

1. 基本情報

包括名	南部地域包括支援センターケアタウン小牧
担当圏域	小牧南部
運営法人名称	社会福祉法人元気寿会

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（市方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて）

南部地区は、土地区画整理事業により、若い方たちが新たに増え高齢化はほぼ横ばいと予測される。過去2年間の総合相談の経緯や相談内容を分析した結果、閉じこもりの課題が大きいことがわかった。そこで、閉じこもり予防及び介護予防に向けた取り組みを、重点的に実践していく。
 介護予防リーダーや認知症予防ゲームリーダー等と連携をとり、地域支え合い推進員と一緒に地域活動を推進していく。
 地域において安心できる拠点として、住民への利便性を確保し、出張相談の窓口を増やす。
 関係機関との連携を深め、ケース検討を重ねていくことで多問題ケースへの相談解決能力を向上していく。

3. 事業別の具体的な取り組み事項

I 地域のニーズに応じて重点的に行うべき業務（総合相談支援業務）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 総合相談業務	①日報や相談受付票にて相談内容等をもれなく記載することとし、誰がどのような対応をしたかを分かるようにする。また、相談内容に応じて、センター内で協議し、どの職員でも対応できるよう、新規相談、包括支援ケースについては毎日朝礼で報告しあう。週1回のケース検討、月に1回のミーティングにて対応について協議する。 ②土日祝日も職員が待機し、年末年始を除く359日相談を受ける体制を継続する。 ③地域の高齢者サロン等や地域の集まりの場所に出向き、より身近な場所で相談を行う。 ④定期的に出張相談会を開催し身近な相談窓口を新たに開設する。	①②随時 ③圏域内サロン7か所・老人クラブ・自主活動の場等 ④小針の郷・サロン・ショッピングセンター等	10,505件
② 実態把握	①簡易版チェックリストを活用し、電話または訪問、状況確認をする。 ②地域のサロン等に定期的に出向き、地域課題の把握に努める。 ③支え合い推進員との連携を図りながら地域資源について情報交換を行う。 ④年度末に総合相談の集計・分析を行う。	①秋～開始。市で定めた対象者に実施。 ②各サロン年2回 ③毎月1回 ④1月末実施	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①家族会を2カ月に1回、開催し、家族介護者を支援できる体制を整える。 ②介護展や市民まつりなど、市民が多く集まる場所でのPR活動や広報を活用して情報提供を行う。 ③家族のニーズに対応するため、土曜日祝日も相談を受ける体制とする。緊急時夜間の対応は、併設施設との連携を行う。	①奇数月（第3水曜日） ②③随時	-

II 介護事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 地域支え合い推進員や民生委員・児童委員等地域住民を支援するためのネットワークの構築	・定期的に地域支え合い推進員と連携を図り、地域の自主活動の場を増やしていく。地域住民の自主活動の取材を行う中で、地域とのネットワーク作りをすすめていく。（お元気だよりの取材）	2ヶ月に1回	-
② 複数の課題を抱えている世帯に対する関係機関との連携協力による支援	・介護保険関係事業所だけでなく、障がいや子どもなどの関係機関と連携を図るため、市内包括合同による事業者交流会を開催。様々な課題を抱えている利用者への支援につなげる。	年1回	-

Ⅲ 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 公的サービスやインフォーマルサービスを活用した自立支援を目標とするケアマネジメントの実施	・介護保険外の地域資源情報を収集し、利用者のニーズ把握を図りながらケアプランに位置付け、自立支援を目標とするケアプランを作成する。 ・利用者ができることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と生活の質を高めていく。	随時	-
② ケアマネジメントを委託する場合におけるセンターの適宜適切な関与	・新規プラン作成時や更新時のサービス担当者会議には、できるだけ参加し、情報提供やアドバイスをする。 ・必要な書類の提出について、指導、管理を行う。 ・事業所毎に担当職員を配置し、委託先ケアマネジャーが相談しやすい体制とする。	随時	-

Ⅳ 介護支援専門員に対する支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 日常的個別指導・相談	①主任介護支援専門員が中心となり、担当圏域内の介護支援専門員からの相談に応じるとともに、指導・助言を行う。 ②地域のケアマネジャーにも地域のインフォーマルサービスの情報を提供し、公的サービス以外のサービスも活用していただくよう取り組む。	①②随時	700件 （相談）
② 支援困難事例への指導・助言	①担当圏域や委託先の介護支援事業所の介護支援専門員や小規模多機能の介護支援専門員と事例検討会を行い、困難事例等への指導・助言を行うとともに、お互いのレベルアップを図る。 ②緊急で支援困難事例の相談があった場合は、必要に応じて市等の関係機関と連携を図り対応する。	①3ヶ月に1回。年4回 ②随時	-
③ 介護支援専門員の資質向上を図るための支援及び課題の把握	①地域の介護支援専門員向けに研修会を企画し、資質の向上を図る。 ②地域の介護支援専門員のニーズを把握するため、介護支援専門員からの相談内容を蓄積し、傾向と対策を図る。（市内包括合同） ③地域の主任介護支援専門員と連携を図るための交流の場を持つ。	①年1回 ②年2回 ③年1回	-

Ⅴ 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を踏まえた定期的な個別地域ケア会議の開催計画の策定と実施	①自立支援を目標とした地域ケア会議を市とともに開催し、実践力向上を図る。 ②困難事例等について、個別地域ケア会議を開催しつつ個別支援を行う。	①年3回 ②年6回以上	55回 （個別会議）
② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出	・複数年開催した個別地域ケア会議から見えてきた課題をまとめ、地域の問題点を整理する。	年1回	-
③ 共有された地域課題の解決に向けた資源開発等の取り組みおよび提言	・地域で見出された課題を市域レベルで取り組めるよう、市と連携しながら問題解決を図る。	随時	-

Ⅵ 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 尾張北部圏域権利擁護支援センターや弁護士等との連携による成年後見制度の活用促進	・小牧市の長寿・障がい福祉課や尾張北部権利擁護支援センターと連携を図りながら、必要な支援を行う。	随時	-
② 高齢者虐待や重層的な課題がある困難事例への対応	・虐待の疑いのあるケースについて、すみやかに長寿・障がい福祉課に報告し、ともに事実確認を行う。包括内で多職種によるケース検討、高齢者虐待防止ネットワーク会議で市や他包括、関係機関によるケース検討を行い、虐待の収束に向けて支援を行う。必要な場合には、長寿・障がい福祉課と連携を取り、老人福祉施設等への措置ができるよう支援する。	随時	-
③ 消費者センターを始めとした関係機関との連携による消費者被害への対応	・消費者被害の相談があった場合には、小牧市消費生活センターと連携をし、支援を行う。	随時	-

④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発	①サロン等へ出向き、虐待防止や消費者被害についての講話を行う。 ②把握した消費者被害情報は、市内包括（権利擁護部会を通して）や小牧市消費生活センターに情報提供する。 ③小牧市消費生活センターや警察等と連携をすることで被害状況を把握する。 ④お元気だよりに消費者被害の啓発に関する記事を掲載する。	①年3回 ②③随時 ④年3回	-
------------------------	--	----------------------	---

Ⅶ 介護予防推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護予防事業が必要な人の把握	①相談や訪問時に簡易版のチェックリストを実施し、介護予防対象者を把握。 ②サロン等へ出向いて、簡易版チェックリストを実施する。 ③お元気チェックリストの結果を元に、地域課題を分析する。 ④お元気チェックリストに変わる介護予防把握について検討。（市内包括合同）	①随時 ②2-3カ月に1回 ③年1回 ④随時	-
② 効果的で利用しやすい介護予防事業の実施及び普及啓発	①住民主体による介護予防体操を取り入れた講座を実施し、住民活動のサポートを行う。 ②介護予防についての情報や講座の案内を広報や回覧で発信する。 ③高齢者の集まる場所にて、介護予防に関する講話を実施する。	①随時 ②回覧・偶数月 ③小針の郷：6回 サロン老人クラブなどの地域の集まり	-
③ 「こまき山体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援	・「こまき山体操」を活用し、サロンのない地区を中心に、介護予防活動の場づくりの支援を行う。	2カ所	-

