

|        |                   |
|--------|-------------------|
| センター名  | あさぎり・おおくら総合支援センター |
| 運営主体   | 社会福祉法人明石市社会福祉協議会  |
| 担当中学校区 | 朝霧・大蔵             |

| 区分                    | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)   | 現状<br>到達度<br>(1~5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容  |
|-----------------------|---|--|--------------------|---|
| 総合相談<br>支援事業          | 生活のしづらさを抱えた人、高齢者等の相談受付を行い、相談内容により適切な機関や職種につなぐ等、必要な支援を行います。                          | ○支援が必要な住民が速やかに必要な支援につながる環境整備を進める   | 3                  | ○相談があがりにくい地区やマンション管理人に広報誌等を配布し、センターの役割周知を行う。<br>○センターに来所し難い地域や住民からの要望がある地域にサテライト相談会場を設置する。  |
|                       |   | ○センター職員が相談者の相談内容から背景を考え、早期にリスク管理につながる聞き取りができる。   | 3                  | ○相談面接についての勉強会を行い、お互いフィードバックできる環境を整備する。<br>○困りごとの聞き取りをしなが背景をアセスメントする意識を持つと共に、地域課題分析につながる数値の集計を行う。  |
|                       |   | ○適切な関係機関に速やかに連携できる。  | 4                  | ○既存の関係機関や窓口に加え、新しい施策や制度の情報をセンター内で周知し適切な窓口につなぐ。  |
| 権利擁護<br>事業            | 高齢者虐待の対応や防止のための普及啓発、消費者被害の対応、成年後見制度の利用促進等を行います                                      | ○個別事例から抽出された地域の課題分析を行う。地域の抱える課題を地域住民が主体となって考えられる仕組みづくりを行う。   | 4                  | ○生活支援コーディネーターと連携しサロンなどの住民活動の場へ参加し、気になることがあれば相談して貰えるように、住民に向けた啓発を行う。<br>○地域ケア会議等を通じて、関係機関とのネットワークを構築し、課題解決に繋げていく。  |
|                       |   | ○サービス事業所等に対し、権利擁護の視点を持った対応の重要性について認知度を高める。<br>○センターが高齢者虐待防止や消費被害、成年後見制度の利用促進に対応する窓口として認識され、連携していけるよう関係作りを行う。 | 4                  | ○包括的・継続的ケアマネジメント支援事業等の事業と連携し、介護支援専門員や関係機関との交流会、研修会において権利擁護の啓発を行う。   |
| 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業   | 地域の介護支援専門員からの相談対応や、介護支援専門員のネットワークづくり等、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるよう連携体制を構築します。           | ○圏域内の介護支援専門員が、地域総合支援センターや民生児童委員の取り組みや仕組みを理解し、円滑な連携ができる体制を作る。   | 3                  | ○介護支援専門員と民生児童委員との交流会を開催し理解を深め協働できるようになる。<br>○研修会を開催し、介護支援専門員が地域総合支援センターの役割を理解し円滑な連携ができる。  |
|                       |   | ○圏域内の介護支援専門員同士のネットワークの構築ができ、実践力向上を目指す。   | 4                  | ○介護支援専門員同士が意見交換や情報交換ができる場を設定する。また、年2回、研修会を開催する。<br>○実践力向上のためセンターの生活支援コーディネーターと連携し、介護支援専門員が地域資源を知り活用できるようになる。<br>○センター内の介護支援専門員のスキルアップを目指し、月に1回の研修を行う。   |
| 地域ケア<br>会議            | まちなかゾーン会議や専門部会等の開催を通じて、フォーマル・インフォーマルを含めた地域包括ケアシステムを構築します。                           | ○まちなかゾーン会議で地域課題(坂道・階段の多い地域での生活、認知症の正しい理解)に関して、幅広い視点での意見交換を実施する。  | 3                  | ○障がい者団体や子ども関係の団体に地域支え合いの説明を行い、まちなかゾーン会議をはじめ、地域づくりを協議する会に参画していただけるようセンター内多職種で働きかける。  |
