

令和6年度地域包括支援センター事業計画

令和6年5月

高齢福祉課

－目 次－

令和6年度 山口市地域包括支援センター事業実施方針

1 共通事項	．．．	1
2 各事業の実施方針		
（1）総合相談支援業務	．．．	1
（2）権利擁護業務	．．．	2
（3）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	．．．	2
（4）介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	．．．	3
（5）在宅医療・介護連携推進事業	．．．	3
（6）生活支援体制整備事業	．．．	3
（7）認知症総合支援事業	．．．	4
（8）地域ケア会議推進事業	．．．	4
（9）一般介護予防事業	．．．	5
（10）災害時に備えた対応	．．．	5

令和6年度 山口市地域包括支援センター事業計画

1－1 山口市の地域課題	．．．	6
2－1 令和6年度の重点的取組	．．．	7
2－2 各地域包括支援センターの重点目標及び取組	．．．	8
山口市中央地域包括支援センター事業計画	．．．	17
山口市北東地域包括支援センター事業計画	．．．	21
山口市北東第2地域包括支援センター事業計画	．．．	30
山口市鴻南地域包括支援センター事業計画	．．．	36
山口市川西地域包括支援センター事業計画	．．．	41
山口市川西第2地域包括支援センター事業計画	．．．	45
山口市川東地域包括支援センター事業計画	．．．	50
山口市基幹型地域包括支援センター徳地分室事業計画	．．．	55
山口市基幹型地域包括支援センター阿東分室事業計画	．．．	59

令和6年度 山口市地域包括支援センター事業実施方針

1 共通事項

(1) 事業計画の作成及び重点的取組の設定

○地域包括支援センターは、市から示された市全体で取り組む重点的取組に加え、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するとともに、事業計画を作成します。

○事業計画の作成にあたっては、前年度業務の評価結果等から改善すべき事項を計画に反映させます。

(2) 法令遵守

○地域包括支援センターの運営にあたっては関係法令等の遵守を徹底します。

(3) 苦情対応

○地域包括支援センターに対する苦情を受けた場合には、懇切丁寧に説明を行うとともに、誠意をもって対応し、内容及び対応結果を書面により市へ報告します。

2 各事業の実施方針

(1) 総合相談支援業務

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、必要な機関と協働して適切な相談・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努めます。

(2) 権利擁護業務

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。
- ・地域型センターと基幹型センターが連携し、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、山口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業務

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。

(4) 介護予防ケアマネジメント及び指定介護予防支援業務

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。

① 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。

② 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

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしい暮らしを続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス提供事業所等との連携強化を図ります。

① 在宅医療と介護の連携

- ・医療・介護従事者等、専門職としての知識を生かした連携が深められるように、多職種参加の研修会や事例検討会を通じ、多職種連携による支援の実践に繋がります。
- ・保健、医療、福祉、介護の関係機関及び行政等で構成される「山口・吉南地区地域ケア連絡会議」が実施する会議や研修会に参画し、在宅医療・介護連携の取組を推進します。

(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。

① 生活支援コーディネーターとの連携

- ・市社会福祉協議会に配置した市域全体を担当する生活支援コーディネーター（第1層）や各地域包括支援センターに配置した日常生活圏域等を担当する生活支援コーディネーター（第2層）と連携を図り、地域資源情報等の情報発信、関係者間のネットワークの構築、助け合いの生活支援、高齢者の通いの場の創出等に取り組み、住民が共に支え合う地域づくりを進めます。

（７）認知症総合支援事業

共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行に伴い、認知症になっても本人の意思が尊重され、希望をもって、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族の意向を生かした支援に対する取組を強化します。

① 認知症への正しい知識の普及

- ・幅広い年代を対象に認知症サポーター養成講座を開催するとともに、講座や講演会の中で認知症の人御本人の意見や意向の発信の機会、様々な媒体を通じた意見の発信等により、認知症への正しい理解の普及啓発活動を強化します。

② 認知症への早期対応・早期診断への支援

- ・様々な機会を活用し、認知症への理解促進を図ることで、早期対応・早期診断の必要性、相談窓口等の普及啓発を強化します。
- ・認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携し、早期対応・早期診断に向けた支援を行います。
- ・介護保険サービス未利用者訪問を継続し、認知症高齢者の実態把握を行い、必要な支援に繋がります。

③ 認知症の人や認知症介護家族への支援

- ・認知症地域支援推進員と連携し、認知症の相談業務、認知症カフェの運営・活動支援、認知症家族会、若年性認知症家族会の運営や支援を行います。
- ・認知症の人の年齢や容態等に応じて、必要な制度やサービス等へ繋がります。
- ・認知症サポーターステップアップ講座を受講したオレンジサポーターと協力して、チームオレンジとして地域での活動の場を広げます。

（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) 一般介護予防事業

後期高齢者人口の増加により、要支援・要介護認定の増加が見込まれることから、早期から高齢者自らが積極的に介護予防への取組ができるように働きかけます。

① 介護予防の普及啓発

- ・早期からの介護予防の取組が必要な地域を選定して、介護予防につながる様々な手段を活用し、積極的に普及啓発を行います。

② 介護予防の推進

- ・「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、継続実施のための地域への働きかけを行います。
- ・住民主体の通いの場を活用して、閉じこもり予防や栄養改善を含めたフレイル予防に取り組めます。

(10) 災害時に備えた対応

- ・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)について、年に1度、内容の確認や見直しを行います。

1-1 山口市の地域課題

【現状及び課題】

- ・ 山口市の総人口は 186,088 人、高齢者人口は 56,994 人、高齢化率は 30.6%（令和6年3月末「住民基本台帳による年齢別人口」）
- ・ 65 歳以上の 1 号被保険者の要支援・要介護認定者数は 10,961 人（内訳：要支援認定者：3,327 人、要介護認定者：7,634 人）、（令和6年3月介護保険課）認定率は 19.2%となっている。



課題1：高齢者人口の増加は継続するが、生活機能の低下に早めに気づき、早期からの介護予防を強化して、認定を受けるまでの期間を少しでも遅らせる取組が必要。

- ・ 高齢化率は、30.6%となり、2025 年には団塊の世代が 75 歳に到達することから、今後ますます認知症を発症する人の増加が予測される。
- ・ サービス未利用の要支援・要介護認定者の中には、認知機能の低下があっても「今は生活に支障がない」、「認定後のサービス利用の方法が分からない」などにより、サービスに繋がっていない人がある。
- ・ 令和5年2月に実施した「すこやか長寿アンケート」では、認知症に関する相談窓口を知らない人も多く、早期相談に繋がりにくい。



課題2：認知症に対する正しい知識の普及や、介護予防を意識した取組、重症化前の早期相談・対応強化を行う必要がある。

- ・ 各地域包括支援センターが担当する地域は、地域との繋がりが希薄で独居高齢者世帯が多い地域や、人口減少に伴い、介護の担い手や選択できる生活支援サービス、地域資源自体が少ないなど、各地域の特性や課題が異なっている。



課題3：各地域型地域包括支援センターは担当地域の特性により、課題也多岐にわたるため、地域の特性に応じた対応を行うことが必要。

2-1 令和6年度の重点的取組

(1)介護予防の推進

地域を対象とした取組:

日々の実態把握やネットワークの構築で繋がった関係団体等と協力して、「フレイル予防の必要性」を多くの地域住民に周知し、多様な方法による介護予防に繋がる活動を「自分事」として実践する人を増やすための取組を行う。

個を対象とした取組:

総合相談や地域の実態把握を通じて「フレイル状態にある高齢者」を早期に発見し、リエイブルメント（できるだけ元の生活や役割等を取り戻す）の考え方に沿って、沢山の選択肢の中から必要な取組に繋げる介護予防ケアマネジメントを実践する。

(2)認知症施策の推進

- ・地域の認知症に対する理解やカフェの設置状況等をふまえ、各地域包括支援センターに担当する地域の中で、ターゲットとする地域を決めて、必要な取り組みから行う。
- ・日頃の活動を通じ、認知症の人御本人の意見や意向を聞き、様々な機会を通じて発信することで、認知症への正しい知識の普及を行う。

(3)地域特性に応じた各地域包括支援センターの取組の推進

- ・令和5年2月に実施した「すこやか長寿アンケート」や、後期高齢者の健康状態、日頃の総合相談支援業務、個別ケア会議や関係団体や機関からの相談内容等を踏まえ、地域の現状や実態を確認する。
- ・地域の問題(あるべき姿と現状との負のギャップ)のうち、地域の課題(問題を的確に見極め、解決するため何をすべきかを明確にしたもの)として取り上げたものについて、介護予防や認知症対策、生活支援体制整備、地域ケア会議等の事業等を組み合わせ、課題解決に向け、地域団体や関係機関と協力して、効果的・効率的に実施する。

2-2 各地域包括支援センターの重点目標及び取組

1) 中央地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

高齢者の心身の機能低下をできるだけ早期に発見、予防することで元の生活に戻れるよう自立支援の視点で多様な選択肢をもとにケアマネジメントを行っていく。

< 3地区共通 >

- ・ 地域の協議体やサロンに地区担当と生活支援コーディネーターが出向き健診データやレセプト・介護認定率等の情報をふまえ、フレイル予防の必要性について啓発を続ける。 其中で介護予防出張講座の活用や地域の活動の場についてもPRしていく。
- ・ 新規個別相談の対応は個人で支援の方法を考えるのではなく、包括内でリエイブルメントの視点をもって協議していき多様な選択肢をもとにケアマネジメントが行えるようにしていく。
- ・ 包括内部でもリエイブルメントに向けた研修を行い各々の資質の向上に努める。

< 大殿地区 >

- ・ 小学校の大殿サポーターに参加し、参加者や内容の情報収集を行い、高齢者の活動・参加の場の一つとして情報提供を行う。
- ・ 年3回開催される「来るっちゃ会議」で、地域のニーズの把握や情報共有を行う。

(2) 認知症施策の推進

認知症になっても地域の見守りや声かけの支援を受けながら住み慣れた地域で暮らせる。

< 3地区共通 >

- ・ 地域の会議や集いの場に参加し、当事者の思いも伝えながら認知症の正しい理解の普及啓発に努める。
- ・ 介護サービス未利用者訪問を通じて介護負担の軽減策や必要な情報が得られるようする。

< 白石地区 >

- ・ オレンジカフェの活性化に向けて運営者やオレンジサポーターと一緒に取り組む。
- ・ 福祉員会・学童保育で認知症サポーター養成講座の開催に向けて声かけを行う。

< 大殿地区 >

- ・ 大殿地区社協（ボランティア養成講座）で認知症サポーター養成講座を開催する。
- ・ 今後、大殿小学校での認知症サポーター養成講座の開催を目指し、小学校で行われている「大殿サポーター」（学校ボランティア）に参加する。
- ・ 認知症カフェに関心のある民生委員と話し合いの機会を持ちカフェの開設に向けて支援していく。

< 湯田 >

- ・ 福祉員会で認知症サポーター養成講座を開催する。

(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

< 3地区共通 >

昨年度、圏域で実施した介護予防サポーター養成講座の参加者で、今後も継続して介護予防の取り組みを希望された人の中には認知症カフェに興味を持たれたり、マンションに住んでいてつながりの希薄さを実感されている人もいた。今年度、取り組みを希望されている人にサポーターとして地域課題や出来る取り組みについて話し合う機会を7月頃までに設ける。取り組みの方向が決まり次第、実施に向けて継続的に支援を行い活動の場の創出につなげる。また養成講座参加者以外で地区活動に意欲を持たれている方にも声かけできるよう検討していく。

2)北東地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

継続して「百歳体操」を推進するとともに口腔機能の維持・改善のための「カミカミ百歳体操」をはじめとするオーラルフレイルの普及啓発活動や取り組みを進めていく。

(小鯖地区)

- ・保健センターと協働し、健康相談参加者数の少ない小鯖地区に対して自治会単位での「出張健康相談会」を開催する。その際に、サロン等の「集いの場」を活用し円滑に開催を行うとともに、「集いの場の無い」地区に対しては「集金集会」等へ働きかけ、開催につなげていく。
- ・「出張健康相談会」ではフレイル状態の高齢者を早期に見つけ介護予防へつなげていく。
- ・「出張健康相談会」では地域の食生活改善推進員とも協働し、「食」や「栄養」へのアプローチを行う。令和7年度でも食生活改善推進員をはじめとする地域の社会資源人材と協力し「身体機能」「栄養」「口腔」「参加」に働きかけられるように計画・準備していく。

(大内地区)

- ・地区社協事務局と協議中である「大内高齢者生きがいセンター事業(案)」として、地域の高齢者がフレイルへの取り組みを実践できるように協働していく。
(案) 9月から11月にかけて月1回ペースで3回コースとし、フレイルをベースとした講義・演習等を実施する。

(2) 認知症施策の推進

- ・多世代にわたる認知症サポーター養成講座の実施するために、小学校や中学校への働きかけを継続していく。
- ・認知症を「我が事」として捉え、自分の余生を創造し「今」を考える独自の講座を展開する。
- ・認知症月間に合わせた普及啓発を実施展開する。

(大内地区)

- ・徘徊模擬訓練に向けた取り組み(3か年計画→4か年へ変更)
令和5年度に大内民児協理事会へ働きかけし「徘徊模擬訓練自体に対する知識がない人が多い。事前に勉強会等を実施し主旨や内容を理解した上での開催が望ましい」と意見を受け、令和6年度は学習会の開催を含め展開実施していく。
1年目(令和4年度):各地区の情報収集、実施候補地区の選定を実施
2年目(令和5年度):候補地区へのPR→
3年目(令和6年度):民生児童委員を対象に、実施に向けての具体的な計画策定・事前学習会の開催
4年目(令和7年度):民生児童委員改選までに実施

(3) 「助け合いのしくみ」へのアプローチ

生活支援コーディネーターと連携・協働を実践する。

(小鯖地区)

- ・助け合いのしくみ運営委員会と定期的(2~3か月に1回)に協議場面を持ち、現在活用されていない地域住民のニーズをどのように展開できるかなど話し合いをすすめ、活動につなげていく。

(大内地区)

- ・管内団地でごサポ隊と定期的(2か月に1回)に情報共有の場を持つ。
- ・茅野神田お助け隊へ定期的な情報共有の場を持てるように働きかけを行う。
- ・助け合いのしくみづくり検討中の下千坊地区に対して定期的に協議場面を持ち、立ち上げ支援を実施していく。
- ・「助け合いのしくみ」立ち上げを検討している地域住民のおられる地区(氷上、高芝、管内)へ進行速度に応じた支援を実施していく。
- ・大内地区の「助け合いのしくみづくり」を推進しているシニア大内(老人クラブ連合会)と協働しながら他地区への働きかけを実施展開していく。助け合い推進会議への出席、大内西京大学への参加など

3)北東第2地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

【いつかは自分ごととして考えるきっかけづくり】

○地域を対象として取組

- ・両地区で開催する地区のまつりや既存の通いの場で自分事として考えてもらえるように「老いに備える普及啓発」(重点目標3参照)をテーマに行う。まつりでは前期高齢者、介護者向けを中心に「老いに備える普及啓発」を行う。高齢者当事者にはフレイル予防、認知症、終活準備の普及啓発を中心に企画する。
- ・生活支援コーディネーターと協働し、百歳体操交流会を企画し併せてフレイル予防の普及啓発を行う。
- ・仁保地区で通いの場がない地域で年2回健康相談会を保健センターと協働で行う。

○個を対象とした取組

- ・初回訪問時に高齢者やその家族にフレイルへの理解を促すために包括が作成した独自資料(紙芝居)を用いて普及啓発を行い、生活の立て直しの必要性への理解を深められるよう働きかける。
- ・リハビリ専門職派遣事業などを活用し、多職種の視点を踏まえた実態把握やアセスメントを行う。
- ・介護予防マネジメントでは、自立支援会議、包括内ミニ自立支援会議等で意見交換を行い、「その人らしい」視点での「自立支援」が継続できるようにチームアプローチを行う。
- ・地域にある既存のサロンや百歳体操へ実態把握の為に出席、不参加となった方や気になる方へ早期に働きかけを行う。

(2) 認知症施策の推進

【認知症になっても暮らせる地域づくりを目指す】

- ・介護保険サービス未利用者の実態把握を行うとともに、介入の難しいケースは認知症初期集中支援チームと協働する。
- ・認知症を疑われるケースは、かかりつけ医などと連携し、専門医療機関へつなぐ。
- ・認知症や多重課題を抱える困難ケースは地域住民・関係機関と連携し、重層的な支援体制が構築されるように個別ケア会議等を働きかける。
- ・住民主体の認知症カフェが、「認知症支援の空白の時間」を補填できるような貴重な社会資源となるように後方支援を継続する。
- ・認知症カフェメンバーや圏域内のオレンジサポーターとチームオレンジが構築できるように、認知症サポーター養成講座などを通じて関係性を深めていく。
- ・「住民パワーで広がるオレンジの輪」3か年計画(令和5年度～令和7年度)
- ・生活圏域にある商店・整体施設、金融機関などに訪問し関係づくり(包括の周知や困りごとのヒアリング)を行う。(4～6月)
- ・上記企業に認知症月間PRやミニ講座、相談窓口の周知を実施できないか交渉する。(7～9月)
- ・認知症カフェメンバーや地域の福祉関係団体に向けて地域課題を情報共有し、認知症の方や家族への見守りや支援体制が構築できるよう働きかけを行う。

