# 令和8年度事業計画

別紙1

## 基幹型地域包括支援センター　　事業計画

| アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1－1健康づくり・介護予防の推進 | | | | | | |
| 住民主体の介護予防活動の推進 | | | | | | |
| 【介護予防普及啓発事業】<br>いきいき・かみかみ百歳体操の効果を周知し、市民が主体的に体操に参加できるよう普及啓発する<br>◇あなたに届け隊出前講座の実施<br>・フレイル予防、介護予防のチラシを用いて出前講座を実施する<br>◇広報活動の実施<br>・市の広報、老人クラブや生協等の情報紙へ記事掲載を依頼する<br>◇チラシを活用し地域包括支援センター職員が普及啓発できるよう学習会を開催する<br>・SCカフェでレクチャーする | ◇あなたに届け隊出前講座実施回数<br>▸出前講座の実施　8回/年<br>▸いきいき百歳体操のチラシ配布数　300枚/年<br>▸情報誌への記事掲載数　1件<br>▸広報掲載数　1件<br>▸学習会（SCカフェ）での説明　1回 | ◇市民が、いきいき・かみかみ百歳体操が高齢期の介護予防に効果的な筋力運動であることを知っており、身近な地域で参加している<br>▸体操登録者数6,600人以上 | ◇高齢者が自立した生活を維持するための効果的な体操として、いきいき百歳体操のことを知っており、虚弱となる前の早い段階から体操に参加できている<br>◇いきいき百歳体操がどこで開催されているか市民に分かりやすく情報発信していくことで、体操参加者が増え、いきいき百歳体操の活性化につながっている<br>▸いきいき百歳体操参加者数　9,000人/年（65歳以上人口の9%）<br>◇支援体制の強化が図られ、既存のいきいき百歳体操が住民主体で継続していくことができている<br>▸体操廃止会場の減少<br>▸いきいき百歳サポーター新規養成数92人→180人 | ◇いきいき百歳体操参加者数<br>▸9,000人/年（R8）<br>いきいき百歳サポーター新規養成数<br>▸92人→180人（R8）<br>▸ボランティア活動参加率：15% | 高知市発祥の住民主体の介護予防活動であるいきいき百歳体操が、高知市の文化として定着し、これからの何十年も継続している | 高齢になっても元気にいきいきと自分らしく暮らせる |
| 【介護予防普及啓発事業】<br>◇市民がいきいき百歳体操に参加できるよう会場情報を知らせる<br>・のぼり旗を配布する<br>・ホームページへ体操会場情報を掲載する | ▸のぼり旗の配布数（市内体操会場の60%）<br>▸ホームページの更新　1回 | | | | | |
| 【介護予防普及啓発事業】<br>いきいき百歳体操に参加することで元気で過ごせることを知らせ、体操参加者が増えたり継続できる<br>◇いきいき百歳大交流大会の開催を支援する<br>・会場費の助成<br>・体操会場ポスターの作成支援 | ▸住民組織のいきいき百歳大交流大会実行委員会が大会を開催　1回/年<br>▸大会参加者数　700人参加<br>▸体操会場ポスター作成　20会場 | ◇介護予防に関心を持つ市民が増え、体操の取組が継続できる<br>▸体操継続率98% | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>いきいき百歳体操を開始できるよう、効果を説明しモチベーションを高め、効果が実感できるよう正しい体操の動きや体力測定を実施し使用媒体を配布する<br>◇いきいき百歳体操の開始を支援する<br>・職員・インストラクターを派遣する<br>・重りの貸し出し、DVDの提供 | ▸職員・インストラクターによる4回の技術支援の実施<br>▸職員・インストラクターの派遣回数　40回<br>▸重り・体操DVDの貸し出し会場数　10会場 | ◇住民主体でいきいき百歳体操に取り組み、体操継続の必要性を住民が理解する<br>▸新規体操会場が1年後も継続している割合100 | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>住民主体で体操会場が継続できるよう、お世話役や参加者の様子を把握する。効果のある方法が実践できているか確認する。<br>◇いきいき百歳体操の継続を支援する<br>・職員・インストラクターを派遣する | ▸職員・インストラクターによる3か月・6か月・1年後フォロー（体力測定等）の実施<br>▸職員・インストラクターの派遣回数　30回 | | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>住民主体で体操会場が継続できるようお世話役や参加者の様子を把握する。効果のある方法が実践できているかフォローする。<br>◇いきいき百歳体操の継続を追加支援する<br>・職員・インストラクターを派遣する | ▸職員・インストラクターによる体操開始1年以上実施している会場へのフォローの実施<br>▸職員・インストラクターの派遣回数（市内体操会場の50%） | ◇いきいき百歳体操を継続して取組める<br>▸体操継続率98% | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>いきいき百歳体操の効果を理解し、体操会場を立ち上げたり、体操会場をサポートしたり、必要な人に体操参加を呼び掛けることのできる人材を育成する<br>◇いきいき百歳体操サポーター育成教室を開催する | ▸サポーター育成教室の開催　3回<br>▸教室修了者　50人 | ◇いきいき百歳体操を支援するサポーターを育成することで体操が継続できる<br>▸いきいき百歳体操等のプログラム内容の理解度　理解できた・まあまあ理解できた80%以上<br>▸サポーター育成教室をきっかけに地域包括支援センターが支援して立ち上がる体操会場数　3会場以上（昨年及び今年のサポーター育成教室からそれぞれ1件、お世話役交流会から1件） | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>サポーター活動が継続できるよう、会場運営に必要な情報を提供する<br>◇いきいき百歳体操サポーターフォローアップ教室を開催する | ▸フォローアップ教室の開催　3回<br>▸教室修了者　80人 | ◇サポーター活動が継続できることで住民主体の体操が継続できる<br>◇体操参加者等が認知症や少し虚弱となっても継続して地域の体操会場に参加することができる<br>▸サポーターフォローアップ教室の内容の理解度　理解できた・まあまあ理解できた80%以上 | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>体操会場が継続できるよう、体操会場運営上の課題を把握し、改善策を検討し共有する<br>◇体操会場アンケート調査を実施する<br>・アンケート結果を各地域包括支援センターと情報提供する | ▸アンケート調査の実施　1回/年<br>▸高知市内の全ての体操会場に実施<br>▸アンケート結果を地域包括支援センターに情報提供する | ◇体操会場の状況を把握することで課題を抽出し解決策が検討できる<br>◇体操会場の実施情報をホームページ等で提供する<br>▸アンケート回収率100%<br>▸体操継続率98% | | | | |
| 【地域介護予防活動支援事業】<br>体操会場の継続や住民活動が継続できるよう、住民活動を支えるNPO法人いきいき百歳応援団の活動を支援する<br>◇体操会場情報等を知らせる「いきいき百歳新聞」の発行<br>◇体操会場の課題や取組を知るために体操会場調査を実施する | ▸体操会場訪問調査　年間20会場<br>▸いきいき百歳新聞の作成・発行　年間2回<br>▸全ての体操会場にいきいき百歳新聞の配布100% | ◇住民が他の体操会場の取組を知ることで、体操継続に必要な課題解決方法が理解でき体操が継続できる<br>▸体操継続率98%<br>▸体操会場の運営課題が把握でき、解決方法が伝えられる | | | | |
| 【新規】【地域リハビリテーション活動支援事業】<br>虚弱な高齢者を早期に発見し、自立支援に繋げられるよう体制を整える<br>◇要支援・要介護認定申請時確認書の実施<br>◇包括支援センターによる基本チェックリストの実施 | ▸申請時確認書実施数　600人<br>▸基本チェックリスト実施数　460人 | ◇虚弱な高齢者が自立を目指した支援や活動につながることで、従前相当サービスを使わなくても元気で過ごすことができる。<br>▸訪問型サービスC事業につながった数　180人<br>▸従前相当サービスの利用率が下がる<br>▸75歳以上の要介護認定申請数が下がる | | | | |
| 【新規】【地域リハビリテーション活動支援事業】<br>虚弱な高齢者が自立の可能性を知り、自立を目指した支援策につながる<br>◇リハ職によるアセスメントの実施と支援策の助言 | ▸リハ職の派遣回数　359人 | | | | | |

一般介護予防事業　基幹

| | | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 一人ひとりの健康行動の推進 | | | | | | | | |
| 高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業 | 基幹 | ◇市民の健康意識を高める取組を行う<br>【健康状態不明者訪問事業（基幹型および保健医療課・健康増進課）】<br>・1年以上、健診・介護認定・医療など受けていない健康状態の把握が出来ていない高齢者に対して家庭訪問を行い、受診勧奨・健康指導を行う　また、継続的に支援が必要な方については地域包括支援センターへ引継ぎ支援継続を依頼する<br>・通いの場等での健康講座（ポピュレーションアプローチ）の開催 | ◇健康状態不明者への家庭訪問（基幹型・保健医療課・健康増進課）<br>▸面談成立率　70%以上<br>◇健康講座の開催<br>▸年30回<br>「元気な体を保つ秘訣」「栄養改善活動啓発」「高齢者に多い疾患（がんなど）」 | ◇ 面談後に医療・包括支援につながっている<br>▸健康状態不明者のうち把握したもので健診受診した割合　30%以上<br>▸ 面談後支援接続率<br><br>◇健康講座を受講した市民の健康意識が高まり、生活習慣を見直す意欲が芽生える<br>▸介護予防活動や栄養改善活動に取り組みたいと感じる市民が増える | ◇健康状態不明者で把握した高齢者のうち要医療・要介護などとなった方に健診受診や医療受診勧奨、健康指導を行うことで必要な支援につながる<br>▸健康状態不明者面談率　70%以上（面談実施率：面談成立者/訪問対象者）<br>▸健康状態不明者のうち把握したもので健診受診した割合　30%以上<br><br>◇高齢者自身が定期健診や社会参加活動の重要性を理解し、自ら健康状態を意識した行動を実践できるようになる<br>▸健康講座開催数131回/3年間→140回/3年間<br>▸自覚的健康観で「とてもよい」「まあよい」の割合が増える　74.9%→80% | ▸健康状態不明者把握率　70%以上<br>▸健康状態不明者のうち把握したもので健診受診した割合　30%<br>▸健康講座開催数131回/3年間→140回/3年間 | 健康講座等の学ぶ機会を多く提供することで、市民の健康意識を高め、自分自身の健康管理ができる市民を増やす<br>▸医療などにつながっていない高齢者の健診受診率の向上<br>▸医療保険料の抑制 | |
