

議題1 令和7年度重点目標に対する評価

【資料1－2】

(2)地域包括支援センターにおける事業実績(案)

		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に取り組んでいる。
		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セスメントした上で、適時、市の総合相談、基幹型包括支援センター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。 (包括だよりの発行:7回)
		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の踏まえ、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2回、福祉体験教室3カ所)
		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カ所、運営推進会議7カ所)、関係機関との会議4回、弁護士と地域包括支援センター連携フォーラム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巡回や事例検討会、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:6回、居宅回り10カ所、研修会3回(民生委員とケアマネの意見交換会、施設研修、事例検討会)
		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ていない。		
	(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り組んでいる。	民児協とケアマネの交流機会を年に1～2回づくり、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(包括だよりに掲載:4回)。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との意見交換会、入居施設(サービス付高齢者住宅、介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、ケアハウス)との意見交換会を行っている。
		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。	ケアマネからの相談に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。 (自主勉強会12回(毎月開催)
		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。		

	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)	
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、11月、1月、3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	看護師を中心に在宅医療・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、訪問看護事業所や排泄ケア相談員、医療機関の理学療法士など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6カ所(出雲町公民館、ひまわりクラブサロン、小浜南公民館サロン、小浜第一公民館サロン、小浜北公民館、瓦町公民館サロン)	
		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情報共有ツールMCS(メディカルケアステーション)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：1回	
		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ていない。				
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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。	本人の意思決定が尊重できる環境づくりにつとめ、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を開催している。また、包括だ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(人生会議)、大牟田中央小学校6年生、上3北公民館サロン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うことができていない。				
	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。	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、活動の創出ができている。(例：上宮防災お茶会、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、龍瀬瀬、通町)、帝京大学生ボランティア、大牟田高等学校ボランティアなど)	
		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)、認知症と診断された本人・家族の一体的支援「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、大人の凛カフェ)、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ていない。			

