

基本方針	一、高齢者がいきいきと自分らしい生活を継続することができるように支援します。 二、地域におけるネットワークを活用し、高齢者が安心して暮らせるように支援します。 三、チームアプローチにより、以下の計画に掲げる基本業務を行います。
今年度の目標	I 日常生活支援・総合事業の活用に慣れることで、高齢者の自立した生活が長く維持できるように支援する。 II 圏域の地域ケア個別会議や学区の医療福祉を考える会議を開催し、地域・医療・介護を丁寧につなぐことで、高齢者が安心して長く地域で暮らせるように支援する。
行動の指針	・実態把握をし地域における適切なサービス、機関及び制度の利用に繋げる等の支援を行います。 ・高齢者の生活の維持を図るための継続的および専門的な観点から支援を行います。 ・地域における連携・協働の体制作りや地域の介護支援専門員に対する支援等を行います。また、在宅医療・介護連携にかかる課題やその対応について検討や問題提起を行います。 ・認知症について正しい知識の普及啓発、早期の認知症の人に関わり重症化予防努めます。認知症の人を支える関係機関のネットワークを構築していきます。

具体的な事業目的	事業内容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1) 総合相談支援事業															
①地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る	ネットワークや社会資源の活用、別居家族や近隣による情報収集、高齢者の戸別訪問による実態把握。	計画	訪問件数												
		実績													
		出来たこと	年間訪問数658件。対象の高齢者を取り巻く環境や人にも目を向け、訪問による実態把握に努めている。独居や高齢者のみの世帯については、民生委員につなぎ、ネットワーク構築に努めている。												
		今後の課題	今後も個別の訪問活動から、高齢者を取り巻く地域のネットワークにも着目しながら把握していく。												
	地域の方への広報と地域資源の情報収集 ・サロンや集会参加時パンフレット配布 ・包括パンフレットの改訂と包括の周知活動 ・サロンの情報収集 ・包括広報紙の発行	計画	周知活動 情報収集								広報誌 発行				広報誌 発行
		実績													
		出来たこと	地域サロン・敬老会への出前講座や認知症サポーター養成講座、渋川学区わいわいがやがや懇談会において地域包括支援センターの広報活動や各種団体の情報収集を行った。パンフレットは改訂した。												
		今後の課題	広報誌については発行できなかった。次年度は発行できるように検討する。												
	民生児童委員との研修交流会開催 高齢者見守りシートの活用の周知	計画			挨拶	→					準備	→		開催	→
		実績			○	○								○	○
		出来たこと	2/3渋川、3/10大路・草津で民児協との研修交流会を開催した。それぞれの地域で対応した事例について取り上げ、地域の課題について、グループワーク形式で意見交換を行った。												
		今後の課題	民生委員からの意向を伺いながら、より良い連携ができるように研修交流会を今後も検討していく。												
医療関係者・介護サービスとのネットワーク構築	計画	周知活動													
	実績														
	出来たこと	個別のケースを通して医療機関や介護サービス事業所に出向いたときにネットワーク作りに努めている。													
	今後の課題	時間をとってネットワーク作りを行うことが難しいため、個別のケースを通じて出向いた際や研修の機会に、地域包括センターの周知活動も含めて、ネットワーク作りに努めていく必要がある。													
②3職種が情報を共有・必要性の判断をし継続的な支援を行う	初期段階での相談対応 ・朝ミーティングを毎日開催(情報共有・緊急性・課題の把握・今後の支援方針の検討)	計画	毎朝開催												
		実績													
		出来たこと	新規ケースは朝ミーティングにて情報共有し、緊急性の判断・課題の整理、今後の支援方針の検討を行った。新規相談票は都度閲覧している。また継続ケースについても必要時、朝ミーティングで報告し情報共有をしている。												
		今後の課題	引き続き3職種での情報共有とチームアプローチができるように努める。												
	継続的・専門的な相談支援 ・圏域ミーティングを月2回開催(継続性の判断・課題の共有・支援内容の検討と支援方針の決定・モニタリング報告)	計画	月2回開催												
