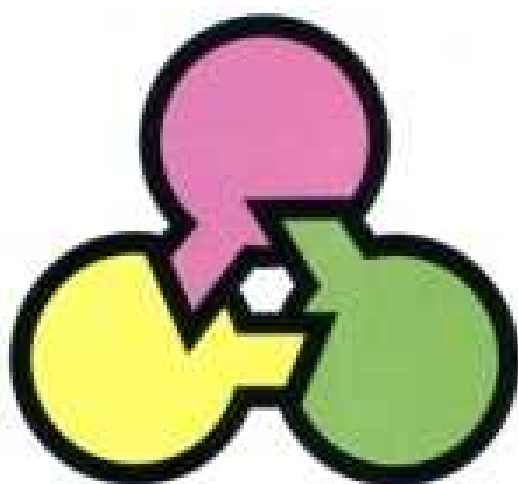


令和7年度 事業計画書



八百津町地域包括支援センター

《 目 次 》

I	地域包括支援センター運営の基本方針・・・・・・・・・・	4
II	業務計画・・・・・・・・・・	5
	【1】 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務・・・・・・・・	5
	【2】 一般介護予防事業・・・・・・・・・・	6
	【3】 総合相談支援事業・・・・・・・・・・	8
	【4】 権利擁護事業・・・・・・・・・・	9
	【5】 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務・・・・・・・・	10
	【6】 任意事業等・・・・・・・・・・	11
	【7】 地域包括ケア推進事業・・・・・・・・・・	12
	【8】 認知症総合支援事業・・・・・・・・・・	12
	【9】 在宅医療・介護連携推進事業・・・・・・・・・・	13
	【10】 その他の事業・・・・・・・・・・	14
III	利用時間・・・・・・・・・・	14
IV	休業日・・・・・・・・・・	14
V	事業予算・・・・・・・・・・	15

I 地域包括支援センター運営の基本方針

1 地域包括支援センター設置の目的

地域包括支援センターは地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されるものである。

2 地域包括支援センターの基本機能

地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業に係る介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや一般介護予防事業の実施においては、指定介護サービス事業所の活用に加え、住民主体の通いの場等の活用を推進するために体制を整えていく。
- (2) 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応を含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
- (3) 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

3 運営に当たっての留意事項

(1) チームアプローチによる運営

保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。

用語： 介護支援専門員 ＝ ケアマネジャー 主任介護支援専門員 ＝ 主任ケアマネジャー

(2) 地域における様々な資源の活用

地域包括支援センターの運営に当たっては、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなどさまざまな関係者がそれぞれの能力を生かしながら相互に連携することにより、地域の様々な社会資源を活用した継続的かつ包括的なケアが行われるよう、地域包括支援センターが中心となり関係者との連携を図る場を設け、情報の共有化、事例の分析を行う等ネットワーク形成に努める。

(3) 地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センターの運営に当たっては、その方針について、地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）の議を経ることとし公正・中立を確保し、その円滑かつ適正な運営をはかる。

(4) 個人情報の取り扱いについて

地域包括支援センターの運営上、多くの個人情報を取り扱うことになるため、次に掲げる事項に留意するものとする。

- 1) 地域包括支援センターにおける各事業の実施にあたり、各業務の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることに鑑み、予め本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了解を得ておくこと。
- 2) 個人情報の取り扱いについては、関係法令を遵守し、厳重に取り扱い、その保護に遺漏のないよう十分に留意すること。

Ⅱ 業 務 計 画

1 地域包括支援センターにおいて、以下の業務を実施する。

【1】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務

以下の手順において実施する。

① 利用申し込みの受付

介護認定審査会において要支援1または要支援2と判定された者・基本チェックリストにより事業対象者に該当する者に対し、重要事項説明書を交付し説明し、同意を得た上で所定書類に必要事項を記載し町に届け出る。

② 契約締結

利用申込者と契約を締結する。

③ アセスメント

利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行う。

④ 介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成する。

⑤ サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取する。

⑥ 介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付する。

⑦ サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整を行う。

⑧ モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により、計画の実施状況を把握する。

⑨評価

6～12ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行う。

⑩給付管理業務

介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載する。

⑪介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領する。

※介護予防サービス計画作成件数（令和7年3月1日）180名

内訳 要支援1： 64名（委託23名含む）

要支援2： 107名（委託46名含む）

業対象者： 9名

【2】一般介護予防事業

一般介護予防事業の介護予防把握事業等により、町が把握・選定した高齢者について、自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標として実施される一般介護予防事業に関するケアマネジメントを以下の手順において実施する。

