資料２－１

令和５年度(2023 年度)

つくば市地域包括支援センター

事業実績報告

つくば市

総評は以下のとおり。

【包括支援係】

前年度同様に地域包括支援課内に直営の地域包括支援センター(基幹型)を設置するとともに、身近な相談窓口として各日常生活圏域に６か所の委託型地域包括支援センターを設置し、地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう相談支援を実施した。相談の内容については、高齢者の介護に関する相談に限らず、経済的な困窮や家族関係に関すること、8050 問題等、重層的な課題を有する相談も増加してきており、課題を解決するためには、幅広い知識や関係機関との連携が必須であることから、毎月開催している地域包括支援センター定例会において各地域包括支援センターの取り組み状況を共有し、対応力の向上を図るとともに、関係機関との意見交換会を実施し、顔の見える関係性を構築し連携強化を行った。

【認知症総合支援係】

令和元年に認知症施策推進大綱が取りまとめられ、基本的考え方として「共生」と「予防」が示された。また、令和６年１月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法、通称「認知症基本法」が施行され、認知症施策に関した基本理念が定められた。

認知症を正しく理解するための普及啓発として、キャラバン・メイト協力のもと、幅広い世代に向けて認知症サポーター養成講座等の事業に取り組んだ。また、地域で活動意欲のある認知症サポーターに、ステップアップ講座を実施し、サポーターがチームを組んで認知症の方を支援する、チームオレンジが活動を開始できている。

市民への認知症の理解については、認知症ケアパスの配布、市内８か所に誰でも立ち寄れるオレンジカフェを設置し、市民に向けての情報発信を継続して行っている。企業と連携した市民によるオレンジカフェの立ち上げ支援も行うことができた。また、認知症当事者の発信の場として、本人ミーティングの開催や、認知症の方を介護している家族のミーティングを実施した。

認知症の有無にかかわらず、同じ社会でともに生きる認知症バリアフリーのまちづくりを目指して、引続き認知症の理解についての啓発を行っていく。

【介護予防係】

高齢者の介護予防と継続的な支援、専門職に向けての支援及び地域での支援体制構築を目的とし、市民を対象とした家庭訪問（お元気訪問）や各種介護予防教室の開催、地域リハビリテーション活動支援事業（おうち de リハ）、傾聴ボランティア事業（おうち de 交流）を実施した。また、専門職に対して圏域別ケア会議や法定外研修を実施し、生活支援体制整備事業や市地域ケア会議の開催により地域課題に対する具体的取組みが展開された。

今後も引き続き、委託センターと協働しながら実態把握訪問や新たな介護予防教室を

実施していくほか、ケアマネジャーの質の高いケアマネジメント力の向上を促すよう、側面的支援を継続する。また、生活支援体制整備事業における、住民主体の地域支えあい会議運営や地域活動創出を促し、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりを進めていく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第１　地域包括支援センター運営体制　（令和６年(2024 年)３月 31 日時点）

つくば市地域包括支援センター（直営）
筑波地域包括支援センター（委託）
大穂豊里地域包括支援センター（委託）
谷田部東地域包括支援センター（委託）
谷田部西地域包括支援センター（委託）
桜地域包括支援センター(委託)
茎崎地域包括支援センター（委託）

【つくば市地域包括支援センター職員配置状況】

職　種	職員	会計年度任用職員
社会福祉士	5	1
保健師	4	0
看護師	0	1
主任介護支援専門員	1	0
介護支援専門員	0	0
事務職	5	3
合計	15	5

【令和５年度地域包括支援センター担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
つくば市地域包括支援センター（直営）	委託地域包括支援センターの後方支援を実施
筑波地域包括支援センター（委託）	筑波（秀峰筑波）
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂（大穂）、豊里（豊里）
谷田部東地域包括支援センター（委託）	谷田部東（手代木、春日学園、谷田部東、学園の森、研究学園）
谷田部西地域包括支援センター（委託）	谷田部西（谷田部、高山、みどりの学園）
桜地域包括支援センター(委託)	桜（桜、竹園東、並木、吾妻）
茎崎地域包括支援センター（委託）	茎崎（茎崎、高崎）

第２　業務実施内容

Ⅰ　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

ア　地域におけるネットワークの構築

・啓発活動：民生委員児童委員連絡協議会での周知活動、ホームページ随時更新
・地域ケア会議：圏域別ケア会議に圏域担当職員が参加
・地域の社会資源の把握と活用：高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識、ハートページ、在宅医療と介護のサービスマップの内容を更新

イ　実態把握

・高齢者台帳、国保データベース（ＫＤＢ）システムの対象者に対して保健師等による訪問等の実施

ウ　総合相談支援【重点項目】

・相談対象者数 868 人　相談延件数 986 件
・地域包括支援センター定例会、相談票回覧等により対応力向上、連携強化を行った。

(2) 権利擁護業務

ア　成年後見制度の活用促進

・成年後見制度活用促進、地域連携ネットワーク体制を構築することを目的とする中核機関（つくば市・つくば成年後見センター）を設置
・第二期つくば市成年後見制度利用促進基本計画を策定
・成年後見制度及び任意後見制度に関する相談　延件数　25　件
・市長申立ての手続き（成年後見制度の利用が必要であるが、親族不在や親族の申し立てが見込めない場合）　件数　４　件

イ　高齢者虐待への対応

・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む）　延件数　83　件
・養護者における虐待通報　受理件数　77　件
・地域密着型サービス事業所連絡会における高齢者虐待防止研修　１回開催
・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催　１回
・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催　１回

ウ　消費者被害の防止

・市民や専門職等に消費生活センターの情報誌の配布

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

・各委託センターが主体となり圏域別ケア会議を実施。市内全域 24 回

・介護支援専門員の意見交換会をつくばケアマネジャー連絡会で随時実施
・保健福祉関係者のための市内の保健福祉サービス民間関連サービス概要（ミニ知識）の作成と関係機関へ 900 冊配布。
・最新の介護保険サービス情報やサービス提供体制の公表。

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・ケアマネジャー連絡会への支援
（ア）定例会/10 回/826 名
（イ）役員会/10 回/144 名
・法定外研修/３回
１回目「在宅医療と介護の多職種連携研修会」
２回目「認知症フレンドリー講座（VR 体験）」
３回目「適切なケアマネジメント手法を学ぶ」

ウ　日常的な個別指導・相談

・介護支援専門員の個別相談　2,164 件（同行訪問 120 件）

２　包括的支援事業（社会保障充実分）

（1）在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

・在宅医療・介護連携推進協議会　２回（５月、３月開催）
・在宅医療・介護連携推進協議会　５部会　11 回

～医療と介護のありたい姿
（市民と専門職が目指す地域の理想像）の実現を目指して～

ア　希望の生き方を共に考える

・ありたい姿の進捗管理及び分析
・要介護認定更新時のアンケート内容改良及びアンケート調査の実施
・在宅医療・介護啓発講座　９回（参加者数 193 人）
・在宅医療・介護オンライン講座の配信
延再生回数　医療編　1,441 回、介護編　306 回
・市ＨＰの在宅医療・介護について、内容の見直し
・「わたしの生き方ノート」（エンディングノート）作成・配布　配布数 990 冊

イ　本人を第一に考えた多職種連携

・「わたしの大切な情報カード（お薬手帳）」を介護保険認定者へ配布
（約 8,000 人）
・専門職が連携に必要な社会資源等の情報把握
・在宅医療と介護のサービスマップの作成及び電子化、介護保険情報誌ハートページの内容追加
・「連携タイム」「気を付けたいこと 10」「退院前情報共有チェックシート」の活用促進

・近隣市に対し ICT 連携ツールの活用状況を調査
・ケアマネジャーに対し医療連携に関するアンケート及び連携タイム活用に関するアンケートを実施

ウ　専門職のスキルアップとやりがい

・ACP に関する研修、意見交換会の企画及び実施【**重点項目**】
　多職種連携研修　２回
　第１回 10 月（参加者数 76 人）、第２回２月（参加者数 31 人）

エ　認知症になっても安心して暮らせる地域（他事業・協議体での重点事項）

オ　多様な生活の場の提供

カ　相互に支え合う生活支援・介護予防（他事業・協議体での重点事項）

キ　誰一人取り残さない

・センターの相談体制の充実

(2) 生活支援体制整備事業【重点事業】

ア　第１層（市レベル）協議体の開催　４回【重点項目】
・つくば市地域ケア会議と同時開催し「ごみ出し支援」と「移動支援」の２つの地域課題に対してタスクフォースを形成し、提言の提出と移動支援セミナー実施につなげた。

イ　第２層（７圏域）協議体の開催　圏域ごとに２回
・生活支援コーディネーターが中心となり会議を開催、住民主体の活動報告、社会資源冊子の作成、コアメンバーの配置等、議論を深めた。
・今年度よりテーマ別研修会ということで、食を通した支援活動、防災に関わる活動、子ども子育て活動について、生活圏域を超えて同じ活動を行っている団体や、活動を始めたい方々を対象とした研修会・情報交換会を実施し、活動者・団体がつながるきっかけとなる場づくりを行った。

ウ　住民主体の集いの場づくり等の支援
・生活支援コーディネーターが、新たな集いの場（サロン等）の立ち上げ及び運営支援を行い、市内で新たな取り組みが開始された。ふれあいサロンについて 11 の新規の団体が立ち上がった。

エ　関係する担当課との連携
・高齢福祉課、環境衛生課、総合交通政策課等と地域課題の取り組みについて情報共有を行った。

(3) 認知症総合支援事業

ア　認知症初期集中支援事業

(ｱ)認知症初期集中支援チームの運営
　設置場所：２か所

・つくば市北部認知症初期集中支援チーム（とよさと病院認知症疾患医療センター）
・つくば市南部認知症初期集中支援チーム（つくば市直営）

(ｲ)チーム員会議

・北部南部合同チーム員会議　７回

(ｳ)対応した件数

・つくば市北部認知症初期集中支援チーム　11 件（内　新規７件）
・つくば市南部認知症初期集中支援チーム　２件（内　新規１件）

(ｴ)認知症初期集中支援チーム検討委員会　１回

イ　認知症サポーター等養成事業【重点事業】

・認知症サポーター養成講座　27 回開催　912 名養成
・認知症サポーターステップアップ講座　４回開催　59 名出席
・チーム・オレンジ　５チーム（ふれあいサロン（３）、認知症カフェボランティア、シルバー人材センター）
・つくば市キャラバン・メイト連絡会の運営支援
　総会１回、役員会３回、正副会長打合せ３回
・キャラバン・メイト　スキルアップ研修会　31 名出席
　演題　「認知症サポーターに伝えたい認知症の知識や施策について」
・啓発活動（若い世代に向けた認知症サポーター養成講座については、児童館と連携して講座を開催し、また、夏休みの小学生講座や小学校での講座が開催できた。）

ウ　認知症地域支援・ケア向上

（ア）　認知症カフェの運営支援（８か所）

・令和５年 10 月から、谷田部東地区内にオレンジカフェ in おはなリハ開設
・ オレンジカフェ in 筑波（委託先：介護老人保健施設アリエッタ）
　12 回　参加延人数　115 名（内　本人 23 名　その他 92 名）
・ オレンジカフェ in なごみ（委託先：とよさと病院認知症疾患医療センター）
　12 回　参加延人数　157 名（内　本人 29 名　その他 128 名）
・ オレンジカフェ in きずな（委託先：ストレスケアつくばクリニック）
　12 回　参加延人数　73 名（内　本人 15 名　その他 58 名）
・ オレンジカフェ in くきざき（委託先：認知症の人と家族の会）
　11 回　参加延人数　142 名（内　本人 11 名　その他 131 名）
・ オレンジカフェ in おおほ　カフェ・フルール（委託先：大穂豊里地域包括支援センター）
　11 回　参加延人数　112 名（内　本人 21 名　その他 91 名）
・ オレンジカフェ in かえで（委託先：小規模多機能型居宅介護　楓）
　６回　参加延人数　83 名（内　本人 15 名　その他 68 名）
・ オレンジカフェ in みどりの（委託先：在宅看護センターゆう）
　12 回　参加延人数　71 名（内　本人 26 名　その他 45 名）

