

令和 3 年 9 月 28 日
第 10 回介護保険運営協議会
資料 1-2 (議題 1 関係)
(事前配布資料)
令和 3 年 8 月 27 日送付

東久留米市地域包括支援センターの事業計画等について

各地域包括支援センターより、令和 3 年度における東久留米市地域包括支援センターの事業計画書の提出があったため、下記のとおりお示しします。

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 ～ 16 ページ
- 3 西部地域包括支援センター 17 ページ ～ 22 ページ

提出日： 令和 3 年 5 月 3 1 日

令和 3 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

新型コロナウイルスが流行して 2 年目。コロナ禍の元、色々な事が制限、自粛される中で地域の高齢者が、その人らしく、身体・精神面の低下を最低限に防げるよう、何が出来るかを模索・検討していく。

近年、虐待・困難ケースが増えている。虐待ケースとして、8050問題と家族が精神疾患を持たれているなど、高齢者自身の問題だけでなくなっている。問題が出て来た時点で各関係者と繋がり、高齢者・養護者と共に守ることを念頭に早急に対応をしていきたい。相談窓口としては、適切な判断で早急に対応出来るように、相談員として、専門職としてのスキルアップを図る為、研修に参加、適宜、包括内で勉強会を開いていく。小学校でのサポーター養成を始めて 4 年目、新たに、今年度は第 2 小学校が加わる予定。他に、神宝小学校と第 6 小学校にて講座を行う予定としている。小学校で講座を開くことにより、子供達に高齢者・認知症のことを知ってもらい、困った高齢者に会った時の対応方法を伝えていく。更に学校公開日に講座を行うことにより、保護者や地域の人に認知症を知ってもらい、高齢者の相談窓口としても包括の周知を行う。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

①介護予防事業

<課題>

コロナ禍により、今までの方法での体操などの教室が出来ない。

高齢者が自宅から出ない、閉じこもる事により、筋力・体力の低下が起こる可能性がある。実際に転倒する高齢者が増えている。

<理由>

感染予防により、人数制限や自粛があり、思うように開催出来ない。

<計画の概要>

感染予防に注意しながら、オンライン体操、屋外で行うウォーキングや体操などを検討、取り入れていく。人数制限や自粛中でも出来る方法を生活支援コーディネーター中心に考え、新しい形式の集いの場所を作る。

②総合相談事業 地域におけるネットワークの構築

<課題>

地域において繋がりが薄くなり、高齢者が孤立しやすくなっている。コロナ禍で高齢者が自宅から出ない、閉じこもる傾向になってきている。

<理由>

自治会や老人会などで定期的に意見交換する場を設けていない。

<計画の概要>

R2年度の第2層会議にて、お互いに情報交換をする場が欲しいとなり、UR上の原にて見守り連絡会を月1回のペースで行うことになったが、コロナ感染症の緊急事態宣言が出てしまい、1回だけの開催となった。R3年度は、コロナ禍でも出来る方法を検討し、他の地域でも開催の必要性を検討していく。小学校でのサポーター養成講座を公開日に行うことにより、保護者や地域住民に高齢者の相談窓口として包括があることを周知する。

③権利擁護 高齢者虐待の防止と養護者の支援

<課題>

高齢者虐待の要因として、従来は家族の介護疲れによるものが比較的多かったが、最近は虐待の要因が多様化し、精神疾患を持つ家族による高齢者への虐待、高齢者自身が他者からの関わりを拒否（セルフネグレクト）など、家族問題、本人自身の問題など複雑なケースが増えている。

<理由>

従来のように高齢者の保護および家族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は至らない。

8050問題や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、従来以上に保健所や障害福祉課をはじめとする多種多様な関係機関との緊密な連携が必要。

<計画の概要>

問題ケースが出てきたら、早めに関係機関、保健所、福祉総務課、障害福祉課などに繋げ、チームを作り、対応をしていく。

包括内、相談員2人で体制を作り、役割分担をしながら、対応する。

◆2021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
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。	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 利用者に理解しやすいプリント等を使用し介護予防、フレイル予防を周知する。利用者の介護予防、フレイル予防を動機づける。 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看護師中心に相談しながら適切なスクリーニングを行う。今年度の支援強化型利用者は、10名を目指す。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 利用者の介護予防の意識が高まる。 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。 4. 早い段階で個々のケースに介護予防支援が出来る。
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	<ol style="list-style-type: none"> 1. コロナウイルス関連の影響で地域活動がどのように変化してきているのか活動状況の確認と把握を行っていく。 2. 活動が停滞している団体については、活動を再開するに当たっての課題を解消していく為に支援を行っていく。 3. 地域で、新たな社会資源を発掘し、連携をしていく。その為に各包括との連携を行っていく。また、市内の公共施設管理者と地域資源について情報共有を行っていく。 4. 包括支援センターの役割や地域資源の情報などをPRしていく為、防災訓練(第2小学校・神宝小)や集いの場に参加していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナウイルス関連であっても地域住民と関係者との連携がとれ、継続的な見守りができるようになる。 また地域における様々な関係者とのネットワークができるようになる。 ・地域での新たな資源が、地域資源として活用できるようになり、地域住民にとって活動の幅や選択肢が充実していくきっかけとなっていく
	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	<ol style="list-style-type: none"> 1. あんしん調査を氷川台2丁目、小山2丁目で行う。 2. 調査実施時にアンケートを配布、回収を行う。 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>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	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。 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。	<ol style="list-style-type: none"> ①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。 ②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ー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で相談。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。 ③総合相談受付票をもとに偏りなく担当を決め、支援困難ケースに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。 ④本部と大門それぞれの事務所で、相談ケースの進捗状況を報告していく。 	<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>地域包括ケアの中核拠点としての基盤的役割を果たすことが出来、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支援できる。</p>
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市長申立てへのつなぎ 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	<ol style="list-style-type: none"> 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地域のケアマネを対象とした成年後見制度基礎的な研修を年間1回行う。 	<p>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。</p>

