

令和6年度
印西市地域包括支援センター事業計画（案）

印西市印西北部地域包括支援センター

1 総合相談支援業務

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|--------|---|---|
| 総合相談業務 | ○複雑かつ多様化する相談に対し、3職種がチームとなって必要な方策の検討とそれに基づく速やかな初期対応を行い、適切な機関・制度・サービスへつなげる。 | ○毎日の朝礼で情報を共有し、困難事例等は3職種間が連携しながら、それぞれの専門性や経験を活かし協働していく。 また「日常生活をスムーズにするための手助け」を行う介護サービスを提供するだけでなく、利用者の自立を促して、自分らしい生き方を実現するためのサポートを行う自立支援の視点をより意識していく。 |
| 実態把握 | ○圏域の実情に合わせた手段により地域の高齢者の心身状況や家庭環境等について実態把握を行い、要援護高齢者への早期対応が可能となるよう、日ごろから地域の関係者間で情報共有を行うなどネットワークの構築を図る。 | ○民生委員、支部社会福祉協議会、高齢者クラブ、町内会等の地域コミュニティと連携し、要援護高齢者の早期対応が可能となるよう、ネットワークの構築を図っていく。 その取り組みの中、町内会未加入者など地域との関わりが乏しい人や認知症や精神疾患などの既往ある人を発見した際は、地域包括支援センターが積極的な対応を心掛けていく。 |

2 権利擁護業務

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|-------------|--|--|
| 成年後見制度の活用促進 | ○判断能力の低下がみられる高齢者やその家族等からの契約や金銭管理等の相談に対して、印西市成年後見支援センターと連携し、日常生活自立支援事業、成年後見制度の説明を行う。 ○市は相談会や出前講座などを開催して制度の周知啓発に努める。 | ○お金の管理や契約などに不安を感じている方には「日常生活自立支援事業」や「成年後見制度」について相談・情報提供等を行っていく。 印西市成年後見支援センターとも連携を図り、成年後見制度の利用が必要な場合の申し立て手続きから支援できることを周知していく。 |
| 高齢者虐待への対応 | ○地域のネットワークを活用して、虐待防止及び早期発見に努めるとともに、虐待通報や相談があった場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」及び「印西市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、市と情報共有をしながら、事実確認や虐待の判断を行い、連携を図りながら適切な支援を行う。 | ○高齢者虐待の通報・相談を受けた際は、「印西市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき市と連携しながら速やかに事実確認を行い、適切な対応を行う。 また介護支援専門員、介護サービス事業者、民生委員、支部社協、警察などの関係機関とも連携し、高齢者虐待の「早期発見・早期対応」に努めていく。 |
| 消費者被害の防止 | ○民生委員や介護支援専門員、訪問介護事業所、消費生活センターとの連携のもと、消費者被害情報の収集に努めるとともに、経済振興課が設置している消費者安全確保地域協議会に参加し、被害を未然に防ぐために必要な支援を行う。 | ○経済振興課が開催する消費者安全確保地域協議会に参加し、被害を未然に防ぐために必要な支援を一緒に検討していく。 ○高齢者の防犯意識を高め被害を防ぐために、消費生活センターや民生委員、介護事業所と情報共有を図ったり、さらに必要に応じて警察とも連携をして、被害の防止に努める。 |

