

【南島原市地域包括ケアシステム推進ロードマップ】

- ①地域包括ケアシステム評価指標の8項目に分けています。
細分化は評価指標やワークシート、介護保険事業計画等を
基に適宜行ってください。
- ②各項目について、市町の目指す
姿を記載してください
- ③「②」の目指す姿
の達成年度を
選択してください
- ④地域包括ケアシステム評価指標、
ワークシートを基に推進方を記
載してください
- ⑤A～Hの各項目における達成年度に向けた工程を記載してください
※「③」で記載した達成年度と整合をとってください
※矢印の中には施策を簡潔に記載してください

項目		目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	第8期計画			第9期計画		
					2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
(例) A 医療	退院支援	退院前カンファレンスに医師や看護師のみならず訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の地域の職種が参加することにより、退院後スムーズに患者が望む生活に移行できる。	2026年度(令和8年度)	多職種研修会を定期的に開催し、退院前カンファレンスの目的や参加者、重要性等について多職種に理解し、行動に移してもらう。	入退院支援ルールの作成・周知			退院前カンファレンス(についての勉強会を開催(年2回))		
A 医療	■退院支援 2 地域住民が利用する医療機関において、支援が必要とされる方の入退院支援が適切に実施されている	入退院の前に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、患者・利用者が望む生活を過ごせるようになる。	2026年度(令和8年度)	①南島原市版連携シートの活用 ②評価・見直しの実施	連携シートの活用(必要に応じ改訂)			評価実施		
	■(退院後)の日常の療養支援、急変時の対応 4 本人や家族の希望に応じて在宅医療が提供できる体制がある	地域のかかりつけ医を中心とした医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が望む生活ができるようになる	2026年度(令和8年度)	在宅医療・介護連携サポートセンターにおいて ①相談支援実施 ②「入退院支援連携ガイドブック」の活用 ③「在宅医療の手引き」の活用 ④多職種学習会の実施 ⑤評価・見直しの実施	医療機関と介護事業所等の関係者の協働・連携の支援			展開		
	■看取り 8 人生の最終段階も含めた在宅医療について住民への啓発や情報提供を行っている	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をしたうえで、高齢者が人生の最終段階における看取りが、本人の望む場所で行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人(意思が示せない場合は、家族)と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。	2026年度(令和8年度)	①「こうしてほしい(私の気持ち)」の活用 ②市民及び職務従事者向けの勉強会や研修会の実施 ③評価・見直しの実施	課題の抽出、対応策の検討			ACPのプロセスを普及 ・「こうしてほしい(私の気持ち)」の活用 ・市民及び職務従事者向け勉強会や研修会の実施		
	■看取り 9 本人や家族の希望に応じて、看取りを行う体制がある	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をしたうえで、高齢者が人生の最終段階における看取りが、本人の望む場所で行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人(意思が示せない場合は、家族)と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。	2026年度(令和8年度)	①「こうしてほしい(私の気持ち)」の活用 ②医療・介護関係者が、本人の意思を共有しそれを実現できるよう支援 ③評価・見直しの実施	医療・介護従事者が、本人の意思を共有しそれを実現できるよう支援			評価実施		
B 介護	■人材確保・育成 14 介護人材の確保に向けて行政、介護サービス事業所、教育関係者等で連携した取組を実施している	新たな人材の確保と、介護人材の育成を実施し質の高い介護サービスが提供できる。	2026年度(令和8年度)	①介護保険課において、自立支援向けービス提供に関する介護職員研修の実施 ②生活支援ヘルパー養成研修を実施 ③県南圏域介護人材育成確保対策地域連絡協議会において、研修体制や相談体制の整備、労働環境改善、介護人材育成・確保・定着を推進 ④評価・見直しの実施	新たな人材の確保と、介護人材の育成を実施			評価・見直し(第10期介護保険事業計)		
C 保健・予防	■介護予防ケアマネジメント 19 多様なサービスとして、フォーマル・インフォーマル含めてケアプランに位置づけ、要支援者等の能力を最大限活かせるよう専門職と連携した取組を実施している	高齢者の自立と、地域での「互助・共助」が促進されるような、多様なサービスが提供できる。	2026年度(令和8年度)	①「高齢者のためのサービスガイドブックつなGO！」の活用 ②自立支援型ケア会議等を通じたケアマネジメント力の向上 ③評価・見直しの実施	インフォーマルサービス等、多様な社会資源を活用した自立支援 + 地域づくり			評価・見直し(第10期介護保険事業計)		

