

令和2年度 谷津高齢者相談センター事業計画書（社会福祉法人慶美会）

重点運営事項

重点運営事項		現在の取り組み	良い点・悪い点とその理由	課題	2年度の取組計画	具体的な取り組み
1	地域ケア会議の充実	・圏域ケア会議終了後に頂くアンケートの中から次回のテーマを選び関心を持てる会議としている。 ・個別ケア会議は件数は少ないが、ケアマネと協働で解決に向けて取り組めている。 ・介護予防の自立支援会議はケースに対し分かりやすい助言をいただいただけその後の支援に役立てた。	良い点 ・圏域ケア会議では職種により視点が違うので、議論し合える議題を出せているのか考えさせられるが、グループの意見交換は活発。 ・個別ケア会議は視点の広がり、連携の強化になっている。 ・介護予防自立支援会議も関係者以外からの意見が聴け、支援に対する視点を増やし、発想の転換をくれる機会になっている。 反省点 ・圏域ケア会議では、論点がずれることがあるので都度修正が必要。	・圏域ケア会議はグループワークは活発だが焦点がずれないようファシリテーターの力も重要。 ・個別ケア会議は話し合った後に役割通りの動きがない場合はしっかりとフォローが必要。	・圏域ケア会議は協議体につなげる事も視野にいたしたテーマを選定する。会議後のアンケート結果の報告は今年度も出席者に返し周知や意識付けをしてもらう。 ・個別ケア会議は開催後も動きを確認し連携先との同行や調整、家族支援を必要時ケアマネ等と一緒にを行う。 ・介護予防個別ケア会議は医療他専門職と会議の目的を共有しケアマネの資質向上を目指していく。	・圏域ケア会議は年2回、圏域で関心に上がっているものやタイムリーな話題の中で谷津地域課題としてあげられるものを選定し開催する。 ・個別ケア会議は年2～3回、ケアマネが対応に行き詰った際や地域住民や家族の訴えをもとに開催する。ケアマネの負担の抱え込みを防ぎ後方支援を行い、地域との連携を強化し解決に向けて動く。 ・介護予防個別ケア会議は年1回、利用者の自立支援とケアマネの資質向上、医療他専門職との連携強化の為、開催していく。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・介護サービス事業所から地域住民へ場所を活用して欲しいという相談を受け、谷津の東側地区のてんとうむし体操の場所の立ち上げ支援を行った。 ・第2層協議体では谷津地域の買い物支援について意見交換し、情報共有から地域課題について話し合い、担い手不足という地域課題が上がり、話し合いを行っている。	良い点 ・新たに活動場所が出来た事で谷津圏域全体に満遍なく活動場所が出来た。 反省点 ・活動出来る場所はあるが、活動者がいない。活動者が活動を掛け持ちしている為、活動出来る人材の確保が出来ない。 ・今まで活動者の確保にむけ広報活動を行っているが、なかなか発掘できない。 ・第2層協議体は何を行っているのかの理解が不十分だった為、行っている内容の周知、理解を求めていく必要がある。	・地域の活動を支える人材の高齢化と人材不足。そのために新たな集いの場や仕組みづくりにおいて苦慮していること。 ・地域課題は分かっているが、地域の力で解決していくことへの理解不足のある住民に対してのアプローチ。	・第2層協議体で話し合った担い手不足に関して、どのようなアプローチで発掘していけば良いか検討し進めていく。 ・第2層協議体の内容への理解をすすめ、地域の課題を住民自らが解決していくための話し合いが成熟していけるよう会議の持ち方や内容を工夫していく。 ・高齢者の介護予防の場として既存のてんとうむし体操の状況把握を行い、新たなてんとうむし体操の活動場所を検討していく。	・担い手の不足、高齢化の課題解決のため、担い手募集のチラシを作成し、地域の活動者に広報活動を手伝ってもらう。市や社協の掲示板にチラシを掲示していく。 ・第2層協議体について参加者に理解して頂く為の活動に力を入れるため、先行して活動している地域の方法を学び取り入れる。 ・住民の活動場所の把握のため、圏域のマンションの集会所やマンション内で開催している個人的な集まりなどの資源調査をしていく。 ・新たな協力先の開発として、個人商店や高齢者が立ち寄る場所を中心に広報活動を行う。 ・新たなてんとうむし体操の活動場所について、住民ニーズと実態把握を行い、転倒予防体操推進員と進めていく。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	市主催養成講座の開催により、キャラバン・メイトが増えている。民生委員、高齢者相談員のほか介護OBもあり、講座も多様な形で開催している。また既存の人形劇を使った啓発活動も住民が主体となり後方支援している。	良い点 ・新しいキャラバン・メイトが増え、啓発活動が谷津圏域全体で出来る様になってきた。 ・サロンやサークルで認知症サポーター養成講座を行えたことで受講した方からの相談が入るなど住民の意識も高まったと感じた。 反省点 ・講座依頼が少ない為、メイトのモチベーションの維持が難しく意欲が薄れてしまう可能性がある。 ・地域住民の認知症の方への関心や理解度が低い。意識づけの為の啓発活動をメイトや地域で活動している住民と一緒にしていきたい。	・認知症サポーター養成講座の依頼が少ないため、啓発活動の方法や講座の周知の検討が必要。 ・認知症の方や家族を地域で緩やかに見守り支援する仕組みの不足。	・地域へ認知症の啓発活動の発信を積極的に行う。そのため認知症サポート事業所を増やす活動に力を入れる。また昨年同様にサロンやサークル活動者を中心に、認知症予防や理解のための出前講座を行う。 ・キャラバン・メイトの意識向上、モチベーション維持のための活動、勉強会を実施	・キャラバン・メイトが住んでいる地域での認知症の啓発活動を行い、講座の開催や人形劇の披露を行い、メイトのモチベーション維持に努めていく。また勉強会を開催し、活動の為の意識の維持・向上や講座内容の充実を図っていく。 ・地域で認知症の方に携わるスーパーマーケット、郵便局、商店街、個人商店、マンション管理組合や介護保険事業所に認知症サポーター養成講座の開催、認知症サポート事業所への参加を促し、高齢者相談センターとの協力体制を作れる様にし、日頃からコミュニケーションが図れる様にしていく。

事業		元年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・悪かった点	その理由	課題	2年度の取組み計画
1	総合相談支援業務	・介護の重度化と支援の困難化が進む前に早期介入し、支援者が関わりを持てるようにすることで高齢者の安定した生活が継続できるようにする。 ・総合相談のデータ化を進めていく。新規相談については経過や支援の内容についてデータ化を進めていく。	・サロンやサークル、町会の行事などに積極的に関わることで、顔見知りの関係の構築に努めた。 ・新規相談についてデータ入力を行った。	・介護予防の段階から関わるよう努めたことで、相談が深刻になる前の気軽な相談やサークルのついでによって下さる方が増えた。多問題、支援困難のケースは増加している。 ・新規相談はデータ入力を進めたことで利用者や事業所、病院からの問い合わせにもスムーズに対応できている。個人情報の整理は捗っていない。	・多問題・支援困難なケースは問題が表面化するまで周囲も気づかず本人も発信しないため介入が遅れる。 ・既存の紙ベースでの個人ケース情報が膨大であるため。	他者や地域との関わりが希薄であり、孤立しているため問題が深刻になってしまうことやどこに相談したらよいかわからない等本人・家族は情報を得ることができない。	・介護が必要となる前からの関係づくりの継続。サロン、サークル他に参加し実態把握を進める。 ・閉じこもり気味の方や地域との関係が薄い方への情報発信の工夫を考える。 ・ケアマネージャーとの情報共有。事業所が行う事例検討会や個別ケア会議を活用し、早期介入や関わりを持てるようにしていく。 ・既存の個人ケース情報の整理を進める。死亡者の情報整理を徐々に進めていく。
2	権利擁護業務	・地域住民に対して成年後見や身近な終活、人生会議をテーマにした講座を開催するなど早期から意識づけを行い制度活用をスムーズにする。 ・虐待や消費者被害を防ぐため、近隣の見守りや事業所、民生・高相・医療との連携を強化していく。	・谷津公民館の寿学級で終活を取り入れた出前講座を行ったりサロン等でもPRLした。 ・ケースを通して関係機関と会議を持つなどして取り組んだ。	・今までの積み重ねから成年後見の相談が多く入るようになってきており制度の周知は徐々に進んでいる。権利擁護も含めた医療や介護、生活等に係る終活はなじみがない。 ・虐待についてはケアマネージャーや関係機関と関わりながら進め、早期に情報を共有し環境整備やサービス調整することで回避できているケースもある。 ・詐欺被害は利用者からの事後報告を受けると把握できるがタイムリーには聞けていない。	・財産や生死に関する話には抵抗がある。 ・虐待は関わる人、地域の情報や変化への気づきが早期発見につながっていくが、近所等付き合いの希薄な方は深刻になる。 ・詐欺被害にあった事は利用者も隠す。対策のPR頻度が少ない。	・成年後見制度の利用や理解、終末期や認知症の意思決定支援の普及に対する啓発活動が進んでいない。 ・つながりの少ない方の見守りの方法と警察(生活安全課)と連携が少ない。	・終末期や認知症の意思決定支援の取り組みを出前講座等で周知し、成年後見制度と任意後見制度も生活の不安を減らす方法であることを加える。 ・圏域の病院の相談員にリビングウィルの周知がどれくらい進んでいるか確認し、周知活動の参考にする。 ・詐欺は生活安全課に圏域内の情報を聞いたりチラシをもらい、圏域の利用者やケアマネに講座や配布で周知する。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・医療介護の連携を深めていくため機関紙やチラシをツールとして活用し関係づくりを進めていく。 ・多問題家族や障害等抱えている方にそれぞれの部署、関係機関と連携を図りながら支援体制の構築を目指していく。	・圏域の薬局、医療機関(開業医)にチラシ、機関紙を配布したり置いていただいた。 ・支援困難ケースは担当部署とも連携を取り、多方面から支援した。ケア会議や共生会議でネットワークの構築を図った。	一つの薬局では相談センターのチラシや機関紙を置いて下さり、必要な方へ配布してもらった。開業医にもお願いをしたが継続的ではなかった。 ・地域ケア会議や他の会議でケースについて話し合う機会を持った。情報共有、役割分担などしながらより良い支援にむけて連携できた。 ・ケースが複雑化しているため他制度の知識や方法についても密な連携が必要であった。	・センターの周知活動が不足しているため、近隣の開業医に認知されていない。 ・個別ケア会議の開催も少なく、連携してアプローチする機会が取れなかった。	・医療連携をより深めていくため、地域住民だけでなく開業医、歯科医、薬局等との関係づくり ・包括職員の資質向上と関係機関と連携を実際のケース支援で活かせるようにする。	・圏域の地域ケア会議に医療関係者の参加を依頼したり、病院が行う勉強会に積極的に参加し、関係の構築を図っていく。 ・圏域の開業医、歯科医、薬局へ高齢者相談センターのパンフレットや機関誌の配布を行い、連携できる関係づくりを進める。 ・ケアマネージャーとケースの共有をし他部署との連携が図れるよう支援する。随時、個別ケア会議を開催し適切な支援ができるようにする。
4	介護予防ケアマネジメント業務	・健康寿命を延伸するような自立支援型のケアプランの作成。 ・てんとうむし体操や地域サロン等のインフォーマルサービスも把握し地域ともつながりのある生活を支援する。	・短期集中介護予防事業サービス終了後の運動習慣の継続を進めた。 ・基本チェックリスト該当者を把握し、必要時インフォーマルな資源や総合事業につなげた。 ・介護保険サービスの他インフォーマル資源の活用を積極的にプランに取り入れた。	・介護予防を推進する視点を常に持って、運動や閉じこもり予防、認知症予防につなげたい方の把握・対応ができた。 ・介護予防のための個別ケア会議を活用し自立、予防の視点のアドバイスを受けたことで包括職員全体の資質向上につながった。 ・要支援者、事業対象者のケアプランに迅速に対応できず待っていただくことがあった。 ・介護になると本人の役割や居場所、地域との関係が途切れてしまうことがあった。	・自宅の近くに体操する所やサロンがない。 ・本人の望む生活の実現にインフォーマルな資源が活用できない。 ・要支援者、事業対象者の増加とケアマネの不足により対応に時間がかかっている。	・自宅から近い場所に集える所を増やしていく必要がある。	・昨年度同様、介護予防に力を入れ、対象者の把握とフォローに努めていく。具体的には足腰げんき塾、脳の活性化プログラムの参加者の実態把握、健康診断の未受診者へのアプローチ、ステップアップ教室後のフォローを行っていく。 ・利用者本位、自立支援、重度化防止の視点を持ち、本人の残存能力を活かしたプランの作成。 ・インフォーマル資源を活用し地域とのつながりが継続できるように、ケア会議を活用し2層協議体と連携する。

重点運営事項		現在の取り組み	良い点・悪い点とその理由	課題	2年度の取組計画	具体的な取り組み
1	地域ケア会議の充実	①個別ケア会議7件実施 ②自立支援ケア会議1回実施(11月) ※自立支援ケア会議開催に関する研修会の参加。 ③圏域ケア会議2回実施(9月、1月)	良い点 ①昨年より個別ケア会議の件数が増えており関係機関を巻き込んだ支援体制ができつつある。 ②医師等各専門職との連携を図ることができた。自立支援の視点を参加者で統一することができた。 ③郵便局・さくらの家・医師・関係機関を集め、事例検討の中で社会資源の把握や関係機関同士のつながりができた。 反省点 ③各ケア会議に運動性をもたせること、地域課題や課題についての対策案を抽出・整理することまで至らなかった。	①各ケア会議や2層協議体が連携し、地域課題を住民や関係機関等が意識して話合う必要がある。 ②継続した開催の中で、自立支援の意識を強化していく必要がある。介護予防ケース事例に対し各専門職からの助言を基に利用者を自立支援に導いていくことが必要。 ③各ケア会議に運動性をもたせ、地域課題や課題についての対策案を抽出・整理までしていく必要あり。地域課題の抽出・整理・解決のための社会資源の開発(人材やサービス)の検討が必要。	①個別地域ケア会議の実施(適宜)。 ②自立支援ケア会議の実施(年1回・2事例及び昨年度の振り返り)。 ③圏域ケア会議の実施(年2回)。 ※困難事例の課題解決・支援体制の共通認識、社会資源開発について等、情報共有のため各会議の内容を連動させる。	①個別地域ケア会議:適宜(居宅介護支援事業所のケアマネジャーの相談・支援状況に応じて開催)。 ②自立支援介護予防会議:年1回(9月)。センター職員や圏域内ケアマネジャー等自立支援の意識を強化する。 ③圏域地域ケア会議年2回(7月・1月)。圏域内の課題を抽出・整理、必要に応じ社会資源の開発検討が必要。 個別地域ケア会議と自立支援予防会議で取り扱った内容、話し合った課題については圏域地域ケア会議の中で発表し、課題によっては圏域ケア会議でも話し合いを重ねる。
2	生活支援体制整備事業に関する取り組み	①第2層協議体を2回実施した。地域で開催されているサロン活動を、地域の見守りの拠点としていくために開催。サロン間の横の連携を図る取り組みを実施している。 ②第2層生活支援コーディネーターを中心に積極的に地域サロン等に参加し、状況を把握している。介護予防や認知症予防、季節の注意事項等、高齢者に必要と思われる様々な情報提供を実施。	良い点 ①第2層協議体では、地域サロンの担い手となっている主要な住民の方々と顔の見える関係性を築き、連携体制を深めることができた。関係性ができることで、気軽に相談ができるようになった。	①今後、他のサロン等でも関係性を構築し連携が必要。第2層協議体の開催内容を、各ケア会議と連動し地域課題を発掘していく必要あり。 ②地域サロン同士の連携は、今後も行っていく必要あり。各サロンが継続・発展できるような支援を行っていく必要がある。各サロンの担い手不足と、支援者の高齢化の問題があり、新たな担い手作りが必要。支援者の高齢化を加味して、新たな担い手の開拓や育成を共に検討していく。	①各地域ケア会議と連動し地域課題の抽出に努める。また関係機関や地域のサロン等に参加し地域の強み・弱みを把握していく。 ②地域内で把握している各サロンの情報把握・情報更新を実施し、社会資源を整理する。またサロン等の支援者、参加者を細かく把握。その中から地域支援の応援者・支援者につながる方を見つけ出し継続できるよう支援していく。	①・秋津圏域のケア会議と連動することで、地域の課題について把握する作業を行う。 ・サロン等で地域住民と話し合い、困りごとや不足している資源等を把握。地域の問題として捉えることができるような場を作っていく(各地区1回)。 ② ・社会資源の新たな開拓。前年度参加していないサロン等の現状を把握し情報更新。情報の整理(一覧表作成)を実施。 ・サロンや圏域ケア会議等で社会資源の情報を発信する。 ・サロン等に参加することで、担い手不足の情報収集実施。応援者・支援者になりそうな方の把握とアプローチを実施。
3	認知症総合支援事業に関する取り組み	①秋津圏域のキャラバンメイトと情報交換をおこなう会を2回開催。サポーター養成講座は地域のキャラバンメイトと協力し、小・中学校や、団地管理会社に対して実施。サロン等でも認知症に関する質問が増えてきており、認知症地域支援推進員として認知症に対する知識の向上につながるよう、情報提供を実施している。 ②圏域内で開催されている認知症カフェには毎月参加。認知症の人と家族の会の集いにも参加し、地域の認知症高齢者を支援する関係機関等との連携を図っている。	良い点 ①地域の住民の方々が以前よりも認知症に対して関心を持つようになってきた。 ②認知症支援の関係者と連携を深めることができた。 反省点 ①地域住民に対してのサポーター養成講座開催に至らなかった。 ②見守り体制の充実・認知症高齢者の把握が進まなかった。	①認知症高齢者の見守りを増やして、地域で自分らしく過ごせる為の支援・見守り作りが必要。 ②認知症支援の関係者等と更に連携を強化していき、認知症高齢者や家族を支援していくことが必要である。	①幅広い年代だけでなく高齢者の生活に関わる様々な分野への普及啓発活動実施。認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の正しい理解とそれぞれの立場でできることを考えてもらえる契機にすると同時に地域の認知症支援の担い手を増やしていく。市民キャラバンメイト活用を積極的に行う。また認知症困難事例を基に、地域住民がわが身となり考えていく機会を作り、認知症を地域で支える基盤作りをする。 ②認知症カフェ主催者や認知症初期集中支援チーム等、認知症支援の関係機関との連携を強め、圏域としての支援体制を充実させていく。また圏域内の認知症サポート事業所を増やすよう努める。	① ・地域の民生委員・高齢者相談員・町会役員等への働きかけや、サロンや出前講座等を活用し認知症サポーター養成講座を開催する。地域の認知症事例も紹介しながら、認知症の理解を深めると共に住民ができることを見つけていく機会を作る。 ・茜浜・芝園地区においてはもともと住民が少ない商業地区の為、事業所に積極的に働きかけ、認知症サポーター養成講座に参加してもらい認知症サポーター事業所を増やしていく。 ・現在登録している地域内のキャラバンメイトがサポーター養成講座等に参加できる機会を作る。サポーター養成講座に参加する年代や分野によってキャラバンメイトの強みを引き出せるよう、開催内容を工夫して実施。 ・キャラバンメイト中心に地域の認知症について考える機会を作り、次につながる体制を作っていく。 ・若い年代層やその親世代への啓発を検討・実施していく。小学校や中学校・PTA・地域住民に対するアプローチ実施。地域内の催し物に積極的に出向き啓発実施。 ②圏域内の認知症カフェに参加することで、関係機関との連携強化、また認知症予防、支援が必要な高齢者や家族へのアプローチ等実施。毎回参加することで顔の見える関係作りを行い関係性を強めていく。