(3) 老いに備える普及啓発

【地域のつながりを促す中で、自らが我が事として老いに備え、住民同士の支え合いが生まれるように働きかける】

- ・「元気なうちから知っておこう! 歳のとり方 備え方」をテーマにフレイル予防や認知症の普及啓発またはACP(意思決定支援)、災害への備えなど「自分事」として考えるきっかけづくりを行う。
- ・老人クラブ、サロン、百歳体操グループ、地域のまつり等へ出席普及啓発を行う。
- ・運転免許返納しても今の生活を維持できるように、体づくりや代替手段を活用できるよう促す。(宮野:福祉講座等で企画 仁保:協議体や地域ケア会議などで投げかける)
- ・包括センター独自で作成した「助け合い人生ゲーム」「介護予防トランプ」等を通じて楽しみながら「5年後の自分に備えた取り組み」が行えるように働きかける。
- ・介護知識(介護用品、相談窓口などの周知)を伝え、介護が必要となった時に当事者のみで抱え込まないように今後の心構えについて周知する。

4) 鴻南地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

- ・百歳体操やフレイル予防・介護予防の普及啓発を行うため、平川地域の商業施設の協力を得て「アクティブシニア体力測定」を毎月第3火曜日に実施。商業施設利用者が減少傾向にあるがこの日のために継続して来訪される人もいる。地域の交流センターでの活動については、大歳・吉敷地域で年3回実施する。平川交流センターが改築により使用が出来ないため、他の活動拠点の活用を検討している。開催にあたっては、ポスターや広報紙を活用して参加者を増やし、意識を高めていく。フレイル予防について、地域交流センター便りなども活用しながらPRをすすめていく。
- ・鴻南圏域では介護・介助が必要になった主な原因が、1位高齢による衰弱 2位転倒・骨折となっており、介護予防のための取り組みが求められている。(R5年すこやか長寿アンケートより)。とりわけ、コロナ禍に伴い活動量の低下や外出機会の減少によりフレイル状態である人は増えてきていると考える。高齢者が元の生活を取り戻す、「リエイブルメント」の取り組みを支援できるように職員一人一人が意識して関わっていくことで高齢者のセルフマネジメント能力を高めて自立支援・重度化防止につなげていく。

(2) 認知症施策の推進

- 認知症カフェ開設
 - ・認知症の方や家族の集いの場として、吉敷地区に働きかけを行い、新規開設を目指す。
 - ・平川地区認知症カフェの継続支援を行う。
- 地域への普及啓発
 - ・「認知症」についての介護保険申請相談の多い地域のサロンへの働きかけ、介護予防出張講座「認知症予防」を開催していく。
 - ・「認知症サポーター養成講座」は、各地域1回開催し、認知症の正しい理解を持ったサポーターを養成する。地域で活動可能なオレンジサポーターとも協働していく。
 - ・9月アルツハイマー月間には、交流センターでの展示やスーパーやコンビニ等に掲示を行う。また、調剤薬局やドラッグストアにも掲示を行い普及啓発に努める。
- 早期発見と重度化防止
 - ・コロナ禍による生活環境の変化により、認知症が進行している高齢者が増えている為、地域の高齢者見守り支援者と日頃から交流を図り、情報共有を行って早期対応につなげる。
 - ・かかりつけ医や認知症サポート医等と連携し、対象者を早期に把握して適切な支援につなげる。
 - ・認知症初期集中支援チームと連携し、早期対応・早期診断へつなげる。
 - ・介護保険サービス未利用者への訪問や情報提供など、定期的に働きかけを行い重度化防止に努める。

(3) 介護予防ケアマネジメントの推進とリエイブルメントの実現

- ・新規相談者に対して、介護予防の効果を発揮させるために多職種協働に関わる体制の継続を行っていく。
- ・既存のアセスメント票などの活用により、情報収集や課題分析に生かす。
- ・リハビリ専門職との同行訪問により、本人の心身状態や生活環境の評価、職員自身のアセスメントやプランニング力の向上に努める。
- ・介護予防出張講座や100歳体操の継続支援、アクティブシニアやサロンへの参加といった地域での活動の場を通じフレイル状態の高齢者の把握、介護予防ケアマネジメントの周知を行っていく。

5)川西地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

- ・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。
- ・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、個別支援等を通じ介護予防の普及啓発を行う。
- ・生活支援コーディネーターと連携し、上郷小学校区を重点的に「いきいき百歳体操」等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う。
- ・「いきいき百歳体操」の参加者の実態把握を行う。長期欠席している方に対して状況確認し必要な関わりを行う。

(2) 認知症施策の推進

- ・若年層（小・中・高校生）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。
- ・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。
- ・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。

(3) 住み慣れた地域への取組

- 小郡地区内の福祉組織団体等と協力して、支え合い活動（体制整備事業）を拡充する。
 - ・協議体において各団体との役割分担を決めていく。
 - ・地域支えマップ（仮称）を作成して、住民へ地域の社会資源が周知できるよう見える化に取り組む。
- 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。

6)川西第2地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

- ・地域の関係団体と協力して実態把握を行いながら、フレイル予防等介護予防に自ら取り組めることができるように、周知を図る。
- ・フレイル状態の高齢者を早期に発見し、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。

(2) 認知症施策の推進

- ・各地域や企業に積極的に働きかけ、地域住民団体や学校や企業等に向けた認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に関する知識の啓発・理解促進を進める。
- ・認知症カフェ未設置の嘉川地区へ開設に向けた働きかけを行う。また、令和5年4月にオープンした佐山地区のえがおカフェや阿知須のオレンジカフェの継続支援を行う。
- ・アルツハイマー月間に、地域交流センターや図書館、店舗や企業等と連携して、認知症に関する書籍の紹介やチラシ等の啓発コーナーを設置。また、当地域包括支援センター周辺にオレンジ色の花を植えオレンジガーデンを実施し、普及啓発を行う。

(3) 地域の実態把握

- ・これまで地域の高齢者に生活課題に関する実態把握が未実施であった嘉川・佐山で（民生委員の協力を得て）実態把握を行い、必要な社会資源の活用等について情報収集を行う。（令和6年度は嘉川地区、令和7年度は佐山地区を実施する。）
- ・個別ケースから見えてきた課題を集約し、（包括が把握する）生活課題の抽出を行う。
- ・把握した生活課題を地域団体や関係機関と共有し、多角的な視点から課題解決に向けた働きかけにつなげていく。

7)川東地域包括支援センター

(1) 介護予防の推進

○地域を対象とした取り組み

日々の実態把握やネットワークの構築で繋がった関係団体等と協力して、「フレイル予防の必要性」を多くの地域住民の方に周知して、多様な方法による早めの介護予防につながる活動を「自分事」として実践できる人を増やす取り組みを目指し、既存の活動の継続支援や新たな活動を創出していく。

【フレイル予防】

- ・秋穂ふれあいまつり（6月）において、InBody（体成分分析装置）を活用して体組織の見える化と体力測定を行いフレイルに関心をもつきっかけ作りを行う。
- ・秋穂二島では、サロン関係者情報交換会（7月）にて代表者や実質の世話人を交えて活動状況を把握するとともに、介護予防に役立つ情報を提供し早期相談に乗れるよう仕組みづくりを行う。
- ・陶、鑄銭司では独居高齢者に対して、いきいき百歳体操や地域のサロン、元氣いきいき広場に日頃から出向き実態把握に努め、介護保険や困りごとがあつてからではなく、早期から繋がりをもち、顔の見える関係づくりの機会をつくる。
- ・名田島では、フレイルのリスク該当4点以上が36.7%と県や市より高い実態があり、また月2回の健康相談会（保健師による巡回訪問）の状況を踏まえ、健康増進課や山口市基幹型包括支援センター（以下、基幹型包括）と情報を共有し、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る。
- ・活動中のサロンや既存のいきいき百歳体操団体に対してフレイル予防の説明に行き、介護予防出張講座等を活用し、高齢者の健康管理、認知症予防や転倒骨折予防、お口の健康講座、高齢期の心の健康等について学べる機会を調整し、参加した方が日頃から介護予防の意識を高められるよう支援する。
- ・サロン、出張講座に参加できない方に対しても、民生委員や福祉員と連携の上、川東独自の介護予防便りや地域の広報誌等を活用し、早期から介護予防に自ら取り組めるように働きかける。

【いきいき百歳体操の新規立ち上げと継続支援】

- ・転倒に対して不安と答えた割合が59.1%、1週間でほとんど外出しないが9%、昨年と比べて外出の機会が減少している割合が34.3%で他圏域よりも割合が高い。実際の活動でも、昨年よりも外出の機会が減っており、気軽に参加できる場所に集いの場が無いとの相談があり、いきいき百歳体操等を活用した集いの場が身近な場所（西陶、南等）に点在できるよう働きかける。
- ・既存のサロン団体世話人に対して、フレイル予防の意識付けを行い、いきいき百歳体操を活用した新たな集いの場が創出できるよう働きかける。
- ・名田島、秋穂二島地区のいきいき百歳体操代表者と情報交換会（10月予定）を行うことで、負担感を軽減し活動が継続できるよう支援する。

○個を対象とした取組

- ・総合相談や地域の実態把握を通じてフレイル状態にある高齢者を早期に発見し、山口市が目指すリエイブルメントの考え方に沿って、沢山の選択肢の中から必要な取組に繋げる介護予防ケアマネジメントを実践する。
- ・担当職員個人の判断ではなく、ケースをセンター全体で捉え、リハビリテーション専門職や生活支援コーディネーターと同行訪問し、幅広い視点をもったアセスメントを行うことによって、これまで行ってきた日常生活に関連する動作や趣味活動、地域や家庭の中での役割、人との交流など元の生活をできるだけ取り戻せるように支援する。

(2) 認知症施策の推進

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ることができるように、地域住民に対して認知症について正しい知識の普及啓発に努める。

○普及啓発、理解促進

- ・秋穂二島地区では小中学校等に向けた認知症サポーター養成講座（6月）開催する。
- ・陶地区では福祉員を対象に認知症サポーター養成講座（7月）を開催する。
- ・令和5年度に引き続き、アルツハイマー月間では圏域内の地域交流センターの啓発ブースや図書館を利用し、JR山陽本線四辻駅にて普及啓発に努める。
- ・川東便りを活用して、居宅介護支援事業所へ配布（8月）し、市内における認知症に関連した社会資源情報を提供する。
- ・認知症の人の視点に立った施策の推進と認知症当事者の社会参加の促進を図るために、陶地区の認知症カフェやまぐち希望大使等派遣事業を活用し、本人視点での地域づくりについて考えられるよう働きかける。また、サロンやいきいき百歳体操、認知症サポーター養成講座等においても、DVDや手記等を活用し、当事者の声を届ける機会を設ける。

○居場所づくり、認知症カフェの後方支援

- ・秋穂二島地区では、令和5年度に引き続き、地区社協と協力し、認知症の理解と普及啓発を民協や福祉員等に向けて働きかけ、認知症カフェの新規立ち上げに向けて、住民同士で認知症について考える機会を設け、意識が高まるように支援する。
- ・既存の認知症カフェに、介護支援専門員が参加することで顔の見える関係を構築し、認知症カフェの目的や活動を理解することで、支援の幅を広げ、更なるインフォーマルサービス（居場所、役割作り等）の活用につながるよう支援する。
- ・名田島地区では、新規開設したばかりで、運営に不安を感じている「やかたカフェなたじま」に対して、外部講師により改めて認知症について学ぶ機会を設け、講演後も認知症カフェが当事者やその家族を支える地域の拠点であることを学び、引き続き運営側や参加者と一緒に理解を深められるよう継続支援をする。

(3) 日常生活（通いの場、買い物）の支援

自立した日常生活には、自家用乗用車が必要と回答した人の割合が51.8%と、運転免許返納が日常生活に与える影響が大きく、特に買い物、通いの場等に対して支援を強化する。

（共通）

- ・圏域の社会資源情報を整理し、居宅介護支援事業所（8月）や民協定例会で情報提供を行う。
- ・買い物支援の環境が整っていない地域や買い物支援の必要がある個人に対して情報提供の充実を図る。
- ・人との交流が図れるよう既存の通いの場を活用するだけでなく、新たな通いの場（例：サロンからいきいき百歳体操へ）を創出していく。

（名田島・秋穂二島）

複数の地区から集まっているいきいき百歳体操スタッフの中で、地域における集いの場の現状を互いに共有し、「歩いて通える場所に集いの場等を立ち上げたい」という思いのある方と協力して、高齢者の外出先が今よりも選択できるような働きかけをしていく。

（鑄銭司）

鑄銭司地区地域福祉活動計画の話し合いの中で、生活支援サポート活動の推進について買い物やゴミ出しの課題、電球交換等の生活の困りごとの話が出た。介護予防・生活支援サポーターや各種ボランティアの更なる活動が広がるよう支援する必要がある。また、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、交流センター等）と話し合い、住民のニーズに沿った社会資源の創出につなげる。

（秋穂）

- ・たのSEA秋穂づくり協議会の安心安全部会や関係機関と具体的に協議を進め、自らの運転行動の振り返りや交通安全に対する意識が高められるような交通安全教室を開催する。
- ・引き続き、秋穂地区の金山領自治会と連携し、住民による助け合いサービス（ゴミ出し、草取り、庭木の剪定、買い物代行等）の立ち上げを支援するとともに継続的に地域のニーズを把握する。

8)基幹型地域包括支援センター徳地分室

(1) 介護予防の推進

○地域を対象とした取組

- ・ 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、出雲、八坂地区の集いの場を活用して運動機能の低下や口腔機能の低下などの地域の健康課題を分析し、フレイル予防に取り組む。
- ・ 「フレイル予防」「認知症予防」について、介護予防出張講座の開催や、健康増進課の巡回健康相談と組み合わせて意識啓発を行う。

○個を対象とした取組

- ・ 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する。

○新規相談ケースの情報整理と進行管理を行う。

(2) 認知症施策の推進

○認知症の人や家族への支援

- ・ 認知症カフェはメンバーの固定化、移動手段が課題としてある。本人や家族が認知症カフェに参加しやすいよう、カフェの紹介後も適宜声かけを行う。また地域の協力者（家族会やオレンジサポーター、民生委員）を増やし働きかけを行う。
- ・ カフェの運営者と話合いの場を作り、課題の共有や「どんなカフェにしていきたいか」等を一緒に考える。

○早期発見・重症化予防

- ・ 地域の集いの場（ふれあい会や老人クラブ等）に出向く、健康増進課の健康相談の場等を活用し、相談窓口の周知や認知症に関する正しい知識の普及啓発を行う。
- ・ サービス未利用訪問後も気になるケースについては継続して状況確認し、必要な支援に繋げる。
- ・ 関係機関（徳地診療所や薬局、ケアマネ、民生委員）と日頃から連携を図り、相談や支援に繋げる。

(3) 早期の相談・支援につながる体制づくり

- ・ 広報とくちに新規に徳地診療所、健康増進課と交替で「健康・介護耳より情報」の掲載や、徳地地域交流センターのサイネージ等を、市民向けの情報発信、意識啓発の場として活用していく。
- ・ 健康増進課がスーパーで開催している健康相談、地域の巡回相談の場に地域包括支援センターも定期的に参加し、介護予防、生活支援、認知症予防、権利擁護、ふくまる相談等について相談できる環境を整える。
- ・ いきいき百歳体操自主グループの世話人等から、体調等により参加が難しくなった人が出た時に、情報をもらい早期に関われるように、しくみづくりを行う。
- ・ 地域ケア会議「徳地地域ねっとわーく」、民生児童委員、福祉員等、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。

9)基幹型地域包括支援センター阿東分室

(1) 介護予防の推進

○地域を対象とした取り組み

- ・地域の関係団体や健康増進課と連携し、自らの健康維持や介護予防に対しての意識を持ち、自分事として取り組めるよう周知していく。
- ・阿東地域は高齢化率が高く、社会資源も少ない地域であることから、住み慣れた地域で安心して生活し続けるためには住民 1 人 1 人が健康の維持、介護予防の意識を持って生活することが重要である。介護保険の申請が多くなる後期高齢者の前段階から介護予防の必要性を理解できるよう講座開催等の機会を活用して周知啓発し、自ら介護予防の意識をもって取り組めるよう促す。

