

第8期第1回 苫小牧市地域包括支援センター運営協議会
(令和元年度第1回認知症初期集中支援チーム検討委員会)

日時：令和元年6月11日（火）18:30～
場所：苫小牧市役所北庁舎2階22会議室

会議内容

苫小牧市地域包括支援センター運営協議会委員委嘱状交付式

- 1 開 会
- 2 委嘱状交付
- 3 副市長挨拶
- 4 事務局紹介

第1回 苫小牧市地域包括支援センター運営協議会

議事

- 1 会長及び副会長の選出について
- 2 苫小牧市地域包括支援センター運営協議会設置要綱について
- 3 地域包括支援センターの運営について
- 4 その他

第8期第1回苫小牧市地域包括支援センター運営協議会

日時：令和元年6月11日（火）18時30分

場所：苫小牧市役所2階22会議室

会議要旨

委嘱状交付

副市長挨拶

1 会長及び副会長の選出について

事務局一任にて

会 長 苫小牧市医師会推薦 堀田 哲也氏

副会長 苫小牧市社会福祉施設連絡協議会推薦 木津 泉氏 と決定する。

2 苫小牧市地域包括支援センター運営協議会設置要綱について

（質疑応答）

なし

3 地域包括支援センターの運営について

（質疑応答）

なし

4 その他

今年度の運営協議会の開催は全3回を予定。次回は8月頃を予定している。

議 事

2 苫小牧市地域包括支援センター運営協議会設置要綱について

苫小牧市地域包括支援センター運営協議会設置要綱

(設置)

第 1 条 地域包括支援センター（以下「センター」という。）の適切な運営、公正・中立性の確保その他センターの円滑な運営を図るため、苫小牧市地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第 2 条 運営協議会は、次に掲げる事項を所掌する。

(1) センターの設置等に関する次に掲げる事項の承認に関すること

- ① センターの担当する圏域の設定
- ② センターの設置、変更及び廃止並びにセンターの業務の法人への委託又はセンターの業務を委託された法人の変更
- ③ センターの業務を委託された法人による予防給付に係る事業の実施
- ④ センターが予防給付に係るマネジメント業務を委託できる居宅介護支援事業
- ⑤ その他運営協議会がセンターの公正・中立性を確保する観点から必要であると判断した事項

(2) センターの運営に関すること

- ① 運営協議会は、毎年度ごとに、センターより次に掲げる書類の提出を受けるものとする。
 - ア 当該年度の事業計画書及び収支予算書
 - イ 前年度の事業報告書及び収支決算書
 - ウ その他運営協議会が必要と認める書類
- ② 運営協議会は、①イの事業報告書によるほか、次に掲げる点を勘案して必要な基準を作成した上で、定期的に又は必要な時に、事業内容の評価するものとする。
 - ア センターが作成するケアプランにおいて、正当な理由なく特定の事業者が提供するサービスに偏りがないか
 - イ センターにおけるケアプランの作成の過程において、特定の事業者が提供するサービスに偏りがないか
 - ウ その他運営協議会が地域の実情に応じて必要と判断した事項

(3) センターの職員の確保に関すること

運営協議会は、センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や、地域の関係団体等の中での調整を行う。

(4) その他の地域包括ケアに関すること

運営協議会は、地域における介護保険以外のサービス等との連携体制の構築、地域包括支援業務を支える地域資源の開発その他の地域包括ケアに関する事項であって運営協議会が必要と判断した事項を行う。

(5) 地域密着型サービスに関すること

- ① 地域密着型サービスの指定、又は取り消し
- ② 当市において、地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬を設定しようとするときに、市長に対して意見を述べること
- ③ 地域密着型サービスの質の確保、運営評価その他市長が地域密着型サービスの適正な運営を確保する観点から必要であると判断した事項

(組織)

第 3 条 運営協議会は、委員 10 人以内をもって組織する。

(委員)

第 4 条 委員は、次に掲げる団体又は機関等の関係者とし、市長が委嘱する。

(1) 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者及び職能団体等

- (2) 介護サービス及び介護予防サービスの利用者、介護保険の被保険者（1号及び2号）
- (3) 介護保険以外の地域資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- (4) 前各号に掲げるもののほか、地域ケアに関する学識経験を有する者

（地域包括支援アドバイザー）

第5条 運営協議会に、地域包括支援アドバイザー（以下「アドバイザー」という。）を置くことができる。

- 2 アドバイザーは、介護保険制度及び北海道内の介護保険事業に精通する学識経験を有する者のうちから、市長が委嘱する。
- 3 アドバイザーは第2条各号に掲げる事項につき専門的な見地から指導・助言をするものとする。

（任期）

第6条 委員及びアドバイザー（以下「委員等」という。）の任期は2年とする。

- 2 委員等が欠けた場合における補欠の委員等の任期は、前任者の残任期間とす
- 3 委員等の再任は妨げない。

（会長及び副会長）

第7条 運営協議会には、会長及び副会長各1名を置くものとする。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。
- 3 会長は、運営協議会を代表し、会務を総理する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代理する。

（会議）

第8条 運営協議会の会議（以下「会議」という。）は、必要に応じて会長が招集する。

- 2 会長は、会議の議長となる。
- 3 会議は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。
- 4 会議の議事は、委員の過半数をもって決する。可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 5 運営協議会は必要に応じて、アドバイザーに意見を求めることができる。

（守秘義務）

第9条 協議会の委員等は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

（会議等の公開）

第10条 協議会の会議及び会議録（以下、「会議等」という。）は、公開とする。ただし、個人のプライバシーに対する配慮その他公開しないことにつき、特別な理由があるものとして委員会に諮り、特に公開しない旨の決定をおこなったときは、当該会議等の全部又は一部を公開しないことができる。

（事務局）

第11条 運営協議会の事務局は、福祉部介護福祉課に置く。

（雑則）

第12条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成17年11月16日より施行する。
 - 2 第6条の規定にかかわらず、この要綱の施行後最初に委嘱される委員の任期は、平成19年3月31日までとする。
- 附 則 (平成21年3月18日改正)
- 1 この要綱は、平成21年4月1日より施行する。
- 附 則 (平成26年4月1日改正)
- 1 この要綱は、平成26年4月1日より施行する。

平成30年度 苫小牧市地域包括支援センター事業運営状況 総括表

		西包括			しらかば			山手包括			南包括			中央包括			三光包括			東包括			平成30年度 総 計	平成29年度 総 計	前 年 比
委託法人		社会福祉法人 緑陽会			社会福祉法人 苫小牧慈光会			社会福祉法人 山手の里			社会福祉法人 ふれんど			医療法人 王子総合病院			社会医療法人 平成醫塾			社会福祉法人 緑星の里					
開設年月日		平成18年4月1日			平成21年4月1日			平成21年4月1日			平成21年3月19日			平成18年4月1日			平成21年4月1日			平成18年4月1日					
		平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比	平成30年	平成29年	前年比			
日常生活圏域人口(各年度10.1現在)		24,975	25,044	△ 69	20,777	21,080	△ 303	22,208	22,276	△ 68	18,011	18,170	△ 159	21,066	21,375	△ 309	28,375	28,711	△ 336	36,300	35,900	400	171,712	172,556	△ 844
高齢者人口		8,465	8,217	248	7,159	6,918	241	7,863	7,663	200	6,134	6,023	111	6,021	5,975	46	7,445	7,210	235	5,307	5,165	142	48,394	47,171	1,223
高齢化率		33.9%	32.8%	1.1%	34.5%	32.8%	1.6%	35.4%	34.4%	1.0%	34.1%	33.1%	0.9%	28.6%	28.0%	0.6%	26.2%	25.1%	1.1%	14.6%	14.4%	0.2%	28.2%	27.3%	0.8%
職員体制(人)		5	5	0	5	5	0	6	6	0	7	7	0	6	6	0	6	6	0	5	6	△ 1			
	社会福祉士	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	3	△ 2	2 (非常勤1)	2 (非常勤1)	0	1.5	1.5	0			
	主任ケアマネ	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0			
	保健師等	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	1	2	1	1	1	1	0			
	認知症地域支援推進員 認知症初期集中支援チーム員	4	4	0	5	5	0	5	5	0	4.5	4.5	0	4	4	0	4	4	0	4.5	4.5	0			
	その他	1	1	0	1	1	0	2	2	0	2.5	2.5	0	2	1	1	1	1	0	1	2	△ 1			
相談実人員		1,700	1,914	△ 214	1,651	1,662	△ 11	1,871	1,813	58	2,212	2,000	212	2,078	2,245	△ 167	2,313	2,194	119	1,612	1,567	45	13,437	13,395	42
相談延件数		3,078	3,492	△ 414	3,425	3,297	128	3,269	3,578	△ 309	4,592	4,179	413	4,342	5,562	△ 1,220	4,385	4,228	157	2,813	3,041	△ 228	25,904	27,377	△ 1,473
相談内容 (重複あり)	総合相談	2,099	2,322	△ 223	1,734	1,668	66	2,239	2,080	159	3,590	2,549	1,041	1,972	3,309	△ 1,337	2,645	2,240	405	883	778	105	15,162	14,946	216
	権利擁護	69	51	18	254	110	144	128	197	△ 69	232	158	74	189	236	△ 47	54	90	△ 36	52	15	37	978	857	121
	包括的継続的ケアマネジメント支援	98	36	62	110	55	55	68	117	△ 49	194	126	68	105	125	△ 20	69	127	△ 58	37	20	17	681	606	75
	介護予防ケアマネジメント	1,097	1,306	△ 209	1,619	1,593	26	1,317	1,489	△ 172	1,679	1,842	△ 163	2,425	2,850	△ 425	2,266	2,297	△ 31	1,659	2,216	△ 557	12,062	13,593	△ 1,531
	その他	53	106	△ 53	72	110	△ 38	15	23	△ 8	18	44	△ 26	250	151	99	65	80	△ 15	131	10	121	604	524	80
介護予防プラン作成件数		418	370	48	495	476	19	627	523	104	747	628	119	1,279	626	653	621	390	231	359	270	89	4,546	3,283	1,263
地域介護予防教室 担当会場数		3	3	0	3	3	0	4	4	0	4	4	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	21	21	0
	実施回数	138	138	0	135	136	△ 1	180	180	0	183	183	0	92	94	△ 2	48	48	0	97	93	4	873	872	1
	参加実人数	120	105	15	115	122	△ 7	135	135	0	135	140	△ 5	74	72	2	69	64	5	115	124	△ 9	763	762	1
	参加延人数	3,528	3,031	497	2,714	2,833	△ 119	3,780	3,881	△ 101	3,694	3,736	△ 42	2,070	2,110	△ 40	1,032	896	136	1,871	1,939	△ 68	18,689	18,426	263

議 事

3 地域包括支援センターの運営について

- ・平成 30 年度苫小牧市地域包括支援センター事業運営状況

総括表

- ・事業報告・事業計画について
 - ・西地域包括支援センター
 - ・しらかば地域包括支援センター
 - ・山手地域包括支援センター
 - ・南地域包括支援センター
 - ・中央地域包括支援センタ
 - ・三光地域包括支援センター
 - ・東地域包括支援センター
- ・認知症初期集中支援チーム活動報告
- ・認知症地域支援推進員活動報告・計画について

平成30年度苫小牧市西地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

- ・高齢者の尊厳や意思が尊重され住み慣れた地域で長く生活ができるよう、公益的な機関で関係機関や地域関係者との連携・協同の元、チームアプローチを推進し医療・介護・保健・福祉・権利擁護等の関連する様々な制度や施策を活用した支援及び苫小牧市の介護・福祉行政、地域包括ケアシステム構築の一翼を担う「公益的な機関」として公正で中立性が高く地域の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行うこと念頭に置き、引き続き3職種の専門性の活用や関係機関との連携を図り個別支援や事業運営を行った。

2. 業務推進への運営体制

- ・3職種4名の専門性を活かし、センター内でのミーティングを活用し支援ケースの検討や相談、業務内容などの話し合い運営を行ってきた。事業計画の作成においても、苫小牧市の運営方針及び事業評価を元に職員間で意見交換を行い作成し業務を行った。
- ・地域の高齢者等の個人情報管理する上で、守秘義務を負うものとしての自覚を持ち、法律や条令等を遵守し、適切な手続きに沿った業務を実施。今後もPCのセキュリティー対策、USBメモリー等の管理徹底（施錠管理）を継続し個人情報漏洩を確実に防止していく。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ・ほっとカフェ、認知症推進員と連携し“ほっとカフェ”での介護相談会を開催した。
- ・町内会と協働しサロンでの介護講話や運動指導の継続、認知症サポーターコメンサー祭りでの健康・介護相談コーナー開設、老人クラブや町内会での介護、包括支援センターの役割等の講話を通じてネットワーク構築の強化を継続的に実施した。
- ・民生委員、各町内会とのネットワークの活用やグループホーム運営推進会議（10事業所）、小規模特養運営推進会議（1事業所）、小規模多機能事業所運営推進会議（1事業所）に出席し事業所関係者との意見交換等で地域実情の把握及び情報発信を通じて関係及び連携の強化を継続的に実施した。情報発信の一つとして、包括支援センターの役割等の周知用パンフレットを作成し配布を行った。

(2) 総合相談支援・権利擁護

総合相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
253	308	287	288	268	220	244	246	222	251	250	243	3080

- ・利用者・家族との関係構築やサービス調整及び多様な関係機関との連携を図り、迅速かつ柔軟な対応を念頭に必要な支援を行った。認知症関連、がん患者の退院支援、多問題家族等の相談が増加傾向にあったため障害者の関係機関等の連携も増えた。又、受診対応や支援内容の検討、サービス調整などに時間を費やす状況及び様々な事情から受診困難となり受診同行が必要なケースも変わ

らず多い状況が続いていた。

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
1	10	8	6	4	6	11	6	0	6	9	2	69

・困難事例を含め権利擁護が必要な個別ケースの対応に関しては、虐待防止マニュアル実践版の活用、行政への相談、成年後見制度の活用等を含めセンター内での協議を通じて目標設定や具体的や支援方法などの共通認識を持ち対応を継続的に実施。相談の中では成年後見制度の活用や説明件数が増えてきた。

・虐待ケースや権利擁護ケースなどが潜在している認識のもと研修会や事例検討会等への参加により専門知識を深め、成年後見センターを始めとした関係機関との連携を図る中で支援を継続的に行った。

（３）包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
4	20	9	7	12	4	4	17	3	5	23	12	120

・主任ケアマネを中心に各職種の視点での意見交換や様々な研修会に参加しスキルアップを図りながら支援体制の充実と強化を継続的に行い担当者会議の参加も含めケアマネとともにケース対応を実施。対応困難事例や家族問題等の相談が増えていた。

・ケアマネの活動支援として、しらかば地域包括支援センターと協同し勉強会、事例検討会を毎月開催。勉強会の企画運営について圏域の主任ケアマネージャーに参加してもらい社会資源紹介や事例検討やグループワーク、適時社会資源等の情報発信も織り交ぜ利用者支援に活用できるよう内容及び運営方法を充実させながら実施。事例検討会については圏域各事業所の主任ケアマネを中心に運営を行い側面的な支援を行った。

地域ケア会議（件）

地域ケア個別会議	4	地域ケア圏域会議	0
----------	---	----------	---

・積極的な開催とまでは至らない状況であり個別会議の積み重ねが不足していたため迅速に協議し積極的な開催が可能になるよう、また、開催に当たっての役割分担の再考を含め改善を図り積極的、且つより計画的に開催を行い地域課題の掘り起こしや把握に繋げて参りたい。

（４）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

一般介護予防対象者把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0	1	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	17

・一般高齢者介護予防教室３会場運営しているが運動意識の高さや住民間の周知の広がりから待機者が多い状況は続いている為参加者への聞き取り調査や状態確認を行い“元気クラブ”への移行、

介護サービスの利用など随時提案を行い待機者の解消及び運動主体からのプログラム変更の一環として3教室合同で理学療法士による講話などを実施し参加者主体の運営の実現に向けてプログラムの見直しや人材育成等の取り組みを継続的に実施。

・運動機会の確保や対人交流等を目的として参加者中心となり立ち上げた運動自主サークル活動の関与として運営等のアドバイスなども実施した。

予防給付（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
76	83	81	78	78	85	88	82	90	83	84	83	991

・予防給付件数については増減が続いている状況にあるが、介護予防ケアマネジメント件数については各月で予防給付以上の件数となっており対応に時間を費やす状況が続いていた。特に訪問型サービスの調整については事業者の人手不足もあり時間を要することが多い状況にあった。

・予防給付、介護予防ケアマネジメント双方のケース対応においてはアセスメント、利用者家族の意向確認のもとニーズに即して介護サービスのみならず社会資源の活用も織り交ぜ自立支援を念頭に対応を行った。委託ケースについても、利用者や家族意向及び支援経過を踏まえ随時ケース委託を実施。サービス計画の充実や適切な支援の観点から担当ケアマネとの面談を通じて細かな情報共有を行い支援の方法など意見交換や助言を行っていた。

（5）認知症施策の推進

・町内会での認知症講話、サポーター養成講座開催徘徊模擬訓練及び“ほっとカフェ”、認知症推進員と連携し“ほっとカフェ”での介護相談会を開催し啓発や周知活動は行っていたが認知症初期集中支援チームの活動や支援件数が少ない状況にあった。今後は初期集中支援チームとしての支援を積極的且つ迅速に対応して参りたい。

（6）在宅医療・介護連携推進

・予防給付、介護ケアマネジメント対象者、相談対応等のある対象者については医療機関の求めに応じて入院時に情報提供を行い入院中の経過を確認しながら、退院時に迅速に支援体制が整うよう入院先でカンファレンスへの積極的に参加し情報収集や本人、家族との顔合わせや意向の把握を行い、各医療機関と連携を図り対応してきた。

・各種団体が行う研修会にも参加し、がん患者の退院支援、看取りや多職種連携を含め寄りよい支援に繋げられるようよう研鑽を行った。

（7）生活支援体制整備

・地域ケア会議や相談業務などでアドバイスを貰うことも増え連携がスムーズにとれる状況となっており、今後も地域事情の情報共有や地域づくりのアドバイスを受けながら連携を強化してまいりたい。

4. その他（重点的に取り組んだ内容）

1 地域ケア会議の充実を含めた地域作りの強化

- ・個別事案の課題解決と個別課題の解決を積み重ねから地域課題の発掘と把握を念頭に個別地域ケア地域を実施したが積み重ねが少なく、地域課題の解決や把握はできたが積極的な展開が進んでいない状況であった。会議の準備や調整などを迅速に行い個別課題解決型会議の積み重ねを行い地域課題の解決等について生活コーディネーターや関係機関との連携を図り積極的な展開を行い地域づくりの強化に繋げてまいりたい。

2 認知症知症総合支援事業

- ・ほっとカフェ、認知症推進委員と連携を図り、ほっとカフェでの介護相談会を新たに実施し、これまでのサポーター養成講座・徘徊模擬訓練を開催しより幅広く啓発活動を展開してきたが認知症初期集中支援チームとしての活動や支援は少ない状況であったためケース選定を含めて積極的に支援チームとしての活動や支援を行って参りたい
- ・認知症関連の相談対応については、医療機関への受診、介護方法、活用できる社会資源（ホットカフェ等）の紹介などを継続的に実施してきた。

3、医療連携

- ・入院時の情報提供や退院時の支援を含め医療機関との繋がりを強める中で積極的にカンファレンスなどに積極的に参加をすることで退院時の早期の対応や支援体制の確立を図っており今後も継続し連携を強化して参りたい。

4、職員の研鑽

- ・チームとしての支援を念頭に置き、内部・外部研修の実施や参加を通じて3職種の専門性を認識し、情報共有の徹底やそれぞれの専門性を生かした意見交換を行い相談・支援体制の強化を継続している。相談対応に当たっては、ミーティングの活用、対象者への連絡と訪問を迅速に行い双方の意向を尊重し状況確認の元、早期に支援体制が整えるよう対応を続けてまいりたい。

