

令和 5 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 5 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	～	8 ページ
2	中部地域包括支援センター	・・・・・・・・	9 ページ	～	18 ページ
3	西部地域包括支援センター	・・・・・・・・	19 ページ	～	26 ページ

令和5年度 地域包括支援センター事業計画書の作成について

東部地域包括支援センター

1. 事業計画書方針

- ① 新型コロナウイルス感染症が流行して4年目。第5類に分類されるようになり、以前のような日常生活が戻り始めている。基本的な感染症予防などを行いながら、体操や脳のトレーニング教室、サークルなどが昨年度も立ち上がっている。今年度も引き続き、感染予防に注意しながら立ち上げの支援をしていきたい。
- ② 年々、認知症の人が増え、家庭内での対応が難しいケースが増えている。昨年度、家族から相談があったケースにて、本人と家族から話を聞き取り、子供が好き、手作業が好き、紙飛行機作りが好きということから、今年度、地区センターと合同で子供たちと紙飛行機大会を行うこととなった。
今後も、認知症があっても、その人らしく生き生きとした生活が送れるように、介護保険以外で出来ることを探していきたい。
- ③ 虐待・困難ケースについて、家族が精神疾患を患っており、支える家族が少ないなど、多様な問題が出てきている。虐待と自覚はあるが、わざと周囲に知らせるためにしているなどのケースもあった。今後も、早急に各関係者と繋がり、高齢者・養護者と共に守ることを念頭に対応していきたい。
- ④ 小学校でのサポーター養成講座、昨年度は東部地区全校で行い、第2小学校では、学校公開で行い、保護者への周知を行うことが出来た。今年度も可能であれば、公開日に講座を行い、保護者や地域の人に認知症と包括の周知をしていきたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

① 介護予防事業および生活支援体制整備事業

<課題>

新型コロナウイルス感染症の流行により、自宅から出ない、閉じこもる時間が多くなり、筋力・体力の低下、転倒しやすくなっている。

他人と話さない、交流の回数・場が減ることにより、物忘れが進んでいる人が増えている。

<理由>

感染を恐れ、他者との交流、外に出る機会が減ってしまった。

<計画の概要>

生活支援コーディネーターを中心に既存の通いの場を紹介していく。

シャキシャキ介護予防教室や脳の健康教室など、チラシを活用しながら住民に周知していく（あんしん調査などを利用）。

感染状況を把握しながら、体操や脳のトレーニング教室、趣味活動などの通いの場を作る。

②権利擁護 高齢者虐待防止と養護者の支援。

<課題>

虐待の要因が多様化、家族問題、高齢者自身が他者からの関りを拒否（セルフネグレクト）などのケースも多くなっている。

<理由>

従来のように高齢者の保護、家族への介護疲れに対するレスパイト（介護サービス導入）を行うだけでは、根本的な問題解決にならない。

8050問題、精神疾患を抱えた家族への支援、セルフネグレクトへの対応など、従来以上に保健所、障害福祉課、福祉総務課などの関係機関と連携が必要になっている。

<計画の概要>

包括内で役割分担を行いながら、相談員2名での対応を継続。

虐待や多問題ケースが出てきたら、包括内で早めに話し合い、コア会議や関係者会議で対応方針を検討し各機関に繋げていく。

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
介護予防 ケアマネジメント	介護予防及び日常生活支援を目的とした、適切なサービス提供のための援助	介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況に応じて、本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等のほか一般介護予防事業も含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。	<p>①包括内で介護予防・フレイル予防の視点を周知し、自立支援・重度化防止地域ケア個別会議、介護予防のケアプラン点検に積極的に事例提出していく。</p> <p>②介護予防・フレイル予防の動機づけの為、老人会、自治会、自主グループなどにて、講話を行う。</p> <p>③介護保険申請、支援強化型、一般介護予防事業に繋ぐのかを包括内で相談しながら適切なスクリーニングを行う（窓口質問票の利用）。今年度の支援強化型利用者は、10名を目指す（基本チェックリスト10名実施）</p> <p>④生活支援コーディネーターと連携しながら利用者を地域の活動に繋いだり、地域の活動に参加している心配な方に対し個別に支援を行っていく。</p>	<p>①包括職員が介護予防・フレイル予防の必要性を理解し、本人の意向に沿って介護予防に基づくプランを作成し支援ができる。</p> <p>②利用者の介護予防・フレイル予防の意識が高まる。</p> <p>③利用者に適した状況を見極め、利用者自身が意思決定した目標を達成し、自立した生活を継続できる。</p> <p>④早い段階で個々のケースに介護予防支援が出来る。</p>
総合相談	地域におけるネットワークの構築	<p>支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止する</p> <p>①地域の社会資源やニーズの把握</p> <p>②地域における関係者のネットワーク構築</p>	<p>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く。 ・包括活動のPRや、地域情報について共有するために自治会へ訪問する。 ⇒7つの自治会へ訪問。</p> <p>②地域包括支援センターの役割や地域資源の情報等をPRしていくため、地域の防災訓練や地域の団体などの活動に参加していく。</p>	<p>①地域包括支援センターとの連携が地域ケア個別会議や第2層協議体等で推進されてきた自治会に対しては、第2層協議体【保健・医療・福祉】の構成団体との連携による事業を展開していく。</p> <p>まだ連携が進んでいない自治会に対しては、あんしん生活調査や地域の自主グループの会員、連携のある自治会から紹介してもらおう等してネットワーク構築のきっかけを作り、連携の推進が図れる。</p> <p>②地域のイベントなどに参加していく事で、活動している団体の持っている社会資源（強み）や課題（弱み）を把握していく事でニーズを踏まえた連携のきっかけとなる。</p>
総合相談	地域の高齢者の実態把握	<p>支援を必要とする高齢者を発見し、迅速に適切なサービスに繋げ、早期に解決できるよう導く。その地域に暮らす高齢者の意向・地域特性・課題を把握する</p> <p>①ネットワークを活用した情報が得られやすい体制の構築</p> <p>②ネットワークを活用した地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集</p> <p>③高齢者への個別訪問活動</p> <p>④当事者、家族、近隣者からの情報収集</p>	<p>①あんしん調査を「浅間町1丁目から3丁目」で実施予定。</p> <p>②調査実施時にアンケートを配布、回収を行う。</p> <p>③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う。</p>	<p>早期に課題のある高齢者を把握できるとともに新たな課題に対して地域住民と一緒に考えていく事で地域住民が安心して生活できる地域となっていく。</p>
総合相談	総合相談	<p>地域の高齢者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、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの機関または制度の利用につなげる等の支援を行う</p> <p>①初期段階での相談対応：本人、家族、地域の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与または緊急の対応の必要性を判断する。相談内容に即したサービス、制度の案内、関係機関等の紹介を行う。</p> <p>②継続的・専門的な相談支援：①の対応により、専門的・継続的な関与または緊急の対応が必要と判断された場合にはより詳細な情報収集を行い、個別計画を策定する。</p>	<p>①来所いただいた相談者に対しては窓口質問票を活用していただき、「いいえ」がない場合は支援強化型で進めていき目標を具体化し元の生活の戻していけるように支援していく。</p> <p>②緊急性の判断を常に意識しながら、高齢者、家族、地域住民、関係者の相談内容を的確に把握し迅速に適切な支援を行う。</p> <p>③総合相談支援が複雑化かつ広範囲化している為、介護予防が必要な相談には生活支援コーディネータと相談しながら地域の自主サークルに繋いだり、医療的ニーズの高い相談に対しては包括の看護師や在宅療養窓口に相談。支援困難とされる相談に対しては、迅速に関係機関や制度利用につなげ支援していく。</p> <p>④総合相談受付票をもとに偏りなく担当を決め、支援困難ケースは相談しながら進めていけるように2名で担当するようにしていく。</p> <p>⑤本部と大門で交互に相談員が集まり、ミーティングを週1回程度行い、新規相談の情報共有、困難ケースの進捗状況の確認を行っていく。</p>	<p>・ワンストップの相談窓口として、各種相談に対応し、必要なサービスや制度を紹介することで解決に導くことができる。</p> <p>・地域包括ケアシステム構築の為、地域の高齢者が日常生活に支障が出たとしても地域とのつながりを大切にその人らしい生活を継続していくことができるように支援ができる。</p>