| | 基幹 | ◇高齢者のフレイル予防を目的として、栄養改善に関する普及啓発活動を実施する<br>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的支援事業】<br>・あなたに届けたい出前講座で10食品群食事様式チェックシートを活用した栄養改善活動を普及啓発する | ◇あなたに届けたい出前講座実施（みんなで取組む栄養改善）<br>▸年間20回<br>◇パンフレット配布数<br>▸年間400枚 | ◇低栄養にならない栄養改善活動の取組方法を多くの人が知ることができる<br>◇食習慣の改善に取組む住民が増える<br><br>▸3か月間の栄養改善活動に取組む会場数　20会場以上 | ◇高齢期のフレイル予防として、特に栄養改善活動のための健康講座を既存のいきいき百歳体操の取組と一体的に行うことで、より効果的な健康づくり、介護予防の推進ができている<br><br>▸栄養改善のための10食品群食事様式チェックシートに取り組んだ市民が増える | | | |
| | 基幹 | ◇3か月間の栄養改善活動の取組<br>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的支援事業】<br>・栄養改善3か月チャレンジPRチラシの作成<br>・コーディネートが不慣れな包括に、具体的な調整方法について伝える<br>・アンケートで栄養改善に取り組みたがっている会場を把握し、包括に伝える | ◇初回・1週間後・1か月後・3か月後の4回支援<br>▸栄養改善活動の実施　年間25会場<br>▸栄養士の派遣回数　年間100回<br>▸栄養改善3か月チャレンジPRチラシの作成<br>▸コーディネートが不慣れな包括に、具体的な調整方法について伝える<br>▸アンケートで栄養改善に取り組みたがっている会場を把握し、包括に伝える | ◇市民自らが低栄養にならない食習慣を実践できるようになる<br>▸食品摂取の多様性得点7点以上の人の割合　60%以上<br>▸たくさんの食品を摂るよう気がけるようになった人の割合　80%以上 | | | | |
| 1－2生活支援サービスの充実 | | | | | | | | |
| 関係機関等と連携したネットワークの構築 | | | | | | | | |
| 生活支援体制整備事業 | 基幹 | **◇ 第2層協議体で解決困難な地域課題について、市全域での検討が必要な課題をテーマ別第1層協議体として設置し、市全域のネットワーク構築および政策形成につなげる。**<br>・ テーマ別第1層協議体を計画的に開催する<br>・ 第2層協議体から市全域課題を整理・抽出する<br>・ 本人・家族・企業・専門職等の参画を調整する<br>・ 協議内容を推進会議等へ報告する<br>・ 必要に応じて新規テーマ型第1層協議体を設置する | ▸ テーマ別第1層協議体開催回数（年4回）（認知症、移動支援、生活支援等）<br>（「認知症になっても安心して外出できる街づくりを考える会」年1回<br>「認知症になっても安心して暮らし続けられる街づくりを考える会」年2回）<br>▸ 協議で整理された市全域課題件数　3件以上<br>▸ 第2層から移行した課題件数　2件以上<br>▸ 協議体参加団体数（新規参画2機関以上）<br>▸ 本人・家族延べ参加回数（年4回以上）<br>▸ 推進会議等へ報告した件数 | 【第一層協議体】<br>◇ 市全域課題が整理され、関係機関へ共有され、協議体構成員が共通認識を持っている<br>◇ 課題ごとに参画機関・役割分担が整理されている<br>◇ 第2層から第1層へ移行するルールが定着され、実際に移行事例が生まれている<br>◇ 協議で整理された課題が推進会議等の施策検討資料に反映されている<br>▸ 協議体提案が施策検討に移行した件数<br>【認知症】<br>◇ 認知症SOSネットワーク構築に向けた運用案が整理されている<br>◇ 新規参画企業との具体的な役割が確認されている<br>◇ 本人・家族の意見が議事録・検討資料に明記されている<br>▸ 協議体参加団体数（新規参画企業・関係機関数年2機関以上）<br>▸ 本人・家族の延べ参加回数（年4回以上）<br>【認知症以外のテーマ】<br>◇ 移動支援等の市全域課題が具体的な検討テーマとして設定されている<br>◇ 関係部署と連携した検討会が開催されている<br>▸ 新規テーマ第1層協議体開催数（1テーマ以上）<br>▸ 認知症以外テーマに関する協議開催回数（1回以上） | ◇◇第1層協議体で整理された市全域課題（例：認知症支援、移動支援等）が施策検討の場へ提案されている<br>▸ 協議体課題が施策検討会議に提案された件数<br>▸ 協議体提案が事業化・制度改正につながった件数<br>▸ 移動支援等の新たな支援モデルの検討・実施件数<br>【認知症】<br>◇診断後支援（ミーティングセンター、ピアサポート等）につながる仕組みが整備され、実際に利用につながっている<br>▸ 診断後支援事業利用者数<br>▸ 診断後3か月以内の相談・支援接続率<br>◇認知症の人や家族の意見が第1層協議体・推進会議に共有され、施策検討資料に明記されている<br>▸ 本人・家族参画の会議回数<br>▸ 本人意見を反映して修正された施策件数<br>▸ 本人・家族の意見を踏まえて設計された事業数<br>▸ 協定締結後、実際に運用が開始された企業連携事例数 | | | |
| | | ◇各地域包括支援センターの圏域で地域課題を解決するための第2層協議体の設置に向けた支援<br>【第二層協議体の設置に向けた支援】<br>・第2層協議体の設置・ネットワークの構築に向けて第一層コーディネーターが伴走支援を行う。（各地域包括の優先課題について）<br>・生活支援コーディネーターが地域課題の把握を目的に、地域ケア会議及び地域づくり推進会議の開催を支援する<br>・SCカフェを定期開催し、SC同士の意見交換の場を作る | ▸第二層協議体の設置数　　14包括中7包括<br>▸自立支援型地域ケア個別会議　各包括年3回<br>▸地域づくり推進会議　各包括年3回<br>▸SCカフェ開催　　年6回以上 | ◇第一層と第二層のSCが連携をすることで、連携体制が強化され、地域課題が解決できるような第2層協議体が設置できるように基盤が整う<br>▸第2層協議体開催回数<br>▸第2層協議体への住民参加者数<br>◇地域ケア会議で扱う個別事例からSCを含む包括職員が地域課題を把握し、解決に向けた検討がなされる<br>▸SCが課題解決に向けた地域課題の把握をした件数　　各包括3件<br>◇SCカフェを通じて、第1層・第2層SC間で地域課題が共有され、具体的な連携方針が整理される | ◇地域課題ごとのテーマに応じた市全域での協議ネットワークが構築され、関係機関・団体が連携して具体的な課題解決に向けた協議を行い、その成果が政策形成へと反映される仕組みが機能している<br><br>▸第2層協議体開催回数155回→252回以上<br>▸第2層協議体などのネットワークの構築が進む<br><br>◇第一層と第二層のSCの連携により、新たな社会資源の創設ができる<br>　3事例以上 | ▸第二層協議体開催回数155回→252回(R8) | ①各地域包括圏域での支援ネットワークの構築や地域課題に応じたサービス体制が整備がされている<br>②地域住民による互助活動が活性化している | |
| | 基幹 | **◇ 生活支援コーディネーターの存在および役割の理解促進を目的とした普及啓発を計画的に実施する。**<br>**◇ 専門職（ケアマネジャー・医療職等）向け周知機会を設定する（居宅ブロック会・SW協会等での説明機会の確保）。**<br>**【生活支援コーディネーターの周知・啓発】**<br>・民間居宅介護支援事業所を対象とした周知を重点的に実施する。<br>・地域支えあいフォーラムを開催し、市民への周知を行う。<br>・市ホームページおよび市の啓発媒体を活用し、生活支援コーディネーターの紹介を実施する。<br>・訪問型サービスC利用促進会議において、専門職との連携を通じて役割理解を促進する。<br>・いきいき百歳体操や地域の集いの場等へ継続的に参加し、顔の見える関係づくりを進める。 | ◇ SCについて周知するための媒体・機会の提供<br>▸ 居宅ブロック会（民間居宅を含む）での周知<br>　各圏域1回（上半期中）<br>▸ SW協会での周知<br>　年1回（12月頃）<br>▸ 支え合いフォーラムでの活動紹介<br>　年1回開催<br>▸ 市の啓発媒体での発信<br>　2回以上（年度内）<br>▸ 市民向け周知啓発<br>　民協役員会・会長会での周知 年1回（6月まで） | ◇ 専門職（ケアマネジャー・医療機関等）に生活支援コーディネーターの役割理解が進み、連携に向けた相談や情報共有が行われている。<br>◇ 地域活動へ継続的に参加することで生活支援コーディネーターの存在が認識され、地域住民や関係機関との情報共有・相談につながっている。<br>▸ 地域支え合いフォーラムアンケート<br>「自分の地域の生活支援コーディネーターを知っている」と回答した割合：30%以上<br>▸ 地域住民・関係機関からの相談事例の整理・共有（成果シート各包括1枚以上） | | | | |
| | 基幹 | **◇生活支援コーディネーターの人材育成の機会を計画的に提供する**<br>**【生活支援コーディネーター人材育成】**<br>・SCカフェ等を活用し、生活支援コーディネーターの研修ニーズを把握する。<br>・経験年数に応じた研修内容を検討し、実践直向上につながる内容の充実を図る。<br>・訪問型サービスC利用促進会議への参加を促進し、実践を通じた学びの機会を確保する。<br>・県主催研修等、外部研修の情報提供及び参加促進を行う。<br><br>**◇第1層SCの連絡会を開催し、情報共有及び役割整理を行う。** | ▸ 訪問型サービスC利用促進会議への参加（各担当圏域SC参加）<br>▸ 外部で行われるSC研修等の情報提供および参加促進（年2回以上）<br>▸ SCカフェ開催（年6回）<br>▸ 第1層生活支援コーディネーター連絡会開催（年2回） | ◇ 生活支援コーディネーターが自身の役割および訪問型サービスCの目的を理解している。<br>◇ 利用促進会議の参加を通じてリエイブルメントの視点について理解が進んでいる。<br>◇ 研修を通じて必要な知識・スキル向上の機会が確保されている。<br>◇ 地域ケア会議および訪問型サービスC利用促進会議において、生活支援コーディネーターが個別課題の把握および検討に関与している。<br>◇ 第1層生活支援コーディネーターが第2層生活支援コーディネーターへの伴走支援に関与している。<br>▸ SCが地域活動へ展開できた事例の整理・共有（各包括1枚以上） | ◇高齢者の望む自立した在宅生活と、それを阻害している要因の実態把握ができている<br>◇個別の課題から地域課題を抽出し、地域包括担当圏域を対象範囲として、生活支援コーディネーターを中心に多様な主体が参画し、情報共有・ネットワークの構築・連携体制が図られている<br><br>▸生活支援コーディネーターの介入により第2層協議体（ネットワーク）の構築の新設又は活動活性化に繋がった活動数　各地域包括圏域で1件以上 | | | |
| | | **◇ 生活支援コーディネーターの多職種連携支援を強化する。**<br>**【生活支援コーディネーターと多職種の連携機会】**<br>・社協のCSWとの交流会を開催し、役割整理および具体的な連携方法の共有を行う。<br>・直営ケアマネジャーとの意見交換会の開催に向け、ケアプランセンター主任介護支援専門員と企画調整を行い、連携機会を確保する。 | ▸SCとCSWの交流会開催　　年1回<br>▸直営ケアマネとの意見交換会（仮）開催　　年1回 | ◇ 職種や圏域を超えた連携機会が確保され、複数職種による地域活動が実施されている。<br>◇ 個別課題の解決に向けた関係機関との調整や資源のマッチングが行われている。<br>◇ 個別課題への対応を地域課題の視点で捉える意識が共有され、地域活動への展開につながる事例が見られる。<br>▸ 生活支援コーディネーターの介入により地域活動へ展開した事例の整理・共有<br>（成果シート 各包括1件以上）<br>▸ 生活支援コーディネーターとCSWの交流を通じ、役割の違いの理解および連携事例の共有が行われている。 | | | | |

| | | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 包括的継続的ケアマネジメント | 基幹 | ◇自立支援型地域ケア会議の開催支援<br>【運用・開催支援】<br>・専門職の調整および派遣<br>・基幹型職員の会議参加<br>・地域ケア会議の運用方法の見直し検討<br><br>【課題解決機能】<br>・訪問型サービスC事業利用促進会議の開催<br>・地域ケア推進会議の開催<br>・地域づくり推進会議の開催<br>・地域ケア会議推進担当者会議<br>・生活支援コーディネーターと連携した地域課題の整理<br><br>【地域包括支援センターの人材育成】<br>・ファシリテーター養成研修の開催<br>・フォローアップ研修の開催 | 【運用・開催支援】<br>▸ 多職種助言者派遣　年3回<br>▸ 基幹型職員派遣　地域ケア個別会議及び地域づくり推進会議　年84回以上<br>▸ 新マニュアルでの運用方法実施と検証<br>【課題解決機能】<br>▸ 訪問型サービスC事業利用促進会議　年12回<br>▸ 自立支援型地域ケア個別会議　各包括年3回<br>▸地域づくり推進会議　各包括年3回<br>▸地域ケア会議推進担当者会議　年2回<br>▸政策形成に向けた検討案件数　2件<br><br>【地域包括支援センターの人材育成】<br>▸ファシリテーション研修　年1回開催（定員14名）<br>▸フォローアップ研修　年1回開催（定員26名） | 【運用・開催支援】<br>◇ 自立支援型地域ケア会議において、多職種による助言が行われ、多面的なアセスメントの視点が共有されている。<br>▸ 多職種助言を活用した支援方針の見直し事例数 14件<br>【課題解決機能】<br>◇ 地域ケア会議および訪問型サービスC利用促進会議が計画的に開催され、個別課題の把握と検討が行われている。<br>◇ 生活支援コーディネーターと連携した地域課題の整理が行われている。<br>▸検討事例数　42件以上<br>◇ 地域ケア会議で抽出された地域課題を検討会・フォーラム・新規事業検討等へ展開する動きがみられている。<br>▸ 地域課題から具体的取組へ展開した件数 7件<br>【人材育成】<br>◇ 地域包括支援センター職員が会議の目的および運用方法を理解し、ファシリテーションの視点が定着しつつある。<br>▸ 研修受講者のうち「会議運営に活かせている」と回答した割合 90%以上 | ◇ 自立支援型地域ケア会議を通じて、個別課題から地域課題を抽出し、多職種が参画する連携体制のもとで解決に取り組む仕組みが機能している。<br>▸ 自立支援型地域ケア会議で検討した事例のうち、課題解決または支援方針変更につながった事例数 42件<br>▸ 検討事例のうち課題解決につながった割合が向上している。<br>▸検討事例の在宅生活継続率が一定割合（例：50%以上）となっている。<br>▸ 地域課題として整理し第1層協議体へ移行した件数 | ▸自立支援型地域ケア会議126回→252回 | 高齢者の自立支援・重度化予防の視点で効果的で質の高いサービス提供ができている | 効率的かつ効果的な多様なサービスの充実 |
| | 基幹<br>地域包括支援センター | 【包括的・継続的ケアマネジメント事業】<br>◇介護支援専門員や介護予防支援員の資質向上に資する体系的な育成体制の強化<br>・高知市介護支援専門員キャリアラダーモデルと高知市アセスメント様式を活用した人材育成の推進<br>・介護支援専門員の課題に応じた研修の開催や支援体制の構築（高知市ケアマネジメント研修会開催）<br>・事業管理者、指導者育成に向けた研修開催や支援体制の構築 | 【ケアマネジメントと質の向上に資するケアマネジメントツールの活用】<br>▸地域包括支援センター主任CM部会での説明とモニタリング　年2回（4月・9月）<br>▸高知市介護支援専門員キャリアラダーモデル及び高知市共通アセスメント様式活用に向けた高知市居宅介護支援事業所協議会との課題共有と取組検討会の開催　年2回<br>▸高知市共通アセスメント様式活用方法の研修会開催　年2回<br><br>【介護支援専門員や介護予防支援員を育成し支援する体制の強化】<br>▸高知市ケアマネジメント研修の開催　年4回以上<br>▸指導者養成研修（高知市ケアマネジメント力向上研修）　年1回（参加率　市内居宅介護支援事業所の　80%以上）<br>▸地域包括支援センターの主任介護支援専門員に対するスーパービジョン研修　年3回<br>▸地域包括支援センター及び居宅協議会協働による、地域の介護支援専門員に対するスーパービジョンや事例検討会を通したケアマネジメントの振り返りの実施　東西南北で各年6回以上<br>▸管理職向け育成研修の開催　高知県長寿社会課　県・市協議会と検討　年度内検討<br>▸生産性向上に係る事業活用の周知　年度内にツール作成と周知<br>▸介護支援専門員の法定外業務状況の把握と課題抽出　年度内で調査・課内で課題共有・研修の開催 | ◇地域包括支援センターを含め主任介護支援専門員が、既存の資源やネットワークを活用し、地域の介護支援専門員に対しケアマネジメント指導に取組み育成に携わる機会が増加する。<br><br>◇キャリアラダーモデルを活用し、地域包括支援センターの介護予防支援員や、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の人材育成に取組む事業所が増加する。<br>▸介護予防支援員を配置する地域包括支援センターのキャリアラダー活用率　100%<br>▸高知市キャリアラダーモデルを活用する介護支援専門員　80%以上<br><br>◇高知市アセスメント様式を活用し、アセスメントに取組む介護支援専門員や、ケース検討を通じたケアマネジメントの振り返りの機会に取組む事業所が増加する。<br>▸高知市共通アセスメント様式を活用する介護支援専門員　80%以上<br><br>◇ケアマネジメント指導が行える指導者や管理職向け支援を強化し、指導者が増加する。<br><br>◇介護支援専門員が地域包括支援センターや、地域の主に介護支援専門を相談先と認識し、地域でケアマネジメント支援や指導に取り組む機会が増加する。<br><br>◇介護支援専門員が地域包括支援センターや、地域の主に介護支援専門を相談先と認識し、地域でケアマネジメント支援や指導に取り組む機会が増加する。<br><br>◇介護支援専門員の法定外業務の実態と課題を明らかにし、高知市及び地域包括支援センターとして、法定外業務に対する支援方針を検討する。 | ①令和8年度も二区分に分けて書類審査を実施する。全37事業所の予定。<br>書類審査で確認された課題等について、全件に対し審査結果を通知する。特に改善が必要と判断したケアプランについては、ヒアリング面談を実施し、ヒアリング後に指摘を踏まえたケアプランの再提出を依頼し、モニタリング評価を実施する。全6事業所の予定。<br><br>②訪問介護の回数が多い事例については、事例検討の結果を通知するだけでは支援内容の改善を促すことが難しいので、事例の担当ケアマネジャーと地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに対し、事例検討会への参加を求める。このことで、事例検討だけに終わらず、該当利用者の地域での多職種協働による継続した自立生活支援を目指す。<br><br>◆地域包括支援センターと居宅介護支援事業所協議会の東西南北各ブロックと、地域包括支援センターで開催する、事例検討会・随時開催地域ケア会議・スーパビジョン・OJTを含めた業務支援体が定着する。<br><br>◆キャリアラダーモデルや高知市共通アセスメント様式が、標準的な人材育成ツールとして活用される。<br><br>◆居宅介護支援事業所の管理者や指導者を育成するための研修プログラムを作成し管理者や指導者向けの支援が定着する。 | ◆介護支援専門員がやりがいを感じ、ケアマネジメントに従事することができる。<br><br>◆地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が協働して、ケアマネジメントの質の向上や支援を行う体制を強化する。（研修・事例検討会・スーパビジョン・OJTを含めた業務支援）<br><br>◆高知市の居宅介護支援事業所に在籍する介護支援専門員数を維持することができる。 | | |
| | 基幹 | 【介護給付費適正化事業】<br>◇ケアプラン点検 | ◇自立支援に資する適切なケアプランが作成できるよう、点検を通じた「気づき」を促し、介護支援専門員の資質向上を目指す<br><br>【指標】<br>▸3年間で高知市内の全居宅介護支援事業所からケアプランを一つ選出し書類点検を実施<br>▸書類点検結果に応じ特に改善が必要なケアプランについてはヒアリング指導及びモニタリング評価を実施（年間6事業所）<br>▸地域ケア会議、ケアプラン点検にて、自立支援・重度化予防の視点で高齢者のニーズに応じたインフォーマルサポートを含めた社会資源活用に改善が見られた割合　80%以上 | ◇ケアプラン点検を通じてケアマネジャーのアセスメントに関する課題が明らかになる。<br>①令和8年度も二区分に分けて書類審査を実施する。全37事業所の予定。<br>書類審査で確認された課題等について、全件に対し審査結果を通知する。特に改善が必要と判断したケアプランについては、ヒアリング面談を実施し、ヒアリング後に指摘を踏まえたケアプランの再提出を依頼し、モニタリング評価を実施する。全6事業所の予定。<br><br>②訪問介護の回数が多い事例については、事例検討の結果を通知するだけでは支援内容の改善を促すことが難しいので、事例の担当ケアマネジャーと地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに対し、事例検討会への参加を求める。このことで、事例検討だけに終わらず、該当利用者の地域での多職種協働による継続した自立生活支援を目指す。<br>◇高知市アセスメント様式を活用し、アセスメントに取り組む介護支援専門員や、ケース検討を通じたケアマネジメントの振り返りの機会に取組む事業所が増加する。<br>▸高知市共通アセスメント様式を活用する介護支援専門員　80%以上<br>◇ケアマネジメント指導が行える指導者や管理職向け支援を強化し、指導者が増加する。 | | | | |
