

## 令和 6 年度平塚市地域包括支援センター事業計画書及び評価表

あさひきた	・・・P. 1
あさひみなみ	・・・P. 10
おおすみ	・・・P. 20
倉田会	・・・P. 28
ごてん	・・・P. 36
サンレジデンス湘南	・・・P. 44
とよだ	・・・P. 52
ひらつかにし	・・・P. 61
富士白苑	・・・P. 70
ふじみ	・・・P. 79
まつがおか	・・・P. 87
みなと	・・・P. 97
ゆりのき	・・・P. 108

令和6年度 平塚市地域包括支援センターあさひきた 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・年間を通して、チラシだけではなく地域活動の場への参加や介護予防教室・測定会を開催し、健康長寿(主にオーラルフレイルや転倒骨折)に関して地域住民に啓発する機会を前年度より増やすことができた。</p> <p>・地域住民の活動の場には定期的に参加することができており、今年度は新たなグループとのつながりを持ち、公民館まつりへの参加もすることができた。今後も関係性を維持していく。</p> <p>・閉じこもりに関しては民生委員と見守り対象者の情報共有を行いつつ、安否が分からない場合や支援の訴えがあった際などは連絡を受けて対応することが出来ている。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・口腔機能低下を認めている方が多く特に男性は全年代にわたって多い。</p> <p>・女性の前期高齢者に「やせ」が多い。</p> <p>・健康増進やフレイルに関するイベントでは、男性の参加者の方が少ない傾向にある。</p>			<p>・地域の方の身近な歯科医院と連携しフレイル予防のために健康な口腔機能を保つこと、定期歯科検診の必要性を周知していく。</p> <p>・栄養面に関して健康を保つために、70代前後での生活習慣病予防からフレイル予防への切り替えの必要性を周知していく。</p> <p>・男性に興味を持ってもらえるようなチラシの配布やイベントの開催を検討する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	<p>圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。</p> <p>・計画目標:1人利用 (前年実績:1人利用)</p> <p>達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする</p>	<p>参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。</p> <p>A:参加3人以上(全員達成且つフォロー)</p> <p>B:参加3人</p> <p>C:参加1人~2人(達成又はフォローした)</p> <p>D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有)</p> <p>E:参加0人(フォロー無)</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。				

(2)地域で取り組む健康チャレンジ					
ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:40人(新規のみ) (前年実績:37人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種
エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年5回開催(内容:骨密度測定、血管年齢測定、フレイル講話、骨粗鬆症予防の講話、お薬相談会、AI歩行解析による転倒予防))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	開催場所	保健師を中心に全職種
オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:36団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	通いの場(サロン)開催場所	保健師を中心に全職種
コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:10月10日根坂間自治会館フレイルチェック測定会) (前年実績:年4回実施(内容:測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	開催場所	保健師を中心に全職種
ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:1件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種
		新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種

2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・年間通して包括の周知活動を行い包括へ直接相談に来る方や近隣、民生委員等からの紹介で相談に来られる方が増えた。          ・重層的な課題に対し朝の申し送りでの方向性の検討や月に1回の包括ミーティングにてケース検討、見守りリストの検討を行い個々のスキルアップを図った。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>60歳代からの相談で生活習慣の改善や病状管理、介護保険以外の支援が必要なケースや複数の課題があるケースの相談が多い。</p>			<p>・若い年代へも包括の周知活動を行い、支援困難になる前の早い段階から必要な機関へ繋げる等の関りを持ち介護予防を図る。          ・重層的な課題に対応するため、包括内での情報共有や検討、必要な機関との連携により様々な視点から支援を検討できる体制を整える。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
<p>基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活</p> <p>2 地域ネットワークの充実</p>	<p>センターの認知度の向上を図る。</p>	<p>センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。          ・計画目標： 包括たよりの回覧・配布、地区社協や福祉村等の活動の場で周知、公民館まつりへの参加、合計6回。          (前年実績： 包括たよりの回覧・配布、ちいき情報局へ包括たよりを掲載 地区社協や福祉村等の活動の場で周知、公民館まつりの参加、合計7回。)</p>	<p>広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標          A:5回以上実施に加え、SNS等を活用          B:3回以上実施          C:2回実施          D:1回実施          E:実施なし</p>	<p>圏域内</p>	<p>全職種</p>

(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。)	相談体制の整備状況が指標 を実施(ケースを全て共有の場合) A: を実施(必要なケースのみ共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E:実施できていない。	センター内	全職種	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	センター内、各研修場所	全職種	
	B C P 研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にB C Pを定着させると共に、B C Pを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、B C Pの評価、改善の実施。 (前年実績：B C Pの作成など。)	訓練の実施状況、B C Pの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター内	全職種	
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関13か所、薬局4か所。合計17か所。 (前年実績：医療機関0か所、薬局0か所。合計0か所。) 圏域内の医療機関等の数：診療所14か所、歯科13か所、薬局7か所。計34か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:34か所以上(約100%) B:27か所以上(約80%) C:17か所以上(約50%) D:8か所以上(約25%) E:1か所以上	圏域内	全職種

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・認知症施策に関する事業に関しては概ね予定通りに実施することができた。          ・前々年度までは若年性認知症の相談がなかったが、前年度は2件対応することができ、問題解決まで繋ぐことができた。          ・権利擁護事業に関して、エンディングノートについて周知を行った結果、来所してノートを求められることが増えた。住人の終活に対する関心の高さを伺うことができた。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・前年から引き続き、認知症や精神疾患、生活苦等の重層的支援が必要なケースが見られる。          ・家族親族からの支援が受けられず、緊急連絡先や保証人の確保が難しい高齢者が多くなってきている。          ・60代の方からの健康相談や生活苦の相談が散見される様になってきた。</p>			<p>・重層的な課題に対応するために、包括内での情報共有を密に行う事で様々な視点から支援を検討できる体制を整える。          ・世代を限ることなく、早い段階からでも相談対応が可能であることを周知していく事で、問題の深刻化を予防していく。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の日本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け2回開催、企業5社訪問、学校3校訪問 (前年実績：市民向け3回開催、企業向け1回開催、学校向け3校訪問)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	市民向け：西部福祉会館 企業：飲食店 学校：旭小学校 松延小学校 旭陵中学校	認知症地域支援推進員
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの作成準備 (前年実績：1回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	西部福祉会館

(2) 認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室12回実施し、脳いきいき講座受講者に予防教室の参加を促す (前年実績: 予防教室12回)	予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	西部福祉会館	認知症地域支援推進員
(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数12件 (前年実績: 43件) ・説明方法: 相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がります。	相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がった D: 相談のみ E: 相談なし	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 1人 (前年実績: 0人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気づき、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規30人、継続30人 計60人実施 (前年実績: 新規73人、継続5人 計78人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数10回、支援回数1回 (前年実績: 開催回数10回、支援回数2回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	センター内、開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職種

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	<p>重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化</p>	<p>課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。</p> <p>ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。</p> <p>・計画目標：連携が必要な機関が開催する研修や連絡会に参加し情報収集や連携強化を図る。民児協定例会に参加することで包括と民生委員の間で顔の見える関係を作り、相談をしやすい環境を整備する。</p> <p>(前年状況：高齢者及び障がい者虐待防止等ネットワーク協議会や生活困窮者自立相談支援事業連携機関連絡会などに参加 毎月の民児協定例会に参加。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標</p> <p>A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。</p> <p>B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。</p> <p>C:例年並み、または計画どおりに実施。</p> <p>D:例年、または計画をやや下回る。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	未定 旭北公民館	社会福祉士を中心に全職種
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	<p>権利擁護のための相談支援及び普及啓発</p>	<p>日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。</p> <p>・計画目標：包括たよりの配布により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。</p> <p>(前年状況：自治会回覧板での回覧、サロンでの配布による成年後見制度の普及啓発。)</p>	<p>普及啓発の内容、制度利用実績が指標</p> <p>A:制度の利用1人以上。</p> <p>B:新たな普及啓発を実施。</p> <p>C:制度の案内1人。</p> <p>D:例年、または計画をやや下回る。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	圏域内	社会福祉士を中心に全職種
	<p>自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援</p>	<p>自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。</p> <p>・計画目標：エンディングノートに関する講座を1回実施、必要に応じてノート配布。</p> <p>(前年状況：講座開催1回、ノートを29冊配布。)</p>	<p>終活講座・講話が指標</p> <p>A:年3回以上実施。</p> <p>B:年2回実施。</p> <p>C:年1回実施。</p> <p>D:ノート等の配布のみ。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	未定	社会福祉士を中心に全職種

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：研修を民生委員を対象に実施。合計1回。 (前年状況：研修を民生委員を対象に実施。合計1回。)</p>	<p>普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。</p>	あさひきた公民館	社会福祉士
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。 (前年状況：事業所内で2件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。</p>	センター内	社会福祉士を中心に 全職種
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域のケアマネジャーを対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：訪問時必要と思われる方へチラシ等の配布で周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員と地域のケアマネジャーを対象に勉強会兼交流会を実施。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。</p>	圏域内	全職種 主任介護支援専門員

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
年間通して個別ケア会議の要請なく、周知活動は行ったものの開催に至らなかった。カンファレンスや支援困難ケースの相談等からの課題抽出に向けた取り組みを行った。					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
個別ケア会議の周知を地域住民やケアマネジャーへ行うが開催に至らず、個別ケア会議からの課題把握が難しい。			・包括たよりやちいき情報局を活用し引き続き周知を行い、地域住民や介護事業所、居宅支援事業所へ個別ケア会議開催の声掛けも行っていく。		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1 ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：20件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。 (前年実績：22件の個別相談支援(利用者の実人数)、18件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター、訪問先他	主任介護支援専門員を中心に全職種
(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議0回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	センター、西部福祉会館、訪問先他	主任介護支援専門員を中心に全職種
(A) 地域ケア会議の開催					
(B) 協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援3回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援3回(参加数)) 圏域内の協議体の数：1か所(旭北地区協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	西部福祉会館他	主任介護支援専門員を中心に全職種
(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、地区社協、福祉村に加え、新たに地元飲食店と新聞やネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	圏域内	主任介護支援専門員を中心に全職種

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センターあさひみなみ 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
・本人の状態に合わせて、介護保険等のフォーマルなサービス、福祉村・地域のサロン等のインフォーマルなサービスに繋げた。 ・通所型サービスC参加へ2名繋いだ。 ・主催や依頼により、フレイル予防講座を実施。また、主催のサロンを開催してフレイル予防に努めた。地域のサロン開催時には、リーフレットや口頭でフレイル予防の情報提供を発信。また、フレイル予防の為に記事を記載したあさひみなみだよりを配布。					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
・地域の高齢化率が33.9%(平塚市28.8%)と高く、今後介護が必要な人が増える可能性が高くなっている。エレベーターのない集合住宅が多く階段が上れなくなると、自宅での生活が難しくなる。			・主催や依頼により健康増進・フレイル予防を実施していく。		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	主に利用者宅	主に保健師・全職種
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。				

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標：新規サービス利用者、通所型サービスC利用者の50人 (前年実績：61人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	適宜	全職種
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標：年2回開催 あさひきた・みなみ合同のかかりつけ薬局の講話、URや地域からの依頼による講話。 (前年実績：年2回開催(内容：かかりつけ薬局、お口の健康))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	旭北公民館 UR集会場等	保健師
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) 計画目標：フレイルについてパンフレットを12か所の通いの場に配布、年1回リハビリ職を通いの場に招き、講話や体操を行う。 (圏域内の通いの場(サロン)の数：39団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	通いの場	主に保健師
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標：参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容：フレイルチェック測定会) (前年実績：年2回実施(内容：測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	自治会館等	保健師
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率)：対象者の60% (前年実績：0件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61～79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50～60% D:30～49% E:30%未満	自宅等	保健師
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	自宅等	保健師

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・地域の集まりやサロン等に積極的に参加して包括の周知を図った。多様化する相談に対し専門職で意見を出し合いながら支援すると共に、職員の自己啓発の為、積極的に研修に参加した。</p> <p>・医療や介護促進の為、医療機関や薬局との連携を図った。また、地域に対して薬剤師講話や在宅医療リーフレットの配布、医療についての相談があった場合は、保健師が中心になって対応した。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>団地を抱えており、高齢化率が高く、低所得者層の経済的支援等が課題となっている。</p>			<p>・多様化する相談に包括支援センターが対応出来る様に、専門職としての質の向上を目指し積極的に研修に参加する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
<p>基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活</p> <p>2 地域ネットワークの充実</p>	<p>センターの認知度の向上を図る。</p>	<p>センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。</p> <p>・計画目標： 広報誌あさひみなみだよりの配布(年2回)、 高村団地祭りの参加。合計3回。 (前年実績： 広報誌あさひみなみだよりの配布(年2回)、 高村団地祭りの参加。合計3回。)</p>	<p>広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし</p>	<p>センター内 高村団地</p>	<p>全職種</p>

(1)高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E:実施できていない。	センター内	全職種	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	センター内外	全職種	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター内	全職種	
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関10か所、薬局2か所。合計12か所。 (前年実績：医療機関7か所、薬局2か所。合計9か所。) 圏域内の医療機関等の数：医療機関10か所、薬局2ヶ所。	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:12か所以上(約100%) B:9か所以上(約80%) C:6か所以上(約50%) D:3か所以上(約25%) E:0か所以上	各薬局・医療機関	全職種

### 3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・年間を通して認知症カフェ・認知症予防教室を開催する事が出来た。認知症カフェでは、チームオレンジの活動の出来る場所を作る事が出来た。            ・住民向けにタブレットによる認知機能検査を目標数以上に実施し、対象者を脳いきいき講座に繋いだ。            ・高齢者虐待ケースについては、時間を掛けて専門職が意見を出し合いながらカンファレンスを実施。被虐待者の支援や養護者支援を行った。            ・高齢者虐待や成年後見制度の研修に参加して専門的知識を高めると共に、地域住民や地域の介護事業所に普及啓発の為の講話や研修を実施した。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・地域に県営、市営、築40年～50年の集合住宅があり開設当初から住んでいる人も多く、独居や高齢者世帯が多い。高齢化率も高く、比例して認知症高齢者の増加が予測される。</p>			<p>・認知機能検査を活用してMCIの早期発見</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の日本人からの情報発信支援	<p>認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。            ・計画目標： 市民向け1回、 企業向け5社に訪問、 学校向け3校に訪問。            (前年実績：市民向けを1回開催、学校2校訪問、企業5社訪問)</p>	<p>養成講座の開催状況が指標            A:市民、企業、学校向け全て開催            B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催            C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問            D:市民向けを開催            E:開催なし</p>	<p>旭南公民館            企業5社            勝原小学校            山下小学校            山城中学校</p>	認知症地域支援推進員
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	<p>チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。            ・計画目標： チームオレンジ研修1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供6回(3人)            (前年度実績： チームオレンジ研修1回、 未実施)</p>	<p>研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標            マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。            A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施            B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成            C:1回開催            D:開催なし(周知あり)            E:開催なし(周知なし)</p>	<p>旭南公民館            さんかふえ            にじいるサロン</p>

(2) 認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人の参加。 (前年実績: 予防教室6回実施。脳いきいき講座受講者は2人)	予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	にじいろサロン 地域への講話	認知症地域支援推進員
(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数20件 (前年実績: ケアパス配布数54件) ・説明方法: 相談人数20人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がった	相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数20人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数20人のうち30%程度ネットワークに繋がった D: 相談のみ E: 相談なし	センター内、訪問先	認知症地域支援推進員
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 1人(相談のみ) (前年実績: 0人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	センター内外	認知症地域支援推進員
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規30人、継続30人、計60人実施 (前年実績: 82名に実施、新規継続確認出来ず)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	センター内 訪問先サロン3か所	主に認知症地域支援推進員、全職種
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績: 開催回数6回、支援回数6回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	福祉村、旭南公民館	主に認知症地域支援推進員

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会

5 孤立死の防止に向けた取組の充実

重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化

課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。

・計画目標：他機関への相談、民生委員・住民等からの相談に対して訪問等の実施。  
(前年状況：課題が複雑化・複合しているものは、他機関へ相談した、民生委員・住民等からの相談に対して訪問等を実施した。)

取り組み内容(成果)が指標  
A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。  
B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。  
C:例年並み、または計画どおりに実施。  
D:例年、または計画をやや下回る。  
E:実施できなかった。

センター内外

全職種

6 権利擁護事業の充実  
日常を支える権利擁護事業の推進

権利擁護のための相談支援及び普及啓発

日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。

・計画目標：研修・講話等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。制度の案内10人。  
(前年状況：平塚市成年後見人利用支援センターに講師を依頼して、地域の民生委員・ケアマネジャーに成年後見制度の講話を実施。またサロンで成年後見制度の説明を行い成年後見制度の普及啓発に努めた。)

普及啓発の内容、制度利用実績が指標  
A:制度の利用1人以上。  
B:新たな普及啓発を実施。  
C:制度の案内10人。  
D:例年、または計画をやや下回る。  
E:実施できなかった。

センター内外

主に社会福祉士  
全職種

自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援

自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。

・計画目標：もしバナゲームを1回実施、ノートを30冊配布。  
(前年状況：ノートを29冊配布など。)

終活講座・講話が指標  
A:年3回以上実施。  
B:年2回実施。  
C:年1回実施。  
D:ノート等の配布のみ。  
E:実施できなかった。

センター外  
センター内外

全職種

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発の講話・研修を実施していきます。 ・計画目標：法人内の居宅支援事業所、地域住民を対象に実施。合計2回。 (前年状況：法人内の居宅支援事業所、地域住民を対象に実施。合計2回)</p>	<p>普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。</p>	センター外	社会福祉士
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応の実施、事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で0件の事例検討。) この事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。</p>	センター内外	主に社会福祉士 全職種
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発、地域を対象に新たに周知啓発、市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発、未実施。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。</p>	センター内外	全職種

#### 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・協議体で話し合い、福祉村と協力して認知症カフェ開催時に移送サービスを実施した。          ・ケアマネジャー個別相談に対して、情報提供・同行訪問を実施した。また、事例検討会・研修会を開催してケアマネジャーとの連携を強化した。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・ボランティアのなり手がおらず、地域資源の存続が難しくなる可能性がある。          ・困難ケースが多く、ケアマネジャーからの個別相談も多い。</p>			<p>・協議体の開催を支援して地域のネットワークを構築する。          ・ケアマネジャーからの個別相談に対して、必要に応じた情報提供・助言・同行訪問等の支援を行う。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援と連携強化を図る。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 担当地域のケアマネジャー対象に研修を開催し、関係性を深め、連携の強化を図る。 ・計画目標： 2件の個別相談支援(利用者の実人数)、2件の同行訪問等、 1件の研修の開催。 (前年実績： 4件の個別相談支援(利用者の実人数)、4件の同行訪問等、 1件の研修の開催。	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター内外	主に主任介護支援専門員 全職種
(1)高齢者よらず相談センターの機能強化					

(2)地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	(A)地域ケア会議の開催	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議6回、個別地域ケア会議1回) (前年実績：小地域ケア会議9回、個別地域ケア会議 0 回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	センター内・外	全職種
	(B)協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援6回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援9回(参加数)) 圏域内の協議体の数：1か所(旭南地区協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	センター外	全職種
	(C)地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等とネットワークを構築した)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	センター外	全職種

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センターおおすみ 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・岡崎・城島地区それぞれの意向を確認しながら、フレイル予防活動の周知を含めた活動を実施できた。フレイル傾向や閉じこもり傾向のある高齢者に対し、地域活動や介護予防ケアマネジメントにつなげることができている。</p> <p>・サロンや高齢者の集まる場で家庭血圧管理の周知を行うとともに、広報誌を用いて壮年期の住民に対しても啓発を行うことができた。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・岡崎・城島地区ともに地域交流や社会活動の場が回復し活発化しているが、フレイル測定会は既存の参加者と新規の参加者のバランスをとりながら継続できるような環境を整える必要がある。</p> <p>・城島地区の後期高齢者健康診断受診率が他地区と比較して低い傾向がある(KDBデータ)</p>			<p>・地域住民の自主的なフレイル予防活動を意向を確認しながら継続支援し、地域の閉じこもり傾向やフレイル傾向のある高齢者を把握する。</p> <p>・地区サロンや健康教室の場で健診受診推奨の講話を行う。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:4人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	センター	看護師を中心に全職員
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。				
	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託408件、うち担当者会議開催21件(出席19件、書面2件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%~100% B:担当者会議への対面での出席70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	センター ・利用者宅	主任ケアマネジャーを中心に全職員

