

令和2年度事業計画

東部地域包括支援センター

中部地域包括支援センター

西部地域包括支援センター

令和2年6月25日

令和2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

毎日ミーティングを行い、全員がケースについて把握、検討を行い、早急に対応していく。

→東部包括2か所でズームを使用、お互いのケースについて報告、検討を行う。

職員1人への負担を考え、困難・虐待ケースは、基本2人体制で行う。

2. 今年度重点的に取り組む事業

① 権利擁護事業 :高齢者虐待の防止と養護者の支援

〈課題〉

虐待ケースを個人で抱え込み、他の職員が把握出来ない。

〈理由〉

ケースが滞り、方向性が決まらず、終結にならないでいる為。

〈計画の概要〉

週1回、ミーティングにて確認を行い、担当はケースの進捗状況を報告する。

② 包括的・継続的ケアマネジメント事業 :介護支援専門員に対する個別支援

〈課題〉

特定事業所加算を取っている事業所の管理者からの支援困難ケースの相談が少ない。

〈理由〉

事業所内でケースの相談が出来ていない。

CMがアセスメントと支援出来ないことに気付いていない。

〈計画の概要〉

特定事業所加算を取っている事業所と取っていない事業所と分けて、ケアマネサロンにてケアマネ支援を行っていく。

◆2020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
ケアマネ介護予防	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. 包括内での介護予防・フレイル予防の理解を促す。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をする 2. 利用者へ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. 看護師を中心に利用者に対して、介護保険申請、支援強化型、一般介護予防事業につなぐ適切なスクリーニングをおこなう。今年度の支援強化型利用者は、10名達成することを目指す。	1. 包括職員が介護予防・フレイル予防の必要性を理解し、本人の意向を大切にしながら介護予防に基づくプランが立案できる 2. 利用者の介護予防の意識が高まる 3. 利用者にとって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、自立した生活が継続できる
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. 包括月報を活用、総合相談から地域診断を行う。 2. 地域診断から、地域特性や潜在的ニーズの把握に努めると共に民生委員、自治会、地域住民からの情報収集や情報共有を行い「顔の見える関係作り」に取り組む。 3. 集いの場、防災訓練(第2小学校・神宝小学校)などに参加、包括支援センターの役割、目指すものを広い世代に伝える。	地域住民と関係者が同様の意識を持ち、継続的な見守りができるようになると共に、更なる問題の発生を防止するため、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. あんしん調査をUR上の原6～10号棟、上の原2丁目氷川台1丁目目で実施。 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(自治会含む)にフィードバック、来年度の2層協議体会議に繋げ、課題の解決策の検討を行う。	早期に問題のある高齢者を把握できると共に新たな議題に対して地域住民と共に検討、高齢者が安心して生活できる地域作りが出来る。
	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高齢者、家族、地域住民、関係者の情報をもとに迅速に必要なかつ適切な支援をおこなう。 ②総合相談支援が複雑化かつ広範囲化、支援困難とされる継続支援ケースが増えてきており、総合相談受付票をもとに偏りなく担当を決め迅速に関係機関や制度利用につなげ支援できるようにする。 ③担当者のみで判断し進めるのではなく、進捗状況を報告し包括全員で毎日ミーティングを行い共有していく。	①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。 ②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地域のケアマネへ成年後見制度の啓蒙を行う。	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。
	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)の期日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。

