

令和7年度地域包括支援センター事業計画

令和7年5月

高齢福祉課

目 次

1 事業計画の提出について	1
2 事業計画作成の流れ	1
3 令和7年度山口市地域包括支援センターの業務に係る方針	2
4 重点的に行う事業の計画（事業計画より抜粋）	
(1) 自立支援・重度化防止	8
(2) 認知症対策の推進	9
(3) 地域のニーズに応じた重点事業	11
5 各地域包括支援センターの事業計画	
中央地域包括支援センター	14
北東地域包括支援センター	19
北東第2地域包括支援センター	23
鴻南地域包括支援センター	28
川西地域包括支援センター	32
川西第2地域包括支援センター	37
川東地域包括支援センター	41
基幹型地域包括支援センター徳地分室	47
基幹型地域包括支援センター阿東分室	50

令和7年度 山口市地域包括支援センター事業計画

1 事業計画の提出について

地域包括支援センターの業務を法人に委託するにあたり、地域包括支援センターの業務を効果的に遂行するために、「令和7年度山口市地域包括支援センターの業務に係る方針」を作成し、令和7年2月の地域包括支援センター運営協議会において、御意見をお伺いさせていただいたところです。

この度、各地域包括支援センターが、その方針に沿って作成した事業計画について、次のとおり御提出するものです。

2 事業計画作成の流れ

- 令和7年2月 山口市地域包括支援センター運営協議会において、令和7年度山口市地域包括支援センターの業務に係る方針について意見聴取
- 令和7年2月 市と地域包括支援センターで方針を共有
- 令和7年3月 各地域包括支援センターにおいて、地域課題等をもとに、実現可能で具体的な目標を設定
- 令和7年3月 市と協議を行いながら事業計画を固めていき、事業計画を作成

3 令和7年度山口市地域包括支援センターの業務に係る方針

趣旨

この方針は、地域包括支援センターの業務を民間に業務委託するにあたり、地域包括支援センターの業務の取組の方向性を示すことで、地域包括支援センター業務の効果的な実施に資することを目的とします。

地域包括支援センターの目的

- 地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を総合的・包括的に支援することを目的として、必要な相談・援助を行うとともに、介護保険法で求められている包括的支援事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置しています。
- 地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、その有する能力に応じ、自立した日常生活の支援、要介護状態等にならないための予防、個々の状況や変化に応じた介護・医療等の様々なサービスを継続して提供することで、地域包括ケアシステムを推進し、地域共生社会の実現を目指します。

運営上の基本指針

(1) 運営における基本視点

①公益性

- ・ 地域包括支援センターは、市の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行います。
- ・ 地域包括支援センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料や国・県・市の公費によって賄われていることを十分理解した活動を行います。

②地域性

- ・ 地域包括支援センターは、地域の介護・福祉サービスの体制を支える中核的な機関として、担当地域の特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。
- ・ 地域の住民や関係団体、サービス利用者等の意見を幅広く聞き、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて取り組みます。

③協働性

- ・ 地域包括支援センターに配置した保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職種は、業務の理念や方針を理解し、常に情報共有を行い、連携・協働の運営体制を構築するとともに、チームで業務を遂行します。
- ・ 地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生委員・児童委員等の関係者と連携を図り活動します。

(2) 市及び基幹型地域包括支援センター等との連携

- ・ 地域包括支援センター連絡会議等を通じて、市の関係部署との連携を密に行い業務の連絡・調整を図るとともに、地域包括支援センター間においても連携に努めます。
- ・ 市直営の基幹型地域包括支援センターは、日常生活圏域を活動基盤とした民間委託の地域型地域包括支援センターが業務を円滑に実施できるように後方支援を行うとともに、統括的な役割を担います。地域型地域包括支援センターは、各業務の実施や運営にあたり、

支援が必要な場合には基幹型地域包括支援センターへ相談や助言を求めます。

- ・ 地域包括支援センターは、各センターの事業計画、実績報告、自己評価の結果等を市へ提出します。市は、山口市地域包括支援センター運営協議会に報告し、運営に対する意見を踏まえ、各センターが公正かつ中立的な運営ができるよう努めます。

業務の方向性

(1) 総合相談支援事業

高齢者等に関する様々な相談に応じ、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、関係機関又は制度の利用に繋ぐとともに、高齢者の実態把握や専門的・継続的な支援のために必要となるネットワークの構築を行います。

① 総合相談

- ・ 年齢や属性を問わず、相談者の状況に応じた適切な機関・制度・サービス等の情報提供を行うとともに、地域住民が気軽に相談でき、適切な保健・医療・福祉サービス等に繋げるワンストップの総合相談の拠点としての機能を果たします。また、各地域包括支援センターに併設する「まちの福祉相談室」と連携を行い、必要な機関と連携して適切な相談・支援を行います。
- ・ 介護家族への支援強化として、介護離職者防止に向けた相談を行い、制度や活用できるサービス等の情報提供、ヤングケアラーの支援を行う機関との連携等、必要な取組を行います。

② ネットワークの構築

- ・ 高齢者の生活を支えるために、行政機関、医療機関、介護サービス提供事業者、民生委員・児童委員や地域の関係者等との既存のネットワークを強化し、高齢者の状況に合ったサービスや地域活動に繋がられるよう、きめ細やかな相談・支援、継続的な見守り等を実施します。

③ 実態把握

- ・ 日々の活動を通じて、地域の高齢者の心身の状況や生活実態等を積極的に把握し、顕在化していない地域のニーズや課題を明らかにし、早期に対応できるように努めます。

(2) 権利擁護事業

高齢者が尊厳ある生活を維持し、安心して生活することができるよう、専門的・継続的な視点から権利擁護のために必要な支援を行います。

① 高齢者虐待の防止

- ・ 高齢者虐待の早期発見・早期対応を行うため、市民、民生委員・児童委員及び介護サービス提供事業者等に虐待防止のための普及啓発を引き続き行います。
- ・ 市と連携し、虐待への適切かつ迅速な対応に努めます。

② 権利擁護の推進

- ・ 高齢者虐待や消費者被害等の権利擁護に関する相談・支援を関係機関と連携して行うとともに、未然防止に向け、高齢者への啓発活動に努めます。
- ・ 認知症等により判断力の低下が見られる場合には、適切な介護サービス利用や金銭管理、法律行為などができるよう、市成年後見センターや市社会福祉協議会等の関係機関と連携し、成年後見制度等の活用に向けた支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

健康、身体機能、認知機能、住環境等、様々な課題を抱える高齢者の個々の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、介護施設との連携など、多職種相互の協働等により連携する体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援を行います。

① 地域包括支援ネットワークの構築

- ・ 高齢者一人ひとりの状態に応じた支援ができるよう、地域の保健・医療・福祉サービス提供機関、民生委員・児童委員協議会及びインフォーマルサービス等の様々な社会的資源が有機的に連携できるよう環境整備に取り組みます。

② 介護支援専門員への支援

- ・ 介護支援専門員が抱える事例等について、関係機関と連携し専門的見地から助言等を行い、実践力向上の支援を行います。
- ・ 地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるように情報提供を行うとともに、ケアマネジメント技術の向上の実践に繋がる研修を行います。
- ・ 介護支援専門員が日常的に円滑な業務が行えるように、介護支援専門員同士の情報交換会等を設定して連携強化を行います。
- ・ 居宅介護支援事業者が行う介護予防支援について、自立支援に資するケアマネジメントを実施できるように、介護支援専門員からの求めに応じて、地域のインフォーマルサービスや地域資源の情報提供や繋ぎの支援を行います。また、介護支援専門員への支援や介護予防サービス計画の検証等を通じて、介護支援専門員の把握した地域の高齢者のニーズを共有し、地域支援に繋がります。

(4) 介護予防ケアマネジメント

介護予防及び日常生活支援のため、高齢者の心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業、その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行います。

○ 基本的な考え方

- ・ 高齢者の心身機能や環境の改善を行い、生活機能の向上や地域社会活動への参加を促し、生きがいのある生活や自己実現のための取組を支援します。
- ・ 利用者本人が目標を理解した上で、必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるように、具体的なサービス等の利用を検討し、ケアプランを作成します。
- ・ サービス利用にあたっては、高齢者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、自立支援の視点から、介護予防・生活支援サービス、介護予防サービス、一般介護予防事業、住民互助の支え合いや、民間企業等のサービスなど、多様な選択肢を提案し、適切な介護予防ケアマネジメントを行います。

○ 実施にあたっての留意点

- ・ フレイル状態にある高齢者の生活機能の改善を目指し、リハビリテーション専門職と同行訪問を行い、アセスメント力向上への取組を強化します。
- ・ 目標志向型のケアプランを提案し、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチして支援します。
- ・ 担当する要支援認定者が要介護認定者になった場合、または、要介護認定者が要支援認定者になった場合には、ケアマネジメント業務の引継ぎが円滑にできるように、居宅介護支援事業所との連携を図ります。

(5) 在宅医療・介護連携推進事業

医療や介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた住まいで過ごすことができるよう、取組を進めます。

- ・ 在宅医療や介護に関する市民の理解を深めます。
- ・ 地域の医療・介護サービスについて自らが選択できるように、必要な情報を提供します。
- ・ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるように、入退院における医療機関、介護事業所等の連携を強化します。
- ・ 本人が望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、本人（意思が示せない場合は家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援します。

(6) 生活支援体制整備事業

高齢者の生活支援及び介護予防の体制づくりに取り組む住民主体の活動団体等と連携し、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供体制の整備を図ります。

- ・ 高齢者の社会参加等を促し、高齢者を含めた地域住民が「支える側」と「支えられる側」という関係を超えて共に支え合う地域づくりを進めます。
- ・ 市内全域を担当する生活支援コーディネーターと各地域包括支援センターに配置した生活支援コーディネーターが協力して、「介護予防サポーター」を養成し、地域での介護予防活動を推進します。
- ・ 生活支援コーディネーターを中心に、地域の協議体において、高齢者の生活課題の共有や解決のための協議、また、介護予防や生活支援（家事支援や外出支援等）に関し、既存の助け合いの仕組みの充実、必要な多様なサービスの創出等を行います。
- ・ 生活支援コーディネーターが、把握した地域資源を市民へ情報提供します。

(7) 認知症総合支援事業（重点的に行う事業「認知症対策の推進」に後掲）

(8) 地域ケア会議推進事業

支援が必要な高齢者等へ適切な支援を行うため、多様な関係者で検討を行うとともに、個別ケースの検討によって共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけます。

① 個別地域ケア会議の開催

- ・ 個別事例に対する対応や支援方法、支援体制づくり、個別事例を通じた地域課題等の把握等について、地域の支援者を含めた多職種が多角的な視点から検討を行います。

② 自立支援型地域ケア会議の開催・運営

- ・ 高齢者が自分らしい生活を送れるように、多職種が、目標達成のための意欲的な行動につながる具体的な日常生活への助言を行い、自立支援に資するケアマネジメントへの支援を行います。

③ 地域別地域ケア会議の開催

- ・ 地域課題の把握や解決に向けた検討及び支援体制の構築、ネットワークの構築を図ります。

④ 地域ケア推進会議

- ・ 市全体にかかわる課題解決に向けた関係組織の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、更には政策化を図ります。

(9) 指定介護予防支援

介護予防ケアマネジメントと共通の方針に基づき一体的に実施します。

(10) 一般介護予防事業

高齢者が運動機能の維持や、転倒骨折を予防するための介護予防活動に取り組めるよう、介護予防に関する普及啓発や環境づくりを行います。

また、高齢者が身近な地域で行われている介護予防の通いの場の担い手として活躍できるように取組を進めます。

- ・ 地域に介護予防に関する専門の講師を派遣し、転倒骨折予防、認知症予防、生活習慣病予防、口腔ケア等の介護予防の知識や技術の普及啓発を行うとともに、高齢者自らの積極的な介護予防への取組を推進します。地域の実情に応じて、必要な介護予防のテーマに関し、重点的に働きかけます。
- ・ 「いきいき百歳体操」を用いた住民主体の介護予防の通いの場の立ち上げや継続支援を行い、高齢者が担い手としても活躍できる通いの場を創出します。特に、中山間地域や、通いの場が少ない地域において立ち上げが進むように働きかけます。また、認知症予防に効果のある体操や、ICTを活用し継続的に支援します。
- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。

(11) 災害時要配慮者（高齢者）への支援

災害時に高齢者等の生命又は身体を守るため、避難支援の強化を図ります。

- ・ 地域包括支援センターが把握する要配慮者（高齢者）を対象に緊急時避難支援アセスメント票を作成・更新することにより、災害時における要配慮者（高齢者）の対応に関する情報を把握します。
- ・ 地域における防災に関する会議や訓練に参加して、災害時の対応等を把握します。
- ・ 災害時においても業務が継続できるように、策定した業務継続計画(BCP)に沿った運営ができるように、年に1度、内容の確認や見直しを行います。

重点的に行う事業

(1) 自立支援・重症化防止

高齢者が主体的に介護予防・生活支援サービス事業や多様な地域資源を活用した介護予防に取り組み、自立した生活ができるよう、取組を進めます。

- ・ 市民や介護サービス事業所などを対象に、自立支援・重症化防止について普及啓発を行います。
- ・ 地域包括支援センターにおける初期相談時の対応を強化するため、リハビリ専門職による、アセスメント支援を行います。
- ・ 病気やケガ等により、生活のしづらさが出てきた高齢者が、できるだけ短期間で元の生活を取り戻すことができるよう、リハビリ専門職や管理栄養士等による生活機能の改善を目的とした短期集中型サービスを実施します。
- ・ 高齢者の有する能力や生活環境に応じた介護予防ケアマネジメントに基づき多様な通所型サービス、訪問型サービス、その他生活支援サービス等を提供します。
- ・ 介護サービス事業所が、自立支援・重症化防止への理解を深め、サービス利用対象者の身体機能や生活環境等に応じた支援が行えるように、研修会等を通じてサービスの質の向上を図ります。
- ・ リハビリテーションサービスについては、地域のネットワークを活用して連携強化を図り、質の向上を図ります。

(2) 認知症対策の推進

① 認知症への理解促進・認知症高齢者等の社会参加

認知症に関する正しい知識を持ち、相談や受診先を知ること、認知症予防へ取り組むとともに、早期に医療・介護・福祉サービスの利用ができるよう、取組を進めます。

また、地域における認知症への理解が深まることで、認知症の人の意思が尊重され、社会参加が進み、希望を持って住み慣れた地域での暮らしができるよう、取組を強化します。

- ・ 認知症に関する正しい知識や、備えとしての認知症予防講座を開催します。
- ・ 地域の通いの場において、認知症予防につながる運動や食事に関する知識の普及啓発を行うとともに、通いの場への参加を促すことで、認知症予防を進めます。
- ・ 学校や職域など幅広い世代を対象に認知症への理解促進を図るため、認知症サポーター養成講座を開催します。
- ・ もの忘れや認知症の心配があるときに、早期の段階で相談や受診ができるように相談先や受診先の情報提供や啓発を行います。
- ・ 各地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員を中心に、身近な地域での相談支援を行い、速やかに医療や介護サービス、社会参加が可能な場所等へ繋げます。
- ・ 認知症の人の「本人発信」の機会の確保や社会参加ができる場所の一つとして認知症カフェの立ち上げや運営支援等を行います。
- ・ 認知症サポーターのうち、ステップアップ講座を受講したオレンジサポーターが、チームオレンジとして活動できる内容や場所を増やすことで、認知症の人の社会参加を促進します。
- ・ できる限り住み慣れた地域で生活が続けられるように障壁を減らす認知症バリアフリーの取組を推進するため、認知症に理解のある商店や企業等と連携して、安心して出かけられる地域づくりを進めます。