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|-----------------|---|---|
| 包括的・継続的なケア体制の構築 | ○在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関との連携体制を構築し、介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援する。 | ○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、医療と介護の連携推進を図る。 また、介護支援専門員、地域の介護保険事業所を始め、生活困窮者自立支援の事業所や障害者相談センターとも連携を図り、多職種相互の協働等により連携するとともに、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現していく。 |
| 介護支援専門員に対する支援 | ○地域の介護支援専門員が業務を円滑に行えるよう、入退院時の医療機関との連携、支援困難事例への指導・助言など、専門的な見地からの総合調整や後方支援を行う。 ○介護支援専門員の資質向上を図るため、事例検討会や研修会等を実施する。 | ○入退院時に医療機関との連絡調整が必要で、介護保険未申請や介護支援専門員が未定の場合、当センターがその間 介護保険サービスの計画担当を担う。 ○市及び5包括協働による介護支援専門員対象の研修会等の企画、運営を実施していく。 ○いんばケアマネネットワーク、主任ケアマネ会議の活動協力等、ケアマネネットワーク構築に関する後方支援。 ○介護支援専門員からの相談対応、支援困難事例等への指導・助言、介護支援専門員の後方支援等を行い、介護支援専門員の技術向上を図る。 |

4 地域ケア会議推進事業

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|-----------|--|---|
| 地域ケア会議の開催 | ○地域の多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援等を通じて、介護等が必要な高齢者が住み慣れた地域で生活ができるよう地域全体で支援する。 ○市は、多職種の専門的な視点に基づく自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント支援を行うとともに、地域資源の把握や多職種の連携体制の構築に努める。 ○センターは、介護支援専門員が抱える困難事例等について個別ケースに関する関係者を集め、地域住民や関係機関による個別ネットワークの構築を図るとともに支援方針を検討する。 ○センターは、地域思いやりケア会議で把握した地域で不足している社会資源や取り組むべき課題について関係者で共有し、第2層協議体と連携しながら検討を行う。 ○市は、地域思いやりケア会議では解決に至らなかった課題や市全体での検討が必要な課題について情報を共有し、社会資源の開発や施策の提言に結び付けていく。 | ○介護支援専門員が抱える困難事例等に対して、地域思いやりケア会議を開催し、ケースに関する多職種の関係者を集め、包括的・継続的なケアマネジメントが実践できるよう介護支援専門員の支援を行う。 ○地域思いやりケア会議などで情報収集した「地域課題」に基づいて、一緒に課題解決に向け取り組んでくれることに賛同して下さる地域住民や関係機関等と連携・協力を図り、課題解決について話し合いをする機会の一つとして、地域ケア推進会議を年3回を目標に開催していく。 ○地域思いやりケア会議及び地域ケア推進会議で解決に至らなかった地域課題に関しては、印西市へ報告し、市レベルの地域ケア会議で検討してもらうよう提言していく。 |

5 在宅医療・介護連携推進事業

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|------------------|--|---|
| 医療と介護の連携推進 印西 | <p>○医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業者との協働・連携を推進する。</p> <p>○「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」を開催し、各施策の推進の取組強化を図る。</p> <p>○高齢者と家族が療養生活について我が事として意思決定できるよう、市民への周知啓発に努める。市民啓発講演会等を開催をする。</p> <p>○在宅療養生活を支える医療関係者への支援を行う。</p> <p>○介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしノート）等の内容を検討する。</p> | <p>○医療依存度の高い在宅介護ケースが増加している傾向にあるため、医療機関と介護保険事業所等が円滑に協働・連携できるよう支援していく。</p> <p>○在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議に出席して、在宅医療及び認知症施策への取組強化に協力していく。</p> <p>○市民啓発講演会等が開催された際には、出席・協力をしていく。</p> <p>○在宅療養生活を支える医療関係者への支援を行う。</p> <p>○介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしノート）等の見直しに協力する。</p> |

