

令和7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

1	東部地域包括支援センター	・・・・・・・・	1 ページ ～ 9 ページ
2	中部地域包括支援センター	・・・・・・・・	10 ページ ～ 13 ページ
3	西部地域包括支援センター	・・・・・・・・	14 ページ ～ 17 ページ
4	在宅介護支援センター	・・・・・・・・	18 ページ

今年度の重点課題と具体的な取り組み			
	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み
1	生活支援体制整備事業	第2層協議体がここ数年の間、開催回数が1回となっていて地域課題に関して多職種連携によるアイデア、助言を得られる場面が少なかった。	・「上の原みまもり連絡会」「東部地域センター館内会議」を第2層協議体として位置づけて「上の原みまもり連絡会」では自治会組織等と連携し地域課題に対して協力体制で実施。「東部地域センター館内会議」では館内事業者と連携して専門分野を活かした事業運営を実施。 ・第2層協議体の開催回数を5回以上とする。
2	認知症地域支援・ケア向上業務	既存の認知症カフェへの支援等が生活支援コーディネーター中心となっている。	①地域活動ミーティングを行い、相談員も認知症カフェに参加する。 ②参加する中でカフェの意向を確認し、チームオレンジの設置が可能であれば働きかける。
3	総合相談支援業務	みまもりに関して、連絡会の開催が既定の回数を行えていなかった。 民生委員やみまもり協力員だけではなく、新聞や宅配業者、その他自治会関係など様々な機関と連携していく必要がある。	①みまもりネットワーク連絡会の開催については年2回以上行う。 ②民生委員、協力員のほかに左記みまもり協力機関等に向けて開催していく。

	計画			具体的な取り組み
介護予防ケアマネジメント	基本チェックリストを実施するとともに、事業対象者等に対して介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行う。			①相談時、スクリーニングを行った結果にて支援強化型利用へ繋げる（10人）
				②基本チェックリストを地域活動で行い、点数に該当する人を必要な介護予防事業に繋げる（30人）
				③あんしん生活調査にて介護予防事業や集いの場が必要だと思われる住民に対し紹介する。基本チェックリスト等を活用し、ハイリスクアプローチのきっかけとする。
				④ケアプラン作成において保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づける。
総合相談支援業務	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。	地域におけるネットワークの構築	地域の様々な関係者のネットワークを通じて、高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談や地域ケア会議等を通じて、支援が必要と判断された高齢者を支援するため、地域におけるネットワークを構築する。	1）地域包括支援センターと自治会とのネットワークの構築を進めていき地域包括支援センターのPRの機会としていく。また地域連携の中で高齢者の支援へとつなげていく。⇒自治会等8件 ※⇒令和7年度より、2か月に1回の予定で行われている「上の原連絡会：（東久留米団地自治会、UR上の原、民生委員、地域包括支援センター）を第2層協議体として活用し、会議や連携イベント等に参加。
		実態把握	様々な機関や関係者と連携しながら支援を必要とする高齢者を把握するとともに、あんしん生活調査の実施等により、高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態を把握することで、地域の隠れた課題やニーズを発見し、必要に応じて早期に対応する。	2）地域におけるネットワーク構築の手段として、地域のイベントに参加していく。⇒5件 ※⇒昨年度、地域のイベントに連携協力をしてきたが、主催する側の担い手の大半が高齢者となっていて、マンパワー不足が課題として分かってきた。そのため多世代交流も含めて若い世代が運営に関われるような仕組み等を検討し、マッチングした際にサポートとして入れるようにする。 3）地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員、連絡先、特性等に関する情報をマップまたはリストを市役所発行物等を活用しながら管理する。介護サービス事業者、医療機関、民生委員のいずれの情報も市役所情報提供物等を活用し、逐次最新なもので地域に案内をする。 4）地域包括内相談員と生活支援コーディネーターが連携し相談経路を分析して、高齢者等への支援に支援機関等と連携する。 1）あんしん調査「神宝町」「金山町1丁目」で実施予定。 2）あんしん生活調査となった地域について、地域分析を行い地域課題やニーズについて把握する。また、分析結果をもとに、地域住民、団体等と交流していく機会とする。

	計画			具体的な取り組み
		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	1) 相談者に対して窓口質問票を活用し地域の自主グループや支援強化型を勧め、元の生活に戻るよう支援していく。支援強化型 10件目標 (R6年度7件)
				2) 窓口質問票の利用が相談員により活用が一定ではない現状に対し、利用状況の把握をし徹底できるようにする。改善が必要であれば所内で話し合っていく。
				3) 毎週行っているいるミーティングで新規の事案の緊急性の判断を常に行い迅速に支援する。困難と思われるケースに対しては2人体制で担当し相談しながら適切に支援する。
				4)相談事例のデータまたは紙面を整備し、市と共有しながら終結条件を確認しながら対応する。下記6) 7) のような複合的な課題を持つ困難ケースについては必要に応じて、市への支援を要請し、後方支援を得る。
				5)相談内容を分析して、対応ルールの作成や研修の開催等を行い、職員の実践力向上に活かす。
				6)ヤングケアラー、ダブルケアラー、生活困窮者など、家族に支援が必要な状態にある場合、児童・障害・生活困窮等の行政部門や地域団体等と連携し、早期発見・早期対応に取り組む。
				7)8050問題、ダブルケア、ヤングケアラー、生活困窮、家族に障害がある等、複合的な課題を持つ世帯について、課題を整理してデータや紙面で記録をする。
権利擁護業務	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳ある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行う。	成年後見制度の活用促進	市や専門機関と連携を図り、制度の説明や相談に対応するとともに、適切な介護サービス利用や成年後見制度を活用した支援を行う。	①成年後見制度推進機関と連携しながら年1回以上、地域の集まりの場等で成年後見制度説明会を開催し制度の周知に努める。
				②成年後見制度をすべてのセンター職員が理解・共有ができ、適切な相談・支援につなげる。
				③権利擁護に関する困難ケースについて、必要に合わせ適時権利擁護に関する支援検討会議（困難事例の検討）を活用する。
		老人福祉施設等への措置の支援	高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法上の措置が必要な場合、市と連携して支援を行う。また、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。	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、速やかに市へ報告、対応を協議する。
				③措置実施前後の心理的支援、養護者支援を行う。

