

令和8年度 栗東地域包括支援センター 年間計画

資料⑨

※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	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よう支援を行います。 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。	・包括に寄せられた多様な相談を、3職種が緊急性や専門性の要否を判断しつつ、高齢者ご本人やご家族が自ら解決できるよう、エンパワメントを高める支援(自立支援)を行います。同時に周囲の関係者とも連携し、適切なサービスや制度につながることを通して、地域力も高まるよう支援を行います。 ・包括のみで対応できない複合的な課題を抱える世帯への対応は、対応可能な関係機関と連携を図り、必要に応じてケース会議を開催するなどして対応していきます。
	ネットワークの構築	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。	・信頼のおける関係づくりを念頭に、ネットワークの構築に向けて、情報や相談が寄せられやすい身近な包括を目指します。そのために、民生委員や各関係機関に留まらず、市内企業を含めた地域の社会資源ともネットワークを構築することで、支援を必要とする高齢者の早期発見や継続的な見守りに繋がるよう努めていきます。
権利擁護業務	高齢者虐待の相談対応	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。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。	・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、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、当包括内や市の担当課と情報を共有し、早期発見に努めます。また、虐待事例については、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。 ・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し、高齢者の権利擁護の観点から、高齢者虐待防止法の取り扱いに準じた対応を行います。
	高齢者虐待の防止・啓発	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。	・居宅支援事業所を含め、サービス事業所や関係者に対し、特に高齢者虐待の通報義務について、また、虐待解消に向けてのそれぞれの役割や対応について等を認識してもらうように啓発活動(周知活動や研修会)を行い、虐待の早期発見早期解消に努めます。 ・各関係機関との連携をどのようにとるのかケアマネジャーへの研修を通して、役割分担等を確認し、協力体制をとることが出来る様に信頼関係を構築していきます。
	高齢者制作者の権利擁護と周知に用か	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。	・成年後見制度や地域権利擁護事業の活用について、活用するかどうかの是非も含めて各関係機関と協議していきます。 ・成年後見制度や権利擁護事業を積極的に活用し、高齢者の生活の維持を図っていきます。 ・高齢者を権利侵害から守るために、成年後見制度や権利擁護事業が必要と思われる場合には、成年後見センターもだまや栗東市社会福祉協議会と連携し、迅速に活用できるように連携していきます。

	事業名	基本方針	計画
	消費者被害の防	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。	・高齢者やその関係者に向けて消費者被害に関する情報を発信し、被害を未然に防げるように情報提供を行います。 ・個別相談に対しては、消費者相談窓口など適切な関係機関に迅速につなぎ、被害を最小または未然に防げるように対応していきます。
継続的ケアマネジメント業務 包括的・	ケアマネジャーに対する支援	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います。	・ケアマネジャーが相談しやすいような関係を築き、スピーディーに対応できるようにします。そのために、ケアマネジャーから相談のあった支援困難事例や地域から相談があったケースを包括内で情報共有と対応方法の検討を行い、3職種の専門的な見地から相談対応や後方支援を行います。 ・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します。
	ケアマネジャー同士のつながり	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研修会の開催、他機関との交流などの場の提供を行います。	・ケアマネジャー同士の繋がりを構築できるようにします。またケアマネジャーに共通する課題について一緒に検討することができ、質の向上や業務の効率化が図れるよう、栗東市介護支援専門員連絡会・代表者会議の企画・運営の協力を行います。 ・研修会の企画・開催や他機関との交流の場の提供を通して、ケアマネジャー同士のネットワークづくりを行います。
	ケアマネジメント力向上の企画・運営	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行います。	・ケアマネジャーの日常業務に関してや、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や相談を行います。また、支援チームの一員として個別のケアマネジメントを実践します。 ・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や研修会等の企画・運営をケアマネジャーと共に行います。
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いきます。	・ケアマネジメント実施については、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、生きがいや役割を持ち、活動性が高められるような支援に努めます。また、地域の様々な社会資源を把握し、対象者が活用できるよう情報収集も行っていきます。 ・委託のマネジメントについてはケアマネジャーが相談しやすい関係作りに努めます。また、初回及び必要時にサービス担当者会議に出席し、自立支援に向けたケアプランをケアマネジャーとともに確認し共有していきます。 ・ケアマネジャーが効率的に委託連携が図れるよう、引き続きマニュアルの改訂、業務改善に取り組めます。

