

令和7年度北本市地域包括支援センター事業計画書

資料4

地域包括支援センター名			東センター	西センター	きたもと寿苑	北本社協
中・長期的活動目標			認知症になってもゆるやかに見守られながら生活できる地域づくりを行う。	地域での地域包括支援センターの認知度を向上する。	様々な状況や状態にあっても、可能な限り住み慣れた地域で共に暮らしていける地域づくりを支援する。	認知症への理解を深め、認知症になっても住みよい街づくり・居場所作りを支援する。
重点目標			高齢化率が高く、孤立化・見えずらさのあるマンション住民を中心とした地域住民への認知症理解への啓発を推進する。	関係機関とネットワークの構築を図り、連携体制を整える。	孤立を予防し、実態に応じた支援ができるよう、関係機関との連携体制を強化する。	地域のニーズを把握し、地域に合った新たなサービスの創出を支援する。
計画 (関連業務名)	活動目標	小目標	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数
1 地域包括ケアシステムの構築・推進	(1)市全体を踏まえた担当圏域の現状及び将来像やニーズを把握する。	ア 人口動態等の量的データによる現状と課題の把握	①地域の人口動態を確認し、地域の高齢者に係る現状・特性を把握し、職員で共有する。 連絡部会で各地域の現状と課題を把握・共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回	①人口動態、市が行う調査等の量的データによって地域の特性を知り、現状と課題を連絡部会等でセンター職員間で共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回	①人口動態、市が行う調査等の量的データによって地域の特性を知り、現状と課題を連絡部会等でセンター職員間で共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回	①地域包括支援センター連絡部会を通して、各地域の現状や課題、高齢化率や高齢者ニーズ等を把握・共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回
		イ 高齢者福祉計画・介護保険事業計画からの課題の把握	①高齢者福祉計画・介護保険事業計画から地域の特性・課題を把握し、重点課題について話し合い共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回	①北本市高齢者福祉計画・介護保険事業計画から市と担当圏域の課題を把握し、職員間で共有する。 ②連絡部会 (月1回) ③年12回	①高齢者福祉計画・介護保険事業計画からの課題を把握し、センター職員間で共有する。併せて連絡部会での共有を図る。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回	①北本市高齢者福祉計画、介護保険事業計画等を通して、各地域の現状や課題を把握し、地域包括支援センター連絡部会で共有する。 ②地域包括支援センター連絡部会 月1回 ③年12回
		ウ 実態把握調査からの圏域の課題やニーズの把握	①高齢者宅への個別訪問を通じ、心身の状況、家庭環境等を把握する。 ②通年 随時 ③2,410件 (≒昨年度市訪問要請対象者)	①高齢者宅への個別訪問を通じ心身の状況、家庭環境等を把握する。 ②通年 随時 ③1,700件 (≒昨年度市訪問要請対象者)	①実態把握調査からの圏域の課題やニーズの把握する。また、個別の相談に対応する。 ②通年 随時 ③1,825件 (≒昨年度市訪問要請対象者)	①高齢者宅への個別訪問を通じ、心身の状況、家庭環境等を把握するとともに、個々の困りごとや地域課題を把握する。 ②③通年 随時 2,300件 (≒昨年度総合相談訪問件数：不在含む)
		エ 相談内容や地域ケア会議の内容からの課題の把握	①総合相談や地域ケア会議の個別事例において地域課題を把握し職員で共有する。 地域ケア会議、1層・2層協議体を通して生活支援コーディネーターと連携し、生活支援体制整備事業の課題の把握を図る。 ②地域ケア会議月1回 ③年12回	①相談内容や地域ケア会議等の個別事例から担当圏域の課題を抽出し把握し、職員間で共有する。 ②地域ケア会議月1回 ③年12回	①地域ケア会議や協議体を通じて生活支援コーディネーターと連携しながら、生活支援体制整備事業の課題を把握し、職員で共有する。 ②③地域ケア会議等 毎月 12回 第一層協議体 8、12、3月 3回 第二層協議体 隔月 各6回 (計18回) (中央・中丸・南部) 協議体イベント等支援 随時 随時	①地域ケア会議や協議体を通じ、生活支援コーディネーター等と連携を取りながら、生活支援体制整備事業の課題を把握する。 ②地域ケア会議 月1回 ③年間12回
