

令和7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7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「重点項目に下線」	活動による成果「重点項目に下線」
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	<u>個人情報を取り扱う公益的機関として、運営基準や法令に則ってセンターを運営する。</u>	定期・不定期なミーティングにおいて、センター内の必要な情報共有を図り、支援中の個人情報の取り扱いや支援の進捗状況を確認した上で、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、公平性の担保がされるようにセンター内で情報共有をする。 <u>継続的に業務できるようにBCPの見直しを行う。</u>	センター内で進捗状況を確認しながら支援方針を決定することができた。利用者の意向に沿いながら複数の事業所を提案し選定。事業所の受け入れ状況もあわせて、公益性を図ることができるよう情報共有を行い、偏りのないようにつとめた。BCPについて主に感染予防マニュアルの見直しを行うことができた。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	センター内で昨年度からの活動を評価し、その活動における参加人数や背景情報を集め、次の活動計画に繋げていく。	ミーティングにて、活動評価に必要な情報を確認し、情報を集めるようにし、次の計画の方向性を作成する。	ケースや活動の情報共有と分析を行い、適宜評価しながら活動することでセンターとしてのプランを作成・修正を行う事ができた。
	（３）チームアプローチ	定期ミーティングにて、支援や活動について情報を共有し、専門性や強みを活かした意見を出し合う。	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、チームとして対応をする。	対応や支援について、単独の職員だけでは判断せず、チーム内の複数職員で意見を出し合い検討しながらチームアプローチを行うことが出来た。
	（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ために、各職員が必要な研修に参加して自己研鑽できるようにする。	経験の浅い職員へは、OJTによりノウハウを継承して、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。外部研修の受講後、センター内職員へ学んだ知識・技術をチーム全体で共有する。	各分野の研修受講により自己研鑽をし、職員の資質向上を図る事ができた。職員の経験年数に合わせたOJT等により知識や技術の継承を行えた。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	<u>総合相談における相談内容や傾向、地域の実態を把握し関係機関と共有する。</u>	<u>センター内ミーティングで相談内容と傾向を共有・分析し、また増加傾向にある複合的課題のある重層的支援が必要なケースに活用する。</u>	<u>ミーティング等で、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えた。必要に応じて関係機関と方向性を共有、分析できた。</u>
		地域の集い場、商店、イベント等で高齢者の課題などの収集、実態を把握する。	地域関係者（民生委員・介護支援専門員・生活支援コーディネーター等）と連携し、地域情報の共有を行い、高齢者の実態を把握する。	地域のつどい場や、イベント、自治会等行事に参加することで高齢者の実態を把握し、地域関係者と課題や情報を共有することができた。
	（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、チラシ配布も活用しながら、周知啓発を行う。	商店街や自治会などのイベント、新規開設したコモンズ山芦屋（多世代交流の場）に生活支援コーディネーターと共に参加することで、包括の周知啓発ができた。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	<u>認知症と診断されても通いやすい居場所をつくるとともに、地域住民へ認知症に関する周知啓発をする。【重点項目】</u>	<u>月1回認知症カフェを開催し、認知症当事者や家族の居場所づくりを行う。住民の集う場や商店等を訪問して、認知症カフェやアルツハイマーデイイベント等を通して地域住民へ周知活動を行う。【重点項目】</u>	<u>月1回認知症カフェを開催し、地域住民や認知症当事者、家族の居場所づくりに努めた。アルツハイマーデーやハロウィンのイベントを通して相談窓口や認知症に関する普及啓発活動を行った。【重点項目】</u>
	（８）初期相談対応	医療機関、居宅介護支援事業所へ認知症に関する取り組みの共有、連携を図る。 <u>共生社会の実現（認知症基本法）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。【5センター協働】</u>	医療機関、圏域内の居宅介護支援事業所へ訪問や手紙を活用し、認知症カフェやイベントの情報共有を行い、受診する住民や利用者へ情報提供できるよう取り組む。 <u>市民向けの講座及び啓発イベントを年に1回は実施する。【5センター協働】</u>	居宅介護支援事業所へ、適宜認知症カフェやイベントの情報共有を行った。事例検討会の開催、若年性認知症ネットワーク会議の開催を通して医療機関・関係機関との連携強化を図れた。あしやの会の継続開催、認知症カフェ・カフェ連絡会の開催支援を行い、地域の集える場の定着につながった。芦屋市と協働して市民向け講座を開催。ホスピタルフェスタや福祉センターでのパネル展示、芦屋トライアングルでの広報活動など市民に広く啓発を行えた。【5センター協働】
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	多様化・複雑化している相談に対し他機関へつなぎ協働で支援するなど適切に対応できる。	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及び情報をセンター内で共有し、必要時には他機関へ繋ぎ連携しながら対応する。	研修の資料や報告書をセンター内で共有した。必要に応じてケースの支援方針を検討し、社会資源・制度の活用、他機関との連携を行った。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	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を共有し把握することで適切な対応ができる。	虐待対応マニュアルを理解、活用して業務に取り組む。	毎週センター内ミーティング時に進捗状況を共有。対応方法の不安・不明点是对応マニュアルを確認し振り返る機会にした。