令和2年度 秋津高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人慶美会)				包括的支援事業			
事業		元年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・悪かった点	その理由	課題	2年度の取組み計画
1	総合相談支援業務	・現在できている地域のネットワークをさらに強化し、高齢者の見守り体制を充実させていく必要がある。地域の高齢者が介護状態になる前に早期に発見し、介護予防をしていけるよう更なる高齢者相談センターの周知、出前講座や関係者に集まって頂き会議をしていく。 ・高齢者相談センターが地域の高齢者の相談窓口であり気軽に利用していただけるように、高齢者とは違う福祉関係事業所へも理解を深めていただく為、第2層の協議体等を利用して連携をしていく。	①地域見守りネットワークである郵便局や医療機関・介護保険事業所・警察等との連携を更に深めたことで、認知症高齢者等の安全を考慮した支援を実施。 ②センターの周知活動は機関紙の定期的な発行、声の広報実施(袖ヶ浦地区)、団地・医療機関、図書館、公民館、郵便局、商店街にチラシの配布・設置・掲示を実施。また来所しやすいよう「総合福祉センター館内」に案内板を増設。 ③出前講座8回開催。内訳は関係機関2回、袖ヶ浦地区サロン5回、秋津地区サロン1回。内容はセンターの周知、地域の現状、熱中症等季節的内容、認知症予防。	①ネットワークには民生委員・高齢者相談員・郵便局・医療機関・介護保険事業所・警察等と連携ができ、認知症高齢者等の安全を図る支援を実施。それらの機関とは信頼関係の構築ができ、他の高齢者支援でも連携が図れている。今後、登録されている見守りネットワークとの更なる関係構築強化が必要。 ②機関紙の掲載内容を地域関係者等に相談・確認することで連携する機会が増えた。地域サロンを取材することで、サロン参加者の意欲があがったように思われる。更に初の試みで音声の広報収録に参加。地域内で行われていた取組を初めて把握できた。秋津団地では団地内・階段下掲示板にセンターチラシを掲示したところ、相談につながったケースが数件あった。今後更に掲示物の内容や市民の目に入る場所への掲示の工夫が必要。 ③依頼を受け出前講座を開催。関係機関である「社協心配ごと相談員」への講座は初となり、互いに情報共有できた。また支援相談についても流れを確認することができた。講座の開催がない地区もあるため、今後開催を行う必要あり。	①連携機会が増えたことで顔の見える関係性ができ総合相談が増えた。 ②積極的に外向くことで、センターの存在を周知。ある医療機関では待ち時間に高齢者が熟読してくれチラシに対しての要望もあった。また声の広報では視覚障害の方にもセンターの周知ができた。関係者とも新たなつながりができた。 ③出前講座は地域からの依頼を受け実施していた。香澄地区からは講座依頼がなく、講座開催経験がない。	①見守りネットワークとの連携強化、新たなネットワークの開拓。また現実資源の活用方法を模索し連携していく必要あり。 ②センターの更なる周知の為新たな周知場所の開拓が必要。医療機関・薬局・スーパー・コンビニ・公共機関等への定期的なチラシ等配布・設置が必要。またチラシ内容の工夫改善をし幅広い住民に対して周知の必要あり。 ③今後、香澄地区からの講座依頼を待つのではなく、社協支部等に働きかけ出前講座を行っていく必要あり。内容はセンターが伝えたい内容も盛り込み介護予防・権利擁護・認知症予防等普及啓発実施の必要あり。	①・民生委員・高齢者相談員等とケース実情の共有を実施。見守りネットワーク連携事例・困難事例支援を共有することで、地域課題について検討する準備段階の機会作りを実施(年1回)。 ・見守りネットワーク事業所には定期的な訪問と新たな開拓ができるよう銀行や個人薬局、地域内スーパーへ声かけ実施。 ②・圏域内の医療機関・薬局・スーパー・コンビニ・公共機関等への定期的な配布・設置の声かけ。 ・分かりやすいチラシへ工夫・改善。新たに地域社会福祉協議会・地域町会掲示板等の掲示。 ③・出前講座の開催がない香澄地区や開催が少ない秋津地区での出前講座を増やしていく。香澄は「てんとうむし体操」視点での出前講座を実施。秋津地区では、秋津1・2丁目サロン等での講座開催を行い、センターの周知や介護予防・権利擁護等の普及啓発を実施。
2	権利擁護業務	・成年後見制度の利用ができるようになるまでは高齢者相談センターと市のケースワーカーが協力し支援を行っている。 ・会議や出前講座を行っている中で、成年後見制度、高齢者虐待、消費者被害については高齢者の息子、娘の世代の方たちを集まっていただき理解を深めていく。 ・高齢者と家族が同居し、生活が困窮し介護サービスも十分に利用できていない世帯に関しては、家族に必要な相談機関につなぎ、自立していけるように促していく。	①成年後見制度利用支援10件。日常生活自立支援事業は、3名に利用を案内し、現在2名が手続中。 ②高齢者虐待通報件数は9件(実人数6名)。うち4名が措置入所や契約による入所で養護者と分離。他は在宅サービスで見守り中。通報内容は全数、市のケースワーカーへ報告し対応を相談した。 ③電話de詐欺、訪問販売の相談受付4件。地域のサロンや高齢者の集まる場で被害防止をチラシを使い積極的に呼びかけた。消費生活センター職員と連携し、認知症高齢者が購入した訪問販売商品をクーリングオフした。振込詐欺のはがきや詐欺手口等は情報入手後、即座に職員間で情報共有し被害拡大防止に努めた。	①後見人が早く選任されることで、詐欺被害が防止されたり、介護サービスの導入ができ、高齢者の地域での生活がいち早く安定した。 ②ケアマネジャーや医療機関からの虐待相談が増えてきた。養護者の精神科受診必要性の有無や生活困窮者支援機関、生活保護等へのつなぎを見据えた支援ができた。通報に対する緊急度の判断基準を全職員が把握し初期対応にあたることを徹底しなければならない。 ③消費生活センター職員との連携や職員間の情報共有が、被害防止に繋がった。高齢者の息子、娘世代に対して、個別には案内をしているが、出前講座は実施できていない為、効果的なアプローチを検討していく必要がある。	①成年後見制度利用の意志が明確な高齢者を直接専門職団体等につなげたため。 ②民生委員・高齢者相談員や地域ケアマネジャー、医療機関等への日頃からの訪問が、通報・相談増の一因となっている。 ③消費生活センターへ高齢者と同行訪問し顔の見える関係作りを行っていたため。	①地域住民や関係機関に後見制度の周知を継続していき、支援が必要な高齢者の発見に努める必要がある。 ②虐待防止、早期介入の為に多様なネットワークと連携し関係を強化していく事が必要。 ③消費者被害が起きる前の予防対策として最新の情報入手や予防についての対策が必要。	①・サロンや各ケア会議で実際に成年後見制度、日常生活自立支援事業の利用につながった高齢者の事例を紹介することで地域へ制度の普及を啓発。補助や保佐類型での制度利用を促進する。 ・成年後見センターとも連携を深めつつ、新たな専門職団体との連携を模索予定。 ②地域のケアマネジャー向けに高齢者虐待の勉強会を開催。虐待の定義やケアマネジャーや包括が遭遇した事例等を共有し、虐待の予防や早期介入が行えるようにする。上半期に一度実施し、そこで次回の要望を聴取。 ③・消費生活センターとは年2回(上期下期1回)を目安に情報交換の場を作り、消費者被害の実態を把握。 ・そこで得た情報を、地域住民に対してはサロンを通し、また高齢者相談員や民生委員に対しては地区会議や圏域ケア会議の場を利用し落とし込むことで被害の予防に努める。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・個別のケア会議は随時行う。また圏域のケア会議を継続していくことで、ケアマネジャーの後方支援、地域のネットワークの強化を図っていく。 ・医療と介護の連携について、大きな病院についてはソーシャルワーカーを通じて連携ができているが、開業医とは一部の方との連携しかできていない為、ケア会議を通じて関係づくりをしていけるようにしていく。 ・ケアマネジャーにつないだケースの動向や、特に問題のあるケースについては状況確認を行っている。	①ケアマネジャーの相談・支援実施(月平均10件)。個別ケア会議7件実施。圏域ケア会議2回実施(9月、1月)。 ②市内5センター及び習志野市ケアマネ連絡会と協働し市内ケアマネジャーの研修の場として「地域包括ケア研修会」を開催(年3回)。 ③圏域の高齢者の入退院等の調整で市内の総合病院(4ヶ所)及び市外の総合病院やリハビリテーション病院と連携した。また、必要に応じ総合病院以外にも一部の個人病院と連携実施。ケアマネジャーにケースを繋いだ後も定期的にモニタリングを行い、問題が発生した場合には一緒に問題解決にあたっている。	①ケアマネジャーと連携することで、高齢者の支援を行う際に困難となる状況や支援が必要な内容についての把握ができた。しかし、対応困難になる判断がケアマネジャーごとに違うため、相談を受けた際に状況がかなり悪化している場合もある。その為悪化する前に相談していただく周知や、相談しやすい体制を整えていく必要がある。 ②年度最後の研修会にて各ケアマネジャーが求める研修になるよう、アンケートで要望を募った。 ③入院、退院時に関わることで、病院から退院する際に自宅等での生活が続けられるよう支援ができた。しかし、病院受診ができなくなった際に相談する訪問診療との連携があまり行えていない。	①連携を行うことで、お互いに相談がしやすくなり、問題が起こった時の対応が早くなった。しかし、ケアマネジャーがどんなことに困っているのか、センターに対してどんな支援を求めているかが把握できていないため、後手に回ることが多い。 ②アンケートでの意見を把握し、次年度の研修会に反映する。 ③医療機関については必要以外に連絡を取っていない為、センターの役割や機能活動内容が十分に伝えられていない。	①ケアマネジャーの状況(圏域の高齢者の担当数、困難事例の状況、求めたい支援の内容等)を把握する必要がある。その上で、適宜センターから働きかけ、問題が大きくなりないうち支援をしていく必要がある。 ②ケアマネジャーが必要と感じる研修内容を実施し業務に反映していただく必要あり。 ③特に個人病院や訪問診療との連携が不十分な為、センターの活動を知っていただく必要あり。	①・居宅介護支援事業所への訪問(半年に1回の定期訪問)、アンケートの実施(年度初め)。 ・アンケート結果に基づいた各居宅の状況に合わせた居宅介護支援事業所への支援の検討、居宅介護支援事業所との勉強会の実施(半期に1回)。 ・各居宅介護支援事業所・各ケアマネジャーの状況に応じた支援を実施。 ②・地域包括ケア研修会については年3回開催で変更なく実施。 ③・圏域内医療機関へ出向き、センターの活動周知。 ・圏域内医療機関へ連携に向けてのアンケート実施(年1回)。適宜、個別・圏域・自立地域ケア会議等への参加を働きかけ実施。
4	介護予防ケアマネジメント業務	・介護予防の重要性を周知し訪問型、通所型サービスの他、地域のサロン、てんとうむし体操、足腰元気塾等のインフォーマルサービスを積極的に利用していけるように支援を行っている。 ・本人の自立支援に向けた支援になっているかどうか、定期的にモニタリングを行い、現状把握を行っている。 ・居宅介護支援事業所との連携を強化し、協力して地域の介護予防事業を進めていけるようにしていく。	①サロンやてんとうむし体操参加時は、介護予防のミニ講座や簡単な頭・指体操を実施。介護予防の周知はサロン参加者のレベルに合わせ内容を変更した。地域の祭りに参加し血圧・握力測定、健康・介護相談等実施。予防が必要な高齢者にはサロンの紹介や必要なサービスにつないだ。環境に馴染めるよう、案内したサロンには初回一緒に参加する等、継続参加を支援した。 ②ステップアップ終了者12名やチェックリスト実施者等高齢者を地域の集まりや継続的に利用できるサービスにつなげた。その後も定期的に現状把握実施。 ③居宅介護事業所の相談により、地域のサロン等紹介実施。	①参加することで、サロンの現状や参加者の様子を個別に把握することができた。祭りでは、一般の高齢者に対し介護予防の周知ができた。サロン等の参加状況は地域により偏りがある為、今後は参加していないサロン等へのアプローチや把握が必須。 ②具体的な介護予防手段を提案できた。案内した高齢者は、継続した参加ができおり、経過も把握できている。 ③今後は、センターから社会資源等を情報発信して行く必要あり。	①サロン側と顔が繋がっていることで、利用者の個性に合わせた案内ができた。ミニ講座等では伝えたい内容を簡潔にし介護予防の周知実施。また体操は予防に関連したもので楽しく実施できるよう内容を工夫した。前年度は未参加のサロンあり。 ②各高齢者の意向に沿い、自立の為の助言や支援ができたため。 ③居宅介護支援事業所に口頭での情報提供が多かったため、社会資源をまとめ紙面にて情報提供していき、活用していただくことが必要。	①地域内サロンを把握し情報を整理・活用していくことが課題。未参加サロンや市主催の介護予防事業には積極的に出向き地域内高齢者を把握する必要あり。 ②高齢者の身体・認知等機能に合わせ、また高齢者の意向に沿い、継続できるサロンやサービス等につなぐ支援を実施する必要がある。 ③関係機関等との会議の際、介護予防につながるよう活用してもらえ社会資源の情報を提供することが必要。	①・現在参加しているサロン等では、引き続き介護予防ミニ講座や頭・指の体操を実施し介護予防に努める。 ・参加している高齢者の状態を把握し、必要なサロン等介護予防につなげる。その際、高齢者の意向を確認しながら、必要に応じ初回は同行する等の支援を実施する。 ・地域の祭り参加時は、血圧測定等や健康・介護相談等を引き続き行う。 ・未参加サロン等の現状把握と共に介護予防の情報発信を紙面にて行う。 ②・「ステップアップ教室」「足腰げんき塾」「脳の活性化プログラム」等介護予防事業に出向き予防が必要な高齢者を把握。必要に応じ地域のサロンやサービスに継続参加できるよう支援を実施する。 ・高齢者が「現在できていること、自身の強み」が維持・継続できるよう自立支援を実施。 ・必要に応じサロン等関係者にも声かけ等協力を依頼し、地域でも継続した見守りを行っていただけよう連携を強化。 ③・圏域ケア会議、自立支援ケア会議等関係機関が集まる際や必要に応じ、社会資源や介護予防の情報等を随時紙面にて発信。高齢者の介護予防に活用していただく。

重点運営事項		現在の取り組み	良い点・悪い点とその理由	課題	2年度 of 取組計画	具体的な取り組み
1	地域ケア会議の充実	地域ケア会議の開催は1回であったが、会議参加者の意思統一に重点を置いた会議であった。	良い点：個別会議を開催して情報共有が図れ、課題解決のための方向性が一致した。 反省点：事例件数が少なかったため、地域課題を明確にする取り組みが出来なかった。	地域課題が明確化できていない。 個々に相談があったケースの振り分けが難しい。	○地域ケア会議の回数を重ね、地域課題を明確化していく。	○個別ケア会議を介護予防自立支援検討会議も含め、年5回以上開催する。 ○個々に相談があったケースを振り分けを行い個別地域ケア会議の開催有無を検討し、方向性を一致させ課題解決に向けた取り組みを行っていく。 ○地域課題を明確にするため個別事例検討を重ねていく。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	○第2層協議体を定期的に開催し、地域の活動団体や主要なメンバーとの取り組みにより、第2層協議体の活動を地域住民とともに協議している。 ○誰もが気軽に集える場所や、日常的に助けあい支え合いが行われるネットワークを把握し、地域住民の力等を活用しながら関係機関と連携を図っている。	良い点：定期的に第2層協議体を開催することで、参加者へ事業に対する意識付けが出来る。 反省点：他圏域については、「ひとごと」になる。協議体で共有した地域情報の発信ができていない。既存の活動団体との連携を図ることは出来るが、新規のネットワークをつくるのが困難である。	○協議体参加者が主体的に協議体に参加していない。 ○第2層協議体の活動を地域に周知し理解を得る場が少ない。	○全体の協議体の場以外に、地区別の地域課題や地域資源の状況を確認し、地域の特性に応じた生活支援サービスの体制整備を図り、地域住民に周知する。 ○新しい「集い」の場を地区ごとに最低1ヶ所増やすために、既存の集い関係者と交流を図りながら、新しい担い手と開設準備をすすめていく。 ○地域の主要団体の活動の場に参加し、地域住民と地域支援のネットワークについて情報を共有する。	○地区別に集まり話し合う場を設ける。 ○協議体の活動を地域住民に周知するために、「津鷺だより」「集いマップ」を配布できる準備をする。 ○協議体参加者やキャラバン・メイト、高齢者相談員、民生委員・児童委員等、地域の主要なメンバーに声掛けし、「集い」設置準備段階から運営について意見をいただく。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	○認知症の人やその家族が、状況に応じて医療・介護等のサービスを受ける事ができるよう、認知症ケアパスを活用し、関係機関との連携を図る。 ○認知症への理解と居場所づくりを地域住民や事業所に働きかける。	良い点：ケアパスは、住民来所時説明に使用できている。 反省点：直接住民にケアパスを使って説明する機会が少ない。 住民からの認知症サポーター養成講座の開催依頼が少ない。 居場所となる認知症カフェが圏域に無いため、認知症や家族の人の相談場所がない。	○適切な認知症ケアパスの活用を考える。 ○認知症の人や家族への理解を深める地域住民を増やす。	○医療と介護等が相互の役割・機能を理解し、認知症ケアのために多職種協働の重要性を共有する。 ○認知症の人や家族目線のケアパスができるよう取り組む。 ○キャラバン・メイトや認知症サポーターフォローアップ講座受講者と連携をとる。	○認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医、医療関係者、介護サービス事業者との交流会に参加し連携をとる。 ○認知症ケアパスについて認推全体で検討すると共に、有効活用を目指しセンター内でも話し合う。 ○認知症サポーター養成講座の勉強会を実施する。 ○「認知症カフェ」設置のため、担い手となる地域住民との連携をすすめる。

事業		元年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・悪かった点	その理由	課題	2年度の取組み計画
