第 12 回介護保険運営協議会 資 料 3 (議 題 3 関 係) (事 前 配 布 資 料)

令和6年度東久留米市地域包括支援センターの事業計画書等について

各地域包括支援センターより、「令和6年度 地域包括支援センター事業計画書」の提出 がありましたので、報告します。

記

1	東部地域包括支援センター	 1ページ ~ 5ページ
2	中部地域包括支援センター	 6ページ ~ 9ページ

3 西部地域包括支援センター・・・・・・・ 10ページ ~ 13ページ

【東部】

今年度の重点課題と具体的な取り組み

	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み	
1	総合相談支援業務	要介護認定申請に繋げる必要がある人と 事業対象者とすべき人との振り分けが十 分にできていない。利用者が「卒業」し て元の生活を取り戻し、通いの場に参加 することや、自らが活動の担い手になる という意識が醸成されていない。	窓口質問票を活用し、要介護認定申請と事業対象者を適切に振り分ける。身体介護、認知症に当てはまらない方は地域の自主グループ、支援強化型の利用へ繋げる。目標値:自主グループへ 100件(R5年度90件)支援強化型 10件(R5年度9件)。	
2	生活支援体制整備事業	地域住民が主体となって介護予防・フレイル予防の意識を高め、推進していくため、通いの場の設置数および参加率の向上を目指す。	①通いの場の新規開設: 2件(1件5名を想定) ②令和5年度末時点の東部圏域における通いの場1箇所1回当たりの参加実人数464名をベースとして、①の新規開設で10名、既存団体への新規紹介21名追加を目指す。トータル495名で参加率6.15%を想定(令和5年度東部圏域高齢者人口8045名から推計)。	
3	総合相談支援業務	●地域包括支援センターの認知度が低い (令和4年度介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査における認知度41.7% (東部圏域は49.0%))。前期高齢 者(65~69歳:36.5%、70~ 74歳:36.7%)は40%台を切っ ており特に認知度が低い。性別では「知 らない」と回答した男性が多い(33. 9%)。 ●認知症に関する相談窓口の認知度も低い(17.8%)。地域包括支援セン ターを認知している人でも地域包括支援 センターが認知症に関する相談窓口であ ることを知らない人が多い。	①10月に上の原で試験的に開催予定の健康教室にて地域包括支援センターをPRする(前期高齢者が一定数集まると想定)。 ②随時行われる地域のイベントや自治会の集まり等で地域包括支援センターをPRする。合わせて認知症に関する相談窓口であることも紹介する。 ③自治会や企業、小学校等、多様な年齢層が集まる場所で認知症サポーター養成講座等を開催し、地域包括支援センターを多世代に向けてアピールする。 ④3包括合議のもと市報を通じて地域包括支援センターを紹介する。	

		計画		P 4- May To 11 40 a
, ,	基本チェックリストを実施するとともに、事業対象者等に対して介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行う。			具体的な取り組み ①包括内で窓口質問票を利用し、スクーリングを行った結果を参考にして支援強化型利用者へつなげる。→10人 ②年度に1回基本チェックリストを40人に記入してもらい、基準点以上に該当する人を必要な介護予防事業につなげる。→10人 ③あんしん生活調査を実施していく中で一般介護予防事業・通いの場の案内が必要だと思う住民に対して事業紹介をする。またハイリスクアプローチのきっかけとしていく。
	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。		じて、高齢者の実態把握を行うととも に、総合相談や地域ケア会議等を通じ て、支援が必要と判断された高齢者を支 援するため、地域におけるケットワーク を構築する。 様々な機関や関係者と連携しながら支援	①地域包括支援センターと自治会とのネットワークの構築を進めていき地域包括支援センターのPRの機会としていく。また地域連携の中で高齢者の支援へとつなげていく。⇒自治会7件②地域におけるネットワーク構築の手段として、地域のイベントに参加していく。⇒4件 ①あんしん生活調査を「浅間町1丁目と東本町」で実施予定。 ②回収したアンケート集計結果を地域住民(自治会を含む)に返し
合相談支援業		総合相談	に、あんしん生活調査の実施等により、 高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態 を把握することで、地域の隠れた課題や ニーズを発見し、必要に応じて早期に対 応する。	て、来年度の第2層協議体会議につなげ、課題の解決策の検討を行
務		NO. L. TILLEX	的な相談支援を行う。	ない方は地域の自主グループ、支援強化型の利用を勧め具体的に目標を決め元の生活の戻していけるように支援していく。目標値:自主グループへ 100件(R5年度90件)支援強化型 10件(R5年度9件)②圏急性の判断を常に行い迅速に支援を行い、困難ケースは2人体制で担当し関係機関に繋げ適切に支援していく。
	地域の住民や民生委員、介護支援 専門員などの支援だけでは十分に 問題が解決できない、適切なサー ビス等につながる方法が見つから ない等の困難な状況にある高齢者 が、地域において尊厳ある生活を 維持し、安心して生活を行うこと ができるよう、専門的・継続的な 視点から、高齢者の権利擁護のた め必要な支援を行う。	促進	や相談に対応するとともに、適切な介護 サービス利用や成年後見制度を活用した 支援を行う。	②包括で受け持っている予防給付管理対象者の中から身寄りがいない 高齢者(家族と疎遠、連絡先家族が甥姪や高齢の兄弟姉妹等を含む) をリストアップし、成年後見制度や地域権利擁護事業につなげるよう 努める。
			福祉法上の措置が必要な場合、市と連携	①事実確認を積み重ね、緊急対応の必要性・妥当性を判断する。 ②緊急対応が必要な場合は速やかに市へ報告、対応を協議する。 ③措置実施前後の心理的支援、養護者支援を行っていく。
権利擁護業務		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	①権利擁護センターを招いて令和5年3月改訂の国マニュアルをもとに東久留米市マニュアルも社会福祉士連絡会にて改訂する予定となっており、改訂マニュアルに則り、関係機関と連携し早期発見・早期対応を目指す。 ②包括システムの活用等、虐待帳票を効率的に行える方法を社会福祉士連絡会で検討する。 ③虐待通報の情報源として大きな役割を担っている介護支援専門員から気軽に相談・通報してもらえる協力関係をつくる。虐待の兆候がみられる場合はどんな些細な内容でも即時報告してもらうよう、日頃の交流や懇談会等を通じ呼びかける。 ④権利擁護センターを招いて3包括合同の介護支援専門員向けの高齢者虐待対応研修を開催する(3包括の合議が得られれば)。 ⑤虐待対応の応用研修等に随時参加し、包括職員としての対応力・資質向上に努める。
		困難事例への対応		①困難ケースに対して専門職種2名で担当し対応。 ②週1回相談員ミーティングを行い、課題の分析・対応を検討。進捗 状況の確認を行っていく。 ③包括内では対応しきれない困難ケースについては地域ケア会議に繋 ぎ検討していく。
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要 な支援を行う。	各自治会や地域の活動の場にて消費者被害に関する講座などを実施 し、消費者被害防止に繋げていく。