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:60人(新規のみ) (前年実績:60人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	利用者宅	看護師を中心に 全職員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年14回開催(内容:家庭血圧管理についての講話、サポート医の寄稿文を広報で周知、高齢者学級での講話など))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	・岡崎公民館 ・城島公民館	看護師
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:11団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	・地区サロン会場 ・通いの場 ・公民館	看護師を中心に 全職員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年3回実施(内容:測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	城島公民館 R7年2月予定	看護師
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:26件中13件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	利用者宅 通いの場 福祉村	看護師を中心に 全職員
		新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	利用者宅	看護師を中心に 全職員	

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>各職種向けの機能強化研修を積極的に受講し、伝達や資料を回覧し共有するよう努めた。年間を通して各職員が研修を選択受講し、スキルアップに努めた。</li> <li>定期的なミーティングだけでなく、書面を回覧して情報共有している。</li> <li>地域活動や連絡会議に参加し、包括の周知を行うとともに関係機関との連携や関係づくりに努めた。包括サポート医の協力を得て、高血圧予防をテーマにした広報誌を発行し、地域行事での健康相談を通じて包括の周知を行った。</li> </ul>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢福祉、障がい福祉、生活困窮、家庭内トラブル、医療等、多様な問題が混在する相談が増加しており、専門職間の連携が重要となっている。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>多様な相談に対応するため、各職員が研修を選択受講し、伝達を通して全職員がスキルアップできるよう努める。</li> <li>複合的な問題に対しては、基幹型包括や重層的支援事業と連携し、予防的な関りを念頭に置いて支援する。</li> </ul>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活  2 地域ネットワークの充実	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布、公民館祭りの参加、こいのぼり祭りの参加、合計3回。 (前年実績： 広報誌の配布、公民館祭りの参加、合計5回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	開催場所 ・公民館	全職種
	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E:実施できていない。	センター	全職種

	(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標: 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績: 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	センター	全職種
		BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標: 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績: BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター	管理者
3	医療・介護連携の推進	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標: 医療機関8か所、薬局4か所、合12か所。 (前年実績: 医療機関8か所、薬局4か所、合計12か所。) 圏域内の医療機関等の数: 医院・歯科医院8か所 薬局4か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A: 12か所以上(約100%) B: 9か所以上(約80%) C: 6か所以上(約50%) D: 3か所以上(約25%) E: 1か所以上	圏域内医療機関	看護師を中心に全職種
	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)					

3 権利擁護事業等

<p>(1)前年度の取り組みに対する評価・実績</p> <p>・民児協定例会への出席や民生委員・ケアマネジャー交流会の開催等を通して、民生委員との情報交換の場を多く持つことができた。新任の民生委員とも顔の見える関係を築くことができた。</p> <p>・城島地区・岡崎地区ともコグニサイズが定着し、認知症予防について周知ができた。</p> <p>・城島地区の認知症サポーター養成講座、チームオレンジ研修では、民生委員を対象に行うことができ、チームオレンジ活動に繋がった。</p>
--

<p>(2)主な地域課題</p> <p>・8050問題、身寄りのない高齢者問題等、複合的な課題を抱えた相談が多くあった。</p> <p>・認知症について正しく理解されている方もいるが、いまだ認知症を我が事と思わない方も多数である。早期発見、早期対応に繋がっていきけるよう、高齢者本人や家族、関係者に広く普及啓発する必要がある。</p>	<p>(3)主な地域課題の改善策・解消策</p> <p>・他機関・多職種と連携し、必要に応じて重層的支援体制整備事業、基幹型地域包括支援センター、弁護士相談等を活用しながら、権利擁護支援を行っていく。</p> <p>・年代、業種を超えて広く地域に認知症の普及啓発を働きかけ、早期発見、早期対応へと繋げていく。</p>
---	--

(4)今年度の取り組み・重点事項						
高年齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け2回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績：市民向けを2回開催、企業向け1回、学校向け なし)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：2回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(2人) (前年実績：チームオレンジ研修2回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	(2)認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) 楽しく！コグニサイズ教室(第2木、第4月) 城島福祉村拠点サロン(第1金、第3金) ・計画目標：予防教室48回実施し、脳いきいき講座受講者の1人が参加した。 (前年実績：予防教室42回)	予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	岡崎公民館 城島ふれあいの里	認知症地域支援推進員を中心に全職員

	(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数10件(前年実績:8件) ・説明方法:相談人数10人に対し、うち5人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数10人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数10人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数10人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	・センター ・福祉村 ・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員
		認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人(前年実績:0人)	選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職員
		認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施(前年実績:新規45人、継続32人 計77人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	・センター ・公民館 ・福祉村 ・地域サロン会場 ・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員
		(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数2回、支援回数12回 (前年実績:開催回数2回、支援回数11回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	・おおすみ認知症カフェ(年2回) ・ふれあいスポット(第4木)
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	センター	管理者を中心に全職員
ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標:2地区の民児協定例会や協議体に出席し、情報共有を実施。新たに地域団体の見守り対策を把握し、連携強化を実施。 (前年状況:2地区の民児協定例会に定期的に出席し、連携強化を図るとともに情報共有を実施。)						

6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための 相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：認知症サポーター養成講座等により成年後見制度等の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：認知症サポーター養成講座等により成年後見制度の普及啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度等の案内10人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	開催場所 利用者宅	社会福祉士を中心に 全職員
	自分らしい人生の 締めくくりを迎えるた めの活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：終活講座を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況：ACP・もしバナゲームの体験講座を2回実施、ノートを80冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	開催場所 訪問先 サロン会場等	全職員
高齢者虐待を予防し、早期発見・ 早期対応に努める。	高齢者虐待の予 防、早期発見のため の講話等による普及 啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：市民、民生委員を対象に実施。合計2回。 (前年状況：市民、民生委員を対象に実施。合計5回)	普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	開催場所	社会福祉士
	高齢者虐待対応マ ニュアルに基づく相 談対応をし、事例検 討をする。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で0件の事例検討。) この事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター 利用者宅	社会福祉士を中心に 全職員
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者 制度の周知、地域と の連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の民生委員を対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：協議体や民児協会長と情報共有)	取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	センター 利用者宅	全職員

#### 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
・地域で対面での勉強会を開催することで、地域の支援者と専門職の連携のきっかけを作ることができた。 ・小地域ケア会議や協議体での意見交換を通じて、高齢者世帯、行方不明高齢者などテーマを絞って地域の実態について協議することができた。						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			
・地域団体の代表者やボランティアの高齢化に伴い、担い手が不足している。 ・居宅介護支援事業所やサービス事業所が少ない地区のため、地域住民の介護サービスや福祉サービスに対する理解が不十分になっている。			・地域ケア会議開催、協議体など地域主催の会議の開催支援を行う。 ・地域住民に対して、各種サービスについて周知活動を行う。			
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標2 - 1ネットワークの充実	(1)高齢者よらず相談センターの機能強化 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、2件の同行訪問等。 (前年実績：11件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	・利用者宅 ・センター	主任ケアマネジャーを中心に全職員	
	(2)地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。) (A)地域ケア会議の開催	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議1回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	・開催場所	主任ケアマネジャーを中心に全職員
	(B)協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援4回(4回) (前年実績：協議体の開催支援5回(5回)) 圏域内の協議体の数：2か所(岡崎協議体、城島協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	・開催場所	主任ケアマネジャーを中心に全職員
	(C)地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに地域教育力ネットワーク協議会等とのネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	・開催場所 ・センター	主任ケアマネジャーを中心に全職員

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センター倉田会 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・3地区(八幡、四之宮、真土)に於ける高齢者調査を実施。この高齢者調査を通じて、担当民生委員との関係強化及び新たな関係構築が図れた。</p> <p>・四之宮地区、八幡地区での定期交流会(福祉村やサロン)を通じて、フレイル気味の高齢者や問題ケースの把握と早期対応が図れた。</p> <p>次年度については、基本チェックリストの再有効活用を検討している。チェックリストの定期的な利活用により、サロン参加者への意識付けにも繋げていきたいと考える。</p> <p>・真土地区に於いては、福祉村創設の進展は見られなかったことから、今年度から民児協、地区社協へ働き掛けて地域ケア会議の開催要請を依頼して行こうと考えている。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>(1)多問題ケース(8050、家族構成員の複雑化、ヤングケアラー、金銭的に境界層レベル等)に於ける包括職員がチームとして支援して行く体制作り。</p> <p>(2)福祉村が存在しない真土地区への定期交流の場の構築。</p> <p>(3)フレイルという言葉の認知度が高い実感はあるものの、内容については認知度が低い様子。難しい話への関心が持ちにくい印象。</p>			<p>(1)多問題ケースへの対応としては、当包括内職員のスキルアップと合わせ各関係機関との良好な関係性の構築により、地域の方を包括的に支援できる体制を整備する。</p> <p>(2)真土地区に於いては、民児協、地区社協への働きかけにより、地域ケア会議の開催にて地域課題発見や勉強会の開催を検討していく。</p> <p>(3)フレイルについて普及啓発をしていくにあたり、3要素の理解と関心を得られるよう内容構成を検討した支援を行なう。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	センター	保健師 全職種
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託861件、うち担当者会議開催55件(出席30件、書面25件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%~100% B:担当者会議への対面での出席70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	訪問先他

(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標: 50人(新規のみ) (前年実績: 50人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A: 例年より大きな実績をあげた B: 例年より実績をあげた C: 例年並み、または計画どおりに実施した D: 例年、または計画をやや下回る E: 実施できなかった	訪問先他	全職種
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局・サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標: 年2回開催(内容: フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績: 年1回開催(内容: 認知症について))	講話・講演会の開催回数が指標 A: 年5回以上 B: 年3回以上 C: 年2回(例年並) D: 年1回 E: 年0回	大野公民館	保健師
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標: 12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数: 49団体)	助言等の支援回数が指標 A: 年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B: 年13回以上実施 C: 年12回実施 D: 年5~11回実施 E: 年4回以下に実施	公民館、福祉村、公園等	保健師
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標: 参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容: フレイルチェック測定会) (前年実績: 年1回実施(内容: 測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A: 年3回以上実施 B: 年2回実施 C: 年1回実施 D: 企画したが未実施 E: 企画しなかった	大野公民館 12月13日(金)	保健師
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率): 対象者の60% (前年実績: 4件)	対象者に対する把握率で評価 A: 80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B: 61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C: 50~60% D: 30~49% E: 30%未満	センター	保健師
		新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B: 取組を実施 C: 取組を未実施	センター	保健師	

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・複雑化していくケースへの対応として、重層的支援体制整備事業への協力を得られるようになり、1件の提出に至った。            ・平塚市地域包括支援センター向け研修(全体及び各職種)については、すべての研修に参加出来かつ伝達研修を必須としたことで各職員のスキルアップに繋がった。            ・八幡地区及び四之宮地区に於ける定例の小地域ケア介護及び協議体の開催に至った。職員全員が出席したことで各地区主要メンバーとの顔の見える関係性の構築に至った。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>(1)複雑化していくケースへの対応。            (2)新年度に於いて異動者もあることから、新たなチームとしてのチーム力向上と平塚市地域包括支援センター向け研修及び各職種に於ける必要研修の参加により、各自のスキルアップが必要となる。</p>			<p>(1)重層的支援体制整備事業の利活用以外にも医療介護、行政を含めた各関係機関の協力も得ながら、対象となるケースに於ける課題解決へとつなげていく。            (2)平塚市地域包括支援センター向け研修及び各職種に於ける必要研修への積極的な参加。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標：自治会回覧板を利活用しての周知。地区サロン参加者への周知活動。合計10回。 (前年実績：公民館内サークル活動参加者への周知活動。合計10回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	訪問先他	全職種
2 地域ネットワークの充実					

(1)高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	<p>高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。</p> <p>・計画目標： 随時(月1回)ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。</p> <p>(前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)</p>	<p>相談体制の整備状況が指標</p> <p>A: を実施(ケースを全て共有の場合)</p> <p>B: を実施(必要なケースのみ共有の場合)</p> <p>C: を実施</p> <p>D: のみ実施</p> <p>E:実施できていない。</p>	センター	全職種
	センター職員のスキルアップを行う。	<p>平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。</p> <p>・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。</p> <p>* 法人内全体研修へ出席。</p> <p>(前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)</p>	<p>研修の参加状況が指標</p> <p>A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上</p> <p>B: に出席し、さらに を年4回以上</p> <p>C: に出席し、さらに を年1回以上</p> <p>D: に出席</p> <p>E: か に出席または出席していない。</p>	研修先他	全職種
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	<p>センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。</p> <p>・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。</p> <p>(前年実績：BCPの作成など。)</p>	<p>訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標</p> <p>A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり)</p> <p>B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり)</p> <p>C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし)</p> <p>D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり)</p> <p>E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)</p>	センター	全職種
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	<p>在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。</p> <p>・計画目標：医療機関15か所、薬局5か所。合計20か所。</p> <p>(前年実績：医療機関6か所、薬局4か所。合計10か所。)</p> <p>圏域内の医療機関等の数：30か所 圏域内の薬局の数：11か所</p>	<p>リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標</p> <p>A:40か所以上(約100%)</p> <p>B:32か所以上(約80%)</p> <p>C:20か所以上(約50%)</p> <p>D:10か所以上(約25%)</p> <p>E:5か所以上</p>	訪問先他	保健師
かかりつけ医療機関をもつことを推進する。					

### 3 権利擁護事業等

**(1)前年度の取り組みに対する評価・実績**

・センター内職員全員に対して、初期対応の均一化を目的に虐待マニュアルについて周知徹底を図るため、勉強会実施、虐待ケースについても適宜ミーティングで共有し、対応方法について意見を出し合い各所と連携し、対応を行った。虐待疑いケースで大ごとになる前にケアマネと協力し、未然に防げた事例もあった。高齢福祉課をはじめとし、成年後見センターやあんしんセンター、暮らしサポート相談等へ適切に相談を持っていき、ケースの対応を行った。

・地域活動にて、市民向け普及啓発を行った。終活講座を3回実施しエンディングノートを相談時にお渡しするなど21冊配布している。また民児協やサロン参加者に対して成年後見制度や虐待防止法、消費者被害防止の普及啓発を実施している。認知症サポーター養成講座や認知症予防教室についても計画通り実施することができた。

<p><b>(2)主な地域課題</b></p> <p>(1)高齢者虐待やそれだけでなく困難ケースに至るケースの背景に本人ないし、その家族に精神疾患や知的障害、発達障害等がある場合が多い。また、経済的な問題であったりと複雑な背景があることが多い。複合的な課題を抱えているケースも多い。精神科医療に関する機関や経済面で関わることの連携や協力がより必要になってくる。</p> <p>(2)認知症の知識や、虐待防止法、成年後見制度、消費者普及啓発を行なってきた。ある程度の知名度は上がってきていると思うが、具体的に制度に繋がったりチームオレンジに繋がることが少ない。</p>	<p><b>(3)主な地域課題の改善策・解消策</b></p> <p>(1)保健福祉事務所、障がい者基幹相談支援センター、重層的支援事業、精神科医療機関等へ適宜相談し、連携を行いながら困難ケースを解決していけるように積極的に関わりを持つようにする。</p> <p>(2)例年通りの普及啓発だけでなく、より広く地域内での普及啓発に努め、必要な方や意欲のある方に繋がって行けるように、広報誌の活用や警察、商店、教育機関等への働きかけをより行っていく。</p>
---	---

**(4)今年度の取り組み・重点事項**

高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の日本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け1回の開催、企業5社、学校への訪問 (前年実績：市民向けを2回開催)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	大野公民館、 地域内学校、企業	認知症地域支援推進員
(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(5人) (前年実績：1回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	マッチングリストに従い選定	認知症地域支援推進員
(2)認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績：予防教室12回)	予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	八幡公民館	認知症地域支援推進員

	(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数12件(前年実績: 3件) ・説明方法: 相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A: 相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B: 相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C: 相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D: 相談のみ E: 相談なし	相談者による	認知症地域支援推進員
		認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 1人(前年実績: 2人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員
		認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気づき、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規20人、継続40人 計60人実施(前年実績: 新規39人、継続24人 計63人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	ふれあいサロン いきいき体操教室 地域活動の場	認知症地域支援推進員
		(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数12回、支援回数12回(前年実績: 開催回数12回、支援回数12回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	ニューライフ他
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。  ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標: に該当する研修に出席後における伝達研修を実施。については、3地区民児協等への出席時に情報収集の徹底を図る。(前年状況: 重層的支援体制整備事業へ1件提出)	取り組み内容(成果)が指標 A: 例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B: 例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C: 例年並み、または計画どおりに実施。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。	センター	全職種

6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための 相談支援及び普及啓 発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：終活講座等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：民児協定例会やサロン、終活講座にて成年後見制度の普及啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	参加者に応じて検討	社会福祉士
	自分らしい人生の 締めくくりを迎えるた めの活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：終活講座を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況：終活講座を3回実施、と相談中の方や問合せの方にノートを25冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	参加者に応じて検討	社会福祉士
高齢者虐待を予防し、早期発見・ 早期対応に努める。	高齢者虐待の予 防、早期発見のため の講話等による普及 啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：民児協を対象に実施。合計1回。 (前年状況：真土地区民児協、サロン参加者対象に実施。合計2回)	普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	大野公民館等	社会福祉士
	高齢者虐待対応マ ニュアルに基づく相 談対応をし、事例検 討をする。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で4件の事例検討。) この事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づき相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター	社会福祉士
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者 制度の周知、地域と の連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域のケアマネを対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：実績なし。)	取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	訪問先他	全職種

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
<p>・ケアマネ不足を実感したことで、当該エリア内のご利用者に不利益が及ばないように委託連携居宅介護支援事業所へ空き状況の確認を含め、顔の見える関係性作りに着手した。</p> <p>・例年通り、平塚市居宅システム会議と連携のもと、ケアマネ支援研修会を実施した。</p> <p>・当該エリア内居宅介護支援事業所のケアマネへ12件のケアマネ支援を行った。電話での支援以外にアウトリーチによる同行訪問も行った。</p>						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			
<p>(1)当該エリア内に居宅介護支援事業所の事業所数が少ない。</p> <p>(2)地域ケア個別会議の開催実績がない(R5年度実績なし)。</p>			<p>(1)前年同様、当該エリア外の居宅介護支援事業所へ足を運び、顔の見える関係性作りと当該エリア内ご利用者に不利益が掛からないような取り組みを行う。</p> <p>(2)当該エリア内居宅介護支援事業所へ地域ケア個別会議の推奨と依頼についての訪問を行う。</p>			
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標2 - 1ネットワークの充実	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	ケアマネジャーへの支援を行う。	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	訪問先他	主任介護支援専門員	
	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
	(2)地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標:小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議1回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議0回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	公民館他	主任介護支援専門員
	(A)地域ケア会議の開催					
(B)協議体の開催	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標:協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援2回(参加数)) 圏域内の協議体の数:2か所(八幡地区協議体、四之宮地区協議体)。					
(C)地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに歯科とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、地区社協、地元企業、圏域内居宅介護支援事業所等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	訪問先他	保健師 主任介護支援専門員	

