

1. 地域包括支援センターの方針(担当圏域の特色や課題分析を踏まえて)

高齢化率(R3.12.31現在)の高い地域は、祐福寺30.2%、部田28.8%であり、低いのは宅地造成された兵庫7.3%、三ツ池9.4%である。傍示本は宅地造成が進み、この1年間で29.6%→29.0%に下がるなど特異な圏域であるが、近隣に支援者のいない高齢者世帯や独居高齢者が増えているのは、どの地域でも共通している課題である。支える家族の高齢化もある。コロナ禍で自宅で過ごす時間が増えたことにより、気力や体力の低下を心配する声がかかる。①地域活動の継続を支援すること、②支え合いや助け合いの仕組みづくりを住民と一緒に考えていく。

2. 事業別の実施内容

1. 総合相談支援業務	内容(何を、どのように)	目標値
① 実態把握	・出前講座や通いの場へ出向いたり、自治会や民生委員、関係機関との連携を通じて、地域の高齢者の情報収集を行う。また、必要に応じて適切なサービスや制度につなぎ、継続的な支援を行う。 ・約110名のサービス未利用者及びお元気訪問者に対し、1～3ヶ月に1回は電話もしくは訪問し、継続的に関わる。	出前講座 年24回 巡回訪問 月15回 未利用者及びお元気訪問者 1～3ヶ月1回
② 総合相談支援	・速やかに相談記録を作成し、地域包括支援センター(以下「包括」という)内での情報共有を毎日行う。 ・高齢者の総合相談窓口としての役割の周知について、出前講座や通いの場にてPRしていく。 ・町や民生委員、自治会、関係機関との情報交換を密にし、様々な相談内容について総合的に相談できる体制を作る。	情報共有 日1回以上 巡回訪問 月15回 相談体制 随時
③地域におけるネットワークの構築	・チラシやパンフレットを作成し、通いの場や自治会、スーパー、コンビニなどに対して積極的に広報活動を行う。 ・多様な相談に対応するため、町や自治会、民生委員、関連機関と連携しながら支援を行う。	通いの場 8ヶ所 スーパー 2ヶ所 コンビニ 13ヶ所
④家族介護者への相談支援体制の充実	・男性介護者の集いの場や認知症カフェにおける相談支援を通じて、介護者の負担の軽減や具体的な困りごとへの対応を行う。 ・男性介護者の支援についてのチラシやパンフレットを窓口へ設置し、地域住民に対して情報提供を行う。	男性介護者の集い 年6回 認知症カフェ 年24回 情報提供 随時
2. 権利擁護業務	内容(何を、どのように)	目標値
①成年後見制度の活用促進	・認知症等により、判断能力の低下がみられる高齢者に対し、日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用を図る。 ・成年後見制度の円滑な利用にあたり、町や尾張東部権利擁護支援センターなどの関係機関との連絡調整を行う。	随時
②高齢者虐待の防止及び対応	・高齢者虐待の早期発見と防止に努め、発生が疑われるときには速やかに町や警察、関係機関と連携を図り、対応する。 ・権利侵害を防止し、早期発見につなげるため、認知症カフェやサロン、講座、研修を通して、住民や民生委員、介護支援専門員、サービス事業者などへ知識や対応策の普及啓発活動を行う。	随時
③困難事例への対応	高齢者及びその家族に、経済的困窮や障がい、判断能力の低下など重複する課題がある場合、また、地域からの孤立や介入拒否がある場合には、複数の職員で対応する。さらに、家族や住民、町、医療職、その他関係者を交えた個別支援会議を開催して善後策を考え、支援する。	随時
④消費者被害の防止への対応	・パンフレットやチラシを窓口へ設置する他、出前講座や通いの場、認知症カフェなどにて、消費者被害に関する情報を周知し、注意を促す。また、民生委員や介護サービス事業者など、高齢者と接する機会の多い関係者から情報収集することに努める。 ・消費生活被害の相談を受けた場合は、町や警察、消費生活センターなどと連携して支援を行う。	随時
3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	内容(何を、どのように)	目標値
①包括的・継続的なケア体制の構築	・高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、個々の状況や変化に応じて、家族や住民、民生委員、介護支援専門員、サービス事業者、医療職などが連携し、多職種相互の協働による包括的・継続的な支援を行える体制を整える。 ・介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な地域資源を活用できるよう情報を整理し、共有する。	随時
②地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	町や北部包括、豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし(以下「かけはし」という)などの関係機関と連携し、介護支援専門員の連絡会や事例検討会、研修会などを通じて、介護支援専門員相互の情報交換やネットワークの構築が出来るよう支援する。	随時
③日常的個別指導・相談及び支援困難事例等への指導・助言	地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、相談しやすい環境を整えるとともに、サービス計画の作成に関する助言や指導、サービス担当者会議への参加など、必要に応じて専門的な見地からの個別指導や相談の対応を行う。	随時 (サービス担当者会議の参加は毎回)
4. 第1号介護予防支援事業	・公的サービスとインフォーマルサービスを活用したケアマネジメントを実施し、高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるよう支援する。 ・委託したケースについても同様の支援が行われるよう、適切に関与していく。	随時 (委託ケースは新規・更新・区変時など)
5. 在宅医療・介護連携推進事業	・電子@連絡帳(レガッタネットとうごう)を活用し、多職種と情報共有しながら、利用者への支援を行う。 ・地域ケア推進会議やかけはしなどとの連携を図り、地域全体での切れ目のない見守り体制の構築を図る。 ・多職種カンファレンスやかけはしなどが開催する研修会を通して、各職種の相互理解が深まり、関係が構築できるようにする。 ・医療介護マップ(仮)作成プロジェクトチーム員として、誰もがわかりやすい冊子作成に取り組む。	随時
6. 生活支援体制整備事業	・包括利用者や住民、地域ケア会議、地域支え合い協議体、民生委員協議会定例会等の場を通じて得られた意見や情報を分析し、地域が抱える課題を把握し、対応する。 ・支え合い活動に関する住民の意識が向上するよう、チラシを窓口へ設置し、出前講座や通いの場において支え合い活動に関する情報提供を行う。 ・地域支え合いコーディネーターとの情報交換の機会を持つとともに、協議体及びコア会議に参加する。	随時 地域支え合いコーディネーターとの情報交換 年4回 協議体・コア会議 毎回
7. 認知症総合支援事業	内容(何を、どのように)	目標値
①適切なサービスを提供するための関係機関との連携(運営方針の(1)、(2)、(4)、(5))	・認知症地域支援推進員活動や個別事例の支援を通して、地域課題の把握に努める。 ・サービスや受診拒否などの対応が困難な場合は、包括内で協議のうえ、初期集中支援チームへつなげる。 ・連携体制の構築を推進するため、医療機関や薬局、郵便局への巡回を継続し、また、企業や飲食店などの訪問も行う。	随時 継続巡回 年3回 企業・飲食店訪問 年10ヶ所
②認知症の人の介護者への支援(運営方針の(5)、(8))	・認知症ケアパスを活用し、認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の形態に応じたサービス提供の流れを説明する。 ・認知症カフェの開催や男性介護者の集いなどを通して、認知症の人を介護している家族への相談支援を行う。 ・出前講座や通いの場において、認知症の人やその家族への支援体制についての周知を図る。 ・サロンなどの通いの場において、認知症サポーター養成講座及びステップアップ講座を開催し、チームオレンジを立ち上げる。	ケアパス活用 随時 認知症カフェ 年24回 相談支援 随時 チームオレンジ 年3チーム
③ 認知症の理解を深めるための普及・啓発(運営方針の(1)、(3)、(6)、(7))	・住民の認知症への理解を深めるため、認知症サポーター養成講座や認知症カフェを行う。また、搜索模擬訓練、福祉実践教室の開催に協力をする。 ・認知症支援施策検討会に出席し、認知症に関する普及・啓発や、認知症支援の取組内容の検討を行う。	認知症講座 年6回 認知症カフェ 年24回 検討会出席 年6回
8. 一般介護予防事業	・住民主体の通いの場の充実と自立支援を目的として、出前講座を実施し、高齢者の介護予防の取り組みを支援する。 ・高齢者の健康づくりや居場所づくり、社会参加を促すことで、要介護状態を予防する介護予防教室(お元気サロン)を実施する。	出前講座 年24回 お元気サロン 年24回