○個を対象とした取り組み

高齢者の心身の状況・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ために、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る。これらを踏まえ、生活機能の改善ためのサービスを自ら選択できるよう支援し、目標達成を意識したケアプランの作成・支援に努める。

(2) 認知症施策

- ・認知症に関する啓発書物等の展示について、公共施設以外にも地域住民が多く利用するスーパーやドラッグストアにも働きかけを検討し、普及啓発や実態把握に努める。
- ・認知症カフェについて、広く周知を行い、認知症の方やその家族を繋ぐことやスタッフを拡充するなど、円滑な活動・運営が継続できるよう支援を行う。
- ・認知症に対する正しい知識の普及や理解の促進を図るため、地域住民団体や地域内小中学校に認知症サポーター養成講座開催を働きかける。

(3) 高齢者の保険事業と介護予防一体化事業

- ・既存の地域活動の場（サロン等）に出向き、フレイル予防（「転倒骨折予防」「認知症予防」「栄養改善」「口腔ケア」）について普及啓発に取り組む等、既存の活動の場の活性化に働きかけ、保健分野と連携し各地域での活動の場の継続を支援していく。
- ・健康増進課と連携し、高齢者を対象とした「体力・筋力維持教室」で取り組み、住民が健康や介護予防の必要性について理解を深め、自ら介護予防に取り組む意識が持てるように働きかける。

1 担当する地域の現状及び課題

<白石地区>

- ・昨年度の新規総合相談件数 87 件程度で、認知症により既に生活に支障が出ている場合と、認知症はないが将来への備えとしての相談内容が多かった。
- ・マンションの建設が続き、町内会に加入していない地区もあり、地域での見守り体制が十分とは言えない。また、地域とのつながりを好まない高齢者もあり、課題の早期発見が難しい。
- ・民生委員、福祉員が不在の地区があり、日頃からの見守りや支援が必要な方の早期発見に繋がりにくい。
- ・サロンや百歳体操の場所の確保が難しく、サロン以外の集いの場が少ない。また、百歳体操など支援する側として協力できる人を見つけ難い。
- ・きたえる一むの空きスペースを活用しての、地域の集いの場立ち上げに向け取り組んでいる。
- ・オレンジカフェ（認知症カフェ）があるが、参加者が少ない状態が継続しており、開催方法や実施内容に課題がある。

<大殿地区>

- ・昨年度の新規総合相談は 70 件程度あり。介護保険申請は 45 人程度行い、要介護の認定が 32 件だった。フレイルがすでに進行していたり、認知症の悪化、病状の不安定者が多い。
- ・大殿コミュニティ協議会やすらぎ部会では多世代交流を積極的に進めている。参加者は高齢者が中心であり、どうすれば参加が増えるのかを話し合い、世代間交流の機会を作り、生きがいや役割づくりの目的を持った地域ならではの取り組みを行っている。
- ・大殿地区社協では毎年ボランティア養成を行っており、R6.1 月には 11 名の参加者があった。参加者の中には、ボランティア活動を行いたい方もいるが、どのようなボランティア活動が有効で、どこに繋がっていくのかが見えていない。また老人クラブに支えあい活動の説明をしたが、老人クラブが地域の高齢者の支援を行う・支え合うというイメージができないという意見もあり、取り組みが進んでいない。各関係機関と共に個人のニーズから見えてくる地域課題の把握や協働が必要。
- ・現在 3 地区で民生委員が不在である。見守りや地域との連携が必要なケースがあっても包括から地域へのつなぎ先が見つからず連携が難しいと感じる。独居、認知症などの課題を抱えたケースも多いため、地域とどのように連携をとっていくかが課題である。
- ・大殿小学校が地域・家庭・学校が協働し、教育活動や地域活動（大殿タイム）を楽しむための「大殿サポーター」への登録の呼びかけを行っている。地域の方も小学校を起点として、大殿タイムを活用し、地域の活気づくりにもつなげていきたいと考え活動している。

<湯田地区>

- ・独り暮らしが多く、昨年度は新規総合相談が 100 件を超えた。相談はフレイル状態や認知症により生活に支障がでている内容が多い。昨年度はシニアクラブ、サロン等に向けてフレイル予防について啓発を行ったが、今年度も地域に向けて引き続き行う。
- ・他地域からサ高住やマンションへの転入がある。マンションによっては独自に集える機会を設けているところもあるが、地域の活動の場の情報が入らない高齢者もいる。
- ・集いの場として地域のサロンは福祉員が中心となり定期的開催されている。百歳体操も介護予防出張講座も活用されながら継続して取り組まれている。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	・毎月の民生児童委員、福祉員会や地区社協などの地域会議への参加を今後も継続し、地域課題の把握や個別ケースから上がってくる相談に早期に対応していく。 ・生活支援コーディネーターと共に地域における社会資源の把握に努め、サロンや百歳体操などに参加し、介護保険外の情報も提供できるような視点をもって相談に対応する。 ・自立支援の視点を忘れず、困りごとの本質を見極め、介護保険申請の必要性の有無や他の適切な相談機関に繋ぐことができるよう検討していく。 ・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できるようにする。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ふくまる相談室とで連携し支援方法について検討する。 ・今年度も職場内での研修復命・事例検討を今年度も行い相談の質の向上を図る。 ・行政機関、各関係機関、地域との連携、調整に努め、本人の状況にあった相談先やインフォーマルサービスも含めたサービスに繋げることができる。働いている家族へ介護休暇等の制度について情報提供を行なう。 ・ふくまる相談室が併設されているため、高齢者に限らない相談がある。今後も新たな相談機関との連携が考えられるが、顔の見える関係づくりを行い「つなぐ」という意識を持って相談業務を行っていく。
2 権利擁護業務	・高齢者虐待や消費者被害などについての相談、支援を関係機関と連携して行うと共に民生委員、福祉員などを通して地域住民への啓発を引き続き行う。 ・認知症などにより判断能力の低下が見られる場合には、地域福祉権利擁護事業の活用や山口市成年後見センターとも連携し、制度の活用に向けた支援を行う。 ・市の法律支援相談会や県弁護士会の派遣事業を積極的に活用し、対応に苦慮するケースについて助言をもらう。 ・自部署での弁護士との事例検討会は、圏域内の居宅介護支援事業所も参加可能な体制をとり、居宅のケアマネジャーが対応に苦慮しているケースについても法律的な観点から助言を受け検討できる機会を持つ。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・見守りが必要な高齢者は民生委員、福祉員や町内会長と情報共有しながら支援体制を整えていく。 ・民協、福祉員会などの地域会議、またサロン、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る。 ・病院の地域連携室やサービス事業所と情報共有し、スムーズにサービス調整できるよう連携していく。

	・医療機関・施設・在宅を通じた地域の関係機関と協力すると共に地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。 ・圏域の弁護士を交えた<u>居宅介護支援事業との事例検討会を2カ月に1回程度</u>、情報交換会を年に1回開催し、知識の共有を図る。またサービスの利用支援の実際やインフォーマルな社会資源の活用について情報共有を図る。 ・介護支援専門員と民生児童委員、福祉員などの地域の関係者が情報共有でき、見守り体制が充実するよう今後もつなげる役割を行う。 ・介護支援専門員が困難と感じるケースに対しては関係機関とも連携し問題解決に向け支援する。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	・<u>新規ケースの相談には、職員間で情報共有を行い、初回アセスメントで確認すべきポイントの話し合い、対応する職員を決める。初回訪問後、再度、職員間で状況の共有と支援の方向性を検討し、リハ職によるアセスメント同行を行う。状況把握がある程度できているケースは初回訪問でリハ職のアセスメント同行を行う。</u> ・初期相談でフレイル状態にある要支援や事業対象者に対して、利用者の強みや生活環境等をしっかりアセスメントする。 ・サービス利用にあたっては、通所サービスCの活用や多様な選択肢を提案し、利用者が具体的な目標に向かってセルフマネジメント力を身に付けられるよう支援をする。 ・通所サービスC 終了ケースや自立支援型地域ケア会議提出ケースの振り返りを行い、ケアマネが心身機能・活動・参加にバランスよくアプローチしていく力を高める。 ・リエイブルメントの考え方を理解し、ケアマネジメント力の向上を図るため8月に内部研修を行う。
5 在宅医療・介護連携推進事業	・入退院時に地域連携室や介護サービス事業所と細かく情報共有し、サービス調整がスムーズに行えるようにする。 ・医療介護従事者等の多職種参加の研修会に参加することで、お互いの役割や専門職としての知識を学び合い連携を深める。<u>介護予防やリエイブルメントの視点についても共有することで、スムーズな実践に繋がれるようにする。</u>
6 生活支援体制整備事業	・第1層・2層生活支援コーディネーターと連携し、地域の関係機関の会議やサロンで、社会資源や情報の収集を行う。 ・個別の課題から地域課題の把握につとめ、地域と協議をする場を持てるように投げかけを行う。 ・<u>介護予防サポーターと共に、地域の課題の整理を行う。また課題に対して地域でサポーターとして出来る取り組みの内容や方法を検討し、活動の創出につなげていく。</u>
7 認知症総合支援事業	・認知症に対する偏見をなくし、正しい普及啓発を図るため、さまざまな世代を対象にした認知症サポーター養成講座（ミニ講座を含む）の開催に向けて働きかける。大蔵地区社協のボランティア養成講座における開

	催の継続、定例会での介護予防出張講座の紹介や認サポの開催について働きかける。 ・認知症サポーター養成講座における<u>本人発信支援の機会</u>を取り入れ、認知症についての正しい理解の普及啓発を行う。 ・サービス未利用者訪問における現状把握と早期対応を行う。 ・医療に繋がらず、生活に大きな支障が出ているケースは認知症初期集中支援チームと連携し、早期に対応できるよう努める。 ・<u>認知症カフェの活動に、オレンジサポーターと協働して取り組む。</u> ・相談窓口の普及を図る。アルツハイマー月間における交流センターや隣保館、商店街での普及啓発に取り組む。 ・認知症カフェの立ち上げに向けての準備を関係機関と連携し取り組む。
8 地域ケア会議推進事業	・中園市営住宅のシルバーハウジングでは年に1回情報交換会を行う。 ・自立支援型地域ケア会議において、リエイブルメントの視点を持ち、住み慣れた地域での暮らしが続けられるように、本人を取り巻く社会資源の発見、活用ができるようにSCと連携しながら支援していく。 ・居宅介護支援事業所との情報交換会を年に1回開催する。 ・<u>弁護士を交えた居宅介護支援事業所との事例検討会を2か月に1回程度開催する。</u>
9 一般介護予防事業	・地域の関係機関の会議やサロン・百歳体操に生活支援コーディネーターと一緒にいき、引き続きフレイル予防の必要性について説明をし、介護予防出張講座の活用も呼びかけ、開催時には包括も出席をする。 ・生活支援コーディネーターと連携し、百歳体操は体力測定を活用するなどし、継続実施の支援を行う。
10 災害時に備えた対応	・包括支援センターが把握する要配慮者の情報を年1回作成・更新する。災害時も業務が継続できるようBCPに基づいた<u>研修と訓練を年1回行ない、必要時見直しを行う。</u>

令和6年度 山口市北東地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

【現状】

<大内地区>

- ・人口 23,125 人で高齢者人口も 6,078 人とそれぞれ市内第 2 位となっている。かつての田畑が開拓され新しい住宅地が建ち並び、現在も若い世代の流入がみられている。また住民が 1,000 人を超え、世帯数が 400 を超える地域が 13 自治会あり、新旧の住民間の年代格差もみられる。地区には大型商業施設 1 軒、スーパーマーケット 5 軒、ドラッグストア 2 軒、コンビニエンスストアは 11 軒あり、県道 21 号線沿いの地域は防長バス、JR バスが利用できる。宮島町から姫山に沿った小鯖を抜けるルートにはコミュニティバスが走る。山の中腹を切り拓いて住宅地となった御堀団地、金成団地、姫山台、小京都はアクセスに坂道を通らねばならない。その中で唯一小京都は住宅地内をコミュニティバスが通る。それらの団地は既に 40～60 年が経過した団地であり、住民の大半が高齢者となっている。
- ・ほっと安心 SOS ネットワーク事業登録者は年々増えている。
- ・31 自治会で自治会館のない単位自治会は 5 自治会。サロンまたは百歳体操（もしくはどちらとも）が開催されている単位自治会は 20 自治会。認知症カフェが 2 か所あり（うち 1 か所は未認可）で 1 か所は新型コロナウイルス感染症が発生してから休止中である。開催されている認知症カフェは世話人が多いために方向性がまとまりにくい。
- ・31 自治会で助け合いのしくみが立ち上がった地区が 2 自治会（菅内団地、茅野神田）、協議中 1 自治会（下千坊）、検討段階は 3 自治会（氷上、高芝、菅内）がある。
- ・生活困窮者や精神疾患のある家族がいるなど、複合的課題を抱えたケースの相談が増えており、予防プランナーへ取ったアンケートからも「利用者家族に精神疾患を抱えた方がいる」場合がある。

<小鯖地区>

- ・新しい住宅が建っているのが 9 区で国道 262 号線上の平坦な地域にあり、比較的若い世帯の流入がある。ただし、全体的には人口が減っており、地域全体の過疎化が進んでいる。かつての新興住宅地（三本松、フラワータウン、禅昌寺団地、菅内団地）以外の地域は先祖代々から吸い続けた家や土地で生活されている世帯が多く、昔ながらの近所づきあいが現存する。コンビニエンスストアは 3 か所、JA 敷地内に地域住民が運営する朝市が 1 軒あるが、買い物先は防府か大内地区に出向かないとない。
- ・22 自治会で自治会館のない地区は 2 自治会（百合丘、14 区）で、7 自治会がサロンや百歳体操などの開催がない。
- ・朝市の中で週 1 回認知症カフェが開催されているが、認知症当事者の利用は少ない。
小鯖は小鯖全体で一つの助け合いのしくみを設置。34 人の支援者がいるが、支援者のいない地区が 4 地区ある。

【課題】

- ・令和 5 年度に新型コロナウイルス感染症が 5 類に引き下げられたが、活動が停滞したことで心身機能や認知機能への影響がうかがえる相談が多く、機能低下が進んだ状態での相談が多い。
- ・早期のフレイル状態の高齢者をみつけ、予防へつなげていく必要がある。
- ・「集いの場」のない自治会がある。
- ・認知症への正しい理解と正しい知識を拡げ、地域に住む認知症高齢者への対応力を高める必要性がある。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	① 総合相談 【課題】 新規相談平均件数は大内地区約13件、小鯖地区3件と地域差があり、大内地区の総合相談対応力を維持するためにも地区担当内での役割分担が必要。相談内容では身体機能低下と認知症についての相談が多く、認知症に関しては「症状が進んでいる状況での相談」が多い。 【計画】 ・各（民生児童委員・福祉員）協議会定例会、地域組織団体の定例会等へ参加し、相談窓口としてのPRを実施。 ・地域住民向けのPRとして回覧版や地域の広報誌を活用する。 ・大内まつり（4月14日）に相談ブース出店し、当日の地域住民への相談対応を実施するとともに地域包括支援センター（以下、地域包括）の周知理解を進める。 ② ネットワーク構築 【課題】 独居の本人やその家族から相談があがる地域で、民生委員からの相談があがらない場合がある。 医療機関からの情報提供等を受けて、地域の高齢者の相談対応に展開することが多くある。 数は少ないが、認知症の方の相談を商業用施設や金融機関から受けることがある。 令和5年度に「ふくまる相談室（以下、ふくまる相談員）」併設から精神疾患や引きこもりの家族がいるケースなど、複合的な課題を抱えたケースの相談も少しずつ増えてきている。 【計画】 ・一人でも多くの「相談先」を知る地域住民を生むために自治会総会等を活用としたPR活動を実施する ・民生委員・福祉員へ個別に定期的な声掛けを行う。 ・民生委員・福祉員へ地域包括支援センターの業務や役割について理解を深めてもらうための研修会・勉強会を開催する。 ・地域の薬局を含む医療機関へ地域包括の周知理解を推進するために挨拶回りやリーフレットを活用した説明等を実施する。 ・商業施設や金融機関へのPR活動の継続を行う。 ・（小鯖）認知症カフェを開催している朝市・まるっと小鯖カフェを利用する地域の高齢者が相談に繋がりにやすくするために月1回相談会を開催する。 ・<u>複合的課題を抱えた相談者への対応については「ふくまる相談員」と連携を取りながら対応する。</u> ③ 実態把握