5 事業報告 総括

- ・総合相談対応を行うにあたり、個別ケース対応やチームアプローチでの対応能力の強化を念頭に外部・内部研修、事例検討会への積極的な参加を通じて個々のスキルアップを図り個別ケース対応やチームアプローチでの対応能力の強化を継続的に実施。
- ・町内会・民生委員等との繋がりを基に個別地域ケア会議開催や個別の相談ケース等での協力を仰ぐ中で地域活動や実情や課題把握を行ったが会議の積み重ね不足があり生活コーディネーターとの連携も図れてきているが積極的な課題把握、解決課題の整理などの展開が十分ではなかった。積極的に会議の開催や課題把握や解決に向けたを展開実施して参りたい。
- ・認知症施策においては、サポーター養成講座や徘徊模擬訓練開催に加え“ほっとカフェ”での介護相談会を新たに開催し周知・啓発活動の充実を図ったが初期集中支援チームとしての活動や支援対応件数なども少ない状況であったため積極的なチーム支援を行って参りたい。

- ・権利擁護支援については、虐待や成年後見等の研修会や事例検討会への参加により専門知識を深めることを継続的に行った。個別対応に当たっては成年後見制度の活用や説明の対応が増加している状況もあり成年後見支援センターとの連携も増えた。今後も迅速で専門的な支援を行ってまいりたい。
- ・包括的・継続的ケアマネジメントについては、しらかば地域包括支援センターと協働し地域のケアマネージャーの資質向上と支援体制強化を目的として勉強会、事例検討会を実施。運営方法について圏域の主任ケアマネの参画、事例検討会については圏域の主任ケアマネ主体で実施するように変更を行った。今後も圏域の主任ケアマネージャーと地域の力となりうるよう取り組みを検討する。又、個別相談対応については主任ケアマネを中心として3職種の専門性を生かした意見交換や支援が可能となるよう研鑽を重ね困難事例や家族問題などケアマネと協力し対応に当たった。
- ・介護予防事業に於いては地域での介護予防の受け皿の強化と待機者の解消、今後の予防教室の在り方を見据えプログラムの見直し等も継続的に実施していた。又、教室参加者が立ちあげた運動自主サークルへ運営のアドバイスなど側面的な支援も実施。
- ・介護予防マネジメントについては利用者や家族の意向や実情に即し自立支援が可能となり心身の機能低下を招かない様早期の支援体制の確立を念頭に対応を行った。
- ・事業全般についても、自己評価を基にして改善が必要な部分についてはセンター内での協議や状況に応じて行政などからもアドバイスを貰いながら改善を図り、寄りよい地域支援が可能なよう今後も検討・対応をして参りたい。

令和元年度苫小牧市西地域包括支援センター事業計画

1. 運営における基本視点

- ＊「公益性」、「地域性」、「協働性」の視点を基本とし、高齢者が住み慣れた地域で尊厳や意思が尊重され安心して暮らしが続けられるよう事業運営を行う。
- ・公益性の視点～地域の高齢者が心身の健康を保持する中で安定した暮らしが営めるよう支援を行うために公正・中立の高い公益機関であることを認識し事業運営を行う
- ・地域性の視点～圏域内の地域特性や実情の把握を行う中で町内会、地区民生委員を始めとした地域関係者や関係機関との連携を行い実情や特性に合わせた柔軟な事業運営を行う
- ・協働性の視点～社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員の3職種が相互の専門性の理解の元、情報共有を行い多職種との連携も図りチームとしての支援を行う。

2. 業務推進への運営体制

＊職員の姿勢

- ・高齢者の意思・人格・尊厳を尊重すること対象者の立場に立った支援、地域包括ケアシステムの構築を担う機関としての認識の元業務を遂行する。

＊行政機関等の連携

- ・市役所各部署、包括支援センター運営協議会、社会福祉協議会等と連携を図り迅速な支援が可能になるよう業務を遂行する
- ・センターの業務評価を年に1度実施し行政とも連携しながら必要な業務改善を行い質の高い支援が可能になるよう努める。

＊個人情報の保護

- ・地域の高齢者等の個人情報を管理する上で、守秘義務を負うものとしての自覚を持ち、法律や条令等を遵守し、適切な手続きに沿った業務を行う。
- ・PCのセキュリティー対策、USBメモリー等の管理徹底を継続し個人情報漏洩を確実に防止する。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ・地区民生委員と町内会との関係強化及び町内会独自の活動を把握する。
- ・定期カンファレンスなどにより、高齢者等や地域実情の情報を共有化するとともに、研修会参加等で資質向上を行い、3職種の専門性や役割を踏まえたチームアプローチの元、柔軟で迅速な対応をと支援を行う。
- ・町内会やサロンでの介護予防啓発や認知症サポーター養成講座の開催、グループホーム、地域密着型デイサービスの運営推進会議への参加を通じてネットワーク作りの強化に努める。
- ・地区民生委員と町内会との関係強化及び町内会独自の活動を把握する。

(2) 総合相談支援・権利擁護

- ・地域講演会開催（随時）やセンター通信発行（適時）
- ・戸別訪問や近隣住民などからの情報収集・検診情報などから地域の高齢者や家族の実態を把握していく。
- ・ワンストップサービスの拠点施設ときめの細かい相談対応と迅速な対応とつなぎ、フォローを行っていく。
- ・高齢者虐待や成年後見制度の普及・啓発に努め、虐待に関する研修を通じて窓口機能の充実と資質の向上を継続する。又、高齢者虐待実践マニュアルを活用し、民生委員及び町内会、介護サービス事業者とも連携を図り早期発見、早期対応に努め発生時には迅速な対応を行う。
- ・権利擁護支援センターと連携し成年後見等権利擁護が急務な対象者に対して迅速な対応を行う。
- ・地域高齢者の消費者被害、特殊詐欺・振り込み詐欺の防止を行うために、状況に応じて消費者センターや交番と連携し、地域住民に随時情報を発信していく。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・地域の勉強会を継続運営（1回／1ヶ月）し、事例検討会や適時情報を発信や内容の充実でケアマネの資質向上に努める。又、圏域の主任介護支援専門員と協働し勉強会の内容充実を図る。
- ・ケアマネ連絡会等関係団体と連携し、ケアマネ支援体制を構築していく。
- ・地域のケアマネと協力し個別・圏域の地域ケア会議を開催し課題の解決や発掘に努める。

地域ケア会議開催計画 ※下記項目があれば、文章でも可

機能	構成員	開催頻度
個別会議	本人、家族、町内会、民生委員等	随時開催
圏域会議	町内会、民生委員、社協等	2～3回

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

- ・相談業務や実態把握事業を通じて、地域実情・対象者の把握に努め介護予防事業参加促進や底上げを図る。
- ・3つの地域介護予防教室の運営や町内会サロン等での啓発活動を通じてや介護予防意識向上や参加者主体の運営が実現できるよう引き続きプログラム等の見直し・充実を図る。又、自主サークルに対して運営等についてのアドバイス・相談の支援を継続する。
- ・介護予防支援及び日常生活総合事業対象者に対して、自立した生活が継続できるよう社会資源活用を含めケアマネジメントを行う

(5) 認知症施策の推進

- ・認知症初期集中支援チームを設置し、医療、介護等の連携により迅速に早期診断・早期対応を行う中で認知症になっても長く住み慣れた地域で暮らしが営めるよう支援を行う。
- ・認知症推進委員、ホットカフェと連携を図り、介護相談会の開催などを通じて地域における認知症高齢者の支援体制構築強化を行う。

- ・コミセンや町内会と共同しサポーター養成講座、徘徊模擬訓練を開催し啓発活動の充実を行う。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- ・各医療機関と連携し入退院の支援や対応が迅速に行えるようカンファレンスなどへの積極的な参加を通じて関係を強化する。
- ・対象者の意向に沿い居宅介護支援事業所や施設、医療機関や医療・介護連携支援センターと協働の元迅速な入退院支援が可能になるよう努める。

(7) 生活支援体制整備

- ・総合相談、地域ケア会議等通じて社会福祉協議会や生活コーディネーターと連携し地域の社会資源開発や地域課題の掘り起こし・解決に努める
- ・民生委員・町内会との連携の中で地域の社会資源や地域情報の集約を行い地域作りに寄与する。

4. その他（重点的に取組みたいこと等）

(1) 地域ケア会議

- ・個別会議の積み重ね不足を踏まえ行政、医療、介護等の専門職及び社会福祉協議会、民生委員、町内会と連携し個別事案の課題解決会議を計画的・積極的に開催し個別課題の解決を積み重ねると共に圏域全体の会議も開催し、地域課題の掘り起こしと解決に必要な社会資源の充実に繋げる。
- ・引き続き会議の開催に当たっては、外部研修の活用や情報収集を行い開催の目的や課題が明確に伝わり円滑な進行が可能となるよう研鑽を行う。

(2) 認知症施策への取り組み

- ・認知症初期集中支援チームの活動や支援が少なかったことを踏まえ、チームとしての支援を積極的に実施できるようケース選定なども含め迅速に検討し対応を行う。
- ・これまでのサポーター養成講座、徘徊模擬訓練及び“ほっとカフェ”での介護相談会の会場を増やし普及・啓発活動を充実させる。

(3) 医療・介護連携

- ・医療機関・介護事業者及び関係諸機関との連携強化を図り疾病などにより自宅での生活が困難にならないよう情報提供、共有を迅速に行い必要な対応を行う。

(4) 自己評価

- ・センターの業務評価を年に1度実施し行政とも連携しながら業務の振り返りを行い必要な改善策を検討実施し質の高い支援が可能になるよう努める

(5) チームアプローチの実行と資質向上

- ・3職種の専門性の向上として、地域包括支援センター業務の理解や専門性の資質向上を鑑み、内部研修の充実及び外部研修に積極的に参加しチームアプローチが基本的な視点であること

を念頭に置き支援に当たる。

- ・苦情及び事故発生等の対応については、懇切丁寧な説明及び誠実な対応を基本とし、更なるサービス向上に反映させていく。

(6) 多様な関係機関や団体との連携

- ・事業の円滑な実施のため苫小牧市や他地域包括支援センターとの連携を図る。
- ・苫小牧保健所、社会福祉協議会を始めとして多様な関係機関や団体とも情報収集や積極的な連携を行い相談支援業務へ反映させより専門的な支援が可能になるよう努める。

(5) 職員健康管理

- ・定期的な健康診断の実施。
- ・感染症防止対策としてインフルエンザ予防接種を実施する。又、うがい、手洗いを徹底し訪問時等にもノロウイルス、インフルエンザ等季節に合わせた感染予防の啓発を行う。

(6) 事業の安定化

- ・使用物品等のコスト意識を高め、適切な使用数の発注などを通じて運営の健全化を図る。
- ・苫小牧市地域包括支援センター連絡協議会での各種報告や苫小牧市に運営状況を報告する中で、状況に応じて相談や協議を行ない事業の安定化に努める。

平成 30 年度しらかば地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

- 地域の介護サービス提供体制を支える中核的な存在として、法令を遵守し、地域の特性や実情を踏まえつつ公正で中立な立場、視点での事業運営を行う。
- 利用者やその所属する地域社会の内発的な力を引き出せるよう働き掛けに留意し、利用者の生活を包括的、継続的に支援するとともに、地域ニーズの抽出と課題解決に取り組む。
- 地域ケア会議、認知症初期集中支援チーム等の業務を職員相互の連携・協働によるチームアプローチにより実施し、担当圏域内の地域住民、関係者(団体)や保健・医療・介護福祉関係者(機関)との関係強化を図りながら、高齢者を支えるネットワークを構築する。

2. 業務推進への運営体制

- 職員体制としては、介護支援専門員(予防プランナー)一名を含めた三職種五名体制で包括業務を実施した。
- 専門性の向上を目的として、必要と思われる外部研修に積極的に職員を派遣した。あわせて内部研修を定例開催して、高齢者の免許証返納や家族支援の在り方等、現在の高齢者が抱える諸課題について学習機会を重ねた。
- センター全体の業務把握及び一部職員への集中や偏りなく業務が遂行出来るよう毎朝のミーティングと週1回のケース検討、月1回の打ち合わせと内部研修のルーティン化に加え、新規相談票の回覧・周知を通じて全体の業務管理の調整を行った。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- 担当圏域の町内会や老人クラブからの依頼による健康講話、地域包括支援センターの役割、職員配置、介護予防教室を記載したチラシの配布、グループホームや小規模多機能型居宅介護をはじめとする地域密着型サービスの運営推進会議での助言の他、認知症キッズサポーター養成講座へのキャラバンメイト講師派遣を通じて、地域との連携を積極的に推進した。
- 担当圏域の地区民生委員児童委員の定例会に出席し、お互いの組織や人員、役割等についての情報共有と事例報告等を通じて相互理解の促進を図った。また、個別支援の過程において担当民生委員個々と連絡を取り合い、利用者の生活状況や支援経過について情報を共有し、連携の強化を図った。
- 地域ケア個別会議では、ご家族、民生委員、サービス事業所、行政、社協等の出席を得て、これら関係者が対象者の生活課題を共有して支える側の視点の理解、共有を図りつつ、個別課題の解決に必要なネットワークの構築、地域課題を明らかにするべく取り組んだ。

(2) 総合相談支援・権利擁護

総合相談 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
156	131	137	111	146	132	180	146	125	182	179	170	1795

- 総合相談件数は、平成 29 年度 1755 件から 40 件増となり、平成 30 年度は 1795 件という結果となった。
- 相談内容としては介護相談が最も多く 555 件、次いで医療(受診・受療援助を含む)297 件、介護保険(介護給付)282 件となった。
- 認知症が疑われる方への受診援助や一人暮らしの高齢者の方への緊急受診同行、退院支援に向けたカンファレンス参加など医療と介護の連携促進に係る相談の増加が二年連続で顕著となった。

権利擁護 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
27	21	20	36	62	31	19	15	7	12	9	0	259

- 権利擁護件数は、平成 29 年度 110 件から 149 件増と 2 年連続の大幅増となり、平成 30 年度は 259 件という結果になった。
- 主な相談内容は高齢者虐待 127 件、多問題家族 51 件、処遇困難事例 36 件だった。
- 高齢者虐待では、高齢者及びその家族が抱える経済問題、精神障害等の複合的な課題を抱える背景に着目し、苫小牧市の関係各課を始め、苫小牧警察署、医療機関と連携しながら被虐待者を分離し、安全確保の支援にあたった。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
48	30	3	4	18	1	0	2	4	6	7	5	128

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援件数は、平成 29 年度 56 件から 72 件増となり、平成 30 年度は 128 件という結果となった。
- 主な相談内容はケアマネ個別相談 60 件、処遇困難事例(ケアマネ)49 件となった。
- 定例で開催している西・しらかばケアマネ支援勉強会においては、ケアマネージャーが抱えている困難事例の検討と地域の社会資源を担当圏域の居宅支援事業所に紹介する取り組みを引き続き行った。また、勉強会の運営方法については、従来の包括支援センター中心の運営から居宅介護支援事業所の主任ケアマネージャーからなる運営委員会を中心とした運営方法に切り替えた。事前協議に参加し、助言等を行いながら、新たな運営方式が軌道に乗るよう後方支援に努めた。

地域ケア会議 (件)

地域ケア個別会議	2	地域ケア圏域会議	0
----------	---	----------	---

- 地域ケア会議は開催回数の少なさが課題として残ったが、認知症の高齢者や医療や介護サービス、近隣の人との関りを拒否する高齢者への支援体制の構築を目的として開催した。

- 包括職員自らが日々の業務を遂行する中で地域ケア個別会議の必要性を意識化し、組織として業務標準化する取り組みを更に強化する必要性がある。
- 地域ケア会議開催の目的理解やテーマ設定、会議で出された意見を纏めたうえで、具体的な取り組みにどう繋げていくか等職員個々のスキル向上とチームとしての具現化に向けた協議を積極的に進めていく必要がある。

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

一般介護予防対象者把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0	1	7	11	0	0	0	0	0	0	0	0	19

- 一般介護予防対象者把握は、平成 29 年度 15 件から 4 件増となり、平成 30 年度は 19 件となった。
- 一般高齢者介護予防教室は昨年度同様日新町、川沿町、しらかば町で三会場を運営した。

⇒日新地域介護予防教室：開催回数 45 回 延べ参加者人数 1073 名

⇒川沿地域介護予防教室：開催回数 45 回 延べ参加者人数 717 名

⇒しらかば地域介護予防教室：開催回数 45 回 延べ参加者人数 944 名

予防給付（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
171	178	184	185	180	186	188	184	190	188	191	196	2221

- 予防給付件数(委託含む)は、平成 29 年度合計 2153 件から 74 件増加し、平成 30 年度は合計 2221 件となった。
- 予防プランナー一名を含めた五名体制で、毎年増加傾向が続く要支援者に対するアセスメントからケアプラン作成、定期的なモニタリング、評価及び再アセスメントと一連の作業を通して、要支援状態の維持・改善に努めてきた。

(5) 認知症施策の推進

- 認知症対応を中心とした相談件数は、平成 29 年度合計 100 件から 36 件増加し、平成 30 年度は合計 136 件だった。
- グループホームへの入所相談やサービス調整以外にも受診同行や未帰宅者対応などを行ってきた。あわせて症状の進行に伴う家族の戸惑いや介護負担、友人等との関係疎遠や周囲からの孤立化など複合的な生活課題を整理し、その生活課題に応じて短期集中的支援と中長期的な視点を持った支援を展開してきた。
- 初期集中支援チームとして、延べ 8 ケース、合計 12 回のチーム員会議を開催した。チーム員会議の中で支援内容について、サポート医や理学療法士、認知症地域支援推進員等からの助言を得て初期集中支援における医学的所見やリハビリの評価を踏まえた支援の視点及び具体的な支援方法について学ぶ機会となった。
- 夫婦二人暮らしの認知症高齢者への見守り体制の構築を目的とした地域ケア(個別)会議を開催した。専門職と地域の支援者が顔を合わせて協議することにより、お互いの機能、役

割の理解促進を図り、支援方針の確認と支援内容の共有を地域住民と一緒に持つことが出来た。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- 介護予防支援や退院支援において、在宅医療・介護連携推進の視点を持って、調整、協議を行った。
- 地域包括支援センター連絡協議会の苫小牧市地域ケア推進会議在宅医療介護連携部会委員を通じて市内における連携推進についての取り組み把握に努め、医療介護連携を目的とした研修会に積極的に職員を派遣した。
- 医療機関からの退院支援について、入院中の段階から医療機関での初回面接の実施や退院時カンファレンス、サービス担当者会議の開催要請を行い、円滑な在宅生活への移行が図られるよう各種サービス等の調整にあたった。また、一連の支援経過をまとめ、医療福祉介護関係者が参加する研修会で事例として発表を行った。

(7) 生活支援体制整備

- 圏域内の高齢者ニーズ、ご家族を含めたサービスへの理解度等を勘案しながら、フォーマル、インフォーマルを合わせた地域の社会資源把握とその理解促進に努めた。地域ケア会議等を通じて、生活支援コーディネーターとの情報収集や意見交換を行い、連携した地域づくりにどう広げられるか協議を行った。

4. その他（重点的に取り組んだ内容）

- 介護予防教室では、各会場共通して、年度当初に参加者企画の打ち合わせ機会を設定し、参加者自身が主体的に教室運営に関れるよう側面的に支援を継続した。介護予防教室の運営に主体的に関われる機会を持つことで、社会参加の一端を具現化し、介護予防だけでなく、生きがいづくりにも繋げる取り組みとして実施した。
- 所属法人の地域貢献活動の一環として、地域介護予防教室が空白地帯となっている町内会が主催しているサロン活動に介護予防教室の運動指導スタッフを派遣し、地域での介護予防活動の充実に協力した。

5. 事業報告 総括

- 平成 30 年度は現行体制で二年目を迎え、昨年度の反省点を踏まえて、包括支援センター内での情報共有や支援方針の決定など協議をルーティン化し、内部システムの確立を図った。
- 処遇困難事例や認知症初期集中支援の対応では、定期のミーティング時間を活用して、支援の視点(気づきの促し)やポイントの絞り込み及び説明力の向上等職員個々の経験値や技量に応じて質の向上が図られるよう精力的に取り組んだ。
- 介護職員不足と言われる昨今の状況に加え、介護支援専門員実務研修受講試験の合格率が過去最低を更新したことを踏まえ、現職員の身体的、精神的疲労に留意し、職員個々