・ オレンジカフェ in おはなリハ（委託先：おはなリハケアマネステーション）
６回　参加延人数　21 名（内　本人２名　その他 19 名）

（イ）　市民向け認知症ケアパスの配布

・4,000 部印刷

・配布場所：地域包括支援センター、窓口センター、地域交流センター、
認知症サポーター養成講座　等

（ウ）認知症研修会（市民向け、介護支援専門員向け講座）の開催

・認知症予防について学ぶ講座を実施（９月、12 月）

・認知症フレンドリー講座開催（VR 体験）11 月

（エ）　認知症お困りごとメール相談

・延４件（とよさと病院認知症疾患医療センターが対応）

（オ）　認知症地域支援推進員の配置【重点項目】

・認知症地域支援推進員打合せ　12 回

・９月の茨城県認知症を知る月間で、認知症疾患医療センター主催の認知症啓発活動に協力した。

エ　認知症高齢者等見守り事業

・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大

・事前登録者数 131 名　認知症支援メール登録者数 1,146 名

・協力事業数 109 か所

・SOS ネットワークを利用して捜索した件数３件

・認知症高齢者等保護支援事業（GPS）
13 名（内　新規４名）利用
（令和６年３月末現在　靴収納型９名　中止４名）

(4) 地域ケア会議推進事業【重点事業】

ア　つくば市地域ケア会議の開催　４回【重点項目】

・つくば市生活支援体制整備推進と同時開催し、「ごみ出し支援」と「移動支援」の２つの地域課題に対してタスクフォースを形成し、提言の提出と移動支援セミナー実施につなげた。

イ　圏域別ケア会議の開催　24 回

・各委託センターが主体となって圏域別ケア会議を実施。

・各委託センターに向けた事例検討研修会を実施。

ウ　自立支援型個別ケア会議の開催　10 回

・生活上の阻害要因の解決のための専門職の活用等に結びついており、ケアマネジャーの自立支援及び介護予防のケアマネジメントに資する支援を行えた。

エ　クイックケア会議　89 回

・早期の検討が必要な事例について、各地域包括支援センターで協議を行った。

オ　ピックアップケア会議　２回

・クイックケア会議で解決しなかった事例について、専門職を交えた検討を行った。

３　総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

ア　介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の請求件数は２件

イ　短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

・運動機能向上プログラム内訳

(ｱ) 令和４年度継続者　　２名

(ｲ) 令和５年度新規対象者　11名

・低栄養改善・口腔機能向上プログラム利用者内訳

(ｱ) 令和４年度継続者　１名

(ｲ) 令和５年度新規対象者　２名

(2) 一般介護予防事業

ア　介護予防把握事業

国保データベース（ＫＤＢ）システムで訪問対象者を抽出し、訪問指導を行った。把握数延469名

【抽出内容（延人数）】

① 過去５年間未受診（医療・健診）かつ介護保険未利用者　延128名

② 令和３～４年度介護保険認定期限切れ者及びサービス未利用者　延96名

③ 低栄養・口腔機能低下者　延221名

④ 介護保険非該当者　延24名

イ　介護予防普及啓発事業

(ｱ)「フレイルサポート教室」

１クール３回、65歳以上かつ、要支援１・２の認定があり、介護サービス未利用の方を対象とし、認知機能向上のための講話と実践を通して、生活習慣改善の契機となる支援となる教室を開催

参加者　実22名、延54名

・１クール目　筑波圏域

・２クール目　大穂豊里圏域

・３クール目　谷田部東圏域

・４クール目　茎崎圏域

(ｲ) 家族介護のための講座

介護準備や実際の介護方法などについてテーマ別講座を実施した。

参加者延144名

（ｳ）若年層（小学生）向けの高齢者への理解を深める講座
認知症サポーター養成講座とタイアップして実施した。
参加者　小学生実 11 名、保護者実 13 名

(3) 地域介護予防活動支援事業

ア　介護支援ボランティア制度（げんき応援ポイント）
・ボランティア登録者 75 名（うち新規 12 名）
・指定受入機関 55 施設（うち新規 1 施設）
・６施設及び移動販売場所で計 12 名活動
（うち介護支援ボランティア交付金申請者 10 名）
・令和５年７月、令和６年２月に介護支援ボランティア交流会を開催
（延 33 名参加）
・コロナ禍における今後の介護支援ボランティアの受入れについて、受入れ協力施設に説明会を実施。ボランティア登録者に対し、受入れ施設についての周知を行い、活動促進を行った。

イ　傾聴ボランティア事業「おうち de 交流」の実施【重点項目】
ひとり暮らしや閉じこもりがちな高齢者宅へ、傾聴ボランティアが伺い、傾聴を通した交流を行った。また、スキルアップ及びボランティア同士の交流を深めるため、ボランティア養成講座や研修会を実施した。
・利用申込者数　33 名
・傾聴ボランティア活動延回数　146 回
・傾聴ボランティア数　46 名（うち２名令和６年度更新なし）
・傾聴ボランティア養成講座　２回　（参加者　49 名）
・傾聴ボランティア研修会　　２回　（参加者延 37 名）

(4) 地域リハビリテーション活動支援事業「おうち de リハ」の実施

ア　介護予防活動普及促進支援　４回
イ　ケアマネジメント支援　32 回
ウ　福祉環境コーディネート支援　１回
エ　介護予防ケア向上支援　０回

4　指定介護予防支援事業

・請求件数：総合事業２件
・本事業に関する基準及び地域支援事業による、介護保険等関連情報の活用、虐待防止に関する措置、職場におけるハラスメント防止に関する措置及び業務継続計画の策定、感染症の予防及びまん延の防止のための措置等の基準の理解を深めるため、各委託センターからの相談対応、運営規定の見直しについて指導。

・委託センターと居宅介護支援事業所との業務委託関係上の効率化を考慮した「つくば市介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン」を作成した。
・令和６年度介護報酬改定により、指定介護支援事業所が介護予防支援を実施できるようになったことに伴い、利用者との契約方法を変更し、介護報酬の設定等を行い、説明会を実施する。

５　高齢者等買物支援事業　**【重点事業】**

・移動販売事業者に対し補助を行い、買物が困難な高齢者等を支援につながった。
・令和４年度と同様３台の販売車が稼働し、延 151 か所で販売。
・令和６年４月から新規２か所での販売を開始する。
・利用者概数　約 36,000 名
・「つくばスーパーサイエンスシティ構想」における位置情報アプリとの連携し、利便性の向上に取り組んだ。

第３　成果、評価、課題、今後の取組方針について

【包括支援係】

成果

・地域の身近な相談窓口として市内６か所に設置している地域包括支援センターと基幹型である直営の地域包括支援センターが連携し、年間を通して地域住民の様々な相談に対応することができた。
・毎月開催している地域包括支援センター定例会において各センターの取組状況を共有し、対応力の向上を図るとともに、関係機関との意見交換会を実施したことで顔の見える関係性を構築し連携を強化することができた。
・権利擁護に関しては、成年後見制度について市民への啓発を行うとともに市長申立て及び後見人への報酬助成を行うことで対象者の権利擁護を図ることができた。
・つくば市成年後見制度推進事業運営委員会にて、第二期つくば市成年後見制度利用促進基本計画を策定することができた。
・在宅医療・介護連携推進事業において、啓発講座の開催及び動画の配信、出前講座の実施、介護保険認定者へわたしの大切な情報カードの配布、エンディングノートやサービスマップの作成・配布等の取組を行うことで市民に対し在宅医療・介護の普及啓発ができた。
・ケアマネジャーに対して行った調査により、医療連携においての課題を把握することができた。また、ICT システムを活用した連携体制整備に向け近隣市に対し調査を行うことで、近隣市の現状や導入に向けた課題等を把握することができた。

評価

・地域包括支援センターの運営や各事業について、計画的に事業を実施することができている。

・地域包括支援センターについて、定例会や職種別ミーティングを通して対応能力の向上を図るとともに関係機関との連携を強化する取組を継続できている。
・高齢者の権利擁護については、成年後見制度の市民への普及啓発活動を継続できており、市長申立て等により積極的な権利擁護を図ることができている。

課題
・地域包括支援センターの認知度向上を図るため、更に周知を進める必要がある。
・重層的な課題を有するケースが増加してきているため、地域包括支援センターの職員の対応能力の向上と関係機関との更なる連携の強化が必要。
・在宅医療の認知度が伸び悩みを示しており、ACP を含めた周知、普及を進める必要がある。
・医療と介護の連携を高めるため、顔の見える関係づくりに繋がる研修・意見交換会を実施する必要がある。また、切れ目のない連携を実現するため、ICT ツール導入に向けた準備を進める必要がある。
・成年後見人において、担い手の育成・活動の促進が必要である。市民後見人の育成、活用の在り方の再検討が必要である。

今後の取組方針
・地域包括支援センターの認知度を向上させるため周知活動を継続する。
・様々な課題に適切かつ迅速に対応できるよう、引き続き事例共有や関係機関との意見交換の場を設けていく。
・医療と介護のありたい姿へ向けて、多職種からの意見を集約し、つくば市の現場に合った事業となるよう取組を修正していく。
・在宅医療・介護連携推進事業の評価指標を活用し、事業の進捗管理及び次年度の事業計画に反映をさせる。
・専門職からの医療と介護の連携に関する相談や支援体制の整備を図るため、連携支援センター設置に向けた準備を行う。
・市民後見人養成講座を開講し、市民後見人の更なる養成・育成を進めていく。

【認知症総合支援係】
成果
・認知症サポーター養成講座については、参集形式だけでなく、オンライン講座を活用したことで企業からの依頼が増えた。小学校、夏休みの子供向け講座や、児童館などでも講座の実施ができたことで、幅広い世代への講座が実施できた。
・認知症サポーターステップアップ講座を４回開催し、つくば市チームオレンジの活動（サロン、認知症カフェボランティア、シルバー人材センター）に繋げることができた。

・谷田部東圏域に新たに認知症カフェの立ち上げを行い、市内カフェが８か所となった。また市民型の認知症カフェ「けんがくふらっとカフェ」が開始となった。
・市民向けの認知症啓発講座を 2 回（9 月、12 月）に実施し、認知症の正しい理解を伝えることができた。講座内容の動画配信も行った。

評価

・認知症施策推進大綱に基づき、計画的に事業を実施することができている。
・参集形式だけでなくオンライン等を活用し、認知症サポーター養成事業等は計画的に実施できた。チームオレンジが５か所で活動開始となったことで、認知症サポーターの新たな活躍の場を広げることとなった。
・全圏域に委託型のカフェの設置ができ、コロナ禍で減っていた参加人数も徐々に回復してきた。市民型のふらっとカフェはロコミで参加者が増え、若い世代や認知症当事者、障害を持った方の参加もあった。身近な場所での開催により市民の目に付きやすく参加しやすい場となっている。

課題

・様々な方法で周知活動を行ってはいるが、認知症を正しく理解できていない、相談場所がわからないという市民はまだまだ多く、市の事業を始めとする認知症に関する情報も市民に伝わっていない現状がある。
・認知症の正しい理解を広めていくため、幅広い世代に向けて、継続した認知症サポーター養成講座を実施する必要がある。企業との連携や、世代別の伝え方の工夫などが必要。
・認知症サポーターが地域で活動する意欲を継続するための、フォローアップ研修や活動場所を検討する機会を作っていく必要がある。