|                       |   | ○困難ケースだけでなく予防的な視点での個別ケア会議を開催し、地域での見守り体制のネットワークづくりを行う。  | 3                  | ○要援護状態でも本人の役割を持ちながら地域でのつながりを継続できるよう、地域住民と一緒に話し合い地域のネットワークづくりを行う。  |
| 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援 | 要支援者(要支援1・2の認定者)等の望む暮らしの実現に向け、介護予防サービスや地域のインフォーマルサポートの活用により、出来る限り自立した生活が送れるよう支援します。 | ○本人の望む暮らしのイメージを丁寧に聞き取り、自助力・互助力活用への働きかけを行いながら、本人にとっでの自立した生活を支援する。   | 4                  | ○毎月の介護支援専門員会議で、支援の振り返りツールを活用したグループワークや互いにフィードバックを行うことで、スキルアップを目指す。  |
|                       |   | ○地域の課題解決に向けた住民の取組みやインフォーマルサポート等を含む社会資源情報を幅広く把握し地域での生活を支援する。  | 3                  | ○生活支援コーディネーターと連携し、介護支援専門員が活用する社会資源を出しあい整理することで、地域の社会資源の積極的な活用につなげる。   |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業    | 地域の資源開発や、事業主体間の連携体制づくり、高齢者の生きがいづくり・就労を通じて、生活支援の基盤整備を図ります。                           | ○センター内の多職種、協議体と連携し、高齢者分野だけでなく、障がい、子ども分野の事業所、ボランティアとの交流を深め、地域支え合いを進める。  | 2                  | ○地域開放いただける施設等と協働し、誰でも参加しつながりが持てる居場所づくりを進める。<br>○まち協や地区社協等と連携して、認知症啓発・障がいのある人との交流会を実施することにより、当事者目線の支え合い活動を住民とともに検討し、誰もが地域の中で役割を持ち活躍できる地域づくりに取り組む。<br>○まちなかゾーン会議に加入してもらいたい高齢、障害、子どもの関係団体をピックアップし、加入依頼を行う。 |
|                       |   | ○住民が地域課題を自分ごととして考え、役割や生きがいを持って、配慮が必要になっても住みやすい地域の体制を作る。  | 3                  | ○まちなかゾーン会議、まち協、民児協、地区社協、自治会等の地域団体にセンターが考える地域課題(坂道・階段の多い地域での生活、認知症の正しい理解)を投げかけ、意見を伺いながら、どのような支え合い活動ができるかを協議する。   |
| 在宅医療<br>介護連携          | 医療や介護の専門職からの相談対応や、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。   | ○地域住民や圏域の専門職のACPに対する理解が深まり、早期にACPに取り組む事業所、住民が増える   | 3                  | ○センター全職員や圏域のケアマネジャーに対するACP研修会や圏域の住民を対象にした講座を行う。総合相談事業、認知症事業や権利擁護事業と連動したACPの啓発を行う。   |
|                       |   | ○スムーズな医療介護連携を行うために、地域の連携における課題を分析し、課題をもつ機関にアプローチする   | 3                  | ○医療介護連携集計様式を使用した地域課題の抽出と、事例検討を実施する。圏域内の医療機関の巡回を行う。  |
| 認知症総合支援事業             | 医療・介護等の連携による認知症の方の支援や、認知症の人やその家族が地域の中で安心して生活できる体制を構築します。                            | ○認知症の正しい理解を深め、本人の尊厳を守れるような取り組みができる。  | 3                  | ○認知症の方の視点や思いを重視した認知症サポーター養成講座や学習会を実施する。<br>○実施できていない地域や若い世代を優先して認知症サポーター養成講座を行う。  |
|                       |   | ○支え合いができる地域像を目指し、地域課題や他者の問題を我が事として捉えることができるまちづくりを進める。  | 3                  | ○キャラバンメイトミーティングを開催する。<br>○SOS模擬訓練や住み慣れたまちでの生活を支えるための協議を住民とともに開催する。<br>○オレンジリングや認知症ステッカーの普及啓発を行う。  |
|                       |   | ○相談支援体制の強化   | 3                  | ○センターに寄せられる初回相談の経路と認知症の有無を調査し、相談支援体制における課題を抽出する。  |