への声掛けをとおしてメンタルヘルスケアの実践、ワークモチベーションの維持・向上に努めてきた。

令和元年度しらかば地域包括支援センター事業計画

1. 運営における基本視点

- (1) 高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう保健・医療・福祉サービスをはじめとし、民生委員や地域住民による見守り支援等を含めた総合的な地域支援体制の構築を目指す。
- (2) 苫小牧市の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行う。
- (3) 高齢者の心身の健康保持及び生活の安定のために関係機関との連携を重視し、必要な調整・支援を行うことにより、介護予防及び保健医療の向上、福祉の増進を目指す。

2. 業務推進への運営体制

- (1) 職員は公正・中立な立場を共通認識とし、守秘義務を遵守し業務を遂行する。
- (2) 定期的な会議及び研修を実施して、実務の振り返りや専門知識の習得及び支援の実践力強化を図り、課題解決能力の獲得、専門性の向上に努める。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- 地域におけるネットワーク構築推進に向けて、町内会や地区民協、サービス事業所等との相互理解の促進を図る。
- 地域ケア個別会議の開催を通じ、個別事例の課題解決を図ると共に地域社会のニーズ抽出を行い、地域ケア圏域会議での検討を通じて、地域ネットワーク構築に向けた協働体制の構築を目指す。
- 地域への運動指導講師の派遣を通じて、地域での介護予防活動に積極的に協力して行く。

(2) 総合相談支援・権利擁護

- ワンストップサービスの相談機関として、緊急対応の要否、適切な支援に繋げるための状況把握やアセスメントを行い、迅速な支援調整とフォロー、幅広い機関との連携による対応を実施していく。
- 複合的な多問題を抱える高齢者及びその家族からの相談内容に対応するため、各職種が支援スキルの向上に努めるとともに三職種の専門性を生かしながら関係機関との連携を強め、相談機能の強化を図る。
- 地域高齢者の家庭環境等の実態把握に努め、顕在化されていない隠れたニーズの把握に努め、積極的なアウトリーチでの相談支援を行う。
- 苫小牧市や成年後見センターとの連携に基づき、高齢者虐待や成年後見制度の普及・啓発に努める。高齢者虐待防止マニュアル（実践版）を活用して、虐待対応支

援機能の強化を図る。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- 担当圏域内の介護支援専門員を対象とした西・しらかばケアマネ支援勉強会を定期開催し、圏域内の主任介護支援専門員からなる運営委員による企画・立案の後方支援に徹しながら必要な助言等を行い、介護支援専門員の資質向上が図られるよう勉強会の充実に努める。
- 介護支援専門員に対する個別相談体制を整備し、日常業務の円滑化や支援困難事例等への支援を行う。
- 個別支援の積み重ねを行い地域課題の整理、及び介護サービス事業所に住民等を含めた地域ケア圏域会議を開催し、課題の共有及びその解決に向けた取り組みについての協議を行う。
- 関係団体主催の研修への積極参加を図り、ケアマネジメント技術の向上に努める。

地域ケア会議開催計画

地域ケア会議では、主に相談が増加傾向にある認知症高齢者の支援に焦点をあて、開催したいと考えている。加齢によるアルツハイマー型認知症や脳血管性認知への支援において、介護保険サービスだけでは解決不可能な生活課題について、個別課題解決機能や地域包括支援ネットワーク機能を意識しつつ、地域課題発見機能も視野に入れ、行政機関、関係団体、介護保険サービス事業所、地域住民等の参加を仰ぎ開催していく方向としている。開催頻度としては、年12回を目標としている。

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

- 適切なアセスメントに基づいた介護予防プランの作成を行い、要支援状態の改善や重度化予防に努める。
- インフォーマル支援の活用も視野に入れたマネジメントを行う。
- 委託先居宅介護支援事業所との連携を深め、円滑なマネジメントを実施する。
- 一般介護予防事業介護予防把握から地域の高齢者等の実態を把握し、生活機能の低下を予防する支援を行う。
- 地域の高齢者が自主的に参加できる地域介護予防教室を定期的で開催し、介護予防の理解・啓発活動を行い、地域の高齢者の機能維持、向上を図っていく。

(5) 認知症施策の推進

- 圏域内の認知症あるいは認知症が疑われる対象者に対して、認知症初期集中支援チームとして早期発見、早期対応に努め、アセスメント、受診勧奨、家族支援など初期の支援を包括的・集中的に行い自立生活のサポートを行う。
- 認知症サポーター養成講座の開催、小学生を対象とした認知症キッズサポーター講座への講師派遣、搜索模擬訓練等を通じて、認知症に理解ある地域づくりを推進する。
- 圏域担当の認知症地域推進員と連携を図り、認知症の正しい理解と認知症の方への

対応についての普及、促進と認知症を支える地域づくりを進める。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- 医療機関との連携を密にし、入院以前の生活課題の情報提供や入院中の状態把握に努め、入院中のサービス担当者会議の開催など円滑な退院後の生活に向けた支援を行う。
- 医療・介護連携に係る研修に積極的に参加し、医療機関の機能と医療・介護連携についての理解を深める。
- 医療介護連携センターの機能を理解し、適切な役割分担のもと連携促進を図る。

(7) 生活支援体制整備

- 地域における多様な生活支援サービスの把握に努め、地域の高齢者のニーズを把握による社会資源の開発に努める。
- 生活状況のアセスメントを行い、必要に応じて生活困窮者自立支援制度、生活保護制度の紹介を行う。
- 第一層生活支援コーディネーターはもとより、社会福祉協議会の圏域担当コミュニティソーシャルワーカーとの連携に努める。

4. その他（重点的に取組みたいこと等）

(1) 法令順守

- 関係法令を始め、諸規定を遵守しつつ、「地域支援事業実施要綱」、「地域包括支援センター運営マニュアル」を振り返りながら、基本理念及び活動方針に沿った適切な事業の運営、業務の執行管理にあたる。
- 国の第8期介護保険事業計画に向けた社会保障審議会介護保険部会での地域包括支援センターに関する検討が始められたことから、その内容を注視しながら、動向の把握に努める。

(2) 職員の質の向上

- 多様化する高齢者及び家族を含めた生活課題に対応するスキルの習得・向上を目指して、定例ミーティング等で三職種の専門性を強く意識した協議・検討に努め、あわせて日々の記録の充実にも焦点をあてながら、質の向上に取り組んで行く。

(3) 地域とのネットワーク

- 担当圏域である西部東地区の高齢化伸び率が顕著であることを鑑み、介護予防支援や認知症支援等を通じて、民生委員や地域住民との情報共有、連携の充実に積極的に図って行く。

(4) 事故・苦情処理

- 事故、苦情が発生した場合、すみやかにその処理にあたり、苫小牧市及び法人の福祉サービス相談委員会に報告する。

平成 30 年度山手地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

- ・総合相談業務や地域ケア会議等の取り組みから、地域包括ケアシステム構築に向けた活動を行うこと。
 - ・「地域との連携」「多職種連携」の強化を意識しながら、課題の発見から解決に向けての取り組みを行うこと。
 - ・関係法令を遵守し、公正中立な視点で事業を運営すること。
 - ・常に対象者の立場に立って、意志及び人権を尊重し支援すること。
- などを基本とし、業務を行った。

2. 業務推進への運営体制

平成 30 年度は前年度末と当該年度途中に退職者があり職員の入れ替わりもあったが、センター長兼主任介護支援専門員 1 名、管理者兼社会福祉士 1 名、社会福祉士 1 名 看護師 1 名、介護支援専門員 2 名の 6 名の体制で運営を行うことができた。

職員は中立・公平な立場であることを認識し、運営方針、事業計画を念頭に置き、定期的な実務の振り返りを職員間で行い評価をしながら、地域の保健福祉の推進が図れるよう市とも連携しながら業務を遂行する事に努めた。また、個人情報の取り扱いについても常に留意しながら業務を遂行することが出来た。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

生活支援コーディネーター、社会福祉協議会、民生委員や町内会等との関係強化を推進及び地域の支援、見守り体制の推進をはかりながら、

①前年度末に開催した地域ケア会議(圏域を)きっかけとした、サロン創出及び地域の見守り支援体制の創出への協力。

②地域資源開発促進のための意見交換を含めた地域ケア会議(圏域)を 4 件(豊川町、有珠の沢町、桜木町)を行う。

など、見交換の場を設けていくためのきっかけを作ることが出来た。

(2) 総合相談支援・権利擁護

総合相談(件)

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
189	156	165	173	213	154	227	237	217	192	164	204	2291

総合相談件数は、前年度と比べ 157 件増の 2,291 件。介護相談が最も多かった。次いで医療相談、施設入所の相談となっているが、地域でのトラブルケース、多問題家族支援、また、介護保険サービスには結びつかないが、継続支援が必要なケースの相談も増加してきている。

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
3	5	5	4	7	13	18	17	23	11	17	9	132

権利擁護の相談は、昨年度より71件減の132件。

相談件数は減となったが、高齢者虐待（疑い）の相談については介護福祉課と協働で対応している。また、後見申し立て支援についての相談も若干数ではあるが増加している。

（3）包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
5	0	1	1	11	16	18	5	27	28	25	17	154

相談件数は、前年度と比べ36件増の154件。ケアマネジャーからの相談が年々増加し大半をしめている。南包括と協働し圏域のケアマネジャーとの事例検討会や情報交換を今年度も計画的に実施し、連携強化に努めている。

地域ケア会議（件）

地域ケア個別会議	3	地域ケア圏域会議	4
----------	---	----------	---

前述の通り、地域資源開発促進のための意見交換を含めた地域ケア会議(圏域)を4件（豊川町、有珠の沢町、桜木町）を行った。内容としては、豊川町「地域支え合いに向けたネットワーク構築」について2回。有珠の沢町「町内スーパー閉店に伴う買い物支援等の支え合い、移動販売の誘致」について。桜木町「認知症になっても住みよい地域を作るための支え合い体制とは」について等4回行った。また、個別会議も「独居高齢者の支え合い体制づくり」について4件行った。

（4）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

一般介護予防対象者把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
1	0	0	8	1	0	1	3	1	2	2	3	22

介護予防ケアマネジメント（件）＊給付件数

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
113	110	110	111	118	114	114	120	125	122	123	133	1413

予防給付（件）＊給付件数

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
126	137	151	141	145	161	156	156	147	151	143	140	1754

介護予防ケアマネジメント及び予防給付の年間給付件数は併せて3,167件。前年度に比べ516件増。月平均の給付件数は263.9件となっている。現在ケアプランナーを2名配置しているが、それぞれ70件弱の担当件数、委託件数も月平均39件程度。三職種を含めた職員への負担は大きなものとなっており、タイムリーな総合相談対応が出来にくい要因のひとつとなっている。

介護予防教室については、前年度同様計画的に実施し、介護予防（リハビリ）や出前講座を行った。

（５）認知症施策の推進

平成 30 年度については、初期集中支援チームとしての活動を 6 件（初回）行った。しかし、対象者の選定や終結目標の設定については事業所内でも協議が不足し課題となっているため、協議・相談の場を設ける事に努めなければならない。

（６）在宅医療・介護連携推進

苫小牧市医療・介護連携センターと相互の積極的な関わりは少ない状況。情報共有を図るために研修会や検討会の参加など、積極的に行う必要がある。個別の医療機関とは、入退院支援に伴う連携が概ね出来ている状況であるが、医療・介護連携センターを含め医療機関や在宅診療所等との連携強化に努めたい。

（７）生活支援体制整備

豊川コミセンにおける福祉相談会の継続実施や地域ケア会議開催時の生活支援コーディネーターや関係機関と連携協働し、地域課題、資源把握等地域づくりに努めた。

４．その他（重点的に取り組んだ内容）

・事業所としての業務内容の見直しや、地域ケア会議開催のための情報共有・意見交換のため、定期的な事業所内ミーティングを行い、業務やケースにおいて各職員が共通認識を持つことが出来る様に努めた。

・継続的に「山手・南ケアマネジャー連絡会」を南地域包括支援センターと協働開催し、山手・南包括圏域のケアマネジャーと包括職員の質の向上、情報交換の場を持つことに努めた。

５ 事業報告 総括

介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの相談が今年度も継続して増加。その対応に努めるとともに、認知症初期集中支援チームや地域ケア会議開催、総合相談においても、管理者を中心とした三職種でのチームアプローチに努めたが、主軸となる職員負担の配慮については引き続き検討する必要がある。

令和元年度山手地域包括支援センター事業計画

1. 運営における基本視点

- ・総合相談業務や地域ケア会議等の取り組みから、地域包括ケアシステム構築に向けた活動を行うこと。
 - ・「地域との連携」「多職種連携」の強化を意識しながら、課題の発見から解決に向けての取り組みを行うこと。
 - ・関係法令を遵守し、公正中立な視点で事業を運営すること。
 - ・常に対象者の立場に立って、意志及び人権を尊重し支援すること。
- これらを基本としながら業務を行う。

2. 業務推進への運営体制

包括支援センター三職種及びケアプランナーは中立・公平な立場である事を認識し、運営方針、事業計画を念頭に置き定期的な実務の振り返りを職員間で行い評価しながら、地域の保健福祉の推進が図れるよう各関係機関と連携しながら業務を遂行する。また、個人情報の取り扱いについても常に留意しながら業務を遂行する。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ・個別相談や地域ケア会議等を活用し民生委員や町内会等との関係強化を推進、また、地域での見守りや支援体制等の地域ネットワーク構築の推進を図る。
- ・生活支援コーディネーター、社会福祉協議会等と連携しながら、社会資源の把握や開発に向けて活動が出来るように努める。

(2) 総合相談支援・権利擁護

- ・多様な相談を三職種が専門性を発揮し協働で対応できるよう、また、他機関と連携を行いながら支援や課題解決ができるよう努める。
- ・高齢者等の権利擁護の相談に適切に対応やチームアプローチができるよう、苫小牧市や成年後見支援センター、関係機関と連携を図りながら、解決に向けた取り組みを行う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・介護支援専門員や医療機関、他関係機関との連携を支援出来るよう連携体制構築のための場の設定や事例検討会・研修会を計画的に開催し、高齢者に対し包括的、継続的にサービスが提供されるよう努める。
- ・介護支援専門員の支援を通じて職員の質の向上を図りながら、課題解決に努める。
- ・地域ケア個別会議、地域ケア圏域会議を開催する中で、地域課題の抽出・分析、地域での協力・連携のための体制づくりを促進することに努める。

地域ケア会議開催計画

機能	構成員	開催頻度
地域資源開発推進（圏域）豊川町、桜木町、有珠の沢町（意見交換）	民生委員・町内会・社協・地域住民等	H31 年度で、各 1 回以上予定

＊地域ケア個別会議の開催については、必要性を鑑み随時開催する予定。

（４）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

・介護予防の観点から、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援が効果的に行われるよう、適切なマネジメントを行う。介護予防教室においてもそこで行われる取り組みを、対象者自らが生活の中に取り入れ実施・評価ができるような支援を行う。要支援者については適切にマネジメント、スクリーニングを行い、要支援状態の悪化防止や改善を目指していく。

・給付管理件数が、平成 30 年度月平均約 264 件と年々増加しており、職員の負担も大きなものとなっている。随時職員間の情報共有、ミーティングを行い業務内容の見直しを含め、給付管理数の増大にどのように対応していくかを考えていく。

（５）認知症施策の推進

・認知症地域支援推進員や苫小牧キャラバンメイト連絡会と協働し、認知症サポーター養成講座や搜索模擬訓練の開催、認知症見守り隊との活動をととして、地域における認知症の理解や普及促進、ネットワーク作りを図る。

・認知症初期集中支援チームにおいては、住み慣れた地域環境での生活支援体制の構築を目標として、認知症疾患の早期診断・早期対応のため、看護職を中心としたチーム員で協働し、認知症の包括的アセスメントを行う。

（６）在宅医療・介護連携推進

多職種連携や協働の視点を持ち、個別カンファレンスへの参加および地域ケア会議の開催等に努め、また、とまこまい医療介護連携センターと連携しながら、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制作りに努める。

（７）生活支援体制整備

総合相談や地域ケア会議、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援等を通じて地域における課題や資源把握に努めるとともに、生活支援コーディネーターと連携・協働しながら地域づくりに努める。

４．その他（重点的に取組みたいこと等）

職員は各自、最新の「地域支援事業実施要綱」、「地域包括支援センター運営マニュアル」を遵守し地域支援事業を遂行するものとし、より緊密なチームアプローチを行えるよう各職員の自己研鑽の機会を定期的に設けるよう努める。

平成30年度 南地域包括支援センター事業報告

● 運営における基本視点

「公益性」「地域性」「協働性」の視点を念頭に置き地域包括ケアシステムの構築を行える様に地域の情報共有を可能な限り行い業務にあたった。相談自体は増加しており、その内容も複雑化している状況だが包括内での協議の元、優先順位を決め限られたスタッフ数の中で分担しながら必要な方に早急に支援が行き届く様に対応を行った。

● 業務推進への運営体制

職員間で情報共有を行い様々な相談に対し協働し、すみやかに対応が出来る様に努めた。地域ケア会議、初期集中支援チーム等の事業については特定の職員が実施するのではなく、職員それぞれが役割を担える様にし、各職員が様々な役割を経験する事で地域の実情をより理解し、次年度以降の実施に繋がる様に展開を行った。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

公営住宅の戸数が市内全体の42%を占めており独居高齢者や低所得世帯および高齢者夫婦世帯が多く、介護や生活課題のみならず様々な疾病を抱えている事案は多い。築年数が経過した戸建てには古くから居住している方も多く、空き家も増えてきており、個別支援を行なう際に地域との繋がりや包括ケアにおける「互助」なども意識し支援を行うが、支援が必要な世帯が近隣に集中しているなどの地域性もあって、「自分が困っているのに他人を助ける余裕がない」といった意見を聞く事も少なくない状況である。支え合いの体勢についても一方通行になっており動ける人材に負担がかかっている点を踏まえ、元気な高齢者や支援出来る人材の発掘という所が浮き彫りになった。

(2) 総合支援相談・権利擁護

総合相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
365	413	428	415	394	371	498	450	373	385	373	416	4881

前年は4195件、全体で700件近く増加しており月別に見ても前年を下回る月はない状況。

来所相談数は横ばいだが、電話での連絡では意思疎通も難しい場合も多く、訪問の件数、相談に要する時間も右肩上がりで見えている状況。民生委員や地域住民からの相談も増えており、全体的に処遇困難事例などの相談の比率が増加傾向である。

また、被害妄想等の精神症状による周辺住民とのトラブル事例など、医療的な介入を必要とする相談も増加しているが、その当事者の子供が障がいを持っている世帯や家族との関係性が崩壊していて身寄りがいない方も沢山おり、包括職員の担う役割と介入を求められる幅が拡大しているのが現状である。低所得世帯が多い事が影響しているのか、施設入居の相談等は比較的少なく、経済的に困っているといった相談は継続して多い。

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
24	22	15	8	16	7	16	33	24	32	21	14	232

前年は158件に対し相談対応件数は232件と大幅な増加。成年後見制度や高齢者虐待という言葉が浸透してきており相談が徐々に増えている。独居高齢者や身寄りのいないケースについては

対応する回数、時間を必要とし、継続的な支援をおこなわなければ、支援の方向性の軌道修正が効かず、更に複雑化する傾向にある。問題が深刻化してからの支援には限りがあるので、早めの対応を心掛けているが、家族内の独自の考え方や、当事者間の共依存的な状態も多く見られ支援に時間を必要とするケースが目立っており、他機関との情報共有、連携も積極的かつ漏れのないように行い支援が進むようにする必要性があると思われる。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
34	22	16	5	11	11	26	11	19	19	10	15	199

前年は126件に対し199件となった。主にケアマネからの処遇困難事例の相談や共同支援依頼が多くあり、同行訪問やカンファレンスの開催、地域ケア会議等で本人に対する支援基盤の構築なども行う事が出来た。ケアマネに引き継いだ後の同行訪問や支援方法の助言、情報共有も増えている状況である。

