

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）

1) 中部圏域の高齢化率（20.78%）は他の圏域と比較しても低い水準ではあるものの、高齢者数に対する一人暮らし高齢者の割合は29.14%と全圏域の中でも1番高くなっており、今後も単身世帯に向けた支援がより求められると思われる。生活環境に関しては、中部圏域は市の中心部で旧来の市街地を中心とし、大規模マンション・アパートが多く、身近に商業施設も整った環境と言える。西部圏域の高齢化率は24.34%と中部圏域よりも高いものの、一人暮らしの高齢者の割合は23.1%となっており、大家族が維持されている傾向がみられることから、今後は高齢者本人を含め世帯に向けた支援が求められることが考えられる。生活環境に関しては、農地が多く、幹線道路が集中し、工場や倉庫が多く立地しているが、身近に商業施設が不足する傾向にある。（※数値は令和4年4月1日時点の包括・圏域状況より）

このように異なる高齢化状況、地域特性を持つ2圏域の担当地域包括支援センターとして、地域課題を正確に把握することに努める。また、課題解決のために、どのような取り組みを行っていくかを地域住民にも主体的に考える機会として地域ケア会議を積極的にを行い地域のネットワークづくりに活かす。

2) 昨年度までの、新型コロナウイルスの感染拡大による影響で「外出や交流機会の減少」等のリスクや「ADLの低下」「認知機能の低下」などの状態悪化が懸念される。今年度は、担当圏域のサロンへの訪問回数を増やし、地域住民の感じている悩み、困り事などを直接聞ける場を設ける。また、出前講座などを通じて、介護予防の取り組みの普及・啓発を行い、自立支援や重度化防止に努める。

3) 高齢者やそのご家族を始め、多様化、複雑化する相談について包括的に相談を受け止め、利用可能な福祉サービスの情報提供などを行う。また、他の支援機関と連携を図りながら重層的な支援を行う。

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) 年齢や障害の有無を問わず、生活するうえでの困りごとを受け止め、支援できる体制が必要となっている住民に対し、相談をワンストップで受けとめる。地域包括支援センター内で対応困難な場合でも、適切な機関につなげていく。</p> <p>(2) 専門的・継続的な相談支援を行い、必要に応じて他機関と連携しながら包括的な相談体制の構築に努める。</p> <p>(3) 地区民生委員等の協力を得ながら、アウトリーチ型の個別相談を行う。また、住民の身近な相談先として地域包括支援センターがあることを周知できる方法を民生委員等と相談しながら地区の実情に合わせて啓発していく。</p> <p>(4) 地区別での相談内容の傾向や地域の特性等の把握に努め対応策を検討する。</p> <p>(5) 困難ケースについてはセンター内で情報共有し、専門的視点で協議し対応する。</p> <p>(6) 社協だより「小牧地域包括支援センターふれあいだより」やチラシの配布、予防教室での出張相談（ラピオでわか、西部コミュニティーセンター）等で地域包括支援センターの周知と総合相談の窓口であることを普及・啓発する。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (3)随時 (4)随時 (5)随時 (6)年4回（社協だより） 3ヶ月に1回作成（チラシ）</p>	14,000件
② 実態把握	<p>(1)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の状況を確認する。</p> <p>(2)地域の高齢者の心身状況や生活環境等について実態把握を行うことで、地域に存在する隠れた問題（閉じこもりの方の把握）やニーズを発見し、早期対応するように取り組む。</p> <p>(3)地域のサロンや出前講座へ適宜出向き、個別の相談や地域の実情と地域課題の把握に努める。</p> <p>(4)地域の実態把握のため、地域支え合い推進員と地域課題や地域資源等についての情報を共有する。月に1回の定例会で具体的な取り組みを検討する。</p> <p>・(1)～(4)で抽出された地域の課題やニーズ等に沿った事業や地域づくりの取り組みに繋ぐ。</p>	<p>(1)対象者への訪問10月以降 (2)毎月3件～5件 (3)随時 (4)随時</p>	-