		実績													
		出来たこと	毎月2回圏域ミーティングを開催し、継続性の判断、継続ケースの課題の共有・評価・支援方針の検討を行った。また、地域ケア会議や権利擁護ケース会議の開催前には包括内で課題整理・支援方針の検討を行った。												
		今後の課題	引き続き継続ケースの課題整理・評価を毎月行えるように圏域ミーティングの事前準備も行う。												
	在宅高齢者福祉事業に関する支援 ・福祉サービスの情報提供、申請、支援計画の作成支援	計画	随時												
		実績													
		出来たこと	福祉サービスの必要な方へはその都度、対象者への情報提供や申請方法の案内・手続きの支援を行っている。												
		今後の課題	今後も必要な方への情報提供や利用の支援を継続していく。制度の変更点や目的等正しく理解し、説明できるように努める。												
相談業務担当者会議への出席	計画	月1回													
	実績														
	出来たこと	毎月の相談員会議と弁護士会包括支援事業のミニ研修等にも出席し、他圏域の相談員との情報共有、課題の検討を行った。													
	今後の課題	今後も毎月会議に出席し、相談業務や権利擁護業務の課題について情報共有・検討し、日頃の業務に生かせるように努めていく。													

2) 権利擁護事業																					
①成年後見制度・権利擁護事業などを積極的に活用できるよう支援する	地域権利擁護事業の利用が必要なケースに対し相談支援を行う	計画	相談数								つながった数										
		実績																			
		出来たこと	新規相談ケースは2件。権利擁護ケース会議を開催し、2件利用につながる予定。前年度からの継続ケースで、成年後見制度利用までの間に、地域権利擁護事業を利用し、成年後見制度につながったケースの評価会議を1件開催した。																		
		今後の課題	地域権利擁護事業について圏域内で情報共有し、関係機関と連携して必要な高齢者が速やかに利用につながるように努める。																		
	成年後見制度普及の広報 ・ケアマネ・サービス事業所向けの権利擁護研修会の開催 ・圏域内ケアマネ交流勉強会にて権利擁護ケース事例検討を行う	計画																			
		実績																			
		出来たこと	6圏域合同でケアマネ向けの権利擁護研修会を開催し、制度理解や後見人等との連携の課題について検討した。																		
		今後の課題	圏域内のケアマネ交流勉強会では権利擁護ケースの事例検討は出来ていない。該当するケースがあれば検討していく。																		
	成年後見制度の利用の必要性の検討 ・権利擁護支援が必要なケースに対してケース会議・評価会議を開催する	計画	ケース会議																		
		実績	評価会議開催数	○																	
		出来たこと	権利擁護ケース会議6件、評価会議5件開催。圏域内でケース会議開催の必要性を検討、課題の整理を行い、関係機関とともに支援の方向性を検討した。また、会議後、支援計画を作成し、評価会議を開催した。																		
		今後の課題	権利擁護ケース会議開催の必要性を、圏域ミーティングにて視覚化しながら検討する時間を作るように努めていく。																		
成年後見制度の申立てに関して役割分担し支援を行う ・親族がいない場合は市長申し立てにつなぐ	計画	申立て支援数																			
	実績	市長申し立て数																			
	出来たこと	前年度からの継続ケースを含めて、今年度申立て支援をしたケースは5件。市長申し立て数は今年度はなし。権利擁護ケース会議を開催し役割分担し、申立て支援中に新たに課題が出て来た時には、再度ケース会議を開催し、支援を検討した。																			
	今後の課題	後見人等がついてからも対応に課題があるケースもあり、今後も関係機関と連携しながら支援を検討していきたい。																			
②地域の関係者などからの通報、相談の中から高齢者の権利侵害に対する早期発見に努める	虐待の通報・対応 ・初動会議・処遇検討会議・評価会議への出席 ・ケース会議の開催	計画	年間通報件数																		
		実績																			
