

基本方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者が身近な地域の中で、その人らしい生活を長く続けていけるよう支援する為に、地域の各関係機関(医療、介護、福祉機関、地域住民組織等)との連携に努め、要援護高齢者の把握、支援が行えるネットワークづくりを行います。</li> <li>・センター内の3職種が、職種の特性を生かし、相互に連携、協働しながら、情報を共有、支援方法を検討し、チームアプローチにより支援を行います。</li> </ul>
今年度の目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高穂地域包括支援センターが、高齢者の総合相談窓口として地域に周知されるよう、普及活動に努め、相談が入りやすいネットワークの構築を目指します。</li> <li>・医療福祉を考える会議からの気づき、連携から、認知症の正しい知識をもってもらふ事を目的に、地域の若い世代への認知症の啓発活動を行っていきます。</li> </ul>
行動の指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>①各関係機関への周知活動を通して、顔の見える関係を作り、地域に根ざした相談窓口になるよう努めます。</li> <li>②高齢者を支援する活動(地域サロン等)に参加し、活動に参加している方や活動を支援する方とのなじみの関係をつくり、地域の課題を把握します。</li> <li>③地域の高齢者の暮らしに役立つような社会資源の把握、情報提供を行います。</li> </ul>

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	・地域住民に対する広報 〔リーフレット、高齢者をささえるしくみを用いて啓発、周知を行う〕	計画	随時	→											
		実績		→											
	・出張相談会を開催する〔志津学区〕 〔志津まちづくり協議会との共同開催: 志津まちづくり通信にて開催記事を掲載〕	計画				○				○					
		実績				志津 7/18				志津 10/13					
	・民生委員児童委員との研修交流会の開催 〔志津、志津南、矢倉学区〕	計画							→						
		実績							矢倉 10/13	志津 11/9			志津南2/2・ 矢倉2/9		
	・介護サービス関係機関への訪問 〔地域内のデイサービス、デイケア、ショートステイ、訪問看護、訪問介護、福祉用具〕	計画										→			
		実績	○	○	○		○	○			○		○		○
	・医療機関への訪問 〔地域内の病院、歯科医院、調剤薬局〕	計画								→					
		実績	○	○	○	○	○				○	○		○	○
	・地域の高齢者団体への訪問 〔地域サロン、老人クラブ、いきいき百歳体操など〕	計画		→											
		実績	○	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○
②高齢者の心身の状況や家族状況等について実態把握を行う	・訪問による実態把握(初回、継続)	計画	→												
		実績	→												
③3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 〔朝ミーティングの実施(毎日)、センター職員間での情報共有、課題、支援方針を決める〕	計画	→												
		実績	→												
	・継続的、専門的な相談支援 〔圏域ミーティングの実施(第2、4水曜日午後)、センター職員間での情報共有、課題、支援対応の検討、ケース検討を行う〕	計画	→												
		実績	→												
	・在宅高齢者福祉事業に関する支援 〔福祉サービス利用についての支援、サービス支援計画書の作成〕	計画	→												
		実績								○		○			

**【成果】**  
 <民生委員児童委員との研修交流会: 4回開催> 事例を通しての意見交換、草津市の介護保険外の福祉・認知症施策の情報提供等を行った。協議の中で、実体験として困った事、良かった事等のいろいろな意見があり、お互いに今後のケース対応に活かすことの出来る多くの気づきを得られた。実際に、民生委員・児童委員さんが利用できるツールの紹介を行ったことは、関心が高かった。  
 <出張相談会: 2回開催> 当センターの周知、啓発、個別のケース相談、地域の方からの地域情報を教えてもらう機会になった。志津学区の方の相談時には、「志津のあんしんつながりノート」を使用する事で、地域情報も啓発する事が出来た。地域サロン開催時に、自身のつながりを記入するページを皆で記入され、身近な相談者を確認される等にも活用されている。  
 <医療機関への訪問: 18件> 個別ケースでの、医師への相談の機会も増えてきており、医療面からのアドバイスを受けることが出来た。歯科医院、調剤薬局へ、当センターの啓発を行う事で、つながりが出来、個別ケース対応の際に、連携を行う事が出来た。

**【課題】**  
 民生委員・児童委員との研修交流会では、年1回の開催ではなく、半年に1回の開催を提案頂く学区もあった。回数も検討であるが、内容もお互いの活動に活かされるものにしていきたい。今年度同様に、来年度も同様の対応を続けていくことが出来るように努めていきたい。