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
権利擁護	成年後見制度の活用促進	高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活が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ために以下の業務を行う。 ①日常生活支援事業(地権)や成年後見制度が必要と思われる高齢者の把握。 ②成年後見制度の相談対応及び手続きの説明 ③申立てに当たっての関係機関の紹介、申立ての支援(本人、親族) ④診断書作成医療機関の把握、連携 ⑤市長申立へのつなぎ ⑥市や関係機関と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報	①成年後見制度推進機関検討委員会に参加し、関係機関と連携を図る。 ②制度の活用が必要な方を早期発見するため、JKKや金融機関等との関係性を構築し、情報提供してもらえるようにする。 ③成年後見制度や地域権利擁護事業に関する外部研修に参加し、包括内で伝達研修を行い、制度の知識や活用方法を職員間に周知する。 ④成年後見制度推進機関と連携し、制度の説明会を開催する(年1回程度の見込み)。	成年後見制度の活用を促進することで、身寄りのない方や判断能力が低下した方等が安心して生活を送ることができる。
権利擁護	老人福祉施設等への措置の支援	高齢者の生命を保護し、安全を図るとともに、尊厳を保持するために以下の業務を行う。 ①高齢者の状況把握、緊急対応の必要性の判断 ②老人福祉法上の措置が必要と判断した場合の市への報告と連携 ③措置実施後の状況把握、養護者支援	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し対応を協議する。 ③措置実施前後の心理的支援、養護者支援を行っていく。	高齢者の生命や人権、個人の尊厳が護られ、安心して生活を送ることができる。
権利擁護	高齢者虐待の防止と養護者の支援	高齢者虐待防止法に基づき適切な対応を行う。高齢者の尊厳を守ると同時に養護者に対する支援を行うために以下の業務を行う。 ①東久留米高齢者虐待防止マニュアルに則り、速やかに当該高齢者を訪問等し事実確認及び記録を行う。 ②高齢者虐待コア会議を迅速に行い、関係機関と連携し事例に即した適切な対応を行う。 ③虐待事例に対する進捗管理を適切に行い、必要に応じて支援方針の見直しを図り、虐待の解消を目指す。	①社会福祉士連絡会にて高齢者虐待対応マニュアルの改訂を行い、市担当部署と包括支援センターの役割分担を明確化する。コア会議の招集、進行、会議記録(議題の経過が分かるような議事録)の作成・保管は市担当部署が行い、包括は収集した事実確認結果資料の準備、帳票類の作成などを遅滞なく行う。帳票類の作成、提出に個人差が出ないようにする。 ②高齢者虐待対応の第一義的責任を有する市担当部署が招集するコア会議等に参加し、コア会議等で決定した対応方針に基づき対応する。 ③記録の提出に個人差が出ないようにする。担当者は虐待事例検討会に参加し、知識や技術の向上を図る。	適切な虐待対応を通じて高齢者の生命や尊厳を守り、高齢者および養護者が安心して生活を送ることに寄与する。
権利擁護	困難事例への対応	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援では十分に問題解決できない又は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状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し安心して生活を行うことができるために以下の業務を行う。 ①家庭内に重層的に問題が存在、高齢者自身が支援を拒否しているケースの把握 ②三職種が連携し、課題の分析およびセンター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。	家庭内に重層的に問題が存在しているケース、高齢者自身が支援を拒否しているケースに対し、 ①多様な困難な課題を抱えるケースについて、相談しながら進めていけるように2名で担当し対応していく。 ②週に1回程度、本部と大門で交互で行うミーティングで、三職種が連携し課題の分析・対応を検討し必要な支援を行い、進捗状況の確認を行っていく。	高齢者の尊厳を保つことができる。 高齢者の安心・安全が保障される。 センター職員のスキルアップにつながる。 関係機関・地域との信頼関係につながる。
権利擁護	消費者被害の防止	消費者被害を防止するために以下の業務を行う。 ①各専門団体や機関との連携による消費者被害情報の把握 ②消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員等への情報提供 ③被害実態を把握した場合の市町村や関係機関との連携	①日頃、定期的に生活文化課、警察署等と連携をとり、消費者被害の情報収集、共有をしていく。 ②自治会の集まり、地域の通いの場、シニアクラブ、みまもりネットワーク連絡会等で、把握している消費者被害の情報や見守りのポイントを伝えることや、前年度とは違うエリアで消費者被害防止の出前講座を企画・開催する。(年間2回以上開催) ③被害実態を把握した場合、市、関係機関に相談し、連携しながら対応していく。再び被害に遭うリスクが高い方に関しては、成年後見制度の利用等につなげる。	・地域の関係者やケアマネジャーに消費者被害の情報、見守りのポイントを伝えることで、消費者被害の早期発見、被害の拡大防止につなげていく。 ・消費者被害防止の出前講座を実施する事で、地域からの情報を得て被害の早期発見や被害拡大の防止、関係機関同士の連携につなげていく。 ・再び被害に遭うリスクが高い方を成年後見制度の利用等につなげることで、再発防止のための見守り体制を構築することができる。

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
包括的・継続的 ケアマネジメント	包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる様、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働などにより連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的、継続的ケアマネジメントの実現の為、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などを行う。	①ケースのニーズに合わせ要介護認定を受け介護支援専門員に引き継いだ後も多職種協働・連携がスムーズに行えるよう支援する。 ②要支援対象者を支援するうえで、地域に利用者を戻す・繋げる意識を持ってアセスメントしケアプランニングを行えるように包括内で勉強会を開催する予定。 ③支援者（包括職員・介護支援専門員）が地域と顔の見える関係作りが行えるように地域の自主グループに参加する機会を計画していく。 ④居宅介護支援事業所内でのケース検討会で困難と感じているケースについて特定事業所加算を取っている管理者・主任介護支援専門員同士でケース検討を行ったり日頃の悩みを共有できるように年2回ケアマネサロンを開催予定。	高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働などにより連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが実現できるようになる。
包括的・継続的 ケアマネジメント	介護支援専門員のネットワークの活用	地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、以下の業務を行う。 ①介護支援専門員の情報交換等を行う場の設定など、ネットワークを構築したり、その活用を図る。	①主任介護支援専門員連絡会に出席し情報収集を行う。 ②地域の介護支援専門員の情報交換・課題解決のための勉強会を行う場として地域介護支援専門員懇談会を実施。年2回を予定。 ③地域包括ケアシステムを構築するうえでも介護支援専門員が地域の資源を知らないという課題が見えてきたため懇談会にて生活支援コーディネーターと顔の見える関係作りを行い、自主グループ見学会を開催する予定。	地域の介護支援専門員同士が関係を持てる場を提供することにより、社会資源の情報共有やネットワークを活用し介護支援専門員同士が相談できる関係づくりを行う。介護支援専門員の共通課題（地域の自主グループ）について知ることにより介護支援専門員が地域ケアシステムの構築、地域で暮らす人を支援していることについて意識を持ってケアプランが立てられるようになる。
包括的・継続的 ケアマネジメント	介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員の日常的業務の支援、資質の向上のために専門的な見地から以下の業務を行う。 1)日常業務の個別指導・相談への対応 ①介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置 ②個別のケアプランの作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援 ③必要に応じ、関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施と制度や施策に関する情報提供 2)支援困難事例等への指導・助言 ①介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、助言指導等を行う。 3)介護支援専門員の個別支援から共通の課題を検討し支援策を立てられる。	①特定事業所加算を取っている事業所については、事業所内で相談されているか事業所内での見立てを確認してから相談に入る。事業所内で相談がしにくい環境がある場合は、個別相談に対応し、主任介護支援専門員にフィードバックしていくことで共有する。 ②日常的業務（介護予防ケースの委託・初期相談より介護支援専門員への引継ぎ）を通して具体的な支援方針を検討し助言指導行う。 ③支援困難事例に対して、介護支援専門員、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し助言指導等を行う。 ④共通課題を分析し地域ケア個別会議に繋げる。 ⑤介護支援専門員交代の対応の際は、交代についての依頼を包括で確認し、担当していた人・引き継ぐ人両者への配慮を念頭により良いマッチングができるよう支援する。	地域の介護支援専門員がひとりで抱え込まず、相談ができるようになることが介護支援専門員の資質の向上につながるだけでなく、利用される方の生活の質の向上につながる。 介護支援専門員の困難事例の共通課題を地域介護支援専門員懇談会のテーマとして取り上げられる。 支援困難事例より介護保険サービスだけでは支えきれない課題に対して地域ケア個別会議、地域ケア推進会議に繋げていくことが出来る。
包括的・継続的 ケアマネジメント	地域ケア会議の開催	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いくことにより地域包括ケアシステムの実現を図るために以下の業務を行う。 ①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。 ②地域ケア推進会議を開催し、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。	①自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議に年6回に参加し多職種で検討していく。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。 ②地域ケア個別会議を年2回開催予定。昨年度あんしん生活調査を行った小山（2～5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事例が見つかった場合は優先的に選定をしていく。	①高齢者自身が「本人らしい生活」の実現に向けて前向きに取り組めるようになる。 ②介護支援専門員が介護予防の視点を持ったケアマネジメントの実践力をつける。 ③不足する社会資源や地域課題を発見できる。 ④参加者同士のネットワークを広げることができる。

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
認知症地域支援・ケア向上	関係機関や関係者との連携	認知症の高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、効果的な支援が行われる体制を構築するために以下の業務を行う。 ①認知症地域支援推進員の配置し、認知症施策における事業を円滑に推進する。 ②必要な医療や介護等が受けられるように関係機関との連携体制を構築する。	①認知症疾患医療センターの前田病院をはじめ、各医療機関と連携して早期の受診治療ができるよう連携を行う。 ②受診困難等の場合は初期集中支援チームと連携して本人家族、介護支援専門員の困りごとの解決を図っていく。年間3件 新規相談ケースを目指す。 ③認知症を抱える本人家族が適切な介護サービス利用が出来るよう、情報提供など介護支援専門員との連携を行う。 ④認知症サポーター養成講座の開催 市民向け1回/年以上 企業1回/年以上 小学生 3回/年（2小、神宝小、6小）小山小→来年度へと希望あり。	①医療連携による見守り体制強化、および対象の早期把握・支援体制早期構築。 ②③認知症の診断を早期に行い、医療や環境を整えることにより、認知症があっても、その人らしい生活をその地域で長く続けることが出来る。 ④認知症の正しい理解や対応について学べる場を提供する。年齢を問わず、認知症の理解を広め、住民と共に暖かい目で見守りができる街づくりを目指す。
認知症地域支援・ケア向上	本人や家族の相談支援体制構築（行方不明高齢者等事前登録者制度含む）	認知症の人やその家族が適切な医療や適切な支援が受けられ、安心して生活が送れるような体制をつくる。 ・認知症高齢者等のみまもり体制の構築のため、行方不明高齢者等事前登録者制度の周知及び活用を図る。 ・認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築する。	①行方不明高齢者等事前登録者制度の紹介を家族、介護支援専門員に行っていく。 ②ケアパスを有効活用し、本人および家族に活用可能な地域資源（オレンジカフェなど）を情報提供する。	認知症を正しく理解し、地域で支える環境を整える事により、当事者が話せ、周囲が共感できる場が作れるようになる。その結果として本人および家族の苦悩を少しでも軽減できる地域に成長できる。
任意事業	みまもりネットワークの運営	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のみまもりネットワークを構築する。一人暮らし等で日常生活に不安を抱えている高齢者の不安や孤立感を取り除き、いつまでも安心して住み慣れた地域で、自分らしく生活し続けていけるように、みまもりネットワーク事業を主体的に運営する。	①協力員及び協力機関、介護支援専門員向けのみまもりネットワーク連絡会を開催し、情報共有、見守りの啓発、資源の周知、学習の機会（消費者被害に関する出前講座等）を年2回以上設ける。取り上げる内容についても前年度のアンケート等を参照し企画していく。 ②住民向けに見守りの必要性や見守りの方法を伝える機会を持ったり、あんしん調査、通いの場や自治会の集まり等で、見守りネットワーク事業等の周知を行う。見守りネットワーク新規利用者5名以上増やす。 ③専門職との連携・訪問により、リスクや異変の早期発見・対応、事前防止を図っていく。	・協力員、協力機関としての活動目的の再確認・活動にあたっての心配事の解消、意識統一、知識の取得から活動の実践へつなげていく。顔の見える関係づくり、関係性を構築していく。 ・あんしん調査や通いの場、自治会の集まりなどで見守りネットワーク事業等のPRを行っていく事で見守り活動が促進され、高齢者の孤立・不安の緩和、異変の早期発見・介入につながっていく。 ・他の専門職と連携し、早期対応等を図ることで、住民同士が地域の中で安心・安全に生活を送ることができる。
任意事業	認知症介護者家族会の開催	家族に対し介護に対する知識や技術について学習する機会を提供すると共に、日頃抱えている不安などを気軽に話し合うことによりその苦勞を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	①認知症家族会のチラシを提供票と一緒に各事業所に配布し、相談や情報共有の場があることを知って頂き、新規で家族会に参加をしていただく（新規目標3名）。 ②年間の平均出席人数を8名を目指す。	普段から認知症家族と関わりのある事業所の方に家族会を知ってもらい、困りごとのある家族へ情報提供してもらい、参加者が増える。
任意事業	福祉用具・住宅改修購入支援	地域における自立した生活を支援するために、以下の業務を行う 福祉用具・住宅改修購入支援事業 ・福祉用具・住宅改修に関する助言・相談・情報提供の実施 ・住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由が分かる書類等の作成	①転倒などなく安全に生活していくことができる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本人の望む暮らしを実現できるように理由書等の作成を行う。 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東京都福祉保健財団等が主催する福祉用具に関する研修を受講する。	身体状況に変化のあった時でも生活環境を整えることで、その方がご自身で行えることを増やし、自宅で自立して生活を続けていくことができる。

