

令和7年度各地域包括支援センターの事業評価について(地域包括支援センターはつかいち西部)

事業計画と評価

業務名	市全体の取組	基本的な活動	包括はつかいち西部独自の事業計画	達成度 ○ 100～70% △ 69～40% × 39～0%
1 総合相談支援業務	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。			評価
ア 総合相談支援	高齢者に限らず、世帯全体の様々な相談に対応し、課題を明確にした上で適切な部署やサービス・制度につなぎ、関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	・申請時確認票を活用し、本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。 目標:相談件数 延 件	・8-A ・10-A ・インフォーマルサービスも含めた社会資源を関係機関と共有を行いながら支援する。 想定件数 延8,000件(昨年度実績 7,741件)	○
イ 実態把握	様々な手段により、担当圏域の高齢者の心身状況や家庭環境等について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。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組において、圏域担当保健師と連携し、把握した健康状態不明者の実態把握や必要な支援を行う。	・高齢者の実情に合わせた頻度で実態把握を行い、インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 目標:実態把握者数 延 件 ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康状態不明者への訪問により、孤立化防止を図る。	・インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 ・対象者をリスト化し頻度や対応の確認を行う。 想定件数 延1,100件(昨年度実績 1,062件) ・保険事業と介護予防の一体的実施の健康状態不明者の対象者把握。 目標 90%	○
ウ 地域におけるネットワークの構築	センターとしての日々の活動や、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。 センターの業務の理解と協力を得るため、地域住民及び関係機関へ周知する。	・地域ケア会議などで運営方針・事業計画を周知しお互いの職種の役割について理解を深め、連携強化を図る。 目標:複数の職種参加の地域ケア会議回数 回	・阿品・阿品台、宮内・地御前民生委員児童委員定例会への参加(毎月) 想定件数 民生委員児童委員からの相談 延120件(昨年度実績111件) ・地域ケア会議(個別・圏域別・自立支援型)を開催し多職種で地域課題を検討する。	○
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、身近な相談機関として家族介護者の相談に応じるなど、適切な情報提供等を行う。 全域を対象とした家族介護者教室を開催する。 認知症家族介護者教室 5回/年 家族介護者教室 2回/年(廿日市地域・佐伯地域)	・家族介護者から相談件数や相談内容を取りまとめる。 目標:相談件数 件 ・適切な社会資源の情報提供を行うため、社会資源表を整理する。 ・家族介護者教室を開催し、家族からの相談や家族同士の集まりの機会を持つ。 目標:開催回数 回	・家族介護者等の相談から地域課題を把握する。 想定件数 延1,300件(昨年度1,242件) ・社会資源表等情報の整理・更新を行う。 ・家族介護者教室の開催や開催情報の提供など、家族同士の集まりの機会に家族を繋げる。 ・家族介護者の離職防止のための講座を開催する。 目標回数 1回	○
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よう確認体制を整える。	・定期的な終結の判断を行う。 目標:終結の判断機会の回数 回	・8-B ・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 想定件数 220件(昨年度実績 215件)	○
カ 重層的な総合相談	複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯については、次の点に留意して適切に対応する。 ①課題を抱えている地域住民の心身の状況や、置かれている環境、その他の事情を勘案し、重層的支援の必要性を検討する。 ②支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぐ。 ③支援拒否や面接ができない等の事例について継続したアウトリーチを行い、本人とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、相談支援にあたる。	・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 目標:個別ケア会議の開催回数 回 ・支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件	・20-B ・20-E ・20-D ・必要時、関係機関の参加による個別ケア会議を開催し課題を整理する。 想定回数 20回(昨年度実績 19回) ・必要に応じて、多機関協働事業のケース会議につなぐ。 想定件数 1件(昨年度0件)	○
キ 孤立化防止	支援困難者について、民生委員等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。 支援方法については、多機関協働事業でのケース会議も活用する。	・支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件	・20-B ・20-E ・20-D ・個別ケア会議等を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。	○
2 権利擁護業務	権利侵害行為の対象となっている、また対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使することができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行い安心して尊厳のある生活を送ることができるようになる。			評価
ア 高齢者の虐待防止、早期発見	高齢者の身近な地域の専門機関として、相談を受け、課題を明確にし、計画的な支援を実施しながら、養護者への支援も含めて適切な対応を行う。 家族介護者教室を食事介助についてをテーマに2回/年開催する。(廿日市地域、佐伯地域)	・虐待の事例検討(勉強会)を開催し、職員のスキルアップを図る。 ・高齢者虐待(疑い)対応の流れをより明確にするためにフローチャートの見直しを行い、センター職員が共有している。 ・センターに在席する全ての職員が高齢者虐待・権利擁護に関する研修を受ける。	・14-D ・14-F ・虐待防止に関する勉強会(勉強会の復命)を開催し、職員全員が参加する。 目標回数 年1回以上	○
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、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。 認知症等により判断能力の低下が見受けられる場合は、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の活用を図り、高齢者の権利擁護を図る。 全域での啓発活動 HPへ掲載、成年後見利用促進センターチラシの設置を行う。	・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報している。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 所(団体)	・14-B ・14-G ・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報を行う。	○
ウ 消費者被害の防止	警察、消費生活センター等と連携をとり、被害の未然防止、問題の解決に努める。 全域での啓発活動 HPへ掲載、民生委員児童委員協議会・健康イベントなどでチラシ配布・出前講座で啓発する。	・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 所(団体)	・14-C ・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。	○
エ 普及啓発	地域住民や高齢者の見守り活動を行う関係者に高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行う。 全域での啓発活動 HPへ掲載、広報はつかいち11月号に虐待防止に関して掲載、民生委員児童委員協議会・出前講座・健康イベントなどで啓発する。	・地域住民や民生委員等が高齢者虐待等に関する普及啓発を行う。 目標:啓発回数 回 啓発した関係機関 所(団体)	・地域住民や民生委員児童委員等が高齢者虐待、成年後見制度、消費者被害等が高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行う。 目標回数 年1回以上	○

