

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 - 4

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	味噌地域包括支援センター岩崎あいの郷	圏域	味噌圏域
--------	--------------	-------	--------------------	----	------

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高度経済成長期を中心に開発された団地が多い地区であり、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ため、地域住民や関係機関との連携に重点を置き、身近な地域で支えるネットワークの構築を推進する。 ②介護や医療に繋ぐ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いることから、地域住民や多職種・多機関が参加する地域ケア個別会議を開催し、課題解決や支援体制の構築に努める。 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。

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相談内容は相談受付票や日報に時系列で遺漏なく記載し、対応者及び実施した内容を明記する。また、相談内容に応じて適切な専門職の関わりを実施するため、毎朝ミーティングを行うと共に月1回職員全員でケース検討を行う。 ②対応方針の決定や情報の共有が必要な場合は、随時、協議して包括内合意を図る。 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ため、第3老人福祉センター田島の郷や大垣共立銀行田島支店で出張相談会を開催する。また、岩崎団地の移動販売に合わせた出張相談も継続して実施する。 ④相談窓口として認知してもらうため、出前講座やイベント等の機会に地域包括支援センターのPRを実施する。また、高齢者の異変に気づきやすい郵便局や交番等に地域包括支援センターのパンフレットの設置を依頼する。 ⑤地域包括支援センターのPRと地域の情報発信のため、味噌地区に「さとだより」を発行する。	①随時 ②随時 ③田島の郷：1回/月 大垣共立：偶数月 岩崎団地：移動販売時 ④随時 ⑤年3回
② 実態把握	①総合相談における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を行い、地域診断につなげる。 ②サロンや老人クラブなど地域の集まりに参加し、参加者やボランティアへの聞き取り等により、地域の状況把握に努める。 ③地域支え合い推進員や保健センターと地域のニーズや地域活動等の情報共有を行う。	①対象者への訪問： 11月より開始 ②随時 ③随時
③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供	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を支援する。また、交流会の参加人数、参加者の属性などに応じて各地域での開催も検討する。 ②住民主体の認知症カフェに専門職として参加し、相談等に応じていく。	①交流会：奇数月（年6回） ②オレンジカフェ・ココシア：2回/月、キラ星☆カフェ 本庄：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地域住民や地域支え合い推進員と連携し、地域資源の把握や地域住民への情報提供を行い、地域づくりを支援する。 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に努める。	①随時 ②開催時
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て情報交換を行い、利用者支援に繋げる。（市内包括と共同） ②介護や医療に繋ぐ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、地域住民、多職種・多機関による地域ケア個別会議を開催し、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味岡圏域に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個々の生活課題を把握し、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視点で支援する。 ②必要かつ利用者に合ったサービスを自ら選択出来るよう、介護保険サービス以外の地域資源や取組みなどを紹介する。 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し、その効果を評価・管理する。	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介護予防プランを居宅介護支援事業所に委託する時は、担当者の引継ぎを行い、センターで把握する支援経過や情報を適切に提供する。 ②委託したケースについては認定の更新時期等に合わせて書類や状況の確認を行う。また、可能な限り委託先が開催するサービス担当者会議に出席する。 ③委託先などが作成したケアプランや評価表への意見は、自立支援を促す観点から、必要に応じて適切な社会資源をケアプランに位置付けることを意識しながら行う。 ④地域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ぎを適切に行う。	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)

0	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よう助言を行う。	①随時 ②随時
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、センター内で協議し多角的な視点による助言を行う。 また、必要に応じて市や関係機関と連携を取り、役割分担し、支援をする。 ②地域ケア個別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し、センターとしての視点から意見や助言を行う。又、参加を通して、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。	①随時 ②年1回 ③随時

