

※濃い色のセルは重点項目です。

	事業名	基本方針	計画
総合相談支援業務	総合相談支援の実施	<p>高齢者本人や家族、地域のネットワーク等を通じた様々な相談をうけて、3職種が情報を共有し、総合的に対応できる体制とします。具体的には、寄せられた多様な相談の内容や実態把握をもとに、専門性、継続性、または緊急性があるかどうかの判断を行い、相談内容に即したサービスや制度に関する情報提供や関係機関への紹介などにより高齢者本人や家族が、自ら解決できるように支援を行います。また、継続的、専門的な相談が必要な場合は支援を計画し、適切なサービスや制度につながるなど支援を行います。</p> <p>また、複雑化・複合化した課題を抱える世帯(ヤングケアラー等)に対しても適切な支援につながるよう、関係課や関係機関と連携し対応します。</p>	<p>相談件数は増加の一途であり、その内容も多様なものとなっています。高齢者本人に限らず、その生活を支える家族にも何らかの課題があるケースも増加傾向にあります。寄せられた相談においては緊急性を適切に判断した上で、3職種がそれぞれの視点を活かして協議し、より効果的な支援が展開できるよう努めていきます。生じている問題がある程度解消に至ったケースにおいては、事業所内で状況の整理、問題の再確認を行った上で適切に終結の判断を進めていきます。</p> <p>また、本人や家族と関わる中で、家族自身に問題が生じている場面を発見した際は、関係課や関係機関と適切に連携し、その解決に当たります。</p>
	ネットワークの構築	<p>担当地域の民生委員等、関係者と信頼の置ける関係を作り、情報・相談が寄せられやすい、身近な地域包括支援センターになるよう努めます。支援を必要とする高齢者を早期に見出し、適切な支援につなぐとともに、継続的な見守りや更なる問題の発生の防止に努めます。</p>	<p>個別ケースの支援を通して、民生委員、地域住民等と連携を図り、より早期のうちから情報・相談が寄せられやすい身近な地域包括支援センターを引き続き目指します。また、これまでに関係が構築されているネットワークに加え、新たな機関、民間企業等への啓発を進め、ネットワークの拡大を図っていきます。</p>
権利擁護業務	高齢者虐待の相談対応	<p>ケアマネジャーや介護サービス事業所、医療機関などの関係者また民生委員などの地域の関係者などからのさまざまな相談の中から、高齢者の権利侵害を見落とさないよう、情報を共有し、早期発見に努めます。また、虐待事例については、受付記録を作成し速やかに栗東市と情報共有し、その現状から深刻な事態に陥らないよう問題解決を図るとともに、栗東市高齢者虐待対応マニュアルに基づき、栗東市が主催する会議等に出席します。</p> <p>なお、高齢者虐待防止法における、養護者に該当するか判断が難しいケースにおいても、市と相談をし、場合により高齢者虐待防止法の取り扱いに準じた対応を行います。</p>	<p>虐待の早期終結を目指し、より効果的な支援計画の策定を進めます。介入においては引き続き複数職種で対応し、職種ごとの視点や専門性の違いを活かして支援を展開します。また、虐待の認定には至らなかったケースにおいても、生じている問題を分析しその解決を図るべく、支援を継続します。虐待対応としては終結となった後も状況の確認を継続し、その再発を防いでいきます。</p> <p>南部・甲賀圏域5市総合相談・権利擁護担当者連絡会議への出席を通して、他市と情報交換を行い、得られた知見を権利擁護業務ならびに他業務に活かします。</p>
	高齢者虐待の防止・啓発	<p>担当地域において介護サービス事業所や民生委員等、関係者に対し高齢者虐待の通報義務についてや相談窓口の周知のための啓発活動を行います。また、高齢者虐待防止・早期発見のための啓発を実施します。</p>	<p>ケアマネジャーへの全体研修を年2回程度行います。また、介護保険サービス事業所や民生委員等への研修を行います。</p> <p>研修や、診療所、薬局、介護サービス事業所、民生委員等への啓発を通して、より早期からの相談を受け、早期発見できるよう努めていきます。</p>