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	<p>(1) I-①-(6)に準ずる。</p> <p>(2)市民向けの各種講座や市内で行われるイベント等で地域包括支援センターの紹介を行い、身近な相談窓口としての認知度向上に努める。</p> <p>(3)年々、勤労世代からの相談が増加傾向にあり、時間外相談の要望も増えている。時間外であっても介護離職防止の観点から、必要に応じて柔軟な対応を継続して行う。</p>	<p>(1)年4回（社協だより） 2ヶ月に1回更新（ブログ） (2)随時 (3)随時</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	(1)中・西部の地区民協へ職員が順次出席し、民生委員が抱える高齢者の個別相談に応じる。また、地域包括支援センターの業務内容を知っていただくことで、日頃から相談しやすい関係作りを努める。 (2)民生委員や地域住民の相談を通じて把握したフレイル傾向にある高齢者に対し健康管理やフレイル予防のチラシを作成し、情報提供を行ったり、民生委員が気になる高齢者については同行訪問を行う。 (3)中・西部の新任民生委員に対し、認知症サポーター養成講座を行う。 (4)ふくし座談会等で地域課題について検討するため、各地区の動向や個別地域ケア会議の開催予定などの情報を地域支え合い推進員と共有するための定例会を行う。	(1)(2)中部：10回、西部：10回（年20回） (3)年2回 (4)月1回（年12回）・随時	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	(1)多問題ケースや精神疾患を抱える事例について、市担当課・保健センター・障害者相談支援事業所・権利擁護支援センター等と個別の事例を検討する。 (2)職員の対応能力向上を目的に月1回、同課内事例検討会を行うなど専門性を高めることに努める。 (3)地域支え合い推進員とともに地域課題を共有し、既存の社会資源の活用や、新しい地域の取り組みを検討する。 (4)事案によっては、市担当課、警察、医療機関との迅速な連携を図り、状況がより深刻化しないようにする。	(1)随時 (2)2月に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	(1)圏域内の地域資源の紹介や活用方法を介護支援専門員と情報共有する。公的サービスのみならず、インフォーマルサービスを取り入れたケアマネジメントにつなげる。 (2)市内の地域包括支援センター合同での事業所交流会を通し、介護支援専門員が多職種との意見交換や情報収集を図れる場を作る。感染症や災害があっても、ウェブミーティングなどのICT活用し、安定的に交流できる場を確保する。	(1)随時 (2)年2回	-
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)介護予防支援の委託を行う場合は、介護支援専門員との連携を図り情報提供をする。また、助言や指導等後方支援に努める。可能な限り、サービス担当者会議へ出席し、包括として自立支援を促す視点での助言、これまでの支援に対するフィードバックを行う。 (2)ケアプランへの意見は、利用者本人の自立支援を促す記載とする。評価表へのコメントは、介護支援専門員に対して自立支援に着眼した意見を提案する。 (3)委託先の介護支援専門員から、ケアマネジメントに関する相談・報告等があった際には、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)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)介護支援専門員の相談に対し、三職種で構成される包括職員が多角的な視点で助言することで、普段から相談しやすい関係づくりをする。 (2)地域包括支援センターが委託する個々のケースの担当者会議に出席し、利用者の自立支援に関わる機会を持つ。担当介護支援専門員が困ることがあれば課題を一緒に考え、助言指導する。 (3)介護支援専門員に、個別地域ケア会議の意義を認識してもらい、個別相談から地域課題の視点にも気づけるよう支援する。	(1)随時 (2)随時 (3)随時	1,600件 (相談)
② 支援困難事例への指導・助言	(1)介護支援専門員が集まる事例検討会に参加し学び合うことや、個別課題解決に向け包括支援センターとして過去に対応した事例を踏まえた視点で意見や助言を行う。 (2)個別課題解決に向け、関わる支援者と情報共有し、統一された方針で継続的に支援する。 (3)困難事例や包括的・継続的ケアマネジメント支援が必要な相談内容を課題分析し、介護支援専門員が抱える共通課題や地域の特色を把握する。 (4)困難性、緊急性が高い事例の場合、他の相談支援機関や市担当課と連携し、課題に対して適切、迅速に対応する。	(1)3か月に一回程度 (2)随時 (3)随時 (4)随時	-