◆2020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	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警察署および生活文化課と連携し、地域の消費者被害に関する連携を強める。 ②社会状況を踏まえた情報の共有や、地域の自治会等で消費者被害の防止の出前講座を企画・開催する。 ③消費者被害防止と成年後見制度の活用についての研修を開催する。	消費者被害の具体例を地域に周知することで被害の防止につながる。 地域に相談機関を紹介することで気軽に相談しやすい関係性を築くことができる。
ケアマネジメント 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センター職員が中核となり、連携協働する ②介護支援専門員、医療、地域の関係機関の連携、在宅・施設の連携など地域において多職種協働・連携を行う ③介護支援専門員に対する支援については、主任介護支援専門員がいる特定事業所加算をとっている事業所と主任介護支援専門員のない事業所と分けて支援を行っていく。 ④ケアマネサロンを通じ、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主任介護支援専門員に相談・指導できる体制を構築するとともに、主任介護支援専門員と包括が困難ケースの連携が取れる体制づくりを行なう。主任介護支援専門員のない事業所については困難に感じているケースを包括の主任介護支援専門員に相談できるようにケアマネサロンでの相談体験を通じ周知徹底していく。	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共同などにより連携し、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。
	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、ケアマネ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ケアマネ懇談会を実施。今年度は2回(秋・冬)開催予定。懇談会が開催出来ない現状に対しては瓦版を発行し情報交換等支援を行う。	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。
	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介護支援専門員からの相談が少ない現状に対して、毎月事業所をケアマネサロンとして廻り認知症の個別相談を受け支援を行う。 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。	地域の介護支援専門員が意識し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、介護支援専門員の困難事例の共通課題より地域ケアマネ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。
	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前年度あんしん調査を行った高齢化率の高い上の原のケースで地域ケア個別会議を開催する予定。 ②地域ケア個別会議の事例から地域の課題を把握し生活支援コーディネーターを中心に地域課題の解決につながる社会資源の開発を行う。今年度は上の原地域で地域ケア個別会議を開催し、見守られる必要性についての共通課題を把握し見守る側と見守られる側をマッチングさせた会を作っていく予定。	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、資源開発につながる事ができる。

◆2020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	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。	認知症地域支援推進員が中心となり以下の活動を行う 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ケアマネの困りごと解決を図っていく。年間5件の新規相談を行う。 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できるよう、情報提供などケアマネジャーとの連携強化を毎月行う。	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。	認知症地域支援推進員が中心となり以下の活動を行う 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お伝えする。 ②学校や職場、地域の集まりで認知症サポーター養成を行い、幅広い世代に認知症を知ってもらう機会を年間3回以上持つ。 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、新規に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、ケアマネに行っていく。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みまもりネットワーク連絡会を開催し、協力員同士の交流・情報共有・学習の機会を設ける。 ②昨年あんしん調査を実施した上の原地区を中心に、独居世帯のネットワーク事業の紹介を行う。 ③関係機関との連携、実態調査、地域の集まり等を活用し、地域住民に啓発活動を行う。 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、知識の習得、顔の見える関係づくりが図れる。 高齢者の孤立・不安の緩和、異変の早期発見・介入。 介入困難な地域住民に対して関わりを持てる可能性を広げるとともに、事業について広く住民に知ってもらい、住民同士の緩やかな見守りの促進を図る。
	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。	①認知症家族会を開催(7.9,11,1.3月に実施)。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(7.1月)。 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支給申請に係る理由書等の作成を行う。 ③事業所選定の際は複数の事業所を紹介し、住宅改修については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、安全に自宅での生活を続けていくことができる。