3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者が地域において安心して生活を継続するため、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するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。				評価
	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。 介護支援専門員を対象にした居宅介護支援事業所連絡会を開催する。 開催回数 1回(7月15日) 介護支援専門員連絡協議会と共催し、勉強会を開催する。 開催回数 1回(9月24日)	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 開催内容 ケ所(団体) 参加機関	・17-B	・介護支援専門員が関わる複雑化・複合化した課題を持つ対応困難な世帯への支援として、関係機関と連携し個別ケア会議を開催する。 想定件数 延12件(昨年度実績 12件)	○
	イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	介護支援専門員のネットワークの構築やその活用を図る。	・居宅介護支援事業所連絡会や市事業等の情報について、介護支援専門員と情報共有を行う。 目標:開催回数 回 参加者 人 ・地域住民に対し、介護予防・自立支援に関する山形県産学連携	・17-D	・圏域別地域ケア会議等で、介護支援専門員と情報共有を行う。	○
	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。 包括職員と介護支援専門員を対象とした、困難事例についての研修会を開催する。 開催回数 1回(2月)	・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。 目標:個別ケア会議、事例検討、勉強会等 回以上	・17-C	・介護支援専門員への支援として、事例検討や同行訪問を行う。	○
4	介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務	要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。				評価
	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。	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行っている。 目標:短期集中型サービスの利用者 人 うち、サービス終了後	・23-市独自項目Cを活用したプラン作成	・短期集中型サービスの活用。 想定件数 延8件(サービス終了3ヶ月後も介護予防の取り組み継続者 80%)	○
	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。	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	・23-B	・包括連絡会や自立支援型個別ケア会議等研修への参加。 ・研修等復命を行い、職場内で共有する。 想定回数 研修の復命 3回	○
	ウ 業務委託	居宅介護支援事業者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	・委託の居宅介護支援事業者に必要に応じてケアマネジメントに関する助言や利用者への支援等をサポートする。 実績:ケアマネ支援(プラン) 回 ケアマネ支援(困難者)	・23-I	・委託の担当者会議への参加。 想定回数 200回(昨年度実績 192回)	○
	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。	・「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。 目標:退院前カンファレンスへの参加 回	・	・入院時に病院相談員と連携をとり、スムーズな退院支援につなげる。 ・退院前カンファレンスへの参加。 目標 100%	○
5	地域ケア会議の運営	地域ケア会議実施要領等に基づき実施し、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、地域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。				評価
	ア 地域課題の把握	地域の医療と介護の多様な職種や地域住民との連携を強化し、困難事例だけでなく、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。	・個別ケア会議から地域課題を把握する。 実績:地域課題を記載	・21-A ・21-B	・地域ケア会議、関係機関との会議、地域活動の支援・参加、相談・支援等から地域課題を把握し、解決にむけて関係機関と協議を行う。 目標回数 西部戦略会議 12回	○
	イ 資源開発・政策形成	地域ケア会議で明らかとなった地域の課題を地域づくりや資源開発及び政策形成に着実に結びつけることができるよう、廿日市市保健福祉審議会地域共生専門部会に提案を行う。	・把握した地域課題を市へ報告している。	・21-C ・21-D ・22	・課題を整理し、高齢介護課や健康福祉総務課に報告する。 目標 年1回以上	○
	ウ 自立支援型個別ケア会議の充実	居宅介護支援事業所と連携した自立支援型個別ケア会議を計画的に開催し、介護予防・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるかということの知識や技術を習得したり、共有を図る。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	・20-B ・20-D ・20-F	・自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。(9月・1月)	○
6	一般介護予防	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				評価
	ア 住民意識の醸成	住民主体の活動(通いの場や生活支援等)につなげられるよう、地域住民の意識啓発を図り、地域全体の福祉意識の醸成に取り組む。			・定期的なサロンの支援や出前講座の開催により住民意識やモチベーションを高める。	○
	イ 通いの場の支援	介護予防と生きがいづくりを推進するため、百歳体操やはつぱす！体操を普及し、住民主体による持続可能な活動になるよう、社会福祉協議会や機能改善指導員等専門職と連携しながら立ち上げを支援する。 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標:立ち上げ支援 ケ所 継続支援 ケ所	・25-I	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行う。 目標 立ち上げ支援 1ヶ所 通いの場継続支援 5ヶ所	△

7 在宅医療・介護連携推進業務		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。				評価
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。	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	・25-D	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。 目標 2回以上	○	
イ 地域住民への普及啓発	基幹型センターと連携し、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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・人生会議サポーター養成講座の未受講者は積極的に受講する。 目標 介護予防支援員全員サポーター ・緊急連絡票の記載内容の確認・更新の声かけを行う。 目標 モニタリング、委託担当者会議でその都度 100%	○	
ウ 人生会議（ACP）の普及	基幹型センターと連携し、「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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・サロンや市民センター等の出前講座で人生会議の普及啓発を行う。	○	
8 生活支援体制整備業務		高齢者等の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくため、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。				評価
ア 生活支援コーディネーターとの連携	日常生活圏域別戦略会議等を活用して生活支援コーディネーターと密に情報共有を図り、生活支援体制整備に係る方針の検討や実践に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行っている。	・25-B	・西部戦略会議に出席し、地域課題の共有や課題解決に向けて協議を行う。（毎月）	○	
イ 協議体の形成支援	生活支援コーディネーターや地域住民等と連携し、第3層圏域及び第2層圏域協議体の立ち上げ及び運営に係る意識開発、運営支援に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	・25-E	・地域の課題を協議する集まりに参加し、課題の共有や解決に向けての協議のサポートを行う。 目標回数 年4回	○	
9 認知症総合支援業務		共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、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。				評価
ア 早期発見・早期対応	多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。 認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。 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。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行っている。	・25-C	・認知症初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を行う。（毎月） ・通いの場・サロンの世話人や民生委員児童委員等からの相談により、早期に医療や支援につなげる。	○	
イ 地域住民への普及啓発	認知症全般や認知症高齢者の意思決定支援、権利擁護に関する講座の開催やパンフレット等を用いた普及啓発に取り組む。	・認知症の関する情報や意思決定支援・権利擁護に関する出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。	・25	・通いの場・サロン、認知症カフェでの出前講座で普及啓発を行う。	○	
ウ 認知症予防の推進	認知症予防に関する正しい知識を普及する。 認知症予防の実践及び早期発見・早期診断・早期対応に取り組む。	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	・25	・通いの場・サロン、認知症カフェでの出前講座で普及啓発を行う。	○	
エ 認知症の理解促進	認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・協働し、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。 認知症家族介護者教室の開催。 市単独 1回 事業所との共催 5回	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所（認知症カフェ等）の支援を行う。	・25	・通いの場・サロン・認知症カフェ等での出前講座で普及啓発を行う。	○	
オ 介護者への支援	家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。 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。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	・25	・家族会や本人ミーティング・家族介護者教室の周知、参加の声掛けや支援を行う。	○	
カ 本人・家族等からの情報発信の支援	本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。 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。 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。 すずらんの会（本人ミーティング）を毎月の定期開催する。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	・25-F	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・当事者同士の集まる機会を支援することで、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合い、発信する場を増やす。	○	

令和7年度各地域包括支援センターの事業評価について(地域包括支援センターはつかいち東部)