今後の取組方針

・認知症の人やその家族等が地域で安心して暮らせる地域づくりを行うため、本人ミーティングや家族ミーティングの開催し、当事者の声を聴きながら施策へ反映させていく。また引き続き認知症サポーター養成講座の開催を通して認知症の正しい知識を持つ市民を養成し、認知症バリアフリーの地域づくりを進めていく。
・認知症初期集中支援チーム一本化に伴い、認知症に関する相談体制を整備し委託地域包括支援センター、初期集中支援チーム、関係機関がともに動きやすい体制を整備し、市民へ周知していく。
・認知症に関する情報の周知に関しては認知症地域支援推進員とともに検討しつつ、講演会やホームページ、広報等様々な機会を通して行っていく。

【介護予防係】

成果

・圏域別ケア会議は、各センターが主体となり事例検討を実施し、専門職から出された具体的な対応をまとめる等、各センターと介護支援専門員が協働し課題解決や圏域でのネットワーク構築に取り組んだ。
・一般介護予防事業に関しては、新規事業である傾聴ボランティア事業（おうち de 交流）を実施し、介護予防のための効果的な支援に繋がった。また、介護予防普及事業では、小学生教室及び介護教室を通して、若い世代に対して介護予防に関する知識について普及啓発することができた。
・生活支援体制整備事業や市地域ケア会議に関しては、２つの地域課題に対しタスクフォースを形成して具体的な協議が展開され、課題の共有や担い手支援、解決のための提言の提出に繋げることができた。

評価

・各事業において一定の取組を行うことができており、計画的に事業を進めることができている。
・新規事業として行った傾聴ボランティア事業（おうち de 交流）は、市民の健康増進及び介護予防の意識向上の契機となっている。

課題

・高齢者の介護予防のため、実態把握訪問、介護予防教室の継続的な開催や訪問型サービスＣ及び傾聴ボランティア（おうち de 交流）の利用周知、また、介護支援ボランティア活動の場の確保の検討を引き続き行う必要がある。
・生活支援体制整備事業では、各圏域の地域課題の進捗状況を共有し、地域住民が主体となる会議運営や地域の支援体制構築が求められる。また、市地域ケア会議による地域課題へのアプローチと連動させた取組を行い、他課とも連携体制を組んでいくことが課題となる。

今後の取組方針

・介護予防事業に関しては、委託センターと協働して実態を把握し、多くの高齢者が自身の健康意識を高め、必要に応じ適切なサービス等に繋がるよう支援する。また、引き続き傾聴ボランティアの利用者増加を目指すとともに、介護予防教室や介護支援ボランティア制度を通した介護予防普及啓発活動を進めていく。
・介護支援専門員等に対して、質の高いケアマネジメント力の向上及び地域包括ケアシステムを充実させ対応力の強化を具体的に進める。
・生活支援体制整備事業では、２層 SC と協働し、各圏域で行う地域支えあい会議と第１層協議体を連動させながら、住民の取り組みを支援していく。

資料２－２

令和５年度(2023 年度)

筑波地域包括支援センター

事業実績報告

社会福祉法人　恵愛会

総評は以下のとおり。

地域の医療・介護の専門職や民生委員等の関係者、関係機関と連携を図りながら、相談・支援を行ってきた。在宅での看取りの対応も多くなり、本人や家族、多職種と連携しながら介護支援専門員への支援を行ってきた。

地域の介護支援専門員との情報共有に関して話し合いや情報提供を重ね、事業継続計画に絡めた連携方法の検討を進めた。緊急時には包括からの一方的な情報提供だけでは無く、双方からの情報提供が必要と考え、対応していく。

地域ケア会議において、介護支援専門員だけではなく薬剤師や理学療法士からの事例提供により新しい視点で支援検討が出来た。関係機関や関係者だけでなく、地域住民の参加ができるよう働きかけを行っていく。

多職種の方の協力のもと「フレイルサポート教室」や「健康教室」を開催することができた。毎年の開催を踏まえ、内容を充実させていく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第１　地域包括支援センター運営体制　（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

【筑波地域包括支援センター職員配置状況】

職　種	職員	常勤兼務
社会福祉士	1	0
保健師	1	0
主任介護支援専門員	1	1
事務職	0	1
合計	3	2

第２　業務実施内容　（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

１　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務【重点項目】

・筑波地域包括支援センター独自のチラシを作成し、広報を行うとともに、かわら版を作成し関係機関への配布を行った。

・訪問前対応確認票を用い、訪問前後の状況を 2 名で確認、個人情報書類の確認、対応状況や進捗状況を確認しながら支援を行った。

・薬剤師や管理栄養士、地域の介護支援専門員やサービス事業所等の協力を得て、「健康教室」を開催。地域住民へ介護予防や健康への知識の提供、又、体を動かす事へのアプローチを行った。（3 回開催延人数 66 名参加）

・困難な事例に対し、クイック会議を開催した。（33 件延人数 181 名参加）

・祝日は通常営業、電話対応は 24 時間体制で実施、時間外や休日等の対応を継続

している。
・グループホーム「デルフィー」運営推進会議参加
・看護小規模多機能型居宅介護支援事業所「なかよし」運営推進会議参加
・相談対象者数 483 人。相談延件数 928 件。

(2) 権利擁護業務

ア　成年後見制度の利用促進

・相談内容に応じ、制度のわかりやすい説明を行い、相談者が理解できるよう努めた。
・成年後見に関する実相談件数 7 件。（申立件数 1 件）

イ　高齢者虐待への対応

・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を実施。
・虐待（虐待防止を含む）に関する実相談件数 11 件。（虐待判断 3 件）

ウ　消費者被害の防止

・警察や介護支援専門員等から得た地域で発生している事案の情報をもとに、かわら版等で情報発信、注意喚起を行い、必要に応じ消費生活センター等へ案内を行った。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

・介護保険制度に限らず、地域の社会資源の情報提供・支援を行った。
・民生委員や区長等と連携し、介護支援専門員へ支援を行った。
・地域の訪問介護事業所閉鎖時には、居宅介護支援事業所と情報交換、問題解決を図った。
・介護支援専門員からの相談件数 322 件、同行訪問 16 回。

2　包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

・住み慣れた自宅で人生の最期が迎えられるよう、入院先の医療機関や在宅医サービス、介護保険サービス事業所や介護支援専門員等と連携し、本人や家族の希望がかなえられるよう支援
・「わたしの生き方ノート」（エンディングノート）配布
・研修会等参加

(2) 生活支援体制整備事業

・第 1 層協議体参加
つくば市地域ケア会議と生活支援体制整備事業推進会議参加
・筑波圏域第 2 層協議体参加

地域支えあい会議参加
筑波地区防災イベント参加協力
・第 3 層協議体参加
小田いきいき会議「見守り部会」「防災部会」参加
旧北条小学校区地域見守りネットワーク会議参加

(3) 認知症総合支援事業

・認知症サポーター養成講座開催協力
・認知症疾患医療センター医療連携協議会参加
・認知症カフェ「オレンジカフェ in 筑波」協力、参加者の相談対応
「オレンジカフェ in エーザイ」協力
・認知症を知る月間啓発活動
・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業の周知、拡大
・認知症初期集中支援チーム協力支援

(4) 地域ケア会議推進事業【重点項目】

・圏域別ケア会議の開催
参集型 4 回開催。延べ 124 名参加
・自立支援型個別ケア会議へ協力、本人出席の会議参加

3　総合事業

(1)介護予防・生活支援サービス事業

短期集中予防サービス「訪問型サービス C」について、地域住民、介護支援専門員等へ周知、利用時には介護支援専門員と連携し導入支援を行った。

(2) 一般介護予防事業

・国保データベース（ＫＤＢ）システムで抽出された訪問対象者（お元気訪問）延 67 件訪問し、定期訪問やサービス利用に繋いだケースあり。
介護保険未利用（延 20 件）・オーラルフレイル・低栄養（延 24 件）
健康診断未受診（延 17 件）・介護保険非該当（延 6 件）
・介護予防普及啓発事業「フレイルサポート教室」実施協力
・つくば市地域リハビリテーション活動支援事業「おうち de リハ」の広報及び、利用への支援と圏域の介護支援専門員へ広報

4　指定介護予防支援事業

・要支援者が適切な介護予防サービス等の利用ができるよう委託居宅介護支援事業所とともに支援を行った。

	請求件数	初回加算件数	委託連携加算件数
介護予防ケアマネジメント	508	30	30
介護予防支援	1,251	48	49

第３　成果、評価、課題、今後の取組方針について

成果

・総合相談に関し、障害福祉課や社会福祉課等市役所の関係機関と連携、又、地元の交番とも情報を共有し支援を実施してきた。障害福祉や社会福祉の知識も蓄えることができた。

・在宅・看取り対応の支援で、入院医療・在宅医療・介護支援専門員・サービス事業者等で連携し、本人や家族からの希望である最期まで在宅で過ごすことが実現できた。

・「健康教室」の開催ができ、地域住民参加、地域の関係者との協力し連携ができた。

・第２層協議体・第３層協議体へ参加することで、地域の方とともに近い立場で「防災イベント」等に協力することができた。

・事業継続計画に絡め、今まで利用していた筑波圏域の介護支援専門員の連携ツール（筑波包括から一方的なメール発信）では無く、双方向からの情報共有ツールへの必要性について話し合いができた。

評価

・事業計画に沿って、一定の取り組みを行うことができた。

・「地域ケア会議」「フレイルサポート教室」「健康教室」を関係各所・関係者の協力のもと滞りなく実施することができた。

・総合相談支援に際し、入院先の医療と在宅サービスがスムーズに移行できるよう、介護支援専門員等と家族の調整を行うことができた。

・クイックケア会議において多職種の参加があり、個別支援のネットワークが構築されることとなり、課題抽出に繋げることができた。

・認知症初期集中支援チームと連携し、受診・サービス導入へとつながった。

・筑波圏域の介護支援専門員の連携ツールの話し合いはできたが、全事業所の了解を得ることができず、実施にいたっていない。

・圏域別ケア会議において、地域住民や民生委員の参加が少なかった。地域のネットワーク強化にいたっていない。

課題

・広報や健康教室の開催等で一定の包括支援センターの認知度はあると思うが、未だ認知度は増えていないように感じる。細かなところでの広報等の必要性がある。
・生活支援体制整備事業の温度差が地域にある。市内で地域差があるように筑波圏域内でも広がっている。

今後の取組方針

・出前講座などを通じ、広報を行っていく。
・「フレイルサポート教室」「健康教室」等介護予防に力を入れた教室を定期開催し、介護予防が地域に根付くような活動を実施する。
・生活支援コーディネーターと連携し、地域住民の集まる場所の拡大、地域主体の催しを支援する。

資料２－３

令和５年度（2023 年度）

茎崎地域包括支援センター

事業実績報告

社会福祉法人　つくば市社会福祉協議会

総評は以下のとおり。

【経過と圏域の特徴】

茎崎地域包括支援センターは、茎崎圏域の身近な相談窓口として平成 29 年 10 月に設置され約６年が経過した。担当する茎崎圏域は、令和６年４月１日現在、圏域内人口 22,770 人に対して高齢者人口が 8,690 人、高齢化率 38.16％と、市内の他の圏域と比較すると高い値となっている。一方、一号被保険者に対する要介護認定者の割合としては、15.35％となっている。サロンやサークル活動などが盛んで、元気な高齢者も多いという特徴もあるので、引き続き『予防』を意識した活動が求められると感じる。

また、地域環境としては、周辺市街地地区、農村地区、大規模団地と多様であり、地域住民の生活環境の違いも相まって、相談内容等は実に多様である。

【総合相談支援業務】

相談内容は、高齢者世帯の介護日常に関する相談や医療に関する相談、権利擁護を含む相談等を、本人や家族、民生委員やその他の関係機関等から受け、制度の説明や紹介、継続した支援を実施した。

８０５０問題のように、介護・障害・困窮や、そこから派生する権利擁護、近隣との生活トラブル等の課題を抱える多世代の相談に対し、解決の糸口を見い出せるように、課題の整理や各種専門機関への相談等の対応を行った。

