

# 令和4年度三園おとしより相談センター 事業計画書

## 1 組織・運営体制等

### (1) 組織・運営体制

#### ○重点事業・目標の設定

目 標	<p>地域住民やまちのお店、地域の中の各団体とつながりを持ち、地域の強みを生かした支援を行う。</p> <p>職員の健康管理を実施し、休職や離職を防止することでセンター機能の安定をはかる。</p>
重点事業	<p><input checked="" type="checkbox"/> 総合相談支援事業 (早期発見・対応づくりと地域資源との連携)</p> <p><input type="checkbox"/> 権利擁護事業 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 地域ケア会議の実施 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携推進事業 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援体制整備事業 ( )</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 認知症総合支援事業 (認知症の方の活動・活躍の場づくり)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 (住民主体グループの立ち上げ)</p> <p><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 ( )</p>

#### ○研修計画 ※個人情報保護措置の研修については必須記載※

センター主催	<p>【研修内容】感染症対策、個人情報保護、虐待防止、BCP等</p> <p>【時期】上半期、下半期</p> <p>【回数】3か月に1回</p>
法人主催	<p>【研修内容】管理職研修、リーダー研修、コンプライアンス研修等</p> <p>【時期】上半期、下半期</p> <p>【回数】各1～2回実施</p>



## イ 地域包括支援ネットワーク構築・実態把握

### ○地域における現状やニーズの把握に関する取組計画

#### 【地域特性の把握内容】

- ・成増地区（三園1、成増5丁目）は戸建て住宅と公営住宅が混在したエリア。平坦な土地柄で地域に密着した病院や診療所も多い。日用品を購入できるスーパー等は少なく、買い物は駅までの坂を越える必要があり、距離が遠い。公営住宅の建て替えは完了するも、若年層は少なく、高齢化は進んでいる。
- ・高島平地区（高島平4～5丁目）は閑静な住宅街。戸建て住宅やアパートが並び、単身の高齢者も多いが、「集まれる場所」や「情報を得られる手段」が限られている。買い物をできる店舗や金融機関等も距離があり、高齢期の暮らしに不便や不安を抱える住民も多い。高島平6丁目、三園2丁目、新河岸3丁目にも同様の状況で、駅やバス停に行くまでに川を越える必要があり、高齢者にとって外出しづらい場所である。

#### 【町会・自治会・民生委員等との連携にかかる計画】

各地区の民生委員との情報交換会を実施する（年1～2回）。集合住宅における高齢者の状況について月1回程度の連携会議を実施予定。また、町会・自治会、老人クラブとの連携を通して、支援を必要とする高齢者の把握や地域活動・交流への支援を行っていききたい。

#### 【相談協力員連絡会の計画】

成増地区、高島平地区の相談協力員を対象とし、近隣センターと共同で地区の課題をテーマとして開催を計画する。協力員の活動に役立つ情報を発信し、地区ニーズにもある早期発見・対応につなげていきたい。

### ○地域における関係機関・関係者のネットワークの管理

把握情報	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> その他（住民活動グループ）
管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> マップ（紙） <input type="checkbox"/> マップ（データ） <input checked="" type="checkbox"/> リスト（紙） <input checked="" type="checkbox"/> リスト（データ） <input type="checkbox"/> その他（                                      ）

## ウ 高齢者見守り事業

高齢者見守り ネットワーク事業	新規登録者は訪問し、調査を行う。（100%） その他、既存登録者は、電話や訪問、関係者への聞き取りを行い、相談協力員との情報共有、連携を行う。
高齢者見守り キーホルダー事業	町会や老人クラブの集まり等の場へ赴き、交付や普及の為の活動を行う。また、日々の相談支援の他、出張相談会等、見守りキーホルダーの普及・啓発を行う場をつくる。

## ②権利擁護事業

### ア 高齢者虐待の防止・対応

#### ○高齢者虐待の防止・対応に関する取組計画

【体制整備】地域住民や民生委員、介護事業所、医療機関等との連携のもと、虐待が疑われる状況の早期発見、対応に努める。対象ケースに関しては、センター内の協議にて、多職種の視点を生かして緊急性の判断や対応策の検討を行い、区や医療機関等との連携により対応を行う。セルフネグレクトの状態にあり、介入支援が困難な方については、所内外の多職種との連携により本人の意思や認知機能、リスク評価等を行い、状態や状況を捉えた支援を行う。

【虐待防止の取り組み】介護事業所やサービス付き高齢者向け住宅、施設等への研修の実施等により、高齢者虐待防止に対する視点や対応の他、擁護者支援の視点から対応できるよう、他事業との連動で取り組みを行う。

### イ 困難事例への対応

#### ○困難事例への対応に関する取組計画

他者との関わりを回避傾向のある方や世帯に複数の支援ニーズを有する方、認知症や様々な障がいや理由に自身で権利擁護が困難な方など、発見の遅れにより状況が複雑化しやすい傾向にある為、対象者の状況を把握し、関係機関や地域資源と連携して対応する。