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
	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。
	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マニュアルに則って速やかに事実確認及び記録を行う。包括業務の多忙さを理由とした記録不備等が起こらないよう、チームで管理する。 ②地権等関係機関と緊密に連携を取り、事例に即した適切な対応を行なう。 ③週1回センター内で進捗管理会議を行う。コア会議録(帳票5)の計画期間や次回会議の予定、支援計画書(帳票6)の期限と評価日をセンター内で共有し、進捗管理を徹底する。	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おくることに寄与する。
	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。	①迅速かつ適切なアセスメントを行い支援につなぐ。 ②高齢者の安全・安心した生活と尊厳を保障し、関係機関と連携を取りながら支援を行う。 ③地域の介護支援専門員と連携し一緒に支援を行なう。 ④センター全体で対応を検討し三職種が連携し支援を行う。そのために毎日ミーティングにて進捗状況を報告していく。	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。
	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日頃から、生活文化課、警察署等と連携をとり、消費者被害の情報を共有していく。 ②消費者被害の情報を記載した通信を年2回以上発行、介護支援専門員、地域の関係者に配布していく。又、上の原見守り連絡会、地域の通いの場、自治会の集まり、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たり、消費者被害防止の出前講座を企画・開催する。 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ていく。	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。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。
ケア包括的・継続的	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た多職種協働・連携がスムーズに行えるよう支援する(報・連・相の記録) ②介護支援専門員に対する支援については、それぞれの経験年数や事業所特性に合わせ、包括の主任介護支援専門員が相談にのる。 ③昨年のケアマネサロンから導いた課題 →ケースの見立ての能力を伸ばす取り組み ・特定事業所加算をとっている事業所→介護支援専門員懇談会での事例検討会 2回/年 ・主任介護支援専門員のいない事業所、事業所内で事例検討の機会が少ない事業所で合同事例検討会を行う。 4回/年 ④特定事業所加算を取っている事業所については、主任介護支援専門員の役割の確認やスーパーバイザーとしての相談にのる。	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。 特定事業所加算を取っている事業所は、事業所内での検討やスーパーバイズが定着する。 介護支援専門員を育成する主任介護支援専門員のフォローや課題把握を包括支援センターが行える。
	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、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回を予定し、懇談会が開催出来ない際にはWEBでの懇談会が開催できるように検討していく。出来なければ昨年度の互版のような形で情報交換等支援を行う予定。	地域の介護支援専門員同士が関係を持てる場の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について勉強会を行うことにより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。

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。 ② 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を行う。 ③ 介護支援専門員が抱える支援困難事例に対して、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、地域ケア推進会議に繋げる。 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できる。	
	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、年6回に参加し多職種で検討していく。また、自立支援・重度化防止の視点を持ったケアプラン作成が出来る様に事例提供を行う。年後半に本人参加型で開催年1回は出来るように前半は体制作りを進めていく。 ② 地域ケア個別会議を年2回開催予定。	各ケースの介護予防・重度化防止に努め、個別ケースから地域の課題を見つけ、資源開発につなげることが出来る。
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 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 新規相談ケースを出す。 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 大人向け 1回/年 小学生 3回/年 (2小、神宝小、6小)	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 認知症の正しい理解や対応についてを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町づくりを目指す
	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。	① ケアパスを有効活用し、認知症に関する情報を提供すると同時に地域包括支援センターが認知症ケアの第1相談窓口であることを伝える。 ② 感染予防に努めながら認知症サポーター養成講座を年4回を目途に開催し、学校や職場、地域の集まりで講座を開催し、幅広い世代に認知症を知ってもらう機会をつくる。 ③ 認知症家族会を様々な場面で紹介し、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。 ④ 地域の認知症カフェでの個別相談の機会を持ちやすいようカフェとの関わりを深める。 ⑤ 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。年間10件登録を行う。	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向けのみまもりネットワーク連絡会を開催し、情報共有、学習の機会を設ける。 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つたり、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ことで、新規利用者3名以上を増やし、今年度のみまもり協力員の活動回数を270回以上になるようにしていく。 ③ 介護支援専門員向けに、見守りの啓発・見守りの資源の周知を行う。 ④ 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、顔の見える関係づくりが図れる。 住民同士の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。 他の専門職を巻き込み、早期対応等を図ることで、高齢者の方々が地域の中で安心・安全に生活を送ることができる。

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労を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	①認知症家族会を開催。介護者相互の交流・情報共有の機会を設ける。 ②家族が参加しやすい日程として土曜日の開催日を設ける。(年2回) ③参加率向上のため、新規相談の初期段階から対象者に家族会を周知、ケアマネサロンや地区懇談会等で随時周知する。	認知症介護の経験者同士の交流を通じ、介護者の心身の負担を軽減し、地域で安心して生活を送ることができる。
	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が再開されたら受講する。	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、自宅で自立して生活を続けていくことができる。
(生活 支援 体制 整備 事業 リーダー)	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住民の方が通える場を年度内に3箇所以上増やす。 ②住民の方に地域包括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10件。 ③新型コロナウイルス関連で活動を休止している団体へ、どのような事が活動を継続していく上での課題となっているのか、その課題を解決電話での確認や訪問等を通じて活動状況の確認、情報提供等を通じて地域活動のための支援を行っていく。→相談、訪問件数100件。 ④地域個別ケア会議、地域活動、あんしん調査のアンケートを通じて地域課題がどのようなものか、地域の強みは何かがあるのか、地域にはどんなことが必要なかを把握して分析を行う。分析をした結果、地域からのニーズに合うサービスを提供していくきっかけを作る。又、地域ニーズに合うものが無い場合には、協議体会議で検討して地域住民の方々や地域の社会資源関係者と共に創り上げていく。 ⑤第2層協議体会議等に多様な事業主体や地域住民に参加してもらい、関係者間のネットワークの構築につなげていく。	①地域のニーズに合った活動を行える場所が増えることで、地域住民の方々も参加しやすくなる。そうした中で、新規に立ち上がった団体はニーズに即して活動が行えるため、環境が良い中で実施できると思う。また既存のグループに関しても、自分達が行っている活動について確認できる機会ともなると期待できる。 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い機会となる。また、地域資源に関する情報を得ることが出来て、自分のニーズに合った活動を行うことで地域参加へと繋がっていく。地域参加をしていく中で、自分の住んでいる地域を違った視点で知る事が出来たり、参加を通じて仲間が出来る機会が増えていくため生きがいや安心感につながっていく。 ③新型コロナウイルスで活動が休止となっている団体に対しては、他の団体がどのような活動を行っているかを知りたいと思うニーズに応えることができる。またコロナ関連であっても感染予防をして活動を行っている団体の取り組み状況を伝えることもできる。そうした活動を行っていく事で、地域住民による活動の円滑な継続・存続ができる。 ④地域課題や地域の強み、地域にはどんなことが必要であるのかを分析した結果を地域にフィードバックしていく事で当事者性が生まれてくることを期待する。「わが町」という思いが地域資源を共に創り上げていくものとなっていく。その結果、高齢者の方々にとって、住み慣れた地域で安心して生活することができる。 ⑤多様な事業主体が様々なアイデアを出して検討していく事で、地域住民との関係性が深まっていく。
	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地縁組織等といった地域の社会資源と連携をして、住民の方に介護予防、見守りの大切さを伝える機会を持つ。また、地域が主体的に動く仕組みを作っていく。 ②昨年実施した上の原地域の地域個別ケア会議で挙げた「緊急時にどのように対応して行けばよいか分からない時がある。包括と繋がってれば連携は取れるが、そうではない時にどのようにしていけば…」と、この課題については第2層協議体会議に挙げて地域住民の方々、多様な事業主体と共にその課題について解決するためのアイデアを出し、そのアイデアを基に実行をする。	①住民の方が当事者意識を持って介護予防、見守りについて関心を持って取り組む。また地域の社会資源と連携していく中で生まれてくる成果物を活用して地域全体が動ける仕組みが動き出す。 ②緊急時における対応方法について地域住民の理解が進み、地域の社会資源と繋がっていく過程の中で様々なアイデアが生まれ、試行錯誤を重ねながらより良い方法を見つけることができる。