| 多様なサービス・活動事 | 基幹 | ◇高齢者が虚弱となっても再び元気を取り戻すことができ、自立した生活が継続できる方法を身につけることのできるサービスを提供する<br>【訪問型サービス】<br>・リエイブルメントを目指した訪問型サービス・活動C事業を実施する<br>・実践事業所と事業内容を検討する検討会を開催する<br>・リエイブルメント支援できる人材を育成する研修会を開催する<br>・リエイブルメントできるツールを活用する<br>・リエイブルメント支援を実践し効果を検証する | ▸訪問型サービスC事業利用者数　180人<br>▸事業検討会の開催　4回<br>▸研修会の開催　1回<br>▸高知市版セルフマネジメント手帳の活用率　100% | ◇リエイブルメント支援できる事業所が増える<br>▸リエイブルメントの考え方が理解できた人の割合（アンケート結果）<br>理解できた・まあまあ理解できた人の割合　90%<br>▸委託事業所中セルフマネジメント手帳利用の割合　100%<br>▸セルフマネジメント支援ができたと自信を持って言える事業所の数　10／15事業所<br><br>◇C利用者が自分の望む自立した生活を取り戻すことができる<br>▸目標を達成した人の割合80%<br>▸利用者がどのくらい元気になったのか（満足度）があらわされる指標で、改善が認められる　6段階中4点以上の割合が80% | ◇新規認定者の方に対して第一選択として訪問型サービスC事業を利用する専門職が増える<br>◇訪問型サービスC事業利用者が、ご自身でのセルフマネジメント力をつけ、事業終了後も自立した生活を続けられている<br><br>▸訪問型サービスC事業利用者の1年後の要介護認定維持・改善率　40%以上 | ▸訪問C事業所11事業所→15事業所 | | |
| | 基幹 | ◇高齢者が望む自立した生活が送れるよう、訪問型サービス・活動C事業の取組や効果を周知する<br>【訪問型サービス】<br>・実践事例報告会を開催する | 実践報告会の開催　1回 | ◇研修会参加者がサービス内容を理解し、サービスの利用が促される<br>・訪問型サービスC事業申請件数　180件 | | | | |
| | 基幹 | ◇誰もが高齢者の自立を支える（リエイブルメント支援する）ことが出来るよう、学び合える環境を整える<br>【訪問型サービスC事業利用促進会議】<br>・訪問型サービス・活動C事業利用促進会議を開催する<br>・リエイブルメントに向けた個別支援策を他職種で検討し、高齢者の自立を支援する<br>・自立支援に必要な社会資源を情報共有することで地域の活動へつなげる（生活支援コーディネーターの活動を知らせる）<br>・自立支援に必要な新たなサービスや社会資源の開発につながるよう、社会資源ニーズを把握する | ▸事例数　3事例/回×12回/年　36事例<br>▸多職種が参加する　CM、リハ職、SC参加　100% | ◇高齢者の自立を支える支援者が増える<br>▸自立に向けた提案が会議中にできる人　5人以上/1回<br>▸セルフマネジメント手帳の活用率　100%<br><br>◇自立に必要な新たな社会資源やサービスができる　1つ | | | | |

| | | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業 | | | | | | | | |
| | 基幹 | ◇サービス・活動A、住民主体のサービス・活動B事業等の多様なサービス・活動事業の拡充<br>【サービス・活動事業利用促進】<br>・市民や専門職に事業を分かりやすく説明できる学びの機会提供<br>・サービス・活動C事業利用促進会議の開催 | 【サービス・活動事業利用促進】<br>▸事業パンフレットの配布（A・B・C事業）　居宅1,200部<br>民協役員会・会長会1,000部<br>▸HP・リコネットに制度説明や事業所情報の掲載　1回/年<br>▸地域包括支援センター職員に向けた事業の説明研修を行う　1回/年<br>▸訪問型サービスC事業利用促進会議を毎月1回オンライン開催 | ◇ 地域包括支援センター職員が、総合相談においてリエイブルメントの視点を持ち、第一選択として総合事業などの多様なサービスを紹介できている。<br>▸ 事業に関する相談件数の増加（市民・専門職）<br>◇ 訪問型サービスC事業利用促進会議の事例を通じて、地域の課題やニーズを把握し、サービス創出の視点や手法を学び、サービス・活動事業の創出に向けて働きかけることができている。<br>▸ サービス・活動事業に関する相談件数の増加<br>▸ 地域の民間企業やインフォーマルサービスと連携して新たなサービスを創設した件数<br>▸ サービス・活動事業数<br>訪問型・通所型サービスA　新規市内2事業所以上<br>訪問型・通所型サービスB　新規市内2事業所以上<br>◇ 地域リハビリテーションや訪問型サービスCの利用を促進することで、出口支援としてのサービス・活動事業の制度設計や多様化の必要性について検討し、地域ニーズに応じた見直しを行うことができている。 | ◇地域の実情や高齢者一人ひとりのニーズに基づいて、関係機関や住民との協働により、多様で効果的・効率的な介護予防・生活支援サービスが地域で展開されている<br>◇市民や専門職が、地域包括支援センターの役割や事業内容を理解し、積極的に活用・連携する体制が構築されている<br>◇訪問型サービスC事業利用促進会議などを通じて、地域のニーズを的確に把握し、多様な関係者と連携しながら、地域課題に対応したサービスや活動を企画・創出する体制が整っている<br>▸訪問・通所A：3事業所→新規市内5事業所<br>▸訪問・通所B：4事業所→新規市内10事業所<br>◇地域のニーズに応じた、生活支援体制整備について、10期計画に反映されている。 | ▸訪問・通所A：3事業所→5事業所<br>▸訪問・通所B4事業所→10事業所 | 地域の多様な主体との協働により、魅力ある社会資源が沢山つくられている | |
| 高齢者の社会参加の促進 | | | | | | | | |
| 重層的 | 基幹 | **◇様々な年代の方を対象にボランティア意識の醸成のため「こうち笑顔マイレージ」の普及啓発に取り組む**<br>**【こうち笑顔マイレージ普及・参加促進】**<br>**◇市としての取組**<br>・事業全体の企画および方向性の整理を行う<br>・年代別ターゲットを設定し、普及を戦略的に実施する方法を検討・実施する<br>・年代別チラシの作成<br>**◇市社協委託による実施**<br>・こうち笑顔マイレージ制度の周知・啓発活動を実施する<br>・チラシ配布および説明機会を確保する<br>・登録受付およびポイント管理業務を行う<br>・登録状況および参加状況を分析し、改善策を検討・提示する<br>**◇ICT**<br>・ボランティアアプリ等のICT活用について、費用対効果および利用者層を踏まえた情報収集・検討を継続する | ◇ こうち笑顔マイレージ検討会の開催<br>▸ 定例会 年3回開催<br>◇ 啓発チラシの作成・配布<br>▸ 年代別のチラシ作成（上半期）<br>▸ 配布数 3,000部（町内会回覧板、学校、地域のサロンなど）<br>◇ アプリ活用の検討<br>▸ アプリ活用について検討を実施 | ◇ こうち笑顔マイレージの周知により、地域活動やボランティア活動への参加のきっかけが広がり、新たな登録者の増加および実際の活動参加につながっている。<br>◇ 事業に賛同する事業所・企業が増加し、活動機会が拡充している。<br>▸ 登録者数 492名 → 550名以上<br>▸ 登録事業所数 213事業所 → 240事業所以上<br>▸ 活動参加率（還元率）45% → 48%以上 | ◇ こうち笑顔マイレージ制度ををきっかけに、幅広い年代で健康づくりやボランティア活動への参加が増加し、活動が定着している。<br>◇ ICT活用の検証および利便性向上の取組を通じて、若年層を含む多様な世代の参加拡大が図られている。<br>◇ 賛同事業所・企業の増加により活動の場が拡充し、個々の関心やライフスタイルに応じた参加機会が確保されている。<br>▸ 登録者数 470名 → 600名<br>▸ 活動参加率（還元率）48%以上<br>▸ 年代別参加割合の向上<br>▸ 登録事業所数 213 → 240事業所以上 | こうち笑顔マイレージ登録者<br>▸470名→600名（R8）<br>▸ボランティア参加率：15%（ニーズ調査） | 若い世代から健康づくり・ボランティア等の活動に参加できていることで、地域による互助活動が活性化する | |
| 2－2認知症になっても安心して暮らし続けられる支援 | | | | | | | | |
| 認知症に関する理解促進 | | | | | | | | |
| 認知症総合支援事業 | 基幹 | **◇ 新しい認知症観の浸透を図るため、広く市民に対して普及啓発に取り組む。**<br>**【情報提供・啓発ツールの活用】**<br>・改訂版「認知症ケアパス」および「認知症サポーター養成講座教材（動画・テキスト）」を活用し、医療機関や居宅・介護事業所等、認知症の人や家族の支援に関わる関係機関を中心に説明・配布を行う。<br>【市の啓発媒体を通じた情報発信】<br>・広報誌、ホームページ、公式LINE等で教材および講座情報を発信する。<br>・市の公共施設（ふれあいセンター・図書館・市民会館等）において掲示・配布を行う。<br>**【地域・関係団体への周知】**<br>・医療機関（オレンジドクター）への周知（医師会・高知県との連携）<br>・医療ソーシャルワーカー協会への情報提供<br>・居宅介護支援事業所協議会総会での周知<br>→ 各ブロック会において地域包括支援センターより継続的に情報発信<br>**【庁内連携】**<br>・庁内職員向け研修の提案<br>・庁内部署（福祉・教育・公共施設等）と連携し、市民向け通知書類への同封依頼を行う。<br>**【市民・民間事業者への働きかけ】**<br>・認知症サポーター養成講座受講済企業への周知活動を実施する。<br>・生活関連施設（スーパー、コンビニ、銀行、ドラッグストア、タクシー等）へ啓発資料配布および協力依頼を行う。<br>・アルツハイマー月間に普及啓発強化月間として研修会等を開催する。 | **【情報提供・ツール活用】**<br>▸ ケアパス説明・配布実施機関数（100機関以上）<br>▸ 認知症サポーター養成講座実施回数（60回以上）<br>**【媒体】**<br>▸ 広報誌掲載（1回以上）<br>▸ 公式LINE配信（1回以上）<br>▸ 電光掲示板掲載（日数1か月）<br>▸本庁舎1階ピロティホール9月中<br>▸ 公共施設掲示箇所数（前年同等43か所以上）<br>**【地域・関係団体への周知】**<br>▸医師会・高知県との連携により医療機関への啓発資料提供件数（311機関以上）<br>▸医療ソーシャルワーカー協会への情報提供実施回数（資料配布1回）<br>▸居宅介護支援事業所協議会総会での周知実施（1回／年度）<br>各ブロック会で地域包括が啓発を実施した件数（4ブロック）<br>▸リコネット掲載　年1回<br>▸庁内職員向け研修提案1回<br>▸庁内連携部署4部署（地コミ・学校教育課・保育幼稚園課・健康増進課）<br>**【市民・民間事業者への働きかけ】**<br>▸認知症サポーター養成講座受講済企業などへの周知件数（40企業以上）<br>▸その他民間企業（20企業以上） | ◇ 市民および専門職の間で、新しい認知症観への関心と理解が高まり、認知症の人の自己決定を尊重する姿勢が広がりつつある。<br>◇ 医療・介護関係者や市民に、地域包括支援センターが「認知症相談窓口」であることの認識が進んでいる。<br>◇ 改訂版「認知症ケアパス」等の啓発ツールの存在が周知され、活用のきっかけが生まれている。<br>◇ 市民や企業において、認知症に関する誤解やネガティブなイメージが軽減し、正しい理解が広がりつつある。<br>▸ 啓発ツール配布部数<br>▸ 医療機関等でのケアパス配布・活用部数<br>▸ 企業向けサポーター養成講座開催数<br>▸ 養成講座アンケートで「理解できた」「まぁまぁ理解できた」割合50%以上<br>▸ 公式YouTube延視聴回数延2、500回以上 | ◇「認知症相談窓口」として地域包括支援センターが市民や関係機関に周知され、認知症の早期相談につながり、適切なケアの提供がされている<br>◇認知症の人や家族が希望を持って暮らせていると実感できるようになっている<br>◇認知症の人や家族が地域とつながり、孤立を防ぐことにつながっている<br>◇新しい認知症観の浸透が図られることで、認知症に対する否定的な意識の改善が進められている<br>◇医療機関や介護関係者などと認知症支援のネットワークの強化が図られる<br>▸認知症の初期相談の増加<br>▸認知症相談窓口の周知度　28.2%→50%以上<br>▸新しい認知症観について知っている市民の増加 | 認知症サポーター養成<br>▸2,383名→7,500名（R8）<br>ステップアップ研修修了者のボランティア登録者数<br>▸0名→90名（R8） | ①認知症に対するネガティブがイメージを払拭し、認知症について正しく理解する市民が増えることで認知症の人の尊厳が守られる地域になる<br>②認知症になっても希望をもって、住み慣れた地域で自分が望む暮らしを実現することができている<br>▸在宅継続期間の延長<br>▸認知症に対する市民の意識変化 | 認知症になっても希望をもって認知症と共に生きることができる地域づくり |