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	高齢者の生活支援・介護予防に関するサービスのコーディネーター等に関する以下の業務 ア.生活支援・介護予防サービスの把握及び創出 イ.支援ニーズの把握 ウ.支援ニーズに即したサービス提供主体の紹介 エ.多様な事業主体間のネットワークの構築	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ア.生活支援コーディネーターの配置 イ.協議体の設置 ＜コーディネーターの活動範囲＞ ①地域のニーズと資源状況の見える化、問題提起 ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ ③関係者とのネットワーク化 ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発 ⑥ニーズとサービスのマッチング	①住民が通える場を年度内に3箇所以上増やす。通いの場の新規立ち上げについては、昨年と同様に圏域を越えて生活支援コーディネーター等が連携をしていく。 ②住民の方に地域包括支援センターでの生活支援コーディネーターの役割を知ってもらい、地域で活動している団体を紹介できる機会を増やしていく。→紹介件数25件。 ③地域センターの指定管理者である株式会社セイウンとの連携を引き続きしていき事業運営の中で事業等を実施。また、東部地域センター館内会議に出席し、図書館、児童館事業所とも連携していく。	①地域のニーズに合った活動場所が増える事で、地域住民の方々も参加しやすくなる。その反面、活動できる拠点の確保や施設の予約が難しいという声も多くあがってきているため、活動拠点の情報や立ち上げ支援について円滑となるように3包括で通いの場について情報共有していきニーズに合ったサポートへとつなげる。 ②住民の方々が、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターの役割を知ってもらう機会を設けてきた事で、活動に参加したい人のニーズと新規参加を望んでいる団体との意向が沿うようなケースがあった。今後、紹介を円滑にしていく事で地域活動の交流が促進される。 ③地域センターの指定管理者である株式会社セイウンとの連携を行っていく事で、他の機関が持っている情報を根拠として事業展開をしていく事で潜在的な地域ニーズを可視化でき、新たな地域の姿についてその他機関と共有していく事でネットワークが深まっていく。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	協議体との連携・協働	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域の介護、福祉、保健医療等の連携を図り高齢者及びその家族に対する支援の充実と社会基盤の整備を進めていくために協議体を設置する。 地域ケア個別会議から地域ケア会議と連携し解決に向けた検討の場へつなぐとともに、具体的方策を実現化する。	①高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくために認知症カフェ等講師派遣事業等「明治薬科大学付属薬局」と地域包括とが連携して地域の団体等に訪問する。⇒訪問件数3件 ②高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくために地域の保健医療「在宅療養相談窓口」と地域包括とが連携して地域の団体などに訪問する。⇒訪問件数1件 ③昨年度実施した氷川台1丁目の地域個別ケア会議・第2層協議体で挙げた「都営住宅集会所の有効活用」へ多様な事業主体と自治会とが連携して具体的に企画を実行。	①明治薬科大学付属薬局が「健康サポート薬局」であるため地域住民に向けた「健康相談」「お薬相談」「口腔ケア相談」等を行う事ができるため、訪問活動を通じて高齢者が健康に関する情報を得て健康に生活できるようになる。 ②ACP（人生会議）に関する講話を地域団体にしてい事で「在宅療養相談窓口が地域の「医療相談窓口」であると地域住民に向けた在宅療養相談窓口の役割等を含めたPRの機会となり地域包括ケアシステムの促進となる。 ③「都営住宅集会所」の活用が具体的な事業の実施で進み、集会所に集う地域住民等が地域の社会資源として認識されていききっかけとなる。また都営に住む住民が集会所で行う事業を通じて社会的なつながりが増えていき住民同士のコミュニケーションが進む。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ①高齢者の社会参加を勧め、元気な高齢者が生活支援の担い手となることを養成する。 ②住民参加による支え合いの仕組みづくり、地域ネットワーク構築を図る。 ③支え合うための人材を確保する。 ④高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防の推進を図る。 ⑤住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。	①東久留米市のご当地体操である「わくわくすこやか体操」を地域で活動している団体に紹介⇒「わくわくすこやか体操」紹介件数：3件 ②自治会、シニアクラブ、通いの場等に専門職派遣を行い、住民の主体的な活動を支援し、地域活動の継続・発展のきっかけとなる。⇒専門職派遣制度申し込み7件 ③地域に住まいの高齢者の持ち込み企画である「紙ヒコキ飛ばそう」事業を東部地域センター内の事業者（地域包括支援センター、東部地域センター、東部図書館、けやき児童館）が連携して実施	①東久留米市のご当地体操である「わくわくすこやか体操」を紹介し体験する事で、フレイル予防、社会参加等のきっかけとなる。また継続して活動していく場合には、専門職派遣制度の活用もしていき体操活動の定着を推進する。 ②専門職派遣制度を活用する事で、それぞれの団体の活動の内容が高まっていききっかけとなり、参加している方や、活動拠点となっている地域が生き生きと活動する事ができる。 ③「紙ヒコキ飛ばそう」事業を通じて、高齢者が生きがいを持って活動に参加し高齢者の仲間づくりや社会参加のきっかけ（特に男性の高齢者）つくりとなる。また、子育て世代（親と子等）を対象とすることで、多世代交流を促進できる。

令和5年度事業計画（東部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	地域包括支援センター及び地域の関係諸団体との情報提供及び連携、協働による取り組みの推進のための連絡会（第二層協議体）の開催及び運営	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、協議体を開催し以下の業務を行う。 ①地域課題、ニーズの把握、情報交換、解決に向けての具体的な方策を検討する。 ②目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一を図る。 ③既存のネットワークも含めた地域ネットワーク構築 ④社会資源の発掘・創設等。	①小山地域（2丁目から5丁目） 昨年度行ったあんしん生活調査や任意アンケート集計結果等で出された課題について協議していく話し合いの場（第2層協議体も含む）を設ける。	①あんしん生活調査の結果を対象となった地域の住民等に報告し共有していく事で地域の事を知り、地域の良いところ、課題と思われることを検討していく機会となる。また話し合いを行っていく事で地域のネットワークが構築される。 ②昨年度より地域ケア個別会議で出された課題等を根拠にして第2層協議体で話し合い、その話し合いから生まれてきたアイデアを元に事業を実施するといった流れができてきているため、第2層協議体の参加メンバーも企画実行者としてさらに地域と連携していく機会が増え、顔が分かり合う関係性となりコミュニケーションが円滑となる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	その他、必要に応じた市及び地域包括支援センターと協議した業務	①地域ケア個別会議に参加することにより、地域の課題を把握し協議体へつなげることができる。また、包括的継続的ケアマネジメントの充実、介護予防の推進へつなげることができる。 ②住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。 ③地域ニーズ、既存の地域資源の把握、情報の見える化の推進。	①地域個別ケア会議への参加	①地域個別ケア会議への参加を通じてタイムリーな地域課題を把握する。個別課題から地域課題へと展開して地域課題を解決していくための第2層協議体を開催した時に課題が分かりやすい内容で提案ができ、参加者と課題について意見交換が促進される。
職員体制	業務遂行にあたっての職員体制の構築	①条例、契約にそった人員配置、必要な研修を行い、安定的な事業運営により地域住民の心身の健康保持、生活の安定を図ることができる。 ②業務に関する法令を遵守することにより、信頼される市民サービスを提供する。	①包括2か所にそれぞれ相談員（大門3名本部2名）を配置。連携を取りながら適切な支援、早急の対応を行う。 ②新人職員教育を、担当ベテラン職員が主になり行う。 ③月1回の連絡会にて職員全体で包括業務を確認、必要時は研修等を行う。記録と接遇については、毎月確認を行う。	①職員全体で包括の求められる業務が遂行でき、地域で暮らす利用者や家族、住民への支援、対応が円滑に出来る。 ②新人職員の早期離職を防ぐことが出来る。 ③包括として適切な対応を行うことが出来、安心して相談することが出来る。
職員体制	職員体制の見直し（担当分け）	①各職種の専門性を生かし配置することで、業務を効率的かつスムーズに行う。 ②三職種が連携しチームアプローチを行うことで、効果的な問題解決を図る。	①プランナーの適切な予防件数を出し、相談員の予防件数を減らす。新規予防ケースは相談員がプランナーの後方支援をしながら、適切なサービス対応であるか確認していく。プランナーは60～70件担当。 ②新規・虐待・困難ケースなどは、個人で抱え込まず、話せる場として、週1回程度のミーティングを行い、相談員間（3職種）で共有、担当外の相談員も対応でき、個人に負担がかからないようにする⇒虐待・困難ケースは、基本2人体制で対応。	①相談員の予防件数を減らすことにより、相談員は本来の相談業務に徹する事が出来る。 ②専門分野の実力が発揮でき、やりがいのある仕事を見出す事が出来る。ミーティングをすることにより、個人への負担が減り、最善の支援方法を見出し、ケースへの対応が早急に出来る。
職員体制	スキルアップ	①ケースの複雑化に伴うより専門的な知識の習得を行い、職員の高質の確保、向上を図る。 ②個人のスキルアップのみならず、センター内のスキルアップを図ることで職員能力の平準化を図る。	①内外の研修に各自計画を立て積極的に参加。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・看護師向け研修等） ②研修で得た知識・情報をセンター内で共有する。 ③事例検討を行い、相談員として、プランナーとしてスキルアップしていく。事例検討は、年間3件目標とする。	職員スキルアップにより、質の良い支援を行え、住民が安心して生活が出来、最期まで尊厳のある暮らしが行える。