② 認知症高齢者・家族等への支援体制の整備

認知症の人や家族が容態に応じた相談や支援を切れ目なく身近な地域で、包括的・集中的に受けることができるよう、医療・介護従事者等が認知症の理解や対応力向上を図り、早期診断や認知症の容態に応じた対応ができるよう取組を進めます。

- ・ 各地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員を中心に、身近な地域での相談支援を行い、速やかに医療や介護サービス、社会参加が可能な場所等へ繋ぎます。
- ・ 専門医や多職種で構成される認知症初期集中支援チームによる認知症の人や家族へ包括的な支援を行います。
- ・ 認知症による行方不明者を早期発見するため、事前登録の周知、見守りネットワーク協力事業者の拡大等を行います。
- ・ 認知症の早期対応・診断に向けた課題の解決や医療・介護従事者等へ容態に応じた認知症対応力向上のための研修会を開催します。

(3) 地域のニーズに応じた重点事業

地域包括支援センターは、担当圏域の統計的データや、日々の業務から把握した地域課題を明らかにし、地域特性にあった取組を設定して重点的に取り組みます。

4 重点的に行う事業の計画（事業計画より抜粋）

（１）自立支援・重度化防止

地域包括名	具体的な取組事項・今年度の達成目標
中央	・ 昨年同様に新規相談ケースを包括内で共有し、初回訪問やアセスメント同行でリハビリ専門職に見立ててもらいたい内容を検討する。 ・ <u>通所Ｃ（短期集中型サービス）終了ケースの経過をモニタリングしていく中で個別の課題から地域課題となる事柄をＳＣ（生活支援コーディネーター）と共有し圏域で取り組む課題を出す。</u> ・ <u>地域への介護予防の啓発</u>として大段で一般住民向けに介護予防の取り組みの必要性について講話予定。 ・ 通所Ｃ終了ケースの経過報告をおこなう機会を年３回もつ。その中で気になっている事、関わり方で困っている事など話し合う。地域課題となることはＳＣが取り組む内容を検討。必要に応じて一層生活支援コーディネーターや市とも共有していく。
北東	・ プレフレイル～フレイルの高齢者の早期発見・早期対応。 ・ <u>フレイル予防に特化した講座の開催。</u>「運動、栄養・口腔機能、社会参加」に対する講座を各地区社協と協働して開催。大内地区 年間５回、小鯖地区 年間３回 ・ <u>百歳体操会場、サロン会場、巡回健康相談会参加者におけるハイリスク者に対するアプローチ</u> 年間１０件以上
北東第２	・ <u>リハビリ専門職派遣後のフォロー体制や、地域の通いの場に来れなくなった方への早めのアプローチを実施する。</u> ・ プレフレイルで気になる方への２か月以内の実態把握の実施。 ・ 民生委員・福祉員定例会でフレイル予防のミニ講座開催。 ・ 介護者には初回相談からリハ職派遣制度の活用やフレイル予防についての理解促進を行う ・ <u>両地区３か所以上サロン等へ出向き生活習慣病予防の啓発を実施</u>
鴻南	・ <u>フレイルやプレフレイルの実態把握から、個別の介入や支援につなげる仕組みを検討・実施する。</u> ・ 百歳体操実施団体に対して、各地区で２～３か所程度重点的に関わり、参加を中断している人への訪問などを通じて、フレイルチェック等含めた実態把握を行う。フレイルやプレフレイルが把握できた場合には、事業につなげる等の早期介入を行う。
川西	・ <u>おごおり地域づくり協議会等と一緒に介護予防に関する通いの場の開催や介護予防出張講座等の啓発を行う。</u> ・ 活動的な期間が延伸でき、自分らしい生活が継続できるよう、<u>個別支援等を通じ介護予防の普及啓発を行う。</u> ・ 生活支援コーディネーターと連携し、通いの場が少ないところを重点的に「い

	きいき百歳体操」等を用いた住民主体の活動や企業貢献による介護予防の通いの場の立ち上げや継続支援を行う。 ・介護予防に対する取り組みや普及啓発の強化を図る。
川西第2	・<u>百歳体操の集いの場 14 カ所中 7 カ所でフレイル予防などの啓発を実施する。</u> ・阿知須の百十カフェ・認知症カフェ 3 カ所でフレイル予防の展示等を行う。 ・高齢者が集える場所で、フレイル予防等の介護予防の周知を図る。
川東	・<u>フレイルの対象者を早い段階で把握することで早期介入に繋げ生活機能の改善を図る。</u> ・初期相談時の対応を強化するためリハビリ専門職の派遣を積極的に活用し元の生活を取り戻せるよう短期集中型サービスCを活用する。 ・<u>地域の活動（サロン、老人クラブ、元いきいき広場、民生委員、福祉員等）において、フレイル予防のリーフレットの説明や基本チェックリストを実施するとともに、介護予防出張講座等の情報を提供し、自立に向けた生活が目指せるように働きかける。</u> ・名田島地区において、健康増進課や自治会連合会と連携し、名田島地域集落巡回健康相談に包括も参加して包括支援センターの役割を説明する。また<u>フレイルの対象者を早期に発見し介入に繋げる。</u> ・民生委員や福祉員と連携して、地域住民の方に、介護予防便り等（月 1 回発行）を活用し介護予防に対する意識が高められるよう働きかける。
徳地分室	・できるだけ元の生活を取り戻すことができるよう、<u>リハビリ専門職のアセスメント同行訪問、短期集中型サービスを活用する。</u> ・初期相談時の関わりを強化し、早期に介入し生活機能の改善を図る。 ・短期集中型サービスの 10 件を目標に利用を提案する。
阿東分室	・初回相談時の対応として<u>リハビリ専門職のアセスメント同行訪問を実施する</u> ・健康増進課と連携し通いの場やサロン、巡回健康相談等に出向きフレイル予防の周知を行い自立支援・重度化防止を図る。 ・リハビリ専門職のアセスメント同行訪問などを行うことで、高齢者の心身の状況環境に応じて自立支援・重症化防止を図る。

（２）認知症対策の推進

地域包括名	具体的な取組事項・今年度の達成目標
中央	・白石の認知症カフェの運営について引き続き事業所と一緒に考える。認知症月間に合わせて地域で認知症について普及啓発する場を増やしていく。地域の定例会や通いの場で引き続き認知症に対する正しい知識や予防の取り組み、家族で抱え込まずに早めに相談するよう啓発していく。<u>サポーター養成講座の開催を学校に呼びかける。</u> ・個別の支援困難ケースは初期集中支援チームと連携していく。未利用者訪問で気になるケースは訪問し状況を確認する。

	・認知症カフェに引き続き関わり内容について一緒に検討する。大殿地区社協でカフェ設置の検討会が開催されるので話し合いに参加する。
北東	・認知症高齢者の対応力を培う。 ・<u>大内地区：民生委員・児童委員（以下民生委員）及び居宅介護支援事業所と協働で徘徊模擬訓練を開催する。1回</u>
北東第2	・身近な地域に認知症支援の理解浸透を図る。 ・住民主体の認知症カフェが、認知症の人の本人発信の場として、また介護者には相談の場として活用できるようにつなぎを行う。 ・<u>地域の商店や金融機関などに向けて、実態把握や認知症支援の普及啓発を年2回程度行う。</u> ・オレンジサポーター等と協働し「ひとり歩き声かけ体験」を宮野中学校1年生に向けて開催する。
鴻南	・<u>オレンジサポーターとともに認知症カフェの新規開設に向け、打ち合わせ会議等を働きかける。また、認知症への正しい理解を促進するための普及啓発活動を継続する。</u> ・認知症カフェの開設準備のための打ち合わせ会議を2か月に1回程度開催する。 ・各地区1回程度、見守り支援者へ認知症サポーター養成講座を開催する。
川西	・<u>若年層（小・中・高校生）、企業を含めた幅広い世代を対象に、認知症サポーター養成講座や認知症の講座等を実施して、認知症に関する知識の啓発・理解促進を進める。</u> ・小郡地区社会福祉協議会と連携し、認知症高齢者徘徊模擬訓練等を通じ認知症の方の対応等について理解を広める。 ・認知症の人（当事者）の意見や意向を聞き、様々な機会を通じて、本人が発信できる場を提供する。 ・<u>認知症カフェを利用して地域の情報発信を行いながら、他機関と連携が取れるような仕組みづくりを行う。</u> ・世代を問わず、認知症に対する理解を更に拡充し、認知症になっても暮らしやすい街づくりに努める。
川西第2	・アルツハイマー月間に合わせて、<u>店舗（阿知須サンパーク・コンビニ等各地域1カ所以上）や企業（阿知須地区の金融機関4カ所等）の協力を得て、認知症の啓発の場を拡大し、普及啓発を行う。</u> ・職場内で、認知症ケースの困難事例を通して、事例検討会を1回以上行う。 ・アルツハイマー月間に、店舗や企業と連携し、認知症の普及啓発を図る。 ・認知症等の困難事例を通して職場内での事例検討を行い、認知症への対応等、職員のスキルアップを図る。
川東	・認知症の人や家族が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるように地域住民に対して認知症に対する正しい知識の普及啓発に努め、その世帯

	の状況に応じて関係機関と連携し相談支援体制を整えていく。 ・地域の通いの場において、認知症に関する正しい知識や備えとして認知症予防に繋がる出張講座を開催できるよう働きかける。 ・<u>認知症カフェ等において、本人視点で考えられるように動画や手記等を活用し、当事者の声を住民に届け認知症の人に関する理解を深める。</u> ・<u>企業など幅広い世代を対象に認知症への理解促進を図るため普及啓発し認知症サポーター養成講座を実施できるよう取り組む。</u> ・居宅介護支援事業所巡回訪問時にサービス未利用者（認知症）の方について情報を共有し、支援の幅を広げ、介護保険以外のインフォーマルサービス（居場所、役割作り等）の活用も含め支援体制を強化する。
徳地分室	・<u>高齢者の集いの場等に月1回出向き、認知症に関する正しい知識、相談先を周知し早期の段階で相談や受診先に繋げる。</u>また、速やかに医療や介護サービス、社会参加が可能な場所に繋げ、重症化予防を図る。 ・初期の物忘れや認知症に関する相談を丁寧に行い、医療や介護サービスに結びつける。
阿東分室	・<u>認知症サポーター養成講座の開催、啓発月間における展示等を行う。</u> ・活動のないサポーターは、まず認知症カフェへの参加を促す。既に参加しているサポーターは認知症カフェから一歩進んだ活動に取り組めるように支援する。 ・地域住民に対し認知症に関する正しい知識の普及や理解促進を図る。 ・地域内のオレンジサポーターの活動の幅を広げていく。

（３）地域のニーズに応じた重点事業

地域包括名	具体的な取組事項・今年度の達成目標
中央	・<u>介護予防サポーターと一緒に地域で介護予防講座開催に取り組む。昨年度の意見交換会で出た意見をもとに圏域のサポーターと一緒に介護予防に関する講座を開催する。</u> ・<u>介護予防講座を年度内に1回開催する。</u>
北東	・<u>重層的支援の強化</u> ・<u>ふくまる相談員との連携 年間 20件</u>
北東第2	・<u>宮野地区の住民主体の助け合い、通いの場の創出を自分事として考える意識の醸成や協議の場を持つよう働きかける。</u> ・福祉に関する関係者や地域住民へ支え合いの普及啓発を行い、必要性を働きかける。 ・宮野地区社会福祉協議会などの地域の関係者と定例会や専門部会を通じて協議する機会を持つ。 ・<u>通いの場などへ出向き支え手側の人材発掘をする。</u>
鴻南	・<u>重度化した状態で相談するのではなく、フレイルや認知症、物忘れが気になっ</u>

	<u>たときに相談してもらえる場所であることを広く周知する普及啓発活動を続けていく。</u> ・ <u>地域包括支援センターの PR については、各地区民協や福祉員会で各 1 回、また各地域広報誌への年 4 回程度の掲載を行う。地域住民や関係団体等から気になる高齢者に関する情報提供や対応相談があった場合、早期に対応する。</u>
川西	・ <u>小郡地区内の地域組織、地域団体・民間企業等と協力して、支え合い活動（生活支援体制整備事業）を拡充する。</u> ・ 協議体において各団体との役割分担を決めていく。 ・ 小郡便利マップを活用して、地域の社会資源を住民へ周知・啓発を行なっていく。 ・ 令和 6 年 10 月に設置された小郡地区地域支え合い活動協議会「さぼさぼ小郡」について、協力・後方支援を行う。 ・ <u>歩いて通える「いきいき百歳体操」や「ふれあい・いきいきサロン」を通じて、高齢者の困りごとなどを聞き取り、解決に向けて情報提供や相談支援を行う。</u> ・ 地域住民同士の支え合いがスムーズに行えるようにする。
川西第 2	・ 佐山地区で、1 人暮らし高齢者及び高齢夫婦を対象に「生活お困り事アンケート」を実施する。 ・ 嘉川地区では、実施したアンケート調査をもとに、必要な社会資源の活用や地域で支える仕組みづくり等について話し合える場が持てるように地区社協等に働きかけを行う。 ・ 令和 6 年度は嘉川地区で、令和 7 年度には佐山地区で「生活お困り事アンケート」調査を実施し、高齢者の生活課題を把握する。また、その結果をもとに、<u>必要な社会資源の活用や地域で支える仕組みづくり等について、地域での協議の場につなげていく。</u>
川東	・ <u>自家用車以外の交通手段の確保が課題となっているため、運転免許返納が日常生活に与える影響が大きい。そのため、安全運転の継続に向けた学びができるよう、きっかけづくりを行う。また、身近な場所に通いの場が増えるように支援したり、買い物の手段や場所を整理し、必要に応じて情報提供を行う。</u> ・ 令和 6 年度に秋穂地区で実施した「すこやか安全運転教室」を、他地区において、同じ課題意識を持っている関係機関と連携し、開催に向けて働きかける。 ・ 圏域内の買い物等生活支援に関する社会資源情報を半年ごとに更新し、居宅介護支援事業所や民協定例会等で情報提供を行う。 ・ 鑄銭司地区では、住民の困りごとに対して、課題意識を持っている関係団体（民協・地区社協・自治会等）と話し合い、住民のニーズに沿った社会資源の創出に繋げる。 ・ <u>秋穂、秋穂二島地区において民生委員等担い手と連携し、身近に通える場所にいきいき百歳体操の新規立ち上げ支援を行う。</u>