| | | **◇ 新しい認知症観の浸透を図るため、認知症サポーター養成講座およびステップアップ研修の質の向上と開催支援する。**<br>**◇ 令和7年度に作成した教材を活用し、全市的な普及・浸透を進める。**<br>**【認知症サポーター養成講座の開催支援】**<br>・市の啓発媒体を活用した周知を行う<br>・各圏域での開催に向けたキャラバン・メイトの調整を行う<br>・対象者に応じた講座内容の見直しおよび教材（動画等）の活用を促進する<br>・改訂版「認知症サポーター養成講座教材（動画・テキスト）」を活用し、認知症サポーター養成講座を開催する。<br>**【ステップアップ研修の実施支援】**<br>・修了生への案内通知を行う<br>・市内2か所以上での開催を支援する<br>・講座内容の見直しおよび充実を図る | 【普及啓発支援】<br>▸認知症サポーター養成講座開催回数（再掲：60回以上）<br>▸ 受講者数（1,500名以上）<br>▸ キャラバン・メイト調整件数（60件）<br>▸ うち教材（動画）活用講座数（60回以上）<br>▸本人・家族の派遣　年間10回（本人発信支援）<br>【啓発媒体作成・提供】<br>▸認知症サポーター養成講座テキスト1,500部提供<br>▸高知市版講座テキスト1,500部提供 | ◇ 養成講座や教材を通じて、新しい認知症観や自己決定尊重の考え方を知る市民が増えている。<br>◇ 認知症の相談窓口や適切な関わり方について理解する市民が増えている。<br>▸「新しい認知症観について理解できた」50%以上<br>▸「相談窓口が分かった」65→80%以上<br>▸「関わり方で症状が落ち着くことが分かった」65→70%以上 | ◇ 市民の間で、認知症の人の自己決定を尊重する姿勢が広がりつつある。<br>◇ 認知症を自分ごととして捉え、早期相談につながる意識が高まっている。<br>◇ 適切な対応行動への意欲が高まり、地域での関わりが増えている。<br>▸「対応に活かせる」70%以上<br>▸「自分ごととして考えられた」60%以上<br>▸認知症サポーター養成　2,383名→7,500名 | | | |
| | | | 【ステップアップ研修】<br>▸ 修了生への案内通知対象者数（100名以上）<br>▸ ステップアップ研修開催数（市内2か所以上）<br>▸ 参加者数（20名以上） | ◇ ステップアップ研修の実施により、地域で認知症の人や家族を支える活動への参加意欲が高まり、実際の活動につながり始めている。<br>▸ 研修修了後、何らかの地域活動につながった割合：40%以上 | ◇ステップアップ研修修了者が認知症に関する地域活動へ継続して関われている<br>◇ステップアップ研修が各圏域で開催され、認知症の人や家族を地域で支え合いできる地域づくりにつながっている<br>▸ステップアップ研修アンケートで地域活動へ参加したいと回答　40%以上<br>▸ステップアップ研修修了者のボランティア登録者数　0名→90名 | | | |

| | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 認知症の人と家族の支援 | | | | | | | |
| 基幹 | **◇認知症地域支援推進員が役割を理解し、各圏域で主体的に活動できる体制づくりを行う。**<br>**【認知症地域支援推進員の人材育成】**<br>・認知症地域支援推進員研修を年2回開催<br>・認知症地域支援推進員が共同で企画・運営するイベントを実施し、本人・家族参画の視点を実践に反映する。<br>・各圏域において、本人・家族の意見を反映した取組事例を1件以上共有する。 | ▸ 認知症地域支援推進員研修会　年2回<br>▸ 認知症地域支援推進員連絡会（事例共有含む）年4回<br>▸ 認知症地域支援推進員との共同イベント　年2回<br>▸ 本人・家族参画事例の共有　各圏域1件以上 | ◇ 認知症地域支援推進員が自身の役割を理解し、日常業務に活かす意識が高まっている。<br>▸ 研修アンケート<br>・「役割が理解できた・たぶんできた」70%以上<br>・「満足・やや満足」100%<br>▸「日常業務で役割を意識できた」と回答した割合　50%以上<br>◇ 認知症地域支援推進員が、認知症の人や家族の意見を取り入れる視点を持ち、地域活動に反映している。<br>▸ 本人・家族参画事業数　年2事業以上<br>▸ 意見反映事例数　各圏域1件以上 | ◇認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人やご家族を支援するための医療・介護連携体制の構築や社会資源の創設できている<br>◇認知症地域支援推進員が認知症の本人・家族の意見を政策へ反映できるよう提案することができている<br>▸認知症地域支援推進員が企画・調整して創設した社会資源の件数<br>▸医療機関からの相談件数が増える<br>▸本人・家族の意見を政策へ提案した件数 | | ◇ 認知症の人が希望や「やりたいこと」を言語化し、地域での実現につながっている。<br>◇ 認知症の人と家族の孤立感が軽減し、相互支援の関係が生まれている。<br>▸ 満足度<br>▸ 継続参加率<br>◇認知症専門医や医療機関、介護・福祉などの連携体制が築かれることで、早期治療、質の高い認知症ケア提供ができることで、認知症発症後の進行を緩やかにできる<br>▸在宅継続期間の延長（再掲） | |
| 基幹 | **◇認知症の人と家族の一体的支援プログラムの開催支援をする**<br>**【認知症の人と家族の一体的支援プログラム事業】**<br>・認知症の人と家族を支援するためのミーティングセンターを立ち上げたい地区へアドバイザーを派遣する<br>・ミーティングセンターについて学ぶ機会を認知症地域支援推進員等へ提供する | ▸一体的支援プログラムの研修案内　年1回<br>▸ミーティングセンターアドバイザー派遣　年5回 | ◇ 認知症地域支援推進員が、一体的支援プログラム（ミーティングセンター）の目的・内容を理解している。<br>◇ 各圏域において、認知症の人と家族のニーズ把握が進み、ミーティングセンター立ち上げに向けた検討が開始されている。<br>▸ 立ち上げ検討を開始した圏域数 4圏域<br>▸ 新規立ち上げ数 市内2か所（延4か所） | ◇ 診断直後の認知症の人や家族が、同じ経験をもつ本人・家族と出会うことで、不安の軽減につながっている。<br>◇ ミーティングセンターの活動を通じて、家族関係の再構築や在宅での安定した生活の継続につながりつつある。<br>▸ 参加者満足度<br>▸ 継続参加率<br>▸ミーティングセンター設置数0箇所→4箇所 | ▸ミーティングセンター開催箇所数<br>4箇所（R8） | | |
| | **◇ 認知症の本人発信支援体制を整備し、発信機会の確保と継続的な支援を行う。**<br>・認知症サポーター養成講座や認知症カフェ、企業研修等において、本人・家族が発信できる機会を計画的に設定する。<br>・本人発信の調整方法を整理し、派遣体制を明確化する。<br>・認知症の人や家族によるピアサポート事業のあり方を検討し、医療機関や自宅への派遣可能性について協議を行う。 | ▸ 本人・家族の発信機会の設定・派遣　年10回<br>▸ 本人発信支援に関する調整会議実施回数<br>▸ ピアサポート体制検討回数 | ◇ 認知症サポーター養成講座等において、本人発信の機会が確保され始めている。<br>◇ 本人・家族の意見を地域活動や街づくりに反映する視点が共有されつつある。<br>◇ 本人・家族が自らの思いを発信できる機会が増え、発信への心理的ハードルが低減している。<br>▸ 本人・家族の発信機会数 年10回<br>▸ 各圏域での本人発信支援件数<br>▸ 発信後アンケートで「安心して話せた」と回答した割合 | ◇ 本人・家族の意見が地域活動や事業企画、計画策定に反映されている。<br>◇ 本人発信を契機として、認知症の人にやさしい取組を行う企業や団体が増加している。<br>◇ 第10期計画等に本人・家族の意見が具体的に反映されている。<br>▸ 政策・事業へ反映された件数<br>▸ 企業の取組数 | | | |
| 基幹 | **◇ 認知症初期集中支援チームの体制再編とスキル向上を図り、早期支援機能の強化を行う。**<br>**【体制再構築】**<br>・西南ブロックを統合し、3ブロック体制で毎月1回チーム員会議を開催する<br>・チーム員会議を通じて事例共有および支援方針の検討を行う<br>・運営体制見直しに向けた検討会を年1回開催する<br>・アウトリーチ支援を試行的・段階的に実施する<br>**【スキル向上】**<br>・チーム員の実践力向上のため、年3回のスキルアップ研修（連絡会）を開催する<br>・MCIを含む早期段階への支援方法について事例を通じて学ぶ | ▸ チーム員会議　3ブロック体制で毎月開催<br>▸ 運営体制見直し検討会　年1回<br>▸ スキルアップ研修（連絡会）年3回<br>▸ アウトリーチ支援試行件数　7件 | ◇ 認知症初期集中支援チームの体制再編により、支援の方向性や役割の共通理解が進んでいる。<br>◇ スキルアップ研修の実施により、早期段階（MCI含む）への支援視点が共有されている。<br>◇ アウトリーチ支援の試行を通じて、早期介入の可能性が広がり始めている。<br>◇ 医療機関や関係機関において、初期集中支援チームの役割の認知が進み、相談につながりやすい環境が整い始めている。<br>▸ 市民からの相談件数<br>▸ MCI段階での相談件数<br>▸ アウトリーチ実施件数 | ◇ 認知症の初期段階から認知症初期集中支援チームにより適切な支援介入が行われることで、症状の進行が緩やかになり、安定した在宅生活の継続につながっている。<br>▸ 在宅継続率90%以上<br>▸初期段階の相談割合が20%以上に増加（初期集中支援チーム対応ケースのうち、認知症初期の事例割合） | ▸在宅継続率<br>87.3%→90%（各年度） | | |
| 認知症の人を支えるネットワークの拡充 | | | | | | | |
