

1. 基本情報

包括名	味噌地域包括支援センター岩崎あいの郷
担当圏域	味噌圏域
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）

<p>①高度経済成長期を中心に開発された団地が多い地区で、近隣に支援者のいない高齢者世帯や独居高齢者世帯が増えている。地域の課題を正確に把握し、地域住民や関係機関と連携し、身近な地域で支えるネットワークの構築を推進する。</p> <p>②介護や医療に繋げるだけでは解決できない重層的な課題を抱えた世帯の相談が増えており、様々なケースについて地域関係者、多職種、多機関による地域ケア会議を積極的に開催し、課題解決や支援体制の構築に努める。</p> <p>③地域住民や関係機関にとって、相談しやすいセンターの運営に努める。</p>
---

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	<p>①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、包括内で協議し適切な専門職が関わるよう、毎朝のミーティングで報告し合うと共に、月1回職員全員参加でケース検討を行う。</p> <p>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。</p> <p>③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、出張相談会を老人福祉センター野口の郷・田島の郷や大垣共立銀行田島支店で開催する。また、岩崎団地での移動販売に合わせた出張相談を行っている。</p> <p>④地域での出前講座、市のイベントの機会に、包括のPRを行い、市民に相談窓口として広く知っていただく。高齢者の異変に気付きやすい郵便局や交番等に包括のパンフレットの設置を依頼していく。</p> <p>⑤味噌地区へ包括のPRと地域の情報発信のための「さとだより」を年3回発行する。</p>	<p>①随時</p> <p>②随時</p> <p>③野口の郷：1回/月（5月まで） 田島の郷：1回/月（6月から） 大垣共立：偶数月 岩崎団地：移動販売時</p> <p>④随時</p> <p>⑤年3回</p>	15,000件
② 実態把握	<p>①総合相談の個別訪問やフレイルチェック質問票を活用し、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。</p> <p>②コロナ禍において集まりが制限される中、地域活動開催時にはその場へ出向き、参加者・ボランティアへの聞き取り等を実施することで、地域の状況把握に努める。</p> <p>③地域支え合い推進員および保健センターと連携をとりながら、地域のニーズや地域活動等の情報共有を行う。</p>	<p>①対象者への訪問：11月より開始</p> <p>②開催時</p> <p>③随時</p>	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	<p>①2ヶ月に1回、介護者の交流会を開催し、介護している家族等の支援をする。また交流会の参加人数や参加者に応じ、各地域での開催も検討する。</p> <p>②住民主体の認知症カフェが1か所開始予定であり、専門職として参加し相談等に応じていく。</p>	<p>①交流会：奇数月（年6回）</p> <p>②月1回（5月～）</p>	-

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	<p>①地域住民や地域支え合い推進員と連携して、地域資源の把握や地域住民への情報提供等、地域づくりを支援する。</p> <p>②民生委員・児童委員連絡協議会へ毎回出席し、地域の実態把握や、顔の見える関係づくりを行う。</p>	<p>①随時</p> <p>②開催時</p>	ふくし座談会実施回数：16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	<p>①多機関と連携を図るため、ケアマネジメント支援会議を開催し、情報交換を行い、利用者支援につなげていく。（市内包括と共同）</p> <p>②介護や医療に繋げるだけでは解決できない生活困窮や障がい者、8050問題等の重層的な課題を抱えるケースについて地域関係者、多職種、多機関による地域ケア会議を積極的に開催し、課題解決や支援体制の構築を行う。また、課題分析を重ねながら、圏域で共通する課題を抽出し、市に提言する。</p>	<p>①年1回</p> <p>②随時</p>	-