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
	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緊急事態宣言の影響により、参加者同士の仲間づくりが出来ない状況があり、その後の活動の受け皿として立ち上げた体操自主グループ「ハナミズキ」(シャキシャキ介護予防教室の参加者を中心に立ち上げ)の支援を行っていく。立ち上げ支援を行っていく過程では、「仲間づくり」もポイントに入れて行っていく。4月に立ち上がった緊急事態宣言の影響もあるため夏ごろを目途に立ち上げ支援を行う。→ハナミズキへの新規参加者1名 ②上の原地区で立ち上がった脳トレ自主グループ「カトリア会」について、地域包括として支援を行っていく。シルバー人材センターの立ち上げ支援中、参加者の状況等について情報を共有していく。上の原地域で脳トレグループが立ち上がったことをPRして新規参加者を募っていく。→カトリア会への新規参加者2名 ③市の介護予防事業、認知症サポーター養成講座等を通じて、体操・脳トレ等の自主グループ、認知症カフェ等でやりがいを持って活動する方を見つけて声掛けをして参加を呼び掛けていく。→呼びかけ参加者5名 ④地域活動の訪問を通じて地域に関する情報を集めて、活用し地域での人材発掘につなげていく。→人材発掘件数5件	担い手となる地域住民が参加をすることにより、住民同士の連携が深まり、支え合う地域となっていく。そうした地域であれば、地域に課題があっても解決できる機会が増えていく。地域課題が解決していくと、支え合うことの大切さについて相互理解がありボランティア等に参加する人材の確保や発掘がしやすくなる。地域住民の方々が生きがいを持って活動して行く事で介護予防や孤立予防につながっていく。
	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。	前年度、あんしん調査を実施した上の原地区を対象にした、第2層協議体会議の2回目が新型コロナウイルスの関連で実施が延期となっていた為、今年度中に2回目を実施していく。その会議では地域個別ケア会議の内容も含めて住民の方から挙げた地域課題等を挙げ、その課題の解決策について、住民の方々、関係機関と共に検討していく。また、今年度あんしん調査を行う地域を選定し、その地区についての地域課題について第2層協議体を実施する。	第2層協議体会議を開催することで、その地域に特色のある関係性が構築され、地域課題について解決していくような助け合い・支え合いの方法が作られる。その結果、高齢者の方、現役世代の方が住み慣れた地域で共に安心して暮らし続けるようになる。共生社会へとつながっていくことができる。
	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を通じて、タイムリーない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するために、第2層協議体会議を活用していく。 ②地域住民が役割を持って地域活動に参加。地域活動をしていく中で地域の強みや課題を発見していく。地域住民が強みを伸ばしていけたり、課題を解決できるよう支援をしていく。 ③地域で行われている様々な活動への訪問、あんしん調査、第2層協議体会議等を通じて、地域に関するニーズや既存の地域資源の情報を把握する。そしてその情報をオープンにして地域住民の方々や地域の事業主体等に周知していく。	①高齢者の方が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を送ることが出来るようになる。 ②地域住民の方が主体的な役割を持って地域活動に参加することで、住んでる地域の事を知れる。その結果、何が必要なのか気付く事で生きがいや介護予防の活動へと繋がっていく。 ③訪問や調査等について得られた地域に関する情報をオープンにすることで地域住民が地域に関する情報を理解していくきっかけとなり社会促進につなげていく。
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3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1人で予防件数、50件以上を目指す。 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、毎日オンラインでのミーティングを行い、職員間(3職種)で共有、他の職員も対応でき、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。
	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。	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。 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5件目標とする。	職員の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3年5月31日

令和3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

昨年4月より新型コロナウイルス感染症対策として緊急事態宣言が発出されて以来、これまでの生活様式からの転換が迫られている。日常生活の新たなあり方が模索されている中で、認知症高齢者の増加や高齢者虐待の問題だけでなく、介護と子育ての両方を担っているダブルケア世帯や8050問題など、一つの世帯が複数の課題を抱えているケースやその課題が複雑多様化し、複合化しているケースが増えてきている。高齢者を地域で見守る仕組の整備、家族介護者の支援などが課題となっており、在宅生活の推進に向けたさらなるサービス基盤の充実や意識啓発に取り組む必要があると考える。包括支援センターの活動自体も新しい観点での見直しや工夫が必要であることを日々実感しているところであり、様々な環境下においてもセンターの運営が安定的・継続的に行われていくことができるよう、体制を整えていきたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

①総合相談・職員体制

<課題>

虐待ケースや困難ケース等、複雑多様化しているケースに対して職員1名体制で臨むことにより、効率的に動くことができず迅速な対応が難しい。また、1名で対応することによる職員のストレスが大きい。

<理由>

センター長によるケースの割り振りが十分にできておらず、そのケースの特性に合わせた職員の配置ができていない。

<計画の概要>

週1回のミーティングおよび毎朝のミーティングで情報を共有し、一人で抱え込まずにチームで対応できるよう体制を整える。解決に向けて複数名で担当し、機動力を高めることで解決に向けた支援が滞りなく進むようにする。