Ⅷ 認知症総合支援事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 認知症に関する知識の普及啓発	①認知症サポーター養成講座を担当圏域内の小・中学校で開催する。 ②認知症サポーター養成講座を市民対象に開催する。（市内包括合同） ③認知症サポーター養成講座を企業向けに開催する。 ④認知症サポーター養成講座の受講生を対象に、振り返り講座を開催する。 ⑤認知症カフェ等の担い手育成のための、ステップアップ講座を開催する。	①年2カ所 ②年3回 ③年2カ所 ④年1回 ⑤年1回	・サポーター数：2,000人 ・ステップアップ修了者：25人
② 認知症初期集中支援チームを始めとした関係機関との情報共有及び連携	認知症の方を介護している方などから相談があった場合に、サービス利用や受診の拒否等により、対応が困難な場合は、適切な時期に初期集中支援チームへつなげる。認知症初期集中支援チームと連携をとりながら、経過の確認と、必要な支援を継続していく。	随時	-
③ 認知症予防活動の推進	①認知症予防ゲームリーダーが地域で活動できるような集まりの場につなぎ、活動を推進していく。 ②認知症予防のための自主グループ活動の推進のため、グループ交流会を開催する。 ③ファイブコグを実施し認知症予防のグループ活動を継続する。	①老人クラブ サロン 等 ②年1回 ③年1回	・担い手養成：31人 ・認知症予防ゲーム実施箇所数：3ヶ所
④ 認知症の人の介護者への支援（認知症カフェの開催や運営支援含む）	①家族交流会を開催し、認知症の方を介護している家族等が交流できる機会を作り、介護負担軽減につながるよう支援する。 ②認知症カフェの運営の支援と、カフェスタッフの勉強会を実施しながら継続支援する。 ③認知症カフェの新たな開設に向け、地域住民と情報交換をしていく。	①奇数月 ②毎月 1カ所 勉強会 年1回 ③随時	認知症カフェ新規設置数：住民：3 事業所：2
⑤ 認知症高齢者等の見守り支援	①出前講座等で認知症声かけ訓練を実施する。 ②介護展や市民まつり、認知症サポーター養成講座の際に、認知症見守りネットワーク協力員の啓発活動を行う。 ③認知症見守りステッカー事業について地域での周知を行う。	①年2回 ②随時 ③随時	見守りネットワーク新規協力員：10人

Ⅸ 在宅医療・介護連携推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
------	--------------	-------------------	----------------

<p>① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築</p>	<p>①こまきつながるくんを活用し、多職種と情報共有をしながら、利用者への支援を行う。 ②在宅医療・介護連携サポートセンターと定期的に情報交換しながら、連携事業について検討していく。 ③多職種連携研修会へ参加し、他の職種の役割を理解してケアプランに反映し、利用者の支援に繋げる。</p>	<p>①②③随時</p>	<p>多職種研修:4回</p>
<p>② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進</p>	<p>①地域のサロンや老人会等へ出向き、「わた史ノート」の講座を実施する。 ②医療介護の現状を踏まえ、自宅で暮らしていくための介護保険制度をはじめとした各制度の説明を地域住民に行う。</p>	<p>①年2回 ②年1回</p>	<p>在宅医療普及啓発:7回</p>

X 地域包括支援センター独自の重点取り組み事項【自由記載】

<p>・「お元気だより」にて、地域の活動紹介を通じて地域とのネットワークの構築を図る。 ・認知症予防のためのファイブコグ検査を実施し、認知症予防プログラムを実施していく。 ・地域共生社会に向けた研修会にすべての職員が参加し、共生社会へのイメージを持つことができ、次年度の市民啓発活動に向けた準備ができるようになる。</p>

1. 基本情報

包括名	小牧地域包括支援センターふれあい
担当圏域	中部・西部圏域
運営法人名称	社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（市方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて）

H30年度は、H29年度の座談会から浮かび上がってきた「認知症」をテーマに、中部及び西部圏域共に認知症サポーター養成講座の開催を地域に働きかけることで認知症を「学ぶ」ことを広めてきた。そこから「実践編のひとつ」として、認知症徘徊声かけ訓練も合わせて提案している。H31年度も継続して、これらの活動を軸にして“認知症になっても暮らせる地域作り”を住民の方々と一緒に考えていきたい。特に、学びの次につながるワンアクションとして、ふれあいいきいきサロンや認知症カフェ、介護予防・認知症予防教室等の場を提案することで、実際に具体的な活動につながるまでを意識して行いたい。また、（個別）地域ケア会議を通じて『住み慣れた地域や自宅で暮らすための課題』を地域住民の方と共有し、動き出せるきっかけ作りを積極的に行う。認知症予防と介護予防については、住民の方々の関心が増々高くなっており、地域での出前教室への参加者も増加している。その中で、専門職の関わりは保ちながらも参加者が担い手となるように人材育成も視野に入れ計画的に仕掛けていきたい。

3. 事業別の具体的な取組み事項

I 地域のニーズに応じて重点的に行うべき業務（総合相談支援業務）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 総合相談業務	サロン巡回を通じて住民の方と顔見知りの関係を築き、効率的目付効果的な相談が受けられるようアウトリーチ型の相談窓口を定期的を設定する。そのため、今年度も事前に回覧板で地域へのPRをしっかりと行い、相談だけではなく、包括支援センターの業務や成年後見制度、虐待防止、消費者被害防止の啓発も合わせて実施する。※サロン側のニーズが把握できない場合は、独自で昨年度の振り返りをアンケートで把握してから介入する。	①各サロン1回ずつ ・中部：14か所 ・西部：10か所（年間24回）	10,505件
② 実態把握	①西部圏域では、スペクトルからの相談件数が挙がっていない。しかし、住民の方からは「介護の方法を知りたい。」「地域の担い手になりたい。」といった声が聞こえている。そこで、介護予防・認知症予防教室を5回シリーズで包括が実施することで、集いや交流の場を作り、地域の実態も把握できるようにする。 ※中部圏域は、実績から分析する予定。 ②地域支え合い推進員との情報交換を定例会として設定する。	①仕掛ける時期… ・西部：6月～10月 ・中部：11月～3月 ②2か月に1回（年6回）	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①認知症家族介護者交流会は、その名称も新たに変更し、認知症の家族だけの集まりとしてではなく、介護する家族の誰もが気軽に集まれる場とする。相談、情報の交換や収集等ができ、この場に参加することを家族が楽しみとなるよう、今までの談話の雰囲気も保ちながら様々な企画と合わせて計画する。 ②サロン巡回で、包括支援センターの啓発を行う。 ③働く家族が相談できる機会として、予約制で休日（土曜日）も対応できるようにする。	①偶数月（年6回） ②各サロン1回ずつ（年間24回） ③随時（第2・4土曜日の来館可能な場合のみ）	-

II 介護事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 地域支え合い推進員や民生委員・児童委員等地域住民を支援するためのネットワークの構築	①民協へ継続参加し、関係作りを強化する。 ②地域支え合い推進員との情報交換の場を増やす。 ③ネットワーク構築のため、ICTへの登録を委託先ケアマネジャーの担当者会議等でも他事業所に働きかける。また、包括が直接担当するケアプランでも見合うケースに積極的に導入し、家族にもその利便性を伝える。 ④地域ケア会議の成果等を民協で伝え地域課題を圏域で一緒に考えたり、この会議への参加がスムーズに行えるよう働きかける。	①中部：10回、西部：10回（年間20回） ②2か月に1回（年6回） ③職員1件ずつ（計8件） ④9月、3月（年間4回）	-
② 複数の課題を抱えている世帯に対する関係機関との連携協力による支援	①特に、精神分野等では保健センターとの連携を強化し同行訪問する等、多角的な視点でアプローチできるようにする。 ②フォーマルな資源だけではなく、インフォーマルな資源も活用することで課題解決の糸口を探れるように、圏域内の社会資源の紹介や活用方法の研修会を実施する。 ③障害関係機関や市役所の担当課、警察、病院等と迅速な連携を図り、状況がより深刻化しないようにする。	①随時 ②中部・西部＝9月に1回実施 ③随時	-