事業計画と評価

業務名	市全体の取組	基本的な活動	包括はつかいち東部独自の事業計画	達成度 ○ 100～70% △ 69～40% × 39～0%
1 総合相談支援業務	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。			評価
ア 総合相談支援	高齢者に限らず、世帯全体の様々な相談に対応し、課題を明確にした上で適切な部署やサービス・制度につなぎ、関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	・申請時確認票を活用し、本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。 目標:相談件数 延 件	推定件数 延12500件(昨年度実績 12564 件)	○
イ 実態把握	様々な手段により、担当圏域の高齢者の心身状況や家庭環境等について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。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組において、圏域担当保健師と連携し、把握した健康状態不明者の実態把握や必要な支援を行う。	・高齢者の実情に合わせた頻度で実態把握を行い、イフォーマルも含めた支援体制を調整する。 目標:実態把握者数 延 件 ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康状態不明者の対象者把握。 目標: 100%	・インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 想定件数 延550件(昨年度実績 548件) ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康状態不明者の対象者把握。 目標: 100%	○
ウ 地域におけるネットワークの構築	センターとしての日々の活動や、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。 センターの業務の理解と協力を得るため、地域住民及び関係機関へ周知する。	・地域ケア会議などで運営方針・事業計画を周知しお互いの職種の役割について理解を深め、連携強化を図る。 目標:複数の職種参加の地域ケア会議回数 回	・サービス事業所、医療機関、民生委員児童委員などの地域の関係者の情報(リストやマップ)の更新。 ・民生委員児童委員等の関係団体の会議に定期的に参加する。 目標回数 民生委員児童委員定例会 24回、コミュニティ関係14回 想定件数 民生委員児童委員等関係者からの相談 延130件(昨年度実績123件)	○
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、身近な相談機関として家族介護者の相談に応じるなど、適切な情報提供等を行う。 全域を対象とした家族介護者教室を開催する。 認知症家族介護者教室 5回/年 家族介護者教室 2回/年(廿日市地域・佐伯地域)	・家族介護者から相談件数や相談内容をとりまとめる。 目標:相談件数 件 ・適切な社会資源の情報提供を行うため、社会資源表を整理する。 ・家族介護者教室を開催し、家族からの相談や家族同士の集まりの機会を持つ。 目標:開催回数 回	・家族介護者からの相談件数や相談内容を把握する。 想定件数 延1650件(昨年度実績 1648件) ・適切な社会資源の情報提供を行うため、社会資源表を整理する。 ・家族介護者教室等に参加し、家族からの相談を受けるや家族同士の集まりの機会を持つ。 目標:参加回数 4回	○
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よう確認体制を整える。	・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 目標:終結の判断機会の回数 回	・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 想定件数 320件(昨年度実績 317件)	△
カ 重層的な総合相談	複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯については、次の点に留意して適切に対応する。 ①課題を抱えている地域住民の心身の状況や、置かれている環境、その他の事情を勘案し、重層的支援の必要性を検討する。 ②支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぐ。 ③支援拒否や面接ができない等の事例について継続したアウトリーチを行い、本人とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、相談支援にあたる。	・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 目標:個別ケア会議の開催回数 回 ・支援の必要があると判断した場合においては、多機関協働事業のケース会議を通じて関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件 (うち見守り体制を整備した件数 7件)	・重層的な課題を抱えるケースは、早期に地域個別ケア会議の開催を行う。 想定回数 10件 ・必要に応じ基幹型を通じ地域共生社会推進室へ相談、支援会議の依頼を行う。	○
キ 孤立化防止	支援困難者について、民生委員等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。 支援方法については、多機関協働事業でのケース会議も活用する。	・支援の必要があると判断した場合においては、多機関協働事業のケース会議を通じて関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件 (うち見守り体制を整備した件数 7件)	・個別ケア会議や多機関協働事業でのケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 想定件数 見守り等の相談 延150件(昨年度実績 143件) (うち見守り体制を整備した件数 7件)	○
2 権利擁護業務	権利侵害行為の対象となっている、また対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使ができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行い安心して尊厳のある生活を送ることができるようになる。			評価
ア 高齢者の虐待防止、早期発見	高齢者の身近な地域の専門機関として、相談を受け、課題を明確にし、計画的な支援を実施しながら、養護者への支援も含めて適切な対応を行う。 家族介護者教室を食事介助についてをテーマに2回/年開催する。(廿日市地域、佐伯地域)	・虐待の事例検討(勉強会)を開催し、職員のスキルアップを図る。 ・高齢者虐待(疑い)対応の流れをより明確にするためにフローチャートの見直しを行い、センター職員が共有している。 ・センターに在席する全ての職員	・センター内で虐待の事例検討(勉強会)を開催し、職員のスキルアップを図る。 目標回数 年1回以上(第1土曜日)	○
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、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。 認知症等により判断能力の低下が見受けられる場合は、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の活用を図り、高齢者の権利擁護を図る。 全域での啓発活動 HPへ掲載、成年後見利用促進センターチラシの設置を行う。	・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報している。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 所(団体)	・成年後見の相談窓口を市民や関係機関に広報を行う。 ・成年後見制度の説明や申立てに係る支援を行う。 想定件数 相談や説明件数 延200件(昨年度実績 195件)	○
ウ 消費者被害の防止	警察、消費生活センター等と連携をとり、被害の未然防止、問題の解決に努める。 全域での啓発活動 HPへ掲載、民生委員児童委員協議会・健康イベントなどでチラシ配布・出前講座で啓発する。	・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 所(団体)	・詐欺や消費者被害防止について広報を必要時行う。 ・消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について消費生活センターや警察等と連携して対応する。 想定件数 延10件(昨年度実績 延6件)	○
エ 普及啓発	地域住民や高齢者の見守り活動を行う関係者に高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行う。 全域での啓発活動 HPへ掲載、広報はつかいち11月号に虐待防止に関して掲載、民生委員児童委員協議会・出前講座・健康イベントなどで啓発する。	・地域住民や民生委員等に高齢者虐待等に関する普及啓発を行う。 目標:啓発回数 回 啓発した関係機関 所(団体)	・地域住民や民生委員児童委員、専門職等に権利擁護に関する普及啓発を行う。(センターだより、ホームページ、広報、出前講座等) 目標回数 1回	○

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者が地域において安心して生活を継続するため、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するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。			評価
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。 介護支援専門員を対象にした居宅介護支援事業所連絡会を開催する。 開催回数 1回(7月15日) 介護支援専門員連絡協議会と共催し、勉強会を開催する。 開催回数 1回(9月24日)	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 開催内容 参加機関 ヶ所(団体)	・介護支援専門員を対象にした研修会や事例検討会等の開催計画を策定し、案内をする。 目標回数 圏域別 2回 ・地域住民に対し、介護予防・自立支援に関する出前講座等を行う。 目標回数 圏域別 2回	○
イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	介護支援専門員のネットワークの構築やその活用を図る。	・居宅介護支援事業所連絡会で市事業等の情報について、介護支援専門員と情報共有を行う。 目標:開催回数 回 参加者 人 ・地域住民に対し、介護予防・自立支援に関する出前講座等を行う。	・居宅介護支援事業所連絡会や主任介護支援専門員勉強会、地域ケア会議等で座談会などを設け介護支援専門員と情報共有を行う。 目標: 圏域別 6 回	○
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。 包括職員と介護支援専門員を対象とした、困難事例についての研修会を開催する。 開催回数 1回(2月)	・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。 目標:個別ケア会議、事例検討、勉強会等 回以上	・介護支援専門員の相談を受け、困難事例に対する支援方法をともに検討し、指導・助言を行う。 想定相談件数 120件(昨年度実績 111件)	○
4 介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務	要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。			評価
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。	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行っている。 目標:短期集中型サービス	・短期集中型サービスの活用。	○
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。	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	・包括連絡会や自立支援型個別ケア会議等研修への参加。	○
ウ 業務委託	居宅介護支援事業所に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	・委託の居宅介護支援事業所に必要に応じてケアマネジメントに関する助言や利用者への支援等をサポートする。 実績:ケアマネ支援(プラン) 回	委託の担当者会議への参加 162回(昨年度実績 162回)	○
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。	・「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。 目標:退院前カンファレンスへの参加 回	目標 退院前カンファレンスへの参加 100 % (参加依頼を受けたカンファレンスへの参加率) (昨年度実績 20回)	○
5 地域ケア会議の運営	地域ケア会議実施要領等に基づき実施し、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、地域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。			評価
ア 地域課題の把握	地域の医療と介護の多様な職種や地域住民との連携を強化し、困難事例だけでなく、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。	・個別ケア会議から地域課題を把握する。 実績:地域課題を記載	・個別ケア会議や圏域別地域ケア会議を実施し地域課題を把握する。 目標回数 圏域別地域ケア会議 6回(昨年度実績 6回)	○
イ 資源開発・政策形成	地域ケア会議で明らかとなった地域の課題を地域づくりや資源開発及び政策形成に着実に結びつけることができるよう、廿日市市保健福祉審議会地域共生専門部会に提案を行う。	・把握した地域課題を市へ報告している。	・個別ケア会議や圏域別地域ケア会議で把握した地域課題を各専門部会で報告、共有する。	○
ウ 自立支援型個別ケア会議の充実	居宅介護支援事業所と連携した自立支援型個別ケア会議を計画的に開催し、介護予防・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるかということの知識や技術を習得したり、共有を図る。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。(9月、3月)	○
6 一般介護予防	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			評価
ア 住民意識の醸成	住民主体の活動(通いの場や生活支援等)につなげられるよう、地域住民の意識啓発を図り、地域全体の福祉意識の醸成に取り組む。		・住民主体の活動の場に参加し、介護予防に対する普及啓発を行う。	○
イ 通いの場の支援	介護予防と生きがいづくりを推進するため、百歳体操やはつぱす！体操を普及し、住民主体による持続可能な活動になるよう、社会福祉協議会や機能改善指導員等専門職と連携しながら立ち上げを支援する。 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標:立ち上げ支援 ヶ所 継続支援 ヶ所	・百歳体操など住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行う。低栄養やフレイルの高齢者への早期介入をする。 目標:新規立ち上げ 1カ所 継続支援 11ヶ所	○
7 在宅医療・介護連携推進業務	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。			評価
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。	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	・東部地区地域ケア会議参加の依頼、情報交換を行う。	○
イ 地域住民への普及啓発	基幹型センターと連携し、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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・五師士会と協力し、在宅医療や介護サービスに関する講演会、ちよつとひと息医療とふくしの相談室、リーフレット等の配布などを通して地域医療や介護について啓発を行う。 目標:ちよつとひと息医療とふくしの相談室 1回	○
ウ 人生会議(ACP)の普及	基幹型センターと連携し、「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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の出前講座など普及啓発を行う。 目標回数 人生会議の出前講座 2回(昨年度実績 0回)	○