	計画		具体的な取り組み	
括的・	地域の高齢者等が、住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における	包括的・継続的なケア体制の構築	施するため、医療機関や関係機関等との	①支援困難事例に対し、関係機関と連携しながら介護支援専門員と共に支援していく。 ②隔月開催の居宅介護支援事業所管理者会にオブザーバー参加し、居宅主任介護支援専門員と情報共有を行う。
続 的	連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。	地域における介護支援専門員のネット ワーク活用	情報交換等を行う機会を設けることで、 介護支援専門員のネットワークの構築を 図る。	①図2回ケアマネ(介護支援専門員)サロンを開催し東部地区の介護支援専門員と情報交換等を行う。 ②図アマネ(介護支援専門員)地区懇談会を年2回開催。1回は3包括合同で開催。1回はケアマネ(介護支援専門員)支援を通じて抽出した課題をテーマに開催予定。
、ネジメント支援業務		介護支援専門員に対する支援	し、専門的な見地からの個別指導や相談 へ対応するとともに、介護支援専門員の スキルアップを図る観点から、関係機関 とも連携し、情報提供や研修会等を実施 する。	③図アプラン点検へのオブザーバー参加、主任介護支援専門員中心のケアプラン点検に参加し、介護支援専門員のスキルアップにつなげる。 ④図志の居宅主任介護支援専門員とスキルアップを目的とした介護支
認知	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域推進員を配置し、医療・介護等	制の構築と認知症ケ	介護等の連携強化等による地域における 支援体制の構築と認知症ケアの向上を図 るための事業を行う。	①認知症の方に対し、医療機関(明治薬科との骨密度測定会や在宅療養相談窓口との人生会議などの実施)と連携をし、必要な支援へと繋げていく。 ②認知症ケアパスを地域に向けて普及啓発に努める。 ③認知症高齢者等みまもり事業の普及啓発に努め、当該高齢者の早期発見へ繋げる。
地域	域推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上をはかるための事業を行う。			
上業務		本人や家族等への相談支援や支援体制の構築		①身近な相談場所として、認知症カフェや認知症介護者家族会の周知に努める(地域住民や介護支援専門員等へ紹介)。 ②適切な医療・介護へつなぎ、介護負担軽減を図るため認知症初期集中支援チーム事業を活用する。 ③認知症ケアに関する研修に参加し、対応力向上を目指す。 ④本人ミーティングの実施。
		久留米市みまもりネットワークを構築し、みまもりネットワーク事業を実施・運営する。		①みまもり協力員と日頃から情報共有、連携を図る。 ②みまもり協力機関(新聞・配達業者等)に向けたみまもりネット ワーク連絡会を実施し、安否確認が必要な状況、リスクや異変の早期 発見、早期連絡をいただけるような体制を構築していく。 ③高齢者の緊急連絡先等の把握を徹底するよう介護支援専門員など福 祉関係者への啓発を行う(懇談会等の機会を通じ「東久留米市救急情 報シート」や「私のみまもり情報シート」等を用いて説明)。
任意事	認知症介護者家族会開催事業			介護者の不安や悩みを共有してもらい、介護者の孤立化防止や介護負担の軽減を図る。家族会を通じ、認知症カフェの周知、その他介護サービスや資源についての周知、案内も行っていく。
業	 認知症サポーター養成事業 	認知症に関する知識の普及・啓発を目的として、「認知症サポーター養成講座」を開催する。		小学校4校、市民向けを実施。自治会での開催を検討。新規サポーター200名を目指す(3包括で500名目標のうち)。