【地域包括ケアシステム】

地域の状況の把握や圏域内外の関係機関と連携が取れる体制を構築するために、地域ケア会議や自立支援型個別ケア会議、生活支援コーディネーターが開催する地域支え合い会議、その他の会議研修等に参加した。ケアマネジャーを含む、地域からの相談があった際には、同行訪問を行うなど、迅速な対応を行った。

【今後について】

今後も、圏域の特性を市と共有し、適切な相談体制の在り方を検討していく。

地域住民や支援関係者との関係性を大切にし、相談事例の課題が重度化する前に支援に繋げられるように努める。

また、複雑多様化する相談内容にも適切に対応していくために、専門職としての知識や支援技術の向上を図れるよう、職員の研修の機会も確保していく。法人内の各事業とも連携を図り、地域包括ケアシステム構築に向けた活動を意識していきたい。

第１　地域包括支援センター運営体制（令和６年(2024 年)３月 31 日時点）

【茎崎地域包括支援センター職員配置状況】

所長兼主任介護支援専門員	１名（常　勤）
社会福祉士	２名（常　勤）
経験のある看護師	１名（常　勤）
介護予防マネジメント従事者	１名（非常勤）

【令和５年度茎崎地域包括支援センター担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
茎崎地域包括支援センター（委託）	茎崎中、高崎中

第２　業務実施内容

１　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

茎崎圏域の地域住民に関する様々な相談を受けて、必要な状況把握を行い、各種情報提供や関係機関を照会するとともに、各種制度やサービスへのつなぎ等必要な支援を行った。

ア　地域におけるネットワークの構築

独自のセンターチラシを作成して周知に努め、随時民生委員からの相談対応を行っている。また、相談実務を通じて各種福祉施設、医療機関や法テラス、交番等地域の関係機関とのネットワークを構築している。

【ネットワーク参加機関】

種　類	機関数	備　考
医療機関	33	つくば市の他、市外や県外の病院、クリニック等
行政機関	17	地域包括支援課、介護保険課、高齢福祉課、保健センター、社会福祉課、障害福祉課、窓口センター、医療年金課、ワクチン対策室等
福祉機関	58	居宅介護支援事業所、介護保険事業所、障害関係事業所
専門職団体や民間組織	10	法テラス、消費生活センター、金融機関、郵便局等
住民組織	29	区会、民生委員、ふれあい相談員等
警察・消防	2	つくば警察署、つくば市消防本部
合　計	149	

イ　実態把握

市が抽出し、依頼のあったケースについて、実態把握訪問を実施した。

訪問延件数51件

ウ　総合相談支援【重点項目】

介護をはじめ様々な相談を受け、聞き取り等必要な状況把握を行い、各種情報提供や相談対応を行っている。また、必要な制度やサービスへのつなぎとして関係機関を紹介する等の支援を行った。

【相談実人数】851人

【相談延件数】

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	190	181	159	182	201	149	168	166	140	181	162	146	**2,025**
半期	1062						963						

(2) 権利擁護業務

高齢者虐待の疑いや消費者被害、成年後見制度の利用が望ましいケース、家族関係に課題のあるケースにおける各種支援を行った。

【権利擁護に関係する相談延件数】

成年後見関係	52
高齢者虐待関係	32
消費者被害関係	2
合計	86

ア　成年後見制度の利用促進【重点項目】

相談内容に応じて、成年後見制度の説明を行い、制度理解と利用促進に努めた。必要に応じて成年後見センターとも連携し対応した。

イ　高齢者虐待への対応

虐待対応については、市の高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を行い、市と常に連携を図りながら対応した。

ウ　消費者被害の防止

つくば市消費生活センター等と連携し、未然防止と問題解決に取組んだ。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

圏域内のケアマネジャーをはじめ、各種専門職に地域ケア会議への参加を案内し、地域や関係機関へ必要な情報提供及び共有を行っている。また個別支援を通して地域での連携が図れる体制を構築している。

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

介護支援専門員連絡会への参加の他、各居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を図った。

ウ　日常的な個別指導・相談

介護保険制度全般から一般的な問い合わせ等、地域の社会資源とのつなぎ支援等、圏域に関係なく相談に対応し、適切に紹介等をしている。

エ　困難事例等への指導・助言

対応検討を行い、関係機関との役割分担や、今後の支援方針いついての検討を行った。

2 包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業（市重点事業）【重点項目】

市が開催する在宅医療・介護連携推進事業に参加し、支援の方針を学んだ他、関連機関との情報交換等を行った。個別支援を通じて地域の医療機関と連携をしている。

(2) 生活支援体制整備事業

第１層協議体に参加し、市全体の状況を把握するとともに、第２層協議体(地域支えあい会議)に参加し、地域への情報発信と情報収集及び地域関係者との交流を行った。また、生活支援コーディネーターと地域の課題を随時共有しながら、個別支援に繋げている。

会議名	期日及び会場	内容
つくば市地域ケア会議及び生活支援体制整備推進会議	5/18、8/10、11/16、2/8 (市役所及びｵﾝﾗｲﾝ)	地域ケア会議及び第１層協議体会議
地域支えあい会議	9/28、3/22 (茎崎保健センター)	２層協議体会議

(3) 認知症総合支援事業

認知症地域支援推進員を配置し、認知症の方と本人を支える仕組みづくりを市とともに検討している。キャラバンメイトの役員会や、認知症カフェ（オレンジカフェinくきざき）に参加し、個別支援の際にも、オレンジカフェに参加を促すなど啓発と協力に努めた。

(4) 地域ケア会議推進事業

地域ケア会議（圏域別ケア会議）を開催した。市が選定した事例について、自立支援型個別ケア会議に参加し、専門職からの助言をいただきながら、社会資源の紹介とケアマネジャー支援を行った。

会議名	期日及び会場	内容
茎崎圏域ケア会議	6/27、9/27、12/26、3/18 (茎崎農村高齢者交流センター)	延77名の参加、事例検討を実施
自立支援ケア会議	7/28、8/25、1/26、3/22 (市役所)	自立支援と介護予防の観点からの事例検討

3 総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメント(第１号介護予防支援事業) 請求件数974件

(2) 一般介護予防事業

市が行っている介護予防把握事業で関わっているケースについて、依頼を受けて訪問するなど必要な対応を行った。介護予防体操に関するパンフレットを

掲示し配布した。また、介護支援ボランティアについての問い合わせにボランティアセンターに相談しながら対応を行った。

4　指定介護予防支援事業

(1)請求件数　2,290 件(介護予防支援 1,316 件、介護予防マネジメント 974 件)
※月平均 191 件

(2)初回加算 91 件、委託連携加算 102 件(月遅れ請求含む)

【利用（請求）件数の推移】

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	180	183	185	186	187	184	185	197	198	198	204	203	**2,290**
半期	1,105						1,185						

第３　成果、評価、課題、今後の取組み方針について

1　成果

(1)　利用者や関係機関からの相談に対し、迅速かつ丁寧な対応を行うことができた。１ヶ月平均約 169 件の相談対応を行ったが、センター内での情報共有を確実に行うことができた。

(2)　困難事例等については、３職種の連携とチームアプローチを念頭にして、複数名で対応を行った。センターの働きかけにより、家族の協力を得つつ、サービスや制度に繋げることができた。

2　評価

(1)　市関係各課と連携し、多様化する相談内容に適切に対応することができた。市主催の各種研修会をはじめ、認知症や成年後見制度、障害福祉や虐待、多職種連携等の研修等に参加したことで、初動対応や連携の意識がより備わった。

(2)　地域ケア会議においては、多職種の出席をいただいた。事例を通しての地地域課題を共有すると共に、課題解決に向けたそれぞれの役割を再認識することができた。

3　課題

(1)　茎崎圏域は、市内でも高い高齢化率や、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯が多く、相談件数の伸びや高齢者人口が 9,000 人に迫るなど、圏域の特徴が顕著になりつつある。

(2) 8050 問題のように、世帯内に加齢による介護課題以外の複数の課題を抱える世帯などがあり、情報収集や課題の整理、アプロ―チについても慎重に取り扱う必要がある事例が増加している。

4　今後の取組み方針

(1)　地域包括ケアシステムを形成する地域関係者との関係性を大切にし、相談事例の各課題が重度化する前に、支援に繋げられるように努める。

(2) 複雑多様化する相談内容にも適切に対応していくために、職員の資質の向上を図り、研修の機会を確保していく。
(3) 本会は、生活支援体制整備事業や成年後見制度推進事業、生活困窮者自立支援事業などを市から受託している。地域包括ケアシステム構築のために法人内の各事業と連携した活動を意識していく。
(4) 圏域の特徴を市と共有し、適切な相談体制の在り方を検討したい。

資料２－４

令和５年度(2023年度)

大穂豊里地域包括支援センター

事業実績報告

医療法人社団　筑波記念会

総評は以下のとおり。

人員の増員に努めたが、前年度と同様の 4 名体制で業務を進めた。
開設 5 年目を迎え、感染症対策も緩和されて地域活動も再開することができた。
総合相談窓口としての役割や機能の周知活動は継続し、個々の相談に対し多くの関係者や関係機関とのネットワークを活用して対応した。
認知症・独居・介護力が低い・多重課題世帯・精神疾患・高齢者虐待・経済的困窮など様々な課題を抱えたケースの相談が多く、関係機関のみならず地域住民からの相談も増えた。それぞれの相談に対し、センター内で常にケース課題の検討や支援方針の話し合いを重ねて対応した。新たな関係機関とのネットワークも構築することができた。

高齢者虐待対応・成年後見制度活用に関するケースについては成年後見センターや地域包括支援課との連携が必須となり、クイックケア会議の積極的な開催やチームケアに努めた。合わせて医療機関と連携するケースも多く、役割分担をして対応できた。
地域の介護支援専門員との良好な関係性の維持に努め、支援困難ケースの相談にも丁寧に対応した。介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の業務委託もスムーズに行うことができている。

住民向け在宅医療・介護啓発講座、認知症カフェ事業、認知症サポーター養成講座、民生委員向け出前講座、地域支えあい会議など地域に出向いての啓発や情報発信にも努め、介護予防や早期対応につながった。
認知症カフェを開設して 4 年となり、企画運営は負担も大きいが参加者が固定化してきており、毎月楽しみにしている参加者も増えている。楽しくレクリエーション活動に参加できることや参加者同士の交流を図れることを意識している。

職員の急病による休職や部署異動による人員の変更もあったが、職員間での情報共有や職場内外研修・OJT の実施により、ワンストップ相談対応や切れ目のない支援を意識してチームで対応している。地域住民やサービス利用者の利益を重視して、専門職としての意識をもち業務を遂行している。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第１　地域包括支援センター運営体制　（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

【大穂豊里地域包括支援センター職員配置状況】

職　種	職員
社会福祉士	2(常勤 1、兼務 1)
保健師	1
主任介護支援専門員	1
合計	4

※社会福祉士 1 名は常勤換算 0.2(母体法人と兼務)

【令和 5 年度　大穂豊里地域包括支援センター担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里

第２　業務実施内容　（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

１　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

ア　地域におけるネットワークの構築

・地域包括支援センターの広報活動

『大穂豊里地域包括支援センターだより』を年 4 回発行、訪問時や地域支えあい会議、ふれあい相談員懇談会、認知症カフェ等で配布し、センターの役割や活動内容を周知した。

施設入所に関する相談が多いことから、センターだよりで施設に関する情報を独自にまとめ発信した。

・大穂豊里圏域ケア会議を活用した地域の関係者や関係機関との連携

大穂豊里圏域ケア会議を参集型で開催。事例検討を通じて地域課題を共有し、また多職種での関係構築ができた。

・地域の社会資源の把握と活用

新たな資源を収集し、「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」「ハートページ」「在宅医療と介護のサービスマップ」等を活用して住民への情報提供や関係機関との連携に活用した。

イ　実態把握

・日々の相談から、民生委員や関係機関等と協働して必要な実態把握を実施した。
・つくば市地域包括支援課で抽出した国保データベース（ＫＤＢ）システムに基づく実態把握(お元気訪問)に調査協力し、実態把握や重度化防止の啓発を行った。必要なケースには継続訪問や支援を行った。