提出日:令和5年5月11日

令和5年度 地域包括支援センター事業計画書の作成について

中部地域包括支援センター

1. 事業計画書方針

新型コロナウイルス感染症の流行から丸3年経ったが、この病は「感染症」という病気だけではなく、これまでの地域のつながりを希薄にするという弊害をもたらした。外出の機会が著しく減り、高齢者のフレイルの加速化や認知機能の低下等、二次的な問題も懸念されていた中、いまだに完全な終息とはならないが、ウィズコロナ時代への移行に伴い地域の活動も徐々に再開されつつある。

中止や書面開催を余儀なくされていた会議や連絡会等も開催できるようになった。地域住民や関係機関との接触も格段に増えてきており、それに伴い様々な課題が顕在化したように感じられ、新規相談が増大し、虐待や困難ケースの相談も多くなってきている。複雑化・複合化したニーズに対して介護福祉課、福祉総務課等、市役所の複数の部署や在宅介護支援センターや多摩小平保健所、在宅療養相談窓口等、様々な機関と連携する機会が増えてきており、包括職員もケースの多様性に合わせ柔軟な対応をしていきたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

① 包括的・継続的ケアマネジメント

<課題>

利用者の生活を支えるには、フォーマルだけでなくインフォーマルのサービスまで視野に入れる必要がある。さらにケアマネジャーは医療との連携だけでなく、地域との連携も求められているが、介護保険サービスのみで構成されるケアプランが多く見られるのが現状である。

また、地域包括ケアシステムの構築にはこれまで以上に地域住民の参加が重視されており、住民の力と専門職の力が合わさることで地域福祉を推進していく力が発揮されることが周知できていない。

<理由>

地域住民と地域のケアマネジャーと一緒に地域課題について考え、今必要な活動や資源を互いに理解できる場がない。

自らの持っている情報を地域づくりや街づくりに生かす、という意識を持ったケアマネジャーが少ない。

<計画の概要>

第2層協議体会議や地域ケア個別会議等に地域のケアマネジャーの参加を呼び掛け、地域特性の把握や地域について考えるきっかけを作る。地域の資源を確保する上で会議への参加が有効なツールになることを理解してもらう。

地域とケアマネジャーの距離を縮め、地域住民にケアマネジャーを含めた地域の専門職の役割を理解してもらう。

地域住民には可能な限り住み慣れた地域や自宅で暮らしが可能となるためには地域の力がいかに重要かを理解してもらう。

② 総合相談・職員体制

<課題>

高齢者虐待や8050問題などの重層的な課題を持つ世帯への対応等、家族も含めた複合的な支援が必要なケースが増加している。様々な機関との連携・調整が必要となり、高齢者支援に限らない多岐にわたる専門知識が求められることもあり、一人ひとりの職員に対する業務負担が大きくなっている。

<理由>

虐待ケースや困難ケース等については複数担当制とし、職員が疲弊しないように心がけているが、人員不足の影響もあり、一人ひとりの職員に対する業務負担が大きい。

<計画の概要>

求められる業務や役割が大きく、負担が増大していることも事実であり、職員の増員や職場環境の整備について早急に対応する。

あらゆる資源を活用し、在宅療養相談窓口や在宅介護支援センター、民生委員、保健所等とチームで問題にあたる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
介護予防 ケアマネジメント	介護予防及び日常生活支援を目的とした、適切なサービス提供のための援助	介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況に応じて、本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等のほか一般介護予防事業も含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会等、既存の活動グループにアプローチし、これまで関心の薄かった層に働きかけ、介護予防について周知していく。 ・新規相談やあんしん生活調査などにおいて介護予防の取り組みが必要な高齢者を把握し、介護予防事業への参加につなげる。 ・基本チェックリストを活用し適切なスクリーニングを行い、一般介護予防事業、支援強化型、地域活動（自主グループ等）につなぐ。支援強化型につなぐ目標は5～10名とする。 ・地域包括支援センター内で介護予防について統一した見解が持て、適切なサービス利用ができるように意見交換、情報交換を行っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民に今まで以上に介護予防について周知され、関心を持ってもらうことができる。 ・高齢者の実態把握ができ、その状況に応じた介護予防の事業が提供できる。
総合相談	地域におけるネットワークの構築	支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止する ①地域の社会資源やニーズの把握 ②地域における関係者のネットワーク構築	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしん生活調査や各会議体（第2層協議体会議、地域ケア個別会議等）、日々の相談業務の中から地域の特性や社会資源等、地域に関する情報を収集し、課題を抽出する。 ・支援を要する高齢者の把握および継続的な支援を行うために、高齢者に関わる医療、介護、福祉サービス関係者、民生委員等地域の関係者とのネットワークの構築に努める。 ・包括的なサービス利用が円滑に行われるよう、関係機関との連携を強化する。 ・自治会、民生委員、老人クラブ等、既存の活動グループへの働きかけや、地域のスーパーや商店、クリニックや薬局への訪問（あんしん生活調査等）により、顔の見えるネットワーク構築を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民が自らの生活する地域を知り、地域の課題を「我がこと」としてとらえることができる。 ・住民一人ひとりが主体的に役割を持ち、支え合いながら暮らし続ける地域になることで、地域共生社会の実現が可能になる。 ・地域の課題に対して、資源の創設や問題解決に向けての支援を行うことができる。
総合相談	地域の高齢者の実態把握	支援を必要とする高齢者を発見し、迅速に適切なサービスに繋げ、早期に解決できるよう導く。その地域に暮らす高齢者の意向・地域特性・課題を把握する ①ネットワークを活用した情報が得られやすい体制の構築 ②ネットワークを活用した地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集 ③高齢者への個別訪問活動 ④当事者、家族、近隣者からの情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ①④高齢者の身近な地域に設置する地域包括支援センターにおいて、三職種が各種相談を幅広く受けるとともに、多様化・複雑化する相談に応じることができるように相談機能を強化する。アクセス困難な高齢者やその家族に対しては、民生委員等と連携を図りながら、訪問活動等により相談・情報提供体制の一層の充実を図る。 ②新型コロナウイルス感染症により遅延として進まずにいた自治会へのあいさつ回りを行う。包括の活動をPRするとともに地域の情報を収集し、課題の抽出を行う。 ③あんしん生活調査を中央町1・2丁目（予定）で実施する。昨年度同様、短時間の訪問を可能にするためにアンケートを活用し、効率的な調査を行う。また、「地域包括支援センターパンフレット」や「救急情報シート」、「覚え書きノート」等のツールを有効に使い、地域包括支援センターの普及啓発に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ①④地域の「よろず相談窓口」として地域包括支援センターの周知に努めることで、問題の早期発見・早期対応が可能となる。 ②③地域課題や地域特性を把握することができる。今年度のあんしん生活調査の対象地域である中央町は詐欺被害の報告が多い地域でもあるため、調査を行うことで特殊詐欺の手法を知り、対応策を講じることで、地域住民の不安を解消することができる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
総合相談	総合相談	<p>地域の高齢者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、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの機関または制度の利用につなげる等の支援を行う</p> <p>①初期段階での相談対応：本人、家族、地域の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与または緊急の対応の必要性を判断する。相談内容に即したサービス、制度の案内、関係機関等の紹介を行う。</p> <p>②継続的・専門的な相談支援：①の対応により、専門的・継続的な関与または緊急の対応が必要と判断された場合にはより詳細な情報収集を行い、個別計画を策定する。</p>	<p>・地域包括ケアシステムの推進を担う中核機関として、地域住民の様々なニーズに応えることのできる地域に密着したワンストップの総合相談拠点を目指す。そのために、地域の特性に応じた支援を行うとともに包括支援センターの機能強化を図っていく。</p> <p>・地域住民の様々な相談に対応し、相談内容に即したサービスや制度等の情報提供や関係機関の紹介等を行う。専門的な関与や緊急対応が必要な場合は、より詳細な情報収集を行い、適切なサービスや制度、相談機関につなぎ、継続的な支援を行っていく。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。</p> <p>・複合化・複雑化した課題を抱える高齢者やその家族に対する適切な支援・対応を行うため、毎朝のミーティングに加え、毎週火曜日のミーティングでケースや地域の情報等の共有を行い、対処方法について三職種がチームとして協働する。</p>	<p>・地域の関係者とのネットワークを構築することで、高齢者が生涯を通じて、地域で安心して暮らし続けることができる。</p> <p>・困難ケースや虐待ケースについて、全職員で情報の共有を行うことでチームでの対応が可能となり、早期対応・早期解決が可能となる。</p>
権利擁護	成年後見制度の活用促進	<p>高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、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ために以下の業務を行う。</p> <p>①日常生活支援事業(地権)や成年後見制度が必要と思われる高齢者の把握。</p> <p>②成年後見制度の相談対応及び手続きの説明</p> <p>③申立てに当たっての関係機関の紹介、申立ての支援(本人、親族)</p> <p>④診断書作成医療機関の把握、連携</p> <p>⑤市長申立へのつなぎ</p> <p>⑥市や関係機関と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報</p>	<p>・医療機関や市役所、社協等の関係機関と適時連絡を取り合い、医療面(類型の見立て等)や生活機能面の情報を収集し、共有する。</p> <p>・日常生活支援事業や成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者やその親族等に対して、成年後見制度等の説明や社協等の関係機関の紹介を行う。</p> <p>・申立を行える親族がいなくと思われる場合や親族があっても申立を行う意思がない場合で成年後見制度が必要と認められる場合、市役所とともに市長申立につなげる支援をする。</p> <p>・成年後見制度推進機関検討委員会に参加する。</p> <p>・成年後見制度推進機関検討委員会で地域の後見人と情報交換をする。</p> <p>・後見人引き継ぎ後も必要に応じて本人や後見人を支援する。</p>	<p>・関係機関と情報の共有をすることで申立がスムーズにでき、高齢者および申立人の不利益を予防できる。</p> <p>・成年後見制度推進機関検討委員会に参加し、見聞を広めることにより、将来的に後見人候補者と連携できる。</p>
権利擁護	老人福祉施設等への措置の支援	<p>高齢者の生命を保護し、安全を図るとともに、尊厳を保持するために以下の業務を行う。</p> <p>①高齢者の状況把握、緊急対応の必要性の判断</p> <p>②老人福祉法上の措置が必要と判断した場合の市への報告と連携</p> <p>③措置実施後の状況把握、養護者支援</p>	<p>・高齢者の状況把握を行い、市役所と共に支援をする。</p> <p>・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センター長と当該職員とで適宜行う。</p> <p>・虐待等の場合で高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合、迅速に高齢者の状況を市役所に報告し、措置入所の実施を求めるとともに市役所と協働して必要な支援を行う。</p> <p>・被措置者の年度内の状況について情報収集し、市役所と情報共有する。</p> <p>・必要に応じて養護者支援を行う。</p>	<p>・措置対象者の生命保護、尊厳の保持につながる。</p> <p>・措置後の継続的な関わりから対象者および養護者の安心につながる。</p>
権利擁護	高齢者虐待の防止と養護者の支援	<p>高齢者虐待防止法に基づき適切な対応を行う。高齢者の尊厳を守ると同時に養護者に対する支援を行うために以下の業務を行う。</p> <p>①東久留米高齢者虐待防止マニュアルに則り、速やかに当該高齢者を訪問等し事実確認及び記録を行う。</p> <p>②高齢者虐待コア会議を迅速に行い、関係機関と連携し事例に即した適切な対応を行う。</p> <p>③虐待事例に対する進捗管理を適切に行い、必要に応じて支援方針の見直しを図り、虐待の解消を目指す。</p>	<p>・虐待対応進捗会議(年2回)と虐待事例検討会(年4回)を有効に活用し、進行管理と困難事例の解決を図る。</p> <p>・『虐待進行管理 帳票8』『コア・ケース会議確認表』から進捗管理を行い、計画通りに会議を開催する。</p> <p>・最終可能なケースについては速やかに会議を行う。</p>	<p>・困難事例に対して多角的な視点から事例の対応が可能となる。</p> <p>・進捗を管理することで状況に応じて会議の開催をすることができる。</p> <p>・市と書類を相互に確認しながら連携ができる。</p>

