 (5)-①：R6年度は小学校区毎の相談件数を把握したが、多角的な分析には至らなかった。地域ケア会議を5件開催（虐待対応後2件・認知症のケース3件）。認知症のケースのうち1件は施設入所目前から在宅生活継続が行えたケース、1件は一人歩きで警察保護が重なっているケースのネットワーク作りを行った。 (6)-①：元気弁当プロジェクトを２回開催し（打出小樋町・春日町）好評を得た。運動面のフレイル予防が周知される中、食の充実への理解が深まる機会となった。スーパーから遠い地域の買い物支援ニーズを把握し、生活支援コーディネーターとコープとの連携を探ったがニーズと合わず繋がらなかった。 (6)-②：緊急時の情報が記載できる名刺サイズの啓発ツールを作成し、住民の活用を図った。薬局やコンビニ、郵便局へ配布し活用を促した。チランと同様の花柄のデザインがトレードマークとなり住民から認知されるようになったのが成果。R7.3に介護予防の普及啓発や役割機能の周知を図ってセンターのチランをリニューアルし全戸配布した。 (7)-①：他センターと協働で認知症連絡会の開催（2回/年）や、啓発事業としてアルツハイマー月間においては図書館に認知症関連図書やパネル展示を行うなど、認知症についての普及啓発活動を行った。 (8)-①：インテーク時に、複数職員で緊急性の判断が行い、末期癌のケースなど暫定サービス必要なケースへの対応が速やかに行えた。新人職員は対応のノウハウを学び、既存の職員は新人職員育成の中で、緊急性の判断や対応方法などを伝える必要性から、双方ともスキルアップが図れた。
	（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：高齢者虐待対応において、よりよいアプローチが行える (10)-①：権利擁護支援の多様なニーズに応えられる	●センターの活動 (9)-①：多機関協働により、事実確認を速やかに行い、コアメンバー会議までの時間短縮を図る。 (10)-①：権利擁護支援ニーズのあるケースの対応を、職員間で共有し、対応のノウハウを集積し、新たなケース対応に活かせる。	●センターの活動 (9)-①：ケースの緊急性の判断や支援計画策定時に、チーム間で迷うことが重ったため、センター内での虐待対応マニュアルの読み合わせの実施、対応を学ぶための標準的な研修参加の必要性を実感した。 警察通報からつながったケースは、警察と効果的に協働できたのが成果であった。コアメンバー会議までの時間短縮は、定例の会議日の設けるなど工夫を行ったが、効果的ではなく実現できなかった（R5年丸日 R6年度 丸日）。 (10)-①：権利擁護支援ニーズのあるケースの対応を、職員で共有、協働をするなかで、対応の標準化が行え、職員個々のスキルアップが行えた。 単身・キーパーソンなしのケースへの支援の中で、複数職員の対応が必要となり、直接的支援（①医療受診②金融機関同行③自宅片づけ④施設入所に向けての手続きなど）により多くの時間を費やすこととなった。また福祉サービス利用援助事業や成年後見制度に繋がるまでの金銭管理なども業務上の課題となっている。
	（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：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：介護支援専門員・民生児童委員の連携が高まるような身近な地域での接点を持てるように働きかける。 (12)-①：圏域の居宅介護支援事業所との顔の見える関係性を継続し、活用してもらえ地域包括支援センターを目指す。年に一回は意見交換の機会を持ち、各事業所の強みを把握していく。	●センターの活動 (11)-①：R6.10.18精道小学校区の民生児童委員・居宅介護支援事業所・高齢者生活支援センター交流会をLes 芦屋で開催し、R7.1.24に宮川小学校区の交流会を“うちぶん”開催した。身近な地域での開催により、顔の見える関係性が出来たと、好評を得た。住民と社会資源の繋ぎを心がけて行った（Les芦屋の見学会を同時開催・うちぶんの歴史を学芸員に聞く、など）。 (12)-①：複数の居宅介護支援事業所と意見交換の機会を持ち、各事業所の現状を把握し、連携協力関係の維持向上が図れた。虐待通報や対応困難ケースの連携協働がスムーズに行えたケースが複数あり成果が感じられた。
	（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：住民が主体的に介護予防に取り組める (13)-②：地域の社会資源を活かして介護予防を推進する。 (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	●センターの活動 (13)-①：地域で好評を得ている教室を複数体験できる「アラカルト式さわやか教室」を開催し、終了後に継続して教室に参加できるように働きかける。併せて引き続き出張型のさわやか教室を開催し身近な地域での自主グループの育成を図る。 (13)-②：地域に既にある社会資源を介護予防を学べる場、集える場として活用できるよう、地域の支援者と社会資源を繋ぎ、活動を後方支援する。 (14)-①：運営基準を定期的に見返し、業務の適性化を図る。 (14)-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。 (14)-③：定期的な勉強会を継続し、経験共有を通しながら自身の対応を振り返り資質の向上を図る。	●センターの活動 (13)-①：「アラカルト式さわやか教室」では地域で好評を得ている教室の講師を迎え、4種類の体操を3回ずつ体験いただいた。終了後も継続できるように働きかけた。毎月1回出張型のさわやか教室を開催し身近な地域で馴染みの関係作りができ、来年度から自主グループ化がきまった。 (13)-②：地域密着型デザイナーサービスにおいて、町の住民も利用したいとの声から、民生委員の体験利用に二か所繋げた。その結果民生委員からは住民に紹介しやすくなったと好評を得た。また住民がボランティアで入るなど、活用を考えるきっかけとなった。 (14)-①：運営基準を定期的に見返し、業務の適性化を図った。 (14)-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ことにより、それぞれの職員のスキルアップにつながった。 (14)-③：定期的な勉強会を継続し、基本を振り返るとともに経験共有を通しながら自身の対応を振り返る機会となり、資質の向上につながった。