徳地分室	・ <u>高齢者が多く集う場に出向き介護予防、生活支援、認知症予防、権利擁護、心くまる相談等について周知していく。(月1回)</u> ・ <u>民生児童委員、社会福祉協議会、老人クラブ、徳地診療所等の関係機関と連携を図り、早期の相談、支援につながる体制を充実する。</u> ・ <u>早期の相談・支援につながるよう関係機関と連携を強化し、体制づくりを進める。</u>
阿東分室	・ <u>地域の社会資源を整理し、情報を更新する。</u> ・ <u>高齢者のニーズに応じた社会資源の発掘と新たな資源へとつなげる。</u>

5 各地域包括支援センターの事業計画

担当地域	大殿・白石・湯田					
センター名称	中央地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	30,782	30,653	30,473	30,507	30,284
	高齢者数	8,623	8,635	8,961	8,714	8,701
	高齢化率	28.0	28.2	29.4	28.6	28.7
担当圏域の現状と課題	・新規個別相談は昨年同様約300件。 ・相談内容は病気やケガをきっかけにフレイル状態になっていたり、認知症により生活に支障がでてきているという傾向。 ・1人暮らし高齢者が多いため親族の支援が無くサービス調整を急ぐことや認知症の方のキープンソン不在から支援の検討が非常に困難なことがある。 ・必要に応じて認知症初期集中事業へ相談し支援が進んだ。 ・SC（生活支援コーディネーター）の活動からは他圏域に比べ町内会の活動が少なく近いところのつなぎ先が少ない。店舗への働きかけをおこなっても協力が得られにくいという現状がある。個別ケースからの課題を含めてSCが地域住民や事業所にむけてどのように取り組んでいくかを具体的にしていけることが必要。					
前年度の総括	①介護予防の推進 ・新規相談ケースは部署内で支援の方向性を協議しアセスメント同行の目的なども確認した。 ・予防会議の中で通所C（短期集中型サービス）の開始・終了報告を行い、経過を共有。大殿サポーターにはタイミングが合わず参加は少なかったが次年度も参加し必要時高齢者に社会資源の1つとして情報提供していく。 ・サロン等に向けての普及啓発は11か所おこなった。 ②認知症施策の推進 ・認知症サポーター養成講座は大殿では地区社協主催のボランティア養成講座で2回、白石は福祉員に開催。湯田はミニ講座を民生委員・福祉員に向けて開催。 ・本人発信の媒体を活用し参加者が自分たちの身近な問題として考える機会となった。白石の学童保育での開催も考えていたがお世話人とのタイミングが合わず開催にいたらなかった。 ・認知症カフェの運営については基幹を交え事業所と話し合いを行った。活動内容は今後も一緒に検討することが必要。 ③介護予防サポーターと地域でできる活動について協議する ・前年度の介護予防サポーター養成講座の受講者を対象に集いを開催。8名の参加があった。実際に住民から声が上がっている「百歳体操があったらいいな」をどうやったら実現できるのかをテーマとし意見を出し合った。「活動に興味はあるので補助的なお手伝いならしてもいい」という意見もあったが中には「百歳体操を知らない」「その地区の人が頑張ったらいいい」等の声があった。住民が主体性を持ち考えられるような普及啓発や提案が今後も必要と感じた。					

生活支援コーディネーターと連携した取組の計画			
具体的な取組事項	①通所し卒業後の生活状況共有の機会を持つ。 ②運営推進会議に参加する地域密着型サービス等の事業所へ高齢者の活躍の場として受け入れの投げかけを行う。また社会貢献等として協力可能なことがあるかを確認する。 ③サロン等へ出向き、介護予防への取り組みやフレイル予防の必要性の啓発を行う。 ④介護予防サポーターと湯田地区での介護予防の取り組みの場を一緒に検討をしていく。		
今年度の達成目標	①個別ケースの課題から、地域に不足しているもの等地域課題を整理することが出来る。 ②高齢者の活躍の場を把握することができる。 ③介護予防・フレイル予防の認識が高まり、高齢者の活動機会が増える。 ④介護予防を目的とした集いの場を介護予防サポーターと共に行うことが出来る。		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	新規相談ケースについては、包括内でケース共有会議を開催し、困りごとの本質やリエイブルメントの意識を持ち複数の職員で検討を行っている。また「まちの福祉相談室」とも連携し、他制度も含めた支援の検討も行っている。	地域住民からの様々な相談に対し、ニーズの把握を行うと同時に公正中立に情報提供出来るようにする。年齢や属性を問わない複合的な問題を抱えるケースは三職種と「まちの福祉相談室」と連携し支援方法について検討する。	新規相談ケースに関しては包括内でケース共有会議を行う。また「まちの福祉相談室」担当職員とも毎月会議をし、情報交換共有を行っている。他制度も含めた研修会への参加、事例検討会を開催し、相談の質の向上を図る。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	民生委員、福祉員会や地区社協などの地域会議へ参加し地域課題の把握に努め、地域で気になる個別ケースの相談に対応をしている。弁護士と居宅介護支援事業所との事例検討会を4回開催。また薬剤師、訪問看護事業所を含めた情報交換会1回を行った。関係職種の研修会へも参加し、ネットワーク構築に努めている。	地域会議への参加継続や、個別ケースへの関わりを通して引き続き高齢者の身近な相談窓口となる。多職種との事例検討会や情報交換会の開催、研修会への参加を通してネットワーク構築を行い、連携が取りやすい関係作りを目指す。	民生委員協議会、福祉員会、地域会議への参加。多職種を交えた情報交換会、事例検討会の開催や研修会へ参加することでネットワーク構築の強化を図る。

総合相談支援事業 ③実態把握	個別ケースの相談から本人のニーズを把握し生活支援コーディネーターとインフォーマルなサービスの視点も含めた支援を検討している。また地域会議に出席し、地域課題の把握に努めている。	個別ケースや地域会議で得られた地域のニーズや課題を生活支援コーディネーターと共有する。また地域の新たな社会資源の把握に努める。	地域会議に出席し地域課題を共有する。個別ケースの生活実態から地域課題を考える。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	高齢者虐待に関する研修会に参加し支援方法について学んだ。地域の会合の場で普及啓発を行った。	虐待に繋がる小さなサインに気付き、虐待に至る前に速やかに介入が出来、必要なサービス等の支援に繋がられる。	地域住民への普及啓発を行う。虐待が疑われるケースは市と連携し、迅速に実態把握をし解決に向けて支援する。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	民生委員・福祉員に対しての啓発や、相談先の周知を行った。弁護士を交えての居宅介護支援事業所との事例検討会を4回開催し法的な視点を学んだ。	権利侵害があった場合、速やかに関係機関に相談し解決に繋げることが出来る。	民生委員・福祉員に向けて啓発を行うと共に関係機関との連携を速やかに行う。包括や居宅介護支援事業所のケースをもとに弁護士も交え事例検討を行い、支援の解決策や権利擁護について学ぶ機会を持つ。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	医療機関、サービス事業所などの関係機関との情報共有を行い、スムーズな連携や調整が行えている。民児協、福祉員会、地域のサロンや百歳体操などの活動の場に出向き地域とのネットワーク構築に努めた。	今後も医療機関やサービス事業所などの多職種や地域関係者との連携を行い、スムーズなサービス調整が行えるよう高齢者個々の課題を共有し、連携がしやすい関係作りを行う。	個々の状況に変化があった場合には必要に応じ医療機関や事業所とスムーズに相談を行い、情報共有や連携を行う。地域会議や地域の活動の場への参加をし、地域住民や個々の抱える課題を把握する。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	介護支援専門員からの個別相談が60件程度あり個別ケースの支援、インフォーマルサービスを含めた情報提供など必要な対応を行っている。また介護支援専門員だけでは解決が難しい法律に関する内容は弁護士との事例検討会を行い、医療の課題を抱えた事例は薬剤師、訪問看護事業所と情報交換会で意見を出し合った。	介護支援専門員からの相談には3職種、生活支援コーディネーター、必要時「まちの福祉相談室」と対応していく。事例検討会を年4回、情報交換会を年1回行う。	専門分野だけでなく、他制度についても理解ができるよう多職種を交えた事例検討会や情報交換会を行い顔の見える関係作りを行う。

介護予防 ケアマネジメント	前年度、通所c利用は33件あり、年度末で25件が利用終了した。セルフケアマネジメント能力が高まり、行動変容につながったケースもあったが、卒業後のつなぎ先のマッチングがうまくいかなかったケースもある。また卒業後の関わり方についてケアマネ個人に任せている。	修了後のケースについて年3回報告の場を持つ。圏域の課題として取り組むべき課題が具体的にでたらSCの取り組みについて検討する。終了後のケースへの関り方についてチームで検討する。	通所c終了者への関わりについて、予防支援担当、主任ケアマネ、SCで話し合う。その中で課題がでた場合はSCと取り組みについて検討する。短期集中型サービスの事業所職員との情報共有を密にし、利用終了後も利用者が継続できる生活目標を検討。また必要があれば多様な選択肢から利用者に合った社会資源について情報提供していく。
在宅医療・介護連携推進事業	研修会等に9回参加し、実践についての情報共有や、知識を深めることができた。	引き続き医療機関や事業所と連携し、利用者の望む場所で生活ができるよう支援する。	山口・吉南地区地域ケア連絡会議主催の研修会や医療機関開催のセミナーへ参加する。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	6件開催。関係者の情報共有と支援体制についての検討を行った。	対応や支援方法、支援体制づくりについて多職種での検討を行う。	支援方法について関係機関で検討を行い、支援体制の構築を図る。
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	9事例を提出し、支援についての助言を専門職から得ることができ、実際の支援に活かした。	専門職の助言を得ながら個別ケースのケアマネジメントを行っていく。	提出事例について何を検討してほしいか、またそのために足りない情報はないかを事前に包括内で話し合う。また会議終了後は提案された内容を包括内で共有する。
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	11月に居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、調剤薬局と情報交換会を開催し、連携の必要性についてあらためて共有することができた。中園市営住宅のシルバーハウジングで関係機関との現状と課題の共有ができたが、会議への参加に否定的な機関もあり、今後の連携が課題となっている。	居宅介護支援事業所や関係機関と個別ケースからみえる地域課題について検討する。	圏域の居宅介護支援事業所と情報交換会を年1回開催。シルバーハウジングでの共有会議を年1回開催。

指定介護予防支援	新規ケースについては、包括内で共有会議とリハ職によるアセスメント同行を行った上で、サービスの必要性の見極めを行っている。新規が多いが状態悪化にて区分変更申請するケースも多くケアマネの業務負担も大きい。	フレイル状態にある利用者に対して、生活改善ができるよう心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチできる。	新規ケースの共有会議の継続。ケアマネジメント力向上を目的とした研修に参加する。
一般介護予防事業 ①普及啓発	介護予防サポーターの集いの際、「その地区の人ががんばればい」等の意見もあり、主体性を持ち考えられるような提案が必要。	介護予防への取り組みの必要性やフレイル予防の認識が高まり、高齢者の活動の機会が増える。	生活支援コーディネーターと協力し、地域のサロン等へ出向き、介護予防への取り組みやフレイル予防の必要性の啓発を行う。大殿地区で地域づくり協議会と協力をし、R8年2月に一般住民向けに、介護保険の説明と共に介護予防への取り組み・フレイル予防等の必要性の啓発の機会を持つ。
一般介護予防事業 ②環境づくり	地域住民主体の介護予防の通いの場が少ない。	地域から通いの場の立ち上げの相談があった場合は一緒に取り組む。	通いの場の継続支援を行うとともに、新たな立ち上げの相談があった場合には一緒に考える。
災害要配慮者（高齢者）への支援	要配慮者の情報について毎月更新し、状況の確認を行った。	BCP に沿って災害時にも業務の継続ができる。	災害の要配慮者の情報を担当者が毎月更新する。

担当地域	大内・小鯖					
センター名称	北東地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	27,333	27,281	27,243	26,988	26,634
	高齢者数	7,505	7,657	7,741	7,815	7,866
	高齢化率	27.5	28.1	28.4	29.0	29.5
担当圏域の現状と課題	・山口市内第2位の人口を有する(2万人越え)大内地区と、4000人を下回っている小鯖地区、高齢化率においても、大内地区27.1%と小鯖地区44.1%と二極化。大内地区はそこかしこに新興住宅地が作られ若い世帯の流入が続いているために新規転入者とのつながりの希薄さがある自治会もあるが、反対に小鯖地区は先祖代々より続く土地屋敷を守る世帯でコミュニティが作られているため一人暮らしでも隣近所の強みがある。 ・大内地区はゆめタウンを中心に市街地が広がるが、そこから離れると小鯖地区の中山間地域と同じで、利用できる公共交通機関が少なく、商業施設・医療機関からも遠くなり、運転免許証返納した後の移動に関する課題がある。 ・山口県KDBシステムより小鯖地区についてはオーラルフレイルの傾向があり、大内地区については身体的フレイルの傾向がある。また、両地区ともに食事が欠食傾向にある。在宅で過ごす認知症高齢者(認知症自立度Ⅱ以上)については小鯖地区が124人で65.69%、大内地区は425人で66.61%となっている。 ・認知症サポーター養成講座を開催しても、認知症カフェの運営を支援する中でも「当事者」や「介護家族」の参加の割合が低く「予防」目的での参加は多い。 ・集いの場として地域住民の運営するサロンや百歳体操が立ち上がっているが、地域としての介護力の低い自治会においては「自治会館自体が無い」「サロンや百歳体操の世話人がいない」などの課題がある。					
前年度の総括	●重点目標 (1)自立支援・重度化防止の取り組み ①早期相談・早期対応に繋がるためのPR活動を実施し、回覧版、地域広報誌、大内まつりでの相談ブース設置等により、件数は多くないが新規相談へつながったケースがあった。 ②介護予防に焦点をおいた事業の実施としては、大内地区は地区社会福祉協議会(以下地区社協)と協働し、「フレイル予防講習」1コース3回として実施。健康増進課(以下保健センター)と協働し小鯖地区の各地域団体へ交渉し巡回健康相談会開催。「サロン」や「百歳体操」では参加されない地域住民と接触する機会が増え、その後の総合相談に繋がった。引き続き保健センターと「高齢者の保健と介護の一体化」に繋がる基盤づくりを行っていく。 ③百歳体操参加者を対象とした「百歳体操交流会」の開催実施し、参加人数が過去最高。反響も大きかった。 (2)認知症施策の推進 ①認知症月間までに地域内で地域住民が出入りする「医療機関」「金融機関」「商業施設」「公共機関」に普及啓発用ポスター等の掲示					

