令和7年度　知立市東部地域包括支援センター　事業報告

資料2-1-1号

活動目標	支援センター業務	活動項目	具体的な活動内容	令和7年度事業報告
住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続でき、地域課題を掘り起こし社会資源へつなげる	(1)包括支援事業(地域包括支援センターの運営)	①総合相談支援業務 高齢者の何でも相談業務。 健康、介護、家族関係、お金・財産管理、認知症、虐待などの相談及び支援業務	ア)相談支援業務 ・電話、窓口、訪問等で高齢者が抱える様々な相談支援の実施 ・高齢者サロンやまちかど運動教室等へ訪問し、個別相談や包括支援センターの広報活動 ・高齢者の生活の場所(病院・薬局・店舗等)へ包括のパンフレット、認知症のパンフレット、包括作成のかわら版の配布 ・社会福協議会のホームページへの紹介社協SNSへの発信 ・重点目標 地域包括支援センターの周知方法の検討 新規相談者(一般市民)から相談経路を確認し、次年度にむけた周知方法の検討 イ)地域におけるネットワークの構築 ・知立市ネットワーク会議、地域ケア個別会議、多職種連携会議、市・包括定例打合せ開催もしくは参加 ・介護サービス事業所、医療関係等とのネットワークの構築を図った。民生委員、生活支援コーディネーター及び協議体、総合事業のサービス事業所、高齢者サロンの活動を支援し、ネットワーク構築に努め、地域課題の抽出 ウ)実態把握 民生委員の実態把握時に、地域包括支援センターの活動を周知や権利擁護事業の啓発を行い認知度を向上ア)で把握した情報を活用しながら実態把握を実施し、相談事例の分類方法を市と共有 ・民生委員とのつながりを持ち地域包括支援センターの周知を図った。 ・民生委員へ、早期発見できるように対象者の情報を伝えた。	ア)総合相談支援　新規596件　継続3,410件 今年度新規相談では、市役所、病院から紹介を受けた家族からの相談が最も多かった。少なかったものとして民生委員、近隣住民からの周知であった。来年度では、市内の公共機関、見守り協定を行っている企業へのPR、近隣住民への周知としてかわら版、認知症サポーター養成講座などから周知を図り、一般市民からの広報を行う。 イ)地域におけるネットワークの構築 知立市ネットワーク会議　12回 市との定例打合せ 12回(内2回はリーダー会) 地域ケア個別会議　4回開催 多職種連携会議参加回数　12回 ウ)実態把握 民生委員会定例会　6回参加 2ヵ月に1回民生委員会へ参加し、かわら版配付を通し地域へ情報の提供や顔の見える関係づくりを行った。
		②権利擁護業務 地域において安心して尊厳ある生活ができるよう専門的な視点から支援を行う。虐待防止及び早期発見、成年後見制度等の手続支援等、権利擁護のための必要な支援を行う	ア)高齢者虐待や困難事例に対する相談体制を充実する　虐待マニュアル書式とフローの確認 イ) 判断能力の不十分な認知症高齢者の権利侵害防止 ウ)成年後見センターとの早期からの連携 エ)消費者被害者相談 オ)老人福祉施設等への措置	ア)虐待コアメンバー会議11回　認定5件 延べ96件(東部ケース)困難ケース　166　件 ケアマネ支援197件 知立市役所長寿介護課、西部包括支援センターと協力し、虐待マニュアルに基づき対応する。 イ)かわら版を用いて権利擁護について地域へ啓発 ウ)成年後見センターと情報共有・連携を行い、成年後見の普及啓発、後見申請を協力して行った。 エ)消費生活相談は1件 オ)老人福祉施設等への措置1件
		③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 介護支援専門員の活動支援。関係者間のネットワークづくり	ア)包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築に向けた取り組み イ)介護支援専門員に対する支援(研修・事例検討) BCP(感染)、人権研修の内容を取り入れた研修の実施 ・ケアマネジメントリーダー活動支援事業 ・介護支援専門員連絡協議会と協力し勉強会の開催 ・事例を通した勉強会の開催 ・個別指導・相談 ウ)民生委員との交流 ・民生委員への個別支援、連携(独居高齢者や高齢者夫婦など民生委員と実態把握の個別共有)	ア)困難事例166件　ケアマネ支援197件 知立市ネットワーク会議12回 イ)ネットワーク会議の内容にBCPの研修をいれた。 ウ)民生委員からの相談件数29　件 民生委員の実態把握を行った際に、対象者からの相談について包括支援センターへの紹介、安否確認依頼、情報の少ない利用者に対し、情報共有を行った。
