第１１期第３回　苫小牧市地域包括支援センター運営協議会　結果

日時：令和８年８月２５日（火）１８:３０～１９：４０
場所：苫小牧市役所　２階　入札室

１　開　　会

２　議　　事

（１）地域包括支援センター令和７年度事業評価及び令和８年度事業目標値について

【資料①】
【資料②-１】
【資料②-２】
【資料②-３】

（２）地域包括支援センター令和７年度収支決算報告及び令和８年度収支予算報告について

【資料③-１】

（３）認知症初期集中支援チーム令和７年度活動報告及び令和８年度活動報告について

【資料④】

（４）認知症地域支援推進員令和７年度活動報告及び令和８年度活動計画について

【資料⑤-１】
【資料⑤-２】

３　閉　　会

第 11 期第 3 回苫小牧市地域包括支援センター運営協議会
（令和 8 年度認知症初期集中支援チーム検討委員会）議事録要旨

１　日時　令和 8 年 8 月 25 日（火）18 時 30 分～19 時 40 分
　　苫小牧市役所 2 階入札室

２　出席者（敬称略）

委員

苫小牧市医師会	堀田　哲也
苫小牧歯科医師会	阿部　雅人
苫小牧市社会福祉協議会	新田　朋章
苫小牧市社会福祉施設連絡協議会	木津　泉
苫小牧市介護者を支える会	伊藤　純子
苫小牧ケアマネジャー連絡会	小林　妙子
北海道看護協会苫小牧支部	住吉　千津子
北海道社会福祉士会	浅野　豊
北海道理学療法士会日胆支部	森田　学
苫小牧市町内会連合会	工藤　幾子

事務局：
　木澤　直子（健康福祉部長）、中村　圭吾（健康福祉部次長）
　小林　泰賀（保健医療介護推進室長）、佐藤　敦史（介護福祉課長）
　沖　直輝（介護福祉課長補佐）、佐藤　裕司（介護福祉課地域包括係長）
　島田　雅子（介護福祉課地域包括係主査）

苫小牧民報社　姉歯　百合子（記者）

３　議事

（１）地域包括支援センター令和 7 年度事業評価及び令和 8 年度事業目標値

事務局より資料①をもとに、令和 7 年度事業運営状況総括表について説明。（事務局説明：島田主査、「地域包括支援センター」を以下「センター」とする。）

・市全体の高齢化率は 31.0%（前年比 0.3 ポイント上昇）で、しらかば圏域が 40.6%と最も高く、初めて 40%を超えた。東包括圏域の 15.9%と比較し 2.5 倍の差は継続している。市内全体の人口減少が進む中、65 歳以上の高齢者人口は微増、各圏域ごとのニーズに合わせた支援が重要と捉える。
・職員体制は、市全体で事務職含め 47 名を配置。（前年比 2 名減少）社会福祉士 14 名、主任ケアマネジャー12 名、保健師等 10 名と必須の 3 職種を適切に配置。日常生活圏域人口規模に応じた職員人員構成をほぼ維持できている。

・総合相談件数は高齢者数の多い西包括、しらかば包括地区での伸びが顕著であり、延べ 2 万 3000 件を超えた。権利擁護相談件数では延べ 2 千 200 件を超えて年々増加し、高齢者虐待防止や成年後見制度の利用支援など、専門的な介入を必要とする困難ケースへの対応は今後も強化が必要。
・包括的・継続的ケアマネジメントと地域ケア会議について、令和 7 年 7 月 30 日に発生した地震や津波による避難方法や対策など、災害時の支援体制を課題に挙げた圏域会議を積極的に実施し、地域づくりや多職種連携を意識したセンターも見られた。
・認知症施策の推進について、認知症地域支援推進員と共同し、認知症サポーター養成講座の継続のほか、地域住民への講話も積極的に行い、認知症への理解、普及啓発に努めた。
・同じく一般介護予防事業においても、教室の実施回数や延べ参加人数は前年度を上回り、健康教育等の講話回数も増加、住民の予防意識は高く、各センターも積極的に普及啓発を継続している。

続けて、事務局より資料②-1 をもとに、令和 7 年度の地域包括支援センターの事業評価及び令和 8 年度事業目標値について説明がなされた。（事務局説明：島田主査）
・評価基準の項目及び考え方は厚生労働省が示す事業評価の視点に基づき作成。（資料②-3　苫小牧市地域包括支援センター自己評価基準表を参照）全 23 項目の業務全てに「レベル 0　未実施」から「レベル 5　地域貢献」までの具体的な活動レベルを定義。市がセンターに期待する役割として「レベル 2」を標準値として設定。
・業務運営状況に照らし合わせ、「評価基準を厳しく捉えすぎている」と判断した内容や、標準「レベル 2」に達していない「レベル 1」を選択した項目を中心に、令和 8 年 5～6 月に市担当者によるヒアリングを実施。内容の再確認および必要時評価の修正を実施。
・一部のセンターにおいては、市担当者から見て基準レベル（評価「レベル 2」）を満たしていると思われる場合でも、あえて厳格に評価する傾向が見られた。その主な理由として、各職員が自身の業務遂行に対し、より高い習熟度を目指す姿勢が見られたり、厳格な採点を行うことで課題の明確化や、今後の業務改善へのモチベーション維持につながっていることが判明。これらはセンターの主体的な運営方針に基づくものであるとし、ヒアリング後もセンターの意向を尊重、レベルをあえて変更しない場合もあった。
今後もセンターとヒアリングを継続し、円滑な運営や業務遂行、質の向上に努めていく。

【質疑応答】
（浅野委員）地域ケア会議の開催数について、地域格差が生じていると思われる点について、市の評価は。
比較的東側が積極的に会議を活用して地域づくりを意識していると感じるが、西側があまりに少なすぎ
ると感じる。回答でなくても良い。今後改善が必要と思われる。
（浅野委員）認知症施策について、子ども達に積極的にやるのはいいことだが、今後 PTA など親世代に関わっていくのか。
（佐藤課長）
・認知症の取組は認知症サポーター養成講座など様々行っているが、実情として現役世代の働き盛

りの人間ももっと認知症を理解しなければと感じる。
・現在企業に対しての普及啓発を実施しており、今後も親世代、働き盛りの世代にも取組を検討中。
（浅野委員）発達障がい、パーソナリティ障害などかなり細かく分類、評価されるようになってきており、加齢に伴い認知症を発症した際の対応が難しくなってきている。対象者をどのように振り分けしながら支援していくのか、今の時代に合わせたアプローチがあるのでは。
（佐藤課長）支援機関、支援者側もスキル、知識を上げる必要はある。支援者側が介入する時には困難事例になっている場合もある。センターでも多職種間で勉強会を開催し、能力向上に努めている。
（小林委員）今の話を聞き、これからケアマネジャーを続けていく上で、自分が担当しているケースでも精神疾患や認知症の症状が一緒になっていると思う人がいる。勉強会など発信している所があれば知りたい。
（島田主査）
・地域包括支援センターの活動報告にも出てくるが、東側センター主催での「さぽゼミぷらす」の多職種連携と勉強会などで、発達障がいや生活困窮を含めた複雑化したケースについて、支援を学ぶ研修を実施した。
・重層的支援体制整備事業の会議や地域ケア会議にケアマネジャーが参加、見守り体制などの支援を学ぶ、横のつながりで協力体制を強化している実情もある。
（森田委員）資料②-1 について、今のレベルから非常に高く目標を目指そうとするセンターもあれば、現状維持に近いセンターもある。市はどのように評価し、また強化していくのか。
　また、資料のボリュームが大きく、読み込むのに時間がかかる。点数制よりレーダーチャートのほうが見やすい。資料の工夫をお願いしたい。
（島田主査）資料送付時期、資料構成について今後検討していく。
（佐藤課長）
・各センターが記載したシートは補足資料として使用。行政も評価した中である程度特色も見えており、各センターがどの現在地にいるのか把握することも非常に重要と感じている。
・地域特性から言って少々難しいところも把握しつつ、どのようにアップデートできるか、行政がしっかり見ていけるような評価シートが必要であり、極力標準化してく作業が求められていると思う。

（２）地域包括支援センター令和７年度収支決算報告及び令和８年度収支予算報告
　事務局より、地域包括支援センター及び介護予防支援事業所の令和 7 年度収支決算報告と令和 8 年度収支予算報告について説明。（事務局説明：佐藤係長）
・センターの収支について、運営費用のほか、介護予防把握事業、介護予防教室、地域ケア会議、認知症初期集中支援チームなど、各委託事業に関する収支を含む。介護予防支援事業所の収支には、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援（ケアプラン作成）に係る収支が掲載。
・運営について、高齢化の進展に伴い、認知症や医療・介護、家族関係など、相談内容が複雑化・多様化し、職員の業務負担も高い。また、人材不足や人件費・物価の上昇など、運営を取り巻く環境も厳しさが増加。
・人材の確保・定着を引き続き重要な課題と捉え、必要な人員体制や人件費の確保に努めるととも

に、業務の効率化やデジタル技術の活用など、生産性の向上による職員の負担軽減について検討。

【質疑応答】なし

（３）認知症初期集中支援チーム令和７年度活動報告及び令和８年度活動計画

事務局より、認知症初期集中支援チーム令和７年度活動報告と令和８年度活動計画について説明。

（事務局説明：島田主査）

・令和 7 年度の大きな成果として、相談把握から初動（最初の訪問等）までの日数が平均 7.3 日、全国平均 17.2 日よりも短く、対象者へ迅速な早期介入を実施できた。
・単に診断を受けることだけを目的とせず、サポート医含めアドバイザーの助言を活かし、本人と家族の意向を丁寧に調整した結果、家族の認知症理解が深まり、適切な医療、介護保険サービス等につながった事例もあった。
・地域ケア会議につなげ支援の検討もすることで、関係者間の連携、地域住民をも巻き込んだ地域全体での見守り体制の強化につなげられた事例もあった。

今年度もチーム員会議の目的である、認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく暮らすという目的が達成された。

【質疑応答】

（浅野委員）初期集中の介入件数について、西側と東側での格差が大きいと思う。数年来同じような流れのように思うがいかがか。

（島田主査）

・今回、評価や目標値を数値化したことで、西側地域の 4 つのセンターにおいて、虐待や権利擁護について研修会の開催を検討し、スキルアップや連携強化を図る行動が見られた。
・初期集中支援チーム員会議や自立支援型地域ケア会議についても、日頃よりズーム会議を利用して他のセンター職員の支援や対応を学ぶ機会も設けており、各センターに推奨している。
・初動方法やケアマネジメントについての相談支援、困難事例等については市もセンターの伴走支援を実施、今後も継続していく。

（佐藤課長）

・東側センターは以前より 3 包括で横のつながりが強く、結びつきが強かった。昨今は西側もセンター同士で少しづつ結びつきを強めていこうという取組も出てきている所である。
・市も状況を見ながら活動が活性化するようにしっかりサポートしていく。

（浅野委員）東側 3 包括は 3 年後、5 年後を見据え、市の高齢化問題や課題を予測して対応していると感じる。今後、障がいと高齢者と医療機関等でのつながりをうまく市のほうでサポートしてくれると違ってくるかもしれない。

（佐藤課長）

・現在、第 10 期介護保険事業計画策定に向けて、将来推計など細かく打ち出している最中である。その地域がどのような特性を持っているかも含め、センターと共有していく必要があると感じている。

・幸いにも少しづつ横のつながりが出来てきて、市に対しても色々な相談が増加。連携しやすい環境にはなってきていると感じている。
・現在千歳や恵庭で住まいを探すのが難しく、苫小牧に流れてきている状況も確認。5 年後、10 年後に地域環境の変化もあると予想。どのような地域になっていくのかという視点を入れることが、センター運営に非常に大事なポイントかと受け止めている。

（４）認知症地域支援推進員令和 7 年度活動報告及び令和 8 年度活動計画
事務局より、認知症地域支援推進員の令和 7 年度活動報告と令和 8 年度活動計画について説明。
（事務局説明：島田主査）
・認知症地域支援推進員業務について説明。1 つ目は普及啓発、2 つ目は関係機関との連携支援、3 つめは認知症相談支援体制の構築、4 つ目は認知症支援体制の整備となる。
・西部地区担当である南地域包括支援センターについて説明。世界アルツハイマー月間のイベントやオレンジウォーク、市民フォーラム等を通じて市民への普及啓発を実施。いずれも定員を超える参加申込があり住民の意識の高さが伺えた。
・令和 8 年度はイベント継続だけでなく働き盛り世代にも届くように企業への働きかけを重視。
・関係機関との連携支援について、積極的に地域ケア会議や初期集中支援チーム員会議にも参加し助言。
・地域住民や認知症に関わる人の意見を反映、新しい認知症観に基づいた「認知症ケアパス」の見直しを実施。
・令和 8 年度はネットワークをさらに広げ、関係機関との「顔の見える関係」を深めていく。
・認知症相談支援体制の構築について、各センターや社会福祉協議会の生活支援コーディネーター、認知症看護認定看護師との面談を通じて連携を深化、相談しやすい環境、相談窓口の普及啓発を意識し課題を共有。
・令和 8 年度は医療機関、中でも認知症疾患医療センターとの連携をより強固なものにし、若年性認知症の人への支援についても、居場所つくりや具体的な課題を把握するための意見交換の場を作る予定。
・認知症支援体制の整備について、認知症カフェの訪問や「本人の声」を聴くためのシートを作成。
・令和 8 年度は、認知症の人や家族が安心して参加できる「カフェ連絡会」を開催し運営の質の向上を図る。
・チームオレンジの立ち上げ準備として運営マニュアルを完成。 チームオレンジのメンバー養成講座を年 2 回開催、メンバーの活動する場の拡大、認知症の人が住みよい居場所つくりに貢献。

続けて、東部地区担当の認知症ボランティア団体 Cocoro’s の活動について説明。
・SNS やラジオを活用した広報に力を入れた結果、Instagram のフォロワー数は 1,000 人超、若い世代への関心向上に一定の効果があった。
・他課主催のイベント参加時に「認知症マフ体験」を設置、体験型で市民に認知症に関心を持ってもらう働きかけを実施し好評であった。
・令和 8 年度はさらに世界アルツハイマー月間等の展示に認知症本人の声を集約する予定。

・市内企業と連携し、店舗を活用した気軽に立ち寄れる「オレンジデイ」の実施、より日常に近い場所での様々な年代への普及啓発を加速させていく。
・関係機関との連携支援について 東側３センターと連携、地域ケア会議などを通じて現場のニーズを吸い上げ地域づくりに努めた。
・令和８年度は、民間企業へのヒアリングの実施、認知症カフェ等での地域住民との意見交換をさらに進め、現場で認知症本人や家族の声等を反映させ、認知症ケアパス改訂や認知症サポーター養成講座など、普及啓発の研修を実施予定。
・支援者同士が孤立しないよう、専門職のみならず、地域住民やボランティアなど職種を超えた交流の場の定期開催を検討。
・認知症相談支援体制の構築について、若年性認知症家族会である「ひまわりの会」への訪問実施、認知症看護認定看護師との顔合わせを行い、相談支援の「入り口」の調整や連携のきっかけ作りとなった。
・令和８年度は、若年性認知症の方が診断直後から適切な支援につながるよう、相談窓口の更なる周知とフローチャート化を進める。
・医療機関や介護保険各事業所に対しても、認知症地域支援推進員の活動を紹介する冊子を配布、スムーズな連携体制の構築に努める。
・認知症支援体制の整備について、認知症カフェの課題共有やチームオレンジ活動の普及啓発動画の制作準備を実施。
・令和８年度は認知症サポーターがいるお店を地図にした「オレンジマップ」の完成、普及動画を活用して「ステップアップ講座」を開催し、サポーターが実際に地域で活躍できる場所を整え、認知症の方を地域全体で支える仕組みを整えていく。

