事業目的・内容･方法（ほやねっと明倫）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 高齢者や地域住民、関係機関から気軽に相談を受け、状態の変化に切れ目なく対応できるように連携し、公益的な機関として公正中立な事業運営を行う。 【内容１】 地域住民や関係機関へ包括の業務活動の周知を図る。 【方法】 ① 公民館祭り等の地域行事や南部民協、地区社協主催ブロック会議等の関係機関の集まりに参加する。 ② 地区社協広報誌等の掲載にて活動内容の周知を図る。 ③ 新たに開設された薬局等に包括の周知を図り、連携を模索していく。 【内容２】 ３職種の専門性を活かし中立、公正な立場でチームアプローチを実践する。 【方法】 ① 困難事例や、虐待事例等に関しては常に３職種が話し合いを行い、緊急レベルの判断や予測される課題、対応方法等、専門性を活かしたチームアプローチで、複数で対応していく。 ② ケースの進捗や終結について定期的に確認を行う。 ③ サービス利用時には複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにする。 【内容３】 職員の資質向上、虐待防止のための措置 【方法】 ① 専門職として、市・職能団体・法人内研修等に参加する機会を確保し、受講した内容を、センター職員間で共有を行う。 ② 法人虐待防止研修会に参加し、虐待防止のための措置を行う。 【内容４】 個人情報の保護、利用者の満足度向上 【方法】 ① 個人情報マニュアルに従い、持出し時に確認・管理徹底すると共に、情報漏洩時や苦情を受けた場合は迅速に対応し、速やかに市に報告し、対応策を検討する。 ② 苦情マニュアルを全職員が理解し、苦情があった場合は内容を記録し、職員間で対応を検討し再発予防に努める。	【目的】 高齢者が住み慣れた地域でその人らしく、安心して生活できるよう相談窓口としての機能充実を図る。 【内容 1】 地域住民が気軽に相談できる機会を確保する。 【方法】 ① 地域の行事（公民館祭り等）や地域活動等、地域に出向いて包括を周知し、地域住民が気軽に相談できる様に、相談コーナーを設ける。 ② 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する。 ③ 新たな相談の場、機会の開拓に努める。 【内容 2】 地域の高齢者の実態把握や、相談内容を分析し隠れた課題やニーズ把握を行う。 【方法】 ① 新たな相談を受けた際には総合相談受付票を活用し、朝礼等にて対応策の検討を行う。 ② 圏域内の実態把握に努める。 ③ 民生委員等の関係団体会議を通し、気がかりな高齢者の情報提供を呼び掛ける。 ④ 相談内容の分析（総合相談、介護負担アセスメントシート等）を行い、隠れた課題やニーズ把握を行う。 【内容３】 ネットワークの構築、複合化した世帯への連携体制 【方向】 ① 複合化した課題を抱える高齢者や世帯に対し、適切な支援へ繋げられるよう、関係機関との連携を行う。 ② 個別地域ケア会議、重層的支援会議を通し具体的対応策・役割分担を適切に行っていく。 【内容 4】 社会資源の情報収集に努め、地域における関係機関との連携を図ることで見守り体制の強化をすすめる。 【方法】 ① 社会資源の把握、最新の情報収集を行い、紙ベース・データー（クラウド等）を定期的に整理し、活用していく。 ② 明倫地区事業所マップ・地区認知症ケアパスを定期的に更新していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと明倫）

権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 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が出来るよう、専門的・継続的な視点から必要な支援を行う。 【内容１】 高齢者虐待等への対応にあたり、権利擁護の視点をもって、個別や地域への支援を行う。 【方法】 ①虐待発生時には高齢者虐待防止法及び福井市高齢者虐待対応の手引きに基づき３職種が事例を共有･緊急性を判断、専門機関（行政や医療機関等）との連携・チームケアを実践し、速やかに訪問等により安全・状況確認を行い対応する。 ②虐待防止や早期発見を目的に事業所に対して虐待に関する研修会を行う。 ③包括内で“福井市高齢者虐待対応の手引き（市長申立含む）”の再確認の為に勉強会を行うと共に、事例から虐待対応帳票を活用した対応の流れや支援内容等について振り返りを行う。 ④ブロック会議に参加し、相談協力員・自治会長・保健衛生推進員に向け、虐待の着眼点を含めた見守りや高齢者の権利を擁護する対応について説明・周知していく。 ⑤高齢者虐待とは判別しがたい事例であっても、事実として高齢者の利益が侵害され権利擁護のための支援が必要と判断されるものについては、高齢者虐待の事例に準じて必要な支援を行う。 【内容２】 消費者被害情報を把握・共有し防止に努め、発生時には各関係機関と連携し対応する。 【方法】 ①消費者被害の防止や発見のため消費者センターや警察と情報や事例を共有、被害発生時には連携し対応する。 ②消費者被害情報をメールにて圏域内事業所に伝え啓発に努める。 ③南部民協及びデイホームや自主グループを通して、地域における消費者被害の把握・情報提供に努める。 【内容３】 成年後見制度の周知、活用促進を行う。 【方法】 ①権利侵害が疑われる事例に的確に対応できるよう、市町村長申立に関する判断基準を基に、利用対象者に対する申し立ての支援や家族に対する助言等を行う。 ②地域住民に対し福祉祭りにて、成年後見制度・日常生活自立支援制度の紹介を行う。	【目的】 高齢者が健康状態や生活課題を自覚し、自ら介護予防・フレイル予防に取り組み、地域でいきいきと生活出来る事を目的とする。 【内容 1】 地域住民が主体的に介護予防活動に取り組めるよう、地域の高齢者や関係機関に対し介護予防・フレイル予防の啓蒙啓発を行い、地域に密着した介護予防活動につなげる。 【方法】 ① デイホームや老人会、よろず茶屋、自主グループ等の地域活動や実態把握にて介護予防･フレイル予防の啓蒙啓発、元気度調査・高齢者質問票の説明と実施。 ②高齢者の集まりの場や実態把握、民生委員定例会など様々な機会を捉え介護予防の取組が必要な人を把握する。 ③ デイホームや老人会、よろず茶屋、自主グループ等地域における高齢者の集まりの場を活用し、介護サービス事業所等の協力を得て、介護予防教室等を実施。（年 8 回以上） ④ 百歳体操等の自主グループ活動を支援していく。 【内容 2】 要支援者や事業対象者が健康に関する意識を高め、生活課題を理解し、自ら活動や参加に取り組めるケアマネジメントを行う。 【方法】 ① 包括全職が専門職の助言を受け、自立支援・重度化防止等に資する介護予防サービス計画作成のスキルアップを図る。 ② 介護予防サービス計画に多様な地域の社会資源を必要に応じて位置づけていく。 ③ 一部委託している居宅ケアマネが作成したケアプランや評価についての確認、助言を行う。 ④ 市提示のマニュアルを居宅介護支援事業所に周知、介護予防サービス計画について検証する。 ⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業を利用して、在宅評価が必要なケースにリハ職と同行訪問、助言を受ける。

事業目的・内容･方法（ほやねっと明倫）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となって、高齢者が住みなれた地域で安心して暮らしていく事ができるように、直接的な支援や、関係機関等との連携体制やネットワーク構築等の環境整備を行う。 包括的・継続的マネジメント実践を阻害する要因や必要な要素、介護支援専門員のニーズ等を把握し課題解決のための働きかけを行う。 【内容１】 介護支援専門員への個別相談・支援を行う 【方法】 ①連絡会の開催や日頃の関わりから、介護支援専門員が相談しやすい関係を作り、個別相談に対する支援を行う。 ②個別のケアマネジメントで活用できるよう、地域の社会資源情報を毎回の連絡会で共有。また常時閲覧できるようクラウドで全居宅と情報共有・更新を行う。 ③相談入力シートや介護負担アセスメントシートを活用し、介護支援専門員から受けた相談内容を整理・分析し、介護者支援に係る地域課題の把握に努める。 ④新人研修をステップアップした内容として、基礎的知識・技術に関して、研修会を企画していく。 ⑤地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、地域の関係者や関係機関等との連携のもと、具体的な支援方針を検討し、指導助言を行う。 ⑥地域の介護支援専門員が作成した介護予防サービス計画を検証し、地域において自立した日常生活を送ることが出来るよう指導助言を行う。 【内容２】 包括的継続的マネジメントを効果的に推進するために、管轄内の主任介護支援専門員と協働で、介護支援専門員のニーズから、関係機関等との連携・協働体制を推進する場を設定する。 【方法】 ①居宅支援事業所に対してアンケートや前年度の課題を基に、管轄内主任介護支援専門員連絡会を実施し、研修会･事例検討会等の開催計画を策定し、全居宅に提示する。 ②介護支援専門員（含小規模多機能型居宅事業所等）が抱える事例について、近隣包括と合同で事例検討会（年２回）を行う。 ③介護支援専門員のニーズに合わせ、地域の様々な主体との連携。協働体制を推進する場を設定する。（認知症意見交換会４月、地域ケア推進会議７月　地区社協ブロック会議　６回） 【内容３】 地域における介護支援専門員同士のネットワーク構築を図る。 【方法】	【目的】 地域の多様な関係者･関係機関等との地域ケア会議を開催し、個別ケースの支援の検討により、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域包括支援ネットワークの構築を行い、高齢者個人の支援の充実を図るとともに、地域課題抽出・検討し、社会資源の開発に繋げていく。 【内容１】 地域ケア個別会議の開催　（年１回以上） 【方法】 ①困難な支援ケースを、地域の関係者や専門機関と支援内容を協議する。 ②検討した個別事例を整理し、地域課題の抽出に繋げる。 【内容２】 自立支援型地域ケア会議の開催　（6 月～12 月　第 2.3 金曜　年 5 回） 【方法】 ① 自立支援・重度化防止に資する、自立支援型地域ケア会議を定期的に開催する。 ② 毎回、振り返りの時間にて参加者全員で地域課題について検討を行う。 ③ 検討した事例を地域課題として整理し、関係機関に提示し具体的対応を検討していく。 【内容３】 地域ケア推進会議の開催　（年１回以上） 【方法】 ① 個別事例や日頃の業務から発見した、支援体制や認知症・医療介護の連携等の地域課題を、地域の関係者と共有・協議し、地域づくりや資源開発に繋げる。 ② 災害時対応について、関係機関と机上訓練等を行う。

①管轄内主任介護支援専門員と協働で、相互の情報交換等の場を連絡会開催時に設定する。 ②居宅主任介護支援専門員を、年間計画策定の段階から担当を決め、連携・協働を行うことで、介護支援専門員の抱える課題に沿った研修会を企画していく。 ③居宅ケアマネが圏域を跨いで事業展開していることも踏まえ、同様の課題を抱える近隣エリアの包括・居宅と合同で研修等を開催していくことで、エリア全体でのネットワーク構築を図っていく。 ④居宅ケアマネと、通所介護事業とのネットワーク構築が図られるよう、相互の課題に対する事業所連絡会を企画していく。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと明倫）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】高齢者が、住みなれた生活の場で自分らしい生活が継続出来るように、医療・介護機関の多職種による協働・連携の体制づくりを進める。 【内容１】 医療機関や関係機関との連携を支援する。 【方法】 ①エリア内の医療機関や関係機関を訪問し、包括支援センターの周知を行う。 ②医療と介護が連携を図る事ができるように医療介護連携ケア会議実施。 ③在宅医療サポート研修会に参加し、在宅医療に関する知識を深め、適切な相談対応や医療機関と連携に努める。 【内容２】 本人・家族が在宅ケアについて理解を深め、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の重要性を理解するための普及啓発を行う。 【方法】 ①地域住民に対して、地域行事、個別相談、自主グループ等時に「在宅ケアリーフレット」や「ＡＣＰに関するチラシ」「安心ガイド」を活用し周知していく。	【目的】認知症になってからも、住み慣れた地域で仲間等と繋がりながら、希望を持って暮らし続ける事が出来るよう、認知症にやさしい共生社会の実現を目指す。 【内容１】 「新しい認知症観」の視点に立った認知症の正しい理解についての普及啓発を実施する。 【方法】 ① 圏域のキャラバンメイトが「新しい認知症観」について正しく理解する事が出来るよう、研修及び意見交換会を実施する。 ② 「新しい認知症観」の視点に立った内容の認知症サポーター養成講座を若年層と働く世代、南部民生児童委員協議会に実施する。 ③ 圏域版認知症ケアパスについて、「新しい認知症観」の視点に立った内容に修正する。 ④ チームオレンジ木田と連携し、認知症サポーターが具体的な活動を行う為、支援を行う。 ⑤ チームオレンジ木田、地区社会福祉協議会と共同にて認知症理解普及月間の取り組みを実施する。 【内容２】 認知症の人にやさしい地域作りを、認知症の人や家族の視点を取り入れながら実施する。 【方法】 ① 認知症にやさしいお店の認定に向け、お店等に働きかける。 ② 認知症の人や介護者が孤立しないよう、居場所や社会資源等の情報提供を行う。 ③ ひとり歩きによる行方不明者を早期に発見する為、どこシル伝言板と事前登録制度の普及啓発活動、行方不明になりそうな方と家族に対して申請の勧奨を行う。 ④ 地域の関係者とともに、認知症にやさしい地域づくりに関して、認知症の当事者や家族の視点を取り入れながら検討する機会を設けていく。 【内容３】 認知症の人及び軽度認知障害がある人が、早期に必要な対応につながる事が出来る支援の実施、また希望に応じて認知症予防に取り組むことが出来る体制作りを実施する。 【方法】 ① 総合相談等の場面を捉えて、元気度調査を実施、二次検診が必要な方に受診勧奨を行う。また、二次検診にて経過観察が必要となった方に対して、必要に応じて支援を行う。 ② 認知症の早期発見の重要性を普及啓発する為、チームオレンジ木田所属の医療機関医師による地域研修会を実施する。 ③ 希望する人が身近な地域で認知症予防に取り組むことが出来るよう、チームオレンジ木田の活動支援を行う。

	④ 認知症初期集中支援チームへ依頼したケースについて、同行訪問やチーム員会議の出席等を行い、情報提供に努める。

事業目的・内容･方法（ほやねっとあたご）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 地域住民や関係機関からの相談に適切な対応ができるよう、関係者及び関係機関と連携を密にするとともに、職員の対応力・資質向上を図る。また公益的な機関として公正中立な事業運営を行う。 【内容１】事業計画の策定 【方法】 担当地区の地域課題を分析し、高齢になっても安心して暮らせる地域づくりを目指した事業計画を策定する。また実施に当たっては、関係機関や団体等と協働し地域ぐるみで取組めるよう働きかけていく。 【内容２】 支援センターの周知活動 【方法】 様々な集いの場に参加し地域住民に対し PR を行う。また既に PR を行っている関係機関にも再度訪問し連携強化を図る。パンフレット等を作成、活用し、センターを周知する。 【内容３】専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ①毎日のミーティング、月１回のセンター内会議を実施し、ケースの進捗状況を報告し情報を共有する。 ②相談票を職員全員で回覧し、相談内容や緊急レベルを分類し、経過をセンター内会議で確認する。 ③困難事例等を相談しやすい環境づくりに努め、困難事例と思われるケースは事例検討会を行う。また必要に応じて認知症初期集中支援チーム、リハビリテーション専門職派遣、高齢者権利擁護対応専門職チーム等の協力も得ながら事例検討を行う。） 【内容４】職員の姿勢 【方法】 ①公益的な機関であることを認識し、公正で中立性の高い事業運営を行う。 ②正当な理由なく特定の事業者に偏ることのないよう、サービスを紹介する際は複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにする。また利用者にとって最適な支援に繋げられるよう情報収集と、その情報共有を行う。 【内容５】職員の資質向上 【方法】 市が開催する定例会や職能団体等が開催する研修会等への参加を確保する。参加報告は朝のミーティング時に口頭で行い、資料は回覧する。「高齢者虐待対応」について事例振り返りを行う。 【内容６】個人情報の保護 【方法】 職員全員で『個人情報取扱マニュアル』を見直し、意識づけを図る。個人情報の持ち出し管理簿による管理を行う。 【内容７】苦情対応 【方法】	【目的】 地域の身近な保健・福祉・医療の総合窓口として支援センターの機能の充実を図る 【内容 1】 地域住民が気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ① 新たな相談の場・機会・方法を開拓する。 ② 自治会デイホーム、介護予防教室、認知症サポーター養成講座で相談窓口を設置する。 ③公民館まつりやデイホームで、出張相談の機会を設ける 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ① 総合相談等から把握した情報をもとに実態把握を行う。 ② 気になる高齢者や介入拒否がある高齢者、その家族の継続的な状況把握、関係機関と連携に努める。 ③ 実態把握は毎月進捗状況を把握し、圏域内高齢者人口の５％以上を達成する。相談協力員に働かけ、課題を抱える未把握の高齢者の発見に努める。 ④ 相談内容や実態把握の内容を分析し、地域に存在する隠れた課題やニーズの発見に努める。 ⑤複合的課題を有する相談について、相談件数や相談内容を記録する。個人や世帯に対する適切な支援･対応を行うため、適切な支援関係機関につなぎ、その実施状況を毎月確認する。 【内容３】 ネットワークの構築 【方法】 ① 相談から、複合化・複雑化した課題を抱える高齢者や世帯の把握に努め、地域ケア会議や困難ケース会議を活用し、様々な関係者とのネットワークつくりをする。 ② 関係機関とネットワークの構築に努め、地域ケア会議や運営推進会議で、地域課題を話し合う。 ③ 民生委員等の地域関係者、ボランティア等、地域の様々な関係者とのネットワーク構築に努める。 ④地区障がい相談支援事業所なんせいとの連携を深め、障がい・介護の連携ネットワーク構築に努める。 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 ① 地域の組織や団体、インフォーマルな集団などの社会資源の構成員・連絡先・特性等に関する情報をリスト化し管理する。 ② 社会資源情報は最新の情報の収集に努め、活用できるよう整理し、居宅介護支援事業所連絡会や研修会等で、情報発信・交換を行う。

『苦情対応マニュアル』に沿って、苦情があった場合、その内容を記録するとともに、職員間でその原因と対応を検討し、再発防止に努める。必要に応じて速やかに市に報告する。 【内容８】市及び他支援センターとの連携強化 【方法】 適切かつ迅速に地域住民のニーズに対応できるよう、市関係部局と連携し、相談支援を行う。市が主催する会議等に参加し、他の支援センターと情報共有・連携を深めるとともに、市が抱える課題や重点的施策を一緒に検討する。	

事業目的・内容･方法（ほやねっとあたご）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 地域の高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるようにする。 【内容１】 高齢者虐待・困難事例への対応 【方法】 ①地域の高齢者や関係機関に対し、早期での虐待の気付きのポイント等を教示し高齢者虐待防止の意識づけを図る。（民児協・病院・医院・居宅介護支援事業所・サービス事業所） ②「高齢者虐待対応の手引き」をもとに、市役所をはじめ他機関と連携し、適切に対応を行う。 ③虐待発生時には、虐待対応帳票等を使い緊急性を判断し、3 職種が事例を共有してチームケアを実践し問題解決に当たるとともに、速やかにその高齢者及び養護者を訪問するなどして高齢者の安全確認と状況確認ができる体制を整理する。 ④事例検討会の場を設け、虐待対応帳票を活用した対応の流れや振り返り等を行う。 ⑤圏域事業所にて虐待研修の開催を働きかけ、虐待の早期発見や通報、見守りのネットワーク構築を図る。 【内容２】 消費者被害の防止 【方法】 ①消費者被害にあっている事例を把握した場合には、消費生活センターや警察などの他機関と連携しながら適切に対応する。 ②地域の高齢者及び関係機関に対し、消費者センター等から得た情報を提供し、消費者被害に関する啓発を行う。（介護予防教室・会議、公民館祭り、自治会型デイホーム、よろず茶屋、老人クラブ、認知症サポーター養成講座等、チラシの配布） ③消費者被害情報を得た場合、地域の相談協力員や介護支援専門員、訪問介護事業所等に情報を提供していく。 【内容３】 成年後見制度の活用促進 【方法】 ①成年後見制度・任意後見制度および日常生活自立支援事業の制度等を理解し、制度利用対象者に対する申し立ての支援や家族に対するアドバイス等を行う。 ②様々な機会（各種講座・介護予防教室・会議、公民館祭り、自治会型デイホーム、よろず茶屋、老人クラブ、認知症サポ	【目的】高齢者が要介護状態等になることを予防し、自立支援に資する適切なケアマネジメントを行う。また、生活の質を向上させるため家庭や社会への参加を促す。 【内容】介護予防・自立支援の目的を意識したケアマネジメントを実施 【方法】 ①自立支援・重度化防止等に資するため、要支援者及び事業対象者に対する事例検討や同行訪問等においてリハビリテーション専門職の専門的助言を受ける。 ②地域の多様な社会資源を、必要に応じてプランに位置づけられるように、社会資源情報の整理をし、活用を検討する。 ③一部委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランや評価について確認を行い、必要に応じて点検し指導・助言を行う。 【内容 2】 支援を必要とする高齢者の把握 【方法】 ①介護予防教室、個別訪問、地域高齢者の集まりの場で元気度調査の自己チェックを実施し、介護予防の取り組みが必要な高齢者の把握を行う。 ②地域の関係者に、気になる高齢者がいる場合には包括に連絡してもらうように依頼する。 【内容 3】 地域の介護予防活動の支援を行う 【方法】 ①個別訪問や介護予防教室等で元気度調査の実施と自己チェックの普及を行う。 ② 様々な機会を捉え、介護予防に関する情報提供を行う。 【内容 4】 介護予防の普及啓発 【方法】 高齢者の集まりの場で介護予防教室を実施する。内容は、元気度調査の自己チェックの普及啓発も含め、栄養、転倒・骨折予防、口腔ケアについて実施する。普及啓発では、介護サービス事業所等の協力を得ながら実施する。

ーター養成講座等、チラシの配布、）を捉え、地域住民に制度等の PR を行う。 担当圏域内の居宅介護支援事業所を対象に、制度の周知を図るほか、成年後見制度等の相談、助言を行う。 研修等の機会を通して知識を深める事で、包括職員の資質向上を図り、制度利用の必要性の判断・対応力向上に努める。	

事業目的・内容･方法（ほやねっとあたご）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【内容１】 【目的】 介護支援専門員が中心となり、包括的・継続的ケアマネジメントが実践できるよう、介護支援専門員等を支援するとともに、関係機関等との連携体制やネットワーク構築等の環境整備に取組む。 【内容１】 個別相談・支援 【方法】 ①居宅介護支援事業所連絡会や事業所訪問を行い、相談しやすい関係つくりをする。 ②社会資源情報の収集･整理をし、研修会やメールでの紹介、個別の相談での情報提供をする。 ③介護支援専門員からの相談内容を分析し、事例検討会を開催、地域課題の把握を行う。 ④介護支援専門員から提出された介護者負担アセスメントシートのケースを把握し、適切な支援、関係機関との連携を行う。 ⑤介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成する介護予防サービス計画が自立支援になっている等の確認をし、助言する。 【内容２】 環境整備 【方法】 ①エリア内居宅介護支援事業所へのアンケートや、居宅介護支援事業所連絡会を通じ介護支援専門員の連携におけるニーズや不足している知識・技術を把握し、研修会や事例検討会を行う。 ②主任介護支援専門員連絡会や居宅介護支援事業所連絡会や研修会において、情報交換の場を設定し、ネットワー構築を図る、 ③主任介護支援専門員と協働し、医療介護連携ケア会議、ケアマネジャー研修会、事例検討会を開催する ④リハビリ職派遣を利用し、ケアマネ対象の介護予防マネジメント研修を開催する。	【目的】 個別ケースの課題解決に向けた検討及び介護支援専門員の資質向上を図る。また個別ケースや日頃の業務の中で発見した地域課題を、地域で共有、協議していく。 【内容１】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ①地域ケア個別会議（1 回以上/年、随時開催） ②地域ケア個別会議後、モニタリングを行い、継続的な問題解決に努めていく。 ③その際、複雑化・複合化された問題解決に向けて、権利擁護チーム等を活用していく。 ④医師・リハビリテーション専門職等医療職の参加を依頼する。 自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握とネットワークの構築を視野に入れ開催する。 【内容 2】 自立支援型地域ケア会議の開催 【方法】 ①自立支援型会議（２回以上/年）を開催する。 ②事例を検討する中、地域課題の抽出に繋げていく。 【内容 3】 地域ケア推進会議の開催 【方法】 ①地域ケア推進会議（１回/年） ②圏域の介護サービス事業所や地域の各種団体等と、認知症にやさしい地域づくりに関して検討する。 ③共有・協議した内容から、地域づくり・社会資源開発に繋げていく。