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
権利擁護	困難事例への対応	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援では十分に問題解決できない又は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状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し安心して生活を行うことができるために以下の業務を行う。 ①家庭内に重層的に問題が存在、高齢者自身が支援を拒否しているケースの把握 ②三職種が連携し、課題の分析およびセンター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。	・センター長は各職員の対応している困難ケースの把握を行い、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。	・他職員との会話の中で気づきを得ることができ、多角的な視点から対応を検討できるようになる。 ・担当職員の負担の軽減につながる。
権利擁護	消費者被害の防止	消費者被害を防止するために以下の業務を行う。 ①各専門団体や機関との連携による消費者被害情報の把握 ②消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員等への情報提供 ③被害実態を把握した場合の市町村や関係機関との連携	・地域住民や関係機関、あんしん生活調査等から得られた消費者被害の情報について、ケアマネ懇談会、みまもりネットワーク連絡会等で情報共有をする。 ・あんしん生活調査の訪問時に振り込め詐欺の注意喚起に関するチラシを配布する。	消費者被害の傾向を知り、対策や注意点を共有して被害の防止につなげることができる。 住民が被害の実態を知ることで、自治意識の強化につながる。
包括的・継続的ケアマネジメント	包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる様、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働などにより連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的、継続的ケアマネジメントの実現の為、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などを行う。	・地域ケア個別会議を年2回（予定）開催。適した事例があればそのうち1回は本人参加型で開催する。 ・自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議（年6回）への事例（直営および委託ケース）提出と参加。居宅ケアマネジャーへのオブザーバー参加と事例提出を呼びかける。	・地域課題について、多職種が共通認識を持って地域にかかわることができる。 ・包括職員だけでなく居宅のケアマネジャーが自立支援の視点でケアプランを作成し、利用者に働きかけることができる。
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員のネットワークの活用	地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、以下の業務を行う。 ①介護支援専門員の情報交換等を行う場の設定など、ネットワークを構築したり、その活用を図る。	・ケアマネ地区懇談会を年3回（予定）開催する。1回は他包括支援センター・在宅介護支援センターとの共同により開催する。2回はケアマネジャーの問題意識、地域特性等を考慮したテーマで事例検討会等を実施する。 ・主任ケアマネジャー連絡会（毎月）に参加する。	・ケアマネ地区懇談会では講義や事例検討、グループワーク、情報交換を通じてケアマネジャーのスキルアップを図ることが可能となる。また、合同開催により地域包括支援センターの省力化を図ることができる。 ・ケアマネジャーの相談先としての包括の周知と、居宅事業所内、また居宅事業所間での連携の重要性を伝えることができる。 ・居宅のケアマネジャーとともに地域包括ケアシステムについて考え、介護予防においてもケアマネジャーの役割の大切さを明らかにすることができる。 ・地域の指導的な立場である主任ケアマネジャーのスキルアップを図ることができる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
包括的・継続的 ケアマネジメント	介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員の日常的業務の支援、資質の向上のために専門的な見地から以下の業務を行う。 1) 日常業務の個別指導・相談への対応 ①介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置 ②個別のケアプランの作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援 ③必要に応じ、関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施と制度や施策に関する情報提供 2) 支援困難事例等への指導・助言 ①介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、助言指導等を行う。 3) 介護支援専門員の個別支援から共通の課題を検討し支援策を立てられる。	1) ケアマネジャーからの相談に随時対応する。 2) 困難事例の相談に対しては、センター内の専門職と複数体制で対応する。 3) ケアマネジャー支援から抽出された課題をもとに、ケアマネ地区懇談会のテーマ設定、地域ケア個別会議へつなげていく。 市役所のケアプランチェックへのオブザーバー参加および主任ケアマネジャー中心のケアプランチェックに参加する。	1) 相談内容から事業所の傾向やケアマネジャーのスキルを評価でき、必要な支援がわかる。 2) 困難事例に対し多角的な見方と対応ができる。 3) ケアマネジャーに必要とされるスキル、地域の特性の理解ができる。 ケアマネジャーが自身の課題に気付き、事務所内で解決できるスキルを獲得できる。
包括的・継続的 ケアマネジメント	地域ケア会議の開催	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いくことにより地域包括ケアシステムの実現を図るために以下の業務を行う。 ①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。 ②地域ケア推進会議を開催し、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。	①地域ケア個別会議を年2回（予定）開催する。自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議（年6回）に参加し、事例（直営および委託ケース）を提出する。 ②地域ケア推進会議（第2層協議体）を年3回（予定）開催。第2層協議体に地域のケアマネジャーの参加を呼び掛ける。	①会議の参加者である専門職が地域特性の把握や自立支援の視点を持ち、地域について考えることができる。 ②地域住民と専門職、地域のケアマネジャーと一緒に地域課題について考え、今必要な活動や資源を理解できる。
認知症地域支援・ ケア向上	関係機関や関係者との連携	認知症の高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、効果的な支援が行われる体制を構築するために以下の業務を行う。 ①認知症地域支援推進員の配置し、認知症施策における事業を円滑に推進する。 ②必要な医療や介護等が受けられるように関係機関との連携体制を構築する。	・地域住民、小学生（五小）、大学生（自由学園）を対象に各1回、企業等を対象に2回、認知症サポーター養成講座を実施する。 ・開催されている認知症カフェに1回以上訪問し、参加の呼びかけや周知活動を行う。また、講師派遣事業を有効に活用し、派遣目標は2回とする。休止中のカフェについては休止期間中も連絡を取り合い、再開を後押しする。 ・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。 ・生活支援コーディネーターと協力し、ステップアップ講座から具体的活動につながる人として6名を目標とする。PRステッカーの配布については3件を目標とする。 ・チームオレンジの立ち上げは1グループを目標とする。 ・小規模多機能居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホームとの情報共有を行う。	・家族や地域住民に認知症の知識が普及し、介護のスキル向上、地域の見守りの質の向上につながる。 ・認知症カフェを利用することで、本人・家族の情報共有や相談の場となり、孤立化の防止となる。 ・専門職と協力することで早期受診や入りが期待できる。 ・収集した施設の情報を本人・家族からの個別の相談に活用できる。
認知症地域支援・ ケア向上	本人や家族の相談支援体制構築 (行方不明高齢者等事前登録者 制度含む)	認知症の人やその家族が適切な医療や適切な支援を受けられ、安心して生活が送れるような体制をつくる。 ・認知症高齢者等のみまもり体制の構築のため、行方不明高齢者等事前登録者制度の周知及び活用を図る。 ・認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築する。	・行方不明高齢者事前登録制度（オレンジヘルプカード、キーホルダー含む）について、市民や家族、ケアマネジャーに周知する。 ・認知症の方を介護する家族やあんしん調査で気になる方等に認知症ケアパスを配布し、相談に応じる。	・行方不明高齢者の早期発見につながる。 ・早期の段階での介入により、症状の悪化を遅らせることができる。介護する家族の負担の軽減を図ることができる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
任意事業	みまもりネットワークの運営	高齢者が住み慣れた地域で安心して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すみまもりネットワークを構築する。一人暮らし等で日常生活に不安を抱えている高齢者の不安や孤立感を取り除き、いつまでも安心して住み慣れた地域で、自分らしく生活し続けていけるように、みまもりネットワーク事業を主体的に運営する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みまもりネットワーク連絡会を年2回開催し、みまもり協力員同士が交流できる機会を設ける。 ・みまもり事業の利用者が10名以上になるよう利用の促進に努める。 ・本事業の目的や協力員の役割を再確認し、協力員の本事業に対する理解を深める。 ・みまもり協力機関、協定機関からの連絡に速やかに対応し、早期の支援につなげる。 ・みまもり事業登録者の現状を再評価し、介護保険サービス等への移行、または保険外の方法による見守りへ変更が可能かどうかの検討をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・みまもり協力員同士が顔を合わせ、関係を築くことで連携力の向上につなげる。 ・みまもり事業登録者の変化に迅速に対応できる。 ・みまもり事業登録者の安心につながる。
任意事業	認知症介護者家族会の開催	家族に対し介護に対する知識や技術について学習する機会を提供すると共に、日頃抱えている不安などを気軽に話し合うことによりその苦勞を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症家族会（つつじ会）を奇数月に1回、開催する。（新規参加者数目標5人） ・包括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。 ・家族会の開催が困難な場合、電話で個別に状況を確認し、相談に対応する。 ・つつじ会開催後、つつじ会便りを作成する。つつじ会便りを介護福祉課前の資料コーナーに置き、会の周知活動に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアカウンセリングの場となり、介護者の気持ちが楽になる。 ・介護者の情報共有や相談の場となり、孤立化を防止することができる。
任意事業	福祉用具・住宅改修購入支援	地域における自立した生活を支援するために、以下の業務を行う 福祉用具・住宅改修購入支援事業 ・福祉用具・住宅改修に関する助言・相談・情報提供の実施 ・住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由が分かる書類等の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具の購入・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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なる。 ・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ることが可能になる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	高齢者の生活支援・介護予防に関するサービスのコーディネーター等に関する以下の業務 ア.生活支援・介護予防サービスの把握及び創出 イ.支援ニーズの把握 ウ.支援ニーズに即したサービス提供主体の紹介 エ.多様な事業主体間のネットワークの構築	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ア.生活支援コーディネーターの配置 イ.協議体の設置 <コーディネーターの活動範囲> ①地域のニーズと資源状況の見える化、問題提起 ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ ③関係者とのネットワーク化 ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発 ⑥ニーズとサービスのマッチング	<ul style="list-style-type: none"> ・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連携を図り、地域資源の共有を図る。 ・地域住民の活動に顔を出し、ネットワークづくりを行う。 ・地域の情報を発信し、ニーズとサービスのマッチングを行う。グループへの新規紹介は10人以上を目指す。 ・地域の中の元気高齢者に働きかけ、興味のあるボランティア等の活動に誘う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源の情報共有を図ることで、情報の漏れをなくし、マッチングしやすくなる。 ・地域活動に顔を出すことでなじみの関係ができ、さらにその活動から新たな活動や関係が生まれる。 ・元気高齢者の力を引き出すことで、支え合いの関係づくりにつながる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	協議体との連携・協働	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域の介護、福祉、保健医療等の連携を図り高齢者及びその家族に対する支援の充実と社会基盤の整備を進めていくために協議体を設置する。 地域ケア個別会議から地域ケア会議と連携し解決に向けた検討の場へつなぐとともに、具体的方策を実現化する。	・年3回開催する第2層協議体会議に地域の介護、福祉、保健医療等の関係者の参加協力を仰ぐ。 ・地域ケア個別会議や地域ケア会議に参加する。	・第2層協議体会議に、地域の介護、福祉、保健医療等の関係者が参加することで、多角的な視点から高齢者およびその家族に対する支援を検討することができる。 ・地域ケア個別会議や地域ケア会議に参加することで、情報収集ができるだけでなく、関係機関との関係強化につながる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ①高齢者の社会参加を勧め、元気な高齢者が生活支援の担い手となることを養成する。 ②住民参加による支え合いの仕組みづくり、地域ネットワーク構築を図る。 ③支え合うための人材を確保する。 ④高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防の推進を図る。 ⑤住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。	・自主グループの立ち上げ支援を行い、新規グループの立ち上げは2か所を目指す。 ・新規グループに対し、3か月間は重点的に活動の継続支援を行い、その後も定期的にフォローを行う。 ・既存のグループに対し、定期的に訪問し、困りごと等の把握に努める。 ・各グループに必要な情報を提供するとともに、ボランティア活動の情報も併せて提供し、グループの継続を後押しする。	・新規にグループを立ち上げることで、役割ややりがい等を感じることができる。 ・立ち上げ後の活動を支援することで、新規グループが継続して活動できるようになる。 ・グループに参加している高齢者だけでなく、近隣住民や友人・知人等の相談を受けることで、見守りの目が広がり、早期発見・早期対応が可能になる。 ・ボランティア等の情報を提供することで、社会参加に対する意識を高めることができる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	地域包括支援センター及び地域の関係諸団体との情報提供及び連携、協働による取り組みの推進のための連絡会（第二層協議体）の開催及び運営	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、協議体を開催し以下の業務を行う。 ①地域課題、ニーズの把握、情報交換、解決に向けての具体的な方策を検討する。 ②目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一を図る。 ③既存のネットワークも含めた地域ネットワーク構築 ④社会資源の発掘・創設等。	・第2層協議体会議を年3回開催し、地域住民と連携を図る。 ・第2層協議体会議に地域のケアマネジャーの参加を促し、地域住民とケアマネジャーの顔合わせの場とする。 ・新型コロナウイルス感染症等により第2層協議体会議の開催が困難な場合は紙面開催を検討する。	・第2層協議体会議に住民が参加することで、地域課題を共有することができる。住民の自治意識を高めることができる。 ・第2層協議体会議に地域のケアマネジャーが参加することで、ケアマネジャーの役割を住民が知ることができ、ケアマネジャー自身も地域を知り、インフォーマルなサービスとの連携を強めていくことで、柔軟にニーズに対応する力を身に着けることができる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	その他、必要に応じた市及び地域包括支援センターと協議した業務	①地域ケア個別会議に参加することにより、地域の課題を把握し協議体へつなげることができる。また、包括的継続的ケアマネジメントの充実、介護予防の推進へつなげることができる。 ②住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。 ③地域ニーズ、既存の地域資源の把握、情報の見える化の推進。	・地域ケア個別会議（年2回）の参加を通し、地域の課題やニーズを把握する。 ・地域ケア個別会議で得られた課題やニーズを第2層協議体につなげる。 ・第2層協議体会議では地域住民の声を拾い、その地域の課題を住民とともに検討できるようにする。 ・地域住民の活動や新たに活動を開始するグループを支えていく。（立ち上げから3か月間は重点的に支援を行う） ・介護予防事業に関する情報を住民に提供し、定員の75%以上の参加を目標とする。	・地域ケア個別会議から第2層協議体会議につなげることで、より深く地域課題に対し意識を共有することができる。 ・第2層協議体会議に地域住民が参加することで、介護、福祉、保健、医療の関係者と地域住民の関係が強化できる。 ・地域の活動が広がることで、介護予防につながり、住み慣れた地域で暮らし続けることができる。
職員体制	業務遂行にあたっての職員体制の構築	①条例、契約にそった人員配置、必要な研修を行い、安定的な事業運営により地域住民の心身の健康保持、生活の安定を図ることができる。 ②業務に関する法令を遵守することにより、信頼される市民サービスを提供する。	①三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、ケアマネジャーを配置し業務にあたる。主任ケアマネジャー、社会福祉士の人員が不足しているため、早急に増員の手立てを講じる。 2ヶ所の事務所間で毎朝のミーティングに加え、週に1回の定期ミーティングにより情報の共有に努める。 ②信頼して相談できる地域包括支援センターであるために個人情報保護の観点から業務を行なう。地域住民自身の意思を尊重し、住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるよう支援することを念頭におき業務を遂行する。	職員を適切に配置することで地域住民のニーズに合った介護・福祉のサービスを提供することができる。 信頼して相談のできる窓口が身近にあることで、地域住民が安心して生活することができる。

