# 令和8年度　知立市西部地域包括支援センター　事業計画

資料2-2-5号

| 活動目標 | 支援センター業務 | 活動項目 | 具体的活動内容 | 令和8年度目標 | 課題 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>高齢者の何でも相談業務<br>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 | [重点項目]地域包括支援センターの周知<br>・地域包括支援センターの周知として、年2回市内全ての公共施設や見守り協定をおこなっている企業へパンフレットを設置依頼する。また、行政や地域包括支援センターだけの発信では限界もあるため、認知症サポーターやひまわりカフェ、サロンなどに参加し、地域包括支援センターを広報していく。<br><br>ア)相談支援業務<br>・電話、窓口、訪問等で高齢者の様々な相談支援を行う<br>イ)地域におけるネットワークの構築<br>・知立ネットワーク会議、地域ケア個別会議、多職種連携会議に出席、市・包括定例打合せに参加する<br>・民生委員、生活支援コーディネーターと情報を共有し、地域課題を抽出するとともに、地域資源を発掘、活用していく<br>ウ)実態把握<br>・民生委員が行う高齢者実態調査で、民生委員が支援を必要と判断し包括に相談があった高齢者については、民生委員と連携のもと、必要な支援につなげる<br><br>・民生委員との交流を深め地域を知るように努める<br>高齢者部会に参加する<br>担当地区民生委員に個別ケア会議に参加を依頼する | 【目標】<br>地域包括支援センターは最初の相談先であるワンストップ窓口であることを心掛け、相談者が迷わず次の一歩に進める状態をつくれるようにしっかりと相談支援の流れを繋げる。<br><br>新規相談　　450件<br>知立市ネットワーク会議　12回<br>市との定例打合せ　8回<br>多職種連携会議参加回数　5回<br>（他まとめ会議2回）<br>民生委員定例会　3回参加<br>民生委員と協力して、必要な支援をする<br><br>高齢者部会に参加する（7月）<br><br>適時 | ワンストップ窓口とは、1ヶ所で全てを解決するのでも個人の力量でもなくチームで実現するものである。<br>相談経過は回覧をして全スタッフが確認し、次の方向性にしっかりと繋がっているかをチームで把握していく。<br><br>民生委員実施した実態把握調査で調査できなかった高齢者宅に訪問調査をした |
| | | ②権利擁護業務<br>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)高齢者虐待への対応<br>・市と連携し必要な対応の協議をし、情報共有、支援方針、役割分担の共通認識を図り、適切な支援を行う<br><br>虐待対応コアメンバー会議<br>虐待マニュアル作成会議参加<br><br>イ)心身の状況等により金銭管理が困難等、権利擁護支援が必要なケースには、成年後見制度の活用を検討し権利擁護支援を行う<br><br>ウ)消費者被害者相談<br>エ)老人福祉施設等への措置 | 【目標】<br>・権利擁護にかかる対応等(日常生活自立支援事業、成年後見事業、消費者相談センター、リーガルサポート)について、西部包括の担当職員外にも内容の周知を図る。 | 【課題】<br>・一時保護、措置等必要なケースであっても、市内に保護する場所が確保されていない。<br>・虐待疑いの状況であってもコアメンバー会議を開催することは支障ないことが周知されていない(ケアマネ)<br><br>措置　0件<br>〈課題・問題点〉<br>・明らかに身の安全確保が必要なケースについても措置対応しない<br>・措置先が確保できていない |
| | | ③包括的・継続的ケアマンジメント支援業務 | 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<br>イ)介護支援専門員に対する支援(研修・事例検討)<br>a.ケアマネジメントリーダー活動支援事業<br>(介護支援専門員連絡協議会と共同で開催する) | | |
| | | 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 | b.個別指導・相談<br>・包括がケアマネの個別指導や相談が役割であることを周知してもらう<br>・プランについての相談も受け付ける<br>ウ)民生委員との交流<br>c.民生委員会高齢者部会にて<br>民生委員に地域包括支援センター の役割や連携方法の説明<br>・民生委員への個別支援、連携 | a.知立市ネットワーク会議　12回<br>b.ケアマネ支援　　100件<br>c.高齢者部会参加<br>民生委員支援件数　　45件 | |