②総合相談・みまもりネットワーク

<課題>

高齢者自身がみまもりの必要性を感じておらず、早期発見・早期対応が難しい。

<理由>

元気高齢者が多い半面、高齢化や介護の問題を「我がこと」と捉えていない。

<計画の概要>

自治会、民生委員、老人クラブ等、既存の活動グループの集まりに参加し、情報収集を行い、地域課題を把握するとともに情報の発信の場として活用する。みまもり協定期間を含め関係機関や団体等との一層の連携を図っていく。

特に今年度は地域ぐるみで高齢者を支える見守りの仕組み作りに取り組むための下準備の1年としたい。

◆2021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
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地域住民の集まりやあんしん生活調査の際に一般介護予防事業に興味があると回答いただいた方にチラシを配布する。薬局や病院、クリニック、地区センター、生涯学習センター等に一般介護予防事業のチラシを掲示してもらい周知する。定員の75%以上の参加を目標とする。 ②新規相談や地域住民の集まり等にて基本チェックリストを活用し、フレイル状態の高齢者を把握した上で個々の状態に適した介護予防事業につなげる。チェックリストの実施目標は20人、そのうち10人を支援強化型の利用につなげることを目指す。	①フレイル状態にあるにも関わらず十分に情報が届いていない高齢者や無関心な層に介護予防・フレイル予防に対して周知でき、働きかけることができる。 ②地域の高齢者のフレイルを予防し、自立を推進していくことができる。
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	①あんしん生活調査、第二層協議体会議、地域ケア個別会議や日々の相談業務の中から地域の特性や地域内における社会資源に関する情報を収集し、ニーズを具体的に把握する。自治会、民生委員、老人クラブ等、既存の活動グループに働きかけ、情報収集を行う。 ②地域住民、みまもり協力機関、医療・福祉関係者等との顔の見える関係を築き、情報収集や情報の共有を行う。	地域のつながりを密にし、顔の見える関係になることで、地域住民や関係機関と住みやすい街づくりに向けた意見交換ができる。地域課題やニーズの把握、情報交換、解決に向けての具体的な方策を検討することで、目指す地域の姿を共有できる。
	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に導く。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身近な地区において誰もが相談しやすい環境を整え、地域の「よろず相談窓口」としての包括支援センターの周知に努める。 ②自治会、老人クラブ、自主グループ等、既存の活動グループに顔を出し、包括の活動をPRするとともに情報の収集を行う。 ③あんしん生活調査を幸町4〜5丁目、南沢1〜2丁目で行う。	①④気軽に相談のできる窓口として知ってもらうことで、問題の早期発見・早期対応が可能となる。それにより、問題が困難化することを防ぐことができる。 ②③地域の潜在的な課題を発掘し、地域課題や地域特性を把握することができる。
	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。 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。	緊急性の有無の判断を常に意識した上で、高齢者、家族、近隣者、関係者等からの相談内容を的確に把握し、迅速且つ適切な支援を行う。各相談の早期解決に向け、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。 週1回のミーティングで情報(特に困難ケース・虐待ケース)を共有し、一人で抱え込まずにチームで対応できるよう体制を整える。センターとして抱えている事例や対処方法について相互に報告し合い、三職種がチームとして協働する。	高齢者やその家族がサービスや社会資源に関する情報を正しく理解し、適切なサービスや社会資源を選択および活用できることで、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続することが可能になる。
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	①〜⑤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、滞りなく制度の手続きが進行するように対応する。 後見人に引き継いだ後も本人を支えるチームの一員として必要な対応を行う。 ⑥社協主催の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する。地域住民には個々の相談過程でパンフレット等を活用して制度説明をする。	本人を支えるチームの構成員として、後見人とともに本人の意思や状況を継続的に把握することで、本人の権利を守ることができる。それにより、地域で安心して生活することが可能となる。 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。

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
	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	①②緊急対応の必要性を判断し、対応が必要な場合は市と対応について協議を行う。 ③過去に措置を行った対象者の現状を把握するとともに状況変化があれば市役所と共に支援する。	措置対象者に対して継続的な確認を行うことで、対象者の生命保護、尊厳の保持に沿った支援が適切に行われていることを確認できる。 高齢者の生命や資産が守られるだけでなく、養護者も安心して暮らせる環境を整えることができる。
	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。	①②虐待対応進捗会議(年2回)と虐待事例検討会(年2回)を有効に活用し進行管理と困難事例の解決を図る。 ③スケジュール管理に関してはコアメンバー会議で達成可能な期間で目標を立て、様式8を基に進捗管理を行う。 ④社会福祉士連絡会において虐待帳票の修正・手直しを行い、誰もが使いやすいツールを作る。	①②困難事例に対して専門家や他包括の意見をうかがいながらより広い見地に立つことで事例の対応が可能となる。 ③支援プランに則った行動をしたり、会議を開くことができる。進捗を管理することで状況に応じた適切な対応や会議の開催をすることができる。 ④虐待帳票を修正・見直しすることにより虐待対応の業務を効率化することができる。
	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らない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家庭内に重層的な問題が存在、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。	① i 家庭内の重層的な問題、ii セルフネグレクト(サービス受け入れ拒否)等の問題解決のため、短期集中的に注力しなければならないケースについて初期段階から複数名で関わり、役割分担を行う。 ②困難事例について3職種で課題分析を行い、センター内で共有する。解決に向けて複数名で担当し、機動力を高めることで解決に向けた支援が滞りなく進むようにする。	①困難ケースの状況が複雑多様化・複合化し、即時の対応を求められることが多くなってきたが、複数名で対応することで対応する職員の抱え込みを防ぎ、多角的な視点から対応することができる。 ②対象者と実際に行動を共にしなければならない場合や事務的な手続きを担当する場合等、複数の職員で役割分担することにより一人で業務を抱え込まないようにする。
	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警察署や消費者センターから情報提供されたケースについては、みまもり協力員やケアマネジャー等に迅速に情報を伝達し被害拡大を防止する。 ②顔の見える関係をつくるため、本年度中に警察署と消費者センターへ訪問し、挨拶と情報交換を行う。 ②③みまもり協力員連絡会やケアマネ地区懇談会で消費者被害の情報を提供し、民生委員や介護事業所との間で被害情報の共有をする。	消費者被害を未然に防ぐことができる。一旦生じてしまった被害については情報を共有することで二次的被害を防ぐことができる。
ケア包括的・継続的・継続的	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3回(予定 ※うち少なくとも1回は本人参加型)開催。 ・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。	自立支援や地域包括ケアについて、高齢者自身と地域住民、関係者が意識することができる。介護予防の段階から居宅のケアマネジャーがインフォーマルサービスの視点を持ちつつ関わることで、切れ目のない支援を受けながら地域での生活を継続することが期待できる。
	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ケアマネ地区懇談会を年3回(予定)開催。 ・コロナ禍で対面での開催が難しいため、Webでの懇談会を試行し、ケアマネジャーに負担をかけない勉強会の在り方について考えていく。 ・感染状況によっては、対面での懇談会を検討する。 ②主任ケアマネ連絡会(毎月)への参加。	①ケアマネジャー同士の情報交換の場を提供することにより、ケアマネジャーの不安が解消でき、共通の課題が抽出できる。他のケアマネジャーの事例に多く触れることにより、ケアマネジメント技術の向上を図ることができる。 ②他包括・在主任ケアマネジャーと連携することで、居宅主任ケアマネジャーとの関係作りや主任ケアマネジャーのスキルアップの場となる。

