

令和 7 年度平塚市地域包括支援センター事業計画書 (あさひきた、あさひみなみ)

【事業計画書の概要】

＜基本情報＞

- ・「1 基本情報」では、人員体制、圏域の特徴、令和 6 年度の実績を記載しています。
- ・「2 担当圏域の主な地域課題」では、各包括がそれぞれ担当圏域の主な地域課題を 3 つ記載しています。

重点目標の地域課題は、この中から重点的に取組を進める地域課題を選定しています（複数の地域課題を統合している場合あり）。

＜重点目標＞

- ・重点目標は、各包括が圏域の課題から設定した「地域課題」、市として全体で取り組む「共通目標 1（地域ケア会議推進事業）」「共通目標 2（認知症総合支援事業）」の 3 つを設定しています。
- ・「1 中期目標（令和 8 年度の目指す姿）」を設定し、その実現に向けて各年度の「（1）短期目標」、「（2）取組予定」を設定しています。

＜実施計画＞

- ・「令和 7 年度地域包括支援センターの包括的支援事業の実施に係る方針」に基づく取組を設定しています。
- ・令和 6 年度の事業計画の取組が該当します。

令和7年度 平塚市地域包括支援センター事業計画

＜基本情報＞

1 基本情報（令和7年4月1日現在）

(1) 人員体制 (常勤換算)	主任介護支援専門員	1.0	人
	保健師（経験のある看護師）		人
	社会福祉士	1.0	人
	介護支援専門員	0.5	人
	介護福祉士	1.0	人
	事務員		人
	その他（ ）		人
	合計	3.5	人

包括名	あさひきた
-----	-------

(2) 圏域の特徴	圏域の総人口	22,083	人
	高齢者数	6,593	人
	高齢化率	29.9	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	5	件
(3) 令和6年度実績	相談件数	1,763	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	13(1)	件
	地域ケア個別会議開催数	0	回
	小地域ケア会議開催数	3	回

2 担当圏域の主な地域課題

(1) 地域課題	(2) 取組状況（取組実績）
(ア) 通院 圏域内にクリニックや歯科は多くあるが、アクセスの悪さや身体機能・理解力の低下から受診しない方や途切れてしまう方がいる。	【令和7年度終了後に記入】
(イ) 通いの場 身体機能の低下やバスの行先が限られる等公共交通機関での移動が難しいことで、体操やサロン等の活動の場やイベントに行けず、運動や他者との交流の場を得られず閉じこもりがちになる人も多い。	【令和7年度終了後に記入】
(ウ) ボランティア ボランティアが不足することで、地域の体操やサロンを運営する事が難しくなる。また、生活支援のボランティアが不足することで住み慣れた地域での継続した生活が難しくなる。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	あさひきた			課題番号	ア																		
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)						圏域の医療機関や住民からの通院に関する相談が増える等、通院が困難になる前時に相談できる場所として包括の認知が進んでいる																	
2 地域課題						3 地域課題の選定理由						4 地域の現状											
圏域内にクリニックや歯科医院は多くあるが、アクセスの悪さや身体機能・理解力の低下、経済的理由から受診をしなかったり途切れていたりする方が多くなっている。						・高齢者・独居世帯が増加し、家族も遠方のため通院の支援が受けられない方も多い。相談内容としても、介護保険、認知症に次いで「医療・保健」が多く、病状や認知症が悪化し周囲から相談が入るが、かかりつけ医がなく支援が困難になるケースが増えているため。 ・かかりつけ医は患者様の様々な情報を蓄積でき、状態の変化に気づきやすいため、必要に応じて包括支援センターに相談があれば、早い段階で介入することができる。						・人口約22083人。高齢者数は6,593人。高齢化率29.9％ ・医療機関32箇所（特に河内、纏、徳延に多い） ・新築戸建が多く総人口・高齢者人口ともに増加傾向。 ・介護認定率は14.9％（R5.9）13圏域の中で13番目。 ・日向岡や公所は坂が多く身体機能の低下により通院が難しく、経済的理由や判断力の低下から受診が途絶えてしまっている現状を、訪問時に判明することがある。 ・クリニックから、当包括で対応が必要な方の相談が少ないが定期的にある。											
5 実施計画																							
(1) 短期目標（年度ごとの目指す姿）						(2) 取組予定						(3) 予定時期											
令和7年度						圏域内の医療機関や通いの場に参加している方が、包括へ相談できる内容を理解している。						①医療機関へ引き続き挨拶回りを行うと共に、包括の役割を周知していく。（圏域内32か所） ②通いの場へ包括の役割を周知していく。（年間10件） ③業務での訪問時にかかりつけ医を持つ必要性を今後も周知していく。						①6月～3月にかけて実施。 ②前期5件 後期5件。 ③随時					
令和8年度						圏域内の医療機関や住民の方が受診に関する相談を包括へする事が出来る。						①医療機関へ引き続き挨拶回りを行うと共に、包括の役割を周知していく。（圏域内32か所） ②通いの場へ包括の役割を周知していく。（年間10件） ③業務での訪問時にかかりつけ医を持つ必要性を今後も周知していく。 ④在宅医療とかかりつけ医の必要性についてのチラシを作成し、年2回自治会回覧板にて周知行う。（年2回）						【令和8年度事業計画作成時に記入】					

