

令和元年度第1回  
さいたま市地域包括支援センター  
運営協議会資料

事前送付資料

(2 / 2)

令和元年7月11日(木)

－ 目 次 －

事前送付資料 2 / 2

2 0 1 9 年 度 事 業 計 画 書

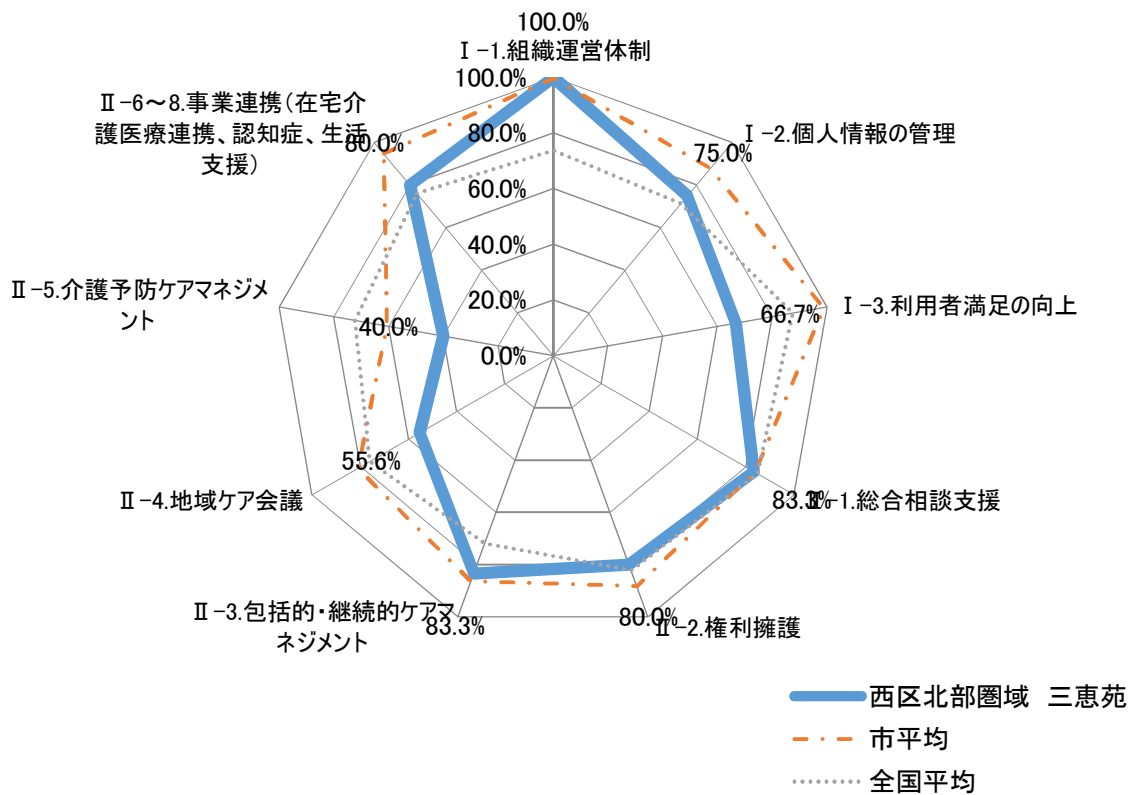
西 区	1
北 区	9
大 宮 区	21
見 沼 区	29
中 央 区	45
桜 区	53
浦 和 区	61
南 区	79
緑 区	91
岩 槻 区	99

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	01西区							
日常生活圏域	01西区北部							
センター名称	西区北部圏域 三恵苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	54,269人	13,281人	24.5%	2,351人	4.3%	633人	1,679人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	339人	294人	501人	394人	384人	254人	146人
	率	14.4%	12.5%	21.3%	16.8%	16.3%	10.8%	6.2%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>西区は高齢化率が既に26%を超え、市の高齢化率を約4ポイント上回っており、10区の中でも2番目に高齢化が進んだ区となっています。こうした中、高齢者の健康寿命を延伸するための外出促進や健康づくり、生きがいを支援するとともに生活機能低下防止のための介護予防の取組がより重要となっております。</p> <p>併せて、地域ぐるみでの支え合いを構築するため、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）をはじめ住民、自治会、民生委員、地区社会福祉協議会などとの連携を強化することが必要となっております。</p> <p>また、高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加する中、認知症高齢者やその家族が安心して暮らせる地域づくりも必要となっております。</p>							
圏域の現状と課題	<p>西区北部圏域は高齢化率が24.5%となっており減少傾向ですが、西大宮駅周辺の区画整理事業により宅地造成されマンションも建設されているため、今後人口の流入が進み高齢者人口は増加すると思われます。高齢者人口の増加に伴い新しい集いの場の立ち上げが必要と同時に、既存の集いの場所が後継者や協力者がおらず活動が休止するところが出てきているため、後継者・協力者の育成とマッチングが必要と思われます。また、集いの開催場所も地域差があるため解消が必要です。</p> <p>また、認知症の相談が増えており、今後も認知症の方が増加すると予想されます。そのため、専門職だけでなく地域で認知症の方やその方の環境を理解し支える必要性があると思われます。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢者の人口増加に備え、介護予防や見守りのため、集いの場の立ち上げを支援していくことが重要となります。特に集いの場が立ち上がっていない地域に集いの場が立ち上がるよう支援していきます。また、すでに立ち上がっている既存の場所等でも関係が希薄なところもあるので関係を強化していきます。</p> <p>集いの場の立ち上げについては、平成30年度中に未実施の地域を精査し、平成32年までに6か所の立ち上げを目指します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

いきいき百歳体操を広めることも重点的に行いました。自主グループが2か所立ち上がり、その他、1か所自主グループ化を目指しているグループがあります。引き続き、いきいき百歳体操を広めることができるよう、グループの自主化を支援していきます。

その他、駅前に空き店舗を利用した定期的な交流の場の開設を支援することができました。関わっているボランティアの方々が役割を持ち、参加者も趣味の発表の場等となっており、生きがいとなっています。

また、権利擁護については、成年後見制度の利用窓口としての機能を強化する目的として、成年後見制度について介護者サロンにて2回の相談会を行い、ケアマネ会議でも2回、勉強会を行いました。介護者サロンの参加者からは、「ゆくゆくは必要と思う」、「制度の理解が難しかった」等の声がありました。参加者も少なく、開催場所を増やし周知する必要があると思われます。ケアマネ会議では、質問の内容や感想から理解度に差があることがうかがえました。

消費者被害については、被害に遭いそうになった報告等の情報は入るが、消費者被害に関する相談が少なく、相談窓口としての周知が足りないと思われます。今後、相談窓口としての広報に取り組んでいきます。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	定期的な交流の場の開設を支援する。
	達成数値目標	①交流の場を1か所以上開設できるよう支援する。 ②空き店舗等の開催場所を確保する。 ③交流の場に対しての協力者を3人以上募る。
目 標 ②	取組事項	消費者被害の相談窓口としての機能を強化する。
	達成数値目標	①消費者被害の情報をチラシにして民生委員へ配布する。(年4回) ②サロンにてチラシを配布し相談窓口の周知を図る。(年12回)

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

高齢者が安心して暮らし続けることができるように、地域の助け合いや支え合いを推進するための条件整備に寄与します。その為に地域に既にあるコミュニティや社会資源を「みつけ」て「つなげ」ていきます。また、誰もが参加できるサロン運営のための協議体と連携し活動の充実を図ります。さらに、地域支え合い推進委員が所属する指扇地区社協の地域交流部と連携し、助け合い支え合いの地域づくりのための学習会開催を支援します。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

サービスに結びつかない対象者に対し、在宅介護支援センターと連携し見守り活動を行います。また会食会においても参加者の相談や見守り、参加者向けの講座を協力して開催します。

#### Ⅳ. ロードマップ

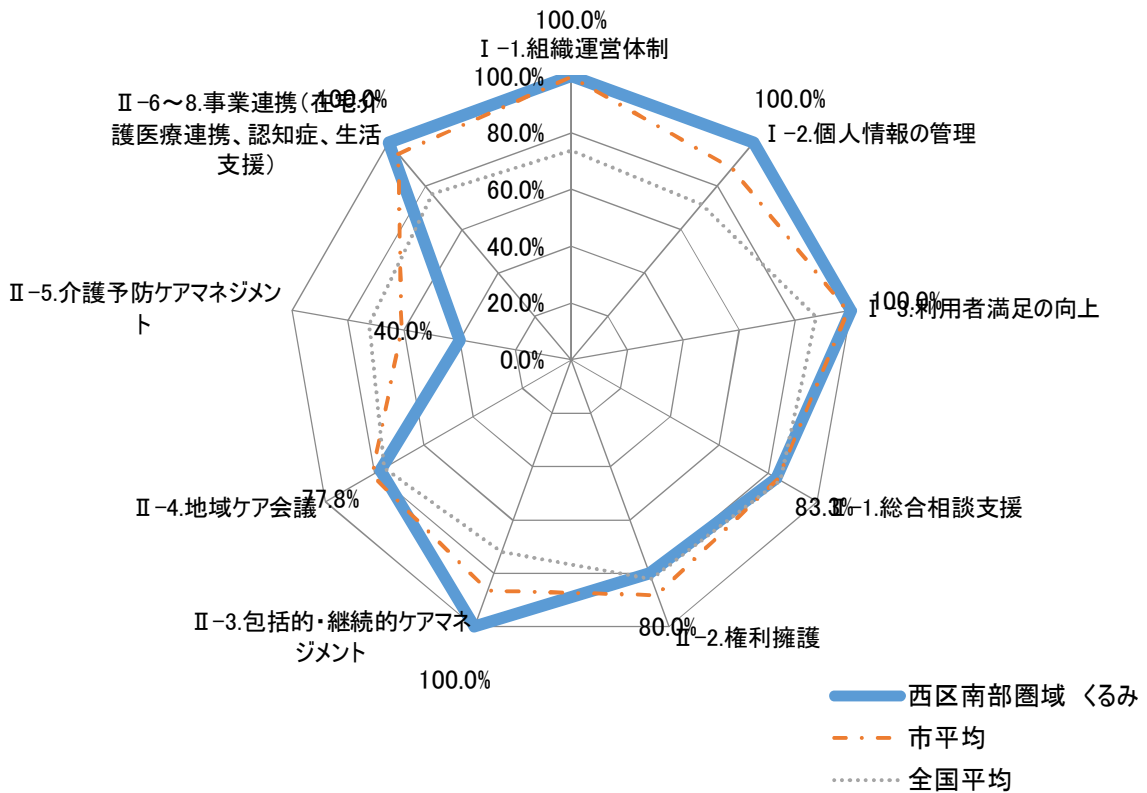
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	関係機関のリストの見直しの未実施	リストの見直しの実施	既存のリストの見直し	関係機関の情報収集とリスト作成	情報の共有と既存リストの更新
権利擁護	成年後見制度の適用について市町村と判断基準の共有はしているがスクリーニングシートがない	スクリーニングシートの作成	スクリーニングシートの検討及び作成	スクリーニングシートの運用	スクリーニングシートの見直し
包括的・継続的ケアマネジメント	件数は把握しているが、整理、分類ができていない	相談内容を整理して、ケアマネと情報共有し意見交換の場を設ける	相談内容の分類方法を検討	相談内容の整理、分類を行う	ケアマネとの情報共有の場を設ける
地域ケア会議	地域支援個別会議の現状がケアマネに知られていない。	ケアマネの事例にて地域支援個別会議を開催する	地域支援個別会議にケアマネに参加してもらい現状を周知する	地域支援個別会議にケアマネに参加してもらい現状を周知する	ケアマネの事例にて地域支援個別会議を開催する
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	ケアプランにおいて社会資源を位置づけてはいるがケースは少ない。	社会資源を位置づけるケースが増える	センター内で、社会資源の情報を共有する。	プランに位置付ける	圏域内のケアマネへの情報提供と共有
在宅医療・介護連携	医療機関の窓口担当者の把握はできているが、リスト化し情報共有ができていない	医療機関の窓口担当者のリスト化と情報共有	リストの作成	リストの情報の共有	リストの更新
認知症高齢者支援	ボランティアに対して積極的な情報提供等の働きかけができていない	ボランティアに対し積極的な働きかけを行う	出来るだけ多く、圏域内のボランティアを把握する	ボランティアのリストを作成する	ボランティアに対し勉強会を開催する

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	01西区							
日常生活圏域	02西区南部							
センター名称	西区南部圏域 くるみ							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	34,843人	10,654人	30.6%	1,773人	5.1%	487人	1,263人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	277人	210人	384人	283人	247人	219人	130人
	率	15.6%	11.8%	21.7%	16.0%	13.9%	12.4%	7.3%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>西区は高齢化率が既に26%を超え、市の高齢化率を約4ポイント上回っており、10区の中でも2番目に高齢化が進んだ区となっています。こうした中、高齢者の健康寿命を延伸するための外出促進や健康づくり、生きがいづくりを支援するとともに生活機能低下防止のための介護予防の取組がより重要となっております。</p> <p>併せて、地域ぐるみでの支え合いを構築するため、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）をはじめ住民、自治会、民生委員、地区社会福祉協議会などとの連携を強化することが必要となっております。</p> <p>また、高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加する中、認知症高齢者やその家族が安心して暮らせる地域づくりも必要となっております。</p>							
圏域の現状と課題	<p>西区南部圏域は高齢化率が30%となっており、なかでも1970年代にニュータウンとして開発されたプラザ地区や同時期に建設された加茂川団地を擁する植田谷本地区は、高齢化率が40%に達しています。また、馬宮右岸地区の馬宮団地は老朽化による建て替えのため住民の引越しが進み、残っている住民の多くが高齢者になっています。当該地区では、認知症や閉じこもりなどの相談も多く、要介護認定を受けて介護サービスを利用する方も増えており、日常的な見守りや生活支援、介護予防の必要性が高まっています。</p> <p>加えて、圏域内にある集合住宅の団地群は、いずれもエレベーターのない5階建てなので、移動の支援や介護予防が課題になっています。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢化率の高いプラザ地区や加茂川団地、馬宮団地には見守り体制を整備して孤立化を防げるようにするほか、必要な生活支援を受けられるようにしていく必要があります。民生委員や自治会との連携を強化するほか、圏域の団地の代表者が集う「支え合い連絡会」を開き、支援についての話し合いを重ねていきます。</p> <p>地域住民の介護予防や助け合いの仕組みづくりについては、100歳体操など地域住民が集まる定期的な催しを自治会館で行なうことがきっかけになるため、自治会に働きかけて自治会館を使用できる地域を増やします。</p>							

Ⅱ. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

年間重点目標として掲げた、住民主体の通いの場を作ることについては、100歳体操の地域への普及が進んだこともあり、100歳体操を中心に活動する自主グループが14件、その他趣味やおしゃべりのサークルが2件、合計16件のグループが立ち上がり、当初の目標である5件を大きく上回る結果となりました。

権利擁護では、困難ケースや虐待ケースの支援が目立ちました。成年後見制度につなぐ支援も増えているため、フローチャートを作成して職員誰もが支援に関われるよう活用を目指しています。

包括的継続的ケアマネジメント事業では、来年度から始まる「自立支援型個別会議」についてケアマネ会議にて情報提供や意見交換を3回行い、圏域のケアマネージャーに周知するほか、自立支援のケアマネジメントを行うための学習会を2回開いています。

介護予防ケアマネジメント業務では、「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を周知・活用する取り組みが進まなかったため、今回更新されるマニュアルを圏域のケアマネージャーに周知・活用できるように考えていきます。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	<p>自立支援型個別会議を定期的を開催します。</p> <p>自立支援型個別会議について、圏域のケアマネージャーに向けて勉強会や情報交換会等開催し周知に努めます。</p>
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援型個別会議を年5回以上開催します。</li> <li>・ケアマネ会議にて自立支援型個別会議に関する学習会や情報交換会を年3回開催します。</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	<p>消費者被害について地域住民に情報が行き渡るようにして、被害を防止します。</p>
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターが受けた相談内容や消費生活支援センターからの最新情報を、地域の民生委員・ケアマネージャー・ヘルパー事業所等に情報発信する（年12回以上）と共に民児協の定例会でも情報提供し、各関係機関からの情報収集にも努めます。</li> <li>・地域住民に対しては、出前講座等を通じて注意喚起を行います。</li> </ul>

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

- ・「支え合い連絡会」を各地区で開催し、地域課題の共有と解決に向けた取り組みについて話し合い、高齢者を支える地域づくりを進めます。
- ・地域の社会資源の情報を収集・整理して、定期的に更新していきます。
- ・社会資源の情報を見える化して、地域住民やケアマネージャーに提供できるようにします。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

- ・担当地域からの相談内容に応じて、見守りや支援を依頼し必要時に連携していきます。
- ・在宅介護支援センターが継続見守り・支援している対象者の情報を共有して必要時に連携していきます。
- ・介護者サロン・無料相談会・区民祭り・出前講座等の地域活動を共に企画し運営していきます。

#### IV. ロードマップ

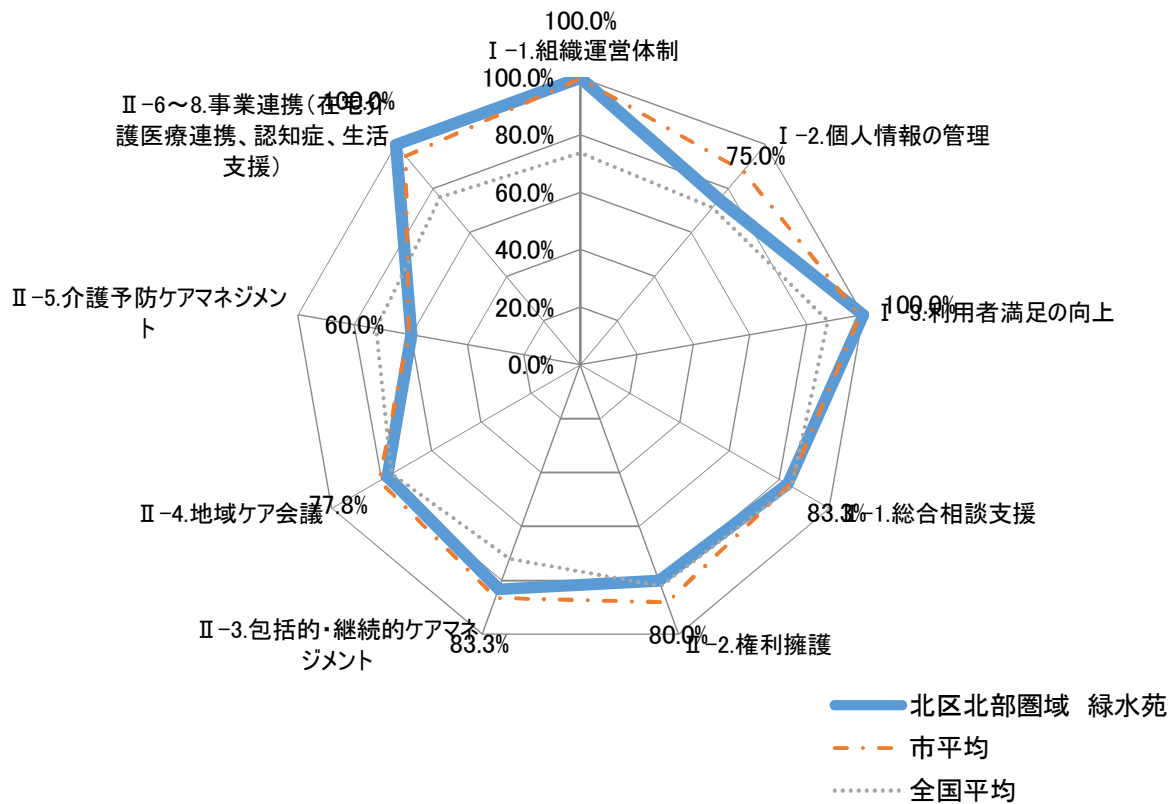
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	地域における関係機関・関係者の情報についてのマップ・リストが活用されていない	管理している情報をセンター内で共有し活用できる	情報の整理と見直し	情報を集約し更新する	更新した情報をセンター内で共有する
権利擁護	成年後見制度適応の判断基準が明確になっていない	成年後見制度適応基準について区と共有する	成年後見のアセスメントシートとフローチャート作成	作成したものを活用	成年後見制度判断基準について区と協議し共有する
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネ会議・ケアマネサロンの開催 ケアマネの状況や課題の把握が不十分	ケアマネの状況や課題の把握	アンケート実施	アンケートを基にケアマネ会議・サロンの開催	アンケート実施
地域ケア会議	地域支援個別会議が困難事例のみ 関係機関やケアマネへの情報提供が不十分	関係機関やケアマネへの地域支援個別会議の周知	自立支援型個別会議の周知	自立支援型個別会議の開催	自立支援型個別会議の開催
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護保険サービス以外の受け皿となる通いの場がない	地域へ自主グループの普及啓発	地域への周知（いきいきサポーター養成講座、ますます元気教室等）	いきいきサポーター等のフォローアップ	各地域ごとに自主グループ立ち上げ
在宅医療・介護連携	大宮包括ケアネット・西区包括ケアネットとの連携	医療との連携強化	大宮在宅医療支援センターについての研修開催	訪問看護との連携	往診医との連携
認知症高齢者支援	毎月開催している認知症カフェの新規参加者（当事者）が増えにくい	ボランティアさんを活用して魅力あるカフェを作り、新規の参加者を増やす	ボランティアさんと共に運営を見直す	地域住民やケアマネに情報発信	運営状況の確認と見直し

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	02北区							
日常生活圏域	03北区北部							
センター名称	北区北部圏域 緑水苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	56,765人	10,983人	19.3%	1,868人	3.3%	512人	1,334人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	275人	237人	396人	320人	262人	200人	156人
	率	14.7%	12.7%	21.2%	17.1%	14.0%	10.7%	8.4%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>北区は、10区の中では高齢化率は低いほうですが、今後は、急激な高齢化が予測されています。また、都市基盤の整備が進められてきた地区でもあり、新たな住民も増加していることから、地域住民の交流を活性化していくことが重要です。</p> <p>現在、住民主体による高齢者サロンや趣味のサークル等、気軽に参加できる集いの場や健康づくりの場の活動は活発ですが、高齢者が容易に通うことのできる場としては十分であるとはいえません。</p> <p>高齢になっても、誰もが住み慣れた地域で生きがいを持って暮らし続けられるよう、高齢者生活支援体制の整備を推進する必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>公共交通の利便に地域差が出ており、大宮寄りの宮原町に比べ上尾市寄りの別所町、奈良町、吉野町では公共交通が全くなく、通院にタクシーを利用する高齢者が多い。</p> <p>また、サロンや集いなど民生委員を中心に数多く実施されているが加齢や障害等で一人で通うことができず、他者と交流を持ちたくても外出の手段がない方が圏域全体に点在している</p>							
担当圏域の状況を踏まえた長期目標	<p>自宅から歩いて5分圏内にサロンを開催できる事を目標に、包括や民生委員主催ではなく地域住民が開催できるよう、地域住民を包括主催サロンへボランティアとして参加する中でサロン運営について学び、サロン立ち上げの支援を行っていく</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

認知症の人、認知症の方を介護する人、また地域で活躍を検討されている高齢者のボランティア参加の場としてオレンジカフェや介護者サロンを最優先事業として数多く実施してきました。認知症ガイドブックを見て他圏域から参加をされる方などもおり、参加者数は常に一定以上をキープしている現状です。また認知症サポーター養成講座を宮原地区民生委員や北区高齢介護課と連携・実施し、初の試みとなる認知症高齢者徘徊声かけ訓練を地域住民や企業のご理解の元、開催するなど地域で認知症の方を支えていく基盤作りに力を入れた一年でした

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域で高齢者が活躍できる場を提供または作り出し、定期的に参加する事による介護予防を目指します
	達成数値目標	介護者サロン、オレンジカフェ、その他地域事業への年間ボランティア参加延べ人数2000人を目標にします
目 標 ②	取組事項	ケアマネジャーが地域で働きやすい環境作りを目指すべく、ケアマネサロンの実施を定例化します
	達成数値目標	ケアマネを対象にした勉強会やサロンの開催を31年度は6回以上開催します

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

認知症高齢者徘徊訓練の実施をします

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

毎月定期的な出前介護相談会や100歳体操を実施していきます

#### IV. ロードマップ

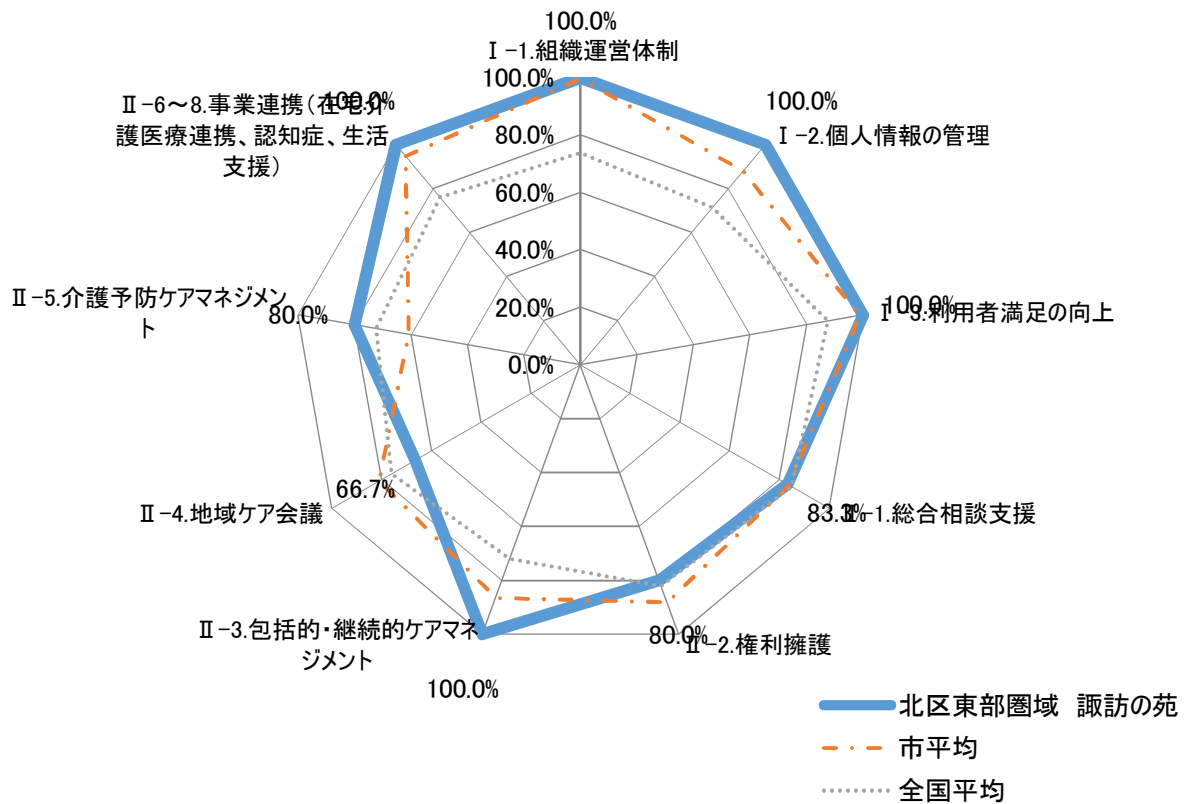
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成31年度	平成32年度	平成33年度
総合相談支援	相談事例の終結条件または分類方法の未設定	相談事例の終結条件を設定し情報を整理する	包括内の情報の整理	情報の共有	情報の共有
権利擁護	相談事例の終結条件または分類方法の未設定	相談事例の終結条件または分類方法を設定し、情報の共有を図る	住民への勉強会実施	住民への勉強会実施	住民への勉強会実施
包括的・継続的ケアマネジメント	地域のケアマネ人数が増えずプラン作成代行が受けられなくなっている	地域の介護支援専門員同士の連携ができる	ケアマネ交流会の継続	主任CMによる相談支援体制の確立	ケアマネジャー同士の情報交換が盛んとなる体制を構築する
地域ケア会議	多問題支援型地域支援会議のみ実施している	自立支援型・多問題型を定期的に実施できる	自立支援型地域支援会議の周知	自立支援型地域支援会議の運営を軌道に乗せる	個別会議から地域支援会議へ地域課題の集約
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護保険サービス利用前提の総合相談の増加	介護予防支援計画に基づくフレイル状態からの脱却	自立支援型地域支援個別会議の活用	自立支援型地域支援個別会議の活用	介護予防サービス計画に地域資源が活用される
在宅医療・介護連携	地域のケアマネジャーと主治医との連携が円滑にできていない	主治医とケアマネジャーが顔の見える関係づくりを目指す	大宮医師会開催の勉強会や集いへの参加	大宮医師会開催の勉強会や集いへの参加	大宮医師会開催の勉強会や集いへの参加
認知症高齢者支援	総合相談における認知症相談の増加	地域で認知症高齢者を支える仕組みを目指す	認知症サポーター養成講座と徘徊者声かけ訓練の実施	認知症サポーター養成講座と徘徊者声かけ訓練の実施	認知症サポーター養成講座と徘徊者声かけ訓練の実施

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	02北区							
日常生活圏域	04北区東部							
センター名称	北区東部圏域 諏訪の苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	47,351人	10,318人	21.8%	1,906人	4.0%	515人	1,381人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	263人	252人	418人	323人	269人	230人	141人
率	13.8%	13.2%	21.9%	16.9%	14.1%	12.1%	7.4%	
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>北区は、10区の中では高齢化率は低いほうですが、今後は、急激な高齢化が予測されています。また、都市基盤の整備が進められてきた地区でもあり、新たな住民も増加していることから、地域住民の交流を活性化していくことが重要です。</p> <p>現在、住民主体による高齢者サロンや趣味のサークル等、気軽に参加できる集いの場や健康づくりの場の活動は活発ですが、高齢者が容易に通うことのできる場としては十分であるとはいえません。</p> <p>高齢になっても、誰もが住み慣れた地域で生きがいを持って暮らし続けられるよう、高齢者生活支援体制の整備を推進する必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>高齢者の健康増進、生きがい、仲間づくりのための活動が各地で立ち上がり、参加者が増えるなど活発な地域と、活動が立ち上がらない地域、参加者増えない等の格差が生じている。また、高齢化が原因で年間行事が中止になったり、自治会が機能していない団地があり、地域住民から相談がきている。地域活動は高齢者の孤立、虚弱からくる要介護状態の発生を予防するために重要なものであり、格差を減らすための取組が必要である。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>圏域の端から端まで地域の特性を把握しその地域にあった活動の立ち上げを推進する。地域住民同士の支え合いを推進し、地域活動の参加者に活動参加の声掛け、周知活動を協力してもらい、自主活動として運営していける地域づくりを目指します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

- ①地域活動：新規の立ち上げ、自主運営支援を行った。
- ②ボランティア育成：地域活動参加者の中からいきいきサポーター養成講座、担い手養成講座、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座に参加してもらいボランティア活動につなげた。
- ③認知症サポーター養成講座：小中学校向けに多職種連携にて開催。北区役所主催の企画をおこない区内に認知症の理解を深める機会を増やした。土日に開催し就労世代に周知活動を図った。
- ④ケアマネ支援：ケアマネサロンの開催
- ⑤介護者サロン：ミニ講座を実施することにより参加者は増えたが介護者同士の交流の機会が減り課題となっている。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域活動が不活発な地域の現状、特性を把握し、その地域にあった地域活動が立ち上がるための取組を行う。 自治会と連携を強化する（回覧、掲示板利用協力、イベント共催）
	達成数値目標	今羽町：認知症サポーター養成講座開催（1回） 地域リハビリテーション活動支援事業（2回） コンフォール西本郷団地：認知症サポーター養成講座（1回） 地域リハビリテーション活動支援事業（2回）
目 標 ②	取組事項	自立支援、介護予防のためのケアマネジメント力の向上。
	達成数値目標	サービス事業所向け：地域リハビリテーション活動支援事業（1回） ケアマネサロン：12回 委託先担当者会議出席：委託件数9割の出席

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

社会資源の情報収集、情報の更新、担い手の創出、養成、フォローアップ、他機関との連携の支援を行います。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

