

令和2年度東郷町南部地域包括支援センター東郷苑事業報告

資料2-1

1. 地域包括支援センターの方針(町の方針をもとに、圏域の特色や課題分析を踏まえて)

- ・高齢者やその家族が、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことが出来るよう、医療サービス、介護サービス、行政、自治会、民生児童委員、老人会、ボランティア団体、認知症サポーター、地域サポーターといった様々な社会資源を含むネットワークの構築を継続する。
- ・地域の介護支援専門員が抱える処遇困難事例について、気軽に相談が出来る機会や関係づくりをする。
- ・高齢者の尊厳のある暮らしが守られるよう、虐待の早期発見・対応、消費生活被害、成年後見制度の普及に取り組む。
- ・地域の課題を住民と共に共有し、自助・互助・共助による支援や社会資源の開発等、地域づくりに関わっていく意識を持つ。

2. 事業別の実施内容

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|--------------------|--|--|--|
| 1. 総合相談支援業務 | | | |
| ① 実態把握 | ●出前講座や集いの場への巡回訪問、自治会や民生児童委員との連携を通じて地域の高齢者の心身状況や家庭環境、地域に存在する隠れた課題やニーズを把握し、早期対応するように取り組む。 | ・出前講座 年24回 ・集いの場巡回 各地区1回以上 | ・出前講座 延べ7回実施 ・集いの場巡回 1地区実施 |
| ② 総合相談支援 | ●高齢者の総合相談窓口としての役割の周知について、出前講座や集いの場への巡回訪問を通じてPRしていく。 ●町や民生児童委員、自治会、その他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。 ●相談記録を速やかに作成し、地域包括支援センター(以下「包括」という。)内での情報共有を行う。 | ・出前講座 年24回 ・集いの場巡回 各地区1回以上 ・民生児童委員・自治会への挨拶 随時 ・包括内での情報共有 随時 | ・出前講座 延べ7回実施 ・集いの場巡回 1地区実施 ・民生児童委員・自治会との連携 随時実施 ・包括内での情報共有 毎日実施 |
| ③地域におけるネットワークの構築 | ●支援を必要とする地域の高齢者に対し、適切な支援と継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するために、地域の住民をはじめ、町、民生児童委員、自治会、その他関係機関とのネットワークの構築を図る。 ●包括の業務に関するパンフレットやPRチラシを窓口に設置し、地域住民及び関係者に積極的に広報する。 | ・民生児童委員・自治会、その他関係機関との連携 随時 ・パンフ・PRチラシの設置・配布 随時 | ・民生児童委員・自治会、その他関係機関との連携 随時実施 ・パンフ・PRチラシの設置・配布 随時実施 |
| ④家族介護者への相談支援体制の充実 | ●家族介護者の集いの場への参加、認知症カフェにおける相談支援の実施を通じて、家族介護者の負担の軽減や具体的困りごとへの対応を行う。 ●家族介護者の支援についてのチラシを作成し、窓口への設置及び講座等での配布を行う。 | ・家族介護者の集いの場 随時 ・認知症カフェ 月2回 ・チラシ作成、設置・配布 随時 | ・家族介護者の集いの場 1回実施 ・認知症カフェ 延べ10回実施 ・チラシ作成、設置・配布 随時実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】

新型コロナウイルスの拡大予防の影響で、住民が集う場が大幅に減少。包括業務に関するパンフレットを設置・配布した他、出前講座(7回)、お元気サロン(1回)、地域カフェ(2回)、認知症カフェ(10回)等において、実態把握や包括PR、家族介護者の支援を行うと共に、民生児童委員定例会(4回)や自治会訪問(祐福寺、部田山、白土、西白土)、老人会訪問(春木台、西白土、部田山)、薬局訪問(りんご、Vドラック、松山)等において、関係づくりに努めた。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】