※【現状到達度】…5(十分に取組んでおり、目指す成果が出ている) / 4(概ね取組んでいるが、成果は十分とはいえない) / 3(一部着手しているが、取り組んでいない部分がある) / 2(取組計画の立案等はしているが、着手には至っていない) / 1(未検討・全く新しい取り組み)

2021年度 明石市地域総合支援センター事業計画書

|        |                    |
|--------|--------------------|
| センター名  | きんじょう・きぬがわ総合支援センター |
| 運営主体   | 明石市社会福祉協議会         |
| 担当中学校区 | 衣川・錦城              |

| 区分                        | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)  | 現状<br>到達度<br>(1~5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容  |
|---------------------------|---|---|--------------------|---|
| 総合相談<br>支援事業              | 生活のしづらさを抱えた人、高齢者等の相談受付を行い、相談内容により適切な機関や職種につなぐ等、必要な支援を行います。                          | 地域住民や民生児童委員を始め、さまざまな機関とケースを通じて連携し、課題を抱えた対象者を早期に見出し、早期対応ができる体制を構築する。             | 4                  | 広報誌を作成し(年1回)、サロンや地域の事業所等へ配布し、センターの存在や役割について周知を図る。   |
|                           |   | 生活のしづらさや課題を抱えた人の自己決定支援ができる。課題に対し当事者が向き合い、解決の方向に進む段階にない場合には、当事者が自己決定できるように寄り添う。  | 3                  | 自己決定支援をテーマにした研修をセンター職員に対して実施する(年1回)。各職種ごとの専門性を活かしたチームアプローチを実施し、評価会議内でモニタリングを行う。   |
| 権利擁護<br>事業                | 高齢者虐待の対応や防止のための普及啓発、消費者被害の対応、成年後見制度の利用促進等を行います                                      | 民生児童委員や圏域内居宅介護支援事業所、サービス事業所へ高齢者虐待防止の普及啓発を行う。                                    | 4                  | 関係機関に対して、ICTの活用も視野に入れセンターが主催で虐待の研修を実践し、普及啓発を図る。   |
|                           |   | 地域住民や民生児童委員、圏域内居宅介護支援事業所、サービス事業所へ消費者被害防止の普及啓発を行う。                               | 4                  | 消費者センターや明石警察署に情報収集を行う。その情報を個別のケースやサロンを通じて発信する。  |
| 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業       | 地域の介護支援専門員からの相談対応や、介護支援専門員のネットワークづくり等、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるよう連携体制を構築します。           | 介護支援専門員のネットワークの構築・活用や、後方支援を行い、介護支援専門員の質の向上を図る。                                  | 4                  | 介護支援専門員からの相談件数や相談内容から課題抽出の上、圏域内の居宅に対して、ICTを活用した研修及び事例検討会を開催する(年1回)。   |
|                           |   | 事業所として、介護保険に関する法令順守、適切なアセスメントが実施できる。  | 4                  | センター職員に対して、自己評価シートを活用し、自己覚知及びスキルアップを図る(年3回)。  |
| 地域ケア<br>会議                | まちなかゾーン会議や専門部会等の開催を通じて、フォーマル・インフォーマルを含めた地域包括ケアシステムを構築します。                           | 地域ケア会議により、個別課題の解決と同時に地域課題の把握・発見ができる。  | 4                  | センター職員対象に地域ケア会議についての研修を行い、個別ケースから地域課題の把握が出来るようになる。地域ケア会議の内容を集積、分析する。  |
|                           |   | 把握・発見した地域課題を、地域住民や関係機関と共有し課題解決に向け取り組む。  | 3                  | 地域ケア会議の分析結果を住民にわかりやすく見える化し、まちなかゾーン会議内で報告する(年2回)。  |
| 介護予防<br>ケアマネジメント・指定介護予防支援 | 要支援者(要支援1・2の認定者)等の望み暮らしの実現に向け、介護予防サービスや地域のインフォーマルサポートの活用により、出来る限り自立した生活が送れるよう支援します。 | 対象者の主体的な活動や地域とのつながりを意識したケアマネジメントを行う。生活課題から地域課題を抽出し、地域とのつながりの中で生活課題の解決を目指す。      | 4                  | 事業所内で介護予防プラン会議を開催し(年3回)スキルアップを行う。地区診断や担当している利用者の生活課題・地域課題を抽出する。生活圏域内でのフォーマル・インフォーマルサービスを一覧表にする。                                   |
|                           |   | 地域住民の介護予防の意識を高めるための啓発を行う。   | 3                  | サロンなど地域の集まりに出向き、介護予防のミニ講座を開催する。   |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業        | 地域の資源開発や、事業主体間の連携体制づくり、高齢者の生きがいづくり・就労を通じて、生活支援の基盤整備を図ります。                           | 高齢者の支援ニーズや社会資源の状況を把握し、それらを見える化する。見える化したものを地域団体と共有し目指す姿や方針の共有ができる。               | 3                  | 4職種で協力して地域住民にニーズや生活上の困りごとを聞き取り、センター内で共有する。共有した内容を踏まえて地域への働きかけについて4職種で意見交換をし、生活支援コーディネーターが取組計画をまとめ、地域団体と共有するための資料(マップなど)を作成し、発信する。 |
|                           |   | 地域住民が気軽に立ち寄って交流を図れたり、住民と専門職が話し合えたりする等の活動拠点づくりに向け、小学校区ごとの現状把握と働きかけるべき地域団体を把握できる。 | 2                  | 活動拠点の現状把握のための情報収集を行い、拠点づくりに向けた働きかけを計画し、実行する。  |
| 在宅医療<br>介護連携              | 医療や介護の専門職からの相談対応や、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。   | ACPの重要性について介護保険利用者や介護サービス事業所に向けて啓発する。   | 3                  | ACPの様式を活用しACPIについて住民や圏域内居宅介護支援事業所などに啓発を行う。  |
|                           |   | 個別ケースについて、医療機関など多職種と連携を図ることにより本人の意思を尊重した支援・対応ができる。                              | 4                  | 医療介護連携に関する相談内容を集計し、センター内やセンター間で課題を共有、対応について検討することで、円滑な連携につなげる。  |
| 認知症総合<br>支援事業             | 医療・介護等の連携による認知症の方の支援や、認知症の人やその家族が地域の中で安心して生活できる体制を構築します。                            | 認知症の恐れがある人に対して、早期診断・早期対応につなげることができる。  | 4                  | 初期集中支援チームを活用し早期対応・課題解決につなげる。  |
|                           |   | 地域における認知症の理解推進や認知症支援に携わるボランティアの育成のための取り組みができる。                                  | 4                  | 圏域内にあるマンション管理会社、金融機関へ認知症サポーター養成講座のチラシを持参し、受講促進を図る。小学校、中学校向けのチラシを作成し学校へ働きかける。認知症の早期発見・早期支援推進に向け、圏域内コンビニへ啓発チラシを持参し協力を求める。           |

※【現状到達度】…5(十分に取組んでおり、目指す成果が出ている) / 4(概ね取組んでいるが、成果は十分とはいえない) / 3(一部着手しているが、取組めていない部分がある) / 2(取組計画の立案等はしているが、着手には至っていない) / 1(未検討・全く新しい取り組み)

2021年度 明石市地域総合支援センター事業計画書

|        |                  |
|--------|------------------|
| センター名  | にしあかし総合支援センター    |
| 運営主体   | 社会福祉法人明石市社会福祉協議会 |
| 担当中学校区 | 望海、野々池           |