	高齢者制度の権利擁護と利用	<p>認知症本人や独居高齢者、高齢者のみの世帯の増加など、自分では権利を守ることの困難な高齢者が、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などを積極的に活用できるよう支援し、高齢者の生活の維持を図ります。</p>	<p>成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用を希望される方がスムーズに利用開始できるよう支援します。なお、利用の支援においては、制度を利用することで生じる生活の変化を十分に説明し、適切に制度利用に結びつけるよう努めます。</p> <p>また、ご自身ではその発信が難しくなっておられる方へ早期に支援を開始できるよう、引き続き民生委員や関係機関との連携を継続します。</p>
	消費者被害の防止	<p>消費者被害の相談内容について、消費者相談窓口または関係機関への情報伝達と適切な対応により被害を未然に防ぐよう支援するとともに、被害の回復のための関係機関を紹介します。また、消費者被害に関し、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等関係者への情報提供を行います。</p>	<p>消費者被害の相談を受けた場合には速やかに関係機関と連携し、被害の解決を図ります。また、他市、他府県での事業を積極的に情報収集し、民生委員や介護保険サービス事業所、関係機関との共有・啓発を図りその発生の予防に努めます。</p> <p>民生委員、地域住民等へ啓発物品の配布等とおし、消費者被害に対する注意喚起を継続します。その際は栗東市内・近隣他市で発生している消費者被害の情報を提供し、予防を図っていきます。</p>

	事業名	基本方針	計画
継続的ケアマネジメント業務 包括的・	関係機関の連携体制構築支援	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、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築するとともに、介護支援専門員と地域の関係機関の連携が深まるよう支援する。	栗東西中学校区内居宅介護支援事業所のケアマネジャーと「ケアマネジャー・ネットワーク会議」を開催し、連携体制の充実に必要な機関を挙げ、連携の推進に向けて一緒に検討していきます。
	ケアマネジャー同士のネットワークづくり	ケアマネジャー同士のつながりを構築することで、職務の質の向上や課題の共有及び解決ができるよう、介護支援専門員連絡会・代表者会議の企画・運営などへの協力や、他機関との交流などの場の提供を行います。	「ケアマネジャー・ネットワーク会議」では、ケアマネジャー同士のつながりや職務上の課題の共有及び検討をすすめます。必要時は介護支援専門員連絡会・代表者会議などで前向きな意見として取り上げていきます。 今年度は災害・感染症のみならず、ケアマネジャー自身が動けなくなる事態を想定して(特に一人ケアマネ事業所等)BCPの観点から、圏域内居宅介護支援事業所で何か協力し合えないか検討を予定しています。
	ケアマネジメント力向上の企画・運営	ケアマネジャーの日常業務の実施に関して、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行います。また、ケアマネジャーが受け持っている支援困難事例について、ケアマネジャーが問題解決に対処できるよう、3職種による多面的な後方支援を行ったり、支援チームの一員として個別のケアマネジメントを支援したりします。また、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実践力向上を図るための事例検討会等の企画・運営をケアマネジャーと共に進めます。	ケアマネジャーが相談しやすい環境を整え、相談に対して丁寧に聴き取りをし、翌朝の朝礼にて3職種の視点の違いを活かして課題の整理を図ります。また、支援においては担当職種を適切に選定し、必要時は二人体制で対応します。 「ケアマネジャー・ネットワーク会議」を地域課題発見の場として、または高齢者の自立支援向上の場として今年度も事例検討をしていきます。 例外給付検討会議に出席しサービス内容が自立支援になっているか、そのほかに解決方法がないかどうかを他の専門職とともに検討します。
