

令和6年度 第2回 四街道市地域包括支援センター運営等協議会

令和6年11月7日(木) 19:00～
四街道市保健センター 3階 大会議室

会議次第

1. 開 会

- ① 福祉サービス部長あいさつ

2. 議 事

- ① 地域包括支援センター令和6年度事業進捗報告(報告)資料1
- ② 令和7年度の運営方針について(報告)資料2
- ③ 予防プラン再委託事業所の承認について(事後承認)資料3
- ④ その他

3. 閉 会

令和6年度 第2回
四街道市地域包括支援センター運営等協議会資料

令和6年度事業進捗報告

(4月～9月)

令和6年 11月
四街道市 福祉サービス部 高齢者支援課

【目次】

1	各包括支援センターの現状と課題	1ページ
2	組織・運営体制等	3ページ
3	総合相談支援業務	4ページ
4	権利擁護業務	6ページ
5	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	8ページ
6	地域ケア会議推進業務	10ページ
7	指定介護予防支援業務	11ページ
8	介護予防ケアマネジメント業務(総合事業のケアマネジメント)	12ページ
9	認知症地域支援・ケア向上事業	14ページ
10	認知症初期集中支援推進事業	16ページ
11	生活支援体制整備事業	17ページ
12	基幹型業務	18ページ
13	(参考)職員体制	19ページ

1 【各包括支援センターの現状と課題】(令和6年9月度末時点)

四街道市地域包括支援センター(西中学校地区、北中学校地区)

【地域の現状と課題】

- ・古い戸建て住宅の密集地域は、近所のつながりが薄くネットワークがうまく作れていない。また、家が点在している開拓地は、住民間の見守りや支援が難しいため、老人ホーム等の施設とのつながり作りを検討しつつ実施している。
- ・サロン等の集う場所が作られた地域では、住民がつながり、ネットワークを活用した見守りや支援が行われている。
- ・各地域共通で「認知症の方を地域で支える」、「認知症家族の孤立化」、「介護予防の集いの場所がない」、という共通の課題があるが、上記のように地域ごとに現状が異なる。
- ・虐待につながる可能性のある「8050」をはじめとする、複雑な問題を抱える家族の相談が増加している。

【重点的な取組事項】

- ・認知症の方の個別地域ケア会議を積極的に開催し、支援者が地域住民と繋がり、本人の困りごとの解決に向け支援できるネットワークを構築する。また、チームオレンジを結成し、地域の特性にあった新たな社会資源として構築していく。
- ・令和5年度に把握した各地域の課題に即した社会資源の構築支援を行う。
- ・多問題家族の課題について、関係者や地域の支援者と連携して取り組めるよう、職員の勉強会や事例検討などを社会福祉協議会と共に実施していく。

【令和6年度上半期の活動状況(総括)】

- ・認知症の方の個別地域ケア会議を北中地区で3回開催した。うち2回は、同一ケースであるが、チームオレンジが中心になって地域がつながり、見守りや生活の支援を共通認識するために行った会議である。このチームオレンジは、昨年度、別ケースで結成されたチームであるが、本ケースでも自然体でサポートや見守りが新たな担い手を巻き込んで実践されており、地域共生の芽が育ってきている。
- ・西B地区では、昨年度開催した個別地域ケア会議などから抽出された、認知症の方などが気軽に集える場所がなく、住民がつながるきっかけがないという課題に対し、地区社協と連携し、まずは認知症の理解に関する講話等を実施し、住民と一緒にオレンジカフェなどの社会資源を育てていく流れができています。
- ・上半期は、地域住民による安否不明の通報により緊急訪問した結果、認知症の介護者の共倒れ、独居の認知症高齢者の死亡事例など複数の事案を確認した。生きづらさを抱え、地域から孤立している方々を大事に至らないうちに支援できるよう、気になることがあれば早期に包括支援センターへ連絡いただくよう地域住民へ働きかけるなど、見守りのある地域づくりを進めることが、今後の一層の課題として見えてきた。

四街道市みなみ地域包括支援センター

【 地域の現状と課題 】

・総合相談では、多問題を抱える相談が増え、対応が難しい案件や認知症についての相談が増えている。
・高齢者の特殊詐欺の注意喚起の為、出前講座に力を入れ多く開催したが、特殊詐欺や消費者被害額が増加している。このような案件の相談者は、認知機能が低下している方が多い。
・認知症行方不明高齢者が増えているため、行方不明にならないよう対策を行う必要がある。
・個別地域ケア会議を積極的に行ったが、多職種の参加が少ない状況である。また、個別地域ケア会議の開催や、地域の助け合いにつなげることができている地域とそうでない地域があり、住民の助け合いについて地域格差もある。

【 重点的な取組事項 】

・多問題、重層的な問題を抱える家族への支援を各職員が行えるようにするため、職員の資質向上を行う。また、関係機関と連携を取りながら、課題解決に向けた支援を意識して相談対応を行っていく。
・認知症行方不明者への対策を広めていく。
・多職種の参加がある個別地域ケア会議を積極的に行い、高齢者が地域で安心して生活できるよう支援する。今まで開催できていない地域に対して開催できるよう働きかけ、地域の助け合い活動にもつなげていく。

【 令和6年度上半期の活動状況(総括) 】

・事業計画に則り活動した。特に、認知症に関する事業に力を入れた。オレンジカフェの開催と開催支援。本人(当事者)や家族が参加できるようにカフェにつなぎ、本人が活躍できる場を作って行く。オレンジボランティアの活用や、チームオレンジを作り個別の支援を行った(自宅オレンジカフェ)。認知症についての正しい理解を広めるための9月のアルツハイマー月間のイベントの実施。認知症行方不明者への対策として、相談対応がよりスムーズに行えるよう、徘徊探知機などの対策グッズの内部勉強会も行った。中でも、行方不明者を出さない、早期に発見するための地域づくりとして、旭ヶ丘での「高齢者ひとり歩き声掛け模擬訓練」の開催を10/5に企画し、9/21には関係者での予行練習を開催した。このことを通し、認知症は他人事ではない。ということが周知でき、「なりたくない」から、「なっても安心して暮らせる自分たちの地域を作って行く」という考え方を少し広めることができたのではないかと思う。下半期は、消費者被害についての注意喚起、多職種が参加する個別地域ケア会議の開催に力を入れる予定。

四街道市千代田地域包括支援センター

【 地域の現状と課題 】

・地域の絆が強く住民同士の支えあいが根付いている。支援する側も高齢化しており、時には要支援者から友人・知人に関する相談がある。支援者・要支援者の区別なく、相互に支えあう関係が成り立っている。
・「自分が利用することになるとは思わなかった」という方、要支援者は支援者にはなりえないと考えている方も少なくない。
・地域診断により、前期高齢者の介護リスクが高い事から、介護問題を他人事ととらえる人の割合は増えていくと予想される。絆の強い地域性ゆえに、地域とのつながりを持つことに不安を訴える人達がいる現状もある。
以上より、支援が必要な状態になっても、自ら発信できない、あるいは自ら発信することを躊躇する方達へのアプローチの方法を検討していく事が課題となる。

【 重点的な取組事項 】

・個別のケースに丁寧に対応する事を重点に置く。情報は包括内で共有し、職種に応じた対応ではなく、一人の人が複数の問題を抱えている事を考慮し、一体的な対応が出来る事業を展開していく。身体的疾患や精神的疾患を抱えた方の支援には、多職種との連携が欠かせない事から、情報提供だけでなく、チームで支える関係を構築していく。多職種連携を行うことにより、自ら発信できない方達の情報を収集する事にもつなげていく。
・また、前期高齢者に向けたアプローチを検討し、出前講座や周知方法の構築を行っていく。出前講座では場所の確保が問題になるため、地域の生活支援コーディネーターやチーム千代田と連携して、講座が定着できるようにしていく。

【 令和6年度上半期の活動状況(総括) 】

・個別ケースに丁寧な対応を行った。事業所内で情報を共有する事で、1人の対象者に対して何時でも、どの職員でも継続した対応ができていく。
・多問題を抱える家族の支援では、他職種と連携し共に行動するなど、チームとして支援を行う事が出来た。
・自ら発信できない方の情報は、近隣住民・友人知人・民生委員・自治会役員等多方面から情報が集まってきている。
・前期高齢者は就労している方がほとんどで、講座やイベントへの参加が難しいであろうことが分かった。今後は、アプローチ方法について検討していく。
・地域での講座開催については、地域主導で進めていく。

2 【組織・運営体制等】

- ・事業計画の策定
- ・職員のスキルアップ
- ・行政機関等との連携強化
- ・苦情対応
- ・法令の遵守

- ・職員の姿勢
- ・きめ細やかな相談支援、記録の実施
- ・広報活動
- ・個人情報の保護

令和6年度 事業計画		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題解決に向け、「職員間で早期に相談すること」を意識し、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、その他関係機関の担当者と連携を図る。 ・朝礼時に市内全域に共通する新たな取組みや権利擁護に関する課題等を確認し、速やかに地域型包括支援センターや他事業所に情報を発信し、市内全域で取り組むべき活動が円滑に推進できる様働きかける。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域包括支援センター事業計画」が適切に実行されているか定期的に進捗状況のチェックと業務改善に向けた取り組みを行っていく。 ・総合相談や個別地域ケア会議等を通して得た地域課題やニーズを市と共有し関係機関と協働のもと課題解決に向けた取り組みを行っていく。 ・多様な相談ニーズに対応できるよう職員のスキルを向上させていく。 ・個人情報保護法を順守し、個人情報の取り扱いについて定期的に職員間で確認を行う。 ・「ヒヤリハット報告」や「苦情報告」について、速やかに対応策を検討しセンター内で共有することで、事故防止や利用者の満足度向上に繋げていく。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の間では、何かの時のために「包括に挨拶に行くように」との話が伝わっており、地域に根差しつつある。 ・包括職員は住民と過度に密着することなく、適度な距離感を保つことを心掛け、公平中立な支援を行っていく。 ・外部研修や他機関との勉強会に参加する機会を作り、職員のスキルアップを図っていく。 ・個別ケースへは、アセスメントに基づいた丁寧な対応を心掛ける事で、地域の状況や課題を把握していく。また、職員間で情報共有を行い、すべての職員が状況に応じた対応ができるよう環境を整えていく。

進捗

<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多くの個別相談に応じる中で継続的に関わる必要がある問題ケースを見落とさずに対応できるよう、各専門職職員、認知症地域支援推進員が情報共有し、また、生活支援コーディネーターや関係他機関等とも連携して相談支援する態勢を整えている。 ・朝礼や職員ミーティングを通じて新たな施策や地域の社会資源の動向を共有し、情報を集積することにより職員の相談対応力の向上を図っている。また、新たに配属となった職員が、県等主催の研修会に積極的に参加し、専門知識の習得に努めている。 ・包括支援センターの相談内容が複雑化する中で、職員の心的負担も多いことから、職員同士が気軽に話せる、風通しが良い雰囲気づくりを大切にしている。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ミーティング等を活用し、事業計画が適切に実行されているか、進捗確認をしながら業務を行った。 ・また、職員の対応スキルについても、各専門職が意見を交換しながら、スキル向上に務めた。 ・個人情報の取り扱いについて、定期的に確認を行い正しく取り扱うことができた。 ・周知のため、包括支援センターについて等の出前講座等を行った。(7か所92名参加。内、新たな出前講座先は3か所38名) 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民とは適度な距離を保ちつつ、信頼関係を構築し、公平中立な支援を行っている。 ・外部研修の通知はすべての職員に開示し、周知を行っている。また、勤務調整を行い、個人での受講ができるよう配慮した。 ・個別ケースを丁寧に対応する事で、新たな地域課題の発見につながった。 ・朝礼後に新規相談ケースの紹介や、継続ケースの進捗状況を職員間で共有する時間を設けている。その他、自宅訪問後や相談対応後には随時、職員間で相談・報告しあえる環境を整備した。
---	---	---