地域ケア会議	9件	地域ケア圏域会議	1件
--------	----	----------	----

個別地域ケア会議の実施は9件となった。ネットワーク構築を目的とした会議や本人の自立支援に資する会議としてリハビリ職など多職種に入って頂く形の会議も実施する事が出来た。会議にかける事に同意を頂く際に家族としては多くの人に知られたくないという感情のある方も多くおり、ケース選定などの難しさを感じる部分もあった。圏域会議については事前に民生委員等の地域住民に意見を出して頂く機会を設けて、その中で出たテーマに合わせて関係各機関に参加頂き、それぞれの立場から意見を頂く事が出来た。

(4) 介護予防ケアマネジメント事業

介護予防把握業務 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
8	19	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	39

必要に応じて介護予防教室や包括支援センターの周知、介護保険についての説明などを行った。

(一般介護予防教室)

昨年同様、4会場で実施、介護予防に重点を置き、「心身機能」「活動」「参加」の視点を大切にして活動を継続している。教室担当者にてミーティングを内容の精査などを定期的の実施。

予防給付 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
233	238	238	233	237	249	260	270	273	259	256	258	3004

前年は2841件に対し3004件とやや増加している。居宅支援事業所の委託においては60件前後と増えている。数は自体は大きく変わらないが新規依頼、引継ぎが多く、減って増えを繰り返しながら微増している状況。冬季に掛けての利用希望が多く調整に時間を要す事も多い。

介護保険利用希望の新規申請者が多くいる状況だが、訪問介護の担い手がおらず、希望があっても介護保険の利用がスムーズにいかない状況も継続している。

(5) 認知症施策の推進

- ・認知症の相談も微増しており、認知症初期集中支援チームとして6件の支援を実施。
- ・圏域内の小学校認知症サポーターへの協力や、圏域内の高校で認知症サポーター養成講座を行った。高校においては圏域のグループホームと協力し実施し、認知症の本人に参加して頂きどの様に対応して貰ったら嬉しいかなど生の声を聞きながらの意見交換を行う事が出来た。認知症高齢者への声掛け訓練も実施し、生活の中で認知症の人や高齢者に関わる事があった時にどの様に対応するのか、どの様な所に連絡するのか、実践的に考えて貰う内容とした。
- ・圏域内の認知症カフェとの連携を行っているが、地域住民を繋げる事で予防を目的とした方も多く参加してしまいサロン化してしまう現象があった経過を踏まえ、ミーティングから参加し内容の修正を行っている。

(6) 在宅医療・介護連携推進

昨年に継続し、連携を深める事を目的とした集まりに参加し、顔の見える関係づくりに努めた。

医療介護連携センターとの連携に関しては個別ケースの相談やカンファレンスに参加して頂いたり昨年に比べて一歩進んだ連携を図る事が出来た。

(7) 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターには各種の会議等に参加して頂き、圏域内の課題について共有し、どの様な事が必要とされているか共通認識を深めそれぞれの強み、役割なども互いに共有する事で今後の展開について考える機会を持つ事が出来た。

4. その他 (重点的に取り組んだ内容)

特定の職員が事業を実施するのではなく、分担しそれぞれが役割を担う様にした事で支援方法、展開方法など違う視点から学ぶ事に繋がるとも感じた。

地域サロン等の地域活動にも可能な限り顔を出し、民生委員や地域のキーとなる人材との顔つなぎを行い今後の事業展開時の連携が行われる様にした。

5. 事業報告 総括

包括内で事業の役割分担を決めて取り組んだ。限られた時間の中で対応する意識をもって事業展開にあたったが、相談自体の増加、複雑化に伴い対応の期間が長期化する現状と、解決しない問題も多く散見され、職員の精神的な負担感は増している状況。

前年の人数に比べ1名減の状態が長く続いたという事もあり予防プランの担当数、割合も増え多忙な期間も多かったが年度末にプランナーを1名雇用し前年同様の人数に戻った状況。次年度は各種の事業の実施に向けての話し合いを行い、計画的に事業を実施する必要がある。

令和元年度 南地域包括支援センター事業計画

● 運営における基本視点

「公益性」「地域性」「協働性」の視点

- ・3職種の専門性や業務内容の理解を相互に行い、チームアプローチを行う。
- ・苫小牧市の介護福祉行政の一翼を担う機関として、公正で中立性の高い事業運営を行う。
- ・圏域における「地域性」の把握・理解に努める事を基本とし、圏域地域ケア会議の実施を通じて、一歩踏み込んだネットワーク作りを展開して行く。
ネットワーク構築は圏域3か所の民生委員定例会への参加を継続し、関係作りを重ねていく。
- ・情報交換や共有、支援目的の周知、事業所への協力要請等を目的とした地域ケア会議を必要に応じて開催し、個々の課題から地域での全体的な課題を把握するといった地域ケア会議を開催する。
- ・3職種の専門性を相互に理解し、総合相談や困難ケース等の初回訪問等は状況に応じて二人以上で訪問し、常に内部での情報共有を行う。「協働性」の視点を念頭に置き、職員間で情報の共有を行う事で視点の偏りを防ぐのみならず、特定職員の職務遂行への加重を軽減する事も目的とする。

2. 業務推進への運営体制

- ・職員の姿勢
中立公平の立場である事を共通認識し3職種が協働し業務にあたる。業務遂行の際には事業計画を念頭におくものとする。
- ・事業計画
市の運営方針を踏まえ、職員間で協議し地域の現状の把握、課題の抽出も本年の目標として事業計画を策定する。
- ・事業評価と報告
包括内での定期的な会議、事業評価を行い職員間で事業に対する理解を深め、課題抽出と目標を設定し翌年の計画に反映させる。
- ・市との連携
各種事業、総合相談において介護福祉課と連携し業務にあたる事とする。
- ・個人情報の保護
個人情報保護に関しての職員の意識向上を図る。市個人情報保護条例に基づき取り扱いを実施。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ① 地域住民、関係機関に対して、地域包括支援センターについての周知を継続していく。
既に関係性が構築されている所については、地域における現状について共通認識が深められる様に働きかけを行う。
- ② 苫小牧市や他包括支援センターと連携し、関係機関や諸団体にたいして働きかけを行い、地域ネットワーク構築をしていく。
- ③ 戸別訪問や近隣住民、関係者等から情報収集し地域の高齢者や家族の実態を把握していく。
- ④ 包括内での話し合いの時間を設け、地域ケア会議を積極的に行える様に体制を作っていく。

(2) 総合相談支援・権利擁護

- ① 高齢者の心身の状況、その居宅における生活の実態、その他必要な実態把握に努めるとともに、保健医療福祉等の総合的な情報の提供、関係機関等との連絡・調整等総合的に支援し、介護保険の制度や各種の制度を活用し支援するだけでなく、自立支援を基本とした支援を念頭に置いて業務をする。
- ② 行政との連携により、圏域住民や社会資源情報を整備し実態把握や相談業務に活用していく。
- ③ 各種の活動を通して個別のニーズや圏域のニーズの把握に努め、把握したニーズを関係機関や地域住民と地域ケア会議等で話し合う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ① 担当圏域内における介護支援専門員や居宅サービス事業所・施設サービス事業所との連絡・連携を密にし、利用者の支援が適切に行われるように支援し、介護支援専門員の実践力向上や自立支援に資するケアマネジメントが出来る様、地域ケア会議等に繋げ、実践力向上を図れる様支援する。
- ② 担当圏域内の介護保険サービス利用者が地域において自立した生活を営む事ができるよう包括的・継続的に支援する。
- ③ 関係者や民生委員等との連携を行い、包括的・継続的なケアマネジメント体制の構築を図る。
- ④ 個別の課題解決とともに、地域の課題発見の整理、住民や関係機関とのネットワーク構築を目的とした地域ケア会議、圏域地域ケア会議の開催を行い、行政が地域ケア推進会議の実施の際には参画し、積み上げた事例の中から出てきた課題について情報共有を図る事とする。

⑤ 地域ケア会議開催計画

機能	構成員	開催の頻度
個別課題解決機能① 個別処遇解決型	当該案件に関係する関係者、地域住民や本人、家族なども含む	地域ケア会議の手法を用いる事が有効な時、個別事例の発生時適宜開催
個別課題解決機能② 自立支援型	理学療法士、作業療法士等のリハビリ職	各月1～2か月に1回程度開催
地域課題発見機能、ネットワーク構築機能	社協、民生委員、介護保険事業者、医療機関、ふれあい収集、住宅管理課、総合福祉課、生活支援課	年1～2回程度想定

(4) 介護予防ケアマネジメント事業

- ① 介護予防の推進を基本とし、支援を行う際には、リハビリテーションの理念を踏まえ「心身機能」「活動」「参加」の視点を大切にし、日常生活の活動を高め社会参加を促し、生きがいや自己実現に一步でも近づけるように支援する。
- ② 担当圏域内の被保険者が要介護状態となることを予防するため、地域の実態把握と共にその心身の状況・環境・その他の状況に応じて、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるように支援する。
- ③ リハビリ専門職や関係機関、地域住民と連携を図り、対象者のアセスメントを行い、介護予防プランを作成及び評価し個別性を重視した適切な支援を行う。
- ④ 介護予防支援や介護予防支援サービス計画に位置づけたサービスに対する利用者・家族

から の苦情を迅速かつ適切に対応し、苦情や事故への対応について日時や担当者、苦情内容、調査、解決までの流れ、回答を記録し関係者から求められた場合には開示できるようにする。

- ⑤ アセスメント票、ケアプラン、給付管理票等必要書類の整備を行い、整備した記録を適切に保管し外部に漏れることのないよう秘密保持に努める
 - ⑥ 業務上知り得た利用者やその家族の個人情報を保護するよう徹底する。
提供する指定介護予防支援サービスの質の評価を行い、日々の事業、業務管理を適切に行う。
 - ⑦ 各種研修会へ参加し資質向上を常に意識し業務にあたる事とする。
- (5) 認知症施策の推進
- ・初期集中支援チームによる支援を短期集中的に実施し、在宅生活が伸びる様に支援を行う。
 - ・認知症地域支援推進員2名体制を継続し活動の強化を図る。
 - ・圏域内の認知症カフェと連携し、認知症者に対する支援体制の充実に繋げる事とする。
- (6) 在宅医療・介護連携推進
- ・地域の医療機関やサービス事業所との連携を図りながら、地域住民の退院や受診・療養生活などが、円滑にいく様、医療と介護の橋渡しを行っていく。
 - ・とまこまい医療介護連携センターとの連携し情報共有に努め、研修会や交流会などを適宜、開催・参加し、切れ目のない介護サービスの提供体制を構築していく。
- (7) 生活支援体制整備
- ・総合相談や地域ケア会議を通じて、地域における社会資源の把握に努める。
 - ・生活支援コーディネーターと連携し情報交換を積極的に行う。

4. その他（重点的に取り組みたい事等）

民生委員、町内会、地域住民や医療・福祉等の関係機関などの業務で密に関わる関係者との連携強化や地域の現状、自立支援の概念、認知症、精神疾患への理解、介護予防推進などの共通認識を深めていく為に地域ケア会議等活用していく。

介護予防と自立した生活への構築を念頭におき、一般介護予防教室の活動の活性化を意識し参加者が主体となって参加出来る様に3職種がこれまで以上に教室に関わっていく。

平成 30 年度 中央地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

- ・ 対象者の意思及び人権を尊重し、常に対象者の立場に立って支援すること。
 - ・ 総合相談業務や個別事例の対応、地域ケア会議等の取り組みから、地域包括ケアシステム構築に向けた活動を行うこと。
 - ・ 介護予防の視点から「地域との連携強化」を意識しながら活動すること。
 - ・ 多職種連携を図りながら、課題の発見から解決に向けての取り組みを行うこと。
 - ・ 介護予防マネジメントの法令を遵守し、公正で中立な視点で事業を運営すること。
- などを基本とし、業務を行った。

2. 業務推進への運営体制

- ・ 専門職の 4 人体制はなんとか維持できたが、補充がつかない状況で業務を十分に遂行することができなかった。
- ・ 働き手不足といわれる中、専門職を確保し多種多様化する相談援助に対応できる質の担保は、一事業所では困難であり、市全体で検討していかなければならない課題だと感じている。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ・ 圏域地域ケア会議への参加対象を拡大し、宗教関係者とのつながりを作ることができ、地域支援体制など新たな取り組みを模索することができた。
- ・ 生活支援コーディネーター、社会福祉協議会等と連携しながら、安心見守りサポートやかぎ預かりサービスなども活用し、家族、民生委員のみならず隣人などへの働きかけも行いながらサポート体制の構築に努めた。
- ・ 困難ケースなど、警察や司法関係者、金融機関、医療機関等との連携をとりながら協働で対応できる環境整備に努めた。

(2) 総合相談支援・権利擁護

総合相談（件）

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
134	179	168	89	143	125	223	168	171	216	151	205	2002

- ・ 7 月度は、職員の退職、体調不良による欠勤などにより相談件数が減少し、全体で前年より 1,300 件程度相談件数が減少した。（相談項目の選定の差もあり）
- ・ 多問題ケースや緊急ケースも多く、予約訪問を変更しなければならないことも多く、計画的な対応ができない状況が続いている。
- ・ 他地域や他圏域の相談（相談件数には上がってこない）も多く、その調整に時間を取られることも少なくなかった。

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
14	29	20	10	10	9	21	18	24	11	11	12	190

- ・ 権利擁護関係の相談は、成年後見支援センターが機能してくるにつれ、つなぎまでの支援が増えてきたこともあり、役割分担による連携体制が整ってきた。
- ・ 高齢者虐待対応も地域の協力などにより、法的介入に至る前に解決するケースが多くなり、ネットワークの重要性を再認識した。

（３）包括的・継続的ケアマネジネント支援

対応相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
10	12	9	20	23	7	20	15	15	48	29	24	240

- ・ 総合福祉課、生活支援課などからの相談も増え、要介護認定者に加え精神障がい者など他機関との連携が必要なケースも多くなっている。
- ・ ケアマネジャーの困難ケースからの個別地域ケア会議を始め、地域包括支援センターが対象者に直接関わらず、ケアマネジャーのサポートをするように心がけ、支援の質の向上を図るよう取り組んだ。
- ・ 圏域ケアマネ会の継続と見直しを行いながら、ネットワークの強化を続けた。
- ・ 施設入所中の家族からの苦情相談も多く、施設や成年後見人等々の調整も行っている。

地域ケア会議（件）

地域ケア個別会議	8件	地域ケア圏域会議	2件
----------	----	----------	----

（内訳）

個－01	H30.7.11	13名	精神／介入・病院拒否	近隣の見守りネットワーク
個－02	H30.7.18	11名	認知症／他問題家族／借金／後見	精神科、成年後見、分離
個－03	H30.8.1	17名	認知症／地域トラブル／介入拒否	介入ネットワーク、受診調整
個－04・05	H30.11.22	11名	DV／家族問題	分離方法（医、リハ）、連携
個－04②	H31.1.17	13名	家族問題／近隣トラブル	分離、見守り、家族調整
個－06	H31.2.13	17名	認知症／独居／金銭問題	後見、サービス、連携強化
個－07	H31.3.27	9名	認知症／独居／郵便局より通報	支援方針共有、家族理解
圏－01	H30.7.4	43名	高齢者のペット問題	医療機関、警察
圏－02	H31.2.27	67名	高齢者のペット問題	医療機関、警察、お寺

- ・ 個別課題解決型の地域ケア会議から、「高齢者のペット問題」にテーマを絞りアンケート調査（民生委員、ケアマネジャー）から課題を整理し、圏域地域ケア会議を行った。
- ・ 医療機関をはじめ行政各部署や地域のお寺の住職などにの参加を呼びかけ、様々な意見交換から政策提言、新たな関係作りが図れたことは大きな収穫であった。

（４）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

一般介護予防対象者把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----

0	7	9	22	0	0	0	0	0	0	0	0	38
---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----

介護予防マネジメント（総合事業）（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
136	142	147	141	138	146	143	139	143	140	134	135	1,544

介護予防給付（介護保険）（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
113	120	117	118	118	123	122	123	122	123	122	119	1,440

合 計

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
249	262	264	259	256	269	265	262	265	263	256	254	2,984

- ・ 前年度 2,879 件から 100 件程度増加している。
- ・ 毎月、10 件以上の新規相談と要介護等になった方の引継ぎ、新規申請からのケアマネ、サービス調整などが負担になってきている。

（５）認知症施策の推進

（認知症サポーター養成講座）

- ・ 今年度は、開催できなかったが、地域ケア会議から正光寺での開催に向け調整を行い、宗教的な認知症への関わりなど、新たな試みへの展開につながる事となった。

（認知症初期集中支援チーム）

	初回会議	中間会議	終結会議	
01	H30. 5. 22	H30. 6. 26	H30. 8. 14	独居、生保申請、拒否／家族調整、共同住宅、ケアマネへ
02	H30. 6. 12		H30. 12. 11	独居、家族問題、自覚なし／家族調整、在宅継続
03	H30. 10. 23		H31. 3. 26	独居、虐待？拒否／家族調整、受診、介入拒否
04	H30. 11. 13		H31. 1. 22	独居、宗教、金銭／後見、家族調整、ケアマネ
05	H31. 1. 8		H31. 3. 26	独居、通報、家族関係／DC 導入、家族調整
06	H31. 1. 8		H31. 3. 12	高齢夫婦、幻視、依存／病院変更、体操教室

- ・ 今年度、初めて中間会議を行い本人の思いが二転三転する対象者への支援方針の合意を図った。
- ・ ケースは、介護保険サービスでは解決できない問題に対し、家族間調整も含め介入しなければ解決できないケースを中心に選定している。
- ・ 必要により地域包括支援センターに移行し、地域ケア会議なども行った。

（６）在宅医療・介護連携推進

- ・ 訪問診療医と連絡を取りながら、在宅での見取りを行うなど本人家族の意向を尊重した連携を行った。
- ・ 開業医の地域ケア会議への参加などもあり、地域から医療機関への発信も行うよう努めた。

（７）生活支援体制整備

- ・ 現状では、地域ケア会議に生活支援コーディネーターにも参加を依頼し、今後どのような協働ができるのかを模索している。

4. その他（重点的に取り組んだ内容）

- ・ 今年度は、個別課題解決型地域ケア会議から抽出された課題が、地域での課題なっている可能性を考え、アンケート調査を行い圏域地域ケア会議にて検討しながら、政策提言ができるかどうかにも検証した。
- ・ 課題解決に向け短期集中的に関わり、早期解決に結びつけることで対象者の不安・負担の軽減を図り、業務の効率化を意識した支援を行った。

5 事業報告 総括

- ・ 職員の退職や体調不良による欠勤などで職員が不足していること、介護予防支援・介護予防マネジメントが年々増加していること、相談内容が多様化・複雑化していることなど、兼務での業務量も多く職員全体の負担になっている。
- ・ 最低限行わなければならない委託事業は何とか行ってきたが、計画的な地域への働きかけもできないため、地域ケア会議等を活用するよう努めた。
- ・ 地域ケア会議から宗教関係者へアプローチができ、新たな展開に発展していく取り組みができたことは大きな成果である。

令和元年度中央地域包括支援センター事業計画

1. 運営における基本視点

「公益性」の視点

- ・ 高齢者等の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を実施するために、公益的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行う。

「地域性」の視点

- ・ 担当圏域内の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行う。
- ・ 関係機関のみならず、地域住民や利用者、民生委員や町内会、ボランティア団体などと連携をとりながら、地域課題の把握に努め、意見を活動に反映しながら解決に向けた取り組みを行う。

「協働性」の視点(チームアプローチ)

- ・ 保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が、相互に情報を共有し、多職種連携を図りながら協働し、「チーム」として支援していく。
- ・ 地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生委員などの関係者と連携を図りながら活動していく。

2. 業務推進への運営体制

事業計画の策定

- ・ 担当圏域の実情に合わせた課題や目標を検討しながら、当選他の職員体制も加味した事業計画を作成する。

職員の姿勢

- ・ 高齢者等の意思及び人権を尊重し、常に対象者の立場に立って支援する。
- ・ 高齢者等が住みなれた環境で自分らしい生活の実現をめざし、地域包括ケアシステムの構築に向け、業務を遂行する。
- ・ 高齢者等の最善の利益を図るために、3職種が協働して業務にあたる。