ウ　総合相談支援　【重点項目】

・相談対象者数　461 人、　相談延件数　1,288 件
・個々の相談に丁寧に対応し、常にセンター内で対応方針を検討し、多くの関係機関や多職種と連携を図りチームで課題解決を図った。
・支援困難ケースについてはつくば市地域包括支援課の地区担当職員と情報共有や役割分担をし、対応策の検討を行った。
・地域包括支援センター定例会に参加し、他のセンターとの情報や課題共有に努めた。その内容についてセンター職員と共有し、ケース検討を重ね、状況に応じ関係機関との連携を図った。
・3 職種別ミーティングに参加、職種ごとの情報交換やスキルアップを図った。

(2) 権利擁護業務

ア　成年後見制度の利用促進

・日々の相談において、必要に応じて成年後見制度のパンフレット等を用いて住民への啓発と利用促進を図った。必要に応じて成年後見センターやつくば市と連携を図った。
・成年後見及び任意後見制度に関する相談　実相談　4 件、延件数　19 件

イ　高齢者虐待への対応

・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を実施
虐待に関する相談件数（虐待防止も含む）　実相談数 9 件、延 32 件
コアメンバー会議 4 回（虐待判断 4 件）
・相談対応や指定介護予防支援事業での訪問時に住民や介護支援専門員等に対し虐待防止や早期発見について周知を図った。
・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議への参加

ウ　消費者被害の防止

・「大穂豊里地域包括支援センターだより」や認知症カフェ、訪問活動の際に消費者被害防止や防犯に関する情報について周知を図った。
・地域の介護支援専門員から消費者被害に関する情報提供を受け、市や地域の介護支援専門員等に情報発信した。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

・大穂豊里圏域ケア会議　4 回実施(4 ,7,10,1 月)
　参加者　延 103 人（月平均　約 25 人）
・大穂豊里圏域ケア会議を通して、介護支援専門員や地域の専門職への情報発信や連携強化を図った。
・「地域課題の考え方」に関する研修会に参加
・日々の業務において、地域の介護支援専門員に「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用について啓発を行った。

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・つくばケアマネジャー連絡会に参加協力
・つくばケアマネジャー連絡会で、地域のケアマネジャーのニーズ調査や課題解決に向けた取組・研修企画等に参画した。

ウ　日常的な個別指導・相談

・介護支援専門員の個別相談　223 件（月平均　約 18.5 件）
　対応事例、ケアプラン作成、社会資源の活用等の相談に対し、専門的見地からの個別相談対応を実施、必要に応じて退院前カンファレンスへの参加、クイックケア会議の開催を実施した。

エ　困難事例等への指導・助言

・以下の困難事例の会議に参加した。
　(ｱ) 困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合）　23 回
　(ｲ) 困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合）　8 回
　(ｳ) 困難事例の会議（委託包括でケアプランを立てている事例）　2 件

2　包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

・つくば市在宅医療・介護連携推進事業の協力
・多職種連携（訪問看護師・薬剤師・介護支援専門員）での意思決定支援に関する意見交換会に参加
・エンディングノートやお薬手帳の活用について周知啓発を行った。
・住民向け「在宅医療・介護啓発講座」に講師として参加

(2) 生活支援体制整備事業

・第 1 層（市レベル）協議体会議に参加
・第 2 層協議体会議（地域支えあい会議）に参加
・地域見守りネットワーク事業ふれあい相談員懇談会に参加
・『移動支援セミナー』に参加
・圏域の生活支援コーディネーターとの意見交換、事例共有を通して地域課題を共有し、ともに課題解決について協議している。

(3) 認知症総合支援事業　【重点項目】

・認知症カフェ(オレンジカフェ in おおほ)を毎月開催
参加延人数　115 名（内　本人 21 名）（月平均 9～10 名参加）
認知症や介護予防の啓発、交流・参加の場の提供、居場所づくり、家族介護者支援を重点として企画運営
・認知症地域支援推進員を配置（2 名）
・認知症サポーター養成講座に参加（5 回）
・つくば市キャラバン・メイト連絡会に役員として参画
・認知症初期集中支援チームとの連携
・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メール、認知症高齢者等保護支援事業（GPS）の周知や利用支援

(4) 地域ケア会議推進事業

・つくば市地域ケア会議への参加
・大穂豊里圏域別ケア会議の開催　4 回実施(4 ,7,10,1 月)
事例提示者：介護支援専門員・地域包括支援センター・薬剤師・リハビリ職
事例検討を通じて地域課題を抽出、課題解決に向けての検討を市と協働して行った。
・自立支援型個別ケア会議　参加（2 回）、クイックケア会議の開催（21 回）、ピックアップケア会議（1 回）

3　総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

・介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）請求件数　延 982 件
総合事業対象者：16 件

(2) 一般介護予防事業　【重点項目】

ア　介護予防実態把握事業
・高齢者実態把握訪問者、KDB システム訪問

健診未受診者、介護保険未利用者及び期限切れ者、低栄養・オーラルフレイル該当者、介護保険非該当者の実態把握調査訪問(お元気訪問)（34 件）

イ　一般介護予防事業

・認知症カフェで介護予防講座を実施（フレイル予防）
・『大穂豊里地域包括支援センターだより』で健康づくりや介護予防情報を発信
・介護予防教室『フレイルサポート教室』への協力

4　指定介護予防支援事業

・請求件数：2,115 件（介護予防支援 1,153 件／介護予防ケアマネジメント 982 件）
初回加算 75 件（新規契約　平均 6 件/月）
・自センターでのケアプラン作成：　7～8 件／月
・相談者の意向や困りごとを丁寧に聞き取りし、アセスメントを実施。委託先の事業所に依頼している。引継ぎ後も支援の進捗確認や担当者との情報交換や後方支援を行っている。

第３　成果、評価、課題、今後の取組方針について

成果

【重点項目】について

・総合相談では個々の相談に丁寧に対応し、センター内で課題分析・支援方針の検討を重ね、また多機関多職種との連携を図り課題解決に努めた。3 職種で協働して、これまでに築いてきたネットワークを活かし情報共有や役割分担をして取り組むことができた。積極的な個別ケア会議を開催することに努めた。
・認知症カフェでは参加者同士の交流や思いを話せる場づくりを心掛け、定期的な参加者の確保ができた。認知症に関する相談も多く、医療機関や専門機関との連携を図り本人や家族介護者が安心して暮らし続けられるように支援した。
・「フレイルサポート教室」や認知症カフェでのフレイル予防に関する情報発信や啓発を心掛け、実態把握訪問からは相談、支援に繋げることができた。

評価

・様々な課題があり、センターだけではなく多機関多職種との連携が不可欠なケース対応が増えた。専門機関のみならず、民間業者や住民との連携が必要なケースもあり、積極的に個別ケア会議を開催するなど新たなネットワーク構築ができた。
・つくば市が実施する各事業へ積極的に参画し、センターの周知や事業啓発を進めた。
・介護予防の観点から実態把握訪問や認知症カフェで周知啓発を積極的に行い、介護予防活動の課題や方針を検討することができた。
・センター職員数の増員は実現できなかったが、少ない人数で可能な限り多方面での業務を遂行した。

課題

・多重課題を抱えるケースについては、センターのみならず多職種多機関での連携が必要不可欠となる。地域包括支援センター定例会では多職種との意見交換の場を設けているが、実際のケース対応時に円滑に連携がとれないと感じることもあり、引き続き積極的な働きかけが必要と感じている。

・認知症に関する相談は例年通り多く、介護認定やサービス利用につながらない、家族介護者の協力が十分に得られない、近隣住民の理解が得にくいなどの課題があると感じている。専門医や認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員等との良好な協力関係を維持していくことや地域への積極的な働きかけが重要と感じている。

・地域の介護支援専門員とは個々のケース対応で良好な関係づくりを心がけているが、地域課題への取組みに関する意見交換する機会を持つことができなかった。介護支援専門員の現状や課題を把握し取り組むための情報交換の機会が必要と考えている。

今後の取組方針

・フレイルサポート教室や認知症カフェで認知症に関する内容に重点を置き啓発や予防活動を進めていく。住民や家族介護者の認知症に関する理解や知識が増え、早期に対応ができるようになるような働きかけをしていく。

・介護支援専門員への情報発信を積極的に行い、日頃の情報共有や地域づくり・災害時などの協力体制など、地域の介護支援専門員との連携体制をつくる。

・これまでのネットワークを十分に活用し、多重課題・支援困難なケースにも多職種で協働して支援できるよう、連携体制の強化を図る。職員の専門性を強化し、地域住民や関係者からより信頼されるセンターを目指す。

資料２－５

令和５年度（2023 年度）

谷田部西地域包括支援センター

事業実績報告

社会福祉法人　筑南会

総評は以下のとおり。

地域に身近な相談窓口として谷田部西地域包括支援センター（以下「センター」とする）が設置され、6 年目となり、地域住民や関係機関等にも周知されるようになり多くの相談が寄せられている。独居高齢者、高齢世帯の相談が多く、相談内容は、認知症、支援拒否、家族・親族関係不良、精神疾患等複合的な相談が多様化し、世帯として抱える課題も増えてきている。また緊急対応を要することや支援につながるまでに時間や労力を要するなど状況に応じた判断、対応が求められている。市やセンターの定例会などで他センターの好事例等の共有をすることで多くの課題に対する実践力の向上につなげている。また、研修のオンライン化が進み、参加しやすくなったことで様々な研修に参加することで各々スキルアップの良い機会となっている。

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、キャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座に参加したほか、毎月の認知症カフェや認知症疾患医療センター家族会へ参加した。また認知症地域支援推進員定例会に参加して、認知症ケアパス（認知症あんしんガイドブック）の作成協力、9 月に「認知症を知る月間」として、図書館で啓発活動、認知症啓発展示会に他センターと協力支援を実施。また、打合せを定期的に行い、今後の活動について検討している。地域共生社会を実現していくため、引き続き市と各センター、医療機関と連携しながら認知症になっても安心して地域で暮らすことができる地域づくりを促進する。

圏域別ケア会議やつくばケアマネジャー連絡会等を通して介護支援専門員に対する支援を実施。今年度は BCP 作成にあたり、圏域の居宅介護支援事業所との連携を考慮して、オンラインで意見交換会を実施。有事に備え、連携していくことを共有。また社会資源の情報等もメールなどを活用しながらいち早く情報発信が行えるように努めた。ケアマネジャーと本人・家族との関係、支援方針調整のため介入することがあった。

地域の集まりなどに出前講座等の依頼を受け、介護予防や包括の周知のため地域に出向いていくことができた。地域住民のサロン活動支援、集いの場での参加協力することができた。引き続き、地域に出向き介護予防につながるように取り組む。

今後、相談内容が多様化してくることも踏まえ、幅広い知識実践力向上に努めながら、地域住民や民生委員、ふれあい相談員、関係機関等との連携をより強化し、連携しながら総合相談支援を行っていく。重症化、深刻化して表出した相談も多いことから地域の要望を把握して、介護予防の普及啓発を行っていく。各圏域のセンター3 職種それぞれの顔の見える関係つくり、実践力向上に努めていく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第１　地域包括支援センター運営体制（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

【谷田部西地域包括支援センター職員配置状況】

職 種	常勤専従	非常勤専従
社会福祉士等	2	1
主任介護支援専門員	1	0
保健師（または看護師）	1	0

【谷田部西地域包括支援センター担当圏域（中学校区）】

谷田部西圏域（谷田部中学校、高山中学校、みどりの学園義務教育学校）

第２　業務実施内容　（令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点）

１　包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)