				また、市・権利擁護支援センター主催の研修に参加し、各々の知識・理解度を深めた。
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	利用できる制度について理解を深められるように研鑽に努め、必要に応じて権利擁護支援センターと連携して対応する。	研修等に参加し、必要に応じて関係機関との情報共有し適切な対応を行う。	研修に参加し成年後見制度理解を深められた。医療機関との連携も重要であり地域の医療機関が主催する研修にも参加し、双方に抱える課題の情報共有を行い、今後の連携体制を構築した。
	（１２）ケアマネジャーへの支援	見守り、安否確認を継続し状態・状況把握に努める。 <u>関係機関から情報収集・共有し、催しも活用しながら消費者被害防止の周知啓発を行う。</u>	民生委員を含めたモニタリングや地域住民とも連携して状態・状況を把握。必要に応じてサービスや制度・関係機関に繋がれるようにする。 <u>消費者センター、警察、各関係機関と連携する。民生児童委員・福祉推進委員・地域住民が集う場に参加し消費者被害の周知・啓発を行う。引き続き、スマホカフェの開催等により被害防止に努める。</u>	<u>身寄りがないとか頼れる家族がいないという課題を抱え、複合的支援が必要な世帯も多く介入が難航するケースもあったが、担当CMや関係機関と連携し継続した見守りや介護保険や後見制度申請につなげることができた。消費者被害防止については地域住民が集う場（スマホカフェなど）を利用し周知啓発することができた。</u>
		介護支援専門員が、地域と連携して支援できるようにネットワーク構築を支援する。	感染症対策を講じながら、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。交流会の場であがる地域課題を顕在化し、共有や解決に向けて関係機関と協働する。【東山手と共働】	民生児童委員と介護支援専門員の交流会を実施。民生児童委員の改選もあったため、それぞれの役割と支援する範囲について確認する事例検討を行えた。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	介護支援専門員が相談窓口を知り、有益な情報を取得できる。	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及び相談窓口としての機能の周知を図る。	「西山手TIMES」を発行し、感染症についての情報提供を行い、周知を図ることができた。
		地域住民に対し介護予防の普及啓発及び予防教室の企画・運営する。	法人掲示板を利用し、フレイル等の介護予防に関するポスターを掲示し、啓発を行う。	介護予防講座のチラシやフレイル予防のポスターを法人掲示板に掲示し、啓発を行うことができた。
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	<u>地域住民のニーズを把握し、自主グループの活動支援ができる。</u>	圏域内の集会所や文化センター等に出向き、地域住民のニーズや現存の活用可能な社会資源を把握する。また、前年度に引き続き男性が興味関心を持って参加できるようなイベントを企画。介護予防・終活講座と運動を合わせた「健康アカデミー」も継続して開催。体操教室の実施や他介護予防を目的としたイベントを開催して介護予防の普及啓発及び介護予防を推進する人材の発掘や育成を行う。	高齢男性が興味を持って参加できる講座として男性限定のウォーキング講座を開催した。また健康アカデミーやさわやか教室を継続して開催することで地域住民のニーズを把握し介護予防の普及啓発が行えた。自主化には至らなかったが住民同士の繋がりがりづくりを促進するとともに地域で介護予防を支える人材の発掘に繋がった。
		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。	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・分析力を高めてケアマネジメントの質の向上を図る。	自立支援型地域ケア会議の開催に合わせ、ケースの事例検討を行った。センター内で複数の職員の視点から多角的にアセスメントを行い、ケアマネジメントの質の向上を図った。

令和7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7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：毎週の定例のミーティング（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った。	定例ミーティングを通じて活動方針を継続的に共有・確認し、状況に応じて計画を見直すことで、センターの運営方針に基づいた統一的な支援を実践することができた。また、業務の優先順位や役割分担が明確となり、円滑な業務運営につながった。
	（２）PDCAサイクルでの事業運営	(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。	(1)-②：定期的な運営基準の確認と、特定の事業者に偏りが無いかを名簿で確認を行った。	運営基準を定期的に確認し、事業者選定状況を点検することで、公正・中立なセンター運営を維持することができた。また、運営状況を客観的に確認し、適切な業務改善につなげることができた。
	（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ため、毎月全職員での会議を実施した。	毎月の全体会議で組織課題や活動方針を共有・検討することで、職員間の業務理解が深まった。また、情報共有と連携体制が強化され、組織として統一した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った。 (4)-①：併設の在宅系支援事業所と合同で隔月1回事例検討会を実施した。 (4)-①：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できた。	計画的な研修受講や伝達研修、事例検討会、ソーシャルワーク勉強会を通じて、職員の専門知識・技術の向上を図ることができた。また、スーパービジョンや学びの共有により、職員の資質向上と組織全体の支援力向上につながった。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	(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、互助意識の醸成を図ることが出来る。	(5)-①：郵便局での「出張相談」や自治会、老人会での「出前講座」を実施。各町ごとの小単位での開催は実現しなかったが、住民との繋がり作りの機会（場）を多くもつことができた。	地域住民との接点を重ねたことで、相談しやすい関係性の構築が進み、潜在的な相談ニーズの早期把握や、身近な相談窓口として「ふらっと」を活用していただく機会の増加につながった。
