

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)

担当する北部地域圏域は、県営住宅や押草団地(南・北)など34%を超える高齢化率が高い行政区と和合や北山台など20%前後の行政区が混在しています。高齢者同士の古くからのつながりが残る地区もありますが、身寄りのない一人暮らし高齢者や地域から孤立した高齢者世帯など支援が困難な状態になってから総合相談に結びつくことが散見されることから、認知症等により「複合化・複雑化」する前に多様な機関や多職種との連携し、できる限り早期の対応を目指します。幅広い相談に対応できるよう事例検討会の実施や研修等の参加によりセンター職員の資質向上に取り組みます。圏域内の気になる高齢者への定期的な訪問活動や住民活動に参加し、顔の見える関係作りを展開し、総合相談窓口として住民に身近なセンターを目指します。

2. 重点取組事項

【方針に沿った内容で下記事業から特に力を入れて実施する事業について記載】

1. 一般介護予防事業について(新規)
2. 認知症地域支援員の周知、認知症理解に向けた取り組みの推進
3. 大規模災害に備えた利用者名簿等をクラウドでバックアップにより最低限の確認先確保

3. 事業別の実施内容

(1) 総合相談支援事業	内容(何を、どのように)	目標値
① 実態把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お元気訪問等により、圏域内の気になる高齢者の状況を把握し、緊急性のあるケースには速やかに対応する。</li> <li>・民生委員や関係機関等と協力して、戸別訪問等を実施し、支援が必要な高齢者の現状について状況把握を行い、必要な支援につなげる。</li> <li>・いきいき出前講座やまちかど運動教室及び介護予防体操教室、地域の通いの場への訪問を通じて、地域の課題やニーズの把握を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お元気訪問リスト等80件以上訪問</li> <li>・いきいき出前講座年12回以上</li> <li>・運動及び体操教室年54回以上</li> </ul>
② 総合相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワンストップの相談窓口として、高齢者や家族の多様な問題に対し、チームアプローチで対応する。</li> <li>・毎日、朝礼で情報共有を行い、三職種で確認して記録を作成することで、多様な相談内容に対応する。</li> <li>・出前講座や運動教室などで包括支援センターの宣伝等を行い、時にはその場での相談に応じる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・毎日</li> <li>・随時</li> </ul>
③ 地域におけるネットワークの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「社協だより」「社協ホームページ」「社協インスタグラム」に地域包括支援センターPR記事を掲載し、活動の周知を図る。</li> <li>・まちかど運動教室やコミュニティセンターなど地域へ出向き、地域の状況を把握し相談対応やお元気訪問につなげる。</li> <li>・民生委員定例会や多職種連携など各種会議の参加を通じて情報交換・ネットワークの構築を図る。</li> <li>・(新規)民生委員を対象に高齢者支援に関する説明会等を開催する。</li> <li>・関係機関と連携を図りながら個別のケースに取り組むことで地域のネットワーク化の推進を図る。</li> <li>・地域ケア個別会議を通じて、顔の見える関係を作り、地域の関係者と連携強化を図る。</li> <li>・圏域内の各機関に包括紹介カードを設置し、包括の周知と共に情報提供及び相談に対応する。医療機関13件、歯科8件、郵便局2件、薬局8件、警察署1件。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・掲載年3回以上</li> <li>・年42回以上</li> <li>・民協年12回以上</li> <li>・民生説明会年1回以上</li> <li>・随時</li> <li>・個別会議等随時</li> <li>・医療機関等32か所</li> </ul>
④ 家族介護者への相談支援体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービスだけでなく、家族介護者向けの地域資源等に関する情報収集を行う。</li> <li>・包括窓口幅広い介護に関する事業等のパンフレットを配置し、情報提供を行う。</li> <li>・認知症カフェを月2回実施するとともに、一人で抱え込みがちな男性介護者の相談に対応し必要に応じて組織化を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・常時設置</li> <li>・カフェ24回/年 男性介護者への声掛けは随時</li> </ul>
(2) 権利擁護事業	内容(何を、どのように)	目標値
① 成年後見制度の活用促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尾張東部権利擁護支援センターや町担当課と連携し、判断能力が低下した高齢者に対し成年後見制度を紹介又は活用できるように支援を行う。</li> <li>・成年後見制度や日常生活自立支援事業に関するパンフレットやチラシを資料コーナーに設置し、制度の周知を図る。</li> <li>・「いきいき出前講座」等において、地域住民に向けて成年後見制度に関する周知を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・常時設置</li> <li>・随時</li> </ul>
