

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	2.0	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		人
	介護福祉士		人
	事務員		人
	その他（ ）		人
	合計	4.0	人

包括名	とよだ
-----	-----

（２）圏域の特徴	圏域の総人口	15,310	人
	高齢者数	4,649	人
	高齢化率	30.4	%
	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	1,994	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	4（1）	件
	地域ケア個別会議開催数	1	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） 包括の知名度 地域内に、高齢者介護等の相談が出来ずに困っている人が少しでも減る様、包括が身近な所に存在している事を、幅広い世代の人に知ってもらう必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（イ） 個別相談対応 家族関係・地域関係・経済的理由等により、早期対応が必要な高齢者が居ても、早期発見が困難になっている。そのため、地域や他機関等との連携体制構築・維持が必要である。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ） 認知症 軽度の認知症であっても、周囲等からの理解・支援が得られ、可能な限り、自宅生活が送れる様、地域の住民・企業等への認知症に関する普及・啓発活動が必要である。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名		とよだ		課題番号		ア・イ	
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)		60～70歳代の地域住民から、包括への相談件数が増えている。					
2 地域課題				3 地域課題の選定理由		4 地域の現状	
地域内に、高齢者介護等の相談が出来ずに困っている人が少しでも減る様、包括が身近な所に存在している事を、特に60～70歳代の地域住民に知ってもらう必要がある。				60～70歳代だと、就労中だったり、かかりつけ医も居ないと同時に、包括の存在を知らない人が思ったよりも多いという実態を、健康状態不明者訪問を通して把握する事が出来た。課題解決に向けての早期発見・対応が可能となるには、本人・家族・地域等からの相談先に包括が在る事を、自身や親の介護相談が現実的になる世代（60～70歳代）に知ってもらう必要が有るため。		転入者や核家族の増加等により、地域との繋がりや高齢者の課題への関心が希薄になっている面がある。60～70歳代だと、まだ就労中で、包括の存在を知らない人も居るし、かかりつけ医を持っていない人も多い。それらにより、課題が拡大・複雑化してからの支援開始となり、課題解決が困難となる事もある。	
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	特に60～70歳代の人に、包括の周知が出来るための活動が実施出来ている。			1 60～70歳代の人が集まる場に向け、包括の業務内容等に関する周知活動を実施する（商店・郵便局・金融機関・医療機関等へ年1回以上の訪問）。 2 60～70歳代の人に向け、包括の業務内容や健康増進等に関する周知活動を実施する（毎月の広報誌発行等）。 3 より多くの人が集まる場（公民館祭、サロン等）に参加し、包括の業務内容や健康増進等に関する周知活動を実施する。		1 4月から3月 2 4月から3月 3 4月から3月	
令和8年度	特に60～70歳代の人から、自身や親の介護・健康増進等に関する相談が増え、課題の早期発見・対応につなげる事が出来ている。			1 60～70歳代の世代が集まる場（商店・郵便局・金融機関・医療機関等）への定期訪問を継続していくなかで、訪れる人の傾向（世代や課題等）を聴取する等し、それを反映した内容の周知活動を実施する。 2 新たに、包括による連携依頼が必要な場（地域団体・企業等）の有無等について、地域の関係機関等との協議を実施する。 3 「包括への相談内容」「相談者の年代」「未受診率」等、地域の傾向を把握し、それを反映した内容の周知活動を実施する（広報紙の記載内容等）。		【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	とよだ	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。		令和6年度の相談件数は、1994件。 相談内容で最も多いのは「介護保険」、次いで「権利擁護」「認知症」。 相談者は、本人、家族・親族、民生委員、医療機関、ケアマネジャー等、様々である。 令和6年度の地域ケア会議は、小地域＝2回・個別＝1回。 地域・関係機関・ケアマネジャー等からの相談には、内容に応じた対応を実施しており、会議開催まで至らぬ事が多い。	

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	地域ケア会議の必要性・開催手順等が、包括職員間での共有に向けての取組が実施出来ている。	1 職員間で共通理解が図れる様、地域ケア会議に関する勉強会を実施する（年1回以上）。 2 個別相談または地域課題関連相談があった際、その内容に応じ、会議開催の必要性有無等を、包括職員で検討する。 3 地域団体やケアマネジャー等に対し、地域ケア会議に関する周知活動を実施する。	1 4月から3月 2 4月から3月 3 4月から3月
令和8年度	年4回以上、地域ケア会議の開催により、個別高齢者課題や地域課題に関する検討が行えている。	1 遵守事項（守秘義務等）等が出席者間で共有出来る様、開催ポイント確認票等を活用して、開催する。 2 目的や検討結果等が出席者間で共有できた事を確認し、次回開催に繋げられる様に会議を進行する。 3 開催後の振り返り等により、職員間で地域課題の傾向を共有する。	【令和8年度事業計画作成時に記入】

<重点目標>【共通目標2】

包括名	とよだ	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。	専門職による早期発見・対応を実現するには、より身近に居る人からの情報発信が不可欠であり、先ずは、より多くの地域の人に、認知症支援について、知ってもらう必要があるため。	一人暮らし、親族・地域との関係が希薄、閉じこもり等、様々な理由により、認知症関連の課題を抱えている人の早期発見がされ難く、その結果、症状が進行してからの支援開始に至る事がある。	