<重点目標>【共通目標1】

包括名	あさひきた	事業名	地域ケア会議推進事業
1 中期目標（令和8年度の目指す姿）	「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を満たした地域ケア個別会議が開催できている。	2 選定理由	相談の延べ件数は1763件。（令和7年2月現在） 地域ケア個別会議開催数0回 小地域ケア会議開催数3回。 ケアマネジャーや地域からの個別ケースの相談はあるが、日程を合わせ、準備をして関係者を集めて個別地域ケア会議を開催しチームで問題解決をという考えが普及していない。 実際に地域ケア個別会議を行う事で、支援にどういった変化やメリットが発生するのか居宅事業所や地域に周知する必要がある。

4 実施計画

	(1) 短期目標（年度ごとの目指す姿）	(2) 取組予定	(3) 予定時期
令和7年度	地域ケア個別会議のポイントや必要性を包括職員内で共有し、地域や居宅介護支援事業所に開催のメリットを伝えていく。	①地域ケア個別会議の開催ポイントや必要性について包括内にて研修を行い、理解を深め共通認識を持つ。 ②自治会回覧板にて地域個別ケア会議について住民に周知していく。 ③地域の関係団体や居宅介護支援事業所に向けて個別地域ケア会議について周知していく。 ④圏域内の居宅介護支援事業所より地域個別ケア会議について意見聴取を行う事で、現在の課題について把握していく。	① 前期予定 ② 後期予定 ③ 後期予定 ④ 随時
令和8年度	地域ケア個別会議のポイントを踏まえた上で、開催につなげていく。	①地域ケア個別会議開催ポイントを包括職員が理解して適切に会議が開催出来る様、研修を行う。 ②総合相談に対応した際、地域個別ケア会議の必要性があるケースについて、リストを作成していく。 ③毎月の包括ミーティングにおいて、作成したリストを元に地域ケア個別会議開催の必要性を検討していく。	【令和8年度事業計画作成時に記入】

＜重点目標＞【共通目標２】

包括名	あさひきた	事業名	認知症総合支援事業
1 中期目標（令和8年度の目指す姿）	認知症初期集中支援事業を活用することで「普及・啓発」が充実している。	2 選定理由	認知症予防のための早期発見・対応を行うには、本人の理解もさることながら、家族・友人・近隣の人等、周りにいる人の認知症に対する正しい理解が重要と考えたため。
		3 地域の現状	相談の延べ件数は1763件。（令和 7 年 2 月現在） うち認知症に関する相談は233件（令和 7 年2月現在）となっている。 ・旭北地区では、纏・徳延・河内・根坂間では人口が増加しており、公所・日向岡では減少傾向と地域差が見られる。 ・圏域内において、通いの場は約37箇所と多く存在するが、積極的に認知症の人を支援するという風潮はあまり見られない。 ・包括にてサロン・コグニサイズ教室をそれぞれ月 1 回のペースで開催している。