令和5年度事業計画（中部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
職員体制	職員体制の見直し（担当分け）	①各職種の専門性を生かし配置することで、業務を効率的かつスムーズに行う。 ②三職種が連携しチームアプローチを行うことで、効果的な問題解決を図る。	地域包括支援センターに配置された三職種が相互に協力し合いながら各自の専門性を発揮し、困難ケースや虐待ケースについてはチームで対応する。	包括支援センターの職員体制が充実し、職員の質が向上することでチームアプローチによる高齢者への包括的な支援に取り組むことが出来る。また、複数名で対応することにより、一個人に責任がかからず、安心して業務にあたる事が可能になる。
職員体制	スキルアップ	①ケースの複雑化に伴うより専門的な知識の習得を行い、職員の質の確保、向上を図る。 ②個人のスキルアップのみならず、センター内のスキルアップを図ることで職員の能力の平準化を図る。	相談技術やケアマネジメント技法の向上等、業務に必要な知識、技術の習得を目的とした研修や勉強会等に積極的に参加し、各職員が学んだ内容をできる限り全職員に伝達、共有することによりセンター全体のスキルアップに努める。	職員全体の知識、技術が向上することにより、包括支援センターの機能が強化され、地域住民一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな相談支援が可能となる。

令和5年度 地域包括支援センター事業計画書の作成について

西部地域包括支援センター

1. 事業計画書方針

「第8期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の計画期間の大半がコロナ禍にあり、事業実施を制限せざるを得ない状況となった。高齢者においても行動制限により心身の状態が低下傾向となり、フレイル状態・認知症発症による相談も増加している。

令和5年度においては、昨年度の事業計画評価を真摯に受け止め、事業の底上げを図ること・計画性をもった事業実施・新たな職員体制下での地域と顔が見える関係の再構築を行うとともに、西部地域独自の地域共生社会の実現に向けた次期計画の準備段階とした。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

(1) 総合相談・権利擁護・職員体制

<課題>

家族支援・経済的支援・他施策の活用を必要とする複雑多様化したニーズ・重層化した課題に対する支援が増加傾向にあり、職員全員が一定水準の相談援助が行うことができるようにする必要がある。

<理由>

新入職員が多く、業務平準化と標準化ができていない。そのために業務負担の偏りが生じ属人的になっている。

<計画概要>

- ① 虐待ケース・困難ケースについて複数名での対応を継続実施する。更に複数名対応によりコア会議や記録作成の時間短縮・業務効率を目指す。
- ② 専門職・センター職員として必要な知識を習得するための研修等の機会を確保する。また、各職員が自らのスキルアップに向けた個人目標を設定・実践し自己評価を行う。
- ③ 一定の情報が共有できるよう支援経過の工夫と改善を実施。また総合相談については、センター内の情報共有を強化する。

