

事業費	重点目標	評価指標		(記入)	(選択)	(記入)			
				計画(何を・どうする)	評価	実施内容・具体例等			
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A	相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	・相談内容では介護保険に関するもの、医療疾病に関するもの、生活全般その他に関するものが多い			
		B	相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。						
		C	相談対応が十分にできていないと感じている。						
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A	相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができている。				/	A	・連携先ではサービス事業所、ケアマネ、医療機関が多い ・その他では空き家の無料相談窓口や大牟田ライフサポートセンターなどがある
		B	包括センターで、又は関係機関につなぐことができている。						
		C	終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。						
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	地域や企業への出前講座やパンフレット配布などの啓発活動に加え、暮らしの保健室や戸別訪問などのアウトリーチによるフレイル予防活動に取り組む	A	・十日市や地域のふれあいサロンで暮らしの保健室を開催、その他町内・地区公民館でフレイル予防出前講座を実施した			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A	活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようにしている。				ケアプランチェックや担当者会議の場を利用して社会資源が盛り込まれているかを確認し、適時、社会資源の活用を提案をしていく	A	・ケアプランチェック時にインフォーマル支援を記録、集計し、ケース相談のアドバイスに活用している(ケアプランに盛り込まれたインフォーマル:1060件(内訳:キャロット、配食、家族支援、セコムなど))
		B	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことがある。						
		C	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことはできていない。						
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	権利擁護研修受講などスキルアップにつとめ、地域(民児協、まち協)や介護サービス事業所への出前講座、資料配布など周知啓発活動に取り組む	A	・まち協や民児協へ資料の配布及び啓発やサービス事業所への虐待研修の実施、社会福祉士による勉強会(12/8弁護士フォーラム)を実施した			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A	担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができている。				担当圏域の主任介護支援専門員による協議体の定期運営を軸に介護支援専門員への支援体制をつくり適時、ケアマネジメントの指導、モニタリングを行う	A	・担当エリアの居宅事業所廻りや主任ケアマネジャーを集めた定例会を実施している ・主任ケアマネジャー主催で研修会を開催した
		B	必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。						
		C	担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。						
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A	地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2か月に1回地域ケア会議を開催する。地域ケア会議で抽出された地域課題を地域組織や運営推進会議などの場で共有、検討する	A	・2か月に1回開催(5事例) ・地域ケア会議で出た意見を地域や運営推進会議でフィードバックして、地域ケア会議で経過を共有している			
		B	地域課題は明らかになったが、解決にむけた検討には至っていない。						
		C	地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。						
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A	医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。				適時、医療機関と相談、連携して個別ケースに対応し在宅医療の支援体制構築を図る。また、在宅医療について地域住民への情報提供を行う	A	・連携先として医療機関が多い ・医療機関からの情報提供、助言をケース対応や地域への周知啓発に活用している
		B	地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。						
		C	医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。						
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A	医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	医療機関との連携会議、介護サービス事業所との連携会議の場を設置する。個別ケースにおいては適時支援体制を構築し医療介護連携推進を図る	A	・急性期病院との意見交換 ・医療機関を含めたケース会議の開催や医療機関からのカンファレンスに参加している			
		B	医療職、介護職との意見交換を行うことができた。						
		C	意見交換をすることができなかった。						
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A	当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。				地域や企業への認知症サポーター養成講座の実施やほっとあんしんネットワーク模擬訓練など校区ネットワーク活動に参画して活動の推進、環境づくりに取り組む	A	・認知症当事者と家族の一体的な支援としてミーティングセンター活動に取り組んでいる ・その他、認知症カフェ、サポーター養成講座開催。絵本教室や脳の健康チェック、ほっとあんしんネットワーク模擬訓練に参加
		B	サポート会議や講座を開催することができた。						
		C	サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。						
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的な情報を見直しを行う。	A	地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	地域の社会資源情報を整理し、相談対応において活用する。地域が参加する会議体の場を活用して社会資源の共有を図る	A	・地域住民からの相談対応や運営推進会議や地域住民が参加するケース会議で情報提供している			