事業目的・内容･方法（ほやねっとあたご）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が住み慣れた地域で尊厳のあるその人らしい生活を継続することが出来ることを目的とし、多職種・多機関が互いの役割を理解し、日頃からスムーズに連携が取れる関係づくりを行う。 【内容 1】 医療との連携支援 【方法】 ①圏域内の病院・医院・歯科医・薬局などを訪問したり、アンケートを取るなどして、包括支援センターの周知と連携に有用な情報収集を行う。 ②圏域の課題に応じた医療介護連携会議を開催する。 ③医療介護連携ケア会議で協議した結果や成果物を、圏域の医療・介護関係者と共有する。 【内容 2】 在宅ケアなどの普及啓発 【方法】 ①福井市版在宅ケアリーフレットを活用し、地域住民、医療・介護関係者に対し、普及啓発を行う ・地域住民に対し、ＡＣＰ普及啓発のチラシを配布する。 ・地域の高齢者とその家族に福井県版エンディングノート「つぐみ」の紹介、活用を推進する。	【目的】 地域全体で認知症に対する理解を深め、認知症の人や家族をやさしく見守る地域をつくるとともに、認知症早期発見や予防に関する意識の向上を図る。 【内容１】 認知症の正しい理解の普及啓発 【方法】 ①若年層及び働く世代を対象に認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座を行う。講座ではステップアップ講座の受講を働きかける。 ②認知症理解普及月間には、認知症サポーター養成講座の開催、公民館・ドラッグストア・スーパー等での認知症理解の展示、やさしいお店認定の働きかけなどに取組む。 ③認知症サポーター養成講座開催において、ｷｬﾗﾊﾞﾝﾒｲﾄが主体的に活動できるための支援を行う。 ④対象に応じて、元気度調査、運転免許返納、成年後見制度、元気なうちから将来のこと考えておくこと、介護者の理解を盛り込む。 ⑤地域研修会を１１月に開催する。 【内容２】 認知症の人にやさしい地域づくり 【方法】 ①認知症の方にやさしいお店の認定に向け、お店などに働きかける。 ③認知症ケアパスを活用し、適切な相談対応を行う。 ④家族会や介護者のつどいの場に参加し、その活動について理解を深めるとともに、認知症ケア相談の際に紹介する。 ⑤地域ケア推進会議を開催し、圏域の介護サービス事業所や地域の各種団体等と、認知症にやさしい地域づくりに関して検討する。 【内容３】 早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】 ①認知症初期集中支援チームへ依頼したケースについて、同行訪問やチーム員会議の出席等を行い、情報共有に努める。 ②個別訪問や介護予防教室等であたまの元気度調査を実施する。

事業目的・内容･方法（ほやねっと中央北）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 高齢者が住み慣れた地域で尊厳のあるその人らしい生活を継続することが出来るよう、担当圏域で医療・介護・住まい・介護予防・生活支援・認知症施策を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築をめざす 【内容 1】 事業計画の策定 【方法】 ・業務を円滑に遂行するために、運営方針に沿った年間計画を立案し運営していく ・事業を継続的に改善していくために PDCA サイクルによって業務の計画と評価を繰り返しながら質の向上に努める。これらは、月例ミーティングにて定期的に行う 【内容 2】 支援センターの周知活動 【方法】 ・地域行事や関係機関団体会議などに出席する等あらゆる機会を積極的に捉えて周知していく ・圏域医療機関、薬局、やさしいお店等に包括チラシの配布 ・包括広報誌の作成、関係機関等への周知に活用する ・ホームページの活用 【内容 3】 専門性を活かし、中立、公正な立場でチームアプローチを実践する 【方法】 ・センター内会議、毎朝のミーティングや終礼にて職員全員で情報共有に努める ・虐待ケースや困難ケースは緊急レベルの判断や予測される課題、対応方法などを各専門職の視点を活かしチームで検討、支援する ・職員一人で抱え込むことのないよう、随時包括内で検討、気になる高齢者への訪問は複数とし、報告・連携・相談を月例ミーティング時に行い共有する ・センター職員として公益性、地域性、協働性の視点を持ち業務を遂行する ・正当な理由なく特定の事業所に偏る事のないよう、サービスを紹介する際は、複数の事業所を提示し選択ができるようにしていく。社会資源が豊富な地域の強みを活かし、地域に根付いた自己決定に役立つ公平な情報提供を行う 【内容４】 職員の資質向上 【方法】 ・市や職能団体が開催する研修に職員が参加できるように配	【目的】 地域の身近な介護・保健・福祉・医療の総合相談窓口として支援センターの機能の充実を図る。 【内容１】 気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・センター以外の場所で住民が気軽に相談できるよう、地域のイベント（福祉祭り・公民館活動他）を利用して住民が気軽に相談できる機会を設けていく。 ・認知症月間には圏域内の医療機関、薬局、スーパー、コンビニ、金融機関、郵便局などに、チラシをもって訪問し、相談が入りやすい関係作りを継続する。 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・包括が把握していない高齢者が発見できるよう、民生児童委員をはじめとする圏域内の各種団体自治会、公民館医療機関、行政等と連携し気になる高齢者の情報把握を行う。中でも担当圏域の民児協定例会に定期的に参加し気がかりな高齢者の情報提供を呼びかけ、経過を共有していく。 ・圏域高齢者人口 7193 人（Ｒ７．４）の 5%である 369 人を目標とし、世帯登録ありサービス等利用ない方の積極的実態把握を行い、地域に存在する隠れた課題やニーズの発見に努める 【内容３】 ネットワークの構築 【方法】 ・複合的課題を有する相談について、相談件数や相談内容の記録を行い、把握する。 ・複合化した課題を抱える高齢者や世帯に対し、適切な支援へつなげられるよう、分野を問わず様々な関係者とのネットワーク構築に努めていく。 （地域ケア会議や多機関協働会議等の活用） 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・圏域内の社会資源の把握、最新の情報収集に努め、紙面と PC 内（スキャン）にて保管し情報提供や対象者の支援に活用していく。 ・把握した情報を活用できるようＨＰやメール等で事業所や地域住民へ発信する ・圏域にあるよろず茶屋やオレンジカフェ等に出向き、必要

慮していく。受講した内容は申し送りやミーティング時にセンター内で伝達講習し、共有する。 ・個別事例について地域の課題につながる視点を念頭に置いて関わり、必要に応じてケア会議開催等関係機関とのネットワーク構築をはかる ・事例の振り返りとしての事例検討会やケアプラン点検を行なう 【内容５】 個人情報の保護・管理に努め、苦情を受けた場合は迅速かつ適切に対応し再発防止に努める 【方法】 ・市提示の個人情報保護のための対応を職員へ周知し、情報が漏えいした場合の対応（市への報告、対応策検討再発防止に努める）について職員が理解するよう年度中１回は包括内勉強会をおこなう。 ・個人情報の持ち出し・開示時は管理簿への記載と確認を行う。 ・来訪者の目にふれないよう個人情報を含む書類、個人ファイルは鍵のかかる書庫にて保管する。 ・苦情対応マニュアルに基づき対応し、職員間で対応策を検討、再発防止に努めていく。 【内容６】 市及び他支援センターとの連携の強化 【方法】 ・質の高い活動にするため、市や他のセンターとの情報共有、連携に努める。	な方へのつなぎを行う

事業目的・内容･方法（ほやねっと中央北）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう支援体制を整える。 【内容 1】 高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・地域住民及び関係機関（民生委員、医療機関、サービス事業所等）に対し、福祉祭りや民児協定例会等あらゆる機会を通じて高齢者虐待の防止や通報義務について啓発活動を行う。 ・圏域サービス事業所連絡会において虐待の勉強会を開催 ・虐待事例把握時には、速やかに３職種で検討し、高齢者の安全確認と状況確認を行い、関係機関と連携をはかりチームで対応していく。 ・職員の対応力向上のため事例検討会等の機会で対応の流れの振り返りや緊急性の判断、支援内容について検討する場を設ける。 ・養護者支援の視点をもち支援計画を作成する。 ・高齢者虐待とは判別しがたい事例においても、権利擁護の支援が必要と判断されるものについては虐待事例と同様の対応をしていく。 ・終結した事例においても再発の可能性を視野に入れ必要に応じてモニタリングを行う。 【内容２】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・地域住民や関係機関に対して、民児協・福祉祭りやデイホーム、認知症の啓発活動と合わせて実施していくなどあらゆる機会やホームページ等通じて情報提供していく。 ・リュウピーネットや他包括からの情報等でタイムリーに注意喚起できるようメールや月１被害防止チラシを作成し注意喚起行う。 ・実態把握やモニタリング訪問時には、消費者被害がないか等積極的に聞き取りを行い情報収集につとめる。 ・必要に応じて警察や消費者センター等関係機関と連携をはかり、被害を最小限にできるよう対応していく。 【内容３】 成年後見制度等の活用促進 【方法】 ・制度の理解を深め、権利侵害が疑われる事例に対し、成年後見制度や日常生活自立支援事業の必要性をその都度判断し、的確に対応できるよう努める。 ・圏域内の居宅介護支援事業所等に対して成年後見制度利用活用した事例をもとに勉強会を開催	【目的】 地域住民に介護予防の必要性を知ってもらい、自立支援に資するケアマネジメントが実施できる。 【内容 1】 自立支援に資するケアマネジメントが適切に実施できる 【方法】 ・公開事例検討会（圏域内居宅 CM も参加の事例検討会）にリハビリ専門職を招き、専門的助言を受ける。 ・住宅環境評価や身体機能・口腔機能評価やサービス導入の際にリハビリ職の専門的な助言が必要なケースの際は、同行訪問を依頼し、適切な助言・指導を受け支援に反映させる。 ・包括内でケアプラン点検を定期的に行い、ケアプランの中に地域の多様なインフォーマルな社会資源を位置付けているかどうかも併せて検討する。 ・市提示のマニュアルを一部委託先の居宅支援事業所にも提示し、居宅 CM が作成するケアプランや評価の確認を行い、必要に応じて助言・指導を行う。 ・居宅介護支援事業所向けに介護予防ケアマネジメント勉強会を開催する 【内容 2】 介護予防に努めながら、介護予防、閉じこもり予防、オーラルフレイルに関する普及啓発に努め、地域住民の介護予防活動の支援を実施する。 【方法】 ・総合相談において必要な方に介護予防手帳の紹介・使用方法の説明を行い、併せて最寄りの公民館や自主グループなど各地域の多様なインフォーマル資源の活用にもつながるよう支援していく。 ・地域のデイホームだけでなく、よろず茶屋やささえあいの家など集いの場に参加し、地域住民の生活実態やニーズを把握し関係機関と情報交換・共有する場を持つ。新たな地域の場の開拓のため老人会への出席・参加して、地域との関係づくりを行い、地域や関係機関と連携を行いながら、自主グループの立ち上げに向けた取り組みを行う。 ・介護予防普及啓発のため、新たな地域の場（老人会・公民館）で出前講座の開催を行い、多くの地域住民に対して介護予防活動を行う。 ・自治会型デイホーム（公民館・お寺・フェニックスプラザを中心）において 6 回/年、自主グループで 1 回、介護予防教室を実施する。実施後にアンケート実施し、住民のニーズを把握しながら次年度への活動内容にも反映させていく。 ・介護予防教室開催時には圏域内外の様々な企業・サービス事業所等の協力を得ながら実施する。

・必要に応じて関係機関と連携し申し立て支援等相談対応していく。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと中央北）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となって高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、様々な状況に応じた支援体制を整える。 【内容１】 介護支援専門員への個別相談・支援 【方法】 ・介護支援専門員が相談しやすいよう、相談できることを周知し顔の見える関係を構築する ・介護支援専門員からの相談事例に対し、必要に応じ同行訪問等相談支援を継続的に行う ・介護支援専門員からの相談内容を分析し、地域課題の把握に努める ・介護負担アセスメントシートを共有し、背景をひもとき利用者、家族、介護支援専門員への支援を一緒に検討する ・事例検討会やサービス事業所連絡会を活用し、個別のケアマネジメントや課題に応じた社会資源の把握に努める 【内容２】 介護支援専門員の実践力向上支援 【方法】 ・圏域内居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員と協働し、より効果的な研修等を企画・実施する。実施したアンケートによりニーズや不足しているスキルに合わせた研修等を企画・実施する ・特定事業所をはじめ、特定事業所以外の主任介護支援専門員とも協働し、圏域内介護支援専門員が働きやすい環境となるよう研修会等を実施する ・主任介護支援専門員が会議の進行や助言等の役割を担い、持てる力を発揮していけるよう働きかけを継続する 【内容３】 関係機関との連携強化。 【方法】 ・研修会等の中で介護支援専門員相互の意見交換の機会を持ち、ネットワークの構築・連携強化に努める ・個別事例の支援をはじめ、地域での活動において、地域の関係機関との連携・共同体制を推進する 年間予定 ・4 月　圏域主任ケアマネ連絡会 ・6 月　圏域小規模多機能、看護小規模多機能連絡会 ・5 月・1 月　公開事例検討会 ・7 月・2 月　サービス事業所連絡会	【目的】 地域ケア会議の開催を通じて、高齢者の支援の充実を図るとともに、地域課題を抽出、検討し、地域作りや社会資源の開発につなげる。 【内容】 ・地域ケア会議（個別）の開催 ・自立支援型地域ケア会議の開催 ・地域ケア推進会議の開催 【方法】 ・地域ケア会議（個別）の開催　　6 回以上/年 圏域内での困難事例等、介護支援専門員からの相談をはじめ総合相談全般において、必要性を判断し、適切な時期に話し合いが持てるよう努める。 関係機関と連携を図り、地域課題の把握に努め、把握した課題から地域づくりや資源開発につなげる意識を持つ。 ・自立支援型地域ケア会議の開催　2 回/年（5 月・11 月） 自立支援･重度化防止に資する個別事例の検討を通じて介護支援専門員やサービス事業所の資質向上を図る。また、介護支援専門員やサービス事業所に必要な体制作り、地域に不足している社会資源の把握に努める。 ・地域ケア推進会議の開催　　1 回/年 個別事例の検討や日頃の業務等から発見した地域課題を地域の関係者等と共有または協議し、地域づくりや資源開発に努める。 令和 7 年度は、災害弱者を含め災害時の対応や連携についてサービス事業所、民生児童委員等の参加で地域ケア会議開催予定　12 月

事業目的・内容･方法（ほやねっと中央北）

在宅医療・介護の連携

【目的】
高齢者が自宅等の住み慣れた生活の場で自分らしい生活が継続できるよう、医療と介護のサービスを包括的継続的に提供するため、医療・介護の関係機関、多職種による協働・連携の体制づくりをすすめる。

【内容１】
医療機関との連携強化・支援
【方法】
・圏域内医療機関等へセンターの周知のためのチラシを配布し、連携の強化をはかる。
・入退院時には医療機関や関係機関と連携をはかり、医療と介護の切れ目ない支援が行えるようにしていく。
・在宅医療に関する知識を深めるために適宜研修に参加し、適切な相談対応、連携がはかれるようにしていく。
・電話やメール、同行訪問等必要に応じて主治医と積極的に連携をはかる。
・6 月に福井県済生会病院において、3 包括合同（あずま包括・不死鳥包括・中央北包括）で医療・介護連携ケア会議を開催し、それぞれの職種間だけでなく連携における課題について協議する場をもつ。開催時においては圏域事業所にも働きかけ、協議結果のまとめを圏域の関係機関とも共有をし医療と介護の連携を強化していく。

【内容２】
在宅ケア等の普及啓発
【方法】
・地域住民、民生委員等関係機関に対して福祉祭りやデイホーム、介護予防教室等あらゆる機会を通じて市作成の在宅ケアリーフレットやACP チラシを配布し､周知活動を行う。
・総合相談や介護予防教室等で終活について話す際には、福井県版エンディングノート「つぐみ」の周知・紹介を行う。

認知症に関する取組

【目的】
認知症について正しく理解する人を増やす取り組みについて関係機関と連携しながら推進し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを我が毎として考えられる地域を目指す。
【内容 1】
若年性認知症を含めた認知症の正しい知識、特に「新しい認知症観」についての普及啓発をはかる。
【方法】
・母体法人全職員対象に認知症サポーター養成講座を開催。
・担当地区全ての小学校へ認知症サポーター養成講座開催の働きかけを行う。
・ふくし祭りや認知症月間での普及啓発活動の実施。
・ロバの会（キャラバンメイト・認知症サポーター・事業所の連絡会）の方々への「新しい認知症観」の普及・啓発。
・ロバの会の方々が主体的に活動できるように、認知症サポーター養成講座や認知症月間などで共に普及啓発活動を行う。
【内容 2】
地域住民や企業、関係団体等と協働で認知症の人と家族にやさしい地域づくりに取り組む。
【方法】
・認知症月間にスーパーや商店街において、地域住民の認知症理解が深まるようチラシ配布、イベントを行う。認知症月間イベントについては、ロバの会で企画検討し実施する。
・現在未活動のキャラバンメイトに対して、一緒に活動してもらえるような働きかけを行う。
・地域の特性に合った地域版認知症ケアパスを完成させ、地域の各関係者の方々に活用してもらい年度末に評価を行う。
・「新しい認知症観」を含めた認知症の正しい理解と共に、やさしい町つくりについて各地区の民生委員・福祉委員へ普及・啓発など働きかけを行う。
・ロバの会メンバーへのチームオレンジに対する理解を深め、チームオレンジ誕生に向けて推進する。
【内容 3】
早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制、早期からの相談支援に繋がる体制作り。
【方法】
・認知症検診の普及啓発として、圏域内の高齢者人口 7193 人（4 月 1 日現在）の 2%にあたる 145 人以上を目標にあたまの元気度調査を行う。介護予防教室、実態把握等のあらゆる場で実施し、二次検診が必要な人に受診勧奨行う。
・同行訪問や個別事例において、認知症初期集中支援チーム等関係機関と連携し、介護者支援を含めた認知症の人の自立生活の支援を行う。

	・認知症サポーター養成講座や相談の中で認知症ケアパスを活用していく。 ・包括内勉強会や公開事例検討会（圏域内居宅 CM も参加の事例検討会）等で、認知症事例の検討を重ね、包括職員全員が適切な相談対応ができるようにする。 ・10 月松本地区で認知症講演会を開催する。 ・チームオレンジ設立で認知症の方への早期発見・早期支援の体制を作る。

事業目的・内容･方法（ほやねっと不死鳥）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 高齢者が住み慣れた地域で尊厳のあるその人らしい生活を継続することができるように医療･介護･住まい･介護予防･生活支援・認知症施策を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に努め、地域課題の把握と解決を図る。 複合的、複雑化した相談にも対応し、適切な機関につなげることで高齢者や家族が孤立化することを防ぐ。 【内容１】 事業計画の策定 【方法】 ・業務を円滑に遂行するために運営方針に沿った年間計画を立案し、運営していく。 ・エリア内居宅等に事前に書面やメールで周知することで参加しやすい環境を整える。 ・月１回月末をメドに計画通り進んでいるか確認する。 【内容２】 周知活動 【方法】 ・センターのチラシには開所時間以外でも事前に連絡をもらえれば電話・来所・訪問による相談対応ができることを記載している。 ・気になる高齢者のチェックリストを掲載したセンター独自のパンフレットを医療機関・薬局・事業所・相談協力員・公民館・金融機関・福祉まつり・自治会型デイホーム・よろず茶屋・地区の祭りで配布し、包括に情報提供していただけるよう周知していく。 【内容３】 チームアプローチによる支援 【方法】 ・毎朝ミーティングで前日に受けた相談内容の情報共有と今後の支援や対応を検討。緊急性の判断も行う。 ・職員それぞれが相談事例の進捗状況を報告し、支援策の検討と併せて終結の確認を全職員で共有する。 ・虐待や困難事例については保健師、社会福祉士、主任ケアマネ等３職種の内、２名体制で関わる。 ・継続的な支援を必要とする事例に関しては、今までのように全職員が対応できることを目標とし、交代での訪問を継続する。 【内容４】 職員の姿勢 【方法】 ・常に利用者、家族の立場に立って支援することを心がける。 ・公正中立な視点をもち、サービス事業所が偏らないように	【目的】 地域の身近な介相談窓口として機能の充実を図る。高齢者のみならず幅広い相談対応ができるよう機能の充実を図る。 【内容１】 地域住民が気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・電話・来所・訪問だけでなく、地域の活動やイベントで周知し相談できる機会を設ける。 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・「気になる高齢者チェックリスト」を相談協力員、地域の薬局、医療機関、金融機関等に配布。地域で実態が不明な高齢者とその家族の掘り起こしに活用してもらい実態把握につなげていく。 ・昨今、介護保険外の集いの場や自主グループ等について相談を受けることが増えている。そのことを踏まえ地域での集いの場について地域ケア推進会議を実施し、新たな集いの場について検討を図る。 【内容３】 ネットワーク構築 【方法】 ・様々な内容の相談（8050 問題、経済的困窮、虐待、難病患者、他制度につなぐ必要がある困難事例等）の事例検討を居宅と協同で行い、他制度の知識を取り入れ連携を図る。 ・高齢者のみならずその家族も複合的な問題を抱えている場合、家族支援を視野に入れ然るべき関係機関につなげる。 ・安否確認や緊急性がある訪問に関しては、地域、警察、消防と連携し手順の確認や対応ができる体制を整えておく。 ・新規相談受付時や困難事例と判断した際には、全職員で事例を共有し、方向性や支援策の検討、関係機関と役割分担して支援する。 ・介護サービスの利用に繋がらず支援を拒否するような困難事例は包括が中心となって訪問し関係性を築く。安否確認や生活基盤を整えた上でケアマネに引継ぐ。 ・民協に出席することで相談協力員との顔の見える相談しやすい関係性を構築し、相談内容に関わらず真摯に対応する。 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・エリア内のフォーマル、インフォーマルサービスの一覧を作成し、サービスが追加される毎に更新していく。また、地域の集まりの場についても把握していく。