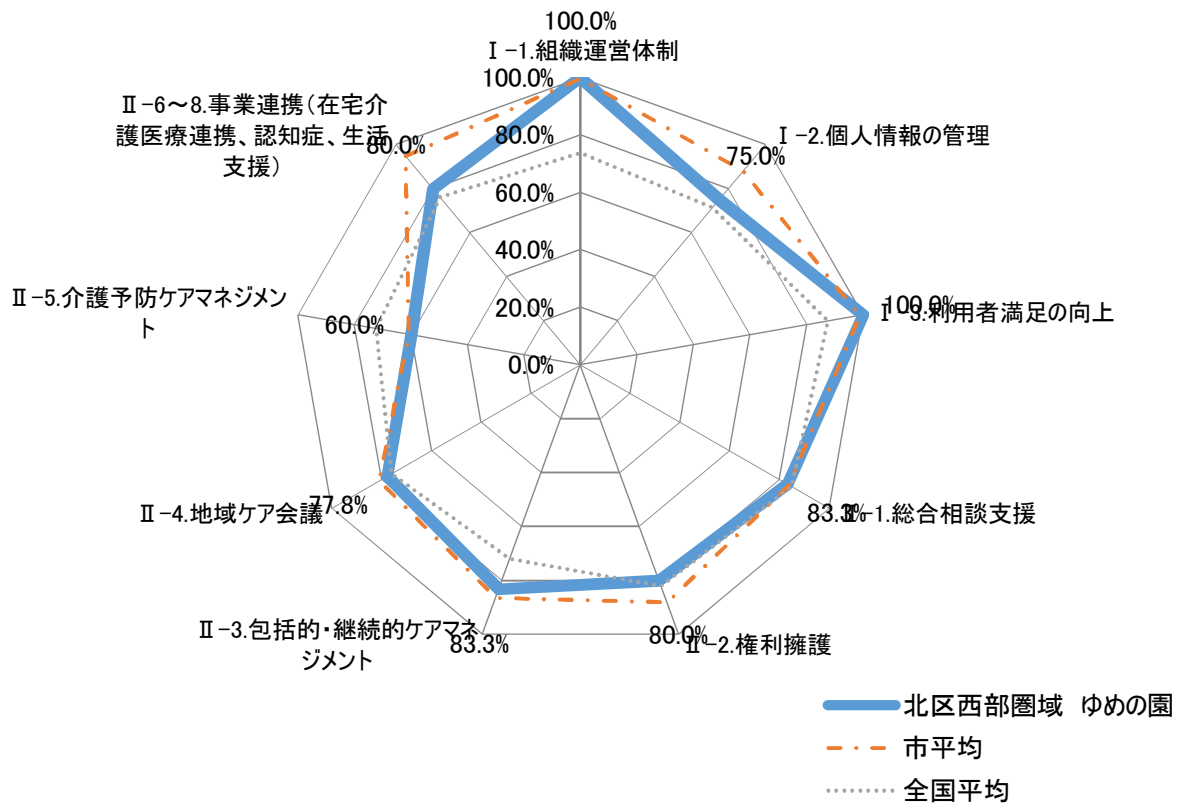
見守り継続支援対象者を把握し在宅介護支援センターと協働にて見守り支援を実施します。  
介護者サロン、認知症カフェの開催と参加者を増やすためのPR活動を協働にて実施します。

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	ワンストップサービス拠点として相談対応時の他職連携、関係機関との連携強化、継続が課題。	スクリーニング機能が向上し、関係機関とのネットワークが維持、拡大を目指す	関係機関との連携強化、人事異動等によって途切れないようにする。	関係が希薄だった関係機関へのアプローチ	関係機関とのネットワークが拡大する
権利擁護	虐待相談が少なく埋もれているケースがないか気になっている。	権利擁護の理解を地域に広める活動をして虐待を防止する地域を目指す	権利擁護について埋もれてる事例がないか関係機関へ周知をおこなう	介護支援専門員、民生委員等への勉強会の実施。住民向け出前講座を実施	介護支援専門員、民生委員等への勉強会の実施。住民向け出前講座を実施
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネ、居宅の主任ケアマネへのサポートが行き届いていない。	居宅主任ケアマネのスーパービジョン、困難事例対応の向上を目指す	ケアマネサロンの定期開催（1回/月）	居宅の主任ケアマネの事例検討会等開催支援	居宅の主任ケアマネの事例検討会等開催支援
地域ケア会議	複数構造の地域ケア会議の目的が曖昧になり目標を見失いそうになる。	包括で開催する複数の地域ケア会議の目的、意味を理解し会議によって得る効果を意識して開催する	現行の会議の開催と並行し自立型地域ケア会議開催にむけ理解を深める	自立型地域ケア会議の開催	自立型地域ケア会議の開催
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	目標志向型のケアマネジメントの説明が利用者、家族に対して不十分。	目標志向型、自立に向けたケアプランの理解が深まる	出前講座、委託担当者会議にて周知活動を行う。	自立型地域ケア会議の開催	自立型地域ケア会議の開催
在宅医療・介護連携	医療機関主催の連携会議に参加。介護者サロン、認知症サポーター講座を通して連携を図っている	介護者サロン等に地域の医療機関を招き、講演、講義を通して連携を強化	連携が図れていない医療機関へのアプローチ	連携が図れていない医療機関へのアプローチ	医療機関とのネットワークが維持できている。
認知症高齢者支援	地域住民の認知症の理解が不十分。サポーター養成講座に若い世代の参加が少ない。	認知症の理解が広まり認知症になっても安心して暮らせる地域を目指す	小中学校、保護者、自治会、一般企業に開催を依頼する	小中学校、保護者、自治会、一般企業に開催を依頼する	小中学校、保護者、自治会、一般企業に開催を依頼する

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	02北区							
日常生活圏域	05北区西部							
センター名称	北区西部圏域 ゆめの園							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	43,026人	9,262人	21.5%	1,625人	3.8%	417人	1,188人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	227人	190人	362人	277人	250人	175人	124人
	率	14.0%	11.7%	22.3%	17.0%	15.4%	10.8%	7.6%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>北区は、10区の中では高齢化率は低いほうですが、今後は、急激な高齢化が予測されています。また、都市基盤の整備が進められてきた地区でもあり、新たな住民も増加していることから、地域住民の交流を活性化していくことが重要です。</p> <p>現在、住民主体による高齢者サロンや趣味のサークル等、気軽に参加できる集いの場や健康づくりの場の活動は活発ですが、高齢者が容易に通うことのできる場としては十分であるとはいえません。</p> <p>高齢になっても、誰もが住み慣れた地域で生きがいを持って暮らし続けられるよう、高齢者生活支援体制の整備を推進する必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>北区西部圏域は、高齢化率が21.8%となっており、全体では低めではあるものの、圏域内のいくつかの集団住宅では高齢化が進んでいる状況が浮かび上がっている。これまで、自治会を中心に百歳体操の自主グループが8団体立ち上がり、ウォーキンググループは2か所、介護者サロンは3ヶ所、オレンジカフェ1ヶ所と地域の場を増やしてきましたが、現在も通いの場が足りないとの声が上がっている状況です。既存活動へのフォローアップは続けつつ、担い手を含む参加者のモチベーションを維持し、楽しく継続できる通いの場づくりが課題。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢世帯や独居高齢者、認知症高齢者が増え続けており、ますます地域とのつながりや支え合いが重要になってきている。民生委員や自治会等の連携を強化し、いきいき百歳体操や介護者サロン等の地域活動を増やし、地域住民の交流を活性化していきます。また、地域住民の介護予防・認知症に対する理解を深められるよう出前講座や介護相談会、認知症サポーター養成講座等を介護サービス事業所や薬局などと協働で取り組むことで関係機関とのネットワークを強化していきます。</p>							

## 平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



### 前年度の総括

・地域の百歳体操は、平成30年度はマンション内で1か所立ち上がり、現在、7カ所自主化している。2か所のウォーキング自主運動グループについては、年1回フォローアップ講座を行いながら活動を継続支援を行った。介護者の集いは、小人数でお菓子やお茶など飲みながら、おしゃべりを楽しめる集いや椅子に座ってヨガを行いリフレッシュができる集い、病気や介護予防等に役立つような講座を中心とした集いを開催。それぞれの集いの個別化を図り、毎回、たくさんの方が参加している。オレンジカフェは、本年度から毎月から隔月に変更。活動内容は変わらず、毎回、民生委員や近隣のグループホームの職員・ケアマネジャーさんにも協力頂きながら開催しています。認知症サポーター養成講座は、共催を含め、年8回開催。地域住民向けの講座については、しもか荘5回、高齢サロン等での計9回開催しました。シニアサポートセンターの周知活動として、イオン大宮店で健康・介護相談会を年2回開催（7月・11月）しました。ケアマネ支援は、圏域の在宅・施設ケアマネ勉強会を年4回開催。また、民生委員・ケアマネジャー合同勉強会も年1回開催した。地域支え合い推進員と連携し、地域活動マップ・ゆめの園新聞を地域住民やケアマネジャー等の関係機関にも配布し、外出の促進や健康・生きがいづくりに繋がられるよう取り組んできました。

①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	・住民主体の通いの場を増やしていく。
	達成数値目標	・日進2丁目に1カ所百歳体操の団体を立ち上げ、自主化する。
目 標 ②	取組事項	・認知症の理解を広め、地域で認知症の方や家族が気軽に立ち寄れる場を増やします。
	達成数値目標	・日進2丁目に、オレンジカフェを立ち上げる。 ・認知症サポーター養成講座を年5回以上開催する。
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源の情報収集を継続。地域活動マップを年1回以上更新します。</li> <li>・ゆめの園新聞を地域の情報源の一つとなるよう、年3回以上発行します。</li> <li>・地域の関係者間ネットワーク構築のため、地域支え合い連絡会（高齢者生活推進会議）を年3回以上、開催します。</li> </ul>		
③在宅介護支援センターと連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日進1丁目の自主運動グループ（ガンバの会）の後方支援。</li> <li>・年2回のイオン大宮櫛引店での介護相談会への参加。</li> <li>・認知症サポーター養成講座の協力。</li> </ul>		

#### Ⅳ. ロードマップ

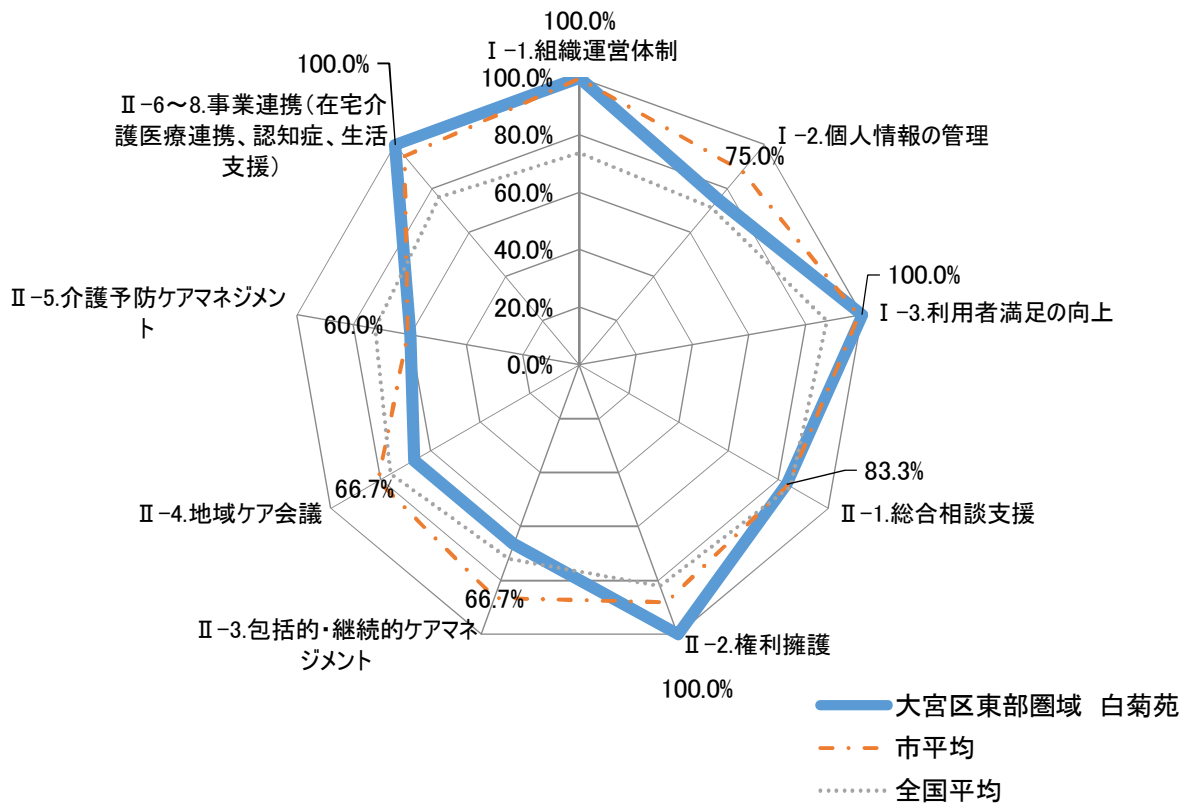
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談内容の多様化・複雑化	ニーズに合った専門機関と協働しながら支援ができるようになる。	地域資源を発掘・整理する。	社会資源のマップの作成	社会資源の共有・活用。
権利擁護	消費者被害が減らない。権利擁護（虐待・成年後見制度）の背景やが複雑で、専門職の。	高齢になって様々な社会生活上の困難を抱えても、地域で自分らしく安心して生活できる支援体制の充実。	ケアマネジャー・民生委員、行政機関との合同勉強会の開催。	ケアマネジャー・民生委員、行政機関との合同勉強会の開催。	ケアマネジャー・民生委員、行政機関との合同勉強会の開催。
包括的・継続的ケアマネジメント	多様な問題を抱える利用者が増え、介護支援専門員の抱える問題が複雑化してきている。	介護支援専門員と多職種との連携を深めながら、多職種協働で問題解決ができるようネットワークの構築。	主任ケアマネをファシリテーターとした事例検討会を年2回開催。	介護支援専門員のニーズに基づき、関係機関に関する情報提供・意見交換できる機会を作る。	介護支援専門員の実践力の向上・関係機関とのネットワーク強化
地域ケア会議	地域支援個別会議の開催回数が少ない。	地域の課題を共有し、関係機関の役割分担や資源の調整・開発を行い、地域づくりを進めていく。	自立支援型の地域ケア会議を開催。	自立支援型の地域ケア会議を開催。	地域支援推進員や民生委員等に地域ケア会議の参加を促し、地域の課題を共有していく。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	地域活動は増えたが、歩行が困難な方は、介護保険を利用せざる得ない状況。	自立支援・介護予防に資するケアマネジメントとサービスの提供が実践できる。	状態像を踏まえながら、住民主体による支援など多様なサービスの利用を促進。	状態像を踏まえながら、住民主体による支援など多様なサービスの利用を促進。	介護予防ケアプランに地域の住民主体の通いの場等を位置付けられる。
在宅医療・介護連携	医療機関と意見交換等する機会が少ない。	医療・介護が互いに見える関係性を構築し、連携が取りやすい関係になる。	医療・介護マップを作成し、情報を共有する。	医療機関と介護事業所の意見交換会の開催。	医療機関との共同の勉強会の開催。
認知症高齢者支援	地域で孤立しやすく、医療・介護につながるまで時間がかかる。	認知症になっても、希望と尊厳を持って暮らせるよう居場所や社会的支援を構築する。	オレンジカフェを圏域に1カ所増やす。	認サポを年5回以上開催する。	認サポの受講者や元気な高齢者に地域活動に参加してもらう。

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	03大宮区							
日常生活圏域	06大宮区東部							
センター名称	大宮区東部圏域 白菊苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	56,766人	13,359人	23.5%	2,351人	4.1%	684人	1,659人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	354人	330人	493人	404人	314人	279人	169人
	率	15.1%	14.0%	21.0%	17.2%	13.4%	11.9%	7.2%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>団塊ジュニアの世代が団塊世代を大きく上回る傾向にあります。当面、高齢者人口の伸びは比較的緩やかになっていますが、ひとり暮らし高齢者が多く、住民相互の交流や支え合いの仕組みづくりが課題となっています。</p> <p>後期高齢者の増加により、介護を必要とする人や認知症高齢者の増加が予測されるため、高齢者自らが積極的に介護予防に取り組めるよう、地域における集いの場や体操できる場を増やすとともに、地域住民が認知症に対する理解を深め、必要に応じた支援ができるようにすることが必要です。なお、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）により、地域資源の掘り起こしやネットワークづくりに努めておりますが、高齢者生活支援体制の整備については、日常生活圏域間でノウハウを共有し取組を進めることが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>大宮区東部圏域は市内でも要支援者のケアプラン作成件数が多い圏域です。介護保険サービスを利用することで、今まで参加していた地域活動をやめたり、ご近所同士のつながりが薄くなる等、地域から孤立してしまうことがあります。しかし、その人らしく住み慣れた地域で生活していくためには、自分でできることの維持と地域とのつながりが重要です。また認知症になっても住みやすいまちづくりについて啓発を行っていますが、さらに幅広い世代への周知も必要です。65才になり障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する利用者も増えており、今まで以上に関係機関との連携の必要性が高まっています。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していけるよう、各種会議、地域活動への参加を通して、医療、介護、地域、行政の連携強化を図ります。また、ケアマネジャーやサービス事業所、地域住民に向けて介護予防や自立支援、地域とのつながりの重要性について周知し、自立支援型ケアプランの作成に取り組めます。</p> <p>今後は若い世代に向けても認知症サポーター養成講座を行い、認知症になっても住みやすいまちづくりについて考える機会を持って頂けるよう活動していきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

「運動教室の会場・回数増と講座の実施」、「介護者サロン・オレンジカフェの回数増と講座の実施」の2点を重点的に取り組み、回数が増え、介護予防の拠点活性化や、介護者・認知症の方の居場所作りを進展させることができました。また地域支え合い推進員とともに、ますます元気教室参加者への支援や、いきいき百歳体操自主グループの活動支援も継続しています。ケアマネ支援では、勉強会の内容に関してアンケート調査を行い、希望に沿った勉強会の実施、地域支援個別会議の傍聴を通じた資質向上に努めました。介護予防や自立支援、地域とのつながりの重要性に関する周知は、ケアマネジャーやサービス事業所向けには行っていますが、地域住民向けの取り組みを充実させる必要があります。また、認知症になっても住みやすいまちづくりについて、今後は地域を支えていく幅広い世代に啓発していく必要があると考えます。その他、65才を迎え障害福祉サービスから介護保険サービスへ移行するケースに関する相談も多くあり、制度間の移行がスムーズにできるよう関係機関との連携に努めました。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	介護が必要になっても地域の中で孤立せず、住み慣れた地域でその人らしく自立した生活を続けられるよう支援していくため、ケアマネジャーやサービス事業所、地域住民に向けて、介護予防や自立支援、地域とのつながりを持ち続けることの重要性について周知していく。
	達成数値目標	その人らしい生活の継続のために、介護予防や自立支援、地域とのつながりの重要性について啓発していく。 ケアマネジャー、サービス事業所向け：月1回地域支援個別会議への事例提出や傍聴、年1回勉強会を開催。 地域住民向け：年3回地域支援会議での周知、4地区へそれぞれ年1回以上健康講話。
目 標 ②	取組事項	認知症になっても住みやすいまちづくりについて考えていくため、認知症サポーター養成講座の企画・開催を通して地域の実態を把握し、認知症について幅広い世代の理解を深める。
	達成数値目標	1. 包括主催で住民向けの認知症サポーター養成講座を年3回行う。 2. 2020年度、圏域内の学校で認知症サポーター養成講座を開始することを目標とし、2019年度中に関係機関と連携して3校程度訪問し、認知症サポーター養成講座の内容について説明を行う。 3. 学生等若い世代への講座開催に向けて、教材や内容等情報収集を行う。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

共に地域活動や会議へ参加し、地域包括支援センターについて広い世代にPRする他、ますます元気教室や百歳体操自主グループの立ち上げ、活動継続の支援強化に努める。また、住みなれた地域でその人らしく自立した生活が送れるよう、地域支え合い推進員からの情報を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアプラン作成に活かす。把握した地域の情報を元に、実状に即した講座やイベントの開催、生活支援への取り組みを行っていく。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

--	--

#### Ⅳ. ロードマップ

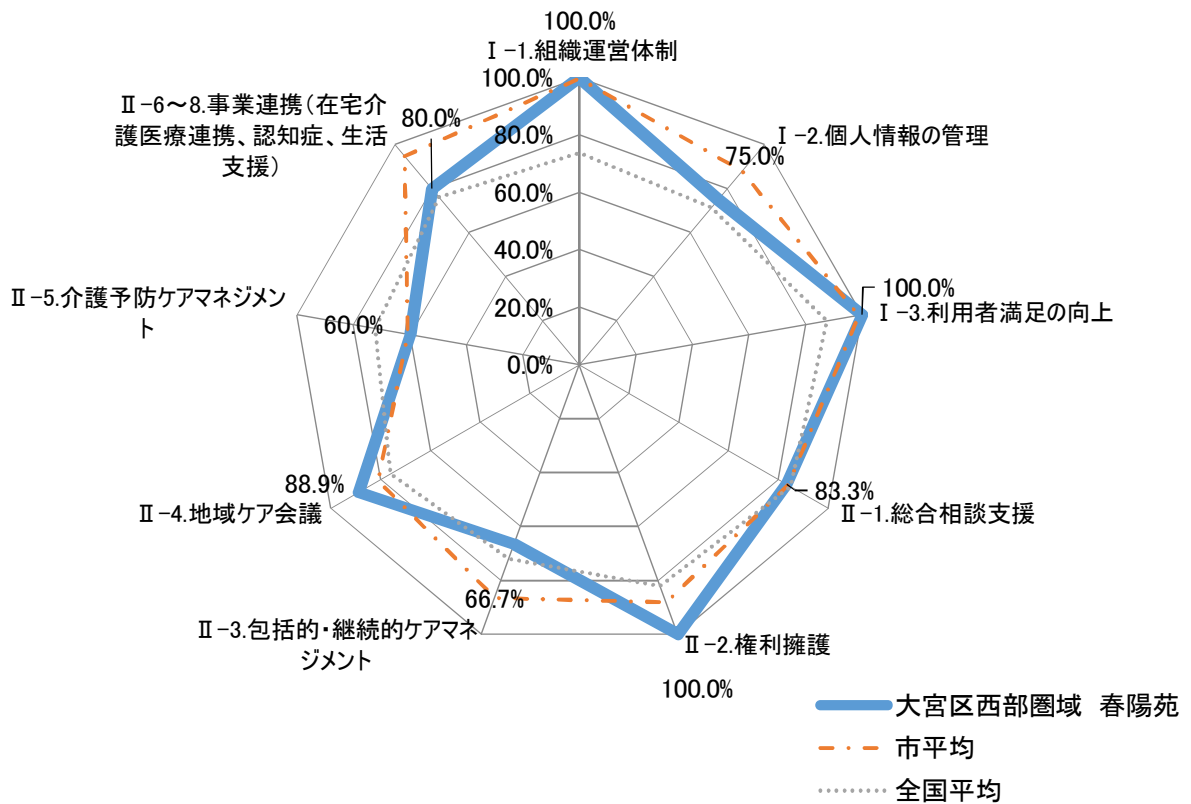
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			2019年度	2020年度	2021年度
総合相談支援	障害福祉サービスから介護保険サービスへ移行するケースが増加している。	関係機関との連携をスムーズに行い、包括的に支援する。	障害、高齢の関係機関と会議を開催し、連携を深める。	関係機関との連携を強化し、継続する。	関係機関との連携を強化し、継続する。
権利擁護	組織毎のアセスメントを統一する必要がある。	個々の事例について、共通認識で対応ができる。	行政と虐待対応の流れの確認、その都度振り返りを行う。	行政と虐待対応の流れの確認、その都度振り返りを行う。	行政と虐待対応の流れの確認、その都度振り返りを行う。
包括的・継続的ケアマネジメント	地域の主任ケアマネジャーとの連携を密にしていく必要がある。	地域の主任ケアマネジャーと協力し、ニーズに合ったケアマネ会議を企画する。	地域の主任ケアマネジャーと共に勉強会の企画を立てる。	地域の主任ケアマネジャーと共に勉強会の企画、実施を行う。	地域の主任ケアマネジャーと共に勉強会の企画、実施を行う。
地域ケア会議	介護保険の制度や介護予防、自立支援について、地域支援会議参加者への周知が必要である。	介護予防・自立支援についての理解が深まり、地域づくりについて会議内で活発な意見交換ができる。	介護保険制度、介護予防、自立支援について丁寧に説明を行う。	参加者が意見を出しやすいように工夫して会議を行う。	会議内で活発な意見交換ができる。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	アセスメントが不十分で具体的な目標設定になっていないケースがある。	目標を明確にし、社会資源を取り入れた個別性のある自立支援型ケアプランを作成できる。	自立支援型ケアプランの学びのため地域支援個別会議の参加を促す。	地域資源の周知のため、地域活動にケアマネジャーの参加を促す。	地域住民に自立支援や地域との繋がりの重要性について啓発する。
在宅医療・介護連携	医療関連団体の特徴の把握が不十分である。	医療関連団体との連携を強化し、ケアマネジメントに活かすことができる。	包括ケアネット等の研修参加、在宅医療連携拠点との連携を図る。	ケアマネ会議等でMSWや医療関係者と意見交換の場を持つ。	ネットワークの強化、リスト化を行う。
認知症高齢者支援	地域住民への認知症に関する啓発は今後も継続が必要である。	住民全体が認知症への理解を深められるような地域作りを目指す。	認知症サポーター養成講座、オレンジカフェを実施する。	地域の実状に即した講座(学校等)、オレンジカフェを展開する。	認知症サポーター養成講座受講者にオレンジカフェへの参加を呼びかける。

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	03大宮区							
日常生活圏域	07大宮区西部							
センター名称	大宮区西部圏域 春陽苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	60,499人	12,829人	21.2%	2,352人	3.9%	651人	1,697人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	360人	291人	499人	408人	327人	277人	186人
	率	15.3%	12.4%	21.2%	17.3%	13.9%	11.8%	7.9%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>団塊ジュニアの世代が団塊世代を大きく上回る傾向にあります。当面、高齢者人口の伸びは比較的緩やかになっていますが、ひとり暮らし高齢者が多く、住民相互の交流や支え合いの仕組みづくりが課題となっています。</p> <p>後期高齢者の増加により、介護を必要とする人や認知症高齢者の増加が予測されるため、高齢者自らが積極的に介護予防に取り組めるよう、地域における集いの場や体操できる場を増やすとともに、地域住民が認知症に対する理解を深め、必要に応じた支援ができるようにすることが必要です。なお、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）により、地域資源の掘り起こしやネットワークづくりに努めておりますが、高齢者生活支援体制の整備については、日常生活圏域間でノウハウを共有し取組を進めることが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>旧市の中心として早くから人口が集積した為、大宮駅周辺の商業・業務地区の周辺にはマンションや住宅などが広がり、今後は比較的狭いエリアに多くの高齢者を抱えることが予測されています。後期高齢者の多くはひとり世帯又は夫婦のみ世帯となることも予想されており、住民が介護予防に取り組める環境を強化して重度化防止を図るとともに、住民同士の支え合いやご近所の助け合いの輪を広げることが必要になります。</p> <p>また、高齢化率の上昇に伴い、認知症高齢者が増加していくため、認知症の正しい知識と理解を広めるとともに、認知症の方と介護する方の不安を解消・軽減する社会資源へ適切に繋げることが必要です。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>後期高齢者の増加に備えて健康寿命の延伸に取り組む必要があり、介護予防のための自主グループが順次立ち上がっています。今後も自主グループを身近な場所で必要数立ち上げるためには、集いの会場や支え手の充足が必要条件になります。集える場所のリサーチと、支え手の発掘を継続的に行い、2021年度までに20か所以上の集いの場を住民主体で運営できるように支援します。</p> <p>また、認知症の予防・早期発見・対応方法・相談窓口・利用できる支援等、認知症に対する幅広い知識と理解の拡充を図ります。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

平成30年度も積極的に地域に出向くことを心がけ実践して参りました。相談件数は年々増加しており、高齢者の相談窓口としての包括の位置付けが促進したこと、高齢者の増加を実感した年度となりました。

年間重点取組事項の目標の一つ目として、新たないきいき百歳体操の自主グループの立ち上げ支援と、既存グループの継続支援について、行政職員・地域支え合い推進員と連携して取り組みました。立ち上げについては目標数値を上回る8ヶ所の新たなグループが誕生し、既存グループについては全グループが住民主体の運営を維持できており、介護予防に係る環境強化に繋がったと言えます。また、既存グループ継続支援の一環として、前年度も大宮区全体の交流会を行政・社協と協力して開催し、理学療法士による「いきいき百歳体操」のフォローアップや、グループを越えた情報交換などを行い、参加者より継続に向けてモチベーション維持に繋がったことがうかがえる声が寄せられました。

年間重点取組事項の目標の二つ目は、認知症サポーター養成講座の企画・開催（地区社協の区域毎）と、オレンジカフェにおけるおれんじパートナーの活用について取り組みました。認知症サポーター養成講座は目標数値を上回る6回開催し、地域内に理解者を増やすことができました。おれんじパートナーとの活動については、さらに内容を充実させ、引き続き取り組んで参ります。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で、能力に応じてその人らしい自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防・自立支援について理解を広めます。
	達成数値目標	サロンなどの地域活動の場で、高齢者や高齢者を支える方達に向けて介護予防・自立支援の講話を行います。（各地区社協の区域毎に1回以上）
目 標 ②	取組事項	おれんじパートナーと一緒に活動する機会を増やします。認知症の方への対応方法について助言等を行い、おれんじパートナーが活躍の場を拡大できるよう支援します。
	達成数値目標	認知症サポーター養成講座で3人以上、オレンジカフェで6人以上、おれんじパートナーと一緒に活動します。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

地域支え合い連絡会（協議体）に構成メンバーとして参画、支援します。  
 地域ケア会議で把握した地域課題、日常の相談業務を通して把握した地域の高齢者の生活ニーズ、社会資源情報を共有し、高齢者生活支援体制整備事業を支援します。  
 地域活動に地域支え合い推進員と協力しながら参加し、地域との連携強化に繋がります。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

地域包括支援センターが実施する地域活動のうち、在宅介護支援センターの担当地区内で実施する体操教室・オレンジカフェ等の活動を共に行います。また、担当地区の高齢者からの相談に迅速に応じ、在宅介護支援センターが実施した実態把握の内容や、見守り対象者の状況を共有します。