| 基幹 | **◇ 認知症カフェの普及啓発および立ち上げ・継続運営支援を行う。**<br>**【普及啓発】**<br>・認知症カフェ一覧チラシの作成・配布<br>・のぼり旗等の啓発ツールの提供<br>・市の媒体を活用した周知<br>**【立ち上げ支援・継続運営支援】**<br>**◇ 認知症カフェアドバイザーを派遣する**<br>・立ち上げ初期支援<br>・運営課題への助言<br>・本人参画の促進支援<br>**◇認知症カフェ運営者向け研修会の開催**<br>**◇新規立ち上げカフェへの整備費補助金交付**<br>**◇プレ開催モデル導入**<br>**【実態調査・満足度調査】**<br>・ニーズ把握アンケートを作成、各認知症カフェにて年1回実施 | 【 普及・啓発】<br>▸ 認知症カフェ一覧チラシ配布（100部以上）<br>▸ のぼり旗設置率（既存カフェの50%以上）<br>▸ 新規立ち上げ数（プレ開催含む）<br>【 立ち上げ・継続支援】<br>▸ 認知症カフェ運営者研修（年1回）<br>▸ アドバイザー派遣回数（10回以上）<br>▸ 派遣後6か月継続率<br>【 実態把握・ニーズ把握】<br>▸アンケートを9月までに実施する<br>▸ 実態調査実施率（100%）<br>▸ アンケート回収率（80%以上） | ◇ 本人・家族・地域住民が安心して参加できると感じている<br>◇ 本人・家族・地域住民が立場を越えて対話している<br>◇ 認知症についてタブー視せず語り合える関係性が生まれている<br>◇ プレ開催を通じて地域のニーズや課題が把握され、実施形態の検討・調整が進んでいる。<br>◇ 地域ごとの実情に応じた実施モデルが整理されつつある。<br>▸ 開催箇所数34箇所→40箇所（プレ開催含む）<br>▸ 参加者満足度80%以上<br>▸「安心して話せた」人の割合<br>▸ 本人発言機会があったカフェの割合 | ◇ 認知症カフェが継続開催され、本人・家族が定期的に参加できる場として定着している。<br>◇ 認知症カフェを通して、本人・家族同士の交流機会が確保されている。<br>◇ 認知症カフェが専門職・住民との顔の見える関係づくりの場として機能している。<br>◇ プレ開催を経た取組が本格実施へ移行している割合が増加している。<br>◇ 地域のニーズを踏まえた新規創設が進んでいる。<br>▸ 認知症カフェ開催箇所数の増加<br>▸ 継続開催率<br>▸ 参加者数の増加<br>▸ 参加者アンケート満足度<br>▸ 新規創設地域数 | ▸認知症カフェ開催箇所数<br>31箇所→40箇所<br>（R8） | ◇ 認知症に関する理解が地域に広がり、認知症になっても希望を持って社会参加できる仕組みと見守り体制が地域全体で機能している。<br>◇ 認知症になっても、本人が行きたい場所に安心して外出できる地域となっている。 | |
| 基幹 | **◇ 認知症の人や家族の意見を施策へ反映する会議体を継続開催する**<br>**【会議体運営】**<br>・街づくりを考える会の開催<br>・外出を考える会の開催<br>**【SOSネットワーク推進】**<br>・SOSネットワーク構築に向けた媒体整備および周知<br>・協力企業への働きかけ<br>・本人・家族への制度説明 | ▸ 街づくりを考える会 年2回<br>▸ 外出を考える会 年2回<br>▸ アプリ等の住民説明会 60回以上（認知症サポーター養成講座での説明含む）<br>▸ SOS協力機関ステッカー提供 140部<br>▸ ヘルプカードの啓発チラシ配布 2,000部<br>▸ 希望をかなえるヘルプカード 200部 | **【街づくり】**<br>◇ 本人・家族・企業・関係機関が参画する会議体が継続開催され、課題共有と解決策の検討が行われている。<br>◇ 本人・家族の意見が整理され、具体的な取組や施策へ反映され始めている。<br>▸ 本人・家族の意見を施策へ反映した件数<br>▸ 本人・家族の意見を踏まえた企業との協働事業件数<br>▸ 会議参加企業件数<br>**【SOSネットワーク】**<br>◇ SOSネットワークの仕組み（ヘルプカード・ステッカー・アプリ等）が市民や関係機関に認識され、登録・配布が進んでいる。<br>◇ 本人・家族に制度の説明が行われ、活用のきっかけが生まれている。<br>▸ ヘルプカード交付件数<br>▸ SOS協力企業数<br>▸ アプリ登録者数<br>▸ 本人・家族への説明件数 | ◇ 第10期計画と一体的に策定する認知症基本計画に、本人・家族の意見が具体的施策として位置付けられている。<br>**【街づくり】**<br>◇ 本人・家族の意見を起点とした取組が、単発ではなく継続事業として実施されている。<br>◇ 企業や地域団体が自主的に認知症にやさしい対応や環境整備に取り組んでいる。<br>▸ 協働継続事業数<br>▸ 認知症にやさしい取組を実施する企業数<br>▸ 会議参加団体の継続参加率<br>**【SOSネットワーク】**<br>◇ ヘルプカードやSOS制度の活用事例が蓄積され、実際の支援行動につながっている。<br>◇ SOS協力機関が、行方不明時のみならず日常的な見守り・声かけ等の支援行動を実施している。<br>▸ 活用事例件数<br>▸ 協力機関の継続登録数 | ▸ヘルプカード配布数<br>210枚（R8） | | |

| | | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和7年度末） | 中期（令和8年度末） | 中期（第9期高齢者計画指標（R8年度末）） | 長期 | 目指すべき姿 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2－4安心して暮らし続けられるための権利を守る支援 | | | | | | | | 一人ひとりの尊厳が守られ、ご自身の望む生活を実現することができる |
| 権利擁護事業 | 権利擁護事業の利用促進 | | | | | | | |
| | 基幹 | ◇成年後見制度や意思決定支援について普及啓発に取り組む<br>【市民への普及啓発】<br>・市民に向けた成年後見制度の普及啓発のために成年後見制度の啓発ツールを中核機関と作成、提供する<br>・あなたに届けたい出前講座で成年後見制度の普及啓発をする<br>・居宅支援事業所、医療機関等に成年後見制度の啓発ツールを配布し、制度の普及啓発を行う<br>・個別相談時に成年後見制度の啓発ツールを使用し、制度の啓発を行う<br>・いき百会場、認知症サポーター養成講座、民生委員児童委員協議会、敬老会等の地域活動の場を活用し、各圏域で普及啓発を行う　特に成年後見制度の認知度が低い地域や虐待件数が多い地域は積極的に啓発を行う<br>【専門職への普及啓発・適切な受任調整】<br>・支援者に対する成年後見制度の研修実施<br>・受任調整会議の開催<br>【意思決定支援の市民への普及啓発】<br>・想いをかなえるノートを啓発するチラシを作成<br>・市民に向けた意思決定支援の普及啓発ために想いをかなえるノートを作成・提供する<br>・あなたに届けたい出前講座で意思決定支援の普及啓発をする<br>・個別相談時に想いをかなえるノートを使用し、意思決定支援の啓発を行う<br>・いき百会場、認知症サポーター養成講座、民生委員児童委員協議会、敬老会等の地域活動の場を活用し、各圏域で普及啓発を行う　特に人生会議をしたことがない地域は積極的に啓発を行う<br>・認知症サポーター養成講座、民生委員児童委員協議会、敬老会等の地域活動の場活用した普及啓発を行う<br>【意思決定支援の専門職への普及啓発】<br>・居宅支援事業所、医療機関等に想いをかなえるノートを配布し、意思決定支援の普及啓発を行う。 | 【市民への普及啓発】<br>▸制度の啓発4,500人<br>4～6月に啓発強化月間（直営のケアマネ対象者、委託ケアマネ対象者、老人クラブの連合会、医療生協、高齢協にて配布する。）<br>▸出前講座（成年後見制度）開催：参加者100人以上<br>▸成年後見制度の啓発ツールを2,300部以上（居宅事業所、医療機関のSW等）配布<br>▸各圏域市民　1,500人<br>▸あかるいまち、高知市公式ホームページ、LINE、高知市役所の電光掲示板、Licoネットにて情報発信　各1回<br>【専門職への普及啓発・適切な受任調整】<br>▸ケアマネ等支援者に向けての成年後見制度の研修会を2回<br>▸受任調整会議の開催　年3回以上<br>【意思決定支援の普及啓発】<br>▸制度の啓発4,500人<br>4～6月に啓発強化月間（（直営のケアマネ対象者、委託ケアマネ対象者、老人クラブの連合会、医療生協、高齢協、民協、老人クラブの連合会にて配布する。）<br>▸出前講座（意思決定支援）開催：参加者100人以上<br>▸各圏域市民　1,500人<br>▸あかるいまち、高知市公式ホームページ、LINE、高知市役所の電光掲示板、Licoネットにて情報発信　各1回<br>▸各圏域市民　2,100人<br>【意思決定支援の専門職への普及啓発】<br>▸想いをかなえるノートを2,300部以上（居宅事業所、医療機関のSW等）配布 | ◇高齢者等に認知症により判断能力が低下するまでの意思決定支援のひとつのツールとして想いをかなえるノートが定着し、成年後見制度の利用促進につながる<br>▸想いをかなえるノートの配布部数の増加<br>▸権利擁護に関する相談件数の増加<br><br>◇支援者に成年後見制度の啓発を行うことで権利擁護支援が必要な人が必要な支援につながる<br>▸権利擁護に関する相談件数の増加<br><br>◇中核機関を中心とした受任調整会議を行い、ご本人の状態に応じた後見人が選任され、さらに市民後見人の活躍の機会を創出することができるとともに、適切な後見人等が受任できる。<br>▸受任調整会議によって選出された後見人等の件数<br><br>◇高齢者等に認知症により判断能力が低下するまでの意思決定支援のひとつのツールとして想いをノートが定着し、成年後見制度の利用促進につながる<br>▸想いをかなえるノートの配布部数の増加<br>▸権利擁護に関する相談件数の増加 | ◇加齢による衰えや、認知症等による判断能力の低下があっても、望む生活の実現のため、判断能力のあるうちに将来のことを考え、家族と支援者と共有しておくため意思決定支援の考えや、自分らしく人生最期まで尊厳が守られるための支援として成年後見制度についての市民の理解が深まる<br><br>▸成年後見制度の周知度「制度のことを大体知っている」と回答する者の割合35.7%→50%以上<br><br>◇同じ地域に暮らす住人としてご本人と同じ目線で考え、相談し合える、寄り添い型の支援を体現する市民後見人が育成されることで、地域の中でその人らしく暮らし続けることを実現することができる<br><br>▸市民後見人の受任件数の増加 | ▸市民後見人研修<br>1回以上/年<br>▸意思決定支援に関する啓発<br>（地域包括による啓発・あなたに届けたい出前講座）<br>1回→60回/年 | 加齢等により判断能力が低下しても一人ひとりの尊厳が守られ、最期まで自分の望む暮らしがかなえられている | |
| | 高齢者虐待の早期発見・支援 | | | | | | | |
| | 基幹 | ◇高齢者の虐待予防のためのネットワークづくり<br>・高齢者・障害者虐待予防ネットワーク会議の開催<br>・多機関へ参加を呼びかけ、ネットワーク構築に取り組む<br>・事例検討をとおして専門的な助言をもらう場の提供<br>・高知市の高齢者虐待の現状を伝える場の提供 | ▸年3回開催（報告：1件、事例検討：高齢1件　障害1件） | 【地域包括】<br>◇虐待予防ネットワーク会議での事例検討を通じて、各包括でネットワークが構築され、早期相談につながるネットワークづくりができている<br>◇専門的な助言を受けて日々の虐待対応に活かすことができている<br>【基幹包括】<br>◇高齢者・障害者虐待予防ネットワーク会議を通じ、複合的な課題を抱える虐待事例に対する多機関協働の体制がつくられている | ①介護者が孤立することなく、気軽に専門職や地域包括支援センターに相談することができる関係性が築け、虐待を未然に防ぐことができる<br>②市民や専門職において、高齢者の尊厳を保持するためにも虐待を絶対起こさせないとの意識が醸成され、早期相談につながる | | 適切なサービス提供や地域の中での見守りや支援体制があり、高齢者虐待が起こらない地域づくりが築けている | |