手 録		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。	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 属性や世代を問わず、相談対応をおこなっている。 地域住民の身近な相談窓口として認識されるよう、校区まち協や民児協などの住民組織を中心に顔の見える関係性作りをおこなった。包括支援センターの役割や顔写真を掲載したチラシの配布をおこなった。
		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、真摯に対応することができている。	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 相談対応時には、相談者が相談しやすい環境づくりへの配慮をおこなっている。対面での相談時には窓口もしくは訪問による方法があることを提示し相談者により選択できることで緊張感の軽減を図った。 また、相談者の抱える悩みを傾聴し、相談者が自ら課題を整理できるよう、受容と共感の姿勢で対応している。
		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。	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 1-(1)、(2)において確認された課題に対し、まずは包括内で共有。包括のみでは十分に対応ができないと判断した際には行政や医療機関、サービス事業所等と連携し対応している。 必要に応じケース会議を開催し意識の共有や役割分担により確実な対応を図っている。
		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 SCが定期的に整理している社会資源リストを包括内で確認・共有し、ケアプランチェック時に常に活用できるように事業所内でファイリングしている。また社会資源の活用状況を確認し、介護支援専門員への情報提供を通じて有効な社会資源の活用に繋げている。年度初めや新任の介護支援専門員には社会資源リストを配布し理解を促している。
		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 意思決定支援の考え方をもとに本人の意向を尊重する支援をおこなっている。 特に対話を重視し本人のペースに合わせて関わっている。 アクティブシニア講座等の活動では介護予防や人生会議について啓発し自らの暮らしを考えていただく場を設けている(3回)。 職員の研鑽として12/8、2/13に、意思決定支援の研修に参加した。
		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。	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行う。	A 民児協において消費者被害に関するチラシを配布し周知・啓発をおこなった。 甘木中学校での福祉と権利に関する講師依頼への対応(1回)、サービス事業所からの虐待研修への対応(1回)をおこなった。弁護士と連携しCMを対象に成年後見制度に関する研修を開催。 個別の権利侵害事案についてはその都度対応している。
		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。	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に手録・明治校区の訪問介護事業所(5事業所8名)との交流会・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おこなった。 11/13に事業所交流会(26事業所56名)を開催し、業務課題の見える化や対応策等を検討・共有することで業務改善を図る機会となった。
		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ていない。		
	(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(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。質疑応答の時間を設け、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 手録、明治校区の介護支援専門員11名と2回事例検討をおこなった。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おこなっている。 また、必要に応じて関係機関も交えケース会議を開催している。 1/28総合事業の勉強会を開催し、総合事業の考え方について整理し理解を深めた。
		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		(記入)	(選択)	(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	全6回の開催。地域アセスメントを1回実施し社会資源の確認と共有をおこなった。個別事例については3回実施し、生活課題に対しミクロ・メゾ・マクロの領域で分析・対応策の検討をおこなった。地域ケア推進会議に向けた分析を1回と年度まとめを1回実施。全6回を通して地域課題の解決に向け検討をおこなった。
		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	入退院時や入院中の情報共有、受診時の連絡調整や同席により医療機関との連携を実施。本人も交え状況を共有し在宅生活の課題をスムーズに把握。迅速に必要な支援に繋がった。地域サロンの中で地域の医療機関の薬剤師による高血圧や薬剤についての講話を開催。健康意識の醸成と在宅医療に関する情報提供の機会を設けた。
		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。	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	認知症絵本教室(手録小、明治小、甘木中)への参加協力。地域ケア会議内での検討、事業所交流会の開催により意見交換の場を設け、地域の医療機関や介護職などの顔の見える連携体制の構築をおこなった。個別ケースで連携を図る際には相談しやすい関係性ができている。
		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ていない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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。	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る、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	総合相談支援事業を通じて様々な相談に対応している。相談の場では介護保険以外の選択肢も含め情報提供することで本人の意思決定を促す支援を行った。また公民館主催のアクティブシニア講座(3回)では、地域住民に対して人生会議の啓発を行い、地域の介護事業所の運営推進会議では本人の意思決定支援や人生会議について情報提供し、啓発に努めた。
		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ていない。			
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	今年度は地域組織3団体、地域の医療機関や介護事業所など10団体に情報共有を行った。各団体が持っている支援内容に合わせ、情報を取捨選択した上で共有を行った。地域ケア会議では第1回目地域アセスメントを実施。日ごろから把握している社会資源の情報を参加者と共有した。
		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。	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	情報の見直しを9月と3月(年2回)におこなった。相談者のニーズに合わせ情報提供ができるよう整理している。見直し後は改めて包括内で共有し相談対応の際の資料として活用している。
		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。	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	地域の男性が集まりやすい場として、「まーじゃんの会」を開催した。また、地域内4か所にて移動販売に合わせた集いの場ができており、そこから住民ニーズが上がり、公民館を活用した体操教室を行うなど新たな場の創出にも繋げる事ができた。
		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、明治小学校区でのほっとあんしんネットワーク模擬訓練では事務局として初回会議より参加。両校区とも小学生を対象に認知症に関する勉強会や、声掛け訓練の啓発を実施した。ミーティングセンターでは認知症地域支援推進員や地域の介護事業所と協働で本人のやりたいことを叶える、家族への認知症の理解を深める、当事者同士の交流の場となる活動が実施できた。事業所や地域住民組織と連携をとることで暮らしやすいまち作りとなるよう取り組んだ。
		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ていない。			

吉野		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、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た。	
		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、社協など適切な機関に繋ぎ、対応をした。	
		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る。	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、必要時助言をした。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た。自包括で立てるプランにも社会資源を盛り込むようにした。
			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。アクティブシニア塾講座の中で、3回介護予防とACPIについての話を行った。サロンへの出前講座を2ヶ所で開催。3校区のまちづくり協議会にて啓発、チラシを配布し回覧をした。	
		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。	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校区まちづくり協議会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た。消費者被害防止のパンフレットをまちづくり協議会会議で配布し、啓発を行った。相談があった時は専門的な視点から対応を行った。
			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。	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た。10月は精神疾患について、2月は医療との連携についてとテーマを決め、吉野包括エリアの介護支援専門員と意見交換会を開催した。	
		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ていない。				
	(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、3校区のまちづくり協議会で啓発を行い、チラシを回覧した。	
		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。	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月と2月に吉野包括エリアの介護支援専門員同士の意見交換会を開催した。意見交換会の場で困っている事を抽出し、必要時事例検討を行うこととした。個別の相談ケースによって介入し、同行訪問など解決に向けた支援を行った。	
		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		(記入)	(選択)	(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。	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。	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。
		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。	A	8月と月に急性期、慢性期病院・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、どんなことに困っているかなどの意見交換を行った。 1月に地域の医療職、介護職の意見交換会を開催、27名の参加があり、色んな情報を共有できて良かった等の声があった。
		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ていない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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。	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	アクティブシニア塾で3回介護予防の講話の中でACPについて盛り込んで話をした。 3校区まちづくり協議会の会議で人生会議の啓発を行い、チラシを回覧した。
		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ていない。			
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。	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。	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、適宜紹介をした。 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。	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	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、次年度の課題とした。
		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。	地域のボランティア養成の為の説明会の開催や地域への働きかけ、啓発、サロン活動の支援や新しいサロンの立ち上げ支援を行う。	A	地域のボランティア養成の為の説明会を社協ボランティアセンターと2月に開催した。 新しいサロンの立ち上げに向け、10月に健康づくり課と協力し、健康測定会を開催。アンケート調査や意見交換会の結果ニーズはあるが、世話人が居らずサロン立ち上げには至っていないが、令和8年度も継続し、地域の主体性を聞き取りながら支援をしたい。
		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、認知症カフェとサロン2ヶ所で実施した。 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。吉野小学校では小学生を対象に地域住民と声かけ訓練を行った。 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、認知症カフェ3ヶ所、家族会1ヶ所取り組んだ。
		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ていない。			