		B	地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。						
		C	地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。						
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A	新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。				個別ケースや会議、研修参加やSNSなど様々な手段で社会資源情報の把握に努め、情報の集約、整理を行い、適時、情報提供やケース対応に活用する	A	・毎月センター会議や生活支援コーディネーターの定例会で情報を集約、整理している ・新たに把握した社会資源:29件(大正福祉部会、介護タクシーアシストなど) ・共有・連携した団体:13カ所(まち協、民児協、商店街、不動産ネットワークなど会議や研修会の場で共有)
		B	新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。						
		C	新たな社会資源の把握はできていない。						

事業費	重点目標	評価指標	(記入)		実施内容・具体例等			
			計画(何を・どうする)	評価				
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A 相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	介護保険申請、サービス全般に関する事、認知症、精神疾患、依存症、引きこもりに関する事など属性を問わず上記相談以外も日常生活全般の困りごとなど相談対応を行っている。			
		B 相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。						
		C 相談対応が十分にできていないと感じている。						
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A 相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができています。				/	A	関係機関(民生委員、介護保険事業所、医療機関、社協等)との情報共有、連携を行い、継続対応が必要な場合や長期化した困難事例はケースカンファレンスを実施した。
		B 包括センターで、又は関係機関につなぐことができています。						
		C 終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。						
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A 多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	サロンやその他校区イベント開催時等にパンフレット配布や出前講座等を通じフレイル予防啓発活動を行う。	A	手録地区公民館主催のアクティビティ(年3回)や地域サロン(年2回)でのフレイル予防講座を実施した。			
		B できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C 啓発活動が行えていない。						
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A 活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようにしている。				ケアプランチェック時等に利用者の状況に必要なと思われる社会資源が入っているか確認し、利用提案していく。	A	生活支援コーディネーターと新たな社会資源の情報共有を行い、情報を元にプランチェック時に提供・提案を行う。資源リストも適宜配布を行っている。
		B 地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことができる。						
		C 地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことはできていない。						
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A 多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	サロン、民児協、介護サービス事業者等へのパンフレット配布や出前講座などを適宜行い周知啓発活動を行う。	A	介護サービス事業所での権利擁護研修(高齢者虐待)の実施や民生委員からの個別事例(認知症、高齢者虐待、成年後見制度、終活等)の相談、対応等を通じて適宜権利擁護の周知啓発活動を行った。			
		B できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C 啓発活動が行えていない。						
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A 担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができています。	地域の介護支援専門員と定期的に勉強会を行い、マネジメントのスキルアップを図り、活用できる社会資源についても共有し、発信していく。	A	対面による定期的な情報共有の場を設け新たに把握した社会資源の共有や地域課題について共有を行った。事例検討を通して個々のスキルアップを図った。			
		B 必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。						
		C 担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。						
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A 地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2ヶ月に1回地域ケア会議を開催し、個別事例を検討し地域課題の把握を行い、解決に向け検討する。また、地域に必要な資源の把握ができるようする。	A	2か月に1回の定例会を開催し、個別困難事例の検討や、地域課題や地域資源の共有、解決に向けグループワークも行った。			
		B 地域課題は明らかになったが、解決にむけた検討には至っていない。						
		C 地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。						
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A 医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。	在宅医療を行う医療機関・薬剤師と連携が図れ地域住民へ情報発信ができるよう定期的に情報交換の場を設ける。	A	受診につながらないケース等医療機関の住診や訪問薬剤管理について地域住民へ情報提供したり、医療機関、調剤薬局、医療機関の地域連携担当者との情報交換を行った。			
		B 地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。						
		C 医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。						