	【課題】 過去その相談対応の中に、家族や周囲からの相談を受けて対応し、本人が困っていないとして対応が進まなかったケースで、その後心身機能的・環境的变化のために再度相談対象者となることがある。 相談者の多くは「サロン」や「百歳体操」等への集いの場への参加がないため、本人や家族からの相談が上がるのを受動的に待つしかない状態がある。 家族が相談される中に、本人の困り感がないために相談が進まず家族が様子を見るというケースがあり、その後家事等を担う介護者の体調不良や入院、ストレスの増大による再相談が上がることもある。 【計画】 ・<u>過去に相談があったケース、新規相談ケースに対してその後の実態把握を適宜実施し再相談があがる前に相談対応等を実施する。</u> ・介護家族の相談対応については、初回相談時に期待される内容にならなくても継続的な関わりを実践する。 ・（小鯖）保健センターと協働し自治会単位での「健康相談会」を開催し「サロン」や「百歳体操」に参加されない方の参加を推進し実態把握を実施展開する。
2 権利擁護業務	① 高齢者虐待の防止 【課題】 大内地区、小鯖地区ともに高齢者虐待の新規通報はないが、セルフネグレクト状態にある高齢者の相談はあり、引きこもり状態になり民生委員が把握できないという状況もある。 認知症に対する相談が多く、精神的負担を抱えている家族は多い。現在、虐待通報に発展するケースはないが、潜在的なリスクは大きい。 【計画】 ・各協議会定例会等で年間1回以上の普及啓発活動の実施する。 民児協：（大内）令和7年2月、（小鯖）6月、11月 福祉員協：（大内）10月、（小鯖）7月 ・（大内）認知症に対する相談の多い地区に対しては、自治会単位で虐待防止の啓発活動の交渉し、了解を得た自治会で実施開催する。 ・自治会単位での認知症に対する理解や対応、相談支援機関等についての普及啓発活動の展開を行う。 ② 権利擁護の推進 【課題】 理解・判断力の低下や配偶者の他界などにより、金銭管理が困難となるなどする方の相談が定期的にあがる。 （小鯖）高齢者に向けた不審な買取業者の電話や、訪問の話が定期的にあがる。 【計画】

	・身寄りのない高齢者や高齢者世帯の相談対応のなかで今後理解・判断能力の低下が予測される場合には、必要となる相談支援機関の情報提供を適宜実施し本人の意思決定を尊重し支援機関への繋ぎを実践していく。 ※日常生活自立支援事業、後見制度等の活用については山口市社会福祉協議会、山口市成年後見センター、法テラス等 ・地域住民に対する詐欺被害や制度利用に対する普及啓発活動を実施する。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	① 地域包括支援ネットワークの構築 【課題】 民生児童委員によって、連携の必要性の認識や地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の違い、介護支援専門員の役割について理解が進んでおらず、相談の有無やタイミングに格差がある。 総合病院だけでなく地域の医療機関からの相談が挙がることが多い。 （大内）商業施設や金融機関からの相談内容の多くが、要介護認定がある方や、要介護認定を受けていなくてもその後には要介護認定になる方が多い。 【計画】 ・民生児童委員と介護支援専門員の情報交換会を定期開催し、「顔の見える関係づくり」を展開していく。 （大内）9月、11月（小鯖）8月、12月 ・薬局を含む医療機関、商業施設、金融機関からの相談に速やかに対応し必要に応じて次の支援機関へ繋いでいく。 ② 介護支援専門員への支援 【課題】 認知機能の低下により家族申請にて要支援・要介護認定を受けた方で認知症自立度Ⅱa以上の方で必要な社会資源や制度に繋がっていないケースがある。 居宅介護支援事業所に引き継いだケースや、引継ぎはしていないケースでも認知症自立度Ⅱa以上の方で契約後にサービス未利用になった場合に介護支援専門員の関わりが無くなっていることがあり、その中には介護保険の更新手続きも滞っている場合もある。 居宅介護支援事業所へ引き継いだケースのうち、複合的な課題を抱えたケースについて引継ぎ後も介護支援専門員から相談を受けることがある。 【計画】 ・居宅介護支援事業所と地域包括の情報交換の場を年間2回以上開催する。 （大内・小鯖）地区の民生児童委員と介護支援専門員との 情報交換会年間各2回 （全体）北東圏域管理者会議「超☆会議」年間2回以上 ※北東第2地域包括支援センターと協働

	・複合的課題を抱えたケース等について引継ぎ時の際に i. <u>後追い実態把握の実施し、介護支援専門員が抱えている問題がないか確認する。必要な社会資源や制度に繋がっていない場合には情報提供等を実施する。</u> ii. <u>必要なケースに関しては「個別地域ケア会議」への活用につなげる。</u>
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	【課題】 身体機能の低下や認知機能の低下のために、ただ単にだれかの支援を受け入れるというサービスありきの制度利用を希望する高齢者や家族の相談は多い。 【計画】 ・地域の実態把握活動から、フレイル状態にある高齢者を早期に見つけ対応する。 ・総合相談対応時から、身体機能の低下や認知機能の低下により生活に困り感が出ている高齢者に対して適切なアセスメントを実践するために初回相談時の情報をもとに、包括内の多職種でカンファレンスを行ったうえで、適切にリハビリ専門職によるアセスメント同行訪問につなげる。 ・アセスメントから本人の持てる能力を把握し、リエイブルメントを目指し「心身機能」「活動」「参加」へのアプローチを行う。 ・<u>アセスメント同行訪問もしくはアセスメントを実施してから1か月後に、アセスメント内容からの支援展開の報告と確認を実施する。</u>
5 在宅医療・介護連携推進事業	① 在宅医療と介護の連携 【課題】 医療機関との連携の中でしばしば退院日が直前というときに支援相談依頼を受けて戸惑うことがある。 受診が長期間滞っている相談者の主治医意見書作成について、作成医師が見つからず難航し手続きが遅れることがある。 多くはないが薬局からの相談を受けて対応することが増えてきている。 【計画】 ・入院に関わる方で継続支援の必要な方については、地域連携室等入退院に係る部署へ入院時だけでなく、適宜能動的に確認を実施し退院時のイメージを共有する。 ・円滑に連携が図れるように、薬局を含む医療機関へのあいさつ回りを行い顔の見える関係づくりを継続する。 ・薬剤師などの医療従事者を含めた多職種による事例検討会の開催 ・医療介護連携に関する研修会等への参加を行う。
6 生活支援体制整備事業	① 生活支援コーディネーターとの連携 【課題】

	自治会レベルでの高齢化や、世話人の負担が大きいなどとして集いの場が開催されていない自治会がある。 自治会館はほとんどの自治会に設置されているが、自治会館のない自治体も存在し歩いて行ける範囲での「集いの場」になり得る建物がない（大内地区：上千坊、千坊北、新矢田、小鯖地区：百合丘、14区） 「助け合いの仕組み」については、小鯖地区はゴミ出しから始まり今後の展開を検討していく段階に入ってきている。また大内地区においては小鯖地区とは違い、人口数の多さ、自治会数の多さから一つの仕組みづくりにはつながらず、各単位自治会での動きとなっている。現在31自治会がある中で2自治会が「助け合い」を開始し、4自治会が「仕組みづくり」検討中となっているが25自治会の動きは把握できていない。 【計画】 ・<u>介護予防の場・社会参加の場としての「集いの場」を運転免許証返納した後であっても歩いて行ける範囲の中に新規設置・あるいは既存の活動を活用していく。</u> ・<u>自治会単位での「集いの場」が難しい地域に住む地域住民に対する対応として「元気いきいき広場」開設を目指す。</u> ・<u>「助け合い」開始している団体への伴走支援を実施する。</u> ・<u>「助け合いの仕組みづくり」検討団体へは新規立ち上げができるように必要に応じた研修やシニア大内と協働した働きかけを行う。また、話し合いに参加し適宜情報提供等を行っていく。</u>
7 認知症総合支援事業	① 認知症に対する正しい知識の普及 【課題】 認知症に対する理解が不十分で「認知症になったら自宅での生活は難しい」と考える地域住民がまだまだ多く、認知症になることを恐れる傾向が強い。そのために、「認知症かもしれない」という初期の違和感を見逃してしまうことがある。 認知症にならないための予防策を求める地域住民が多い。 民生児童委員や福祉員という地域住民の身近な相談窓口の方であっても「認知症になったら一人暮らしは難しい」といった発言がある。 【計画】 ・<u>認知症の正しい知識と理解について普及啓発活動を展開する</u> <u>認知症サポーター養成講座開催</u> <u>認知症ミニ講座開催</u> <u>独自講座「終活講座」の開催</u> ・<u>認知症当事者の方の居場所づくり</u> <u>認知症カフェの充実</u> ② 認知症への早期発見・早期診断への支援 【課題】 初回相談時に認知症の症状がみられていても、専門医につながっていないことが多い。

	以前相談を受けていたケースで、再相談の際に認知機能低下が進んだと感じる場合がある。 認知機能低下があるために介護認定（認知症自立度Ⅱa以上）を受けていても必要と思われるサービス等につながないケースが一定数ある。 【計画】 ・<u>相談ケースを適宜振り返り、適切な支援につながらずに終了した場合を中心に「後追い確認（実態把握）」を実施する。</u> ・認知症自立度Ⅱa以上のサービス未利用者に対する実態把握を実施する。 ③ 認知症当事者の人・認知症介護家族への支援 【課題】 大内・小鯖地区ともに認知症カフェが立ち上がっているが、「認知症当事者」「認知症介護家族」と思うようにつながない。 認知症カフェのスタッフの中には「認知症予防重視」や認知症当事者や介護家族のための内容よりも「客寄せ重視」的なイベントありきといった様子がうかがえる。 大内地区では年々「安心 SOS ネットワーク事業」登録者が増えている。 【計画】 ・丁寧な相談対応を行い、認知症当事者の人の意思決定を尊重しながら「住み慣れた場所でその人らしい」支援へつなげていくために、地域の認知症カフェとの連携を行っていく。 ・<u>認知症カフェへ、多くの認知症当事者や介護家族を支援する「ケアマネジャー」が紹介したいと思わせるカフェづくりの伴走支援を行っていく。</u> ・市の認可を受けていない地域の「認知症カフェ：カフェ・ド・グラッチェ」が新型コロナウイルス感染症の発生以降休止中のままになっているため、再開支援を行っていく。 ・<u>（大内地区）徘徊模擬訓練実施に向けて計画的に準備していく。</u>
8 地域ケア会議推進事業	① 個別ケア会議 【課題】 加齢や疾患等によって今までできていたことができなくなった地域住民に対し、適切な社会資源等につながないために困り感となって相談に上がり、内容によっては「個別ケア会議」の開催から支援が発展する場合もあると思われるが、実際には高齢者数に対し開催回数は非常に少ない。 令和5年度大内地区で引継ぎ経験のある居宅介護支援事業所向けに「ケア会議」についてのアンケートを実施したが、個別ケア会議を「ハードルの高いもの」や「サービス調整会議」に類似したものと認識している様子が散見された。 【計画】

	・<u>予防プランナーやケアマネジャーに対し、支援困難だけでなく、自立支援を目指した「ケア会議」への周知理解を進める。</u> ・<u>総合相談、予防プランナー、ケアマネジャーそれぞれの対応ケースの中に「個別ケア会議」開催が望ましいと考えられるケースの把握行い、適宜声掛け・準備・開催を行う。</u> ② 自立支援型地域ケア会議の開催 【課題】 令和5年度は短期集中型サービス利用者の中間カンファレンスとして事例提出を行ったが、提出する予防プランナーとしても提出理由や目的が明確にできていない中で提出するといった状況があった。 【計画】 短期集中型サービス利用者を中心としながら、「自立支援」に向けた支援に予防プランナーが支援方法に苦慮・まとめ切らないケースを把握し、「提出理由や目的」が明確な事例の提出を目指す。 ③ 地域別地域ケア会議の開催 【課題】 ・すでにある「生活支援」というニーズに対応するために「助け合いの仕組み」の立ち上げが必要な地区がある。また、「助け合い」は運営されているが、残されたニーズに対応していない状態もある。 ・地域課題を様々な角度から把握・分類し、地域包括として対応すべき内容について適切に話し合いの場を創り出す。 【計画】 ・助け合いが立ち上がっている地域（小鯖地区、大内：菅内団地、茅野神田）に対して残されたニーズについて情報提供及び協議の推進を実施していく。 ・助け合いの仕組みを検討している地域（大内：上千坊、氷上、高柴、菅内）に対しては中心となっている地域住民とともに立ち上げに至る協議を進めていく。 ・地域の中の連携といった課題に対して「民生委員と介護支援専門員の情報交換」を開催する。
9 一般介護予防事業	① 介護予防の普及啓発 【課題】 総合相談では「機能低下の状態」での相談が多く、自分たちの親や親せきが使っていた「10年前の介護保険制度」のイメージを持たれ、「悪くなったら相談すればよい」「認定があればサービスが受けられる」という考えで相談される本人・家族が多い。 KDBシステムの令和4年度地区別データ後期高齢者質問票から大内地区においては「社会的フレイル」が、小鯖地区においては「オーラルフレイル」「社会的フレイル」が市平均を上回っていた。また、大内地区では「オーラルフレイル」の市平均は下回っていたが、「オーラルフレイル」に関する

	る 2 つの質問においては小さくはあるがそれぞれ市平均を上回っており「オーラルフレイル」としては該当しているといえる。 【計画】 ・生涯を通じて介護予防の必要性があることを若い世代から理解してもらえるように普及啓発活動を実践する。 ・オーラルフレイルに対する予防を中心とした普及啓発活動を行っていく。 ② 介護予防の推進 【課題】 コロナ禍から引き続き、身体機能の低下や認知機能低下からの相談が増えている。 移動手段の問題から百歳体操やサロンへの参加を中断される方がいる。 【計画】 サロン活動や百歳体操活動などをはじめとする地域の介護予防活動が停滞しないように支援していく。 <u>介護予防出張講座等の講座開催への支援</u> <u>各地域のオーダーを聞きながら、地域に対して必要と思われる講座開催の実施</u>
10 災害時に備えた対応	【課題】 災害時要配慮者に対して有事の際に迅速に対応できるように、日頃から準備を行う必要がある。 【計画】 ・業務継続計画（以下 BCP）をもとに、年 1 回以上は避難訓練等を含む実務演習を行い有事の際の動きの確認を行うとともに BCP の見直しを実施する。 ・地域における災害時要配慮者への対応・対策としての活動に参加し情報共有を図る。（災害時等地域支え合いマップ作成等）
11 その他	① 重層的体制整備事業との協働 【課題】 令和 5 年度から地域包括に併設された「ふくまる相談員」の相談は、現時点では多くはない。一人暮らしの方であっても家族で暮らしている方であっても「複合的な課題」を抱えているケースが多い。家族と暮らしている場合には家族が高齢者であることも多い。 大内地区、小鯖地区の主任児童委員からヤングケアラーの把握があるようだが、現時点では相談としてあがってきていない。 【計画】 ・「複合的な課題」を抱えた世帯に対して、「ふくまる相談員」との連携・協働を行っていく。 ・相談が挙がってきていないヤングケアラーに対しても必要に応じて協働していく。

令和6年度 山口市北東第2地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

(共通)

- ・健診データベース（KDB）から捉えた地域の現状として、宮野地区は「歩行速度低下や転倒した」との回答が県平均より低いが、「運動を週1回以上している」との回答が県平均を下回っており、活動量の少ない傾向から、フレイル予防の取り組みを強化する必要がある。仁保地区では、健診受診者の指摘も多かった。脳血管等疾患も多く、高血圧症をベースとした生活習慣改善の必要性が感じられた。
- ・サロンや百歳体操など身近な地域に通いの場がない地区がある。既存の会場まで行く手段がないため参加できない住民がいる。
- ・男性はサロンの参加が少なく、男性が好む通いの場（麻雀や将棋など）が少ない。
- ・福祉、医療関係者からの相談や家族からの介護申請の希望が増えてきているが、中には「念のためお守り申請希望」のような方もいる。
- ・虐待を疑うケースが3件あり、関係機関と個別ケア会議、虐待コア会議等で連携を図っているケースがある。
- ・地域を支える支援者の高齢化が進んでおり、住民の中でも特定の人が役割を重複している。併せてボランティア活動や地域づくりなど次世代の担い手不足となっている。

(宮野)