	（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6年度活動実績報告書【潮見高齢者生活支援センター】（資料3-1）

自己評価項目		令和6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	(1)-①：公益的機関であることを常に意識し個人情報情報を慎重に取り扱いながらセンターの運営が行える。	(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を徹底する。	(1)-①：常に報告連絡相談の意識を持ち、連携して課題解決を図ることができた。 (1)-②：日を定めてファイル整理とリスト作成を行い、施錠を徹底することで個人情報の漏洩を予防した。
		(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。	(2)-①：活動目標に対する担当者を決め具体化した方針をた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機関で共有する。	(2)-①：担当者を決めることで役割が明確になった。 (2)-②：都度振り返りを行うことで次の企画に活かすことができた。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	(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。	(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。	(3)-①：週1回三職種会議を実施し、職種間の情報共有や事例の検討、行事等の進捗管理を行い、協働して行うチーム力を強化することができた。 (3)-②：必要時複数で対応することで、互いに確認し合いながら進めることができ支援に厚みを持たせることができた。
		(4)-①：8050問題、ハラスメントなど複雑な背景を持つ相談への対応力が強化できる。	(4)-①：必要な研修やSVに積極的に参加し自己研鑽を図るとともに、センター内及び行政をはじめとした多機関と協働することで、職員の離職を防止しマンパワーを維持する。 (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。	(4)-①②：研修には積極的に参加し、内容が充実していたものは会議の中で伝達を行い、知識や情報を共有することができた。
	（３）チームアプローチ	(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：地区福祉委員会や自治会等、住民主体の活動への毎月の参加を継続し、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：精神疾患やハラスメント等、対応困難な事例の数的把握を行い傾向を分析し、解決に向けての足がかりを作る。	(5)-①：定期の地区福祉委員会には必ず参加し、時事の情報や地域課題を共有することで関係を構築した。 (5)-②：毎月10人程度に対応し新規は年間で17人が対象となった。傾向を分析する一助となった。
		(6)-①：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。	(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開催した。そこから生まれる連携力やネットワークを活かす。 (6)-②：「福祉のまちづくりプロジェクト」へ参加を継続し、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。 (6)-③：地域情報や社会資源、介護予防への取組等を紹介したセンター機関紙「つなぐ」などを活用して、センターの周知を図る。 (6)-④：介護者支援の目的でプレ開催した「ブレイクカフェ」の内容を振り返り再検討し、定期開催に繋げる。	(6)-①：ケア会議（個別ミーティング）は2回開催。 (6)-②：プロジェクト活動の一つとして「またあしたバル」の開催支援を他機関と協働しながら行った。参加者は増え、当日手伝うなど住民の動きも出てきた。 (6)-④：「ブレイクカフェ」定期開催に向けて事前準備を行い試みた。内容は趣旨に沿うことができたものの参加者が少なく見直しが必要となった。
	（４）職員の資質向上	(7)-①：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。	(7)-①：5年度にスタートした「つなぐカフェ」（認知症カフェ）の内容を充実したものにし、ニーズのある高齢者やその家族が適切に結びつくようセンター全体で意識を高め連携する。	(7)-①：毎月の開催が定着し、参加者がほっとできる時間の提供ができた。