4 実施計画

	(1) 短期目標（年度ごとの目指す姿）	(2) 取組予定	(3) 予定時期
令和7年度	認知症サポーター養成講座や認知症予防教室を継続して開催することで、広い世代に認知症を理解する機会を提供できている。	①認知症初期集中支援事業等で得た新しい情報を必要時に発信できるよう包括内で共有する。 ②地域や学校にて認知症サポーター養成講座を開催することで、認知症の正しい理解を促し普及啓発を図る。 ③包括主催のサロンやコグニサイズ教室を継続して開催することで、認知症当事者や家族・地域の方との交流の場を提供する。	①：随時 ②：随時 ③：各月 1 回
令和8年度	認知症の理解が地域で広まることで、認知症予防や治療に関して、早い段階から包括へ相談ができ、支援につなげることができている。	①令和 7 年度取り組みを継続。 ②認知症初期集中支援事業を活用し、地域関係機関や医療機関へ対し、講座を開催するなどの連携を図り、相談しやすい関係性を構築する。	【令和8年度事業計画作成時に記入】

＜実施計画＞

1 介護予防ケアマネジメント事業等

包括名	あさひきた
-----	-------

●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																	
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	活動予定（上段）・実績（下段）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
①高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う																	
①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。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	通所Cの対象・目的を再度包括内で共有。保健師等を中心に総合相談等で利用者の選定を行う。	保健師等		【目標値】 年間1人以上 (1人)	←											→
②適切な介護予防ケアマネジメントと評価と実施	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します。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います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	適切なケアプラン作成が行われるよう、包括職員対象に勉強会を行う。委託のケアプランについては、必要に応じて助言を行う。	主任介護支援専門員		【目標値】 勉強会年2回 委託ケアプラン点検随時 (勉強会 2回)	←		勉強会								勉強会	→
(2) 地域で取り組む健康チャレンジ																	
③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 (健康チャレンジ高齢者把握事業)	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います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	総合相談時、または新規のサービス利用者に対して基本チェックリストを実施。適切な情報提供、サービスにつなげる。	保健師等		【目標値】 年間40人（45人）	←											→
④介護予防、健康長寿の講座の開催 (健康チャレンジ普及啓発事業)	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。 【目標：年2回以上】	薬剤師に依頼しあさひみなみと合同で講演会を1回開催する。 包括もしくは地域の介護予防関係者、医療機関による講話を地域団体に向け行う。	保健師等		【目標値】 年2回（2回）	←			薬剤師								→
⑤地域のリハビリ専門職の関与を含む通いの場等へのフレイル予防普及啓発 (健康チャレンジに取り組むための通いの場の開催支援)	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) 【目標：年12回以上】	地域の通いの場や地域のイベント等でフレイルに関する情報を発信する。 地域のリハビリ職に協力を依頼し、年に1回程度サロンで体操教室を行う。	保健師等		【目標値】 年12回（24回）	←											→
⑥包括企画によるフレイル測定会の開催 (フレイル対策推進事業)	「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。 【目標：包括企画年1回以上、共同開催年1回以上】	包括企画の測定会を自治会館にて開催する。 市と共同開催の測定会を1回開催する。	保健師等		【目標値】 包括企画年2回（1回） 共同開催年1回（0回）	←		回覧版	自治会館			回覧版	自治会館				→
⑦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 (高齢者の保健事業と介護予防の一体的な支援)	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。 【目標：把握率 対象者の80%】	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時 情報提供、サービス調整を行う。	保健師等		【目標値】 把握率 対象者の80%（0%）	←											→