◆2020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最低6箇所増やす。 ②住民の方々に配布できる資源マップを作成し、住民の方々が適宜、情報を得る機会を広げる。 ③あんしん調査の際にとっているアンケート、地域個別ケア会議、地域活動への訪問を通して、地域でどのような困り事が多いのか、どんな事が必要なのかを把握・分析する。その上で、支援ニーズに即した既存サービスとのマッチングを図る。支援ニーズに即したサービスが不足しているようであれば、協議体会議を活用して、住民の方々、関係機関と共に立ち上げていく。 ④第2層協議体会議等に多様な事業主体に参加してもらい、関係者間のネットワーク構築を図る。 ⑤適宜訪問・状況確認・情報提供等を通して、既存の地域活動の維持のための支援を行う。	①通いの場の選択肢を増やすことで、より多くの住民の方々がニーズに合った通いの場を選択することができるようになる。 ②住民の方々が地域資源の情報を得る機会を持つことで、社会促進につながっていく。又、生活する上で安心感を持つことができるようになる。 ③高齢者の方々が住み慣れた地域で安心して生活を送りつづけることができる。 ④多様な事業主体が地域づくりに関わることで、生活支援・介護予防サービスの充実を図ることができる。 ⑤地域住民による活動の円滑な継続・存続が図れる。
	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。	①自治会等と連携して、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。 ②昨年度、新川町で実施した第2層協議体会議で、近隣の方と交流するきっかけがなくて困っている高齢者の方(特に男性)が地域の中にいるという課題が挙がったので、新川町地域の周辺で活動して、高齢者の方(特に男性)が楽しみながら参加できる団体(趣味活動等)の見える化を行った。2小の防災訓練等で、その見える化したものを周知し、高齢者の方(男性)の社会参加を促していく。 新川町地域の周辺で行っている活動(趣味活動等)の見える化を行ったので、その見える化したものを周知していく。 ③必要に応じて、地域個別ケア会議で挙がった課題を第2層協議体会議に挙げ、住民の方々、関係機関と共にその課題の解決策を検討し、実施していく。	①住民の方1人、1人が介護予防、見守りに関する関心を高め、できることを取り組めるようになる。 ②より多くの住民の方(特に男性)が社会参加するきっかけになり、生きがいや介護予防につながっていく。 ③高齢者の方々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できるようになる。
	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。	上の原地区で脳トレの自主グループを、通いの場のない地域で介護予防・見守りができる拠点を作れるように支援していく。又、既存の自主グループの中には、体操の首頭をとれる方が不足しているグループがあるので、その課題解決を図っていく。その為に、以下の方法で担い手の方を発掘し、活動の場につなげていく。 ①市の介護予防事業、認知症サポーター養成講座等を通じ、体操、脳トレ等の自主グループ、認知症カフェ等で役割を持って活動する方(体操の首頭をとる方、会計係等)を発掘していく。 ②地域活動の訪問を通して、地域住民について情報収集、把握を行い、人材発掘に努める。 ③担い手の方々それぞれが持っている力を発揮できるように、既存の活動の場へのマッチングを図ったり、新たな活動の場を一緒に検討していく。	担い手を養成することで、より多くの住民の方が社会参加することになり、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2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、第2層協議体会議を年度内2回実施する。その会議で、あんしん調査の地区診断やアンケートから抽出された地域課題、住民の方から挙がった地域課題、地域個別ケア会議で挙がった課題等を挙げ、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。	第2層協議体会議を開催し、その地域ならではの助け合い・支え合いの仕組みをつくることで、高齢者の方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるようになる。又、様々な関係機関とのネットワークの構築ができるようになる。

◆2020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 生活支援センター)	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を通して、地域課題を把握する。 その課題解決をするために、既存の資源との調整を図ったり、第2層協議体会議を活用していく。 ②住民の方1人、1人が役割を持って地域活動に参加したり、地域活動の運営における困り事を、活動メンバーで解決できるよう、支援していく。 ③地域活動への訪問、第2層協議体会議、あんしん調査等を通して、地域ニーズ、既存の地域資源の情報を把握する。その情報の見える化を行い、住民の方々やケアマネジャー等に周知していく。	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できるようになる。 ②住民の方1人、1人が役割を持って、地域活動に参加することで、生きがいや介護予防につながる。又、地域活動の運営における困り事を、活動メンバーで解決できるようになることで、グループの力が高まったり、支え合いの強化につながっていく。 ③社会促進につながっていく。
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非常勤職員含め、職員全体で包括業務を理解、必要時は研修等を行う。	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。
	職員体制の見直し(担当分け)	①各職種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。 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。	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。

令和2年6月8日

令和2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

可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる様、医療、介護、福祉のサービスを一体的に提供し、全ての世代で支え・支えられる地域を作ることが重要であるとする。その為には介護保険サービスだけでなく、多様な社会資源を本人・家族が活用できる様に関係機関や地域と連携を図っていくと共に、社会資源や生活支援の担い手を発掘および養成し、地域住民が社会的な役割を担うことで、介護予防や生きがいにつながる様に支援していきたい。

また、相談件数の増加に伴い、困難・虐待ケースの件数も増加している。地域の住民にとってワンストップの相談窓口機能を果たす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様、センターの体制を整備していきたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業

①総合相談事業・みまもりネットワーク事業

<課題>

地域における人のつながりの希薄化や近所づきあいの減少によって、高齢者の孤立の問題が顕在化しているが、地域の現状についての情報提供・考える機会が設けられていない為、地域住民に困りごとが認識されていない。

<理由>

自治会や老人会等と直接接し、意見交換する機会や仕組みが少ない。各種関係機関と十分に連携できていない。

<計画の概要>

年2回(予定)の地域ケア推進会議で地域の現状や課題を把握し、地域住民と課題を共有する。年2回(予定)のみまもり連絡会の他、適宜必要に応じてみまもり協力員やみまもり協力機関等との情報交換の場を設ける。多様な活動主体が連携し、地域全体で見守りができる様、みまもりのネットワークを整備する。住民や関係機関が顔見知りになることで、緩やかな見守りにつなげていく。