利用者の利益を優先する。 【内容５】 職員の資質向上 【方法】 ・相談援助やケアマネジメントプロセスについて振り返る機会を設ける。必要に応じて勉強会を行い、職員の質の向上に努める。 ・事例の振り返りを行いスキルアップにつなげる。 ・事例検討会を開催（年５回）し自立支援に向けた目標になっているか、アセスメントが充足しているかを確認する。 ・個別事例を通して、地域の課題につながる視点を念頭において関わり、必要に応じて地域ケア会議を開催しネットワーク構築を図る。 ・市が開催する定例会や職能団体の研修会に参加し、伝達講習を行う。 【内容６】 個人情報保護 【方法】 ・コンプライアンスに基づき、個人台帳は鍵のかかるカルテ庫に保管。基本的には持ち出さない。持ち出す場合は名簿に記入し返却した事を職員間で確認する。 ・他部署も同じフロアに存在するため、事例の相談や会議の検討については極力個人情報に触れないようにする。また、必要に応じて別室での相談、検討をおこなう。 ・情報が漏えいした場合には速やかに市に報告し、再発防止策を検討していく。 【内容７】 利用者の満足度の向上 【方法】 ・センター長を中心に、センターの苦情対応マニュアルに基づき対応。速やかに市に報告、改善策を検討しスタッフ間で共有する。 ・相談者のプライバシー保護のために相談室を確保している。 【内容８】 市及び他支援センターとの連携強化 【方法】 ・市担当者と密に情報共有、相談し迅速な事例対応に努める。 ・センター長会議やテーマ別会議、各種連絡会に参加することで他センターとの顔の見える関係性や情報共有を図る。 ・地域性や課題が類似しているセンターとは相談し合い 合同で会議を開催するなど連携を図る。	・エリア内のケアマネの包括的・継続的マネジメントに役立ててもらうためチラシを配布するなど周知していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと不死鳥）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者の権利を守る 虐待対応と虐待を未然に防ぐ地域をつくるには認知症の正しい理解についても普及啓発していく 【内容１】 高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・新たな体制になったこともあり、虐待帳票の確認や成年後見制度の概要について包括内にて研修をおこなう。エリア内居宅にも案内しケアマネに参加してもらう。 ・民生委員や自治会型デイホーム、医療機関等への啓発。 ・福井市高齢者虐待対応の手引きを基に三職種で事例を共有し緊急性の判断や事実確認、支援の方向性を検討する。 ・事実確認は複数の職員で対応。 ・虐待ケース会議に関しては「権利擁護派遣チーム」や「認知症初期集中支援チーム」にも参加してもらい支援策の検討を図る。アセスメントや支援策の幅を広げ類似した事例に対応できるように振り返りや話し合いの場を設けていく。 ・養護者支援は計画書に定め、ケース会議には今後関わってもらうために養護者を支える関係者にも参加してもらう。 ・ケース会議にはなるべく職員全員で参加し、不参加の場合は翌日の朝のミーティングで共有し、共通認識を持って対応する。 ・虐待には該当しないが権利擁護が必要な事例は虐待に準じた必要な支援を行う。 ・セルフネグレクトに関しては自己判断せず全職員で共有、検討し慎重に判断する。 ・相談時には虐待事実が発生していない場合でも今後虐待が起こりえる可能性が高い事例については虐待防止という観点からケース会議開く。アセスメントの視点や留意すべき点について、担当するケアマネや介護サービス事業所と共有し相談しやすい関係を築く。 ・相談者（地域もしくは担当ケアマネ）は虐待と捉えていな場合でも、包括が虐待疑いと判断した事例については相談者から情報を聞き取り、一緒に考えた上で通報する。 ・ケアマネや介護サービス事業所に虐待（介護者支援を含む）の研修会を開催する。（セルフネグレクトの視点も盛り込む）	【目的】 介護予防に取り組み、重度化防止と社会参加の継続 【内容１】 自立支援を目指した介護予防ケアマネジメントと指定介護予防支援の実施 【方法】 ・利用者と家族の状況を情報収集し、適切なアセスメントとマネジメントを行い、ケアプラン作成時には地域の社会資源を位置づける。 ・地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、事例検討、同行訪問を通して自立支援の視点を考え、スキルアップを目指す。福祉用具の貸与または購入のどちらが適しているか見極めるための助言をもらう。 ・エリア内のケアマネ、主任ケアマネと包括で事例検討会を開催する。 ・事例検討会や自立支援型地域ケア会議にはリハ職、薬剤師、管理栄養士などの専門職に参加してもらい、体調管理、食事摂取、口腔ケア、生活リハビリにおいてフレイル予防の視点を理解し、ケアマネジメントに活かしていく。 ・エリア内の居宅とサービス事業所を対象に、介護予防ケアマネジメント研修会を開催する。これまでの相談から見えてきたこととして、自立支援を妨げている一つの要因が低栄養である。標準体型でも脂質や糖質が多く栄養が偏っている場合や、もともと痩せ型の場合は低栄養を見逃しやすいことがある。加齢に伴い低栄養が引き起こす弊害は大きくなるので、食生活をそのままにしておくと栄養状態がさらに悪化していく。介護予防ケアマネジメント研修では、低栄養の事例を取り上げて、自立支援に向けた事例検討や栄養に関する知識を学び合う場を設ける。 ・再委託業務に関しては、一連のプロセスが適切に行われているか確認する。 ・主任ケアマネと協働し、エリア内の新人ケアマネに対してアセスメントやケアプランの書き方に関する研修を行い、利用者の自立支援について考えていく。 ・指定介護予防支援業務を適切に行い、介護予防サービス計画書を作成し、地域リハビリテーション活動支援事業などを活用して全職員で振り返る機会を設け、自己研鑽を図る。
【内容２】 消費者被害の防止のための情報収集 【方法】 ・高齢者の訪問時に周知する。 ・民生委員・自治会型デイホーム・地域での啓発。 ・地域で消費者被害にあった事例を把握した場合には速やかに消費者センターや警察と連携を図る。 ・また被害について他包括から情報提供された場合は、エリ	【内容２】 介護予防普及啓発及び介護予防活動の支援と地域の高齢者の介護予防に関する意識を高める 【方法】 ・総合相談や介護予防教室、地区の福祉まつりで元気度調査とフレイル予防の普及啓発を行う。 ・自治会型デイホーム専任職員と連携を図り、介護予防教室を開催する。専任職員の要望に合わせた教室を開催する。

ア内の居宅や小規模多機能にメールで発信し注意喚起する。 【内容３】 成年後見制度の活用促進 【方法】 ・高齢者や関係機関、地域に周知する。 ・日常生活自立支援事業や成年後見制度が必要な事例について対応する。 ・新たな体制になったこともあり、改めて市町村申し立ての判断基準や本人申し立てや四親等以内の申立についても包括内にて研修をおこなう。エリア内居宅にも案内し希望者に参加してもらう。 ・事例に応じてふくい嶺北成年後見センターや社協（日常生活自立支援事業）との連携を図り、地域ケア会議や虐待ケース会議への参加を依頼する。 ・本人や家族、ケアマネから相談を受けた場合には制度説明や申立て支援を行う。 ・身寄りのない困難事例は保証人がおらず転居や施設入所できない場合が多々ある。金銭管理も難しく、成年後見制度を申し立てる割合も高いため、ケアマネ対象に身元保証サービスや後見制度を活用した事例を活用し外部講師を招いて研修会を開催する。研修会を通じてケアマネに外部の相談窓口の周知や知識普及を図ることで顔の見える相談しやすい関係性を構築する。	・順化地区にあるダスキンヘルスレントの会場を借りて、５月から７月、１０月から１２月の月２回介護予防教室を開催する。教室の運営に関しては、介護サービス事業所の協力を得る。 ・周知のチラシは近隣住民や近隣包括、民協に配布する。 ・フレイル予防と認知症の早期発見のための普及啓発を地域で行っていく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと不死鳥）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 ケアマネの支援困難事例の対応力向上に向けた後方支援と地域課題に目を向けていく 【内容１】 介護支援専門員への個別相談と支援 【方法】 ・研修会の開催や日頃の情報交換の機会を通して、相談しやすい関係を築く。 ・また、介護負担アセスメントシートを用いて本人の認知症やBPSD、家族の協力状況や介護者自身の問題、経済的困窮など複雑な問題を可視化することで、本人支援とあわせて家族支援のアセスメントが適切に行われているかケアマネと一緒に包括が確認していく。その中で、介護者支援の地域課題について把握し、ケアマネにフィードバックしていく。 ・困難事例または困難事例になる恐れのある事例については、地域ケア会議やケース会議等を開催し、多職種で事例を考えるようにする。情報共有や課題の確認を行い、具体的な支援策を提示し、一緒に支援していくようにする。 ・困難事例では、ネグレクトやゴミ屋敷、身寄りのいない等介護保険サービスだけでは賄えない事例も多くなってきており、今後活用できるための社会資源の情報提供を行う。 ・指定介護予防支援事業所が作成するケアプランの検証を行い自立支援に必要な助言を行う。新規や更新時には同行訪問を行う。同行できない場合には、事前にプランを確認し、助言する。 ・保健師と協働し、エリア内の居宅介護支援事業所、介護サービス事業所に対してアセスメントや介護予防ケアプランの書き方に関する研修会を開催。利用者の自立支援について考えていく。 【内容２】 関係機関等との連携体制構築支援 【方法】 ・ケアマネからの相談や後方支援を通して、障がい、発達障がい、保健所、生活支援課、介護保険課、民生委員等との関係機関と連携しやすい環境を整備する。 ・上記関係機関にはケース会議の参加要請や同行訪問を依頼する。 ・連携を積み重ねながら相談しやすい関係を築く。 【内容３】 ケアマネの実践力向上のための支援 【方法】 ・４月中旬には今年度の包括の事業計画を居宅や介護サービス事業所に提示する。 ・研修の企画運営に関して、主任ケアマネ連絡会にて協議す	【目的】 個別事例の支援を積み重ね共通する課題を見出し、多職種や地域の関係者とのネットワーク構築、安心して生活ができる地域づくりを目指す。 【内容１】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ・地域やケアマネ、サービス事業所等から相談を受けた事例についてアセスメントしながら支援策について検討を図る。 ・個別事例から見えた課題を地域課題として捉え、課題ごとにカテゴリー分けする。その上で地域での見守りや新たな資源開発に繋げる。 【内容２】 自立支援型地域ケア会議の開催 【方法】 ・ケアプランの自立支援の視点や具体的な目標、モニタリング等の検討（年２回以上）。 ・居宅ケアマネに事例提供者となってもらい、会議を開催する。 【内容３】 地域ケア推進会議の開催 【方法】 ・ウォーキングをかけ合わせた取り組みや新たな集いの場、見守りの場を不死鳥エリアでも構築することができるようエリア内のキャラバンメイトや地区社協、デイホーム専任職員、自治会、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等と協議する。（年１回以上） 【方法】 ・災害時の安否確認の体制づくりについて話し合う。生活支援コーディネーターや県立病院入退院支援センター看護師にも参加してもらう。 ・医療介護連携ケア会議では、昨年度済生会病院との連携について検討したが、今年度も引き続き済生会病院との連携について考えていく。（あずま包括と中央北包括との合同開催） ・県立病院からも圏域包括を交えて連携の在り方に関する地域ケア会議開催の要望あり。基幹病院との連携について検討を図る。（年１回以上）

る。いずれの研修会にも主任ケアマネジャーには助言者として協力してもらう。 ・研修会は日時を決めて事前に知らせておくことで参加しやすい環境を作る、日時が変更する場合は速やかにメールで連絡する。 ・主任ケアマネ連絡会は年３回開催し、研修会の企画運営や情報収集を行う、地域課題についても話し合う。 ・8050 問題、経済的困窮、虐待、ヤングケアラー、難病患者、他制度につなぐ必要がある困難事例の事例検討を行う。（主任ケアマネがＳＶ） ・虐待・成年後見制度の研修会を開催する。 ・ケアマネからの相談分析として相談の傾向を把握し、地域の特色をつかむ。早い段階から関係機関と連携を図り、情報共有していくことが重要である。 ・適切なケアマネジメント手法を用いて、さらにアセスメントの視点を充実させるために居宅ケアマネと協同して「適切なケアマネジメント手法」の研修、介護予防マネジメント研修（介護サービス事業所と合同）、事例検討会を２回行う。	
【内容４】 ケアマネ間でのネットワーク構築 【方法】 ・研修会を開催する時は、グループワークの時間を設け、ケアマネ同士で意見交換できる時間を設ける。 ・研修等を通じて、お互いのアセスメントの視点や考え方、支援する際の困りごと等を共有することで、相談しやすい関係性を築いていく。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと不死鳥）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が自宅で暮らすために医療と介護の連携を行う 【内容１】 医療機関との連携 【方法】 ・医療機関や調剤薬局、介護サービス事業所に包括の周知を行う（今年度はチラシやパンフレット等を郵送で配布） ・市主催の在宅医療サポート研修に参加する。 ・医療介護連携ケア会議では昨年度に引き続き、今年度も済生会病院との連携について検討する。（あずま包括と中央北包括との合同開催） ・昨年度は調剤薬剤師との医療介護連携ケア会議は実施できなかったが、今年度は事例検討会や勉強会にエリア内の調剤薬剤師にも参加依頼していく。ケアマネや調剤薬局、包括のお互いが気になる高齢者や事例について相談しやすい関係を作っていく。 【内容２】 在宅ケアの普及啓発 【方法】 ・年度末を目標に地域住民に対して地域研修会を開催し、エンディングノートの書き方や ACP について考える機会を持つ。 ・介護予防教室参加者や相談協力員にもエンディングノートやチラシを配布し、ACP に関する普及啓発を行っていく。	【目的】 地域の特性にあわせた、見守り体制の整備 【内容１】 認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ・福井銀行新入行員を対象に、認知症サポーター養成講座を開催する。対象にあわせた内容を取り入れる。 ・普及月間は、福井銀行本店２階スペースで認知症に関するパネルや高齢者の作成物を展示。エリア内の介護サービス事業所の協力を得る。ハーツ恐竜店にも相談し、可能であればチラシや冊子を置いてもらうなど普及啓発に協力してもらう。 ・キャラバンメイト連絡会を開催し、９月の普及月間と認知症サポーター養成講座の協力依頼を行う。 ・居宅や介護サービス事業所に対し、新たにキャラバンメイトや活動に協力してくれる人を募る。 ・介護者の仕事と介護の両立に関する制度など社会資源について周知する。 【内容２】 認知症の人にやさしい地域づくりに向けて 【方法】 ・福井銀行と福邦銀行の支店との座談会があれば参加し、連携を深めてく。 ・家族会や介護者のつどいなどに参加し、介護サービス事業所に周知する。 ・家族支援についてはサポーター養成講座の内容に盛り込む。 ・個別相談時にも本人のみならず家族にも焦点をあてる。（家族支援） 【内容３】 認知症予防と早期発見に向けて 【方法】 ・総合相談や介護予防教室、地区の福祉まつりなどであたまのチェックリストを実施し、必要な人に二次検診の受診勧奨。認知症の早期発見と早期治療について普及啓発する。 ・地域の社会資源を増やすために、介護サービス事業所と連携していく。 ・相談対応するときはケアパスを携帯し視覚化することで状態変化がわかりやすいため、不安が強い家族に活用。エリア版ケアパスを見直し、改めてエリア内のケアマネにも周知していく。 ・支援困難事例に関しては初期集中支援チームに依頼し、助言を受けて支援策を検討していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっとあずま）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 ･地域包括支援センターの運営方針に沿った事業計画を立案するとともに計画的に実施する ･3 職種が専門性を活かし、連携・協働して市の求める基準に基づき、公正中立な事業運営を行う ･職員一人一人が質の向上を図り、地域に求められた適切な支援ができるようにする ･法人内で決められたルールを守り、社会人としてふさわしい言動、態度、生活姿勢を心がける ･コロナ禍における新しい生活様式に順応し、感染対策の徹底を図る 【内容】 ･事業計画の作成　　4 月 ･運営体制の強化 ･職員の資質向上 朝礼の実施 個人情報保護、医療安全、接遇 事例検討会　　月 1 回 センター会議　　月 2 回 法人内事例検討会　　月 1 回 （病院・地域生活定着支援センター） ･公務外出命令簿、運行管理票、アルコールチェックを実施 【方法】 ･全職員と市担当職員で共同し相談しながら事業計画を立案、計画作成を行う ･四半期ごとに事業成果の進捗管理を行い、市の求める水準を満たすよう適切に事業を実施する ･毎朝のミーティングで新規相談･困難ケースの報告を行い、支援の方向性を検討する ･毎朝のミーティングで医療安全、個人情報保護において読み合わせを行い、法人の理念や方針について理解し実践する ･定期ミーティングを開催し、困難ケースや過去の事例に対して、3 職種間で意見交換・情報共有を行う ･事例検討会を積極的に実施することで職員の質の向上を図り、職員のスキルを平準化し個々の力量を高めるように努める ･困難事例では、3 職種が連携・協働するだけでなく、早期対応・解決ができるように努める ･オンラインでの会議を推奨し、手指消毒、ソーシャルディスタンスを保つ ･出勤時は消毒、検温を行い、法人の行う感染対策に準じて勤務を行う ･相談者が事務所を通らずに相談室に入ることができ、相談者のプライバシーに配慮した空間になっている ･朝と帰宅時にアルコールチェックを行い、専用のアプリに入力する	【目的】 ･地域住民や高齢者より気軽に相談を受け、切れ目ない支援を提供していけるように、身近な窓口として地域包括支援センターの機能充実を図る 【内容①】 ･気軽に相談できる機会の確保 【方法①】 ･事務所内外に看板等を設置することで、初めて来訪する方でも事務所の場所が分かりやすくする ･自治会役員会、老人会役員会、地域の行事などに参加し、包括の周知や相談対応を行う ･自治会型デイホーム、介護予防教室、認知症サポーター 養成講座、地域の行事等で相談窓口を設置する ･パンフレットをエリア内の公民館、コンビニ、よろず茶屋、病院、薬局等の地域住民の目につきやすい場所に設置する 【内容②】 ･地域の高齢者の実態把握 【方法②】 ･実態把握数　目標 250 人 ･相談協力員と協力し、お弁当配布時に高齢者世帯や一人暮らし高齢者の個別訪問で実態把握を行う 【内容③】 ･ネットワークの構築 【方法③】 ･民協定例会の参加や相談協力員研修会を開催し、情報交換を行う場を作りネットワークを構築する ･エリア内の病院、クリニックを訪問し、高齢者を支える地域作りのためのネットワークの形成に努める 【内容④】 ･地域の社会資源の把握と活用 【方法④】 ･圏域内護支援専門員連絡会やキャラバンメイト連絡会で社会資源の情報共有し、リストを更新する ･民生委員、圏域内介護支援専門員、キャラバンメイトの交流の場を作り、そこで情報収集を行い、社会資源の把握に努める

事業目的・内容･方法（ほやねっとあずま）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 ・高齢者が地域の中で、尊厳ある暮らしを続けていけるように支援する 【内容①】 ・高齢者虐待、困難事例等への適切な対応 【方法①】 ・自治体型デイホームやよろず茶屋、地域の行事等で関係委員や地域住民に向け、虐待のチェックリストを配布し周知する ・虐待ケースを把握し、情報共有を行い、包括内で検討する対応する際は必ず 2 人以上とし、警察や行政、関係機関と連携を図り、早期に対応、解決ができるように努める ・東足羽包括支援センターと協同で介護支援専門員やサービス事業所に対し、虐待や成年後見制度等の研修会を企画し、権利擁護に関して理解を深めてもらう ・困難ケースでは、3 職種が連携、協働するだけでなく、適宜、権利擁護専門職派遣チームや認知症初期集中支援チームと連携を図り、問題解決に努める ・高齢者虐待とは判別しがたい事例であっても、高齢者の権利が侵害され、支援が必要と判断される場合は、高齢者虐待に準ずる対応をおこなう ・職員が外部や内部研修会に参加、また高齢者対応手引きを確認し合う等、虐待対応について理解を深める 【内容②】 ・消費者被害防止のための情報提供 【方法②】 ・消費者被害発見時は消費者相談センターや警察と連携して対応する ・消費者被害に関する情報収集に努め、デイホームや各種講座、健康教室で地域住民に対して消費者被害防止の啓発を行う ・圏域内の居宅介護支援事業所やサービス事業所に対し、消費者被害の情報が入りしだい、随時メール等で情報共有し、注意喚起をおこなう 【内容③】 ・成年後見制度の活用促進 【方法③】 ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の必要性を判断し、申し立ての支援や助言をおこなう ・圏域内の居宅介護支援事業所等に対して成年後見制度、日常生活自立支援事業の周知と助言をおこなう ・地域のデイホームや健康教室、認知症サポーター養成講座等で成年後見制度の周知をおこなう	【目的】 ・地域住民が介護予防の必要性に気づき、自らが介護予防に取り組むことができる地域住民を増やす 【内容①】 ・介護予防教室 6 回　2 地区（和田 3 回　円山 3 回） 【方法①】 ・和田地区、円山地区に対し、病院の医師や認定看護師等の専門職の協力を得て、質の高い内容の提供を図る。また、地域からの要望があれば出前講座等で介護予防教室を速やかに開催していく ・介護予防教室では歯科医師派遣事業を利用して歯科医師からの講義を行う ・病院や老人保健施設と協力して地域住民に医師による介護予防についての教室を開催していく 【内容②】 ・健康教室　　2 回 ・出前講座　　随時 【方法②】 ・デイホーム、老人会等で健康教室や出前講座を実施する。 ・7/18「認知症予防について」和田地区にて 12/11「高齢者の健康に関する話題」和田大学にて 【内容③】 ・ケアプランの勉強会 【方法③】 ・自立支援に向けたケアマネジメントを行うにあたり、地域リハビリテーション派遣事業を活用し、包括内でケアプランについて勉強会を実施し、委託プランも含めプランの見直しをする ・介護予防活動では、自主グループの活動支援を含めリハビリテーション専門職と定期的に関わり、技術的な助言をもらいながら、その人の状態にあった適切なサービスを効率的に提供するように努める

事業目的・内容･方法（ほやねっとあずま）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 ・圏域の主任介護支援専門員と協働・連携を図り、介護支援専門員の課題を把握し、資質向上のための支援を行う ・関係機関と連携を密にし、新たな社会資源の情報交換や発掘を行い、圏域内の社会資源を把握共有する ・身寄りがない独居や 8050 世帯など、複合的な課題を抱えるケースに関し、関係機関と連携を図り、支援体制を構築できるよう働きかけていく ・介護支援専門員から提出された介護負担アセスメントシートの情報を共有し、介護者の支援体制を構築する 【内容】 ・圏域内介護支援専門員連絡会　2 回～ ・圏域内介護支援専門員勉強会　2 回～ （介護予防ケアマネジメント研修会含む） ・認定看護師による事例を用いた研修会　2 回 ・圏域内事例検討会　1 回～ ・多職種で開催している法人内事例検討会に圏域内介護支援専門員も参加する　月 1 回 ・提出された介護負担アセスメントシートを 3 職種で検討し、居宅のケアマネジャーと話し合う　適宜 【方法】 ・圏域内の全ての介護サービス事業所にアンケートをとり、資質向上に繋がる研修会を開催していく ・圏域内の介護支援専門員連絡会を開催し、介護支援専門員の課題について検討していく。介護支援専門員の課題に感じている事や社会資源の情報交換と共有をおこなっていく ・圏域内の介護支援専門員の資質向上に繋がるよう、事例検討会を開催し、ケースの振り返りや介護支援専門員の課題把握に努めていく ・圏域内の介護支援専門員が主体的に活動できるよう、事例検討会の司会進行や研修会の企画と運営、自立支援型地域ケア会議の助言者など活動できる場を提供し、後方支援をおこなっていく ・研修会等を活用し、エリア内の介護支援専門員同士の交流、ネットワーク作りの場をつくる。また地域ケア推進会議にも参加を呼びかけ、民生委員等との顔の見える関係作りや地域に視点をむけていけるよう働きかけていく ・自立支援型地域ケア会議の事例提供を通して、高齢者の自立支援に資するマネジメントを支援し、地域課題の抽出に繋げる ・介護支援専門員が抱える困難事例や悩んでいる事例に対して相談を受け、同行訪問やケア方針の検討など後方支援をおこなう ・提出された介護負担アセスメントシートを担当の介護支援専門員と情報共有し、今後の支援について話し合いの機会を定期的に設け、助言や同行訪問等おこなう	【目的】 ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、個別ケア会議を重ね地域課題を抽出し、地域ケア推進会議で地域課題の解決を模索し、ネットワーク作りや社会基盤の整備を目指す ・高齢者の生活の質を高め、自立した生活を過ごしていけるようにするため、自立支援型地域ケア会議等を活用し、関係機関に働きかけていく。 【内容①】 ・地域ケア会議（個別）　2 回以上 【方法①】 ・地域ケア会議（個別）では他機関と会議を行い、課題解に努め、ネットワークの強化に努める ・職員一人あたり 1 事例 ・検討した個別事例を整理し、地域課題の抽出に繋げる 【内容②】 ・自立支援型地域ケア会議　　2 回以上 （包括、居宅介護支援事業所 1 事例以上） 【方法②】 ・自立支援型地域ケア会議は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で事例未提出者から、事例を提出していただく。開催 1 か月前には事例提出者と事前に課題について検討し、包括支援センター内で共有する。事例提出者のモニタリングは課題にあわせて決め、フォローがおこなえるようにする ・会議の振り返りでは、参加者全員で地域課題について検討する 【内容③】 ・地域ケア推進会議　1 回以上 【方法③】 ・地域ケア推進会議では、福井市社会福祉協議会とも連携し、地域課題の共有と課題を解決するための手立てを地域住民とともに話し合っていく。また不足している社会資源について話し合い、整理していく