	（６）地域ネットワークの構築	(6)-①：「 <u>防災対策の取り組み</u> 」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。【重点項目】	(6)-①：圏域の自治会、防災会や行政等の関係機関とともに災害への取組の実態を把握し、関係機関との意見交換会・情報交換会を実施した。また、地区防災会の会合や行事に可能な限り参加することで地域の取り組みを把握することができた。	地域の防災活動の課題を把握するとともに、個別支援を通じて把握した高齢者の生活課題や支援ニーズを地域課題として共有し、「地区防災の取り組みはケースワークの延長線上にある」という認識を持つことができた。次年度に向けて、個別支援と地区防災を結び付けた実践を展開していくための第一歩となった。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	(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。 (7)-②：共生社会の実現（認知症基本法）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。【5センター協働】 (7)-③：「 <u>あしやの会@ふらっと</u> 」（認知症当事者の集える場）の継続開催が出来る。	(7)-①：多機関との協働、住民との協創住民によって活動を行い、身近な交流やサポートが受けられる居場所としての活動を継続することができた。 (7)-②：神戸大学協定締結記念講演会及びあしやホスピタルフェスタへの参加し新しい認知症観の啓発活動を行うことが出来た。 (7)-③：「あしやの会@ふらっと」（当事者の会）を毎月開催し、延べ参加者数は97名/年に参加いただいた。開始後30分程度、座談会形式で当事者の声を聴く時間を持つことで、「当事者が考え、行動するという本人中心の会運営」のカタチを構築することができた。	多機関・多職種との協働により、さくらカフェを認知症の人やその家族が安心して参加できる身近な居場所として継続的に運営することができた。また、地域住民との多世代交流や相談・情報交換の機会を提供することで、認知症への理解促進や支え合いの意識醸成につながり、地域における見守り体制の強化をつなげることができた。5センター協働による市民向け公開講座や啓発イベントを通じて、認知症への理解促進と新しい認知症観、共生社会の実現に向けた地域啓発を進めることができた。また、多機関・ボランティアと連携し、定期開催を継続することで、認知症当事者や家族が気軽に参加できる交流・相談の場として定着し、継続的な支援体制の構築につながった。
	（８）初期相談対応	(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。	(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、必要に応じて支援者会議、地域ケア会議の開催をおこなうことができた。	総合相談から支援ニーズを整理し、関係機関との情報共有を目的とした支援者会議を迅速に実施することで、属性を問わない包括的な相談支援体制の充実を図ることができた。また、多様な相談機関との協働により、複合的な課題を抱えるケースに対しても早期対応できる仕組みづくりにつながった。
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。	(9)-①：随時、情報の共有や対策を協議し、関係機関と連携を図る。また毎月の３職種ミーティングはもちろん、都度進捗状況を確認し、対応方針を相談しながら進めることができた。	虐待に関する情報を随時共有するとともに、毎月の三職種ミーティングで対応状況を確認・検討することで、センター内で統一した支援方針のもと、迅速かつ適切な対応を行うことができた。また、関係機関との連携・協働を強化することで、虐待の早期対応や再発防止に向けた支援体制の充実につながった。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	(10)-①：利用出来る制度の理解が進み、積極的な権利擁護支援ができる。 (10)-②： <u>関係機関や民生委員と協働で見守りと安否確認ができる。</u>	(10)-①：掲示板などを活用し、利用できる制度の周知を行う。制度がスムーズに活用できるよう関係機関と連携を図る。 (10)-②：関係機関や民生委員との連携を密に取り必要に応じて対応することができた。見守りが必要な方は民生委員と巡回訪問する等して関係機関と一緒にとりくむことができた。 (10)-③：掲示板やSNSなどを利用しての情報発信と、消費生活センター等関係機関と協働して地域住民対象の啓発活動を実施することができた。	利用可能な制度の周知と関係機関との連携を継続することで、相談者が必要な支援制度を適切な時期に活用できる体制づくりを進めることができた。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業等を含めた権利擁護支援を積極的に実施し、相談者の権利や尊厳を守る支援の充実につながった。 関係機関や民生委員との連携、巡回訪問を通じて見守り体制を強化し、状況変化の早期把握と必要な高齢者への切れ目のない支援につながった。
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	(11)-①： <u>多機関・多職種・住民協働のネットワークの促進を図ることができる。</u>	(11)-①：「多職種連携つぼみの会」の再開に向けて、事業所間で話し合う機会をはもてたが会議開催にはいたっていない。会議の形式ではなかったが東山手圏域の関係機関との連携をもつことができたが山手圏域全体での開催準備はできなかった。	今年度は「多職種連携つぼみの会」の再開および事務局会議の開催には至らなかったため、計画していたネットワーク構築は未実施となったが、開催に向けて圏域の事業所とは個々で話をする機会がもてた。今後は西山手圏域の関係機関との調整を進め、地域課題の共有や多職種連携の機会を再開できるよう体制整備を進めていく。