①対象者の把握

広報による募集、訪問、相談等により介護予防事業への参加に同意した者を把握する。

②一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行う。

③介護予防サービス計画の作成

一次アセスメントの結果を基に介護予防サービス計画作成の要否の判断をおこなう。

作成の必要な方について、その心身の状態を把握しつつ、介護予防サービス計画の目標や利用する事業内容などを決定する。

④事業の実施

介護予防サービス計画に基づき一般介護予防事業を実施し、事業実施前後の目標達成度や心身状態の改善の評価を行う。

⑤評価

一定期間経過後、各高齢者の状態を再度アセスメントし必要に応じて介護予防サービス計画を変更する。

■令和7年度の一般介護予防事業

対象者：概ね65歳以上の方

① お元気サロン

目的：認知症予防、運動機能向上、口腔機能向上、低栄養予防をプログラムに取り入れ、フレイル予防を中心として生活機能全般の維持向上を図る。

会場：福祉センター 介護予防訓練室

回数：22回

② 脳活サロン

目 的：頭と身体を同時に使う「コグニサイズ（※）」を行い、いつまでも若々しい脳、元気な身体で毎日生き活きと生活できるよう、認知機能・身体機能の維持向上を図る。さらに、運動機能向上、口腔機能向上、低栄養予防をプログラムに取り入れ、生活機能全般をより一層の向上を目指す。

※コグニサイズとは、国立長寿医療研究センターが開発した運動と認知課題（計算、しりとりなど）を組み合わせた、認知症予防を目的とした取り組みの総称です。

会 場：ファミリーセンター 大研修室

回 数：20回

③ 体力脳力向上教室

目 的：椅子に座ってできる有酸素運動プログラム、ストレッチ体操、筋力トレーニングや認知機能を高める歌に合わせた手遊びに取り組み、いつまでも自分のことは自分でできる体力と脳力（認知機能）を維持向上する。

講 師：健康運動指導士

会 場：福地出張所

回 数：5回

④ らく楽トレーニング教室

目 的：立つ・座る・歩く・階段を昇り降りする等の基本的な日常生活に必要な筋力をつけるため、トレーニング機器を利用して筋力・体力の維持向上により心身機能を高め、フレイルを予防し運動習慣を身に付ける。

会 場：福祉センター 介護予防訓練室

第1回：10回

第2回：10回 全20回

⑤ らく楽トレーニング教室 in 紙ひこうき

目 的：立つ・座る・歩く・階段を昇り降りする等の基本的な日常生活に必要な筋力をつけるため、トレーニング機器を利用して筋力・体力の維持向上により心身機能を高め、フレイルを予防し運動習慣を身に付ける。

会 場：リハビリデイサービス 紙ひこうき

回 数：23回

⑥ らく楽自主トレーニング利用者講習会

目 的：トレーニング機器を利用した運動の目的や注意点について学び、らく楽自主トレーニングに継続的に参加する。

会 場：福祉センター 介護予防訓練室

回 数：12回（5月・7月・9月・11月・1月・3月）

⑦ らく楽自主トレーニング

目 的：トレーニング機器を使い、トレーニングを自主的に行うことで運動習慣を身に付け、体力筋力の維持向上を目指し、自らの運動機能向上やフレイル予防・介護予防を図る。

会 場：福祉センター 介護予防訓練室

利用時間：月曜日～土曜日（年末年始、日曜日と祝日及び介護予防教室等実施時間を除く）

午前：9時00分～12時00分（土曜日は午前中のみ）

午後：1時00分～5時00分

⑧ 認知症啓発映画会

目 的：認知症という病気の理解を深めると共に、認知症は誰もがなりうる身近な病気であることを広く啓発する。さらに、映画会を通して地域で見守り支え合うことが重要なことだと認識することで認知症全般の普及啓発を図る。

回 数：1回

⑨ こころの相談

目 的：認知症等が疑われる高齢者支援のための相談会

対 象：高齢者やその家族、支援に関わる方、かつ八百津町在住の方

相談員：精神保健福祉士

回 数：12回（毎月：第3火曜日午後）

【3】総合相談支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援をおこなうため以下の業務を実施する。

（1）実態把握業務

総合相談支援業務を適切に行う前提として、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況についての実態把握を行う。

