

## 会 議 録

会議の名称		令和 3 年度第 1 回つくば市地域包括支援センター運営協議会		
開催日時		令和 3 年(2021 年) 7 月 8 日 (木) 開会 13 時 00 分 閉会 15 時 30 分		
開催場所		つくば市役所本庁舎 2 階 防災会議室 2		
事務局 (担当課)		地域包括支援課		
出席者	委員	山中会長、河野副会長、佐藤委員、小林委員、東稲葉委員、飯塚委員、挾間委員、海老原委員、山田委員、鈴木委員、飯泉委員、稲葉委員、成島委員、加園委員		
	その他			
	事務局	会田課長、飯島補佐、風見保健師長、藤田係長、松尾係長、坂本係長、山村主事、松原筑波地域包括支援センター長、井ノ口大穂豊里地域包括支援センター長、鬼久保谷田部東地域包括支援センター長、平林谷田部西地域包括支援センター長、寺田桜地域包括支援センター長、川村荃崎地域包括支援センター長		
公開・非公開の別		■公開 □非公開 □一部公開	傍聴者数	0 名
非公開の場合はその理由				
議題		会議次第による		
会議録署名人		確定年月日	年 月 日	
会議次第	1 開 会 2 あいさつ 3 会長副会長の選出 4 議 題 (1) 地域包括支援センター運営方針について (2) 令和 2 年度(2020 年度)地域包括支援センター事業報告・評価について (3) 令和 3 年度(2021 年度)地域包括支援センター事業計画について			

様式第1号

	<p>(4) その他</p> <p>5 閉会</p>
<p>事務局(山村)</p> <p>山中会長</p> <p>河野委員</p> <p>事務局(会田)</p> <p>小林委員</p> <p>事務局(藤田)</p>	<p>&lt;審議内容&gt;</p> <p>(1) 地域包括支援センター運営方針について</p> <p>資料に基づき、説明。</p> <p>それではただいまの報告につきましてご質問等がありましたらお願いいたします。ぜひ積極的にお願いいたします。</p> <p>今回文言が入れかわった部分と新規に追加された部分があると認識しています。そうしたときに、業務が単純に増えるということについて、キャパシティを超えて一つ一つの事業のクオリティが下がるとか、そういうことがないといいなと思うわけですね。現場の皆さん、非常に多忙でいろんなケースとかを抱えてらっしゃると思うので、何かその辺増えた部分に対して予算措置であったり人員の措置であったり何らかの対応がされているのかということをお聞きしたいと思いました。</p> <p>今回文言を入れ替えて、業務的には相談がもう高齢者に限らないというような方針にしてございます。その部分で相談内容について、増えることは予想されるんですが、人的に予算的とかいうところでは、特段今のところ増やしてはおりません。</p> <p>内容的には高齢者の問題で相談がある場合で、いろんなケースが重なり合ってるケースが結構多いと思いますので、状況的には、こなしていけるかなと考えています。</p> <p>2番の総合相談支援業務の中で、例えば(4)(5)、或いは次のページの、つくば市の医療と介護のありたい姿と、新たに入ってきてるんですけども。これはそもそもどういう経緯で入ってきたのか、昨年度あたりに検討されて項目が追加されたのか、そこら辺の経緯をお伺いできればと思います。</p> <p>こちらの医療と介護のありたい姿につきましては、こちらは昨年度から作成できております。</p>

<p>山中会長</p>	<p>医療と介護の専門職の連携を進めるために、つくば市在宅医療介護連携推進協議会という協議の場がございます。前々年度に、その中で、医療と介護を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、医療の専門職、介護の専門職も同じ目標、同じ方向性でどう事業を進めていくか、考えていくために、共通の目標を作ろうということになりまして、こちらの七つ作成した経緯がございます。ただこちらにつきましては、まだまだ周知不足でございますので、今年度、市民の方をはじめ、関係機関、専門職の皆様にも再度周知の方をしていきたいと考えております。</p> <p>(4) と (5) の、特に伺いたいという話でしたよね。家族を介護する方に対しての相談支援ですとか、地域共生社会の観点に立った包括的支援ってということで、少し焦点を絞られた質問だったんですけども。全体的にこれからということですか。</p>
<p>事務局(藤田)</p>	<p>はい。</p>
<p>山中会長</p>	<p>その他いかがでしょうか。よろしいでしょうか。</p> <p>またお気づきの点がありましたら最後のその他にでもご発言いただければと思います。</p> <p>今回この資料を見させていただきますと、やっぱり運営方針の案とかその辺りで今質問があったように結構大きく変わってきていると委員の方も印象を受けていると思うんですね。</p> <p>高齢者だけだったのが地域住民となったことは結構大きいことですし、それから家族や年代問わず、地域共生社会の観点に立った包括的な支援ということになっていますので、委員の皆さんもその辺を懸念してると思いますので、今後体制づくりとかについて、タスクフォースとかそういう構想を考えてみるということで、そういう委員会なり何なりを作っていただいた方がいいんじゃないかなっていうふうには皆さんの意見を集約しますと、思いました。</p>
<p>事務局(会田)</p>	<p>検討して参りたいと思いますのでよろしくお願いいたします。</p>

様式第 1 号

<p>山中会長</p>	<p>ありがとうございます。</p> <p>それではよろしいでしょうか。次の議題に移らせていただきたいと思います。</p> <p>議題（２）の令和２年度地域包括支援センター事業報告、評価について、それではご説明をお願いいたします。</p>
<p>事務局（山村）</p>	<p>（２）令和２年度地域包括支援センター事業報告・評価について資料に基づき、説明。</p>
<p>山中会長</p>	<p>補足説明など、各圏域の地域包括支援センターの方からございますでしょうか。</p>
<p>事務局（山村）</p>	<p>具体的な取り組みについては、資料４から１０の実績報告の中に、各地域包括支援センターの事業記載がありますので、併せてご確認をよろしくをお願いいたします。</p>
<p>山中会長</p>	<p>はい。まずは１年間ありがとうございました。</p> <p>その上で本当にたくさんの資料で、また評価がいっぱい並んでいても、なかなかわかりづらいと思うんですが、例えばCがついてるところはおそらく今年度、改善するということが計画に盛り込んでいるんじゃないかと思えますし、それから各圏域でもA評価のところは領域が随分違ってたりしています。この点ちょっともう少し伺いたいなとか、ございましたらお願いいたします。</p>
<p>河野副会長</p>	<p>個別のというよりは全体的なところをお聞きしたいんですけども。</p> <p>この中、資料４からそれぞれのセンターで様々な取り組みをされていることはよく分かりました。</p> <p>こういったそれぞれの取り組みっていうのが、全体を通じて、どのくらい共有されているのかっていうことが気になって。つまりそれぞれの圏域ですごくいいグッドプラクティスをされているものが、同じ市の中で共有されていないのはすごくもったいないなあという気がして。現場レベルでは圏域を越えていろんな連携もされてるとは思うんですけども、どうしても圏域ごとに出てくると、ものすごく縦割りされている</p>

	<p>ような印象を受けてしまうんですが、その辺のグッドプラクティスの共有であったりとか、圏域を越えての連携であったりとか、実際にどうい うなっているのかということと、一つの地域包括支援センターでは解決 できないような問題がどう共有されて、全体の中で統括をしている市の 包括支援センターがそれに対してどのような役割を果たしているのか というところを教えてくださいませんか。</p>
<p>事務局 (藤田)</p>	<p>まずは各地域包括支援センターの情報共有、連携強化というところにつ きましては、毎月第 3 水曜日に、地域包括支援センターと在宅介護支援 センターの定例会を実施しております。</p> <p>その中で、それぞれのセンターの活動報告。あとは、その対応事例につ いて、私たちの地域包括支援センターではこういう社会資源を持って、 相談対応したということの事例発表をしていただいております。</p> <p>その中で、自分たちの地域包括支援センターで対応困難なときには、参 考になるような事例が各包括から発表される内容となっております。</p> <p>また、その中で課題として、対応困難な事例等がありましたら、地域包 括支援センターの定例会で勉強会というような形で、私どもの方も、国 や県や市の方針の方を、情報提供していきたいと考えているところ です。</p>
<p>河野副会長</p>	<p>はい、ありがとうございました。そういう定例的な場が、きちんと情報 共有されてるのであればそれはいいことだなと思いました。</p>
<p>山中会長</p>	<p>その他いかがでしょうか。</p> <p>今、良い実践はどのように共有されてるでしょうかという質問に各圏域 のセンターの取り組みの報告とあとその事例についてはかなりシェア をされてるっていうお話だったんですがそれでよろしいですか。</p> <p>今日の実績報告の評価を見ますと、事例だけではなくて、カテゴリ一別 の取り組みで、かなり A 評価がついている事業所も多いと思うんですけ ども。細かく見ていると、努力がすごくわかりやすく書かれているん ですけれども。</p>

様式第1号

<p>谷田部西</p>	<p>そういう何か事業ごとのシェアってのは、各圏域の皆さん、されてらっしゃるんでしょうか。</p> <p>例えばこのコロナ禍で総合支援の事業とかで、業務とかで谷田部西とか荃崎はAがついてますよね。そういうところで、どんなふうに使ったのってことで。評価は1年終わってからつけられるものだから、ひょっとしたら今までの1年間の中でシェアってことはなく、これからなのかもしれないけども。</p> <p>事例というより、活動取り組みで、参考になったわとか、ありがとうとかそういう、シェアの仕方というのはあったんでしょうか。</p> <p>会長の方からお話があったように、コロナということで、いろいろと感染予防だったりとか、そういったところで、もともと法人の方でご相談させていただきながら、いろんな準備をしていたところではあったんですが、準備も含めて、他センターでどういうふうに使っているかということで、直接、委託地域包括支援センターさんに個別に聞きながら、情報を集めたりして、自分たちのところで、活用できるところがあるかとかそういったところで、連携、共有させていただきました。</p>
<p>荃崎</p>	<p>平林さんの方からもお話ございましたけれども、各委託包括新型コロナウイルスの感染拡大の渦中で、支援が必要な方の発見とか、どう関わっていったらいいのかというのはすごく悩んだところだと思います。</p> <p>様々な活動が自粛を迫られる中で、相談傾向として困りごとを抱えた方が比較的重度化してしまって相談に上がってくる機会というのも多かったのかなと、感じるところがあります。</p> <p>その感染予防対策などに関しましても定例会の機会であったり、あとはやはり、平林さんもお話されたように個別に、他のセンターがどのように対応しているのかを聞いておいて、情報をお聞きしながら、私たちに、できるところ取り入れて対応してきたというのが実情です。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ありがとうございます。</p> <p>ということは定例会のときはかなりシェアをみんなですて、取り組んで</p>

様式第 1 号

<p>事務局（藤田、各センター長） 山中会長</p>	<p>参ったということだと思いますので、ぜひ今年コロナその他の理由でなかなか取り組めなかった、Cの評価になってしまっているところについては今後も先ほどの河野副会長の言葉を借りますとグッドプラクティスなどところの話を聞いて、やっていくと、すごく良くなってくんじゃないかなと思いましたが、発言させていただきました。</p> <p>その他いかがでしょうか。</p> <p>ないようでしたら、次の議事に移らせていただきたいと思います。</p> <p>議題の（3）令和3年度、地域包括支援センター事業計画について、それでは事務局の方でお願いいたします。</p> <p>（3）令和3年度地域包括支援センター事業計画について資料に基づき、説明。</p> <p>全体の事業計画、ご説明いただきました。</p>
<p>成島委員</p>	<p>特に重点項目に絞ってご説明いただいたのは、非常に端的でわかりやすかったんじゃないかと思いますが、こちらにつきましてご意見、ご質問等がございましたら、お願いいたします。</p> <p>まず、やはり一番大きい気になる点が、今まで地域の高齢者対象が地域住民ということになって、つくば市、およそ23万いて、今まで高齢者だと4万6000人ぐらいだと思うんですけど、これが23万になると当然、高齢者の方が問題を抱える方が多いのは確かなんですけど。</p> <p>地域の方からヤングケアラーの問題があるように、逆に、精神疾患とか交通外傷その他もろもろの高次脳機能障害等の、介護高齢の親が見てるなんてのも結構あるわけですね。それが今までなかなか包括の対象にならなかった例もあると思うんで、そのあたりは対象にしてもらえるのは僕としては、結構なことだなと思うんですけど、やはり負担も増えるのと、縦割り行政なんてよく言われるように、地域包括支援センターがあると同時に、障害福祉課とか、高齢福祉課とかいろいろあって、情報をそれぞれが持っててその辺りが連携して、これまで以上に情報をうまく共有できるようにお願いして、住民の方たちが、生活していけるように</p>

様式第 1 号

	<p>していただければいいのかなと思います。</p> <p>それからお願いなんですけど、今年度から、認知症地域支援推進員が各支援センターに配置されるということで、僕初期集中支援チームに関わってるわけなんですけど、情報の共有と同時に、一方向ではなくて、お互いに意見のやりとりしながら、認知症の方たちをうまく地域で生活できるようにお互いに、情報を共有しながら関わっていければいいのかなと思うんで、これは初期集中支援チームと、それから支援センターにお願いです。</p>
事務局 (坂本)	<p>今成島先生の方から地域支援推進員の配置について等を含むご意見をいただきましたありがとうございます。</p> <p>認知症地域支援推進員は国の施策もあり、平成 30 年の 4 月までに各市町村に最低 1 人ずつ配置するようと言われていた役職です。今までは行政に配置しているのみで、中心になって認知症の施策を進めて参りましたが、今年度から各センターに 1 人ずつ配置しまして、成島先生がおっしゃったような双方向の協力体制を組んでいきたいということで設置をして参りました。</p> <p>今年度 6 月から、推進の皆さんと月 1 回定例会を持ち、情報共有を進めていきたいと思っていますので、各圏域の地域課題を抽出しながらつくば市全体の認知症の施策に取り組んでいきたいと思っています。</p>
成島委員	<p>はい。ありがとうございます。</p>
山中会長	<p>その他委員の皆様でいらっしゃいますでしょうか。</p>
飯塚委員	<p>全般的な話なんですけども、今回計画を立てて、それで実施に向けていくというところで、一つお聞きしたいんですけども。</p> <p>通常計画を立ててその実績そして評価する時にあたっては、K P I、重要業績評価指標、こういった指標を作って、それに対して評価していくというのが、非常に数値でわかりますのでわかりやすいかなと思ってます。</p> <p>K P I に限りませんが、そういった数値目標というものは、設定しない</p>

様式第1号

	<p>のかなということで、ご質問したいと思います。</p> <p>例えばこの中に、先ほどは実績総合相談の支援事業の件数なんかも出ておりましたけれども、全体の対象数に対して、相談件数がどのくらいとかいう形でありましたが、目標を設定して、今年度は、どのくらい行ったというような形、もしくは、それを6圏域で比較するのもいいでしょうし、或いは、各圏域ごとの経過ですよね。今年度から来年度にかけての、数値目標を作るとか、そういった意味でも、必要なのかなというふうに思ってます。</p> <p>これまで議論されてきたかどうかわかりませんが、いかがかなと思いまして質問させていただきます。</p>
<p>山中会長</p>	<p>こちらの、例えばK P Iのようなものですね。この設定について、まず事務局の方、それからできましたら圏域の地域包括の皆さんからも、意見も頂戴したいと思いますけどまずは事務局の方ではどんなふうに考えてらっしゃいますか。</p>
<p>事務局(会田)</p>	<p>貴重なご意見ありがとうございました。</p> <p>今回K P Iにつきましては検討が不十分でございますので、時間をいただいてK P I設定を検討させてもらえればと思っておりますのでよろしく願いいたします。</p>
<p>山中会長</p>	<p>各圏域の地域包括の皆さんの方で、何かご意見等がございましたら、お願いしたいんですが。</p>
<p>大穂豊里</p>	<p>相談の件数の比較っていうところで反応しちゃったんですけども。</p> <p>今までにも数値の報告は毎月ごと市の方にはさせてもらっていて、定例会の際に別の委託包括で対応してる相談の件数は共有できてるんです。</p> <p>ただ相談の件数を各包括がどのように1件と上げているかという細かい共有がこれから必要かなと思っていて。同じソフトでどこの包括も相談を入力してますので、その入力の仕方も件数に少し響きがあるんじゃないかなということは日頃感じています。</p> <p>なので、市全体のそのソフト同士の共有っていうのが、これから進んで</p>

様式第 1 号

	<p>いくとは思いますが、各包括で、相談をどのように、実件数、延べ件数として上げているかっていうことは、すでに検討はされているという現状ということと、あとやはり相談の数ではなくて中身かなというのは思っていて、そこの共有もあわせて進めていきたいなというふうに、一委託包括職員として思っています。</p>
<p>稲葉委員</p>	<p>資料 11、つくば市地域包括支援センターの資料で、2 ページ目。参考資料になりますが、ここの上段の資料のところに総人口が入った方が、高齢化率等、比較ができるんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。</p>
<p>事務局 (藤田)</p>	<p>おっしゃる通りだと思いますので、今後つくば市全体の数値も反映できるように、資料の方整えていきたいと思います。</p> <p>ご意見ありがとうございました。</p>
<p>飯泉委員</p>	<p>民生委員の立場で、実は 6 つの地区に民生委員は分かれてるんですが、実は各センターが 6 つあると思います。谷田部の東については今年の 10 月にできたばかりで、例えばオレンジカフェとか、いろんなそういうものを取り組んでいきたいという。実はつくば市の民生委員が 271 名いるんですね、欠員が 1 名なんですけども。実は一昨年の 12 月に改正になりまして、新しい民生委員さんが相当入れ替わったんですよ。</p> <p>ところがコロナ問題で、民生の研修会、特に新人さんの研修会については、各地区の包括支援センターの見学及び交流会というものを重点目標にしていたんですけど、ここ 1 年半、昨年の 3 月以降、全然できないというのが実態でございます。</p> <p>今後、コロナ問題が終息していくと思われまますので、その場合、市の理事会等を通じて各地区の会長さんから包括支援センターに、新しい民生委員さんを中心とした研修会を積極的に申し入れをして、事業計画の中には入れていきたいと思っておりますので、各センターさんよろしくお願ひします。</p> <p>というのと、先ほど社協の稲葉さんから話がありましたけど、今のつくば市の人口、25 万人近くなつたと思うんですけど。それと各地区の一番</p>

様式第 1 号

<p>事務局(会田)</p>	<p>高齢化率が高いのが荃崎、筑波、豊里、大穂、それから桜、谷田部となっていると思うんですけど。</p> <p>一概に高齢化率といっても、谷田部の場合一番低いんですけど、つくば市の縮図になってまして。旧村部は、高齢化率が他と一緒になんです。その辺も踏まえた中でのいろいろな問題がありますので、全体をひっくるめた中での研修会等を、今後コロナ問題を解決した時には、お願いしたいと思いますのでひとつよろしくお願いいたします。</p> <p>ご相談いただければ対応したいと思いますのでどうぞよろしく願いいたします。</p>
<p>飯泉委員</p>	<p>よろしく願いします。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ぜひ各圏域の地域包括支援センターの機能等の周知に、民生委員さんを通じて繋がっていくと思いますので、そして住民の皆さんの接点で動いてくださっている民生委員の方達ですので、広げていくという意味ではぜひお願いしたいと思います。</p> <p>その他いかがですか。</p>
<p>加園委員</p>	<p>職員の配置についてなんですが、今度、高齢者から地域住民と範囲が広がりまして、より一層その仕事の量が増えると。</p> <p>つくば市の方に関しては、昨年 16 人と、以前に比べれば増えましたよね。だけど、今年に関しては 13 人と。その他の地区に関してはその人口動態に応じてなんでしょうけど、3 人から 5 人というような形なんですけど。各センターの方々の現場の生の声として、充足感をお伺いしたいんですけど、よろしいでしょうか。</p>
<p>山中会長 筑波</p>	<p>それでは率直な意見で結構ですので筑波地区からお願いいたします。</p> <p>今後いろいろな障害や児童に関する問題が出てきますと、私達知識をやはりきちんと持っていないので、そこの部分はちょっと不安かなというところがあります。</p> <p>業務内容に関しての人数に関しましては、相談件数が筑波圏域に関しましてはものすごく多い時期と少ない時期っていうのがありますので、多</p>

様式第1号

<p>山中会長 大穂豊里</p>	<p>い時期には時間外でやっていたりということもありますので足りないとも思いますし、ただ、年間を通しますと、今のところ何とかこの人数でやってるのかなという感じではあります。</p> <p>大穂豊里、お願いします。</p> <p>松原さんがおっしゃるように、やはり相談の多い時期と、比較的落ち着いてる時期っていうのがあるなあっていう感覚はあります。</p> <p>やはり予算の問題もありますので、例えば電話が2回線では足りないタイミングがあったりとか、本当に多くのお電話ご相談をいただいているのはありがたいんですけども。</p> <p>タイムリーに対応できないとか、忙しくてちょっと後回しにさせていただいてしまうとか、すぐケアマネジャーを見つけなければいけないのにその業務がちょっと先延ばしになってしまうとかっていうような、やはり業務過多の状況は感じてはいます。</p> <p>人数についてなんですけれども、まず、うちは経験のあるケアマネジャー、社会福祉士、看護師が、今年度に入ってから個人的な理由で変更になっていますので、やはり新しい職員さんへの指導っていうところも含めると、2. 何人でやってるような状況ですので、少なくても厳しいっていうのはあります。</p> <p>センターを空けるわけにはいかないもので、誰か1人待機して、来所の相談の方に備える、電話に備える。ただ、やはり1人では、訪問行けないケースもありますので2人出てしまうと1人残る状況ですので、どうしても3人で足りないときは多々あります。</p> <p>業務が時間内に終わらないということも多々あるというのが現状です。</p> <p>人数を増やした方がいいと言われると、多い方がいいとは思いますが、予算的なところを考えると厳しいと思います。</p>
<p>山中会長 桜</p>	<p>ありがとうございます。桜地域はどうでしょうか。</p> <p>桜地域の方でも、3人体制でやってるんですけども、相談業務とかも、去年の4月から始まったんですけども、かなり増えてきているので、た</p>

<p>山中会長 谷田部東</p>	<p>だ高齢者の方だけじゃなくて、若い世代の人たちの相談とかいろいろ聞いてますんで、できれば人数、もう少し、今募集はかけてるんですけども、多種多様の問題になるのでなかなか難しいのかなっていう感じで。実際は、本当に電話の対応とか訪問も、井ノ口さんが言ったように、2人対応で行くともう1人しかいないので、電話は1人で何本も出るわけにもいかないんで、もう少し人も欲しいんですけども、予算の関係とかもあるのでなかなかそこら辺は難しいのかなって。何とかでも、頑張っってやっていきたいと思っってます。</p> <p>それでは谷田部東地区いかがでしょう。</p> <p>今私どものセンターは4人で相談対応を行っっています。</p> <p>ただ、やはりまだできて半年ちょっとのセンターで経験がないということもあって、非常に難しい相談がたくさん入ってくるんですけども、どこにどんな相談先があるのかから始まっっていくので、非常に時間がかかるところはあるのを感じていますが、何とか回っっています。</p> <p>先ほどから地域住民が対象ということでお話出っっているんですが、実際にもう私どものセンターでは、介護保険とはまず繋がらないであろう40代の方の相談っっていうのを継続してしまっして、そういった方を、専門の支援分野につなごうと思っっても、そこに繋がるまでの支援がないとか、実際に専門の方々と連携をするまでの支援機関がないという中では、やっってもやっっても終わりが見えなかつたり支援が非常に長期化したりということを実感しているところではあります。行政の、子育てとか、男女共同とか障害とかいろんなところと連携はしてっるんですけども、具体的に動いて、チームになれないというところを何か取り組んでいけると、もっと今の人数でもやっっていけるのかなとは感じています。</p> <p>あとは、職員のスキルアップの部分で、他のセンターさんっってどうやってるんだろうっっていうことを非常に感じますし、どこまでできれば皆と同じにできるのかなっっていうのを不安を感じながらやっっているんで、可能であれば様々な支援に対して6センター合同で勉強会などをやってもら</p>
----------------------	--

様式第 1 号

<p>山中会長</p>	<p>えると、もうちょっと標準化したりみんなに追いついてるという安心感だったり頑張れるという感覚が持てるのかなと思っていますが、何とかやっています。</p> <p>ありがとうございました。それでは続きまして谷田部西の方お願いいたします。</p>
<p>谷田部西</p>	<p>私たちのところも 3 名で、主に相談活動の方行っておりまして、みんながみんな出て活動っていうのができないので必ずセンターに、留守番もやりながら、役割を分けて活動はしてるんですけども。</p> <p>どうしてもっていうときに重なってしまうのが日頃の相談活動なので、そういった時には、本年度から、携帯電話を用意させていただいて、転送させる仕組みを作って留守番電話に繋がるような体制を、今回させていただいてちょっと様子を見ていきながら、細かい対応ができていけばというところもあるんですが、どうしてもそれでも追いつかないときも実際ありますので、同法人の方の協力もいただきながら、活動してるような状況です。</p> <p>あと相談業務については、本当にいろいろなケースのご相談が増えているのが現状で、障害だったりとか、いろんな行政のところのご相談が、こちらの方としても連携してかなくちゃというところではあるんですが、なかなかそういったところにつなぐっていうところにも、ちょっとお時間がかかる。</p> <p>どこに相談したらいいのかとか、まずは市の包括の方にご相談をさせていただくんですが、そういったところはもうちょっとスムーズに行えてくると、もうちょっとスピードがアップされて、早い対応に繋がっていくのかなあとも日々感じながら、お仕事をさせていただいています。</p> <p>あとは、本当に、これだけ各委託包括支援センターがそろいましたので、その横の繋がりというところも大事にしながら、他のセンターではどうしてるのっていうのを気軽に聞けるような関係づくりもしていかななくちゃいけないのかなと考えております。</p>

様式第 1 号

<p>山中会長 荃崎</p>	<p>ありがとうございました。それでは荃崎地区の方お願いいたします。</p> <p>荃崎地区ですけれども、地域共生社会という言葉が出ている中で、高齢者だけを見ても約 8800 人、9000 人近い高齢者が荃崎地区にはいらっしゃいます。</p> <p>その限られた、予算と人員の中での対応ということを前提にした中で、先ほど成島先生の方からも高次脳機能障害の方とか若年性認知症の方とか、その他に他のセンターの方々がおっしゃってるような、様々な各種障害を抱えているような方々が、高齢の親御さんという相談の入口から見えてくる世帯の中の新たなニーズとしてご相談に繋がっていくような場合も少なくないので、そういった意味での個別支援を積み重ねていきながら、一つ一つその相談できるネットワークの幅を広げていくことで、対応力を強化していきたいと考えます。また、市の圏域担当者の方も、いつもいろいろご相談させていただいてるので、引き続きご助言をいただきたいと思ひますし、皆様の意見と重複いたしますが、市の地域包括支援課の方だけではなく、例えば、高齢者の方が入院した場合に限度額どうなってるのかなというところで医療年金課であるとか、精神の通院をしてるとなれば、自立支援医療どどうなのかなみたいな形で障害福祉課とかいろいろ関連するセクションが出てくると思ひますので、そういったところと気軽に相談ができる関係性を築いていく努力を続けていきたいなと考えます。</p>
<p>加園委員</p>	<p>ありがとうございました。本当に限られたマンパワーの中で、皆様が頑張られていることが、はっきりわかりました。</p> <p>それで提案なんですけど、一気に集まることっていうことはいらな思ひうんですけど、皆さんのセンターでやられている、いいとこどりとか、そういうのを、提案するのは別に集まらなくてもメールとかでもできると思ひますので、うちはこういうふうにやっていますよっていうそのいいとこどりの部分を報告するようなことは、そんなに難しいことではないんで、できれば、市役所の方にもお願いしますが、そういうことをし</p>

様式第 1 号

河野副会長	<p>ていければよろしいのかなと思います。本当に皆様ご苦労さまです。</p> <p>すごく、皆様方の日頃の大変さが垣間見えたと同時に、やっぱり状況がかなり複雑なんだろうな、地域ごとケースごとに、ということがよくわかったので、評価の話なんですけども K P I とかの話が出ていたんですが、やっぱり簡単に数値にあらわしてしまうとその数値を達成することだけが目標になってしまったら、いい面、悪い面というのはあると思うので、その辺の評価をどう基準を設定するのかってのは市の仕事かなあと思うので、各圏域の現場の方たちと、具体的な数値目標なのか、それとも、やったかやらないか、達成できたかできなかったかっていうこと、それはぜひ、目標立てるときには、いたずらにさっき言った相談件数みたいなものを K P I にしたところで、果たしてそれがどれだけ意味があるものなのか、それよりだったら満足度みたいなものを、数値目標にしたほうがいいかもしれませんしそういった議論、ディスカッションをしながら設定していただけたらとは思いました。</p> <p>で、定例会とか、先生からご提案があったような、集まらなくても情報を共有するような仕組みみたいな、できるだけ現場の方たちに負担のない形でできるようなものを目指していただけたら、すごくいいんじゃないかなと思いました。</p>
挾間委員	<p>認知症地域支援推進員っていう方が今度配置されるというの私今日初めて知ったので、それをお伺いしようと思ったんですが、6 月から配置されるっていうお話だったので、それに期待したいなということと、あと、生活支援コーディネーターのことも出てきたんですが、桜地区の生活支援コーディネーターの方には大変お世話になっていて、日頃いろいろやっていただいてありがたいなということのお礼を言いたかったのでありますけれども。</p> <p>資料 11 の 4 の 2 のアで、K D B システムや高齢者台帳活用し、とあるんですが、K D B ってなんだろうと思ってたら国保データベースっていうことで、調べたら平成 30 年から活用ということがわかったんですけ</p>

様式第1号

	<p>れども、以前、直接関係してる方じゃないんですが、高齢者の相談に、地域包括支援課に去年行ったところ、その方の高齢者台帳がないと言われて、その後何も音沙汰ないので今年また伺ったら高齢者台帳ないままだったので、今年改めて地域包括支援センターの方が、その方を訪問してくださったことがあるので、高齢者台帳がなくても、チェックできる仕組みがあるといいなと思ったんでちょっとそれを、お話ししたいと思いました。</p>
<p>山中会長</p>	<p>最後の点についてはいかがでしょうか。</p>
<p>事務局(風見)</p>	<p>今委員がおっしゃったようなKDBシステム、こちらの国保データベースですが、健診を受けている、医療機関にかかっている。そういったものと、介護保険の情報、この三つの情報がわかるシステムなんですね。昨年度から、健診を受けていない医療機関にも受診していないというような方を対象に、地域包括支援センター、もしくは地域包括支援課の方で家庭訪問をしておりますので、高齢者台帳に載ってない方も、実態把握訪問ということで、市民の方の、健康状態や介護の状態を把握するように努めております。</p>
<p>挾間委員</p>	<p>ありがとうございます。</p>
<p>事務局(風見)</p>	<p>その方は介護保険も利用されてないんですけれども、そういう方でも、そのシステムには、登録されているのでしょうか。</p>
<p>事務局(風見)</p>	<p>訪問条件の中には介護保険を利用されていないという方も、システム上は入っておりますので、わかります。</p> <p>今訪問している方は、いくつか対象分けているんですけれども、健診を受けていない、かつ、医療機関にもかかっていなくて、介護保険を利用していない方。または、介護保険を申請しているにもかかわらず、サービスを利用していない方、あとは、健診は受けていなくて、数年前には医療機関にはかかっていたけれども、現在、治療が中断されている方。こういった方を抽出して訪問をしております。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ではよろしいでしょうか。</p>

様式第 1 号

<p>事務局 (会田)</p>	<p>それでは最後に、私、今日出てきた皆さん方の意見と、事務局や各圏域のそれに対するコメントとか、少し交通整理的なところをさせていただくのが役割だと思いますので。</p> <p>まずマンパワーなんですけど、住民、高齢者の人口あたりで決まってるんですがそれは満たしてるんでしょうか。</p> <p>設置の高齢者の人口なんですけれども、約 3000 から 6000 に地域包括支援センター 1 ヶ所を目安にしております。</p> <p>若干つくば市の例で言いますと超えていて、今後もっと増えてくるところ、荃崎は 1 ヶ所なんですけれども人数的には 1 人増ということで対応している状況なんですけど、センターを増やしていくのか。それともセンターの職員数を増やしていくのか。その辺は今後検討していくべきものと思っています。</p>
<p>山中会長</p>	<p>そうですね、苦しい胸のうちのような発言が多かったと思いますので、ぜひ検討していただいてまた経過等を次回の会議とかで、委員の皆さんにお話いただければと思っています。</p> <p>それからやはり最初のところでの改定ですね。高齢者から地域住民になったというようなことがございましたが、それに呼応して本当に、実際に相談に当たられている、圏域の地域包括の皆さんから、多重な課題に関するいろんな意見が出てましたので、やはりそうした体制づくりっていうんですかね。そういったことについて十分タスクフォースなり何なり作って各圏域の地域包括の皆さんの意見も伺いながら、考えていったほうがいいんじゃないかと思っています。</p> <p>地域包括支援センター以外の、各課部門の機能とか、それから制度とかについて、おそらくよくわからないという意見もあったので、各圏域のメンバーを集めて、それで研修をしたりとか、それからネットワーキング、そういったことをしたりとか、いろいろ今日お話伺ってやるべきことがあると思いますので、そのような今日意見を踏まえた上での体制づくりの話し合いとか、このように話し合って、一歩進みましたって</p>

様式第1号

	<p>う報告が次回の会議でできるといいと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>ちょっと的外れでなければいいんですけどもこのようにちょっと整理させていただきました。</p> <p>その他、何か（４）その他で何かございますでしょうか。</p>
事務局（会田）	<p>2回目の運営協議会の方の開催を、11月11日頃、予定させていただいています。詳細、日程決まりましたら、連絡申し上げますので、どうぞよろしくお願いいたします。</p>
山中会長	<p>その他ございますでしょうか。</p> <p>それではないようですので進行の方、事務局の方にお戻ししたいと思います。ありがとうございました。</p>

## 送付資料一覧

### 【送付資料】

- 1) 令和3年度第1回つくば市地域包括支援センター運営協議会次第
- 2) つくば市地域包括支援センター運営協議会委員名簿
- 3) つくば市地域包括支援センター運営協議会設置要項
- 4) 地域包括支援センターの概要
- 5) つくば市地域包括支援センター運営方針（案） 資料1
- 6) つくば市地域包括支援センター運営方針新旧対照表 資料2
- 7) 令和2年度(2020年度)地域包括支援センター実績報告・評価概要 資料3
- 8) 令和2年度(2020年度)つくば市地域包括支援センター実績報告・自己評価シート  
資料4
- 9) 令和2年度(2020年度)筑波地域包括支援センター実績報告・自己評価シート  
資料5
- 10) 令和2年度(2020年度)大穂豊里地域包括支援センター実績報告・自己評価シート  
資料6
- 11) 令和2年度(2020年度)桜地域包括支援センター実績報告・自己評価シート  
資料7
- 12) 令和2年度(2020年度)谷田部東地域包括支援センター実績報告・自己評価シート  
資料8
- 13) 令和2年度(2020年度)谷田部西地域包括支援センター実績報告・自己評価シート

資料 9

- |   |       |
|---|-------|
| 14) 令和2年度(2020年度)荃崎地域包括支援センター実績報告・自己評価シート |       |
|   | 資料 10 |
| 15) 令和3年度(2021年度)つくば市地域包括支援センター事業計画(案)    | 資料 11 |
| 16) 令和3年度(2021年度)筑波地域包括支援センター事業計画(案)      | 資料 12 |
| 17) 令和3年度(2021年度)大穂豊里地域包括支援センター事業計画(案)    | 資料 13 |
| 18) 令和3年度(2021年度)桜地域包括支援センター事業計画(案)       | 資料 14 |
| 19) 令和3年度(2021年度)谷田部東地域包括支援センター事業計画(案)    | 資料 15 |
| 20) 令和3年度(2021年度)谷田部西地域包括支援センター事業計画(案)    | 資料 16 |
| 21) 令和3年度(2021年度)荃崎地域包括支援センター事業計画(案)      | 資料 17 |
| 22) ミーティング ID 等について                       |       |

令和3年度第1回つくば市地域包括支援センター運営協議会 次第

日時：令和3年(2021年)7月8日(木) 13時～

場所：つくば市役所本庁舎2階 防災会議室2

1 開 会

2 あいさつ

3 会長副会長の選出

4 議 題

(1) 地域包括支援センター運営方針について

(2) 令和2年度(2020年度)地域包括支援センター事業報告・評価について

(3) 令和3年度(2021年度)地域包括支援センター事業計画について

(4) その他

5 閉 会

## つくば市地域包括支援センター運営協議会委員名簿

期間：令和3年(2021年)4月1日～令和5年(2023年)3月31日

	氏名	肩書	所属・団体
1	佐藤 達子	第1号被保険者	市民委員
2	小林 富雄	第1号被保険者	市民委員
3	東稲葉 みゆき	第1号被保険者	市民委員
4	飯塚 孝	第2号被保険者	市民委員
5	挾間 絵里	第2号被保険者	市民委員
6	海老原 良之	副会長	つくばケアマネジャー連絡会
7	山田 直人	会長	つくば市地域密着型サービス連絡協議会
8	鈴木 利弘	施設長	つくば市特別養護老人ホーム連絡会
9	飯泉 孝司	会長	つくば市民生委員児童委員連絡協議会
10	稲葉 光正	事務局長	つくば市社会福祉協議会
11	成島 淨	副会長	つくば市医師会
12	加園 真樹	理事	つくば市歯科医師会
13	山中 克夫	准教授	筑波大学
14	河野 禎之	助教	筑波大学

(備考)

つくば市地域包括支援センター運営協議会設置要項

第3条 運営協議会は、15人以内の委員をもって構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから構成する。

- (1) 介護サービス若しくは介護予防サービスに関する事業者又は医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員その他の職能団体の者
- (2) 介護サービス若しくは介護予防サービスの利用者又は介護保険の第1号被保険者及び第2号被保険者
- (3) 介護保険以外の地域資源、地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- (4) 前各号に掲げるもののほか、地域ケアに関する学識経験を有する者
- (5) その他市長が必要と認める者

## つくば市地域包括支援センター運営協議会設置要項

### (設置)

第1条 つくば市介護保険条例(平成12年つくば市条例第36号)第3条の2第2項の規定に基づき、つくば市の地域包括支援センター(以下「センター」という。)の適切、公正かつ中立な運営を図るため、つくば市地域包括支援センター運営協議会(以下「運営協議会」という。)を設置する。

### (協議事項)

第2条 運営協議会は、次に掲げる事項を協議する。

- (1) センターの設置等に関する事項の承認に関する事
- (2) センターの行う業務に係る方針に関する事
- (3) センターの運営に関する事
- (4) センターの職員の確保に関する事
- (5) その他の地域包括ケアに関する事

### (構成)

第3条 運営協議会は、15人以内の委員をもって構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから構成する。

- (1) 介護サービス若しくは介護予防サービスに関する事業者又は医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員その他の職能団体の者
- (2) 介護サービス若しくは介護予防サービスの利用者又は介護保険の1号被保険者及び2号被保険者
- (3) 介護保険以外の地域資源、地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- (4) 前各号に掲げるもののほか、地域ケアに関する学識経験を有する者
- (5) その他市長が必要と認める者

### (任期)

第4条 委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、委員が欠けた場合における後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 運営協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、運営協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 運営協議会の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集し、会長は、会議の議長となる。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第7条 会長は、会議の運営上必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見若しくは説明を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第8条 運営協議会の庶務は、福祉部地域包括支援課において処理する。

(補則)

第9条 この要項に定めるもののほか、運営協議会の設置及び運営に関し必要な事項は、運営協議会が別に定める。

附 則

この要項は、公表の日から施行する。

附 則

この要項は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要項は、令和3年4月1日から施行する。



第4条 委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、委員が欠けた場合における後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 運営協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、運営協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 運営協議会の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集し、会長は、会議の議長となる。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第7条 会長は、会議の運営上必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見若しくは説明を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第8条 運営協議会の庶務は、      福祉部地域包括支援課において処理する。

(補則)

第9条 この要項に定めるもののほか、運営協議会の設置及び運営に関し必要な事項は、運営協議会が別に定める。

附 則

この要項は、公表の日から施行する。

附 則

この要項は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要項は、令和3年4月1日から施行する。

第4条 委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、委員が欠けた場合における後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 運営協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、運営協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 運営協議会の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集し、会長は、会議の議長となる。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第7条 会長は、会議の運営上必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見若しくは説明を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第8条 運営協議会の庶務は、保健福祉部地域包括支援課において処理する。

(補則)

第9条 この要項に定めるもののほか、運営協議会の設置及び運営に関し必要な事項は、運営協議会が別に定める。

附 則

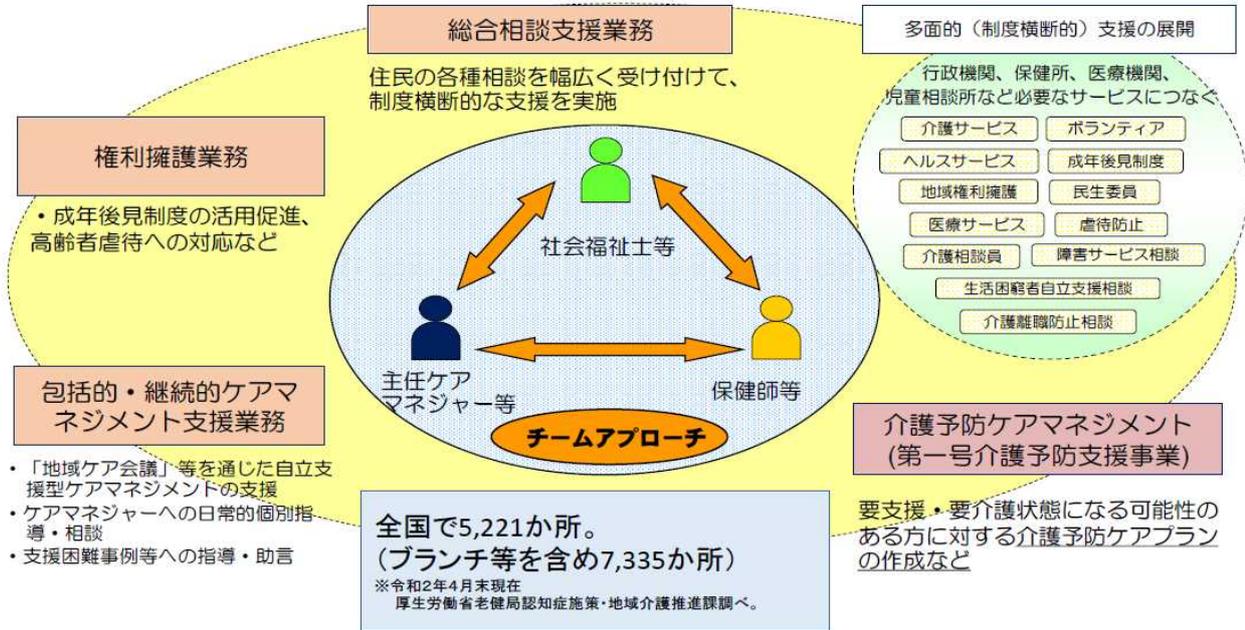
この要項は、公表の日から施行する。

附 則

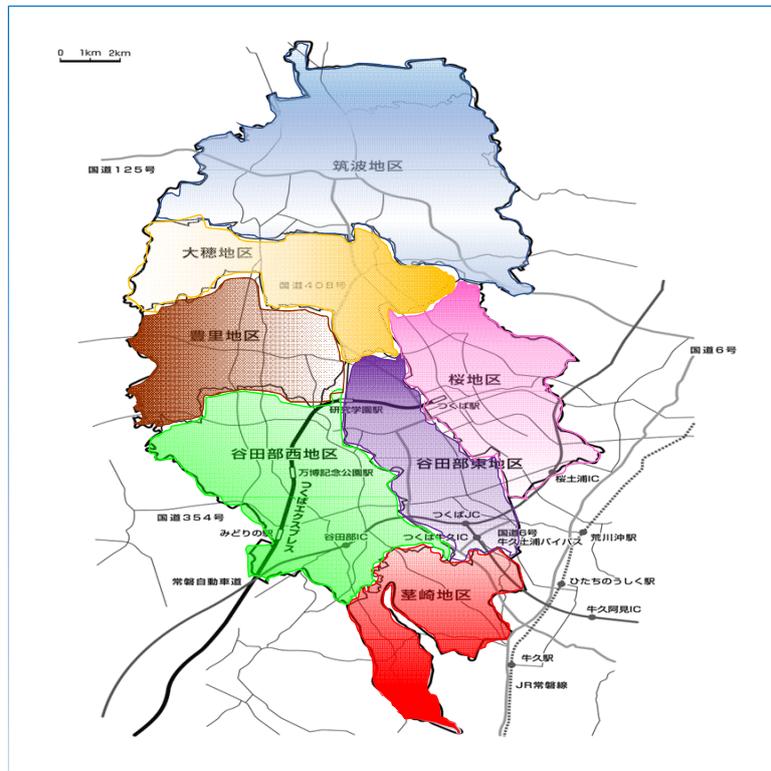
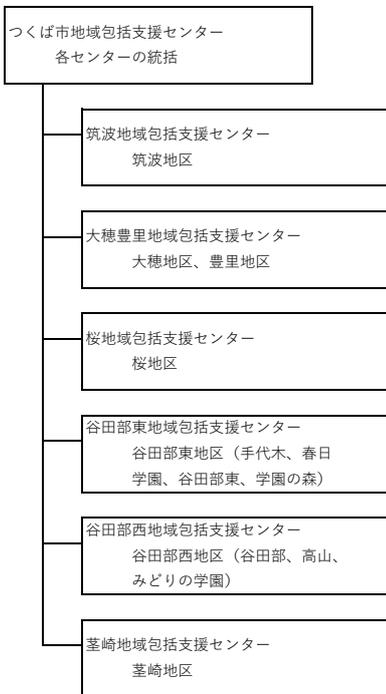
この要項は、平成29年4月1日から施行する。

# 地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民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、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



出典：厚生労働省資料



地域包括支援センターの主な事業

地域 支 援 事 業	包括的支援事業	
	(ア) 地域包括支援センターの運営【必須】	
	○総合相談支援業務	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、必要な情報を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。
	○権利擁護業務	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、高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。
	○包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	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介護支援専門員に対する支援等を行う。
	○第一号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）	要支援者及び日常生活総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身や生活環境の状況及び本人の選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な支援を行う。
	(イ) 社会保障の充実分	
	○在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する。
	○生活支援体制整備事業	住民や各種団体、各圏域の生活支援コーディネーター、市が連携し、住民や団体等が担い手となる多様な生活サービス提供体制を構築し、互助を基本とした高齢者を支える地域支えあいの体制づくりの推進を行う。
	○認知症総合支援事業	「認知症施策推進大綱」の推進を図ることを念頭に置き、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、市と協働して取組みを推進する。
○地域ケア会議推進事業	困難事例等について、多職種で協議し、支援方針を検討する。個別ケースの支援方針の検討をととして、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域支援ネットワークの構築、地域課題の把握等を行う。	
介護予防・日常生活支援総合事業		
(ア) 介護予防・生活支援サービス事業		
○第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）【必須】	要支援者及び日常生活総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身や生活環境の状況及び本人の選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な支援を行う。	
(イ) 一般介護予防事業	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支援する。また、介護予防の意義や実施事業に関する情報の積極的な普及啓発、介護予防に向けた地域づくりを行い、介護予防の推進を目指す。	
任意事業	介護給付費適正化事業、家族介護支援事業、その他の事業	
多職種協働による地域包括支援ネットワーク【必須】	包括的支援事業の効果的な実施のために、関係者との連携に努める。	
指定介護予防支援【必須】	予防給付の対象となる要支援者の心身や生活環境の状況等を勘察し、介護予防サービス計画を作成するとともに、介護予防サービス事業者等の関係機関との連絡調整を行う。	

※【必須】マークが付いている項目は包括センターが必ず実施するものであり、付いていない項目は他の法人等が受託する場合もあるが、包括センターとして必ず関わるものである。なお、付いていない項目のうち、地域ケア会議推進事業は、市町村と包括センターが実施する。

出典：厚生労働省資料を一部改変

# つくば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「つくば市地域包括支援センター運営方針」は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 47 第 1 項の規定に基づき、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の目的、運営上の基本的な考え方及び理念、業務推進の方針を明確にし、業務の円滑で効率的、効果的な実施に資することを目的とします。

## 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します。

また、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、**地域住民**に関する様々なニーズに応えることのできる地域に密着したワンストップの総合相談拠点を目指します。

このため、つくば市（以下「市」という。）では、**地域住民**が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにセンターを拡充し、地域の特性に応じた支援を行うとともに機能強化を図っていきます。

## III 運営上の基本的な考え方や理念

センターの設置責任主体は、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、地域の関係機関の連携体制の構築などの重点的な取り組みについて、市とセンターが共通認識のもと、協働して適切な運営に努めます。

また、市が設置する地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）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、市の意思決定に関与し、もって、適切、公平かつ中立なセンターの運営を確保します。

### 1 地域包括ケアの推進

**地域住民**が、住み慣れた地域で、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にするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要です。このためセンターは、地域住民の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行います。

また、地域共生社会の実現に向けて、公的福祉サービスの利用だけでな

く、地域の課題や問題について住民一人ひとりが「我が事」として主体的に役割を持ち、支えあいながら暮らし続けられる地域づくりに努めます。

## 2 「協働性」の視点

センターに保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員を配置し、専門職が専門性を活用しながら相互に情報共有し、連携・協働する「チームアプローチ」を実践することで相談支援や地域課題に対応します。

さらに、地域の保健・福祉・医療の専門職や民生委員等の関係者、社会福祉協議会等の関係機関と連携を図りながら業務を推進します。

## 3 「公益性」の視点

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います。

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を十分理解し、適切な事業運営を行います。

## 4 「地域性」の視点

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であるため、担当圏域内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います。

運営協議会や地域ケア会議、その他地域で行われている活動等を通じて、地域住民や関係機関、サービス利用者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みます。

# IV 業務の実施方針

## 1 基本的事項

### 1) 事業計画の策定

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、各地域で特色のある創意工夫した年間の事業計画を策定します。

### 2) 職員の姿勢

センターの職員は、地域住民自身の意思を尊重し、地域住民が住み慣れた地域で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します。特に、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ます。

### 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ます。

#### 4) きめ細やかな相談支援、記録の実施

センターには地域住民に関する様々な内容の相談が寄せられます。これらの相談に対して、地域住民一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな相談支援を実施します。

また、継続的支援を重視し、地域住民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します。

#### 5) 行政機関等との連携強化

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市の関係部署との緊密な連携が必要です。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ります。

直営地域包括支援センターは、行政機関として基本的な業務を実施するとともに、委託地域包括支援センターの後方支援の機能を担います。

委託地域包括支援センターは、市及び直営地域包括支援センター等の行政機関と緊密な連携を図りながら、公正・中立な立場で業務を実施します。

##### ア つくば市地域包括支援センター運営協議会

運営協議会は、センターの業務の方針、運営等に関することを所掌し、業務の評価や提案を行うなど、センターの運営に関与します。センターは運営協議会の意見を踏まえて、適切、公平かつ中立な運営を確保します。

また、センターの抱える地域課題に対応するため、運営協議会には委託地域包括支援センターの職員も出席します。

##### イ 定期的な連絡会議

センターは、市が開催する連絡会議や研修会等への出席をとおして、市と緊密な連携を図ります。

##### ウ 民生委員児童委員連絡協議会

民生委員児童委員連絡協議会等への参加をとおして、民生委員児童委員との連携を強化し、地域における支援のネットワークの構築に努めます。

##### エ 地域との連携

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、協力関係を深めます。

#### 6) 広報活動

センターの業務を適切に実施するとともに、業務への理解と協力を得るため、広報誌やホームページ、地域行事への参加等をとおして地域住民及び関係者等に広報活動を行います。

## 7) 法令の遵守

センターの運営にあたっては、関係法令の遵守を徹底します。

## 8) 個人情報の保護

センターは業務上、**地域住民**等の個人情報を知り得る立場にあり、その保護については個人情報保護法及びつくば市個人情報保護条例に基づき、情報の漏えい防止、第三者への情報提供及び目的外利用の禁止等、情報管理を徹底します。

## 9) 苦情対応

センターに関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します。

## 2 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、**地域住民**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、**地域住民**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ことを目的とします。

### 1) 総合相談支援

**地域住民**に関する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います。

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、相談機関につなぎ、継続的な支援を行います。

また、保健福祉サービスの代行申請等の支援を行うとともに、当該高齢者の現状把握を行います。

### 2) 地域におけるネットワークの構築

支援を要する高齢者の把握及び継続的な支援を行うために、高齢者に関わる医療、介護、福祉サービス関係者、民生委員等地域の関係者とのネットワーク構築に努めます。

また、継続的な支援を要する高齢者については、心身の状況の変化等に合わせて適切に対応するよう、関係者と連携や情報共有を図りながら、状況の把握や支援を行います。

### 3) 実態把握

高齢者本人、家族、民生委員、医療機関、介護サービス事業者等、様々な機関や関係者と連携しながら、訪問や電話等の手段を用いて支援を必要とする高齢者を把握します。

また、必要に応じて適切なサービスや制度につなぎ、継続的な支援を行います。

#### **4) 家族を介護する者に対する相談支援**

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たり、家族を介護する者への支援として、相談援助・支援、介護に関する情報や知識・技術の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保、家族介護者に関する周囲の理解の促進等の支援を行います。

#### **5) 地域共生社会の観点に立った包括的な支援**

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、属性や世代を問わない相談を受け止め、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支援を行います。

また、他の相談支援を実施する機関と連携し、必要に応じて引き続き相談者とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めます。

### **3 権利擁護業務**

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ことを目的とします。

#### **1) 成年後見制度の活用促進**

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者やその親族等に対して、成年後見制度の説明やつくば成年後見センター等の関係機関の紹介等を行います。

申立てを行える親族がいないと思われる場合や、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られる場合は、市長申立てにつなげる支援を行います。

#### **2) 老人福祉施設等への措置の支援**

高齢者虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合、センターは市に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めるとともに市と協働して必要な支援を行います。

#### **3) 高齢者虐待への対応**

高齢者虐待の事例を把握した場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」及び「つくば市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、市と連携して適切な対応を行います。

また、高齢者虐待を予防する取組みとして、医療、保健、介護、福祉関係者だけでなく、多くの市民に高齢者虐待防止に対する理解を深めてもらえるよう、市とセンターが協働して啓発活動を行います。

#### **4) 困難事例への対応**

高齢者やその家族に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、センターに配置されている専門職が相互に連携するとともに、センター全体で対応を検討し、必要な支援を行います。

#### 5) 消費者被害の防止

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の多い関係者から情報収集することに努めます。また、消費生活センター等と連携を図り、被害の未然防止、問題の解決にあたります。

### 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との連携・協働の体制づくりや介護支援専門員に対する支援等を行うことを目的とします。

#### 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、関係機関との連携を構築し、介護支援専門員と関係機関の連携を支援します。

また、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に、地域の連携・協力体制を整備します。

#### 2) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員のネットワークの構築や活用を図ります。

#### 3) 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、専門的な見地から個別指導や相談への対応を行います。

#### 4) 困難事例等への指導・助言

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・助言等を行います。

### 5 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とします。

#### つくば市の医療と介護のありたい姿

##### 1) 希望の最期を共に考える

##### 2) 本人を第一に考えた多職種連携

3) 専門職のスキルアップとやりがい

4) 認知症になっても安心して暮らせる地域

5) 多様な生活の場の提供

6) 相互に支え合う生活支援・介護予防

7) 誰一人取り残さない

医療と介護のありたい姿の実現を目指し、以下（ア）～（ク）の事業に関して、市が実施主体となり推進していきます。センターは、適宜協力及び開催支援等を行い、市と協働して取組みを推進します。

- （ア）地域の医療・介護の資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発

## 6 生活支援体制整備事業

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とします。

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や市民への普及啓発等、市と協働して取組みを推進します。

## 7 認知症総合支援事業

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ことが重要です。そのため、「認知症施策推進大綱」の推進を図ることを念頭に置き、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、市と協働して取組みを推進します。

## 8 地域ケア会議推進事業

圏域別ケア会議はセンターが主催し、介護支援専門員が抱える困難事例等について、民生委員や関係機関等の多職種で協議し、支援方針を検討します。

また、個別ケースの支援方針の検討をとおして、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域支援ネットワークの構築、地域課題の把握等を行い

ます。

さらに、圏域別ケア会議で把握した課題を、地域づくりや不足している社会資源の開発につなげられるよう、市レベルで開催する地域ケア会議に協力します。

## **9 指定介護予防支援事業**

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を行います。

## **10 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）**

要支援者及び日常生活総合事業対象者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な支援を行います。実施に当たっては、高齢者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共に発見し、本人の主体的な活動と生活の質の向上を高めることを目指します。

## **11 一般介護予防事業**

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します。

また、介護予防の意義や知識の普及啓発、地域において介護予防活動が自主的に実施されることで、介護予防に向けた地域づくりを促進します。

さらに、介護予防に関わる人材育成、地域活動組織の育成や支援等を実施し、介護予防の重要性や一般的な知識、介護予防事業の内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行い、地域ぐるみでの介護予防の推進を目指します。

新	旧
<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 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します。 また、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、<b>地域住民</b>に関する様々なニーズに応えることのできる地域に密着したワンストップの総合相談拠点を目指します。 このため、つくば市（以下「市」という。）では、<b>地域住民</b>が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにセンターを拡充し、地域の特性に応じた支援を行うとともに機能強化を図っていきます。</p> <p>III 運営上の基本的な考え方や理念 (略)</p> <p>1 地域包括ケアの推進 <b>地域住民</b>が、住み慣れた地域で、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にするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要です。このためセンターは、地域住民の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行います。 また、地域共生社会の実現に向けて、公的福祉サービスの利用だけでなく、地域の課題や問題について住民一人ひとりが「我が事」</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 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します。 また、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、<b>地域の高齢者</b>に関する様々なニーズに応えることのできる地域に密着したワンストップの総合相談拠点を目指します。 このため、つくば市（以下「市」という。）では、<b>高齢者</b>が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにセンターを拡充し、地域の特性に応じた支援を行うとともに機能強化を図っていきます。</p> <p>III 運営上の基本的な考え方や理念 (略)</p> <p>1 地域包括ケアの推進 <b>高齢者</b>が、住み慣れた地域で、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にするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要です。このためセンターは、地域住民の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行います。 また、地域共生社会の実現に向けて、公的福祉サービスの利用だけでなく、地域の課題や問題について住民一人ひとりが「我が事」</p>

として主体的に役割を持ち、支えあいながら暮らし続けられる地域づくりに努めます。

2～4（略）

#### IV 業務の実施方針

##### 1 基本的事項

1)（略）

##### 2) 職員の姿勢

センターの職員は、地域住民自身の意思を尊重し、地域住民が住み慣れた地域で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します。特に、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ます。

3)（略）

##### 4) きめ細やかな相談支援、記録の実施

センターには地域住民に関する様々な内容の相談が寄せられます。これらの相談に対して、地域住民一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな相談支援を実施します。

また、継続的支援を重視し、地域住民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します。

5)～7)（略）

##### 8) 個人情報の保護

センターは業務上、地域住民等の個人情報を知り得る立場にあり、その保護については個人情報保護法及びつくば市個人情報保護条例に基づき、情報の漏えい防止、第三者への情報提供及び目的外利用の禁止等、情報管理を徹底します。

9)（略）

として主体的に役割を持ち、支えあいながら暮らし続けられる地域づくりに努めます。

2～4（略）

#### IV 業務の実施方針

##### 1 基本的事項

1)（略）

##### 2) 職員の姿勢

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します。特に、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ます。

3)（略）

##### 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ます。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実施します。

また、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します。

5)～7)（略）

##### 8) 個人情報の保護

センターは業務上、高齢者等の個人情報を知り得る立場にあり、その保護については個人情報保護法及びつくば市個人情報保護条例に基づき、情報の漏えい防止、第三者への情報提供及び目的外利用の禁止等、情報管理を徹底します。

9)（略）

## 2 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、地域住民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、地域住民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ことを目的とします。

### 1) 総合相談支援

地域住民に関する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います。

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、相談機関につなぎ、継続的な支援を行います。

また、保健福祉サービスの代行申請等の支援を行うとともに、当該高齢者の現状把握を行います。

### 2) ～ 3) (略)

### 4) 家族を介護する者に対する相談支援

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たり、家族を介護する者への支援として、相談援助・支援、介護に関する情報や知識・技術の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保、家族介護者に関する周囲の理解の促進等の支援を行います。

### 5) 地域共生社会の観点に立った包括的な支援

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、属性や世代を問わない相談を受け止め、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支援を行います。

また、他の相談支援を実施する機関と連携し、必要に応じて引き続

## 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ことを目的とします。

### 1) 総合相談支援

高齢者に関する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います。

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、相談機関につなぎ、継続的な支援を行います。

また、保健福祉サービスの代行申請等の支援を行うとともに、当該高齢者の現状把握を行います。

### 2) ～ 3) (略)

き相談者とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めます。

3 権利擁護業務  
(略)

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務  
(略)