	と早期診断・早期発見につながるためのリーフレット等の設置を依頼。ドラッグストア店舗が事業所の意向として設置不可だった。ポスター等をみての反響は不明ではあったが、視覚から入る情報として継続していく。 ②認知症の理解は小学校、中学校ともに実施に対してハードルの高さがある。 ・開催機会が少なく、既存団体からの依頼が多いため参加者の重複が多い。 ③徘徊模擬訓練（大内地区：4 か年計画 3 年目） ・民生委員・児童委員と介護支援専門員との情報交換会（年 2 回）を活用し、認知症に対する地域課題を共有するワークを実施。令和 7 年度の徘徊模擬訓練へつなげた。		
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画			
具体的な取組事項	・助け合いの仕組み立ち上げ・継続支援の実施 ・地区社協との協働事業の実施		
今年度の達成目標	・助け合いの仕組み立ち上げ 1 件 ・助け合い立ち上げ地区に対する継続支援として各地区との協議を 15 回以上開催 ・「助け合い推進員研修会」への協力・参加 1 回 ・（大内）「フレイル予防教室（3 回／コース）」 2 コース開催 ・（小鯖）「介護予防教室（3 回／コース）」 1 コース開催		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	「地域包括支援センターを知らない」という声が一定数ある	地域の幅広い世代に対して、総合相談窓口としての周知・理解が進む	・回覧版・地域広報誌を活用としたPR活動 ・地域行事で相談ブース設置
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	・商業施設や金融機関からの相談がある ・12 月に民生委員の一斉改選がある	・商業施設 24 力所、金融機関 9 力所、医療機関 22 力所へ挨拶回り実施 ・新任者への研修会開催 各地区 1 回	・商業施設・金融機関、医療機関への挨拶回りの実施 ・新任民生委員へ地域包括支援センター周知理解
総合相談支援事業 ③実態把握	総合相談終了後に、状況変化があっても再相談がなく対応が遅れるということがあった	一度相談終了したケースで相談支援者が担当していない方に対しては定期的に後追い確認する 50 件	相談終了した方で、支援者が継続的に関わらないケースについては定期確認し早期に変化をキャッチする
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	セルフネグレクトに陥っている対象者の相談が定期的に上がる	地域住民に向けた高齢者虐待防止についての講座の開催	地域住民が一般的な高齢者虐待とともに「セルフネグレクト」を学ぶ機会が増える
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	金銭管理が困難になり、生活困窮となった方の相談が増えている	・包括内法律相談会を活用し相談実施 6 回 ・成年後見センター等と協働して対応する 2 回以上	・包括内の法律相談会を活用する ・本人の意思を尊重した関わりを実践する

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	要介護認定があり、判断能力の低下がある方について、地域住民や介護支援専門員からの相談が定期的にある	個別地域ケア会議の開催 1 回以上	個別ケア会議を開催し、情報共有や課題解決に向けた協議・検討を行う
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	複合的課題を抱えた要介護認定のある方を担当する介護支援専門員からの相談が定期的にあがる	・個別ケア会議開催 1 回以上 ・北東圏域管理者会議開催年間 2 回 ・民生委員と介護支援専門員の情報交換会開催（年間 4 回） ・北東圏域事例検討会開催支援	・引継ぎ時に個別ケア会議開催を働きかける ・社会資源等の情報提供や、意見交換の場作りを行う ・民生委員と顔の見える関係作りの実施 ・多様なケアマネジメント支援について学ぶ機会をつくる
介護予防ケアマネジメント	R6 年度リハビリ専門職派遣事業を活用した件数 75 件のうち、通所型サービスを必要とされた件数がそれぞれ短期集中型サービス 33 件、デイサービス 8 件、デイケア 8 件であったが、実際に短期集中型サービス利用に繋がった件数は 15 件（45.5%）	・リハビリ専門職派遣事業活用年間 85 件 ・リハビリ専門職派遣事業にて短期集中通所型サービスを必要とされた方の利用開始率 55%	百歳体操会場、サロン会場参加者でプレフレイル～フレイルの方に対してリハビリ専門職派遣事業の活用（小鯖）巡回健康相談会を活用し百歳体操、サロンには参加されない方へフレイル予防に対する普及啓発活動を実施する
在宅医療・介護連携推進事業	「とりあえず介護保険申請」で対応しようとする医療機関が多い	・挨拶回り実施 50 カ所 ・医療職を含めた事例検討会の開催 1 回 ・医療・介護連携が主体の研修会参加 2 回	・挨拶回りの実施 ・医療職を含めた事例検討会の開催 ・医療・介護連携が主体の研修会参加
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	介護支援専門員へのアンケートで、「（開催が）ハードルが高い」とする回答が多い	個別ケア会議開催 8 件	新規相談後ケア会議の必要性の視点でミーティング内で協議し、適宜開催へつなげる
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	現実と乖離した意見が多いという声がある	提出して良かったと感じる 4 件	現時点多職種の見解が必要なケースを提出
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	「地域課題」が多い	・民生委員と介護支援専門員の情報交換会年間 4 回 ・上記以外の開催 1 回	・優先順位を決めて協議する ・協議する場を固定化せず作っていく
指定介護予防支援	（介護予防ケアマネジメントの項目と共通しているため再掲）	（介護予防ケアマネジメントの項目と共通しているため再掲）	（介護予防ケアマネジメントの項目と共通しているため再掲）

一般介護予防事業 ①普及啓発	プレフレイル・フレイル状態の方から、介護保険を申請希望されることが多く、相談に乗った医師や家族から勧められることが多い	介護予防出張講座を活用したフレイル予防の講座を開催 年4回開催 (大内)フレイル予防講座開催 年4回 (小鯖)介護予防講座の開催 年3回	フレイル予防について理解し、セルフマネジメントの実践を学ぶ機会をつくる
一般介護予防事業 ②環境づくり	・サロン開催が難しい自治会がある ・サロン等の世話人が疲弊してきている	・サロン開催が難しい地区の支援(新矢田、金成団地8区・百合丘) ・サロン継続が難しくなっている地区の支援(禅昌寺団地)	・サロンという場でなくても、地域住民の集いの場ができる ・サロン活動が定期開催される
災害要配慮者(高齢者)への支援	ここ数年災害被害には至っていないが、年々高齢者避難指示の警報発信が増えている	災害アセスメントファイルを作成し、本人や関係者と情報共有を行い適切に対応する	災害アセスメントファイル作成・更新 年2回(6月、9月)

担当地域	仁保・宮野					
センター名称	北東第2地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	16,706	16,273	15,974	15,929	15,708
	高齢者数	5,456	5,496	5,509	5,504	5,513
	高齢化率	32.7	33.8	34.5	34.6	35.1
担当圏域の現状と課題	・健診データベース（KDB）から捉えると、両地区ともに生活習慣病が高く、宮野地区ではオーラルフレイルの値も高かった。 (共通) ・要支援者が利用できる総合事業サービス提供事業所が減少している。 ・住民主体の認知症カフェがサービス未利用者や介護者などに活用されている。 ・認知症が進みひとり歩きで自宅に帰れなくなる高齢者が数名おり、今後も増加が予測される。地域での認知症への対応力を向上する必要がある。 ・低所得だが公助に該当しない身寄りのない方で、認知症が進行してきているケースが多く、同様のケースの増加が見込まれる。・体力づくり ・他者交流の場に行きたいとの相談は多いが、近場の通いの場までは行けないという足の課題が両地区ともある。 (宮野) ・デイサービスの利用などフォーマルサービス活用が「介護予防につながる」と考える家族の傾向が強い。 ・江良は百歳体操やサロンが休止状態となり、身近な地域に通いの場がなくなった。 (仁保) ・昔からの近隣付き合いで個人間での助け合い（車の送迎など）が行われているが、支援住民も高齢化してきており負担感があり、地域で移動手段についての協議やゴミ出し支援が始まった。					
前年度の総括	1【介護予防の推進】 (地域を対象とした取組) ・百歳体操世話人から周知をしたいとの要望があり、宮野温泉まつり40周年イベントで百歳体操の実演を住民と協働して行い、多世代にわたり体験の機会となった。 ・百歳体操（宮野：熊坂、仁保：深野団地）が立ち上がった。高齢者生きがいセンターのサークル活動に健康麻雀ができた。男性の参加者が多く、新たな社会参加の場になっている ・仁保では集いの無い所で保健センターと協働し出張健康相談会実施。1回目は11名、2回目は3名と参加者が減少した。 (個を対象とした取組) ・リハビリ専門職同行訪問が69件、そのうち短期集中サービスを推奨されたのが22件。実際に利用開始となったのは11件。また地域の活動など何かしら生活の立て直しが必要な方が全体の半数程度おり、それらの継続支援が十分できなかった。					

	・既存の集いの場に不参加となった方を3名訪問し実態把握を行った。2名は再開されたが続かなかったため、定期的な実態把握は必要。 2【認知症施策の推進】 ・両地区で「ひとり歩きの声かけ体験」を実施した際、認知症カフェやオレンジサポーター、民生委員、居宅介護支援事業所、仁保駐在所などに協力いただき、地域に認知症への理解・関心が深まった。 ・認知症カフェは、ケアマネジャーから紹介を受け当事者や介護者が参加し、交流する場として充実している。 ・地域圏域にある商店や金融機関・郵便局などの社会資源に向けて関係づくりを行い、郵便局から相談が入り連携が取れている。 3【老いに備える普及啓発】 ・フォーマル資源の減少を背景に、宮野では3回コースの助け合い勉強会を開催した。その後で住民同士の助け合いが生まれる機運が高まり、民生委員の専門部会で協議が始まった。また送迎付きの住民主体の通いの場について必要性を感じた方々と協議している。 ・身寄りのない方への終活として、早い時期からのACP、成年後見制度の啓発は、個別ケースでは対応できたが、サロン等での啓発は行っていない。		
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画			
具体的な取組事項	(個別) ・リハビリ専門職派遣事業からアセスメント同行し、チームアプローチを行う (地域) ・宮野地区の住民主体の助け合い、通いの場の創出・検討を協議する(協議体として)		
今年度の達成目標	(個別) ・リハビリ専門職派遣事業・短期集中サービスC活用後の後追いの連携を予防ミーティングを活用し役割分担を行う (地域) ・宮野地区で住民主体の話し合いが行え、地域特性に合わせたしくみを創る動きを伴走支援する※地域のニーズに応じた重点事業(再掲)		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標(目指す姿)	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	・初期相談で自立度の高い相談でも介護サービスの利用を求められることが多い。	・訪問時のアセスメントでは、「なりたい自分」や「本人の強みに気付く」ような関わりを持つ。	・リハビリ専門職・SCとの同行訪問を実施し、多職種の視点からエイブルメントの提案をする。 ・事後フォローを行い状況の把握を行う
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	・多重課題のケースは地域の福祉団体の支援者も対応に困っている。	・地域の福祉関係団体の会合には出席し、引き続き相談できる関係性を築く。	・定例会へ出席し、気になるケースには、同行訪問や情報共有を行っていく。

総合相談支援事業 ③実態把握	・地域の通いの場に参加していた住民がフレイル状態で足が遠のいていた。 ・認知機能がかなり低下した段階で相談が挙がる。	・日々の活動を通じて気になる高齢者に適切な対応ができるように努める。	・サロンや百歳体操への実態把握。 ・認知機能低下があるサービス未利用者などの実態把握を年2回実施。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	・虐待を疑うケースが3件あり（2件認定）。 ・福祉関係団体が見守り訪問時に対応に苦慮していた。	・福祉関係団体に対し普及啓発を行い、関係づくりを行う。	・気になるケースがあれば地域や関係者と支援者会議、個別ケア会議などの協議できる場を持つ
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	・低所得の方で身寄りのない方が、認知症になり対応に苦慮している。	・身寄りのない方へ早い段階から成年後見制度などの制度やACPなどを活用し意志決定ができるよう支援する。	・サロン、百歳体操などで普及啓発する ・エンディングノートなどを活用し、当事者の意向確認を行う ・成年後見センターや市社会福祉協議会などの関係機関と協働する。 ・弁護士相談会やセンター内の事例検討会で挙げ、スキルアップを図る。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	・個別ケースを通じて、昔やっていた活動が中断し出来なくなっている人がいた。 ・リハビリ専門派遣事業の働きかけではフレイルが改善されていないケースがある。	・自立支援・重度化防止（再掲） ・地域の中で（社会資源）サポートしてくれそうな人とのマッチングができそうな人とながり、自らの活動が自己実現につながる	・SCが知っている人材とのマッチングができるために、予防担当者とのミーティングを月1回持ち活用する。 ・挙げってきた課題を地域の関係機関と共有できるように働きかける
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	・複合的な課題を抱えているケースがある。 ・要介護から要支援に変わった際の引継ぎがスムーズに行えないケースがある。	・個別地域ケア会議（再掲） ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも自立支援の視点を理解してもらい円滑な連携が図れるようになる。	・個別地域ケア会議（再掲） ・引継ぎの際に総合事業の理解を促す
介護予防ケアマネジメント	・利用者や家族がフレイルの要因を理解しないままサービス利用の希望が強い	・利用者や家族自身が現状理解し、本人の力を活かしたりエイブルメントに取り組めるようになる	・ケアマネジャー自身が理解を深めるためにミーティング等を活用し定期的に相互に学ぶ機会を持つ。 ・自立支援型地域ケア会議を活用する。

在宅医療・介護連携推進事業	・医療機関から末期がんなどの早期申請や急な入退院調整などの相談が多い。	・医療と介護の連携を図り、住み慣れた地域で過ごすことができるよう取り組む。 ・相互の役割や課題を共有する場を持つ	・センター内で迅速に担当者を決定し、居宅介護支援事業所などの関連機関と速やかなサービス調整を行う。 ・退院時カンファレンスや連絡会議等でお互いの立場の理解を深めていく。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	・多重課題をかかえる高齢者への支援について地域や介護支援専門員から相談が上がる	・地域や専門機関が相互に検討し、支援体制構築ができる	・個別ケア会議からの挙げられた共通する課題について関係機関と協議する場を持つ
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	・自立支援型地域ケア会議で挙げられた意見の活用をした後追いが充分にできていない	・介護支援専門員が幅広い視点を持ってケアマネジメントに取り組むことができるようになる	・リエイブルメントの視点が浸透するように他圏域の事例にも出席する。 ・挙げられた提案をはたらきかけ、その後の後追いを計画的に取り組むためにセンター内ミーティングを活用する
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	・仁保地区では福祉関係団体が集まり地域の課題を協議する場がある ・両地区とも民生委員と介護支援専門員の情報交換する場がある。	・住民が自ら地域課題に気づき会議が活性化	・福祉推進会議や地区社会福祉協議会などの関係機関と地域課題を協議する。 ・民生委員と介護支援専門員が地域課題共有や相互の役割の理解を図る。
指定介護予防支援	・圏域内に指定介護予防支援を行う居宅介護支援事業所がない	・予防マネジメントと一体的に実施する。	・地域のインフォーマルの紹介や介護予防サービスの検討等を行う
一般介護予防事業 ①普及啓発	・KDBより両地区とも生活習慣病の罹患率が市の平均値よりも高い ・仁保地区の検診受診率が10.3%と市の平均値よりも低い。	・生活習慣病予防や介護予防の視点から普及啓発を行う	・サロンなどで、介護予防出張講座の活用（高齢者の健康管理、栄養改善等）を働きかける。 ・自立支援・重度化防止（再掲） ・仁保地区では通いの場のない地域に出向き、保健センターと協働しフレイル予防の普及啓発を行う。