	計画			具体的な取り組み
		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	1) 虐待ケースに対して専門職2名で担当し、対応する。1週間に1回ミーティングで進捗管理を行う。
				2) 月に1回以上、定期的にコア会議を実施し、進捗管理を行う。
				3) 虐待通報の情報源として大きな役割を担っている介護支援専門員から気軽に相談・通報してもらえる協力関係を作る。虐待の兆候がみられる場合はどんな些細な内容でも即時報告してもらうよう、日頃の交流や懇談会等を通じ呼びかける。
				4) 虐待対応の応用研修等に随時参加し、包括職員としての対応力・資質向上に努める。
	困難事例への対応	重層的な課題を抱える世帯や高齢者が支援を拒否している場合など、実態を把握し、包括の専門職が連携して対応する。		1) 困難ケースに対して2名（専門職種が入る）で担当し対応。
				2) 週1回相談員ミーティングを行い、課題、対応を検討。また進捗状況も確認する。
				3) 包括内では対応しきれない困難ケースは地域ケア個別会議に繋ぎ専門職の意見をもらい検討していく。
	消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要な支援を行う。		1) 消費者被害に関する情報を、民生委員、介護支援専門員、ホームヘルパー等へ提供する（民生委員は必須）。その取組内容に関する記録を整備する。各自治会や地域の活動の場にて消費者被害に関する講座などを実施し、消費者被害防止に繋げていく。地域で情報収集、提供を行う。
				2) 消費者被害に関する相談内容について、消費生活センターや田無警察棟と連携のもと適切に対応し、その記録をデータまたは紙面で整備する。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域の高齢者等が、住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。	包括的・継続的なケア体制の構築	地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関等との連携体制を構築し、介護支援専門員との連携を支援する。	1) 支援困難事例に対し関係機関と連携しながら介護支援専門員とともに支援を行う。支援の中で介護支援専門員の課題も把握する
				2) 隔月開催の居宅介護支援事業所管理者会に参加し情報共有する。
				3) 介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者（医療機関や地域における様々な社会資源等）との意見交換の場を設ける。

	計画			具体的な取り組み
		地域における介護支援専門員のネットワーク活用	情報交換等を行う機会を設けることで、介護支援専門員のネットワークの構築を図る。	1) 年1回ケアマネサロンを開催し東部地域の介護支援専門員と情報交換を行う。 2) ケアマネ地区懇談会を年2回開催。1回はケアマネサロンで得たアンケート・支援の中で得た課題に対してテーマを決め開催。もう1回は3包括・ランチでテーマを話し合い秋頃に合同で開催予定。 3)市から共有される担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ（事業所ごとの主任介護支援専門員、介護支援専門員の人数等）を把握する。
		介護支援専門員に対する支援	介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談へ対応するとともに、介護支援専門員のスキルアップを図る観点から、関係機関とも連携し、情報提供や研修会等を実施する。 また、地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針の検討や助言等を行う。	1) 介護支援専門員からの相談に対し随時対応。受けた相談内容を整理・分類・件数を把握したうえで、研修会、事例検討会、地域ケア会議等を開催する。 2) 主任介護支援専門員でケアプラン点検を行い介護支援専門員のスキルアップにつなげる。 3) 有志の主任介護支援専門員とスキルアップを目的とした介護支援専門員向けの勉強会を開催。 4) 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催する。
	認知症地域支援・ケア向上業務	地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上	認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るための事業を行う。 また、地域で認知症の人をみまもり支える体制を構築する。	①自治会、自主グループ、認知症カフェ、民生委員など様々な機関と関係性を作り、認知症の人に対し地域住民が気にかけてくれたり情報提供してもらえるような体制を構築する。 ②ケアパス、認知症高齢者等みまもり事業の周知を2回以上行う。（地域住民や介護支援専門員等へ紹介）。
				1) キャラバンメイトやステップアップ講座終了者に認知症サポーター養成講座やオレンジカフェに参加してもらうよう働きかける(2名以上を目標) 2) 初期集中支援チームとの連携を図り、適切な医療介護サービスに繋げる。(令和7年度3名新規を目標)
		関係機関・関係者との連携	認知症の人が容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、医療機関及びその他関係機関や認知症サポーター等と地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取り組みを実施する。	

令和 7 年度東部地域包括支援センター事業計画

	計画		具体的な取り組み
		本人や家族等への相談支援や支援体制の構築	認知症の本人と家族等への相談支援
			①身近な相談場所として、認知症カフェや認知症介護者家族会の周知を2回以上行う。（地域住民や介護支援専門員等へ紹介）。
			②適切な医療・介護へつなぎ、介護負担軽減を図るため認知症初期集中支援チーム事業を活用する。（令和7年度3名新規を目標）
			③本人ミーティングの実施。（1名以上を目標）
任意事業	みまもりネットワーク事業	高齢者が住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように地域包括支援センター、民生委員及びボランティアを核とした東久留米市みまもりネットワークを構築し、みまもりネットワーク事業を実施・運営する。	①みまもり協力員と日頃から地域の間などで関わり、関係性を作りながら情報共有、連携を図る。
			②みまもりネットワーク連絡会を年2回開催し、安否確認が必要な状況、リスクや異変の早期発見、早期連絡をいただけるような体制を構築していく。
	認知症介護者家族会開催事業	認知症等の症状がある人を介護する家族等に対し、介護に関する知識や技術について学習する機会を提供するとともに、介護者同士の情報交換や交流等のために、「認知症介護者家族会」を開催する。	家族会の周知を積極的に行い、新規や既存の方が継続して参加できるように働きかける。参加者に対し、認知症カフェや自主グループ等の地域資源、その他介護サービスなどの案内、提案等も行う。
	認知症サポーター養成事業	認知症に関する知識の普及・啓発を目的として、「認知症サポーター養成講座」を開催する。	小学校、市民向けを実施。新規サポーター200名を目指す。（3包括で500名目標のうち）
	福祉用具・住宅改修支援事業	地域における自立した生活を支援するために、住宅改修・福祉用具購入に関する相談、情報提供、助言を行うとともに、支給申請に係る書類等の作成支援を行う。	①生活環境の整備を提案・助言を行う。偏りなく様々なサービス事業所との連携し、緊急時などでもスムーズに対応してもらえる関係性を構築する。
			②理由書作成の実施。
			③住宅改修については本人・家族の理解に合わせ手順の説明を行い、事業所選定の際は複数の事業所を紹介し、相見積もりを取り比較検討することを勧める。
			④福祉用具の購入、貸与について使い方、使用目的など説明し利用の提案をしていく。
			⑤福祉用具や住宅改修について介護保険で利用できることを地域住民に周知する。