8 生活支援体制整備業務	高齢者等の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくため、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。			評価
ア 生活支援コーディネーターとの連携	日常生活圏域戦略会議等を活用して生活支援コーディネーターと密に情報共有を図り、生活支援体制整備に係る方針の検討や実践に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行っている。	・東部戦略会議参加(毎月)	○
イ 協議体の形成支援	生活支援コーディネーターや地域住民等と連携し、第3層圏域及び第2層圏域協議体の立ち上げ及び運営に係る意識開発、運営支援に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	・生活支援コーディネーターや地域共生社会推進室と併に地域の集まりに参加する。	○
9 認知症総合支援業務	共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、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。			評価
ア 早期発見・早期対応	多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。 認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。 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。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行っている。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行っている。 ・出前講座等で参加者等の状況把握をし、認知症が疑われる場合には、必要な支援につなぐ。	○
イ 地域住民への普及啓発	認知症全般や認知症高齢者の意思決定支援、権利擁護に関する講座の開催やパンフレット等を用いた普及啓発に取り組む。	・認知症に関する情報や意思決定支援・権利擁護に関する出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。	・認知症サポーター養成講座などに協力し出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。 想定回数 認知症サポーター養成講座等の出前講座 15回、参加人数 150人(昨年度実績 16回 152人)	○
ウ 認知症予防の推進	認知症予防に関する正しい知識を普及する。 認知症予防の実践及び早期発見・早期診断・早期対応に取り組む。	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	・認知症地域支援推進員と協働し、早期対応を行う。また、必要時に応じ認知症初期集中支援チームにつなぐ。	○
エ 認知症の理解促進	認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・協働し、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。 認知症家族介護者教室の開催。 市単独 1回 事業所との共催 5回	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所(認知症カフェ等)の支援を行う。	・家族介護教室、本人ミーティング、グループワークの支援 目標 オムエル 3回、地域の絆 1回	○
オ 介護者への支援	家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。 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。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	・チームオレンジ立ち上げ支援 目標 1か所 ・チームオレンジ連携、支援 目標 3か月に1回サロンに参加	○
カ 本人・家族等からの情報発信の支援	本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。 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。 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。 すずらんの会(本人ミーティング)を毎月の定期開催する。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	・物忘れ講座、本人発信の支援 目標 1回(佐方市民センター)	○

令和7年度各地域包括支援センターの事業評価について(地域包括支援センターはつかいち中部)

事業計画と評価

業務名	市全体の取組	基本的な活動	包括はつかいち中部独自の事業計画	達成度 ○ 100～70% △ 69～40% × 39～0%
1 総合相談支援業務	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。			評価
ア 総合相談支援	高齢者に限らず、世帯全体の様々な相談に対応し、課題を明確にした上で適切な部署やサービス・制度につなぎ、関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	・申請時確認表を活用し、本人や世帯の課題把握を意図してアセスメントを行う。 目標:相談件数 延 件 ・相談対応時インフォーマルサービスも含めた社会資源の紹介を行う。 ・高齢者の実情に即応して課題で実態把握を行い、インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 目標:実態把握者数 延 件 ・保健事業と介護予防の一体的実施の推進を図る。	・8-A ・10-A ・10-C ・<	

3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者が地域において安心して生活を継続するため、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するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。			評価
	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。 介護支援専門員を対象にした居宅介護支援事業所連絡会を開催する。 開催回数 1回(7月15日) 介護支援専門員連絡協議会と共催し、勉強会を開催する。 開催回数 1回(9月24日)	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 開催内容 ケ所(団体) 参加機関	・17-B ・地域住民に対して、介護予防や自立支援に関する出前講座等を行う。 目標回数 2回 ・介護支援専門員を対象にした研修会や事例検討会等を開催する。 ・複合的な課題をもつ世帯への支援について、多機関が参加する地域ケア会議を開催する。	△
	イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	介護支援専門員のネットワークの構築やその活用を図る。	・居宅介護支援事業所連絡会で市事業等の情報について、介護支援専門員と情報共有を行う。 目標:開催回数 回 参加者 人 ・地域住民に対し、介護予防・自	・17-D ・地域ケア会議等で情報の共有・交換を行い、介護支援専門員同士やその他民生委員等とのネットワークの構築を図る。	○
	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。 包括職員と介護支援専門員を対象とした、困難事例についての研修会を開催する。 開催回数 1回(2月)	・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。 目標:個別ケア会議、事例検討、勉強会等 回以上	・17-C ・介護支援専門員の相談を受け、必要に応じて同行訪問を行う。 ・困難事例に対する支援方法をケース検討や個別ケア会議等を行うなどして検討し、助言等を行う。	○
4	介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務	要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。			評価
	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。	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行っている。 目標:短期集中型サービスの利用者 人	・23-市独自項目Cを活用したプラン作成 ・対象者の状態に応じたサービスを共に検討し、地域の社会資源などを活用したケアマネジメントを行う。	○
	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。	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	・23-B ・包括連絡会等で自立支援・重度化防止のケアマネジメントについて研修に参加する。	○
	ウ 業務委託	居宅介護支援事業者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	・委託の居宅介護支援事業者に必要な応じてケアマネジメントに関する助言や利用者への支援等をサポートする。 実績:ケアマネ支援(プラン)作成 回 ・廿日市市へ委託連絡ガイドラインに基づき適切に対応する。 目標:退院前カンファレンスへの参加 回	・23-I 委託の担当者会議への参加 141件	○
	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。		・退院前カンファレンス等に参加し、関係機関との情報共有を行い、適切なケアマネジメントにつなぐ。	○
5	地域ケア会議の運営	地域ケア会議実施要領等に基づき実施し、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、地域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。			評価
	ア 地域課題の把握	地域の医療と介護の多様な職種や地域住民との連携を強化し、困難事例だけでなく、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。	・個別ケア会議から地域課題を把握する。 実績:地域課題を記載	・21-A ・21-B ・個別ケア会議や地域ケア会議を実施し、地域課題を把握する。 目標回数 地域ケア会議開催 15回 ・必要に応じて関係機関と共有する。	○
	イ 資源開発・政策形成	地域ケア会議で明らかとなった地域の課題を地域づくりや資源開発及び政策形成に著実に結びつけることができるよう、廿日市市保健福祉審議会地域共生専門部会に提案を行う。	・把握した地域課題を市へ報告している。	・21-C ・21-D ・22 ・地域課題について関係部署や所長会議等で報告し共有する。	○
	ウ 自立支援型個別ケア会議の充実	居宅介護支援事業所と連携した自立支援型個別ケア会議を計画的に開催し、介護予防・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるかということの知識や技術を習得したり、共有を図る。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	・20-B ・20-D ・20-F ・居宅介護支援事業所と共に自立支援型個別ケア会議を通じて、地域の課題や資源等を知り、ケアマネジメントの資質向上を図る。	○
6	一般介護予防	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			評価
	ア 住民意識の醸成	住民主体の活動(通いの場や生活支援等)につなげられるよう、地域住民の意識啓発を図り、地域全体の福祉意識の醸成に取り組む。		・民生委員や地域サロン、各種団体などで出前講座を行い、介護予防に対する普及啓発を行う。	○
	イ 通いの場の支援	介護予防と生きがいづくりを推進するため、百歳体操やはつはつ！体操を普及し、住民主体による持続可能な活動になるよう、社会福祉協議会や機能改善指導員等専門職と連携しながら立ち上げを支援する。 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標:立ち上げ支援 ケ所 継続支援 ケ所	・25-I ・百歳体操など、住民主体の通いの場の新規立ち上げや継続支援を行う。 目標 百歳体操の出前講座 18回 新規立ち上げ 7カ所	○
7	在宅医療・介護連携推進業務	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。			評価
	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。	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	・25-D ・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加し、ネットワークの構築を図る。 ・関係機関との情報共有をし、支援の体制を作る。	○
	イ 地域住民への普及啓発	基幹型センターと連携し、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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25 ・五師士会と協力し、在宅医療や介護サービスに関する講演会、ちょっとひと息医療とふくしの相談室、リーフレット等の配布などを通して地域医療や介護について啓発を行う。 目標 ちょっとひと息医療とふくしの相談室 1回	○
	ウ 人生会議(ACP)の普及	基幹型センターと連携し、「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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25 ・地域サロン等で人生会議の出前講座を実施する。	○