事業目的・内容･方法（ほやねっとあずま）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 ・医療、介護、保健、地域の関係機関との連携体制を構築する ・関係機関、地域の方とネットワークを構築し、高齢者やその家族を支える体制を作る 【内容】 ・医療介護連携会議１回 （R６年度に引き続き、不死鳥、中央北、あずまの３包括合同で済生会病院と顔の見える関係構築をする） ・事業所連絡会２回 （認定看護師を講師に迎え在宅医療に関わる研修会） 【方法】 ・認定看護師を講師に迎え圏域内の事業所連絡会を開催（包括の周知に努める　顔の見える関係作り） ・地域ケア会議・医療介護連携会議を開催、ネットワークを構築する（テーマ：済生会病院と疾患別の事例を通してアセスメントの視点等学ぶ）中央北、不死鳥と３包括合同で開催予定 ・地域ケア推進会議等を通して医療と介護（介護支援専門員等）、民生委員等が連携できる意見交換会を実施する ・地域住民に向けた在宅ケア講習会の実施、地域住民からの声を取り入れた研修会を実施していく（認知症、アドバンス・ケア・プランニング等 ） ・地域住民から相談があれば、在宅ケアリーフレットを使用して説明を行い、在宅での生活を支援していく ・圏域内薬剤師の活動の場を広げられるよう講習会や医療介護連携会議等を行う ・お薬手帳の活用について地域住民に周知し、薬剤師と連携して正しい服薬に繋げていく ・薬局等にエンディングノートつぐみを配布し ACP の普及啓発していく	【目的】 ・地域住民が認知症を正しく理解できるように普及啓発し、認知症の人やその家族を地域で支えていける体制を整える 【内容①】 ・認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法①】 ・若年層（地域の小学生や法人内職員家族の小学生）及び働く世代（地域住民や企業など）を対象に認知症サポーター養成講座を１回以上開催する。また対象に応じて元気度調査、運転免許返納、成年後見制度、元気なうちから将来のことを考えておくこと、介護者の理解を盛り込んでいく ・認知症理解普及月間で、圏域のキャラバンメイトと連携し圏域内で普及啓発活動をおこなう。圏域内の店で場所の確保ができれば、相談コーナーなどブースを設置し周知活動をおこなっていく ・地域へ認知症サポーター養成講座開催を勧め、キャラバンメイトと協力して講座を開催する。講座ではサポーターも活動できる機会を作っていく ・キャラバンメイト連絡会を定期的に開催し、キャラバンメイトが中心となって活動できるように支援する。また連絡会ではメイト等に対し、ステップアップ講座について情報提供し受講を勧めていく ・地域住民に地域研修会を開催し、理解を深めていただく 【内容②】 ・認知症の人にやさしい地域づくり 【方法②】 ・地区社協、サービス事業所等と連携し地域のネットワーク作りをおこない、自主的に「ひとり歩き模擬訓練」の開催に向けて取り組めるように呼びかける ・圏域内のお店に対し「認知症にやさしいお店」の認定に向けて働きかけを行う ・認知症に関する相談では、認知症の人や介護者が孤立しないよう、居場所や仕事と介護を両立するための社会資源の情報提供を行う ・圏域版認知症ケアパス作成にむけて、また認知症にやさしい地域づくりについて、キャラバンメイトやサポーターと意見交換を引き続き行う 【内容 ③】 ・早期診断、早期対応の推進と認知症の発症予防、進行抑制 【方法③】 ・実態把握や地域行事等を活用し、あたまの元気度調査の目的や内容等を説明し実施する ・二次検診が必要な人を訪問や電話等で状態を確認し、受診勧奨を行う ・解決できない困難事例に関しては認知症初期集中支援チームの協力を得て支援する

事業目的・内容･方法（ほやねっと大東）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 各職員が専門性を活かし連携・協働し、市が定める運営方針や水準を念頭に置き、安全で安心な適切な事業運営を行う。 【内容 1 】 専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ・毎朝のミーティングや随時、相談ケースについて緊急レベルの判断や予測される課題、対応などを検討・共有する。 ・月 2 回の包括会議でケースの進捗や終結について確認。 ・職員一人で抱え込まないように課題をセンター全体の課題と捉え、常に報告・連絡・相談する体制を整備。困難ケースは職員 2 名で対応する。 【内容２】 適切な事業計画の策定と進捗管理 【方法】 ・4 月中に市の運営方針、前年の評価をもとに作成し、市の担当者と計画を協議する。 ・事業の進捗確認を定期的に実施する。 ・他機関、多職種との支援体制の連携をより深める。 【内容 3】 個人情報の保護 【方法】 ・個人情報保護の勉強会を包括内で実施 ・個人情報の持出し・開示時等の管理簿への記載、毎月確認 ・漏えいした際には、市が提出した方針に沿って、迅速に市へ報告、対応策を検討して、再発防止に努める。 【内容 4】 職員の資質向上 【方法】 ・各自が自己の課題を克服できる研修を選択して受講する。 ・市が開催する定例会や研修、法人の研修や自身が選択した研修等受講し、包括内で共有 ・実務で活かせているかを個人面談で振り返る 【内容 5】 支援センターの周知活動 【方法】 ・集合住宅を中心に広報を実施継続。 ・独自チラシ、ステッカー等の作成やホームページで発信 ・早朝・夜間・平日以外の窓口や運営時間を周知する。 【内容 6】 危機管理対応力の向上 【方法】 ・苦情受付後、事実確認し再発防止のため対策検討 ・フローチャートを活用し包括内で振返りを行い、迅速に市に報告する。 ・法人内苦情報告会で報告、ホームページでの掲示 【内容 7】	【目的】 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう地域の身近な相談窓口として機能を充実し、実態把握に繋げる。 【内容 1】 気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・担当圏域全体に対し、デイホームや各種地域行事、認知症サポーター養成講座、介護予防教室などさまざまな機会で包括の周知をする。 ・圏域内の店舗（小規模商店含む）にチラシを設置し、幅広い世代へ包括の周知を行う。 ・フレンドマートにて介護相談会を実施（月 1 回） また、圏域内の他のショッピングセンターでも相談会の機会を設ける。 ・広報に大東圏域独自のマスコットキャラクターを活用し、親しみやすさを持たせ、包括の周知に繋げる。 ・県外や外出できない方に ZOOM 等でオンライン相談会を随時受け付ける。 【内容 2】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・訪問による実態把握　300 件以上（件数継続） ・介護予防指定事業所からの相談があれば、随時同行訪問する。 ・大東民協定例会への参加（毎月） 民生委員からの情報をもとに、元気な高齢者も含めて訪問する。 ・これまでの相談内容や実態把握の情報を分析し各地区の地域課題を抽出し、ニーズを検討する。（日報にて地区別に相談内容を把握する） ・毎朝のミーティングで新規ケースの共有を行い、3 職種で検討し担当を決定する。 【内容 3】 ネットワークの構築 【方法】 ・複合化した課題を抱える個人や世帯に対し、適切な支援や対応を行うため、障害分野や保健所など他機関と連携を図る。 【内容 4】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・社会資源リスト、事業所リストの更新を行い、GoogleMap を使用しながら情報を整理・活用する。 ・地域資源の情報に関して、圏域内事業所等へ発信や情報収集を行い、情報共有する。

市及び他支援センターとの連携 【方法】 ・質の高い活動を実施するため、市や他のセンターとの情報共有、連携に努める。 ・市の重点課題を検討する各テーマ別会議へ出席し、課題解決に向けた取組の検討や共有、企画協力等を行う。 ・各テーマ別会議の担当者は、会議の議題に応じてセンター内職員の意見を事前に集約するとともに、会議の内容や結果について、センター内職員に報告し共有する。 【内容 8】 公正中立における職員の姿勢 【方法】 ・正当な理由なく特定の事業者に偏らぬように、サービスを紹介する際は複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにする。（パンフレット等を活用して行う）	

事業目的・内容･方法（ほやねっと大東）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できよう支援する。 【内容１】 高齢者虐待への適切な対応 【方法】 ・地域の高齢者や関係機関に対し高齢者虐待防止に関する啓発および相談窓口の周知を自治会型デイホーム、各地区での活動の際や、民協定例会等で行う。 ・圏域内介護サービス事業所やケアマネ対象に虐待の研修を行い、見守りや支援などが行われるようネットワーク構築を図る。 ・虐待発生時には、虐待対応帳票等を使い緊急性を判断し、3 職種含めた全職員で事例を共有し検討する。対応は 2 名以上で行い、市役所、関係機関と連携を図りながらチームケアを実践し問題解決に当たる。 ・対応力向上のため、高齢者虐待に関する研修への参加、包括内での事例検討や虐待対応帳票を活用して対応の振返りを行う。 ・高齢者虐待とは判別しがたい事例であっても、権利擁護のための支援が必要と判断される場合ものに関しては、高齢者虐待の事例に準じて必要な支援を行う。 【内容２】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・デイホーム、予防教室等の集まりの場への参加や介護支援専門員からの情報収集を行い地域の消費者被害の把握を行う。 ・消費者被害の事例を把握した際には、消費生活センターや警察などの関係機関と連携し適切に対応する。 ・デイホームや介護予防教室等にて消費者被害等の情報を提供し地域の高齢者に対して注意喚起を行う。 ・民協定例会やメール等を活用し民生委員や介護支援専門員に消費者被害に関する情報を提供する。 【内容３】 成年後見制度の活用促進 【方法】 ・研修等の機会を通して知識を深める事で、包括職員の資質向上を図り、他機関と連携しながら実際に制度の活用に結びつける。 ・高齢者本人や家族、関係機関から相談を受けた際には制度利用及び日常生活自立支援事業利用の必要性を判断し、制度利用対象者に対する申し立ての支援や家族に対するアドバイス等を行う。 ・圏域内の居宅介護支援事業所等に対して成年後見制度の周	【目的】 高齢者が自立した日常生活が送られるよう自らが介護予防に取り組み、社会の支え手としての意識が高まるように支援する。 【内容 1】 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施 【方法】 ・事例検討会や同行訪問等において、リハビリテーション専門職の専門的助言を受ける。（地域リハビリテーション活動支援事業の活用。年 2 回） ・市提示のマニュアルを委託先に周知する機会を設ける。 ・委託している居宅介護支援事業所のケアマネが作成するプランや評価の点検を行い、必要に応じて助言・指導を行う。 ・利用者の自立支援に資するケアマネジメントが行われているか職員全員で振り返りができる機会を設ける。 【内容 2】 介護予防の普及啓発及び地域の介護予防活動の支援 【方法】 ・デイホームや介護予防教室にて、元気度調査を実施し、二次検診等適切な支援に繋げる。 ・人が集まる場を利用しての開催を検討する。 ・介護予防教室開催前に老人会会長や民生委員、地域ささえあい推進委員との打ち合わせを行い、ニーズを把握し、管理栄養士・薬剤師などの専門職と協力して実施。 ・KDB データを分析し、地域の健康課題を抽出する。健康課題に対し、介護予防教室を実施する。 ・企業や介護サービス事業所の協力を得ながら、それぞれの専門分野を生かした介護予防教室を実施する。 ・口腔フレイルのテーマで介護予防教室を開催する（年 1 回以上）。 ・「いきいき百歳体操」の普及に努める。 ・既存の「いきいき百歳体操」自主グループの活動支援を行う。

知を行い、相談助言を行う。 ・デイホームや民協定例会等でのパンフレット配布や認知症サポーター養成講座に制度の内容を盛り込み成年後見制度の周知を行う。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと大東）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となって、課題の抽出や解決に向けた協議ができるよう環境を整え、地域の中で活躍できる土台作りをしていく。また、関係機関等との連携体制やネットワーク構築等の環境整備に取り組む。 【内容 1】 介護支援専門員への個別相談・支援 【方法】 ・年 4 回（5 月・8 月・11 月・2 月）に圏域内の主任介護支援専門員連絡会を開催する。親しみやすい、相談しやすい包括を目標に関係を築く。また、事業所同士の横の繋がりを深め、互いに相談し、災害時等にも協力しやすい体制を構築していく。 ・介護支援専門員からの相談（介護負担アセスメントシートを含む）に対しては共に悩み考える姿勢で応対し、課題の整理を行っていく。必要に応じて情報提供や同行訪問、地域ケア会議の開催など課題解決に向けた支援を行う。 ・介護支援専門員からの相談内容（介護負担アセスメントシートを含む）を分析し、地域毎の課題を把握する。 ・指定介護予防事業所の介護支援専門員が作成する介護予防サービス計画について、自立支援に向けた支援、助言を行う。必要に応じて、同行訪問する。 ・ケアマネ対象の介護予防ケアマネジメント研修を開催する。 【内容 2】 関係機関等との連携体制構築支援 【方法】 ・地域の関係機関等との協働・連携体制の強化に向けた取り組みを主任介護支援専門員と包括とが協力して年間スケジュールを作成し協働して企画運営する。 ・地域ケア推進会議やケアマネ研修会等を通して、民協等地域の関係団体や圏域内の介護サービス事業所等との顔の見える関係作りをしていく。 ・主任介護支援専門員連絡会等を活用してケアマネのニーズを把握する。 【内容 3】 介護支援専門員の実践力向上支援 【方法】 ・介護支援専門員が抱える困りごとに対応したスキルアップのための研修会等、インフォーマルを含めた関係機関・団体等の協力を得て、企画運営を行う。 ・主任介護支援専門員が実践力向上に向け、自立支援型地域ケア会議にアドバイザーとして出席する。 【内容 4】 介護支援専門員間のネットワークの構築、活用 【方法】 ・地域ケア会議や研修会などを通して、介護支援専門員が意	【目的】 課題が複合化、複雑化し支援に困難さが生じているケースについて地域ケア会議を開催することで、課題解決に向けた解決策を検討するとともに、支援者ネットワークの構築、地域づくりや社会資源開発につなげる。 【内容 1】 地域ケア個別会議 【方法】 ・ケアマネジャーや関係機関等からの個別相談に対応し、支援に困難さが生じているケースについて、実際に支援に関わる関係者と医療福祉等の専門職、警察や民生委員等の地域の多様な関係機関との会議を開催する。 ・事例提供者との事前打ち合わせを通して、会議で解決したいこと（目的）の焦点化を行う。 ・課題や内容に応じて、医師、薬剤師、リハ職、弁護士等の専門職にアドバイザーとして参加いただく。 ・個別ケースに潜む地域課題の抽出を行い、地域ケア推進会議を開催し、地域づくりや社会資源開発を行う。 【内容 2】 地域ケア推進会議 【方法】 ・介護支援専門員からの相談内容や自立支援型地域ケア会議、地域ケア個別会議から抽出された地域課題について、地域の関係機関等と共有、協議する。 ・災害への備えを通して、日常の見守りや連携について協議できる場を岡保地区で開催する。 【内容 3】 自立支援型地域ケア会議 【方法】 ・1 回 1 事例、年間 2 回以上開催する。 ・指定介護予防事業所の介護予防支援計画を取り上げる。 ・事例提供しやすいように、提供者に対して居宅と包括の主任介護支援専門員が連携しバックアップ体制を充実させる。

見交換できるよう企画する。 ・研修会等の企画の際には、主任介護支援専門員と連携・協働して行う。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと大東）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が自宅等住み慣れた生活の場で自分らしい生活が継続できるよう、医療と介護の協働･連携の体制づくりを行う。 【内容１】 医療機関等との連携支援 【方法】 ・医療関係機関との連携体制構築のため圏域内の医療機関や薬局等への訪問やチラシ配布等にてセンターの周知や連携に有用な情報収集を行う。 ・医療と介護の連携に対する課題を主任ケアマネ連絡会で抽出し今年度のテーマを決め、主任ケアマネと協働で会議の開催を行なう。 ・各機関が開催する事例検討会・研修会等に参加し在宅医療に関する知識を深め、適切な相談対応や医療関係者との連携ができるよう努める。 【内容 2】 在宅ケアの普及啓発 【方法】 ・総合相談対応時やデイホーム、介護相談会など様々な機会を捉えて在宅ケアリーフレット・安心ガイドを活用し在宅ケアの普及啓発を行う。 ・ACP に関する理解を深めるため在宅ケア講習会を地域の住民に対して行う。	【目的】 地域全体で認知症の人や家族を見守り支援していく体制整備を行う。 【内容 1】 認知症の正しい理解について普及啓発 【方法】 ・地域のキャラバンメイトなどと協働し、若年層や働く世代などに認知症サポーター養成講座を 1 回以上開催。対象に応じて、元気度調査、運転免許返納、成年後見制度、元気なうちから将来のことを考えておくこと、介護者支援の理解を盛り込む。 ・認知症理解普及月間ではキャラバンメイトや認知症サポーターと共に普及啓発に取り組む。 ・キャラバンメイトが主体的に活動できるための、支援として圏域内メイト連絡会を開催し、情報提供や具体的活動の話し合いの場とする。 【内容 2】 認知症の人にやさしい地域づくり 【方法】 ・認知症の人にやさしいお店の認定に向け、継続してお店に働きかけていく。スーパーマーケットや小さい商店等での高齢者対応での困りごとなどの情報収集を行う。 ・ひとり歩きによる行方不明者を早期発見できるための取り組みを行う。 ・介護者家族に「家族の会」や「つどいの会」等の情報を発信、また、「介護者のつどい」開催の協力をおこなう。 ・認知症の人や介護者に対し、居場所や介護者支援に関する社会資源の情報提供を行う。 【内容 3】 早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】 ・介護予防教室等、高齢者が集まる場所や戸別訪問等で「あたまの元気度調査」を実施し、早期発見の重要性を普及啓発する。 ・二次検診が必要な人に受診勧奨を行い、また二次検診の結果、経過観察が必要になった方に対して戸別訪問し、必要に応じて支援を行う。 ・個別相談の際に認知症ケアパスを活用し、適切な相談対応を行う。 ・初期集中支援チームと連携し、同行訪問等を行い認知症の方の自立支援および介護者支援を行う。また、地域ケア会議などへの参加依頼などを行う。

事業目的・内容･方法（ほやねっと九頭竜）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 地域包括支援センターの基本的な考え方をふまえ、福井市が定める運営方針や市が求める水準を念頭に置き、適切な事業運営を行う 【内容１】 事業計画の策定 【方法】 ・年度初めに職員全体及び市と協議し事業計画を策定、重点業務を明確化する。３か月ごとに計画の進捗状況を確認、PDCA サイクルによって業務の計画と評価を繰り返しながら質の向上に努める。 【内容２】 支援センターの周知活動 ・様々な機会を捉え地域の関係機関の協力を得ながら、広報・周知活動を展開する。 ・アルビス高木店で毎月健康・介護相談会を実施し、様々な世代に包括の周知を行う。 ・ほやねっとだよりを作成し、地域の関係機関や団体等を回り周知活動を行う（第１四半期） ・ラインアカウントやメール（毎月 15 日発信）を活用した周知活動を工夫していく。 【内容３】 専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ・毎朝のミーティングや月２回のセンター会議を実施、職員全員で情報を共有、３職種で検討する。ケースの進捗や終結についても月２回の会議で確認。 【内容４】 職員の姿勢 【方法】 ・公正・中立な立場であることを認識し、サービスを紹介する際は複数の事業所を提示し、利用者が選択できるよう努める。 【内容５】 職員の資質向上 【方法】 ・市が開催する定例会や研修会に積極的に参加する。 ・職種別、経験年数を踏まえ必要な専門知識・技術を習得できる研修に参加する。 ・ミーティングの時間に、受講した研修内容についてセンター内で共有する機会を設ける。 【内容６】 個人情報の保護 【方法】 ・市提示の個人情報保護のための対応を各職員が理解するとともに、法人共通の個人情報保護マニュアルを整備し情報管理を徹底する。	【目的】 地域の身近な介護・保険・福祉・医療の総合相談窓口として支援センターの機能の充実を図る 【内容１】 地域住民が気軽に相談できる場の確保 【方法】 ・デイホーム、百歳体操自主グループ、公民館の講座や教室、昨年度聞き取った地域住民が集まる場所等に出向き、住民が気軽に相談できる機会を設ける。 ・新たな相談の場を開拓できるよう地域住民、民生委員、福祉委員、生活支援コーディネーターとの連携を強化する。 ・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する。 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・支援が必要な高齢者や家族等の発見、実態把握を行うために、独居・高齢者のみの世帯、民生委員や福祉委員からの相談情報、認知症二次検診から把握した高齢者等への実態把握を積極的に実施する。 （高齢者人口の５％以上、目標３３０人） ・高齢者の実態把握を通じて、地域に存在する隠れた課題やニーズの発見に努める。 ・森田上野団地の実態把握 【内容３】 ネットワークの構築 【方法】 ・昨年度、個別に面談できなかった民生委員と配食サービスに同行するなど連携を図る機会を設ける。 ・包括主催の研修会や勉強会等に福井市社協、地区社協、民生委員、サービス事業所、障がい相談事業所、生活支援コーディネーター等に必要に応じて参加を呼びかけ、様々な関係機関とネットワークの構築に努める。 ・高齢者及び家族の抱える多様な福祉問題の解決に向けて「福祉総合相談室よりそい」と連携を図る。 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・作成した社会資源マップについて居宅介護支援事業所やサービス事業所等に活用を促すとともに、関係機関と協力し最新の情報収集に努め年度末に更新していく。また相談協力員とマップを共有し地域の社会資源の把握に努める。 ・把握した情報は、総合相談での情報提供や包括的・継続的

・来訪者の目に触れないよう、個人情報を含む書類は適切に保管する。 ・個人情報の持出・開示時は、センターの業務日誌への記載と確認を行う。 ・個人ファイルは鍵のかかる書棚に保管し、個人情報の入った書類を廃棄する際には、シュレッダーにかけるなど個人情報が他にもれないように注意する。 【内容７】 利用者の満足度の向上 【方法】 ・苦情対応マニュアルを作成、苦情があった場合は内容を記録し対応策を検討、再発防止に努める。 ・相談者のプライバシー確保のために環境を整備している。 【内容８】 市及び他支援センターとの連携の強化 【方法】 ・市や他の包括支援センターとの情報共有、連携に努める。 ・センター長会議やテーマ別会議の内容や結果についてセンター内で報告し共有する。	ケアマネジメント等、多様な場面で活用していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと九頭竜）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が地域の中で、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支援する。 【内容１】 高齢者虐待、困難事例への適切な対応及び高齢者虐待防止に関する啓発と相談窓口の周知 【方法】 ・地域住民や医療機関等に対し虐待防止に関する啓発活動、相談窓口の周知を継続して行っていく。地区での集まりの場や地域向けの認知症サポーター養成講座等の場を活用する。 ・民生委員、エリア内ケアマネや事業所に対して研修等の機会を通して高齢者虐待防止及び早期発見通報義務などの周知を行いネットワークの構築に努める。エリア内ケアマネ勉強会にて虐待について取り上げ、虐待防止に向けた意識を高める。 ・虐待事例に対して市の対応手引きに基づいた対応を行い、包括３職種が事例を共有して専門性を発揮し、各種関係機関と連携を図りながらチームケアを実践し問題解決にあたる。 ・包括職員の虐待事例への個々の対応力向上のため、勉強会や虐待対応帳票を活用した対応の流れの振り返り等を行う。 ・高齢者虐待とは判別しがたい事例であっても事実として高齢者の利益が侵害され、権利擁護のための支援が必要と判断されるものについては、高齢者虐待の事例に準じて、必要な支援を行う。 【内容２】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・地域の高齢者及び民生委員やエリア内ケアマネ、サービス事業所、ケアハウスなどの関係機関に対し、リュービーネットや消費者センター等から得た情報をまとめ情報提供を行い消費者被害に関する啓発を行う。デイホームや介護予防教室、エリア内ケアマネ勉強会の場やメールなどを活用し周知啓発を行う。 ・消費者被害にあっている事例を把握した場合には、消費者センターや警察と事例を共有し適切に対応する。 【内容 3】 成年後見制度の活用促進 【方法】 ・権利侵害が疑われる事例に的確に対応できるよう成年後見制度及び市町村町申し立てに関する判断基準を理解し、本人や家族、ケアマネ等事業所に対して適切な制度や相談窓口を紹介し支援につなげる。 ・エリア内ケアマネ勉強会にて成年後見制度について取り上げ制度の理解や周知につなげる。	【目的】 地域の高齢者が自ら介護予防に取り組み、地域の社会資源を活用し、自立した生活が送れるように支援する。 【内容１】 自立支援に資するケアマネジメントの実施 【方法】 ・年３回（7・9・11 月）包括内事例検討会にてリハ職派遣を活用し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントが行えているか、多様な地域の社会資源を適切に位置づけられているか確認する。 ・「福井市リハビリテーション活動支援事業」を活用し、勉強会や事例検討会、同行訪問等に出席を依頼する。 ・エリア内ケアマネ勉強会にて市提示のマニュアル周知を行う。 ・委託しているケアマネジャーのプラン・評価を確認し、必要に応じて助言・指導を行う。 【内容２】 介護予防が必要な高齢者の把握と適切な介護予防活動の支援 【方法】 ・老人会、自主グループ等高齢者の集まりの場や自宅を訪問し、元気度調査について普及・啓発し、介護予防の取り組みが必要な人の把握を行う。 ・介護予防教室を介護サービス事業所と協力して 25 回/年以上行い、介護予防の普及啓発、自主的な取り組みを実践できるよう働きかける。 ・自治会型デイホーム、老人会、自主グループ、婦人会等に出向き、介護予防教室を行う。 ・現在活動中のいきいき百歳体操自主グループ(計 9 か所)へ出向いて体力測定・体操指導を実施し、参加者の意欲・介護予防意識等自助力の向上を支援する。

