

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）

篠岡圏域は開発から40年以上経過した桃花台にニュータウンと交通の便が悪く農地が多い周辺地区を有しており、どちらも人口や世帯数の減少、高齢化が進んでおり、特に75歳以上高齢者が増加している。また、9つある県営住宅の入居率も5割程度となっており空き家が目立ち住民同士の交流が少ないことから、困りごとを抱える世帯や個人が地域から孤立しないよう、また生活が立ち行かなくなる前に相談ができるよう、大型商業施設での相談会や地区民協や各サロン等住民の集う場に出向き、地域の情報を得られるようにしていく。総合相談内容から、認知症や経済的な課題を抱えている事例も増加しており、関係機関と連携を深めセンターの機能強化を図る。

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）  | 目標値<br>(実施時期・回数等)                            | 参考目標値<br>(市全域) |
|-----------------------|---|--|----------------|
| ① 総合相談業務              | ①日報や相談受付表に漏れの無いよう記載し、受付表の閲覧チェックや毎日のミーティングで職員間での情報共有をする。<br>②野口の郷や大型ショッピングセンターでの出張相談会を継続する。<br>③サロン等住民の集いの場や認知症カフェに出向き、より身近な場所での相談を継続する。<br>④認知症カフェの開催日に合わせたカフェ参加者や介護者、その他総合相談の場所の開催を検討していく。         | ①毎日<br>②野口の郷：月1回<br>商業施設：週1回<br>③月8回<br>④月2回 | 14,000件        |
| ② 実態把握                | ①フレイルチェック質問票を活用して個別訪問を実施し、支援対象となる高齢者を把握する。また、把握事業により得られたデータから地域課題の分析を行なう。<br>②地域のサロン等、集いの場に出向き、参加者の困りごとや出かけてこられない方の情報を参加者や民生委員から得る。<br>③住民や民生委員から得た高齢者の情報により、お元気訪問を実施する。また、民生委員と情報共有や同行訪問し実態把握に努める。 | ①8月頃から開始<br>②月5回<br>③随時                      | -              |
| ③ 家族介護者への相談体制の充実・情報提供 | ①大型商業施設での相談会開催の案内を、商業施設に設置してある看板で周知する。<br>②就労している介護者家族のニーズに対応するために土曜日にも職員が出動し、相談できる体制をとる。<br>③時間外の相談については併設施設の協力や、必要に応じて時間外対応を行なうなど柔軟に対応し、介護離職の防止を図る。<br>④相談会開催について、チラシ回覧等で住民へ周知する。                 | ①通年<br>②毎週土曜日<br>③随時<br>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）  | 目標値<br>(実施時期・回数等)        | 参考目標値<br>(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地区民協に毎回出席し、地域の実態把握や顔の見える関係作りをする。また、定期的に民生委員対象の勉強会を行う。<br>②地域支え合い推進員と定期的に話し合う機会を設け、情報共有をする。<br>③民生委員、地域住民、ボランティア、介護保険事業所、地域支え合い推進員、行政等との協働実践会議を開催し、個別ケア会議からの地域の課題をテーマに話し合う。 | ①勉強会 年5回<br>②月1回<br>③年4回 | 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地域住民、民生委員、市担当課、保健所、障がい者相談支援事業所、権利擁護支援センター等、関係機関と情報共有し、連携をしながら支援していく。<br>②市内包括合同事業として、介護支援専門員や介護保険事業所とのケアマネジメント支援会議を開催し、情報交換を行ない利用者支援につなげていく。                               | ①随時<br>②年2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<br>（実施時期・回数等） | 参考目標値<br>（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自立支援に向けたケアプランを作成するために、利用者のできることを本人と一緒に考えて適切なサービスを計画する。また、既存の地域資源を積極的に活用できるよう提案していく。 | ①ケアプラン作成時         | -              |
| 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委託している利用者について、委託先介護支援専門員との同行訪問やサービス担当者会議への参加で情報共有し連携を図る。                            | ①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<br>（実施時期・回数等） | 参考目標値<br>（市全域） |
|-------------------------------|---|-------------------|----------------|
| ① 日常的個別指導・相談                  | ①日頃の業務を通じて、地域の介護支援専門員が相談しやすい関係作りに努める。<br>②地域の介護支援専門員からの相談は受付表等で情報共有し、包括全体で対応を検討し、対応する。                              | ①随時<br>②随時        | 1,600件<br>（相談） |
| ② 支援困難事例への指導・助言               | ①地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例に対しては、地域ケア会議などを通して、地域住民や関係機関と連携しながら、共に解決を図っていく。<br>②必要と思われる場合、または介護支援専門員の求めに応じて、対象者への同行訪問を行なう。 | ①随時<br>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との事例検討会に参加し、包括としての視点から意見や助言を行う。その内1回は包括から事例提供する。<br>②地域の介護支援専門員対象に、介護予防や自立支援の視点に基づいた支援について、勉強会を行なう。      | ①年4回<br>②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<br>（実施時期・回数等） | 参考目標値<br>（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処遇困難事例や課題を抱える地域住民に対し、地域の介護支援専門員と連携して個別ケア会議を開催する。<br>②地域住民や多職種が集う個別ケア会議の開催を通して、地域の介護支援専門員の自立支援・重度化防止を目的としたケアマネジメントの実践力向上を図る。 | ①年6回<br>②年1回以上    | 40回<br>（個別会議）  |
| ② 個別地域ケア会議から見てきた地域課題の抽出                                      | ①個別地域ケア会議を通して把握した課題や、その背景にある地域の状況を分析した内容について、地域住民や関係機関と情報共有する。   | ①年6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                            | ①個別ケア会議から抽出した地域の課題の解決に向けて、地域住民、民生委員、地域支え合い推進員、その他関係機関と協働して取り組むと共に、必要に応じて行政に提言をしていく。  | ①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<br>(実施時期・回数等) | 参考目標値<br>(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市役所や権利擁護センターと連携し、弁護士や司法書士など法律の専門家と共に、当事者の支援を行う。  | ①随時               | 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 |
| 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虐待や虐待疑いの相談を受けた際は、速やかに市に報告し情報共有を行うとともに、包括内で検討し市の虐待対応マニュアルに沿って対応する。<br>②虐待事例や困難事例への対応については、職員2名以上で訪問等の対応をする。 | ①随時<br>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への情報提供や警察署と連携し対応する。   | ①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野口の郷やサロン等で地域住民に対し、虐待防止や消費者被害防止の啓発講座を行なう。   | ①各年1回以上           | -                                       |