### 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事業対象者・要支援者に対して個々の生活課題に向き合い、身体機能の改善のみならず家庭や地域での役割が継続出来るような視点でアセスメントを行う事を心掛ける。 ②サービス利用検討時には介護保険サービス以外の地域の様々な資源や取り組みを紹介する事で、利用者や家族が必要で利用者にあったサービスを自ら決定し選択する事が出来るよう支援する。 ③サービスの実施状況は必要時及び定期的にモニタリングを行いその効果を評価し管理していく。	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	①委託依頼時は、包括で把握している情報や支援経過を適切に提供し、担当の引継ぎを行う。 ②委託しているケースについては、認定の更新時期等に合わせ書類・状況の確認を行う。また、可能な限りサービス担当者会議へ出席する。 ③ケアプランや評価表への意見は、適切と思われる社会資源を必要に応じてケアプランへ位置付けて頂くよう介護支援専門員に伝え、自立支援に繋がる意見を提案する。 ④ケアマネジメントに関する相談・報告等があった際には、必要に応じて包括内協議を踏まえた助言や関係機関への繋がりを適切に行う。	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共に適切な指導・助言を行い、相談できる関係を築く。 ②介護支援専門員に地域のインフォーマルサービス情報を提供し、公的サービス以外の地域サービスも活用してもらえるよう助言を行う。	①随時 ②随時	1,600件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	①困難事例の相談に対して、課題を明らかにし、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、必要に応じて市や関係機関と連携を取り、役割分担をし、支援をする。 ②個別地域ケア会議の必要性を見極め開催について検討する。	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	①介護支援専門員の井戸端事例検討会に参加。包括としての視点から意見や助言を行う。又、参加を通し、お互いに顔の見える関係や信頼関係を築き、ケアマネジメントにおける課題把握、相互の専門性を高める。 ②介護支援専門員の課題を把握する為、前年度の相談内容を精査する。 ③介護支援専門員向けの研修会に参加し、意見交換を行う。 ④小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との事例検討会に参加し、新たな課題を見つける。（市内包括と共同）	①随時 ②年1回 ③随時 ④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多職種カンファレンスを市と共に開催し、自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上、多職種のネットワークの構築を図る。 ②必要時に個別地域ケア会議を関係者と協力して速やかに開催する。会議の開催を積み重ねる事で関係機関との連携を強化し、地域課題を抽出していく。オンラインでの開催も出来るよう環境整備も行っていく。 ③センター内でケース検討を行い、個別地域ケア会議の目的、目標、方針について包括内合意を図り、計画的に開催を実施していく。 ④ケアマネジメント支援会議に参加、課題を抽出。市職員、有識者、専門職等で構成される会議へ課題を提出。施策の検討の協力をする。	①開催時参加 ②年10回 ③随時 ④年1回	40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課題の分析、整理を行う。	①随時	-

<p>共有された地域課題の解決に向け、地域支え合い推進員との連携・協働による資源開発等の取り組みおよび提言</p>	<p>①個別地域ケア会議から出た地域課題について、市や地域支え合い推進員、関係機関と共有し、解決に向けての取り組みを推進する。</p>	<p>随時</p>	<p>—</p>
---	---	-----------	----------

## 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)
<p>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</p>	<p>①個別の相談に対して、市の担当部署や尾張北部権利擁護支援センター、弁護士等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と連携を図りながら、成年後見制度について市民向けの啓発活動を行う。</p>	<p>①随時 ②随時</p>	<p>尾張北部圏域権利擁護支援センターへの高齢者の権利擁護に関する相談人数： 120人</p>
<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虐待の疑いのあるケースについて、虐待対応マニュアルに沿って対応するとともに、包括内で検証を行う。また、虐待防止ネットワーク会議定例会へ参加し、情報を共有しながら、市と連携し、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。 ②民生委員や介護支援専門員等から支援における困難事例の相談を受けた場合、課題を整理し、優先順位をつけ、対応策を検討する。内容に応じて市と連携し支援する。</p>	<p>①随時 ②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>①消費者被害の相談があった場合には、市や小牧市消費者生活センター、警察署等と連携し支援を行う。 ②小牧市消費生活センターとの意見交換会を行う。（市内包括と共同）</p>	<p>①随時 ②年1回</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話や啓発活動を行う。 ②希望者やサロンへ出向き、虐待防止や消費者被害についての講話を行う。</p>	<p>①随時 ②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総合相談や地域活動に出向くことにより、支援が必要な高齢者を把握し、適切な支援につなげる。 ②フレイルチェック質問票の結果を元に、対象者に訪問対応し、包括の周知、生活状況の把握、公的サービスやインフォーマルサービスの情報提供を行う。 ③市の担当部署と協力し介護予防サービスの利用状況や推移をみていくことで、圏域全体の現状把握に努める。</p>	<p>①随時 ②随時 ③年1回</p>	<p>フレイルチェックをしたサロン数：80箇所</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地域住民が集まる場(サロン・老人クラブ・田島の郷)において、健康維持・増進や介護予防に関する講話および実技指導を行う。さたどりを活用し包括の介護予防に関する活動を発信する。 ②地域支え合い推進員との協働により、小牧市全体および圏域または地区ごとの予防活動状況をまとめ、普及啓発につなげる。</p>	<p>①年5回 ②随時</p>	<p>週1回以上こまき山体操を実施している団体数：8団体</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地域支え合い推進員と連携し、田島の郷において「こまき山体操」の啓発や教室開催に向けて、介護予防リーダーが活躍できる場づくりの支援を行う。</p>	<p>①随時</p>	<p>週1回以上こまき山体操を実施している団体数：8団体</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・共生に関する講座の開催、啓発に努める。 大勢での開催だけでなく、地区ごとや小さな集まりの場で講座の企画・相談を行えるように努める。 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や、ステップアップ講座を開催し、活動への支援を行い人材育成に努めていく。（市内包括と共同） 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。</p>	<p>①年2回 ②ステップアップ講座等1回/年 ③随時</p>	<p>・サポーター数：500人 ・まなびあい講座（ステップアップ）修了者：20人</p>