| | 基幹 | ◇高齢者虐待の予防と対応を目的とした研修や啓発活動の実施（住民・介護関係者・行政職員等を対象）<br>・市民や専門職が高齢者虐待について学ぶ機会の提供<br>・市民向け虐待予防研修の開催<br>・専門職（地域包括職員）向け虐待予防研修の開催<br>・市民、専門職への高齢者虐待予防及び相談窓口の普及・啓発<br>・民協定例会などで高齢者虐待予防パンフレット（市民向け）の提供し、市民に対して高齢者虐待予防パンフレットを活用して普及啓発に取り組む<br>・専門職向け虐待予防パンフレットを介護事業所に配布できるよう、庁内各課に依頼する<br>・あなたに届けたい出前講座の開催<br>・あなたに届けたい出前講座の内容の検討・改訂 | ◇研修会の企画・開催<br>▸市民向け研修　年1回開催<br>▸専門職（地域包括職員）研修　年1回開催<br>◇普及・啓発<br>・高齢者虐待予防パンフレットの提供（市民向け：600部以上、専門職向け：400部以上）<br>・民協定例会で説明　年1回<br>・あなたに届けたい出前講座　年5回<br>・あなたに届けたい出前講座の改訂　令和8年12月までに検討 | ◇研修を受講した市民や専門職が高齢者虐待を未然に予防するための知識を習得し、相談窓口も知っている<br>▸研修受講者数の増加<br>市民：令和7年度参加者数30名→45名以上<br>専門職（地域包括職員）：各包括に所属している社会福祉士の参加及び全包括職員の55%の参加<br>▸研修修了後のアンケートでの満足度　令和7年度「非常に満足」「満足」95%以上<br>▸研修の理解度　90%以上<br>◇あなたに届けたい出前講座やパンフレットの活用により、高齢者虐待を未然に防ぐための知識や相談窓口を知り、地域の中で見守りのネットワークの構築が築かれている | | | | |
| | 基幹 | **【高齢者虐待予防】**<br>**◇社会福祉士の虐待における対応力の向上に向けた取組**<br>・社会福祉士の連絡会開催<br>・虐待対応マニュアルの提供 | ▸社会福祉士の連絡会議開催　年2回 | ◇高知市版虐待マニュアルに沿って、虐待相談への早期対応と必要な情報収集ができ、虐待の認定を検討するコア会議において、適切な虐待判定と今後の対応方針を検討することができる<br>▸相談受理から2日以内に受理ミーティングができた件数　90%<br>▸コア会議で虐待の「判断つかず」となった件数　16% | | | | |
| 5－2地域包括支援センターの機能強化 | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター機能強化 | 基幹 | ◇自立支援・介護予防（リエイブルメント）の普及促進<br>・市民が介護予防・自立支援について学ぶ機会の提供<br>・市民が分かりやすい介護予防の普及・啓発ツールの製作・提供<br>・フレイル予防に特化した啓発チラシの作成とそれを用いた出前講座の開催<br>・啓発チラシを地域包括に共有、健康講座の模擬講座をセンター連絡会で実施する | ▸高齢者計画概要版の提供（1,000部以上）<br>▸あなたに届けたい出前講座　30回以上<br>▸各地域包括支援センターの圏域での啓発活動　14回<br>▸地域包括支援センターにフレイル予防チラシのデータ提供 | ◇市民が、高知市の地域課題や介護保険制度の仕組みを理解することができ、介護が必要な状態にならない体づくりのための何等かの行動変容につながる<br>▸介護予防啓発回数・参加者数<br>▸あなたに届けたい出前講座回数・参加者数<br>▸相談対応した市民が介護予防活動への意識が高まる<br>▸出前講座参加者のうち、社会参加が介護予防につながるということを理解した市民が増える（アンケートでわかったと答えた人が70%以上）<br>▸地域包括がフレイル予防の啓発を民協や町内会などの場で実施し、それを機にいき百参加者が増える | ◇高齢者の取り巻く環境や介護予防の重要性について理解している市民が増え、地域での支え合い活動等の互助活動が活性化する<br><br>▸日常生活圏域ニーズ調査の、住民有志によるいきいきした地域づくりへの「参加者としての参加意向」項目の「是非参加したい」「参加してもよい」の割合が増える<br>57.5%→65%<br>▸日常生活圏域ニーズ調査の、住民有志によるいきいきした地域づくりへの「企画・運営者としての参加意向」項目の「是非参加したい」「参加してもよい」割合が増える<br>32.3%→40% | 自立支援・介護予防に関する啓発回数<br>54回→270回（3年間） | 市民や民間企業と協働しながら魅力ある介護予防活動や社会資源が沢山作られており、一人ひとりの望む暮らしを実現させている | 多様なサービスが効果的に受けられる |
| | 基幹 | **◇地域包括支援センターの業務・役割について市民・医療機関等への普及啓発**<br>・市民や医療機関等の関係機関に分かりやすい啓発ツール・地域包括支援センターチラシの制作・提供 | ▸地域包括支援センターチラシ（2,000部）<br>▸あなたに届けたい出前講座の実施（地域包括支援センター活用術）　年5回以上 | ◇市民や関係機関が、地域包括支援センターの相談内容や対象者を具体的に理解している<br>◇出前講座や啓発を通じて、参加者が「困ったときにまず地域包括支援センターに相談しよう」と認識している<br>◇出前講座やチラシを通じて、相談窓口としての役割が明確に伝わっている<br>▸医療機関等へのチラシ配布率 100%<br>▸出前講座参加後「相談先として認識した」と回答した割合 | ◇地域包括支援センターの重点取組として高齢者の自立支援・重度化予防の視点を重視した各種事業の連動性を意識しながらセンター運営ができるようになる<br>▸新規認定者数の減少<br>▸介護保険サービス卒業率（新規受持ち件数から介護サービス卒業に至った割合）10%以上<br>◇地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの拠点として機能が果たせるようになってきている<br>▸地域包括支援センターの役割を含めた周知度が高くなる<br>▸地域包括支援センター周知度の向上<br>▸市民からの相談件数の増加<br>▸関係機関からの相談件数の増加<br>◇地域包括支援センターが、必要な人員体制を確保し、相談対応機能を維持・強化できている<br>◇令和6年度から導入したロジックモデルを活用して整理した地域包括支援センターの役割・機能強化について、第10期計画に反映されている | 介護支援専門員の配置14名（R8） | 地域包括支援センターの機能強化を進めることで、地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、地域共生社会の実現がかなえられることで、生涯現役の街づくりできる<br>▸介護保険給付費の維持・抑制 | |
| | 基幹 | ◇地域包括支援センターの機能強化・職員の資質向上への支援<br>・相談対応力向上のための研修会開催<br>・各職種別連絡会の開催<br>・担当者連絡会の開催<br>・センター運営協議会の開催<br>・ロジックモデルを活用した事業計画策定・振り返りの共有 | ▸ 新任者研修 年1回<br>▸ 各職種別連絡会 年1回以上<br>▸ 担当者連絡会 毎月1回<br>▸ センター運営推進会議 年2回<br>▸ ロジックモデルを活用した事業計画策定・共有会議 年1回以上 | ◇包括職員が相談支援の中で自立支援・重度化予防の視点を意識している<br>◇地域包括支援センター職員が、基本チェックリスト等のアセスメントツールを活用しながら、自立支援・介護予防の視点から相談対応スキルを習得することができる<br>▸研修アンケートの理解度　90%以上<br>◇地域包括支援センターの運営内容についてセンター及び関係機関と協議する場をもつことで、役割・機能の改善ができている<br>◇ロジックモデルを活用し、各センターが取組の目的と成果を意識した事業運営ができている。 | | | | |

令和8年度事業計画（各地域包括支援センター重点項目抜粋）

別紙1

| 包括名 | アクティビティ | アウトプット | 初期アウトカム（令和8年度末） | 中期（令和8年度末） |
|---|---|---|---|---|
| 初月・鏡 | **いきいき百歳体操会場の新規立ち上げ支援**<br>・SCと看護師が住民向け介護予防教室を企画開催して、現在体操会場のない空白エリア（一ツ橋・円行寺）の住民の介護予防に関するニーズを把握し、ニーズに合わせた提案を行う | ・介護予防教室の開催　年間2回以上（2ヵ所以上）<br>・介護予防に関するアンケート調査　年間2回　合計30人対象<br>・介護予防教室でのグループワークの実施　年間2回 | 体操会場がない空白エリア（一ツ橋・円行寺など）の住民が介護予防教室を通して、介護予防に関する意識や現状を自覚・共有し、体操会場の立ち上げ等介護予防につながる取り組みをしたいと感じるようになり、ニーズに合わせた提案を受けることで前向きに実現に向け努力できる<br>いきいき百歳体操会場の新規立ち上げ　1会場 | ◇高齢者が自立した生活を維持するための効果的な体操として，いきいき百歳体操のことを知っており，虚弱となる前の早い段階から体操に参加できている<br>◇いきいき百歳体操がどこで開催されているか市民に分かりやすく情報発信していくことで，体操参加者が増え，いきいき百歳体操の活性化につながっている<br><br>▸いきいき百歳体操参加者数　9000人/年（65歳以上人口の9%） |
| 鏡 | いきいき百歳体操の普及啓発　①民協等地域の方が集まる場で、現在の介護保険の窮状と、いきいき百歳体操の介護予防効果について話し、地域の体操会場を盛り上げることの必要性を説く<br>②地区会にアプローチし、いきいき百歳体操のチラシを地区内の回覧板で回してもらう<br>③いきいき百歳体操のチラシを体操会場以外（サロン等）集まりの場で配布し勧める<br>④SCが住民を対象とした体操体験会を企画開催する<br>⑤総合相談対応の中で、従来サービス対象外と判断された住民に対し、いきいき百歳体操の参加にフレイル予防効果があることを説く<br>⑥住民が多く集まる機会を利用してフレイル予防の普及啓発を行う | ①地域の方が集まる場での説明実施　民協　年間1回　地区会　2ヵ所以上<br>②地区長に依頼し、地区会の回覧板でチラシをまわしてもらう　2地区会以上<br>③集まりの場でのチラシの配布説明　　年間2回（2ヵ所）<br>④体操体験会を開催　年間1回（1ヵ所）<br>⑤従来サービス対象外と判断された住民へいきいき百歳体操の効果を説明　年間5人<br>⑥フレイル予防の啓発チラシの配布説明<br>対象：75歳以上の高齢者　20人以上　啓発回数：2回以上（婦人会・ 老人クラブ・草峰なかよし会など） | ・説明を受けた住民がいきいき百歳体操が高齢期の介護予防に効果的な筋力運動であることを知っている<br>・説明を受けたりチラシを見た住民が地区内の体操会場について（場所・時間・連絡先等）知っている<br>・体験会に参加した住民が効果を実感したことで、体操に取り組んでみたいと感じるようになる<br>・文化祭等行事に参加した住民がフレイル予防について知っている<br>　いきいき百歳体操　年間　10人増える | |
| 長浜・御畳瀬・浦戸 | ・相談時に介護予防をいきいき百歳体操へ参加することで得られる効果や必要性を説明して、介護予防を自分事として捉えていける仕組み作りができる。 | ・いきいき百歳体操が始まった体操会場　　1会場<br>・いきいき百歳体操会場につながった事例　10件 | ・参加者同士が、介護予防を自分ごとと捉え、お互いに誘い合えるようになっている。<br>・高齢者が無理なく徒歩で通える範囲で定期的に介護予防活動に参加し、心身機能の維持や閉じこもり予防につながって住民同士の支え合いの場となっている。 | ◇支援体制の強化が図られ，既存のいきいき百歳体操が住民主体で継続していくことができている<br><br>▸体操廃止会場の減少<br>▸いきいき百歳サポーター新規養成数92人→180人 |