		オ 総合相談の実施	①高齢者の様々な相談を受け付け、必要な支援につなげると共に相談の場としての周知に努める。 ②総合相談 (随時)、介護予防ケア会議 (年12回) の実施、包括だより (季刊) ③23,377人 (≒昨年度相談者延人数) 包括だより年4回発行	①高齢者の総合相談窓口として様々な相談を受け付け、必要な支援に繋げるとともに、包括だよりの発行 (年4回) 等を通じ、周知に努める。 ②総合相談 (随時)、包括だより (季刊) ③総合相談2,600件 (≒昨年度相談者延人数)	①高齢者の総合相談窓口として様々な相談を受け付け、支援の方針を明確化し、市と定めた終結条件に応じた進捗管理をしながら、ニーズに応じた支援をする。 ②③総合相談 通年 5,275人 (≒昨年度相談者延人数) 介護予防ケア会議 毎月 12回	①高齢者の総合相談窓口として様々な相談を受け付け、介護サービス事業所や民生委員、医療機関、地域のネットワークリスト等を活用することで必要な支援につなげる。また、介護予防ケア会議を活用し、配食サービス、緊急時通報システム等の高齢者福祉サービスにつなげる。 総合相談 ②③通年、随時 介護予防ケア会議 ②月1回 ③年12回
2 総合相談支援業務	(1)高齢者の生活実態、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・介護サービス、関係機関または制度の利用に繋げる等の地域包括支援ネットワークを構築する。	イ 家族介護者支援 (家族介護教室等予防的な取組含む)	①介護者の集い、認知症関係支援 (オレンジカフェ、認知症サポーター養成講座、フォローアップ講座、オレンジフェスタ、初期集中支援チーム会議等) を通じ、家族介護支援を実施する。 共生福祉課、障害福祉課と連携し支援する。 相談しやすい環境を整える。緊急時の相談窓口の設置。 ②オレンジカフェひがし (第2火曜日)、家族介護者教室 (今年度当番西センター) 認知症サポーター養成講座 ③家族介護教室を2回/年開催。オレンジカフェ (文化センター10回、圏域ごと12回) 開催。オレンジフェスタ1/年 (2日間) 以外は通年随時。	①介護者教室 (年2回)、認知症サポーター養成講座 (年2回)、認知症サポーターフォローアップ講座 (年2回)、オレンジフェスタ (2日間) の開催。24時間の窓口を設置し、相談しやすい環境を整備する。 共生福祉課や民生委員等と連携し、早期発見・早期対応が必要なケースの支援に努める。 アセスメントを実施し、状態やニーズに応じて必要な情報を提供し、これらの相談内容や対応について記録する。 ②介護者教室 (7月、11月)、認知症サポーター養成講座 (年2回)、認知症サポーターフォローアップ講座 (年2回) ③介護者教室 (西センター担当：年2回)、認知症サポーター養成講座 (年2回)、認知症サポーターフォローアップ講座 (年2回)	①支援が必要な家族介護者の早期発見に努め、市役所 (高齢介護課、共生福祉課、障がい福祉課、健康づくり課等)、社会福祉協議会等と連携し、ニーズに応じた情報提供をする。また、相談しやすい環境づくりをし、緊急時はいつでも電話対応できる体制を整え、リーフレット等で周知する。 ②③文化センターオレンジカフェ (毎月開催) 隔月 6回 地域別オレンジカフェ (オレンジカフェ寿) 5、1月除く毎月 10回 認知症サポーター養成講座 (市職員向け、市民向け) 市民向け7月 1回 介護者教室 7、11月 2回 認知症初期集中支援事業 通年 随時	①介護に対する悩みや相談、介護者同士の交流の場、また認知症の人の居場所としての集まりの場を設けるとともに、介護技術や認知症の正しい知識等の勉強会を開催し、家族介護支援を実施する。 認知症初期集中支援チームと連携し、対象者の情報共有や認知症の早期発見早期対応に努める。 夜間・休日等を含む相談窓口をリーフレット等にて周知し、家族介護者がいつでも相談しやすいよう環境を整える。 ②通年 随時 ③介護者教室 年 2回 オレンジカフェ・介護者の集い 年11回 地域別オレンジカフェ 年11回 認知症サポーター養成講座 随時 初期集中支援事業への参加 要請時