- ・フォーマルサービスを活用することだけが、「介護予防につながる」と考える家族の希望が強い。フレイル段階の高齢者のセルフケア改善の必要性の理解が乏しい。
- ・コロナ終息後も百歳体操が再開せず消失した地区が2カ所あるが、集まりたい新たな地区からのニーズもあり1カ所立ち上がった。
- ・個別相談から紹介した認知症当事者・家族の認知症カフェへの利用が定着するようになった。
- ・令和5年度ほっと安心SOSネットワーク新規登録者が7件（計21名）と増えており、地域で行方不明となる可能性が高い方がいる。その為、今年度も宮野中学校1年生を対象に地域住民（オレンジサポーター、認知症カフェスタッフ、民生委員）と協働して認知症サポーター養成講座の中で「道に迷った高齢者への声かけ体験」を実施した。
- ・要支援認定をもつ軽度者は生活支援のニーズはあるが、フォーマルサービスは新規受け入れ事業所がほとんどない。住民同士の助け合いの必要性があるが、地域に活動がないためR5年度は種まき事業として「介護予防としてのボランティア 助け合い」の勉強会を企画した。現状を知り必要性を感じた住民もいたため、R6年度も引き続き普及啓発や関係団体への働きかけをしていく。

(仁保)

- ・独居高齢者などへ昔からの付き合いで個人間での助け合い（車での送迎など）が行われているが、支援住民も高齢化しており負担感がある。
- ・バス停までが遠く高齢者の移動手段がなく、免許返納を勧めたいがなかなか手放せない。「仁保福祉推進会議」などで移送の課題は共有されているが、具体的な課題解決に向けての協議は出来ていない。
- ・「仁保福祉推進会議」で【寄合の場】について話し合いを行い、百歳体操やサロン、地域ごとの活動について情報共有した。男性の地域交流の場は、寺や神社の行事や自治会の集いが中心だったが、コロナがきっかけで止まっている。
- ・百歳体操の周知を「仁保福祉推進会議」のメンバーと協働で仁保農業祭にてPRした。
- ・認知症カフェで参加者の介護日誌をもとに中学生と作成した（R4作成）紙芝居を認知症の普及啓発としてR5年度は地区のサロン巡りや地区外でも活用している（チームオレンジ）。
- ・住民同士の助け合いのゴミ出し支援体制が整い数名希望者がおり、今後マッチングを行う予定。
- ・年2回、保健センターが交流センターで出張健康相談会を開催しているが来られる住民が少ない。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	① 総合相談 (周知) ・ R 5 年度「宮野まつり」に初めて包括ブースを設けたが、若い年齢層の参加が多かった。今年度はフレイル予防の普及啓発と併せて、介護する側の子世代への P R も追加する。<u>介護離職の情報提供やヤングケアラーなどの支援など欲しい情報についても「まちの福祉相談室」とも協働して行う。</u> ・ R 5 年度仁保の「大農業祭」で、相談ブースと併せて、百歳体操の周知と福祉用具の紹介を行った。R 6 年度も引き続き周知の場とする。 (相談業務) ・ 医療機関からの緊急対応や個別支援が増えており、迅速な対応ができるように職員も柔軟に対応する体制を作る。 ・ <u>多重課題に対しては「まちの福祉相談室」と協働する。</u> ② ネットワーク構築 ・ R5 年度実態把握した地域にある生活関連企業（商店やMスーパー・銀行・バス等）との情報共有、個別支援からの課題提供等を行う。 ・ 福祉の関係団体への会合には出席し、引き続き相談機関として関係づくりを行う。 ③ 実態把握 ・ <u>地域活動（百歳体操、サロン、サークル等）の場に参加し実態把握を行う。参加しなくなった気になる方に対しては、繋がるように代表者等と連携する。</u>
2 権利擁護業務	① 高齢者虐待の防止 ・ 福祉関係団体に対して高齢者虐待の防止に関する普及啓発を行う（11 月実施）。 ・ 若い世代への介護に関する情報提供（総合相談の周知に準ずる）を行う。 ・ 虐待を疑うケースは、基幹型地域包括支援センターと連携をとりながら、複数対応を行う。 ・ 虐待防止委員会を定期的に開催し、職員のスキルアップ研修を行う。 ② 権利擁護の推進 ・ 消費者被害などに関する普及啓発を関係団体や個別支援の際に行い、必要な社会資源（成年後見センター、消費生活センター、法テラス等）へつないでいく。 ・ <u>多重課題を含むケースは、個別ケア会議等を活用し、支援体制を多様な関係者と構築していく。</u> ・ 認知症など判断能力の低下がみられる場合には、認知症初期集中支援チーム、法律相談会、成年後見センター等の関係機関と連携し、必要な制度へつないでいく。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	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多職種連携や地域住民、生活関連企業等との協力を図り、ネットワークを構築する。 ② 介護支援専門員への支援 ・「民生委員と介護支援専門員との情報交換会」を開催し、顔の見える関係づくりをサポートする。 - 宮野：7月 - 仁保：10月、R7年3月 ・介護者支援として地域にある認知症カフェの利用が継続的に出来ており、介護支援専門員に活用事例などを紹介する。 ・複合的な課題を抱えているケースは、個別ケア会議開催を提案し、後方支援する。 ・居宅部会主催の北東圏域内事例検討会開催に協力し、介護支援専門員同士の連携や資質向上につながるよう協働する。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	① 介護予防、フレイル予防の浸透 ・初回訪問時に高齢者やその家族にフレイルへの理解を促すために紙芝居資料を用いて普及啓発を行い、生活の立て直しの必要性への理解を深められるよう働きかける。 ・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、心身機能や環境の改善を行い、自己実現への取り組みを支援します。 ・自分らしい生活を具現化できるよう、生活支援コーディネーターと協働し、フォーマルサービスやインフォーマルサービスなどの提案を行い、適切な介護予防ケアマネジメントを行う。 ・包括内でもミニ自立支援型会議や市が開催する自立支援型地域ケア会議で挙げた意見を生活支援コーディネーターと地区担当者等とが役割分担を行い、実践する。 ・「要介護認定者⇄要支援認定者」となった場合には円滑に引き継ぎを行う。
5 在宅医療・介護連携推進事業	① 在宅医療と介護の連携 ・居宅部会や医療機関と研修会や連絡会議等へ出席し、連携を深める。 ・多職種が参加する事例検討会等へ参加し連携強化を行う。 ・年度当初や認知症月間等で医療機関や薬局等へ挨拶周りをを行い、関係機関との連携を図る。
6 生活支援体制整備事業	① 生活支援コーディネーターとの連携 ・生活支援コーディネーターと協働し、百歳体操グループに対しては年2回訪問する。また、サロン・サークルなどの通いの場を訪問し、実態把握を行う。 ・百歳体操の継続支援となるように、交流会を企画し併せてフレイル予防

	<u>の普及啓発を行う。</u> ・リハビリ専門職派遣等で個別のインフォーマルサービスの情報提供を行い、自分らしい生活を具現化できるよう支援する。 ・<u>仁保地区では、「住民同士の助け合い（ゴミ出し支援）」の取り組みが推進できるように、支える側の人材発掘や支援の必要な人とのマッチングができるように伴走支援を継続する。</u> ・<u>宮野地区では、老人クラブや退職後の地域デビューをする方を対象に「介護予防としての助け合い」の勉強会を行えるよう交渉・企画していく。</u> ・個別ケースから既存の社会資源につなぐ、あるいは求められる新たな社会資源創出（サークル等）を働きかける。 ・百歳体操やサロンなどの無い地域を重点的に各地区 1 か所以上の通いの場の創出（サークル含め）に努める。 宮野：熊坂、江良、上恋路 仁保：上郷、一貫野
7 認知症総合支援事業	① 認知症への正しい知識の普及 ・<u>認知症当事者の声を拾い、地域に認知症支援の輪が広がるようなサポーター養成講座を開催していく。</u> (認知症サポーター養成講座 交渉予定) - 宮野：新任福祉員、宮野中学校 1 年生、江良、宮野中央、上桜畠 仁保：J A 女性部、上郷、一貫野 ・「老いに備えた普及啓発」の中で、終活などと併せていつかは自分事という意識で認知症に対しても備えていく普及啓発を行う。(介護予防出張講座、ミニ講座、まつりでの普及啓発) ② 認知症への早期対応・早期診断への支援 ・介護保険サービス未利用者訪問し、認知症高齢者の実態把握を行い、必要な支援につなげる。 ・介入の難しいケースは認知症初期集中支援チームと協働する。 ・認知症を疑われるケースは、かかりつけ医などと連携し、専門医療機関へつなぐ。 ③ 認知症の人や認知症介護家族への支援 ・ほっと安心ネットワーク事業の紹介や登録者の実態把握に努める。 ・認知症カフェへの当事者やその家族が参加できるように、認知症カフェ等の情報提供する。 ・住民主体の両地区の認知症カフェが、「認知症支援の空白の時間」を充足できるような貴重な社会資源となるように後方支援を継続する。 ・<u>認知症カフェメンバーや圏域内のオレンジサポーターとチームオレンジが構築できるように、認知症サポーター養成講座などを通じて深めていく。</u> ・関連団体の開催する連絡会議や家族会、若年性認知症交流会などの運営

	支援に参加する。 ・仁保：<u>認知症カフェメンバーと紙芝居を使った普及啓発を行う。</u> ・<u>「住民パワーで広がるオレンジの輪」3か年計画（令和5年度～令和7年度）</u> ・生活圏域にある商店・整体施設、金融機関などに訪問し関係づくり（包括の周知や困りごとのヒアリング）を行う。（4～6月） ・上記企業に認知症月間のPRやミニ講座、相談窓口の周知を実施できないか交渉する。（7～9月） ・宮野：<u>地域の中で徘徊模擬訓練が実践できないか認知症カフェメンバーや地区社協等と交渉する。</u>
8 地域ケア会議推進事業	① 個別地域ケア会議の開催 ・介護支援専門員等から気軽に相談できる関係づくりを行い、個別ケア会議の支援好事例等を紹介する機会を持つ。 ② 自立支援型地域ケア会議の開催 ・会議終了後、助言を活かして包括内での役割分担を行い、介護予防ケアマネジメントの実践を行う。 ③ 地域別地域ケア会議の開催 ・<u>包括が関わる個別課題から地域の関連機関・団体等へ働きかける。</u> ・<u>地域で挙げられている課題の把握や解決に向けた検討等を目的に「民生委員と介護支援専門員との情報交換会」を開催する。</u> ・仁保：福祉推進会議で共有されている課題を具体的な取り組みになるように働きかける。 ・宮野：地区社協と協議し、高齢者を支える側の人材発掘も兼ねた課題検討の場を持てないか交渉する。 ④ 地域ケア推進会議 ・市が主催する関連の連絡会議に出席し、圏域内の課題を情報提供する。
9 一般介護予防事業	① 介護予防の普及啓発 ・両地区で開催する地区のまつりや既存の通いの場で「老いに備える普及啓発」を行う（内容は11に準ずる）。 ② 介護予防の推進 ・既存の通いの場へ出向き、ミニ講座・介護予防出張講座を行う。 ・百歳体操の継続支援、実態把握や体力測定、百歳体操交流会では食生活改善推進員と協働し栄養改善のミニ講座を行う。 ・仁保：<u>通いの場のない地域として上郷と一貫野に対して年2回健康相談会を保健センターと協働で行う。</u>
10 災害時に備えた対応	・災害時に配慮すべき高齢者に抜けないように6月までに改めて実態把握する。 ・センター内で把握している対象者をマッピングし、災害時の避難方法の確認を行う。

	・<u>地域で開催される災害時支え合いマップ研修などに参加し、地域の支援体制を確認する。</u> ・<u>B C Pの防災訓練やマニュアルの見直しを行う。</u>
11 その他 老いに備える普及啓発	【自分事として備える】 ・<u>既存の通いの場へ出向き、「元気なうちから知っておこう！ 歳のとり方 備え方」をテーマにフレイル予防の普及啓発や認知症の普及啓発またはA C P（意思決定支援）、災害への備えなど自分ごととして考えるきっかけづくりを行う。</u> ・<u>福祉の関係団体の定例会等で、山口市のフレイル予防の考え方やリエイブルメントに向けた取り組みについて、普及啓発を行う。</u> 【5年後の地域として備える】 ・<u>宮野：R 6年からの地区社会福祉協議会の地域福祉活動計画に「住民のボランティア活動への参加促進」が挙げられている。これにマッチングしながら、高齢者に対する生活支援の住民同士の支え合いの必要性を普及啓発する機会を交渉していく（これからの介護予防としての助け合い）。</u> ・<u>仁保：老人クラブなどの地域の団体へ包括センター独自で作成した「助け合い人生ゲーム」「介護予防トランプ」等を通じて楽しんでもらいながら普及啓発を行う。</u>

令和6年度 山口市鴻南地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

- ・新型コロナウイルス感染症は5類となり交流や集いの場が徐々に再開がされている。一方で3年に及ぶ活動制限で閉じこもり傾向となり、従前のように地域や親しい友人との付き合いを再開できない高齢者が増えている。また、こうした周囲との人間関係が希薄となることで認知症・精神疾患等の発見が遅れ、重度化した段階で認知される事例が増え、相談や連絡調整が複雑、困難となっている。
- ・核家族化により、家族の支えや介護力が弱体化し、家族介護を知らない世代が介護する立場となり、同時に地域住民相互の関係も希薄で地縁血縁による助け合いの機能も低下している。
- ・有償のフィットネスクラブやカルチャーセンターなどの、高齢者の活動の場での受け皿は整備されているものの、一方で地域のサロンへのシニア世代の参加が少なく、参加者、担い手ともに高齢化につながっている。

<平川地域>

- ・遠方で家族が別れて生活しており、高齢による心身の変化に気付かず過に日常生活が困難となった状況になって介護保険申請や施設入所等の相談事例が増えている。
- ・夫婦が認知症や介護を抱えながら生活を維持している高齢者世帯で入院などにより介護や認知症が顕在化した時点で初めて相談が上り暫定の利用調整や施設入所の調整などで支援方法が複雑化するケースが多い。

<大歳地域>

- ・地域課題の抽出や共通認識等へ向け、地区社協・市社協・包括との三者合同会議を重ねている。
- ・介護事業所は僅かで居宅介護事業所は開設されていないなど、介護保険の利用が制約されている。
- ・百歳体操は令和5年度に新規立ち上げがあったが十分とはいえず、今後も新規立ち上げに向けて継続して啓発が必要である。

<吉敷地区>

- ・MCI 状態から早急にサービスや医療受診が必要な中等度・重度認知症のケースや医療との連携が取れておらず重度・家族対応が大変となって初めて相談が上がるケースなど認知症に関する相談が多様化しており、申請・サービス調整に追われることが増えている。
- ・遠方に住む家族からの相談により、「とりあえず、包括へ登録、連絡をしておく」というようなケースが他の地区には見られない特徴である。具体的な措置は必要ない場合でも、将来の相談先の確認と高齢者情報の把握には役立っている。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	・地域住民の相談に総合的かつ迅速に応じ、ワンストップサービスの拠点として中立公正で適正な支援に努める。併設のふくまる相談室とも連携し複合的な課題を持つ相談者へ対応していく。

	・民生委員や福祉員定例会等地域の会議に参加し、地域の高齢者の情報や地域課題を収集・共有する。気になった高齢者には同行訪問するなど地域・現場での活動を活性化する。 ・<u>介護予防の推進」の必要性を意識づけ、自分らしく住み慣れた地域で暮らしていくにはどのように過ごし、歳を重ねていくのか？なりたい自分の生活にむけての取り組みを提案する。</u> ・地域の「交流センター便り」の掲載や交流センターの掲示板を活用し、毎月高齢者に必要な情報を提供する。
2 権利擁護業務	① 高齢者虐待の防止 ・地域の交流センターの掲示や広報誌等を通じて、虐待防止の普及啓発を図り虐待の早期発見・早期対応を継続する。 ・虐待事例は、市の高齢者虐待マニュアルに沿って市と連携し迅速に対応する。<u>又、その後の経過についてもコア会議の参加など市と連携し虐待の防止に努める。</u> ② 権利擁護の推進 ・警察や消費生活センター等と連携し高齢者被害の状況やその対策を定期的に情報共有し、<u>タイムリーに広報誌等で周知をする。</u> ・虐待研修に年1回参加し、職員の意識の向上や虐待を見抜く危機管理能力を高め、迅速な対応につなげる。また、虐待対応ケースの事例検討をセンター内でも実施し初期対応の大切さを共有する。 ・権利擁護・財産管理等、専門的な判断が必要な事例については、2か月に1回の「鴻南包括弁護士相談会」を活用して制度の利用・支援に結びつける。又、山口市主催の法律相談会に参加し法的措置が必要な支援策についての知識を深め支援者としての資質の向上を図る。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	① 地域包括支援ネットワークの構築 ・民生委員定例会・福祉委員会等に出席し関係づくりの強化とネットワークの構築を行う。 ② 介護支援専門員への支援 ・鴻南圏域の介護支援専門員を対象に専門的な研修を3回/年企画し、<u>幅広い知識の習得や自己研鑽の機会を作る。</u> ・介護支援専門員からの相談に応じ情報提供や同行訪問による後方支援を行う。支援困難ケースは、協働して介入し必要に応じて「個別ケア会議」につなげる。 ・<u>利用者からの居宅支援事業所の介護支援専門員への苦情相談には、事業所管理者と情報共有し利用者との関係性を再構築出来るように支援を行う。</u> ・居宅介護支援事業所や弁護士等専門職と共に「鴻南圏域合同事例検討会」を年1回開催し、連携やケース対応の実践力・資質の向上に努める。