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	地域の関係機関・企業等へ訪問し、認知症に関する説明や普及・啓発活動への協力依頼（講座・教室の開催等）が出来ている。	1 認知症初期集中支援事業により得られた新たな情報等については、必要時に発信出来る様、職員間で共有する。 2 地域関係機関（福祉村・民生委員等）への会議等に参加し、普及・啓発活動への協力依頼（講座・教室の開催等）等を実施する。 3 地域の学校・企業等にもアプローチし、認知症への理解促進や普及・啓発活動への協力依頼（講座・教室の開催等）等を実施する。	1 4月から3月 2 4月から3月 3 4月から3月
令和8年度	本人・家族・地域・関係機関等から、初期段階のうちに相談が入り、早期の支援に繋げて行く事が出来ている。	1 軽度者に関する相談には、継続的に関わっていける様、支援方法を職員間での検討を実施する。 2 相談の傾向（内容や経路等）を基に、地域の傾向を把握し、考えられる地域課題について、関係機関等との検討を実施する。 3 相談内容を基に、相談者が求める情報が円滑に提供出来る様、包括内で支援に必要な情報を共有する。	【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

●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

包括名	とよだ
-----	-----

(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・フレイルチェック・基本チェックリストなどで対象と思われる方がいた時には包括内で共有し選出の有無を確認する。また利用後のフォローについては半年に1回、利用者の様子を把握する。	保健師等		【目標値】 年1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】	一連の流れ（アセスメント～ケアプラン作成～モニタリング～評価）に関して、包括内で勉強会を実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 年1回（0回）	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】	適切なサービス案内が行える様、状況に応じて基本チェックリストを実施する。	保健師等		【目標値】 年50人以上(55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】	健康講話やフレイル予防についての講話など地域の薬局と連携しシニア学級や地域の方の集まりの場で開催する。	保健師等		【目標値】 年2回以上(2回)	薬剤師							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】	地域のサロンや健康体操教室でリハビリ専門職の協力もいただき、フレイル予防の助言、支援を行う。	保健師等		【目標値】 年13回(16回)	専門職		専門職		専門職		専門職		専門職		専門職			
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】	フレイル予防の普及啓発を行うと共に、包括企画と共同開催でフレイルチェック測定会を実施する。	保健師等		【目標値】 ・包括企画：年1回以上(1回) ・共同開催：年1回以上（1回）			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％】	フレイルハイリスク者に対して、現状把握し支援・対応していく。	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】	・ 広報紙を作成し、地域に配布する。 ・ 大規模な地域行事（敬老会、公民館祭等）に参加する。	主任介護支援専門員		【目標値】 ・ 広報紙配布：年12回（12回） ・ 敬老会参加：年2回（2回） ・ 公民館祭参加：年2回（2回）	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	広報紙作成・配布	
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】	毎日のミーティング時、職員間で、支援の進捗状況共有や支援方法検討等を実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 営業日は、定時＋必要時にミーティング実施（全営業日）	←											→	
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】	職種毎に必要な研修に出席し、出席後は職員間で情報共有を実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 包括全体で、年15回（26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】	・ 自然災害版について、研修と内容見直しを実施する。 ・ 感染症版について、研修と内容見直しを実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 ・ 自然災害版：年1回（1回） ・ 感染症版：年1回（1回）	自然災害版・感染症版												
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】	地域の医療機関へ包括の周知を含め、チラシの配布と市民にも地域サロンなどを通して、かかりつけ医療機関をもつことを推進する為、医療機関とサロンを訪問する。医療機関：2月 サロン：4月1件、5月2件、6月1件、7月1件、9月3件、10月1件、11月1件。	保健師等		【目標値】 ・ 医療機関：年10回以上(10回) ・ サロン：年10回(10回)	サロン	サロン	サロン	サロン		サロン	サロン	サロン			医療機関		

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】	地域（住民・企業等）を対象とした講座を開催する。地域のサロンや運営推進会議、対象となる企業に出向き認知症サポーター養成講座についての周知活動を行い参加していただけるよう取り組む。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 各年2回各1回ずつ (3回)											講 座		講 座				
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】	認知症サポーター養成講座修了者を対象とし、チームオレンジ研修を開催する。 チームオレンジメンバーが地域の中で活動が出来る様、必要に応じ、マッチングリスト登録内容を更新する。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 チームオレンジ研 修：年1回。 マッチングリスト 更新：随時。														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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	身近な場でのコグニサイズ教室を定期開催し、脳いきいき講座終了者への参加を促す。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 年6回以上開催 (12回)。いきい き講座修了者1名 以上参加。		予 防 教 室		予 防 教 室		予 防 教 室		予 防 教 室		予 防 教 室		予 防 教 室		予 防 教 室			
		コグニサイズ教室毎月各地区(豊田・金田)各1回実施																				
(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】	認知症ケアパス等を活用し、各種のネットワークへ繋がる様に支援を実施する。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 30%以上（80%）	←													→			
		認知症で医療や介護に繋がっていない人や家族に認知症を理解して頂く場合などに症状や対応方法などを説明する為のツールとして活用していく。																				
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】	総合相談等の内容に応じ、適切な対象者を繋げていく。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 1名以上（5名）	←													→			
		できる限り地域へ出向き、MCI発掘に努めていく。																				
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】	認知機能低下の早期発見・対応が出来る様、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】 年60人以上（128人）	←													→			
		毎年サロンで実施している為、年度初めに訪問予定を計画し繰り返しの働きかけを実施。また新規相談時も訪問を繰り返しながら認知機能検査プログラムが実施できるよう対応していく。																				
(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】	圏域内の2箇所への開催支援を実施する。	認知症 地域支 援推 進員		【目標値】 年20回以上（24回）	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援	開 催 支 援			
		オレンジカフェ(豊田)　1回/月 おしゃべりサロン(金田)　1回/月																				

●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。	必要な方への個別支援に繋がる様、民生委員定例会やサロン、運営推進会議等で情報発信を行う。	社会福祉士		【目標値】 年3回以上（12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】																

