

令和7年度 小牧市地域包括支援センター事業計画書

資料3-6

1. 基本情報

運営法人名称	社会福祉法人 成祥福社会	センター名	北里地域包括支援センターゆうあい	圏域	北里圏域
--------	--------------	-------	------------------	----	------

2. 地域包括支援センター事業計画の方針（小牧市が示す方針をもとに、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住宅地を含み、一人暮らし、高齢者世帯、認知症、経済的な困窮、重層的複合課題に関する相談が増加していることから、早期に対応し、関係機関と連携し解決につなげるために、地域包括支援センターの役割や機能、身近な相談窓口であることについて、より一層の周知に取り組んでいく。業務の実施においては、3職種それぞれの専門性を活かし、チームアプローチを常に意識し、対応力向上を図る。

また、住民からの直接相談だけではなく、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多くあるため、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事業に取り組んでいくことにより、地域包括支援センターとしての機能強化に取り組む。

②地域特性を理解し、地域との関わりを深め、課題について住民と共有し、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。（そのツールとして地域協議会への参加を生かし、地域住民と福祉活動を協働しながら取り組んでいく）

③地域の介護保険事業所に地域活動への参加を呼びかけ、地域住民と協働していく仕組みづくりを図る。

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）	実施時期・回数等
① 総合相談業務	①本人、家族、地域住民等からの様々な相談に対し、属性や世代を問わず、第一次的な相談窓口として、懇切丁寧なワンストップでの対応を実施する。 ②自立支援・重度化防止・家族介護者支援・権利擁護の視点に基づいたスクリーニングを行い、対応についての方針の決定や情報の共有については、包括内合意を図ると共に、必要に応じ、関係機関と協働し対応を検討する。 ③相談窓口として広く知っていただくため、「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を行う。 ④地域のサロン・カフェ等での講座と合わせて、住民の身近な場所での相談対応を行う。 ⑤小針の郷の職員と定期的に情報を共有し、個別相談を強化を図る。 ⑥プライバシーが確保されるよう十分に配慮し、来談者が相談しやすい環境を整備する。	①随時 ②随時 ③年3回以上発行 ④サロン訪問時等 ⑤月1回 ⑥随時
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、個別の相談や地域課題の把握に努める。 ③地域支え合い推進員と連携を図り、地域資源について情報交換を行う。	随時
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	①介護についての日頃の悩みや不安を相談出来る場として、家族介護者交流会を開催する。 ②認知症カフェの開催に併せて包括職員による相談会を開催する。 ③夜間や休日の相談に対しては、併設施設に相談内容の聞き取りを依頼し、職員出勤後折り返し連絡し対応する。 ④介護離職防止に向けた相談体制の充実を図ると共に、ヤングケアラー・ダブルケア・老々介護・8050・遠距離介護等の相談体制の充実や関係機関との協働支援を図っていく。	①月1回 ②毎月第4土曜日 ③随時 ④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）	実施時期・回数等
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に情報共有する場を設け、地域への取り組みに対して連携していく。 ②小牧市地区民生委員・児童委員連絡協議会に出席し、地域の実態把握や、顔の見える関係づくりを行う。また、民生委員と連携し対応した事例を紹介していく。 ③小牧市地区民生委員・児童委員連絡協議会において、座談会や勉強会を開催し、福祉視点での地域の課題を話し合うことにより、民生委員活動における悩みを共有し、その解決策を検討する。	①2ヶ月に1回 ②10回/年 ③年1回開催
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ケアマネジメント支援会議を通じて、地域の様々な機関と連携を図り、情報交換を行い、利用者支援に繋げる。（市内包括と共同） ②複数の課題（経済的な課題・精神疾患・8050問題・ヤングケアラー・不登校、世帯の機能不全等）の解決を図るため、地域ケア個別会議やこまきつながる会議などを活用し、関係機関と適切に方針や情報を共有しながら支援を展開していく。また、課題分析を重ねながら広域で共通する課題を抽出して市に報告する。	①年1回 ②随時

III 第1号介護予防支援事業

実施項目	内容（何を、どのように）	実施時期・回数等
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、社会資源の情報収集を行って整理していく。 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。 ③住民主体活動、ボランティア、各種有料サービス等、様々なインフォーマルサービスや公的サービス、福祉他法の情報を収集し、多様なサービス活用を意識して、ケアマネジメントの展開を図る。	随時
② ケアマネジメントを委託する場合などにおけるセンターの適時適切な関与	①新規委託ケースは、委託先ケアマネジャーに適切な情報提供を行い、同行訪問して支援方針を検討する。 ②更新やケアプラン変更に係るサービス担当者会議について、委託先ケアマネジャーから出席依頼や相談があった場合は必ず出席する。（担当者が出席できない時は他の職員が出席する） ③支援方針等の相談があった際、必要に応じて地域ケア個別会議の開催を提案し、支援の展開を協働しながら課題の解決を目指す。	随時