#### IV. ロードマップ

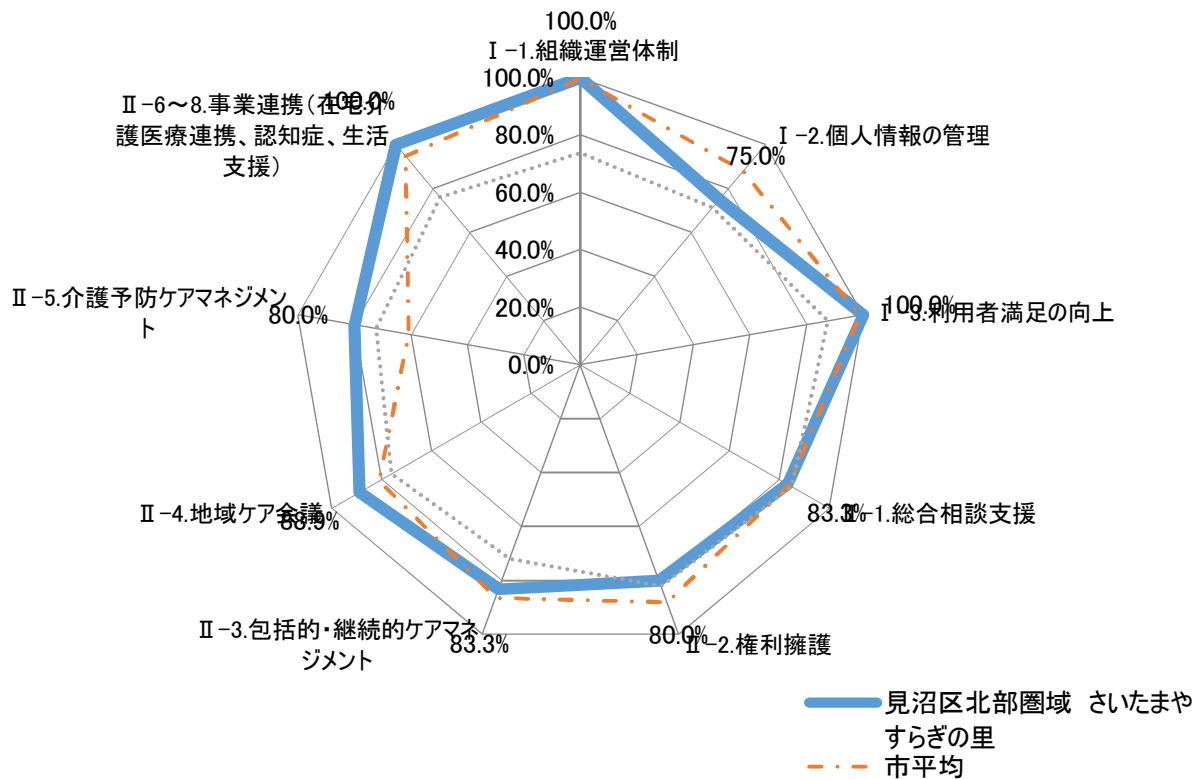
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			2019年度	2020年度	2021年度
総合相談支援	相談件数が年々増加しており、その内容も多重問題を抱えたケース等、多様化している。	個人の相談対応力をレベルアップすることでチームアプローチの強化を図る。	専門性を向上させる研修に参加する。	専門性を向上させる研修に参加する。	専門性を向上させる研修に参加する。
権利擁護	消費者被害・詐欺の件数が増加している。	被害状況の把握と被害拡大の防止に努める。	関係機関・住民と情報を共有する。	関係機関・住民と情報を共有する。	関係機関・住民と情報を共有する。
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネ事業所に対し年度当初にケアマネ勉強会の開催計画を十分に周知できていない。	ケアマネ事業所に向けて、年度当初にケアマネ勉強会の年間予定を周知する。	年間計画について居宅介護支援事業所と協議する。	年間計画の策定と周知を行う。	年間計画の策定と周知を行う。
地域ケア会議	地域支援個別会議で自立に資する支援が提供される検討が求められている。	地域支援個別会議で個別ケースの積み重ねで地域課題を発見・抽出する	地域住民へ介護予防・自立支援の理解を広める。	介護予防・自立支援に対する地域住民の理解が深まる。	高齢者個人の支援が充実する。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	アセスメントに応じた総合事業における多様なサービス利用が十分に行えていない。	目標を達成するための具体的なアセスメントを行い、地域に即した多様なサービスを検討する。	生活ニーズの整理・分類を行う。	生活ニーズに対応する社会資源の検討を行う。	生活ニーズに対応する社会資源の検討を行う。
在宅医療・介護連携	在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対して、相談事例がない。	在宅医療・介護推進事業との連携強化を図る。	相談窓口と介護支援専門員の顔の見える関係づくりを支援する。	円滑な連携体制を構築する。	連携体制を推進する。
認知症高齢者支援	認知症高齢者支援に携わるボランティアに対して助言等の支援を十分に行えていない。	ボランティアと活動を共にする中で助言等の支援を行う。	ボランティアへの活動勧奨と助言を行う。	ボランティアが活躍できる場を拡大する。	ボランティアが主体的に活動できる。

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	04見沼区							
日常生活圏域	08見沼区北部							
センター名称	見沼区北部圏域 さいたまやすらぎの里							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	29,639人	6,650人	22.4%	1,044人	15.7%	277人	748人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	133人	144人	203人	179人	166人	124人	76人
	率	12.7%	13.8%	19.4%	17.1%	15.9%	11.9%	7.3%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>見沼区は10区中高齢者の数が1番多く、高齢化率が高いことから、介護を必要とする高齢者の数も多い区です。今後、後期高齢者の増加が予想されるため、介護予防の取組がさらに必要です。また、介護予防には社会参加や生きがいづくりも重要な要素であり、身近な社会参加の場を増やしていく取組も必要です。</p> <p>自治会連合会、地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）の連携強化により、支援を必要とする高齢者への援助が積極的に行われるようになってきていますが、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の生活を支えるために、見守りを含め、住民活動や地域の担い手を増やすなど、地域の支え合いの基盤づくりを推進し、充実させていくことが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>後期高齢者の割合が高くなってきている。単身者世帯、高齢者世帯が増加しており、今後は更に地域の見守り体制の強化、交流の場作りが必要である。</p> <p>1996年～2000年に建設された春野アーバンみらい地区の住民が同時期に後期高齢者となるため、更に介護予防の取り組みや啓発、活動できる場が必要。</p> <p>地域福祉行動計画のアンケートでは、医療機関の不足と交通の便の悪さを訴える意見が多い。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 元気なうちから介護予防について学べる機会を増やす。</li> <li>2 歩いて通える距離に運動できる場所を作る。</li> <li>3 地域の他の機関と連携をとり、交流の場作り、見守り体制作りを支援して行く。地域の中で、住民の支援の流れをスムーズにする。</li> </ol>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

多様な業務を分担しながらも定期的に情報共有することで職員間の連携がとれ、目標に向かって業務を遂行できた。

年々総合相談の内容は複雑になってきているが、日常の細かな作業を見直し、効率化することで、総合相談における住民への対応を丁寧に行うことができた。虐待や困難事例は区役所と密に連携をとりながら慎重な判断をすることで、センターだけで抱えることなく対応できている。

圏域内の主任介護支援専門員の協力もあり、圏域内のケアマネ勉強会の内容が更に深まったものとなった。

必要な地区で介護予防の活動を広げることができ、住民の健康に対する意識が高まってきている。

地域の各機関と共催で、地域活動を展開してきたことで、情報収集が深まり、地区内での横のつながりも深まってきている。地域支え合い推進員や協議体と共に活動することができ、地域の居場所作りや情報をまとめた「お元気マップ」も順調に更新できている。今後も業務が多忙化することが予測される中、地域の支え合い活動の推進にどこまで力を注げるかが課題。



Ⅲ. 年間重点事業		
①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	高齢者人口が今後上昇する予定のアーバン地区を重点的に介護予防の啓発のための活動を行っていく
	達成数値目標	1 春野老人憩いの家で住民を対象に、介護予防のための勉強会を開催する。(5/28・9/25・1/29の年3回) 2 住民を対象とした見守り合いのための「お元気喫茶」にて健康相談、健康体操、ミニ講話を実施する。 (毎月第2木曜日 8月を除く年11回)
目 標 ②	取組事項	介護者サロンを老人保健施設と共催で新たに開催する。 開催場所を1箇所増やし、内容を充実させることで、今まで参加できなかった住民も参加できるようにする。
	達成数値目標	1 介護者サロン11回/年開催 2 新たに追加した場所で年2回開催
②地域支え合い推進員(生活支援コーディネーター)や協議体と連携した取組		
1 見守りネットワーク、住民の支え合いの組織立ち上げ。運営の支援 2 住民同士の介護予防のためのグループ(百歳体操自主グループ)の運営継続支援 3 住民が地域で利用できる場所、情報が掲載されたマップ「ぶらりはるおか・お元気マップ」の情報収集、作成、更新、配布 4 住民が利用できる、交通機関、サービス、医療情報、などの情報をリスト化する。		
③在宅介護支援センターと連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・春岡地区社会福祉協議会主催のうんどうサロンにおける健康管理、血圧測定</li> <li>・地域行事見沼区フェスティバル・春岡フェスティバルでの活動</li> <li>・ケアマネージャー交流会、勉強会の開催 ・地域支援会議開催</li> <li>・春岡地区地域福祉交流会の開催</li> </ul>		

#### IV. ロードマップ

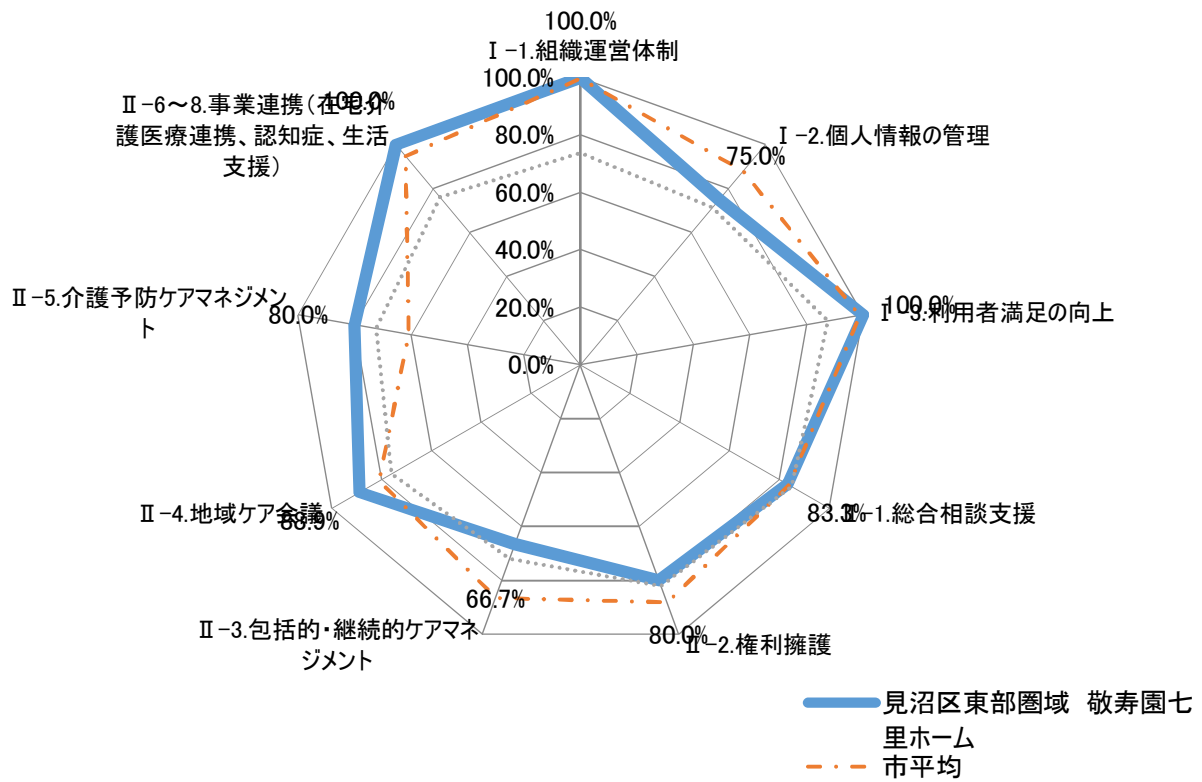
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	圏域全体の相談傾向だけでなく、細かな地区の相談傾向を知りたい。	地区ごとに相談データが細かく取れ、傾向がわかるようになる。	ソフトの相談情報を更に分類し入力できるようにする。	統計を取り、地域の課題傾向を知る	過去の統計を地域支援会議などで活用する。
権利擁護	高齢者虐待や後見人制度について地域住民の理解が不十分	地域住民の権利擁護に対する理解が深まる。	やすらぎ通信に高齢者虐待、後見人制度の記事を掲載する。 最新の消費者被害情報を高齢者サロン、各集まりの場で伝える。	30年度と同様＋民生児童委員と勉強会を開く	30年度と同様＋ケアマネ交流会で勉強会を開く。
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員の抱える課題やニーズを充分把握できていない。	介護支援専門員の課題やニーズを把握し、勉強会や交流会を通して、包括的、継続的ケアマネジメントの実践力が高まる。	今までの勉強会、交流会に加えて主任介護支援専門員同士のネットワークを構築する。	今まで勉強会、交流会に加えて関係機関との意見交換会などの企画を立てる。	介護支援専門員が主体的に勉強会、交流会の企画を立てられるように支援する。
地域ケア会議	自立支援に向けた地域支援個別会議ができていない	地域支援個別会議で自立支援に向けた話し合いができ、プランに取り入れられる。	会議の方法について学び、内容をセンターで検討し、自プランを見直しする。	多機関の意見が聞ける地域支援個別会議を定期開催する。 2～3回/年	委託の事業所も自立支援に向けた地域支援個別会議を活用してもらいケアプランに生かしてもらおう。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	住民の介護予防に対する意識が高いが、まだ住民主体の継続性の高い運動のできる場所は不足している。	住民が身近な場所で介護予防の勉強や運動ができるようになる。	・健康管理について学べる教室を開催する。 3回/年 ・既存の運動できる場所の運営の支援をし、新たに増えるよう場所を探す。	平成30年度と同様	平成30年度と同様
在宅医療・介護連携	医療情報の入手の困難さや主治医への連絡方法の統一化がなされておらず、医療連携は数居の高い状況がある。	介護事業者や介護支援専門員が相談しやすい医療機関が増える。	医療と介護の連携シート作成に協力する。包括ケアネット事業に参加、協力する。	医師会主催の包括ケアネットの会議に継続的に参加する。	医師会主催の包括ケアネットの会議に継続的に参加する。
認知症高齢者支援	地域住民の中で認知症高齢者に対する理解は少し深まっているが、対応や地域でも支えていくという意識はまだ薄い。	住民が認知症の方との対応に慣れ、接する機会が増える。	・オレンジカフェの定期開催11回/年 ・介護者サロンの定期開催11回/年 ・認知症サポーター養成講座の開催（随時） オレンジパートナーに協力を得る。	平成30年度と同様＋地域の既存の集まりに認知症の人も参加できるように働きかける。	平成30年度と同様＋地域の既存の集まりに認知症の人も参加できるように働きかける。

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	04見沼区							
日常生活圏域	09見沼区東部							
センター名称	見沼区東部圏域 敬寿園七里ホーム							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	36,143人	10,174人	28.1%	1,796人	17.7%	478人	1,307人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	274人	204人	404人	297人	252人	218人	136人
	率	15.3%	11.4%	22.5%	16.5%	14.0%	12.1%	7.6%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>見沼区は10区中高齢者の数が1番多く、高齢化率が高いことから、介護を必要とする高齢者の数も多い区です。今後、後期高齢者の増加が予想されるため、介護予防の取組がさらに必要です。また、介護予防には社会参加や生きがいづくりも重要な要素であり、身近な社会参加の場を増やしていく取組も必要です。</p> <p>自治会連合会、地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）の連携強化により、支援を必要とする高齢者への援助が積極的に行われるようになってきていますが、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の生活を支えるために、見守りなどを含め、住民活動や地域の担い手を増やすなど、地域の支え合いの基盤づくりを推進し、充実させていくことが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>東部圏域は県営・市営住宅をはじめ、集合住宅、住民団地が多い地域です。高齢者人口は1万人、高齢化率は28%を超えています。住民の健康に対する意識が高く、公民館活動や住民主体の自主グループ等の介護予防活動が活発です。一方、高齢者の活動の場の情報が少ない地域がある為、現状とニーズの把握をする必要があります。また、独居、高齢世帯で身寄りがなく、認知症の発症や経済的困窮等により困難事例として相談が入ることが多い地域です。本人が将来に備え準備することや、関係機関、地域包括支援センターが早期発見し対応できる取組が必要です。</p>							
担当圏域の状況を踏まえた長期目標	<p>圏域内の独居高齢者の孤立化を防ぎ、早期対応や見守りを強化するために、民生委員や自治会等の地域の関係機関と顔の見える関係を作っていきます。</p> <p>また、認知症の人や家族を地域で支えられるように取組ます。認知症サポーター養成講座受講者を対象としたフォローアップ講座や子ども（親子）を対象とした認知症サポーター養成講座、おれんじパートナー交流会を開催します。地域住民が一歩進んだ支援者として地域での温かい声かけや関わり、オレンジカフェ等に参加、協力できるよう取組ます。</p> <p>介護予防の住民主体の活動が少ない地域を平成30年度中に把握、リスト化し、平成32年度までに新しいグループの立ち上げを支援します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

認知症サポーター養成講座を10回（地域住民向け7回、地域の親子向け1回、東宮下小学校1回、大宮東警察1回）開催しました。核家族の増加に伴い、高齢者と関わる機会が減っている子ども向けの講座も初めて行いました。また、より積極的な支援につながるようにセンター独自の認知症サポーターフォローアップ講座を七里地区社会福祉協議会と共催で行いました。

歩いていける距離に活動の場が広がるよう、既存の活動の場にいきいき百歳体操を取り入れたり、新規立ち上げ支援を地域支え合い推進員が中心となり行いました。その結果、いきいき百歳体操を行う活動の場は、10箇所増え17箇所となっています。集いの場（運動、交流等）の情報が不足している地域がある為、現状とニーズの把握をし、必要に応じて立ち上げ支援等行っていく必要があります。

民生委員協議会と敬寿園七里ホーム、地域包括支援センターと合同防災訓練を行いました。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	<p>認知症など介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で長く暮らすことができるように、地域住民が認知症の理解を深め、地域の支え合いが深まるよう取組めます。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 様々な世代対象の認知症サポーター養成講座開催</li> <li>2 一度受講した方向けのフォローアップ講座開催</li> <li>3 おれんじパートナーの交流会開催</li> </ol>
	達成数値目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 子ども対象の認知症サポーター養成講座開催 (小学校 1回/年、地域の親子2回/年)</li> <li>2 認知症サポーターフォローアップ講座開催 3回/年</li> <li>3 おれんじパートナーの交流会開催 1回/年</li> </ol>
目 標 ②	取組事項	<p>蓮沼、風渡野地区については、集いの場（運動、交流等）の情報が少ない為、自治会、社会福祉協議会、民生委員等から話を聞き、現状とニーズの把握に努めます。</p>
	達成数値目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 自治会、地区社会福祉協議会等、民生委員等から話を聞く 1回/年</li> <li>2 蓮沼、風渡野地区の高齢者施設、商店等で会場の提供が可能か情報収集する 1回/年</li> </ol>

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

地域支え合い推進員と共同で高齢者生活支援推進会議に助言、協力を求め、地域の社会資源の把握を行ったり、新たな住民主体の活動の立ち上げ支援を行ないます。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

関わりが困難な方の見守り、困難事例等で連携し対応します。地域活動にも共同で取り組み、地域での介護予防を広めます。また在宅介護支援センターも地域支援会議、高齢者生活支援推進会議の委員として協力を得るようにします。

## IV. ロードマップ

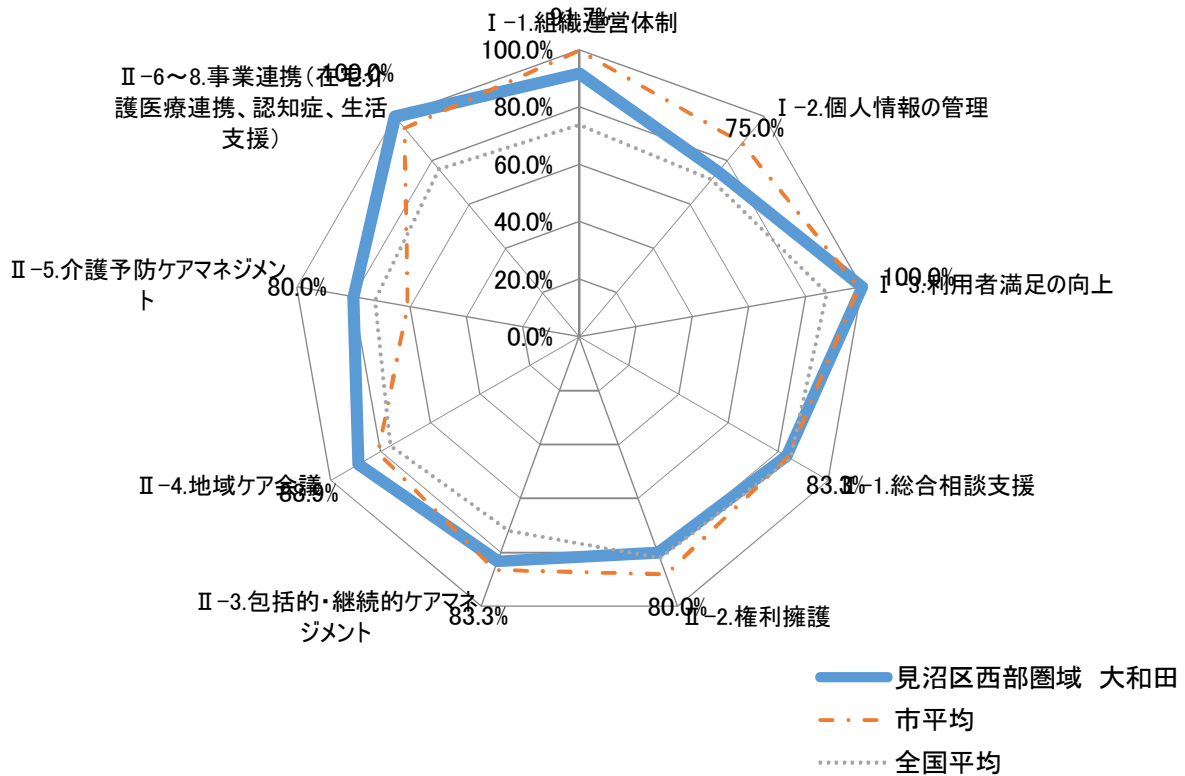
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談事例の終結条件または分類方法の未設定	相談事例の終結条件または分類方法を設定し、情報の共有を図る	地域包括内で終結条件または分類方法の検討	さいたま市と終結条件または分類方法の検討	相談事例の終結条件を設定し、情報の共有できる
権利擁護	成年後見制度の適用に関する判断基準を市区町村と共有（スクリーニングシートの活用等）していない	成年後見制度の適用に関する判断基準を市区町村と共有（スクリーニングシートの活用等）する	成年後見制度の適用に関する判断基準を市区町村と共有方法の検討	成年後見制度の適用に関する判断基準を市区町村と共有方法の検討	成年後見制度の適用に関する判断基準を市区町村と共有する
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員を対象にしたケアマネ勉強会の開催計画を策定し、年度当初に、指定居宅介護支援事業所に示していない	介護支援専門員を対象にしたケアマネ勉強会の開催計画を策定し、年度当初に、指定居宅介護支援事業所に示す	ケアマネ勉強会の開催計画を策定し、年度途中に、指定居宅介護支援事業所に示す	ケアマネ勉強会の開催計画を策定し、年度当初に、指定居宅介護支援事業所に示す	平成31年度と同様
地域ケア会議	センター主催の地域ケア会議における検討内容のまとめを、会議後に参加者間で共有していない	センター主催の地域ケア会議における検討内容のまとめを、会議後に参加者間で共有する	地域ケア会議における検討内容のまとめを、会議後に参加者間で共有する	平成30年度と同様	平成31年度と同様
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	ケアプラン作成に当たっての委託事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市区町村から示されていない。	市区町村から示されたケアプラン作成に当たっての公平性・中立性確保のための指針に従って委託事業所を選定する	公平性・中立性確保できるよう委託事業所を選定、記録し職員間で共有する	平成30年度と同様	公平性・中立性確保のための指針に従って委託事業所を選定する
在宅医療・介護連携	担当圏域で在宅医療を行う医療機関の窓口担当者の氏名を全員は把握していない	担当圏域で在宅医療を行う医療機関の窓口担当者の氏名を把握する	担当圏域で在宅医療を行う医療機関を把握する	担当圏域で在宅医療を行う医療機関の窓口担当者の氏名を把握する	平成31年度と同様
認知症高齢者支援	認知症サポーターは増えてきているが、認知症の方や家族に積極的な支援をするボランティアはまだ少ない	地域住民が認知症の理解を深め、地域の支え合いが深まる	認知症サポーターズテップアップ講座を積極的に案内。独自に認知症サポーターフォローアップ講座を開催する	認知症サポーターフォローアップ講座を積極的に開催する。おれんじパートナーの交流会を開催する	地域に認知症の方や家族に積極的な支援をするボランティアが増える

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	04見沼区							
日常生活圏域	10見沼区西部							
センター名称	見沼区西部圏域 大和田							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	55,331人	13,286人	24.0%	2,234人	16.8%	615人	1,596人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	300人	315人	510人	399人	319人	238人	130人
	率	13.4%	14.1%	22.8%	17.9%	14.3%	10.7%	5.8%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>見沼区は10区中高齢者の数が1番多く、高齢化率が高いことから、介護を必要とする高齢者の数も多い区です。今後、後期高齢者の増加が予想されるため、介護予防の取組がさらに必要です。また、介護予防には社会参加や生きがいづくりも重要な要素であり、身近な社会参加の場を増やしていく取組も必要です。</p> <p>自治会連合会、地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）の連携強化により、支援を必要とする高齢者への援助が積極的に行われるようになってきていますが、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の生活を支えるために、見守りなどを含め、住民活動や地域の担い手を増やすなど、地域の支え合いの基盤づくりを推進し、充実させていくことが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>市内でも高齢者人口が4番目に多い圏域です。高齢化率、認定率は市内平均をやや上回っています。要支援認定を受けて介護サービスを利用している方は、H31年2月時点375人で昨年に比べ増加しています。サロン活動が活発な地域です。今後地域包括ケアシステムを構築していく上で、地域のサロン等の集まりに、要支援・要介護の方も継続して参加できるよう支援していくことが課題です。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>廃用性症候群や生活習慣病等により要支援・要介護認定が必要になることを防ぐ。要支援・要介護状態になっても地域のサロン等に継続的に参加できる地域作りを行っていく。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

目標や具体的な施策は達成できた。個人情報管理については組織体制もあり、今後の課題である。オレンジカフェの数が、地域の要望もあり、予定より多くなったが、周知が十分とは言えず、今後も徐々に広めていきたい。おれんじパートナーも23人おり、オレンジカフェ、認知症サポーター養成講座などに協力いただいている方もいるが、全員との連携は取れていない。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	認知症の正しい理解を広める
	達成数値目標	オレンジカフェ年間30回の開催
目 標 ②	取組事項	多職種連携の推進
	達成数値目標	ケアマネ勉強会年3回、認知症サポーター養成講座年2回、地域リハビリテーション活動支援事業年8回。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

①オレンジカフェの開催。②いきいき百歳体操の活用。③生活支援体制整備について地区社協と連携し進めます。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

実態把握や見守りの連携。サロンへ連携して参加。オレンジカフェ開催。

#### IV. ロードマップ

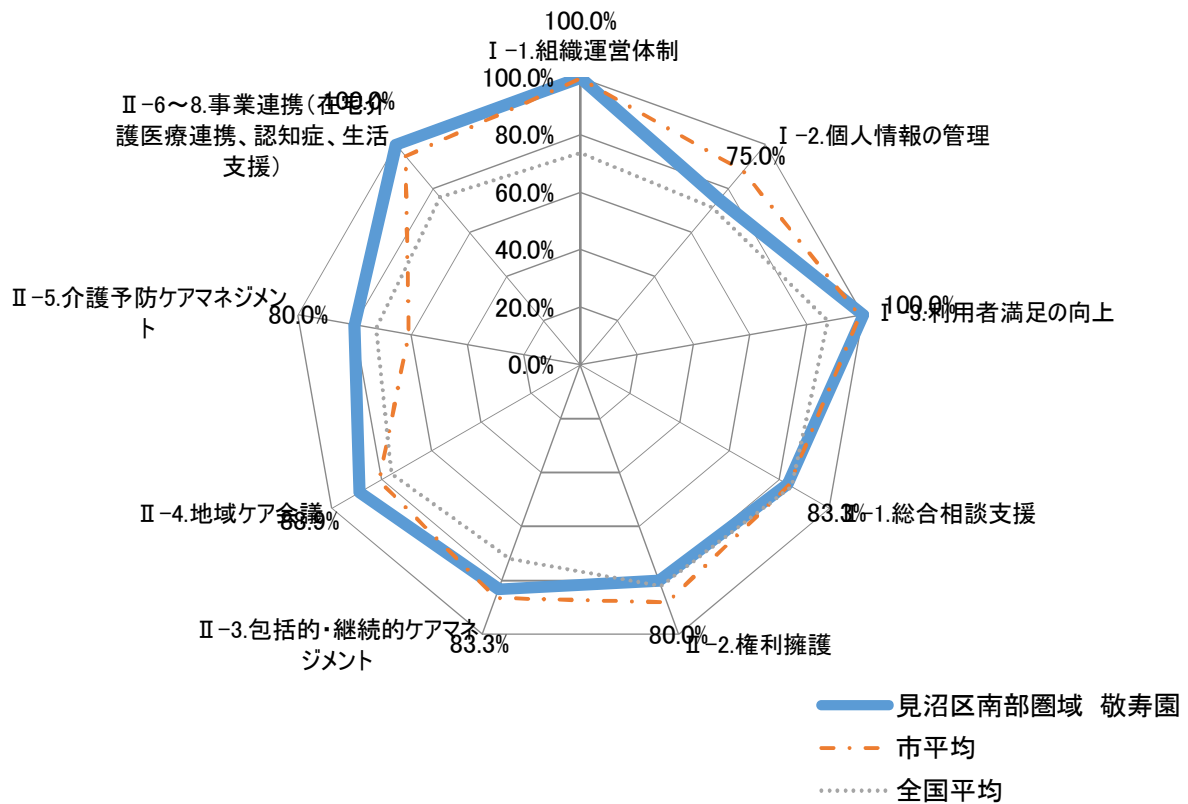
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	今まで連携できていた関係機関に加え、昨年度は薬剤師会と関係ができた。	地域の多様な関係機関とのネットワーク構築	今まで関係が少なかった機関と顔が見える関係を作る。	地域の多様な関係機関とのネットワーク構築	
権利擁護	消費者被害防止の為事例を地域の方や居宅介護支援事業所と共有している。	所内で検討の上、区と連携し対応する。地域住民の権利擁護の理解が深まる。	所内で検討の上、区と連携し対応する。制度についてや消費者被害防止等のため、地域の方や居宅介護支援事業所への情報提供を随時行う。		
包括的・継続的ケアマネジメント	居宅介護支援事業所と地域支援個別会議2回開催。ケアマネ勉強会年5回開催。	地域の関係機関や情報提供。他職種との連携づくりを介護支援専門員に行い、自立支援に向けた適切なケアマネジメントを図る。	見沼区4包括ケアマネ勉強会年2回・圏域内及び委託先ケアマネ会議年3回。	見沼区4包括ケアマネ勉強会年2回・圏域内及び委託先ケアマネ勉強会や事例検討会年3回。地域ケア会議を通して自立支援に対するケアマネジメントの支援。介護支援専門員が抱える支援困難事例への助言・指導。	
地域ケア会議	地域支援会議年3回開催。地域支援個別会議随時開催。	自立支援、介護予防に向けた地域ケア会議開催。地域の課題解決。	地域支援会議年3回。自立支援のための地域支援個別会議の随時開催。	地域支援会議、自立支援のための地域支援個別会議の定期開催。	
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護サービスを利用すると地域活動への参加が少なくなる。要支援でサービス利用を希望する方が多い。	自立支援、介護予防に向けたケアマネジメントを行う。地域での居場所作り。	介護サービスの利用とともに、地域活動への参加も呼びかける。		
在宅医療・介護連携	地域の医療、介護専門機関との関係に多少進展があった。引き続き築いていく。	地域の専門職との顔が見える関係作り。	地域資源調査。地域サロンへの連携して講座開催する。	地域の多様な関係機関とのネットワーク構築	
認知症高齢者支援	認知症の方、家族への支援に取り組んだが、周知に課題がある。	認知症になっても安心して住みつづけることができる地域。	介護者サロンやオレンジカフェの開催をおれんじパートナーと連携し行う。認知症サポーター養成講座の開催。		

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	04見沼区							
日常生活圏域	11見沼区南部							
センター名称	見沼区南部圏域 敬寿園							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	41,257人	11,764人	28.5%	2,027人	17.2%	517人	1,489人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	250人	267人	410人	309人	316人	276人	178人
	率	12.3%	13.2%	20.2%	15.2%	15.6%	13.6%	8.8%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>見沼区は10区中高齢者の数が1番多く、高齢化率が高いことから、介護を必要とする高齢者の数も多い区です。今後、後期高齢者の増加が予想されるため、介護予防の取組がさらに必要です。また、介護予防には社会参加や生きがいづくりも重要な要素であり、身近な社会参加の場を増やしていく取組も必要です。</p> <p>自治会連合会、地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）の連携強化により、支援を必要とする高齢者への援助が積極的に行われるようになってきていますが、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の生活を支えるために、見守りなどを含め、住民活動や地域の担い手を増やすなど、地域の支え合いの基盤づくりを推進し、充実させていくことが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>見沼区南部圏域は、高齢化率が28.5%となっており、中でも東新井交差点以東の高齢化が進み40%近くになっています。南中丸、中川地区においては世帯数が多く、今後高齢化人口の急速な増加が見込まれます。片柳地区に暮らす高齢者の健康寿命の延伸と介護予防の支援のため、歩いて通える範囲に社会参加の場の創設が求められます。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>自治会連合会、地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会、老人クラブ協議会との活動圏域が一致しており、地域との協働・連携が図りやすい利点を生かし、地域包括ケアシステムを推進します。新たな交流拠点として立ち上げたケアサポートサロンみぬまを活かし、介護予防の取り組みやボランティアの育成を進めます。また、認知症などで介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で安心して生活することができるよう、支え合いの基盤づくりを推進します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