一般介護予防事業 ②環境づくり	・身近な地区に通いの場が無いところやコロナ以降百歳体操が休止状態となっている地区がある。	・地域に外出し、交流できる場所が増えるようにはたらきかける	・SCと協働し通いの場の実態把握、働きかけ新規立ち上げ（宮野：江良、上桜、上恋路、元気いきいき広場の創設、仁保：土井西、井開田東）
災害要配慮者（高齢者）への支援	・仁保地区では、マップ作成が行われていない。 ・宮野地区では、宮野独自の一時避難所がある。	・要配慮高齢者が災害時に避難できるよう関係機関と協議の場を持つ。	・地区社協や関係機関から情報収集を行う。 ・地域別地域ケア会議等を活用し、介護支援専門員が関係者と関係づくりができるようにする。

担当地域	平川・吉敷・大歳					
センター名称	鴻南地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	44,912	45,151	44,941	45,199	45,109
	高齢者数	10,366	10,465	10,593	10,684	10,696
	高齢化率	23.1	23.2	23.6	23.6	23.7
担当圏域の現状と課題	3地区とも総人口はあまり変わらないが、一方で高齢化率は少しずつ上昇傾向にある。認定者数も年々増加し、重度化してから相談する傾向が続いている。介護だけでなく認知症についても、困ってから相談するという認識が根強い印象がある。また、高齢者世帯や独居高齢者の数も多く、自ら助けを求める力が弱い。特に、独居で認知症の方は重度化した状態で、家族や地域住民が対応に苦慮し、相談に至るケースが多い。地域ごとに工夫し活動され、集いの場も多くある強みを生かしていきたい。					
前年度の総括	介護予防の推進として、フレイル予防等の普及啓発に取り組み、商業施設や地域交流センター、地域内の集いの場の運営者等と連携し、体力測定やフレイルチェック、介護予防出張講座の開催、ポスターの展示、地域広報誌への掲載等を行った。関係機関との連携のもと、情報発信やフレイルチェック等のスクリーニングを行うことができたが、そこで把握したフレイル、プレフレイルの方々への個別支援が十分ではない。今後は、実態把握から介入、支援につなげる仕組みを検討していく予定である。 認知症対策の推進では、吉敷地区オレンジサポーターとの話し合いを重ね、新規開設された認知症カフェへの運営補助などに繋がった。また、認知症月間での普及啓発活動も共に行い、地域での活動の場の提案などをサポーターと協働して行った。一方で、重度化した状態での相談も多く、早期対応に繋がるよう継続して相談窓口等の啓発活動を続けていく必要がある。 介護予防ケアマネジメントでは、リハビリ専門職やSC（生活支援コーディネーター）とともに個別事例に関わり、リエイブルメントの実現に向け、様々な社会資源の提案や地域活動へのつなぎ等の支援を行った。一方で、マンパワー不足から担当者が一人ひとりに関われる時間が限られているため、短期集中型サービスCの活用につけて支援していく。					
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画						
具体的な取組事項	個別事例への支援にSCが関わり、社会資源の把握やマッチング等を行う。 百歳体操や認知症カフェ等への活動支援を通して、ケアマネジメント担当者やSCがマッチングしやすい関係を築く。					
今年度の達成目標	SCがフレイル状態の高齢者の事例に関わる。（月5件） 百歳体操中断者への実態把握にSCが同行する。 認知症カフェ、百歳体操等への継続的な関わりを持つ。（各団体年1回以上）					
計画表						

項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	複合的な課題や重度化、早急な対応が必要な相談が増えている。	地域課題や個別の課題を持ちながらも生活を継続するための相談窓口となる。	複数の担当者で訪問し、対応方法を検討する。その後、状況を検証し、地域課題や個別の課題に合わせてケースの振り返りを行う。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	地域で開催される会議等に継続的に参加し、顔の見える関係づくりに努めているものの、大きな問題が発生してから初めて報告や相談を受けることがある。	関係者が些細な気になることでも気軽に報告・相談でき、早期に予防的な介入を行うことができる仕組みがある。	引き続き、地域内の会議に積極的に参加し、関係者からの相談に丁寧に対応するとともに、対応事例の紹介などを通じて普及啓発活動を行う。
総合相談支援事業 ③実態把握	地域からの相談が重度化し、対応困難なケースが増加している。	問題が顕在化する前でも気になる高齢者がいたら情報が寄せられるよう、地域組織やコミュニティとの関係構築を強化する。 地域内の通いの場等へ引き続き関わり、実態把握を行える仕組みを作る。	気軽に相談できる窓口であることを周知し、普及活動を行う。気になる高齢者がいたら情報が寄せられる関係性を維持する。百歳体操の中断者への実態把握を行う。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	高齢者虐待についての正しい認識がされていない。	地域内で高齢者虐待に関する正しい知識を持つ人が増える。	祭りなどの地域行事での展示や、認知症サポーター養成講座に併せた講話などを通じて普及啓発を行う。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	成年後見制度が十分に認知されておらず、利用が進んでいない。	成年後見制度を必要とする人が、適切な窓口につながり、利用を開始できる。	成年後見センターの講座に関する情報提供やPRを行う。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	サービス導入とともに地縁関係が途絶える事例があるため、地域とのネットワークを構築を更に進めていく必要がある。	高齢者が課題を抱えても地域とのつながりの中で生活を継続することができる。	利用者の地域との繋がりが途絶えないよう、関係者同士で引継ぎを行う。さらに、地域の支援者との関わりを続け、地域内での生活を共に支える方法を検討する。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	圏域の事業所数や介護支援専門員の数が増加している中で、圏域内外のケアマネジャーとの連携を図りながら支援を検討することが必要である。	情報交換や連絡を密に取ることで、介護支援専門員が抱える課題を把握し、地域内のケアシステムの構築に役立てることができる。	圏域の研修会や情報交換会を行う。（年3回程度）

介護予防ケアマネジメント	アセスメントや利用者支援の方向性について、職員によってばらつきや差がある。	ケアマネジャー一人ひとりのスキルアップや相互連携によって、より効果的な利用者支援が行える。	支援方法の選択肢を拡充するために、アセスメント力の向上を図る研修を行う。包括内でのケース検討会を通じて、個別のスキルアップを目指す。
在宅医療・介護連携推進事業	入退院時の連携がスムーズに行えていないことで、退院後の生活に支障が出てしまう場合がある。	入院時の情報提供や退院前のカンファレンスなどを通じて、利用者が安心して在宅生活を再開することができる。	退院前カンファレンスへの参加や、会議体への積極的な参加及び働きかけを行う。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	支援困難事例であっても、地域ケア会議に繋がられていない。	地域ケア会議を開催することで、地域内での支援体制が構築される。	引継ぎケースや相談ケースの丁寧な課題の検討を行う。困難ケースの相談などを通じて、個別地域ケア会議の開催について働きかけを行う。
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	会議前に事前準備のための会議を行うなど、負担が大きい。また、会議で出たアイデアを個別支援に十分に生かせていない。	積極的に意見を提出する職員が増え、会議で出た意見を情報共有することで、多面的な視点を反映した計画書作成に生かし、ケアマネジメントの質が向上する。	既存の包括内での会議を活用し、提出前後の負担軽減やフォローアップを行う。
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	地域別地域ケア会議の開催が行えていない。	包括が把握した地域課題を地域住民と共有し、一緒に取り組むことができる。	個別ケースで感じる地域課題を共有する場を包括内で設ける。地域情報をまとめ、地域ごとの課題を確認する場を設ける。 (大歳地区) 地域別地域ケア会議の開催を働きかけ、開催を実現できるよう努力する。
指定介護予防支援	自立支援の視点からアセスメントを実施し、本人の可能性への意識づけがより行えるよう、包括内での検討を続けていく必要がある。	複数の専門職が協力して検討を行うことで、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランスよくアプローチでき、自立に資するケアマネジメントを実現することができる。	短期集中型サービスCの活用や、本人に必要なサービスが適切に提供できるよう、研修等に積極的に参加する。

一般介護予防事業 ①普及啓発	地域内での介護に至る原因や課題を十分に把握できていないため、関係機関との連携を強化し、情報収集や分析に努める必要がある。	地域特性に応じた介護予防に関する普及啓発を行うことで、効果的に予防活動を推進することができる。	既存の基礎資料や対応事例等から地域課題を抽出し、地域課題をより深めた上で、効果的な周知方法を組織内で検討する。
一般介護予防事業 ②環境づくり	集いの場は増えているが、担い手不足となっているところもある。一方で、元気ではあるが役割がないまま過ごしている高齢者もいる。	地域の活動の場と元気な高齢者をつなぐマッチングの仕組みができる。	SCと協働し、集いの場の実態把握や役割を求めている高齢者の把握・集約を行い、マッチングの基礎資料を作成する。
災害要配慮者（高齢者）への支援	地域での災害時の対応が十分に把握できていない。	要配慮者の緊急時避難支援アセスメント表の作成・更新を行う。	小地区での見守り研修や定例会などを通じて、地域での対応を把握し、共有する。年に1回程度、要配慮者に対する個別の対応方法についても確認する。また、防災に関する情報を広報誌などを活用して提供する。

担当地域	小郡					
センター名称	川西地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	25,744	25,507	25,412	25,304	25,267
	高齢者数	6,149	6,235	6,272	6,367	6,405
	高齢化率	23.9	24.4	24.7	25.2	25.3
担当圏域の現状と課題	人口は横ばいであるが、高齢者数は増加しており、市内では一番高齢者が多い地域である。特に、駅周辺は集合住宅（マンション）等が増え、他地域から転入する高齢者が増加傾向にある。高齢者の課題が複合的になる中、公的サービスだけでの支援が難しくなるため、地域の支え合いの仕組みを充実させるために、地域の福祉団体や企業、学校等とも協力をしていく必要がある。また、今後は若い世代にも認知症の理解を深めるための周知を行っていく必要がある。					
前年度の総括	地域支え合いの活動を推進するため、小郡地区自治会連合会、小郡地区民生委員児童委員協議会、小郡地区福祉員会、婦人会小郡支部、老人クラブ小郡支部、おごおり地域づくり協議会、小郡地区社会福祉協議会と協議を行うことができた。また、支え合いの仕組みづくりの必要性を地域住民に周知するイベントの開催にも協力して、子供から大人まで、多世代の住民へ周知することができた。通いの場を増やすため、企業への協力依頼など民間企業への呼びかけも行った。高齢者の転入も増加していることから、小郡便利マップを作成して、地域住民への社会資源の見える化も行うことができた。認知症サポーター養成講座を小学生から高校生へ行うことができた。					
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画						
具体的な取組事項	○第1層や第2層の生活支援コーディネーターと連携し、地域の情報を共有しながら地域課題を把握する。 ○生活課題を把握するために、「いきいき百歳体操」や「ふれあい・いきいきサロン」など通いの場で情報を収集して、今後の支え合い活動に活用する。 ○小郡地区地域支え合い活動協議会（さぼさぼ小郡）に参加し、地域課題を共有し運営等の支援を行う。 ○地域の企業や学校と連携して地域課題を話し合う機会を持つ。					
今年度の達成目標	○地域の課題把握や解決に向けた取り組みの強化を図る。					
計画表						
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）		具体的な取組		
総合相談支援事業 ①総合相談	複合化、複雑化した高齢者世帯の相談が多いため、相談対応の知識を習得することが必要である。	○本人の自己決定を尊重し、本人の状況に応じた適切な支援機関やサービス等につなげる。		○行政機関や医療機関、民生委員、きららしニア小郡、まちの福祉相談室等と連携し、適切な保健・医療・福祉機関又は制度の利用につなげる等のワンス		

			トップサービスの拠点として充実を図る。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	団体ごとの活動が活発にされている。今後も各団体が連携して地域の体制づくりに協力していく必要がある。	○地域の団体が連携をして活動することができるよう、地域課題の分析や実態を共有できるような体制づくりを団体と一緒に行う。	○地域福祉の担い手となる、地区民生委員児童委員協議会、地区福祉員協議会、地域づくり協議会、地区社会福祉協議会、さららシニア小郡等と情報交換等を行い、情報共有に努める。
総合相談支援事業 ③実態把握	高齢者の困りごとを把握するため、民生委員・児童委員に協力していただいていたが、今後は情報収集の方法等について検討することが必要がある。	○日々の活動や聞き取り調査を毎年実施し、地域の高齢者の心身の状況や生活実態等を把握、分析を行い、地域のニーズや課題を明らかにし、早期に対応できるように努める。	○行政・医療機関・介護保険サービス提供事業所や山口南警察署等の関係機関とケース対応や情報共有を行う。また、個別課題の把握を行う。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	要介護者による虐待の把握が難しいことがあり、養護者からの聞き取りだけでは把握もできないことが多いため、実態把握や対応についてや相談できる場所の周知をしていく必要がある。	○警察や行政、医療機関、市成年後見センター、権利擁護センター、基幹型地域包括支援センター、男女共同参画センター等の機関との連携を行う。	○高齢者虐待（疑い含む）の早期発見、早期対応ができるよう、地域住民、民生委員・児童委員、福祉員及び介護サービス提供事業者、さららシニア小郡等に虐待に関する普及啓発を継続して行う。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	高齢世帯が増加している中で、判断能力の低下による消費者被害や、悪質商法の被害が増えてきている状態がある。また、身寄りのない高齢者の相談も増えてきている。今後も継続して、金銭的なトラブルなどに巻き込まれないための周知・啓発をする必要がある。	○認知症等により判断能力の低下した高齢者の生活支援について、地域と連携して見守り等を強化し、市成年後見センターや山口市社会福祉協議会等の関係機関との連携を図る。	○随時、法律関係者等と権利擁護に関するケース検討会を行なう。必要に応じて、居宅介護支援事業所とケース検討を行う。 ○成年後見制度や日常生活自立支援事業等の情報提供を行い、利用の支援を行う。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	小郡地域の中でも、小学校区域で特性が違いがある。特に駅南地区では、自治会や民生委員不在の地域もあり、課題や解決策の整理が必要である。	○民生委員や居宅介護支援事業所及び介護・医療関係機関と地域課題や地域との連携について話し合い、地域課題を整理する。	○小郡地区民生委員児童委員協議会や介護関係機関等との情報交換会の開催。 ○川西圏域の医療関係機関と居宅介護支援事業所との情報交換会を開催する。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	介護サービスだけで解決することが難しい状	○小郡地域の高齢者支援について、リエイブ	○川西圏域の主任介護支援専門員が実施する