4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	・初回相談時にリハビリ専門職との同行訪問を行い、アセスメント力の向上・強化に努め早期に関わりを持つ事で、支援方法の選択肢を広げる。虚弱高齢者の自立支援に向けて、本人のできていること、したいことへの視点を大切にしたいアセスメント、目標設定を行い、セルフマネジメント能力を高め出来るだけ元の生活に戻れるように、自立支援・重度化防止につなげる。 ・介護予防サービスの必要性や緊急性を考慮し利用者と課題を共有しながら、地域住民の支え合いや民間サービス等インフォーマルサービスを組み合わせた、適切で効果的な介護予防ケアマネジメントを実施する。 ・「自立支援型地域ケア会議」へ参加し、多職種の意見を反映した多面的なケース検討を行い、介護予防計画書作成に活かす。週1回の「介護予防会議」や、「事例検討会」等、様々な研修に参加して、職員の資質向上を目指す。
5 在宅医療・介護連携推進事業	・医療機関からの「認知症」高齢者に対する在宅支援のための相談や入院後の「介護保険代行申請」「退院調整」等の相談が、今まで関わりの無かった方も含めて増えている。軽度認知症の頃から治療を行っていても、介護との連携が取れておらず重度・家族対応が大変となって初めて相談が上がるため、早い段階で医療機関との連携を図ることが必要となる。入院時は早急に「<u>入院時情報提供書</u>」を提出し、早期からの連携を図る。 ・退院調整や在宅支援については、「<u>退院前カンファレンス</u>」の招集を医療機関に働きかけ、退院前訪問を実施して自宅の生活環境を整え、退院後に支障が出ないように支援する。 ・「山口・吉南地区地域ケア連絡会議」が主催する研修に参加し、知識の習得や関係機関との関係構築を図り、専門的な知識を生かして在宅での医療・介護連携に努める。
6 生活支援体制整備事業	・第1層・第2層生活支援コーディネーターと連携し、地域の高齢者の地域課題の検討を深め地域資源開発につなげていく。 ・<u>第1層・第2層の生活支援コーディネーターや、市社協・地区社協・交流センター地域担当等と連携を図り、高齢者の生活課題及び、社会資源の発掘等地域づくりの話し合いの場を持つ。</u> ・<u>個別支援から見える個別課題、解決策の検討に当たっては地域の課題の抽出につなげていく。</u> ・<u>鴻南圏域介護支援専門員が有するコミュニティ情報を共有し、地域ごとの生活支援マップ作りの更新を行う。</u> ・各地区、地区社協、自治会との話し合いなどから地域課題の把握につなげていく。
7 認知症総合支援事業	・認知症の早期発見や治療につなげる為、本人の生活のしづらさや想いを聞き取り、医療機関へタイムリーに情報提供し連携を図る。 また医療機関で治療を行っているにもかかわらず、介護との連携が取れ

	<u>ずに進行した状態で家族から介護保険申請の相談がある。医療・介護の連携を早期から取り組むように関係性を構築していく。</u> <u>MCI 高齢者へのアプローチや重度化防止のため、「認知症カフェ」の参加促進や必要なサービスへつなげる。</u> また、早期受診につながらない場合は「認知症初期集中チーム」と連携し、適切な医療や介護の支援につなげる。 ・<u>認知症カフェ未設置の吉敷地域のカフェ設置に努める。</u> ・「ほっとカフェ平川」が誰でも気軽に参加し、ほっとできる居場所として地域への周知や継続支援を行う。 ・地域住民への普及啓発を積極的に行う。予防の取り組みや早期発見・重度化防止に努める。 ・介護予防出張講座「認知症予防」を各地域1回開催する。 ・<u>大歳地区は、地区社協と連携し学校等若い世代へ「認知症サポーター養成講座」受講の働きかけを行う。若い世代が参加し、理解しやすい講座をするため各関係機関と情報収集をし検討を進める。</u> ・<u>交流センターの利用団体やPTA等若い世代への働きかけを行う。</u> ・9月の「アルツハイマー月間」には、交流センターでの認知症についての展示のみならず、地域のスーパーやコンビニ等に掲示し普及啓発に努める。<u>今年度は調剤薬局やドラッグストア等にも掲示を行い、広く広報活動を行う。</u> ・介護サービス未利用者への継続的な支援に努め、訪問しての状況確認や適切なサービスの情報提供など、重度化防止に努める。
8 地域ケア会議推進事業	○地域ケア会議 ① 個別地域ケア会議の開催 ・<u>民生委員等からの相談については、相談内容を検討し「地域ケア会議」の開催の可否を視野に入れて支援を行う。</u> ・個別困難ケースの話し合いには、民生委員等地域の関係者等の参加を要請し迅速に対応をする。 ② 自立支援型地域ケア会議の開催 ・市が主催する「自立支援型地域ケア会議」に参加し、多職種協働で行う効果的な自立支援の方策を検討する。 ・圏域内の居宅介護支援事業所等との研修会で把握した<u>地域資源マップを更に使いやすく見える化し新たな情報に更新する。</u> ③ 地域別地域ケア会議の開催 ・「民生児童委員と鴻南圏域介護支援専門員の合同研修会」を平川（6月）大歳（7月）吉敷（調整中）で行い顔の見える関係づくりや連携強化を図る。<u>また地域課題の検討も行い「地域ケア会議」につなげていく。</u> ・<u>地域の小さな困りごと等を包括内で定期的に集約する。</u>

9 一般介護予防事業	① 介護予防の普及啓発 ・ <u>サロン等で介護予防出張講座を平川地区年10回、大歳地区年10回、吉敷地区年6回開催する。また地域の実情に合わせた講座内容を提案していく。重点項目として「認知症予防」「転倒予防」「栄養改善」とする。</u> ・ <u>地域のサロン等を運営する担い手の高齢化が進んでおり、活動の停滞が危惧される。既存の「いきいき百歳体操」のグループや地域のサロン等、第2層生活支援コーディネーターと訪問し現状把握や新たな担い手の発掘につなげる。</u> ② 介護予防の推進 ・ <u>フレイル予防PRと新たな「いきいき100歳体操」のグループの発足に向け「アクティブシニア体力測定」を平川「フジグラン」年11回、「地域交流センター」で平川：年1回、大歳：年2回・吉敷：年3回開催する。参加者募集を公民館の掲示や広報誌、回覧等を活用する。参加率を上げるために、興味を持ってもらえるような内容を再検討し、実施する。</u>
10 災害時に備えた対応	・ <u>民生委員や福祉員からの情報提供で把握した、「要配慮者」を対象に、緊急時避難支援アセスメント票を作成・更新することで緊急時の対応に活かす。山口市災害時避難マイプラン作成に協力する。</u> ・ <u>日頃から「防災」に対する認識を持ってもらうため、広報誌の活用や地域住民や鴻南圏域介護支援専門員へ、「防災研修」を行う。</u> ・ <u>BCP（業務継続計画）の更新をし、危機管理体制を整える。</u>

令和6年度 山口市川西地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

- ・令和6年2月末現在、小郡地区の総人口は25,374人、高齢化率は24.04%。山口市の21地区中で小郡地区は高齢者数が6,353人と一番多い。ここ数年、毎年高齢者数が100人程度増加しており、それに伴い、今後も高齢者に関する相談が増えることが予想される。
- ・高齢者の通いの場として、いきいき百歳体操は20地区（内訳 上郷小学校区5地区、小郡小学校区9地区、小郡南小学校区6地区）。いきいきサロンは28地区（内訳 上郷小学校区10地区、小郡小学校区12地区、小郡南小学校区6地区）である。上郷地域は自治会数の割にはいきいき百歳体操の場が少ないので、今後増やしていきたいと考えている。
- ・生活の困りごとがある場合に、要支援者や事業対象等の軽度者が利用できる生活支援サービス事業者は少なく、公的サービスだけで解決することは難しい。よって、住民同士の支え合い等、インフォーマルサービスを充実させていく必要がある。
- ・ちょっとした困りごとを地域で解決できる仕組みとして、令和4年度からきららシニア小郡が「地域支え合い活動」を行っている。小郡地区は、医療関係機関、福祉関係団体、民間企業、ボランティア団体等の社会資源が多く、なかには地域貢献をしたいという声もあるので、支え合いの仕組みを小郡全体として取り組む必要がある。
- ・駅周辺にマンションが多く建ち、他県に住む子ども・兄弟姉妹等が新幹線等を利用し日帰りで見守りができる利点から他市町、他地区から転居した高齢者が多くなっている。比較的新しくできた大規模マンションの住民は既存の自治会に入会することが難しいケースや自治会組織もなく地域間のつながりが弱い地区がある。
- ・要介護認定者で、認知症自立度Ⅱa以上の方は令和4年3月末時点で680人。そのうちサービス未利用者は60人である。認知症サポーター養成講座の受講者は高齢者層が多く若年層の受講が少ない。今後、増加すると予想される認知症の方に対する理解を幅広い世代に広める必要性がある。
- ・地域の民生委員・児童委員やきららシニア小郡会員等、地区の役員や担い手等から、高齢者の相談対応の核となる地域包括支援センターのことが、地域住民に周知が足りないとの意見があがっている。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	① 総合相談 ・行政機関や医療機関、民生委員、きららシニア小郡、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。 ・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。 ② ネットワークの構築 ・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、き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。

	③ 実態把握 ・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。 ・<u>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。</u>
2 権利擁護業務	① 高齢者虐待の防止 ・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、き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。 ・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。 ② 権利擁護の推進 ・認知症等判断能力の低下した高齢者の消費者被害等を防止するために地域と連携して見守り等を強化し、市成年後見センター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。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	① 地域包括支援ネットワークの構築 ・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を開催し、民生委員が思う地域課題と介護関係機関が思う地域との連携について話し合い、地域課題を整理する。 ・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。 ② 介護支援専門員への支援 ・川西圏域の主任介護支援専門員が実施する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。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	① 介護予防の推進 ・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。 ・自分らしい生活に戻るために、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。 ② 自立支援の推進 ・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。 ・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。
5 在宅医療・介護連携推進事業	① 在宅医療と介護の連携 ・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。 ・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強化を図るとともに、退院前の訪問指導やカンファレンス等に参加する。
6 生活支援体制整備事業	① 生活支援コーディネーターとの連携 ・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、小郡地区社会福祉協議会と民生委員児童委員協議会等と協働して「お困りごとアンケート」を実施する。その情報を整理したものを今後の支え合い活動に活用する。 ・きららシニア小郡が中心となり進めている「小郡地区支え合い活動」委員会に参加し、取り組み等の伴走支援を行う。 ・地域づくり協議会、地区社会福祉協議会、きららシニア小郡、民生員児童委員協議会等の地域団体との話し合いの場（協議体）を通じて、地域課題等を把握・整理する。地域全体で支え合い活動が推進できるよう伴走支援を行う。 ・地域の企業とも連携して地域課題を話し合う機会を持つ。
7 認知症総合支援事業	① 認知症への正しい知識の普及 ・学域や職域、地域等の様々な場で、幅広い世代に向けて認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の正しい知識の啓発や理解促進に取り組む。 ・地域交流センターやふれあいセンター、図書館、福祉用具事業所等の協力を得て認知症に関する企画展示を行い、幅広い世代に向けて認知症の正しい知識の啓発や理解促進に取り組む。 ・相談や交流、学びの場の機能を果たしている認知症カフェについて、地域住民への周知や協力支援を積極的に行う。 ・地域団体と協力し、「認知症高齢者徘徊模擬訓練」の実施を継続する。 ② 認知症への早期対応・早期診断への支援 ・オレンジドクターや認知症初期集中支援事業の啓発や活用の促進を図る。 ・認知症高齢者の介護保険サービス未利用者訪問を実施し、事態把握をすると共に必要な支援や制度に繋ぐ。 ③ 認知症の人や認知症介護家族への支援 ・ほっと安心 SOS ネットワークの普及啓発や登録者の状況把握を行うと共

	に、行方不明者を早期発見できるように関係機関と連携する。 ・認知症地域支援推進員とオレンジサポーター等が連携し、チームオレンジとしての活動の場を広げる。
8 地域ケア会議推進事業	① 個別地域ケア会議の開催 ・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。 ② 自立支援型地域ケア会議への参加 ・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向けたケアマネジメント力の向上を図る。 ③ 地域別地域ケア会議の開催 ・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。
9 一般介護予防事業	① 介護予防の啓発 ・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。 ・いきいき百歳体操やサロン等の通いの場に参加し、フレイル予防の必要性や自立支援・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。 ・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。 ・介護予防に資する通いの場に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通いの場の立ち上げ支援を行う。 ・おごおり福祉まつり等で介護予防普及啓発に関する情報を提供する。
10 災害時に備えた対応	・小郡地区社会福祉協議会等の災害ボランテ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。 ・避難行動要支援者の避難支援プラン（マイプラン）作成のための準備を市小郡総合支所と連携して取り組み支援を行う。 ・災害時においても業務が継続できるように、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
11 その他	・地域ケア会議やケース会議等を通じて、地域課題を整理する。 ・多職種によるアセスメント同行訪問を実施することで、他機関協働を意識し、連携が取れる体制を構築する。

令和6年度 山口市川西第2地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

嘉川・佐山・阿知須地域は、比較的地域とのつながりが強く、地域の支え合いや家族支援も多い。その反面、家族が遠方や疎遠で、家族支援を受けられなかったり、老々介護等で介護に不安を抱えている高齢者も多い。また、精神疾患や認知症についての相談が増えてきており、多種多様な相談に、関りの難しさや対応の長期化も生じている。そのため、職員のスキルアップを図ると共に、様々な関係機関との連携や相談支援体制を強化していく必要がある。

嘉川や佐山や阿知須の山間部では交通の便が悪いところがあり、高齢者の多くは移動手段や買い物等に不便を感じている。また、地域の中では、地域とのつながりが希薄なところもあり、閉じこもりがちで地域から孤立する高齢者も増えている。既存の通いの場の継続支援や新たに通いの場を立ち上げ、住民主体の集いの場を増やせるように地域に働きかけを行い、介護予防の取り組みを積極的に進めることで、フレイル予防の必要性の周知を図りたい。また、地域の中で安心して生活できるように、地域の支え合い・助け合いの仕組みを検討していく必要がある。

通いの場の継続支援や立ち上げなどに向けて支援を進めていく必要がある。

また、高齢になっても、認知症になっても、その人らしく望む生活を継続できるようにしていくために、地域や周囲の理解が必要であり、様々な機会を通じて、相談窓口や認知症等の啓発が必要である。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	① 総合相談 ・川西第2地域包括支援センターの周知を積極的に行いながら、地域住民が相談しやすい窓口を作る。年齢や属性を問わず、様々な相談に応じ、まちの福祉相談室と連携しながら、相談者の状況に適した情報提供を行うと共に、保健・医療・福祉機関、制度やサービス等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。 ② ネットワークの構築 ・行政、医療機関、介護サービス提供事業者や民生委員・児童委員、福祉員、地区社協等の地域の関係者とのネットワークを更に強化しながら、相談支援の充実を図る。 ③ 実態把握 ・日々の活動や民生委員・児童委員等の地域の関係者との情報交換会及び<u>嘉川・佐山地域での実態調査等を通じて、個別課題や地域のニーズを把握し、早期対応に努める。</u>
2 権利擁護業務	① 高齢者虐待の防止 ・<u>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等に虐待に関する普及啓発を行うと共に、気軽に相談ができるように、関係機関や地域の関係者とのネットワークの構築に努める。</u>