【質疑応答】なし

総括

今後も地域包括支援センターがその機能を十分に発揮できるよう、受託法人や各包括支援センターと丁寧にヒアリングを重ねながら、安定的な運営体制の確保に努めていく。

【資料①】

令和7年度 苫小牧市地域包括支援センター　事業運営状況総括表

地域包括支援センター		西包括			しらかば包括			山手包括			南包括			中央包括			明野包括			東包括			令和7年度総計	令和6年度総計	前年比
委託法人		社会福祉法人　緑陽会			社会福祉法人　苫小牧慈光会			社会福祉法人　山手の里			社会福祉法人　ふれんど			医療法人 王子総合病院			社会医療法人 平成醫塾			社会福祉法人　緑星の里					
開設年月日		平成18年4月1日			平成21年4月1日			平成21年4月1日			平成21年3月19日			平成18年4月1日			平成21年4月1日			平成18年4月1日					
		令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比	令和7年度	令和6年度	前年度比			
日常生活圏域人口（各年度10月1日現在）		24,822	24,917	△ 95	19,436	19,654	△ 218	20,820	21,162	△ 342	15,804	16,016	△ 212	19,115	19,377	△ 262	26,177	26,488	△ 311	38,250	38,122	128	164,424	165,736	△ 1,312
高齢者人口		8,944	8,952	△ 8	7,896	7,823	73	7,831	7,969	△ 138	5,920	6,022	△ 102	5,826	5,809	17	8,423	8,374	49	6,100	5,990	110	50,940	50,939	1
高齢化率		36.0%	35.9%	0.1%	40.6%	39.8%	0.8%	37.6%	37.7%	−0.1%	37.5%	37.6%	−0.1%	30.5%	30.0%	0.5%	32.2%	31.6%	0.6%	15.9%	15.7%	0.2%	31.0%	30.7%	0.2%
職員体制	職員総数（人）	6	6	0	8	7	1	7	7	0	7	8	△ 1	6	6	0	7	9	△ 2	6	6	0	47	49	△ 2
	社会福祉士	2	2	0	2	1	1	2	2	0	2	2	0	1	1	0	3	5	△ 2	2	2	0	14	15	△ 1
	主任介護支援専門員	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	2	△ 1	3	3	0	2	2	0	2	2	0	12	12	0
	保健師又は看護師	2	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	10	9	1
	介護支援専門員	0	1	△ 1	1	2	△ 1	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	7	△ 1
	事務員	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	△ 1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	6	△ 1
	認知症地域支援推進員（兼務）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
総合相談支援・権利擁護	総合相談（件）	2,699	2,014	685	4,703	3,570	1,133	4,116	3,467	649	3,679	3,986	△ 307	3,027	3,377	△ 350	3,085	3,463	△ 378	1,713	1,523	190	23,022	21,400	1,622
	権利擁護相談（件）	134	69	65	386	346	40	331	258	73	193	201	△ 8	597	770	△ 173	339	208	131	222	225	△ 3	2,202	2,077	125
包括的・継続的ケアマネジメント支援	対応相談（件）	22	51	△ 29	163	87	76	37	30	7	22	13	9	201	147	54	99	76	23	36	40	△ 4	580	444	136
	地域ケア会議（個別）	1	1	0	4	2	2	1	3	△ 2	6	1	5	10	12	△ 2	8	8	0	8	11	△ 3	38	38	0
	地域ケア会議（圏域）	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	△ 1	2	0	2	3	3	0	4	1	3	10	6	4
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援	一般介護予防対象者把握事業	26	27	△ 1	25	29	△ 4	23	30	△ 7	31	21	10	29	28	1	28	28	0	25	21	4	187	184	3
	予防給付・予防ケアマネジメント	3,131	3,027	104	2,956	2,959	△ 3	3,380	3,468	△ 88	3,184	3,417	△ 233	2,631	2,675	△ 44	3,102	3,229	△ 127	2,611	2,610	1	20,995	21,385	△ 390
認知症施策の推進	サポーター養成講座数 （圏域内小中学校の開催数）	1	3	△ 2	3	2	1	0	1	△ 1	2	4	△ 2	2	2	0	4	9	△ 5	3	2	1	15	23	△ 8
	認知症に関する講話 （町内会等の依頼による出前講座）	1	1	0	3	1	2	9	11	△ 2	5	3	2	2	1	1	1	1	0	7	5	2	28	23	5
一般介護予防教室	一般介護予防教室数	3	3	0	3	3	0	4	4	0	4	4	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	21	21	0
	一般介護予防教室実施回数	138	135	3	135	133	2	179	180	△ 1	192	187	5	99	99	0	48	48	0	99	98	1	890	880	10
	参加延べ人数	3,474	3,553	△ 79	2,130	2,184	△ 54	2,396	2,176	220	2,467	2,546	△ 79	935	860	75	905	759	146	1,930	1,968	△ 38	14,237	14,046	191
	一般介護予防に関する講話数 （様々な健康教育）	6	0	6	2	11	△ 9	18	20	△ 2	7	3	4	8	2	6	6	5	1	20	15	5	67	56	11
	一般介護予防に関する講話参加者数 （様々な健康教育）	159	0	159	37	241	△ 204	249	238	11	97	95	2	88	64	24	120	70	50	373	266	107	1,123	974	149

苫小牧市地域包括支援センター令和７年度事業評価及び令和８年度事業目標値

①組織・運営体制

【資料②-1】

			R7年度達成レベル								R8年度目標レベル							
	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	3	3	3	3	2	2	2	2.57	4	3	4	4	3	3	3	3.43
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	3	4	3	3	3	4	3.29	4	4	4	4	3	3	4	3.71
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	3	4	4	5	2	2	2	3.14	4	4	4	5	3	3	4	3.86
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	3	4	4	4	2	2	2	3.00	4	4	4	5	3	3	4	3.86
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	2	4	3	3	1	2	2	2.43	3	4	4	4	2	2	3	3.14
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	2	3	4	3	2	2	2	2.57	3	3	5	4	3	3	3	3.43

②総合相談支援業務

			R7年度達成レベル								R8年度目標レベル							
	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	3	3	3	2	3	4	3.00	4	4	4	4	3	3	4	3.71
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	3	3	3	3	2	2	4	2.86	4	4	4	4	3	2	4	3.57
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	2	4	4	4	3	2	4	3.29	3	4	4	4	4	2	4	3.57

③権利擁護業務

			R7年度達成レベル								R8年度目標レベル							
	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	2	4	4	4	3	2	3	3.14	3	4	5	4	3	3	4	3.71
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	2	3	3	3	2	2	2	2.43	3	3	4	4	3	3	3	3.29

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	R8年度目標レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	2	4	3	5	3	2	3	3.14	3	4	4	5	4	2	3	3.57

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	R8年度目標レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	2	3	4	5	2	2	3	3.00	3	3	5	5	3	2	3	3.43
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	2	4	4	4	2	2	2	2.86	3	4	5	4	3	2	3	3.43

【社会保障充実分】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値	R8年度目標レベル 西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	平均値
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	2	3	3	4	2	2	3	2.71	3	3	4	4	3	2	3	3.14

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	2	2	2	3	2	2	3	2.29	3	3	3	4	3	2	3	3.00

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	1	3	3	2	1	2	1	1.86	2	3	4	3	2	2	2	2.57
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	2	4	4	4	3	2	4	3.29	3	4	4	4	4	2	4	3.57
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	2	3	2	2	1	2	3	2.14	3	3	3	3	2	2	3	2.71
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	2	3	2	4	2	3	2	2.57	3	3	4	4	3	3	3	3.29
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	2	4	3	3	3	2	3	2.86	2	4	4	4	4	2	3	3.29

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	1	2	1	2	2	3	3	2.00	2	2	2	3	3	3	5	2.86
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	2	2	1	1	2	3	3	2.00	3	2	2	2	3	3	4	2.71
			50	75	71	77	49	51	64	62.43	72	78	90	91	70	57	79	76.71

苫小牧市西地域包括支援センター

【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	3	事業計画作成している。毎月行う内部打ち合わせで年２回程度しか振り返りをしていなかったため進捗状況について確認が遅れた。	事業計画の振り返りを計画的に行い進捗状況を確認する	4	内部打ち合わせを利用して３か月に一度振り返り計画していたことを進めていく。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	相談記録に残すことで担当者が不在でも対応できるようにしていた	朝の打ち合わせや必要時、内部打ち合わせなどにケースについて話をしているがその他の個別相談も多くうまく活用できていない	4	朝の打ち合わせ、内部打ち合わせで全員で共有し意見を出し合う。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	3	回覧や打ち合わせ時の報告で共有している	研修の共有を意識してやり始めたのは今年度でまだ不十分な所がある	4	共有だけではなく伝達研修などにしっかり取り組んでいく	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	3	鍵のついた机の引き出しやロッカーに保管している	保管期間が過ぎたものが残っていてスペースが不足してきている	4	廃棄についてルールを決めて進めていく。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践できているか。	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	2	マニュアルがあることを全員にが周知できた	内部打ち合わせではマニュアルについて振り返りを行っていく予定であったがほかに時間がとられることや方法についても工夫する必要がある。	3	苦情があった際は記録に残し対応している。マニュアルについては部分的に回覧するなど工夫する。		33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	2	R６年に作成している	全員で見直し・修正が必要	3	全員で見直しをすることで理解を深めることができる。研修や図上訓練など前年度に続き行っていく。	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	運動教室やシルリハ運動教室などに参加している。町内会や民生委員の集まりなどにも参加している。	勉強会を開催するなど積極的なことは行えていない。頼まれたときに講話を行う程度	4	しらかば・山手・南包括と連携して勉強会の開催を行っていく	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	3	民間のサービスも含め相談に合わせて対応している	コミセン祭りなどで相談ブースを数年行っていたが相談に来る方はほとんどいなかったためそれ以後取り組めていない	4	知識の提供のような形のほうがニーズがあると思われる。しらかば・山手・南包括との協力で開催していく。	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	2	世帯全体に目を向けているが効果的に他の部署と連携できているとまでは言えない。	積極的に連携を図っていく必要がある。	3	積極的に連携していくほか、しらかば・山手・南包括とも協力し職員向け研修など行っていく。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

【資料②-2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	2	虐待が疑われるケースについて連絡をすることを意識して行ってきた。	定期的に振り返りを行い対応力の強化が必要	3	研修等で対応力を強化していくこと、しらかば・山手・南包括と協力し地域住民向けの啓発活動を行っていく。	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	2	後見制度を必要とする方も増えてきたため理解が進んだ	必要性を判断しつなげていけるように対応力強化が必要	3	内部でのケース振り返りや研修などで対応力強化を図る。また、しらかば・山手・南包括とも協力して地域への制度理解についての機会を作っていく。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	2	特に月に一回開催される西・しらかばケアマネ勉強会にて良好な関係つくりに努めている。	相談ケースの中には解決に至っていないケースや個別地域ケア会議にしたほうがいいかと判断に悩むケースもあり不十分。	3	普段から他機関との連携を意識し、相談があった際はケースに合わせた対応、関係機関とつなぐなどしっかり行っていく。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	2	集まりの場や民間サービスなども必要時に提案している	運動教室の空きがなく、シルリハ教室やサロンなど改めて情報収集が必要	3	サロンや老人クラブなどの情報収集をして、積極的に提案していく。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	2	介護予防教室やシルバーリハビリ体操を紹介している。指導士とのつながりも継続している。	参加が少ない場所がある一方、入れない教室もある	3	新たな場所で立ち上げていくにも指導士を増やしていく必要があると考えている。指導士を増やせるように協力する。		

【社会保障充実分】　　【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	2	ホームページを活用したり、研修会に参加、こちらの勉強会にも顔を出してくれている。	どのような相談ができるのか理解できていない	3	勉強会にきてくれた際には事例などを紹介していただき具体的にどんな相談ができるのか、医療連携センターのことを理解していくきっかけとする。	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	1	必要と思われるときに相談をするが具体的に何ができる部署なのか理解していない。	SCを理解することが必要	3	理解を深めるため、しらかば・山手・南包括とも協力し集まりの場を持っていく。	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	1	ステップアップ講座まで行えなかった。	運動教室にてステップアップ講座を開催する	2	推進員とも打ち合わせをして進めていく。	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	2	初期集中支援チーム員会議が一件のみとなった	該当するケースを見極めて初期集中支援チーム員会議の開催を増やす	3	推進員や他包括から学びチーム員会議につなげていく	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	2	過度な負担など状況を把握できるように努めている	本人・家族が参加できる交流会などニーズにあうものを考えていく必要がある	3	しらかば・山手・南包括や推進員との協力でニーズに合った集まりなど考え開催していく。	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	2	積極的には開催できていないが要請があれば行っている。	ボランティア団体などにも講座を実施することは可能	3	町内会やボランティア団体などに養成講座を実施していく	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	1	支援チームでの対応が望ましいのか判断に迷う	理解を深めて判断しチームにつなげていく	2	早期治療にもつなげられるように適切なタイミングで判断できるよう振り返りや研修などで研鑽する	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	1	個別会議にしたほうがいいケースの判断に迷う	回数を重ねて経験を積む	2	・個別会議開催年間開催目標件数●件 4件	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	2	現状がわかりにくい地域についてすべてではないが理解することができた。	高齢化や住民が少なくなる地域の状況・課題把握	3	・圏域会議開催年間開催目標件数●件 2件		

苫小牧市しらかば地域包括支援センター

【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	3	事業計画の作成を行い、職員間で共通理解を図っている。必要に応じて業務改善を図っている。	分担やチーム対応を心掛けているものの、業務に追われ負担を感じる所もあった。打ち合わせを定期的に行い、ケースの情報を共有し検討を行う。	3	2に加え、作成した事業計画は、職員間で共通理解を図っている。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	多くの業務がある中で全員が担当の意識を持ちつつ役割分担し必要な人数で実行する形をとって来た。対応出来ていると考える。	相談技術の向上、3職種の専門性を活かし関係機関との連携強化ができるよう、まずはセンター間で情報を共有し役割分担を行う。	4	3に加え、定期的に情報共有する機会を設けている。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	4	職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応している。	職員に求められる能力、技術も多様化している。対応するスキル習得、向上を目指して、積極的に外部研修に職員を派遣するとともに内部での伝達研修も定期的に実施し、専門職としての問題解決能力の向上を図る。	4	3に加え、内部の研修会の実施や、専門職の会議等を通じて業務にかかわる知識の習得に努め、専門性の向上を図っている。	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。情報の取り扱いについて常に注意し周知されている。［標準］	4	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	契約条項の秘密の保持及び個人情報の保護遵守を徹底し、適切な文書管理、情報管理に努める。	4	3に加え、個人情報の適切な取り扱いをルール化し、全職員が実施している。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践できているか。	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	4	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する。	4	3に加え、職員間でふり返り、苦情や対処方		33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	3	津波警報時は安否確認、関係機関との連携を図ることができた。西・しらかば勉強会で防災に関して研修を強化し、机上訓練を実施できた。	定期的な見直しと訓練を行う。平時より、関係機関との情報共有を密にすることで、緊急時の迅速な避難支援、生活支援に備える。	3	2に加え、策定したBCPの内容を全職員に周知徹底し、非常時を想定した研修やシミュレーション訓練を定期的に実施している。	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	年１回以上民生委員や地域住民に対して勉強会を実施している。地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。	高齢化率が高い地域であり、地区の民生委員や町内会、他機関との連携を強化する。	4	3に加え、このような機会を捉え、年１回以上民生委員・児童委員や地域住民に対して勉強会を実施している。各包括と連携し協働していく。	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	3	町内会から認知症の方の相談があり、ケース会議開催後に認知症推進員と連携対応し、認知症の普及啓発や講話を行うことができた。地域住民との集いに参加し顔の見える関係性づくりに努めている。	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげる。	4	2に加え、相談に来た家族介護者に対してアセスメントを行い、その人の状況やニーズに合った適切な社会資源に関する情報提供や関係機関への接続を行っている。各包括と連携し協働していく。	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	4	多問題ケースに関しては、行政との連携を図り、チームで対応した。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげる。	4	3に加え、複合課題への対応力向上のため、職員向けの専門研修や、他機関との合同事例検討会を自主的に企画・実施している。各包括と連携し協働していく。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

【資料②-2】

③権利擁護業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市や行政機関へ連絡をしている。［標準］	4	虐待やその疑いがあるケースの相談を受け、迅速に3職種で検討し、必要時に市や行政機関へ連絡対応した。	相談が多く、分担やチームで関われるようになってきているが、業務に追われて、負担になる部分も見られた。	4	3に加え、関係機関と連携し、虐待ケースの終結につなげている。各包括と連携し協働していく。	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	3	その人の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度の必要性について判断し、活用促進している。市の職員体制や後見支援センターとの温度差を感じた事があった。	後見支援センターとケースの対応時に連携を図ることで、権利擁護や虐待対応支援を強化していく。	3	2に加え、相談があった場合は、その人の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度の必要性について判断し、活用促進している。各包括と連携し協働していく。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	4	西・しらかば圏域のケアマネ支援勉強会を西包括内と協働し毎月開催できた。居宅ケアマネからのケース相談に適宜対応し、訪問も行っている。	ケアマネからケース相談等が来た際に対応する。個別支援を積み重ね、地域課題の整理を行う。	4	3に加え、ケアマネジャーのニーズに基づいた研修会や、支援困難事例を検討する地域ケア会議等を定期的に開催し、地域全体の支援体制を整えている。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	3	担当圏域内のケアマネを対象とし勉強会を（西地域包括支援センターと合同）を定期開催し、その中でケアマネのニーズに基づいた企画・調整の機会を設け、ケアマネージャーの資質向上に努める事ができた。	ケアマネの個別相談を積み重ね、研修会や支援困難事例を検討する地域ケア会議等を開催に繋げる。	3	2に加え、ケアプラン作成時に、地域の社会資源（通いの場、サロン等）を常に選択肢として検討し、必要に応じて積極的に位置づけている。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	4	地域の高齢者が自主的に参加できる地域介護予防教室を定期的に開催し、介護予防の理解・啓発活動を行い、地域の高齢者の機能維持、向上を図っている。柏木サロン存続のため、シルバーリハビリ指導士会へ繋げる支援を行う事ができた。	シルリハサロンを他の地域活動（見守り活動等）と結びつけたりすることで、地域全体の介護予防体制の強化を図る。	4	3に加え、指導士と協働し、シルリハサロンがまだない地域での新たな立ち上げを支援したり、既存サロンの運営課題（会場確保、参加者募集等）の解決を支援している。		