三池		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。	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。	A	高齢者のみならず、属性や世代問わず、地域へ出向いた際や行事参加など、いろんな場面で地域住民の様々な相談を受け、傾聴し受け止めながら、必要な対応ができています。	
		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。	A	本人や家族の訴えだけでなく、困りごとや不安等に対し真摯に対応する。 また心身の状況、家庭環境等の生活実態を把握し、訴え以外の課題やニーズ等の発見に努め、ご本人が自分でも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。	A	包括内で事例を毎朝共有・検討し、医療機関以外にもサービス事業所、関係機関等へ連絡・調整し、連携を図りながら本人・家族支援を行う。 さらに直接終結できない場合でも相談が解決するよう引き継いで対応し移行・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社会資源を、積極的に介護予防プランに盛り込んでいる。	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。	A	社会資源の新規や変更情報を生活支援CDが更新し、ファイルに綴じ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。	A	サロン14か所、アクティブシニア塾3回、健康づくり課とのフレイル測定会1回にて、206名にACPについての啓発を実施した。またフレイル予防についての啓発をサロン13か所、アクティブシニア塾3回、フレイル測定会で1回、地域行事で3か所、計377名に行った。相談時やプラン作成時は本人の意向を尊重し対応を行い、本人の望む暮らしが継続できるように支援している。	
		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。	A	「消費者トラブル防止」「高齢者虐待」についての啓発をサロンにて行った。地域サロンや福祉委員会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。専門的・継続的な観点から相談対応できるよう権利擁護(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。	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。	A	三池包括エリア内の医療機関(4カ所)と介護支援専門員との意見交換会を1回/年開催している。 意見交換会により、顔の見える関係性づくりの場となり、連携を図っていくための支援体制を作っている。	
		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ていない。				
	(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り組んでいる。	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。	A	介護支援専門員が活躍しやすい環境づくりのために、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予防の啓発を7回/年行った。 また、民生委員(銀水校区)と介護支援専門員との顔の見える関係性づくりの為に意見交換会を1回/年開催した。	
		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。	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。	A	サポート事業を10回/年開催し、三池包括エリア内の介護支援専門員の抱える困難事例に対し、主任介護支援専門員と共に支援方法や助言を行った。	
		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。				