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) ①② ケアマネジャーからの相談に随時対応し、助言やケアプラン指導を行う。必要時には関係機関との連携調整やサービス担当者会議を開催する。 ③ ケアマネ地区懇談会を年3回(予定)実施し、事例検討会、勉強会を行う。 2) 困難事例や虐待ケースについて、センター内で情報共有と支援方針の検討を行い、ケアマネジャーにフィードバックするとともに関係機関との連携調整等の支援を行う。 3) ケアマネ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、第二層協議体へつなげていく。	1) ケアマネジャーの相談を包括が受けることにより、ケアマネジャー自身の意識の向上やケアマネジメント技術の向上が期待できる。 2) 困難事例について多職種で検討することができ、課題に対し柔軟な対応が可能になる。 3) ケアマネジャーと包括が課題についての共通認識を持つことができ、地域の課題解決について協働することができるようになる。
	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3回(予定)開催し、うち少なくとも1回は本人参加型で行う。 ・ 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。介護予防・重度化防止の視点を持ったケアプランについて多職種で検討する。 ② 地域ケア推進会議(第二層協議体)を年3回(予定)開催。	① 自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議を地域包括支援センターで開催できる体制づくりを進めていく。 ケアマネ支援や地域からの相談で発見された困難ケース(医療、認知症、家族問題、等)について地域で検討を行い、在宅生活の継続に必要な事について考えることができる。介護予防の段階から地域での生活の継続について考えることができる。 ② 地域ケア個別会議やケアマネ支援から抽出された地域に共通する課題を検討し、地域住民と関係者で地域づくりを進めていくことができる。
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。	・ 認知症カフェの支援において講師派遣事業を有効活用する。 ・ 地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座を年1回、小学生(五小)を対象とした講座を年2回、大学生(自由学園)を対象とした講座を年1回行う。 ・ 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を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。 ・ 認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、グループホームに直接訪問し、情報収集と意見交換をする(年1回)。	・ 認知症の方とその家族が認知症カフェに気軽に通うことができ、相談しやすい場となる。認知症の知識が深まり、家族や地域住民にとって悩みを共有し合える場となる。 ・ 年齢に関係なく認知症に対する理解が得られ、地域での見守りが増え、早期対応が可能となる。 ・ 認知症対応を得意とした施設の有効活用ができる。収集した情報は相談に活かすことができる。
	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、安心して生活ができ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。	・ (行方不明高齢者等事前登録者制度)未登録者による行方不明者数を前年より削減させるため、行方不明高齢者等事前登録者制度、オレンジヘルプカード等を市民・ケアマネジャーに広報する(年3回)。居宅介護支援事業所へ登録様式一式と案内を配布する。 ・ 認知症ケアパスガイドブックを有効に活用し「認知症の相談窓口(地域包括支援センター)」と「認知症初期集中支援チームの役割」を市民とケアマネジャーへ周知する。 ・ 認知症家族会のチラシ周知を強化する(窓口設置から配布へ)。	・ 未登録者による行方不明者数が減り、行方不明による二次的な事故を防止できる。 ・ 事前登録により利用者やその家族が住み慣れた地域で安心して生活することができる。 ・ ガイドブックの活用で家族からの相談が増え、認知症初期段階から支援が可能となり、家族の孤立も防ぐことができる。
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市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。	・ みまもり事業の利用者について、10人の登録を目標とする。 ・ みまもりネットワーク連絡会を年2回(7月、11月(予定))開催する。新型コロナウイルス感染状況を鑑み、やむを得ない場合は書面開催とする。みまもり協定機関からの情報により解決に至るケースが増えている状況を踏まえて事業所を交えた意見交換の場とする。みまもり協力員や協定機関からの通報により解決に至ったケースについて連絡会で共有する。	・ みまもり登録利用者の安心につながり、状態の変化に迅速に対応することができる。 ・ みまもり協力員間で相談や情報共有ができる。 ・ 虐待の芽を摘み、詐欺被害を防ぐための地域情報ネットワークの構築ができる。 ・ 孤独死や発見の遅れ等のケースが減る。

