

議題1 地域包括支援センター事業実績【令和7年度4～9月】

【資料1】

中央		地区地域包括支援センター		(記入)	(選択)	(記入)
事業	重点目標	評価指標	計画(何を・どうする)	評価	実施内容(実績値があれば併せて記入)	
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A 相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	電話、訪問、来訪、その他多様な経路で寄せられた地域住民の相談について、相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、受け止める姿勢で相談対応に取り組む	A	電話、訪問、来訪のほか、サロンや訪問先からの相談にも対応してアウトリーチしている。入口支援として、まずは相談を受け止める姿勢で内容や世代、属性を問わず受容し、適時包括内で共有・協議して適切な対応を検討している。 (アウトリーチ:十日市暮らしの保健室、ふれあいサロン、市住個別訪問活動など)	
		B 地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。				
		C 地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。				
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A 本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応することができている。	適時ケースの共有、検討できる環境をつくり、ケース検討、課題整理から本人に寄り添い真摯に対応できる体制で相談対応に取り組む	A	面談できるスペースを確保して本人、家族が相談しやすい環境づくりにつとめている。毎朝の朝礼やLINEなどを活用して包括内の情報伝達体制を整えており、適時、速やかにケース共有から課題整理、ケース会議にいたるまで個別相談をチームで受け止めることで、各専門職の多角的な視点で、より深く本人の想いを尊重して寄り添った相談対応ができるよう取り組んでいる。	
		B 本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応することができている。				
		C 本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。				
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A 受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	随時ケースの課題分析、整理したうえで支援体制を構築し、関係機関と連携しながら相談対応に取り組み、適時関係機関への繋ぎを行う	A	随時、相談ケースを包括内でアクセスメントした上で、適時、市の総合相談や必要に応じて関係機関と支援チームの形成、ケース会議を開催している。また、包括だよりを通じて社会資源を紹介するなど、多様な資源とのネットワークを拡大して連携を深めている。	
		B 受けた相談に関し、他の機関と共有している、				
		C 受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。				
2. 第1号介護予防支援事業 (介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A 対象者にとって有効な社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいる。	ケース会議、事例検討、学習会、ケアプランチェック時などを活用して、対象者にとって有効な社会資源を全職員が積極的に紹介、提案、助言してケアプランに盛り込まれるように取り組む	A	ケース会議、事例検討会、地域住民や専門職向けの出前講座、ケアプランチェック時に社会資源の紹介、提案、助言してケアプランに盛り込まれるように促している。また、ケアマネやサービス事業所に包括だよりや事業所やサービスのパンフレットなども適時提供して社会資源の周知、活用促進に取り組んでいる。	
		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 対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。				
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	尊厳の保持、介護予防、社会参加の促進をふまえて意思決定支援の実践につとめ、ケアマネ(介護支援専門員)、サービス事業所においても意思決定支援の共通認識をはかるため、周知、啓発に取り組む	A	尊厳の保持、介護予防、社会参加の促進をふまえた意思決定支援を実践している。ケアマネの居宅まわりやプランチェック時にパーソンセンタードケアの視点における助言や、活用できる社会資源を紹介して自己実現に近づけるようにサポートしている。また、出前講座の開催や、包括だよりを用いて周知・啓発している。(出前講座:サロン2回、ケアマネ1回予定も含む)	
		B 対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。				
		C サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。				
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A 多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	民児協や町内公民館などでチラシ配布や説明会の実施、サービス事業所への出前講座の実施など周知啓発により、相談窓口としての認知を確立させて、専門的な観点から早期発見早期支援できる体制づくりに取り組む	A	社会福祉士を中心に権利擁護について、包括内での最新情報の共有や勉強会実施、関係機関とのネットワークづくり、連携強化につとめている。まち協や民児協や事業所の運営推進会議で報告、出前講座実施、包括だよりへの記事掲載などによって、定期的、継続的に周知・啓発している。権利擁護に関する啓発(民児協5力所、運営推進会議7力所)、関係機関との会議3回、出前講座1回	
		B 啓発活動を行っている。				
		C 啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができていない。				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A 関係機関を交え、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができている。	主任ケアマネを中心に協議体を設置し2カ月毎に定例会の実施及び適時事業所廻りや事例検討会、ケース共有をはかり、担当圏域のケアマネのサポート体制づくりに取り組む	A	中央地区の主任ケアマネで定例会を開催しており、担当圏域の居宅ケアマネのサポート事業として居宅訪問、事例検討会、研修会を開催して支援体制づくりに取り組んでいる。定例会:3回、居宅回り10カ所、研修会3回(予定を含む)	
		B 担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。				
		C 担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。				
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A 介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	民児協とケアマネの交流機会を年に1～2回つくり、サロンや町内公民館での出前講座などで地域住民への周知啓発に取り組む	A	包括だよりで介護保険、ケアマネについて特集し、民児協やまち協で配布、啓発した。ケアマネの、ネットワークづくり、連携強化のため民生委員やサービス事業所との意見交換会も企画している。	
		B 地域住民に対し、出前講座等を実施している。				
		C 地域住民への啓発は十分にできていない。				
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A 関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	ケアマネからの相談に係る関係機関と連携して対応し、適時ケース会議を開催、個別課題解決に向けた支援方針、具体的な支援内容について検討し合意形成がはかれる支援体制づくりに取り組む	A	ケアマネからの相談において適時、関係機関と連携してケース会議を調整、支援チームを形成して対応を検討している。また、連携強化、実践力を高めるため包括内での自主勉強会やケアマネとの事例検討も行っている。	
		B 忙しいときは対応が後回しになることがある。				
		C 介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。				

