参考２
令和７年８月７日
第１回平塚市地域包括支援センター運営協議会

令和７年度平塚市地域包括支援センター事業計画書

１．あさひきた
２．あさひみなみ
３．おおすみ
４．倉田会
５．ごてん
６．サンレジデンス湘南
７．とよだ
８．ひらつかにし
９．富士白苑
10．ふじみ
11．まつがおか
12．みなと
13．ゆりのき

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＞

包括名	あさひきた

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

（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きている。	・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きているため。 ・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、纒、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。 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）	２ 選定理由	３ 包括の現状
「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。		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）	2　選定理由	3　地域の現状
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。	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。	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、纒・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				回覧板	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）	←						一般					→
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に開催する。	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	→

●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。 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】	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。 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。□	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）	←	―	―	―	―	―	―	―	―	―	→

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）

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
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								

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＞

包括名	あさひみなみ

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	2.0	人
	保健師（経験のある看護師）	2.0	人
	社会福祉士	1.0	人
	介護支援専門員		人
	介護福祉士		人
	事務員		人
	その他		人
	合計	5.0	人

（2）圏域の特徴	圏域の総人口	18,589	人
	高齢者数	6,103	人
	高齢化率	34.2	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	4	件
（3）令和6年度実績	相談件数	2,695	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	6(5)	件
	地域ケア個別会議開催数	1	回
	小地域ケア会議開催数	1	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）認知症高齢者の増加	
・地域に県営住宅、市営住宅があり、独居高齢者や高齢者世帯が多い。築40～50年の集合住宅もあり開設当初から住んでいる人も多く高齢化率が高くなっている。地域の高齢化率も34.2%と平塚市の高齢化率29%より高く市内で2番目の高値。比例して認知症高齢者の増加が予測されるため、認知症の普及・啓発、早期対応、予防のための仕組みづくりが必要。また、家族や近隣との関係性も希薄になってきているため、見守り等のネットワークの構築が必要。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）困難・複合的な課題を抱えているケースの増加	
・家族や近隣との関係性も希薄になってきている事もあり、認知症高齢者、8050問題、虐待等の複合的な課題を抱えているケースが増えている。困難ケースになる前に包括等の支援機関が介入できる様に、包括の知名度向上に努める。また、複合的なケースに対応出来る様に職員のスキルアップに努める。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）地域特性	
・エレベーターのない集合住宅が多く階段が上がれなくなると自宅での生活が難しくなる。地域によっては近隣に買い物が出来る店舗がなく自身での移動が難しくなると、1人での買い物も難しくなってしまう。また、ヘルパー事業所の減少等により、今後フォーマルサービス利用による支援も難しくなる可能性が高い。健康長寿を維持する事が住み慣れた地域で生活出来る事に繋がるため、健康長寿を意識した事業の推進が必要。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	あさひみなみ

課題番号	（ア）

1　中期目標 （令和8年度の目指す姿）	地域の人に包括を知ってもらい、認知症予防、介護予防のための教室に新たな参加者が増える。

2　地域課題	3　地域課題の選定理由	4　地域の現状
地域の高齢化率も34.2％と平塚市の高齢化率29％より高く市内で２番目の高値。比例して認知症高齢者の増加が予測されるため、認知症の普及・啓発、早期対応、予防のための仕組みづくりが必要。また、家族や近隣との関係性も希薄になってきているため、見守り等のネットワークの構築が必要。	・高齢者人口が増えることに比例して認知症高齢者が増えると、消費者被害や契約手続き、財産管理、高齢者虐待の増加、孤立死、行方不明者の増加、車の運転による事故など、生活の中での支障が増えてくることが想定される。高齢者の中には、スマートフォンやパソコン操作が苦手な方も多く、新しい情報がキャッチできない可能性がある。 ・高齢者同士の交流が減っている地域では、認知症に関する情報交換や共感が生まれにくく、孤立感が増してしまう可能性がある。 ・認知症になりたくないと思っている住民もおり、自分事として考えにくいこと。	高齢者人口6,103人、高齢化率34.2％ 県営住宅、市営住宅があり、独居高齢者や高齢者世帯が多い。 築40～50年の集合住宅もあり開設当初から住んでいる人も多く高村地区は高齢化率が60％と高くなっている。

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	身近な相談場所として包括が認識される。	1.市内包括の一覧のリーフレットや包括便りを、地域の集会で配布。公民館や企業等へ出向きチラシを置いていただく。 2.やまびこ情報局での情報の発信を依頼していく。 3.地域のイベント（お祭りなど）に参加し、認知症に関する情報を提供する。	1.　上半期 2.　上半期・下半期 3.　イベント開催時12月予定
令和8年度	相談件数が増えて包括の認知度が上がった結果、地域住民と包括が共に認知症予防や介護予防に取り組む事が出来る。	1.住民主体のサロンに、認知症予防・フレイル予防の情報提供が出来る。 2.協議体や地域団体等の会議で地域の資源を把握し、相談があった時に、住民主体のサロン（認知症予防・介護予防）の案内が出来る。 3.チームオレンジメンバーと共にカフェを開催する。	【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	あさひみなみ

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）	2　選定理由	3　包括の現状
「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。		・相談件数は2,695件。 ・地域ケア個別会議開催数1回　小地域ケア会議開催数1回。 ・一番多い相談内容は介護保険サービス利用、次に認知症となっている。 ・地域ケア個別会議は、ケアマネジャーや地域から相談があっても会議開催まで至らず解決できているため、開催出来ていない。

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	包括職員が地域ケア会議の５つのポイントを理解して地域ケア会議が開催できる。	1. 地域ケア会議の開催を意識して、毎日のミーティングを実施する。 2. 平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票を活用し地域ケア会議を実施する。 3. 地域の相談傾向を把握する。	1　毎日 2　随時 3　随時
令和8年度	個別ケア会議、地域の相談傾向を分析して地域の課題を把握し、小地域ケア会議で報告できる。	1. 平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票を使用し、職員全員が同じレベルで会議が開催出来る様にする。 2. 地域ケア個別会議で把握した課題や地域の相談傾向を小地域ケア会議を報告できる。 3. 小地域ケア会議を開催して、政策形成等に繋げられる提案ができる。	【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	あさひみなみ

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）	2　選定理由	3　地域の現状
認知症初期集中支援事業を活用することで「普及・啓発活動」が充実している。	認知症の普及・啓発については、これまでも地域のサロンや、認知症関連事業で行ってきたが、「新しい認知症観」や「軽度認知障害（MCI）」「若年性認知症」については、深く伝えることができていない。また、認知症になりたくないとの声も聞かれる。そのため、初期集中支援事業を活用することで、正しい情報、新しい情報を、包括職員や地域へ提供することで、認知症の理解が更に深まると考えたため。	地域に県営住宅・市営住宅があり、独居高齢者や高齢者世帯が多い。 築40～50年の集合住宅もあり開設当初から住んでいる方が多い。 令和6年1月のあさひみなみ地区の高齢化率は34.2％で市内2番目に高値。また高村地区については、高齢化率60％となっており、高齢化率が高値となると、認知症高齢者の増加も見込まれるため、認知症についての普及・啓発、早期対応・予防のための仕組み作りを継続してきたが、新しい認知症観やMCI・若年性認知症についての啓発について深められていない。

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	様々な年代が「新しい認知症観」について知る機会が増える。	1.認知症初期集中支援事業や、研修等で得た情報を職員と共有し、２．の講話資料や包括便りへも反映させていく。 2.①認知症サポーター養成講座や、②認知症予防教室等で使用する資料を、「新しい認知症観」を踏まえた内容に変更し、情報の更新を行っていく。 当事者の事例を紹介するなかで、認知症になってもいきいき暮らしている方がいることを紹介し、様々な年代の地域住民が、前向きに認知症について考えて頂けるような内容になっているか包括内で検討していく。 3.「認知症地域支援推進員」の役割と相談窓口の啓発についてチラシを作成し、サロンや総合相談時等に配布したり、公民館や企業へ置かせていただく。	1.４月から３月 ２．①一般：上半期予定、学校：下半期予定 企業：下半期予定、 学童：夏休み予定 ②４月から３月 ３．４月から３月
令和8年度	令和７年度で取り組んだ普及・啓発で、認知症に対する理解が深まり、チームオレンジメンバーやボランティアが増えて見守りネットワークの構築が充実する。	1.相談しやすい環境づくり ①電話相談や来所相談の他に、地域で開催する事業時に相談ブースを設けて直接相談できる機会をつくる。②認知機能評価実施時に相談会を開催する。③よろず相談センターに寄せられる認知症関連の相談内容を分類化をしてサロンでのミニ講座や講話内容に結びつける。 2．地域で認知症について考える機会をつくる ①初期集中支援チーム員と連携し、認知症をテーマにした講演会や体験会等を企画運営する。 3．早期発見の重要性や見守りの必要性をわかりやすく伝える。 ①地域団体会議や地域サロン等で伝える（ミニ講話等） 4．地域住民の参加を促す ①地域版ケアパスを継続して作成し、認知症関連事業を地域住民に情報提供する。②サロンや地域で出会った方に声をかけ、認知症サポーター養成講座や、チームオレンジ研修、認知症カフェにお誘いする。	【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	あさひみなみ

