

令和 8 年度廿日市市地域包括支援センターおおの事業計画（案）

1 基本情報

【大野圏域】

小学校区	大野東、大野西、玖波
中学校区	大野東、大野

R7年9月末時点

総人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率（％）	認定者数（人）	認定率（％）
29,299	8,875	30.3%	1,791	20.2%

【宮島圏域】

小学校区	宮島
中学校区	宮島

R7年9月末時点

総人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率（％）	認定者数（人）	認定率（％）
1,348	632	46.9%	141	22.3%

2 事業計画

基本業務（1）総合相談支援業務

目標：高齢者等の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、関係機関との連携のもと、様々な相談内容について、総合的に相談・支援できる体制をつくる。

計 画	取り組み目標（値）
ア 総合相談支援 世帯全体の様々な課題を明確にし、適切な部署やサービス・制度につなぐ。 必要時関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	相談件数 12,000 件以上 社会福祉協議会議や市民センターだより・健康福祉まつりなどにも包括の啓発を掲載し、周知していく。
イ 実態把握 相談や事業で把握した課題のある高齢者（世帯）の実態把握を行うことで、地域に存在する隠れた問題やニーズを発見し、早期対応できるよう取り組む。	4,000 件以上（訪問・電話） 各包括で早期に対応 一体的実施の取り組みとの連携
ウ 地域におけるネットワークの構築 地域ケア会議等を通じて地域の医療と介護等の多様な職種や地域住民との連携を強化し、地域包括支援ネットワークを構築する。	地域ケア会議22回 民児協定例会 33回・地区別研修会6回
エ 家族介護者への相談支援体制の充実 家族介護者への離職防止、介護負担の軽減に向けて、身近な場所で家族介護者の相談、適切な情報提供等を行う。	家族相談 2,000 件以上 ・市民センターや市全体の認知症家族介護教室、家族介護教室等の協力 ・多様な媒体での周知（市公式LINEでの周知、相談予約受付）

オ 支援の終結 センターとして組織的な終結の判断を行う。	随時・定期に判断
---------------------------------	----------

基本業務（２）権利擁護業務

目標：権利侵害行為の対象になりやすい高齢者、自ら権利主張や権利行使することができない高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行う。	
計 画	取り組み目標（値）
ア 高齢者の虐待防止、早期発見 相談を受け、課題を明確にし、関係機関と連携しながら、養護者への支援も含めて計画的かつ適切な対応を行う。	虐待通報受理後４８時間以内の事実確認、対応１００％ 全体研修の開催
イ 成年後見制度の利用促進 成年後見利用促進センターと連携し、幅広く普及させるための広報等を行う。 適切な介護サービスの利用や関係機関の紹介、成年後見制度や日常生活自立支援事業、民間サービス等の活用を図り、高齢者の権利擁護を図	相談 ５０件以上 市民センターだより等への掲載。 成年後見制度利用に向けての相談や申立て支援等
ウ 消費者被害の防止 警察、消費生活センター等と連携により、被害の未然防止・問題の解決に努める。	民児協定例会やイベント等での啓発３回 消費生活支援センターとの連携
エ 啓発普及 多種多様な方法を活用し周知啓発を行う。	出前講座、市民センターや社協だよりへの掲載協力、介護事業所情報検索サイトの更新

基本業務（３）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

目標：適切な社会資源を活用できるよう、包括的・継続的なケアマネジメントを実現のため、適切な社会資源を活用できるよう、介護支援専門員に対して直接的・間接的な支援を行う。	
計画	取り組み目標（値）
ア 包括的・継続的なケア体制の構築 関係機関との連携体制構築に努め、包括的・継続的ケアマネジメントの実践が可能な環境整備に努める。	居宅からの相談支援９００件以上 地域ケア会議２２回 自立支援型個別ケア会議でケアマネジメントについて学ぶ機会をつくる 困難事例に対する個別ケア会議の随時開催
イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築 包括支援センター職員と介護支援専門員相互の情報交換ができる場を設定するなど、ネットワークを構築する。	
ウ 相談及び支援困難事例等への指導・助言 介護支援専門員のニーズや課題に基づいた研修会や事例検討会を開催する。	