令和6年度 平塚市地域包括支援センターごてん 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・年間3箇所にてフレイル測定会、カムカム教室の開催を行い、フレイル予防について周知・予防に繋がった。                      ・長寿会サロン、包括主催体操教室、総合相談、高齢者調査、地域サロン見学时などに健康体操、歩行解析、転倒予防運動、体力測定、高齢者の栄養の取り方など講話を実施。また、「ごてんだより」にフレイル予防について掲載し、地域の方にも配布を行い介護予防の意識付けを行った。                      ・身体機能の悪化の相談にて、区分変更や新規で要介護認定となるケースが多かった。アプローチできていない方への介護予防支援について、地域関係機関と連携し検討していく。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・身体機能の悪化してからの相談が多く要介護認定が下りるケースや、区分変更が多くなっている。普段アプローチできていない方への周知、早期発見早期対応ができるよう地域団体との連携し介護予防について周知を行う。                      ・KDBベースより、男性のやせが少ないが他の項目は男女ともに全体的に良くないため、身体機能や口腔機能の維持・改善及び食事摂取量の確保など、専門機関と連携し取り組みが必要。</p>			<p>・総合相談時やサロン視察時などに、基本チェックリストやフレイルチェックシートの活用にて、身体機能や口腔機能の低下の早期発見早期対応に繋げる。                      ・昨年度実施できていない長寿会の団体でフレイル測定を行い、介護予防の意識付けに繋げる。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	各戸	看護師
			要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標書面含め100%) (前年実績:委託1,231件、うち担当者会議開催72件(出席72件(書面含む)))		
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施			

(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも運動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:35人(新規のみ) (前年実績:34人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	各戸	全職員	
	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業					
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年10回開催(内容:健康体操、歩行解析、健康チェック、熱中症予防、高齢者の低栄養予防) (前年実績:年10回開催(内容:フレイル予防、健康体操、熱中症対策、健康チェック、コグニサイズ、高齢者の栄養、歩行解析、転倒予防運動、セルフマッサージ、交通安全教室、))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	長寿会サロン開催場所	看護師中心
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回(下宿長寿会サロン) (圏域内の通いの場(サロン)の数:20団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	下宿町内会館	看護師中心
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年3回実施(内容:上宿長寿会にてフレイルチェック測定会1回、カムカム教室1回 中原東長寿会サロンにてフレイルチェック測定会1回) (前年実績:年6回実施(内容:南原公民館にてフレイルチェック測定会2回、カムカム教室2回 上宿長寿会サロンにてフレイルチェック測定会1回、カムカム教室1回))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	日枝神社社務所 中原東町内会館	看護師中心
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:市の後期高齢者健康診査より3件のうち3件受診勧奨、介護保険申請支援 フレイルチェック測定会より3件のハイリスクケース2件サロンへ参加)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	各戸	看護師中心
		新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	各戸	看護師中心	

2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・職員のスキル向上を図るため業務の都合を考慮しながら研修に参加し、また関係機関との関係性を築きながら、包括周知・見守り体制を整えた。          ・8050問題、金銭管理、精神疾患など課題のあるケースでご本人やご家族から同意をいただかずサービスに繋がられないケースが多く、関係機関と見守り継続している。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・課題解決に向けたセンター内職員のスキル向上に向けた取り組みの必要性あり。          ・複合的課題に対しての支援方法や解決に向けたための、支援関係機関の把握と連携を図る必要性あり。</p>			<p>・複合的課題に対する対応能力向上に向け、研修への参加や関係機関との会議に参加し、支援に繋げる。          ・包括周知やエリア内介護・医療関係機関、民生委員など地域関係者との情報の共有・連携強化を図る。          ・精神保健福祉事例相談、包括基幹型支援センター、重層支援事業、障がい者基幹型支援センターへの相談にて支援の方向性について助言いただき解決に繋げる。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布 公民館祭り(中原、南原)の参加 SNSの活用 民生委員の定例会の参加。合計5回。 (前年実績： 広報誌の配布、 公民館祭り(中原、南原)の参加。合計3回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A: 5回以上実施に加え、SNS等を活用 B: 3回以上実施 C: 2回実施 D: 1回実施 E: 実施なし	長寿会、各戸、エリア内店舗、公民館 中原公民館、南原公民館 SNS 定例会開催場所	全職員
2 地域ネットワークの充実					

(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、 毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 を実施(ケースを全て共有の場合) A: を実施(必要なケースのみ共有の場合) B: を実施 C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	包括内	全職員	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、 自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	包括内、開催場所	全職員	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括内	全職員	
3 医療・介護連携の推進	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大きさを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関15か所、薬局9か所。合計24か所。 (前年実績：医療機関2か所、薬局3か所。合計5か所。) 圏域内の医療機関の数：19か所、薬局の数：9か所。合計28カ所。	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:28か所以上(約100%) B:22か所以上(約80%) C:14か所以上(約50%) D:7か所以上(約25%) E:1か所以上	サポート医、サポート薬局	看護師中心

3 権利擁護事業等

<b>(1)前年度の取り組みに対する評価・実績</b>	
<p>・認知症予防について、「ごてんだより」、通いの場サロン、包括主催の体操教室等での周知を行い、認知症予防への取組を行った。</p> <p>・認知症に関する総合相談では、早期発見早期受診の必要性を伝え、医療機関への受診に繋げた。</p> <p>・地域連携が図れるよう、通いの場サロンや民生委員、長寿会定例会に参加し顔が見える関係性を図った。</p> <p>・介護関係機関等からの虐待疑いの通報を受け、介護関係機関、医療機関、行政と情報共有し、支援の方向性について検討し対応した。</p> <p>・成年後見制度について周知活動を行い、成年後見制度の相談があった。受診同行、関係機関との連携等を行い、成年後見制度利用に向け連携し対応した。</p>	

<b>(2)主な地域課題</b>	<b>(3)主な地域課題の改善策・解消策</b>
<p>・認知症の方が増えている事に伴い、介護に疲弊している家族が増えている。早期発見、早期対応や関係機関と連携が必要となるケースが多い。</p> <p>・養護者の介護疲れが主要要因と思われる虐待疑いの相談が多い。関係機関と連携し擁護者支援を必要としているケースが増えている。</p>	<p>・MCI相当の方に対して、早期発見、早期対応に向けて、周知活動、タブレット利用を行う。</p> <p>・虐待防止に向けて周知活動を行うと共に、相談先の周知として包括の周知活動を行う。</p>

<b>(4)今年度の取り組み・重点事項</b>					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標:市民向け1回、企業向け(タクシー会社、エリア内店舗、金融機関、介護関係機関にアプローチ予定)、学校向けは小学校2か所、中学校1か所訪問し依頼する。 (前年実績:市民向けを1回開催。エリア内小中学校3校、エリア内企業5か所開催依頼を行った)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	中原公民館または南原公民館、依頼場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標:1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(1人) (前年実績:1回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	(2)認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。 (輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標:認知症予防教室1回 めがせ100歳体操(月3回) 長寿会より依頼時に実施。 脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績:認知症予防教室2回、目指せ100歳体操月3回開催。長寿会依頼5回)	予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	中原公民館 中原公民館、南原公民館 依頼場所

	(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数40件 (前年実績:延べ数394件) ・説明方法:相談人数40人に対し、うち30人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数40人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数40人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数40人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員
		認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人 (前年実績:1人)	選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員
		認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規80人、継続20人 計100人実施 (前年実績:新規95人、継続11人 計106人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	包括内、各戸別、サロン、長寿会開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数1回) (前年実績:開催回数1回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	中原公民館または南原公民館	認知症地域支援推進員を中心に全職員
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。  ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標:高齢者調査やケアマネジャーや民生委員からの相談ケースの同行訪問を実施。新たに独居高齢者食事会での包括周知を実施。 (前年状況:高齢者調査114件訪問を実施など。)	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	包括内、各戸	全職員

6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための 相談支援及び普及啓 発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方 に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用 や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を 支援します。 ・計画目標：講話、チラシの配布等により成年後見制度の普 及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：講話、チラシ配布等により成年後見制度の普及 啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	長寿会、エリア内関係 機関	社会福祉士中心
	自分らしい人生の 締めくくりを迎えるた めの活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援する ため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した 普及啓発を行う。 ・計画目標：書き方講座を1回実施、ノートを5冊配布。 (前年状況：講話を予定していたが未実施。ノートを5冊配 布。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	中原公民館	全職員
高齢者虐待を予防し、早期発見・ 早期対応に努める。	高齢者虐待の予 防、早期発見のため の講話等による普及 啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機 関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施して いきます。 ・計画目標：市民、介護事業所を対象にチラシ配布、講話を 実施。合計4回。 (前年状況：市民を対象にチラシ配布実施。合計4回)	普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	長寿会、エリア内事業 所	社会福祉士中心
	高齢者虐待対応マ ニュアルに基づく相談 対応をし、事例検討を する。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高 齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業 所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。 (前年状況：事業所内で0件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談 対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	包括内	社会福祉士中心
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者 制度の周知、地域と の連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッ チング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避 難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を 図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域 の住民・エリア内介護関係機関を対象に新たに周知啓発。 市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強 会をセンタ が実施。 (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域 の民生委員を対象に周知啓発。小地域ケア会議にて1 回、中原上宿長寿会サロンにて1回実施。)	取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	各戸 公民館、長寿会サ ロン開催場所	全職員

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

<b>(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績</b>						
<p>・居宅からの支援に関する相談が多くあり、必要に応じ電話、対面、同行訪問にてサービス提供事業所と連携し課題解決のために対応した。          ・中原地区、南原地区にて小地域ケア会議を開催し、各地域の民児協や地区社協の方々と地域課題と地域資源について確認を行った。</p>						
<b>(2) 主な地域課題</b>			<b>(3) 主な地域課題の改善策・解消策</b>			
<p>・近年の複合的課題を抱えた地域の方々の支援の在り方を民生委員や関係機関と連携し検討してゆく必要性がある。          ・居宅からの支援等に関する相談が多くあるが、より早めの連携にて対応してゆくことが必要である。</p>			<p>・民生委員や関係機関とより深い関係性を構築することにより小地域ケア会議だけでなく、定例会にも出席し課題の確認とその解決に向けた対策を共に考える機会を設けてゆく。          ・相談しやすい関係づくりとして、適宜、居宅と連携をとり早期相談、早期対応が出来るようにしてゆく。</p>			
<b>(4) 今年度の取り組み・重点事項</b>						
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1 ネットワークの充実		ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：65件の個別相談支援(利用者の実人数)、10件の同行訪問等。 (前年実績：64件の個別相談支援(利用者の実人数)、6件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	包括ごてん内外 ご利用者宅等	主任介護支援専門員 中心
(1) 高齢者よろず相談センターの機能強化	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)		地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議0回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	中原公民館または南原公民館、依頼場所	主任介護支援専門員
(A) 地域ケア会議の開催						
(B) 協議体の開催		第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援1回(参加数)協議体立ち上げについて、10月以降基幹型に支援いただき設置に動く。 (前年実績：協議体の開催支援0回(参加数)) 圏域内の協議体の数：0か所(小地域ケア会議にて民児協・地区社協と地域課題について2回実施した)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	開催場所	主任介護支援専門員 中心とした全職員
(C) 地域資源と関係構築		地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに自主開催サロンとネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	包括内外 開催会場等	主任介護支援専門員 中心とした全職員

令和6年度 平塚市地域包括支援センターサンレジデンス湘南 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
・地域活動参加時やサロン開催時に健康寿命延伸や介護予防に関する話題を提供しフレイルチェックを行い、必要時に健診や医療機関への受診を促した。 ・健康診断結果で市から情報提供があった方に具体的に食生活改善について話をした。 ・オレンジ通信(フレイル予防、生活習慣改善、かかりつけ医やかかりつけ薬局についての啓発)を発行し回覧板や地域に掲示して健康や介護予防に関する話題を提供し、必要時に健診や医療機関への受診を促した。 ・通いの場を継続していけるように、通いの場のチラシの配布と後継者育成の研修について案内し、一緒に取り組んだ。						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			
・高齢者人口、高齢化率が高い地域となっていて、健康寿命延伸の為に取り組みについて周知、啓発を行い、関心は高まってきたが、健康診断受診率アップへはつながっていない。高血圧や糖尿病、生活習慣病に伴う認知症が多いことがKDBデータから示されており、運動習慣や生活改善の見直しの意識を高めていくことが課題である。また、コロナ禍の影響により、社会的つながりが以前より希薄となっていて、メンタルヘルス面でのアプローチも必要である。 ・フレイル予防の為に、地域の方を主体としたサロン活動が望ましいがサロンを担ってくださる方が少なく後継者がみつからないことも課題である。			・地域活動参加時やサロン開催時に健康寿命延伸や介護予防に関する話題を提供しフレイルチェックを行い、必要時に健診や医療機関への受診を促す。 ・オレンジ通信(フレイル予防、生活習慣改善、かかりつけ医やかかりつけ薬局についての啓発)を発行し、回覧板や地域に掲示して健康や介護予防に関する話題を提供し必要時に健診や医療機関への受診を促す。 ・通いの場を継続していけるように参加者の意見を聞き、課題解決に向けての取り組みを行う。			
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:3人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	自宅、センター等相談場所	保健師を中心に全職種
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託633件、うち担当者会議開催25件(出席13件、書面12件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%~100% B:担当者会議への対面での出席70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	訪問先、センター他相談場所	全職種

(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなどの取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標：70人(新規のみ) ・前年実績：71人(新規のみ)  継続的な関わりがあるが心身状態の変化があった場合は、基本チェックリストを行い、その結果に応じて適切なサービス案内や情報提供を行う。	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	相談場所	保健師を中心に全職種
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標：年2回開催(内容：フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績：年1回開催(内容：顔がみえる交流会)) KDBデータから得た結果と地域の実情を踏まえて、地域課題の発掘・共有を行なう。	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	実施場所	保健師を中心に全職種
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標：12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数：9団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	横内地区：3団体(みんなの会、げんき会、横内チャレンジゴム体操) 田村地区：5団体(田村福祉ふれあいサロン、田村福祉村ふれあいゴム体操、田村福祉村ふれあいコグニサイズ、神田公民館コグニサイズ) 大神：1団体(出先サロン)	保健師を中心に全職種
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標：参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容：フレイルチェック測定会) (前年実績：年1回実施(内容：測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	6月21日：神田公民館	保健師を中心に全職種
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率)：対象者の60% (前年実績：2件) 新たな取組として健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61～79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50～60% D:30～49% E:30%未満	相談場所	保健師を中心に全職種
			新たな取組として健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	相談場所	保健師を中心に全職種

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大神、田村横内のサロン、桜まつり、盆踊りに参加した。田村地区の民生児童委員協議会に出席した直後には民生委員から相談があり、相談しやすい関係作りが深められた。</li> <li>・後期で医療機関と合同で認知症予防の講話や拠点薬局との交流会の開催に向けて準備がすすんでおり、関係性が深められたと考える。</li> </ul>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大神地区では大型ショッピングセンターのオープンにより、引き続き人流や生活様式等変化すると予測される。</li> <li>・田村地区では集合住宅の高齢化がすすみ、認知症の相談が増えてきている。</li> <li>・横内地区では集合住宅の建て替えがすすみ、高齢化もすすんでいる。</li> <li>・3地区とも高齢化に伴い、自治会を脱退する方や担い手不足が課題となっている。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉村や民生児童委員協議会などに対面や電話にて情報を収集し、相談しやすい関係作りを継続する。</li> <li>・医療機関、拠点薬局と連携し、多様化している課題と一緒に取り組めるよう関係性作りを継続する。</li> </ul>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布、 公民館祭りの参加、平塚市在宅医療・介護連携支援センター主催行事への参加。合計3回。 (前年実績： 広報誌の配布、 公民館祭りの参加。合計2回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	回覧板配布場所 横内公民館祭り、神田公民館祭り 実施場所	全職種
2 地域ネットワークの充実					

(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	センター訪問先等相談場所	全職種
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	実施場所	全職種
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成、年1回施設内避難訓練への参加。ハザードマップの情報共有)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	施設内	全職種
3 医療・介護連携の推進	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標： 医療機関6か所、薬局3か所。合計10か所。 (前年実績： 医療機関4か所、薬局1か所。合計5か所。) 圏域内の医療機関等の数：13か所 圏域内の薬局の数：4か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A: 17か所以上(約100%) B: 13か所以上(約80%) C: 8か所以上(約50%) D: 4か所以上(約25%) E: 0か所以上	配布場所	保健師を中心に全職種
(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)					

### 3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大神地区公民館のサロンにて講話依頼があり、認知症サポーター養成講座を開催し講話時に認知症や権利擁護に関する内容を話し周知を図った。</li> <li>・オレンジ通信やホームページ、サロンにて認知症、権利擁護に関する周知、啓発を図った。</li> <li>・地域のサロンやお祭り等の活動に参加し包括の周知を図った。</li> </ul>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉推進に理解があり力を入れている地域ではあり、徐々に対面での活動が開始されている。</li> <li>・高齢者人口が多い地区であり、地域での見守り意識は高く、認知症に関する相談は増加している。</li> <li>・金銭管理が難しくなっている独り暮らしや身寄りの無い方の相談が増加している。</li> <li>・健康診断を受けず、医療に結びつかないでいる高齢者の相談が増加している。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域から依頼があった講話時に認知症や権利擁護に関する内容を盛り込み周知を図る。</li> <li>・定期的に発行しているオレンジ通信に権利擁護や認知症の内容を入れて周知や啓発を図る。</li> <li>・地域の活動に参加し支援する中で周知や啓発を図る。</li> </ul>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け3回、企業向け3回、学校向け3回の開催 (前年実績：市民向けを3回開催、企業向け5回、学校向け3回)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	圏域内公民館、法人内・地域内学校、企業	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(5人) (前年実績：2回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができることを両方をリスト化したものとす。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	マッチングリストに従い選定	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	(2)認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者2人が参加した。 (前年実績：予防教室6回)	予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	圏域内公民館

(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数20件(前年実績:37件) ・説明方法:相談人数20人に対し、うち10人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数20人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数20人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	センター、相談者自宅	認知症地域支援推進員
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人(前年実績:4人)	選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施(前年実績:新規61人、継続1人 計62人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	センター、地域活動の場、サロン、相談者自宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数6回、支援回数12回(前年実績:開催回数6回、支援回数12回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	横内福祉村、おしゃべりサロンタンポポ	認知症地域支援推進員を中心に全職種

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会		課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。			
5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標：民生児童委員協議会への出席や情報収集を年3回実施。新たに孤立死の防止に向けた研修の参加や伝達研修を実施。 (前年状況：民生委員児童委員協議会への参加や情報収集を年3回実施。)	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	実施場所	全職種
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：認知症サポーター養成講座、オレンジ通信、サロン、訪問時等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：認知症サポーター養成講座等により成年後見制度の普及啓発。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	実施場所	社会福祉士を中心に全職種
	自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：終活講座を1回実施、ノートを20冊配布。 (前年状況：終活講座を1回実施、ノートを20冊配布。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	実施場所	社会福祉士を中心に全職種
高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：施設職員を対象に実施。合計1回。 (前年状況：施設職員を対象に実施。合計24回)	普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	サンレジデンス湘南	社会福祉士を中心に全職種
	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応すると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で3件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター	社会福祉士を中心に全職種
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の介護事業所を対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の協議体にて周知啓発。)	取り組み内容(成果)が指標 A:またはに加え、を実施。 B:を実施。 C:を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	サロン、回覧板配布場所	全職員

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

<p><b>(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉村や自治会、クリニックや在宅拠点薬局にオレンジ通信や情報提供などのチラシを直接届ける際に情報収集し、その際に相談があったケースを初期集中支援事業につなぎ継続支援している。</li> <li>・居宅介護支援事業所と勉強会をおこなったり、居宅介護支援事業所から相談があった困難ケースで保健福祉事務所の相談に同行し、一緒に考えることでケアマネジャーとの連携やケアマネジャーへの支援を図った。</li> <li>・外国人の言葉が通じにくい方へ翻訳ツールなどを用い支援した。</li> </ul>
---