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】	必要な方への制度利用に繋がる様、講話や広報誌掲載等により日常生活自立支援事業、成年後見制度の普及啓発を行う。	社会福祉士		【目標値】 年3回以上（16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】	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。	社会福祉士		【目標値】 年3回以上（11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】	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行う。	社会福祉士		【目標値】 年3回以上（19回）	←											→
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行い、事例検討を行う。	社会福祉士		【目標値】 年1回以上（2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】	平塚市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、研修開催や業委託務マニュアル改訂を実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 年1回（1回）							研修							
(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】	相談内容に応じ、個別と小地域のケア会議を実施する。	主任介護支援専門員		【目標値】 ・個別：年1回（1回） ・小地域：年2回（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：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	協議体（または同様な会議体）への参加や開催支援を継続する。	主任介護支援専門員		【目標値】 ・金田地区：再開への支援を継続（年1回） ・豊田地区：年12回、同様な会議体へ出席（12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】	ネットワーク構築の為、地域関係団体（商店・郵便局・金融機関・医療機関・介護機関等への会議出席や定期訪問を実施する。 （商店・郵便局・金融機関・医療機関等へ年1回以上の訪問など）	主任介護支援専門員		【目標値】 団体ごとに年1回以上（団体ごとに年1回以上）	←													→

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）	1.0	人
	社会福祉士	1.0	人
	介護支援専門員	0.1	人
	介護福祉士	2.0	人
	事務員	0.5	人
	その他（ ）		人
	合計	5.6	人

包括名	ひらつかにし
-----	--------

（２）圏域の特徴	圏域の総人口	27,330	人
	高齢者数	6,959	人
	高齢化率	27.7	%
	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	2,285	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	8(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	5	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） 生活困窮者の課題 地域特性によって身体状況と住環境がマッチしなくなってきたことや、家族と疎遠で、サービスや用具などの導入が困難な場合があるため、早めに発見し支援につなげる必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（イ） 健康課題 農村部が多い地域特性から、生活様式や生活習慣が固定化されている住民が多く、それによって糖尿病の悪化や予防歯科の意識が低いことにつながっている現状がある。また、地域の催しやサロンなどの介護予防・普及啓発事業へ、参加する意識や時間が持つことができていない。保全活動に参加しながらも地域交流を図り、介護予防への意識を高める時間を作ってもらう必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ） 移送の課題 ・地域が広く公共交通機関も乏しいため、買い物や催しなどの行きたい場所に自由に行かれない。そのため、閉じこもり気味にある傾向があるのを外出しやすい地域とするため働きかける必要がある。	【令和7年度終了後に記入】

<重点目標>【地域課題】

包括名		ひらつかにし		課題番号		ア、イ	
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)		早めの介護予防・早期発見につながるように包括主催のサロンの場に新たな参加者が増えている。					
2 地域課題				3 地域課題の選定理由		4 地域の現状	
地域特性によって身体状況と住環境がマッチしなくなってきたことや、家族と疎遠で、サービスや用具などの導入が困難な場合があるため、早めに発見し支援につなげる必要がある。				支える方も高齢で支えきれなくなっている相談に来るケースが多々あり、早期に発見・支援を開始する必要があるため。		・大学生街のため、家賃が比較的安い物件が多い。また、経済的に課題を抱えた方の相談が多い。 ・地域住民同士で自助、共助で支えていたが、支えきれなくなっているから包括への相談につがることが多い。	
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	・ 早めの介護予防・早期発見ができる。			・ サロンや地域のイベントに参加し顔が見える関係づくりをする。必要な方には訪問をする。 ・ サロンに来れない参加者でも来れるように周知を行っていく。 ・ 自治会や民生委員等の地区の団体と情報共有し、見守り・早期発見につとめる。			4月～3月
令和8年度	・ どのような住環境であっても必要なサービスが受け続けられる。			・ 訪問した人に必要な支援に結び付けていく。適切な住居の紹介や家族の支援を受けられるようにしていく。 ・ 自治会や民生委員等の地区の団体と情報共有し、見守り・早期発見につとめる。 ・ 適切な用具類の情報を提供できるよう情報収集する			【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	ひらつかにし	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	3 包括の現状
			・相談件数 2, 2 8 5 件 地域ケア個別会議開催数2回 小地域ケア会議開催数5回 ・一番多い相談内容は介護保険サービス利用、次いで認知症、がん等療養上の相談となっている。 ・相談経路は、家族・親族が一番多く、次に本人、ケアマネジャー、医療機関となっている。 ・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ことも多い。 ・「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」の活用・展開をしていけるよう今後の所内の課題である。

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	ひらつかにしの特性を捉えて、皆で共通認識を持ち、模擬で地域ケア個別会議を開催する。	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。模擬地域ケア個別会議を開催する。個別地域ケア会議開催をを地域住民にすすめていく。	4～3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、それを地域の課題として捉え、地域ケア個別会議が開催できている。	地域ケア個別会議の捉え方を共通認識する。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もケースの選定をする。個別地域ケア会議を開催できる力をつける。	【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	ひらつかにし	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	認知症の方とともに地域で暮らすため、正しい知識や初期集中支援事業等の制度を普及啓発する必要があると考えたため。
		3 地域の現状	認知症の相談は増えてきている。MCIの疑いがある方も増えてきているが、周りの理解もあって暮らすことはできてしまっており、MCI時点での相談や認知症初期集中支援事業へ繋げることが難しく、今後の課題である。

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	包括職員の軽度認知障害（MCI）を含む認知症への理解が深まり、地域の認知症サポーター養成講座や、予防教室等で幅広く啓発に努つとめる。	1 認知症初期集中支援選定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に共有する。 2 認知症サポーター養成講座や予防教室等で使用する資料を確認し、情報の更新を行う。 3 認知症に対する「新しい認知症観」をイメージできるような内容になっているか検討する。 4 認知症になっても生き生きと暮らしている当事者の事例も紹介する内容へ見直す。 5 不安感を煽るのではなく前向きに認知症と向き合えるような啓発活動を行う。	1. 毎回 2. 3都度 4. 毎回
令和8年度	普及・啓発活動を通じて早期に相談支援へつながるケースが増加している。	1 相談内容を「軽度」「中度」「重度」に分類し傾向を把握できるようにする。2 相談内容「軽度」の人が早く行動を起こせるポジティブなアプローチについて包括内で検討する。 3 普及・啓発の場において相談者を拾い上げていく。	【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	ひらつかにし
-----	--------