Ⅲ 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 公的サービスやインフォーマルサービスを活用した自立支援を目標とするケアマネジメントの実施	①圏域内の地域資源の紹介や活用方法を地域支え合い推進員と協力し、ケアマネジャーに伝える研修会を実施し、ケアマネジメントに取り入れられるよう働きかける。 ②委託先ケアマネジャーの担当者会議に積極的に参加することで、社会資源の活用やそのための環境作りと見直しができるよう支援する。 ③包括支援センター内でも、ケアプランの資質向上に取り組めるよう、ペアチェックを行う。	①9月に実施 ②随時 ③随時	-
② ケアマネジメントを委託する場合におけるセンターの適宜適切な関与	①要介護認定の更新時期には、包括支援センターからも委託先ケアマネジャーに声を掛け担当者会議等に今まで以上に出席できるようにする。その際、必要に応じICTの活用や個別地域ケア会議の必要性を見極め提案する。 ②ケアプランや評価票へのコメントには、自立支援に着眼できるような意見が提案できるようにし、相互に新たな気づきが得られるようにする。	①随時 ②随時	-

Ⅳ 介護支援専門員に対する支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 日常的個別指導・相談	①相談内容により、三職種でケアマネジャー支援ができるようにする。相談しやすい個室の相談室も活用する。普段から早めの相談ができる信頼関係作りも継続する。 ②委託先ケアマネジャーからの相談は、支援経過に記録し担当者が継続的にそれを確認する。また、包括内でも共有できるよう定期的に回覧する。且つケアマネジャーに対してフィードバックをきちんと行い、場合により他の居宅介護支援事業所に還元できるようにする。	①随時 ②随時 ※フィードバックは9月に実施	700件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	①近隣のケアマネジャーとの事例検討会に継続参加することで、包括支援センターが相談窓口の一つであることを改めてPRしていく。共に考え取り組む姿勢を伝え、関係性の向上を図る。居宅介護支援事業所からの要望通り、職員は前年度の固定制からローテ制に変更する。 ②緊急で支援困難事例の相談があった場合、必要に応じ市等の関係機関と連携を図り、同行訪問や事態が収束するまで一緒に対応する。	①3か月に1度（年間4回） ②随時	-
③ 介護支援専門員の資質向上を図るための支援及び課題の把握	①自立支援型のケアプランが作成できるよう、市内全域のケアマネジャーを対象に研修会を実施する。 ②ケアマネジャーからの声を把握したら、その都度すぐに部会で共有し迅速に対応策を検討する等、ケアマネジャーが業務を遂行しやすくする。 ③包括内のブログを活用し、委託先ケアマネジャーに社会資源を紙面で紹介する。	①7月（5包括共同） ②毎月1回（年間12回） ③年2回	-

Ⅴ 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を踏まえた定期的な個別地域ケア会議の開催計画の策定と実施	①自立支援を目標とした地域ケア会議を市とともに開催し、実践力向上を図る。②一人暮らしや認知症等の理由で、本人や近隣の住民の方が気にかけている対象者を中心に、個別地域ケア会議を開催し、個別支援を多角的な視点から行えるようにする。	①年間3回 ②年間12件以上	55回 (個別会議)
② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出	個別地域ケア会議のまとめを行い、民生委員や地域住民と一緒に地域の課題を考える機会を圏域レベルの推進会議として設定する。	年間2回	-
③ 共有された地域課題の解決に向けた資源開発等の取り組みおよび提言	地域から挙げた地域の課題について、政策提言につなげる等、市と連携して課題の解決を図る。圏域レベルの推進会議として設定する。	年間2回	-

VI 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 尾張北部圏域権利擁護支援センターや弁護士等との連携による成年後見制度の活用促進	①成年後見制度の活用について、寸劇を作り、サロン等で啓発を行う。 ②必要な場合は、早めの相談を行う。	①各圏域サロンで3か所ずつ（年間6回） ②随時	-
② 高齢者虐待や重層的な課題がある困難事例への対応	①虐待の疑いのあるケースについては、包括支援センター内で検証を行い、虐待マニュアルに沿って対応する。 ②高齢者虐待防止ネットワーク担当者会議に参加し、情報共有しながら市と連携を図り、迅速な対応が共にできるようにする。場合により、措置入所等の支援ができるように市と連携する。	①随時 ②随時	-
③ 消費者センターを始めとした関係機関との連携による消費者被害への対応	①消費者被害の相談があった場合は、消費者被害相談センターと連携し支援を行う。 ②消費者被害の状況を定期的に警察から入手し、最新の傾向を把握しながらサロン巡回時等に啓発に努める。	①随時 ②年間2回	-
④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発	①消費者被害防止と虐待防止については、サロン巡回時に寸劇を行い啓発を行う。 ※消費者被害の防止では、啓発用の粗品をお渡しすることで、サロン参加者以外にも関心や意識付けができるように工夫を行う。 ②セルフネグレクトの研修会を実施する。	①各圏域サロンで3か所ずつ（年間6回） ②6月（5包括共同）	-

VII 介護予防推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護予防事業が必要な人の把握	①サロンへ出向き「お元気チェックリスト」を実施する。②「お元気チェックリスト」の結果を元に、地域課題を分析する。	①各圏域サロン3か所ずつ（計6か所） ②年度末	-
② 効果的で利用しやすい介護予防事業の実施及び普及啓発	①「もとまちクリニック」（毎月第3火曜日）での出張相談時、必要に応じて「お元気チェックリスト」を実施する。 ②「元喫茶・青空」（毎月第4火曜日）での出張相談と介護・認知予防教室でも、必要に応じて「お元気チェックリスト」を行う。 ③「ラピオでわかな」（毎月第2・第4月曜日）の出張相談と介護・認知予防教室では、自己分析ができるよう希望者に「お元気チェックリスト」を行う。	①随時 ②随時 ③9月、3月（年間2回）	-
③ 「こまき山体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援	こまき山体操は ①「元喫茶・青空」（毎月第4火曜日）の出張相談と介護・認知予防教室にて、毎回部分的に取り入れている。 ②「ラピオでわかな」（毎月第2・第4月曜日）の出張相談と介護・認知予防教室でも、毎回部分的に取り入れている。 ③ふれあいサーキットトレーニングは、住民主体で運営できることを目標に、地域支え合い推進員と連携し役割を明確に検討していく。	①毎月1回（年間12回） ②毎月2回（年間24回） ③随時	-

VIII 認知症総合支援事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 認知症に関する知識の普及啓発	①2圏域内の小（4校）中学校（2校）には、福祉実践教室の中で認知症サポーター養成講座が実施できるよう依頼している。※他の児童との公平性を保つためオレンジリングはお渡しせず。6月頃、再度各学校に働きかける。実施できない学校は、校区の児童クラブで実施できるよう調整する。 ②区やサロンで、認知症サポーター養成講座の開催を働きかけ、実践編として「認知症徘徊声かけ訓練」の開催もセットで提案する。	①各学校1回ずつ（計6回） ②各圏域の区やサロン（計8回）	・サポーター数：2,000人 ・ステップアップ修了者：25人
② 認知症初期集中支援チームを始めとした関係機関との情報共有及び連携	H30年度と変更なく、認知症地域支援推進員から初期集中支援チーム員に相談を上げる形で実施する。ただし、認知症初期集中支援チーム会議が月に1度の開催であるため、場合によっては包括職員でフォローしながらチーム員までつなげるようにする。居宅介護支援事業所から相談が上がった場合には、認知症地域支援推進員が窓口になりチーム員につなげる。	随時	-
③ 認知症予防活動の推進	①ラビオでわかかなをMCI予防と改善の場としても位置付ける。 ②喫茶青空も同様、介護予防と認知症予防の両輪で実施する。開催日により、介護予防と認知症予防を交互にメインとし参加者の動向を見てアレンジを加える。③ふれあいサーキットトレーニングは、アセスメントと評価を定期的に行い自助につながる動機づけを行う。 ※特に、認知症評価については以前との比較から日常生活で意識できるものを独自で考案してみる。	①ラビオでわかかな：月2回（年間24回） ②喫茶青空：月1回（年間12回） ③ふれあいサーキットトレーニング：月1回（年間12回）	・担い手養成：31人 ・認知症予防ゲーム実施箇所数：3ヶ所
④ 認知症の人の介護者への支援（認知症カフェの開催や運営支援含む）	①企業向けに、認知症サポーター養成講座の啓発として、チラシを年度初めと6月に分けて配布する。（5包括共同） ②認知症家族介護者交流会は、広報の仕方を工夫し（福祉映画を鑑賞する会等、配布先を広げる）学びや楽しみを兼ねた企画で活用してもらいやすいように行う。	①4月は新規事業所向けに1,000枚配布予定。6月は ①以外の企業に配布予定。 ②随時	認知症カフェ新規設置数： 住民：3 事業所：2
⑤ 認知症高齢者等の見守り支援	①認知症見守りネットワークの登録数を伸ばすために、認知症サポーター養成講座の終了後、その場で登録手続きまでをサポートできるよう工夫する。 ②月4回以上実施している出張相談では、認知症の相談が個別でできるような職員配置を今年度も継続する。③認知症サポーター養成講座の開催を店舗に啓発し、認知症サポーターのステッカーを配布することで「子供110番」のように、認知症の方の徘徊時等のつなぎ所を増やす。	①随時 ②随時（年間48回以上） ③各圏域3か所ずつ（計6か所）	見守りネットワーク新規協力員：10人