<p><b>(2) 主な地域課題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域全体の高齢化が進んでいる中、特に集合住宅の高齢化が進み、認知症の相談が増えてきている。</li> <li>・高齢の外国籍の方も多く、言葉が通じにくい第三者の支援が必要である。</li> <li>・相談からケアマネジメントが必要なケースが増えているが圏域に居宅介護支援事業所が3カ所と少ない。その為、居宅介護支援事業所を探すことに時間を要している。</li> </ul>	<p><b>(3) 主な地域課題の改善策・解消策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療医、在宅支援拠点薬局等の医療、協議体との連携として、既存の福祉村や自治会に電話で情報収集を行い、多様化している課題について関係機関と電話や書面にて情報共有し、一緒に考える機会を設ける。</li> <li>・圏域外、市内外の居宅介護支援事業所に可能であれば同行訪問やサービス担当者会議への出席やオレンジ通信等を郵送や対面にて配布する中で連携を図る。</li> </ul>
---	---

<b>(4) 今年度の取り組み・重点事項</b>						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標2 - 1ネットワークの充実	(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標: 7件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。 (前年実績: 7件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A: 例年より大きな実績をあげた B: 例年より実績をあげた C: 例年並み、または計画どおりに実施した D: 例年、または計画をやや下回る E: 支援できなかった	訪問先やセンター等	主任ケアマネジャーを中心に全職種
	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
	(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標: 小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回 (前年実績: 小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A: 小地域2回以上、個別地域1回以上 B: 小地域1回、個別地域1回 C: 小地域1回、個別地域0回 D: 開催なし(調整はあり) E: 開催なし(調整はなし)	福祉村や公民館等開催場所	全職種
	(A) 地域ケア会議の開催					
	(B) 協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標: 協議体の開催支援2回 (前年実績: 協議体の開催支援2回) 圏域内の協議体の数: 3カ所(田村協議体、横内協議体、大神吉際協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A: 3回以上参加 B: 2回参加 C: 1回参加(または開催の働きかけ) D: 参加なし(開催の検討) E: 参加なし	福祉村や公民館等開催場所	全職種
	(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標: 自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに平塚市余熱利用施設とネットワークを構築する。 (前年実績: 自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A: 例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B: 例年以上(新たな資源へ働きかけ) C: 例年並み D: 例年以下(会合等へ参加あり) E: 例年以下(会合等へ参加なし)	福祉村や公民館、平塚市余熱利用施設等相談場所	全職種

令和6年度 平塚市地域包括支援センターとよだ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
<p>地域：地域の全サロン訪問・毎月の体操教室開催・一人暮らし高齢者訪問等により、地域の実態把握や様々な講話(フレイル予防・権利擁護・認知症・センター業務内容等)を実施した。                  個別高齢者：新規介護サービス利用時や介護保険更新申請時や相談内容により、基本チェックリストを実施し、適切な介護計画作成・修正を行った。委託ケースについても、担当者会議出席(対面又は文書)し、適切な介護計画作成・修正に参画した。</p>						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			
<p>地域：健康増進を意識してもらえる様、関係機関と連携し、地域内での活動が必要である。                  個別高齢者：介護保険サービスのみでは無く、多様なサービスの活用にも繋げられる様、地域資源の把握や必要時の連携が必要である。</p>			<p>地域：関係機関(行政・医療・介護等)と連携を図りながら、活動(フレイル予防・社会参加促進・講話等)を実施する。                  個別高齢者：基本チェックリスト実施や担当者会議での検討により、地域資源活用等も含め、適切な介護計画作成・修正を実施する。</p>			
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ					
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標：2人利用 (前年実績：2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	対象者宅	医療職を中心に全職員
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標：委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績：委託707件、うち担当者会議開催20件(出席7件、書面13件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%~100% B:担当者会議への対面での出席70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	対象者宅	主任介護支援専門員

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:50人(新規のみ) (前年実績:73人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	対象者宅	医療職を中心に全職員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:オーラルフレイル予防、健康講話等) (前年実績:年1回開催(内容:健康講話(血管年齢))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	自治会館 公民館	医療職を中心に全職員
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)やよるず主催の体操教室等に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:17回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:43団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	自治会館 公民館	医療職を中心に全職員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会 11月頃予定) (前年実績:年1回実施(内容:測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	公民館	医療職
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:ゼロ件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	対象者宅	医療職
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	対象者宅	対象者宅

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>他機関連携：地域団体（民生委員・福祉村・公民館等）・行政機関・医療機関・介護事業所等とは、会議出席や訪問等での連携依頼等を実施し、必要時は情報共有を図りながら、個別高齢者支援を展開出来た。</p> <p>センタ - 職員の知識・技術向上：平塚市等が主催する研修会等には、適切な専門職が出席し、出席後は、センター内での内容共有を行った。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>他機関連携：センターの認知度向上や必要時の連携が図れる様、地域や関係機関等との関係形成・維持を意識した業務を行う事が必要である。</p> <p>センタ 職員の知識・技術向上：高齢者本人・家族からの相談内容の多様化・複雑化にも対応出来る様、センター内の体制整備が必要である。</p>			<p>他機関連携：地域行事や他機関との連携会議等には、可能な限り出席し、センター業務の周知活動と連携依頼を実施する。広報誌作成・回覧を継続する。</p> <p>センター職員の知識・技術向上：研修の出席・内容共有、センター内ミーティングでの支援内容検討等を通し、体制作りを実施する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布、 公民館祭りの参加、 敬老祝賀会の参加。合計3回。 (前年実績： 広報誌の配布、 公民館祭りの参加。合計2回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	回覧板 金田・豊田公民館 開催会場	主任介護支援専門員 を中心に全職員
2 地域ネットワークの充実					

(1)高齢者よるず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。(前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	センター内	主任介護支援専門員を中心に全職員	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。(前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	開催会場	主任介護支援専門員を中心に全職員	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。(前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター内	主任介護支援専門員	
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標： 医療機関6か所、薬局5か所、合計11か所。(前年実績： 医療機関5か所、薬局5か所、合計10か所。) 圏域内の医療機関等の数：10か所 圏域内の薬局の数：7か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A: 17か所以上(約100%) B: 13か所以上(約80%) C: 8か所以上(約50%) D: 4か所以上(約25%) E: 1か所以上	医療機関	医療職

### 3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>認知症関連: サポーター養成講座(一般向け・小学生向けの開催。企業へ開催依頼)・予防教室・チームオレンジ研修・予防体操教室等の開催、地域支援(認知症カフェ開催支援、サロンでの講話、広報誌での情報発信等)等を実施した。</p> <p>権利擁護関連: 虐待認定(又は疑い)の高齢者・養護者への支援、エンディングノートに関する講座開催や希望者への説明・配布、地域の会議・サロン出席時や広報誌を作成しての情報発信(成年後見制度・消費者被害・虐待・エンディングノート等)等を実施した。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>認知症関連: 一人暮らしや、本人又は家族による介入拒否等により、早期発見・早期対応が困難になる高齢者も増え、支援に際しては、地域や関係機関との連携が必要である。</p> <p>権利擁護関連: 置かれている状況(家族関係・経済面・疾病等)により、課題の複雑化や介入拒否等、早期の課題解決が困難になる高齢者も増え、支援に際しては、地域や関係機関との連携が必要である。</p>			<p>認知症関連: 地域への周知・普及啓発活動(教室開催・講話等)の継続と、必要時の関係機関との連携を実施する。</p> <p>権利擁護関連: 地域への周知・普及啓発活動(広報誌作成等)の継続と、必要時の関係機関との連携を実施する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標: 市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績市民向け1回、企業向け0回、学童向け1回開催)	養成講座の開催状況が指標 A: 市民、企業、学校向け全て開催 B: 市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C: 市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D: 市民向けを開催 E: 開催なし	公民館・依頼場所・各団体活動場所など	認知症地域支援推進員・必要時他職員
	(1)認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標: 1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供6会場、延べ130回(10人) (前年実績: 6会場開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A: 1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B: 2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C: 1回開催 D: 開催なし(周知あり) E: 開催なし(周知なし)	公民館・各団体活動場所など

(2) 認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室24回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績: 予防教室24回)	予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	公民館など	認知症地域支援推進員・必要時他職員
(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数12件 (前年実績: 12件) ・説明方法: 相談人数12人に対し、うち12人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた。	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A: 相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B: 相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C: 相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D: 相談のみ E: 相談なし	対象者宅など	認知症地域支援推進員・必要時他職員
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつながります。 ・計画目標: 2人 (前年実績: 2人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	対象者宅など	認知症地域支援推進員・必要時他職員
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規30人、継続70人 計100人実施 (前年実績: 新規42人、継続91人 計133人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	公民館・福祉村・自治会館・対象者宅など	認知症地域支援推進員を中心に全職員
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数0回、支援回数23回 (前年実績: 開催回数0回、支援回数23回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	福祉村など	認知症地域支援推進員・必要時他職員

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会		課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。			
5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標：定例会やサロン等で情報発信を実施。新たに必要の方には個別訪問を行い支援を実施。(前年状況：サロンでの講話や一人暮らし高齢者訪問を実施など。)	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 等	社会福祉士を中心に 全職員
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：講話やお便り掲載等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。(前年状況：講話やお便り掲載等により成年後見制度の普及啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内4人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員
	自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：講話を12回実施、ノートを20冊配布。(前年状況：講話を12回実施、ノートを115冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：市民、関係機関、施設従事者を対象に実施。合計12回。 (前年状況：市民、関係機関、施設従事者を対象に実施。合計12回)</p>	<p>普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。</p>	<p>豊田・金田公民館 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等</p>	<p>社会福祉士を中心に 全職員</p>
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。 (前年状況：事業所内で2件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。</p>	<p>センター内</p>	<p>社会福祉士を中心に 全職員</p>
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の医療機関等を対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の民生委員を対象に周知啓発。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。</p>	<p>豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等</p>	<p>社会福祉士を中心に 全職員</p>

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績

ケアマネジャー支援:個別高齢者支援に際し、相談内容に応じた情報提供・同行訪問等を実施し、可能な限り、委託ケース担当者会議に出席(又は文書)。地域包括支援センター主任ケアマネジャー連絡会として、研修会・事例検討会を開催した。  
 地域:会議等の出席・開催や、個別高齢者支援における情報共有等を実施し、必要時には連携を図りながら、業務を実施した。

(2)主な地域課題 (3)主な地域課題の改善策・解消策

ケアマネジャー支援:個別高齢者の抱える課題の複雑・多様化により、介護サービスや地域資源だけでは、直ぐに解決に至らぬ相談も増えている。  
 地域:地域課題検討が継続出来る様、協議体開催等への支援が必要である。

ケアマネジャー支援:後方支援(個別地域ケア会議・ケースカンファレンス・担当者会議・同行訪問等)による連携が継続出来る様、積極的に情報発信・連携依頼等を実施する。  
 地域:協議体開催支援・地域ケア会議開催等により、地域課題の共有・検討が出来る様、地域の会議等での連携依頼を継続していく。

(4)今年度の取り組み・重点事項

高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1 ネットワークの充実	(1)高齢者よらず相談センターの機能強化 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標:10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。 (前年実績:10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	対象者宅	主任介護支援専門員
	(2)地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。) (A)地域ケア会議の開催	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	対象者宅・公民館等	主任介護支援専門員
	(B)協議体の開催	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標:協議体の開催支援1回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援0回(参加数)) 圏域内の協議体の数:1か所(金田協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	開催会場	主任介護支援専門員
	(C)地域資源と関係構築	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに介護団体(体操教室支援)とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	開催会場	主任介護支援専門員

令和6年度 平塚市地域包括支援センターひらつかにし 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
各サロンに参加、金目エコのイベントや地域の夏祭りや公民館祭りに参加し、交流を行い介護予防・フレイルの普及啓発を行った。ひらつかにし広報誌バラ色通信を年2回発行し閉じこもりの方に対して介護予防・フレイルの普及啓発を行った。1か所は参加者人数が少なく中止となったが、フレイルチェック測定会2か所の開催支援を行った。令和4年度に引き続き、長寿会からの健康講話の依頼があり、保健師が2回講話を行った。今年度も講話をと依頼されている。					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
金目地区:ふれあいサロンや通いの場は、通常通り実施されており、介護予防・フレイルの普及啓発が広がってきている。依頼があり、包括主催の体操教室を2月に1回から今年度は毎月する事とした。 土沢地区:ふれあいサロンの参加者が少なく、フレイルチェック測定会が中止となった。土沢社協、吉沢福祉村の意向に添いながら、今後、参加者増加に関して、後方支援していく事を予定。その一貫として今年度、包括主催の体操教室を吉沢公民館、土屋公民館で、各所2月に1回開催する事とした。			サロンや通いの場、地域活動団体へ介護予防・フレイルの普及啓発を行っていく。地域のイベント(地域活動団体のお祭り・公民館祭り等)へ参加して、閉じこもりやサロン等不参加の方々へ、ひらつかにし広報誌バラ色通信等で、介護予防・フレイルの普及啓発を行っていく。		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:1人利用 (前年実績:0人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	対象者宅及び包括事務所	保健師を中心に全職員
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。				

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:26人(新規のみ) (前年実績:26人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	対象者宅及び包括事務所	保健師を中心に全職員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年7回開催(内容:フレイル予防、介護予防、健康増進))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	公民館、自治会館など依頼先	保健師を中心に各講師
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:24団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	各通いの場	保健師を中心に全職員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施 日程:10月 場所:JA湘南金目支店 (内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年2回実施(内容:測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	JA湘南金目支店	保健師を中心に全職員
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:1件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	対象者宅	保健師を中心に全職員
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	対象者宅	保健師を中心に全職員

2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>地域の行事への参加や、サロンへの視察、社協や長寿会での講話において包括の普及啓発をした結果と、職員が増えたことにより、以前よりも活発に地域各所の行事に参加できるようになった。地域住民に、ひらつかにしが窓口であるという認知度が上がった。その為、電話相談や来所相談は激増している。市や警察からの相談にも時間外で対応。公民館掃除や公民館祭り、賀詞交換会等にも参加し、地域団体との交流も積極的に行った。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>よるず相談という名称から多岐にわたる相談事が日々きている。ひらつかにしが地域の相談窓口として認知度が上がってきた事により、さらに、電話相談、来所相談が激増している。担当エリア内では、地区によって、山間地域では高齢者と同居している家庭が多い所もあれば、分譲地で子育て世代の核家族が多い所もある。また、元気な高齢者が子供を養っている8050の所もある。地区全体として、近所付き合いが希薄化、重度になってからの相談事も多い。</p>			<p>地域住民が、もっと早い段階で気軽に相談する事ができるようにする。高齢者よるず相談センターひらつかにしが、市から委託を受けた総合相談窓口である事を知って頂く、包括の役割について周知していけるよう、地域のイベントに積極的に参加していく。ひらつかにし広報誌バラ色通信を発行し、回覧や地域内各場所への配布、配架を継続していく。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
<p>基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活</p> <p>2 地域ネットワークの充実</p>	<p>センターの認知度の向上を図る。</p>	<p>センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。                      ・計画目標： 広報誌の配布、公民館祭りの参加、わかば祭り、JA夏祭り、収穫祭の参加。合計3回。                      (前年実績： 広報誌の配布、公民館祭りの参加3回。わかば祭り、JA夏祭り、収穫祭の参加計3回。)</p>	<p>広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標                      A:5回以上実施に加え、SNS等を活用                      B:3回以上実施                      C:2回実施                      D:1回実施                      E:実施なし</p>	<p>各開催場所</p>	<p>全職員</p>

(1)高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、 毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E:実施できていない。	包括事務所	全職員	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、 その他の研修会等に出席、 自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、 その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	包括事務所及び各会場	全職員	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、 BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括事務所及び法人本部	管理者を中心に全職員	
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関15か所、薬局10か所、合計25か所。 (前年実績：医療機関8か所、薬局4か所、合計12か所。) 圏域内の医療機関等の数：医療機関21か所 薬局10か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:31か所以上(約100%) B:25か所以上(約80%) C:16か所以上(約50%) D:8か所以上(約25%) E:7か所以下	各医療機関	全職員

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績	
<p>サロンや地域のイベントに参加し、普及啓発を行った。認知症サポーター養成講座を年間で合計4回実施。ひらつかにし広報誌バラ色通信は年2回発行、地域回覧や配布、配架をする事で、全世代に、認知症の知識の普及啓発を行った。また、高齢者虐待や成年後見制度においても、世代に合わせて普及啓発を行った。終活に関しても以前より抵抗がなくなったようで、高齢者学級で紹介する事ができた。</p>	

(2)主な地域課題	(3)主な地域課題の改善策・解消策
<p>認知症の症状が深刻な状況となってから相談に来る事が増えてきている。認知症についての知識がない、偏見がある等もあり、相談から先に進まない事も多い。 終活、エンディングノートに関しては、令和5年度に、高齢者学級で紹介する事ができたが、まだ、抵抗があるとの地域役員、地域住民がいるため、周知の場選択の際に、慎重に検討を行う事が必要である。</p>	<p>認知症・終活・高齢者虐待・成年後見制度についての普及啓発を、多世代に向けて、継続的にやっていく。</p>

(4)今年度の取り組み・重点事項

高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	<p>市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の日本人からの情報発信支援</p>	<p>認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け2回の開催 (前年実績：市民向けを1回、企業向け1回、学校向け2回開催)</p>	<p>養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし</p>	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心として全職員
(1)認知症理解のための普及・啓発	<p>チームオレンジメンバーの活動支援</p>	<p>チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(1人) (前年実績：0回開催)</p>	<p>研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)</p>	各開催場所	認知症地域支援推進員
(2)認知症予防施策の充実	<p>身近な場での認知症予防教室の開催</p>	<p>脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室24回実施し、脳いきいき講座受講者の1人が参加した。 (前年実績：予防教室6回)</p>	<p>予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし</p>	金目公民館 土屋公民館 吉沢公民館	認知症地域支援推進員

(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数50件(前年実績:90件) ・説明方法:相談人数15人に対し、うち7人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数15人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数15人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数15人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	各配布先	認知症地域支援推進員として全職員
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人(前年実績:0人)	選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	包括事務所	認知症地域支援推進員として全職員
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規50人、継続10人 計60人実施(前年実績:新規56人、継続5人 計61人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未滿	各実施場所	認知症地域支援推進員
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数70回、支援回数70回(前年実績:開催回数66回、支援回数66回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未滿 E:開催も支援もなし	真田自治会館 金目公民館 包括事務所 吉沢公民館	認知症地域支援推進員を中心として全職員

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会		課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。			
5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標：民生委員や地域からの情報提供があった高齢者宅を訪問し安否確認を実施。新たに民児協の定例会において安心カードの普及啓発を実施。 (前年状況：民生委員や地域からの情報提供があった高齢者宅を訪問し安否確認を実施。、民生委員・自治会と情報共有を実施。)	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	包括事務所 各訪問宅、公民館、包括事務所など	全職員
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：ひらつかにし広報誌バラ色通信で普及啓発を行う。認知症サポーター養成講座などにより成年後見制度の説明を取り入れ、制度の利用につなげる。 (前年状況：ひらつかにし広報誌バラ色通信で普及啓発を行う。認知症サポーター養成講座などにより成年後見制度の説明を取り入れ、制度の利用につなげる。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内3人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	包括事務所、講座開催場所、バラ色通信回覧先、配架先	社会福祉士を中心として全職員
	自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：講話を2回実施、ノートを35冊配布。 (前年状況：講話を2回実施、ノートを35冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	講話場所	社会福祉士を中心として全職員

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。</p> <p>・計画目標：市民を対象に実施。合計1回。 (前年状況：市民を対象に実施。合計1回)</p>	<p>普及啓発の回数が指標</p> <p>A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。</p>	講話場所	社会福祉士を中心として全職員
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。</p> <p>・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で1件の事例検討。) この事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標</p> <p>A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。</p>	包括事務所	社会福祉士を中心として全職員
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。</p> <p>・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。 地域の住民を対象に新たに周知啓発。 市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の住民を対象に周知啓発。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標</p> <p>A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。</p>	包括事務所、住民宅、講話場所 講話場所 講話場所	全職員