②介護支援専門員への支援	況から、介護支援専門員と連携を取り、インフォーマルの社会資源をタイムリーに提供することや困難ケースへの対応策を共有して、一緒に考えていくことが必要となっている。また、災害時の要介護者の支援についても支援をする必要がある。	ルメントの視点を持ち元気な高齢者を増やし、困りごとが解決できるような体制づくりを介護支援専門員と一緒に連携して、構築していく。	事例検討会の側面的支援を行う。 ○個別事例を通じてインフォーマルサービス利用についての情報交換会や勉強会を行う。 ○小郡地区の地理的な特性を学び、災害時の対応やお互いの連携方法に関する学習会を開催する。
介護予防ケアマネジメント	フレイル状態にある高齢者が目指す姿や想いを実現するために、リハビリテーション専門職と同行訪問を行い、アセスメント力向上に努める必要がある。	○自分らしい生活を実現するために、高齢者が主体的に必要なサービスを利用して目標の達成に取り組めるよう、インフォーマルサービスを含めた多様な選択肢を提案し、適切で効果的な介護予防ケアマネジメントを行う。	○地域の会議や集まり等の場を活用し、介護予防支援や一般介護予防事業等の周知・推進に努める。 ○もう一度目指したい元の暮らしに着目し、目標志向型のケアプランを提案する。
在宅医療・介護連携推進事業	各医療機関における入退院時の連携方法に違いがあるため、連絡・対応方法の確認が必要である。また、より良い支援をしていくためにも、疾患による理解や医療の知識向上が必要。	○利用者に関わる医療や介護、福祉の関係者が情報共有や連携強化を図り、利用者やその家族が療養上の管理を適切に行うことができるように支援する。 ○スムーズな退院支援、安定した在宅生活の継続、適切なサービス利用の選定等のため、医療相談窓口との連携を強化する。	○医療従事者と介護従事者の関係づくりや相互理解、連携強化のため、保健・医療・福祉・介護等の多職種で行われる会議や研修会、事例検討会に参加する。 ○退院前の訪問指導やカンファレンス等に参加する。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	支援が必要な高齢者等への適切な関わりについて多職種で検討して個別課題の解決を図っているが、複雑化、複合化した事案については、重層的支援会議を活用している。	○様々な個別課題から導き出される地域課題を整理する。	○居宅介護支援事業所や包括、地域から適宜挙がってきた個別課題や地域課題について、重層的支援会議の活用や地域ケア会議を開催して、支援の方向性を検討する。
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	本人の望む暮らしについて、リエイブルメントの視点を用いながら、社会参加への支援、インフォーマル資源の活用等、様々な分	○自立支援型地域ケア会議に参加した職員とともに振り返りを行い、多職種から受けた助言を職員同士で共有することで自立支援に	○自立支援型地域ケア会議で得た情報や助言内容を、毎朝のミーティングや、月1回の予防支援ミーティング等で共有・協議する。

	野から提案方法を拡充していく必要がある。	向けたケアマネジメント力の向上を図る。	
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	小郡地区内や要介護状態によっても、課題が様々であり、定期的な課題の抽出が必要である。	○課題の抽出や解決策が定期的に行える。	○居宅介護支援事業所と、地域課題に応じた情報交換会を行う。 ○地域内の様々な関係機関と連携し、地域課題の把握や解決に向けた地域ケア会議を開催する。
指定介護予防支援	介護予防や自立支援の推進に努め、さらには誰もが住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるようにする。	○地域の会議や集まり等の場を活用し、介護予防支援や一般介護予防事業等の周知、推進に努める。 ○もう一度目指したい元の暮らしに着目し、目標志向型ケアプランが提案できる。	○自分らしい生活を取り戻すために、高齢者が主体的に必要なサービスを利用して、目標達成できるよう、インフォーマルサービスを含めた多様な選択肢を提案し、適切で効果的な介護予防ケアマネジメントを行う。 ○リハビリテーション専門職と同行訪問を行い、アセスメント力向上に努める。
一般介護予防事業 ①普及啓発	介護予防のための「いきいき百歳体操」の周知・啓発を行い、興味を持たれたグループへのプレゼンテーション支援や立ち上げ支援を行っているが、週1回の開催について、担い手など継続することへの不安を持たれるため、スムーズな立ち上げにならないことがある。	○いきいき百歳体操やサロン等の通いの場に参加し、フレイル予防や自立支援・リエイブルメントについての意識付けが行えるように説明する機会を持つ。 ○百歳体操サポーターと連携をとり、いきいき百歳体操の担い手不足にならないようにマッチングを行う。	○地域団体の会議等を通じて介護予防に資する基本的な知識等の啓発を行う。 ○現在活動されている通いの場（いきいき百歳体操）の継続支援を行う。 ○おごおり福祉まつり等イベントで介護予防普及啓発に関する情報を提供する。
一般介護予防事業 ②環境づくり	地域ケア会議やケース会議等を通じて、地域課題を整理しているが、小学校区域で地域差があるため、多職種と連携して、他機関協働を意識し、連携が取れる体制を構築する必要がある。	○定期的な地域ケア会議やケース会議等で、地域課題を明確にする。 ○リハビリ専門職や医療機関、弁護士等と連絡体制を取り、必要時に相談、訪問対応ができるようにしておく。	○年1回の小郡民児協と居宅介護支援事業所との地域ケア会議を開催し、必要時にはリハビリ専門職や弁護士等にも参加してもらい、連携強化を図る。 ○平時から、多職種と相談、訪問対応、連絡が取れる体制を構築する。
災害要配慮者（高齢者）への支援	大雨等、水害被害を受ける地区があることか	○避難行動要支援者の避難支援プラン（マイ	○小郡地区社会福祉協議会等の災害ボランテ

	ら、高齢者世帯や昼間独居の高齢者及び要配慮者に対して、平常時から避難方法や避難場所等について、周知を行い、把握しておく必要がある。	プラン) について民生委員や小郡総合支所と連携して災害時の避難場所や支援者について把握をする。 ○災害時においても業務を継続するため、業務継続計画（BCP計画）に沿った運営ができるように、年に1度内容の確認や見直し及び研修会、訓練を実施する。	ィア研修等の場を活用し、災害時の連携について一緒に考える。 ○要支援の方や事業対象者等、要配慮者（高齢者）の緊急時避難支援アセスメント票を作成・更新を行う。
--	--	---	--

担当地域	阿知須・嘉川・佐山					
センター名称	川西第2 地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口			19,175	19,201	19,238
	高齢者数			6,224	6,211	6,233
	高齢化率			32.5	32.3	32.4
担当圏域の現状と課題	・担当する圏域では、人口はやや増加し、高齢者数がやや減少している。どの地区も少子化は進んでおり、特に、佐山地区は、高齢者数が増加し、少子高齢化が進んでいる。高齢者を支える担い手の減少が進んでくることで、地域で支える仕組みづくりが必要不可欠である。 ・もともと、比較的地域とのつながりが強く、近隣や家族の助け合いが多いところであり、各地区では住民同士のコミュニティづくりや自主防災組織等、地域での支え合いを積極的に取り組んでいる。その反面、家族が遠方や疎遠であったり、老々介護で不安を抱えている高齢者も多い。精神疾患や認知症の相談も多く、多種多様な相談に関わりの難しさや対応の長期化も生じている。関係機関と連携しながら相談対応を強化していく必要がある。また、高齢者が孤立化しないように、住民主体の集いの場を増やせるように働きかけると共に、フレイル予防等の周知に取り組み、高齢者を地域で支える場づくりと介護予防を積極的に進めていく必要がある。 ・圏域内や周辺には総合病院等が多く、医療は充実しているところである。医療と介護の連携を積極的に図りながら、高齢者における様々な支援を続けていく必要がある。					
前年度の総括	・介護予防の推進では、リハ同行や短期集中型サービスの実施に向けて対応を進めており、リエイブルメントの視点で介護予防ケアマネジメントを進めていくことができた事例を通して、職員間の情報共有ができた。 ・認知症施策の推進については、認知症カフェ未設置だった嘉川地区に、「オレンジカフェかがわ」が11月に開設された。認知症の普及啓発はアルツハイマー月間を中心に実施しており、病院や薬局には拡大できたが、企業や店舗への声掛けが十分にできず、協力が得られなかった。今後も、更に普及啓発に取り組み、地域での認知症への理解が進んでいくようにしたい。 ・今年度、嘉川地区で高齢者の生活課題に関するアンケート調査を民生委員の協力を得て実施した。困っている人は2割程度で、家族や近隣の助け合いができていないという結果であったが、困っている事や支援を受けたい内容には、移動手段やゴミ捨て、日常生活等の家事支援等の意見があった。来年度は佐山地区で、生活のお困り事アンケートを実施する。生活課題を抽出し、必要な社会資源につなげたり、地域や関係機関と連携して、生活課題を解決できるように、地域で支える仕組みづくりに向けて取り組んでいきたい。					
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画						
具体的な取組事項	短期集中通所型サービスCをはじめ、リハビリ専門職同行訪問等の個別ケースを中心に、生活支援コーディネーターと共に本人の持つ社会資源に着目する。フォーマルだけでなく、インフォーマルの資源も活					

	用し、本人が望む暮らしの選択肢を広げられるような視点を持ちながらケアマネジメントを行う。		
今年度の達成目標	介護予防ケアマネジメントの中で、インフォーマルな社会資源や本人の強みに適宜着目しながら日頃の支援につなげていく。		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	・多種多様な相談に、関わりの難しいケースの支援が増えている。	・職員間で情報共有を行い、対応の検討や振り返りなどを行い、迅速な対応と共に職員のスキルアップを図る。	・ケースミーティングを行い、情報共有と共に、ケースの支援の方向性等検討する。 ・職場内で、困難ケース等の事例検討会を行う。 ・嘉川地区で包括・ふくまる相談の出張相談会を年6回実施する。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	・関係機関や地域の関係者からのケースの相談が増えている。	・関係機関や地域の関係者と連携を図りながら、個別ケース支援のネットワークを図る。	・関係機関等と共に、困難ケース等の対応を行う。
総合相談支援事業 ③実態把握	・民生委員や親族、地域からの情報で実態把握することが多いが、中には、買い物やゴミ捨て、交通手段等、相談に上がってこないが困っている高齢者が存在している。	・生活お困り事アンケート調査の結果をもとに、地域別地域ケア会議において、地域課題等を協議ができるようにする。	・阿知須地区で地区社協及び民生委員と地区毎に個別ケースの情報交換会を行う。 ・佐山地区で「生活お困り事アンケート調査」を実施する。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	・虐待やDV等の加害者の多くは家族が多く、実態把握が難しい。	・虐待防止から、虐待やDVを受けた高齢者が安定した生活を送れるように支援体制を構築する必要がある。	・高齢者虐待の対応方法の内部研修や虐待・DV等ケースの事例検討を開催する。（年1回以上） ・虐待防止の啓発を行う。（各地域1回以上）
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	・孤立化や認知症、介護負担の増大、生活困窮など、様々な要因から、虐待等による高齢者の人権侵害を引き起こしている。 ・悪徳商法や詐欺等の被害が増えている。	・高齢者の権利や尊厳が守れるように、関係機関や地域の見守り等と連携を図り、迅速な対応を進めていく必要がある。	・弁護士と高齢者の権利擁護等問題に関する事例の検討会を行ったり、権利擁護等に関する勉強会を行う。（年6回） ・消費生活等のトラブル防止のための啓発を行う。（各地域年1回以上）
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	・住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続け	・関係機関や地域の関係者と地域課題や高齢	・各地域で民児協と居宅介護支援事業所と包

①地域包括支援ネットワークの構築	ていくために、地域や個人が抱える課題を十分に抽出できていない。	者の個別課題を協議する場（年１回）を継続しながら、連携を強化していく必要がある。	括での話し合いの場を継続していく。 阿知須：８月頃 嘉川・佐山：１０月頃
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	・介護支援専門員からは、困難ケースに対しての相談が多い。 ・居宅介護支援事業所の中でも小規模の居宅介護支援事業所では制度変更への対応等情報共有が十分にできていない。	・介護支援専門員からの相談を受けるために職員のスキルアップが必要である。 ・圏域内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が互いに交流が図れるように情報交換会を継続していく。	・介護支援専門員協会主催等の研修に参加する。 ・ケアマネっと（情報交換会）を年１～２回開催する。 ・事例検討会の後方支援を行う。（年１回）
介護予防ケアマネジメント	・短期集中通所型サービスＣを提案したが、利用者が事業の理解が十分にできなかった為、利用につながらなかったケースがいた。	・リエイブルメントや介護予防の視点をもって、ケアマネジメントが行えるように、職員のスキルアップを図る。	・介護予防ケアマネジメントに関する研修に参加する。（職員１人１回以上） ・短期集中通所型サービスＣの実践の場を見学する。
在宅医療・介護連携推進事業	・圏域周辺に総合病院等が多く、緩和ケアや医療ニーズが高いケースだけでなく、認知症を支える家族の介護力が弱いケースや障害を抱えた家族を支える高齢者、DV、虐待等の複雑な問題を抱えたケースの相談も増えてきた。	・相談に対して、関係機関等と連携し迅速な対応を進めていく。 ・多職種の関係機関が参加する研修会や事例検討会等に参加し、医療・介護関係者との連携強化を図る。	・３職種で協働しながら、迅速な相談対応を行う。 ・訪問看護と居宅と包括との情報交換会を年１回開催する。 ・医療・介護連携専門部会や緩和ケア部会、又は医療機関主催の研修や事例検討会に参加する。（職員一人１回以上）
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	・困難ケース等においての個別の地域ケア会議は実施するが、自立支援・介護予防の観点からの個別地域ケア会議の実施は少ない。	・個別の地域ケア会議を積極的に開催し、関係機関及び関係者との情報共有や支援の方向性等課題解決や状態の改善を図る。	・ケアマネ等からの相談に、必要に応じて積極的に個別地域ケア会議を開催する。（年５ケース以上）
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	・自立支援型地域ケア会議は多職種の様々な助言を受けられ、今後の支援に活かされ有意義なものであるが、事例の準備に負担があり、提出できなかったこともあった。	・自立支援型地域ケア会議に参加することで、リエイブルメントを目指した自立支援におけるケアマネジメント力の向上を図る。	・自立支援型地域ケア会議後に内部で振り返りを行う。
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	・各地域で、地区社協や民協等の代表者との話し合いの場は継続でき	・地域で地域課題について協議できる場ができるように、地域との	・地域の代表者との話し合いの中で、生活お困りごとアンケート結

	ているが、具体的に地域課題の解決に向けた継続的な協議は十分にできていない。	話し合いを検討していく。	果から地域課題を話し合う協議の場ができるように、提案する。
指定介護予防支援	・人事異動が毎年あり、職員のケアマネジメントのスキルの均質化が難しい。	・新人職員の教育体制の充実を図る。	・新しく配属された職員には新任職員研修を受講させる。 ・予防支援業務担当職員のミーティングを毎月行い、制度等の周知と各職員が抱える課題の把握及び解決について情報交換を行う。 ・個別スーパービジョンの実施。
一般介護予防事業 ①普及啓発	・介護予防における普及啓発活動が十分にできていない。	・地域の関係団体や集いの場で、介護予防の啓発活動を展開し、高齢者の介護予防の取り組みにつなげていく。	・地域団体や高齢者の集いの場で、介護予防出張講座のPRを実施する。（各地域で2回以上） ・阿知須のひなもんまつりにて介護予防の啓発を行う。
一般介護予防事業 ②環境づくり	・介護予防に取り組める場の数が少ない。	・介護予防に取り組める場づくりを地域で展開し増やしていく。	・百歳体操の集いの場や福祉の駅あじす百十カフェ、認知症カフェ等で、フレイル等の介護予防について、啓発を実施する。
災害要配慮者（高齢者）への支援	・緊急時避難支援者アセスメント票について、追加・修正などが随時できていない。 ・災害発生時の地域での動き等、十分に把握できていない。	・日頃より、緊急時避難支援者アセスメント票を整備し、災害時における関係機関や地域との連絡体制等、危機管理体制を整えておく。	・緊急時避難支援者アセスメント票について、月末にケース情報の確認を行う。 ・地域で実施される防災についての話し合いや研修に参加する。