IX 在宅医療・介護連携推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築	①事例検討会を開催し、多職種連携体制を構築する。 ②こまきつながるくんを活用し、多職種と情報共有をしながら、利用者への支援を行う。 ③在宅医療・介護連携サポートセンターと定期的に情報交換をしながら、連携事業について検討していく。 ④多職種連携研修会へ参加し、他の職種を理解してケアプランへ反映させる。	①随時 ②随時 ③毎月1回（年間12回） ④随時	多職種研修：4回
② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進	①サロンや老人会へ出向き「わた史ノート」の講座を実施する。 ※小牧地域包括支援センターふれあいの「イベントスケジュール表」の裏面に、「わた史ノート」の講座の宣伝を定期的に掲載する。 ②サロンや老人会へ出向き「介護保険制度の説明」や「在宅医療・介護」についての講座を行う。	①各圏域サロン3回ずつ（年間6回）※半年に1回掲載 ②各圏域サロン3回ずつ（年間6回）	在宅医療普及啓発：7回

X 地域包括支援センター独自の重点取組み事項【自由記載】

介護離職防止や従業員の若年性認知症への対応ができるように、企業に包括支援センターや介護保険制度についての啓発（出前講座含む）とパンフレットの設置依頼を行う。※介護離職に関心のある企業の産業カウンセラーとの接点ももつ。
 ■企業：（中部）三河屋ラビオ小牧店、アピタ小牧店、Vドラッグ堀の内店
 （西部）松永製菓、長崎堂カステラ、名古屋トヨペット村中店
 （H32年度予定）愛知ヨーク、三ツ星ベルト、両口屋是清、COMOパン

1. 基本情報

包括名	味岡地域包括支援センター 岩崎あいの郷
担当圏域	味岡
運営法人名称	社会福祉法人 成祥福祉会

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（市方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて）

高度経済成長期を中心に開発された団地が多く、昔から根付いた地域と新しく移り住んだ地域、区画整理により世代交代しつつある地域と様々である。篠岡圏域に次ぎ二番目に人口が多い圏域です。市の人口に占める割合は22.0%で、人口については、毎年微増で推移しており、高齢者数も増加傾向にあり、単身高齢者の人数は全圏域で一番多くなっています。平成29年10月現在、高齢化率は24.6%、全世帯における高齢者のみの世帯の割合は24.2%となっています。

一方、高齢者数のうち単身高齢者の割合は20.1%となっています。地域の特性、高齢者を取り巻く環境に配慮し、地域の課題を総合的にアセスメントし、住民・関係機関等と共有することで、必要な社会資源の開発・維持に努める。介護や生活の連続性を尊重、重視した地域づくりの重要性を意識し環境づくりを行う。

センター職員は、地域にとって重要な役割を担う意識を持ち、外部研修会の参加やセンター内での勉強会等を定期的に開催し、情報の共有を行い相互の向上発展に努め専門性を高める。

3. 事業別の具体的な取組み事項

I 地域のニーズに応じて重点的に行うべき業務（総合相談支援業務）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 総合相談業務	日報や相談受付票に相談内容等を時系列で漏れなく記載する事とし、誰がどのような対応をしたかを明確にする。また、相談内容に応じて、センター内で協議をし適切な専門職がしっかり関わられるよう、朝のミーティングで報告し合うと共に、月2回ミーティングを行う。必要時、随時報告を行っていく。 ①住民に身近な場所で気軽に相談できる機会を提供する為、介護相談コーナーを老人福祉センター野口の郷、大垣共立銀行田県支店で開催する。 また地域のニーズに応じ随時介護相談コーナーを検討、開催する。 ②地域での出前講座、市のイベントの機会に、地域包括支援センターのPRを行い、市民に相談窓口として広く知っていただく。 ③味岡地区へ包括PRと地域の情報発信のための便りを随時発行する。	①野口の郷：1回/月 大垣共立：偶数月 ②随時 ③年3回	10,505件
② 実態把握	①こまきお元気チェックリストを活用し、高齢者世帯や独居高齢者等の把握及び地域診断につなげる ②相談による個別訪問からのニーズ把握を行い、地域への取組みに繋げる。 ③地域のサロンへ定期的に出向き、地域課題の把握に努める。	①対象者65・75歳 対象者への訪問： 9月～12月より開始 ②随時 ③各サロン年2～3回	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①介護者の交流会を行い、家族介護者の支援につなげる。 ②認知症カフェが複数の地域でも開催されるよう、地域住民や各講座受講者、関係機関と共に検討する。	①交流会：奇数月 第4金曜 (年6回) ②随時	-

II 介護事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 地域支え合い推進員や民生委員・児童委員等地域住民を支援するためのネットワークの構築	①地域支え合い推進員と話し合う場を設け、情報共有を図る。サロンの立上げなど地域づくりに関するものについては、地域支え合い推進員と連絡をとりながら、地域住民とともにすすめていく。 ②民生委員連絡会へ毎月出席し、顔の見える関係づくりを推進する。	①随時 ②毎月	-
② 複数の課題を抱えている世帯に対する関係機関との連携協力による支援	①8050問題など、介護保険関連事業所と障害者支援事業所とが情報共有し、世帯支援に向けて連携を行う。 ②障害者支援事業所が実施する研修等へ参加する。	①随時 ②随時	-

Ⅲ 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 公的サービスやインフォーマルサービスを活用した自立支援を目標とするケアマネジメントの実施	高齢者が要支援・要介護状態になっても悪化をできる限り防ぐために、生活上の困りごとに対して適切なサービスを当てはめる。ただそれだけではなく、自立支援に繋がるよう地域で何らかの役割が果たせる活動を継続できる。また、集いの場に通い続けるなど身体機能・活動・参加にバランスよく働きかけることで介護予防に繋げる。利用者の状況を踏まえた目標の設定、目標達成に取り組んでいけるよう具体的にケアプランを作成する。	通年	-
② ケアマネジメントを委託する場合におけるセンターの適宜適切な関与	委託しているケースについても、認定の更新時期等に合わせてチェックを行う。随時困りごとの有無の確認を行い、必要に応じて指導・助言する。また、できる限りサービス担当者会議へ出席する。	随時	-