・地域の関係機関の集まりや働く世代向けの認知症サポーター養成講座等の機会を捉え、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の周知を行い、必要な人への活用支援に努める。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと九頭竜）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となって包括的・継続的ケアマネジメントが実践できるよう、直接的に介護支援専門員等を支援し、環境面を整備する間接的な支援を行う。 包括的・継続的マネジメントの実践を阻害する要因や必要な要素、介護支援専門員のニーズ等を把握し、課題解決のための働きかけを行う。 【内容 1】 個別相談･支援 【方法】 ・介護支援専門員が相談しやすい体制を作り、常に個別相談ができるよう環境を整える。また、必要に応じ継続的に支援する。 ・ひとり暮らしや困難事例等を介護支援専門員に紹介後も、継続して経過を把握することで、常に見守り体制でいることを介護支援専門員に理解してもらい、信頼関係を構築し、必要時は協力して支援する。 ・介護支援専門員が抱える支援困難事例について、各関係機関等との連携し具体的な支援方針を検討し助言支援する。 ・スーパーバイズの研鑽に励み、介護支援専門員への有効な相談支援を行う。 ・相談事例の内容を記録、分類し、主任介護支援専門員と協働して、地域課題を把握できるようにする。 ・指定介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する介護予防サービス計画書の検証、心身の状態等から自立支援に向けた支援、助言をする。また、新規や更新時に必要に応じて同行訪問する。 ・個別のケアマネジメントで活用できるよう、地域の社会資源の情報をお互いに交換・提供しあう。 ・介護支援専門員から提出された介護者負担アセスメントシートにより、早期に家族の介護負担を把握して虐待予防ができるように支援し、介護者支援に関わる地域課題を把握する。 【内容 2】 環境整備 【方法】 ・関係機関等との連携体制構築支援 医療機関や地域の関係機関との連携における介護支援専門員のニーズを把握し、地域の様々な主体との連携・協働体制を推進するための場作りをする。地域に視点を置き、さらに社会資源や認知症ケアパス等の必要性を認識できるよう支援する。（ケアマネ研修会や地域ケア会議・医療介護連携ケア会議等を利用） ・介護支援専門員の実践力向上支援 介護支援専門員に不足している知識や技術・抱える課題や希	【目的】 包括的・継続的ケアマネジメントを効果的に実施するため、介護支援専門員、医療、福祉等の専門職、民生委員、自治会長、福祉委員等地域の多様な関係者・関係機関による地域ケア会議を開催する。 個別事例の支援の検討により、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域包括支援ネットワークの構築などを行うことによって、高齢者個人の支援の充実を図るとともに、地域の課題抽出・検討し、地域づくりや社会資源の開発に繋げる。 【内容１】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ・支援が困難な個別事例について、開催のねらいや必要な参加者を検討した上で、地域の関係者や専門職、生活支援コーディネーターと支援内容を協議する。 ・個別ケースについて、その後の変化等を必要に応じてモニタリングする。 ・検討した個別ケースを整理し、地域課題の抽出につなげる。 ・自立支援･重度化防止に資する個別事例の検討を行う地域ケア会議を定期的に実施するため、居宅の介護予防支援計画を自立支援型ケア会議で取り上げる（年 2 回、9 月・ 1 月実施予定） ・自立支援型ケア会議については個人情報に配慮しながら原則オンライン会議で実施していく。 【内容２】 地域ケア推進会議（地域の課題やニーズに係る会議）の開催 【方法】 ・個別事例の検討や実態把握等の日頃の業務から発見した地域課題を、地域の関係者や生活支援コーディネーター等と共有または協議し、地域づくりや資源開発に繋げる。 ・転入が多く地域とのつながりが薄い森田上野団地の高齢者について地域の関係者と課題を共有する場（地域ケア推進会議）を作り、未把握の高齢者の実態把握につなげていく。(R7 年 6 月予定)

望する研修内容に基づき、計画的に研修会や事例検討等を実施する。（研修内容については 4/9 にエリア内の主任介護支援専門員連絡会を開催し、居宅の主任ケアマネに連携・協働を依頼し決定していく） （研修予定） 6 月　エリア内ケアマネ研修会（権利擁護、成年後見、居住支援法人について） 8 月　事例検討会（居宅ケアマネが抱える支援困難事例等） 10 月 エリア内ケアマネ研修会（ケアマネに不足している知識や技術を把握し認定看護師等を招いての勉強会） 12 月 介護予防ケアマネジメント研修（昨年に引き続き他包括と合同開催を検討） 3 月　事業所連絡会　（活動報告、社会資源マップの活用から地域作りに向けた話し合い） ・包括的・継続的ケアマネジメントを効果的に推進するため主任介護支援専門員と連携・協働を図り、研修会等の企画や司会進行役、ファシリテーター等を依頼していく。 ・エリア内居宅や委託先の居宅との交流会を年２回実施し、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場として活用するなど介護支援専門員のネットワークを構築する。 ・小規模多機能型居宅の介護支援専門員にも研修会への参加を呼びかけ、支援困難事例に対する支援を行うとともに自立支援に資するケアプランにつながるよう、自立支援型ケア会議等への事例提供を依頼していく。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと九頭竜）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が住み慣れた生活の場で自分らしい生活を継続できるよう、医療と介護のサービスを包括的かつ継続的に提供するため、多職種と協働・連携し支援体制づくりを行う。 【内容 1】 医療機関等との連携支援 【方法】 ・圏域内の医療機関等を訪問し、センターや圏域内の事業所を一覧にまとめたチラシを配布し周知を行う。また、連携に有用な情報が得られた場合、圏域内で共有していく。 ・医療と介護の連携が必要な場合、医療・介護関係者等と連携し医療と介護の切れ目のない支援を行う。 ・医療介護連携ケア会議を開催し、協議した内容については医療・介護関係者と共有していく。栄養士との連携をテーマに 11 月頃開催する予定。 ・在宅医療サポート研修等に参加し、在宅医療に関する知識を深め、適切な相談対応や医療関係者との連携ができるよう努める。包括内で伝達研修を行う。 【内容 2】 在宅ケア等の普及啓発 【方法】 ・地域の集まりの場など様々な機会を通し、センターのチラシ、在宅リーフレット、すこやか BOOK、つぐみ等を活用し、在宅ケアやＡＣＰに関する周知を行う。 ・サービス事業所連絡会等で医療・介護関係者等に対し、在宅ケアや看取り、ＡＣＰについて理解促進を図る。	【目的】 認知症の正しい理解に向けた啓発活動や、認知症サポーター・キャラバンメイト、事業所等と連携し、認知症の方とその家族が過ごしやすい地域づくりにつなげる。 【内容 1】 認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ・認知症サポーター養成講座 圏域内の小中学校・働く世代に向けてキャラバンメイトとともに講座実施する。対象に応じて運転免許返納・成年後見制度などの紹介を行う。 ・5 月にキャラバンメイト交流会を開き、今年度実施予定の認知症サポーター養成講座や認知症理解普及月間の活動について意見交換を行い、キャラバンメイトが主体的に活動できるよう支援する。 ・認知症サポーターにチラシ等を用いて、ステップアップ講座の受講を働きかける。 【内容 2】 認知症の人にやさしい地域づくり 【方法】 ・九頭竜圏域版認知症ケアパスの活用を促し、認知症の人や介護者へ情報提供を行う。また、包括 LINE アカウントを活用し、毎月介護者の集い等について周知を行う。 ・認知症にやさしいお店の認定に向け、エリア内店舗にチラシを用いて働きかける。 ・キャラバンメイト連絡会にて、認知症にやさしい地域づくりについて検討する。 【内容 3】 早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】 ・元気度調査を普及啓発するため、介護予防教室や高齢者の集まりの場、訪問等で実施する。 ・二次検診結果、経過観察が必要となった方に対し、電話や訪問等で確認、必要に応じて支援を行う。 ・10 月頃、福祉委員や民生委員に向けて認知症講演会(地域研修会)を開催し、早期発見の重要性を普及啓発する。 ・対象に応じて認知症初期集中支援チームと連携し、支援する。

事業目的・内容･方法（ほやねっと北）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 地域の状況や抱えている課題をもとに、情報管理を徹底しながら、ｾﾝﾀｰ職員全員で協議しＰＤＣＡｻｲｸﾙを繰り返しながら質の向上を図る 【内容 1】 運営方針に沿った事業計画を立て、計画的に進捗状況を把握する 【方法】 ・4 月　市の運営方針、昨年の評価をもとに地ヶ課担当者と全包括職員で活動計画を作成 包括年間ｽｹｼﾞｭｰﾙ全職員で計画、その後随時追加変更記入・確認 ・4 月 5 月　活動計画をもとに全職員が目標管理ｼｰﾄ（新田塚医療福祉ｾﾝﾀｰ様式）作成 ・5 月　目標管理ｼｰﾄ全職員で共有 ・ 5 月中旬･11 月上旬　ｾﾝﾀｰ長が各個人に進捗状況確認し、継続・追加・変更の確認 ・事業実施にあたっては担当者が計画(目的と達成目標を明らかにする]、全員で内容を共有検討、ふりかえりを行う。ＰＤＣＡｻｲｸﾙを意識しながら必要時計画・目標見直ししていく 【内容 2】 職員間の連携を取り、ﾁｰﾑｱﾌﾟﾛｰﾁしながら、予測される課題や対応方針、緊急ﾚﾍﾞﾙの判断を行なう 【方法】 ・毎朝申し送り　意見交換　月 1 回処遇判断会議 【内容 3】 公正･中立の確保し、対象者の最善の利益を図る 【方法】 ・圏域内のｻｰﾋﾞｽ事業所のﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ収集 ・ｻｰﾋﾞｽ事業所新規･更新情報の把握と整理 ・新規事業所については現地に赴き（内覧会参加など）、必要な情報を把握 ・ｻｰﾋﾞｽ紹介時、公平に複数の事業所を提示し利用者が選択できるようにする 【内容４】 職員の資質向上（知識・技術力・判断力） 【方法】 ・定例会･各種専門職連絡会･外部研修積極的参加 ・参加後の報告会　伝達講習 ・包括内勉強会　2 回/月 【内容 5】 個人情報の保護 【方法】 ・個人情報の持出し・開示時は管理簿の記載と管理者月 1 回確認 【内容 6】	【目的】地域の身近な相談窓口としての機能充実を図る 【内容１】地域住民が気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・５月に回覧板によるｾﾝﾀｰのﾁﾗｼ全戸配布 ・ﾃﾞｲﾎｰﾑでの個別相談窓口の設置継続（各地区月 2 回） ・ﾃﾞｲﾎｰﾑやふれあいまつりなどの各種地域行事、認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座、介護予防教室、地域研修会などさまざまな機会でｾﾝﾀｰ周知 【内容２】地域の高齢者の実態把握　450 件 【方法】 ・継続的な支援・見守りが必要な高齢者や家族等の実態把握 ・民生委員と気になる高齢者の情報共有（各民生委員年 1 回） ・処遇判断会議（月 1 回）の継続 【内容３】ﾈｯﾄﾜｰｸの構築 【方法】 ・圏域の医療機関・薬局・歯科・公民館・警察とのﾈｯﾄﾜｰｸ強化のため訪問継続 ・民協定例会や地区社協の研修会に必要時参加 ・複合的な課題を抱える世帯に対して包括内検討を行い、よりそいのアウトリーチ支援員の活用や適切な支援機関と連携 【内容４】地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・圏域内外の介護保険事業所のﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄの収集と整理の継続 ・圏域のﾌｫｰﾏﾙ社会資源の情報の更新 ・圏域のｲﾝﾌｫｰﾏﾙ資源（宅配や移動販売など食に関すること）の情報の更新

苦情を受けた場合、迅速かつ適切に対応する 【方法】 ・市および法人ﾏﾆｭｱﾙに沿った包括苦情ﾏﾆｭｱﾙにそった対応 【内容 7】 市及び他支援センターとの連携 【方法】 ・各テーマ別に参加前に包括職員に意見を聴取し会議には積極的参加　参加後は報告 【内容 8】 自然災害に対する体制整備 【方法】 ・災害時、住民の自助力向上のための包括チラシ配布 　実態把握・予防支援事業対象者 ・北極星の会・居宅ｹｱﾏﾈ・民生委員等と連携しながら BCP を随時見直し　研修等実施 ・平時からの対応･災害が予想される場合の対応について 令和 5 年度に行ったアンケート結果の考察・課題確認 課題に対する対策の検討 ・明新地区避難支援プラン作成の協働	

事業目的・内容･方法（ほやねっと北）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】安心して生活できるよう高齢者の権利を擁護する 【内容１】高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・民生委員や福祉委員、医療機関・薬局、介護保険ｻｰﾋﾞｽ事業所などに対して虐待の早期発見のための視点と相談窓口の周知（年１回、ﾘｰﾌﾚｯﾄ配布） ・ｾﾝﾀｰ職員で対応を検討し、地ケ課と連携しｹｰｽ対応 ・虐待の対応力向上と防止の推進のため、勉強会開催（年１回） ・虐待とは判別しがたい事例で権利擁護のための支援が必要と判断される事例の相談を受けたときはｾﾝﾀｰ職員で緊急性や事実確認の方法、支援計画について協議し、市へ報告 事実確認後、準じた対応が求められると判断されたときは本人・家族との信頼関係を構築しながら他機関とのﾈｯﾄﾜｰｸを活用した見守りや支援を行う 対応について検討を行った際はﾎﾜｲﾄﾎﾞｰﾄﾞを活用し可視化 ・介護負担ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄを活用した虐待の早期発見 【内容２】消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・消費者被害発見時は消費者ｾﾝﾀｰや警察と連携して対応 ・ﾃﾞｲﾎｰﾑなど地域の各種講座や教室で地域住民に消費者被害に関する情報提供 ・圏域内の居宅介護支援事業所・介護保険ｻｰﾋﾞｽ事業所に消費者被害に関する情報発信 【内容３】成年後見制度等の利用促進 【方法】 ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の必要性の判断と申し立ての支援や助言、関係機関へのつなぎ ・圏域内の居宅介護支援事業所等に対して成年後見制度および日常生活自立支援事業の周知と相談、助言 ・認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座等で成年後見制度の周知 ・居宅介護支援事業所に対して、高齢者終身サポート事業者の情報提供と顔の見える関係作りの支援	【目的】介護予防に対する意識を高め自主的な取り組みへの支援 【内容 1】 自立支援に資する介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄの実施 【方法】 ・地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ活動支援事業を活用し、事例検討勉強会を実施(年１回以上)し、専門的助言を受ける ・身体機能評価に基づく動作指導、住宅改修に関する助言・指導等が必要なｹｰｽで、地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ活動支援事業を活用し同行訪問をする ・新たに一部委託を受ける圏域内居宅介護支援事業所に対し、市提示のﾏﾆｭｱﾙを活用し、委託の流れについて説明する ・包括内で、一部委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するｹｱﾌﾟﾗﾝ・評価について、助言・指導を行う ・多様な社会資源がｹｱﾌﾟﾗﾝに位置付けられるよう、介護予防に関した社会資源を更新する 【内容 2】 介護予防の普及啓発及び地域の介護予防活動の支援 【方法】 ・さまざまな機会(介護予防教室等高齢者の集まりの場や実態把握等)で、元気度調査を実施し介護予防の取組が必要な人の把握をする。 ・明新地区　新田塚ﾊｲﾂ、新田塚会館での 100 歳体操、後方支援。 ・福井総合クリニック　定期的な介護予防教室の開催。 地域の事業所に講師協力依頼。 ・ﾃﾞｲﾎｰﾑやよろず茶屋等より、教室開催の依頼があった場合、専任職員等と内容について検討し開催。 ・西藤島地区の高齢者の集まりの場で介護予防に関する意識やニーズを把握し、住民が主体的に介護予防に取り組めるよう支援していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと北）

包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となって自立支援･重度化防止に向けた包括的･継続的ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄが提供できるように、介護支援専門員に対する支援と関係機関等との連携体制や体制やﾈｯﾄﾜｰｸ構築等の環境整備を行う 【内容 1】 介護支援専門員の個別相談による支援 【方法】 ・相談時、ｹｱﾏﾈの思いを傾聴しｹｱﾏﾈのﾆｰｽﾞ、課題の焦点化を相談者とともに丁寧に行う。 ・相談後のﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞを行い、指導の振り返りを行う。 ・相談事例のｹｱﾌﾟﾗﾝ確認し必要時助言 ・相談受け付け表作成し相談内容（①他職種連携②医療連携③社会資源④家族支援⑤本人等との関係⑥1 ｲﾝﾃｰｸ⑥2 ｱｾｽﾒﾝﾄ⑥3 ﾌﾟﾗﾝ⑥4 担会⑥5 ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ⑥6 給付管理⑥7 委託⑦ほか）を分析する。課題に対し、ｹｱﾏﾈのｽｷﾙ向上･自立支援の視点を含め来年度の研修企画に結び付けていく。福井市全体の課題の場合、ｾﾝﾀｰ長会議で報告 ・地域の社会資源の情報提供（勉強会開催時　6 回） ・一番星にて居宅主任ｹｱﾏﾈとともにﾌｫｰﾏﾙ・ｲﾝﾌｫｰﾏﾙ資源更新 ・地域のｹｱﾏﾈが抱える事例困難事例について、地域の関係者・機関等との連携のもと指導助言を行う ・地域のｹｱﾏﾈが作成した介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画を検証し、自立した日常生活を送ることができるよう指導助言 【内容 2】 包括的･継続的ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄの実践を阻害する要因や必要な要素、介護支援専門員のﾆｰｽﾞ等を把握し、課題を解決していく 【方法】 ・3 月：圏域主任介護支援専門員から上げられたｹｱﾏﾈからの相談内容を一番星で分析　分析後、次年度年間研修企画①研修会（随時適切なｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ手法取り入れる）②事例検討会等　開催 6 回 ・研修 6 回時 介護支援専門員同士の交流　情報交換会　主任介護支援専門員のﾌｧｼﾘの機会と指導 適切なｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ手法を取りいれる（地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ活動支援事業活用） ・指定介護予防支援事業に関わる質の確保 指定介護予防事業所のケアマネジャーが作成する介護予 防サービス計画の検証、心身の状況等から、自立支援に向 けた支援、助言 ・一番星において居宅主任介護支援専門員の積極的な活動支援(研修企画　研修後の振り返り　地域課題)6 回 ・自立支援会議の助言者として居宅主任介護支援専門員参加継続	【目的】 地域ｹｱ会議後の課題をまとめ、資源開発していく 【内容 1 】 個別ｹｰｽ支援の検討で介護支援専門員による自立支援に資するｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄの支援や地域包括支援ﾈｯﾄﾜｰｸの構築を行い、地域づくりができる 【方法】 ○地域ｹｱ個別会議 4 回 ・居宅に対しては一番星にて、小規模多機能型居宅介護に対しては CM との面談（運営推進会議）にて困難ｹｰｽを確認、 ・介護者ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄから必要時開催 ・地域課題の抽出。 ・開催後、一番星にて会議内容について情報共有。 ○自立支援型地域ｹｱ会議 4 回 ・指定居宅介護支援事業所が担当する介護予防の事例を検討 ・助言者として居宅主任介護支援専門員、生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの参加依頼 ・事例にあわせた助言者の調整、医師・薬剤師・歯科、栄養士の調整をする ・3 ヵ月後のﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ内容の精査を行い、助言内容が適確であったか、生かされているか、その後の課題はないか追跡していく ・検討した個別ｹｰｽを整理し、地域課題の抽出 ○地域ｹｱ推進会議予定 ・4/15 河合地区関係者（民生委員、福祉委員、自治会長、公民館館長）ﾃｰﾏ　認知症の人と家族を孤立させないための課題を探る ・10 月予定 ・4/15 河合地区関係者（民生委員、福祉委員、自治会長） ﾃｰﾏ　認知症の人と家族を孤立させないためには ・4/18　北圏域主任介護支援専門員・生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ ﾃｰﾏ　R6 年度北包括圏相談ｹｰｽ・地域ｹｱ会議等から 地域課題の検討と対応策 ・認知症理解普及月間→圏域警察・北極星の会・社協会長・民生委員代表（地域ｹｱ推進会議）「認知症の人と家族を孤立させない」為の課題・対策検討

【内容 3】 介護者ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄの確認し家族支援を行っていく 【方法】 介護者ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ確認　必要時担当ｹｱﾏﾈに確認　経過観察対応が必要時対応	

事業目的・内容･方法（ほやねっと北）

在宅医療・介護の連携

【目的】医療と介護のｻｰﾋﾞｽを包括的かつ継続的に提供するための多職種による協働・連携の体制作り

【内容１】医療機関等との連携支援

【方法】

・圏域の医療機関・薬局へ訪問し、ｾﾝﾀｰの周知(年1回)

・医療介護連携ｹｱ会議の開催

ACPについて

福井総合病院との連携について

・福井総合病院の入院時カンファレンス開催時のチェックリストの運用方針を確認、圏域の医療・介護関係者と共有、課題を把握

【内容２】在宅ｹｱ等の普及啓発

【方法】

・ﾃﾞｲﾎｰﾑ等地域の集まりの場で在宅ｹｱやＡＣＰについて広く普及啓発を行う

・地域住民に対して在宅ケア講習会の実施(新田塚ハイツ・新田塚会館の 100 歳体操自主グループ予定)

認知症に関する取組

内容１】認知症の正しい理解についての普及啓発

【方法】

・ｷｬﾗﾊﾞﾝﾒｲﾄと協働し若年層及び働く世代に認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座を 1 回以上企画、開催（元気度調査、運転免許返納、成年後見人制度、権利擁護、元気なうちから将来のことを考えておくこと、介護者の理解を盛り込む）

・明新小学校（明新地区ｷｬﾊﾞﾝﾒｲﾄ）

・すこやか会（明新老人会）

・西藤島地区（西藤島地区ｷｬﾗﾊﾞﾝﾒｲﾄ）

・認知症理解普及月間→圏域警察・北極星の会・社協会長・民生委員代表（地域ｹｱ推進会議）「認知症の人と家族を孤立させない」為の課題・対策検討

【内容２】認知症の人にやさしい地域づくり

【方法】

・やさしいお店の認定に向け働きかけ

・4/15 河合地区関係者（民生委員、福祉委員、自治会長、公民館館長）ﾃｰﾏ　認知症の人と家族を孤立させないための課題を探る

・10 月予定

・4/15 河合地区関係者（民生委員、福祉委員、自治会長）

ﾃｰﾏ　認知症の人と家族を孤立させないためには

【内容３】早期診断、早期対応の推進と認知症の推進と認知症の発症予防・進行抑制

【方法】

・日常生活圏域の高齢者に対して元気度調査の目的・内容を説明し実施する

・あたまの元気度調査 3 点以上で未受診者に対して訪問し受診勧奨

・二次検診受診、経過観察者に対し自宅訪問し実態把握する

・認知症初期集中支援ﾁｰﾑとの情報共有

事業目的・内容･方法（ほやねっとみなみ）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 公益的な高齢者の相談窓口として地域住民や関係機関からの相談に専門職種がチームとして連携・協働することにより、計画的かつ公正で中立性の高い事業運営を行う。 【内容 1】 事業計画の策定 【方法】 ・運営方針に沿った事業計画を地域包括ケア推進課の職員と協議し立案する。 ・圏域内の現状やニーズに基づいた重点業務を明確にする。 【内容 2】 支援センターの周知活動 【方法】 ・センター独自の周知チラシを活用して、開所時間外も相談対応が可能であることを周知する。 ・包括のチラシを地域住民に５月中に回覧して周知する。 ・法人ホームページや Instagram を活用して活動の周知を図る。 【内容 3】 専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ・センター長を含めた複数の専門職種間で緊急性を判断し、予測される課題や対応方法を検討する。 ・ケースの進捗や終結について毎月 3 職種で確認する。 ・全職員が業務上の課題はセンター全体の課題であることを常に意識して業務に取り組み、センター内での報告・連絡・相談がしやすい勤務体制を確保する。 【内容 4】 職員の姿勢 【方法】 ・サービスを紹介する際には特定の事業者に偏ることのないよう、利用者に複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにすることを徹底する。 【内容 5】 職員の資質向上 【方法】 ・外部研修に参加できる機会を確保して受講した研修内容を報告書で回覧し、必要に応じてセンター内での伝達を行う。 ・法人内での研修やほやねっと専門職間での研修に参加し、職員の資質向上に努める。 【内容 6】	【目的】 地域住民が気軽に相談できる窓口として包括支援センターの機能充実を図る。 【内容 1】 気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・地域行事やデイホームへの訪問により、センター以外の場所で地域住民が相談できる機会を作る。 ・家族介護者からの相談についての相談件数や相談内容を記録する。 ・複合的課題を有する相談について、相談件数や相談内容を記録する。 【内容 2】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・総合相談おいて把握した高齢者に対する実態把握を行う。 ・指定介護予防支援事業所の介護支援専門員が介護予防支援を開始する高齢者の実態把握を行う。 ・あさむつ民協に対して気がかりな高齢者の情報提供の協力を継続的に呼びかけ、定例会前の時間帯に情報提供を受けることができるよう職員が会場を訪問して対応する。 【内容 3】 ネットワークの構築 【方法】 ・よりそい、障がい関係機関、医療機関などの様々な関係者との関係構築を継続し、複合的な課題を抱える相談に対して適切な支援へつなげられるよう努める。 【内容 4】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・相談対応時等に活用できるよう最新の情報収集に努める。 ・社会資源情報についてクラウド上で適宜更新し、近隣圏域の包括支援センターや居宅介護支援事業所と情報共有する。 ・地域における社会資源の構成員（関係機関・関係者）の連絡先を明記したリストを４月に更新する。