●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の目的について包括内で共有する。総合相談や地域活動で対象の可能性がある方がいた時には、保健師が中心となり選出の有無を確認する。	保健師等		【目標値】 年間2名以上選出（2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】	委託先担当者会議に基本的に出席する。新規の委託契約時にはマニュアルを配布する。また、提出された書類の確認を行う。	保健師等	数（うち	【目標】 委託先担当者会議への出席率：80%（91%）	←											→
（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】	新規サービス利用者や通所型サービスC利用者にチェックリストを実施する。	全職種		【目標】 50人（63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】	薬局の講演会を1回、地域サロンにて健康増進・フレイル予防の講話を各1回開催する。	保健師等		【目標値】 年2回（3回）				薬剤師			サロン					
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】	①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しフレイル予防について助言等の支援を行う。 ②年1回リハビリ職を通いの場に招き、講話や体操を行う。	保健師等		【目標値】 ①年12回（年12回） ②年1回（年1回）	←									理学療法士		→
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】	包括企画と共同開催のフレイルチェック測定会を各1回行う。	保健師等		【目標値】 包括企画年1回（1回） 共同開催年1回（1回）			包括企画					市共同				
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%】	後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定会の結果からハイリスク傾向の高齢者に、地域のサロンや介護保険のサービス等状態に合わせた資源につなげる。	保健師等		【目標値】 80%（100%）	←											→

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】	①広報誌あさひみなみだよりを作成。作成後、ちいき情報局に掲載する。 ②50人以上が集まる高村団地祭りに参加する。	全職種		【目標値】 ①広報誌年2回（年2回） ②高村団地祭り1回（1回）		広報誌					広報誌		団地祭り			
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】	毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有する。また、困難ケースについては、その都度ミーティングを実施する。相談ケースは1人で抱えず多職種で検討する。ミーティング開催時は、地域ケア会議を意識する。	全職種		【目標値】毎日・必要時にミーティング実施（毎日・必要時にミーティングを実施）	←											→
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】	①平塚市が開催する研修会等に出席する。 ②その他の研修会等に出席する。	全職種		【目標値】 ①②に出席（①②に出席）	←											→
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】	感染症・防災の訓練を年1回実施し、BCPの評価、改善の検討を行う。	全職種		【目標値】年1回のBCP訓練の実施。実施後、評価、改善の実施。（BCP訓練を実施し評価。見直しを実施）	←											→
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】	サポート医、歯科、薬局等にリーフレットを配布する。	全職種		【目標値】12か所（12か所）	←											→

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】	小学校（学童）・中学校、企業への挨拶回りと周知（チラシ配布等）で開催に結び付ける。一般向けは、これまで関わりがなかった世代に受講していただくよう、土曜日に開催する。講座内容は、新しい認知症観をもとに更新し、総合相談などの関わりの中で、認知症本人からの情報発信を希望された方に支援を行う。	認知症地域支援推進員		一般向け　年１回(1回）。小学校・学童年１回（1回）。中学校年１回（1回）。企業年１回（1回）または挨拶・案内５企業（5企業）											
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新しい認知症観を基に、チームオレンジ研修を開催し参加者の理解が深まり、チームオレンジメンバーが2名以上増える。 ②マッチングリストを基に活用するチームオレンジメンバーの活動が年８回ある。	認知症地域支援推進員		①年1回（1回） ②11回（11回）	←		①開催									→

（２）認知症予防施策の充実

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
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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	①「にじいろサロン」の内容をコグニサイズに特化したものへ変更し、奇数月に開催する（11月は祝日のため休み）。脳いきいき講座修了者の参加がある。 ②住民アンケートに基づいた内容の認知症予防教室を１回開催する。	認知症地域支援推進員		①奇数月5回実施（5回） ②年1回（1回）		教室		教室		教室			初期と連携	教室		教室

（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）

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
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】	認知症ケアパスを用いた専門的な相談支援から、初期集中支援事業・専門医等関係機関・地域のネットワークへ30%つなげる。	主に認知症地域支援推進員		目標：20人(49人）。 うち、30%をネットワークにつなげる。（55.1 %）	←											→
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】	相談時・地域サロン参加時・認知機能評価時などの活動の際、対象者把握につとめ、相談ケース１人を相談ケースにあげる。	認知症地域支援推進員		相談ケース年1件(1件選定ケース)	←											→
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】	地域サロン9か所に実施の相談を行ったり、総合相談ケースや昨年度実施された方へのアプローチを行い、認知機能検査を実施する。結果に応じ、初期集中支援事業・医療機関等の関係機関・地域活動、介護保険などにつなぐ。	主に認知症地域支援推進員		目標60名（118名）	←											→

（４）認知症高齢者の見守り支援

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
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】	認知症カフェの継続①さんかふぇ（料理）企画・運営をチームオンレンジメンバーと行う。 ②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）の協力をあさひきたと合同で行う。	主に認知症地域支援推進員		①6月、10月、2月（6回） ②毎月1回（プレ開催1回）	←		料理				料理				料理	→

●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。 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】	①他機関へ相談を行う。 ②民生委員・住民等からの相談に対して訪問等を実施する。	全職種		【目標】 ①1件以上（13件） ②1件以上（15件）	←											→

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】	地域住民等に、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。	主に社会福祉士 全職種		【目標値】 制度の案内10人（15人）		住民										
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サロン等で終活講座を実施する。 ②エンディングノートを配布する。	全職種		【目標値】 ①年1回（年1回） ②40冊（160冊）		終活講話										
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】	法人内居宅介護支援事業所、地域住民を対象に普及啓発を実施する。	社会福祉士		【目標値】 年2回（年2回）	住民			事業所								
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虐待相談時は高齢者虐待対応マニュアルに基づき相談対応を実施する。 ②相談対応を行った事例を基に事例検討を実施する。	主に社会福祉士 全職種		【目標値】 ①1回以上（4回） ②1回（1回）	←											→

・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、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。	主任介護支援専門員		【目標値】 情報提供・助言：3件（12件）。同行訪問：3件（9件）	←										→
（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】	小地域ケア会議、地域ケア個別会議を開催する。	全職種		【目標値】 小地域ケア会議1回（1回）、個別地域ケア会議2回（1回）	←										→
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】	協議体の開催支援して、課題を抽出して、第1層地域協議体に意見をあげる。	全職種		【目標値】 協議体の開催支援、参加8回（10回）	←										→
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】	民児協、市民活動団体の会議等に出席し、顔の見える関係作りを行いネットワークを構築する。	全職種		【目標値】 90回（95回）	←										→

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＞

包括名	おおすみ

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）	1.0	人
	社会福祉士	1.0	人
	介護支援専門員	1.0	人
	介護福祉士	1.1	人
	事務員		人
	その他（　　）		人
	合計	5.1	人

（2）圏域の特徴	圏域の総人口	12,665	人
	高齢者数	4,594	人
	高齢化率	35.2	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	1	件
（3）令和6年度実績	相談件数	981	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	1(0)	件
	地域ケア個別会議開催数	2	回
	小地域ケア会議開催数	4	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）　見守り・共生社会 ・地域の高齢化に伴い、独居高齢者だけでなく高齢者のみの世帯が増加している。役員を務められないため自治会からも脱退し、孤立している世帯が多いことや地域の関係性の希薄化などにより、日常的な相互の見守りがなく異常に気付きにくい。地域の見守りが住民の負担や不快感なく行えるよう、見守り体制の整備や支援が必要である。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）　担い手不足 ・地域のボランティア団体に新規加入が少なく、ボランティアが高齢化している。定年後も働き続ける社会情勢などもあり、担い手が確保できない為、先の展望がつかめない。住民の高齢化により自宅の維持や移動・移送に関するボランティアや割安な民間サービスの需要は増加しているが、詐欺や悪質商法などへの警戒心から包括や行政に仲介を依頼するケースが増えている。 ボランティア活動への関心を高めたり、気軽に参加できるような体制整備の支援や、民間サービスの一覧などから住民が自ら選んで依頼できるような体制を整備する支援が必要である。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）　交通問題 ・公共交通（バス）の本数が少ないことや路線に問題があり、運転免許返納後の外出や病院受診、買い物等に支障が生じている。地域でアンケートを実施中。輸送に関する課題を抽出していく過程にあるため、地域の声が施策に反映されるよう支援が必要である。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	おおすみ

課題番号	（ア）

1　中期目標 （令和8年度の目指す姿）	①地域住民に、日常的な見守りや住民同士の安否確認の方法について普及している。 ②心配事を気軽に相談できる地域のネットワークづくりが進んでいる。

2　地域課題	3　地域課題の選定理由	4　地域の現状
・地域の高齢化に伴い、独居高齢者だけでなく高齢者のみの世帯が増加している。役員を務められないため自治会からも脱退し、孤立している世帯が多いことや地域の関係性の希薄化などにより、日常的な相互の見守りがなく異常に気付きにくい。地域の見守りが住民の負担や不快感なく行えるよう、見守り体制の整備や支援が必要である。	・地域の関係性の希薄化があり、日常的な見守りを依頼できない。 ・個人情報保護に敏感な感情があり、家のことを知られたくない一方で、他者のことに介入したくない意識もある。 ・孤独死に伴う特殊清掃など、予防できる手間は予防したいという住民感情がある。 ・近所で気になる行動を見ても、積極的な介入を避けたり、介入することに戸惑いを感じている。	人口　12.665人。高齢化率　35%。市街化区域と市街化調整区域の中に田園地帯もある。市街化区域の高齢化が急速に進んでおり、高齢化率50%を超える地区がある。 自治会は14あるが加入者は減少しており、賃貸の集合住宅では自治会が解散しているほか、外国人居住者が増加し住民同士の交流が減少している。