Ⅳ 介護支援専門員に対する支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 日常的個別指導・相談	①主任介護支援専門員が中心となり、介護支援専門員からの相談に応じるとともに適切な指導・助言を行う。 ②地域のケアマネジャーにも地域のインフォーマルサービスの情報を提供し、公的サービス以外の地域サービスも活用して頂くよう取り組む。	①随時 ②随時	700件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	①支援困難となっている原因を見極め、アセスメントした内容を関係機関と共有する。それぞれの機関の位置づけ、役割を理解し、担当者の強み・弱みを知っておく。支援者の焦りや苛立ち等感情を見過ぎさないよう支援を行う。 ②緊急の支援・困難事例の相談があった場合は、必要に応じて市等の関係機関と協力・連携を図り適切に対応する。	①随時 ②随時	-
③ 介護支援専門員の資質向上を図るための支援及び課題の把握	介護支援専門員の事例検討会へ参加。その内、1回を包括主催で開催させて頂く。参加・開催を行い、互いに顔の見える関係や信頼関係づくり、課題の把握、相互の向上発展のため、専門性を高める。	3ヶ月に1回（年4回）。 内1回包括主催。	-

Ⅴ 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を踏まえた定期的な個別地域ケア会議の開催計画の策定と実施	①介護支援専門員との事例検討会や個別相談などを通して、個別地域ケア会議を開催する。個別地域ケア会議で、個別ケースの内容を検討し、個別の問題解決だけではなく、地域課題の把握を行う。会議の開催を通じて、制度だけでは支えきれない必要な支援をどのように補うか検討し、日々介護支援専門員が感じている課題について一緒に考え、自立支援に向けたケアマネジメントや実践力向上に繋げる。共有した地域課題に対する進捗状況のフィードバック、モニタリング、評価を適切に行っていく。 ②自立支援を目標とした地域ケア会議を市とともに開催し、実践力向上を図る。	①1～2か月に1回程度 年10回 ②年1回	55回 (個別会議)
② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出	①個別地域ケア会議から見えてきた地域課題をまとめ、包括内で課題共有するために会議を行う。 ②事業所交流会を開催し、事業所からも地域の課題の抽出を行い、合わせて整理も行っていく。	①随時 ②年1回	-
③ 共有された地域課題の解決に向けた資源開発等の取り組みおよび提言	地域で見出された課題を市域レベルで取り組めるよう、市と連携しながら問題解決を図る。	随時	-

Ⅵ 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 尾張北部圏域権利擁護支援センターや弁護士等との連携による成年後見制度の活用促進	①市の長寿・障がい福祉課や尾張北部圏域権利擁護支援センターと連携を図りながら、必要な支援を行う。 ②尾張北部権利擁護支援センター等と連携を図りながら、成年後見制度の理解や啓発活動を行う。	①随時 ②年2回	-
② 高齢者虐待や重層的な課題がある困難事例への対応	虐待の疑いのあるケースについて、虐待マニュアルに沿って対応するとともに、包括支援センター内で検証を行う。 また、ネットワーク会議等へ参加し、情報を共有しながら、市と連携をとって、必要な場合には、老人福祉施設等への措置ができるよう支援する。民生委員やケアマネジャー等から支援における困難事例の相談を受けた場合、困難と感じていること、何に困っているか明確にし、問題に対して優先順位をつけ、対応策を検討する。 内容に応じて包括支援センター内、市と連携をとって支援する。	随時	-
③ 消費者センターを始めとした関係機関との連携による消費者被害への対応	消費者被害の相談があった場合には、市、消費者被害相談センター、警察署等と連携し支援を行う。	随時	-
④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発	①社会福祉士が主体となって、専門職に向けた虐待防止についての講義を行う。 ②サロン等へ出向き、虐待防止や消費者被害についての講話を行う。	①6月 年1回 ②年2回	-

Ⅶ 介護予防推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 介護予防事業が必要な人の把握	①総合相談や地域への啓発活動における簡易版のチェックリストを実施により、支援が必要な高齢者を把握し、適切な支援につなげる。 ②こまきお元気チェックリストの結果を元に、地域課題を分析する。 ③こまきお元気チェックリストを活用し、介護予防把握について検討する。	①随時 ②年1回 ③随時	-
② 効果的で利用しやすい介護予防事業の実施及び普及啓発	①老人クラブ定例会、ふれあい・いきいきサロン活動へ出向き、健康維持・増進につながる講話および実技指導、介護予防に関する講話を行う。 ②住民主体による介護予防活動が行えるようにフォローしていく。	①年6回 ②随時	-
③ 「こまき山体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援	介護予防リーダーによる「こまき山体操」の啓発およびサロン等での活用拡大へつなげ、介護予防活動の場づくりの支援を行う。	随時	-

Ⅷ 認知症総合支援事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 （実施時期・回数等）	参考目標値 （市全域）
① 認知症に関する知識の普及啓発	①地域住民や企業、小中学生等幅広い年齢層へ積極的に働きかけ、認知症サポーター養成講座や認知症予防に関する講座の開催、啓発に努める。 ②認知症に関する住民主体の取り組みが促進されるよう認知症サポーター養成講座、認知症サポーターフォロー講座、認知症サポーターステップアップ講座を開催し、受講者等との意見交換や活動への支援を行い人材育成に努め、検討を行っていく。 ③各地域協議会と連携し、認知症予防活動の促進に努める。	①随時 ②市民向け認サポ3回/年 フォロー講座 ステップアップ講座 各1回/年 ③随時	・サポーター数： 2,000人 ・ステップアップ修了者：25人
② 認知症初期集中支援チームを始めとした関係機関との情報共有及び連携	①認知症の方を介護している方などから相談があった場合に、認知症地域支援推進員が主となり、訪問や相談を行う。サービス利用や受診の拒否、包括支援センターだけでは対応が困難な場合においては、包括支援センター内で協議の上、適切な時期に初期集中支援チームへつなげる。 ②認知症初期集中支援チームや認知症サポート医、認知症疾患医療センターと連絡・相談がしやすいよう連絡体制を整える。	①随時 ②随時	-
③ 認知症予防活動の推進	認知症予防ゲームやコグニサイズ、ファイブ・コグを活用しながら、住民主体による認知症予防の取組みを支援する。 また昨年ファイブ・コグを実施した地区へのフォローや二度目のテストを行っていく。	随時	・担い手養成：31人 ・認知症予防ゲーム実施箇所数：3ヶ所
④ 認知症の人の介護者への支援（認知症カフェの開催や運営支援含む）	①2ヶ月に1回、介護者の交流会を開催し、認知症の方を介護している家族等の支援をする。また、交流会が自主活動化できるよう支援する。 ②認知症カフェの研究及び立ち上げ・継続運営に向けた検討・調整を行う。また認知症カフェに複数の介護サービス事業所が専門職の立ち位置で参加頂けるよう調整を行う。 ③認知症見守りネットワークで配信された方について、その後のフォローをする。	①奇数月 年6回 ②新規立ち上げ：1か所 運営支援：ベアカフェ（1回/月） ③随時	認知症カフェ新規設置数： 住民：3 事業所：2

<p>⑤ 認知症高齢者等の見守り支援</p>	<p>①認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座、認知症の方への声かけ訓練等を通して広く市民に認知症について周知する。また、認知症の人とその家族に適切に対応できる人や認知症見守りネットワーク協力員を増やす啓発を行う。 ②認知症見守りステッカー事業が有効活用されるよう、地域住民、老人会や婦人会等の各団体、また企業等へ啓発する。</p>	<p>①随時 ②随時</p>	<p>見守りネットワーク 新規協力員:10人</p>
------------------------	---	--------------------	--------------------------------

IX 在宅医療・介護連携推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
<p>① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築</p>	<p>利用者情報を適切かつ有効に共有するため、こまきつながるくん@連絡帳を活用する。医療・介護等利用する人の時間に合わせスムーズに情報を共有することで、住み慣れた地域で安心して暮らせることができるように連携を図る。 ①こまきつながるくん連絡帳を活用して、関係機関と連携をとりながら本人・家族支援を行う。 ②在宅医療・介護連携サポートセンターと連携して、入退院支援シートについて協議・活用を図る。 ③多職種に向けた研修に参加する</p>	<p>①随時 10ヶ所 ②随時 ③年4回</p>	<p>多職種研修:4回</p>
<p>② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進</p>	<p>地域のサロンや老人会へ出向き、地域住民に対して、かかりつけ医の必要性や訪問診療を行う開業医の情報や在宅での看取り、介護保険サービス、「わた史ノート」等の普及啓発・予防講話を実施する。 ①かかりつけ医の必要性や訪問診療を行う開業医の情報や在宅での看取り、介護保険サービスの説明 ②「わた史ノート」等の普及啓発・予防講話</p>	<p>①年1回 ②年2回</p>	<p>在宅医療普及啓発:7回</p>