行政機関等との連携

- ・ 市の関係部署や運営協議会、社会福祉協議会等の関係機関と日常的に連携しながら支援困難ケースにも迅速に対応できるよう課題解決に向けた支援に努める。
- ・ 自己評価、業務評価を行いながら自己研鑽に努め、市や運営協議会等と連携し業務の遂行にあたる。

個人情報の保護

- ・ 高齢者などの情報が不特定多数の者に洩れることのないように情報管理を行い、守秘義務を厳守し、個人情報の保護に留意する。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

- ・ 個別相談や地域ケア会議などから民生委員や町内会、老人クラブ等、居宅介護支援事業所や医療機関などの関係機関との連携を図りながら、地域ネットワークの強化に努め地域包括ケアシステムの推進を図る。
- ・ 生活支援コーディネーター、社会福祉協議会等と連携しながら、社会資源の把握や開発に向けて協働していく。

(2) 総合相談支援・権利擁護

- ・ 3職種の専門性を生かし、多様な相談に対応しながら問題解決に努める。
- ・ 高齢者等の権利を守るため市担当部署や成年後見支援センター、警察、司法機関、医療機関、職能団体等と連携を図りながら、解決に向けた取り組みを行う。
- ・ 多職種協働でチームアプローチができるよう関係機関と連携を図っていく。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・ 医療機関や各事業所、介護支援専門員と協働しながら、切れ目のない支援ができるよう連携していく。
- ・ 多様なニーズに対応できるよう地域資源情報の収集や開発に努める。
- ・ 地域の介護支援専門員と共に相談援助の質の向上を図れるような活動を行う。
- ・ 個別地域ケア会議を開催し、個別課題の解決に努めると共に、自立支援に資するケアマネジメントが行えるよう協働していく。

地域ケア会議開催計画 ※下記項目があれば、文章でも可

機 能	構 成 員	開催頻度
個別課題解決 地域ネットワーク構築	本人・家族も含め課題内容により、選定	10 回
地域ネットワーク構築	民生委員、町内会、老人クラブ、地域住民、ボランティア団体、社会福祉協議会、成年後見支援センター、医療関係機関、専門職能団体、居宅介護支援事業所、サービス事業所、生活支援コーディネーター、認知症地域推進員、NPO、警察、消防、業者、宗教関係などテーマにより選定	2 圏域
地域課題発見	個別課題や取り組むべき地域課題に応じて、上記より選定	

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

- ・ 高齢者自らが、その人らしい生活を実現できるよう意識付けを行いながら、状態に合わせた予防サービスが利用できるよう適切なマネジメントを行う。
- ・ 支援を必要とする対象者の早期発見に努め、早期に介護予防が図られるよう支援していく。

(5) 認知症施策の推進

- ・ 認知症高齢者等の早期発見・早期対応のため、認知症初期集中支援チームと協働していく。
- ・ 認知症地域推進員と協働し、認知症サポーター養成講座や徘徊捜索模擬訓練、認知症カフェなどとの連携を図り、認知症の理解を深め地域での支援体制の構築を目指す。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- ・ 個別支援や地域ケア会議、ケースカンファレンスなどにより、医療機関やサービス事業所などと情報を共有し、スムーズな連携が図れるよう努める。
- ・ とまこまい医療・介護連携支援センターとの連携を図りながら、保健・医療・福祉関係機関等と円滑な多職種連携が行えるように努める。

(7) 生活支援体制整備

- ・ 行政、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、他の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業所などと等と協働し、地域の社会資源情報の収集や地域でのネットワーク作りに努める。
- ・ 地域ケア会議等により、民生委員、町内会、老人クラブなど地域住民と地域の力を生かした体制づくりができるよう努める。
- ・ 苫小牧市が主催する生活支援体制部会、生活困窮者自立支援ネットワーク会議等に参画する。

4. その他（重点的に取り組みたいこと等）

- ・ 困難ケースへ対応力の向上を図るため、地域ケア会議等を積極的に開催し、地域と連携・協働できる体制づくりに取り組む。
- ・ 昨年度から継続し宗教関係者など新たなつながりをさらに発展できるよう取り組み、個別課題や地域課題の解決や地域とのつながりを強化していく。

平成30年度三光地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

(1)「公益性」の視点

- ・公益的な機関である事、運営費用は介護保険料及び国や地方公共団体の公費を主としている事を職員が自覚し、サービス提供の際には不当に特定の事業者へ偏ることなく、公正で中立な視点で事業運営を意識しながら運営した。

(2)「地域性」の視点

- ・地域における保健、医療、福祉の専門職のみならず、民生委員や町内会を始めとする地域住民の自治・互助組織・団体等や各種ボランティアなど地域福祉を支える関係者と密接な連携を保ちつつ、地域のサービス利用者や事業者、関係機関・団体、一般住民などの意見を幅広く汲み上げ、地域が抱える課題や問題の発見に努め、地域特性や実情を考慮しながら自らの活動に反映させながら、その解決に向けて共に取り組む姿勢で業務を行った。

(3)「協働性」の視点

- ・業務の実施に際しては、職員相互が常に情報の共有を心がけ、包括内部で意見をまとめながら、連携・協働するチーム・アプローチを持って業務にあたった。

2. 業務推進への運営体制

(1) 職員の姿勢

- ・全職員が中立・公正な立場を共通認識として意識、事業計画を全職員が念頭におき、全職員が協働して業務を遂行した。
- ・センター長及び管理者については、各職員及びセンター全体の業務を把握、一部の業務や一部の職員の業務が集中することなく業務の調整が図られるよう、毎朝の打ち合わせと1回/月の内部会議を通じ、業務管理を実施した。
- ・10月から保健師が常勤で1名配置され、各事業を進める上で大きな戦力となった。

(2) 事業計画の作成

- ・市の運営方針を踏まえた上で、地域の実情に応じた重点課題・重点目標を全職員で協議して事業計画を作成した。

(3) 事業評価と報告

- ・毎月1回開催される内部会議において、実務を振り返って成果と課題を評価。課題については次年度の計画に反映。報告については、実績報告書・事業計画等はできる限り期日内に作成提出。

(4) 市との連携

- ・多岐にわたる業務遂行において、関係する市の各課の担当者と情報共有や同行訪問、ケース会議を通じて連携を行った。

(5) 個人情報の保護

- ・個人情報の保護に留意、相談記録や関係文書等の情報を施錠ができる書棚にて適切に管理・保管を行った。

3、 具体的な業務内容について

(1) 共通の支援基盤構築

ア、包括支援センターの理解や周知

⇒高齢者世帯訪問時に包括名刺を配布、各健康教室内での講話、圏域内のGH運営推進会議（GHいすの木、GHほのぼの音羽）と地域密着型通所介護の運営推進会議（カラダラボ苫小牧美園、デイサービスやなぎ、とまりハ明野）への参加。訪問介護事業所はからの依頼で10/4に事業所内にて虐待の出前講座を開催。10/5に双葉町内会、10/12に住吉泉町内会にて「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を実施。7/12に明野小学校、11/2に緑小学校、12/13に美園小学校にて「認知症サポーターキッズ研修」、12/5に明野中学校にて「認知症サポーター養成講座」に協力。コープさっぽろの依頼で、6/21にコープ認知症学習会に協力。圏域内のステイ1Fにて、毎月第2木曜日の10:30~12:00に「ちょこっと相談茶屋」を今年度も継続開設。これらを通じて、地域包括支援センターの理解や周知を行った。

イ、既存のニーズと社会資源の把握

⇒新規も含めて圏域内の介護保険関連の事業所については業務内容を含め把握。民間の介護保険外サービスは、お弁当の宅配サービス、家事代行・移送サービス、遺品整理業などは事業所の来所、それ以外は1回/月の圏域ケアマネ会の情報交換、包括連絡協議会の情報交換、圏域内の各町内会会報、地域ケア会議などを活用して情報を収集し把握。

ウ・エ・オ、地域の民生委員や関係機関との連携

⇒圏域内の医療機関とは、ケースを通じて主治医と治療に対する共通の目的に向けた支援活動を行う。民生委員は地区担当者レベルでは共同での個別支援に取り組み、顔の見える関係作りを継続。地区民協団体単位の会合へは、業務都合で不参加。GH運営推進会議（GHいすの木：住吉町、GHほのぼの音羽：音羽町）、地域密着型通所介護の運営推進会議（カラダラボ苫小牧美園、デイサービスやなぎ、とまりハ明野）、新年交流会（明野柳町内会）の定期的なもの、また、地域ケア会議での情報共有と意見交換、各町内会の会報収集から、各町内会の行事や活動状況についても積極的に把握。出来る範囲で、各町内会とのかかわりや連携維持を行った。

(2) 総合相談支援・権利擁護

ア、総合相談

総合相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
284	278	275	189	200	154	197	246	186	162	242	232	2645

- ・ 相談受付時に相談者からある程度の状況を把握、緊急性や複数での訪問対応の必要性を判断しながら対応。訪問後は困難事例においては包括内部にて情報を共有、今後の支援方針や方法を包括内部で確認しながら対応。内容的には認知症の鑑別や介護と対応、精神疾患を中心とするものが昨年同様に多く、社会保障制度だけでは解決できないものが増えている。それらのケースを取り巻く状況も多種多様で重層化・複雑化し対応も苦慮している。また、経過を見守っていたケースの対応、地域で今まで潜在化していたケースの表面化、世帯全体の対応が必要なケースも多く見られ、行政（介護福祉課、総合福祉課、生活支援課、障がい福祉課）、医療機関、サービス事業所、地域（町内会、民生委員）と連携を取りながら全体を包括がコーディネートを行い、個別ケースにおける支援体制を構築した。

イ、実態把握

一般介護予防事業介護予防把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	15

- ・ 全 15 件のうち、継続支援が 0 件、介護申請対応が 0 件、必要時連絡対応が 7 件、事後不要対応が 8 件と事後不要が全体の半数を占める結果となった。
- ・ 昨年同様に比較的元気で過ごされている方が多く、中には就労されている方も見られた。
- ・ 問題の早期発見対応ができるように、訪問全ケースに身近に相談ができる機関として包括支援センターの存在を周知した。

ウ、権利擁護

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
1	6	7	8	16	5	5	2	0	0	3	1	54

- (ア) 権利侵害や受ける可能性のある高齢者の相談は 54 件、対応については地域で安心して尊厳のある生活が継続してできる様に専門性を持って業務を実施。

(イ) 高齢者虐待対応は継続で1ケース、新規で3ケース対応。「苫小牧市高齢者虐待対応支援マニュアル」「苫小牧高齢者虐待対応支援マニュアル実践版」に基づき対応。相談受理後は包括内部で協議（緊急性、市へ虐待報告の判断）、市へ報告し指示を受け、緊急性の高いものから迅速に訪問による実態把握と状況確認後、状況に応じて他地区の地域包括支援センター、専門職、団体、関係機関、警察などと連携を図り、常に市へ報告と指示を仰ぎながら、市で作成した虐待対応マニュアルに準じ、地域ネットワークと社会資源を有効活用して、問題の解決に対応した。また、訪問介護事業所はるからの依頼で10/4に事業所内にて虐待の出前講座を開催した。

(ウ) 消費者被害対応は5ケース、消費者センターに助言をもらい、担当ケアマネ・地域住民・ご家族と連携しながら対応した。
また、苫小牧市消費者被害防止ネットワークからの詐欺情報について、地域活動において注意喚起ができる様に包括内部で情報共有を実施。

(エ) 成年後見制度は市長申し立てがなく、弁護士へ相談した2ケース、後見センターへ相談した2ケースのみ。4ケースとも情報提供や面接へ同行して必要な支援を行ったが、制度の利用にはつながらなかった。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
8	7	10	10	14	1	6	8	2	5	2	1	74

ア、包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ①CMとの面談の中から、近隣の支え合いやインフォーマルな支援の活用を検討、対応の必要があるものについては同行訪問で状況を確認した上で調整などを支援。
- ②東包括と中央包括、事務局担当の居宅介護支援事業所と協力し、毎月第3木曜日に「東三中ケアマネ会」を3圏域の居宅CMに対して開催。奇数月は新規事業所や社会資源の紹介や包括との情報交換、偶数月は事例検討会を実施。定期開催する事で、CM同士のネットワーク構築や情報交換の場、事例検討を通じての圏域の居宅CMの資質向上に効果をあげている。

イ、個々の介護支援専門員へのサポート

- ・個別相談については事実確認で同行訪問、再アセスメントやケアプランの見直しについての助言、サービス担当者会議へ参加などの対応で問題の解決と資質の向上を図った。

ウ、地域ケア会議の開催

地域ケア個別会議	1件	地域ケア圏域会議	2件
----------	----	----------	----

- ①地域ケア個別会議は認知症初期集中支援チームのケースについて1件開催。参加者全員がケースの支援状況など共有し易いようにホワイトボード・エコマップ・住宅地図で可視化。対象の方が地域で生活をするために必要な課題を分析。不足の社会資源などの地域課題についても把握に努めた。
- ②地域ケア圏域会議は「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を実施した圏域内の2町内会（双葉町、住吉泉町）に呼びかけ、「認知症になっても自分たちの住み慣れた地域でながく暮らして行くには」をテーマとして2件開催。それぞれの町内会の課題、必要な社会資源について確認する事ができ、次年度の各町内会の活動に生かしてもらう様に議事録を作成して町内会に提出。双葉町内会においては町内会自体の意識が高まり、毎年認知症への取り組みを町内会として取り組む方向となり、地域での成果の芽ができた。
- ③計画当初は個別圏域合わせて6件を予定していたが、利用者・家族及び関係者を交えたケース検討の上での支援は多数おこなわれたが、目標の開催数には至らなかった。

（４）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
202	201	217	198	200	169	188	190	179	168	157	180	2249

ア、地域支援事業における介護予防ケアマネジメント

（ア）身体生活状況と生活環境をアセスメント。対象者自らサービスや社会資源を選択できるように情報を提供し、ケアプラン作成時には対象者が自らの生活の中で実現が可能で、達成度が評価ができる目標を対象者と協力し設定した。

（イ）地域包括ケアシステムの介護予防推進として、一般介護予防事業三光地域介護予防教室運営業務において「ふたば教室」と「わかば教室」を継続して運営。高齢者の体力向上、講話などに介護予防に関する知識の普及・啓発がなされるように実施した。

イ、予防給付による介護予防支援

- ・3職種による初期対応から⇒1.5名のケアプランナーと、19ヶ所の居宅介護支援事業所の委託にて実施。要支援1および2の認定者については、非該当への改善を目指しながら、介護予防ケアプランを作成、非該当についても電話で連絡し状況を確認。支援が必要な対象者には、げんき倶楽部や地域介護予防教室への参加を促した。

（５）認知症施策の推進

ア、圏域内の認知症又は認知症が疑われる対象者1名について、認知症初期集中支援チームとして対応。当初は6件を目標としていたが種々の兼務の中で、多くの新規相談や複合する課題の相談に対応する上で、早期にその方々の生活を整える事に実践の重点がおかれ、チーム員会議等の初期集中支援チームの流れに乗せる事ができず、目標の6件には至らなかった。

イ、苫小牧認知症キャラバンメイト連絡会と協働し、包括圏域の小学校すべてに対して（7/12 明野小学校、11/2 緑小学校、12/13 美園小学校）、「認知症サポーターキッズ講座」を開催。講師については、圏域内のグループホームや介護事業所に勤務しているキャラバンメイトへ事務局を通じて依頼、包括は全体進行と寸劇（11/2 の緑小は講師も対応）に協力した。また、12/5 明野中学校にて圏域内の中学校初の「認知症サポーター養成講座」へ協力。6/21 コープさっぽろで開催したコープ認知症学習会の開催も協力。

ウ、東地区担当の伊藤認知症地域支援推進員・警察と協働し、10/5 双葉町内会、10/12 住吉泉町内会にて「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を町内会主催で包括は協力の形で実施。講師は包括内のキャラバンメイトにて対応。搜索模擬訓練には町内会に在住の認知症見守りたい（双葉町）・圏域内に在住の認知症見守りたい（住吉泉町）・介護事業所に参加協力を依頼した。

（６）在宅医療・介護連携推進

- ・直接、市が主催する協議の場へ包括連絡協議会の派遣委員として参画、医療介護の連携の課題等を意見として発言。派遣委員として苫小牧市医療介護資源情報ワーキンググループ（１回）、苫小牧市医療介護連携ルール及び情報共用ツール作成ワーキンググループ（４回）に出席。包括全体の意見が提示できる様に発言した。
- ・急性期病棟や回復期病棟を持つ医療機関、在宅医療に取り組みを行っている医療機関と連携を密にし、入院中から退院後の生活支援への早期対応、在宅生活を支えられるように実施した。

（７）生活支援体制整備

- ・直接、市が主催する協議の場への参加の機会はなかったが、包括連絡協議会の場で生活支援体制整備の課題等を意見として発言。生活支援体制部会に参加する包括の派遣委員が包括全体の意見として提示が出来る様に協力した。
- ・総合相談や地域ケア会議、町内活動を通じて地域資源把握を実施。
- ・社会福祉協議会の１層の生活支援コーディネーターや圏域担当職員と協働し、個別ケースにおいて支援を実施。

（８）その他（重点的に取り組んだ内容）

- 1 認知症初期集中支援チームの対応、地域ケア会議（個別・圏域）開催を包括の今年度の事業計画に基づき、計画的に実施して行く。
⇒認知症初期集中支援チームの対応は種々の兼務の中で、多くの新規相談や複合する課題の相談に対応する上で、早期にその方々の生活を整える事に実践の重点がおかれ、チーム員会議等の初期集中支援チームの流れに乗せる事ができず、目標件数には至らなかった。

地域ケア会議開催は利用者・家族及び関係者を交えたケース検討の上での支援は多数おこなわれたが、目標の開催数には至らなかった。

- 2 認知症施策の推進のため、「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を圏域内の未実施地域である双葉町町内会と住吉泉町内会に対し、計画的に介入して実施。
⇒10/5 双葉町内会、10/12 住吉泉町内会にて「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を計画通りに実施ができた。
- 3 圏域全体のマップを更新、地域包括ケアを推進に活用する。
⇒各町内会ごとに区域を分け、マップ上に各地域の情報（地域の全体人口、高齢者数、地域人口に対する高齢者割合、高齢者世帯数：単身者と夫婦世帯を分けて）、重要なポイントの所在（町内会長、担当エリアを含めた民生委員、町内会館等の公共施設、医療機関、警察、消防、新聞販売店、金融機関、要介護認定者、認知症徘徊者、困難事例対応者）を色とシールでチェックすることで、圏域の地域の課題や状況についての見える化を図り、圏域状況の可視化や地域ケア会議などに活用ができる様に今年度も継続して作成した。

<事業報告 総括>

- ・10月から保健師が1名増員となり、今後を進める上で体制的には充実。力を入れてきた認知症を通じた地域づくりでは、搜索模擬訓練も計画通りに実施でき、未実施の町内会も残り3ヶ所となり、大きく前進した。また、認知症初期集中支援チームの活動と地域ケア会議の運営については、前年度と同様の課題が残る年度となった。

令和元年度三光地域包括支援センター事業計画

1、運営における基本視点

(1)「公益性」の視点

公益的な機関である事、運営費用は介護保険料及び国や地方公共団体の公費を主として事を自覚し、サービス提供の際には不当に特定の事業者に偏ることなく、公正で中立性の高い事業運営を行う。

(2)「地域性」の視点

地域における保健、医療、福祉の専門職のみならず、民生委員や町内会を始めとする地域住民の自治・互助組織・団体等や各種ボランティアなど地域福祉を支える関係者と、地域におけるさまざまな場や機会にて密接な連携を保ち、担当地域の地域特性や実情を踏まえ柔軟な事業運営を行う。また、地域のサービス利用者や事業者、関係機関・団体、一般住民などの意見を幅広く汲み上げ、地域が抱える課題や問題の発見に努め、自らの活動に反映させながら、その解決に向けて共に取り組む。

