

平成 28 年度 明石市社会福祉協議会地域包括支援センター運営状況報告

1 地域包括支援センターの運営方針等について

	公益性の確保	地域包括ケアの推進
目標	地域包括支援センターの設置目的、運営方針、センター内の目標を職員全員が理解し、市の介護・福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行う。	多機関・多職種と連携しながら、地域アセスメントによる分析を通じて、地域課題や強みを整理し、有効な支援手法や資源等を共有、蓄積する。
取組み	【継続した取組み】 地域包括支援センターの目標を毎月確認する。	【継続した取組み】 1. 地域連携(各種会議・介護教室等に参加) 2. 地域アセスメントの継続実施 3. 地域ケア会議開催 4. 認知症施策(認知症総合相談窓口) 5. 多職種連携(ブロック会議・地域ケア会議等)
	【新たな取組み】 1. 社協包括と医師会包括統合に向けて、円滑な事業が展開できるように調整を行う。 2. 総合事業開始に向けて、制度の理解及び相談体制の整備を行う。	【新たな取組み】 認知症初期集中支援チームの実施
達成状況 (効果)	1. 月1回、朝礼時にセンターの目標を周知し、職員全員の共通認識を図った。 2. 統合協議会を設け、職員の接遇、業務の平準化等、統合に向けて調整を行った。 3. 外部研修の参加、内部研修の開催等を行い、職員の理解を深めた。	1. 介護教室開催やサロン等への参加が増え、地域の方や他機関と連携する機会が増えた。 2. 地域アセスメント・地域ケア会議から、地域ごとの特性や市内共通の課題が見えてきた。
課題等	1. 業務の平準化だけでなく、統合する強みを考え、業務の改善に臨んでいく必要がある。 2. 適正な人員配置等、市の方針や現場の状況を踏まえて検討していく必要がある。	1. 地域アセスメントでは、地域ごとの特性や課題等が見えてきたが、その内容を他機関や地域と共有できていない。 2. センター業務の平準化を図りつつ、これまでの活動の継続とまとめが必要である。
対応策	1. 研修計画や参加等により、職員のスキルアップを図る。 2. 意見交換の場を持ち、情報共有を行う。 3. 情報共有を行い、事業の平準化を行う。	地域アセスメントを整理してまとめ、他機関・地域との共有や地域総合支援センターへの引継ぎに活用する。

	総合相談支援事業	権利擁護事業
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 支援を必要とする高齢者を把握し、様々な相談を受け、適切なサービスや機関につなげる。 2. 地域住民や関係機関から早期に相談してもらえるよう、地域包括支援センターの認知度を高める。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センターが関係機関と連携し必要な支援を行える。 2. 住民や関係機関へ必要な情報等を提供し、早期発見・早期対応を行えるような体制整備を図る。
取組み	【継続した取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 相談受付対応ルール等について、チーム会で共有 2. 総合相談受付票の情報を毎月管理 3. 中学校区ごとに三職種とブロックリーダーでケースとその対応状況の確認や、アセスメント対応方針の共有・協議 4. 行政・在宅介護支援センター等の関係機関との情報共有、連携したケース支援 	【継続した取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 各機関とのネットワークの維持・整備 2. センター職員の対応力の向上 3. 成年後見制度等の啓発 4. 高齢者虐待対応マニュアルの見直し
	【新たな取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センター統合に向けて、事業担当者で総合相談受付の流れや受付台帳等の様式の統一 	【新たな取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢者虐待の早期通報に関する啓発
達成状況 (効果)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 相談対応の統一化を意識して対応できるようになった。 2. 各地区で相談受付状況の確認や傾向を知ることができた。 3. ブロックリーダーと地区三職種でケースの支援方針を共有することで、よりチームケアができるようになった。 4. 関係機関との連携強化につながった。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢者虐待防止委員会を通して、各機関との虐待対応状況の共有を行い理解が深まった。 2. 事例検討(6回)を通して、アセスメントの枠組みを確認しケース対応力向上につながった。 3. 住民に対して成年後見制度等に関する啓発(8回)を行った。 4. 高齢者虐待対応マニュアル説明会を通して、職員の虐待対応への理解が深まった。 5. センターに来所した居宅介護支援事業所、介護サービス事業所(110件)に対しての啓発
課題等	<ol style="list-style-type: none"> 1. ソフトの受付票を使用することとなったため、新方法の定着に向けてのモニタリング。 2. センター統合後の総合相談受付の対応や集計方法等にズレが生じていないかの把握。 3. ブロックリーダーと地区三職種でのケースの支援方針の共有・協議を行うが、権利擁護事業として移行したため、新たな様式や方法の定着に向けてのモニタリング。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各機関とのネットワークの維持、整備 2. センター職員の対応力の向上 3. 高齢者虐待対応マニュアルの見直し
対応策	センターの事業担当者間での定期的な情報共有。	引き続き継続した取組みを進めていく。