	（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。	(12)-①：ニュースレターを年3回発信し、センターの活動、役割を周知することができた。 (12)-①：西山手と協働で山手圏域の民生委員・CM交流会を実施、また交流会の様子をセンター通信として発行し、ネットワーク強化を図ることができた。	地域の介護支援専門員への継続的な情報発信を通じて、センターの役割や地域資源に関する理解促進を図ることができた。また、介護支援専門員との顔の見える関係づくりが進み、相談しやすい環境や連携体制の強化につながった。 民生委員・介護支援専門員交流会や東西センター通信の発行を通じて、地域の介護支援専門員への継続的な情報発信と相互理解の促進を図ることができた。また、顔の見える関係づくりが進み、相談・連携しやすいネットワークの強化につながった。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	(13)-①： <u>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>	(13)-①：さわやか教室を2教室（各10回）開催し、延88名が参加した。ヨガやストレッチに加え、フレイル予防のミニ講話や自宅で取り組める課題を提供することで、介護予防への意識づけを行った。教室終了後は既存の地域グループへの参加を促し、社会参加や認知症予防を含めた介護予防の継続につなげた。昨年度から支援しているグループは3回・延9名の参加で自主化には至っていないが、生活支援コーディネーターと連携して発表の場への参加を支援、活動の活性化につなげている。また、「食事」をテーマとした3回シリーズの介護予防教室を開催し、延23名が参加した。管理栄養士による献立作成や調理実習を通じて、食生活の改善と参加者同士の交流促進につながった。	新たな自主グループの立ち上げには至っていないが、さわやか教室から既存の地域グループへの参加につながり、介護予防の動機づけから活動参加への流れが定着してきている。さらに、生活支援コーディネーターと連携することで地域グループの活動の活性化と定着を支援し、地域における継続的な介護予防・社会参加の推進につながった。
	（１４）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	(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。	同法人内の在宅訪問系事業所との「多職種協働事例検討会」を2か月に1回、計6回開催した。「暮らし豊かに」をテーマに多職種で地域のインフォーマル資源も含めたケース検討を行い、地域の情報について共有する機会が作れた。	法人内での多職種連携ケース検討会議を定期的 to 実施することで、多角的な視点から支援方針を検討し、利用者の地域とのつながりや強みを活かした自立支援に資するケアマネジメントの実践につなげることができた。また、多職種からの助言や意見交換を通じて、ケアプラン作成や支援の質の向上を図ることができた。

令和7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7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：公益機関としての役割を理解して、業務を遂行できる。	(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した。	(1)-①：R7.5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）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・評価を行った。	(2)-①：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）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：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、連携協働をおこなった。	(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）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：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できた。 (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った。	(4)-①②：スーパービジョンの要素をもった事例検討会を実施することで、中でも月1回の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
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	(5)-①：日報月報から相談の傾向の分析が行えて、各地域のニーズを把握し、必要なアプローチが行える。	(5)-①：毎月小学校区毎、町毎の相談件数を確認し、相談の傾向について話し合った。	(5)-①：地域包括支援センターの令和7年度の総合相談支援業務の相談延人数は5040件（前年度比89.3%）、また、新規相談件数は347件（前年度比89.9%）であった。打出浜園域の減を勘案すると妥当な件数と考えられる。
	（６）地域ネットワークの構築	(6)-①：個別や地域のニーズを社会資源に繋ぐ、創出する。【重点項目】	(6)-①：庭を持て余す地域密着型デイサービスと野菜を作りたい住民を繋ぎ、居場所と活動の場を創出した。	(6)-①：デイサービス側は地域とのつながりの重要性を再認識する機会となり地、庭の整備や野菜作りを通して、居場所・活動の場が創出できた。ひとり一役活動にも繋げられた。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	(7)-①：認知症の人が暮らしやすい町づくりを推進する。 (7)-②共生社会の実現（認知症基本法）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。【5センター協働】共生社会の実現（認知症基本法）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。【5センター協働】	(7)-①：行政と5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。 (7)-②：市民向けの講座及び啓発イベントを年に1回は実施する。【5センター協働】	(7)-①：事例検討会の開催、若年性認知症ネットワーク会議の開催を通して医療機関・関係機関との連携強化を図れた。あしやの会の継続開催、認知症カフェ・カフェ連絡会の開催支援を行い、地域の集える場の定着につながった。 (7)-②：芦屋市と協働して市民向け講座を開催。ホスピタルフェスタや福祉センターでのパネル展示、芦屋トライアングルでの広報活動など市民に広く啓発を行えた。
	（８）初期相談対応	(8)-①：総合相談業務がチームアプローチにより、円滑行える。 ②社会資源の整理を行う。	(8)-①：総合相談業務の基本を再確認し（マニュアルの読み合わせ）、チームアプローチにより必要な支援を速やかに繋げることができた。 (8)-②：社会資源情報が活用しやすく整理が行えた（データ化など）。	(8)-①：地域包括支援センターマニュアルの総合相談の部分の読み合わせを実施し、緊急性の判断について共有ができ、ケース対応に活かすことができた。 (8)-②：ベッド・車いすの自費レンタル価格表・緊急通報や安否確認ツールなどの情報をPDFデータ化した。次年度に継続取り組み予定。