5 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とします。

つくば市の医療と介護のありたい姿

1) 希望の最期を共に考える

2) 本人を第一に考えた多職種連携

3) 専門職のスキルアップとやりがい

4) 認知症になっても安心して暮らせる地域

5) 多様な生活の場の提供

6) 相互に支え合う生活支援・介護予防

7) 誰一人取り残さない

医療と介護のありたい姿の実現を目指し、以下(ア)～(キ)の事業に関して、市が実施主体となり推進していきます。センターは、適宜協力及び開催支援等を行い、市と協働して取組みを推進します。

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

3 権利擁護業務  
(略)

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務  
(略)

5 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とします。

センターは、市が実施主体となり推進する以下(ア)～(ク)の事業に関して、適宜協力及び開催支援等を行い、市と協働して取組みを推進します。

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発

(削除)

6 生活支援体制整備事業  
(略)

7 認知症総合支援事業

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ことが重要です。そのため、「認知症施策推進大綱」の推進を図ることを念頭に置き、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、市と協働して取組みを推進します。

8 地域ケア会議推進事業  
(略)

9 指定介護予防支援事業  
(略)

10 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）  
(略)

11 一般介護予防事業  
(略)

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

6 生活支援体制整備事業  
(略)

7 認知症総合支援事業

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ことが重要です。そのため、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」の推進を図ることを念頭に置き、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、市と協働して取組みを推進します。

8 地域ケア会議推進事業  
(略)

9 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）  
(略)

10 一般介護予防事業  
(略)

11 指定介護予防支援事業  
(略)

令和2年度(2020年度)  
地域包括支援センター  
実績報告・評価

# 報告・評価内容

## 運営体制

### 1 運営体制

## 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

### 2 総合相談支援業務

### 3 権利擁護業務

### 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

## 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

### 5 一般介護予防事業

## 指定介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメント

### 6 介護予防ケアマネジメント事業及び指定介護予防支援事業

## 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 7 在宅医療・介護連携推進事業

### 8 生活支援体制整備事業

### 9 認知症総合支援事業

### 10 地域ケア会議推進事業

# 今回のポイント

## 1 実績報告と評価を同時に行ないます

市で一括して実績報告と評価について報告します。

## 2 自己評価の指標

- A 評価指標や仕様書で定められた業務ができている上で、  
業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている
- B 評価指標や仕様書で定められた業務ができている
- C 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない  
事項がある
- D 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない  
－ 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

## 3 行政評価について

自己評価をもとにヒアリングを実施し、市職員5名が上記評価基準で評価し、2分の1以上一致したものを行政評価としました。表内左側に自己評価、右側に行政評価を表示しています。



## 2 総合相談支援事業

評価指標	つくば市	筑波		大穂豊里		桜		谷田部東		谷田部西		荃崎	
(1)地域におけるネットワーク構築業務	B	A	A	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A
(2)実態把握業務	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
(3)総合相談業務	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A

### 年間相談実績(延件数)

つくば市	筑波	大穂豊里	桜	谷田部東	谷田部西	荃崎
1760	1835	1562	1354	832	1734	2681

## 2 総合相談支援事業

センター名	具体的な取組
つくば市	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民生委員児童委員連絡協議会での周知活動、ホームページ随時更新</li> <li>・ 高齢者台帳、KDBシステムの対象者に対して市保健師による戸別訪問の実施</li> <li>・ 相談者数 1,439人 相談実件数1,325件 相談延件数 1,764人</li> </ul>
筑波	<p>パンフレット配布やポスター掲示等を各所へ依頼した。かわら版を毎月作成し、ホームページでの公開やシルバークラブ等への配布を実施。</p> <p>地域の介護支援専門員のネットワークを構築し、感染症等の情報共有を行った。</p>
大穂豊里	<p>大穂豊里地域包括支援センターだよりを年4回作成。訪問相談時、各集会の際に配布、関係機関への配布。圏域別ケア会議等を通して、地域の関係者、関係機関との連携を強化。</p> <p>総合相談支援対象者台帳を作成し、支援計画のもと定期訪問や支援を実施。</p>
桜	<p>桜地域包括支援センターについてのポスターを作製し、相談室などに掲示した。また、桜地域包括支援センターのチラシを作成。</p> <p>地域のケアマネジャーや民生委員などを通じて、地域住民や地域活動についての情報収集を行った。</p>
谷田部東	<p>センター独自のパンフレットを作成し、相談の際に配布。また、関係機関等へ訪問の際にも配布しセンター機能の周知を行った。</p> <p>赤塚東山自治会にて介護保険制度説明・運動機能維持に関する講座を実施。介護予防啓発に加え、生活状況や不安・困りごとの聞き取りを行った。</p>
谷田部西	<p>医療等専門機関、居宅介護支援事業所、介護保険事業所と連携し、また安全運転免許センター、ペット保護機関、社協、障害者福祉事業所等とも連携し具体的事例に共同して対応した。</p> <p>相談方法がわからない事例など地域、民生委員、ふれあい相談員からの情報で同行訪問を行い、積極的に相談を受けるようにしている。</p>
荃崎	<p>独自センターチラシ作成配布。また、相談実務を通じて精神科を含む医療機関や法テラス弁護士、無料低額宿泊所等含む各種施設、交番等連携できる各種関係者との関係構築も地道に継続している。</p> <p>事例としては、アルコール依存症や被害妄想等での精神科医療機関への受診入院調整や精神科搬送手段の調整支援、本人入院後の家族フォローなど困難事例にも対応。交番から荃崎包括を案内され、相談に応じるような機会も増えた。</p>



### 3 権利擁護援事業

センター名	具体的な取組
つくば市	つくば市成年後見制度利用支援事業をつくば市社会福祉協議会に委託し、制度利用支援業務（相談、申立支援）、普及啓発、法人後見業務、市民後見人の育成等を行った。
筑波	虐待に関する相談は5件、虐待と判断したケースは無いが、継続した支援、相談対応を行っている。消費者被害については、最新の情報や訪問時の情報をもとにかわら版への掲載、見守り新鮮情報からの引用等情報提供を行ってきた。
大穂豊里	成年後見制度に関する相談対応、つくば市成年後見センターや日常生活自立支援事業・市地域包括支援課との連携対応。 高齢者の権利擁護に関する相談：25件 消費者被害に関するパンフレット等の活用、センター内での情報共有。
桜	虐待が疑われる事例について、地域包括支援課の職員とケアマネジャー他とで家庭訪問し、家族の経済的問題、介護負担等の話を聞き対応した。 認知症の方が修理業者と契約でトラブルになりそうだった際に、民生委員とともに消費生活センターに相談し被害の防止を行った。
谷田部東	成年後見申立の支援を行った事例はない。但し、判断能力や生活状況を把握し、必要時は制度利用の案内を行った。 虐待が疑われる事例については、市職員と同行訪問し状況の把握を実施した。
谷田部西	解決ができず経年がかかわる事例について、ケアマネとともに支援を継続し解決に到達した。虐待疑いの事例に対し、早期に事実の確認等を行うように対応し、9ケースのうち1ケースの事実が確認され、その他の事例についても当事者面談やケアマネとの協議等対応を行った。
荃崎	警察からの情報提供案件では、家族支援の重要性を感じる場面が多かった。 法律専門職と連携し成年後見申立支援を行った事例では、保佐人が選任され、債務整理も進展。入所先選定等も法律専門職を支援する立ち位置で関わり、無事に施設利用に至ることができた。

# 4 包括的・継続的ケアマネジメント事業

評価指標	つくば市	筑波		大穂豊里		桜		谷田部東		谷田部西		茎崎	
		A	A	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	B	A	A	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	C	A	B	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B
(3)個別相談業務	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A

## 4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業

センター名	具体的な取組
つくば市	<ul style="list-style-type: none"><li>・圏域別ケア会議を市内全域計26回開催し、介護支援専門員と地域の関係者の連携を支援した。</li><li>・「保健福祉関係者のための市内の保健福祉サービス民間関連サービス概要」を作成し関係機関へ1000冊配布した。また、ミルモネットで社会資源情報を集約しコロナ禍においても介護保険事業所が連携しやすい環境作りを行った。</li><li>・介護支援専門員の個別相談に対応し、昨年度は1,604件（同行訪問65件）であった。</li></ul>
筑波	筑波圏域の関係機関等（居宅介護事業所・介護施設等）で話合う場を設け、感染症の情報共有・居宅介護支援事業所間でネットワーク作りを実施した。
大穂豊里	大穂豊里圏域ケア会議や介護支援専門員との意見交換を通して地域の関係機関や社会資源の情報発信・支援を行った。必要に応じて助言や個別訪問、個別ケア会議の開催などの支援にあたった。
桜	桜圏域ケア会議の開催（計5回）を通じて、介護支援専門員や地域の関係機関との連携を支援した。
谷田部東	医療機関や介護事業所等の情報を収集し、必要時に相互に連携を行うことができるよう体制を整えた。支援困難事例について、複数回の同行訪問を行った。家族を含めたアセスメントの補助や介護保険以外の制度の紹介などのバックアップを行った。
谷田部西	対応困難な時にはつくば市地域包括支援課、精神科含む医療機関や認知症疾患医療センター等と連携して対応している。認知症独居高齢者世帯の家族調整、地域、サービス事業所等の調整、同行訪問等を行い、担当ケアマネの後方支援をした。
荃崎	支援を通じた病棟看護師やMSWとの関わりや、必要に応じてケース会議に参加するなど個別事例の積み重ねで、相談できる医療関係者との人脈を広げていけるよう対応している。触法高齢者の釈放後に向けた勾留中面会や施設選定支援などにも関わった。

# 5 一般介護予防事業（つくば市）

## 具体的な取組

高齢者台帳訪問：対象者**506**名のうち、訪問延べ**285**名、電話延べ**213**名実施

KDBシステム訪問延べ：①過去4年間未受診（医療・健診）かつ介護保険未利用者対象者**85**名のうち、訪問延べ**70**名、電話延べ**2**名実施、②**70～80**歳で過去2年間未受診（医療・健診）かつレセプト上3年前に受診歴あり、かつ介護保険未申請者）対象者**53**名のうち、訪問延べ**25**名実施

介護予防普及啓発事業として「脳元気アップ教室」を開催予定としたが、新型コロナウイルス感染拡大のため個別相談のみ実施（**4**名）、自宅で取り組む認知機能向上のための課題とフレイル予防DVDを郵送し、1か月後に電話でのフォロー実施（実施者**19**名）。2か月後に個別相談とあたまの健康チェックを実施（実施者**14**名）。

介護支援ボランティア制度は、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、活動できたのは2施設で2名のボランティアのみだった。状況把握を目的として、受入施設側と介護支援ボランティア側双方にアンケート調査を実施した。



# 6 介護予防ケアマネジメント事業及び 指定介護予防支援事業

センター名	具体的な取組
つくば市	指定介護予防支援事業請求件数は予防給付388件、総合事業393件。令和2年4月に桜地域包括支援センターへ、10月谷東地域包括支援センターへの指定介護予防支援業務の移行を完了した。
筑波	相談者に対し、わかりやすい説明を心掛け、介護予防の意味を説明している。ケアマネジャーとともに支援内容、実施状況を確認し、対応している。
大穂豊里	予防給付対象となる要支援認定者が、総合事業や介護予防サービス等を適切に利用できるように、介護予防のケアマネジメントを実施した。
桜	介護予防ケアマネジメント事業では、要支援者に対して、心身の状況や生活環境等に応じた介護予防サービスが提供されるような援助を行った。 指定介護予防支援事業では、介護予防サービスは、居宅介護支援事業所に委託連携して援助をしている。
谷田部東	護保険および総合事業の目的・内容・サービスメニューや手続き方法等について適切な説明を行うことができるよう学習を進めた。相談に対し、前述を実践した。 介護予防・生活支援サービスの実施状況を確認し、必要に応じ再アセスメントやサービス量の調整を助言した。
谷田部西	委託先について、まず相談者へ要望を確認して相談するように努めている。選定依頼時には一覧表を用いて、居宅の特性等を考慮して偏りがないように選定している。
荃崎	指定介護予防支援事業では、市外近隣の事業所利用希望の場合もあるので、第1号訪問事業や第1号通所事業として市から指定を受けているのかを確認し対応している。ケアマネジャー導入がなくとも環境整備で自立できる相談に対しては、それらの対応も各種事業所と連携しながら、場合によっては理由書作成を行うなど自立支援の観点で対応している。

# 7 包括的支援事業（社会保障充実分）

評価指標b	つくば市	筑波		大穂豊里		桜		谷田部東		谷田部西		茎崎	
		A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	A
(1)在宅医療・介護連携推進事業	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	A
(2)生活支援体制整備事業	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
(3)認知症総合支援事業	B	B	B	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B
(4)地域ケア会議推進事業	B	B	B	B	B	B	B	C	C	B	B	B	B

# 7 在宅医療・介護連携推進事業

センター名	具体的な取組
つくば市	つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧のミニ知識への掲載。グループホーム、介護老人保健施設の特徴の調査。 つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開催。課題検討の場として実務部会を設置、開催。 各種意見交換会、研修会を実施。
筑波	医療・介護関係者連携推進会議や勉強会に積極的に参加し関係者と繋がり、連絡しあうことで、協力体制を構築することが出来た。
大穂豊里	つくば市在宅医療・介護連携推進事業運営委員会、つくば市在宅医療・介護連携啓発講座への参加。 地域の医療機関との相談等を通しての連携。
桜	在宅医療を希望されている方に対し、訪問診療を実施しているクリニック等の紹介や連携の調整を行った。 桜圏域で行われた在宅医療・在宅介護啓発講座に参加し地域住民と交流を図った。
谷田部東	医療機関や介護事業所等からの相談を受け、受診や入院の支援を行った。 入退院時にはMSW等と連携し、介護保険申請や介護支援専門員の調整、入所支援、活用可能なインフォーマルサービスの導入支援などを行った。
谷田部西	複数の医療機関と情報共有し、個々の支援を行った。 緊急入院時に身寄りがない場合、民生委員・ふれあい相談員と協同作業を施設入所まで支援した。
荃崎	受診同行支援や医療機関への依頼等適宜対応している、家族が対応にずっと悩んできたアルコール依存症者の精神科医療へのつなぎでは、受入先MSWと連携して入院前PCR検査受診や医療保護入院を支援。

# 8 生活支援体制整備事業

センター名	具体的な取組
つくば市	生活支援コーディネーターが7圏域で活動を開始し、社会福祉協議会の地域見守りネットワーク会議を活用し、地域支えあい会議での議論を深めた。 生活支援コーディネーターが、住民主体の新たな集いの場（サロン等）の創設の支援を行い、複数のサロンが開設され、活動を広げることができた。
筑波	各協議体会議へ出席と共に、第2層会議や第3層会議においては、地域の方々と積極的な意見交換を実施、顔の見える関係作りを行った。第3層協議体においては、活動が活発化していく中で事務局との連携を図っている。
大穂豊里	大穂豊里圏域生活支援体制整備事業第2層協議体会議への参加(大穂地区/豊里地区)。 つくば市生活支援体制整備事業運営協議会への参加(計2回)。
桜	地域支えあい会議に出席した。 生活支援コーディネーター、地域のサロン、民生委員、ふれあい相談員との連携を試みた。
谷田部東	地域住民等との意見交換会や2層の生活支援体制整備推進会議等は中止等で参加機会がなかった。 1層の会議には参加できている。 生活支援体制の整備に向け、市と協力して事業の推進に努めた。
谷田部西	生活支援体制整備推進会議第1層会議、第2層会議、第3層会議に参加し、地域課題を地域住民の方と意見交換した。参加時には、引き続き、当センターの役割説明と啓発・連携を図った。
荃崎	1層会議はセンター長が参加。2層会議については生活支援コーディネーターを中心に包括も参加。ふれあい相談員懇談会等にも参加したり、個別支援においても、民生委員やふれあい相談員等と連携対応にて施設利用につながった事例等もある。専門職支援と住民支援の連携を積み重ねていくことを心がけ対応している。

# 9 認知症総合支援事業

センター名	具体的な取組
つくば市	<p>認知症カフェ2か所新規開設。新型コロナウイルス感染拡大により中止した場合には、電話や手紙等によるフォローアップを実施した。</p> <p>認知症高齢者等SOSネットワーク事業：事前登録者数107名、認知症支援メール登録者数820名、協力事業所数91か所、SOSネットワークを利用して検索した件数10件。</p>
筑波	<p>コロナ禍で、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェの回数は減っている。又、これまで開催できた出張相談会も出来なくなり、認知症初期集中の紹介もできなくなった。カフェの開催を支援する中で参加者の様子を観察し、訪問に繋げてはいる。</p>
大穂豊里	<p>つくば市キャラバンメイト役員会、認知症サポーター養成講座への参加。</p> <p>認知症初期集中支援事業への協力(協働支援、情報提供等の連携)。</p> <p>認知症疾患医療センター医療連携協議会への参加(計2回)。</p> <p>認知症カフェ『オレンジカフェinおおほ』を毎月開催(コロナ影響で6回のみ開催)。</p>
桜	<p>総合相談を通じて、認知症初期集中支援チームへ繋がった事例があった(1件)。</p> <p>相談や訪問時に認知症のパンフレットを配布し啓発活動をした。</p> <p>認知症カフェの周知を試み利用者と参加した(4回)。</p>
谷田部東	<p>認知症ケアパスは閲覧できるようセンター内に設置。必要時に活用出来るようにした。</p> <p>地域の団体等との関係づくりを行い、今後にもけたネットワーク形成を行った。</p>
谷田部西	<p>市社協と連携し、民生委員・見守り相談員・見守り支援員の方々と連携を取り、個々に見守り体制の構築・強化を図り支援を行った。認知症初期集中支援チームの役割や機能について介護者に提案したり、対面で実施された見守りネットワーク会議に参加し普及啓発を行った。</p>
荃崎	<p>荃崎民協高齢部会をはじめ認知症サポーター養成講座等に参加協力を行った。カフェ開催時には認知症ケアを行うご家族に参加を促すなど協力にも努めた。各種社協事業を通じてつながりのある地域関係者からの認知症相談への対応をはじめ個別事例の相談を通じて、相談できる関係性の拡大に努めている。</p>

# 10 地域ケア会議推進事業

センター名	具体的な取組
つくば市	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議において抽出された地域課題の再整理を行うことができた。</li> <li>・圏域別ケア会議についてはより地域に近い地域包括支援センターによる地域情報を活用した事例検討に資する会議運用体制が構築できた。</li> <li>・自立支援型個別ケア会議について、委員からの助言を下に、生活上の阻害要因の解決のための専門職の活用等、自立に資する支援につなげることができた。</li> </ul>
筑波	地域ケア会議で地域の問題を多職種で考え、必要な社会資源を生活支援体制整備事業で検討する形に出来た。
大穂豊里	つくば市地域ケア会議運営協議会への参加（計2回）。 大穂豊里圏域ケア会議の開催（計5回）・つくば市自立支援型個別ケア会議への参加（計1回）。
桜	地域包括支援課と協力して圏域ケア会議を開催し、関係機関との連携を強化した。
谷田部東	11月・3月に 圏域別地域ケア会議を見学・開催支援した（1月は感染症のため中止）。 会議の流れを学び、センター主催で開催できるよう体制を整えた。
谷田部西	谷田部西圏域ケア会議を4回/年実施。オンラインで開催し、困難な高齢者の個別ケースを多職種で検討し介護支援専門員の資質向上になるよう支援した。事例対象者の障害のある家族の支援をしている障害者支援事業所と連携することができ、新たなネットワーク構築ができた。
荃崎	4回開催。本人認知症による不安定さがあり、サービス利用が安定しないケースや透析加療中の家族課題もあるケース等様々な事例を検討した。認知症や精神面の不安定さが関連し、家族課題を有するケースが多かった。

令和 2 年度(2020 年度)

つくば市地域包括支援センター

事業実績報告 (案)

つくば市

## I 地域包括支援センター運営体制

【令和3年(2021年)3月31日時点】

- つくば市地域包括支援センター（直営）
- 筑波地域包括支援センター（委託）
- 大穂豊里地域包括支援センター（委託）
- 谷田部東地域包括支援センター（委託）
- 谷田部西地域包括支援センター（委託）
- 桜地域包括支援センター（委託）
- 荃崎地域包括支援センター（委託）
- 在宅介護支援センター（センター支援型）5か所

【つくば市地域包括支援センター職員配置状況】 令和3年(2021年)3月31日時点

職 種	正職員	会計年度任用職員
社会福祉士	3	1
保健師	7	4
主任介護支援専門員	2	0
介護支援専門員	0	0
事務職	4	2
合計	16	7

【令和3年(2021年)3月31日時点担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
つくば市地域包括支援センター（直営）	委託地域包括支援センターの後方支援を実施
筑波地域包括支援センター（委託）	筑波（秀峰筑波）
谷田部東地域包括支援センター（委託）	谷田部東（手代木、春日学園、谷田部東、学園の森）
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里（大穂、豊里）
谷田部西地域包括支援センター（委託）	谷田部西（谷田部、高山、みどりの学園）
桜地域包括支援センター（委託）	桜（桜、竹園東、並木、吾妻）
荃崎地域包括支援センター（委託）	荃崎（荃崎、高崎）
センター支援型在宅介護支援センター	
アレーテル・つくば、つくばリハビリテーションセンター、美健荘、新つくばホーム、くきの里	

## II 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### 1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・啓発活動：民生委員児童委員連絡協議会での周知活動、ホームページ随時更新
- ・地域ケア会議：圏域別ケア会議に担当職員が参加 26回
- ・地域の社会資源の把握と活用：高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識、ハートページ、在宅医療と介護のサービスマップの内容を更新

##### イ 実態把握

- ・高齢者台帳、KDB システムの対象者に対して市保健師による戸別訪問の実施

##### ウ 総合相談支援

- ・相談者数 1,439人 相談実件数 1,325件 相談延件数 1,764人
- ・市地域包括支援センター職員が各地域包括支援センターに出向き、ケース共有\*を実施
- \*ケース共有…対応ケースの振り返りと評価や対応計画について、市とセンター職員が検討すると共に、対応の平準化を目指している。

#### 2) 権利擁護業務

##### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見及び任意後見制度に関する相談 実相談 51件 延件数 70件
- ・つくば市成年後見制度利用支援事業をつくば市社会福祉協議会に委託し、制度利用支援業務（相談、申立支援）、普及啓発、法人後見業務、市民後見人の育成等を行った。
- ・市長申し立ての手続き（成年後見制度の利用が必要であるが、親族不在や親族の申し立てが見込めない場合） 件数 3件
- ・令和3年3月 つくば市高齢福祉計画（第8期）につくば市成年後見制度利用促進基本計画を内包（令和3年度から令和5年度まで）
- ・つくば市成年後見制度利用支援事業実施要綱 報酬支給件数 3件

##### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
- ・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む） 延 78件
- ・養護者における虐待通報 受理件数 52件
- ・養介護施設向け虐待防止出前研修 2回
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催 1回
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催 1回

## ウ 消費者被害の防止

- ・市民や専門職等に消費生活センターの情報誌の配布

## 3) 包括的・継続的ケアマネジメント

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議を市内全域計 26 回開催し、介護支援専門員と地域の関係者の連携を支援した。
- ・保健福祉関係者のための市内の保健福祉サービス民間関連サービス概要の作成と関係機関へ 1000 冊配布した。また、ミルモネットで社会資源情報を集約しコロナ禍においても介護保険事業所が連携しやすい環境作りを行った。
- ・委託包括で対応した事例を振り返る「ケース共有」を実施し、センターの課題に応じた指導を行った（1回）

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・ケアマネジャー連絡会への支援（10回/役員会 11回/参加者 140人）、主任介護支援専門員に対する支援（定例会 3回/役員会 11回/191人）を行った。

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員の個別相談に対応し、昨年度は 1,604 件（同行訪問 65 件）であった。

### エ 困難事例等への指導・助言

- ・以下の困難事例の会議を行った。
  - 1 困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合） 73 回
  - 2 困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合） 55 回
  - 3 困難事例の会議（委託包括ケアプランを立てている事例） 11 件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

#### ア 地域の医療・介護の資源の把握

- ・在宅医療と介護のサービスマップの普及（市民向け） 3,000 部
- ・介護保険情報誌ハートページの普及（市民向け） 3,000 部
- ・高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識 2020 500 部
- ・つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧のミニ知識への掲載【新規】
- ・医師と連携しやすい時間等を掲載した連携タイムのミニ知識への掲載、情報更新
- ・ミニ知識への訪問看護ステーションの特徴、特別養護老人施設の特徴の掲載、情報更新
- ・グループホームの特徴の調査【新規】

- ・介護老人保健施設の特徴の調査【新規】
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討**
  - ・つくば市在宅医療・介護連携推進協議会を開催 2回
  - ・課題検討の場として実務部会を設置、開催
    - 1) 在宅医療介護に関する市民啓発講座検討部会 1回
    - 2) ケアマネ・地域リーダー研修の企画・実施・評価部会 2回
    - 3) 多職種間における事業所間における事業所等連携マナー・エチケットの評価検討部会 0回（病院関係者と地域包括支援センターとの意見交換会に部会委員に協力）
    - 4) つくば市医療と介護のありたい姿の評価指標検討部会 1回（オンライン）
    - 5) つくば市における医療と介護の情報集約部会 1回
    - 6) お薬手帳評価検討部会 0回（お薬手帳活用に関するアンケートを実施し、部会委員より意見をいただいた）
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進**
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援**
  - ・つくば警察署と地域包括支援センターの意見交換会を開催 1回
  - ・病院関係者と地域包括支援センターのための意見交換会を開催 1回
  - ・多職種連携のための意見交換会を開催 1回
  - ・おくすり手帳の活用強化 啓発チラシを市内医療機関、薬局等に送付
  - ・市内専門職に対して「本人・家族のための多職種連携のために気をつけたいこと10」、退前情報共有チェックリスト、つくば市内病院のケアマネ等専門職相談窓口一覧、つくば連携タイムの普及啓発
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援**
  - ・地域の医療・介護関係者から、在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、ケースの連携、調整、情報提供等を実施
- カ 医療・介護関係者の研修**
  - ・地域リーダー研修会 医療・福祉関係者 52名  
内容「人生会議（ACP）におけるケアマネジャーの役割」 オンライン開催
  - ・ケアマネジャー向け研修会 ケアマネジャー 144名  
内容 講演「多職種連携における ACP の実践に向けて～高齢者の人生会議（ACP）に多職種がどのように関わるか～」グループワーク等
- キ 地域住民への普及啓発**
  - ・在宅医療介護啓発講座の開催 3回  
（新型コロナウイルス感染防止のため3回中止）

## 2) 生活支援体制整備事業

- ・生活支援コーディネーターの配置

生活支援コーディネーターが7圏域で活動を開始し、社会福祉協議会の地域見守りネットワーク会議を活用し、地域支えあい会議での議論を深めた。

- ・住民主体の集いの場づくり等の支援生活支援コーディネーターが、新たな集いの場（サロン等）の創設の支援を行い、複数のサロンが開設され、活動を広げることができた。
- ・フォーラムを開催し、6年間の事業の歩みを振り返り、また住民主体の地域活動について共有することで、今後の地域社会づくりの方向性について話し合うことができた。

### 3) 認知症総合支援事業【重点事業】

#### ・認知症サポーター養成講座の開催

年間12回開催 認知症サポーター452名養成

#### ・認知症サポーターステップアップ講座の開催

新型コロナウイルス感染拡大により中止

#### ・つくば市キャラバン・メイト連絡会の運営支援

キャラバン・メイト総会・スキルアップ研修会は中止

キャラバン・メイト役員会 4回

キャラバン・メイト正副会長打合せ 4回

ポスター掲示による啓発活動（イーアスつくば 令和2年9月15日～9月30日）

#### ・認知症声かけ模擬訓練の実施

新型コロナウイルス感染拡大により中止

#### ・認知症カフェの運営支援（6ヶ所）

新型コロナウイルス感染拡大により中止した場合には、電話や手紙等によるフォローアップを実施した

①オレンジカフェ in 筑波（委託先：介護老人保健施設アリエッタ）

6回 参加延人数 21名（内 本人8名 その他13名）

②オレンジカフェ in なごみ（委託先：とよさと病院認知症疾患医療センター）

5回 参加延人数 60名（内 本人15名 その他45名）

③オレンジカフェ in きずな（委託先：ストレスケアつくばクリニック）

5回 参加延人数 43名（内 本人7名 その他36名）

④オレンジカフェ in くきざき（委託先：認知症の人と家族の会）

6回 参加延人数 50名（内 本人6名 その他44名）

#### 【新規開設】

①オレンジカフェ in おおほ カフェ・フルール（委託先：大穂豊里地域包括支援センター）

6回 参加延人数 31名（内 本人13名 その他18名）

②オレンジカフェ in かえで（委託先：小規模多機能型居宅介護 楓）

3回 参加延人数 39名 (内 本人6名 その他33名)

・認知症初期集中支援チームの運営

設置場所：2か所

つくば市北部認知症初期集中支援チーム (とよさと病院認知症疾患医療センター)

つくば市南部認知症初期集中支援チーム (つくば市直営)

チーム員会議

つくば市北部認知症初期集中支援チーム 7回

つくば市南部認知症初期集中支援チーム 7回

対応した件数

つくば市北部認知症初期集中支援チーム 16件 (内 新規10件)

つくば市南部認知症初期集中支援チーム 8件 (内 新規4件)

認知症初期集中支援チーム検討委員会 2回

・市民向け認知症ケアパスの配布

2000部配布

配布場所：地域包括支援センター 窓口センター 地域交流センター  
認知症サポーター養成講座 等

・認知症よろず相談所の支援

相談件数 延16件

・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大

事前登録者数107名 認知症支援メール登録者数820名 協力事業数91か所  
SOS ネットワークを利用して検索した件数10件

・認知症高齢者等保護支援事業 (GPS)

9名利用 (令和3年3月31日現在 携帯型5名 靴収納型3名 中止1名)

・認知症研修会の開催

新型コロナウイルス感染拡大により中止

・認知症お困りごとメール相談

10件 (とよさと病院認知症疾患医療センターが対応)

#### 4) 地域ケア会議推進事業

- ・つくば市地域ケア会議において抽出された地域課題が、他事業等で課題解決の体制が構築されていることや、他事業での取組推進等の評価を行い、地域課題の再整理を行うことができた。
- ・圏域別ケア会議について、全圏域委託型地域包括支援センターへの移行が完了した。今後、より地域に近い地域包括支援センターによる地域情報を活用した事例検討に資する会議運用体制が構築できた。
- ・自立支援型個別ケア会議について、助言委員からの助言を下に、生活上の障害

要因の解決のための専門職の活用等、自立に資する支援につながる事ができた。

### 3 総合事業

#### 1) 介護予防・生活支援サービス事業

ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の請求件数は393件  
うち初回加算：6件(月遅れを除く)

イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

・運動機能向上プログラム内訳

ア 令和2年度新規対象者 12回まで利用し終了 7名

イ 令和2年度新規対象者 来年度も継続 4名

・低栄養改善・口腔機能向上プログラム利用者 0名

#### 2) 一般介護予防事業

ア・高齢者台帳訪問：対象者506名のうち、訪問延べ285名、電話延べ213名実施

・KDBシステム訪問延べ：①過去4年間未受診（医療・健診）かつ介護保険未利用者対象者85名のうち、訪問延べ70名、電話延べ2名実施、②70～80歳で過去2年間未受診（医療・健診）かつレセプト上3年前に受診歴あり、かつ介護保険未申請者）対象者53名のうち、訪問延べ25名実施

イ 介護予防普及啓発事業として「脳元気アップ教室」を開催予定としたが、新型コロナウイルス感染拡大に個別相談のみ実施（4名）、自宅で取り組む認知機能向上のための課題とフレイル予防DVDを郵送し、1か月後に電話でのフォロー実施（実施者19名）。2か月後に個別相談とあたまの健康チェックを実施（実施者14名）。

ウ 介護支援ボランティア制度は、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、活動できたのは2施設で2名のボランティアのみだった。状況把握を目的として、受入施設側と介護支援ボランティア側双方にアンケート調査を実施した。

### 4 指定介護予防支援事業

・請求件数：予防給付388件\_うち初回加算：14件(月遅れを除く)

総合事業393件\_うち初回加算：6件(月遅れを除く)

・利用者契約件数（延べ）160件（未利用者は除く）

・契約家庭訪問数 33件

・令和2年4月に桜地域包括支援センターへ、10月谷東地域包括支援センターへの指定介護予防支援業務の移行を完了した。

## III 成果、評価、課題、今後の取組方針について

## 【包括支援係】

### 成果

全圏域に地域包括支援センターを設置したことで、市民が身近な場所で相談できる体制を整えることができた。

つくば市高齢福祉計画（第8期）につくば市成年後見制度利用促進基本計画を内包し、市の成年後見利用促進のための方法や手順を示すことができた。

### 評価

地域包括支援センターの委託において、市や運営方法や業務内容や手順を示すこと、地域ケア会議や高齢者虐待対応等、市と委託包括は連携し対応することができている。一方、個人情報取り扱いや苦情対応の市の方針、相談事例の終結条件等、具体的な方法等について説明や協議が十分にできていない。

地域包括支援センターにおいて、市民だけでなく、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護サービスに関する事項の相談受付を行っている。本年度は病院関係者と地域包括支援センターとの意見交換会を実施し、顔の見える関係づくりを行っている。

### 課題

全圏域に地域包括支援センターを設置したことで、基幹型地域包括支援センターの役割、委託地域包括支援センターとの機能分化を明確にする必要がある。基幹型地域包括支援センターとして、包括センター間の連絡調整、関係機関とのネットワーク構築等、包括センターの活動を支え、全体を包括する役割を果たさなければならない。

成年後見制度の利用支援や高齢者虐待対応等、実際の業務で委託包括の役割や、対応方針に認識不足の事例があった。支援方針について、改めて市と委託包括間で共通認識を図る必要がある。

地域包括支援センターと病院間において、日常の連携はできているが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、退院カンファレンスの実施が出来ないことや、入院時の情報連携や急な退院が決定したケース対応等、入退院時の有機的な連携が困難な状況にある。

### 今後の取組方針

地域の特性や課題を明確にし、各圏域を担当する地域包括支援センターの現状と役割、課題の解決に向けた施策を、各地域包括支援センターと共に計画的に展開していく。

地域の医療関係者・介護関係者と地域包括支援センターにおいて、現場の業務の支援の課題について意見交換を行う。

## 【認知症総合支援係】

### 成果

認知症サポーター養成講座の開催数は昨年度と比較すると減ってしまったが、新たにオンラインによる講座を開催することができた。

認知症カフェでは、感染予防のため自宅で過ごす利用者も多く認知機能低下がみられる参加者もいたため、中止した場合は電話や手紙などを用いて参加者のフォローアップ

を実施し、参加者の好評を得た。

認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業において、コンビニに協力事業所登録を呼びかけ登録事業所数を伸ばすことができた。

## 評価

新型コロナウイルス感染拡大により、中止を余儀なくされた事業もあった。しかし、オンラインによる認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェでの参加者へのフォローアップ、ポスター掲示による啓発活動など新しい取り組みにつなげることができた。

## 課題

近年、小学生や中学生に向けた認知症サポーター養成講座の開催に力を入れ実績を上げていたが、コロナ禍により開催することが困難だった。コロナ禍が解消された場合にまたスムーズに開催できるよう準備が必要である。また、次年度も当面の間はコロナ禍の影響を受ける可能性が高いため、オンライン等を活用しながら事業を展開する工夫が必要である。また、地域の特性に応じた事業を展開するために、地域の課題を各地域包括支援センターと共有しともに課題に取り組む必要がある。

## 今後の取組方針

認知症施策推進大綱の「共生」の理念に基づき、認知症の方が地域で安心して暮らせる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座や認知症カフェ等を、新型コロナウイルス感染対策を講じながら実施していく。

また、各地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、各地域の課題を集約し認知症施策に取り組む体制を構築していく。

## 【介護予防係】

### 成果

圏域別ケア会議やケアマネジャー連絡会等を通して、介護支援専門員に対する支援は前年度から継続して行った。特にコロナ禍において、Zoom を利用した会議や社会資源情報にオンラインでアクセスできる環境づくりをするなど状況にあわせた支援が可能になった。

一般介護予防事業に関しては、感染症拡大の影響で、高齢者訪問の件数の減少や脳元気アップ教室の開催中止はあったものの、自宅訪問の代わりに電話で状況確認を行ったり、自宅でできるフレイル予防 DVD を作成配布するなどした。

生活支援や地域ケア会議に関しては、時期はずれたものの 3 回の会議を行い、生活支援コーディネーターは配置やフォーラムの開催等、新たな事業展開を行った。

### 評価

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、集合会議や教室などが開催できない、訪問ができない時期はあったが、Zoom 利用や DVD 作成など代替案を行うことで、ケアマネジャー支援や高齢者支援、また地域ケアや生活支援体制整備事業など継続して行うことができた。

## 課題

コロナ禍が続き、高齢者等の外出や活動が阻害されることが考えられるが、感染症対策やオンラインを駆使し、継続的な支援や介護予防が必要である。また、地域課題解決に向け、ケア会議と生活支援体制整備事業を連動させた取り組みを行い、多様な支援体制の構築が課題となる。

## 今後の取組方針

令和3年度の方針として、介護予防支援と地域包括ケアシステムの充実を見据えた地域づくりが挙げられる。

介護予防支援に関しては、介護認定を受けているにも関わらずサービスを受けていない対象者について、介護予防のための訪問を実施し、脳元気アップや介護支援ボランティア制度を通じた介護予防普及啓発活動を進めていく。また、介護支援専門員等に対して、自立支援・重度化防止に資する質の高いケアマネジメント力の向上及び地域包括ケアシステムを充実させ、ICT活用促進及び感染症拡大や災害時の対応力の強化を具体的に進める。

地域ケア会議において、事例の集計及び課題抽出を継続しつつ、多様な事業等との連携やデータの活用による地域課題検討方法等、エビデンスに基づく方法を検討多様な地域課題への取組を行う。また、生活支援体制整備事業では、生活支援コーディネーターを中心とした、地域支えあい会議運営や地域活動支援から、地域住民主体の支えあい活動の創出や情報の可視化を促進し、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりを進めていく。

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

【つくば市用】

つくば市地域包括支援センター（記入日 令和2年 5月 28日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター・在宅介護支援センターの定例会を通して、地域における関係者のネットワーク構築を図るとともに地域包括支援センターの対応の総合的なレベルアップを進めます。</li> <li>・「連携タイム」「気を付けたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進</li> <li>・専門職向け研修企画及び実施</li> <li>・圏域ごとに把握した地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、地域住民主体の支えあい活動の創出や情報の可視化を促進していきます。</li> <li>・認知症地域支援推進員の配置</li> <li>・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。</li> </ul>

A:評価指標で定められた業務ができている上で、独自の取組がなされている B:評価指標で定められた業務ができている  
 C:評価指標で定められた業務の一部にできていない事項がある D:評価指標で定められた業務ができていない ー:評価指標で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動計画	① 令和2年度に開催した運営協議会において、委託包括の評価結果をもとに議論が行われ、改善提案があった。	○	B	
	② 運営協議会での議論を経て、委託包括の運営方針を策定し、委託包括へ伝達している。	○		
	③ 令和3年度のセンターの事業計画の策定に当たり、委託包括と協議を行った。	○		
	④ 前年度における運営協議会での議論を踏まえ、委託包括の運営方針、委託包括への支援・指導の内容を改善した。	○		
	⑤ 委託包括に対して、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報を提供している。	○		
	⑥ 市包括において、運営方針に沿った事業計画が立てられている。	○		
	⑦ 市包括全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑧ 市包括において現実的な目標を立てている。	○		
	⑨ 市包括の進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑩ 市包括の取組における重点項目を達成できた。	○		
	⑪ 市包括と委託包括の間の連絡会合を、定期的に開催している。	○		
(2)職員配置	① 委託包括に対して、介護保険法施行規則に定める原則基準に基づく3職種の配置を義務付けている。	○	C	
	② 委託包括において、3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)が配置されている。	○		
	③ 委託包括の3職種(それぞれの職種にかかる準ずる者を含む)一人当たり高齢者数(圏域内の高齢者数/センター人員)が1,500人以	×		
	④ 年度途中に市包括職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	○		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① 市包括においてミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	B	
	② 市包括において支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 市包括において主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 委託包括職員の資質向上の観点から、委託包括職員を対象とした研修計画を策定し、年度当初までに委託包括に示している。	×	C	
	② 研修(外部)への参加機会を確保している。	○		
	③ 研修成果を市包括内で報告し共有する機会を設けている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	④ 市包括職場内での研修機会を確保している。	○		
(5)個人情報保護	① 個人情報保護に関する市町村の取扱方針を委託包括に示している。	○	B	
	② 関係法令を市包括全職員が理解している。	○		
	③ 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	④ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	⑤ 個人情報管理マニュアルが整備されている。	○		
	⑥ 個人情報が漏れした場合の対応など、委託包括が行うべき個人情報保護の対応について、委託包括へ指示している。	○		
	⑦ 委託包括からの個人情報漏えい等の報告事案に対し、対応策を指示・助言している。	○		
(6)苦情対応	① 苦情内容の記録等、苦情対応に関する市町村の方針を委託包括に示している。	○	B	
	② 委託包括が受けた介護サービスに関する相談について、委託包括から市町村に対して報告や協議を受ける仕組みを設けている。	○		
	③ 市包括においてマニュアルが整備されている。	○		
	④ 対応結果の記録を残している。	○		
	⑤ 苦情の内容と対処について市包括内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシーが確保される環境整備に関する市町村の方針を、委託包括に示している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 委託包括に対して、夜間・早朝の窓口(連絡先)の設置を義務付けている。	○	B	
	② 委託包括に対して、平日以外の窓口(連絡先)の設置を義務付けている。	○		
	③ 休日・夜間の連絡体制が整備されている。	○		
	④ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○	B	
	② 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
	③ 介護サービス情報公表システム等において、委託包括の事業内容・運営状況に関する情報を公表している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会を開催し、その運営状況の説明等を行っている。	○	A	
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等を開催している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○	B	
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている。	○		
	③ 受付カウンターの設置や専用の事務室等、市包括の環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				
2. 総合相談支援事業				
	① 市町村レベルの関係団体(民生委員等)の会議に、定期的に参加している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(1)地域におけるネットワーク構築業務	② 市町村の広報紙やホームページなどで、委託包括の周知を行っている。	○	B	
	③ センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	④ 関係機関へ向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	⑤ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑥ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑦ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑧ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
	(2)実態把握業務	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。		
② 積極的に戸別訪問等を実施している。		○		
③ 地域の社会資源情報を市包括内で共有している。		○		
④ 社会資源の情報を定期的に更新し、最新の状態に保つよう努めている。		○		
⑤ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。		○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	B	
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 委託包括と協議しつつ、委託包括において受けた相談事例の終結条件を定めている。	○		
	⑨ 委託包括における相談事例の分類方法を定めている。	○		
	⑩ 前年度1年間における委託包括の相談件数を把握している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、委託包括からの相談事例に関する支援要請に対応した。	○		
	⑫ 委託包括が対応した家族介護者からの相談について、相談件数・相談内容を把握している。	○		
⑬ 委託包括が、介護、子育て、障害等に関して複合的な課題を持つ世帯への相談に対応できるよう、市町村として取り組みを行っている。	○			
(講評)				
3. 権利擁護事業				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れを整理し、委託包括と共有している。	○	B	
	② 高齢者虐待防止法について市包括職員が理解している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに作成している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、委託包括と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦ 委託包括または市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧ 虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)消費者被害の早期発見と防止	① 職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	
	② 消費生活に関する相談窓口及び警察に対して、委託包括との連携についての協力依頼を行っている。	○		
	③ 消費生活センターや警察等と連携できる体制を整えている。	○		
	④ 地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	① 成年後見制度について市包括職員が理解し、説明できる。	○	C	
	② 成年後見制度の市町村長申立てに関する判断基準を委託包括と共有している。	×		
	③ 高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④ 相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		
	⑤ 制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 日常生活圏域ごとの居宅介護支援事業所のデータを把握し、委託包括に情報提供している。	○	B	
	② 介護支援専門員を対象に、包括的・継続的ケアマネジメントを行うための課題や支援などに関するアンケートや意見収集等を行い、委託包括に情報提供を行っている。	○		
	③ 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ 地域の関係機関と連携して、意見交換会や研修会、事例検討会等を行っている。	○		
	⑤ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。	○		
	⑥ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。	○		
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 委託包括と協議の上、委託包括が開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和3年度分)を作成している。	○	C	
	② 地域の介護支援専門員の実践力向上を図ることなどを目的とした、地域ケア会議や事例検討等を行うことができるように、委託包括職員を対象とした研修会を開催している。	×		
	③ 介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。	○		
	④ 地域の介護支援専門員のニーズを把握する機会を設け、介護支援専門員相互の理解や情報交換、意見交換の場を設定している。	○		
	⑤ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○		
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。	○	B	
	② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。	○		
	③ 各委託包括が介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。	○		
	④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○		
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例について市包括内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。	○	B	
	② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○		
(講評)				

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する市町村の基本方針を定め、委託包括に周知している。(令和3年4月末時点)</li> <li>② 委託包括、介護支援専門員、生活支援コーディネーター、協議体に対して、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源に関する情報を提供している。</li> <li>③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、介護予防手帳などの支援の手法を定め、委託包括に示している。</li> <li>④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。</li> <li>⑤ 介護予防ケアマネジメントに関する様式が統一されている。</li> <li>⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。</li> <li>⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。</li> <li>⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。</li> </ul>	○	○	B
(2)公正・中立性の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定について、公平性・中立性確保のための指針を作成し、委託包括に明示している。(令和3年4月末時点)</li> <li>② 委託先一覧表を作っている。</li> <li>③ 委託に関する内規等を整備している。</li> <li>④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。</li> <li>⑤ 事業者の選定が公正中立に行われるよう意識している。</li> </ul>	○	○	B
(3)適切な業務の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。</li> <li>② 進捗管理表を作って管理している。</li> <li>③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。</li> <li>④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際のセンターの関与について、市町村の指針を委託包括に対して明示している。(令和3年4月末時点)</li> <li>⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。</li> <li>⑥ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援における委託包括の人員体制と実施件数を把握している。</li> </ul>	○	○	B
(講評)				
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)				
(1)在宅医療・介護連携推進事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。</li> <li>② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。</li> <li>③ 医療関係者と委託包括の合同の事例検討会の開催または開催支援を行っている。</li> <li>④ 医療関係者と委託包括の合同の講演会・勉強会等の開催または開催支援を行っている。</li> <li>⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。</li> <li>⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口と委託包括の連携・調整が図られるよう、連携会議の開催や情報共有の仕組みづくりなどの支援を行っている。</li> <li>⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。</li> </ul>	○	○	B
	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。</li> <li>② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。</li> </ul>	○	○	

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)生活支援体制整備事業	③ 体制整備に向けて、事業の推進に努めている。	○	B	
	④ 生活支援コーディネーターや協議体とセンターの連携・調整が図られるよう、連携会議の開催や情報共有の仕組みづくりなどの支援を行っている。	○		
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力をを行っている。	○	B	
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○		
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○		
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力をを行い認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○		
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○		
	⑥ 認知症初期集中支援チームと委託包括の連携・調整が図られるよう、連携会議の開催や情報共有の仕組みづくりなどの支援を行っている。	○		
(4)地域ケア会議推進事業	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定し、委託包括に示している。(令和3年4月末時点)	○	B	
	② 地域の医療・介護・福祉等の関係者に、策定した地域ケア会議の開催計画を周知している。(令和3年4月末時点)	○		
	③ 委託包括主催の地域ケア会議の運営方法や、市町村主催の地域ケア会議との連携に関する方針を策定し、委託包括に対して周知している。(令和3年4月末時点)	○		
	④ 地域ケア会議と他事業の連携のために取り組みをしている。	○		
	⑤ 支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○		
	⑥ 委託包括主催の個別事例について検討する地域ケア会議に参加している。	○		
	⑦ 地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○		
	⑧ 委託包括と協力し、地域ケア会議における個人情報の取扱方針を定め、センターに示すとともに、市町村が主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑨ 地域ケア会議の議事録や検討事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じている。	○		
	⑩ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行している。	○		
	⑪ 生活援助の訪問回数が多いケアプラン(生活援助中心のケアプラン)の地域ケア会議等での検証について実施体制を確保している。	○		
	⑫ 委託包括主催の地域課題に関して検討する地域ケア会議に参加している。	○		
	⑬ 委託包括主催の地域ケア会議で検討された内容を把握している。	○		
	⑭ 委託包括主催及び市町村主催も含めた、地域ケア会議の検討内容をとりまとめて、住民向けに公表している。	○		
	⑮ 地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村に提言している。	○		
(講評)				

令和 2 年度（2020 年度）

筑波地域包括支援センター

事業実績報告

社会福祉法人 恵愛会

## 1 運営体制

### 【筑波地域包括支援センター職員配置状況】

令和3年(2021年)3月31日時点

職種	常勤専従	常勤兼務
主任介護支援専門員	1	0
保健師	1	0
社会福祉士	1	0
介護支援専門員	0	1
事務職	0	1

- ・市町村が定める運営方針に沿って事業計画を策定、地域の特性や現状を踏まえて活動を実施。
- ・3職種が特性を活かし、様々な相談事例に対応してきた。初回訪問や困難事例には2名体制を実施、問題が生じた際は、専門的な立場から支援を行うように心掛けた。
- ・朝夕の引継ぎや情報の共有・記録等の整備に努めてきたが、主担当者が不在時の対応が的確、正確であったかは不十分だったと反省する。
- ・研修参加の機会を設け、内容をセンター内で共有している。(外部研修18件)
- ・個人情報の管理に関しては、不備があり苦情へと繋がったケースがあり、現在はチェック表等の書類を含めマニュアルを作成し外部に持ち出しする際には、職員同士で確認している。苦情対応については、長引いたケースがあり、報告も含めた初期対応を素早く行うべきと反省。
- ・勤務時間帯外での対応は、携帯への転送、連絡時の相談を随時行う体制を整えている。

## 2 総合相談支援事業

- ・昨年度は感染症の為に外出の広報などができなかった分、パンフレット配布やポスター掲示等を各所へ依頼した。民生委員協議会へ出向き、包括の仕事内容等の説明を実施。
- ・かわら版を毎月作成し、ホームページでの公開やシルバークラブ等への配布を実施。
- ・地域の介護支援専門員のネットワークを構築し、感染症等の情報共有を行った。
- ・民生委員や交番、障害者施設等からの相談を受け、積極的に個別訪問を実施、介護に限らず、児童・障害・引きこもり等様々な問題を持つ世帯へ支援、対応を行ってきた。地域の警察や児童相談所、地域障害支援室等と連携し対応、問題解決を図り、又、継続的支援を行っている。地元の情報を持っている区長との連携もとることができた。

### 地区別相談件数

旧小学校区	北条	田井	小田	筑波	菅間	田水山	作岡
相談件数	537	106	419	272	85	137	221
広報件数	32	6	15	18	2	8	8

### 3 権利擁護事業

- ・虐待相談があった際には、市への報告とともに早期に訪問、対応を行った。
- ・虐待に関する相談は5件、虐待と判断したケースは無いが、継続した支援、相談対応を行っている。
- ・消費者被害については、最新の情報や訪問時の情報をもとにかわら版への掲載、見守り新鮮情報からの引用等情報提供を行ってきた。
- ・研修に関しては、殆どリモートでの受講だったが、社会福祉士に限らず、職種にあった研修への参加を行い、包括職員全員が虐待対応への知識を身に着けるよう対応した。

### 4 包括的・継続的ケアマネジメント事業

- ・筑波圏域の関係機関等（居宅介護事業所・介護施設等）で話合う場を設け、感染症の情報共有・居宅介護支援事業所間でネットワーク作りを実施した。

- ・ケアマネジャーが事業所を辞める際の相談に対し、直営包括や高齢福祉課と相談し対応を協議。

#### ケアマネジャー相談実績（422件）

- ・困難事例に対しては、ケアマネジャーとの訪問同行（14件）や会議への出席等（45件）を行った。
- ・感染症等の為に閉じこもりがちな高齢者宅訪問を行い、生活状況把握と、感染症情報や介護予防のための体操の情報等を配布し、心身の低下予防を図った。

### 5 介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）及び指定介護予防事業

- ・相談者に対し、わかりやすい説明を心掛け、介護予防の意味を説明している。
- ・ケアマネジャーとともに支援内容、実施状況を確認し、対応している。
- ・利用者のセルフケアマネジメントの推進のための手法は、活用できていない。

### 6 包括的支援事業（社会保障充実分）

- ・医療・介護関係者連携推進会議や勉強会に積極的に参加し関係者と繋がり、連絡しあうことで、協力体制を構築することが出来た。退院後、施設退去後の入所について等、ソーシャルワーカーや施設相談員等へ相談をすることで本人家族の問題が解決しやすくなっている。又、医療のみではなく、障害施設からの相談を受け付ける事もあり、訪問対応した。

・生活支援体制整備事業においては、各協議体会議へ出席と共に、第2層会議や第3層会議においては、地域の方々と積極的な意見交換を実施、顔の見える関係作りを行った。第3層協議体においては、活動が活発化していく中で事務局との連携を図っている。

・コロナ禍で、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェの回数は減っている。又、これまで開催できた出張相談会も出来なくなり、認知症初期集中の紹介もできなくなった。カフェの開催を支援する中で参加者の様子を観察し、訪問に繋げてはいるが、コロナ禍での認知症予防策として他にも方法があったのではないかと反省している。

・地域ケア会議で地域の問題を多職種で考え、必要な社会資源を生活支援体制整備事業で検討する形に出来た。

## 7 成果・評価・課題・今後の取り組み方針

### I；成果

・圏域の介護保険事業所の連携強化を考え、感染症の情報共有としての話し合いを実施。圏域全体でのネットワークはできなかったが、居宅介護支援事業所間ではネットワークを構築し、主に感染症の情報共有が図れた。

### II；評価

・感染症もあり直接出向いての相談会が出来ずにいたが、ホームページ（かわら版）での広報やポスター掲示を行い、筑波包括の知名度を上げることを心掛けた。地区別相談件数から考え、広報（ポスター掲示）で目にする機会が多い地区の相談件数が多くなっている傾向にある。ワクチン接種も進んでいるため、より身近な広報の方法など検討していく。

・苦情発生に対し対応の遅れが生じ、解決までに時間を掛けてしまった。苦情対応の更なる徹底・早期対応を実施していく。

### III；課題

・相談に対して包括内での情報共有が十分ではなかった。主担当者が不在の場合でも対応できるように記録等の整備や共有の時間が取れるように調整していく。

・8050問題のように、家庭内の複合的問題の支援に対して、関係機関との連携・情報共有を強化していく必要がある。

### IV；今後の取り組み方針

・介護保険事業所だけでなく、複合的な問題の支援を行うために関係事業所（障害・児童等）とのネットワークを構築していく。

・感染症に限らず、災害時の対応をマニュアル化し、緊急時に備えていく。

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

【筑波地域包括支援センター用】

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	交通の便が不便な地域です。コロナ禍で閉じこもりの高齢者に対し、感染症情報や介護予防の情報を提供していきます。又、情報共有の為、事業所間でのネットワーク形成を支援します。
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	介護予防教室等やオレンジカフェが開催されず、自宅に閉じこもりな高齢者宅へ積極的に訪問し、心身の低下を予防しました。。居宅介護支援事業所間のネットワーク形成、感染症の情報共有を実施しました。
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	近隣や親戚等の関係性が色濃く残っている地域です。家族の中で収まっていた問題が、高齢化の中で複合的に表出しています。様々な課題に対して、関係機関・関係者と連携し支援に当たります。相談しやすい環境を整えと共に、積極的に地域に向いて情報収集に努めます。

A: 評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない

C: 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない -: 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センター独自の事業計画を策定している。	○	B	B
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	○		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。	○		
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	○		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和2年4月末時点)	○	B	B
	② 年度途中に職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	○		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	C	C
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	×		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	B	B
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	C	C
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	×		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏れいした場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(6)苦情対応	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○	C	C
	① マニュアルが整備されている。	○		
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	×		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
(7)24時間体制の確保	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○	A	B
	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
(8)公正・中立性の確保	③ 対応マニュアルが整備されている。	○	B	B
	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○		
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
(9)報告・届出書等	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○	B	B
	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○	B	B
	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○		
(11)建物設備等	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○	B	B
	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○		
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターを設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○			

(講評)

## 2. 総合相談支援事業

(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	A	A
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○		
	② 積極的に戸別訪問等を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)実態把握業務	③ 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○	B	B
	④ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	B	B
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨ 相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩ 前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
	⑫ 家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残して取りまとめている。	○		
	⑬ 介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)				
3. 権利擁護事業				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	B	B
	② 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦ センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧ 虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	① 職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	② 消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③ 消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④ 地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	① 成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	B	B
	② 成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③ 高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④ 相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑤ 制度について普及啓発活動をしている。	○		

(講評)

4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業

(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○	A	A
	② 介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。	○		
	③ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。	○		
	④ 担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。	○		
	⑤ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。	○		
	⑥ 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○		
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和2年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。	○	A	B
	② 担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。	○		
	③ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○		
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。	○	B	B
	② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。	○		
	③ 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。	○		
	④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○		
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。	○	B	B
	② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○		

(講評)

5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業

(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。	○	C	C
	② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。	○		
	③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。	×		
	④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。	○		
	⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価	
	⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。	○			
	⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○			
	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。	○			
	(2)公正・中立性の確保	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○	B	B
		② 委託先一覧表を作っている。	○		
		③ 委託に関する内規等を整備している。	○		
④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。		○			
(3)適切な業務の実施	① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。	○	B	B	
	② 進捗管理表を作って管理している。	○			
	③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。	○			
	④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進行管理を行っている。	○			
	⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。	○			
(講評)					
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)					
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	A	B	
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○			
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○			
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○			
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○			
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○			
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○			
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B	
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○			
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○			
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○			
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力を行っている。	○	B	B	
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○			
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○			
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力を行い認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○			
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○			
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○			
	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和2年4月末時点)	○			
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和2年4月末時点)	○			
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○			
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○			

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(4)地域ケア会議推進事業	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○	B	B
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	○		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	○		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

令和 2 年度  
大穂豊里地域包括支援センター  
事業実績報告  
(R2.4～R3.3)

## ■センターの概要

名 称 : 大穂豊里地域包括支援センター

受託法人 : 医療法人社団 筑波記念会

場 所 : つくば市要 1187 番地 299

職員体制 : (1)主任介護支援専門員 1名

(2)社会福祉士 2名 (うち1名は常勤換算0.7)

(3)看護師 1名

(R3.3.31 現在)

## ■圏域の概況

	総人口	65歳以上	高齢化率	介護認定者	認定率
大穂圏域	19,768人	4,340人	21.95%	779人	17.95%
豊里圏域	16,249人	4,049人	24.92%	749人	18.50%

(R3.4.1 現在)

## ■報告内容

1. 包括的支援事業 (大穂豊里地域包括支援センターの運営)

1-1 総合相談支援業務

1-2 権利擁護業務

1-3 包括的・継続的ケアマネジメント業務

2. 包括的支援事業(社会保障充実分)

3. 総合事業

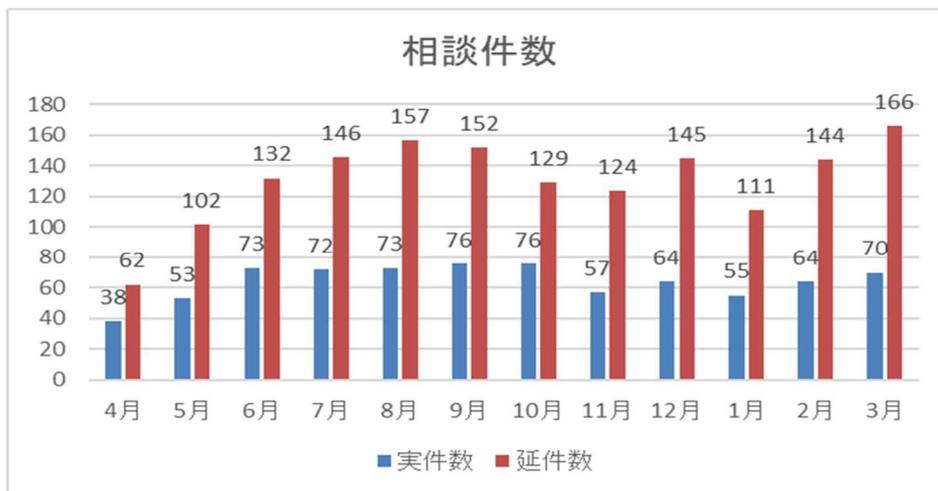
4. 指定介護予防支援業務

# 1 包括的支援事業

(大穂豊里地域包括支援センターの運営)

## 1-1 総合相談支援業務①

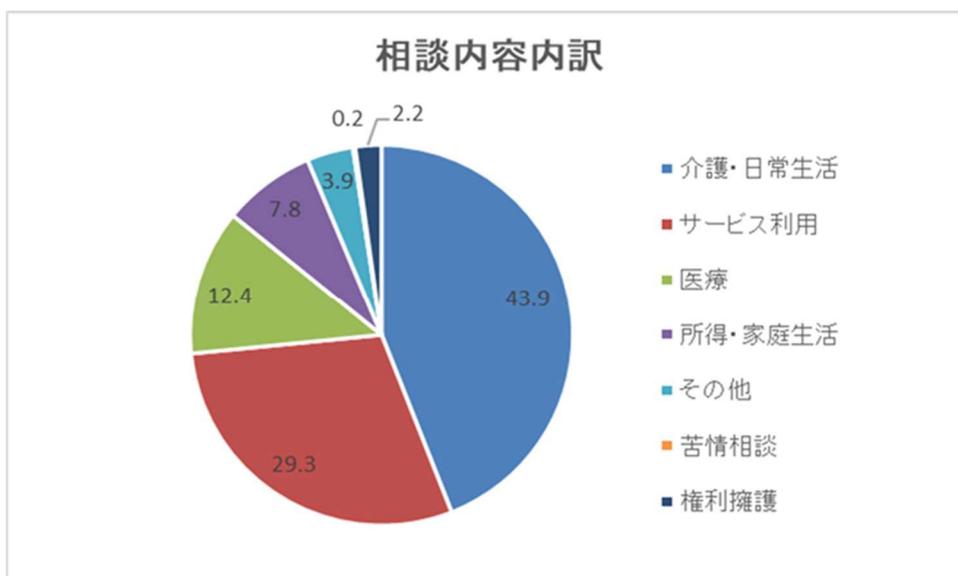
- ・大穂豊里圏域の地域住民・民生委員・関係機関から様々な相談が寄せられ、その相談の内容に応じた支援を行った。
- ・コロナ禍で閉じこもり傾向や認知症のケースなど、地域の民生委員からの情報も寄せられ、電話や訪問による対応をした。
- ・年間合計(延)： 1,560 件 / 月平均 : 130 件
- ・相談者の内訳： 地域住民のほか、関係機関からも多くの相談が寄せられた。



## 1-1 総合相談支援業務②

### 【相談内容の特徴】

- ・介護・日常生活に関する相談  
高齢者を介護する家族からの不安や情報提供を求める内容の相談  
認知症に関する相談が増えている  
地域住民から近隣の認知症高齢者についての相談もあり
- ・サービス利用に関する相談  
介護認定を受けたい、または受けた方からのサービス利用についての相談やケアマネジャー選定の相談
- ・医療に関する相談  
入院患者や退院予定の方や家族からの相談、地域の医療機関からの退院調整に関する相談、精神科受診・入院の相談
- ・所得・家庭生活に関する相談  
経済的な支援等、家族関係、各種制度に関する相談
- ・権利擁護に関する相談  
ケアマネジャーや行政からの高齢者虐待や消費者被害に関する情報提供や相談



## 1-1 総合相談支援業務③

地域におけるネットワーク構築

### ■地域包括支援センターの広報活動

- ①民生委員へ：コロナ禍で参集の場がなかったため、『センターだより』のポストイン、各相談時、2層会議での配布を実施
- ②ふれあい相談員地区懇談会への参加、周知活動
- ③老人福祉センター(社協)へのチラシ配置、SCへの周知
- ④母体法人のホームページにセンター案内を掲載
- ⑤『大穂豊里地域包括支援センターだより』を年4回作成  
訪問相談時、各集会の際に配布、関係機関への配布

※『大穂豊里地域包括支援センターだより』には、センター案内のほか、消費者被害防止の啓発や介護保険・福祉事業の案内、介護予防等に関する情報を掲載

## 大穂豊里地域包括支援センターだより

令和2年 夏季

『大穂豊里地域包括支援センター』が開設して4月で1年を迎えることができました。地域の皆様のご協力やご支援もあり、様々な相談対応や活動をすることができ感謝しております。大穂豊里地域包括支援センターは、つくば市大穂地区・豊里地区にお住いの住民の方の介護予防・介護・福祉・医療などの相談に対応する、つくば市から委託を受けた、身近な相談窓口です。今後も地域住民の方が住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるよう、力を注いでいきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

地域包括支援センター  
の役割

地域の住民の方の  
介護・福祉・医療の総合相談窓口です

**介護や健康のこと**

- ・介護サービスを利用したい
- ・からだの機能に不安がある
- ・認知症のこと

**権利を守ること**

- ・悪質な訪問販売の被害にあった
- ・虐待にあっている人がいる

**さまざまな相談ごと**

- ・近所の一人暮らしの高齢者が心配
- ・経済的に不安がある

**暮らしやすい地域のために**

- ・地域の皆と一緒に考えよう

お気軽にご相談ください

**電話** 029-869-9527

**FAX** 029-869-9528

**住所** つくば市 1187-299  
(筑波記念病院 敷地内)

受託法人 医療法人社団 筑波記念会  
担当地区 つくば市大穂地区・豊里地区  
受付時間 月～金 8:30～17:15

## コロナに負けない体づくりを！

世界中で猛威を振るっている新型コロナウイルス感染症。日本でも感染者があると話題を占めます。特に高齢者や持病のある方は注意が必要です。免疫力を上げてコロナに負けない体づくりを怠りませんように。

**感染予防の基本** (咳やくしゃみ・うがい・マスク着用・換気・手洗い) を実践しながら、いつもの日常生活で『できること』を実践していきましょう。

**ポイント1 食事**

1日は食パンを2枚ほど食べましょう。  
 動物の肉と魚とタンパク質 (肉・魚・大豆・卵)  
 免疫力を高める栄養素を摂取し、野菜・チーズや  
 発酵食品 (ヨーグルト、きのこ) を積極的に摂りましょう。  
 等々で水分を十分に摂りましょう。

**ポイント2 運動**

定期的に体を動かすことがストレス解消や免疫力アップにつながります。  
 長き歩行や階段の昇り降り、ストレッチ、ラジオ体操などの日常生活で運動量を確保しましょう。  
 30分程度で1日20分くらいの中ウオーキングも。

**ポイント3 心の健康**

心の安定のためににも良質な睡眠が大切。夜更しせず早めに寝るよう心がけましょう。  
 心穏やかに過ごすことと人の交わりが大切です。家族や友人と電話・メール・手紙で交流してみましょう。



---

### 重要! 発熱等の症状が出たらどうする？

**主治医**

- ・発熱
- ・息苦しさ
- ・嘔吐
- ・せき
- ・だるさ
- ・味覚障害
- など

**かかりつけ医に電話をする**

- ・発熱前に必ず電話相談し、受診時間を決定してください。
- ・症状が悪化、対応を相談しましょう。
- ・受診時間を厳守し、マスクを着用してください。
- ・状況によって、対応できる医療機関を紹介される場合もあります。

**かかりつけ医がない場合など**

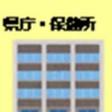
☎救急センター (24時間受付)  
 8時30分～22時00分は日・夜祭日を含む  
 専用電話(救急番号) 029-301-3200

☎くま保健所  
 平日 9時00分～17時00分  
 029-851-9267

**かかりつけ医**



**県庁・保健所**



※ワクチン接種に関する情報は、今後のつくば市からの情報を注視していきましょう

### 主任ケアマネジャーの井ノ口です

介護保険の仕組みに携わった経験から、地域で暮らしに必要なお金をわかりやすく説明し、必要な情報へつなげることができるようご支援します。お気軽にご相談ください。

#### 介護保険 お金の話

介護保険サービスを利用した場合、かかった費用の一部が自己負担となります。自己負担額は、本人や世帯の所得に応じて、1割・2割・3割負担と異なります。

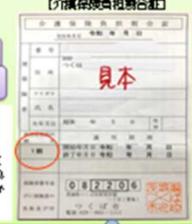
例えば、  
1ヶ月3,000円  
の車椅子を  
レンタルする場合は

**1割負担の方：300円/月**

**2割負担の方：600円/月**

**3割負担の方：900円/月**

見本



本人の合計所得金額と、同じ世帯の65歳以上の人の「年金収入+他の合計所得金額」で負担割合が異なります。  
 要介護認定申請が完了すると、被保険者と一帯に「介護保険負担台帳」が交付されます。正しいことは担当のケアマネジャーがセンターにお問い合わせください。

---

#### 社会福祉士の佐藤 - 下野です

地域の高齢者や障害のある方の権利擁護や、活用できる必要な制度などの活用や利用への支援をします。医療・福祉など専門的なご相談に応じます。

**”マスク送り付け高法”に注意** 消費者庁がHPで注意喚起

一方的にマスクが送られてくる

→高額な代金を請求されることも!!