3 【総合相談支援業務】

- ・ネットワーク構築
- ・総合相談支援
- ・介護家族への相談支援
- ・実態把握
- ・地域共生社会の観点に立った包括的な支援の実施

令和6年度 事業計画		
<p>【全包括協働で行うこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区民生委員児童委員協議会の会合等に何うなどにより、民生委員と顔の見える関係を維持し、地域の気になるケースについて気軽に相談につないでもらう関係をつくる。 ・地域のネットワークを構築し、強化するため、民生委員、自治会、地区社協、シニアクラブ等、地域の高齢者の情報が集まりやすい場に出向き、センターの周知を行う。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談時には関係資料や地域資源等の適切な情報を提供し、丁寧な相談援助を行う。 ・語り合いや介護情報の入手などにより介護家族の介護負担軽減を図ることを目的として介護家族等が集う会の開催支援を行う。 ・相談活動を効果的に行うため、相談場所の拡大として、栗山県営住宅のサロンの場で出張相談を行う。 ・相談が少なく、市民の状況を把握しにくい地区に出張相談の場を設け、地域から孤立している方の状況把握に努める。 ・新たに開設した萱橋台地区の週いち貯筋体操の場が、身近な相談の場としても活用できるよう地域住民や地域の専門職と協働し、環境づくりを進める。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多問題・重層的な問題を抱える家族への支援を各職員が行えるよう、ケース検討や研修を通して課題解決に向けた相談対応を行っていく。 ・地域の社会資源やニーズを把握し、相談時に適切な情報提供を行うなどして、相談対応を効果的・効率的に行う。 ・地域のネットワークを活用し、支援を必要とする高齢者を早期に見出し相談対応を行う。 ・相談は課題解決を目指し、すぐに解決に至らないケースについては、地域のネットワークを活用しながら継続的な支援を行う。また、支援の取り残しのないよう定期的にモニタリングやフォローを実施する。 ・住民主体のサロンや体操教室などの継続、運営支援を行う。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応は丁寧に聞き取りを行い、ニーズの把握を行っていきと共に、本人を置き去りにしない支援を心掛けていく。 ・支援者も高齢化していることから、地域の支え合いだけでは解決できない事もあるため、安心してサービスを選択できるよう、地域資源の把握を行い、たすけあい連絡会や有償ボランティア団体との連携を行っていく。
進捗		
<p>【全包括協働で行ったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各中学校地区民生児童委員協議会の会合等に伺い、包括支援センターの紹介、地域における情報の把握・提供依頼を行い、互いに顔が見え、情報交換ができる関係づくりを行っている。 ・自治会や地域のサロン等から依頼を受けて開催する様々な講話の際に、あわせて包括支援センターの周知を行っている。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護家族等が集う「介護のつどい虹の会」の開催を支援し、介護情報の入手、会員同士の情報交換の場になってきている。「男の介護を語ろう会」は、参加者は多くないが、気兼ねなく介護などの話ができる貴重な居場所になっている。 ・身近な場所で相談ができるよう、栗山地区で地区社協施設を利用した出張相談を定期的に開催している。相談者は少ないが、施設を訪れる人とのコミュニケーションから、心配なケースの情報を知り、早期対応や地域アセスメントができています。また、センターの周知拡大にもつながっている。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・きめ細やかな相談対応を心がけ行った。対応について翌朝礼時に確認や検討を行い、不足やより良い支援方法があった場合は、追加の情報提供や対応を行い、課題解決に向けて支援した。 ・すぐに課題解決とならない、介護保険等の支援につながらないケースについては、個別地域ケア会議を行い地域で見守る体制を作る。地域のサロンやオレンジカフェ等につなげるなどの支援をしたり、センターから確認の電話を適宜行うなどしてフォローした。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応では丁寧な聞き取りを行った。地域では高齢化が進む中で、できる人ができる事を行い、個別にお助け隊が活動している事が分かった。 ・生活支援コーディネーターと連携し、新たな資源を見つけるなど、地域の把握に努めた。

【市全体の相談件数等の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
介護・日常生活に関する相談	1,191 件	1,841 件	2,002 件
（基幹型）	684 件	503 件	478 件
（みなみ）	507 件	602 件	657 件
（千代田）		736 件	867 件
サービス利用に関する相談	484 件	642 件	760 件
（基幹型）	305 件	205 件	248 件
（みなみ）	179 件	171 件	234 件
（千代田）		266 件	278 件
権利擁護に関する相談	58 件	111 件	89 件
（基幹型）	34 件	38 件	20 件
（みなみ）	24 件	43 件	32 件
（千代田）		30 件	37 件
医療に関する相談	142 件	225 件	200 件
（基幹型）	78 件	50 件	41 件
（みなみ）	64 件	80 件	78 件
（千代田）		95 件	81 件
所得・家庭生活に関する相談	68 件	164 件	145 件
（基幹型）	32 件	43 件	37 件
（みなみ）	36 件	85 件	91 件
（千代田）		36 件	17 件
障がい福祉に関する相談	2 件	16 件	4 件
（基幹型）	0 件	1 件	0 件
（みなみ）	2 件	5 件	1 件
（千代田）		10 件	3 件
苦情相談	21 件	29 件	12 件
（基幹型）	18 件	9 件	7 件
（みなみ）	3 件	3 件	0 件
（千代田）		17 件	5 件
安否確認	20 件	33 件	45 件
（基幹型）	17 件	10 件	23 件
（みなみ）	3 件	14 件	8 件
（千代田）		9 件	14 件
その他	252 件	326 件	393 件
（基幹型）	77 件	90 件	95 件
（みなみ）	175 件	149 件	206 件
（千代田）		87 件	92 件
計	2,238 件	3,387 件	3,650 件

介護者のつどい「虹の会」	5 回 65 人	5 回 71 人	5 回 79 人
男の介護を語ろう会	5 回 33 人	3 回 23 人	5 回 32 人

※ 人数については、参加者数となっています。

出張相談	8 回 7 人	12 回 10 人	26 回 25 人
（基幹型）	5 回 1 人	2 回 2 人	5 回 2 人
（みなみ）	3 回 6 人	9 回 8 人	14 回 19 人
（千代田）		1 回 0 人	7 回 4 人

※ 人数については、相談者数となっています。

出前講座		19 回 498 人	22 回 346 人
（基幹型）	実施しましたが、 集計していません	10 回 231 人	7 回 118 人
（みなみ）		8 回 214 人	14 回 217 人
（千代田）		1 回 53 人	1 回 11 人

※ 主な内容

- ・ 介護保険制度についての講話
- ・ 認知症予防及び介護予防についての講話と、オーラルフレイルの内容も取り入れた体操
- ・ 地域の高齢者の困りごとを知って、ボランティアをする意義を認識する

4 【権利擁護業務】

- ・成年後見制度の活用促進
- ・老人福祉施設等への措置の支援
- ・高齢者虐待への対応
- ・困難事例への対応
- ・高齢者虐待防止ネットワークの構築
- ・消費者被害の防止

令和6年度 事業計画		
<p>【全包括協働で行うこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度の利用促進につながる講座やパンフレットの配布等をし、制度の周知を行う。 ・虐待防止ネットワーク会議(研修会)の実施。ネットワークづくりのための本会議のあり方を市と共同で検討し、そのうえで、より多くの職種が虐待防止の意識を高められる研修会を実施する。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談があった際に連携できる支援団体先を広げ、それぞれの特徴を把握するとともに、ネットワーク強化を図る。 ・地域の専門職に向けて、県等主催の研修会を広報、周知し、参加を働きかける。 ・地域で講話する際や地区社協の役員を対象に、虐待防止のための啓発を行う。 ・警察や消費生活センターの協力を得て、特殊詐欺の最新情報を地域のケアマネジャーやその他の関係者に周知する。 ・地域のサロンやふれあい交流会で、消費者被害防止のための啓発講話を行う。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待に至る前に対応ができるよう、日頃から関係機関と情報交換を行い、センター内で共有する。 ・センター内で権利を擁護するための支援について共有し、職員のスキルを向上していく。 ・成年後見制度について、実務に即した勉強会等を行い、対応力を向上させていく。 ・住民への周知のため、特に今まであまり行えていない成年後見制度や高齢者虐待についての周知を行う。消費者被害防止については継続して行う。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の相談には丁寧に対応し、権利擁護事業につなげているが、制度がある事は分かっているものの、実際の利用にはつながらないケースが見受けられる。 ・養護者世代である、50代60代へのアプローチを行う方法を検討し、制度の詳細について周知していくため、出前講座を充実させる。
進捗		
<p>【全包括協働で行ったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各包括支援センターの権利擁護事業担当の職員と、直接援助・相談業務どちらにも有効な虐待防止ネットワーク会議(研修会)の1月開催に向けて打ち合わせを重ねている。 ・詐欺被害防止のため、警察や消費生活センターと連携を図っている。 ・成年後見制度の利用促進に向けて、市民向け研修会の実施についての検討を進めている。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待対応のための職員内部研修を10月に実施(2回)するための準備を進めている。 ・介護支援専門員等に悪質商法の発生事例の情報を発信することで地域への注意喚起が進んでいる。これにより、包括支援センターへの情報提供や相談量が増加し、専門職のアンテナが高くなることで権利侵害等の防止につなげるようにしている。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度や高齢者虐待についての出前講座について、地域サロンに働きかけ開催することができた。虐待の講話(2回17人参加)は、初めは重い話であまり聞きたくないといった反応であったが、講話終了時には、知らぬ間に虐待をしてしまう、されているかもしれない。知っておくべき話だ。との感想が聞かれた。 ・高齢者虐待については、相談の中で心配なケースと思われる時点から、関係者と連携し、早めの対応を行った。 ・センター内では、虐待や権利侵害についてのアンテナを立て早めにケース検討を行う体制ができてきている。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援で成年後見制度市長申し立て及び本人申し立てを同時に支援した。 ・成年後見制度の50代、60代への周知として、ホームページの活用を検討している。 ・高齢者虐待への対応は、ケアマネジャーや警察からの通報を受けて対応している。 ・消費者被害については、ケアマネジャー等から報告を受け、地域に情報提供を行った。地域では回覧板を通じて注意喚起を行い、全民生委員に周知するなど、迅速な対応が行われた。

【市全体の実施状況の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
虐待防止ネットワーク会議	1回 58人	0回 0人	0回 0人
虐待防止事例検討会	0回 0人	0回 0人	0回 0人
緊急対策部会	20回 7人	16回 5人	11回 4人
（基幹型）	15回 5人	8回 3人	10回 4人
（みなみ）	5回 2人	4回 2人	0回 0人
（千代田）		4回 0人	1回 0人
消費者被害防止講座	4回 142人	3回 130人	0回 0人
（基幹型）		2回 75人	0回 0人
（みなみ）		1回 55人	0回 0人
（千代田）		0回 0人	0回 0人
成年後見研修	1回 44人	2回 44人	1回 23人
（基幹型）		2回 44人	0回 0人
（みなみ）		0回 0人	1回 23人
（千代田）		0回 0人	0回 0人