| | | ④第1号介護予防支援事業 | ・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<br>・自立支援にむけた介護予防マネジメントのもと、プランを作成しサービス利用の支援を行う。<br>・利用者にとって、最善のケアプランとなるよう、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を図る | 介護予防ケアマネジメント<br>プラン作成件数<br>合計500件/年<br>(内委託40件/年) | |
| | | 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 | ・地域課題を念頭に置き、自立支援に資するケアプランの調整、支援をする(多職種連携会議)<br>・自立支援型プランを検討する多職種連携会議開催参加し、地域のケアマネの情報交換及びスキルアップにつなげる | ・多職種会議　5回 | 【課題】<br>会議の回数が多く、業務負担増強。事例提供者と関連する職種しか参加しない傾向あり。より良い会議にするために検討が必要。 |
| | (2)指定介護予防支援事業 | 要支援者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。 | ①予防給付に関するケアマネジメント業務<br>ア)適正な予防プランを作成し自立に向けた支援を行う<br>②指定介護予防支援業務の委託<br>・委託した場合は、ニーズに即した適切な自立支援に資するケアマネジメントが行なわれるよう、プラン、評価、経過を確認し、委託先に対し必要に応じた助言、指導を行う<br><br>③住宅改修相談業務<br><br>・高齢者が自宅で安心、安全に暮らせるように、<br>必要な改修は早急に対応する | 介護予防支援プラン作成件数<br>2250件/年<br>(内委託465件/年)<br><br>【目標】<br>・要支援認定者が増大する一方であるが、暫定プラン作成、事業所や委託元との調整等にて自立に向けた支援をおこなう。<br>・ケアマネが相談しやすい環境づくりをおこなう。<br>・住宅改修の申請、日程調整等に時間を要さないように、 退院直後から高齢者が自宅で安全に動作できるように申請から実行まで迅速に対応する。 | ・要支援認定者が増大する一方で包括職員の人員不足と委託先に偏りあり。(要支援になったら返されるケース増加)<br>・ケアマネが相談しやすい環境づくりが必要である。<br>・申請後1カ月後に認定調査、審査会が遅く、暫定プラン作成、事業所や委託元との調整等に時間を要す。 |

| 活動目標 | 支援センター業務 | 活動項目 | 具体的活動内容 | 令和8年度目標 | 課題 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | (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)認知症地域支援推進員1名(兼務)の配置<br>・市、GHと認知症施策のワーキングを実施<br>・認知症推進委員打ち合わせ会議に参加し、実績や計画進捗状況を報告し、意見交換する<br>イ)医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業<br>・えんjoyネット知立の利用で情報共有<br>・認知症予防の周知・研修会の参加<br>ウ)認知症の人とその家族を支援する<br>・認知症カフェ(ひまわりカフェ)を支援する<br>・認知症相談対応。必要時、認知症カフェ等のインフォーマル資源に繋げる<br>・家族交流・本人ミーティングの開催協力、家族を支援する<br>・サロン運営が継続できるよう支援する<br>エ)認知症初期集中支援チームと連携し、早期発見・早期対応につなげる相談支援をする。<br>オ)地域の認知症対応力向上<br>・認知症サポーター講座を通じて認知症の理解を深め、正しい知識の普及に努める。<br>・認知症サポーター養成講座開催要請に対応する<br>・オレンジメイト育成研修に協力するとともに活動を支援する<br>・サロン等で活動するオレンジメイトを支援する<br>・ネットワークを活用し徘徊高齢者とその家族を支援する<br>・オレンジメイト交流会の開催。