	計画			具体的な取り組み
地域ケア会議	担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的・継続的な支援を実施するための方法や、把握した地域課題を解決するため、保健福祉、医療関係者、民生委員当地域の多様な関係者を集めて、当該事例を検討・協議する会議を開催する。 また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて行くことにより、地域包括ケアシステムの推進を図る。	地域ケア会議の開催	地域ケア個別会議を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施により、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活することを地域全体で支援する。 また、地域ケア会議（第2層協議体を兼ねる）を開催し、個別の事例から地域の課題を把握し生活支援体制整備事業と連携し地域課題の解決や社会資源の開発を行う。	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回参加。できるだけ本人参加で行えるようにしていく。居宅介護支援事業所の介護支援専門員に後半2ケース依頼していきたい。そのためにオブザーバーとして参加を促していく。 2) 地域ケア個別会議を年2回開催予定。困難事例に焦点を当てず好事例も含め事例を選出し地域ケア個別会議を12月までに開催する。 3) 地域ケア個別会議のうち地域課題がある場合については第二層協議体につなげ地域課題社会資源についての話し合いを行う。 4)地域ケア会議の運営方針をセンター職員、会議参加者、地域の関係機関に対してデータまたは紙面で示し周知する。 5)地域ケア会議で検討した個別事例について、会議においてモニタリングが必要とされたすべての事例において、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築・実行する。 6)地域ケア会議の議事録や検討事項をまとめ参加者間に共有する。
生活支援体制整備事業	日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支援ニーズとサービスの調整を行い、サービスを提供する多様な主体と連携し、支援体制の充実・強化を図る。	地域ニーズや地域資源の把握	地域資源を把握し、情報を整理するとともに、地域に不足する資源を明らかにする。 また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活支援等ニーズを把握し、地域課題を明らかにし、それらの情報を体系的に整理する。	※昨年度に引き続き市役所に提出している「地域課題に関する進捗状況管理表」を資料として参照。 1) 上の原地域/東久留米団地集会所で行っている「さわやか談話室（毎月第3木曜日）」に定期的に訪問し関係性の構築。⇒さわやか談話室を体験、談話室運営会議にて運営ニーズについて共有。「上の原連絡会（協議体）」にて検討し地域住民が参加し、居場所となるカフェへ。 2) 氷川台地域/自治会活動について活動が盛んな会と停滞している会がある事や、自治会同士が連携する機会が少ないため、マザアスマルシェ等の氷川台地域をメインにしたイベント機会を活用して地域の連携につなげていく。（対象自治会：氷川台1丁目睦会・氷川台2丁目都営アパート自治会・下山親睦会・氷川台自治会・門前自治会）/自治会イベント実施ノウハウを地域活動が停滞している自治会に地域包括が仲介していく中で提案。 3) 大門町地域/①東部地域センター館内会議を「協議体」とし、事業団体（東部地域センター、けやき児童館、東部図書館、マザアス大門、喫茶すぎの子、東部地域包括支援センター）と連携して、企画を検討・実施⇒高齢者向けのイベントで地区センターの活用や、みんなの交流祭では、多世代交流についても協議体で検討しマッチングがあれば導入。/②移動販売車の品物に行列している都営住宅を対象にして「都営住宅の移動販売・東京みんなでサロン（東京都）」について都営住宅自治会へ提案。都営住宅集会所等を拠点とし、買い物支援、地域交流、自治会連携へとつなぐ。 4) 小山地域/昨年度会館を使用して実施したプレカフェイベント（下田自治会主催）を継続して実施できる体制作りをサポートを継続。 5) 浅間町地域/①浅間町3丁目の住宅を住民同士が集えるスペースとして活用できる体制作りの推進。プレイイベント開催/②藤和ライブタウンマンション集会所を活用したイベントを連携継続。マンション住人が望んでいる近くで気軽に寄れる居場所作りのためのサポート実施。/③セブン自治会、事務局と地域包括との連携が希薄のため、関係構築を始める。その後セブン自治会に浅間町地区センターでの福祉・医療に関するイベント実施を提案し実施へ。

	計画		具体的な取り組み
		地域資源の開発や生活支援のための体制整備	高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより多様な主体による生活支援の充実を図る。 また、社会資源や生活課題を整理し、高齢者のニーズに応じた地域資源の開発に取り組むとともに、地縁組織や地域の支援者間のネットワーク構築と強化を図る。
			1) 通いの場関連 ①通いの場の新規開設：2件。（東部・中部・西部）の地域包括支援センターが連携して今年度も立ち上げていく。 ②地域で活動している通いの場の紹介及び市の介護予防事業の紹介。紹介したケースでマッチング成功件数を増やす。：紹介件数110件を目標とし、マッチング成功（専門職派遣、イベント参加、見学体験、新規加入等を想定）件数を45件。⇒通いの場の参加者が高齢となり継続活動が厳しい現状があるのと、新規参加者が入らないといった運営課題があるため解消に向けてサポートを継続。 ③通いの場の継続サポートに向けて運営ノウハウをグループ同士の交流から得る機会を設ける。交流会3回実施。 ④地域の通いの場に参加している高齢者を対象として体力測定会（握力測定会を想定）の実施：10回を目標⇒握力測定会の結果を参加者と共有し、参加後の日常生活を充実の機会として、市の介護予防事業の紹介等につなげていく。 2) 地域の多様な団体との連携事業の実施 団体同士が連携していく事で、交流が深まっていきネットワークの構築と強化へつなげていく：地域連携イベントの実施⇒6件。
運営体制	職員の配置	条例等に沿った人員配置を行い、情報共有を円滑に行い、業務全体を一体的に連携・協働する体制を構築する。	①職種にこだわらず、2か所の事務所に相談員を3名ずつ配置、相談の内容により、専門性を活かし対応していく。 ②月2回は生活支援コーディネーターを含め地域活動について話し合いの場を持ち、地域活動を理解する。 ③週1回、ミーティングを行い、ケースを共有する。 ④センターの業務量を把握したうえで、業務の最適化を図るための対応を行う。センター職員が作成する介護予防サービス計画の上限数（目安）を決める（令和6年度実績で月平均275件の直営プラン件数から相談員5名+プランナー2名の現体制を考慮すると、相談員1名につき35件、プランナー1名につき50件が妥当）。特定の職員へプラン件数が偏ることがないようにし、上限数を超えるプランについては委託する等の業務最適化の工夫を行う。その他、業務最適化を図るため事務職員への業務分担を適宜行う。 ⑤特定の職員への業務が偏らず、チームアプローチを推進するために業務分担のルールや仕組みづくりを行う。4事業の主担当を割り振ったうえで、資格によらず複数人がチームとして活動するようルール化する。

