

2. 「地域リハビリテーション支援活動」による健康づくり・

介護予防

～佐賀県基山町 基山地区地域包括支援センター～

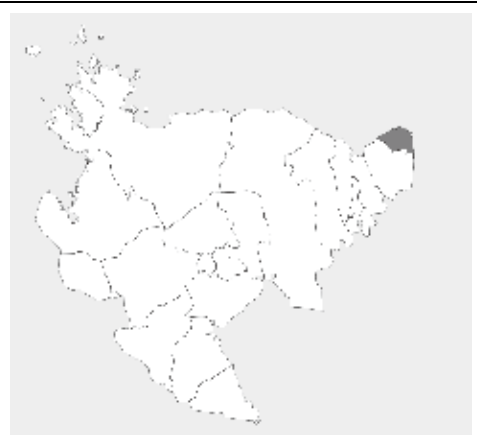
【本事例の主なポイント】

1. 行政と委託先の間で、随時の連携会議の他、昼夜や休日を問わず日常的に情報共有が図られており、強固な連携体制が構築されている。
2. 委託先が介護保険事業を運営する規模の大きい社会福祉法人であることから、サービスの利用や職員の派遣等、法人からの様々な支援が期待できる。
3. 社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町との連携体制を活用し対応している。
4. 行政と包括それぞれの生活支援コーディネーターによる実態把握を目的とした戸別訪問を行っている。行政は一人暮らしを中心に介護認定を受けている認知症の方、包括は総合事業の対象者を中心に訪問する等、連携して活動している。
5. 地域リハビリテーション支援活動として、行政、包括、通所型C事業所と連携しながら、フレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。

【取り組みの背景等】

第8期鳥栖地区広域市町村圏組合の介護保険事業計画に、重点施策の1つとして「健康づくり・介護予防の総合的な推進」が掲げられている。基山町は、地域リハビリテーション支援活動の一環として、住宅改修の同行訪問をきっかけにリハビリの専門職と同行訪問を開始し、行政、包括、通所型C事業所で連携して重度化防止に取り組んでいる。久留米大学病院の協力の下で介護予防事業や保健事業等も実施している。

■ 基山町の状況（令和3年4月1日現在）

総人口	17,480人	
世帯数	7,204世帯	
65～74歳人口	3,043人	
75歳以上人口	2,536人	
高齢化率	31.92%	
要支援者数	589人	
要介護者数	222人	
認定率	14.39%	
	(県平均 18.15%)	

■ 基山町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（7箇所） 有床診療所（1箇所）
	無床診療所（1箇所） 歯科診療所（7箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（2箇所） 訪問入浴介護（3箇所）
	訪問看護ステーション（2箇所） 通所介護（5箇所）
	通所リハ（3箇所） 特定施設入居者生活介護（1箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）
	小規模多機能型居宅介護（1箇所）
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）
	介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（0箇所）
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（1箇所）
居宅介護支援（1箇所）	

※令和3年4月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	委託	委託先（委託の場合）		社会福祉法人	
		保健師	1人	社会福祉士	1人
職員配置状況	主任介護支援専門員	2人	生活支援コーディネーター	1人	
	介護支援専門員	3人	認知症地域支援推進員	1人	

※令和3年4月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する佐賀県の主な支援策

<p>【地域包括支援センターの充実強化】</p> <p>○地域包括支援センターの事業評価結果の情報共有、人員体制の確保、効果的な運営が継続されるよう支援</p> <p>○介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携を促進</p> <p>○高齢者やその家族、家族介護者（ケアラー）などの幅広い相談に対応し、適切な支援につなげるため、地域包括支援センターの職員の資質向上に向けた取組を支援</p> <p>【医療と介護分野の認知症対応力の向上と連携強化】</p> <p>○認知症の早期診断から適切な介護までスムーズに受けられるよう、認知症疾患医療センターを認知症に関する医療の拠点として、認知症サポート医やかかりつけ医及びかかりつけ歯科医、地域包括支援センター等との連携を推進</p> <p>○若年性認知症施策の推進：若年性認知症の人やその家族を地域でサポートできるように市町職員、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター職員、介護事業所・</p>
--