ケアマネジメント業務 介護予防	介護予防ケアマネジメント業務	対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、対象者の意欲を引き出し、自主的に取組みを行えるように支援します。また、ケアマネジメント実施については、積極的に地域の様々な社会資源を活用し、対象者が地域において、いきがいや役割を持ち、活動性が高められるよう努めます。なお、居宅介護支援事業所に委託している要支援認定者等のケアマネジメントについては、ケアマネジャーからの報告・相談を受けながら、ケアマネジャーの作成したプランを元にサービス担当者会議等で自立支援を促すプランの共有を行ってまいります。	利用者の主体的に取り組める計画を立てる為、アセスメントの際、利用者の興味や関心事、利用者が自宅や地域で活躍できる役割を意識して聴き取りを行い、意欲の引き出しと活動性を高めるケアプラン作成を目指します。 介護保険サービスの他、利用者に関係する社会資源や地域資源を活用した内容をケアプランに取り入れることを意識します。社会資源や地域資源の情報収集について、昨年情報を踏まえ、訪問など地域へ出向く際、引き続き情報収集を意識していきます。 介護保険法や介護予防ケアマネジメント実施におけるマニュアルを基に、制度について適宜地域包括支援センター内で情報の共有と理解を深めます。得られた情報などは一昨年に作成した介護予防ハンドブック(栗東西包括内用資料)に集積し、活用をとおして準備時間の短縮を図ります。 居宅介護支援事業所に委託したケースについては、初回のサービス担当者会議出席に出席し、作成されたケアプランが自立支援に資するものかを確認し、必要時は助言します。

	事業名	基本方針	計画
認知症施策推進業務	認知症の正しい理解に関する普及啓発	地域住民や関係機関等が認知症本人や家族を地域の中で支え、関係機関と見守り、認知症本人が希望を持って暮らせる体制を構築するために、認知症地域支援推進員が学校や職域を中心に認知症に対する正しい知識・理解の普及と本人発信支援を行います。また、認知症キャラバン・メイトと連携・協力し、認知症サポーター養成講座を活用した取組みを行っていきます。 さらに、毎年9月をアルツハイマー月間(認知症月間)と位置付け、認知症の正しい理解と本人発信に関する普及啓発の場として市役所・図書館啓発活動を行います。	認知症の正しい理解をさらに普及し、地域における温かい見守りや協力の体制がより広がるよう、認知症サポーター養成講座や個別の啓発を含め、地域住民や学校・企業等への啓発を積極的におこないます。企業に関してはさらに連携体制を構築できるよう、企業種別でアプローチ方法を検討していきます。認知症サポーター養成講座については、前年度に引き続き対象者に合わせて内容を変更する等し、より理解を深めてもらえるよう努めます。 アルツハイマー月間に図書館や市役所内等でおこなう啓発活動についても、キャラバン・メイトと協働しながら、新たな啓発の場所・方法・手段を検討しつつ、地域住民により関心を持ってもらえるよう取り組んでいきます。
	認知症本人や家族等への支援	認知症本人や家族が、認知症の進行状況にあわせ適切なサービスが選択できるよう、栗東市において作成した認知症ケアパスの周知や、認知症本人や家族の他、民生委員等の地域住民、ケアマネジャー等支援者から認知症の相談があった際に、地域包括支援センターの相談窓口にて個別に相談に応じます。また、認知症カフェや地域サロン等の地域の身近な居場所を通じて、地域包括支援センターの相談支援につながつたり、認知症本人や家族等のニーズの把握・解決を行ったりできるように、認知症地域支援推進員がチームオレンジコーディネーターとしてキャラバン・メイトや居場所スタッフ等と協力し、連携体制の構築と機能強化に努めます(チームオレンジの構築)。これら取り組みを通じて、居場所を先駆けとして「新しい認知症観」に立って認知症本人の社会参加や認知症バリアフリーを促進し、住み慣れた地域で希望を持って暮らすことの実現を目指します。居場所を必要とする認知症本人や家族に対しては、認知症カフェなどを情報提供し、参加を希望する場合には参加ができるよう支援します。 個別相談において、認知機能の低下が疑われ、医療機関への受診が必要な場合には、本人の症状や生活の様子等を「医療機関受診連絡票」にまとめ、かかりつけ医等に正確に情報提供を行います。また、認知症本人に関わりのあった地域住民や日常生活において利用していたスーパーマーケットや商店などが、認知症になっても本人を温かく受け入れてくれるよう、それぞれに対し本人理解の促進を図ります。	個別相談に対しては、医療機関等の関係機関と連携し、必要に応じて認知症ケアパスや医療機関受診連絡票等の個別に合わせたツールも用いながら、本人や家族が出来る限り見通しを持ち不安が軽減されるよう支援していきます。