消費者庁への相談が全国で  
約150件

✓代金を払わない! ✓事業者に連絡しない! ✓使用しない!  
 ✓返却の郵送料や番号など個人情報を伝えない!

おかしなと思ったら **消費者ホットライン 188** (匿名可)

## 1-1 総合相談支援業務④

地域におけるネットワークの構築

### ■ケア会議等を活用した地域の関係者や関係機関との連携

- ①圏域別ケア会議での事例検討等を通して、地域の関係者、関係機関との連携を強化
- ②つくば市地域ケア会議・つくば市自立支援型個別ケア会議への参加
- ③介護支援専門員との意見交換会による地域課題への取り組み
- ④地域見守りネットワーク事業への参加、ふれあい相談員との関係づくり
- ⑤コロナ禍において、つくばケアマネジャー連絡会との協働の取り組み(圏域での対応会議開催)

### ■地域の社会資源の把握と活用

- ①地域の社会資源MAPの情報更新・活用  
(例：移動スーパー、上郷なるほどMAP、大穂まちあるきMAPなど)
- ②ハートページ、ミニ知識、各種資料の活用
- ③地域見守りネットワーク事業・生活支援体制整備事業等の会議、民生委員協議会等への参加、認知症サポーター養成講座等への参加、周知活動

## 1-1 総合相談支援業務⑤

実態把握

- ①独居・高齢世帯等の総合相談対象者の継続見守り訪問
- ②つくば市地域包括支援課より依頼のあったケースの実態把握訪問
- ③高齢者台帳訪問
- ④総合相談から対応訪問

〈R2.3.31 現在の継続訪問対象者数〉

継続訪問対象者	件数
独居	38
高齢者二人世帯	21
その他(相談等)	25
合計	84

※『総合相談支援 対象者台帳』を作成し、支援計画のもと定期訪問や支援を実施

※『総合相談対象者 支援計画書』を作成し活用、継続支援

## 1-2 権利擁護業務

<p>成年後見制度の利用促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 制度に関するパンフレット等の設置や配布、専門機関の紹介等</li> <li>▪ 成年後見制度に関する相談対応、つくば市成年後見センターや日常生活自立支援事業・市地域包括支援課との連携対応</li> <li>▪ 成年後見業務手順書の活用</li> <li>▪ 成年後見制度申立てにつなげたケース：0件</li> <li>▪ 成年後見研修会への参加</li> <li>▪ 成年後見制度の申立てに関するケース検討会議への参加：1件</li> </ul>
<p>高齢者虐待への対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 高齢者の権利擁護に関する相談：25件(虐待疑い以外も含む)</li> <li>▪ 高齢者虐待に関する通報受理件数：0件</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議への参加</li> <li>▪ 高齢者虐待対応現任者標準研修参加</li> </ul>
<p>消費者被害の防止</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 消費者被害に関するパンフレット等の活用、センター内での情報共有</li> <li>▪ 消費者被害や防犯等に関する周知 (地域のケアマネジャーからの情報を市に報告、地域ケア会議で周知等)</li> </ul>

## 1-3 包括的・継続的ケアマネジメント業務

<p>包括的・継続的なケア体制の構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 大穂豊里圏域ケア会議や介護支援専門員との意見交換を通して地域の関係機関や社会資源の情報発信・支援を行った</li> </ul>
<p>地域における介護支援専門員とのネットワークの活用</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ つくば市ケアマネジャー連絡会への参加</li> <li>▪ つくば市主任介護支援専門員連絡会への参加 (役員として企画運営に参画)</li> <li>▪ 圏域における介護支援専門員意見交換会への参加</li> </ul>
<p>日常的な個別指導・相談</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 介護支援専門員からの相談：延 219 件</li> <li>▪ 相談内容：アセスメントやケアプラン作成に関する事、相談支援に関する事、支援困難事例の対応など</li> <li>▪ コロナ関連の相談</li> <li>▪ 地域の介護支援専門員の更新研修のための指導・助言</li> <li>▪ 地域の社会資源に関する情報提供</li> </ul>
<p>困難事例等の相談助言</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 必要に応じて助言や同行訪問、個別ケア会議の開催など</li> <li>▪ つくば市地域包括支援課・社会福祉課等との連携</li> </ul>

## 2 包括的支援事業(社会保障充実分)

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・つくば市在宅医療・介護連携推進事業運営委員会への参加
- ・つくば市在宅医療・介護連携 啓発講座への参加
- ・地域の医療機関との相談等を通しての連携

### 2) 生活支援体制整備事業への協力

- ・大穂豊里圏域生活支援体制整備事業第2層協議体会議への参加(大穂地区/豊里地区)
- ・つくば市生活支援体制整備事業運営協議会への参加(計2回)

### 3) 認知症総合支援事業への協力

- ・つくば市キャラバンメイト役員会、認知症サポーター養成講座への参加
- ・認知症初期集中支援事業への協力(協働支援、情報提供等の連携)
- ・認知症疾患医療センター医療連携協議会への参加(計2回)
- ・認知症カフェ『オレンジカフェ in おおほ』を毎月開催(コロナ影響で6回のみ開催)※

### 4) 地域ケア会議推進事業への協力

- ・つくば市地域ケア会議運営協議会への参加(計2回)
- ・大穂豊里圏域ケア会議の開催(計5回)・つくば市自立支援型個別ケア会議への参加(計1回)

その他 会議・研修等への参加

#### 【会議等】

- ・つくば市地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会(毎月1回)
  - ・つくば市地域包括支援センター運営協議会
  - ・つくば市地域ケア会議・生活支援体制整備事業運営協議会
  - ・つくば市在宅医療・介護連携推進事業運営協議会
  - ・大穂豊里圏域生活支援体制整備事業第2層協議体会議
  - ・大穂豊里圏域ケア会議開催※
  - ・つくば市キャラバンメイト連絡会役員会
  - ・つくば市民生委員児童委員連絡協議会
  - ・つくば市ふれあい相談員地区懇談会
  - ・つくば市主任介護支援専門員連絡会役員会
  - ・つくば市自立支援型個別ケア会議
  - ・認知症疾患医療センター運営協議会
  - ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議
- ▶2020年度、オンラインで参加できる環境を整備  
▶つくば市主催の会議には概ねオンラインで参加

【研修等】

- ・地域包括支援センター職員基礎研修
- ・茨城県地域包括支援センター職員初任者研修
- ・茨城県高齢者虐待対応現任者研修
- ・成年後見研修会
- ・つくば市ケアマネジャー連絡会研修会
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会研修会
- ・つくば市在宅医療・介護連携推進事業 多職種連携意見交換会
- ・茨城県介護支援専門員協会 地区会研修
- ・若年性認知症研修

※ 大穂豊里圏域ケア会議 実績 (R2年度)

日時	開催方法	提示事例	参加人数
4月24日	※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止		
6月26日	つくば市役所 202	「本人らしい生活の継続とそれを支える支援」 あいりレーケアホームつくば 永山管理者	27名
8月28日	つくば市 コミュニティ棟	「今後導入が必要となる訪問系サービスを拒む利用者」 居宅介護支援センターつくばらいふ 岡田介護支援専門員	31名
10月23日	大穂交流 センター	「腰椎症でADLが低下し、持病の精神疾患から近隣トラブル が多発しているひとり暮らしへの支援」 アドニスケアプラン 岩田介護支援専門員	25名
12月25日	つくば市 コミュニティ棟	「精神疾患を抱える孫と同居する高齢者男性と家族の支援」 大穂豊里地域包括支援センター 井ノ口主任介護支援専門員	20名
2月26日	オンライン	「認知症が進んでも今の生活を維持したい独居男性への支援」 あんじゅ 茂永主任介護支援専門員	27名

計5回の開催

※ケア会議において、センターだよりや地域の情報を配布

※6月26日・2月26日には生活保護CW・成年後見センター職員等がケース関係者として参加

※10月23日にはケース関係者として豊里駐在所の警察官が協力参加

※つくば市認知症カフェ

オレンジカフェ in おおほ ～カフェ・フルール～

令和2年度より、つくば市より事業委託

令和2年度 つくば市認知症カフェ

## オレンジカフェ in おおほ カフェ・フルール

**日時**  
毎月第4火曜日 13:30～15:30

**場所**  
大穂豊里地域包括支援センター2階  
(筑波記念病院敷地内)

**内容**

- ・認知症についてミニ講話
- ・脳トレ・介護予防体操
- ・ゲームや歌、手作業
- ・お茶を飲みながら自由におしゃべり
- ・相談対応など

**お問い合わせ先** 大穂豊里地域包括支援センター ☎ 029-869-9527  
つくば保健福祉部地域包括支援課 ☎ 029-883-1111

認知症の方とご家族、地域にお住まいの皆さま、どうぞお気軽におこしください。

参加費無料  
出入り自由



参加者の状況

単位:人

	7/28	8/25	9/29	10/27	11/24	3/23	延人数	内訳
ボランティア	4	3	3	3	3	2	18	認知症サポーター70歳代
認知症本人	3	3	4	4	2	2	18	66～90歳
家族	1	0	1	0	0	0	2	配偶者、介護者
市民	0	0	1	1	1	0	3	市民ボランティア
民生委員	0	0	1	0	0	0	1	大穂地区民生委員
専門職	1	1	1	1	0	0	4	市職員、とよさと病院、他包括
その他	0	3	0	1	0	0	4	看護学生、友人
合計	9	10	11	10	6	4	50	

プログラム内容

	ミニ講話	レク
第1回 7/28	『認知症の理解と栄養』センター看護師	リラックス体操、脳トレ、クイズ
第2回 8/25	『認知症とその治療薬』日本調剤 薬剤師	リラックス体操、リズム体操、脳トレ
第3回 9/29	『防災を考える』センター長	リラックス体操、リズム体操、脳トレ
第4回 10/27	『介護保険のはなし』センター長	リラックス体操、リズム体操、脳トレ
第5回 11/24	『感染症拡大の状況と予防』センター長	リラックス体操、リズム体操、脳トレ
第6回 3/23	情報交換・『消費者被害防止』センター職員	脳トレ(脳活ドリル)、体操

中止の時期には、参加者への電話による状況確認や、脳活ドリルの郵送等を実施

### 3 総合事業・指定介護予防支援事業

#### ■指定介護予防支援事業

予防給付対象となる要支援認定者が、総合事業や介護予防サービス等を適切に利用できるように、介護予防のケアマネジメントを実施した。

#### 【月別請求件数】



- 大穂・豊里地区 要支援認定者：311人（R3年4月時点）  
つくば市全体の認定者(1,661人)の約18.7%を占めている。
- 要支援認定を受け、サービス利用を必要としている人は増え続けており、ケアプラン作成の多くは市内居宅介護支援事業所に業務委託している。（業務委託事業所数：25事業所）
- 自センターでのケアプラン作成数：5件（令和3年3月時点）

## 評価・課題・取組方針

### ■評価

令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大により、本来の活動方法を大きく見直さなければならない年となった。総合相談支援対象者や介護予防ケアマネジメント対象者の訪問においても、通常の対応ができない状況をどのようにしていくと良いかを市や関係者と協議をしながら行った。一時期は相談数も減少したが、状況が長期化するとともに認知症の悪化や精神疾患の顕在化、多重課題を抱える家庭の対応が多かった。医療や介護関連機関との連携の方法も変わり、電話やメール・オンラインでのやりとりが主流となった。センターではオンラインの環境を整え、多くの会議や研修参加や地域ケア会議の開催に取り組んだ。相談者への訪問も対策を取りながら行うようにし、センターの周知活動や情報発信も方法を工夫しながら実施した。新たな関係者とのネットワークの構築もでき、センターの機能を発揮できるよう業務を進めることができた。初年度に比べ、地域の民生委員等、ケアマネジャーからの相談も増え、認知度は上がっている。

認知症施策においては、認知症カフェの事業委託を受け、コロナ禍で模索しながらのスタートとなった。市の指導の下、小規模ながらできることから始めることを心掛けた。法人の特性を活かした専門職からの講話などを中止せざるを得ず、センター職員での講話等が中心となった。

### ■課題

コロナ禍が続き、地域の集会や介護予防活動が自粛されているなかで、潜在的な地域課題の発見や対応の方法を見直さなければならない。地域住民の声を待っているだけではなく、感染予防対策を図ったうえで地域へ出向くこと、ひとつひとつの相談ケースから地域とのネットワーク構築を図ることが重要である一方で、年度途中の職員変更等により限られた職員での対応がスムーズに進まないこともあり課題である。

在宅医療・介護連携は従来通りの方法をとることが難しくなったが、地域包括支援センターの役割や機能の周知、地域のケアマネジャーとの連携の方法を職域団体とともに検討していかなければならない。地域包括支援センターが主導となり、支援困難ケースのケアマネジャー支援や関係機関との連絡調整が積極的にけん引する必要がある。

### ■今後の取組方針

地域包括支援センターの認知度は徐々に上がっていることを実感している。地域住民・医療機関・関係機関とのネットワークを深め、支援困難ケースの対応や地域課題への取組みについて各機関と積極的に連絡を取り合い、協働していく。

認知症の人やその家族介護者、元気な高齢者の社会参加の場として、認知症カフェの更なる周知を図る。また認知症地域推進員を配置し、認知症に関する地域課題に取り組む。

生活支援体制整備事業の取組みとして、地域の介護支援専門員等の専門職の地域参加が積極的に進むよう職域への働きかけを行い、地域包括ケアシステムの体制づくりを進めていく。

以上、令和2年度（R2.4月～R3.3月）大穂豊里地域包括支援センター事業実績報告とします。

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

# 【地域包括支援センター用】

大穂豊里地域包括支援センター（記入日 令和3年 5月 25日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	地域におけるネットワークの強化／相談等を通して地域のインフォーマルな機能を把握し連携できるよう関係構築／総合相談支援・包括的継続的ケアマネジメント支援の強化
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	多岐にわたる相談の対応に追われたが、チームで協力し対応した。地域の民生委員やふれあい相談員、SCとの連携もでき、介護支援専門員との協力体制も図ることができた。センターの職員の変更があった。利用者への不利益のないように務めた。相談援助技術の向上・統一化を図るためのチーム力の強化を図る必要がある。
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	認知症や精神疾患のある多課題の家族が増えている。また小地域毎の住民による社会参加活動に差があり見守り態勢にも差がみられる。関係機関との関係構築、協働して地域の問題解決を図れるよう、より一層のネットワーク力強化／災害発生時や感染症拡大への対応として地域の関係機関や介護支援専門員との協働・態勢づくり

A: 評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない

C: 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない E: 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センターの事業計画を策定している。	○	B	B
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	○		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。	○		
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	○		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和3年4月末時点)	○	C	C
	② 年度途中で職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	×		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	A	A
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	B	B
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	B	B
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏れ出した場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○		
(6)苦情対応	① マニュアルが整備されている。	○	B	B
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	○		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○	B	B
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	③ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○	B	B
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	B
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○	B	B
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○	B	B
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターの設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				
2. 総合相談支援事業				
(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	A	A
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○		
	② 積極的に戸別訪問等を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)実態把握業務	③ 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○	B	B
	④ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	B	B
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨ 相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩ 前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
	⑫ 家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残して取りまとめている。	○		
	⑬ 介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)				
3. 権利擁護事業				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	B	B
	② 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦ センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧ 虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	① 職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	② 消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③ 消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④ 地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	① 成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	B	B
	② 成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③ 高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④ 相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑤ 制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	×	C	B
	② 介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。	○		
	③ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。	○		
	④ 担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。	○		
	⑤ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。	○		
	⑥ 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○		
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和3年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。	○	A	A
	② 担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。	○		
	③ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○		
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。	○	B	B
	② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。	○		
	③ 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。	○		
	④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○		
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。	○	B	B
	② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○		
(講評)				
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。	○	A	A
	② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。	○		
	③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。	○		
	④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。	○		
	⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価	
(2)公正・中立性の確保	⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。	○			
	⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○			
	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。	○			
	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○			
	② 委託先一覧表を作っている。	○			
	③ 委託に関する内規等を整備している。	○			
	(3)適切な業務の実施	④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。	○	B	B
		① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。	○		
		② 進捗管理表を作って管理している。	○		
		③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。	○		
		④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進行管理を行っている。	○		
		⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。	○		
(講評)					
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)					
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	B	B	
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○			
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○			
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○			
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○			
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○			
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○			
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B	
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○			
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○			
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○			
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力を行っている。	○	A	A	
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○			
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○			
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力をし認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○			
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○			
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○			
	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和3年4月末時点)	○			
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和3年4月末時点)	○			
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○			
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○			

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(4)地域ケア会議推進事業	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○	B	B
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	○		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	○		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

## I 地域包括支援センター運営体制

職種	専従	兼務
社会福祉士	1	0
保健師（または看護師）	1	0
主任介護支援専門員	1	0

## II 業務実施内容

### 1 包括的支援事業

#### 1) 総合相談支援業務

##### ① 地域におけるネットワークの構築

- ・桜地域包括支援センターについてのポスターを作製し、相談室などに掲示した。また、桜地域包括支援センターのチラシを作成。桜地域包括支援センターの周知に努めた。
- ・地域の事例の対応を通して、社会福祉協議会、認知症カフェ、民生委員、ふれあい相談員、自治会、郵便局等と連携を図った。
- ・つくば市在宅高齢者福祉助成券事業等の社会資源について地域住民で必要な方へ情報提供を行った。
- ・地域ケア会議、圏域別ケア会議に参加 5回

##### ② 実態把握

- ・地域のケアマネジャーや民生委員などを通じて、地域住民や地域活動についての情報収集を行った。地域のサロンなどについて住民の方から情報収集を行った。
- ・民生委員や医療機関、つくば市地域包括支援課より地域で見守りの必要な高齢者宅へ訪問、必要なサービスにつなげる、もしくは継続訪問を行った。

##### ③ 総合相談支援

- ・相談内容について職員間でカンファレンスをし、内容に応じて職員の専門性を活かした対応をした。また、ケースに応じて市の地域包括支援課に相談し、連携し対応した。
- ・相談実件数：787件、相談延件数：1354件。

#### 2) 権利擁護事業

##### ① 成年後見制度の利用推進

- ・認知症などで金銭管理などが困難になってきた方に、成年後見制度の紹介を行った。
- ・社会福祉士会などを通じ成年後見制度に関する研修に参加した。

##### ② 高齢者虐待への対応

- ・虐待が疑われる事例については、地域包括支援課へ報告・相談し対応した。
- ・虐待が疑われる事例について、地域包括支援課の職員とケアマネジャー他とで家庭訪問し、家族の経済的問題、介護負担等の話を聞き対応した。
- ・虐待の疑いで通報があったため、地域包括支援課の職員と訪問したケース：2件

- ・ 養護者による高齢者虐待対応現任者標準研修に参加した。

### ③ 消費者被害の防止

- ・ 認知症の方が修理業者と契約でトラブルになりそうだった際に、民生委員とともに消費生活センターに相談し被害の防止を行った。

## 3) 包括的・継続的ケアマネジメント

### ① 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・ 桜圏域ケア会議の開催（計5回）を通じて、介護支援専門員や地域の関係機関との連携を支援した。
- ・ 在宅介護支援で関わっていた方が入院され、退院時のカンファレンスに参加。退院後、スムーズに在宅での生活に移行できるよう病院と連携した。

### ② 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・ つくば市主任介護支援専門員連絡定例会へ参加し、情報収集および情報提供を行った。

### ③ 日常的な個別指導・相談

- ・ 介護支援相談員からの個別の相談などに対応した。相談延べ件数：149件、同行訪問件数：10件

### ④ 困難事例等の相談助言

- ・ 対応困難事例について、介護支援専門員や医療機関などの関係機関と連携し対応方法について検討および支援を行った。

困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合）：11件

困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合）：5件

困難事例の会議（ケアプランを立てている事例）：10件

## 2 包括的支援事業

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・ 在宅医療を希望されている方に対し、訪問診療を実施しているクリニック等の紹介や連携の調整を行った。

- ・ 桜圏域で行われた在宅医療・在宅介護啓発講座に参加し地域住民と交流を図った。

### 2) 生活支援体制整備事業

- ・ 地域支えあい会議に出席した。

- ・ 生活支援コーディネーター、地域のサロン、民生委員、ふれあい相談員との連携を試みた。

### 3) 認知症総合支援事業

- ・ 総合相談を通じて、認知症初期集中支援チームへ繋がった事例があった。（1件）

- ・ 相談や訪問時に認知症のパンフレットを配布し啓発活動をした。

- ・ 認知症カフェの周知を試み利用者と参加した。（4回）

#### 4) 地域ケア会議推進事業

- ・地域包括支援課と協力して圏域ケア会議を開催し、関係機関との連携を強化した。

### 3 総合事業

#### 1) 介護予防・生活支援サービス事業

##### ① 介護予防ケアマネジメント事業

- ・要支援者に対して、心身の状況や生活環境等に応じた介護予防サービスが提供されるような援助を行った。

#### 2) 一般介護予防支援事業等

- ・相談があった地域住民などに対して、パンフレットを用いながら、つくば市で実施している健康づくり教室等の案内を行った。

### 4 指定介護予防支援事業

- ・介護予防サービスは、居宅介護支援事業所に委託連携して援助をしている。

請求件数：予防給付 1, 0 1 6 件\_\_初回加算：1 2 0 件

総合事業 8 5 6 件\_\_初回加算：1 0 4 件

利用者契約件数 3 6 1 件

契約家庭訪問数 3 3 0 件

## Ⅲ 成果、評価、課題、今後の取り組み方針について

〈成果〉

・桜地域包括支援センターが市から委託を受けて初年度であり、包括支援センターの役割とは何か、手探り状態から始めたが、つくば市地域包括支援課や、居宅介護支援事業所等、多くの方々の支援を得つつ、地域住民の要望に応えることができた。

・361 件の利用者と介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の契約を結び、つくば市及び近隣市町村の居宅介護支援事業所へ委託連携を行った。また、困難事例など、ケアマネージャーと連携し、同行訪問等のサポートに心がけた。

・在宅支援で見守り支援を行い、月平均 50 人ほどのリストを作成。訪問頻度を半年、3 か月、1 か月、1 週間に 1 回ペース等に分け、職員で効率よく訪問できるようにした。また、訪問する中で、必要なタイミングで介護保険申請をはじめ、社会資源に結び付けることができた。また、コロナ禍で、自粛生活を強いられている高齢者宅へ、コロナ予防・フレイル予防・リハビリ体操等のちらしをお届けした。

・医療との連携の分野では、退院時にソーシャルワーカーや退院支援看護師から情報を得、退院後の訪問等につなげることができた。また訪問診療を行っている医療機関と連携することができた。

#### 〈評価〉

- ・地域ケア会議や困難ケースなどへの対応の中で、地域包括支援課と連携し、対応することができた。
- ・新型コロナウイルス感染拡大のため、在宅支援者への訪問が困難な時期があったが、電話などで支援を継続することができた。

#### 〈課題〉

- ・今後もコロナによる影響が考えられるため、コロナ禍での支援の仕方を模索し、アウトリーチに努め、高齢者が地域から孤立しないような支援が必要である。
- ・介護予防の観点から、また介護保険制度を今後持続可能なものにするためにも、高齢者が地域の中の自ら参加したくなる場所が存在すること、その場所へ出かけることができることが重要である。運転免許返納後、活動範囲が狭くなり、コロナ禍で、参加したい場が見つからない方、また場があっても、交通手段がない方がいる。社協や生活支援コーディネーターと協力し、サロンや趣味活動の場の情報収集が必要。
- ・医療との連携の分野では、訪問診療を行っている診療所との連携も少しずつ出来ているが、まだ連携したことのない医療機関もあるため、医師と顔の見える関係構築が必要。

#### 〈今後の取組方針〉

- ・民生委員の集まりが昨年度は中止になったため、今年度はより多くの民生委員やふれあい相談員や自治会との連携を図りたい。特に、吾妻、竹園地区に多くのマンションが建設されている現状がある。その地区に在宅支援で見守り対象になっている世帯はほとんどない。今後、これらの地域、マンション等に桜地域包括支援センターの周知、自治会との連携を試みたい。
- ・訪問Cの事業、一般介護予防事業、地域リハ、事業対象の制度等、利用者に案内するに留まり、内容を熟知して、必要な方に薦めることはできなかった。事業を利用者とともに、体験し、介護予防のために必要な方に周知できるよう努めたい。
- ・運転免許証返納後、高齢者の移動手段で困っているという相談があり、つくば市のバスの路線や、つくたく、つくバスのシステムを知らない方も多し。また、システムを知っている方の中でも、よく使っている方と、不便で結局使っていない方がいる。システムを知らない方へは周知を図り、知っていても使わない方へは、何が問題なのかを聞き、地域課題として提案できるように検討していく。
- ・移動手段に関連し、車を運転しない世帯にとって、買い物が不便という声もよく聞く。移動スーパーや宅配業者などの社会資源にアンテナを張り、地域包括支援課、生活支援コーディネーターと情報共有を図っていく。
- ・昨年度、認知症初期集中チームとの連携し、受診・介護保険申請に至ったケースがあった。今後も認知症疑いで受診困難ケースがあった際には、相談・連携をしたい。桜圏域では、ストレスケアクリニックと楓が、認知症カフェを開催しており、各事業所と連携していく。
- ・認知症で金銭管理の不安がある方に、後見人制度等をすすめても本人が利用を拒否し、対応に苦慮するケースが増えきている。成年後見制度、あんしん生活支援サービス、日常生活自立支援事業等の支援方法について、中核機関の社会福祉協議会と連携していく。

・統合失調症等の精神疾患をお持ちの高齢者に関する相談、ひきこもりの子供と生活している高齢者の相談も多い。障害福祉課、ライフサポートセンター、ひきこもり支援等の社会資源を把握、連携強化を図っていく。高齢者の総合相談のみならず、ワンストップの相談窓口としての機能も備えていくことが必要。

・コロナ禍であり、生活困窮の相談も増えている。社協や社会福祉課との連携を行ってきた。生活保護に結び付いた件数が3件あり、小口融資2件、フードバンク3件利用した。しかし中には、根本的な生活改善が必要な家庭もある。支援をどのようにしていくか、地域課題として提案、検討していく。昨年度、桜包括に衣類の寄付があり、必要な方へ配布する機会があった。衣類で困っている方への支援も考えていく。

・圏域ケア会議においては、昨年度は会議を開催することだけで精一杯の状態であった。今年度は、多職種連携することによるメリットを参加メンバーや事例提供者が感じられる会運営を心掛けていく。また、事例検討に終わらず、地域課題は何かを検討できる会にしていく。

・BCP、感染症、虐待等のマニュアル作成のための研修会等に参加する。

・ハザードマップで災害危険区域に住んでいる高齢者のうち、自立、要支援、要介護1・2の方、また要介護認定を受けていてもケアマネジャーついてない方等の避難について、つくば市、ケアマネジャー、民生委員、生活支援コーディネーター、自治会等と連携し、検討していく。

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

【地域包括支援センター用】

桜地域包括支援センター（記入日 令和3年 3月31日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	高齢化率が7圏域中4番目で一見低く見えるが、若年層の中心部と高齢者層の周辺部との格差が大きいため全世代間で地域連携の見守りネットワークの構築と強化。
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	介護保険認定率は前年より減少したが、長期のコロナ禍のため閉じこもりや利用自粛が原因。地域の関係機関の連携や研修イベントもほとんど延期中止となり機能できなかったが今後は積極的に取組みたい。
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	引き続き長期のコロナ禍にあるが、更なる全世代間・地域連携でのネットワークの構築と強化。

A: 評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B: 評価指標や仕様書で定められた業務ができている

C: 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない -: 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センターの事業計画を策定している。	○	B	B
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	○		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。	○		
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	○		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和3年4月末時点)	○	C	C
	② 年度途中で職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	×		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	B	B
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	B	B
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	B	B
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏れいした場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○		
(6)苦情対応	① マニュアルが整備されている。	○	B	B
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	○		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○	B	B
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	③ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○	B	B
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	B
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○	B	B
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○	B	B
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターを設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				
2. 総合相談支援事業				
(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	A	A
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○		
	② 積極的に戸別訪問等を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)実態把握業務	③ 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○	B	B
	④ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	B	B
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨ 相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩ 前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
	⑫ 家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残して取りまとめている。	○		
	⑬ 介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)				
3. 権利擁護事業				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	B	B
	② 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦ センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧ 虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	① 職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	② 消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③ 消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④ 地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	① 成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	B	B
	② 成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③ 高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④ 相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑤ 制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。 ② 介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。 ③ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。 ④ 担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。 ⑤ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。 ⑥ 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○	○	B
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和3年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。 ② 担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。 ③ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○	○	B
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。 ② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。 ③ 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。 ④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○	○	B
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。 ② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○	○	B
(講評)				
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。 ② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。 ③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。 ④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。 ⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。	○	○	B

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価	
	⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。	○			
	⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○			
	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。	○			
	(2)公正・中立性の確保	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○	B	B
		② 委託先一覧表を作っている。	○		
		③ 委託に関する内規等を整備している。	○		
④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。		○			
(3)適切な業務の実施	① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。	○	B	B	
	② 進捗管理表を作って管理している。	○			
	③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。	○			
	④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進行管理を行っている。	○			
	⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。	○			
(講評)					
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)					
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	B	B	
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○			
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○			
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○			
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○			
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○			
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○			
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B	
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○			
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○			
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○			
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力を行っている。	○	B	B	
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○			
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○			
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力を行い認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○			
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○			
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○			
	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和3年4月末時点)	○			
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和3年4月末時点)	○			
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○			
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○			

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(4)地域ケア会議推進事業	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○	B	B
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	○		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	○		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

### I 運営体制

令和3年度初めに移転を予定し、令和2年(2020年)10月1日に谷田部の法人本部敷地内建物に仮事務所を新規開設。9月中旬より11月にかけてつくば市地域包括支援センターから各種引継ぎを受け、業務体制の整備を実施。

【職員配置状況】 令和3年(2021年)4月1日現在

職 種	常勤専従
社会福祉士	2
保健師	1
主任介護支援専門員(センター長兼任)	1
合 計	4

3職種4名で事業を運営。年度中の職員変更はなし。

### II 業務実施内容

#### 1 包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)

##### 1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ①センター独自のパンフレットを作成し、相談の際に配布。また、関係機関等へ訪問の際にも配布しセンター機能の周知を行った。市のパンフレットも状況により配布実施。
- ②法人ホームページ内にセンターのページを追加開設し、センター業務の周知を行った。
- ③フリーペーパー2誌にセンターの紹介および機能・連絡先等を掲載、新聞折込等で配布した。
- ④介護保険事業所(主に入所系)や医療機関等の関係機関へ出向き、センター開設の周知を行うとともに、機能について説明し連携をお願いした。
- ⑤ネットワーク構築を進めるため、交流センターやサークル等の社会資源の情報収集を実施。民生委員等の会議は出席予定だったが、コロナウイルス感染予防の観点から中止となっている。数人の民生委員・ふれあい相談員とは個別に連携をとっている。
- ⑥関係機関等の会議等に参加。11月中旬ごろからweb会議が中心となっており、顔の見える関係づくりや相互の機能理解はゆっくりとした歩みになっている。

##### イ 実態把握

- ①赤塚東山自治会にて介護保険制度説明・運動機能維持に関する講座を実施。介護予防啓発に加え、生活状況や不安・困りごとの聞き取りを行った。コロナウイルス感染予防のため、その他の地域活動等への参加はできていない。
- ②相談・情報提供を受けた場合は、基本的に訪問面談による相談を実施し、生活状況の確認を行い必要な支援を調整した。1回での解決が難しい場合は継続的に訪問している。その他、市から引き継いだケースや必要のある事例は月1回程度の定期訪問を行った。
- ③様々な相談に対応できるよう、地域の社会資源の情報を収集し閲覧できるよう整備した。随時更新を行っている。

## ウ 総合相談支援

- ①高齢者支援に必要な制度や社会資源等の資料の収集・整理を行った。高齢者本人だけでなく、共に生活する家族への支援が必要な場合も考慮し、関係する制度・社会資源についても情報収集・整理を行った。
- ②相談にはセンター3職種連携のもと、速やかに対応することができた。
- ③介護保険や在宅福祉サービス利用等の申請代行や利用調整を行った。
- ④心身機能や家族状況・経済状況等を多角的にアセスメントし、生命や公共の福祉等への影響・緊急性の有無を3職種で検討して対応を行った。
- ⑤見守り支援や継続対応が必要な方に対し、月1回程度のモニタリングを行った。状況によっては、関係者とも連携し対応を継続している。
- ⑥相談は訪問面談を基本として実施した。地域に出向いて相談会を開催できるよう、会場にできる資源の情報収集を行っている。
- ⑦相談内容や相談者の内訳等は確実に記録している。内容や傾向などの課題抽出はできていないため、今後の課題。

## 2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ①研修受講。成年後見制度の制度概要や申立等の方法、被後見人等となった後の生活などを学んだ。
- ②成年後見申立の支援を行った事例はない。但し、判断能力や生活状況を把握し、必要時は制度利用の案内を行った。
- ③相談に適切に対応し、必要に応じて申立の支援を行う。
- ④情報提供を行うことができるよう各種資料等を整備し、センターにパンフレット設置。
- ⑤後見等の実務者とのネットワーク形成は今後の課題。
- ⑥財産管理・身上監護等の権利擁護に活用できる社会資源について情報収集した。

### イ 高齢者虐待への対応

- ①研修受講。高齢者虐待に関する法律や発生時の対応について理解を深めた。
- ②虐待が疑われる事例については、市職員と同行訪問し状況の把握を実施した。虐待として対応した事例はない。継続的に訪問しモニタリングを行っている。
- ③虐待の可能性のある事例は、随時センター内で情報共有と対応の検討を行っている。
- ④虐待の発生防止と早期発見を目的とし、センターにパンフレット設置。

### ウ 消費者被害の防止

- ①研修受講予定だったがコロナ禍の影響で見送りとなった。各自、被害の発生や防止・発生時の対処方法についての学習を行っている。
- ②県警・消費者センターのメールを活用し、日常的に消費者被害の動向を情報収集している。
- ③実際に対応が必要な事例はなかった。発生時は即応できるよう継続的に体制を確保する。
- ④消費者被害の防止に関する啓発の実践は今後の課題。

### 3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ア 包括的・継続的ケア体制の構築

- ①医療機関・関係機関等へ出向き、センターパンフレットを配布し事業説明を行った。
- ②医療機関・関係機関等の個々の特性を情報収集、役割や機能に応じ連携を依頼した。
- ③地域の関係機関等の意見交換会や研修会等に参加し、顔の見える関係づくりを行った。
- ④医療機関や介護事業所等の情報を収集し、必要時に相互に連携を行うことができるよう体制を整えた。
- ⑤地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、必要時に地域や関係機関への情報提供を行った。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ①来所・電話等の際に、介護支援専門員へ声掛けを行い、要望や困りごとなどの聞き取りを実施した。必要時は情報提供や助言を行った。
- ②介護支援専門員相互の交流や情報交換の場を設けられるよう、日常のかかわりや会議等で情報収集を行った。
- ③主任介護支援専門員と協働し、研修会企画・開催や介護支援専門員が抱える地域の課題について検討を行った。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ①サービス計画作成・サービス調整・社会資源の紹介等に関する相談・質問に応じ、利用者支援について共に解決策を探った。
- ②介護支援専門員への声掛けを行い、発信しやすい環境づくりを行った。
- ③相談を通じ、介護支援専門員が抱える課題を探っている。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ①支援困難事例について、複数回の同行訪問を行った。家族を含めたアセスメントの補助や介護保険以外の制度の紹介などのバックアップを行った。
- ②センター3職種や関係機関等とも連携し、対応方法の助言や提案等を行った。
- ③支援に困難をきたす課題・原因を探り、内容に応じて専門職に助言を求めた。数件の個別ケース会議を開催し、自立支援・多職種連携を行った。

## 2 包括的支援事業(社会保障充実分)

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ①医療機関や介護事業所等からの相談を受け、受診や入院の支援を行った。
- ②入退院時にはMSW等と連携し、介護保険申請や介護支援専門員の調整、入所支援、活用可能なインフォーマルサービスの導入支援などを行った。
- ③市・医師会などが開催する会議や研修に参加。11月はセンターの紹介も行った。
- ④介護予防教室を実施した際に、在宅医療や介護に関する情報提供を行った。

### 2) 生活支援体制整備事業

- ①地域住民等との意見交換会や2層の生活支援体制整備推進会議等は中止等で参加機会がなかった。1層の会議には参加できている。今後も参加を継続。

- ②介護予防教室を実施した際には情報を提供した。
- ③生活支援体制の整備に向け、市と協力して事業の推進に努めた。

### 3) 認知症総合支援事業

- ①認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練等は参加機会がなかった。感染症の動向を見ながら今後調整を行う。
- ②認知症ケアパスは閲覧できるようセンター内に設置。必要時に活用出来るようにした。
- ③地域の団体等との関係づくりを行い、今後にむけたネットワーク形成を行った。
- ④「認知症カフェ」の見学は感染症の影響で見学の機会がなかった。
- ⑤認知症初期集中支援チームについて伝達研修を受けた。チームへの相談事例はなし。

### 4) 地域ケア会議推進事業

- ①11月・3月に 圏域別地域ケア会議を見学・開催支援した（1月は感染症のため中止）。会議の流れを学び、センター主催で開催できるよう体制を整えた。
- ②地域ケア会議を通じ、介護支援専門員が支援展開上のヒントを得られるようにした。
- ③地域で共通する生活課題の分析のため、個別事例の蓄積を継続中。

## 3 総合事業

### 1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ア 介護予防ケアマネジメント事業（第一号介護予防支援事業）

- ①介護保険および総合事業の目的・内容・サービスメニューや手続き方法等について適切な説明を行うことができるよう学習を進めた。相談に対し、前述を実践した。
- ②介護予防・生活支援サービスの実施状況を確認し、必要に応じ再アセスメントやサービス量の調整を助言した。
- ③インフォーマルな社会資源を提案し、介護保険・総合事業だけに頼らないよう助言を行った。

### 2) 一般介護予防事業

- ①地域からの依頼に応じ介護予防教室を2回開催できた。
- ②介護予防教室では、要望にあわせ介護保険制度の説明・運動機能向上のプログラムを提供した。参加者が自宅でも継続して利用・活用できるよう資料を提供した。
- ③介護予防活動を行っているボランティアや地域の活動組織との顔つなぎは今後の課題。
- ④介護予防教室では、生活支援コーディネーターと連携し関連事業や講座の紹介を行うことができた。

### 3) 指定介護予防支援事業

- ①3-1)-アと同様
- ②介護支援専門員との情報交換を通じ、委託利用者の状況把握に努めた。
- ③毎月ケアプラン等の提出状況の確認を行い、不足帳票の提出依頼や不備の修正を行った。提出を受け付けた書類は、内容の整合性・必要性および記載事項が適切か確認を行った。
- ③本人の心身状況や家族等の支援状況等を含め、自立・改善の可能性を探る声掛けを行った。
- ④委託に関する内規および委託先一覧を整備し、委託状況の把握を毎月実施した。  
これにより、特定の事業所に偏ることが無いよう公正中立に委託先の選定を行うことができた。

#### 4 全体を踏まえて

##### 1) 成果 R2年10月新規開設。

- 9月より市地域包括支援センターから約100名の要支援認定者の引継ぎをうけ、滞りなくマネジメントや給付管理業務を行うことができた。
- 地域包括支援センターで取り組む事業について学ぶとともに、各種研修に参加し相談支援に必要な知識の習得に努めることができた。また、社会資源の情報収集・整理を行い、いつでも閲覧できるようにできている。

##### 2) 評価

- 相談対応は3職種の連携のもとで随時実施することができた。支援が困難な事例については行政と連携のもと継続的に対応を行うことができている。
- オンラインによる各種会議・研修には毎回参加できた。一方、住民を対象とした会議等は新型コロナウイルス感染予防のために中止が相次ぎ参加に至らなかった。
- 医療機関や介護事業所、介護支援専門員やその他関係機関とは随時連携を行い、ネットワーク形成を始めることができている。一方、地域住民に対しては新型コロナウイルス感染予防を考慮し積極的な訪問・交流ができなかったのが実情。
- 権利擁護については学びを継続しているが、令和2年度は支援を必要とする対象者とのかかわりがなかったため、実践は今後の課題。
- 認知症の相談対応はできたが、地域等に向けた取り組みは新型コロナウイルス感染予防のため実施できていない。
- 総合相談の一環として、精神疾患（疑い含む）を抱える家族介護者等（40～50代）への支援を複数事例行っている。本来対応すべき機関が定まるまでの橋渡しの支援であるが、長期化しているのが実情。

##### 3) 課題及び次年度（R3）の取組方針

- 地域特性に関する情報収集と課題分析
- 地域住民を対象としたネットワーク形成
- 3職種それぞれの専門性を高める取り組みと実践力の向上
- 後期を目標に、認知症カフェの開設
- ネットワーク形成・個別課題解決のため、随時型の地域ケア会議またはカンファレンス企画
- 福祉ニーズを抱える家族への支援の継続および支援機関とのネットワーク形成
- ワンストップ窓口として、高齢者に限らない相談対応を行うためのスキルアップ

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

# 【地域包括支援センター用】

谷田部東地域包括支援センター（記入日 2021年5月28日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	R2.10開設。①相談対応や各種事業に参加し、地域特性のアセスメントを進める。②ワンストップ窓口として相談対応ができるよう、センター職員のスキルアップを図る。
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	①相談対応は随時実施できたが、事業等は中止が相次ぎ参加機会が少なかった。地域でのネットワーク形成にむけ、各種団体等と連携を進める必要がある。これにより地域特性を明確にしていく。 ②各職種に必要な知識の習得を進めることができた。今後も継続してスキルアップを図る必要がある。
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	○地域特性に関する情報収集と課題分析 ○地域住民を対象としたネットワーク形成 ○3職種それぞれの専門性を高める取り組みと実践力の向上 ○後期を目標に、認知症カフェの開設 ○ネットワーク形成・個別課題解決のため、随時型の地域ケア会議またはカンファレンス企画 ○福祉ニーズを抱える家族への支援の継続および支援機関とのネットワーク形成 ○ワンストップ窓口として、高齢者に限らない相談対応を行うためのスキルアップ

A:評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B:評価指標や仕様書で定められた業務ができている

C:評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D:評価指標や仕様書で定められた業務ができていない - :評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センターの事業計画を策定している。	○	C	C
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	×		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	×		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。	×		
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	×		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和3年4月末時点)	○	A	B
	② 年度途中で職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	○		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	B	B
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	B	B
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	C	C
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏えいした場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		
	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	×		
(6)苦情対応	① マニュアルが整備されている。	○	B	B
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	○		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○	B	B
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	③ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○	B	B
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	B
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○	B	B
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすいよう看板や案内表示が掲示されている。	○	B	B
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターを設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>2. 総合相談支援事業</b>				
(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	B	B
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
(2)実態把握業務	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○	B	B
	② 積極的に戸別訪問等を実施している。	○		
	③ 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○		
	④ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	B	B
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨ 相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩ 前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
	⑫ 家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残して取りまとめている。	○		
	⑬ 介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)				
<b>3. 権利擁護事業</b>				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	B	B
	② 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終了後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		

評価項目		評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑦	センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧	虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	①	職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	②	消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③	消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④	地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	①	成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	B	B
	②	成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④	相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		
	⑤	制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)					

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。 ② 介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。 ③ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。 ④ 担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。 ⑤ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。 ⑥ 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○	○	B
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和3年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。 ② 担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。 ③ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○	○	B
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。 ② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。 ③ 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。 ④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○	○	B
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。 ② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○	○	B
(講評)				
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。 ② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。 ③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。 ④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。 ⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。 ⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。 ⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○	○	B

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)公正・中立性の確保	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有について、十分な説明を行い、同意を得ている。	○		
	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○	B	B
	② 委託先一覧表を作っている。	○		
	③ 委託に関する内規等を整備している。	○		
	④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。	○		
(3)適切な業務の実施	① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。	○	B	B
	② 進捗管理表を作って管理している。	○		
	③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。	○		
	④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進行管理を行っている。	○		
	⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。	○		
(講評)				
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)				
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	B	B
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○		
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○		
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○		
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○		
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○		
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○		
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○		
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○		
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○		
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力を行っている。	○	B	B
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○		
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○		
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力を行い認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○		
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○		
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○		
(4)地域ケア会議推進事業	① 地域ケア会議が充実に機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和3年4月末時点)	○	C	C
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和3年4月末時点)	○		
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○		
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○		
	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	×		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	×		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

# 令和2年度 谷田部西地域包括支援センター事業報告 資料 9

記入日: 令和3年5月28日

項目	具体的な取組
<b>1. 運営体制</b>	
①年間活動計画	つくば市地域包括支援センター運営方針に基づき、当センターの事業計画を作成し、職員間で目標を達成できるよう確認している。
②職員配置	主任介護支援専門員1名、社会福祉士1名、経験のある看護師1名の3職種は継続配置とし、令和2年度当初に介護支援専門員0.1名が法人内の異動で変更している(令和3年3月31日時点)
③3職種の連携・チームアプローチ	毎朝ミーティングを行い、ケースなどの情報共有をしている。また相談内容や確認事項などについては、随時行い、困難ケースについては、複数で対応している。
④職員の資質向上	つくば市地域包括支援課等からの研修案内や成年後見制度、消費者、認知症に関する外部研修(オンライン研修含)に感染症対策を行いながら参加している。また、研修内容については、センター内で共有している。
⑤個人情報保護	個人情報管理マニュアルに基づき、適切に情報管理を行う。来所相談は、コロナ禍のため同法人併設施設を配慮して、コロナ対策を行い、臨時窓口を設け、プライバシー配慮に努めている。
⑥苦情対応	苦情対応マニュアルに基づき、利用サービスや関係機関からの苦情に対しては総合相談で対応している。苦情受付時は内容把握、原因、分析を行い、つくば市地域包括支援課、必要に応じて法人へ報告を行い、情報共有している。
⑦24時間体制の確保	夜間・休日(時間外)は、法人の協力を得て電話を受け付け、週毎に担当を決め、センター職員が交代で対応している。
⑧公正・中立性の確保	法人施設とセンターは同敷地内だが独立して業務を行っている。個別支援における事業所選定は、本人・家族の意向を尊重し、個々に応じた視点で複数の事業所を提案して、特定の事業所に偏らないようにしている。
⑨報告・届出書等	定例会報告書や事業関連書類は期日までに提出するようにしている。
⑩会議などへの開催及び出席	つくば市より参加案内のある会議に参加して、市の事業の趣旨や状況を把握している。また虐待防止ネットワーク会議では事例報告を行い、今後の支援方法について、関係機関よりご意見をいただき、事例の振り返りと今後の支援時の参考となった。
⑪建物設備等	当センターは地域住民にわかるように看板を2か所設置している。併設事業所とのエリアの区別、個人情報の管理、プライバシーの確保等が可能になるように整備を行っている。コロナ禍のため感染症対策を講じて臨時窓口を設けている。

## 2. 総合相談支援事業

①地域におけるネットワーク構築業務	感染症対策のため各種会議の中止またはオンライン会議が多かった中、今年度は生活支体制整備事業推進会議、圏域地域支えあい会議、フォーラム等へ積極的に参加し、また社協ふれあい相談員会議等にも参加し、地域の関係者との繋がりを構築した。また、新任の民生委員訪問、地域の交番、金融機関、コンビニ等へ訪問し当センターの案内を行い、民生委員にはリーフレット、ハートページ、センターチラシを全員に郵送し、共同の支援時に活用していただいた。医療等専門機関、居宅介護支援事業所、介護保険事業所と連携し、また社協、障害者福祉事業所等とも連携し具体的事例に共同して対応した。
②実態把握業務	地域包括支援課から高齢者台帳実態把握訪問の情報から、支援の経緯のある事例、緊急性の判断のある事例等情報共有し、対象者了解のもと感染症対策をして個別訪問を行った。サロン等高齢者の地域活動等へは、開催の状況の把握に努めた。地域の関係機関・関係者の連絡先等のリストを管理して、個人情報の取り扱いに留意しながら実態把握や相談活動等時に連携に活用している。
③総合相談業務	<b>延件数 1,734件/年 平均145件/月。</b> 介護、高齢分野に限らず、健康や障害、社会福祉はじめ生活に関わる具体的課題に対応する行政・医療・民間の機関、制度の情報提供、連絡調整を行い、今年度は安全運転免許センター、ペット保護機関等との相談、連携を図った。また、65歳以下も含め、精神疾患により孤立、社会生活が困難になっている事例に対し、訪問回数を増やしたり親族との相談機会をつくり対応している。相談方法がわからない事例など地域、民生委員、ふれあい相談員からの情報で同行訪問を行い、積極的に相談を受けるようにしている。相談内容等は記録し、市地域包括支援課への報告や必要な情報共有や継続的な対応に活かすようにしている。多課題困難事例について事例共有会議で市地域包括支援課と支援方針について協議を行って

## 3. 権利擁護事業

①高齢者虐待への対応	解決ができず経年でかわる事例について、ケアマネとともに支援を継続し解決に到達した。虐待疑いの事例に対し、早期に事実の確認等を行うように対応し、9ケースのうち1ケースの事実が確認され、その他の事例についても当事者面談やケアマネとの協議等対応を行った。また、虐待防止ネットワーク実務者会議に参加、事例提示を行いまた高齢者虐待対応研修にセンター3職種で受講した。また、精神疾患、経済困難のセルフネグレクトのケースが養護者による虐待へ進まないように見守り訪問を継続した。
②消費者被害の早期発見と防止	国民生活センター「見守り新鮮情報」を活用し、相談、実態調査時等に配布、啓発を行った。また消費者教育啓発講座に参加し最新の動向把握や啓発に活かすようにした。独居高齢者の金融商品の継続契約についての疑義に対し、本人が連絡確認作業を支援した。
③成年後見制度の活用と普及啓発	親族が遠方の独居高齢者の施設利用にあたり、家屋や金融資産についての相談に対し、成年後見制度、日常生活支援体制整備事業の説明、市成年後見センターへの紹介を行った。独居認知症高齢者の成年後見制度利用について本人に情報提供するとともに、市地域包括支援課と利用方法について報告、相談を行っている。

#### 4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業

① 包括的・継続的なケア体制の構築業務	市のパンフレット及び当センターチラシ等を活用して関係機関へ連携協力依頼をしている。また、日頃より医療機関や関係機関へ連携した際には当センターの役割を説明することで顔の見える関係づくりを意識している。また、民生委員等地域関係者との連携・調整をすることで見守り体制を含めた専門職等との橋渡しをしている。
② 地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	コロナ禍により集合型研修からオンライン研修が主となる中で、つくば市ケアマネジャー連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会や意見交換会等に参加することでつながりを意識して、介護支援専門員が抱える課題を把握するようにしている。民生委員等地域の見守りを視点にケースごとに調整をしている。
③ 個別相談業務	介護支援専門員に対してケアマネジメント、社会資源の紹介等状況に応じて支援を行っている。電話対応から状況に応じて同行訪問するなどして個別的に介入することで負担軽減・問題解決につないでいる。
④ 支援困難事例等への助言・相談業務	各専門職が専門的な立場から状況を確認して助言をしている。対応困難な時にはつくば市地域包括支援課、精神科含む医療機関や認知症疾患医療センター等と連携して対応している。認知症独居高齢者世帯の家族調整、地域、サービス事業所等の調整、同行訪問等を行い、担当ケアマネの後方支援をした。

#### 5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業

① 適切な介護予防ケアマネジメントの実施	予防請求件数 1,519件/年 平均 127件/月。業務委託事業所件数 33件 相談者に対して、パンフレットを活用してわかりやすいように説明をしている。すぐにサービス利用を促すのではなく、アセスメントを行い、地域資源(例:タクシーによる買い物代行支援等)で対応が可能な場合には情報を提供して経過を見るようにしている。必要と判断した場合には速やかにサービス等につなぐようにしている。
② 公正・中立性の確保	委託先について、まず相談者へ要望を確認して相談するように努めている。選定依頼時には一覧表を用いて、居宅の特性等を考慮して偏りがないように選定している。
③ 適切な業務の実施	進捗管理表を毎月作成して管理している。できる限り初回アセスメント訪問を行い、介護支援専門員へ情報提供することでその後のケアプラン内容確認や経過が把握できるように努めている。