新型コロナウイルスの影響は今後も継続すると推測される。出前講座や認知症カフェ、お元気サロンを可能な限り実施し、地域住民が集える場所を提供する。また、回り切れていない集いの場、自治会や老人会の訪問を行い、実態把握や包括業務のPR、家族介護者の支援等を行う。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|------------------|---|---|---|
| 2. 権利擁護業務 | | | |
| ①成年後見制度の活用促進 | <ul style="list-style-type: none"> ●成年後見制度に関するパンフレットやPRチラシを窓口を設置し、制度の周知を図る。 ●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、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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・パンフ・PRチラシの設置 随時 ・制度の活用支援 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・パンフ・PRチラシの設置 随時実施 ・制度の活用支援 随時実施 |
| ②高齢者虐待の防止及び対応 | <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者虐待の早期発見、防止に努め、発生が疑われる時には速やかに町や関係機関と連携を図り、対応を行う。 ●権利侵害を防止し、早期発見につなげる為、福祉イベントや講座、研修を通して地域住民、民生児童委員、介護支援専門員、サービス事業者等へ知識や対応策の普及啓発活動を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・早期発見・対応 随時 ・普及啓発活動 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・早期発見・対応 随時実施 ・普及啓発活動 随時実施 |
| ③困難事例への対応 | <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者やその家族に経済困窮、障害、判断能力の低下等の課題が重層的にある場合、また、社会からの孤立や介入拒否がある場合には、包括の専門職種が相互に連携して対応する。さらに、家族、地域、町、医療職、その他関係者を交えた個別ケース会議を実施し、協働して支援を図る。 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携・対応 随時 ・個別ケア会議の実施 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携・対応 随時実施 ・個別ケア会議の実施 25回実施 |
| ④消費者被害の防止への対応 | <ul style="list-style-type: none"> ●消費生活被害に関するパンフレットやPRチラシを窓口を設置し、周知を図る。 ●出前講座や集いの場、認知症カフェ等において、地域住民に対し消費者被害に関する情報を周知し注意を促すとともに、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治会、民生児童委員、消費生活センター等と連携し、被害を未然に防ぐように支援する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・パンフ・チラシの設置 随時 ・普及啓発活動 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・パンフ・チラシの設置 随時実施 ・普及啓発活動 随時実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】

高齢者の権利擁護に関して、パンフレットの設置・配布を行った。成年後見制度については、尾張東部権利擁護支援センターや町、担当介護支援専門員と連携しながら対象者に制度の説明や申請に係る支援を行った(7名)。高齢者虐待の防止については、継続支援(7名)新規(4名)について、町や中央児相、保健所、柏葉等の関係機関と連携し、虐待の早期発見と対処、予防に努めた。処遇困難事例については、その相談内容に応じて町や民生委員、かけはし、医療機関、社会福祉協議会等と連携をとり、協働して支援を行った。消費生活被害については、担当圏域や近隣市町村で起きた内容(2事例)について町に報告を行った。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】

成年後見制度に関しては、制度の円滑な利用ができるよう、町や尾張東部権利擁護支援センターとの連携をとりながら支援を進めていく。高齢者虐待に関しては、予防の視点を持ちながら支援に努めると共に、虐待が疑われる状況が発生した場合には速やかに町や関係機関と連携を図り、対応を行う。困難事例については、チームで支援にあたると共に、個別ケース会議を適宜開催し、協働して支援を行う。消費生活被害については、集いの場などにおいて、地域住民に対して周知啓発を図る。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|-------------------------------|---|---|--|
| 3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 | | | |
| ①包括的・継続的なケア体制の構築 | <ul style="list-style-type: none"> ●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、個々の高齢者の状況や変化に応じて、家族、地域、民生児童委員、介護支援専門員、サービス事業者、医療職等が連携し、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。 ●地域の介護支援専門員が介護保険以外の様々な社会資源を活用できるよう情報を整理し、共有する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・支援体制の整備 随時 ・社会資源の情報整理・共有 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・支援体制の整備 随時実施 ・社会資源の情報整理・共有 ファイル作成して共有 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ●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。)等の関係機関と連携し、介護支援専門員の連絡会、事例検討会、研修会等を通じて、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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・連絡会への参加 年5回以上 ・事例検討会への参加 年6回以上 ・研修会への参加 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・連絡会への参加 1回 ・事例検討会への参加 年4回 ・研修会への参加 延べ9回 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ●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等、必要に応じて専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応 随時 ・個別指導・相談 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応 随時実施 ・個別指導・相談 随時実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】
 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、日頃の支援に加え、認知症カフェ等を通じた家族支援や自治会訪問(4か所)、老人会訪問(3か所)、薬局訪問(3事業所)等を実施した。地域の介護支援専門員が介護保険以外の様々な社会資源を活用できるよう、医療・介護の情報、福祉サービス、状況に応じて入所できる施設等の情報を整理し、共有した。町や北部包括、豊明東郷医療介護サポートセンター等の関係機関と連携し、介護支援専門員連絡会、多職種ミーティング等の参加を通じて、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した。地域の介護支援専門員が相談しやすいよう、何か困りごとはないか常に配慮し、必要に応じて相談・指導・訪問同行などの後方支援を行った(205件)