	計画			具体的な取り組み
				①生活環境の整備を提案・助言し、サービス事業所との連携を綿密に行っていく。 ②理由書作成の実施。 ③住宅改修については本人・家族の理解に合わせ手順の説明を行い、事業所選定の際は複数の事業所を紹介し、相見積もりを取り比較検討することを勧める。 ④福祉用具の利用に際しては、利用者負担等も考慮して、購入と貸与を適切に選択できるよう支援する。
地域ケア会議	担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的・継続的な支援を実施するための方法や、把握した地域課題を解決するため、保健福祉、医療関係者を異生委員当地域の多様な関係者を集めて、当該事例を検討・協議する会議を開催する。また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、それを支える社会基盤の充実と、		続的ケアマネジメント業務の効果的な実施により、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活することを地域全体で支援する。 また、地域ケア会議(第2層協議体を兼ねる)を開催し、個別の事例から地域の課題を把握し生活支援体制整備事業と連	①図立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議に年6回に参加。今年度は支援強化型の事例選定を行い、本人参加型で行えるようにしていく。居宅の介護支援専門員にもこの会議を周知できるようにオブザーバー参加・事例提出を依頼していく。 ②図域ケア個別会議を年2回開催する。昨年度あんしん生活調査を行った浅間町2・3丁目からケース選定を行う予定であるが、地域も交えて話し合いを行うべき困難事例が見つかった場合は優先的に選定をしていく。 ③図域ケア個別会議から第2層協議体に繋げ、地域課題や社会資源についての話し合いを年2回行う。
	日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支援ニーズとサービスの調整を行い、サービスを提供する多様な主体と連携し、支援体制の充実・強化を図る。	源の把握	もに、地域に不足する資源を明らかにする。 また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活支援等ニーズを把握し、地域課題	◆圏域における地区ごとの課題状況と解決に向けての活動方針 ①金山町エリア:地域活動を行う拠点が上の原地域もしくは大門地域にしかなく坂道もあるため活動拠点があると良いとニーズがある。⇒金山町エリアにある空き店舗を拠点としていくアプローチへ ②浅間町エリア:昨年度の第2層協議体で分かった自治会活動の停滞。浅間町地区センターを活用した地域連携イベントの実施に向けて自治会へ提案。 ③上の原エリア:圏域で高齢化率が一番高い中で、医療や福祉といった団体と連携して行うイベントについてニーズがあり、上の原連絡会で連携イベント提案。 ④氷川台エリア:地域に住む世代構造で子育て世代が多くなってきている中で、多世代交流イベントが求められている。今後、農園でできた農作物を使った多世代交流イベントや近隣の学芸大附属特別支援学校のグランドを借用した紙飛行機イベントの実施。/オレンジカフェの活動が再開となったため、地域活動の拠点としていき、参加者交流の中で見えてきている福祉、医療イベントのニーズについてイベント実施。
備事業		活支援のための体制 整備	よる生活支援の充実を図る。 また、社会資源や生活課題を整理し、高 齢者のニーズに応じた地域資源の開発に 取り組むとともに、地縁組織や地域の支	1)通いの場関連 ①通いの場の新規開設:2件。(東部・中部・西部)の地域包括支援センターが連携して今年度も立ち上げていく。 ②地域で活動している通いの場の紹介及び市の介護予防事業の紹介。紹介したケースでマッチング成功件数を増やす。:紹介件数70件を目標とし、マッチング成功(専門職派遣、イベント参加、見学体験、新規加入を想定)件数を21件。→通いの場の参加者が高齢となり活動が厳しい面、新規参加者が入らないといった運営課題を解決していく。 2)地域の多様な団体との連携事業の実施団体同士が連携していく事で、交流が深まっていきネットワークの構築と強化へつなげていく:地域連携イベントの実施→4件
	職員の配置			①包括内2か所それぞれに3名相談員を配置。 ②月1回全体で連絡会、週1回相談員中心にミーティングを行い、情報交換・共有を行う。
		を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括		①週1回3職種・相談員でミーティングを行い、ケース検討を行う。 ②困難・虐待ケースについては、専門性を活かしながら2人体制で対 応。

【東部】事業計画(R6年度)

		計画	具体的な取り組み
運営体制	職員の資質向上	職員の業務に必要な知識、相談技術やケアマネジメント技術の 向上等と合わせ、各職員が学んだ内容を共有することで地域包	①内外の研修に参加し各専門職の専門性を高める(主任介護支援専門員向け研修、生活支援コーディネーター研修、認知症地域支援推進員研修、看護協会主催の包括の保健師・看護師向け研修など)②包括内で伝達講習を実施し、研修で得た知識・情報をセンター内で共有する。 ③主任介護支援専門員を講師として包括内でケアプラン点検を実施する。プランナーや介護支援専門員以外の各専門職も適切なケアプランを作成できるよう能力の平準化を図る。 ④記録(相談票等)を適切に実施できるよう随時点検する。包括内連
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。	絡会等の機会を通じ記録に関する研修を行う。 ⑤包括職員が総合事業に対する理解を深め、事業対象者の振り分けを 適切に行えるようにするため職員研修に随時参加する。 月1回の連絡会で確認。年2回勉強会を行う。