②認知症地域支援・ケア向上事業

<課題>

エリア内にある2カ所の認知症カフェ（シャロームカフェ、つなぐカフェ笑顔）が機能していない。

<理由>

スタッフの負担が大きく休止中のグループ（シャロームカフェ）や創設当時の担当者が異動となり求心力を失いモチベーションの低下が見られるグループ（つなぐカフェ笑顔）があり、当初の計画通りに運営が継続できなかった。

<計画の概要>

運営者自らが考え、適切な解決方法を模索していける様、定期的にミーティングを重ね、方向性の確認をする。運営に協力していただける地域住民を募る手伝いや、近隣の自治会・老人会・民生委員等、地域の中で要となる方との橋渡しを行ない、カフェの継続を支えていく。

以上

◆2020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 介護 予防 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"> ・介護予防事業において各事業の募集をする際、定員の8割以上の参加となる様、地域住民の集まり等に出向き、市報やチラシ等の配布活動を早期の段階から行っていく。また、年間スケジュールを定期的に市民向けに告知し、介護予防事業のスケジュールと募集期間を周知する。 ・新規相談や地域住民の集まり等において基本チェックリストを活用しながらフレイル状態の高齢者を早期に発見し、個々の状態に適した介護事業につなげる。介護予防・生活支援サービスの利用者については7名を目標とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早期に募集を行なうことにより、住民がスケジュールの調整をしやすくなり、参加人数の増加も期待できる。 ・定期的にお知らせしていくことにより、情報を見落としていた方へのリマインド効果が期待できる。 ・地域の高齢者のフレイルを予防し重度化を防止することができる。
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	<ul style="list-style-type: none"> ①地域の関係者の集まりや行事等に参加し、情報交換や意見交換をすることで、本当地域の方々が望まれていることは何なのか、地域の特性、地域の強みや弱みなどを把握し、新たな資源の発見や地域内の細かな情報を地域住民同士で共有する。また、あんしん生活調査を実施し、地域課題や地域特性を整理、視覚化し、地域生活課題を洗い出す。 ②地域包括支援センターの役割を伝え、日頃からネットワークの形成に努めると共に、関係者同士、社会資源同士をつなげていくハブとしての役割を担う。 	<ul style="list-style-type: none"> ①地域をより良くしたい、地域のために自分達は何ができるかという思いが生まれる。住民自身が自らの強みに気付くことができる。 ②地域住民がそれぞれの自主性を引き出すことで一人ひとりが地域福祉の担い手となる。関係者のネットワークが機能することで、地域の「福祉力」が高まり、みまもりから支援、そして予防へと包括的な対応が可能となる。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ①民生委員、自治会長、地域住民の集まりや行事に参加することで「顔の見える関係」を作り、小さなことでも気軽に相談ができるような地域の「よろず相談所」を目指す。 ②自主サークル、老人クラブ、自治会等に定期的に参加し、情報収集を行ない、包括支援センターの理解促進の為の周知活動も併せて行う。 ③幸町2、3丁目(予定)において「あんしん生活調査」を実施する。 ④気軽に相談ができるような相談所を目指し、当事者、家族、近隣者に寄り添った支援を行なう。 	<ul style="list-style-type: none"> ①②早期発見・早期対応が可能になり、小さな芽のうちに摘んでおくことで、問題の複雑多様化を防ぐことができる。 ③高齢者やその家族と直接接することで、細やかな生活ニーズの把握が行いやすくなり、地域の担い手をスカウトする機会としても活用できる。 ④当事者、家族、近隣者の心情を理解し、寄り添った対応ができる。
	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。	<ul style="list-style-type: none"> ①緊急性の有無の判断を常に意識した上で、当事者、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。 ②各専門職の特性や専門性が発揮できる様、職員を増員し、適切に担当の配置をした上で問題の解決に向けた取り組みを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。継続的に信頼して相談できる拠点(地域包括支援センター)があることを地域住民が知ることで、住み慣れた地域で最後まで安心して生活することができる。
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の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	<ul style="list-style-type: none"> ①②医療面や生活機能面の情報を収集し、認知症疾患センター等の受診の案内、社協との連携で相談対応と手続きを支援する。また、対応が後に回らぬ様、見通しを立てながら早めの対応を意識する。 ③④⑤申立ての諸手続き、医療機関、市役所等の機関との連携等、事務手続きを案内する。診断書の発行手続きがスムーズにいくなれば、医師の協力を仰ぐ。 ⑥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し、地域住民には相談過程の中でパンフレット等を使用しながら制度を説明する。 	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし高齢者、または、その家族にとって包括が制度利用までの伴走者として安心して利用できる。 成年後見制度推進機関検討委員会への参加で見聞を広め、後見人候補者と連携できる。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ①②措置対象者が出た場合は市と連携し適切に対応する。 ③過去に措置を行った対象者および養護者の状況把握、支援の報告を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 市で行った措置に対しての継続的な確認を行うことにより、高齢者の生命保護、尊厳の趣旨に沿った支援が適切に行われていることを確認できる。 虐待事例では高齢者だけでなく養護者の支援もすることで、双方共に安心してその人らしく生活を送ることができる様になる。