		④第1号介護予防支援事業 介護予防・日常生活支援総合事業サービスの利用者への支援を行う。	・第1号介護予防支援事業の介護予防ケアマネジメント業務 ・地域ケア会議を念頭に置いた自立支援に資する高齢者に対するケアプランの調整・支援(多職種連携会議) ・利用者にとって最善のケアプランとなるように努め、保険者である市との定例会に参加し、自立支援ケアマネジメントの共有 ・主任ケアマネへの資質向上支援(主任ケアマネ会議の実施)	プラン作成件数 件数件2，798件/年(内委託481件) 多職種連携会議に出席し、自立支援に関するプランの調整・支援を行った。 月1回市(長寿介護課)と情報の共有を行った。 年2回主任ケアマネ会議を行い、事例検討を通して対応に困難さを感じた方へのサポート方法等を協議し、研鑽に努めた。
	(2)指定介護予防支援事業	要支援が介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、その心身の状況、環境等を勘案し介護予防プランを作成するとととともに、適切な支援が確保されるようサービス事業者、居宅介護事業所等と連絡調整を行う。	・予防給付に関するケアマネジメント業務 委託事業者へ委託流れを明確し、包括から自立やインフォーマルサービスへの働き掛けのコメントをする ・指定介護予防支援業務の委託 ・住宅改修相談業務	プラン作成件数 件数件1，172　件/年(内委託135件) 委託事業所へ委託の流れについて周知した。 ケアプラン提出時に、本人の役割やインフォーマルサービスへの働きがけについて助言を行った。 ・住宅改修3件 ※住宅改修のみの支援
	(3)認知症地域支援・ケア向上事業	認知症になってもできる限り住み慣れた地域で自分らしく生活できるような環境を整備する。認知症本人への生活支援、家族への支援、周りの人の理解、協力を得ていく。	ア)認知症地域推進員の配置 ・推進員養成研修への参加 ・市、グループホームと認知症施策のワーキンググループ会議の参加 イ)医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業 ・刈谷医師会認知症委員会への参加 ・認知症疾患医療センターとの連携をとる 年1回勉強会や交流の機会の実施 ・認知症ケアパスの周知・啓発活動 ・認知症予防の周知・研修会の参加 ウ)認知症の人とその家族を支援する事業 ・認知症サポーター養成講座の開催と協力 ・認知症サポーターステップアップ講座とオレンジメイトの活動協力 ・事業ごとにオレンジメイトの活動方法をオレンジメイトと一緒に考え、ミーティングを行い、役割を決めていく ・ひまわりカフェ、家族交流会 ・本人発信支援の協力(本人交流会の実施) ・徘徊高齢者の支援 いまどこネットへの登録	ア) ・認知症に関する研修へも積極的に参加。研修の学びから、事業内容の検討をしている。 ・市と包括との定例会は毎月出席。ワーキンググループは年3回出席。地域の関係者との意見交換・地域課題の抽出・解決策の検討、ネットワークづくりを行った。 イ) ・医師会認知症委員会への参加は市の推進員のみが参加。包括への参加勧奨はなかった。 ・認知症疾患医療センターとの勉強会はネットワーク会議内で実施。包括だけでなく、ケアマネとも顔の見える関係作りができた。 ・認知症ケアパスはサロン、健康教育の際に配布。相談対応の際も説明し配布した。 ・脳の健康度チェック＆認知症予防講座を10月、12月の2回実施。合計32名の参加あり。アンケート結果から参加者の満足度は高かった。 ウ) ・認知症サポーター養成講座の開催依頼がなかった。新しい認知症観の普及のため、推進員からの働きかけを行っていく。 ・オレンジメイトの活動支援として、オレンジメイト交流会を2回実施した。 本人交流会:年　4　回 家族ミーティング:年　4　回 ひまわりカフェ:年　8　回 家族交流会、本人ミーティングは愛知県の認知症家族の会の方がファシリテーターとして参加) ・本人の声をもとに本人交流会を実施した。(延べ人数　家族22名、本人18名) ・認知症サポーター養成講座、健康講座等、市民向け講座の際に、いまどこネットサポーター登録の勧奨を行った。

活動目標	支援センター業務	活動項目	具体的な活動内容	令和7年度事業報告
住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続でき量、地域課題を掘り起こし社会資源をつなげる	(4)在宅医療介護連携推進事業	医療従事者と介護従事者の連携を進め、支援を必要とする在宅高齢者へ一体的な支援を行えるようにする。	・在宅医療介護連携推進協議会への参加 ・在宅医療介護連携支援センターとの連携、周知 ・えんjoyネット知立の利用で情報共有	市の開催する在宅医療介護連携推進協議会へ参加し、課題に対しての意見交換会を行いました。また、在宅医療介護連携支援センターの周知やえんJOYネット知立の活用で事業所との情報共有を行った。