【中部】

今年度の重点課題と具体的な取り組み

	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み
	包括的・継続的ケアマネジメン ト業務	社会的なつながりの希薄化や寂しさから、高齢者は飲酒行動に至りやすく、	高齢者やその家族について様々な角度 からアセスメントする力をつけ、チー
1		アルコール関連の問題を抱えるケースが急激に増加しているが、支援者側に知識や経験が乏しく、対応に苦慮している。	ムでアプローチをするために、勉強会を行う。 昨年度より有志のメンバーで勉強会を行っているが、今年度も継続して行うことでケアマネジャーのスキルアップを図る。
2	総合相談支援業務	昨年度は自治会への働きかけを試みたが、形だけで機能していないところも多く、関係を構築することができずに終わった。地域共生社会の実現には住人皆で支え合う地域づくりが必要だが、自治会離れにより地域の結びつきが弱くなっている。	これまで地域包括支援センターの周知 や通いの場の立ち上げがない地域の自 治会に対して、地域包括支援センター の周知活動を行い、出前講座等を実施 することで、関係の構築を図る中で人 材を発掘し、活動の立ち上げにつなげる。
3	運営体制	認知症、アルコール問題、精神疾患、 身寄りなし等、重層的な課題が存在しているケースが増加しているが、定型 的な援助では対応できない状況であ る。職員の負担も大きく、複数名での 対応を心掛けているが、人員不足によ り困難な状況が続いている。	各職員が研修や勉強会に参加することで対応力の向上に努めるとともに、初期段階から複数名で対応することにより心身の負担の軽減に努める。また、包括だけでは解決できない問題の場合は他の機関の協力を得ながら解決を目指すことし、日頃から多職種との連携を意識する。

		計画		具体的な取り組み
護			介護予防及び日常生活支援を目的として、その心 スが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支	・新規相談や地域住民に対して基本チェックリスト実施し、目標は50名以上とする。 ・事業対象者に対して一般介護予防事業、支援強化型、地域活動(自主グループ)を提案し選択できるようにする。支援強化型の目標は8名とする。 ・支援強化型を利用する方には卒業後の生活がイメージできるよう支援し、「卒業」につなげる。卒業後も介護予防が継続できるよう「通いの場」などを提案していく。
	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。		地域の様々な関係者のネットワークを通じて、 高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談や 地域ケア会議等を通じて、支援が必要と判断さ れた高齢者を支援するため、地域におけるケッ トワークを構築する。	・昨年度同様シニアクラブや既存のグループに働きかけを行いつつ、これまで叶わずにいた自治会との関係作りにも取り組んでいく。特に関係の薄い地域や自主グループの少ない地域にアプローチし、地域のネットワークを構築するための一歩を踏み出す一年とする。 ・あんしん生活調査(現時点で実施エリアは未定)だけでなく日々の相談の中から情報収集を行い、個別課題を集積し、各会議体において地域課題を抽出する。 ・地域包括ケアシステムの実現のため、行政、医療機関、サービス事業所、民生委員、自治会等と顔の見える関係を作る。
総合相談支援業務			活調査の実施等により、高齢者の心身の状況や 家庭環境等の実態を把握することで、地域の隠	・あんしん生活調査 (現時点で実施エリアは未定)を実施し、高齢者の生活実態や健康状態、介護保険等のサービスに関するニーズを把握する。 ・生活支援コーディネーターがシニアクラブや地域の自主グループに定期的に顔を出すことでセンターにアクセスせずとも相談のしやすい環境を整える。 ・高齢者および家族、近隣住民からの情報を得、早期対応を可能にするためにセンターの周知活動を随時行っていく。(あんしん生活調査、出前講座等)
		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	・地域住民の様々な相談を幅広く受け付け、制度の垣根にとらわれない支援を行う。心身の健康の維持、生活の安定、権利擁護など、高齢者の暮らしに関わるあらゆる相談に応じる「ワンストップ相談窓口」を目指す。相談内容に応じて医療機関や行政、民生委員等と連携し、必要なサービスや制度が利用できるように支援する。その際にはフォーマル、インフォーマルを問わず、様々な社会資源を活用する。
	地域の住民や民生委員、介護支援 専門員などの支援だけでは十分に 問題が解決できない、適切なサー ビス等につながる方法が見つから ない等の困難な状況にある高齢者 が、地域において尊厳ある生活を 維持し、安心して生活を行うこと ができるよう、専門的・継続的な 視点から、高齢者の権利擁護のた め必要な支援を行う。	成年後見制度の活用促進	市や専門機関と連携を図り、制度の説明や相談に対応するとともに、適切な介護サービス利用や成年後見制度を活用した支援を行う。	・成年後見制度推進機関検討委員会に参加し、地域の後見人と情報 交換を行い、顔の見える関係を作る。 ・日常生活支援事業や成年後見制度の利用が必要だと思われた場合 は高齢者やその家族に対して制度の説明や社協等の関係機関の紹介 を行う。 ・市長申し立てが必要な高齢者の場合は行政と連携を図りながら適 切な実施と速やかな支援を行う。 ・遅滞のない支援を行うために制度の理解を深め、関係機関との協 力関係を強化する。
権利擁護	<i>的心安体又放</i> 飞门7。	老人福祉施設等への措置の支援	高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法 上の措置が必要な場合、市と連携して支援を行う。 また、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。	有する。 ・緊急対応の必要性の判断は包括職員が情報収集した上で市役所と
業務		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	・コア・ケース会議確認表で進捗状況を確認し、漏れなく会議を開催し、会議終了後も速やかに書類を提出する。 ・社会福祉士連絡会にて、虐待帳票の作成や管理の仕方の効率化を 検討し、業務負担の軽減を図る。 ・虐待対応進捗会議や虐待事例検討会を有効に活用し、困難事例の 早期解決を目指す。
		困難事例への対応	重層的な課題を抱える世帯や高齢者が支援を拒否している場合など、実態を把握し、包括の専門職が連携して対応する。	・困難ケースと思われる事例は初期段階から2名以上の職員で対応する。 ・定期ミーティングや朝礼にて困難ケースの情報共有をし、センター全体で対応を検討し、課題分析や対応の検討を行う。