【社会保障充実分】　　【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	3	困難ケース等、医療介護連携センターと情報共有、連携を取り対応した。	医療連携センターとの情報共有や連携を図り、困難ケース等の対応を行っていく。	3	2に加え、担当ケースの中で、入退院支援や医療ニーズの高い困難事例等について、必要に応じてとまこまい医療介護連携センターに相談し、助言や支援を得ている。勉強会を活用。	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	2	長い間、対応に苦慮している困難ケースに対して、会議を開き、情報共有し支援に繋げることができた。	生活コーディネーターと連携し、地域課題について検討する場を設ける。	3	2に加え、センターが把握した地域のニーズや課題（例：支援が必要な高齢者の情報）を積極的に提供している。各包括と連携し協働していく。	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	3	町内会から認知症の方の相談があり、ケース会議開催後に認知症推進員と連携対応し、認知症の普及啓発や講話を行うことができた。	地域性もあり、住民主体の認知症の方の理解が得られるには、時間がかかるため、継続的な普及啓発の活動が必要である。	3	2に加え、チームオレンジの設置・推進を行っている。	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	4	受診の調整等、医療機関との連携を図り、情報共有を行った。	チームオレンジの活動についても、連携を図りながら一緒に活動を行うことができる。	4	3に加え、医師や薬剤師など医療関係機関と連携を取りながら助言を受け支援をしている。	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	3	必要時受診同行を行い、医療機関との連携を図ることができた。ニーズ等を把握し、交流の場等へ繋げる支援を行った。	チームオレンジコーディネーターを中心に、チームオレンジ活動の推進に努める。	3	2に加え、家族交流会の実施及び認知症カフェの支援に取り組んでいる。	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	3	小・中学校でのでの認知症サポーター養成講座の講師を実施した。ネットワークの構築など認知症への理解を広める活動に参加することができた。町内会や地域住民へ講話等を行っている。	4/30キャラバンメイトの職員が退職。包括内でいない状況。研修会に参加し、職員のスキルアップを図る必要がある。	3	2に加え、認知症見守りネットワーク協力員を増やすための啓発活動を行っている。	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	4	必要時、初期集中支援チーム員会議として取り扱って行くことができた。助言等を参考に支援へ繋げることができた。	必要時、初期集中支援チーム員会議として取り扱って行く。認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げて行く。	4	3に加え、チームの役割や活用方法について、地域の関係者（民生委員、ケアマネ等）への周知・啓発を積極的に行っている。	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	2	困難ケースに対して、単独ではなく、チームで対応する様にし、適宜、会議を開き対応している。	居宅ケアマネからの相談ケースにおいて、地域ケア会議の実施は包括ケースに比べて少ない状況が続いており、ケアマネと意識の共有等を行い必要なケースを実施して行く。	2	・個別会議開催年間開催目標件数4件 地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	1	町内会、民生委員、地域住民からの相談が増加している。同行訪問を行う等、連携をしながら対応。ケース会議も実施した。	同じようなケースや地域課題について包括内で検討しているが、圏域会議の開催には至っていない。	2	・圏域会議開催年間開催目標件数1件 地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］		

苫小牧市山手地域包括支援センター

【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	3	後期高齢者以上の人口が多いという圏域特性に応じた計画を、全職員の意見を取り入れて作成しており、作成後改めて共有している。	進捗状況の確認は行ってきたが、数か月に1回などの時期を決めた評価を行っているわけではなく、不足と感じている。	4	タイミングを半年に1回などと決めて行うことで、評価を定期的に行う。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	4	相談内容に基づき、複数対応を行っている。また、毎週水曜日には包括内でのケース共有・検討会を行っており、対応方法や対応者の検討をしている。	複数職員での対応は行っているが、ケース共有や検討についてはタイミングによって開催できないことがあった。	4	ケース検討は原則毎週行っているが、その記録が不十分だったり開催できないこともあるため、野中式等、負担の少ない方法でケース検討を行うことで密度を高めたいと考えている。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	-
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	4	上記と同様、定期でケース共有・検討会を開催している他、不定期で同様の会議を行っており各職員の専門知識や経験を他の職員に共有する機会を設けている。	上記と同様、開催できない週もあった。	4	上記と同様、開催方法を再検討する他、成年後見制度の利用等について内部での勉強会を定期的に開催できるよう努めたい。	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	4	関係機関等から個人情報を教えて欲しいなどの連絡が来ることもあるが、取り扱いの方法を統一して対応している。	引き続き継続しつつ、後続の職員でも同様の対応が可能な方法を検討する必要がある。	4	取り扱い方法については共有しており、更にマニュアル化を検討している。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	3	マニュアルに沿った対応を行い、記録に残す事としている。	苦情とハラスメントの境界を確認する。	4	現在、ハラスメント対策のためにマニュアルの整備を行っている。	に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践でき	33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	4	災害時における職員体制及び役割の確認。感染症含めて必要物品確認。法人内での必要な訓練に参加。	R7年度の実施成果をもとに、法人含めた地域連携について検討する事が必要。	5	現在、町内会等との地域ケア会議開催（災害時）を検討中。	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	地区民協や町内会の定例会、シルリハサロンや地域の体操教室等に参加し、適宜参加者からの相談に乗ったり最近の地域情勢を聞き取っている。また、地域のキーパーソン（民生委員や町内会役員以外）からの個別の相談を受け課題解決に取り組むなどしている。	地域での共通する悩み事や困り事、より良い地域を目指すために必要な事を住民と相談し地域ケア圏域会議の開催をしていきたいと考えている。	4	他包括支援センターとの連携を強化し、年に1回～2回程度は民生委員や町内会役員等向けの研修会を企画、開催する予定とした。	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	3	電話・来所含めて、都度対応を行っており、必要な資源紹介や、必要時は訪問を調整している。	資源紹介はしているが、紹介先等への参加はしていない。	4	他包括支援センターと共同で、年に1回～2回程度は介護者を対象とした研修会等を企画、開催する予定となっている。	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	4	相談や訪問の際に複数職員で対応することで、世帯の情報を共有・把握している。センター内で対応力向上のための研修や圏域ケアマネ会での勉強会を実施している他、高齢分野以外の課題を抽出できた際には、各関係機関に情報提供や引き継ぎを行っている。	世帯が複合的な課題を抱えている場面が徐々に増えているため、情報提供や引き継ぎ先の情報把握をより広く行う必要があると感じる。	4	センター職員向けの研修や圏域ケアマネ会での勉強会以外にも、他包括支援センターと共同で他機関との事例検討会や勉強会を開催し、地域の対応力向上を目指す。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

【資料②-2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	4	虐待を疑うケースが複数発見され、対応してきた。市関係機関への連絡と、その協力のもと、解決または状況を軽減しながらの見守り体制に移行することが出来ている。	権利侵害に対しての予防のための活動については、未だ着手出来ていない。特に地域住民は虐待防止への意識がそれほど醸成されていないため、必要性を感じている。	5	虐待への対応だけでなく、不適切な介護とみなされる状態を虐待に発展させないために必要な啓発に取り組みたい。近い圏域の包括センターと共に啓発のための研修や勉強会を年1回程度企画する予定。	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	3	昨年度から引き続き、複数の職員が多数の成年後見制度利用をするべきケースに対応している。そのほとんどが申立に繋がり、活用の促進に寄与することが出来ている。	普及啓発という部分においては積極的に取り組むまでに至っていない。今後は地域住民が自ら申立に取り組むことが出来るよう、意識付けや知識を得るなどの支援が必要。	4	既存の研修会案内を継続しつつ、上記高齢者虐待に関する研修会と共に、近い圏域の包括センターと共同で啓発のための研修や勉強会を年1回程度企画する予定。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	3	ケアマネジャーからの相談は月に数件のペースで受けており、その殆どが支援困難と感じるケースへの助言等となっている。これらの多くが権利擁護を含むものとなっており、必然的に適する支援機関への繋ぎを行う流れになっている。	南地域包括支援センター及び当該年度の担当居宅介護支援事業所と協働して南山手ケアマネ会を運営しており、研修会の企画・開催を行っているが、今年度において地域ケア会議でケアマネジャーが担当するケースを取り扱っていない。	4	複雑化していくケースに対応するため、より連携を密に行う土壌を作りたいと考えている。研修会の頻度はそのままに、より地域のケアマネジャーのニーズに沿った内容で実施できるよう努める（他分野との連携やシャドーワーク防止などの内容を含む）。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	4	地域サロン等だけでなく、計画に記載して差し支えないとの返答を頂けたものについては近隣から支援についても含めて選択している。また、近年増加している多種多様な有償サービスを把握、利用の提案をしている。	インフォーマルサービスを積極的に取り入れ、圏域ケアマネジャーに対して南山手ケアマネ会として情報提供や研修会を行うに留まり、単独包括での開催はしていない。	5	インフォーマルサービスの紹介や有償サービスの研修会等について企画し圏域内のケアマネジャーに対しての開催を検討する。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	4	対象者に教室やシルバーリハビリの情報提供を行う他、町内会の会合等への出席時にはパンフレット配布等の情報提供をしている。指導士との交流は毎月末に南・しらかば地域包括支援センターと共に定例会を設定している。	個人宅で開催するシルリハサロンの増加を目指して取り組んでいるが、なかなか定着しない。8年度も継続し、新規開設を1件以上行う予定。また、予防教室でのシルリハ活用を検討中。	5	個人宅でのシルリハサロン開設を目指し候補者を選定中。予防教室でのシルリハ活用については既に行っている他圏域包括支援センターから情報提供を受けつつ、年度前期の内には一度試験運用できるよう環境を整える予定。		

【社会保障充実分】　　【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	3	医療介護連携センターからの連絡に基づき支援を開始する場合や、包括から相談し支援を得ることが出来ている。	度々の意見交換や特に医師会への意見などで支援を得ているが、地域全体の課題を共有するには至っていない。	4	圏域ケアマネ会等定期的に行われる研修会において情報交換や意見交換の場を設けられるよう調整を行う予定。	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	2	定例会議において情報交換を行い、地域ケア会議開催時には助言を受けるなどしている。	個別での情報交換についてはタイミングのずれなどもあり、年度内には実施出来ていない。把握している地域の現状等の情報交換を行いたいと考えている。	3	他包括支援センターと共同しSCとの勉強会を企画する予定。その場で、包括が把握している地域の状況を共有するなどしていく。	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	3	チームオレンジとして、就労継続の支援など認知症の方の社会参加を手助けする活動も行っている。	現在行っている活動を継続する支援のみに留まっているところだが、今後は新たな活動への切っ掛けなども検討したい。	4	地域支援推進員やチームオレンジと相談の上、地域福祉活動の具体的内容について検討していく。	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	4	認知症専門医・専門病院だけでなく、地域の各医療機関等と方向性の協議をしながら認知症と思われる方々についての相談を受けている。	連携が円滑に出来る医療機関等は一部であり、より広い範囲での連携先確保が必要と考えている。	4	継続して各関係機関との連携を広げながら相談を受け、支援を行う予定。	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	2	介護者の負担等課題やニーズを把握し、適切な支援に繋ぐことが出来ている。	認知症カフェや家族交流会等を紹介することはあったが継続的な参加には繋がらず、現状では負担の軽減を主眼に置いた支援となっている。	3	前述した通り継続的な繋がりを持つには至っていない状況があるため、地域支援推進員等と相談の上、方法を検討する場を設ける。	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	2	キッズサポーターを中心として養成講座を実施している以外にも、シルバーリハビリ体操等参加時に認知症高齢者の特性等を伝達し理解を広めている。	認知症高齢者の理解を広めるべく活動しているが見守りネットワーク協力員を増やすための啓発活動を行うまでには至っていない。	4	地域支援推進員と協力し、年間1件程度は研修や講演会を実施することで、啓発に力を入れていきたいと考えている。	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	3	初期集中支援チーム員や地域支援推進員と連携し、同行訪問やケースの検討を通じて適切な支援に繋ぐことが出来ている。	町内会や民生委員の集まりにおいて、チームの存在を周知しているが、役割や活用法について啓発を積極的に行うには至っていない。	4	今年度は町内会や民生委員の集まり等においてチームの役割や活用事例についてを紹介する等し、相談方法を周知していく。	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	1	計画をしていたが、今年度は既定の回数を行うことが出来なかった。	対象となるケースの関係者から了解を得られなかった等の理由で4回以上の開催は出来ていない。	2	・個別会議開催年間開催目標件数6件 令和7年度も計画自体は6件以上行っているため、同様に計画をしつつ、組み立ての方法を検討する。	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	2	計画をしていたが、開催には至っていない。	計画していたが年度中の開催には至らなかった。	2	・圏域会議開催年間開催目標件数1件 現在計画中の地域ケア圏域会議があるため、関係者間との調整を進め開催を目指す。		

苫小牧市南地域包括支援センター

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	3	市町村の方針などを各職員と確認協議し目標を設定し事業計画の作成を行った	年度内での職員の欠員などもあったが概ね実施する事が出来た、維持向上の為には定期的な進捗確認は必要	4	日常的には打合せなどを行い共有は出来ていたが、事業進捗についての定期的なミーティングを行い進捗確認を行う	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	3職種が必要に応じ連携し2名で訪問するなどを継続的に行っている。複数名で対応する事で記録の漏れや不在の可能性を少なくしている	案件が込み合っていたり、外勤に出ている時間も多い為、事務所での即時の記録入力が難しい所がある	4	取り組みは継続し、随時の共有、定期的な共有機会を定期的に確保し共有のレベルを引き上げる	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	5	それぞれの職能の研修受講、スキルアップの研修、他包括との部会など研修機会を設けている。主マネについては山手包括と連携し地域のケアマネに対し研修の企画などを行っている	以前までは法人の研修が複数あったが、昨年はシステム変更の関係で実施開催が少ない状況で外部での研修が多くを占めた	5	本年度は法人内研修も充実する予定なので職位、職能に応じた研修の受講と外部での研修も参加を続けていく	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	4	個人情報の取り扱いについて理解し取り扱いを遵守している	大きな事故、ヒヤリハットもない為、大きな問題はない	5	体制整備や職員の理解向上を目指し研修を受講する	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	3	苦情ファイルを作成し回覧を行い再発防止に努めている	大きな課題はなし	4	苦情や対処方法についての研修を受講し意識向上を図る	に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践でき	33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	3	BCPを作成し回覧を行って有事の際には迅速な対応が出来るように努めている	スマホの導入、社内連絡システムなどを利用し職員間での連絡がつきやすい様にはなっているが、災害時などにキチンと運用出来るかなどは未知数な部分も多い	4	定期的に研修を行う、様々な災害が想定される為内容の見直しを状況に合わせて行う様にする	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	地域の介護予防教室を含め、住民との関係づくりの為に複数の集まりに顔を出しネットワーク構築を行っている。包括広報誌を年2回作成しセンターの活動を知ってもらえる様に活動をしている	こちらのメンバーに大きな変更はないが、各種機関、地域住民は変わる事も多いので、昨年同様活動の継続の実施が重要	4	自地域での各種活動に加え、西部地域包括で連携し民生委員、児童委員、地域住民向けの研修会、勉強会を実施する為に委員会を設定し共同開催を行っていく	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	3	包括パンフレット、ホームページや広報誌などでセンターの存在を周知している。相談者を必要な社会資源への接続を行っている	これまで相談会、出張相談会の実施なども行ったがそのタイミングでの相談はほどなく、通常時間内で必要時の随時対応で充足されている状況と考える	4	家族向け介護教室、必要な知識の提供の機会の為の研修会の実施などを実施に向け、西部地区包括にて連携し開催を予定している	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	4	山手南ケアマネ会など事例検討の機会を持ち、対応力向上の機会を確保している。又、多機関の実施する研修などにも参加し見識を深めるよう努めている	包括職員、ケアマネや複合的課題へ関わる機関と多機関との連携を更に深めるべく取り組みを行う	4	複合課題への対応力向上の為、様々な事例の検討や研修機会の確保、研修機会の提供などを行い重層的支援体制強化の為、西部地区包括や総合福祉課との研修機会を持ち体制強化を行う	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	4	発見後部署内で内容を精査し情報収集。市役所への報告、相談を行い、適宜必要な機関と各種連携し終結に向け対応を行っている	地域住民や発見の可能性が高い事業所などへの予防啓発活動が行えていない	4	西部地区包括と連携し各包括社会福祉士と共に地域住民、各種事業所向けの高齢者虐待の早期発見に向けた研修を実施し予防啓発活動を行う	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	3	社会福祉士保持者が3名おり個別支援については複数職員で対応。必要に応じて、状況を把握した上で検討し制度活用に努めている	地域の関係機関、地域住民などへの成年後見制度に関する研修会などは行えていない	4	西部地区包括と連携し各包括社会福祉士と共に地域の関係機関、地域住民向けの研修機会の確保を行い後見制度の周知を行う		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	5	山手南ケアマネ会を開催し地域のケアマネと定期的に顔の見える関係性を構築している。事例検討の開催を行いスキルアップ向上を支援している	現状の体制を維持できれば大きな問題はなし	5	事例検討に留まらず、他機関等の連携強化の為の時間を取ったり様々な企画を展開している。地域の課題、実情に合わせて多様な内容を山手包括と共同し展開していく	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	5	山手南ケアマネ会では社会資源情報の提供時間を作ったりと情報提供をしている。地域の社会資源について把握に努め、必要な方には利用出来るようにしている	活用出来る社会資源が限られている状況ではあるが必要な方には情報提供、利用などに繋げている	5	ケアプラン改善の為の研修、点検事業の結果などを周知回覧を行い理解向上、ケアプランの改善に努める	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	4	南包括にてしらかば、山手、南エリアの集まりを行っており職員も参加しサポートを行っている。一般介護予防教室での展開は４教室で行えており互助の活動が促進している	一般介護予防教室で定期的な活動して貰う事で活動場所の確保含めサポート体制を作っている	4	現在行えている活動の維持を行う事が重要であり継続してシルリハの活動、集まりなどに職員が参加し顔を繋いでいく		