※ 人数については、「緊急対策部会」が虐待と認定した対象者数、それ以外が参加者数となっています。

5 【包括的・継続的ケアマネジメント支援業務】

- ・包括的・継続的なケア体制の構築
- ・地域における介護支援専門員のネットワークの活用
- ・介護支援専門員に対する支援

令和6年度 事業計画		
<p>【全包括協働で行うこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3包括の主任ケアマネジャー間で定期的に連絡会を開催し、ケアマネジャーからの相談を基にケアマネジャー個人や事業所が持つ課題を抽出し、ニーズや課題に応じた事例検討会や研修等の企画・開催などを行う。また必要に応じ、高齢者支援課とも情報共有・連携を図っていく。 ・ケアマネジャーから相談があった困難ケースに対応していくため、包括3職種で連携して、カンファレンスを開催するなど、ケアマネジャーや事業所の後方支援を行う。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーから相談があった困難ケースについては、地域ケア会議やカンファレンスを積極的に開催するなどして後方支援を行う。 ・ケアマネジャーからの相談に対し助言のみをするのではなく、ケアマネジャー自身が課題に気づき、アセスメント力の強化につながるような相談を実施していく。そのために、包括職員のケアマネの相談振り返りを行い、スーパービジョンの経験を積んでいく。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のケアマネジャーが介護保険サービス以外の社会資源を活用できるよう、情報提供や地域との連携を推進していく。 ・ケアマネジャーに個別地域ケア会議の理解と参加を促し、地域住民とのネットワークを繋げ、利用者のための連携支援が行えるよう協力体制を作っていく。 ・ケアマネジャーが円滑に業務を行うことができるよう、地域サロンやシニア会等で、ケアマネジャーについてや、介護予防・自立支援に関する考え方を伝え、啓発していく。 ・困難事例に対しては、カンファレンスの開催や同行訪問を通して、ケアマネジャーへの個別指導・助言を行う等の後方支援をしていく。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市や基幹型包括、ケアマネジャー協議会と連携しながら事業を継続していく。 ・市民向けの出前講座などにケアマネジャーの参加を促し、千代田包括の活動をケアマネジャーに周知していく。
進捗		
<p>【全包括協働で行ったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主任ケアマネジャー連絡会を毎月定期開催できており、情報交換やネットワーク構築などの連携が図られている。7月16日に第1回事例検討会を開催し、48名が参加した。 ・地域のケアマネジャーが抱えている困難ケースについて、各包括支援センターにおいて3職種で相談しながら、必要に応じて同行訪問やカンファレンス実施など後方支援を図っている。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困難事例について随時、他機関も含めてカンファレンスや地域ケア会議を開催し、後方支援している。 ・困難ケースの相談や自立支援のための地域ケア会議などの際にスーパービジョンの視点を取り入れ、面談後の振り返りも行いながら訓練を継続し、技術向上に努めている。 ・ケアマネジャー協議会と生活支援コーディネーターの共催で、認知症地域支援事業の研修会(講義とオレンジカフェ見学ツアー)を開催し、ケアマネジャーに対してインフォーマルサービスの活用や地域支援、ネットワーク構築の理解を深めることができた。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーからの困難事例(認知症高齢者と家族支援について)の相談に対して、地域のオレンジカフェに夫婦で参加してもらい、地域の人だからできる見守りや居場所作りを行い、制度だけに頼らない地域ぐるみの支援作りをケアマネジャーと一緒にいった。結果、ケアマネジャーへの支援にもつながった。他、ケアマネジャーからの相談に対して、カンファレンスの開催や同行訪問なども行い、1つ1つ丁寧に行った。 ・ケアマネジャーが地域に貢献ができるよう、「ケアマネジャーの仕事や介護保険について」講話を行う機会(みそらひまわりサロンにて)を設けた。また講話がスムーズに行えるよう後方支援を行った。参加者からは、ケアマネジャーの仕事が良く分かったとの声が聞かれ好評だった。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市や基幹型と協力して、事業を行った。 ・四街道市ケアマネジャー協議会や主任ケアマネジャー連絡会に参加し、制度や困りごとについての情報共有を行った。 ・ケアマネジャーからの個別相談では、制度説明や同行訪問が主な相談内容であった。

【市全体の相談件数等の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
ケアマネジャーからの相談件数	41 件	90 件	80 件
（基幹型）	14 件	24 件	29 件
（みなみ）	27 件	52 件	40 件
（千代田）		14 件	11 件

6【地域ケア会議推進業務】

- ・医療・介護の専門職、民生委員等の多職種が参加する会議を行う
- ・地域づくり、社会資源の開発等へつなげることを目的として行う

令和6年度 事業計画		
<p>【全包括協働で行うこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援のための地域ケア会議を開催し、事例検討を行うことで、市内の医療・介護保険事業所が自立支援の考え方について共通理解できるようにしていく。 ・自立支援のための地域ケア会議開催後、年度末に市と3包括で評価を行い、自立支援に必要な視点を伝えるための方策を検討し、次年度に向けて効果的な開催につなげる。また、個別地域ケア会議や自立支援のための地域ケア会議で抽出できた地域課題について、生活支援コーディネーター等と共有し、社会資源の創出につなげる。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別地域ケア会議については3職種のほか、生活支援コーディネーターが加わったケース検討を毎月行い、必要なケースについて積極的に会議を開催する。 ・地域ケア会議開催にあたり生活支援コーディネーターに参加を依頼し、当事者支援に併せて、情報収集により発見した地域課題の解決や、社会資源創出等の支え合いのある地域づくりにつなげる。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別地域ケア会議について、地域住民や関係機関に周知し、知ってもらうことで参加を促していく。 ・参加者については、専門職や第三者等を含めた参加を呼びかけ、多職種が協働し、地域課題を把握する場としていく。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年1年間の活動により、地域住民やケアマネジャーと顔の見える関係ができつつある。 ・今後は声をかけやすいセンターを目指し、地域に根差した包括支援センターを定着させていく。その中で、アセスメントに基づき、必要に応じて地域ケア会議を開催していく。
進捗		
<p>【全包括協働で行ったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援のための地域ケア会議を計画通り2回開催し、多職種間のネットワーク構築や介護予防、自立支援に資するケアマネジメントについての共通認識が図れるよう働きかけを継続している。 ・自立支援のための地域ケア会議の最後となる課題整理の会議について、3回目会議の準備を進めつつ年度末開催に向け調整していく。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・区域を3地域に分け、地区ごとに3ヶ月に1回、直近3ヶ月の新規相談ケースの対応状況を地区担当3職種で確認するモニタリングを、生活支援コーディネーターも加わり、地域の社会資源の情報提供などを受けつつ実施している。これにより、必要なケースについては、地域ケア会議の開催につなげている。 ・個別ケースの地域ケア会議については、上半期に3回開催した。必要に応じて、生活支援コーディネーターにも参加を依頼し、地域課題や社会資源の活用なども検討できている。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者支援課で新たに作成した個別地域ケア会議のチラシを活用し、会議についての説明や周知を個人やケアマネジャー、民生委員(定例会にて)などに行った。特に民生委員からは、その後積極的にケア会議に参加いただく、開催の依頼をいただくなどにつながった。多職種の参加では薬剤師が協力できるとの情報を得た。 ・家族の同意を得て、認知症高齢者の個別地域ケア会議をケアマネや認知症オレンジボランティアと行い、本人の身守りや家族の精神的支援について話し合い、地域での日々の支援につなげることができた。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互助活動が活発に行われており、地域で支える事が難しくなってきた時に、包括に相談が入る状況である。すでに困難事例となっている事から、地域住民が負担に思わないよう、開催時間や場所の選定に配慮した。 ・地域住民に向けた地域ケア会議についての周知活動は、下半期の開催を検討していく。

【市全体の実施件数等の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
地域ケア会議(個別)	8 回 50 人	23 回 125 人	26 回 150 人
(基幹型)	2 回 18 人	4 回 26 人	3 回 29 人
(みなみ)	6 回 32 人	19 回 99 人	20 回 100 人
(千代田)		0 回 0 人	3 回 21 人
地域ケア会議(自立支援型)	2 回 72 人	2 回 93 人	2 回 127 人

※ 人数については、会議の参加者数となっています。(自立支援型は傍聴者も含まます)

7【指定介護予防支援業務】

・要支援被保険者等に対し、心身や環境等に応じて、介護保険サービスやインフォーマルサービス等の多様な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行う。

令和6年度 事業計画		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括内部・外部の研修や、主任ケアマネジャー連絡会主催の事例検討会の参加を通じてケアマネジャーの資質向上を図り、介護予防・重度化防止に資するケアプランを作成する。 ・チーム対応力強化のため毎日、情報交換やミニカンファレンス等を行う。 ・感染症や自然災害が発生した場合であっても、介護サービスが安定的・継続的に提供されるよう、業務継続計画(BCP)に基づき、職員の研修と訓練を実施する。 ・法人内の虐待防止検討委員会と連携を図り、職員研修の実施及び指針の作成、マニュアルの整備等を行い、高齢者虐待防止に取り組む。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう支援する。介護保険サービスだけではなく、地域の社会資源や助けあいの活動など、多様な資源を介護予防計画に位置付け、利用者の自立的な生活を支援していく。 ・業務継続計画(BCP)について職員が理解し、訓練を行い、自然災害発生時等の体制を整える。 ・高齢者虐待防止について定期的に職員研修を行い、高齢者の権利擁護に努める。 ・地域の社会資源や情報、インフォーマルサービスについて、随時、センター内で共有し支援に活用していく。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プラン作成においては、丁寧な聞き取りにより、ニーズの把握を行う事で、一人一人に合った正確な情報提供を行う。このことにより適切なサービスの利用につなげていく。 ・介護保険法の改正も予定されている事から、知識の向上を心掛け、事業所内で勉強会を開催したり、外部の勉強会や研修会に積極的に参加していく。
進捗		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主任ケアマネジャー連絡会主催の事例検討会や、自立支援のための地域ケア会議に参加するなど、ケアマネジャー個々の資質の向上に取り組んでいる。 ・毎朝のカンファレンスで地域情報や利用者の情報を共有している。これにより、担当者不在時でも速やかに対応できる体制ができている。 ・カンファレンスを継続している効果として、ケアプランの内容がフォーマルサービス中心からインフォーマルサービスを重視する視点に定着してきた。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスの利用だけではなく、地域で開催されているサロンやオレンジカフェへの参加を提案し、参加につなげることができた。また、参加する中で役割をもつこともできている。 ・センター内で、地域の社会資源の共有をリアルタイムに行い、各職員が以前より多くの提案ができるようになってきている。また、個人の課題を把握し、個別地域ケア会議の開催につなげることで、地域の見守り体制や、ちょっとした困りごとを支援してくれる支援者につなげることができた。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プラン作成では、相談の段階から丁寧な聞き取りを行った。自立支援プランについて、本人や相談者と共通認識を持つことで、適切なサービスの利用につなげた。 ・介護保険法の改正に伴い、事業所内で勉強会を開催した。また、個々のケースにおいてアセスメント方法や事業所との連携など、その都度指導を行い、職員のスキルアップに努めた。