		計画		具体的な取り組み
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要な支援 を行う。	・消費者被害情報について西部包括、東部包括と共有する。 ・消費者被害情報を地域の民生委員、ケアマネジャー(介護支援専門員)等に情報提供する。 ・あんしん生活調査の訪問時に振り込め詐欺の注意喚起等に関する チラシを配布する。
包括 的		構築	地域における包括的・継続的なケアを実施する ため、医療機関や関係機関等との連携体制を構 築し、介護支援専門員との連携を支援する。	・自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議(年6回)において、居宅ケアマネジャー(介護支援専門員)に事例提出およびオブザーバー参加を依頼する。自立支援および地域包括ケアを意識したケアマネジメントの視点確保および生活支援コーディネーターの活用のきっかけ作りを目的とする。
・継続的ケアマネ			情報交換等を行う機会を設けることで、介護支援専門員のネットワークの構築を図る。	・ケアマネ(介護支援専門員)地区懇談会を年2回開催する。1回は他包括支援センターと合同で開催。1回はケアマネ(介護支援専門員)支援を通じて抽出した地域課題をテーマに単独で開催。 ・隔月開催の居宅介護支援事業所管理者会にオブザーバー参加し、居宅主任介護支援専門員と情報共有を行う。 ・有志の居宅主任ケアマネジャーとスキルアップを目的としたケアマネジャー向けの活動を企画する。
ジメント支援業務			ともに、介護支援専門員のスキルアップを図る 観点から、関係機関とも連携し、情報提供や研 修会等を実施する。 また、地域の介護支援専門員が抱える困難事例	・相談の多い課題(福祉用具の軽度者申請)について、ガイドラインの作成を市役所、他包括と行う。 ・地域課題の一つと考えられるアルコール依存症について、昨年度はケアマネジャーの勉強会を立ち上げたが、今年度も継続して勉強
認知症地域支援	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上をはかるための事業を行う。		認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るための事業を行う。 また、地域で認知症の人をみまもり支える体制を構築する。	・認知症カフェ、認知症家族会(つつじ会)の周知活動を行う。つつじ会便りを発行し介護福祉課窓口に配架するとともに、ケアマネ地区懇談会等でもPRし、新規の参加者を増やす。 ・近隣市の包括支援センターと協同し、認知症の教室を開催するとともに他市の取り組みを学ぶ機会とする。 ・認知症カフェに1回以上訪問し、認知症サポーター養成講座、講師派遣事業の周知活動を行う。 ・認知症初期集中支援チーム員会議への事例提出は5件を目標とする。
坂・ケア向上業			関及びその他関係機関や認知症サポーター等と	・キャラバンメイトに認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座への講師等の協力を依頼する。 ・小規模多機能居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホームと認知症関連の情報共有を行う。
務		本人や家族等への相談支援や支援体制の構築	認知症の本人と家族等への相談支援や支援体制を	・認知症の方を介護する家族やあんしん生活調査で気になる方等に 認知症ケアパスを配布し、適宜相談に応じる。 ・認知症高齢者等みまもり事業について市民、家族、ケアマネー ジャーに周知する。
	みまもりネットワーク事業		いした生活が継続できるように地域包括支援センィアを核とした東久留米市みまもりネットワークーク事業を実施・運営する。	
	認知症介護者家族会開催事業		るとともに、介護者同士の情報交換や交流等のた	・認知症家族会を奇数月に1回開催する。(新規参加者目標5人) ・職員のファシリテーションにより参加者同士の意見交換を活発化させる。 ・つつじ会便りを介護福祉課窓口に配架するとともに、ケアマネ地区懇談会等でもPRすることで会の周知活動に努める。
任意事業	認知症サポーター養成事業	認知症に関する知識の普及・唇座」を開催する。	啓発を目的として、「認知症サポーター養成講 のでは、「認知症サポーター養成講	・認知症サポーター養成講座を以下の対象に年に1回以上実施する。 地域住民、小学校、自由学園、企業(金融機関、商業施設) ・生活支援コーディネーターと連携し、ステップアップ講座から具体的活動に6名つなげることを目標とする。 ・PRステッカーの配布は3件を目標とする。