2 総合相談支援業務等

●基本目標 2「住み慣れた地域で安心のある生活」 2 地域の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																	
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
①包括の認知度の向上	包括の認知度を向上させるために、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。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	包括たより年3回作成し、回覧や地域情報局への掲載行う。旭北公民館まつりへ参加し若い世代も含めた周知活動を行う。	管理者		【目標値】 年7回（12回）	←				たより				たより		まつり	たより
②多様化する相談内容に対応できる体制づくり	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、包括内の体制を整備します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	重層的支援の必要なケースや支援困難ケースについて、毎月の包括ミーティングにて検討を行い、職員の対応能力を高める。	管理者		【目標値】 年12回（11回）	←											→
③包括職員のスキルアップ	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、包括職員のスキルアップを行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	個々のスキルに応じた研修へ参加し、研修後は他職員への伝達により研修内容の振り返りを行って包括全体のスキルアップにつなげる。	管理者		【目標値】 随時 （6回）	←											→
④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築	包括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、包括職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	年1回の訓練を行い、BCPの課題を検討・見直しを行う。	管理者		【目標値】 年1回の訓練（1回） 年1回の評価（1回）	←					訓練・評価						→
3 医療・介護連携の推進																	
⑤かかりつけ医療機関を持つことを推進 （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））	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。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	医療機関への挨拶回りの際に、在宅医療に関するリーフレットの配架を依頼する。	保健師等		【目標値】 30カ所（30カ所）	←											→

3 権利擁護事業等 4 認知症支援策の推進

(1) 認知症理解のための普及・啓発																				
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）														
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
①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。 【目標：企業や学校を含む地域住民への開催 開催回数目標について各包括で設定】	①地域住民に対し、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に関する理解を図る。 ②企業向け講座開催に向け、チラシを用いて周知活動を行う。 ③圏域内の小学校2校・中学校1校へ挨拶周りをし、開催に向けたアプローチを行う。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 ①年1回（2回） ②訪問5社（訪問6社） ③訪問2校（2校訪問1校開催）	←													→	
②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。 【目標：研修の開催とマッチングリストの作成及び活用 開催回数とリストの活用目標について各包括で設定】	①認知症サポーター養成講座修了者に対しチームオレンジ研修を開催する。 ②必要に応じて、マッチングシートの登録内容を更新し、活用することでチームオレンジメンバーの活動を増やす。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 ①年1回（1回） ②必要時（3名更新）	←											開催 予定		→	
(2) 認知症予防施策の充実																				
③身近な場でのコグニサイズ教室の開催	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、身近な場でコグニサイズを開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	脳いきいき講座受講者の受け皿として、あさひきたコグニサイズ教室を定期的を開催する。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 年11回（11回）	←													→	
(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）																				
④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つなげます。 【目標：ネットワークにつなげる割合 30%程度】	・認知症に関する相談時は、認知症ケアパスを用いることで、適切な医療・介護・地域資源に繋げる様にする。また必要に応じて初期集中支援事業の案内を行う。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 相談件数：12件（14件） うち30%をネットワークにつなげる（8人）	←													→	
⑤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。 【目標：選定または相談ケースの提出1人以上】	・総合相談時や地域の通いの場等で対象者の状態把握を行い、初期集中支援事業の選定もしくは相談ケースを1名提出する。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 年1件（1件）	←													→	
⑥認知症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つなげます。 【目標：認知機能検査プログラムの実施人数60人以上】	・総合相談時や地域の通いの場等で周知し実施する。結果やご本人の状態に応じて、地域活動への参加促しや必要な医療機関への受診等につなげる。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 目標60件（101件）	←													→	
(4) 認知症高齢者の見守り支援																				
⑦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。 【目標：認知症カフェの開催と支援の回数 3回以上】	①認知症カフェ毎月定期開催し、運営を行う。 ②音楽ひろば（一体的支援プログラム）にて専門家と情報交換を行い、支援を行う。 ③あさひみなみと合同で、なかマックカフェ（マクドナルド山下店/保健福祉事務所/高齢福祉課主催）への開催協力を行う。	認知症 地域支 援 推進員		【目標値】 ①年11回（11回） ②年6回（20回） ③年6回（プレ1回）	←	マック	音楽ひろば	マック	音楽ひろば	マック	音楽ひろば	マック	音楽ひろば	マック	音楽ひろば	マック	音楽ひろば	→	