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>コロナが5類扱いとなり、サロンも通常開催できるようになって、サロン後の話し合いを持つ場が設けられるようになってきた。令和5年度は小地域ケア会議を8回実施。包括を会場とした金目協議体は3回実施。金目地区、土屋地区、吉沢地区で、移送問題や、地域の困りごとの相談が上がってきており、土屋、吉沢地区の協議体開催に向けて、土沢社協、吉沢福祉村との協力体制をとっている。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>3地区とも、移送問題が上がっており、気軽にサロンの参加や買い物、受診、選挙への参加等が、できなくなっている。近所付き合いをしている方は、自宅周辺のみで、近所付き合いをしていない方は、自宅敷地内のみが生活の場となっており、閉じこもりがちである。話をする機会も減り、認知症、うつなどの精神面の相談が増加している。特に、敷地内のみで生活している場合には、実態把握が遅れる事が多い。民生、長寿会、社協、自治会共に、役員が高齢化したが、次に受けてくれる方がいなくて困っている。</p>			<p>地域の活動団体と、更に、顔の見える関係性作りを行う。サービス担当者会議等、連携時や困難ケースの相談時に、ケアマネジャーから話を聞き取り、継続して支援できるようにする。地域の課題について、多職種で話し合いをする場を設け、多角的視点による検討を勧める。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1 ネットワークの充実					
(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：12件の個別相談支援(利用者の実人数)、6件の同行訪問等。 (前年実績：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	包括事務所、利用者宅	主マネを中心として全職員
	(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議10回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議0回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	各自治会館、各公民館
(A) 地域ケア会議の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援5回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援3回(参加数)) 圏域内の協議体の数：3か所(金目協議体、土屋協議体、吉沢協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	包括事務所、各公民館	管理者を中心に全職員
(B) 協議体の開催					
(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに医療機関とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	地域各所	管理者を中心に全職員

令和6年度 平塚市地域包括支援センター富士白苑 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>フレイル測定会やカムカム教室の支援を行い、フレイル予防普及啓発を行った。健診データなども併せて評価を行い、高血圧・低栄養・痩せも地域課題であることを把握した。サロン等のポピュレーションアプローチだけでなく、ハイリスク者への支援が重要であることが分かり、次年度の課題となった。</p> <p>通所Cは年間で対象者が1人であり、選定が難しくなっている。事業の周知範囲を拡大していく必要がある。</p> <p>毎月テーマを変え、介護予防、認知症、防災など各専門職で講話を行い、地域住民への普及啓発を行うことが出来た。</p> <p>○委託先の担当者会議には可能な限り出席し、やむを得ず欠席する場合は、書面とし、適正な介護予防ケアプランであることを確認することができた。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>口腔機能は市平均もしくはやや良い結果であるが、両地区、男女ともに低栄養、高血圧の該当者が市平均より多い。(KDBデータより)</p> <p>花水地区は健康診断受診率が市平均よりやや低い。(KDBデータより)</p> <p>健康課題は把握していても、生活圏の利便性の差により、改善しにくい環境がある。(医療機関や商店の数など)</p>			<p>健康診断の受診推奨、受診後のフォロー、高血圧・低栄養に関する講話や相談会を開催し、普及啓発とハイリスク者支援を行う。</p> <p>フレイルハイリスク者について、個々の生活環境に沿った、指導や助言を行う。</p> <p>総合相談時に基本チェックリストを活用し、情報収集と必要な社会資源に繋がるように支援する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	<p>圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。</p> <p>・計画目標:2人利用 (前年実績:1人利用)</p> <p>達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする</p>	<p>参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。</p> <p>A:参加3人以上(全員達成且つフォロー)</p> <p>B:参加3人</p> <p>C:参加1人~2人(達成又はフォローした)</p> <p>D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有)</p> <p>E:参加0人(フォロー無)</p>	事業所 センター 利用者宅	保健師を中心に全職種
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。				

(2)地域で取り組む健康チャレンジ					
ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも運動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:30人(新規のみ) (前年実績:30人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	利用者宅 サロン等	保健師を中心に全職種
エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年1回開催(内容:オーラルフレイル予防))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種
オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:33団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種
コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年2回実施(内容:測定会)) ・9/25 なでしこ公民館 ・12/10 南部福祉会館(包括みなと共同開催)	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	花水公民館 なでしこ公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種
ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:0件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	利用者宅 電話等	保健師を中心に全職種
		新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。(前年実績:1件)	B:取組を実施 C:取組を未実施	利用者宅 電話等	保健師を中心に全職種

2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>包括の周知について、多世代が集まる公民館、福祉会館で開催される催事に健康相談会やコグニサイズの活動で参加したり、集合住宅、コンビニエンスストア等に訪問しポスター掲示、チラシを配架するなど働きかけた。その成果として、認知症サポーター養成講座の開催依頼、安否確認を含む個別相談の受付につながった。</p> <p>一つの世帯で複数の課題を抱えているケースは、行政、医療機関、障害・福祉分野の専門機関、介護事業所、地域福祉団体等、多機関で関り、支援者を増やし、つなぐ取り組みを行った。</p> <p>エリア内外の病院、薬局、歯科医院を訪問し包括の周知と歯科医院にはオーラルフレイル予防普及の協力依頼の挨拶周りを行った。地域住民に対してはリーフレットや包括たよりを用いて在宅医療や健康診断について普及啓発を行った。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>高齢者のみの世帯や日中独居の高齢者の把握が難しく、孤立防止に向けて、地域住民が気づき、相談できる体制作りが必要となっている。</p> <p>複合的な課題を抱えているケースが増えている。速やかに対応していくため、センター職員に幅広い知識と適切につなげるスキルが求められている。</p> <p>自然災害、感染症まん延など、いつ起こっても業務が継続できるよう計画を立て訓練をしておくこと。</p> <p>健康状態不明者は市平均と比較して多くは無いが、男性では70代後半～80代前半の世代で健診受診率が平均より低い為、かかりつけ医がいない方が多い世代と思われ、アプローチが必要である。</p>			<p>多世代、多機関にむけて、広報誌の配布、地域の催事に参加するなど包括の周知を行い、相談しやすい体制作りを行う。</p> <p>多様化する相談に対応できるよう、外部研修受講、自前の研修を企画するなど研修体制を充実させる。また、日頃よりセンター職員間で情報共有を図り、チームケアを実践していく。</p> <p>センター職員にBCPの研修、訓練を行い、BCPを定着させていく。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布 年3回、 公民館祭りの参加2回、 福祉祭りの参加2回、福祉会館祭りの参加1回 合計3回 (前年実績： 広報誌の配布 年3回、 公民館祭りの参加2回、 福祉祭りの参加2回、福祉会館祭りの参加1回 合計3回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	医療機関、公民館、各サロン開催場所、ちいき情報局 なでしこ公民館、花水公民館、南部福祉会館 なでしこ公民館、花水公民館、南部福祉会館	管理者中心に全職種
2 地域ネットワークの充実					

(1)高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、 毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E:実施できていない。	センター	管理者中心に全職種	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席 8回、その他の研修会等に出席、 包括内で研修を企画開催 年12回)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	市役所 オンライン 開催場所 オンライン センター	管理者中心に全職種	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、 BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター	管理者中心に全職種	
3 医療・介護連携の推進	(1)医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関17か所、薬局14か所、合計31か所。 (前年実績：医療機関17か所、薬局14か所、合計31か所。) 圏域内の医療機関39か所、薬局17か所、合計56か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:56か所以上(約100%) B:45か所以上(約80%) C:28か所以上(約50%) D:14か所以上(約25%) E:13か所以下	エリア内医療機関 エリア内薬局	保健師を中心に全職種

3 権利擁護事業等

<b>(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績</b>						
<p>認知症サポーター養成講座は、小学校、学童クラブ、一般市民、企業で実施し、若い世代に認知症理解の普及・啓発をすることができた。チームオレンジ研修に現役世代の方が参加、受講後、実際に活動していただけるよう認知症カフェ等参加の働きかけを行った。</p> <p>認知症カフェは、主催の「にんじんカフェ」を継続開催している他、7月より「認知症なでしこサロン」が再開、新たに2組の認知症当事者、その家族の参加につながった。</p> <p>独居認知症、精神障害などで成年後見制度等の利用が必要なケースが増えており、センター職員の誰もが地域住民、利用者に説明できるよう、権利擁護人材育成研修の内容や個別事例を共有し、スキルアップを図った。</p> <p>もしバナゲームを取り入れた終活講座を開催、これからの人生を考えるきっかけになったと評価を得た。終活を前向きに考えられるよう、老後の住まいや相談先などの内容で次年度計画していく。</p> <p>虐待ケースはなかったが、虐待疑いの段階で、障害福祉、ケアマネジャー、集合住宅管理会社等の関係者から相談があった。虐待の事実はなかったが、今後も様子観察、情報交換を行い連携していく関係ができた。</p>						
<b>(2) 主な地域課題</b>			<b>(3) 主な地域課題の改善策・解消策</b>			
<p>チームオレンジメンバーが高齢化しており、若い世代の参加が課題となっている。</p> <p>認知症の増加とともに、成年後見制度利用の必要が高まっているが、理解不足等で利用が進んでいない。</p> <p>終活という言葉は認知されてきたが、実践している人は少ない。</p> <p>8050問題など複合的な課題を抱えているケースが潜在しており、虐待等に発展する可能性がある。</p> <p>各地域での防災活動は活発に行われているが、避難行動要支援者の支援等についてまだ連携が進んでいない。</p>			<p>認知症に関する普及啓発を現役世代含め推進し、新たな活動の担い手の確保を図る。</p> <p>終活が前向きなイメージが持てるよう、講座を企画開催する。</p> <p>地域住民、介護従事者等に向けて、虐待の通報窓口の周知と気づきを促すための普及啓発活動を行う。</p> <p>地域の介護サービス事業所と防災について情報共有を行い、連携強化を図る。</p>			
<b>(4) 今年度の取り組み・重点事項</b>						
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4	認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標：市民向け2回、企業向け1回、学校向け1校の開催 (前年実績：市民向け7回(輪番1回・5学童で計3回・他3回)、企業向け2事業所3回、学校向け1校2回開催)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	なでしこ公民館 花水公民館 企業、公共の施設 なでしこ小学校	認知症地域支援推進員中心に全職種
	(1) 認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(2人) (前年実績：1回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	なでしこ公民館 花水公民館	認知症地域支援推進員中心に全職種

<p>(2) 認知症予防施策の充実</p>	<p>身近な場での認知症予防教室の開催</p>	<p>脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。 (輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室20回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績: 予防教室22回)</p>	<p>予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし</p>	<p>なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館</p>	<p>認知症地域支援推進員中心に全職種</p>
<p>(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)</p>	<p>認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)</p>	<p>認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数60件 (前年実績: 42件) ・説明方法: 相談人数60人に対し、うち42人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がら</p>	<p>相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数60人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数60人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数60人のうち30%程度ネットワークに繋がった D: 相談のみ E: 相談なし</p>	<p>センター利用者宅</p>	<p>認知症地域支援推進員を中心に全職種</p>
	<p>認知症初期集中支援事業の推進</p>	<p>認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 2人 (前年実績: 2人)</p>	<p>選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)</p>	<p>センター利用者宅</p>	<p>認知症地域支援推進員中心に全職種</p>
	<p>認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用</p>	<p>認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規40人、継続40人 計80人実施 (前年実績: 新規40人、継続30人 計70人実施)</p>	<p>圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満</p>	<p>なでしこ公民館 花水公民館 各サロン開催場所 利用者宅</p>	<p>認知症地域支援推進員中心に全職種</p>
<p>(4) 認知症高齢者の見守り支援</p>	<p>認知症カフェの開催と支援</p>	<p>認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数12回、支援回数12回 (前年実績: 開催回数11回、支援回数8回)</p>	<p>認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし</p>	<p>花水公民館 へいあんなでしこグループホーム</p>	<p>認知症地域支援推進員中心に全職種</p>
<p>基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会</p> <p>5 孤立死の防止に向けた取組の充実</p>	<p>重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化</p>	<p>課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。 ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標: 民生委員との情報交換を実施。新たに集合住宅への周知活動を実施。 (前年状況: 高齢者調査の実施、なでしこ地区にて孤立防止に向けた小地域ケア会議開催)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標 A: 例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B: 例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C: 例年並み、または計画どおりに実施。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。</p>	<p>なでしこ公民館 花水公民館 集合住宅 利用者宅</p>	<p>社会福祉士中心に全職種</p>

6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための 相談支援及び普及啓 発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方 に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用 や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を 支援します。 ・計画目標:認知症サポーター養成講座、終活講座等で成年 後見制度等の講話を実施することにより成年後見制度の普 及啓発を行い、制度の利用につなげる。(年5回) (前年状況:認知症サポーター養成講座、終活講座等で県作 成のリーフレットを用いた講話を行い、成年後見制度の普及 啓発を行った(年7回)。市長申立3件。	普及啓発の内容、制度利用実績が 指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	講座開催場所 利用者宅	社会福祉士中心に 全職種
	自分らしい人生の 締めくくりを迎えるた めの活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援する ため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した 普及啓発を行う。 ・計画目標:終活講座を2回実施、ノートを20冊配布。 (前年状況:終活講座を1回実施、ノートを20冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	南部福祉会館 サロン開催場所 利用者宅	社会福祉士中心に 全職種
高齢者虐待を予防し、早期発見・ 早期対応に努める。	高齢者虐待の予 防、早期発見のため の講話等による普及 啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機 関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施して いきます。 ・計画目標:県作成のリーフレットを用いた講話を地域の会 議、認知症サポーター養成講座等で実施する。年8回。県作 成のリーフレットをエリア内医療機関、介護サービス事業所に 説明して配布する。年1回 (前年状況:県作成のリーフレットを用いた講話を地域の会 議、認知症サポーター養成講座等で実施。年8回、エリア内 医療機関、介護サービス事業所にリーフレットを配布した。年 1回)	普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2~3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	講座、会議開催場所 医療機関、介護サー ビス事業所	社会福祉士中心に 全職種
	高齢者虐待対応マ ニュアルに基づく相談 対応をし、事例検討を する。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高 齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業 所内で事例検討を行う。 ・計画目標:事業所内で1件の事例検討。 (前年状況:事業所内で0件の事例検討。) この事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づ く相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター	社会福祉士中心に 全職種
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者 制度の周知、地域と の連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッ チング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避 難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を 図ります。 ・計画目標:防災関連のたよりを作成し、配布や回覧等で 周知啓発。(年1回) 地域の介護サービス事業所を対象に 新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児 童委員を含めた勉強会をセンタ が実施。 (前年状況:市営住宅のサロン、包括主催の予防教室にて、 防災講話を行い、避難行動要支援者支援制度の周知を行っ た。年2回)	取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	各サロン開催場 所、公民館、ちいき情 報局 介護サービス事業 所	社会福祉士中心に 全職種

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>○なでしこ地区にて小地域ケア会議を開催。民生委員、福祉村、自治会、ケアマネジャーが出席し、顔の見える関係作りを行い、連携強化を図ることができた。                  ○花水地区では、団体長会議での情報発信、南部福祉会館と小地域ケア会議を行いなど、多機関と地域課題について検討することができた。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>○地域のネットワークを構築し、地域課題について、関係機関と情報共有を継続する。                  ○多問題や複合的な課題を抱えているケースが増えているが、地域ケア個別会議の開催に至らない。</p>			<p>○多機関を交え地域ケア会議を開催し、地域のネットワークの構築・連携強化を図る。                  ○ケアマネジャーや関係機関に地域ケア個別会議の活用を促す。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、8件の同行訪問等。 (前年実績：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、8件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター 利用者宅	主任介護支援専門員 を中心に全職種
(1)高齢者よらず相談センターの機能強化					
イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					

(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	(A) 地域ケア会議の開催	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、地域ケア個別会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、地域ケア個別会議1回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	なでしこ公民館 花水公民館 その他、公共施設 利用者宅	主任介護支援専門員 を中心に全職種
	(B) 協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援6回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援6回(参加数)) 圏域内の協議体の数：1か所(なでしこ協議体)	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	なでしこ公民館	主任介護支援専門員 を中心に全職種
	(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに地域密着型介護サービスとネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	なでしこ公民館 花水公民館 その他、公共施設	主任介護支援専門員 を中心に全職種

令和6年度 平塚市地域包括支援センターふじみ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・通所Cには1人の利用者を選定することができた。また、存在的に身体状況の改善が必要と思われる対象者がいる可能性があり、それをいかに把握するかが課題になっている。</p> <p>・地域でフレイルチェックを行ったものの、参加者が少ない現状であった。その為、今年度は地域の高齢者だけではなく、地域のボランティア団体にも窓口を広げるなどしていく。</p> <p>・委託のサービス担当者会議にはできる限り出席すると共に、事前に計画書とチェックリストを確認するなど、適切なケアマネジメントに対する支援を行った。</p> <p>・民生委員の定例会や通いの場には定期的に参加することができた。また、町内会連合会の会議にも年2回参加することができた。</p> <p>・地域の薬局と連携をして、年2回、骨強度と血管年齢の測定を行い、多くの住民が測定する機会を持つことができた。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・通所Cが必要と思われる方をどのように把握していくかが課題である。</p> <p>・健康教室やサロン等に参加できない、していない地域住民の把握については、民生委員と引き続き連携を取っていく必要がある。</p> <p>・フレイルチェックの参加者が少ない現状がある。いかにそれを広げていくかが課題でもある。</p>			<p>・通所Cの対象者については総合相談のケースを包括内で共有し、対象者を把握できるようにしていく。</p> <p>・民生委員の定例会には引き続き参加していくと共に、民生委員向けにフレイルや虐待等についての講話もおこなっていく。</p> <p>・ふじみ健康教室を年4回開催し、高齢者が活動する場所や、知識を身につける場所を提供する。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:1人利用) ・達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員
	(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進				
高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託646件、うち担当者会議開催37件(出席37件、書面0件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%~100% B:担当者会議への対面での出席70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:40人(新規のみ) (前年実績:41人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	包括事務所	主担当:主任介護支援専門員 副担当:職員全員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年2回開催 内容:6月 健康診断を受けましょう 10月 体にいいものを食べましょう)	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	富士見公民館	主担当:医療職 副担当:職員全員
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:4団体) ・寿和会:4回(地域の訪問看護ステーションのPTとの連携訪問を1回以上行う) ・みのり会4回 ・桜が丘老人会2回 ・中里老人会2回	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	寿和会:諏訪町会館 みのり会:富士見公民館 桜が丘老人会:桜が丘町内会館 中里老人会:大久保公園	主担当:医療職 副担当:職員全員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年1回実施 内容:地区社協 ママの会にて6月開催予定))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	富士見公民館	主担当:医療職 副担当:職員全員
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:0件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	包括事務所	主担当:医療職 副担当:職員全員
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	包括事務所	主担当:医療職 副担当:職員全員

## 2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターの知名度向上のため、公民館祭りや富士見小学校のふれあいフェスタに参加し、高齢者だけではなく、若い世代にもセンターを知る機会を作ることができた。</li> <li>・春日野中学校の職場体験や認知症サポーター養成講座を通して、中学校との連携は取ることができた。</li> <li>・ケースや総合相談については、職員内で情報を共有して、様々な視点から問題の解決が図れるようにした。</li> <li>・職員が施設外の研修にも参加し、研修内容を伝達研修で他の職員に伝えることで、職員全体のスキルアップにつながった。</li> </ul>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターの知名度が30%程度である。特に若い世代への知名度が低い。</li> <li>・小学校との連携ができていない</li> <li>・地域の医療機関・薬局とは連携できているが、歯科医師との連携がとれていない。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、公民館祭りや富士見小学校のふれあいフェスタに参加し、高齢者だけではなく、若い世代にもセンターを知る機会を作る。</li> <li>・地域の歯科医師との連携をはかるため、訪問し関係性を構築する。</li> </ul>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人々が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標: 広報誌の配布(偶数月 年6回) 公民館祭りの参加(年1回2日間) 富士見小学校ふれあいフェスタの参加(年1回) 合計8回。 (前年実績: 広報誌の配布、公民館祭りの参加、合計2回。)	広報誌の配布、地域の人々が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	各配布先 富士見公民館 富士見小学校	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員 主担当:管理者 副担当:職員全員
2 地域ネットワークの充実					