8 生活支援体制整備業務	高齢者等の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくため、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。				評価
ア 生活支援コーディネーターとの連携	日常生活圏域別戦略会議等を活用して生活支援コーディネーターと密に情報共有を図り、生活支援体制整備に係る方針の検討や実践に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行っている。	・25-B	・中部戦略会議に出席し、生活支援コーディネーターとの課題の共有や解決に向けて検討する。	○
イ 協議体の形成支援	生活支援コーディネーターや地域住民等と連携し、第3層圏域及び第2層圏域協議体の立ち上げ及び運営に係る意識開発、運営支援に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	・25-E	・生活支援コーディネーターと共に地域のサロン等通いの場での活動を把握し、地域活動の支援を行う。	○
9 認知症総合支援業務	共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、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。				評価
ア 早期発見・早期対応	多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。 認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。 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。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的にやっている。	・25-C	・認知症地域支援推進員と共に実態把握を行い、必要に応じて初期集中支援チームなど関係機関につなぐ。	○
イ 地域住民への普及啓発	認知症全般や認知症高齢者の意思決定支援、権利擁護に関する講座の開催やパンフレット等を用いた普及啓発に取り組む。	・認知症に関する情報や意思決定支援・権利擁護に関する出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。	・25	・出前講座など、普及啓発を行う。	○
ウ 認知症予防の推進	認知症予防に関する正しい知識を普及する。 認知症予防の実践及び早期発見・早期診断・早期対応に取り組む。	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	・25	・認知症予防について、通いの場やサロンなどで出前講座等で普及啓発を行う。	○
エ 認知症の理解促進	認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・協働し、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。 認知症家族介護者教室の開催。 市単独 1回 事業所との共催 5回	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所（認知症カフェ等）の支援を行う。	・25	・認知症カフェ(n-cafe など)への参加や開催支援を行う。	○
オ 介護者への支援	家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。 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。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	・25	地域包括支援センターや家族介護教室等の周知、情報提供を行い、必要な支援やサービスにつなぐ。	○
カ 本人・家族等からの情報発信の支援	本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。 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。 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。 すずらんの会(本人ミーティング)を毎月の定期開催する。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	・25-F	・地域包括支援センターや家族介護教室等の周知、情報提供を行い、必要な支援やサービスにつなぐ。	○

令和7年度各地域包括支援センターの事業評価について(地域包括支援センターさいき)

事業計画と評価

業務名	市全体の取組	基本的な活動	包括さいき独自の事業計画	達成度 ○ 100～70% △ 69～40% × 39～0%
1 総合相談支援業務	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。			評価
ア 総合相談支援	高齢者に限らず、世帯全体の様々な相談に対応し、課題を明確にした上で適切な部署やサービス・制度につなぎ、関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	・申請時確認票を活用し、本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。 目標:相談件数 延 件 ・相談対応時インフォーマルサービスも含めた社会資源の紹介を行う。	・8-A ・10-A 想定件数 延 7,800 件(昨年度実績 7,765件) ・申請時確認票を活用し、本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。 ・相談対応時インフォーマルサービスも含めた社会資源の紹介を行う。	○
イ 実態把握	様々な手段により、担当圏域の高齢者の心身状況や家庭環境等について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。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組において、圏域担当保健師と連携し、把握した健康状態不明者の実態把握や必要な支援を行う。	・高齢者の実情に合わせた頻度で実態把握を行い、インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 目標:実態把握者数 延 件 ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康不明者への訪問に	・10-C ・ ・インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 想定件数 延 1,700 件(昨年度実績 1,654件) ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康不明者の対象者把握を行い、孤立化防止を図る。 目標 90%	○
ウ 地域におけるネットワークの構築	センターとしての日々の活動や、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。 センターの業務の理解と協力を得るため、地域住民及び関係機関へ周知する。	・地域ケア会議などで運営方針・事業計画を周知しお互いの職種の役割について理解を深め、連携強化を図る。 目標:複数の職種参加の地域ケア会議回数 回	・20-A ・地域ケア会議などで運営方針・事業計画を周知しお互いの職種の役割について理解を深め、連携強化を図る。 目標 多職種参加の地域ケア会議 20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、身近な相談機関として家族介護者の相談に応じるなど、適切な情報提供等を行う。 全域を対象とした家族介護者教室を開催する。 認知症家族介護者教室 5回/年 家族介護者教室 2回/年(廿日市地域・佐伯地域)	・家族介護者から相談件数や相談内容を取りまとめる。 目標:相談件数 件 ・適切な社会資源の情報提供を行うため、社会資源表を整理する。 ・家族介護者教室を開催し、家族からの相談や家族同士の集まりの機会を持つ。 目標:開催回数 回	・9-C ・9-D ・9-E ・9-F ・家族介護者から相談件数や相談内容を取りまとめる。 目標 相談件数 1,700件(昨年度実績 1,665件) ・適切な社会資源の情報提供を行うため、社会資源表を整理する。 ・家族介護者教室を開催し、家族からの相談や家族同士の集まりの機会を持つ。 目標回数 2回	○
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よう確認体制を整える。	・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 目標:終結の判断機会の回数 回	・8-B ・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 目標 終結の判断機会 12回	×
カ 重層的な総合相談	複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯については、次の点に留意して適切に対応する。 ①課題を抱えている地域住民の心身の状況や、置かれている環境、その他の事情を勘案し、重層的支援の必要性を検討する。 ②支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぐ。 ③支援拒否や面接ができない等の事例について継続したアウトリーチを行い、本人とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、相談支援にあたる。	・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 目標:個別ケア会議の開催回数 回 ・支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぎ、多面から個別ケア支援や多機関協働事業でのケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件 (うち見守り体制を整備)	・20-B ・20-E ・20-D ・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 想定件数 2件(うち課題を整理した件数 2件) ・支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぎ、多面からの助言や支援を受け包括的な支援を行う。	○
キ 孤立化防止	支援困難者について、民生委員等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。 支援方法については、多機関協働事業でのケース会議も活用する。	・20-B ・20-E ・20-D ・個別ケア会議や多機関協働事業でのケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 想定件数 2件		○
2 権利擁護業務	権利侵害行為の対象となっている、また対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使することができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行い安心して尊厳のある生活を送ることができるようにする。			評価
ア 高齢者の虐待防止、早期発見	高齢者の身近な地域の専門機関として、相談を受け、課題を明確にし、計画的な支援を実施しながら、養護者への支援も含めて適切な対応を行う。 家族介護者教室を食事介助についてをテーマに2回/年開催する。(廿日市地域、佐伯地域)	・虐待の事例検討(勉強会)を開催し、職員のスキルアップを図る。 ・高齢者虐待(疑い)対応の流れをより明確にするためにフローチャートの見直しを行い、センター職員が共有している。 ・センターに在席する全ての職	・14-D ・14-F ・高齢者虐待(疑い)対応の流れをより明確にするためにフローチャートの見直しを行い、センター職員が共有している。 ・センターに在席する全ての職	○
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、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。 認知症等により判断能力の低下が見受けられる場合は、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の活用を図り、高齢者の権利擁護を図る。 全域での啓発活動 HPへ掲載、成年後見利用促進センターチラシの設置を行う。	・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報している。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 箇所(団体)	・14-B ・14-G ・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報している。 目標回数 2回 ・成年後見制度の説明や申し立てに係る支援を行う。 目標件数 45件(昨年度実績41件)	○
ウ 消費者被害の防止	警察、消費生活センター等と連携をとり、被害の未然防止、問題の解決に努める。 全域での啓発活動 HPへ掲載、民生委員児童委員協議会・健康イベントなどでチラシ配布・出前講座で啓発する。	・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。 目標:広報回数 回 広報した関係機関 箇所(団体)	・14-C ・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。 目標回数 5回 (昨年度実績 1回)	○
エ 普及啓発	地域住民や高齢者の見守り活動を行う関係者に高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行う。 全域での啓発活動 HPへ掲載、広報はつがい11月号に虐待防止に関して掲載、民生委員児童委員協議会・出前講座・健康イベントなどで啓発する。	・地域住民や民生委員等が高齢者虐待等に関する普及啓発を行う。 目標:啓発回数 回 啓発した関係機関 箇所(団体)	・地域住民や民生委員児童委員等が高齢者虐待等に関する普及啓発を行う。 目標回数 1回	○