| 区分                              | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)  | 現状<br>到達度<br>(1~5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容   |
|---------------------------------|---|---|--------------------|--|
| 総合相談<br>支援事業                    | 生活のしづらさを抱えた人、<br>高齢者等の相談受付を行<br>い、相談内容により適切な機<br>関や職種につなぐ等、必要な<br>支援を行います。                                  | ○サテライト相談で、広い年齢層から早期に困りごとを<br>受け付け、解決できる。  | 3                  | ○商店の駐車場や駐輪場などの空スペースを活用してサ<br>テライト相談会を開催する。   |
|                                 |   | ○相談しやすいサテライト相談にする工夫をおこない、<br>相談件数が増える。  | 3                  | ○測定会、健康相談会を行う。   |
| 権利擁護<br>事業                      | 高齢者虐待の対応や防止の<br>ための普及啓発、消費者被<br>害の対応、成年後見制度の<br>利用促進等を行います  | ○専門職や地域住民と連携して、消費者トラブルの未<br>然防止に向けた『騙されない地域づくり』を目指す。  | 4                  | ○専門職と住民が連携し、消費者トラブルの寸劇を行い、<br>住民に消費者トラブルの予防啓発を行う。  |
|                                 |   | ○住民や専門職が金銭管理の制度を理解し、金銭管<br>理の自立支援の視点を持つことができる。<br>○金銭管理が必要なタイミングで早期に制度を利用で<br>きるようになる。                        | 3                  | ○総合的なアセスメントが行えるよう、介護支援専門員に<br>金銭管理の自立支援の視点を伝える。<br>○ケアマネジャーに金銭管理の制度の啓発を行う。<br>○サロン等にて住民が自分の将来を我がごととして捉え<br>られるようにエンディングノート、任意後見制度の啓発を<br>行う。                                     |
| 包括的・継<br>続的ケアマネ<br>ジメント支援事<br>業 | 地域の介護支援専門員から<br>の相談対応や、介護支援専<br>門員のネットワークづくり等、<br>包括的・継続的なケアマネジ<br>メントを実施できるよう連携体<br>制を構築します。               | ○圏域内の介護支援専門員が虐待の危険因子の発<br>見と早期に課題解決を図る力を持つことが出来る。   | 4                  | ○研修会を開催し、虐待防止の周知を行う。<br>○個人因子については経済面、環境因子については家<br>族システムを意識した事例検討会を開催する。  |
|                                 |   | ○地域の介護支援専門員が地域資源や活動を視点に<br>入れたアセスメントを行うことで、自立支援に向けたケ<br>アマネジメントを実施することができる。                                   | 3                  | ○介護支援専門員と民生委員との懇談会を行い、地域の<br>活動を知るとともにネットワークの構築を行う。<br>○地域資源の情報提供と実際に活用につながるようサロ<br>ン訪問を行う。  |
| 地域ケア<br>会議                      | まちなかゾーン会議や専門<br>部会等の開催を通じて、<br>フォーマル・インフォーマルを<br>含めた地域包括ケアシステ<br>ムを構築します。                                   | ○認知症状が進行し、重度化してから相談を受けるこ<br>とが多いため、比較的軽い状態のあいだに相談対応<br>ができるよう認知症の意識啓発を行う。                                     | 2                  | ○野々池地区まちなかゾーン会議が主催する【耳より講<br>座】、【耳より交流会】で認知症をテーマに広く周知する。<br>○にしあかし総合支援センターが作成した認知症に特化<br>したACPの活用<br>○地域住民、企業等に認知症の学習会を開催し、その<br>後、より具体的な対応を学ぶ機会として要援護者見守り<br>SOS声掛け訓練の実施を働きかける。 |