		出来たこと	年間通報件数17件。高齢者虐待の疑いのあるケースを把握した場合には、圏域内で検討し速やかに通報の対応をとることができた。定例の処遇検討会議にも出席した。																		
		今後の課題	年間通報件数も多く、全職員が虐待事例に対応できるように、積極的に会議や研修に参加し、対応方法を学ぶ必要がある。																		
	高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援マニュアルを活用する ・マニュアル活用の内部研修 ・虐待・権利擁護の研修への参加 ・高齢者虐待防止に関する啓発	計画																			
		実績																			
		出来たこと	虐待・権利擁護研修には積極的に参加できている。相談員会議にて、長寿いきがい課と虐待対応についての意見交換や情報共有を行い、その内容について圏域内でも情報共有した。																		
		今後の課題	圏域のケアマネジャー対象に、虐待になる以前の気づきと包括への相談をしてもらえる体制が必要。																		
	困難事例への対応 ・保健所のストレス相談やアディクション相談の活用と他機関を含めたケース会議の開催 ・精神疾患やアディクションに対する理解を深めるための研修への参加	計画																			
		実績																			
		出来たこと	困難事例については関係者とのケース会議や地域ケア会議を開催し、支援方法を検討した。精神保健に関する研修には全職員が参加している。																		
		今後の課題	困難事例については、医療機関とも連携をとりながら他職種での支援を検討できるようにネットワーク作りや専門機関への相談も活用していきたい。																		
③消費者被害に関する相談支援、被害を防止する	消費者被害の啓発 ・消費生活センターとの情報交換 ・民生委員・ケアマネジャーへ情報提供を行う	計画	消費生活センターと情報交換																		
		実績	啓発件数																		
		出来たこと	相談員会議にて消費生活センターとの情報交換を行い、圏域内でも情報共有した。消費者被害の情報については定期的に消費生活センターの広報から情報を得るようにしている。																		
		今後の課題	今後も消費生活センターからの情報を得て地域の高齢者への啓発を行い、事前に消費者被害の防止に努める必要がある。																		
	消費者被害の発見と対応 ・消費者被害を発見した場合は消費生活センターと連携し支援を行う	計画	年間相談数																		
		実績																			
		出来たこと	相談数としては0件で、消費生活センターと連携したケースはなかったが、訪問活動の中で消費者被害を発見した場合は家族に連絡するなど対応をとっている。																		
		今後の課題	今後消費者被害を発見した場合には相談できるように消費生活センターとの情報交換を行っていききたい。																		

3) 包括的・継続的ケアマネジメント事業											
①地域における介護支援専門員のネットワークを構築する	《ケアマネジャー交流勉強会の開催(年4回)》 ・事例に即したアドバイザーを迎え事例検討をする。	計画			→		→		→		
		実績			○		○		○		○
		出来たこと	6月は訪問看護、8月は民生児童委員との交流会をかねて、10月は保健所にも参加いただき吸引の回数が課題になった場合の訪問介護事業所の現状を聞きました。2月は家族の対応に困る事例と来年度の方向性を検討した。								
	今後の課題	一年間通じてのテーマがなかったことや、それが市の計画の目標に即していなかった。H30年度は介護予防や重度化予防の事例から地域課題を考えたい。									
	《ケアマネジャーや介護サービス事業所との地域懇談会開催》「渋川学区の医療福祉を考える会議」介護関係者共同開催	計画	→								
		実績	○								
		出来たこと	ケアマネジャー及び介護事業所とともに地域課題抽出のための懇談会開催。								
	今後の課題	前年度の渋川学区の医療福祉を考える会議からでてきた懇談会だったため、抽出をしてくださった地域課題が還元される場を得られていない。整理してみる必要有り。									
	《地域ネットワークを目的とした地域ケア個別会議の開催(必要時)》	計画	→								→
		実績			○	○	○	○			
		出来たこと	6月は認知症世帯の地域見守り、7月8月は認知症の方の徘徊見守りでコンビニ・店舗の協力を得る、9月は認知症独居の方の地域見守りを各々目的とした会議を開催している								