	・阿知須のひなもんまつり等イベントを活用し、普及啓発に努める。 ・各地区・団体等で行う認知症サポーター養成講座、介護予防出張講座等を通じ、虐待につながりやすい認知症等の支援や関わり方について理解を広める。 ・警察や行政、医療機関、市成年後見センター、基幹型地域包括支援センター、男女共同参画センター、まちの福祉相談室等と連携し、虐待への適切かつ迅速な対応に努める。 ・虐待通報に対してはセンター長、地区担当等複数の職員で実態把握を行う。 ・<u>職員の高齢者虐待の対応方法等のスキルアップのために、内部研修を開催する。</u> ② 権利擁護の推進 ・市消費生活センターや市成年後見センター、市社協、まちの福祉相談室等の関係機関や地域の見守り等と連携を図り、消費者被害の未然防止や認知症等判断力の低下した高齢者等に適切なサービスや金銭管理等の必要な支援を行う。また、市成年後見センターやまちの福祉相談室等の相談窓口の普及啓発に努める。 ・隔月に法律関係者等と消費者被害や債務整理等に関するケース検討会を行う。必要に応じて、居宅介護支援事業所にも参加してもらう。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	① 地域包括支援ネットワークの構築 ・阿知須地区民生委員・児童委員と介護支援専門員との情報交換会を年1回、昨年度、コロナ5類移行後に再開した、嘉川・佐山地区合同の民生委員・児童委員と介護支援専門員との情報交換会を年1回開催し、地域の課題や連携に向けての協議を行い、地域のネットワークを構築していく。 ・川西包括と合同で、川西圏域周辺の訪問看護ステーションや薬剤師等医療関係者と居宅介護支援事業所との情報交換会を年1回開催し、多職種相互の協働による連携体制づくりを推進していく。 ② 介護支援専門員への支援 ・介護支援専門員からの相談に対して、後方支援を行う。 ・川西圏域の主任介護支援専門員を主体として年2回開催する事例検討会の側面的支援を行う。 ・川西包括と合同で、川西圏域の地域の集いの場や地域内での助け合い支援、配食等のインフォーマルサービスやフォーマルサービスを含めた社会資源の情報収集や情報共有を行うため、居宅介護支援事業所とケアマネットを年1回開催する。また、地域課題の把握、解決策等を話し合う場や研修の場としてもケアマネットを活用していく。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予	① 介護予防の推進 ・初期相談時に相談受付票や介護予防アセスメント票等を活用し、高齢者

防支援業務	の心身の状況や生活環境等の把握に努める。また、高齢者の心身の状況や環境等に応じて、環境の改善や地域活動への参加を促し、生きがいのある生活や自己実現に向けて取り組めるように、自立支援の視点から介護予防サービスや介護予防・生活支援サービス、一般介護予防事業や高齢者自身や家族のセルフケアやインフォーマル支援も含めて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う。 ・<u>短期集中通所型・訪問型サービスCについて、利用者に説明する際に分かりやすくイメージを持てるように、タブレット等を活用し、伝えやすい資料作りを行う。</u> ② 自立支援の推進 ・<u>リハビリテーション専門職と同行訪問を行い、高齢者の生活機能の改善・リエイブルメントの視点を持ったケアマネジメントを行う。</u> ・自分らしい生活を取り戻すこと等、目標志向型のケアプランを提案し、心身機能、活動、社会参加、IADL、ADL 向上への働きかけを行う。また、地域の社会資源の活用を踏まえたケアプランを作成する。 ・要支援認定者から要介護認定者、または要介護認定者から要支援認定者になった場合には、ケアマネジメント業務引継ぎを円滑に行い、かつ、<u>サービスありきではなく、自立支援の視点からの必要な支援を行えるように、居宅介護支援事業所との連携を図る。</u>
5 在宅医療・介護連携推進事業	① 在宅医療・介護の連携 ・緩和ケアや医療ニーズが高いケース等様々な状況に対応ができるように、行政や医療・介護等の関係機関と連携し、適切な支援を実施する。 ・多職種の関係機関が参加する研修会や事例検討会に積極的に参加し、知識やスキルの向上とともに在宅医療・介護連携をより一層強化する。
6 生活支援体制整備事業	① 生活支援コーディネーターとの連携 ・<u>第1層、2層生活支援コーディネーターと連携し、個別課題から地域課題の把握に努め、市社協・地区社協・地域づくり協議会等の地域団体と連携を図り、地域と協議をする場を持てるよう投げかけを行う。</u> ・地域の実情に応じて、地区社協、民協、サロン等に出向き高齢者の生活全般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見える関係づくりに努める。 ・生活支援コーディネーターの役割について、民生委員・福祉員等の地域の方等へ継続して周知を図る。 ・<u>嘉川地区で認知症カフェの立ち上げについて昨年度に引き続き働きかけを行い、立ち上げに向けて協議を行う。</u>
7 認知症総合支援事業	① 認知症への正しい知識の普及 ・<u>地域住民団体や学校や企業等を活用し、幅広い世代を対象に認知症サポーター養成講座を3回以上開催し、認知症に関する知識の啓発や理解促</u>

	<u>進を進める。</u> ・<u>アルツハイマー月間には、各地域の地域交流センターや図書館、店舗や企業等と連携し、認知症に関する情報誌や本、チラシ等の展示を行う。</u> ・<u>また当地域包括支援センター周辺で、オレンジガーデンを造り、認知症のシンボルカラーで知識の啓発や理解促進を進める。</u> ② 認知症への早期対応・早期診断への支援 ・相談や講座等様々な機会を通じて、認知症に関する知識、早期対応・早期診断の必要性等の啓発や理解促進を進める。 ・<u>オレンジドクターや認知症初期集中支援チームと連携し、早期対応・早期診断に向けた支援を行う。</u> ③ 認知症の人や認知症介護家族への支援 ・認知症カフェを運営している団体と連携し、認知症の人や家族、地域へ周知すると共に、認知症カフェの活動の継続支援を行う。また、<u>認知症カフェ未設置の嘉川地区においては、立ち上げに向けて地域関係機関等と協議、支援を行う。</u> ・オレンジサポーターと連携し、認知症の普及啓発や認知症サポーター養成講座等を行い、認知症の人や家族への支援を行う。 ・ほっと安心 SOS ネットワークの普及啓発及び登録者の把握を行うと共に、認知症による行方不明者を早期発見できるように、警察等関係機関と連携し協力する。
8 地域ケア会議推進事業	① 個別地域ケア会議の開催 ・支援が必要な高齢者等の個別ケースにおいて、多職種で検討を行い個別課題の解決を図ると共に、検討によって抽出された地域課題を整理する。 ② 自立支援型地域ケア会議への参加 ・基幹型地域包括支援センターが開催する自立支援型地域ケア会議に参加し、多職種の様々な助言から、自分らしい望む生活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に努める。 ③ 地域別地域ケア会議の開催 ・嘉川・佐山・阿知須の各地区社協や自治会等の活動の場を活用し、地域課題の把握や解決に向けた検討を行う
9 一般介護予防事業	① 介護予防の普及啓発 ・民生委員、福祉員、地区社協等の関係団体との会議等で介護予防出張講座の情報提供を行い、介護予防の必要性についての普及啓発を各地域で1回以上行う。 ・既存のふれあいいきいきサロン等で介護予防の知識や技術の普及啓発を行い、高齢者自らが積極的に介護予防に取り組めるよう、介護予防出張講座やいきいき百歳体操、フレイル予防等の啓発を行う。 ・介護予防に自ら取り組めるよう独自の介護予防だより、地域の広報誌等

	を活用して介護予防に関する情報発信していく。 ② 介護予防の推進 ・<u>阿知須地区におけるひなもんまつり等のイベントを活用し、地域のフレイル予防等に取り組む。</u> ・生活支援コーディネーターと連携し、「いきいき百歳体操」を用いた通いの場の立ち上げの働きかけを行う。実施中のグループについては、年1回体力測定を行うなど継続実施の支援を行なっていき、閉じこもり予防・フレイル予防につなげていく。 ・通いの場の創出に関心のある人材を見つけていく。
10 災害時に備えた対応	① 災害時に備えた対応 ・緊急時避難支援アセスメント票を作成・更新し、災害時要配慮者を把握する。災害が起こる可能性の高い時期（梅雨、台風シーズン）前に更新を実施する。 ・予防ケース一覧表を作成し各職員がモニタリング等を活用して、担当ケースの状況を確認し、情報の追加、変更、終結を行う。 ・災害時要配慮者について、必要に応じて民生委員との情報共有を実施する。 ・地域で開催される災害時支え合いマップ研修などに参加し、地域の支援体制を確認する。 ・<u>BCP（業務継続計画）を基に、平常時の訓練の実施や内容の見直しを行い、危機管理体制を整える。</u>

令和6年度 山口市川東地域包括支援センター事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

<共通> ※パーセンテージはすこやかアンケート結果より

- ・総人口、高齢者数はともに減少しているが、高齢化率は高くなっている。独居高齢者世帯と75歳以上の2人暮らし世帯が増えて、家庭内に年齢や制度を超えた課題が内在するケースもあり、支援が複雑化・長期化することがある。また、経年的に見ると社会資源が減少し、福祉の担い手も高齢化による世代交代が進まず後継者問題も課題である。このようなことからインフォーマルサービスの創出が必要である。
- ・健康に関心があると回答した人が89.2%あるが、健康のために取り組んでいないと答えた割合が29.3%と低いため、実践に向けて健康に関する学びの機会が必要である。気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりするとの回答が38%、物事に対して興味がわからないとの回答が31.9%あり、他圏域より割合が高い。
- ・地域からの支援で、見守り声かけや話し相手を希望すると回答した人の割合が他圏域よりも高く、実際の活動でも、散歩に行き近所の方から声を掛けられると、嬉しい、元気になる等、前向きになるという声を耳にすることが多い。以上のことより、気分の落ち込みなど生活意欲が減退している方の割合が高く、人との繋がりを求めている方が多いため、交流や集いの場が身近な場所に必要である。
- ・物忘れが多いと感じる人の割合が他圏域より多く、自分や家族に物忘れの症状があるが特に対処はしていない割合が25.9%、そのうち相談先が分からない人の割合が11.6%となっている。民生委員・児童委員協議会（以下、民協）においても、認知症高齢者等の話が共通の課題として取り上げられることがあり、今後も地域で認知症に対する正しい知識や対応方法を普及啓発する必要がある。

<陶・鋳銭司>

- ・いきいき百歳体操が陶で4箇所、鋳銭司で3箇所活動している。必ずしも歩いて行ける距離に通いの場が充足しておらず、陶地区では西陶、鋳銭司地区では南に介護予防に資する集いの場の創出が必要である。
- ・鋳銭司では、民生委員等から住民の困りごとに関する相談が増加しており、交流センターや自治会等含め、関係者間で情報を共有し、地域住民による支え合いの仕組み作りを進めていく必要がある。

<名田島・秋穂二島>

- ・名田島は、圏域の中でも後期高齢者の割合が最も高く、後期高齢者、国保、健診等データによると、生活習慣の項目では、「お茶や汁物でむせる」、「6ヵ月での体重減少」、「歩く速度が以前に比べて遅い」、「この1年間に転んだ」が国や県より高い数値である。実際の活動からも相談のきっかけが転倒や歩行補助用具に関することが多く、早期からフレイル予防に取り組む必要がある。また、コロナ禍の影響により、サロン等が縮小傾向にあるため、介護予防の拠点である「いきいきやかた」の事務局や地区社会福祉協議会（以下、地区社協）と協力し、地域のサロン等活動を改めて把握し、サロン代表者や関係者との連携強化に努める必要がある。
- ・秋穂二島地区においては、認知症自立度Ⅱa以上（在宅）の方の割合が5年前と比べて28%増。認知症の当事者や家族の孤立を防ぎ、幅広い世代の地域住民に認知症サポーター養成講座等通じて普及啓発し、認知症に対する理解を深め、認知症カフェの活用について一緒に検討していくことが必要である。秋穂二島地区愛プラン実施委員会のなかで、地域差はあるが、コロナの影響でサロンの再開や継続への不安を抱えている現状がある。

<秋穂>

- ・秋穂では、経年的にみるとサロンが減少し、活動を縮小している現状がある。高齢者が集い、交流できる場所が減少することにより、認知機能や身体機能の低下に加えて気分の落ち込みにも繋がるため、身近なところで通える場の創出が必要である。
- ・車の運転ができなくなると、行動範囲が狭くなり外出（日用品等の買い物、通いの場への参加）の利便性が悪くなるため、運転免許の返納を躊躇している高齢者も多く、買い物支援や通いの場の創出に対するニーズも高い。さらに、移動販売サービス等の社会資源がある地域においても十分にサービスの情報が認知されていない現状があり、今後も継続して情報提供をしていく必要がある。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	① 総合相談 ・相談者と協働しながら自己決定を支援し、本人の状況に応じた適切な機関・制度・サービス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すとともに、公益的な機関として公正中立な相談業務にあたる。 ・年齢や属性を問わず相談対応を行うやまぐち「まちの福祉相談室」と連携するとともに3職種のチームワークを活かし、介護離職防止やヤングケアラーの支援など世帯全体の抱える課題の解決に努める。（ふくまる相談員と連携したケースは実績が22件、延べ54件） ・生活支援コーディネーター、リハビリテーション専門職等と連携し、多角的な視点からアセスメントを行い、適切な相談・支援に努める。 ② ネットワークの構築 ・民協、福祉員会等の会議に出席し、川東包括独自リーフレットを用いたPRを行い地域福祉の担い手と顔馴染みになり、信頼関係の構築に努める。 ③ 実態把握 ・<u>日頃から民協、福祉員会、サロン、いきいき百歳体操、認知症カフェ等に出席し、地域情報の収集に努め、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努める。</u> ・<u>フレイル状態にある高齢者や認知機能が低下した高齢者等に対して早期から適切な対応ができるよう努める。</u>
2 権利擁護業務	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、民生委員、福祉員及び圏域内の居宅介護支援事業所等に虐待防止のための普及啓発を引き続き行う。 ・高齢者虐待が疑われるケースについては、<u>山口市高齢者虐待マニュアルや川東包括の虐待防止指針に従い基幹型包括及び関係機関と連携し、虐待への適切かつ迅速な対応に努める。</u>

	② 権利擁護の推進 ・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、未然防止に向け民協、福祉員会、サロン、いきいき百歳体操などの場を活用して普及啓発に努める。 ・認知機能の低下などにより成年後見制度や地域福祉権利擁護事業が必要な場合は、山口市成年後見センターや市社協と連携し、円滑に制度が利用できるよう支援する。
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	① 地域包括支援ネットワークの構築 ・各地域の民協、福祉員会等に参加し、地域包括支援センターの役割を説明し、有機的な連携の強化に努める。また、<u>川東包括の予防担当のケアマネジャーが各民協に出席し、民生委員と顔の見える関係づくりに努める。</u> ・病院や施設等の関係機関に出向き、川東便りを活用し連携しやすい関係づくりに努める。 ② 介護支援専門員への支援 ・介護支援専門員が気軽に相談できる関係づくりに努める。また、個別のニーズに応じた介護保険サービス以外の様々な社会資源情報の提供を行い、介護支援専門員を支援する。 ・<u>川東圏域の居宅介護支援事業所へ訪問し（2回/年）、事業所が抱えている悩みを受け止めて一緒に解決していく。特に居宅介護支援事業部会に加入していない事業所が孤立しないようにセンター主催の事例検討会や情報交換会等への参加を促す。</u>
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	・「その人が目指す自立した生活」を個別に捉え、自立支援の視点から「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチし、介護予防・生活支援サービス、介護予防給付サービス、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のインフォーマルサービスを組み合わせ、利用者が自ら主体的に取り組める目標指向型のケアプラン作成に努める。 ・<u>包括職員、リハビリテーション専門職、生活支援コーディネーターが同行訪問を行い、幅広い視点を持ったアセスメントを行い、できるだけ元の生活や役割等を取り戻すことができるよう支援する。</u> ・利用者の意向を最大限に尊重し、その悪化を可能な限り防ぎ、効果的なサービスに結びつけられるよう、センター内でのケース検討や市が主催する自立支援型地域ケア会議を活用し、実践に活かす。 ・サービス提供事業所の選定にあたっては、複数の事業所を紹介するなど、公正・中立性を意識し、本人のニーズに合ったサービスを調整する。 ・要支援と要介護の移行の際、自立支援・重度化防止の視点をもったケアマネジメント業務の引継ぎが円滑に行えるよう居宅介護支援事業所と連携を密に行う。

5 在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療と介護の連携 ・山口・吉南地区地域ケア連絡会議が実施する多職種が集まる研修会等に参加する。 ・山口市在宅緩和ケア専門研修会等の多職種が集まる研修会や事例検討会に参加し、多職種連携の実践に繋げる。 ・医療機関が主催する情報交換会等に参加する。
6 生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーターとの連携 ・基幹型包括と生活支援コーディネーターと連携を図り、地域の実情に応じて、地区社協、民協、サロン等に出向き高齢者の生活全般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引き続き顔の見える関係づくりに努め、住民が共に支え合える地域づくりを支援する。 ・<u>買い物や移動手段で困っている高齢者に対して、課題意識を持っている地区社協や自治会等に働きかけ、地域の支援者や関係団体とのネットワークの構築に努める。</u>
7 認知症総合支援事業	① 認知症への正しい知識の普及 ・<u>幅広い年代を対象に認知症サポーター養成講座等を、陶と秋穂二島地区で開催する。</u> ・認知症地域支援推進員と包括内職員が認知症カフェに参加し、認知症への正しい理解の普及啓発を支援するとともに、オレンジサポーターを含めた地域での支援の幅を広げる。 ② 認知症への早期対応・早期診断への支援 ・民協定例会、福祉員会、サロン等様々な機会を活用し、認知症の理解促進、相談窓口等の普及啓発を行う。 ・認知症の人やその家族からの相談に応じ、医療機関や介護サービスや認知症初期集中支援チームや認知症カフェに繋ぎ、早期対応・早期診断ができるように働きかける。 ③ 認知症の人や認知症介護家族への支援 ・認知症による行方不明者を早期に発見できるように、ほっと安心 SOS ネットワーク事業を民協定例会や居宅支援事業所巡回訪問時（1 回/年）に周知し活用につなげる。 ・<u>認知症カフェが未設置地域の秋穂二島地区において認知症カフェの立ち上げ支援をする。</u>
8 地域ケア会議推進事業	① 個別地域ケア会議の開催 ・日々の業務の中で把握した個別課題を民生委員や医療機関、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所などの関係機関と対応や支援方法、支援体制づくりについて多角的な視点から検討を行う。 ② 自立支援型地域ケア会議への参加 ・<u>自立支援型地域ケア会議前にセンター内でアセスメントを振り返るとともに事例を共有する。そして、会議で受けた多職種からの助言を再</u>