		(8)-①：インテークの段階で速やかに課題を捉え、多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三職種間で共有し、協議、支援方針を決定する。 (8)-②：要支援認定でサービスを必要とする場合、センター内での対応を速やかに行いケアマネジメントに繋げる。	(8)-①：必要時すぐに集合して協議することで速やかに方針を決定することができた。 (8)-②：できるだけ時間を置かずにマネジメントに繋げることができた。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	(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。	(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：当事者と対峙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。	(9)-①②：高齢介護課や権利擁護支援センターをはじめとした関係機関と随時連携しながら終結に向けた対応、支援を行った。
		(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。	(10)-①：権利擁護支援について関係機関や民生委員等地域へ情報共有や啓発を行い、支援の意義を共有し制度利用を促進する。 (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。	(10)-①：研修などで習得した知識や情報を正しく活用するように努めた。 (10)-②：介入困難な場合、手がかりとなる情報等を周囲から聞きながら粘り強く対応するように努めた。
	（６）地域ネットワークの構築	(11)-①：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。	(11)-①：災害時支援や意思決定支援等高齢者を取り巻く問題を、ケアマネジャーや民生委員、福祉推進員と共有し解決に向けて検討する場を持つ。 (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。	(11)-①：民生委員とケアマネジャーの交流会を通して災害時支援について考え検討する機会を持ち、顔が見える関係づくりを目指した。 (11)-②：地域ケア会議のほか、重層的支援事業の多機関協働支援会議も活用することで協働を深めることができた。
		(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。	(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。	(12)-①：困難事例の相談等地域の介護支援専門員に真摯に対応することで、関係性を強化した。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援			
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応			
	（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			
	（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			
	（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6年度活動実績報告書【打出浜高齢者生活支援センター】（資料3-1）

自己評価項目		令和6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		公益的機関として公正中立な事業運営を行うという役割を理解する。	地域包括支援センター運営マニュアルや業務委託仕様書、個人情報保護規定の読み合わせを行い、公益的機関としての役割を理解し、業務を行った。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営		業務の進捗状況を定期的に確認する。	毎月のセンター内会議で業務の進捗状況の確認を行い、活動を実施した。
	（３）チームアプローチ		各専門性を理解し、専門性に応じた業務の役割分担を行う。	毎月のセンター内会議や随時の情報共有、必要に応じて協議を行い、連携して対応した。
	（４）職員の資質向上		毎月の事例検討会を行う。また、積極的に外部研修を受講する。	月1回のセンター内での事例検討会を実施。
				希望職員へは、積極的に外部研修に参加して貰い、資質向上を図った。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握		毎月の相談内容と傾向を分析する。	相談内容の分析を行うことで、どの地域にこういった相談の内容が多いか、傾向の分析を行うことができた。
	（６）地域ネットワークの構築		地区福祉委員会や地域の集い場、地域行事に参加し、関係作りを行う。	地区福祉委員会や地域の集い場、地域行事などに積極的に参加し、センターの周知を図った。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援		認知症に関しての普及啓発や、地域での支援体制構築に向けての情報収集を行う。	既存の認知症カフェの見学、あしやの会への参加を通して、普及啓発の取り組みや、認知症カフェ立ち上げのための情報収集を行った。
	（８）初期相談対応		相談対応力の向上のため、未経験の職員には経験のある職員が付き添い、対応力の向上に努める。	相談のあったケースは速やかにセンター内で情報を共有し、支援が必要な場合には速やかにサービスや関係機関に繋げることができた。