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者が地域において安心して生活を継続するため、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するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。				評価
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。 介護支援専門員を対象にした居宅介護支援事業所連絡会を開催する。 開催回数 1回(7月15日) 介護支援専門員連絡協議会と共催し、勉強会を開催する。 開催回数 1回(9月24日)	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 開催内容 参加機関 ヶ所(団体)	・17-B	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標回数 5回 開催内容 ・法人や事業所などの地域貢献について ・甘日市市の防災体制について 参加機関 15ヶ所(団体)	○
イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	介護支援専門員のネットワークの構築やその活用を図る。	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 参加者 人 ・地域住民に対し、介護予防・自立支援に関する山形県地域づくり協議会	・17-D	・地域住民に対し、介護予防・自立支援に関する出前講座等を行う。 目標回数 19回 目標参加者 320人	○
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。 包括職員と介護支援専門員を対象とした、困難事例についての研修会を開催する。 開催回数 1回(2月)	・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。 目標:個別ケア会議、事例検討、勉強会等 回以上	・17-C	・介護支援専門員の相談を受け、困難事例に対する支援方法をともに検討し、指導・助言を行う。 想定相談件数 120件(昨年度実績 116件)	○
4 介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務	要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。				評価
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。	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行っている。 目標:短期集中型サービスの利用者 うち、サービス終了後本人の取組が継続 人	・23-市独自項目Cを活用したプラン作成	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行う。 ・短期集中型サービスの活用 目標件数 10件	○
イ 自立支援に向けたケアマネジメント	「甘日市市介護予防・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。	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	・23-B	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	○
ウ 業務委託	居宅介護支援事業所に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	・要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。 実績:ケアマネ支援(プラン) 回 ケアマネ支援(困難事例) 回	・23-I	・委託担当者会議への参加 60件(R6実績55件)	○
エ 入退院時連携	「甘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。	・「甘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。 目標:退院前カンファレンスへの参加 回		・退院前カンファレンスへの参加 想定件数 8件	○
5 地域ケア会議の運営	地域ケア会議実施要領等に基づき実施し、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、地域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。				評価
ア 地域課題の把握	地域の医療と介護の多様な職種や地域住民との連携を強化し、困難事例だけでなく、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。	・個別ケア会議から地域課題を把握する。 実績:地域課題を記載	・21-A ・21-B	・個別ケア会議から地域課題を把握する。	○
イ 資源開発・政策形成	地域ケア会議で明らかとなった地域の課題を地域づくりや資源開発及び政策形成に着実に結びつけることができるよう、甘日市市保健福祉審議会地域共生専門部会に提案を行う。	・把握した地域課題を市へ報告している。	・21-C ・21-D ・22		○
ウ 自立支援型個別ケア会議の充実	居宅介護支援事業所と連携した自立支援型個別ケア会議を計画的に開催し、介護予防・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるかということの知識や技術を習得したり、共有を図る。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	・20-B ・20-D ・20-F	・自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	○
6 一般介護予防	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				評価
ア 住民意識の醸成	住民主体の活動(通いの場や生活支援等)につなげられるよう、地域住民の意識啓発を図り、地域全体の福祉意識の醸成に取り組む。				○
イ 通いの場の支援	介護予防と生きがいづくりを推進するため、百歳体操やはつはつ！体操を普及し、住民主体による持続可能な活動になるよう、社会福祉協議会や機能改善指導員等専門職と連携しながら立ち上げを支援する。 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標:立ち上げ支援 ヶ所 継続支援 ヶ所	・25-I	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標 立ち上げ支援 1ヶ所 継続支援 16ヶ所	○
7 在宅医療・介護連携推進業務	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。				評価
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。	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	・25-D	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	○
イ 地域住民への普及啓発	基幹型センターと連携し、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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	○
ウ 人生会議(ACP)の普及	基幹型センターと連携し、「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」「これからは手帳」等を活用し、出前講座等を実施する。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	○

8 生活支援体制整備業務	高齢者等の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくため、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。				評価
ア 生活支援コーディネーターとの連携	日常生活圏域別戦略会議等を活用して生活支援コーディネーターと密に情報共有を図り、生活支援体制整備に係る方針の検討や実践に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行っている。	・25-B	・特に玖島地区について、定期的にSCや市職員、地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行う。	○
イ 協議体の形成支援	生活支援コーディネーターや地域住民等と連携し、第3層圏域及び第2層圏域協議体の立ち上げ及び運営に係る意識開発、運営支援に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	・25-E	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	○
9 認知症総合支援業務	共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、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。				評価
ア 早期発見・早期対応	多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。 認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。 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。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行っている。	・25-C	・初期集中支援チーム等の関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行う。	○
イ 地域住民への普及啓発	認知症全般や認知症高齢者の意思決定支援、権利擁護に関する講座の開催やパンフレット等を用いた普及啓発に取り組む。	・認知症の関する情報や意思決定支援・権利擁護に関する出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。	・25	・人権擁護委員会の催し(佐伯地域の4地区で実施)の際に、同時開催で認知症の人へのかかわり方について認知症地域支援推進員が講演を行う。	○
ウ 認知症予防の推進	認知症予防に関する正しい知識を普及する。 認知症予防の実践及び早期発見・早期診断・早期対応に取り組む。	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	・25	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	○
エ 認知症の理解促進	認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・協働し、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。 認知症家族介護者教室の開催。 市単独 1回 事業所との共催 5回	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所(認知症カフェ等)の支援を行う。	・25	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所(認知症カフェ等)の支援を行う。	○
オ 介護者への支援	家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。 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。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	・25	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	○
カ 本人・家族等からの情報発信の支援	本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。 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。 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。 すずらんの会(本人ミーティング)を毎月の定期開催する。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	・25-F	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	○