	(5)生活支援体制整備事業	買い物、外出、ゴミ捨てなど日常生活で必要なことができない高齢者への生活支援を行う。介護保険ではなく、ボランティアや地域の担い手による互助の取り組みを推進する。	ア)生活支援コーディネーターとの連携業務 多職種連携会議に生活支援コーディネーターに参加してもらい、介護保険外サービスの情報収集や新たなサービスのニーズ調査を支援する イ)協議体業務 ・第1層・第2層協議体へ参加	ア)多職種連携会議にて地域の情報を共有したり、個別のケースで地域へ参加機会の支援を協力して行った。 イ)各地区担当が2層協議体へ参加し、管理者が1層協議体へ参加し、地域資源の情報把握やニーズについて話し合った。
	(6)地域ケア会議	地域で問題になっている個別の困難ケースへの対応を考える。また、個別ケースの積み上げから地域の課題を抽出し対策を考える。	・地域ケア個別会議の開催(4回/年) 西部包括支援センターと協力し個別ケースの対応検討と課題抽出 「かわら版」とパンフレットを用いて地域に包括支援センターの周知をする。 民生委員・児童委員定例会で周知 ・多職種連携会議の開催(24回12回は事前打ち合わせ) 事例を通して、様々な分野の視点から支援を検討し、情報共有と多職種と連携を深める。 ・地域ケア推進会議への参加	地域ケア個別会議　4回開催。4人検討 困難ケースが同様の内容になる場合が多いため、早期発見、対応のため包括支援センターの周知を実態把握時に民生委員に依頼 多職種連携会議　12件　延べ23人検討 個別ケースから地域課題を抽出し、モニタリング後のふりかえり会議を実施。 地域によって身近な通いの場がないこと、前期高齢者の時期の健康への意識づけの必要性が課題にあがる。
	(7)一般介護予防	健康寿命を延伸するため、必要な運動、口腔ケア、栄養、認知症予防に関する周知・啓発、取組を行う	(ア)保健事業と介護予防の一体的実施 地域の低栄養や市の健診を実施していない高齢者へ介護予防の協力、通いの場の紹介 (イ)脳とからだの健康チェックとして、希望者に認知機能チェックやコグニサイズの講座を行い、認知機能低下の早期発見、介護予防の意識づけ (ウ)訪問時や民生委員会、家族介護教室などで介護予防のチラシやかわら版を配付し一般市民へ介護予防の周知	ア)保健センターが行う栄養指導事業に対し、支援が終了した利用者や包括支援センターがかかわっている低栄養が心配される利用者に対し協力して支援を行った。 イ)長寿介護課より委託を受け、脳の健康度チェック＆認知症予防講座を行った。また、サロンや家族介護教室、家族交流会時に認知症ケアパスの配布を行い、認知症のチェックを行った。 ウ)物忘れが気になる方や認知症の心配があるという方を対象に、チェックリストを用いて将来の認知症機能低下のリスクをチェックしたり、コグニサイズでの認知症予防講座の支援を行う。 オ)個人宅、民生委員会、会議教室などに介護予防のチラシやかわら版を配布し、介護予防の周知を行った。
	(8)基幹型センター	市内の地域包括支援センターへの支援、連絡、調整を行う役割。本市では知立市東部地域包括支援センターが役割を担っている。	・西部地域包括支援センターからの相談、後方支援 ・認知症初期集中支援チーム活動業務の実施 ・多職種連携会議の開催 ・知立市ネットワーク会議の支援 ・まちかど運動教室やサロンなどに認知症ケアパスの配布	認知症初期集中支援チーム 新規4件　継続5件 医療・介護のいずれかにつながったケース4件 内訳 医療のみにつながったケース　0件 介護のにつながったケース　1件 医療・介護につながったケース　1件 終了の6件は医療・介護保険サービスにつながり、本人の希望する住まいや(施設入所)担当地域の包括へ引継ぎをし新たな担当者が支援を継続している。
	(9)その他	介護保険の地域密着型サービス事業所の運営について支援する。	・市と協力し地域密着型サービス事業所の運営推進会議への参加	各地区担当者等が地域密着型のサービス事業所への運営推進会議へ参加し、運営に関する情報共有や助言を行った。
		地域包括支援センター活動の事業計画、報告、評価	・地域包括支援センター運営協議会への参加	運営協議会へ参加し、事業報告、事業計画を報告した。
		介護予防に関する周知・啓発	地域包括支援センターかわら版等にて周知	西部地域包括支援センターと協力し、年6回(東部・西部3回ずつ)かわら版を発行し、包括支援センターへの周知、介護予防、権利擁護等の情報の周知を行った。
		地域包括支援センターや介護に関する周知・啓発	・2か月毎にかわら版を作成、設置	
		介護をする家族への支援	・家族介護教室の実施　　年2回 (内1回は認知症家族介護者向けで実施)	家族介護教室の実施　年2回 1回目は介護者の健康教室として口腔ケアや誤嚥性肺炎予防の講座を行い、2回目は、高齢者に必要な栄養素と簡単な調理方法の講座を行い、介護者、要介護者の健康の維持・増進に努めた。
		宅配給食を必要する方への支援	・宅配給食アセスメントの支援	実態把握を通して、栄養状態の悪い方や調理困難な内容を確認しながら必要な方へ支援を行い、モニタリングを行った。