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応		高齢者虐待対応マニュアルに沿って、他機関と連携し対応する。	虐待対応研修に参加し、スキルの向上を行った。また、実際に通報があった際には速やかに関係機関と連携し、早期の介入に努めた。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応		権利擁護支援の必要性のあるケースがあれば、関係機関と連携し対応する。	成年後見制度の必要性のあるケースに対して情報提供や利用の促しを行ったが実際に利用につながるケースは無かった。
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		民生委員と介護支援専門員との交流会を企画、実施する。	潮見・浜風地区にて、民生委員・地区福祉委員・ケアマネジャーの交流会を行い【潮見包括協働】、顔の見える関係作りを行った。
			づくりを行う。	
	（１２）ケアマネジャーへの支援		居宅介護支援事業所との顔の見える関係作りを行い、相談しやすいセンターを目指す。	市内の主任介護支援専門員との意見交換の場を持ち、センターの周知と連携の強化を図った。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業		介護予防サロンや出前講座を開催する。	コミュニティ保健室（にっち）を12月から月1回で開始。内容はその都度異なるが、療法士による介護予防体操や、薬剤師・栄養士・看護師による健康に関する話しなどをしている。
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業		事例検討会や研修への参加で、ケアマネジメントの質の向上を目指す。	自立支援型地域ケア個別会議の見学や、センター内での月1回の事例検討会、外部研修への積極的な参加で、ケアマネジメントの質の向上を図ることができた



令和6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】

業務内容		令和6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
社会福祉法人の利点を活かし、重層的支援体制整備事業を意識し、生活支援体制整備事業の第1層および社会福祉協議会の地域担当との連携について、市内4つの地域包括支援センターとの中枢的役割を果たす。				
自己評価項目				
大項目	小項目			
1 基幹型相談窓口の開設 （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）を行う。	●基幹的業務担当の活動 (1) 4包括の職員がバーンアウトすることなく、効率的かつ効果的な事業運営が行える。 (2)－① 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。 (2)－② 各部会活動を通じて市内の課題が共有できる。 (3)－① 包括の事業評価を元に、強化すべき点を取り組む。 (3)－② 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・課題を行政と共有できる (5) 包括の機能を強化するため、他機関とのネットワークを広げていく。 ●4センター協働 (1) 4包括が効率的かつ効果的な事業運営ができるよう課題が共有できる。 (2)－① 各圏域においても高齢者生活支援センターの認知度が向上する。 (2)－② 各部会活動を通じて市内の課題を共有できる。〔再掲〕 (3)－① 包括の事業評価を元に、強化すべき点を取り組む〔再掲〕 (3)－② 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、課題が具体的に伝えられるようにする。 (5) 包括の機能を強化するため、他機関とのネットワークを広げていく。〔再掲〕	●基幹的業務担当の活動 (1)－① 各センター・包連会・各部会において業務遂行上の課題・活動状況を聞き取り、改善点があれば検討する。 (1)－② 包括が関わる会議体を見直しを検討する。 (2)－① 啓発機会の検討や調整を行う。 (2)－② 各部会活動の後方支援を行う。 (3)－① 包括の事業評価を包連会で共有し、課題を検討する。 (3)－② 地域ケア会議のマニュアルを見直し、地域ケア会議を開きやすいものにする。 (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・課題を行政へ伝え一緒に検討する。 (5) 地域ケア会議（個別ケアミーティング・自立支援型）、包連会・支援センター連絡会からの課題で他機関との協働で解決できる方法を検討する。 ●4センター協働 (1) 包連会等において包括の事業運営状況を共有し、課題化し支援センター連絡会へあげていく。 (2)－① 4センター協働の啓発事業を各地域事業において実施する。 (3)－① 包括の事業評価を包連会で共有し、課題を検討する。 (3)－② 地域ケア会議のマニュアルを見直しに向けての検討を行う。 (4) 支援センター連絡会、包連会での課題の共有と改善検討 (5) 地域ケア会議（個別ケアミーティング・自立支援型）、包連会・支援センター連絡会において他機関との協働できる課題を検討する。	(1)－①②、(2)－①② 包連会や専門職部会での協議をもとに、既存の会議の機能を分析。会議当日の運営よりも会議のデザインや事前準備が負担であることがわかった。