(3)「協働性」の視点

業務の実施に際しては、専門職員（保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員）が業務理念と基本骨格を理解した上で、相互が常に情報を共有、包括内部で意見を協議した上で、チーム・アプローチを持って行う。

2、業務推進への運営体制

(1) 職員の姿勢

- ・センター職員は、中立・公正な立場であることを共通認識として持ち業務を遂行する。
- ・センター職員は、事業計画を念頭に置き、抱えている事例や対処方法について相互に報告し合い、3職種が協働して「チーム」として検討しながら業務を遂行する。
- ・センター長及び管理者は、各職員及びセンター全体の業務を把握し、一部の業務や一部の職員の業務が集中することなく業務の調整が図られるよう業務管理に努める。

(2) 事業計画の作成

- ・市の運営方針を踏まえた上で、地域の実情に応じた重点課題・重点目標を全職員で協議して事業計画を作成する。

(3) 事業評価と報告

- ・毎月1回開催される内部会議において、実務を振り返って成果と課題を評価。課題については次年度の計画に反映。報告については、実績報告書・事業計画等の期日内に作成提出。職員の変更等があった場合も、速やかに変更届出書を提出する。

(4) 市との連携

- ・多岐にわたる業務遂行において、関係する市の各課の担当者と情報共有や同行訪問、ケース会議を通じて連携し業務を遂行する。

(5) 個人情報の保護

- ・個人情報の保護に留意、相談記録や関係文書等の情報を適切に管理・保管する。

3、具体的な業務内容

(1) 共通の支援基盤構築

ア、包括支援センターの理解や周知

地域の民生委員、町内会、老人クラブ等に対して、センター通信の配布、定例会の参加、総合相談での連携対応、町内会行事の参加・講話対応、地域ケア会議開催、「ちょこっと相談茶屋」などで包括の広報周知活動を行う。また、今年度中に事務所を明野新町に移転、それに伴い名称を「苫小牧市明野地域包括支援センター」に変更予定。この件の周知については市の広報、市・法人のホームページ、「ちょこっと相談茶屋」などで周知活動をして行く。

イ、既存のニーズと社会資源の把握

圏域内の介護保険関連の事業所は業務内容を含めて把握。民間の介護保険外サービスについては来所、それ以外は1回/月の圏域ケアマネ会の情報交換、地域ケア会議、各町内会からの会報収集の継続、社会福祉協議会（生活支援コーディネーター・圏域担当のコミュニティソーシャルワーカー）とも連携や情報共有をしながら、圏域内の社会資源や既存のニーズについての情報収集を行う。

ウ、エ、オ、地域の民生委員や関係機関との連携

圏域内の医療機関とは、ケースを通じて主治医と治療に対する共通の目的に向けた支援活動を行う。民生委員は地区担当者レベルは共同での個別支援に取り組み、改選後も名簿から担当者を確認、継続して情報交換や個別ケース支援ができるようにする。GHいすの木：住吉町、GHほのぼの音羽：音羽町）、地域密着型通所介護の運営推進会議（カラダラボ苫小牧美園、デイサービスやなぎ、とまりハ明野）、新年交流会（明野柳町内会）の定期的なもの、また、地域ケア会議（個別・圏域）、各町内会会報での収集に努め、各町内会の行事や活動状況についても積極的に把握。出来る範囲で、町内会の行事への参加に努め、各町内会と関係や連携維持を行う。

(2) 総合相談・権利擁護

ア、総合相談

相談内容を的確に把握・分類、初期対応とスクリーニング機能を適切に行う。支援継続のための詳しい情報の収集・整理・分析により、課題を明確に把握。各業務に繋げることを想定して、対応支援を実施する。

イ、実態把握

一般介護予防事業・介護予防把握事業で事後調査が必要と認められる方や高齢者夫婦世帯等を対象に、訪問面接をもって生活機能低下を予防する支援を行うとともに、圏域のニーズとしてとらえる。また、地域の関係者から情報を収集、隠れた問題の早期発見と対応に取り組む。困難事例についてはセンターの各専門職で連携、市とも連携を図りながら、適切な対応をして行く。

ウ、権利擁護

常に苦小牧市への報告及び指示を受け、状況に応じて他地区の地域包括支援センター、専門職・団体、警察、消費者センター、成年後見センターなどの関係機関等との連携を図りながら、実施する。

- ・ 相談経過や状況から判断、包括内部で協議、緊急性の高いものから迅速に対応・支援する。
- ・ 訪問による実態把握と状況確認、虐待に対しては市で作成した「苦小牧市虐待対応支援マニュアル（実践版を含む）」に基づき、迅速な状況把握と適切な対応をする。
- ・ 判断能力を欠く対象者については、成年後見制度の必要性や申し立てを支援する。

（３）包括的・継続的ケアマネジメント支援

ア、包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者等ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるため、主治医・医療機関と連携を密にしながら、介護支援専門員との連携、在宅サービスや施設サービスとの連携など、利用者のひとりひとりに様々な職種、組織や団体等が関係し、個々の利用者の状況や変化に応じて継続的にサービスが提供されつつ、高齢者自身の努力や自ら社会資源を活用し必要な支援を幅広く集め生活を総合的に支えていくことを支援する「包括的・継続的ケアマネジメント」の推進を図る。

- ① 近隣の支えあいやインフォーマルな関わり支援の検討
- ② 東三中ケアマネ会（事例検討・情報交換・ケアマネ同士のネットワーク構築）開催協力の継続、介護支援専門員の資質向上のための研修会・勉強会の企画と実施。

イ、個別の介護支援専門員のサポート

介護支援専門員の困難事例などの相談窓口として機能、地域ケア個別会議・ケース検討会の開催、サービス担当者会議への参加を通じ、ケアマネの抱えている課題が解決でき、支援の質向上が出来るように支援を行う。

ウ、地域ケア会議の開催（個別・圏域合わせて６件を開催予定）

- ① 地域ケア個別会議⇒主に個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能を活用。参加者は、ケース課題解決に必要なメンバーで構成。その後の変化をモニタリング、会議における課題を積み上げ分析する。
- ② 地域ケア圏域会議⇒個別ケースからの地域課題を積み上げ分析、地域の共通した課題として検討。参加者は、対象地域の町内会を中心に行政（介護福祉課、課題解決に必要な部署）・社会福祉協議会など、検討課題の解決に向けたメンバーで構成。個別ケア個別会議で蓄積分析された課題、地域課題の整理、社会資源の把握や発掘、政策的な課題については地域ケア推進会議にて検討が出来るように整理。包括連絡協議会の場にて発言、派遣委員にて地域ケア推進会議の場で討議されるようにする。
- ③ 市で開催運営する自立支援型地域ケア個別会議に参加、個別事例の検討や対応策を講じる。

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

ア、地域支援事業における介護予防ケアマネジメント

(ア) 予防ケアマネジメントの対象者については、身体生活状況と生活環境をアセスメント、対象者自らサービスや社会資源を選択できるようにそれらの情報を提供、ケアプラン作成時には対象者が自らの生活の中で実現が可能で、達成度が評価ができる目標を対象者と協力し設定。

(イ) 地域包括ケアシステムの中で介護予防を推進、高齢者の状態を経年的に把握し対応する。

イ、予防給付による介護予防支援

要支援1または要支援2と認定を受けた予防給付対象者においては、要介護状態への悪化予防、非該当へ改善を目指しながら、効果的な支援を行う。

(5) 認知症施策の推進

ア、 圏域内の認知症または認知症が疑われる対象者へ、認知症初期集中支援チームとして早期発見と早期対応に努め、最低ケース目標は6件/年とする。

イ、 圏域担当の認知症地域推進員・社会福祉協議会職員、認知症キャラバンメイト・認知症見守りたい、認知症サポーター養成講座修了者と連携を図り、認知症サポーター養成講座と搜索模擬訓練を未実施地域である10/26高丘泉町内会と日の出三光町内会（搜索模擬訓練のみ）で実施。地域住民への正しい知識の普及を図るとともに、認知症の理解、見守り意識の向上のため、主体的に搜索模擬訓練等を開催し、地域のネットワークづくりへ繋げる。また、圏域内のキャラバンメイトやグループホームと協力して、小学生を対象とした「認知症キッズサポーター講座」を圏域内の3つの小学校（明野小、緑小、美園小）前年度と同様に継続開催。また、圏域内の2つ中学校（明野中、和光中は意向確認中）に対して開催協力を予定。地域における世代間を超えた、地域の支援ネットワーク構築を推進していく。

ウ、 「苫小牧市認知症高齢者等の見守りSOSネットワーク事業」の周知、事業登録者及び家族に対して関係機関と連携、継続した相談支援が実施できるようにしていく。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- ・地域の医療と介護連携における課題や情報の視点を持ち、通常業務に取り組む。
- ・急性期病棟、回復期病棟を持つ医療機関と連携を密にし、入院中から退院後の生活支援へ早にかかわる。
- ・在宅医療への取り組みを行っている医療機関とより一層連携を深め、在宅生活を支える。
- ・とまこまい医療介護連携センターと連携し、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制づくりに努める。

(7) 生活支援体制整備

- ・総合相談や地域ケア会議、介護予防ケアマネジメントや介護予防支援を通じて、地域における課題や資源把握に努める。また、これらの視点を持ち、社会福祉協議会の生活支援コーディネーター（1層）や圏域担当職員（CSW）と連携協働して地域づくりを進める。
- ・圏域内に生活支援コーディネーター（2層）の配置がなされたおりには協力するとともに、生活支援体制部会や協議体へ参画する。
- ・町内会活動や会報を通じて、地域における資源把握に努める。

(8) その他（重点的に取組みたいこと等）

平成31年度は、以下の重点目標を主に活動を行う。

- 1、認知症初期集中支援チームの対応、地域ケア会議（個別・圏域）開催を包括の今年度の事業計画に基づき、計画的に実施して行く。
- 2、認知症施策の推進のため、「認知症サポーター養成講座」と「搜索模擬訓練」を圏域内の未実施地域である高丘泉町内会と日の出三光町内会（搜索模擬訓練のみ）に対し、計画的に介入して実施。
- 3、圏域全体マップを更新、地域包括ケアを推進に活用する。

※ 実施のポイント

上記、各事業の実施に際しては、以下の項目に留意し業務を行う。

1. 精神疾患・認知症の方々や家族等への支援

常にその人らしさ、その方の尊厳を大切にしたいケアが重要となるが、その関わりは、まず病気であることを理解し、診断を受けること及び診断に基づいた治療、介護を提供することを基本とし、同時に個々の病気の特徴を理解することで、より適切な関わりと対応がしやすくなるとされている。特に認知症の方々への支援に際しては、その方の「できないこと」に気をとられることなく、「できること」「できる能力」「保たれている能力」に着目し、これらを上手に活用した支援を行う。

ご家族・介護保険事業所サービス職員・市民の方々に対しては、精神疾患・認知症についての基本的な理解、病気に向き合う姿勢等をわかりやすく伝えることから関わるものとする。症状への理解を深めることで、今後の変化や予測などが獲得できるようになれば、家族や介護者の安心へと繋げることも可能となる。ご理解をいただけるよう、根気強く、様々な角度、視点から丁寧に説明するよう心がけて支援を行う。

2. 個人情報の保護

相談援助の過程では、相談者・関係者等のプライバシー保全に細心最善の注意を払い情報を得ながら関わることになる。常に守秘義務を負う者としての自覚を持ち、入手する情報は必要な範囲に留め、法令・条例等を遵守し適切な手続きに沿って取り扱う。地域ケア会議開催時の参加者に対しても、個人情報守秘義務についての同意書を受け、会議を開催する。

3. チーム・アプローチ

地域包括支援センターに配置された職員が、各々の専門領域に係る業務のみを担当するのではなく、常に3職種の合議、連携により業務を執行する意識をもって従事する。特に認知症初期集中支援チーム・地域ケア個別会議の対応に際しては、包括内で確認、意識の共有のもとに行う。

各々の専門的な知識・技術に基づき、他の職員と協議を持ちながら業務にあたることで、常に自らの専門性を高める。

(以上)

平成 30 年度 東地域包括支援センター事業報告

1. 運営における基本視点

・『地域ケア会議』から立ち上がった地域食堂や男性介護者の会、手つなぎネットを定期で開催、更に 2012 年に立ち上がった東地域ネットワーク懇談会の（サロン・相談局）活動を継続し、その双方を地域の社会資源として圏域に定着させることに力を注いだ。

地域住民の主体性を喚起することも主眼において活動しており、高齢になっても役割を持って、参加できる場所が提供できていると考えている。

起こっている問題を放置せず、タイムリーに地域ケア会議や専門職によるカンファレンスに繋ぐ事、更にアウトリーチできる活動に力を入れてきた前年度の活動であった。

多職種での連携についても意識して活動してきた。介護保険の事業所等の公的な部門だけではなく、地域の薬局や郵便局・栄養士・病院の相談員やリハビリ専門職等、そのネットワークを広げていく事ができている。認知症の相談も多くなり、早期の対応の必要性を感じている。認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームを活用し、本人主体の支援を行ってきた。

次年度においても、地域ケア会議を開催し、問題解決・ネットワークの広がり意識しながら活動していきたい。現在行っている活動を今後も継続しながら、徐々に地域主体の活動への移行も検討している。

2. 業務推進への運営体制

- ・社会福祉士と介護支援専門員の異動があり、人員的には前年より 1 名減となった。

また、産休明けで職員が復帰しているが、育児時間をとりながら勤務しており、育児と家庭の両立が可能になるよう配慮が必要だった。

予防の給付数や相談件数の増加、包括業務の多様性から現状の職員体制で行うことが厳しい場面もある。

包括の業務内容については、公的に議論されることも多くなっており、今後の国の示す体制の見直しに期待しているところである。

- ・センターとしては、前年同様、包括内での連絡や相談がタイムリーに行われ、チームでの関わりを意識しながら、研修への積極的な参加を通しての資質の向上や市役所との連携も行っていた。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通の支援基盤構築

- ・朝の打ち合わせの時間、職員会議、必要時のカンファレンスを有効に利用し、各職種の専門的な意見を出しながら、協議する機会を持ってきた。業務の評価については、自己評価と共に、法人内で実施している人事考課制度を有効に利用している。市からの業務評価では、地域活動に対する評価が高かった。

- ・東地域ネットワーク懇談会の活動は、関係各位の協力で継続することができている。

地域の中の社会資源として定着している。更に、民生委員と居宅介護支援事業所との定例懇談会『手つなぎネット』と、『沼ノ端地域食堂』の活動も増え、ネットワークも更に広がった。東地区の認知症地域支援推進員が企画した『とままちカフェ』でつながった薬剤師やリハビリ専門職との連携もスムーズになり、地域ケア会議への参加を始め、地域活動への参加協力も得られている。

- ・前述の『手つなぎネット』を定期で開催しており、ケアマネジャーと民生委員が近くなったことで、実態把握や情報収集と共に、支援も行いやすくなってきている。

お互いの役割を知り、良い形で連携が可能となった。活動の手段として、困難なケースの事例検討会を実施し、具体的な支援方法を見出すための場としてもその機能を発揮している。

（２）総合相談支援・権利擁護

総合相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
224	252	251	222	325	317	306	279	220	291	303	257	3249

- ・相談件数は一年間では前年比 7%増であるが、31 年 1 月から 3 月の相談件数は 25%増となっている。介護保険の申請だけでも日に複数の相談があり、後述の予防プランの件数は前年度までより増加しており、予防プランが包括の業務のかなりの量を占めてきていることが、東包括でも顕著になった。
- ・施設入所の相談も多くあるが、年々、施設入所は困難になってきていることを実感している。要介護 3 以上になっても、容易に入所は困難であり、以前は、受け入れが可能だったショートステイも断られることが多くある。要支援や介護保険未申請の方の入所は更に難しくなっている現状がある。

権利擁護（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0	0	1	4	7	16	3	7	4	1	11	3	53

- ・経済的、精神的虐待への対応のケースがあり、かなりの時間を要した。市と協議しながらの対応ではあったが、連携する難しさ・行政の立場など考えさせられることが多く、自らの力量不足も実感した。経験と知識と冷静な対応に加え、チームでの関わりの大切さを学んだ。
- 困難ケースに関わることで、職員自身のストレスも相当なものとなり、その気持ちの立て直しには時間を要した。虐待対応の基本的な考え方であるが、問題が複雑になる以前の予防的な関わりの重要性について認識させられた。
- また、不適切な介護を行っている家族のケースもあり、上記の虐待対応と同様に家族へのアプローチにかなり苦労した。虐待対応については、スピーディーな解決を求められる事も多いが、関わっている家族の理解は得られず、虐待の判断自体が難しく、その後の対応も慎重さが必要で、一つ一つの問題に対して、丁寧に紐解くような支援が必要なケースも存在している。
- 虐待対応が包括の業務である以上、今後も市と協議しながら、解決への道を進むことが求められていることを再認識した。

（３）包括的・継続的ケアマネジメント支援

対応相談（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
5	2	4	4	20	13	2	7	2	1	3	1	64

- ・前年 18 件から 64 件に増加。権利擁護（虐待など）での関わりが増加したことに伴うケアマネジャ

ー支援にかなりの時間を要した。

- ・『手つなぎネット』が相談の場所として定着している。圏域のケアマネジャーのほか、東地区を担当しているケアマネジャーの事業所にも広く声をかけているが、居宅の事業所の参加が前年度より減ってきている。特に、法人内の居宅の参加が極端に少なくなり、連携の難しさを感じている。

連携がとりやすい事業所と難しい事業所に分かれていることを実感している。

居宅のケアマネジャー、特に主任ケアマネジャーが自分の役割を自覚し、機会を積極的に得るようにしなければならなのではないかと考えている。介護保険だけで、ケアプランが成り立つ時代ではないことを理解して欲しい。

・地域ケア会議（件）

地域ケア個別会議	9件	地域ケア圏域会議	2件
----------	----	----------	----

・地域ケア会議は、必要があると判断した場合は、すぐに行っている。今年度は認知症の方への支援について、協議する会議が多く開催された。地域で認知症の高齢者が増加し、本人や周囲が困っていることが改めてかわった。解決の手段として地域ケア会議は有効で、開催できていない包括もあるが、当包括としては、積極的に開催する事を心がけている。関係機関との良好な関係ができていることで、開催も容易になってきた。また、圏域レベルの地域ケア会議では、個別で話し合った内容を市レベルで解決するための検討の場となっており、多くの関係機関の参加がある意義のある会議である。今後は、法人にも積極的に参加してもらえよう働きかけていきたい。

（４）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

一般介護予防対象者把握事業（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
12	15	20	19	19	25	30	25	23	14	20	18	240

- ・介護予防の視点から、沼ノ端地区独自で開催している沼ノ端北教室や、法人で行っているはつらつ教室への参加者が徐々に増加しており、この場所も地域の社会資源の一つとなり得ている。
介護予防教室を含め、口コミでの参加者が増えている。
- ・民生委員や生活支援課から、重度化する前の支援として相談もあり、早期に必要な支援に繋げることができている。
- ・介護予防教室は、地域の方を講師にした内容でのレクリエーションが定着してきている。
- ・前述のボランティア活動についても、教室参加者が誘い合って地域活動へ参加するようになり、はつらつ教室を卒業後、介護予防教室に参加しながら、地域ボランティアとして活躍できる方も出てきており、他の模範となるような活動をされている。
教室参加者の高齢化や、体調不良での中断も増えてきており、早めの相談・対応が必要となってきた。

予防給付（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
127	128	104	150	167	132	172	131	134	185	181	133	1744

- ・前年合計 1143 から 30%の増加。認知症状から通所のサービスへ繋がるケースが増えたのが特徴的。
しかし、認定を受けても、介護サービスに繋がらない方もいる。

夫婦で介護認定を受けた後、委託で担当を依頼するケースや要介護から支援に上がった方も引き続き居宅で担当を希望されるケースが複数ある。

- ・訪問介護のサービスの利用希望があっても、事業所の人員不足で、介護予防対象者へのサービス提供が困難となってきている。必要なサービスを受けづらい状況が見られた。
- ・新規での相談のケースが、要支援で認定されることが多く、包括で引き続きの支援となっている。受け持てる人数に制限はないが、他の業務との兼ね合いで、予防給付の業務に充てる時間がとれない現状がある事は否めない。モニタリングや記録の入力が追いつかない事が悩みである。