	包括的・継続的ケアマネジメント事業	認知症総合支援事業
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括ケアの推進を図る。 2. 市内の居宅介護支援事業所等に所属するケアマネを支援することに加え、ケアマネが包括的・継続的ケアマネジメントを実践できる環境を整備する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 効果的な認知症サポーター養成講座の実施 2. 早期発見・早期治療に対する取り組み 3. 人材開発・活用 4. 認知症当事者とその家族の居場所づくり 5. 認知症の人の家族に対する支援 6. 認知症の支援に係る他職種との連携 7. 若年性認知症の人とその家族に対する支援 8. 認知症総合相談窓口の充実
取組み	【継続した取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 包括的・継続的ケアマネジメント合同会議（月1回）、市内、ケアマネ支援に関わる三者連絡会（年4回）、在宅医療・介護連携体制の構築に向けての研修会を開催 2. ケアマネ同士の交流会を各ブロックで開催したり、新規居宅介護支援事業所、特定事業所加算算定事業所ⅠⅡⅢを巡回訪問 3. ほうかつ便りの発行 4. センターからのお知らせを東部の居宅介護支援事業所へ発信 5. 主任介護支援専門員等のリストを更新 6. 特定事業所加算算定事業所に所属する主任介護支援専門員とどのような連携等ができるかを、合同会議や三者会議において検討 	【継続した取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症サポーター養成講座の開催調整（随時）、キャラバンメイト意見交換会の実施（市域、東西各1回）、ステップアップ講座の開催、認知症サポーターの活動の検討 2. 認知症初期集中支援チームの実施（チーム員会議/毎月）、認知症なんでも相談の実施（月2回） 3. 認知症カフェ等への取り組みの支援 4. 認知症家族会（あった会）への支援や、SOSネットワーク家族交流会への参加、認知症家族支援講座の実施 5. 認知症ケアパスの見直し 6. 若年性認知症当事者その家族の把握、課題の検討 7. 認知症総合相談窓口についての検討
	【新たな取組み】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護支援専門員実務研修のカリキュラムに追加された「実習」を受け入れ、協力したり、特定事業所加算事業所を対象に開催した意見交換会をどのように発展させていくかを三者連絡会で検討 2. H28.10から、主任介護支援専門員4名増員し体制を強化 3. 施設に所属するケアマネの支援に向けて、実態把握を行い、施設ケアマネのリストの作成 	【新たな取組み】
達成状況（効果）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市域全体として、制度の改正に対応した新たな取組みも含め、ケアマネ等の実践力の向上を図ることができた。 2. 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携体制が構築できた。 3. ケアマネ同士のネットワーク構築の足がかりとなった。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症サポーター養成講座（22件） 2. 認知症初期集中支援チーム（8回） 認知症なんでも相談（16件） 3. ステップアップ講座（3回） 4. ライムカフェ 5. SOSネットワーク家族交流会（1回） 認知症家族支援講座 6. ケアパス 7. 若年性認知症当事者その家族の把握、課題の検討 8. 認知症総合相談窓口
課題等	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネ等の実践力向上支援、ケアマネ同士のネットワーク構築支援等は継続して必要 2. 継続した居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携体制の構築 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域への認知症の正しい知識や対応の効果的な普及 2. 認知症の人やその家族の居場所づくり 3. 認知症相談窓口の活用
対応策	引き続き継続した取組みを進めていく。	<ol style="list-style-type: none"> 1. キャラバンメイトの養成 2. 地域組織との認知症当事者や家族の居場所に関する理解の共有 3. 認知症総合相談窓口の周知

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
目標	利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が営めることができるよう、自立に資する介護予防サービス計画の作成及びケアマネジメントの実践力向上を図る。	要介護・要支援状態になる恐れのある高齢者を対象に課題分析等を行い、生活機能向上に対する意欲を高め、心身機能の強化を図り、活動的に生きがいがある生活を送れるように支援する。
取組み	【継続した取組み】 (センター内) 1. 外部研修への参加や、定期的にケアマネジャー会議を開催。 2. 苦情相談窓口を一本化して、速やかに対応。担当ケアマネジャーと振り返りを行う。 3. 困難ケースは、管理者や地区担当とチームで支援実施。 4. 支援終了ケースはセンター内のマニュアルに従い管理・破棄を行う。 (一部委託) 1. 一部委託事業所担当者が支援課題を感じたときは、管理者へ報告し包括的・継続的ケアマネジメント事業等、支援者支援につなぐ。 2. 公平性・中立性の観点でのサービス提供について、ケアマネへ周知した。	【継続した取組み】 1. 自立支援型ケアマネジメント会議を実施し、事業の利用者の今後の方向性について多職種で検討を行った。 2. チーム会、地域アセスメントを行い、自費サービスを行っている事業所や、地域での車椅子の置き場所、介護タクシーの利用方法一覧をまとめ、共有を図った。 3. 事業の終了に伴い利用者の状況を再アセスメントし、介護保険新規申請、地域の社会資源につなげた。
	【新たな取り組み】 1. 介護予防支援業務の流れと留意事項の見直しを行うとともに、内部研修を職員全員に実施した。 2. 総合事業について、市の高年介護室の担当者と勉強会を実施した。	【新たな取り組み】 総合事業のモデル事業として、短期集中予防サービス等新たな事業へつなげていく。
達成状況 (効果)	1. 自立支援に資するケアマネジメントの理解を深めることができた。 2. 総合事業の説明会を開催し、総合事業の開始に向けた実践の準備ができた。	利用者が、介護予防事業終了後も活動的に生きがいがある生活を送れるよう、地域の社会資源等につなげた。
課題等	1. 総合事業の円滑な実施のための準備・調整 2. 自立支援に資するケアマネジメント実践力向上を図る。	総合事業の円滑な実施のための準備・調整
対応策	1. 介護予防ケアマネジメントマニュアルを作成・配布し、実践に活用していただく。 2. 自立支援型ケアマネジメント会議への出席。	総合事業へつなげていく。