X 地域包括支援センター独自の重点取組み事項【自由記載】

<p>(1) 味岡地区の障害者支援相談センター、障害サービス事業所とネットワークの構築ができるよう座談会の開催 (2) 元気な高齢者や軽度認知症高齢者向けに認知症予防プログラムや認知症予防ゲーム等の説明・実施することで、プログラム参加や自主活動等に向けた活動を支援する。</p>

1. 基本情報

包括名	篠岡地域包括支援センター小牧苑
担当圏域	篠岡圏域
運営法人名称	社会福祉法人愛知県厚生事業団

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（市方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて）

高齢化と人口減少が同時に急速に進む圏域において、身近で安心して相談ができる公的な専門機関として、その専門性を活かし、使命感を持って業務を遂行する。地域住民が抱える困りごとによって、住み慣れた地域の中で孤立することがないよう、野口の郷、集いの場やオレンジカフェ、大型ショッピングセンターなど人の集まる場所で相談会を定期開催し、相談しやすい環境づくりを推進する。また、相談件数の多い退院後の在宅復帰の調整について、多職種間で情報共有し、迅速に関わることで安心して在宅生活の継続が可能になるよう支援する。全体の業務のバランスを図りながら、ネットワークを活かした新たな地域資源開発等センターの機能強化を目指すものとする。

3. 事業別の具体的な取組み事項

I 地域のニーズに応じて重点的に行うべき業務（総合相談支援業務）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 総合相談業務	①日報の記載漏れを失くし、相談内容を情報共有し迅速に介入する。 ②集いの場、オレンジカフェ、大型ショッピングセンターで気軽に相談できる環境を整える。 ③働く家族が相談しやすいように、土曜日の相談窓口の周知を図る。	①毎日 ②16回/月 ③4回/月	10,505件
② 実態把握	①集いの場に定期的に出向き、個人の困りごとや地域の様子など情報をつかむ ②支え合い推進員との連携を図りながら、地域の実情など情報を共有する	①11ヶ所/月 ②随時	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①オレンジカフェやその他の出張相談の機会に、介護者が日常の介護について自由に感情表出できるよう働きかける。 ②抱え込む介護によって、孤立したり、虐待行為に及んでしまうことのないよう同じ介護者同士が会話を通じて、情報交換や共感できる場所を提供する。	①6回/月 ②3回/月	-

II 介護事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 地域支え合い推進員や民生委員・児童委員等地域住民を支援するためのネットワークの構築	①ボランティア、住民対象のささえあいのすゝめ勉強会や民生委員対象の勉強会を継続し、住民支援のネットワークの強化を図る。 ②民生委員、ボランティア、地域住民、支え合い推進員との協働により、地域資源の開発を推進する。	①8回/年 ②適宜	-
② 複数の課題を抱えている世帯に対する関係機関との連携協力による支援	①関係者間でお互いの専門性を理解し合い、回を重ねて関係づくり、協力体制のもと世帯の問題解決を図る支援チームを構成する。 ②エコマップで関係性を整理する等、問題を可視化し、それぞれがどんなアプローチができるか具体的に話し合える機会をもつ。	①必要時 ②ケア会議など適宜	-

III 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 公的サービスやインフォーマルサービスを活用した自立支援を目標とするケアマネジメントの実施	圏域の地域資源マップを活用し、インフォーマルの既存の資源を積極的に活用し参加の場につなぐケアプランを作成する。	適宜	-
② ケアマネジメントを委託する場合におけるセンターの適宜適切な関与	①本人、家族からの相談・苦情等について親身になって対応し、信頼関係の修復や事業所変更など必要に応じて介入する。 ②委託するセンターとして、担当者会議の参加や個別ケア会議の提案を通じて連携や協力体制づくりをサポートする。	①必要時 ②随時	-

IV 介護支援専門員に対する支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 日常的個別指導・相談	①勉強会や交流会を通じて利用者の暮らしの拠点の周辺にどんな社会資源があるのか関心を持ってもらい、ケアプランに位置づけることを意味を知ってもらえるよう働きかける。 ②個別ケースの対応やケアマネジメントの悩みについて、相談を受け助言する。	①1回/年 ②随時	700件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	勉強会や交流会、意見交換会を通じて困難ケース他対応に苦慮するケースについて、常に一緒に支援方法を考え、解決に向けて話し合う。	随時	-
③ 介護支援専門員の資質向上を図るための支援及び課題の把握	地域の介護支援専門員対象にフォーマルインフォーマルのサービスを組み入れるケアプランについての勉強会を行い、グループワークで意見交換を行う。	1回/年	-

V 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を踏まえた定期的な個別地域ケア会議の開催計画の策定と実施	①対応困難なケースについては、個別ケア会議の開催を提案し、インフォーマルサービスの有用性を知り地域の役員、民生委員、ボランティアと協議の機会を得て、暮らしの拠点への気づきを引き出す。 ②本人、家族の強みに着目し自立支援のためのエンパワメントを目標とした会議を開催する。	①12回/年（困難ケース含む） ②12回/年	55回 (個別会議)
② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出	個別課題の背景にある地域課題をあぶり出し、参加者で共有し、個と地域の双方向の関係性についての理解を促しながら整理する。	12回/年	-
③ 共有された地域課題の解決に向けた資源開発等の取り組みおよび提言	地域住民による主体的な活動によって、自分たちの問題であるとの認識を引き出しながら、解決のための資源開発について、民生委員やボランティア、地区の役員、地域住民、支え合い推進員、市等関係機関と協働して取り組む。	適宜	-

VI 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 尾張北部圏域権利擁護支援センターや弁護士等との連携による成年後見制度の活用促進	認知症など理解、判断力低下による諸問題を抱える住民の今後の生活について、市役所長寿・障がい福祉課や権利擁護支援センターと連携し、弁護士や司法書士など法律の専門家とともに当事者の支援を行い、実践力を養う。	随時	-
② 高齢者虐待や重層的な課題がある困難事例への対応	①市役所長寿・障がい福祉課と密に連携し、情報を共有する。実態把握など介入のタイミングなど、常に協議しながら見極めを行い、適切かつ迅速に対応する。 ②本体特養への措置入所の対応について、市と関係者と必要に応じて連携する。	①適宜 ②必要時	-
③ 消費者センターを始めとした関係機関との連携による消費者被害への対応	①地域の集いの場に出向き、寸劇などわかりやすい啓発講座を実施する。 ②認知症など被害にあいそうな心配な近隣住民を発見した時は、気軽に相談するよう啓発を行う。 ③消費者被害相談センターと連携し対応する。	①2回/年 ②③必要時	-
④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発	①地域の集いの場に出向き、寸劇などわかりやすい啓発講座を実施する。 ②サービス事業所及び地域住民に通報の重要性について理解を促進する。	①2回/年 ②2回/年	-

Ⅶ 介護予防推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護予防事業が必要な人の把握	①各出張相談会や集いの場の訪問を通じて、相談や会話の中で本人や周辺の住民の状況について情報を得る。 ②必要に応じて、本人の同意を得ながら、集いの場や予防プログラムなど参加の場へつなぐ。	①11ヶ所/月 ②適宜	-
② 効果的で利用しやすい介護予防事業の実施及び普及啓発	①集いの場での体操など介護予防リーダーの積極的な活動を側面から支援する ②介護予防に特化した教室や保健センター主催の行事に参加し、啓発活動やこまき山体操の普及に取り組む。	①随時 ②13回/年 こまき山体操2回/年	-
③ 「こまき山体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援	多面的運動プログラムの実施によって、住民自ら主体的に予防に取り組む意欲をもてるよう支援する。	週1回×8 2回/年	-