## 6. 包括的支援事業(社会保障充実分)

①在宅医療・介護連携推進事業	医療依存度の高い方等の相談に応じ、複数の医療機関と情報共有し、個々の支援を行った。退院の際には必要に応じ地域の医療機関や施設等の情報提供を行い、介護関係者と連携をとり、本人・家族の要望を踏まえた支援を行った。緊急入院時に身寄りがない場合、民生委員・ふれあい相談と協同作業を施設入所まで支援した。オンラインで市が開催する在宅医療・介護連携推進事業の研修や対面で在宅医療介護啓発講座に出席支援した。病院主催の医療連携協議会の研修を受け、病院関係者と地域包括・在宅介護支援センターとの意見交換会を行った。
②生活支援体制整備事業	生活支援体制整備推進会議第1層会議、第2層会議、第3層会議に参加し、地域課題を地域住民の方と意見交換した。また、市開催の生活支援体制整備推進会議にオンライン参加、生活支援体制整備事業フォーラムにも参加・協力をした。市社協事業の見守り相談員の懇親会議にも参加し都度相談に応じている。圏域内5小学校を2区に分け、それぞれの見守りネットワーク会議に参加し、引き続き当センターの役割説明と啓発・連携を図った。
③認知症総合支援事業	今年度はコロナ感染拡大防止のため、数多くの会議・集会・イベントなどが中止・延期・オンライン開催になった。キャラバンメイト連絡会の役員として活動し、今年度は認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声掛け訓練、認知症カフェは中止、縮小となった。その中で認知症の人や介護している家族への支援は、市社協と連携し、民生委員・見守り相談員・見守り支援員の方々と連携を取り、個々に見守り体制の構築・強化を図り支援を行った。認知症初期集中支援チームの役割や機能について介護者に提案したり、対面で実施された見守りネットワーク会議に参加し普及啓発を行った。認知症疾患医療センターと日常的に情報交換して、緊急時に連携することができた。
④地域ケア会議推進事業	谷田部西圏域ケア会議を4回/年実施。コロナ感染対策のため市地域包括支援課と共働してオンラインで開催し、困難な高齢者の個別ケースを多職種で検討し介護支援専門員の資質向上になるよう支援した。事例対象者の障害のある家族の支援をしている障害者支援事業所と連携することができ、新たなネットワーク構築ができた。

## 7. 次年度に向けて

①成果・評価	委託包括として初年度地域への周知が不足していたと感じていたが、2年目にはより地域へ啓発することを重点に活動することでネットワーク構築ができ、地域からの相談も増え、必要な支援につながる事ができた。
②課題及び次年度の取組方針	<p>【課題】 緊急を要する相談事例も多くあり、予防観点からの介入ができないかと感じることがあった。</p> <p>【次年度取組方針】 地区長、民生委員との交流機会が増えたことで地域の中での集まりの機会を利用させてもらい、包括の周知と介護予防の視点で介護予防教室を計画する。</p>

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

【地域包括支援センター用】

谷田部西地域包括支援センター（記入日 令和3年 5月 28日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	地域住民に包括の周知が不足していたため、地域住民、関係機関へ包括の啓発活動を通じてネットワークを構築する。
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	民生委員、見守り相談員、医療機関、交番等関係機関へ出向き、包括の役割等啓発することでネットワーク構築ができた。しかし、急を要する相談事例もあり、予防的観点での介入が必要と感じた。
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	地区長、民生委員とのつながりから地域の中での集まりの中で包括の周知と介護予防教室を計画する。

A: 評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B: 評価指標や仕様書で定められた業務ができている

C: 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない -: 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センターの事業計画を策定している。	○	B	B
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	○		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。	○		
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	○		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和3年4月末時点)	○	B	B
	② 年度途中で職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	○		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	B	B
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	B	B
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	B	B
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏えいした場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○		
(6)苦情対応	① マニュアルが整備されている。	○	B	B
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	○		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○	A	A
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	③ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○	B	B
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	B
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○	B	B
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○	B	B
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターを設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				
2. 総合相談支援事業				
(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	A	A
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		
	① 高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○		
	② 積極的に戸別訪問等を実施している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)実態把握業務	③ 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○	B	B
	④ 地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	① ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	A	A
	② 相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③ 介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④ 的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤ 定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥ 積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦ 相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧ 相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨ 相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩ 前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪ 前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
(3)総合相談業務	⑫ 家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残して取りまとめている。	○		
	⑬ 介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)				
3. 権利擁護事業				
(1)高齢者虐待への対応	① 高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	A	A
	② 高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③ 高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤ チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥ 虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦ センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧ 虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	① 職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	② 消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③ 消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④ 地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	① 成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	B	B
	② 成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③ 高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④ 相談に適切に対応し、申立ての支援を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
	⑤ 制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)				
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業				
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	① 医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○	B	B
	② 介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。	○		
	③ 医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。	○		
	④ 担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。	○		
	⑤ 地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。	○		
	⑥ 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○		
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	① 介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和3年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。	○	B	B
	② 担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。	○		
	③ 主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○		
(3)個別相談業務	① 介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。	○	B	B
	② 介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。	○		
	③ 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。	○		
	④ 個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○		
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	① 支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。	○	A	A
	② 必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○		
(講評)				
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。	○	B	B
	② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。	○		
	③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。	○		
	④ 窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。	○		
	⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価			
(2)公正・中立性の確保	⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。	○	A	B			
	⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○					
	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。	○					
	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○					
	② 委託先一覧表を作っている。	○					
	③ 委託に関する内規等を整備している。	○					
	④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。	○					
	(3)適切な業務の実施	① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。			○	B	B
		② 進捗管理表を作って管理している。			○		
③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。		○					
④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進行管理を行っている。		○					
⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。		○					
(講評)							
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)							
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	B	B			
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○					
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○					
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○					
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○					
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○					
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○					
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B			
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○					
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○					
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○					
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力を行っている。	○	B	B			
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○					
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○					
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力をし認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○					
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○					
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○					
	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和3年4月末時点)	○					
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和3年4月末時点)	○					
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○					
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○					

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(4)地域ケア会議推進事業	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○	B	B
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	○		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	○		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

令和2年度 つくば市地域包括支援センター業務委託  
(茎崎圏域) 事業実績報告書 (案)

資料 10

## 1 受託業務概要

茎崎圏域の地域住民の健康の保持増進及び生活の安定のために必要な援助を行う。このことにより、地域住民の保健医療の向上や福祉の増進を包括的に支援する。

## 2 運営体制

### (1)年間活動計画

市包括の運営方針を踏まえ、茎崎圏域におけるセンターの事業計画を作成し、スタッフが共通目標を達成するために、総合相談・権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的継続的ケアマネジメント等に取り組んでいる。

### (2)職員体制

ア 所長兼社会福祉士	1名 (常勤)
イ 社会福祉士	1名 (常勤)
ウ 経験のある看護師	1名 (常勤)
エ 主任介護支援専門員	1名 (常勤)
オ 介護予防マネジメント従事者	1名 (非常勤)

### (3)3 職種の連携チームアプローチ

相談内容等についてはセンター内で随時共有。相談票も全員に回覧。業務日報への記録も継続。困難事例等については、内容により必要時複数名で対応。当面継続支援を行うケースは、個別にファイリングを実施。業務システムへの入力を速やかに行い、対応経過の共有に努めている。

### (4)職員の資質向上

多様化する相談内容に適切に対応できるよう、市主催の各種研修会はもちろん、若年性認知症、成年後見制度、高次脳機能障害、高齢者虐待、多職種連携等の研修にオンラインで参加した。参加した研修内容の回覧共有等も実施した。

## (5)個人情報保護

個人情報はすべて鍵付保管庫で出勤時開鍵、帰社時施錠にて管理。相談室は外部から見えないプライバシー配慮の専用相談室。相談室内はアクリル板設置、距離確保、十分な換気に対応している。

## (6)建物設備等

新型コロナウイルス感染症対策として、受付カウンターと相談室の対面テーブルにアクリル板設置、非接触体温計や血圧計に加え、酸素飽和度測定器、使い捨ての手袋、スリッパ、事務所内消毒用液や手指消毒液等も継続確保。空気清浄機の設置、公用車内にも除菌スプレー等を置くなど感染予防環境整備にも力を入れた。会議研修用のオンライン環境整備にも努めた。

## 3 業務実施内容

### (1)包括的支援事業

#### ①総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

独自センターチラシ作成配布。民協定例会で業務内容や実績、相談事例等を説明（新型コロナの関係で定例会中止となり資料配布）。民生委員による高齢者台帳作成訪問も行われていないが、民生委員から気になる住民の相談を延207件受けている。団地内の民生委員から、コロナ渦で訪問の機会が減ったため、気になるお宅にポスティングする目的で、センター及び消費者被害や新型コロナ関係、認知症、自宅でできる運動等のチラシ配布への協力依頼があり、200セット配布を行った。

また、相談実務を通じて精神科を含む医療機関や法テラス弁護士、無料低額宿泊所等含む各種施設、交番等連携できる各種関係者との関係構築も地道に継続している。

##### イ 実態把握

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、センター施設での様々な活動や会議等も中止になることが多かったが、民生委員やふれあい相談員等からの地域情報の把握に努めている。民生委員やふれあい相談員からの相談

だが、認知症疑いの方、郵便物が溜まっていて心配、シルバークラブの集まりに全く出てこなくなった方のお宅に救急車が来ていたなど、新型コロナによる活動性低下で、他者との会話も減り、病状や認知症の悪化を心配する声が届き、都度対応している。

## ウ 総合相談支援

年間相談延件数は2,681件。月平均223件。

R2.4	R2.5	R2.6	R2.7	R2.8	R2.9	上半期計	
240	203	233	245	258	232	1,411	
R2.10	R2.11	R2.12	R3.1	R3.2	R3.3	下半期計	通年計
226	213	189	177	202	263	1,270	2,681

事例としては、アルコール依存症や被害妄想等での精神科医療機関への受診入院調整や精神科搬送手段の調整支援、本人入院後の家族フォローなど困難事例にも対応。初回訪問で居住環境や本人状態から急ぎ保護が必要なケースについても、支援拒否の本人に関わり受診支援や配食の手配など行いながら、関係作りの訪問を行い最終的に施設利用につなげるなどの支援を行ってきた。交番から荃崎包括を案内され、相談に応じるような機会も増えた。コロナ禍における受診控え等が影響しているのか、末期がん等病状が悪化してからの相談も増加した印象がある。50歳代の2号被保険者で、知的障害が疑われ、児童相談所同行での療育手帳の取得支援を行った事例や、同居家族に知的や精神障害のある子がおり、自立支援目的のヘルパーを入れるため障害者相談支援（計画相談）の導入などで、複合的課題のある世帯支援も行っている。

## ②権利擁護業務

荃崎圏域での権利擁護が関与する通年の相談件数は延125件。

### ア 高齢者虐待への対応

警察からの情報提供案件では、同居する子に自身のメンタル面のクリニック受診を家族に案内し、自閉症スペクトラム診断を受け、通院による内服加療とデイケア利用で家族関係が安定につながった事例など、家族支援の重要性を感じる場面が多かった。逆に家族関係（夫婦関係や親子関係）

に課題のあるケースの相談において、家族支援の役割での訪問や家族の意思決定の支援等に関わることもあるが、経済状況や以前からの親子関係などが絡み関わり方に難しさを感じることが多い。

#### イ 消費者被害の防止

荖崎の団地の多くが昭和50年前後に造成されていることから、老朽化に目をつけた住宅点検商法や還付金詐欺、不用品回収を名乗った貴金属を出せといった被害に関する情報が入ることもあったので、2層会議等でも改めて包括からも注意喚起を行っている。民協定例会でも、包括業務説明資料の中に、上記の圏域内発生案件に関する注意喚起と消費者ホットライン「188」や消費生活センター、悪徳商法110番等の情報提供を行っている。

#### ウ 成年後見制度の利用推進

例えば、法律専門職と連携し成年後見申立支援を行った事例では、保佐人が選任され、それまで滞っていた入院費の支払いや債務整理も進展。入所先選定等も法律専門職を支援する立ち位置で関わり、無事に施設利用に至ることができた。今後所有している不動産等の草刈りなども保佐人の方が業者に依頼し対応を継続してくれている。

### ③包括的・継続的ケアマネジメント

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

個別事例の相談を通じて、精神科医療機関のMSWとやり取りする機会が増えた。交番からの現場同行要請で、認知症独居で被害妄想から他室侵入してしまった事例では、当日現場から要請があり、緊急での精神科入院を調整し、無事入院保護につなげることができた。認知症高齢者で透析通院する方が当日いないなど医療機関からの頻回な連絡への対応に始まり、結果在宅生活困難となり施設利用につなげた。支援を通じた病棟看護師やMSWとの関わりや、必要に応じてケース会議に参加するなど個別事例の積み重ねで、相談できる医療関係者との人脈を広げていけるよう対応している。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

荖崎圏域の場合には、市内圏域はもちろん、市外近隣の介護支援専門員に

業務上ケアマネジャーを依頼したり、逆に個別の相談を受ける機会も多く、そうしたネットワークを活用して、総合相談や指定介護予防支援などの対応力強化に努めている。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

最近姿をみないという相談から介入し、交番の協力を得て医療機関受診後入院となり、末期診断を受け入院中に介護認定申請手続きを行った。在宅での看取り体制づくりのための退院前カンファにケアマネジャーとともに家族との橋渡し役として参加するなど、包括の立ち位置を考えて個別相談対応している。

介護支援専門員が介入している世帯であっても、その後方支援や本人や同居する家族の問題で、民生委員や家族と交流のある地域住民への橋渡しを行い、専門職支援では補えない部分について地域での支援協力を仰ぐなどの対応を行っている。

#### エ 困難事例等への指導・助言

例えば、要介護状態の独居高齢者が近隣トラブルで逮捕勾留され、釈放後に向けた勾留中面会や施設選定支援などにも関わり、触法高齢者の支援の難しさを痛感した。釈放後無料定額宿泊所へのつなぎやその後の長期入所選定支援など、ケアマネジメント支援もあわせて行いながら、必要な新たな機関とも連携する良い機会となり、今後にも活かしていきたい。

### (2)包括的支援事業（社会保障充実分）

#### ア 在宅医療・介護連携推進事業

受診同行支援や医療機関への依頼等適宜対応している、家族が対応にずっと悩んできたアルコール依存症者の精神科医療へのつなぎでは、受入先MSWと連携して入院前PCR検査受診や医療保護入院を支援。個別相談を中心に必要な医療・介護関係者とのより良い関係性を今後も広げていく。

#### イ 生活支援体制整備事業

1層会議はセンター長が参加。2層会議については生活支援コーディネーターを中心に包括も参加。個別支援においては、ふれあい相談員より相談が

あった在宅生活が難しくなってきた独居高齢者のケースでは、担当ケアマネに情報提供を行い施設入所に繋ぐ等、生活支援コーディネーターと連携し対応を行った。また、独居高齢者宅の庭木の剪定など民生委員経由で団地のふれあい相談員が地域のボランティアを手配して、安価な金額で対応して下さった事例など、こうした専門職支援と住民支援の連携を積み重ねていくことを心がけ対応している。

#### ウ 認知症総合支援事業

市主催の消防署員対象のものや荃崎民協高齢部会対象の認知症サポーター養成講座等に参加協力を行った。とよさと病院での認知症疾患医療センター医療連携協議会にもオンライン参加し、認知症急性期でケース相談する機会も少なくないため、会議参加と個別相談を通じた関係作りに努めた。オレンジカフェinくさざきも新型コロナの影響を受け中止が多かったが、開催時には認知症ケアを行うご家族に参加を促すなど協力にも努めた。認知症や精神疾患が背景にあると思われるケースの相談も多い。これまで具体的なやりとりのなかった医療機関とも個別事例の相談を通じて、相談できる関係性の拡大に努めている。

#### エ 地域ケア会議推進事業

4回開催（2回はコロナ関連で緊急事態宣言や感染拡大市町村指定等でやむを得ず中止）。本人認知症による不安定さがあり、サービス利用が安定しないケースや透析加療中の家族課題もあるケース等様々な事例を検討した。認知症や精神面の不安定さが関連し、家族課題を有するケースが多かった。

### (3)総合事業

#### 介護予防・生活支援サービス事業

##### ア 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

市が行っている介護予防把握事業で関わっているケースについて、依頼を受けて訪問するなど必要な対応を行った。

##### イ 一般介護予防事業

同一拠点に社協荃崎支部がある関係で、相談対応者の中で軽度の方は、

新型コロナで中止も多かったがいきいきサロンに参加されている場合もあり、そこで声かけを行い最近のご様子を把握したり、介護支援ボランティア手帳の手続きに来た方が関連して介護相談をされるなど、新たなニーズ把握等につながった事例もある。

#### 4 指定介護予防支援事業

要支援認定を受けてサービス利用希望に利用(請求)件数は月平均 165 件。新型コロナウイルス感染症の関係でサービスの利用控えもあると思われる。

R2.4	R2.5	R2.6	R2.7	R2.8	R2.9	上半期計	
161	161	168	172	174	167	1,003	
R2.10	R2.11	R2.12	R3.1	R3.2	R3.3	下半期計	通年計
174	169	161	155	156	163	978	1,981

圏域特性から市外近隣のヘルパーやデイサービス等の利用希望の場合もあるので、第1号訪問事業や第1号通所事業として市から指定を受けているのかを、高齢福祉課からのリストにより確認し対応している。自費ベッドレンタルや住宅改修、特定福祉用具購入など、ケアマネジャー導入がなくとも環境整備で自立できる相談に対しては、それらの対応も各種事業所と連携しながら、場合によっては理由書作成を行うなど自立支援の観点で対応している。

#### 5 課題及び今後の方針

##### ①課題

##### ア 高齢化の更なる進展

市内で最も高い高齢化率。まだ介護認定率は低いが、今後後期高齢者の割合の増加に伴い支援ニーズも増えることが予想される。

##### イ 課題の複雑多様化

支援ニーズのある方が同一世帯内に複数いる世帯や認知症急性期、アルコール依存、精神疾患、難病、末期がん、触法者など多様な支援ニーズが寄せられ対応を求められている。

##### ②今後の方針

##### ア 地域関係者との連携支援

自ら支援を求めない社会的孤立状態にある方の発見と支援においては、民生委員をはじめとする地域関係者との連携に努めていく。

#### イ 対応における多様な職種との連携支援

複雑多様化している相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していくために、多様な職種や関係機関とのつながりや連携・協働を心掛け、必要な本人・家族（介護者）支援に努めていく。

# 地域包括支援センター運営事業に関する自己評価シート

【地域包括支援センター用】

荃崎地域包括支援センター（記入日 令和3年5月29日）

圏域の特性・課題を踏まえた令和2年度の重点項目	
令和2年度重点項目の達成状況及び改善点	
圏域の特性・課題を踏まえた令和3年度の重点項目	寄せられる個々の相談に丁寧に対応することを基本に、複雑多様化する相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していけるよう、地域関係者や多様な専門職及び関連機関との連携や協働を通じ、必要な本人・家族支援に努めていく。

A: 評価指標や仕様書で定められた業務の実施状況が優れている、又は独自の取組がなされている B: 評価指標や仕様書で定められた業務ができている  
 C: 評価指標や仕様書で定められた業務の一部にできていない事項がある D: 評価指標や仕様書で定められた業務ができていない ー: 評価指標や仕様書で定められた業務の該当がなかった

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
<b>1. 運営体制</b>				
(1)年間活動	① 市町村が定める運営方針の内容に沿って、センターの事業計画を策定している。	○	B	B
	② 事業計画の策定に当たって、市町村と協議し、市町村から受けた指摘がある場合、これを反映している。	○		
	③ 市町村から、担当圏域の現状やニーズの把握に必要な情報の提供を受けている。	○		
	④ 把握した担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの取組における重点項目を設定している。	○		
	⑤ センター全職員で計画作成に参画し、共通理解を図っている。	○		
	⑥ 現実的な目標を立てている。	○		
	⑦ 進捗確認を計画的に行っている。	○		
	⑧ 市町村の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られている。	○		
	⑨ センターの取組における重点項目を達成できた。			
	⑩ 市町村が設置する定期的な連絡会合に、毎回、出席している。	○		
	⑪ 市町村から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されている。	○		
(2)職員配置	① 3職種(それぞれの職種の準ずる者は含まない)を配置している。(令和2年4月末時点)	○	B	B
	② 年度途中で職員の変更がなく、利用者等に配慮されている。	○		
(3)3職種の連携・チームアプローチ	① ミーティング等を計画的に開催し、情報共有している。	○	B	B
	② 支援が困難なケースは複数の職員で対応している。	○		
	③ 主担当者が不在の場合も対応できるように相談記録等の情報が適切に保管・管理できている。	○		
(4)職員の資質向上	① 研修(外部)への参加機会を確保している。	○	A	A
	② 研修成果をセンター内で報告し共有する機会を設けている。	○		
	③ センターに在籍する全ての職員に対して、センターまたは受託法人が、職場での仕事を離れての研修(Off-JT)を実施している。	○		
(5)個人情報保護	① 関係法令をセンター全職員が理解している。	○	B	B
	② 個人情報を含む書類等が適切に管理されている。	○		
	③ 相談・面談室のプライバシーが確保されている。	○		
	④ 個人情報保護に関する市町村の取扱方針に従って、センターが個人情報保護マニュアル(個人情報保護方針)を整備している。	○		
	⑤ 個人情報が漏えいした場合の対応など、市町村から指示のあった個人情報保護のための対応を、各職員へ周知している。	○		
	⑥ 個人情報保護に関する責任者(常勤)を配置している。	○		
	⑦ 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(6)苦情対応	① マニュアルが整備されている。	○	B	B
	② 市町村の方針に沿って、苦情対応体制を整備し、苦情内容や苦情への対応策について記録している。	○		
	③ 苦情の内容と対処についてセンター内で共有し、再発防止に努めている。	○		
	④ 市および法人に報告している。	○		
	⑤ センターが受けた介護サービスに関する相談について、市町村に対して報告や協議を行う仕組みが設けられている。	○		
	⑥ 相談者のプライバシー確保に関する市町村の方針に沿って、プライバシーが確保される環境を整備している。	○		
(7)24時間体制の確保	① 夜間・早朝の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○	B	B
	② 平日以外の窓口(連絡先)を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知している。	○		
	③ 対応マニュアルが整備されている。	○		
(8)公正・中立性の確保	① 法人内で地域包括支援センターが独立して運営されている。	○	B	B
	② 職員がセンターは公正・中立でなければならないことを理解している。	○		
	③ 個別支援にあたり、サービスが特定事業者に偏らないよう配慮している。	○		
(9)報告・届出書等	① 事業報告書等を期日までに提出している。	○	B	B
	② 職員の変更等があった際には、速やかに変更届を提出している。	○		
(10)会議などへの開催及び出席	① 地域包括支援センター運営協議会に出席し、その運営状況の説明等を行っている。	○	B	B
	② 市虐待防止ネットワーク会議、市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会・研修会、市地域ケア会議及び市生活支援体制整備推進会議等に出席している。	○		
(11)建物設備等	① 地域住民に分かりやすい看板や案内表示が掲示されている。	○	B	B
	② 高齢者に配慮した事務所の配置、構造となっている	○		
	③ 受付カウンターを設置や専用の事務室等、センターの環境を整えている。	○		
	④ プライバシーが確保されるように配慮した相談スペースを確保している。	○		
	⑤ 機械警備や施錠できる保管庫を設置し、セキュリティが確保されている。	○		
	⑥ 利用者専用の駐車スペースが必要数確保されている。	○		
	⑦ 事務機器、通信機器が整備されている。	○		
(講評)				
2. 総合相談支援事業				
(1)地域におけるネットワーク構築業務	① センターの周知を市のパンフレット等を活用して行っている。	○	A	A
	② センター独自のパンフレットやホームページ等で広報活動を行っている。	○		
	③ 関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○		
	④ ネットワーク構築のために協議する場を設ける等、体制を整えている。	○		
	⑤ 関係機関の会議等に参加している。	○		
	⑥ 独自のネットワーク作りを行っている。	○		
	⑦ 既存のネットワークが効果的に機能できるよう維持・改善に努めている。	○		

評価項目		評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(2)実態把握業務	①	高齢者の集まる地域活動等へ参加し、情報収集を行っている。	○	B	B
	②	積極的に戸別訪問等を実施している。	○		
	③	地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストで管理している。	○		
	④	地域に必要な社会資源の開発に取り組んでいる。	○		
(3)総合相談業務	①	ワンストップ相談窓口として適切なサービス・機関を紹介できる体制を整えている。	○	A	A
	②	相談には速やかに対応し、信頼関係の構築に努めている。	○		
	③	介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行っている。	○		
	④	的確に状況を把握し、緊急性の有無を判断している。	○		
	⑤	定期的にモニタリングを行っている。	○		
	⑥	積極的にアウトリーチを実施し、相談の場を広げている。	○		
	⑦	相談内容を分析し、各業務に活用している。	○		
	⑧	相談事例の終結条件を、市町村と共有している。	○		
	⑨	相談事例の分類方法を、市町村と共有している。	○		
	⑩	前年度1年間の相談件数を市町村に報告している。	○		
	⑪	前年度1年間に、相談事例解決のために、市町村への支援を要請し、その要請に対し市町村からの支援があった。	○		
	⑫	家族介護者からの相談について、相談件数や相談内容を記録等に残留して取りまとめている。	○		
	⑬	介護、子育て、障がい等、複合的な課題を持つ世帯への相談対応を行っている。	○		
(講評)					
3. 権利擁護事業					
(1)高齢者虐待への対応	①	高齢者虐待防止法についてセンター職員が理解している。	○	A	A
	②	高齢者虐待事例及び高齢者虐待を疑われる事例への対応の流れについて、市町村と共有している。	○		
	③	高齢者虐待対応に関する書類を速やかに提出している。	○		
	④	高齢者虐待対応マニュアルに沿って帳票を整備し、市と協力して対応に当たっている。	○		
	⑤	チームで役割分担を行い、本人だけでなく養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を行う。	○		
	⑥	虐待対応終結後の支援の評価や振り返りの機会を設けている。	○		
	⑦	センターまたは市町村が開催する高齢者虐待防止に関する情報共有、議論及び報告等を行う会議において、高齢者虐待事例への対応策を検討している。	○		
	⑧	虐待防止と早期発見に繋げるために啓発を実施している。	○		
(2)消費者被害の早期発見と防止	①	職員が消費者被害の動向に関して理解している。	○	B	B
	②	消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、消費生活に関する相談窓口または警察等と連携の上、対応している。	○		
	③	消費者被害に関する情報を、民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行っている。	○		
	④	地域の高齢者や関係機関に消費者被害に関する啓発を実施している。	○		

評価項目		評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(3)成年後見制度の活用と普及啓発	①	成年後見制度の市町村長申し立てに関する判断基準が、市町村から共有されている。	○	A	A
	②	成年後見制度についてセンター職員が理解し、説明できる。	○		
	③	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	○		
	④	相談に適切に対応し、申し立ての支援を行っている。	○		
	⑤	制度について普及啓発活動をしている。	○		
(講評)					
4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業					
(1)包括的・継続的なケア体制の構築業務	①	医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行っている。	○	A	A
	②	介護支援専門員に対するアンケート・意見収集等についての市町村からの情報提供や、市町村による研修会の内容等を踏まえ、地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催している。	○		
	③	医療機関や介護事業所等を把握し、連携体制が得られやすいような働きかけを行っている。	○		
	④	担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ(事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等)を把握している。	○		
	⑤	地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を行い、地域や関係機関への情報提供を行っている。	○		
	⑥	介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座等を開催している。	○		
(2)地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務	①	介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画(令和2年度分)を策定し、年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。	○	B	B
	②	担当圏域の介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けている。	○		
	③	主任介護支援専門員と協働した地域の課題解決の取り組みを行っている。	○		
(3)個別相談業務	①	介護支援専門員に対して居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術・ケアマネジメントの指導、サービス調整への助言、サービス担当者会議の開催支援、社会資源の紹介等、個別相談による支援を行っている。	○	B	B
	②	介護支援専門員が相談しやすい環境・体制整備を行っている。	○		
	③	介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握している。	○		
	④	個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題の把握を行っている。	○		
(4)支援困難事例等への助言・相談業務	①	支援困難事例についてセンター内の各専門職や地域関係者、関係機関と連携し、指導助言等を行っている。	○	A	A
	②	必要に応じて個別ケース会議等を開催し、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築を行っている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(講評)				
5. 介護予防ケアマネジメント事業(第1号介護予防支援事業)及び指定介護予防支援事業				
(1)適切な介護予防ケアマネジメントの実施	① 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を、センター職員及び委託先の居宅介護支援事業所に周知している。	○	B	B
	② 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランにおいて、保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域の社会資源を位置づけたことがある。	○		
	③ 利用者のセルフマネジメントを推進するため、市町村から示された支援の手法を活用している。	○		
	④ 窓口に相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続き方法について十分な説明を行っている。	○		
	⑤ 国及び市から示された介護予防ケアマネジメントに関する様式を使用している。	○		
	⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握している。	○		
	⑦ 自立支援に向けたプラン作成及びサービス利用の提案を行っている。	○		
	⑧ 要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ている。	○		
(2)公正・中立性の確保	① 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されている。	○	B	B
	② 委託先一覧表を作っている。	○		
	③ 委託に関する内規等を整備している。	○		
	④ 委託基準に照らし合わせ特定の事業所に偏りが無いようにしている。	○		
(3)適切な業務の実施	① 職員の担当件数は偏りがなく、適正な件数となっている。	○	B	B
	② 進捗管理表を作って管理している。	○		
	③ 適切に計画が作成されているか内容の確認をしている。	○		
	④ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合は、台帳への記録及び進捗管理を行っている。	○		
	⑤ 自立支援に向けたプラン作成が行えるよう助言している。	○		
(講評)				
6. 包括的支援事業(社会保障充実分)				
(1)在宅医療・介護連携推進事業	① 地域の医療・介護関係者などからの相談受付を行っている。	○	A	A
	② 必要に応じて、退院の際の地域の医療・介護関係者の連携の調整、本人・家族の要望を踏まえた、地域の社会資源の紹介を行う。	○		
	③ 医療関係者と合同の事例検討会に参加している。	○		
	④ 医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	○		
	⑤ 医療・介護関係者の研修会の開催又は開催支援を行っている。また、市が開催する研修に積極的に協力・参加をしている。	○		
	⑥ 在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っている。	○		
	⑦ 地域住民の在宅医療・介護の理解を促進するために講座等の開催、又は開催支援をし、普及啓発を行っている。	○		
(2)生活支援体制整備事業	① 地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議等へ積極的に参加している。	○	B	B
	② 地域づくりや高齢者の社会参加を推進するため、高齢者を含めた地域住民に対し、幅広く普及啓発を行っている。	○		
	③ 体制整備に向けて、市と協議して事業の推進に努めている。	○		
	④ 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしている。	○		

評価項目	評価の指標	自己評価	自己評価	行政評価
(3)認知症総合支援事業	① 認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練の協力をを行っている。	○	B	B
	② 認知症の人を支えるため、認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努めている。	○		
	③ 関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進し、地域における認知症の人の見守り体制の構築・強化を行っている。	○		
	④ 「認知症カフェ」等の開設又は支援協力をし認知症の人や介護している家族への支援を行っている。	○		
	⑤ 地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームの役割や機能について普及啓発の取り組みを行っている。	○		
	⑥ 認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っている。	○		
(4)地域ケア会議推進事業	① 地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されている。(令和2年4月末時点)	○	B	B
	② センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知している。(令和2年4月末時点)	○		
	③ 市と協力して支援が困難な高齢者等の個別ケースの検討を行い、出来る限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となるように、2か月に1回以上、圏域別ケア会議を開催もしくは開催支援を行っている。	○		
	④ センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討している。	○		
	⑤ センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じている。	○		
	⑥ 市町村から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応している。	○		
	⑦ センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	○		
	⑧ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしている。	○		
	⑨ センター主催の地域ケア会議において、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域課題に関して検討している。	○		
	⑩ センターの主催により、地域づくり・資源開発もしくは政策の形成の機能を持つ、地域課題を検討する地域ケア会議を開催している。	○		
	⑪ センター主催の地域ケア会議における検討事項をまとめたものを、市町村に報告している。	○		
(講評)				

令和 3 年度(2021 年度)

つくば市地域包括支援センター  
事業計画 (案)

つくば市

## I 地域包括支援センター運営体制

【令和3年(2021年)年4月1日から令和4年(2021年)3月31日まで】

- つくば市地域包括支援センター（直営）
- 筑波地域包括支援センター（委託）
- 大穂豊里地域包括支援センター（委託）
- 谷田部東地域包括支援センター（委託）
- 谷田部西地域包括支援センター（委託）
- 桜地域包括支援センター(委託)
- 荃崎地域包括支援センター（委託）
- 在宅介護支援センター（センター支援型） 4か所

【つくば市地域包括支援センター職員配置状況】令和3年(2021年)4月1日現在

職 種	正職員	会計年度任用職員
社会福祉士	3	0
保健師	5	4
主任介護支援専門員	2	0
介護支援専門員	0	0
事務職	3	2
合計	13	6

【令和3年度(2021年度)担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
つくば市地域包括支援センター（直営）	委託地域包括支援センターの後方支援を実施
筑波地域包括支援センター（委託）	筑波
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里
谷田部東地域包括支援センター（委託）	谷田部東（手代木、春日学園、谷田部東、学園の森）
谷田部西地域包括支援センター（委託）	谷田部西（谷田部、高山、みどりの学園）
桜地域包括支援センター(委託)	桜
荃崎地域包括支援センター（委託）	荃崎
センター支援型在宅介護支援センター	
アレーテル・つくば、つくばリハビリテーションセンター、新つくばホーム、くきの里	

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

日常生活圏域	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
大穂地区	4,340	21.95	779	17.95
豊里地区	4,049	24.92	749	18.50
谷田部西地区	7,789	16.83	1,327	17.04
谷田部東地区	7,774	11.75	1,110	14.28
桜地区	7,904	14.67	1,259	15.93
筑波地区	6,439	37.15	1,278	19.85
茎崎地区	8,863	38.23	1,244	14.04
市全体	47,158	19.42	7,858	16.66

## II 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### 1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センターの広報活動の実施
- ・圏域別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源の把握と活用

「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」、「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」の内容を更新し、最新の情報の把握と活用に努めます。

##### イ 実態把握

- ・民生委員等地域の関係者との連携を密にするとともに、高齢者台帳の情報を活用し、委託地域包括支援センターと協働して支援を必要とする高齢者の把握及び支援を行います。
- ・要支援及び要介護1の認定者のうち、介護サービスを利用していない者に対し実態把握訪問（お元気訪問）。介護予防事業で実施。

##### ウ 総合相談支援

- ・市職員が地区担当として、市民からの相談に直接対応します。継続対応が必要な場合は委託地域包括支援センターや関係機関に適切に繋がります。
- ・地区担当職員と委託地域包括支援センターでケース共有会議を実施し、圏域の課題共有、相談支援の平準化を進めます。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センターの定例会開催。現況評価や地域課題の共有、各種勉強会（家族介護者支援、ひきこもり、生活困窮、入

退院時の支援、成年後見等)を行います。定例会を通して、地域における関係者のネットワーク構築を図るとともに地域包括支援センターの対応の平準化を進めます。【重点項目】

## 2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、権利擁護支援の連携ネットワークを構築します。その中核となる機関の一部をつくば市社協に委託。相談、広報、受任者調整、後見人支援を行い、本人や後見人等を支援する体制を整備します。
- ・広報誌やホームページで成年後見制度の周知を行うとともに、関係機関にパンフレットを配置し、普及啓発を行います。
- ・広報誌やホームページで成年後見制度の周知を行うとともに、関係機関にパンフレットを配置し、普及啓発を行います。
- ・つくば市成年後見制度利用支援事業において、費用負担が困難な対象者に対して、成年後見制度申立ての審判請求費用助成や後見人等に対しての報酬助成金の支払いを行います。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会において、成年後見制度の利用支援や中核機関との連携、支援方針の共有を図ります。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルの内容更新及び周知徹底
- ・虐待の防止及び早期発見の体制を整備します。広報誌、ホームページで周知啓発を行うと共に、関係機関、民生委員、専門職等にも周知します。
- ・ケアマネジャー、養護施設従事者等を対象にした権利擁護、高齢者虐待の研修会を開催します。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会において、虐待対応の流れを整理し、各センターの対応の平準化を進めます。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費生活センターと委託地域包括支援センターと連携し、消費者被害の未然防止と問題解決を行います。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会において、消費者被害の対応方法等を検討する意見交換会を開催します。

## 3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

## ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議（市内全圏域 計 36 回）の開催をとおして、介護支援専門員と地域の関係機関との連携を支援します。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の内容の更新と介護支援専門員への配布を行い、介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう支援します。
- ・専門職向け情報プラットフォーム「地域資源見える化サイトミルモネット」を運用。タイムリーな情報収集と配信を行い、介護支援専門員等の支援者が活用できるように支援します。

## イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくばケアマネジャー連絡会を支援し連携を図ります。
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会の役員会を毎月、定例会を年 4 回開催します。

## ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する個別相談の対応、居宅サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導、相談対応を行います。
- ・介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの各専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を行います。

## エ 困難事例等への指導・助言

- ・介護支援専門員が抱える困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職や関係機関等との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

- ・在宅医療・介護連携推進協議会 3 回開催
- ・在宅医療・介護連携推進協議会 実務部会（6 部会） 12 回開催

～ありたい姿の実現を目指して～

### ア 希望の最期を共に考える

- ・専門職への ACP（人生会議）を踏まえた研修会の開催
- ・在宅医療と介護の啓発講座の開催
- ・地域の医師・CMによる在宅医療・介護啓発講座の開催
- ・健康フォーラムつくば+において市民向けの啓発映像配信
- ・看取り、ツクツク見守りたい等の普及啓発

- ・ありたい姿に向けた目標値の設定
- ・在宅医療、ACP、家族への支援体制について調査結果の評価
- ・将来の人口動態、つくば市の特性に応じたニーズ等を推計するため、KDBシステム等から現状値を確認
- ・市HPに在宅医療・介護について、内容の見直し

#### イ 本人を第一に考えた多職種連携

- ・「連携タイム」「気を付けたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進【重点項目】
- ・お薬手帳の活用推進（本人情報の記載・連携のツールとしての活用）
- ・連携ツール活用に向けた意見交換部会の開催
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会の開催
- ・つくば市の医療と介護の現状分析するために現場の専門職からのヒアリング
- ・ICTを使った連携ツールの運用を検討する
- ・専門職が連携に必要な社会資源等の情報把握
- ・在宅医療と介護のサービスマップ・介護保険情報誌ハートページの発行

#### ウ 専門職のスキルアップとやりがい

- ・研修企画及び実施【重点項目】
  - ①ACPに関する研修会
  - ②在宅医療や地域包括ケアに関する研修会
- ・連携ツール活用に向けた意見交換部会の開催
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会の開催（再掲）

#### エ 認知症になっても安心して暮らせる地域（他事業・協議体での重点事項）

#### オ 多様な生活の場の提供（高齢福祉課）

#### カ 相互に支え合う生活支援・介護予防（他事業・協議体での重点事項）

#### キ 誰一人取り残さない

- ・地域包括支援センターの相談体制の充実

### 2) 生活支援体制整備事業【重点事業】

#### ア 第1層協議体会議 年3回開催

- ・第1層協議体（市全体レベル）による日常生活圏域別の社会資源調査や不足する生活支援サービスについての協議により、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化を図ります。
- ・つくば市生活支援体制整備推進会議 年3回開催

#### イ 第2層協議体会議（地域ケア会議） 各圏域年3回開催

- ・つくば市社会福祉協議会に委託し、市内7圏域に生活支援コーディネータ

ーを配置し、地域支えあい会議を開催します。

- ・圏域ごとに把握した地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、地域住民主体の支えあい活動の創出や情報の可視化を促進していきます。

**【重点項目】**

3) 認知症総合支援事業【重点事業】

- ・認知症サポーター養成講座の開催

幅広い世代への認知症の理解を深めるため、認知症サポーター養成講座をキャラバン・メイトと協力しながら実施します。特に小学生や中学生など若い世代への実施に力を入れていくため、学校関係者への認知症サポーター養成講座の周知を行います。

- ・認知症サポーターステップアップ講座の開催
- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会の運営支援
- ・認知症声かけ模擬訓練の実施
- ・認知症カフェの運営支援（6ヶ所）

認知症カフェは、市民が参加しやすい体制にするため各生活圏域で1か所ずつの開催を目指します。（谷田部東地区と谷田部西地区が未設置）

また、各認知症カフェの運営支援を行います。

- ・認知症初期集中支援チームの運営

つくば市北部認知症初期集中支援チーム（委託先：とよさと病院認知症疾患医療センター）

つくば市南部認知症初期集中支援チーム（つくば市直営）

- ・市民向け認知症ケアパスの配布
- ・認知症よろず相談所の支援
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大
- ・認知症高齢者等保護支援事業
- ・認知症研修会の開催
- ・認知症お困りごとメール相談

- ・認知症地域支援推進員の配置【重点項目】

各地域包括支援センターに1名ずつ配置し、連携を強化しながら認知症施策に取り組む体制を構築します。

4) 地域ケア会議推進事業【重点事業】

ア つくば市地域ケア会議（市全体レベル） 3回開催（市が実施）

- ・圏域別ケア会議の上部に存在する会議として位置づけし、圏域別ケア会議で抽出された課題について協議し、地域資源の開発や政策提言につなげます。

イ 圏域別ケア会議 年間で36回開催（委託地域包括支援センターが実施）

- ・筑波、荃崎、大穂・豊里、谷田部西、桜、**谷田部東6** 圏域で**圏域別ケア会議を実施する**委託包括支援センターの運営を側面的に支援します。
- ・**個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。【重点項目】**

#### エ つくば市自立支援型個別ケア会議 月1回開催 (市が実施)

- ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決等を行うことにより、状態の改善に導き、自立支援、重度化予防及び高齢者等の生活の質の向上につなげることを目的に実施します。

### 3 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となる要支援認定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、関係機関との連絡調整等を行います。

### 4 総合事業

#### 1) 介護予防・生活支援サービス事業

##### ア 介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

##### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」 (市が委託して実施)

- ・運動機能向上プログラム

生活機能低下が認められる者に対して短期的にリハビリ職によるリハビリを実施し、生活の質の維持と改善を目指します。

- ・低栄養改善・口腔機能向上プログラム

低栄養・口腔機能低下が認められる方に短期的に管理栄養士・歯科衛生士による訪問指導を実施し、栄養状態や口腔状態の改善を目指します。

#### 2) 一般介護予防事業

##### ア 介護予防把握事業

- ・閉じこもりや認知症が疑われる方等、何らかの支援を要する高齢者を早期に把握することを目的として、KDBシステムや高齢者台帳を活用し、チェック項目から選定された方の状況把握を実施します。

### 【実施方法】

高齢者台帳に「介護保険サービス利用の有無」や「活動」「生活状況」「精神面」に関する質問項目から、支援が必要な高齢者を把握し、訪問による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行います。

#### イ 介護予防普及啓発事業

- ・認知機能向上のための「脳元気アップ教室」を実施します。

#### ウ 地域介護予防活動支援事業

- ・社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動として、継続して介護支援ボランティア制度（げんき応援ポイント）を実施します。

#### エ つくば市地域リハビリテーション活動支援事業

- ・65歳以上の高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、居宅介護支援、居宅サービス、介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス、地域包括支援センター及び施設サービス並びにサービス担当者会議及び住民主体の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援します。

令和 3 年度（2021 年度）

筑波地域包括支援センター  
事業計画（案）

社会福祉法人 恵愛会

## I 運営体制

### 【筑波地域包括支援センター職員配置状況】

令和3年(2021年)4月1日時点

職種	常勤専従	常勤兼務
主任介護支援専門員	1	0
保健師	1	0
社会福祉士	1	0
介護支援専門員	0	1
事務職	0	1

## II 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### 1) 総合相談支援業務【重点項目】

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・広報誌やかわら版を作成し、配布するとともにホームページでも公開します。  
又、関係各所へのポスター掲示等を行い、地域へ周知します。
- ・関係機関等の会議を活用し、地域の関係者・関係各所と連携強化を図ります。
- ・介護支援専門員との独自のネットワークを活用し、地域の情報を正しく共有していきます。
- ・出張相談会を実施することで、民生委員・区長・地域の方と関係性を築いていきます。

##### イ 実態把握

- ・地域の高齢者等が集まる活動へ出向き、広報とともに、支援が必要な地域の方の情報収集に努めます。
- ・積極的な訪問を実施するとともに、民生委員や見守り員・区長等と連携し、問題の事実確認を行い、支援に繋がります。
- ・生活支援体制整備事業等の会議へ参加・協力し、地域に必要な資源の開発に努めます。

##### ウ 総合相談業務

- ・複合的な問題に対して解決を図ることが出来るよう、関係機関・関係者とのネットワークを形成、支援にあたります。
- ・つくば市地域包括支援センター（直営）と相談・連携して支援を実施していきます。

## 2) 権利擁護業務

### ア 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた適切な対応を行います。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会・実務者会議、権利擁護研修会等への参加により、関係機関等とのネットワーク構築、連携強化、支援の質の向上に努めます。
- ・パンフレット等を活用し、集会場や関係機関等訪問時に配布します。地域住民や民生委員、介護支援専門員等へ情報発信を行うことで、相談しやすい環境づくり、地域的なネットワークの構築を図り、虐待防止、早期発見・早期対応に結び付けていきます。警察とも連携し、情報収集、情報共有を行います。
- ・虐待予備軍に対し継続した支援、相談対応を行います。
- ・ケアマネジャーへ声掛け等、相談しやすい体制をつくります。

### イ 消費者被害の早期発見と防止

- ・かわら版やパンフレット等を活用し、地域住民へ情報提供し、予防啓発を行います。
- ・消費者被害を把握した際には、消費生活センター等関係機関と連携し、問題解決・再発防止を図ります。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会における消費者被害の対応方法等を検討する意見交換会への参加により、連携強化を図ります。
- ・ケアマネジャーや警察等と情報交換し、最新の情報を把握・共有していきます。

### ウ 成年後見制度の活用と普及啓発

- ・制度利用が必要と思われる高齢者や家族に対し、パンフレット等を活用し分かりやすい説明を行い、つくば市成年後見センター等関係機関への紹介、連携を図ります。
- ・成年後見制度のパンフレット等を活用し、集会場や関係機関訪問時等に配布することで、地域住民への啓発・利用促進を行います。

## 3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・地域ケア会議や介護支援専門員意見交換会を通じて地域の関係機関との連携体制が得られるようにします。
- ・地域の医療機関や介護事業所等・その他の関係機関との連携体制がとれるよう働きかけを行います。
- ・地域に出向き、住民に対して介護予防・自立支援に関する情報を提供・意識の共有を図ります。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワーク形成

- ・介護支援専門員とのネットワークを通じ、情報の発信・共有を図ります。
- ・つくばケアマネジャー連絡会・つくば市主任介護支援専門員連絡会・役員会に参加

し、連携を図ります。

ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員が相談しやすい環境・体制を整え、ケアマネジメント業務での疑問や地域の問題等を把握し、解決に向けて協力・支援します。

エ 支援困難事例等への助言・相談業務

- ・つくば地域包括支援センター（直営）・各専門職や地域関係者・関係機関と連携し、情報収集・支援を実施していきます。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることが出来るよう、本人のありたい姿を実現する為、相談体制の充実・社会資源の掘り起こしと紹介を行います。
- ・ACP 研修、在宅医療連携推進事業等に積極的に参加することで職員のスキルアップと介護医療関係者との連携を推進します。

### 2) 生活支援体制整備事業

- ・地域支えあい会議に参加し、地域資源とニーズを整理し、地域課題等の情報共有及び連携強化を図ることで住民主体の支えあい活動を作り出していけるよう事業に協力します。
- ・地域支援コーディネーターと協力し、地域課題の把握・地域住民の自発的活動へと繋げていきます。
- ・出張相談会、地域イベント等住民参加の機会を利用し、普及・啓発活動を行います。

### 3) 認知症総合支援事業

- ・認知症の人が住み慣れたよりよい環境で自分らしく生活していけるよう、地域の幅広い年代へ認知症の理解を深める為、認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして協力します。
- ・認知症初期集中支援チームについて出張相談会で広報を行うとともに、対象者を把握し早期に医療やサービスに繋げるように協力します。
- ・認知症カフェへの支援協力をボランティアと連携し行います。
- ・認知症地域支援推進員として、相談支援、つくば市と連携し声かけ模擬訓練等の事業に協力していきます。
- ・出張相談会や地域イベント等住民参加の機会、訪問時を利用し、認知症ケアパス配布や脳元気アップ教室の広報、SOS ネットワーク事業等の普及を行います。

### 4) 地域ケア会議推進事業

- ・つくば市包括支援センター（直営）に協力を仰ぎ筑波圏域地域ケア会議（計 6 回）を開催し、政策や地域課題を共有します。
- ・介護支援専門員が抱える困難事例について各関係機関の多職種による検討を行い、

地域課題を見出し、社会資源の把握と掘り起こしを行います。

- ・介護支援専門員意見交換会に参加し、地域の介護支援専門員が意見交換・共有をすることで、今後のケアマネジメント業務向上に繋がるようにします。

### 3 総合事業

#### 1) 介護予防・介護支援サービス事業

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防を受けているものを除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。
- ・短期集中予防サービス「訪問型サービス C」の事業に対し、地域住民への広報・支援を実施し、重度化予防に努めます。

#### 2) 一般介護予防事業

- ・つくば市地域包括支援センター（直営）の実態把握訪問（お元気訪問）・KDB 訪問等に協力し、支援が必要な高齢者へ継続した訪問を実施し、サービス等へ繋がっていきます。
- ・つくば市主催の「脳元気アップ教室」や健康づくり教室等の情報を発信していきます。

#### 4 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が介護予防サービス等の適切な利用等が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、関係機関との連絡調整等を行います。

令和 3 年度  
大穂豊里地域包括支援センター  
事業計画  
(案)

医療法人社団 筑波記念会

大穂豊里圏域の住民が、住み慣れた地域でその人らしい生活を継続できるように、必要な支援を包括的に行います。そのために以下Ⅰの運営体制のもと、Ⅱに記載する事業を実施します。

【参考】 大穂豊里圏域の高齢者の概況（令和3年4月1日現在）

日常生活圏域	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率
大穂圏域	4,340人	21.95%	779人	17.95%
豊里圏域	4,049人	24.92%	749人	18.50%
合計	8,389人	23.29%	1,528人	18.23%

※高齢化率は茎崎・筑波地区に次いで多くなっている一方で、生産年齢人口も増えており、若い世代の生活圏としても機能している。生活に必要な買い物をするために車の利用は必須で、高齢者にとって交通手段の確保の課題は大きい。高齢者福祉計画策定に係るアンケート調査結果では、閉じこもり、認知症、IADLについて不安を持つ高齢者の割合が他圏域に比して多く、運動器機能、認知症、転倒などに注意が必要な高齢者が多い。

Ⅰ 運営体制

職種	専従	兼務
主任介護支援専門員	1	0
保健師(または看護師)	1	0
社会福祉士	1	1

Ⅱ 業務実施内容

1 包括的支援事業（大穂豊里地域包括支援センターの運営）

1) 総合相談支援業務

ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センターの広報活動の実施

地域の関係機関への訪問やチラシの配布及び日常の相談業務や「大穂豊里地域包括支援センターだより」などを通じて、大穂豊里地域包括支援センターの周知を継続していきます。

- ・大穂豊里圏域ケア会議を活用した地域の関係者や関係機関との連携

大穂豊里圏域で2ヶ月に1回開催する圏域別ケア会議での事例検討等を通して、地域の関係者、関係機関との連携強化を図ります。

- ・地域の社会資源の把握と活用

地域の社会資源を整理した各種資料「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」「ハートページ」「在宅医療と介護のサービスマップ」を活用し、職員間での共有及び適切な情報提供に努めます。また、相談等を通して地域のインフォーマルな機能を把握し、連携できるよう関係構築を図ります。

## イ 実態把握

- ・日々の相談等を通じて、公的な機関や介護支援専門員をはじめ、民生委員等地域の関係者と協働して必要な実態把握を行います。
- ・つくば市地域包括支援課で把握した高齢者台帳等に基づく実態把握に調査協力をを行います。
- ・つくば市地域包括支援課で取りまとめた、要支援及び要介護1の認定者のうち介護サービスを利用していない者への実態把握訪問(お元気訪問)を実施し、重度化防止や必要な支援へ繋がります。

## ウ 総合相談支援

- ・個々の相談に丁寧に対応し、迅速かつ専門性の高い対応ができるよう配慮して総合相談支援を行います。
- ・つくば市地域包括支援課の地区担当職員とケース共有会議を実施し、圏域の課題共有、相談支援の協働をしていきます。**【重点項目】**
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会に参加し、他の地域包括支援センターとの情報や課題共有、事業の現況評価を行います。定例会での情報交換や勉強会を通して、相談支援技術の向上を図り、質の高い相談支援を提供できるよう機能強化を図ります。**【重点項目】**

## 2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度のパンフレット等を活用し、住民への啓発と利用促進に努めます
- ・制度の活用が必要と思われる高齢者や親族等に対し、制度の説明をし、成年後見センターの紹介を行い、成年後見センターやつくば市との連携を図ります。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行います。
- ・つくば市地域包括支援課が作成するポスターの掲示やパンフレット、「大穂豊里地域包括支援センターだより」を活用し、住民や地域の介護支援専門員等に対し虐待の早期発見と予防を図ります。
- ・市が主催する権利擁護研修会や虐待防止ネットワーク実務者会議等に参加し、質の向上や関係者とのネットワーク作りに努めます。

### ウ 消費者被害の防止

- ・研修の参加等で職員の知識を高め、また「ひばりくん防犯メール」や国民生活センターの情報に留意して、消費者被害の防止を図ります。
- ・「大穂豊里地域包括支援センターだより」で情報発信し予防啓発を図ります。
- ・被害が疑われる事例を発見した際には、消費生活センター等と連携をとり被害拡大防止や問題解決を図ります。

### 3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・大穂豊里圏域ケア会議等の開催を通して、介護支援専門員と地域の関係機関との連携の強化を支援します。
- ・大穂豊里圏域内の医療・保健・福祉サービスについて、病院や施設等とも連携して、最新情報の把握と提供に努めます。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用について、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ普及啓発を図ります。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくば市ケアマネジャー連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会に参加協力するとともに、積極的に参画していきます。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する支援：居宅サービス計画作成及びサービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別相談対応を行います。

#### エ 困難事例等の相談助言

- ・介護支援専門員が抱える困難事例について、適宜、各専門職や関係機関等との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、助言や指導等を行います。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業への協力

- ・つくば市地域包括支援課が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努めます。
- ・医療機関への積極的な働きかけを実施し、医療と介護の連携の推進を図ります。
- ・在宅医療・介護連携推進協議会、実務部会に参加し、事業推進を図ります。

### 2) 生活支援体制整備事業への協力

- ・第1層協議体会議、第2層協議体会議に参加協力し、地域の一員として、また生活支援コーディネータと連携しながら事業の促進を図ります。【重点項目】

### 3) 認知症総合支援事業への協力

- ・認知症サポーター養成講座の開催への協力、認知症ケアパスの普及や認知症初期集中支援チームとの連携等を通して事業推進を図ります。
- ・オレンジカフェを開催(年12回)し、認知症の予防や知識の普及に努め、地域の高齢者の新たな居場所として周知を図ります。【重点項目】
- ・認知症地域支援推進員を配置し、つくば市と連携を図りながら認知症施策の取組みに参画します。【重点項目】

### 4) 地域ケア会議推進事業への協力

#### ア つくば市地域ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力します。

イ 大穂豊里圏域ケア会議 年6回開催

- ・つくば市地域包括支援課と協力して2ヶ月ごとに開催し、地域課題の発見・課題解決に努めます。

ウ つくば市自立支援型個別ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課が主催する会議に出席し、要支援認定者の課題検討を行い、自立支援・重度化予防及び高齢者の生活の質の向上につなげることができるよう必要な援助を行います。

### 3 総合事業

#### 1) 介護予防・生活支援サービス事業への協力

##### ア 介護予防ケアマネジメント事業

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、介護予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

##### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

- ・運動機能向上プログラム、低栄養改善・口腔機能向上プログラムの活用推進を図ります。

#### 2) 一般介護予防支援事業等への協力

##### ア 介護予防把握事業への協力

- ・大穂豊里圏域内の高齢者台帳から抽出された閉じこもりや認知症が疑われる方などの状況把握、「お元気訪問」を実施します。
- ・実態把握訪問でアセスメントした結果から、一般介護予防事業や介護保険サービスなど必要な支援へ繋がります。

##### イ 一般介護予防事業

- ・総合相談の内容に応じて、介護予防教室等への参加を促します。
- ・地域住民の要望を把握し、出前講座の開催など介護予防に通じる活動に参画します。

### 4 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者が、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、その心身の状態、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、必要な援助や関係機関との連絡調整を行います。

令和 3 年度(2021 年度)

桜地域包括支援センター

事業計画 (案)

医療法人社団 桜水会

桜圏域の高齢者が、住み慣れた地域で心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な支援を包括的に行います。そのため以下 I の運営体制のもと、II に記載する事業を実施致します。

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

日常生活圏域	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
桜地区	7,904	14.67	1,259	15.93
市全体	47,158	19.42	7,858	16.66

※圏域の特性：高齢化率が7圏域中4番目で一見低く見えますが、若年層の中心部と高齢者層の周辺部の地域での発展衰退格差が大きな課題となっています。

## I 運営体制

職種	専従	兼務
社会福祉士	1	0
保健師	1	0
主任介護支援専門員	1	0
合計	3	0

## II 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### 1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・日常の相談業務を行う中でチラシの配布などを通して、地域包括支援センターの広報活動を実施していきます。（特にマンション居住者への周知）

##### 【重点項目】

- ・圏域別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源について把握し、支援活動の中で活用にあつめます。

##### イ 実態把握

- ・日常の相談や民生委員等地域の関係者との連携の中から、支援を必要とする高齢者の把握及び支援を行います。
- ・桜圏域内の要支援2及び要介護1の認定者のうち、介護サービス利用していない者に対し実態把握訪問（お元気訪問）を行います。【重点項目】

## ウ 総合相談支援

- ・地域住民からの相談に対応し、対応が困難な場合は、つくば市地域包括支援センターや関係機関と連携し対応します。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センターの定例会に参加し、地域における関係者のネットワーク構築を図ります。
- ・家族介護者支援、ひきこもり、生活困窮、入退院支援、成年後見、障害福祉等の各種勉強会に参加し、地域の総合相談に対応します。【重点項目】

## 2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、成年後見制度のパンフレットを活用し、必要時活用する等利用促進に努めます。
- ・中核機関となるつくば市社協と連携し、早い段階から相談しあえる関係を築きます。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を行います。
- ・つくば市地域包括支援センター（直営）と連携し、パンフレットを活用するなどして虐待の予防に努めます。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議等に参加し、関係機関と連携を図りネットワーク作りに努めます。

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費生活センターとつくば市地域包括支援センターと連携し、消費者被害の未然防止と問題解決を行います。

## 3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・桜圏域ケア会議（市内全圏域 計6回）の開催をとおして、介護支援専門員と地域の関係機関との連携を支援します。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用し、介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう支援します。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくばケアマネジャー連絡会を支援し連携を図ります。
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会の役員会を毎月、定例会に年4回参加します。

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する個別相談の対応、居宅サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導、相談対応を行います。
- ・介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの各専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を行います。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・介護支援専門員が抱える困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職や関係機関等との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。【重点項目】

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業

#### ア 希望の最期を共に考える

- ・専門職への ACP（人生会議）を踏まえた研修会の参加
- ・在宅医療と介護の啓発講座への参加
- ・地域の医師・CMによる在宅医療・介護啓発講座への参加
- ・健康フォーラムつくば+において市民向けの啓発映像視聴
- ・看取り、ツクツク見守りたい等の普及啓発

#### イ 本人を第一に考えた多職種連携

- ・「連携タイム」「気を付けたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進【重点項目】
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会への出席
- ・専門職が連携に必要な社会資源等の情報把握

#### ウ 専門職のスキルアップとやりがい

- ・研修参加
- ① ACP に関する研修会      ②在宅医療や地域包括ケアに関する研修会
- ・連携ツール活用に向けた意見交換部会への参加
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会への参加

#### エ 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

#### カ 相互に支え合う生活支援・介護予防

#### キ 誰一人取り残さない

- ・地域包括支援センターの相談体制の充実

## 2) 生活支援体制整備事業

### ア 第1層協議体会議 年3回開催

- ・第1層協議体（市全体レベル）による日常生活圏域別の社会資源調査や不足する生活支援サービスについての協議により、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化を図ります。
- ・つくば市生活支援体制整備推進会議 年3回参加

### イ 第2層協議体会議（地域ケア会議） 各圏域年3回参加

- ・生活支援コーディネーターと連携し、地域支えあい会議に参加します。
- ・把握した地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、地域住民主体の支えあい活動の創出や情報の可視化を促進していきます。

## 3) 認知症総合支援事業【重点事業】

- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会への出席
- ・認知症カフェへの参加、手伝い
- ・認知症初期集中支援チームとの連携を図ります。
- ・市民向け認知症ケアパスを活用し、周知します。
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールを周知します。
- ・認知症地域支援推進員の研修を受講します。

## 4) 地域ケア会議推進事業

- ・つくば市地域ケア会議（市全体レベル） 3回参加します。
- ・桜圏域ケア会議をつくば市地域包括支援センター協力のもと6回開催
- ・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。【重点項目】
- ・つくば市自立支援型個別ケア会議 月1回出席
- ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決等を行うことにより、状態の改善に導き、自立支援、重度化予防及び高齢者等の生活の質の向上につなげます。