3 権利擁護業務	（９）高齢者虐待対応	(9)-①：虐待対応チームの連携を強化するために研修参加を行い、対応力を向上できる。	(9)-①：センター内で虐待マニュアルの読み合わせを行い、虐待対応への理解を深めた。包括連絡会や支援センター連絡会で市内での研修の必要性などを提起し、社会福祉部会への検討に繋がった。虐待の会議が効果的効率的に行えるよう、会議前に情報整理を心がけて臨んだ。	(9)-①：センター内で虐待対応における目的や対応方法の標準化が図れ、センター内の連携がスムーズに行えた。会議が効率的に開催できるように、事前の情報整理や帳票（案）を作成することで、会議時間の時間短縮が図れた。
	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	(10)-①：お一人様、キーパーソンなしの方の支援の課題抽出が行える。	(10)-①：R7年度も認知症、キーパーソン不在などのケースの直接的支援を、計37件行った（①金融機関同行②受診同行③多岐に渡る生活支援ニーズに対応）により多くの時間を費やすこととなった。	(10)-①：認知症、キーパーソン不在などのケースの対応は、グレーゾーンの対応（例：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財産管理）も含まれており、業務上のリスクも抱えている。直接的支援に多くの時間を費やしており、他業務を圧迫する結果となっている。
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	(11)-①：関係機関同士顔の見える関係性づくりが行える。	(11)-①：R8.3に民生児童委員・居宅介護支援事業所・高齢者生活支援センターの代表者が参集し、R8年度に小学校区毎で『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』の開催を決定した。	(11)-①：R7年度は民生委員の改選にあたっており、R8年度年度11月中旬頃の開催に向けての計画立案が行え、顔の見える関係性づくりの大切さを再認識できた。
	（１２）ケアマネジャーへの支援	(12)-①：圏域の居宅介護支援事業所との良好な関係性を構築する。	(12)-①：R8.2圏域の居宅介護支援事業所が参集し意見交換会を開催した。	(12)-①：R8.2圏域の居宅介護支援事業所の代表者と参集で意見交換会を開催し、今後の顔の見える関係づくり、ささえあいの関係づくりについて意見交換を行い4月から不定期で交流会を開催することとなった。
5 介護予防ケアマネジメント	（１３）一般介護予防事業	(13)-①：住民が主体的に介護予防に取り組める。	(13)-①：地域の身近な場所で、顔の見える関係性を大事にしながら、さわやか教室は市内2か所（若宮町と「うちぶん」）で開催した。終了後、自主グループ化を促し、2が所とも自主グループに移行ができた。	(13)-①：参加者は後期高齢者が半数を超えていたが、スーパー市民や民生委員等の協力で自主化した。また新設の事業所とコラボレーションして集い場での講話を行うなどの啓発を実施し、好評を得ることができた。自主グループはトレーナー派遣事業が行える間は継続するものの、リーダーの負担感が強くなる、費用が負担できず活動回数の減となるなど、継続の難しさを実感する結果となっている。
	（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。	(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、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。

令和7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7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等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)-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。
	（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。	(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。 (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。	(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：担当者を決めることで役割が明確になった。
	（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。	(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。	(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。 (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）職員の資質向上	(4)-①：8050問題、介入困難等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、職員のマンパワーを維持する。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)-①：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。
2 総合相談支援業務	（5）地域の高齢者の実態把握	(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)-②：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：自治会等住民からの情報やアウトリーチにより、担当地域の実態や特徴を把握する機会を持つ。	(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：民生委員を含む地域の方からの相談が減少しており、地域の声が届きにくくなっていることが課題としてあった。