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	地域の実情を把握する。 ・フォーマルサービス以外の見守りや安否確認の方法について、情報交換の場があり、支援団体が課題を共有できる。 ・認知症に対する理解を深める機会を持つ。	1. 地域ケア会議や協議体の中で議題を共有し、日常的な見守りの方法について知り、現状把握する。 2. フォーマルサービスの種類や活用について、地域団体や住民に周知する。 3. 民生委員や自治会役員、地区社協、福祉村と連携し、地域の実情と関係性について把握する。 4. 地域住民同士の見守りで可能なこと、不可能なことを知る。 5. 多世代に向けて認知症サポーター養成講座や認知症予防教室を開催し、周知に務める。	1. 岡崎：年3回　城島：随時 2. 協議体開催時・包括広報発行時 3. 4. 協議体開催時 岡崎：年3回　城島：年6回（民児協定例会） 5. 年1回（サポーター養成講座） 年12～24回（認知症予防教室）
令和8年度	フォーマルサービスと地域の見守り体制を組み合わせた何らかの提案ができる。 ・対象者がどのような見守りネットワークを活用して安否確認を行っているか把握する。 ・地域の中で気軽に相談ができ、声をかけあうことができる。	1. フォーマルサービスを中心とした見守りや安否確認を利用する対象者を把握する。 2. 地域の見守り・安否確認を利用する対象者を把握する。 3. 福祉村や地区社協、民児協、老人会などが出席する協議体、地域ケア会議を開催する。課題を共有しフォーマルサービスについて、出席者が把握し、見守り体制を選択できるように務める。	【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	おおすみ

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）	２ 選定理由	３ 包括の現状
「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。		・R6年度の相談は、総件数981件。内容は介護保険614件、認知症93件、保健医療56件、高齢者調査34件、近隣問題20件、その他である。 ・R6年度会議開催実績は、地域ケア個別会議1回、小地域ケア会議2回である。 ・地域ケア個別会議１件は、ケアマネジャーや地域の相談から開催に至ったケースである。小地域ケア会議２件は、地域の団体より提案のあった内容をもとに協議した。 ・「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を実施したところ、個別ケア会議の目的の理解や相談を受けやすい環境を整えニーズのキャッチをするところまではできている。

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	地域や居宅介護支援事業所からの相談から地域ケア個別会議開催を開催できる。主催経験のない包括職員が地域ケア個別会議を開催できる。	1　地域ケア個別会議の目的を再確認し理解を深めるため、包括職員全員で勉強会を開催し、開催が必要なケースがないか検討する。 2　地域ケア個別会議では事前にケースをアセスメントし、会議の目的や役割を相談者や会議の参加者と共有する。また、参加者から事前に意見を聴取する。 3　地域ケア個別会議終了後、開催ポイント確認票を用いて確認し、包括全員で問題点を共有する。 4　地域課題について、発見した新しい課題や今まで小地域ケア会議で挙がっている課題について包括職員全員で共有し、開催する必要性について検討する。	1　４月 2～4　随時
令和8年度	年４回以上の割合で地域ケア個別会議を開催できる。開催を通じて包括職員間で地域課題を共有できる。	1　包括職員全員がそれぞれに地域ケア個別会議開催ポイント確認票を用い到達度を確認する。今年度の目標を設定し、包括内で共有する場を設ける。 2　包括職員でも同じレベルで地域個別ケア会議が開催できることを目標として勉強会を開催する。 3　日頃の相談業務や地域ケア個別会議で把握した地域課題を職員間共有し、必要があれば小地域ケア会議につなげ開催する。	【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	おおすみ

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）	2　選定理由	3　地域の現状
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。	「認知症基本法」が施行され、認知症は誰もがなる可能性のある病気として正しく理解し、認知症に優しい地域づくりを目指しているが、自分事としてとらえにくい現状がある。初期集中支援事業の中で得た最新の研究結果や、認知症の方へのアプローチなどを紹介する機会を持つことで、認知症に対する理解が深まり、普及啓発に繋がると考えたため。	・認知症や認知症疑いも含めた相談件数は93件あり、介護保険サービスや医療につながるケースが多いが、見守りを続けているケースもある。 ・地域の高齢化に伴い、高齢化率が50%を超える地区もある。また認知症高齢者も増加傾向にあり、MCIの疑いのある方が増えてきた。 ・本人、家族が困り事として感じておらず、認知症状が進行してから地域トラブルとなり、相談となる事が多い。

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	初期集中支援事業であがった認知症の最新の研究結果や認知症の方へのアプローチを地域に紹介していくことで、認知症サポーター養成講座や認知症予防教室で、普及活動が出来ている。	1.初期集中支援選定会議やチーム員会議で得られた知識や情報を、認知症地域支援推進員を中心として包括職員が共有する。 2.①認知症サポーター養成講座や②認知症予防教室で使用する資料の更新を行い、認知症サポーター養成講座や認知症予防教室で活用する。 3.老人会や地域のサロン、また若い世代の地域の催しに参加し、講話やコグニサイズ等を通じて前向きに認知症と向き合えるような啓発活動を行う。	1.随時 2.①一般：　学校：随時　企業：随時 ②調整中 3.随時
令和8年度	普及啓発活動を通じて対象者を把握し、初期集中支援事業を活用しながら相談支援につなげていく。	1.令和７年度より継続して、知識や情報の更新を行う。 2.初期集中支援事業を広く周知し、早めの相談支援につなげる。	【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	おおすみ

●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】	総合相談や地域からの相談、フレイルチェック測定会の結果等から対象者を選出し、利用につなげる。	保健師等 全職種		年間2人以上 （3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】	委託先利用者の担当者会議に出席し、ケアマネジャーとの情報共有を行い、必要時は適切な支援ができるようにする。	介護支援専門員を中心に全職員		委託先担当者会議の70%以上出席 （77%）	←											→
（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】	総合相談やケアプラン立案時にチェックリストを実施し、課題を明確化したうえでサービスの案内や該当項目に基づいたケアプラン作成を行う。	保健師等 全職種		年間50件 （新規37件）	←											→
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】	包括専門職を中心に高齢者の健康増進やフレイル予防に関する講話を年2回行う。	保健師等 全職種		年2回（10回）	←											→
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】	地区サロンや地域の健康教室を訪問し、フレイル予防に関する支援を行う。	保健師等 全職種		城島：年12回 各地区サロン1回 （31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】	城島地区住民対象に城島公民館で包括企画のフレイル測定会を開催する。 岡崎地区住民対象に岡崎公民館で共同開催のフレイル測定会を開催する。	保健師等 全職種		包括企画：年1回 共同開催：年1回 （包括企画3回 共同開催1回）	←									城島		→
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%】	健診やフレイルチェック測定会の結果報告を受けて、ハイリスク傾向の高齢者を把握し、訪問や連絡を通して必要な支援を行う。	保健師等 全職種		把握率　80% （80%）	←											→

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】	①広報誌を年3回発行し、自治会回覧に載せるほか、ちいき情報局や法人ホームページに掲載する。 ②岡崎・城島両地区の公民館まつりに参加し、周知する。	保健師等 全職種		①年3回（3回） ②各1回（各1回）		広報紙					広報紙			広報紙	岡崎	城島
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】	①毎朝ミーティングを実施し、新規相談や複合的課題のあるケースの共有を図る。 ②複合的課題のあるケースは複数の多職種で関わり、専門的な視点で支援できる体制をつくる。	全職種		①毎朝・随時（毎朝） ②ミーテング月2回・随時（随時）	←											→
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】	①市・医療介護連携支援センター主催の包括職員研修に参加する。 ②その他の研修会に参加する。	全職種		①2回以上（12回） ②随時（19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、または職員交代のタイミングでBCP研修を行い、評価見直しを行う	管理者		年2回（自然災害４回）	←					自然災害				感染症		→

３　医療・介護連携の推進

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	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
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）） （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】	圏域内のクリニック、薬局に広報紙やリーフレットを持って訪問し、連携を依頼する	保健師等		医院：5か所（3ヶ所） 歯科医院：3ヶ所 薬局：4ヶ所（3ヶ所）	←											→

３ 権利擁護事業等　　４　認知症支援策の推進

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	取組活動の経過（月） 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
（１）認知症理解のための普及・啓発																	
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市民向け②企業向け③小中学校向け、それぞれに認知症サポーター養成講座を企画し、実施する。	認知症地域支援推進員		①2回(2回) ②1回(0回) ③1回(1回)	←											→
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て、チームオレンジ研修を行う。 ②マッチングリストを活用し、チームオレンジメンバーに活動場所の提供を行う。	認知症地域支援推進員		①2回(2回) ②必要時	←											→
（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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	・包括主催の認知症予防教室を年44回実施し、脳いきいき講座受講者の受け皿とする。	認知症地域支援推進員		年44回実施(42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】	・福祉村や民生委員、スーパーやコンビニなどと連携し、対象者の把握に努め、医療・介護・地域のネットワークにつなげていく。	認知症地域支援推進員		相談件数10件 うち30%をネットワークに繋げる。	←											→
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】	・福祉村のたちより相談室や民生委員、企業等からの相談や総合相談から、対象者の把握に努める。 ・初期集中支援事業に該当するか確認し、専門職の意見を求める機会として相談にあげる。	認知症地域支援推進員		年1件(相談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】	・広報誌やたちより相談、地域のサロンに参加した際に周知し、認知機能検査プログラムの理解を求め、実施していく。 ・総合相談で認知症の相談があれば、随時体験を実施していく。	認知症地域支援推進員		60件(97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認知症の方とご家族を対象とした、「麻雀カフェ」を開催する。 ②自治会主催の「ふれあいスポット」に参加し、開催支援を行う。	認知症地域支援推進員		①2回(2回) ②6回(12回)	←											→

●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。 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】	①基幹型包括をはじめとする関係機関への相談は、職員間で共有したうえで連携する。 ①②民児協定例会に出席し、地域の見守り対象について把握、要請に応じて同行訪問する。 ②民児協定例会、協議体、地域ケア会議の中で見守り体制の連携について提案し、地域の見守り体制の実情を知る。	全職種		②民児協定例会 岡崎：年2回（2回） 城島：年6回（6回） 協議体 岡崎：年3回（3回） 城島：年1回（0回）	←										→