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。	認知症家族会(つつじ会)を2ヶ月に1回開催する(新規参加者数目標6人)。開催が困難な場合は事前に電話にて個別に状況を確認し、相談にも対応する。参加者向けの「おたより」を年3回発行し、参加できない方にお誘いを兼ねて郵送する。認知症ガイドブックを活用しながら状態変化に即応できる知識を身につけられるようにする。介護者自身もサービスの受け手になることを想定し、「サービス拒否の対応」「緊急時・入院時対応」「施設入所について」等の場面を話題とし対話を試みる。	・ピアサポート的な対話により介護者の孤立化を防止し精神的な負担が軽減できる。 ・介護者同士の体験に根ざした意見交換、情報収集ができる。 ・虐待等の事態になる前に相談できる場が提供できる。
	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	・福祉用具のレンタルおよび購入・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促す。	・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。 ・生活機能の維持又は改善を図り、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も可能になる。
(生活 支援 体制 整備 事業 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	・各地区センター等に足を運び、まだ把握していない「通いの場」の情報を手に入れる。 ・エリア内のスーパーや商店に顔を出し、包括支援センターの周知を図るとともに、サービス内容を把握する。 ・自治会との関係強化のため、電話やメール等のツールを活用し、介護予防、フレイル予防に関する情報等を適時伝えていく。 ・新規グループの立ち上げは1か所以上、専門職派遣は8か所以上を目標に支援していく。 ・新たに関わりを持ったグループや新規のグループにおいては、月1回以上の頻度で支援をし、既存のグループについては必要時に支援していく。	・新たに関わりを持ったグループと関係を構築することで、新たな人材を発掘することができる。 ・メンバーの広がりにより、介護予防や意欲の向上の可能性につながる。 ・新しい情報を迅速に伝えることで、意識の向上やグループの活性化に役立つ。 ・定期的に支援することにより、ニーズとサービスのマッチングがしやすい。
	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。	・クリニックや薬局に、チラシやパンフレット等を届けることで、顔の見える関係を作り、情報の共有を図る。 ・地域ケア個別会議、地域ケア会議に参加し、関係機関と意見交換をすることで、地域に埋もれた課題や必要とされるニーズを把握する。	・顔の見える関係を作ることで、情報を収集しやすくなる。 ・関係機関と意見交換を重ねることで、地域ケア個別会議や地域ケア会議から抽出された課題を解決しやすくなる。
	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。	・地域福祉コーディネーター、ボランティアコーディネーター等と連携を図り、地域資源の情報の共有を図る。 ・「おうちボランティア(仮)」(家で出来るボランティア)の準備期間として、デイサービスや特養、グループホーム等を訪問し、協力依頼及びニーズのマッチングを行う。 ・既存のメンバーの世代交代や現在休止中のグループに対して、その理由に沿った支援をする。「新しい生活様式」を踏まえた活動継続の方法や対応を参加メンバーと共に検討していく。	・地域住民のニーズとサービス資源のマッチングや情報集約をすることが出来る。 ・コロナ禍により積極的に活動出来ずにいる高齢者の社会参加が期待でき、それにより生きがいや介護予防につながる。

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
	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。	・第二層協議体会議を年3回(予定)開催し、意見交換を行うことで、住みやすい街づくりを目指す。 ・既存の団体やグループとのコミュニケーションを通して、必要な資源の開発に努め、必要時には協議体を開催していく。	・第二層協議体開催時、地域の問題や必要なサービスについて討議することで、住民主体の自治意識の強化を図れる。 ・社会資源等の情報が少ない地域が浮き彫りになることで、資源の創設や問題解決に向けた支援を行うことができる。
	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。	・地域ケア個別会議への参加を通して、地域の課題やニーズを把握し、第二層協議体につなげる。 ・グループや団体等が活動している場に訪問し、グループや団体等の活動状況や抱えている問題を把握し、支援につなげていく。 ・新規立ち上げグループに関しては、安定するまでの期間、集中的に働きかけを行う。	・第二層協議体で地域の課題を共有し検討する場を持つことで住民を含めた関係機関とのネットワークの構築ができ、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活することができるようになる。 ・グループや団体と関係強化を図ることができる。 ・グループ立ち上げ時から積極的に関わることで、困りごと等の話しを持ち掛けやすくなり、早期の解決につながる可能性がある。
	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。二か所の事務所間で密に連携を図りながら、地域の相談窓口としての機能を果たす。 ②信頼して相談できる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。	身近な場所に気軽に相談のできる窓口があることで地域住民が安心して最期まで住み慣れた地域で生活することができる。
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。	各職種が専門性や特性を活かした人員の配置を行ないつつ、特に困難ケースや虐待ケースについては対処方法について相互に報告し合い、三職種がチームとして協働する。チームで対応することにより、各々の専門、担当以外の業務の内容、進め方等を学ぶ。	チームで協働して対応することにより、専門性が発揮でき、効率的に動くことが可能となる。それにより、迅速にケースに対応することができるようになる。また、一人で抱え込むことからのストレスから開放され、安心して業務にあたる事が可能になる。
	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。	包括の性質上業務が属人化しやすいため、職種や年次、経験の違いがあっても誰もが対応できるよう、可能なものは標準化・マニュアル化し、ノウハウの共有を図っていく。また、各事業に必要な研修には積極的に参加し、研修で得た知識や情報を現場で実践する。(権利擁護、認知症地域支援推進員、認知症地域対応力向上、介護予防、地域包括初任者、生活支援コーディネーター等)	職員それぞれの対応能力が底上げされることで滞りなく業務を進めることができる。

提出日： 令和 3 年 6 月 4 日

令和 3 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

新型コロナウイルスによる感染拡大に伴う高齢者の自粛生活長期化による生活不活発に対し、引き続きフレイル予防や社会参加の視点と、その必要性を地域住民に対し働きかけを行っていく。併せて新しい生活様式を踏まえ、停滞している地域活動のフォローも行って行く必要がある。

上記に関連し、派生する社会問題（就労困難、経済状況の悪化等）からも複合課題を抱える家庭が増え、高齢者以外にも支援する対象が多くなっている。高齢者虐待、経済的問題に、より一層高齢者の生活の安全がはかられるように、関係機関と連携していきたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業（複数個）

<課題 1>

権利擁護事業：高齢者虐待の防止と養護者支援

初動は迅速に動くことができるものの、コア会議、関係者会議を経ての調整やその後の対応・記録が遅れる。

<理由>

会議で整理した課題や目標設定の理解が曖昧なことから、介入やケースワークのポイントに時間差が生じ、結果、記録等の遅れになっている。

<計画の概要>

社会福祉士を中心に、虐待進捗管理をすすめる。

①ケースに対し複数体制で臨み、役割を分散し、ひとりにかかる負担を軽減する。

②電子化された帳票を適宜確認し、もれがないようにする。

③センター内で情報共有を確実にすすめていく。

<課題 2>

整形疾患や生活不活発などの理由で介護申請に至るケースや同様の相談から、家事援助を希望する方が多い。

<理由>

介護サービス以外の代替サービスがあまりない。

<計画の概要>

法人の訪問介護事業所と連携し、負担のかからない家事（特に掃除）の方法を検討し、介護保険サービスを使わずとも工夫や、やり方次第で自立支援につながることを地域に発信し、実生活に応用できる内容で「家事レベルアップ教室」の開催を目指す。