（2）総合相談業務

総合相談業務として以下の業務を行う。

1）初期段階での相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急的な対応が必要かどうかを判断し、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

2) 継続的・専門的な相談支援

専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合は、当事者への訪問、関係者からの詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別支援計画を策定し適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

【4】権利擁護事業

地域の住民や民生児童委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものである。

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、八百津町成年後見相談センターを中心として以下のような専門的支援をする。

(1) 八百津町成年後見相談センター（中核機関）の運営

高齢者や障がい者の判断能力の状況等を的確に把握し、成年後見制度等の権利擁護支援が必要な方を確実に適切な支援や制度につなげるための相談支援機関。成年後見制度普及のための広報・相談・利用促進・後見人支援機能を持ち合わせ、成年後見制度を身近なものとする。

また制度の円滑な利用と担当職員の相談支援技術向上のために、可茂圏域市町村が協働で月に1回開催する、「可茂圏域権利擁護支援推進協議会」において研鑽する。

① 権利擁護啓発講座

目 的：10年後の自分を見据えたACPの周知と成年後見制度の啓発、さらに認知症について理解を得ること

※ACP…もしもの時に備えて、自分の意思や希望を家族などに伝えること

(アドバンス・ケア・プランニング)

内 容：認知症・ACP・成年後見制度など権利擁護啓発講座として開催

講 師：権利擁護啓発のための専門家（精神保健福祉士・医師・弁護士等）

回 数：全4回講座

○成年後見制度利用支援事業（随時）

成年後見制度申立の支援、申立人が不在の場合は町長が申立を行う。町長申立については、八百津町成年後見等審判申立判定会議を開催し、中立公平に申立ができるように支援する。後見人等に対する報酬の支払いが困難な場合は助成を行う。

＊成年後見制度

認知症などにより判断能力が十分でない方が、不利益を被らないように家庭裁判所に申立をして、裁判所から選定された者（後見人等）がその方の権利や財産等を守る制度。

- （２） 虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、町の担当部局に状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また虐待事例を把握した場合は、速やかに当該高齢者宅を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。
- （３） 高齢者やその家族に重層的な課題が存在し、高齢者自身が支援を拒否する等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、一体的に対応を検討する。
- （４） 訪問販売等による消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター等と定期的な情報交換等を行うとともに、民生児童委員、介護支援専門員や介護保険の事業所等に情報提供を行う。

【５】包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等との連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働等により連携するとともに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者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、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援を行うものである。

（１）日常的個別支援・相談業務

地域の介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、ケアプランの作成技術を指導し、専門的な見地から個別指導、相談への対応を行う。また資質向上を図る観点から、事例検討会や研修を行い、制度や施策等に関する情報提供を実施する。

（２）支援困難事例等への指導・助言業務

介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、関係者・関係機関との連携の下で具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行う。

（３）包括的・継続的なケア体制の構築業務

医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。

(4) ケアプラン支援事業（介護給付適正化事業）

スーパービジョンによるケアプラン支援での実施。アセスメントを多角的に振り返ることで、介護支援専門員に気づきを促す。利用者の自立支援に資するケアプランであるか過不足のないサービス提供となっているのかを岐阜県内の主任介護支援専門員の協力のもと保険者・町内主任介護支援専門員・地域包括支援センターが協働で支援をおこなう。

回 数：4回（研修1回を含む）

(5) けあまね連絡会

町内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員と地域包括支援センターが連携し、顔が見える関係づくりを構築するために開催。お互いの悩みを相談しながら八百津町の地域課題を検討する場としている。

回 数：4回（研修1回を含む）

【6】任意事業等

(1) オレンジサークル（認知症介護者家族の会）

認知症介護者家族の支援として開催。介護者の憩いの場となるように日頃の悩みや相談を茶話会形式で話す場として支援する。

回 数：4回（3か月に1回）

(2) オレンジカフェ（認知症カフェ）

認知症の人やその家族、地域の人、介護や医療の専門職など、誰もが気軽に参加でき、交流や情報交換をする場となるよう支援する。認知症について学び、考え、認知症になっても安心して暮らしたい、そんな地域づくりを支援する。