|                                 |   | ○新型コロナウイルスによる差別・偏見の解消<br>○校区内でストップしている地域福祉活動の再開に向<br>けた後押しとなる取組を行い、活動を再開する団体が<br>増加する。                        | 3                  | ○啓発物を作成し、協力店舗、協力者等へ掲示を依頼し<br>周知活動を行う。<br>○各ボランティア、高年クラブ等に聞き取りを行い、必要<br>性のある化を行う。圏域内にある居宅介護支援事業所<br>のCMIにも働きかけ、地域資源の把握、誰もが活動しやす<br>い環境づくりを行う。                                     |
| 介護予防<br>マネジメント・指<br>定介護予防支<br>援 | 要支援者(要支援1・2の認<br>定者)等の望む暮らしの実現<br>に向け、介護予防サービスや<br>地域のインフォーマルサポー<br>トの活用により、出来る限り<br>自立した生活が送れるよう支<br>援します。 | ○インフォーマルサポートを活用したケアプランが作成<br>される。   | 3                  | ○介護支援専門員と地域のサロン等に出向き、セン<br>ター職員とともに、定期的に健康測定会・相談会に出務<br>し、インフォーマルサポートの理解や地域住民に介護支<br>援専門員の役割を伝える。  |
|                                 |   | ○地域住民の介護予防ができ、繋がりを持ちながらイ<br>キイキと自立した生活が送れる。   | 3                  | ○いきいき元気アップ教室の開催。<br>地域のサロン等とタイアップして、定期的に健康測定会・<br>相談会の実施を行う。   |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業              | 地域の資源開発や、事業主<br>体間の連携体制づくり、高齢<br>者の生きがいづくり・就労を<br>通じて、生活支援の基盤整<br>備を図ります。                                   | ○孤立死を防げるよう、自治会内に様々な居場所や見<br>守り活動が存在し、気になる方への見守りが行われて<br>いる地域づくりをめざす。  | 3                  | ○ケースが深刻化する前にセンターに情報が入るよう自<br>治会、民生児童委員等と連携し、健康測定会等の実施や<br>見守り(お散歩)隊の立ち上げ、福祉マップの作成等の支<br>援を行う。  |
|                                 |   | ○介護予防ができ、地域住民がイキイキと生活できる<br>居場所がある。<br>○地域住民に広く周知されている地域支え合いの家<br>が、子ども、高齢者、障がい者等様々な住民が参加で<br>きる居場所となることを目指す。 | 3                  | ○元気アップ教室の開催<br>○福祉体験を通じた高齢者の介護予防<br>(スタッフ:高齢者、参加者:子ども等)  |
| 在宅医療<br>介護連携                    | 医療や介護の専門職からの<br>相談対応や、医療機関と介<br>護事業所等の関係者の連携<br>を推進します。   | ○圏域内の医療機関と顔の見える関係づくりを行うこ<br>とで、困難ケースの早期発見、スムーズな連携を目指<br>す。  | 3                  | ○昨年度、コロナで訪問できなかった残りの医療機関の<br>巡回訪問を行い、医師の在宅医療の思いや医療機関情<br>報の把握に努める。<br>○同時にセンターの周知を行うことで相談窓口を明確化<br>する。   |
|                                 |   | ○医療機関の情報を活用し、医師が地域に出向いて<br>講座を開催することで、医療介護関係者・住民等の<br>ネットワーク構築を図る。  | 2                  | ○巡回で集めた情報をまとめ、必要に応じて介護事業所<br>や介護支援専門員等へ情報共有する。<br>○地域活動に参加してくださる地域の医師に講師を依頼<br>し、介護医療の関係者との交流会や勉強会を開催検討。   |
| 認知症総<br>合支援事<br>業               | 医療・介護等の連携による認<br>知症の方の支援や、認知症<br>の人やその家族が地域の中<br>で安心して生活できる体制を<br>構築します。                                    | ○地域住民が、認知症の知識を深め、対応方法を知<br>ることで、認知症になっても安心して地域で暮らすこ<br>とができるまちづくりを目指す。  | 4                  | ○認知症の理解を深めるため、地域のサロン等に出向き<br>啓発を行う。<br>○健康教室等を活用し、認知症の勉強会を実施する。<br>○徘徊模擬訓練を行う。   |
|                                 |   | ○住民が認知症になっても自分の意思が尊重される<br>ように、将来の人生設計について考えることができる。  | 2                  | ○地域での勉強会など、認知症に特化したACPの普及啓<br>発を行う。  |