◆2020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	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。	①②虐待対進捗会議(年2回)と虐待事例検討会(年2回)を有効に活用して進行管理と困難事例の解決を図る。 ③虐待事例様式8の書式を基に、コアメンバー会議およびケース会議で立てられた行動目標に従って内容と期間が適切に進行できる様、スケジュール管理を行う。諸事情で内容と期間に無理が生じた場合は市と協議の上「内容と期間」を変更する様、適切に対応する。	包括内部で虐待事例に対するの対応力、解決力が向上する。個々の担当者が抱え込まず、解決に至る方をチームとして考えられるようになる。目標期間を徒過するのではなく、必要に応じて内容と期間を変更し柔軟に対応できる。
	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 i 家庭内の重層的な問題、ii セルフネグレクトや支援受け入れの拒否事例について、所内で重点的に検討する。 ② 困難事例については所内3職種で課題分析した上で、事態を前進させるべく対応を検討する。さらに対応で困ったケースについては毎月の社会福祉士連絡会に提出し、広く意見を求めながら解決へつなげる。	包括内部で困難ケースに対するの対応力、解決力が向上する。社会福祉士連絡会で対応を検討することにより広域の資源情報に触れることができ、発想の転換を期待できる。
	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警察署や消費者センターからの情報を把握し、被害拡大を防止する。 ②③地域情報をみまもり連絡会やケアマネ地区懇談会等で民生委員や地域事業所に適切に伝え、市役所と関係機関との連携役となる。	消費者被害を未然に防ぐことができる。また起こってしまった被害に対して再発を防止できる。市のみまもり制度と併せて有機的な対応ができる。
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。	高齢者、介護支援専門員、主治医、関係者、地域住民が介護予防・重度化防止の視点と連携の必要性の意識を持つための啓発活動と実際の連携支援を行う。 ・ケアマネ地区懇談会 年3回(予定) ・地域ケア個別会議 年3回(予定) ・生活支援コーディネーターとの協働による地域への働きかけ。自主グループでの啓発活動。	要介護状態になる前から住み慣れた地域での生活の継続について地域全体で考えることができ、地域で高齢者を支えるという意識をケアマネと地域住民が共有できる。
	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。	・ケアマネ地区懇談会(年3回(予定))での情報交換。 ・新しい生活様式が求められる中、「包括・在宅かわら版(随時)」等のメールやファックスを使った情報発信や情報収集、意見交換を行なう。	ケアマネ同士や包括とのネットワーク強化により、ケアマネの業務への不安が解消でき、マネジメント技術の向上が期待できる。
	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) ケアマネ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。 ・ケアマネ地区懇談会(年3回(予定))を実施し、事例検討会、勉強会を行う。事業所ごとの参加人数を絞る。参加対象者を限定する(経験年数、困難事例担当CM等)等、新しい生活様式における対策方法を検討し、少人数でも成果が得られる工夫をする。 2) ケアマネから相談のあった困難事例について、週1回のミーティングでセンター内で情報共有と支援方針の検討を行い、ケアマネにフィードバックすると共に関係機関との連携調整などの支援を行う。 3) 随時の相談やネットワークによる情報収集からケアマネの共通の課題を抽出し、ケアマネ地区懇談会での勉強会のテーマの設定、第二層での社会資源の活用についての話し合いに繋げる。	1) ケアマネの相談先としての包括の位置づけが明確になり、ケアマネが働きやすさを実感することができ、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。対象を絞ることにより、ケアマネが自分に必要な知識について積極的に学ぶ意欲を持つことが期待できる。 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) ケアマネと包括が課題についての共通認識をもつことができ、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年3回(予定)の地域ケア個別会議を開催。医療的ケア、認知症ケア、家族問題等、在宅が困難となる要因とその対処法について検討する。 年6回(予定)介護予防地域ケア個別会議での事例提出と参加。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、地域ケア推進会議(第二層協議体)で検討する。年2回。	在宅継続に必要なものや重度化防止の阻害要因が明らかになることにより、必要な社会資源(制度、施設、サービス等)について考えることができる。住民と地域の課題を共有し、協働していく体制の形成が期待できる。