（５）認知症施策の推進

- ・サポーター養成講座と搜索模擬訓練を、地域の特別養護老人ホームで開催した。周囲の町内会に呼び掛けたが、若い世代の参加がなく、興味を持ってもらうための工夫が今後必要であることが大きな課題の一つとなった。
特別養護老人ホームや講師を担っていただいたグループホームの管理者に今後の協力体制を惜しまずできる事を共にやっていきたいと言っていたことは大きな収穫であった。
- ・町内会の役員が高齢化し、認知症となる方も複数いらっしゃる状況ではあるが、早めの相談に繋がらない。地域で中心となって活動されていた方が、リタイヤした後を支える事が難しい。
- ・若い世代の多い東地域では、学童期からの福祉教育の必要性についても感じており、サポーター養成講座、搜索模擬訓練への参加について、機会を設けることが大切である。
- ・認知症初期集中支援チームの活動を有効に利用し、必要な方への支援に繋げることが出来た。半面集中的に関わる時間を持つことが難しく、次年度の大きな宿題である。
- ・認知症地域支援推進員と協働し、町内会や介護予防教室などで、認知症の理解を求めるために、周知活動を行った。

（６）在宅医療・介護連携推進

- ・地域ケア会議や東地域ネットワーク懇談会への参加を通して、連携がスムーズにいくようになってきた。
- ・薬剤師やリハビリ専門職とのつながりが深まり、今後は病院・医師との連携が課題と考えている。圏域の地域ケア会議でも、かかりつけ医の存在が大きいことがあげられ、今後の連携の必要性が不可欠であると結論付けられている。

（７）生活支援体制整備

- ・生活支援コーディネーターや社会福祉協議会が地域ケア会議や東地域ネットワーク懇談会に参加することで、共同で取り組む活動も増えてきている。
個別のケースから出てきた課題を、形にしていく事が求められていると考えている。小さなことでも丁寧に拾いながら、地域の資源にして行ける活動を希望する。
生活支援コーディネーターからの発信が少なかったことは残念だったが、ニーズが多様化しているため、出来る事から、一緒に取り組む姿勢が大切である。
日頃から、コミュニケーションをとりながら、地域の為に活動していける事が期待されていると考えている。

4. その他（重点的に取り組んだ内容）

- ・法人の協力で行っている緊急ホルダーの登録数が 440 となり、地域の安心アイテムとして定着している。ケアマネジャーや民生委員からの情報提供で利用している方も増えている。
- ・自主的な地域活動として『沼ノ端地域食堂』『男性介護者の会』『手つなぎネット』の活動に力を入れてきた他、東地域ネットワーク懇談会の活動も継続して行うことが出来た。
それぞれの活動が、地域の社会資源として定着してきたと感じている。
- ・地域の介護予防教室として、『沼ノ端北教室』を継続してきた。自主グループ化を目指し、準備や体操

は参加者が主体となって開催している。発足当初は、一桁の人数だったが、現在は20名以上となり地域の活動として、定着したきらいがある。元気な高齢者の参加する場所として、役割を果たしている。

- 研修会や自主勉強会には積極的に参加し、専門職としての研鑽を行ってきた。

特に本人主体の多職種連携の研修会から、地域の学習会に繋がり、好評である。今後は、ケアマネ会等でも活用していけるようにしたいと考えている。

5 事業報告 総括

相談件数が増加し、多様な問題の解決に時間を要するようになってきている。

個別の支援のほか、地域活動にも力を注ぎ、社会資源としての集いの場を新たに創造し、活動を継続することが出来ている。

東地域ネットワーク懇談会の活動から発した多様な活動が、東圏域の資源として定着したことは大きな成果と考えている。

民生委員や町内会を始めとする関係機関との連携がスムーズになっていることで、活動や支援も容易になった実感がある反面、医師や若い世代、商店などとの連携には今年も課題が残った。

地域ケア会議や認知症初期集中支援チームの活動についても、必要のある方はその活動に積極的につないでいくことで、解決に結び付けていけるようにした。

東包括の圏域の特徴として、圏域の中でも抱えている課題に地域差が大きい。高齢化の著しい地区と、若い世代が住む地域が混在しており、課題解決のためのアプローチ方法にも、工夫が必要である。それぞれの特性をとらえ、住民自らが自分の事として様々な課題に向き合えるような働きかけが必要と感じている。

包括の役割は多様で様々なスキルが必要である。時間と能力には限りがあるが、ネットワークを広げ、法人の協力を得ながら、今後もその役割を果たしていきたい。

令和元年度東地域包括支援センター事業計画

1. 運営における基本視点

- ・『公益性視点』を持ち、公正な立場での運営を行う。
- ・『地域性の視点』持ち、東圏域の特性や実情を踏まえ、積極的に地域ケア会議を開催し、課題の解決・地域資源の活用や創造を意識して活動する。
- ・『協働性の視点』を持ち、各職種間での連携及びチームアプローチを意識する。
自らの専門性を高めるための自己研鑽する努力を惜しまない。

2. 業務推進への運営体制

- ・運営における基本視点を持ち、業務を遂行する。
- ・地域特性を踏まえ、柔軟な運営を心がけ、地域住民の意見を聞きながら、課題解決や事業の継続を行う。
- ・事業計画を作成・実行し、評価する事で次年度につなげる活動を行う。
- ・市との連携を行い、適宜の相談や報告を実施する。
- ・個人情報保護条例に基づき、法令を遵守する。

3. 具体的な業務内容

(1) 共通的支援基盤構築

地域ケア会議を経て立ち上がった、地域食堂や男性介護者の会、民生委員とケアマネジャーとの勉強会である手つなぎネットを始め、東地域ネットワーク懇談会で運営している歌声サロン、沼ノ端郵便局いきいき相談局、沼ノ端北教室を継続させていく。それぞれが地域の社会資源、アウトリーチの場となり得ている現状があり、続けていく事の大切さを実感している。町内会や老人クラブなどの既存の機能を利用して、今後も周知活動をおこない、社会参加の場を提供し続けたい。

手つなぎネットでは、実際の事例を取り上げ、勉強会の場とすることで、早期の相談や気づきの場となり、問題が複雑化しないうちに包括に関わることが出来るようになった。民生委員からも継続の要望があり、今年度も2か月に一度の開催を定例化する。男性介護者の会については、本当に必要な方の参加が少ない状況にあるが、男性の介護者が、地域とつながる場としての意味は大きく、こちらも隔月で開催する。

地域ケア会議については、昨年度も個別課題対応と圏域レベルの会議を複数回開催し、関係者のネットワーク作りと地域づくりに繋がる有意義な会議となった実績がある。今年度も課題があった場合は、時期を逸しないよう、タイムリーに開催していく。

町内会との繋がりを意識し、若い世代の暮らす町内会で、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解を深める機会を持ちたい。老人クラブへの働き掛けも、引き続き行っていきたい。

認知症の相談件数が相談件数のほぼ7割を占めている状況がある。それほど認知症の問題は、待ったなしの急務である。鑑別診断につなげる事はもちろん、本人が困らずに暮らしていけるよう認知症初期集中支援チームとしても関わりながら、本人、家族の生活を支えることを一番に考え、更に地域で支える事を意識し、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターと連携しながら、認知症になっても、暮らせる地域づくりを目指したいと考えている。

（2）総合相談支援・権利擁護

- ・相談件数は増加の一途である。認知症や介護保険の申請だけではなく、家族問題や金銭・権利擁護・障害等、かなり多岐にわたっている。

困難なケースも増え、一担当だけでは解決できない事も多い。包括内でのカンファレンスを開催し、不足のアセスメントがないか、本人を中心にした支援になっているか等、包括内の三職種の専門性を生かした支援方針をたて、解決へつなげるようにする。ひとりで抱えず、チームを意識した支援を行う。

初期段階での相談が可能になるような取り組みや（手つなぎネットやアウトリーチの地域活動）ワンストップを意識した相談支援を今後も継続する。

8050 問題に象徴されるように、高齢者以外の相談にも対応し、必要に応じて関係機関につなぐ役割を果たしていく。

- ・早期発見、早期解決に結びつける取り組みが地域活動を通して行っていけるようにする。課題は、つながる事で解決できるというスタンスで、多職種との連携を意識し、役割を適切に果たせるよう地域ケア会議・カンファレンスやコアメンバー会議を早期に行い、関係機関と共に解決に向かう姿勢で取り組んでいきたい。高齢者支援の中だけでなく、広くネットワークを持つことで、早期の解決を目指す。

職員のスキルアップのため、研修への参加や包括内外でのカンファレンスへの参加を積極的に行う。虐待の芽を見逃さない姿勢で取り組むことを意識する。

（3）包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・地域ケア会議については、時期を含めて適切に開催している。根本的な解決に至らない場合もあるが、行政への提言を含めて、解決の道は今後も模索していきたいと考えている。会議の運営・進行などがスムーズに行えるように職員全員が、役割を担えるようにしていく。

- ・圏域のケアマネジャーと民生委員の定期的懇談会を開催する事で、問題が早期に発見できるネットワークが今後を今後も機能させ、地域における連帯や協働の体制づくりを行っていく。

地域ケア会議が必要な課題をもつケースの相談が、スムーズに行えるように、日頃から

信頼関係がもてるように、働きかける。既存のケアマネジャーの会や主任ケアマネジャーの会と共同で、勉強会や研修会を開催し、地域ケア会議で把握した地域の課題を共有するための機会も持てるようにしていく。

介護支援専門員に対して適切なアドバイスや、抱え込んでいる困難なケースに対しても、共に考え、支援方法を見出す支援を行っていく。そのための自己研鑽も怠らず、自らの資質の向上を図る努力をする。

ネットワーク構築・地域ケア会議

・東地域ネットワーク懇談会の立ち上げから、地域のネットワークを意識して活動してきた成果が多くある。しかし、医療機関とのつながりにおいては、課題を残しており、個別ケースでの関わりに終始している。薬剤師やリハビリ専門職とつながったことで、そこを足掛かりに、医療機関へのアプローチを行っていききたい。

地域ケア会議開催計画 ※下記項目があれば、文章でも可

機能	構成員	開催頻度
個別課題解決機能 連絡調整機能 地域課題発見機能	ケアマネジャー・介護保険 等事業所・民生委員・町内会 老人クラブ等地域住民・行政・社会福祉協議会・生活支援 コーディネーター・医療関係者 その他関係者	8回～10回程度
地域作り・資源開発機能	上記と同様	2回

(4) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

・自立支援を意識し、アセスメントを適切に実施し、本人のストレングスを活用したプランの作成を行う。総合事業に移行し、地域の資源も少しずつ増えている状況の中、有効に活用し、フォーマルサービスに偏らないプランを作成する。事業所などの関係機関との連絡や調整を適切に行ない、本人の状態の変化に適切に対応し、必要に応じて、介護保険サービスからの卒業も意識していききたいと考えている。

(5) 認知症施策の推進

- ・若い世代や、商店とサポーター養成講座や搜索模擬訓練を開催する。
認知症の問題が、自分たちの事としてとらえられるよう働きかけたい。
- ・認知症初期集中支援チームとして、困難なケースに関わりを持ち、個別性を重視し、チームアプローチを行うことで、適切な支援を行っていく。チーム員として、認知症の知識を高め、相談できる場所、地域の社会資源の一つとして定着させていきたい。
- ・認知症地域支援推進員は、地域ケアの啓蒙活動を積極的に行い、小中高生を始め、地域住民に広く認知症の理解が進むための講話を行う。企業や医療機関との連携も昨年同様に行っていく。既存の見守り隊やサポーターと協働で、地域でできる事を共に考えていく。

(6) 在宅医療・介護連携推進

- ・地域の医療と介護連携における課題や情報等の支援を持ち、在宅介護連携部会へ参画する。
- ・医療と介護の連携を意識する。
- ・地域の医療機関との繋がりを意識し、地域ケア会議への参加できるように働きかける。

(7) 生活支援体制整備

- ・総合相談や地域ケア会議、介護予防マネジメント・介護予防支援等を通じて、地域における課題や資源把握に努める。
- ・生活支援コーディネーター、社会福祉協議会等と連携するためには、お互いに情報交換や共に課題に向き合うためのコミュニケーションの場が必須であると考えている。
一方通行にならない為の連携に努めたい。

4. その他（重点的に取組みたいこと等）

一町内会や包括での問題解決は困難で、市と共に政策的にインフラ整備が早急に求められていると考えられる。

若い世代の暮らす地域にも、同居の高齢者が地方から転居してきているケースが多くあり、認知症や介護保険の利用などが身近な問題であることも多い。どこに相談してよいか迷う方や、高齢者自身が外に出る機会が持てない等の課題もある。高齢者夫婦世帯や同居世帯が民生委員の訪問対象から外れていることもあり、問題が複雑化してから包括に相談があるケースが少なくない。早期に繋がる為のアプローチ的なかわりが重要であると認識している。若い世代とどのようにつながり、地域づくりをおこなっていくか、検

討が必要である。

更に高齢者の移動の手段の確保は、免許返納の問題もあり、通院の手段がないイコール生命の危機に直結する問題であり、これについても、市・道・国レベルで取り組むべき問題の一つであると考えている。

高齢者及び認知症高齢者の増加に伴い、単に医療や介護という狭い世界の事ではなく、地域のありようによって、そこに暮らす方の生活の質も大きく変化するという事実がある。高齢者だけでなく、『皆が住みやすい地域』とはどんなことなのか、小さなことから政策レベルの大きなことまで、包括が果たせる役割を今年度も考え実行したい。

専門職としての研鑽

- ・ ソーシャルワーカーとしての視点を持ち、課題に気づく・解決する。更に地域活動を広げることを意識しながら仕事に向きあう。
- ・ 住民エンパワメントを常に意識し、力を引き出す働きかけを行い、活動できる場所の提供や手段を共に考えていけるようにする。
- ・ 研修会の参加の機会を広く求め、自己研鑽を行い、自身の問題解決能力の向上を図り、地域から信頼される人材になる努力をする。

サポートと協働での勉強会を行い、障害領域の理解や資質の向上と連携を共に行ってきたい。

- ・ 医療との連携も不可欠であり、地域の薬局や医師との関係も深めていく。

認知症初期集中支援チーム活動報告

平成30年度 認知症初期集中支援チーム 実施報告

1. 認知症初期集中支援チーム設置状況

(1) チーム員数

平成30年4月1日現在

会議内容	西	しらかば	山手	南	中央	三光	東	合計
チーム員数	3	5	6	6	4	4	4	32

(2) チーム員会議参加者（各チーム員入れ替え制）

位置づけ	参加者	
チーム員	担当ケースのチーム員	
サポート医	北海道メンタルケアセンター	矢上 勝義
アドバイザー	認知症疾患医療センター	頼実 奈美
	苫小牧日翔病院	木賊 弘明
認知症地域支援推進員	苫小牧市南地域包括支援センター	桃井 直樹
	苫小牧市東地域包括支援センター	伊藤 靖代

2. チーム員会議開催状況

(1) 会議開催数および対象実人数

ア 第2・第4火曜日：計19回

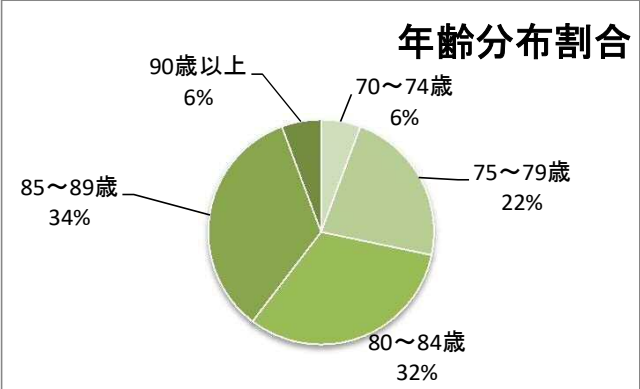
イ 実人数53名

(2) チーム員別会議実施内容

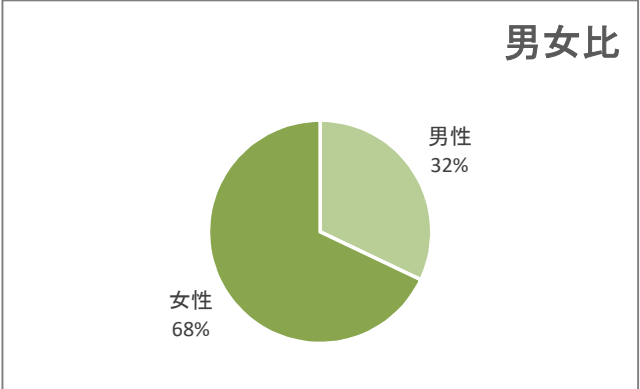
会議内容	西	しらかば	山手	南	中央	三光	東	合計
初回会議	1	6	6	7	6	1	6	33
中間会議				1	1			2
終結会議	4	6	7	7	7	5	3	39

3. 支援者内訳（実人数53名）

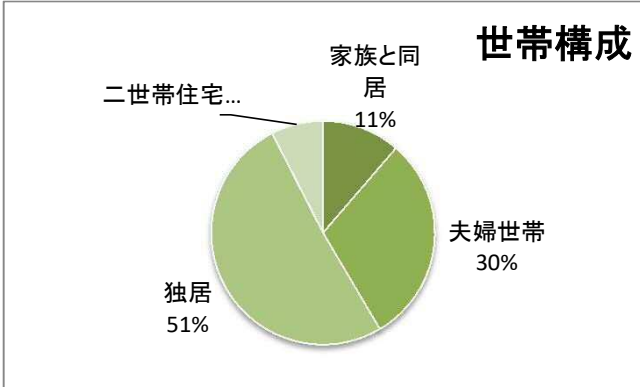
(1) 年齢分布割合



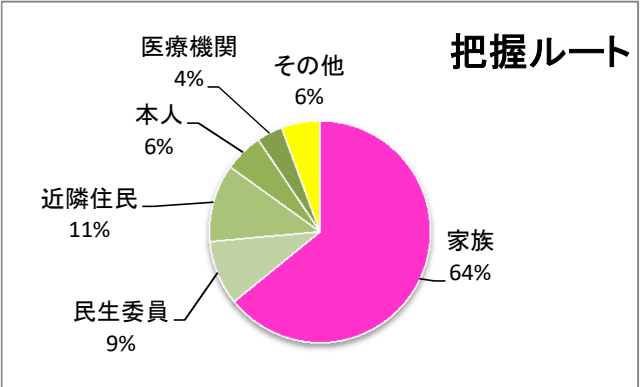
(2) 男女比



(3) 世帯構成

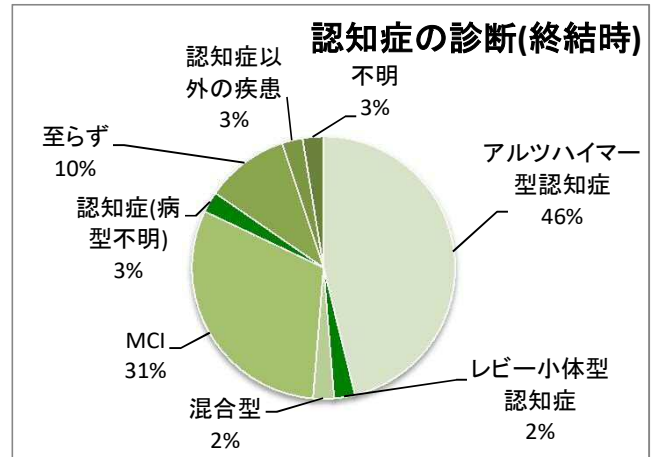
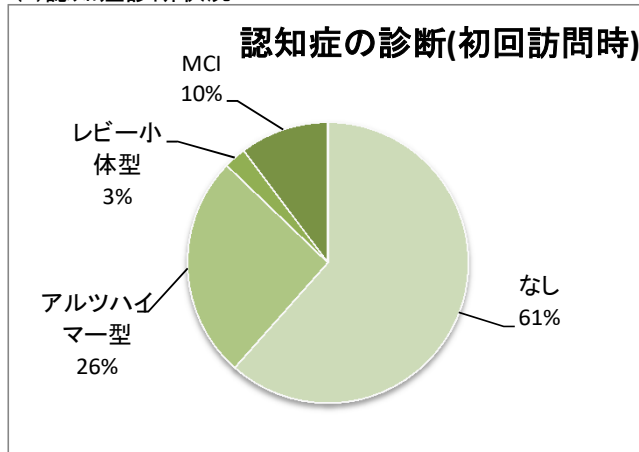