【社会保障充実分】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	4	センターの設置から必要な個別事例については連携が出来ている。月一回の包括定例会にも参加頂き情報共有が出来ている	共同でのルール構築という所については行えていない	4	包括定例会のみならず、山手南ケアマネ会にも参加頂き、意見交換や情報共有を行う	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	3	地域ケア会議実施には参加して貰い連携、地域課題の共有を行っている。協議会の会議、住民との懇談会には積極的に参加をしている	地域の課題を把握する場は複数あるが、定期で検討する場を設定していない	4	一包括では大きな地域課題、課題の差も無い事もあるので、西部地区で連携しSCとの意見交換会を実施予定。包括によってはSCがどの様な役割かを理解出来ていない所もあり再度積み重ねも必要	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	2	認知症フレンドリーファームを展開、個別のチームオレンジ活動を行っていたが対象者の状態悪化により対象がいなくなった状況	個別支援、オーダーメイドだと対象がいなくなると活動の継続が困難な場合がある為、持続可能な形の模索が必要	3	介護予防教室でのチームオレンジ活動の実施や認知症フレンドリーファームの広い展開を予定	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	4	認知症地域支援推進員の複数配置、初期集中支援チーム事業を活用し様々な機関と連携をしている	疾患センターと必要に応じた連携はしているが認知症の事例検討会は行っていない	4	各医療機関の認知症認定看護師との研修会を企画し実施予定	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	2	現状の把握、ニーズの把握は行っているが、全市で行う者に繋ぐに留まっている	地域ケア会議や民生委員や他の社会資源を活用し見守り体制の構築は行っている	3	認知症の人の作品展など行い力の発揮の場の継続、家族交流会については地域特性上あまり多くない為、情報提供、ニーズなどの再確認をする	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	4	地域内の高校や小中学校など必要に応じ養成講座開催を積み重ねて来ている。	認知症地域支援推進員が中心になっており、他地域へのサポートも行っている為、オレンジコーディネーターやメイトの増加などが必要	4	オレンジコーディネーターやメイトの増加など、包括として更に意識向上し全体で取り組んでいく	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	3	全職員が支援チーム員であり必要なタイミングでケース選定や協議を行っている	事業説明は地域のケアマネなどに行っているが兼任だと認識が難しい状況は変わらず	4	チーム対応ケースの理解。早期発見、早期対応に向けた対応力向上の研修を企画する	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	2	７年度については過去最少の５件の実施となった状況。	ケア会議実施から10年近く経過し多くの会議を実施している為、会議体に頼らなくてもネットワークの構築が出来てしまう状況がある	3	・個別会議開催年間開催目標件数10件 上期、下期で進捗状況の確認は必要	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	1	７年度については実施をしていない状況。	取り組みが複数ある中で、内容や必要に応じた実施が必要と考えるので優先順位含め検討している状況である	2	・圏域会議開催年間開催目標件数1件 実施については要検討		

苫小牧市中央地域包括支援センター

【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	2	事業計画で設定していた、ケア会議やカンファレンスは積極的に活用し、困難ケースや認知症初期集中支援チームを通して支援体制のネットワーク構築は出来た。	具体的な年間計画が無かったため、地域ケア会議やカンファレンスを開催することで精いっぱいで振り返りが不十分だった。振り返りまでやることで圏域特性や地域課題が見えてくる。	3	令和７年度の地域ケア個別会議から見えてきた課題を整理して事業計画に反映する。 事業計画や年間計画の振返りを上期と下期に分けて実施する。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	包括内の専門職間の連携はケースによって複数対応したり、センター内でカンファレンスを実施し各特性を生かす動きがとれていたと思う。	令和８年度は３職種が５名→４名になった状態でスタートなり、マンパワー不足が懸念される。その時の配置人数に応じた連携の取り方を職員全体で検討する必要がある。	3	それぞれが担っている（担当している）業務を整理し、職員間で共通認識をもつ。その上で、業務分担を行い、３職種の連携がスムーズに図れるよう取組む。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	2	外部研修は職員それぞれの意向、または業務上の判断として必要なものは参加が出来ている。	各職員が積極的な研修参加ができるよう、業務の調整や協力体制が必要。	3	研修に参加できなかった職員に対しての伝達講習の機会を確保し、研修で得た知識などを共有する。研修と業務の兼ね合いをみて負荷がかかり過ぎないよう配慮する。	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	2	個人情報は鍵付きロッカーに保管、事務所自体も施錠するため、部会者が記録物を見ることは出来ない。	個人情報保護に関する法人マニュアルを周知不足。	3	個人情報の法人マニュアルを周知し、保護の徹底を行う。職員入職時に個人情報保護のオリエンテーション実施。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践できているか。	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	1	契約時に苦情受付先の明記はしているが、マニュアルの周知不足。	法人の苦情対応マニュアルを周知不足。	2	苦情対応マニュアル、苦情受付簿の周知。		33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	2	BCＰはしているが周知不足。	BCPの見直し、机上訓練をより実践的に行う工夫が必要。	3	災害時の連絡体制の整備、センター内、法人内のBCPとの関連付けを進める。	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	2	サロンでの講話、苫小牧東病院の苫東くらぶへの参加、自治会役員会への参加などを通して地域との関係性づくりを行った。相談しやすいネットワーク構築に繋がった。	圏域内の社会資源の十分な把握、活用や連携方法を考えるまで至っていない。町によってはネットワーク構築が不十分なところがある。	3	中央圏域と広域ではなく、小規模（町ごとなど）で地域アセスメントを行い、特性の把握と連携方法を考える。	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	2	相談窓口の明確化をして、職員それぞれが相談を受けて共有し対応している。 家族介護者の会の情報提供は少数だがある。	介護者がどんな不安や希望をもっていて、どのような資源を求めているのかの把握が不十分。	3	新たに介護者家族の集いの場所を立ち上げるだけではなく、現在ある資源の活用をする。介護予防教室を介護予防の場としてだけではなく、包括に繋がる地域の相談場所の一つとして周知を行う。	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	3	高齢者本人、本人を取り巻く環境や家族背景にも目を向けている。包括のみで抱えずに地域ケア会議やカンファレンスを行い、重層的支援体制を意識した取り組みが出来ている。	複合的な課題のある世帯へ関わるときは多機関、他分野と協同することになるが、分野ごとに考え方やアプローチ方法が違い、支援がスムーズにいかないことがある。包括側からのアプローチ方法を考える必要がある。	4	包括側から「目的」「連携方法」などの意図をしっかりと伝えて協同へ参加してもらう。さぽゼミなどの研修を通して、他分野とお互いの役割を知る機会を作る。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

【資料②−2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	3	虐待疑いの相談を受けた場合は即時共有、検討をして行政に報告している。コアメンバー会議の開催など行政と相談をしながら包括の考えを伝えている。行政に丸投げせずに包括の役割と責任を考えて対応している。	ケースによっては、終結まで時間を要して権利侵害が解消されない期間が長期になることがあった。ゴール設定をした上でカンファレンスを行う必要がある。	3	目標と期間設定を明確にして、虐待対応にあたる。また、自己研鑽を行い虐待対応の知識と理解を深めて根拠を持った対応を目指す。	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	2	制度活用が必要なケース選定やどのような役割を担うかの説明は出来る。必要に応じて成年後見支援センターと連携を図っている。	成年後見制度を活用するだけで解決に結びつかないケース、制度開始までの期間の支援方法、制度に結びつかないケースへの支援などに課題がある。	3	成年後見制度も今後制度改正があるため、職員全体が学ぶ機会を持つ。引き続き成年後見支援センターと連携を図る。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	3	圏域CM会の定例会、さぽゼミとの協同、主任CM部会を通じた苫小牧市CM連絡会との連携を図っている。また、個別でCMが相談にきてくれることが多々あり、地域ケア会議としてケアマネジメントで関わっている。	連携のとれているCMや居宅もあれば、コミュニケーションが不十分なCMもいる。そことの関わり方をどうしていくか。	4	今まで行ってきたCM支援を継続し、CMと一緒に協同や自己研鑽できる場を考える。令和７年度から開始した東明野中央、社協の定例事例検討会を居宅まで拡大できるか検討する。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	2	利用者の状態に応じた資源の選定をしている。インフォーマルサービス含めて、情報提供やプランニングをしている。	インフォーマルサービスを取り入れたプラン作成まで至らないことが多い。実際には介護予防サービス＋地域のサロンなど併用していても、そことの連携やプラン繁栄が不十分。	3	フォーマル、インフォーマルサービスの十分な把握をして、自立支援を意識した社会資源の選定を行う。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	2	介護予防教室でシルバーリハビリを開催している。定例で話し合いの機会も持てているが。全てニーズの満たす事は難しさを感じた。介護予防教室スタッフが２名指導士になった。介護予防教室の情報提供は積極的に行っている。介護予防教室での講話を通して参加促しをしている。	令和７年度はシルバーリハビリ指導士との連携強化と地域と繋がりも広がった。そこから見えてきた課題（指導士の高齢化など）にどう取組むか。	3	介護予防教室スタッフ、指導士と今後展開を検討する機会が必要。地域住民が求めていることと指導士の目標としている事のずれが生じている地区もあるため、すり合わせを行う。		

【社会保障充実分】 【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	2	医療介護連携に課題のあるケースの地域ケア会議に参加してもらい、助言をしてもらっている。連携センターの企画した研修への参加、周知。	具体的にどのような内容（ケース）について相談をしたらいいのか、包括側が明確に捉えきれていない。	3	ケースを通じた連携を積極的に行う。また、連携センターが開催する研修へ参加し、相談しやすい関係性作り、役割の理解に取組む。	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	2	中央包括としての定例会はないが、第3の検討会や包括連協会議、必要時の会議を行い情報交換の機会は持てている。また、東明野中央包括の事例検討会にSCやCSWに参加してもらう等して、日頃から連携強化をしている。	SCと関わる機会は持てているが、中央包括独自の取組は行えていない。	3	中央包括とSCの定例会の必要性やどのような内容での情報交換や話し合いが必要なのかの検討を行う。	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	1	オレンジコーディネーターの配置（３名）は出来ているが、実際の取組まで到達できなかった。地域ケア会議を通じてチームオレンジ立上げ検討段階までいったが、ステップアップ講座開催に至らず終了した。個別会議を通じて民間企業や障がい福祉施設に見守り体制の協力をしてもらう事ができた。	個別ケースへの地域での協力体制を構築することはできたが、その後の発展として認サポの開催やチームオレンジ立上げの活動まで至らない。支援開始時点で、そこまでの発展を想定した取り組みが必要。	2	個別ケースを通じて、地域ケア会議に参加してもらう等して、地域や企業を巻き込んでいき認知症サポーター養成講座など普及啓発を行いきっかけ作りをする。令和７年度は郵便局からの相談ケースが多かったため、令和８年度は郵便局へのアプローチを強化する。	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	3	相談体制と、必要時に協議する機会をもつことは出来ている。認知症疑いの相談がきたときに、初期集中支援チームの介入を意識して支援にあたっている。令和７年度は初期集中支援チーム６件。	相談室や連携室のない医療機関との連携に課題がある。窓口が明確じゃないので、相談する相手が把握できていない。病院での状態と在宅での状態のすり合わせをするときに医師と包括に認識の差があり支援がスムーズにいかないことがある。	4	スムーズにいった事例だけではなく、連携に課題の残ったケースの積み重ねをして、その結果を包括連協や行政、医療介護連携センターと共有できるよう取組む。MSW不在の医療機関とも顔の見える関係性作りができるよう、窓口になりえる人の整理を行う。	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	1	個別ケースを通じた家族のニーズ把握はしているが、地域としての課題整理は出来ていない。	個別支援はしているが、カフェなど地域で集いの場を作ることまで至っていない。	2	ニーズ把握、ニーズ把握するための方法を検討する。また、各部会で他包括での取り組み状況を確認し、中央包括で計画する際の参考になるよう情報収集を行う。	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	2	依頼がきたら最大限対応するようにしている。令和７年度は中学校2回、苫小牧信用銀行1回、歯科1回を開催。	依頼にこたえる形のみで、包括として積極的な投げかけは出来ていない。	3	個別ケースを通じて、認知症普及啓発のきっかけ作りを意識し、養成講座までの発展に繋げられる取組を行う。	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	3	初期集中支援チームの介入の検討、介入後の支援方針の共有など出来ている。必要に応じてCMに会議に参加してもらっている。	診察した医師の対応によって、初期集中支援チームの支援方針に大きな影響がでる。そこへの対応に困ることがあった。初期集中チームの会議をすることで課題解決は出来たが、医師の選定をする包括側も知識や情報が必要と感じた。	4	認知症初期集中支援チームの周知に取組む。圏域CM会の活用や民生委員の協力を得ながら周知する方法を検討する。	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	2	地域ケア個別会議の理解と活用は積極的に行った。しかし、ケア会議後のモニタリングを意識した会議は開催していない。会議後に面談や関係者を通じて情報収集はしている。	モニタリングのための会議の必要性の検討をしてこなかった。その点の意識が低かった。	3	・個別会議開催年間開催目標件数10件 地域ケア個別会議後のモニタリングを強化する取り組みを行う。モニタリング時期を職員全員が意識し、都度会議の必要性を検討する。	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	2	地域ケア圏域会議は年2回と目標設定し、令和7年度は達成できた。津波警報があり地域住民が不安を抱えているニーズ把握から仕組み作りのための話し合いをする機会がもてた。	圏域会議のテーマ決めや開催時期など計画を立てて実施していない。そのため、計画的な遂行とはならなかった。	3	・圏域会議開催年間開催目標件数2件 令和8年度はテーマ決めや開催時期など実行しやすい計画を立てて業務にあたる。		

苫小牧市明野地域包括支援センター　　【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	2	年間計画を作成することができた。地域の情報収集はできたが、分析までには至っていなく、反映ができていない。	年間計画は継続し、情報収集した内容を分析し、年間計画に反映する。	3	サロンシートに随時情報を入力し、市・社協・包括検討会にて使用した、地域アセスメントシートを活用し、月1回地域分析を行う。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	3	虐待（疑い含む）、困難、認知症ケース、安否確認など複数名で対応している。また、随時情報共有し対応する支援体制がある。困難対応者リストを作成し、月1回の部内会議で確認・情報共有を行っている。	現状を維持し、相談できる体制・関係を維持する。	3	継続して複数名で対応し、随時情報共有を行っていく。困難者リストを作成し情報を更新していく。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	2	研修の機会を確保されているが、研修参加については、ばらつきがある。	研修の機会を確保されているが、研修の参加については、ばらつきがある。	3	各個人最低でも年2回研修に参加する。参加後は口頭で伝達報告する。	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	1	システム開いたまま、外勤することがある。個人ファイルをデスク上に置いたまま外勤することがある。	個人情報保護の意識はあるが、システムを開いたまま外勤することがある。個人ファイルをデスク上に置いたまま外勤することがある。	2	外勤時は、必ず個人情報が見えないように徹底する。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践できているか。	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	2	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。マニュアルに沿って取り組みを行っている。	マニュアルを作成し、マニュアルに沿って対応しているが、マニュアルの見直しができていない。	2	年1回マニュアルを見直し、研修会を実施する。		33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	2	マニュアルを作成し、年に1回物品の期限や過不足について確認している。年1回災害時の訓練を行っている。感染症について年1回訓練を実施しているが、マニュアルの見直しができていない。	訓練の継続とマニュアルの見直し。	3	災害訓練を年2回実施する。感染症対策を年1回訓練を実施する。物品は年1回確認する。マニュアルを年1回見直しを行う。	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	3	サロンや老人クラブに月1回以上参加し、顔の見える関係性を構築し、民生委員や住民からの情報収集に努めている。ちょこっと茶屋を月1回開催している。	サロンや老人クラブに月1回以上参加し、顔の見える関係性を構築し、民生委員や住民からの情報収集に努めている。ちょこっと茶屋を月1回開催している。	3	今年度を継続	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	2	アウトリーチを行い、サービスガイドやケアパスなど、パンフレットやリーフレットを活用し、情報提供を行っている。	質の向上	2	今年度を継続	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	2	認知症家族への対応、経済的課題のある家族、8050など重層的支援を行っている。他機関との連携を意識し対応している。	更に関係機関との連携を深める	2	今年度を継続	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