令和7年度各地域包括支援センターの事業評価について(地域包括支援センターおおの)

事業計画と評価

業務名	市全体の取組	基本的な活動	包括おおの独自の事業計画	達成度 ○ 100～70% △ 69～40% × 39～0%	
1 総合相談支援業務	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。			評価	
ア 総合相談支援	高齢者に限らず、世帯全体の様々な相談に対応し、課題を明確にした上で適切な部署やサービス・制度につなぎ、関係機関等と適宜連携しながら継続的な支援を行う。	・申請時確認票を活用し、本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。 目標:相談件数 延 件	・8-A ・10-A	想定件数 延12,900件(昨年度実績 12,845件) ・本人や世帯の課題把握を意識してアセスメントを行う。緊急性に応じて適切な支援に結びつける。	○
イ 実態把握	様々な手段により、担当圏域の高齢者の心身状況や家庭環境等について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。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組において、圏域担当保健師と連携し、把握した健康状態不明者の実態把握や必要な支援を行う。	・相談対応は時インフォーマル。 ・高齢者の実情に合わせた頻度で実態把握を行い、インフォーマルも含めた支援体制を調整する。 目標:実態把握者数 延 性	・10-C	想定件数 延1,350件(昨年度実績 1,304件) ・保健事業と介護予防の一体的実施の健康不明者の対象者把握を行い、孤立化防止を図る。 目標90%	○
ウ 地域におけるネットワークの構築	センターとしての日々の活動や、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。 センターの業務の理解と協力を得るため、地域住民及び関係機関へ周知する。	・地域ケア会議などで運営方針・事業計画を周知しお互いの職種の役割について理解を深め、連携強化を図る。 目標:複数の職種参加の地域ケア会議回数 回	・20-A	民生委員児童委員定例会、情報交換会、サロン、協議会、支所会議、地域密着サービス事業所の運営推進会議などに参加。地域包括支援センターの周知を行う。 想定回数 60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、身近な相談機関として家族介護者の相談に応じるなど、適切な情報提供等を行う。 全域を対象とした家族介護者教室を開催する。 認知症家族介護者教室 5回/年 家族介護者教室 2回/年(廿日市地域・佐伯地域)	・家族介護者かつ相談件数や相談内容をとりまとめる。 目標:相談件数 件	・9-C ・9-D ・9-E ・9-F	・市民センター等の実施する家族介護者教室に参加し、家族から相談をうける。 想定件数 2,200件(昨年度実績延2,189件) 家族介護教室への参加 目標 6回	○
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よう確認体制を整える。	・定期的に終結ケースの判断をセンター内で行う。 目標:終結の判断機会の回数 回	・8-B	・月報報告時に終結ケースの判断をセンター内で行う。	○
カ 重層的な総合相談	複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯については、次の点に留意して適切に対応する。 ①課題を抱えている地域住民の心身の状況や、置かれている環境、その他の事情を勘案し、重層的支援の必要性を検討する。 ②支援が必要であると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぐ。 ③支援拒否や面接ができない等の事例について継続したアウトリーチを行い、本人とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、相談支援にあたる。	・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 目標:個別ケア会議の開催回数 回	・20-B ・20-E ・20-D	・重層的な課題を抱える世帯については、個別ケア会議を開催し課題を整理する。 想定件数20件(昨年度実績 17件) ・必要に応じ基幹型を通じ地域共生社会推進室へ相談、または、高齢介護課から県の専門職派遣などを依頼し、多角的な支援会議を行い、適切な支援を検討する。	○
キ 孤立化防止	支援困難者について、民生委員等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。 支援方法については、多機関協働事業でのケース会議も活用する。	・支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につなぎ、多方面からの助言や支援を受け包括的協働ケア会議や多機関協働事業でのケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 目標:個別ケア会議等の開催回数 件 (また見守り体制を整備)	・20-B ・20-E ・20-D	・個別ケア会議等のケース会議を通して関係機関と連携し、見守りを継続する体制づくりを行う。 想定件数 見守り等の相談 延570件(昨年度実績 566件)	△
2 権利擁護業務	権利侵害行為の対象となっている、また対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使することができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行い安心して尊厳のある生活を送ることができるようにする。			評価	
ア 高齢者の虐待防止、早期発見	高齢者の身近な地域の専門機関として、相談を受け、課題を明確にし、計画的な支援を実施しながら、養護者への支援も含めて適切な対応を行う。 家族介護者教室を食事介助についてをテーマに2回/年開催する。(廿日市地域、佐伯地域)	・虐待の事例検討(勉強会)を開催し、職員のスキルアップを図る。 ・高齢者虐待(疑い)対応の流れをより明確にするためにフローチャートの見直しを行い、センター職員が共有している。 ・センターに在席する全ての職員 ・成年後見利用促進センター・消費生活センター等相談窓口を市民や関係機関に広報している。 目標:広報回数 回 広報した関係機関ヶ所(団体)	・14-D ・14-F	・社会福祉士が虐待防止委員会を企画し9月に実施。 ・センターに在席する全ての職員が高齢者虐待・権利擁護に関する研修を受講する。	○
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、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。 認知症等により判断能力の低下が見受けられる場合は、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の活用を図り、高齢者の権利擁護を図る。 全域での啓発活動 HPへ掲載、成年後見利用促進センターチラシの設置を行う。	目標:広報回数 回 広報した関係機関ヶ所(団体)	・14-B ・14-G	・市全体の広報を社会福祉部会で検討し、啓発する。 ・成年後見制度の説明や申立てに係る支援を行う。 想定件数 相談や説明件数 延100件(昨年度実績 102件)	○
ウ 消費者被害の防止	警察、消費生活センター等と連携をとり、被害の未然防止、問題の解決に努める。 全域での啓発活動 HPへ掲載、民生委員児童委員協議会・健康イベントなどでチラシ配布・出前講座で啓発する。	・消費者被害防止や相談先の広報を必要時行う。 目標:広報回数 回 広報した関係機関ヶ所(団体)	・14-C	・詐欺や消費者被害防止の周知を民生委員・児童委員の定例会で行う。 ・消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について消費生活センターや警察等と連携して対応する。 想定件数 延30件 (昨年度実績 延26件)	○
エ 普及啓発	地域住民や高齢者の見守り活動を行う関係者に高齢者の権利擁護に関する普及啓発を行う。 全域での啓発活動 HPへ掲載、広報はつかいち11月号に虐待防止に関して掲載、民生委員児童委員協議会・出前講座・健康イベントなどで啓発する。	・地域住民や民生委員等が高齢者虐待等に関する普及啓発を行う。 目標:啓発回数 回 啓発した関係機関ヶ所(団体)		・市全体の広報を社会福祉部会で検討し、啓発する。 ・市民センターだよりなどで啓発を行う。	○