※【現状到達度】…5(十分に取り組んでおり、目指す成果が出ている) / 4(概ね取り組んでいるが、成果は十分とはいえない) / 3(一部着手しているが、取り組めていない部分がある) / 2(取組計画の立案等ははしているが、着手には至っていない) / 1(未検討・全く新しい取り組み)

2021年度 明石市地域総合支援センター事業計画書

|        |                  |
|--------|------------------|
| センター名  | おおくぼ総合支援センター     |
| 運営主体   | 社会福祉法人明石市社会福祉協議会 |
| 担当中学校区 | 大久保、江井島、大久保北、高丘  |

| 区分                    | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)  | 現状<br>到達度<br>(1~5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容   |
|-----------------------|---|---|--------------------|--|
| 総合相談<br>支援事業          | 生活のしづらさを抱えた人、高齢者等の相談受付を行い、相談内容により適切な機関や職種につなぐ等、必要な支援を行います。                          | 分野横断的な支援が必要な相談受付を正確にスクリーニングでき、住民に不利益のない対応が行える体制を目指す   | 4                  | ○相談受付を的確に行うためにインテーク、アセスメント能力の向上のため、相談受付に関する課題を受付状況から抽出し、職員間でフィードバックを行う。  |
| 権利擁護<br>事業            | 高齢者虐待の対応や防止のための普及啓発、消費者被害の対応、成年後見制度の利用促進等を行います                                      | 介入困難ケース、高齢者虐待ケース等への対応を行うために必要な高度なケースワーク能力を三職種が有し、スムーズな多機関多職種との連携などを通じ個別ケースの問題を適切に解決できる体制を目指す。   | 4                  | ○介入困難ケース、高齢者虐待ケース等への対応を行うために必要な高度なケースワーク能力の獲得のため原則的なソーシャルワークプロセス、アセスメントの枠組み等を学ぶ                                      |
|                       |   | 複合多問題ケースへの支援における支援調整会議等多機関での合意形成が行え、支援構築ができる体制を目指す。   | 4                  | ○複合多問題ケースへの支援における支援調整会議等において、認識や学習背景が異なる関係機関間で支援について合意形成に至るために、ファシリテーション能力の獲得、向上に努める。                                |
| 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業   | 地域の介護支援専門員からの相談対応や、介護支援専門員のネットワークづくり等、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるよう連携体制を構築します。           | 介護支援専門員からの相談内容を把握し、居宅介護支援事業所等が課題解決できるように必要な情報提供等の支援を行う。   | 4                  | ○圏域内の居宅介護支援事業所に対して、相談できる信頼関係を構築するため各職種の担当職員が訪問しケアマネマネジメントにおける課題等をセンターが把握する。また、圏域内の介護支援専門員向けに計画的に研修会を実施する。            |
| 地域ケア<br>会議            | まちなかゾーン会議や専門部会等の開催を通じて、フォーマル・インフォーマルを含めた地域包括ケアシステムを構築します。                           | 複数の個別事例から地域課題を明らかにし、地域課題を解決するための政策を、市等に提言する体制を構築する。   | 1                  | ○専門部会等の会議録等を確認し、内容をセンター内で共有するとともに、センターでの取り組みについて検討を行う。   |
|                       |   | 個別ケース検討会議やまちなかゾーン会議を含む地域支援に関する活動よりセンター職員が把握した問題について、地域住民に共有すべき課題は地域住民を中心とする会議体へ、専門職行政が中心となって検討すべき広域的な課題については専門職行政が中心となる会議体へ提言する体制を構築する。 | 3                  | ○センター内で、課題抽出から具体策の検討までの検討項目をまとめたシートを活用し、地域課題を明確にする。  |
| 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援 | 要支援者(要支援1・2の認定者)等の望む暮らしの実現に向け、介護予防サービスや地域のインフォーマルサポートの活用により、出来る限り自立した生活が送れるよう支援します。 | 支援が必要な高齢者等が必要な支援を受けられるように介護支援専門員への情報提供等のサポートを行う。<br>地域の居宅介護支援事業所にも発信し、圏域全体で介護保険サービス以外の地域のつながりを検討できるサポートを行う。                             | 4                  | ○状態に応じて自立した地域社会生活を維持できるよう、本人の望む生き方の確認や本人のもっている力(できること、強み)などの維持・回復を支援する。<br>○居宅介護支援事業所等へ訪問時に地域資源等の情報提供を行う。            |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業    | 地域の資源開発や、事業主体間の連携体制づくり、高齢者の生きがいづくり・就労を通じて、生活支援の基盤整備を図ります。                           | 住民とのネットワークの構築により、地域内のニーズの把握や共有を行い、地域住民がこうありたいと望む地域の姿をともに検討し、目指す地域像の明確化を図る。  | 2                  | ○生活支援体制整備事業についての理解を深めるため、センター内での実践の取りまとめと共有を行う。<br>○生活支援体制整備事業を含む地域支援全般について、事例検討やプロセスの検証を行い、理論と実践についての理解を深める。        |
| 在宅医療<br>介護連携          | 医療や介護の専門職からの相談対応や、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。   | ケースワーク等対応力のスキルアップを図る。<br>医療職会議で話し合われた内容を、多職種と共有し、課題の整理・明確化をする。<br>相談等の統計から医療と介護の連携に関する課題を抽出し、課題を分析する。                                   | 4                  | ○センターの医療職のケースワーク能力等のスキルアップのため、研修やワーキングなどを実施する。<br>○医療・介護の連携についての課題を抽出し、明確化することで連携の推進を図る。                             |
| 認知症総合支援事業             | 医療・介護等の連携による認知症の方の支援や、認知症の人やその家族が地域の中で安心して生活できる体制を構築します。                            | 高齢化率の高い地域を中心に幅広い世代での認知症理解啓発の必要性を地域住民と共有し、働きかけの手法について検討を行う。  | 3                  | ○学校での認知症サポーター養成講座の実施により、若い世代等に向けて、認知症に対する正しい理解や対応方法の啓発を行う。<br>○認知症自立度がⅡa以上の方が多いため、認知症支援の必要性が高い地域を対象に認知症サポーター講座を実施する。 |

