

令和5年度
印西市地域包括支援センター事業計画（案）

印西市印西南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。 | ○相談内容から正しく問題や課題を分析し3職種にて対応策の検討、初期対応し解決方向へ繋げていく。 ○困難事例に関しては、できるだけ解決に向かい、その後も自立した生活が継続できるよう見守りを行う。 ○月100件以上の件数を各々把握する以外、週2回全職員で検討する。 |
| 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・支部社協・地域の見守りを担う方々との定期的な関わりの中で地域の情報の共有をし必要時対象者の実態把握を行う。 ○市「健やかチェック」集計結果の共有により、必要と思われる方への実態把握を行う。 |

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、日常生活自立支援事業、成年後見制度の説明を行う。 ○成年後見の利用が適切に図られるよう、必要に応じて市長申立てを行う。 | ○成年後見制度に絡まない総合相談対応においても、日常生活自立支援事業・成年後見制度の必要性がある場合は、包括作成のフローチャートを示しながら説明し情報提供していく。 ○「わたしノート」を通して、いつか起こる時のことを自分ごととして考えてもらう機会となるよう投げかけていく。 ○市長申立ては正しい判断で市と連携し行っていく。 |
| 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、高齢者の養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。 | ○通報・対応窓口であることの周知については、特に地域住民に対して強化していく。 ○リスクが高いと予測されるケースは、今後虐待が発生する可能性の視点を忘れず、未然防止、早期発見・対応を行っていく。 ○対応は3職種にて、市役所との迅速な連携をしながら、マニュアルに基づき適切な支援を行い、早期終結に繋げる。 |
| 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被害を未然に防ぐために必要な支援を行う。 | ○消費者被害防止として、周知活動を地域の方々に行ったり広報誌に掲載していく。 ○委員となっている、消費者安全確保地域協議会の会議内容を5包括と共有する。 ○支援必要時は消費生活支援センターや警察等との連携。 |

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連携を支援する。 | ○圏域地域ケア会議等を通して、更に連携の推進を図る。（特にまだ連携の低い地域の薬局や管理事務所、民生委員、地域のリーダー、スーパーやコンビニの方々等） ○高齢者が抱えている複合的な課題を解決し、地域での生活を継続できるため、生活体制整備事業の成果でもある多種多様な地域資源を活用し支援をしていかれるようネットワークを構築していく。 |
| 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。 | ○市、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。 ○介護支援専門員が必要な機関と連携できるように繋ぎ、サポートを行っていく。 ○介護支援専門員へ、必要な情報提供や声掛けを行うとともに、介護支援専門員から得られた困難事例や要望の検討を行う。 ○困難事例に関しては、事例検討の時間をできる限り持つよう調整する。 ○いんばケアマネネットワークへの活動協力、市内主任介護支援専門員会議の運営等への協力。 |

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、個別地域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地域課題について関係者で共有し、連携しながら検討を行う。 ○市は、圏域地域ケア推進会議では解決に至らなかった地域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。 | ○自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントへの理解を深めそれぞれの専門性を活かしながら、自立支援型地域ケア会議の開催への協力。 ○介護支援専門員の抱える困難事例については、できる限り事例検討する機会を持ち、場合によっては地域の多様な関係者を含めた個別地域ケア会議の調整。 ○上記の結果抽出された地域課題に注目し圏域地域ケア推進会議を年間計画に基づき開催する。会議後、取り組める具体策については年間を通して計画的に取り組んでいく。 ○市の地域ケア会議への開催協力と課題の共有。 |