事業	重点目標	評価指標	計画(何を・どうする)	(記入)	(選択)	(記入)
				評価	実施内容(実績値があれば併せて記入)	
5. 地域ケア会議推進事業	(1)地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2カ月に1回地域ケア会議を開催し地域課題抽出、検討する。また、運営推進会議の場などで地縁団体と地域課題を共有し課題解決にむけて検討に取り組む	A	2カ月に1回地域ケア会議を開催(5月、7月、9月)し、個別課題の検討や関連する社会資源の共有に取り組んでいる。共有した地域課題や社会資源においては、運営推進会議やまち協、民児協などで報告・共有している。	
		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・介護連携推進事業	(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ている。	医療機関などからの情報提供をもとに地域住民へのチラシ配布など周知啓発を行う。また、在宅医療に従事する医師や訪問看護事業所とともに年1回以上出前講座開催するなど在宅医療について地域住民への周知啓発に取り組む	A	看護師を中心とした在宅医療・介護予防・介護と医療の連携推進に取り組んでいる。民児協やまち協、サロンなど地域住民との会議や活動の場での情報提供や、訪問看護事業所と一緒に地域のサロンで出前講座を実施している。 啓発:まち協4カ所、民児協5カ所 出前講座:サロンや老人会3カ所	
		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、個別ケースで連携を図ることができている。	個別ケースにおいて随時、医療介護の意見を聴きながら連携につとめ、適時ケース会議を開催する。また、情報共有ツールの活用など医療と介護の連携促進に取り組む	A	医療機関が運用しているMCSへの参加や入院中・退院前カンファレンスへの参加、ケース会議の招集をしている。また連携強化のため地域医療連携室との情報共有につとめている。急性期病院との意見交換:1回 慢性期病院との意見交換:下半期予定	
		B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。				
		C 意見交換をすることができない。				
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごしたいかについて、自分自身で考え決める支援を行う。	A 相談対応の過程等で、必要に応じて、本人の意思決定を支援することができている。また、多くの地域住民への啓発を行っている。	本人の意思決定が尊重できる環境つくりにつとめ、地域住民も参加するケース会議の開催や出前講座など意思決定支援の周知啓発に取り組み、普段から意思決定支援の相談対応を行う	A	相談対応において本人の声や想いを尊重する姿勢で傾聴、対応している。ケース会議への地域住民の参加調整や、意思決定支援、人生会議をテーマとした研修の企画、開催している。また、包括たよりや関連資料の配布による啓発もしている。 啓発:まち協4カ所、民児協5カ所 出前講座:市民向け講座1回、サロン1回	
		B 出前講座などを通じ、地域住民に対して、意思決定について啓発している。				
		C 意思決定について地域住民への啓発を行なうことができない。				
7. 生活支援体制整備事業	(1)地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。	個別ケース対応の過程で発見した社会資源やチラシや口コミ、SNSなど多様な手段で社会資源の把握につとめ、年4回包括だよりや地域とのネットワークを活用して社会資源の情報伝達を行い、個別ケース及び地域づくりに還元できるように取り組む (共有する団体見込み:20件以上、まち協、民児協、ケアマネ、介護サービス事業所など)	A	業務で知り得た社会資源については随時、朝礼や包括内で共有している。共有した社会資源については適時、追調査し包括だよりへの記事作成やパンフレットの配布により周知している。また、担当する校区においては協働によるネットワークづくり、連携強化を意識して、個別ケースやサロン、地域活動へ繋げるようにしている。 (共有した団体:まち協、民児協、居宅、介護サービス事業所など約70カ所)	
		B 新たな社会資源について情報提供等があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。				
		C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできない。				
	(2)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 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができている。	個別ケースやサロンなどの地域活動を通じて、年1回社会資源リストを見直し、随時社会資源の活用状況の確認に取り組む	A	社会資源リスト、情報をもとに相談対応にのぞみ、適時関係資料の配布、提供している。また、まち協や民児協やサロンなど地域活動に参加した時に、活用状況の報告やフィードバックを受けている。(例:小学校でミシンボランティアを頼みたい→彩縫屋を講師に養成講座を企画、出雲町老人会で健康講話をしたい→排せつケア相談員の活用など)	
		B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことがある。				
		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。				
	(3)生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな担い手の養成やサービス・通い場等の創出を行うことができている。	個別ケースの過程で関係者のエンパワーメントや社会資源の活用に取り組み、事業者や地域コミュニティで出前講座や協働を通じて新たな担い手の育成や場の創出に取り組む	A	個別ケースやネットワーク活動を通じて繋がった地域や事業所との相乗効果により、新たな担い手、活動の創出ができる。(例:上官防災お茶会、大牟田中央校区ラジオ体操、本町4丁目ラジオ体操、アクティブシニアによるミシンボランティア、大正校区寺子屋、市住コミュニティ4カ所(新地、鳥塚、龍湖瀬、通町))	
		B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行っている。				
		C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。				
8. 認知症総合支援事業	(1)地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民が暮らしあるまちづくりを進めるための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりに取り組んでいる。	認知症基本法に基づいた新しい認知症観を本人と共に普及、啓発しながら認知症カフェ(3カ所)、ミーティングセンター(1カ所)活動に取り組む	A	定例:3カ所の認知症カフェを主催(月1回)、ミーティングセンター(週1回) 随時:サポーター養成講座、認知症絵本教室、おおむた認知症カフェ連絡協議会(イオンフェス、市民公開講座2回、家族の会、十日市、大人の凧フェス)、ほっとあんしんネットワーク活動などで認知症基本法に基づいた新しい認知症観についての理解、啓発を当事者と共に取り組んでいる。	
		B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。				
		C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。				

手録

地区地域包括支援センター

事業	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(実績値があれば併せて記入)
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A 相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	制度を横断するような幅広い問題に対して相談者の立場に立ち、話を十分に傾聴して受け止める。また包括の窓口だけでなく、地域に出向き地域住民の気軽な相談相手となるよう関係性づくりに努める。	A	世代や属性を問わず様々な相談を受け、包括窓口、サロンや集いの場などの多様な機会を相談対応として取り組んでいる。気軽に相談ができるような関係性作りや対応に意識し努めている。また、民生・児童委員へは包括職員の顔写真と職種ごとの役割を紹介する自己紹介シートを作成し配布を行った。
		B 地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。			
		C 地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。			
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A 本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応できている。	心身の状況や生活の実態を確認しながら、相手が相談しやすいよう環境となるよう配慮し、傾聴や共感を持ち対応する。状況によっては個別訪問も行っていく。	A	相談者が相談しやすい環境整備のため窓口や電話での相談対応だけでなく、必要時には訪問による対応を行っている。個別に相談ができる環境と丁寧に関係性をつくることで相談者の思いに寄り添い、課題の解きほぐしに繋げている。
		B 本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応できている。			
		C 本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。			
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A 受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	複合課題については専門職間で共有して課題を明確にし、包括で対応したり、サービスや制度などの関係機関につなぐなどの対応を行う。また必要に応じケース会議の開催や参加を行う等確実な対応を行う。	A	相談内容を包括内で共有し、対応の検討を行っている。包括のみの対応では限界がある場合、基幹型包括や医療機関、サービス事業所などの関係機関に相談や情報共有などの連携を行い対応している。特に多機関協働が必要な場合はケース会議の開催・参加を通じて意思共有や役割分担など検討している。
		B 受けた相談に関し、他の機関と共有している、			
		C 受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。			
2. 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A 対象者にとって有効な社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいる。	地域の社会資源を把握し、介護支援専門員へ資源リストを配布する等、情報提供を行っていく。またプランチェック時に社会資源活用の提案したり活用ができているか確認する。	A	包括内の生活支援コーディネーターと定期的に社会資源に関する情報共有を行っている。常に確認ができるよう事業所内でファイリングし、プランチェック時の社会資源の活用状況に合わせ情報提供に活用している。また、新任の介護支援専門員には社会資源リストを配布している。
		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 対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。			
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	本人に寄り添い、日常生活や社会生活において本人の意思決定支援を尊重する。その為に必要な知識、情報を学ぶため研修会の参加や、地域住民に対して人生会議の周知啓発を行う。	A	本人の意向を確認し意思決定支援の考え方をもとに支援をおこなっている。 アクティビシニア講座の中で介護予防と人生会議についての講座を2回おこなった。 研修の参加については下半期に予定している。
		B 対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。			
		C サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。			
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A 多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	地域組織(まち協・民児協)や地域住民(サロン等)への資料配布や研修、出前講座の働きかけを行い、周知・啓発活動に取り組む。 啓発活動等を通してつながった個別相談に対し、専門職からの適切なアドバイス等を行う。	A	甘木中学校の1年生を対象に福祉と権利について講師依頼に対応した。また、サービス事業所に対し虐待研修を1回実施。 8/21、虐待研修を受講。 上半期、虐待相談対応4件。 下半期には地域サロンで権利擁護に関する周知・啓発を計画している。
		B 啓発活動を行っている。			
		C 啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができない。			
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A 関係機関を交え、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができる。	年1回は地域の介護支援専門員との交流や意見交換の場をつくり、顔の見える関係をつくり、連携しやすくする。また新たな取り組みとして訪問介護との意見交換会を行い、ニーズを抽出することで介護支援専門員への支援に活かしていく。	A	6/13、手録・明治校区の訪問介護事業所(5事業所8名)による交流会・意見交換会を実施。課題として出た内容については主任介護支援専門員の会議で共有を行った。 4/18、8/26、担当圏域の主任介護支援専門員と対面にて意見交換の場を設けることにより定期的な交流の機会を確保している。後期11月には3回目の事業所間交流会を開催予定。
		B 担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。			
		C 担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。			
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A 介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	地域に向けた介護保険制度の出前講座等を通じて、介護支援専門員の役割を地域へ発信、啓発を行う。	A	9/16、サロンの参加者(約20名)に対して介護認定の申請から結果までの流れや利用できるサービスの種類と介護支援専門員の役割について出前講座を行った。質疑応答の時間をつけ、理解が深まるよう対応した。
		B 地域住民に対し、出前講座等を実施している。			
		C 地域住民への啓発は十分にできていない。			
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A 関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	困難事例に対しては情報を共有し、多職種の視点から助言を行う。必要に応じて同行する。日常的な個別支援や業務に関しては助言や勉強会開催を行い、業務を円滑に進められるようサポートを行う。	A	6/26、手録・明治校区の介護支援専門員11名と事例検討行う。個別の対応困難事例に関しては同行訪問や適宜アドバイスを行いフォローを行っている。 後期には総合事業の勉強会を開催する予定としており。予防プラン作成時のポイントや注意点など実践に沿った内容で理解を深めていく。
		B 忙しいときは対応が後回しになることがある。			
		C 介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。			