		ウ 8050世帯、生活困窮等複合的な課題を持つ世帯の支援	①民生委員、共生福祉課および各関連機関と連携し情報共有、困りごとに対し相談を受ける体制を築く。 親の介護相談や健康相談を入り口として8050世帯の課題を把握。 ②毎月の連絡部会にてケース共有。必要時の共生福祉課、民生委員との連携 ③通年随時	共生福祉課や民生委員等と連携し、必要に応じて訪問をする。 アセスメントを実施し、状態やニーズに応じて適切な社会資源に繋げる。 相談内容や対応について記録する。 ②通年 随時 ③随時	①複合的な課題を持つ世帯の特徴を知り、市役所と連携し、課題を整理してニーズ明確にする。また、ニーズに応じた社会資源につなげる。 ②③相談受付 通年 随時 重層的支援支援事業等の会議出席 適宜	①共生福祉課や障がい福祉課、社会福祉協議会、初期集中支援チーム等とのネットワークの構築を行い、支援が必要な世帯を早期に発見し、連携しながら適切に支援する。 ②③通年、随時
		エ 支援を拒否する高齢者等の支援	①民生委員、共生福祉課および各関連機関と連携し情報共有、困りごとに対し相談を受ける体制を築く。 ②毎月の連絡部会にてケース共有。必要時の共生福祉課、民生委員との連携 ③通年随時	共生福祉課や民生委員、認知症初期集中支援チーム等と連携し、必要に応じて訪問をする。 定期訪問等を通じて信頼関係を構築しながら、適切なタイミングで必要な資源へ繋げることができるように準備をする。 ②通年 随時 ③随時	①支援を拒否する高齢者について、市役所や民生委員と連携する。高齢者訪問等で関係づくりに努め、見守りを続けながら、時期を見計らってニーズに応じた社会資源につなげる。連絡部会での共有を図る。 ②相談受付、連絡部会での共有 ③通年、年12回	①共生福祉課や障がい福祉課、社会福祉協議会等とのネットワークの構築を行い、支援が必要な世帯を早期に発見し、連携しながら適切に支援する。 ②③通年、随時

地域包括支援センター名			東センター	西センター	きたもと寿苑	北本社協
3 権利擁護業務	(1)地域の住民や民生委員、介護支援専門員など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、地域において安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行う。	小目標	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数
		オ 相談内容を分析した対応ルールの作成や研修の開催	①地域にある問題点を分析し、対応の方法について職員で共有する。 人口動態、地域ニーズに合わせた出張出前講座の開催。 年1回精神保健研修の開催、権利擁護について学ぶ機会を持ち、実践力の向上に努める。 ②毎月の連絡部会にてケース共有、精神保健福祉合同研修(R8.2月) ③連絡部会年12回、精神保健福祉合同研修年1回	①対応方法についてフローチャート作成し、職員間で共有する。 精神保健福祉研修会といった必要だと考えられる研修を通して知識や技術を得る。 ②対応方法の検討は毎月の連絡部会にて行う。精神保健福祉合同研修(R8.2) ③連絡部会年(12回)精神保健福祉合同研修会(年1回)	①複合的な課題を持つ世帯に関する相談内容を整理し、支援者の知識や相談技術の向上に関する研修等により、相談対応の改善を図る。 ②③精神保健福祉合同研修会 2月 年1回 出前講座 通年 随時	①全職員が同じような対応ができるよう対応方法の共有を図るとともに、対応技術の向上のための研修や出前講座を実施する。 ②毎月の連絡部会にて共有 精神保健福祉合同研修会 出前講座 随時 ③連絡部会 (年12回) 精神保健福祉合同研修会 (年1回) 出前講座 随時