●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の目的を再度包括内で共有する。そのうえで、総合相談・老人会等で対象と思われる方がいた時には、医療職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】	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、主マネ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、主マネを中心にケアプランの点検を行う。	主任介護支援専門員		【目標値】勉強会年2回（1回）自己点検随時 委託ケアプラン点検随時（随時）		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。	保健師等		【目標値】30回（30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】	地域の薬局の薬剤師に協力を依頼し、講演を年2回程度開催する。	保健師等		【目標値】年2回（年2回）			薬剤師									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】	地域のサロン・老人会・独居高齢者食事会等にて、フレイルに関する講話を行う。理学療法士のヨガ講師や訪問看護ステーションのリハビリ専門職に協力を依頼し、年3回程度サロンでヨガや体操教室を行う。	保健師等		【目標値】年12回（12回）	←	PT			PT				ST					→
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】	包括企画のフレイルチェック測定会を年1回程度実施する。また、年1回以上市企画の測定会の周知を行う。	保健師等		【目標値】包括企画年1回（1回）、共同開催年2回（2回）	←				共同開催		包括企画			共同開催			→	
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%】	市と連携しハイリスク者の把握と必要な介入を行っていく。	保健師等		【目標値】把握率対象者の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、認知度向上につとめます。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】	広報誌を作り自治会に回覧する。公民館祭り等に参加して宣伝し認知度向上につとめる。また、昨年開設したインスタグラムを活用する。	全職員		【目標値】年2回（年2回）	←					発行						発行	→
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】	ミーティングを実施し相談ケースを共有する。相談ケースは一人で抱えず多職種で検討する。毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有する。	全職員		【目標値】毎日（ほぼ毎日）	←												→
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】	各種研修会等に参加しスキルアップを図る。	全職員		【目標値】各職種1回以上（年10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回程度訓練を実施する。BCPの評価をし、改善する。	全職員		【目標値】年2回（年2回）					実施						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】	地域の医療機関や薬局、スーパー等にリーフレットや広報誌の配架を依頼する。	全職員		【目標値】年2回（年2回）	←					実施						実施	→

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】	市民・企業・学校向け認知症サポーター養成講座をそれぞれ企画・実施する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 各1回 (年5回)	←					実施	実施	実施	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】	年1回程度チームオレンジ研修を開催する。 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を行う。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年1回 (年1回)								実施						
(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】	認知症予防に特化した教室を年24回程度実施する（金目公民館年12回、土屋公民館・吉沢公民館各6回ずつ、計年24回）。 脳いきいき講座受講者の参加を促す。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年24回 (年22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%】	総合相談等で認知症に関しての相談時に配布する。	全職員		【目標値】 30%	←													→
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】	初期集中事業に挙げられるよう、普段からアセスメントをしっかりとってタイミングが合えば挙げていく。総合相談・サロン・脳の教室・地域の催しの場で当人や周囲から情報を得て総合的に判断する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年1回 (年1回)	←													→
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づき、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】	総合相談時に於いて認知症の疑いがありそうな方に声掛けし実施。また体操教室やサロンでも声掛けをして実施する。 10月にローズヒルにて65歳以上の従業員を対象に実施予定。早期の認知機能の低下の発見につとめる。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年60回 (年59回)	←							実施						→
(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】	総合相談等で、当事者やその家族にも声掛けをし参加に結び付けていく。認知症カフェ（ロバの会2カ所年23回・よりみち農園年20回・介護者カフェ年12回・よりみちカフェ年12回）を開催・支援する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年67回 (年67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保健所の精神福祉事例相談へ参加し、8050や精神疾患への対応について検討する。 ②民生委員や自治会等と連携し、あんしんカードを周知・活用していく。	社会福祉士		【目標値】①精神福祉事例相談へ参加1回（0回） ②あんしんカード配布30部（10部）				実施								

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】	総合相談時に後見制度等の説明する。 バラ色通信の配架、回覧にて普及啓発を実施する。 講話を行い後見制度に関する啓発につとめていく。	社会福祉 士		【目標値】講話年1 回以上（年1回）制 度利用案内年5名以 上（年5名）				講 話										
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】	地域のサロン等、住民の集まりで講話を行い終活支援に関する啓発につとめて いく。	社会福祉 士		【目標値】講話年1 回以上（年1回）				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】	地域のサロン等、住民の集まりで講話を行い虐待予防・早期発見に関する啓発 につとめていく。広報誌バラ色通信、インスタグラムで普及啓発を行う。	社会福祉 士		【目標値】各年1回 以上（年1回）														
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】	虐待対応マニュアルに基づき適切な対応ができるよう事例検討を行っていく。	社会福祉 士		【目標値】年1回以 上（年1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】	ケアマネジャーへの同行訪問・助言・情報共有する。	主任介護 支援専門 員		【目標値】年20回 (年15回)	←													→
(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】	困難ケースに限らず、日々、包括内で相談ケースの模擬個別会議を行い、全職員が地域で個別会議を開催できる力をつける。各サロン後に小地域ケア会議を開催していく。	全職員		【目標値】小地域ケア会議年9回（年5回）個別会議2回以上(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：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	金目地区協議体には開催を働きかける。吉沢地区協議体を再開するよう働きかける。土屋地区については開催に向け自治会等に働きかける。	全職員		【目標値】年8回 (年4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】	既存の地域資源に加え、これまでに接点の少なかった地域資源と良いネットワークを構築できるよう働きかけていく。	全職員		【目標値】子育てサロン参加年2回	←		実施		実施									→