平成30年度は片柳地区の介護予防の拠点、支え合いの拠点を旨としたケアサポートサロンみぬまの開設に伴い、ケアサポートサロンみぬまの地域交流ひろばを活用して「おしゃべりカフェ」を開始しました。地域の方の“歩いて行けるところに気軽に集える場所が欲しい”との声を受け、毎週月・水（祝日を除く）に開催し、1294人が利用、ボランティア登録者数は35名となりました。（平成30年5月～平成31年2月）  
 閉じこもりがちな方や認知症があるが介護サービスには繋がらない方等の参加も増えてきています。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	ケアサポートサロンみぬまでのおしゃべりカフェを、片柳地区における介護予防・支え合いの拠点としてより一層活性化させます。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月・水（祝日を除く）に定期的な開催をします。（年93回）</li> <li>・カフェの中で介護予防の講座等を開催し、地域の方の介護予防の意識を高めます（リハビリテーション活動支援事業等を活用）</li> <li>・ボランティア情報交換会を開催します（年2回）</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	認知症の人やその家族に対する支援の充実を図ります。また、認知症などで介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で安心して生活することができるよう、支え合いの基盤づくりを推進します。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座を自治会やサロン等で開催します（年6回）</li> <li>・介護者サロン「かたらいの場」（年12回）、認知症カフェ「楽寿苑」・「まる」（それぞれ年12回）を定期的で開催します。</li> </ul>

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

- ・片柳地区地域支えあい会議（協議体）の開催（年3回）
- ・新たな住民主体の活動の立ち上げ支援（2か所以上）
- ・元気な高齢者には支える側として活躍できるよう、講座等の情報提供（いきいきサポーター養成講座、認知症サポーターフォローアップ講座、担い手養成講座等随時）

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

- ・地域の運動サロンへの参加
- ・定例会において情報共有
- ・見守り事例における連携
- ・地区防災訓練への参加

#### Ⅳ. ロードマップ

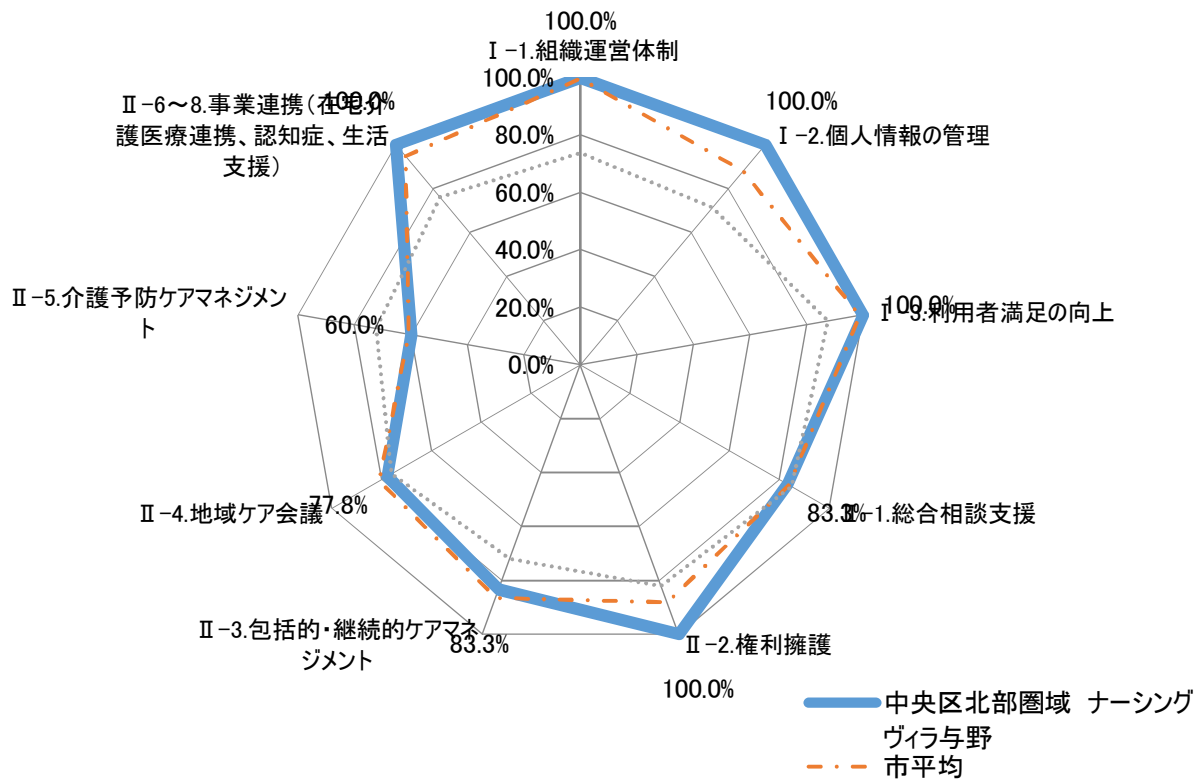
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談事例の分類方法が未設定	相談事例の分類方法を設定、相談内容の見える化	分類方法の検討	分類方法の検討	分類方法の設定と活用
権利擁護	成年後見制度に関する判断基準が設けられていない	判断基準を設けることで、相談者への対応が統一できる	市と判断基準策定に取り組む	市と判断基準策定に取り組む	市との判断基準の共有
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネジャーから受けた相談事例の内容を整理・分類できていない	自立支援に向けたレベルアップを図る	分類シートを作成し相談内容を整理・分類	分類シートを作成し相談内容を整理・分類	事例検討会や勉強会の開催
地域ケア会議	地域ケア会議の全体像が不透明	地域ケア会議の構成が整う	会議の目的や運営方針の共有	地域支援個別会議と地域支援会議の効果的開催	地域ケア会議（4層構造）の連動
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	多様なサービスが構築されていない	多様なサービスを取り入れたケアプランの作成	ニーズの把握と社会資源の情報収集	ニーズの把握と社会資源の情報収集	プランへの位置づけ
在宅医療・介護連携	医療・介護それぞれの視点の相違や役割を共有する	医療・介護の連携が図れる	ケアマネを対象にした勉強会、事例検討会の開催	情報の把握	医療・介護連携に係る定例会開催
認知症高齢者支援	認知症相談の増加	認知症であっても住み慣れた地域で暮らすことができる	初期集中支援チームの活用	初期集中支援チームとの情報連携・多くの場での認知症サポーター養成講座開催	初期集中支援チームとの情報共有・多くの場での認知症サポーター養成講座開催

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	05中央区							
日常生活圏域	12中央区北部							
センター名称	中央区北部圏域 ナーシングヴィラ与野							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	50,391人	10,275人	20.4%	1,811人	3.6%	450人	1,306人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	223人	227人	404人	321人	215人	207人	159人
	率	12.3%	12.5%	22.3%	17.7%	11.9%	11.4%	8.8%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>住み慣れた地域で、安心して長生きできるまちを目指すため、支援を必要としている高齢者の早期発見や見守りなどを、高層マンションなどにおける高齢者世帯の孤立化などの現状を踏まえながら、行う必要があります。</p> <p>また、食品や日用品の購入などの生活機能や、通院等のための移動手段について、地域によってはまだ不十分なエリアがみられることから、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）を中心として、地域資源の発掘、情報共有などを行い、関係機関との連携や活動を推進する必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>高齢化率は市内でも低い方ですが、高齢者人口が1万人を突破するなど今後も支援が必要な住民の増加が見込まれます。圏域には新旧の中高層マンションや大型ショッピングモールが立ち並ぶ地域と、旧家と新興住宅が混在し畑や緑も多い地域とに分かれています。その中で交通や買物の利便性、コミュニティスペースの有無、地域住民のつながり方にも差異があります。よって、ニーズに応じた対応が求められています。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢化や孤立化が懸念されるマンション等での介護予防や支え合いの仕組みづくりを進めていくことが急務です。また、圏域全体でも今までに住民から声が上がっている地域への後方支援、必要と見込まれる地域への新たな声掛けを含め、住民が主体的に活動できるよう働きかけを行います。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

【組織運営】専門職を満遍なく配置し、情報共有や意見交換を密に図りながらチームで連携し中立公正の立場対応しました。

【総合相談・利用者満足度向上・権利擁護】自ら相談が困難なケースについては関係機関へのつなぎや同行をしました。また、急ぎの支援を要するケースにも迅速に対応するなど密に支援しました。

【包括的・継続的ケアマネジメント】介護支援専門員に対し、事例検討会開催や民生委員との交流機会の確保、地域資源や制度に関する相談対応等、日常的に連携を図り支援しています。

【地域ケア会議】多様な立場の人の参加を得て開催できましたが、地域課題の検討に至りませんでした。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援会議・地域支援個別会議の開催を定期的に行い、地域課題を抽出し区連絡会へ報告します。</li> <li>・新たに開催する自立支援型地域支援個別会議の主旨を理解し、地域の多様な専門職が協同しケアマネジャーへの支援を通じて高齢者への支援の充実を目指します。</li> </ul>
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援会議⇒年度内2回</li> <li>・地域支援個別会議（従来型）⇒年度内4回</li> <li>・地域支援個別会議（自立支援会議）⇒年度内10事例</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	運動しやすい場や機会の充足、主体的に参画できる仕組みづくり。区高齢介護課と協同して“いきいきサポーター”を増やし、自主活動グループの立ち上げに参画していただきます。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民や関係機関からの情報収集をもとに活動できるスペースを探します（現存の人員超過のグループの分割を含む）。</li> <li>・自主活動グループを増やします。⇒2ヶ所</li> <li>・『区内いきいき百歳体操自主グループ交流会』を開催します。⇒年度内1回</li> </ul>

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

1. “いきいきサポーター”や“おれんじパートナー”、関心がある専門職等との協同に向け検討。いきいき百歳体操自主活動グループ、介護者サロン、認知症サポーター養成講座、サロン等を共に盛り上げていただけるよう実現可能な取組を行う。
2. 新任コーディネーターができるだけ早く地域になじみ支え合いを推進できるよう、区内のコーディネーターとも連携し、地域活動の活性化を図る。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

1. 自治会、老人クラブの行事やサロン会における協同。
2. より有効な情報共有や地域課題抽出・分析に向けた『ランチ会議』や『圏域ケアマネ連絡会』の在り方の見直しと新たなスタイルでの開催。

#### IV. ロードマップ

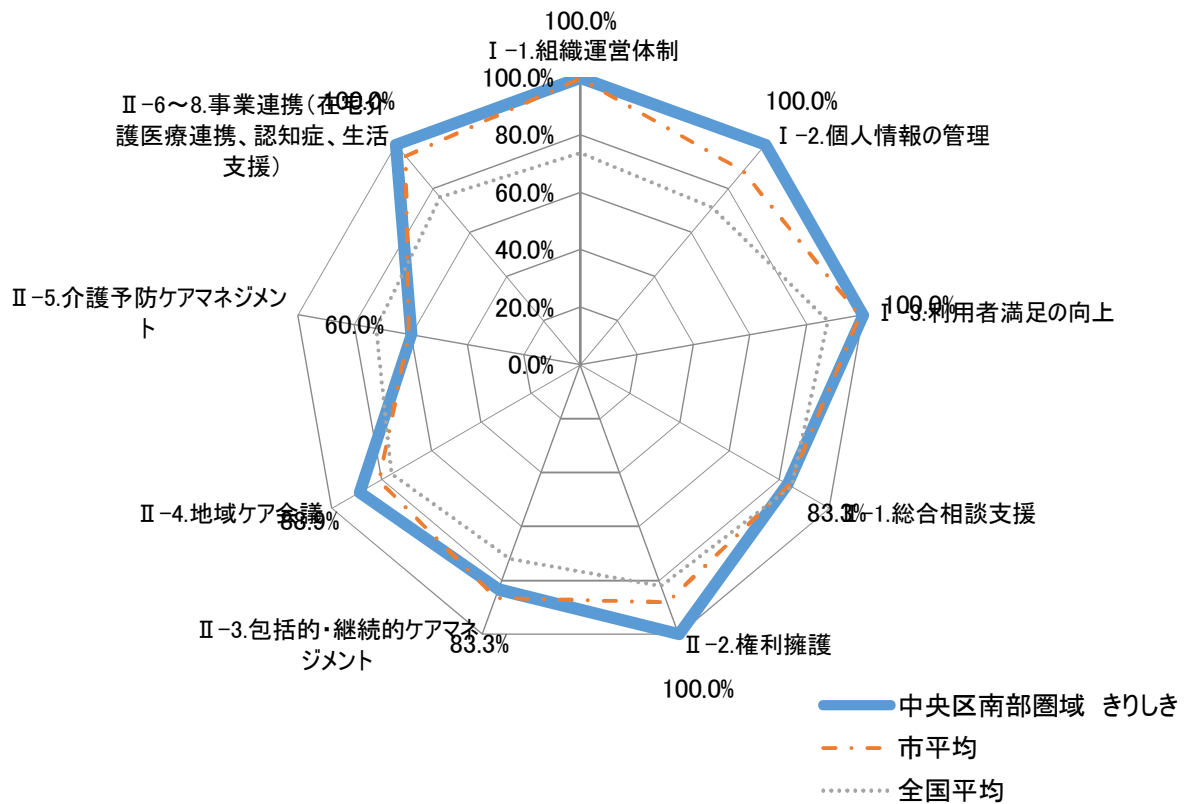
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	医療機関からの相談増加、複合的に問題を抱えているケースの増加。	各関係機関と役割分担や連携時のルールづくりができ、連携が深まる。	ケースの情報共有	課題抽出	連携のルールや仕組みづくり
権利擁護	身寄りの無いケースや緊急対応を要すケースが増えており、対応に苦慮することがある。	関係機関との連携が円滑に行え、対象ケースに対し望ましい支援ができる。	現状の共有⇒課題の抽出	関係機関との役割分担や窓口の機能強化	平時からの情報共有と有事の協同
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネによってスキルの差異がある。圏域内に限らないが時にケアマネ変更の相談もある。	圏域内のケアマネのケアマネジメントスキルの向上と平準化。	事例検討会＋ミニ勉強会の開催	課題抽出⇒解決策の検討	ケアマネや事業所の状況に応じたサポート
地域ケア会議	地域支援会議はスタイル変更後あまり開催できておらず、個別会議も新ケースを選定できていない。	定期的な開催ができ、区連絡会での報告や意見具申から地域課題の解決ができる。	地域ケア会議⇒年度内2回、個別会議⇒年度内4回開催	会議の積み重ね⇒地域課題抽出	必要に応じて資源開発・創出等
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	目標である介護保険サービスからの“卒業”に至るケースが稀にしか発生しない。	専門職や住民の予防に関する意識が向上し、健康寿命が延伸する。	介護予防の有効性について行政・包括協同での住民へのアプローチ	介護保険サービス利用縮小を目指す自主グループ立ち上げ支援等	地域での自主活動グループの増加、活性化のためのサポート
在宅医療・介護連携	医療機関の機能分化や入院日数の短縮化等により、入院や在宅療養における課題が増えている。	地域で支えるためのケアの構築ができ、安定的な支援が行える。	医療相談員ほかとの顔の見える関係の再構築と現状の確認	課題抽出⇒解決策の検討	地域で支えるケアのルールや仕組みづくり
認知症高齢者支援	今後MCIや認知症の増加が見込まれる。若年性認知症の方が活用しやすい地域資源が無い。	MCIや認知症の人、その家族も住み慣れた地域で安心して生活を続けられる。	『もの忘れ検診』の普及啓発やフォロー	具体的な調査⇒現状把握⇒課題検討	予防や居場所づくりに関する資源開発・創出等

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	05中央区							
日常生活圏域	13中央区南部							
センター名称	中央区南部圏域 きりしき							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	50,288人	10,631人	21.1%	1,912人	3.8%	520人	1,374人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	251人	269人	392人	337人	244人	232人	169人
	率	13.1%	14.1%	20.5%	17.6%	12.8%	12.1%	8.8%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>住み慣れた地域で、安心して長生きできるまちを目指すため、支援を必要としている高齢者の早期発見や見守りなどを、高層マンションなどにおける高齢者世帯の孤立化などの現状を踏まえながら、行う必要があります。</p> <p>また、食品や日用品の購入などの生活機能や、通院等のための移動手段について、地域によってはまだ不十分なエリアがみられることから、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）を中心として、地域資源の発掘、情報共有などを行い、関係機関との連携や活動を推進する必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>中央区南部圏域は、高齢化率が21.1%となっており、高層の建物の少ない昔ながらの住民が多い地区と、与野駅前、南与野駅前のように高層マンションに入ってきた新規住民が多い地区が混在しています。地域の高齢者サロンや老人会に付随して、介護予防のための自主グループが立ち上がっています。引き続き新規グループ立ち上げの支援が必要です。また、新しく立ち上がっている地区社会福祉協議会との連携強化が必要です。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>中央区南部圏域では、鈴谷、大戸・中里地区社会福祉協議会に続き、下落合地区社会福祉協議会が新規に立ち上がる予定です。各地区開催の地域支援会議を通して、自治会、民生委員、老人会、地区社会福祉協議会との連携をはかり、他の地区の動向へも着目し活動を行っていきます。また、新規の介護予防のための自主グループおよびサロン活動の新規の立ち上がりや継続に向けた地域支援を引き続き行っていきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

中央区南部圏域では、鈴谷、大戸・中里地区社会福祉協議会に続き、下落合地区社会福祉協議会が新規に立ち上がる予定です。その動向に着目し地域支援会議での自治会、民生委員、老人会、地区社会福祉協議会との連携および各種活動を行っています。介護予防自主グループ立ち上げにおいては、老人会や地域のサロンを中心に行われ、開催場所においては一般企業の開拓も視野にいれながら活動をすすめています。また、医療と介護の連携促進のため、与野在宅医療センターとともにメディカルケアステーション活用の普及活動を行いました。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域支え合い推進員と協働し、地域の高齢者サロンやふれあい会食等で、ますます元気教室や健口教室等の周知を行う。また、自治会や民生委員へ「いきいき百歳体操」の周知を行い、地域で住民が主体となった介護予防自主グループの立ち上げ・維持・継続のサポートを行っていく。
	達成数値目標	月1回以上の活動を継続的に行う自主活動グループを3か所以上立ち上げる。
目 標 ②	取組事項	各地区での地域支援会議を行い、自治会、民生委員、社会福祉協議会の連携強化を図る。
	達成数値目標	各地区年2回、計8回の会議開催を行う。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

地域支え合い推進員と看護師を中心に、地域の民生委員、自治会、地域の高齢者サロンや老人会等に働きかけ、介護予防のための自主グループの新規立ち上げの推進、サポートを行う。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

各地区のふれあい会食や区民まつりに連携し参加する。また、認知症サポーター養成講座や介護者サロンを協働し開催する。地域支援会議に参加いただき地域課題の共有を行う。地域で開催されている高齢者サロンにも連携し参加する。

#### Ⅳ. ロードマップ

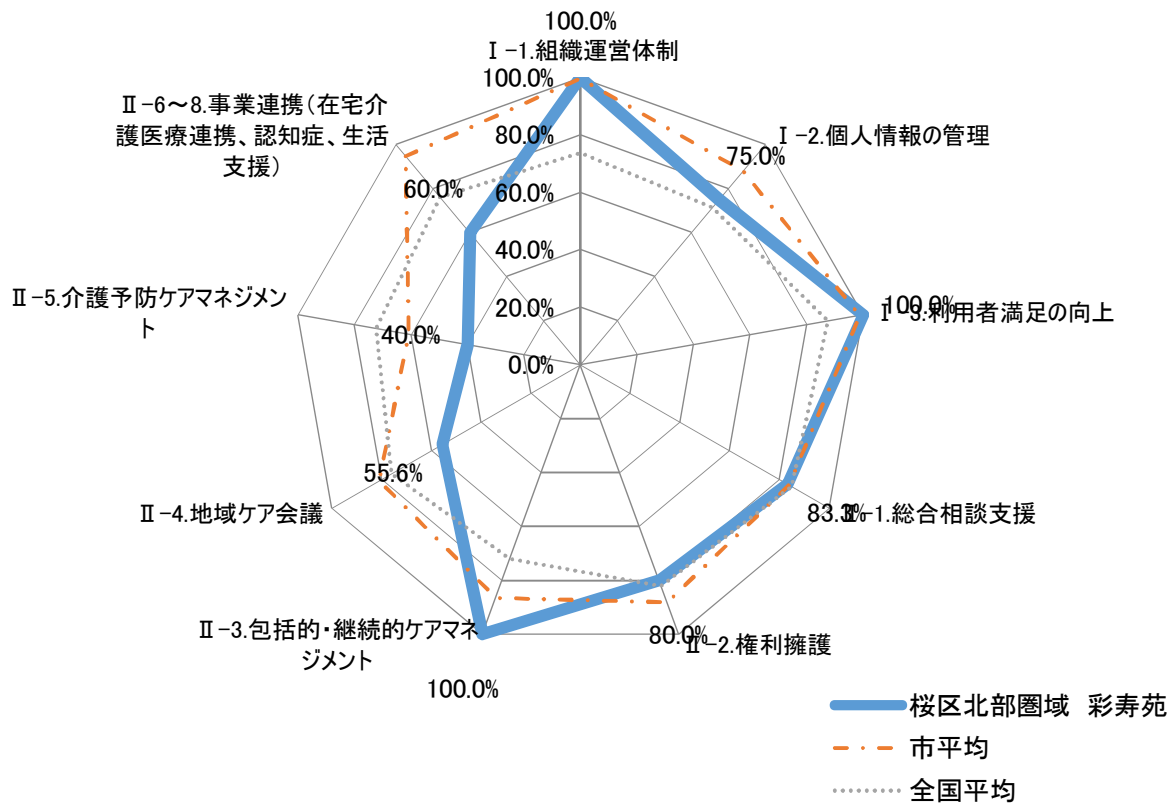
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成31年度	平成32年度	平成33年度
総合相談支援	インフォーマル等社会資源の把握、地域診断を改めて行う必要がある	地域支え合い推進員と協働し社会資源の把握と地域診断を行っていく	集約した情報をもとに地域にアプローチする	地域へのアプローチの結果を見直していく	地域へのアプローチに対する具体策を検討していく
権利擁護	地域への成年後見制度の周知が弱い	成年後見制度の活用促進のための広報活動の強化	各機関とケアマネジャーや民生委員の連携を促進する	広報活動、連携促進の方法の見直し	見直した、広報活動、連携促進の方法を実行していく
包括的・継続的ケアマネジメント	地域のケアマネジャーの資質の向上を図る。ケアマネジャー同士のネットワークづくりを行う	地域の主任ケアマネジャーを中心に地域のケアマネジメントの質をあげる。社会資源の発掘を図る	ケアマネジメントを通じて地域の社会資源を集約する	ケアマネジメントに社会資源を活用し、自立支援を促す	社会資源の活用状況を把握し、自立支援を継続する
地域ケア会議	地域のケアマネジャー等から地域課題を抽出し会議を開催していく必要がある	地域ケア会議を通して地域課題のボトムアップを図る	地域ケア会議での課題の抽出を行う	地域診断と運動した課題への対応を行う	対応した結果を見直し再度検討する
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	改めてインフォーマル等社会資源の把握を行う必要がある。	インフォーマルを含む社会資源を活用した介護予防ケアマネジメントの実践	インフォーマルサービス等の社会資源の活用	介護予防に沿った社会資源の活用に関する見直し	時代に沿った社会資源のさらなる活用を行う
在宅医療・介護連携	円滑な医療と介護の情報共有や連携が出来ていない	円滑な医療と介護の情報共有や連携ができる	情報共有や連携方法の課題抽出	情報共有や連携方法の見直し	他機関との情報共有、連携の幅広い活用を行う
認知症高齢者支援	さらなる認知症予防の周知、潜在的専門科へ未受診の方への対応が必要	認知症予防、早期発見・早期治療の常態化	地域住民、支援者への情報到達状況について確認	状況確認の結果に応じ、周知方法の見直し	家族支援を主眼とした活動を展開していく

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	06桜区							
日常生活圏域	14桜区北部							
センター名称	桜区北部圏域 彩寿苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	38,848人	10,305人	26.5%	1,534人	3.9%	436人	1,069人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	251人	185人	335人	238人	179人	196人	121人
	率	16.4%	12.1%	21.8%	15.5%	11.7%	12.8%	7.9%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>桜区は今後も緩やかに高齢化が進むことが見込まれており、高齢者の健康寿命の延伸のための健康づくりや生きがいづくり、住民相互の支え合いの仕組みづくりが重要となっています。</p> <p>そのため、介護予防事業等を促進し、高齢者が自ら介護予防に取り組めるよう支援していくとともに、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）の役割について地域住民に周知を図りながら、地域資源の掘り起こしやネットワークづくりを進め、地域の支え合いなどの基盤づくりを推進していく必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>桜区北部圏域は、高齢化率が26.5%で、鴨川を境に西側は農村地域、大部分を占める東側は住宅地域となっている。住宅地域である埼玉大学周辺のアパートは学生よりも他から移り住んだ独居高齢者が年々増えてきている。いきいき百歳体操では、いきいきサポーターが中心となり5グループが活動しており、2019年度も新たに1グループが活動する見込みであるが、白鵜など空白地域もある。また、参加人数増による活動スペース確保の問題などもある。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>いきいき百歳体操は5つの自主グループが立ち上がっているが、いきいきサポーター養成講座修了者でも自主グループ立ち上げに繋がらないケースが多くみられる。地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）が積極的に関わり、2020年度までには12グループが活動することを目指す。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

総合相談支援と権利擁護は前々年と変わらない数字であるが、包括的・継続的ケアマネジメントは増えている。年間重点目標としていた認知症サポーター養成講座年3回以上と、いきいき百歳体操を新たに3グループ立ち上げは達成することができたが、包括的・継続的ケアマネジメントの介護支援専門員への個別支援が1件、権利擁護業務の消費者被害が0件になるなど、不十分な点もある。今後も地域と関係機関との連携を密にして、地域の課題に取り組んでいきます。



### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	認知症高齢者への早期対応や、本人、家族を地域で支える仕組み作りを推進するため認知症サポーター養成講座を開催します。引き続き地域支え合い推進員と連携して開催の周知に取り組み、認知症の知識を地域の方に広く伝えられるようキャラバンメイト等の資格を保持できるよう努めます。
	達成数値目標	2019年度は認知症サポーター養成講座を年4回以上実施します。
目 標 ②	取組事項	認知症の方や独居高齢者の方が、地域で孤立せずに生きがいのある生活を送れるよう、単なる茶話会ではなく講座やレクリエーションを取り入れた趣向を凝らした集いの場を開催していく。
	達成数値目標	2019年度は地域住民と他事業所と協力して新たに2ヶ所で集いの場を開催する。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

平成30年度は、地域支え合い推進員と協力しながら、いきいき百歳体操自主グループ立ち上げや認知症サポーター養成講座開催することができた。今後も多様な機関と連携を図り、地域の社会資源発掘と創出に取り組む。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

平成30年度は、オレンジカフェや介護者のつどい、介護出張相談会等で運営を共に行った。また、地域支援会議やケアマネ会議にも協力を頂いた。今後は見守り連携を強化していく。

#### Ⅳ. ロードマップ

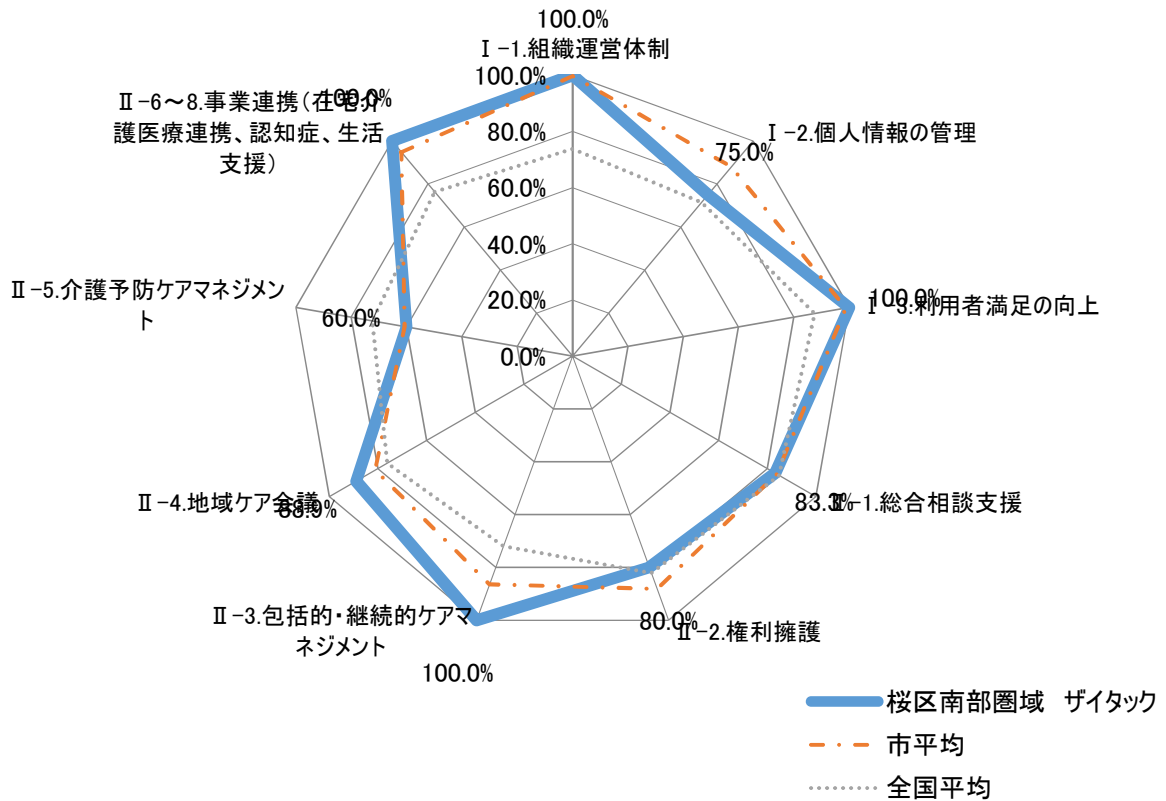
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	前年度の件数より約170件増加	早期発見、早期対応できるように努める	包括のPRを強化	関係機関と見守り活動の検討	出張相談会の新規開拓
権利擁護	困難ケースは増加しているがその他に関しては横ばいである	権利擁護について市民に関心を持ってもらえるよう働きかえる	消費者被害や成年後見の講座を増やし啓発活動の強化	関係者との連携強化	消費者被害や成年後見の相談増加に努める
包括的・継続的ケアマネジメント	関係機関との連携は前年より1.5倍に増加したが居宅の担当者会議支援の件数が伸び悩む	ケアマネや関係機関との連携強化	2019年度は区合同のケアマネ連絡会を開催する	担当者会議支援の活用について具体例を挙げ周知	前年度比1.2倍に増やす
地域ケア会議	地域支援会議は年6回開催、個別会議は1回開催	地域支援個別会議の開催件数を増やし、地域の課題抽出に努める	地域支援個別会議の依頼があった場合、早急に開催	地域の課題が抽出しやすい支援会議を行う	個別ケースの難易度に関わらず、住民が取り組みやすい課題を検討
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護から支援になる方、事業対象者要支援者の新規相談増加	利用者の心身の状態が維持向上できるようなマネジメントを行う	インフォーマルサービスの情報提供	自主支援に向け事業所連携を強化	地域活動に移行できるよう働きかけ
在宅医療・介護連携	退院支援は多いがクリニックとの連携があまり増えていない	医療機関とのネットワークづくりに努める	地域ケア会議での医療職参加増に努める	浦和在宅医療支援センターとの連携強化	住民が安心して在宅生活が送れるよう医療連携の仕組み作り
認知症高齢者支援	認知症サポーター養成講座を4回開催	認知症サポーターを増やす	サロンや学校などさまざまな対象者に養成講座のPR	サロンや学校などさまざまな場所で養成講座を開催	認知症サポーター同士のネットワーク作り