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】
 地域の住民や専門職が連携して支援できるよう、医療・介護等の専門職だけでなく、民生委員や自治会、老人会といったインフォーマルな団体との関係づくりをするため、訪問や電話によるPRを行う。町や北部包括、豊明東郷医療介護サポートセンターが行う介護支援専門員連絡会や研修に参加し、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。地域の介護支援専門員の相談を受け、必要に応じて相談・指導・訪問同行などの後方支援を行う。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|----------------|---|---|--|
| 4. 第1号介護予防支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> ●要介護状態となることの予防、また重度化防止のため、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。 ●委託した事例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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの実施 随時 ・委託事例の適切な関与 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの実施 延べ761件 ・委託事例の適切な関与 随時実施 委託 延べ187件 |

【具体的な取組内容や実績値について】
 要支援者がその心身の状況、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した。尚、委託した事例についても同様の支援が行われるよう、適切に関与した。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】
 引き続き、要支援者がその心身の状況、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をしていく。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|------------------|--|--|--|
| 5. 在宅医療・介護連携推進事業 | <ul style="list-style-type: none"> ●電子@連絡帳(レガッタネットとうごう)を必要に応じて活用する。 ●地域ケア推進会議(在宅医療介護連携推進部会)やかけはし等との連携を図り、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等が開催する研修会などを通じて、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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・電子@連絡帳の活用 ・関連機関との連携 随時 ・多職種の関係構築 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・電子@連絡帳の活用 6事例 ・関連機関との連携 随時実施 ・多職種の関係構築 随時実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】
 主に認知症初期集中支援チームや処遇困難事例について、電子@連絡帳を活用し、多職種が連携して支援を実施した。多職種ミーティング(5回)に参加をした他、薬局や医療機関を訪問し、医療関係者との関係の構築に努めた。東郷町地域ケア推進会議(3回)、在宅医療・介護連携推進部会(2回)、在宅医療・介護連携支援センター連絡協議会(3回)、豊明東郷医療介護サポートセンター運営協議会及び町との巡回訪問(計2回)の参加を通し、地域の課題の把握や他機関との連携に努めた。地域の医療に関する相談については、豊明東郷医療介護サポートセンターにつなぎ、連携して支援をした。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】
 電子@連絡帳(レガッタネットとうごう)を必要に応じて活用する。多職種連携にかかる研修や在宅医療・介護連携推進部会等の会議に参加し、地域の課題の把握や他機関との連携に努めていく。また、地域の医療に関する相談をかけはしにつなぎ、連携して支援をしていく。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|---------------|---|---|---|
| 6. 生活支援体制整備事業 | <ul style="list-style-type: none"> ●包括利用者や地域住民、地域ケア会議、地域支え合い協議体、民生児童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する。 ●支え合い活動に関する地域住民の意識が向上するよう、町や地域支え合いコーディネーターと連携しながら、チラシを窓口に設置し、出前講座や集いの場において支え合い活動に関する情報の提供を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・課題の把握 随時 ・チラシの設置 随時 ・情報提供 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・課題の把握 随時実施 ・チラシの設置 随時実施 ・情報提供 随時実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】
 包括利用者や地域住民、行政、地域支え合い協議体(4回)、民生児童委員協議会定例会(4回)、地域カフェ(西白土地区)の支援等の場を通じて得られた情報を議事録や活動記録、総合相談受付表などを用いて包括内で共有及び課題の把握を実施した。支え合い活動に関する地域住民の意識が向上するよう、町や地域支え合いコーディネーターと連携しながら自治会訪問(祐福寺、部田山、白土、西白土)等を通して支え合い活動に関する情報の提供を行った。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】
 地域ケア会議、地域支え合い協議体、民生児童委員協議会定例会等の場等に参加すると共に、包括利用者、地域住民、町から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、対処していく。支え合い活動に関するチラシ・パンフレットを窓口に設置し、自治会訪問や出前講座、集いの場において支え合い活動に関する情報の提供を行う。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|---|---|---|--|
| 7. 認知症総合支援事業 | | | |
| 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(1)、(2)、(4)、(5)) | ●認知症の人や家族がいつまでも住み慣れた地域で暮らせるよう、家族をはじめ地域住民、医療関係者、介護サービス事業者、福祉サービス、認知症地域支援推進員(以下「推進員」という。)、認知症初期集中支援チーム等が連携し、地域全体で対象者の暮らしを支える体制を整える。 | ・推進員の配置 通じて配置 ・推進員・チーム等との連携 随時 | ・推進員の配置 通じて配置 ・推進員・チーム等との連携 随時実施 |
| ②認知症の人の介護者への支援(運営方針(5)、(8)) | ●認知症ケアパスや推進員、家族支援についてのパンフレットやPRチラシを窓口に設置し、周知を図る。 ●出前講座や集いの場、認知症カフェなどにおいて地域における認知症高齢者や家族の支援体制についての周知を図る。 ●対象者には、その状況に合わせた適切な支援が受けられるよう、ケアパスを用いて説明をする他、医療機関や推進員、初期集中支援チームなどの関係機関の紹介及び連絡調整を行う。 | ・パンフ・チラシの設置 随時 ・普及啓発活動 随時 ・ケアパスの活用・連携 随時 | ・パンフ・チラシの設置 随時実施 ・普及啓発活動 随時実施 ・ケアパスの活用・連携 随時実施 |
| ③ 認知症の理解を深めるための普及・啓発(運営方針(1)、(3)、(6)、(7)) | ●地域サポーター、認知症サポーター、ひとり歩き高齢者見守りネットワーク等の地域の社会資源について対象者への紹介や利用支援を進めるとともに、地域への情報発信を行う。 ●認知症サポーター養成講座や認知症カフェを実施し、認知症に関わる相談を受理すると共に、幅広い世代に認知症に関わる知識等の普及啓発活動を行う。 | ・利用支援・情報発信 随時 ・認知症サポーター養成講座 年6回 ・認知症カフェ 月2回 | ・利用支援・情報発信 随時実施 ・認知症サポーター養成講座 延べ4回実施 ・認知症カフェ 延べ10回実施 |