個人情報の保護 【方法】 ・市が提示している個人情報保護の対応を全職員で再確認して、個人ファイルは鍵のかかる書棚で保管し、書類破棄にはシュレッダーを使用する。 ・個人情報の持出は必要最低限にし、持出・開示時は管理簿へ持出時間や返却時間を記載しセンター長が確認する。 ・情報が漏えいした場合には、市の方針に沿って迅速に対応しセンター内で再発防止策を検討する。 ・法人共通の個人情報基本方針や利用目的に沿った対応を行う。 【内容 7】 利用者の満足度の向上 【方法】 ・苦情対応マニュアルを全職員が理解する。 ・苦情があった場合は内容を記録し、市に報告した上で苦情解決責任者を交えて職員間で対応策を検討する。 ・相談者のプライバシー確保に努める。 【内容 8】 市及び他支援センターとの連携 【方法】 ・市や他のセンターとの情報共有、連携を常に意識する。 ・研修会、事例検討会、認知症関連事業等、複数のセンターで協働実施することで質の高い活動となる取り組みに関しては、他のセンターと協働で実施する。 ・各テーマ別会議へ担当職員が出席し、課題解決に向けた取組の検討や共有、企画協力等を行う。 ・担当職員は議題に応じてセンター内職員の意見を事前に集約し、会議の内容や結果を開催後速やかに報告する。	

事業目的・内容･方法（ほやねっとみなみ）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が住み慣れた地域で安心し、尊厳のある生活を送ることができるよう、専門的視点から高齢者の権利擁護の推進及び支援を行う。 【内容 1】 高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・高齢者虐待防止に関する啓発及び相談窓口の周知を地域での行事（デイホームや介護予防教室等）、あさむつ民協、金融機関、郵便局、医療機関に周知を行う。 ・新人職員に対して「高齢者虐待対応の手引き」を用いて、理解を深めるための確認を行う。 ・虐待発生時には、虐待対応帳票等を使い緊急性を判断し、3 職種が事例を共有してチームケアを実践し問題解決に当たる。 ・必要に応じて、関係機関とケース会議等で支援の方向性を検討する。 ・養護者の支援について計画書に定める。 ・対応力向上のため、高齢者虐待に関する研修への参加し、包括内で事例から虐待対応帳票を活用した対応の振返りを行う。 ・高齢者虐待に該当しないが、権利擁護のための支援が必要と判断される場合は、高齢者虐待の事例に準じて、必要な支援を行う。 ・他圏域のセンターと協働し、介護支援専門員やサービス事業所を対象に権利擁護に関する研修を行い、虐待防止のためのネットワーク構築を図る。 【内容 2】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・圏域内で消費者被害の事例を把握した場合には、あさむつ民協の定例会で民生児童委員等へ消費者被害に関する情報提供を行う。 ・消費者被害の事例を把握した場合には、消費生活センターや警察などの関係機関と連携し対応する。 ・消費者被害に関する情報を介護支援専門員・ヘルパー等へメール等を用いて情報提供する。 【内容 3】 成年後見制度等の活用促進 【方法】 ・成年後見制度の研修に参加をして、市町村長申し立てに関する判断基準や成年後見制度の理解を深める。 ・高齢者等及び関係機関からの相談や把握している事例について、制度利用及び日常生活自立支援事業利用の必要性をセ	【目的】 要介護状態になることの予防や要介護状態等の軽減・悪化防止のため、地域特性に応じた介護予防を推進する。 【内容 1】 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施 【方法】 ・自立支援・重度化防止等に資するため、要支援者及び事業対象者に対する事例検討や同行訪問等においてリハビリテーション専門職の専門的助言を受ける。 ・新たに一部委託を開始する居宅介護支援事業所に対し、市提示のマニュアルを周知する。 ・ケアプランには多様な地域の社会資源を必要に応じて位置づける。 ・一部委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランや評価について確認を行い、必要に応じて助言・指導を行う。 【内容 2】 介護予防の普及啓発及び地域の介護予防活動の支援 【方法】 ・高齢者の集まり場や地域行事、実態把握訪問時等に元気度調査の自己チェックを促し、介護予防が必要な人の把握や介護予防の普及啓発を行う。 ・圏域内の医療機関や介護サービス事業所の専門職に講師を依頼し、高齢者に対し専門的な視点での介護予防教室を実施する。また、リハビリ専門職等と協働し、フレイルに対する高齢者の意識向上ための取り組みを継続する。 ・健診結果を基に地域特性を分析し、内容を組み込んだ介護予防教室を各地区にて実施する。 ・地域の介護予防拠点における内容の充実や継続支援のため、2 か月に 1 度の頻度で定期的に関わり自主グループへの活動支援を行う。

ンター内の 3 職種で随時判断し対応していく。 ・成年後見制度について、地域での行事（福祉まつり等）やあさむつ民協等でパンフレット等を用いて周知する。	

事業目的・内容･方法（ほやねっとみなみ）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員が中心となり、包括的・継続的ケアマネジメントが実践できるよう、介護支援専門員等を支援するとともに、関係機関等との連携体制やネットワーク構築等の環境整備に取り組む。 【内容 1】 介護支援専門員への個別相談･支援 【方法】 ・主任ケアマネ連絡会を四半期ごとに開催する。 ・介護支援専門員より相談があった場合は、3 職種で相談内容を共有し、必要な助言や後方支援を行う。 ・介護支援専門員に有用な地域の社会資源情報を常時閲覧できるよう、隣接している圏域包括とクラウドで全居宅と情報共有・更新を行う。 ・介護支援専門員からの相談内容を整理・分類し件数を把握する。 ・介護支援専門員より提出された介護者負担アセスメントシートの内容をセンター内で共有し、地域包括ケア推進課にシートを提出する。 ・指定介護予防支援事業所が新規で介護予防支援を開始する際には、サービス担当者会議に同席して介護予防サービス計画書を確認し、自立支援に向けた支援や助言を行う。 ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした介護予防ケアマネジメント研修を他包括（社包括）と共同開催する。 ・地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、必要に応じて地域ケア会議を開催し、地域の関係者や関係機関等との連携のもと、具体的な支援方針を検討する。 ・指定介護予防支援事業所の行う介護予防支援について、更新時には必要に応じて同行訪問を行う。 【内容 2】 関係機関等との連携体制構築支援 【方法】 ・認知症高齢者の支援について、介護支援専門員と民生児童委員等の地域関係者との協働体制の推進に向け、定期的に地域ケア推進会議（認知症バリアフリー委員会）を開催する。 ・災害時の机上訓練を民生児童委員、障がい関係機関、ショッピングセンター、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所と共に 7 月にショッピングシティーベルで実施する。 【内容 3】 介護支援専門員の実践力向上支援 【方法】 ・介護支援専門員のニーズや不足しているスキルを 4 月中に主任介護支援専門員と協働で把握する。 ・研修会・事例検討会の開催計画を 4 月中に策定し、居宅介	【目的】 高齢者個人の支援の充実を図るとともに、地域の課題を抽出・検討し、地域づくりや社会資源の開発につなげる。 【内容 1】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ・センターで対応している事例や介護支援専門員より相談のあった支援が困難な個別事例について、行政機関や地域関係者、専門職等を招集して課題抽出や支援内容の協議を行う。 ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当するケースについて、自立支援型地域ケア会議を 2 回開催する。 ・議事録や検討事項を白板等でまとめ参加者間で共有する。 ・検討した個別事例について、その後の変化をモニタリングする。 【内容 2】 地域ケア推進会議の開催 【方法】 ・認知症高齢者の支援について、介護支援専門員と民生児童委員等の地域関係者との協働体制の推進に向け、定期的に地域ケア推進会議（認知症バリアフリー委員会）を開催する。 ・災害時の対応課題を民生児童委員、障がい関係機関、ショッピングセンター、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所と共に 7 月にショッピングシティーベルで検討する。 ・周辺圏域の包括支援センターやショッピングセンター、障がい関係機関、生活支援コーディネーター等と、活動から見えてきた地域課題に関して協議するための地域ケア推進会議を開催する。

護支援事業所や小規模多機能型居宅介護事業所に交付する。 ・介護支援専門員を対象とした研修（ICT 活用等）や事例検討会を隣接圏域（明倫・社）のセンターと共同で開催する。 【内容 4】 介護支援専門員間のネットワークの構築、活用 【方法】 ・研修や事例検討会の中で介護支援専門員相互の意見交換の場を設ける。 ・研修会や事例検討会を企画する際には主任介護支援専門員の参加を求める。 ・圏域内の居宅介護支援事業所数が４か所で介護支援専門員数が 11 名のため、隣接圏域の介護支援専門員との交流機会を継続させ、介護支援専門員間のネットワークを広げる。	

事業目的・内容･方法（ほやねっとみなみ）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が住み慣れた場で自分らしい生活を継続できるよう、医療と介護のサービスを包括的かつ継続的に提供するため、医療・介護の関係機関や多職種による協働・連携の体制づくりを進める。 【内容 1】 医療機関等との連携支援 【方法】 ・圏域内ケアマネタイムや連絡網の更新することで、包括支援センターの周知を行うと共に、医療介護関係者が連携を取りやすくなるよう、圏域内全医療機関と連携体制を構築する。 ・医療と介護の連携課題について、圏域内外の訪問看護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援事業所と課題を明確化し、連携体制を構築する。協議した結果を圏域の医療介護関係者と共有する。 ・在宅医療に関する研修（在宅医療サポート研修等）に参加し、在宅医療に関する知識を深めると共に適切な相談対応や連携を図る。 【内容 2】 在宅ケア等の普及啓発 【方法】 ・自らが人生の最終段階における医療・ケアについて考えることができるよう、さまざまな機会を捉え、市作成のリーフレットや ACP に関するチラシ、安心ガイドを活用し、周知活動を行う。 ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員の勉強会を企画する。 ・地域住民に対して、在宅ケアや看取り、ACP についての理解促進を図るため、１２月に清明地区で在宅ケア講習会を開催する。	【目的】 地域住民の認知症に対する意識が高まるとともに、理解が深まり、認知症の人やその家族を地域で見守り、支えていくことができるまちづくりを目指す。 【内容 1】 認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ・認知症サポーター養成講座を圏域内の小学生、ショッピングセンター職員等を対象にキャラバン・メイトと共に開催する。 ・認知症サポーター養成講座の対象に応じて、元気度調査、運転免許返納、成年後見人制度、元気なうちから将来のこと考えておくこと、介護者の理解を内容に盛り込む。 ・圏域内のお店に対し「認知症にやさしいお店」の認定に向けて働きかけを行う。 ・認知症理解普及月間の取組として、他圏域のセンターと協働し、ショッピングセンターを活用した普及啓発活動を行う。 ・キャラバン・メイトが活動を主体的に取り組むことができるよう、他圏域のセンターと協働し、新しい認知症観の周知や取り組み内容についての意見交換を行う。 【内容 2】 認知症のひとにやさしい地域づくり 【方法】 ・圏域内のお店に対し「認知症にやさしいお店」の認定に向けて働きかけを行う。 ・認知症理解普及月間の取組として、他圏域のセンターと協働し、ショッピングセンターを活用した普及啓発活動を行う。 ・認知症の人や介護者に対し、相談対応の際に居場所や介護者支援、介護休暇制度等に関する社会資源の情報提供を行う。 ・認知症高齢者の支援について、介護支援専門員と民生児童委員等の地域関係者との協働体制の推進に向け、定期的に地域ケア推進会議（認知症バリアフリー委員会）を開催する。 ・周辺圏域の包括支援センターと協働し、ショッピングセンターにおける認知症に対する理解の普及を行い、今後の地域づくりについて検討していく。 ・見守りシール（どこシル伝言板）について、地域行事（福祉祭りや介護予防教室等）やあさむつ民協、認知症にやさしいお店登録店等にチラシを用いて周知を行う。 【内容 3】 早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】

	・圏域内の高齢者に対して、実態把握時や地域行事などの機会を活用し、元気度調査の目的・内容等を説明し実施する。 ・二次検診が必要な人に受診勧奨を行う。また、二次検診結果、経過観察が必要となった方に対して、必要に応じて支援を行う。 ・認知症初期集中支援チームとの連携を図り、同行訪問やチーム員会議の出席等を行い、情報共有に努める。

事業目的・内容･方法（ほやねっと社）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 地域包括ケアシステム構築の中核機関として、公益性、地域性、協働性の視点に基づき、適切な事業運営を行う。 【内容 1】 事業計画の策定 【方法】 年度初めに職員全員で福井市地域包括支援センター運営方針を閲読した上で運営方針、年度目標を設定する。また、設定した運営方針や年度目標は職員全員で共有し、それに沿った活動計画を市と協議しながら立案する。策定した計画については 3 か月毎に進捗を確認し、必要に応じて見直しを行う。 【内容 2】 支援センターの周知活動 【方法】 ・早朝、夜間は職員が輪番で携帯電話を所持し、土日は 8：30～12:30 を窓口として事務所を開所し対応する。 ・福祉まつり、自治会型デイホーム、自治会連合会に出向きセンター独自のチラシを配布し PR 活動を行う。 ・“ほやねっと社便り”を年 7 回発行する。 ・作成した便りやチラシにホームページの QR コードを添付する。 【内容 3】 チームアプローチによる支援 【方法】 ・毎朝のミーティングや毎月の職員会議を通じて、情報共有を行い 3 職種での意見交換、課題検討を行う。また、職員が支援対応を一人で抱え込まないよう、困難ケースや虐待ケースなどは複数の職員で対応するなどし、包括全体で課題解決に向けてアプローチを行っていく。 ・毎月処遇検討会議を行い、総合相談に対し対応の継続、見直し、終結を３職種で共有し判断していく。 【内容 4】 職員の姿勢 【方法】 利用者に対し複数の事業者を提示し、選択してもらえるよう説明する。 【内容 5】 職員の資質向上 【方法】 ・市主催の研修や専門職連絡会、外部研修、法人内研修に積極的に参加する。また、参加した研修については、包括内で	【目的】 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう地域の身近な総合相談窓口として機能の充実を図る。 【内容１】 センター以外の場所で、住民が相談できる機会を拡充する。 【方法】 ・民協定例会、自治会型デイホーム、ほやしろ歩きで出前相談を実施する。 ・相談対応スキル向上及び包括に相談が繋がるようネットワーク構築を目的に第 2 層コーディネーター、LSM、よろず茶屋運営ボランティアに対する研修を行う。 ・職員の総合相談スキルアップのために外部研修参加または内部での研修を行う。 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・気がかりな高齢者宅を地域アドバイザーと一緒に訪問し支援が必要な高齢者の早期発見に努める。 ・総合相談や実態把握の内容分析を行い、地域の存在する隠れた課題やニーズを検討する。また、把握した課題やニーズについては、包括内で共有し、次年度の事業計画に反映していく。 ・昨年の総合相談の分析から把握した早期に対応が必要な困難ケースとなりやすい独居・高齢者世帯を中心に計画的に実態把握訪問を実施する。訪問では、KDB データ分析から把握した高血圧リスクの高い独居男性高齢者には高血圧予防啓発のチラシと包括支援センターのチラシを配布して早期の相談に繋げる。 【内容３】 ネットワークの構築 【方法】 ・気がかりな高齢者の情報が共有できるよう、ネットワーク作りを目的に民生委員への研修会を実施する。 ・3 地区の社協役員と意見交換会を行うことで、連携しやすい体制づくりを行う。 ・高齢者の利用が多いタクシー会社（日の丸）向けに包括の周知を図りネットワークづくりへの働きかけを行う。 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・総合相談で活用できるよう介護保険事業所および高齢者のつどいの場を盛り込んだ社会資源パンフレットを作成する。 ・地域の社会資源を整理・更新し相談室に設置する。

伝達講習などの形で、参加できなかった職員も含め職員間で共有し自己研鑽に努める。 【内容 6】 個人情報の保護 【方法】 ・個人情報は鍵のかかる所へ保管する。また、個人情報を持ち出す際は、“個人情報持ち出し管理簿”を用いることで個人情報の保護に努める。 ・メールなどで個人情報のやり取りを行う際は、パスワードをかけて送受信を行う。 【内容 7】 苦情への対応 【方法】 苦情を受け付けた際は適切に対応し、苦情の内容や対応については記録再発防止に向けて職員間で協議する。 【内容 8】 市および他包括支援センターとの連携強化 【方法】 ・市の関係部署や他包括支援センターと情報の共有を図り連携に努める。 ・センター長会議、テーマ別会議等へ参画することで、重点課題等の解決に向けた協力を行っていく。 ・各テーマ別会議の担当者は、会議の議題に応じてセンターの意見を事前に集約し、また会議後はセンター内の他職員に報告することで情報を共有する。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと社）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が、個人として尊重され、地域において安心した生活を送れるように専門的・継続的な視点から、権利擁護のために必要な支援を行う。 【内容】 高齢者虐待への適切な対応 【方法】 ・サービス事業所、民生委員へ向けた虐待の早期発見や通報義務を伝え、虐待対応ネットワーク構築へ向けた研修会を開催する。 ・明倫、みなみ、光包括と合同で介護支援専門員に対して虐待防止に資する研修会を開催し、ネットワークの構築を図る。 ・虐待通報時には 3 職種で協議することで、速やかに高齢者の安全確認及び状況確認を実施し、チームとしての適切な支援へと繋げる。 ・虐待事例への対応力向上のために「高齢者虐待対応の手引き」及び受付事例に基づいて包括内での勉強会を開催する。 ・高齢者虐待とは判別しがたい事例（セルフネグレクト等）においても、高齢者虐待の事例に準じて適切な対応を行う。 【内容２】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・消費者被害防止のため、消費者センターや警察と情報を共有し、地域の高齢者及び民生委員にはデイホームや社便りなどで情報提供を、圏域の居宅・ヘルパー等のサービス事業所へは、メール等を活用しての情報提供をそれぞれ行う。 ・自治会型デイホームにて、消費者被害防止のための落語講話を行う。また、警察と連携を行い、共同での講話を自治会型デイホームやよろず茶屋で行うとともに、デイサービス事業所へも出張消費者被害防止講座の働きかけを行う。 ・5 月の消費者月間時に公民館や医療機関、事業所等にチラシを配布し、消費者被害防止のための啓発を行う。 【内容３】 成年後見制度の活用促進 【方法】 ・成年後見制度等に関する研修会へ参加し、知識の習得に努めるとともに、利用対象者に対する申し立ての支援や家族に対する助言等を行う。 ・成年後見制度及び日常生活自立支援事業への繋げ方や判断基準について包括内勉強会を開催する。 ・居宅介護支援事業所に対し、市長申し立てへの判断基準を盛り込んだ研修会を実施することで、成年後見制度の活用を促進する。	【目的】 地域で生活する高齢者の要介護状態の進行予防及び、自主的な介護予防活動の普及啓発 【内容 1】 介護予防を支援する専門職の資質向上 【方法】 ・リハビリテーション職を交え、介護予防ケアマネジメント支援に関する勉強会を実施する（年 2 回）。 ・個別事例において必要に応じ、リハビリテーション専門職の助言指導を求める。 ・ケアプラン作成時には必要に応じ、公的支援以外の多様な社会資源を位置付けるよう努める。 【内容２】 一部委託先及び指定介護予防事業所の居宅介護支援専門員の介護予防ケアマネジメントスキルの向上 【方法】 ・指定介護予防事業所の居宅介護支援専門員が行うケアマネジメントでは、初回・更新の際は同行訪問し、アセスメント・プランニングについて指導を行う。 ・担当者会議等の場で一部委託先及び指定介護予防事業所のケアマネジャーが作成したケアプランや評価内容等に対し助言指導を行う。 ・ケアマネジメントマニュアルの改訂があった場合は居宅介護支援事業所に情報提供する。 【内容３】 介護予防の普及啓発及び地域住民による介護予防活動の支援 【方法１】 ・自治会型デイホーム、よろず茶屋等でフレイル予防の普及啓発を目的に介護予防教室を実施する。その際に、KDB データ・食生活実態調査により明らかとなった高血圧予防に関する内容を盛り込む。教室は必要に応じてエリア内のサービス事業所、リハビリテーション専門職の協力を得ながら実施する。 ・介護予防教室等の場で元気度調査を実施する。 ・社地区内で運動公園・加茂緑苑道のウォーキングを取り入れた介護予防教室「ほやしろ歩き」を開催する。運営は圏域内の介護保険サービス事業所と協働して行う。また、「ほやしろ歩き」が自主グループ化するよう働きかけをおこなう。 ・消費者の減塩食品を選択する力を高めるため、高血圧予防減塩教室を実施する ・高血圧予防に資する生活環境作りの一環として、社地区高齢者の買い物利用頻度が高い A コープに向け、減塩活動協力に向けた働きかけを行う。

事業目的・内容･方法（ほやねっと社）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 介護支援専門員への支援や関係機関とのネットワーク構築に向けた取り組みを行い、介護支援専門員を中心とした包括的継続的ケアマネジメントの実践に繋げる。 【内容 1】 介護支援専門員への個別相談・支援 【方法】 ・相談しやすい環境について、ケアマネが気軽に相談できる窓口として、ケアマネ相談所（ポジティブ社）を継続する。 ・介護支援専門員から相談のあったケースについては、支援方針について 3 職種で協議し、後方支援を行う。また、相談ケースについては引き続き専用の受付票と一覧表を活用し蓄積を行う。蓄積したケースについては整理、分析を行い地域課題の把握に努める。 ・介護負担アセスメントシートの内容を分析し、地域課題を把握する。 ・ケアマネ相談所やケアマネ連絡会で、地域の社会資源についての情報提供を行う。また、ケアマネ相談所などを活用しケアマネ同士で情報交換が行える機会を設ける。 ・地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例については、個別ケア会議などで地域を含む関係者、関係機関と連携し支援方針を検討する。 ・介護予防ケアマネジメント研修を開催する。 ・指定居宅介護支援事業所である指定介護予防事業所の介護支援専門員がケアプランを作成する場合には、必要に応じて同行訪問を実施する。 【内容 2】 エリア内の主任介護支援専門員と協働で、介護支援専門員の実践力向上、ネットワークづくりと連携体制構築に向けての支援を行う。 【方法】 ・主任介護支援専門員連絡会を開催し、エリア内のケアマネに不足しているスキルやニーズについて意見交換や情報共有を行う。また把握した課題やニーズに合わせ、居宅主任ケアマネと内容を協議し、ケアマネ連絡会の年間計画を立案する。 ・年間計画に基づき、主任介護支援専門員と協働でケアマネ連絡会を定期開催する。会議についてはオンライン会議なども検討し、参加しやすい環境での開催を行っていく。 ・事例検討会や自立支援型ケア会議、地域ケア推進会議などを通し、ケアマネ同士の意見交換や関係機関との連携・連絡体制が構築できるよう支援する。	【目的】 包括的継続的支援体制の構築にむけた、地域関係機関とのネットワークづくりが行えるよう地域ケア会議を実施する。 【内容 1 】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ・開催のねらいを明確にし、地域の関係者や専門職と困難事例の支援内容について協議する。 ・ケアマネからの相談において、3 職種で協議しケア会議が必要と判断したケースに関してはケアマネに働きかけを行い会議開催につなげる。 ・検討したケースは整理分析を行い、地域課題の抽出に繋げる。 【内容 2】 自立支援型個別ケア会議の開催 【方法】 ・自立支援・重度化防止に資する自立支援型ケア会議を 2 回開催する。実施したケースについてはモニタリングにて変化などを把握し、参加者で共有していく。 【内容 3】 地域ケア推進会議を開催する。 【方法】 ・総合相談や個別ケア会議、自立支援型ケア会議から地域課題について包括内で協議をし、発見した課題について、地域ケア推進会議を開催する。