【資料②-2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	2	虐待（疑い）含むケースについて、適宜事業所内で情報共有を行い、複数名で対応している。早期に関係機関と情報共有し連携を図っている。	職員の質向上、啓蒙活動が不足している。	3	今年度の対応を継続し、全職員虐待研修を最低年1回受講する。	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	2	パンフレットやリーフレットを使用しながら、社会福祉士以外も説明することができる。常に成年後見制度の活用について意識している。	職員の質向上、啓蒙活動が不足している。	3	今年度の対応を継続し、全職員虐待研修を最低年1回受講する。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	2	東三中ケアマネ会やケアマネカフェ、ケアマネ連絡会に参加し関係性を作っている。ケアマネの抱える困難ケースについて伴奏している。	ケアマネとの定期的な接触については、職員によりばらつきがある。	2	ケアマネとの接触について、参加できる会は積極的に参加する。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	2	介護保険サービスのみならず、有償ボランティアや地域サロン、健康教室等社会資源の情報提供を行っている。	利用できる社会資源が限られている。条件付きの資源が多い。移動手段の確保ができない。	2	現状の維持を行いつつ、社会資源の模索。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	2	介護予防教室やシルリハ体操、サロンの情報提供を行い、3か月に1回シルリハ連絡会に参加し、定期的に情報交換している。	利用できる社会資源が限られている。条件付きの資源が多い。移動手段の確保ができない。セルフケアの意識が低い。	2	現状の維持を行いつつ、社会資源の模索。		

【社会保障充実分】　　【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	2	担当者を把握し、地域ケア会議の同席を依頼している。医療介護連携センター主催の研修に参加している。	現状の継続	2	現状の継続	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	2	地域ケア会議への参加依頼を行っている。ふれあいサロンなどに月1回以上参加し、その場で情報交換を行っている。SCからも個別ケースについて相談を受け、同行訪問している。	定期的な打ち合わせになっていない。	2	現状の継続	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	2	ステップアップ講座を2回実施。ほっとカフェあいかの立ち上げを行った。	より効果的なステップアップ講座の実施	2	現状の継続	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	99,100,102
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	2	地域ケア個別会議などで、医療機関、認知症推進員、認知症認定看護師、若年性認知症支援コーディネーターなどと対応や支援方法について協議している。	協議できる関係の継続	2	現状の継続	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	
(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	2	相談を受け、受診調整や受診同行、制度の紹介や環境調整を行っている。	現状の継続	2	現状の継続	認知症の人とその家族への支援ができているか。	
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	3	幼児、小・中学校、一般企業向けに12か所実施。新規開拓を3件行った。	企業向けの認サポが少ない。住民も認知症に対する知識は深めたいが、支援に対する意識が低い。	3	新規開拓	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	2	初期集中支援チーム員会議を6件活用し、専門職からの助言を受けている。	現状の継続	2	現状の継続	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	3	年8回開催し、関係機関とのネットワーク構築を行っている。	現状の継続	3	・個別会議開催年間開催目標件数●件 年8回開催予定	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	3	年3回開催し、関係機関とのネットワーク構築を行っている。	現状の継続	3	・圏域会議開催年間開催目標件数●件 年3回開催予定		

苫小牧市東地域包括支援センター

【資料②-2】

①組織・運営体制

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(1)	年間活動計画の作成と進捗確認	圏域の特性を把握・分析して反映させた、当該年度の事業計画を作成している。［標準］	2	圏域の特性を把握しながら事業計画を作成している。	地域アセスメントが足りていない。	3	・継続的に地域アセスメントを行う。令和8年度は特に勇払地区と新開明野元町地区のアセスメントを強化する。 ・集いの場や地域住民とのグループワークを通じて自助意識の向上とSCとの協同で互助の体制を強化する。 ・さぽゼミぷらすを年4回開催し、多職種連携を強化する。	市町村の実施方針や担当圏域の地域課題等を踏まえて、事業計画の作成、重点目標を設定し、必要に応じて業務改善を図っているか。	16～19
(2)	３職種の連携	各職種の専門性を活かし、必要に応じて複数の職員で対応している。［標準］	4	・総合相談や権利擁護のケースでは専門性を活かし違う視点でアセスメントできるように初回は2名で訪問している。 ・包括内で情報共有を行い常にチームアプローチを意識して対応するように伝えている。朝の打ち合わせや記録でそれぞれの動きを報告し，担当職員が不在でも対応できるように共有を図っている。 ・月に1回職員会議で情報共有を行っている。	記録の入力が滞っていたり，報告・連絡・相談もできていないことがある。そのため誰が何をどこまでやるのかがあいまいになりチームとして機能しないことがある。	4	・センター機能を効果的に発揮できるように職務分掌を作成する。誰が何をどこまで担当するか役割を明確化する。 ・毎朝の打ち合わせ，月に1回の職員会議で情報を共有し，必要に応じて事例検討を行う。 ・アセスメント力の向上と理論立てて報告する力の向上を目指す。	センター機能を効果的に発揮できるように、センター長等を中心として、センターの業務量の最適化を図りながら、個々の職員の専門性を踏まえたチームアプローチができているか。	20～24
(3)	職員の資質向上	全職員に対し、外部の研修への参加機会を確保している。［標準］	2	全職員がそれぞれ必要な研修に参加できるように案内要綱を回覧し、参加希望の有無を確認している。年間一人当たり5～10回外部研修を受講している。	・研修内容の報告や共有する時間について毎回設けていない。 ・内部研修会も定期的にできていない。	4	・内部研修会を年5回行う。（虐待・権利擁護，認知症，施設、防災，感染症） ・朝の打ち合わせや職員会議で研修報告の時間を設ける。	センター職員の人材確保、定着、育成のために、研修やメンタルヘルス対策を行う体制を整え、対応しているか。	25～29
(4)	個人情報の保護	個人情報を含む記録物を来訪者や関係者以外の職員が見れないような場所に保管している。［標準］	2	・施錠できる保管場所を確保している。 ・個人情報が見られないように引き出しにしまう、ファイルに閉じる等を行っている。	・個人情報を含むすべての記録物が施錠できる保管場所に保管していない。 ・ルール化ができていない。	4	・個人情報の適切な取り扱いをルール化する。	市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、個人情報の取り扱いに留意する体制を整備するとともに、必要に応じて苦情やカスタマー・ハラスメント等に対応できる体制を構築して、実践できているか。	31,32
(5)	苦情対応体制	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が理解してる。［標準］	1	苦情対応マニュアルを作成している。	苦情対応マニュアルを作成しているが、全職員が理解するための読み合わせ等は行っていない。	2	・苦情対応マニュアルの読み合わせや見直しを行う。 ・苦情があった場合にはセンター長に報告し，記録を残す。		33
(6)	事業継続計画（BCP）の策定と運用	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。［標準］	2	BCPの策定は行っている。災害時における研修会や図上訓練は地域住民とともに行った。	・感染症に対する訓練が行えていない。 ・研修や訓練を定期的に行う必要がある。	3	・年間計画を作成し実施する。 5月防災机上訓練，6月消防訓練，7月感染症研修，9月圏域ケア会議にて防災研修，11月東病院感染症看護師を講師に招き研修会を開催予定	感染症や災害時等における事業継続計画（BCP）を策定している。	103

②総合相談支援業務

【資料②-2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(7)	地域関係者とのネットワーク構築	地域のサロンなど地域住民が集まる場所に年６回以上参加し、地域住民と顔の見える関係づくりに努めている。［標準］	4	・民生委員・児童委員連絡協議会には年に1回必ず参加している。 ・民生委員，町内会に手つなぎネット・圏域会議の開催案内を出し年4回以上，会議や研修会を行っている。	・手つなぎネットを年4回開催し、包括だけでなく、居宅介護支援専門員と民生委員とのつなぎの場としているが、現在どの程度連携できているか把握できていない。 ・つながりやすい町内会とつながるのが難しい町内会がある。	4	・今年度も年4回（6月・9月・11月・2月）手つなぎネットを開催し、グループワークなどを通じてそれぞれの役割を再確認する場を設ける。その中から連携の進捗などを確認し、ネットワークの構築を推進する。カフェ、男性介護者の集い、手つなぎネットの年間予定は民生委員協議会にて配布している。 ・地域アセスメントを継続し、町内会の会議やイベントに参加しながら地域のキーパーソンとの連携を強化する。	すべてのセンター業務の基盤であり、ニーズ発見や支援機能等を果たす地域包括支援ネットワークを構築できているか。	36～39
(8)	家族介護支援	センターの連絡先を周知し、相談窓口を設けている。相談があった際には、パンフレットを渡すなどの一般的な情報提供を行っている。［標準］	4	・2か月に1回男性介護者の集いを開催した。 ・ゆったりカフェぷらすも毎月開催し、その都度相談対応を行っている。 ・毎月センター便りを町内会（町内会によっては全戸配布に協力してくれている）に配布し、包括の活動を知ってもらえるよう周知活動を行っている。	・圏域には若年性認知症の方，子育てや仕事をしながら介護をしているダブルケアの方もいるが，集いの場になかなかつながらない。 ・高齢の方には紙での案内，若年，壮年層にはSNSなどでの案内など普及啓発の方法に工夫が必要。 ・平日開催では高齢者の参加が多く，地域の実情と合わないこともある。	4	・奇数月の第3金曜日13：30～15：00に男性介護者の集いを開催する（担当：吉田） ・ゆったりカフェぷらすを毎月第4木曜日13：30～15：00に開催する（担当：新木） ・ケアカフェを毎月第4土曜日10：00～12：00に開催する(担当：伊藤）ケアカフェは多職種連携を意識し，居宅介護支援事業所，訪問介護事業所，薬剤師，保育士，障害相談支援員に協力を依頼する。土曜日の午前中に開催し，高齢者以外の参加を促進する。知識の取得＋交流，仲間作りを行う。 ・センター便りを毎月発行し，町内会の協力を得ながら配布する。FacebookなどSNSでの啓発活動を行う	家族介護者が相談しやすい環境を整備し、早期に課題を発見し、必要な支援につなげることができているかを評価する。	44～48
(9)	複合的課題への対応	相談対応の中で、高齢者本人だけでなく、世帯が抱える課題にも目を向けている。［標準］	4	・相談支援事業所サポートと協働し、年に4回さぽゼミぷらすを開催。ヤングケアラー研修会や多問題家族の事例検討会を行った。 ・ケアマネジャーから相談があったケースを総合福祉課に相談し、重層の会議を開催してもらっている。	・複合的な課題のある家族のケースで会議を行っても、役割分担がうまくいかず解決できないことも多い。その後も包括支援センターとケアマネジャーのシャドーワークが増えることも多く課題となっている。	4	・頼れる身寄りがいないケースや、複合的な課題のあるケースが年々増えてきており、今後もそれぞれの「できること」を確認する作業が必要。さぽゼミぷらすは今後も年4回開催し、障がい支援事業所、居宅介護支援事業所と事例検討などを通して連携の在り方を模索していく。 ・さぽゼミぷらすの案内は苫小牧市福祉部全体に案内を出し、参加を促し連携を図る。	ニーズ把握や相談内容の整理等を行った 後、記録に残すのみではなく、複合的な課題を持つ世帯の特徴を把握し、相談体制の強化や整備につなげることができているか。重層的支援体制の考え方と直結します。	49～52

③権利擁護業務

【資料②-2】

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(10)	高齢者虐待への対応	虐待やその疑いがあるケースの相談を受けた場合は、迅速に3職種で検討し、必要時に市役所へ連絡をしている。［標準］	3	3職種でケースについて検討し、行政とも都度相談しながら対応を行っている。	・3職種，行政とも相談しながら対応を行っているが，なかなか終結につなげられていない。	4	・3職種，行政と相談，検討を行い対応を行う。他専門職と連携しながら終結につなげられる。 ・社会福祉士部会で虐待研修会を企画（新木，伊藤）実施する。 ・マニュアル作成	高齢者による成年後見制度の適切な活用支援、消費者被害の予防・対応、高齢者虐待の予防・対応等といった権利擁護ができているか。	61~64
(11)	成年後見制度の活用促進	成年後見制度について、全職員が理解し、説明できる。［標準］	1	後見制度の必要性について判断し、活用を行える職員もいるが、全職員ではない。	・成年後見制度の利用が必要かどうかの視点を持つことができ，制度について全職員が理解し説明できることが必要。	2	・成年後見制度に関する研修を年1回以上受講する。 ・成年後見支援センター主催のTMネットワーク会議を活用し，相談することができる。		58

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(12)	介護支援専門員に対する支援	ケアマネジャーと定期的に（月1回以上）接触し、相談しやすい関係づくりに努めている。［標準］	3	・東三中ケアマネ会を毎月開催し、情報共有や事例検討会を行っている。 ・個別の相談に対して行政に相談し，重層会議も開催してもらった。	・個別の相談に適切に対応できるスーパービジョン力が足りない。 ・ケアマネジャーが支援困難ケースの地域ケア会議の開催に消極的。	3	・野中式事例検討会を年10回以上企画（担当：大橋），参加することでアセスメント力，スーパービジョン力の向上を図る。 ・ケアマネジャーが担当しているケースで地域ケア会議を開催する。	介護支援専門員への個別ケアマネジメント支援と環境整備を適切に行うことができているか。	66～76

⑤介護予防ケアマネジメント

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(13)	多様な社会資源の活用	アセスメントを通じて、利用者のニーズに合った社会資源を把握している。［標準］	3	・インフォーマルサービスを積極的に活用できるように把握し利用者に情報提供を行っている。 ・ケアプランへの位置づけを行っている。	・地域の社会資源があることは把握しているもののどのような内容で行っているか，どんな参加者がいるのかなど具体的に把握できていない。	3	・老人クラブや地域サロンなどに足を運び，現状を把握し，適切にマッチングできる。ケアプランへの位置づけ。 ・東三中ケアマネ会などで社会資源の紹介を行う。 ・もしもシート、終活ノートについて介護予防教室などで普及啓発を行う。	市町村の方針に基づき、センター職員や介護支援専門員が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施しているかを評価する。	90～96
(14)	一般介護予防事業	担当ケースや地域の高齢者に対し、身近な体操教室の情報を提供し、参加を促している。また、指導士と定期的に情報交換している。［標準］	2	・シルリハや介護予防教室などの情報提供について毎月センター便りを作成し配布している。 ・毎週当センターで開催しているため、都度シルリハ指導士と情報共有を行っている。 ・介護予防教室にて血管年齢測定や高血圧、認知症に対するグループワークを行い自助の取り組みに力を入れた。	・指導士、ボランティアなど地域で活動してくれる人が少なく、人材の発掘ができていない。	3	・センター便りにボランティア募集の記事を定期的に掲載する。 ・高齢者世帯調査を通じてアクティブシニアの発掘を行う。 ・介護予防教室でのグループワークを増やす。		

【社会保障充実分】　　【資料②-2】

⑥在宅医療・介護連携推進事業

	評価項目	標準レベル（Lv.2）の基準	R7年度達成レベル	R7年度取り組み実績と成果（check）	R8年度への課題（action）	R8年度目標レベル	R8年度レベル達成に向けた具体的な取り組み（plan）	国の評価項目詳細	関連する国の評価項目（Q番号）
(15)	とまこまい医療介護連携センターとの連携	とまこまい医療介護連携センターの役割を理解し、連絡先や担当者を把握している。［標準］	3	・困難ケース会議時に医療介護連携センター職員に参加してもらった。 ・必要時には相談して助言をいただいている。 ・新しい社会資源の提供も受けている。	・医療介護連携センターのホームページや検索機能を活かしきれていない。	3	・必要に応じて地域ケア会議に参加してもらう。 ・医療連携が難しいケースや入退院支援が必要なケースなどは今後も積極的に相談し、アドバイスをもらう。 ・医療介護連携センターの検索機能を活用し社会資源情報を得る。	本事業におけるセンターの役割に対して、適切に事業推進することができているか。	97,100,102