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A 医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	地域の医療・介護職との意見交換の場を設ける。個別課題に対しては適宜情報交換・会議を開催する。	A	短期集中予防サービスモデル事業を通して医療機関とのカンファレンスを実施。明治手録校区の介護・医療職の交流会を開催(11/21、54名参加)グループワークや各事業所の事業内容・取り組み紹介を行い顔の見える関係作りを行った。			
		B 医療職、介護職との意見交換を行うことができた。						
		C 意見交換をすることができなかった。						
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A 当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。	ミーティングセンターがまにて当事者・家族への支援の継続、ほっとあんしんネットワーク模擬訓練を通して認知症理解への活動を行う。	A	ミーティングセンター、絵本教室、脳の健康チェック、認知症サポーター養成講座の運営スタッフとして活動を行った。ほっとあんしん模擬訓練では地域住民、地域のサービス事業所などの関係機関とともにまちづくり活動を行った。			
		B サポート会議や講座を開催することができた。						
		C サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。						
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的な情報の見直しを行う。	A 地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	地域住民・介護支援専門員へ配布できるよう1年1回リストの見直し更新を行う。	A	地域資源リスト(自費サービス、移動支援、サロン、体操教室)の更新を行い、エリア内の介護支援事業所4か所にリストを配布した。			
		B 地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。						
		C 地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。						
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A 新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。	地域の店舗や商店、住民組織、協議体へ定期的なヒアリングを行い新たな社会資源、課題の把握に努める。	A	新たな社会資源の把握に努めた。また、地域住民へのヒアリングを通して、移動販売の誘致や新たな資源(体操教室、サロン)を創出した。			
		B 新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。						
		C 新たな社会資源の把握はできていない。						

事業費	重点目標	評価指標		(記入)	(選択)	(記入)			
				計画(何を・どうする)	評価	実施内容・具体例等			
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A	相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	相談があった際には属性を問わず、まずは話をしっかりと聞き、訪問対応などを行っている。			
		B	相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。						
		C	相談対応が十分にできていないと感じている。						
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A	相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができている。				/	A	様々な機関と一緒に動き、また繋ぐ事で解決に導けるようにしている。日頃より関係機関との関係性作りを意識
		B	包括センターで、又は関係機関につなぐことができている。						
		C	終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。						
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	サロン(各サロン2/年参加)や認知症カフェ、出前講座に出向き、パンフレットを活用しフレイル予防の啓発を行う。	A	10カ所のサロンに対して、また住民組織に対してフレイル予防の講話を計画的に行い、チラシを活用し啓発に努めている。			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A	活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようになっている。				利用者それぞれの社会資源を把握し、適宜紹介を行い、ケアプランに盛り込む。また、適切な社会資源がない場合は生活支援コーディネーターへ繋ぐ。	A	社会資源は職員間で共有し、独自のサロンリストを活用しながら各自プランに位置付けている。
		B	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことが出来る。						
		C	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことはできていない。						
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	介護事業所、地域住民に向け、様々な権利擁護についての啓発を行う。年に1回は研修会を実施し、適宜パンフレットを活用し周知を図る。	A	サロンや地域の組織での会議や、居宅介護支援事業所、薬局で虐待の講話など、啓発の機会を計画的に作り実行した。また地域住民に対しての啓発も行った。			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A	担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができている。	地域の介護支援専門員と定期的に協議、連携をする時間を作る。また支援が必要なケースに関しては、適宜連携を図る。	A	年に10回程度の会議での情報交換や日頃からの関係性作りに努めている。相談ケースによっては介入し、解決に向けた支援を行っている。			
		B	必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。						
		C	担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。						
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A	地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2ヶ月に1回、地域ケア会議を開催し、その中で個別の課題から地域課題の把握を行い、解決に向け検討する。地域に必要な資源の把握も行う。	A	個別のケースから地域課題を明らかにし、解決に向けた検討を行った。令和6年度の最初の会議において総括と地域課題の把握、解決に向けた検討を行った。			
		B	地域課題は明らかになったが、解決にむけた検討には至っていない。						
		C	地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。						