9. 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	医療機関や介護サービス事業所、介護支援専門員、民生委員等、ボランティア、地域の各サポーターなどのインフォーマルサービスを含めた地域の関係者が、それぞれの専門性を活かしながら連携できるようネットワークの構築を図る。また、地域資源であるNPO法人、ボランティアセンター及びシルバー人材センターなどとの連携体制を整える。	随 時
10. 地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議を開催し、個別の課題の背景にある地域の課題を見つけ出す。 ・町が主催する地域ケア会議へ出席する。 ・地域ケア会議で明らかとなった地域課題や資源開発について、地域ケア推進会議で提案を行う。 	個別会議 年10回 地域ケア会議 随時 提案 随時
11. 指定介護予防支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援者がその心身の状況やおかれている環境、その他の状況に応じて、公的サービスのみならず、インフォーマルサービスを活用したケアマネジメントを実施し、高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるよう支援する。 ・委託したケースについても同様の支援が行われるよう、適切に関与していく。 	ケアプラン作成 随時 委託管理 随時

3. 重点取組事項(自由記載)

方針に、①地域活動の継続を支援すること、②支え合いや助け合いの仕組みづくりを住民と一緒に考えてくことをあげた。①については、サロン巡回にて参加者の困りごとの相談受けだけでなく、町や地域支え合いコーディネーターと連携し、サロン運営上の困りごとなどスタッフへの対応もしていく。また、今後活動者の高齢化が問題になってくることが予想される。活動者数の維持・確保にも協力したい。②については、困りごとを抱えている人を発見するために通いの場への巡回を継続するとともに、サロンや出前講座などの機会を利用して支え合いについての周知啓発を行う。他に、協議体に参加し、地域で行われている支え合い活動や今後必要と思われる支え合い活動の情報を共有し、何ができるか、どうやったらできるかを一緒に考えていく。