	（6）地域ネットワークの構築	(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：地域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し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」への参加を続け、住民の思いを具現化する活動支援を地域の多機関と協働しながら行う。 (6)-③：地域情報や社会資源、介護予防への取り組み等を紹介したセンター機関誌「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計画した「ブレイクカフェ」を振り返り今後に向けて再検討する。	(6)-①：ケア会議（個別ミーティング）は1回のみの開催となり次年度への課題となった。 (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定期開催として定着した。また、認知症について地域と学ぶ機会について模索を始めた。 (6)-③：地域情報や社会資源、介護予防への取り組み等を紹介したセンター機関誌「つなぐ」などを活用し、ある程度のセンターの周知を図ることができた。 (6)-④：介護者支援の重要性は強く認識しつつ、参加しやすい条件をあらためて考え直すこととし、次年度の開催は見送ることとなった。
	（7）認知症高齢者及び家族への支援	(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)-②：共生社会の実現（認知症基本法）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。	(7)-①：「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)-②：市民向けの講座及び啓発イベントを年に1回は開催する（5センター共通）。	(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。 (7)-①：事例検討会の開催、若年性認知症ネットワーク会議の開催を通して医療機関・関係機関との連携強化を図れた。あしやの会の継続開催、認知症カフェ・カフェ連絡会の開催支援を行い、地域の集える場の定着につながった。 (7)-②：芦屋市と協働して市民向け講座を開催。ホスピタルフェスタや福祉センターでのパネル展示、芦屋トライアングルでの広報活動など市民に広く啓発を行えた。
	（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。 (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介護予防ケアマネジメントに繋げる。	(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、支援方針を決定した。 (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。
	（9）高齢者虐待対応	(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」に則りながら行政をはじめとした多機関と連携した支援、対応を行う。	(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
	（10）判断能力を欠く常況にある人への対応	(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。	(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。 (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と共有し被害の予防を図る。	終結に向けた対応、支援を行った。 (10)-①：研修には積極的に参加し、そこ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。 (10)-③：社福士部会を中心に、被害の報告等を共有するネットワーク活動を行った。
	（11）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	(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、福祉推進委員、他包括と共有し検討する場を持つ。	(11)-①：民生委員とケアマネジャーの交流会を通して「おひとりさま支援プロジェクト」と題し、孤立・孤食について考え検討する機会を持った。交流の中で顔が見える関係づくりが図れた。
	（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。	(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。	(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：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。
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。	(13)-①：介護予防教室において男性が参加しやすいウォーキング教室を継続開催する。また、介護予防として運動以外のアプローチの方法も模索、検討していく。	(13)-①：ウォーキングの教室を開催したことで、より男性が参加しやすい機会を提供できた。
	（14）指定介護予防支援事業及び第1号介護予防支援事業	(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。	(14)-①：センター内のケース会議やプランナー会議におい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。	(13)-①：活動の中で高齢者のスマホ活用のニーズが高いことがわかり、教室の開催を始めた。 【重点項目】 (14)-①：プランナーも含め新しい社会資源やサービスについては情報共有に努め、地域支え合い推進員が持っている資源もケアプランに活かすようにした。

令和7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7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：行政との連携のもと公益的な機関として公正中立的立場に立って業務を遂行できる。 (1)-②：各職員が個人情報保護及びプライバシー保護に関する理解を深め、係る情報等の取扱い等に際して細心の注意を払う	(1)-①：高齢介護課や関係機関と情報共有を行い、課題解決を図る。 (1)-②：個人情報を安全に管理するため、ファイルの取り扱いや施錠等について基本的なルールを守ることを徹底する。	(1)-①：適宜、高齢介護課等関係機関と連携し、課題解決に努めた。 (1)-②：個人情報保護規定の読み合わせを行い、個人情報ファイル類の管理簿にてファイル管理。施錠を徹底し、個人情報漏洩を防止した。