	計画		具体的な取り組み
	チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。	①週1回、相談員・プランナーでミーティングを行い、ケース共有。必要時は毎日の朝礼・終礼でケース共有、相談を行う。
			②困難・虐待ケースについては、専門性を活かし相談員2人体制で対応していく。（相談員2名体制にすることにより、職員の心理的負担を軽減する）
	職員の資質向上	職員の業務に必要な知識、相談技術やケアマネジメント技術の向上等と合わせ、各職員が学んだ内容を共有することで地域包括支援センター全体のスキルアップに努める。	①センターに在籍する全ての職員が参加できる職場での研修（センターまたは法人主催）を年に1回以上開催する
			②センターに在籍する全ての職員が、少なくとも年に1回は職場外の研修に参加する。
			③主任ケアマネジャーを講師としてセンター内ケアプラン点検を年1回以上開催する。ケアプランに地域の社会資源を位置づけられるようにする。
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。	④記録についての研修を年1回以上開催する。開示請求に備えて適切な記録作成ができるよう体制を整える。
			月1回の連絡会で確認、年2回（5月と11月）勉強会を行う。

今年度の重点課題と具体的な取り組み

	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み
1	生活支援体制整備事業	高齢化による独居高齢者の増加や地域のつながりの希薄化により、防犯被害の早期発見が遅れたり犯罪抑止力が低下する恐れがある。	「ボランティアゴミ袋を活用した地域のみまわり活動」を実施する。地域の環境美化だけでなく、防犯対策にもつながり、さらには健康の増進にもつながる効果的な取り組みとなるようにする。 PRチラシを作成し、個人もしくは団体の参加を募り、活動の和を広げていく。
2	権利擁護業務	認知症や精神疾患、身寄りなし、「8050問題」等、様々な問題が複雑化・重層化しているケースや「制度の狭間」の問題等、既存の制度による解決が困難なケースが増えている。	包括内でケースの共有をし、対応の検討を行う。対応する際は複数名で対応する。 包括だけでは解決できない問題は市役所（介護福祉課、福祉総務課等）、社協、在宅療養相談窓口、保健所等、他の機関の協力を得ながら解決を目指す。
3	任意事業	認知症への理解不足や偏見、相談窓口の周知不足等が原因で、認知症の方やその家族が孤立し、心身の負担が大きくなっている。	認知症の方の置かれている状況やニーズに応じた個別の支援を行い、住み慣れた地域で継続ができるよう支援する。 小学校や企業、地域のグループ等で認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解を深めるとともに相談窓口である包括支援センターのPR活動を行う。特に新たにオープンした大型スーパーや開催実績のない小学校には積極的に働きかけをしていく。

	計画			具体的な取り組み
介護予防ケアマネジメント	基本チェックリストを実施するとともに、事業対象者等に対して介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行う。			・新規相談や地域住民に対して基本チェックリストを実施し、目標は50名とする。地域のサロンなど地域住民の通いの場で実施。 ・事業対象者に対して一般介護予防事業、支援強化型、地域活動（自主グループ）を提案し選択できるようにする。支援強化型の目標は8名とする。 ・支援強化型を利用する方には卒業後の生活がイメージできるように支援し、「卒業」に繋げる。卒業後も介護予防が継続できるように通いの場などを提案していく。
総合相談支援業務	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。	地域におけるネットワークの構築	地域の様々な関係者のネットワークを通じて、高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談や地域ケア会議等を通じて、支援が必要と判断された高齢者を支援するため、地域におけるネットワークを構築する。	・シニアクラブや既存のグループとの関係を深め、皆で支えあう基盤を作る。昨年度同様、関係の薄い地域や自主グループの少ない地域にアプローチし、地域のネットワークを構築する。 ・あんしん生活調査や日々の相談の中から情報収集を行い、支援を必要とする高齢者に対して、早期対応・早期解決を目指す。また、個別の課題を集積し、各会議体において地域課題を抽出する。 ・地域包括ケアシステムの実現のため、行政、医療機関、サービス事業所、民生委員、自治会等と顔の見える関係を作る。
		実態把握	様々な機関や関係者と連携しながら支援を必要とする高齢者を把握するとともに、あんしん生活調査の実施等により、高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態を把握することで、地域の隠れた課題やニーズを発見し、必要に応じて早期に対応する。	・あんしん生活調査（中央町2、5、6丁目）を実施し、高齢者の生活実態や健康状態、介護保険等のサービスに関するニーズを把握するとともに、早期対応を可能にするために周知活動を行っていく。 ・生活支援コーディネーターや介護予防担当が地域のグループに定期的に顔を出し、顔の見える関係を作ることで相談のしやすい環境を作る。
		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	・行政や医療機関、介護事業所等関係機関との連携を強化し、地域の住民からの相談を幅広く受け付ける。制度の垣根にとらわれない支援を行い、高齢者の暮らしに関わるあらゆる相談に応じる「ワンストップ相談窓口」を目指す。 ・ケースの特性に合わせた人員の配置を心掛け、三職種それぞれの専門性を活かし、相互連携を図りながら課題を解決し適切なサービスにつなぐ。 ・ランチと連携することで、地域住民の利便性向上を図るとともに、包括支援センターの業務負担を軽減する。
権利擁護業務	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳ある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行う。	成年後見制度の活用促進	市や専門機関と連携を図り、制度の説明や相談に対応するとともに、適切な介護サービス利用や成年後見制度を活用した支援を行う。	・成年後見制度推進機関検討委員会に参加し、地域の後見人と情報交換を行い、顔の見える関係を作る。 ・日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用が必要だと思われた場合は高齢者やその家族に対して制度の説明や社協等の関係機関の紹介を行う。 ・市長申し立てが必要な高齢者の場合は行政と連携を図りながら速やかに支援を行う。 ・遅滞のない支援を行うために制度の理解を深め、関係機関との協力関係を強化する。社協職員との関係強化のため、認知症サポーター講座や出前講座などを通して関わる機会をつくる。
		老人福祉施設等への措置の支援	高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法上の措置が必要な場合、市と連携して支援を行う。 また、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。	・被措置者とその家族の状況について情報収集し、市役所と情報共有する。 ・緊急対応の必要性の判断は包括職員が情報収集した上で市役所とセンター長と当該職員とで適宜行う。 ・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、市役所と協働して必要な支援を行う。 ・必要に応じて養護者支援を行う。 ・措置後の対象者の状況確認を行い、必要に応じて支援を行う。
		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	・コア・ケース会議確認表で進捗状況を確認し、漏れなく会議を開催し、会議終了後も速やかに書類を提出する。 ・虐待対応進捗会議や虐待事例検討会を有効に活用し、困難事例の早期解決を目指す。 ・高齢者虐待に関する研修に参加し、適切かつ迅速に対応するために必要な知識および技術を習得する。 ・複数名での対応を心掛け、職員の心身の負担を軽減する。