障害福祉事業所職員等を対象に研修を行い、支援体制を拡充

【高齢者向住宅の整備・確保】

○地域包括支援センターや佐賀県在宅生活サポートセンター等の関係機関と連携し、高齢者や障害者の在宅生活に必要な介護・福祉・医療を含めた住宅の性能に関する知識習得を目指して、住宅関連事業者や福祉関係事業者に対する講習会の実施や、相互連携のためのネットワーク構築を推進

【高齢者虐待防止対策の推進】

○地域包括支援センターの対応力向上のため、職員を対象とした虐待対応のための研修を充実するとともに、県内市町等関係者で構成する協議の場を設け、事例検討等を行い、県下全体の虐待対応力の底上げを図る

○養護者による虐待については、養護者の孤立を防いだり、高齢者虐待の予防・早期発見のため、様々な手段を用いて各市町に設けられている相談窓口（地域包括支援センター）の周知を図る

【成年後見制度等の利用促進】

○福祉サービス利用援助事業の普及・定着：県民や福祉関係機関等への周知、地域包括支援センターをはじめとする関係機関との連携を図るとともに、成年後見制度などとも連携しながら事業の利用促進を図る

※出典：「第8期さがゴールドプラン21 佐賀県高齢者保健福祉計画 佐賀県介護保険事業支援計画（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<概要>

- 高齢者人口は8月末時点で5,499名、高齢化率31.57%。認定者率17.24%。鳥栖地区と比べると前期高齢者は多い。給付管理の毎月の件数は170件程度、委託のケースはほとんどなく今年度1件のみとなっている。3職種で割り振りしながら、予防プランも作成している。
- 昨年からは介護予防検診を実施し、70歳と75歳の節目に体力測定を行っている。体力測定の検査結果を自覚して頂き、自宅でできるストレッチやセルフマネジメントを行ってもらった。今年度は、保健事業と介護予防事業の一体的な事業として、ロコモ、認知症テスト等を実施し、データを久留米大学病院で分析してもらうようになっている。また、MCIについても久留米大学病院の先生からアドバイスを頂いた。5年後に客観的な指標を出すことを目標にしている。
- 70歳、75歳の検診率はコロナの影響で36%程度となったが、アンケートによるとトータルで60%程度になっている。

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 介護予防支援業務の基準省令に従い適切に業務を行い、要支援認定が下りたら迅速に対応し、緊急の時は暫定での利用調整を行っている。
- 進捗管理表で適切に業務ができるように管理し、ケアプランについては利用者に交付する前に主任ケアマネと共同してチェックしている。表現や内容も含めて確認している。毎朝30分間のカンファで前日の報告や教えてほしいこと等を出す。経験年数が短いため、知恵を絞りながら行っている。
- 地域のケアマネジャーの暫定利用、連携時についての特段のルールはないが、広域圏組合の介護予防支援ルールに従い、居宅介護支援事業所が2か所あるので、割と急ぐ場合の暫定は調整が付きやすい。同行訪問してもらえるようお願いしている。
- 地域リハビリテーション支援活動
 - ・行政、包括、通所型C事業所（以下「サービスC」という）と連携しながらフレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。サービスC終了後は、地区の通いの場等の運動教室やサロン等への参加推奨を行っている。
 - ・理学療法士、作業療法士の専門学校と先生方と、包括のケアマネジャーとで自宅への同行訪問を実施している。サービスCに結び付ける手前のセルフケアマネジメントを先生方と包括で協力して実施。集中してサービスCを使った方がいい方には勧めている。社会参加につながるような取り組みを行っている。
 - ・住宅改修の同行訪問がきっかけであったが、リハビリの先生と同行訪問し、フレイル予防に至ったのは今年度である。専門職の先生がサービスCを訪問され、行政と包括とサービスCで連携して重度化防止のために行っており、寝屋川市との合同

研修等も実施している。まだ数件しか動いていないが、定期的に打合せを行いながら行政と連携して行っている。

- ・包括が活動に加わることで、包括の職員がケアプランを作成するときに専門的なりハビリの視点等があることはメリットと感じている。自立に繋がりやすいプランを立てることができると感じている。
- ・行政としては、生活支援コーディネーターを今年度から委託業務から直営に変更し、50%を事業と地域資源を結びつける、残りの50%で継続訪問が必要な方を訪問するようにしている。