三池		地区地域包括支援センター		(記入)	(選択)	(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。	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の確認を行う。	A	地域ケア会議を年6回開催し、認知症や精神疾患、身寄りがない、経済困窮、成年後見等の個別課題を抽出した。 年度末に、その課題を三池包括エリアの地域課題として整理した。
		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。	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	日頃より受診時・入退院時には情報交換を行い、必要時は個別会議を行うなどして連携を図っている。かかりつけの病院がない方、レスパイト入院や訪問診療を希望された時には病院リストを活用し医療機関に情報提供を行い、必要な機関につなげている。
		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。	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、多職種の見合交流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	今年度は三池包括エリア内の居宅支援事業所・小規模多機能型居宅支援事業所(13カ所)と医療機関(4カ所)の連携室との意見交換会を実施した。意見交換を行うことにより連携構築を図ることが出来ており、個別ケースの際にも随時連携を図ることが出来ている。
		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ていない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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。	地域住民が自分自身の人生をどのように選択する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	地域住民からの相談対応時には「どのような生活をしていきたいのか？」を自分自身で意思決定出来るような対応を行っている。 またサロン(14カ所)やアクティブシニア塾(3回)でACPのチラシを配布し周知啓発を行った。
		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ていない。			
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。	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	高齢者向け住宅、老人ホーム等の情報を整理し新たにリストの作成を行った。 子ども食堂の立上げ支援を行った。「さいせい食堂」2回開催。「羽山台こども食堂」1回開催。 把握した社会資源を窓口での相談時や研修会等で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、情報共有を行っている。
		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。	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	子ども食堂の立上げ支援を行った。「さいせい食堂」2回開催。「羽山台こども食堂」1回開催。 把握した社会資源を窓口での相談時や研修会等で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を行った。 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、情報共有を行っている。
		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。	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	高齢者向け住宅、老人ホーム等の情報を整理し新たにリストの作成を行った。 また、サークル一覧・地域交流施設一覧等を更新し、相談者やケアマネ等へ情報の提供を行った。
		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。	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回の家族会を開催する。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	週1回のミーティングセンターと月1回の家族会を開催している。 今年度は、サポーター養成講座を帝京大学 作業療法学科と羽山台校区まちづくり協議会・羽山台小学校PTAで行い、認知症の啓発・理解を深められるよう取り組んだ。
		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ていない。			

三川		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。	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	高齢者に限らず、世代を問わず相談を受けている。本人の状況によっては時間外や夜間も必要時対応している。電話や窓口以外も地域行事・サロン・民児協・まち協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。必要時は自宅に訪問し、生活環境の確認も行っている。抱える課題によって職員間で共有し連携し対応に勤めている
		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	包括にて対応可能な内容は終結に向けて対応し、受けた事例に複合課題があり、対応が困難な場合は子ども家庭課・スクールソーシャルワーカー、病院の連携室・福祉課などと連携し必要に応じて繋いでいる。必要なケースは繋いだ後も定期的にフォローしている。
		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対象者に必要な情報提供を行こない、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、包括だけではなく様々な支援者にも情報提供や共有を行い、プランに反映できるようにしている。また、ケアプランチェック時に社会資源が介護予防プランに盛り込んでいるのかの確認や情報提供をしている。
		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、ACPについても資料を配布し、誰もが、どのように暮らしたいかを考える機会をつくった。相談対応時に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は一緒に考えるようにしてきた。
		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	まち協2ヶ所・民児協②か所・サロン1ヶ所等でパンフレットを使い虐待防止啓発を行った。また、3/10にケアマネジャーや福祉事業所向けに虐待研修を行っている。また、10月に警察と連携し地区公民館の文化祭にて消費者被害防止の寸劇で周知・啓発を行う。
		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月に圏域の介護支援専門員向けの研修として、社会福祉協議会が実施している個別支援や事業をテーマにし、研修を行った。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などについて、助言・提案を行った。
		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ていない。			
	(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り組んでいる。	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行った。10月29・30日健康教室を開催し、足趾力、握力、ペジチェック、骨密度、体組成計の測定を実施。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ことができた。講話や交流を通して実際の個別ケースの連携を図り、自立に向けた支援の意識の共有が図れた。
		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。	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	介護支援専門員が来訪時に支援困難なケース等、気軽に相談しやすいように声をかけるようにしている。また、三川エリアの主任介護支援専門員が中心となり、圏域内の居宅介護支援事業所訪問【7ヶ所】を11月に実施し、対応困難なケースの検討を行うとともに、介護支援専門員の困りごと、制度の理解など、精神的負担の軽減となるようにした。
		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。			