| 旭街 | ◇いきいき百歳体操新規会場の設置<br>・介護申請の相談時に、状態を確認し、百歳体操がフレイル予防に効果的であると説明する。<br>・石立地区に百歳体操会場が少ない。地区の民生委員や町内会と連携し、ニーズ調査や役割を担える人材の発掘を行う。<br>・学校、企業、民間団体等、協力可能な資源の発掘<br>　石立周辺。ヤクルトも検討。 | ◇百歳体操会場の新規開催<br>▸民生委員や町内会の方と顔の見える関係性づくり、からのニーズ調査　3回<br>▸社協CSWと連携し世話役探し　1人以上<br>▸挨拶回り（北高、近森人形、はるやま、パチンコ屋）　1回以上<br>▸ヤクルト周辺でのニーズについて、CMにアンケート調査　1回/年 | ◇石立地区の住民が百歳体操の効果を実感し、民生委員や町内会と連携して検討を進める事で、百歳体操会場が立ち上がる。<br>▸いき百登録者数が685人から750人になる<br>▸石立地区に1か所 | |
| 鴨田 | 【地域介護予防活動支援事業】<br>◇本村公民館でのいきいき百歳体操新規会場立ち上げ支援を行う<br>◇有料老人ホームあっとホームの地域交流室でのいき百での活用を検討する | ◇新規体操会場：1ヵ所<br>▸会場設立のニーズ把握 | ◇体操会場が立ち上がることで、住民同士の交流や介護予防への意識が高まる<br>◇地域に開放されている場所を知る事で、いきいき百歳体操の立ち上げ支援や会場移設など必要性に応じて活用することができる | |
| 秦 | ◇健康講座の開催<br>・啓発ツールとして「ももじぃ」のフレイル予防版を作成し、通いの場などで講座を開催 | ◇健康講座の実施<br>▸2回/年 | ◇地域住民が健康講座を受講したことで、健康意識が高まり，介護予防に取り組みたいと思う住民が増える<br>▸実施後アンケートで「リエイブルメントの理解が深まった」と回答する方　50%以上 | ◇地域住民が健康やフレイル予防の必要性を理解し，日常生活の中で介護予防に取り組むようになる。<br><br>◇自ら継続して健康づくり活動や地域の介護予防活動に参加する住民が増える。 |
| 朝倉 | 薬管理の地域課題（薬の飲み方、飲み忘れ、重複服薬、残薬などの課題）を抽出し解決策を検討、事業化する<br>▸圏域内の薬局に意見交換会を働きかける<br>▸圏域内の薬局と朝倉包括で意見交換会開催<br>▸解決策を検討し実施 | ▸意見交換会を働きかけた圏域内薬局　10ヵ所<br>▸薬局と地域包括の意見交換会　年1回以上<br>▸薬管理について整理された課題の解決策を事業化し実施　年1回以上 | ◇薬管理の課題を把握し問題意識を持つ住民や関係機関が増える | ◇地域住民や関係機関が薬管理の課題を共有し、適切な服薬や見守りに向けた対応を考えられるようになる。<br><br>◇薬の適正使用に向けた相談や支援につながり、服薬支援の連携が定着することで、住民が安心して暮らせる体制づくりが進む。 |
| 下知・五台山・高須 | ①下知地区の住民（民生委員、町内会、医療機関等）に会議参加を呼び掛ける<br>・自立支援型地域ケア会議<br>・地域づくり推進会議 | ▸自立支援型地域ケア会議：年3回　・各回1名以上<br>▸地域づくり推進会議：年3回　・各回1名以上 | ①地域住民が地域にある課題を知り関係機関と一緒に考えることができる。 | |
| 三里 | ①十津1丁目の支えあいマップであがった情報の整理と課題抽出を住民と検討できる<br>②三里ネットワーク会が維持でき、移動カフェの効果について検討できる<br>③地域の高齢者で多世代交流を目指して地域交流活動の計画・準備・実施の支援 | ①十津1丁目支えあいマップの情報整理・振り返り会　1回<br>②三里ネットワーク会への参加　毎回<br>　移動カフェへの参加　毎回<br>　移動カフェ振り返り会の開催　2回以上<br>③種崎地区で高齢者と保育園の園児が交流する機会を設ける：年2回 | ①十津1丁目の住民と一緒に現状把握と今後について検討する機会をもつことができる<br>　活動に協力してくれる人材の発掘ができる　1名以上<br>②移動カフェをきっかけに住民同士の関わる機会が増える<br>③多世代交流の良さが伝わることにより他地域の協力機関が増え、今まで手の届かなかった要支援者のケアができる（高齢者の自己効力感向上による生きがい作り） | ◇地域課題ごとのテーマに応じた市全域での協議ネットワークが構築され，関係機関・団体が連携して具体的な課題解決に向けた協議を行い，その成果が政策形成へと反映される仕組みが機能している<br><br>▸第2層協議体開催回数155回→252回以上<br>▸第2層協議体などのネットワークの構築が進む<br><br>◇第一層と第二層のSCの連携により，新たな社会資源の創設ができる<br>　3事例以上 |
| 潮江 | ◇地域の薬剤師との関係性の強化と、地域づくりについて考える会の場づくりの構築<br>▸地域の薬剤師・栄養士との連携<br>▸地域課題について話し合う場 | ◇地域の薬局、栄養士との連携<br>▸住民が通いやすい量販店等で食（栄養）と薬についての催しの開催　1回/年<br>◇地域課題について話し合う場<br>▸課題の共有　5回/年<br>▸取り組み実施　随時 | ◇地域住民が催しに参加することで、食と薬の知識を深め　健康行動につながる働きかけを行う。<br>▸食生活の問題点が分かり、改善しようと思う人が、アンケート記入者数の60%以上<br>▸薬についての理解ができ、正しく服用したいと感じた人が、アンケート記入者数の60%以上<br><br>◇定期的に薬剤師や栄養士と課題を共有する場があることで、関係機関との関係性の強化、課題解決に向けて取り組むことで、地域住民が安心して生活することにつながる。<br>▸課題の共有と取り組み実施　5回/年 | |
| 南街・北街・江ノ口 | ・江ノ口地区ほおっちょけんネットワーク会議を4回/年開催、地域課題（孤食・低栄養、地域住民との関係が希薄）を共有し、課題解決に向けて取り組む | ▸地域の方々で食事ができる集まりの場　1か所<br>▸地域の集まりの場（趣味活動、世代間交流）の場　1か所 | ◇地域課題の解決に向けて，担当圏域で住民団体及び関係機関が連携し、課題を共有・協議できるネットワーク体制が構築されている<br>▸他者と食事をすることで食事に対する意識が変化したという声が聞ける　（アンケート実施）<br>▸江ノ口地区の住民が世代を超えて交流ができる　参加者10人 | |
| 大津・介良 | ・介良潮見台地区にあるハロールーム（公民館に準ずるもの）の活用について、地域の関係機関と意見交換する | ▸ハロールームの活用について潮見台地区の町内会長や地域の方との話し合いをする　2回/年 | ハロールームが活用できるようになる | ◇高齢者の望む自立した在宅生活と，それを阻害している要因の実態把握ができている<br>◇個別の課題から地域課題を抽出し，地域包括担当圏域を対象範囲として，生活支援コーディネーターを中心に多様な主体が参画し，情報共有・ネットワークの構築・連携体制が図られている<br><br>▸生活支援コーディネーターの介入により第2層協議体（ネットワーク）の構築の新設又は活動活性化に繋がった活動数　各地域包括圏域で1件以上 |
| 春野 | ◇多世代交流の機会が少ないという地域課題に対して、音楽を通してつながり、楽しむことができる多世代交流の場を、地域住民や民生委員、ちょいふる（アンサンブルバンド）と協力し、創出・確保する。多様な楽団に協力いただく事で、活動団体と地域住民がつながり、地域貢献の機会を創出できる。<br>　また、各地区の公民館や高齢者施設を訪れることで、移動手段が限定される方でも参加しやすいよう工夫し、地域ごとの活性化にも取り組んでいく。 | ▸多世代交流音楽会開催：2回/年。<br>▸音楽会チラシ配布枚数：500枚以上。<br>▸運営会議の実施：2回/年。<br>▸ちょいふる（アンサンブルバンド）以外の協力活動団体：2団体/年。 | ◇春野町内の各公民館や高齢者施設を利用し音楽会を開催することで、その地域内の高齢者のみならず子どもから成人まで多世代間の交流機会を創出できる。地域内の顔が見える関係を音楽を通して構築でき、社会的な孤立を予防につながる。<br>▸多世代交流や高齢者を中心とした憩いの場に来る地域住民が増える。（100人以上/年） | ◇地域の実情や高齢者一人ひとりのニーズに基づいて，関係機関や住民との協働により，多様で効果的・効率的な介護予防・生活支援サービスが地域で展開されている<br>◇市民や専門職が，地域包括支援センターの役割や事業内容を理解し，積極的に活用・連携する体制が構築されている<br>◇訪問型サービスC事業利用促進会議などを通じて，地域のニーズを的確に把握し，多様な関係者と連携しながら，地域課題に対応したサービスや活動を企画・創出する体制が整っている<br>▸訪問・通所A：3事業所→新規市内5事業所<br>▸訪問・通所B：4事業所→新規市内10事業所<br>◇地域のニーズに応じた、生活支援体制整備について、10期計画に反映されている。 |
| 上街・高知街・小高坂 | ミーティングセンターの継続開催 | ミーティングセンターで、認知症ご本人とそのご家族の想いややりたいことを実現した催しを行う：年10回以上 | ・ミーティングセンターの安定した開催ができ、ミーティングセンターをきっかけに、家族関係が修復されたり、ご本人に笑顔になる機会が増える。<br>・できなかったことができるなど、ご本人の行動変容につながる<br>・当事者やご家族同士の繋がりができ、悩みや不安を笑いに変えれる場所・癒しの場所としての機能を果たすことができる | ◇ 本人・家族の意見が地域活動や事業企画、計画策定に反映されている。<br>◇ 本人発信を契機として、認知症の人にやさしい取組を行う企業や団体が増加している。<br>◇ 第10期計画等に本人・家族の意見が具体的に反映されている。<br>▸ 政策・事業へ反映された件数<br>▸ 企業の取組数 |
| 布師田・一宮 | ・ミーティングセンター開設に向け認知症本人や家族が自身の体験や悩み、やりたいことを共有できる場の提供をする。 | ▸本人・家族が集えた回数：6回 | ◇ミーティングセンターが本人・家族が自分のかなえたい事や悩みを言える場であることを知ることができる。<br>▸当事者・家族の人数4名以上 | |
| とさやま出張所 | 認知症の方も参加しているたきゆりカフェの運営を継続する。 | ◇周知：村内放送・チラシ（令和8年度）上半期・下半期　全数配布<br>◇運営を行う　　年5回<br>◇実行委員会開催　年5回<br>◇チラシを地域の店舗にも配布◇認知症の相談窓口であることも周知 | ◇地域の住民が、たきゆりカフェに気軽に参加できる　各回3人以上 | ◇ 認知症カフェが継続開催され、本人・家族が定期的に参加できる場として定着している。<br>◇ 認知症カフェを通して、本人・家族同士の交流機会が確保されている。<br>◇ 認知症カフェが専門職・住民との顔の見える関係づくりの場として機能している。<br>◇ プレ開催を経た取組が本格実施へ移行している割合が増加している。<br>◇ 地域のニーズを踏まえた新規創設が進んでいる。<br>▸ 認知症カフェ開催箇所数の増加<br>▸ 継続開催率<br>▸ 参加者数の増加<br>▸ 参加者アンケート満足度<br>▸ 新規創設地域数 |