(2) 介護予防ケアマネジメント・包括的・継続的ケアマネジメント

<課題>

要支援・要介護状態になっても地域とつながることやケアプランに位置づけることが求められているインフォーマルサービスについて地域情報の発信が必要。

<理由>

地域で行われている「通いの場」について介護関係者へ周知の機会が少ない。

<計画概要>

地域の介護支援専門員に対して「通いの場」を知ってもらう機会を作る。

(3) 介護予防ケアマネジメント・生活支援整備体制事業

<課題>

それぞれの「通いの場」が抱える課題・問題を共有し、通いの場どうしのネットワークづくりを行う機会から地域包括支援センターとの関係構築につなげていく。

<理由>

それぞれのグループが独立しており、お互いの活動を知る機会がない。

<計画の概要>

通いの場を開催しているグループを集めて懇談会を開催する。

以上

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
介護予防ケアマネジメント	介護予防及び日常生活支援を目的とした、適切なサービス提供のための援助	介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況に応じて、本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等のほか一般介護予防事業も含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。	①介護予防サービス計画について介護保険法を遵守し「自立支援」の視点を常に意識した作成を行う。 ②介護予防事業実施について事業対象者の増加（年間目標5件以上）を目指す。 ③介護予防支援において社会参加が可能な要支援者に対し、通いの場への参加を生活支援コーディネーターとともに実施。（年間4件以上）	◆阻害されていた環境から離れることでの生活再編。 ◆安心できる環境下で、本人の主体的な生活が取り戻す事ができる。
総合相談	地域におけるネットワークの構築	支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止する ①地域の社会資源やニーズの把握 ②地域における関係者のネットワーク構築	あんしん生活調査・第二層協議体・その他総合相談・権利擁護事業等から・地域特性、課題をより具体的に把握する。 ・地域の社会資源の把握、情報更新とその発信。 ・カフェ・自主グループなどに積極的に参加し、地域とセンターが「顔の見える関係」を再構築する。（年6回以上）	◆地域との関わりの中から地域課題を把握し、関係者と協働し課題解決に向けた支援や地域住民同士の関わりづくりのきっかけができる。
総合相談	地域の高齢者の実態把握	支援を必要とする高齢者を発見し、迅速に適切なサービスに繋げ、早期に解決できるよう導く。その地域に暮らす高齢者の意向・地域特性・課題を把握する ①ネットワークを活用した情報が得られやすい体制の構築 ②ネットワークを活用した地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集 ③高齢者への個別訪問活動 ④当事者、家族、近隣者からの情報収集	①あんしん調査は滝山2丁目を対象に実施。 ②あんしん生活調査時にアンケート調査を同時に実施し対象地域の特性・地域課題を把握する。（アンケートを対象地域に見合った内容変更・各事業実施に活用可能な内容変更を行う） ③民生委員、自治会、URとの地域のネットワーク構築に向けて情報収集、情報共有しながら、地域で暮らす高齢者の実態を把握していく。	高齢化率が高く、集合住宅を中心とした地域において、 ◆高齢者の生活実態把握を行う。 ◆支援を必要とする高齢者への早期発見・早期対応 ◆地域を支えるネットワークが抱える課題を把握する。 ◆あんしん生活調査の実施時期を遅らせないことで、集計作業やアンケート結果を踏まえた次期の目標に向けた計画的な検討ができる。
総合相談	総合相談	地域の高齢者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、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの機関または制度の利用につなげる等の支援を行う ①初期段階での相談対応:本人、家族、地域の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握を行い、専門的・継続的な関与または緊急の対応の必要性を判断する。相談内容に即したサービス、制度の案内、関係機関等の紹介を行う。 ②継続的・専門的な相談支援:①の対応により、専門的・継続的な関与または緊急の対応が必要と判断された場合にはより詳細な情報収集を行い、個別計画を策定する。	①初期段階での相談に対し、真のニーズ・隠されたニーズを含め対応できるよう研修等で相談対応力の向上を目指す。 ②相談内容・課題に応じた専門職を配置し、迅速かつ確かな支援を行う。そのための相談内容をセンター内で共有を行う。 ③重度化防止・予防の視点をもった相談対応を行い、必要に応じて生活支援コーディネーターと連携した支援を行う。 ④アテンドシステムを活用し、支援経過を可視化させ情報共有を図る。	◆不安を抱え相談される相談者・対象者が相談できたことへの安心感をもってもらえる。 ◆個別ケースを通じ他機関との連携を図ることができる。 ◆市内転居された場合も他の包括支援センターが円滑に支援できるようにする。
権利擁護	成年後見制度の活用促進	高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活が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ために以下の業務を行う。 ①日常生活支援事業(地権)や成年後見制度が必要と思われる高齢者の把握。 ②成年後見制度の相談対応及び手続きの説明 ③申立てに当たっての関係機関の紹介、申立ての支援(本人、親族) ④診断書作成医療機関の把握、連携 ⑤市長申立へのつなぎ ⑥市や関係機関と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報	①他機関との連携により日常生活支援事業（地域権利擁護事業）成年後見制度など本人の状況に見合った活用を行う。 ②支援者側の都合での制度活用にならないようアセスメントを行うとともに本人の意志を最大限に尊重した上で「権利擁護」の視点をもった支援を行う。 ③関係機関と協働により成年後見制度普及に向けた支援者への学びの場を作る。（年1回）	◆制度の利用促進により、高齢者の権利擁護につながる。 ◆学習の機会を通じ、成年後見制度活用の啓発につながる。

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
権利擁護	老人福祉施設等への措置の支援	高齢者の生命を保護し、安全を図るとともに、尊厳を保持するために以下の業務を行う。 ①高齢者の状況把握、緊急対応の必要性の判断 ②老人福祉法上の措置が必要と判断した場合の市への報告と連携 ③措置実施後の状況把握、養護者支援	①状況把握、会議、関係者からの情報収集。 ②緊急対応の必要性、措置の必要性の判断。 ③老人福祉法上の措置が必要と判断した場合の市への報告と連携 ④措置実施後の状況把握、対象者の現状確認・支援を行う（実施対象者2名を予定）	◆対象者の措置実施後の生活状況を把握し、現状に沿った支援方針から適切な対応ができる。 ◆措置を必要とする高齢者の権利擁護を行うことができる。
権利擁護	高齢者虐待の防止と養護者の支援	高齢者虐待防止法に基づき適切な対応を行う。高齢者の尊厳を守ると同時に養護者に対しての支援を行うために以下の業務を行う。 ①東久留米高齢者虐待防止マニュアルに則り、速やかに当該高齢者を訪問等し事実確認及び記録を行う。 ②高齢者虐待コア会議を迅速に行い、関係機関と連携し事例に即した適切な対応を行う。 ③虐待事例に対する進捗管理を適切に行い、必要に応じて支援方針の見直しを図り、虐待の解消を目指す。	①虐待防止マニュアルに沿って速やかに対応する ②定期的な進捗管理をセンター内で実施し、会議開催・帳票作成管理を行い、最終可能な事例は解消につなげていく。（2ヶ月に1回実施）	◆関係機関とのネットワーク構築により、相談機能が強化される ◆高齢者虐待の早期発見と養護者支援の早期介入が行える。 ◆進捗管理により、遅延なく、適切な時期での介入につながる。
権利擁護	困難事例への対応	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援では十分に問題解決できない又は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状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し安心して生活を行うことができるために以下の業務を行う。 ①家庭内に重層的に問題が存在、高齢者自身が支援を拒否しているケースの把握 ②三職種が連携し、課題の分析およびセンター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。	・重層化した課題を整理し、支援計画（課題の優先順位・支援方針）を立案・実行し解決につなげていく。 ・高齢者施策以外の知識を充実させて、解決策の選択肢を広げる。 ・三職種によるセンター内情報共有の機会を定期的につくり、支援の平準化・標準化及び職員のスキルアップを図る。	◆センター内の情報共有・コミュニケーション強化 ◆専門職としての資質向上・実践力の向上 ◆職員の業務負担の分散 ◆高齢者の権利擁護の視点に立った迅速かつ効果的支援
権利擁護	消費者被害の防止	消費者被害を防止するために以下の業務を行う。 ①各専門団体や機関との連携による消費者被害情報の把握 ②消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員等への情報提供 ③被害実態を把握した場合の市町村や関係機関との連携	①消費者被害の情報が寄せられた際の迅速な情報収集と実態把握。 ②被害に応じた関係機関との相談・連携 ③民生委員・居宅介護支援事業所等への情報提供 ④地域住民や民生委員、関係機関などへの情報発信と啓発活動の実施。 (年4回)	◆包括支援センターと関係者間のネットワーク構築 ◆消費者被害防止・被害時の早期発見・早期対応につながる。
包括的・継続的ケアマネジメント	包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる様、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働などにより連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的、継続的ケアマネジメントの実現の為、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などを行う。	①主任介護支援専門員が中心となり、地域の介護支援専門員・居宅介護支援事業所の資質向上に向けた支援を行う。 ②介護支援専門員が地域の関係機関と関わりを作り、介護保険サービスに特化しない地域資源を活用した支援ができるようにする。 ③3センターの主任介護支援専門員とケアマネジメントにおける課題を共有し、地域特性に併せた解決策を講じていく。	◆介護支援専門員の課題解決能力の向上及び資質向上 ◆介護支援専門員同士のネットワーク構築 ◆居宅介護支援事業所の運営基準に沿った適切な運営 ◆3センター間の情報共有・ネットワーク構築・コミュニケーションの深化を図ることができる。
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員のネットワークの活用	地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、以下の業務を行う。 ①介護支援専門員の情報交換等を行う場の設定など、ネットワークを構築したり、その活用を図る。	①介護支援専門員の課題・トレンドに注目した懇談会の開催（年2回）を年間計画に沿って実施する。 ②懇談会参加者数の拡大を図る。（令和4年度参加者：7名）	◆西部地区の介護支援専門員同士の顔が見える関係づくりの再構築 ◆介護支援専門員のスキルアップ

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
包括的・継続的 ケアマネジメント	介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員の日常的業務の支援、資質の向上のために専門的な見地から以下の業務を行う。 1) 日常業務の個別指導・相談への対応 ①介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置 ②個別のケアプランの作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援 ③必要に応じ、関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施と制度や施策に関する情報提供 2) 支援困難事例等への指導・助言 ①介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、助言指導等を行う。 3) 介護支援専門員の個別支援から共通の課題を検討し支援策を立てられる。	① 日常の介護支援専門員からの相談に対し、助言を行う。 ② ケアプラン点検を通じて、被点検者・被点検事業所への助言・課題へのフォローを行う。 ③ 介護支援専門員業務について法令を遵守した業務負担軽減の助言	◆西部包括支援センターとの顔が見える関係の構築 ◆居宅介護支援事業所の解決能力向上 ◆介護支援専門員・居宅介護支援事業所の適正運営 ◆介護支援専門員の「働き方改革」や業務効率
包括的・継続的 ケアマネジメント	地域ケア会議の開催	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いくことにより地域包括ケアシステムの実現を図るために以下の業務を行う。 ①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。 ②地域ケア推進会議を開催し、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。	① 自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議に多職種で参加し、提出事例の共有・評価を共有する。 ② 地域ケア個別会議を開催し、個別事例を通じ地域課題の把握と共有し、第二層協議体へつなげていく。（開催目標：年2回）	◆地域の関係者間の「つながり」づくりができる。 ◆事例提出者が地域と関わりをもつことで、社会資源の活用必要性や介護保険サービスに留まらないインフォーマルサービスを活用したケアプランづくりができる。
認知症地域支援・ ケア向上	関係機関や関係者との連携	認知症の高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、効果的な支援が行われる体制を構築するために以下の業務を行う。 ①認知症地域支援推進員の配置し、認知症施策における事業を円滑に推進する。 ②必要な医療や介護等が受けられるように関係機関との連携体制を構築する。	① 多世代にわたる認知症への正しい理解と対応を啓発するために認知症サポーター養成講座を開催する。 （目標 小学校2校、地域向け2回、年4回以上の開催、120名の新規サポーター登録を計画） ② 認知症カフェ等、アフターコロナにおける活動の再開支援（2か所） ③ 初期集中支援チームの利用により、多職種連携を図り必要な医療・介護サービスが受けられるように支援する。（目標：3件）	多世代に向けて認知症への正しい知識を理解してもらい、認知症高齢者が安心して地域で暮らせる地域となる。
認知症地域支援・ ケア向上	本人や家族の相談支援体制構築 (行方不明高齢者等事前登録者 制度含む)	認知症の人やその家族が適切な医療や適切な支援が受けられ、安心して生活が送れるような体制をつくる。 ・認知症高齢者等のみまもり体制の構築のため、行方不明高齢者等事前登録者制度の周知及び活用を図る。 ・認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築する。	① 介護支援専門員や地域関係機関に認知症カフェ・つづし会・認知症ケアパスについて周知を図る ② サービス未利用や未治療の認知症高齢者に対し、初期集中チームで多職種連携を図り医療・福祉の支援につなげる。 ③ 家族・介護支援専門員等に行方不明者等事前登録者制度の周知を図る。 ④ 行方不明登録者の情報の更新を行う。	◆地域の介護支援専門員や関係機関が媒体となり認知症に関する活動を地域に発信し、活用することができる。 ◆行方不明高齢者情報を更新し事象が生じた際の早期発見・早期対応と関係機関との迅速な連絡体制を構築できる。