② 高齢者虐待の防止及び対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待が疑われるケースについて、東郷町の「高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、速やかにケースの状況を把握し、町担当課と連携を図りながら支援を行う。</li> <li>・高齢者虐待防止に関するパンフレットを包括窓口を設置したり、町介護支援専門員連絡会や多職種ミーティング等にて各機関等と連携し早期発見・早期対応を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・随時設置、ケアマネ連絡会年2回以上、多職種ミーティングなど</li> </ul>
③ 困難事例への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・困難事例を把握した場合は、包括内の三職種で連携して速やかに初期対応を図り、関係機関とのネットワークを活用した支援を行う。</li> <li>・必要に応じて個別ケア会議を開催し、町担当課や医療介護関係機関だけでなく、地域や障がいなど幅広く様々な機関と協働し問題解決を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・把握時</li> <li>・開催時</li> </ul>
④ 消費者被害の防止への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費者被害や特殊詐欺に関する相談や発見があった際は、町担当課や消費生活相談センター、警察署と連携して支援を行う。</li> <li>・介護支援専門員や民生委員等の関係機関と連携して、迅速に消費者被害等の情報を把握・提供できるようにする。</li> <li>・包括資料コーナーに消費者被害等防止するパンフレットを配置するとともに、「いきいき出前講座」や地域の集いの場において、消費者被害及び特殊詐欺防止の周知を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・随時</li> <li>・常時設置及び随時</li> </ul>
(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や住民、民生委員児童委員、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ように体制を整える。</li> <li>・介護支援専門員が地域資源を活用できるよう情報提供するとともに、多職種(ミーティング、カンファレンス)や町介護支援専門員連絡会等への参加を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・年14回開催のうち半数(7回)以上</li> </ul>
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"> <li>・介護支援専門員研修会を開催し、町内介護支援専門員の資質向上を図る。</li> <li>・東郷町介護支援専門員連絡会の事務局を担当し、研修会企画及び実施などに参画することで職能団体への後方支援及びネットワーク構築を図る。</li> <li>・多職種ミーティング等での事例提供による参加機会の提供</li> <li>・豊明東郷医療介護サポートセンター(かけはし)や東郷町在宅医療・介護連携支援センター(やまびこ)、地域支え合いコーディネーターなどの関係機関と協力し、地域における介護保険外のサービス等の情報提供を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回</li> <li>・年2回以上</li> <li>・年12回以上</li> <li>・随時</li> </ul>
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"> <li>・多職種カンファレンス等を通して、介護支援専門員が自立支援型ケアマネジメントが行えるように支援する。</li> <li>・支援困難ケースなどの相談に対して介護支援専門員が相談しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、同行訪問、情報提供等を行うなど、後方支援を図っていく。</li> <li>・包括内事例検討会(月1回)により、困難事例等の対応を全職員で共有する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年6回</li> <li>・随時</li> <li>・年12回</li> </ul>
(4) 第1号介護予防支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「お元気訪問」や日頃受付けた相談内容のうち、自立支援応援事業や地域での通いの場などを活用し、本人を中心として「住み慣れた地域で生活を続ける」、「本人の望む暮らしをかなえる」ことができるよう、介護サービスにとどまらず、地域の資源を活用し、自立支援や介護予防の視点を意識した計画を作成する。また、包括内検討会や朝礼等により職員一人一人意識できる体制とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画随時</li> <li>・包括内事例検討会(年12回)</li> <li>・朝礼時(毎日)</li> </ul>