手録

地区地域包括支援センター

事業	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(実績値があれば併せて記入)
5. 地域ケア会議推進事業	(1)地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	個別困難事例や地域課題の解決に向けて年6回地域ケア会議を開催し、課題を抽出、明確化してその解決に向けて多職種で検討、対策を行っていく。	A	上半期は計3回実施。初回は地域ケア会議の目的、方向性、本年度の取り組み方など説明、地域の社会資源のマッピング作業を行った。2回目は個別事例を、ミクロ・メゾ・マクロ視点により課題解決に向け検討をおこなった。3回目は地域ケア推進会議における地域課題をロジックツリー方式を用いて分析をおこなった。
		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・介護連携推進事業	(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ている。	入退院時の情報共有や、受診の連絡調整、必要に応じて受診に同行するなどの連携を図る。また地域住民に対してサロン等で在宅医療についての情報提供を行う。	A	受診時や入退院時に医療機関と情報共有・連絡調整を行っている。地域サロンの参加者に向けて出前講座を調整した。地域の医療機関から薬剤師に来ていただき「在宅での薬との付き合い方について」というテーマで講話を開催。取り組みを通して、地域への情報提供の機会を設けている。
		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、個別ケースで連携を図ることができている。	地域の医療職や介護職など顔の見える関係性が作れるよう、交流の場を設けるなど介護と医療の連携について取り組む。	A	健康づくり課と地域の健康測定会を1回行った。地域の医療機関に健康測定会のチラシを配布し、包括と医療機関との顔の見える連携作りに取り組んだ。下半期も同様の健康測定会を1回予定している。また、4-(1)、(3)記載の通り、介護職との交流会も実施している。
		B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。			
		C 意見交換をすることができない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごしたいかについて、自分自身で考え決めるなどを支援することを支援する。	A 相談対応の連携寺で、必要に応じて、本人の意思決定を支援することができている。また、多くの地域住民への啓発を行っている。	介護保険だけではなく様々な相談や、地域住民と接する場において本人が何を大切にしていて、どう過ごしたいかを考えながら選択肢や提案を行い、意思決定の支援を行う。また意思決定支援のための研修会に参加したり、地域や介護事業所等に出向き人生会議についての啓発活動を行う。	A	家族からの相談に対しては、本人の意向を確認しその意思に基づき支援を行うことが重要であることを説明している。本人が意思を表明しづらい状況であれば選択肢を用いるなどの工夫を行い、意思決定支援に努めている。地域の介護事業所への人生会議の啓発については下半期で行う予定にしている。
		B 出前講座などを通じ、地域住民に対して、意思決定について啓発している。			
		C 意思決定について地域住民への啓発を行うことができない。			
7. 生活支援体制整備事業	(1)地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。	地域資源の把握に努め、個別相談時に地域資源リストを共有する他、地域団体(4団体以上)への情報共有を行う。	A	地域の事業所や地縁組織等から相談を受け、前期は2団体に情報共有を行った。提供した情報をもとに地域資源をマッチングすることができた。居宅介護支援事業所からの相談では、施設利用者のQOL向上を目的に地域資源とのマッチングを検討した。地域の町内公民館からの相談では、地域のスーパーが閉店した影響から、町内公民館への移動販売誘致について相談を受け、地域資源とのマッチングを行い、誘致後も継続的に関わっている。
		B 新たな社会資源について情報提供等があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。			
		C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできない。			
	(2)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 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができている。	共有相手に合わせた資源リストの整理を行い、資源リストを年に1回以上見直す。	A	資源リストの整理と更新を9月に1回行った。相談相手に応じてリストでの提示や口頭での案内など、状況に応じた対応を行っている。
		B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことがある。			
		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。			
	(3)生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな担い手の養成やサービス・通い場等の創出を行うことができている。	地域住民との関係性づくりを通して住民のニーズを把握し、やりがい作りや集いの場の創出につながるよう働きかけを行う。	A	前年度から不定期で開催していた男性中心の麻雀の会を6月から月2回の定期開催を始めることができた。会を立ち上げるにあたり、地域のネットワークを持つ住民に働きかけを行い、現在はメンバーを増やすための継続支援を行っている。
		B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行っている。			
		C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。			
8. 認知症総合支援事業	(1)地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民が暮らしやすいまちづくりを進めるための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりに取組んでいる。	ほっとあんしんネットワーク模擬訓練やミーティングセンターに参画したり、地域で認知症に関する勉強会を開催するなど地域住民の認知症の理解を深める取り組みを行う。	A	手録小学校、甘木中学校で1回ずつ絵本教室に参加。地域の事業所へ参加を呼びかけ、連携を図った。毎月1回のミーティングセンターの参加で当事者や家族の話を聞いたり一緒に活動するなどの取り組みを行っている。ほっとあんしんネットワーク模擬訓練では手録校区、明治校区共に事務局として会議に参加し、地域の活動の支援を行っている。認知症に関する勉強会は模擬訓練で行うほか地域のサロンでも講座を行う予定。
		B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。			
		C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。			