		カ 地域のネットワークの構築	①医療機関や介護事業所、民生委員等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るための会議や行事等を通じた交流の機会を増やす。 民児協総会・敬老会、支部社協総会への参加。 地域サロン、とまちゃん体操等への参加。 1層・2層協議体会議、医療連携会議、地域密着会議への出席。 ②年1回以上 ③通年随時	①医療機関や介護事業所、民生委員等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るための、会議や行事等を通じた交流の機会を増やす。在宅医療・介護連携推進協議会、地域密着型運営推進会議、介護医療連携推進会議、第1層協議体・第2層協議体出席、民児協総会への挨拶・地区定例会等出席と地域サロン等への参加を行う。 ②在宅医療連携推進協議会(6月、10月、2月) 地域密着型運営推進会議・介護医療連携推進会議(事業所の開催に応じる)第1層・第2層協議体(協議体の開催に応じる)民児協総会、地区定例会、地域サロン(適時) ③在宅医療連携推進協議会(3回)地域密着型運営推進会議・介護医療連携推進会議(事業所ごとに年1回)第1層・第2層協議体(年1回以上)民児協総会、地区定例会、地域サロン(年1回)	①医療機関や介護事業所、民生委員等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るため、会議等に出席する。 ②③在宅医療・介護連携協議会 随時 4回程度 医療介護関係者向け研修 随時 随時 市民向け医療系講座等の支援 随時 随時 小規模多機能型居宅介護運営推進会議 随時 随時 隔月 6回 (ひまわりケアサポート) 認知症対応型共同生活介護運営推進会議 隔月 各6回(計24回) あすなろ、愛誠ホーム、愛の家、ひまわりケアサポート) 民児協総会 5月 1回 民児協地区定例会等 随時 随時 自治会・老人会等 随時 随時 支部社協の会議 随時 随時 第1層協議体 8、12、3月 2回 第2層協議体 隔月 各6回(計18回) (中央・中丸・南部) 協議体イベント等の支援 随時 随時 サロン支援 随時 随時 地域の教室等の立ち上げ・開催支援 適宜 随時	①医療機関や介護事業所、民生委員、生活支援コーディネーター等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るための、会議や行事等を通じた交流の機会を増やす。また、地域密着型サービス運営推進会議への参加等、多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けること等を通じて、連携体制の構築に努める。 ②③民児協総会への出席 年1回 民児協地区定例会等への出席 随時 自治会・老人会・支部社協等への参加 随時 第1層協議体・第2層協議体への出席 随時 在宅医療・介護連携推進協議会への出席 年2-3回 地域密着型サービス運営推進会議等への出席 随時
		イ 高齢者虐待への対応	①高齢者の虐待の相談対応を受け、市と連携しながら必要な支援につなげ、職員間で情報共有する。 ②発見次第速やかに ③通年適時	①高齢者の虐待の相談対応を受け、フローチャートに沿って市と連携しながら必要な支援に繋げる。 ②発見次第速やかに ③通年随時	①高齢者虐待および虐待が疑われる事例への対応の流れを市と共有し、相談や通報があった場合は、市等と速やかに対応策を検討し対応する。 ②通年 随時 ③随時	①高齢者の虐待の相談対応を受け、市と連携しながら必要な支援につなげる。また、虐待対応の手順を市と共有及び経過を記録することで、適切な対応につなげる。 ②③通年 随時 5人(≒昨年度実人数)
		ウ 消費者被害防止の支援	①消費者被害を未然に防ぐため、サロンやオレンジカフェ、個別訪問時等で周知啓発を行う。 消費者被害に関する情報を民生委員、関係機関等に広く情報共有する。 発生後の対応については、市・消費者センター・警察と連携し再発予防につなげる。 ②毎月の連絡部会にてケース共有、消費生活センター・警察と適時共有 ③通年随時	①消費者被害を未然に防ぐため、サロンや個別訪問時等に周知啓発等を行う。相談を受けた際は、フローチャートに沿って消費者生活センター等へと繋ぐ。 ②発見次第速やかに ③通年随時	①消費被害に関する情報を、民生委員や専門職等に提供する。また、消費者被害の恐れがある相談があった場合は、市、警察、消費生活相談窓口等と連携し、速やかに対応策を検討し対応する。 ②③相談受付 通年 随時 周知 サロン等 随時 随時 実態把握調査 通年 随時	①消費者被害を未然に防ぐため、サロンや個別訪問時等に周知啓発等を行う。また、被害発生後の再発防止に関しては警察・市・民生委員等の関連機関と連携し、再発防止のための適切な対応を行う。 ②③通年 随時