<br>・民間企業にケアパスや相談窓口を周知してもらう。見守り協定がある企業との連携、ない企業でも個別相談から連携がとれれば認知症サポーター養成講座の案内をしながらネットワークを作る<br>・ケアパス…「新しい認知症観」に基づき、本人の声を取り入れたリニューアル企画に協力する<br>・早期発見、早期支援につなげる | 【目標①】<br>地域全体で認知症の人を支えるための連携・ネットワークづくりを進める<br>新しい認知症観等を含む認知症普及啓発にかかる講座や啓発事業を実施(年4回)<br>【目標②】<br>軽微変更したケアパス(マイナス表現をなくした物)の作成と配布。<br>【目標③】<br>図書館イベントにおいて、児童に同行<br>福祉の里:月1回<br>愛の家GH:年2回<br>和GH:月1回<br>ながしのの里:年3回<br>家族交流会　4回<br>サロン訪問　9回<br>・認知症初期集中支援チーム活動強化研修<br>認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座　　回<br>ｵﾚﾝｼﾞﾒｲﾄ交流会<br>・オレンジコーディネーター研修<br>・若年性認知症社会参加モデル事業報告会 | 【課題】<br>他包括業務と兼務している状態であり、予防ケアプラン数においても30～40件の間で推移。また、知立市は身寄り無しの支援や複合課題のある世帯支援に関しての取り組みがなく、包括としての対応する比重が重くなる傾向があるため、推進員業務に支障が生じやすい。<br>地域に向けての認知症の普及啓発にかかる活動についても実施がなかなかできない。小学校向けの認知症サポーター養成講座は実施できているが、地域住民への普及啓発が乏しい。 |
| | (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、支援が必要な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<br>・在宅医療介護連携推進センターとの連携、周知<br>・エンJoyネット知立の利用で情報共有<br>・ネットワーク会議等で医療と介護従事者との交流の機会に参加 | 2回/年 | 【課題】<br>・医療と介護の従事者が交流し意見交換、情報共有する場が少ない |
| | (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1名(専従)配置<br>・生活支援コーディネーター研修参加<br>・高齢者サロン活動状況を確認する。また、訪問し顔が見える関係を作る。<br>・資源把握　…公民館周り、グランドゴルフ視察、高齢者が集まりそうな所へ足を運び情報収集行う<br>・ サービスC利用者の目標設定時、 卒業後の活動選択に情報提供する<br>・多職種会議で情報を共有し、ニーズをマッチングさせる。<br>必要に応じて通いの場等へscが同行する<br>イ)協議体業務<br>・第2層協議体へ参加し、地域の情報収集行い、実情を把握する | ・各サロン訪問　24件<br>・社会資源を情報収集し、把握する<br>・まちかど運動教室訪問　16回<br>・公民館訪問　　7件<br>・地域包括支援センターと連携24件<br>サービスC担当者会参加等<br>・生活ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの周知　　・生活コーディネーターが把握する資源を活用する<br>・資源把握訪問　　5件<br>生活支援サービス協議体参加　2回 | 【課題】<br>地域にある課題が表面化されにくく、把握しにくい。サロンや地域の活動へ参加している方は比較的元気な方が多い、そういった場へ参加していない方々を把握する必要がある。埋もれている資源の把握方法。 |
| | (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 | ・個別ケア会議<br>個別事例の課題解決と支援の方向性の検討するとともに。支援ネットワークの構築を目指す<br>・多職種連携会議<br>個別ケア会議の積み重ねから把握された地域課題について、他職種が協働し、課題解決に向けた情報共有と連携強化を図る<br>・ケースの抱える問題によっては、それにかかわる関係者の参加を依頼し、相互の情報共有を図り、課題を抽出し具体的対策を立てる<br>・地域ケア推進会議への参加 | 3回開催<br>・多職種連携会議…5回<br>2回 | 【課題等】<br>会議開催に追われてしまい、地域課題の抽出がされても具体的対策を立てる時間までなかなか持てていない。 |