◆2020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
認知症地域支援・ケア向上	関係機関や関係者との	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1回、地域や企業から要望があればその都度計画、小学生を対象とした養成講座を1回(五小)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(1回)卒業生から具体的活動につながる人を5名を目標。PRステッカーの配布目標5件。 ②前田病院との日頃からの連携と認知症カフェ実施時の協力。山田病院はじめ精神病院や認知症対応療養型病院との連携や情報収集。	認知症カフェが地域に根ざすことで、認知症高齢者の通える場ができる。 年齢や立場に関係なく、認知症サポーターを増やすことで認知症の理解が進み、地域でのみまもりの目が増える。 前田病院との連携強化により、初期段階から治療～介護申請につなげることができる。
	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。	行方不明高齢者等事前登録制度・見守りキーホルダー・オレンジヘルプカードを市民・ケアマネジャーへ周知し登録者10名を目標とする。 認知症の初期段階だけでなく、どの段階でも医療との接触が無い場合は初期集中医療チームにつなげ支援する。 ケアマネ支援において認知症により困難化している場合に医療との連携がスムーズに行われるよう支援する。	公的機関・医療・介護関係者、特にケアマネジャーと連携し、認知症の初期段階から支援することでBPSDの深刻化・事故・利用者と家族の孤立化を防ぐことができる。
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。	・年2回(予定)の連絡会の他、適宜必要に応じて情報交換の場を検討し柔軟に対応していく。 7月は書面開催。11月は対面式を予定する。内容は新しい生活様式の中での見守りの形をアンケート形式で確認し、新聞事業所や配食事業所を交えた開催とする。11月連絡会の内容は7月の内容を踏まえて決める。 ・介護サービス事業者を含めたみまもりネットワーク、連絡網を構築し初動態勢の強化を図る。	・年2回(予定)の連絡会以外に適宜必要に応じて情報交換を行う事でみまもりネットワーク協力員との信頼関係の再構築、強化が期待できる。 ・介護保険サービス事業者等との情報交換を定期的に行うことにより地域やその地域に生活する住民の変化に早期に気が付くことができる。
	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。	家族会を2カ月に1回開催する。 家族会への参加が物理的に難しい方への働きかけや、新しい生活様式での連携の方法(SNSの活用や文書での情報発信等)を検討する。	介護者の精神的負担の軽減が期待できる。 必要な社会資源について考えることができる。
	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	・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。 ・住宅改修業者の適正な選択ができる様、複数の事業所を提案する。	本人の症状に合わせた環境を作ることで、安心して在宅生活を送ることができる。