<p>認知症初期集中支援</p> <p>② 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>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、包括だけでは対応が困難な場合においては、包括内で協議の上、適切な時期に認知症初期集中支援チームへ繋げる。</p> <p>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。</p>	<p>①随時</p> <p>②随時</p>	<p>認知症初期集中支援チーム支援者数：16人</p>
<p>③ 認知症予防活動の推進</p>	<p>①感染対策に留意しながらみんなの認知症予防ゲームやコグニサイズ、フェイス・コグを活用し、認知症予防の啓発や意識付けを行う。また住民主体による認知症予防の取組みを支援する。</p>	<p>①年1回以上</p>	<p>・担い手養成：5人</p> <p>・認知症予防ゲーム新規実施箇所数：2ヶ所</p>
<p>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>④</p>	<p>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。また交流会の参加人数や参加者に応じ、各地域での開催検討も行う。</p> <p>②認知症カフェの立ち上げ・運営に向けた検討・調整を行う。</p> <p>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。</p>	<p>①奇数月 年6回</p> <p>②新規立ち上げ：1か所</p> <p>③随時</p>	<p>認知症カフェ新規設置数： 住民：1 事業所：1</p>
<p>認知症高齢者等の見守り支援</p> <p>⑤</p>	<p>①認知症サポーター養成講座、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を増やす啓発を行う。</p> <p>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</p> <p>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>①医療機関、薬局、保健センター等と連携を取り、必要な世帯へかかりつけ医・薬局を持つことの重要性、口腔機能向上、栄養改善、内服管理等の支援のネットワークを構築する。</p> <p>②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。</p> <p>③入退院支援について「医療と介護の連携シート」を活用し、適切に医療機関との連携を図る。</p> <p>④多職種カンファレンスや多職種連携研修会に参加する。</p> <p>⑤「さとだより」を圏域内の医療機関・薬局等に設置を依頼し、顔の見える関係づくりを進める。</p>	<p>①随時</p> <p>②随時</p> <p>③随時</p> <p>④開催時</p> <p>⑤年3回</p>	<p>多職種カンファレンス開催数：5回</p>
<p>② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進</p>	<p>①地域住民に向けて、わた史ノートの活用を促進するため出前講座を開催する。</p> <p>②サロンや老人会へ出向き、かかりつけ医の必要性や介護保険制度、介護予防についての出前講座を開催する。</p> <p>③在宅医療・介護連携サポートセンターと連携し、住民からの相談に対応する。</p>	<p>①年1回以上</p> <p>②年1回以上</p> <p>③随時</p>	<p>在宅医療普及啓発：8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田島の郷での出張相談会や介護予防、認知症予防を通じて、包括のPRを行う。</p> <p>②味岡圏域で活動がはじまる認知症カフェ「オレンジカフェ・ココシア」の活動を支援する。</p>
--