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】	認知症サポーター養成講座や地区サロン、勉強会等で成年後見制度や消費者問題等、権利擁護事業に関する講話を年1回行う。	社会福祉士		【目標値】 年1回（5回）	←	勉強会										→
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】	終活やエンディングノートを広報で周知し、地域の要望に応じて終活講座、または講話を開催する。	全職種		年1回（3回）	←											→

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】	認知症サポーター養成講座や勉強会等で高齢者虐待防止の普及啓発を年1回行う。	社会福祉士		【目標値】 年1回（5回）	←			勉強会								→
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】	包括職員全員が高齢者虐待対応マニュアルを活用できるように、事例検討を年1回行う。	社会福祉士		【目標値】 年1回（1回）	←											→

・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】	勉強会や交流会等を通じて、包括のケアマネ支援についてをアナウンスし、地域資源情報の提供を行う。 居宅の個別相談案件を継続支援、必要時は同行訪問等を行っていく。	介護支援専門員を中心に全職員		勉強会発信 1回(1回) 継続支援 10件（10件）	←											→
（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】	ケアマネ支援や個別相談案件から見えてきた課題に対し、地域ケア会議開催を提案し開催を目指す。	介護支援専門員を中心に全職員		個別　2回(2回) 小地域2回(4回)	←											→
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】	地区ごとの実情を踏まえ、岡崎地区は年３回の開催を継続。地域の介護保険事業所以外の福祉機関等を調査し共有、連携に向けたアプローチを行う。 城島地区は開催に向け関係団体へのアプローチを行っていく。	介護支援専門員を中心に全職員		岡崎3回(3回) 城島関係3団体への呼びかけ（呼びかけ3団体）	←			岡崎				岡崎				岡崎 →
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】	自治会、地区社協、福祉村等との定期的な情報交換を継続する。地域の障害者施設との関係づくりのため、施設リスト、マップを作成し、地域の関係機関と共有する。	介護支援専門員を中心に全職員		地域内施設マップの作製 4月調査 6月マップ作製 8月共有	←	調査		マップ		共有						→

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＞

包括名	倉田会

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	2.0	人
	保健師（経験のある看護師）	1.0	人
	社会福祉士	2.0	人
	介護支援専門員		人
	介護福祉士		人
	事務員	1.0	人
	その他（作業療法士）	1.0	人
	合計	7.0	人

（2）圏域の特徴	圏域の総人口	31,294	人
	高齢者数	7,649	人
	高齢化率	24.4	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	10	件
（3）令和6年度実績	相談件数	1,120	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	5(0)	件
	地域ケア個別会議開催数	2	回
	小地域ケア会議開催数	1	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）　介護保険外サービス 独り暮らしの高齢者の方が増えており、権利擁護事業につながるまでの間や介護保険では補えない困りごと等、制度の狭間で支援を受けることができないといった相談が増えている。地域課題を話し合うことのできる仕組み作りや地域のニーズに応じた新たな助け合いのネットワークの構築が課題となっている。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）　地域のネットワーク構築 地域とのつながりの希薄化が顕著となっている。 大型商業施設の進出により、若い世代の方が他市町村から転入してきていることで地域とのネットワーク構築という新たな課題が生じている。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）　医療支援 ほとんどの方が医療機関とのつながりがある中で、移動困難な状況であったり認知症が進んでいる状態で相談が入るケースが多い。医療機関とつながっていても、生活の困難感を持っている高齢者や無自覚・無症状の高齢者は発見されにくいことが課題となっている。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	倉田会

課題番号	（ア）（イ）

1　中期目標 （令和8年度の目指す姿）	住み慣れた地域で生活を続けるために多世代が自分ごととして共に考え、支え合える地域となれるよう、包括主催で若い世代と高齢者が定期的に地域課題について意見交換できる場ができている。

2　地域課題	3　地域課題の選定理由	4　地域の現状
・市内で一番高齢者人口が多い地域だが、高齢化率は一番低い。 大型商業施設が近隣に進出してきたことで、若い世代(マイホーム購入者)の転入も増え活性している状況もあるが、他市町村からの転入ということで地域資源への認識や近隣同士の助け合いという点において劣っている。	・他市町村からの転入者の増加により、地域とのつながりが希薄であり高齢者と若い世代の融合という点についての課題がある。	・圏域内の人口31.294人　高齢者数7.649人　高齢化率24.4% 生産年齢人口62% ・13圏域内で高齢者人口は一番多い地域であるが、高齢化率は13番目となっている。 ・大型商業施設の進出もあり、若い世代(マイホーム購入者)の転入も増加傾向となっている。 ・後期高齢者の医療機関の受診率は96%

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	地域で生活を送る多世代との交流を通じて、個のニーズ・地域のニーズを把握していく。	1.福祉村や民児協、地区社協へのアプローチにより、地域課題の共有や解決に向けた取り組みを継続する。 2.若い世代が参加する場(組長会や子育てサロン、企業等)との関わりをもち、地域のニーズの把握や現状を理解してもらう場を作る。 3.多世代に向けて包括支援センターの機能についての普及啓発を行っていく。	1～3.通年
令和8年度	介護予防やフレイル予防、認知症者への理解、地域としての課題も含め、近隣者への意識を多世代が自分事として考え合える関係性の構築ができる。	1.高齢者団体、公民館等からの依頼のみならず組長会等からも介護予防やフレイル予防また認知症予防等の講習依頼が入るよう定期的に各地区の組長会等へ出席する。 2.小地域ケア会議や地域ケア個別会議の場にも地域代表として若い世代の方の参加も促していく。	【令和8年度事業計画作成時に記入】

＜重点目標＞【共通目標１】

包括名	倉田会

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）	２ 選定理由	３ 包括の現状
「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。		・新規相談件数305件　地域ケア個別会議開催数2回　小地域ケア会議開催数1回（3地区合同開催） ・多い相談内容は介護保険申請やサービス利用となっている。 ・相談経路は、本人、家族・親族が一番多く、次に病院関係者また民生委員等地域住民からとなっている。 ・地域ケア個別会議は、ケアマネジャーや地域から相談があっても会議開催まで至らず解決できているため、開催できていな　い。 ・個別ケア会議の目的の理解や相談を受けやすい環境を整えるところまで現状至っていない。

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	「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を用いて、包括内での目的の共通理解や知識と認識をもち、相談を受けやすい環境を整える。	１地域ケア個別会議の目的を再確認し理解を深めるため、包括職員全員で勉強会を開催する。 ２ケアマネジャーや地域からの相談を受けやすい環境の整備をする。 ３相談内容を整理し、困難ケースだけでなく、よくある相談について包括職員全員で確認しケースの選定ができるよう、打ち合わせをする機会を設ける。 ４ケース選定後は事前にケースをアセスメントし、会議の目的や役割を相談者や　会議の参加者と共有する。また、参加者から事前に意見を聴取する。 ５会議のファシリテーターとして会議の進行ができるよう準備する。 ６会議では、課題解決に向けた役割分担を決め、今後に向けた方向性が共有できる会議を開催する。	1.　4月・6月（ロールプレイ） 2～5　随時
令和8年度	「個別課題の解決のための会議」としてだけではなく、「地域課題の把握のための会議」としても捉え、地域ケア個別会議を通して地域のつながりが強化され、支えあいの基盤がつくられている。	１　地域課題把握のため、個別課題の整理だけでなく包括の日頃の相談業務や活動から集めた事例と合わせてを分析・整理する。 ２　会議では課題解決のために、会議参加者がお互いの役割を認識し、地域課題を見据えた意見交換ができる会議を開催する。 ３　会議開催後は、地域で共通する課題の抽出のため振り返りをし、会議の成果と残された課題や気づきを整理する。 ４　地域ケア個別会議で把握した地域課題を、小地域ケア会議に報告する。	【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	倉田会

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）	2　選定理由	3　地域の現状
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	認知症基本法の成立に伴い、認知症を自分ごととして考えられるようになる為に若年層も含め地域全体としての普及啓発が必要な為	高齢者層においては地域で集まり認知症の知識を周知する場は構築出来てきている。しかし、全年齢層に向けた周知の場が少ないから関心があるのかも把握ができていない

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	認知症カフェ等を活用し全年齢層や当事者用（ピアサポート）に対応していく	1．若い人たちが参加しやすいような場を設定していく（認知度向上のため） 2．現在運営中の認知症カフェの継続（支店を増やす）をする。 3．周知の場として全年齢層（特に若年層）へ認知症という言葉に触れる機会の提供する。 4．3を実施の際に、簡単に参加しやすいように内容を工夫をする	1～3．随時 4．年2回程度
令和8年度	新しい認知症観に対して知るきっかけとなる場づくり	1．気軽な場（店舗やカフェなど）で医療（初期集中支援チーム員など）と触れ合える機会の提供する。 2．カフェ参加者の継続や新規受入れを継続する。 3．若年層におけるSNSネットワークを活用する。 4．認知症サポーター養成講座を若年層も受けやすいよう受講時間・受講人数の柔軟性をつける	【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	倉田会