(5) 在宅医療・介護連携推進事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種カンファレンスと多職種ミーティングを開催し、地域における多職種連携を深めるとともに、地域の課題を抽出する。</li> <li>・豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」や東名古屋医師会在宅医療・介護連携支援センター「やまびこ」の運営会議等に委員として参加し、医療・介護連携を推進する。</li> <li>・電子@連絡帳を積極的に活用するとともに、関係機関に登録を働きかけ、多職種の連携を図る。</li> <li>・介護支援専門員連絡会などの機会を通して、豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」や東名古屋医師会在宅医療・介護連携支援センター「やまびこ」の開催の研修参加を呼び掛ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年12回</li> <li>・年4回</li> <li>・随時</li> <li>・年8回以上</li> </ul>
(6) 生活支援体制整備事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北部協議体(第1層協議体を含む)に参加し、構成員と共に地域の気かけあ関係・ささえあいの関係作りの構築に努める。</li> <li>・生活支援体制整備事業に関する研修会に参加し、知見を深める。</li> <li>・コアメンバー会議を通じて、協議体の運営に参加する。</li> <li>・総合相談支援事業を通じて把握した高齢者の生活実態の情報を、地域支え合いコーディネーターや協議体に情報提供していく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年12回</li> <li>・年1回</li> <li>・年12回</li> <li>・随時</li> </ul>
(7) 認知症総合支援事業	<b>内容(何を、どのように)</b>	<b>目標値</b>
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))	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症地域支援推進員を配置する。</li> <li>・認知症に係る医療、介護サービス提供機関、認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者との情報交換及び連携・相談支援を行う。</li> <li>・認知症支援に関する資源を把握する。</li> <li>・活動を通じて認知症に係る個別課題及び地域課題を把握し、解決に向けて検討する。</li> <li>・認知症初期集中支援チーム員として活動する。また、連携をはかる。</li> <li>・認知症支援施策検討会に参画する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・推進員1名の配置</li> <li>・随時</li> <li>・随時</li> <li>・随時</li> <li>・チーム員2名配置</li> <li>・開催時毎回参加</li> </ul>
②認知症の人の介護者への支援(運営方針の(5)、(8))	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェなどご本人や家族介護者が参加する場を利用し、認知症の人を介護している家族等の相談支援を行う。</li> <li>・認知症地域支援推進員のみならず、包括職員も認知症ケアパスを積極的に活用し、認知症の症状の予測、状態に応じた適切な対応とサービスについて本人や家族に説明を行うとともに、必要に応じてフォローリスト化して継続訪問対象とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェ年24回開催</li> <li>・継続フォローリスト10件</li> </ul>
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))	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動教室、介護事業所、通いの場などを訪問し認知症地域支援推進員の周知を図るとともにオレンジガーデンプロジェクトを推進する。</li> <li>・認知症カフェ「ほくぶ茶屋」の運営実施を行う。</li> <li>・サポーター養成講座をキャラバンメイト、町と協力して実施したり、学校、地域住民、自治会、地区のサロン、企業等にサポーター養成講座、ステップアップ講座、ひとり歩き搜索模擬訓練、やさしいお店登録等について周知し、実施に向けた働きかけをオレンジコーディネーターとして行い、子どもから大人まで幅広い年齢層に対して、地域住民、各種団体、商業施設等の企業など様々な対象、様々な機会を通じて認知症の理解を深めるための普及啓発を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年20件以上</li> <li>・年24回</li> <li>・申込時、養成講座や訓練は年1回以上、他は随時</li> </ul>
(8) 一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いきいき出前講座の実施。</li> <li>・(新規)諸輪住宅地区で、高齢者等の把握・相談も兼ねた介護予防教室(仮称)を年4-5回程度開催し対象者の把握・相談受付、包括の宣伝する。</li> <li>・(新規)TOGOまちかど運動教室や北部地域のいきいきサロン等(重点 押草団地のサロン)へ出向き包括の宣伝及び相談を受け付ける。</li> <li>・住民団体等からの介護予防にかかる説明や相談希望があれば応ずる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年12回以上</li> <li>・訪問随時、教室は初年度年4-5回程度</li> <li>・諸輪住宅のサロン、押草団地のサロン訪問計24回以上</li> <li>・圏域のサロン等職員8名×年2回 計16回以上</li> </ul>
(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"> <li>・地域密着型サービス運営推進会議に参加し、地域課題の共有や情報提供を行う。</li> <li>・医療機関、薬局、郵便局に設置している包括紹介カードの補充やポスター掲示を通じて、積極的に地域の情報収集や関係機関との顔の見える関係づくりを行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年8回以上</li> <li>・薬局等11か所+医療機関21ヶ所 計32か所</li> </ul>
(10) 地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議に多職種の参加を促し、個別課題以外に地域課題も把握する。</li> <li>・必要時に個別地域ケア会議を開催する。</li> <li>・東郷町介護支援専門員連絡会で地域ケア会議について情報提供し、必要時に開催するよう提案する。</li> <li>・個別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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標年12回</li> <li>・年3回</li> <li>・年1回</li> <li>・年2回</li> </ul>
(11) 指定介護予防支援業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援者の自立支援・重度化防止の視点に立ち、インフォーマルサービスを活用した介護予防サービス・ケアマネジメント計画の作成をする。</li> <li>・委託先の介護予防サービス・ケアマネジメント計画書等の内容を把握し、適切に関与する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・随時</li> <li>・全件確認</li> </ul>