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A	医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。	医療機関への相談、連絡を適宜行い、その都度適切な情報提供を行う。医療機関の情報収集に努める。	A	入退院、また外来受診など医療に関する相談について情報提供を行い、また医療機関とも情報共有を図っている。			
		B	地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。						
		C	医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。						
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A	医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	意見交換会を1年に1回実施する。個別ケースに関してはその都度適宜情報交換やケース会議を開催する。	A	個別のケースで医療、介護職も交えたカンファレンスを行うなど、連携を図った。多職種連携の推進の為の事例検討も行った。			
		B	医療職、介護職との意見交換を行うことができた。						
		C	意見交換をすることができなかった。						
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A	当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。	認知症サポーター養成講座を地域のサロンで1年に1回開催する。住民組織、地域住民とは模擬訓練を通して認知症の理解を深め、地域づくりを推進する。	A	認知症サポーター養成講座を地域の組織やサロンで行った。また模擬訓練を通して地域住民や医療介護事業所との意見交換会など連携体制の構築を図った。			
		B	サポート会議や講座を開催することができた。						
		C	サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。						
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的に情報の見直しを行う。	A	地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	情報を整理し、年に1回リストを更新する。リストはケアマネジャーや地域住民へ配布し活用を促す。	A	年に1回、独自のリストの更新に向け、日頃より社会資源の情報収集を行い、職員間で共有し、適宜紹介をしている。			
		B	地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。						
		C	地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。						
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A	新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。	職員間での情報共有や地域住民、情報誌等から情報を収集し整理する。資源を活用した結果を聞き取り、情報を整理する。	A	紹介した社会資源の状況把握ができる様、紹介先にリストの更新時にヒアリングを行う。地域課題を含め、不足している社会資源を認識、把握する様に努めている。			
		B	新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。						
		C	新たな社会資源の把握はできていない。						

事業費	重点目標	評価指標	(記入)		(選択)	(記入)			
			計画(何を・どうする)	評価	実施内容・具体例等				
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A	相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	日常生活の困りごとから健康面、生活全般の相談など多岐にわたって相談を受け、親身に対応できた。			
		B	相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。						
		C	相談対応が十分にできていないと感じている。						
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A	相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができている。						
		B	包括センターで、又は関係機関につなぐことができている。						
		C	終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。						
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	・フレイル予防の啓発実施 サロンや公民館・地域行事開催場所にて講話やチラシ配布する。	A	サロンや地域行事へ参加し体力測定に加えてフレイル予防の周知や啓発も合わせて実施できた。 15か所実施/延べ382人			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A	活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようにしている。				・社会資源のファイルを窓口を設置し、情報提供する。 ・プラン確認時のアドバイス、声かけを行う。	A	ファイルをCM(ケアマネジャー)へ閲覧、提供できるように窓口を設置し、情報共有している。プラン提出時にCMへ社会資源の活用を促している。
		B	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことができない。						
		C	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことができない。						
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	・高齢者虐待防止・消費者被害防止について民児協やサロン等で出前講座やチラシ配布する。 ・虐待対応や成年後見制度の研修会の開催・参加する。	A	消費者被害への対応について在宅支援に携わる職種、民生委員向けに12/8 弁護士フォーラムを企画・開催した。			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A	担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができています。				・ケアマネからの相談時、馴染みの地域で安心して生活できるよう、関係者と連携会議を行う。 ・社会資源を活用した支援を検討する。	A	偶数月に包括エリア内の主任CM連携会議を継続して開催している。 三池校区でCMと民生委員との意見交換会を開催し、社会資源の情報共有を行った。
		B	必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。						
		C	担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。						