(4) 把握ルート

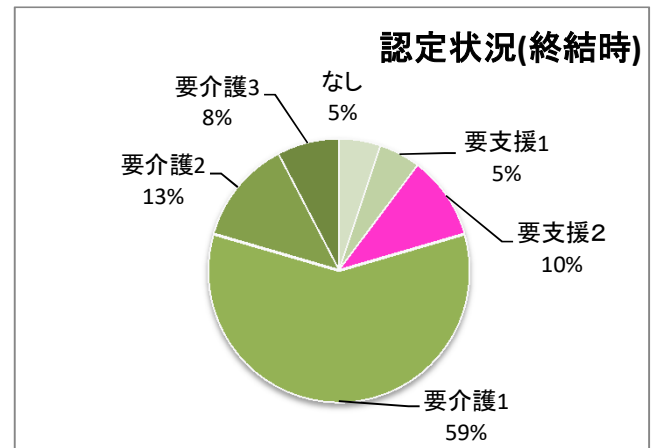
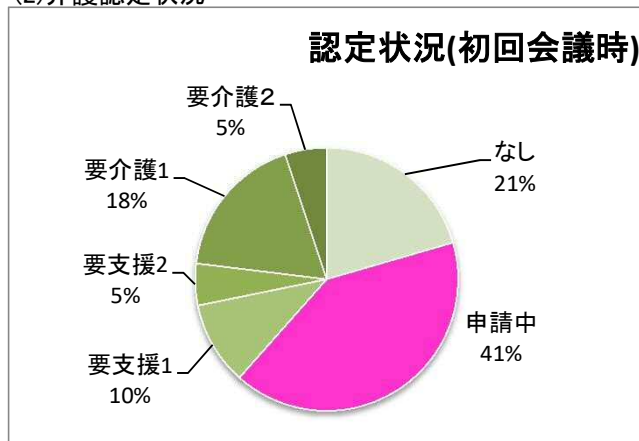


4. 支援終結者支援結果（終結39ケース）

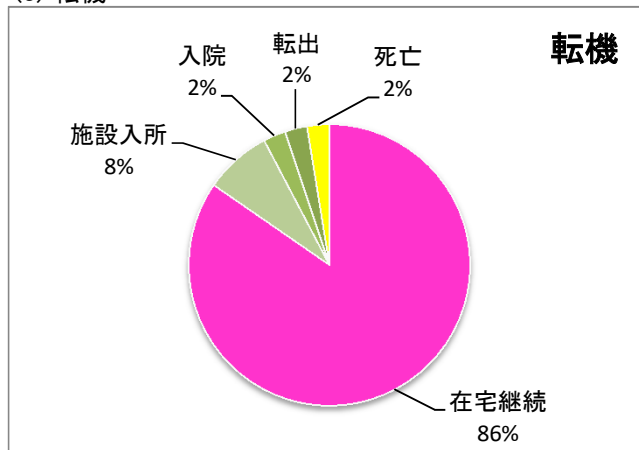
(1) 認知症診断状況



(2) 介護認定状況



(3) 転機



5. 評価

平成27年度より地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを配置しているが、例年対象選定の曖昧さや、チーム員と包括業務の兼務の難しさ、会議開催数や時間確保の問題等が課題にあがっている。平成30年度は会場運営の質の向上として、チーム員入れ替え制とし、1事例15分と限られた時間の中、より具体的に内容検討を行えるよう変更した。また新たにアドバイザーも参加し、包括3職種以外の視点も含めた支援の検討、チーム員の支援の質向上に努めた。

チーム員で対応した内容として、鑑別診断の受診同行、介護サービスや介護サービス外の紹介、免許返納問題、地域の見守り目的の地域ケア会議への展開(8ケース実施)、家族の認知症理解への支援、等様々であるが、そのなかでもほっとカフェ(認知症カフェ)の紹介、認知症ケアパスの活用等、多くの本市の認知症に関する事業を活用した支援を展開されていた。

令和元年度は各チーム員で抱えた事例を他のチーム員も共有できるよう定期的な情報・意見交換の場の確保、マニュアルの改訂等も検討・実施していく。

認知症地域支援推進員活動報告・計画について

平成 30 年度 苫小牧市認知症地域支援推進員活動報告書

西部地区（山手・南・しらかば・西）担当

重点的な取り組み内容

① 認知症の普及啓発の推進、認知症を支える地域づくりへの取り組み

30 年度においては、各担当エリアの圏域地域ケア会議において企画段階から各包括のスタッフと打ち合わせを行い、認知症の人を支える地域づくりという所を、テーマにし取り組みを行った。認知症の普及啓発だけではなく参加者にとってどのような取り組みが有効か、又、現在している活動の再確認、共有をする機会となった。見守り声掛け訓練の実施を行い、参加者に搜索や声掛けの方法などの周知を行った。参加された町内会役員からは来年度以降はさらに多くの地域住民にも参加して貰い、対応方法などの勉強をした方が良いなどの主体的な意見も聞かれたので、地域性もあるので町内会単位など狭いエリアでの実施地域を増やす事で支える地盤作りになると思う。

普及啓発の一つとして、介護予防教室や長生大学等の講義、苫小牧民報への認知症に関する記事提供なども継続して行った。

② 認知症を支える人材の発掘、ボランティア団体との連携

30 年においてはこれまで取り組みが困難だった中学校での認知症サポーター養成に取り組む初年度となった。事前に学校校長との連携を行い事業の理解して貰う事でいくつかの中学校が取り組みに参加してくれる事となった。今年度の実施を元に次年度以降の更なる広がり期待が出来る。

実施に関しては、計 4 中学校の実施となり、東西の推進員で分担を行い実施したがそれぞれの学校の規模や雰囲気異なる事や、実施する学校側も慣れていない取り組みという事もあり、臨機応変に実施する必要がある、事前の打ち合わせなどが必要で当面は推進員が主体的に行う必要があるとも感じた。小学生から中学生と定期的に継続学習をする事で認知症という病気を身近に感じて貰えると感じる

認知症本人が参加する養成講座も初の取り組みとなった。高校生認知症サポーター養成時に社協やキャラバンメイトと協力し実施する事が出来た。認知症の本人が講座に参加しサポーターにどういった事をして欲しいかなど具体的な意見を上げ、それを元にサポーターとしてどんな対応が出来るか考えて貰う事が出来たよい機会となった。

見守りたいに関しては養成のみに留まっており、その後という所に関しては各包括の地域住民向けの活動や圏域地域ケア会議等の参加などが想定されるが、圏域会議といっても町内会単位等の実施が有用という事もあり、見守りたいの居住エリアや地域性もあり一緒にくたにする事も出来ないという事もあり、今後の課題と感じた。

③ 認知症カフェへの支援

連絡会議では各カフェの現状や困っている点の共有を行ったが、カフェごとに特色がありそれにマッチする参加者が増えて行っている状況。カフェによってはサポーターの活用が出来ている所や出張カフェなど新たな取り組みをしている所があったりと、カフェの規模や運用形態によって柔軟な動きが増えてきている。個別支援の中でカフェに繋げたり、地域住民に対してカフェの周知、カフェ実施に参加し個別の相談に応じるなど後方支援を行った。

④ 各種認知症の関係する会議や集まり、取り組みへの参画

地域ケア会議に9回、初期集中支援チーム員会議に15回、若年性認知症の会や若年性認知症フォーラムなどに参加し推進員として認知症者の現状や地域展開をする必要性を感じる事が出来た。

チーム員会議の事例では本人を支えていくのには家族の認知症の理解が必要な事や、地域の様々な人や銀行、郵便局などの金融機関、コンビニ、関係機関などが本人に関わっている事や、認知症になる前に町内会や老人クラブ様々な地域活動に参加していた経過があるので、そういった集まりに参加出来ている元気な内に認知症について学び自分事として捉えて貰い、周囲の人が認知症になった時には早期に気付ける事や支えられる様に学ぶ機会が重要であると、実際の個別事例検討に参加する事で実感出来た。

令和元年 苫小牧市認知症地域支援推進員活動計画

西部地区（山手・南・しらかば・西）担当

重点的な取り組み内容

- ① 認知症の普及啓発の推進、認知症を支える地域づくりへの取り組み
認知症フレンドリーカレッジ（NFC）を開催し、認知症について広く学ぶ場を提供し、自分の出来る範囲で周囲の認知症の人を支える事が出来る人材育成を行う。
月1回2時間、5カ月間講座を開催。西部地区包括との協働を行い認知症声掛け訓練を実施し、参加者それぞれの圏域包括との顔繋ぎの場とし、各包括が地域展開を図る際に連携が深めやすい様な内容を実施する。
認知症になっても安心して生活する為に各包括支援センターと協働し、地域ケア会議等企画段階から協力をし、地域展開を進める事で町内会や各種団体との連携強化を行う。
普及啓発として、長生大学などの高齢者、地域住民が多く参加する集まりへの出前講座
苫小牧民報への認知症に関する記事提供なども継続して実施する。
- ② 昨年より実施した中学校での認知症サポーター養成の実施。学校の規模や雰囲気が異なる事もあり事前の準備が必要、徐々に参加の中学校が広がり市内全校で取り組みが出来る様に協力を行う。
認知症の本人が参加する認知症サポーター養成講座を高校生対象に実施、従来の認知症知るという事に付け加え自分たちは何が出来るかなどを考えて貰う機会を作っていく。
- ③ 認知症カフェへの支援
各カフェの実施方法なども固定化されている状況があるがコーディネートを進めて行く為に依頼に応じてカフェの打ち合わせにも積極的に参加し、方向性の共有を行う。
連絡会の開催も継続して実施する
- ④ 各種認知症の関係する会議や集まり、取り組みへの参画
若年認知症専門員研修に参加し、若年性認知症への理解を深め、支援スキルの向上を行う。
ひまわりの会等の集まりに可能な限り出席し連携強化を図る。
- ⑤ 介護者支援の強化
個別ケースの中で介護者に対する支援、フォローが必要なケースも増えている事もあり介護者同士がピアカウンセリングが出来る機会の提供や認知症を持った本人が参加し役割を持てる企画を考え実施する。

平成 30 年度 苫小牧市認知症地域支援推進員活動報告書

東部地区（中央・三光・東）担当

業 務 内 容	累計件数（準備・調整）
地域包括支援センターとの連携	17 (2)
主任ケアマネジャー部会、ケアマネジャー支援	7 (1)
認知症疾患医療センター、医療機関との連携	1
地域密着型サービス事業所運営推進会議への参加	20
苫小牧認知症キャラバンメイトへの協力	9 (3)
認知症高齢者の徘徊模擬訓練の実施	5 (6)
認知症カフェ支援（コーディネート・連絡会議等）	11 (1)
地域の人と家族を支える資源マップの普及	6
若年認知症の理解を目的とした交流会等支援	0
介護事業所職員向け学習会の開催	1
認知症に関する講演会等への協力	2
認知症初期集中支援推進事業 チーム員会議への参加	17 (1)
地域ケア会議への参加	16 (3)
その他（多職種連携、講話、認知症研修会等への参加）	69 (10)
合計	181 (27)

< 重点的な取り組み内容 >

① 認知症高齢者搜索模擬訓練

・10月に三光地域包括支援センターと双葉町内会、住吉・泉町内会が認知症サポーター養成講座と搜索模擬訓練を実施した。更に11月には双葉町内会、2月には住吉・泉町内会と搜索模擬訓練の振り返りと認知症に関わる会議に参加した。三光圏域では認知症見守りたいの方達の参加が多く、積極的に発言し、地域活動にも参加している。

・東地域包括支援センターで認知症サポーター養成講座と搜索模擬訓練を北栄町内会と共催で実施したいと働きかけたが、なかなかうまくいかなかった。北栄町の特別養護老人ホーム沼ノ端はくちょう苑の地域交流室を借り、グループホームほほえみの酒井氏に講話を依頼して、サポーター養成講座と搜索模擬訓練を開催。地域住民の参加が少なく、「自分ごと」として受け止めてもらうには今後も地域への働きかけが必要だと強く感じている。特に東圏域は若い世代が多く関心を持ってもらうにも、町内会や学校との連携について工夫が必要。

・苫小牧警察署生活安全課は搜索模擬訓練に必ず参加してくれている。苫小牧警察署とはその他の部署とも連携する機会が増えてきている。

② 地域ケア会議への参加

・各包括とも地域ケア会議の開催回数が増えてきており、それに伴って地域住民、専門職とも参加人数が増えてきている。認知症や多問題家族の事例が多く、今後も推進員として地域ネットワークの構築や多職種連携への働きかけをもっと積極的に行っていきたい。

③ 認知症初期集中支援チーム員会議への参加

・チーム員会議に作業療法士の木賊氏、認知症医療疾患センター長の頼実氏が参加してくれることでいろいろな視点で意見交換がされるようになっているが、推進員として何を発言すべきかを迷うことも多かった。一包括ずつ会議を行うようになったため、他包括のケースと一緒に学ぶ機会が減ってしまい、部会をうまく活用できなかったのが反省点である。今後も行政と話し合いながら、推進員としてどのようなコーディネートを行っていくかを検討したい。

④ 認知症カフェ支援

・3月にほっとカフェ連絡会議を開催した。少しずつ包括や居宅からの紹介も増えているとの報告はあったが、居宅ケアマネへの周知不足を感じており今後の課題となっている。カフェに参加し、地域の方と交流を図っているが、当事者、ご家族が参加しやすいカフェと認知症予防に力を入れているカフェそれぞれに居心地良く利用できるカフェが理想である。「サポーター・見守りたい・認とも」の需要が今後更に高まってくると考えられるため、認知症予防でカフェに参加している方にも「支える役割」としてカフェに来てもらえる働きかけが必要。

⑤ 普及、啓発活動（認知症サポーター養成講座・ケアパスの配布・見守りたい）

- ・個別の地域ケア会議から、スーパーでも認知症の方に対する理解が必要なのではないかとの意見が出て圏域のスーパーに働きかけたが、1店舗での実施については従業員の体制など難しい面もあり、フランチャイズ本部への働きかけが必要と感じた。
- ・小学校、中学校、高校でサポーター養成講座を開催し、講話、劇、グループワークなどを通じて子供たちに理解を深めてもらっている。今後は理解を深めるだけでなく、子供たちにも役割を持ってもらうことや体験的な勉強会が継続的に行われるよう、働きかけが必要と考えている。
- ・介護予防教室で認知症ケアパスを説明しながら配布した。今後も継続的に行う。
- ・郵便局の職員向けに認知症講話とグループワークを開催した。郵便局での講座も継続的に行えるように行政と協力していく。
- ・お寺の檀家の高齢化、町内会や老人クラブの活動には参加していなくてもお寺の行事には参加しているとの声があり、中央包括圏域の正光寺で来年度開催を計画。

- ・認知症見守りたい養成講座を行政、各包括、西部地区の推進員と協力しながら開催した。年々受講者が増えてきており、関心の高さが伺えた。

⑥ 多職種連携

- ・月に1回開催している「とままちカフェ」には薬剤師やリハビリ専門職等の参加も継続しており、事例検討会やワールドカフェなどで交流を深めている。とままちカフェに参加している専門職に協力を依頼して、介護の日に「えがおの花咲く写真展 in 苫小牧」をイオンで開催した。

⑦ その他

- ・苫小牧市の認知症施策についてのアンケートを居宅介護支援事業所のケアマネジャーに行った。結果を元に来年度の活動に活用したい。

令和元年度 東部地区認知症地域支援推進員 活動計画

＜東部地区の方針＞

- ・中央、三光、東圏域の認知症の方やその家族が住みなれた地域で生活が継続できるように、医療、介護等の専門職・地域住民・企業とのネットワークを形成していきながら見守りや支援体制を構築していく。
- ・認知症に対する普及啓発活動を継続し、理解を深めてもらうことで地域住民が主体的に活動できるような仕組みづくりを行なっていく。
- ・各包括と連携を図りながら、それぞれの地域で人が人を支える温かい地域になることへの基盤作りを継続する。また地域と専門職との横のつながりを強化していく。
- ・認知症初期集中支援チーム員会議や地域ケア会議に参加し対応方法や社会資源等の提案、地域と専門職とのネットワーク構築支援に力を入れる。

＜重点的な取り組み内容＞

①地域包括支援センターとの連携

- ・地域包括支援センター連絡協議会や管理者会議に出席し、それぞれの包括と地域ケア会議、地域活動について情報提供や情報共有を行う。
- ・地域包括支援センターの社会福祉士と兼務であることを活かし、社会福祉士部会とも連携しながらネットワークの構築を行っていく。
- ・地域性を生かした連携、各町内会の特色を生かした連携がスムーズに行えるように生活支援コーディネーターと協力する。

②認知症高齢者搜索模擬訓練の実施

- ・三包括、町内会、民生委員、警察と連携を図りながら地域住民へ認知症の理解を推進する。
- ・高齢者搜索模擬訓練を通じてネットワーク作りがスムーズに行えるようコーディネートを行う。地域の実情に応じて、搜索模擬訓練について理解が深めやすくなるよう実施内容の工夫を行う。

③認知症カフェ支援（カフェ訪問交流、講話、広報活動、連絡会議主催）

- ・各カフェで気軽に情報交換や課題が共有できるように連絡会議を開催する。
- ・各カフェの主催者ともっと話し合う機会を多く持ち、認知症の事を身近に感じてもらえるような運営について推進員に相談してもらえるような関係を作る。
- ・認知症当事者の声を引き出しながら新たな社会資源を発掘、開発できるようにする。

④地域の人と家族を支える資源マップの普及

- ・認知症ケアパスの普及を行い、当事者や家族が知りたい情報が定期的に更新されるように、当事者や家族から意見を聞く機会を作る。
- ・介護予防教室や地域の認知症講座、認知症サポーター養成講座でケアパスを説明しながら配布する。

⑤認知症講話（キャラバンメイトへの協力）

- ・地域向け、学校向け、専門職向け等幅広く認知症を正しく理解してもらえるように、それぞれの立場に合わせてわかりやすく伝える。
- ・講座だけで終わることの無いようにボランティア活動や「認知症見守りたい」、SOSネットワークの登録など社会資源に繋がれるようコーディネートを行う。
- ・生活支援コーディネーターとも協力し合いながら地域の見守り活動、パトロール隊の普及などの活動を継続して行う。
- ・駒沢高校で全校生徒向けの認知症講話を行う。
- ・6月～10月まで5か月にわたって認知症フレンドリーカレッジを開催する。

⑥認知症初期集中支援チーム員会議への参加

- ・初期集中支援チーム部会と協力、連携を図り、研修会等の企画、提案も行う。
- ・チーム員会議に参加し、適切な社会資源に繋がれるよう助言を行う。
- ・ご本人、ご家族への対応や環境整備についても提案していけるよう自己研鑽を行う。

⑦地域ケア会議への参加

- ・三包括の地域ケア会議には積極的に参加し、各包括と連携を図りながら地域とのネットワークが構築できるよう協力する。

⑧多職種連携

- ・認知症介護指導者の釜谷氏と協力しながら、月に一度とままちカフェを継続的に開催する。
- ・2019run 伴とまこまい実行委員、えがおの花咲く写真展の開催を通じて多職種が参加できるよう働きかける。認知症や介護についてたくさんの人に理解や興味を持ってもらえるような企画を行う。
- ・医療福祉関係者だけでなく、幅広くネットワークの構築ができるよう学習会や広報活動を行う。昨年度行ったケアマネジャー向けのアンケート結果を生かし、認知症施策についての理解や活用について説明する機会を作りたい。
- ・苫小牧中央図書館にて9月の世界アルツハイマーデーに合わせた認知症普及啓発のイベントを開催する。
- ・お寺と連携しながら認知症普及啓発活動を行う。