		今後の課題	ケアマネジャーの困りごと相談の中から、地域課題と包括が考え家族の許可が取れたケースのみの会議しか開催できていない。また、包括の時間的余裕がないと開催時期が遅れることがある。								
②ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談	《ケアマネジャーからの相談対応》 ・精神疾患などの研修参加	計画	→							→	
		実績					○			○	
		出来たこと	精神疾患の研修には参加している。								
		今後の課題	認知症の方で本人の拒否によるサービス未利用の相談が多かった。⇒地域課題だと思われるケアマネジャーと動いていてスーパーバイズというより、一緒に考えて答えを出してしまっている感じがする。⇒ケアマネジャーが導き出せるよう待つ必要がある。								
③支援困難事例についてケアマネジャーが問題解決を図れるよう後方支援をする	《長寿いきがい課が開催する地域ケア個別会議への参加(年6回)》	計画			→	→	→		→	→	
		実績			○	○	○		○	○	○
		出来たこと	事例提出はターミナルの方で主治医がおられないケースをあげて勉強になった。ファシリターも一回務められた。								
		今後の課題	事例検討のようになっており地域課題にまでなかなかたどりつけていない。⇒ケースの中から地域課題に対する気づきが得られるよう習練を積む必要がある。								
	《個別課題解決機能を目的とした圏域内地域ケア個別会議開催(必要時)》 ・地域ケア会議開催後モニタリングをする	計画	→								→
		実績			○	○	○	○			
		出来たこと	【モニタリング】6月開催のケースは家族から再び会議を開催して欲しいと要望があがった。9月のケースはその後地域から情報が入りケアマネジャーと連携し、良い結果を得られている。								
		今後の課題	どのようなケースも会議開催が目的ではなく、会議後の対応や動きが大切なので、今後の「モニタリング」は継続していく必要がある。								
	《目的に応じたケース会議の開催(必要時)》	計画	→								→
		実績	→								→
		出来たこと	必要時目的に応じたケース会議を行った。								
		今後の課題	ケース会議開催の意義を検討できていない(モニタリングが充分ではない)。								
④包括的・継続的なケア体制を構築する	《主任介護支援専門員業務会議への出席(月1回)》	計画	→							→	
		実績	→								→
		出来たこと	月一回出席をし地域課題の整理に取り組んだ。課題に対する分析の視点が個々(各圏域ごと)で違うため、課題としてあげている言葉の背景に遡らねばならないことがわかり、課題整理の難しさは共有した。								
		今後の課題	課題分析方法の力量を平均化する必要がある(6圏域の統一化は地域保健課だが、自分の圏域内部でも統一した見解を持つ必要がある)								
	《主任介護支援専門員連絡会への参加》	計画									→
		実績					○			○	
		出来たこと	会議の目的の再共有と今年度「在宅医療・介護連携」をテーマに話し合いに参加。居宅の主任ケアマネジャーとの交流の機会にもなった。								
		今後の課題	今年度各圏域の居宅から1名+1圏域包括から1名で構成される執行部ができたこともあり、よりの会が有意義になると思われる。介護支援専門員のスキルアップと平行して、それを支援する主任介護支援専門員のスーパーバイズ能力の向上もはかる必要があることを提案していく。								
	《ケアマネジャー連絡会議開催(担当年1回)》 圏域内主任介護支援専門員共同開催支援	計画							→		
		実績	○				○		○		
		出来たこと	12月に草津圏域の居宅と共にケアマネジャー連絡会議を開催できた。4月・9月は参加できた。司会は居宅にお願いし、居宅から日頃感じられている通所についての課題提案もできた。								
		今後の課題	次年度草津圏域は虐待研修担当として居宅とともに共同開催する。								
《在宅チーム医療推進地域リーダー会議への参加》	計画		→			→			→		
	実績		○		○		○	○		○	
	出来たこと	打ち合わせも含めて5回参加。事例検討を担当。参加することで多職種と顔の見える関係になり、各々の職種の良さがみえる。									
	今後の課題	この会議は草津市内の医師や病院、事業所も参加されているため、包括として参加は継続していく。									



	民生委員との研修交流会の実施(年1回以上)	計画											