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A	地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	・地域ケア会議や地域住民が課題としている困難事例など個別ケース会議を開催する。 ・地域課題についての検討会を開催する。	A	1回/2か月事例を提出して頂き、個別ケース事例検討を行う。 1回/年に地域課題についてメンバーでグループワークを行い地域課題の確認を行った。			
		B	地域課題は明らかになったが、解決にむけた検討には至っていない。						
		C	地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。						
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A	医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。				・地域住民へ「包括だより」等で在宅医療の啓発を行う。 ・受診や入退院時等、医療機関との情報交換や照会を行う。	A	受診や入退院時など在宅医療・介護について医療機関との情報交換を行い、連携を図っている。末期癌患者の在宅支援や認知症専門医受診へ繋いでいる。
		B	地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。						
		C	医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。						
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A	医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	・医療機関とケアマネ・サービス事業者との意見交換会や研修会に参加する。 ・医療職・介護職との交流会を開催する。	A	多職種交流会や急性期病院との意見交換会などの研修に、顔の見える関係づくりや連携がスムーズに図れるよう参加し、意見交換を行った。			
		B	医療職、介護職との意見交換を行うことができた。						
		C	意見交換をすることができなかった。						
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A	当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。				・個別ケース相談後に必要性に応じて会議開催や情報共有、対応を行う。 ・民児協会議にてSOS登録者(希望者のみ)紹介を行う。 ・認知症サポーター養成講座を開催する。	A	必要に応じて、関係事業所で情報共有し対応できている。SOS登録時は認知症当事者の紹介の意向を確認し対応している。毎週(金)に中央包括と共催し、ミーティングセンターを運営している。
		B	サポート会議や講座を開催することができた。						
		C	サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。						
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的な情報見直しを行う。	A	地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	・サロン・サークル代表者・商店よりヒアリングを行い、社会資源の見直しを行う。 ・地域の社会資源について、関係機関やサービス事業者へ情報提供をする。	A	・サロン一覧・配食サービス・自費サービス(介護タクシー、移動支援等)・サークル一覧・地域交流施設一覧等を更新し、相談者やCM等へ情報の提供を行った。			
		B	地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。						
		C	地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。						
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A	新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。				・新たな社会資源の把握の為、民児協定例会等で、アンケート実施する。 ・サロンでのワークショップを開催する。	A	CMと民生委員との意見交換会で社会資源の情報共有を行った。サロンへは定期的実施状況や情報収集で訪問している。
		B	新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。						
		C	新たな社会資源の把握はできていない。						

事業費	重点目標	評価指標	(記入)		(選択)	(記入)			
			計画(何を・どうする)	評価	実施内容・具体例等				
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A	相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	高齢者や介護相談だけでなく様々な相談に対し、相手の話を親身に受け止め、必要な訪問対応などを行っている。			
		B	相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。						
		C	相談対応が十分にできていないと感じている。						
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A	相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができている。				/	A	包括において対応可能な内容や終結に向けて対応し、困難な場合は多機関共同事業との連携や、児童家庭相談室・学校相談員・病院連携室など関係機関へ繋いでいる。
		B	包括センターで、又は関係機関につなぐことができている。						
		C	終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。						
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	地域住民や介護支援専門員等の専門職に対し、パンフレット等活用しフレイル予防の啓発や出前講座を行う。	A	7/10介護支援専門員対象にオールフレイル予防研修、5/26出前講座、6/7.8/18.11/1.3/14介護予防教室、8/29健康教室などを行い啓発。			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A	活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようにしている。				地域の社会資源を把握し対象者に必要な社会資源を紹介できるようにし、最大限に活用できるように調整する。	A	社会資源リストを作成・配置しケアプランチェック時に提案するようにし、情報提供を行っている。プラン見直し時にも活用できるようにしている。
		B	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことがある。						
		C	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことはできていない。						
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	地域住民、民生委員、介護事業所等向けにパンフレット配布や出前講座を行い権利擁護に関する啓発を行う。	A	民生委員に対し消費者被害に関するフォーラムの案内・啓発。サロンの講座の中に権利擁護に関する内容を盛り込み啓発。12/8弁護士と連携し消費者被害のフォーラムを開催。			