担当地域	陶・鑄銭司・名田島・秋穂二島・秋穂					
センター名称	川東地域包括支援センター					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	14,449	14,104	13,853	13,660	13,407
	高齢者数	6,321	6,297	6,295	6,230	6,149
	高齢化率	43.7	44.6	45.4	45.6	45.9
担当圏域の現状と課題	・川東圏域では人口減少と高齢化が進み、独居や高齢夫婦のみの世帯が増加。支援が複雑・長期化する一方、地域のつながりはあるが、社会資源の減少や福祉の担い手の高齢化により、後継者不足が課題となっている。 ・交通の利便性はあるものの、人口減少と高齢化により自家用車以外の移動手段が不足。買い物や通院の困難さから、地域でのインフォーマルサービスの充実が求められている。 ・山口県後期高齢者広域連合地区別データによると、「認知症」、「うつ、転倒骨折、低栄養、口腔機能低下のフレイル関連」、「高血圧、脂質異常症の生活習慣病」のリスクが他圏域と比べて高い。早期からの相談が少ないため、介護や健康状態の悪化を未然に防ぐには、アウトリーチによる早期発見、早期介入が必要である。					
前年度の総括	・地域活動を通じてフレイル予防の啓発を行い、リーフレットや基本チェックリスト、介護予防出張講座を活用し、フレイル予防の意識を高め、いきいき百歳体操の新規立ち上げに繋がった（5カ所）。また、既存の団体に対しては継続支援を行い、負担感を軽減するため、世話人交流会を企画し、投げかけたが感染症等の理由により開催には至らなかった。 ・名田島地区の健康相談会において、健康増進課と自治会連合会と協議し、包括支援センター職員が参加することで、その役割を地域の方々に広く理解してもらい、フレイルのリスクがある方を早期把握、早期介入に繋げることを目的に来年度より参加することとなった。 ・担当職員個人でケースを判断することなく、タ札等を使いセンター全体で共有した。リハビリ専門職や生活支援コーディネーターと協力し、幅広い視点でアセスメントを行ったことにより、リエイブルメントの考え方に沿って多様な選択肢の中から必要な取り組みに繋げるよう実践した。 ・陶地区の認知症カフェにおいて、認知症について本人視点で考えられるように、山口希望大使等派遣事業を活用した。認知症になっても趣味や生きがいを持ち、役割を果たしながら、住み慣れた地域で希望を持って暮らせることを知ってもらう機会となった。 ・民生委員・福祉員合同研修会、サロン、秋穂二島中学校で認知症サポーター養成講座を開催したことで、幅広い年代に向けて認知症理解の促進に繋がった。 ・認知症月間において、地域交流センターや医療機関、商店にポスター掲示を依頼し、地域住民に対して正しい理解の普及啓発に努めた。 ・秋穂二島地区では、地区社協、自治会連合会、カフェ運営団体と地域の実情や課題を共有し、認知症カフェの開設に至った。これにより、5地区全てで認知症カフェを設置することができた。また、居					

	宅介護支援事業所には認知症に関する社会資源情報を提供し、認知症カフェへの参加に繋げ、活用できる社会資源となった。 ・川東圏域で自家用車以外の交通アクセスが課題となる中、秋穂地区において、運転行動の振り返りや交通安全に対する意識を高めるため「すこやか安全運転教室」を開催した。参加者より、「自らの運転行動を振り返るきっかけとなり改めて安全運転の大切さを学んだ」という声が多く聞かれた。また、他地域でも同様の課題があり、投げかけたところ関心を示された。 ・鑄銭司、秋穂地区において、住民による支え合い活動の必要性や市内の活動状況について地域福祉活動計画の話し合いやマッチング会議の場で説明を行った。来年度においても継続的に話し合いの機会を持つことになった。 ・買い物や通いの場に関する社会資源情報をまとめ、民協定例会や居宅介護支援事業所、個人に対して情報提供をした。 ・高齢者虐待防止については民協、福祉員会等で山口市高齢者虐待防止ネットワーク推進会議で得た知識を活かして早期発見、予防の視点について説明した。権利擁護に関しては、成年後見の申立て支援等を行った。 ・年2回、川東圏域内の居宅介護支援事業所に出向き、困りごと等を聞き、連携しやすい関係づくりを行った。部会に加入していない居宅介護支援事業所とも情報交換会や事例検討会を行った。 ・山口・吉南地区地域ケア連絡会議や医療機関が主催する研修会に参加し、それぞれの役割を再認識し日頃の実践に繋げた。		
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画			
具体的な取組事項	日々の活動を通じて寄せられる相談や地域の会議等において、日用品の買い物や草刈り、庭木の剪定、電球交換、ゴミ出し等の生活課題が上げられた。課題を共有する住民組織と協力しながら支え合いの仕組みを話し合うことで、地域全体の意識を高め、住民が共に支え合う体制づくりが実現できるように支援する。		
今年度の達成目標	・鑄銭司地区では、住民の困りごとに対して、課題意識を持っている関係団体（民協・地区社協・自治会等）と一緒に課題を整理し、支え合いの取り組みが実現できるよう継続して話し合いに参加していく。 ・支える側の充実を目的として、高齢者を含めた様々な知識や技能を有した地域住民を把握し、活動に繋げることで役割を固定せず、誰もが支え合える関係の構築に向けて、他地域の取り組みを自治会や地区社協等に対して情報提供しながら地域にあった形で進めていく。 ・秋穂地区では、昨年度のマッチング会議を経て、住民同士の支え合いが必要であると改めて認識され、今後は市社協や老人クラブ連合会関係者等の関係団体を交えて地域での困りごとについて共に考える機会を設け、課題を整理し、具体的な取り組みに向けて進めていく。		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	幅広い年齢層の相談や複合的に絡み合ったケースが増えた。	包括全体で必要な方策を検討し、速やかな初期対応を行う。	夕礼で情報を共有し、世帯全体の抱える課題を「まちの福祉相談

			室」と連携しながら3職種の専門性を活かし、支援方針を話し合い適切な支援に結びつける。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	地域によっては、包括の存在や役割について十分に知られていない事があるため、高齢者が気軽に相談できる窓口として、引き続き周知していく必要がある。	包括の役割や機能を関係機関に周知してネットワークの強化を図り、相談支援体制を充実していく。	民協、福祉員会、地区社協、自治会、医療・福祉サービス関係機関等に向けて川東の独自リーフレットを活用し、役割や機能を明確にすることで、既存のネットワークの強化に繋げる。
総合相談支援事業 ③実態把握	サロン等での実態把握を行っているが場所によって頻度に差があり限定的になっている。包括の関わりの少ないサロン等に対しても効率的、計画的に実態把握を行い、隠れた問題やニーズを把握する必要がある。	地域住民が集まる活動に参加し、世話人との気軽な情報交換ができる関係を築きながら、計画的に訪問すること、早期発見と迅速な対応を行う。	民協、福祉員会、地区社協関連の会議やサロン等に参加し、支援が必要な方に早期に介入して対応する。これまで関わりの少なかった地域では、相談会等を活用して、心身の状況や生活実態の把握に努める。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	高齢者虐待防止に関する普及啓発が地域ごとにばらつきが見られる。今後は早期発見・早期対応につなげるため、計画的に全地域に向けて普及啓発を実施していく必要がある。	高齢者虐待の早期発見・対応のため、民生委員や福祉員、居宅介護支援事業所に普及啓発を行い、虐待が疑われるケースには関係機関と連携し、迅速かつ適切に対応する。	高齢者虐待の疑いがある場合、基幹型包括に報告し迅速に対応する。民協や福祉員会等で高齢者虐待相談窓口の情報を共有し、山口市高齢者虐待防止ネットワーク会議で得た知識を活かして早期発見と予防の視点等について説明する。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	認知症等により判断力の低下が見られる高齢者に対し、関係機関と連携して対応している。消費者被害の未然防止の観点から今後も民協等で啓発に努める必要がある。	高齢者虐待や消費者被害などの権利擁護に関し、関係機関と連携しながら相談対応や支援を行い、併せて未然防止に向けた高齢者への啓発に努める。	消費者被害等の権利擁護に関する相談・支援については関係機関と連携して対応する。さらに未然防止のため民協等で啓発していく。また、適切な介護サービス利用や金銭管理、法律行為などができるよう、山口市成年後見センター等に相談し、成年後見制度の利用支援を行う。

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	民協、福祉員会等に参加し、地域が抱える課題やケースを協議する事で連携を密にし、気軽に相談できる体制を構築してきた。令和7年度は民生委員の改選もあり、新たなネットワークの構築を図る必要がある。	地域で多くの人と接する立場の方々と、普段から相談しやすい関係を築き、信頼関係を深めていく。	民協協等に参加し、包括の役割を説明して関係機関と有機的な連携が図れるように取り組む。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	介護保険サービス事業所の減少に伴い、居宅介護支援事業所においては提供可能なサービス選択肢が限られつつある。このような状況下でも、利用者一人ひとりの多様なニーズに的確に対応できるよう、支援体制の充実が求められる。	介護支援専門員が、介護保険サービスにとらわれず、地域にあるさまざまな社会資源を活かしながら、利用者の生活全体を支援できるようにする。	居宅介護支援事業所が日常的に円滑な業務が行えるよう、巡回訪問や情報交換会にて、介護保険以外のインフォーマルサービスや地域資源等の情報を提供し繋ぎの支援を行う。
介護予防ケアマネジメント	介護支援専門員が個人で行うアセスメントには限界があり、多角的なアセスメントを行うために、多職種協働で関わる事が求められている。	フレイル状態にある高齢者の生活機能の改善を目指し、リハビリテーション専門職と同行訪問を行い、アセスメント力の向上に努める。	リハビリテーション専門職等と同行訪問し、幅広い視点でアセスメントを行う。心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチした目標志向型のケアプランを作成し、元の生活や役割の回復を支援する。
在宅医療・介護連携推進事業	入退院等の調整で、地域連携室等と密に連携を図っている。	医療や介護が必要になっても、住み慣れた住まいで暮らし続けることができるように取り組む。	山口・吉南地区地域ケア連絡会議や医療機関が主催する研修会や情報交換会に参加し、医療・介護関係者との連携を強化する。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	認知症に対して支援方法を検討したり、複合的な課題を有する世帯への支援について情報共有や今後の支援方針を話し合った。今後も多職種が多角的な視点から個別課題を検討する	日々の業務で把握した個別課題を、関係機関と幅広く検討し、対応方法や支援体制の構築に取り組む。	民生委員、福祉員、医療福祉関係者等と役割分担し、解決に向けて継続的な支援を行う。

	ことが求められている。		
地域ケア会議推進事業② 自立支援型地域ケア 会議	多職種から目標達成のための意欲的な行動に繋がる具体的な日常生活への助言を受け、自立支援に資するケアマネジメントに繋がっている。	多職種が連携し、目標達成を後押しする具体的な助言を受け、自立支援を目的としたケアマネジメントに活用する。	会議に先立ち、センター内でケースの情報を共通理解し、会議後も助言内容を整理した上で共有し、他の事例にも活用できるようにする。
地域ケア会議推進事業③ 地域別地域ケア会議	地域住民や関係団体の中で、課題に対する取り組みの意識に差異があり、地域課題を整理する必要がある。	課題意識を持っている関係団体と協議の場を持つことで、地域課題の把握や解決に向けた検討及び支援体制を構築する。	買い物やゴミ出し支援など、地域の生活課題に対して関係機関と協議していく。
指定介護予防支援	圏域内の居宅介護支援事業所が限られているため、公正・中立性を確保し、特定の事業所に偏らないよう配慮する必要がある。	要支援から要介護への移行時に、ケアマネジメント業務の引継ぎを円滑に行うため、居宅介護支援事業所と密に連携する。	日頃から圏域内外の居宅介護支援事業所の受け入れ状況を確認したり、巡回訪問等を活用し、気軽に情報交換ができる関係性を保つ。
一般介護予防事業 ①普及啓発	高齢者が集まる場において、包括より介護予防に関する話をしている。サロン等に来ていない人に対しても介護予防に関する情報を伝えていく必要がある。	高齢者が自立した生活を維持できるように、介護予防に関する専門の講座を活用し、自ら積極的に介護予防へ取り組めるよう支援する。	民生委員、福祉員、地区社協と連携し、介護予防出張講座や介護予防だよりを用いて、早い段階から介護予防の意識を高められるよう地域住民に情報を発信していく。
一般介護予防事業 ②環境づくり	自宅から歩いて通える距離に介護予防に資する場所が求められている。特に、秋穂二島、秋穂地区では要望があり、川東圏域内において新たな通いの場を創出する必要がある。	住民に向けて、いきいき百歳体操の魅力を丁寧に PR し、新たな立ち上げに向けた機運を高めていく。	いきいき百歳体操を秋穂二島、秋穂地区において創出する。その他地域の実情を踏まえて介護予防出張講座等を活用し、住民自ら介護予防に取り組めるよう支援する。
災害要配慮者（高齢者）への支援	緊急時避難支援アセスメント票、川東独自マップを更新し、今後包括内でも川東包括が関わっている支援が必要な高齢者の情報を共有していく必要がある。	川東包括が関わっている災害時における要配慮者の対応に関する情報を把握し、地域における防災に関する会議や訓練にも参加する。また、業務継続計画に基づき研修や訓練を実施	緊急時避難支援アセスメント票と川東独自マップを更新し、本人や家族に防災意識を促しセンター内で情報を共有する。民生委員等と連携し、独居高齢者や75歳以上の2人暮らし

		施することで災害時における支援体制の強化と職員の対応力向上を図る。	の情報を把握。避難支援を行う自治会や自主防災組織と協力する。業務継続計画に基づき研修や訓練を実施、内容を振り返り計画の見直しを行う。
--	--	--	---