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
任意事業	みまもりネットワークの運営	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すみまもりネットワークを構築する。一人暮らし等で日常生活に不安を抱えている高齢者の不安や孤立感を取り除き、いつまでも安心して住み慣れた地域で、自分らしく生活し続けていけるように、みまもりネットワーク事業を主体的に運営する。	①協力員・協力機関を対象に連絡会を開催（開催目標：年2回） ②みまもりネットワーク事業の普及・啓発を図る。 ③独居高齢者等の把握とみまもり制度活用の広報を行う。 （目標新規登録者：5名以上） ④対象者以外で包括及び民生委員が定期的のみまもりを行う。	◆協力員・協力機関とセンター職員が顔を合わせ、円滑に情報共有・情報交換ができる。 ◆地域の福祉関係者や医療機関などがみまもりネットワーク事業を知ること、情報発信役を担っていただき事業対象者の顕在化につながる。 ◆独居高齢者が見守られていることの安心感をもち地域で生活を続けることができる。
任意事業	認知症介護者家族会の開催	家族に対し介護に対する知識や技術について学習する機会を提供すると共に、日頃抱えている不安などを気軽に話し合うことによりその苦勞を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	①認知症介護者家族会・つづじ会の開催を、地域に向けて広報し、家族の悩みや不安を軽減することで在宅生活を支援する。（年6回開催・参加者年間目標人数：述べ48名） ②認知症の高齢者に対する介護経験者の体験談や介護のポイントなどを情報交換し合う場づくりを行う。 ③家族会を通じて、認知症サポーター登録・認知症カフェなどの情報を発信する。	◆主介護者同士がお互いの悩みや不安を語り合うことで、介護ストレスの解消・高齢者虐待防止・介護による引きこもりなどの孤独感の解消ができる。 ◆介護者が地域活動に参加するきっかけづくりができる。
任意事業	福祉用具・住宅改修購入支援	地域における自立した生活を支援するために、以下の業務を行う 福祉用具・住宅改修購入支援事業 ・福祉用具・住宅改修に関する助言・相談・情報提供の実施 ・住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由が分かる書類等の作成	高齢者が住み慣れた家で自立した生活動作が行えること・介護者の負担軽減に向けた環境改善が適切に行えるよう法令を遵守した福祉用具・住宅改修購入支援を行う。	高齢者の生活動作の自立及び介護負担軽減が期待できる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	高齢者の生活支援・介護予防に関するサービスのコーディネーター等に関する以下の業務 ア.生活支援・介護予防サービスの把握及び創出 イ.支援ニーズの把握 ウ.支援ニーズに即したサービス提供主体の紹介 エ.多様な事業主体間のネットワークの構築	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ア.生活支援コーディネーターの配置 イ.協議体の設置 <コーディネーターの活動範囲> ①地域のニーズと資源状況の見える化、問題提起 ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ ③関係者とのネットワーク化 ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発 ⑥ニーズとサービスのマッチング	①通いの場への働きかけを行う。 ・専門職派遣を年10回実施 ・新規の立ち上げ1ヶ所以上 ・通いの場同士がつながる機会を作る。 ・通いの場を地域に情報発信する。（広報活動） ②滝山6-1・2地域の第二層協議体の開催	◆通いの場同士がつながることにより、課題の共有や改善策の検討及び活動の活性につながる。 ◆通いの場が地域に周知され社会資源の活性につながる。 第二層協議体開催により地域のネットワーク構築や地域課題解決に向けたサービス開発ができる。

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	協議体との連携・協働	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域の介護、福祉、保健医療等の連携を図り高齢者及びその家族に対する支援の充実と社会基盤の整備を進めていくために協議体を設置する。 地域ケア個別会議から地域ケア会議と連携し解決に向けた検討の場へつなぐとともに、具体的方策を実現化する。	①令和5年3月に実施した地域個別ケア会議で共有された地域課題解決に向け、滝山6-1・2地域を対象とした第二層協議体を開催する。 (年3回。6月、10月、2月で開催予定) ②第二層協議体開催から、具体的な活動へつなげていく。	◆地域の特性や課題に応じた社会資源の開発ができる。 ◆三職種の参加によりセンターの事業として生活支援コーディネーターとの連携・各事業への展開ができる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成	地域における高齢者の生活支援サービスの充実を図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進するために以下の業務を行う。 ①高齢者の社会参加を勧め、元気な高齢者が生活支援の担い手となることを養成する。 ②住民参加による支え合いの仕組みづくり、地域ネットワーク構築を図る。 ③支え合うための人材を確保する。 ④高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防の推進を図る。 ⑤住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。	①あんしん生活調査、認知症サポーター養成講座など各事業を通じて、生活支援の担い手を確保する。 ②地域住民による支え合いを住民自身が構築できるよう働きかけていく。	◆地域住民同士のつながりづくりによりお互いの見守りになる。 ◆地域住民の生きがい・生活活性につながる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	地域包括支援センター及び地域の関係諸団体との情報提供及び連携、協働による取り組みの推進のための連絡会（第二層協議体）の開催及び運営	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、協議体を開催し以下の業務を行う。 ①地域課題、ニーズの把握、情報交換、解決に向けての具体的な方策を検討する。 ②目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一を図る。 ③既存のネットワークも含めた地域ネットワーク構築 ④社会資源の発掘・創設等。	滝山6-1・2を対象とした第二層協議体を開催。（地域課題：団地住まいへの防災・詐欺被害防止） ・地域課題を共有し情報交換を行う。 ・共通課題を解決するための社会資源の創設を行う。 ・東久留米市救急情報シート活用の啓発活動 ・みまもりネットワーク事業に関する啓発活動	◆関係諸団体と協力し、災害時のための日々の備えの重要性について周知を図ることができる。 ◆災害時に備えた地域住民どうしのつながり・みまもり事業の活用啓発ができる。
生活支援体制整備事業 (生活支援支援コーディネーター)	その他、必要に応じた市及び地域包括支援センターと協議した業務	①地域ケア個別会議に参加することにより、地域の課題を把握し協議体へつなげることができる。また、包括的継続的ケアマネジメントの充実、介護予防の推進へつなげることができる。 ②住民の主体的活動を支援することにより、介護予防の推進を図る。 ③地域ニーズ、既存の地域資源の把握、情報の見える化の推進。	地域ケア個別会議に参加し、第二層協議体へつなげていくための地域課題を把握する。 ・センター内の専門職と個別ケース課題と地域課題を共有し、他事業実施との関連をみつけ、活用していく。	◆センター内で地域課題の共有ができる。 ◆個別ケースに対し多職種の専門性を活かした改善策や助言ができる。
職員体制	業務遂行にあたっての職員体制の構築	①条例、契約にそった人員配置、必要な研修を行い、安定的な事業運営により地域住民の心身の健康保持、生活の安定を図ることができる。 ②業務に関する法令を遵守することにより、信頼される市民サービスを提供する。	①契約を遵守した適正な人材配置を行う。 ②各専門職が計画実施のための基礎知識を研修等を通じて習得し業務を行う。 ③日々の業務を共有し、センター全体での支援体制を構築する。	◆それぞれの職員が、西部地域包括支援センターの目的と役割を意識した行動をとることができる。 ◆地域住民の不安に寄り添った支援を行うことで、地域の相談窓口として、認知されていく。

令和5年度事業計画（西部地域包括支援センター）

事業名	契約内容	目的 (事業内容)	包括記入	
			計画	期待される効果
職員体制	職員体制の見直し（担当分け）	①各職種の専門性を生かし配置することで、業務を効率的かつスムーズに行う。 ②三職種が連携しチームアプローチを行うことで、効果的な問題解決を図る。	①専門職ごとに役割を見直し、各事業の内容を理解し遂行することに努める。 ②介護予防支援が単なるプラン作成の作業にならないよう、情報共有を行う。 ③業務負担の偏りを防ぐため、センター長が相談件数の把握を行う。 ④虐待・困難ケースの複数名対応	◆包括支援センターの業務・役割を理解し「標準」を作ることができる。 ◆令和6年度介護保険改正・第9期計画を見据えた体制整備ができる。 ◆過重労働の解消と職員の業務負担の偏りの解消
職員体制	スキルアップ	①ケースの複雑化に伴うより専門的な知識の習得を行い、職員の質の確保、向上を図る。 ②個人のスキルアップのみならず、センター内のスキルアップを図ることで職員の能力の平準化を図る。	センター業務の「標準（スタンダード）」を構築する。 ・各専門職がそれぞれに必要な業務の基礎知識の習得を行う。 ・複雑化するケースへの対応に課題をカテゴライズし（医療連携・認知症ケア・権利擁護・介護予防支援など）必要な研修に参加し、センター内で伝達研修を実施する。 ・センター職員各自が自主的に学習・研鑽する体制づくりを行う。	◆個人の資質の向上と、包括全体の専門性・対応力の向上。 ◆属人的にならない健全な体制になる。