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。						
		C	啓発活動が行えていない。						
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A	担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができています。	地域の介護支援専門員と定期的に勉強会を行い、マネジメントのスキルアップを図り、活用できる社会資源についても組み込んでいく。	A	地域の介護支援専門員の勉強会を3ヶ月に1回、サポート事業で各居宅介護支援事業所7ヶ所を周り事例検討及び相談を受けられるようにした。社会資源についても組み込めるよう連携している。			
		B	必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。						
		C	担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。						
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A	地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2ヶ月に1回地域ケア会議を開催し、個別事例を検討し地域課題の把握を行い、解決に向け検討する。また、地域に必要な資源の把握ができるようにする。	A	2ヶ月1回開催、困難事例の検討。困難事例の支援の在り方や気づき、何が必要かの意見を見出し、それを集約し、三川地区での課題について再確認し、一つでも解決に向けての検討が行えるようにした。			
		B	地域課題は明らかになったが、解決にむけた検討には至っていない。						
		C	地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。						
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A	医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。	地域の医療機関と情報交換を行い顔の見える関係作り、地域住民へ在宅医療の情報を提供する。	A	面会できないことでの病院への不満などもまだあり、転院や施設入所、介護保険に関することなど連携することも多い。在宅医と連携しレスパイト入院のことなど情報提供が行えた。			
		B	地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。						
		C	医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。						
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A	医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	介護事業所と介護支援専門員との定期的な勉強会に医療職との意見交換を計画し連携が図れるようにする。	A	短期集中予防サービスモデル事業で担当事業所のリハビリ専門職と定期的な意見交換ができた。地域ケア会議後、個別情報共有ができています。			
		B	医療職、介護職との意見交換を行うことができた。						
		C	意見交換をすることができなかった。						
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A	当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。	月1回の認知症家族会の継続。多機関との必要なサポート会議の開催を行う。地域での模擬訓練時にサポーター養成講座を行い、認知症の理解を深め地域づくりを推進する。	A	毎月第4土曜日に家族会を行い、意見交換を行うことで家族にかかる負担が軽減されている。模擬訓練前に認知症サポーター養成講座を行い、行方不明発生時の対応方法など地域と協力し体制作りができた。			
		B	サポート会議や講座を開催することができた。						
		C	サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。						
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的な情報の見直しを行う。	A	地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	把握しているサロン、サークル代表者、商店へ随時ヒアリングを行い、情報収集を行う。年1回リストを見直し地域住民、介護支援専門員等で活用する。	A	連絡会でサロンの代表者に対してヒアリング。活動における困りごとに対する相談。市住管理センターと共同し、新たな社会資源創出に取り組んだ。事業実施事業者と協働し、社会資源の情報提供を行った。			
		B	地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。						
		C	地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。						
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A	新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。	地域住民や各組織、団体、サロン等との交流の中から随時情報収集を行い、新たな社会資源を把握しリスト化する。	A	地域交流施設で活動を再開されたサークル代表者と話をし、活動内容や頻度などについて情報収集のリスト更新を行った。			
		B	新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。						
		C	新たな社会資源の把握はできていない。						

事業費	重点目標	評価指標	(記入)		(選択)	実施内容・具体例等	
			計画(何を・どうする)	評価			
1. 総合相談支援	(1)属性を問わない困りごとを抱える地域住民の相談を受け止める	A	相手の立場に立って親身に相談を受け止めている。	/	A	属性に問わず、地域住民からの相談は受け止めており、必要な機関と連携し適宜対応している。	
		B	相談を受け止めているが、対応が十分でない場合がある。				
		C	相談対応が十分にできていないと感じている。				
	(2)受けた相談を解決する、相談対応にふさわしい機関につなぐ	A	相談者が満足する形で終結に導くこと又は関係機関につなぐことができています。		A		適切な機関へつながるように相談対応しているが、なかなか支援機関へつながらず、苦慮することもある。
		B	包括センターで、又は関係機関につなぐことができています。				
		C	終結に結び付けること又は関係機関につなぐことが困難である。				
2. 第1号介護予防支援	(1)フレイル予防について周知啓発を行い、多くの人にフレイル予防活動を促す。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	CM専門職会議の中で、ケアプランでの社会資源検討方法等について、情報共有を図る。CMがト事業の研修や会議等で主任CMと連携し、CMと社会資源活用について一緒に考える。	A	サロンをはじめとした地域住民からの依頼に応じて出前講座を開催した。フレイル予防の資料配布やサブセンターと共に運動など啓発活動が行えた。(10件)	