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	06桜区							
日常生活圏域	15桜区南部							
センター名称	桜区南部圏域 ザイタック							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	57,123人	11,964人	20.9%	1,791人	3.1%	492人	1,288人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	287人	205人	400人	328人	240人	177人	143人
	率	16.0%	11.4%	22.3%	18.3%	13.4%	9.9%	8.0%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>桜区は今後も緩やかに高齢化が進むことが見込まれており、高齢者の健康寿命の延伸のための健康づくりや生きがいづくり、住民相互の支え合いの仕組みづくりが重要となっています。</p> <p>そのため、介護予防事業等を促進し、高齢者が自ら介護予防に取り組めるよう支援していくとともに、地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）の役割について地域住民に周知を図りながら、地域資源の掘り起こしやネットワークづくりを進め、地域の支え合いなどの基盤づくりを推進していく必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>桜区南部圏域は、高齢化率が最も高い地区約30%と最も低い地区約15%と地域によって差があります。新規相談の件数も地区によって違いがあり、特に多いのは、田島、西堀となっていて、困難事例や高齢者虐待対応の相談も増えているため、そういった地域への継続したセンターのPRや社会資源の開発や拡充が求められています。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>田島や西堀など高齢者が多く、相談の多い地域は、困難事例も多くなっているため、センターの周知や社会資源の継続や充実を図る必要があります。一方、高齢者が少なく、相談が少ない地域も、地域住民とともに、今から社会資源の掘り起こしを行っていきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

平成30年度は、困難事例など権利擁護にかかわる相談が前年度からさらに増加していることもあったため、研修会や事例検討会などにさまざまな専門職にかかわっていただけるよう、積極的に声をかけました。

なお、行政や医療機関との連携を図り、新規相談の相談経路として、区役所や医療機関からの相談が多くありました。

また、いきいき100歳体操を行う住民主体のグループも新しく立ち上がり、活動を継続しています。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域に出向き、住民とともに必要な社会資源の情報収集を行う
	達成数値目標	高齢者サロンなどで、年間5回以上座談会を開催する
目 標 ②	取組事項	困難事例や虐待対応につながりそうな相談に適切に対応できるしくみを構築する
	達成数値目標	困難事例や虐待対応につながりそうなケースの特徴を分析し、チェックするしくみを1つ以上作成する

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

高齢者サロンなど住民が集まる場に出向いて、座談会や講座を開催し、住民の声を集めることで、地域の実態を把握する

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

地域支援会議や地域で開催しているオレンジカフェ、高齢者サロン、区民まつりなどにおいて、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの役割や事業について積極的に周知していくことで、相談対応や見守りが円滑に実施できるよう、継続的に連携を図っていく

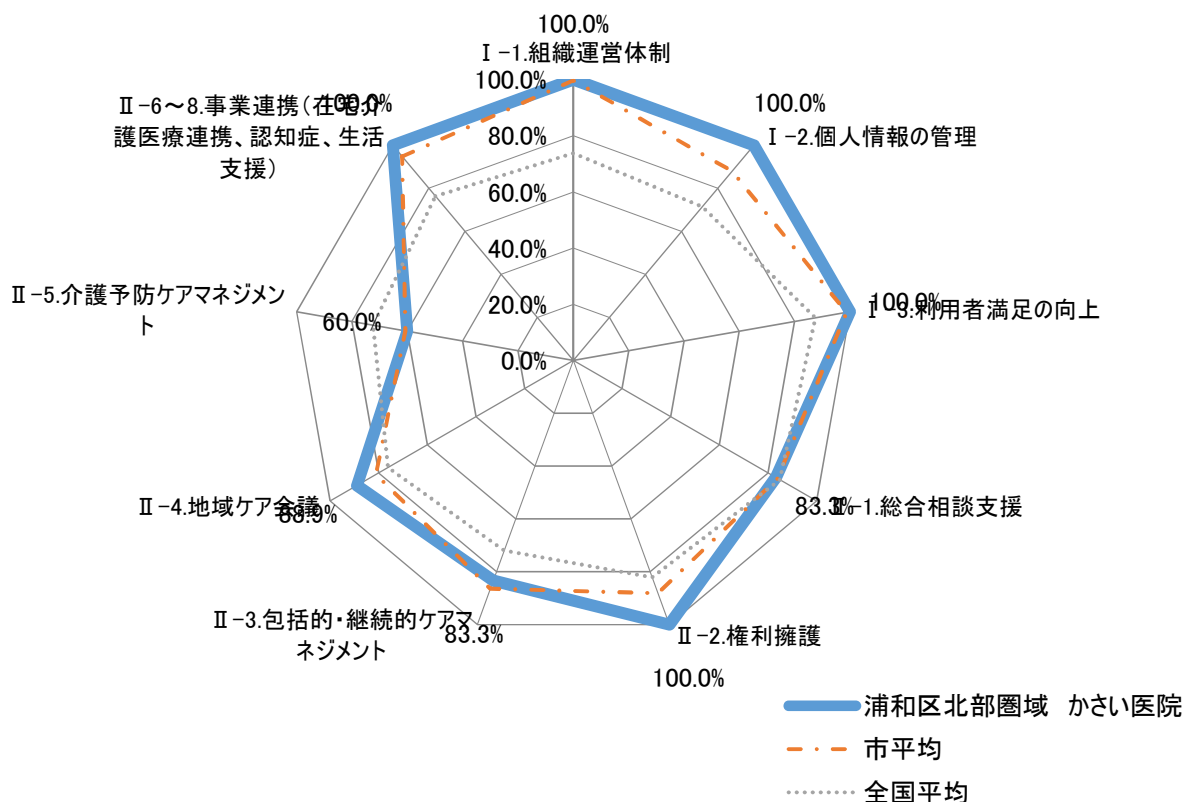
#### IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	センターのPRが不十分	適切な方法でセンターのPRを行う	情報収集 周知先の拡大	周知の評価	新しい方法での周知開始
権利擁護	高齢者虐待、困難事例が増加している。	早期発見、早期対応ができる	情報収集	事例分析	研修会や事例検討会開催
包括的・継続的ケアマネジメント	関係機関にセンターの事業を認識されていない	関係機関に事業を知ってもらい、活用してもらう	介護者への周知	介護者への見直し	介護者への評価
地域ケア会議	地域ケア会議が関係者に認識されていない	地域ケア会議を地域全体で活用し、問題解決につなげる	センター内での会議活用の検討	圏域での周知 情報収集	事例分析 事例発表
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	ケアマネジャーとの情報共有にばらつきがある	ケアマネジャーとの協働による情報共有、スキルアップ	ケア連絡会の立ち上げ	連絡会継続 課題抽出	連絡会継続 課題解決
在宅医療・介護連携	医療関係者にセンターの事業を十分に知られていない	医療関係者との顔の見える関係づくり	事例分析	医療機関主催の連絡会や研修への参加	医療機関との連携についての課題抽出
認知症高齢者支援	認知症サポーターやチャームメイトの状況が把握できていない	認知症サポーターやチャームメイトと認知症の方々をつなぐ	情報収集	サポーター、メイトの会設立準備	サポーター、メイトの会立ち上げ

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	07浦和区							
日常生活圏域	16浦和区北部							
センター名称	浦和区北部圏域 かさい医院							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	40,687人	8,810人	21.7%	1,643人	4.0%	425人	1,211人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	230人	195人	410人	316人	207人	153人	125人
	率	14.0%	11.9%	25.0%	19.2%	12.6%	9.3%	7.6%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>後期高齢者人口及びひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が10区の中でも多く、介護保険の認定率も高くなっていることから、地域で支え合う仕組みづくりや地域における介護予防の取組への支援、増加が見込まれる認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発が必要です。</p> <p>また、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生きがいを持って生活を継続できるよう、各関係機関とのネットワークの構築及び円滑なサポート体制の強化が求められています。</p>							
圏域の現状と課題	<p>①&lt;介護予防事業の推進&gt;「ますます元気教室」「すこやか運動教室」を支援。11か所自主化へ。しかし自主化や継続についても場所や意識、人材、内容など課題も浮かび上がった。②&lt;高齢者生活支援体制整備事業の取り組み&gt;北浦和・針ヶ谷地区において地域資源発掘を行い地区社協、NPO、多職種が連携し「べにあかネット」という名称で「みんなで助け合うふれあいのまち」というテーマを掲げた。また担い手養成講座修了者による「グーチョキパーティー」という協議体を立ち上げ、8回開催出来た。残り2地区社協では地区社協、自治会、シニアクラブと連携し準備を進めている。③&lt;認知症高齢者等総合支援事業の推進&gt;浦和区内中学校初の認知症サポーター養成講座(890名)を浦和区合同で開催。メイトへの支援を3回行った。認知症サロン「オレンジカフェ」は6回開催。さらに新規でNPO法人市民後見センターさいたまと共催で6回開催した。一方認知症啓発は、周知不足や無理解など課題も多い。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>①&lt;介護予防事業の推進&gt;「ますます元気教室」自主化へは継続支援。また百歳体操以外の集いの場についても地域や個人の多様なニーズを踏まえ協議体等と連携しながら創設していきたい。②&lt;高齢者生活支援体制整備事業の取り組み&gt;長期的には圏域内3地区社協での設置を目指す。ただし設置自体が目的にならないよう地域と慎重に話し合い地域にあったものを創設する。さらにはCM等が介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに介護予防・日常生活支援総合事業に多様なサービスを位置付けられるよう地域ケア会議や研修を通じて意識・技術的改革ができるよう支援していきたい。③&lt;認知症高齢者等総合支援事業の推進&gt;認知症に対する正しい知識を理解していただけるよう認知症サポーター養成講座やメイトへの支援。オレンジカフェや参加しやすいイベントを起こし、認知症の啓発をすすめていく。</p>							

## 平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



### 前年度の総括

全9項目中、組織運営体制、個人情報の管理、利用者満足の上昇、権利擁護の4項目において、100%の評価を得ることが出来た。特に権利擁護業務については高齢者虐待が増加していることを踏まえ平成30年度、地域支援個別会議や地域支援会議などで「虐待の防止等に関する総体評価」と題して協議。大学、児童相談所、権利擁護センター、保健センター、障害者生活支援センター、在宅医療支援相談センター、包括在宅総合支援センター、在宅介護支援センター、高齢介護課、支援課、居宅支援事業所、地域包括支援センターに加え、虐待予防という「高齢者の安全」を掲げるさいたま市セーフコミュニティとも連携し課題を抽出するとともに次年度に向けて具体的な提案があげることができた。総合相談支援、包括的・継続的ケアマネジメント、地域ケア会議の3項目は全国平均は上回るものの、80%台に留まる。介護予防ケアマネジメントにおいては市平均は維持するものの、60%という結果となった。



Ⅲ. 年間重点事業		
①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	さいたま市内において介護者サロン、子育てサロンが複数ある中で、同時に複数のケアをしている方の集いの場が無い。そこで平成30年度全国でも数少ないダブルケアを対象としたサロンを立ち上げ、4回実施した。「こんな会を求めている」「自分の街には無く東京から来ました」等の声があり、今年度定期開催する。
	達成数値目標	さいたま市子ども家庭総合センター「あいぱれっと」・浦和区中部圏域ジェイコー埼玉と共催し（さいたま市社会福祉協議会協力）圏域内の上木崎地区のあいぱれっとにおいて、2ヶ月に1回（年6回）開催。対象はダブルケアをしている方とし、圏域内に留まらず県外・市外からの参加者も受け入れる。
目 標 ②	取組事項	高齢者虐待は、さいたま市高齢者虐待対応手順に沿い各事例に取り組んでいる。しかし総体としての検証は不十分。そこで総合的観点から政策評価も含め検証し「発生予防」「早期発見」「早期対応から保護・支援」「関係機関との連携」につながり、被虐待者や養護者支援のため総体評価を実施する。
	達成数値目標	浦和区高齢介護課、浦和区3包括支援センター、さいたま市高齢者・障害者権利擁護センター、浦和在宅医療支援相談センター、包括在支総合支援センター、在宅介護支援センター他多職種と定期的な虐待防止等に関する総体評価を行う会議を2回以上実施する。
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
平成30年度浦和区シニアクラブと連携。北浦和針ヶ谷地区4回協議体開催。グーチョキパーティー協議体8回開催。セーフコミュニティ共同事業、東部地区、北部第一地区は地区社協、自治会との話し合い。他に自主グループ11か所、担い手養成講座、ウォーキング8回、ボランティア連携、地域ケア会議4回連携等。平成31年度は東部地区、北部第一地区での協議体検討。自主グループ、担い手、ボランティア連携、地域ケア会議等継続予定。		
③在宅介護支援センターと連携した取組		

## IV. ロードマップ

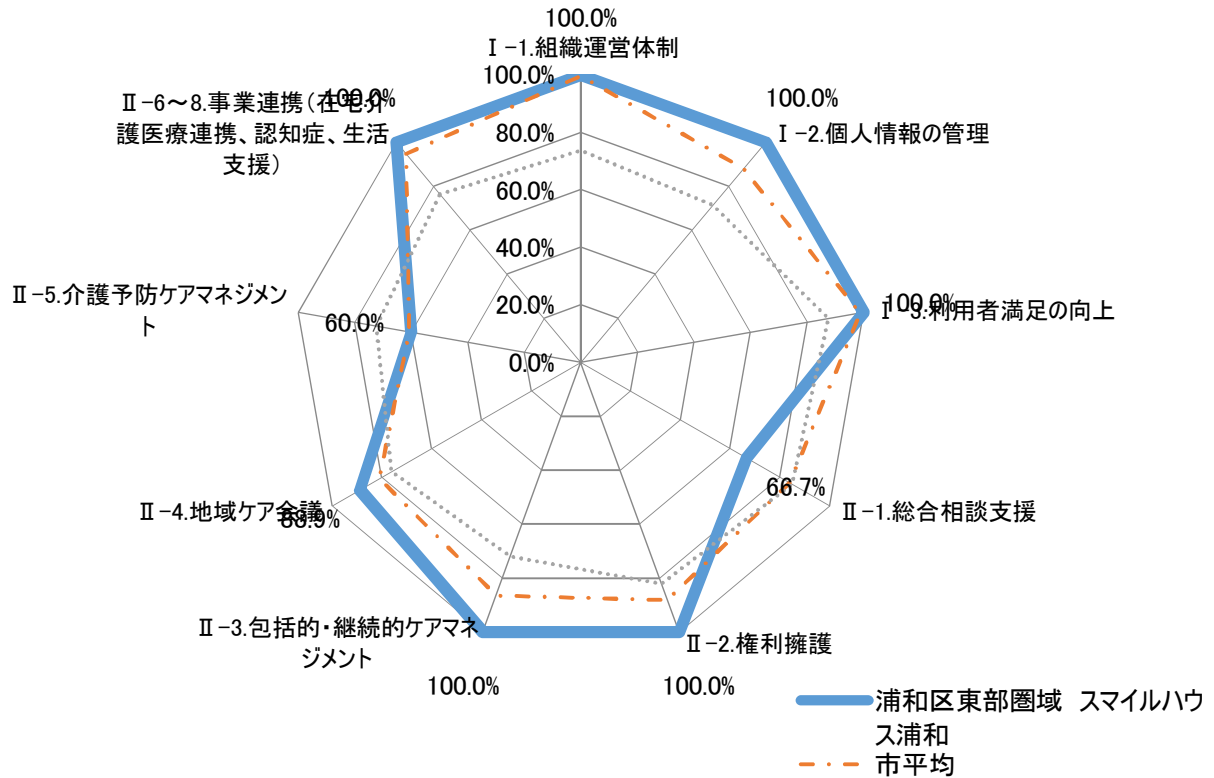
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	①総合相談について3職種等で情報共有し対応。しかし終結については行政から指針が出ていない。②地域包括支援センター周知のため全戸訪問331件実施できた。ただし一部の地域であり継続が必要。	①相談事例の終結条件について明確化し、利用者の利益の確保と新規事例への迅速な対応に繋げる。②地域包括支援センターの役割をどの世代にも理解いただき地域包括ケアシステム構築を目指す。	①相談事例の終結条件について情報収集を行う。②300件の全戸訪問	①相談事例の終結条件について市と協議。②全戸訪問は重点目標完了のため数値目標は設定しない。	①相談事例の終結条件について市と協議。②全戸訪問の実施。
権利擁護	区連絡会において権利擁護事業報告を年間2回報告。検討の場としては機能していない。また、権利擁護事業については個別事例として支援方針検討会議で検討・協議を行うが施策に結びつくような一般的な議論の場はない。	虐待事例へ評価を行うことで高齢者虐待の防止、養護者への支援を進めていく。	高齢者・障害者権利擁護センターやセーフコミュニティなど関係諸団体と連携、地域ケア会議3回実施した。	浦和区高齢介護課、浦和区3包括支援センター、包括在支、権利擁護センター、医師会等多職種と会議を開催していく。	さいたま市や浦和区連絡会に実績を報告していく。
包括的・継続的ケアマネジメント	主任CMサロン5回、CMサロン3回・勉強会7回、浦和区4包括共同CMサロン2回行う。2025年問題への対応などより質の高い支援が必要。	包括が主任CMを支援し主任CMが地域CMを支援、地域CM同士が地域包括ケアシステムのために機能し来る2025年問題に柔軟に対応。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるような支援を行なうことができる。	①他CM会議支援5回②CMニーズや課題に基づく事例や研修の意見収集③主任CM更新該当研修1回。	①他CM会議へ出前支援②CMニーズや課題に基づいた事例検討会や研修開催③主任CM更新や特定事業研修④主任・CMサロン年頭計画	①他CM会議へ出前支援見直し②CMのニーズや課題に基づく事例検討会や研修見直し③主任CM更新、特定加算研修対応④主任・CMサロン年頭計画
地域ケア会議	・自立型地域支援個別会議モデル事業WGでの協議と浦和区包括への報告・自立型地域支援個別会議への準備（研修参加、6名傍聴等）モデル事業で実際の事例を発表した。	自立型地域ケア会議を実施し住み慣れた地域で安心して暮らせるよう自立した生活と持続可能な介護保険制度の維持の両立を目指す。	①自立型地域支援個別会議モデル事業WGでの協議②浦和区4包括共同区連絡会へ報告、提案（和み会司会）③浦和区4包括共同での区連絡会への提案	自立型地域支援個別会議実施地	自立型地域支援個別会議検証
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	①CMサロンや事例検討会を通じCMとしての質の向上を図っているが、介護予防・日常生活支援総合事業の研修は出ていない。②委託事業者の公平性・中立性確保のための指針が市から示されておらず包括単独の考えになっている。	①高齢者のニーズを踏まえ介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービスを提案・創設・紹介できる。②ケアプラン作成にあたり委託事業者の公平・中立性確保が出来、利用者の利益につながる。	①多様なプラン研修1回、栄養・口腔講座1回②委託事業者公平・中立性指針について情報収集	①多様なプラン研修会1回②委託事業者の公平・中立性確保指針についてさいたま市と協議。	①多様なサービスプラン研修検証②委託事業者の公平・中立性確保指針をさいたま市と協議。
在宅医療・介護連携	包括は医師会研修や事例検討会に定期的に参加。市及び区精神保健ネットワーク会議に定期出席している。しかしCMや民生委員向けは多職種連携会議やCMサロン開催等、機会が少ない。	医療・介護・福祉関係者の合同研修会・事例検討会・交流会を通じ各窓口担当者を把握、円滑な受診勧奨や入院、退院連携などを行い利用者利益に繋げる。	①居宅と浦和在宅医療支援相談センターとACP等の合同研修会1回②東部地区民生委員と地域CM等との合同研修会1回。	①居宅と浦和在宅医療支援相談センターと合同研修会1回②民生委員と地域CM等との合同研修会1回	①居宅と浦和在宅医療支援相談センターと合同研修会1回②民生委員と地域CM等との合同研修会1回
認知症高齢者支援	認知症サポーター養成講座を浦和区初の公立中学校にて890名に対し行うことが出来た。今後教育機関等多世代に向けて認知症の啓発をどう行うかが課題。	「認知症があっても地域で安心して暮らせる」の実現に向け市民と共に考え実現に向けてできることを出来る人が行えるようにする。	①OGカフェ6回、共同OGカフェ6回②常盤中学校で890名に対し認知症サポーター養成講座実施。③浦和メイト会3回実施。	①新設OGウォーキング2回以上。民間カフェでのOGカフェ2回。OGカフェ6回。NPOでのOGカフェを支援。②子供への認知症サポーター養成講座実施。③ボランティア把握	①新設OGウォーキング2回以上。民間カフェでのOGカフェ2回。OGカフェ6回。NPOでのOGカフェを支援。②子供への認知症サポーター養成講座実施。③ボランティア把握

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	07浦和区							
日常生活圏域	17浦和区東部							
センター名称	浦和区東部圏域 スマイルハウス浦和							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	36,884人	8,943人	24.2%	1,667人	4.5%	455人	1,204人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	247人	208人	374人	305人	215人	166人	144人
	率	14.8%	12.5%	22.4%	18.3%	12.9%	10.0%	8.6%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>後期高齢者人口及びひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が10区の中でも多く、介護保険の認定率も高くなっていることから、地域で支え合う仕組みづくりや地域における介護予防の取組への支援、増加が見込まれる認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発が必要です。</p> <p>また、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生きがいを持って生活を継続できるように、各関係機関とのネットワークの構築及び円滑なサポート体制の強化が求められています。</p>							
圏域の現状と課題	<p>戦後、京浜東北線 北浦和駅、与野駅沿線が都心のベッドタウンとなり、住宅が多く建てられその時に転入した住民たちが一斉に高齢化している。独居、高齢者のみの世帯の増加が続いており、怪我や疾病がきっかけとなって日常生活に支障をきたしやすくなる。</p> <p>また認知症の進行に気付かず、知らぬ間に自宅内の環境が悪化したり、孤独死という形で発見される例も後を絶たない状態。その他、高齢者と同居の子供が精神疾患等を抱えて生活の支障になるケースもあり、問題が多様化している傾向も見られる。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>全世代で「支え合える街」を目指す。</p> <p>住人同士が挨拶することから始めて、近隣への関心を持ち、お互いに負担感の無い見守りの役割を担う。異常に気付いた時に声を掛け合えることが窮地に陥った住人を救うことにつながり、災害時の共助にもなる。誰をも孤立させない地域となることが目標である。</p> <p>その一助となるよう地域包括支援センターでは人材や場所を提供し地元組織である自治会、地区社協、民協、育成会はもとより個人の住人も参加できるネットワークを構築する。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

年間重点取組事項として ①地域包括支援センターが高齢者の総合相談窓口、健康作りと支え合いネットワークの拠点であることの広報を上げた。H30年4月～H31年2月の地域活動は主催共催合わせて91回（出席者延べ433人）。他機関開催への参加は71回（出席者延べ2,246人）となり、リーフレットの配布も行い、広く知って頂けるようにした。②地域の学び合いの機会を設けた。民生委員の学習会への参加、セーフコミュニティでの協働、介護医療多職種合同交流学习会の開催ができた。また元気アップネットワーク（住民の任意団体）の事務局として「みんなの学校」を開校し、4つのゼミの活動を支援した。（年間20回）また「支え合い会議」（協議体）を誰でも参加できる話し合いの場とし「地域防災」（H29年度より継続）を6月、9月に、「健康のまちづくり」を1月に開催した。元気アップネットワークでは県社協の助成金を利用し「みんなの健康調査」を住民対象に実施。今年度の介護予防の足がかりとなった

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	・住民が健康の増進に関心を高め、そのための運動や健康情報が誰でも手に入れることができ参加できるようにする。
	達成数値目標	・地域住民を対象に行った「みんなの健康調査」を分析し、健康相談のできる場を3カ所以上、運動のできる場所を2カ所以上増やす ・「運動ができる場所マップ」を作る。 啓発活動として「コミュニティーサロンうらわカフェ」を7回以上開催し「みんなの学校」でのゼミも6回以上とする。
目 標 ②	取組事項	・様々な相談の場を把握し、住民が活用できるようにする。
	達成数値目標	・地域にある子育て、教育、健康、福祉、法律などの相談窓口の内容を確認し、情報紙を作成する。住民が気軽に利用できる様配布する。（500冊以上）

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

- ・「支え合い会議」（協議体）を4・7・10・1月に開催する。テーマは「健康なまちづくり」とし、住民個人でも参加し意見交換ができるようにする。H30年度に実施した「みんなの健康調査」結果を地域に還元できる取り組みを検討する。
- ・元気アップネットワーク(住民有志と地元団体が構成された健康作りやつながり合いを目指す活動)に当包括も協力・参加しており、その主な事業である「元気アップサロン」「うらわカフェ」「みんなの健康フェア」「みんなの学校」をさらに充実させる。
- ・コミュニティーカフェを利用した住民交流の場を推進する。
- ・いきいき100歳体操 自主グループをはじめとする身近な運動の場を増やす。
- ・100歳体操を活かすオレンジカフェの開設。
- ・地域情報誌の発行（これまで作成していた「支え合い」誌の内容の改善）

#### ③在宅介護支援センターと取組事業計画

- ・当センターのブランチは在宅介護支援センターうらしんとなっている。うらしんの母体である医療生協さいたまは地域医療の一部を担っており、健康増進、疾病予防という理念は地域包括支援センターの目指すところと一致している。うらしんが行っている「フレイルチェック」の出張相談、医療職の協力を依頼する。
- ・高齢者サロン、ふれあい会食、老人会、介護者サロン、民生委員定例会に共に参加。
- ・浦和区健康まつり、おれんじカフェ、みんなの健康フェアに共に参加。
- ・困難事例、見守り事例を共有。
- ・両センターで連絡会を開催。（年2回）

#### IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談実人数が年間合計1,398人と年々増加している。土、日、祝日の相談が多いのも当包括の特色であり、「いつでも身近なところで相談したい」という地域ニーズがある。様々な相談に応じるために多様な関係機関や地域の活動との連携が必要。	ワンストップかつ迅速な相談体制を確認し、地域のネットワークの構築を目指す。	相談員の資質向上、地区社協の地域福祉コーディネーターと協力し、住民同士の交流を促し、地域への関心を高める	相談窓口、介護と医療、助け合いサービス、トイレ、公衆電話、コミュニティカフェ、サロン等交流の場、防災に関する社会資源リストの完成。	地域住民の自主的な活動を中心とした互助的サービスが提供できるしくみづくりの支援。
権利擁護	①成年後見は難しい制度との印象が根深く、普及していない。 ②高齢者虐待は児童虐待に比べどんな事態を指すか知られておらず、早期発見が遅れている。 ③特殊詐欺の被害が潜在化している。 ④孤立化による困難事例の増加	①～④現代においても身近に人権の侵害がある事を住民に啓発し、早期に相談につなげる。	権利擁護に関する学習活動を進める。研修会への参加、ケアマネジャー等関係機関向け学習会の開催。	さいたま市権利擁護センター、警察、消費生活センター、弁護士、司法書士など専門職との連携強化。	住民向け講座の開催。
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員が抱える課題を十分に把握できていない。困難事例の支援を要請される介護支援専門員が一部に限られる。	介護支援専門員が信頼できる地域包括支援センターであり、軽微な事から複雑な問題まで心おきなく相談できる場であることを目指す。	ケアマネサロンの内容の再検討。介護支援専門員からアンケートを取るなどして関心の高い分野、タイムリーな情報、より掘り下げた内容へとレベルアップする。	居宅介護支援事業所の特定事業者加算の条件となる、ケアマネジャーと共に事例検討会を開催する。	主任介護支援専門員の更新の根拠となる「地域包括支援センターが主催する研修に年4回以上出席」について浦和区4包括合同で取り組む。
地域ケア会議	これまで地域支援会議を年3～4回地域支援個別会議を年3～4回開催している。地域包括支援センター業務について圏域内関係機関に報告するだけでなく、地域の福祉課題を具体的かつ分析的に提示し、共有する必要がある。	サービス事業者や介護支援専門員ばかりではなく、地域の様々な立場の方から事例の提供がなされる地域ケア会議が開催できる。	自立支援型地域ケア会議をH31年度より各地域包括支援センターで開催することとなりさいたま市モデル事業に参加し、相談員全員が学習活動を行う。	自立支援型地域ケア会議開催を開始する	自立支援型ケア会議を定期的に行き、できるだけ多くのプランを検討していく。

#### IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護予防支援は1,472件、うち委託1,038件、委託事業者数は371件。介護予防ケアマネジメントAは1,907件のうち委託1,172件。事業者数は361件。事業対象者のケアマネジメントAは53件。うち委託25件、事業者数は25件。	住民に介護保険認定申請によらない自立支援サービス利用のしくみが知られるようになる。	老人会、各サロン、自治会、民生委員協議会で一般介護予防事業の「いきいき100歳体操」を紹介する。介護予防、日常生活支援総合事業では、緩和した基準によるサービス、住民主体のサービスなど選択肢がある事を周知していく。	総合事業開始から2年となることから、自立支援、介護予防の効果、ケアマネジメントの内容を検証する。	多様なサービス（訪問型サービスA～D）と通所型サービスA～C）が創設されるよう地域で資源開拓を行う。
在宅医療・介護連携	医療との連携は183件（前年231件）と医療との連携の必要性は続いており、入院時、在宅医療を継続する上でのチームワークは欠かせない。毎月1回市立病院で「出張介護相談会」を緑区地域包括支援センターと実施している。	さらに広範囲の病院と医療相談室、地域連携室を通しての信頼関係を築く。地域の開業医、歯科医、接骨医との連携を目指す	毎年2回多職種連携学習会を開催している。医療職の参加を増やしていく。浦和在宅医療支援相談センターとの連携、又住民への紹介も行う。	自立支援型地域ケア会議を通し、医療職福祉職ともに資質向上の機会とする。	開業医を始めとする医療機関との顔の見える関係を構築できるよう地域包括支援センターの機能と役割の案内を行う。
認知症高齢者支援	認知症施策は様々用意されているものの、十分かつ有効に利用されているとは言い難い。独居で認知症を発症された場合、金銭管理困難、環境悪化（ゴミ屋敷）、隣人とのトラブルが生じやすく解決に時間がかかる。	認知症の早期発見と早期治療の促進。認知症になっても、その人らしく暮らせる街ができる。	認知症初期集中支援チームを積極的に利用する新たに認知症カフェをコミュニティカフェ（障害者就労支援の店）にて2ヶ月に1度開催する。	認知症サポーター養成講座を子ども向け、若い世代向け、又、職域や商店街で自己開催する。認知症地域支援推進員が積極的に地域を回る活動を行う。	認知症サポート医のみならず、歯科医、整骨医、地域の医療職と学習会等を通じ認知症の支援について共有していく。

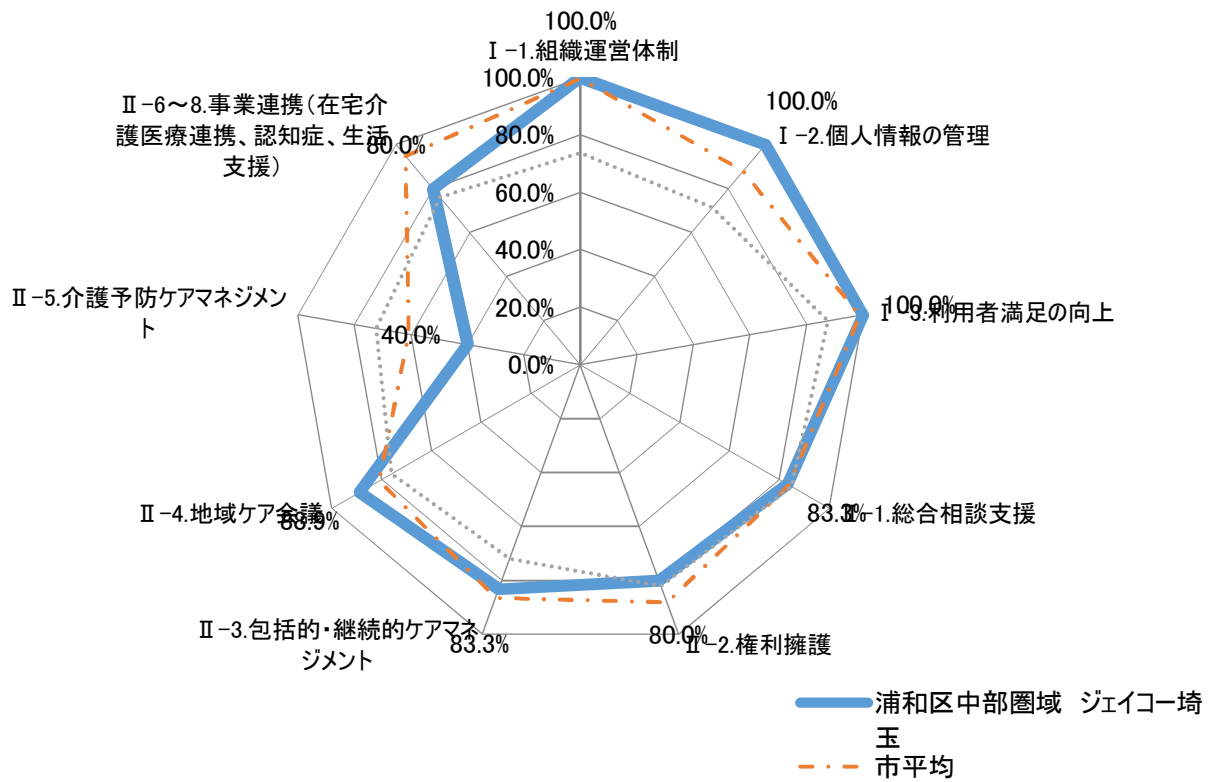
空白のページ



## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	07浦和区							
日常生活圏域	18浦和区中部							
センター名称	浦和区中部圏域 ジェイコー埼玉							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	41,590人	7,211人	17.3%	1,208人	2.9%	304人	899人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	165人	139人	282人	246人	147人	136人	88人
	率	13.7%	11.5%	23.3%	20.4%	12.2%	11.3%	7.3%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>後期高齢者人口及びひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が10区の中でも多く、介護保険の認定率も高くなっていることから、地域で支え合う仕組みづくりや地域における介護予防の取組への支援、増加が見込まれる認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発が必要です。</p> <p>また、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生きがいを持って生活を継続できるように、各関係機関とのネットワークの構築及び円滑なサポート体制の強化が求められています。</p>							
圏域の現状と課題	<p>中部圏域の高齢化は17.3%で横ばいですが、昨年針ヶ谷4丁目は高齢化率34%を超えるなど、圏域内には地域差があります。若い地域は包括を知らない世代と思われ、広報活動が引き続き必要です。昨年の虐待対応事例は5件あり、うち4件は子世代が養護者でした。働く世代の介護者への支援が課題と考えます。多問題で複雑化した相談もあり、対応力の向上や、障害や福祉、医療機関との有機的な連携が必要です。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域活動を通じて地域の特徴や変化の把握に努めます。住民の既存の自主活動を尊重し、継続・発展できるように支援します。</li> <li>・若い世代に包括を周知できるように認知症サポーター養成講座を実施します。介護者サロンやオレンジカフェの広報もしていきます。</li> <li>・オレンジパートナーや担い手等との連携を図り、地域での見守りが増える事を目指します。将来は徘徊模擬訓練を行い、緊急時の対応について地域との共有化を図ります。</li> </ul>							