	（２）ＰＤＣＡサイクルでの事業運営	(2)-①：客観的情報に基づくアセスメントから地域の課題を把握・整理し、活動計画の作成、評価ができる。	(2)-①：毎月のミーティングを通して活動の進捗状況の確認、評価、必要に応じて修正を行う。	(2)-①：毎月の月報のまとめから地域における課題等を把握し、毎月のミーティングにおいて以降のセンターの活動の見直しを行った。
	（３）チームアプローチ	(3)-①：必要な情報をセンター内で共有し、それぞれの専門性を生かしてチームで支援する。	(3)-①：センター内会議を定期的に行い、職員間で必要な知識や情報の共有を図る。 (3)-②：各職員がそれぞれの強みを生かし、チームでの対応を基本として活動する。	(3)-①②：毎日の朝礼においてセンター内で情報共有を行い、必要に応じて協議し、それぞれの専門性を生かせるよう役割分担をして対応した。
	（４）職員の資質向上	(4)-①：専門職としての実践力を向上するため積極的に研修に参加し、自己研鑽を図る。	(4)-①：新人職員が多いため市内外を問わず開催される研修に積極的に参加するとともに、研修後はセンター内で伝達研修を行い、知識や情報を共有する。 (4)-②：センター内で定期的にケース検討会を行い、実践力の向上を図る。	(4)-①：各職員が希望する研修、また各人に必要な研修には極力参加できるよう配慮し、研修後はセンター内にて伝達研修を行い、知識・情報の共有を図った。 (4)-②：センター内でケース検討会を実施し、事例を振り返ることで新たな視点を得ることができ、支援の新たな方向性を見いだす機会となった。
2 総合相談支援業務	（５）地域の高齢者の実態把握	(5)-①：担当圏域の統計情報を収集すると同時に総合相談における傾向を分析する。 (5)-②：地域の会議や活動等に積極的に参加して地域の実態と課題を把握する。	(5)-①：担当圏域の高齢化率などデータを収集し地域の状況を客観的情報から把握するとともに、総合相談の内容を集約して地域課題の特性・傾向を分析する。 (5)-②：地区福祉委員会、自治会、地域行事などに参加し、地域住民から直接声を聞くことで地域の高齢者の実態を把握し、課題を分析していく。	(5)-①②：総合相談の内容や、地区福祉委員会、地域住民からの意見を集約・分析した結果、地域ごとの相談件数や相談手段に傾向が見られた。分析結果から、相談件数が少ない地域における相談機会の確保や周知方法等について、今後検討を進める必要性が確認された。
	（６）地域ネットワークの構築	(6)-①：芦屋市内及び担当圏域内の社会資源を把握し、ネットワーク構築に向けて関係性を築いていく。	(6)-①：フォーマル、インフォーマルを含め市内・担当圏域内にどのような社会資源がありどう活用していけるのかを把握し、それぞれの社会資源とセンターとの関係性を築いていく	(6)-①②：当センターの周知のためのチラシを複製。センター職員の足で圏域の全戸配布（一部配布できない集合住宅あり）、商店等にも訪問し、チラシを配布。センターの周知を図った。また集会所やつどい場など地域住民が集まる場所にはセンターのチラシを置いていただいた。また職員が自らの足で地域を回ることで地域の様子や社会資源の把握を行い、センター内で情報の共有を図った。
	（７）認知症高齢者及び家族への支援	(7)-①：認知症の正しい理解に向けた普及啓発を行う。認知症高齢者を支える家族に寄り添い、悩みや苦しみを孤立的に抱え込まない相談支援体制を築く。 (7)-②：共生社会の実現（認知症基本法）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。【5センター協働】	(7)-①：新たな認知症カフェの立ち上げや、集い場などにおいて関連するチラシの配布等を通して、認知症についての普及啓発活動を行う。 (7)-②：市民向けの講座及び啓発イベントを年に1回は実施する。【5センター協働】	(7)-①：市内の認知症カフェを見学し、運営方法等について情報収集を行った。その結果を踏まえ、令和7年10月に新たな認知症カフェ「はまカフェ」を立ち上げ、月1回の定期開催を開始した。カフェでは、認知症に関する普及啓発や認知症予防に関するイベント等を実施し、地域住民への啓発活動を行った。 (7)-②：芦屋市と協働して市民向け講座を開催。ホスピタルフェスタや福祉センターでのパネル展示、芦屋トライアングルでの広報活動など市民に広く啓発を行えた。
	（８）初期相談対応	(8)-①：センター職員の相談援助に係る知識と技術の向上を図る。 (8)-②：初回相談で課題を明確にし、適切な支援に繋げる。	(8)-①：相談援助に係る知識と技術を習得し向上していくための内部研修・外部研修を実施する。 (8)-②：相談内容については速やかに三職種で情報を共有し、必要時は他機関と連携、他業務に引き継ぐ。サービスが必要な場合は速やかに対応方法を検討し、ケアマネジメントに繋げる。	(8)-①：新人職員を中心に対人援助研修等に参加し、相談援助についての知識と技術の習得に努めた。また、参加した職員からの伝達研修を行い、知識の共有を図った。 (8)-②：毎朝礼時に、直近に相談のあったケースについては三職種で情報を共有。必要な時には協議を行い、速やかにサービス、または他機関等に繋ぐことができた。
	（９）高齢者虐待対応	(9) -①：関係機関と連携・協働して、迅速な虐待対応ができる。	(9) -①：多職種が関わることで多角的な視点でケースを分析する。毎週の三職種ミーティングで進捗状況を確認し、確実に対応していく。関係機関との情報共有を随時行う。	(9)-①：毎朝礼後・毎月の三職種ミーティングにおいての情報共有や対応方針の協議を行い、また高齢介護課、権利擁護支援センターとの連携を密にしながら虐待対応を行い、早期の終結を図った。
3 権利擁護業務	（１０）判断能力を欠く常況にある人への対応	(10)-①：民生委員やサービス事業所が消費者被害や権利擁護に関する理解を深めることで、問題の発生を予防する。	(10)-①：権利擁護センターや消費生活センターと連携して、民生委員やサービス事業所に消費者被害や権利擁護に関する情報提供を行う。	(10)-①：関係機関等から入手した消費者被害情報等について、地区福祉委員会での周知啓発や、事業所への情報提供を行った。
	（１１）包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備	(11)-①：個別事例の支援をはじめ、地域での活動において地域の関係機関との連携を図る。	(11)-①：民生委員や専門職機関などの社会資源組織・団体との交流会を実施する。必要に応じて地域ケア会議を開催し、多機関・多職種の顔の見える関係づくりを行い協働して対応する。	(11)-①：潮見・浜風地区において民生委員・福祉推進委員とケアマネジャーの交流会を実施(潮見包括協働)。「こ食(孤食等)」の問題をテーマに管理栄養士による食事と栄養の話しと、腸活レシピの試食などを通じて、顔の見える関係作りを行った。