※【現状到達度】…5(十分に取り組んでおり、目指す成果が出ている) / 4(概ね取り組んでいるが、成果は十分とはいえない) / 3(一部着手しているが、取り組めていない部分がある) / 2(取組計画の立案等はしているが、着手には至っていない) / 1(未検討・全く新しい取り組み)

2021年度 明石市地域総合支援センター事業計画書

|        |                  |
|--------|------------------|
| センター名  | うおずみ総合支援センター     |
| 運営主体   | 社会福祉法人明石市社会福祉協議会 |
| 担当中学校区 | 魚住東・魚住           |

| 区分                        | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)   | 現状<br>到達度<br>(1~5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容   |
|---------------------------|---|--|--------------------|--|
| 総合相談<br>支援事業              | 生活のしづらさを抱えた人、高齢者等の相談受付を行い、相談内容により適切な機関や職種につなぐ等、必要な支援を行います。                          | 高齢者分野にとどまらずあらゆる相談を受け止め、相談内容を整理して、関係機関につなぐ。   | 4                  | 相談内容を職員間でチェック的確認なアセスメントを行うことで、支援が必要な要介護者の早期発見、早期対応を行う。   |
|                           |   | 地域の関係機関・関係者とのネットワークを活用し相談窓口の周知、個別課題や地域課題を解決を図る。  | 3                  | 地域住民が集まる活動拠点に積極的に出向き、顔の見える関係性、相談しやすい環境づくりを行い、出張相談では介護予防等種々の講座を開催し、情報提供を行う。   |
| 権利擁護<br>事業                | 高齢者虐待の対応や防止のための普及啓発、消費者被害の対応、成年後見制度の利用促進等を行います                                      | 高齢者虐待・消費者被害の啓発を行い、早期発見・早期対応の重要性について理解が深まり、予防の見守り体制や解決に向けた支援体制を構築することが出来る。                    | 3                  | 地域の介護支援専門員と顔の見える関係を築くよう居宅巡回を行い、権利擁護の啓発を行う。年1回居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所管理者と共に金銭管理についての勉強会を開催する。<br>高齢者虐待や消費者被害の啓発資料を作成し、民生児童委員協議会の勉強会で高齢者虐待や権利擁護についての啓発を実施する。消費者被害の実態把握のため定期的に消費生活センターに確認する。 |
| 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業       | 地域の介護支援専門員からの相談対応や、介護支援専門員のネットワークづくり等、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるよう連携体制を構築します。           | 圏域内の介護支援専門員のニーズや課題に基づいた研修会等を行い、包括的継続的ケアマネジメントを実践できるようになる。                                    | 3                  | 「ケアマネさんいらっしやい会」において圏域内の居宅介護支援事業所と協働で介護支援専門員のニーズに沿った研修、事例検討会を毎月実施。  |
|                           |   | 多様な関係機関との連携をスムーズに行えるよう、様々な機関との情報交換の場を設ける。  | 3                  | ケアマネさんいらっしやい会に医療ソーシャルワーカーの参加を要請しACPを含む五地区内の在宅医療連携の課題を話し合う。   |
| 地域ケア<br>会議                | まちなかゾーン会議や専門部会等の開催を通じて、フォーマル・インフォーマルを含めた地域包括ケアシステムを構築します。                           | 個別ケア会議から抽出した課題を、関係する事業と連動し資源開発・政策形成・地域づくりにつなげることができる。  | 3                  | 地域ケア会議の事例のモニタリングを実施し個別事例の蓄積を通し分析・課題整理を行い、把握した課題解決のためのネットワークを構築する。<br>まちなかゾーン会議や生活支援コーディネーターを通じて地域課題を住民と共有し地域づくりにむけた働きかけを行う。  |
| 介護予防<br>ケアマネジメント・指定介護予防支援 | 要支援者(要支援1・2の認定者)等の望む暮らしの実現に向け、介護予防サービスや地域のインフォーマルサポートの活用により、出来る限り自立した生活が送れるよう支援します。 | 自立支援に向けたケアマネジメントが進むよう、介護保険の利用者、および地域住民に介護保険制度の趣旨、地域活動の意義等を啓発していく。                            | 3                  | センター職員や地域の介護支援専門員が地域住民と連携協働し、各小学校区において介護予防・自立支援についての啓発を行う。<br>センター内の介護支援専門員が主任CMと共にケアマネジメントに関する学習会を実施し、スキルアップを図る。  |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業        | 地域の資源開発や、事業主体間の連携体制づくり、高齢者の生きがいづくり・就労を通じて、生活支援の基盤整備を図ります。                           | 新たな出張相談(いきいきサロンにしき)を住民に周知し、気軽に集いつながる居場所、支え合いの拠点づくりを行う。                                       | 3                  | まちづくり協議会・地区社協等に対し出張相談の周知を行い、参画を呼び掛ける。  |
|                           |   | まちづくり協議会・民生児童委員などとの連携を取り、地域づくりについての意見交換の場を作る   | 2                  | まちづくり協議会や民生児童委員等に向けて地域づくりにつながる実践事例を報告し、生活支援体制整備事業の理解の促進を図る。  |
|                           |   | 把握した地域のインフォーマルな社会資源を見える化し、地域の支援者によってニーズと適切なマッチングが行えるような体制を作ると共に地域住民の生きがいや役割づくり、活動の継続を支援していく。 | 3                  | 自治会や高齢クラブ等に出前講座の働きかけを行い、支え合いや社会参加の意義を伝え、住民同士がお互いに気に掛け合う関係の形成を図る。   |
| 在宅医療<br>介護連携              | 医療や介護の専門職からの相談対応や、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。   | 地域の医療介護連携について検討できる場をつくる。   | 2                  | 地域の医療機関を4職種で巡回訪問し、在宅医療連携窓口及びセンターの役割の周知徹底を図り、圏域内の医療連携がスムーズに行えるよう顔の見える関係づくりを行う。  |
|                           |   | 地域住民が、人生会議を我がこととしてとらえられよう様に、小さな団体からでも啓発活動を行っていく。   | 1                  | 昨年度の看取り支援ワーキングで作成された「あなたの思いを聞かせてください」カード及び「もしばなカード」を利用し、小学校区毎に(いきいきサロンにしき、きずなサロン)ACPをテーマに啓発活動を年1回行う。   |
| 認知症総合<br>支援事業             | 医療・介護等の連携による認知症の方の支援や、認知症の人やその家族が地域の中で安心して生活できる体制を構築します。                            | 相談内容が重度化する前に、地域から相談を受け、孤立化予防、早期対応ができる体制が整備できている。   | 2                  | 認知症カフェやまちなかゾーンを通じて認知症サポーターステップアップ講座等の開催を働きかけ、当事者が安心して暮らせる地域づくりを行う。   |
|                           |   | 子ども、学生を含む地域住民に認知症に対する正しい理解を促進し自然に助け合いができる地域づくりを目指す。  | 3                  | 認知症サポーター養成講座の開催や、地域の居場所で気軽に介護等に関する相談ができる場の開設を地域住民と協働して行う。  |

※【現状到達度】…5(十分に取り組んでおり、目指す成果が出ている) / 4(概ね取り組んでいるが、成果は十分とはいえない) / 3(一部着手しているが、取り組めていない部分がある) / 2(取組計画の立案等はしているが、着手には至っていない) / 1(未検討・全く新しい取り組み)

2021年度 明石市地域総合支援センター事業計画書

|        |                  |
|--------|------------------|
| センター名  | ふたみ総合支援センター      |
| 運営主体   | 社会福祉法人明石市社会福祉協議会 |
| 担当中学校区 | 二見               |