6 生活支援体制整備事業

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|----------------------|---|--|
| 生活支援コーディネーターと協議体との連携 | <p>○住民主体の支えあいの体制づくりを推進するため、第1層（市全域）及び第2層（日常生活圏域）生活支援コーディネーターを配置する。</p> <p>○第1層・第2層生活支援コーディネーターと地域の実情や課題を整理し、協議体の設置について検討を行う。必要に応じて、協議体の設置運営に取り組む。</p> <p>○センターは、第2層生活支援コーディネーターと連携を図るとともに、協議体に参加し、地域における一体的な生活支援サービスの体制整備に市と協働して取り組む。</p> | <p>○第2層生活支援コーディネーターと連携し、出前講座や地域住民との話し合いの場、協議体等に参加し、地域における一体的な生活支援体制整備が構築できるよう連携・協働して取り組む。</p> <p>○市、第1及び第2層生活支援コーディネーターと連携し、地域課題の把握及び地域資源を共有して、高齢者の生活支援・介護予防の体制整備に取り組んでいく。</p> <p>○高齢者の一人暮らしや高齢者世帯等に対して、医療や介護サービス以外の在宅生活を継続する上で必要なニーズに答えられるよう、第2層生活支援コーディネーターと連携・協働して支援していく。</p> |

7 認知症施策推進事業

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|----------------|---|---|
| 認知症初期集中支援推進事業 | <p>○認知症になっても本人の意思が尊重され、できるだけ住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、対象者をできるだけ早期に適切な医療や支援機関に結び付け、地域での生活に向けた支援体制を構築する。</p> <p>○センターは「認知症初期集中支援チーム」との同行訪問や情報共有など連携に努める。</p> <p>○初期集中支援チーム検討委員会を在宅医療・介護連携推進会議と合併させ、医療と介護の連携の中での初期集中支援の位置づけを明確にし、認知症の人とその家族を地域で支えるための体制づくりについて包括的に検討していく。</p> | <p>○認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、特定の機関や人に過剰な負担がかからないようにすることが重要と捉え、医療、介護及び生活支援を行うサービスを円滑に連携できるようなネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援体制を整えていく。</p> <p>○早期に認知症の人を把握するために、民生委員等、地域コミュニティーと連携し、認知症を疑う高齢者の情報収集や見守り支援を行う。</p> <p>○早期に適切な医療機関に結び付けられるよう「認知症初期集中支援チーム」との同行訪問や情報共有などの連携に努めていく。</p> |
| 認知症地域支援・ケア向上事業 | <p>○地域の実情を把握し、相談に応じることができる体制を整え、とともに認知症当事者と家族の支援を地域で円滑に推進することができるよう、認知症地域支援推進員を配置し、認知症の相談等を専門的に対応できる体制づくりに努める。</p> <p>○認知症地域支援推進員および認知症コーディネーターが、日頃の相談対応などから地域の課題やニーズ、当事者の思いをくみ取り、認知症支援に必要な施策を企画・提案・実践していけるための支援を行う。</p> <p>○センターは地域の特性を生かした認知症カフェを開催し、認知症当事者を支えるつながりの支援と家族の介護負担の軽減、および認知症に対する理解を促進し地域での支援者の育成を図る。開催方法については感染症対策を考慮した内容とし、可能な限り当事者やその介護者の思いが周知されるよう、当事者の参加を増やす。</p> | <p>○地域特性に即した相談に対応できる体制を整え、認知症当事者と家族の支援を地域で効果的に支援することができるよう、認知症地域支援推進員を配置し、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図る。</p> <p>○認知症の当事者、その家族、地域住民に対して、認知症に関する情報等を提供し、住み慣れた地域で生活で暮らしていけるよう認知症の理解・周知を図っていく。</p> <p>○認知症にかかわる人が交流できる場が提供できるよう、認知症地域支援推進員等が中心となって、年6回 認知症カフェを開催して、地域で支え合う基盤づくりを目指していく。</p> |
| 普及啓発・見守り体制の構築 | <p>○認知症サポーター等養成講座を企画、実施するキャラバン・メイトを養成し、地域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターの養成講座の開催や理解促進のための取り組みを積極的に行う。</p> <p>○小学生・中学生の講座については、感染症拡大防止に配慮し、時間短縮(45分)、スタッフの減、クラス単位での開催可能とするなどの工夫を行いながら実施。</p> <p>○成人、職域での実施については積極的に周知し実施する。養成したサポーターと認知症地域支援推進員、認知症コーディネーター、生活支援コーディネーターを結び付け、ボランティアなど、地域で認知症の人を見守り支える体制を構築していく。</p> | <p>○地域から要望があった際は、大人向けサポーター認知症サポーター等養成講座を企画・開催して、認知症の方を支えるキャラバン・メイトを養成することで、地域で認知症の人を見守る体制作りに貢献していく。</p> <p>○市が主催する認知症サポーター等養成講座において、キャラバンメイトとして、小・中学校のサポーター養成講座に参加・協力していく。</p> <p>○第2層生活支援コーディネーター、認知症コーディネーターやボランティアといった地域の多様な人々や関係機関と連携を図り、日常活動の中で高齢者等を普段から見守るネットワークを構築し、地域で認知症の方を見守り支える体制作りに取り組んでいく。</p> |