事業目的・内容･方法（ほやねっと社）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的１】 高齢者が住み慣れた生活の場で自分らしく生きることができるよう、ACP がより地域に浸透するよう普及啓発活動を進める。 【内容１】 地域住民を対象に、自分自身の価値観をみつめなおしどのような生き方を望むのか医療やケアについて考えるきっかけ作りを行う。 【方法】 ・福祉祭り、ﾃﾞｲﾎｰﾑ、よろず、ほやしろ歩きの場で市作成の人生会議チラシを配布する。 ・元気な時からもしものことを考える機会を設けるために、住民の集いの場である「ほやしろ歩き」の参加者を対象に情報だけではなく ACP の一端に触れる体験ができるよう、ACP サポートツールである「もしばなゲーム」を実施する。エリア内の医療介護保険事業所と協働で行い双方の意識を高めていく。 【内容２】 エリア内の医療介護保険ｻｰﾋﾞｽ事業所を対象に、ACP の理解を深めていけるよう一昨年から続くステップアップ講習として在宅ケア講習会を開催する。 【方法】 ・「社の人生会議 partⅢ」を開催する。第１回は ACP の周知と認知の拡大を目的として基礎を学び、第２回は ACP の４つのステップから自分たちの今おこなっている支援がすでに ACP に関わっている段階であると認識した。今年度は事前に医療介護保険ｻｰﾋﾞｽ事業所に ACP の理解普及アンケートを実施し、一昨年の認知度 51.5%・必要と感じている人 57.6%の値が２年間でどのように変化したのか社地区の現状をまず把握する。その上で講習会の内容を考慮し具体的な事例・実践の共有等を内容に盛り込み開催していく。 【目的２】 スムーズに多職種が必要な連携を図れるようにソーシャルキャピタルを高める。 【内容】 介護支援専門員と薬局薬剤師が互いの専門性を活かし継続性ある連携の仕組み作りを目指すために、まず顔の見える関係から困った時に顔が浮かぶ関係へと発展させる。 【方法】 ・エリア内の薬局薬剤師と介護支援専門員に参加を促し、医療介護連携ケア会議を実施する。直接顔を合わせての会議ができるようエリア内の薬局薬剤師の参加可能な日時を調整する。事例をもとに服薬課題の対策を一緒に検討する中で具体的な連携の在り方についてグループ討議を行う。 ・医療介護連携ケア会議実施後は、結果を含め収集した情報でチラシを作成し、エリア内の在宅医療・介護関係機関と共有する。	【目的】 認知症の高齢者とその家族が問題を抱え込み孤独に陥らない地域の仕組みづくり 【内容１】 地域住民が認知症と認知症の方への対応等について正しい知識をもつ 【方法１】 ・エリア内の学校等からの依頼に応じて若年層世代に認知症サポーター養成講座を行う。 ・働く世代へのアプローチとしてエリア内の企業（タクシー会社等）、警察に認知症サポーター養成講座を行う。 ・認知症理解普及月間の活動として、オレンジ歩き（仮）を行う。 ・エリア内の認知症キャラバンメイト、認知症サポーター、生活支援コーディネーター、地域アドバイザー等の有志による認知症支援者連絡会を開催し、年間の理解普及活動について協議する。 ・サポーター養成講座、月間の活動は地域アドバイザー、エリア内のキャラバンメイトや認知症サポーターと共に企画、運営を行う。 【内容２】 認知症に関する相談を個人や家庭内で抱え込まないよう、認知症について相談しやすい環境をつくる 【方法２】 ・認知症の方にやさしいお店の新たな認定に向け、お店等に働きかけを行う ・エリア内で認知症カフェの開設に向け、認知症支援者連絡会にて協議を行う。 【内容３】 認知症の早期発見、早期治療、発症予防、発症抑制 【方法３】 ・地域アドバイザーと連携し、頭の元気度調査を実施する ・認知症二次健診未受診者の受診勧奨を初期集中支援チームと連携して行う。

事業目的・内容･方法（ほやねっと光）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 市が求める水準を念頭に置きつつ、高齢者の総合相談窓口としての機能を着実に向上し、地域包括ケアシステムの中核機関としてネットワークの強化を図る。 【内容１】 ・事業計画の策定 【方法】 ① 運営方針に沿った事業計画を立案。策定に当たっては、市担当職員と十分に協議のうえ計画に反映していく。 ② 毎月ミーティングを開催して進捗状況を確認し、職員全員で共有する。 【内容２】 ほやねっと光の周知活動 【方法】 ① 包括独自のパンフレットを作成し、相談の機会や地域の行事、関係機関を訪問するなどして、センターの周知活動を行う。 【内容３】 専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ① 毎朝ミーティングを開催し、相談を受けたケースについて情報共有し、３職種の専門性を生かして緊急性の判断、対応方法の検討を行う。また、緊急性の高い事例については随時対応策の検討を行うとともに、２人体制とする事で迅速に対応できる体制をとる。 ② 毎月定期的にミーティングを開催し、抱え込み防止の意味も込めて困難ケースなどのモニタリング、終結の確認を行う。 【内容４】 職員の姿勢と資質向上 【方法】 ① 公正・中立性を常に念頭に置き、サービスや資源等を紹介する際は複数の事業所を提示・紹介し、利用者自身の本意で選択できるように心掛ける。 ② 市や職能団体等が開催する研修に積極的に参加する。研修を受講した際にはミーティングの機会等で報告し全職員で共有する。また、参加する研修については３職種でそれぞれの専門性の向上に資するものを優先的に受講していく。 ③ 各専門職主催のセンター内研修を開催していく。ケアプランや困難･虐待ケース 等の振返りを内容に応じた専門職の助言・意見を交換しながら行うことで、センター職員としての資質・対応力の向上を図る。 【内容５】 個人情報の保護 【方法】 ① 市提示の個人情報保護の為の対応方法、個人情報マニュ	【目的】 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、相談窓口としての機能強化、周知を図る。 【内容１】 気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ① 清水高齢者福祉センターひだまりや、各地区の福祉祭り等への参加、また、地域住民の集まる機会があれば、適宜に個別の相談窓口を設置していき、高齢者の相談体制の充実を図る。 ② 家族介護者からの相談について、相談件数・内容を記録し、集計する。 ③ 複合的課題を有する相談について、相談件数や相談内容を記録する。 【内容２】 地域の高齢者の実態把握 【方法】 ① 個別相談を受けた際には実態把握を行う ② 民生委員協議会の定例会、関係団体の会議や地域行事等への参加し、個別の相談を受け実態把握につなげる。 ③ 圏域内の高齢者の実態把握を行う。 ④ 相談内容や実態把握の内容を分析し、地域に存在する課題やニーズを明らかにする。 【内容３】 ネットワークの構築 【方法】 ① ケース相談の課題に応じて、必要な関係機関との連携に努める。 ② 複合化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため必要に応じて適切な支援関係機関につなぐ。 【内容４】 地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ① 社会資源のリストについて、新たな社会資源がないか確認し、リストを更新していく。また、事業所連絡会にて情報収集を行う。 ② 社会資源の最新情報があれば提供いただけるよう、地域機関や関係者に呼び掛ける。

アルを全職員が把握する。 ② 持ち出しや開示を行う際は管理簿に記載、センター長が適宜確認を行う。 ③ 個人情報を含む書類は来訪者の目に触れないよう適切に保管するとともに、廃棄する際にはシュレッダーにかける。個人ファイルは鍵のかかる書棚で保管する。 ④ 情報が漏洩した際には市が提示した方針に沿って迅速に対応、再発防止に努める。 【内容６】 ・利用者の満足度の向上 【方法】 ① 苦情対応マニュアルを全職員が把握する。 ② 苦情を受けた際は、内容を記録のうえ全職員で対応策を検討し再発防止及びセンターの質の向上を図る。 ③ 相談を受ける際は、個室対応やパーテーションの設置等、相談者のプライバシーを確保する。 【内容７】 市、及び、他支援センターとの連携 【方法】 ① 質の高い活動を実施するため、市や他センターとの連携に努め、センターの活動に生かす。 ② テーマ別会議に職員を派遣し、課題解決に向けた取り組みの検討や共有、企画協力を行う。また、出席する職員は、参加前に他の職員の意見を集約するとともに、会議内容について報告し、全職員で共有する。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと光）

権利擁護業務

【目的】
高齢者が権利や尊厳のある生活が送れるよう高齢者の権利擁護のための必要な支援を行なう。

【内容１】
高齢者虐待への適切な対応

【方法】
① 虐待への気づきのポイントについてチラシを作成し、地域の気づきを高めるための取り組みを行う。また、関係機関に配布することで、相談に繋げる
② 虐待の手引きに沿った対応方法の確認を全職員で行う。
③ 対応力が高まるように、事例検討会や研修会の開催を行う。
④ 虐待の相談を受けたときは、対応の手引きに沿って３職種で緊急性の判断をし、関係機関とケース会議で対応方法を共有し、対応を行なう。対応内容には養護者支援の観点も含め計画を作成する。
⑤ 終結したケースの振り返りを行い包括職員の対応力の向上を図る。その際は権利擁護チームに参加依頼し、助言を得る。
⑥ セルフネグレクトが疑われるケースについては、３職種及び市役所担当者と協議の上、高齢者虐待のケースに準ずる対応を行なうかどうか判断する。判断に迷う場合は、権利擁護チームを活用し助言を仰ぐ。

【内容２】
消費者被害防止のための情報提供

【方法】
① 消費者被害情報を掲載したチラシ「光みまもりだより」を作成し、民協・デイホーム・よろず茶屋への配布を通じて注意喚起及び高齢者の見守りに活用してもらう。
② 消費者被害の情報をキャッチした際は、消費生活支援センターや警察と連携し対応するとともに、他支援センター・介護サービス事業所等、関係機関へ情報提供し共有する。

【内容３】
成年後見制度 等の活用促進

【方法】
① 成年後見制度（市長申し立ての判断基準含む）についての職場内研修又は外部研修に参加して理解を深める。
② ケース検討する際には、３職種において制度利用及び日常生活自立支援事業利用の必要性について検討・判断していく。
③ 高齢者等及び関係機関等に当制度に関する周知又は研修の機会をもつ。（地域団体や行事等への訪問時に機会を設ける）

介護予防関連業務

【目的】
高齢者が要介護状態にならないよう、状態の維持・改善をはかり悪化防止のための必要な支援を行う。

【内容 1】
自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施。

【方法】
① 包括職員のケアプランが自立支援に資するものになっているかを確認する。その際、社会資源を必要に応じて位置づけているかの観点でも振り返りを行う。
② ケアマネジメントに関する研修に参加する。
③ ケアマネの事例検討会等で市提示のマニュアルの周知を行う。
④ 委託しているケアマネのプランや評価の確認を行い、必要に応じ、助言・指導を行う。

【内容 2】
地域の高齢者への介護予防の普及啓発

【方法】
① 自治会型ディホーム等の高齢者の集まる場所に出向き、元気度調査の自己チェックの普及や介護予防に対する意識付けを行う。
② 地域ごとに偏りが出ないよう、介護予防教室を行う。高齢者が自主的に介護予防に取り組めるようチラシなどを作成して配布し、聞き取りにて効果を確認する。
③ 自主グループとなりうる団体、人材等がいないかの働きかけを行う。
④ 介護サービス事業者等の協力を得ながら、フレイル予防に取り組んでいく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと光）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】 主任介護支援専門員と連携・協働し、介護支援専門員の実践力向上が図れるよう支援する。 【内容１】 介護支援専門員への個別相談・支援 【方法】 ① 圏域内ケアマネ連絡会の開催時や居宅訪問時に困り事がないか声掛け、確認を行う。特に一人ケアマネの事業所、小規模多機能事業所のケアマネに対しては積極的に声掛けを行い、相談しやすい関係づくりに努める。 ② ケアマネジメントに活用してもらえるよう、社会資源の情報を個別相談の際や、連絡会等にて情報提供する。 ③ ケアマネから相談を受けた際は、必要に応じ継続的に支援する。継続的に支援しているケースについては定期的にモニタリングを行う。その際には、ケアマネの思いや置かれている状況に共感し支持する姿勢を持ちつつ、実践力向上に向けた支援を行う。 ④ ケアマネから受けた相談内容を整理・分類し、件数を把握する。圏域内の主任ケアマネ連絡会にて分析したものを提示・共有し、ケアマネが抱える難題や地域課題について検討する。 ⑤ ケアマネから提出された介護負担アセスメントシートを通じて、ケアマネだけで抱え込まずに協同して改善策を検討していけるよう適切に対応する。また、介護負担アセスメントシートの内容を分析し、地域課題を把握する。 ⑥ 地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、地域の関係者や関係機関等との連携のもと、具体的な支援方針を検討し、指導助言を行います。 ⑦ 地域の介護支援専門員が作成した介護予防サービス計画を検証し、地域において自立した日常生活を送ることができるよう、指導助言する。 【内容２】 関係機関等との連携体制構築支援 【方法】 ① 前年度に圏域内主任ケアマネ連絡会にて挙がった検討結果（ケアマネの課題・ニーズ 等）を基に、テーマを設定して研修会や事例検討会を計画し、実施する。テーマや事例内容に応じて、専門機関に講義や助言、参加を求めることで、連携や協同体制の推進を図る。 【内容３】 介護支援専門員の実践力向上支援 【方法】 ① 圏域内のケアマネ向けの研修会･事例検討会等の計画～開催を、圏域内の主任ケアマネが主体となって協同して進めて実施してもらえるよう働きかける。（年度当初に方針を示す）	【目的】 関係機関や地域住民と地域ケア会議を開催することで、地域の特性や課題を抽出・検討し、資源開発やより良い地域づくりに繋げる。 【内容１】 地域ケア個別会議の開催（年１回以上） 【方法】 ① 支援が困難な事例について、必要と思われる地域の関係者や専門職に参加してもらい、支援の方向性や対応の検討を行う。開催後はその後の変化をモニタリング実施する。 ② 会議内容の議事録、検討事項をまとめ、参加者間で必ず共有する。 【内容２】 自立支援型地域ケア会議の開催（年２回以上） 【方法】 ① 要支援者のケアプランを基に専門職の助言を得ながら開催し、ケアマネや介護サービス事業所が協力して自立支援に向けた実践ができるよう働きかける。 ② 参加者の資質向上と関係職種の連携促進を図る。 【内容３】 地域ケア推進会議の開催（年１回以上） 【方法】 ① 個別事例の検討や日常の業務の中から見えてくる地域課題を基に、地域ケア推進会議を開催する。（日新地区）

②　自立支援型地域ケア会議の際には、助言者として圏域内主任ケアマネに参加を呼び掛けていく。 【内容４】 介護支援専門員間のネットワークの構築、活用 【方法】 ①　ケアマネ連絡会の際には、ケアマネ同士の情報交換や意見交換の場を設ける。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと光）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 医療と介護の関係機関やそこに従事する多職種による協働・連携の体制づくりを深め、高齢者が医療と介護の切れ目ない支援を受けられるようにする。 【内容１】 医療機関等との連携支援 【方法】 ①　圏域内の医療機関を訪問しチラシ等で連携の必要性の周知を図り、有用な情報収集を行う。有効な情報があれば居宅ケアマネに提供する。 ②　医療機関との連携シートの運用に向けて、手引きやマニュアル等の整備を進め、実用や連携に有用になるよう働きかけを行う。 ③　市が開催する在宅医療サポート研修等に参加し、相談対応力を高めて医療関係者との連携強化を図る。 ④　在宅医療・介護連携推進の一環として、ACP の普及啓発に取り組んでいく。医療介護連携ケア会議を開催（年１回以上）し、ACP の普及、活動等の話し合いを通じて、医療・介護関係者との連携強化を図る。 【内容２】 在宅ケア等の普及啓発 【方法】 ①　個別の相談の際にチラシを活用し、在宅ケアやＡＣＰについての普及啓発活動を行う。 ②　地域の実情や地域住民からの希望に沿った地域研修会を開催する。	【目的】 認知症の早期発見・早期治療に繋げるために理解普及に努める。また、認知症の人とその家族・支援者の視点を重視し、地域の特性に応じた取り組みを行う。 【内容１】 認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ①　認知症サポーター養成講座の開催(若年層、及び、働く世代に各１回以上)。対象に応じて、介護者の理解、元気度調査、運転免許返納、成年後見制度、ケアパス、ひとり歩きによる行方不明等の話題を用いて元気なうちから将来を考えることを内容に盛込む。 ②　認知症理解普及月間（９月）の取り組みをエリア内のキャラバンメイトと協同して行う。活動内容についてはキャラバンメイト連絡会にて相談して決める。 ③　メイトの主体性を持った開催を支援する。講座開催の情報提供を都度に行い、協力、あるいは、講師をしてもらえるよう働きかける。 【内容２】 認知症の人にやさしい地域づくり 【方法】 ①　圏域内の店舗、金融機関等に対し、認知症にやさしいお店の認定に向け働きかけをする。 ②　認知症関連の相談を受けた際には、認知症の人や介護者に対して居場所や介護者支援に関する社会資源の情報提供を適切に行なう。 ③　ひとり歩きによる行方不明者の早期発見や見守体制づくりに向けた情報収集を行う。（活用できそうな社会資源やあるとよいと思われる資源について等） 【内容３】 早期診断・早期対応の促進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】 ①　実態把握時や介護予防教室等において、あたまの元気度調査を実施。二次検診が必要な人には受診勧奨を行う。二次検診結果、経過観察が必要になった方に対して、必要に応じた支援を行う。 ②　相談時には認知症ケアパスを活用する。 ③　相談内容に応じて、初期集中支援チームに協力を依頼し、同行訪問やチーム員会議に出席し、情報共有や課題解決に努める。

事業目的・内容･方法（ほやねっと川西）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】市の求める基準に基づき、適切に運営し信頼できるセンターつくりを行う 【内容１】高齢者をとりまく幅ひろい世代の住民や関係者に対し周知と支援体制を強化する 【方法】 ・地域の催し等に積極的に参加 ・あらゆる機会にセンターのチラシ等で PR する。 【内容２】専門性を活かしたチームアプローチを実施 【方法】 ・ミーティングや事例検討会等で事例を共有し、専門職として意見や助言をする ・ケースの進捗や終結について定期的にミーティングや事例検討会で確認する ・虐待や困難事例については、適宜、速やかに共有、検討できる体制をもつ ・虐待や困難事例などは必要に応じて 2 人体制で支援し、職員の安全確保や抱え込みを防止する 【内容３】職員の資質向上をはかる 【方法】 ・市や法人内、職能団体等の研修に積極的に参加する ・研修会や市の連絡会等の内容の伝達を行い共有する ・ケアマネジメント会議や事例の振り返りなどで、個々のマネジメント力を強化する 【内容 4】個人情報の保護 【方法】 ・個人情報は来所者の目に触れないようにし、鍵のかかる場所に保管 ・個人情報の持出時は管理簿への記載と確認を行う ・情報の漏えい時は敏速に市へ報告し、職員間で対応策を検討、再発防止につとめる 【内容 5】利用者の満足度の向上 【方法】 ・苦情対応のマニュアルに沿った対応 ・相談者のプライバシーに確保のため環境を整備 【内容６】市や多機関と連携し質の高い活動を行う ・市や関係機関と情報共有や連携につとめる ・各テーマ別会議に参加し、会議の内容や結果について包括職員間で共通する	【目的】地域の高齢者とその家族の身近な相談窓口として様々な相談に対応できるよう、地域の様々な関係者、関係機関とのネットワークを強化する。 【内容１】センターの周知と、地域住民が気軽に相談できる機会の確保 【方法】 ・地区の公民館祭り、福祉祭りにて相談コーナーを設ける ・サポーター養成講座やその他講座の後に、会場にて相談時間を設ける ・デイホームや自主グループの活動の場に訪問し、個別相談を受ける機会とする 【内容２】地域の高齢者の実態把握 【方法】 ・総合相談、認知症検診から把握した高齢者の自宅訪問 ・独居及び高齢者世帯登録者の訪問 ・民生委員、各地区の駐在所、消防署、地域支え合い推進員や福祉委員と気がかりな高齢者の情報交換を行う ・相談受付一覧をもとに、気がかりな人の相談内容、課題やニーズを毎月月末に見直す。相談内容から地域の課題やニーズを把握していく 【内容３】ネットワークの構築 【方法】 ・民協定例会に参加（毎月） ・各地区の駐在所を訪問（情報交換会または４か所を年１回） ・地区社協合同研修への参加 ・障がい相談支援事業所との情報交換（年１回） ・複合化した課題を抱えるケースについて、包括内での検討や市よりそいと連携していく 【内容４】地域の社会資源の把握と活用 【方法】 ・既存の社会資源リストの適宜追加、修正を行う。ケアマネ勉強会、事業所連絡会でも情報交換を行い、リストの整理をする ・各地区の公民館を訪問し、ボランティア団体、サークル活動、自主グループ等の情報を確認し、リストの追加、修正を行う

事業目的・内容･方法（ほやねっと川西）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】地域住民、関係機関に対して権利擁護の周知を行い、早期発見・対応に努める。高齢者が住みなれた地域で尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう支援していく。 【内容１】高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・デイホームや介護予防教室、民協など各地区での活動の際や関係機関を訪問する際に、包括が虐待対応窓口であることを周知する（ほやねっと川西チラシ使用）。 ・エリア内ケアマネ対象に高齢者虐待に対する理解が深まるような研修を行う。 ・虐待事例を把握した場合は、三職種が事例を共有し、虐待対応帳票を使い緊急性の判断を行い、事例に即した適切なチームケアを行う。（疑わしいケースについても必ずリスクアセスメントシートを用いて包括内で検討する）（居宅のケースで虐待と判断された場合には家族負担アセスメントシートを再確認するように声掛けする） ・虐待対応の際にはケース会議を開催し、関係機関と課題を共有し、支援内容を検討する。 ・高齢者虐待の判断には至らないが、権利擁護のための支援が必要と判断される場合は、高齢者虐待の事例に準じて必要な支援を行う。 ・包括内で「高齢者虐待対応の手引き」に沿って勉強会を行う。 ・対応力向上のため、包括内で事例検討会や帳票を活用した対応振り返りを行う（1 回/年） ・再発防止・再発発見の目的のため、虐待終結後のモニタリングを実施する(月 1 回の大ミーティング時に時期や必要性等を検討、確認) 【内容２】消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・毎月、消費者被害防止啓発のためのチラシを作成し、高齢者や関係者に配布する。 …民協定例会、デイホーム、居宅、各教室や講座の際に配布 ・消費者被害の情報を把握した際は、居宅・事業所間のグループ LINE にて情報提供する。 ・各地区の駐在所を訪問し、消費者被害や気になる高齢者等の情報交換を行う(４か所年 1 回) ・消費者被害の事例を把握した場合には、消費者センターや警察等との関係機関と連携して対応する。 【内容３】成年後見制度等の活用促進 【方法】 ・居宅ケアマネや民生委員に対象に成年後見制度の周知を図り、制度活用に関する相談の受付、助言を行う。 ・サポーター養成講座等の中で、地域の高齢者やその家族に対し、制度の周知を行う。 ・制度活用が必要なケースへの活用支援に努める。	【目的 1】要支援者及び事業対象者に対し生活機能の改善、自立支援を目指し適切なサービスが包括的に提供されるようケアマネジメント力を高める。 【内容 1】介護予防・日常生活支援総合事業ケアマネジメントの振り返りの実施 【方法】 ・包括職員のケースで事業対象者更新、終了、継続の根拠などに関して意見交換を行う（年 1 回） ・委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成している予防プラン、直持ちを開始するケースの予防プランについて、ルールに基づいてマネジメントが行われるよう支援する。介護予防サービス計画のチェックポイントシートを作成、配布しケアマネ自身でチェックできるようにし、直持ちは開始時、委託は更新時に一緒に確認を行う。 ・訪問による助言や事例検討会などで地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ活動支援事業を活用する。 【内容 2】ケアプランに多様な社会資源を必要に応じて位置付ける 【方法】 ・地域の医療、介護予防、自主グループに関する社会資源リストの見直しを行う ・介護サービス開始時、モニタリング時等に必要に応じてデイホームや百歳体操、介護予防教室、公民館活動など一般介護予防事業の紹介を行い、予防プランに位置付ける。 ・居宅介護支援事業所介護支援専門員と地域の自治会型デイホームの現状や自主グループ、百歳体操開催状況に関して共有する 【目的 2】地域住民が介護予防に対する意識を高め、生活の中で主体的に介護予防に取り組めるよう支援する。 【内容 1】介護予防教室の実施 【方法】 ・デイホームや公民館、地区社協、老人会、地域からの要望など様々な機会を捉え実施する。 ・サービス事業所と協力し介護予防教室を開催する。（サービス事業所の介護予防に対する意識の向上） ・自主グループ化に向けて百歳体操体験講座を行う。 ・介護保険申請理由により転倒骨折や筋力低下が多い事からフレイルに関しての話を盛り込む。 【内容 2】様々な機会で元気度調査を実施する。 【方法】 ・総合相談、実態把握時に元気度調査を実施する。 【内容 3】デイホーム訪問を継続する。 【方法】 ・ほやねっとの周知と個別相談対応。 ・デイホームに参加しなくなった人のその後の活動を確認し必要時支援に繋げる。 ・介護予防ミニ講座の実施。