<p>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</p>	<p>(1)介護支援専門員や多職種から様々な意見を取り入れ、課題解決に向けた支援を行う。(多職種カンファレンス自立支援) (2)自立支援や重度化防止のための新たな気付きを得るために、介護支援専門員に事例提供を呼びかけ、検討する場の機会を確保する。(多職種カンファレンス重度化防止) (3)介護支援専門員や他職種との交流会を開催し意見交換、情報共有を行い、小牧市全体の地域課題とは何かを考え市担当課と連携を図る。</p>	<p>(1)自立支援 3回 (2)重度化防止 1回 (3)年に2回程度</p>	<p>—</p>
--------------------------------------	---	---	----------

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)
<p>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</p>	<p>(1)多職種カンファレンスを市とともに開催し、自立支援の視点からのケアマネジメントの定着を図るとともに、専門職同士のネットワークの構築を図る。また在宅生活を続けていくための効果的な方法等を検討し、重度化防止のための協議を行う。 (2)地域包括支援センター内で個別地域ケア会議の開催についてその意義を確認し、計画的に開催を実施していく。 (3)個別地域ケア会議へ地域支えあい推進員の参加を呼び掛け、個別課題から地域課題を共有する。</p>	<p>(1)年4回 (2)年8件以上 (3)随時</p>	<p>40回 (個別会議)</p>
<p>② 個別地域ケア会議から見えてきた地域課題の抽出</p>	<p>(1)今年度開催できた個別地域ケア会議から地域課題となるものの抽出を行い、地域の課題を地域住民が意識できるよう区単位レベルでの地域ケア会議の開催を行う。 (2)地域支えあい推進員と協働し、地域ケア会議を開催し、地域課題の発見や他地域の活動、取り組み状況を情報共有する。</p>	<p>(1)年1回 (2)年3回</p>	<p>—</p>
<p>③ 共有された地域課題の解決に向け、地域支えあい推進員との連携・協働による資源開発等の取り組みおよび提言</p>	<p>(1)地域支えあい推進員と共に地域課題の把握や課題整理等を行うことで、各々の専門性を活かし、区単位レベルの自主的な住民主体の地域の取り組みにつながるよう後方支援を行う。 (2)区単位で上がった地域課題について、各小学校区地域協議会で情報共有を行い市域レベルで取り組めるよう、市と連携して課題の解決を図る。</p>	<p>(1)随時 (2)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)職員の成年後見制度の活用についての理解をより一層深めるため、権利擁護支援センター等が開催する研修に参加する。 (2)成年後見制度の利用が適当と思われるケースの場合、権利擁護支援センターへの早期相談を心掛け、必要に応じて同行訪問するなど連携して支援を行う。 (3)成年後見制度に関する出前講座の依頼があった際は、必要に応じて権利擁護支援センターの協力を得て、制度の活用促進につながるよう啓発を行う。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (3)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：110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)虐待又は虐待疑いに関する通報があった場合は、速やかな市との情報共有と地域包括支援センター内での検証を行い、小牧市の虐待対応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会議に出席し、市担当課及び関係機関と情報共有しながら連携を図り、迅速な対応を行う。 (3)個別の虐待ケースに対して、包括内三職種で検討しながら、多角的な視点で対応できるよう日頃からの連携の強化を意識する。