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）	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		人
	その他（ ）		人
	合計	4.0	人

包括名	富士白苑
-----	------

(2) 圏域の特徴	圏域の総人口	25,992	人
	高齢者数	7,002	人
	高齢化率	26.9	%
	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	2,050	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	7(1)	件
	地域ケア個別会議開催数	1	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) 閉じこもり・孤立 独居、高齢者世帯、多問題世帯が増加している。家族がいても遠方であったり、関係性が希薄であることが多く個人情報保護の壁により生活状況や家族関係を把握することが難しい。昨今の社会情勢による防犯対策の強化なども影響し閉じこもり傾向となり地域から孤立しているケースがある。日常的な見守り体制や支援がないため異常に気づきにくい状況がある。	【令和7年度終了後に記入】
(イ) 困難ケースの対応 経済困窮、身寄り無し、8050問題、認知症、精神疾患、虐待など複合的な課題を抱えるケースの相談が増加している。困難ケースへの対応に、民生委員や担当ケアマネジャーの負担も増えており、課題が深刻化する前の早期の介入が必要となっている。包括の認知度も低く、相談先としての周知が必要である。	【令和7年度終了後に記入】
(ウ) 地域の担い手不足 民生委員、自治会、ボランティア、サロン参加者など地域の担い手の高齢化が進み、世代交代が難しいため、地域活動の担い手不足が深刻化している。生活援助のニーズは高いが、支援者不足によりマッチングが難しくなっている。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	富士白苑			課題番号	(ウ)		
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)		前期高齢者を中心に包括の役割や地域ネットワーク構築が必要であることが周知され、既存のサロンが継続できる。					
2 地域課題		3 地域課題の選定理由		4 地域の現状			
民生委員、自治会、ボランティア、サロン参加者など地域の担い手の高齢化が進み、世代交代が難しいため、地域活動の担い手不足が深刻化している。		長年活躍してきた地域の担い手の高齢化が進み、活動人数が減少している。若い世代の参入もないことから、世代交代が難しく、地域サロンや老人会の継続が困難になっていくことが予測される。サロンの継続や新たなネットワーク構築のため、地域へアプローチしていく必要がある。		圏域の総人口：25,992人、高齢者人口：7,002人、高齢化率27% 高齢者人口の約半数が75歳以上。高齢者調査の対象は約800人 花水地区(8自治会)、なでしこ地区(7自治会)の2地区がある。 高齢になり役員ができないという理由で自治会を辞める人も増えている。2地区それぞれに福祉村があり、様々な活動をしているが、役員、ボランティア共に高齢化が進み、後継者の確保が困難となっている。			
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	様々な地域活動に参加し、包括の役割の周知や地域の実情把握が行えている。	1. 多世代が集まる地域活動に参加し包括の役割を周知する。(お祭りや会議など) 2. 各世代の困り事や地域の実情を把握する。 3. 民生委員、自治会、福祉村などの地域団体や介護関係機関と連携し、地域課題について情報収集と共有を行う。			1. 4月から3月 2. 4月から3月 3. 10月から3月		
令和8年度	多世代で意見交換する場をつくり、地域の実情や地域課題について話し合うことができる。	1. 地域団体、介護関係機関との情報交換や連携を継続する。 2. 地域団体と協力して、若い世代に参加してもらう方法について話し合う。 3. 地域課題について多世代で意見交換する場を設ける。			【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	富士白苑	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		
「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。	3 包括の現状		
	・相談件数2,050件 地域ケア個別会議開催数1回、小地域ケア会議開催数3回 ・一番多い相談内容は介護保険申請・サービス利用について、次に認知症となっている。 ・相談経路は、家族・本人が多い。 ・地域ケア個別会議は、ケアマネジャーや地域からの開催依頼は少ない。相談があっても会議開催まで至らず解決できており、開催できていない。 ・「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を実施し、個別ケア会議の目的の理解や相談を受けやすい環境の整備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に応じ、包括職員全員で検討する。	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 地域のケアマネジャーから相談があったケースを平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票を活用し包括職員全員で検討する。 3 地域や居宅介護支援事業所へ地域ケア個別会議の開催を働きかける。	1. 5月 2. 3 随時
令和8年度	地域ケア個別会議を年4回開催する。	1 相談内容を検討し、平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票に基づいた会議を構成できるようになる。 2 地域ケア個別会議で課題となった地域課題、個別課題を包括内で整理する。 3 地域ケア個別会議で把握した地域課題を、小地域会議に報告できるようにする。	【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	富士白苑	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	認知症の相談が増えており、状態が悪化してからの相談も多いため、早い段階から相談できるよう、認知症についての理解や相談先の周知などの普及啓発を行う必要がある。
		3 地域の現状	・認知症に関する相談件数は年々増加している。 ・一番多い相談内容は介護保険申請・サービス利用について、次に認知症となっている。 ・相談経路は、家族・本人が多い。 ・初期集中支援事業の選定ケースは年1～2名程度で、個人で物忘れ外来等に受診するケースも増えている。 ・初期集中支援事業に関する問い合わせは殆どない。 ・状態が悪化してから相談に来るケースが多い。

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	包括職員の認知症への理解が深まり、地域で認知症サポーター養成講座や認知症予防教室を含む、普及啓発活動が行えている。	1. 認知症地域支援推進員を中心として初期集中支援事業を活用して認知症に関する研修会に全職種が参加し、知識や相談技術を習得し職員のスキルアップを図る。 2. 1で得た知識をもとに講座や教室で使用するリーフレットや資料を作成・情報の更新を行う。 3. 作成した資料を用いて、講座を開催し認知症についての理解や相談先の周知を行う。	1. 4月から3月 2. 4月から9月 3. 10月から3月
令和8年度	認知症への正しい理解や早期対応の重要性が広まり、早期に相談へ繋がるケースが増える。	1. 令和7年度より継続して、知識や情報の更新を行う。 2. 普及啓発の場や総合相談において対象者を拾い上げる。 3. 拾い上げた対象者について、早期介入の必要性を包括内で検討する。	【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	富士白苑
-----	------