## 3 総合事業

### 1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、予防や生活支援サービス事業等が包括的

かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

#### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

- ・運動機能向上プログラムや低栄養改善・口腔機能向上プログラムが必要な方に周知、推奨します。

### 2) 一般介護予防事業

#### ア 介護予防把握事業

- ・閉じこもりや認知症が疑われる方等、何らかの支援を要する高齢者の相談に対応します。必要に応じ訪問し、社会資源の周知、推奨します。

#### イ 介護予防普及啓発事業

- ・認知機能向上のための「脳元気アップ教室」を周知します。

#### ウ 地域介護予防活動支援事業

- ・社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動として、継続して介護支援ボランティア制度（げんき応援ポイント）を周知します。

#### エ つくば市地域リハビリテーション活動支援事業

- ・65歳以上の高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、居宅介護支援、居宅サービス、介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス、地域包括支援センター及び施設サービス並びにサービス担当者会議及び住民主体の通いの場等の介護予防の取組を周知、推奨します。【重点項目】

### 4 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となる要支援認定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、関係機関との連絡調整等を行います。

## 令和3年度 谷田部東地域包括支援センター事業計画（案）

### 【事業の目的】

- ①地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行う。これにより、地域住民の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援する。
- ②地域住民の様々なニーズに応えることができるワンストップの総合相談拠点を目指し、地域住民一人ひとりに対する個別支援や地域のネットワーク促進を進めることで地域包括ケアシステムの推進を図る。

### 【事業に対する基本的な考え方】

- ①地域包括ケアを推進する。
- ②専門職によるチームアプローチを実践する。
- ③公共性・公益性を意識し、公正・中立な運営をする。
- ④各種会議等に参加し、地域住民やサービス利用者の意見を幅広く汲み上げながら、地域特性や実情に沿った適正かつ柔軟な事業を展開する。

### 【事業の方針】

- ①地域の実情に応じた事業計画の策定と、計画に沿った事業運営を行う。
- ②高齢者自身の意思の尊重および状況に応じたアドボカシー機能の実施により、地域でその人らしい生活を継続するための支援を展開する。また、地域でその人らしい生活を継続できるよう医療介護の連携推進に努める。
- ③家族を介護する者への支援も併せて展開し、介護に必要な知識や技術の獲得を支援する。あわせて福祉ニーズを有する場合は関係各機関と連携し多角的な支援展開を調整する。
- ④多様な相談に対し、個別の状況に応じたきめ細かな対応を行う。継続的な支援を重視し変化に応じた対応を行う。
- ⑤職員の継続的なスキルアップを行う。また、多職種協働の深化を意識し、他職種に関する研修も積極的に受講する。
- ⑥行政機関と緊密に連携し事業を行う。
- ⑦センター業務の周知と利用や協力関係の促進を目的とした広報活動を行う。
- ⑧業務関係法令（介護保険法、高齢者福祉法、高齢者虐待防止法、民法、消費者基本法、労働基準法、感染症法等）を理解し、法令を遵守して事業を行う。
- ⑨個人情報の適切な取り扱いを実践する。
- ⑩苦情や要望には、適切かつ迅速な対応を行う。

## 【各事業別目標と活動内容】

**総合相談事業****総合相談支援・家族を介護する者に対する相談支援・地域共生社会の観点に立った包括的な支援**

- 介護保険に限定しない総合的な相談に応じ、相談者とともに解決策を探る。
- 様々な社会資源の情報を収集し、常に閲覧・情報提供できるよう整備する。
- ワンストップ窓口として、適切な情報提供や制度利用支援を行う。
- 家族等の支援者が抱える福祉ニーズにも対応できるよう心掛ける。
- 行政・地域の関係機関・団体等と連携し、生活状況や地域の社会資源を探る。
- 上記を実践できるよう、職員は継続的に技術知識の獲得を行う。
  - ①相談に対し適切なサービス・機関を紹介できるよう、高齢者支援に必要な制度や社会資源等の資料の確保を行う。また、高齢者本人だけでなく、共に生活する家族への支援が必要な場合も考慮し、関係する制度・社会資源についても情報提供や関係機関等への連携を行う。(重点項目)
  - ②相談にはセンター3職種連携のもと、速やかに対応し信頼関係を損なうことのない対応をする。
  - ③介護保険や在宅福祉サービス利用申請等の支援を行う。
  - ④地域の社会資源や活用可能な制度などの情報を収集し、随時閲覧できるよう整備を行う。
  - ⑤上記の情報については、随時更新を行う。また、年1回程度変更の有無を確認する。
  - ⑥生活支援コーディネーターと連携し、ふれあい相談員や見守りネットワーク・地域支えあいつくり会議などに参加し、地域住民とのかかわりを作りながら生活状況や地域課題を把握する。
  - ⑦心身機能や家族状況・経済状況等の多角的なアセスメントを実施し、生命や公共の福祉等への影響・緊急性の有無を判断して対応する。
  - ⑧必要な方に対しては、最低月1回のモニタリングを行う。訪問面談による状況確認を基本とするが、事情によっては、電話あるいは介護支援専門員等からの聞き取りを行う。
  - ⑨相談機会の拡大を図るため、相談支援は訪問面談を基本とする。加えて、地域に出向いて相談会を開催できるよう、社会資源の把握や要望の確認を行う。
  - ⑩相談内容や相談者の内訳等を分析し、他事業の活用による課題解決の可能性を検討する。また、センターの相談機能の強化につなげる。
  - ⑪直営包括・他センターと合同の定例会等で知識の習得や関係者とのネットワーク形成を行う。
  - ⑫3職種の専門性・連携向上および3職種間の業務理解を深めるため、研修等に参加し継続的に技術知識の獲得を行う。(重点項目)

**地域におけるネットワーク構築業務**

- センターの存在を関係者に周知し、今後のネットワーク構築に向けた関係づくりを行う。
  - ①市のパンフレットやセンターのホームページ等を用い、センターの周知を行う。
  - ②センター独自のパンフレットを作成し、相談や関係機関訪問の際にセンター機能の周知を行う。
  - ③他機関と連携し、高齢者の集う場でセンターの紹介を行う。
  - ④介護保険事業所（主に入所系）や医療機関等の関係機関へ出向き、センターの周知を行うとともに、その機能を理解していただき、相互連携を図る。
  - ⑤ネットワーク構築を進めるため、地域の活動状況の把握をする。加えて関係機関や介護支援専門員・民生委員等の関係者からの意見聴取を進めていく。(重点項目)
  - ⑥圏域別地域ケア会議や関係機関等の会議等の企画・参加を通じ、顔の見える関係づくりを行うと

ともに相互の機能理解を図る。

### 実態把握

- 地域の高齢者の生活状況を把握するため、地域活動等へ参加する。
- 相談・情報提供があった場合は、本人との訪問面談を基本とし、生活状況・環境の把握を行う。  
継続的支援が必要な場合は月1回程度の訪問を実施する。
- 民生委員等と連携し、地域住民の生活状況を把握する。
- お元気訪問の実施。
  - ①自治会・サークル等、高齢者の集まる地域活動等へ参加し、生活状況や不安・困りごとに関する情報収集を行う。併せて地域の特性を見出す。(重点項目)
  - ②相談・情報提供を受けた場合は、個別に調整し基本的に自宅での面談を行い、より詳細な状態把握を行う。
  - ③民生委員等と連携し、不安・困りごとを抱えている住民への支援を展開する。あわせて生活状況やの聞き取りを実施し、地域で求められている社会資源が何かを探る。
  - ④市提供の名簿により、介護サービス未利用の方の生活状況を把握するとともに、必要に応じサービス調整等の支援を行う。

### 権利擁護事業

#### 成年後見制度の利用促進

- 判断能力が低下し、意思決定が困難になった高齢者が財産管理や福祉支援を受けるにあたって不利益を被ることがないように適切な制度等の利用を支援する。
- 成年後見制度の理解を深め、その普及啓発を図る。
  - ①成年後見制度について、その制度概要や申し立て等の方法、被後見人等となった後の生活などを説明できるよう、センター職員の理解を深める。
  - ②高齢者の判断能力や生活状況を把握し、制度利用の必要性や他の解決方法について、センター職員の協働で判断する。
  - ③相談に適切に対応し、必要に応じて申し立ての支援を行う。
  - ④成年後見人制度について、情報提供を行うことができるよう各種資料等を整備する。地域の集まり等に出向く際は、内容に応じて制度の普及啓発を組み込む。
  - ⑤後見等の実務を行っている機関や弁護士・司法書士等専門職とのネットワーク形成に努める。
  - ⑥成年後見制度以外にも、財産管理・身上監護等の権利擁護に活用できる社会資源について情報収集し、その利用方法や対象についての理解を深める。併せて、その社会資源を提供する団体等とのネットワーク形成に努める。

#### 高齢者虐待への対応

- 高齢者虐待や可能性がある事例は、行政と連携し本人の権利を護る・安全を確保する対応を行う。
- 虐待発生の可能性がある事例については、継続的にかかわり発生の予防に努める。
  - ①「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の理解を深め、高齢者虐待についてセンター職員が正しく理解する。
  - ②虐待に関する相談を受けた場合は、すぐに行政担当課へ報告し対応について協議する。  
同時に、高齢者虐待対応に関する書類を速やかに作成・提出する。

- ③センター職員は常に2名以上で対応を実施し、随時センター内で情報共有と対応の検討を行う。  
また、センター内で役割分担を行い、養護者に対する相談支援も行う。
- ④虐待対応終了後は、支援の評価や振り返りを実施する。
- ⑤虐待の発生防止と早期発見を目的とした地域住民等への啓発を実施する。

#### 困難事例への対応

- 対象者やその家族の想いを受け止めつつ、困りごとを認識できるよう支援する。
- 支援が困難になっている原因を分析し、状態に応じた対応を行う。
- センター職員が相互に連携し、各専門職の協働による対応を検討する。
- 関係する支援者と連携を図りながら支援する。
- 継続的な支援を行い、状態が変化した際には早期に対処する。
  - ①信頼関係の構築に努め、発信しやすい雰囲気づくりに努める。
  - ②対象者や家族の価値観を否定せず、その人の想いに基づいて実践できることを探る。
  - ③個人の要因・環境の要因・不適切な対応など、支援が困難になる原因を分析し、根拠に基づいて対策を立案する。
  - ④医療・福祉・介護の視点から必要な支援を検討する。
  - ⑤医療機関・法律関係職等の専門職と協働し、必要に応じた側方支援を行う。
  - ⑥解決に至らない場合、継続的にモニタリングを行い状態の変化を早期に把握する。これにより状態の悪化防止を図るとともに、緊急性が高い場合は早急に対処できるようにする。

#### 消費者被害の早期発見と防止

- 高齢者が消費者被害にあわないよう常に動向を把握し、発生予防の啓発を行う
- 被害発生時は関係機関等と連携し、解決のサポートを行う
  - ①被害の発生や防止、発生時の対処方法について理解を深め、センター職員が消費者被害を正しく理解する。
  - ②消費者被害の発生に係る高齢者の行動や被害の動向に関し、メールマガジン等を活用し日常的に情報を把握する。
  - ③被害発生時に必要な対処や情報について学び、適切に対応できる体制を整備する。
  - ④被害の発生や疑わしい事例について相談を受けた場合は、消費生活センターや警察等と連携し対応を行う。
  - ⑤地域の高齢者や関係機関に消費者被害の防止に関する啓発を行うとともに、被害や疑わしい状況の有無を確認する問いかけを行う。

#### 包括的継続的ケアマネジメント事業

##### 包括的・継続的なケア体制の構築業務

- 医療機関や介護事業所、その他福祉関係機関等に出向き、センター機能の周知を図るとともに、顔の見える関係づくりを行う。
  - ①医療機関等、関係機関へ出向いてセンターの機能について説明を行う。
  - ②医療機関等の関係機関の個々の特性を知り、役割や機能に応じたスムーズな連携ができるように努める。

- ③地域の関係機関と連携して、意見交換会や研修会、事例検討会 等を行うことができるよう顔の見える関係づくりを進める。
- ④医療機関や介護事業所等の情報を集約し、高齢者支援に関する連携を図ることができるよう、個々の機能や特性に沿った働きかけを行う。
- ⑤地域の保健・医療・福祉サービス(インフォーマルサービス含む)に関する情報収集を継続的にを行い、地域や関係機関への情報提供を行う。

#### 地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務

- 利用者の支援を通じ、介護支援専門員の抱える不安や要望等を聞き取る。
- 研修等を通じ、介護支援専門員が相互に協力し合える相談しやすい関係を形成する。
- 介護支援専門員間の交流機会を設けられるよう、その手法や要望等を探る。
  - ①介護支援専門員への積極的な声掛けを行い、要望や困りごとなどのニーズを把握する。
  - ②介護支援専門員相互の交流や情報交換の場をどのように設けられるか探る。
  - ③主任介護支援専門員と協働し、介護支援専門員が対応可能な地域の課題を明確にするとともに、解決の方法を模索する。

#### 日常的な個別相談業務

- 介護支援専門員が抱える不安や悩みについてともに考え、解決の方法をともに探る。
- 相談や会話を通じ、介護支援専門員が抱える業務上の課題・地域の課題を把握する。
  - ①個々の介護支援専門員が抱えるケアマネジメント上の課題（居宅または介護予防・施設サービス計画の作成、ケアマネジメント、サービス調整、サービス担当者会議の開催、社会資源の紹介等）について個別に相談に応じ、共に考えながら課題の解決を図る。
  - ②センター職員から問いかけることを心掛け、介護支援専門員が相談しやすい環境・体制をとる。
  - ③個別相談業務を通じて、地域の介護支援専門員が抱える課題を把握する。

#### 困難事例等への助言・相談業務

- 支援困難事例について、介護支援専門員とともに考え行動する。
- サービス関係者以外の支援者を見つけ、チームで支援に当たる。
  - ①支援困難事例については、状況に応じた同行訪問を行う。本人・家族等の支援者とセンター職員も面識を持ち、家族を含めたアセスメントの補助や介護保険以外の制度の導入などのバックアップを行う。
  - ②センター内の各専門職や地域の関係者・関係機関等とも連携し、対応方法の助言や提案等を行う。
  - ③支援に困難をきたしている課題や原因を明確にし、必要に応じて課題に応じた専門職にも協力を求めて個別ケース会議等を開催する。
  - ④③を通じ、本人の自立支援に資するケアマネジメント支援、多職種連携によるネットワーク構築につなげる。

#### 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅における医療・介護のシームレスな連携を確保するため、顔の見える関係づくりを行う。
- 入退院に関する医療機関との連携を行う。自宅へ退院する高齢者については、安全・安心して生活を営むことができるように、活用可能な制度や支援者への橋渡しを行う。

## ○在宅の高齢者の受診に際し、支援が必要な場合の橋渡しを行う。

- ①医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を行う。
- ②入退院時にはMSW等と連携し、連携ツール等を併用しながら介護保険申請や介護支援専門員の調整、状況に応じた入所支援、その他活用可能なインフォーマルサービスの導入支援などを行い、退院後の生活がスムーズに行えるよう支援する。
- ③市・医師会などが開催する会議や研修に参加するとともに、開催支援を行う。
- ④地域住民が集まる場へ出向く際には、在宅医療や介護に関する情報提供を行う。
- ⑤「ありがたい姿」を理解する。
- ⑥ACP や家族支援の理解を深め、支援の技術を向上させる。

## 生活支援体制整備事業の実施

## ○地域住民による支えあい・集まりの場を増やすための取り組みに協力する。

## ○地域の困りごとを知り、解決の方法をともに検討する。

- ①地域住民等多様な事業主体との意見交換会や生活支援体制整備推進会議・地域支えあい会議等に参加し、住民の抱える生活上の困りごとやあったらいいと考えていることを知る。
- ②高齢者の集まり等に参加した際は、地域住民に対し住民同士の支えあいの必要性について普及啓発を行う。
- ③生活支援体制の整備に向け、市と協力して事業の推進に努める。
- ④生活支援コーディネーターと連携し、住民と顔の見える関係づくりを行う。
- ⑤住民が希望する学びの支援や相談対応を実施する。

## 認知症総合支援事業

## ○認知症を抱える本人や家族等の支援者への相談対応や、活用可能な社会資源の紹介と橋渡しを行う。

## ○認知症について理解を深め、偏見をなくす啓発を行う。

## ○認知症を抱える本人やその家族が安心して生活できる地域の実現に必要な取り組みを探る。

- ①認知症サポーター養成講座や認知症高齢者声かけ模擬訓練等の企画や協力を行う。
- ②認知症ケアパスを地域住民や関係機関が有効に活用出来るよう普及に努める。
- ③関係機関や地域とのネットワーク形成及び連携を促進できるよう、地域の団体等との関係づくりを行う。
- ④「認知症カフェ」等の見学や聞き取りを通じ、取り組みの状況や目指すものを体感する。
- ⑤**認知症カフェなどの開設又は開催支援協力を行う。後期中に圏域内に1か所設置を目標として調整を行う。(重点項目)**
- ⑥地域住民や関係機関等に対し、認知症初期集中支援チームについて普及啓発を行う。

## 地域ケア会議推進事業

## ○複数ある地域ケア会議それぞれの目的や開催方法を学ぶ。

## ○会議を通じ、地域に共通する課題を把握する。

- ① 2 か月に 1 回、 圏域別地域ケア会議を開催する。
- ② 地域ケア会議を通じ、悩みを抱える介護支援専門員が支援展開上のヒントを得られるようにする。
- ③ 個別事例の蓄積を通じ、地域で共通する生活課題を分析し、解決につなげる。
- ④ **圏域別地域ケア会議以外に、多職種連携が必要な事例については随時会議を実施する。(重点項目)**
- ⑤ 民生委員やふれあい相談員等との会議も状況に応じ検討し、地域の課題について話す機会を調整する。
- ⑥ 対象者がいる場合は、自立型ケア会議に参加し、地域とかかわり続けられるよう助言を行う。

### 一般介護予防事業

#### 介護予防の普及啓発

##### ○介護予防の知識や必要性を地域住民に周知する。

- ① 介護予防の知識や重要性、介護予防事業の情報について、地域住民への普及啓発を行う。
- ② 介護予防に資する情報を収集し、センター内で共有を図る。
- ③ 介護予防に関する活動に関する啓発方法や独自のチラシなどの周知手段を探る。
- ④ 地域の特性にあわせた介護予防プログラムを企画し、周知する。
- ⑤ 地域の関係機関やボランティア団体と協力し周知や啓発を行う。
- ⑥ センター職員の介護予防に関する知識や技術の習得を継続する。
- ⑦ 高齢者が参加できる場を探るとともに、高齢者自身が活躍できるよう情報提供や動機づけを行う。

#### 介護予防教室の実施

##### ○希望に応じた内容の介護予防教室を開催する。

##### ○センターから教室等の実施を呼びかけることができるよう、集まることができる場所や団体に関する情報を収集する。

- ① 地域からの依頼に応じ介護予防教室を開催する。
- ② 地域の特性や要望にあわせたプログラムを提供する。参加者が自宅でも継続して行える工夫・内容を取り入れ、介護予防の効果を高める。
- ③ 介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と連携する。
- ④ 教室の内容には、関連事業や講座の紹介を取り入れる。また、開催後のフォローアップを行う。

### 介護予防ケアマネジメント事業及び 指定介護予防支援事業

#### 適切な介護予防ケアマネジメントの実施

##### ○介護保険・総合事業についてわかりやすい説明を行う。

##### ○支援状況を適宜確認し、状態の改善を目指すとともに支援量が過剰にならないよう利用者・家族や介護支援専門員への働きかけを行う。

##### ○個人情報の扱いについて同意を得たうえで、規定に沿った取り扱いを行う。

- ① 相談者に対し、介護保険および総合事業の目的・内容・サービスメニュー及び手続き方法等について十分な理解が得られ説明を行う。
- ② 介護予防ケアマネジメントに関する様式は所定のものを使用する。

- ③適宜、介護予防・生活支援サービスの実施状況を把握し、必要に応じ再アセスメントやサービス量の調整を促す。
- ④インフォーマルな社会資源の活用や「できるようにする」工夫なども提案し、介護保険・総合事業だけに頼らない生活ができるようなエンパワメントを行う。
- ⑤要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得る。

#### **公正・中立性の確保**

- ケアマネジメントの委託は、センター基準に沿って行い、特定の事業所に偏ることがないように定期的な確認を行う。
  - ①委託に関する内規等を整備する。
  - ②委託先一覧表による状況把握を毎月実施する。
  - ③センター内で委託状況を共有し、特定の事業所に偏ることが無いよう公正中立に選定を行う。

#### **適切な業務の実施**

- 介護予防ケアマネジメントおよび介護予防支援は居宅介護支援事業所へ委託する。
- 全利用者の状況把握に努め、センター職員すべてがどの利用者の相談・助言等にも対応する。
- 自立あるいは状態の改善を意識した働きかけを実施する。
  - ①委託したすべての利用者の状況把握に努める。
  - ②毎月ケアプラン等の提出状況の確認を行い、定期的に不足帳票の提出依頼や不備の修正を行う。
  - ③計画等の書類提出を受け付けた場合は、支援内容の整合性・必要性および記載事項が正確であるか確認を行う。
  - ④本人の心身状況や家族等の支援状況等を含め、自立あるいは改善の可能性を盛り込んだ計画となるよう助言を行う。

令和 3 年度（2021 年度）  
谷田部西地域包括支援センター  
事業計画（案）

社会福祉法人 筑南会

谷田部西圏域の地域住民を対象として、心身の健康の保持及び生活の安定のための必要な援助を包括的に行い、住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、以下のⅠ 運営体制で職員の力量の向上に努め、またつくば市地域包括支援課の指導・支援を受けながら、Ⅱの事業を実施いたします。

【参考】谷田部西圏域の高齢者の概況（令和3年(2021年)4月1日現在）

日常生活圏域	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率
谷田部西圏域	7,789人	16.83%	1,327人	17.04%
つくば市	47,158人	19.42%	7,858人	16.66%

※圏域の特性として、歴史ある商業・農業等を中心とした地区や複数の団地やつくばTXみどりの駅、万博記念公園駅周辺の開発地区等それぞれの地区の特徴がみられる。また、つくば市7圏域の生活圏域の中で谷田部西圏域の高齢者人口は3番目となるが、高齢化率は5番目である。子育て世代の移住人口が増えている一方で、世代間交流が希薄になっている。高齢者の生活実態が急速に変化し、その中で支援の必要性のある高齢者が増加することが考えられる。

Ⅰ 運営体制

職 種	専 従	兼 務
社会福祉士	1	0
主任介護支援専門員	1	0
保健師（または看護師）	1	0
介護支援専門員	0	1

Ⅱ 業務実施内容

1 包括的支援事業（谷田部西地域包括支援センターの運営）

1) 総合相談支援業務

ア 地域におけるネットワークの構築

- ・ 日常の相談業務でのチラシ配布、民生委員児童委員連絡協議会等への参加、地域の関係機関への訪問等、積極的に広報活動を行い、谷田部西地域包括支援センターの周知に努めます。
- ・ 谷田部西圏域ケア会議で事例検討を通して、地域の関係者、関係機関と連携を図ります。

- ・地域の社会資源を市作成資料の活用や地域の関係者からのインフォーマルな社会資源も含め情報把握に努め、職員間の共有、適切な情報提供を行えるようにします。

#### イ 実態把握

- ・つくば市地域包括支援課から依頼のあった高齢者台帳等に基づく実態把握に調査協力を行います。
- ・日々の相談活動、関係機関、地域の関係者等と協働して、新たな対象者を含め必要な実態把握を行います。

#### ウ 総合相談支援

- ・3職種の専門性を活かし、迅速・適切な対応ができるよう配慮して総合相談支援を行います。

### 2) 権利擁護業務

#### ア 成年後見制度の利用促進

- ・事業所内にパンフレットを置き、地域住民に啓発・利用促進に努めます。相談活動において利用の必要があると考えられる地域住民またはその親族等に対して、パンフレットを活用し説明を行い、つくば市成年後見センター等関係機関と連携を図ります。

#### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づき、速やかに状況把握を行い、つくば市地域包括支援課と連携を図り、適切な対応を行います。
- ・つくば市地域包括支援課の作成するポスターの掲示、パンフレットの活用等により、啓発を行い、予防や早期発見につながるようにします。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議、権利擁護研修会へ参加し、対応業務の質の向上や関係機関等との連携強化を行います。

#### ウ 消費者被害の防止

- ・国民生活センターの情報などに留意して、消費者被害の予防に努めます。
- ・地域の関係者等からの情報収集に努め、被害が疑われる事例を発見した場合には消費者生活センターと連携して問題解決を図ります。

### 3) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

#### ア 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築

- ・谷田部西圏域ケア会議を開催し、その中で、介護支援専門員、地域の関係機関との連携を図ります。
  - ・介護支援専門員が介護保険サービス以外のインフォーマルな社会資源を活用できるように、情報の把握、提供に努めます。
- イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用
- ・つくば市ケアマネージャー連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会に参加協力をします。
- ウ 日常的な個別指導・相談
- ・介護支援専門員に対して、個別相談の対応や、居宅サービス計画作成、ケアマネジメント過程における課題等相談助言等の支援を行います。
- エ 困難事例等の相談・助言
- ・支援困難事例について、各専門職や関係機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、介護支援専門員に助言し、ケースにより協働して対応します。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### 1) 在宅医療・介護連携推進事業への協力

- ・地域住民、地域の医療、介護関係者から相談を受けつけ、連携の調整や社会資源の紹介を行います。
- ・つくば市が作成する「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」「多職種連携のためのツール」等を有効に活用します。
- ・つくば市地域包括支援課が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努めます。

### 2) 生活支援体制整備事業への協力

- ・生活支援体制整備事業関連の会議に参加協力します。また、生活支援コーディネーターとの連携・協力を努めます。

### 3) 認知症総合支援事業への協力

- ・認知症サポーター養成講座の開催協力、キャラバンメイト連絡会への参加、認知症カフェへの参加協力を行います。
- ・認知症ケアパスの普及や認知症初期集中支援チームと連携して早期発見、早期治療が行えるように協力して支援していきます。
- ・認知症地域支援推進員の担当を決め、つくば市地域包括支援課と各圏域地域包括支援センターと連携して認知症施策に取り組みます。

#### 4) 地域ケア会議推進事業への協力

##### ア つくば市地域ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力します。

##### イ 谷田部西圏域ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課の協力・支援のもと、2か月ごとに開催し、介護支援専門員、関係機関等とのネットワークの構築を図ります。

### 3 総合事業

#### 1) 介護予防・生活支援サービス事業への協力

##### ア 介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、介護予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

#### 2) 一般介護予防支援事業等への協力

##### ア 介護予防把握事業

- ・つくば市地域包括支援課で高齢者台帳から抽出した谷田部西圏域内の閉じこもりや認知症が疑われる方などの状況把握に協力します。

##### イ 一般介護予防事業【重点項目】

- ・総合相談の内容に応じて、介護予防についての普及啓発に努めます。
- ・地域住民の要望を把握し、介護予防の普及啓発に資する運動教室等を参画します。

#### 4 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となるよう要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者が、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、その心身の状態、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、関係機関との連絡調整を行います。

令和 3 年度（2021 年度）  
荃崎地域包括支援センター  
事業計画（案）

荊崎圏域の高齢者が、住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続できるよう支援します。地域の高齢者等の心身の健康の保持、生活の安定のために必要な支援を包括的に行うため、以下Ⅰの運営体制のもと、Ⅱに記載する事業を市地域包括支援課の指導・支援を受けながら実施します。

【参考】 荊崎圏域の高齢者の概況（令和3年4月1日現在）

人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率
23,185人	8,863人	38.23%	1,244人	14.04%

※圏域の特性は、市内で最も高齢化率が高く、大規模団地が複数あり、団地の高齢化も進んでいます。今後さらなる高齢化の進展が予想されます。一方、要介護認定率は、市内で最も低くなっています。

Ⅰ 運営体制

職種	専従	兼務
社会福祉士	2（1名所長兼務）	0
保健師（又は看護師）	1	0
主任介護支援専門員	1	0
介護支援専門員	0	1

※第1期の2年間の委託期間が令和元年9月30日で満了となり、公募型プロポーザルにて継続選定され、令和元年10月1日から第2期の事業が開始になっている。第2期から社会福祉士1名が増員配置となっています。

Ⅱ 業務実施内容

1 包括的支援事業（荊崎地域包括支援センターの運営）

(1) 総合相談支援業務

ア 地域におけるネットワークの構築

(ア) 地域包括支援センター広報活動の実施

日常の個別相談に丁寧に対応し、チラシ配布やロコミによる広報に加え、荊崎圏域の民生委員・児童委員や併設する社会福祉協議会事業等を通して、各種地域関係者への広報及び相談実践を通じたセンター機能の周知に努めます。

(イ) 荊崎圏域ケア会議を活用した地域関係者や関係機関との連携

荊崎圏域の支援困難事例の検討等を通じて、地域の関係者、各種関係機関との連携強化を図ります。

(ウ) 地域の社会資源把握と活用

市が作成する地域の社会資源を整理した各種資料を活用、職員間での共有及び適切な情報提供に努めます。また、同一拠点にある社会福祉協議会荊崎圏域担当（生活支援コーディネーター）や社協で実施・関与している各種事業（地域見守りネットワーク事業、ふれあい型食事サービス、ふれあいサロン、シルバークラブ育成支援）等をつながりのある既存のネットワークを活かした社会資源の把握と活用に努めます。

## イ 実態把握

日々の相談等を通じて、民生委員等地域の関係者から事前情報を得たり、場合によっては同行訪問するなど、実態把握の際にも、地域関係者と連携した対応を行います。

また、市地域包括支援課が実施する要支援及び要介護1でサービス未利用の方への訪問への協力を行います。高齢者台帳等に基づく実態把握に調査協力を行います。

継続的な状況確認が必要な対象者については、センター職員による電話や訪問等に加え、地域関係者の協力を得ながら、適切な方法での状況確認に努めます。

## ウ 総合相談支援

センター内3専門職の特性を活かし、総合相談支援を行います。必要に応じて、多様な専門職や地域関係者と連携し、寄せられる相談に適切な対応ができるよう努めます。

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

成年後見制度に関するパンフレットを置き、必要時活用するとともに、制度理解を深め、利用促進に努めます。実際の相談では、市地域包括支援課や、本会が受託している「つくば成年後見センター」、法テラスなど法律専門職、権利擁護関連機関との連携対応に努めます。

### イ 高齢者虐待への対応

(ア)つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行います。

虐待対応においては、複眼的視点による評価が重要であり、市地域包括支援課と連携を図り、適切な対応を行います。

(イ)市地域包括支援課が作成するポスターの掲示やパンフレットを活用するなど、様々な機会を捉えて虐待の予防に努めます。

家族（介護者）支援の視点を忘れず、常に支援を必要とする本人と家族への双方支援を基本に関わります。

(ウ)つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議へ参加し、関係機関との連携強化や課題の共有を行います。

### ウ 消費者被害の防止

(ア)高齢者訪問等でいわゆる「点検商法」「訪問販売」「振り込め詐欺」など、消費者被害が疑われる事例については、市消費生活センター等と連携し、更なる消費者被害の未然防止と相談を受けた具体的な事案についての問題解決を図ります。

(イ)国民生活センター発行の「見守り新鮮情報」などを有効活用し、最新の情報把握に努めるとともに、昨今の状況を鑑み、訪問時等必要に応じて例えば、新型コロナワクチン詐欺など最新情報の提供等を行い、消費者被害の傾向に関する情報発信と発生防止に努めます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

ア 包括的・継続的なケア体制の構築

(ア) 介護支援専門員からの事例相談に対して、地域の多様な関係機関との連携を支援します。

(イ) 市地域包括支援課が作成する「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」をはじめ、把握しているフォーマル・インフォーマルの各種社会資源情報を活用し、介護支援専門員の支援に努めます。

(ウ) 家族支援を要するケース等については、必要に応じて、市地域包括支援課はもとより、市関係各課や関係機関と連携した対応ができるよう、個別事例の内容に応じて、ケアマネジャーを多方面からバックアップできるように努めます。

(エ) 荃崎圏域内のインフォーマルな新たな社会資源の情報についても、社会福祉協議会荃崎圏域担当である生活支援コーディネーターとも連携して、情報把握に努めます。

イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

つくば市居宅介護支援事業所連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会等についても参加・協力します。

ウ 日常的な個別指導・相談

介護支援専門員に対する個別相談の対応、サービス担当者会議への出席等、より良い支援につながるよう求められる役割を見定め、適切な対応に努めます。

エ 困難事例等の相談・助言

介護支援専門員が抱える困難事例については、「共に考える姿勢」「共感的理解」を基本に、必要な各種制度や手続きの案内、各専門職や関係機関へのつなぎ等、求められる後方支援の役割が果たせるよう努めます。

2 包括的支援事業（社会保障充実分）

(1) 在宅医療・介護連携推進事業への協力

ア 市が発行する「ハートページ」や「在宅医療と介護のサービスマップ」、「ツクツク見守りたい」、「お薬手帳の有効活用チラシ」、「つくば市内病院のケアマネ等専門職窓口一覧」、「つくば連携タイム一覧」等を有効に活用します。

イ つくば市地域包括支援課が主催する会議や研修会、講演会等への参加にも努めます。

ウ 相談事例の主治医との連絡調整や必要に応じた受診支援などを通じて、相談できる医療機関とのつながりを大切に、その輪を広げていけるよう心がけます。

(2) 生活支援体制整備事業への協力

事業関連の会議には、各種事業を通じて地域の社会資源とのつながりをもつ社会福祉協議会荃崎圏域担当（生活支援コーディネーター）を中心に、委託地域包括支援センターも、個別支援をはじめ有機的な連携・協力に努めていきます。

(3) 認知症総合支援事業への協力

ア 「オレンジカフェ in くきざき」をはじめ、キャラバンメイト役員会、圏域内を中心とする認知症サポーター養成講座等にも参加、協力します。

総合相談を通じて、認知症診断可能な医療機関の医師や専門医との関係を深め、早期発見、早期対応に努めます。

イ 徘徊高齢者の対応では、「徘徊高齢者 SOS ネットワーク」への登録や「はいかい高齢者家族支援サービス事業」等の案内、適切な医療機関や施設利用、在宅での援助関係者へのつなぎや後方支援に努めます。

ウ 認知症地域支援推進員を配置し、必要な研修等の受講、市地域包括支援課との情報共有や連携に努めます。

(4) 地域ケア会議推進事業への協力

ア つくば市地域ケア会議

市地域包括支援課が主催するつくば市地域ケア会議に必要な参加協力を行います。

イ 茎崎圏域ケア会議

多職種が協働して個別事例の課題解決を目指した検討を重ねることによって、ケアマネジメントの実践力向上、関係機関とのネットワーク強化や地域の社会資源との連携、地域課題の把握に努めます。

3 総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業への協力

ア 介護予防ケアマネジメント事業

要支援者及び日常生活支援総合事業対象者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状態や置かれている環境等に応じて、高齢者本人・家族の選択に基づき、介護予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。また、必要に応じて市が実施する短期集中予防サービス「訪問型サービスC」の案内等を行います。

新規利用相談については、事業所の受入情報等については「MILMO net」等も活用し、常に最新情報の把握に努め、適切な情報提供及び連絡調整に努めます。

(2) 一般介護予防支援事業等への協力

ア 介護予防把握事業への協力

茎崎圏域内の高齢者台帳等から抽出された介護予防訪問等に必要な協力を行います。

イ 一般介護予防事業

総合相談の内容に応じて、地域で行われている各種体操教室や介護支援ボランティア制度、脳元気アップ教室、つくば市地域リハビリテーション活動支援事業の案内を行う等介護予防の意義や知識の普及啓発に努めます。

#### 4 指定介護予防支援事業

介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が、介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、その心身の状態や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、関係機関との連絡調整を行います。

### Ⅲ 重点項目

#### 1 地域で支援を必要としている方の発見と支援

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、地域ニーズの潜在化が危惧されます。地域で気になる方の発見と支援に関しては、民生委員をはじめとする地域関係者との連携支援に努めます。

#### 2 対応における多様な職種との連携支援

複雑多様化している相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していくために、多様な職種や関係機関とのつながりや連携・協働を心掛け、必要な本人・家族（介護者）支援に努めていきます。

## 会 議 録

会議の名称		令和 3 年度第 2 回つくば市地域包括支援センター運営協議会		
開催日時		令和 4 年(2022 年) 2 月 3 日 (木) 開会 14 時 30 分 閉会 16 時 30 分		
開催場所		つくば市役所本庁舎 2 階 会議室 204		
事務局 (担当課)		地域包括支援課		
出席者	委員	山中会長、河野副会長、飯塚委員、挾間委員、海老原委員、鈴木委員、飯泉委員、稲葉委員、成島委員、加園委員		
	その他	【欠席委員】佐藤委員、小林委員、東稲葉委員、山田委員		
	事務局	会田課長、飯島補佐、風見保健師長、松尾係長、坂本係長、山村主事、松原筑波地域包括支援センター長、井ノ口大穂豊里地域包括支援センター長、鬼久保谷田部東地域包括支援センター長、平林谷田部西地域包括支援センター長、寺田桜地域包括支援センター長、長岡荃崎地域包括支援センター長代理		
公開・非公開の別		■公開 □非公開 □一部公開	傍聴者数	0 名
非公開の場合はその理由				
議題		会議次第による		
会議録署名人		確定年月日	年 月 日	
会議次第	1 開 会 2 あいさつ 3 議 題 (1) 令和 3 年度(2021 年度)地域包括支援センター実績報告について (2) 令和 4 年度(2022 年度)地域包括支援センター事業計画について (3) その他 4 閉会			

<p>事務局 (山村)</p>	<p>&lt;審議内容&gt;</p> <p>お手元の資料 1 及び資料 2 を御覧ください。</p> <p>つくば市地域包括支援センターの実績及び計画について説明します。詳細は添付の資料のとおりです。</p> <p>まず、こちらは相談実績です。令和 3 年 4 月 1 日から 11 月 30 日まで、つくば市及び各委託センターの相談件数です。集計の都合上、重複や件数の差があります。御確認ください。</p> <p>続いて市の実績に移ります。令和 3 年度は、地域包括支援センター・在宅介護支援センターの定例会を通して、地域における関係者のネットワーク構築を図るとともに、地域包括支援センターの対応的な対応の総合的なレベルアップを進めることを重点目標として、総合相談支援、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業等の事業を行いました。</p> <p>総評として、包括支援係としては、親族関係不良、支援拒否、8050 等、多様かつ複合的な困難事例への対応を行っております。今後、直面する課題に対応するため、市とセンターとの連携を強化するとともに、センター運営の課題改善、体制整備に努めてまいります。</p> <p>認知症総合支援係としては、「共生」の考えのもと、認知症サポーター養成講座の実施、認知症地域支援推進員を配置し活動計画の検討や認知症を知る月間の啓発活動等を行っております。今後は、認知症地域支援推進員とともに、市民に寄り添い、認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる地域づくりを進めていきます。</p> <p>介護予防係としては、コロナ禍の高齢者の介護予防と継続的な支援、専門職支援、地域での支援体制構築を目的とし、介護予防訪問等や教室等の事業を実施いたしました。また、専門職向けに圏域別ケア会議等を実施し、生活支援体制整備事業等により地域課題に対する具体的取組みが展開されました。今後は、介護予防訪問や教室を継続するほか、介護支援専門員等の対応力の強化を進め、質の高いケアマネジメ</p>
-----------------	--

<p>山中会長 筑波</p>	<p>ントを目指します。地域ケア会議や生活支援体制整備事業を活用し、地域ケアシステムの体制及び地域づくりを進めます。</p> <p>令和 3 年度の重点項目については、少しずつ進んでいる状況にありますが、継続して取り組むこととしたいと考えております。</p> <p>以上の内容から、事業計画においては、令和 3 年度の重点目標に継続して取り組むこととし、これから述べる複数の重点項目を設定し、令和 4 年度の事業を進めます。</p> <p>総合相談支援では、センター定例会において、各種勉強会（家族介護者支援、ひきこもり、高齢者虐待等）を開催。委託センターが地域の課題を把握し、圏域に応じた地域包括支援のネットワークを構築できるよう支援します。</p> <p>在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療等に関する研修・意見交換の企画及び実施に取り組みます。</p> <p>生活支援体制整備事業では、第 2 層協議体会議において、地域住民同士の話し合いの場から取組み事例を共有し、解決すべき地域課題を導き出し、住民主体の支えあい活動の創出を支援します。</p> <p>認知症総合支援事業では、認知症地域支援推進員を各センターに 1 名ずつ配置し、連携を強化しながら認知症施策に取り組む体制を構築します。</p> <p>地域ケア会議推進事業では、圏域別ケア会議において、個別ケースの検討で課題解決を重ね評価検証を行うとともに、地域共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発に繋げます。</p> <p>簡単ですが、令和 3 年度の実績報告及び令和 4 年度の事業計画は以上です。</p> <p>次は筑波地域包括支援センター、御説明お願いいたします。</p> <p>筑波地域包括支援センターの松原です。資料は 3 になります。</p> <p>令和 3 年度の重点項目である総合相談に対して、地域の特性である近隣親戚等の関係性の把握に努め、対応に当たりました。</p>
--------------------	--

複合的な課題に対し、関係機関や関係者との連携、ネットワークづくりに取り組みました。一方、地域へ出向いての広報や相談はほとんどできない状況でした。感染症を踏まえて、広報のやり方を考え、充実させたいと考えております。

総評としまして、地域住民の身近な相談窓口として、アルコール依存症や障害者支援、精神疾患等、高齢者に限らず、家族の中の複数の問題に対して、地域のケアマネジャーや民生委員等に協力を仰ぎ対応してきました。市の関係機関や社協、障害相談員等と連携し、支援を継続しています。

圏域の中でも、地区によって相談件数の差も見えてきています。筑波包括との距離や筑波圏域の中でも地区の差を感じる場所があります。生活支援体制整備事業の会議でも、温度差は感じる場所です。筑波圏域では、感染症が広まると相談件数が減少し、感染が収まると相談が一気に多くなる傾向が見えています。この傾向を踏まえて、定期訪問の調整や緊急対応を考慮し対応していきます。

介護保険の要であるケアマネジャーと共に、地域の特性である近隣親戚関係の支援を引き出しながら支援してきました。ケアマネジャーとのネットワークを活用することで、連携を深め、動きやすい地域を目指します。また、ウェブでの会議や研修への参加機会も多くありました。

令和4年度の事業計画についてです。

重点項目については、総合相談を重点に継続して実施していきます。

地域に出向いた広報や相談の実施を行い、地域の方との関係性を築き、相談者への支援ネットワークを作れるよう活動します。

専門性を生かした相談支援ができるよう、主担当を置き、情報を共有するとともに、支援が途切れないよう努めていきます。

相談の課題の中には、成年後見制度利用や、虐待に繋がるものもあり、早期の対応や支援に繋げられるよう対応していきます。

<p>山中会長 大穂豊里</p>	<p>包括的継続的ケアマネジメント支援では、地域におけるケアマネジャーの連携を深め、ケアマネジャーが活動・連携しやすい地域を目指し、独自のネットワークの活用で、情報の発信、共有を図ります。</p> <p>地域ケア会議において、多職種の参加を促し、地域のネットワーク強化を目指します。地域課題を共有することで、問題提起し、社会資源開発に繋がるよう、関係機関と連携し対応していきます。また、地域性を考えて、地域住民の方の参加を促すことで、地域課題解決に繋がるネットワークの一翼を担う役割になることも期待できると考えております。</p> <p>続けて大穂豊里地域包括支援センター、御説明をお願いいたします。</p> <p>大穂豊里地域包括支援センターの井ノ口です。資料は4になります。</p> <p>まず令和3年度事業実績報告を行います。</p> <p>詳細については添付の資料の通りです。</p> <p>当センターは開設3年目を迎え、地域住民や民生委員の方から多くの相談が寄せられるようになりました。</p> <p>令和3年度は総合相談支援においてより専門性の高い対応ができることを重点目標として挙げ、つくば市地域包括支援課の地区担当職員と経過や課題について共有し支援策を協議しながら対応を進めてきました。また、生活支援改正整備事業への協力、認知症や介護予防の啓発、交流参加の場の提供、居場所づくりとしての認知症カフェ開催を重点項目として上げ、事業を進めてきました。</p> <p>総評として、まず一つは、地域住民や民生委員、関係機関からの相談も増え、身近な相談窓口としての認知度も上がってきました。閉じこもりや、体力低下、心的ストレスを抱えた高齢者の相談も多く、新型コロナウイルス感染症拡大の影響が持続しています。</p> <p>独居高齢者世帯に加え、特に認知症や精神疾患等多重課題を抱えた世帯の相談が増えてきています。</p> <p>本人や同居家族からの相談ではなく、近隣住民からの相談も増えてお</p>
----------------------	--

り、その場合の介入の仕方や支援策についてセンターだけではなく、市や生活支援コーディネーター、認知症初期集中支援チームや専門医療機関と連携をとることが増えました。

課題を抱えながらも相談窓口に繋がらない、支援拒否、金銭的問題等多重に課題を抱えるケースも多く、各専門機関との連携は必須であることを実感しています。そのため、多職種、他機関との連携や役割分担の重要性を感じています。

続いて、令和 4 年度の事業計画において、重点項目として四つ挙げています。

一つ、総合相談支援においては、総合援助を技術の向上を図り、質の高い相談支援を提供できるよう機能強化を図り、他の地域包括支援センターとの情報や課題共有、事業の現況評価を行います。社会資源の活用等、他の委託センターとの情報共有もできるようにしたいと思います。

二つ目、包括的継続的ケアマネジメント支援事業支援業務として、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との関係を良好に保ち、要支援者や支援困難ケースの対応や職域での課題を共有し、解決に向けて協働していきます。

三つ目、生活支援体制整備事業の第 1 層第 2 層協議体会議に加え、第 3 層協議体会議に参加協力し、地域の一員として、また、生活支援コーディネーターと連携しながら事業の促進を図ります。

四つ目、認知症総合支援事業では、認知症サポーター養成講座の開催への協力、認知症ケアパスの普及や、認知症初期集中支援チームとの連携等を通して事業推進を図ります。また、引き続きオレンジカフェを開催し、認知症の予防や知識の普及に努め、地域の高齢者の居場所づくりを進めていきます。

委託センターには日々、住民や家族、民生委員やふれあい相談員、関係機関、介護支援専門員等から多くの相談や情報提供、問合せが入りま

<p>山中会長 谷田部東</p>	<p>す。電話が鳴りやまない日や、時には夜間土日、また他の圏域から他市町村の方の相談が入ることもあります。職員はそれぞれ複数のケースの対応に追われています。対応するケースの中には多重課題を抱えていたり、身寄りがなく支援するための十分な情報が得にくいこともあります。納税状況や保険情報等、アセスメントするための正確な情報を得ることや、正当な支援方針を進めていく上で、他機関との連携が不可欠なケースも多いため、医療機関や介護事業所等の他、特に行政や社会福祉協議会とのネットワーク機能を強化する必要性を強く感じています。</p> <p>日々寄せられる相談の一つ一つに丁寧に対応すること、継続的な支援や関係機関への繋ぎの役割を行えるよう職員の専門性向上を図りながら、地域の関係機関との更なるネットワーク構築、介護支援専門員との連携、地域住民による自助、公助、共助の意識を高める活動を進め、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりに貢献していきたいと思えます。以上、大穂豊里地域包括支援センターの報告を終わります。</p> <p>続きまして谷田部東地域包括支援センター、説明をお願いいたします。谷田部東地域包括支援センター鬼久保です。資料は5になります。</p> <p>令和3年度、重点項目です。</p> <p>地域がどんな地域なのかという情報の収集とそこにある生活課題が何なのかという情報収集に努めること、その中で地域にお住まいの方々とネットワークを築いていくことを課題として挙げています。センター内部では、それぞれの3職種の専門性が何なのかをしっかりと見極めながら自分たちの専門性を高めるための取組みと実践を継続していくことを目標としました。認知症支援の面では、認知症カフェ設置に向けた活動を進めていくことを目標としています。地域でのネットワーク形成に加えて、地域で暮らす人の個別の課題を解決するために随時型のケア会議、カンファレンス開催を目標としました。加えて福祉ニーズを抱える方、高齢の本人だけではなく、家族を含んだ支援、それ</p>
----------------------	--

から支援に必要な関係機関とのネットワーク形成に努めること。ワンストップ窓口として、高齢者に限らず幅広い相談対応ができるように、情報収集とスキルアップに努めることを重点項目として挙げています。

総評です。包括支援についてです。今年度4月からセンターが移転して、実際の生活圏域に設置して本格的な稼働となっています。相談については、電話だけではなく極力自宅に伺って生活状況を把握しながら必要な支援を調整しています。本人から聞くだけではなく生活状況を目で見ると、あるいは御家族と会う中での課題分析を行っています。その多くは高齢の方に関するのですが、やはり他の圏域でもあるように御親族の支援が必要なケースが増えており、現在30～50代の方についても、医療福祉、繋げるための支援を並行して行っているのが実情です。重層的な課題を抱えている家庭が非常に増えていますので、センターだけでは対応しきれないことを実感しているところです。こういった課題の解決にあたって、行政をはじめとする関係機関等、民間の関係機関等と連携しながらネットワーク拡大を継続しています。今後は個別援助にとどまらず、地域のたくさんの団体ともネットワーク形成を進めながら支援を継続していきたいと考えています。

認知症総合支援です。安心して生活できる地域づくりを目指して、認知症サポーター養成講座の事業に取り組んでいます。また、本人の思いを何とか形にしたいということがあり、認知症を抱えた若年性認知症の方の相談を受けた経緯から本人がやりたいと言っている山登りを支援するボランティアチームを組織することができました。大勢の方にサポートを展開するのは難しいとは思いますが、今後も一人一人の思いに寄り添いながらできる活動を地域の中に作り出していきたいと考えています。

介護予防です。こちらは、一般介護予防事業については訪問の際に周知活動を行い、必要な方には継続的にモニタリングを行い、必要な支

援に繋げています。

生活支援体制整備事業については、SCと連携を密にしながら、お互いの会議に参加したり、地域の活動を行う住民の方々のところに出向いて顔の見える関係づくりを進めたり、勉強会等へ講師としてお供させていただくことが増えています。

地域ケア会議についてです。初めての取組みでしたので、この会議が目指すものや手順を研修や実際の会議を通じて習得することができています。地域課題、個別課題の解決に、より効果的な会議になるように、どういった方法がいいのかを今後も探っていきます。

介護支援専門員の皆さんとは、日々連携をとりながら、随時同行訪問をしたり、来ていただいて情報交換をしたりといった形で支援を継続しています。今後もこちらも継続していきます。

来年度です。在宅介護医療連携事業のところで重点的に活動していきたいと考えています。なかなか在宅復帰が難しい方々がいらっしゃいますので病院等と連携をしっかりとって、できるサポートをしながら自宅での生活を支援していきたいと考えています。それから、医療との連携ネットワークがまだ少ないと感じていますので、できるだけたくさん関係者の方々と繋がっていく取組みをしていきたいです。

生活支援体制整備事業です。協議体に参加するだけでなく、SCと連携しながら、新たな集まる場や勉強の場に協力していければと思っていますし、実際にそういった活動をしている方々から声がかかるようになってきたところで、もっとネットワークを深めていければと思っています。

認知症総合支援事業についてです。こちらも継続的に認知症について知っていただく活動を行っていきます。併せて、センター圏域に認知症カフェを開設していきたいと考えております。具体的に打ち合わせも始まっていますが、コロナの感染状況を見ながら開設のタイミングを図っていききたいと考えています。それから認知症の本人が活動の中

<p>山中会長 谷田部西</p>	<p>心になってできる取組みも今後も行っていきたいと考えています。</p> <p>非常に幅の広い相談が増え、介護保険だけでは解決できない課題が多いのが現在の印象です。もう少し地域の中に入っていきながら、そういった課題をどう解決できるのかを探りながら、来年度は取り組んでいきたいと考えております。</p> <p>もう一つ、記載がないのですが、この実績報告を提出した後に職員の退職異動が相次ぎました。現在、欠員がある状態で対応を行っています。3月には3職種全部揃う予定になっていますが、支援の中での心の揺れや心理的な負担が大きい支援があったというところでは、地域住民の方もそうなんです、働く職員のメンタルケアもしっかりとサポートできる体制を支援センターの中で作っていかないといけないということもあり、こちらも来年度は改めて課題として加えていきたいと考えております。</p> <p>続きまして、谷田部西地域包括支援センターお願いいたします。</p> <p>谷田部西地域包括支援センターの平林です。資料は6になります。</p> <p>詳細については添付の資料のとおりになります。</p> <p>令和3年度の重点項目として、地区長、民生委員との繋がりから、地域の中での集まりの中で、地域包括の周知と介護予防教室を計画するという事で挙げました。圏域の特徴として、歴史ある商業、農業等を中心とした地区や、団地、TX沿線の開発地区等、それぞれの特徴があって、地区によって高齢化率の方にも違いがあるのを普段の活動の中で感じているところです。</p> <p>総評です。地域に身近な相談窓口としましてセンターが設置され、今年度で3年目となりました。大分周知されたということもあり、地域住民や関係機関等から多くの相談が寄せられます。相談内容としては、認知症、支援拒否、8050問題、精神疾患、末期がん、高次脳機能障害等、相談内容も多様化しているのを感じます。その中で、急な対応を要することや、支援に繋がるまで時間や労力を要するケースもあります。</p>
----------------------	--

<p>山中会長 桜</p>	<p>市と連携したり、定例会でグッドプラクティスの共有等を行うことで日々実践力の向上に繋げています。</p> <p>圏域別ケア会議やケアマネジャー連絡会等を通して、介護支援専門員に対する支援を実施しています。コロナ禍でオンラインでのやりとりも増え、主としてこちら側で実施することもできるようになり、状況に合わせ活用ができるようになってきています。また、社会資源の情報発信について、今年度、圏域の介護支援専門員の居宅事業所にメールを活用していち早く情報を発信する取組みも行えるようになりました。</p> <p>現在、コロナ禍により地域の集まり等が自粛されている中で、市と連携しながら介護予防と継続的な支援は実施してきましたが、相談対応に翻弄されてしまっているところがあり、介護予防のため地域に出向くことが具体的に進められるような取組みを考えながら今後行っていきたいと考えております。</p> <p>今後についてです。令和 3 年度の重点項目については継続とさせていただいて、幅広い知識、実践力向上に努めながら、地域住民や民生委員、関係機関等との連携をより強化して、総合相談支援が行えるように努めていきたいと考えております。各圏域センターの横の繋がりということで、3 職種それぞれの顔の見える関係作り等も積極的に行っていききたいと思っております。そういったところで、実践力の向上に努めていければと考えております。</p> <p>次は桜地域包括支援センター、お願いいたします。</p> <p>桜地域包括支援センターの寺田です。資料は 7 です。</p> <p>詳細は記載のとおりです。</p> <p>令和 3 年度の重点項目としては、マンションが多く立ち並んでいる地区なので、そこに若い世代の方が多く呼び寄せる地区になっています。引き続き長期のコロナ禍にありますが、更なる全世代間、地域連携でのネットワークの構築と強化をしていきます。</p>
-------------------	--

総評としては、センターの周知が進み、相談経路、相談内容が多岐にわたっています。その中でも、重層的課題を抱えている世代への支援には時間と労力を要します。センターのみで解決できない場面に、ワンストップで相談できる窓口機能を果たしつつ、多機関と連携し支援を進められる体制づくりに努めます。

介護保険の申請から認定結果通知後、介護サービス利用するまでの一連の相談が増加しました。地域住民の誰もが必要なサービスを受けることができるよう、居宅介護支援事業所及び関係各機関と連携しつつ支援を行いました。今後も各機関との連携強化に努めたいと思います。見守りや継続的支援が必要な高齢者宅へ訪問し、お元気訪問も行いました。

民生委員児童委員連絡協議会、地域支え合い会議に出席し、地域で活動しておられる方々と顔の見える関係の構築に努め、誰もが安心して尊厳ある地域で、暮らしやすいような地域づくりを目指します。

包括的継続的ケアマネジメントの中では、介護支援専門員から困難事例の相談が増加しました。内容は複雑多岐に渡っており、各事例について担当の介護支援専門員からの事例の詳細を確認しながら、介護支援専門員だけではなく、様々な関係機関と連携し、対応方法について検討及び支援を行いました。

桜圏域ケア会議を通して、外国人、ACP、アルコール依存問題、家族関係、生きがい、疾病、認知症、独居、見守り体制、債務等多岐にわたるテーマで事例検討を行いました。

地域における社会資源を調べ、介護支援専門員を初め、多職種への周知を心がけました。

令和4年度の重点項目としては、まず総合相談支援業務としては、日常の相談業務を行う中で、チラシの配布等を通してセンターの広報活動を実施していきたいと思います。特に、マンション居住者への周知、総合相談支援業務としては、家族介護支援、ひきこもり、生活困窮、入

<p>山中会長 荃崎包括</p>	<p>退院支援、成年後見、障害福祉、虐待等の各種勉強会に参加し、重層的課題を持つ地域住民への総合相談に対応したいと思います。</p> <p>包括的継続的ケアマネジメント支援業務としては、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、助言等を行います。</p> <p>地域ケア会議推進事業としては、個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うとともに、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや、新たな資源開発に繋げます。</p> <p>以上、令和 3 年度桜地域包括支援センター事業実績報告及び、令和 4 年度桜地域包括支援センター事業計画を終わります。</p> <p>最後、荃崎地域包括支援センターお願いします。</p> <p>荃崎地域包括支援センターの長岡と申します。詳細は添付の資料 8 に基づいて、実績報告及び事業計画を説明します。</p> <p>令和 3 年度は、寄せられる個々の相談に丁寧に対応することを基本に、複雑多様化する相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していけるよう、地域関係者や多様な専門職及び関係機関との連携や協働を通じ、総合相談、権利擁護、包括的継続的ケアマネジメント等、必要な支援をしてまいりました。</p> <p>圏域の特徴として、本センターは平成 29 年に設置され丸 4 年が経過しました。担当している荃崎圏域は市内で最も高齢化率が高く、大規模団地や農村地区等、地域住民の生活環境の違いも多くあることから、相談内容は多岐にわたっています。</p> <p>総評としては、総合相談支援業務として、課題を抱えた高齢者や家族、関係機関等からの相談を受け、支援を必要としていながら適切な制度に繋がっていない世帯等の話を伺い、課題の整理や各種専門機関等への相談等、継続した支援を行ってきました。具体的には、独居や高齢者のみの世帯、認知症の介護、未受診の世帯、8050、障害者のお子さんがある家庭の両親が高齢となり親子共に支援が必要となったケースも多</p>
----------------------	--

<p>山中会長</p>	<p>           かったように思います。            地域包括ケアシステムの構築へ向けて、各種関係機関と連携がとれる体制を構築するために顔の見える関係づくりや、日頃の情報共有、生活支援コーディネーターとの連携を取るようにはしてまいりました。その中で、地域関係者からの相談に速やかに対応できるように努めております。            今後に向けて、圏域内の地域住民や支援関係者のために、あるべき姿を考え、よりよい支援の方法を専門として、対応できるよう、今後も知識や支援技術の向上を図り、地域包括ケアシステムの体制の構築に努めていきたいと思っております。            引き続きまして、令和 4 年度重点項目について説明します。            令和 3 年度も行ってきたように、専門職の特性を生かし、複合的な課題を含む相談に対して、関係機関との繋がりや連携、協働を心がけ丁寧な対応をしていきたいと思っております。            在宅医療・介護連携推進事業では、主治医との連携や受診に向けた支援を行ってまいります。医療機関との繋がりを広げるために、市が実施する意見交換等に参加し、繋がりを強化、相談体制を充実していきたいと思っております。            引き続き、法人本部や市包括支援センター及びこれまで関わっていただいた関連機関と連携を続けながら、高齢者及び地域住民が安心して暮らせる地域を目指して、地域に根差した活動をしていきたいと思っております。荃崎地域包括支援センターからの報告は以上となります。            ありがとうございました。本当に相談活動が行われていることを発表から伺うことができました。まず今年度の取組み、問題について、委員の皆さんから質問等がございましたら、お願いいたします。            山村さんの方に、基本的なことをお伺いします。相談実績を資料 1 にまとめていただいているんですが、延件数が一番上に書かれています。その下に介護日常生活に関する相談というのが圏域ごとに書かれてい         </p>
-------------	--