IV 介護支援専門員に対する支援及び指導並びに被保険者等に対する包括的かつ継続的な支援の環境の整備(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）	実施時期・回数等
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のサービス担当者会議は、必ず出席できるように調整する。 ③こまきつながるくん連絡帳を活用し、支援チームとして協働していく。	随時
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、必要に応じて市や関係機関と連携を取り、役割分担をし、支援をする。 ②地域のケアマネジャーが参加する事例検討会に参加して助言を行う。	①随時 ②開催時参加
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日報のケアマネジメント相談・指導、困難事例支援等の内容を分析し、居宅支援事業所と市内包括の協働で解決できるよう、ケアマネジメント支援会議のテーマにつなげる。（市内包括と共同） ②ケアマネジメント業務についての研修を開催する。（市内関係機関と共同） ③保険者と協働し、ケアプラン点検で抽出された課題点について研修会を開催する。（ケアマネジメント推進会議と同時開催） ④小規模多機能居宅から事例を提供してもらい、事例検討会を開催する。（市内包括共同で主催） ⑤小牧市介護支援専門員連絡協議会等、既存の協議体と協働し、ケアマネジャーの悩みや相談できる仕組みを構築する（ケアマネジメント支援推進部会） ⑥令和6年度に実施した「介護支援専門員が関わる悩みや躓きなどのアンケート調査」から課題分析を実施し、今後の後方支援のあり方について検討する。（ケアマネジメント支援推進部会で実施）	①随時 ②年1回 ③年1回 ④年1回 ⑤随時 ⑥年1回

V 地域ケア会議

実施項目	内容（何を、どのように）	実施時期・回数等
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地域ケア個別会議の開催計画の策定と実施	①自立支援型の地域ケア個別会議である多職種連携カンファレンスが年3回開催予定であり、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、地域ケア個別会議を開催する。 ③地域ケア個別会議の質向上を年間テーマとして取り組む。（市内包括と共同）	①年3回 ②年6回 ③月1回の部会
② 地域ケア個別会議から見えてきた地域課題の抽出	地域ケア個別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。 また、地域課題の分析結果から社会資源の開発や新たな仕組みづくりの提案など、政策形成へと繋がるシステムを定着させることを他圏域の地域包括支援センターと協働で進めていく。	随時
③ 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	①地域課題について、地域ケア個別会議で得られた助言を受け、市や関係機関、支援者と協働しながら、実践へとつなげる。 ②昨年度のふくし座談会や地域ケア個別会議で抽出された課題を協議するため、地域支え合い推進員と協働して地域協議体（小学校区）や区単位の地域ケア推進会議を開催し、地域住民の主体的な活動参加を促していく。 ③企業による地域貢献活動を推進していく。	随時

VI 権利擁護事業

実施項目	内容（何を、どのように）	実施時期・回数等
① 尾張北部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成年後見制度の利用が必要と判断される人に対して、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成年後見制度や権利擁護支援に関わる弁護士等の専門職との連携を適切に取る。 ③身寄りのない人の支援についての課題や支援体制について関係機関で検討する。（市内関係機関と共同）	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虐待の発見や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初期対応する。その後は、市及び関係機関で個別ケース会議を開催し、支援方針を検討し対応する。 ②虐待防止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に連携を取る。 ③市と連携して必要な介護サービスへの接続や施設入所等の支援を行う。 ④困難事例については、地域包括支援センターに配置される三職種で対応を協議した上で、市及び関係機関と個別ケース会議にて支援方針を検討し対応する。	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	①消費者被害の相談があった場合は小牧市消費生活センターと連携して支援を行う。また、ケースに応じて警察との連携を図る。 ②消費者安全確保地域協議会に参加し、必要な取り組みの情報交換・協議を行う。（市内包括と共同）	随時
④ 虐待防止や消費者被害防止に関する普及啓発	①事業所向けの虐待防止に関する研修会を開催する。 ②市民を対象とした消費者被害防止の啓発活動を警察と連携して行う。 ③市民向けの虐待防止や消費者被害防止の講座を開催する。	随時