		エ 成年後見制度の利用支援	①高齢者の権利を保護するため、総合相談等を通じ、適切な成年後見制度の利用促進を図る。 ②相談に応じ随時 ③通年 5人(≒昨年度相談者実人数)	①高齢者の権利を保護するため、総合相談等を通じ、適切な成年後見制度利用促進を図る。 ②発見次第速やかに ③通年随時	①成年後見制度に関する相談があった場合は、その相談窓口や補完事業について、ニーズに応じて情報提供する。また、支援する親族がいない場合は、市から共有されている市長申し立てに関する判断基準に沿って、市と連携して対応する。 ②通年 随時 ③随時	①高齢者の権利を保護するため、総合相談等を通じ、適切な成年後見制度の利用促進を図る。 ②③通年 随時
		オ 全ての職員が高齢者等の権利擁護に関する研修を受講する体制づくり	①高齢者虐待、権利擁護に関連した研修を受講し、職員間で共有する。 ②研修6月、2月 ③2回	①高齢者虐待や成年後見制度といった権利擁護に関する研修を受講し、内容について職員間で共有する。 ②高齢者虐待専門員研修(6月、2月) ③年2回	①高齢者虐待対応専門員研修やそのフォローアップ研修、その他の権利擁護に係る研修に出席する。 ②通年 随時 ③随時	①全職員が虐待防止等の権利擁護の研修を受講することで職員の資質の向上を図り、適切な支援につなげる。 ②③年1-2回

地域包括支援センター名			東センター	西センター	きたもと寿苑	北本社協
計画 (関連業務名)	活動目標	小目標	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数
4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	(1)地域の居宅介護事業支援事業所の状況を把握し、地域のケアマネジャーの支援ニーズに基づいた対応を行うとともに、市の方針に則り介護予防サービス計画の検証を行う。	ア 居宅支援事業所の状況把握と介護支援専門員への個別支援	①地域のケアマネジャーのニーズに基づいて居宅支援事業所を対象とした勉強会等を開催すると共に個別事例の支援相談を行う。 ②相談に応じ適時 ③通年随時	担当圏域にある居宅介護支援事業所の連絡先や主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数といった情報を把握する。 また、介護支援専門員からの相談を受け付け、個別支援を行う。 ②情報把握 (4月)。個別支援 (随時) ③情報把握 (年1回) 個別支援 (随時)	①市から共有された居宅介護支援事業所のデータをもとに主任会議支援専門員、介護支援専門員の人数等を把握する。 また、介護支援専門員のニーズに応じて、個別に相談、助言、同行訪問を行う。 ②③状況把握 共有時 随時 相談受付 通年 随時	①担当圏域の居宅介護支援事業所の状況を把握し、困難事例への個別支援、相談、助言、同行訪問等を行う。 ②③通年、随時
		イ 居宅介護事業所への研修会や事例検討会の開催計画の策定および居宅事業所への提示	①4包括合同で居宅介護支援事業所を対象とした、勉強会、出前講座等を開催する。 精神保健福祉合同研修の開催。 ②精神保健福祉研修会 (R8. 2)、勉強会 (R8. 1)、出前講座 (依頼時) ③精神保健福祉研修会 (1回)、勉強会 (1回)、出前講座 (依頼時)	①研修会や地域ケア会議等の開催について居宅介護支援事業所へ周知する。 ②周知 (4月) ③年1回	①地域の介護支援専門員のニーズに基づいて、居宅介護支援事業所を対象とした勉強会等を開催する。 ②③精神保健福祉合同研修会 2月 1回	①居宅介護支援事業所の状況に応じて、必要な情報提供やネットワークの構築のため、勉強会等を開催する。 ②精神保健福祉研修 2月 ③精神保健福祉研修 年1回