様式第 1 号

	<p>るんですが、例えば、桜地域は、延件数が 1019 ですが、具体的な介護日常生活に関する相談は 1200 件を超えているんですけど、これは集計方法が違うんですかね。</p>
事務局 (山村)	<p>集計につきましては、介護日常生活に関する相談区分の中に、複数の小項目がある関係で、どちらにもまたがっているものと介護日常生活に関する相談に 2 件扱いに入ってしまうことがあります。</p>
山中会長	<p>そうしますと、延で言ったら一番上のものですけど、それぞれ下のカテゴリーでも細かく分けられていて、足し上げると延で超えたという感じですかね。</p>
事務局 (山村)	<p>はい。そのような形です。</p>
山中会長	<p>分かりました。いずれにしても非常に相談活動が活発に行われていると思います。それでは今日お集まりの委員の皆さん、御質問コメント等ありましたらお願いいたします。</p>
河野副会長	<p>僕からよろしいでしょうか。</p> <p>今、相談実績のところの話があったんですけども、令和 3 年 4 月から 11 月 30 日でこの件数ということは、1 日あたりに直しても結構な数かと思うわけです。そう考えた時に、現場の負担というか、どのくらいこれにエフォートを割かれていて、業務は相談対応だけではないと思うので、どういう影響が起きているのか、あるいはそれほど問題になっていないのか、職員の数の問題とかも含めて、それぞれのセンターの皆さんがどう感じてらっしゃるのがちょっと心配になったので、お聞きできればと思いました。</p>
山中会長	<p>ありがとうございます。少し順にお話しいただければと思います。率直に御意見いただきたいと思います。</p> <p>では筑波地域から、どうですか。</p>
筑波	<p>筑波は感染が収まると電話が鳴りやまなかったり、緊急な訪問が入ってしまったりという対応で正直あたふたする時期があります。11 月 12 月は職員 3 人ですが電話対応と訪問であたふたしてしまったというの</p>

様式第 1 号

<p>山中会長 大穂豊里</p>	<p>が現状ではあります。ただ、1月になって感染がちょっと広がってきたので、定期訪問等を調整しながら対応している現状ではあります。</p> <p>ありがとうございます。大穂地域いかがでしょうか。</p> <p>電話がとても鳴る日もあるんですが、今日は静かだねという日ももちろんあります。センター自体が戸建ての建物になっていて、3人とも外出してしまうとアポなしに来所される方の対応ができないのでなるべくセンターには待機者を1人は置くようにしているんですが、それでも緊急な対応や来所された方がいた場合に、待機者が電話で相談を受けていて来所の方の対応ができないとかいった不都合はあります。</p> <p>今日も私も自宅から参加しているんですが、センターに出勤している職員が2名で対応しているので、センターの中でもし感染者が出たら全員が濃厚接触者になって自宅待機になるので、その場合に業務がどうなるのかという不安を日々抱えながらいる状況です。職員のメンタルヘルスも気にしながら日々の業務を行っている状況です。</p>
<p>山中会長 谷田部東</p>	<p>ありがとうございます。それでは谷田部東、いかがでしょうか。</p> <p>私どものセンターは開設してやっと1年3ヶ月経ったところで、包括の専門性って何なのというそのためのスキルを身につけなきゃいけない中で、訪問もして個別の課題を解決してというのは、何か固定されたステップを踏みながらやってきたわけではないので、職員にとって大変な心理的な負担はあったかなと思います。その中でもしっかりと必要なところに繋いだりどこかと相談をしながらその人にとってのいい方法というのは常に考えながらやってくれているかなと思います。</p> <p>ただ、職員が全員電話を取っていても3本4本の回線全て埋まってしまうことはありますし、外に出て行くのに1人では行かせられない事例に複数で当たっていると事務所が空いてしまうこともあるのが実情です。正直3人、4人ぐらいの体制だとぎりぎりかなと感じています。</p> <p>もう一つ、ちょっと不安を感じることはあるのは、対象の方の中には、ちょっと暴力的な方がいらして、うちのセンターは男性職員がいない</p>

	<p>ので、男性がいるから解決できるということはないんでしょうけれども、外に出ている時の職員の安全確保といった面でも、1人で行くのが不安なことはあるので、そういったところも体制としては確保していかないといけないのかなとも感じます。先日も埼玉で事件がありましたけど、ああいったことになりうるのではないかと考えているところですよ。</p> <p>あとはメンタルケアの部分ですけど、どんなに勉強して配慮していても人の心って揺れ動いたり傷ついたりするので、センターのスタッフだけで頑張るのではなくて、6センター、7センター共通でのサポート体制、支援、勉強の体制、メンタルのチェックの体制も考えていかないと、センター長1人ではやりきれないなあとは感じています。今回の退職1名は心理的な負担からの体調不良、もう1人は理由あって別の部署に異動になったのですが、なかなか後任も見つけづらいので、将来的に欠員が出たときにすぐにフォローできる体制を作っていかなきゃいけないというところでは、相談業務に当たりながらも体制のことを常に考えているという、センター運営側の負担も感じているのが実情ですよ。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ありがとうございます。谷田部西地域いかがですか。</p>
<p>谷田部西</p>	<p>今年度、電話回線が一つしかないというところで苦情が入った関係で、電話回線を一つ増やし、なおかつ携帯電話の方に転送できる仕組み、留守番電話に繋がる形にすることで、メッセージを残してもらって後程連絡する体制をとることができまして、回線を増やしたことで、相談の数は増えております。センターが空っぽになってしまうこともある状況ではあるんですが、併設施設の職員にも留守番対応等、法人の協力もいただいているところです。1人で訪問というのはリスクが高いこともあるので、極力2名で訪問するように意識しております。</p> <p>相談対応の方で四苦八苦してしまうところで、法人に掛け合い、11月から非常勤ですが1名追加、体制強化しております。</p>

様式第 1 号

<p>山中会長 桜</p>	<p>ありがとうございます。それでは桜地域いかがでしょうか。 桜です。うちも3人でやってるんですけども、2年目になり結構電話相談や訪問依頼が多く、2人体制で訪問すると事務所が空になって電話も取れない。携帯に転送にはなってるんですけども。その対応が最近では難しくなってる状態かなというところでは。 職員のメンタル面も、精神的にきつい現場もあるので、前の職員も1年目で3人辞めちゃったことがあるので、ここは自分としてはフォローしている状態です。</p>
<p>山中会長 荃崎</p>	<p>ありがとうございます。それでは荃崎地域いかがでしょうか。 荃崎包括についても、昨年度も今年度も月平均 200 件程度の相談ということで相談票には記録として残っている状況です。圏域としては高齢化率が一番高いこともあり、令和元年度から専門職を1人追加しております。そういった補充をしていただきながら運営しておりますが、今年度は職員の体調不良もあり一時的に人員が不足しています。ただ、その時に法人本部や市の包括の地区担当の方が非常に協力していただき、助けていただきながら何とかセンターを空けないように対応している状況です。</p>
<p>山中会長 河野副会長</p>	<p>ありがとうございました。河野委員何か提案とかコメントとかございましたら。 それぞれの地域でいわゆる困難事例が増えてきているんだろうというところが明らかだと思います。市の問題なのか法人の問題なのか分からないんですけども、横の繋がりでリソースを共有するとかかもしれないんですけども、限られた範囲の中でこの増えてくるあるいは困難になってくるケースに次年度は更にどうネットワークを活用しながら対応していくのかということは、市としても考えていただきたいなと感じました。</p>
<p>山中会長 海老原委員</p>	<p>ありがとうございます。その他の委員の皆さんいかがでしょうか。 いちほら病院介護支援センターでケアマネジャーをしております海老</p>

	<p>原と申します。</p> <p>各地域包括支援センターの皆様方、お疲れ様です。私達の事業所で認知症で悩まれていた御家族様がいたんですけれども、緊急で大穂豊里地域包括支援センターさんの方で相談に乗っていただいて認知症疾患医療センターにスムーズに繋いでいただいたケースがありました。土曜日の夜でも親切に対応していただいて、御家族様からも平穏な生活が戻りましたということで、私も信頼を得られまして、今も関係は良好です。本当に大変な中で、私達も大変助かっております。</p> <p>それと同時に、提案ですけれども、全国的に問題になっていると思うんですが、ICTを使える方と使えない高齢者の中で、ICTを使える人はサービスが受けられるとか、差が生まれている気がします。つくばはそういったところにも力を入れていると思うんですけれども、今後もし可能であれば、例えばスマートフォンとかICTを活用するにあたっての研修や啓発活動等を行うとすれば、コロナ禍で今すぐには無理だと思うんですけれども、今後将来に向けて75歳を超えた高齢者の方でもスマートフォンを使える方が多いようなつくば市を目指す活動ができればと、一ケアマネジャーとして思っております。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ありがとうございます。私と河野委員が関係するところで、昨年度、認知症の電話相談をされてた新聞社にある機関が財政的にやっていけない話があって、寄付とかクラウドファンディングを募って繋いだことがあったんですけども。やはり高齢の方では電話が命綱だったりして、若い世代と違うところがありますので、そういう体制を作っていくとか、既にあるものを周知していくのがすごく大事ななと思いました。</p> <p>ちなみに、よろず相談所ということで各圏域の地域包括支援センターが非常に頑張っていますが、それ以外の電話相談の窓口とか、認知症ケアパスとかそういったところはありませんでしたか。</p>
<p>事務局(坂本)</p>	<p>認知症総合支援係担当の坂本です。</p> <p>地域包括支援センターの方に、相談窓口ということで多くの相談が寄</p>

様式第 1 号

<p>山中会長</p>	<p>せられている状況ですが、つくば市では、認知症に関してはグループホームでも相談を受けられる体制があったり、あとは市の機関ではありませんが、認知症疾患医療センターということで県の指定を受けている市内 2ヶ所の医療機関でも相談を受ける体制を作っております。相談できる場所が複数あるので、そういったところを適切に紹介・周知していくことも、今後更に必要になってくるのかなと感じました。</p> <p>ありがとうございます。相談の経路とか、ここがいっぱいになったらとか、案内するルートというか各圏域の地域包括の皆さんの方でも、筋道みたいになっているといいかもしれませんね。</p>
<p>成島委員</p>	<p>よろしいですか。成島クリニックの成島です。</p> <p>今の件に関して、この相談を見て医療の部分は全体の 10%から 20%ぐらいだと思うんですけど、実際に私、開業して 20 年以上経つわけですけど色々な相談を受けます。その中で、医療の部分が大きい時には当然相談に乗るわけですけど、それ以外ですと地域包括に相談してみたらどうですかと誘導してるわけです。例えば今の認知症とか、まず一番にかかりつけ医に相談する例が多いのではないかと思いますので、かかりつけの先生に相談経路の誘導を周知していただけると。かかりつけの先生が分からないとそこで切れちゃう可能性も十分あると思うんですね。例えば包括に相談するとか、今出たように認知症疾患医療センターに相談してみるとか、身近なグループホームでも相談に乗れることを知らない先生が実は結構多いんですね。その辺り改めてかかりつけ医の先生たちに、ある程度相談が行った時にそこに回せるように周知していただければと思います。</p>
<p>山中会長</p>	<p>貴重な意見ありがとうございます。他の委員の皆さんいかがでしょうか。</p>
<p>飯泉委員</p>	<p>民生委員の飯泉と申します。6 地区の包括支援センターのお話を聞かせていただきまして御苦勞様です。</p> <p>2ヶ月ぐらい前の新聞に高齢者が 3640 万になったと。今後これが増え</p>

<p>山中会長</p>	<p>ていくだらうと。総人口の割合にして 29.1%っていう数字が新聞に出ましたけど、つくば市では今後この高齢化の人数というのはどれぐらい把握しているか。それと、認知症が 500 万人ぐらいになるのではという報道もある中で、認知症の総数はどれぐらいを想定しているかを事務局にお聞きしたいと思います。</p> <p>それからもう一点、東地区の包括支援センター、毎週のように職員の募集をやっているのを見ております。職員が辞める、幅広い相談が増えているというところも先程お話になりましたけども、今後何人ぐらいの職員でやっていくかというのを、聞きもらしたかもしれないので、お聞きできればと思います。</p>
<p>飯泉委員</p>	<p>そうしますと、今後の要介護者や認知症で対応が必要になる大体的見込みを把握しているかということ。それから、各事業所で今何人ぐらいでやっているかということでしょうか。</p>
<p>山中会長</p>	<p>そうですね。</p>
<p>事務局(会田)</p>	<p>最初の質問は事務局の方からどうでしょうか。今後の計画の中でそういったものを把握しつつやっているかということなんですが。</p> <p>地域包括支援課の会田と申します。</p> <p>認知症の方につきまして、把握というのはできていないと言いますか。要介護認定を受けている場合は認知症等の診断がはっきりしているので把握は可能なんですけれども、在宅にいる方については、認知症の相談を受けてはいますが、医療機関にかかっていない方も結構いらっしゃって、認知症なんだろうということでの対応となっています。ですので、あくまでも推定ですが、国の数値でいきますと、2012 年の古い数値ですが大体軽度認知症も含めて 13%です。当てはめると令和 3 年 4 月 1 日現在つくば市内の 65 歳以上の方は約 4 万 7000 人いらっしゃるんで、6000 人を超えるぐらいの推定になります。</p>
<p>山中会長</p>	<p>認知症の方の推定の数については 5 歳ごとに倍々となっていくと思いますので、後期高齢者をどれぐらい各地域が抱えてるかでかなり決ま</p>

様式第 1 号

成島委員	<p>ってくるのではないかとは思いますが、成島委員いかがでしょう。会田課長からもお話がありますように、高齢化とともに実数が上がっていきまして、大体有病率が 65 歳以上で 2020 年ぐらいまだ 12% ちょっとだったんですけど、14% というふうにもあります。推定でいきますと 2025 年問題とよく言いますように、いわゆる軽度認知症以上を含めると大体 700 万人ぐらい、更にその予備軍の認知症、プレというか、入れると更にその 1.5 倍ぐらいいると言われていています。逆にいわゆる介護保険の 2B といったレベルになると数はかなり減るだろうとは思いますが、具体的な実数は地域の人口比、構成比によっても違うと思いますのでかなりラフな数字になってしまうと思います。</p>
山中会長	<p>ありがとうございます。飯泉委員のお話は、おそらく認知症を初め、困難な事例というものを推定しながら今後何とか対応にあたる人数を考えていった方がいいのではということじゃないかと受けとめました。その上で、各センターの皆さん現在何人でやっていて、例えばアウトリーチにもし 2 人で行ってしまうともうそれだけで大変ですので、併設の機関等でバックアップ体制があるかどうか、その辺も含めてざっと教えていただきたいんですが。それでは筑波地域いかがでしょう。</p>
筑波	<p>筑波の方は常時 3 名、プラス兼務で 0.2 の割合でいます。法人のバックアップという点では、うちはほとんど別の事業という考えで、個人情報のあることあるので、ほとんどバックアップは期待できないです。</p>
山中会長	<p>答えづらいところもあるかもしれないんですけど、大事なところなので。大穂豊里お願いいたします。</p>
大穂豊里	<p>うちも 3.2 なんですけども、具体的には金曜日だけ 4 名体制です。他は 3 名。金曜日だけ来る職員が母体の医療法人の仕事をしていて週 1 回ヘルプに来る形です。その 1 名も昨年まで 4.0 でやっていたその職員なので、センターの業務もよく分かっている職員です。2 名体制で安全面の不安があるときには、うちも男性職員がいませんので、今年度ちょっと不安なケースがありまして、その時は母体の法人の男性</p>

様式第 1 号

<p>山中会長 谷田部東</p>	<p>の事務職員に外で待機して同行してもらったことがありました。そのようにやっています。</p> <p>ありがとうございます。谷田部東いかがでしょう。</p> <p>私どものセンター、今現在は 2 名体制になっていますが、3 月 1 日付けで 3 名体制になります。センターとしては 4 名を常時確保しておきたいということで引き続きもう 1 名の募集を継続しています。法人のバックアップ体制ですけれども、どうしても電話に出られないとか訪問・会議等で不在にする場合には、対応については一旦併設施設で受けて連絡先等を把握してもらって、後でかけ直す体制をとっています。日中に限らず、土日、夜中も同様の対応をとっています。ちょっとリスクが高いかなというケースの訪問については、併設の施設の職員に依頼をかけて同行訪問等のバックアップは行ってもらっています。</p>
<p>山中会長 谷田部西</p>	<p>ありがとうございます。西地域お願いいたします。</p> <p>私のところですが、一応 5 名配置とはなっているのですが人員換算としては 3.9 で、1 名は法人の併設施設との兼務なので、常時 3 名いながらもう 1 人 2 人がフォローしている状況です。何かある時には法人の方にヘルプをお願いして手伝っていただき、協力を得ながら活動している状況です。</p>
<p>山中会長 桜</p>	<p>ありがとうございます。桜地域いかがでしょう。</p> <p>桜地域です。うちの現状は 3 人体制で、法人のバックアップは以前はあったのですが、今はほぼないです。</p>
<p>山中会長 荃崎包括</p>	<p>ありがとうございます。それでは荃崎地域いかがでしょう。</p> <p>荃崎ですけれども、配置としては常勤 4 名、プラス、介護予防支援関係の書類のチェックやコメント記入とか契約等の対応していただける介護支援専門員の方で週 3 回居宅と兼務して来ていただいています。現在 1 人常勤職員が欠けている部分については、法人の支部職員が同一拠点におりますので、そちらでも電話等対応いただいたり、法人から来ていただいて、こちらの相談体制が滞らないよう応援をいただいて</p>

様式第 1 号

	<p>整えている状況です。</p>
山中会長	<p>ありがとうございます。話しづらい点もお話しいただいたんですが、それを受けて、飯泉委員の方で何かお考えとかありましたら、いかがでしょうか。</p>
飯泉委員	<p>全員足しても大体 17 名前後で、高齢化率つくば市の場合は、荃崎さんが一番高齢化率が高いんですけども、あとその次の筑波ですか。市としては、会田さん 25 万人弱でしたっけ、つくば市の人口は。</p>
事務局(会田)	<p>はい。24 万ちょっとです。</p>
飯泉委員	<p>24 万で高齢化率が 20 何%でしたっけ。</p>
成島委員	<p>つくば市の高齢化率は 20%弱です。</p>
飯泉委員	<p>ありがとうございます。6 つの包括支援センター合計約 17 名前後で活動しているわけですけども、24 万の 20%は約 4 万 8000 人ですか。これは人数的にどうなんでしょう。成島先生に医療の立場からお聞きします。</p>
成島委員	<p>茨城県では一番つくば市は高齢化率が低いわけですね。ただおそらく 10 年後 20 年後は逆に人口がさほど減らず高齢化率が上がっていくというふうに確かつくば市の報告ではされているはずなので、今から準備しても本当に間に合わないぐらいだと思うので、準備が必要だと思います。</p>
飯泉委員	<p>分かりました。その辺を踏まえた上で、今後の包括支援の役割って本当に大きいと思いますので、人員配置の体制も考えた上でやっていただければと思います。</p>
山中会長	<p>ありがとうございます。今の時点で実際に相談に当たられる方々が苦慮している状況ですので、それから今後の見通しも踏まえて、来年度の体制づくりをしていったらどうかという意見と受け止めさせていただきました。</p> <p>今の点等も踏まえた上で、来年度の事業計画についてコメント等がございましたらお願いいたします。委員の皆さんいかがでしょうか。</p>

様式第 1 号

<p>飯塚委員</p>	<p>飯塚と申します。各センターのお話をお聞きして、大変御苦勞がある中で特徴的な取組みもやってこられて、本当に一生懸命やられておられたことが分かったわけなんです。</p> <p>7月のK P Iの話に繋がっていくんですけども、やはり各圏域横並びでの議論が必要だと思っているんですね。ということは、同じ指標で各センターの取組みを評価すべきじゃないかと。それが運営協議会としての役割の一つだと思っています。</p> <p>私もつくば市の事務事業マネジメントシートを見させていただいてまして、その中に、今回の運営協議会に関わるような目標とその実績が示されてるわけです。例えば、心と体の健康教室の参加人数、要援者に実態把握訪問する件数、認知症カフェの開催数、認知症サポーター養成者数といくつも数値化されてるわけです。市としては、そういった事務事業ごとに積み上げていって、それで目標と実績を評価し、予算と人員の確保に努めていると思うんですけども、各センターも地域の実情において積み上げているんじゃないかなと思っています。あるいはもしかしたら逆になってるのかもしれませんが、各センターの頑張りが分かる形での統一指標は必要と思っていますので、K P Iの進捗状況というか検討状況についてお聞きしたいと思います。</p>
<p>山中会長</p>	<p>実情に合わせたK P Iづくりといったようなことについて、事務局の方からお願いいたします。</p>
<p>事務局(会田)</p>	<p>地域包括支援課会田です。</p> <p>御指摘いただきました数値目標ですけども、包括の定例会で数値目標について協議しております。全体として、数値目標があった方がいいだろうという意見ではあるのですが、何を指標とすべきかについてはいくつか候補があり、地域包括支援センターの認知度の向上、相談先を知らない人の数を減らしていこうとか、関係機関との連携の向上といった話が出ているところです。まだ何をK P Iとしていくかの結論に至っておらず、引き続き検討している状況です。</p>

様式第1号

飯塚委員	<p>先程申し上げましたように、つくば市で事務事業マネジメントシートという中で目標実績を作っていますので、実際にその数値が動いてるわけでしょうからそういったことも検討していただければと思っています。</p>
山中会長	<p>今のお話ですと、目標の数値を挙げる以前に何を目標にしていいかの検討が必要だということでした。色んな問題が出てきましたので、やはり圏域の地域包括の皆さんの要望を元に目標を作って数値化していくことも大事なんじゃないかと思います。</p> <p>例えば集計なんですけれども、相談実績のこのくくりも大事ですが、例えば高負担な相談とかは別集計していくとか、例えば介護拒否の相談や8050問題を各圏域でどれぐらい抱えているのかとか、未解決相談はどれぐらいあるのかとか。また相談だけではなく、難しいんでしょうけれども、アウトリーチとか訪問が取られてしまうと、それだけでも大変だと思います。それがどれぐらいあったのかとか、これは1日だと短時間とか、回数でどうカウントするか難しいんですけども。そういうことから実情が見えてくるのかなと思いました。その辺りも来年話し合っていかれたらどうかとは思っておりますが。</p> <p>その他いかがでしょうか。</p>
加園委員	<p>歯科医師会の加園と申します。</p> <p>前回話題になりました各センターにおいてうまくいった事例やうまくいかなかった事例、そういう情報の相互共有みたいな集まりや会議は行われたんでしょうか。例えば各センターで一つの事例を相談するようなシステムというのは、多少はそういう話し合いってというのはあったんでしょうか。</p>
山中会長	<p>前回グッドプラクティスを共有する仕組みを作っていこうという話がありました。その点についてお願いいたします。</p>
事務局(山村)	<p>地域包括支援課山村と申します。</p> <p>御意見にありました困難事例対応やグッドプラクティスの共有について</p>

	<p>てです。まず多重な課題については、新たな会をというお話もありましたが、そういったものを立ち上げるというよりは、各センター長が集まる機会として以前から存在する定例会の場を活用し、各部門の機能や制度を含む勉強会や意見交換会を行い、スキルアップや体制づくりに努めてきたところです。これまで対応事例報告ということで各センターの各ケース対応の内容について報告をしていたところですが、前回の運営協議会の後、グッドプラクティスの共有も行う体制をとっております。今後も引き続きセンター間の情報共有や連携を進めるために、取組みの共有を図っていきたいと思っております。</p>
加園委員	はい。ありがとうございます。
山中会長	ありがとうございました。他に意見ある方いらっしゃいませんか。
	<p>それでは市それから圏域の地域包括から来年度の事業計画について提示がありましたが、こちらについては進めていただくということによるのでしょうかね。</p>
	<p>その上で今日色々な議論、実情がございました。そういった面について、ぜひ市の地域包括また各圏域の地域包括で話し合っていて、先程集計のお話もさせていただきましたが、高負担なもの等に対してどうしていくか、必要な体制や専門性向上に関する話等について話し合っていただければと思います。</p>
	<p>グッドプラクティスについては共有するようになってきたということですが、お話伺っていると多職種連携の状態についても、各圏域また領域については違うのかもしれませんが、例えば、高齢者虐待については法律とかそういったものができていて、大変難しい問題ですけども流れとか体制はできてきていると思うんですが、8050問題とかは、実際どこどう繋いでいったらいいのかについて、ひょっとしたらないんじゃないかと思うんですよね。そういう筋道とか体制とかはきっと各圏域の地域包括だけでやっていくのは大変なんだろうと思いました。</p>
	そのような点を今日の会議で得たことだと思いますので、今後話し合

事務局 (山村)	<p>っていただけると思います。</p> <p>それではその他に移らせていただきたいと思いますが、事務局の方で、何かございましたらお願いいたします。</p> <p>今質問の中で何点か出たところもあるんですけども、第 1 回の運営協議会でいただいた意見の後の進捗状況についてお伝えいたします。</p> <p>運営方針の改正に盛り込まれた家族介護者支援、地域共生社会、医療と介護のありたい姿について、周知状況ということで御質問がありました。その後の状況として、先程の実績でも話がありましたように、各センターにおいても、家族介護者からの相談や、高齢者に限らない相談が増えています。センターの活動が知られていくと同時に、順次そういった取組みについても周知が進んでいる状況と考えております。</p> <p>医療と介護のありたい姿についても、つくば市ホームページやケアマネ会での研修等によって少しずつ周知が進んでいる状況にあります。</p> <p>人員体制の件について、検討してほしいという御意見をいただいております。これについては、定例会でのグッドプラクティスの共有や、新たに 3 職種の勉強会や、在宅医療の事業で引きこもりや障害の研修を行ったりもしながら対応力を高めている状況ではあります。人員としてすぐに増やすことは難しく、それぞれのセンターや法人において今の人員確保を頑張ってくださいしている状況です。今後も各センターの状況に応じて人員体制については継続して検討していきたいと考えております。また定例会や各センター・市の連携によって対応力を更に向上し、増加する相談に対応していきたいと考えております。</p> <p>もう一点、今後の地域包括支援センターの委託についてお伝えします。令和 5 年 3 月 31 日で各圏域の地域包括支援センターの委託が終了し、令和 5 年 4 月 1 日から新たな契約期間となります。令和 4 年度に委託先の業者をプロポーザル方式で選定を行っていくこととなります。経過等につきましては運営協議会でお伝えいたします。</p>
山中会長	<p>関連することだったと思いますが今説明がございました。</p>

様式第1号

	<p>今日はかなり踏み込んだお話ができたのではないかと考えています。各圏域の方から挙がってきてる高負担、高難度の問題をどれぐらい抱えているのかを数値化していくことと、それに応じて、専門性を高めることと、また人員不足がどれぐらいあるのかということも、これも今後のために、計画的にやっていただくのはどうかと考えておりますし、委員の皆さんもそのように考えているのではないかと思います。委員の皆さんの方でもまた補足その他ご意見が最後にございましたらお願いいたします。</p>
<p>挾間委員</p>	<p>挾間と申します。 私桜地区なんですけれども、桜地域包括支援センターにお世話になっておりまして、これだけの相談件数がある中で本当に丁寧な対応していただいて、感謝申し上げます。つくば市役所の社会福祉士の方に相談したら、地域包括センターが対応してくださって、対応するたびに連絡もいただいて、少ない人数の中で助かっております。もうちょっと職員の数増やしていただけたらなと思いました。</p>
<p>山中会長</p>	<p>ありがとうございます。今後、市また圏域の職員の皆さんで話し合っ て改善に向けていただければと思いますし、そのためにこうした委員会もあると思いますので、よろしくお願いいたします。 それではここで協議を終わらせていただきたいと思います。それでは事務局にお返しいたします。</p>

令和3年度第1回つくば市地域包括支援センター運営協議会 次第

日時：令和4年(2022年)2月3日(木)14時30分～16時

場所：つくば市役所本庁舎2階 会議室204

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 令和3年度(2021年度)地域包括支援センター実績報告について

(2) 令和4年度(2022年度)地域包括支援センター事業計画について

(3) その他

4 閉 会

令和3年度(2021年度)

# 地域包括支援センター 実績報告

および

令和4年度(2022年度)

# 地域包括支援センター 事業計画

(令和3年11月30日時点)

# 相談実績 (令和3年4月1日～11月30日、延件数)

	つくば市	筑波	大穂豊里	谷田部西	谷田部東	桜	荃崎	委託計	合計
延件数	837	1357	1242	1370	1119	1019	1737	7844	8681
介護・日常生活に関する相談	704	1102	944	1370	584	1297	1177	6474	7178
サービスの利用に関する相談	81	582	678	1097	623	344	832	4156	4237
医療に関する相談	139	383	193	509	165	302	246	1798	1937
所得・家庭生活に関する相談	41	148	151	111	48	233	343	1034	1075
その他	20	35	54	148	232	45	36	550	570
苦情相談	4	8	24	78	5	59	0	174	178
権利擁護に関する相談	87	112	41	63	24	31	78	349	436

※集計の都合上、重複や件数の差がある。

# つくば市地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

地域包括支援センター・在宅介護支援センターの定例会を通して、地域における関係者のネットワーク構築を図るとともに地域包括支援センターの対応の総合的なレベルアップを進める。

# 総評

## \* 包括支援係

・全地区に地域包括支援センター（以下「センター」とする。）を身近な相談窓口として設置しているが、市には委託センターを含め、多くの相談が寄せられている。親族関係不良、支援拒否、8050等、多様かつ複合的な困難事例への対応を行っている。今後、直面する課題に対応するため、市とセンターとの連携を強化すると共に、センター運営の課題改善、体制整備に努める。

## \* 認知症総合支援係

・認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座等の事業に取り組んでいる。新たに認知症地域支援推進員を各センターにも1名ずつ配置し、活動計画の検討や「認知症を知る月間」の啓発活動を実施した。今後は、認知症地域支援推進員とともに、市民に寄り添い、認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる地域づくりを進めていく。

## \* 介護予防係

・コロナ禍の高齢者の介護予防と継続的な支援、専門職支援、地域での支援体制構築を目的とし、家庭訪問や脳元気アップ教室の開催、地域リハビリテーション専門職派遣事業の利用拡大を行った。また、専門職向けにケア会議や研修を実施し、生活支援体制整備事業や市地域ケア会議の開催により地域課題への取組みが展開された。来年度以降は、介護予防訪問や教室を継続し、専門職に対しICT活用促進及び非常時の対応力の強化を進め、質の高いケアマネジメントを促す。地域ケア会議や生活支援体制整備事業を活用し、地域ケアシステムの体制及び地域づくりを進める。

# 令和4年度重点項目

## \* 総合相談支援業務

・センター定例会において、各種勉強会（家族介護者支援、ひきこもり、高齢者虐待等）を開催。委託包括センターが地域の課題を把握し、圏域に応じた地域包括支援のネットワークを構築できるよう支援します。

## \* 在宅医療・介護連携推進事業

・在宅医療等に関する研修・意見交換の企画及び実施

## \* 生活支援体制整備事業

・地域住民同士の話し合いの場から、取り組み事例を共有し、解決すべき地域課題を導き出し、住民主体の支えあい活動の創出を支援していきます。

## \* 認知症総合支援事業

・各センターに1名ずつ配置した認知症地域支援推進員とともに、連携を強化しながら認知症施策に取り組む体制を構築します。

## \* 地域ケア会議推進事業

・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。

# 筑波地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

近隣や親戚等の関係性が色濃く残っている地域です。家族の中で収まっていた問題が、高齢化の中で複合的に表出しています。様々な課題に対して、関係機関・関係者と連携し支援に当たります。相談しやすい環境を整えると共に、積極的に地域に出向いて情報収集に努めます。

# 総評

- ・市が定める運営方針に沿って事業計画を策定し、地域の特性を踏まえ、関係各所との連携、ネットワーク作り等を中心として重点目標である総合相談支援を中心に取り組んできた。
- ・筑波圏域地域住民の身近な相談窓口として、多くの相談に対応してきた。認知症、介護サービス利用以外にも家族関係やアルコール依存症、障害者関係、うつ病等と高齢者に限らず、幅広い年齢層の多様な相談に対応し、継続した支援を行ってきた。
- ・ZoomやYouTubeによる研修が多く、移動時間無と時間調整が可能な体制で有った為、外部研修への参加を多く設け、研修内容のセンター内共有を図った。  
(外部研修26件)
- ・今後も総合相談の場を広げ、介護支援専門員や地域ケア会議のネットワークを強化し地域づくりを支援していく。

# 令和4年度重点項目

## \*総合相談支援業務

- ・地域に出向き、広報・相談を行い、地域住民・民生委員・区長の方と関係性を築き、支援が必要な方へ連携して対応していきます。
- ・支援が必要な地域住民の方に対して訪問等を行い、継続した支援を行います。専門性を生かした相談支援が出来るよう、主担当を置き、情報の共有を行っていきます。

## \*包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・介護支援専門員意見交換会やケアマネ連絡会・主任ケアマネ連絡会を通じ、地域の介護支援専門員の意見を吸い上げ、動きやすい地域を目指します。  
情報の発信、共有を図ります。

## \*地域ケア会議推進事業

- ・つくば市地域ケア会議に参加協力し地域課題や、政策を共有します。
- ・筑波圏域ケア会議を開催し、地域課題の発見と社会資源に繋げることで、個別課題解決と地域ネットワーク強化を図ります。
- ・インフォーマルサービスの強化や地域のネットワークづくり強化の為筑波圏域ケア会議参加者（医療職及び区長・民生委員等）について参加を促します。

# 大穂豊里地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

○認知症や精神疾患のある多課題の家族が増えている。また小地域毎の住民による社会参加活動に差があり見守り態勢にも差がみられる。

○関係機関との関係構築、協働して地域の問題解決を図れるよう、より一層のネットワーク力強化・災害発生時や感染症拡大への対応として地域の関係機関や介護支援専門員との協働・態勢づくり。

# 総評

- ・大穂豊里地域包括支援センターは開設3年目を迎え、当初に比して相談件数も大幅に増加した。地域住民や民生委員、関係機関からの相談も増え、身近な相談窓口として認知度も上がってきた。
- ・閉じこもりや体力低下、心的ストレスを抱えた高齢者の相談も多く、新型コロナウイルス感染症拡大の影響が持続している。独居や高齢者世帯に加え、特に認知症や精神疾患など多重課題を抱えた世帯の相談が増えてきた。また近隣住民からの情報提供や相談も増え、近所トラブルの要因が認知症などの疾患を有していることも多い。本人や同居家族からの相談ではなく近所住民からの相談の場合の介入の仕方や支援策について、センターだけではなく市や生活支援コーディネーター、認知症初期集中支援チームや専門医療機関と連携をとることが多かった。
- ・課題を抱えながらも相談窓口につながらない、支援拒否、金銭的問題など多重に課題を抱えるケースも多く、各専門機関との連携は必須であることを実感している。そのため多職種、他機関との連携や役割分担の重要性を感じている。
- ・次年度以降、職員の専門性向上を図りながら、地域や関係機関との更なるネットワーク構築、介護支援専門員との連携、地域住民による自助・互助・共助の意識を高める活動を進め、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりに貢献していく。

# 令和4年度重点項目

## \* 総合相談支援業務

・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会に参加し、他の地域包括支援センターとの情報や課題共有、事業の現況評価を行います。定例会での情報交換や勉強会を通して、相談支援技術の向上を図り、質の高い相談支援を提供できるよう機能強化を図ります。また社会資源の活用など他の委託センターとの情報共有ができるようにします。

## \* 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 日常的な個別指導・相談

・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との関係を良好に保ち、要支援者の対応や職域での課題を共有し解決に向けて協働していきます。

## \* 生活支援体制整備事業

・第1層協議体会議、第2層協議体会議、第3層協議体会議に参加協力し、地域の一員として、また生活支援コーディネーターと連携しながら事業の促進を図ります。

## \* 認知症総合支援事業

・オレンジカフェを開催(年12回)し、認知症の予防や知識の普及に努め、地域の高齢者の新たな居場所として周知を図ります。

・認知症地域支援推進員の配置により、つくば市と連携を図りながら認知症施策の取組みに参画します。

# 谷田部東地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

- 地域特性に関する情報収集と課題分析
- 地域住民を対象としたネットワーク形成
- 3職種それぞれの専門性を高める取り組みと実践力の向上
- 後期を目標に、認知症カフェの開設
- ネットワーク形成・個別課題解決のため、随時型の地域ケア会議またはカンファレンス企画
- 福祉ニーズを抱える家族への支援の継続および支援機関とのネットワーク形成
- ワンストップ窓口として、高齢者に限らない相談対応を行うためのスキルアップ

# 総評

## \* 包括支援

・R3年4月より移転、センター開設の周知強化。相談は自宅訪問を念頭に対応、実生活の把握をもとに必要な支援の調整を実施している。相談の多くは高齢者支援に関する内容だが、親族支援を行う必要から30～50代の方に対する医療・福祉支援調整も実施しているのが実情。重層的課題の解決にあたり、関係機関等と連携しネットワーク拡大を継続している。今後は、個別援助にとどまらず、地域住民や諸団体等とのネットワーク形成を進めながら地域の共生に努めていきたい。

## \* 認知症総合支援

・認知症の方が安心して暮らすことができる地域づくりの一環として、認知症サポーター養成講座等の事業に取り組むことができた。また、認知症の本人の想いを取り入れ、本人が参加できる活動を実現することができた。今後も認知症地域支援推進員を核に、本人の想いに寄り添い、認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる地域づくりを進めていく。

## \* 介護予防

・一般介護予防事業について、訪問等の際に周知。継続的なモニタリングを行っている。生活支援体制整備事業について、生活支援コーディネーターと連携し、地域活動を行う住民と顔の見える関係作りを進めている。加えて勉強会への講師派遣を行っている。今後も継続。

・圏域別ケア会議の開催の手順を習得できた。今後、より質の高い会議となるよう参加者拡大や地域課題分析に努める。また、早期解決を図るべき事例に対して会議開催の可能性を探る。

・介護支援専門員との連携を継続・強化し、要支援・事業対象者の支援を実施できた。状況に応じた助言・指導を継続していく。

# 令和4年度重点項目

## \*在宅医療・介護連携推進事業

- ・医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を行う。
- ・入退院時や外来受診時にMSW等と連携し、介護保険申請や入所支援、その他 社会資源の導入支援などを行う。
- ・市などが開催する会議や研修に参加し、支援に必要な知識の習得を実施。
- ・地域住民が集まる場へ出向いた際に、在宅医療や介護に関する情報を提供する。

## \*生活支援体制整備事業

- ・第1層協議体に参加し、社会資源調査や不足する生活支援サービスについて把握し支援体制の整備に協力する。
- ・生活支援コーディネーターと連携し「地域支えあい会議」等に参加する。
- 地域住民同士の話し合いの場に参加し地域課題を把握するとともに、住民主体の支えあい活動の創出にセンターとして協力できることを探り支援する。
- ・既存の住民主体の支えあい活動を把握し、訪問等を行う。

## \*認知症総合支援事業

- ・幅広い世代への認知症の理解を深めるため、圏域内の団体等を実施を呼びかけ、認知症サポーター養成講座を開催する。認知症サポーターステップアップ講座の開催に協力し、チームオレンジの結成を支援する。
- ・圏域内に新規認知症カフェ開設（1か所）。認知症地域支援推進員による活動実践。認知症の本人が活動できる場所の創出。

# 谷田部西地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

地区長、民生委員とのつながりから地域の中での集まりの中で包括の周知と介護予防教室を計画する。

# 総評

- ・地域に身近な相談窓口としてセンターが設置され、3年目となり、地域住民や関係機関等にも周知され多くの相談がある。独居高齢者、高齢世帯の相談が多く、相談内容は、認知症、支援拒否、8050問題、精神疾患、末期癌、高次脳機能障害等、多様化している。急な対応を要することや支援につながるまでに時間や労力を要する。定例会などでグッドプラクティス等の共有をすることで実践力の向上につなげている。
- ・認知症サポーター養成講座へキャラバンメイトとして参加。また認知症地域支援推進員研修を受講して、センターに担当職員を配置した。「認知症を知る月間」では、独自のチラシを作成して啓発活動を実施。また、打合せを定期的に行い、今後の活動について検討している。地域共生社会を実現していくため、今後は、市と各センターと連携しながら認知症になっても安心して地域で暮らすことができる地域づくりを促進していく。
- ・圏域別ケア会議やケアマネジャー連絡会等を通して介護支援専門員に対する支援を実施。状況にあわせオンラインでのやり取りも実施。また社会資源の情報等をメールなども活用しながらいち早く情報発信が行えるように努めた。
- ・コロナ禍により地域の集まりなどが自粛されている中で市と連携して介護予防と継続的な支援を実施。今年度介護予防のため地域に出向いていくことを目標としたが、相談対応に翻弄されている。今後は、具体的に進められるように取り組んでいく。
- ・今後は、幅広い知識実践力向上に努め、地域住民や民生委員、関係機関等との連携をより強化し、連携しながら総合相談支援が行えるように努めていく。急を要する相談も多いことから地域の要望を把握して、運動教室等を企画して介護予防の普及啓発を行う。3職種それぞれの職種による顔の見える関係づくり、実践力の向上に努めていく。

# 令和4年度重点項目

## \*総合相談支援業務 地域におけるネットワークの構築

- ・ 日常の相談業務でのセンター独自のチラシ配布、民生委員児童委員連絡協議会等への参加、地域の関係機関への訪問等、積極的に広報活動を行い、センターの周知に努めます。
- ・ 谷田部西圏域ケア会議での事例検討を通して、地域の関係者、関係機関と連携を図ります。

## \*総合相談支援業務 総合相談支援

- ・ 3職種の専門性を活かし、迅速・適切な対応ができるよう配慮して総合相談支援を行います。
- ・ 市の関係部署と連携体制を構築します。市とケース共有会議を行うことで圏域の課題等共有していきます。総合相談の実践力向上に努めていきます。

## 一般介護予防支援事業

- ・ 総合相談の内容に応じて、介護予防についての普及啓発に努めます。
- ・ 地域住民の要望を把握し、介護予防の普及啓発に資する運動教室等を参画します。

# 桜地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

引き続き長期のコロナ禍にあるが、更なる全世代間・地域連携でのネットワークの構築と強化。

# 総評

・各センターの周知が進み、相談経路、相談内容が多岐にわたっている。その中でも、重層的課題を抱えておられる世帯への支援には時間と労力を要す。センターのみでは解決できない場面に多々直面する。ワンストップで相談できる窓口機能を果たしつつ、多機関と連携し支援を進められる体制づくりに努める。

・介護保険の申請から認定結果通知後、介護サービス利用するまでの一連の相談が増加した。地域住民誰もが、必要なサービスを受けることができるよう、居宅介護支援事業所及び関係各機関と連携しつつ、支援を行った。今後も各機関との連携強化に努める。

・見守りや継続的支援が必要な高齢者宅へ訪問している。また、お元気訪問を行った。民生委員児童委員連絡協議会、地域支え合い会議に出席し、地域で活動しておられる方々と顔の見える関係の構築に努める。誰もが安心して尊厳ある地域で暮らせるような地域づくりを目指す。

・包括的・継続的ケアマネジメントの中では、介護支援専門員から困難事例の相談が増加し、内容は複雑多岐にわたっている。各事例について担当の介護支援専門員から事例の詳細を確認しながら、介護支援専門員だけでなく様々な関係機関と連携し、対応方法について検討および支援を行った。

・桜圏域ケア会議を通して、外国人、ACP、アルコール問題、家族関係、生きがい、疾病、認知症、独居、見守り体制、債務等多岐にわたるテーマで事例検討を行った。地域における社会資源を調べ、介護支援専門員をはじめ多職種へ周知を心がけた。

# 令和4年度重点項目

## \*総合相談支援業務 地域におけるネットワークの構築

・日常の相談業務を行う中でチラシの配布などを通して、センターの広報活動を実施していきます。（特にマンション居住者への周知）

## \*総合相談支援業務 総合相談支援

・家族介護者支援、ひきこもり、生活困窮、入退院支援、成年後見、障害福祉、虐待等の各種勉強会に参加し、重層的課題を持つ地域住民への総合相談に対応します。

## \*包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 困難事例等への指導・助言

・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、指導助言等を行います。

## \*地域ケア会議推進事業

・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。

# 荻崎地域包括支援センター

## ◆令和3年度重点項目

寄せられる個々の相談に丁寧に対応することを基本に、複雑多様化する相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していけるよう、地域関係者や多様な専門職及び関連機関との連携や協働を通じ、必要な本人・家族支援に努めていく。

# 総評

## \*総合相談支援業務

- ・相談内容は、高齢者世帯の介護や日常に関する相談や医療に関する相談、権利擁護を含む相談等を本人や家族、民生委員やその他の関係機関等から受け、制度の説明や紹介、継続した支援を実施した。
- ・8050問題のように介護・障害・困窮や、そこから派生する権利擁護、近隣との生活トラブル等の課題を抱える多世代の相談に対し、解決の糸口を見い出せるように、課題の整理や各種専門機関への相談等の対応を行った。

## \*地域包括ケアシステム

- ・地域の状況の把握や圏域内外の関係機関と連携が取れる体制を構築するために、地域ケア会議や生活支援コーディネーターが開催する支え合い会議、その他の会議研修等にも参加し、相談があった時に速やかに対応した。

## \*今後について

- ・常に、地域住民や支援関係者のために、センターとして出来ることは何かということを念頭に置きながら、より良い支援の方法を専門職を含む関係者間で考え、対応をするように心がけてきた。
- ・今後も専門職としての知識や支援技術の向上を図りながら、有機的に地域とつながることで、地域包括ケアシステム体制の構築に繋がるよう努めていく。

# 令和4年度重点項目

## \*総合相談支援業務 総合相談支援

・複合的な課題を含み複雑化している相談に適切に対応していくために、地域関係者や専門職等の関係機関とのつながりや連携・協働を心掛け、必要な本人・家族（介護者）支援を心がけた対応を行う。

## \*在宅医療・介護連携推進事業

- ・相談事例に対して、主治医との連絡調整や受診に向けた支援を行う。
- ・市が実施する意見交換会等を通じて、医療機関とのつながりを広げ、相談体制の充実を図る。

令和3年度(2021年度)

つくば市地域包括支援センター

事業実績報告(案)

つくば市

総評は以下のとおり。

### 【包括支援係】

全地区に地域包括支援センター（以下「センター」とする。）を身近な相談窓口として設置しているが、市には委託センターを含め、多くの相談が寄せられている。特に独居、高齢者世帯の相談が多く、その相談内容は認知症、親族関係不良、当事者の支援拒否等、多種多様であり、支援につながるまで時間と労力を要す。また、同居親族がいても、世帯内に精神疾患、8050問題等、重層的な課題を持つ世帯があり、家族を含めた複合的な支援を行っている。

高齢者が安心して暮らせるよう、今後、直面する相談に対応するため、市役所と各センターとの連携を強化すると共に、センター運営の課題改善、体制整備に努める。

### 【認知症総合支援係】

令和元年に認知症施策推進大綱が取りまとめられ、基本的考え方として「共生」が示された。このことから、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座等の事業に取り組んでいる。新たな取り組みとして、地域包括支援課のみに配置していた認知症地域支援推進員を各センターにも1名ずつ配置し、活動計画の検討や「認知症を知る月間」の啓発活動を実施した。

今後は、認知症地域支援推進員とともに、市民に寄り添い、認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる地域づくりを進めていく。

### 【介護予防係】

コロナ禍の高齢者の介護予防と継続的な支援、専門職に向けての支援及び地域での支援体制構築を目的とし、市民を対象とした家庭訪問（お元気訪問）や脳元気アップ教室の開催、地域リハビリテーション専門職派遣事業（おうち de リハ）の利用拡大を行った。また、専門職に対して圏域別ケア会議やファシリテーション研修を実施し、生活支援体制整備事業や市地域ケア会議の開催により地域課題に対する具体的取組みが展開された。

来年度以降は、介護予防訪問や教室を継続していくほか、介護支援専門員等に対しICT活用促進及び感染症拡大や災害時の対応力の強化を具体的に進め、質の高いケアマネジメント力の向上を促す。地域ケア会議におけるデータの活用による地域課題検討方法等、エビデンスに基づく方法の検討を行い、また生活支援体制整備事業における、住民主体の地域支えあい会議運営や地域活動創出を促し、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりを進めていく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

**第1 地域包括支援センター運営体制**（令和3年(2021年)11月30日時点）

- つくば市地域包括支援センター（直営）
- 筑波地域包括支援センター（委託）
- 大穂豊里地域包括支援センター（委託）
- 谷田部東地域包括支援センター（委託）
- 谷田部西地域包括支援センター（委託）
- 桜地域包括支援センター（委託）
- 茎崎地域包括支援センター（委託）
- 在宅介護支援センター（センター支援型）4か所

**【つくば市地域包括支援センター職員配置状況】**

職 種	職員	会計年度任用職員
社会福祉士	3	1
保健師	5	4
主任介護支援専門員	2	0
介護支援専門員	0	0
事務職	3	2
合計	15	7

**【令和3年度地域包括支援センター担当圏域】**

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
つくば市地域包括支援センター（直営）	委託地域包括支援センターの後方支援を実施
筑波地域包括支援センター（委託）	筑波
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里
谷田部東地域包括支援センター（委託）	谷田部東（手代木、春日学園、谷田部東、学園の森）
谷田部西地域包括支援センター（委託）	谷田部西（谷田部、高山、みどりの学園）
桜地域包括支援センター（委託）	桜
茎崎地域包括支援センター（委託）	茎崎
<b>センター支援型在宅介護支援センター</b>	
アリエッタ・つくば、つくばリハビリテーションセンター、新つくばホーム、くきの里	

## 第2 業務実施内容（令和3年(2021年)11月30日時点）

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・啓発活動：民生委員児童委員連絡協議会での周知活動、ホームページ随時更新
- ・地域ケア会議：圏域別ケア会議に圏域担当職員が参加
- ・地域の社会資源の把握と活用：高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識、ホームページ、在宅医療と介護のサービスマップの内容を更新

##### イ 実態把握

- ・高齢者台帳、KDB システムの対象者に対して保健師等による訪問等の実施

##### ウ 総合相談支援

- ・相談者数 607 人 相談実件数 654 件 相談延件数 825 件
- ・市職員が各委託センターに出向き、ケース共有\*及び運営状況を確認  
\*ケース共有…対応ケースの振り返りと評価や対応計画について、市と委託センター職員が検討すると共に、対応の平準化を目指している。

#### (2) 権利擁護業務

##### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度利用促進、地域連携ネットワーク体制を構築することを目的とする中核機関（つくば市・つくば成年後見センター）を設置
- ・成年後見及び任意後見制度に関する相談 実相談 16 件 延件数 24 件
- ・市長申し立ての手続き（成年後見制度の利用が必要であるが、親族不在や親族の申し立てが見込めない場合） 件数 1 件（準備中 1 件）
- ・つくば市成年後見制度利用支援事業実施要綱一部改正 令和3年7月

##### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
- ・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む） 延 30 件
- ・養護者における虐待通報 受理件数 17 件
- ・介護事業所における虐待研修 1 回開催 1 回予定
- ・ケアマネジャー連絡会における虐待研修の実施 1 回開催
- ・つくば市民生委員児童委員協議会での高齢者虐待研修の実施 6 回予定
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催 1 回
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催 1 回予定

##### ウ 消費者被害の防止

- ・市民や専門職等に消費生活センターの情報誌の配布
- ・消費者被害の対応方法等を検討する意見交換会 1 回予定

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・各委託センターが主体となり圏域別ケア会議を実施。市内全域 24 回
- ・各委託センターに向けたファシリテーション研修会を実施。1 回
- ・介護支援専門員の意見交換会を実施 24 回  
意見交換会のテーマについては次の通り。

「認知症の方の支援について」「コロナ禍での入退院連携について」「ケアマネジメント業務について」「介護支援専門員の専門性ややりがいについて」

- ・保健福祉関係者のための市内の保健福祉サービス民間関連サービス概要の作成と関係機関へ 900 冊配布。
- ・ミルモネットで最新の介護保険サービス情報やサービス提供体制の公表。
- ・委託センターで対応した事例を振り返る「ケース共有」を実施し、委託センターの課題に応じた指導を行った（1 回）

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・ケアマネジャー連絡会への支援（\*数は 11 月までの合計）
  - (ア) 役員会/8 回
  - (イ) ガイドライン検討委員会/4 回
  - (ウ) 防災ケアプラン検討委員会/4 回
  - (エ) 訪問介護事業所とのミーティング/1 回
  - (オ) 定例会参加者/8 回/428 人
- ・主任介護支援専門員に対する支援（\*数は 11 月までの合計）
  - (ア) 定例会/2 回
  - (イ) 役員会/9 回/87 人
- ・経験の浅いケアマネジャーへのフォローアップ研修会を実施。  
主任 CM15 人、CM14 人出席

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員の個別相談 1,759 件（同行訪問 98 件）

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・以下の困難事例の会議を行った。
  - (ア) 困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合）52 回
  - (イ) 困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合）63 回
  - (ウ) 困難事例の会議（委託包括ケアプランを立てている事例）2 件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

- ・在宅医療・介護連携推進協議会 6 月開催、12 月開催予定
- ・在宅医療・介護連携推進協議会 6 実務部会 10 回開催、残り 3 回開催予定

## ～医療と介護のありたい姿

(市民と専門職が目指す地域の理想像)の実現を目指して～

### ア 希望の最期を共に考える

- ・ 専門職への ACP (人生会議) を踏まえた研修会の開催予定 (2 月)
- ・ 在宅医療介護の啓発講座動画配信開始【新規】
- ・ 健康フォーラムつくば+において市民向けの啓発映像配信
- ・ ありたい姿に向けた目標値の検討
- ・ 市HPの在宅医療・介護について、内容の見直し
- ・ 現状確認及び目標値設定のため要介護認定更新時のアンケート調査【新規】
- ・ 「わたしの生き方ノート」(エンディングノート)作成中【新規】

### イ 本人を第一に考えた多職種連携

- ・ 「連携タイム」「気を付けたい 10 ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進【重点項目】
- ・ お薬手帳の活用推進(お薬手帳実態アンケートの実施【新規】・わたしの大切な情報シート作成【新規】・連携ツールとして活用)
- ・ 病院関係者(SW・退院調整看護師)とセンターの意見交換会の開催
- ・ 連携ツール、ICTを使った情報共有システム、ミニ知識の実態及び要望調査【新規】
- ・ 在宅医療と介護のサービスマップ・介護保険情報誌ハートページの発行

### ウ 専門職のスキルアップとやりがい

- ・ 研修企画及び実施【重点項目】
  - (ア) 地域リーダー研修会(家族支援の視点) 9月開催
  - (イ) ACPに関する研修会実施予定 R4.2月予定
- ・ 病院関係者(SW・退院調整看護師)とセンターの意見交換会の開催(再掲)
- ・ つくば市主任介護支援専門員連絡会 第2回定例会 研修講師

### エ 認知症になっても安心して暮らせる地域(他事業・協議体での重点事項)

### オ 多様な生活の場の提供(高齢福祉課)

### カ 相互に支え合う生活支援・介護予防(他事業・協議体での重点事項)

### キ 誰一人取り残さない

- ・ センターの相談体制の充実

## (2) 生活支援体制整備事業

### ア 第1層(市レベル)協議体の開催 3回

- ・ 1層から3層までの各協議体の構成、目的や役割を図示し、共有。
- ・ 第2層から挙がってきた地域課題の検討。

### イ 第2層(7圏域)協議体の開催 圏域ごとに1回から3回

- ・ 生活支援コーディネーターが中心となり会議を開催、住民主体の活動報告、社会

資源冊子の作成、コアメンバーの配置等、議論を深めた。

ウ 住民主体の集いの場づくり等の支援

- ・新たな集いの場（サロン等）の創設の支援、複数のサロンや集いの場が開設

エ 地域づくり担当課との連携

- ・庁内で地域づくりを行っている高齢福祉課や周辺市街地振興課と情報共有

### (3) 認知症総合支援事業【重点事業】

ア 認知症サポーター養成講座の開催

- ・年間 11 回開催 認知症サポーター280 名養成

イ 認知症サポーターステップアップ講座の開催

- ・新型コロナウイルス感染拡大により中止

ウ つくば市キャラバン・メイト連絡会の運営支援

- ・キャラバン・メイト総会
- ・キャラバン・メイト スキルアップ研修会  
演題「認知症サポーター養成講座の研修内容の確認」
- ・キャラバン・メイト役員会 3回
- ・キャラバン・メイト正副会長打合せ 3回
- ・啓発活動（各圏域の認知症地域支援推進員が中心となりポスター掲示等を実施）

エ 認知症声かけ模擬訓練の実施

- ・新型コロナウイルス感染拡大により中止
- ・認知症対応講座 1回

オ 認知症カフェの運営支援（6ヶ所）

- ・新型コロナウイルス感染拡大により中止した場合には、電話や手紙等によるフォローアップを実施した

(ア) オレンジカフェ in 筑波（委託先：介護老人保健施設アリエッタ）

6回 参加延人数 49名（内 本人10名 その他39名）

(イ) オレンジカフェ in なごみ（委託先：とよさと病院認知症疾患医療センター）

5回 参加延人数 61名（内 本人16名 その他45名）

(ウ) オレンジカフェ in きずな（委託先：ストレスケアつくばクリニック）

6回 参加延人数 55名（内 本人13名 その他42名）

(エ) オレンジカフェ in くきざき（委託先：認知症の人と家族の会）

6回 参加延人数 61名（内 本人5名 その他56名）

(オ) オレンジカフェ in おおほ カフェ・フルール（委託先：大穂豊里地域包括支援センター）

6回 参加延人数 25名（内 本人11名 その他14名）

(カ) オレンジカフェ in かえで（委託先：小規模多機能型居宅介護 楓）

2回 参加延人数 17名（内 本人2名 その他15名）

カ 認知症初期集中支援チームの運営

- ・設置場所：2 か所
  - (ア) つくば市北部認知症初期集中支援チーム（とよさと病院認知症疾患医療センター）
  - (イ) つくば市南部認知症初期集中支援チーム（つくば市直営）
- ・チーム員会議
  - (ア) つくば市北部認知症初期集中支援チーム 4回
  - (イ) つくば市南部認知症初期集中支援チーム 8回
- ・対応した件数
  - (ア) つくば市北部認知症初期集中支援チーム 9件（内 新規9件）
  - (イ) つくば市南部認知症初期集中支援チーム 10件（内 新規8件）
  - (ウ) 認知症初期集中支援チーム検討委員会 1回

#### キ 市民向け認知症ケアパスの配布

- ・2000 部配布
- ・配布場所：センター、窓口センター、地域交流センター、認知症サポーター養成講座 等

#### ク 認知症よろず相談所の支援

- ・相談件数 延6件

#### ケ 認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大

- ・事前登録者数 117 名 認知症支援メール登録者数 982 名 協力事業数 91 か所
- ・SOS ネットワークを利用して検索した件数 10 件

#### コ 認知症高齢者等保護支援事業（GPS）

- ・11 名利用（令和3年11月30日現在 携帯型6名 靴収納型5名）

#### サ 認知症研修会の開催

- ・新型コロナウイルス感染拡大により中止

#### シ 認知症お困りごとメール相談

- ・延10件（とよさと病院認知症疾患医療センターが対応）

#### ス 認知症地域支援推進員の配置【重点項目】

- ・認知症地域支援推進員打合せ 5回
- ・9月の茨城県認知症を知る月間に認知症地域支援推進員が中心となり啓発活動を実施。

### (4) 地域ケア会議推進事業

#### ア つくば市地域ケア会議の開催 3回

- ・「ゴミ出し支援」の在り方を市内全区長にアンケートを実施（回収率 68.2%（411件／603 区長）、独自の取組み、支援体制等についての手法等を共有。
- ・新たな検討課題として、見守りの在り方について、見守りとなる社会資源をリストにて示し、共有。

- イ 圏域別ケア会議の開催 24回
  - ・各委託センターが主体となって圏域別ケア会議を実施。
  - ・ファシリテーション力の向上のため、ファシリテーション研修会を実施。
- ウ 自立支援型個別ケア会議の開催 8回
  - ・生活上の阻害要因の解決のための専門職の活用等に結びついており、ケアマネジャーの自立支援及び介護予防のケアマネジメントに資する支援を行えた。

### 3 総合事業

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

- ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の請求件数は8件  
うち初回加算：0件(月遅れを除く)
- イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」
  - ・運動機能向上プログラム内訳
    - (ア) 令和2年度継続者 12回まで利用し終了（運動プログラム）4名
    - (イ) 令和3年度新規対象者 12回まで利用し終了（運動プログラム）3名  
(うち1名は11月終了予定)
    - (ウ) 令和3年度新規対象者 来年度も継続（運動プログラム）0名
  - ・低栄養改善・口腔機能向上プログラム利用者 1名

#### (2) 一般介護予防事業

- ア 介護予防実態把握事業 把握数延べ296名
  - (ア) 高齢者継続訪問延べ126名（訪問延べ89名、電話延べ37名）
  - (イ) KDBシステム訪問延べ163名：訪問延べ157名、電話延べ6名実施  
【抽出内容】後期高齢者健診未受診者0名、治療中断者30名、  
介護認定期限切れ者32名、低栄養口腔機能低下者4名、  
サービス未利用者97名
  - (ウ) その他訪問：訪問延べ7名
- イ 介護予防普及啓発事業「脳元気アップ教室」の実施
  - ・1クール目（集団型）参加者 実14名、延べ95名
  - ・2クール目 新型コロナウイルス感染症の影響により中止
  - ・3クール目（配信型）参加者 実9名、延べ72名
  - ・企画回（集団型）  
スマートフォンのアプリ及び市から提供したウェアラブルを活用した配信型教室。
- ウ 介護支援ボランティア制度 活動者2施設で2名
  - ・7月に介護支援ボランティア交流会を開催（7名参加）。
  - ・ボランティアの活動範囲を障害者施設や学校関係機関、移動販売場所などでも行えるよう検討した。