VII 介護予防推進事業

実施項目	内容（何を、どのように）	実施時期・回数等
① 介護予防事業・フレイル予防事業が必要な人の把握	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る。 ②フレイルチェック調査の対象者（令和7年に70歳を迎える要介護・要支援の認定がない方、75歳以上で要介護認・要支援認定がなく3年間医療機関未受診の方）のうち、フレイルチェック複数該当者に対して訪問による状況確認を行い、その方に合った地域の多様な社会資源を案内するなど、フレイル解消に向けた取り組みを行う。また、支援が必要な方には、本人や家族の意向を尊重しながらセンターによる介入を実施する。 ③保健センターはフレイルチェック調査票の返信がない75歳以上かつ3年間医療機関未受診の方を訪問するので、必要に応じて連携を図る。	随時
② 効果的で利用しやすい介護予防事業・フレイル予防事業の実施及び普及啓発	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「介護予防体操教室」を北里市民センターで圏域の事業所と地域に運動と交流の場を作り、歩行分析AIを使って歩容や転倒リスク評価を行い、運動の習慣化を図る。 ③認知症予防ゲームリーダーの方を中心に「みんなの認知症予防ゲーム」を定期的に開催する。（市内包括と共同） ④「みんなの認知症予防ゲーム」を地域に出向いて広める。 ⑤前年度から継続して中部大学生命健康科学部保健学科による認知症予防研究に協力し、地域住民主体の「みんなの認知症予防ゲーム教室」を開催して認知症予防を行う（藤島団地）。	①随時 ②月1回 ③月2回（第1・3木曜日） ④随時 ⑤年24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・フレイル予防事業の場の支援	①サロンや老人会へ出向き、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。	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）	実施時期・回数等
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、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地域住民（チームオレンジ・地域協議会メンバー）と一緒に、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） ⑤チームオレンジコーディネーターとして認知症地域支援推進員が積極的に関与し、認知症カフェスタッフを対象に勉強会を開催し、運営の継続と認知症の方の対応力向上を図る。 ⑥ 認知症サポート医との連携を強化し、家族や本人が受診・相談がしやすい体制を整える。認知症サポート医・認定看護師等との意見交換会を実施する。	①随時 ②随時 ③市民向け1回、2小学校、2中学校/年 ④年1回 ⑤年2回 ⑥年1回
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。 ②認知症初期集中支援チーム員会議へ出席し、ケースの課題について検討する。 ③医療の介入が必要な認知症のケースは、早期にかかりつけ医や認知症サポート医との連携を図る。	①随時 ②月1回（第3水曜日） ③随時
③ 認知症予防活動の推進	①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進める。 ②認知症予防プログラム参加者を対象に自主化（活動を継続する）のための講座を開催し、プログラムの振り返りや交流の機会の創出、自主化に向けた計画作成の支援、グループ活動継続の支援などを行う。また、小牧市ウォーキングアプリ a l k o を活用し、自主的な活動を支援する。	①年1回（9月～10月予定） ②講座10月予定、自主活動月1回
④ 認知症の人の介護者への支援	①家族介護者交流会を開催し、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。	①月1回
⑤ 認知症に関する地域づくり（認知症カフェやチームオレンジへの支援を含む）	①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。	①随時
⑥ 認知症高齢者等の見守り支援	①地域で、声かけ訓練を開催する。 ②介護展で認知症見守りネットワーク協力員、認知症高齢者等あんしん補償事業の啓発活動を行う。 ③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。 ④認知症高齢者等あんしん補償事業について、地域や企業等での周知を行い必要とされる方に紹介していく。	①年1回 ②年1回（6月） ③随時 ④随時

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）	実施時期・回数等
① 在宅医療・介護関係機関とのネットワークの構築	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利用者の支援を行う。 ②担当利用者が入院等した場合、「医療と介護の情報シート」を活用し、速やかに医療機関との連携を図る。 ③医療機関からの退院支援依頼がある場合は、状況にあわせて病院を訪問し、調整を図る。 ④在宅医療・介護連携研修会に参加する。 ⑤「北里地域包括支援センターゆうあいだより」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。 ⑥多職種連携カンファレンス（自立支援・重度化防止）の運営実行と参加により、顔の見える関係の在宅医療・介護のネットワークを構築する。 ⑦愛知県入退院調整支援事業で得た成果を元に、必要に応じて、小牧市の入退院に関して小牧市在宅医療・介護連携サポートセンター、行政、医療機関などと連携しながら協議を行う。	①随時 ②随時 ③随時 ④随時 ⑤年3回以上発行 ⑥年4回 ⑦随時
② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進	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。	①随時 ②年1回以上

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】

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をして講座を開催するなど地域の活動を支援する。 ②「認知症予防プログラム」「みんなの認知症予防ゲーム」の取り組みを、医療機関、薬局、介護事業者等と協力し、地域で展開できるよう連携を図る。 ③認知症地域支援推進員がチームオレンジコーディネーターとして更なる活動機会の充足と地域協議会メンバーの福祉活動をサポートしていく。 ④消費者被害が多発しており、警察と共同し防止策啓発を行っていく。 ⑤歩行分析AIによる歩容や転倒リスク評価を元に運動プログラムを個別指導する介護予防プログラムと医療機関の理学療法士による介護予防プログラムを年間6回ずつ実施する。 ⑥藤島団地地区をモデルケースとし、新たな社会資源としての福祉有償運送サービスを開始し、効果検証の実施と他資源についても検討していく。 ⑦地域支え合い推進員、地域住民、チームオレンジの協力を得て、寺カフェ・子ども食堂の立ち上げを支援する。
--