◆2020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	・各自主サークルリーダー、連絡係等とはリーダーの会以外にも地区センター等で定期的に意見交換を行い(年に2、3回の開催を目標)、情報の見える化、問題提起を行っていく。 ・ネットワーク構築にあたってはツール(電話、メール、チラシ等)を工夫し、関係強化に努める。 ・介護予防に関する情報等を適時伝える為、メール等のツールを有効に活用する。 ・既存のグループについては必要時、新規や新たに関わりを持ったグループについては月1回以上の頻度で支援していく。	・電話や直接訪問でのコミュニケーション以外(メール等)も積極的に活用していくことで忌憚のない意見を交わすことができ、相手の都合に合わせた時間での対応が可能となる。 ・定期的に連絡を取り合う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ているために、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、具体的な方策を実現化する。	・クリニックや薬局に直接訪問したり、電話やメールで連絡を取ることで、連携の強化および情報の共有化を図る。 ・関係者各機関とは必要に応じて意見交換を行い、必要なサービス、必要な事業に繋げていく。 ・電話やメールを活用することで顔の見える関係作りを強化し、何でも言い合える関係を作る。	・クリニックや薬局等との情報の共有が強化できることにより住民に対して適宜必要な情報を提供しやすい。 ・各関係機関との定期的な意見交換を行うことにより地域ケア個別会議、地域ケア会議等が出た課題等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し、生活支援の担い手の発掘、支え合いの仕組み、地域ネットワークを構築する。 ・担当エリア8地区のそれぞれから1名以上の生活支援の担い手を確保できる様、各自治会や自主グループ等とは電話やメールを活用し、情報の発信を促し、困りごとを聞きながら関係を深めていく。	・地域を知る方との連携強化により、具体的に必要なサービスや情報の提供を受けやすい。 ・一方的な関係ではなく情報の適時的確なやりとりによって地域に住む高齢者に生きがいを持っていただける機会が増える。
	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ているために、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(年2回以上)を実施し、住みやすい街づくりに向けた意見交換を行っていく。 ・適宜、必要なサービス、問題を関係者で協議体を開催していく。 ・既存の団体、グループなどへのコミュニケーションを強化して、必要な資源の発掘、創設に努めていく。 ・情報の少ない地区(前沢1〜3丁目)などについてニーズの把握等に努めていく。	・適宜、必要なサービス、問題について協議体を開催することによって住民主体の意識を強化できる。 ・情報の発信力が少ない地域を再確認することにより社会資源の発掘、創設や問題解決に向けた支援がしやすくなる。
	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。	・地域ケア個別会議に参加し、地域の課題を把握、協議体につなげる。 ・情報格差が生じない様、積極的に対象者に合った情報発信の仕方(チラシ・電話・メール等)を考え、介護予防の推進に努める。 ・住民が活動している場所へ訪問を行い、問題の共有、資源の把握、情報の提供を行っていく。特にサークルの立ち上げ時や特に支援の必要なグループについては集中的に働きかけを行なう。	・地域ケア個別会議に参加することにより、協議体で地域の課題を検討し、情報共有・連携強化を行うことができる。 ・情報を提供していくことにより住民からの情報を入手しやすくなる。 ・顔の見える関係を築くことにより住民が抱える問題や悩み等を聞き取りやすくなり適切な対処方法を提案しやすくなる。 ・時々により変化する地域課題をタイムリーに抽出しやすくなる。
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、資格要件を満たした人員を配置する。外部研修には職員を積極的に派遣し、伝達研修の充実を図る。 ②守秘義務と個人情報保護の観点を十分に理解し、業務を行なう。	信頼して相談できる拠点(包括支援センター)があることで安心して生活することができる。
	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各職種の専門性、特性を活かした配置を行う。センター長は職員毎の相談ケースを把握し、他の業務内容を見ながら調整を行う。 ②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。	①一部の業務に集中することなく、包括の行うべき業務をバランスよく行うことができる。 ②チームアプローチを行うことで、各々の専門、担当以外の業務の内容、進め方等を学ぶことができる。
	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標準化を図る。	最低でも年1回は研修に参加し、専門知識を習得する。更にその内容を共有する為にセンター内で伝達研修を行う。	研修で得た知識や情報を現場で実践することができる。

令和2年6月8日

令和2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

認知症や介護状態等、どんな状態になったとしても、住み慣れた地域でその人らしく生活ができるような基盤づくりを昨年から引き続き継続して行っていく。しかし、年度末に新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、様々な事業・催事が中止、延期となった。今後は、今までと同様の形で事業の継続をしていくことは困難であり、一から考えを改めないといけな

い。「新しい生活様式」を意識し、その中で何ができるかを模索していく一年となる。この劇的な環境の変化は、高齢者及びその家族、ひいては社会全体にどのような影響をもたらすのか？まずは自粛を行っていた高齢者に実態を調査し、そこから対策を検討したい。また、高齢者の心身の変化はもちろんのこと、高齢者虐待、経済的問題等、高齢者の生活全てに波及すると考えられる。総合相談、高齢者虐待対応等については、より一層の問題の複雑化等が予想されるため、制度や条例、最新情報に留意していくと共に、各関係機関との連携に努めたい。

2. 今年度重点的に取り組む事業

<課題1> 生活支援体制整備事業

前年度、地域ケア個別会議等に出席したり、自分達の相談履歴から「IADLの低下や、未経験であることから家事ができない」ことによる家事支援の介護保険サービス利用が散見された