(1) 高齢者よるず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	包括事務所	主担当: 管理者 副担当: 職員全員	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席 その他の研修会等に出席(外部研修は年1回以上参加する) 自前で研修会を企画、開催(年1回、包括職員む目包括職員が企画実施を行う)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	包括事務所及び各研修場所	主担当: 管理者 副担当: 職員全員	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績: BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括事務所	主担当: 管理者 副担当: 職員全員	
3 医療・介護連携の推進	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標: 医療機関10か所、薬局8か所。合計18か所。 (前年実績: 医療機関5か所、薬局8か所。合計13か所。) 圏域内の医療機関等の数: 20か所。 圏域内の薬局の数: 14か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A: 34か所以上(約100%) B: 27か所以上(約80%) C: 17か所以上(約50%) D: 8か所以上(約25%) E: 0か所以上	圏域の医療機関、薬局	主担当: 医療職 副担当: 職員全員

### 3 権利擁護事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・認知症カフェを偶数月に開催し、少人数ながらも当事者や家族の参加を促すことができた。</p> <p>・チームオレンジメンバーの交流会を年2回開催し、メンバー間の交流や役割の分担等をおこなうことができ、オレンジメンバーが協力しやすい環境を整える事が出来た。</p> <p>・地域の方の協力もあり、中学校とのつながりができ、春日野中学校で認知症サポーター養成講座の開催ができた。</p> <p>・認知機能評価機器では、前年を大きく上回り60名の目標を達成することができた。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・認知症カフェの参加者が少ない状況である。</p> <p>・活動しているチームオレンジメンバーが固定されてきており、新たなチームオレンジメンバーが活動に参加していない現状がある。</p> <p>・小学校とはつながりを持つことはできているが、認知症サポーター養成講座の開催までには至っていない。</p>			<p>・認知症カフェは偶数月に引き続き開催する。認知機能検査でのMCI相当の方などにも参加の声掛けを行う。</p> <p>・地域の認知症サポーター受講者や、以前の受講者などに声掛けをして、新たにチームオレンジメンバーとして活動できる方を増やす。</p> <p>・小学校との関わりを維持しながら、認知症サポーター養成講座の開催のお願いを続ける。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標: 市民向け1回、企業向け1回、学校向け3回の開催(富士見小学校・春日野中学校・清水学園) サンレジデンスと合同開催(学童・同法人内専門学校) (前年実績:市民向けを1回開催 民生委員向けを1回 企業向けを1回 学校向けを3回)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	各開催場所	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員
	(1) 認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標:1回開催、チームオレンジメンバー交流会にてマッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供2回(10人) (前年実績:チームオレンジ研修1回開催、チームオレンジメンバー交流会2回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	富士見公民館	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員

	(2) 認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 5月・8月・9月・11月・1月・2月 7月は市域の予防教室 (前年実績: 予防教室5回)	予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	富士見公民館	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 全員
	(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数170件 (前年実績: 166件) ・説明方法: 相談人数30人に対し、うち20人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A: 相談人数30人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B: 相談人数30人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C: 相談人数30人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D: 相談のみ E: 相談なし	包括事務所	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 職員全員
		認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 1人 (前年実績: 1人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	包括事務所	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 職員全員
		認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規32人、継続28人 計60人実施 (前年実績: 新規30人、継続30人 計60人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	包括事務所	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 職員全員
	(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績: 開催回数6回、支援回数6回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	福祉村	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 職員全員
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。	取り組み内容(成果)が指標 A: 例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B: 例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C: 例年並み、または計画どおりに実施。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。	包括事務所 富士見公民館など	主担当: 管理者 副担当: 職員全員
			ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標: 安心カードの配布や担当の民生委員の確認を実施。新たに町内会連合会の総会に出席し、安心カードの説明と啓発を実施。 (前年状況: 安心カードの啓発や説明を実施など。)			

6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための 相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標: サロンの講話等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 みのり会にて1回実施する。 (前年状況: サロン等により成年後見制度の普及啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A: 制度の利用2人以上。 B: 新たな普及啓発を実施。 C: 制度の案内5人。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。	富士見公民館 包括事務所など	主担当: 管理者 副担当: 職員全員
	自分らしい人生の 締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標: ACPIに関する講話を2回実施、ノートを30冊配布。 みのり会・寿和会にて1回づつ実施予定。 (前年状況: ACPIに関する講座を1回実施、ノートを21冊配布など。)	終活講座、講話が指標 A: 年3回以上実施。 B: 年2回実施。 C: 年1回実施。 D: ノート等の配布のみ。 E: 実施できなかった。	富士見公民館 諏訪町会館など	主担当: 管理者 副担当: 職員全員
高齢者虐待を予防し、早期発見・ 早期対応に努める。	高齢者虐待の予防、 早期発見のための講話等による普及啓発をする。	高齢者虐待の予防、早期発見のために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標: 民生委員・町内会長を対象に実施。合計2回。 (前年状況: 民生委員・町内会長を対象に実施。合計2回)	普及啓発の回数が指標 A: 年4回以上実施。 B: 年2～3回実施。 C: 年1回実施。 D: 資料等の配布のみ。 E: 実施できなかった。	富士見公民館	主担当: 社会福祉士 副担当: 職員全員
	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談 対応をし、事例検討をする。	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標: 事業所内で1件の事例検討。 (前年状況: 事業所内で1件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A: 困難ケースを適切に対応。 B: 虐待ケースを適切に対応。 C: 相談対応を実施。 D: 相談対応が難航。 E: 実施できなかった。	包括事務所	主担当: 社会福祉士 副担当: 職員全員
7 災害に対する取組の推進	避難行動要支援者 制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標: チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の独居高齢者を対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会を7月にセンタ が主催する。 (前年状況: チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域のを対象に周知啓発。)	取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D: チラシ等の窓口配架のみ実施。 E: 実施できなかった。	包括事務所 富士見公民館	主担当: 管理者 副担当: 職員全員

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

<b>(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>民生委員と地域の居宅介護支援事業所との交流会を実施し、地域課題やケースについての相談や意見交換が行えるようにした。</li> <li>個別ケア会議を4回開催し、困難と言われる事例について、地域での支援方法を模索することができた。</li> <li>協議体と地域ケア会議を同時に開催し、地域課題について意見を交換することができた。</li> </ul>						
<b>(2) 主な地域課題</b>			<b>(3) 主な地域課題の改善策・解消策</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防ケアマネジメントを委託している居宅介護支援事業所においても、事業所やケアマネの理解に差があり、十分に予防ケアプランの立て方や評価について認識できていない所がある。</li> <li>協議体や小地域会議をおこない地域課題については十分認識できているが、その解決方法について十分に議論されていない。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護支援事業所と十分な連携を図り、課題を共有できる関係性を構築する。</li> <li>小地域ケア会議・協議体で行った課題解決に向けて、新たなネットワークを構築する。</li> </ul>			
<b>(4) 今年度の取り組み・重点事項</b>						
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1ネットワークの充実		ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標:15件の個別相談支援(利用者の実人数)、12件の同行訪問等。 (前年実績:15件の個別相談支援(利用者の実人数)、12件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	利用者宅及び包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員
(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)		地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	包括事務所及び福祉村など。	主担当:管理者 副担当:職員全員
(A) 地域ケア会議の開催						
(B) 協議体の開催		第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標:協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援2回(参加数)) 圏域内の協議体の数:1か所(富士見地区協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	福祉村	主担当:管理者 副担当:職員全員
(C) 地域資源と関係構築		地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに歯科医師・小学校とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、中学校、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センターまつがおか 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績						
<p>・4月から新たに始まった「伊勢山青空サロン」により伊勢山地区の地域組織(伊勢山サロン・自治会)との関係性が構築出来てきている。伊勢山地区のお祭りにも参加し多世代のかたへのアプローチとして包括独自のチラシを配布したり健康測定(ダイエットアナライザー・血管年齢測定・脳の健康チェック・フレイル)を行い包括の周知と介護予防の啓発ができた。</p> <p>・大原地区の地域サロンの参加者が数名と低迷しており包括と地域の役員とで検討を続け、民生委員やサロンの代表の方々と相談してR6年4月から、大原公園にて他の地区と同様にラジオ体操とコグニサイズをおこなっていく計画を立てている。「青空寄り道サロン」の参加者は1,233名「伊勢山青空サロン」の参加者は1,427名で地域で体操の輪が広がってきている。公園で行う体操であるため、参加し易いよう参加者も増えてきている。</p>						
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策			
<p>・松が丘地区では高齢者検診では、(BMI・口腔機能・身体的フレイル・血圧 度以上)平塚市全体の数値と比較しても全体的には健康状態の良い地域であり、検診受診率が高く、地域住民による自主活動が盛んな地域であるため、健康への意識や活動への取りくみの成果が出てきている。</p> <p>・福祉村や地区サロンボランティアの高齢化が進み、住民主体での活動に支障が出てきている現状があるため、活動の継続と支援を地域の方と共に検討していく必要がある。</p>			<p>・大原地区でもラジオ体操やコグニサイズを週1回おこなっていく予定としている。地域住民のよりどころとなる様なサロンに発展していけるよう支援をしていく。</p> <p>・東中原と伊勢山地区サロンに集う方との交流を活かして、社会参加の促進や包括の周知活動もおこなっていく。</p>			
(4) 今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	<p>圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 通所型サービスC利用後には地域の通いの場やボランティア等本人が参加出来る場への紹介や支援をおこなっていく。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする</p>	<p>参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)</p>	まつがおかセンター内	包括全職員

(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:33人(新規のみ) (前年実績:32人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年5回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年7回開催(内容:健康講話・お薬相談等))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:20団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	まつがおかセンター内外 各サロン開催地	保健師を中心に全職員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年2回実施(内容:フレイルチェック測定会)6/18伊勢山交流サロンにてFC実施予定 (前年実績:年4回実施(内容:伊勢山交流サロン測定会・わくわくまつがおか等))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:10件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	まつがおかセンター内外	保健師が中心に全職員
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B:取組を実施 C:取組を未実施	まつがおかセンター内外	保健師が中心に全職員

2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績

・包括の認知度を上げるため、まつがおか独自のチラシを作成してエリア内へ全戸配布を職員一同で1か月以上を掛けて配布を完了した。地域を自分の足で歩くことで社会資源を知る事にも繋がった。また民生委員児童委員からマンションの住民に関する情報提供があり、今まで関わりがなかった賃貸マンション等も把握が出来た。  
 多問題家族や一人暮らしの高齢者が多くなっており、生活支援から後見制度まで必要な方が多く見受けられており色々な機関(行政機関・司法書士・弁護士・社会福祉協議会等)と連携をして支援を行っている。

(2) 主な地域課題 (3) 主な地域課題の改善策・解消策

高齢者の人口が増えつつあり高齢化率も32.3%(令和6年1月1日)となっており、独居高齢者や障がい者と高齢の親との世帯や引きこもり・高齢の親と子の同居や経済的な困窮・多問題家族のケース把握が増えており、多職種(市役所・基幹型包括・重層的支援体制整備事業の活用等)との連携をして解決策を探していく事案が増えてきている。  
 ・小中学校や企業に向けて認知症サポーター養成講座の普及啓発活動を継続する。また、地道に地域サロン等を訪問し関係を深めることで次世代のリーダー発掘に努めていく。  
 ・本人発信の場やチームオレンジメンバーの活動の場を設けるため地域社会資源とのマッチングを図る。

(4) 今年度の取り組み・重点事項

高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標: 広報誌の配布、公民館祭りの参加、松ぼっくりの会の参加。合計3回。 (前年実績: 広報誌の配布、公民館祭りの参加。合計2回。) 松ぼっくりの会への参加。 SNSを月1回以上更新	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	まつがおかセンター内外	全職員
2 地域ネットワークの充実					

(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	まつがおかセンター内	全職員	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年2回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席) まつがおかセンターで企画し年2回実施。	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	まつがおかセンター内外 松が丘公民館または大原公民館	全職員	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：年1回の防災訓練の実施とBCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	まつがおかセンター内外	管理者を中心に全職員	
3 医療・介護連携の推進	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標：医療機関6か所、薬局4か所、合計10か所。 (前年実績：医療機関6か所、薬局4か所、合計10か所。) 圏域内の医療機関等の数：医療機関6か所、薬局4か所	リーフレットの圏域内の配布か所数が指標 A: 10か所以上(約100%) B: 8か所以上(約80%) C: 5か所以上(約50%) D: 3か所以上(約25%) E: 1か所以上	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員

### 3 権利擁護事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・認知症になっても住み慣れた町で安心して暮らしていきことができるよう認知症当事者や介護されているご家族に対し、認知症や権利擁護など相談内容に応じて医療機関や平塚保健福祉事務所、生活福祉課、あんしんセンター、権利擁護機関、介護事業所など多職種ネットワークにより支援をすることができた。</p> <p>・企業や小中学校での認知症サポーター養成講座開催のハードルは高いが粘り強く啓発活動を行っている。そのような状況の中、昨年度受講していただいた民間企業の方がチームオレンジ研修を受講していただけるなど成果を得ることができた。また今まで養成してきたチームオレンジメンバーに対して認知症カフェ、市のアルツハイマーデーイベントなど活動の場を提供することができた。</p> <p>・認知症予防施策として既存の社会資源である青空寄り道サロン、伊勢山交流サロン、町内福祉村、老人会のほか、伊勢山交流サロンとの共催で4月より伊勢山青空サロンを立ち上げた。地域サロン参加者が少なくなっている大原地区についても令和6年4月より公園体操「いきいき大原」を立ち上げる予定。</p> <p>・前年度多くの後見制度に関する相談があった。独居、身寄りのいない、お金がない、多少判断能力が残っており後見相当ではないケースが増えており柔軟な対応が求められている。関係機関との繋ぎ、書類作成支援、受診同行等行い後見制度や専門職に繋ぐことが出来た。</p> <p>・高齢者虐待と判断されたケースはなかった。事業所研修や民生委員へのプリント配布を実施し、早期発見を目指した周知活動を行った。</p>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・若年性認知症に関する相談が少ないことから、特に民間企業への普及啓発が大きな課題となっている。併せて若い世代への普及啓発や小中学校での認知症サポーターを増やしていくことも課題となっている。</p> <p>・地域サロン等の役員の高齢化に伴い、次世代のリーダー育成が急務となっている。町内福祉村サロン、東中原地区は男性の参加者の減少が課題となっている。また、大原地区はサロン役員の高齢化だけでなく、参加者自体が少ない状況である。</p> <p>・独居、身寄りなし、金銭的余裕なし、後見まで行かない程度の認知力低下がある高齢者が増えている。後見制度につなげる為の金銭的な負担が難しい、それまでの生活のフォローアップ(公共料金支払い、受診等)が必要なケースが増えている。</p> <p>・認知症の親と障害を持つ子供の世帯が、親の高齢化により課題が発生するケースが徐々に見られている。</p>			<p>・小中学校や企業に向けて認知症サポーター養成講座の普及啓発活動を継続する。また、地道に地域サロン等を訪問し関係を深めることで次世代のリーダー発掘に努めていく。</p> <p>・本人発信の場やチームオレンジメンバーの活動の場を設けるため地域社会資源とのマッチングを図る。</p> <p>・後見制度が必要になる前につながり認知症の早期発見や親族関係の把握が出来る様、認知症地域支援推進員と情報共有を図る。</p> <p>・後見申し立て書類作成のノウハウを職員間で共有する。</p> <p>・地域サロンに参加し住民と顔の見える関係を構築することで、課題の多い家庭の早期発見、情報提供を図る。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	<p>認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。</p> <p>市の公募開催 エリア内の企業・小学校・中学校等へ挨拶に伺い、開催依頼をする。</p> <p>寄り道サロンや認知症カフェ「喫茶まつがおか」等、認知症の方の地域参加や情報発信の場を設ける。</p> <p>・計画目標:市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績:市民向け1回 企業向け2回、学校向け2回開催)</p>	<p>養成講座の開催状況が指標</p> <p>A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし</p>	<p>大原公民館 企業指定場所・松が丘小学校・大野中学校・平塚中等教育学校 まつがおかセンター内・松が丘公民館・地域サロン等</p>	<p>認知症地域支援推進員を中心に全職員</p>

<p>(1) 認知症理解のための普及・啓発</p>	<p>チームオレンジメンバーの活動支援</p>	<p>チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。</p> <p>チームオレンジ研修:(下半年:R7.3月予定)      寄り道サロン(毎週月水木)      青空寄り道サロン(毎週水)      伊勢山青空サロン(毎週火)      伊勢山交流サロン(年5回15日)      いきいき大原(毎週火) 新規事業      認知症カフェ「喫茶まつがおか」(奇数月第3木)      認知症予防教室(R6.8/30)      町内福祉村ミニデイ(毎週火)      伊勢山いずみ会      アルツハイマーデイ(R6.9)      各団体活動</p> <p>・計画目標:1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供 12会場 延べ210回(17人)      (前年実績:11会場 100回開催)</p>	<p>： 研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標      マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。      A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施      B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成      C:1回開催      D:開催なし(周知あり)      E:開催なし(周知なし)</p>	<p>松が丘公民館      まつがおかセンター内寄り道サロン      東中原公園      伊勢山公園      伊勢山自治会館      大原公園(新規事業)      東中原住宅集会所      西部福祉会館      市指定場所      各団体活動場所</p>	<p>認知症地域支援推進員を中心に全職員</p>
<p>(2) 認知症予防施策の充実</p>	<p>身近な場での認知症予防教室の開催</p>	<p>脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く)      青空寄り道サロン(毎週水)      伊勢山青空サロン(毎週火)      いきいき大原(毎週火) 新規事業      町内福祉村ミニデイ(年2回)      地区サロン等(依頼時)</p> <p>・計画目標:予防教室160回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。      (前年実績:予防教室92回)</p>	<p>予防教室の開催が指標      A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。      B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。      C:予防教室を6回以上開催      D:予防教室を6回未満開催      E:開催なし</p>	<p>東中原公園      伊勢山公園      大原公園(新規事業)      東中原住宅集会所      各地区サロン、自治会館等</p>	<p>認知症地域支援推進員を中心に全職員</p>

(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症地域推進員による認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数12件(月1件) (前年実績:14件) ・説明方法:相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がた	相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A:相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がた B:相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がた C:相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がた D:相談のみ E:相談なし	まつがおかセンター内・利用者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:2人 (前年実績:2人)	選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職員
	認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施 (前年実績:新規60人、継続46人 計106人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	まつがおかセンター内・地域サロン・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員
(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 寄り道サロン(毎日) 認知症カフェ喫茶まつがおか(奇数月第3木) 公園体操(青空寄り道サロン:水・伊勢山青空サロン:火・いきいきおおはら:火) 福祉村サロン・伊勢山交流サロンなど ・計画目標:認知症カフェの開催回数150回(認知症カフェ喫茶まつがおか・寄り道サロン・青空寄り道サロン)、支援回数80回(伊勢山青空・伊勢山交流サロン・新規事業「いきいきおおはら」) (前年実績:開催回数183回、支援回数63回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	まつがおかセンター内寄り道サロン 松が丘公民館 東中原公園・伊勢山公園・大原公園 各自治会館等	認知症地域支援推進員を中心に全職員