●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】	運動機能向上を目的とすることを踏まえ、医療職と共にケースの選定を行なう。総合相談対象者や地域住民の情報から、適切と判断するケースの選定を行なう。	保健師等		【目標値】 年間2人以上選出 (2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】	適切なケアプランの作成が行われるように、包括内で自己点検を行う。また、主任介護支援専門員を中心に包括職員を対象にアセスメントやケアプランについての勉強会を行う。委託のケースについては、主任介護支援専門員を中心にケアプランの点検を行う。	主任介護支援専門員 全職種		【目標値】 勉強会年2回 (1回) 委託担当者会議 出席：29件 紹介：26件		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】	地域のイベントや総合相談で必要な方に基本チェックリストを行い、適切な情報提供を行う。	全職種		【目標値】 60回 (55回)	←											→
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】	圏域内の病院（クリニック）、薬局その講演をそれぞれ各1回開催する。	保健師等		【目標値】 年2回 (年2回)			薬剤師				PT					
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】	通いの場（サロン）や地域の団体等へ、フレイルに関する講話やフレイルチェック測定会の普及啓発等を行なう。 地域のリハビリ職、あん摩マッサージ師等の講話等を実施する。	保健師等		【目標値】 年12回以上 (年15回)	←						PT	あん摩師				→
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】	真土、四之宮、八幡各地区で年1回のフレイルチェック測定会を開催する。	保健師等		【目標値】 年3回 (年2回)				四之宮					真土		八幡	
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%】	市より提供のあるハイリスク高齢者に対し、電話若しくは訪問を行ない、状況把握を行なう。必要時、支援につなげる。	保健師等		【目標値】 把握率 対象者の80% (100%)	←											→

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】	①公民館だよりを利活用しての周知する。 ②老人会参加者等へのアプローチを行う。 ②学童保育へのアプローチを行う。	全職種		【目標値】 ①大野公民館への依頼(なし) ②3地区老人会への訪問10カ所(8カ所) ③3地区内すべての学童(なし)	←		①		②		③					→
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】	①多問題ケース等については、必要に応じて朝礼時及び月に2回開催される包括ミーティング内に周知・意見交換を行う。 ②上記同様、朝礼時及び包括ミーティング内にて、多職種での対応を検討し、ケースの特性に合わせた職種が担当することとする。	全職種		【目標値】 ①毎朝礼時 月2回開催包括ミーティング時 (必要時) ②必要時 (必要時)	←											→
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】	①平塚市主催研修への出席(各職種ごと)する。 ②その他の研修会への出席(各職種ごと)する。 各職種：自主的出席研修(年2～3回) ③法人内全体研修への出席する(年1～2回)。	全職種		【目標値】 ①年1回以上 (各職種1回) ②各職種年2～3回 (62回) ③4・5月 (5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】	①BCP(自然災害編)訓練の実施する。 ②高齢者虐待防止に関する研修を行う。 ③BCP(新型コロナウイルス感染症編)訓練を行う。 ＊前年度の研修結果を踏まえ、課題となった項目における対策(改善案)を検討する。	全職種		【目標値】 ①～③年1回 (各1回)						自然災害	虐待防止			新型コロナ		
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】	前年度訪問できていない圏域内の病院、クリニック、歯科医院、薬局に、リーフレットの配布依頼と共に顔の見える関係づくりのため訪問をする。また、例年訪問をしている医療機関にも、引き続き訪問をする。	保健師等		【目標値】 年25件 (年25件)	←											→

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圏域内で企業・学校・市民向けそれぞれ1回ずつの実施をする。 ②圏域内のスーパー・コンビニ・医療機関・公民館へ認知症の対応で困ったことがないか？の挨拶回りを5件実施する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①企業・学校・市民に向けて3回以上開催 (8回開催) ②スーパー・コンビニ・医療機関・公民館へあいさつ回りを5件実施 （未実施）	←											→
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コグニサイズ教室などでチームオレンジ参加者が1名以上参加している。 ②チームオレンジ研修を実施する。（年1回開催）	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①1名以上参加している （2名） ②1回開催 (2回開催)	←											→
（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回以上開催し脳いきいき講座終了者の参加がある】	①コグニサイズ教室の定期継続開催（年間10回）を実施する。 ※夏季は休み	認知症地域支援推進員		【目標値】 10回開催 (26回開催)	←											→
（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%以上】	①ケアパスを用いた相談ケースから、必要時初期集中チーム員への相談や、若年性認知症コーディネーター・保健所の支援（アウトリーチ）へ繋げる。	認知症地域支援推進員		【目標値】 総合相談から30%以上ネットワークへ繋げる (74.7%)	←											→
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】	①総合相談ケースの中から、初期集中支援事業の選定もしくは相談ケースを1名以上提出する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 選定もしくは相談ケースの提出1件以上 (3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】	①総合相談によるケースや地域活動の場において、認知機能検査プログラムの実施人数60人以上を実施する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 60件 (59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認知症カフェの定期継続開催をする。（年間10回）	認知症地域支援推進員		【目標値】 10回開催 (16回)	←											→

●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。 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】	①通常時より連携先の情報について、ミーティング等で共有し、必要時に適切な機関とつながり連携していく。 ②民生委員と定期的に情報共有する機会を作る。 ＊各地区民児協定例会時に個別ケースないし、地域課題についての確認を行い、必要に応じて小地域ケア会議へと展開して行く。 四之宮民児協及び真土民児協(各年6回) ③今後リスクがありそうな独居高齢者とは信頼関係を築いていくため定期的な訪問や安否確認等を行なっていく。 ＊民児協定例会、いきいき体操教室、認知症カフェ等に参加した際にリスクを抱える高齢者の有無を確認していく。 四之宮民児協及び真土民児協(各年6回) いきいき体操教室(年22回) 認知症カフェ(年12回)	全職種		①適時 (12回) ②10回 (10回)	←											→

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終活講座や認サポ、チームオレンジ等の際に情報提供を行い、普及啓発を実施する。 ②個別の相談について適切にアセスメントを行ない、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用を促す。医療機関や保健所、高齢福祉課等の関係機関とも適切に連携し、支援を行う。	社会福祉士		①年3回以上 (4回) ②適時(随時)	ケアマネカフェ		終活講座						八幡福祉村	ひみつ喜知		
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】	終活講座を実施し、普及啓発を行う。 適宜エンディングノートの普及啓発の為個別対応やケアマネジャーに向けての普及啓発等を実施する。	社会福祉士		年4回以上 (4回)	ケアマネカフェ		終活講座						八幡福祉村	ひみつ喜知		

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】	民生委員の定例会、福祉村、地域のサロン等において普及啓発を実施する。「高齢者虐待防止啓発リーフレット」若しくは独自資料のの配布及び講話を実施する。	社会福祉士		年７回 (4回)		四之宮福祉村	真土地区社協	真土ふれあいサロン		ケアマネ支援研修		四之宮地区民児協	八幡福祉村	ひみつ喜知		
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マニュアルの徹底の為、包括にて年に1回虐待防止委員会を実施。マニュアルの改定についての情報共有及び運用にあたっての意見交換を行い、包括全体として均一かつ適切な支援をおこなって行けるようにする。 ②事例検討を年に1回以上実施する。	社会福祉士		①年1回(1回) ②年1回(2回)					事例検討		虐待防止委員会					

・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】	①圏域および委託先のケアマネジャーを対象にケアマネジヤー支援研修を行う。 ②居宅事業所と包括のネットワーク構築の為、情報提供・情報交換・勉強会を主としたケアマネカフェの開催を行う。 ③ケアマネジャーの相談しやすいツールの活用を行う。 ④困難な支援や包括と連携が必要なケースへの共有、相談支援・同行訪問を行う。	主任介護支援専門員		【目標値】 ①ケアマネ支援研修年1回 (2回) ②ケアマネカフェ年3回 (1回) ③④随時（③なし ④相談32件アウトリーチ21件）	ケアマネカフェ				ケアマネカフェ	支援研修			ケアマネカフェ			

（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）

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
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】	【地域ケア個別会議】 ①地域ケア個別会議の目的を再確認し理解を深めるため、包括職員全員で勉強会を開催する。 ②居宅介護支援事業所が相談しやすい体制や個別ケア会議への理解が深まるようにしていく。 ③地域ケア個別会議の開催を行う。 【小地域ケア会議】 地域ケア会議の目的を再確認し理解を深めるため、包括職員全員で勉強会を開催する。	主任介護支援専門員 全職種		【目標値】 ・地域ケア個別ケア会議開催 ・適宜(2回) ①4月・6月 ②③随時 ・小地域ケア会議年1回(1回)	地域ケア会議の勉強会		地域ケア個別会議のロールプレイによる勉強会				小地域ケア会議					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層協議体の役割についての周知、啓発を行う。	主任介護支援専門員		【目標値】 3地区合同 第2層地域協議体開催 年1回 (1回)				第２層地域協議体								
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】	①地区社協主催や老人会主催のサロンや地域主催の会議等への参加を行う。 ②福祉村2か所（四之宮・八幡）の相談会開催を行う。 ③組長会・子育てサロン・企業等への訪問を行う。 ④地域密着型介護施設の運営推進会議への参加や地域医療機関（病院等・歯科・薬局）との関係構築のための関わりのため訪問を行う。	主任介護支援専門員 全職種		【目標値】 ①月2～3回 (25回) ②月1～2回 (15回) ③不定期 (5回) ④月1～2回 (15回)	←											→

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＞

包括名	ごてん

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		人
	保健師（経験のある看護師）	1.0	人
	社会福祉士	2.0	人
	介護支援専門員	1.0	人
	介護福祉士		人
	事務員		人
	その他（　　）		人
	合計	4.0	人

（2）圏域の特徴	圏域の総人口	18,288	人
	高齢者数	5,134	人
	高齢化率	28.1	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	6	件
（3）令和6年度実績	相談件数	2,082	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	6(1)	件
	地域ケア個別会議開催数	3	回
	小地域ケア会議開催数	2	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）困難事例、重層的支援	
独居高齢者の増加。身寄りなし。親族遠方の為契約、緊急時対応等の対応が困難なことが多い。内縁関係などどこまで法的に関りを持てるのか、法的根拠も薄く対応に苦慮することがある。認知や精神疾患、8050問題など増えている。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）　権利擁護	
金銭課題、認知症、身寄りなしの課題あるケースが多い。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）　社会資源	
成年後見制度利用や介護保険サービス利用まで至らない狭間の対応。地域サロンの担い手の高齢化にて存続の深刻化。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	ごてん