</p>	<p>(1)随時 (2)月1回（年12回） (3)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)消費生活センターと情報交換の機会を持ち、消費生活センターや警察が発信する最新の消費者被害の傾向を把握し、被害防止の啓発に活用する。 (2)サロン等の地域住民が集う場で最新の消費者被害について啓発し、もし被害にあったときの相談先を伝えていく。 (3)消費者被害の相談があった場合は、速やかに状況把握と情報収集に努め、消費生活センターや警察と連携し支援を行う。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (3)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>【消費者被害防止に関する普及啓発の取り組み】 (1)サロン等の地域住民が集う場で、出前講座を開催する。 ・出前講座の中で寸劇を行うなど、受講者がより関心を持って被害防止について学べるよう内容を工夫する。 ・消費生活センターが発行するリーフレット等を活用し、相談窓口の周知を図る。 (2)最新の特殊詐欺についての啓発のため、リーフレットを作成する。 【虐待防止に関する普及啓発の取り組み】 (1)サロン等の地域住民が集う場で出前講座を開催する。 ・講話を主として高齢者虐待に関する情報を発信する。 (2)虐待防止の啓発や周知を行う。</p>	<p>(1)中部 1回、西部 1回 (年2回) (2)随時 (1)年1回 (2)年1回</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)高齢者が集まる場所へ出向き介護予防について啓発を行う。 (2)地区別の相談分析や収集した情報を基に、ひとり世帯・高齢者世帯・高齢化率が高い地域の課題を分析することで介護予防が必要な対象者の把握に努める。 (3)医療機関・保健センター・リハビリテーション連絡会・市担当課と一緒にフレイル傾向者の把握の方法について協議する。</p>	<p>(1)随時 (2)3か月に1回 (3)随時</p>	<p>フレイルチェックをしたサロン数：60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>ポピュレーションアプローチの位置づけで健康意識の向上、閉じこもり予防、認知症予防、介護相談の視点で下記事業を実施する。 (1)ラジオにて健康づくり、フレイル予防に取り組む「ラジオでわかかな」を実施（こまき山体操・脳トレ等の実施） (2)ふれあいサーキットトレーニングの実施（こまき山体操・脳トレ・コグニサイズ等の実施） (3)住民主体の認知症予防ゲームリーダーグループ、認知症地域支援推進員と連携し、認知症予防活動の普及啓発を行っていく。 (4)リーダーグループの定期開催について、市担当課、認知症地域推進員、市内の地域包括支援センターが連携協力し、サポートしていく。 (5)介護予防の社会資源について、市担当課、保健センター、地域支え合い推進員、リハビリテーション連絡会と協議する機会を作る。</p>	<p>(1)ラジオでわかかな：月2回 (2)ふれあいサーキット：月1回 (3)随時 (4)随時 (5)認知症予防ゲーム：月2回</p>	<p>週1回以上こまき山体操を実施している団体数：7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)ふれあいサーキットトレーニング、サロン、西部コミュニティセンター等で住民主体の介護予防活動の支援、「こまき山体操」の周知を図る。 (2)介護予防活動を楽しく、長く、みんなで取り組むことができるように、軽運動・認知症予防トレーニング等を介護予防活動に取り組む住民へ伝えていく。 (3)介護予防教室やサロン等で「こまき山体操」を指導し、住民が担い手と活動するきっかけ作りとする。 (4)地域住民に住民主体の介護予防の場を周知していく。 (5)住民主体の介護予防の担い手に対して、地域包括支援センターがこれまでの活動で得たノウハウを伝えるなど支援を行う。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (3)随時 (4)年4回（社協だより） (5)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：7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)