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な支援する	・地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)の利用支援	計画	随時	→											
		実績					○			○				○	
	・成年後見制度の活用促進 〔圏域ケアマネジャー交流会、民生委員児童委員定例会等にリーフレットの配布等を行う〕	計画							→						
		実績							ケアマネ交流 会9/19	矢倉 10/13	志津 11/9			志津南2/2・ 矢倉2/9・ケアマ ネ交流会2/20	
	・成年後見制度の利用の必要性の検討 〔権利擁護支援についてケース会議を行い、支援方針、役割分担の決定を行う: 圏域地域包括支援センターが主催する〕	計画	随時	→											
		実績				1件		3件			4件				1件
	・成年後見制度の申し立て支援 〔成年後見制度の説明、親族申し立ての支援、市長申し立ての必要なケースの対応〕	計画	随時	→											
		実績				○		○							○
	・地域包括支援センター法律支援事業の活用 〔弁護士への相談〕	計画	随時	→											
		実績	○		○				○		○			○	○
	②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とともに、深刻な事態に陥らないために相談支援を行う	・地域サロンにて、高齢者虐待の啓発、通報窓口の説明を行う 〔高齢者をささえるしくみの配布等〕	計画	随時	→										
			実績				○			○		○	○	○	○
・民生委員児童委員定例会にて、高齢者虐待の啓発、通報窓口の説明を行う 〔高齢者見守りチェックシートの活用〕		計画							→						
		実績							矢倉 10/13	志津 11/9			志津南2/2・ 矢倉2/9		
・虐待事象への対応(高齢者虐待初動、処遇検討、評価、ケース会議)		計画	随時	→											
		実績	→												





6)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、地域の社会資源を活用しながら、自らが生きがいや役割を持って生活できるように支援を行う。	〔直営の場合〕 ・予防給付ケアマネジメントの対象の方のケアプラン作成 〔本人に自立支援に向けての助言、地域の社会資源の活用を助言を行い自立を促すケアマネジメントプランの作成を行う〕 ・直営によるケアプラン作成の給付管理	計画	→										
		実績	21	21	22	23	23	23	22	20	20	19	19
	〔委託の場合〕 〔ケアマネジャーに自立支援に向けての助言、地域の社会資源の活用を助言を行う〕 ・予防給付ケアマネジメント計画原案の妥当性の確認、サービス担当者会議への参加 ・予防給付ケアマネジメント実施後の評価が適切に行われるように、指定居宅介護支援事業所へ助言・指導 ・委託先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	計画	→										
		実績	44	45	49	52	48	48	47	46	49	48	49
②介護予防ケアマネジメントにより、地域の社会資源を活用しながら、自らが生きがいや役割を持って生活できるように支援を行う。	〔直営の場合〕 ・介護予防ケアマネジメントの対象の方のケアプラン作成 〔自立を促すケアマネジメントプランの作成を行う〕	計画	→										
		実績	11	11	14	14	13	13	10	12	13	12	10
	・短期集中予防サービスに参加される方のケアプランを作成、評価を行う。	計画	→										
		実績	0	0	3	3	3	3	0	2	3	3	2
	・地域ケア会議Cに参加し、助言をケアプランに反映する	計画	→										
		実績										事例 1/24	
〔委託の場合〕 〔ケアマネジャーに自立支援に向けての助言、地域の社会資源の活用を助言を行う〕 ・介護予防ケアマネジメント計画原案の妥当性の確認、サービス担当者会議への参加 ・介護予防ケアマネジメント実施後の評価が適切に行われるように、指定居宅介護支援事業所へ助言・指導 ・委託先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	計画	→											
	実績	34	35	38	38	39	38	41	40	39	42	40	38
【成果】 直営によるケアプラン作成は、年間395件の給付管理を行った。委託によるケアプランは、年間1,037件の給付管理を行った。第2号被保険者の方の相談時、病院、家庭児童相談室との連携の中で、家族(配偶者、子)の支援につながった事で、介護保険では支援が出来ない、生活支援の導入を行う事が出来た。													
【課題】自立支援に向けたケアプランの作成を意識して行っていく事。委託先の居宅介護支援事業所とも、高齢者の自立支援につながるインフォーマルサービスの情報を共有するなど、総合事業の内容の再確認も行っていく事が必要。													