| 区分                        | 全体目標<br>(全センター共通)   | センターごとの重点目標<br>(年度内に各センターが目指す姿・状態)                        | 現状<br>到達度<br>(1～5) | 重点目標達成のための<br>取り組み・手法・事業内容  |
|---------------------------|---|---|--------------------|---|
| 総合相談<br>支援事業              | 生活のしづらさを抱えた人、高齢者等の相談受付を行い、相談内容により適切な機関や職種につなぐ等、必要な支援を行います。                          | ワンストップ窓口として、いつ・どのような相談でも受け止め、スムーズな支援につなげられる体制が整備できている。    | 4                  | ○多様な相談に対応できることを目標とした自主研修を実施する。<br>○相談内容を分析し、対応マニュアルを作成する。<br>○サテライト相談会場の見直し検討と試行を実施する。          |
|                           |   | 整理した圏域の課題を関係機関と共有し、多様な課題に対して円滑に協働できる関係が構築できている。           | 4                  | ○課題整理表の作成と運用の定着を図る。<br>○協働ネットワーク一覧表を作成し、センター内で共有する。   |
| 権利擁護<br>事業                | 高齢者虐待の対応や防止のための普及啓発、消費者被害の対応、成年後見制度の利用促進等を行います                                      | 高齢者虐待や消費者被害に対する地域組織や住民の知識や意識を高め、通報や相談をより多様な方面から受けられる。     | 3                  | ○民生児童委員やまちづくり協議会、自治会等での研修の実施や広報紙による周知を行う。   |
|                           |   | 安心して住み慣れた地域で暮らしていけるよう、成年後見制度や日常生活自立支援事業の積極的活用につなげる。       | 3                  | ○民生児童委員や、まちづくり協議会、自治会等での研修の実施や広報紙による周知を行う。<br>○成年後見制度や日常生活自立支援事業アセスメントシートを活用し、対象者の抽出と利用促進につなげる。 |
| 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業       | 地域の介護支援専門員からの相談対応や、介護支援専門員のネットワークづくり等、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるよう連携体制を構築します。           | 様々な困難事例に対応するため、地域や関係機関との連携を円滑に利用できる。                      | 4                  | ○まちなかゾーン会議や地域ケア会議の開催等を通じて、ケアマネジャーと関係機関等との顔が見える関係づくりを行う。   |
|                           |   | 地域のケアマネジャーが包括的・継続的マネジメントを実施できるよう支援する。                     | 3                  | ○地域のケアマネジャー等の集まりを通じて、情報交換や、研修会を実施する。  |
| 地域ケア<br>会議                | まちなかゾーン会議や専門部会等の開催を通じて、フォーマル・インフォーマルを含めた地域包括ケアシステムを構築します。                           | センターと、民生児童委員、地域関係者等が連携し個別課題について検討し、解決に導く。                 | 4                  | ○困難な個別課題について、地域ケア会議を開催し、役割分担や対応について検討する。  |
|                           |   | 個別課題を通じて、地域課題として共通把握を行い、地域づくりにつなげる。                       | 3                  | ○これまでの関わりが少ない地域において、民生児童委員や地域関係者等に呼びかけ、地域ケア会議を開催する。   |
| 介護予防<br>ケアマネジメント・指定介護予防支援 | 要支援者(要支援1・2の認定者)等の望む暮らしの実現に向け、介護予防サービスや地域のインフォーマルサポートの活用により、出来る限り自立した生活が送れるよう支援します。 | 効果的な介護予防や適正な給付管理ができるようになる。                                | 4                  | ○ケアマネジャーの資質向上を図るため、研修会を実施する。  |
|                           |   | 安心して住み慣れた地域で暮らしていけるよう、地域の社会資源を活用しながら、地域における交流や参加につなげる。    | 3                  | ○生活支援コーディネーターや三職種と連携し、サロンやその他居場所等地域の社会資源を把握し、活用する。  |
| 生活支援<br>体制整備<br>事業        | 地域の資源開発や、事業主体間の連携体制づくり、高齢者の生きがいづくり・就労を通じて、生活支援の基盤整備を図ります。                           | 民生児童委員や、まちづくり協議会、自治会等と連携することにより、地域での見守りや地域参加につなげる。        | 3                  | ○民生児童委員や、まちづくり協議会、自治会等の集会への参加などによる情報共有を通じ、連携を深める。<br>○高齢者就労サポーターを活用し、就労支援を行う。                   |
|                           |   | 個別課題や、既存のサロン等地域の支えあいの状況を踏まえた、地域課題を地域と共有し、新たな社会資源づくりにつなげる。 | 2                  | ○個別課題の集約・分析、地域資源の把握に基づき「地域支え合いマップ」を作成し、地域での課題意識の共有化を図る。<br>○課題解決に向けた地域住民の主体的な取り組みを支援する。         |
| 在宅医療<br>介護連携              | 医療や介護の専門職からの相談対応や、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。   | 地域の医療・介護の資源を把握し、在宅で切れ目のない、医療・介護サービスの連携が行える。               | 3                  | ○地域における医療機関の状況を把握し、マッピングやリスト化により整理し、関係者間での情報共有を行う。  |
|                           |   | 在宅における医療・サービスに対して、地域住民の理解を得る。                             | 3                  | ○在宅での看取りなど、在宅における医療・サービスに関する研修会や、情報紙を通じて情報を発信する。<br>○まちなかゾーン会議や地域ケア会議を通じて、関係者の連携を促進する。          |
| 認知症総合支援事業                 | 医療・介護等の連携による認知症の方の支援や、認知症の人やその家族が地域の中で安心して生活できる体制を構築します。                            | 地域住民や関係者が認知症に対する理解を深め、相談機関への連絡や見守り等の対応ができるようになる。          | 3                  | ○前年度実施したアンケート集約を活用し、地域における支え合いについて、地域各種会合や広報紙を通じて啓発を実施する。<br>○幅広い世代に対し認知症サポーター養成講座を開催する。        |
|                           |   | 認知症家族介護者に安心して継続できるよう支援ができる。                               | 3                  | ○家族会や認知症カフェ、男の介護教室等活用による家族支援を行う。  |

※【現状到達度】…5（十分に取り組んでおり、目指す成果が出ている）／4（概ね取り組んでいるが、成果は十分とはいえない）／3（一部着手しているが、取り組んでいない部分がある）／2（取組計画の立案等はしているが、着手には至っていない）／1（未検討・全く新しい取り組み）