【市全体の作成件数の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
要支援者等に対する予防プラン作成総人数	4,842 件	5,077 件	4,583 件
地域包括支援センター作成数	2,832 件	3,215 件	2,980 件
（基幹型）	1,482 件	1,202 件	1,155 件
（みなみ）	1,350 件	1,482 件	1,296 件
（千代田）		531 件	529 件
再委託事業所作成数	2,010 件	1,862 件	1,603 件
（基幹型）	1,455 件	1,072 件	875 件
（みなみ）	555 件	531 件	507 件
（千代田）		259 件	221 件
委託率	41.5 %	36.7 %	35 %

8 【介護予防ケアマネジメント業務(総合事業のケアマネジメント)】

- ・要支援状態になる可能性の高い高齢者を早期に把握し、アセスメントを行い、目標設定する。
- ・介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援する

令和6年度 事業計画		
<p>【全包括協働で行うこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、理学療法士や作業療法士と同行訪問を行い、本人自身のセルフケア能力の向上に向けた取り組みを行っていく。 ・週いち貯筋体操に参加できなくなった方や、一体的実施事業(ハイリスクアプローチ)から把握した継続的な支援が必要な方に関して市と連携し、働きかけを行っていく。 ・「健康とくらしの調査」の量的データに加え、包括で把握している質的データを併せて、より細かな地区診断を行う。 		
<p>【基幹型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各地域の特性を把握した上で、個人の面談時や団体への講話時などに、介護予防に取り組むことが自らの健康的な生活の継続につながるということを意識できるようにアプローチしていく。 ・「介護予防のすすめ」(仮名)のフローチャートを活用しながら、窓口対応の統一化を図る。また、本人自身が自分の能力に気づき、持つ能力を最大限に発揮して生活ができるように働きかける。 ・社会福祉協議会と協働して「健康寿命を伸ばそう教室」を開催し、講座内にグループワーク等を取り入れたり、学んだ内容を自宅でも実践するなど、本人が主体的に活動できるよう働きかけを行う。また、フレイル状態の方を把握し、週いち貯筋体操など地域の体操や活動の場につなげていくことで、介護予防への意識を自らが高めていけるように働きかける。 	<p>【みなみ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援」を基本に支援する。出前講座や総合相談時に、基本チェックリスト等を行い、自身の体の状態をチェックして頂き、それぞれに必要な介護予防について周知する。また、自身の持っている身体的、社会的な強みを引き出し、活動につなげる関わりをする。その後の状態についても、モニタリングを行いフォローをしていく。 ・住み慣れた地域で安心して生活していくために、元気高齢者に対して、自立支援やセルフケアマネジメントの考え方を伝え、実践して頂く。サロンや地域の集まりで、地域の専門職と協働し、周知・啓発を行う。 ・必要な社会資源を開発するために把握した課題を、市や生活支援コーディネーターと共有する。 	<p>【千代田】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区診断による地域の特性を踏まえ、前期高齢者を対象にした介護予防及び、フレイルに関する知識・情報を提供していく場を設ける。包括内で多職種との連携を行い、他事業と一体的に開催していく。 ・市と連携し、地域とのつながりから離れてしまった方の把握に努める。 ・個別ケースに丁寧に対応する事で、ニーズの把握を行い、地域課題に対する解決策を構築していく。

進捗

【全包括協働で行ったこと】

- ・3包括支援センターの看護職で集まり、介護予防に関する現状や課題について共有し、市とも連携を図っている。
- ・地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハビリ職と一緒に対象者への訪問活動(5件)を行っている。

【基幹型】

- ・社会福祉協議会と協働し、「健康寿命を伸ばそう教室」を2回開催した。普段外出しない方の外出のきっかけや、セルフケアの必要性を知り、自立した生活を継続するための学びの場になった。
- ・栗山半台サロンで、認知症や介護予防について、口腔体操の必要性や実技などオーラルフレイルの内容を取り入れた講話を行った。
- ・緑ヶ丘住宅地域に住民が集まれる場が少ないという課題があり、ワークショップを開催して自治会や住民等に状況を聞き、居場所作りの支援を行った。その結果、6月から月2回、看護師、介護士等の専門職が加わり、介護予防も学べる住民の居場所ができた。

【みなみ】

- ・地域のサロンや健康クラブ参加者に対し、介護予防やフレイル予防についての講話や体操を実施した。また、基本チェックリストを実施し、セルフチェックの仕方や、その人にあった介護予防について伝え啓発活動を行った。
- ・窓口での介護予防についての相談に対して、インフォーマルサービスの活用、本人の強みを生かしたボランティアの提案などを行い活動につなげた。また、その後のフォローも行い、活動が継続できていることを確認した。

【千代田】

- ・地区社協主催の健康教室で包括が講師を務めた。年齢制限はなかったが、前期高齢者の参加は見られなかった。アプローチ方法について検討が必要であることが分かった。
- ・地域から離れてしまった方については、市や地域の方達から情報があり、継続した支援を行っている。
- ・個別ケースに丁寧な対応を行い、ニーズの把握を行った。それにより新たな課題が見つかるなどしている。

9 【認知症地域支援・ケア向上事業】

【認知症地域支援・ケア向上事業】

- ・関係機関との連携
- ・地域の体制づくり
- ・当事者への支援

【認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業】

- ・チームオレンジの整備、運営支援
- ・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターの活用
- ・当事者、家族が参画しやすい環境整備

令和6年度 事業計画

【全包括協働で行うこと】

- ・認知症の正しい理解促進のため、啓発活動を行う
- ・認知症の人と家族を支える地域づくりのため、ボランティア養成や活動支援、地域の支援チームであるチームオレンジの構築を目指す。
- ・医療・介護の専門職が連携し、認知症の人と家族の支援を切れ目なく行えるよう支援体制を構築する。
- ・アルツハイマー月間にイベントを開催し、「認知症の正しい理解」について周知を行う。

【基幹型】

- ・認知症の人とその家族が、地域住民の一人として在宅生活を継続できるよう、地域ケア会議の開催やチームオレンジを構築して支援する。
- ・地域で安心して生活できるよう、オレンジカフェの開催を支援する。また、西中B地区における新たなカフェの立ち上げを支援する。
- ・認知症の早期相談の促進のため、民生委員や医療機関と連携を深める。
- ・認知症の正しい理解促進のための啓発活動として、認知症サポーター養成講座を小学生、商業施設、地域住民向けに開催する。
- ・個別支援の際、介護のみでなく医療とも連携を強化し、専門職と協働して切れ目のない支援を行う。

【みなみ】

- ・令和5年度に立ち上げたオレンジカフェのサポートを行う。
- ・認知症に関する市民向け講座を開催する。認知症の理解を促したい地域には、積極的に開催を働きかける。
- ・アルツハイマー月間にオレンジボランティア等の協力を得て、共に作り上げるイベントを開催する。
- ・認知症行方不明者への対応として、対策グッズやツールについて職員が理解し、具体的に分かりやすい情報提供や利用支援を行い対策を広めて行く。
- ・他機関との連携をスムーズにするため、オレンジ連携シートの活用を積極的に行う。そのため、オレンジ連携シート活用方法の内部勉強会を行う。

【千代田】

- ・個別ケースの相談に丁寧に対応する事で、安心して生活するための地域資源の一端を、包括支援センターが担っていく。
- ・全包括協働以外にも、認知症サポーター養成講座が開催できるよう、キャラバンメイトの発掘・育成を行える体制を構築していく。
- ・地域の集まりの場所が偏っている事から、ニーズで把握された地域にオレンジカフェが開催できるよう、準備を行っていく。
- ・認知症に関する知識や対応方法を広く周知するため、ケアパスの普及や講座の開催を行う。

進捗

【全包括協働で行ったこと】

- ・オレンジボランティアの養成と活動支援を行っている。
- ・9月の世界アルツハイマー月間中、認知症の理解のための普及啓発活動を行い、また、市立図書館において9月23日、アルツハイマーデーイベントとして「コトバとオト 読み語りコンサート」を開催した。
- ・京葉銀行の市周辺の各支店合同研修の場で、認知症への理解に関する講話と情報交換を行った。

【基幹型】

- ・地域ケア会議開催により住民の理解が促進され、介護保険サービスありきでなく、その人らしい生活の実現のため、住民同士の見守りやサポート体制ができた。
- ・四街道高校JRC(青少年赤十字)同好会による課題解決のための主体的な取組(既存オレンジカフェでのボランティア参加、自主オレンジカフェの開催、文化祭での啓発活動等)に協働して支援した。
- ・児童センター来館児童に、アルツハイマーデー・月間に関わる啓発用しおり作りに参加していただいた。若い世代にも、認知症について関心を持ってもらう一助となった。

【みなみ】

- ・行方不明高齢者への対策として、ひまわりサロン旭ヶ丘と共催し「旭ヶ丘高齢者ひとり歩き声かけ模擬訓練」を地域のボランティア、警察や消防、大学、医療福祉の関係者の協力を得て行うための準備が行えた。9/21に関係者での予行訓練を実施(35名参加)・認知症についての正しい理解を啓発するためアルツハイマー月間のイベントを昨年同様に行い、小学生やその親など幅広い世代への周知が行えた。また、新たに地域の映画鑑賞会で認知症をテーマにした映画鑑賞と講話、プチオレンジカフェを開催することができた。(3地域)
- ・個別支援としてチームオレンジを作り自宅オレンジカフェを2回開催した。

【千代田】

- ・既存のオレンジカフェへの参加やボランティアミーティングの開催を通して、オレンジボランティアとの交流を深めた。
- ・既存のオレンジカフェちよだの参加者と共に、千代田公民館にてミニオレンジカフェを開催し、新たな資源開発への足掛かりを築いた。
- ・地域のクリニックやドラッグストアへ出向き、普及啓発を行うと伴に、アルツハイマー月間のイベント開催についても周知を行った。
- ・地域住民からの依頼で、認知症に関するグループワークを行い、当事者の気持ちを想像する事と認知症への備えについて理解していただく事が出来た。

【市全体の実施件数等の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
認知症に関する相談	259 件	421 件	495 件
（基幹型）	171 件	152 件	113 件
（みなみ）	88 件	166 件	165 件
（千代田）		103 件	217 件
認知症サポーター養成講座 ※1	7 回 115 人	10 回 285 人	10 回 270 人
（基幹型）	5 回 82 人	3 回 48 人	5 回 121 人
（みなみ）	2 回 33 人	7 回 237 人	5 回 149 人
（千代田）		0 回 0 人	0 回 0 人
認知症サポーターステップアップ講座	2 回 37 人	3 回 76 人	2 回 47 人
（基幹型）	1 回 23 人	0 回 0 人	0 回 0 人
（みなみ）	1 回 14 人	3 回 76 人	2 回 47 人
（千代田）		0 回 0 人	0 回 0 人
認知症サポーターボランティアミーティング	2 回 22 人	18 回 147 人	21 回 186 人
（基幹型）	1 回 16 人	1 回 12 人	5 回 21 人
（みなみ）	1 回 6 人	17 回 135 人	16 回 165 人
（千代田）		0 回 0 人	0 回 0 人
認知症に関する市民向け講座 ※2	1 回 15 人	8 回 196 人	14 回 325 人
（基幹型）		2 回 53 人	2 回 66 人
（みなみ）		5 回 97 人	10 回 230 人
（千代田）		1 回 46 人	2 回 29 人
オレンジカフェ	19 回 220 人	23 回 276 人	38 回 624 人
（基幹型）	16 回 160 人	12 回 97 人	15 回 128 人
（みなみ）	3 回 60 人	5 回 100 人	16 回 378 人
（千代田）		6 回 79 人	7 回 118 人
キャラバン・メイト連絡会	1 回 14 人	0 回 0 人	0 回 0 人