課題番号	ア

1　中期目標 （令和8年度の目指す姿）	問題が複雑化する前に発見・対応ができるためには、地域で何が必要なのか検討する場ができている。

2　地域課題	3　地域課題の選定理由	4　地域の現状
独居高齢者の増加。身寄りなし。親族遠方の為契約、緊急時対応等の対応が困難なことが多い。内縁関係などどこまで法的に関りを持てるのか、法的根拠も薄く対応に苦慮することがある。認知や精神疾患、8050問題など増えている。	・問題が複雑化してから表面化するケースが多い。 ・8050問題等、重層的支援が必要なケースが増えているが、支援を拒む高齢者も多い。 ・内縁関係のパートナーとの同居というケースが増え、パートナーが要介護状態、認知症になり家族の課題が出てくるケースが増えている。	・人口18288人。高齢化率28%。 ・圏域内に長寿会は6団体あるが、各団体ともに登録者数、参加者数が減少している。 ・町内会を抜ける高齢者も増えていて、横とのつながりが希薄になっている。 ・自転車で移動する高齢者が多い。 ・福祉村はなく、各地域団体がそれぞれに支援している。

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	長寿会、自治会、民生委員に対し、包括の役割周知を行う。 関係機関と相談や情報共有しやすい関係を構築する。	①広報誌を作成し長寿会会員や通いの場サロンに配布、自治会掲示板への掲示依頼、SNSに掲載し包括周知を図る。 ②中原公民館まつり、南原公民館まつりに参加し包括チラシを配布し包括周知を図る。 ③サロンや長寿会、独居高齢者食事会に参加して包括周知を行う。 ④自治会や民生委員の定例会に参加し包括周知と情報共有を行う。	①年3回（5月、8月、11月） ②2月、3月 ③④4月～3月
令和8年度	問題が複雑化する前に早期発見、早期対応することができる。	①自治会、サロン、独居高齢者食事会、民生委員定例会に参加して各団体と情報共有し早期発見に努める。 ②困難ケースは関係機関（民生委員、民間会社、医療機関、介護事業所等）と情報共有する。	【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	ごてん

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）	２ 選定理由	３ 包括の現状
「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。		・相談件数2,100件。地域ケア個別ケア会議開催4回。小地域ケア会議開催2回。 ・一番多い相談内容は介護保険関係、次に認知症関連、精神疑い、虐待疑い、権利擁護、となっている。 ・相談経路は、ご家族・親族が一番多く、ご本人、ケアマネジャー、医療機関、介護関係機関、医療機関となっている。 ・地域ケア会議は、相談があっても地域ケア会議まで至らず解決できるケースが多い。 ・「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を実施したところ、個別ケア会議の目的の理解、相談を受けやすい環境の整備まではできている。

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	地域ケア会議の目的を共通理解できる。	困難ケースやよくある相談について内容を整理し、包括職員全員で会議を開催できるようデモ地域ケア会議を開催する。	4月～3月
令和8年度	地域や居宅介護支援事業所からの相談や、よくある相談内容を整理し、それぞれの地域課題としてとらえ全職員が地域ケア個別会議を開催できる。	１地域ケア個別会議の目的を再確認し理解を深めるため、包括職員全員で勉強会を開催する。 ２相談内容を整理し、困難ケースだけでなく、よくある相談について包括職員全員で確認しケースの選定ができるよう、打ち合わせをする機会を設ける。 ３ケース選定後は事前にケースをアセスメントし、会議の目的や役割を相談者や　　会議の参加者と共有する。また、参加者から事前に意見を聴取する。 ４会議のファシリテーターとして会議の進行ができるよう準備する。 ５会議では、課題解決に向けた役割分担を決め、今後に向けた方向性が共有できる会議を開催する。	【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	ごてん

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）	2　選定理由	3　地域の現状
認知症初期集中支援事業を活用することで「見守り」が充実している。	・地域全体で、生活変容がみられたケースの早期対応が図れるよう「身寄りのない認知症高齢者への見守り」の環境の整備は必要。 ・問題が大きくなる前段階で発見することで重度化防止を図れる体制整備が必要。	・生活への影響(家賃や公共料金滞納、金銭管理問題、万引きなど)問題が大きくなってからの発見・把握が多い。 ・認認夫婦、キーパーソンや介護者が認知症となるケースが増えている。 ・地域との関わりが希薄なケースが認知症症状からの把握となることが多い。 ・親族が遠方や疎遠など、情報が少なく対応に時間を要する。 ・エリア内金融機関やコンビニエンスストアからの情報から把握することが増えている。

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予防教室を通じて、地域住民、民生委員、自治会で包括の認知、認知症への理解が深まる。	1　認知症サポーター養成講座の開催と周知活動。 2　オレンジ研修の開催し、オレンジサポーターを増やす。 3　よりそいカフェ(認知症カフェ)の定期開催。 4　目指せ100歳！体操、いけおじ体操の定期開催	1　上半期 2　上半期 3　奇数月 4　毎月
令和8年度	認知症サポーター、オレンジメンバーを増やし、見守りの輪を増やす。	1　認知症サポーター養成講座の開催。 2　オレンジ研修の開催。 3　よりそいカフェ(認知症カフェ)の開催。 4　目指せ100歳！体操、いけおじ体操の開催 5　新規で認知症カフェを増やす。	【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	ごてん

●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】	総合相談、フレイル測定会ハイリスク者などから対象者を選出し参加を促す。 また、利用後は半年に1回以上のモニタリングを行う。	保健師等を中心に全職員		【目標値】 年間１人以上選出（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】	①適切なケアプラン作成ができるよう、包括内で勉強会を行う。 ②委託先の適切な介護予防ケアマネジメントができているか担当者会議に参加しケアプランの確認を行う。	主マネ中心に全職員		【目標値】 ①年1回(0回) ②委託先担当者会議出席率65% (65%)	←				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】	新規総合相談時に基本チェックリスト、またはフレイルチェックを実施し健康増進や閉じこもり防止につなげる。	全職員		【目標値】 年間60件(新規60件)	←											→
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】	地域サロンや長寿会でフレイル予防、高血圧予防、薬に関することなど、サポート薬局や市専門職による講話を開催する。	保健師等中心		【目標値】 年間2回以上(19回)				薬剤師					栄養士			
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】	地域サロンや長寿会で運動機能訓練士、理学療法士などと健康体操、ストレッチを行いフレイル予防につなげる。	保健師等中心		【目標値】 年12回以上(25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】	長寿会、地域の方を対象に開催する。			【目標値】 包括企画年3回(8回)共同開催1回(1回)	包括企画	共同企画				包括企画						
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%】	後期高齢者健康診査やフレイルチェック測定会からのハイリスク傾向の高齢者について、長寿会や地域サロン参加時、自宅訪問にて生活動作の確認し、適正なサービスの利用に向け調整を行う。	保健師等中心		【目標値】 対象者の80% (80%)	←											→

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】	①広報誌を作成し長寿会会員や通いの場サロンに配布、自治会掲示板への掲示依頼、SNSに掲載し包括の周知を図る。 ②中原公民館まつり、南原公民館まつりに参加し包括チラシを配布し包括の周知を図る。	全職員		【目標値】 ①年3回(年3回) ②中原公民館まつり、南原公民館まつり各1回(各1回)		広報誌			広報誌			広報誌			南原公民館	中原公民館
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】	①毎朝包括内ミーティングを実施し、相談ケースの共有を図る。 ②重層的課題のあるケースについて、多職種連携を図り支援体制を整える。	全職員		【目標値】 ①毎朝(毎朝) ②毎月1回ミーティング	←											→
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】	①各専門職で必要な研修に参加しスキルアップを図る。 ②研修参加後、伝達研修を行い全職員共通のスキルアップを図る。	全職員		【目標値】 ①年間30回以上(年間30回) ②年間30回以上(年間30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】	職員入職後に、BCPの訓練を行い、安全確保の体制や物品の見直しを行う。	全職員		【目標値】 年2回(年1回)	←				訓練見直し				訓練見直し			→

３　医療・介護連携の推進

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	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
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）） （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】	圏域内の病院、クリニック、歯科医院、薬局に挨拶に伺い、リーフレットを配架依頼し、かかりつけ医療機関をもつことの周知を図る。	保健師等を中心に全職員		【目標値】 28か所(28カ所)	←											→

３ 権利擁護事業等　　４　認知症支援策の推進

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	取組活動の経過（月） 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
（１）認知症理解のための普及・啓発																	
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圏域内の小中学校、学童、企業に認知症サポーター養成講座の普及啓発を図る。 ②住民向け認知症サポーター養成講座を開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		[目標値] ①小中学校、学童、企業向けに合わせて開催1回(2回) ②年1回以上(1回)		住民			学童							
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チームオレンジ研修を開催する。 ②チームオレンジ研修修了者を地域の社会資源につなぎ当事者とつなぐ。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①年1回(1回) ②年間1名(1名)	←	開催										→
（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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	①めざせ100歳体操定期開催する。 ②イケオジ体操を定期開催する。 ③地域団体共同で「いきいき大原」を定期開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①36回実施(36回) ②12回実施(6回) ②24回実施(27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】	認知症の相談に対して認知症ケアパスを説明に使用し、本人及び介護者を専門医療・介護の公的機関やインフォーマルサービスにつなぐ。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 30%以上(94%)	←											→
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】	認知症の専門相談に対して、認知機能検査プログラムを実施し、初期集中該当者を初期集中支援チームにつなぐ。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 選定または相談ケースの提出1人以上(選定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】	総合相談や地域サロン、包括が行う事業など高齢者が集まる場所で認知機能検査プログラムを実施する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①60件以上 (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】	定期的によりそいカフェを実施する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①6回(6回)		開催		開催		開催		開催		開催		開催