【具体的な取組内容や実績値について】
 認知症の人や家族がいつまでも住み慣れた地域で暮らせるよう、対象者にケアパスを用いて説明を実施(14事例)し、医療機関や推進員、初期集中支援チームなどの関係機関の紹介及び連絡調整を行った。また、認知症地域支援推進員を配置し、医療や生活支援など幅広く対応した(49回)他、認知症初期集中支援チーム事務局及びチーム員を配置し、認知症高齢者及び家族の支援を行った(3事例)。普及啓発活動としては、認知症ケアパスや推進員、家族支援についてのパンフレットやPRチラシを窓口に設置し、周知を図った他、認知症サポーター養成講座や認知症カフェ、出前講座を実施し、認知症に関わる相談を受理すると共に、幅広い世代に認知症に関わる知識等の説明を行った。

【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】
 認知症の人や家族がいつまでも住み慣れた地域で暮らせるよう、引き続き認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム等と連携し、地域全体で対象者の暮らしを支える体制を整えていく。認知症ケアパスや推進員、家族支援についてのパンフレットやPRチラシを窓口に設置し、周知を図る他、出前講座や集いの場、認知症カフェなどにおいて地域における認知症高齢者や家族の支援体制についての周知を図る。特に認知症初期集中支援チームについては依頼数が延びるよう重点的にPRをしていく。

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|--|--|--|--|
| 8. 一般介護予防事業 | <ul style="list-style-type: none"> ●住民主体の通いの場の充実と自立支援を目的として、出前講座およびお元気サロンを実施する。 ●リハビリテーション専門職との連携のみならず、地域住民が介護予防リーダー、パワフル東郷などに代表される”介護予防の担い手”として活動する機会を確保することで、各々が地域の中で生きがい・役割をもって生活できるような環境を作る。 | <ul style="list-style-type: none"> ・出前講座 年24回 ・お元気サロン 年24回 | <ul style="list-style-type: none"> ・出前講座 延べ7回実施 ・お元気サロン 1回実施 |
| <p>【具体的な取組内容や実績値について】 住民主体の通いの場の充実と自立支援を目的として、出前講座およびお元気サロンを実施した。新型コロナウイルスの影響で実施回数が大幅に減少する中、参加者には電話もしくは訪問で近況の確認や相談の有無の確認を行った。また、実施した際には、パワフル東郷のボランティアに”介護予防の担い手”として活動する機会を提供した。</p> <p>【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】 新型コロナウイルスやその他の感染症拡大予防に配慮しながら、出前講座およびお元気サロンの実施をする。実施ができない期間及び不参加の地域住民については、定期的に電話や訪問で状況の確認を行う。</p> | | | |