※ 人数については、参加者数となっています。

※1 認知症サポーター養成講座の主な実施先

- ・ 四街道市民生委員児童委員
- ・ 京葉銀行
- ・ つくし座自治会
- ・ 萱橋台地区等住民
- ・ 四街道高校JRC同好会
- ・ 新国際福祉カレッジ

※2 主な内容

- ・ 認知機能低下と介護予防について
- ・ 世界アルツハイマーデー関連イベント「コトバとオト 読み語りコンサート」

10 【認知症初期集中支援推進事業】

【基幹型】

- ・支援チームと医療関係者との連携
- ・支援チームに関する普及啓発
- ・認知症初期集中支援の実施

令和6年度 事業計画	
【基幹型】	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の初期から、地域とのつながりを持って在宅生活を継続できるよう、早期に把握し集中的に支援することにより、生活支援体制を構築する。また、介護者の認知症理解を促進し、負担の軽減を図る。 ・認知症の正しい理解の促進とチームの啓発のため、普及啓発講座の開催、「ふくし四街道」、市政だよりで広報活動を行う。 ・認知症の人と家族が初期症状から継続的、包括的に支援を受けられるよう、医療・介護専門職との連携を図る。
進捗	
【基幹型】	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象者に決定したケース5件に、前年度継続分を加えた計8件に対して支援を行っている。このうち、9月末までに4件の支援を終了した。 ・認知症理解の啓発のため、普及啓発講座「認知症について考えよう」を7月26日、9月27日に開催した。 ・個別対象者の支援の際、専門職とともに一体的な支援を実施している。チーム員会議に4回、延べ7名の専門職の参加をいただいた。

【市全体の事業実施等の推移】

	令和4年度		令和5年度		令和6年度	
	回数	人数	回数	人数	回数	人数
認知症初期集中支援チーム員会議	9回	実 6人 延 16人	5回	実 4人 延 11人	6回	実 5人 延 8人
認知症初期集中支援チーム 普及啓発事業	2回	28人	2回	54人	2回	40人

※ 人数について、「認知症初期集中支援チーム員会議」の「実」は年度内に対象となった方の人数、「延」は年度内に支援を行った方の人数となっています。
 「普及啓発事業」は参加者数となっています。

11【生活支援体制整備事業】※基幹型が実施

- ・地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ・地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- ・関係者のネットワーク化
- ・目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ・生活支援の担い手養成やサービスの開発

令和6年度 事業計画	
【第1層】	<p>・四街道市地域支えあい推進会議を開催し、市内全域における地域課題や活動の進捗状況、活動の方向性を共有する。また、担い手不足という課題解決に向け、関係団体や庁内の担当課とネットワークを構築し、仕組みづくりや資源開発などを行う。</p> <p>・住民、専門職、企業などが官民一体で課題を共有し、支えあいのある地域づくりを推進できることを目指し、「支えあい通信」や市、社協の広報紙等を活用して広報するとともに、啓発事業として「四街道の支えあい100人情報交換会」を継続開催していく。</p> <p>・様々な住民等の団体に対して、支えあい活動の推進につながる講話やワークショップを開催していく。</p>
【第2層】	<p>・自治会等の単位でその地域の実情に合わせた支えあいの仕組み(参加・支援・相談)を住民自らが考え、活動できるよう、会議やワークショップの開催を第2層生活支援コーディネーターとともに働きかけていく。</p> <p>・地域ケア会議に出席し、個別ケースの課題を、関係者のネットワークを活用して解決できるよう支援する。また地域課題を整理し、その解決方法としてすでにある活動を充実させたり、新たな活動を始めることができるよう、ワークショップや講話を通じて働きかける。</p> <p>・地域へ働きかける仕組みとしての役割を担う中学校区ごとのチームを、地域力や地域特性に合わせて充実させるとともに、第2層生活支援コーディネーターの創出を継続する。</p>
進捗	
【第1層】	<p>市内地域支援組織(お助け隊等)及び助け合い連絡会合同の情報交換会を開催した。グループワークにより団体同士がつながり、今後の新たな活動に結びつく動きも見えた。</p> <p>・「四街道の支えあい100人情報交換会その⑥」では144人の参加があり、住民からは「他地区の取り組みを参考に、自分の地域での支えあいの検討を始めた」、企業からは「次回はサブ会場として会社に住民を招き、視聴したい」など、様々な立場の人が支えあい活動につながるきっかけとして機能している。</p> <p>・居場所づくり、買い物難民支援として、ウエルシア移動販売車の停留所について、自治会長等を含めた地域住民、福祉施設、医療機関などへ働きかけ、選定を行った。</p>
【第2層】	<p>・自治会やシニア会への支えあい活動の働きかけを引き続き実施している。小さな単位への働きかけにより、「互近助」で何ができるかを考え、活動を始めるきっかけが構築されてきている。</p> <p>・各チームの活性化と新たな生活支援コーディネーターの創出については、新たな取り組み方の検討が必要と考えている。</p>

【市全体の事業実施等の推移】

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
四街道市支えあい推進会議	1 回 20 人	1 回 26 人	1 回 21 人
地域でのワークショップ等の開催	7 回 104 人	5 回 89 人	6 回 116 人
支えあい通信の発行	2 回	0 回	0 回
100人情報交換会	1 回 110 人	1 回 149 人	1 回 114 人

※ 人数については、参加者数となっています。

12【基幹型業務】※基幹型が実施

- ・包括間の連絡会の企画、立案、調整、実施に関すること
(業種・業務別の開催、情報交換、研修など)
- ・市全域にかかわる事業の企画・立案・実施

令和6年度 事業計画

- ・包括間の円滑で効果的な連携体制を確立するため、統括・調整の役割を果たす。
- ・各包括へ必要な助言や協力を行うことにより、全包括の業務遂行力の維持・向上を図る。
- ・各包括の運営上の課題などを把握し、集約して市と共有し、全体で連携、協力して解決につなげていく。
- ・多問題家族への支援をスムーズに行うため、多職種、他機関との早期連携ができるよう、各分野の専門職と連携した研修会や事業を実施する。
- ・市内全域を対象とした以下の事業について、市と方向性を共有し協働で取り組むとともに、地域型包括間の調整を図る。
 - ①専門職を対象とした虐待防止に関する啓発及び研修の開催
 - ②自立支援のための地域ケア会議の企画、運営
 - ③成年後見制度の普及啓発
 - ④在宅医療・介護連携支援センターと協働した、介護と医療の円滑な連携に向けた取り組み
 - ⑤専門職同士のネットワーク、専門職と地域住民との連携に関する支援の実施

進捗

- ・各包括支援センターの主任ケアマネジャー間の連携を図り、地域課題の共有や、3センター協働で自立支援のための地域ケア会議を、1回目6月25日、2回目8月30日に開催した。
- ・各包括支援センターの権利擁護事業担当者の会議を開催し、市と3センター協働による虐待防止に関する研修を1月に開催する予定で企画している。
- ・各包括支援センターの介護予防事業担当者の会議を開催し、市と3センター協働で、地域課題の洗い出しや予防に資する取り組みについて検討を重ねている。
- ・在宅医療・介護連携支援センターの事務局会議に参加し、医療と介護の円滑な連携について情報交換を行っている。
- ・社協だより(ふくし四街道)に「認知症サポーター養成講座を開催してみませんか」「もの忘れが心配な時早めに相談してみませんか」の記事を掲載し、認知症に関する啓発を行った。

令和6年度 地域包括支援センター職員体制

No.	担当	職種（主）	他資格	備考
1	包括的支援	センター長 社会福祉士		
2	包括的支援	保健師相当 （看護師）	社会福祉士／認知症地域支援推進員／ 生活支援コーディネーター	
3	包括的支援	管理者 主任介護支援専門員	介護支援専門員／社会福祉士	
4	包括的支援	主任介護支援専門員	介護支援専門員／社会福祉士	
5	包括的支援	保健師	介護支援専門員／認知症地域支援推進員／ 認知症コーディネーター	
6	包括的支援	社会福祉士		
7	包括的支援	社会福祉士		[担当地区] ・西中地区 ・北中地区
8	プランナー	介護支援専門員	社会福祉士／介護福祉士	[所在地] ・鹿渡無番地 総合福祉センター 分館
9	プランナー	介護支援専門員	介護福祉士／主任介護支援専門員	[開所] ・月～土（祝日除く） ・8:30～17:15
10	プランナー	介護支援専門員		[連絡先] ・TEL420-6070 ・FAX424-6707
11	プランナー	介護支援専門員	介護福祉士	
12	認知症総合支援	保健師	介護支援専門員／認知症コーディネーター	
13	認知症総合支援	社会福祉士	精神保健福祉士／介護支援専門員 認知症コーディネーター	
14	生活支援体制整備	生活支援コーディネーター	介護福祉士／介護支援専門員／社会福祉士	
15	生活支援体制整備	事務員		
16	事務	事務員		

基幹型包括

令和6年度 地域包括支援センター職員体制

No.	担当	職種(主)	他資格	備考
みなみ包括	1	包括的支援	センター長 管理者 社会福祉士	主任介護支援専門員/介護福祉士/認知症コーディネーター/認知症地域支援推進員
	2	包括的支援	主任介護支援専門員	看護師(保健師相当)/介護支援専門員/認知症地域支援推進員
	3	包括的支援	保健師相当(看護師)	介護支援専門員/認知症コーディネーター/認知症地域支援推進員/社会福祉士
	4	包括的支援	保健師相当(看護師)	
	5	包括的支援	保健師相当(看護師)	
	6	認知症総合支援	介護福祉士	
	7	プランナー	社会福祉士	
	8	プランナー	介護支援専門員	介護福祉士
	9	プランナー	社会福祉主事	
	10	プランナー	介護支援専門員	介護福祉士
	11	プランナー	介護支援専門員	
千代田包括	1	包括的支援	センター長 保健師相当(看護師)	
	2	包括的支援	主任介護支援専門員	介護支援専門員/看護師
	3	包括的支援	社会福祉士	
	4	認知症総合支援	社会福祉士	介護福祉士
	5	プランナー	管理者 介護支援専門員	看護師
	6	プランナー	介護支援専門員	
	7	プランナー	介護支援専門員	歯科衛生士
				<p>[担当地区]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・四中地区 ・旭中地区 <p>[所在地]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・和良比635-4 ・わろうべの里 <p>[開所]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月～土(第4月曜・祝日除く) ・9:00～17:15 <p>[連絡先]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・TEL497-5165 ・FAX497-5166
				<p>[担当予定地区]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・千代田中地区 <p>[所在地]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・池花2-22-4 <p>[開所]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月～土(祝日除く) ・8:30～17:15 <p>[連絡先]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・TEL497-2430 ・FAX497-2431

令和7年度 四街道市地域包括支援センター運営方針（案）

I 方針策定の趣旨

この「四街道市地域包括支援センター運営方針」は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的考え方や理念、業務上の基本方針等を明確にするとともに、センター業務の円滑な実施に資することを目的に策定する。