		実績									○	○	
		出来たこと	2月(渋川学区)3月(大路区・草津学区)民児協交流会実施。1時間程度時間を頂き各学区の事例を中心に地域の課題をグループで検討した。										
		今後の課題	グループワークで出た見守りに関する良い意見が次に繋がっていない。										
	徘徊リスクのある高齢者の事前登録への協力	計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		出来たこと	年間10件(6月1件、7月1件、8月3件、9月1件、10月1件、12月2件、1月1件)の支援をした。実態把握をし地域見守り等必要な方には地域ケア会議をすすめ内4件は開催している。										
		今後の課題	地域見守りの体制づくりの地域ケア会議に繋がる事例が半分に満たない。会議実施の意義を啓発していく必要がある。										
	地域密着型運営推進会議で地域との交流方法についての検討 ・12事業所への対応	計画		→	→	→	→	→	→	→	→	→	
		実績	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
		出来たこと	4月(5事業所)5月(2事業所)7月(4事業所)8月(3事業所)9月(4事業所)10月(2事業所)11月(3事業所)12月(2事業所)1月(2事業所)2月(3事業所)3月(2事業所)出席した。										
		今後の課題	開催回数も多く業務を圧迫している。東草津近隣地域の事業所に声かけをして合同開催できるかどうか検討する必要がある。										
⑤介護者のケアの充実	介護者の負担軽減に資する地域資源の把握 ・認知症カフェ等必要時参加 ・なごみ会に年2回参加	計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績		○							○		
		出来たこと	なごみ会2回参加										
		今後の課題	介護者の精神的負担感を知る機会として年一回でも継続する。										
⑥推進体制ほか	認知症地域支援推進委員会議への出席	計画		→		→		→		→		→	
		実績		○		○		○		○		○	
		出来たこと	2ヶ月一回の会議には出席した。										
		今後の課題	認知症の課題を集約して会議に持参できていない。										
	認知症に関する相談対応(年間60件)	計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績	→→→→→→→→→→→→→→										
		出来たこと	年間延べ対応件数324件										
		今後の課題	認知症は正しく関われば今を維持できる時代になっていることを伝え、早期の受診をすすめていく。										
6)地域ケア会議推進事業(地域資源マップ作成業務)													
①地域ケア個別会議における自立に資するケアマネジメント支援と、個別支援の課題分析を行う。	長寿いきがい課が開催する地域ケア会議Cへの事例提出	計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績		○	○		○				○		○
		出来たこと	5、6、8、12月は通所訪問一体型短期集中予防サービスの事例各1ケース、3月は通所型サービスの事例1ケース提出。										
		今後の課題	軽度の方の介護予防のために、地域ケア会議Cを目的に沿って有効に活用できるかが課題。もう一度目的の把握必要。										
		計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績	→→→→→→→→→→→→→→										
さまざまな開催した地域ケア会議における個別ケースの課題から地域の課題を抽出する ・各業務会議や圏域内でも分析を実施する		出来たこと	地域ケア会議などから地域課題であろう課題はあげた。										
		今後の課題	抽出方法に統一性がなく充分とはいえなかった。										
		計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績	○										
		出来たこと	圏域内のケアマネジャーやサービス事業所とともに懇談会を開催し支援者側から見た地域の課題をグループで話し合った。										
		今後の課題	地域課題を検討してもらう機会がない。										
②地域資源マップの作成と配布。	・地域から資源マップ作成に対する必要性の声が上がるように、市社協に協力を依頼する	計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績											