⑦生活支援体制整備事業

(16)	生活支援コーディネーター(SC)との連携	SCと定期的に（月1回程度）情報交換を行い、良好な関係を構築している。［標準］	3	・月に1回以上は情報交換、共有を行っている。 ・灯油ボランティアのグループラインの登録を行っているため、利用者情報やボランティアの動向も把握している。 ・移送サービスや見守り事業などの情報共有も行っている。 ・圏域会議を防災をテーマに行い打ち合わせの段階から内容を検討してもらった。	・課題の多い勇払地区の自治会と包括支援センターとのつながりが弱い。 ・避難行動要支援者支援制度の取り組みが進んでいない	3	・勇払自治会とつながりの強い社会福祉協議会にパイプ役になってもらい、自治会と包括の連携がスムーズに行えるようになる。 ・地区担当SCと定期的に情報交換の会議を行う。地域ケア会議で出た課題の解決を共に行う。	SCと、定期的に協議や連携を行っているか。地域共生社会を実現するための核となる連携体制である。	98,101

⑧認知症総合支援事業

(17)	地域での認知症に関する取り組み促進	地域福祉活動につながる効果的な認知症サポーターステップアップ講座を行っている。［標準］	1	・地域ケア会議でチームオレンジの取り組みやステップアップ講座の紹介も行っているが講座開催には至っていない。	・認知症に対する偏見がまだ多く「絶対なりたくない」「自分ごとではない」という意見も多い。 ・地域で支え合うという考えになっていない。 ・認知症サポーター養成講座に若い人の参加がない。	2	・5/19に新開明野元町で認知症ステップアップ講座を開催する。町内会サポーターを担っている男性を見守るチームオレンジ活動を支援する。 ・勇払在住の若年性認知症の女性が介護予防教室などのボランティア活動が継続できるチームオレンジ活動を支援する。	認知症サポーター養成講座やチームオレンジの推進に取り組むことができているか。	
(18)	関係機関との連携	認知症もしくは認知症と思われる方の相談を受け、都度対応方法を協議している。［標準］	4	・地域の内科や整形外科などから直接認知症疑いの相談を受けることが増えており、都度訪問対応し情報共有を図っている。 ・新開明野元町町内会、拓勇西町町内会で開催した東病院の苦東クラブに参加している。地域の情報を共有。 ・認知症の方の受診について認知症認定看護師に相談することができた。 ・明野包括、中央包括と共催で高齢者運転の研修会を開催した。	・現在圏域の2病院や調剤薬局からは連絡が来るが、それ以外の病院からの連絡は少ない。 ・圏域の精神科から情報提供が少ない。	4	・つながりの少ない病院とも医療連携がスムーズに行えるように、介護予防教室のチラシや包括支援センターの案内などを配布してもらえるよう推進員と一緒に病院を訪問する。 ・地域ケア会議や事例検討会の案内を配布し、医師や看護師に参加を促す。 ・3包括協同で研修会を企画開催する。地域課題について定期的に共有を図る。	認知症初期集中支援チームや医療機関との連携により支援ができているか。	

(19)	認知症の人とその家族への支援	介護者の現状やニーズ等を把握するよう努めている。［標準］	3	・年6回男性介護者の集いを開催している。 ・ゆったりカフェぷらすを月1回開催する。 ・ケアカフェは1回開催。	・開催を継続することで男性介護者の集いの参加人数は少しずつ増えている。 ・当センターからつなぐ人がほとんどで地域のケアマネジャーからの紹介で参加する人は少ない。 ・認知症地域支援推進員との連携があまりできなかった。	3	・奇数月の第3金曜日13：30～15：00に男性介護者の集いを開催する（担当：吉田） ・ゆったりカフェぷらすを毎月第4木曜日13：30～15：00に開催する（担当：新木） ・ケアカフェを毎月第4土曜日10：00～12：00に開催する(担当：伊藤）ケアカフェは多職種連携を意識し，居宅介護支援事業所，訪問介護事業所，薬剤師，認知症地域支援推進員、保育士，障害相談支援員に協力を依頼する。土曜日の午前中に開催し，高齢者以外の参加を促進する。知識の取得＋交流，仲間作りを行う。 ・東三中CM会やSNSなどで詳しい内容の案内を継続する。	認知症の人とその家族への支援ができているか。	99,100,102
(20)	認知症の理解を深める取り組み	認知症サポーター養成講座を実施している。［標準］	2	・認知症サポーター養成講座を小中学校、地域向けに開催した。 ・介護予防教室にて認知症のグループワークを3回行った。	・認知症地域支援推進員と一緒にスーパー・コンビニ向けの認知症サポーター養成講座を開催した。案内配布時は「そういうお客さん、いるいる」と反応は良かったが講座の出席には至っていない。	3	・認知症地域支援推進員と協力しながら、認知症見守りネットワーク協力員を増やすための啓発活動を継続する。 ・圏域の店舗、薬局、病院などにもポスター、チラシ掲示を依頼する。 ・FacebookなどのSNSで活動報告を毎月更新する。	認知症サポーター養成講座の実施や見守りネットワークの構築など認知症への理解を広める活動ができているか。	
(21)	認知症初期集中支援チームとの連携	認知症初期集中支援チームの役割を理解し、連携できる体制にある。［標準］	3	・認知症初期集中支援チームとして適切なタイミングで初回会議を年6回開催した。	・チームでの話し合いや方向性の確認ができていないことがあった。 ・初回会議後のチームアプローチが滞ることがあった。	3	・認知症初期集中支援チーム員初回会議を6回開催する。認知症認定看護師にも会議の参加を依頼する。 ・朝の打ち合わせや職員会議で必要なケースを認知症初期集中支援チームにつなぐかを検討する。チーム員だけでなく、ほかの職員も積極的に初期集中支援チームにつなぐ視点を持ち、ケースを共有する。	認知症の専門職チームと連携して、早期診断・早期対応に繋げているか。	

⑨地域ケア会議推進事業

(22)	地域ケア個別会議の開催	地域ケア会議の機能を理解し、個別ケア会議を年4回以上開催している。［標準］	3	・地域ケア個別会議は年8回開催した。 ・会議後、関係者で集まりさらに会議を開催したこともあった。 ・認知症の方や頼れる身寄りのいない方、勇払在住の方のケースで開催することが多かった。	・地域ケア個別会議を圏域の共通課題として検討するには根拠が弱かった。 ・特に頼れる身寄りのいない方の対応で包括のシャドーワークが増えている。	5	・個別会議開催年間開催目標件数9件 ・頼れる身寄りのいない方の地域ケア会議の開催を多く行い、圏域会議の開催につなげる。 ・政策提言や必要な社会資源の開発を生活支援コーディネーターと共に進める。	個別ケース検討による高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援やネットワーク構築を行えるように、地域ケア会議を活用できているか。	77～89
(23)	地域ケア圏域会議の開催	地域ケア圏域会議の機能、構成員、開催頻度を決め、開催を計画している。［標準］	3	・圏域会議は4回開催。 ・開催内容、頻度については計画的に行った。 （今年度は集いの場について1回→その後ケアカフェを開催、防災をテーマに3回）	・圏域ケア会議開催後の評価が包括内で共有できていない。 ・防災をテーマに開催したため、個別会議の課題の吸い上げではなかった。	4	・圏域会議開催年間開催目標件数3件 ・頼れる身寄りのいない方、シャドーワークを地域課題として圏域会議を行う。		

【資料③-1】

苫小牧市地域包括支援センター令和7年度収支決算報告及び令和8年度収支予算報告

令和7年度　苫小牧市地域包括支援センター・介護予防支援事業所収支決算総括表

	地域包括支援センター 収支差引　A	介護予防支援事業所 収支差引　B	計　A ＋ B
西地域包括支援センター	3,837,324	2,461,275	6,298,599
しらかば地域包括支援センター	11,071,305	△ 11,071,305	0
山手地域包括支援センター	14,970,674	△ 14,896,828	73,846
南地域包括支援センター	13,513,779	△ 7,989,606	5,524,173
中央地域包括支援センター	15,128,629	△ 7,665,278	7,463,351
明野地域包括支援センター	4,431,800	△ 2,506,558	1,925,242
東地域包括支援センター	721,378	△ 239,663	481,715

令和8年度　苫小牧市地域包括支援センター・介護予防支援事業所収支予算総括表

	地域包括支援センター 収支差引　A	介護予防支援事業所 収支差引　B	計　A ＋ B
西地域包括支援センター	7,405,730	3,131,000	10,536,730
しらかば地域包括支援センター	14,258,365	△ 14,258,365	0
山手地域包括支援センター	16,755,840	△ 16,755,840	0
南地域包括支援センター	13,940,730	△ 9,245,000	4,695,730
中央地域包括支援センター	17,592,870	△ 6,071,000	11,521,870
明野地域包括支援センター	8,748,105	△ 8,700,375	47,730
東地域包括支援センター	2,099,980	△ 552,250	1,547,730

【資料④】

認知症初期集中支援チーム令和７年度活動報告及び令和８年度活動計画

１　令和７年度活動報告

（１）認知症初期集中支援チーム設置状況

ア：チーム員数

	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	合計
チーム員数	4	5	6	5	5	6	5	36

イ：チーム員会議参加者（各チーム員入れ替え制）

	参加者	
チーム員	担当ケースのチーム員	
サポート医 アドバイザー	道央佐藤病院　　医師	岩城　弘隆
	認知症疾患医療センター　　看護師	佐藤　賢一
	道央佐藤病院　　作業療法士	大谷　喜範
	ウトナイ病院　　作業療法士	松浦　千果子
認知症地域支援推進員	苫小牧市南地域包括支援センター	海老子　洋平
		柴谷　伸樹
	認知症ボランティア団体Cocoro’ｓ	川田　幸香
		山田　麻衣

（２）　チーム員会議開催状況

ア：会議開催数および対象実人数

第２火曜日・第４月曜日：計　２２回

実人数　２９名　延人数　６１名

イ：チーム員別会議実施内容

会議内容	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	合計
初回会議	1	2	3	5	6	6	6	29
中間会議	0	1	0	0	0	0(1)	0(1)	1(2)
終結会議	1(2)	1(0)	0(3)	2(2)	5(3)	5(1)	2(2)	16(13)
合計	2(2)	4	3(3)	7(2)	11(3)	11(2)	8(3)	46(15)

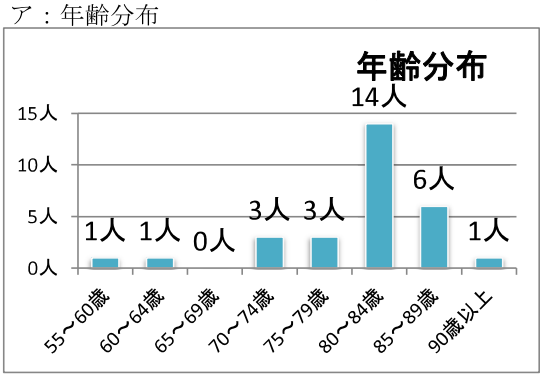
※（　）内は、R6年度初回実施・R7年度中間および終結実施分(年度またぎ)

ウ：終結会議までの期間

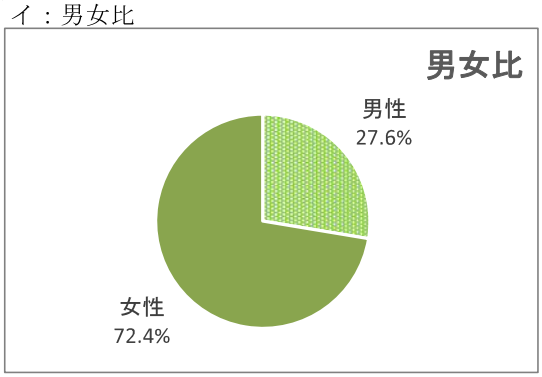
	R3	R4	R5	R6	R7
期間	4.8か月	5.4か月	4.4か月	4.0か月	5.0か月