三川		地区地域包括支援センター		(記入)	(選択)	(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・11月・1月・3月)に地区公民館にて開催している。CMの困難事例を通して支援の在り方や地域課題について検討した。 5月は前年度の三川地区の現状・課題の検討を行っている。
		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。	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する。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する。	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にしている。三川エリアで往診・訪問診療を行っている7か所の医療機関への相談・連携をとり必要に応じてつなげられるようにしている。地域住民に対して、サロン、健康教室等の集まり場にて在宅医療の情報提供を行った。
		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。	新たに地域の医療職・介護職の交流の場をつくり、意見交換を行うことで、さらに個別ケースでの連携を図ることができるようになる。	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)にの参画している。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)も参画している。この研修では、医療・介護連携研修を行い、多くの介護支援専門員や専門職の参加交流、意見交換を行ってきた。それぞれの連携により、個別ケースの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ある。			
		C	意見交換をすることができていない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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に関わっていくようにする。また、機会をみつけ地域住民へ啓発を行うようにする。	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10月の文化祭・健康教室開催時に、厚労省からの人生会議(ACP)のチラシを活用しながら、説明し、意思決定支援について考える機会がつけられるようにした。
		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ていない。			
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、活用できるようにする。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	サロンについての問い合わせが、ケアマネジャーから4件、家族から2件、本人から7件あり、その他施設等についての問い合わせが医療機関より4件あった。いずれもリストを活用し情報提供を行った。特に様々な食事に関するニーズに対応するために、既存の弁当の宅配を行っている専門の業者だけでなく、飲食店が行っている宅配に関しても情報を収集し、市内全域の包括と情報共有した。
		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。	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する。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	既存の社会資源リストを年に1回更新すること、問い合わせ時に新しい情報を活用できている。実際に事業所等を訪問しパンフレットを収集した。現在寄せられている相談についてジャンルが増えてきた為、次年度新たな資源ファイルを設置する予定。
		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。	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3ヶ所に対して計8回、介護予防をはじめとした住民が要望される講話を行った。今年度は孤独死に対する講話の要望が多く、特に地域で行えるゆやかな見守りについての関心度が高かった。サロン参加者の中には地域活動に強く興味を持たれ、次年度より地域の福祉委員をされることになった方もいる。
		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。	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する。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、認知症になっても暮らしやすい地域づくりを推進する。	A	毎月1回の認知症家族会を継続し、意見交換を行い、家族の介護負担軽減を図った。また、認知症当事者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と。新たな場(ミーティングセンター)が作れるように月に1回の会議を行い地域にある介護事業所へ説明会を行い、新年度4月からミーティングセンターを毎月1回開催(駛馬・勝立、三川隔月)ができるようにした。 地域での模擬訓練では、みなと校区は、認知症当事者が地域のチームメンバーとして入りスポーツ(カローリング)を通して交流と認知症の方への理解を深めることができた。天領校区では、映画「オレンジランブ」を3回地域の方に向けて上映し、①診断時の感情と周囲への要望②してほしくないこと/してほしいこと③認知症になっても安心して暮らせるまちになるためには…について地域の方々との意見交換を行い、対応と理解を深めた。
		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ていない。			

				(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。	属性や世代を問わず地域住民の相談を受けられるように「市営住宅個別訪問」等を行い、アウトリーチを含めて対応を行う。また「健康相談会の開催」や勝立地区公民館での相談窓口の回数増加や天の原・玉川校区での健康相談会行う。	A	属性や世代を問わず相談を受けている。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増設をまち協・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」「すみやか広場」で開催している。(10回/年)
		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。	研修等により対人援助技術を学び、課題抽出や本人の思いに寄り添える関係性を築くようにする。多面的に支援ができるように包括内会議や朝のミーティングの場を活用して専門性を生かしながらスキルアップをする。	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ブパートナーとして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。	必要に応じ各関係機関や民間機関と連携し複合的な課題に対応する。	A	福祉課・保護課に限らず社会資源を把握に必要な資源につなげている。例)住民の声を受け障害福祉事業所が運営する移動販売及び母子寡婦会の移動販売を2つの校区につなげた。65歳以上の就労を希望される方で他の機関での就労支援が困難な方を校区内のコンビニへ就労依頼を行った。
		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る。	生活支援コーディネーターや共創サポーターの意見を積極的に取り入れ、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。ケアマネジャー(CM)サポート事業の研修や会議等で主任CMと連携し、また介護予防計画書作成時に社会資源活用について提案・プランに盛り込んでいく。(社会資源の整理及びリスト化を図る)	A	既存の配食事業者や医療機関、包括で把握した社会資源をリスト化したものを包括内で共有し、マネジメントに活用。親族や住民組織などの支援を含めた社会資源をプランに盛り込んでいる。
		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。	本人が「どう暮らしていきたいか」を対面にて本人の思いや考えを確認しながら支援する。	A	相談対応するときには必ず本人の意思を確認し、それに対応するサービスや社会資源などを提案し、本人が意思決定できるような支援を行った。また、本人が豊かに暮らすために本人へ寄り添い本人が選択出来るように支援している。
		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。	権利擁護研修を受講し、スキルと対応能力の向上に努めて相談対応を行う。個別に相談があった場合は包括内の各専門職のチームで対応する。校区社協会や民生委員・児童委員協議会(民児協)等と協力し成年後見制度や高齢者虐待、消費者被害など適時にチラシの配布や講話等を行い啓発に努める。権利擁護についての出前講座を行う。	A	8/21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。介護施設、事業所、民児協で高齢者虐待の講話を行った(6回)。事務所に高齢者虐待のポスターを掲示し啓発に努めた。民児協にて成年後見制度と消費者被害のチラシを10月に配布し説明した。成年後見制度の講話を介護施設にて行った(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。	プランチェック時、社会資源活用 の検討、情報共有を実施する。担当エリア内の主任介護支援専門員と研修会やCMサポート事業を通して意見交換の場を年2回以上作り連携を行う。担当校区において新たにCMと医療機関との意見交換会を年1回計画してネットワークづくりを行う。	A	プランチェック時に社会資源の検討や情報共有を実施。また、包括で把握した社会資源(集いの場・自費サービス・配達や移動販売)をリスト化し、研修会で配布した。11月にサポート事業にてシャドーワークについて座談会を実施。それを踏まえ、1月に駿馬・勝立エリアの居宅と医療機関との意見交換会を開催。連携の工夫やシャドーワークの対応について話し合った。2月は事例検討会実施した。
		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ていない。			
	(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り組んでいる。	出前講座等を通して、介護予防やCM担当業務に関しての啓発を年6回以上行う。住民組織とCMとの連携構築の為、個人情報に留意し、総合相談対応時やサービス利用時に関係機関と地域住民及び住民組織と情報共有の場を持つ。	A	サロンやサークルでの介護予防の出前講座(6回)にて、大牟田市の現状や、介護保険の目的が自立支援であることについても講話を行った。サービス利用時に本人の許可を得た場合は、民生委員や地域住民に情報共有や見守りについての協力依頼を行った。
		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。	介護支援専門員の支援困難事例等の相談があった場合は情報を共有し必要な機関と共同して支援を行うようにする。また、即時対応が難しい場合は、口頭による指導・助言を行うか又は基幹型包括支援センター等と連携し対応を行う。	A	本人を主体とした関係機関や地域住民を含めた支援会議(ご近所会議)を開催するなどバックアップ支援を行った。即時対応が難しい場合は、口頭による助言を行ったり、基幹型包括支援センター等とも連携し対応を行った。
		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。			