### 平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

- ・重点項目①おれんじカフェや介護者サロンは予定通り実施し、ダブルケアカフェ(介護・育児)も関係機関と合同で立ち上げができました。認知症サポーター養成講座は初めて中学校に実施できました。
- ・重点項目②百歳体操の普及といきいきサポーターの活動支援ができました。
- ・新人職員には計画に沿った指導を行いました。包括内のチームアプローチを深めるため、朝夕のカンファレンスを行い、総合相談・権利擁護・包括的継続的ケアマネジメントを実施できました。介護予防マネジメントではマニュアル活用が今後の課題となりました。
- ・事業連携では、在宅医療支援センターや訪問看護と研修会を実施できました。主任ケアマネと初めて事例検討会が実施できました。
- ・昨年同様に地域ケア会議年6回と個別支援会議年4回を実施できました。初期集中支援は3件で昨年より多く対応しました。

①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	自立型の個別支援会議の実施に向け、自立支援に向けたマネジメントであるか見直していきます。包括の全職員が、居宅介護支援事業所に適切な助言指導ができるようにします。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括全職員が介護予防マネジメントの研修に参加 年1回</li> <li>・包括全職員が自立型個別支援会議への事例提出 年1回以上</li> <li>・主任ケアマネの事例検討会への協力 年2回（6月11月）</li> <li>・ケアマネサロンでの勉強会 年1回</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	虐待事例の相談対応の増加に伴い、関係機関の連携がスムーズになるように、顔の見える関係作りに努めます。早期発見や早期対応だけでなく、対応力が向上するように事例の検証に努めます。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・浦和区包括合同でケアマネ研修 年1回</li> <li>・包括全職員が虐待の研修に参加 年1回</li> <li>・浦和区内の包括と虐待対応の振り返り 年間2回</li> <li>・包括全職員が医療機関や障害者支援機関等の連絡会に参加 年1回</li> </ul>
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支え合い推進員が新人に交替するので、協議体の話し合いや運営についてサポートする。協議体での活動を地域支援会議と連動させて情報交換や上層に提案していく。</li> <li>・お元気倶楽部（百歳体操）では、包括は利用者側のサポートを担当し、いきいきサポーターの活躍の場を提供していく。</li> <li>・おれんじカフェも協働し、地域の担い手の活躍の場を支援する。</li> </ul>		
③在宅介護支援センターと連携した取組		

#### Ⅳ. ロードマップ

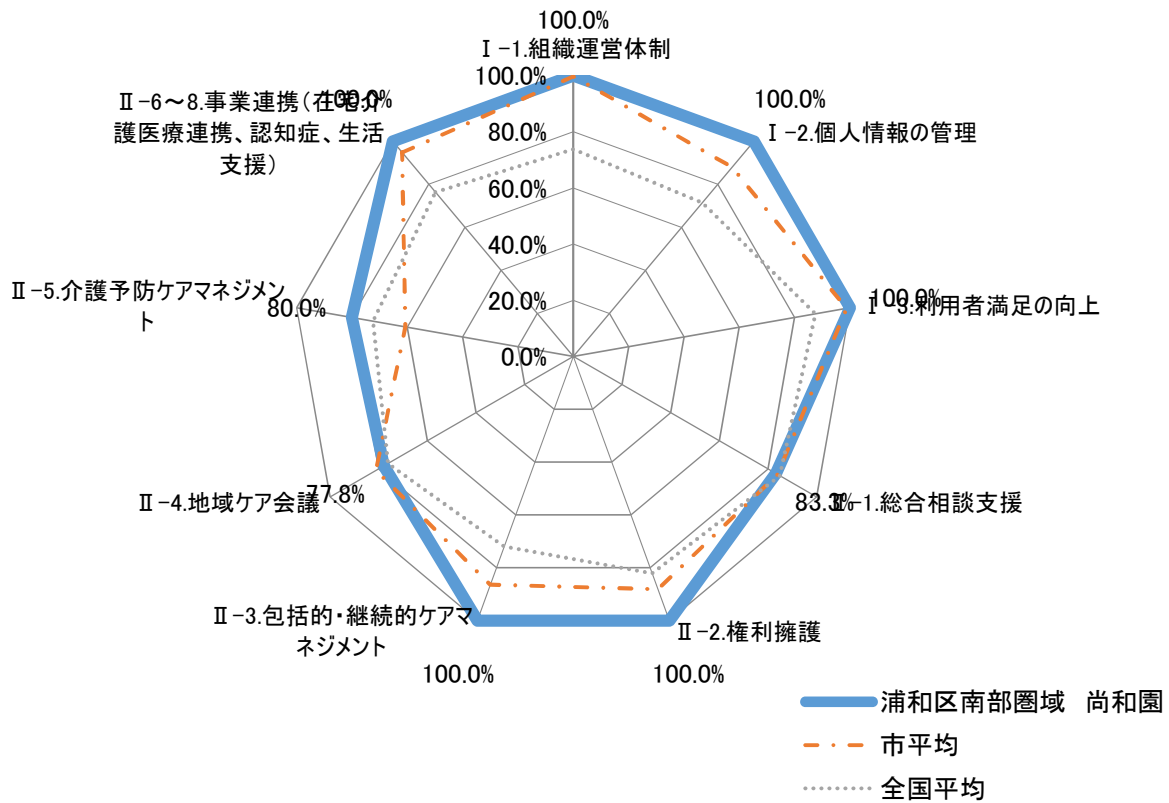
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談件数の増加に伴い、終結や保留中の把握が困難になってきている。	相談の終結方法や保管方法が統一できる。	相談記録の管理方法を統一し、年一回経過確認する。	保留中の事例を定期的に確認できる。	終結方法の統一ができる。
権利擁護	虐待事例や困難事例のカンファレンスが長時間になりやすい。	包括内カンファレンスが効果的に実施できる。	虐待研修の参加し、フローに沿った報告ができる。	各自が意見をもち発言できる。	会議の場でも積極的に発言ができる。
包括的・継続的ケアマネジメント	居宅介護支援事業所の主任ケアマネと事例検討が必要。個別会議の事例が少ない。	地域の主任ケアマネが中心となって事例検討会が開催できる。	主任ケアマネを集めて事例検討会を年2回開催。	事例検討会を年2回継続し地域課題の把握ができる。	把握した課題への対策が実施できる。
地域ケア会議	個別会議は困難事例だけでなく、自立支援の個別会議開催が必要。	個別会議が他職種他機関と必要時に実施できる。	自立支援個別会議の研修に参加し、開催の準備ができる。	困難事例、自立支援の個別会議を共に実施できる。	個別会議で把握した課題を地域ケア会議で検討できる。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	包括4人中ケアマネの資格取得は2名のみ。	全員がケアマネの資格をもつ。	主任ケアマネの更新研修1名。	ケアマネの受験1名。	ケアマネの受験1名。
在宅医療・介護連携	ガン等の終末期の方への相談対応に慣れていない。	全員が終末期の方への支援がスムーズにできる。	全員が在宅医療や介護連携の研修に参加。	全員がターミナルや緩和ケアに関する研修参加。	訪問看護と合同の研修会が出来る。
認知症高齢者支援	おれんじカフェや介護者サロンのボランティアの担い手の育成。	認知症サポーターの方をボランティア活動につなげる事ができる。	キャラバンメイトの取得1名。サポーター養成講座を全員1回実施。	オレンジサポーターの広報と活動受け入れ。	住民のキャラバンメイトの育成

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	07浦和区							
日常生活圏域	19浦和区南部							
センター名称	浦和区南部圏域 尚和園							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	42,119人	8,017人	19.0%	1,559人	3.7%	383人	1,112人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	179人	204人	350人	253人	203人	163人	143人
	率	11.5%	13.1%	22.5%	16.2%	13.0%	10.5%	9.2%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>後期高齢者人口及びひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が10区の中でも多く、介護保険の認定率も高くなっていることから、地域で支え合う仕組みづくりや地域における介護予防の取組への支援、増加が見込まれる認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発が必要です。</p> <p>また、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で生きがいを持って生活を継続できるよう、各関係機関とのネットワークの構築及び円滑なサポート体制の強化が求められています。</p>							
圏域の現状と課題	<p>当圏域内の高齢化率は、市内の平均値と比べ、低くなっておりませんが、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、認知症に関する切実な総合相談が数多く上がっており、地域で支え合う仕組みづくりや地域における介護予防の取り組みへの支援、認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発が必要です。</p> <p>自主グループによる百歳体操は浦和区内で最も多く、現在12カ所立ち上がっています。今後も自発的に参加意欲を持って継続的に活動ができるよう、より一層社会参加の場を広げていく取組が必要です。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>地域高齢者の健康維持に対する関心が高く、ますます元気教室への参加やいきいき百歳体操の自主グループが普及し始めていますが、より一層、高齢者自らが積極的な生きがいづくりと健康維持ができるような環境づくりに取り組みます。また、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域支え合い推進員の役割について地域住民に周知を図りながら、地域資源の掘り起こしや関係機関との連携強化に取り組みます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

元気アップ体力測定・健康相談は、老人福祉センター仲本荘において12回、岸町公民館では11回実施し、参加者のニーズに沿った形で薬剤師と管理栄養士によりミニ講座と各種相談の機会を持ち、健康状態の改善や個々の高齢者の健康意識のレベルアップが図れるように努めました。

また、その他の地域活動として、自治会、老人会、地区社会福祉協議会、有料老人施設での出前講座を各1回ずつ年4回実施しました。さらに地域の公民館の介護予防事業において、健康寿命延伸のための講座を行いました。

参加者の健康意識の拡充を図るための連携強化のため、いきいき百歳体操をツールとした地域リハビリテーション活動支援事業を3回実施しました。

地域づくりの中で認知症高齢者や介護家族の支援があり、キャラバンメイトと連携し認知症サポーター養成講座を3回実施しました。

協議体とボランティア連絡会が合同で会議を重ね、ボランティア延べ人数（約280名）の参加協力を得られ、オレンジカフェや介護者サロン、住民主体のサロン等の運営に携わっています。

また、さいたま市地域の担い手養成研修への声掛けをし、研修参加にもつながりました。

Ⅲ. 年間重点事業		
①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	地域に住民が主体となって運営する憩いの場づくりを継続するとともに、地域課題である認知症支援について住民自らキャラバンメイト（認知症サポーター養成講座の講師役）となり情報の発信を行い、互助関係の強化やボランティアへの参加など地域で見守って行ける環境づくりに取り組みます。
	達成数値目標	地域住民がキャラバンメイトとなり、地域住民相互による認知症に関する情報の発信と認知症高齢者への理解が深められるようサポーター養成講座を年2回実施します。
目 標 ②	取組事項	介護予防事業の推進により、地域で開催されている自主活動の周知や地域高齢者の健康づくり、自立支援・重度化防止の推進に取り組みます。
	達成数値目標	総合相談、各種イベントの際に、健康づくりや一般介護予防、認知症予防のための情報を提供し、自分らしい生活の実現に向けてのサポートをすると共に、要介護状態に陥らないように支援します。元気アップ体力測定では、2カ所の公民館で毎月実施し、個々に応じた評価を行い、自立した生活が可能となるよう支援します。また、現在12カ所ある、百歳体操の自主グループの活性化のための後方支援に努めます。
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源地図の作成を継続しながら、協議体委員の有効な資源活用のお気づきにつながるよう支援していきます。</li> <li>・地域住民主体のサロンの運営を推進し、参加者の安否確認や見守り活動につなげ、住み慣れた地域で暮らせるよう支援していきます。</li> </ul>		
③在宅介護支援センターと連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等で出前介護相談会を実施します。</li> <li>・月1回継続見守りを実施します。</li> <li>・元気アップ相談時に介護相談を担当します。</li> </ul>		

#### IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	相談件数合計がH31年2月末現在1019件（H29年度939件）と増加している。その大半は介護保険サービスの利用に関する相談であり、関係機関との連携及び地域の社会資源の掘り起こしが必要で	地域包括ケアシステムの推進において、「高齢者への生活支援策の充実」が課題として上がっており、日常生活を支援する体制の整備を各関係機関と連携を図りながら進めていきます。	毎月、地区別の相談件数を集計し、分類します。	相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を実施していきま	地域支え合い推進員と情報を共有し、地域における様々な関係者とのネットワークを構築するとともに、地域のコミュニティ活動を推進していきま
権利擁護	成年後見制度の利用時はもとより、困難事例の対応においても認知症状を起因とする相談が多数を占めています。	引き続き、早期発見、早期対応を意識し、各関係機関との連携を図り、権利擁護ネットワークを推進していき	高齢者虐待において、「高齢者虐待防止ネットワーク」を効率的・効果的に活用します。	成年後見制度の普及・啓発に取り組みます。	認知症高齢者に対する正しい理解の普及・啓発を地域住民の互助により発信していきま
包括的・継続的ケアマネジメント	主任ケアマネジャーが地域の居宅介護支援事業所をはじめとした事業所や各関連機関と連携・協働しながら地域の支援体制づくりを進めていきます。	地域の活動や相談業務を通じて、役割や生きがいづくりのために適切なケアマネジメントが作成され、生活意欲の向上につながるよう進めていきます。	医療機関を含めた関係機関とのネットワーク体制の構築	医療機関を含めた関係機関とのネットワーク体制の充実	構築されたネットワークを利用した包括的・継続的ケアマネジメントの充実
地域ケア会議	地域支援会議（年2回程度） 地域支援個別会議（適宜） 自立支援型地域ケア会議（平成31年度より）	第2層地域支え合い推進員と連携し、地域資源の活用を目指した地域ケア会議を開催します。介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めていきま	自立支援型地域ケア会議の導入準備	自立支援型地域ケア会議の導入	自立支援型地域ケア会議の充実
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	日常生活で介護予防を意識できるように、個別性があり、具体的に目標設定をしています。	利用者の生活意欲を引き出し、自立支援を目指したケアマネジメントを実践していきま	一般介護予防事業への参加を促します。	一般介護予防事業参加の充実	地域住民の通いの場へつなげま
在宅医療・介護連携	在宅と病院等の連携を強化して「安全・安心」日常生活圏域をつくり、退院・退所が円滑に行える連携体制の構築を進めています。	様々な職種が集まり連携強化や事例に関する情報交換が行われるような実務的な勉強会や研修会の開催を推進していきま	多職種協働チーム支援体制づくりの導入準備	多職種協働チーム支援体制づくりの導入	多職種協働チーム支援体制の促進
認知症高齢者支援	住民の認知症に対する関心が薄い。認知症の独居高齢者や高齢者夫婦世帯の増加傾向がみられます。	もの忘れ検診の周知を行い促進を図る。さらに地域に認知症サポーター養成講座や百歳体操を広めていきま	オレンジカフェで認知症のガイドブックを用いて勉強会の機会を設けます。	認知症に関する講座を自治会等の小さなコミュニティ単位で実施します。	地域住民（メイト会員、いきサポ会員等）による認知症に関する講座を試みま

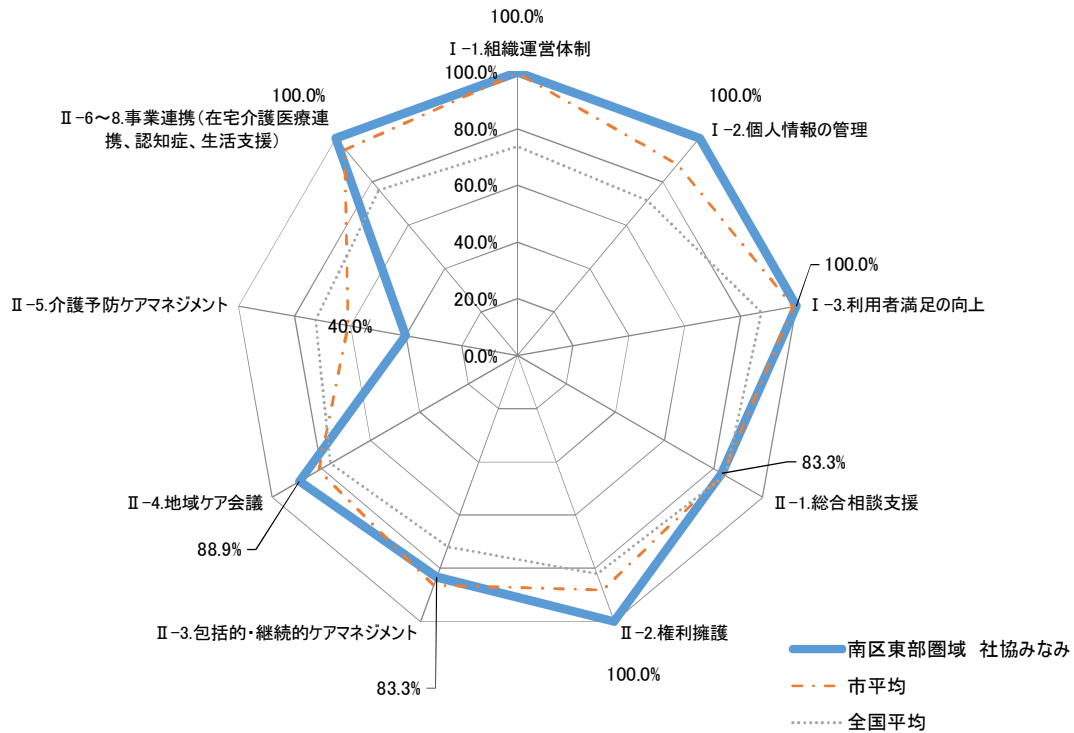


2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	08南区							
日常生活圏域	20南区東部							
センター名称	南区東部圏域 社協みなみ							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数		要介護認定者数
	56,896人	12,601人	22.1%	2,219人	17.6%	527人		1,682人
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	273人	254人	519人	423人	303人	236人	201人
	率	12.3%	11.4%	23.4%	19.1%	13.7%	10.6%	9.1%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>南区は、高齢化率が低く、比較的若い方が多い地域ですが、平成29年1月の町丁目別高齢化率には、約8%の白幡5丁目から約30%の太田窪2丁目まで4倍弱の地域差があり、武蔵浦和駅近辺等の大型マンション地域と周辺部など、地域の人口特性を細かく見ながらの対応が必要です。また、平成27年の国勢調査によれば、昼夜間人口比率が75.3%とベッドタウンとしての特徴が色濃く、生産年齢人口世代が区外で就労している割合が高いものと推測されることから、日中独居等の実態把握や若い世代の地域活動への参加促進、早期からの介護予防など、若い世代を含めた対策の検討が必要です。</p> <p>住民主体による支援活動の活性化に向けて、その必要性を地域の方に理解していただくためには、自治会等の地域の圏域と線引きの異なる日常生活圏域の見直しや、介護・住まい等の地域包括ケア5項目の現況を繰り返し説明することなどにより、市民の十分な理解を得ることが必要です。</p>							
圏域の現状と課題	<p>圏域内には3つの地区があり、地域の住民主体による活動は概ね活発ですが、現在活動している団体は担い手が不足していることから、活動の継続が課題です。</p> <p>多問題ケースの相談も増加傾向にあるため、様々な関係機関との連携・協働を行い早期対応ができる地域づくりに取り組む必要があります。</p>							
担当圏域の状況を踏まえた長期目標	<p>地域の住民主体による活動の担い手不足が解消されるよう、地域支え合い推進員や他機関と協働していく。</p> <p>生活の困りごとを一人で抱え込まずに誰もが相談できるように、地域包括支援センターの周知を行います。</p> <p>多問題世帯や虐待等の早期発見・早期対応ができるよう、関係機関や市民を対象に研修や啓発等を行います。</p> <p>地域支援会議等を行うことによって関係機関のネットワークを一層深めることで、支え合いの地域づくりを推進します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

- ・総合相談支援では、新たに課題の分類を分けて統計をまとめ、町別の相談理由の把握をすることができました。
- ・総合相談は、前年度2月末現在比、今年度は6.4%増加しました。
- ・包括的・継続的ケアマネジメント支援では、ケアマネの集いを5回開催し、各回テーマ別の事例検討を行うことで、圏域の介護支援専門員の知識・技術の向上に努めました。参加者からは、違う視点での意見は参考になり、今後の支援に生かせるといった意見がありました。さらに、地域支え合い推進員を中心に民生委員とケアマネの交流の機会を設け、関係機関の顔の見える関係づくりを行いました。参加者のケアマネ・民生委員からは直接顔を見ながら話ができて、今後の連携がしやすいとの意見や、次回も開催して欲しいとの声もあがりました。
- ・南区内3包括合同にて、主任ケアマネ更新研修の受講要件となる研修を、虐待についての内容で行いました。
- ・地区社協や民協、老人会が主催する介護保険についての勉強会へ、講師派遣を8回行いました。参加者の地域住民等からははともわかりやすく勉強になったと好評で、同じ内容でお願いしたいとの希望から、合計5件の派遣がありました。また、介護保険の理解が深まったことで、相談から利用につながった事例もありました。
- ・予防プランは、予防支援・ケアマネジメントを合わせて、前年2月末現在比12.4%増加しています。
- ・地域支え合い推進員を中心に、百歳体操の立ち上げ支援を行い、自主サークルが5団体立ち上がりました。参加者からは、運動を継続することで体力がづくだけでなく、参加者同士の交流も楽しいと、話がありました。
- ・在宅介護支援センターと連携し、サロン・講座開催、区民祭りでの啓発をすることで、参加の場の提供やニーズ把握に努めました。
- ・介護者サロンは情報交換だけでなく、参加者が気になることについての勉強会等を行いました。参加者からは、同じ立場で皆と話ができうれしい、認知症の勉強になるといった意見がありました。

Ⅲ. 年間重点事業		
①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援会議、地域支援個別会議、地域支え合い連絡会を活用して、課題・ニーズ把握を行います。</li> <li>・民協や地域活動に出席し、情報提供を行うだけでなく、連携の強化や課題の把握に努めます。</li> </ul>
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援会議を年3回開催します。地域支援個別会議を年3回以上、地域支え合い連絡会を年2回以上開催します。</li> <li>・民協や他機関主催の地域活動などに、年40回以上参加して、地域との連携強化をします。</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	<p>地域全体に権利擁護について広く知ってもらい、虐待や消費者被害の防止につなげる。 活動を通して、幅広い世代に地域包括支援センターを知ってもらう。</p>
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス事業所向けの、権利擁護に関する研修を、年1回以上開催する。</li> <li>・地域のサロンや教室へ月1回以上出向き、権利擁護についての啓発を行なう。</li> <li>・権利擁護に関する研修に、5回以上参加する。また、所内で伝達を行い、職員の知識・理解を深める。</li> </ul>
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のニーズや課題を把握するために協議体を活用し、地域住民やケアマネジャーなどの専門職も交えて目指す地域像について話し合います。</li> <li>・地域支え合い推進員と共に継続的に地域の活動の場に出向いて、地域住民と交流を図りながら、活動者のニーズや地域ニーズを把握し整理します。</li> <li>・地域支え合い推進員と協力して、いきいきサポーターなどの活動者育成に協力し活動者不足を補います。</li> <li>・いきいき百歳体操など、住民主体の通いの場の立ち上げ支援と地域活動をサポートします。</li> <li>・ケアマネの集いなどをおして、ケアマネジャーに住民活動の意義と効果の理解を図り、高齢者本人の自己実現に繋がるよう支援します。</li> </ul>		
③在宅介護支援センターと連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在支と包括の情報交換と連携の推進のために、連絡会を開催します。</li> <li>・地域支援個別会議、地域支援会議、地域支え合い連絡会の実施に際し、参加協力を頂き、ニーズ把握や課題解決に向けた検討を行います。</li> <li>・見守り支援等、連携して対応を行います。</li> <li>・地域における地域福祉に関する研修や講座開催の協力を一緒に行います。</li> <li>・オレンジカフェ等包括主催の事業の運営に参画頂き、高齢者の健康と福祉の増進に資する啓発を行います。</li> </ul>		

#### IV. ロードマップ

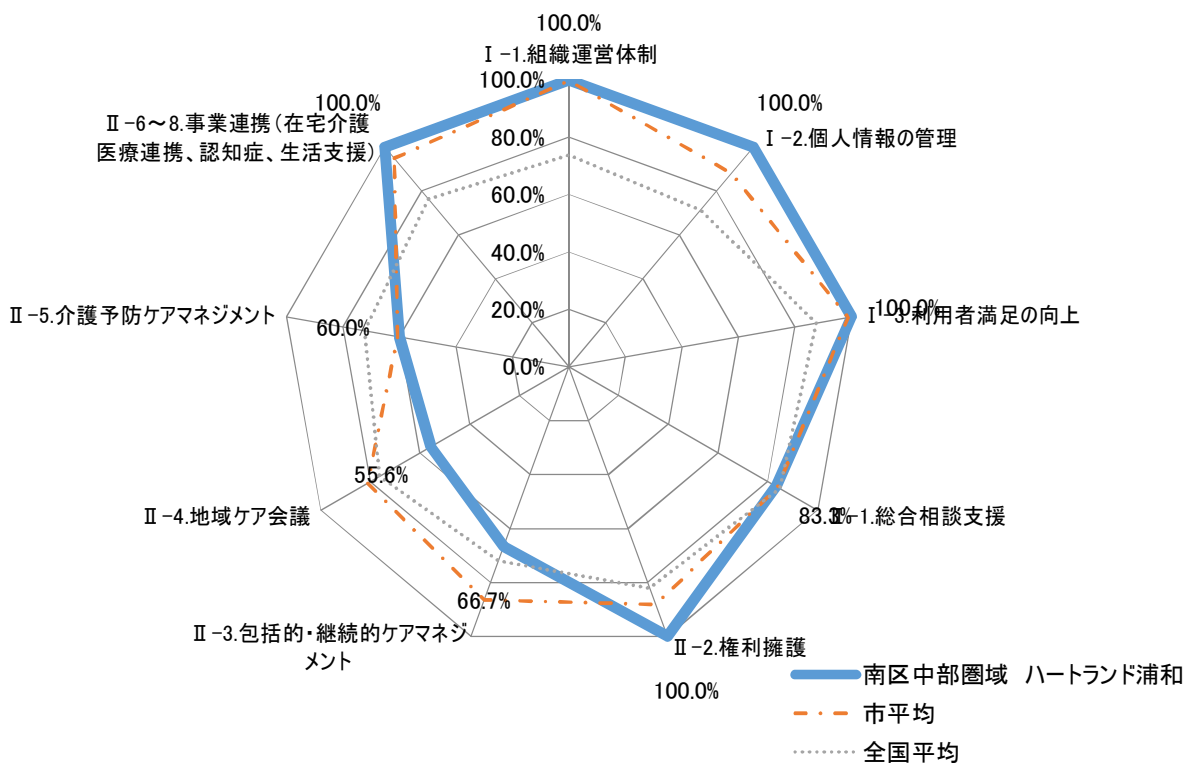
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	高齢者に対する支援だけでは解決が難しい、多問題ケースの相談が増えている。	多問題ケースに対応できる、体制をつくる。早期発見・早期対応ができる、地域づくりに取り組む。	職員の質の向上のため、研修に参加する。様々な分野の関係機関との、関係づくりを行う。	様々な分野の関係機関と、連携を行っていく。	様々な分野の関係機関と、協働していく。
権利擁護	ケアマネジャーとの連携により、ケアマネジャーの権利擁護に関する理解は進んでいるが、他の関係機関や地域住民への周知が不十分である。	地域住民やサービス事業所、ケアマネジャーの権利擁護についての理解を深め、消費者被害・虐待を防止する。	権利擁護について、サービス事業所へ研修を行なう。地域のサロンや教室に出向き、住民向けの啓発を行なう。	地域全体の権利擁護への理解が進むよう、関係機関への研修や、住民向けの啓発を継続する。	地域全体の権利擁護への理解が深まるよう、関係機関への研修や、住民向けの啓発を継続する。
包括的・継続的ケアマネジメント	地域の介護支援専門員各々が抱えるニーズや課題の把握が十分ではない。また、これを踏まえた研修や地域支援個別会議の開催が少ない。	事例検討・情報交換等により、介護支援専門員の各々が抱えるニーズや課題を把握し、知識・技術の向上を図る。	前年度の事例検討等で見えた個々の介護支援専門員が抱える課題をより深める研修等を行う。	地域の主任介護支援専門員と研修等を共催できるようになる。	主任ケアマネを対象とした研修や交流会を行い、主任ケアマネのネットワーク作りを行う。
地域ケア会議	地域支援個別会議の開催回数が少なく、地域課題の把握ができていない。	多問題ケース型の地域支援個別会議の開催回数を増やし、地域課題の把握をする。また、自立支援型地域支援個別会議を開催し、ケアマネジメントの向上や高齢者の自立を促す。	多問題ケース型の、地域支援個別会議の充実を図る。また、自立支援型地域支援個別会議の開催をする。	前年度の反省を踏まえ、多問題ケース型、自立支援型地域支援個別会議の内容を改善していく。	多問題ケース型、自立支援型地域支援個別会議で把握した課題を、専門機関や地域住民が連携して、問題解決できるよう検討していく。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	生活全般のアセスメント不足により、介護保険サービスのためのプランになっている。	本人のやりたい事を実現するための、ケアマネジメント支援を実施する。	ケアマネジメントマニュアルの共通理解と地域活動の場に出向く。	地域活動を把握し支援に繋げる。	本人のやりたい事を実現するための、地域づくりを行う。
在宅医療・介護連携	地域の医療機関と、顔の見える関係・連携が不十分である。	地域包括ケアシステムの構築のために、地域の医療機関との連携を強化できるような、関係づくりに努める。	近隣の医療機関と関係を深める。	医療機関との連携を図るための、研修会や勉強会に参加し、顔の見える関係作りを図る。	医療機関の協力を得て、研修会や勉強会等を企画する。
認知症高齢者支援	認知症高齢者に関わる多問題ケースが増えている。家族、地域住民などに認知症への理解をより深める働きかけが必要である。	認知症本人や家族が、地域で安心して過ごせるように支援していく。	認知症高齢者に対する、相談窓口を充実させる。出張介護相談の実施や、オレンジカフェの場所の再考を行なう。	認知症高齢者に対する、相談窓口を拡充する。オレンジパートナーの周知育成を行なう。	認知症高齢者に対する、相談窓口を拡充する。オレンジパートナーとの協働を行なう。