●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。 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】	①複雑化しているケースは他機関とも情報共有し、連携して対応する。 ②サロンや長寿会、独居高齢者食事会に参加して地域住民に対して包括の周知を行う。民生委員や自治会等の定例会に参加し、包括の周知と情報共有を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 ①年3回以上(3回) ②月1回(月1回)	←											→

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】	・長寿会、公民館祭り等にて成年後見制度についてのチラシ配布、講話を行い普及啓発を行う。 ・必要な方に制度の案内・利用支援を行う。	社会福祉士		【目標値】 普及啓発年2回 (3回) 制度の案内1名 (2名)						講話						公民館祭
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】	・長寿会にて終活講話を行う。 ・個別相談に応じて、エンディングノートの情報を伝える。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 普及啓発年2回 (4回)							講話			講話		

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】	・長寿会、公民館祭り等にて高齢者虐待予防のチラシ配布、講話を行い普及啓発を行う。 ・エリア内の介護サービス提供事業所にチラシ配布をし虐待の予防・早期発見の周知を行う。	社会福祉士		【目標値】 普及啓発年3回 (5回)	事業所							長寿会				公民館祭
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】	・過去に対応した虐待ケースを基に包括内で事例検討会（勉強会）を行う。	全職員		【目標値】 事例検討会年1回(2回)									勉強会			

・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相談について、情報提供、助言、必要に応じて同行訪問を行う。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【目標値】 個別相談20件（100件） 同行訪問10件（19件）	←											→
（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】	包括内で相談ケースのデモ地域ケア会議を行い、全職員で開催できる力をつけ、小地域ケア会議につなげていく。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【目標値】 小地域ケア会議1回（2回） 個別ケア会議2回（4回）	←											→
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】	協議体の設置に向け、地域課題の情報共有や課題解決に向けた関係機関へのアプローチの継続を行う。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【目標値】 協議体設置に向けた働きかけ年1回（0回）	←											→
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】	地域のイベントや通いの場サロン、各定例会に参加し、相談しやすい関係性の構築を図る。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【目標値】 地域イベント年1回、通いの場サロン月1回以上、各定例会年5回以上（定例会年6回）	←											→

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＞

包括名	サンレジデンス湘南

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）	1.0	人
	社会福祉士	3.0	人
	介護支援専門員	2.0	人
	介護福祉士	1.0	人
	事務員	1.0	人
	その他（　　）		人
	合計	9.0	人

（2）圏域の特徴	圏域の総人口	22,705	人
	高齢者数	7,453	人
	高齢化率	32.2	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	4	件
（3）令和6年度実績	相談件数	4,946	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	5(1)	件
	地域ケア個別会議開催数	4	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）　地域活動を担う方に関する課題	
市内でも高齢化が高い地域であり、地域活動を担う方が高齢化し、後継者がいないことで、地域活動を担う人が限られてしまい、必要な活動ができないことがある。そのため、若い世代の方にも地域活動に参加してもらえるような仕組み作りを、地域の方と一緒に考える必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）　閉じこもりに関する課題	
家族構成の変化や、地域の関係性の希薄化により、支援ができる方が限られてしまうことがある。そのため、普段から地域の状況を把握できる仕組みが必要である。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）　認知症に関する課題	
認知症の相談が増えていて、十分な支援ができないことがあるため、認知症や介護に関する取り組みを知ってもらう機会が必要である。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	サンレジデンス湘南

課題番号	ア、イ

1　中期目標 （令和8年度の目指す姿）	①地域課題解決のための目標を地域の方と一緒に考えられる。②今ある生活支援を含めた地域活動の継続ができる。③高齢者と若い世代が地域課題を話し合う場ができている。

2　地域課題	3　地域課題の選定理由	4　地域の現状
地域活動を担う方の高齢化や後継者の減少があり、近隣とのつながりも稀薄化している。また、今後地域の見守りや地域活動が十分に行えなくなることが予測される。そのため、様々な世代が地域課題を共有していけるような仕組みが必要となる。	今まで包括が関わっていない団体と、地域の強みや課題について共有する機会がなく、包括の役割を伝えられていない。そのため、地域全体として課題を検討していくことで、次世代につなぐきっかけを作る必要があるため。	・地域から、これ以上活動を増やすのは大変という声があがっている。 ・生活支援に関して、新規の受入れを行なっていない地区があるが、現在行えている活動は継続できている。 ・地域で検討すべきことについて、地域全体で共有する機会がない。 ・地域活動を担う方、特に若い世代の関わりが少なくなっている。 ・築50年の大型団地や築30年以上の大型マンションが多く見られ高齢化が進んでいる。 ・大型ショッピングモールを中心に地域や学校との交流がある。

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	地域活動を行なう上で地域の担い手不足解決のため、地域の方と一緒に考える。	1. 民生委員、福祉村、市、自治会などから、地域の集まりの場の情報を収集する。 2. 情報収集した地域の集まりの場の情報を一覧にする。 3. 今まで参加していなかった地域の集まりに参加し包括の周知を行い、地域活動について情報発信する。 4. それぞれの集まりの場でわかりやすいような包括の案内を作成し、配布する。 5. 地域課題の解決に向けて協力できる団体について関わり方を検討する。	1. 4月～3月 2. 9月 3. 4月～3月 4. 4月～3月 5. 4月～3月
令和8年度	様々な世代が参加し、地域課題について話し合える場がある。 ・協力できる団体の集まりに参加している。 ・小地域ケア会議を各地区で行なう。	1. 各地区で小地域ケア会議を開催する。 2. 今まで関わりがない団体の集まりに参加する。 3. 地域課題について、包括と地域で共有できていて意見交換をする。	【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	サンレジデンス湘南

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）	２ 選定理由	３ 包括の現状
「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。		・地域ケア個別会議開催後に地域と共有する機会がもてていない。 ・今現在関わりのある機関が限られている。 ・包括職員間で行なっているカンファレンスで情報認識の相違がでないような方法を検討中である。 ・地域ケア個別会議の内容が、個別ケア会議で完結し、小地域ケア会議に発展していないことがある。

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	地域ケア個別会議について包括職員全員が理解した上で開催ができる。 ・地域課題について包括内で話し合い、課題解決に向けた取り組みについて検討する。 ・地域ケア個別会議を開催することで、相談しやすい関係性や体制を作る。	1. 地域ケア個別会議の目的と実施方法について、包括内で勉強会を開催し、デモンストレーションで流れを把握する。 2. 地域ケア個別会議後に、包括内で地域課題や課題解決に向けた取り組みについて話し合う。 3. 地域ケア個別会議であがった議題から、地域の共通課題となることを話し合う。	1. 5月 2. 開催時 3. 開催時
令和8年度	地域ケア個別会議の課題を、地域課題として捉えながらの開催ができる。 ・それぞれの機関がもつ役割を明確にし、連携がとりやすくなったという言葉が聞ける。 ・地域ケア個別会議を開催する上で、参加する関係機関が増える。	1. 個別の課題から発見した地域の課題について、包括職員間で共有する機会を作る。 2. 地域ケア個別会議で上がった課題を、地域ケア会議で話し合う。 3. 必要に応じて今まで関わりがなかった関係機関に参加できるように地域資源の情報収集を継続する。	【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	サンレジデンス湘南

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）	2　選定理由	3　地域の現状
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。	・認知症の困難ケースが増え、早い段階からの関わりが必要。地域の方々に認知症について正しく理解して頂くため普及啓発を行っていく必要がある。	・認知症の相談が増えている。 ・相談できずに困っている人もいる。 ・認知症高齢者の生活実態の把握が難しい。 ・支援を拒否される方が少なくない。 ・状態が悪化してからの相談が多い。 ・本人と家族に病識がない。 ・受診や認知機能検査へ抵抗がある方がいる。 ・認知機能が低下していることを認めたがらない。 ・家族関係の稀薄化や共働きが増え、家族の協力が難しいことがある。 ・本人やご家族が認知症について十分な理解を得られず、相談したがらないことがある。 ・築50年の大型団地や築30年以上の大型マンションが多く見られ、高齢化が進んでいる。 ・大型ショッピングモールを中心に地域や学校との交流がある。

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	・認知症と軽度認知障害(MCI)について、包括職員が正しく理解し、地域住民へのサロンや認知症サポーター養成講座、認知症予防教室等で普及啓発することが出来る。	1.包括職員へMCIについて、勉強会を開催し理解を深める。 2.認知症初期集中支援選定会議にて得られた新しい情報を包括職員へ共有する。 3.認知症サポーター養成講座や予防教室にて使用する資料を包括内で意見を出し合い更新する。 4.地域住民に対して認知症になっても安心して暮らせるように、また、必要な支援や関係機関につなぐための情報提供する。 5.回覧物やチラシを作成する際に、地域の状況をふまえ、行動変容を活用し、どのステージに対してどのようにアプローチして行くか検討し作成する。 6.定期的にオレンジ通信を配布する。 7.初期集中支援チーム員へ、MCIについての講話の依頼する。	1.4月～6月 2～4.随時 5.6月～8月 6.4月.7月.10月.1月 7.10月～3月
令和8年度	・MCIの段階での相談支援のケースが増加する。	1.地域サロン等にて、MCIの方をどのように把握できるか包括内で検討する。 2.地域サロン等、普及啓発の場で、参加者の変化に気付けるよう、認知症地域支援推進員以外の職員も関わる。 3.回覧物やチラシを作成する際に、地域の状況をふまえ、行動変容を活用し、どのステージに対してどのようにアプローチして行くか検討し作成する。 4.定期的にオレンジ通信を配布する。 5.初期集中支援チーム員へ、MCIについての講話の依頼する。	【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	サンレジデンス湘南