（３）支援者内訳（令和７年度実施分　実人数２９名）

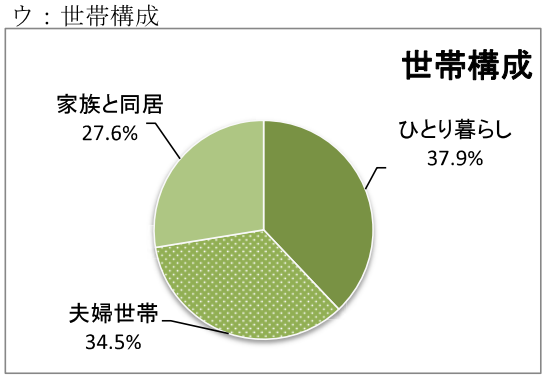
ア：年齢分布



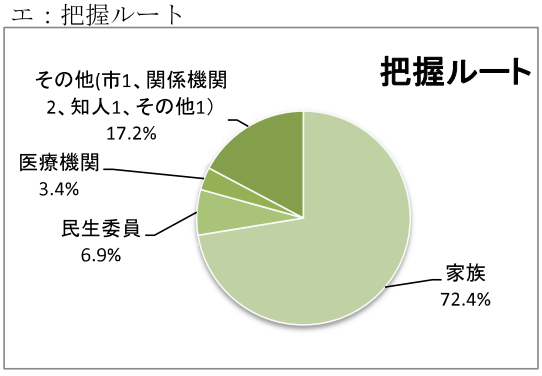
イ：男女比



ウ：世帯構成



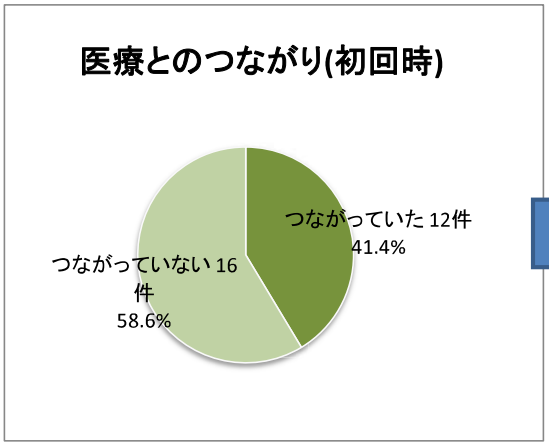
エ：把握ルート



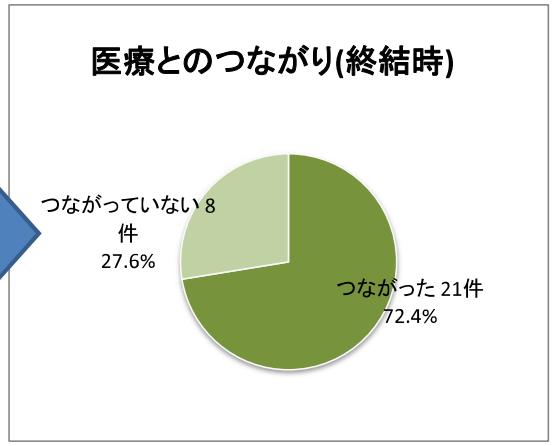
（４）支援終結者支援結果（令和７年度終結実施分　実人数２９名）

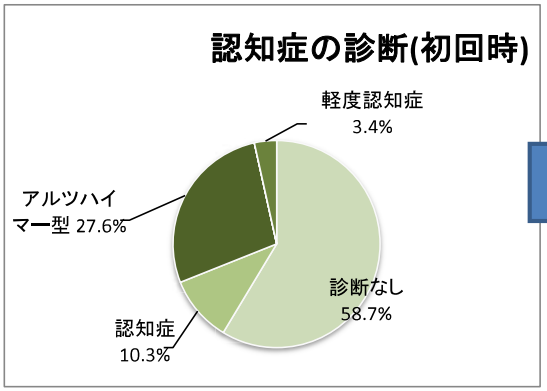
ア：認知症診断状況

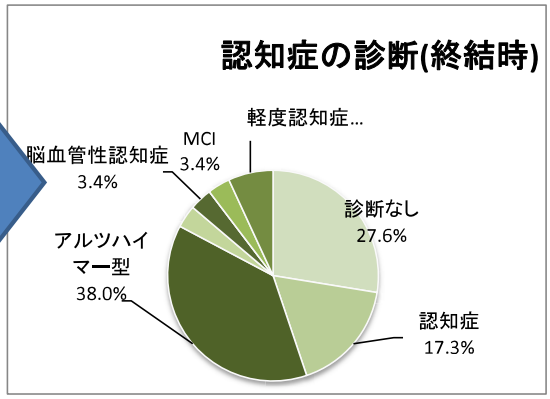
＜初回時＞



＜終結時＞







イ：介護認定状況

＜初回時＞

介護サービスにつながっていたケース

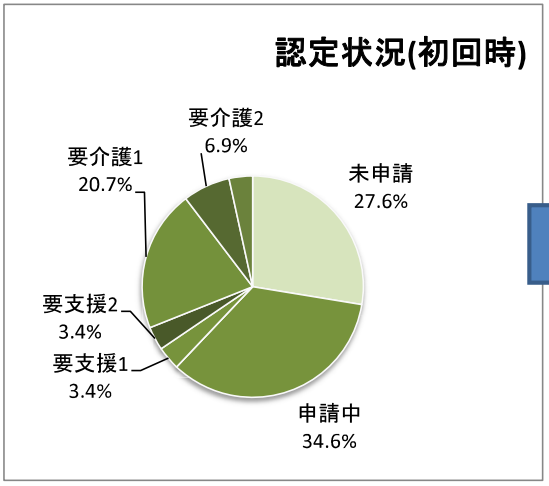
… 11件（37.8%）

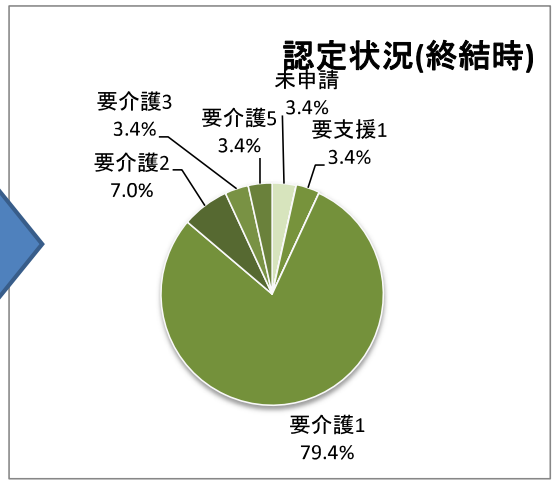
＜終結時＞

介護サービスにつながったケース

… 28件（96.6%）

（うち初回時からつながっていたケース11件含む）





ウ：生活場所

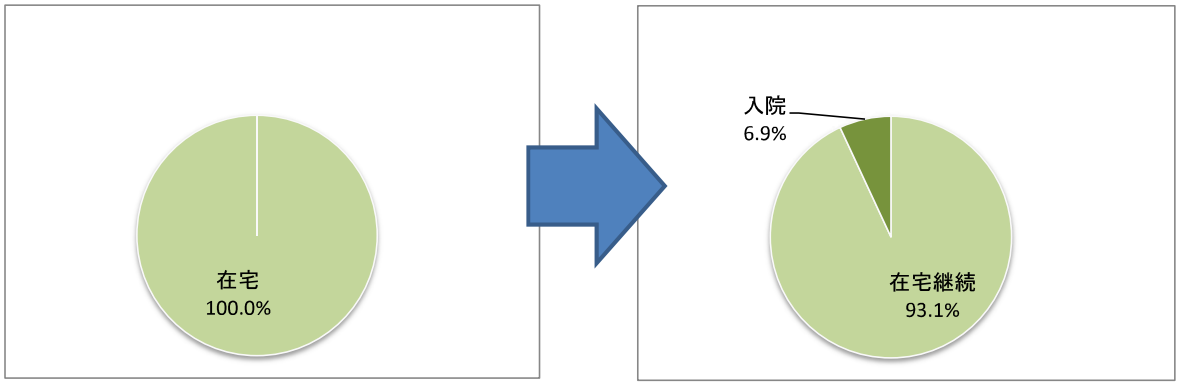
＜初回時＞

・在宅…29名

＜終結時＞

・在宅継続…27名

・入院…2名



（５）評価

認知症初期集中支援チームの目的は、早期診断・早期対応に向けた支援を行うことであるため、ケースを把握してから、できるだけ早く受診へつなげたり、本人の困りごとに応じた支援を行っていくことが必要である。

令和７年度のチーム員は、把握から初動日までの日数が7.3日。全国平均は17.2日（初期集中支援チーム員研修資料より）であり、把握してから初動日数は平均より短く、早期に対応できている。

また、認知症初期集中の「集中」は、概ね6か月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味しているが、令和７年度のチーム員は、初回会議から終結会議までの期間が5.0か月と対応できている。

支援初回時から終結時を比較すると、医療を受けているケースは　41.4%から72.4%、介護保険認定者は37.8%から96.6%に増加した。またチーム員が介入することで93.1%が在宅生活を継続することができるようになった。必要な支援につながったことで住み慣れた地域での生活を継続していけることは、認知症初期集中支援で介入した成果と考える。

認知症初期集中支援は早期診断・早期対応につなげることを目的としているが、診断を受けることだけが支援ではない。チーム員会議を行い、本人や家族の意向を組み入れた対応を検討し、本人が望む生活を送るための支援につながることが重要である。本人の希望と家族の意向に相違があり、対応に悩むケースもあるが、チーム員会議のアドバイザーの助言を活かし支援を行っている。チーム員会議から地域ケア会議につなげ検討したことで、認知症の人の見守りや、関係者間の連携、地域住民の認知症の人との関わりの意識の変化につながったケースもあった。今後も認知症の人やその家族にとって、より良い支援を行っていくことができるよう、事業を実施していきたいと考える。

２　令和８年度活動計画

（１）認知症初期集中支援チーム設置状況

ア：チーム員数

	西	しらかば	山手	南	中央	明野	東	合計
チーム員数	5	5	7	6	5	6	5	39

（２）チーム員会議開催予定

ア：　会議開催予定日

毎月　第2・第4火曜日　　計　24回予定

イ：開催方法

ZOOM 会議システムを使用したオンライン会議

苫小牧市認知症地域支援推進員令和７年度 事業報告及び令和８年度事業計画　　西部地区認知症地域支援推進員 南地域包括支援センター【資料⑤-1】

【令和７年度 重点課題】
・「新しい認知症観」に関する認知症の正しい知識・理解の普及啓発
・「本人の声」を聴く仕組みづくり
・「チームオレンジ」活動の体制整備

【令和８年度 重点取組目標】
1 普及啓発
・企業や地域に向けて認知症に関する普及啓発活動の実施
2 関係機関との連携支援等
・認知症ケアパスの作成(おおむね3年ごと)および普及
3 認知症相談支援体制の構築
・若年性認知症に携わる機関や支援者と連携し、必要な資源開発や支援につなげる仕組みの構築
4 認知症支援体制の整備
・認知症の人や家族の思いの把握に努め、また、本人の意向を把握するための仕組みの構築
・認知症の人が地域活動などの社会参加に取り組めるよう関係機関等との連携及び支援
・チームオレンジの立ち上げ支援(ステップアップ講座の企画及び実施を含む)

【毎年実施イベント】
▪世界アルツハイマー月間イベントR8.9月
▪オレンジウォークR8.10月(予定)
▪市民フォーラムR8.11.21(土)

項　目	令和７年度 事業報告	課題整理	令和８年度 事業目標(具体的に)	令和８年度 事業計画(具体的に取り組むこと)
1 普及啓発活動	(1)イベントの実施 ①世界アルツハイマー月間(9月):市役所・苫小牧市中央図書館で認知症に関する展示及び市内8機関でのライトアップ ・認知症の本人の声を展示し、来館者にも「自分が認知症になった場合、どうありたいか」を考えてもら企画を実施した。認知症になっても今と同じ暮らしをしたいという声が多く聞かれていた。 ②健康・健幸DAY(9月)：イオンで参加型のイベントを実施(健康支援課とコラボ)　38名参加 ・認知症の人の感覚障害を理解してもらうため、マフを使った参加型イベントを実施し、当事者の心境について考えてもらう取組を行った。 ③オレンジウォーク(10月)：ウオーキングの参加者に認知症予防に関するクイズを出題(スポーツ都市推進課とコラボ)　221名 ・クイズに解答してもらうことで、運動と人との関わりの大切さを知ってもらう機会を作った。 ④市民フォーラム(11月)：MCIについての講演会を実施(エーザイ主催・推進員と市は共催)　141名 ・認知症予防やMCIについて理解をいただく講演、認知症の人への関わりを知ってもらうために「ユマニチュード動画」の上映を行い、参加者からも大変好評であった。 (2)社会福祉協議会との活動 ・SCと話し合いを実施し、講座開催やケアパス以外に、企業で働く人に気軽に認知症を知ってもらうためのチラシを協働で作成した(継続中) ・認知症について楽しく学んでもらう機会として、中央圏域の住民を対象に、ココトマで「楽しく学べる認知症予防講話」を実施した。認知症本人の参加もあり社会交流の場となった。参加者からも楽しく参加ができたと好評であった。 (3)認知症サポーター養成講座 ・各小中学校で開催している講座のキャラバン・メイトの後方支援を実施。また、推進員が身近な場所で講座が受講できるよう市内の全コミニュニティーセンターでの講座開催を企画した。各回少人数の参加ではあったが、住民が身近に感じている困りごとなどについて把握することができた。	【強み】(特に評価の高い点) ・認知症の人が安心して暮らす地域づくりのため、社会福祉協議会のSCと話し合いの場を設けた。認知症の人やその家族の支援について、双方で感じている課題を共有することができた。また、協働でイベントを実施することもできた。	・認知症についての正しい知識の普及啓発を継続する	・認知症サポーター養成講座の後方支援 ・世界アルツハイマー月間イベント、オレンジウォーク、市民フォーラムの開催
			・社会福祉協議会と協働し、各圏域で包括含め認知症に関するイベントを開催する	・社会福祉協議会(SC)と協力し各圏域のサロンなどで普及啓発イベントを開催する
		【弱み】(改善が求められる点) ・企業の認知症に関する普及啓発について、各包括より「なかなか理解を得ることが難しい」との意見があるが、取組が進んでいない(R7.2～社協と協働でチラシ作成中) ・認知症サポーターのいるお店・事業所登録制度について、普及啓発が進んでいない。	・既存の普及啓発イベントの他、就労している世代にも認知症の正しい知識や相談先を知ってもらう取組を実施する。	・企業向けに認知症の正しい知識や相談先を掲載したチラシやリーフレットを作成し配布する。
			・認知症サポーターのいるお店・事業所登録制度について周知する。	・認知症サポーターのいるお店の登録状況を可視化し、登録が少ない圏域に普及啓発を行う。
2 関係機関との連携支援等	・認知症ケアパスについて、現在のケアパスの見直しをするために、認知症支援に関わる人たちから意見を集めた。 ・認知症に関する地域ケア会議や認知症初期集中支援チーム員会議に参加し、認知症の人が地域で暮らすための視点や利用できる社会資源などを中心に助言を行った。また、地域住民の認知症に関する理解不足や若年性認知症の人を支える仕組みや社会資源の不足といった課題を把握することができた。 ・地域密着型サービス事業所の運営推進会議では、主に認知症グループホームの会議に参加し、介護職員不足で苦慮している施設の実情や家族の心情について、地域とのつながりの有無について把握した。また、会議の中で、市の認知症施策について、チームオレンジの取組について周知を行った。	【強み】(特に評価の高い点) ・地域ケア会議や初期集中支援チーム員会議などを通じ、各地域包括支援センターと認知症支援に関する課題等を共有し、話し合う関係づくりを構築することができた。 ・認知症ケアパスについて、見直しのために地域住民や認知症に関わる人に使い方などについて意見をきくことができた。	・地域ケア会議や初期集中支援チーム員会議、運営推進会議に引き続き参加し、地域の実情を把握する。また、施設や事業所などに対し市の認知症施策や相談先の周知を行う。	・会議の中で、推進員の役割を周知するとともに、顔の見える関係性を構築する。 ・会議の中で、認知症に関する社会資源の紹介や支援者同士のつながり構築に努める。
			・認知症ケアパスの見直しを行い、ケアパスの普及啓発を実施する。	・認知症ケアパスについて、関係機関と協力し、新しい認知症観の普及や市の現状に合わせた見直しを行う。
		【弱み】(改善が求められる点) ・認知症ケアパスの見直しが進んでいない。 ・各地域ケア会議内であがった課題について、東西推進員で協議する機会が少なかった。	・地域ケア会議であがった課題について、認知症ボランティア団体Cocoro'sと情報共有を行い、課題整理を行う。	・推進員間の情報共有を密に行う。

苫小牧市認知症地域支援推進員令和７年度 事業報告及び令和８年度事業計画　　西部地区認知症地域支援推進員 南地域包括支援センター【資料⑤-1】

【令和７年度 重点課題】
・「新しい認知症観」に関する認知症の正しい知識・理解の普及啓発
・「本人の声」を聴く仕組みづくり
・「チームオレンジ」活動の体制整備

【令和８年度 重点取組目標】
1 普及啓発
・企業や地域に向けて認知症に関する普及啓発活動の実施
2 関係機関との連携支援等
・認知症ケアパスの作成(おおむね3年ごと)および普及
3 認知症相談支援体制の構築
・若年性認知症に携わる機関や支援者と連携し、必要な資源開発や支援につなげる仕組みの構築
4 認知症支援体制の整備
・認知症の人や家族の思いの把握に努め、また、本人の意向を把握するための仕組みの構築
・認知症の人が地域活動などの社会参加に取り組めるよう関係機関等との連携及び支援
・チームオレンジの立ち上げ支援(ステップアップ講座の企画及び実施を含む)

【毎年実施イベント】
▪世界アルツハイマー月間イベントR8.9月
▪オレンジウォークR8.10月(予定)
▪市民フォーラムR8.11.21(土)

項　目	令和７年度 事業報告	課題整理	令和８年度 事業目標(具体的に)	令和８年度 事業計画(具体的に取り組むこと)
3 認知症相談支援体制の構築	・西、しらかば、山手包括支援センターへのヒアリングを行い、市の認知症施策の取組の説明や、日頃の業務の中で感じている課題等の把握を行った。 ・社会福祉協議会のSCとも打合せを行い、それぞれが感じている課題の共有や地域でできることの話し合いを行った・ ・若年性認知症の介護者の家族会へ参加し、認知症の人やその家族の人の話を聞き、思いの把握に努めた。 ・市内の認知症看護認定看護師の方と顔合わせの中で、地域での認知症支援の取組についての説明や、医療機関で感じる認知症支援について課題共有を行った。また、認知症看護認定看護師の方の了承のもと、各地域包括支援センターと看護師が連絡をとれるような仕組みを構築した。 ・他市町村の認知症地域支援推進員との関係構築として、千歳市の推進員と双方の活動や課題等の意見交換を実施した。千歳市の推進員の協力を得て、石狩管内の推進員ネットワーク会議にも参加し、管内の推進員の取組などについて情報共有を行った。	【強み】(特に評価の高い点) ・各地域包括支援センターや社会福祉協議会SCやCSW、認知症看護認定看護師と顔の見える関係性づくりが構築されつつあり、認知症の人は地域で暮らすための必要な支援について相談することができるようになった。	・関係機関と支援体制のネットワークを作り、認知症の人やその家族、関わる支援者が相談しやすい支援体制を構築する。	・各包括支援センターや社会福祉協議会、認定看護師など関係機関と認知症に関する課題や取組についての話し合いを継続していく。
			・認知症疾患医療センターと顔が見える関係づくりを構築する	・認知症疾患医療センターとの認知症支援に関する課題や取組について話し合いを行う。
		【弱み】(改善が求められる点) ・医療機関との連携が希薄(特に認知症疾患医療センター) ・若年性認知症に関する支援体制について、課題が明確化されていない。また支援体制が整っていない。	・若年性認知症に関する支援体制を構築する。	・若年性認知症の人の支援についての課題把握のため、意見交換の場を作る。
4 認知症支援体制の整備	・西部の認知症カフェを訪問し、参加している人の話や運営者から開催状況や運営に関する課題について聞き取りを行った。 ・認知症の人や家族の思いを把握するため、本人の声シートを作成し、各包括に入力を依頼した。 ・アルツハイマー月間に本人の声を展示するにあたり、認知症グループホームやデイサービス、小規模多機能型事業所等にも協力を依頼し、認知症の人や家族の思いの把握に努めた。 ・チームオレンジ活動を進めるあたり、チームオレンジ懇談会を開催し、行政や各包括支援センター、社会福祉協議会で事例をもとに、どのようなチームオレンジを作れるかグループワークを行った。 ・認知症サポーターステップアップ講座のテキストや運営の手引書、チームオレンジ活動の運営の手引書を作成し、活動ができるよう整備を行った。 ・認知症サポーターステップアップ講座で使用する予定の動画について、市内の劇団やキャラバンメイト事務局の協力を得ながら制作づくりに取り組んだ。 ・チームオレンジ活動にあたり、各包括支援センターで開催している認知症サポーターステップアップ講座への参加、開催についての意見交換等を行った。	【強み】(特に評価の高い点) ・チームオレンジについて、各包括支援センターと取組について連携をとることができるようになっている。認知症の人を支える社会資源の創出へ各包括支援センターと一緒に取り組むことができている。	・認知症の人や家族の思いが把握できるような仕組みを構築する。	・認知症カフェや家族会に継続して参加し、認知症の人や家族の気持ちを把握する。 ・地域包括支援センターに相談に来所する認知症の人や家族の声を集約するなど、認知症の人や家族の声を把握する仕組みづくりを構築する。
				・認知症カフェ連絡会を開催し、運営状況の把握や情報共有を行い、認知症の人や家族が安心して参加できるカフェ運営について運営者とともに考えていく。
		【弱み】(改善が求められる点) ・本人や家族の思いについて継続的に把握することができていない。 ・チームオレンジのためのオレンジメンバー養成、またオレンジメンバーの活動の場の創出ができていない。	・チームオレンジ活動を推進する。	・チームオレンジについて、チームオレンジ・コーディネーターや各包括職員、社会福祉協議会等、認知症の人や家族と関わる支援者と取組や課題の共有ができる意見交換の場を作る。
				・認知症サポーターステップアップ講座(年2回)を開催し、オレンジメンバーの養成行う。 ・オレンジメンバーの活動の場について整理を行う。