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 | <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、在宅医療と介護の連携、認知症施策の一体的な取組強化を図る。</p> <p>○高齢者と家族が在宅での療養生活について理解を深め、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。市民を対象とした講演会や講座を開催をする。</p> <p>○介護と医療サポートガイド等の内容を検討する。</p> | <p>○「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」「在宅医療・介護市民講演会」「多職種連携研修会」等への実施協力。</p> <p>○「介護と医療のサポートガイド」を活用しながら、在宅生活継続のための知識や自己決定についての出前講座を実施していく。</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）に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、協議体等に参加し、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を1名配置し、協働しながら連携を図る。</p> <p>○第2層生活支援コーディネーターの収集した地域資源を総合相談時活用していく。</p> <p>○住民が地域について考える「住民座談会」を年6回開催する。その中から生まれた取り組みたい提案について住民の方が主体となり取り組めるようにしていく。</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 | <ul style="list-style-type: none"> ○「認知症初期集中支援チーム」を配置し、できるだけ早期に適切な医療や支援機関に結び付ける。 ○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。 ○在宅医療・介護連携、認知症施策推進会議の中で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。 | <ul style="list-style-type: none"> ○必要時「認知症初期集中支援チーム」の適応を検討し、新規相談を挙げていく。 ○ケース検討や相談を積極的に行い、センター内の対応スキルを上げていく。 |
| 認知症地域支援・ケア向上事業 | <ul style="list-style-type: none"> ○地域の実情を把握し、相談に応じる体制を整えるとともに、認知症当事者と家族の支援を推進できるよう、認知症地域支援推進員を配置する。 ○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。 ○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、認知症に対する理解の促進と地域での支援者の育成、家族の介護負担の軽減を図る。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内容となるよう工夫をしていく。 | <ul style="list-style-type: none"> ○認知症サポーター養成講座は地域の特徴を掴んだ内容を交え構成し行う。 ○医療へつながらないケースについては、地域の医療機関との連携を通しながら受診へつなげるよう支援する。併せて認知症疾患医療センターの相談窓口を活用していく。 ○引き続き認知症当事者とその家族が自由に気持ちを表出でき、介護経験者との交流も可能な認知症カフェの開催をしていく。 |
| 普及啓発・見守り体制の構築 | <ul style="list-style-type: none"> ○認知症サポーター等養成講座を企画し、地域で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を開催する。 ○小学生の講座については、引き続き45分のプログラムとし、短時間のなかで子どもたちが理解しやすい内容を工夫して実施する。地域の支援者として即戦力となる成人、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、チームオレンジやボランティアなど、地域で認知症の人を見守り支える体制を構築していく。 | <ul style="list-style-type: none"> ○成人向け認知症サポーター養成講座を最低1回以上開催する。 ○小学生向けの認知症サポーター養成講座の開催協力。 ○地域で認知症への理解と見守りの重要性について出前講座などを通して普及啓発していく。 |

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 | <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るよう、センターが適宜関与するとともに、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>○第2層生活支援コーディネーターが収集した多種多様な地域資源にも着目しながら、ケアマネジメントを行う。</p> <p>○3職種は包括的支援事業を優先すべく、原案委託を行っていく。その際は公平に選定し、担当介護支援専門員と連絡を取り合い適切なケアマネジメントがなされているか確認、時にフォローしていく。</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、センターと共に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>○把握事業から得られた情報を有効活用し、ハイリスク者の早期発見・早期対応に努める。</p> |
| 介護予防普及啓発事業 | <p>○65歳到達者に対する介護保険証送付に合わせて、活動や社会参加を促すチラシ等を同封し、市民の介護予防の関心を高める。</p> <p>○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に対し、センターと共に情報提供や、事業参加につなげる等により、対象者がセルフマネジメント力を身につけ、介護予防活動に取り組めるよう支援する。</p> | <p>○窓口や地域などにおいて、社会参加、役割を持つことが介護予防においても有効であることを周知し、関心のある対象者へは第2層生活支援コーディネーターと共に働きかけを行っていく。</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住民主体の活動「いんざい健康ちょきん運動」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>○相談対応時対象者へは「いんざい健康ちょきん運動」の提案をしていく。</p> <p>○年間を通して、各ちょきん運動グループに状況確認の訪問をし、必要に応じて後方支援を行っていく。</p> <p>○地域支え合いのために、第2層生活支援コーディネーターと共に事業の周知を行い、必要時立ち上げ支援を行う。</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）、生活支援コーディネーターを配置する。</p> | <p>○3職種5名配置。包括支援事業を十分に行えるよう事務職1名配置する体制を継続。</p> <p>○認知症地域推進委員配置。</p> <p>○生活支援コーディネーター配置。</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>○職員同士の良好なコミュニケーションを図り、それぞれの専門性を活かしながら活発なチームアプローチを実施していく。</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>○日常業務から対応スキル・アセスメント力の向上を目指し、3職種間で学び合う。</p> <p>○研修への参加推進のための業務調整と偏りなく受講できるような研修スケジュールの管理。研修での学びを日々の実践で積極的に取り入れていく。</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」に基づき守秘義務を厳守し、書類等の適切な保管・管理を行う。</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>○苦情担当者を置き、適切に内容の確認・記録・市への報告・対応の協議・苦情の処理にあたり再発防止につなげる。</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>○転送電話にて24時間連絡体制をとる（輪番制）。</p> <p>○長期閉所時は、主担当・副担当の2名体制。</p> |