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|--|---|---|---|
| 9. 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築 | <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関、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等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、在宅ケアを考える会や多職種カンファレンス、地域ケア会議等の場を通じてネットワークの構築を図る。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ネットワークの構築 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・ネットワークの構築 随時実施 |
| <p>【具体的な取組内容や実績値について】 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、薬局の訪問(3回)や医療機関の訪問(随時)、多職種ミーティングの参加(5回)、パワフル東郷の打ち合わせ(2回)、地域支え合い協議体の参加(4回)、介護支援専門員連絡協議会の参加(1回)などを通してネットワークの構築を図った。具体的な活動としては、電子@連絡帳の活用(6事例)、地域の介護支援専門員の後方支援(205件)、民生児童委員との連携(随時)、自治会との連携(不法投棄や認知症等)などを行った。</p> <p>【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】 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、在宅ケアを考える会や多職種カンファレンス、地域ケア会議、地域支え合い協議体などの場に参加し、ネットワークの構築を図ると共に、引き続き、電子@連絡帳の活用や介護支援専門員の後方支援等を行い、地域の課題に多職種で連携しながら対応をしていく。</p> | | | |

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|--|---|---|---|
| 10. 地域ケア会議 | <ul style="list-style-type: none"> ●地域で支援の必要な高齢者を地域住民と専門職が連携して支援するため、個別ケース会議を必要時に開催する。また、解決へと向けた検討を行いながら、明確化された課題について、町へ適宜報告するとともに、地域住民が主体的に関わることで解決に向けた社会資源が開発されるよう地域支え合いコーディネーターとも連携しながら考え、取り組む。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議の開催 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・個別ケース会議 延べ23回 ・地域ケア会議の開催 延べ2回 |
| <p>【具体的な取組内容や実績値について】 虐待、認知症、低所得など、地域で支援の必要な高齢者について、個別ケース会議を必要時に開催した。また、解決へと向けた検討を行いながら、制度の狭間で苦慮している地域住民の存在など、把握した課題については、町へ適宜報告を行った。</p> <p>【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】 地域で支援の必要な高齢者について、個別ケース会議を必要時に開催し、町や各関係機関と連携をしながら支援をする。「安否確認」や「ゴミ出し」などの地域の課題を把握した際には、地域住民が主体的に関わることで解決に向かうよう、地域支え合いコーディネーターとも連携しながら考え支援を進めていく。</p> | | | |

| 事業、業務名 | 内容(何を、どのように) | 目標値 | 実績値 |
|----------------|---|---|--|
| 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、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。 ●委託した事例についても同様の支援が行われる様、適切に関与していく。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの実施 随時 ・委託事例の適切な関与 随時 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの実施 延べ 1125件 ・委託事例の適切な関与 随時実施 委託 延べ371件 |

| |
|---|
| <p>【具体的な取組内容や実績値について】 要支援者がその心身の状況、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した。尚、委託した事例についても同様の支援が行われる様、適切に関与した。</p> <p>【(目標値が未達成の場合)理由や今後の取組等】 引き続き、要支援者がその心身の状況、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をしていく。</p> |
|---|

3. 重点取組事項(自由記載)

| |
|---|
| <p><認知症支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方とその家族がいつまでも住み慣れた場所で暮らしていけるよう、東郷町認知症ケアバスに基づき、認知症や早期発見に関する啓発活動、認知症カフェや総合相談等を活用したセーフティネットの構築、推進員や認知症初期集中支援チームとの連携支援、かかりつけ医や認知症サポート医、介護事業所、行政機関、民間事業所、地域住民とのネットワークとの連携支援などを実施する。 ・尾張東部権利擁護支援センターや行政機関等と連携した権利擁護、認知症サポーターや地域サポーターの支え合いの仕組み作り、家族会などを活用した家族支援なども含め、対象者の状況に合わせた適切かつ柔軟な対応に努める。 |
| <p>【具体的な取組内容や課題など】(2. で記載したもの以外)</p> <p>併設事業所職員に対し、認知症サポーター養成講座の実施や認知症に関わる研修の案内を積極的に行う事や、認知症ケアについての指導・助言を適宜行うことで、地域の認知症高齢者の受け入れ施設として十分な機能が果たせるよう取り組んだ。また、昨年度、医療職・介護職の認知症地域支援推進員を育成し、事業所内における認知症対応の相談体制を強化した。初期集中支援チームについては、地域の高齢者数の伸びから見ても明らかに依頼数が少ない事が大きな課題であり、そのことについて随時協議を行っている。協議の結果、様々な理由が挙げられたが、早期解決が必要な事として、支援速度の遅さやチーム員の理解不足(チームを使わず、包括が担えば済むから必要がない等の認識)があげられ、まずはそのことについて改善提案を町に報告すると共に、関係者にチラシの配布などを行った。</p> |

※ その他の実績値については、資料2-2「令和2年度 東郷町南部地域包括支援センター東郷苑事業報告(実績値)」のとおり。