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	08南区							
日常生活圏域	21南区中部							
センター名称	南区中部圏域 ハートランド浦和							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	70,651人	13,432人	19.0%	2,225人	16.6%	584人	1,615人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	267人	317人	487人	428人	278人	215人	207人
	率	12.0%	14.2%	21.9%	19.2%	12.5%	9.7%	9.3%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>南区は、高齢化率が低く、比較的若い方が多い地域ですが、平成29年1月の町丁目別高齢化率には、約8%の白幡5丁目から約30%の太田窪2丁目まで4倍弱の地域差があり、武蔵浦和駅近辺等の大型マンション地域と周辺部など、地域の人口特性を細かく見ながらの対応が必要です。また、平成27年の国勢調査によれば、昼夜間人口比率が75.3%とベッドタウンとしての特徴が色濃く、生産年齢人口世代が区外で就労している割合が高いものと推測されることから、日中独居等の実態把握や若い世代の地域活動への参加促進、早期からの介護予防など、若い世代を含めた対策の検討が必要です。</p> <p>住民主体による支援活動の活性化に向けて、その必要性を地域の方に理解していただくためには、自治会等の地域の圏域と線引きの異なる日常生活圏域の見直しや、介護・住まい等の地域包括ケア5項目の現況を繰り返し説明することなどにより、市民の十分な理解を得ることが必要です。</p>							
圏域の現状と課題	<p>南区中部圏域は高齢化率19%と現在は低いが、人口自体が多く、高齢者人口も多い。古くに分譲された住宅、マンション、団地は高齢化で、家族同居でも日中独居者多数。また地域活動に参加しない、できない高齢者への対応が課題。新しいマンションや宅地に点在する新しい戸建てには子育て世代が暮らす地域への帰属意識は低い。自治会活動等地域活動を担う方も高齢化し担い手不足。今後は若い世代や地域にある企業や商業施設を取り込み、介護予防の取り組みや地域活動を促進していく必要あり。また、まだまだ地域包括支援センターを知らない住民も多いため、周知を図っていくことが必要。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢者だけでなく、若い世代や地域の企業と連携したイベントや地域活動に参加、または実施し、地域包括支援センターの周知を図るとともに、地域連携の強化推進。</p> <p>住民主体の地域のサロン、教室の立ち上げや活動支援の継続をしていき、高齢者が徒歩圏内で行くことができるサロンを増やしていく。サロンに通う、運営することによって早期からの介護予防を図る。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

前年度の取り組み事項達成数値目標に掲げた出前講座、サロンの立ち上げ支援、地域のイベント参加については目標達成。包括のチラシ・季刊誌を作成し講座、地域のサロン、イベントにて配布、またチラシはいくつかの商業施設に配架し置いていただくことよって、高齢者だけでなく年齢を問わず包括の周知を図っていった。また地域支え合い推進員との連携により包括の周知も図れ、相談や高齢者把握に繋がっている。企業・商業施設への挨拶周りについては数値目標が達成できず、今年度の課題として再度重点目標とする。地域のサロンの立ち上げ・継続支援によりサロン把握も継続したことにより、相談者や介護支援専門員にサロンを紹介ができるようになり、少しずつではあるが地域と高齢者を繋げることが出来始めており、高齢者支援の幅が広がっている。

ケアマネ支援として事例検討会の定期的実施、権利擁護の研修も実施。地域の介護支援専門員のスキルアップを図った。

地域ケア会議については定期開催ができなかったため、今年度は重点目標に掲げ、内容充実も目指す予定。

認知症高齢者の居場所作り、地域住民等の認知症理解のための認知症カフェは継続して月1回実施。参加人数増は図れなかったが、オレンジパートナー活動のフォローもしており、お手伝いして下さるボランティアさんは増えている。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域のイベント等に参加、企業や店舗等商業施設に出向き、主として若年層へ地域包括支援センターの周知を図る。また高齢者サロン支援・把握や出前講座を継続することによって高齢者の実態把握と包括の周知を継続。年齢を問わず相談のしやすいセンターを目指す。
	達成数値目標	出前講座10回以上 地域のイベント参加3回以上 企業・店舗等商業施設周り24件以上
目 標 ②	取組事項	地域支援個別会議の充実を目指していく。区主催の介護予防ケアマネジメント型個別会議の他に、包括にて個別会議を開催。多職種連携と自立型ケアマネジメント、地域課題の抽出を意識し、高齢者支援の方策を検討することにより包括職員や介護支援専門員のスキルアップを図り、高齢者支援の充実を図る
	達成数値目標	3か月に1回を目安として、年4回以上開催。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

地域支え合い推進員が、地域活動に出向いた際その参加者から相談を受け包括へ繋がるケース、また、推進員が把握している地域活動に包括職員や介護支援専門員が担当利用者等を紹介するケース等が増えてきている。今後も、推進員と密なコミュニケーションを取り連携することによって、迅速な相談対応・高齢者実態把握・地域活動の把握を図っていく。協議体は開催単位を小さくする予定であり、より地区ごとの細かな地域情報の把握に努めていく。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

在宅介護支援センターの圏域内の地域の住民主体の活動への参加、活動の把握・支援を地域支え合い推進員とも連携して協働、地域包括支援センター主催の活動にも協力を仰ぎ活動の充実を目指す。  
また、相談対応、高齢者実態把握、困難事例対応、見守り訪問についても役割分担をしながら、迅速かつきめ細かく確実に行っていく。

#### IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	地域包括支援センターの周知不足	地域の方が気軽に足を運べる、また気軽に相談できるセンターとなる	チラシや機関紙を作成・配布	チラシや機関紙の配布箇所増	ホームページ開設
権利擁護	困難を抱え、生活に支障が出ているが、相談・支援につながっていないケースがある	地域の人やケアマネのカも借りて、何かしらの困難を抱えている人を把握し、支援につなげていく	地域、ケアマネ向けの虐待等権利擁護の研修を実施	地域やケアマネ向けの虐待等権利擁護の事例検討会実施	地域やケアマネ向けの虐待等権利擁護の事例検討会継続
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネと関係機関や団体が連携できる地域包括支援ネットワーク構築が不十分	地域における様々な資源（機関）が、互いに連携を取り合い、高齢者の生活を総合的に支える	特定事業所加算算定居宅介護支援事業所の事例検討会の開催支援	ケアマネと自治会・民生委員との連携	ケアマネと自治会・民生委員との連携の強化推進
地域ケア会議	地域支援個別会議の開催数が少ない	地域支援個別会議の開催数増で事例検討を重ね、地域課題を把握	ケアマネの支援困難事例をリストアップし定期的に個別会議を開催	自立支援型個別会議と困難事例型個別会議の実施	個別会議の内容を充実させ、地域課題抽出
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	インフォーマルサービスをプランに取り入れにくい	インフォーマルサービスを意識し取り入れた、自立に向けた計画立案	地域の活動の把握・支援継続。ケアマネにもサロン等の活動紹介	ケアマネが地域のサロンに足を運びやすいよう関係作り	インフォーマルサービスを取り入れた事例発表、事例検討会実施
在宅医療・介護連携	在宅医療、在宅療養を行うための情報不足	ケアマネ、患者、介護者に在宅医療の啓発	在宅医療の先生による講演実施	在宅医療関係者と介護関係者との意見交換の場をつくる	在宅医療関係者と介護関係者と連携強化
認知症高齢者支援	相談につながらず、また受診やサービスにつながらず、認知症が重症化するケースあり。	認知症となっても、認知症予防を図りながら、在宅生活をおくることができる	オレンジパートナーの周知	オレンジパートナー育成	オレンジパートナー増員

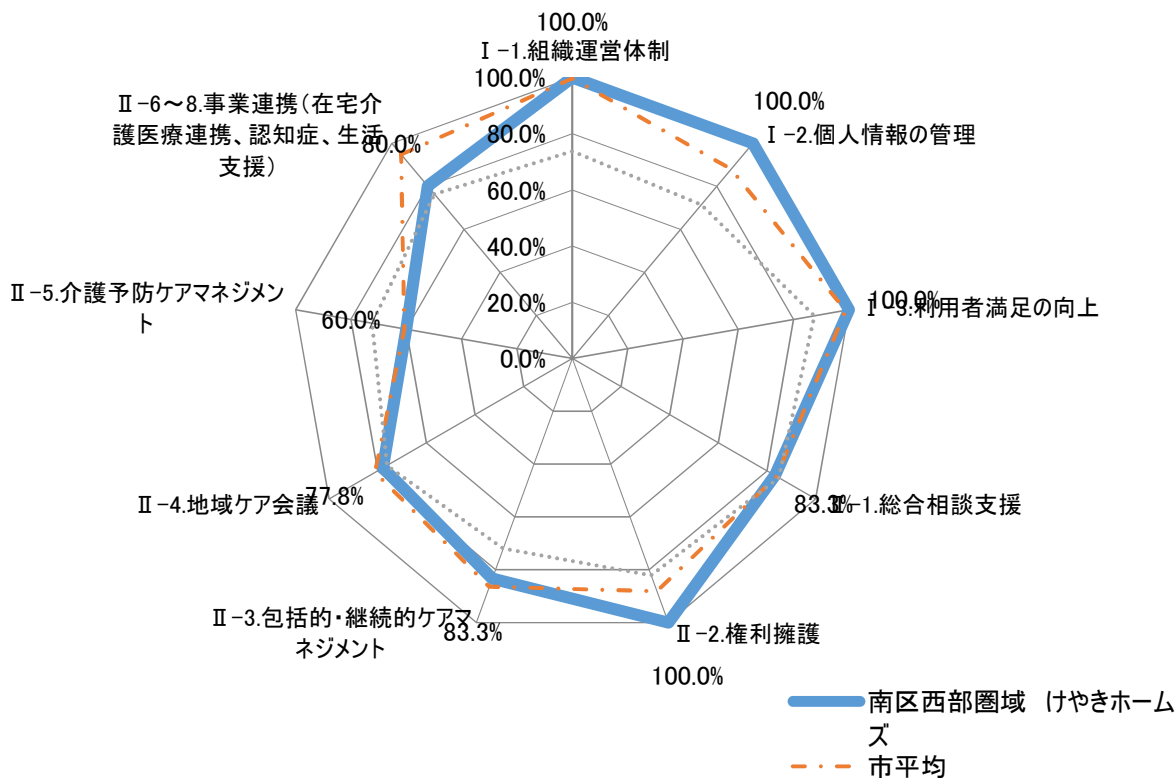


## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	08南区							
日常生活圏域	22南区西部							
センター名称	南区西部圏域 けやきホームズ							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	60,288人	9,566人	15.9%	1,415人	14.8%	341人	1,060人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	159人	182人	374人	255人	180人	138人	113人
	率	11.2%	12.9%	26.4%	18.0%	12.7%	9.8%	8.0%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>南区は、高齢化率が低く、比較的若い方が多い地域ですが、平成29年1月の町丁目別高齢化率には、約8%の白幡5丁目から約30%の太田窪2丁目まで4倍弱の地域差があり、武蔵浦和駅近辺等の大型マンション地域と周辺部など、地域の人口特性を細かく見ながらの対応が必要です。また、平成27年の国勢調査によれば、昼夜間人口比率が75.3%とベッドタウンとしての特徴が色濃く、生産年齢人口世代が区外で就労している割合が高いものと推測されることから、日中独居等の実態把握や若い世代の地域活動への参加促進、早期からの介護予防など、若い世代を含めた対策の検討が必要です。</p> <p>住民主体による支援活動の活性化に向けて、その必要性を地域の方に理解していただくためには、自治会等の地域の圏域と線引きの異なる日常生活圏域の見直しや、介護・住まい等の地域包括ケア5項目の現況を繰り返し説明することなどにより、市民の十分な理解を得ることが必要です。</p>							
圏域の現状と課題	<p>南区西部圏域は高齢化率が15.9%となっており、さいたま市内他圏域と比べて一番高齢化率の低い圏域となっています。新しい住宅が増えていますが、働く世代であるために地域活動に参加できる機会が少なく、新しく転居してきた住民と以前から住んでいる住民との交流があまりない状況です。</p> <p>元々ある地域活動は高齢化が進み、自治会や老人会の継続が難しくなっています。地域活動が衰退していくと、地域の方同士の繋がりが希薄になり、個々の家庭で孤立し、地域の防犯機能の低下、災害時の助け合い機能の低下、介護や育児の抱え込み、ひいては虐待に繋がる可能性もあります。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>地域の皆様が安心して生活していくためには、新しく転居してきた住民と以前から住んでいる住民とが交流し、世代を超えて繋がりをもつ必要があります。地区社協、育成会、学校などと連携し、世代間の交流を図ることによって新しく転居してきた住民と以前から住んでいる住民が顔の見える関係になり、幅広い世代の方の地域活動参加の促進を目指します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

西地区社会福祉協議会、武蔵浦和地区社会福祉協議会と一緒に地域福祉行動計画を検討し策定に携わらせて頂き、社会福祉協議会を通じて民生委員、自治会長など地域の方達との連携を深めることができました。西浦和地区社会福祉協議会とは地域福祉行動計画をもとに、助け合いの仕組み作りを実現するため話し合いを重ねています。課題も見えてきたので、引き続き地域の皆様と一緒に企画を進めていきたいと思っています。

認知症の周知、早期発見、相談に繋げる取り組みについては、認知症に関する講座を月1~2回のペースで年19回開催、そのうち認知症キッズサポーター養成講座は年2回開催しました。認知症については幅広い世代に知って頂く必要があり、企業やキッズに向けての認知症サポーター養成講座を行う必要性を感じています。認知症初期集中支援チームは今年度5事例相談にあげることを目標にしていたのですが、3事例のみの相談となりました。しかし、今年度初めて利用し、未受診の方を受診に早く繋げることができ、認知症だけではなく、内科的疾患も併せて診て頂けるメリットを実感しました。また、様々な事例から認知症になる前の生活習慣の見直しや早めの対策をしていくことが、認知症になっても地域で住み続けられるための秘訣であることが見えてきたので、地域の方に認知症の備えの対策を出前講座で周知していけたらと思います。

地域包括支援センターの周知については、顔見知りの地域の方からは包括は相談しやすいと言って頂ける一方で、包括に相談するのは敷居が高いという声も聞かれています。子育て世代の方は相談先を知らず子育てと親の介護、両方を抱え込んでいる方もいるという声も聞きました。幅広い世代に地域包括支援センターを知って頂くため、Wケアをテーマにし、子育て世代にも地域包括支援センターを知って頂く機会を設けていきたいと考えています。

Ⅲ. 年間重点事業		
①年間重点取組事項		
目 標 ①	取組事項	幅広い世代に認知症の理解をして頂き、認知症になっても住みやすい地域づくりをする。
	達成数値目標	①オレンジパートナーが自主的に活動できるように、まずはオレンジパートナーの人数を増やす。 ②認知症キッズサポーター養成講座を年2回以上行う。 ③認知症の予防や早期発見ができるよう、認知症になる前の生活習慣の見直しや早めの対策、認知症初期集中支援チームの活用など、認知症に関する出前講座を月1回以上行う。
目 標 ②	取組事項	幅広い世代に地域包括支援センターを知って頂き、以前よりも多くの方が気軽に相談できるセンターにする。
	達成数値目標	①出前相談会を年15回以上開催する。 ②Wケアをテーマにした講座を年1回以上開催する。
②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・お互いに知り得た地域の課題を情報共有します。</li> <li>・介護支援専門員と地域支え合い推進員の橋渡し役となり、介護支援専門員が地域の社会資源を活用できるようにしていきます。</li> <li>・介護認定を受けていても地域の方向士が繋がり、役割をもつことで、生き活きと生活できるようにご支援していきます。</li> </ul>		
③在宅介護支援センターと連携した取組		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の課題や社会資源を情報共有しながら、相談機能の強化を図っていきます。</li> <li>・認知症サポーター養成講座を一緒に開催し、認知症の理解を地域に広めていきます。</li> <li>・見守り活動を一緒に行っていきます。</li> </ul>		

#### IV. ロードマップ

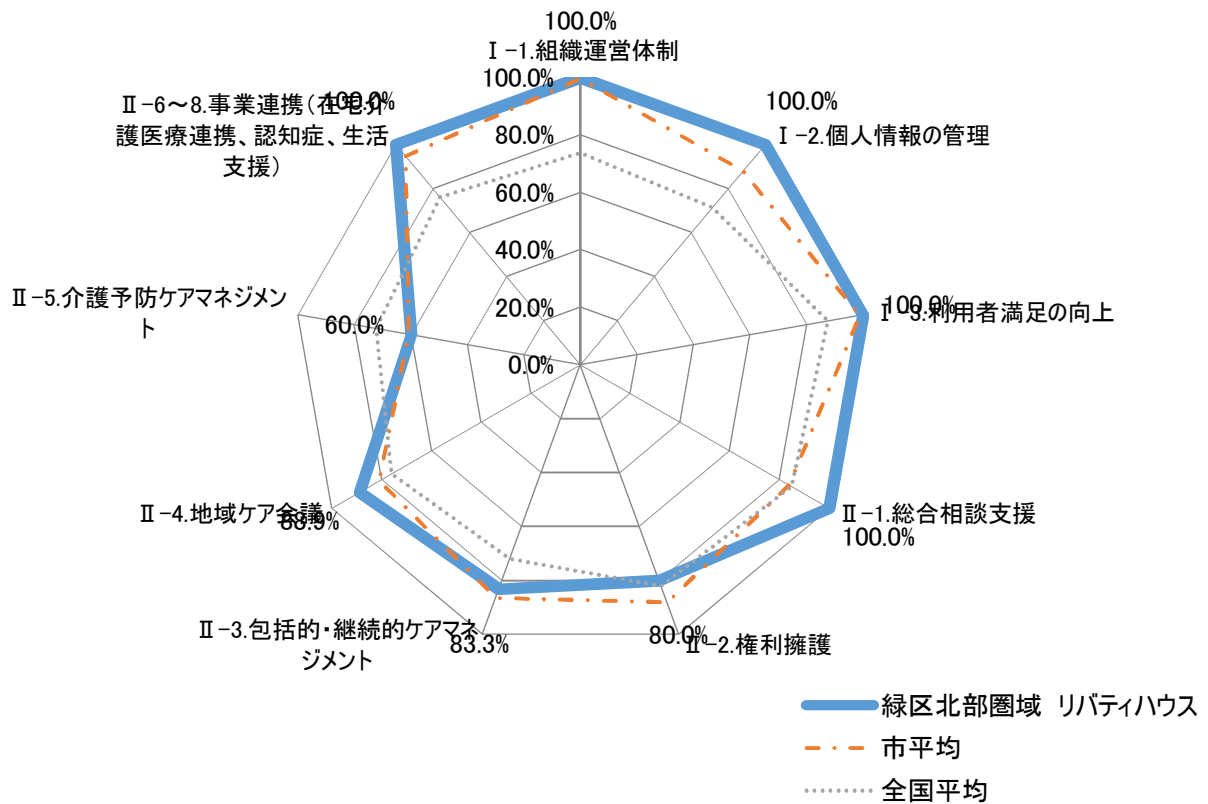
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	地区別の相談内容の分類が行えていない	個々の相談から地域の特性や課題を見出す	分類方法の検討	情報の集約、分析	情報の共有
権利擁護	事例の振り返りや内容分析ができていない	事例の傾向を分析し早期発見のための情報共有を図る	過去の事例を振り返り検討	過去の事例を集約、分析	情報の共有
包括的・継続的ケアマネジメント	相談内容の分類が行えていない	相談内容の分類をし、ケアマネと情報共有を図る	分類方法の検討	情報の集約、分析	情報の共有
地域ケア会議	自立支援型の地域支援個別会議の実施	自立支援型個別支援会議を実施し、ケアマネジメントの質の向上を図る	モデル事業の実施	直営プランで自立支援型個別支援会議を実施	委託プランで自立支援型個別支援会議を実施
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	居宅介護支援事業者にケアプラン作成を委託した場合の進行管理が行えていない	進行表に基づき委託プランを適切に管理する	進行表の一覧を委託先に提示	他包括と情報共有	市内包括で運営の方法を平準化
在宅医療・介護連携	医療関係者と合同の事例検討会が未実施	医療機関と介護事業所との連携がスムーズに行えるようになる	事例検討会に参加し包括内で情報共有	事例検討会に参加し、介護事業所と情報共有・連携	介護事業所と共同して医療関係者と事例検討会を開催
認知症高齢者支援	認知症の幅広い世代への周知不足	幅広い世代に向けて認知症を周知していく	高齢者以外の世代の方の活動の場を情報収集	アプローチ方法を検討	幅広い世代に向けて認知症サポーター養成講座の企画

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	09緑区							
日常生活圏域	23緑区北部							
センター名称	緑区北部圏域 リバティハウス							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	60,664人	12,167人	20.1%	1,989人	3.3%	480人	1,502人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	249人	231人	442人	355人	280人	231人	194人
	率	12.5%	11.6%	22.2%	17.8%	14.1%	11.6%	9.8%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>今後の急速な高齢化に対応するため、地域包括ケアシステムの構築を推進します。いつまでも住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らしていくためには、介護保険制度の活用と合わせ、「居場所づくり」及び「社会資源の発掘」による地域づくりを行わなければなりません。</p> <p>そのため、行政、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）、社会福祉協議会などの機関と連携・情報共有を図るとともに、地域の皆さんの御理解・御協力を得ていくことが重要となっています。</p> <p>また、介護予防の観点はもちろんのこと、介護が必要になっても在宅療養を支える医療と介護の連携を引き続き推進していく必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>若年認知症の方が増えているが、デイサービス以外に利用できる介護保険サービスや居場所が殆どない。また、地域住民の認知症に対する理解が十分ではない為様々な機会を利用して理解を深める必要がある。（制度利用や単独機関のみでは対応が難しいケースが多い）</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>認知症の人とその家族、地域の高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らせるよう、医療機関や各関係機関と協力していきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

どの分野においても概ね基準は達成できたと思われる。  
 組織運営体制：義務付けられている職員の配置は行えた。また、パンフレットなどの配布を継続しセンターの周知を行った。  
 権利擁護：高齢者の権利が侵害されている、と思われるケースが増加しているため、包括職員が消費生活支援センター研修に参加し、地域の高齢者サロン等で地域住民・民生委員・自治会役員への周知を図った。また、虐待と思われるケースを行政・介護支援専門員等と連携し対応できた。  
 事業連携：在支と連携しオレンジカフェ3か所の継続開催ができています。医療との連携は様々な形で行い、在宅生活継続のための支援に繋げることができました。さいたま市立病院職員への研修にも出向き、事例を用いながら介護保険制度の説明・包括の周知を行った。他各関係機関との会議にも参加し顔の見える関係を作ることができた。認知症で困難と思われるケースは認知症初期集中支援チームと連携をとり対応できた。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	高齢者の在宅生活を支えるために、医療機関や各関係機関と連携し、協働（協力）の機会を増やします。
	達成数値目標	行政：月例会 12回 在宅介護センター：連携を目的とした会議 2回以上 民生委員：民生委員協議会定例会 3回以上 病院：相談会 12回、会議 2回 自治会：自治会連合会会議 2回 社協：地区社協 1回
目 標 ②	取組事項	認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう支援します。
	達成数値目標	介護者のつどい：21回 オレンジカフェ：36回 認知症サポーター養成講座：5回

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

- ・地域で起こっていることを把握する為にも各地域の行事などに共に参加し、自治会民生委員との連携強化に繋げる。
- ・地域支え合い推進員が把握している情報を共有した上で介護予防が必要な方を把握し公民館の教室や地域活動の場に繋げていく。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

- ・オレンジカフェの共催。
- ・支援センターの周知・PR活動。
- ・地域での困難ケースについて情報を共有し、支援に繋げる。
- ・地域の高齢者の実態把握をし、見守り等を行う。

## IV. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成31年度	平成32年度	平成33年度
総合相談支援	圏域には独居高齢者や高齢者世帯が増加しているが、支援に繋がっていないケースも多くみられる。	地域のグループ活動等に参加し、地域の状況や問題点を把握する。	地域活動(主催)50回 地域活動(他機関の主催)50回	地域活動(主催)50回 地域活動(他機関の主催)50回	地域活動(主催)50回 地域活動(他機関の主催)50回
権利擁護	認知症高齢者の増加に伴い、成年後見制度の必要性が増しているがまだまだ周知が不足している。	地域支援会議や民生委員定例会等で、事例等を通して説明周知をしていく	地域支援会議・民協定例会：7回	地域支援会議・民協定例会：7回	地域支援会議・民協定例会：7回
包括的・継続的ケアマネジメント	事業所間で情報共有ができるネットワークが薄い。また、一人ケアマネの事業所も多いが交流の場が少ない。	居宅事業所間で情報を共有できるようなネットワークが構築され、質の高いサービス提供が出来るようになる。	ケアマネ交流会：5回 事例検討会：2回	ケアマネ交流会：5回 事例検討会：2回	ケアマネ交流会：5回 事例検討会：2回
地域ケア会議	地域の課題や問題点を十分把握できていない。	地域の課題を地域支え合い推進員と共に検証し、課題解決の為に協議検討する。	地域支援個別会議・地域支援会議：7回	地域支援個別会議・地域支援会議：10回	地域支援個別会議・地域支援会議：12回
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護予防が必要な対象者を掴みにくい。	地域支え合い推進員と協力し公民館や地域の活動に出向き把握に努める。	転倒予防教室：30回 各自治会の高齢者の集まりへの参加：50回 ますます元気教室：30回 健口教室：5回	転倒予防教室：30回 各自治会の高齢者の集まりへの参加：50回 ますます元気教室：30回 健口教室：5回	転倒予防教室：30回 各自治会の高齢者の集まりへの参加：50回 ますます元気教室：30回 健口教室：5回
在宅医療・介護連携	要介護度の重度化に伴い、医療ニーズの高い在宅療養者が増える傾向にある。	住み慣れた地域で暮らせるよう、日常の支援や退院の支援など医療機関との連携を強化する。	さいたま市立病院との介護相談会の継続	さいたま市立病院との介護相談会の継続	さいたま市立病院との介護相談会の継続
認知症高齢者支援	地域住民の認知症に対する理解が十分ではない。	小さな単位での認サポを開催し地域の方に認知症を理解してもらう(フォローアップ講座へ繋ぐ)	介護者のつどい・オレンジカフェ・認知症サポーター養成講座：50回	介護者のつどい・オレンジカフェ・認知症サポーター養成講座：50回	介護者のつどい・オレンジカフェ・認知症サポーター養成講座：50回

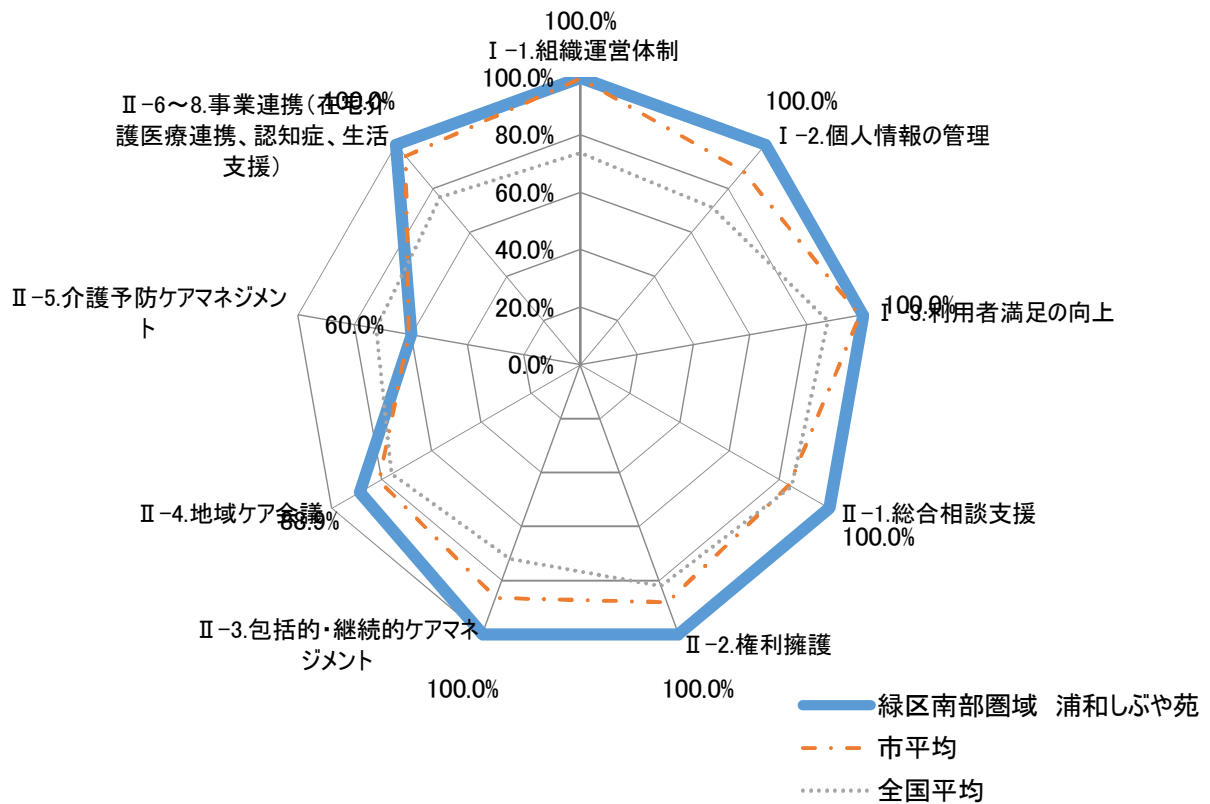


## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	09緑区							
日常生活圏域	24緑区南部							
センター名称	緑区南部圏域 浦和しぶや苑							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	63,327人	14,484人	22.9%	2,389人	3.8%	637人	1,743人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	334人	303人	563人	399人	311人	272人	198人
	率	14.0%	12.7%	23.6%	16.7%	13.0%	11.4%	8.3%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>今後の急速な高齢化に対応するため、地域包括ケアシステムの構築を推進します。いつまでも住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らしていくためには、介護保険制度の活用と合わせ、「居場所づくり」及び「社会資源の発掘」による地域づくりを行わなければなりません。</p> <p>そのため、行政、地域包括支援センター（シニアサポートセンター）、社会福祉協議会などの機関と連携・情報共有を図るとともに、地域の皆さんの御理解・御協力を得ていくことが重要となっています。</p> <p>また、介護予防の観点はもちろんのこと、介護が必要になっても在宅療養を支える医療と介護の連携を引き続き推進していく必要があります。</p>							
圏域の現状と課題	<p>緑区南部圏域は、高齢化率が22.9%となっており、高齢者数が年々増えている。介護保険の認定者数も増え続けている。</p> <p>介護予防のため住民主体の通いの場の立ち上げを支援しているが、地域による偏りや差が出てきている。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>高齢化に備え、介護が必要となる状態の前の段階から、高齢者の健康づくりや介護予防のため、住民主体の通いの場の立ち上げを支援します。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

総合相談支援では、地域における関係機関の情報や地域活動の社会資源についてリスト化し、相談時に活用している。今後も見直しを含めより一層の情報収集が必要となる。

権利擁護は消費者被害を未然に防ぐためのチラシを作成し、消費生活センターと共に広報活動を行った。

包括的・継続的ケアマネジメントでは、ケアマネジャーと医療機関との交流会を行い、在宅医療・介護連携を行うことができた。しかしその中で課題が多く見付き、今後とも課題解決に向け更なる連携が必要となる。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	住民主体の通いの場が継続していくように支援していく。また、地域によっては、場所や担い手の確保が難しいため立ち上がっていない。新規に通いの場が立ち上がるよう支援していく。
	達成数値目標	平成30年度に新しく7ヶ所立ち上がり、圏域には14ヶ所、住民住体の通いの場がある。今後も継続できるように支援していくことと、不足している地域に、1ヶ所でも立ち上がるよう支援していく。
目 標 ②	取組事項	認知症になっても、住み慣れた地域で自分らしく生活できる地域作りを行う。そのために地域住民と一緒に認知症の方への対応や見守りについて話し合う。
	達成数値目標	認知症の方や地域住民のための、新規のオレンジカフェを1カ所立ち上げる。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

高齢者人口が年々増加していく中、住み慣れた地域でいつまでも元気で安心して暮らし続けるためにも、今後、住民同士の支え合いが必要となってくることを各自治会に伝えている。その話し合いのなかで、でてきた課題、問題を地域支援会議や緑区連絡会につなげていく。また、認知症になっても、安心して暮らし続けられるように認知症サポーター養成講座を開催していく。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