○行政の在宅福祉サービスが必要な方を見極め、申請援助や紹介を行っている。

○介護予防や認知症予防の必要性や介護保険制度について、毎年地区サロン単位で出前講座を行っている。

<課題等>

○総合事業について通所型Bと訪問型Bの体制はあるが、マッチングする機会が極端に少なく、介護保険サービスに頼っている現状が課題となっており、利用拡大に努力が必要。

○毎年相談件数や認定数は増えているので、本来は3職種であれば包括的支援業務に注力したいと思っているが、介護予防プランも手伝わないと回らない状況になっている。

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○様々な相談をワンストップで受け、適切な機関や制度、サービスに繋げるよう努めている。相談経路は様々だが、相談者の主訴理解と課題を明確化し、意思決定支援に留意している。また、包括職員の専門性を活かしたチームアプローチができるように毎朝ミーティングを行い検討し、インフォーマルな社会資源を含めた支援を行っている。

○戸別訪問

・行政と生活支援コーディネーターによる実態把握戸別訪問を行っている。行政の個別訪問は一人暮らしを中心に、介護認定を受けている認知症を優先。包括については総合事業の対象者を中心に回り、それぞれの情報をまとめている。生活支援コーディネーターがそれぞれ別でいるので、行政の生活支援コーディネーターと包括の生活支援コーディネーターと連携して動いている。

・個別訪問で浮かび上がったニーズは、介護予防事業の筋力アップ教室、音楽療育教室、通いの場や、他に吹き矢クラブや麻雀クラブなどのサークルがあるので案内している。

・生活支援コーディネーターの個別訪問で感じたことは、潜在的にフレイル手前の方が多く、外に出て来られない方がまだまだたくさんいること。介護認定に繋がると

認定率が高くなると感じている。

- ・個別訪問では、居住年数、近隣とのコミュニケーション、家族状況、移動手手段、受診医療機関等の聞き取り調査もしている。2～3回訪問して信頼関係を築くようにしている。介護認定を受けている人も対象なので避難行動要支援に登録していない方はそれを案内すること、個人情報使用に関する同意書も取っている。

○定期的に民生委員児童委員会に参加し、支援が必要な方の相談を受けている。

○毎月、介護相談と家族介護者教室を実施している。

○出前講座は町内17公民館のうち8か所で行っており、毎月や年数回のところもある。マンネリ化しないようにテーマを決め、講師として薬局、リハビリ職の方等をお願いしている。行政の出前講座は総務で受け、キャラバンメイトの他、オレンジカフェを4か所設置してボランティアで活動して頂いている方々が出前講座を実施している。

<課題等>

○アウトリーチによる実態把握及び支援が必要な方を能動的に把握する事ができていない。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○権利擁護に関する相談があった場合は、行政はじめ司法関係者、その他関係機関と連携し、必要な場合は支援者間協議を行っている。

○高齢者虐待の防止及び対応においては、早期発見・早期対応の為に速やかに状況を把握し、虐待の有無や緊急性の判断を行政や県社会福祉士会の虐待対応専門職チーム等の関係機関と連携を図り対応を行っている。

○町の団体長会に毎月出席し、交番所長や郵便局長から積極的に情報収集を行っている。

○権利擁護（高齢者虐待、消費者被害、成年後見制度、8050問題、終活等について）に関する出前講座を、毎年地区サロン単位、民生委員児童委員会、介護保険事業所で行っている。

○基山町の認知症初期集中支援チームは特殊で、各市町に認知症支援委員が配置されているが使いづらいと思う。本年度の活動事例はない。受診に対し、初期集中チームが関わるケースは少ないのが現状である。いつも関わりがある病院であれば、他の疾患受診時に認知症の検査を促す活動はしている。地域の理解については新しいことはしていないが、キャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座を広めたいこうとしている。見守りは、社協で見守りネットワークのキーマンを紹介してくれるシステムがあるので連携している。