		ウ 地域住民を対象にした介護予防・自立支援に関する意識の共有のための出前講座等の開催	①地域住民を対象としたサロンミニ講座、認知症サポーター養成講座、フォローアップ講座、オレンジフェスタの開催 とまちゃん体操の立ち上げ支援、地域介護予防教室開催支援。 包括だよりの発行 (4包括で1回/4半期 発行) ②認知症サポーター養成講座 (R7. 6) フォローアップ講座 (R7. 10) オレンジフェスタ (R7. 9) ③認知症サポーター養成講座 (1回) フォローアップ講座 (1回) オレンジフェスタ (1回) ; 9月開催	①地域サロンの開催支援、認知症サポーター養成講座、認知症サポーターフォローアップ講座、オレンジフェスタ、オレンジカフェ等を通して、地域住民を対象とした介護予防・自立支援に関する意識付けを行う。 ②サロン支援 (随時)、認知症サポーター養成講座 (6月)、認知症サポーターフォローアップ講座 (10月)、オレンジフェスタ (9月)、オレンジカフェ (毎月第2木曜日) ③サロン支援 (随時)、認知症サポーター養成講座 (1回)、認知症サポーターフォローアップ講座 (1回)、オレンジフェスタ (1回)、オレンジカフェ (12回)	①地域住民が、介護予防・自立支援に関する意識を共有できるよう、開催場所に応じた講座や集いを実施する。また、実態把握調査等を通じて情報提供する。 ②③認知症サポーター養成講座 7月 1回 認知症サポーターフォローアップ講座 年度後半 2回 オレンジフェスタの開催 (2日間) 9月 1回 講師派遣、ミニ講座 通年 随時 実態把握調査 通年 随時 包括だより (年4回発行) 10月 1回 地域の教室等の立ち上げ・開催支援 適宜 随時	①地域で取り組まれているサロンやとまちゃん体操等に参加し、介護予防の普及啓発など必要な支援を行うとともに、包括だよりの発行 (年4回) などを通じ、周知に努める。また、認知症に関する講座等を開催し、地域住民への啓発及び意識の共有を図る。 ②通年 随時 ③地域サロン、公民館サロン、高齢者学級、とまちゃん体操等に参加。 オレンジフェスタ 年1回 認知症サポーター養成講座フォローアップ研修 年1-2回
		エ 地域の介護支援専門員のネットワーク構築のための地域ケア会議等の開催又は参加	①地域の介護支援専門員への地域ケア会議参加・傍聴への働きかけと周知。 介護支援専門員連絡部会、集団指導、介護サービス事業所連絡部会への参加。 ②地域ケア会議 (毎月) 介護支援専門員連絡部会 (R8. 1) 集団指導 (適時) ③地域ケア会議 (12回) 介護支援専門員連絡部会 (1回)	①介護支援専門員が地域のネットワークを構築する為、地域ケア会議等を通し、多様な関係機関や関係者と意見を交換する場を設ける。 ②毎月第3金曜日 ③12回	①地域の介護支援専門員への地域ケア会議参加・傍聴への働きかけと周知。 介護支援専門員連絡部会等に参加し、介護支援専門員との意見交換等を行う。 ②地域ケア会議 (毎月) 介護サービス事業所連絡部会・集団指導 7月 1回 精神保健福祉合同研修会・介護支援員連絡部会 2月 1回 ③地域ケア会議 (毎月) 精神保健福祉合同研修会・介護支援員連絡部会年1回 介護サービス事業所連絡部会・集団指導 年1回	①地域の介護支援専門員への相談等を通じ、必要に応じて地域ケア会議等への参加を促し、多職種との交流等により介護支援専門員の質の向上につなげられるよう支援する。 ②月1回 ③年10回程度
		オ 市の方針に沿って、地域内の居宅支援事業所が作成した介護予防サービス計画の確認と検証	①地域の居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画の確認を行う。 ②サービス導入開始時、更新時、変更時 ③随時	①市の方針に沿って、必要時には指定介護予防支援事業者の指定を受けた、担当圏域内の居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画を確認する。 ②必要に応じ随時 ③随時	①市の方針に沿って、地域の居宅支援事業所が作成した介護予防サービス計画の確認と検証をする。 ②③開始・変更・更新等 随時	①委託した居宅介護支援事業所の介護予防サービス計画書を確認し、課題があった場合は、課題解消についての助言・連携等を行う。 ②③通年、随時
5 地域ケア会議	(1)センター主催の個別ケースを検討する地域ケア会議において、多様な視点から個別事例の検討を行い、対応策を講じる。また、地域ケア会議において、地域課題を把握し、適切に対応する。	ア 関係機関に対し地域ケア会議の運営方針の共有化を図るための周知	①年度初めに関係機関に地域ケア会議 (年9～10回) ・地域ケア推進会議 (年2～3回) のスケジュールと運営方針について市と協同し周知する。 ②毎月 ③年1回	①運営方針・目的について事前に事例提供者や関係事業所に周知しておく。また、地域ケア会議開催時の冒頭でも、参加者に向け運営方針・目的について周知する。 ②地域ケア会議 (毎月第3金曜日) ③地域ケア会議 (12回)	①関係機関に対し地域ケア会議の運営方針の共有化を図るための周知を行う。 ②月1回 ③12回	①市と連携し、地域ケア会議の運営方針を紙面またはデータにて関係機関に周知する。 ②③通年、随時