Ⅷ 認知症総合支援事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 認知症に関する知識の普及啓発	①企業や小中学校の生徒を対象に認知症サポーター養成講座を開催する。 ②オレンジカフェのスタッフ対象に定期的に、認知症の対応等知識習得のための勉強会を実施する。	①5回/年 ②4回/年	・サポーター数：2,000人 ・ステップアップ修了者：25人
② 認知症初期集中支援チームを始めとした関係機関との情報共有及び連携	適切なサービスや医療につなぐ必要がある中で、困難なケースについて必要に応じて初期集中支援チームと情報共有を図り、迅速な対応ができるよう協力体制を構築する。	随時	-
③ 認知症予防活動の推進	運動プログラムの実施により、短期記憶のチェックやウォーキングの実施により、住民自ら主体的に仲間をつくり、予防活動を継続していけるよう支援する。	週1回×8 2回/年	・担い手養成：31人 ・認知症予防ゲーム実施箇所数：3ヶ所
④ 認知症の人の介護者への支援（認知症カフェの開催や運営支援含む）	①認知症介護家族者同士が話をしたり、共感できる機会と場所を提供する。 ②専門職として住民主体のオレンジカフェの立ち上げと運営を支援する。	①3回/月 ②随時	認知症カフェ新規設置数：住民：3 事業所：2
⑤ 認知症高齢者等の見守り支援	①認知症声かけ訓練を実施する。 ②見守りステッカー事業について地域での周知を行い、登録をすすめる。	①1回/年 ②適宜	見守りネットワーク新規協力員：10人

Ⅸ 在宅医療・介護連携推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築	①事例検討会を実施し、専門職間の協力体制をつくる。 ②こまきつながるくんを活用し、多職種との情報共有を図る。	①1回/年 ②随時	多職種研修：4回
② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進	①「わた史ノート」の講座を実施する。 ②介護保険や在宅医療・介護についての講座を実施する。	①4回/年 ②2回/年	在宅医療普及啓発：7回

X 地域包括支援センター独自の重点取り組み事項【自由記載】

・土曜日の相談窓口常設や多くの集いの場、店舗などの出張相談を通じて、増加する地域住民の抱えるさまざまな困りごとにワンストップの窓口として対応する。
 ・認知症予防、介護予防について、多面的運動プログラムを実施する。
 ・ケア会議から抽出した地域課題解決に向けて、地域住民、関係機関、既存のネットワークと協力して地域資源開発に取り組む。

1. 基本情報

包括名	北里地域包括支援センターゆうあい
担当圏域	北里地区
運営法人名称	社会福祉法人 成祥福祉会

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（市方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて）

① 担当圏域は市内で高齢化が進んだ地区を含み、一人暮らし、高齢者世帯、認知症に関する相談が増加している。早期相談、早期解決につなげ、課題の未然防止や重度化防止を図るために、地域包括支援センターの役割や機能、身近な相談機関であることについて、より一層の周知に取り組んでいく。
 また、住民からの直接相談だけでなく、関係機関や地域組織を通じてセンターに相談が寄せられることもあるため、住民への普及啓発に加え、医療機関や地域組織とのネットワーク構築を常に意識して取り組んでいく。
 ② 土地柄や伝統に配慮し、地域特性を理解しつつ地域と関わり、課題について住民と共有し、小牧市をはじめ適切な機関に課題を示し、地域資源の開発や地域づくりを住民や関係機関と連携し進める。

3. 事業別の具体的な取組み事項

I 地域のニーズに応じて重点的に行うべき業務（総合相談支援業務）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 総合相談業務	①相談内容の報告は、相談受付票及び口頭にて、その日に行い、センター内での情報共有を速やかに図る。毎朝のミーティングや月1回ミーティングにて支援状況等の情報共有を図る。 ②対応についての方針の決定や情報の共有が必要な場合は、随時、協議し包括内合意を図る。 ③「北里地域包括支援センターゆうあいだより」の発行や、イベントの機会に地域包括支援センターのPRを行い、相談窓口として広く知っていただく。 ④地域のサロンに年2回は出向き、住民のより身近な場所での相談を行う。 ⑤小針の郷での出張相談会を行う。	①随時 ②随時 ③だより年4回以上発行 ④各サロン年2回訪問 ⑤月1回	10,505件
② 実態把握	①個別訪問から地域課題やニーズを把握し、地域への取り組みに繋げていく。 ②地域のサロンや老人会、その他の集まりへ出向き、地域課題の把握に努める。 ③地域支え合い推進員との連携を図り、地域資源について情報交換を行う。	①随時 ②各サロン年2回、他は随時 ③随時	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①家族交流会を年4回開催し、介護についての日頃の悩みや不安について話し、情報交換できる機会をつくる。 ②毎月第3土曜日を相談会とし、地域の方が相談しやすい体制をとる。	①年4回（6・9・12・3月予定） ②毎月第3土曜日	-

II 介護事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 地域支え合い推進員や民生委員・児童委員等地域住民を支援するためのネットワークの構築	①地域支え合い推進員と定期的な話し合いをする場を設け、情報共有をし、地域への取り組みに対し連携していく。 ②民生委員連絡協議会に毎回出席し、地域の実態把握や、顔の見える関係づくりを行う。 ③ふくし座談会や地域協議会など地域の課題について話し合われる機会に参加する。	①2ヶ月に1回 ②毎回出席 ③随時	-
② 複数の課題を抱えている世帯に対する関係機関との連携協力による支援	①地域の様々な機関と連携を図るため、事業者交流会を開催し、情報交換を行い、利用者支援につなげていく。 ②個別ケースの対応については、関係する機関と適切に、方針や情報の共有を図り支援を展開していく。	①事業者交流会年2回 ②随時	-

Ⅲ 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 公的サービスやインフォーマルサービスを活用した自立支援を目標とするケアマネジメントの実施	①地域の自主的な集まりや会館を使った活動などの社会資源の情報収集を行い、整理していく。 ②利用者のニーズに合わせて、自立支援に向けた目標を本人と共に具体的に設定し、一人ひとりの生きがいや自己実現のためのプラン作成を常に意識する。	随時	-
② ケアマネジメントを委託する場合におけるセンターの適宜適切な関与	①新規の方の訪問は委託先ケアマネジャーと一緒に進行。 ②更新やケアプラン変更のサービス担当者会議は、可能な限り出席する。 ③個別相談のケースが必要な場合は、個別地域ケア会議を提案し、支援の展開を一緒に行っていく。	随時	-

Ⅳ 介護支援専門員に対する支援・指導（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 日常的個別指導・相談	①介護支援専門員が相談やサービス計画の作成に関する助言を求めやすくするために、日頃から顔の見える関係づくりを意識する。 ②相談のあったケースは、出来る限りサービス担当者会議へ出席する。	随時	700件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	①困難事例の相談があった時は、包括内で協議し多角的な視点による指導・助言を行う。また、必要に応じて市やその他関係機関と連携を取り、役割分担をし支援をする。 ②ケアマネジャーとの合同事例検討会に参加し、包括としての視点での意見や助言を行う。	①随時 ②年4回（4・7・10・1月予定）	-
③ 介護支援専門員の資質向上を図るための支援及び課題の把握	①ケアマネジメント業務等についての研修を開催する。 (市内包括と共同) ②主任介護支援専門員の情報交換の場や勉強会を企画し、地域の介護支援専門員の資質向上を図るための課題についても話し合い、ネットワーク構築を図る。(市内包括と共同)	①年1回 7月開催予定	-

Ⅴ 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を踏まえた定期的な個別地域ケア会議の開催計画の策定と実施	①市主催の自立支援型ケースカンファレンスが、年3回開催が予定されており、そのうちの1回は事例提供を行い、自立支援に資するケアマネジメントの向上に努める。 ②介護支援専門員からの個別相談のケースや、包括内で地域や関係機関との連携を図りたいケースについて適時、個別地域ケア会議を開催する。	①年1回 ②年8回	55回 (個別会議)
② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出	個別地域ケア会議から抽出された地域課題を分析し、地域や関係機関との連携につなげていく。	随時	-
③ 共有された地域課題の解決に向けた資源開発等の取り組みおよび提言	地域課題について、地域ケア会議で得られた助言を受け、市町村や関係機関、支援者と協働しながら、実践へとつなげる。	随時	-