<課題等>

- 高齢者だけの問題のみならず、知的障害や精神疾患、ひきこもりにより家族関係が悪化している事が顕在化している場合があり、重層的支援体制整備の構築が必要と痛感している。
- 身元保証人が事実上不在の場合の対応。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 地域ケア会議を定期的開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている。今年度は災害事前対策をテーマに、災害時に備えた関係主体間の情報共有を図る為の要援護者の医療・福祉情報リスト作成の検討、安否確認の方法や優先順位の検討を行うようにしている。
- 介護支援専門員等が抱える対応に苦慮する個別ケアマネジメントに対して3職種で検討し、地域ケア個別会議を活用した支援を行うようにしている。
- 地域の居宅介護支援事業所と協働し、事例検討会を開催している。
- 基山町のプラチナ社会政策室は、一人暮らしの高齢者の生活の把握、財産管理方法、看取りまで、相談者に解決の道しるべとなる支援をすることとなっている。把握した情報を共有して、高齢者への支援ができるように考えている。包括のアウトリーチの部分を行政が担えていると感じている。

<「認認介護」への取り組み>

- ご夫婦ともに認知症の診断がついているケースはまだない。認知症の奥様と認知症に理解がないご主人のケースはあった。対応のポイントとしては、小規模多機能からの相談があり、奥様はご主人がいない間に徘徊、ご主人はパチンコに出かけているような状況であった。地域包括ケア会議を開催し、地域で過ごすための検討を行った。結果としてサービスの追加、行政と包括が間に入ってサービス事業所と地域とのパイプ役を担い、地域で見守っていくこととなっている。今後も増えていくケースであるので、地域ケア会議、チームオレンジという活動を通して小単位地区での支援を行っていく予定である。

<「8050」への取り組み>

- 最初から支援に関わったことはないが、精神疾患の息子、無職の相談等の似たような相談はある。町の障害福祉の担当部署と連携しながら対応する。社会福祉協議会による自立支援センターでの就労相談、県の引きこもり支援センター等と連携を取っている。
- ニーズがあれば、すぐに繋げられる環境にある。民生委員から2件連絡を受けた。地域の民生委員が一人暮らしの高齢者には訪問していたが、二人暮らし・家族暮らしは民生委員から外れてしまっていたので、生活支援コーディネーターで汲み取ってい

く予定。若い時からの引きこもりに対して、生活支援コーディネーターが、母親と2週に1回程度の面会を行い信頼関係を築くことから取り組んでいる。

＜上記の4業務以外の業務への取り組み＞

○生活体制支援事業と認知症地域支援推進事業は別で受託している。それらの事業の工夫点として、行政の福祉サービス（配食サービス）がある。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

＜恵まれている点＞

- 1町1中学校区（1生活圏域）の為、行政-包括間の意向のズレが生じにくい。
- 区長や民生児童委員といった地域のキーパーソンとの顔の見える関係が築きやすい。
- 行政担当者との連携が取りやすい。気軽に相談ができる。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

○特になし

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

＜運営の概要＞

○平成22年より佐賀県の東部地区、鳥栖地区広域市町村圏組合から社会福祉法人寿楽園が受託し、地域包括ケアセンターの運営をしている。包括の受託業務は包括的支援業務、平成30年から生活支援コーディネーターと認知症支援推進員が配置となった。

＜強み（効果的なこと）＞

○法人内にひとり通り介護保険事業があり、不測の事態に柔軟な対応が可能である。

＜課題等＞

- 包括の運営に関して、法人の意向が介在することがゼロではない。ベテランにはいてほしいが人件費が大きく絡むため異動しがちなところが課題。広域から受託しているが、算定基準が構成市町村内の直轄で包括をもっているところが基準となり人件費を抑えているので、基準が上がらない限りは若手が回る仕組みになっている。
- 人事異動はゼロではなく、法人からの意向が強く反映される。法人が地域包括支援センターの運営に重きを置いていないと感じることはある。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報取り扱い、ICTの活用状況等

＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

- 生活支援体制整備事業と連動して、本年度より生活支援コーディネーターが独居高齢者と高齢者世帯へ全戸訪問調査を開始した。
- 福祉課の事業として、昨年度から70、75歳を迎える方全てを対象とした介護予防検

診（基本チェックリスト・ロコモ 25・GDS・HDS-R・身体機能・聴力）を地域の公民館で実施。

- 20年後に高齢化率がかなり上がる予測で、今後65歳以上になる方も把握が必要というところで保健部門の保健師が把握、65歳以上はプラチナ社会政策室で把握し、連携しながら情報共有することになっている。