		計画	具体的な取り組み	
				・高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるように、福祉用具の購入および住宅改修に関する相談や情報提供を行なう。 ・支給申請に係る理由書等の作成を行なう。 ・住宅改修業者を適切に選択できるよう、複数の事業所から見積りを取るよう提案する。 ・福祉用具の利用および住宅改修を行うことで生活機能の維持または改善を図り、状態の悪化が防止できるとともに、介護者の負担の軽減を図れるようにする。
地域ケア会議	担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的の方法や、把握した地域課題を解決するため、把握した地域課題を解決者を、と委員当地域の多様な関係者を集めて、当該事例を検討・協議を開催する。また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤とにより、地域包括ケアシステムの推進を図る。		アマネジメント業務の効果的な実施により、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活することを地域全体で支援する。	・日々の相談の中から情報収集を行い、個別課題を集積した中から地域ケア個別会議を開催する。(年2回)・地域ケア個別会議から第二層協議体につなげ、地域課題や社会資源についての話し合いを行う。(年2回)医療、介護、福祉の関係者や地域住民との意見交換を通して、顔の見える関係を作る。
生活支援体制整	日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支援ニーズとサービスの調整を行い、サービスを提供する多様な主体と連携し、支援体制の充実・強化を図る。		地域に不足する資源を明らかにする。 また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活 支援等ニーズを把握し、地域課題を明らかに し、それらの情報を体系的に整理する。 高齢者のニーズとボランティア等の地域資源と のマッチングにより多様な主体による生活支援 の充実を図る。 また、社会資源や生活課題を整理し、高齢者の	・キントーンに集められた情報の中で、未訪問のグループに出向き、活動状況を把握する。 ・地域の中で不足している社会資源や地域課題を明らかにするため、第二層協議体会議を年2回開催する。 ・地域福祉コーディネーターやボランティアコーディネーター、地区センターや地域センター等と密に連携を図り、情報の共有に努める。 ・一般介護予防事業の終了時、今後も活動が継続できるよう、その方の望む通いの場を紹介する。または、新たに活動の場を立ち上げた場合は新規立ち上げから、新規立ち上げから3カ月間は集中的に基盤づくりの為の支援を行う。(3包括合同で年に3ヵ所を目標)・通いの場への参加に関しては、積極的にマッチングを行い、10名
備 事 業	職員の配置	条例等に沿った人員配置を行い 連携・協働する体制を構築する	もに、地縁組織や地域の支援者間のネットワーク構築と強化を図る。 ハ、情報共有を円滑に行い、業務全体を一体的に	以上の紹介を目標とする。 ・地域における支え合いの体制づくりのために、地域福祉コーディネーターやボランティアコーディネーター等とのネットワークを活用し支援の充実を目指す。 ・三職種の資格要件を満たした職員に加え、生活支援コーディネーター、ケアマネジャー(プランナー)を配置し業務に当たる。高齢者人口に対し主任ケアマネジャーの人員が不足しているため、早急
運営体制	チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3 職種がそれぞれの専門性を活かし、相互 に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。		に増員の手立てを講じる。 ・ケースの特性に合わせた人員の割り振りを心掛けるとともに特定の職員に業務が偏らないようにする。 ・二か所の事務所間で毎朝のミーティングを行い、さらに隔週火曜日に定例ミーティングを行うことで情報の共有に努める。 ・困難ケースや虐待ケースについては複数名で対応し、各職種の特性を活かした人員の配置を行う。複数名で対応することにより職員の心身の負担を軽減し、安心して業務に当たることができるようにする。
	職員の資質向上			業務に必要な知識や技術の取得を目的とした研修や勉強会に参加する。参加した職員は学んだ内容を他の職員に伝達し、センター全体のスキルアップに努める。
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を	を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。	個人情報保護に関する法令等を遵守するとともに、実施するあらゆ る事業を通じて個人情報の保護に努める。

【西部】

今年度の重点課題と具体的な取り組み

	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み
1	生活支援体制整備事業	通いの場が抱える課題を共有する機会がない。(令和5年度からの継続実施)	・昨年度実施した通いの場の懇談会アンケート結果で要望のあった事項の実施。 ①通いの場に対する「認知症サポーター養成講座」を開催(年3回) ②グループごとの通いの場懇談会の開催(計3回) ③専門職派遣の実施
2	認知症地域支援・ケア向上業務	認知症があっても地域とつながり安心 して生活を続けていくために、地域住 民が「認知症について正しい知識で見 守る」必要がある。また、広報啓発活 動の担い手が不足している。	①本人ミーティングの実施(年1回以上) ②包括職員以外のキャラバン・メイトへの協力要請(認知症カフェへの参加・認知症サポーター養成講座の講師) ③担当圏域のキャラバン・メイト数の増加(年間5名以上) ③認知症カフェへの専門職派遣実施(各カフェ1回以上)
3	権利擁護業務	虐待ケース・困難ケースに対し、複数 名の対応が必要。	虐待ケース・困難ケースに対し、2名 以上が関わりセンターとしての機能強 化を図る。