●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の目的を再度包括内で共有する。保健師等を中心に、地域活動や総合相談で把握した対象者のアセスメントを実施し、適切な対象者を選定、終了後フォローを行う。	保健師等		【目標値】 年間1名以上 (1名) 参加者・ フォロワー者共に 1 名	←													→
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委託先の担当者会議に出席し、適切な介護予防ケアマネジメントであることを確認する。 ②包括内でケアプランについて勉強会を行い自己点検を行う。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 ①年30件、②勉強 会1回（67件＋書面 8件）	←						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】	総合相談などで基本チェックリストを実施し、適切なサービス案内や情報提供を行う。	保健師等		【目標値】 年間50件以上 (67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】	包括専門職や地域の医療介護関係機関やリハビリ職と連携し介護予防に関する講座を開催する。	保健師等		【目標値】 年2回 (年3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】	地域の通いの場(サロン) 、高齢者の集まり等に向けてフレイル予防に関する助言を行う。地域のリハビリ職(PT、OT、柔整師、あん摩マッサージ師等) と連携し講座を行う。	保健師等		【目標値】 年12回以上 (19回)	←	0 T												→
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】	圏域内の高齢者を対象にフレイルチェック測定会を企画する。 (共同開催1回、包括主催1回)	保健師等		【目標値】 年2回 (2回)	市 主 催							←	包 括					→
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%】	市から情報提供のあったハイリスク者に対し、電話や訪問にて状態把握や適切なサービス案内を行う。	保健師等		【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】	広報誌を作成し地域情報局に掲載する。また、地域のイベントに参加し包括を周知する。	全職種		【目標値】 広報誌：年3回 福祉祭：年2回 （広報誌3回、公民館祭り2回、福祉会館祭り1回）						広報誌			祭	広報誌			広報誌	
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行い、相談内容を包括職員で共有・検討し対応する。	全職種		【目標値】 毎日 （毎日）	←→													
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】	各自外部研修に参加する。包括研修を月1回開催しスキルアップを図る。	全職種		【目標値】 外部研修：全職員各年3回 包括研修：月1回 （外部研修35回、包括研修月1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】	BCP訓練を実施、BCPマニュアルの見直しを行う。	管理者		【目標値】 年1回 （訓練年1回）	←→													
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】	圏域内の医療機関に挨拶に伺い、包括の周知とリーフレットの配架依頼を行う。	保健師等		【目標値】 年間30件以上 (54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住民向け認知症サポーター養成講座を2回実施する。 ②企業あるいは小中学校で1回開催できるように、圏域内の小中学校や企業に対して認知症サポーター養成講座の案内を行う。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年間2回開催（2回） ②企業あるいは小中学校で1回開催（1回）	←					開催予定			開催予定					→
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1回開催する。 ②マッチングリストを作成し、チームオレンジメンバーの活動場所を提供する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年間1回開催（1回） ②年間1人以上（0人）	←							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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	①にこにこ予防教室を月に一度（毎月第3水曜日）開催し、外部講師によるコグニサイズを実施する。 ②脳いきいき講座修了者に対しにこにこ予防教室への参加を促す。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年間12回開催（20回） ②年間1人以上（0人）	←													→
(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】	認知症専門相談に対して認知症ケアパスや認知症に関するチラシを用いて、医療や介護サービス、地域のサロンやコグニサイズ等のネットワークにつなげる。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年間30％以上（53％）	←													→
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】	地域サロンや連携機関からの情報、総合相談等での関わりの中で、認知症及びMCIの方を早期に発見し、認知症初期集中支援事業につながるケースの発見に努める。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年間1件以上の相談ケース（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】	認知機能検査プログラムを実施し、認知機能の低下がみられる対象者に社会資源や医療機関の受診を案内する。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年間60件（53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にんじんカフェ（認知症カフェ）を毎月開催する。 ②認知症なでしこサロンの開催支援をする。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年間12回開催（12回） ②年間12回支援（11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。	①複合的な課題に対してケースカンファレンスを行い、様々な関係機関との連携方法を検討する。	社会福祉士		【目標値】 ①随時（7回） ②年2回（7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協議体などの地域の会議に出席して民生委員や福祉村等と情報共有を行う。															

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】	リーフレットを活用し定例会、サロン、個別相談などで成年後見制度や日常生活自立支援制度の普及啓発を行う。	社会福祉士		【目標値】 年5回開催（3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】	サロン、講話、終活講座等でエンディングノートを活用した周知、普及啓発を行う。	社会福祉士		【目標値】 年2回開催（2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医療介護関係機関、地域住民にリーフレットを配布して虐待予防・早期発見の普及啓発を行う。	社会福祉士		【目標値】 年3回開催（3回）	←											→
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】	高齢者虐待マニュアルに基づく事例検討を行う。	社会福祉士		【目標値】 年1回開催（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情報提供、必要時同行訪問を行う。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 個別相談支援15件 同行訪問15件 （個別相談支援15 件、同行訪問11 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】	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地域や居宅介護支援事業所へ地域ケア個別会議の開催を働きかける。 ③小地域ケア会議を開催する。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 勉強会1回、小地域 2回 （個別年1回、小地 域年3回）	←		勉強 会											→
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】	花水地区団体長連絡協議会、なでしこ地区協議体会議に出席し、関係性を保ち、地域課題について情報収集し共有する。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 開催時（2ヶ所） （なでしこ5回、花 水3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】	包括の役割周知や実情を把握するため、各団体の開催する会議に出席し、地域資源との良好な関係を保つ。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 20回 （23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＞