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との顔の見える関係づくり、ネットワークの構築を行い、必要な情報発信を行う。	(12)-①：圏域の居宅介護支援事業所を訪問し顔の見える関係作りをする。連携を積み重ねながら相談しやすい関係を築く。	(12)-①：圏域の居宅介護支援事業所への訪問を行い顔の見える関係作りを行ったほか、相談のあったケースについてはこまめな連絡と対応を行い、信頼関係の構築を図った。
	（１３）一般介護予防事業	(13)-①：地域住民が、介護予防の意識づけができるような働きかけができる。	(13)-①：介護予防教室を開催し、地域住民のニーズを把握する。ニーズに合った教室内容にし、終了後自主グループ化できるように働きかける。	(13)-①：地区福祉委員会や地域住民のつどい場等で運動ニーズの聞き取りを行い、さわやか教室を開催。参加者同士が仲良くなかったが、自主グループ化には至らず。 地域の住民団体からの依頼を中心に、介護保険、フレイル予防、認知症、施設の選び方、熱中症予防、高齢者生活支援センターの役割等についての出前講座を計11回実施した。
5 介護予防ケアマネジメント	（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：介護予防・自立支援の目的を意識したケアマネジメントを実施する。	(14)-①：月1回のセンター内ケース検討会議や、自立支援型地域ケア個別会議を通してケース内容を深め、ケアマネジメントの質の向上を図る。 (14)-②：センター内会議を通して職員間で情報の共有を図る。	(14)-①：月1回のセンター内ケース検討会議や、自立支援型地域ケア個別会議を通して、それぞれの職員のスキルアップを図ることができた。 (14)-②：朝礼やセンター内での会議において、職員間での情報共有を図った。

令和7年度活動計画書（基幹的業務担当）

業務内容		令和7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
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) 5包括の職員がバーンアウトしない (2) 各部会活動を通して地域課題を発見できる (3) 各センターの重点課題を共有できる (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) 地域包括ケアの深化に向け各センターの圏域等でネットワーク拡大の方向性が決まる ●5センター協働 (1) 5センターが効率的・効果的な事業運営ができるよう課題を共有できる (2) 各部会活動を通して地域課題を発見できる〔再掲〕 (3) 各センターの重点課題を共有できる〔再掲〕 (4) 各センターからの関係者に対する提案や意見が増える (5) 地域包括ケアの深化に向け各センターの圏域等でネットワーク拡大の方向性が決まる〔再掲〕	●基幹的業務担当の活動 (1) 業務の効率化に向けた各種の話し合いを包連会等で継続的に実施 (2) 各部会を中心に5センター協働の事業・活動を側面的に支援 (3) 地域ケアミーティング(地域ケア推進会議)や縦レビュー会議を通して、各圏域の問題意識や地域課題を相互に共有 (4) 包連会や支援センター連絡会等の協議の場での思考の深化や議論の掘り下げ (5) 多機関協働支援会議に各エリアの包括や地域支え合い推進員が参画。地域支え合い推進員と社協が主催する「縁ノ場」に包括が参画。 ●5センター協働 (1) 業務の効率化に向けた各種の話し合いを包連会等で継続的に実施〔再掲〕 (2) 各部会を中心に5センター協働の事業・活動を側面的に支援〔再掲〕 (3) イチオン活動プレゼンのあり方を再検討し新たな枠組みを創設 (4) 地域支え合い推進員が主催するファシリテーション研修会に参画 (5) 「〔仮名〕エリアごとの多職種連携推進ネットワーク構想(案)」の具現化〔再掲〕※【重点項目】	(1) 各センターの人材育成指針と手法に関する共有の重要性を再認識 包連会やセンター連絡会等の既存の会議において、各センターが抱える実践課題やその背景を共有。大別すると、①職員の業務負担感の増加、②達成感やモチベーションの低下、③人材確保と定着の困難さ、と整理できた。この詳細な実態を把握し、スーパービジョン体制の再構築が重要であると再認識した。令和8年度に各センターのヒアリングを実施する。 (2) 既存会議のリノベーション センター連絡会と包連会の会議をリノベーション。センター連絡会を隔月開催に減らし、連絡・報告スタイルから課題検討スタイルの会議へ変更。令和8年度から試行実施。 自立支援型地域ケア個別会議について、再度提出事例や検討内容について5センターと確認。 今後、介護予防・日常生活支援総合事業のプログラムや実施内容によって、必要性に応じて再度システムを検討する。
	(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) 介護支援専門員の研修ニーズを把握する (7) 友の会の研修が充実する ●5センター協働 (6) 介護予防ケアマネジメントの質的向上に必要な取組の方向性が決まる (7) センター職員とケアマネジャーとの交流機会が持てる	●基幹的業務担当の活動 (6) 令和8年度に新たに各センターにヒアリングを実施することになった (7) 対人援助基礎講座、ケアマネジメント事例検討会の開催 ●5センター協働 (6) 「総合事業界限座談会」を継続実施し、課題を整理 (7) 主任ケアマネジャー部会が居宅介護支援事業所ケアマネジャーとの交流会、事業者連絡会と研修共催	
	(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) センター新任職員の研修ニーズが把握できる (9) 各センターが実施しているバーンアウト防止のための工夫を共有できる (10) 各センターの活動計画立案の背景がわかる (11) 各センターがどのように地域課題を抽出しているかがわかる ●5センター協働 (8) センター新任職員対象の研修が実施できる (9) 各センターが実施しているバーンアウト防止のための工夫を共有できる〔再掲〕 (10) 各センターの活動計画立案の背景がわかる〔再掲〕 (11) 各センターの地域課題抽出プロセスがわかる	●基幹的業務担当の活動 (8)(9) 令和8年度に新たに各センターにヒアリングを実施することになった〔再掲〕 (10) 包連会やセンター連絡会でのやり取りを通した問題意識や課題の把握と共有 (11) 地域ケアミーティング(地域ケア推進会議)や縦レビュー会議を通して、各圏域の問題意識や地域課題を相互に共有 ●5センター協働 (8)(9) 令和8年度に新たに各センターにヒアリングを実施することになった (10) 地域ケアミーティング(地域ケア推進会議)や縦レビュー会議を通して、各圏域の問題意識や地域課題を相互に共有〔再掲〕 (11) 地域ケアミーティング(地域ケア推進会議)での各センターによる地域課題のプレゼンのヒアリング〔再掲〕	
	(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			