	<u>度共有し、提出事例以外の事例でも活用できるようにする。</u> ③ 地域別地域ケア会議の開催 ・生活支援コーディネーターと連携し、課題意識を持っている関係団体と地域ケア会議を開催することで、地域課題の把握や解決に向けた検討及び支援体制の構築を行う。
9 一般介護予防事業	① 介護予防の普及啓発 ・早期から介護予防に自ら取り組めるよう川東独自の介護予防便り、地域の広報誌等を活用して介護予防に関する情報を発信していく。 ・既存のサロン等で介護予防の知識や技術の普及啓発を行い、<u>高齢者自らが積極的に介護予防に取り組めるよう、各地域において介護予防出張講座や個別支援を通じて、「転倒骨折予防」「認知症予防」「お口の健康」の講座を開催する。また、健康増進課と基幹型包括と協働することで、高齢者の健康管理、フレイル予防の意識を高め、早期介入に繋がるよう働きかける。</u> ② 介護予防の推進 ・生活支援コーディネーターを中心に基幹型包括や市社協と協力し、いきいき百歳体操をはじめ、介護予防の普及啓発を行い、高齢者が地域の一員として役割を持ち、社会参加できるよう新たな通いの場の立ち上げや既存の通いの場の継続支援を行う。 ・<u>いきいき百歳体操の世話人交流会等（名田島・秋穂二島）を企画・開催し、更なる通いの場の充実を目標に支援する。</u>
10 災害時要配慮者（高齢者）への支援	・緊急時避難支援アセスメント票を更新し、センター内で情報を共有する（川東独自マップの陶、鋳銭司の更新）。 ・民生委員等と連携して独居高齢者、75歳以上の2人暮らし等の情報を日頃から把握し、地域で避難支援に取り組む自治会、自主防災組織等の関係者と協力していく。 ・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に従い研修や訓練を行うとともに、業務継続計画の内容の見直しを行う。
11 その他	・様々な研修に参加し、専門性が高められるようセンター内で共有し実践に活かす。 ・定期的に行っているミーティングを活用して、リスクマネジメント（ヒヤリハット等）及び職員一人一人が最新の社会資源等の情報を持ち寄り、生活支援コーディネーターを中心に情報を整理し、全職員で共有する。

令和6年度 山口市基幹型地域包括支援センター徳地分室事業計画

1 担当する地域の現状及び課題

- ・高齢化率が55.57%（「住民基本台帳」令和5年11月末現在）と高く、独居、高齢者二人世帯が増えており、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。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計 画 内 容
1 総合相談支援業務	・<u>地域の集いの場に出向いてPRと随時相談を受け付ける。また、集いの場で話す機会を提供してくれる協力機関を増やし、多様な団体に対して働きかけることができるようにする。</u> ・複合型拠点施設内に包括が配置されているメリットを生かし初回面談時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一体的な支援を行う。 ・早期相談につながるよう、関係機関（診療所、薬局、社協、健康増進課）や民生児童委員と日ごろから連携を図り、情報共有する。 ・対応力の強化を目指し、ふくまる相談会議や研修等を通して多機関の機能・役割に関する情報に精通できるように取り組む。
2 権利擁護業務	・虐待相談については、包括内で役割分担をしながら迅速に対応し、市担当に報告、連携を図りながら解決に向けて支援を実施する。 ・<u>高齢者虐待について民生児童委員定例会や福祉員が集まる場で研修会を企画し啓発を行う。</u> ・「徳地地域ねっとわーく」で虐待や成年後見制度の活用について普及啓発し相談窓口について周知する。 ・市民やケアマネ等から認知症により判断能力の低下がみられる高齢者の相談には成年後見センターの紹介を行い制度利用につなげる。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・<u>地域ケア会議で事例検討・研修を定期的に行う。昨年度重度者の事例提供が多かったため今年度は軽度者の事例を積極的に取り扱い、本人の残存能力の活用と自立支援をテーマに軽度者に対する適切なケアマネジメントを検討していく。</u> ・ケアマネからの相談に対して、同行訪問、情報提供を行う等後方支援を行う。 ・MCSを活用し、関係機関がケースの共有、緊急時の対応をタイムリーに実施する。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	・<u>高齢者の心身の状況や生活状況、望む暮らしを丁寧にアセスメントし多職種と協議しながら自立支援の視点を取り入れた介護予防ケアマネジメントを行う。</u> ・徳地地域は転倒骨折を予防する目的で福祉用具貸与や手すり設置（住宅改修）のケースが多い。必要に応じてリハビリ専門職と同行訪問し、生活動作や環境整備の助言をうけ、自立した在宅生活が送れるよう支援に生かしていく。 ・介護保険サービスのみならず、「いきいき百歳体操」や老人クラブ主催の「頭・体レベルアップ教室」「第4金曜日は口ハスへ行こう」等地域の通いの場や社会資源を紹介し、ケアプランに取り入れる。 ・要支援から要介護への移行、要介護から要支援への移行が円滑にできるよう、居宅介護支援事業所と連携をとりながら支援する。
5 在宅医療・介護連携推進事業	・入退院がスムーズにいくよう、病院地域連携室と情報共有し連携し必要なサービスの調整、自立を促す支援を検討する。 ・<u>「徳地地域ねっとわーく」の中で診療所、薬局、ケアマネ、介護保険サービス提供事業所との連携を強化し、事例等を通して在宅での医療介護の対応策を検討していく。（年6回）</u> ・薬剤師との連携をさらに強化し、服薬支援が必要なケースについて連携を図りながら在宅医療を支援する。 ・MCSを有効に活用し情報共有、発信をして連携を深める。 ・<u>診療所と健康増進課と定期的な会議を定期的に行い、在宅医療の連携、及び地域への普及啓発等を連携して行う。広報とくちに新規に「健康・介護耳より情報」を掲載する。</u>
6 生活支援体制整備事業	・<u>令和5年度から立ち上がった2か所の介護予防・集いの場、元気いきいき広場「BASE83」（八坂）、「第4金曜日は口ハスへ行こう」（島地）が継続的に実施できるように関係者と協議していく。</u> ・いきいき百歳体操の実態把握を行い、継続支援や新規立ち上げに向けて関係者と協議する。（島地藤木地区） ・徳地の公共交通を考えるプロジェクト、地域づくり協議会、老人クラブ、社会福祉協議会との連携を強化し、生活支援、介護予防集いの場の担い手や、仕組みづくりを協議していく。

7 認知症総合支援事業	・職域、中学校、地域づくり協議会に認知症サポーター養成講座や介護予防出張講座の開催を働きかける。 ・本人や家族が認知症カフェや家族会への参加に繋がるよう、丁寧な関わりを持つ。<u>カフェ活動の協力者が増やせるよう、家族会やオレンジサポーター、民生児童委員に働きかけを行い、連携を図っていく。</u> ・家族会や認知症カフェに参加し、認知症の人や家族が自分の思いを発信できる場となるよう主催者と活動内容、PR方法等について検討する。 ・地域の認知症に対する理解を深めるため、高齢者の集う場に出向き、認知症に関する正しい知識や相談窓口の普及啓発を行う。 ・早期相談につながるよう、関係機関（診療所、薬局、民生委員等）と日頃から連携を図り気になる高齢者の情報共有をする。
8 地域ケア会議推進事業	・「徳地地域ねっとわーく」（診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネ、介護保険サービス提供事業所との連携）の中で円滑に連携が図れるよう顔の見える関係づくりと事例検討を行う。 ・事例検討では診療所や薬局等の医療機関からも事例を募り、多角的に事例を見ることで介護サービスへの円滑なつながることができるようにする。また、軽度者の事例も取り扱い、本人の残存能力の活用と自立支援をテーマに軽度者に対する適切なケアマネジメントを検討していく。 ・「徳地地域ねっとわーく」では個別事例だけでなく参加事業所から地域課題に関する議題を出してもらい、検討していくことで全事業所で地域課題に対する認識を共有する。
9 一般介護予防事業	・<u>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、2か所の集いの場で高齢者質問票を活用しフレイルの実態把握を行い予防に取り組む。</u> ・健康増進課の事業（巡回健康相談）と協働して介護予防について普及啓発する。フレイル予防については、あらゆる機会をとらえて繰り返し普及啓発していく。 ・徳地地区の百歳体操グループを集めて連絡会議を行い（1回/年）、課題の共有や地域の特性に応じた継続支援、介護予防の普及啓発の場になるよう働きかける。また、参加者の減少を言われるグループも多いため、百歳体操の周知を行い、新しい人を既存のグループに繋げていく。 ・民生児童委員と連携し、介護予防の場に参加しない高齢者の実態把握をする（随時）。

10 災害時に備えた対応	・「災害時における高齢福祉課マニュアル」について職員内で周知し、災害時に活用できるようにしておく。 ・<u>モニタリング等の定期訪問時、アセスメント票の確認、1年に1回（6月を目途）に更新することを徹底する。</u> ・独居高齢者、高齢者二人暮らし等は、民生児童委員、福祉員と連携をとりながら、緊急連絡先の把握をしておく。 ・相談や訪問で関わった高齢者のうち、必要な方には避難行動要援者の登録をすすめる。
--------------	---

令和6年度 山口市基幹型地域包括支援センター阿東分室事業計画

1 担当する地域の課題

高齢化率が60.62%（「住民基本台帳」令和6年1月末現在）と市内で最も高く、このうち後期高齢者は6割を超えている。年間約180人程度の人口の減少が進み、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。

また、地域面積は広域であり、交通の便が充実しているとは言えない状況にあり、自家用車がないと生活が難しい地域である。このため、通院や買い物といった日常生活においても移動に関する課題もある。

介護保険申請者の多くは、認知症と診断されており、また身近に相談できる人の割合が低い。

コロナ禍以降出かける場の減少により、近隣とのつながりの減少と共に体力の低下が懸念される。年1回以上転倒の経験がある人が多く、週1回以上の運動習慣がある人は少なくフレイルのリスクが高い。社会資源の少ない地域でもあり、身近にいける居場所づくり等個々の身体機能維持への働きかけや支え合いといった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、前期高齢者から健康の維持、介護予防の意識を持って生活することへの働きかけが重要である。

2 事業計画

※下線部は今年度積極的に実施する内容

業 務	計画内容
1 総合相談支援業務	・地域住民が気軽に相談できるよう福祉総合相談窓口（ふくまる相談室）の周知を図り、相談者の状況に応じた適切な機関・制度・サービス等に繋げるよう取り組む。 ・毎月行われる民生委員児童委員定例会や福祉員集会等を利用し、民生委員児童委員など関係機関との連携により、地域の情報を把握し、情報共有に努め早期支援に繋げていく。
2 権利擁護業務	・成年後見制度や虐待防止について、民生委員児童委員定例会や福祉員集会、介護支援専門員・介護サービス事業所との情報交換会等で普及啓発に努める。 ・虐待の通報があった場合には、関係機関と連携をとり迅速に対応する。 ・認知症等により判断能力の低下が見られる場合、適切なサービス利用や金銭管理、法律行為に支援が必要な方には関係機関と連携して制度の活用につなげる。 ・成年後見センターの周知を行い、制度が必要な高齢者には成年後見センターと連携し制度等の活用に向けた支援を行っていく。 ・法律相談会（9月）を活用し、地域内の事業所と権利擁護について理解を深める。 ・県警の「防犯情報」や県消費生活センターの「やまくら通信」などを活用し、詐欺や消費者被害などの情報を関係機関や団体と共有するとともに相談機関を周知する。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・ インフォーマルサービスについて情報収集し、高齢者に関わる地域の各団体や介護サービス事業所等と連絡を取り合い、ネットワークづくりに取り組む。 ・ 地域内の介護支援専門員との情報交換会（年4回程度）を開催し、研修会や介護サービス事業所等を含めた情報交換を行うことでケアマネジメント技術の質の向上、連携強化を行う。 ・ 介護支援専門員からの相談に対して、同行訪問、情報共有等を行うなど、連携しながら支援を行っていく。
4 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	・ 地域内の社会資源を把握し、高齢者の心身の状況・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。 ・ <u>生活機能の改善のためのサービスを自ら選択できるよう支援し、リハ職同行訪問を活用する等専門職との連携を図り、アセスメント向上に努め目標志向型のケアプランを作成し支援を行う。</u> ・ 要支援者や家族、サービス事業所等と一緒に生きがいのある生活や自己実現を意識した目標を明確にして計画を作成するよう努める。 ・ 要支援と要介護の移行がスムーズにできるように居宅事業所との連携を行う。
5 在宅医療・介護連携推進事業	・ 住み慣れた地域で暮らし続けられるように、入退院時に医療機関（地域連携室）や介護サービス事業所等との情報共有等連携を図ることで在宅生活がスムーズに行えるよう支援する。 ・ 多職種参加の研修会や事例検討会への参加や日々の業務等で多職種との連携を行う。
6 生活支援体制整備事業	・ 地域の資源や情報収集に努め、介護予防や生活支援に関する様々な情報提供を行っていく。 ・ 高齢者を含む世代を超えた住民主体の助け合い活動や交流の場が社会参加や生きがいにつながることを啓発し、必要に応じて地域支え合い会議を開催し、百歳体操や支え合いの仕組みづくりについて協議していく。 ・ 住民による支え合いの仕組みづくりが立ち上がっている地区には継続的に支援を行うとともに、他地区へも情報提供を行う。
7 認知症総合支援事業	・ 認知症カフェを広く地域住民に周知するとともに、認知症の方やその家族を繋ぎ、オレンジサポーターなどに働きかけスタッフの拡充を図り、円滑な活動・運営継続の支援を行う。 ・ 地域住民団体や小中学生等に認知症サポーター養成講座の開催について働きかけ、認知症における正しい知識の普及や理解の促進・

	早期対応や重症化予防の必要性について啓発を行う。 ・ 9月のアルツハイマー月間における啓発活動について、図書館や分館図書コーナーに加え、スーパーやドラッグストアなど地域住民が多く利用する施設への働きかけを行う。 ・ 介護サービス未利用者について訪問を行い、現状把握に努め、重度化防止に向け継続的なかわりを行うことで必要な支援に繋げる。
8 地域ケア会議推進事業	・ 必要時に個別の会議を関係者と協力して開催し、関係機関と連携し支援していくとともに個別事例を通じて地域課題を把握していく。 ・ 自立支援型地域ケア会議に出席し、個別ケースの課題分析を通して地域課題を把握する。また、多職種で協議することで自立支援に向けたケアマネジメントの質の向上に努める。 ・ 民生委員児童委員定例会や地域で開催される会議、介護支援専門員情報交換会などで把握した情報や地域課題について共有し、必要に応じて解決に向けた地域ケア会議を開催する。
9 一般介護予防事業	・ <u>健康増進課と連携し、地域活動の場での介護予防（「転倒骨折予防」「認知症予防」「栄養改善」「フレイル予防」）の普及啓発に取り組む。</u> ・ 基幹型包括・社協と協力し、いきいき百歳体操をはじめとした新たな集いの場の立ち上げや既存の集いの場の継続支援に取り組む。 ・ <u>健康増進課と連携し、日頃の活動や関係団体から対象者の把握に努め「体力・筋力維持教室」の中で、住民が健康や介護予防の必要性について理解を深め、自ら介護予防に取り組む意識が持てるようにフレイル予防を働きかける。また、フォローアップ教室を通じて、継続的に取り組めるように支援する。</u>
10 災害時に備えた対応	・ 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、新たな作成を行い、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。 ・ 「災害時における高齢福祉課マニュアル」を職員内で周知し、災害発生時に活用できるようにする。 ・ 災害時に対応できるように日頃から民生委員児童委員と連携を行う。