### ウ 消費者被害の防止・対応

#### ○消費者被害の防止・対応に関する取組計画

単身高齢者を狙った訪問販売や改修工事、住宅の売買契約等、悪質な業者の営業活動が把握されている。地域の住民や町会、民生委員等への情報提供の他、介護事業所等との見守り体制を構築するとともに、消費者センターや警察署への通報、法的対応を行い、広範囲の連携を行う。

### エ 成年後見制度利用支援

#### ○成年後見制度利用支援に関する取組計画

成年後見制度の利用支援が必要な高齢者に対し、主治医、居宅介護支援事業所等の介護事業所、サポセンや区との連携、連絡調整を行い、高齢者の状況に合わせ必要な支援を実施し、制度利用につなげる。

## ③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

### ア 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

#### ○包括的・継続的ケアマネジメントにおける環境整備に関する取組計画

感染症拡大により医療機関の面会制限がかかっていることから、退院時に家族介護者が本人の状態把握が行えず、在宅介護のイメージを持ってないまま介護生活を開始する事例も増えている。医療と介護の連携の中で、家族を含めた情報共有の体制を作ることで、本人や家族への支援を強化する必要がある。地域生活を継続するために、高齢者の心身の状態により過ごす場所が変わっても（病院から地域、または地域から医療機関等）、継続した支援が行われるよう情報の伝達を不備なく行うための支援者間の連携の強化を目標とし、医療と地域の連絡調整の為にルートの整備を行う。

## ○事業者交流会の開催計画

<b>研修</b>	<p>【参加対象】担当地区の介護支援専門員、主任介護支援専門員</p> <p>【テーマ】「多問題事例の考え方、支援について」「地域支援の活用について」等、令和3年度調査から地域の介護支援専門員が必要としている内容をテーマとする</p> <p>【実施時期・回数など】赤塚地区で1回、三園・成増地域で2～3回</p>
<b>事例検討会</b>	<p>【参加対象】担当地区の介護支援専門員、主任介護支援専門員または担当地域に利用者がある介護支援専門員及び主任介護支援専門員</p> <p>【テーマ】困難事例や資源の活用</p> <p>【実施時期・回数など】年1～2回</p>
<b>上記以外の意見交換会</b>	<p>【参加対象】担当地区の介護支援専門員、主任介護支援専門員</p> <p>【テーマ】支援における課題について</p> <p>【実施時期・回数など】担当エリア内の事業所に対し、各年1回</p>

## イ 介護支援専門員等への支援

### ○介護支援専門員等への支援（ケアプラン自己作成も含む）に関する取組計画

【支援依頼が多い相談の概要】医療連携に関すること、成年後見制度の利用支援、高齢者虐待への対応、地域資源の活用、同居家族の抱える問題（疾病・障害、経済面に関する事など）が高齢者本人に影響している事例等。

【支援方針】相談内容と事例の状況整理を行い、介護支援専門員の支援方針を把握。介護支援専門員への助言、同行訪問、カンファレンス開催の他、研修開催にて支援する。また、ケース状況によっては、必要に応じて関係機関との連携を行い、介護支援専門員、センター、行政とで役割分担をするなど、支援チームを整えて介護支援専門員への支援を行う。

## ④地域ケア会議の実施

### ○地域課題等を踏まえた地域ケア会議の実施計画

- ・小地域ケア会議：「地域で暮らし続けていくために」をテーマに事例を選定し、地域資源の不足や新たな資源の必要性について実施を計画。対象は地域住民、民生委員、町会・自治会、老人クラブ等。下半期に開催予定。
- ・地区ネットワーク会議：高島平地区及び成増地区にて開催。テーマは検討中。対象は地区ネットワーク委員他。初期集中支援チーム員会議で上がった課題や必要な資源の共有や検討、提案を小地域ケア会議及び地区ネットワーク会議で行い、ミクロレベル、メゾレベルでの会議体と連動し、支援対象者の課題を一般化して現れてくる地区課題の解決・解消に向け取り組みたい。

## ⑤在宅医療・介護連携推進事業

### ○在宅医療・介護連携推進のための多職種連携に関する取組計画

- ・成増・赤塚地区医療介護連携会議はコロナ禍により休止中。令和4年度は、感染状況を見ながら他センターと再開を検討していきたい。
- ・病院、施設相談員を対象とした交流会について、赤塚地区4センター合同にて開催を計画・実施する。

## ⑥生活支援体制整備事業

### ○協議体及び生活支援コーディネーターとの連携・協働に関する取組計画

高島平地区では協力員、成増地区では構成員として参加。各支え合い会議へは毎回出席して検討及び意見交換を行うとともに、便りの配布やMAP作り等の地域での活動の際にも協力している。令和4年度も支え合いとの連携において、地域の状況やニーズについて共有し、地域づくりの取り組みを重ねていく。