●基本目標 3 「いのちと権利を見守る地域社会」

5 孤独死の防止に向けた取り組みの充実

項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
⑧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の強化	①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。	①諸機関の開催する研修などに参加することで、重層的課題に対して活用できる資源について理解を深め、相談・連携に活かしていく。	社会福祉士		【目標値】 ①随時（研修・連絡会参加7回） ②年10回（10回）	←											→
	②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。 【目標：連携方法の検討機会、見守り体制の強化につながる活動等の目標を各包括で設定】	②民児協定例会に継続的に参加することで民生委員との連携を強め、見守り必要な高齢者に関してスムーズに情報共有できる体制を作っていく。															

6 権利擁護事業の充実

①日常を支える権利擁護事業の促進

⑨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。 【目標：普及啓発や相談支援の実施回数、制度利用へつなげる人数等の目標を各包括で設定】	①成年後見制度に関する情報を圏域内のサロンにて提供する事で、普及啓発を図る。 ②成年後見制度に関する記事を掲載した包括たよりを回覧することで普及啓発を図る。	社会福祉士		【目標値】 ①9か所（9か所） ②年1回（1回）	←											→
⑩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。 【目標：終活講座・講話 年1回以上開催】	①終末期に関する相談の際に、エンディングノートの配布や作成の支援を行う。 ②エンディングノートの普及の為、圏域内にて講演会を開催する。	社会福祉士		【目標値】 ①随時（配布34冊） ②年1回（1回）	←							講演会				→

②高齢者虐待を予防し、早期発見、早期対応に努める

⑪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	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。 【目標：普及啓発を年1回以上開催】	虐待の早期発見・早期予防の為、地域に向けて虐待に関する記事を掲載した包括たよりを回覧し、普及啓発を図る。	社会福祉士		【目標値】 年1回（0回）				回覧								
⑫高齢者虐待マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討を実施	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。 【目標：相談対応を行った事例等を基に事例検討を1回以上実施】	①虐待ケースに適切に対応する為に事例検討を行う事で、職員間での虐待に対する理解を深める。	社会福祉士		【目標値】 ①年2回（2回）		事例検討						事例検討				

・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

●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																	
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
①ケアマネジャーへの支援 （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います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	ケアマネジャーからの個別相談に対しては必要に応じた後方支援を行う。 予防プランを委託していない居宅との連携強化については、居宅ケアマネジャーと地域関係団体との交流会を開催する。	主任介護支援専門員		【目標値】 後方支援随時 研修会年1回（1回）	←								研修会予定			→
(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）																	
②地域ケア会議を開催し、個人や地域の課題を把握・解決 （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。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	地域ケア会議について地域団体へ説明と周知を行い、個別課題の把握に努め小地域ケア会議につなげていく。	主任介護支援専門員		【目標値】 小地域ケア会議年3回（3回） 周知随時	←			地域ケア会議				地域ケア会議			地域ケア会議	→
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 （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。 包括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。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	第2層地域協議体へ参加し、圏域内関係団体との連携を図る。包括としては地域の高齢者が抱える課題について発信していく。	主任介護支援専門員		【目標値】 協議体年3回（3回）	←			協議体				協議体			協議体	→
地域資源と良い関係性を構築 （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）と良い関係を構築します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	圏域内の医療機関32か所・介護・福祉等事業所への挨拶回りや、各活動の場・会議等へ出席する事で相談しやすい関係性を維持していく。	管理者		【目標値】 挨拶回り37か所（医療機関32か所、介護福祉事業所5ヶ所） 活動の場年10か所 会議は随時出席			←	挨拶回り	挨拶回り							→