II 地域包括支援センターの目的

- センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する中核機関として設置する。

III 地域包括支援センターの運営への関与等

- センターの設置者は四街道市から包括的支援事業の実施の委託を受けた者であり、あらかじめ市へ届け出た者であるが、センターの設置主体は四街道市であることから、市は、センターの設置目的を達成するための体制整備に努め、その運営について適切に関与する。重点的な取組みについては、市とセンターが共通認識のもと、協働して適正な実施に努める。
- 市が設置する地域包括支援センター運営等協議会は、センターの運営に関する事項について、承認や協議、評価する機関として役割を發揮することにより、市の適切な意思決定に関与し、もって、適切、公正かつ中立なセンターの運営を確保する。

IV 運営上の基本方針

1 地域包括ケアシステムの推進

高齢者が、住み慣れた地域で、自分の意思決定のもと、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、高齢者の状態に応じた「予防」「生活支援」「介護」「医療」サービスを、切れ目なく提供する。

センターは、地域包括ケアシステムの推進を担う中核機関として、地域住民一人ひとりに対する個別支援や地域におけるネットワークの構築等、地域の高齢者に関する様々なニーズに対応できるよう、市及び関係機関・団体とともに、その体制の実現に努めるものとする。

2 公益性

- センターは、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。
- センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料や、国・県・市の公費によって賄われていることから、適切な事業運営を行う。

3 地域性

- (1) センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関なので、担当圏域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。
- (2) 地域包括支援センター運営等協議会等の場を通じて、地域の住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組む。

4 協働性

- (1) センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、認知症地域支援推進員等の専門職種が、相互に情報を共有し、理念・方針を理解した上で、連携・協働の運営体制を構築し、業務全体をチームとして支える。
- (2) 地域の保健・福祉・医療の専門職や各種ボランティア、公共機関、民生委員、認知症初期集中支援チーム員、生活支援コーディネーター、地域住民等の関係者と連携を図りながら活動する。
- (3) 地域包括ケアシステムを担う事業の全体像を把握しつつ、他の事業とも連動しながら事業を効果的、効率的に行う。

V 業務の実施方針

1 共通事項

- (1) 事業計画の策定と評価
 - ・ センターは、地域の実情に応じて必要となる重点課題・目標を設定し、特色のある創意工夫した年間の事業計画を策定する。
 - ・ 市は国の評価指標によりセンターの評価・点検を行い、その結果を地域包括支援センター運営等協議会に報告する。
- (2) 職員の確保・育成と姿勢
 - ・ センターは、多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保及び育成を行う。
 - ・ センターの職員は、高齢者自身の意思を尊重し、自分らしい生活を継続できるよう支援することを念頭において業務を遂行する。
 - ・ 判断能力の低下した高齢者の支援にあたっては、その高齢者の意思を最大限尊重することを基本とし、自身で発信することが困難な場合には、代弁者としての視点を意識して業務を遂行することに努める。
- (3) 職員のスキルアップ
 - ・ センターの職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、業務に必要な知識、技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加し、各職員が学んだ内容を全職員に伝達、共有することにより、センター全体のスキルアップに努める。
- (4) きめ細やかな相談支援、記録の実施
 - ・ センターには高齢者に関する様々な内容の相談が寄せられる。これらの相談に対し

て、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな相談支援を行う。

- ・ 継続的支援を重視し、高齢者の心身の状況の変化等に合わせた適切な対応が図れるよう努め、その経過について記録する。
- ・ 相談者のプライバシーが確保される環境整備に努める。

(5) 行政機関等との連携強化

- ・ センターは、市の関係部署（高齢者支援課、障がい者支援課、社会福祉課、健康増進課等）と綿密な連携を図る。また、センター間の総合調整や後方支援を行う基幹型のセンターとも密接に連携し、事業を実施する。
- ・ 地域包括ケア推進の中核機関であるセンターの業務は多岐に渡り、業務を推進する上では関係部署との緊密な連携が必要であることから、支援が困難なケース等についても迅速に対応できるよう日常的に連携を図るため、以下の会議等に参加する。

ア 地域包括支援センター運営等協議会

地域の医療、介護、福祉、保健の関係機関や被保険者、学識経験者等が参加し、センターが公平性、中立性をもって適切に運営されているか等について協議する。

イ 定期的な連絡会議

センター職員と市担当職員が参加し、情報交換や事例検討等を実施し、全体のスキルアップを図る。

- ① 包括連絡会
- ② 各専門職による会議
- ③ 認知症地域支援推進員・コーディネーター連絡会

ウ その他地域において連携が必要な団体の会議、行事等

地域との連携において必要な団体の会議等への参加や地域行事に参加し、協力関係を深める。

(6) 担当地域に応じた重点的な取り組み

- ・ 高齢者関連データ（介護保険データ、健康とくらしの調査等）から地域特性を把握し、課題・ニーズの把握に努め、その解決に向けた具体的な取り組みを行う。

(7) 広報活動

- ・ センターの業務を適切に実施していくため、また、業務への理解と協力を得るためにパンフレットや広報紙等を作成し、様々な場所や機関への配布等を行うなど、地域住民及び関係者へ積極的に広報する。

(8) 苦情対応

- ・ センターに対する苦情等については、その内容を記録し迅速かつ適切に対応する。また、必要に応じて市へ相談、報告を行う。

(9) 個人情報の保護

- ・ 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス及び個人情報の保護に関する法律についてのガイドラインに基づくものとする。

(10) 法令の遵守

- ・ センターの運営等に当たっては、関係法令の遵守を徹底するものとする。

2 総合相談支援事業

総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

(1) ネットワークの構築

- ・ 支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスを始めとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行う。また、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、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。

(2) 実態把握

- ・ 構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行う。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげる。

(3) 総合相談支援

- ・ 初期段階においては、実態把握やネットワーク等を通じた的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。
- ・ 専門的・継続的な支援の実施においては、より詳細な情報収集を行い、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的な情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。
- ・ 家族を介護する者に対する相談支援を実施する場合には、ニーズを踏まえ、家族介護支援事業と連携して支援を行う。ヤングケアラーや育児と介護を同時期に担う者にも配慮すること。
- ・ センターは、自らが解決に資する支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合には、必要に応じて適切な支援関係機関につなぐ。また、地域共生社会の観点からも、他の相談支援機関と連携し、必要に応じて相談者とその世帯が抱える生活課題全体の把握に努めながら相談支援を行う。

(4) 相談事例の終結の条件

- ・ 相談者の主訴が解決し、主訴以外の困難な問題がない場合
- ・ センター以外の適切な機関に繋げ、適切な引き継ぎが確認された場合
- ・ 後見人が選任された場合
- ・ 虐待の解消及び再燃リスクが消失した場合
- ・ その他、判断に迷う場合は、協議する

3 権利擁護事業

権利擁護事業は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。

(1) 成年後見制度等の活用

- ・ 日常生活自立支援、成年後見制度等を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、高齢者の生活機能の維持を図る。
- ・ 認知症などにより判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービス利用や、金銭管理、法的行為などの支援のため、成年後見制度の活用が図られるよう関係機関と連携し支援する。

高齢者に親族がいる場合には、親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。また、申立てを行える親族がいない場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市に当該高齢者の状況等を報告し、市長申立てにつなげる。

対象者については、「四街道市成年後見制度における市長による審判請求手続等に関する要綱」を参照すること。

(2) 高齢者虐待への対応

高齢者虐待を把握した場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応をとる。（詳細の業務については、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）を参照）。

※虐待を把握した場合には、速やかに市に高齢者の状況等を報告し、必要に応じて市と連携し、適切な対応をとる。

(3) 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、介護サービス、医療サービス等様々なサービスの提供を行っても解消されず高齢者を特別養護老人ホーム等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市に高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めること。また、措置入所（短期含む）後も高齢者の状況を把握し、認知症等により判断力の低下した高齢者については、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

(4) 困難事例への対応

困難事例（重層的課題がある、支援拒否等）を把握した場合は、センターに配置されている各専門職が連携し、センター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。

(5) 高齢者虐待防止ネットワークの構築

地域における高齢者虐待防止のため、行政・関係機関・各種事業所や住民等が理解を深め、ネットワークを構築し高齢者虐待防止の啓発活動に取り組むこととする。

また虐待の早期発見や発生した虐待を止めるための具体的な介入、再び起こさないための見守り活動等を行う上で、ネットワークを活用する。

(6) 消費者被害防止

消費者被害から高齢者を守るために、民生委員や介護サービス事業者等、日頃から高齢者と接する機会が多い関係者から情報収集することに努める。また、消費生活センター等と定期的な情報交換を行うなど、被害の未然防止、問題の解決にあたる。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい暮らしを続けることができるよう、地域における関係機関や多職種の連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。

(1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・ 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し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。
- ・ 地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動等介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

(2) 介護支援専門員に対する支援

ア 日常的な個別指導・相談

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置、サービス担当者会議の開催支援、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画の検証等、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行う。

イ 事例検討会・研修会の実施

介護支援専門員の資質の向上を図る観点から、施策の方向性や介護支援専門員のニーズを把握し、関係機関とも連携のうえ、情報提供や事例検討会、研修会等を実施する。

ウ 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針を検討し、指導・助言等を行う。

エ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員が、日常的に円滑な業務が実施されるよう、介護支援専門員のネットワークを活用する。

5 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するために、医療・介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、すべての期間を通じて、必要かつ効果的な支援を行える体制を構築する、認知症地域支援推進員を配置する。認知症地

域支援推進員は「認知症基本法」の理念を念頭に置き、地域における認知症の人とその家族を支える仕組みづくりについて、認知症初期集中支援チーム、その他関係機関と連携し、市等と協働して取組みを推進する。

(1) 関係機関との連携

- ・ 医療機関、介護サービス事業所、認知症サポーター等の地域において認知症の人を支援する関係者との連携を図る。
- ・ 認知症疾患医療センターやかかりつけ医等、早期診断・早期対応に向けた医療との連携・協力体制を整備する。
- ・ 医療と介護が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくために、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を習得する研修などを行う。
- ・ 「認知症初期集中支援チーム」と連携を図る等により、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整する。

(2) 地域の体制づくり

- ・ 地域住民や関係機関等が、認知症高齢者やその家族を地域で支え、見守る体制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及等を行う。
- ・ 認知症に理解のある地域づくりをするため、地域のキャラバン・メイトと連携・協力し、「認知症サポーター養成講座」等を活用した取組みを行う。
- ・ 認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ）の作成・普及を行う。
- ・ 認知症になっても、「生きがい」をもった生活が送れるよう、高齢者等の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして、農作業や商品の製造・販売、食堂の運営、その他の軽作業、地域活動等、社会参加活動を行うための体制を整備する。

(3) 当事者・家族への支援

- ・ 認知症高齢者やその家族から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
- ・ 認知症高齢者やその家族が集える場所等（オレンジカフェ等）を創設することで、介護負担を軽減し在宅介護を継続できるよう支援したり、認知症の本人や家族のニーズを地域で共有する機会を作る。

6 認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業

市等と協働し、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）を地域ごとに整備し、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に掲げた「共生」の地域づくりを推進するチームオレンジコーディネーターを配置する。