令和7年度		駿馬・勝立		地区地域包括支援センター		
				(記入)	(選択)	
				(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ヵ月に1回(4月・6月・8月・10月・12月・2月)駿馬地区公民館にて開催している。 令和6年度は地域資源に特化していたが、R7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を週に1回から2回への増設に伴い、近隣の医療機関への案内を行った。
		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居宅介護支援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や医療機関主催の研修会に参加している。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実施した。(医療機関3ヶ所、居宅介護支援事業所6施設)
		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ていない。			
	(3)地域住民が、人生をどのように過ごたいかについて、自分自身で考え決めることを支援する。	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。	アドバンスケアプランニング(ACP)を念頭に置き対応する。 また担当圏域内の住民組織や事業所等に研修やチラシ等により啓発を行う。 地域住民に対しては「出前講座」「健康相談会」「サロン等」等で講話により啓発に努める。	A	「本人がどうしたいか？」を確認しながら相談援助を行っている。 厚生労働省の人生会議のチラシ用い啓発を行った。「出前講座・6件」「健康相談会・3件」「敬老会・1件」。次年度は今後公民館祭や集いの場に参加し、住民の今後の生活に対する意識のきっかけとなるように講話を行う予定。
		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ていない。			
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	各校区での会議へ参加して情報共有を行い、新たな社会資源の把握や情報提供を行った。また毎月駿馬民児協では包括の役割や介護保険、社協の有償ボランティア(キャロットサービス)の説明などを行い、地域活動に役立てられるような情報提供を行った。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を行った。また、担い手の養成目的で駿馬まち協や市社協と共にキャロットサービスの説明会(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3ヶ所の調剤薬局へ掲示したり、相談対応に活用した。
		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	東谷市住集会所と地域交流施設にて3ヵ月ごとに健康相談会を実施した。地域交流施設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)へつながる。さらに玉川校区での意識調査(健康や生活状況)の結果により、フレイル予防の関心が高いことからセラピストによる運動プログラムを導入した。
		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。	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、啓発へ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、2/25に脳の健康チェックの実施を行った。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、説明会を校区内の事業所向けに行い(小多機事業所6ヶ所、デイサービス事業所7ヶ所)R8年4月実施に至った。
		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ていない。			