1	総合相談支援業務	○地域の活動団体へ引き続き参加することで、地域の現状を都度把握し、個別対応が必要な際にも迅速に連携できるように顔の見える関係を強化していく。 ○関係機関とは顔の見える関係を定期的な交流により図れているが、お互いの専門性を理解し、深めることで、横の繋がりを強化した支援体制が図れるよう努めていく。 ○センター内での相談対応の在り方を、より明確化していく。ケース管理についての考え方、共有していく方法を具体的に検討していく。	・各地区まちづくり会議やサロン、関係会議に参加して連携を図れた。 ・総合相談対応の職員を明確にし、電話・窓口対応が不在や不明にならないようにした。	良かった点 ・地域の活動に参加することで理解を更に深め、活用することができた。 ・専門職との関わりを持ちながら対応ができ、必要に応じて専門機関にも繋ぐことができた。センター当番の職員が明確なので、対応しやすい。 反省点 ・センター内での情報共有の在り方が、その都度となり職員全体での共通認識には至っていないかった。 ・相談が重なると当番の負担が大きくなってしまふ。	センター内での情報共有、申し送り事項が不十分だった	・把握しきれていない活動団体についての状況把握と連携 ・相談対応の在り方	・地域活動団体への参加を継続し、現状を把握していく。 ・関係機関との情報共有を行い、相談窓口の連携先を増やし、連携強化を図っていく。 ・週1回定期的に加え、随時センター内で話し合いの場を設けて必要な情報共有をしていく。
2	権利擁護業務	○成年後見制度については、一般的に普及されていないため、高齢者相談センター主体のつどい場等で周知活動をしていく。 ○虐待は個人の生活に深く介入する問題であるため「つどい」等の勉強会でも慎重に扱いながら、住民へ虐待防止活動を行っていく。 ○権利擁護、虐待防止については、全てのケースについて、そのリスクを確認し情報収集をしていく。	・住民に対する「集いの場」で権利擁護の勉強会を開催して理解を深めている。 ・成年後見センターと連携し、制度の活用につけた。 ・関係機関から虐待の疑い等、通報があった場合、実態把握に努めた。	良かった点 ・住民が新しい制度などに関心を高めるきっかけを作れた。 ・制度についての職員の理解も深まった。 反省点 ・困難事例の際、機関毎の思いもあり、皆で同じ方向を目指して動けなかった部分も感じた。	・勉強会等、専門機関と一緒に取り組めたため ・高齢者虐待防止マニュアルに沿ったため、柔軟に対応が出来た。 ・最終的な行動を起こす際の合意が不十分だったため。	・成年後見制度を周知していく。必要なケースで確実に繋がるように検証や計画的な実施を行う。 ・困難事例における体制強化や見直しが必要。	・住民向けの勉強会を年2回以上開催し、成年後見制度や虐待防止活動について周知していく。 ・高齢者虐待を防止するため介護サービス等の適切な利用促進や民生委員等の関係機関に対して高齢者虐待防止の普及啓発を行う。 ・困難事例はセンター内だけでなく関係機関とも話し合いの場を設け、密な連携を図っていく。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	○関係機関等の確認を行い、引き続き介護支援専門員が気軽に立ち寄り相談できるような体制づくりに努めていく。 ○介護支援専門員への情報提供や情報交換が、支援の質の向上や資源開発等につながるように関係機関と連携していく。 ○日々の活動支援を通して介護予防や自立支援といった領域の視野が広がるように関連機関との関係性を強化していく。	・介護支援専門員の会議に出席し、ネットワークの構築に努めた。 ・地域の社会資源等の情報提供を行った。	良かった点 ・介護支援専門員と交流が図れ、顔の見える関係ができている。 反省点 ・個別の相談件数は増えていない。	・日頃の介護支援専門員の業務にどこまで介入できるかが不透明のため	顔の見える関係から実際に相談を挙げられるような体制整備をしたい。	・施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、関係機関との連携を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。 ・圏域内の介護支援専門員での交流、質の向上、社会資源の情報提供等ができるような場を設ける。
4	介護予防ケアマネジメント業務	○介護予防や自立支援に向けた地域資源の開発を考え、地域で活動している方々との連携や関係づくり、新たな担い手の発掘に努めていく。 ○困難事例の個別課題を確認し、地域ケア会議を開催して共通した地域課題を明確にしていく。 ○その人にあった自立支援の計画に基づきサービスが提供されるように連絡・調整し、モニタリングの実施を行い達成状況を評価して、必要があれば修正していく。	・本人、家族の意向に沿ったアセスメントを行い、自立支援に向けたケアプラン立案を心掛けた。 ・会議参加者の意思統一に重点を置いた会議であった。 ・モニタリング支援をしていく中で必要に応じて適宜プランの見直しを行った。	良かった点 介護予防、自立支援に向けたサービス提供ができた。 反省点 ・個別地域ケア会議では、地域関係者との情報共有までで地域課題の抽出までは至れなかった。	個別課題から地域課題まで発展させる機会が非常に少なかったため。	・個別事例検討の蓄積から地域課題を明確にする手法の検討 ・地域資源の不足が感じられ、介護サービスを卒業してもその後の活動の場が少ない。	・介護予防や自立支援に向けた地域資源の開発を考え、地域で活動している方々との連携や関係作り、新たな担い手の発掘に努めていく。 ・個別事例検討を年5回以上重ね、地域課題に対する情報を含めて記録を作成する。

令和2年度 屋敷高齢者相談センター事業計画書（社会福祉法人豊立会）						
重点運営事項		現在の取り組み	良い点・悪い点とその理由	課題	2年度の取組計画	具体的な取り組み
1	地域ケア会議の充実	・屋敷ケア会議(5回)の実施。 ・第3回屋敷ケア会議と第2層協議体との合同会議を開催した。 ・地域ケア個別会議を実施した。 ・困難事例に対し、カンファレンスを重ね、支援方針の統一を図った。	良い点 ・5回の屋敷ケア会議実施により、困難事例の解決、地域支援ネットワークの構築、地域課題の把握、課題に対する対応策を検討する事が出来た。 ・第2層協議体と地域ケア会議の合同開催により、介護保険事業者と地域関係者(民生委員、高齢者相談員)との関係構築が出来た。	・屋敷ケア会議において、地域関係者の参加が少ない。 ・地域包括支援ネットワークの更なる構築、強化が必要である。	・個別の支援の充実と、地域で支える基盤づくりを推進する。 ・屋敷ケア会議の計画的実施。 ・個別事例ごとに個別ケア会議を実施する。 ・第2層協議体との合同会議を開催する。	・屋敷ケア会議(6回/年)を実施し、支援困難事例等の解決に向けて多職種によるケース検討を行う。 ・個別事例の課題解決の蓄積により、地域課題を明らかにする。 ・明らかになった地域課題を地域づくり、社会資源開発に活かしていく。 ・地域ケア会議の開催を通して、地域関係者と介護支援専門員をはじめとする各関係機関とのネットワーク構築を図る。 ・地域の介護支援専門員の資質の向上や地域関係者の福祉力の向上を目指す。 ・今年度も、屋敷ケア会議と第2層協議体の合同会議を開催(1回/年)し、高齢者相談員、民生委員等の地域関係者と介護保険サービス事業所、医療関係者との関係を深める。また、地域関係者に地域ケア会議についての理解を深め、屋敷ケア会議への参加に繋げる。 ・個別ケア会議を開催する基準を明確にする。 ・個別ケア会議の開催回数を増やし、地域関係者が気軽に参加できるような手段や方法の工夫を行う。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・まちづくり会議、社会福祉協議会支部、町会の会合や催しに参加し、センターでの取組みや相談の一例など紹介した。センターの周知を図っている。 ・社会福祉協議会支部や町会の役員など地域関係者が行う活動に共に参加し、ネットワークを強化した。 ・第2層協議体を年2回開催予定であったが、9月の1回開催となった(第3回屋敷ケア会議との合同開催)	良い点 ・定期的に足を運び交流を重ねたことで、ネットワークが強化できた。 ・ネットワーク構築によって、身近な相談先として認知され、その結果、地域住民からの相談件数が増加した。 ・事業所の専門職との情報交換、互いの活動内容を知ることで、顔の見える関係づくりができた。 反省点 ・特定の世代の関心が強いのが現状である。 ・新たに地域の担い手となり得る若い世代へ周知が届いていない。	・住民が自主的に取組める具体的な方法の提案が必要である。住民が活動しやすくなるような後方支援が不十分である。 ・接点が少ない地域関係者と交流を図りネットワークをさらに拡大する。 ・多世代の住民が関心を持てるイベントの検討が必要。 ・新たに地域の担い手となり得る若い世代への周知が必要である。	・一般介護予防事業と連動し、地域でのサロン等に取り入れられる運動等の紹介、既存の活動の発展を目指して後方支援する。 ・個別ケースの支援を通じて、高齢者のニーズと不足する支援について評価し、地域課題を抽出する。 ・これまで、関わりの頻度が少ない地域関係者との関係性を構築する(民生委員、町会長等への働きかけ)。 ・広報紙を年3回程度発行し、地域関係者に配布、第2層コーディネーターの周知、情報提供を行う。 ・協議体を年2回(7月・3月)の開催、屋敷ケア会議との合同会議を1回開催する ・今年度の協議体にて、地域関係者と協議を重ね、既存の社会資源を詳しく分析し、新たな仕組みの創出を目指す。	・引き続き、地区ごとの活動(サロンを中心)に参加し、主催者が感じている課題や、今後あったらよい仕組みや支援などの聞き取りを行い、発展させるための新たな方法を共に検討したい。 ・本一町会でのシリーズ化した出前講座を開催する。関わりの中で、地域の重層的な見守りの仕組み作りを共に進める。 ・圏域内のでんとうむし体操や既存のサロン主催者に働きかけ、出張方式での体力測定会や講座を開催する。 ・広報紙にて、地区ごとの活動内容の紹介をする。