ニーズに合わせて認知症カフェ等の居場所に繋がる支援も意識しておこない、本人や家族が孤立しないよう努めます。そして、本人に関わりのある地域住民やスーパーマーケット等の企業等、地域で本人を支える一員となっている人物とも可能な限り接点を持ち、地域全体で認知症の人をより見守り支えられるような体制づくりにも努めます。 認知症カフェについては、より地域で活性化するよう運営面でも市や居場所スタッフ、キャラバンメイト等と検討・協働したりすることにより、チームオレンジの構築に向けても取り組んでいきます。
	認知症初期集中支援チーム員活動	認知症本人や家族等が抱える多様な問題を解決し認知症本人が地域で自分らしく暮らせるために、特に認知症の初期段階または支援介入の初期段階等において、より専門的な助言や技術的支援が必要な場合は、認知症地域支援推進員座談会にて相談ケースとして共有したのち、市が設置する認知症初期集中支援チームを活用しチーム員として活動します。多職種と連携して、認知症本人の行動・心理症状に対するアセスメント、本人・家族等への具体的な対応方法等、日常生活を支える支援を栗東市と検討・連携して行い、チーム員活動終了後はその実践をその他多くの認知症本人や家族等の支援にも活かせることがないか検討し、チームとしてのアセスメント・支援方法の蓄積を行います。この蓄積から得た「見立てシート」「計画書」等のツールを用いて、認知症本人が地域で本人らしく暮らせるよう、サービスを中心としたさまざまな支援方法をより幅広い視野で検討・実践することで、本人や家族等が抱える多様な問題を解決します。 また、認知症地域支援推進員がそれら認知症のケース対応を各圏域に持ち帰ることで、包括職員全体のケース対応のスキルアップにつなげます。 さらに、地域包括支援センターが実施する相談支援等での多職種の繋がりが、初期集中支援チーム員の取組みへの理解や支援の輪が広がっていくことを目指します。	地域包括支援センターが支援をおこなっているケースやケアマネジャーから相談が入ったケースにおいて、認知症初期集中支援チームでの介入が望ましいケースを挙げ、多職種の視点を取り入れながら、認知症本人と家族に対し、より個別性のある支援の検討・実施に努めます。既存のツールを用い、より細かな観点による情報収集を心がけることにより、対象ケースの分析やニーズの把握を丁寧に行います。介入の判断に悩むケースにおいては相談ケースとして挙げ、多職種からの助言をもとに支援を進めていきます。認知症の相談対応において実施した様々な支援方法やアプローチ方法等については地域包括支援センター職員内においても共有し、今後、他のケースにおいてもより質の高い支援に繋がるよう、職員のさらなるスキルアップを目指していきます。
	認知症キャラバン・メイトの活動支援	栗東市と連携して認知症キャラバン・メイトの活動のバックアップを行い、キャラバン・メイトの活動の拡充と展開につなげます。特に認知症キャラバン・メイトの自律を促せるよう、キャラバン・メイト連絡会やキャラバン・メイトの活動先においては認知症地域支援推進員が調整役(グループワークにおけるファシリテーターやチームオレンジにおけるコーディネーター)を務め、認知症キャラバン・メイトの思いを引き出し、「新しい認知症観」に立って認知症キャラバン・メイト活動の創出や発展につなげます。	キャラバン・メイト連絡会に出席し、グループワークに入る中で、キャラバン・メイトの思いを抽出します。その中で、今後もキャラバン・メイトが主体的に活動していけるよう努めるとともに、活動内容がより拡充するよう共に考えていきます。

	事業名	基本方針	計画
介護連携業務 在宅医療・	市民への啓発	大切な人や自分の最期を考え「生き方を見つめる」集い～生き方カフェ～を通じて、人生の最終段階に自分らしい逝き方を選択できるよう、在宅医療や療養・看取りについての啓発を行います。また、出前トークで在宅療養、介護サービス、未来ノート、人生会議等の啓発を行います。	未来ノート、在宅まるわりの出前講座について引き続き取り組みます。内容の本筋は押えながらも、申込者に応じて内容を一部追加・修正し、より「我がごと」として考えるきっかけとなるよう努めます。 ACPIについてはさらなる普及を図るべく地域住民や民生委員、関係機関への啓発を継続します。また、生き方カフェの開催については、参加者がより主体的にテーマに取り組める内容とし今年度も開催します。 シーズンごとに起こりうる健康障害の予防啓発を引き続き行い、市民の健康の維持、介護予防を図ります。