担当地域	徳地					
センター名称	基幹型地域包括支援センター 徳地分室					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	5,434	5,217	5,063	4,894	4,714
	高齢者数	2,920	2,855	2,798	2,748	2,666
	高齢化率	53.7	54.7	55.3	56.2	56.6
担当圏域の現状と課題	・高齢化率が56.6%と高く、独居、高齢者二世帯が増えており、介護・生活支援を必要としている高齢者が増加している。 ・物忘れが多いと感じている人の割合が高いが、症状が進行し困ってから相談にこられる傾向があり、早急にサービス調整が必要なケースが多い。日頃から予防や早期相談、認知症に対する正しい知識、共生社会の普及啓発が必要である。 ・他圏域と比べて介護保険の要支援認定率が高く、介護が必要になった原因として、転倒骨折、足腰の痛み等が上位を占めている。転倒に対する不安を感じている高齢者や、足腰の痛みのため外出を控えている高齢者が多い。また口腔機能の低下（固いものが食べにくい、むせる）のある高齢者の割合も高く、フレイル予防について継続して普及啓発していく必要がある。 ・人口減少に伴い、高齢者を支える担い手の減少も著しいため、在宅支援サービスや社会資源等で調整していく必要があるが、社会資源が不足している現状から、徳地独自の支え合いの仕組みづくりが優先される。 ・多職種による地域ケア会議「徳地地域ネットワーク」で医療介護の連携を強化し、高齢者の在宅支援を支援していくことが重要である。 ・複合拠点施設内に包括支援センターが配置されているメリットを生かし、初回相談から総合サービス課や社会福祉協議会、徳地診療所と連携しながら支援を行うことが必要である。					
前年度の総括	重点目標「介護予防の推進」では、地域を対象とした取り組みとして、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施として健康増進課と協働し、岸見、八坂地区の百歳体操の場を活用し地域で健康講座を開催し、地域の健康課題であるフレイル予防に取り組んだ。 個を対象とした取り組みとしては、新規相談ケースについては原則、リハビリ専門職の同行訪問を活用し、介護保険サービスに限らず多様な提案を行い、元の生活にもどる支援を進めた。 引き続き、各自のアセスメント力の向上を図りながら、在宅で本人の強みを活かした支援ができるよう、関係機関と連携を取りながら支援していく。					
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画						
具体的な取組事項	・いきいき百歳体操の継続支援と周知を行う。 ・リハビリ専門職のアセスメント同行訪問、短期集中型サービス等の個別ケースに関わっていく。					
今年度の達成目標	・いきいき百歳体操の新規参加者を増やすよう働きかける。（各地域1名）					

	・リハビリ専門職のアセスメント同行訪問、短期集中型サービス利用者の日常活動量の増加や地域活動の参加に繋げていく。		
計画表			
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）	具体的な取組
総合相談支援事業 ①総合相談	複合的な課題の相談があり、対応に苦慮している。	複合的な課題への相談体制の構築を3職種、間で図る。	相談事例の振り返りを行い、関係機関との連携、必要な研修等を受け体制整備を図る。
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	民生委員や行政福祉部局との連携は取れてるが、住民等地域の関係者との連携が不足している。	住民等地域の関係者と連携し、円滑に支援を行う体制を構築する。	各地区におけるリーダーや活動状況を把握し、リーダーを中心に地域に介入していく。
総合相談支援事業 ③実態把握	問題が顕在化してから相談支援になることが一定数ある。	日頃より民生委員等地域の関係者から気になる高齢者について情報が寄せられる体制を構築する。	身近な相談窓口としての地域包括支援センターの役割について周知し、相談しやすいようにする。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	ケアマネジャー以外からの通報・相談は少ない。地域住民に対して虐待の早期発見や通報先について周知が不十分である可能性がある。	虐待や虐待に発展する不適切なケアが発生する前に、相談機関につながるよう地域からも注意が必要なケースの情報が集められるよう体制を構築する。	早期発見の大切さを周知するため、住民団体の集会に参加し、虐待予防についての啓発を行う。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	日常生活自立支援事業、成年後見制度の利用が少ない。	必要な人が、日常生活自立支援事業、成年後見制度の相談の利用ができる。	地域団体の会議等で普及啓発を行う。 介護支援専門員と連携を図りながら必要に応じて制度利用の提案を行う。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	保健、医療、福祉サービス等の関係機関とは連携が取れているが、インフォーマルサービスとの連携が薄い。	インフォーマルサービスとの連携の取り組みを進める。	移動販売、配食等のインフォーマルサービス事業所へ連携が取れるように働きかける。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	中山間地域のため、活用できるサービスや社会資源に制限が多いが、対応が難しいケースの課題解決について支援方法が十分に検討されずサービス利用につなげられている。	対応が難しいケースでも本人の意向をできる限り尊重できるようサービスの利用を検討していくことができる。	ケアマネジャーが抱える事例について関係機関と連携し、助言を行い支援していく。
介護予防ケアマネジメント	転倒、骨折による福祉用具の利用希望者が多い。	対象者のアセスメントを適切に行い、必要なサービスを調整する。	リハビリ専門職のアセスメント同行訪問、短期集中型サービス等を

			活用し介護予防を進める。
在宅医療・介護連携推進事業	利用者の入退院時の情報共有がうまくいって おらず支援に支障が出る 場合がある。	自宅退院をする利用者 について、在宅生活に 円滑移行できるよう支 援体制を整える。	病院の相談員に積極的 に働きかけ、情報共有 や支援方針の検討を円 滑に行えるようにす る。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	関係機関で協議する前 にケアマネや包括担当 職員で支援を進めてい る傾向があり地域ケア 会議の開催に至らな い。	必要なケースについて は支援の初期段階から 関係者を幅広く募り、 情報共有と支援方針の 検討を行い、支援体制 を充実させる。	個別地域ケア会議の意 義や目的を啓発し、ケ アマネジャーが地域包 括支援センターに相談 し、開催できるような 体制を作る。
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア 会議	市で開催されている会 議で蓄積された助言を 他事例で活用できてい ない。	市で開催されている会 議で蓄積された実践方 法を他事例で活用でき る。	包括内で新規ケースの 報告、共有を行い過去 の自立支援方法を検討 し、支援に生かしてい く。
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	多職種で課題の共有ま でに留まっている。	課題解決に向けた取り 組みができる。	課題解決のスキルアッ プのために多職種で情 報交換や協議を行う。
指定介護予防支援	生活支援のためのサー ビス利用にとどまる傾 向があり自立支援の視 点での支援が提供でき ていない部分がある。	軽度者の重度化防止、 自立支援に向けた取り 組みを当事者を含め関 係者で協働できる。	アセスメント段階から 本人の強みに目を向 け、それを生かした自 立に向けた目標設定や動 機づけを提案してい く。
一般介護予防事業 ①普及啓発	介護予防出張講座の開 催頻度に地域差があ る。	介護予防出張講座開催 の少ない地域の開催が 増加する。	地域の開催が増加す るよう、老人クラブ、 婦人会に働きかける。
一般介護予防事業 ②環境づくり	いきいき百歳体操の参 加者が減少し、継続が 難しい地域がある。	いきいき百歳体操等の 集いの場が継続でき る。	いきいき百歳体操等の 新規参加者が増えるよ う、一体化事業による 健康教室を活用してい く。
災害要配慮者（高齢者） への支援	災害時の支援を想定し た情報収集が、計画通 りに進行できていな い。	災害時に必要な情報を 得て支援方法に活かす ことができる。	モニタリング時に随時 災害時の連絡先や支援 方法について確認しア セスメント表を作成す る。

担当地域	阿東					
センター名称	基幹型地域包括支援センター 阿東分室					
担当圏域の状況 (3月31日時点)		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
	総人口	5,184	5,019	4,858	4,649	4,530
	高齢者数	3,007	2,958	2,901	2,830	2,773
	高齢化率	58.0	58.9	59.7	60.9	61.2
担当圏域の現状と課題	高齢化率が60%を超えており、このうち後期高齢者が6割を占めている。年々人口減少が進み、独居高齢者や高齢者世帯が多く介護認定率も高い。市内他地域と比較して、利用できるサービスや社会資源も少ない。 介護保険認定者の多くは、高血圧症や筋骨格系疾患、認知症などの疾患を治療している人が多い。人口減少と高齢化から近隣とのつながりも希薄になることで外出の機会が減少し体力の低下が懸念される。高齢者質問票からもこの1年間に転倒の経験がある人が多く、週に1回以上外出していない人の割合が高いなどフレイルのリスクが高い。社会資源の少ない地域であり、身近に行ける居場所づくりや個々の身体機能維持への働くかけや地域でのつながりによる仕組みづくりを図る必要がある。また個々へも早期から健康の維持、介護予防の意識をもって生活することへの働きかけが重要である。					
前年度の総括	地域関係団体や健康増進課と連携しながら自らの健康維持や介護予防に対しての意識を持てるよう教室や通いの場を通して取り組んだ。介護予防教室終了後のOB会では、継続して運動に取り組みたいと希望があり今後も支援していく。 高齢者の心身の状況・環境に応じて、リハビリ専門職のアセスメント同行訪問を行い自立支援へ向けて取り組んだ。 認知症対策の推進としては認知症サポーター養成講座の開催や啓発月間の展示等を通じ、地域内の幅広い世代に対して認知症に関する普及啓発に努めた。 認知症カフェについて、広く周知を行い、オレンジサポーターを繋ぐことにより、円滑な活動・運営が継続できるよう支援を行った。					
生活支援コーディネーターと連携した取組の計画						
具体的な取組事項	地域の社会資源を整理し、情報を更新する。 高齢者のニーズに応じた社会資源の発掘と新たな資源へとつなげる。					
今年度の達成目標	生活支援コーディネーター以外の職員が地域の社会資源について把握でき、アセスメント同行訪問にて社会資源を提案できる。					
計画表						
項目	現状と課題	達成目標（目指す姿）		具体的な取組		
総合相談支援事業 ①総合相談	早期の相談ができず適切な機関やサービスにつながるのに時間がかかるケースがある。	誰もが早期に気軽に相談できる窓口を知り、相談状況に応じた適切な機関・サービスにつながるができる。		ふくまる総合相談窓口の周知のため地域の集まりなどで周知啓発を行う。		
総合相談支援事業 ②ネットワークの構築	医療機関や介護サービス提供事業者、民生委	地域の機関とのネットワークの強化を図り、		民生委員児童委員定例会等に参加し、地域の		

	員等からの情報提供があり連携が取れている。	地域の課題を明確化し高齢者の状況に合ったサービスや地域活動に繋ぐことができる。	情報共有を行い地域課題を明確化し、早期にきめ細かい個別支援を行う。
総合相談支援事業 ③実態把握	健康増進課との連携により通いの場や巡回健康相談などにおいて実態把握を行っている。	健康増進課との連携により通いの場や巡回健康相談などにおいて実態把握を行うことで早期に対応できる。	通いの場や巡回健康相談、日々の活動を通じて地域の高齢者の実態把握に努める。
権利擁護事業 ①高齢者虐待の防止	通報等があった場合、迅速な状況把握に努め、適切な対応を行うことができる。	虐待防止・早期発見に努め、虐待を受けた高齢者に対し迅速な保護、養護者に対する適切な支援を行う。	虐待防止について、民生委員児童委員定例会やケアマネとの情報交換会等で普及啓発に努める。 通報等あった場合には関係機関と連携を取り、迅速に対応する。
権利擁護事業 ②権利擁護の推進	成年後見制度について、民生委員定例会等において、普及啓発を行っている。	認知症等で判断能力の低下がある場合、金銭管理、法律行為の支援が必要な方には関係機関と連携し、適切なサービスや制度の利用につなげる。	認知症等で判断能力の低下がある高齢者について、成年後見センター等と連携し制度の利用に向けた支援を行う。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ①地域包括支援ネットワークの構築	独居高齢者や高齢者世帯が多くなり、何らかの支援や見守りが必要な高齢者が増加している。	高齢者にかかわる各機関や団体と情報共有ができる。インフォーマルサービスの情報収集を行う。	各種団体の集まりに参加し、情報を収集する。気になる高齢者に対しては民生委員との情報共有を行う。
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ②介護支援専門員への支援	個々のケアマネからの相談に応じている。ケアマネとの情報交換会で研修や事例検討を行っている。	ケアマネと地域の課題を共有し、高齢者支援を行う。	ケアマネとの情報交換会で研修や多職種との事例検討を行う。（年4回） ケアマネからの相談に応じて同行訪問、情報共有を行う。
介護予防ケアマネジメント	アセスメント同行訪問、短期集中訪問サービスを活用して目標を明確にして計画を作成するように努めている。	高齢者の心身状況や環境に応じて具体的な提案を行い、高齢者自らの選択に基づいて前向きな目標が持てるように支援する。	新規相談者にアセスメント同行訪問や短期集中訪問サービスを活用して自立して生活ができるよう支援する。
在宅医療・介護連携推進事業	入退院時には医療機関地域連携室と情報共有をしている。必要時には訪問看護や訪問介護を交えた退院調整会議に出席している。	住み慣れた地域で在宅生活がスムーズに行えるようにする。	地域の医療機関や介護サービス事業所等必要な情報提供を行う。 入退院時に医療機関や介護サービス事業所等との情報共有・連携を行う。

			多職種参加の研修会や事例検討へ参加する。
地域ケア会議推進事業 ①個別地域ケア会議	支援について検討が必要なケースが増加傾向にあり、必要時には会議を開催している。	個別事例を通して関係機関と地域課題について検討する	高齢者にかかわる地域の関係者を含む多職種と本人の支援について考える。
地域ケア会議推進事業 ②自立支援型地域ケア会議	地域内にサービスが少ない中、自分らしい生活を送っている高齢者が多い。	個別ケースの課題分析を通して地域課題を把握する	自立支援型地域ケア会議に事例を提出し、多職種で協議する。
地域ケア会議推進事業 ③地域別地域ケア会議	日々の業務や民生委員児童委員定例会、地域で開催される会議、介護支援専門員情報交換会などに出席し、地域課題の情報収集・把握に努めている。	地域の関係機関と情報を共有し、地域課題を検討する。	総合相談やケアマネジメント業務等を通じて把握した介護や生活課題等集約し、地域団体等の会議に参加または、必要な団体や機関を招集し、解決に向けた検討を行う。
指定介護予防支援	アセスメント力の向上や地域内の社会資源を把握し、適切な情報提供をするよう努めている。	心身状況・環境に応じて自立支援の視点から地域で利用できるインフォーマルサービス等を含めた適切な介護予防ケアマネジメントを行う。	生活機能改善のためのサービスを自ら選択できるように支援し、目標達成を意識したケアプランの作成を行う。
一般介護予防事業 ①普及啓発	健康増進課と連携し、介護予防の知識を地域活動の場等を活用して普及啓発に取り組んでいる。	住民が健康や介護予防の必要性について理解を深め、自ら取り組む意識が持てるようになる。	百歳体操や地域のサロン等において介護出張講座を活用し、地域住民が介護予防に関する専門的なアドバイスを受けられる機会を提供する。
地域ケア会議推進事業 ②環境づくり	・通いの場として「百歳体操」の継続実施への支援を行っている。 「体力・筋力維持教室」を開催し、転倒骨折やフレイル予防等に資する運動・栄養の知識や技術の習得、実践・定着に向けた取り組みを行っている。	地域の通いの場や健康相談等においてフレイル予防に関する知識や体力等を測定する機会を通じて、地域の実情に応じて高齢者自らが積極的に介護予防に取り組める場を作る。	・基幹型包括・社協と協力し、百歳体操をはじめとした新たな集いの場の立ち上げ、継続支援に取り組む。 ・介護予防の取組として「体力・筋力維持教室」を実施する。 ・地域の健康相談の場に出向きフレイル予防の普及啓発を行う。
災害要配慮者（高齢者）への支援	災害時に対応できるよう、日頃から民生児童委員と連携を行っている。	緊急時における要配慮者（高齢者）の対応に関する情報を把握する。	職員が担当しているケースの情報を日々の訪問等で見直し、アセスメント票の内容確認と更新、新たな作成を行う。