事業	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(実績値があれば併せて記入)
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A 相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	電話、窓口等で相談があった時には、属性や世代を超えて受け止める。	A	窓口や電話だけではなく、民児協、まち協やサロンでも相談を受けている。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 地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。			
		C 地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。			
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A 本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応することができている。	日々の相談に真摯に対応する。	A	本人、家族が相談しやすいよう、窓口や電話だけでなく、訪問をしたりと相談しやすい環境づくりに努めている。本人の訴えや思いに真摯に対応している。
		B 本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応することができている。			
		C 本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。			
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A 受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	受けた相談で課題になっている事を捉え、連携が必要な時は関係機関へつなぐ。 そのためにも日常的に他機関の情報収集に努め、顔の見える関係性作りを進める。	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、本人の状況に応じて医療機関や介護事業所、社協などに繋ぎ、対応をしている。
		B 受けた相談に関し、他の機関と共有している、			
		C 受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。			
2. 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A 対象者にとって有効な社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいく。	ケアプランチェックの際に対象者の状況に応じた社会資源を紹介し位置付ける。また現状にある資源の情報収集や不足している資源について検討する。	A	ケアプランチェックの際に対象者の状況に応じた社会資源が位置付けられているかを確認し、必要時助言をするようにしている。 把握をしているのに明記されていない場合は記載するよう助言をしている。
		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 対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。			
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	本人の思いを傾聴し、寄り添った支援を行う。	A	いずれの対象者においても、本人の思いを傾聴し、寄り添った支援を行っている。 アクティビシニア塾講座の中で、3回介護予防とACPについての話を行った。後期ではサロンへの出前講座を予定している。
		B 対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。			
		C サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。			
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A 多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	地域の組織での会議やサロンで、権利擁護に関する講話を計画的に行う。また専門職への講話も行い啓発に努める。専門的な視点から相談対応を行う。	A	高齢者虐待のチラシを作成し、3校区まち協での会議で啓発を行った。また医療機関で専門職へ出前講座を行い啓発に努めている。
		B 啓発活動を行っている。			
		C 啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができていない。			
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A 関係機関を含み、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができる。	毎月の主任介護支援専門員の会議での関係性作りを継続するとともに、個別のケースでは、必要性に応じ他機関との調整など介入を行い支援する。	A	定例の主任介護支援専門員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介入し、解決に向けた支援を行っている。 10月に吉野包括エリアの介護支援専門員同士の交流会を開催を予定している。
		B 担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。			
		C 担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。			
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A 介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	サロンや地域の会議の場で介護支援専門員の役目や自立支援に関する講話をしたり、チラシを配布等で啓発する。	A	介護支援専門員の役割についてのチラシを作成した。後期に3校区まち協の会議で啓発を行い、まち協を通じてチラシを回覧する予定。
		B 地域住民に対し、出前講座等を実施している。			
		C 地域住民への啓発は十分にできていない。			
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A 関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	新たに吉野包括エリアの主任介護支援専門員とのサポートチームで、地域の介護支援専門員同士の交流の場を作り、支援困難事例等があれば後方支援を行う。	A	10月に吉野包括エリアの介護支援専門員同士の交流会の開催を予定している。交流会の場で困っている事を抽出し、必要時事例検討を行う予定。相談ケースによって介入し、解決に向けた支援を行っている。
		B 忙しいときは対応が後回しになることがある。			
		C 介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。			

吉野

地区地域包括支援センター

事業	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(実績値があれば併せて記入)
5. 地域ケア会議推進事業	(1)地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。 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はあるが、地域課題を明らかにできていない。	2ヶ月に1回地域ケア会議を開催し、個別課題だけではなく、地域課題をフォーカスしたケア会議を意識的に行う。	A	2ヶ月に1回地域ケア会議を開催し、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。今年度は認知症の事例を検討。10月に上半期検討した事例の振り返りを行う予定。
6. 在宅医療・介護連携推進事業	(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。 (2)地域の医療職、介護職との意見交換等を行う。 (3)地域住民が、人生をどのように過ごしたいかについて、自分自身で考え決めるこを支援する。	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。 A 医療職、介護職との意見交換を行い、個別ケースで連携を図ることができている。 B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。 C 意見交換をすることができない。 A 相談対応の過程等で、必要に応じて、本人の意思決定を支援することができている。また、多くの地域住民への啓発を行っている。 B 出前講座などを通じ、地域住民に対して、意思決定について啓発している。 C 意思決定について地域住民への啓発を行うことができない。	地域の医療機関の情報収集を行い、適宜情報提供を行う。また日頃から個別ケースにおいて連携体制を構築する事で、地域での暮らしを支える。 新たに医療職、介護職の多職種の意見交換会を開催する。個別ケースにおいて適宜支援体制を構築し連携を図る。 サロンや地域での会議等での講話、チラシ等での啓発、議論や意見交換を行う。日頃の相談対応の中で本人の意向に沿った支援を行う。	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。サロンやカフェに出向き、相談時に情報提供を行った。 急性期病院・相談支援包括化推進員・地域包括支援センターとの意見交換会に参加し現状の把握を行った。後期に地域の医療職、介護職の意見交換会の開催を予定している。
7. 生活支援体制整備事業	(1)地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。 (2)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。 (3)生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。 B 新たな社会資源について情報提供があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。 C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできていない。 A 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができている。 B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことがある。 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。 A 新たな担い手の養成やサービス・通い場等の創出を行なうことができている。 B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行なっている。 C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。	情報収集を心がけ、職員間で共有し、不足している社会資源の把握を行う。独自リストを年1回更新し、介護支援専門員だけではなく、医療機関等にも配布し活用を促す。 社会資源リストを整理し把握を行う。紹介した社会資源については利用者や相談者にヒアリングを行い情報を得る。	A	年に1回、吉野包括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。 地域に新たにできた企業でリストに掲載できるか直接聞き取りに行き、情報収集を行っている。 社会資源リストを更新し、居宅介護支援事業所や連携室へ配布した。配布の際に前年度の利用状況など聞き取りを行い、次年度の課題としている。
8. 認知症総合支援事業	(1)地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民が暮らしやすいまちづくりを進めるための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりに取組んでいる。 B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。 C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。	ほつと安心ネットワーク模擬訓練を通して、地域住民への啓発を行い、地域との連携体制を構築する。サポーター養成講座はサロンや地域住民に向け計画的に実施する。	A	認知症サポーター養成講座を帝京大学、倉永まち協、認知症力フェエとサロン1ヶ所で出前講座を実施した。後期もサロンで予定している。 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ている。 本人・家族の支援として、毎月ミーティングセンター1ヶ所、認知症力フェエ3ヶ所、家族会1ヶ所取り組んでいる。