		計画		具体的な取り組み
マネジメント 介護予防ケア	基本チェックリストを実施するとともに、事業対象者等に対して介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行う。			
	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。			・各会議体や日常的な地域ネットワークを 通じて、潜在している支援を必要とする高 齢者へ迅速な働きかけ・支援を行う。 ・各会議体や地域への活動を通じ、地域及 び関係機関とのネットワークを深化させ る。
総合相談支援業務		実態把握	んしん生活調査の実施等により、高齢者の	・下里4丁目を対象としたあんしん生活調査の実施 ・あんしん生活調査実施により、支援を必要とする高齢者への早期課題解決を行う。
193		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	・相談受付時の適切なスクリーニングにより相談レベルを組織的に判断し、レベルに応じた支援体制を図る。 ・継続的・専門的な相談支援については、課題に応じた専門職の対応と組織的なバックアップ体制を行う。 ・相談支援における時間管理を行う。
	地域の住民や民生委員、介護支援 専門員などの支援だけでは十分に 問題が解決できない、適切なサー ビス等につながる方法が見つから ない等の困難な状況にある高齢者 が、地域において尊厳ある生活を	成年後見制度の活用促進	市や専門機関と連携を図り、制度の説明や 相談に対応するとともに、適切な介護サー ビス利用や成年後見制度を活用した支援を 行う。	・経済的課題のある高齢者に対し、成年後 見推進機関を中心とした関係機関との連携 を図る。 ・適切かつ円滑な制度活用に向けた経済的 アセスメントの資質向上を行う。
権利	維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行う。	老人福祉施設等への措置の支援	高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法上の措置が必要な場合、市と連携して支援を行う。 また、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。	措置対応への行政及び関係機関の協力の実施。
擁護業務		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	・虐待終結会議の実施 ・高齢者虐待に対し適切な対応を行うため の研修参加 ・高齢者虐待対応における複数名による対 応の実施。
		困難事例への対応	重層的な課題を抱える世帯や高齢者が支援 を拒否している場合など、実態を把握し、 包括の専門職が連携して対応する。	課題に応じた専門職の対応及び重層化する 課題がある場合は複数名の職種で対応を行 う。
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要な支援を行う。	消費者被害防止のための広報活動の実施及 びみまもりネットワーク連絡会において、 協力員と関係機関へ消費者被害防止への学 びの機会を作る。

		計画		具体的な取り組み
的 • 継	域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。	構築	地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関等との連携体制を構築し、介護支援専門員との連携を支援する。	・入退院支援や在宅医療など医療連携への 支援を行う。 ・経済的困窮・権利養護に関する課題について、関係機関への「つなぎ役」を行う。 ・インフォマール支援に対し介護支援専門 員へ地域情報の発信を行う。
ケアマ			情報交換等を行う機会を設けることで、介護支援専門員のネットワークの構築を図る。	・ケアマネジャー(介護支援専門員)への地区 懇談会の実施(3包括合同1回・西部地区 1回)
ネジメント支援業務			介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談へ対応するとともに、介護支援専門員のスキルアップを図る観点から、関係機関とも連携し、情報提供や研修会等を実施する。また、地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針の検討や助言等を行う。	・軽度者の車椅子貸与における適正給付の 実施 ・運営基準を遵守した居宅介護支援業務へ の情報提供・相談対応の実施。 ・困難事例に対する介護支援専門員への後 方支援及び助言
認知症地域	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上をはかるための事業を行う。	と認知症ケアの向上	認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るための事業を行う。 また、地域で認知症の人をみまもり支える体制を構築する。	・認知症サポーターステップアップ講座開催及び地域の担い手づくりの実施。 ・認知症一次予防としての「通いの場」への充実及び啓発活動 ・キャラバン・メイトによる体制構築活動 依頼(認知症カフェへの参加及び認知症サポーター養成講座の講師)
支援・ケア向上			認知症の人が容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、医療機関及びその他関係機関や認知症サポーター等と地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取り組みを実施する。	・ケアパスの配布及び広報活動の実施 ・認知症家族会の配布(西部圏域の通所 サービス事業所ヘチラシ配布) ・認知症カフェへの専門職派遣の実施(全 カフェ各1回以上)
業務			認知症の本人と家族等への相談支援や支援 体制を構築する。	・世界アルツハイマーデーの機会を捉えた 包括合同家族会の企画・立案・実施(9月) ・本人ミーティングの実施。
	みまもりネットワーク事業	高齢者が住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように地域包括支援センター、民生委員及びボランティアを核とした東久留米市みまもりネットワークを構築し、みまもりネットワーク事業を実施・運営する。		・みまもりネットネットワーク連絡会の実施(みまもり機関・みまもり協力員各1回開催)
任	認知症介護者家族会開催事業	認知症等の症状がある人を介護する家族等に対し、介護に関する知識や技術について学習する機会を提供するとともに、介護者同士の情報交換や交流等のために、「認知症介護者家族会」を開催する。		
1 意 事 業	認知症サポーター養成事業			・市民向け(1回)・通いの場(3回)・ 小学校(2 校)の「認知症サポーター養成 講座」の実施 ・講座開催にあたり、包括職員以外のキャ ラバン・メイトの協力要請(3名以上)
	福祉用具・住宅改修支援事業	地域における自立した生活を3 関する相談、情報提供、助言な成支援を行う。		