なお、認知症地域支援推進員はチームオレンジコーディネーターを兼務し、認知症地域支援・ケア向上事業と一体的に取り組みを行う。

- ・ 認知症の人本人の視点を反映したチームオレンジの活動を展開するため、活動内容

の設定に当たっては、認知症の人本人の希望や必要としていること等をできる限り汲み取る。

- ・ チームオレンジによる支援は、外出支援、見守り・声掛け、話し相手、認知症カフェの同行支援等の対人援助のみならず、単身高齢者が多く暮らす地域を定期的に巡回するなど、地域のニーズを踏まえて柔軟に設定する。
- ・ チームオレンジには、幅広い年齢層の認知症サポーターや、企業・職域型の認知症サポーターの参画を求める。
- ・ 認知症の人やその家族を単に支えられる側にとらえるのではなく、チームオレンジのメンバーの一人として社会参加できるよう配慮する。

7 地域ケア会議推進事業

- ・ センターは、多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とした個別ケースを検討する地域ケア会議を開催する。
- ・ 個別ケースの検討にあたっては、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた医療、介護等の専門職、民生委員、NPO 法人、自治会、社会福祉法人、ボランティア等多職種の方が協働する場とする。

8 第一号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント業務）及び指定介護予防支援事業

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業における考え方を正確に理解した上で、高齢者が自身の持つ能力を最大限に活かして、住み慣れた地域での自立した生活を営めるよう、利用者の意欲や興味にも依拠しつつ「自立支援」のためのケアマネジメントを行い、それを実現するためのプランであることを利用者やその家族と共有する。
- ・ 本人や家族の声を聞くだけでなく、自立のための課題の見立てと的確なアセスメントを実施し、総合事業のみならず、インフォーマルサービスや地域活動への参加を組み合わせたプランを作成し、自立へとつないでいく。
- ・ 指定居宅介護支援事業所へ委託する場合も本人の状況を勘案し、特定の事業所に委託が偏らないよう留意しつつ、適切な事業所へ委託を行う。また、委託後もセンターの三職種等が適切に関与し、必要に応じて支援を実施する。

9 生活支援体制整備事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）

高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組織、NPO 法人、社会福祉法人、地縁組織、民間企業などの多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していく。

- ・ 生活支援コーディネーターは、高齢者を含む多世代の地域住民、地域包括支援センター及び市町村をつなげ、それらの連携・共創を推進する。
- ・ 高齢者が、地域の社会資源を享受するだけでなく、自身の関心や選択を踏まえ、自

分事として地域の多様な活動に主体的に参加することを促す。

- ・ 住民主体による支援などの多様な支援を推進するために、高齢者施策にとどまらず、様々な分野の多様な主体を巻き込んで取り組みを進める。

10 認知症初期集中支援推進事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。

（１） 認知症初期集中支援チーム員の役割

- ・ 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う。
- ・ 認知症の人とその家族を支援する専門職との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保する。

（２） チームの取り組み

ア 地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行う。

イ 認知症初期集中の実施

ウ 認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるよう、定期的な情報交換を行う。

11 一般介護予防事業、在宅医療・介護連携支援センターとの連携

（１） 一般介護予防事業

市と協働し、地域の集いの場に出向く等により、介護予防の必要性の普及啓発を図る。

（２） 在宅医療・介護連携支援センター

在宅医療・介護連携支援センターが開催する会議等への参加を通し、医療介護連携推進に向けた取り組みと連携し、業務を行う。

四街道市地域包括支援センター運営方針

改正案	現 行
<p>○令和7年度 四街道市地域包括支援センター運営方針</p> <p>I 方針策定の趣旨 (略)</p>	<p>○令和6年度 四街道市地域包括支援センター運営方針</p> <p>I 方針策定の趣旨 (略)</p>
<p>II 地域包括支援センターの目的 (略)</p>	<p>II 地域包括支援センターの目的 (略)</p>
<p>III 地域包括支援センターの運営への関与等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>センターの設置者は四街道市から包括的支援事業の実施の委託を受けた者であり、あらかじめ市へ届け出た者であるが</u>、センターの設置主体は四街道市であることから、市は、センターの設置目的を達成するための体制整備に努め、その運営について適切に関与する。重点的な取組みについては、市とセンターが共通認識のもと、協働して適正な実施に努める。 ・ 市が設置する地域包括支援センター運営等協議会は、センターの運営に関する事項について、承認や協議、評価する機関として役割を発揮することにより、市の適切な意思決定に関与し、もって、適切、公正かつ中立なセンターの運営を確保する。 	<p>III 地域包括支援センターの運営への関与等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ センターの設置主体は四街道市であることから、市は、センターの設置目的を達成するための体制整備に努め、その運営について適切に関与する必要がある。<u>具体的には、地域の関係機関の連携体制の構築など</u>重点的な取組みについて、市とセンターが共通認識のもと、協働して適正な運営実施に努める。 ・ 市が設置する地域包括支援センター運営等協議会は、センターの運営に関する事項について、承認や協議、評価する機関として役割を発揮することにより、市の適切な意思決定に関与し、もって、適切、公正かつ中立なセンターの運営を確保する。
<p>IV 運営上の基本方針</p> <p>1 地域包括ケア<u>システム</u>の推進</p> <p>高齢者が、住み慣れた地域で、自分の意思決定のもと、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、高齢者の状態に応じた「予防」「生活支援」「介護」「医療」サービスを、切れ目なく提供する。</p> <p>センターは、地域包括ケアシステムの推進を担う中核機関として、地域住民一人ひとりに対する個別支援や地域におけるネットワークの構築等、地域の高齢者に関する様々なニーズに<u>対応</u>できるよう、市及び関係機関・団体とともに、その体制の実現に努めるものとする。</p> <p>2 公益性 (略)</p> <p>3 地域性 (略)</p>	<p>IV 運営上の基本方針</p> <p>1 地域包括ケアの推進</p> <p>高齢者が、住み慣れた地域で、自分の意思決定のもと、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<u>に</u>、高齢者の状態に応じた「予防」「生活支援」「介護」「医療」サービスを、<u>高齢者の状態の変化に応じ</u>切れ目なく提供する。</p> <p><u>そのため</u>、センターは、地域包括ケアシステムの推進を担う中核機関として、地域住民一人ひとりに対する個別支援や地域におけるネットワークの構築等、地域の高齢者に関する様々なニーズに<u>応えること</u>のできるよう、市及び関係機関・団体とともに、その体制の実現に努めるものとする。</p> <p>2 公益性 (略)</p> <p>3 地域性 (略)</p>

4 協働性

(1)～(2) (略)

(3) 地域包括ケアシステムを担う事業の全体像を把握しつつ、他の事業とも連動しながら事業を効果的、効率的に行う。

V 業務の実施方針

1 共通事項

(1) (略)

(2) 職員の確保・育成と姿勢

・ センターは、多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保及び育成を行う。

- ・ センターの職員は、高齢者自身の意思を尊重し、自分らしい生活を継続できるよう支援することを念頭において業務を遂行する。
- ・ 判断能力の低下した高齢者の支援にあたっては、その高齢者の意思を最大限尊重することを基本とし、自身で発信することが困難な場合には、代弁者としての視点を意識して業務を遂行することに努める。

(3)～(10) (略)

2 総合相談支援事業

総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

(1) ネットワークの構築
(削除)

4 協働性

(1)～(2) (略)

(新設)

V 業務の実施方針

1 共通事項

(1) (略)

(2) 職員の姿勢

(新設)

- ・ センターの職員は、高齢者自身の意思を尊重し、高齢者が住み慣れた地域で、自分の意思決定のもとに自分らしい生活を継続できるよう支援することを念頭において業務を遂行する。
- ・ 判断能力の低下した高齢者の支援にあたっては、その高齢者の意思を最大限尊重することを基本とし、自身で発信することが困難な場合には、代弁者としての視点を意識して業務を遂行することに努める。

(3)～(10) (略)

2 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

(1) ネットワークの構築
・ 地域の社会資源やニーズを把握し、相談時に適切な情報を提供し、相談活動を効果的・効率的に行うこととする。ネットワーク構築にあたっては、活用可能な機関・団体等の把握などを行うこととする。

- ・ 支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスを始めとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行う。また、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、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。

(削除)

(2) 実態把握

- ・ 構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行う。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげる。

(3) 総合相談支援

- ・ 初期段階においては、実態把握やネットワーク等を通じた的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。
- ・ 専門的・継続的な支援の実施においては、より詳細な情報収集を行い、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。
- ・ 家族を介護する者に対する相談支援を実施する場合には、ニーズを踏まえ、家族介護支援事業と連携して支援を行う。ヤングケアラーや育児と介護を同時期に担う者にも配慮すること。
- ・ 複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、センターは、自らが解決に資する支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合には、必要に

- ・ 支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスを始めとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行うこととする。また、更なる問題の発生を防止するため、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。

- ・ 地域の様々な関係者のネットワークを通じて、高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談等を通じて、支援が必要と判断された高齢者に対して、センターの各専門職によるチームで支援を行う。

(2) 地域から孤立している要介護者等のいる世帯など支援が必要な世帯の把握

- ・ ネットワーク等を活かし、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことで、地域に存在する隠れた問題やニーズを発見し、早期対応できるように取り組む。また、認知症高齢者の見守りや消費者被害防止、閉じこもりの予防というニーズに、これらのネットワーク等を有効に活用するものとする。

(3) 総合相談支援

(新設)

(新設)

(新設)

応じて適切な支援関係機関につなぐ。また、地域共生社会の観点からも、他の相談支援機関と連携するとともに、必要に応じて相談者とその世帯が抱える生活課題全体の把握に努めながら相談支援を行う。

(削除)

(4) 相談事例の終結の条件 (略)

3 権利擁護事業

権利擁護事業は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。

(1) 成年後見制度等の活用 (略)

(2) 高齢者虐待への対応

高齢者虐待を把握した場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。)等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応をとる。(詳細の業務については、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」(平成18年4月厚生労働省老健局)を参照)。

※虐待を把握した場合には、速やかに市に高齢者の状況等を報告し、必要に応じて市と連携し、適切な対応をとる。

(新設)

- ・ 高齢者の様々な相談に対応し、相談内容に即したサービスや制度等の情報提供や関係機関の紹介等を行う。専門的な関与や緊急対応が必要な場合には、より詳細な情報収集を行い、課題を明確にした上で適切なサービスや制度につなぎ、継続的な支援を行う。

(4) 相談事例の終結の条件 (略)

3 権利擁護業務

権利擁護業務は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。

(1) 成年後見制度等の活用 (略)

(2) 高齢者虐待への対応

高齢者虐待を把握した場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。)等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応をとる。

また、必要に応じ以下の業務を行う。

- ① 高齢者虐待防止法第6条の規定による相談、指導及び助言
- ② 高齢者虐待防止法第7条第1項若しくは第2項の規定による通報
- ③ 高齢者虐待防止法第9条第1項の規定による届出の受理
- ④ 高齢者虐待防止法第9条第1項の規定による高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置
- ⑤ 高齢者虐待防止法第14条第1項の規定による養護者の負

(3) 老人福祉施設等への措置 (略)

(4) 困難事例への対応

困難事例(重層的課題がある、支援拒否等)を把握した場合は、センターに配置されている各専門職が連携し、センター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。

(5)～(6) (略)

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい暮らしを続けることができるよう、地域における関係機関や多職種の連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。

(1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・ 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し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。
- ・ 地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動等介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