三池

地区地域包括支援センター

事業	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(実績値があれば併せて記入)
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A	相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	地域で暮らす高齢者や障害がある方・その家族をはじめとした住民の多種多様な困りごとを受け止める。	高齢者のみならず、地域住民の様々な相談に対し、最後まで傾聴し親身に受け止め、必要な対応ができる。
		B	地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。		
		C	地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。		
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A	本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応することができている。	来所相談や電話相談、家庭訪問等から本人やその家族の訴えに真摯に対応する。 また心身状況、家庭環境等の生活実態を把握することで、隠れた問題やニーズ等を発見し、早期に解決できるように取り組む。	本人やその家族の訴えだけでなく、潜んでいる問題なども想定しながら、困りごとや不安に対し真摯に対応する。 また心身状況、家庭環境等の生活実態を把握しニーズ等の発見に努め、ご本人が自分で気づきを持って問題に向き合うことができるよう対応する。
		B	本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応することができている。		
		C	本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。		
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A	受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	相談内容を職員内で共有・分析をし、複合課題においては必要な機関との連携を図りながら本人支援を行う。なお、解決へ向けて、各関係機関と連携し、適切な機関、制度、サービスにつなぎ支援を行う。	包括内で事例を毎朝共有・検討している。また、医療機関や地域などへの情報提供や相談、調整を随時行い、必要時は関係機関へ経過確認を行い、移行・終結させている。
		B	受けた相談に関し、他の機関と共有している、		
		C	受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。		
2. 第1号介護予防支援事業 (介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A	対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。	随時、社会資源の新規や変更の情報を適宜更新し、窓口に設置しているファイルを確認しやすい環境を維持する。プラン作成時に声かけしプランへ反映する。	社会資源の新規や変更情報をSCが更新し、ファイルに継続して窓口に設置している。常時閲覧し情報収集できるようにしている。また、プランに反映できるようにケアマネへ声掛けしている。
		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	対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。		
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A	いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	単にできないことを補う支援ではなく、本人が意思を持って生活ができるよう、適宜意向を確認しながら願いが叶えられるよう支援する。本人が何を望んでいるか声かけしながら、自分で選択できるよう支援する。	サロン1か所、アクティビティア塾3回、健康づくり課とのフレイル測定会にて1回、計103名にACPについての啓発を実施。またフレイル予防についての啓発をサロン2か所、アクティビティア塾3回、フレイル測定会にて1回、計112名に行った。相談時やプラン作成時は本人の思いや意向を尊重し、対応している。
		B	対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。		
		C	サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。		
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A	多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	民児協やサロン等地域住民が多く集まる機会を活用して権利擁護に関する出前講座や資料配布を行う。 専門的・継続的な観点から相談対応できるよう権利擁護に関する研修会へ参加し学びの機会を作る。	地域サロン9件、運営推進会議1件、福祉委員会1件において包括で作成した「消費者被害」に関するチラシを配布。包括窓口への相談事例や高齢者が被害に遭った事例をもとに講話を行った。また権利擁護(高齢者虐待防止)に関する研修会に参加した。
		B	啓発活動を行っている。		
		C	啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができていない。		
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A	関係機関をえて、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができる。	三池包括エリア内で医療機関と介護支援専門員と意見交換の場を新たに(年1回)設け、情報交換等を行い、密に連携を図っていくための支援する体制をつくる。	10/29に担当圏域の医療機関連携室と介護支援専門員との意見交換会を開催予定。意見交換時にSC/共サポートより社会資源の紹介を行う。
		B	担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。		
		C	担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。		
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A	介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	地域住民に対して、出前講座やサロン等で大牟田市の高齢化率や介護保険の認定率の状況やフレイル、介護支援専門員の業務、健康講話等を行い、自立支援に関する周知啓発を行う。担当校区(年1か所ずつ)の民生委員と介護支援専門員との意見交換会を実施する。	フレイル予防についての啓発をサロン2か所、アクティビティア塾3回、フレイル測定会にて1回、計112名に行なった。民生委員の改選後に(銀水校区)民生委員と担当圏域の介護支援専門員との意見交換会を開催予定。
		B	地域住民に対し、出前講座等を実施している。		
		C	地域住民への啓発は十分にできていない。		
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A	関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	ケアマネサポート事業を通して、三池包括エリア内の主任ケアマネ(1名)と包括職員(1名)が居宅支援事業所(10か所/年)を訪問し、困難事例等に対して具体的な支援方針を検討し助言等を行う。	ケアマネサポート事業を通して、三池包括エリア内の主任ケアマネ(1名)と包括職員(1名)が居宅支援事業所を月1回程度訪問し、困難事例等に対して具体的な支援方針を検討し助言等を行っている。
		B	忙しいときは対応が後回しになることがある。		
		C	介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。		

事業	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(実績値があれば併せて記入)
5. 地域ケア会議推進事業	(1)地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。 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。	1回/2か月地域ケア会議を開催し、個別ケース検討を行って、地域課題を明らかにして解決への支援策や問題を検討する。 年度末には各事例で出た地域課題について整理し、参加メンバーでグループワークを行い地域課題を出し合い、整理確認予定。	A	1回/2か月、包括以外での居宅や小規模へも事例を出してもらい、個別ケース検討実施。年度末に事例を集約して参加メンバーでグループワークを行い地域課題を出し合い、整理確認予定。
6. 在宅医療・介護連携推進事業	(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。	医療機関からの情報提供・連携出来る関係性を維持し、受診や入退院時等の情報交換を行い、地域住民からの相談時には、在宅医療についての情報提供をスムーズに行う。	A	8/27社会福祉士勉強会にて急性期病院のMSWより病院の機能や特徴、MSWの役割についてご教授いただき意見交換を実施。慢性期病院とは10月に開催予定。 必要に応じて入退院時に医療連携室と情報共有を行い、在宅に戻られても医療・介護の支援を継続的に受けられるよう情報提供している。
	(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、個別ケースで連携を図ることができている。 B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。 C 意見交換をすることができない。	昨年再開した医療職と介護職との意見交換会を事業所と実施するとともに、多職種の意見交換会に参加し連携構築を図る。 また、個別ケースにおいては随時連携しながら意見交換を行う。	A	10/29に担当圏域の医療機関と介護支援専門員との意見交換会を開催予定。 必要時は医療職、ケアマネ、サービス事業所等と連携し、医療機関や包括(公民館)等でケース会議を行い、情報交換を実施している。
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごしたいかについて、自分自身で考え決めるなどを支援する。	A 相談対応の過程等で、必要に応じて、本人の意思決定を支援することができている。また、多くの地域住民への啓発を行っている。 B 出前講座などを通じ、地域住民に対して、意思決定について啓発している。 C 意思決定について地域住民への啓発を行うことができない。	地域住民が自分自身の人生をどのように選択するのかを自分の意志で決定することが出来るよう相談対応の中で提案するほか、出前講座等で周知啓発していく。	A	サロン1か所、アクティビティア塾3回、健康づくり課とのフレイル測定会で1回、計103名にACPIについての啓発実施。 ご本人がこれからどう生きたいか、どこで生活したいか、治療などの希望等の思いや意向を周囲の人とも共有できるように相談時に啓発している。
7. 生活支援体制整備事業	(1)地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。 B 新たな社会資源について情報提供等があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。 C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできていない。	新たな社会資源を把握する為に、民児協定例会やサロン等に参加し情報の収集を行う。また、その社会資源を地域活動(高取校区買い物支援、羽山台校区空き家プロジェクト等)へ参画して提案したり、関係機関やサービス事業者へ情報共有を行う。	A	高齢者施設リスト作成のため施設へのアンケート実施。 子ども食堂の立上げ支援。「さいせい(地域交流施設)」年2~3回開催予定。 把握した社会資源を窓口での相談時や研修会等で居宅支援事業所や医療機関等へ社会資源のリストを配布し役立ててもらえるよう声かけしている。 地域活動(羽山台校区空き家プロジェクト)へ月1回参画し、情報提供をし、共有している。
	(2)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 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができている。 B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことがある。 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。	サロン・サークル代表者・商店等より現状確認をして、社会資源の見直しを行いリストの更新を行う。	A	サロン・自費サービス(介護タクシー、家事援助等)・サークル等を更新し、相談者やケアマネ等へ情報の提供を実施。
	(3)生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出を行うことができている。 B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行っている。 C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。	サロン立ち上げを目指して、地域とともに「通いの場」等の創出を行う。新規1件	A	サロン立ち上げ1件 「大塔そよかぜ会」は月2回開催中。 サークル立ち上げでは、「高泉市営住宅B棟」にてサークル立ち上げの打合せに参加し支援中。
8. 認知症総合支援事業	(1)地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民が暮らしやすいまちづくりを進めるための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりに取組んでいる。 B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。 C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。	毎週(金)ミーティングセンターの継続、新規で事業所とともに月1回の家族会を開設する。地域へサポーター養成講座や認知症の講話を開催し、認知症の理解を得て暮らしやすいまちづくりになるよう進める。 個別相談の状況に応じて、ケース会議や情報提供等により、地域の理解を深める。	A	毎週(金)ミーティングセンターの継続ができる。 新規で事業所とともに月1回の『かぞく会』を開催。 サポーター養成講座は(羽)PTA/まちづくり協議会、帝京大学で実施。個別相談などの状況により本人・家族が住みやすい地域づくりになるよう意識して対応する。

