

令和4年度 西予市地域包括支援センター 事業計画

1 基本方針

高齢者が住み慣れた地域で、継続して尊厳あるその人らしい生活を送れるように支援することを目標とする。

そのために、地域の保健・医療・福祉サービスや各種社会資源等の地域包括ネットワークを構築し、できる限り要介護状態にならないように、包括的・継続的に支援する。

2 長期目標

地域包括ケアシステムの推進強化に向けて保健・医療・福祉・介護の連携と住民活動等インフォーマルな活動や地域資源を活用したネットワークの推進に努め、共生社会の実現を目指す。

3 短期目標

- 感染症対策を含めたセルフケアの充実と重度化予防支援により、元気な高齢者づくりを推進する
- ICTを融合し、新たな支援体制の具体化を図る
- 地域づくりを意識した地域包括ケアシステムを構成する多職種連携の基盤強化

4 事業別計画

事業名	目標と計画	実施事業計画
総合相談支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・チームアプローチによる効果的・迅速な相談対応の実践 ・地域の社会資源、関係機関と連携し早期発見・ニーズ把握の実践 ・包括的専門相談支援の拠点として周知する 	<ul style="list-style-type: none"> ・各種相談対応 ・相談実績データによる実態把握 ・相談機関としてのPRを積極的に行う（チラシ・ステッカー作成などで周知の工夫を行う）
権利擁護事業	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待の防止及び対応の充実を図る ・消費者被害の防止及び対応の充実を図る ・中核機関と連携し、成年後見制度の啓発や利用支援を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・法テラス愛媛弁護士との事例検討会（5・8・11・2月/4回） ・権利擁護研修会①一般向けに終活について（8月/1回） ・権利擁護研修会②専門職向けに虐待について（12月/1回） ・エンディングノートの普及（上記研修会時配布・随時/配布数120部） ・権利擁護窓口の周知（広報）（6回/社協便り等利用） ・ケース会議支援プログラムの周知（2回/前期・後期・キントーン利用）
包括的・継続的ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ICT(kintone)利用の推進により、タイムリーな情報共有の新たな仕組みづくりと個人情報に留意したシームレスな多職種連携体制の構築 ・介護支援専門員の質の向上と後方 	<ul style="list-style-type: none"> ・kintone運営委員会の開催（2回/年開催） ・kintoneにおける個人情報の研修会開催（年1回開催/操作説明会に合わせて開催） ・ユーザーへの円滑な利用推進とウィズコロナを意識した事業とICT活用の融合等活用の幅を拡大する。

<p>支援事業</p>	<p>支援の充実を図るために、ICT を活用し、コロナ感染状況に応じた研修会の開催を遂行する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画に沿って、地域ケア会議の体制整備の充実を行う ・生活支援体制の基盤整備を意識し、社会資源の発見や地域課題を抽出する ・介護支援専門員連絡会において、「地域資源を意識した、適切なサービス利用のあり方」をテーマに、主任介護支援専門員をまきこんで、ケアマネジメント力の向上を図る ・主任介護支援専門員連絡会において、「障害分野、福祉分野との連携」をテーマに研修会を開催し、シームレスな連携体制の構築を図る。 ・主任介護支援専門員連絡会で西予市版アセスメント帳票の整備を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議の開催（年12回開催） ・地域課題を抽出できる体制の整備 ・西予市主任介護支援専門員連絡会、西予市介護支援専門員連絡会の開催各6回/年（1回の参加率90%を目標） テーマ「障害分野、福祉分野との連携」 ・オンライン研修（ミニ講座）の開催（5・7・9・11・1・3月/年6回） ・支援困難事例への後方支援の強化 <ul style="list-style-type: none"> ○個別ケア会議の開催：2事例目標 ○多職種・認知症初期チームとの連携強化 ・介護予防アセスメント帳票の整備 ・ケアプランチェック訪問（市に同行）と課題の整理を行いQ&A支援事例集の作成
<p>認知症総合支援事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防と早期発見対策の強化 ・認知症初期集中支援チームと関係機関との連携の充実 ・認知症当事者と介護者の支援体制づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス未利用者のアウトリーチ（把握率100%） ・認知症カフェの運営の支援（2回/月） ・おれんじ支援チームの周知（市内医療機関・調剤薬局・市内企業） ・おれんじ支援チーム作業部会の開催（12回/年） ・認知症サポーターの育成（市と協働） ・企業サポーター養成講座を実施（3回/年） ・認知症地域支援推進員現任研修参加（1人） ・認知症初期集中支援チーム員研修参加（1人）
<p>在宅医療・介護連携推進事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・住民及び医療・介護関係者に対してACPの普及啓発 ・退院支援ルールを適切に運用して円滑な連携体制の支援を強化 ・感染症の最新情報を収集し関係者及び高齢者への周知の徹底を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ACP研修会（6月/1回/外部講師） ・事例検討会（病院3回/年、看取り3回/年） ・医療介護連携会議（2回/年、9月・3月）、両公立病院（5回/年、有床医療機関との連携会議（1回/年） ・看取りのカタチをつくる会（4・6・8・10・12・2月 6回/年） ・相談窓口としての実働 <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関、薬局、CMへ周知する ○医療機関等からの相談件数集計する ・視察研修（2ヶ所）

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 県外研修会(2～3回)参加 ・ CM対象にアンケート実施(回収率 100%。医療機関、CMへ報告)
介護予防・日常生活支援総合事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア個別会議を活用し、リハビリテーションの重視と地域の多様な資源をプランに位置付けた自立支援を目指すケアマネジメントの実践 ・ セルフケアを重視した新しい生活様式の定着の普及 ・ 総合事業によるサービスの適正な利用の推進と社会参加への促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人に応じた自立支援を目指したケアプラン作成によるケアマネジメント ・ 総合事業対象者の介護予防の阻害因子である生活習慣病への重度化予防の強化 ・ インフォーマルサポートを意識したプラン作成 ・ 総合事業対象者のうち、基本チェックリストの維持向上した数が80%を目標値。
介護予防支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア個別会議を活用し、リハビリテーションの重視と地域の多様な資源をプランに位置付けた自立支援を目指すケアマネジメントの実践を行い、要介護状態への移行を防ぐ ・ 介護給付適正を踏まえ、介護予防の視点を重視したケアプランの作成 ・ セルフケアを重視した新しい生活様式の定着の普及 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人に応じた自立支援を目指したケアプラン作成によるケアマネジメント ・ 要支援認定者の介護予防の阻害因子である生活習慣病への重度化予防の強化 ・ 特に認知症予防を強化したプラン作成 ・ インフォーマルサポートを意識したプラン作成 ・ 要支援認定者のうち、要介護状態へ移行した数が20%以下を目標値。
介護予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化予防を含めた高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み ・ 生活支援の担い手となる元気な高齢者の社会参加の促進として介護予防サポーターの活動の後方支援 ・ 地域づくり組織(公民館や生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーター等との連携強化)との連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健分野との一体化事業(アウトリーチによる重度化予防・集いの場での介護予防に関するポピュレーションアプローチ) ・ 包括新聞の発行(年3回) ・ 「地域包括ケアシステムの取り組み」についてモデル地区(三瓶)における多機関連携の実践 ・ 介護予防サポーター活動の後方支援(他機関と協働)