	計画		具体的な取り組み
担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的の方するための方するための方すると解した地域課題を解決すると、保健福祉、多様な関係者をもの多様な関係者をもの多様な関係者をものを議を開催する。また、と、同時に進めて行ったのを関係を関係を関係を表したがある。また、となるはとを同時に進めて行ったのを関係を関係を表している。	地域ケア会議の開催	地域ケア個別会議を開催し、包括的・継続 的ケアマネジメント業務の効果的な実施に より、介護等が必要な高齢者が住み慣れた 地域で生活することを地域全体で支援す る。 また、地域ケア会議(第2層協議体を兼ね る)を開催し、個別の事例から地域の課題 を把握し生活支援体制整備事業と連携し地 域課題の解決や社会資源の開発を行う。	・共通する個別課題を地域ケア個別会議 (年2回)を通じて顕在化させ、第二層協 議体への地域課題解決・個別課題に対する ケアマネジャーへの後方支援を実施する。
が、住み慣れた地域で生きがいを 持って在宅生活を継続していく際 に必要となる多様な主体による多 様な生活支援・介護予防サービス の提供体制を構築するための、支 援ニーズとサービスの調整を行 い、サービスを提供する多様な主		地域資源を把握し、情報を整理するとともに、地域に不足する資源を明らかにする。また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活支援等ニーズを把握し、地域課題を明らかにし、それらの情報を体系的に整理する。 高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより多様な主体による生活支援の充実を図る。また、社会資源や生活課題を整理し、高齢者のニーズに応じた地域資源の開発に取り組むとともに、地縁組織や地域の支援者間のネットワーク構築と強化を図る。	・センター内相談員及び介護支援専門員と連携し、地域情報の収集・必要な社会資源を開発する。 ・あんしん生活調査や地域ケア個別会議・各会議体で顕在化した課題を整理する。 ・認知症地域支援推進員・介護予防担当者との連携を行い、「通いの場」の立ち上げ・設置数の維持を行う(年間設置目標5~6件)・他機関との連携により通いの場への人材育成を行う。
職員の配置 チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、		職員数の確保・補充採用の継続実施を行う。 他職種の業務・専門性について理解を深める。 高齢者個々の課題について3職種の専門性 を活用した支援を行う。
職員の資質向上		炎技術やケアマネジメント技術の向上等と合 共有することで地域包括支援センター全体の	ケアマネジメント・権利養護・認知症ケア
	や地続いた。方す、ををするののに推出を関係を関係を関係を表する。 また、方す、ををするののに対して、るのののに対したのででは、多を検討した。 は、多を検討した。 は、多ををは、ととのがでは、多ををは、ととのがでは、多を使いて、のののには、方す、のののには、方す、のののにが、ののののにが、ののののにが、ののののにが、ののののにが、のののにが、は、といい、ののののにが、ののののにが、ののののにが、のののののののののののののののの	担当圏域内の高齢者が抱える問題 や困難専例等の個別ケースまたは総統的な支援を実施するための方法 や、把握した地域課題を解決する ため、保健福祉、医療関係者を集 めて、当該事例を検討・協議する 会議を開催する。また、高齢者個人に対する支援の 充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて行くことにより、地域包括ケアシステムの推進を図る。 日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを 持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・分護予防サービスの提供体制を構築するため整行・ブと提供するのの表実・強化を図る。 地域資源の開発や生活支援のための体制整備 ・大人員配置を行い、なと連携し、支援体制の充実・強化を図る。 ・職員の配置 ・条例等に沿った人員配置を行い、は対し、支援体制を構築を行い、は対し、支援体制の充実・強化を図る。 ・大人員配置を行い、地域資源の開発や生活支援のための体制整備 ・大めの体制整備 ・大人員配置を行い、連携・協働しながら問題を表して、対して連携・協働しながら問題を表して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対	担当圏域内の高齢者が抱える問題 ・ 地域ケア会議の期催 ・ 地域ケアの副分素を開催し、包括的・雑茂 ・ 地域の実践に対して、包括的・雑茂 ・ 地域で生活することを地域全体で支援する ため、把握した地域禁題を解決する ため、保健福祉、医療関係者、民 生委員当地域の多様な関係者を集 なのと、当該事例を検討・論議する 会話を開催する。 また、地域ケア会議(第2層協議体を兼社 る。 また、地域のア会議(第2層協議体を兼社 る。また、高齢者個人に対する支援の 宏実と、それを支える社会基盤の 整備とを同時に進めて行くことに より、地域包括ケアシステムの推進を図る。 日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを 持って在宅生活を総続していく。 おの妻となるを検な主体による多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支 提ニーズとサービスの調整を行 い、サービスを関係する多様な主体による を活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するため、支 はニーズとサービスの調整を行 い、サービスを提供する多様な主体による 生活支援・介護予防サービスの関係を体系体に関係を発するとある。 また、高齢者のニーズとボランティア等の地域質 ための体制整備 ための体制整備 ための体制整備 ための体制整備 ための体制整備 ための体制整備 また、社議経緯や地域の変援を整理し、高齢者のニーズに応じた地域資源の開発に取り 組むとともに、地縁経緯や地域の変援者間 のネットワーク情楽と強化を図る。 また、機能を整理するとともに、地縁経緯や地域の変援者間 のネットワーク情楽と強化を図る。 最近の配置 条例等に沿った人員配置を行い、情報共有を円滑に行い、業務全体を一体的に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。 象像化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。 最近の資質向上 職員の資質向上