◆2021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)	包括配入	
			計画	期待される効果
ケア予防 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。	・コロナ禍において、閉じこもりなどを起因としたフレイルが予測される方には、基本チェックリストを活用し、早期に自分らしい生活に戻れるように支援する。 ・R02の新規相談件数540に対し、要支援50%を見込み、チェックリストの活用を20ケース予定。支援強化型利用のケースを増やしていく。目標10ケース ・適切なアセスメントに基づき、本人の望む生活や楽しみの持てる生活をともに考え、それをいかに日常に取りこんだケアプラン立案ができるか、その手法をセンター内で共有できるようにしていく。	・健康を維持できる。 ・住み慣れた地域で長く暮らすことができる。 ・生活の質を維持・向上できる。 ・地域の中で生きがいや役割を持って生活できる。
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・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①地域特性、課題をより具体的に把握する②地域の社会資源の把握、情報更新③地域のネットワークの把握、情報更新を行うことにより、「顔の見える関係」を築き、地域におけるネットワークがより広く強固になり、機能するよう働きかけていく。	・支援が必要な高齢者が早期に発見される ・地域住民による地域への関心が高まり、地域住民同士の見守り機能が強化される
	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	・昨年に引き続き、滝山地域(1丁目、7丁目、6-2街区の一部)において「あんしん生活調査」を実施予定。アンケート調査を同時に行うことで、地域課題を抽出し、地域特性を理解しながら住民と課題解決に向けて情報共有し、自分たちの地域を意識してもらい、第二層協議体で検討していく。高齢化が目立つ滝山地域において3年計画で課題を整理する。 ・民生委員、自治会、見守り協力員、UR、JKK等と連携し、情報共有を図り、支援が必要な高齢者に速やかに対応する。	・支援が必要な高齢者を発見し、支援に繋ぐことができる。 ・どのような課題やニーズを持った人が多いのかを把握でき、それによりターゲットを絞った事業の展開ができる
	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。 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訪問を中心とした迅速な相談 ②あらゆるネットワークを駆使し情報収集を行う ③課題を明確化し、支援計画を策定する ④サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ	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。
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に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申立てに当たった関係機関の紹介、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成年後見制度の相談対応及び手続きの説明 ②申立てに当たった関係機関の紹介 ③市長申立へのつなぎ ④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 ⑤成年後見制度推進機関検討委員会、初期相談ネットワーク連絡会に参加し、社会福祉協議会や他機関と情報共有、連携を図る ⑥身寄りのない・家族と疎遠等の高齢者を担当している介護支援専門員には早くから本人の意向を聞くことで(ACPの一環として)、制度利用の必要性を助言していく。	・制度を利用することにより、高齢者の権利が侵害されることなく、尊厳のある生活を送ることができる。 ・制度の促進が進み、必要な人が早期に関係機関に繋がることができる。
	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、対象者の現状確認を行う	尊厳ある生活や人権・権利を護ることができる。
	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虐待マニュアルに則り迅速に対応する ②各機関と連携を取りながら、対応の中心的役割を果たしていくコア会議、関係者会議等で立てられた目標・計画を実行できるように進捗管理を行い、併せて記録の滞りがないように務める。 ③会議体や集まりの形態が変化しているが、関係者や市民に向けて適宜、虐待の気づきポイントや通報の必要性等を啓発していく。	・高齢者の尊厳を保った生活が維持できるようになる。 ・介護支援専門員や地域住民等に啓蒙を行うことで早期に高齢者虐待を発見することができる。

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
	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。	①地域住民、介護支援専門員等からの相談に迅速に訪問し、丁寧かつ継続的に対応を行う。 ②様々なネットワークや制度を駆使し、各機関と連携して対応する。 ③各専門職が連携し、センター内で対応を検討する。 ④センター内で要因分析を行い、ケースの要因を地域課題として抽出する。	多様な課題を抱えている高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続することができる
	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 ④地域での集まりで啓発活動をすると共に、高齢者虐待についても併せて啓発を行う	消費者被害の未然防止、被害拡大防止
ケアマネ・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高齢者はもとより、その家族や地域住民、地域の介護支援専門員と自立支援・重度化防止の視点を共有し実践に努め、関係機関と連携する ②地域の介護支援専門員が様々な社会資源を活用できるための情報を共有し、協力体制の整備をしていく。	高齢者が地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を維持できる。
	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。	地域の介護支援専門員の情報交換等を行う場の設定 ①地域の主任介護専門員等と共同したケアマネ地域懇談会の開催 ②第二層協議体、地域ケア個別会議等への参加を促す ③地域課題を探り検討し、ケアマネジメントの標準化に役立てる	・介護支援専門員それぞれの意識を高める良い機会となる。(ケアマネ地域懇談会3/年、地域ケア個別会議3/年) ・日頃抱える課題、悩み等を解決する場、きっかけとなる。 ・Webやメール等、情報発信を意識しタイムリーな情報を共有する。
	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. 地域の介護支援専門員からの相談に対し随時対応し助言・指導を行う。 (ケアプラン確認含む) ①地域の主任介護専門員等と共同した事例検討会、もしくは勉強会等の開催を試みる。 *管理者＝主任介護支援専門員になってきているが、全体のレベルアップをどのように考えるか？自立支援・重度化防止を視野に入れたプラン、困難ケースの処遇等に関し、居宅の悩みどころを具体的に検討する会を設けるきっかけとする。 ②第二層協議体、地域ケア個別会議等への参加を促す ③地域課題を探り検討し、ケアマネジメントの標準化に役立てる	・介護支援専門員の資質向上(ケアマネジメント力) ・包括と居宅が課題解決に向けて共通認識を持つことができ、個別の課題から同様なケースが他の地域にもあてはまるのでは？という、地域を意識することに繋がる。 ・地域課題に対し、介護保険サービスだけではカバーできない事柄にむけ、各種会議体で検討することにより、社会資源発掘になる。
	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年3回(予定)の地域ケア個別会議を開催し、認知症ケア、家族問題、医療に課題があるケースに対し多職種でその対処方法について検討する。 ②自立支援・重度化防止等に資する観点での地域ケア個別会議に参加、若しくは事例提出することでケアプランの検証はじめ自立に関する阻害要因を検討する。 また、それを行うことで地域の介護支援専門員と包括が共にレベルアップが図れる。	在宅支援における社会資源の検討、発掘などにつながる。
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ているために、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。	認知症地域支援推進員を中心に、 ①介護支援専門員に対し、行方不明になった方に対するマニュアルの周知 ②脳と健康教室の関係者と情報共有をし、対象者のフォローアップを行う ③認知症初期集中支援チームの利用 ④児童や自治会等含め、幅広く認知症サポーター養成講座を年2回開催予定。本村小学校で11月に養成講座を開催予定。その他、依頼のあった自治会・小学校で開催予定 また、ステップアップ講座を開催し、チームオレンジ等を視野に入れ、一歩踏み込んだ活動へ参加できる体制の構築を図る	認知症になっても、住み慣れた地域で、安心して住み続けることができる。
	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。	①認知所のご家族・介護支援専門員に対し、行方不明高齢者等事前登録者制度の周知を図る。 ②必要な高齢者にもまもりキーホルダーを配布すると共に、認知症カフェ・つづじ会・認知症の冊子等、介護支援専門員にも周知を図る ③介護支援専門員からの相談も多い分野であることから、医療との連携強化に務める。 ④認知症サポーター養成講座の年2回の開催を予定	認知症の理解をすすめることで当事者、その家族、地域住民が安心して過ごせる地域づくりができる。