（1）総合相談支援業務

ア　地域におけるネットワークの構築

・センター独自のチラシを相談・関係機関への訪問時等配布。市のパンフレットなども活用しながらセンターの周知を図った。

・センター独自のポスターを作成して、地域や関係機関、公用車に貼ることで周知を図った。

・地域ケア会議、ささえあい会議等の会議に参加することで関係者と顔の見える関係作りに努めた。

・地域の社会資源の把握と活用。ミニ知識やハートページ等の各種資料を活用。

イ　実態把握

・独居高齢者、高齢世帯等の総合相談対象者の見守り訪問。市より依頼のあったお元気訪問対象者の訪問や国保データベース（ＫＤＢ）システムから抽出された訪問対象者の引継ぎを実施。

ウ　総合相談支援

・相談対象者数　582 人　相談延件数　1,795 件

・市職員とケース共有及び運営状況について確認

・民生委員や地域住民、関係機関等からの個別相談を受け、都度対応。緊急を要する相談もあり、市と相談しながら対応。

(2) 権利擁護業務

ア　成年後見制度の利用促進

・成年後見及び任意後見制度に関する相談　相談実件数 11 件　延件数 23 件

・日々の相談活動時に成年後見制度のチラシ、パンフレットを活用して、啓発活動を実施。

イ　高齢者虐待への対応

・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施

・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む）　延 44 件

・コアメンバー会議で虐待と判断した件数　3 件

・虐待防止の取り組みとして、関係者等へチラシの配布など周知を図った。

・虐待対応について理解を深めるため研修の参加

・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の参加（事例発表）

・虐待が疑われるケースについては、市や親族、関係者、介護支援専門員などから相談があり、市と連携して都度対応。

ウ　消費者被害の防止

・市民や専門職へ消費生活センターの情報提供やチラシを配布

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

・圏域別ケア会議を 4 回実施

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・つくばケアマネジャー連絡会役員会への参加協力　10 回

・つくばケアマネジャー連絡会定例会への参加　10 回

・つくばケアマネジャー連絡会役員（副会長）を務め、会の運営に携わる

ウ　日常的な個別指導・相談

・介護支援専門員への個別相談 401 件（同行訪問 18 件）

・対応事例、ケアプランなど個別的な相談を随時行い、困りごとなどの把握、状況に応じて、伴走支援を実施。

2　包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

・つくば市在宅医療・介護連携推進事業の協力

・「多職種連携研修会」の参加

・地域の医療機関、薬局と相談等を通して連携、また圏域ケア会議での連携

・わたしの生き方ノート（エンディングノート）を市ホームページ、広報つくばで市民へ周知し、委託センターで在宅医療のパンフレット、チラシ、アンケートと一緒に配布した。

(2) 生活支援体制整備事業

ア　第1層（市レベル）協議体への参加　4回

イ　ささえあい会議（谷田部西圏域）への参加　2回

ウ　ふれあい相談員（谷田部西圏域)、懇談会への参加　5回

エ　住民主体の集いの場づくりへの参加協力

高須賀地区（保健師等の健康相談、血圧測定等）　2回

みどりの地区（保健師等の健康相談、血圧測定等）1回

(3) 認知症総合支援事業

ア　認知症サポーター養成講座への参加協力　5回

イ　つくば市キャラバンメイト連絡会の運営協力

・キャラバンメイト総会、スキルアップ研修への参加　各1回

・キャラバンメイト役員会への参加　3回

・キャラバンメイト正副会長打合せ　3回

ウ　認知症カフェの協力支援

・オレンジカフェin悠　11回

エ　認知症初期集中支援チームとの連携

・つくば市北部認知症初期集中支援チーム

とよさと病院認知症疾患医療センターと随時連携

オ　市民向け認知症ケアパスの配布

・認知症ケアパスの冊子を窓口等に設置して、必要時配布

カ　認知症高齢者等SOSネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大

・市より市内圏域の登録者の情報提供を受け、センター圏域の対象者の把握に努めた。また、必要性の高い方には登録を助言、情報提供。

キ　認知症地域支援推進員の配置

・認知症地域支援推進員打合せ　11回

・9月「茨城県認知症を知る月間」「世界アルツハイマーデー街頭行動」参加協力。つくば市認知症ケアパス(認知症あんしんガイドブック)の見直しを実施。

ク　認知症家族懇談会（とよさと病院）

・家族教室、イベントへの参加　4回

（4）地域ケア会議推進事業

ア　つくば市地域ケア会議への参加　4 回

イ　圏域別ケア会議の開催　4 回

（参加者年度集計　合計 100 名）

内訳：薬剤師 22 名、病院看護師 4 名、訪問看護師 10 名
リハビリ専門職 9 名、介護サービス事業所 9 名
介護支援専門員 22 名、生活支援コーディネーター2 名
民生委員 1 名、その他 5 名、委託センター11 名、市包括 5 名

ウ　自立支援型個別ケア会議への参加　1 回

エ　クイックケア会議　2 回

3　総合事業

ア　介護予防・生活支援サービス事業

（ｱ）介護予防ケアマネジメント事業（第一号介護予防支援事業）

・ 請求件数　1,145 件/年　平均　95 件/月　委託事業所　46 件
・ 短期集中予防サービス「訪問型サービス C」
運動機能向上プログラム利用者　1 名
・ 要支援者や事業対象者に対して自立支援及び重度化防止の視点で高齢者本人の選択に基づいて必要な支援を実施。また、介護保険サービスだけでなく社会資源の活用などの提案を行う。

（ｲ）一般介護予防事業

・「出前講座」
みどりの地区自治会 総会、真瀬新田地区サロン、緑が丘地区サロン
内容（地域包括支援センターについて、在宅医療と在宅介護について、介護保険について）地域の活動組織との顔つなぎや連携する機会が確保できた。地域で活動している教室などと連携して介護予防の普及啓発に努めていく。

（ｳ）つくば市地域リハビリテーション活動支援事業

・総合相談等必要に応じて「おうち de リハ」チラシを配布、利用勧奨。

4　指定介護予防支援事業

・指定介護予防支援事業

請求件数　1,194 件/年　平均 99 件/月　委託事業所　46 件

・委託先についてはまずは相談者へ要望を確認して、相談をするように努めており、介護支援専門員選定希望時には居宅の特性等を考慮して偏りがないように選定している。できる限り、初回アセスメント訪問を行い、介護支援専門員へ情報提供することでケースの把握に努めている。センターで対応できる相談（住宅改修の理由書作成、自費ベッドレンタル等）は都度対応している。

第 3　成果、評価、課題、今後の取組方針について

【成果】

・センターを開設して 6 年目となり、地域での認知度が向上している。
対象者、家族、事業対象者、医療機関や関係機関からの相談が増加している。

・センター広報誌を 1 回、センターのポスターを作成し、相談者、医療機関、関係機関へ配布することでセンターの周知を図った。

・研修のオンライン化が進み、参加しやすくなったため、スキルや知識向上のため、さまざまな研修へ参加することができた。

・業務継続計画を当センター、法人で作成。自然災害を含めた地域連携についても圏域居宅介護支援事業所等と共同で検討することができた（圏域の居宅介護支援事業所の一人事業所が多い。連携方法の確立（圏域内での緊急連絡網の整備）、平時から情報交換がしやすいように連絡ツールの活用）

【評価】

・8 月より、社会福祉士に準ずるものとして 1 名増員。人員換算 4.5 の配置として、各事業・総合相談等の対応にあたった。

・独居高齢者、高齢者世帯、認知症状、精神症状の悪化や独居男性のセルフネグレクト、孤立死等の対応等関係機関等と連携を要する事例が数多くあった。

・関係機関との連携については、メール等を活用して対応することができた。

【課題】

・地域により高齢化の進行

・家族のもとへ転入することで社会的つながりが希薄になり孤立するケース多く

居場所がない
・男性独居高齢者のセルフネグレクトと孤独死
・認知症や介護について相談に来た時にはすでに進行しており、時間が経過してからの相談が多いため、認知症に関する啓発を進めていくことで認知症予防・早期相談につなげたい。
・相談内容の多様化（8050 問題、精神疾患、末期癌、夫婦問題、家庭内問題、世帯として抱える課題等）
・ケアマネジャーと本人・家族との関係、支援方針調整の困難さがある

【今後の取組】
・相談内容が多様化しているため、市役所関係課との連携や幅広い知識の蓄積、実践力の向上に引き続き努める。
・地域住民、医療機関、関係機関とのネットワークをさらに広げ、支援困難なケース対応時必要な機関へつなぎ、連携しながら対応していく。
・重症化、深刻化して急に表出した相談もあることから地域の要望を把握して、センターや介護保険、介護予防の周知及び普及啓発を行うことで、重症化、深刻化する前の早期相談へつなげていく。
・業務継続計画の作成が義務化され、地域連携が必要な自然災害時の対応について市、委託センター間、居宅介護支援事業所等関係機関との連携について検討していく。
・市内全センターの 3 職種それぞれの職種による顔の見える関係つくり、共に実践力の向上に努める。

資料２－６

令和５年度（2023 年度）

桜地域包括支援センター

事業実績報告

医療法人社団　桜水会

総評は以下のとおり。

・ 令和５年度は、桜地域包括支援センター通信の発行等のセンター周知活動の結果、地域住民や民生委員、医療機関等からの相談が増え、相談内容も多岐にわたっている。認知症、末期がん等の疾病、生活困窮等の様々な相談が寄せられており、身寄りの無い独居や高齢世帯からの相談も多い。同居家族の支援が受けられない場合もあり、センターのみでは対応が困難なケースもある。そのため、多機関と連携しながら支援を進められる体制づくりが必要である。また、今後もセンターの周知に努めていく。
・ 生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、一般介護予防事業の各事業を統合した住民の集いの場として、令和５年度からレジェンド研究セミナーを開催し、高齢者の生きがいづくり等を目的とした活動を実施している。今後は加えて、認知症および介護予防の普及啓発のため出前講座等で地域に出向く活動をしていく。
・ 認知症の方が安心して生活できるような地域づくりを目指す一環として、地域包括支援課と連携しながら認知症サポーター養成講座等の事業に取り組み、認知症の普及啓発活動を行った。
・ 介護予防把握事業（お元気訪問）を通して、介護予防の普及啓発を実施。また独居や高齢者世帯等の見守りや支援を目的とした継続訪問も行っている。今後も誰もが安心して暮らせるような地域づくりを目指す。
・ 包括的・継続的ケアマネジメントの中では、介護支援専門員から困難な事例の相談が増加し、相談内容が複雑多岐にわたっている。各々の事例について担当の介護支援専門員から事例の詳細を確認しながら、つくば市、社会福祉協議会や医療機関などの様々な多職種関係機関と連携し、対応方法ついて検討および支援を行った。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第1 地域包括支援センター運営体制 【令和 6 年(2024年)3 月 31 日時点】

職種	専従	兼務
社会福祉士	2	0
保健師（または看護師）	2	0
主任介護支援専門員	1	0

第2 業務実施内容【令和 6 年(2024 年)3 月 31 日時点】

1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

ア 地域におけるネットワークの構築【重点項目】

・令和５年度から桜地域包括支援センター通信を発行し、併せてセンター独自のチラシを配布する等、桜地域包括支援センターの周知に努めた。

・地域住民の相談対応を通して、社会福祉協議会、生活支援相談員、民生委員、ふれあい相談員

等と連携を図った。また重層的な課題を抱える事例については、社会福祉課や障害者地域支援室等と連携し、対応した。
・市で作成している「ハートページ」や「つくば市在宅高齢者福祉事業の御案内」、桜圏域版社会資源集作成チームが作成した「つくば市桜圏域版社会資源集」などを活用し、地域住民へ社会資源等の情報提供を行った。
・桜圏域地域ケア会議を開催（4 回）し、事例検討を通じて参加者との関係づくりを行った。

イ　実態把握【重点項目】
・地域の介護支援専門員や民生委員などを通じて、地域住民や地域活動についての情報収集を行った。
・民生委員や医療機関、地域包括支援課等関係各課より引継ぎのあった地域で見守りの必要な高齢者宅を訪問し、必要なケースには支援や継続訪問を行った。また、介護予防把握事業（お元気訪問）を実施した。