【令和７年度 重点課題】
・「新しい認知症観」に関する認知症の正しい知識・理解の普及啓発
・「本人の声」を聴く仕組みづくり
・「チームオレンジ」活動の体制整備

【令和８年度 重点取組目標】
１ 普及啓発
・企業や地域に向けて認知症に関する普及啓発活動の実施
２ 関係機関との連携支援等
・認知症ケアパスの作成(おおむね3年ごと)および普及
３ 認知症相談支援体制の構築
・若年性認知症に携わる機関や支援者と連携し、必要な資源開発や支援につなげる仕組みの構築
４ 認知症支援体制の整備
・認知症の人や家族の思いの把握に努め、また、本人の意向を把握するための仕組みの構築
・認知症の人が地域活動などの社会参加に取り組めるよう関係機関等との連携及び支援
・チームオレンジの立ち上げ支援(ステップアップ講座の企画及び実施を含む)

【毎年実施イベント】
・世界アルツハイマー月間イベントR8.9月
・オレンジウォークR8.10月(予定)

項　目	令和７年度 事業報告	課題整理	令和８年度 事業目標(具体的に)	令和８年度 事業計画(具体的に取り組むこと)
１普及啓発活動	認知症地域支援推進員全体で活動 **①アルツハイマー月間の図書館・市役所展示：**今年度より市内で集めた本人や家族の声や包括支援センターの紹介などを追加) **②オレンジウォーク：**今年度は他課と共同で開催しクイズラリーなども追加) **③認知症フォーラム：**エーザイさんや市内の医師のご協力により昨年度までより参加者が増加) **④認知症キッズサポーター養成講座後方支援：**今年度より市内東側の小中学校へ同行し、苫小牧市の取り組みなどについて説明した。 ココロズとしての活動 **①認知症を知ってもらう目的** 市内各種イベント等への参加（備えるフェスタ　健康健考デイ　イオン２０周年企画等　計７イベント）に参加。ブースで数分から１０分程度の認知症に関する体験が出来る企画を行った。既に人が集まっているイベントへ参加することで、特に認知症に関心の低い若年～壮年層にも話を聞いてもらうことができた。参加者数合計約４００名。　ＳＮＳ（主にインスタ）の活用（投稿数８５　ストーリーズ投稿数３１４　フォロワー数１０８６名　各月のリーチ数平均８０００程度）による情報発信 ＦＭとまこまいのラジオ放送活用　ココロズラジオ介護福祉のおはなしを毎週火曜日３０分放送 **②認知症を詳しく理解してもらう目的** 月１～２回のペースで市内各所で認知症サポーター養成講座を企画（参加者合計約７０名）　その他市内関係機関・公共施設等での認知症に関する講話の実施　（介護予防教室　シルリハ指導士養成講座　いきＰボラ研修会など）	【強み】(特に評価の高い点) 介護家族や非専門職としての視点を忘れずに活動を考えることができている。まずは『ちょっと』でも認知症や推進員について知っている市民が増えるという目的として市内のイベントなどへの参加ができている点。何らかの体験等、興味を持ってもらうきっかけづくりを考えることができる。ＳＮＳの様にいつでも顔を合わせず見ることができる媒体の活用ができている。 【弱み】(改善が求められる点) 認知症を『ちょっと』でも知っている人に、『さらに』理解してもらうための活動が十分ではない。年代的には２０～６０代や企業向けての周知不足（若年性認知症・介護離職の予防・ダブルケア支援の観点からも重要と考える) 認知症サポーター養成講座の回数を増やした分、受講者は増えたが、参加者が少ない会場も多く、ターゲットを絞った講座内容や講座の場所などについても検討する必要があると同時に、認サポ講座以外に紙媒体の資料配布やネットの活用などの情報発信の仕方も併用を活発にする必要がある	９月迄　アルツハイマー月間に向け当事者の声を３０件集める ９　月　図書館・市役所展示『新しい認知症観』の市民の声を５０人から集める 通　年 ・市内の人が集まるイベントへの参加を継続し、参加者が５００人になる ・市内社協サロンさんなど５会場以上で認知症に関する講話を行う ・ＳＮＳ　月平均総リーチ数１万人になる 12月迄　企業の方と一緒に企業（雇用主・就労者）向けの資料を作成 ３月迄　上記を３０以上の企業へ配布する 通　年　より市民の生活に近づける様に市内店舗などで普及啓発活動を行う（市内２箇所　月１回ずつ）同時に、医療介護専門職が地域の介護やに認知症に関する思いやニーズを把握する機会となる 通　年　昨年度までに主に認知症看護認定看護師から意見の出ていた『大人のプロフィール帳づくり』の取り組みについて計画会議などを行い、年度内に開始する	①当事者の声を集めるために介護事業所への訪問、趣旨の説明を行い協力依頼をする ②アルツハイマー月間展示中、直接若しくはアンケート記入などの方法で、市民の新しい認知症観に対する声を聞く ①昨年まで同様市内イベントでは体験など楽しんで学べる企画を適宜検討する ②社協サロンさんへ協力依頼済みのサロンへの認知症に関する講話の周知を行い、依頼のあったサロンさんで講話等を行う ③ＳＮＳ　投稿月１０投稿　ストーリーズ月３５投稿を目処に更新する ①受け取る側（企業の方）からの視点を活かした資料とするため、資料は意見を聞きながら一緒に作成する ②資料配布と共に認サポ講座や事業所登録についても周知を行う ①市内２店舗の三星の飲食ブースにて介護福祉専門職等が月に１度（仮）オレンジデイとして、介護や認知症に関する話ができる場を設ける。わざわざ聞きに行くのではなく、買い物などのついでに立ち寄れる場を１年設定し、評価をする。 ①『大人のプロフィール帳づくり』に関する会議のメンバーの抽出・会議・実施・振り返りを行う
２関係機関との連携支援等	**地域ケア会議の参加：**東側３包括支援センターの地域ケア会議への参加を通して、実際に地域で起きている認知症に関する課題について共に考えた。地域ケア会議では、包括支援センターや居宅介護支援事業所などの専門職からの考えだけでなく、地域住民からの意見も聞くことができた。それぞれの視点から、現在の苫小牧市に必要な地域資源や仕組みについての情報を得た。 **認知症初期集中支援チーム員会議の参加：**昨年の月に１度の参加から毎回の参加へ変更し、全ての会議に参加した。地域ケア会議同様、実際に起きているケースを元に、他職種で支援を検討する場に参加することで学びが多かった。認知症地域支援推進員として、認知症ケアに関する支援の工夫や地域での見守りについてを中心に意見を言う様にした。 **認知症ケアパス改訂：**昨年度までは西部担当認知症地域支援推進員が主担当であったため事業報告はなし。今年度より担当性が廃止されるため改訂に向けて活動を行う。 **包括支援センター管理者会議の参加：**認知症地域支援推進員の活動報告を行なった	【強み】(特に評価の高い点) 介護家族・地域活動の経験などから、地域の集いの場などでは、専門職としての立場だけではなく、対等な関係で共に楽しむ立場として交流することができる地域住民側の視点からの考えることができる 【弱み】(改善が求められる点) 各種会議で得た、地域に必要な資源や仕組みに対するニーズについて、情報を得るだけで、現状では形にできていない。『認知症地域支援推進員』という立場の知名度が低く、連携を図るにも、何ができる立場の人なのかということを、まずは介護事業所や病院などに知ってもらう必要がある。専門職が知って欲しい内容だけでなく、地域住民が知りたい内容や理解できる内容についての情報量が不足している	通　年　民間企業５社以上から、認知症対応に関する業務上の課題などについて話を聞かせてもらうことができる　同時に新しい認知症観についてもチラシなど普及する通　年　地域住民の集いの場５拠点以上から、認知症対応に関する地域の課題や疑問などについて話を聞かせてもらう　同時に新しい認知症観についてもチラシなどで普及する 通　年　南包括支援センター認知症地域支援推進員と分担して東西問わず地域ケア会議に参加し、参加後の情報共有を行う 通　年　苫小牧市内の認知症に関連する職種が交流できる機会を年に２～３回設定し、合計６０名以上２０事業所以上からの参加者がいる。参加後のアンケートの回答で、認知症地域支援推進員や他事業所などへの理解が深まったと答える人が８０％以上いる 通　年　地域ケア会議や初期集中支援チーム員会議にあがったケースの中から５例以上のケースに包括支援センターと共に直接関わり、認知症当事者・介護家族の声を認知症地域支援推進員も直接聞く機会をつくる	①地域に企業が認知症対応などで『何に困っているのか』『どんな課題があるのか』などの現場の声を聞かせてもらう。地域の住民（主にサロンや介護予防教室利用者など高齢者）から、認知症についてどのような情報を知りたいのかなどの話を聞かせてもらう。それらを、ケアパス改訂の内容の参考とし、企業向け認サポ講座や企業向けテキストにも反映する ①認知症地域支援推進間の情報共有を密に行う。これまでの月に１回の市役所と打ち合わせに加え、必要時には適宜、情報共有の場を設定する。 ①支援者の孤立予防、介護の質の向上を目的に認知症に関わる職種の交流の機会づくりを年に２～３回行う。昨年までに構築した、関係機関との顔馴染みの関係が継続できる場とする目的も兼ねて定期的に行う。 ①地域ケア会議・認知症初期集中支援チームへの参加を継続する ②包括支援センターへ趣旨の説明などを行い協力を得て、当事者の声集めをお願いするのではなく、認知症地域支援推進員も一緒に聞かせてもらう場を設ける

苫小牧市認知症地域支援推進員令和７年度 事業報告及び令和８年度事業計画　　東地区認知症地域支援推進員　COCORO'S 【資料⑤-2】

【令和７年度 重点課題】
・「新しい認知症観」に関する認知症の正しい知識・理解の普及啓発
・「本人の声」を聴く仕組みづくり
・「チームオレンジ」活動の体制整備

【令和８年度 重点取組目標】
1 普及啓発
・企業や地域に向けて認知症に関する普及啓発活動の実施
2 関係機関との連携支援等
・認知症ケアパスの作成(おおむね3年ごと)および普及
3 認知症相談支援体制の構築
・若年性認知症に携わる機関や支援者と連携し、必要な資源開発や支援につなげる仕組みの構築
4 認知症支援体制の整備
・認知症の人や家族の思いの把握に努め、また、本人の意向を把握するための仕組みの構築
・認知症の人が地域活動などの社会参加に取り組めるよう関係機関等との連携及び支援
・チームオレンジの立ち上げ支援(ステップアップ講座の企画及び実施を含む)

【毎年実施イベント】
・世界アルツハイマー月間イベントR8.9月
・オレンジウォークR8.10月(予定)

項　目	令和７年度 事業報告	課題整理	令和８年度 事業目標(具体的に)	令和８年度 事業計画(具体的に取り組むこと)
3 認知症相談支援体制の構築	**包括支援センター**：東側３包括へのヒアリングを行い、包括支援センターが必要と感じている認知症に関する取り組みや、包括支援センターごとに独自に行っている取り組み、今後の計画などについて話を聞いた。 **社会福祉協議会**：社協主催のヤングケアラー居場所づくりに参加を継続。高校生から祖父の介護に関する質問などもあった。社協ベースで認知症関連講座を行った。の開催を昨年末より西部地区担当推進員と協力体制が徐々に構築されたと同時に、ＣＳＷさんとの話し合いや、共同での企画も行った。 **若年性認知症ひまわりの会への訪問**：実際に若年性認知症当事者・家族の声を聞き、既存の居場所の情報収集を行なった。 **認知症看護認定看護師**：市内の認知症看護認定看護師との顔合わせを行い、看護の現場で感じる認知症支援に対する思いを聞き、今後の認知症支援についての連携のきっかけとなった。認知症地域支援推進員を知ってもらう場ともなった。 **他市町村との連携**：千歳市の認知症地域支援推進との意見交換を行なった。白老町の認知症の人と家族などを支える会の紹介で認知症当事者として講演されている丹野様から直接話を聞いた。千歳市・白老町で開催された認知症に関する講演会に参加した。認知症地域支援推進員研修会に参加し学びを深めると共に、全国の認知症地域支援推進員との（主にＳＮＳ）つながりづくりを行なった。	【強み】(特に評価の高い点) 東西の地域と役割の担当性から、認知症地域支援推進員が共に全市内で取り組みを行うことになることにより全市的に互いの所属や特技を生かすことができる。昨年までに顔馴染みとなった関係機関の方達と連携を強化できる可能性がある	通　年　苫小牧市内の若年性認知症と診断された際の、最初の相談窓口が明確になり、３名以上の若年性認知症当事者から当事者の声が聞かれ、相談したことに対して肯定的な声（相談して良かったなど）が聞かれる。	①認知症疾患センターとの、現状把握、課題共有、連携方法についての話し合いをする。それを元に・相談窓口の明確化・対応スタッフ・想定されるその後の連携についてもフロー化。必要な支援などについて当事者家族と共に検討する機会を設ける
			通　年　若年性認知症を支援する専門職が他機関等と連携した支援を考える場をつくり、参加後のアンケートで、若年性認知症支援への理解が深まったと答える人が８０％以上になる	①各包括や居宅介護支援事業所が若年性認知症支援について共有する場を年に２回開催する
		【弱み】(改善が求められる点) 受診先（医療機関）との連携の機会に乏しく、認知症地域支援推進員を知ってもらうことから始める必要がある。	通　年　医療機関との連携強化により、認知症当事者や家族により必要な支援や社会資源が届きやすい仕組みについて検討する機会を設けるために、挨拶に訪問し、顔合わせ・話し合いの場を設ける	①包括保健師看護師部会・認知症認定看護師との話し合いへの参加 ②市内の精神科や物忘れ外来担当者（可能であればその他の病院や診療所）または地域連携部署との認知症患者の外来受診についての課題の共有などの場をつくる
				①推進員の活動紹介の紙を年に４回程度作成し、関係機関に共有することで、認知症地域支援推進員や市の取り組みを知ってもらう機会をつくる。可能な範囲で、直接訪問し、相手の業務に支障の出ない範囲で直接顔を合わせる機会をつくる
4 認知症支援体制の整備	**認知症カフェ訪問**：市内東側の認知症カフェに訪問し、カフェの様子の把握や運営者との課題共有などを行なった。 **チームオレンジについて**：チームオレンジコーディネーター懇親会を企画し、関係機関でグループワークを行なった。アンケートから今後のチームオレンジ活動に対する課題やニーズについての情報収集を行なった。包括支援センターが開催するステップアップ講座に参加した。ステップアップ講座・チームオレンジ活動へ向けて、市内の活動する劇団と共同で動画作成の準備を開始した。	【強み】(特に評価の高い点) 認知症介護家族としての経験がある　認知症カフェの運営経験がある チームオレンジ活動については可能な範囲で柔軟に協力できる体制がある	３月迄　認知症サポーターのいるお店事業所登録が４０件になり（仮称）認知症サポーターのいるお店などを地図に記したオレンジマップを作成する	①認知症サポーターのいるお店等登録制度について候補となるお店や事業所をピックアップ、ターゲットを絞って依頼をする（上記１・普及啓発活動と連動して行う）
			通　年　年間１２回以上、可能な範囲で認知症カフェの訪問を行う 他地域の認知症カフェの取り組みについても積極的に情報収集を行う ２月頃　認知症カフェ連絡会を開催し、課題の共有などを行う	①推進員４名で協力して定期的な認知症カフェへの訪問を継続し、参加者から声を聞かせてもらうと共に、運営側の後方支援を行う
		【弱み】(改善が求められる点) 認知症当事者や家族の声を聞く仕組みづくりができていない チームオレンジ関連の活動を積極的に行うことができていない 認知症サポーター養成講座を開催はしているが、受講者の活動の機会を確保できていない	通　年　ステップアップ講座用動画を完成させ、活用する　ステップアップ講座を市の主催で２回開催する 通　年　各包括支援センターが行うステップアップ講座については、連携を図りながら協力をする　チームオレンジ活動についても連携を図りながら認知症地域支援推進員として一緒に活動を行うことができる	①認サポステップアップアップ講座・チームオレンジをより分かりやすくするために、動画作成を開始し、完成させ、より多くの人に見てもらえる様な（ステップアップ講座へつながる）仕組みづくりについても検討する　市の主催で年に２回ステップアップ講座を企画する　チームオレンジ活動についてはケースに応じて各包括と連携しながら協力する