	計画			具体的な取り組み
		困難事例への対応	重層的な課題を抱える世帯や高齢者が支援を拒否している場合など、実態を把握し、包括の専門職が連携して対応する。	・ 困難ケースは初期段階から2名以上で対応し、特定の職員に負担が偏らないようにする。 ・ 定期ミーティング、朝礼にてケースの情報を共有し、センター全体で課題の分析や対応の検討を行う。 ・ 包括のみで解決が難しいケースは社協や保健所等関係機関に相談し、対応の方法を模索する。
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要な支援を行う。	・ 消費者被害情報について西部包括、東部包括と共有する。 ・ 消費者被害情報を地域の民生委員、ケアマネジャー等に情報提供する。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域の高齢者等が、住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。	包括的・継続的なケア体制の構築	地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関等との連携体制を構築し、介護支援専門員との連携を支援する。	自立支援・重度化防止に資する地域ケア個別会議（年6回）において、居宅ケアマネジャーに事例提出を依頼する。要支援や事業対象者の支援強化型サービスの事例の担当や事例提出を通じて、自立支援を意識したケアマネジメントや地域作りの視点の確保、生活支援コーディネーターの活用のきっかけ作りを目的とする。
		地域における介護支援専門員のネットワーク活用	情報交換等を行う機会を設けることで、介護支援専門員のネットワークの構築を図る。	・ ケアマネ地区懇談会を年2回開催する。ケアマネ支援を通じて抽出した地域課題をテーマに開催予定である。 ・ 地域のケアマネジャーを対象に事例検討会（勉強会）を開催する（回数未定）。 ・ 地区懇談会のテーマや事例検討会の事例に予防プランを取り上げ、居宅のケアマネジャーに予防プランへの関心を持ってもらい、委託数を増やす。居宅が予防プランの委託を受け、包括と協働することで、より良い関係を構築することが可能になる。
		介護支援専門員に対する支援	介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談へ対応するとともに、介護支援専門員のスキルアップを図る観点から、関係機関とも連携し、情報提供や研修会等を実施する。 また、地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針の検討や助言等を行う。	・ ケアマネジャーからの相談に随時対応する。 ・ 介入が必要なケースは地域ケア個別会議で取り上げたり、関係者会議を行う。 ・ 市役所のケアプラン点検へのオブザーバー参加、及び主任ケアマネジャー中心のケアプラン点検に参加し、ケアマネジャーのスキルアップにつなげる。
認知症地域支援・ケア向上業務	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上をはかるための事業を行う。	地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上	認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るための事業を行う。 また、地域で認知症の人をみまもり支える体制を構築する。	・ 認知症家族会の周知活動を行い、新規の参加者を増やす。過去の参加者に連絡し、近況を確認するとともに参加を呼びかける。 ・ 初期集中支援チーム事例検討数は3件を目標とし、包括内でも呼びかける。 ・ 認知症カフェには2ヶ月に1回訪問する。講師派遣事業を活用してもらい、専門の知識や情報を提供する。
		関係機関・関係者との連携	認知症の人が容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、医療機関及びその他関係機関や認知症サポーター等と地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取り組みを実施する。	・ キャラバンメイトに認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座への講師等の協力を依頼する。 ・ 小規模多機能型居宅介護、グループホームの運営推進会議に出席し、情報の共有を図るとともに顔の見える関係を築く。
		本人や家族等への相談支援や支援体制の構築	認知症の本人と家族等への相談支援や支援体制を構築する。	・ 来所相談やあんしん生活調査で気になる方や介護者等に認知症ケアパスを配布し、わかりやすい情報提供に努める。適宜相談に応じ、適切な医療や介護サービスへつなぎ、介護負担の軽減を図る。 ・ 認知症高齢者等みまもり事業について、地域の集まりやケアマネ懇談会等において、地域住民、介護者、ケアマネジャー等に周知する。
任意事業	みまもりネットワーク事業	高齢者が住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように地域包括支援センター、民生委員及びボランティアを核とした東久留米市みまもりネットワークを構築し、みまもりネットワーク事業を実施・運営する。		・ 包括支援センター、みまもり協力機関、みまもり協力員の顔合わせの機会を設ける。みまもりの現状について共通認識をもち、安否確認や異変の早期発見を行い、必要な支援につなぐ。（第一回目は6/26開催） ・ 地域の集まり等でみまもりネットワーク事業の周知活動を行い、登録者数の増加に努める。
	認知症介護者家族会開催事業	認知症等の症状がある人を介護する家族等に対し、介護に関する知識や技術について学習する機会を提供するとともに、介護者同士の情報交換や交流等のために、「認知症介護者家族会」を開催する。		・ 認知症介護者家族会を奇数月に1回開催する。新規参加者の目標数は5人。 ・ 認知症サポーター養成講座を行った機関や団体に家族会のチラシを渡し、周知活動を行う。 ・ 家族会の中でお互いの悩みを話す時間だけではなく、介護に関する技術や知識を学習する時間を設ける。