これまで関わりが少ない泉町・大久保を中心に公共施設や町会、まちづくり会議に向けて配布し、第2層コーディネーターの役割の周知を図る。 ・広報紙の配布をきっかけとして、これまで関わりの少なかった地域関係者に挨拶、第2層コーディネーターの役割を伝え、担い手らとの関係を築き、取組み状況の把握に努める。 ・個別ケースの居住地域、地域特性、地域の支援の有無、生活上の課題などをまとめ、共通する課題を抽出する。 ・定期的に民生委員児童委員が主催する地区会議に参加し、民生委員との連携を強化する。 ・第2層協議体において、これまでに分類し可視化できた社会資源について、活動を発展させるための具体的な方法や手段について検討する。 ・屋敷ケア会議との合同会議において、既存の公的サービスとインフォーマルサービスそれぞれの特徴や強み等について、専門職と地域関係者で協議し、協働できる取組みを検討する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	・民間の事業所や個人の商店等に認知症サポーター養成講座開催を呼びかけ、認知症サポーター事業所を増やす取組みを行った。 ・認知機能の低下がみられる高齢者の個別ケース支援を、高齢者相談員、民生委員と協働して支援体制を作った。	良い点 ・認知症サポーター養成講座の開催が増えたことで、認知症についての理解が深まった。個別の相談が増え、早期での介入ができるようになった。 反省点 ・サポーター事業所に登録された後、関わる手段がなく関わりが途切れてしまう。	・認知症サポーター養成講座開催後、受講者や店舗等が、地域の担い手となれるような育成や関わり方の検討が必要である。 ・認知症サポーターやキャラバンメイトが主体となって活動できる取組みの提案が必要である。	・ロバの会を年に3回開催する。従来のメンバーであったキャラバンメイトに加えて、認知症サポーター、地域住民など、認知症の人と家族を支える意欲のある人材の取り込みを行う。 ・個別ケースの関わりから、民生委員との関係性を強化していく。 ・高齢者相談センター主催の認知症サポーター養成講座を開催する。 ・公共施設(プラッツ習志野、中央図書館)との共同企画を検討する。 ・認知症サポーター事業所を新たに5ヶ所程度増やす。	・ロバの会において、認知症サポーター養成講座の受講者同士の交流の機会、支え手、民間事業所、地域住民の垣根を超えた意見交換会、勉強会など企画する。 ・担い手となる人材を育成するため、法人内の他部署に協力を求め、ボランティア活動を継続的にフォローできる体制を作る。 ・総合相談業務を通して、他の職種と連携し、地域関係者と専門職の関わりの機会を増やす。 ・新しい公共施設(プラッツ習志野)を活用して、センター主催の認知症サポーター養成講座を年2回開催する。 ・図書館との共同企画(認知症・フレイル予防特集などの特設コーナー)を検討する。 ・これから介護を担う若い世代、介護者向けの勉強会、交流会などを企画する。 ・リフォーム業者やコンビニ、郵便局、宅配業者などに向けた高齢者の対応での困りごとなどの聞き取り、認知症サポーター養成講座開催の提案を行う。 ・認知症サポーター事業所への登録勧奨

令和2年度 屋敷高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人豊立会)			包括的支援事業				
事業	元年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・悪かった点	その理由	課題	2年度の取組み計画	
1	総合相談支援業務	・地域包括ケアとしての継続支援の入り口となるのが総合相談支援事業と捉え、総合相談支援の充実を図る。 ・総合相談支援マニュアルを実践で活かしていく取り組みを行う。支援の対応手順と適切な対応、緊急性の判断が出来るよう、継続的にマニュアルを見直し、協議を行っていく。 ・それぞれの専門性を生かし、チームアプローチが図れるように体制の強化を行う。 ・各職員の資質、相談援助技術の向上を図るため、所内勉強会の継続、ケース検討会議の充実を図っていく。	・早期発見が出来る体制づくりを目指し、まちづくり会議・地域活動への参加、地域関係者、介護保険サービス事業所、病院の相談室へのアプローチを行い、センターの周知活動を実施した。 ・利用者見守り台帳の作成を行った。 ・実践活用できるよう、総合相談マニュアルの追記を行った。 ・毎朝の定例会や週2回の情報共有会議での支援方針の共有、協議、月1回の所内勉強会の実施、外部研修の参加により、チームアプローチの体制の強化や各専門職の相談援助技術の向上を図った。	良かった点 ・地域関係者からの、軽微な状態での相談の増加や医療機関からの相談件数が増えた。相談元の多様化がみられ、実態把握をする事が出来た。 ・相談対応の積み重ねにより、独居高齢者や認知機能の低下がある高齢者の見守り体制の構築を図る事が出来た。 ・マニュアル追記により、緊急性の判断がより明確となり、適切な対応や実践力が向上した。 ・援助技術・資質の向上、チームアプローチが実現できた。 反省点 ・さらに民生委員との連携を強化する必要がある。	・地域関係者や関係機関との連携の強化、周知活動により、相談件数の増加、地域包括ケア体制の構築に結びついた。 ・各専門職の援助技術の向上、支援方針・情報の共有が、困難ケースへの対応能力向上、チームアプローチの実践に繋がった。 ・新たな地域関係者へのアプローチ不足がある。	・更なる様々な関係者、関係機関、地域とのネットワーク構築や既存のネットネットワークの強化が必要である。 ・地域での見守り体制の構築を目指した取り組みの継続が必要である。 ・利用者見守り台帳活用にに向けた検討、地域課題抽出、ニーズ把握の手段の工夫が必要である。 ・今後想定される相談内容の多様性、多問題ケース、困難事例への援助技術の向上や包括的支援体制が必要となる。	〈総合相談支援業務の充実〉 ・既存の地域関係者、関係機関、医療・介護事業者とのネットワーク強化を図る。 ・更なる様々な関係者、機関とのネットワーク構築を図る。 ・利用者見守り台帳を活用し、実態把握、地域関係者と共に見守り体制、ネットワーク構築を図っていく。 ・民生委員・児童委員が主催の地区会議への参加、個別ケース支援を通して顔の見える関係の構築を図る。 ・広報紙を年3回発行し、地域包括支援センターの周知と情報発信を行っていく。 ・毎朝の定例会、週2回の情報共有会議、月1回の所内勉強会の継続と内容の充実を図り、各職員の資質の向上、チームアプローチ体制を強化していく。
2	権利擁護業務	・成年後見制度、日常生活自立支援事業について、よりわかりやすい手法や媒体による普及啓発活動を実施する。 ・虐待防止に向けた取り組みとして、居宅介護支援事業所、地域関係者へ虐待防止の周知活動を継続していく。 ・虐待対応については、初動期から行政担当者との連携を密にし、解消に向けたチームアプローチに取り組む。 ・介護保険事業所、地域関係者から通報がしやすい体制、関係づくりを更に構築し、虐待への早期対応、虐待防止が図れるようにしていく。 ・消費者被害について、被害対象となりうる高齢者に対し、消費者被害のチラシを作成し、消費者被害防止のに向けた取り組みを行う。	・成年後見制度、日常生活自立支援事業、虐待防止について、認知症サポーター養成講座や地域の出前講座で周知活動を実施。 ・圏域内の居宅介護支援事業所へ向向き、虐待防止に向けた勉強会の実施の提案を行い、通報しやすい体制づくりを行った。 ・ケア会議で、虐待疑いのケース検討と虐待の見極めや対応についての協議や周知を図った。 ・虐待通報に対し、マニュアルに基づき、市の担当課と協議を行い対応を行った。不適切なケアの段階から、対応を実施した。 ・消費者被害については、消費生活センターと連携し、支援を行った。 ・消費者被害防止に向けて、町会での懇親会等で情報提供や啓発活動を実施した。また、消費者被害の防止となるようセンターのチラシを作成し、高齢者宅の玄関先に貼付してもらう取り組みを実施した。	良かった点 ・高齢者虐待についての捉え方や通報、不適切な段階からの相談の必要性の認識が低い事が明らかになった。 ・関係機関と連携することで、虐待対応・消費者被害において適切な支援を行う事が出来た。 ・消費者被害について、町会主催の催し物等で、地域での見守りの重要性を伝える事が出来た。 ・高齢者にチラシ配布を行い、チラシを媒介とし高齢者自身に注意喚起を行う事が出来た。 反省点 ・虐待防止勉強会の提案をしたが、勉強会実施には至らなかった。	・居宅介護支援事業所、地域関係者において、高齢者虐待についての認識が低い。 ・市の担当者や居宅介護支援事業所とカンファレンスが実施できたこと、消費生活センターと連携したこと等、協働での支援体制を構築できたため。	・成年後見制度や日常生活自立支援事業の理解促進が必要である。周知の仕方の工夫も必要。 ・高齢者虐待についての知識、早期対応の重要性についての啓発活動の継続が必要である。 ・虐待対応について、関係機関との連携体制の構築、強化が必要である。 ・虐待対応に対するセンター職員のスキルの向上が必要である。 ・消費者被害防止のための周知活動の継続が必要である。 ・地域関係者の見守りや声掛けの体制強化が必要である。	〈成年後見制度の活用促進〉 ・成年後見制度、日常生活自立支援事業の普及啓発活動の機会を増やし、伝え方の工夫を行う。 ・成年後見制度の相談に関して、円滑に制度が利用出来るよう関係機関と連携して対応を行っていく。 ・成年後見制度利用可否について、マニュアルを見直しし、所内勉強会を開催する。 〈虐待防止に向けた取り組み〉 ・各居宅介護支援事業所への勉強会実施への働きかけの継続をする。 ・通報がしやすいような体制の構築を図る。 ・地域関係者、地域関係機関、地域住民に周知活動を継続する。地域での見守りの視点の重要性を伝えていく。 ・関係機関とのネットワーク強化を図る。 ・虐待通報・相談窓口の明確化を図る。 ・センター内でチームアプローチ体制の強化を図る。 ・県主催の虐待防止研修にセンター職員全員が参加をする。 ・社会福祉士が中心となり、所内勉強会の実施を行う。(年2回) 〈消費者被害の防止に向けた取り組み〉 ・介護保険サービス事業所、関係機関とのネットワーク強化を図る。 ・地域関係者・関係機関への周知活動と見守り体制の構築、高リスク者の情報共有、高齢者への声掛けの実施の促しを図る。 ・消費生活センターとの連携体制の強化、定期的な情報収集を行う。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・屋敷圏域並びに市内の介護支援専門員が包括的・継続的に自立支援ケアマネジメントが実践できるよう、継続して屋敷ケア会議や勉強会を実施する。 ・支援困難事例に対し、個別ケア会議を開催し、介護支援専門員と共に本人や家族、地域住民や各関係機関の多職種相互の協働による課題解決に取り組む。 ・地域の介護支援専門員に対して、必要時には、インフォーマルサービスを含む多種多様な社会資源に関する情報提供が出来るよう、情報収集を行う	・ケア会議にて、地域包括ケアシステム、自立支援ケアマネジメントについて、勉強や協議を実施。 ・支援困難ケースに対し、必要に応じてケア会議、カンファレンスを実施。 ・介護支援専門員へ同行訪問等、個別支援を実施。インフォーマルサービスを含む、社会資源の情報提供を行った。 ・居宅介護支援事業所とのネットワーク構築を目的に、各居宅介護支援事業所に出向いて関係構築を図った。 ・「ケアマネ相談対応記録」帳票の内容充実を図った。 ・圏域の居宅介護支援事業所に社会資源についてのアンケートを実施し、社会資源の情報冊子の作成に着手した。	良かった点 ・地域包括ケアシステムや自立支援ケアマネジメントについて関係職種と共通認識を持つ事が出来た。 ・居宅介護支援事業所と関係構築を図る事が出来た。相談件数が増加した。 ・「ケアマネ相談対応記録票」の内容充実により、介護支援専門員の相談内容の傾向の把握ができ、課題の解決、介護支援専門員の資質の向上に結びついた。 ・社会資源アンケートにて、居宅介護支援専門員のニーズ把握が出来た。	・各種ケア会議にて多職種との連携体制が作れたため。 ・圏域の居宅介護支援専門員の資質の向上を図れたため。 ・居宅支援事業所に出向いてのニーズ把握や個別ケースの後方支援、同行訪問を丁寧に行ったため、意見交換やケア会議への協力を得る事が出来た。 ・ケアマネ相談対応記録票の活用や個別ケースの同行訪問をしたことで、困難ケースを含む相談件数の増加と介護支援専門員との連携が強化できた。 ・アンケート実施により、居宅介護支援専門員が抱えるニーズや必要とする情報を知る事が出来た。	・地域包括ケアシステムの構築のため地域で自立した生活を送ることが出来るよう高齢者の生活全体を包括的・継続的に支援する体制の強化が必要である。 ・居宅介護支援専門員の後方支援、困難ケースへの対応の継続が必要である。 ・社会資源冊子の作成を目指す。	〈包括的・継続的ケアマネジメントの強化〉 ・屋敷ケア会議の参加者の拡充 ・地域課題に焦点を当てた会議内容を企画する。 ・支援困難事例に対して多職種を交えたケース検討を実施する。 (介護支援専門員の実践力の向上支援) ・包括的継続的ケアマネジメントの中心的役割を担う居宅介護支援専門員とのネットワーク強化を図る。 ・各居宅介護支援事業所への定期的な訪問の継続。(年3回) ・ケアマネ相談対応記録票を活用し、困難事例も含めた相談内容、支援の蓄積と分析を行う。 ・地域の介護支援専門員の要望や必要性に応じ同行訪問等の支援を積極的に行う。 ・多様な社会資源の活用や開発する視点、インフォーマルサポートをマネジメントする視点を養う。 ・アンケート結果をもとに、圏域の居宅介護支援事業所と協働して、インフォーマルを中心とした社会資源冊子を作成する。(R2.10月まで) ・屋敷ケア会議(6回/年)、包括ケア研修会(3回/年)の実施をし、地域の介護支援専門員の質の向上を図る。
4	介護予防ケアマネジメント業務	・法令を順守した円滑な運営を前提として、自立支援の観点に基づいた適切なケアマネジメントを行えるよう体制整備を行う。 ・「介護予防」の取組事例や、早期に取り組む重要性を広く周知し、住民らが主体的に継続できる方法を提案する。	・法令について所内勉強会を実施。 ・法人作成の運営基準に沿ったチェックリストを実施。 ・委託事業所を担当制にした。 ・朝の定例会や情報共有会議で自立支援に基づいたケアプラン作成の視点を職員で共有。 ・介護予防のための地域ケア個別会議を実施。 ・地域住民へ介護予防の意識づけのため、健康講座(体力測定会)の企画。 ・介護予防事業の対象者に、通える場を具体的に提案。参加を促した。 ・骨密度測定会での健康相談に対応。	良かった点 ・法令順守に対する意識が向上した。運営基準に則った適切なケアマネジメントを行う事が出来た。 ・委託事業所に関して、帳票のチェックや業務の効率化、関係の構築を図る事が出来た。 ・地域イベントに出る事で、地域住民の健康に対する意識を把握出来た。 反省点 ・介護予防のための地域ケア会議に、居宅介護支援専門員の出席が少なかった。 ・健康講座(体力測定会)が、コロナウイルス感染症防止のため、開催中止となった。	・ケアマネジメントの一連の流れについての法令の理解を深める事で、法令順守に対する職員の意識の向上に繋がった。 ・担当制にしたことで、委託事業所との良好な関係の構築が出来た。 ・介護予防のための地域ケア会議が初開催であったこと。居宅介護支援事業所への周知不足。	・利用者の主体的な取り組みを促し、自立支援に資するケアマネジメントを実施する。 ・介護予防のための地域ケア会議について、圏域の居宅介護支援事業所への周知と参加の促しが必要である。 ・地域住民が介護予防を意識し、住民が主体となった介護予防活動に発展させられるような取り組みの支援が必要である。	〈自立支援の観点に基づいた適切なケアマネジメントが行えるよう体制整備〉 ・主任介護支援専門員が中心となり、自立支援に資するケアプラン作成を目指し、プラン内容の検討を含めた所内勉強会を実施する。 ・委託事業者が作成したケアプランを自立支援の視点に基づいたチェックが出来るようセンター職員のスキルを向上する。 ・屋敷ケア会議で市の担当課と協議を行いながら、介護予防のための地域ケア会議を実施する。(1回/年、2事例) ・居宅介護支援事業所に介護予防のための地域ケア会議の周知、事例提供の協力を依頼する。 (フレイルの早期発見・予防のための取り組み) ・地域での暮らしを継続するために介護状態になったり、介護度が進まないように予防に取り組むことの大切さを知ってもらい自分の健康に対する意識や意欲を持ってもらえるような周知活動を実施する。 ・てんとむし体操開催場所に向向き、地域との交流を図りながら、秋に健康講座(体力測定会)を実施する。 ・介護予防の担い手の発掘を目的として、圏域の社協支部と協力し、地域の健康増進のため運動の必要性の理解を高めるよう積極的に地域活動に参加していく。 ・前年度の8月に実施した骨密度測定会の健康相談に今年度も参加する。 ・介護予防把握事業(後期高齢者健康診査未受診者等)に対するパンフレットやアンケート)により、当センターに相談があった方に対して、現在の身体状況や経過を確認し必要な方に一般介護予防教室等を勧奨する。

重点運営事項		現在の取り組み	良い点・悪い点とその理由	課題	2年度の取組計画	具体的な取り組み
1	地域ケア会議の充実	東習ケア会議を年3回開催。事例検討、制度、講義等をしている。 多職種が参加する会議である為タイムリーな内容を伝えられるように努めている。ケアマネジャーのサポートや相談にのることを心がけている。	良い点 ・多くの職種が参加してくださる。また参加者同士で活発に意見交換されている。 ・個別ケースでの連携もスムーズになってきている。 ・外部講師による講義では最新の情報を得ることができている。	・様々な職種が参加する会議なので事例検討の方法などを工夫する必要がある。	・東習ケア会議の継続。年3回開催する。 ・困難ケースへのタイムリーな対応。 ・介護予防のための個別ケア会議の開催。	・東習ケア会議については取り上げ事例等については参加している専門職からも意見を聴取したり、講師を引き受けていただく。職務を遂行するために必要な情報、知識を得る機会を提供することに努める。 ・困難ケースの相談については寄り添いながら一緒に対応することを心がける。対応方法を振り返る等、介護支援専門員の経験値があがるように努める ・介護予防のための個別ケア会議については地域の介護支援専門員からも事例を提供してもらい効果を共有する。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・住民主体の介護予防の場『笑学校』の立ち上げ支援・後方支援。 介護事業をおこなう株式会社やコンビニエンスストア、放課後等デイサービス事業者等多様な主体と連携し、3会場の立ち上げを実現。 全9校で合計160人以上が参加している。担い手である「すまいるサポーター」に対しては、スキルアップを目的とした講座を1回開催。 ・子どもとその親、地域のシニアが遊びと学びを通じて交流できる場『らふたす』を立ち上げ、月に1回子ども食堂と連携して実施。 ・第2層協議体『わがまち支え合いプロジェクト』を2回開催。買物支援マップ「習志野人人(にんじん)マップ」を作成し、民生委員や高齢者相談員を通じて必要な人へ戸別配布、また連合町会を通じた全戸回覧をおこなった。 ・認知症に関する社会資源マップ「あじさいマップ」は内容を充実させた最新版を発行し、関係機関や個別に住民へ配布。 ・活動の周知を目的とした機関紙では地域の関係者・関係機関に配布するほか、公民館やドラッグストア、コンビニなどにも置かせていただいた。 ・活動についてセンターが毎月発行している機関紙やブログ、SNSを使って発信。	良い点 ・『笑学校』は、夫婦での参加が増えるなど、男性参加者も増加傾向にある。スキルアップ講座実施が担い手の質向上に繋がっている。 ・『らふたす』ではリピーターが多く、参加者も増加傾向。高齢者が担い手として活動できる多世代交流の場になった。 ・第2層協議体では、地域住民や介護・福祉関係機関だけでなく、生活協同組合や配食サービス事業者など多様な事業主体に参加していただくことができた。 ・幅広く周知活動を行うことで、地域住民や関係機関などへの理解が深まった。	・『笑学校』の立ち上げ、既存会場の継続。 ・『らふたす』における多世代交流の拡大。 ・「あじさいマップ」の更新。 ・「習志野人人マップ」の配布、見直し。 ・活動や社会資源等の周知。	・『笑学校』の立ち上げ支援・後方支援。 ・『らふたす』を継続することで高齢者の活動の場を創出する。 ・内容を拡充した「あじさいマップ」の最新版を発行する。 ・「習志野人人マップ」の配布を継続するとともに、第2層協議体においてマップの見直しをおこなう。 ・活動や社会資源等についてブログやSNS、機関紙を活用して地域住民や関係機関に周知する	・『笑学校』が増えるよう町会や企業等に働きかけをおこなう。既存会場のフォロー。年2回の体力測定の実施。年1回の総会の実施。 ・「プレーメンの子ども食堂」と連携し、月1回『らふたす』を開催。 ・キャラバン・メイトと「あじさいマップ」最新版を作成し、配布する。 ・「習志野人人マップ」を地域ケア会議等活用して関係機関に配布。連合町会を通じた全戸回覧をおこなう。第2層協議体において、マップの評価・見直しを行う。 ・毎月発行している機関紙や法人ブログ、SNSを使って活動や社会資源について発信する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	・高齢者のつどい「らふたす」を月1回開催。 ・認知症サポーター養成講座を土曜日に2回した。また共催で小学生対象に1回開催。圏域内の小学校において講座を実施。サポーター交流会を1回開催。 ・圏域のキャラバン・メイトネットワーク「ひまわりの会」を結成し、6回の会議を開催。 ・認知症カフェの立ち上げ支援を1か所おこなった。 ・圏域のグループホームに呼びかけグループホーム連絡会を立ち上げた。 ・定期的に開催される認知症のひとと家族の会の「習志野のつどい」に出席し、必要に応じて助言をおこなった。	良い点 ・認知症サポーター養成講座は勤労世代が参加しやすいよう土曜日に開催した。小学生対象の講座は学校で行われるものと違い保護者の参加がある点でも効果があった。 ・認知症サポーターの活動支援として交流会を開催することで、サポーターの「これならできる」につながる情報提供がおこなえた。 ・「ひまわりの会」では、養成講座だけでなくカフェの支援や社会資源の普及啓発についても連携して取り組むことができた。 ・これまでなかったグループホームのネットワークを構築することができた。 ・認知症カフェに興味がある団体を支援することで立ち上げにつながった。	・認知症サポーターの養成と活動支援 ・キャラバン・メイトとの連携 ・グループホームとの連携	・認知症サポーター養成講座の開催 ・認知症サポーター交流会の開催 ・認知症サポーターの活動の場の創出 ・養成講座や普及啓発活動をキャラバン・メイトと連携しておこなう ・グループホームとの連携を強化する	・認知症サポーター養成講座を土曜日に開催する ・小学生対象の認知症こどもサポーター養成講座を開催する ・認知症サポーター交流会を開催する ・ひまわりの会の会議を計画的に開催し、養成講座の検討や「あじさいマップ」の最新版の発行を行う。また認知症サポーターの活動の場創出について検討する。 ・グループホーム連絡会を開催する。

事業		元年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・悪かった点	その理由	課題	2年度の取組み計画
1	総合相談支援業務	地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう必要な支援を把握し、保健、医療、福祉ほか地域の社会資源につなげる等の支援を行う。	・個別の相談には訪問することを基本とした。 ・対応記録を必ず作成し情報共有した。 ・対応した職員と他職員との情報共有により必要に応じて複数で対応、担当の交代などをした。	・パソコンを活用。すべての職員が閲覧でき対応の経緯などをいつでも確認できる。 ・対応したケースを報告することで情報共有や意見交換ができた。	・相談対応をスムーズにするために検索しやすいパソコンに集約するようにしている。	・要支援高齢者の把握	「笑学校」参加者に対して基本チェックリストを実施する。 ひとり暮らしふれあい食事会、町会ぎの行事、寿学級（公民館）等高齢者が参加出席する行事への参加。
2	権利擁護業務	高齢者が安心して尊厳ある生活が過ごせるよう専門的・継続的な視点から支援を行う。消費生活センターによる出前講座の開催の企画、東習ケア会議に権利擁護関連の情報提供や事例検討を行い理解を深める。広報紙を作成し配布や講座の開催を検討する。	高齢者虐待等の通報には迅速に対応、市への報告、相談を適宜行い適切な支援に努めた。地域の集いやセンター主催のイベント等において権利擁護の普及啓発を行い、権利擁護に関する理解を広げるよう努めた。高齢者のつどい「らふたす」にて消費生活センター職員による出前講座の実施。東習ケア会議で外部講師による権利擁護についての情報提供。	・高齢者虐待については、生命を脅かす危険状況に陥る手前での対応ができています。 ・東習ケア会議での情報提供、事例検討を通じて介護支援相談員等参加者の成年後見制度に関する知識が深まり、関連機関とスムーズに連携してケース対応できるようになってきている。	・高齢者相談員、民生委員、介護支援相談員等と日頃より連携しており、早期発見・相談がある。相談につながりやすい体制ができています。 ・成年後見制度について正しい理解ができています介護支援専門員が多くなっています。	・権利擁護の利用支援 ・高齢者虐待の早期発見・早期対応 ・消費者被害防止の啓発活動 ・終末期医療・ケアに対しての意思決定支援	・引き続き、困難な状況にある高齢者が安心して尊厳ある生活が過ごせるよう専門的・継続的な視点から支援を行う。 ・広報誌を作成し、地域の集いやセンター主催のイベント等において広報活動を行う。 ・東習ケア会議で権利擁護関連の情報提供、事例検討を行い、理解を深める。 ・消費生活センターとの定期的な情報交換を行う。 ・あじさい手帖作成を通じて、終末期医療・ケアの意思決定支援を行う。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	東習ケア会議を3回開催し、多職種連携や協働につなげるよう努める。様々な専門職が参加していることから専門的見地にたった意見を聞くことができるような会議を計画するように努める。	東習ケア会議を6月9日に開催。（3月は中止）保健・医療・介護・福祉の専門職、民生委員、高齢者相談員にも参加していただくよう働きかけた。	・多くの職種が参加してくださる。また参加者同士で活発に意見交換されている。 ・個別ケースでの連携もスムーズになってきている。 ・外部講師による講義では最新の情報を得ることができている。	・事例検討やグループワークを取り入れることでお互いの職種を理解する機会になっている。	・様々な職種が参加する会議なので事例検討の方法などを工夫する必要がある。	・取り上げ事例等については参加している専門職からも意見を聴取したり、講師を引き受けていただく。職務を遂行するために必要な情報、知識を得る機会を提供することに努める。 ・介護支援専門員の相談については寄り添いながら一緒に対応することを心がける。対応方法を振り返る等、介護支援専門員の経験値があがるように努める。
4	介護予防ケアマネジメント業務	自立支援型ケアプランを意識しながら、さらに地域の資源も活用して支援する。通いの場等の案内を継続し、男性が参加しやすい講座の開催やラジオ体操を継続。介護予防関連の講座の案内や事業の様子については「あじさい通信」や法人のブログ等に掲載していく。	運動の場や地域資源を活用し、孤立を予防した自立支援のケアプランに取り組んだ。男性が参加しやすいラジオ体操を紹介し、継続できるようにフォローした。「笑学校」の継続的な参加が介護予防に繋がるように支援にした。市の介護予防事業の参加者に運動の場や地域資源を紹介し、意欲の継続に努めた。「あじさい通信」やブログでの案内を行った。	・自立支援サービスに加え地域資源の情報や利用方法などを提案し、複数の運動、交流が効果的な支援となっている。 ・屋外で行うラジオ体操は、開放的で短時間で行えることから、男性の利用者が増えている。 ・歩いて通える介護予防の場として「笑学校」を紹介し、定期的にフォローし、ケアマネジメントに繋いでいる。	・置かれている環境や、ニーズによりサービス事業所や家族と連携を図り、自立支援に取り組み、介護予防に繋がっている。 ・ラジオ体操や笑学校に参加し体や気持ちの変化を実感してもらっている。更に地域の繋がりがや情報共有が「楽しく集える場」となっている。	・自立支援を念頭にした介護予防の啓発。笑学校のプログラムや運営、参加者のフォローによる内容の充実。	・引き続き自立支援型ケアプランを意識し地域の資源を活用しながら支援する。 ・通いの場等の充実を図り、参加者やサポーターをフォローし案内を継続し介護予防に繋げていく。 ・男性が参加しやすい講座で、フレイル予防やラジオ体操を継続する。 ・介護予防関連の講座の案内や事業の様子については「あじさい通信」や法人のブログ等に掲載し、広報を継続する。