① 認知症に関する知識の普及啓発	<p>(1)認知症の啓発活動が停滞している地区へのアウトリーチを継続的にを行い、認知症サポーター養成講座等の開催につなげる。</p> <p>(2)認知症サポーター養成講座は集合型を基本とするが、Web開催等集まらなくても実施できる体制を整え、養成講座の開催が停滞しないようにする。</p> <p>(3)担当圏域内の小・中学校・高校（特に中・高）・企業での認知症サポーター養成講座開催の啓発活動を、直接訪問だけでなく電話やメールなども活用して行う。</p> <p>(4)広報こまきや社協だより等を活用し、認知症カフェや認知症サポーター養成講座、見守りステッカー等の啓発を行う。</p> <p>・見守りステッカーの啓発のため、日常生活に身近な医療機関・金融機関・小売店等を回り見守りステッカーの周知とポスター掲示等の協力を得る。</p> <p>(5)認知症サポーターステップアップ講座を、市内の地域包括支援センター合同で開催する。</p> <p>・既存の認知症サポーターが認知症の基礎知識を振り返るだけでなく、さらなる知識の習得と対応力を深める機会にする。</p> <p>・この講座をきっかけに、地域活動に興味のある方が、新たな担い手として地域活動に参加できるようにする。</p> <p>(6)個別地域ケア会議等に認知症地域支援推進員が参加できる機会があれば参加し、認知症に関する啓発を行うきっかけを得る。</p>	<p>(1)随時</p> <p>(2)小学校 4 か所 中学校 2か所 高校 1 か所 企業 5 か所</p> <p>(3)随時</p> <p>(4)年4回（社協だより）</p> <p>広報こまき：随時</p> <p>(5)年1回</p> <p>(6)随時</p>	<p>・サポーター数：500人</p> <p>・まなびあい講座（ステップアップ）修了者：20人</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>(1)総合相談で認知症が疑われるケースについては、早めに地域包括支援センター内で検討するとともに、必要に応じて認知症初期集中支援チームにも相談する。</p> <p>(2)依頼ケースの有無に関わらず、可能な限り認知症初期集中支援チーム会議に参加する。</p> <p>・認知症当事者や家族等に対する支援方法について情報共有し、実践の場で活かせるようにする。</p> <p>(3)介護支援専門員から、認知症に関する事例の相談を受けた場合、認知症初期集中支援チームへの依頼の必要性を検討し、ケアマネジメント支援の視点から関わって行く。</p> <p>・支援依頼をする場合は、早期に依頼票を作成する。</p> <p>・依頼後は包括的継続的ケアマネジメントの視点から、介護支援専門員の支援に携わるとともに、認知症初期集中支援チームと連携して支援を行う。</p> <p>(4)認知症サポート医をはじめとした医療機関との連携を強化し、初期段階で認知症の方の支援に携われるようにする。</p>	<p>(1)随時</p> <p>(2)随時</p> <p>(3)随時</p>	<p>認知症初期集中支援チーム支援者数：14人</p>
③ 認知症予防活動の推進	<p>(1)出前講座などで、認知症予防体操やゲーム・脳トレ等を実践する。</p> <p>(2)認知症予防活動に関わる研修等に参加することで知識を深め、予防教室や出前講座等で実践する。</p> <p>(3)認知症予防ゲームリーダーと顔の見える関係づくりに努め、連携して認知症予防活動に取り組む。（Ⅶ-②-⑤に準ずる。）</p> <p>(4)認知症予防の取り組みが進んでいない地域で、認知症予防活動の重要性を伝え、予防活動の取り組みにつながるよう働きかける。</p> <p>(5)認知症予防活動が自宅でも継続できるよう、コグニサイズの方法や脳トレ問題を作成する。</p>	<p>(1)随時</p> <p>(2)随時</p> <p>(3)随時</p> <p>(4)中・西部1か所</p> <p>(5)随時</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>