| | (7)一般介護予防 | 健康予防を延伸するため、健康づくりに重要な運動、口腔ｹｱ、栄養等に関する周知・啓発・取り組みを行う | (ア)保健事業と介護予防の一体的実施<br>地域の介護予防への協力、通いの場を紹介<br>(イ)脳の健康度チェックの実施<br>通いの場で希望者に認知機能チェックを行うことで、認知機能低下の早期発見ができ、また認知機能について関心を持ってもらう<br>(エ)介護予防に関する周知・啓発<br>・介護予防に資する地域活動への支援…高齢者が生きがいや楽しみを持って社会参加し、介護予防や健康づくりにつなげていけるよう、生活支援コーディネーターとともに地域活動の把握に努める。 | 【目標】<br>保健センターと連携して動くことで埋もれている高齢者に対して働きかける。<br>健やかプログラム　3回 | 【課題】<br>保健センターから相談があり、連絡支援するケースが増えた |

| 活動目標 | 支援センター業務 | 活動項目 | 具体的活動内容 | 令和8年度目標 | 課題 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | (8)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 | GH運営推進会議12回(各4回)<br>愛の家GH,和GH,ながしのGH | |
| | | 地域包括支援センター活動事業計画、報告、評価 | ・地域包括支援センター運営協議会への参加 | 地域包括支援センター運営協議会への参加　2回 | |
| | | 地域包括支援センターの周知 | ・地域包括支援センターかわら版を作成<br>・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る<br>民生委員定例会でかわら版を配布、宣伝する<br>高齢者福祉部会に参加し、相談対応、質問等に応える<br>・老人クラブ、民生委員等の各種会議、行事への参加等により相談窓口の周知を図る<br>・認知症サポーター養成講座、認知症カフェなど参加時、相談窓口の案内も行い周知を図る | 1回/2ヶ月　東部包括と交互に作成<br>民生委員の相談に応じ連携する<br>・薬剤師会への配布、西部地域で必要な箇所に配布<br>・HPにアップする<br>・地域の資源先を訪問し、相談窓口の周知を図る…生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ | |
| | | 地域包括支援センターの連携強化 | ・民生委員等の地域で活動する人と連携を強化し、支援が必要な人に相談がつながるように努める<br>地域の医療機関(訪問診療含む)と関係づくりに努め、地域の高齢者が住み慣れた自宅で安心して医療を受けながら生活できるように連携を強化していく。<br>・地域住民や関係団体、サービス事業者等との関係づくりに努め、地域が抱える課題を把握し解決に向ける提案をしていく。 | 民生委員との連携　30件<br>行政との連携　200件<br>医療機関との連携　260件<br>包括・居宅との連携　1200件<br>福祉課、保健センターとの連携 | 【課題】<br>・独居、高齢者世帯が増え、相談件数も増加。精神疾患のある人の高齢化、8050，9060問題、近くに家族がいない、支援できない、身寄りのない人の支援が増えている。 |
| | | 介護する家族への支援 | ・家族介護教室の実施　年2回<br>・ケアマネジメントを行う際、その家族の介護負担、心身の状況等も情報収集し、高齢者の問題解決のために必要な家族支援する<br>・家族支援に必要な職種や課と連携する | 家族介護教室の実施　年2回<br>・担当地域内公民会で開催予定<br>家族支援…　150件 | 【課題】<br>・地域の人が参加しやすい教室の開催や、若い世代、介護する側の人も参加できるよう周知が必要である |
| | | 宅配給食を必要とする方への支援 | ・宅配給食アセスメントを支援し配食サービスにつなげる<br>・食の確保が困難で見守りが必要な高齢者に対し配食サービスの支援を速やかに行う。 | アセスメント　15件 | 【課題・傾向】<br>・独居が増えている<br>・緊急連絡先が無い(身寄りがない)ため申請ができない方が多いが、そういう方こそこの支援が必要である。 |