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	3.0	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	7.0	人

包括名	ふじみ
-----	-----

(2) 圏域の特徴	圏域の総人口	15,662	人
	高齢者数	4,744	人
	高齢化率	30.1	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	7	件
(3) 令和6年度実績	相談件数	2,452	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	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) 社会資源の高齢化 民生委員、町内会連合会、老人会役員、福祉村ボランティア、チームオレンジメンバーなど社会資源の中心となって活動している方が高齢化してきている。後任を選出しようとしても若い世代は引き受けることが難しい。地域活動できる人材が減っていることが課題。	【令和7年度終了後に記入】
(イ) 高齢者の社会参加 圏域内のほぼ中央に位置した場所に事務所があり、公民館や福祉村も近いので体操教室など開催しやすいが、拠点となる場所が中央に集中しているため、徒歩で来ることのできない高齢者が多い。またMCIや認知症の人が一人で行事やサロンへ参加することが難しい現状がある。	【令和7年度終了後に記入】
(ウ) 権利擁護 家族が遠方にいる、近隣との関係性が希薄になっている等で、支援者が少ない。身寄りがいない。対象者が契約等の手続きが行えない場合について支援する人が少ない。成年後見制度など公的制度が周知が不十分である。独居や判断能力の低下などで相談に至るまでの時間がかかり問題が深刻化している。	【令和7年度終了後に記入】

＜重点目標＞【地域課題】

包括名	ふじみ	課題番号	イ
-----	-----	------	---

1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)	地域のニーズに応じたサロンを開催できる場所を各地域団体とすり合わせすることができ、新たな開催場所の計画ができている。		
------------------------	--	--	--

2 地域課題	3 地域課題の選定理由	4 地域の現状	
圏域内のほぼ中央に位置した場所に事務所があり、公民館や福祉村も近いため体操教室など開催しやすいが、拠点となる場所が中央に集中しているため、徒歩で来ることのできない高齢者が多い。またMCIや認知症の人が一人で行事やサロンへ参加することが難しい現状がある。	公民館、福祉村を中心に活動を行っているが拠点が中央に偏っているため富士見地区全体の高齢者がまんべんなく参加することができない状況にあるため。	老人会の活動が行えていない地区もあり、そのような地区では高齢者の活動場所が無い。回覧板で包括の配布物を見てサロンなどに興味を持っても、歩いて行けないという意見を聞くことが多い。MCIや認知症の人が一人で行事やサロンへ参加することが難しい。	

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	「活動の場作り」のニーズ調査を行う	①調査方法や調査時期の計画を立てる ②各地域団体へ調査方法・調査時期について提案し、協力依頼を行う ③各地域団体、包括とで役割分担を決め、調査を実施する	①4月～6月 ②7月～9月 ③10～3月
令和8年度	ニーズのすり合わせを行い、計画案を作成する	①前年度に実施した調査内容について集計を行う ②集計結果から計画案を作成する ③計画案を各団体と協議する	【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	ふじみ	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）	「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	3 包括の現状
			・圏域内からの居宅介護支援事業所への「地域ケア個別会議」は周知しているが、ケアマネジャーからの開催依頼は数件である。専門職のみのカンファレンスは開催依頼があるが「地域ケア個別会議」となると日程調整がつかない等で、カンファレンスで終わってしまう現状にある。 ・民生委員より「地域ケア個別会議」に出席することが負担に感じる。専門職の中で発言することに抵抗があるという意見も見られており出席依頼が難しい現状がある。

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	包括職員全員が「地域ケア個別会議」の適切な活用ができる。	①地域ケア個別会議の在り方について理解する ②手順や必要書類について学ぶ ③模擬ケースを用いた地域ケア個別会議を包括内で開催する(2回実施)	①4月～6月、職員入職時 ②7月～9月 ③10月～3月
令和8年度	包括職員が適切な「地域ケア個別会議」を開催できる	①居宅ケアマネジャーから相談しやすい環境を整備する ②民生委員をはじめとする各地域団体から相談しやすい環境を整備する ③市、社会福祉協議会、警察、消防、一般企業から相談しやすい環境を整備する	【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	ふじみ	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）	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	MCIや認知症について普及啓発していくことは、MCIの方を早期に見つけることにも繋がり、認知症の予防にもつながっていく。
		3 地域の現状	・圏域の小学校、中学校、看護専門学校で認知症サポーター養成講座を実施できている。エリアの学校と連携できている。 ・健康だより（広報誌）を偶数月に発行している。 ・健康だより（広報誌）を町内会の回覧板で回覧している。圏域の薬局、クリニック等で配架してもらっている。 ・自立心や自尊心の高い人が多い。他人に助けを求めることが難しく、公的サービスを本当に困ってからではないと使わない現状がある。 ・包括と若い世代との関わりが希薄。 ・チームオレンジメンバーが高齢化して活動継続することが難しい方が多くなっている。新しい担い手となる人が不足している。 ・包括事業への参加者が少ない。 ・MCIに対する知識不足によるものなのか、症状を楽観的に捉えるからなのか理由はわからないが、MCIの段階で相談や医療に繋がるケースが少ない特徴がある。