回 数：7回

(3) 認知症サポーター養成講座

認知症の方とその家族を地域で支えるため、地域住民、児童、生徒および各事業に認知症に関する理解や知識を広める講座。

対 象：一般住民（1回）、小学校（2回）、中学校（1回）、高校（1回）

(4) 高齢者あんしん訪問

主に一人暮らしや高齢者世帯への訪問をおこない心配事や困り事、認知症等の早期発見・相談、早期介入に努めるよう地区把握を行う。

回 数：20回（1カ月に2回）

(5) おでかけ健康講座

地域に出向き、高齢者の健康教育や認知症予防フレイル予防等に関する講話や相談を行う。（随時）

(6) 包括民生児童委員ネットワーク会議

地域の高齢者支援が円滑に行われるように、地域で活動されている民生児童委員と連携を図り、お互いの顔が見える関係づくりを行う。

回 数：10回

(7) 高齢者等見守りシール交付事業

高齢者等の身元を早期に特定し保護するため、専用二次元コードがついたシールを活用することにより、親族、支援者等に連絡できる体制を整え、急病、災害及び所在が不明になる等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図り、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを推進する。

【7】地域包括ケア推進事業

○地域ケア会議（10回開催）

地域ケア会議は、医療・介護・福祉等の専門職をはじめ、民生児童委員、自治会長、社会福祉法人、交番、消防、ボランティアなど地域の多様な関係者が適宜協働で開催することで、高齢者等を地域全体で支援し「地域共生社会」を目指すことを目的としている。

また、個別ケースの検討により抽出された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、町が取り組む地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進を図る。地域から相談があったケースについては随時開催する。

【8】認知症総合支援事業

認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができ、自らの意思によって、多様な主体と共に、日常生活及び社会生活を営むことができる共生社会の実現のために以下の事業を推進する。

(1) 認知症初期集中支援推進事業

○認知症初期集中支援チームの設置（チーム員会議：4回開催）

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴えにより認知症の疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援など、初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。また、地域包括支援センター職員や保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医師、認知症サポート医、

認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保する。

チーム員は、地域包括支援センターの保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員および認知症サポート医師で構成する。また、チームの設置及び活動状況等について検討するため、八百津町認知症初期集中支援チーム検討委員会を設置する。

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

○認知症地域支援推進員の設置

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進していくことが重要である。

このため、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケア向上を図ることを目的に設置する。

○認知症ケアパスの啓発

認知症ケアパスとは、認知症になっても住み慣れた地域で暮らすことができるように、その症状の進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービス等を受けることができるのか、あらかじめ提示するものである。八百津町では令和4年度に「認知症ガイドブック」として一新した認知症ケアパスを全戸に配布。今後さらに認知症啓発に注力していく。

【9】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、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する。

- ① 地域の医療・介護の資源の把握
- ② 医療・介護関係者の情報共有の支援
- ③ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ④ 医療・介護関係者の研修
- ⑤ 地域住民への普及啓発

【10】その他の事業

(1) 重層的支援体制整備事業

○庁内連携会議の開催（4回開催）

社会環境の変化や生活環境の多様化、少子化の進行等により、複合化・複雑化した課題を抱える人や世帯が顕在化し、多機関による連携や地域住民との協働等による柔軟な支援が必要とされている。重層的支援体制整備事業は「市町村において、すべての住民を対象とする包括的支援の体制整備を行う事業」として社会福祉法に位置づけられている。既存の支援機関等の機能や専門性を活かし、相互にチームとして連携を強めながら、市町村全体の支援体制を作ることが目的。

支援体制を築いていくため、庁内の縦割り組織だけではなく、横の連携を築いていく必要がある。庁内連携会議を通して、様々な支援課題に気づき、対応を図ることとし、個々の職務の向上及び職員同士の連携強化を図る。

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

これまでは医療保険の保健事業と介護保険で行う地域支援事業は別々に実施してきたが、これらの事業を一体的に実施する体制が構築された。これは、健康寿命の延伸を目的として、フレイル対策等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防重症化予防を、切れ目なく一体的に実施していくものである。その中で通いの場等において、フレイル予防、運動・栄養・口腔等の健康教育や相談等を行う「ポピュレーションアプローチ」を実施し、保健指導や相談、受診へ誘導する。

一般介護予防事業の「お元気サロン」（3回）と任意事業の「オレンジカフェ」（2回）の通いの場を活用し実施する。

Ⅲ 利 用 時 間

午前8時30分から午後5時15分まで

Ⅳ 休 業 日

- 1 日曜日及び土曜日
- 2 国民の休日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日
- 3 12月29日から翌年1月3日まで（前号に掲げる日を除く）