<課題等>

- 対象者把握後の具体的な支援の流れの検討が課題。個別訪問後等に支援する側がどこに繋ぎ、どのような流れにするか、まだできていない。具体的にどういう方をどうするか、ということがまだできていないことが課題と考えている。
- 訪問に回った中で課題を挙げているが、今後事例ごとにどのようにするかはマニュアルが必要と思っている。例えば移動支援が欲しい等のニーズは、よその地域のNPOの協力を得なければならないと考えており、課題は山積みとなっている。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

- 関係機関で情報共有することへの同意を得る「個人情報使用に係る同意書」の活用。
- 包括の生活支援コーディネーターの訪問に合わせて、個別に個人情報の同意書を取っている。災害時に必要な都度、関係機関と情報連携させてほしいと伝えている。要介護認定の申請者については申請の際に同意を取っており、今後は全ての方にご理解を頂いて同意を取る予定である。行政からの同意書を包括が取っている場合もある。
- 同意を頂いているが自力避難ができない方が187名おり、行政が誘導することは困難であると認識しているので、他の機関との連携が必要。まだ詳細は把握していないので、例えば避難のとき迎えにいった際に車いすなのか？など詰めていない。法人が緊急避難の受け入れ体制を取っている。
- 地域と連携した避難行動計画については、今年度に関してはリスト化まではできるとは思っていないので、個人情報の部分を関係者の意見を頂きながら進めていく予定である。要援護の方を誰がどこまでという役割分担の部分までは検討したいと考えている。人件費については課題が見えてくれば対応が必要となるが、役場内で協議しながら予算を要求し、他の部署から人をやりくりするしかないと考えている。

<課題等>

- 居宅介護支援事業所や社会福祉協議会との連携が課題。
- 要避難行動支援については所管部署が別で、これまでは更新だけであったが、4月からプラチナ社会政策室で引き受けた。高齢者担当部署も住民の顔を知らず把握していないので、要支援者の状況を把握しながら行っている。現状はまだケアマネジャーとの連携が取れていない状況である。

<ICTの活用状況、具体的方法、及び工夫>

- 行政-包括間で共通の介護ソフトウェアを利用し、情報の共有を図っている。
- 包括が元々使っていたシステムで保険者から与えられたものを使っている。役場と情報共有ができることになっている。

<課題等>

- 行政-包括間でのみの使用であり、居宅介護支援事業所や社会福祉協議会、保健事業部署との共有が課題。
- 広域の組合、包括はシステムがあるが、保健センター（保健師）には端末がない状況なので十分な連携ができていない。個人情報に壁になっているが、同意書をとることにより情報共有ができれば効率よく情報が行き渡ると考えている。
- 要介護認定が下りて居宅等の場合は、包括が携わらないため情報の一元化ができていない。情報をまとめるものが欲しいと思っている。
- 他の負担もあり、ICTを活用するとより負担が増えるという話もある。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<概要>

- 民生委員児童委員会は、出前講座のときに話をするが委員会以外での関わりは特にない。民生委員協議会は2か月に1回、参加者は民生委員40名程度、包括支援センターからの報告等も行っている。団体長会には毎月出席しており、各町内の公的機関の団体、地域の区長、民生委員会長、交番所長、消防団長、小中高校長等が参加、行政が主催で基山町長・教育長等が取りまとめている。包括も関わりがある権利擁護に関する相談等をしている。
- 地域ケア個別会議は、関係する機関に集ってもらい課題解決する会議である。地域ケア会議は年3回、毎回テーマを設けて団体長に出席してもらい会議を実施。災害事前対策、行政リストの一元化等を話し合っている。事例検討会は地域の居宅介護事業所と共同で実施。

<特に工夫していること>

- 団体長会、民生委員協議会へ定期的に参加している。
- 民生委員が顔の見える関係であることは強み。地域によっては民生委員の温度差がある。地域の役員も複数の業務があり、そこも個人の温度差は感じる。17行政区単位の活動が盛んで各区の事業は進めやすいので、そこは強みかもしれない。
- 行政区ごとの地区担当はいない。ただ機動性はある、包括もいろいろな情報を共有している、すぐに対応できる状況にはなっている。