	計画		具体的な取り組み
	認知症サポーター養成事業	認知症に関する知識の普及・啓発を目的として、「認知症サポーター養成講座」を開催する。	
	福祉用具・住宅改修支援事業	地域における自立した生活を支援するために、住宅改修・福祉用具購入に関する相談、情報提供、助言を行うとともに、支給申請に係る書類等の作成支援を行う。	
地域ケア会議	担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的・継続的な支援を実施するための方法や、把握した地域課題を解決するため、保健福祉、医療関係者、民生委員当地域の多様な関係者を集めて、当該事例を検討・協議する会議を開催する。 また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて行くことにより、地域包括ケアシステムの推進を図る。	地域ケア会議の開催	地域ケア個別会議を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施により、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活することを地域全体で支援する。 また、地域ケア会議（第2層協議体を兼ねる）を開催し、個別の事例から地域の課題を把握し生活支援体制整備事業と連携し地域課題の解決や社会資源の開発を行う。
生活支援体制整備事業	日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支援ニーズとサービスの調整を行い、サービスを提供する多様な主体と連携し、支援体制の充実・強化を図る。	地域ニーズや地域資源の把握	地域資源を把握し、情報を整理するとともに、地域に不足する資源を明らかにする。 また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活支援等ニーズを把握し、地域課題を明らかにし、それらの情報を体系的に整理する。
		地域資源の開発や生活支援のための体制整備	高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより多様な主体による生活支援の充実を図る。 また、社会資源や生活課題を整理し、高齢者のニーズに応じた地域資源の開発に取り組むとともに、地縁組織や地域の支援者間のネットワーク構築と強化を図る。
運営体制	職員の配置	条例等に沿った人員配置を行い、情報共有を円滑に行い、業務全体を一体的に連携・協働する体制を構築する。	
	チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。	
	職員の資質向上	職員の業務に必要な知識、相談技術やケアマネジメント技術の向上等と合わせ、各職員が学んだ内容を共有することで地域包括支援センター全体のスキルアップに努める。	
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。	
			・南町都営団地住民（4/28月開催）、自由学園最高学部（6/27開催）、あがないルーテル福音キリスト教会（時期未定） ・第三小学校での2学期の開催にむけ、5月中に依頼をする。 ・第一小学校での開催にむけ、副校長先生にアポイントメントをとる。 ・第五小学校、南町小学校については三小、一小での講座開催後、小学生向けの講義内容を具体的に説明し、小学生向けに実施する意義を理解してもらう。 ・生鮮市場での講座開催にむけて、再度アプローチし、説明の機会を作る。 ・生活支援コーディネーターと連携し、ステップアップ講座の修了生の中から具体的な活動に6名をつなげる。 ・PRステッカーの配布は3件を目標とする。 ・高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるように、福祉用具 の購入および住宅改修に関する相談や情報提供を行なう。 ・支給申請に係る理由書等の作成を行なう。 ・住宅改修業者を適切に選択できるよう、複数の事業所から見積りを取るよう提案する。 ・福祉用具の利用および住宅改修を行うことで生活機能の維持または改善を図り、状態の悪化が防止できるとともに、介護者の負担の軽減を図れるようにする。 ・日々の相談の中から情報収集を行い、個別課題を集積した中から地域ケア個別会議を開催する。（年2回） ・地域ケア個別会議から第二層協議体につなげ、地域課題や社会資源についての話し合いを行う。（年2回）医療、介護、福祉の関係者や地域住民との意見交換を通して、お互いの意識を高め合う。 ・地域のグループをカテゴリーごとに整理し、「中部地域マップ」としてまとめ、包括相談員やプランナー、地域のケアマネジャーからの相談に対して、適切なグループを紹介する。 ・地域の中で不足している社会資源や地域課題を明らかにするため、第二層協議体会議を年2回開催する。地域ケア個別会議等、個別の事例から導き出された地域課題をテーマに開催する。 ・一般介護予防事業の終了時に介護予防に関する活動が継続出来るよう、本人の意向に沿った通いの場を紹介していく。また、新規に通いの場を立ち上げることとなった場合は、立ち上げから3か月は集中的に支援し継続出来るようにする。（3包括合同で年に3か所の立ち上げを目指す） ・通いの場への紹介は、本人の希望をもとにマッチングを行い、10名以上の紹介を目標とする。 ・前年度の第二層協議体会議からアイディアが出た「ボランティアゴミ袋を活用した地域のみまわり活動」に参加してくれる個人または団体を募り、地域住民の輪を広げていく。 ・三職種の資格要件を満たした職員に加え、生活支援コーディネーター、ケアマネジャー（プランナー）を配置し業務に当たる。予防プランの増加に対応するため、プランナーの増員を早急に検討する。 ・ケースの特性に合わせた人員の割り振りを心掛けるとともに特定の職員に業務が偏らないようにする。 ・二か所の事務所間で毎朝のミーティングを行い、さらに隔週火曜日に定例ミーティングを行うことで情報の共有に努める。 ・困難ケースや虐待ケースについては複数名で対応し、各職種の特性を活かした人員の配置を行う。複数名で対応することにより職員の心身の負担を軽減し、安心して業務に当たることができるようになる。 - 業務に必要な知識や技術の取得を目的とした研修や勉強会に参加する。参加した職員は学んだ内容を隔週のミーティングで伝達研修し、センター全体のスキルアップに努める。 - 個人情報保護に関する法令等を遵守するとともに、実施するあらゆる事業を通じて個人情報の保護に努める。

今年度の重点課題と具体的な取り組み

	業務名	課題	課題に対する具体的な取り組み
1	総合相談支援業務	今年度より運営法人が変更となるため、地域との関係性構築が必要。地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を送る事ができるよう、どのような困り事があるか聴取し、どういった支援が必要となるかの把握をする	相談されるセンターを目指す為m全スタッフが地域との関係構築が必須。新しい地域包括支援センターの周知活動をおこない、かつ、自治会や民生委員等の協力いただける人材把握をする為、自治会の会合等に出席する
2	生活支援体制整備事業	今年度より運営法人が変更となるため、様々なグループとの関係性構築が必要	既存の通いの場の継続をしていくことを中心に、しっかりとした関係性の構築、更なる通いの場への参加者増加を目指す。 新たな通いの場の新規設置を2ヶ所おこなう。そのために地域住民への周知活動をおこない、地域住民の互助活動による助け合いを促進していく。
3	認知症地域支援・ケア向上業務	今年度より運営法人が変更となるため、認知症カフェ参加者との関係性構築が必要。認知症があっても地域で安心して生活を行けるように、「認知症についての正しい知識で見守る」ための、人材が不足している	認知症カフェ参加者等との関係性を構築するため、包括スタッフも偏りなく参加をし、顔の見える関係をつくる。 市民向けや通いの場等を対象に認知症サポーター養成講座を年4回実施する