●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：年間1人以上選出し利用後のフォローを行う】	①通所型サービスCの目的を包括内で共有し、総合相談や地域サロン等で必要と思われる方がいたときには、保健師等が中心となり、情報提供と選出を行う。 ②利用後はフォローを行い、目標達成に向けてできることを一緒に考える。	保健師等を中心に全職員		①②年間1人以上選出 （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：①事例検討とともにケアプランの自己点検を年1回行う②委託ケースのサービス担当者会議に包括職員ができる限り参加する。】	①包括内で、必要に応じて事例検討を行う。 ②委託ケースについて、ケアプランをサービス担当者会議開催前にもらう。 ③委託ケースのサービス担当者会議にできる限り出席する。 ④委託ケースのケアプラン点検を行う。	主任介護支援専門員を中心に全職員		①必要時（必要時） ②③サービス担当者会議開催時（必要時） ④年1回（年1回）	①②③			ケアプラン点検								
（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：基本チェックリスト8点以上かつサービスにつながっていないフレイルハイリスク者の把握とモニタリングを行う】	①総合相談やフレイルハイリスク者に基本チェックリストを行う。 ②基本チェックリストの該当項目を踏まえて、必要なサービスや生活習慣改善のための情報提供を行う。 ③基本チェックリスト8点以上かつサービスにつながっていないフレイルハイリスク者を把握しモニタリングを行う。	保健師等を中心に全職員		①②相談時（年間合計215件） ③年間5人以上（2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】	①栄養士、理学療法士によるフレイル予防の講話を行う。 ②薬剤師による講話の実施（調整中）	保健師等を中心に全職員		①10月 ②9月 （年間2回）							②薬剤師	①栄養士・理学療法士				
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】	①横内3カ所・田村4カ所・大神1か所のサロンで、フレイル予防について講話を行う。	健師等を中心に全職員		①年12回以上 （年20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】	①包括主催のフレイルチェック測定会を行なう。 ②市との共同開催で、フレイルチェック測定会を行う。	保健師等を中心に全職員		①年1回（年1回） ②年1回（年1回）					①包括主催				②（仮）			
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%】	①ハイリスク傾向の高齢者に対し、フレイルチェック測定会や地域サロンの情報提供をして、参加を促す。 ②ハイリスク傾向の高齢者に対し、必要に応じてサービス調整を行う。	保健師等を中心に全職員		把握率　対象者の80% （対象者の90%）	←→											

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：ホームページや回覧、地域のイベントで包括の活動についての情報発信及び周知を行い、相談しやすい体制を構築する】	①ホームページにてセンターの取り組みを発信する。 ②オレンジ通信を年４回地域の回覧にて配布する。 ③施設の秋祭りに参加し、包括の周知を行う。 ④地域の公民館祭りに参加し、包括の周知を行う。 ⑤高齢者調査にて、包括の周知をする。	全職員		①サロンやイベント開催時（必要に応じて開催時） ②年4回以上（年間4回） ③年1回（年1回） ④公民館祭り開催時（年2回） ⑤調査時（年1回）		①										施設の祭り	公民館祭り	公民館祭り
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：地域ケア個別会議について勉強会を包括内で実施する（年1回）】	①日頃より相談対応時にカンファレンスシートの内容を意識してアセスメントを行い、対応を検討する。 ②カンレファレンスシートの見直しを行う。 ③毎日ケース共有を行ない、必要なケースでカンファレンスを行う。	全職員		①必要時（必要時） ②年1回以上（作成のみ）		①③								②見直し		
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：各職種に関する専門研修（各職種年1回以上）への参加、職務に関連する外部研修に参加する（各職員年1回以上）】	①各職種の専門研修に参加する。 ②各職員、業務内容に関する外部研修を年1回以上受講する。	全職員		①各職種年1回以上 ②各職種年1回以上												
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：施設内での訓練に年1回参加し、BCPの見直しを行なう】	①施設の防災訓練に参加する。 ②BCPの評価・見直しを行う。	全職員		①②年1回 （年1回）											防災訓練・ＢＣＰ見直し	

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：リーフレットを医療機関を中心に配布（検討中）】	①医療機関や薬局にリーフレットを配布する。	保健師等		①各地区2か所以上 （合計8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　新規開拓した企業を含め8カ所】	①圏域内公民館にて市民向けに2回、企業向けに3回、学校向けに3回 開催する。 ②資料内容について包括内で検討し、市民向け認知症サポーター養成講座前に更新をする。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①8回(11回) ②年1回	資料内容検討、学校向け			学校向け	資料内容更新			市民向け	学校向け			法人内企業向け
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年1会の開催及び既存・新規メンバーにマッチングリストを活用する】	①認知症サポーター養成講座開催後にチームオレンジ研修を1回開催する。 ②チームオレンジ研修へ参加された方にマッチングシートを活用し、新規にオレンジメンバーになられた方へ活動の場を提供する。すでにオレンジメンバーの方にも提供する。 ③チームオレンジ研修の内容について包括内で検討し更新する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年1回(年1回) ②4月～3月 ③年1回	←								チームオレンジ研修		→
（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】	①MCI相当の方に脳いきいき講座の情報提供を行う。 ②脳いきいき講座の受け皿として認知症予防教室を開催し脳いきいき講座受講者に参加を促す。 ③包括内でMCIについての勉強会を開催する。 ④予防教室が開催されていない地区について包括内で検討する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年7回(年7回)	包括内勉強会	脳いきいきサロン		脳いきいきサロン		認知症予防教室 脳いきいきサロン		脳いきいきサロン		脳いきいきサロン		脳いきいきサロン
（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】	総合相談時に認知症ケアパスを活用し、必要な支援につなげ、サロンなど 普及啓発の場で活用する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 30%(38%)	←											→
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】	総合相談時やサロンにて、初期集中支援事業の説明を行い、初期集中支援チームにつなげる。	認知症地域支援推進員		【目標値】 2名(3名)	←											→
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】	総合相談時やサロンにて、認知機能検査プログラムを実施する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 60人(129人)	←											→
（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認知症カフェについて、地域のサロン、福祉村、オレンジ通信等での情報提供 と普及啓発を行う。 ②認知症カフェについて、総合相談時に情報提供を行う。 ③スマイル広場カフェ、おしゃべりサロンタンポポ、ポッカポカたいそうサロンの支援を行なう。	認知症地域支援推進員		【目標値】 30回(25回)	←			オレンジ通信			オレンジ通信			オレンジ通信		→

●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。 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：ひらつかあんしんカードの配布、避難行動要援護者名簿の各地域での活用方法について情報収集をする】	①他機関との同行訪問や情報共有を、必要に応じて行う。 ②高齢者調査を実施する。 ③ひらつかあんしんカードについて、総合相談時や地域サロンにて情報提供し、必要に応じて配布する。 ④避難行動要援護者名簿の運用状況について情報収集をする。	全職員		①相談時（相談時） ②年1回（年1回） ③年10人以上 ④田村地区	←		協議体				高齢者調査				協議体	→
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　10回】	①地域で活動している方々に向けて民児協定例会（年2回）や協議体（年2回）開催時に資料を用いて普及啓発を行う。 ②認知症サポーター養成講座（年5回決定、他検討中）開催時に資料を用いて普及啓発を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 10回（10回） ①年4回 ②年5回以上	← 民児協・認サポ		協議体	認サポ			民児協	認サポ	認サポ		協議体	認サポ →
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終活についてオレンジ通信にて発信する。（年1回） ②公民館祭りにて終活についてパネル展示及び希望者にエンディングノートを説明の上配布する。（年2回） ③脳いきいきサロンにて終活について講話を行う。（年1回）	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 5回（4回） ①年1回 ②年2回 ③年1回	←						オレンジ通信	脳いきいきサロン			公民館祭り	公民館祭り →
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】	①施設従事者等を対象とし、高齢者虐待研修を行う。（年1回） ②民児協（年1回）協議体（年1回）福祉村定例会（年1回）の場で地域における虐待防止についての普及状況を聞き取りにより把握する。	社会福祉士		【目標値】 1回（1回）			協議体		福祉村定例会			民児協				施設向け研修
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】	高齢者虐待（疑い含む）ケースについてカンファレンスシートを作成し、事例検討を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 1回（1回）	←											→

・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：勉強会や事例検討会を実施する】	①圏域・近隣の居宅介護管理者と年４回勉強会や情報交換を行う。 ②事例検討会を年１回行う。 ③必要に応じ同行訪問し後方支援を行う。	主任介護支援専門員を中心に全職員		①年4回（4回） ②年1回（1回） ③必要時（必要時）		③	勉強会			勉強会		事例検討	勉強会			勉強会

（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）

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	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
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：各地区年1回以上の開催】	①小地域ケア会議を各地区年１回以上開催する。 （開催できない場合は、来年度に開催出来るように検討の場をもつ）	全職員		①年3回（年2回）												
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：3地区で協議体の開催ができる】	①横内・大神地区では、開催について話し合い実施方法と時期を検討する。 ②協議体を各地区1回以上（年3回）開催する。	全職員		①年3回以上 （年3回）	話し合い（横内・大神）	話し合い（横内・大神）	田村地区	大神地区（仮）			横内地区（仮）				田村地区	
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：今まで関わりのなかった機関とのつながりをもつ】	①顔が見える交流会を年1回開催する。 ②横内1か所、田村地区1か所、大神地区3か所にて運営推進会議に参加する。参加できない場合は書面にて情報共有を行う。 ③大神地区民児協定例会へ参加する。 ④新たな地域資源を発掘する。	全職員		①年1回（年1回） ②年12回以上参加（年22回） ③年4回以上（年5回） ④年2か所以上				顔がみえる交流会								