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市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する。連絡会を通じて認知症や高齢者虐待、地域で気になる方や家族に気付くポイント等に関する知識の普及・啓発を図る ②事業についての周知・制度利用のしやすさを目指し、地域の会議や集まり・総合相談、あんしん生活調査等で説明する場を増やしていく ③地域の介護支援専門員にも説明の機会を設け、担当していた利用者の逝去や入所・入院で一人になるのが心配な配偶者に対し、介護申請を勧めるのではなく当事業の利用も検討されるよう周知していく ④対象者の状況把握やみまもり状況の把握を行う ⑤新規参加者を10名ほどと考え、広報活動を行う	ネットワークを通じて心配な高齢者の早期発見につながる。 また、地域で高齢者が安心して生活できる。
	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労を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	奇数月(年6回)につづじ会(認知症介護者家族会)を開催する。 相談対象者、介護支援専門員につづじ会(認知症介護者家族会)の開催状況を伝え、参加を促ながら、新規参加者を募る。新規参加者は5名ほどで予定。	認知症のご本人、家族、地域の人たちが気軽に集い、悩みを共有し合いながら、専門職に相談もできる場所となる。また、認知症の本人が安心して過ごせる場、できることを再発見し自分らしさを取り戻せる場、認知症本人、ボランティアが生きがいを持って活躍できる場となる。
	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福祉用具・住宅改修に関する相談・情報提供の実施 ②福祉用具・住宅改修に関する助言 ③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	疾病や骨折等により状態の変化があっても、住み慣れた家で安心して生活を継続できる
(生活支援体制整備備前事業)	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ト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の提供主体の紹介 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地域の社会資源の確認及び、内容の更新。 ②あんしん生活調査・第二層協議体、その他の事業において、地域住民のニーズ、地域課題を把握する。 ③地域で活躍している高齢者、事業主体等との協働等を検討し、支援ニーズに繋げる。 ④新たな組織の立ち上げ支援。	・現在の社会資源・活動を確認し、コロナ禍での再開に向けたサポートをする。 ・新たな組織をサポートすることで、地域住民のニーズに応えた参加しやすい組織が形成される。
	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。	①H31年度にあんしん生活調査を実施した下里地域を対象に第二層協議体を開催する。 ②地域ケア個別会議に参加し、把握した課題を地域ケア会議等の会議体へ繋げ、解決の方法を検討する。(今年度は訪問介護事業所とタイアップし、家事レベルアップ教室(家事サポート支援)の開催を検討する)	・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進 ・元気なときから切れ目のない介護予防の取り組み継続の促し ・生きがいと役割づくりによる互助の推進
	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、その他事業等から、地域で活躍できる人材を発掘する。 ②発掘した人材に適した事業、新事業等のマッチングサポート。	・担い手となる新たな人材を見出し、現状の活動への参加、新たな活動支援を行うことで、地域の状況に応じた支え合いの体制ができる。
	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。	R2年度にあんしん生活調査を実施した滝山地域を対象に第二層協議体を開催し、課題の抽出、解決を図る。 高齢化がすすむ滝山地域においてはR2年度からR4年度の3年をかけ、あんしん調査を実施。地域課題を探り、関係者と意見交換を行い、住みよい街づくりを協議していきたい。	・滝山地区を長期的に調査等がかかわることで、地域の特色・課題を把握し、住民と協働での街づくりを行う。
	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。	①R2年度にあんしん生活調査を実施した滝山地域を対象に第二層協議体を開催し、課題の抽出、解決を図る。滝山病院の建て替え等を踏まえ、地域づくりを検討する。 ②地域ケア個別会議に参加し、把握した課題を地域ケア会議等の会議体へ繋げ、解決の方法を検討する。(今年度は訪問介護事業所とタイアップし、家事レベルアップ教室(家事サポート支援)の開催を検討する) ③自主グループ・地域センター等を回り、新しい情報の把握に努め更新を行う	・医療機関の改修に合わせ、新たな住民の期待に応じた地域づくりが行える。 ・また既存の自主グループや新たなグループの活動も併せ、地域住民が安心して生活ができる地域となる

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	業務遂行にあたっての職員体制の構築	①条例、契約にそつた人員配置、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適正な人員配置 ②各職種がそれぞれの専門性を生かし、各事業を遂行する。 ③情報共有をし、相互にカバーをしながら各業務を遂行する。 ④西部エリアの高齢者人口・高齢化率の増加に伴い、事業計画を考慮した職員の増加を行う。	各事業が適切に遂行されることで、地域住民のより良い生活へと反映される。
	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。	専門性を踏まえ、複数担当で臨める体制を作る。	チームアプローチで臨むことを意識し、個人に過度の負担がかからないよう、各職種の専門性を活かした対応を学び、実践にうつす。
	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。	①認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、推進員等を増やす ②虐待対応を行ってない職員に対し、虐待研修を受講させる ③西部エリア・包括所内で認知症キャラバンメイトの受講を勧め、キャラバンメイトの人数を増やす ④虐待や困難ケースに関しては職員複数対応できる体制を取る。	専門性・対応力の向上、強化。