<理由>

介護保険サービス以外に代替になるものがあまりない

<計画の概要>

訪問介護事業所とタイアップし、訪問介護事業所の持っているノウハウを活かしながら、家事レベルアップ教室の開催を目指す。

<課題2> 権利擁護事業：高齢者虐待の防止と養護者の支援
マニュアルに基づいた次のコア会議や関係者会議の開催がなおざりになっていたり、経過記録や帳票類の提出が遅れがちになっていること

<理由>

訴訟問題に発展した際に、それに耐え得る整備ができていない

<計画の概要>

社会福祉士、センター長を中心に、虐待対応の進捗を管理していく。

- ① 虐待案件が発生後、作成した帳票類を所内で回覧
- ② 社会福祉士が帳票を確認し、進捗管理表に取りまとめていく
帳票通りの動きになっていない場合には、社会福祉士から速やかに対応するよう促す
- ③ 月報作成時、センター長より担当者へ向け、記録の提出を促す

◆2020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
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適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、ケアプランを作成する。 ②利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に繋げるなどバランスよくアプローチしていく。	●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	①滝山5丁目を中心に約300件を対象にあんしん生活調査を実施する。同時にアンケート調査も行うことにより、地域課題、地域特性を把握する。また、支援が必要な高齢者に対し、速やかに相談対応する。②①で得られた情報を分析し、次年度に地域課題を解決できるよう第二層協議体で検討していく。③みまもり協力員、民生委員、自治会等、各地域の関係者から情報を収集する。	●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、成年後見制度初期対応ネットワーク会議に参加し、社会福祉協議会や他機関と情報共有、連携を図る	●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。

◆2020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	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東久留米高齢者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 ③ケアマネ地域懇談会、みまもりネットワーク連絡会等、関係者や市民が集まる機会において、虐待の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。
	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、丁寧且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
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地域の介護支援専門員と関係機関との連携支援 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、地域の連携・協力体制の整備	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。	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。 ●日頃抱える課題、悩み等を解決する場、きっかけとなる。
	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介護支援専門員に対し随時同行訪問し、課題の明確化を行う。専門機関への繋ぎ等、個別の支援を行う ②個別のケアプランの作成技術の指導 ③地域ケア個別会議参加への促し	●介護支援専門員の資質向上。 ●顔の見える相談しやすい関係となる。 ●結果的に高齢者へのサポートへととなり、高齢者の尊厳を保つことにも繋がる。
	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。	①H31年度であんしん生活調査を行った下里地域を対象に第二層協議体を開催する(年3回) ②自立支援・重度化防止等に資する観点での個別会議への参加 ③認知症状に課題のあるケース、在宅療養に課題のあるケース、複合的に課題のあるケースの個別会議の開催	地域における尊厳あるその人らしい主体的な生活の継続を実現することを可能にする。

◆2020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
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脳の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脳トレの自主グループを新たに1ヶ所立ち上げる ④認知症初期集中支援チームの利用(5件/年) ⑤児童や自治会等小さな単位も含め、幅広く認知症サポーター養成講座を開催する。また、ステップアップ講座を開催し、チームオレージ等を視野に入れ、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必要な高齢者にみまもりキーホルダーを配布すると共に、認知症カフェ・つつじ会・介護支援専門員にも周知を図る。	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。
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。	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面を増やしていく 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	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勞を共に分かち合える介護者相互の交流等を促す。	奇数月につつじ会(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つじ会(認知症介護者家族会)の開催状況を伝え、参加を促す。	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

◆2020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)	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。	
	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地域ケア個別会議やに参加し、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)	
	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。	●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 ●元気な時からの切れ目ない介護予防の継続 ●生きがいと役割づくりによる互助の推進
	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。	H31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し、課題の抽出、解決を図る。(前年度、実現できなかった多世代交流の可能性を検討)	
	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。	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地域ケア個別会議やに参加し、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。	
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。	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。	適切な人員配置がされ、適切に業務が遂行されることにより、地域住民の安定した生活を保持することができる。
	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。	専門性を踏まえた担当制とする。	各事業が適切に遂行されることが、地域住民のより良い生活へと反映される。
	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認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チーム研修を受講し、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	専門性・対応力の向上、強化。