		イ 地域ケア会議において、自立支援・重症化防止の観点からのケアマネジメントの構築	①地域ケア会議において、多様な専門職等とともに自立支援、重度化防止の観点から課題の明確化、支援方法、モニタリング方法等を検討する。 ②毎月第3金曜日 ③地域ケア個別会議開催時 (年9～10回)	①自立支援型地域ケア会議を開催し、個別事例からでた課題について、自立支援の観点から今後の支援・対応方法を検討する。 ②自立支援型地域ケア会議 (毎月第3金曜日) ③自立支援型地域ケア会議 (年10回)	①自立支援型地域ケア会議で検討した事例において、自立支援・重症化防止の観点からケアマネジメントの構築をする。 ②5～7、9、11～3月 ③9回	①地域ケア個別会議を通じて、個別ケースの支援を行うとともに、地域課題の把握に努める。また、自立支援・重度化防止の観点から自立に資するケアマネジメントが行われているか確認し、対応策を検討する。 ②月1回 ③10回
		ウ 地域ケア個別会議で検討した事例についてモニタリングの実施	①地域ケア会議の結果を踏まえた実施状況を報告、把握する。 ②③地域ケア会議開催時 (年9～10回)	①個別事例の検討結果を踏まえてモニタリングを実施、3か月後に地域ケア会議にて報告をする。 ②自立支援型地域ケア会議 (毎月第3金曜日) ③自立支援型地域ケア会議 (年10回)	①自立支援型地域ケア会議で検討した事例について、モニタリングの実施し、会議後の進捗状況を確認する。 ②5～7、9、11～3月 ③9回	①地域ケア個別ケア会議で検討された内容を議事録作成及び3か月後に以降にモニタリングを行い、その効果等を検討する。 ②月1回 ③10回
		エ 地域ケア個別会議において、地域課題の抽出とその後の対応の検討	①自立支援型地域ケア会議を通して、個別ケースの支援を行うと共に、地域課題の把握に努める。 地域ケア会議で、明らかになった地域課題の解決案を検討する地域ケア推進会議に出席し検討する。 ②課題の抽出 (毎月1回) 対応の検討 (R7. 8、R7. 10) ③地域ケア個別会議 (年10回) 地域ケア推進会議 (年2回)	①地域ケア会議にてあがった地域課題について、地域推進ケア会議にて対応を検討する。 ②地域ケア会議推進会議 (8月、10月) ③地域ケア会議推進 (2回)	①地域ケア会議の個別事例検討において地域課題を抽出し、明らかになった課題の解決策を検討する。 ②③前年度振り返り 4月 1回 地域ケア会議 5～7、9、11～3月 9回 地域ケア推進会議 8、10月 2回	①地域ケア個別会議を通じて明らかになった地域課題の解決案を検討する会議に出席するとともに、生活支援コーディネーター等と連携し、生活体制整備事業での新しいサービス・事業等の創出を支援する。 ②通年 随時 ③地域ケア推進会議 年2-3回

地域包括支援センター名			東センター	西センター	きたもと寿苑	北本社協
計画 (関連業務名)	活動目標	小目標	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数	具体的な取り組み ①内容 ②事業実施時期 ③年間実施回数
6介護予防マネジメント・介護予防支援	(1)介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施する。	ア センター職員及び介護予防支援専門員に対し自立支援・重症化防止に資するケアマネジメントの基本方針の共有と周知	①市の基本方針に基づき、適切な手法をもとに自立支援、重症化予防に資するケアマネジメントを共有する。 ②毎月の連絡部会において毎月共有と検証する。 ③年12回	①市の基本方針を共有し、適切な手法を用いて周知する。 ②連絡部会(毎月第3木曜日)、介護支援専門員連絡部会(時期未定) ③連絡部会(年12回)、介護支援専門員連絡部会(1回)	①センター職員及び介護予防支援専門員に対し、市から示された自立支援・重症化防止に資するケアマネジメントの基本方針を共有する。 ②通年 随時 ③随時	①市の基本方針を共有し、適切な手法をもとに自立支援・重症化防止に資するケアマネジメントを行う。 ②通年 随時 ③随時