基本業務（４）介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援

目標：高齢者自身が地域において自立した日常生活を送ることができるよう支援する。介護保険制度によるサービスのみならず、その他の公的サービスやインフォーマルサービスを活用し、自立支援を目標としたケアマネジメントを行う。

計 画	取り組み目標 (値)
ア 多様なサービスの活用 予防給付相当サービスに加え、短期集中型訪問・通所サービスなどの多様なサービスの活用し、自立に向けたケアマネジメントを行う。	包括連絡会でケアマネジメントマニュアルに沿っての勉強会開催1回 自立支援型個別ケア会議の開催2回
イ 自立支援に向けたケアマネジメント 「廿日市市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」に沿って、多角的にアセスメントを行い、自立支援・重度化防止のための支援を考える。	
ウ 業務委託 居宅介護支援事業者に必要な応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	委託のサービス担当者会議参加 250回以上 プランの確認。サービス担当者会議への参加。
エ 入退院時連携 「廿日市市入退院連携ガイドライン」に基づき適切に対応する。	入退院支援担当者連絡会への参加 退院前カンファレンスへの参加 95%以上

基本業務（5）地域ケア会議の運営

目標：医療、介護等の関係機関や地域住民と連携を図りながら個別課題の解決を図ると共に、それを支える社会基盤の整備を進める。また、自立支援型個別ケア会議地域や個別ケア会議を通じた介護予防ケアマネジメントの強化を推進する。

計 画	取り組み目標 (値)
ア 地域課題の把握 困難事例（複雑化・拒否・孤立・居住支援など）だけでなく、自立支援に向けた個別事例の検討から地域課題を把握・検討する地域ケア会議を計画的に運営する。	大野地域ケア会議 10回 宮島地域ケア会議12回 個別ケア会議12回 小さい単位の地域課題を解決するための出前地域ケア会議の開催
イ 資源開発・政策形成 地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。	公共交通、免許返納、身元保証、成年後見制度、家族信託、生活困窮、認知症などをテーマに地域ケア会議を開催する。
ウ 自立支援型個別ケア会議の充実 高齢者がその有する能力に応じてその人らしい生活を送ることを目指した自立支援に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識や技術など多職種による専門的な助言を通して習得する。	各包括 2回開催

基本業務（5）一般介護予防事業

目標：様々な機会を利用して、健康づくりや介護予防を目的とした知識や実践方法の啓発普及を図る。

計 画	取り組み目標 (値)
ア 住民意識の醸成 孤立や閉じこもり等の高齢者等の見守りや社会参加につなげるため、関係期間に様々な手段・機会を活用して働きかける。	出前講座等 25回以上 ・ 出前講座、リエイブルメント教室、百歳体操、はつポの支援等を活用しての啓発・展開 ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施との連携
イ 通いの場の支援 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービスの利用につなげる等、介護予防に取り組む。認知症予防、多世代交流や就労的活動等、地域のニーズに応じた多様な機能を有する場として発展させる。	

基本業務 (5) 在宅医療・介護連携推進業務

目標：医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築する。

計 画	取り組み目標 (値)
ア 多職種連携強化 医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加し、医療関係機関とのネットワークを構築するとともに、市関係部署や医療・介護関係者等との情報共有を図る。	多職種連携研修会や入退院支援担当者連絡会等への参加
イ 地域住民への普及啓発 講演会の開催やパンフレットの配布、人生会議の出前講座等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。	相談室等 5回 ・ 在宅医療介護連携推進事業との連携 ・ 人生会議の出前講座 ・ ちょっとひと息医療とふくしの相談室の開催 健康福祉係と共同健康相談

基本業務 (6) 生活支援体制整備業務

目標：生活支援コーディネーターのほか、生活支援サービスを担う多様な主体と連携して、地域の実情に合った日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加推進を一体的に図る。

計 画	取り組み目標 (値)
地域ケア会議において抽出された地域課題を生活支援コーディネーターと共有し、共に地域の実情に応じた生活支援体制の整備を推進する。	大野地域福祉推進委員会や福祉を考える会（地域課題を協議する集まり）に参加 5回