ウ　総合相談支援
・相談対象者数：423 件、相談延件数：878 件
・相談内容について職員間でカンファレンスをし、内容に応じて成年後見制度や虐待防止等の研修会で学んだ知識や職員の専門性を活かし、対応した。また、ケースに応じて地域包括支援課や関係各課と情報共有、同行訪問等で連携し対応した。
・対応に苦慮した事例については、地域包括支援センター定例会の対応事例報告として提出し、意見をいただき、その後の対応に活かした。
・民生委員や地域住民からの相談に対しては、同行訪問等で対応。

(2)　権利擁護事業
ア　成年後見制度の利用推進
・成年後見及び金銭管理、福祉サービス利用に関する相談　実件数：8 件、延件数：30 件
・成年後見制度や利用方法等について理解を深めるため、研修会へ参加した。
・総合相談等で必要時、パンフレットを使用しながら制度の説明を実施した。
・医療機関や介護支援専門員等から相談があったケースについて、市やつくば後見センターと連携し、対応した。

イ　高齢者虐待への対応
・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を実施した。
・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む）　実件数：9 件、延件数：47 件
・虐待についての理解を深めるため、高齢者虐待対応現任者標準研修等の研修に参加した。
・介護支援専門員や関係者から相談があったケースについては、市と連携しながら対応した。

ウ　消費者被害の防止

・センター内に消費者被害防止関連のチラシ等を配置し、来客対応時に配布した。

・相談や訪問時に消費者被害防止についての情報提供を行った。

(3)　包括的・継続的ケアマネジメント

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

・桜圏域ケア会議の開催（計 4 回）を通じて、介護支援専門員や地域の関係機関との連携を支援した。

・他圏域のケア会議に参加し、会議の進行や全体のまとめ方等の運営方法について学び、次回以降のケア会議に活かした。

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・つくばケアマネジャー連絡会等へ参加し、情報収集及び情報提供を行った。

ウ　日常的な個別指導・相談

・相談延件数：166 件、同行訪問件数：13 件

・介護支援相談員から担当ケースの相談等に対応した。ケースによっては、退院前カンファレンスや関係職種とのカンファレンスに参加した。

エ　困難事例等の相談助言【重点項目】

・対応困難事例について、介護支援専門員や医療機関などの関係機関と連携し対応方法について検討および支援を行った。

クイックケア会議：18 件、ピックアップ会議：0 件

2 包括的支援事業（社会保障充実分）

(1)　在宅医療・介護連携推進事業

・在宅医療を希望されている方に対し、訪問診療を実施しているクリニック等の紹介や連携の調整を行った。

・対象者の退院時に相談員や退院指導看護師等と連携し、介護保険申請や介護サービス導入などの支援を行った。

・つくば市で開催された、多職種連携研修会に参加した。

・つくば市で開催された、在宅医療・介護啓発講座に参加した。

・つくば市が作成した「わたしの生き方ノート」を希望者へ配布し、活用方法の周知を行った。

(2) 生活支援体制整備事業

・第 1 層協議体への参加（4 回）

・第 2 層協議体への参加（2 回）

・民生委員、ふれあい相談員、地域のサロン、生活支援コーディネーターとの連携を図った。
・絆フォーラム、テーマ別情報交換会に参加した。

(3) 認知症総合支援事業

ア 認知症初期集中支援事業

・総合相談を通じて、認知症初期集中支援チームとの連携を図った。

イ 認知症サポーター等養成事業

・現在、4 名の職員がキャラバンメイトに登録している。
・キャラバンメイト連絡会の運営協力、参加。
　キャラバンメイト役員会（3 回）
　正副会長打ち合わせ（3 回）
　スキルアップ研修（1 回）
・認知症サポーター養成講座への参加協力。(4 回)
・認知症サポーターステップアップ講座への参加協力。(1 回)

ウ 認知症地域支援・ケア向上

・認知症地域推進員新任研修を 1 名が受講。3 名の認知症地域推進員を配置。
・認知症地域推進員の打合せに出席した。
・認知症ケアパスを窓口に配置。来客対応時に配布した。
・11 月のオレンジカフェ in エーザイ筑波研究所へオンラインにて参加。
・若年性認知症本人・家族の交流会、世界アルツハイマー街頭活動へ参加。認知症についての啓発を行った。

エ 認知症高齢者等見守り事業

・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症高齢者等保護支援事業（GPS）の案内を配布し、必要性の高い方には利用を勧めた。

（4） 地域ケア会議推進事業

・つくば市地域ケア会議への参加。(4 回)
・市と協力して桜圏域地域別ケア会議を開催し、事例検討から地域課題の抽出や課題解決のための方法を協議した。(4 回)
・つくば市自立支援型個別ケア会議への参加。(2 回)
・クイックケア会議の開催（18 回）

3 総合事業

（1） 介護予防・生活支援サービス事業

ア 介護予防ケアマネジメント事業（第一号介護予防支援事業）

・請求件数：924 件

・要支援者に対して、心身の状況や生活環境等に応じた介護予防サービスが提供されるような援助を行った。

（2） 一般介護予防支援事業等

・住民の集いの場として、つくばレジェンド研究セミナーを開催し、高齢者の生きがいづくり、多世代交流、地域づくり等を目的とした活動を実施した。(4 回)

・相談があった地域住民などに対して、地域リハビリテーション活動支援事業（おうち de リハ）や傾聴ボランティア等のチラシを配布し、啓発活動を行った。

・谷田部東地区のフレイルサポート教室に参加し、教室の開催方法などを見学した。

・地域のサロン等の社会資源の利用促進として、「桜圏域版社会資源集」を介護支援専門員へ配布した。

4 指定介護予防支援事業

・介護予防サービスは、居宅介護支援事業所に委託連携している。委託後も情報共有や助言等の支援を行っている。

請求件数：介護予防支援：1251 件

介護予防ケアマネジメント：924 件

合計：2175 件（うち初回加算：90 件、委託連携加算：96 件）

第3 成果、評価、課題、今後の取り組み方針について

〈成果〉

・センターの周知活動として、センターのちらし配布と併せ、令和 5 年度から桜地域包括支援センター通信の発行を開始した。

・令和 5 年度からレジェンド研究セミナーを開催し、地域の高齢者や民生委員、大学生等の多世代間の交流を図ることで、認知症や介護予防の啓発活動を行うことができた。

・医療との連携では、退院時にソーシャルワーカーや退院支援看護師と連携することで、スムーズに退院後の支援等につなげることができた。

・認知症総合支援事業としては、市と連携し郵便局員へ認知症の見守り支援講座、若い世代への普及啓発活動として児童館で認知症サポーター養成講座を開催することができた。

・権利擁護に関する相談が増加傾向にある。介護支援専門員、市の地域包括支援課や社会福祉課や障害福祉課、成年後見センター等と協働し、虐待予防や成年後見制度の啓発・相談に早期に対応することができた。

・転入や転出に伴う他市町村の役所や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所との調整が必要なケースが増えており、関係機関との連携し対応した。

〈評価〉

・地域ケア会議や困難ケース等の対応を通して、介護支援専門員との情報共有や助言、必要時には同行訪問するなどの支援を行い、連携を強化することができた。
・桜地域包括支援センター通信の発行やレジェンド研究セミナーの開催等により、センターへの相談件数の増加や出前講座の依頼等、センターの認知度が向上した。
・対象者に限らず対象者の家族にも通院が必要だが、様々な要因で通院が困難な方もいるため、その場合には適切なタイミングで訪問診療と連携することができた。また、精神疾患のある方は精神科に特化した訪問看護と連携することができた。

〈課題〉

・医療機関などから末期がん患者の退院後のフォローの相談が増えている。それに伴い、介護支援専門員選定やサービス利用など、早急な対応が必要なケースが増加している。
・独居で身寄りがない、認知症、生活困窮、家族の介護拒否など複合的な課題を抱えるケースの相談が増えており、対応が難しくなっている。
・認知症やアルコール依存症、精神疾患などを抱えるケースについては、医療機関や専門職などの関係機関との連携を強化していく必要がある。
・認知症や介護等の支援が必要な高齢外国人からの相談があるが、言語や文化の問題で介護保険制度の説明や利用への支援等の対応が難しいことがある。
・事業対象者についての相談が増えている。介護保険制度を誤って理解しているケースがあるため、介護保険制度を正しく理解していただけるような対応や地域のサロン等の社会資源の紹介等、介護保険制度の適正な利用を勧めていく。
・要支援の方からサービス利用希望の相談があり、居宅介護支援事業所に依頼をするが、担当の介護支援専門員を見つけることに労力を要することがある。

〈今後の取組方針〉

・介護支援専門員が抱える困難ケースについては、相談しやすい体制及び環境を整え、各居宅介護支援事業所と連携しながら地域包括支援センターとしての関わり方を検討し、助言や情報提供等の適切な支援を行っていく。
・地域住民や医療機関、福祉機関等の関係機関とのネットワークを強化し、連携しながら相談等に対応していく。
・出前講座等で地域へ出向き、認知症や介護予防の普及啓発を行う。同時に、地域包括支援センターの周知活動も行い、地域住民の認知度の向上に取り組む。
・包括職員が様々な相談や困難事例に対応できるよう、研修会や意見交換会などに参加し、必要な支援に繋げられるよう、スキルアップや自己研鑽を図る。

資料２－７

令和５年度(2023 年度)

谷田部東地域包括支援センター

事業実績報告

医療法人社團　みなみつくば會

総評は以下のとおり。

【包括支援】

自宅訪問を基本として対応、実生活のアセスメントをもとに必要な支援の調整を実施することができた。昨年に続き、同居親族に支援を導入する必要がある事例が存在するため、30～50 代の方に対する医療・福祉支援調整も併行して実施している。また、ヤングケアラーや外国人が関わる相談が増えているのが特徴。職員が学びを深めるとともに連携可能な機関の拡大が急務。引き続き重層的課題の解決にむけ、関係機関等と連携しネットワーク拡大を継続したい。

センターの周知が進んでいるためか、本人や家族以外に関係者からの相談が増加してきている。さらに深化できるようマクロレベルの援助にとどまらず、地域でネットワーク形成を進めながら地域課題発見や対策を地域住民と共に実践できる体制づくりが求められる。

【認知症総合支援】

全職員がキャラバン・メイト講座を受講、個別訪問やサロンなどに出向いた際に認知症に関する情報提供を行うことができた。

前年度に、若年性認知症の方とその家族からの相談が複数あったことを受け、その想いを取り入れ、本人の想いを聞き活動に繋げる場所づくりの一環として本人ミーティングを開催。認知症の当事者の意見を聞くことはできたが、主体的に参加できる取り組みにはつながらなかった。今後の展開には改めて検討が必要。

認知症カフェは圏域内の居宅介護支援事業所が事業受託したため、開催支援を行っている。

【介護予防】

一般介護予防事業について、訪問等の際の周知活動を継続。必要に応じ継続的なモニタリングを行っている。生活支援コーディネーターとの連携を継続、地域で開催される集まりや会議等で、センターの周知や住民と顔の見える関係つくりを進めている。その中で、介護予防の知識や情報を提供することができた。

圏域別ケア会議については、滞りなく開催できた。情報共有や地域課題に対し専門職がどう取り組むのかを検討する機会を持つことができた。より具体的な課題解決方法を見つけられる会議運営が課題。クイック会議は１５事例で実施、支援困難事例だけでなく、事業所集中減算に関する検討を行いサービス利用の必要性の確認を行った。

介護予防支援・ケアマネジメントについては、ケアマネジャー不足に対応するためセンター職員２名も対応開始。暫定利用など対応に配慮が必要な場合を中心に支援している。ケアマネジャーとの随時連携は継続できている。生活支援の社会資源が不足していることに対策が必要。また、介護予防の本来の目的である「自立支援」を踏まえたマネジメント実践やサービス提供事業所への働きかけのシステム検討が必要。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