	計画			具体的な取り組み
介護予防ケアマネジメント	基本チェックリストを実施するとともに、事業対象者等に対して介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行う。			・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けた方にリーフレットを配布することで、サービス提供できるようにする。 ・新規相談時に基本チェックリストを活用し、フレイル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。実施目標として7名支援強化型サービスに繋がられるようにする。
総合相談支援業務	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。	地域におけるネットワークの構築	地域の様々な関係者のネットワークを通じて、高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談や地域ケア会議等を通じて、支援が必要と判断された高齢者を支援するため、地域におけるネットワークを構築する。	・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、地域イベントに参加していく一年とする。 ・行政、医療機関、サービス事業所、民生委員、自治会等の顔の見える関係を作る。
		実態把握	様々な機関や関係者と連携しながら支援を必要とする高齢者を把握するとともに、あんしん生活調査の実施等により、高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態を把握することで、地域の隠れた課題やニーズを発見し、必要に応じて早期に対応する。	- 下里4丁目1番地（1～20）、1番地以外のであんしん生活調査を行う。 - 住民の身体状況の他、困りごとなどを知り、支援を行う。 - 実施した基本チェックリストをもとに保健師が中心となり、事業対象者を選定し、事業につなぐ。 - あんしん生活調査を通じて緊急連絡先を把握する。
		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	・継続的・専門的な相談支援については、センター職員の情報共有により、それぞれの専門職の見解を踏まえ、チームでバックアップ対応を行う。 ・地域及び関係機関とのネットワークを通じ、潜在している支援を必要とする高齢者への迅速な働きかけ・支援を行う。
権利擁護業務	地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳ある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行う。	成年後見制度の活用促進	市や専門機関と連携を図り、制度の説明や相談に対応するとともに、適切な介護サービス利用や成年後見制度を活用した支援を行う。	・困難事例で対応している高齢者のうち、経済的問題のある高齢者をリストアップし、関係機関と連携を図り、成年後見制度や地域権利擁護事業に繋げる。 ・社会福祉士を中心にまずは3名が外部の権利擁護研修等を通じて制度の理解を深め、関係機関との協力関係を強化する。
		老人福祉施設等への措置の支援	高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法上の措置が必要な場合、市と連携して支援を行う。 また、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。	・市役所と連動して、措置後の状況把握や家族等への支援を行う。
		高齢者虐待の防止と養護者支援	高齢者虐待防止法及びマニュアル等に基づき、適切な対応を行う。	・虐待対応進捗管理会議や虐待等事例検討会を有効に活用し、困難事例の早期解決を目指す。 ・高齢者虐待対応における複数名による対応の実施。
		困難事例への対応	重層的な課題を抱える世帯や高齢者が支援を拒否している場合など、実態を把握し、包括の専門職が連携して対応する。	- 本人の現在の身体及び生活状況を把握し、本人の思いを肯定した支援を目指すために、主担当、副担当をおき、二人体制で支援をおこなう。 - 定期的にセンター内のカンファレンスで報告し、専門職の意見を聞き、支援方針を決定し、共有する。
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防止するために必要な支援を行う。	・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。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域の高齢者等が、住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。	包括的・継続的なケア体制の構築	地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関等との連携体制を構築し、介護支援専門員との連携を支援する。	- 多くの事例を通じて、日頃から医療機関、関係機関、介護支援専門員との信頼関係を構築する。 - 事例に問題が発生した際はすぐに医療機関や関係機関、介護支援専門員と連携するよう日頃から身近な関係作りをする。
		地域における介護支援専門員のネットワーク活用	情報交換等を行う機会を設けることで、介護支援専門員のネットワークの構築を図る。	- 地区懇談会を年2回開催。包括と地域のケアマネジャーが情報共有していく。 - 地域のケアマネジャー支援を通じた課題をテーマに開催する。
		介護支援専門員に対する支援	介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談へ対応するとともに、介護支援専門員のスキルアップを図る観点から、関係機関とも連携し、情報提供や研修会等を実施する。 また、地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針の検討や助言等を行う。	- 地域のケアマネジャーが孤立しないよう事業所を超えて、個別相談、同行訪問を行う。 - 地域のケアマネジャーの困難事例には、包括内の専門職でカンファレンスをし、相談内容に合った専門職が対応する - ケアプラン点検のオブザーバー参加し、地域のケアマネジャーのケアプランについて理解を深める。

	計画		具体的な取り組み
認知症地域支援・ケア向上業務	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上をはかるための事業を行う。	地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上	認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るための事業を行う。 また、地域で認知症の人をみまもり支える体制を構築する。
		関係機関・関係者との連携	認知症の人が容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、医療機関及びその他関係機関や認知症サポーター等と地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取り組みを実施する。
		本人や家族等への相談支援や支援体制の構築	認知症の本人と家族等への相談支援や支援体制を構築する。
任意事業	みまもりネットワーク事業	高齢者が住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように地域包括支援センター、民生委員及びボランティアを核とした東久留米すみまもりネットワークを構築し、みまもりネットワーク事業を実施・運営する。	
	認知症介護者家族会開催事業	認知症等の症状がある人を介護する家族等に対し、介護に関する知識や技術について学習する機会を提供するとともに、介護者同士の情報交換や交流等のために、「認知症介護者家族会」を開催する。	
	認知症サポーター養成事業	認知症に関する知識の普及・啓発を目的として、「認知症サポーター養成講座」を開催する。	
	福祉用具・住宅改修支援事業	地域における自立した生活を支援するために、住宅改修・福祉用具購入に関する相談、情報提供、助言を行うとともに、支給申請に係る書類等の作成支援を行う。	
			・地域の認知症疑いのある方々を早期に発見し、医療や介護と連携し、必要な支援につなげる ・通いの場やカフェ参加者に対し認知症ケアパスの普及啓発をおこなう ・地域住民にむけて、認知症の一次予防として通いの場を紹介していく
			・初期集中支援チームと連携を図る ・キャラバンメイトに認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の講師等の協力依頼を行う ・既存の認知症カフェの継続と新規カフェ開設に向けた企画と準備 ・認知症カフェへの専門職派遣の実施
			・身近な相談場所として、地域住民やケアマネジャー等へ認知症カフェ、認知症介護者家族会の周知を行う ・認知症に関する研修に参加し、日ごろから支援の向上に努める ・本人ミーティングをおこなう
			・安否確認が必要な状況、リスクや異変の早期発見、早期連絡いただける様みまもりネットワーク連絡会を年2回開催し、みまもり協力員との関係性を構築していく。 ・地域の集まり等で、みまもりネットワーク事業の周知を実施し、利用者数増に努める。
			認知症介護者家族会を年6回開催をし、平均参加者数7人程度を目標とする。 自治会や通いの場参加者等に、認知症介護者家族会へ参加を促すよう努める。 認知症介護者家族会参加者が、介護方法やリラクゼーション知識など学べる機会を作る。
			・市民向け1回、通いの場2回、小学校1校、「認知症サポーター養成講座」の実施、それ以外に出前講座の養成があれば講座を実施する。 ・サポーターステップアップ講座修了者が、既存の認知症カフェや希望する活動に参加するよう働きかける。
			・住宅改修理由書の作成を行う。 ・住宅改修業者を選択する際に、2社以上の事業所から見積もりを行い比較できるように案内する。 ・レンタルと購入の見積もりをすることで、負担額が減らせる手段を選べるように説明する。