	事業名	基本方針	計画
認知症施策推進	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。	・認知症サポーター養成講座を地域や学校、企業、介護サービス事業者等に向けて実施し、認知症を正しく理解し、基本的な対応ができるよう普及啓発をする役割をさらに拡充していきたいと考えています。また、講座受講の対象者に応じて、寸劇やDVD、絵本を用いて内容を工夫し実施していきます。認知症の人やその家族の思いを発信することや、グループワークやクイズを行い、参加者により具体的に認知症を理解してもらう機会を設けていきます。 ・地域の認知症カフェやサロン、老人会など講座の依頼があるところへ出向き、認知症の正しい理解について啓発をしていきます。 ・9月の認知症月間にキャラバンメイトと協働し、図書館や市役所などで啓発活動を通してケアパスの配布、パネル展示、関連図書を展示するなど、幅広い年齢層の市民へ普及啓発ができるよう取り組みます。 ・市が発信するSNSや広報、コミセンだよりなどからも認知症に関わる情報を発信し、広く周知できるように努めます。
	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ったり、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。	・認知症ケアパスは、栗東市での認知症に関する症状の理解や対応、症状の進行に合わせて地域で活用できるサービスや資源等をまとめているため、認知症の本人や家族だけでなく、地域のボランティアやサービス事業所、薬局等、研修の機会にも活用していきます。 ・認知症カフェに積極的に参加し、認知症本人やその家族の声を吸い上げながらニーズを把握し支援体制を構築していきます。その際にキャラバン・メイトや居場所スタッフと協力しチームオレンジの構築に貢献します。 ・地域で暮らす認知症の人やその家族が認知症カフェやその他集い場に参加できるようにコーディネーター役として支援します。 ・認知症の人やその家族が気軽に立ち寄れる居場所が圏域に増えていく事が重要となるため、現在、地域の拠点となっている地域サロンの利用者や運営スタッフの方々と連携し、継続した取り組みに協力していきます。また、既存のカフェや新たな居場所作りの検討など、地域の活動団体の相談に協力支援していきます。 ・医療機関受診連絡票は、認知症地域支援推進員を中心に活用してきましたが、利用者を支援するケアマネジャーにも広く活用してもらえよう、普及にも努めます。また、この書式にこだわらず他の書式や口頭でもかかりつけ医へ正しく情報提供ができる機会を増やしていきます。 ・認知症の本人が住み慣れた地域で暮らすことができるように、近隣住民やお店など、本人に関わりのあった方が認知症を理解し受け入れることができるように促していきます。

	事業名	基本方針	計画
本務	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、チーム員活動終結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から、初期集中支援チーム員の取り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。	・認知症の人やその家族が抱える多様な問題を解決できるよう、総合相談の中から対象と思われるケースを拾い上げます。 ・対象ケースについて、事前に包括内で協議し、認知症座談会で共有し認知症初期集中支援チーム員会議で検討し活動していきます。 ・対象ケースは、認知症の人に加え、家族等の介護者の方が抱える課題にアプローチが必要な場合も、対象ケースとして相談します。そのことで、認知症の人が安心して住み慣れた地域で暮らすことができる環境づくりにつながる考えます。 ・対象ケース以外でもケアマネジャーや関係機関の職種が認知症初期集中支援チームに参加でき、認知症の人や家族等の課題解決に向けた検討ができる場とします。また、初期集中支援チーム員の取り組みへの理解を促し、支援の輪が広がるよう努めます。 ・認知症初期集中チーム員会議で検討したケースについては包括内で共有し、対応方法などを検討することで、各職員のスキルアップにつなげていきます。
	認知症キャラバン・メイトの活動	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」に立った認知症キャラバン・メイト活動の創出や発展につなげます。	・認知症キャラバン・メイト連絡会で活発に意見交換ができるよう認知症地域支援推進員がグループワークのファシリテーターを務め、認知症キャラバン・メイトの思いを引き出し、活動につなげます。 ・認知症サポーター養成講座ではキャラバンメイトの意向を確認しつつ、主体的に活躍できる場面を設けていきます。 ・市の担当課と協働連携し、認知症カフェや市民啓発など、認知症サポーター養成講座以外にもキャラバン・メイトの活動の場を広げていけるよう努めます。 ・キャラバンメイトがチームオレンジのメンバーとして、認知症カフェに出向き、カフェに参加する認知症の方やその家族とのコミュニケーションや交流など活躍の場を広げていきます。
在宅医療・介護連携業務	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、介護サービス等の啓発を行います。	・大切な人や自分の最期を考え生き方を見つめる機会として、生き方カフェを開催し、市民にACPIについて関心を持ってもらえるよう、講話と人生会議をテーマにグループワークを行い、参加者が互いに思いを語り合える機会を設けます。 ・幅広い年齢層にも在宅医療やACPIについて興味関心をもてるようチラシを作成し、地域に出向き、人生会議やその他のツールを用いて啓発活動を行います。 ・市民への啓発については、「未来ノート」の普及啓発を引き続き行うと共に、個別ケースや、地域の民生委員、自治会、老人会などにも働きかけ、ACPIについて考えてもらう機会を設けていきたいと考えます。 ・在宅医療・介護サービスの普及啓発のために、「在宅療養まるわかり」や「未来ノートを書こう」等の出前講座受講につながるよう、地域に出向いた際には積極的に市民や団体への周知に努めます。