8 介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|------------------------------|--|---|
| 介護予防ケアマネジメント業務 指定介護予防支援業務 | <p>○要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者に対して、自立支援を目的に主体的な取り組みができるよう、介護予防サービスに加えて住民主体の通いの場等の地域資源の活用も視野に入れたケアマネジメントを行う。</p> <p>○3職種については、包括的支援事業に影響が生じないよう市が定めた上限件数の範囲内で業務を行う。</p> <p>○業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、適切なケアマネジメントが実施されているか責任をもって関与するとともに正当な理由なしに特定の事業者には偏らないよう配慮する。</p> | <p>○介護保険サービスを利用してもらうことが目的ではなく、「介護が必要な状態になることを防ぐ」、「要介護状態になっても、今より悪くなることを防ぐ」といった自立支援の視点に立ち、在宅生活を継続できるよう支援していく。</p> <p>○生活習慣の改善を図る必要性が高い高齢者等に、通所型サービスCを紹介し、「なりたい自分」を実現させるための機会を提供していく。</p> <p>○市が定めた上限件数の範囲内で介護予防ケアマネジメント業務を行えるよう、プランナー（介護支援専門員）を法人からの出向での配属・配置を継続する。</p> <p>○業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託をする際には、利用者のニーズを整理して、問題点を明確した上で、ケースを引き継ぐよう取り組んでいく。また、正当な理由なしに特定の事業者には偏らないよう配慮も行う。</p> |

9 一般介護予防事業

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|--------------|--|---|
| 介護予防把握事業 | <p>○基本チェックリストを主としたアンケートを、介護認定を受けていない75歳以上の対象者に送付し、ハイリスク者を把握する。把握したハイリスク者に対し、早期介入を行う。</p> | <p>○市が把握したハイリスク者に該当した利用者の中で、特に訪問が必要と市が判断したケースにおいては、市と連携を図り、本人宅へ伺い実態把握に努めるなどの早期介入を行う。</p> |
| 介護予防普及啓発事業 | <p>○介護予防把握事業の結果を踏まえ事業の展開方法を検討していく。</p> <p>○今ある事業については、介護予防把握事業で把握したハイリスク者や必要な対象者を参加につなげ、ケアマネジメント力を身につけ、介護予防活動に取り組んでもらう。</p> | <p>○介護予防把握事業のハイリスク者の中で、まだ介護認定を受けていない高齢者においては、介護予防や心身状況の軽減・悪化を防止できるよう、本人のニーズに即した多様な支援方法を試みていく。</p> <p>○閉じこもり等 何らかの支援を要する者を把握した際は、介護状態となることを予防できるよう、社会交流の場に参加できるよう支援していく。</p> |
| 地域介護予防活動支援事業 | <p>○高齢者の体力の維持・向上と地域の仲間づくりを目的とした「いんざい健康ちょきん運動」の活動を通して、住民が主体となった通いの場の充実を図る。</p> <p>○センターは、地域において住民の活動支援を行うとともに、生活支援コーディネーターと連携して事業の普及・啓発に取り組み、地域の支え合いづくりを推進する。</p> | <p>○地域住民が主体となって取り組んでいる「いんざい健康ちょきん運動」の紹介や後方支援を担うなど住民主体の通いの場が拡大していけるよう協力していく。</p> <p>○第2層生活支援コーディネーターと連携し、地域住民の活動の場を普及・啓発・支援していき、地域の支え合いづくりの基盤作りに貢献していく。</p> |