エ つくば市地域リハビリテーション活動支援事業「おうち de リハ」の実施

(ア) 介護予防活動普及促進支援 6回

(イ) ケアマネジメント支援 19回

(ウ) 福祉環境コーディネート支援 1回

(エ) 介護予防ケア向上支援 0回

・事業名を「おうち de リハ」と代替し、チラシ作成、配布。

・ケアマネジャー研修の一環として、事業の事例を発表し事業の周知。

オ 厚生労働省における「スマート介護予防プラットフォーム構築」における実証実験への協力 78名参加

・宝陽台、小田及び桜ニュータウンの住民主体の活動団体並びに脳元気アップ教室参加者を対象に、スマートウォッチとスマートフォンのアプリを使用した実証実験を実施（令和4年3月31日まで）。

・主な目的は、高齢者のデジタル機器（スマートウォッチ無償提供）の体験、健康アプリを用いた健康管理意識の向上、健康への活動に対するポイント付与（電子マネー還元）、住民主体の活動の場への参加者の参加状況の把握。

#### 4 指定介護予防支援事業

・請求件数：総合事業1件

・令和3年度新しく施行された本事業に関する基準及び地域支援事業による、介護保険等関連情報の活用、虐待防止に関する措置、職場におけるハラスメント防止に関する措置及び業務継続計画の策定、感染症の予防及びまん延の防止のための措置等の基準の理解を深めるため、各委託センターからの相談対応、運営規定の見直しについて指導。

### 第3 成果、評価、課題、今後の取組方針について

#### 【包括支援係】

#### 成果

- ・相談対応ツール（安否不明高齢者情報の対応、65歳からのサービス・制度一覧等）を作成し業務の効率が向上した。
- ・地域共生社会の構築に向け、障害と高齢者領域の専門職間の意見交換の場を設け、それぞれが抱える課題を把握し、次年度の事業に活かすことができる。※実施後に記入したい。
- ・ケース共有において、運営状況を確認すると共に委託センターの事例から地域の特性や課題を確認することができた。
- ・在宅医療・介護連携推進事業において、コロナ禍で制約がある中でも、動画配信による啓発講座実施、各種実態調査、私の大切な情報シート作成、ホームページの改修、エンディングノートの作成等、新たな取組を行うことができた。

## 評価

- ・一定の取組を行うことができている、計画的に事業を進めることができている。
- ・センター定例会において、個人情報保護の取り扱い、苦情対応等、市の方針を共有することができた。また、相談実務の課題に対応できるよう研修を実施した。
- ・高齢者の権利擁護に関して、市民や専門職に対して周知啓発の機会を多数設けることができた。
- ・地域共生社会の構築と市と委託センター間での規範的統合を推進するため、センターの KPI の検討を開始した。※実施後に記入したい。

## 課題

- ・市と委託センターの連携促進のため、市の機能や委託センター役割、総合相談・高齢者虐待対応における役割分担等について改めて共通認識を持つ必要がある。
- ・市として、委託センター職員の負担軽減、業務の効率化、実践力の向上、委託センター間の連携強化がなされるよう運営指導を行う必要がある。
- ・各委託センターが対象者支援を迅速に対応するため、普段から関係機関・関係各課と連携できる体制整備が必要である。
- ・在宅医療・介護連携推進協議会で作成した連携ツールの周知活用が進んでいない。医療と介護のありたい姿の数値目標設定、ICT を使った情報共有システム、SNS の活用等については今後も意見の徴取や活用の要否の検討を要する。

## 今後の取組方針

- ・地域の特性や課題を明確にし、各圏域を担当する委託センターの現状と役割、課題の解決に向けた施策を、委託センターと共に計画的に展開していく。
- ・委託センターと市役所関係各課との連携体制を構築していく。
- ・医療と介護のありたい姿へ向けて、多職種からの意見を集約し、つくば市の現場に合った事業となるよう取組を修正していく。

### 【認知症総合支援係】

## 成果

- ・認知症声かけ模擬訓練は、各圏域で1回ずつ開始する予定だったが、新型コロナウイルス感染拡大のため中止した。次年度の準備として、公募型の認知症声かけ訓練として認知症対応講座を開始した。
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業において、介護支援専門員定例会などで認知症等により行方不明になる恐れがある高齢者の事前登録を呼びかけ、新規登録を促し登録者数を増やすことができた。
- ・認知症地域支援推進員を委託センターに1名ずつ配置し、毎月1回打合せを行い「茨

「城県認知症を知る月間」における啓発活動を実施した。また、つくば市における課題や今後取組む活動について協議を進めている。

### 評価

- ・新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、事業の中止や変更もあったが計画的に事業を進め概ね一定の取組を行うことができた。
- ・認知症地域支援推進員を各委託センターに配置したことで、各圏域の状況に応じた啓発活動を実施することができた。

### 課題

- ・新型コロナウイルス感染拡大により、小学生や中学生を対象にした認知症サポーター養成講座の開催数が減少しているが、コロナ禍が解消された場合にまたスムーズに開催できるよう準備が必要である。
- ・地域の特性に応じた事業を展開するために、地域の課題を各委託センターと共有し、課題に取り組む必要がある。

### 今後の取組方針

- ・認知症施策推進大綱の基本的考え方である「共生」に基づき、認知症の方が地域で安心して暮らせる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座や認知症カフェ等を、新型コロナウイルス感染対策を講じながら実施していく。
- ・認知症地域支援推進員とともに、各地域の課題を集約し認知症施策に取り組む体制を構築していく。

### 【介護予防係】

### 成果

- ・圏域別ケア会議は各センターを実施主体とし、事例検討会におけるファシリテーション力向上の研修会を実施。
- ・Zoom を利用した会議の実施やミルモネットを利用した最新の介護保険サービス情報の公表により、状況にあわせた支援を継続。
- ・一般介護予防事業に関しては、家庭訪問時のサービス利用の提案や地域リハビリテーション専門職派遣事業（おうち de リハ）の利用拡大に努めた。また、委託センターと連携し、介護保険サービス未利用者への家庭訪問（お元気訪問）の実施、KDB システムからの抽出によって、多岐条件にわたる支援対象者を把握した。新たに配信型教室を企画し、広報・市ホームページにコグニ体操を掲載し、市民の学びの場の維持に貢献した。
- ・生活支援体制整備事業や市地域ケア会議に関しては、地域課題に対する具体的な取組みが展開され、地域住民主体の集いの場が複数開設され、ゴミ問題に対するアンケートによる各区会の取組みや見守り支援体制の共有を行った。

### 評価

- ・Zoom 利用や配信型教室の施行により、各事業とも実施形態を変更することでスムー

ズに実施することができた。

- ・新たな取組として、厚生労働省における「スマート介護予防プラットフォーム構築事業」の協力として、住民主体の活動団体等にスマートウォッチとスマートフォンのアプリを使用した実証実験を実施。

## 課題

- ・コロナ禍の高齢者の介護予防と継続的な支援が必要であり、脳元気アップ教室の配信型教室を含めた継続的な開催や訪問型サービスCの利用周知、また、介護支援ボランティア活動の場の確保の検討を引き続き行う必要がある。
- ・委託センターが主体となる圏域別ケア会議実施が始まったこともあり、評価やフォローアップの体制づくりが望まれる。
- ・生活支援体制整備事業では、地域住民が主体となる会議運営や地域の支援体制構築が求められ、市地域ケア会議による地域課題へのアプローチと連動させた取り組みを行い、他課とも連携体制を組んでいくことが課題となる。

## 今後の取組方針

- ・介護予防事業に関しては、今年度の訪問分析結果を活かし、対象者を選定していく。また、引き続き脳元気アップ教室や介護支援ボランティア制度を通じた介護予防普及啓発活動を進めていく。
- ・介護支援専門員等に対して、自立支援・重度化防止に資する質の高いケアマネジメント力の向上及び地域包括ケアシステムを充実させ、ICT活用促進及び感染症拡大や災害時の対応力の強化を具体的に進める。
- ・地域ケア会議において、多様な事業等との連携やデータの活用による地域課題検討方法等、エビデンスに基づく方法を検討し、地域課題に対する各地区での好事例の取り組みを波及させる手法を検討する。
- ・生活支援体制整備事業では、地域住民主体の協議体の在り方を考え、見直しを図る。地域支えあい会議運営や地域活動創出を促し、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりを進めていく。

令和4年度(2022年度)

つくば市地域包括支援センター  
事業計画（案）

つくば市

## 第1 地域包括支援センター運営体制

【令和4年(2022年)年4月1日から令和5年(2023年)3月31日まで】

- つくば市地域包括支援センター（直営）
- 筑波地域包括支援センター（委託）
- 大穂豊里地域包括支援センター（委託）
- 谷田部東地域包括支援センター（委託）
- 谷田部西地域包括支援センター（委託）
- 桜地域包括支援センター（委託）
- 荃崎地域包括支援センター（委託）

【つくば市地域包括支援センター職員配置状況】令和3年(2021年)11月30日時点

職 種	職員	会計年度任用職員
社会福祉士	3	1
保健師	5	4
主任介護支援専門員	2	0
介護支援専門員	0	0
事務職	3	2
合計	13	7

【令和4年度(2022年度)担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
つくば市地域包括支援センター（直営）	委託地域包括支援センターの後方支援を実施
筑波地域包括支援センター（委託）	筑波
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里
谷田部東地域包括支援センター（委託）	谷田部東（手代木、春日学園、谷田部東、学園の森）
谷田部西地域包括支援センター（委託）	谷田部西（谷田部、高山、みどりの学園）
桜地域包括支援センター（委託）	桜
荃崎地域包括支援センター（委託）	荃崎

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

日常生活圏域	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
大穂地区	4,340	21.95	779	17.95
豊里地区	4,049	24.92	749	18.50
谷田部西地区	7,789	16.83	1,327	17.04
谷田部東地区	7,774	11.75	1,110	14.28
桜地区	7,904	14.67	1,259	15.93
筑波地区	6,439	37.15	1,278	19.85
茎崎地区	8,863	38.23	1,244	14.04
市全体	47,158	19.42	7,858	16.66

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センター（以下、センター）の広報活動の実施
- ・圏域別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源の把握と活用  
「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」、「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」「ミルモネット」の内容を更新し、最新の情報の把握と活用に努める。

##### イ 実態把握

- ・民生委員等地域の関係者との連携を密にするとともに、高齢者台帳及びKDBシステムの情報を活用し、委託センターと協働して支援を必要とする高齢者の把握及び支援を行う。

##### ウ 総合相談支援

- ・市職員が地区担当として、市民からの相談に直接対応する。継続対応が必要な場合は委託センターや関係機関に適切に繋ぐ。
- ・市役所関係部署と委託センターとの連携体制の構築
- ・ケース共有会議の開催。圏域の課題共有、相談支援の向上と対応の平準化を進める。
- ・センター定例会において、各種勉強会（家族介護者支援、ひきこもり、高齢者虐待等）を開催。委託包括センターが地域の課題を把握し、圏域に応じた地域包括支援のネットワークを構築できるよう支援する。【重点項目】

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。つくば成年後見センターと連携して相談、広報、受任者調整、後見人支援を行い、本人や後見人等を支援する体制を整備する。
- ・成年後見制度や意思決定支援について、市民や関係機関に周知啓発の実施
- ・費用負担が困難な対象者に対して、申立ての審判請求費用助成や報酬助成の支援の実施

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた支援の実施
- ・虐待の防止及び早期発見の体制整備を進める。関係機関、民生委員、専門職等に対して周知啓発の実施
- ・ケアマネジャー、養介護施設従事者等を対象にした権利擁護、高齢者虐待の研修会を開催
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会の開催
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の開催

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費生活センターと連携し、消費者被害の未然防止に努める。
- ・消費者被害の現状把握や包括センターの対応についての研修等の実施

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議（市内全圏域 計36回）を開催する。
- ・事例提示を介護支援専門員のほか、リハビリ職、薬剤師等に依頼し、各圏域の地域課題抽出に向けた事例検討を実施していく。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の内容の更新と介護支援専門員への配布を行い、介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう支援する。
- ・地域ケア情報見える化サイト「ミルモネット」を運用について、タイムリーな情報収集と配信を行い、介護支援専門員等の支援者が活用できるように支援する。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくばケアマネジャー連絡会を支援し連携を図る。
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会の役員会を毎月、定例会を年4回開催する。

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する個別相談の対応、居宅サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導、相談対応を行う。
- ・介護支援専門員の資質向上を図る観点から、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を行う。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・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。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

- ・在宅医療・介護連携推進協議会 2回開催
- ・在宅医療・介護連携推進協議会 実務部会（5部会） 10回開催

～ありたい姿の実現を目指して～

#### ア 希望の生き方を共に考える

- ・専門職向け研修会の開催
- ・在宅医療と介護の啓発講座の開催
- ・在宅医療介護の啓発映像配信
- ・在宅医療、家族への支援体制について調査結果の評価
- ・つくば市の現状値や事業進捗の確認、評価
- ・わたしの生き方ノート（エンディングノート）の配布

#### イ 本人を第一に考えた多職種連携

- ・「連携タイム」「気を付けたい10ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進
- ・お薬手帳の活用推進
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）との意見交換会の開催
- ・専門職が連携に必要な社会資源等の情報把握
- ・在宅医療と介護のサービスマップ・介護保険情報誌ハートページの発行

#### ウ 専門職のスキルアップとやりがい

- ・在宅医療等に関する研修・意見交換の企画及び実施【重点項目】

#### エ 認知症になっても安心して暮らせる地域（他事業・協議体での重点事項）

#### オ 多様な生活の場の提供（高齢福祉課）

#### カ 相互に支え合う生活支援・介護予防（他事業・協議体での重点事項）

#### キ 誰一人取り残さない

- ・センターの相談体制の充実

## (2) 生活支援体制整備事業【重点事業】

### ア 第1層協議体会議

- ・第1層協議体（市全体レベル）で会議を開催し、社会資源調査や不足する生活支援サービスについて協議し、支援体制の充実・強化を図る。

### イ 第2層協議体会議

- ・つくば市社会福祉協議会に委託し、市内7圏域に生活支援コーディネーターを配置し、「地域支えあい会議」を開催する。
- ・地域住民同士の話し合いの場から、取り組み事例を共有し、解決すべき地域課題を導き出し、住民主体の支えあい活動の創出を支援していく。【重点項目】
- ・地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、情報の可視化を促進していく。

## (3) 認知症総合支援事業【重点事業】

- ・認知症サポーター養成講座の開催  
幅広い世代への認知症の理解を深めるため、認知症サポーター養成講座をキャラバン・メイトと協力しながら実施する。特に小学生や中学生など若い世代への実施に力を入れていくため、学校関係者への認知症サポーター養成講座の周知を行う。
- ・認知症サポーターステップアップ講座の開催  
チームオレンジの設置を目指した認知症サポーターステップアップ講座を実施する。
- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会の運営支援
- ・認知症声かけ模擬訓練の実施
- ・認知症カフェの運営支援（6ヶ所）  
認知症カフェは、市民が参加しやすい体制にするため各生活圏域で1か所ずつの設置を目指す。（谷田部東圏域と谷田部西圏域が未設置。谷田部東地区は令和4年度設置に向けて調整中）また、各認知症カフェの運営
- ・認知症初期集中支援チームの運営
  - (ア) つくば市北部認知症初期集中支援チーム（委託先：とよさと病院認知症疾患医療センター）
  - (イ) つくば市南部認知症初期集中支援チーム（つくば市直営）
- ・市民向け認知症ケアパスの配布
- ・認知症よろず相談所の支援
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大
- ・認知症高齢者等保護支援事業
- ・認知症研修会の開催
- ・認知症お困りごとメール相談（とよさと病院が相談対応）

- ・認知症地域支援推進員の配置【重点項目】  
各センターに1名ずつ配置し、連携を強化しながら認知症施策に取り組む体制を構築する。

#### (4) 地域ケア会議推進事業【重点事業】

##### ア つくば市地域ケア会議（市全体レベル） 3回開催（市が実施）

- ・圏域別ケア会議の上部に存在する会議として位置づけし、圏域別ケア会議で抽出された課題について協議し、地域資源の開発や政策提言につなげる。

##### イ 圏域別ケア会議 年間で36回開催（委託センターが実施）

- ・6圏域で圏域別ケア会議を実施する各委託センターの運営を支援する。
- ・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげる。【重点項目】

##### ウ つくば市自立支援型個別ケア会議 月1回開催（市が実施）

- ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決等を行うことで、状態の改善、自立支援、重度化予防及び生活の質の向上につなげる。

### 3 指定介護予防支援事業

- ・要支援認定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、介護予防サービス計画を作成するとともに、指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整等を行う。

## 4 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、予防や生活支援サービス事業等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。

#### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」（市が委託して実施）

- ・運動機能向上プログラム  
生活機能低下が認められる者に対して短期的にリハビリ職によるリハビリを実施し、生活の質の維持と改善を目指す。
- ・低栄養改善・口腔機能向上プログラム  
低栄養・口腔機能低下が認められる方に短期的に管理栄養士・歯科衛生士による訪問指導を実施し、栄養状態や口腔状態の改善を目指す。

### (2) 一般介護予防事業

#### ア 介護予防把握事業

- ・閉じこもりや認知症が疑われる方等、何らかの支援を要する高齢者を早期に把握する目的で、高齢者台帳やKDBシステムを活用し、状況把握を実施する。

**【実施方法】**

(ア) 高齢者台帳の質問項目の「閉じこもり」「生活状況」「認知面」に関する内容から、支援が必要な高齢者を把握し、訪問等による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行う。

(イ) KDBシステムの「健診データ」や「高齢者質問票」等に関する内容から、支援が必要な高齢者を把握し、訪問等による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行う。

- ・ビックデータ（医療関連情報、介護関連情報及び高齢者台帳等によるヒアリング情報をデータベース化）及びA Iを活用し、リスク対象者を予測し、リスク対象者に対する一般介護予防の各施策の展開を行う。

**イ 介護予防普及啓発事業**

- ・認知機能向上のための「脳元気アップ教室」を実施する。

**【実施方法】**

認知症予防に関する内容をテーマに、1クール6回を地区別に実施する。

**ウ 地域介護予防活動支援事業**

- ・継続して介護支援ボランティア制度（げんき応援ポイント）を実施する。ポイント対象となる活動及び活動場所を広げ、また活動内容の周知を定期的に行い、ボランティアを支援する。

**エ つくば市地域リハビリテーション活動支援事業**

- ・65歳以上の高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、居宅サービス及び施設サービス並びにサービス担当者会議及び住民主体の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する。

令和3年度(2021年度)

筑波地域包括支援センター

事業実績報告(案)

社会福祉法人 恵愛会

総評は以下のとおり。

- ・市が定める運営方針に沿って事業計画を策定し、地域の特性を踏まえ、関係各所との連携、ネットワーク作り等を中心として重点目標である総合相談支援を中心に取り組んできた。
- ・筑波圏域地域住民の身近な相談窓口として、多くの相談に対応してきた。認知症、介護サービス利用以外にも家族関係やアルコール依存症、障害者関係、うつ病等と高齢者に限らず、幅広い年齢層の多様な相談に対応し、継続した支援を行ってきた。
- ・Zoom や YouTube による研修が多く、移動時間無と時間調整が可能な体制で有った為、外部研修への参加を多く設け、研修内容のセンター内共有を図った。  
(外部研修 26 件)
- ・今後も総合相談の場を広げ、介護支援専門員や地域ケア会議のネットワークを強化し地域づくりを支援していく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

## 第1 地域包括支援センター運営体制 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 【筑波地域包括支援センター職員配置状況】

職 種	職員	常勤兼務
社会福祉士	1	0
保健師	1	0
主任介護支援専門員	1	0
介護支援専門員	0	1
事務職	0	1
合計	3	2

## 第2 業務実施内容 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 1 包括的支援事業

#### (1) 総合相談支援業務

- ・センター独自のチラシ作成・かわら版作成を継続し、ホームページ公開・シルバークラブ、民生委員等への配布、訪問や来所時等、制限のある中で出来る広報活動を実施。
- ・相談実件数 287 件、相談延件数 1357 件と継続した支援を行い、対応してきた。
- ・訪問前には訪問前対応確認票を利用し、訪問前後の状況を本人、チェック者が確認できるようにし、センター内の情報共有を行ってきた。

#### 地区別相談件数 (4/1~11/30)

	筑波	田井	北条	小田	菅間	作岡	田水山	計
R2	151	75	381	317	57	157	80	1218
R3	162	114	343	234	66	243	116	1278

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・制度利用が必要と思われる高齢者や家族に対し、パンフレット等を活用し制度の紹介を行い、積極的に社会福祉協議会へ相談、連携し支援を実施。
- ・制度利用に結び付いたケースもあるが、利用者の判断能力により日常生活支援事業と成年後見制度の狭間で制度に結びつけにくい状況もある。制度利用までいたらなくとも社会福祉協議会への相談により支援の方向性が見出しやすくなった。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・虐待に関する相談は6件、虐待と判断したケースは無いが、継続した支援、相談対応を行っている。
- ・虐待相談があった際には、市への報告とともに早期に関係機関との連携、対応を実施。市からの訪問対応要請時には、市職員、関係機関とともに同行訪問し状況把握を行なった。
- ・松戸市から移住した虐待対応ケースについては、養護者からの引き離し、ケアマネジャーによる支援により本人の生活環境は改善した。
- ・経済的虐待を疑うケースについては、市や社会福祉協議会への報告相談し、市、社会福祉協議会、関係機関とともにケース会議を実施。家族関係により事実確認の不透明さや家族の経済的問題により権利擁護制度事業利用になかなか結び付かず対応が難航しているケース有り、継続的に支援を要している。

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費者被害については、最新の情報や訪問時の情報をもとにかわら版への掲載、見守り新鮮情報からの引用等情報提供を行ってきた。消費者被害に関係するケースについては消費生活センターへの相談支援を行なった。

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

- ・圏域の介護支援専門員のネットワークで感染症情報等の情報共有を行った。
- ・介護支援専門員からの相談件数 196 件。担当者会議への参加 4 件・同行訪問 8 件を実施。困難事例や介護サービス等の相談を行った。
- ・Zoom を用いた担当者会議の開催で、多職種の参加・遠方家族の参加等を支援してきた。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・在宅医療・介護連携推進協議会への参加
- ・在宅医療介護の啓発講座動画配信についての広報
- ・現状確認及び目標値設定のため要介護認定更新時のアンケート調査への協力

## (2) 生活支援体制整備事業

- ・筑波圏域、第2層協議体参加2回、第3層協議体会議参加2回。
- ・生活支援コーディネーターを中心とし、住民主体の活動報告、社会資源冊子の作成等、話し合いを行った。

## (3) 認知症総合支援事業

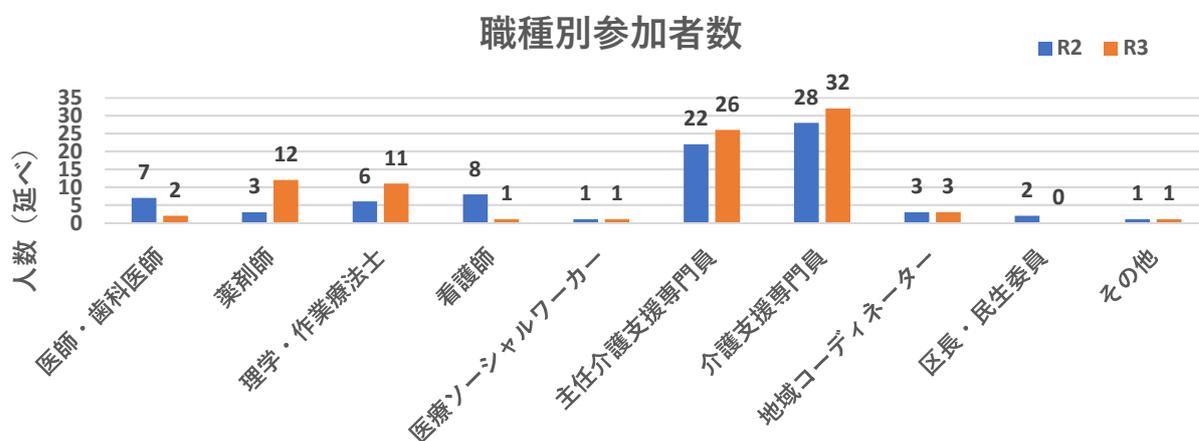
- ・認知症サポーター養成講座の参加2回
- ・つくば市キャラバン・メイト役員会参加3回
- ・キャラバン・メイト総会
- ・キャラバン・メイト スキルアップ研修会
- ・認知症対応講座参加
- ・認知症カフェ「オレンジカフェ in 筑波」協力5回
- ・認知症地域支援推進員会議 ケアパス作成について検討。
- ・認知症を知る月間啓発活動（HP 掲載・ポスター掲示9か所、ふれあい相談員による配布等を実施）
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業の周知、拡大

## (4) 地域ケア会議推進事業

- ア つくば市地域ケア会議及び生活支援体制推進会議参加 2回
- イ 圏域別ケア会議の開催 4回
- ウ 自立支援型個別ケア会議の参加 1回
- エ ファシリテーション研修会参加 1回

\*センターがZoom環境を整備し圏域別ケア会議をZoom開催、業務の効率化を図った。

開催日	出席者(名)	圏域別ケア会議で抽出された地域課題
4月23日	34	生活困窮について気軽に相談できる体制の整備
6月14日	30	外国人の支援体制整備
8月17日	25	地域との繋がる場、居場所づくり
10月18日	24	認知症高齢者を支える地域・医療・介護・家族のネットワーク構築



### 3 総合事業・指定介護予防支援事業

- ・市独自サービスを利用者及び介護支援専門員等にわかりやすく説明し、利用しやすい体制を整え、介護予防の意義を幅広く広報を行っている。
- ・介護支援専門員に情報提供するとともに、支援内容・実施状況の確認を行い、適切なサービス利用に繋げている。

## 第3 成果、評価、課題、今後の取組方針について

### 成果

- ・訪問前対応確認票を利用することにより、訪問目的や今後の対応等を一連で考えることが出来た。
- ・総合相談において精神疾患やアルコール依存症、ひきこもり等多様な相談に対応し、関係各所との話合いや調整といった多職種連携を行うことが出来た。

### 評価

- ・訪問前対応確認票の活用や引継ぎ等を充実させ、センター内の情報共有を行ってきた。主担当以外の相談に関しても対応が出来るよう体制を整えてきた。
- ・研修の充実を図り、知識の習得に努めてきた。
- ・多様な相談に対応してきた過程において知り得た相談窓口の充実を図った。

### 課題

- ・介護支援専門員ネットワークの活用がうまく出来ていない、ネットワークを上手く活用することで、介護支援専門員が動きやすい圏域となることが見込まれる。
- ・相談件数が少ない地域は、センターより距離があることも一つの要因になっている。身近に感じられるよう、相談しやすい体制・広報を行うことで、困った時の相談の場として認識しやすくなる。
- ・地域ケア会議の地域課題に繋げるためにも地域住民の参加を促し、課題解決に繋がっていくことが出来る。

### 今後の取組方針

- ・介護支援専門員のネットワークを活用し、情報の発信・共有を図り、介護支援専門員が働きやすい、動きやすい圏域づくりを行います。
- ・相談しやすい体制が取れるよう、より身近なところで相談の場を広げます。
- ・地域ケア会議への医療職及び地域住民（民生委員・区長等）の参加を促し、ネットワーク強化・地域課題解決へ結び付けます。

令和4年度(2022年度)

筑波地域包括支援センター  
事業計画（案）

社会福祉法人 恵愛会

## 第1 筑波地域包括支援センター運営体制

【筑波地域包括支援センター職員配置状況】令和3年(2021年)11月30日時点

職 種	常勤専従	常勤兼務
社会福祉士	1	0
保健師	1	0
主任介護支援専門員	1	0
介護支援専門員	0	1
事務職	0	1
合計	3	2

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（筑波地域包括支援センター業務）

#### (1) 総合相談支援業務【重点項目】

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・広報誌やかかわら版作成を継続し、ホームページでの公開・各所への配布、ポスター掲示を行い、地域への周知を幅広く行います。
- ・地域に出向き、広報・相談を行い、地域住民・民生委員・区長の方と関係性を築き、支援が必要な方へ連携して対応していきます。
- ・地域の社会資源の把握、活用するための情報収集に努めます。

##### イ 実態把握

- ・市と協働し、支援を必要とする地域住民の把握・支援を行います。
- ・生活支援体制整備事業への参加・協力をを行い、地域に不足している資源開発、支援が必要な地域住民の方の掘り起こしを行い、生活支援コーディネーターと連携し対応していきます。身近な相談窓口としての役割を担います。

##### ウ 総合相談支援

- ・支援が必要な地域住民の方に対して訪問等を行い、継続した支援を行います。専門性を生かした相談支援が出来るよう、主担当を置き、情報の共有を行っていきます。
- ・センター定例会の勉強会や外部研修の参加機会を設け、知識を習得し、相談支援へ活かします。

#### (2) 権利擁護業務

##### ア 成年後見制度の利用促進

- ・制度利用が必要と思われる高齢者や家族に対し、パンフレット等を活用し本人に合わせた説明を行い、本人の意志決定しやすい環境作りをしていきます。また、つく

ば市成年後見センター等関係機関への紹介、連携により制度利用促進を図っていきます。

- ・成年後見制度のパンフレット等を活用し、集会場や関係機関訪問時等に配布。地域住民への啓発・周知を図っていきます。

#### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた適切な対応を行ないます。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク運営委員会・実務者会議、権利擁護研修会等への参加により、関係機関等とのネットワーク構築、連携強化、支援の質の向上に努めます。
- ・パンフレット等を活用し、集会場や関係機関等訪問時に配布。地域住民や民生委員、介護支援専門員等へ情報発信を行い、相談しやすい環境づくり、地域的なネットワークの構築を図り、虐待防止、早期発見・早期対応に結び付けていきます。地元の警察とも連携をし、情報収集、情報共有を行っていきます。
- ・介護、障害、生活困窮等複合的な課題のある相談も多く、虐待のきっかけ・要因にもなりやすい為、地域のネットワークを構築・強化し、必要な支援への結びつけを図っていきます。

#### ウ 消費者被害の防止

- ・かわら版やパンフレット等を活用し、地域住民へ情報提供し、消費者被害の予防啓発を図っていきます。
- ・消費者被害の把握をした際には、消費生活センター等関係機関と連携し、問題解決・再発防止を図っていきます。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会における消費者被害の対応方法等を検討する意見交換会への参加により、消費者被害の動向の把握、関係機関との連携強化を図っていきます。

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議を開催し、地域の関係機関と連携していきます。
- ・介護支援専門員と民生委員や区長との調整を行い、支援が円滑にできるよう包括的な支援体制を構築していきます。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用【重点項目】

- ・介護支援専門員意見交換会やケアマネ連絡会・主任ケアマネ連絡会を通じ、地域の介護支援専門員の意見を吸い上げ、動きやすい地域を目指します。
- ・情報の発信、共有を図ります。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員が相談しやすい環境を整え、相談に対しては継続した支援を実施していきます。

- ・会議等では ZOOM 対応を調整し、多職種の参加や遠方からの参加を支援します。

## エ 困難事例等への指導・助言

- ・市や関係機関、専門職等と連携し、情報収集、支援を継続していきます。
- ・困難事例に関しては、ネットワークを構築し、介護支援専門員が孤立しないよう体制を整えていきます。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・「連携タイム」「気を付けたい 10 ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」「在宅医療と介護のサービスマップ」、お薬手帳の利用促進等、医療職との連携を進めるため有効活用します。
- ・つくば市包括支援課が開催する会議や研修会等に積極的に参加し、病院関係者（SW・退院調整看護師等）介護事業所、関係機関との連携に努めます。

### (2) 生活支援体制整備事業

- ・第 1 層協議体会議 第 2 層協議体会議に参加し、市としての課題を把握するとともに生活支援コーディネーターを中心として住民と協力し合い地域支えあい会議を促進します。
- ・第 3 層協議体会議へ参加し、地域住民・生活支援コーディネーターと連携し、地域の取り組みへ参加、協力を行います。

### (3) 認知症総合支援事業

- ・認知症サポーター養成講座、キャラバン・メイト連絡会、認知症カフェに参加、協力します。
- ・総合相談からの早期発見、つくば市北部認知症初期集中支援チームや地域医療機関と連携することで、早期対応に努めます。
- ・認知症地域支援推進員を配置し、市の認知症施策に取り組みます。
- ・訪問時、出張相談会、地域イベント等住民参加の機会を通じ訪問時認知症ケアパス配布や脳元気アップ教室広報、SOS ネットワーク事業の普及促進に努めます。

### (4) 地域ケア会議推進事業【重点項目】

- ・つくば市地域ケア会議に参加協力し地域課題や、政策を共有します。
- ・筑波圏域ケア会議を開催し、地域課題の発見と社会資源に繋げることで、個別課題解決と地域ネットワーク強化を図ります。
- ・インフォーマルサービスの強化や地域のネットワークづくり強化の為筑波圏域ケア会議参加者（医療職及び区長・民生委員等）について参加を促します。

### 3 総合事業

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

##### ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

##### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」（市が委託して実施）

- ・市独自サービスである、運動機能向上プログラムや低栄養改善・口腔機能向上プログラムをわかりやすく説明し、利用しやすい体制を整え、生活の維持・改善が出来るよう支援します。

#### (2) 一般介護予防事業

##### ア 介護予防把握事業

- ・市が行っている高齢者台帳やKDBシステムを活用した訪問に協力します。
- ・継続した訪問が必要な場合には対応、支援に繋がっていきます。

##### イ 介護予防普及啓発事業

- ・認知機能向上のための「脳元気アップ教室」や健康づくり教室等を広報し、認知症予防や身体機能低下予防に繋がっていきます。

### 4 指定介護予防支援事業

- ・要支援認定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、介護予防サービス計画を作成するとともに、指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整等を行います。

令和3年度(2021年度)

大穂豊里地域包括支援センター

事業実績報告(案)

大穂豊里地域包括支援センター

総評は以下のとおり。

大穂豊里地域包括支援センターは開設3年目を迎え、当初に比して相談件数も大幅に増加した。地域住民や民生委員、関係機関からの相談も増え、身近な相談窓口として認知度も上がってきた。

閉じこもりや体力低下、心的ストレスを抱えた高齢者の相談も多く、新型コロナウイルス感染症拡大の影響が持続している。独居や高齢者世帯に加え、特に認知症や精神疾患など多重課題を抱えた世帯の相談が増えてきた。また近隣住民からの情報提供や相談も増え、近所トラブルの要因が認知症などの疾患を有していることも多い。本人や同居家族からの相談ではなく近所住民からの相談の場合の介入の仕方や支援策について、センターだけではなく市や生活支援コーディネーター、認知症初期集中支援チームや専門医療機関と連携をとることが多かった。

課題を抱えながらも相談窓口に繋がらない、支援拒否、金銭的問題など多重に課題を抱えるケースも多く、各専門機関との連携は必須であることを実感している。そのため多職種、他機関との連携や役割分担の重要性を感じている。

次年度以降、職員の専門性向上を図りながら、地域や関係機関との更なるネットワーク構築、介護支援専門員との連携、地域住民による自助・互助・共助の意識を高める活動を進め、地域包括ケアシステムの体制及び地域づくりに貢献していく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

## 第1 地域包括支援センター運営体制 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 【大穂豊里地域包括支援センター職員配置状況】

職 種	職 員
社会福祉士	2(常勤1、兼務1)
保健師	1
主任介護支援専門員	1
合計	4

※社会福祉士1名は常勤換算0.2(母体法人と兼務)

### 【令和3年度 大穂豊里地域包括支援センター担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域 (中学校区)
大穂豊里地域包括支援センター (委託)	大穂、豊里

## 第2 業務実施内容 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 1 包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センターの広報活動

『大穂豊里地域包括支援センターだより』を6月・9月に作成、訪問時や民生委員連絡協議会、ふれあい相談員懇談会、認知症カフェ、地域ケア会議等で配布し、センターの役割や活動内容を周知

- ・大穂豊里圏域ケア会議を活用した地域の関係者や関係機関との連携

2ヵ月毎に開催した大穂豊里圏域ケア会議ではオンライン開催ではあったものの、多職種が参加し事例検討を通じて関係構築ができた。

- ・地域の社会資源の把握と活用

「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」「ハートページ」「在宅医療と介護のサービスマップ」等を活用し、住民への情報提供や関係機関との連携に活用した。

## イ 実態把握

- ・日々の相談から、民生委員や関係機関等と協働して必要な実態把握を実施した。
- ・つくば市地域包括支援課で実施する保健師等の訪問から引継ぎ、独居や高齢世帯等の見守り継続訪問、お元気訪問を実施し、必要なケースには継続訪問や支援導入支援を行った。

## ウ 総合相談支援

- ・相談実件数 595 件、 相談延件数 1,237 件
- ・つくば市地域包括支援課の地区担当職員とケース共有会議を実施し、圏域で対応している相談対応や課題の共有、対応策の検討を行った。また個々の相談対応において、必要に応じてつくば市地域包括支援課の地区担当職員と経過や課題について共有し、支援策を協議し対応を進めた。【重点項目】
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会に参加し、他のセンターとの情報や課題共有に努めた。その内容についてセンター職員と共有し、ケース検討を重ね、状況に応じて他のセンターとの連携を図った。【重点項目】

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・日々の相談において、必要に応じて成年後見制度のパンフレット等を用いて住民への啓発と利用促進を図った。必要に応じて成年後見センターやつくば市と連携を図った。
- ・成年後見及び任意後見制度に関する相談 実相談 26 件、 延件数 34 件

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を実施  
虐待に関する相談件数（虐待防止も含む） 延 7 件
- ・相談対応や指定介護予防支援事業での訪問時に住民や介護支援専門員等に対し虐待防止や早期発見について周知を図った。
- ・つくば市民生委員児童委員連絡協議会での高齢者虐待研修に参加（相談窓口としての周知）
- ・ケアマネジャー連絡会における虐待研修の参加
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議への参加 予定
- ・高齢者虐待防止初任者・現任者研修に参加 2 名

### ウ 消費者被害の防止

- ・「大穂豊里地域包括支援センターだより」や認知症カフェ、訪問活動の際に消費者被害防止についての周知を図った。

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・大穂豊里圏域ケア会議 4回実施(4,6,8,10月)
- ・大穂豊里圏域ケア会議を通して、介護支援専門員や地域の専門職への情報発信や連携強化を図った。
- ・つくば市地域包括支援課主催のファシリテーション研修会に参加
- ・介護支援専門員の意見交換会に参加
- ・日々の業務において、地域の介護支援専門員に「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用について啓発を行った。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくば市ケアマネジャー連絡会や主任介護支援専門員連絡会に参加協力
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会で、経験の浅いケアマネジャーへのフォローアップ研修会や主任介護支援専門員向けの研修会の企画等に参画した。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員の個別相談 202件  
対応事例、ケアプラン作成、社会資源の活用等の相談に対し、専門的見地からの個別相談対応を実施した。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・以下の困難事例の会議に参加した。
  - (ア) 困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合） 10回
  - (イ) 困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合） 4回
  - (ウ) 困難事例の会議（委託包括ケアプランを立てている事例） 2件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・つくば市在宅医療・介護連携推進事業の協力
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会での研修企画
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）とセンターの意見交換会 参加
- ・地域リーダー研修会（家族支援の視点） 参加

### (2) 生活支援体制整備事業

- ・第1層（市レベル）協議体会議 参加（3回）
- ・第2層協議体会議 参加（3回）

- ・地域見守りネットワーク事業ふれあい相談員懇談会に参加（2回）
- ・圏域の生活支援コーディネーターとの意見交換、事例共有を通して地域課題を共有し、ともに課題解決について協議を重ねている【重点項目】

### (3) 認知症総合支援事業

- ・認知症サポーター養成講座 参加（2回）
- ・認知症初期集中支援チームとの連携：連携した事例 8件
- ・認知症カフェ(オレンジカフェ in おおほ)開催（4,5,6,7,10,11月）  
6回 参加延人数 25名（内 本人11名 その他14名）  
認知症や介護予防の啓発、交流・参加の場の提供、居場所づくりを重点として企画運営【重点項目】
- ・認知症地域支援推進員を配置（1名）、啓発活動
- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会役員会 参加
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メール、認知症高齢者等保護支援事業（GPS）の周知や利用支援

### (4) 地域ケア会議推進事業

- ・つくば市地域ケア会議への参加
- ・大穂豊里圏域別ケア会議の開催 4回実施(4,6,8,10月)  
2ヵ月毎に開催、事例検討を通じて地域課題を抽出、課題解決に向けての検討を市と協働して行った
- ・つくば市地域包括支援課主催 ファシリテーション研修会に参加
- ・自立支援型個別ケア会議 参加(予定)

## 3 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

- ・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） 請求件数 521件  
うち初回加算： 43件(月遅れを除く)、委託連携加算： 43件

### (2) 一般介護予防事業

#### ア 介護予防実態把握事業

- ・お元気訪問： 18件 実施
- ・つくば市地域包括支援課が実施した高齢者実態把握訪問者、KDBシステム訪問者の継続訪問

#### イ 一般介護予防事業

- ・出前教室の開催はなし

#### 4 指定介護予防支援事業

- ・請求件数：1,331 件（介護予防支援 810 件／介護予防ケアマネジメント 521 件）
- ・自センターでのケアプラン作成： 8～9 件／月

### 第3 成果、評価、課題、今後の取組方針について

#### 成果

- ・地域の民生委員や住民からの相談が増え、大穂豊里地域包括支援センターの認知度は上がっていると感じることができている。個々の相談ケースでの対応や見守りなどに役割分担をして対応することもある。特に民生委員と連携をとり対応するケースが増えた。
- ・高齢者等の実態把握訪問を通して、介護予防や早期発見につながり、継続した見守り活動に繋がっている。
- ・市とのケース共有会議や定例会での情報共有を通して、対応事例や対応方法の共有ができ、社会資源の活用や相談支援技術の向上につなげることができた。
- ・成年後見制度や権利擁護事業に関する相談に対し、制度や窓口の周知を図り、成年後見センター等と連携を図った。高齢者虐待通報受理はなかった。高齢者虐待に関する相談について、事態の悪化を予防するための訪問や相談に対応した。
- ・ケアマネジャー連絡会や主任介護支援専門員連絡会へ積極的に参加し、地域の介護支援専門員との知識や情報の共有、関係強化に努めた。介護支援専門員に対し地域包括ケアシステムの意識をもち利用者支援にあたることができるよう周知した。
- ・介護支援専門員が抱えている支援困難事例の相談に対し、センター内で協議を十分に行い対応方法を助言できるように心がけた。
- ・生活支援体制整備事業においては、地区の生活支援コーディネーターとの連携を意識し、地域課題の共有や協議を重ねることにより、個別相談ケースの対応において連携をとることができた。
- ・認知症初期注中支援チームと連携をとり対応するケースが多く、協働して対応を進めることができた。
- ・「オレンジカフェ in おおほ」を新型コロナウイルス感染症拡大の時期を除き毎月開催することができ、参加者も固定してきた。専門職からのミニ講話や脳トレなど内容を工夫しながら行うことができた。新規参加者も増えた。
- ・認知症地域支援推進員を配置することができた。

#### 評価

- ・コロナ禍で積極的な周知活動はできなかったものの、少しずつ総合相談窓口としての認知度は上がっていると感じる事ができている。特に、地域の民生委員等の協力が不可欠であると感じており、日々の連携の重要性を実感している。

- ・認知症や精神疾患を抱える相談が多かった。専門機関と連携をとり対応するケースが多かった。専門医や関係機関とのケース会議をオンラインで実施したり、SNS ツールを使用して連携をとることもできた。
- ・日々多くの相談や支援困難事例の対応などにより、少ない職員での細やかな対応ができないこともあった。相談対応をしながらの会議出席や研修参加にも苦慮した。
- ・大穂豊里圏域ケア会議では市の協力を得てオンライン開催を実施できた。オンライン開催では参集型開催時のような意見交換ができないことに不安なことが多かった。

## 課題

- ・相談対応や会議、研修等が多く、少ない人数での業務遂行に精一杯の状況。細やかな対応や訪問等ができないこともある。訪問対応とセンターでの待機対応などの業務調整と、各職員の相談援助技術の向上を図る必要がある。
- ・総合相談、高齢者虐待対応、指定介護予防支援業務等における市と委託包括の情報共有と役割分担を明確にし、連携を密にする必要がある。
- ・認知症や精神疾患など多重課題を抱えたケース対応において、各専門機関との連携が必須となる。専門医療機関や専門職、関係機関との情報共有や状況に応じた連携体制を強化する必要がある。
- ・ケース対応や地域での課題解決をスムーズに連携して対応できるよう、生活支援体制整備事業における生活支援コーディネーターとの連携体制をつくる必要がある。
- ・日々の業務に追われるなか、各職員の能力向上や業務管理、メンタルヘルス対策も講じていく必要がある。

## 今後の取組方針

- ・対応した相談内容を分析、総括し、大穂地区・豊里地区の各特性や地域課題を抽出し生活支援コーディネーターや民生委員等と共有し、解決に向けた協議ができる機会を設けていく。
- ・各職員の相談援助技術の向上を図るために、自センター内だけでなく定例会等での勉強会や事例検討、情報共有の機会を充実できるよう提案していく。
- ・迅速かつ最良な対応ができるよう、相談対応や社会資源の情報などを各委託包括と共有を図り、委託包括同士の連携を図る。
- ・圏域別ケア会議では、事例検討を通して各専門職の地域包括ケアシステムの意義や地域課題の解決に向けて協働できる体制づくりを目指す。
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との関係を良好に保ち、要支援者の対応や職域での課題を共有し解決に向けて協働していく。
- ・生活支援コーディネーターとの情報共有の機会を定例的に設け、地域課題解決への取組みを協議していく。
- ・認知症地域支援推進員として地域の課題を把握し、つくば市の認知症施策に取り組む。

令和4年度(2022年度)

大穂豊里地域包括支援センター  
事業計画 (案)

医療法人社団 筑波記念会

## 第1 地域包括支援センター運営体制

【令和4年(2022年)年4月1日から令和5年(2023年)3月31日まで】

大穂豊里地域包括支援センター（委託）

【大穂豊里地域包括支援センター職員配置状況】 令和3年(2021年)11月30日時点

職 種	職 員
社会福祉士	2(常勤1、兼務1)
保健師	1
主任介護支援専門員	1
合計	4

※社会福祉士1名は常勤換算0.2（母体法人と兼務）

【令和4年度(2022年度)担当圏域】

地域包括支援センター名称	担当圏域（中学校区）
大穂豊里地域包括支援センター（委託）	大穂、豊里

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

日常生活圏域	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
大穂地区	4,340	21.95	779	17.95
豊里地区	4,049	24.92	749	18.50
市全体	47,158	19.42	7,858	16.66

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センター（以下、センター）の広報活動の実施  
「大穂豊里地域包括支援センターだより」の定期発行、周知活動の継続
- ・大穂豊里圏域ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源の把握と活用

「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」、「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」を活用し地域の関係機関との共有、また相談等で地域のインフォーマルな機能を把握し連携できるよう関係構築を図ります。

#### イ 実態把握

- ・日々の相談等を通じて、公的な機関や介護支援専門員をはじめ、民生委員等地域の関係者と協働して必要な実態把握を行います。
- ・つくば市地域包括支援課で把握した高齢者台帳等に基づく実態把握に調査協力を行い、重度化防止や必要な支援へ繋がります。

#### ウ 総合相談支援

- ・個々の相談に丁寧に対応し、迅速かつ専門性の高い対応ができるよう配慮して総合相談支援を行います。
- ・つくば市地域包括支援課の地区担当職員とケース共有をしていき、圏域の課題共有、相談支援の協働をしていきます。
- ・地域包括支援センター・在宅介護支援センター定例会に参加し、他の地域包括支援センターとの情報や課題共有、事業の現況評価を行います。定例会での情報交換や勉強会を通して、相談支援技術の向上を図り、質の高い相談支援を提供できるよう機能強化を図ります。また社会資源の活用など他の委託センターとの情報共有ができるようにします。【重点項目】

### (2) 権利擁護業務

#### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度のパンフレット等を活用し、住民への啓発と利用促進に努めます。
- ・制度の活用が必要と思われる高齢者や親族等に対し、制度の説明をし、成年後見センターの紹介を行い、成年後見センターやつくば市との連携を図ります。

#### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行います。
- ・つくば市地域包括支援課が作成するポスターの掲示やパンフレット、「大穂豊里地域包括支援センターだより」を活用し、住民や地域の介護支援専門員等に対し虐待の早期発見と予防を図ります。
- ・市が主催する権利擁護研修会や虐待防止ネットワーク実務者会議等に参加し、質の向上や関係者とのネットワーク作りに努めます。

#### ウ 消費者被害の防止

- ・研修の参加等で職員の知識を高め、また「ひばりくん防犯メール」や国民生活センターの情報に留意して、消費者被害の防止を図ります。
- ・「大穂豊里地域包括支援センターだより」で情報発信し予防啓発を図ります。
- ・被害が疑われる事例を発見した際には、消費生活センター等と連携をとり被害拡大防止や問題解決を図ります。

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・大穂豊里圏域ケア会議を2ヵ月毎に開催し、各専門職の地域包括ケアシステムの構築や地域課題の解決に向けて協働できるよう支援します。
- ・大穂豊里圏域内の医療・保健・福祉サービスについて、専門医療機関や施設との情報共有や連携を強化し、介護支援専門員が行う利用者支援に活かせるよう支援します。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」の活用について、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ普及啓発を図ります。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくば市ケアマネジャー連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会に参加協力するとともに、積極的に参画していきます。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する支援：居宅サービス計画作成及びサービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別相談対応を行います。
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との関係を良好に保ち、要支援者の対応や職域での課題を共有し解決に向けて協働していきます。【重点項目】

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・介護支援専門員が抱えている支援困難事例の相談に対し、センター内で協議を十分に行い対応方法を助言していきます。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・つくば市地域包括支援課が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努めます。
- ・医療機関への積極的な働きかけを実施し、医療と介護の連携の推進を図ります。

### (2) 生活支援体制整備事業

- ・第1層協議体会議、第2層協議体会議、第3層協議体会議に参加協力し、地域の一員として、また生活支援コーディネーターと連携しながら事業の促進を図ります。【重点項目】

### (3) 認知症総合支援事業

- ・認知症サポーター養成講座の開催への協力、認知症ケアパスの普及や認知症初期集中支援チームとの連携等を通して事業推進を図ります。
- ・オレンジカフェを開催(年12回)し、認知症の予防や知識の普及に努め、地域の高齢者の新たな居場所として周知を図ります。【重点項目】

- ・認知症地域支援推進員の配置により、つくば市と連携を図りながら認知症施策の取組みに参画します。【重点項目】

#### (4) 地域ケア会議推進事業

##### ア つくば市地域ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力します。

##### イ 大穂豊里圏域ケア会議 年6回開催

- ・大穂豊里圏域ケア会議を2ヶ月ごとに開催し、地域課題の発見・課題解決に努めます。

##### ウ つくば市自立支援型個別ケア会議

- ・つくば市地域包括支援課が主催する会議に出席し、要支援認定者の課題検討を行い、自立支援・重度化予防及び高齢者の生活の質の向上につなげることができるよう必要な援助を行います。

### 3 指定介護予防支援事業

- ・介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者が、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、その心身の状態、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、必要な援助や関係機関との連絡調整を行います。

## 4 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、介護予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

#### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

- ・運動機能向上プログラム、低栄養改善・口腔機能向上プログラムの活用推進を図ります。

### (2) 一般介護予防事業

#### ア 介護予防把握事業

- ・大穂豊里圏域内の高齢者台帳から抽出された閉じこもりや認知症が疑われる方などの状況把握、必要な支援を行います。

- ・実態把握訪問でアセスメントした結果から、一般介護予防事業や介護保険サービスなど必要な支援へ繋がります。

#### イ 一般介護予防事業

- ・総合相談の内容に応じて、介護予防教室等への参加を促します。
- ・地域住民の要望を把握し、出前講座の開催など介護予防に通じる活動に参画します。

令和3年度(2021年度)

谷田部東地域包括支援センター

事業実績報告(案)

総評は以下のとおり。

#### 【包括支援】

R3年4月より手代木へ移転、センター開設の周知強化を実施。相談は自宅訪問を念頭に対応、実生活の把握をもとにして必要な支援の調整を実施している。相談の多くは高齢者支援に関する内容だが、並行してその親族支援を行う必要から30～50代の方に対する医療・福祉支援調整も実施しているのが実情。重層的課題の解決にあたり、関係機関等と連携しネットワーク拡大を継続している。今後は、個別援助にとどまらず、地域住民や諸団体等とのネットワーク形成を進めながら地域の共生に努めていきたい。

#### 【認知症総合支援】

認知症の方が安心して暮らすことができる地域づくりの一環として、認知症サポーター養成講座等の事業に取り組むことができた。また、認知症の本人の想いを取り入れ、本人が参加できる活動を実現することができた。今後も認知症地域支援推進員を核に、本人の想いに寄り添い、認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる地域づくりを進めていく。

#### 【介護予防】

一般介護予防事業について、訪問等の際に対象者への周知活動を実施。状況に応じて継続的なモニタリングを行っている。

生活支援体制整備事業について、生活支援コーディネーターと連携のもと、地域で開催される会議等で地域活動を行っている住民と顔の見える関係づくりを進めている。加えて、活動の一環として勉強会への講師派遣を行っている。今後も継続。

圏域別ケア会議については、開催の手順を習得できた。今後、より質の高い会議となるよう参加者の拡大や地域課題の分析に努める。また、早期に解決を図るべき事例に対して会議開催の可能性を探る。

介護支援専門員との連携を継続・強化し、要支援・事業対象者の支援を実施できた。状況に応じた助言・指導を継続していく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

## 第1 地域包括支援センター運営体制 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 【職員配置状況】

職 種	配置数	備考
社会福祉士	2	
保健師	1	療養のため休職中
主任介護支援専門員	1	
合計	4	

### 【担当地域】

手代木、春日学園、谷田部東、学園の森中学校区

## 第2 業務実施内容 (令和3年(2021年)11月30日時点)

### 1 包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・啓発活動：市のチラシ・ホームページを用いた周知活動  
センター独自のチラシを用いた相談や関係機関訪問の際の周知活動  
地域支えあい会議・ふれあいサロン等でセンター活動を紹介  
民生委員児童委員連絡協議会での周知活動
- ・地域ケア会議：圏域別ケア会議の開催（奇数月）
- ・地域の社会資源の把握と活用：相談対応の際に情報収集実施
- ・重層的課題を抱える事例では健康増進課や障害者地域支援室、子育て支援室や男女共同参画室などと連携。

##### イ 実態把握

- ・ふれあいサロンやふれあい相談員会議等に参加、生活状況の情報収集を実施
- ・相談は自宅訪問を基本とし、より詳細な生活実態把握を実施
- ・民生委員等と連携し、不安・困りごとを抱えている住民への支援を実施。  
生活状況の聞き取りにより、地域に必要な支援を探っている。
- ・お元気訪問 17件実施。

##### ウ 総合相談支援

- ・相談者数 249人 相談実件数 699件 相談延件数 1122件
- ・ケースにより市と情報共有し、同行訪問や対策を行っている。
- ・併設施設の協力を得て、24時間体制で電話相談に対応。祝日は通常通り窓口開設、土日でも相談者の希望に応じ出勤体制を整え相談機会の確保を行っている。

- ・本人・家族支援に必要な各種制度や社会資源等の情報収集と整理を実施。随時更新を行っている。
- ・生活支援コーディネーターと連携、相互の事業で連携して生活状況や地域課題の把握に努めている。
- ・必要に応じ、継続的に1～2カ月ごとの訪問や連絡を実施。
- ・定例会等で知識の習得や関係者とのネットワーク形成を行っている。
- ・研修等に参加し継続的に技術知識の獲得を行っている

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・制度概要や申し立て方法等について職員の理解を深めるため研修受講
- ・制度利用の必要性や他の解決方法を随時センター内で話し合った
- ・成年後見人制度に関する各種資料等の整備を実施
- ・地域包括支援課、つくば後見センターに随時利用等の相談を実施
- ・財産管理・身上監護等の権利擁護で活用できる社会資源の情報収集を実施
- ・成年後見及び任意後見制度に関する相談 対象者6名

### イ 高齢者虐待への対応

- ・高齢者虐待について理解を深めるため研修受講
- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
- ・虐待およびその疑いに関する相談対応（虐待防止も含む） 対象者6名
- ・養護者における虐待への対応 対象者1名
- ・介護事業所における虐待対応勉強会 1回

### ウ 消費者被害の防止

- ・センター内に関連資料設置、配布・閲覧できるよう整備
- ・消費者センターを訪問し顔の見える関係づくりを実施
- ・消費者被害の対処方法について理解するため研修受講
- ・発生動向等をメールマガジン等で日常的に把握実施
- ・相談対応にて、被害の防止に関する啓発・被害や疑わしい状況の有無を確認
- ・対応事例 0件

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議の実施 4回
- ・市包括主催のファシリテーション研修会に参加 1回
- ・介護支援専門員の意見交換会に参加 4回
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2021」の配布支援
- ・R3.10「ケース共有」実施。重層支援を要する事例でチーム結成に繋げた。
- ・医療機関等へセンターの機能周知、機関特性の把握と関係づくりを実施。

- ・社会資源の情報収集を継続的に行い、必要に応じた情報提供を実施

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・ケアマネジャー連絡会等への参加・支援
  - (ア) ガイドライン検討委員会
  - (イ) 定例会
  - (ウ) 主任介護支援専門員役員会
  - (エ) 経験の浅いケアマネジャーへのフォローアップ研修会を実施

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に日常的に声掛けを行い、要望や困りごとなどの把握と対応を実施
- ・介護支援専門員の個別相談 415 件（同行訪問 35 件）

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・以下の困難事例の会議を行った。
  - (ア) 困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合） 5 回
  - (イ) 困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合） 14 回
  - (ウ) 困難事例の会議（委託包括ケアプランを立てている事例） 0 件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

- ・医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を実施
- ・入退院時にMSW等と連携し、介護保険申請や入所支援、その他社会資源の導入支援などを実施
- ・市などが開催する会議や研修に参加し、支援に必要な知識の習得を実施
- ・地域住民が集まる場へ出向いた際に、在宅医療や介護に関する情報提供を実施

### (2) 生活支援体制整備事業

- ア 第1層協議体に参加 3回
- イ 第2層協議体に参加 2回
- ・住民主体の活動報告を通じ、顔の見える関係づくりを実施
- ・併せて、センターが支援可能な内容の共有を実施
- ウ 住民主体の集いの場づくり等の支援
  - ・既設サロンで講話実施

### (3) 認知症総合支援事業【重点事業】

- ア 認知症サポーター養成講座の開催 講師派遣 2回
- イ つくば市キャラバン・メイト連絡会への参加
  - ・キャラバン・メイト総会、キャラバン・メイト スキルアップ研修会

演題「認知症サポーター養成講座の研修内容の確認」

- ・キャラバン・メイト役員会 3回
- ・啓発活動（各圏域の認知症地域支援推進員が中心となりポスター掲示等を実施）

ウ **認知症声かけ模擬訓練の実施** 認知症対応講座へ講師派遣 1回

エ **認知症カフェの運営支援**

- ・オレンジカフェ in きずな（委託先：ストレスケアつくばクリニック）  
6回 参加延人数 55名（内 本人13名 その他42名）
- ・圏域内での立ち上げに向け、当該事業所と打合せを実施。感染予防の観点から、R4年度の開催を予定。

オ **認知症初期集中支援チームとの協働** 相談事例 6名

カ **認知症ケアパスの配布** センター窓口および必要な相談者、CMへ配布

キ **認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知・拡大**

- ・認知症支援メール受信時の検索協力
- ・CMと対象者に関する情報共有を必要に応じて実施

ク **認知症地域支援推進員の配置【重点項目】**

- ・認知症地域支援推進員初任者研修受講 1名
- ・認知症地域支援推進員打合せ 5回
- ・9月の茨城県認知症を知る月間に啓発活動を実施。（資料掲示、配布など）
- ・若年性認知症の方の登山ボランティア結成

#### (4) 地域ケア会議推進事業

- ア つくば市地域ケア会議への参加 3回
- イ 圏域別ケア会議の開催 4回
- ウ 自立支援型個別ケア会議の開催 3回

### 3 総合事業

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

- ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の請求件数は561件  
うち初回加算：16件、委託連携加算：31件、住所地特例：16件(月遅れを除く)
- イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」
  - ・運動機能向上プログラム利用者 2名
  - ・低栄養改善・口腔機能向上プログラム利用者 1名

#### (2) 一般介護予防事業

- ア 介護予防実態把握事業
  - ・おげんき訪問 市提供の名簿にて17名に実施
- イ 介護予防に関する知識や技術の習得のため研修受講

#### 4 指定介護予防支援事業

- ・請求件数：584件 うち初回加算 17件、委託連携加算 21件
- ・令和3年度制度改正に伴い、重要事項説明書・運営規程の変更を実施。介護支援専門員の相談に随時助言や指導を実施。