	関係機関との連携	栗東市の主催する多職種による事例検討会や研修会に参加し、高齢者が人生の最期まで住み慣れた地域で暮らし続けるための医療・介護連携における課題解決のための連携に努め適切な支援につなげます。	個別ケースの連携を通して、連携体制のさらなる構築・深化に努めます。栗東市が主催する多職種による事例検討会や湖南圏域病院連携検討会議の出席を通して、個別ケース外での連携を図ります。
備事業との連携・協力 生活支援体制整備	地域資源の有情報や共有	総合相談や地域包括ケア会議等において把握された地域の実情や社会資源について地域ささえあい推進員等へ情報を提供するとともに、地域ささえあい推進員等から地域の助け合いや集い場等の情報をもらい個別支援に活かします。	地域ささえあい推進員と協議(1回/2か月)の中で栗東西圏域の社会資源や特性を共有します。 個別ケースの支援や地域ケア会議等で挙げた課題について、地域支え合い推進員と共有しその解決を図ります。
	地域課題の把握と	総合相談や地域包括ケア会議等において把握された地域課題について地域ささえあい推進員等へ情報を提供します。課題解決に向けた社会資源が創出されるよう、地域ささえあい推進員等と協力し検討します。	地域包括支援センターが対応する個別ケースや個別地域ケア会議で挙げてきた課題を地域ささえあい推進員と共有し、その解決を図ります。また、既存資源では解決困難な場合は、解決に向けて新たな社会資源が創出できないか、その継続性も視野に入れ検討します。
	住民同士の新たな生活	個別支援において地域での市民活動(つどい場や助け合い等の活動)について支持するとともに、新たな活動を興そうとしている人等がいる場合には、地域ささえあい推進員等につなぎ、新たな活動が起きるよう協力をします。その際、新たな活動が地域に根差したものとなるよう、個別のケース等から得た地域の実情を地域ささえあい推進員等へ情報提供し、ともに検討します。	地域ささえあい推進員との情報共有や地域サロン等へ出席し、地域の活動を支援していきます。個別ケースの支援の中で、市民活動の担い手となりうる人や新たな活動を興したいと思われる人がいる場合、地域ささえあい推進員等と協働しその活動を支援します。
地域ケア会議	個別地域ケア会議	個別事例の検討を通して、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活が継続できるよう、専門職や地域の支援者が協力して個別課題解決に向けた協議をする場として個別地域ケア会議を開催します。	個別ケースの支援の中で、公的なサービスのみでは解決できない課題の有無を評価します。高齢者本人がその人らしい生活を継続できるよう、課題によっては関係する機関、地域住民、民間企業等に打診し個別地域ケア会議の中での協議、役割分担等を通して解決を図っていきます。
	圏域地域ケア会議の開催	「個別支援の実践より地域包括ケアシステムを考える会」において、市や地域ささえあい推進員とともに、個別の実践から地域包括ケアシステムの理念である「本人らしい暮らしを続けられるには」をテーマに課題を整理するとともに、その解決策についても模索し、包括支援センターでできることについては地域包括支援センターで取り組みます。また、地域包括支援センターで解決できないことについては、市や、ささえあいサポーター等(特に生活支援体制整備事業で実働的役割を担う者)、関係機関と課題の共有・検討を図ります。	個別ケースの支援の中で見えてきた地域課題に対し、より早期な解決が必要と思われる課題に対し、地域ささえあい推進員とともに解決策を模索します。また、既存の社会資源等での解決が難しい場合には、市や関係機関との共有を積極的に進め、その解決を図ります。
	地域包括ケアへの参画	圏域地域ケア会議において把握された地域課題について、地域包括ケアシステム推進会議にて報告を行い、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組について市や各関係機関と協議を行います。	圏域地域ケア会議で把握し、地域包括支援センター内で検討してなお解決困難な課題については、地域包括ケアシステム推進会議にて報告し、市や関係機関とともに協議検討を行います。