第１　地域包括支援センター運営体制

【職員配置状況】R6.3.31 現在

職　種	配置数	備考
社会福祉士	1	
保健師	1	（他１名　～R7.2 育児休業）
主任介護支援専門員	1	センター長兼務
介護支援専門員	0.5	
合計	3.5	

【担当地域】手代木、春日学園、谷田部東、学園の森、研究学園中学校区

※２職種で入退職・休職が相次ぎ、配置基準をクリアできない月が複数あった。

第２　業務実施内容

１　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

ア　地域におけるネットワークの構築

・啓発活動：市のチラシ・ホームページを用いた周知活動
　　センター独自のチラシを用いた相談や関係機関訪問の際の周知活動
　　地域支えあい会議・ふれあいサロン等でセンター活動を紹介

・地域ケア会議：圏域別ケア会議を３ヶ月毎開催

・地域の社会資源の把握と活用：相談対応の際に情報収集実施

・重層的課題を抱える事例では障害者地域支援室、生活保護係、計画相談・就労継続支援事業所や医療機関などと連携実施。

イ　実態把握

・ふれあいサロンやふれあい相談員会議等に参加、生活状況の情報収集を実施

・相談は自宅訪問を基本とし、より詳細な生活実態把握を実施

・民生委員等と連携し、不安・困りごとを抱えている住民への支援を実施。
　生活状況の聞き取りにより、地域に必要な支援を探っている。

ウ　総合相談支援

・相談対象者数 738 人　相談延件数 1,172 件

・ケースにより市と情報共有し、同行訪問や対策を行っている。

・24 時間体制で電話相談への対応を実施。通常業務時間外はセンターの携帯電話へ転送または併設施設で代理応答を行っている。

・祝日は通常通り窓口開設。土日も相談者の希望に応じ適宜開設。多様な対象者の相談機会の確保を図った。

・本人・家族支援に必要な各種制度や社会資源等の情報収集と整理を実施。随時更新を行っている。
・生活支援コーディネーターと連携、相互の事業で連携して生活状況や地域課題の把握に努めている。
・必要と判断される対象者へは継続的に１～2 カ月ごとの訪問や連絡を実施。
・定例会等で知識の習得や関係者とのネットワーク形成を行っている。
・研修等に参加し継続的に技術知識の獲得を行っている

(2) 権利擁護業務

ア　成年後見制度の利用促進

・制度概要や申し立て方法等について職員の理解を深めるために研修受講
・制度利用の必要性や他の解決方法を随時センター内で話し合った
・成年後見人制度に関する各種資料等の整備を実施
・成年後見親族申立てに係る支援　2 件
・地域包括支援課、つくば後見センターに随時利用等の相談を実施
・財産管理・身上保護等の権利擁護で活用できる社会資源の情報収集を実施
・成年後見及び任意後見制度に関する相談　延件数１１１件

イ　高齢者虐待への対応

・高齢者虐待について理解を深めるため研修受講
・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
・虐待およびその疑いに関する相談対応（虐待防止も含む）
　相談延件数 357 件　　対象者 15 名
・養護者による虐待への対応　対象者 6 名

ウ　消費者被害の防止

・センター内に関連資料設置、配布・閲覧できるよう整備
・消費者センターを訪問し顔の見える関係つくりを実施
・消費者被害の対処方法について理解するため研修受講
・発生動向等をメールマガジン等で日常的に把握実施
・相談対応にて、被害の防止に関する啓発・被害や疑わしい状況の有無を確認
・対応事例　0 件

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

ア　包括的・継続的なケア体制の構築

・圏域別ケア会議の実施　4 回
・介護支援専門員連絡会定例会 6 回・役員会 8 回参加
・医療機関等へセンターの機能周知、機関特性の把握と関係づくりを実施。
・社会資源の情報収集を継続的に行い、必要に応じた情報提供を実施

・直営および委託の地域包括支援センター主任介護支援専門員による懇談会
・市内医師による勉強会企画（R6.9　テーマ：神経難病）
・市ケアマネ向け介護予防支援ケアマネジメントガイドライン作成と配布

イ　地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・ケアマネジャー連絡会等への参加・支援
（ｱ）定例会
（ｲ）役員会
（ｳ）アンテナ部会（困りごとの抽出および仲間づくり支援の企画）

ウ　日常的な個別指導・相談

・日常的に声掛けを行い、要望や困りごとなどの把握と対応を実施
・介護支援専門員の個別相談　615 件（同行訪問 8 件）

エ　困難事例等への指導・助言

・以下の困難事例の会議を行った。
（ｱ）困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合）8 回
（ｲ）困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合）　7 回
（ｳ）困難事例の会議（委託包括ケアプランを立てている事例）0 件

2　包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

・医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を実施
・入退院時にＭＳＷ等と連携し、介護保険申請やサービス導入支援、その他社会資源の導入支援などを実施。状況に応じ市関係部署とも連携している。
・市などが開催する会議や研修に参加し、支援に必要な知識の習得を実施
・地域住民が集まる場へ出向いた際に、在宅医療や介護に関する情報提供を実施
・つくば医療福祉事例検討会に参加し、支援困難事例の対応について協議。

(2) 生活支援体制整備事業

ア　第 1 層協議体に参加　4 回
・移動支援タスクフォースに 4 回参加、7 月住民向けのセミナーを開催。

イ　第 2 層協議体に参加　2 回
・顔の見える関係づくりやセンターが協力可能な内容の共有を実施

ウ　住民主体の集いの場づくり等の支援
・ふれあいサロン等での講話実施　6 か所
（地域包括支援センターについて、介護保険制度など）

(3) 認知症総合支援事業

ア　認知症サポーター養成講座の開催　講師派遣 3 回

イ　つくば市キャラバン・メイト連絡会への参加

・キャラバン・メイト総会、キャラバン・メイト　スキルアップ研修会参加

・キャラバン・メイト役員会　3回

エ　認知症カフェの運営支援

・オレンジカフェ in きずな（ストレスケアつくばクリニック～R5.9）

・オレンジカフェ in おはなリハ（おはなリハケアマネステーション R5.10～）

・エーザイオレンジカフェ　ファシリテーター2 名派遣

オ　認知症初期集中支援チームとの協働　　相談事例　0 名

カ　認知症ケアパスの配布

・センター窓口および必要な相談者、CM へ配布

・「認知症あんしんガイドブック（ケアパス含む）」の更新にむけた協議に参加

・「認知症あんしんガイドブック」の配布　総合相談・CM・イベント等にて

キ　認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知・拡大

・総合相談において、利用助言および申請支援を実施

・認知症支援メール受信時の捜索協力

・CM と対象者に関する情報共有を必要に応じて実施

ク　認知症地域支援推進員の配置

・認知症地域支援推進員初任者研修受講　1 名

・認知症地域支援推進員打合せ　12 回

・９月の茨城県認知症を知る月間に啓発活動を実施。（資料掲示、配布など）

・県認知症疾患医療センターによる若年性認知症の方と家族向けのイベント支援

・市内認知症疾患医療センターによる家族会開催支援

ケ　本人ミーティングの企画開催

・若年性認知症の方とその家族を対象として開催　3回

(4) 地域ケア会議推進事業

ア　つくば市地域ケア会議への参加　4 回

イ　圏域別ケア会議の開催　4 回

ウ　自立支援型個別ケア会議の参加　3 回

エ　ピックアップ会議の参加　1 回

オ　地域課題抽出会議　3 回

3　総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

ア　介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）の請求件数は 1087 件
うち初回加算：93 件、委託連携加算：63 件、住所地特例：14 件(月遅れを除く)
当包括センターにてケアプランを作成した件数　80 件

イ　短期集中予防サービス「訪問型サービス C」

(2) 一般介護予防事業

ア　介護予防把握事業　46 名

イ　フレイルサポート教室の開催支援

エ　介護予防に関する知識や技術の習得のため研修受講

4　指定介護予防支援事業

・請求件数：1125 件　うち初回加算 44 件、委託連携加算 33 件
　当包括センターにてケアプランを作成した件数　52 件
・介護支援専門員の相談に随時助言や指導を実施。
・委託契約締結事業所数　44 事業所（市内 33、市外 11 うち県外 2）

第３　成果、評価、課題、今後の取組方針について

【包括的支援事業】

成果

・他分野の支援者と随時情報交換・同行訪問を実施。ヤングケアラーや外国人支援など、新たな福祉課題にも取り組み、家族に対し継続的支援やフォローを展開できた。
・警察や医療機関、法律関係者とも連携し支援を実施。ネットワーク拡大が進んでいる。
・地域の支援者との関係拡大を継続、随時相談対応できた。

評価

・相談支援に必要な学びを継続、個別支援のスキルアップにより、対象者だけでなく、家族支援も考慮するとともに権利擁護の視点を持って支援することができた。
・課題の複合化で解決に至らない事例が増加傾向、相談支援が長期化している。

課題

・課題の解決に至らない事例が、業務上の負担となっている。対応手法や支援継続判断の検討が必要。
・関係機関等との連携は徐々に進んでいるが、それぞれの機能や役割・可能な対応を明確にするとともに、連携先の拡大と顔の見える関係づくりを継続する必要がある。
・高齢者分野に限らない対応力強化と関係機関等との重層的支援体制の整備が必要。
・圏域全体の地域住民とネットワーク強化できるよう取り組む必要がある。

今後の取組方針

・相談内容や相談者に関する情報を分析し、地域の特性や課題を明確にする。
　加えて地域課題の解決方法を探る。
・市役所関係各課との連携体制確保にむけ、要望の継続と支援実績の積み重ねをする。
・地域住民とのネットワークづくりの強化。
・個別・地域に対する相談援助の充実。

【認知症総合支援】

成果

・相談を随時受付。状況に応じ、認知症疾患医療センターや主治医等と連携し必要な医療・治療の確保に努めた。
・若年性認知症当事者と家族を対象とした本人ミーティングを実施することができた。

・圏域内にオレンジカフェが１か所開設された。

評価

・認知症の本人の希望をとらえ、新たな社会資源の開発に取り組むことができた。
・地域住民に向けた啓発活動を拡大することができた。
・認知症とその対応について学びを継続し、相談対応に活かすことができた。

課題

・地域住民への啓発活動の機会拡大が必要。ネットワークづくりを推進する必要がある。
・認知症の本人の意見を取り入れ活動できる場の設置が必要。

今後の取組方針

・若年性認知症の方の本人ミーティングと家族ピアミーテイングの開催と継続。加えて、実施の目的や活動手法の再検討が必要。
・高齢の認知症の方が参加できる場の開設検討。
・地域の方が認知症を理解し、支えあえるよう啓発活動を行う。

【介護予防】

成果

・各種ケア会議では、事例解決に向けた検討や情報提供ができた。
・フレイルサポート教室や地域の集まりで介護予防の知識の普及や啓発を行うことができた。職員も介護予防に関する学びを深めることができた。
・介護支援専門員と随時連携し、後方支援を行うことができた。
・センター職員によるケアマネジメントを実施した。

評価

・要支援および事業対象者のケアマネジメントは、トラブルなく対応できている。
・サロン等で介護予防啓発の講義を行うことができた。
・定例の地域ケア会議以外に、随時クイック会議を行い課題解決に努めることができた。

課題

・介護予防啓発活動の拡大を図る必要がある。
・圏域別ケア会議の実施に当たり、職員のファシリテーション実践が必要。
・必要な支援を提供するケアマネジメントを実施できているかの評価手法の検討。

今後の取組方針

・介護支援専門員に対し、総合事業の利用適性を改めて確認するよう助言し、代替手段の利用の検討を促す。併せて適切なケアマネジメント実践の助言・指導を行う。
・ヘルパー不足に対し、地域でできる解決策を検討する。
・支援困難な事例は随時対応検討の会議を開催する。
・地域住民とのネットワークづくりを進め、介護予防啓発や地域課題の把握を行う。