Ⅵ 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
① 尾張北部圏域権利擁護支援センターや弁護士等との連携による成年後見制度の活用促進	①市や尾張北部権利擁護支援センターと連携を図りながら、必要な支援を行う。 ②弁護士等の成年後見制度、利用者の権利擁護支援に関わる専門職との連携を適切に取る。	随時	-

<p>② 高齢者虐待や重層的な課題がある困難事例への対応</p>	<p>① 虐待の発見、虐待の疑いの相談を受けた際は、速やかに市へ報告しコアメンバー会議にて、役割分担を決め連携を取り対応を進めていく。 ② ネットワーク担当者会議定例会に参加し、市及び関係する機関と情報を共有し、適切な対応を取ることができるよう連携を取る。 ③ 包括内で対応を協議し、市と連携を取り、必要な場合には老人福祉施設等への措置が出来るように支援する。</p>	<p>随時</p>	<p>-</p>
<p>③ 消費者センターを始めとした関係機関との連携による消費者被害への対応</p>	<p>消費者被害の相談があった場合は、小牧市消費者センターへ連絡し連携を図り、支援を行う。また、ケースに応じて警察との連携を図る。</p>	<p>随時</p>	<p>-</p>
<p>④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発</p>	<p>① テーマをセルフ・ネグレクトとして、虐待防止関連の研修会を開催する。(市内包括と共同) ② 消費者被害防止の啓発活動は、サロン等集いの場所にて寸劇を行う。(市内包括と共同) ③ 住民向けの講座を行い、消費者被害防止のための啓発活動を行う。</p>	<p>① 年1回：6/14(金) ② 随時 ③ 随時</p>	<p>-</p>

Ⅶ 介護予防推進事業

実施項目	内容(何を、どのように)	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
<p>① 介護予防事業が必要な人の把握</p>	<p>① 簡易版のチェックリストを実施して、介護予防対象者を把握し、意向を聞きながらサロンやその他集いの場などの社会資源へ繋げていく。 ② お元気チェックの結果や戸別訪問で地域アセスメントを行い、地域の社会資源やニーズを把握し、取り組みに繋げていく。</p>	<p>① 随時 ② 年1回、訪問は随時</p>	<p>-</p>
<p>② 効果的で利用しやすい介護予防事業の実施及び普及啓発</p>	<p>① 老人会、ふれあい・いきいきサロン、地域3あい事業等に出向き、介護や認知症の予防に関する講話を行う。 ② 「ゆうあい健康講座」を定期的に開催し、介護や認知症の予防に関する講座や体操等を行い、運動・交流の場の拠点作りの構築、拡大に努める。 ③ 「介護予防教室(体操)」を北里市民センターで定期的に開催し、地域に運動・交流の場を作っていく。 ④ 小針の郷で、定期的に予防講座を開催する。</p>	<p>① 随時 ② 年6回(奇数月第2日曜日) ③ 年6回 ④ 年6回(4・5・8・9・12・1月)</p>	<p>-</p>
<p>③ 「こまき山体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援</p>	<p>① サロンや老人クラブへ出向き、介護予防リーダーの方と一緒に「こまき山体操」の普及・啓発を行い、参加者が自主的に継続できるように働きかけていく。 ② 「こまき山体操」をきっかけに介護予防リーダーの活動の場を広げていく。</p>	<p>① 年5回 ② 随時</p>	<p>-</p>

Ⅷ 認知症総合支援事業

実施項目	内容(何を、どのように)	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
<p>① 認知症に関する知識の普及啓発</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座、声かけ訓練等を通して広く市民に認知症について周知する。また、認知症の人とその家族に適切に対応できる人を増やす啓発や講座を行う。 ② 認知症についての啓発チラシ等を作成する。 ③ 認知症サポーター養成講座を圏域内の小・中学校で開催し啓発に努める。 ④ 認知症に関する住民主体の取り組みが促進されるよう認知症サポーター養成講座の受講者に対し、認知症サポーターステップアップ講座を開催し、認知症カフェや見守り活動等を行う人材育成を行う。(市内包括と共同で開催)</p>	<p>① 随時 ② 随時 ③ 1小学校、1中学校にて開催 ④ 年1回</p>	<p>・サポーター数：2,000人 ・ステップアップ修了者：25人</p>
<p>② 認知症初期集中支援チームを始めとした関係機関との情報共有及び連携</p>	<p>認知症についての相談があった場合に、認知症地域支援推進員及びセンター職員が訪問や来所相談に対応する。包括支援センターだけでは対応が困難な場合においては、センター内で協議の上、適切な時期に認知症初期集中支援チームへつなげ連携を図る。</p>	<p>随時</p>	<p>-</p>

<p>③ 認知症予防活動の推進</p>	<p>①ファイブ・コグ（高齢者用集団認知検査）、認知症予防プログラムを年1回実施し、自主的な認知症予防の取り組みをすすめる。また、プログラム参加者や自主活動グループの交流会を開催しグループ活動の継続を支援する。 ②認知症予防ゲームリーダーを活用した取り組みについて検討し、地域での活動に取り入れてもらえるようにすすめる。（市内包括と共同）</p>	<p>①プログラム実施年1回 9月～10月予定、交流会 年1回 4月予定</p>	<p>・担い手養成：31人 ・認知症予防ゲーム実施箇所数：3ヶ所</p>
<p>④ 認知症の人の介護者への支援（認知症カフェの開催や運営支援含む）</p>	<p>①家族交流会を開催し、認知症の方とその家族が共に参加しやすい機会となるように企画する。 ②圏域内の認知症カフェの立ち上げに向けた調整を行う。活動が始まっている認知症カフェに対しては、運営を支援する。</p>	<p>①年4回 6・9・12・3月 ②随時</p>	<p>認知症カフェ新規設置数： 住民：3 事業所：2</p>
<p>⑤ 認知症高齢者等の見守り支援</p>	<p>①出前講座等で認知症声かけ訓練を実施する。 ②小針の郷で、声かけ訓練を開催する。（南部包括と共同で開催） ③介護展や市民まつりで認知症見守りネットワーク協力員の啓発活動を行う。 ④事業所を訪問し、認知症サポーターのいるお店を示すためのステッカーを配布する。 ⑤認知症見守りステッカー事業について、地域での周知を行い必要とされる方に紹介していく。</p>	<p>①随時 ②年1回 ③年2回（6・10月） ④10事業所 ⑤随時</p>	<p>見守りネットワーク新規協力員：10人</p>

IX 在宅医療・介護連携推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	目標値 (実施時期・回数等)	参考目標値 (市全域)
<p>① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築</p>	<p>①こまきつなぐるくん連絡帳を活用して、関係機関と連携をとりながら利用者の支援を行う。 ②担当利用者が入院等した場合、速やかに入退院支援シートを活用し、医療機関との連携を図る。 ③医療機関からの退院時の支援依頼がある場合は、速やかに訪問し医療機関との調整を図り、退院後の生活を支援する。 ④多職種連携の研修に参加する。 ⑤「北里包括だより」を圏域の医療機関・薬局等に設置し、連携が取れる顔の見える関係づくりを進める。</p>	<p>①随時 ②随時 ③随時 ④年2回 ⑤年4回以上発行</p>	<p>多職種研修：4回</p>
<p>② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進</p>	<p>①「わた史ノート」の出前講座の依頼がある時はセンター職員が講師として普及啓発に努める。 ②介護保険制度の説明や在宅医療・介護についての講話を地域で開催する。</p>	<p>①年1回以上 ②年1回以上</p>	<p>在宅医療普及啓発：7回</p>

X 地域包括支援センター独自の重点取組み事項【自由記載】

<p>①地域での集まりの機会や活動が減少傾向にある地域に対して、住民と共に課題を共有し、介護予防の視点で圏域内の介護事業者や関係機関と協力して、講座を開催するなど地域の活動を支援する。</p>
<p>②医療機関、薬局、介護事業者等が行う地域貢献の活動について、地域支え合い推進員と協力し、活動を支援する。</p>