<課題等>

- 協議会等に参加し個別の情報については共有し連携しているが、所管部署がバラバラであり、一元的な情報の取りまとめまでには至っていない。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 町が包括的連携協定を結んでいる久留米大学病院からアドバイスをいただきながら、介護予防事業や保健事業等を実施している。分析については久留米大学病院が担ってくれるということで、住民に対しても大学病院が分析を行ってくれるということは大きなPRとなっている。
- 補聴器メーカーと一緒に地域における聴力フレイルへの取り組みを行っている。
- 必要時に行政担当課との連携会議を行っている。
- 専門機関との連携で自立支援ケア会議を開催している。広域レベルと各市町レベルがある。広域レベルでは居宅・包括の事例を検討、各市町レベルは町内の居宅・包括の事業所を対象に、要支援・要介護の検討を専門職が行う。開催頻度は、広域レベル

が2カ月に1回、各市町レベルは3か月に1回となっている。

- 広域との連携については、広域は各市町に任せているスタンスであり、やりにくい点等はない。ただ、生活支援体制事業等で広域から意見を頂きたいとき、責任の所在がどこになるのかが課題である。広域とは連絡がすぐ取れる関係性はある。
- 広域地区の研修は基礎研修事業が毎月あり、参加している。包括の3職種ごとに職種会を毎月又は2か月に1回実施。包括の定期会議については、管理者会議、委託業者からの説明会、介護保険事業計画策定会議等が例年ある。コロナ禍の支援は特になかったが、包括職員が全員出勤できない場合は広域が業務を担うと言われていた。広域内での職種会を通じて、生活支援体制整備の定例会等で顔を合わせている。

<課題等>

- 保健センターとの連携機会が少ない。
- 行政担当は福祉高齢化担当とは連携しているが、保健指導の担当とは情報共有はできていない。保健センターから疾患の情報等はもらっていない。保健師からの保健指導のフィードバックはないので課題ととらえている。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

- 重層的支援体制整備の必要性を感じている為、医療機関や障害福祉相談機関、保健センターや保健福祉事務所等との連携及び、行政内他部署（例えば、教育委員会や子ども支援課等）との連携も必要と考える。

④連携を取りたくても地域内にそのような組織がない場合はその状況

- 町内に看取りまで行う在宅医がない。
- 町内には在宅医療連携はない。広域地区内の隣の市には専門のアドバイザーがいるが、活用はできていない。在宅医療の場合は隣町からサービスを受けるが、コーディネートは包括で行う。在宅医を探すのもケアマネジャーレベルで探すのが現状である。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

- 委託包括であるため、法人内の人事異動にて賄っている。
- 人材育成は、マニュアルをベースに町の社会資源、しくみ等についてはセンター内で研修するようにしているが、なるべく外部研修に行く機会を増やして勉強している状況。包括では処理しきれないような内容もあるので、どこまで包括でできるかを考えるようにしている。広域内での3職種会等、広域で学んでいる部分がある。

<課題等>

- 職員の包括での業務経験が皆短い。
- 業界内での経験ができ、色々な分野で活躍できる法人のメリットはある。包括は経験がものをいうこともあるので、他の包括と比較しても経験年数が短いのは課題として捉えている。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

- 介護予防に向けた取り組み。
- 高齢者の孤立化防止。
- 認知症及びMCIの方の早期発見と対応。
- 生活課題を抱える高齢者の把握と対応。
- 近年の災害時における、要援護高齢者の把握と支援体制の整備。

(5) その他

<包括から行政に求めることや要望等>

- 人事異動が多く、4年で3人の異動があったので、もう少し長くしてほしい。生活支援コーディネーターの立場としては、老人福祉計画とうまく付き合いながら業務を行っていきたいと考えているが、町としての方向性が必ずしも明確ではない。こどもや定住促進等はあるが、福祉の分野で明確な町のあり方というものを考えてほしい。

<行政から包括に求めることや要望等>

- 役所の立場としては、経験を積めるように人事ローテーションを考えてほしい。福祉の町の方針としてではなく、取り組んでいくものを肉付けしながらビジョンを出す必要性は感じている。包括とは休みの日でも昼夜問わず、連携や情報共有ができていく点は上手くいっている。役所の中では、仕事が増えてしまうのでなかなか対応がスムーズにいけない点が課題である。