	事業名	基本方針	計画
3カ	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。	・多職種による事例検討会や研修会に参加し、地域における医療・介護の課題を共有し、多職種間の連携を構築します。 ・在宅医療介護連携推進と医療に関する個別、地域の情報を共有し、課題抽出・解決に取り組んでいけるよう連携を図ります。 ・個別のケースを通じ、病院、医院、薬局などの医療機関、市の社会福祉課や障がい福祉課などとも連携し、つながりの強化を目指します。高齢者が適切な医療・介護を受けられ、住み慣れた地域で本人らしく過ごし、最期を迎えられるよう支援していきます。
備 事 業 と の 連 携 ・ 協 力	地域の実情や社会資源の情報共有	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。	・地域の実情や社会資源について、地域ささえあい推進員との情報共有や協議の場を継続していくため、2ヶ月に1回の連携会議を行います。連携会議で得た情報や協議内容については個別支援に活かせるようにします。 ・地域のサロンや老人会等に講座等で地域ささえあい推進員とともに出向き、地域の実情について把握・共有します。
	地域課題の把握と社会資源の創出検討	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やそれに係る事例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・検討し、支援者の一員として地域への伴走的な支援を行います。	・地域ささえあい推進員が地域の課題解決のために協議体を立ち上げようとする時には連携して、協力します。 ・地域での市民活動のきっかけを把握できた時には、地域ささえあい推進員へ情報を提供し、共に新たな活動や社会資源が創出できるよう協力していきます。
	に住 民 な 同 く が 土 り の 支 き 新 た な 活 づ 動	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と協力し、新たな活動が起きよう支援者の一員として伴走的に支援します。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が地域の課題解決のために協議体を立ち上げようとする時には連携して、協力していきます。 ・地域での市民活動のきっかけを把握できた時には地域ささえあい推進員へ情報提供し、新たな活動が起きるように共に協力していきます。

	事業名	基本方針	計画
地域ケア会議	個別地域ケア会議の開催	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。	・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と協力して、個別課題の解決に向けた協議をする場として地域ケア会議を開催します。
	圏域地域ケア会議の開催	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のみでは解決できないことについては、市や、地域ささえあい推進員等（特に生活支援体制整備事業で実働的役割を担う者）、関係機関と各協議の場で課題の共有・検討を図り、支援者の一員として社会資源の創出等に向けた地域への伴走的な支援を行います。	・個別の実践や個別地域ケア会議を重ねたうえで、圏域の課題として検討が相応しいと思われる場合について、圏域地域ケア会議を開催します。 ・当該包括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。
	地域包括ケアシステムの推進	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。	・圏域地域ケア会議において把握した地域課題を市に報告し、情報共有した上で、地域包括ケアシステムの推進会議に向け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見えてきた地域課題を、生活支援体制整備事業に資する取り組みを意識したり、市や各関係機関との協議を重ねながら社会資源の創出に繋がるよう包括の役割を担っていきます。