		出来たこと	各学区社会福祉協議会会長に提案をした。										
		今後の課題	2小学校区で医療福祉を考える会議が立ち上がっておらず、地域の方と一緒に検討する場を作っていく必要がある。										
		計画	→→→→→→→→→→→→→→										
		実績											
・まちづくり協議会へ挨拶に伺い、地域課題があれば相談したいことを伝えていく。		出来たこと	まちづくり協議会への挨拶は地域保健課とまちづくり協議会会長と日程調整を行い話し合いをする予定であったが、日程が合わず見送っている。										
		今後の課題	地域との兼ね合いも有り地域保健課と相談していく。										

7)介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務														
①予防給付ケアマネジメントにより自立を促すプランを作成する。	(直営の場合) ・年間上限を420件とする。 ・介護予防サービス等の適切な利用ができるよう、介護予防支援計画を作成する。 ・圏域内で情報共有し、自立を促すプランになっているかどうかの確認を行う。 ・介護予防マネジメント業務会議への出席。	計画	→											
		実績	32	34	30	31	32	27	26	26	25	24	25	20
		出来たこと	自立を促す支援計画書となっているかどうか、複数の目で確認した。介護予防ケアマネジメント会議には毎回出席できた。(直営の予防給付ケアマネジメントと介護予防マネジメントで年間452件)											
		今後の課題	今後も支援計画書については、複数の職員の目で確認し、自立を促すプランとなっているかどうかを確認していく。											
		計画	→											
(委託の場合) ・介護予防支援計画原案の妥当性を確認し、サービス担当者会議に出席する。 ・介護予防支援計画実施後の評価が適切に行えるように、委託先の居宅介護支援事業所へ助言・指導を行う。また、評価表等の書類についても返却期限に目処を付け返却する。 ・その他必要に応じ、委託先の居宅介護支援事業所に対し、助言・指導を行う。 ・委託先の居宅介護支援事業所に不適切、その他重大な問題が認められる場合は、地域保健課に報告する。	計画	→												
	実績	132	132	111	103	98	90	84	84	81	78	79	75	
	出来たこと	委託先が少ない中で、利用者の意向を確認しながら、何とか居宅介護支援事業所につなげることができた。サービス担当者会議にはほぼ出席できた。また、サービス担当者会議前には計画書原案の妥当性を確認しており、適宜居宅介護支援事業所への助言・指導も行なえた。												
	今後の課題	居宅介護支援事業所との信頼関係を築き、委託を受けてもらえる関係性を維持する。また、評価表等の書類については、返却期限に目処をつけて返却していく。												
	計画	→												
②介護予防マネジメントにより介護予防を取り入れ、自らが評価、実施できるよう支援する。	・予防給付ケアマネジメントと同様に、直営・委託を問わず、本人自らが意識して予防的生活目標を持ち実施していけるように支援していく。 ・総合事業の対象者に対して適切なアセスメントを実施し、目標達成のために必要な事業へつなぐ。 ・地域での介護予防の取り組みも生活の中に取り入れてもらえるように、情報提供を行う。	計画	→											
		実績	合計0 内直営 (0)	0 (0)	19 (4)	26 (5)	31 (5)	45 (9)	53 (13)	58 (11)	70 (20)	78 (19)	77 (17)	80 (17)
		出来たこと	短期集中やからだらく教室の利用も必要性を見極めて積極的に勧められた。本人自らが意識して予防的生活目標を持てるよう、関わる事ができた。短期集中やからだらく教室終了時には、必要な地域資源の情報を集め、利用者に提供できた。											
		今後の課題	対象者に対して適切にアセスメント・評価を行い、必要な事業へつなぐ。地域での介護予防の取り組みについて積極的に情報を収集し、必要な利用者に提供する。											
		計画	→											
・生活支援サポーター養成講座の講師を行う。	実績	○												
	出来たこと	生活支援サポーター養成講座に向けて、資料の作成や事前打ち合わせを行い、当日は講師を行なった。												
	今後の課題	生活支援サポーター養成講座の講師を包括が行なうこととなれば実施する。												