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必要時に関係者と協力して速やかに地域ケア個別会議を開催し、支援方針の検討及び課題の抽出を行うほか、関係機関との連携強化を図る。また、オンライン開催も出来るよう環境整備を図る。 ③センター内でケース検討を行い、地域ケア個別会議の目的、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する。 ④ケアマネジメント支援会議に参加して課題を抽出する。そのほか、市職員、有識者、専門職等で構成される会議へ課題を提出すると共に施策検討に協力する。	①開催時参加 ②年10回 ③随時 ④年1回
② 地域ケア個別会議から見えてきた地域課題の抽出	①複数の「地域ケア個別会議から抽出された課題」を整理・分析し、地域に共通する課題（地域課題）を抽出する。	①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市や地域支え合い推進員、関係機関と共有しながら解決に向けての取り組みを検討する。	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。 ③弁護士とセンター職員の勉強会を実施し、連携の取りやすい関係づくりや相談の機会を確保する。（市内包括と共同）	①随時 ②随時 ③年1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	①虐待疑いのケースは「虐待対応マニュアル」に沿って対応し、センター内で検証を行うとともに、虐待防止ネットワーク会議定例会へ参加して市や関係機関と情報を共有する。また、緊急時には老人福祉施設等への入所を支援する。 ②地域や介護支援専門員等から困難事例の相談を受けた場合、センター内での課題を整理を行い、優先順位を付けて対応し、必要に応じて市や関係機関と協議して課題解決を図る。また、より複雑化・複合化した困難事例には重層的支援体制整備事業の多機関協働事業である「こまきつながる会議」を活用し、関係機関と連携し支援体制の構築を図る。 ③身寄りのない人の課題を市や関係機関と共有し、支援体制の構築に協力する。	①随時 ②随時 ③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消費者被害の相談を受けた際は、市や小牧市消費者生活センター、警察署等と連携して支援を行う。 ②市町村消費者安全確保地域協議会の実務機能を担う「権利擁護部会」を開催し、市や関係機関との連携を図る。（市内包括と共同）	①随時 ②年数回
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り、専門職向けの虐待防止研修会や啓発活動を行う。 ②サロンや希望者の元へへ出向き、虐待防止や消費者被害の講話を行う。	①随時 ②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相談や訪問時に情報収集・アセスメントを行い、支援が必要な高齢者を把握して適切な支援に繋ぐ。 ②フレイルチェック質問票の結果を元に対象者を訪問し、介護予防者の把握および地域診断に必要な情報を収集する。 ③サロン等の地域活動に出向き参加者の活動状況・生活状況を把握する。 ④市担当部署の協力を仰ぎ、介護保険および各種予防教室参加者の年齢・性別・利用内容、年代による推移から味噌圏域全体の現状把握に努める。	①随時 ②年1回 ③随時 ④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や実技指導を行う。 ②保健センターやボランティア等が主催する健康づくりの場において、介護予防に関する講座および情報発信を行う。	①年5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・フレイル予防事業の場の支援	①ボランティアグループ「たがた若がえり隊」が田島の郷で実施しているこまき山体操教室の支援を継続すると共に、介護予防リーダーが活動しやすいよう地域支え合い推進員と共に後方支援を行う。	①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地域や企業、小中学校など幅広い年代や属性を対象として、認知症サポーター養成講座や認知症予防、地域共生などに関する講座開催や啓発に努める。一方で、地区単位や小さな集まりの場での講座の企画・相談など細やかな対応にも努める。 ②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て人材育成に努めると共に、継続的に住民主体の活動への支援を行う。（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。	①年2回 ②ステップアップ講座等1回/年 ③随時
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際に認知症地域支援推進員が主となって訪問や相談を行う。サービス利用や受診の拒否などについてはセンター内で協議し、適切な時期に認知症初期集中支援チームへ繋ぐ。 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	①みんなの認知症予防ゲームやコグニサイズを活用して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。	①年1回以上
④ 認知症の人の介護者への支援	①2ヶ月に1回、介護者の交流会を開催して認知症の方を介護している家族等の支援を行う。また、参加人数や参加者に応じて各地域での開催も検討する。 ②認知症見守りネットワークで配信された方の情報を把握し、支援を行う。	①奇数月 年6回 ②随時
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認知症カフェスタッフの資質向上や運営のモチベーション向上のため、市内全域や味岡圏域内の認知症カフェの交流会を実施する。 ②チームオレンジ設立に向け、関係者と連携を図り土台作りを行う。	①年1回 ②随時
⑥ 認知症高齢者等の見守り支援	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など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、また医療機関、薬局、介護保険事業所、企業等へ啓発する。	①随時 ②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本人・家族支援を行う。 ②入院中の高齢者の円滑な在宅復帰を支援するため、「小牧市入退院支援ルール」を適切に実施する。その際、情報共有ツールである「医療と介護の連携シート」を活用し、入退院支援看護師や医療ソーシャルワーカーとの連携に努める。 ③多職種連携カンファレンスや多職種連携研修会に参加し、在宅での支援などについて情報共有する。 ④味噌圏域内の医療機関や薬局等に対する「さとだより」設置依頼などを通じ、顔の見える関係づくりを進める。	①随時 ②随時 ③開催時 ④年3回
② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進	①改訂版「わた史ノート」普及のため、サロンや希望者の元に出向いて出前講座を開催する。また、「小牧市生き生き人生プロジェクトチーム会議」に出席すると共にACP（人生会議）の普及・啓発活動に参加する。 ②地域住民に向けて、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啓発を行う。 ③小牧市在宅医療・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。	①講座は年1回以上 ②年1回以上 ③随時

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】

①味噌圏域内の各サロンに1回以上は参加する。その際、地域包括支援センターのPRや参加者やボランティアへの聞き取りを行い、地域課題を把握をすると共に必要に応じて支援に繋げる。 ②地域住民の集いの場の活動を、関係機関や地域住民のボランティアと共同で支援する。