3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	高齢者が地域において安心して生活を継続するため、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するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。			評価
	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。 介護支援専門員を対象にした居宅介護支援事業所連絡会を開催する。 開催回数 1回(7月15日) 介護支援専門員連絡協議会と共催し、勉強会を開催する。 開催回数 1回(9月24日)	・介護支援専門員からの相談事例や地域課題について多機関が参加する地域ケア会議を開催する。 目標:開催回数 回 開催内容 回 参加機関 ケ所(団体)	・17-B ・地域ケア会議で圏域の介護支援専門員に参加をよびかけ、住民(区長・民生委員児童委員・福祉部会員)・施設・薬局・社協・行政など関係機関で座談会を開催する。 目標回数 9回	○
	イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用	介護支援専門員のネットワークの構築やその活用を図る。	・居宅介護支援事業所連絡会と市事業等の情報について、介護支援専門員と情報共有を行う。 目標:開催回数 回 参加者 人	・17-D ・自立支援型個別ケア会議時に専門職のみの座談会を開催し、居宅同士のネットワーク構築に努める。 目標回数 2回	○
	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。 包括職員と介護支援専門員を対象とした、困難事例についての研修会を開催する。 開催回数 1回(2月)	・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。 目標:個別ケア会議、事例検討、勉強会等 回以上	・17-C ・介護予防支援専門員への困難ケース、ケース検討等の支援 想定相談件数 320件(昨年度実績 316件)	○
4	介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務	要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、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。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、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。			評価
	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。	・本人の意欲を目標にした、総合事業等やインフォーマルサービスを利用したケアマネジメントを行っている。 目標:短期集中型サービス	・23-A ・短期集中型サービスの活用 想定件数 18件	△
	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。	・自立支援・重度化防止のケアプラン作成に関する研修会・勉強会等へ参加する。	・23-B ・包括連絡会等で自立支援・重度化防止のケアマネジメントについての研修に参加する。	○
	ウ 業務委託	居宅介護支援事業者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。	・委託の居宅介護支援事業者に必要に応じてケアマネジメントに関する助言や利用者への支援等をサポートする。 実績:ケアマネ支援(プラン) 回	・23-I ・委託のサービス担当者会議出席 想定件数 230件	○
	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。	・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。 目標:退院前カンファレンスへの参加 回	・退院前カンファレンスへの参加 想定件数 20件(昨年度実績17件)	○
5	地域ケア会議の運営	地域ケア会議実施要領等に基づき実施し、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、地域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。			評価
	ア 地域課題の把握	地域の医療と介護の多様な職種や地域住民との連携を強化し、困難事例だけでなく、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。	・個別ケア会議から地域課題を把握する。 実績:地域課題を記載	・21-A ・21-B ・個別ケア会議や関係機関との会議や相談等から地域課題について把握する。 想定件数 17件	○
	イ 資源開発・政策形成	地域ケア会議で明らかとなった地域の課題を地域づくりや資源開発及び政策形成に着実に結びつけることができるよう、廿日市市保健福祉審議会地域共生専門部会に提案を行う。	・把握した地域課題を市へ報告している。	・21-C ・21-D ・22 ・地域づくりや資源開発等に結びつけるために関係機関や所長会議などに把握した地域課題を問題提起していく。また課題解決に向けて勉強会や座談会を実施する。 想定回数 圏域別地域ケア会議 9回	○
	ウ 自立支援型個別ケア会議の充実	居宅介護支援事業所と連携した自立支援型個別ケア会議を計画的に開催し、介護予防・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるかという知識や技術を習得したり、共有を図る。	・各包括支援センターごとで、自立支援型個別ケア会議を年2回開催する。	・20-B ・20-D ・20-F ・自立支援型個別ケア会議を年2回実施する。 ・自立支援・ケアマネジメント技術取得のためにについての勉強会に参加する。	○
6	一般介護予防	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			評価
	ア 住民意識の醸成	住民主体の活動(通いの場や生活支援等)につなげられるよう、地域住民の意識啓発を図り、地域全体の福祉意識の醸成に取り組む。		・出前講座や出前相談等を行い、フレイル予防や地域のつながりづくりの重要性について説明していく。 目標回数 5回	○
	イ 通いの場の支援	介護予防と生きがいづくりを推進するため、百歳体操やはつはつ！体操を普及し、住民主体による持続可能な活動になるよう、社会福祉協議会や機能改善指導員等専門職と連携しながら立ち上げを支援する。 フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。	・住民主体の通いの場の新規の立ち上げ支援や継続支援を行っている。 目標:立ち上げ支援 ケ所 継続支援 ケ所	・25-I ・大野・宮島地域で実施している百歳体操のサロン等の新規立ち上げやフォローをしていく。 目標回数 21回	○

7 在宅医療・介護連携推進業務		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。			評価
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。	・医療・介護関係機関の研修会・講演会等へ積極的に参加する。 ・包括内での研修等の復命によりスキルアップに努める。	・25-D	・医療・介護関係機関の研修等に係員が年1回は、受講できるようにする。 ・廿日市市五士師会と共催で研修を実施する。	○
イ 地域住民への普及啓発	基幹型センターと連携し、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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・在宅医療・介護連携推進の啓発のちらしを設置し、必要に応じ説明をしていく。 ・五士師会と共催で「ちょっとひと息医療とふくしの相談室」を10月に大野4区と12月に宮島で実施する。	○
ウ 人生会議(ACP)の普及	基幹型センターと連携し、「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。	・人生会議サポーター養成講座を受講し、地域で人生会議の普及啓発を行っている。	・25	・人生会議サポーター養成講座やフォローアップ講座を受講し、出前講座を開催し、人生会議を普及する。	○
8 生活支援体制整備業務		高齢者等の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくため、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。			評価
ア 生活支援コーディネーターとの連携	日常生活圏域別戦略会議等を活用して生活支援コーディネーターと密に情報共有を図り、生活支援体制整備に係る方針の検討や実践に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地域課題や社会資源の協議を行っている。	・25-B	・生活支援コーディネーターと協議体や地域ケア会議の場で情報共有し、地域課題の解決にむけて検討する。	○
イ 協議体の形成支援	生活支援コーディネーターや地域住民等と連携し、第3層圏域及び第2層圏域協議体の立ち上げ及び運営に係る意識開発、運営支援に取り組む。	・定期的にSCや地区組織と情報共有や連携を図り、地区活動の支援に携わっている。	・25-E	・地域の集まりに参加し、地域の課題解決に連携して取り組む。 目標回数 19回	○
9 認知症総合支援業務		共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、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。			評価
ア 早期発見・早期対応	多様な社会資源を把握し、参加支援に繋げる。 認知症の人又は家族が交流する活動を支援する。 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。	・初期集中支援チーム関係機関と支援対象者の情報共有を定期的に行っている。	・25-C	・本人、家族、知人からの相談支援。 想定件数延べ890件(昨年度実績 延877件) ・初期集中支援チームとの連携。 ・毎月1回もの忘れ相談会の実施する。	○
イ 地域住民への普及啓発	認知症全般や認知症高齢者の意思決定支援、権利擁護に関する講座の開催やパンフレット等を用いた普及啓発に取り組む。	・認知症の関する情報や意思決定支援・権利擁護に関する出前講座や各種広報等により普及啓発を行う。	・25	・社会福祉協議会と一緒に認知症サポーター養成講座を実施する。また出前講座を実施する。 想定件数 25回 (昨年度実績28回)	○
ウ 認知症予防の推進	認知症予防に関する正しい知識を普及する。 認知症予防の実践及び早期発見・早期診断・早期対応に取り組む。	・認知症予防の正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。	・25	・出前健康教室や健康まつりなどで脳の健康チェックを行い、認知症の予防について啓発を行う。 想定件数 25件(昨年度実績23件)	○
エ 認知症の理解促進	認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・協働し、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。 認知症家族介護者教室の開催。 市単独 1回 事業所との共催 5回	・新しい認知症観や意思決定支援等正しい知識について、出前講座や各種広報により普及啓発を行う。 ・認知症やその家族の居場所(認知症カフェ等)の支援を行う。	・25	・認知症カフェに参加し支援する。 想定回数 12回	○
オ 介護者への支援	家族介護者の負担や悩みを傾聴し、必要な支援につなぐ。 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。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。	・25	・大野地域で7月に本人と家族の一体的支援を行う。	○
カ 本人・家族等からの情報発信の支援	本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。 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。 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。 すずらんの会(本人ミーティング)を毎月の定期開催する。	・家族会や本人ミーティング等の支援を行う。 ・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	・25-F	・すずらんの会の支援を認知症地域支援推進員を中心に行う。 ・地域包括支援センターや家族介護教室等の周知、情報提供を行い、必要な支援やサービスにつなぐ。	○