基本業務 (6) 認知症総合支援業務

目標：認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる風土づくりを支援するとともに、「新しい認知症観」の重要性を反映させた施策を推進する。

計 画	取り組み目標（値）
<p>ア 早期発見・早期対応</p> <p>多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。</p> <p>認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。</p> <p>初期集中支援チーム等の関係機関との連携し、相談支援を行う。</p>	<p>認知症の相談 550件以上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お困りごと相談会12回をにっこりカフェ（認知症カフェ）と同時開催健康まつりなどで脳の健康チェックを開催3回 ・認知症初期集中支援チームと連携した支援
<p>イ 地域住民への普及啓発</p> <p>医療・介護機関等の関係機関との連携や認知症地域支援推進員と協力して普及啓発に取り組む。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座を社会福祉協議会と一緒に実施 ・認知症月間や介護月間に合わせて市民センターなどで啓発活動 2回

基本業務（6）災害や感染症等への取組

<p>目標：大規模災害や感染症発生等を想定して市関係部署や関係機関との連携しながらにより平常時からの備えを進める。</p>	
計 画	取り組み目標（値）
<p>利用者の安否確認のため、平常時からの備えや関係機関との連携方法の確認等定期的に実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員協議会と共催の研修・訓練の開催 ・包括おおので机上訓練・演習を実施

重点的に取り組む事項

包括的及び重層的な相談対応の推進

<p>ア 重層的な相談支援</p> <p>複合化・複雑化した困難事例への対応にあたっては、世帯全体の課題にも着目し、関係機関と連携して包括的かつ重層的な支援を行う。必要時、多機関協働事業により早期支援・解決を図り、同様の事案が発生した際の対応や予防に生かす等、包括的な支援体制を強化する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケア会議や重層的支援会議などを利用し、関係機関と対応や方針を検討し、支援していく 12回 ・一体的支援事業等で受診やサービス利用等していないなど把握ができない対象者に対して健康福祉係と訪問等を行う。10件
<p>イ 孤立化防止</p> <p>セルフネグレクト、ひきこもり等の支援困難者について、関係機関と協力して見守りを継続するなど地域から孤立しないように支援を行う。</p>	

ケアプランデータ連携システム等ICTの導入

<p>介護情報基盤の円滑な利用開始に向けて、ケアプランデータ連携システムの導入を計画的に行う。</p>	<p>介護情報基盤の活用に向けた環境・体制づくり</p>
---	------------------------------

「新しい認知症観」に立った認知症施策の推進

<p>ア 本人・家族等からの情報発信の支援</p> <p>認知症高齢者の意思決定支援や権利擁護の普及・啓発に資する講座等の取組を行う。</p> <p>本人が感じていることや必要なことを自らの言葉で語り、発信したり、当事者同士の集まる機会を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・大野地域の本人ミーティング「〇〇の会」を年4回実施する。 ・出前認知症カフェの検討。 ・本人・家族が集える場を増やす。
<p>イ 認知症の理解促進</p> <p>地区ごとの生活機能低下リスクの実態や住民ニーズを踏まえた教室や講座を開催し、地域における認知症予防の意識の高揚や住民同士の支え合い活動の普及促進を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所による認知症家族介護者教室の支援 ・サロンや認知症カフェ、出前講座を利用して「新しい認知症観」を周知
<p>ウ 介護者への支援</p> <p>家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。</p> <p>介護離職の防止にむけて、地域包括支援センターを広く周知する。</p>	<p>市全体で行う認知症家族介護者教室の開催、市民センターの企画する介護の講座などに参加</p>

人生会議（ACP）の普及

<p>「わたしの人生ノート」「65歳からはじめる私と家族の終活べんり帳」「これから手帳」等を活用し、出前講座等を実施する。</p> <p>介護予防や認知症、権利擁護の事業においても、自分らしい暮らしについて考える機会をつくる。</p>	<p>サロンや市民センター等で出前講座の開催 3回</p>
---	-------------------------------