地域の高齢者の見守りや実態把握を行い、支援が必要な高齢者の情報をお互い共有し対応・支援していく。  
互いに協力し合い、地域活動を実施するとともに、地域のネットワークを構築していく。  
認知症の方や地域住民のための、オレンジカフェを開催する。

#### IV. ロードマップ

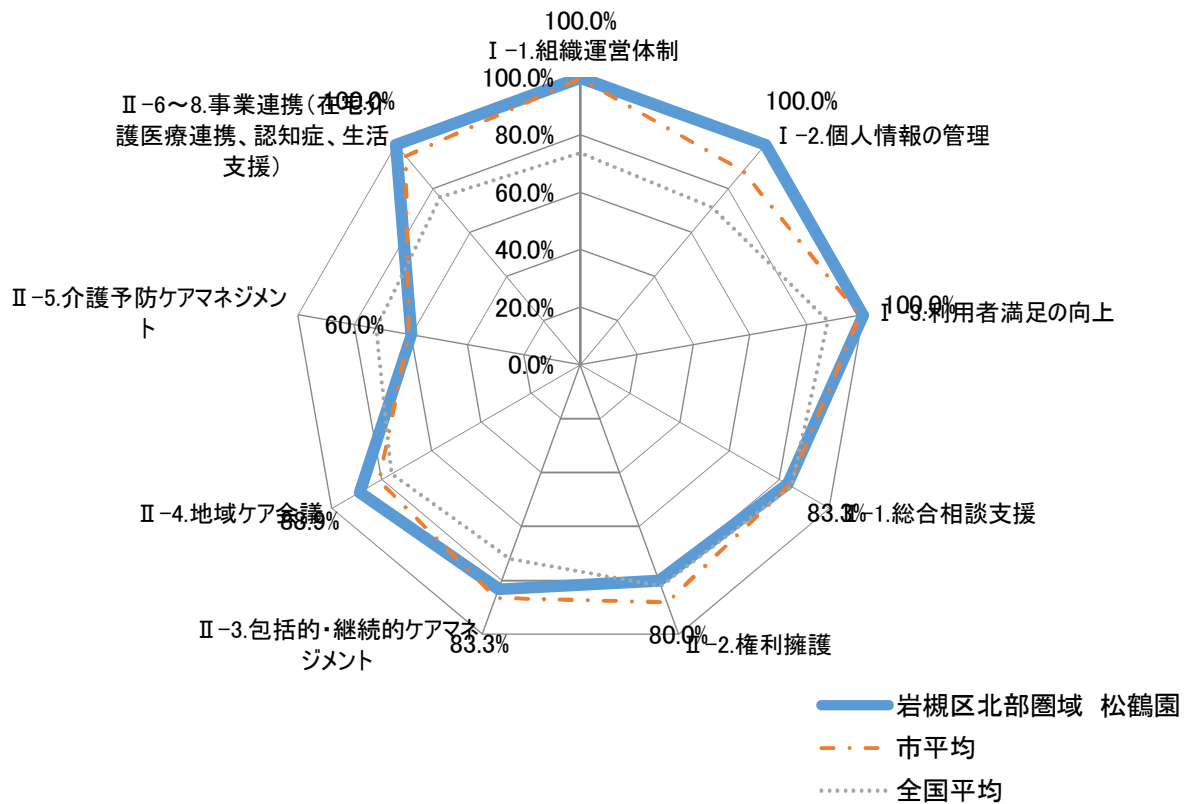
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	関係機関の情報や地域活動など、社会資源についてリスト化しているが見直しが不十分。	関係機関との連携を強化し、迅速な対応を心掛ける。	リストの見直し及び情報収集	リストの見直し及び情報収集	リストの見直し及び情報収集
権利擁護	消費者被害を未然に防ぐため、チラシ等を作成し広報活動を行っている。	チラシ等を有効に活用し、地域住民や関係機関にさらに周知する。	消費生活センターと共に広報活動を行う	関係機関との連携強化	関係機関との連携強化
包括的・継続的ケアマネジメント	介護支援専門員からの相談事例はセンター内で共有しているが、整理分類をしていない。	介護支援専門員の課題やニーズを把握する。	介護支援専門員の課題やニーズの把握	介護支援専門員の課題やニーズの把握	多様な関係機関とのネットワーク作り
地域ケア会議	地域支援個別会議は困難事例に対する個別課題解決のための会議となっている。	自立支援に資するケアマネジメントの支援を行っている。	自立支援型地域ケア会議を開催する	自立支援型ケア会議を開催する	地域ケア会議の充実
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	プランを作成するにあたり多様な社会資源を位置付けている。	社会資源をさらに活用し介護予防・重度化防止に取り組む。	介護予防重度化防止	介護予防重度化防止	介護予防重度化防止
在宅医療・介護連携	医療と介護の連携を図るため研修会を開催している。	連携のための研修会を広く周知しネットワークの構築を図る。	医療・介護のネットワークの構築を図る	地域包括ケアシステムの充実	地域包括ケアシステムの充実
認知症高齢者支援	認知症高齢者の問題に関しては個別の対応となっている。	地域住民と一緒に話し合いを行い、認知症の方の対応と一緒に考える。	認知症に対する理解を広げる	認知症に対する理解を広げる	認知症に対する理解を広げる

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	10岩槻区							
日常生活圏域	25岩槻区北部							
センター名称	岩槻区北部圏域 松鶴園							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	41,842人	12,762人	30.5%	2,112人	5.0%	498人	1,594人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	233人	265人	418人	383人	307人	275人	211人
	率	11.0%	12.5%	19.8%	18.1%	14.5%	13.0%	10.0%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>岩槻区は、高齢化率が既に29%を超え、市の高齢化率を約7ポイント上回っています。今後も高齢者が増加すると予想されるため、これからも住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるように、高齢者の健康づくりをより充実させることが求められます。</p> <p>シルバーポイント事業の登録者数は10区中、2番目に多く、地域運動支援員の派遣実績は10区中1番高いことから、高齢者の健康維持に対する関心の高さがうかがえます。また、老人クラブ活動も盛んに行われています。</p> <p>このような状況下から、多くの高齢者がより一層自分たちの生きがいづくりと健康維持ができるような環境づくりが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>岩槻区北部圏域の高齢化率は30%を越え、介護保険認定率も5.0%と高水準です。なかでも、県営諏訪山下住宅をはじめ圏域内にある6箇所の県営住宅の高齢化が顕著であり、高齢者の独居世帯、高齢者夫婦のみの世帯数が増加しています。また障害を持つ家族と同居する高齢者世帯数の増加も目立ちます。そして公共交通機関の弱体化の影響に伴う、高齢者ドライバーの増加、閉じこもり高齢者の増加が見受けられます。</p> <p>一方、自治会、老人会を中心とした活動団体数は多いのですが、課題として、参加者数の減少、及び新規参加者不足による参加者の固定化、男性参加率の低さ、後継者不足が挙げられています。ただし介護予防の為の新たな自主グループが少しずつ立ち上がってきています。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>今後ますます高齢化が進んでいくなかで、介護予防の充実と地域住民同士が互いに助け、支え合う仕組み作りが重要になります。</p> <p>圏域内には地域の役に立ちたい、(持病があっても)地域、社会に貢献したいと声を上げる高齢者も数多くいます。そういった声を活かすべく、住民から地域の担い手を発掘、養成したり、地域住民主体の事業の立ち上げを推奨、補助していきます。</p> <p>そしていくつになっても住民の一人一人が地域との繋がりを持ち続けられるような社会を具現化していきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

総合相談支援、及び権利擁護では、随時行政側と連携を図り対応してきましたが、相談事例の終結要件について、行政側と紙面、データではなく、口頭での取り次ぎが多くありました。市平均を下回った為、今後対応の見直しを検討しようと考えます。

包括的・継続的ケアマネジメント業務では、圏域内の介護支援専門員への意見徴収を行い、自立支援型ケアプランにかかる講習、社会資源の情報提供を行いました。また圏域内の各民生委員児童委員協議会とも連携を図り、民生委員児童委員と介護支援専門員との情報交換会を3回開催しました。

地域ケア会議、事業間連携では市の平均を上回っていますが、それぞれ開催回数、対応事例件数はやや少なめです。次年度は各関係機関との情報の共有を更に強化し、より機能的に活用していきたいと考えます。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	地域住民と一緒に、地域の介護予防の拡充を図ります。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域リハビリテーション事業を活用しつつ、行政とも連携。いきいきサポーター、ますます元気教室参加者、地域活動を行う団体に情報提供を行い、立ち上げたい自主グループの支援、及び既存の自主グループの活動が持続、発展できるよう支援していきます。年60回程度。</li> <li>・当包括主催でいきいき百歳体操中心とした体操教室を運営。年35回。いきいき百歳体操の周知、及びいきいきサポーター、ますます元気教室修了者のフォローアップを行います。</li> <li>・自治会や老人会等の活動に協力。年60回程度。いきいき百歳体操の実践等を通し、介護予防の重要性を伝え、啓発します。</li> </ul>
目 標 ②	取組事項	介護者、認知症の方々が地域との繋がり続けられるよう支援、取り組みを強化します。
	達成数値目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者サロンは、多くの方が参加できるように、圏域内にある3つの高齢者施設と連携、各施設の地域交流スペースを活用、年12回程度開催します。</li> <li>・地域住民、ボランティアの方々と連携し、おれんじカフェを開催します。年12回、毎月第2月曜日。</li> <li>・認知症初期集中チームや医療、福祉の専門機関と連携し、随時各事例に対応します。</li> </ul>

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

- ・各地区の実情を踏まえたうえで、高齢者生活支援推進会議（協議体）を年3回以上行います。
- ・地域支え合い推進員と情報共有、連携を行い、地域の課題、ニーズの把握に努めます。
- ・介護予防に関する地域住民の自主活動の継続、新規の立ち上げ事業の支援を実施します。
- ・地域住民に向けた介護予防事業、及び介護者サロン、おれんじカフェの企画、実施を行います。
- ・地域の担い手となりうる人材を発掘、養成を行い、更にはその方々と連携し、新たな社会資源を創設に繋がるよう努めます。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

- ・年6回程度 在宅介護支援センターとの定例会議を行い、相互の情報共有、連携体制の充実を図り、地域課題の把握、解決に向けた取り組みに対応します。
- ・在宅介護支援センターとの情報共有、連携のもと、継続的見守り支援活動を行います。
- ・各地域の活動団体と連携し、介護予防の啓発活動を行います。地域の高齢者の健康増進に向けて取り組んでいきます。

#### Ⅳ. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	総合支援の相談件数多。通所、施設サービスは飽和状態であるが、訪問系支援は不足している。	地域住民主体の支援団体も含め、支援の選択肢が広がる。	住民主体の活動、事業の実態、社会資源を把握する。	住民主体の活動、事業の立ち上げに向けて啓発活動を行う。	住民主体の活動、事業立ち上げ、運営を支援する。
権利擁護	困難事例の件数の増加。（障害のある）家族に係わる問題も多い。	各専門機関らと連携し、世帯も含めた総合的な支援を強化できる。	各専門機関の特性を理解。顔の見える関係作りを行う。	各専門機関との連携を強化する為、共同の事例検討会等を行う。	各専門機関と共同し、地域住民向けのセミナー開催等を企画、啓発活動を行う。
包括的・継続的ケアマネジメント	居宅介護支援事業所からの相談件数増加。特に単独で経営している事業所は情報量が少なく、困難事例を抱え込むケースが目立つ。	居宅介護支援事業者同士が連携でき、困難事例が発生した場合でも、単独で抱え込まずに対応できる。	定期的な事例検討会の実施等、ケアマネ会議の内容を充実させる。	圏域内の居宅介護支援事業者同士の間連携が図れるようスーパービジョンの機会の提供等を行う。	居宅介護支援事業者同士が自主的に連携活動ができるような体制づくりを確立させる。
地域ケア会議	困難事例があっても個別支援会議の開催に繋がりにくい。	事例検討を重ね、地域づくりに向けた政策形成への提案を行う。	地域支援個別会議の開催に向けて居宅介護支援事業所に啓発活動を行う。	地域住民らに向けて地域支援個別会議の存在、意義、目的の啓発を行う。	地域支援個別会議の開催件数を増加。政策形成提案に繋げる。
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	介護保険終了者の割合が極度に少ない。	高齢者の自立度を高める。介護保険終了者数を増やす。	各支援計画の見直し。具体的なプランに設定し直す。	委託先居宅介護支援事業所に対する助言、指導の徹底を図る。	高齢者個人、個人に自立に向けた意識付けを徹底させる。
在宅医療・介護連携	在宅医療、介護に対する地域住民の理解力が不足している。	地域住民が在宅での治療、ケアを進んで選択できるようになる。	在宅医療、介護に関する社会資源の把握を強化する。	各機関との連携を強化する為、共同の事例検討会等を行う。	各専門機関と共同し、地域住民向けのセミナー開催等を企画、啓発活動を行う。
認知症高齢者支援	孤立する認知症の方、その家族の存在が目立つ。	認知症の方、その家族も地域社会の役割を担い、生活ができる。	認知症サポーター等の養成。おれんじカフェの充実を行う。	認知症サポーター、おれんじパートナーの自主活動機会を増やす。	認知症の方が社会に出る、役割を担える機会を企画、運営する。

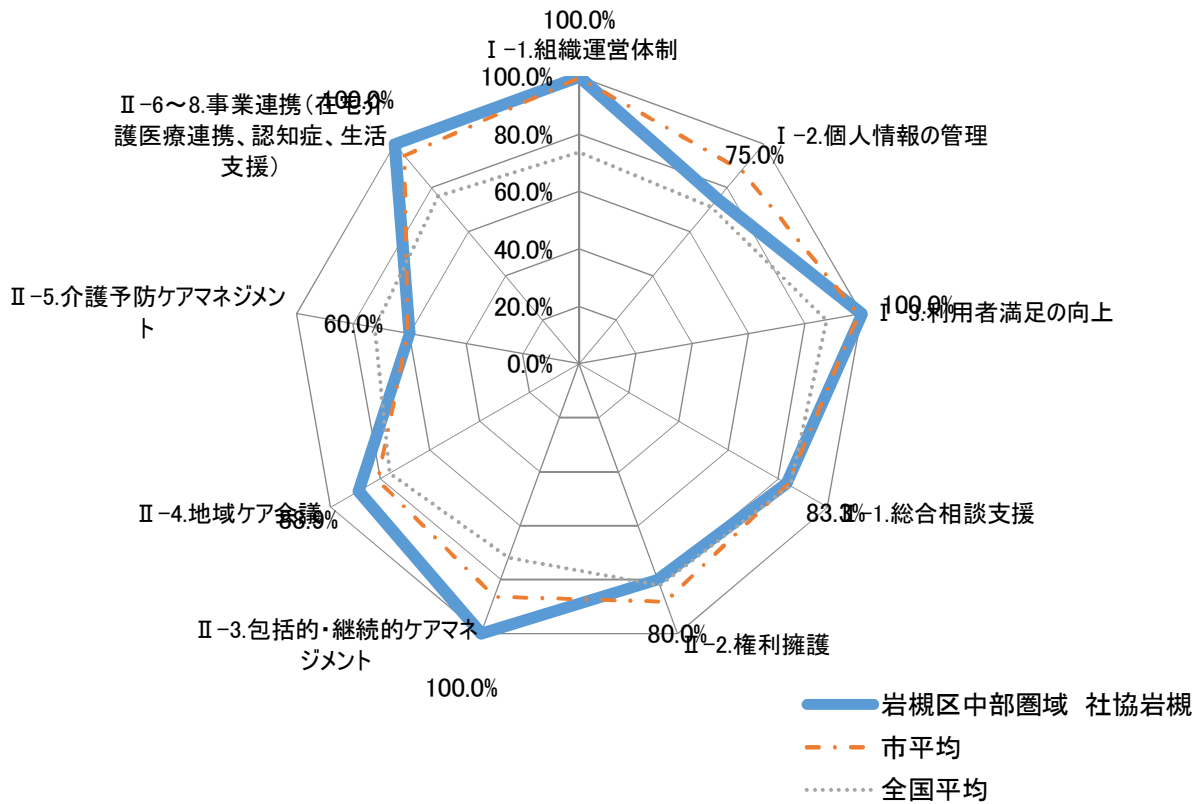


## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	10岩槻区							
日常生活圏域	26岩槻区中部							
センター名称	岩槻区中部圏域 社協岩槻							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	31,663人	9,353人	29.5%	1,500人	4.7%	384人	1,097人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	179人	205人	313人	315人	213人	152人	104人
	率	11.9%	13.7%	20.9%	21.0%	14.2%	10.1%	6.9%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>岩槻区は、高齢化率が既に29%を超え、市の高齢化率を約7ポイント上回っています。今後も高齢者が増加すると予想されるため、これからも住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるように、高齢者の健康づくりをより充実させることが求められます。</p> <p>シルバーポイント事業の登録者数は10区中、2番目に多く、地域運動支援員の派遣実績は10区中1番高いことから、高齢者の健康維持に対する関心の高さがうかがえます。また、老人クラブ活動も盛んに行われています。</p> <p>このような状況下から、多くの高齢者がより一層自分たちの生きがいづくりと健康維持ができるような環境づくりが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>独居高齢者等の介護・生活相談、がん末期の方の介護保険利用相談等が増加傾向にあります。介護予防の観点より、まだ地域活動への参加につながる高齢者へのアプローチやさらに介護予防等の自主化支援の拡大につながるよう包括業務に取り組んでいく必要があります。さらに、圏域内の医療機関での介護相談会を実施しており、地域課題を抽出しニーズに即した多面的な取り組みを構築する必要があります。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>総合相談においては包括内で共有を図り4職種で包括的に視野の広い支援を進めることができたが、さらに自立支援型地域ケア会議の取り組みをしっかりと行い、地域全体の支援資質向上を図っていきます。また区内の定例的な連絡会を活用し、医師会や医療機関との積極的な医療連携を進めていきます。さらに地域活動を通じ地域住民、多職種とのつながりを広げ強化し、様々な活動を開発・支援を進めていきます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

総合相談支援では、地域のネットワークを活用し、4職種連携の視野の広い相談の展開のため、ささえあい推進員を中心に生活支援に資する自主活動団体の立ち上げ支援（相談・助言）を行い、社会資源の開発に取り組みました。地域ケア会議では年間を通じ、地域の関係者と権利擁護（支援視点と制度利用）についての学びや情報共有を強化した。さらに地域状況等を踏まえ、活動の自主化支援を促進していきます。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	自立支援型ケア会議の実施にあたり、個別ケースに潜在するニーズ及び生活・健康に関わる課題把握を行い、関係機関との情報共有、連携を継続的に行い、引き続き相談支援を強化していきます。
	達成数値目標	毎月の自立支援型ケア会議の実施、地域支援個別会議（随時）、地域支援会議（3回）等を開催し内容の充実を図ります。
目 標 ②	取組事項	高齢者の権利擁護事案（虐待や消費者被害など）が軽視できない状況の中で制度の利用促進、虐待予防・早期の対応を他機関と連携し行っていきます。
	達成数値目標	研修会、出前講座等での周知、情報提供を行い、広く権利擁護への理解推進と、対応強化を目指します。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

地域支え合い推進員が集約した住民主体の高齢者サロン等の情報を圏域内のケアマネジャーへ伝え、インフォーマルサービスの周知を推進していきます。また、地域支え合い連絡会を通じて地域が必要としている支援や情報を把握し、地域支援会議との連携を図りながら住み慣れた地域での生活が継続できるよう、また、高齢者の健康維持や仲間づくりとしていきいき百歳体操の自主化支援を行っていきます。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

見守りケースの支援等を通じ、地域課題の情報共有、連携を図ります。また、介護者サロン、オレンジカフェ、主催運動教室などの多面的な地域活動の協力体制を強化し、地域に必要な支援を推進していきます。

#### IV. ロードマップ

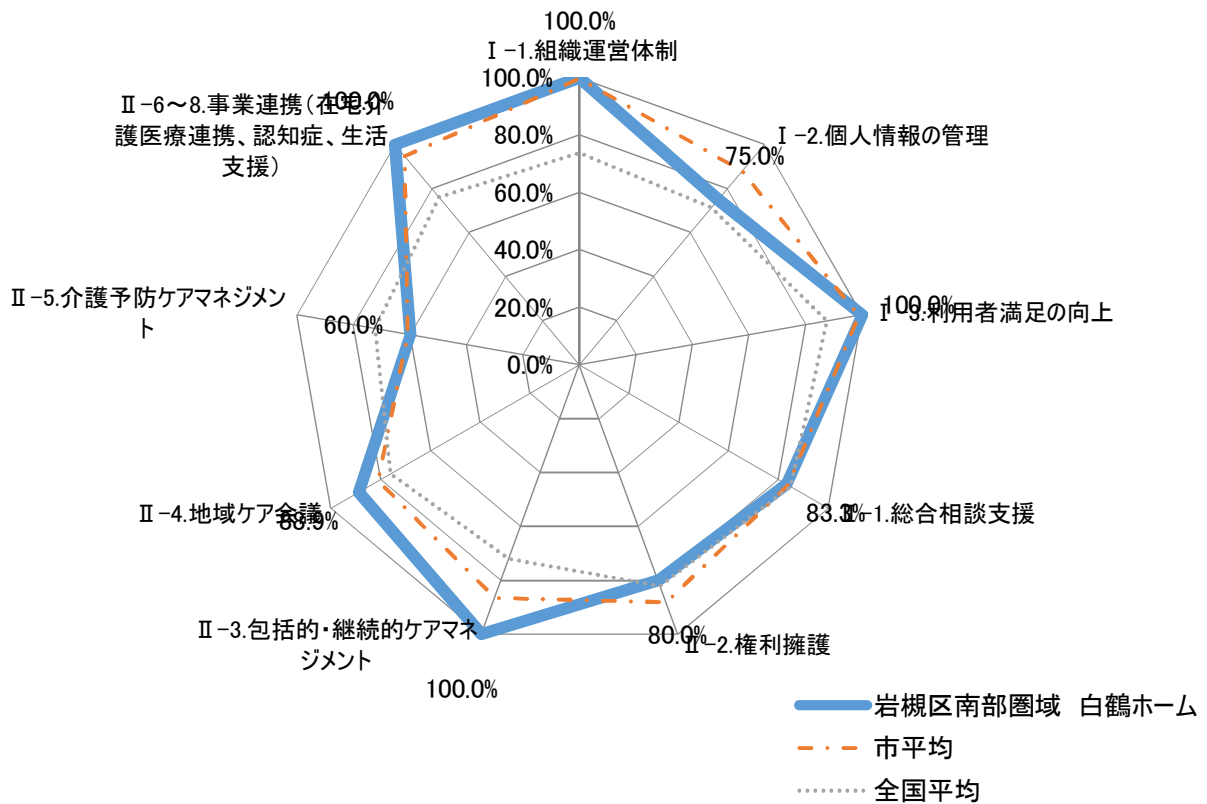
項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成31年度	平成32年度	平成33年度
総合相談支援	相談内容から潜在的ニーズや各種課題等の分析が不十分である	あらゆる地域関係者と課題等の共有を図り、制度利用及び地域ネットワーク、資源開発へつながる支援を行う	課題等の収集・分析方法の検討	課題等の収集・分析	課題等の収集・活用推進
権利擁護	権利擁護事案に関する適切な情報提供および対応が不十分である	成年後見制度の適正活用、虐待予防、早期発見・解消への対応に努める	権利擁護事案の課題把握、虐待対応等の適切な実施	権利擁護事案の課題把握、虐待対応等の強化	権利擁護事案の課題把握、虐待対応等の適切な実施
包括的・継続的ケアマネジメント	地域課題の共有や抽出が不十分である	地域開催しているケアマネ会議を生かし多職種で情報共有していくことができる	自立支援のためのケア会議の目的を理解し、活用できるようになる	多職種で課題把握ができる	地域のケアマネジャーと包括協働でケア会議が企画できる
地域ケア会議	ケアマネジャーと地域資源のつながりが不十分である	地域包括ケアシステムを意識した業務展開ができる	地域課題の抽出・整理し、具体的提案、資質向上に寄与することができる	地域課題から具体的提案ができる	地域課題から具体的提案につながる
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	閉じこもり予防インフォーマルサービスの拡大していく必要がある	住民の地域活動を支援ができる	介護予防自主活動支援とフォローアップ	介護予防自主活動支援とフォローアップ	リスト化し情報共有
在宅医療・介護連携	医療介護支援センター、医療機関と連携しているがさらに地域ニーズの調査・把握が必要である	連携と情報共有しながら地域資源の開発ができる	圏域総合病院の介護相談	地域資源調査	情報共有と課題の抽出
認知症高齢者支援	サポーターの会が結成され、地域活動への繋ぎ方を検討する必要がある	サポーターが自主的に地域活動をすることができる	サポーターのニーズ把握、活躍の場の検討	活動の場の支援及び情報提供	活動の場の支援及び情報提供

## 2019年度 事業計画書

I. 担当圏域								
行政区	10岩槻区							
日常生活圏域	27岩槻区南部							
センター名称	岩槻区南部圏域 白鶴ホーム							
圏域の状況 (平成30年4月末時点)	総人口	高齢者人口	高齢化率	認定者数	認定率	要支援認定者数	要介護認定者数	
	38,508人	11,274人	29.3%	1,727人	4.5%	444人	1,265人	
	内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人数	207人	237人	329人	307人	271人	196人	162人
	率	12.0%	13.7%	19.1%	17.8%	15.7%	11.3%	9.4%
行政区の現状と課題 (第7期計画抜粋)	<p>岩槻区は、高齢化率が既に29%を超え、市の高齢化率を約7ポイント上回っています。今後も高齢者が増加すると予想されるため、これからも住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるように、高齢者の健康づくりをより充実させることが求められます。</p> <p>シルバーポイント事業の登録者数は10区中、2番目に多く、地域運動支援員の派遣実績は10区中1番高いことから、高齢者の健康維持に対する関心の高さがうかがえます。また、老人クラブ活動も盛んに行われています。</p> <p>このような状況下から、多くの高齢者がより一層自分たちの生きがいづくりと健康維持ができるような環境づくりが求められます。</p>							
圏域の現状と課題	<p>岩槻区南部圏域は、高齢化率が29.3%と27センター中、4番目に高齢化率が高い圏域です。当圏域は6つの地区からなり、東岩槻駅を中心とした住宅が密集した地域と国道16号線から南に位置する農村地域からなっています。なかでも、東岩槻地区は急速に高齢化が進んでいます。そのため、地区社会福祉協議会や自治会を中心に見守り活動や高齢者サロン等の地域活動が盛んに行われております。</p> <p>しかし、農村地域においては、過疎化が深刻な問題となっており、マンパワーや社会資源不足による孤独死や老老介護による介護負担の増加などの課題がみられます。</p>							
担当圏域の状況を踏 まえた長期目標	<p>上記課題のとおり、当圏域は6つの地区からなり、圏域内においても課題に大きな違いがあります。6つの地区社会福祉協議会との連携を深めながら、それぞれの地区に合った対応が必要だと考えます。特に、農村地域においては歩いて行ける距離にサロンが数多く立ち上がるよう、サロン立ち上げの支援や百歳体操を広く展開していきます。また、マンパワーや社会資源不足に対応するため、ボランティアの育成に向けた研修会の実施や介護保険サービス以外の社会資源の発掘に努めます。</p>							

II. 前年度実績

平成30年度地域包括支援センター運営状況調査



前年度の総括

包括的・継続的ケアマネジメント支援では、ケアマネ支援会議を区内3地域包括支援センター共同で1回、圏域内では5回開催しました。ケアマネと関係機関との連携強化の為、訪問看護や障害者生活支援センターに講師を依頼し研修を行いました。ケアマネ事例検討会は3回開催し、民生委員や在支、関係機関との合同開催は好評でした。しかし、ケアマネへの個別支援件数は少なく、今後の課題とも言えます。

また、29年度まで実施していたオレンジカフェを30年度は一新し、ボランティア大学（29年度実施）の卒業生や認サポ受講者を中心に運営を行ってもらうこととしました。内容から当日のおやつまで全てボランティアを中心に話し合いを行い、30年度は『回想法レクリエーション&茶話会』を実施しました。口コミで参加者が増えるとともに、ボランティア同士の結束も生まれました。介護者サロンについては、30年度より新たに2地区社協の協力のもと、開催するに至り、圏域内3か所で開催することが出来ました。

### Ⅲ. 年間重点事業

#### ①年間重点取組事項

目 標 ①	取組事項	当包括の担当圏域は、公共の交通機関が少なく運動教室や講座等企画するも移動手段がないため、高齢者の参加が望めない地域であります。自治会館など地域に密着した場所であっても歩いて行ける距離ではない場合もあります。自治会単位もしくは有志の集まり等でサロンの立ち上げ支援を行います。また、当包括主催で開催している運動教室において、開催回数増や自らの地域で行いたいとの希望があり、自主グループ化を推進していきます。
	達成数値目標	サロン等の活動が不活発である地域の課題を再確認します。場所の問題、人手（中心となる人がいない）の問題、移動手段の問題、関心・内容の問題など様々であると思いますが、自治会や民生委員、地区社協を含めた第2層協議体を立ち上げ、連携を計りながら、今年度中に5つのサロン立ち上げを目指します。また、現在、当包括主催の運動教室を自主化の方向へと転換していくにあたり、開催回数や開催場所については、共に検討していきます。
目 標 ②	取組事項	医療と介護の連携を目的に、2ヶ所の医療機関において介護相談会を開催しました。その際、医療機関内においてちょっとした困りごと（車椅子を届ける、受付に案内する等）に対処出来るボランティアの必要性を感じ、今年度は新たに医療機関を中心としたボランティアの育成を目指します。
	達成数値目標	今年度かけて、医療機関を中心としたボランティアを育成するための研修会を開催します。その為に、まず各医療機関やケアマネ、社協、総合支援センター等にも参加してもらい、ボランティア育成のためのプロジェクトチームを立ち上げます。

#### ②地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）や協議体と連携した取組

現状の第2層協議体では、「共通の生活圏」や「歩いて通える距離」としての活動要件には難しいため、小規模で小回りのきく協議体を立ち上げていく。

#### ③在宅介護支援センターと連携した取組

在宅介護支援センターとは年4回（3か月に1回）連携会議を開催している。見守り高齢者の情報共有や新規見守り高齢者の申し送りや各センターの事業報告を行っている。

地域包括支援センターと在宅介護支援センターとの共催で年1回、介護支援専門員と民生委員に対する研修会を行っているが、昨年度はアンケートを実施し、希望が多かった『相続と遺言』について、今年度は一般市民も含め2回の研修を企画している。

#### Ⅳ. ロードマップ

項目	現状・課題	目標（目指す姿）	具体的な施策		
			平成30年度	平成31年度	平成32年度
総合相談支援	社会資源リストについて、逐次、見直しが行われていない。	最新の情報への見直しを行い、新しいリストを作成する。通所系サービスや施設についてはマップを作成する。	情報の集約	最新リストの作成	通所系、入所系サービスのマップ作成。
権利擁護	成年後見制度についての地域住民への周知がなされず、相談件数が少ない。	在宅介護支援センターと共催による成年後見制度の研修会を実施。	7月に民生委員や市民向けに研修会を実施。	勉強会の開催 住民やケアマネへの周知	継続実施
包括的・継続的ケアマネジメント	ケアマネ支援会議は開催しているが事例検討が実施できていない。	ケアマネ、民生委員、在宅介護支援センター合同での事例検討会を実施	事例を検討したうえで2回実施	事例を検討したうえで4回実施	継続実施
地域ケア会議	ケアマネからの相談、事例提供がない。開催回数が少ない。	ケアマネへ地域ケア会議の重要性について理解いただくよう働きかける	ケアマネへ地域支援個別会議の働きかけを行う	自立支援型地域ケア会議の実施、ケアマネへの情報提供	自立支援型地域ケア会議の実施、ケアマネからの事例提供
介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援	地域の社会資源を取り入れたプランが少ない。	介護サービスのみならず地域の社会資源を取り入れたプランを検討する	コーディネーターを中心に社会資源を発掘する。	情報の集約	情報の共有
在宅医療・介護連携	往診医の情報が増えてきているが、生きた情報として取りまとめていない。	往診範囲や診療科、窓口担当者等を整理し、一覧化する。	情報収集、集約	情報の共有	情報の更新
認知症高齢者支援	介護者サロン、オレンジカフェについて開催場所や内容が開始以来見直されていないので今年度は見直しを行う	開催頻度や場所、内容においても地域の皆さんの参加しやすいサロンやカフェに一新する	ボランティアや地区社協と共催での検討、実施。	継続実施	見直し



空白のページ