	・健康維持のために取り組んでいる事や取り組みたいけど取り組めない理由のアンケート結果の報告とその結果（減塩や野菜を摂取する意識が高かった）から食事面での健康ポイントをまとめてチラシを作成し配布と共に説明する。 ・健康診断の受診率が低い事から健康診断を受けるメリットを伝え、受診勧奨していく。 ・地域支え合い推進員とグループ LINE で繋がり、デイホーム訪問の調整や情報交換を行う。 ・年度初めに川西地区の地域支え合い推進員と包括職員との合同連絡会を開催し、前年度の取り組み報告、今年度のデイホーム訪問にて取り組む内容の報告、日ごろ感じている地域の課題に関して共有する。 【内容 4】自主グループ立ち上げ支援や、各地区の現存する自主グループ、よろず茶屋の活動状況を把握し、積極的に活動に関わる。 【方法】 ・各地区の自主グループやよろず茶屋に訪問する。 ・各地区のあらゆる機会で１００歳体操を紹介し自主グループ化に向けての支援を行う。

事業目的・内容･方法（ほやねっと川西）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】地域における関係機関との連携、協働の体制作り、個々の介護支援専門員に対する支援を行う 【内容１】介護支援専門員への個別相談や支援 【方法】 ・ケアマネからの相談事例に対し必要に応じ面談や同行訪問など相談支援を継続的に行う ・家族支援の強化　介護負担アセスメントシートを活用し介護者の課題を把握　地域課題の把握につなげる ・ケアマネからの相談事例の内容を整理し課題を把握する ・エリア内ケアマネ研修会で川西地区の社会資源の情報交換や利用状況などの共有を図り、必要な社会資源情報を提供する。 ・介護予防マネジメント研修の開催や自立支援ケア会議の傍聴参加を促し、自立支援にむけたスキルアップを行う ・指定介護予防事業所のケアマネのプランの検証や初回同行訪問 【内容２】介護支援専門員間のネットワークを活用、協働しながら互いの実践力向上を支援する 【方法】 ・エリア内主任ケアマネ連絡会でエリア内ケアマネ研修会の企画・立案を行う　（年に１回課題整理と計画立案） ・エリア内ケアマネ研修会や事例検討会を定期的に開催 ・事例検討会の際にはエリア内主任ケアマネがファシリと板書を行い、１年を通して事例検討会で学んだ事や得られた事、進行に関してなどの振り返りを行う ・エリア内ケアマネ研修会の企画進行をエリア内居宅介護支援事業所の主任ケアマネが担当する事を支援する ・ケアマネが自立支援の観点からアセスメント能力を高められるよう検討会や自立支援ケア会議を活用する ・専門職（他職種）と一緒に事例検討やケア会議を行える場をつくる 【内容３】関係機関とエリア内ケアマネとの連携体制の構築 【方法】 ・エリア内ケアマネと民生委員が顔の見える関係つくりのための研修会や、民生委員、居宅ケアマネの役割等を互いに知る機会をもつ ・医療との連携がうまく行えるよう、課題に応じてケア会議や研修会を行う ・災害に強い地域つくりとして、ケアマネや事業所、多機関の連携を強め、災害に備えての具体策などを検討していく場をもうける	【目的】地域における関係機関や多職種が相互に、個々の高齢者や地域の状況に応じて課題を共有し、高齢者個人の支援の充実や地域課題を明確にしていく。 【内容 1】地域ケア個別会議 【方法】 （支援困難ケース） ・地域ケア会議を行う前に包括内で開催のねらいや必要な参加者等を検討する。 ・必要に応じて地域の関係者、多職種参加を依頼する。 （自立支援型ケア会議） 今年度 2 回開催予定。 ・エリア内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員の事例を用いて行う。 ・開催後、助言をもとにマネジメントを行った結果について適宜予定した時期にモニタリングを行う。 ・口腔機能が低下しているケースでは歯科医師の参加を依頼する。 【内容 2】地域ケア推進会議 【方法】 ・医療と介護の連携会議として災害をテーマに行う。 ・民協にてケアマネとの合同研修会を開催する。 【内容 3】地域課題の考察 【方法】 ・地域ケア個別会議や自立支援型ケア会議での課題を地域課題として捉えられるか包括内で考察、協議し地域作りなどに繋げる。 ・主任ケアマネ連絡会にて地域課題に関して検討する。

事業目的・内容･方法（ほやねっと川西）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】地域住民が住みなれた地域で安心して暮らせるよう医療と介護のサービスを包括的、継続的に行える多職種連携が出来る体制をつくる 【内容１】在宅療養において医療、介護の関係者が連携できる機会を持ち繋がりを強化していく。 【方法】 ・総合相談、介護予防支援事業等を通じて医療機関（医師や歯科医師、薬剤師、相談員等）との連絡、相談、報告を密に行い関係つくりを強化する。 ・包括、居宅の事例検討会において、専門職の参加と連携ができるよう働きかける ・圏域における医療課題について、医療・介護の関係者と共有、協議できる場をもつ ・医療と介護の切れ目のない支援のため、入退院における支援体制や具体的方法について現状や課題を把握していく （福井総合病院との入退院連携をすすめていく） 【内容２】地域住民が自分自身の医療やケアについて考えることができるような機会をもつ 【方法】 ・ACP の地域の理解を深めていく　できるだけ若い世代に対して実施できるよう各地域団体と連携していく 【内容３】災害に強い地域つくり 【方法】 ・ケアマネ、サービス事業所、多機関との合同で災害に備えての連携や被災時の連絡体制などについて協議する	【目的】地域全体で認知症の方やその家族を見守るために、地域住民とともに地域の特性に応じた取り組みを推進する。 【内容１】認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ・認知症サポーター養成講座を開催する。 …若年層、働く世代に対し、それぞれ 1 回以上開催する。 …事業所連絡会と協働し、普及啓発活動を行う。 …自助互助の重要性や、対象に応じて、頭の元気度調査、運転免許返納、成年後見制度、終活、介護休業制度等の内容を盛り込む。 ・理解普及月間の取り組みを圏域内で事業所連絡会のメンバーと共同で実施する。活動内容は事業所連絡会で検討する。 【内容 2】認知症の人に優しい地域づくり 【方法】 ・地域づくりと認知症対応力向上を目的としたサービス事業所連絡会を予定する。 …メンバーの中から役員を選出し、包括は事務局としての立場とすることで、より事業所が主体的に活動できる体制を構築していく。（今年度中）体制構築後、チームオレンジの立ち上げに向けた検討を行っていく。（来年度以降） …認知症理解普及月間の活動内容を検討。検討する際は、前年度の活動の成果、課題を共有し検討する。 …圏域版ケアパスを活用し、事業所連絡会の活動を地域の関係者に周知する。 ・圏域から近い介護者のつどい等に参加し情報収集を行い、利用者家族やケアマネに情報提供を行う。（ケアマネ勉強会で伝達） ・事業所連絡枚のメンバーと協働し、認知症一人歩き模擬訓練を実施する（棗地区　11 月予定） 【内容 3】早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防 【方法】 ・認知症講演会を開催する。（鵜地区予定） ・あたまの元気度調査を実施する。 …実態把握等個別訪問にて目的・内容を説明し実施する。 …二次検診の必要な人には受診勧奨を行う。 ・圏域版認知症ケアパスを活用し、早期発見、早期対応の推進を行う。 ・困難ケースについては、認知症初期集中支援チーム、嶺北認知症疾患センター等と連携し、受診勧奨や介護支援を行う。その際は、同行訪問やチーム員会議へ出席し、情報提供を行う。

事業目的・内容･方法（ほやねっと東足羽）	
運営体制	総合相談支援業務
【目的】 地域包括支援センターの基本的考え方や福井市の求める水準を踏まえ、適切で効果的な事業運営を行う。 【内容 1】 事業計画の策定 【方法】 ・担当エリアが広く 7 地区あることや、前年度の総合相談の傾向や各地区の現状等を踏まえて、職員全員で事業計画を立案する。 ・年間計画や目標については、PDCA サイクルによって業務の計画と評価を繰り返しながら質の向上に努める。 【内容 2】 支援センターの周知活動 【方法】 ・地域住民の集まりの場に出向き、チラシ等を活用して高齢者の総合相談窓口として気軽に相談できる場である事をＰＲする。回覧板を活用して包括周知を行う（全 7 地区）。 ・地域住民向けの地域研修会や出張相談等の情報は、ホームページに掲載する。 【内容 3】 専門職のチームアプローチによる支援 【方法】 ・気になるケースについては、随時 3 職種で共有し、緊急性の判断、課題と方向性の確認等を行う。 ・毎月の包括会議では気になるケースの進捗、終結について確認するとともに、新たなケースについて共有する。 【内容 4】 職員の姿勢 【方法】 ・公正中立な立場を認識し、サービスを紹介する際は複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにする。 【内容 5】 職員の資質向上 【方法】 ・市が開催する定例会や職能団体等が開催する研修会、法人内研修会に積極的に参加し、研修内容は包括内で共有する。 ・e－ラーニングシステムを活用し、各自でオンデマンド研修を受講する。 （予定内容）接遇、感染症、虐待、認知症、ハラスメント等 【内容 6】 個人情報の保護 【方法】 ・市提示の個人情報保護の対応を職員全員が理解する。	【目的】 地域の身近な総合相談窓口として、地区住民が気軽に相談できる機会を確保し、支援センターとしての機能の充実を図る。 【内容 1】 地域住民がセンター以外で気軽に相談できる場や機会を設ける。 【方法】 ・地域で開催される各種講座や教室、イベント（上文殊敬老会）、祭り（美山）等を利用して、住民が気軽に相談できる機会を設ける。 ・医療機関で開催される看護展にて、新たに住民が相談できる場を設ける。 ・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する。 ・複合的課題を有する相談について、相談件数や相談内容を記録する。 ・ブランチ廃止後も、地域住民の方に不利益が生じないよう配慮する。 【内容 2】 地域の高齢者の実態把握に努める。（圏域内高齢者人口の5%以上の実態把握に努める。） 【方法】 ・地域活動（民協定例会、運営推進会議等）高齢者に関わる集まりの場へ参加し、気がかりな方等の情報提供の協力呼びかけ、発掘に努める。 ・薬局、医療機関、金融機関等に出向き、センターの周知や気になる高齢者の情報提供の協力を呼びかける。 ・地区ごとに前年度の総合相談内容・実態把握の内容を整理し、地域に存在する隠れた課題やニーズを検討する。検討内容は、年間活動計画立案時に介護予防教室の講義内容へ反映したり、地域住民等が集まる機会に分析結果・所感を伝えたりすることで、自分事として捉えてもらい、早期対応に繋がるよう発信していく。 ・地域活動に生かすため、実態把握時に「災害への備え」について聞き取りし、住民の防災意識を把握する。 【内容 3】 ネットワークの構築を図る。 【方法】 ・複合化した課題を抱える高齢者や世帯に対し、適切な支援へつなげられるよう、分野を問わず、様々な関係者（よりそい、警察、保健所、初期集中支援チーム、権利擁護派遣チーム、障がい相談支援事業所、地域支え合い推進員

・個人情報の持ち出し時は、管理簿へ記載し管理する。 ・漏洩した場合は市の方針に沿って迅速に対応する。 【内容 7】 苦情対応 【方法】 ・苦情対応マニュアルを職員全員が理解する。 ・苦情があった場合は、内容を記録し対応策を検討、再発防止に努める。 【内容 8】 市及び他支援センターとの連携 【方法】 ・市及び他支援センターとの情報共有・連携に努める。 ・市の重点的課題に対し、課題に向けた取り組みの検討・企画を行う。	等）と連携を図る。 【内容 4】 地域の社会資源の把握と活用に努める。 【方法】 ・地域の組織や団体、インフォーマルな集団等（家族会、自主グループ）、サービス事業所等の把握、最新の情報収集に努める。（居宅介護支援事業所訪問時に情報交換） ・社会資源の構成員・連絡先・特性等に関する新規情報を、配布しているリストに追加、訂正する等整理する。 ・地域の居宅介護支援事業所に随時、情報提供していく。（メール・事例検討会・研修会等） ・把握した情報は総合相談など多様な場面で活用していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと東足羽）	
権利擁護業務	介護予防関連業務
【目的】 高齢者が地域の中で、尊厳ある生活ができる。 【内容 1】 高齢者虐待等への適切な対応 【方法】 ・地域住民に対して、介護予防教室等の機会を通して、チラシを使用して高齢者虐待防止に関する周知を行う。 ・介護支援専門員、サービス事業所に対し、研修会等の機会を通して、高齢者虐待防止及び見守り・支援等が行われるようなネットワーク構築を図る。（あずま包括と合同で計画） ・虐待発生時には、虐待対応帳票等を使い緊急性を判断し、3 職種が事例を共有してチームケアを実践し問題解決に当たる。必要に応じて関係機関とケース会議等で支援の方向性を検討する。 ・対応力向上のため、虐待対応帳票を活用し、振り返りや帳票変更点等の確認を行う。（年度末包括会議で実施する） 【内容 2】 消費者被害防止のための情報提供 【方法】 ・地域の関係者（介護支援専門員、サービス事業所、民生委員等）に消費者被害の情報をメール等で随時提供し、被害防止の啓発を行う。 ・必要に応じて消費者センターや警察と連携し支援する。 【内容 3】 成年後見制度・日常生活自立支援事業等の活用促進 【方法】 ・介護支援専門員やサービス事業所等に対し、成年後見制度に関する周知を行う。（あずま包括と合同で計画） ・本人、家族、介護支援専門員に対して、成年後見制度の申し立てや日常生活自立支援事業の活用の支援を行う。 ・各地区地域住民に対して、介護予防教室、デイホーム等の機会を通して、成年後見制度等に関する周知を行う。	【目的】 高齢者が介護予防に関する意識、生活の質の向上を高め、心身機能の改善を図り健康的な生活が維持できる。 【内容１】 自立支援に資するケアマネジメントの実施。 【方法】 ・対象者の自立支援・重度化防止等に資する考え方になっているかリハビリテーション専門職と連携する。 ⇒リハ活事業を活用し包括職員全員でケアプランの点検を年 5 回行う(8 月･9 月･10 月・11 月・12 月）。 ⇒エリア内ケアマネジャーも自由参加とし情報提供をする。 ⇒事例によっては、リハビリテーション専門職との同行訪問を実施し、専門的助言を受ける。 ・ケアプランには地域の多様な社会資源を必要に応じて位置づける。 ・一部委託している介護支援専門員の作成するケアプランや評価について確認し、必要に応じて助言、指導する。 ・市提示のマニュアルについて変更点等あれば一部委託先の居宅介護支援事業所に、事例検討会等で集まる機会を捉えて周知する。 【内容２】 地域（全７地区）、よろず茶屋参加の高齢者に介護予防の普及啓発及び、介護予防活動支援を行う。 【方法】 ・さまざまな機会（よろず茶屋、デイホーム、自主グループ等）を捉えて、百歳体操等の情報提供を行い、自主グループの立ち上げ、活動支援を行う。 ・高齢者の集まりの場や実態把握等様々な機会を捉え、訪問し元気度調査の自己チェックの普及に努める。 ・元気度調査の実施で介護予防の取り組みが必要な人の把握に努め、適切なサービスにつなげる。 ・六条・酒生・文殊・上文殊・一乗・東郷地区は各 1 会場ずつ、美山地区は 3 会場、よろず茶屋(文殊地区) 1 会場の計 10 回の介護予防教室を開催予定。 ・介護予防教室の内容は「R6 年度の介護予防教室参加者の疾患について」「R6 年度の総合相談内容の分析結果」「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」等を参考にした地域の課題から「フレイル予防、生活習慣病、転倒骨折予防等」を盛り込み実施していく。 ・「フレイル予防に関するアンケート」介護予防教室の５会場以上で実施し高齢者のフレイル予防に関する認識や取り組みについて実態を把握する。 ・介護予防教室はエリア内介護サービス事業所の専門職（リハビリ専門職、栄養士、薬剤師など）の協力を得ながら実施していく。

事業目的・内容･方法（ほやねっと東足羽）	
包括的･継続的ケアマネジメント支援業務	地域ケア会議の実施
【目的】介護支援専門員が中心となり、包括的・継続的ケアマネジメントが実践できるよう、介護支援専門員等を支援するとともに、関係機関等との連携体制やネットワーク構築等の環境整備に取り組む。 【内容 1】 介護支援専門員への個別相談・支援 【方法】 ・（4、5 月中）事前に日程調整し、圏域内の居宅訪問を実施し相談しやすい体制を作る。 ・ケアマネジメントで活用できるよう社会資源の最新の情報を提供する。居宅事業所同士で情報交換・共有出来る場を設ける。 ・介護支援専門員から相談を受けた際（介護負担アセスメントシートを含む）には必要に応じ継続支援していく。 ・介護支援専門員から受けた相談内容を整理・分類・件数を把握し、分析することで地域課題の把握につなげる。 ・指定介護予防事業所の介護支援専門員が作成する介護予防サービス計画の検証、心身の状況などから自立支援に向けた支援、助言を行う。 1.個別事例についてケアプラン等の確認、助言。 2.自立支援ケア会議の開催。 ・新規・更新時など必要に応じて同行訪問する。 【内容 2】 関係機関等との連携体制構築支援 【方法】 ・介護支援専門員のニーズに合わせ、地域の様々な関係機関との連携・協働体制を推進するための場を設ける。 （12 月予定：地域ケア推進会議） （3 月予定：相談協力員・居宅・包括との合同研修会） （個別地域ケア会議：年 2 回以上） 【内容 3】 介護支援専門員の実践力向上支援 【方法】 ・圏域内主任介護支援専門員の情報交換会で介護支援専門員のニーズや不足しているスキルについて協働して検討する機会を設ける。事例検討会等を計画し、年度当初に年間活動計画表を居宅介護支援事業所に示していく。 ・事例検討会・研修会等を年 2 回開催する。（内容：生活困窮・難病の制度） ・地域リハビリテーション活動にエリア内介護支援専門員の参加を呼びかけ、専門職と連携する場を作り、介護予防ケアマネジメントに活かせるよう指導を受ける。（年 4 回） ・自立支援型ケア会議に介護支援専門員が事例提供し、主任介護支援専門員が助言者として参加。また、介護支援専門員が傍聴できる環境を整える。（年 4 回） 【内容 4】	【目的】 個別ケースの課題解決、介護支援専門員の資質向上、地域包括支援ネットワークの構築等を行うことによって、高齢者個人に対する支援の充実を図る。また、地域の課題を関係者等と共有、協議し、地域づくりや資源開発につなげる。 【内容 1】 地域ケア個別会議の開催 【方法】 ・年 1 回以上 ・居宅介護支援事業所や民協定例会の訪問等を通し、介護支援専門員や地域の民生委員とのつながりを深め、支援が困難と感じる事例や地域の課題と考えられる事例の発見に努める。 ・必要時に多職種の関係機関、地域の関係者と協働し、課題解決に向けて取り組む。 ・検討した個別事例を整理し、地域課題の抽出につなげる。 【内容 2】 自立支援型地域ケア会議の開催 【方法】 ・自立支援・重度化防止に資する個別事例の検討を行う。 ・年 4 回　6.7.9.10 月（1 回 1 事例、10 月は予防支援事業所の指定を受けた居宅のケースで開催予定） ・エリア内介護支援専門員が傍聴する機会を設ける。 ・エリア内主任介護支援専門員は助言者としての役割を担う。 ・その他の助言者は事例に合わせて、適切な職種を選定し、管理栄養士、リハビリ職員は系列法人へ依頼、薬剤師は地域の調剤薬局へ依頼する。 ・会議後概ね 3 か月後にモニタリングを実施し、変化を確認する。 ・（東足羽版）自立支援型栄養アセスメントシートを参考資料に添付してもらい、栄養面の課題把握につなげる。 【内容 3】 地域ケア推進会議の開催 【方法】 ・地域課題やニーズに係る会議：年 1 回以上 個別事例の検討や日頃の業務等から発見した地域課題を地域の関係者等と共有・協議する。地域づくりや資源開発につなげる。

介護支援専門員間のネットワーク構築・活用 【方法】 ・研修会・事例検討会等の機会に介護支援専門員相互の意見交換の場を設ける。 ・エリア内主任介護支援専門員と協働で　事例検討会、自立支援型ケア会議、個別ケア会議、相談協力員との合同研修会等を連携し、企画・開催していく。 ・エリア内主任介護支援専門員（チーム心隣）情報交換会を年間 2 回以上開催する。 ・地域の関係団体等の会議に参加し、連携強化につなげる。	

事業目的・内容･方法（ほやねっと東足羽）	
在宅医療・介護の連携	認知症に関する取組
【目的】 高齢者が住み慣れた生活の場で、自分らしい生活を継続できる様に医療と介護の多職種による協働・連携の体制づくりを進める。 【内容 1】 医療機関等との連携支援 【方法】 ・医療機関、薬局等を訪問し、包括周知や連携に必要な情報収集を行う。 ・介護関係者が適切な相談対応や医療との連携を取りやすくなるよう、関係者間で情報提供や協議を行う。 【内容 2】医療介護連携ケア会議の開催（年 1 回以上） 【方法】 ・エリア内内開業医と介護サービス事業所、居宅介護支援事業所間の連携課題について協議する。（9 月頃） ・協議した結果を、圏域の医療・介護関係者と共有する。 【内容 3】在宅ケアなどの普及啓発 【方法】 ・在宅ケアや ACP に関する理解を深める為の普及啓発を、様々な機会を捉えて地域住民や医療介護関係者等に対して行う。 ・上文殊地区で地域研修会を開催し、福井県版エンディングノート「つぐみ」について住民に普及啓発する。	【目的】 地域全体で認知症の人や家族を温かく見守り、応援し、手助けできる人を増やすなど、地域の特性に応じた体制整備を行う。 【内容 1】 認知症の正しい理解についての普及啓発 【方法】 ・圏域内キャラバンメイトが主体的に活動することを目指し支援する。 ・圏域内キャラバンメイトと協力して認知症サポーター養成講座を開催する。 ・圏域内キャラバンメイト情報交換会を開催し、認知症サポーター養成講座の内容や認知症理解普及月間の取り組みについて検討する。 【内容２】 認知症の人にやさしい地域づくり 【方法】 ・認知症にやさしいお店の認定に向け、圏域内キャラバンメイトの協力を得て、圏域内の小売店等に呼びかけを行う。 ・圏域版認知症ケアパスの配布先を圏域内キャラバンメイトと共に検討し、配布する。 ・認知症行方不明高齢者事前登録制度やつどいの場等、社会資源の情報提供を行う。 【内容３】 早期診断・早期対応の推進と認知症の発症予防・進行抑制 【方法】 ・地区健診（美山、上文殊、一乗）の場や実態把握時等にて元気度調査を実施する。 ・二次検診が必要な人に受診勧奨を行う。 ・相談対応時には、必要に応じて認知症ケアパス（圏域版ケアパス）を使用する。