	計画			具体的な取り組み
地域ケア会議	担当圏域内の高齢者が抱える問題や困難事例等の個別ケースまたは地域の課題に対して、包括的・継続的な支援を実施するための方法や、把握した地域課題を解決するため、保健福祉、医療関係者、民生委員当地域の多様な関係者を集めて、当該事例を検討・協議する会議を開催する。 また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて行くことにより、地域包括ケアシステムの推進を図る。	地域ケア会議の開催	地域ケア個別会議を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施により、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活することを地域全体で支援する。 また、地域ケア会議（第2層協議体を兼ねる）を開催し、個別の事例から地域の課題を把握し生活支援体制整備事業と連携し地域課題の解決や社会資源の開発を行う。	地域ケア個別会議2回、第二層協議体2回開催。 滝山団地とあんしん生活調査をおこなう下里4丁目1番地（1～20）1番地以外にて会議を実施する。 地域課題の共有・解決に向けたアプローチをおこない、滝山団地内に認知症カフェを新たに立ち上げる。
生活支援体制整備事業	日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持って在宅生活を継続していく際に必要となる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するための、支援ニーズとサービスの調整を行い、サービスを提供する多様な主体と連携し、支援体制の充実・強化を図る。	地域ニーズや地域資源の把握	地域資源を把握し、情報を整理するとともに、地域に不足する資源を明らかにする。 また、高齢者が地域で生活する上で必要な生活支援等ニーズを把握し、地域課題を明らかにし、それらの情報を体系的に整理する。	通いの場キントーンに集められた情報の中で、未訪問のグループを訪問し、活動状況を把握する。 センター内相談員と連携して地域の情報を収集し、地域の中で不足している社会資源課題を明らかにするため、第二層協議体を年2回開催する。 あんしん生活調査や地域ケア個別会議・各会議体で顕在化した課題を整理する
		地域資源の開発や生活支援のための体制整備	高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより多様な主体による生活支援の充実を図る。 また、社会資源や生活課題を整理し、高齢者のニーズに応じた地域資源の開発に取り組むとともに、地縁組織や地域の支援者間のネットワーク構築と強化を図る。	認知症地域支援推進員連絡会・介護予防担当者と連携をおこない通いの場の既存グループが継続して運営できるように支援する。 一般介護予防事業の終了時やそれ以外の地域住民が通いの場に参加できるように、その方のニーズに合った活動の場を紹介する。 新規に活動の場を立ち上げる際は、3ヶ月間は基礎作り支援をおこなう。（新規設置目標2件） 他機関との連携により通いの場への人材育成を行う。
運営体制	職員の配置	条例等に沿った人員配置を行い、情報共有を円滑に行い、業務全体を一体的に連携・協働する体制を構築する。		三職種、生活コーディネーター、ケアマネジャー（プランナー）が欠員することがないようにし、社内・社外の研修を活用しながらスキルアップを図る。
	チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。		他職種の専門性や業務を相互理解し、虐待や困難ケースについて職種を問わずバディーを組み支援アプローチを行う。
	職員の資質向上	職員の業務に必要な知識、相談技術やケアマネジメント技術の向上等と合わせ、各職員が学んだ内容を共有することで地域包括支援センター全体のスキルアップに努める。		社内・社外の研修に参加し各専門職の専門性を高める（主任介護支援専門員向け研修、生活支援コーディネーター研修、認知症地域支援推進員研修、保健師向け研修、権利擁護研修等）
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。		情報管理の為、事務所内の環境整備、個人情報管理における内部研修を実施

	計画			具体的な取り組み	
総合相談支援業務	地域の高齢者等が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。	地域におけるネットワークの構築	地域の様々な関係者のネットワークを通じて、高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談や地域ケア会議等を通じて、支援が必要と判断された高齢者を支援するため、地域におけるネットワークを構築する。	①ランチとして担当エリアの地域包括支援センターが主催するイベントに参加協力することを通じて地域におけるネットワークを構築していく。 ②行政が主催する会議や勉強会さらにイベント等に参加して、多くの機関（行政・介護サービス事業所・民生委員・NPO・自治会・医療機関・自主グループ・商店等）と相談協力できる関係作りを行い、ネットワーク構築を行う。	
		実態把握	様々な機関や関係者と連携しながら支援を必要とする高齢者を把握するとともに、あんしん生活調査の実施等により、高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態を把握することで、地域の隠れた課題やニーズを発見し、必要に応じて早期に対応する。	①あんしん生活調査を「野火止1～3丁目、八幡町3丁目」で実施し、支援が必要な高齢者には地域担当の地域包括支援センターと共に支援を行う。 ②あんしん生活調査の実施により得られた情報をもとに、地域包括を把握し地域課題の解決に務めていく。また西部地域包括支援センターへ報告し地域ケア会議等に役立てる。	
		総合相談	初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。	①相談者のニーズを正確に把握するため傾聴に努め、相談受付票にわかりやすい表現で記録を行う。 ②相談受付票をもとにランチ内で相談者に関する情報を共有し、支援策等を検討する。 ③引き継ぎが必要な相談案件は、担当エリアの地域包括支援センターへ報告し、課題解決に向けて共に取り組んでいく。 ④ランチ内において複数職員で担当し迅速に課題解決が図るように務める。また、困難案件については、担当エリアの地域包括支援センターへ連絡して適宜必要な処置を共同し行政機関等と連携しながら対応していく。	
運営体制	職員の配置	条例等に沿った人員配置を行い、情報共有を円滑に行います。			①配置に必要な三職種に加え、設立経験がある法人職員1名を配置して適切なランチの運営を行っていく。 ②毎朝の情報共有と業務改善のためのミニ・ミーティングでは、包括システムの記録の共有化や入力方法の平準化を行っていく。 ③ミーティングを通じて、情報の共有を行いながら職員間の連携体制を構築するとともに、職員のスキルアップに努めていく。
	チームアプローチの確立	多様化・複雑化した相談に対して、3職種がそれぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら問題の解決を図り、包括的に高齢者を支援する。			①三職種が参加する検討会を行い、それぞれの専門的意見等を集約し、具体的な支援策を検討して課題解決に繋がるようにする。 ②ランチ内で検討した支援内容等を担当のエリアの地域域包括支援センターと共有して、課題解決に向けた支援を共同して行う。
	職員の資質向上	職員の業務に必要な知識、相談技術やケアマネジメント技術の向上等と合わせ、各職員が学んだ内容を共有することで在宅介護支援センター全体のスキルアップに努める。			①内部或は外部の研修に月1回（年12回）参加して、自己研鑽を行う。具体的には、病院連携、地域包括支援センター看護職の役割、セルフ・ネグレクト支援、高齢者虐待研修、認知症高齢者のケア方法など包括支援センター職員として必要な知識のスキルアップを図る ②研修に参加した職員は、研修内容を分かりやすく取りまとめ、他の職員にも研修の内容を伝え、職員全員のスキルアップを図る。
	情報管理	個人情報の保護等、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守する。			①個人情報保護に関する研修に各職員は、年1回は参加する。ランチ内では勉強会を開催し、個人情報保護の重要性を常に心掛けるようにする。 ②常に、書庫と事務所の扉や窓の施錠の徹底していくとともに、法人施設内でも施錠の徹底を図っていく。 ③個人情報に係る書類、類する書類も含めて破棄については、シュレッター等で裁断して、情報漏洩防止を徹底する。