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>(1)認知症介護者家族交流会が、通常の認知症カフェ内で開催していることを周知する。認知症カフェの和やかな雰囲気の中で、情報交換及び収集、専門職への相談ができるとともに、新たな介護者同士の出会いの場となるように支援・啓発を行う。</p> <p>(2)既存の認知症カフェの運営支援を継続する。</p> <p>(3)認知症カフェの周知を図るため、商業施設内の空きスペースでサテライト認知症カフェを開催する。</p> <p>(4)介護離職防止の観点から、企業の労務担当者だけでなく就労者にも、制度活用や介護休暇が取得しやすい職場風土づくりについての理解が進むよう、認知症サポーター養成講座等の機会に啓発を行う。</p>	<p>(1)(2)カフェ運営時 (カフェ・和：年12回 結カフェ：年11回)</p> <p>(3)年1～2回</p> <p>(4)随時</p>	<p>認知症カフェ新規設置数： 住民：1 事業所：1</p>

<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後に、見守りネットワーク声掛け訓練を実施することで、認知症についての正しい知識に基づいた対応方法を、体験を通して身に付けることで地域による見守り体制の構築を図る。 (2)声掛け訓練は、可能な限り実施する地域内の企業や店舗等の協力を得て行い、地域全体で認知症の方の見守り体制が構築されるような働きかけを行う。 (3)認知症見守りネットワーク協力員の啓発活動を、介護展や企業回り、各種講座など地域住民と関わる機会がある際に行い、新規協力員数を増やす。 (4)徘徊による行方不明者の早期発見のため、あんしん補償事業の啓発を市内の地域包括支援センターで情報共有しながら病院や企業、店舗等へチラシの掲示・設置の協力を依頼する。</p>	<p>(1)声掛け訓練 中部：1回、西部：1回 (2)養成講座未実施地区を2か所減らす (3)新規協力員数：10人～20人増 (4)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)在宅医療・介護連携サポートセンターと協力し、医療（医師・歯科医・薬剤師）と介護の連携の促進・強化を図る。 (2)医療機関から退院し、在宅生活に戻る際には必要に応じて切れ目なく介護サービスを受けられるようにするため、医療機関と介護関係機関が連携し、入院時から情報を共有し退院に向けた連絡・調整を行う。 (3)多職種と情報共有が必要なケースでは、「こまきつながるくん」を積極的に導入し、利用者への支援を行う。 (4)V-①-(1)に準ずる。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (3)随時 (4)年に4回</p>	<p>多職種カンファレンス開催数：3回</p>
<p>② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進</p>	<p>(1)地域住民に向けてサロンや老人会へ出向き、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。 (2)サロンや老人会へ出向き「介護保険制度の説明」や「介護予防」についての出前講座を開催する。 (3)在宅医療・介護連携サポートセンターと連携し、住民からの医療相談に対応する。</p>	<p>(1)随時 (2)随時 (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り組み事項【自由記載】

<p>自由記載： 1.制度の狭間の方、8050問題、生活困窮、介護、障害、子どもへの支援等について法人内でも課題を共有し適切な支援にあたる。 2.重層的なセーフティネットの強化や多機関協働事業、地域で支えるしくみや災害への対策について効果的に行われるよう、関係機関と情報共有し、方策を検討していく。 3.個別ケア会議で抽出された課題について、区単位や小学校区の地域協議会で情報共有をすることにより、住民がより身近な問題として受け止め、個々のケースから地域課題を検討する場の道筋を立てていく。 4.山北地区について、昨年度開催した啓発イベントで伺った意見やアンケートの結果を反映し、令和5年度も啓発イベントを実施し、住民と交流を深め、困りごとの相談できる「顔の見える関係づくり」を図る。 5.上新町地区について、集合住宅における単身者世帯に対して、地域のつながりづくりや相談窓口の周知を図る方法について、区長や民生委員、地域住民、地域支え合い推進委員と共同で検討していく。 6.地域包括支援センターを身近に感じて頂き、相談しやすい「顔の見える」関係作りに取り組む一環として、地域住民や民生委員と話し合い、相談窓口の啓発チラシを作成する。 7.高齢者の方にもいつでもいきいき元気に過ごして頂くため、介護予防に関する活動をチラシなどを用いて発信し、「介護予防」の取り組みの大切さや、フレイル予防について普及・啓発していく。</p>