事業	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(実績値があれば併せて記入)
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A 相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	高齢者をはじめ、属性や世代を問わず、親身に地域の相談事を受けとめ、窓口だけではなく、訪問や地域の行事等でも包括的な相談対応を実施する。	A	高齢者の相談だけではなく、世代を問わず受け止め、相手の状態によっては時間外・夜間にも相談を受けている。また、サロン、民児協、認知症家族会などでも相談を受けている。
		B 地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。			
		C 地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。			
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A 本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応することができている。	受容・共感の姿勢で相談者に寄り添いニーズを把握し対応する。	A	様々な相談に対して、親身に相談を受け止め相手の立場を考慮して対応を行っている。内容によっては、話し合い、職員間で連携して対応に努めている。
		B 本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応することができている。			
		C 本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。			
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A 受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	相談内容を分析し複合化した課題においては福祉課や社会福祉協議会など他機関とのネットワークを活用し対応する。	A	包括において対応可能な内容は終結に向けて対応し、困難な場合はこども家庭課・スクールソーシャルワーカー・病院の連携室・福祉課と連携し、必要に応じて繋いできた。
		B 受けた相談に関し、他の機関と共有している、			
		C 受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。			
2. 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A 対象者にとって有効な社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいく。	地域の社会資源を把握し対象者に必要な情報提供を行かない、プランチェック時に介護予防プランに盛り込めるよう提案が行えるようにする。生活支援コーディネーターとも連携し対象者に有効な社会資源の提案を行う。	A	生活支援コーディネーターを中心として、地域にある社会資源を把握し、対象者への情報提供や繋ぎを行い、プランに盛り込んでいる。また、プランチェック時に介護予防プランに盛り込めるように提案している。
		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 対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。			
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	本人の思いを尊重し、本人の望む生活が送れるようにACP(アドバンケアプランニング)についても話せる機会をつくる。また、社会参加ができる環境をつくりフレイル予防となるようにする。	A	公民館サークル、地域の方等へ介護予防の講話の際に、フレイル予防や、社会参加のことなどを話し、ACPIについても資料を配布し、誰でもがどのように暮らしていきたいかを考える機会をつくった。相談対応時も必ず本人の思いを確認し、どのように生活したいのか、サービスや社会資源など、必要なことを一緒に考えられるようにした。
		B 対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。			
		C サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。			
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A 多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	まち協・民児協・地域サロン等の機会を活用し、地域住民に対して啓発活動を行うとともに考える場となるようにする。研修参加を増やし研鑽の機会を多くつくり、専門的・継続的な観点からの相談対応ができるようにする。	A	4月に民児協・地域サロン等でパンフレットを使い虐待防止啓発を行った。また、10月には、大牟田警察署と連携し、三川地区公民館の文化祭で消費者被害・詐欺・について、講話・寸劇を通して啓発を行った。3月にケアマネジャー向けに虐待研修を予定している。
		B 啓発活動を行っている。			
		C 啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができていない。			
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A 関係機関を交え、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができている。	地域の介護支援専門員、サービス事業所と年3回の会議・研修を行うことで連携を密にし、マネジメントのスキルアップを図る。	A	三川エリアの地域の介護支援専門員・サービス事業所と「よらん会」として集まり、5月はお互いの事業所について、また日頃の苦労ややりがいについて知る機会としての意見交換を行った。10月に、社会福祉協議会が実施している個別支援、3月に虐待研修を企画している。今後も相談対応時に、かかりつけ医・在宅医療の必要性、介護支援専門員が行える支援等について助言・提案をしていく。
		B 担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。			
		C 担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。			
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A 介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	地域住民に対してパンフレット等活用し、フレイル予防の啓発や出前講座、健康教室を2回行い、自立支援に関する意識の共有が図れるようにする。	A	サロンやサークル連絡会で介護予防・フレイルについて、講話や体操を通して理解を深めてもらうようにした。併せて介護支援専門員の役割についても啓発を図った。10月29日・30日健康教室を開催し、足趾力、握力、ベジチェック、骨密度、体組成計などの測定を実施。測定内容、フレイル・ACPの説明を行い、健康生活の意識を高めるようしている。研修や交流を通じて実際の個別ケースについても連携を図っている。
		B 地域住民に対し、出前講座等を実施している。			
		C 地域住民への啓発は十分にできていない。			
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A 関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	ケアマネサポート事業として各居宅の主任ケアマネが中心となり、三川エリアの居宅介護支援事業所を訪問し、対応困難なケースの検討を行い、必要時後方支援を行う。	A	ケアマネ来訪時に支援困難なケース等、気軽に相談しやすいう声をかけるようにしている。また、三川エリアの主任ケアマネが中心となり各居宅介護支援事業所訪問を11月に予定している。対応困難なケースなど検討とともに、ケアマネの精神的負担軽減となるようにしている。
		B 忙しいときは対応が後回しになることがある。			
		C 介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。			