## ⑦認知症総合支援事業

<p>認知症の普及啓発・ 認知症予防の推進に関する 取組計画</p>	<p>感染防止対策を実施したうえで、地域住民や店舗、事業所等に対して、認サポ養成講座を開催し、普及啓発を行う。他区の取り組みも参考にしてパターン化しないよう工夫する。また、認知症予防や認知症の方への支援を行っている住民グループへの相談や活動のサポートを継続実施する。地域の関係機関との協働により、早期発見・対応、見守りへの仕組みづくりについての取り組みを継続実施する。</p>
<p>医療・ケア・介護サービス・ 家族介護者への支援に 関する取組計画</p>	<p>もの忘れ相談では、担当地域外の相談者の方について、担当センターと連携して対応を行う。初期集中支援チームにおいては、対象ケースの状況に合わせて関係者へ会議参加を依頼し、より実態に即した検討及び対応を行うとともに、事例内容によってはアウトリーチ事業を活用する。認知症ケアパスについては、訪問や相談会等の事業で普及啓発に努める。認知症カフェは感染状況を見ながら、開催状況を変えること（少人数から開始、オンラインツールの活用により他カフェとの交流や遠方の家族の参加等）も検討、実施するとともに他カフェとも情報交換や共有を行う。</p>
<p>地域支援体制の強化、認知 症バリアフリーの推進、 若年性認知症、社会参加支 援に関する取組計画</p>	<p>サポーター活動支援として声かけ訓練を行っていたが、コロナにより以前の方法での開催は困難だと想定されるため、企画側と参加者双方の負担のない開催方法を模索し、実施する。 当センターでも若年性認知症の方を支援するにあたり、居場所作りの必要性を感じている。地域での活動へのサポートも必要であるため、試験的にセンター職員を中心に居場所作り（オレンジクラス）を行い、地域の中に移行・定着していけるよう取り組みを継続する。</p>
<p>認知症地域支援推進員とし ての重点的な取組計画</p>	<p>担当エリア内には、認知症の方もそうでない方も集える場や交流できる場が少ない。その為、当センターでオレンジクラスを開始したが、エリア内すべては網羅できない状況にある。高島平地区において、事業所等へ協力を打診し、出張オレンジクラス（分校）の実施を計画する。また、地域の認知症が疑われる方や支援が必要な方の把握の為、あんしん協力店等の店舗とのつながりを持ち、地域の中での把握やその後の見守りについて検討、計画していきたい。</p>

## (2) 介護予防・日常生活支援総合事業

### 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）

##### ○介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）に関する取組計画

アセスメントからケアプランへの展開を丁寧に行い、対象者の意向を尊重しながら自立支援・重度化防止の観点から、介護予防ケアマネジメントを実施する。一部委託について、地区の居宅介護支援事業所と連携をはかり、対応するとともにマネジメントについて相談支援を行う。

#### イ 短期集中型通所サービス、住民主体の通所型サービス

##### ○要支援1、2、事業対象者のサービスの利用に関する取り組み計画

利用者に対する支援は継続して実施する他、利用促進においては要支援者や事業対象者の心身の状況に照らし合わせて情報提供を行い、予防への取り組みや交流機会確保に向けた利用勧奨を継続する。

### ②一般介護予防事業

#### ア 介護予防把握事業

##### ○事業対象者の把握及びチェックシートの活用に関する取組計画

- ・新規相談ケースにおいては、職員にチェックシートの実施を意識づけ、対象者へ実施する。
- ・地域の事業所と連携し、出張相談会等を定期的に設け、地域に出向いて把握を行う。
- ・新型コロナウイルス感染症の感染状況を注視しながら、ミニ測定会を計画・実施する。

#### イ 介護予防普及啓発事業

##### ○介護予防普及啓発に関する取組計画

- ・ミニ測定会や相談会等の任意事業の実施の中で、ミニ講座を取り入れて普及啓発を行う。
- ・介護予防サポーターと健康づくり広め隊との交流会については、感染状況をみながら他センターと実施を検討していく。

#### ウ 地域介護予防活動支援事業

##### ○介護予防活動団体の立ち上げ及び継続支援に関する取組計画

高齢者が活動するグループは地域内に8か所あるが、コロナ禍により活動休止の団体もあり、住民主体としての登録を希望しない団体も多い。令和4年度の開始を目標に現在立ち上げ支援を行っている。今後の計画としては、令和4年上半期に住民主体グループ（高島平）を開始、その後、成増5丁目で少人数グループの活動から住民主体グループへと移行できるよう立ち上げ支援を行う。

#### エ 地域リハビリテーション活動支援への協力

##### ○リハビリテーション専門職との連携による活動支援に関する取組計画

在宅での生活を継続していけるように生活期のリハビリテーションや10の筋トレについて、地域での出前講座等による普及啓発を行いたい。また、住民グループの活動において、日常の中でリハビリを取り入れることができるようリハ職と連携し、地域での提供機会を作りたい。