10 運営体制

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|-----------|---|---|
| 職員の配置 | <p>○「印西市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に係る職員等の基準を定める条例」に基づき、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員（これらに準ずる者も可）の3職種を配置する。</p> <p>○認知症地域支援推進員（兼務）、第2層生活支援コーディネーターを配置する。</p> | <p>○業務を適切に実施するため、担当圏域の高齢者人口に対応できるよう3職種+1名増員した職員を配置する。</p> <p>○市が定めた上限件数の範囲内で介護予防ケアマネジメント業務を行えるよう、プランナー（介護支援専門員）を法人からの出向での配属・配置を継続する。</p> <p>○高齢者の生活支援・介護予防の基盤の整備を進めていくことを目的とした、第2層生活支援コーディネーターを配置する。</p> <p>なお、認知症地域支援推進員は、3職種が兼務する。</p> |
| 職員の姿勢 | <p>○センターの保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、それぞれの専門性を発揮しながら相互に情報を共有し、連携・協働する「チームアプローチ」を実践し、多様な観点から効果的な支援を行う。</p> | <p>○チームアプローチを実践する上で、それぞれの専門性を活かした多様な観点から効果的な支援が提供できるよう役割を分担していく。</p> <p>相談内容に応じ、医療・介護保険・権利擁護など各職種の専門分野の経験や知識を考慮し、最適な担当者を選定して3職種の中から担当者を選定していく。</p> <p>第2層生活支援コーディネーターは、人とひとを「つなぐ」ことに重点を置き、地域の担い手を支援活動につなげるといった「ニーズ」と「サービス」のマッチング等を専属に行っていく。</p> |
| 職員のスキルアップ | <p>○センター職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上、業務に必要な知識、技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加し、各職員が学んだ内容を全職員に伝達・共有することにより、センター全体のスキルアップに努める。</p> | <p>○相談援助技術やケアマネジメント技術の向上、業務を遂行するのに必要な知識や技術の習得を目的に研修会等へ定期的に参加し、スキルアップできるよう研鑽に努める。</p> <p>○毎朝 ミーティングを実施して情報共有を図り、全職員の援助技術が向上できるよう取り組んでいく。</p> |

11 管理体制

| 項目 | 市の方針 | 地域包括支援センター重点課題・目標 |
|---------|--|--|
| 個人情報の保護 | <p>○センターは、業務上多くの個人情報を知りえる立場にあることから、その取扱いにあたっては「個人情報の保護に関する法律」に基づき、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守し、個人情報の保護に注意する。</p> | <p>○「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報は鍵のかかるキャビネットに厳重に保管する。</p> |
| 苦情対応 | <p>○センターに対する苦情を受けた場合は、迅速かつ適切に対応し、その内容及び対応等を記録し、必要に応じて市に報告する。</p> | <p>○センターに対する苦情を受けた場合は、苦情受付担当者（センター長）・苦情解決責任者（施設長）が、苦情内容を整理し、問題点を焦点化して、迅速かつ適切に苦情を解決できるよう対応していく。また、苦情の内容及び対応したことを記録に残し、必要に応じて市に報告する。</p> |
| 緊急時対応 | <p>○センターは、緊急時の対応が必要になることを想定し、夜間休日を問わず24時間連絡を取ることができる体制を確保する。</p> | <p>○夜間休日は、事務所の固定電話から携帯へ電話を転送して、相談対応をする。</p> <p>緊急の訪問対応が必要な場合は、3職種及び第2層生活支援コーディネーターが連携し、原則2人以上で対応する。</p> |