事業	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(実績値があれば併せて記入)
5. 地域ケア会議推進事業	(1) 地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、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回奇数月に地域ケア会議を開催し、個別事例を検討し地域課題を明らかにし、解決策を検討する。年1回は個別事例から抽出された地域課題について検討する。	A	2ヶ月に1回奇数月(5月、7月、9月)に会議を開催し、5月は前年度の三川地区の現状・課題の検討を行った。7月、9月は事例検討を行い、ケアマネからの困難事例を通して支援のありかたや、必要な支援と地域課題について検討した。
		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・介護連携推進事業	(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ている。	本人の在宅生活を支える為に、入退院時の情報共有、連絡調整を密に行いスムーズに在宅医療へとつなげられるようにする。訪問診療を行っている医療機関との連携が図られるようになる。地域住民に対してサロン等の集まり場にて在宅医療の情報提供ができるようになる。	A	地域の病院からの退院時の相談が多くあり、情報共有、連絡調整をしながらスムーズに在宅へつなぐ場合、訪問診療や受診の連携など本人の状況に応じて対応している。在宅生活が困難な場合のレスパイト・リハビリ入院など連携し本人の生活ができるようしている。
		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、個別ケースで連携を図ることができている。		A	在宅医療・介護連携推進研修で企画する研修会(11月・2月)に参画している。医師会が行う在宅医療提供体制充実強化事業の研修(9月、10月、11月)にも参画している。この研修では医療・介護連携研修を行い、多くのケアマネや専門職の参加、交流、意見交換を行っている。それぞれの連携により、個別ケースへの連携を図ることができている
		B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。			
		C 意見交換をすることができない。			
	(3) 地域住民が、人生をどのように過ごしたいかについて、自分自身で考え決めるなどを支援することを支援する。	A 相談対応の過程等で、必要に応じて、本人の意思決定を支援することができている。また、多くの地域住民への啓発を行っている。	ACP(アドバンスケアプランニング)についての理解を深め、相談対応時に必要に応じて意思決定支援ができるよう関わっていくようになる。また、機会をみつけ地域住民へ啓発を行うようになる。	A	相談対応時、本人の思いを確認しながら対応を行っている。地域住民へ健康相談・フレイル予防について啓発する場合も厚労省からの人生会議(ACP)のチラシを活用しながらわかりやすく伝えるようにしている。
		B 出前講座などを通じ、地域住民に対して、意思決定について啓発している。			
		C 意思決定について地域住民への啓発を行ふことができない。			
7. 生活支援体制整備事業	(1) 地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。	既存の社会資源と併せて新たに把握した資源をリスト化し、包括内での情報共有を行う。また、地域の方からの相談時に活用するだけでなく、地域の居宅介護支援事業所等への情報提供を行い、活用できるようになる。活用実績について確認を行うことで地域のニーズ等の把握に務める。	A	リストの更新及び包括内での共有を行い、確認しやすい場所に設置している。地域の方から『カラオケサロンに行きたい』との希望があり、送迎付きでカラオケができるサロンの紹介を行なったり、居宅介護支援事業所のケアマネから『体操や茶話会などの集まりの場を教えて欲しい』との問い合わせに対し、先方サロンへの繋ぎ1件を行なった。その他地域の体操などの通いの場を教えて欲しいとの相談などに対しては、情報提供や付き添いを2件行った。実際に相談5件中3件が利用に繋った。
		B 新たな社会資源について情報提供等があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。			
		C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできない。			
	(2) 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 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができます。	把握している社会資源について年1回行い、必要に応じて随時更新を行い、相談時に活用できるようになる。包括に置いている各事業所のチラシ・パンフレット等についても入れ替えや情報収集を行う。	A	既存の社会資源のリスト更新を行い、9月には市内の施設へ赴き情報収集を行った。また、包括内のファイルに保管している。パンフレット等についても整理している。
		B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことができる。			
		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。			
	(3) 生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな担い手の養成やサービス・通い場等の創出を行うことができている。	住民からの希望があった際には必要に応じて、地域の地縁団体や市住管理センター等関係機関と協働し、住民のニーズに即した、住民主体のサロン等の立ち上げの支援を行う。	A	サロンへ定期的に参加し、住民の関心度の把握について積極的な意見交換及び情報発信に努めている。特に、ACPや防災バッグの作成に対しての関心度が高く、必要な資料を用いて説明を行っている。サロンに興味を持たれる方が増え、不定期ではあるが参加されるようになった。
		B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行っている。			
		C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。			
8. 認知症総合支援事業	(1) 地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民)が暮らしやすいまちづくりを進めための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしやすいまちづくりに取組んでいる。	月に1回の認知症家族会の継続及び関係機関への情報提供を行う。担当圏域にある集う場の状況を把握し、新たな場が作れるようになる。多機関との必要なサポート会議の開催。地域での模擬訓練時にサポーター養成講座やサロン等への啓発を行い、認知症の理解を深め、認知症になつても暮らしやすい地域づくりを推進する。	A	毎月1回認知症家族会を継続し、意見交換を行い、家族の介護負担の軽減を図った。また、認知症家族会のメンバーで、認知症当事者のセミナーにも参加し、認知症を自分事として捉えられたのではないか。新規の参加者も増えてきた。必要時に新たな場(ミーティングセンター)が作れるように月1回の会議を行い、地域にある介護事業所にも地域実情を確認し、認知症になつても暮らしやすいまちづくりに取り組んでいる。
		B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。			
		C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。			

駿馬・勝立

地区地域包括支援センター

事業	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(実績値があれば併せて記入)
1. 総合相談支援事業	(1)包括的に相談を受け止めている。	A	相談者の属性や世代、相談内容に関わらず、地域住民の相談を十分に受け止めている。	A	東萩尾団地、下池地区は住民組織と個別訪問、東谷市営住宅訪問は市住管理センターと共に訪問している。勝立地区公民館の相談窓口対応日数を増やしたことをまち協・民児協・玉川公式LINE・近隣の病院や調剤薬局にチラシで周知を行った。健康相談会を「東谷市営住宅」「サロンいちの」「すみよか広場」で開催している。
		B	地域住民の相談を、おおよそ受け止めている。		
		C	地域住民の相談の受け止めが難しい場合がある。		
	(2)本人に寄り添い、抱える課題の解きほぐしや整理を行っている。	A	本人の訴えや思いを聞き、真摯に対応することができている。	A	毎朝のミーティング時に相談内容を共有し、各専門職から意見を聞く場を作っている。相談内容により専門性が必要と判断した場合にはサポートパートナーとして2人で対応に当たっている。包括ケア会議の研修を通じて対人援助や課題抽出方法を学び日々の相談業務に生かしている。
		B	本人の訴えや思いに対し、おおよそ対応することができている。		
		C	本人の訴えや思いへの対応が難しい場合がある。		
	(3)受けた事例に複合課題が潜在している場合などにおいて、適切に他の機関と連携し、又はつなぐことで対応している。	A	受けた相談で課題になっていることを捉え、適切に連携し、又はつなぐことで対応できている。	A	福祉課・保護課に限らず、社会資源を把握し必要な資源を活用することにより複合課題に対応している。例)65歳以上の就労でハローワークや障害者就労とともに校区内への就労の繋ぎなどを行った。(虐待と就労の複合課題を持った事例)
		B	受けた相談に関し、他の機関と共有している。		
		C	受けた相談に関し連携先となる機関へつなぐ際に時間を要することがある。		
2. 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)	(1)介護予防プランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な地域の社会資源を位置付けている。	A	対象者にとって有効な社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいく。	A	地域資源を整理、リスト化し共有することにより包括の自プランに入れたり委託事業所のプランチェック時に社会資源の情報を活用している。サポート事業で実施する11月のCMサポート事業の研修会にてサロンやサークル、移動販売や配達対応の店など社会資源情報の共有を計画している。
		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	対象者にとって有効な地域の社会資源の活用が十分でないと感じている。		
	(2)尊厳の保持、及び介護予防や社会参加の促進の観点を踏まえ、対象者が「どのように暮らしていきたいか」を支援する。	A	いずれの対象者においても、本人の思いや考えを優先し、対応している。	A	相談対応するときには必ず本人の意見を最初に確認し、それに対応するサービスや社会資源などを提案するようしている。そのうえで本人が選び意思決定できるような状況を作り出せるように配慮している。
		B	対象者の状態によって、できるだけ尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進を意識している。		
		C	サービス提供者の意向が優先し、本人の尊厳の保持、介護予防や社会参加の促進につながっていないことがある。		
3. 権利擁護事業	(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、広く地域住民等に対する周知・啓発を行い、専門的・継続的な観点から、相談対応を行っている。	A	多くの啓発活動を積極的に行うとともに、専門的・継続的な観点から相談対応を行っている。	A	8/21ケアマネ向けの虐待防止研修を企画し受講した。個別の相談があった場合は包括内で情報共有し各専門職のチームで対応している。7/9GH青葉、7/18第二病院福祉部で事業所職員対象に高齢者虐待の講話を実施した。また、事務所に高齢者虐待のポスターを掲示し啓発に努めた。民児協での講話とチラシの配布は下半期に実施する予定。
		B	啓発活動を行っている。		
		C	啓発活動や専門的・継続的な観点から相談対応を行うことができていない。		
4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	(1)担当圏域の介護支援専門員等のニーズに基づき、医療機関や地域の社会資源などの多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている。	A	関係機関をえて、担当圏域の介護支援専門員と定期的な意見交換等を行うことで密に連携し、支援する体制ができる。	A	プランチェック時に確認し社会資源活用の検討、情報共有している。11月に座談会(CMのシャドーワークについて)、2月に事例検討会を計画中。座談会での内容を踏まえて、1月頃医療機関とCMとの意見交換会を計画している。
		B	担当圏域の、介護支援専門員と意見交換等を行い、必要に応じて連絡を取っている。		
		C	担当圏域の介護支援専門員と意見交換等を行うことができない。		
	(2)介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する意識の共有を図っている。	A	介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのため、出前講座等を通じて地域住民に積極的に啓発に取組んでいる。	A	依頼を受けてサロンやサークルで介護予防の出前講座を10回実施。介護保険やCMの役割をはじめとして大牟田市の現状や自立支援についても講話を実施した。介護サービス導入時に本人の許可を得て支援者の情報を地域住民組織などに共有するようにしている。
		B	地域住民に対し、出前講座等を実施している。		
		C	地域住民への啓発は十分にできていない。		
	(3)介護支援専門員が担当する支援困難事例等への適切な指導・助言等を行っている。	A	関係者と連携して具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言を行っている。	A	関係者でケース会議を開催したり、包括が地域住民や地域の実践者、民生委員へ協力を依頼するなど繋ぐ対応をした。即時対応が難しい場合に基幹型包括支援センターとも日々情報共有し連携している。
		B	忙しいときは対応が後回しになることがある。		
		C	介護支援専門員に任せきりとなり、対応できていない。		