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会		<p>課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。</p> <p>ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。</p> <p>計画目標：3地区(東中原、伊勢山、大原)体操を実施し地域高齢者と顔の見える関係作り、身近な相談窓口の周知を行います。(前年東中原、伊勢山各週1回実施)</p> <p>一人暮らし高齢者宅に直接広報誌をポスティング(年2回)し、相談窓口の周知を行います。(前年度年3回)</p> <p>松ぼっくりの会(一人暮らし高齢者食事会)に出席し、包括の情報提供を行います。(前年度年3回)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標</p> <p>A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。</p> <p>B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。</p> <p>C:例年並み、または計画どおりに実施。</p> <p>D:例年、または計画をやや下回る。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	<p>まつがおかセンター内外、東中原公園、伊勢山公園、大原公園</p> <p>まつがおかセンター内外</p> <p>松が丘公民館</p>	<p>社会福祉士を中心に全職員</p>
5 孤立死の防止に向けた取組の充実	<p>重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化</p>	<p>日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。</p> <p>計画目標:認知症サポーター養成講座、地域サロン等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。</p> <p>(前年状況:認知症サポーター養成講座(合計5回)、地域向け講座2回により成年後見制度の普及啓発)</p>	<p>普及啓発の内容、制度利用実績が指標</p> <p>A:制度の利用1人以上。</p> <p>B:新たな普及啓発を実施。</p> <p>C:制度の案内2人。</p> <p>D:例年、または計画をやや下回る。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	<p>松が丘センター内外、地域サロン、利用者宅他</p>	<p>社会福祉士を中心に全職員</p>
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	<p>権利擁護のための相談支援及び普及啓発</p>	<p>自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。</p> <p>計画目標:講座を2回実施。</p> <p>(前年状況:講座を2回実施、ノートを26冊配布)</p>	<p>終活講座・講話が指標</p> <p>A:年3回以上実施。</p> <p>B:年2回実施。</p> <p>C:年1回実施。</p> <p>D:ノート等の配布のみ。</p> <p>E:実施できなかった。</p>	<p>松が丘公民館、大原公民館、利用者宅、サロン等</p>	<p>社会福祉士を中心に全職員</p>

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。          ・計画目標：民生委員対象年1回、介護事業所対象年1回、認知症サポーター養成講座開催時に実施。合計3回以上。他、サロン等で周知チラシを配布する。          (前年状況：民生委員を対象(年1回)、介護事業所対象(年1回)、認知症サポーター養成講座(年4回)実施。合計6回、他チラシ配布)</p>	<p>普及啓発の回数が指標          A:年4回以上実施。          B:年2～3回実施。          C:年1回実施。          D:資料等の配布のみ。          E:実施できなかった。</p>	<p>松が丘公民館、まつかおかセンター内外、介護事業所等</p>	<p>社会福祉士を中心に全職員</p>
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。          ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。          (前年状況：事業所内で1件の事例検討。)          この事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標          A:困難ケースを適切に対応。          B:虐待ケースを適切に対応。          C:相談対応を実施。          D:相談対応が難航。          E:実施できなかった。</p>	<p>まつかおかセンター内外</p>	<p>社会福祉士を中心に全職員</p>
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。          ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の一人暮らしを対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。          (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の民生委員を対象に周知啓発。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標          A: または に加え、 を実施。          B: を実施。          C: を実施。          D:チラシ等の窓口配架のみ実施。          E:実施できなかった。</p>	<p>まつかおかセンター内外</p>	<p>全職員</p>

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績

・福祉村の生活支援について福祉村検討委員会を継続でおこなっているが、中々進まない状況があり。福祉政策課と連携して今後の打開策を役員とも共有しながら対応をしている。  
 また独居高齢者の支援をケアマネジャーと一緒に相談しながら対応を協議している。  
 包括的ケアマネジメントを考えていくために「消費者被害と後見制度」「精神疾患について、一緒に学ぼう」と題して地域の民生委員とケアマネジャーと一緒に勉強会を開催する事が出来た。  
 ・小地域ケア会議を2回開催し、「災害」をテーマに全員で学びを深める事が出来た。また、地区内介護事業所の参加いただいた事で地域の役員と介護事業所の顔の見える関係を作ることが出来た。

(2) 主な地域課題

・まつがおか地区の高齢化率が32.3%(R6.1.16時点)となり、独居や身寄りのいない方の支援の必要性や精神障がいを抱えている家族や認知症や障がいの正しい理解をしてもらいながら見守り体制の構築が必要になっている。  
 また地域で活躍する役員の方が高齢になり担い手が不足している現状があり。民生委員や自治会と連携を取りながら地域の現状を把握していく必要がある。  
 ・福祉村の運営について、地域住民に広く理解や協力を得ていく必要がある。

(3) 主な地域課題の改善策・解消策

・支援困難な事例に対して地域の関連機関との連携や多職種(介護事業者・医療機関等)で検討をしながら、ケアマネジャーの抱える問題について一緒に考えていく。  
 ・福祉村の運営や活動について、地域の方と一緒に検討を重ねていく必要がある。

(4) 今年度の取り組み・重点事項

高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標:30件の個別相談支援(利用者の実人数)、30件の同行訪問等。 (前年実績:47件の個別相談支援(利用者の実人数)、45件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	まつがおかセンター内外 利用者宅等	主任ケアマネを中心に全職員
(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援					
(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)					
(A) 地域ケア会議の開催	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	まつがおかセンター内または公民館	主任ケアマネ・社会福祉士を中心に全職員
(B) 協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標:協議体の開催支援1回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援5回(参加数)) 圏域内の協議体の数:1か所(松が丘協議体)	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	まつがおかセンター内・公民館・福祉村	主任ケアマネ・社会福祉士を中心に全職員
(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに老人会とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	まつがおかセンター内外	全職員

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センターみなと 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

<b>(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>・港地区高齢者の健康課題に取り組むために健康講座を開催し好評を得ているため、今後はシリーズ化し年2回開催の企画にすることができた。</li> <li>・R4年度に開始した「公園体操」を継続、実施方法や内容について共催の社会福祉協議会担当者や参加者と振り返ることができ修正しながらより良い方法を再検討することができた。</li> <li>・自主的にフレイル予防に取り組んでいる団体があり交流や情報交換を継続することができている。</li> <li>・フレイルサポーターが圏域内で自主的に活動しており、フレイル予防に対して協力しあうことができている。</li> <li>・民生委員からの情報提供でフレイル状態の住民にアプローチを行い、サロンへの誘いや介護予防制度の利用などにつなぐことができた。</li> </ul>											
<b>(2) 主な地域課題</b>			<b>(3) 主な地域課題の改善策・解消策</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性は退職前後の年齢でやせや血圧コントロール不良者が増加し、数年遅れて口腔機能や身体機能が低下してくる。血圧コントロールを中心にフレイル予防・介護予防について70代男性への働きかけが必要。(KDBシステム)</li> <li>・女性は身体的フレイルが70代後半で多く、やせも70歳以降増加している。(KDBシステム)</li> <li>・通いの場やサロン主催者、参加者の高齢化が進みメンバー減少や活動の弱体化が懸念されるため新規利用者の勧誘等協力、支援が必要な状況。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康講座を定期的実施し、地域高齢者に対して健康維持増進・フレイル予防について啓発を行っていく。</li> <li>・地域内社会福祉協議会や自治会、フレイルサポーター、健康チャレンジリーダー等と協力しながら公園体操、通いの場(サロン)の開催、支援を継続する。</li> </ul>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">高齢者福祉計画</th> <th style="width: 15%;">取り組み・重点事項</th> <th style="width: 25%;">内容(何を、どのように)</th> <th style="width: 15%;">活動指標 (実施時期・回数)</th> <th style="width: 10%;">場所</th> <th style="width: 15%;">担当者</th> </tr> </thead> </table>						高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者						
基本目標1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」											
1 健康長寿へのチャレンジ											
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進											
	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・計画目標:3人利用 (前年実績:1人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	個別訪問、電話	保健師を中心に全職種						

	高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。	適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定する。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託319件、うち担当者会議開催21件(出席15件、書面6件))	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席 80%~100% B:担当者会議への対面での出席 70%~80% C:担当者会議への出席が書面を含め80~100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	利用者宅他	主任ケアマネジャーを中心に保健師、社会福祉士、ケアマネジャー
(2)地域で取り組む健康チャレンジ						
	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげる。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行う。 ・計画目標:70人(新規のみ) (前年実績:63人(新規のみ)) ・介護保険申請時や初回相談、介護保険申請者の配偶者やその他家族(未申請)、イベントでの健康相談の際に実施し介護予防につなげる。	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	個別訪問 所内(来所者) 須賀公民館 ベイサイドホール	保健師を中心に全職種
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年3回開催 済生会湘南苑 管理栄養士と理学療法士による講座 (内容:栄養と運動)6/5、11/6開催 済生会湘南平塚病院から講師を招き開催 時期:内容未定 (前年実績:年1回開催(内容:ひとり暮らしふたり暮らしの食事・宅配の上手な使い方・転倒予防と腰痛予防))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	須賀公民館	保健師を中心に全職種

<p>オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援</p>	<p>通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)</p>	<p>圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む)          ・計画目標:12回          (圏域内の通いの場(サロン)の数:28団体)          ・包括サロン:港地区内の鍼灸整骨院の柔道整復師が体操講師(福祉社と協働)          ・なぎさウォーキング:住民主体の活動 フレイルサポーターが健康チャレンジ体操実施 包括職員がゴム体操実施(フレイルサポーターと協働)          ・公園健康体操:包括職員が準備体操、コグニサイズ、ラジオ体操を実施(千石河津自治会・港地区社協の協力)          ・パークサイドシニアクラブ:グラウンドゴルフ集いの場 みなと職員が輪番制で参加し、クラブメンバーの介護予防・情報共有目的(フレイルサポーターと協働)          ・マーガレットの会:住民主体の活動 地域住民が体操講師となり音楽に合わせたリズム体操 フレイルサポーターが健康チャレンジ体操実施 包括職員がゴム体操実施(フレイルサポーターと協働)</p>	<p>助言等の支援回数が指標          A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上)          B:年13回以上実施          C:年12回実施          D:年5~11回実施          E:年4回以下に実施</p>	<p>須賀公民館          2階ホール          ペイサイドホール          2階ホール</p>	<p>保健師を中心に全職種</p>
<p>コ フレイル対策推進事業</p>	<p>センター企画によるフレイルチェック測定会の開催</p>	<p>「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。          ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会)          (前年実績:年3回実施(内容:測定会))          12月上旬:南部福祉会館(包括富士白苑と合同開催)          1/31 須賀公民館</p>	<p>フレイルチェック開催回数が指標          A:年3回以上実施          B:年2回実施          C:年1回実施          D:企画したが未実施          E:企画しなかった</p>	<p>須賀公民館          2階ホール          高浜台ハイッ          集会室</p>	<p>保健師を中心に全職種</p>
<p>ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施</p>	<p>フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整</p>	<p>市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行う。また必要な方へサービス調整を行う。          ・計画目標(把握率):対象者の60%          (前年実績:3件)</p>	<p>対象者に対する把握率で評価          A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施          B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施          C:50~60%          D:30~49%          E:30%未満</p>	<p>個別訪問、電話</p>	<p>保健師を中心に全職種</p>
		<p>新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。</p>	<p>B:取組を実施          C:取組を未実施</p>	<p>個別訪問、電話</p>	<p>保健師を中心に全職種</p>

## 2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・月2回の所内ミーティングは今年度も実施し、所内での取り決めや制度の確認の場とすることができた。また毎朝のミーティングでは各対応中の利用者の報告及び相談が実施できた。</li> <li>・広報誌「みなと便り」に職員の顔写真を掲載したことにより、地域住民から声をかけていただくことが増えた。</li> <li>・民生委員定例会での情報交換では日頃の民生委員とのかかわりを見直す機会になった。令和6年も継続実施予定。</li> <li>・圏域の居宅介護支援事業所とBCPにおける座談会を実施し、それぞれの疑問や方針など共有することができた。継続開催の希望あり、介護事業所にも対象を広げて令和6年度も実施予定。</li> <li>・医療機関への働きかけやかかりつけ医の勧めなどはチラシやリーフレットの配架にとどまったので、令和6年度はかかわりを深めて行くようにする。</li> <li>・研修は平塚市が実施した研修に加え、県や法人の研修にも参加し職員間でも伝達研修ができた。</li> </ul>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・港地区は地域に医療・福祉の事業所が少なく圏域では社会資源が限られている傾向がある。</li> <li>・自治会と民生委員、民生委員と介護事業所は個人情報保護に視点の違いもあり連携がはかりにくくなっている。</li> <li>・孤立化の進みやすいエリアと住民同士のかかわりが深いエリアが圏域内にある。住民同士のかかわりが深いエリアは住民同士で解決をはかる傾向もあり、対応しきれなくなってから相談に来る傾向もある。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の数は少ない分、コミュニケーションは取りやすい可能性があるため、防災の話題も含め圏域の事業所で集まる機会を設け、連携のきっかけを作る。</li> <li>・連携の必要性を共有するために個人情報の研修や事例検討の機会を設ける。</li> </ul>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標：「広報誌「みなとだより」発行の配布・ちいき情報局「港しおさいだより」掲載・法人ホームページに活動報告掲載 須賀公民館祭りの参加 港福祉祭り、港地区盆踊り、港地区レクの参加。合計3回。(前年実績：「広報誌「みなとだより」の配布3回、港しおさい便り12回、法人HP12回 須賀公民館祭りの参加、港福祉祭り、港地区盆踊り、港地区レクの参加。合計3回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	所内 須賀公民館 港地区自治会 法人内	管理者を中心に全職種
2 地域ネットワークの充実					

(1) 高齢者よろず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。 ・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎朝ミーティングを実施し相談ケースを共有)	相談体制の整備状況が指標 A: を実施(ケースを全て共有の場合) B: を実施(必要なケースのみ共有の場合) C: を実施 D: のみ実施 E: 実施できていない。	随時 随時 毎朝	管理者を中心に全職種	
	センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)	研修の参加状況が指標 A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上 B: に出席し、さらに を年4回以上 C: に出席し、さらに を年1回以上 D: に出席 E: か に出席または出席していない。	(A)研修会場又はオンライン (B)研修会場又はオンライン	管理者を中心に全職種	
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	事業所内	管理者を中心に全職種	
3 医療・介護連携の推進	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 ・計画目標： 医療機関12か所、薬局4か所、合計16か所。 (前年実績： 不明) 圏域内の医療機関等の数：15か所 薬局5か所 合計20か所	リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A: 20か所以上(約100%) B: 16か所以上(約80%) C: 10か所以上(約50%) D: 5か所以上(約25%) E: 0か所以上	各医療機関	保健師を中心に全職種

### 3 権利擁護事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座と認知症予防教室の定期的な実施や企業向け認知症サポーター養成講座の実施ができた。</li> <li>・認知機能検査を福祉まつり及び公民館祭りで実施したところ、多数の来客があり検査を広めることができた。</li> <li>・認知症カフェを定期的な実施できた。また新しい認知症カフェの企画の依頼が来た(令和6年度実施予定)</li> <li>・圏域内の銀行を連携して認知症高齢者への対応を行い良い関係を作ることができた。</li> <li>・高齢者虐待の啓発を受け、民生委員や圏域の居宅介護支援事業所から疑いのうちに相談を受けることができるようになった。</li> </ul>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症や精神疾患、障害のため判断力に問題のある相談が絶えずある。高齢者より家族が問題を抱えている場合も多く、スムーズな他機関との連携や協働が必要な状況になっている。</li> <li>・海側の地域住民が利用している銀行が皆ほぼ同じ銀行であるが、銀行からの判断力の低下に伴うトラブルの相談件数が増えている。</li> <li>・エンディングノートなどに興味を持ち、話を聞きたいという住民は増加傾向にあるが実際の相談には進みにくい</li> <li>・市民後見人と地域活動を担う人もおり、成年後見制度に関心の深い人もいるが全く興味もなく拒否的な人もおり差が激しい。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例検討会や連携機関との連絡会に参加して、様々な対応についての素地を職員が作って行くようにする。</li> <li>・地域密着の事業所(医療・介護事業所以外)ともコミュニケーションを取り、認知症への対応などの啓発を行って行く。</li> <li>・終活や成年後見制度における啓発を事例と共に行うようにして、具体的な利用につながるようにする。</li> </ul>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標:市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績:市民向けを1回開催、企業向け1回開催)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	公民館 各企業 各学校	認知症地域支援推進員を中心に全職種
	(1) 認知症理解のための普及・啓発	チームオレンジメンバーの活動支援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標:1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供1回(6人) (前年実績:1回開催)	研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	公民館

		(2) 認知症予防施策の充実	身近な場での認知症予防教室の開催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室11回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績: 予防教室11回)	予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	公民館	認知症地域支援推進員を中心に全職種
			認知症地域推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標: 相談件数100件 (前年実績: 108件) ・説明方法: 相談人数80人に対し、うち36人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がった	相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数80人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数80人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数80人のうち30%程度ネットワークに繋がった D: 相談のみ E: 相談なし	地域包括支援センター 相談者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種
		(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)	認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標: 1人 (前年実績: 1人)	選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	地域包括支援センター 相談者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種
			認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気づき、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標: 新規20人、継続40人 計60人実施 (前年実績: 新規75人、継続18人 計93人実施)	圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	地域包括支援センター 相談者宅 マンション集会室 福祉まつり会場 公民館まつり会場	認知症地域支援推進員を中心に全職種
		(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績: 開催回数3回、支援回数3回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	須賀公民館 高齢者施設 レストラン	認知症地域支援推進員を中心に全職種

基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会		課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。			
5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行う。 ・計画目標：毎朝のミーティング時のケース報告の際に方法の検討を行う。連絡シートを活用し民生委員と連携をはかると同時に民児協へ出席し、地域における一人暮らし及び高齢世帯の情報収集を行い、民生委員との情報共有及び同行訪問を行う。 (前年状況：も も実施していたが記録がないので今年度より統計を取る)	取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	随時 随時	保健師を中心に全職種
6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 ・計画目標：講座や地域の集まり等にて成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (老人会・認サポ・民児協定例会など) (前年状況：老人会1回・認サポ3回・チームオレンジ1回・民児協1回) 広報誌「みなと便り」に啓発記事を記載 1回 (前年状況：年1回)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	須賀公民館など みなと事務所内	社会福祉士を中心に全職種
	自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行う。 ・計画目標：エンディングノートの講話を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況：エンディングノート講座を老人会で1回実施、ノート25冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	自治会集会室など	社会福祉士を中心に全職種

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 ・計画目標：認サポ・民児協定例会などで実施。 合計5回 (前年状況：老人会1回・認サポ3回・チームレゾ1回・民児協1回 計5回) 広報誌「みなと便り」に啓発記事を記載 1回 (前年状況：年1回)</p>	<p>普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。</p>	<p>須賀公民館など みなと事務所内</p>	<p>社会福祉士を中心に 全職種</p>
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行う。 ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。 (前年状況：事業所内で1件の事例検討。) ここの事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。</p>	<p>前期1件 後期1件</p>	<p>社会福祉士を中心に 全職種</p>
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の独居高齢者を対象に新たに周知啓発。市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが主催する。 (前年状況：個別に対象者に配布・数不明)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標 A: または に加え、 を実施。 B: を実施。 C: を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。</p>	<p>須賀公民館 ハイツホール等</p>	<p>管理者を中心に全職種</p>

#### 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅ケアマネージャーからの相談も多数あり、連携・協働してケースに対応することができた。</li> <li>・民生委員と包括みなととの連絡を取る手段の「連絡シート」の運用は引き続き継続できた。</li> <li>・個別ケア会議や準じるカンファレンスを行い、各種関係機関と共有・協議することで対応がスムーズになるケースもあった。</li> <li>・新規相談は依然多く、居宅介護支援事業所へ引き継ぎおよび連携する事例は百数十件を超えた。</li> <li>・小地域ケア会議を実施し、地域の課題を共有すると同時に担い手の課題も共有することができた。また市社協との「地区懇談会」としても開催することができた。</li> </ul>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の課題だけではなく、家族の課題を抱えているケースが増えており、家族の課題の方が複雑で他機関との連携が必要な場合が多い。またその場で解決できなく時間をかけて伴走型支援が必要なケースも増えている。</li> <li>・災害への備えに対する意識は高いが地区ごとに考えの差があり、個々の自治会ごとでも取り組みに差がある。</li> <li>・商業施設及び医療機関や介護事業所などの社会資源が非常に少なく、受診も圏域外に行かざるを得ない場合もある。</li> <li>・自治会及び民生委員などの担い手が減っており、支援者の負担も大きくなっている。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃より他機関との情報収集を行い、必要時に連携できる素地を作る。</li> <li>・インフォーマルサービスの情報収集を行い、情報提供を行うと同時にニーズも把握して行く。</li> <li>・小地域ケア会議などで事例を用いて地域の課題を抽出しながら、自治会などの地域の支援者の課題も抽出して行く。</li> </ul>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1 ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行う。 ・計画目標：8件の個別相談支援(利用者の実人数)、3件の同行訪問等。 (前年実績：164件の個別相談支援(利用者の延べ人数)、延べ13件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター 各事業所 訪問先等	主任ケアマネジャー を中心に全職種
(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化					