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。				
		C	啓発活動が行えていない。				
	(2)地域の社会資源を活用し、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する介護予防マネジメントを行う。	A	活用できる社会資源を介護予防プランに盛り込むようにしている。	CM専門職会議の中で、ケアプランでの社会資源検討方法等について、情報共有を図る。CMがト事業の研修や会議等で主任CMと連携し、CMと社会資源活用について一緒に考える。	A	プランチェックの際、活用できそうな社会資源の提案を介護支援専門員へ行い、一緒に考えている。(81件)	
		B	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことがある。				
		C	地域の社会資源を介護予防プランに盛り込むことはできていない。				
3. 権利擁護	(1)虐待、消費者被害、認知症、成年後見制度など権利擁護について、地域住民に対する周知・啓発を行う。	A	多くの機会を捉え、啓発活動を積極的に行っている。	民生委員児童委員協議会に出席し、成年後見制度や高齢者虐待についてチラシを配布し、説明を実施する。権利擁護についての依頼をいただいた場合は出前講座を行う。	A	高齢者虐待と成年後見制度に関する講話を行った。令和5年度は後見制度に関する相談は9件。また消費者被害の対応についての研修会案内(12月の弁護士フォーラム)を各校区の民生委員へチラシを配布し、周知啓発活動を行った。	
		B	できるだけ啓発活動を行うよう心掛けている。				
		C	啓発活動が行えていない。				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント	(1)介護支援専門員が地域の社会資源を活かしたケアマネジメントができるよう支援する。	A	担当圏域内の介護支援専門員と密に連携し、支援体制ができています。	①プランチェックの際、社会資源活用について一緒に考え提案していく②CMがト事業での会議・研修等で社会資源の提案や情報の共有を図る。	A	担当エリア内の主任介護支援専門員と集まり、会議を開催する中で、社会資源活用について検討、情報共有が行えた。	
		B	必要に応じて担当圏域内の介護支援専門員と連絡を取っている。				
		C	担当圏域内の介護支援専門員との連携、支援体制はとれていない。				
5. 地域ケア会議の充実	(1)地域包括支援センターへの相談事例や地域ケア会議で検討した個別事例等から、地域課題を明らかにし、必要に応じて解決策について検討する。	A	地域ケア会議等から地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2か月に1回偶数月に駒馬地区公民館にて開催。事例の課題検討を行う。その際、社会資源について検討する。また年1回地域課題を検討する回を設ける。	A	4月、6月、8月、10月、12月、2月と年6回開催できた。事例検討を行い、事例を通じて地域課題の抽出を行った。年度末には地域ケア会議で取り扱った事例を校区別に集約し、地域別の課題について共有できた。	
		B	地域課題は明らかになったが、解決に向けた検討には至っていない。				
		C	地域ケア会議の開催等はあるが、地域課題を明らかにできていない。				
6. 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域住民に対し在宅医療の情報提供を行うとともに、医療機関との連携を推進する。	A	医療機関と連携し、地域住民に在宅医療について積極的に情報提供を行った。	担当圏域内で訪問診療等を行っている医療機関と、日ごろからケースを通じての連携を図る。住民組織に対して資料等で情報提供を行う。	A	主治医と、情報共有しながら連携を図っている。相談対応時、訪問診療について、情報提供できている。	
		B	地域住民に在宅医療について情報提供を行うことがあった。				
		C	医療機関との連携が十分にできず、住民への情報提供も不十分であった。				
	(2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。	A	医療職、介護職との意見交換を行い、連携を図ることができた。	主任CMチームの活動等で、エリア内のサービス事業所等と意見交換できる機会をつくり、在宅医療について検討する。医療機関が主催する研修会へ参加することで、知識を深め、意見交換を通じて連携を深める。	A	居宅介護支援事業所の介護支援専門員と意見交換を行い、在宅医療について勉強会(薬剤師による薬の話)を開催した。また事例検討会を開催し、グループワークを通じて連携を図ることができた。	
		B	医療職、介護職との意見交換を行うことができた。				
		C	意見交換をすることができなかった。				
7. 認知症施策の推進	(1)地域全体で、認知症に関する理解を深め、認知症当事者と家族、支援者が暮らしやすいまちづくりを進めるため、認知症SOSネットワークの推進を図る。	A	当事者・家族等のサポート会議や、認知症サポーター養成講座の開催など、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりを進めることができた。	サポートチーム定例会や脳健康チェックに参加したり、地域住民と協議し、認知症の理解、啓発につながる勉強会を開催する。SOSネットワーク模擬訓練前には依頼に応じてサポーター養成講座を開催する。	A	模擬訓練前に当事者の話を聞く勉強会が地域主導で行われ、参加している。また地域の公民館やゆめタウンで行われる脳健康チェックに参画し、参加者の認知症について理解を深めることができた。	
		B	サポート会議や講座を開催することができた。				
		C	サポート会議や講座の開催など機会を設けることができなかった。				
8. 生活支援サービスの体制整備	(1)地域の社会資源の活用を図ることができるよう、定期的な情報の見直しを行う。	A	地域の社会資源を整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができた。	各校区まち協、民児協、校区社協会、小規模連携の会議、サロンやサークルへ参加し、情報収集を行いながら、既存の社会資源の情報整理し住民組織への参加時情報提供を随時行っていく。	A	各校区で開催された会議へ参加し、情報共有、適宜社会資源について情報提供を行った。また得た情報について、包括内や生活支援コーディネーター(S・C)全体会議の中で共有し、資源の見直しを行った。サロンへ参加し、新たな社会資源の情報収集を行った。	
		B	地域の社会資源を整理・見直しを行っているが、活用できていない。				
		C	地域の社会資源を整理しているが、見直しなど管理が不十分である。				
	(2)地域包括ケアシステムにおける地域支援の拡充を目的に、社会資源の把握を行う。	A	新たな社会資源の把握に努め、有効活用できるよう整理している。	各校区まち協、民児協、校区社協会、小規模連携の会議、サロンやサークル、出前講座、カッパ食堂へ参加し、地域の代表者や地域住民の方々から情報収集を行う。得られた情報を元に商店や事業所へアプローチし新たな社会資源の発掘に努める。	A	各会議に参加することにより、地域の生の声を聞く機会となった。イベントに参加することにより、役員が地域力を肌で感じ、信頼関係を築くことができた。また担当校区でのサロンの設置を行うことができた。	
		B	新たな社会資源について情報提供などがあれば、整理している。				
		C	新たな社会資源の把握はできていない。				