事業	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(実績値があれば併せて記入)
5. 地域ケア会議推進事業	(1)地域ケア会議を通じて、地域の多様な関係者が協働して地域課題を明らかにし、解決策について検討する。	A 地域ケア会議の実施により、地域課題を明らかにし、解決に向け検討している。	2ヵ月に1回偶数月に駿馬地区公民館にて開催し、事例の課題検討や社会資源について検討する。また年1回は地域課題を検討する回を設ける。	A	2ヶ月に1回(4月・6月・8月)駿馬地区公民館にて開催している。昨年度は地域資源に特化していたが、今年度は「本人が望む暮らし」をテーマに事例検討を行っている。新しい社会資源についても地域ケア会議内で共有している。(4月から10ヶ所)
		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・介護連携推進事業	(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ている。	在宅支援の構築を図るため、担当圏域内で訪問診療等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行う。住民組織に対して情報提供を行う。	A	かかりつけ医がない相談者へは訪問診療などの情報も含め情報提供を行い、つなげたりしている。また主治医がいる場合は、情報共有しながら連携を図っている。勝立地区公民館の相談窓口対応について、近隣の医療機関や校区内の調剤薬局への案内を行った。
		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、個別ケースで連携を図ることができている。	新たに包括主催でエリア内のサービス事業所等と医療機関との意見交換会を行う。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	急性期病院との意見交換会(8月)に参加したり医療機関主催の研修会(11月)に参加を予定している。主任ケアマネと共に地域の医療機関と介護支援専門員との意見交換会を予定している。(11月)
		B 医療職、介護職との意見交換を行うことがある。			
		C 意見交換をすることができない。			
7. 生活支援体制整備事業	(1)地域の社会資源の把握を行うとともに、把握・整理した地域の社会資源の情報を、地域活動を行う団体等に共有し、地域住民の生活支援に役立てている。	A 新たな社会資源の把握に努め、整理して有効活用を図っている。また、共有した地域の社会資源の情報を地域活動に役立てられるよう、各団体の活動を支援することができている。	各校区まちづくり協議会(まち協)、民児協、校区社協会、小規模運営推進会議、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から情報収集を行う。得られた情報を元に包括だより等を活用して社会資源の情報共有して相談対応に活用する。	A	各校区のまち協・民児協に参加して新たな社会資源の把握や情報提供・情報共有を行っている。また毎月駿馬民児協では包括の役割や介護保険、キャロットサービスの説明などをを行い、地域活動に役立てられるよう情報提供を行っている。情報を共有した民生委員が住民へキャロットサービスを紹介し支援につながった。また包括だより(偶数月発行)では人生会議やトピックス(熱中症・勝立窓口増設など)や社会資源などについて掲載し、各団体等へ配布して啓発・情報共有を行った。
		B 新たな社会資源について情報提供等があれば整理している。また、地域の社会資源の情報を、各団体に共有することがある。			
		C 新たな社会資源の把握や情報の共有はできていない。			
	(2)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 地域の社会資源を定期的に整理・見直しを行い、地域住民に有効活用することができている。	各校区まち協、民児協、校区社協会、小規模運営推進会議、サロンやサークルへ参加し、情報収集を行う。既存の社会資源の情報を整理・更新し、住民組織の会議の場を通して情報提供を行ったり相談対応に活用する。	A	各校区での会議やイベント等へ参加することで情報収集を行った。各校区のサロンやサークルの実施表を整理・更新して調剤薬局へ掲示したり、相談対応に活用している。
		B 地域の社会資源の整理・見直しを行うことがある。			
		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。			
	(3)生活支援や介護予防サービスの担い手の養成や、サービス及び通いの場等の創出を行う。	A 新たな担い手の養成やサービス・通い場等の創出を行うことができている。	健康相談会の開催等を通してサロン・サークルにつなげるほか、本人の希望に沿った集える場の創出を行う。新たな担い手として多世代を取り込むため地区公民館等で講話や啓発、また校区社協会と共にキャロットサービス協力会員の発掘に取り組む。	A	東谷市住集会所といちの地域交流施設にて3か月ごとに健康相談会を実施した。「地域交流施設いちの」では希望により毎月集まれる場「いちのサロン」の開催(7月から)につながった。また駿馬まち協や市社協とともにキャロットサービス説明会(9/17)を実施し、協力会員の発掘に取り組んだ。
		B 新たなサービスや通いの場等の創出に向け、関係者と検討を行っている。			
		C 新たな担い手の養成やサービス・通いの場等の創出はできなかった。			
8. 認知症総合支援事業	(1)地域全体で認知症の理解を深め、認知症本人や家族を含む地域住民が暮らしがやすいまちづくりを進めるための取組を行う。	A 本人・家族等が集う場への参画や、認知症サポーター養成講座を開催したりするなど、認知症への理解を深め、暮らしがやすいまちづくりに取組んでいる。	新たに絵本教室の開催を目指して学校関係と連携を図る。脳の健康チェックを実施したり、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。担当圏域にある集う場の状況を把握し、新たな場所の創出を計画する。	A	認知症を地域で考えるきっかけ作りとなるように10/7に天の原小学校(3年生)で絵本教室を初めて開催し、地域住民や校区内の各事業所も参加した。10/9に脳の健康チェックを実施。2/25にも予定している。また本人・家族等が集える場の創出として、福祉課・三川包括とともにミーティングセンターの実施を計画している。まずは地域事業所の協力や理解促進を図るため、福祉課と共に説明を実施した(小多機事業所6ヶ所、ディサービス事業所7ヶ所)。
		B 本人や家族等が集う場への参画や、講座を開催することがある。			
		C 本人や家族等が集う場への参画や、講座の開催などの機会を設けることができない。			