特に、自立支援型地域ケア個別会議は、原則として予防プランナーが事例提出者となり、センターによってはかなりの頻度で同一職員が事例提出することとなり、負担が大きいという声が上がった。これを踏まえ、令和7年度は自立支援型地域ケア個別会議の開催回数を半減（6回/年）することとした。また、その他いくつかの会議についてあり方を検討することとした。 (3) センターにおける実践の量的評価（アウトプット評価）の一つとなる日報・月報のカウント方法について、標準化に向けた点検・協議を実施。そもそもの項目設定やカウントの意図について共通認識を作るとともに、無駄な項目を削除する等の協議を実施した。 (4) 地域支援事業の要綱改正、兵庫県地域包括・在宅介護支援センター協議会阪神ブロック研修会での大東市長逢坂氏の講演等を受け、「芦屋市における総合事業のあり方」等に対する包括職員や地域支えあい推進員の問題意識が向上。年度末に「座談会」として組織する方向性を打ち出した（令和7年度から「総合事業界限座談会」として組織）。これによって、包括職員と地域支えあい推進員がそれぞれの立場から意見交換ができるプラットフォーム創設に向けた素地ができた。 (5) 重層的支援体制整備事業の多機関協働のプラットフォームである「多機関協働支援会議〔定例型〕」に標準メンバーとして参画していくことが決定。
	(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分析のもと、計画性をもって具体的活動に取り組む。			
	(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いけない業務がある場合は、滞りなく引き継ぐ。			
2 介護支援専門員に対する専門研修 （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) 基幹の活動の中から見いだされる介護支援専門員に必要な研修や企画を検討する。 (7) 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) 各部会からの視点で介護支援専門員に必要な研修を企画し、介護支援専門員の質の向上を図る。 (7) ケアマネジャー友の会と研修を共催し、高齢者生活支援センター職員も含め、幅広く介護支援専門員に対して研修の機会を提供する。	●基幹的業務担当の活動 (6) 自立支援型地域ケア会議からの抽出された介護支援専門員の課題や多機関との連携・協働していく上で必要と思われる研修や企画を検討する。 (7) 対人援助基礎講座の開催  ●4センター協働 (6) 介護予防ケアマネジメント研修の企画・立案・実施 (7) ケアマネジャー友の会との研修の共催	(6) 地域ケアミーティング（地域ケア推進会議）において、「ケアマネジャーが抱える地域課題を抽出し、解決するまでの道筋をつくることが課題」とまとめ、令和7年度の方向性を決めた。  (7) 対人援助基礎講座、ケアマネジメント事例検討会を従来とおりケアマネジャー友の会・主任ケアマネジャーの会と共催で取り組むことができた。居宅介護支援事業所等の主任ケアマネジャーが地域における人材育成の担い手として活躍できている。
	(7) ケアマネ友の会は、研修で共催の形をとる。			
3 各圏域の地域課題の抽出・整理・解決策の検討・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) 各センターの抱える課題を把握することができる (10)－①関係機関と協働し、縦レビュー会議の事務局機能を果たす。 (10)－②地域ケア推進会議を企画し、事務局機能を果たす。 (11)各地域で行われる地域ケア会議、社協や支え合い推進員からの情報も得て、各圏域の課題を知る。  ●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) 各センターの課題が明らかになる。 (10) 各月の支援センター連絡会・横レビューにおいて課題を分析できる。 (11)普段の活動を通して、地域の実態を把握できる。	●基幹的業務担当の活動 (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 (9) 各センターへの聞き取り、包連会・各部会等においての課題や困難事例等のヒアリング、コンサルテーションの機会を検討する。 (10)－①縦レビュー会議事務局と協働し、障がい基幹相談担当と高齢部門の基幹的業務担当が主体的に縦レビュー会議を開催し、課題の取り組みに対しての進捗状況の管理も行っていく。 (10)－②地域ケア推進会議を開催し、地域課題の抽出と課題への取り組みを支援する。 (11) 各圏域の地域ケア会議の参加、社協地区担当、支え合い推進員との連携強化  ●4センター協働 (8) 現任職員研修の実施・参加 (9) 自立支援型地域ケア個別会議や基幹のヒアリング等を通して課題を検討する。 (10)横レビューによる課題の共有、縦レビュー会議・地域ケア会議の参加、課題の検討 (11) 地域ケア会議の開催・包括内での支え合い推進委員との情報共有	(8) 打出浜包括創設時に、初任者研修の開催を高齡介護課へ提案し開催に至る。前述のように、会議のデザインや運営に関する負担感が多いため、第1層地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）との協議の上で、ファシリテーション力アップに向けた取り組みを検討することとした。  (9)×(10)×(11) 前述のとおり、地域ケアミーティング（地域ケア推進会議）等の会議を通して課題を抽出し、令和7年度事業として多くの新しい取り組みを創出した。
	(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			