		イ ケアプラン作成において、保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な社会資源を位置付ける視点の構築	①介護保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な社会資源について情報収集し、ニーズに応じてケアプランに位置づけられるように情報提供を行う。 ②毎月の連絡部会において毎月共有し、ケアプラン作成時に反映する。 ③通年1,705件(≒前年度件数)	①介護サービス以外の多様な社会資源について情報収集し、ニーズに基づきケアプランの作成をする。 ②ケアプラン作成時随時 ③1,900件(≒昨年度実績)	保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な社会資源について情報収集し、ケアプランの作成においてニーズに応じて情報提供する。 ②③ケアプラン 通年 2,684件(≒昨年度実績) 相談 通年 随時	①保険給付や介護予防・生活支援サービス以外の多様な社会資源について情報収集し、ニーズに応じて情報提供することで、事業対象者及び要支援認定者がより自分らしく自立した生活ができるようケアプランを作成する。 ②通年 随時 ③2,100件(≒昨年度実績)
		ウ 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の台帳管理及び進行管理	①委託先居宅支援事業所と連携し、利用者の状況を適宜把握、台帳管理すると共に、進行管理チェックリストを作成し、管理する。必要に応じてCMへ相談支援、同行訪問等を行う。 ②居宅介護支援事業所との連携時 ③委託管理；毎月進行管理；初回時、支援計画設定期間満了時、更新時、終了時	①居宅介護支援事業所へ委託をしている場合、介護支援専門員に対し相談助言を行い、連携を図っていく。 ②通年 随時 ③随時	①介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託する場合は市から示された事業所選定の公平性・確保のための指針を遵守し、委託した場合はその台帳管理及び進行管理を行う。 ②通年 随時 ③随時	①委託した居宅介護支援事業所と連携し、利用者の状況を適宜把握・台帳管理するとともに、必要に応じて担当介護支援専門員への相談・助言、同行訪問等を行う。 ②③通年、随時
		エ 介護予防ケアマネジメントの成果を把握するため事業対象者の定期的な評価の実施	①日常生活の自立度の変化を、モニタリング、基本チェックリストを用いて評価する。 悪化の際は、原因を本人・家族等と検討し支援につなげる。 ②モニタリング時 ③通年随時	①定期的なモニタリングを実施、その際に状態の変化を確認する。 状態が悪化している場合は、原因を本人・家族等と検討する。 ②モニタリング時 ③随時	①介護予防ケアマネジメントの成果を把握するため事業対象者の毎月のモニタリング、また、変更、更新時に本人・家族と評価を実施する。 ②毎月、また、随時 ③各事業対象者あたり12回、また、随時	①事業対象者及び要支援認定者に対し、定期的なモニタリング時の変化を観察し、変化している場合は本人・家族等と原因を検討する。状態が悪化している場合は原因に対する対応方法を検討する。 ②③通年、随時
7その他の業務	(1)センター職員の人材確保および育成を図る。	ア 地域の専門職養成機関の実習を受け入れる。	①看護師、社会福祉士等の実習の受け入れ、学生の教育・育成を行う。 ②各包括で担当。(6/4、7/16、10/15)(北里大学看護専門学校) ③年3回	①包括の将来的な人材確保の為、地域の学校と連携し、実習生を受け入れ、育成を行う。 ②5/14・7/9・9/24(北里大学看護専門学校) その他社会福祉士等の実習の受け入れ、学生の教育・育成を行う。 ③年3回	職員の人材確保や定着を目的として地域の専門職養成機関等と連携して実習を受け入れる。 ②6月4日、7月16日、10月15日(北里大学看護専門学校) ③3回	①看護師等の実習の受入、学生の教育・育成を行う。 ②4包括で担当(5月14日、7月9日、9月24日)(北里大学看護専門学校) ③年3回