(2) 介護支援専門員に対する支援

ア 日常的な個別指導・相談

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置、サービス担当者会議の開催支援、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画の

担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置

⑥ 高齢者虐待防止法第16条の規定により市と連携協力する者とその対応について協議

※虐待を把握した場合には、速やかに市に高齢者の状況等を報告し、必要に応じて市と連携し、適切な対応をとる。

(3) 老人福祉施設等への措置 (略)

(4) 困難事例への対応

困難事例(重層的課題がある、支援拒否、既存のサービスでは適切なものがない等)を把握した場合は、実態把握のうえ、センターの各専門職が連携して対応策を検討する。

(5)～(6) (略)

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい暮らしを続けることができるよう、地域における関係機関や多職種の連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。

(1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・ 地域における包括的・継続的なケアを実施するため、関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。
- ・ 地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

(2) 介護支援専門員に対する支援

ア 日常的な個別指導・相談

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行う。

また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、各専

検証等、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行う。

イ～エ (略)

5 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するために、医療・介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、すべての期間を通じて、必要かつ効果的な支援を行える体制を構築する、認知症地域支援推進員を配置する。認知症地域支援推進員は「認知症基本法」の理念を念頭に置き、地域における認知症の人とその家族を支える仕組みづくりについて、認知症初期集中支援チーム、その他関係機関と連携し、市等と協働して取組みを推進する。

(1) (略)

(2) 地域の体制づくり

- ・ 地域住民や関係機関等が、認知症高齢者やその家族を地域で支え、見守る体制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及等を行う。
- ・ 認知症に理解のある地域づくりをするため、地域のキャラバン・メイトと連携・協力し、「認知症サポーター養成講座」等を活用した取組みを行う。
- ・ 認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ）の作成・普及を行う。
- ・ 認知症になっても、「生きがい」をもった生活が送れるよう、高齢者等の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして、農作業や商品の製造・販売、食堂の運営、その他の軽作業、地域活動等、社会参加活動を行うための体制を整備する。

(3) 当事者・家族への支援

- ・ 認知症高齢者やその家族から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
- ・ 認知症高齢者やその家族が集える場所等 (オレンジカフェ等) を創設することで、介護負担を軽減し在宅介護を継続できるよ

門職や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行う。

イ～エ (略)

5 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するために、は、医療・介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行う。う。そのため「認知症基本法」の理念を念頭に置き、地域における認知症の人とその家族を支える仕組みづくりについて、認知症地域支援推進員及び認知症初期集中支援チームと連携し、市等と協働して取組みを推進する。

(1) (略)

(2) 地域の体制づくり

- ・ 地域住民や関係機関等が、認知症高齢者やその家族を地域で支え、見守る体制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及等を行う。
- ・ 認知症に理解のある地域づくりをするため、地域のキャラバン・メイトと連携・協力し、「認知症サポーター養成講座」等を活用した取組みを行う。

(3) 当事者・家族への支援

- ・ 認知症高齢者やその家族から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
- ・ 認知症高齢者やその家族が集える場所等を提供することで、介護負担を軽減し在宅介護を継続できるよう支援したり、認知

う支援したり、認知症の本人や家族のニーズを地域で共有する機会を作る。

6 認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業

市等と協働し、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）を地域ごとに整備し、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に掲げた「共生」の地域づくりを推進するチームオレンジコーディネーターを配置する。

なお、認知症地域支援推進員はチームオレンジコーディネーターを兼務し、認知症地域支援・ケア向上事業と一体的に取り組むを行う。

- ・ 認知症の人本人の視点を反映したチームオレンジの活動を展開するため、活動内容の設定に当たっては、認知症の人本人の希望や必要としていること等をできる限り汲み取る。
- ・ チームオレンジによる支援は、外出支援、見守り・声掛け、話し相手、認知症カフェの同行支援等の対人援助のみならず、単身高齢者が多く暮らす地域を定期的に巡回するなど、地域のニーズを踏まえて柔軟に設定する。
- ・ チームオレンジには、幅広い年齢層の認知症サポーターや、企業・職域型の認知症サポーターの参画を求める。
- ・ 認知症の人やその家族を単に支えられる側にとらえるのではなく、チームオレンジのメンバーの一人として社会参加できるよう配慮する。

(削除)

症の本人や家族のニーズを地域で共有する機会をとする。

6 認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業

市等と協働し、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）を地域ごとに整備し、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に掲げた「共生」の地域づくりを推進する。

(新設)

- ・ 認知症サポーターステップアップ講座を受講した者を中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ）を整備し、その運営を支援する。
- ・ プロセスや活動内容などについては、地域の認知症の人やその家族のニーズのほか、地域の社会資源も勘案したうえで設定する。
- ・ チームオレンジには必要に応じて、認知症の人が地域で生活していく上で関わる機会が多いと想定される、幅広い年齢層の

7 地域ケア会議推進事業

- ・ センターは、多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とした個別ケースを検討する地域ケア会議を開催する。

- ・ 個別ケースの検討にあたっては、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた医療、介護等の専門職、民生委員、NPO法人、自治会、社会福祉法人、ボランティア等多職種の者が協働する場とする。

8 第一号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント業務）及び指定介護予防支援事業

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業における考え方を正確に理解した上で、高齢者が自身の持つ能力を最大限に活かして、住み慣れた地域での自立した生活を営めるよう、利用者の意欲や興味にも依拠しつつ「自立支援」のためのケアマネジメントを行い、それを実現するためのプランであることを利用者やその家族と共有する。
- ・ 本人や家族の声を聞くだけでなく、自立のための課題の見立てと的確なアセスメントを実施し、総合事業のみならず、インフォーマルサービスや地域活動への参加を組み合わせたプランを作成し、自立へとつないでいく。
- ・ 指定居宅介護支援事業所へ委託する場合も本人の状況を勘案し、特定の事業所に委託が偏らないよう留意しつつ、適切な事業所へ委託を行う。また、委託後もセンターの三職種等が適切

認知症サポーターや職域型の認知症サポーターの参画を求める。

- ・ 認知症の人や家族も支える側としてとらえ、チームオレンジのメンバーとして参画しやすい環境整備に配慮する。

7 地域ケア会議推進業務

- ・ センターは、課題の解決のため、包括的支援事業を効率的・効果的に行うとともに、多職種で個別ケースの課題解決へ向けた支援内容を検討することを通じ、地域課題の把握を目的として個別地域ケア会議を行う。

- ・ 多職種の専門的な視点に基づく自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの支援を行うとともに、地域資源の把握や多職種の連携体制を構築する。

- ・ 個別ケースの検討にあたっては、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた医療、介護等の専門職、民生委員、NPO法人、自治会、社会福祉法人、ボランティア等多職種の者が協働する場とする。

8 介護予防ケアマネジメント業務

要支援・要介護状態に陥る可能性の高い高齢者を早期に把握し、要介護状態等となることを予防し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることが出来るよう支援する。

- ・ 一人ひとりの高齢者の生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援することにより、生活の質（QOL）の向上を目指すものとする。そのためには、利用者の主体的な取組みが不可欠であり、それがなければ十分な効果も期待できないため、利用者の意欲が高まる適切な働きかけに努めるものとする。また、「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援」を基本とし、利用者の出来る能力を阻害する不適切なサービス提供をしないように配慮する。

- ・ 地域の高齢者が住みなれた地域で安心して生活を継続することが出来るようにするため、本人が出来ることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、本人の出来ることを本人と共に発見し、

に關与し、必要に応じて支援を実施する。

(削除)

9 生活支援体制整備事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）
高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組織、NPO法人、社会福祉法人、地縁組織、民間企業などの多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していく。

- ・ 生活支援コーディネーターは、高齢者を含む多世代の地域住民、地域包括支援センター及び市町村をつなげ、それらの連携・共創を推進する。
- ・ 高齢者が、地域の社会資源を享受するだけでなく、自身の関心や選択を踏まえ、自分事として地域の多様な活動に主体的に参加

本人の主体的な活動と生活の質の向上を高める。

- ・ 具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は、初期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画を見直す。

9 指定介護予防支援事業

- ・ 指定介護予防支援は、介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等の関係機関との連絡調整などを行うものである。
- ・ 指定居宅介護支援事業所へ委託する場合も本人の状況を勘案し、特定の事業所に委託が偏らないよう留意しつつ、適切な事業所へ委託を行う。また、委託後もセンターの三職種等が適切に関与し、必要に応じて支援を実施する。

10 生活支援体制整備事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）
単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、医療・介護のサービス提供のみならず、地域住民に身近な存在である市が中心となって、生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていくことを目的にしている。

センターは、市が配置する生活支援コーディネーターと連携するとともに、必要な会議への参加、市民への普及啓発等、市と協働して取組みを推進する。

(新設)

することを促す。

- ・ 住民主体による支援などの多様な支援を推進するために、高齢者施策にとどまらず、様々な分野の多様な主体を巻き込んで取り組みを進める。

10 認知症初期集中支援推進事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。

(1) 認知症初期集中支援チーム員の役割

- ・ 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う。
- ・ 認知症の人とその家族を支援する専門職との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保する。

(2) チームの取り組み

ア 地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行う。

イ 認知症初期集中の実施

ウ 認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるよう、定期的な情報交換を行う。

11 一般介護予防事業、在宅医療・介護連携支援センターとの連携
(1)～(2) (略)

11 認知症初期集中支援推進事業（該当は、四街道市地域包括支援センター）

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。

(新設)

(新設)

12 一般介護予防事業、在宅医療・介護連携支援センターとの連携
(1)～(2) (略)

指定介護予防支援等の再委託事業所の承認について

第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援事業を行う地域包括支援センターは、指定介護予防支援等の一部を居宅介護支援事業者に委託することができるものとされています。（介護保険法第115条の23第3項及び介護保険法第115条の47第5項）

また、再委託事業者の選定に当たっては、公正・中立性を確保する観点より、本協議会の議を経て、承認をいただくこととなっております。（地域包括支援センターの設置運営について（厚生労働省通知））（四街道市地域包括支援センター運営等協議会設置要綱第2条第1項第1号エ）

新たな承認事業所は以下のとおりです。

いずれの事業所も、介護保険法第115条の23第3項で規定されている厚生労働省令で定められた指定居宅介護支援事業者となります。

No.	事業所名	所在地	承認理由	選定理由
	【事業所番号】	承認年月日		
1	居宅介護支援事業所 ここあ	千葉県千葉市若葉区 御成台3-9-9	再委託の要件 ①～④の要件 をすべて満た しているた め。	本人の配偶者を担当している介護支援専門員であり、配偶者を含む本人の生活状況等を把握していることから、適切なケアプラン作成が行えると判断したため。
	【1270403866】	令和6年10月1日		

【再委託事業所の要件】

指定介護予防支援事業を再委託する場合、以下の①から④の要件をすべて満たしており、アセスメント業務や介護予防サービス・支援計画の作成業務等が一体的に行えるよう、地域包括支援センターが配慮できること。

- ① 業務を再委託する指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援に関する研修を受講するなど、必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する事業者であること。
- ② 委託先の事業者が介護予防サービス・支援計画の原案を作成する場合には、当該計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について地域包括支援センターが確認できること。
- ③ 再委託先が、正当な理由なしに特定の指定居宅介護支援事業者に偏っていないこと。
- ④ 再委託先の指定居宅介護支援事業所の業務に支障の無い範囲であること。