### 第3 成果、評価、課題、今後の取組方針について

#### 【包括的支援事業】

#### 成果

- ・社会資源情報を収集しファイリングを実施、随時情報提供できるようになった。
- ・祝日は通常通り・土日にも必要に応じて窓口を開設することで、就労のある家族や遠方の家族等が相談しやすい体制を作った。また、メールを積極的に活用し日中に限らない相談体制を確保できた。
- ・高齢者に限定しない相談支援を実施。経過中、障害領域の支援者と意見交換の機会を得ることができた。継続的支援を展開できる機関につながるまでフォローアップを行うことができています。

#### 評価

- ・センター開設から1年、センターで担う事業の理解が進み、相談支援に必要な知識や情報をスタッフが概ね習得できた。
- ・センター内で毎日事例共有を行い、随時検討を行いながら支援を展開できている。
- ・常に権利擁護の視点を持って相談支援にあたることができるようになってきた。

#### 課題

- ・市とセンターの連携強化のため、それぞれの機能や役割を的確に理解する必要がある。
- ・迅速な対象者支援を展開するため、高齢者分野に関わらず関係機関・各課等と連携できる重層的な支援体制の整備が望まれる。
- ・高齢者領域に限らない相談対応力の強化が求められる。
- ・感染予防の観点から、地域住民とのネットワーク形成が困難。対策を講じつつ、高齢者の集まる場へ出向き、センターの周知や顔の見える関係づくりを進める必要がある。
- ・職員の相談援助技術の向上およびメンタルケアの体制の構築が必要。

#### 今後の取組方針

- ・相談内容や相談者に関する情報を分析し、地域の特性や課題を明確にする。
- ・市役所関係各課との連携体制づくりにむけた要望や実績の積み重ね。
- ・医療と介護のありたい姿へ向け、実践すべき具体的な行動を見つける。
- ・地域住民とのネットワークづくりの強化。
- ・ケースワークに関する専門性向上の取り組み。

## 【認知症総合支援】

### 成果

- ・認知症に関する相談は随時受付。状況に応じ、認知症疾患医療センターや主治医等と連携し必要な医療・治療の確保に努めた。
- ・初めての試みである認知症対応講座に協力。知識だけでなく、実践型の講座を通じ、本人の立場に立つこと・外部の支援者に頼っていいことを伝えることができた。
- ・認知症地域支援推進員1名を配置。定例会で情報共有実施。  
「茨城県認知症を知る月間」における啓発活動を系列薬局と共に実施した。
- ・若年性認知症の当事者の支援ボランティアグループを結成。本人の希望する「登山」を1回実施。
- ・圏域内でのオレンジカフェ開設に向け、事業者と打合わせを開始。R4年度開設を予定。

### 評価

- ・感染予防の観点から、集団型の活動は積極的展開できなかった。一方で、市と連携し、認知症サポーター講座などに協力することはできた。
- ・認知症の本人の希望をとらえ、新たな社会資源の開発に取り組むことができた。

### 課題

- ・感染症予防の観点から、地域でのネットワーク形成が不十分。地域住民に対する啓発活動が展開できるようネットワークづくりを推進する必要がある。
- ・センター職員の認知症対応力強化が必要。

### 今後の取組方針

- ・圏域内でR4年度に認知症カフェを開設する。
- ・圏域における認知症に関する課題を明確にする。
- ・認知症の本人が参加できる活動を増やす。
- ・職員の知識・対応の強化。

## 【介護予防】

### 成果

- ・市から手順等の引継ぎを受け、圏域別ケア会議をセンター職員で実施できた。
- ・研修会に参加し、地域ケア会議の目的や運営方法を理解できた。
- ・一般介護予防事業に関する情報を随時提供し、必要に応じた利用調整ができた。
- ・介護保険サービス未利用者への家庭訪問（お元気訪問）を実施、状態や希望に応じたサービス調整やモニタリングを行った。
- ・要支援および事業対象認定者のサービス利用に関し、介護支援専門員と連携して対応できた。必要に応じ介護支援専門員への助言・指導や情報提供を行うことができた。
- ・R3年4月制度改正に対し、必要な書類の作成や各種調整、情報提供ができた。

### 評価

- ・要支援および事業対象者のケアマネジメントは、トラブルなく対応できている。
- ・圏域別地域ケア会議は、事例提供者と事例を深めながら準備・実施できた。

### 課題

- ・センター独自の介護予防啓発活動を行いたい。
- ・圏域別ケア会議の実施に当たり、職員のファシリテーション実践が必要。
- ・定例の地域ケア会議にとどまらず、支援困難事例対応のため随時型の会議開催や、地域課題の把握を目的とした住民参加型の会議開催を企画したい。

### 今後の取組方針

- ・相談履歴のある方について、介護予防の視点からモニタリングが必要と思われる方を抽出し状況把握と対応を行う。
- ・介護支援専門員に対し、適切なケアマネジメント実践ができるよう、助言や情報提供を継続する。
- ・支援困難な事例について、カンファレンスまたは地域ケア会議を随時開催する。
- ・地域住民とのネットワークづくりを進め、介護予防啓発や地域課題の把握を行う。

令和4年度(2022年度)

谷田部東地域包括支援センター  
事業計画（案）

## 第1 地域包括支援センター運営体制

### 【センター概要】

名称：谷田部東地域包括支援センター

受託法人：医療法人社団みなみつくば會

住所：つくば市手代木1932 サンシャインつくばリゾート内

### 【職員配置】 令和3年(2021年)11月30日時点

職種	職員	備考
社会福祉士	2	
保健師	1	療養のため休職中
主任介護支援専門員	1	
合計	4	

### 【令和4年度(2022年度)担当圏域】

手代木中学校、春日学園義務教育学校、谷田部東中学校、学園の森義務教育学校の各中学校区域

### 【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
谷田部東地区	7,774	11.75	1,110	14.28

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・地域包括支援センター周知広報の実施（相談者や関係機関へチラシ配布、ホームページ更新、高齢者が集まる場所での案内など）
- ・圏域別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源の把握と活用  
市発行のパンフレットおよびセンターによる情報収集と整理

##### イ 実態把握

- ・民生委員等地域の関係者と連携し、支援が必要な方の対応を実施する。
- ・自宅訪問を基本として実生活の把握を行う。
- ・ふれあいサロン等に出向き顔の見える関係を作ることで、相談しやすい環境を作りを行う。

## ウ 総合相談支援

- ・電話・メール、訪問、来所の様々な形態で相談対応を行う。相談者の都合によって土日も対応できるよう勤務調整を行う。
- ・土日、夜間は併施設と協力し24時間で相談対応できる体制を維持する。
- ・祝日は通常通り窓口を開設し、相談対応の機会の確保を図る。
- ・市関係部署（生活保護、障害、子育て、男女共同など）への積極的な相談と連携体制の構築を進める。
- ・日常的に市にケースの相談・共有を行い支援の方向性を協議する。定期ケース共有会議を持ち、圏域の課題や相談援助技術の向上と対応強化を図る。
- ・センター定例会や各種研修等で様々な知識の習得を行い（家族介護者支援、ひきこもり、高齢者虐待等）、ネットワーク構築を図りながら、それらを活用した支援ができるようにする。
- ・3職種の特性を活用して相談支援ができるよう、職種別マニュアル作成を検討する。

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度の利用が必要と判断される方やその家族に対し、制度の情報を提供する。必要に応じ、市・つくば成年後見センター等と連携し制度利用の支援を行う。
- ・成年後見制度や意思決定支援について、家族や介護支援専門員に対し周知啓発を行う。
- ・対応力向上のための研修参加。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた支援の実施
- ・虐待の防止及び早期発見の体制整備を進める。関係機関、民生委員、専門職等に対して周知啓発の実施
- ・虐待が疑われるまたは虐待と判断される事例の対応と養護者支援の実施。
- ・対応力向上のための研修参加。

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費者被害の現状把握や資料等設置による啓発活動の実施。
- ・消費生活センターと連携し、消費者被害の未然防止を図るとともに発生時の早期対応を実施する。
- ・日常の相談対応の中で、被害や疑わしい事例の把握を実施する。

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議（奇数月 年6回）の実施。  
事例提示者および会議参加者の拡大を図り、広い視点で課題解決策を探る。
- ・市発行のパンフレット以外にも社会資源情報の収集・整理を継続し、介護支援専門員などの専門職が地域の様々な社会資源を活用できるよう支援する。
- ・医療機関や障害事業所等とのネットワーク拡大に努め、重層的課題を抱える方の支援を的確に実施する。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくばケアマネジャー連絡会、つくば市主任介護支援専門員連絡会に参加し、介護支援専門員として必要な情報・知識・技術を確保する。
- ・介護支援専門員同士のネットワーク形成に努める。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に積極的に声をかけ、不安や要望などを相談しやすい関係づくりに努める。
- ・介護支援専門員に対し、同行訪問やサービス担当者会議等の開催支援、居宅サービス計画作成の助言指導など、専門的な見地から個別相談対応を行う。
- ・介護支援専門員の資質向上を図るため、制度や施策等に関する情報提供を行う。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・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ともに考え、状況に応じてカンファレンス等の開催を支援する。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業【重点事業】

- ・医療機関や介護事業所等からの相談を受け付け、必要に応じた支援を行う。
- ・入退院時や外来受診時にMSW等と連携し、介護保険申請や入所支援、その他社会資源の導入支援などを行う。
- ・市などが開催する会議や研修に参加し、支援に必要な知識の習得を実施
- ・地域住民が集まる場へ出向いた際に、在宅医療や介護に関する情報を提供する。

### (2) 生活支援体制整備事業【重点事業】

#### ア 第1層協議体会議

- ・第1層協議体に参加し、社会資源調査や不足する生活支援サービスについて把握し支援体制の整備に協力する。

#### イ 第2層協議体会議

- ・生活支援コーディネーターと連携し「地域支えあい会議」等に参加する。
- ・地域住民同士の話し合いの場に参加し地域課題を把握するとともに、住民主体の支えあい活動の創出にセンターとして協力できることを探り支援する。

- ・既存の住民主体の支えあい活動を把握し、訪問等を行う。

### (3) 認知症総合支援事業【重点事業】

- ・認知症サポーター養成講座の開催  
幅広い世代への認知症の理解を深めるため、圏域内の団体等に実施を呼びかけ講座を開催する。
- ・認知症サポーターステップアップ講座の開催支援  
認知症サポーターステップアップ講座の開催に協力し、チームオレンジの結成を支援する。
- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会の参加と運営支援
- ・認知症声かけ模擬訓練の実施
- ・認知症カフェきずなの運営支援
- ・圏域内に新規認知症カフェ開設（1か所）
- ・認知症初期集中支援チームの活用と協働
- ・認知症地域支援推進員による活動実践  
市民向け認知症ケアパスの配布  
認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大
- ・認知症の本人が活動できる場所の創出

### (4) 地域ケア会議推進事業

#### ア つくば市地域ケア会議

つくば市地域ケア会議に参加し、市全域で抱える生活課題を把握するとともに、地域資源の開発に協力する。

#### イ 圏域別ケア会議

- ・圏域別ケア会議を年間6回開催する。
- ・個別ケースの課題解決方法を多職種協働で探る。
- ・ケース検討を通じて地域に共通する課題を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげる。

#### ウ つくば市自立支援型個別ケア会議 対象者がいる場合に随時

- ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決の方法を介護支援専門員と共に検討する。これにより、状態の改善・自立支援・重度化予防及び生活の質の向上につなげる。

## 3 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援および事業対象者認定者に対し、予防や生活支援サービス等が適切に提供されるよう介護支援専門員と連携して必要な援助を行う。

- ・支援内容の調整に当たっては、短期集中予防サービス「訪問型サービスC」の利用可能性を十分に検討する。

## (2) 一般介護予防事業

### ア 介護予防把握事業

- ・市で把握した対象者に対し、訪問等による相談支援や介護予防事業への橋渡し、継続的なモニタリングを行う。

### イ 介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業・つくば市地域リハビリテーション活動支援事業の紹介

## 4 指定介護予防支援事業

- ・要支援認定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、介護予防サービス計画を作成するとともに、指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整等を行う。

令和3年度（2021年度）

谷田部西地域包括支援センター

事業実績報告（案）

社会福祉法人 筑南会

総評は以下のとおり。

地域に身近な相談窓口として地域包括支援センター（以下「センター」とする）が設置され、今年度で3年目となり、地域住民や関係機関等にも周知されるようになり多くの相談がある。独居高齢者、高齢世帯の相談が多く、相談内容は、認知症、支援拒否、8050問題、精神疾患、末期癌、高次脳機能障害等、相談が多様化している。急な対応を要することや支援につながるまでに時間や労力を要する。市やセンターの定例会などでグッドプラクティス等の共有をすることで多くの課題に対する実践力の向上につなげている。

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座へキャラバンメイトとして参加。また認知症地域支援推進員研修を受講して、センターに担当職員を配置した。「認知症を知る月間」では、センター独自のチラシを作成して関係者等へ啓発活動を実施。また、打合せを定期的に行い、今後の活動について検討している。地域共生社会を実現していくため、今後は、市と各センターと連携しながら認知症になっても安心して地域で暮らすことができる地域づくりを促進していく。

圏域別ケア会議やケアマネジャー連絡会等を通して介護支援専門員に対する支援を実施。コロナ禍によりオンラインでのやり取りも実施できるようになり、状況にあわせながら行えるようになった。また社会資源の情報等をメールなども活用しながらいち早く情報発信が行えるように努めた。

コロナ禍により地域の集まりなどが自粛されている中で市と連携して介護予防と継続的な支援を実施。今年度介護予防のため地域に出向いていくことを目標としたが、相談対応に翻弄されている。今後は、具体的に進められるように取り組んでいく。

今後は、相談対象が地域住民となったため、幅広い知識実践力向上に努め、地域住民や民生委員、関係機関等との連携をより強化し、連携しながら総合相談支援が行えるように努めていく。急を要する相談も多いことから地域の要望を把握して、運動教室等を企画して介護予防の普及啓発を行う。各圏域にセンターが配置されたため、3職種それぞれの職種による顔の見える関係づくり、実践力の向上に努めていく。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

## 第1 地域包括支援センター運営体制（令和3年(2021年)11月30日時点）

### 【谷田部西地域包括支援センター職員配置状況】

職 種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従
社会福祉士	1	0	1
主任介護支援専門員	1	0	0
保健師（または看護師）	1	0	0
介護支援専門員	0	1	0

### 【谷田部西地域包括支援センター担当圏域】

谷田部西圏域（谷田部中学校、高山中学校、みどりの学園義務教育学校）

## 第2 業務実施内容（令和3年(2021年)11月30日時点）

### 1 包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・センター独自のチラシを相談・関係機関への訪問時等配布。市のパンフレットなども活用しながらセンターの周知を図った。また、広報誌を3回作成。
- ・地域ケア会議、民生委員児童委員協議会等の会議に参加することで関係者と顔の見える関係作りに努めた。
- ・地域の社会資源の把握と活用。ミニ知識やハートページ等の各種資料を活用。

##### イ 実態把握

- ・独居高齢者、高齢世帯等の総合相談対象者の見守り訪問。市より依頼のあったお元気訪問対象者の訪問やKDB訪問対象者の引継ぎを実施。

##### ウ 総合相談支援

- ・相談者数 183人 相談実件数 351件 相談延件数 1468件
- ・市職員とケース共有及び運営状況について確認
- ・民生委員や地域住民、関係機関等からの個別相談を受け、都度対応。緊急を要する相談もあり、市と相談しながら対応。

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見及び任意後見制度に関する相談 実相談 23 件 延件数 63 件

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応の実施
- ・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む） 延べ 18 件
- ・養護者における虐待通報 受理件数 0 件
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議の参加予定
- ・虐待が疑われるケースについては、市や親戚の方や介護支援専門員などから相談があり、市と連携して都度対応。

### ウ 消費者被害の防止

- ・市民や専門職へ消費生活センターの情報提供やセンター独自の広報誌等のチラシを配布

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・圏域別ケア会議（オンライン開催）を 4 回実施
- ・市主催のファシリテーション研修会に 1 回参加
- ・介護支援専門員の意見交換会に 4 回参加

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・ケアマネジャー連絡会定例会への参加
- ・主任介護支援専門員連絡会定例会への参加(2 回) 役員会へ参加(7 回)
- ・経験の浅いケアマネジャーへのフォローアップ研修会への参加

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員への個別相談 291 件（同行訪問 11 件）

### エ 困難事例等への指導・助言

- ・困難事例の会議 1 件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・病院と在宅の連携に関する意見交換会への参加
- ・地域の医療機関、薬局と相談等を通して連携、圏域ケア

(2) 生活支援体制整備事業

- ア 第1層（市レベル）協議体への参加（3回）
- イ 第2層協議体（谷田部西圏域）への参加
- ウ ふれあい相談員（谷田部西圏域）懇談会への参加
- エ 住民主体の集いの場づくりへの参加協力  
高須賀地区（保健師等の健康相談、血圧測定等）

(3) 認知症総合支援事業

- ア 認知症サポーター養成講座への参加協力
- イ つくば市キャラバンメイト連絡会の運営協力
  - ・キャラバンメイト総会、スキルアップ研修への参加
  - ・キャラバンメイト役員会への参加 3回
  - ・キャラバンメイト正副会長打合せ 3回
- ウ 認知症カフェの協力支援
  - ・新型コロナウイルス感染拡大により参加なし
- エ 認知症初期集中支援チームとの連携
  - ・つくば市北部認知症初期集中支援チーム  
（とよさと病院認知症疾患医療センター）1件
- オ 市民向け認知症ケアパスの配布
  - ・認知症ケアパスの冊子を窓口等に設置して、必要時配布
- カ 認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールの周知、拡大
  - ・市より市内圏域の登録者の情報提供を受け、センター圏域の対象者の把握に努めた。また、必要性の高い方には登録を助言。
- キ 認知症地域支援推進員の配置
  - ・認知症地域支援推進員打合せ 5回
  - ・9月の「茨城県認知症を知る月間」で啓発活動を実施  
（センター独自広報誌作成、民生委員や関係機関へ配布）

(4) 地域ケア会議推進事業

- ア つくば市地域ケア会議への参加 3回
- イ 圏域別ケア会議の開催 4回
- ウ 自立支援型個別ケア会議への参加 1回
- エ ファシリテーション力の向上のため、ファシリテーション研修会への参加

### 3 総合事業

#### ア 介護予防・生活支援サービス事業

##### (ア) 介護予防ケアマネジメント事業（第一号介護予防支援事業）

- ・ 請求件数 451 件/4～11 月 平均 56 件/月 委託事業所 36 件
- ・ 要支援者や事業対象者に対して自立支援及び重度化防止の視点で高齢者本人の選択に基づいて必要な支援を実施。また、保険サービスだけでなく社会資源の活用などの提案を行う。

##### (イ) 一般介護予防事業

新型コロナウイルスの影響もあり、介護予防教室の計画・実施に至らなかったが、地域の活動組織との顔つなぎや連携する機会が確保できた。地域で活動している教室などと連携して介護予防の普及啓発に努めていく。

##### (ウ) つくば市地域リハビリテーション活動支援事業

栄養面で不安な対象者へ情報提供を行い、事業の利用につながった 1 件

### 4 指定介護予防支援事業

#### ・指定介護予防支援事業

請求件数 576 件/4～11 月 平均 72 件/月 委託事業所 36 件

- ・ 委託先についてはまずは相談者へ要望を確認して、相談をするように努めており、介護支援専門員選定希望時には居宅の特性等を考慮して偏りがないように選定している。できる限り、初回アセスメント訪問を行い、介護支援専門員へ情報提供することでケースの把握に努めている。センターで対応できる相談（住宅改修の理由書作成、自費ベッドレンタル等）は都度対応している。

### 第3 成果、評価、課題、今後の取組方針について

#### 【成果】

- ・ センターを開設して3年目になり、地域での認知度が向上している。
- ・ 季節に合わせて広報誌を3回作成し、相談者、医療機関、関係者へセンターの周知を図った。
- ・ 市とのケース共有において事例から地域の特性や課題を確認することができた。
- ・ 在宅医療との意見交換に参加することでお互いの状況、役割などの確認ができ、連携時に活かすことができた。

### 【評価】

- ・新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあり、通常の活動が行えない中、相談方法を事業所内で検討を行い、電話や必要最低限の面会などで相談対応を行った。自粛傾向が長期化することで認知症状や精神症状の悪化や独居男性のセルフネグレクト、孤立死等の急を要する対応が多かった。
- ・医療や関係機関との連携については、オンラインやメールを活用して対応することができた。介護支援専門員との連携や情報提供についてもオンラインなどのツールを活用することで連携することができた。
- ・総合相談の中で個人情報の取り扱いについて、苦情相談があり、センター内で再発防止に向け、話し合いを行った。
- ・不当要求者の対応に苦慮し、市と相談しながらセンター内で対応方法を模索した。

### 【課題】

- ・地域により高齢化の進行
- ・男性独居高齢者のセルフネグレクトと孤独死
- ・相談内容の多様化（8050問題、精神疾患、末期癌、高次脳機能障害等）

### 【今後の取組】

- ・相談対象が地域住民となったため、障害など幅広い知識、実践力の向上に努める。
- ・地域住民、医療機関、関係機関とのネットワークを広げ、支援困難なケース対応時必要な機関へつなぎ、連携しながら対応していく。
- ・認知症地域支援推進員を配置し、市と連携して認知症施策に取り組む。
- ・急を要する相談も多いことから地域の要望を把握して、運動教室などを企画して介護予防の普及啓発を行う。
- ・市内全センターの3職種それぞれの職種による顔の見える関係づくり、実践力の向上に努める。

令和4年度（2022年度）

谷田部西地域包括支援センター

事業計画（案）

社会福祉法人 筑南会

## 第1 地域包括支援センター運営体制

【令和4年(2022年)4月1日から令和5年(2023年)3月31日まで】

【谷田部西地域包括支援センター職員配置状況】令和3年(2021年)11月30日時点

職 種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従
社会福祉士	1	0	1
主任介護支援専門員	1	0	0
保健師（または看護師）	1	0	0
介護支援専門員	0	1	0

【令和4年度(2022年度)担当圏域】

谷田部西圏域（谷田部中学校区、高山中学校区、みどりの学園義務教育学校区）

谷田部西圏域の地域住民を対象として、心身の健康の保持及び生活の安定のための必要な援助を包括的に行い、住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、職員の力量の向上に努め、また市の指導・支援を受けながら事業を実施いたします。

【参考】谷田部西圏域の高齢者の概況（令和3年(2021年)4月1日現在）

日常生活圏域	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率
谷田部西圏域	7,789人	16.83%	1,327人	17.04%
つくば市	47,158人	19.42%	7,858人	16.66%

※圏域の特性として、歴史ある商業・農業等を中心とした地区や複数の団地やつくばTXみどりの駅、万博記念公園駅周辺の開発地区等それぞれの地区の特徴がみられる。また、つくば市7圏域の生活圏域の中で谷田部西圏域の高齢者人口は3番目となるが、高齢化率は5番目である。子育て世代の移住人口が増えている一方で、世代間交流が希薄になっている。高齢者の生活実態が急速に変化し、その中で支援の必要性のある高齢者が増加することが考えられる。

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（谷田部西地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築【重点項目】

- ・日常の相談業務でのセンター独自のチラシ配布、民生委員児童委員連絡協議会等への参加、地域の関係機関への訪問等、積極的に広報活動を行い、谷田部西地域包括支援センター（以下、センター）の周知に努めます。
- ・谷田部西圏域ケア会議での事例検討を通して、地域の関係者、関係機関と連携を図ります。
- ・地域の社会資源の情報把握に努め、市作成の資料を職員間で共有し、適切な情報提供を行えるようにします。

##### イ 実態把握

- ・市から依頼のあった高齢者台帳及び国保データベース（KDB）システムに基づく実態把握や支援を必要とする高齢者の把握及び支援を行います。
- ・日々の相談活動、関係機関、地域の関係者等と協働して、新たな対象者を含め必要な実態把握を行います。

##### ウ 総合相談支援【重点項目】

- ・3職種の専門性を活かし、迅速・適切な対応ができるよう配慮して総合相談支援を行います。
- ・市の関係部署と連携体制を構築します。
- ・市とケース共有会議を行うことで圏域の課題等共有していきます。
- ・総合相談の実践力向上に努めていきます。

#### (2) 権利擁護業務

##### ア 成年後見制度の利用促進

- ・事業所内にパンフレットを置き、地域住民に啓発・利用促進に努めます。相談活動において利用の必要があると考えられる地域住民またはその親族等に対して、パンフレットを活用し説明を行い、つくば市成年後見センター等関係機関と連携を図ります。

## イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づき、速やかに状況把握を行い、市と連携を図り、適切な対応を行います。
- ・市の作成するポスターの掲示、パンフレットの活用等により、啓発を行い、予防や早期発見につながるようにします。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議、権利擁護研修会へ参加し、対応業務の質の向上や関係機関等との連携強化を行います。

## ウ 消費者被害の防止

- ・国民生活センターの情報などに留意して、消費者被害の予防に努めます。
- ・地域の関係者等からの情報収集に努め、被害が疑われる事例を発見した場合には消費者生活センターと連携して問題解決を図ります。

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築

- ・谷田部西圏域ケア会議を開催し、その中で、介護支援専門員、地域の関係機関との連携を図ります。
- ・介護支援専門員が介護保険サービス以外のインフォーマルな社会資源を活用できるように、情報の把握・提供に努めます。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくば市ケアマネージャー連絡会やつくば市主任介護支援専門員連絡会に参加協力をします。

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対して個別相談の対応や、居宅サービス計画作成、ケアマネジメント過程における課題等の相談助言等の支援を行います。

### エ 困難事例等の相談・助言

- ・支援困難事例について、各専門職や関係機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、介護支援専門員に助言し、ケースにより協働して対応します。

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業への協力

- ・地域住民、地域の医療、介護関係者から相談を受けつけ、連携の調整や社会資源の紹介を行います。
- ・市が作成する「ハートページ」、「在宅医療と介護のサービスマップ」「多職種連携のためのツール」等を有効に活用します。
- ・市が主催する会議や研修会、講演会等に参加し、連携の強化に努めます。

### (2) 生活支援体制整備事業への協力

- ・生活支援体制整備事業関連の会議に参加協力します。また、生活支援コーディネーターとの連携・協力を努めます。

### (3) 認知症総合支援事業への協力

- ・認知症サポーター養成講座の開催協力、キャラバンメイト連絡会への参加、認知症カフェへの参加協力を行います。
- ・認知症ケアパスの普及や認知症初期集中支援チームと連携して早期発見、早期治療が行えるように協力して支援していきます。
- ・認知症地域支援推進員を配置し、市、各センターと連携して認知症施策に取り組みます。

### (4) 地域ケア会議推進事業への協力

#### ア つくば市地域ケア会議

- ・市が主催するつくば市地域ケア会議に参加協力します。

#### イ 谷田部西圏域ケア会議

- ・市の協力・支援のもと、2か月ごとに開催し、介護支援専門員、関係機関等とのネットワークの構築を図ります。

## 3 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業への協力

#### ア 介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）

- 要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予

防支援を受けている者を除く) 及び日常生活支援総合事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況や環境等に応じて、高齢者本人の選択に基づき、介護予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

## (2) 一般介護予防支援事業等への協力

### ア 介護予防把握事業

市で高齢者台帳や国保データベース (KDB) システム等から抽出した谷田部西圏域内の支援が必要な高齢者を把握し、市と連携しながら訪問等による相談支援や介護予防事業へのつなぎ等を行います。

### イ 一般介護予防事業【重点項目】

- ・総合相談の内容に応じて、介護予防についての普及啓発に努めます。
- ・地域住民の要望を把握し、介護予防の普及啓発に資する運動教室等を参画します。

## 4 指定介護予防支援事業

介護保険における予防給付の対象となるよう要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者が、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、その心身の状態、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、関係機関との連絡調整を行います。

令和3年度（2021年度）

桜地域包括支援センター

事業実績報告（案）

医療法人社団 桜水会

総評は以下のとおり。

- ・ 圏域ごとの地域包括支援センターの周知が進み、相談経路、相談内容が多岐にわたっている。その中でも、重層的課題を抱えておられる世帯への支援には時間と労力を要す。認知症、障害、疾病、8050問題、生活困窮、運転中の事故、多重債務、虐待、家族関係悪化、疎遠、支援拒否、消費者被害等、センターのみでは解決できない場面に多々直面する。ワンストップで相談できる窓口機能を果たしつつ、多機関と連携しつつ、支援を進められる体制づくりに努める。
- ・ 介護保険の申請から認定結果通知後、介護サービス利用するまでの一連の相談が増加した。地域住民誰もが、必要なサービスを受けることができるよう、居宅介護支援事業所及び関係各機関と連携しつつ、支援を行った。今後も介護保険関連の相談の急増が見込まれるため、各機関との連携強化に努める。
- ・ 認知症初期集中支援チームと協力し、認知症の方を支援に繋げた。
- ・ 見守りや継続的支援が必要な高齢者宅へ訪問している。また、夏には介護申請しているのに未利用の高齢者宅へお元気訪問を行った。民生委員児童委員連絡協議会、地域支え合い会議に出席し、地域で活動しておられる方々と顔の見える関係の構築に努める。誰もが安心して尊厳ある地域で暮らせるような地域づくりを目指す。
- ・ 包括的・継続的ケアマネジメントの中では、介護支援専門員から困難な事例の相談が増加し、相談内容が複雑多岐にわたっている。各々の事例について担当の介護支援専門員から事例の詳細を確認しながら、介護支援専門員だけでなく社会福祉協議会や医療機関などの様々な関係機関と連携し、対応方法について検討および支援を行った。
- ・ 地域ケア会議推進事業においては、桜圏域ケア会議を通して、外国人、ACP、アルコール問題、家族関係、生きがい、疾病、認知症、独居、見守り体制、債務等多岐にわたるテーマで事例検討を行った。地域における社会資源を調べ、担当者に出席を依頼し、介護支援専門員をはじめ多職種へ周知を心がけた。

各事業の実績及び詳細は以下のとおり。

#### 第1 地域包括支援センター運営体制（令和3年（2021年）11月30日時点）

職種	専従	兼務
社会福祉士	1	0
保健師（または看護師）	1	0
主任介護支援専門員	1	0

### 第2 業務実施内容(令和3年(2021年)11月30日時点)

#### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

##### (1) 総合相談支援業務

###### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・ 桜地域包括支援センターについてのオリジナルちらしを作製し、民生委員、ふれあい相談員等に配布し、桜地域包括支援センターの周知に努めた。民生委員児童委員連絡協議会へ参加した。
- ・ 地域住民の相談対応を通して、社会福祉協議会、生活支援相談員、民生委員、ふれあい相談員、自

治会、郵便局等と連携を図った。

- ・つくば市在宅高齢者福祉助成券事業等の社会資源について地域住民で必要な方へ情報提供を行った。
- ・桜圏地域ケア会議開催（6回予定）

#### イ 実態把握

- ・地域のケアマネジャーや民生委員などを通じて、地域住民や地域活動についての情報収集を行った。地域のサロンなどについて住民の方から情報収集を行った。
- ・民生委員や医療機関、つくば市地域包括支援課より地域で見守りの必要な高齢者宅へ訪問、必要なサービスにつなげる、もしくは継続訪問を行った。
- ・お元気訪問（令和3年度実態把握訪問）では、実件数15件、延29件訪問し、必要なサービスにつないだ。

#### ウ 総合相談支援

- ・相談内容について職員間でカンファレンスをし、内容に応じて職員の専門性を活かした対応をした。また、ケースに応じて市の地域包括支援課に相談し、連携し対応した。
- ・相談実件数：399件、相談延件数：1021件。（訪問153件（284件）、電話311件（568件）、来所49件（58件）、その他23件（31件））

### (2) 権利擁護事業

#### ア 成年後見制度の利用推進

- ・市と中核機関と連携し、金銭管理について不安を抱えている方への相談に応じた。
- ・成年後見及び金銭管理、福祉サービス利用に関する相談：実相談7件、延べ11件

#### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を実施した。
- ・虐待に関する相談件数（虐待防止も含む） 延べ14件
- ・虐待の疑いで通報があったため、地域包括支援課の職員と訪問したケース：2件
- ・養護者による高齢者虐待対応現任者標準研修等研修に参加した。

#### ウ 消費者被害の防止

- ・独居高齢者宅を中心に、消費生活センターのちらし配布した。
- ・消費者被害の対応方法等の検討する意見交換会参加（予定）

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・桜圏地域ケア会議の開催（計6回予定）を通じて、介護支援専門員や地域の関係機関との連携を支援した。
- ・地域ケア会議ファシリティレーション研修会に参加した。
- ・介護支援専門員の意見交換会に参加した。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

・つくば市主任介護支援専門員連絡定例会及びケアマネージャー連絡会等へ参加し、情報収集および情報提供を行った。

#### ウ 日常的な個別指導・相談

・介護支援相談員からの個別の相談などに対応した。相談延べ件数：134件、同行訪問件数：3件

#### エ 困難事例等の相談助言

・対応困難事例について、介護支援専門員や医療機関などの関係機関と連携し対応方法について検討および支援を行った。

困難事例の会議（介護支援専門員がいない場合）：11件

困難事例の会議（介護支援専門員がいる場合）：2件

困難事例の会議（ケアプランを立てている事例）：0件

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

・在宅医療を希望されている方に対し、訪問診療を実施しているクリニック等の紹介や連携の調整を行った。

・在宅医療介護連携推進協議会に参加した。

### (2) 生活支援体制整備事業

・地域支えあい会議に出席した。

・生活支援コーディネーター、地域のサロン、民生委員、ふれあい相談員との連携を試みた。

### (3) 認知症総合支援事業

・総合相談を通じて、認知症初期集中支援チームと連携し、医療、介護サービスにつなげるよう支援している。(3件)

・相談や訪問時に認知症に関するパンフレット、認知症カフェの案内、SOSネットワーク事業等案内を配布し啓発活動をした。

・認知症カフェの周知を試み、参加。(予定)

・キャラバンメイト研修会、認知症地域推進員打合せ参加

・9月茨城県認知症を知る月間に認知症に関するポスターをセンター内掲示。近隣調剤薬局に掲示依頼。

### (4) 地域ケア会議推進事業

・市と協力して桜圏域地域ケア会議を開催し、関係機関との連携を強化した。

### 3 総合事業

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

・要支援者に対して、心身の状況や生活環境等に応じた介護予防サービスが提供されるような援助を行った。

#### (2) 一般介護予防支援事業等

・相談があった地域住民などに対して、パンフレットを用いながら、つくば市で実施している健康づくり教室等の案内を行った。

### 4 指定介護予防支援事業

・介護予防サービスは、居宅介護支援事業所に委託連携して援助をしている。

請求件数：予防給付 697 件\_\_初回加算：25 件

総合事業 431 件\_\_初回加算：23 件

利用者契約件数 215 件

契約家庭訪問数 60 件

### 第3 成果、評価、課題、今後の取り組み方針について

#### 〈成果〉

・センターが市から委託を受けて2年目となり、市、居宅介護支援事業所等、多くの方々の支援を得つつ、地域住民の相談に応えることができた。

・215 件の利用者と介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の契約を結び、つくば市及び近隣市町村の39か所の居宅介護支援事業所へ委託連携を行った。

・総合相談を通して、つくば市の高齢者関係各課のみならず、社会福祉課、障害福祉課、健康増進課と連携することができた。また、地域では、警察、郵便局、相談支援専門員、不動産屋、コンビニ店員、民生委員、ふれあい相談員、さくらお助け会等との関係構築、連携することができた。

・総合相談後、継続的見守り支援を行っている方は月平均50人ほどで、リストを作成。訪問頻度を半年、3か月、1か月、1週間に1回ペース等に分け、職員で効率よく訪問できるようにした。また、訪問する中で、必要なタイミングで介護保険申請をはじめ、社会資源に結び付けることができた。また、コロナ禍で、自粛生活を強いられている高齢者宅へ、コロナ予防・フレイル予防・リハビリ体操等のちらしをお届けした。

・医療との連携の分野では、退院時にソーシャルワーカーや退院支援看護師から情報を得、退院後の支援等につなげることができた。特に、精神疾患をもつ高齢者の医療連携で、精神科病院のPSWや精神特化型訪問看護師さんとの連携が強化された。

#### 〈評価〉

・地域ケア会議や困難ケースなどへの対応の中で、市やケアマネージャーと連携し、対応することができた。ケアマネージャーが困難を抱えているときは、丁寧に話を聞き、直接的支援及び、後方的支援を行い、信頼関係を構築できた。

- ・民生委員児童委員連絡協議会や地域支え合い会議等参加し、センター周知に努めた結果、民生委員からの相談が増加した。
- ・コロナ禍であり、生活困窮の相談も増えている。社協や社会福祉課との連携を行ってきた。生活保護に結び付いた件数が1件あり、小口融資2件、フードバンク3件利用につながる事ができた。

#### 〈課題〉

- ・高齢化の流れに伴い、介護保険申請に関する相談が増えている。それに伴い、事業対象者や、暫定プラン希望者、住宅改修の理由のみ希望される方、癌末期で急性憎悪のため等、早急にサービスが必要になった方等を担当してくださるケアマネージャーを探すのに苦慮することがある。
- ・つくばセンター付近のマンション住民へ、ちらし配布等センターの周知することができなかった。
- ・近隣の方へ迷惑行為のある方に関して、近隣住民の方から相談を受けることがあったが、人権、個人情報の問題がからみ、支援に苦慮することがあった。

#### 〈今後の取組方針〉

- ・民生委員の集まりや支え合い会議等に積極的参加し、顔の見える関係を構築したい。特に、マンションが多く建設されている吾妻、竹園地区の民生委員さん、自治会の方との連携を図りたい。
- ・事業対象、住宅改修のみ、早急にサービスを必要とする方等へ支援できるよう体制構築したい。
- ・運転免許証返納後、高齢者の移動手段で困っているという相談が多い。つくば市交通システム、タクシー助成。移動スーパーや宅配業者などの社会資源にアンテナを張り、市、生活支援コーディネーターと情報共有を図っていく。
- ・成年後見制度や日常生活支援事業を必要な方に周知することに加え、独居で身寄りがない方で、将来の金銭管理や死後事務で不安を抱えている方へも、あんしん生活支援サービスの案内、中核機関へ繋げる等支援する。
- ・コロナ禍であり、生活困窮に関して、また重層的生活課題を抱えておられる家族の場合は、継続的支援が必要な場合があり、関係機関と連携しつつ、支援する。
- ・桜圏域地域ケア会議に関しては、ファシリテーターとしての技量を向上させる。
- ・BCP、感染症、虐待等のマニュアル作成のための研修会等に参加する。虐待に関するアセスメント等の技量を向上させる。
- ・認知症関連事業、ACPについて、また消費生活センターとの連携に関して、研修に参加し、必要な支援に繋がられるよう、学びを深めたい。
- ・介護支援専門員が抱える困難事例について相談しやすい体制及び環境を整える。地域包括支援センターとしての関わり方を事例に応じて検討し、適切な支援を行う。
- ・地域ケア会議推進事業において、地域課題の抽出、分析を行い、地域づくりの提言に繋げる。

令和4年度(2022年度)

桜地域包括支援センター

事業計画 (案)

医療法人社団 桜水会

※圏域の特性：高齢化率が7圏域中4番目で一見低く見えますが、若年層の中心部と高齢者層の周辺部の地域での発展衰退格差が大きな課題となっています。

## 第1 運営体制

職種	専従	兼務
社会福祉士	1	0
保健師	1	0
主任介護支援専門員	1	0
合計	3	0

【参考】日常生活圏域別 高齢化率 ※令和3年(2021年)4月1日現在

日常生活圏域	高齢者人数(人)	高齢化率(%)	認定者数(人)	認定率(%)
桜地区	7,904	14.67	1,259	15.93
市全体	47,158	19.42	7,858	16.66

## 第2 業務実施内容

### 1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

#### (1) 総合相談支援業務

##### ア 地域におけるネットワークの構築

- ・日常の相談業務を行う中でチラシの配布などを通して、センターの広報活動を実施していきます。（特にマンション居住者への周知）【重点項目】
- ・圏域別ケア会議を活用した地域の関係者、関係機関との連携強化
- ・地域の社会資源について把握し、支援活動の中で活用に努めます。

##### イ 実態把握

- ・日常の相談や民生委員等地域の関係者との連携の中から、支援を必要とする高齢者の把握及び支援を行います。

##### ウ 総合相談支援

- ・地域住民からの相談に対応し、対応が困難な場合は、市や関係機関と連携し対応します。
- ・センターの定例会に参加し、地域における桜圏域に応じた地域包括支援のネットワーク構築を図ります。
- ・家族介護者支援、ひきこもり、生活困窮、入退院支援、成年後見、障害福祉、

虐待等の各種勉強会に参加し、重層的課題を持つ地域住民への総合相談に対応します。【重点項目】

## (2) 権利擁護業務

### ア 成年後見制度の利用促進

- ・成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、成年後見制度のパンフレットを活用し、市やつくば成年後見センターと連携して、意思決定支援に努めます。
- ・つくば成年後見センターと連携し、早い段階から相談しあえる関係を築きます。

### イ 高齢者虐待への対応

- ・つくば市高齢者虐待対応マニュアルに基づいた対応を行います。
- ・市と連携し、パンフレットを活用するなどして虐待の防止及び早期発見に努めます。
- ・つくば市虐待防止ネットワーク実務者会議等に参加し、関係機関と連携を図りネットワーク作りに努めます。

### ウ 消費者被害の防止

- ・消費生活センターと市と連携し、消費者被害の未然防止と問題解決を行います。

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・桜圏域ケア会議（計6回）の開催をとおして、介護支援専門員と地域の関係機関との連携を支援します。
- ・事例提示を介護支援専門員の他、リハビリ職、薬剤師等に依頼し、桜圏域の地域課題抽出に向けた事例検討を実施します。
- ・「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」を活用し、介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう支援します。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- ・つくばケアマネジャー連絡会を支援し連携を図ります。
- ・つくば市主任介護支援専門員連絡会の役員会を毎月、定例会に年4回参加します。

### ウ 日常的な個別指導・相談

- ・介護支援専門員に対する個別相談の対応、居宅サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導、

相談対応を行います。

- ・介護支援専門員の資質向上を図る観点から、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を行います。

#### エ 困難事例等への指導・助言

- ・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、指導助言等を行います。【重点項目】

## 2 包括的支援事業（社会保障充実分）

### (1) 在宅医療・介護連携推進事業

#### ア 希望の最期を共に考える

- ・専門職への ACP（人生会議）を踏まえた研修会の参加
- ・在宅医療と介護の啓発講座への参加
- ・地域の医師・CMによる在宅医療・介護啓発講座への参加
- ・健康フォーラムつくば+において市民向けの啓発映像視聴

#### イ 本人を第一に考えた多職種連携

- ・「連携タイム」「気を付けたい 10 ポイント」「退院前情報共有チェックリスト」の活用促進
- ・病院関係者（SW・退院調整看護師）と地域包括支援センターの意見交換会への出席
- ・専門職が連携に必要な社会資源等の情報把握

#### ウ 専門職のスキルアップとやりがい

- ・在宅医療等に関する研修、意見交換に参加

#### エ 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

#### オ 多様な生活の場の提供

#### カ 相互に支え合う生活支援・介護予防

#### キ 誰一人取り残さない

- ・センターの相談体制の充実

### (2) 生活支援体制整備事業

#### ア 第1層協議体会議

- ・第1層協議体（市全体レベル）による日常生活圏域別の社会資源調査や不足する生活支援サービスについての協議により、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化を図ります。

#### イ 第2層協議体会議

- ・生活支援コーディネーターと連携し、地域支えあい会議に参加します。
- ・地域住民同士の話し合いの場から、取り組み事例を共有し、解決すべき地

域課題を導き出し、住民主体の支え合い活動の創出を支援する。

- ・把握した地域資源やニーズを整理し、情報提供やマッチング、地域住民主体の支え合い活動の創出や情報の可視化を促進していきます。

### (3) 認知症総合支援事業

- ・つくば市キャラバン・メイト連絡会への出席
- ・認知症カフェへの周知、参加、手伝い
- ・認知症初期集中支援チームとの連携を図ります。
- ・市民向け認知症ケアパスを活用し、周知します。
- ・認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業、認知症支援メールを周知します。
- ・認知症地域支援推進員と連携し、認知症施策に取り組む。

### (4) 地域ケア会議推進事業

- ・つくば市地域ケア会議（市全体レベル） 3回参加します。
- ・桜圏域ケア会議を市の協力のもと6回開催
- ・個別ケースの検討で課題解決を重ね、評価検証を行うと共に、地域における共通の要因を抽出し、地域づくりや新たな資源開発につなげます。【重点項目】
- ・つくば市自立支援型個別ケア会議 月1回出席
- ・要支援者等の生活行為の課題等を明確にし、課題の解決等を行うことにより、状態の改善に導き、自立支援、重度化予防及び高齢者等の生活の質の向上につなげます。

## 3 総合事業

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ア 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）及び日常生活支援総合事業対象者に対して、予防や生活支援サービス事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

#### イ 短期集中予防サービス「訪問型サービスC」

- ・運動機能向上プログラムや低栄養改善・口腔機能向上プログラムが必要な方に周知、推奨します。

### (2) 一般介護予防事業

#### ア 介護予防把握事業

- ・閉じこもりや認知症が疑われる方等、何らかの支援を要する高齢者の相談

に対応します。必要に応じ訪問し、社会資源の周知、推奨します。

#### イ 介護予防普及啓発事業

- ・認知機能向上のための「脳元気アップ教室」を周知します。

#### 4 指定介護予防支援事業

- ・要支援認定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、介護予防サービス計画の作成及び、指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、関係機関との連絡調整等を行います。

令和3年度（2021年度）

荃崎地域包括支援センター

事業実績報告（案）

社会福祉法人 つくば市社会福祉協議会

総評は以下のとおり。

#### 【経過と圏域の特徴】

荃崎地域包括支援センターは、荃崎圏域の身近な相談窓口として平成 29 年 10 月に設置され 4 年が経過した。担当する荃崎圏域は市内でも高齢化率が 38.24%、75 歳以上の人口割合が 18.63%（いずれも R3.10.1 現在）と市内で最も高い値となっている。

また、地域環境としては周辺市街地地区、農村地区、大規模団地と多様であり、地域住民の生活環境の違いも相まって、相談内容等は実に多様である。

#### 【総合相談支援業務】

相談内容は、高齢者世帯の介護日常に関する相談や医療に関する相談、権利擁護を含む相談等を本人や家族、民生委員やその他の関係機関等から受け、制度の説明や紹介、継続した支援を実施した。

8050問題のように介護・障害・困窮や、そこから派生する権利擁護、近隣との生活トラブル等の課題を抱える多世代の相談に対し、解決の糸口を見い出せるように、課題の整理や各種専門機関への相談等の対応を行った。

#### 【地域包括ケアシステム】

地域の状況の把握や圏域内外の関係機関と連携が取れる体制を構築するために、地域ケア会議や生活支援コーディネーターが開催する支え合い会議、その他の会議研修等にも参加し、相談があった時に速やかに対応した。

#### 【今後について】

常に、地域住民や支援関係者のために、センターとして出来ることは何かということ念頭に置きながら、より良い支援の方法を専門職を含む関係者間で考え、対応をするように心がけてきた。

今後も専門職としての知識や支援技術の向上を図りながら、有機的に地域とつながることで、地域包括ケアシステム体制の構築に繋がるよう努めていく。

## 1 受託業務概要

荃崎圏域の地域住民が、住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続できるよう、地域住民の健康保持と増進及び生活の安定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や福祉の増進を包括的に支援した。

## 2 実施体制

所長兼社会福祉士	1名（常勤）
社会福祉士	1名（常勤）
経験のある看護師	1名（常勤）
主任介護支援専門員	1名（常勤）
介護予防マネジメント従事者	1名（非常勤）

## 3 業務実施内容

### (1) 総合相談支援業務

荃崎圏域の地域住民に関する様々な相談を受けて、必要な状況把握を行い、各種情報提供や関係機関を照会するとともに、各種制度やサービスへのつなぎ等必要な支援を行った。

#### ア 地域におけるネットワークの構築

独自のセンターチラシを作成し配布した。随時民生委員からの相談対応を行っている。また、相談実務を通じて各種福祉施設、医療機関や法テラス、交番等地域の関係機関とのネットワークを構築している。

【ネットワーク参加機関】（令和3年11月末現在）

種類	機関数	備考
医療機関	25	荃崎圏域内、つくば市内の他、市外や県外の病院・クリニック等
行政機関	12	地域包括支援課、介護保険課、高齢福祉課、保健センター、社会福祉課、障害福祉課、窓口センター、医療年金課、ワクチン室、他県市外の包括
社会福祉法人（施設等）	56	法人内他部署、介護保険事業所、障害関係事業所
専門職団体や民間組織	7	法テラス、消費生活センター、金融機関、郵便局等
住民組織	25	区会、民生委員、ふれあい相談員
警察・消防	1	つくば警察署荃崎交番
合計	125	

#### イ 実態把握

市が抽出し依頼のあったケースの他、民生委員や社会福祉協議会ふれあい相談員等から地域の情報を収集し、訪問相談等の実態把握に努めた。

【訪問件数の推移】（令和3年11月末現在）

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
32件	65件	10件	408件	40件

#### ウ 相談件数

介護をはじめ様々な相談を受け、聞き取り等必要な状況把握を行い、各種

情報提供や相談対応を行っている。また必要な制度やサービスへのつなぎとして関係機関を紹介する等の支援を行った。

【相談延べ件数の推移】（令和3年11月末現在）

（年間）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	212	214	213	213	216	250	222	197		-	-	-	1,959
半期	1,540						-						-

（年度）

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
563件	2,070件	2,400件	2,681件	1,959件

## (2) 権利擁護業務

高齢者虐待の疑いや消費者被害、成年後見制度の利用が望ましいケース、家族関係に課題のあるケースにおける各種支援を行った。

【権利擁護に係る相談の推移】（令和3年11月末現在）

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
17件	94件	97件	125件	74件

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

圏域内のケアマネジャーをはじめ、各種専門職に地域ケア会議への参加を案内し、地域での連携を取れる体制を作っている。また個別支援を通して地域や関係機関への情報提供を行っている。

### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

主任介護支援専門員連絡会定例会への参加の他、災害時ケアプランの検討委員会に参加し意見交換等を行った。

会議名	期日及び会場	参加者及び内容
主任介護支援専門員連絡会役員会	第1木曜日	主任介護支援専門員定例会等についての話し合い
災害時ケアプラン作成委員会	4/19, 5/26, 6/28	災害時ケアプランについての話し合い

### ウ 個別相談業務

介護保険制度全般から一般的な問い合わせ等、地域の社会資源とのつなぎ支援等圏域に関係なく相談を受け適切に紹介等を行っている。

（個別相談313件、内、同行訪問38件）

### エ 困難事例等への指導・助言

支援会議に参加し、役割分担や今後の支援方針についての検討を行った。

（介護支援専門員がいない事例8回、介護支援専門員がいる事例47回）

## (4) 包括的支援事業（社会保障充実分）

### ア 在宅医療・介護連携推進事業（市重点事業）

市が開催する在宅医療・介護連携推進事業（地域リーダー研修会）に参加し、支援の方針を学んだほか、関連機関との情報交換等を行った。個別支援を通じて地域の医療機関と連携をしている

会議名	期日及び会場	参加者及び内容
-----	--------	---------

医療介護専門職研修会	3/21	地域リーダー研修
------------	------	----------

#### イ 生活支援体制整備事業

第1層協議体への参加し市全体の状況を把握するとともに第2層協議体（地域支えあい会議）に参加し、地域への情報発信と情報収集及び地域関係者との交流を行った。また、生活支援コーディネーターと随時地域の課題を共有しながら個別支援に繋げている。

会議名	期日及び会場	参加者及び内容
生活支援コーディネーター研修	5/24	生活支援コーディネーターに向けての内部研修
地域支えあい会議	10/28	2層協議体会議

#### ウ 認知症総合支援事業

認知症サポーター養成講座や認知症疾患医療センターが開催する研修会に参加した。認知症地域支援推進員を配置し、認知症の方と本人を支える仕組みづくりを市とともに検討している。認知症カフェ（オレンジカフェinくさぎ）に参加し、個別支援の際にはオレンジカフェに参加を促すなど協力にも努めた。

#### エ 地域ケア会議推進事業

地域ケア会議（圏域ケア会議）を開催した。緊急事態宣言を受けオンライン開催となった。市が選定した事例について自立支援型個別ケア会議に参加し、専門職からの助言をいただきながら社会資源の紹介とケアマネジャー支援を行った。

会議名	期日及び会場	参加者及び内容
第1回荃崎圏域ケア会議	5/26オンライン	19名、事例検討
第2回荃崎圏域ケア会議	7/27オンライン	23名、事例検討
第3回荃崎圏域ケア会議	9/28オンライン	23名、事例検討
第4回荃崎圏域ケア会議	11/24オンライン	16名、事例検討

### (5) 総合事業

#### ア 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）として1,382件の請求を行った。（内、初回加算43件、委託連携加算49件）

#### イ 一般介護予防事業

市が行っている介護予防把握事業で関わっているケースについて、依頼を受けて訪問するなど必要な対応を行った。介護予防体操に関するパンフレットを掲示し配布した。また、介護支援ボランティアについての問い合わせにボランティアセンターに相談しながら対応を行った。

### (6) 指定介護予防支援事業

要支援認定を受けてサービス利用希望者に利用（請求）件数は月平均173件。荃崎圏域の要支援認定者は326人。

【利用（請求）件数の推移】（令和3年11月末現在）  
（年間）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	161	167	176	172	176	174	179	177		-	-	-	1,382
半期	1,026						-						-

#### 4 成果、評価、課題、今後の取組み方針について

##### (1) 成果

- ア 相談内容等については、業務システムへの入力と回覧を行い、対応経過の共有に努め、一か月平均240件程度の相談対応を行った。
- イ 困難事例等については、三職種の連携とチームアプローチを念頭にして、複数名で対応を行い、包括的・継続的なケア体制の構築に努めている。

##### (2) 評価

- ア 相談対応件数は年々増えており、圏域内における相談機関としておおむね周知されていると思われる。また、他圏域についても相談を受ける機会が増加している。
- イ 多様化する相談内容に適切に対応できるよう、市主催の各種研修会はもちろん、若年性認知症、成年後見制度、高次脳機能障害、高齢者虐待、多職種連携等の研修に参加し、センター内での共有等も実施した。

##### (3) 課題

- ア 市内で最も高い高齢化率であることや高齢者単身世帯や高齢者のみの世帯が多く課題が潜在化してしまう可能性がある。
- イ 8050問題のように世帯内に高齢以外の課題を抱える世帯などがあり情報の収集や課題の整理、アプローチの方法についても慎重に取り扱う必要があり対応が難しくなっている。

##### (4) 今後の取組み方針

- ア 支援につながりづらい状態にある方の発見と支援においては、民生委員をはじめとする地域関係者との連携に努めていく。
- イ 複雑多様化している相談や複合的な課題を要する相談にも適切に対応していくために、日頃からのネットワークの構築と解決するために職員の資質を向上するための研修に参加していく。

令和4年度（2022年度）

荃崎地域包括支援センター

事業計画（案）

社会福祉法人 つくば市社会福祉協議会

## 1 受託事業概要

荃崎圏域の地域住民が、住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続できるよう支援する。地域の高齢者等の心身の健康の保持、生活の安定のために必要な支援を包括的に行うため、以下2実施体制のもと、3業務実施内容に記載する事業を市地域包括支援課の指導・支援を受けながら実施する。

【参考】 荃崎圏域の高齢者の概況（令和3年10月1日現在）

人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率
23,209人	8,876人	38.24%	1,272人	14.33%

## 2 実施体制

所長兼社会福祉士	1名（常勤）
社会福祉士	1名（常勤）
経験のある看護師	1名（常勤）
主任介護支援専門員	1名（常勤）
介護予防マネジメント従事者	1名（非常勤）

※第2期（令和元年10月1日）から社会福祉士1名が増員配置となった。

## 3 業務実施内容

### (1) 総合相談支援業務

荃崎圏域の地域住民に関する様々な相談を受けて、必要な状況把握を行い、各種情報提供や関係機関を照会するとともに、各種制度やサービスへのつなぎ等必要な支援を行う。

#### ア 地域におけるネットワークの構築

独自のセンターチラシを作成し配布します。随時民生委員からの相談対応を行う。また、相談実務を通じて各種福祉施設、医療機関や法テラス、交番等地域の関係機関とのネットワークを構築する。

#### イ 実態把握

- (ア) 日々の相談等を通じて、民生委員等地域の関係者から得た情報をもとに事実確認等を行い、必要な支援に繋げる。
- (イ) 市が抽出し実態把握の依頼のあったケースに対して、継続的に電話や訪問等に加え、地域関係者の協力を得ながら、適切な方法での状況確認に努める。

#### ウ 総合相談支援

- (ア) 配置する3専門職の特性を活かし、寄せられる相談に適切な対応ができるよう努める。
- (イ) 複合的な課題を含み複雑化している相談に適切に対応していくために、地域関係者や専門職等の関係機関とのつながりや連携・協働を心掛け、必要な本人・家族（介護者）支援を心がけた対応を行う。【重点項目】

### (2) 権利擁護業務

#### ア 成年後見制度の利用促進

- (ア) 成年後見制度に関するパンフレットを活用するとともに、制度理解を深め、利用促進に努める。

- (イ) 市やつくば成年後見センター、法テラスなど法律専門職、権利擁護関連機関との連携対応に努める。

#### イ 高齢者虐待への対応

- (ア) つくば市高齢者虐待防止マニュアルに基づいた対応を行う。
- (イ) 虐待対応においては、市と連携を図り適切な対応を行う。
- (ウ) 市が作成するポスターの掲示やパンフレットを活用するなど、様々な機会を捉えて虐待の予防に努める。
- (エ) 虐待防止ネットワーク実務者会議へ参加し、関係機関との連携強化や課題の共有を行う。

#### ウ 消費者被害の防止

高齢者訪問等で消費者被害が疑われる事例については、つくば市消費生活センター等と連携し、更なる消費者被害の未然防止と相談を受けた具体的な事案についての問題解決を図る。

### (3) 包括的・継続的ケアマネジメント

#### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

- (ア) 地域ケア会議や介護支援専門員意見交換会と通じて地域との連携体制が取れるよう努める。
- (イ) 市が作成する「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識」をはじめ、生活支援コーディネーターとも連携して、フォーマル・インフォーマルの各種社会資源情報を活用し、介護支援専門員の支援に努める。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

主任介護支援専門員連絡会定例会への参加の他、災害時ケアプランの検討委員会に参加し意見交換等を行う。

#### ウ 個別相談業務

介護支援専門員の相談に対応するため、常に連携することを意識し個別の事例に対して同行訪問やサービス担当者会議への出席等、適切な対応に努める。

#### エ 困難事例等への指導・助言

介護支援専門員が抱える困難事例について、必要な各種制度や手続きの案内、地域の多様な支援機関と連携し、役割分担や今後の支援方針についての検討を行う。

### (4) 包括的支援事業（社会保障充実分）

#### ア 在宅医療・介護連携推進事業（市重点事業）

- (ア) 市が主催する会議や研修会等へ参加し連携の強化に努める。
- (イ) 市が作成する「多職種連携のためのツールと情報」を活用し、本人を第一に考えた多職種連携に努める。
- (ウ) 相談事例に対して、主治医との連絡調整や受診に向けた支援を行う。市が実施する意見交換会等を通じて、医療機関とのつながりを広げ、相談体制の充実を図る。【重点項目】

#### イ 生活支援体制整備事業

第1層協議体会議や第2層協議体会議（地域支えあい会議）に参加し、地域の状況を把握するとともに、荃崎圏域担当生活支援コーディネーターと随

時情報を共有しながら、地域の課題抽出や個別支援に努める。

#### ウ 認知症総合支援事業

- (ア) 「オレンジカフェ in くきざき」をはじめ、キャラバンメイト役員会、圏域内を中心とする認知症サポーター養成講座等にも参加、協力する。
- (イ) 認知症高齢者や家族への対応として市の事業の案内、適切な医療機関や施設利用、在宅での援助関係者へのつなぎ等の支援に努める。
- (ウ) 認知症地域支援推進員を配置し、必要な研修等の受講、市との情報共有や連携に努める。

#### エ 地域ケア会議推進事業

- (ア) つくば市地域ケア会議  
市が主催するつくば市地域ケア会議に必要な参加協力を行う。
- (イ) 茎崎圏域ケア会議  
個別事例の検討を重ね、ケアマネジメントの実践力向上、関係機関とのネットワーク強化や地域の社会資源との連携、地域課題の把握に努める。

### (5) 総合事業

#### ア 介護予防・生活支援サービス事業

茎崎圏域内の高齢者台帳等から抽出された介護予防訪問等に必要な協力を行う。

#### イ 一般介護予防事業

総合相談の内容に応じて、地域で行われている各種体操教室や介護支援ボランティア制度、脳元気アップ教室、つくば市地域リハビリテーション活動支援事業の案内を行う等、介護予防の意義や知識の普及啓発に努める。

### (6) 指定介護予防支援事業

介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が、介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、その心身の状態や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、関係機関との連絡調整を行う。