(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	(A) 地域ケア会議の開催	地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	須賀公民館 港ベイサイドホール センター 各事業所等	主任ケアマネジャーを中心に全職種
	(B) 協議体の開催	第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 ・計画目標：協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援2回(参加数)) 圏域内の協議体の数：1か所(ネットワークみなと協議体)。	第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	須賀公民館 港ベイサイドホール 自治会館等	主任ケアマネジャーを中心に全職種
	(C) 地域資源と関係構築	地域資源と良い関係を構築する。	地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに介護事業所等と災害対策等に係るネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、地区社協、市民活動団体、地元企業、圏域内居宅介護支援事業所等)	地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	須賀公民館 港ベイサイドホール 自治会館 センター 各事業所等	主任ケアマネジャーを中心に全職種

5 その他

内容(何を、どのように)	実施時期・回数	場所	担当者
平塚看護大学 実習生への対応を行い、地域活動や自宅訪問などを経験してもらう	年1回(10月)	包括みなと内	全職種

# 令和6年度 平塚市地域包括支援センターゆりのき 事業計画書及び評価表

## 1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
<p>・アセスメントや基本チェックリストを行い介護保険ありきではなく、総合事業・生活支援サービス・ゆりのきサロン・老人福祉センター・公民館事業の紹介を行い地域支援につなぐことができた。</p> <p>・介護予防マネジメントは、新規相談も増加傾向であり、圏域の要支援者の状況把握をすることも含め直営で月約200件のマネジメントを対応。委託ケースは月約40件でサービス開始時・更新時・変更時のサービス担当者会議への出席に努めた。</p> <p>・健康チャレンジ普及啓発やフレイル対策事業では、地域の高齢者が参加しやすい内容と開催場所を検討し計画を上回る回数を実施できた。講座等参加者にアンケートを実施し、健康や介護予防への取り組みが大切であると関心を持ち、自ら活動するきっかけとなった。また、通いの場支援として保健師が伺い、今後の支援への広がりが見えてきた。</p>						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			
<p>・駅付近マンションへの単身高齢者や高齢者世帯の転入が増加している。セキュリティの強化と地域活動への関心の薄さも重なり、近所同士の交流も減少していることから、孤立化や閉じこもり、フレイル、支援の介入への遅れになる恐れがある。</p> <p>・サービス利用拒否や医療につなぐことも難しくセルフネグレクト等の包括ケースが増加している。</p>			<p>・閉じこもりがちな高齢者に気軽に参加できるサロン等の情報や専門相談に関する情報を届ける周知の工夫をする。</p> <p>・通いの場の状況把握を行い、通いの場への参加が増えるよう周知を行う。</p> <p>・要支援者等に対するアセスメントを行い、置かれている環境に応じたケアプランを作成する。また、委託先のサービス担当者会議へ出席し委託先の適切なケアマネジメントを行う。</p>			
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」	1 健康長寿へのチャレンジ	通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行います。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) 達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人~2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	包括事務所	保健師 全職員

(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげます。また、フレイルチェックなどの取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行います。 ・計画目標:78人(新規のみ) (前年実績78人(新規のみ))	基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	各講座開催場所 ・圏域内利用者宅	全職員
	エ 健康チャレンジ普及啓発事業	介護予防、健康長寿の講座等の開催	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を各包括専門職の視点や、地域の薬局、サポート医等の地域資源との連携等により開催します。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年14回開催(内容:コグニサイズと認知症予防、高齢者の聞こえの困りごと他))	講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	崇善公民館 ・松原公民館 ・自治会館 ・平塚栗原ホーム ・福祉会館	保健師 全職員
	オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)等の団体に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行います。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:27団体)	助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5~11回実施 E:年4回以下に実施	崇善公民館 ・松原公民館 ・松原分庁舎 ・平塚栗原ホーム ・立野町会館	保健師 全職員
	コ フレイル対策推進事業	センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「栄養(食・口腔)・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」「予防・改善する」という3つの観点からフレイルチェック測定会を展開することで、自身の状態の見える化を図り、フレイル予防のための行動変容につなげていきます。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年0回実施(内容:測定会))	フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	各講座開催場所 ・福祉会館	保健師 全職員
	ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	フレイルハイリスク者への介護予防と必要な方へのサービス調整	市の後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定結果等からハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促進やフレイルチェックへの参加勧奨等の支援を行います。また必要な方へサービス調整を行います。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:1件)	対象者に対する把握率で評価 A:80%以上かつ健康状態不明者の把握を実施 B:61~79%かつ健康状態不明者の把握を実施 C:50~60% D:30~49% E:30%未満	包括事務所、対象者自宅等	保健師 全職員
			新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行います。	B:取組を実施 C:取組を未実施	圏域内対象者自宅等	保健師 全職員

## 2 総合相談支援業務等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・困難ケースに対し法人内でのケース検討や職員のスキルアップにつながる研修に積極的に参加し業務に生かせるよう努めた。</li> <li>・医療と介護の連携では、高齢者に特化した病気の講座を開催し、かかりつけ医の必要性や予防に関する啓発にもつなげることができた。</li> <li>・多様化、複雑化するも増加している事も鑑み、職員のスキルアップにつながるよう可能な範囲で研修に参加した。</li> </ul>					
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策		
<p>身寄りや支援者がいない方の最期の迎え方、生活困窮、複数の課題を抱える世帯など多様化する相談が増加傾向であるため、重層的に支援ができるよう取り組む必要がある。</p>			<p>・高齢者よらず相談センターの機能と役割の周知を拡大し、相談窓口として多くの方に認知していただき、重篤化する前に相談につながるようにする。</p>		
(4) 今年度の取り組み・重点事項					
高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活  2 地域ネットワークの充実	センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧したり、ちいき情報局にのせたり、地域の人が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加して宣伝するなどして、認知度向上に努めます。また、SNS等の活用を検討します。 ・計画目標： 広報誌の配布4回、 公民館祭りの参加、 福祉会館、地区社協・福祉村、学校イベント等の参加。合計2回。 (前年実績： 広報誌の配布、 公民館まつり参加、 福祉会館まつり参加、 松原子どもフェスティバル参加。合計4回。)	広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	圏域内  福祉会館、崇善公民館、松原公民館等  崇善公民館、松原公民館、松原分庁舎、学校等	全職員

(1) 高齢者よらず相談センターの機能強化	多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	<p>高齢化に伴う相談件数の増加及び相談内容の多様化に対応するため、センター内の体制を整備します。</p> <p>・計画目標： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。</p> <p>(前年実績： 随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)</p>	<p>相談体制の整備状況が指標</p> <p>A: を実施(ケースを全て共有の場合)</p> <p>B: を実施(必要なケースのみ共有の場合)</p> <p>C: を実施</p> <p>D: のみ実施</p> <p>E: 実施できていない。</p>	包括事務所	全職員
	センター職員のスキルアップを行う。	<p>平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。</p> <p>・計画目標： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席、自前で研修会を企画、開催(年6回)。</p> <p>(前年実績： 平塚市が開催する研修会等に出席、その他の研修会等に出席)</p>	<p>研修の参加状況が指標</p> <p>A: に出席し、さらに を年12回(毎月1回)以上</p> <p>B: に出席し、さらに を年4回以上</p> <p>C: に出席し、さらに を年1回以上</p> <p>D: に出席</p> <p>E: か に出席または出席していない。</p>	福社会館 平塚栗原ホーム	全職員
	BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	<p>センターの安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。</p> <p>・計画目標： 年1回の訓練の実施、BCPの評価、改善の実施。</p> <p>(前年実績：BCPの作成など。)</p>	<p>訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標</p> <p>A: 訓練2回実施(BCPの評価改善あり)</p> <p>B: 訓練1回実施(BCPの評価改善あり)</p> <p>C: 訓練1回実施(BCPの評価改善なし)</p> <p>D: 訓練実施なし(BCPの評価改善あり)</p> <p>E: 訓練実施なし(BCPの評価改善なし)</p>	包括事務所 平塚栗原ホーム	全職員
3 医療・介護連携の推進	(1) 医療・介護連携推進のための支援 (医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する。)	<p>在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。</p> <p>・計画目標：医療機関21か所、薬局21か所。合計42か所。</p> <p>(前年実績：医療機関14か所、薬局10か所。合計24か所。)</p> <p>圏域内の医療機関等の数：41か所 圏域内の薬局の数：41か所</p>	<p>リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標</p> <p>A: 82か所以上(約100%)</p> <p>B: 66か所以上(約80%)</p> <p>C: 41か所以上(約50%)</p> <p>D: 11か所以上(約25%)</p> <p>E: 5か所以上</p>	圏域の医療機関	保健師 全職員

### 3 権利擁護事業等

#### (1) 前年度の取り組みに対する評価・実績

・令和5年度から定期的に「ゆりのきオレンジカフェ(認知症カフェ)」を開催することができ、認知症の当事者やその家族の方、地域の独居高齢者の方も参加された。また、チームオレンジメンバーの活動の場にもつながった。

・認知症予防教室では、参加しやすい内容とや今まで行ってない新たな内容「認知症予防とスマートフォンを使った歩行分析で転倒防止」等工夫した内容で実施することができた。

・未受診の認知症の方に対して、医療や成年後見制度(市長申し立て含む)へつなぐために行政、医療機関、相談センター、事業所等と連携し必要な制度や支援につなぐことが出来た。

・終末期に向けた権利擁護として、私のノートの説明や人生会議(ACP)を開催し市民への普及啓発を行った。

・虐待に対しては、介護支援専門員や福祉施設からの相談を受け状況確認を行い関係機関とも連携し、常に関係機関との連携に努めた。

(2) 主な地域課題	(3) 主な地域課題の改善策・解消策
------------	--------------------

・地域の中で認知症についての理解と認知度がまだ低いと思われる状況である。引き続き、認知症についての理解や対応等を伝えていく必要がある。

・独居で身寄りのない高齢者が増えている。将来的に直面していくであろう課題について早いうちから情報を提供し、検討を重ねていく必要がある。

・認知症サポーター養成講座及びチームオレンジ研修を開催する。また、小中学生など若い世代にも認知症の理解を深め、地域の支援者を増やしていく。

・終活セミナーを開催することで、将来的に必要なであろう制度やサービスについて説明していく。また、個別相談の中で「わたしのノート」を使い、今後検討が必要な支援について相談を受けていく。

#### (4) 今年度の取り組み・重点事項

高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
4 認知症支援策の推進	市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方本人からの情報発信支援	認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。 ・計画目標:市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績:子ども向け認サポを1回開催)	養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	・平塚栗原ホーム ・崇善公民館等 ・企業 ・学童保育	認知症地域支援推進員 全職員

<p>(1) 認知症理解のための普及・啓発</p>	<p>チームオレンジメンバーの活動支援</p>	<p>チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティアとして活動するチームオレンジメンバー(チームオレンジ研修修了者)を養成し、地域での活躍の場を設けることで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。 ・計画目標:1回開催、マッチングリストの活用によるチームオレンジメンバーの活動場所の提供6回(合計20人) (前年実績:15回開催)</p>	<p>・研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ・マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者がができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)</p>	<p>・平塚栗原ホーム ・崇善公民館 他</p>	<p>認知症地域支援推進員 全職員</p>
<p>(2) 認知症予防施策の充実</p>	<p>身近な場での認知症予防教室の開催</p>	<p>脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標:予防教室6回開催。当教室に脳いきいき講座受講者3人以上の参加。 (前年実績:予防教室年8回)</p>	<p>・予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし</p>	<p>・平塚栗原ホーム ・崇善公民館 ・松原公民館 ・福祉会館</p>	<p>認知症地域支援推進員 全職員</p>
<p>(3) 認知症に対する早期対応体制の整備(認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり)</p>	<p>認知症地域支援推進員による認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性認知症を含む)</p>	<p>認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性認知症を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数10件 (前年度相談実績:11件)</p>	<p>相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A:相談人数10人のうち70%程度ネットワークに繋がった B:相談人数10人のうち50%程度ネットワークに繋がった C:相談人数10人のうち30%程度ネットワークに繋がった D:相談のみ E:相談なし</p>	<p>平塚栗原ホーム等</p>	<p>認知症地域支援推進員</p>
<p>認知症初期集中支援事業の推進</p>	<p>認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人 (前年実績:3人)</p>	<p>選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)</p>	<p>・市役所</p>	<p>認知症地域支援推進員</p>	
<p>認知機能低下を把握するための認知機能評価機器の活用</p>	<p>認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標:新規55人、継続5人 計60人実施 (前年実績:新規70人、継続5人 計75人実施)</p>	<p>圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満</p>	<p>・平塚栗原ホーム ・福祉会館、崇善公民館等</p>	<p>認知症地域支援推進員</p>	

	(4) 認知症高齢者の見守り支援	認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置の推進と運営を支援します。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数6回、支援回数2回 (前年実績: 開催回数12回、支援回数3回)	認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	・崇善公民館 ・SHIGETAハウス ・福祉会館	認知症地域支援推進員
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制強化	課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。 ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行います。 ・計画目標: 「ひらつかあんしんカード」配布や民生委員との情報共有を実施。新たにマンション住民向けに講話を実施。 (前年状況: コンフォール平塚の住民交流や情報提供の実施など。)	取り組み内容(成果)が指標 A: 例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B: 例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C: 計画並み、または計画どおりに実施。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。	包括事務所 圏域内マンション 他	社会福祉士 全職員
	6 権利擁護事業の充実 日常を支える権利擁護事業の推進	権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、支援します。 ・計画目標: サロンやイベント等でチラシ等を配布し成年後見制度の普及啓発を行う。必要に応じ、制度の案内と利用につなげる。 (前年状況: リーフレットと講座チラシの配布等により成年後見制度の普及啓発など。)	普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A: 制度の利用2人以上。 B: 新たな普及啓発を実施。 C: 制度の案内5人。 D: 例年、または計画をやや下回る。 E: 実施できなかった。	・包括事務所 ・サロン、講座等の実施会場 ・圏域内利用者宅	社会福祉士 全職員
		自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動(終活)支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行います。 ・計画目標: 終活に関する講話を1回実施、ノートを50冊配布。 (前年状況: ACPを1回実施、ノートを75冊配布など。)	終活講座・講話が指標 A: 年3回以上実施。 B: 年2回実施。 C: 年1回実施。 D: ノート等の配布のみ。 E: 実施できなかった。	・福祉会館等	社会福祉士 全職員

高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	<p>高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発をする。</p>	<p>高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。          ・計画目標：自治会、民生委員や居宅会議事業所等を対象に講話等を実施。崇善・松原地区合同で合計1回。          (前年状況：崇善地区、松原地区の民生委員と居宅介護支援専門員を対象に交流会を実施。合計2回)</p>	<p>普及啓発の回数が指標          A:年4回以上実施。          B:年2～3回実施。          C:年1回実施。          D:資料等の配布のみ。          E:実施できなかった。</p>	<p>・公民館等</p>	<p>社会福祉士 全職員</p>
	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。</p>	<p>高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行います。          ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。          (前年状況：事業所内で6件の事例検討。)          この事例検討は日々のミーティングを除く。</p>	<p>高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標          A:困難ケースを適切に対応。          B:虐待ケースを適切に対応。          C:相談対応を実施。          D:相談対応が難航。          E:実施できなかった。</p>	<p>・包括事務所 ・福祉会館</p>	<p>社会福祉士 全職員</p>
7 災害に対する取組の推進	<p>避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化</p>	<p>避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。          ・計画目標：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の独居高齢者と高齢者世帯を対象に新たに周知啓発。市災害対策課職員を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。          (前年状況：チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。地域の会議等で周知啓発。)</p>	<p>取り組み内容(成果)が指標          A: または に加え、 を実施。          B: を実施。          C: を実施。          D:チラシ等の窓口配架のみ実施。          E:実施できなかった。</p>	<p>圏域内 公民館、福祉会館等</p>	<p>全職員</p>

#### 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績					
<p>・圏域内の居宅介護支援事業所へ訪問し、事業所の体制や方針を確認することができた。また、ケースについての状況共有をしたことで、困難ケースに対するケアマネ支援にもつながり対応できる体制に繋がっている。</p> <p>・圏域内の民生委員と居宅介護支援事業所の交流会を開催し、福祉サービスの紹介と相談しやすい関係づくりに努めた。</p> <p>・地域ケア会議を定期的で開催し、地域課題を検討し地域独自の活動「まつばらあんしんカード」の作成と普及啓発を行った。</p> <p>・多様化する生活環境の中で隣近所の住民同士のつながりが希薄しており、災害時の共助や緩やかな助け合いに発展できるよう住民同士の交流会を集合住宅管理会社と大学、市社協CSWと連携し企画を実施した。</p>					
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		
<p>・次世代の人材不足で地域の役員や担い手不足が顕著である。</p> <p>・駅周辺は集合住宅が多く、地域とのつながりが希薄である。セキュリティが強化されており緊急時の安否確認ができないため対策が必要。</p> <p>・複雑化多様化した課題を抱える世帯が増加している。</p>			<p>・地域活動に若い世代や親子参加も参加できるようできる工夫が必要。</p> <p>・人と人がつながるセーフティネットを構築する。</p> <p>・相談しやすい体制づくりと解決に向けての支援を行う。</p>		
(4)今年度の取り組み・重点事項					
高年齢福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標2 - 1ネットワークの充実	ケアマネジャーへの支援を行う。	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行います。 ・計画目標：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、3件の同行訪問等。 (前年実績：11件の個別相談支援(利用者の実人数)、4件の同行訪問等。)	支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	・包括事務所 ・圏域内事業所 ・圏域内利用者宅	主任介護支援専門員 全職員
(1)高齢者よろず相談センターの機能強化					

(2) 地域資源との連携強化 (地域のネットワークの構築・支援等を行う。)	(A) 地域ケア会議の開催	<p>地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。</p>	<p>高齢者個人の課題解決及び、地域特有の課題解決を図るための会議を開催します。</p> <p>・計画目標：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議1回)</p>	<p>小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)</p>	<p>・崇善公民館 ・松原公民館 ・包括事務所等</p>	<p>管理者 全職員</p>
	(B) 協議体の開催	<p>第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築する。</p>	<p>それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。</p> <p>センターが地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。</p> <p>・計画目標：協議体の開催支援8回(参加数80人) (前年実績：協議体の開催支援8回(参加数80人))</p> <p>圏域内の協議体の数：2か所(崇善地区は小地域ケア会議を協議体と兼ねる、松原地区地域福祉協議体)</p>	<p>第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし</p>	<p>・崇善公民館 ・松原分庁舎</p>	<p>管理者 全職員</p>
	(C) 地域資源と関係構築	<p>地域資源と良い関係を構築する。</p>	<p>地域資源(医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等)と良い関係を構築します。</p> <p>・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たな支援や活動の場に繋がるようボランティアグループや市民活動団体とネットワークを構築する。</p> <p>(前年実績：圏域内全ての居宅介護支援事業所を訪問しケース状況を共有。民児協と圏域内の居宅介護支援事業所との交流を通しネットワークづくりを行った。、市民活動団体、地元企業等)</p>	<p>地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)</p>	<p>・包括事務所 ・圏域内の活動場所</p>	<p>管理者 全職員</p>