					第8期計画		第9期計画	
D 住まい・住まい方	■住環境 22 手すりの設置や床段差解消等の住宅改修や福祉用具貸与に関するリハビリテーション専門職等の関与状況	住宅改修に当たって、介護支援専門員等がリハビリ等の専門職へ相談ができる体制が整っている。	2026年度(令和8年度)	住宅改修に当たって、必要に応じ県南地域リハビリテーション広域支援センターと協議しながら住宅改修時の助言指導などを実施する。	必要に応じ、県南地域リハビリテーション広域支援センターと連携			
					評価・見直し(第10期介護保険事業計)			
E 生活支援・見守り	■地域資源やニーズの把握・地域福祉活動 28 市町として生活支援体制の活動方針を明確にしたうえで、第1・2層の協議体や生活支援コーディネーターによる住民のニーズや課題の掘り起こし、対応策の検討、実施、検証等の一連の生活支援の取組がPDCAサイクルで行われている	地域の団体や生活支援コーディネーターと連携し、住み慣れた地域で生活できる。	2026年度(令和8年度)	①生活支援体制の構築により、地域住民の生活ニーズ(生活面で困っていること)を地域の支援者が支えるなど、地域的孤立を生まない地域づくりを推進する。 ②評価・見直しの実施	社会的孤立を生まない地域づくりの推進(随時 評価・見直し)			
					重層的支援体制整備事業の実施を見据えた生活支援体制整備事業の普遍化		災害時に支え合える地域づくり	
	■地域資源やニーズの把握・地域福祉活動 29 多様な主体が関わる生活支援・見守り、ボランティア等の地域福祉活動が展開されている	住み慣れた町で住民自ら必要な生活支援を理解し、住民が互助により支え合いながら暮らすことができる。	2026年度(令和8年度)	生活支援コーディネーターを中心に、地域住民の生活ニーズを地域の支援者が支えるなど、社会的孤立を生まない地域づくりを推進する	ニーズに対応する多様な社会資源の把握、開発(あるものを利用する、埋もれているものを発掘する、ない)			
					住民主体の地域づくりの推進(生活課題を地域住民が主体的に考え、多様な社会資源とつなげて地域課題を解決する取組が広がるよう生活支援コーディネーターが継続的な支援を実施)			
■地域資源やニーズの把握・地域福祉活動等 30 自主防災組織が設置され、住民の勉強会が開催されたり、防災について話し合う機会が設けられている	大規模な自然災害が発生したとしても、犠牲者をださない。	2026年度(令和8年度)	①自主防災組織活動の財政支援(自主防災活動補助金)を行い、組織機能の充実を図る ②防災訓練や、自治会・自主防災組織に対し、防災講話(防災マップの啓発など)を実施するなど防災意識(自助・共助)の向上を図る ③避難行動要支援者の避難支援体制の構築	自主防災組織の活動に対する財政支援、防災訓練等の実施				
				災害時に支え合える地域づくり				
F 認知症・権利擁護	■認知症施策推進大綱に基づいた認知症の対応 37 認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援を実施している	認知症への理解が深まり、人としての尊厳が保たれ(特別視しない)、認知症の人が生きがいを感じることができる。	2026年度(令和8年度)	認知症高齢者と家族介護者を支える地域づくり(共生) ①認知症の理解促進 ②地域交流の促進 ③生きがいを感じることができる活動の促進 ④支援につながることの促進	チームオレンジの立ち上げ支援			
					ステップアップ講	生きがいを感じることができる活動の促進(本人が参画する地域交流活動)		
■認知症施策推進大綱に基づいた認知症の対応 38 認知症初期集中支援チームが、関係機関等と定期的に連携する体制を構築し、支援を必要とする者への対応を実施している	認知症高齢者を介護する家族だけで問題を抱え込ませない。	2026年度(令和8年度)	認知症に関する相談・支援の充実(共生) ①地域包括支援センターが、支援を要する対象者(またはご家族や地域など)からの相談を受け支援に繋げる。 ②医療未受診や専門的支援拒否等、必要に応じ認知症初期集中支援チームと連携して支援調整会議を行い、支援を展開する。	認知症に関する相談・支援の充実				
G 市町と関係者・団体のネットワーク(連携)	42 地域包括ケアシステムの構築・充実など地域づくりに向けて、市町の関係課による組織横断的な連携ができている	庁内間の業務の擦り付け合いや、無関係という考え方を排除し、各部署職員の視点やノウハウ、地域住民(関係機関・専門機関を含む)と一緒にアイデアを出し合い、相互に支え合う仕組みを共に考える連携ができる。	2026年度(令和8年度)	効率のかつ効果的な庁内連携の在り方について検討する。 なお、重層的支援体制整備事業の実施を見据え行う。	必要に応じた組織横断的な連携(支援調整など)			
					生活困窮、高齢、障害、子どもの支援担当レベルによる包括的相談支援の在り方検討(継続)	地域づくりに向けた組織横断的な取組みの在り方検討		地域福祉
49 地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町へ提言している	地域ケア会議が、目的や機能を正しく理解し、地域の実情を踏まえたうえで真に必要な政策提言がなされる。	2026年度(令和8年度)	①自立支援型ケア会議(個別事例検討)で地域課題を把握 ②地域ケア会議(地域課題解決)で地域課題の抽出、社会資源の検討 ③政策提言	・地域のニーズや自立支援型ケア会議を通し、取り組むべき地域課題の対応策の検討				
				政策提言			政策提言	

				第8期計画		第9期計画				
H 地域共生社会の実現と 住民参画	53 災害時を想定し、高齢者や障害者等の要支援者一人ひとりに対する避難支援者、避難方法等について、避難行動要支援者に係る個別計画が作成されている	避難行動要支援者について避難支援等（避難の支援、安否の確認その他の避難行動要支援者の生命または身体を災害から保護するために必要な措置）を実施し、災害時等において避難の円滑化や避難行動への支援の可能性を高める。	2026年度(令和8年度)	【平常時】 ①要配慮者の把握と避難行動要支援者名簿の作成 ②地域におけるハザードの状況把握 ③名簿情報の内部利用 ④名簿情報の提供（同意者のみ） ⑤個別避難計画の作成（同意者のみ） ⑥個別避難計画情報の内部利用 ⑦個別避難計画情報の提供（同意者のみ） ⑧避難行動要支援者等の同意取得の推進 【災害時】 ①名簿情報の提供 ②個別避難計画情報の提供 ③避難支援、安否確認、生活支援	避難行動要支援者名簿の作成（毎月更新）、ハザード状況の把握					
					「市町村支援による個別避難計画」の作成					
					生活支援体制整備事業の普遍化					
					ケアマネ協会との協定締結		「本人・地域記入の個別避難計画」の作成支援			