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<br>(実施時期・回数等)                 | 参考目標値<br>(市全域)           |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|
| ① 介護予防事業が必要な人の把握                   | ①各出張相談会や住民の集いの場に出向き、住民や民生委員から地域の高齢者の情報を得ることで支援が必要な高齢者を把握し、介護予防につなげていく。<br>②把握事業の高齢者データを基に介護予防対象者を把握する。<br>③総合相談から、介護保険サービス利用以外でも介護予防が必要と思われる高齢者の訪問を実施し把握に努める。          | ①相談会：月5回<br>②8月以降<br>③随時          | フレイルチェックをしたサロン数：60箇所     |
| 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健康生きがい推進課と連携して、フレイルチェックを実施するサロンと一緒に出向き、介護予防体操を実施する。<br>②運動の習慣化や仲間作りの場を目的とした介護予防運動プログラムを計画・実施する。<br>③野口の郷で介護予防に関する講話を実施する。<br>④各相談会やサロン等、人が集まる場でチラシを配布し、介護予防事業の啓発を行なう。 | ①随時<br>②（週1回×8）年2回<br>③年4回<br>④随時 | 週1回以上こまき体操を実施している団体数：7団体 |
| ③ 「こまき体操」等を活用した、住民の主体的な介護予防活動の場の支援 | ①野口の郷で介護予防リーダーが定期開催しているこまき体操の継続のため、地域支え合い推進員等や行政とともに開催日の手伝いや打ち合わせに参加する。  | ①随時<br>打ち合わせ：隔月                   | 週1回以上こまき体操を実施している団体数：7団体 |

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<br>(実施時期・回数等)                         | 参考目標値<br>(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小・中学校や、市民向けに開催し、見守りの支援体制づくりに繋げる。<br>②オレンジカフェスタッフ対象の勉強会を実施する。<br>③企業、市民向け認知症サポーター養成講座を住民キャラバンメイトと合同で実施し、活動できる住民キャラバンメイトを増やす。 | ①市民向け 年1回<br>小・中学校 各1か所以上<br>②年3回<br>③年2回 | ・サポーター数：500人<br>・まなびあい講座（ステップアップ）修了者：20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認知症地域支援推進員が主となり、困難ケースや医療につなぐ必要があるケースについて、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継続していく。   | ①随時                                       | 認知症初期集中支援チーム支援者数：14人                     |
| ③ 認知症予防活動の推進                       | ①部会を中心とした認知症予防ゲームリーダーの活動を支援していく。<br>②認知症予防ゲームを圏域で開催できるよう、ゲームリーダーや支え合い推進員と検討していく。  | ①随時<br>②随時（1か所新規開催）                       | ・担い手養成：5人<br>・認知症予防ゲーム新規実施箇所数：2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認知症カフェに複数の職員が参加し、当事者や介護者からの相談や、カフェ運営等の支援を継続する。<br>②認知症の家族介護者同士の交流会を開催する。   | ①認知症カフェ 4か所（月5回）<br>②年2回                  | 認知症カフェ新規設置数：<br>住民：1<br>事業所：1            |
| 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協力員の啓発活動を行なう。<br>②認知症見守りステッカー事業、あんしん補償事業について周知していく。  | ①随時<br>②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<br>(実施時期・回数等) | 参考目標値<br>(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担当利用者の入退院における支援について、医療と介護の連携シートを活用し、情報共有を行い連携していく。<br>②こまきつながる連絡帳を活用し、多職種と情報共有する。 | ①随時<br>②随時        | 多職種カンファレンス開催数：3回 |
| ② 在宅医療・介護の普及・啓発の推進       | ①地域の集いの場に出向き、「わた史ノート」の講座を実施する。<br>②地域住民に対し、介護保険制度や在宅医療についての講座を実施する。                | ①年1回以上<br>②年1回以上  | 在宅医療普及啓発：8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】

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民を対象に、地域の支え合い活動への関心を高め、見守り活動等につなげられるような勉強会を開催する。</li> <li>・圏域内の地域協議会福祉部会で地域の高齢者の課題を話し合えるような場ができるよう地域支え合い推進員とともに働きかけていく。</li> </ul> |
|---|