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	地域の若年層にもMCIや認知症に対する正しい知識や情報を伝えることができる。若年層に認知症を我が事として捉えてもらえるようなきっかけ作りを行う。	1. 認知症サポーター養成講座や予防教室等で使用する資料を確認し、選定会議や研修等で得た知識を資料に反映させ、情報の更新を行う。 2. 健康だより（広報誌）で年1回はMCIと、若年性認知症の特集を組む。 3. 町内会の回覧板で脳の健康チェックの普及啓発を行う。 4. 初期集中支援選定会議で得た知識や情報を包括内で共有する。 5. まだ実施できていないエリアの企業等に認知症サポーター養成講座のアプローチを行う。 6. これまでアプローチできていない機関へよろずの周知を行う。（しまむら、特に若い世代の方への周知を強化する。若い世代の人の目につくところに配架や掲示をお願いする） 7. エリアの小・中・高等学校で認知症サポーター養成講座を行い、学生を対象に認知症に対する正しい理解をしてもらう。また、包括の周知を行う。 8. 子育てサロン（ひよこ）で、参加者（30、40代の母親）だけでなく、その夫、親世代を対象にした、認知症と生活習慣の関わりや、若い内から認知症の予防に繋がるような情報提供をする。また、引き続き、包括の周知を行う。	1. 4月～9月 2. 9月 3. 4月～3月 4. 4月～3月 5. 4月～9月 6. 4～3月 7. 4月～3月 8. 4月～3月
令和8年度	普及啓発活動を通じて、早期に相談支援に繋がるケースが増えている。職員も、令和7年度の取り組みを経て、一人一人が正しい知識を持って相談に対応することができる。	1. R7年度の取り組みを継続する 2. 認知症予防教室の新規参加者が増えるような働きかけを行う。 3. 民生委員向けにチームオレンジ研修を行い、認知症の方の課題、何ができるか考える機会を持つ。民生委員にMCIの人のサインに気が付いてもらうことで早期発見につなげる。	【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

●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

包括名	ふじみ
-----	-----

(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、総合相談対象者や地域住民との関わりから、チェックリストを用いて医療職とともにケースの選定を行う。	保健師等 全職種		【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】	適切なケアプラン作成のため、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としたケアプラン作成ついで勉強会を行う。委託のケースについては、主任介護支援専門員を中心に委託管理表をもと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】 年間2回勉強会 開催（1回） 自己点検（通年）	←		勉強 会				自己 点 検				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】	総合相談対象者や地域住民に基本チェックリストを行い、適切なサービス案内や情報提供を行う。	保健師等 全職種		【目標値】 50人（新規のみ） （1月末まで101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】	圏域内の医療機関や薬局に協力を依頼し、講話を前期・後期で各1回開催する。	保健師等 全職種		【目標値】 年2回以上（年2回）			医 療 機 関											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】	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講話やフレイルチェック測定会の普及啓発を行う。	保健師等 全職種		【目標値】 年12回以上（年15回）	←								PT					→
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】	前期に老人会で年1回のフレイルチェック測定会を開催し、後期に共同開催のフレイルチェックを開催する。	保健師等 全職種		【目標値】 包括企画年1回以上、共同開催年1回以上（年2回）				包 括 企 画				包 括 企 画	市 主 催					
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後に市より情報提供されるハイリスク者に対し、電話等でアプローチを行い、状況把握を行う。必要時は支援につなげる。	保健師等 全職種		【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】	センターの認知度向上のため、広報誌を隔月で作り、自治会に回覧、薬局、医療機関への配架。ふれあいサロン、ふれあいフェスタ、公民館祭り、夏祭りなど地域の50人以上集まるイベントに参加し包括の周知を行う。またSNS（地域情報局など）での周知を行う。	主任介護 支援専門 員 全職種		【目標値】 9回（9回）	広報誌		広報誌	夏祭り	広報誌		広報誌	ふれあいフェス	広報誌		広報誌	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：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	包括内での情報共有が行えるよう、朝礼後にミーティングをおこない、相談内容を整理し包括内の体制づくりを行う。	主任介護 支援専門 員 全職種		【目標値】 毎日・朝礼後（毎日・朝礼後（朝礼後）	←											→	
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】	相談支援を行う上での必要な知識を学びスキルアップするため、市、地域包括ケア推進課主催の研修へ各職種の参加。外部研修へ各職種、年1回参加する。	主任介護 支援専門 員 全職種		【目標値】 市主催研修：必須 外部研修：年1回（1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回の机上訓練を繰り返すことで、包括職員全員へのBCPを定着させると共に状況に応じて改善をおこなう。また、必要物品の見直しを行う。	主任介護 支援専門 員 全職種		【目標値】 年1回机上訓練実施（1回）						机上訓練							
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】	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を依頼し、関係づくりを行う。前年度依頼に行けていない医療機関等にも配布を依頼する。	保健師等 全職種		【目標値】 年20件（年18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】	・前年度実施できた小学校、中学校には、4月以降担当の先生にご挨拶に行き、日程調整していく。 ・高校には、部活動に所属している学生向けに7月に実施予定。4月以降日程調整していく。 ・高校PTA向けに9月～11月の間で実施予定。4月以降日程調していく。 ・企業には6月実施予定。日程調整中。 ・地域住民向けには、例年参加者が少ないことから、参加者が増えるように周知方法を工夫して、実施していく。	認知症地域支援推進員を中心に全職種		【目標値】 一般向け 年1回（年1回） 学校向け ・小・中学校各1回（各1回） ・看護専門学校各1回（1回） ・高校1回 ・高校PTA向け 1回 ・企業 年1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】	・一般住民向けのチームオレンジメンバー研修1回、民生委員向けのチームオレンジメンバー研修を前期で実施予定。 ・交流会は2回（前期と後期）実施予定。交流会では、チームオレンジメンバーの顔合わせと意見交換を行い、当事者のニーズとマッチングしていくことを目的に行っていく。 ・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。	主に認知症地域支援推進員		【目標値】 一般向け 年1回（1回） 民生委員向け 年1回（前期） 交流会 年2回（1回）	←													→
(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】	・認知症予防教室にてメモリーケアクリニック湘南の初期集中支援チームによる講話とコグニサイズを実施予定（調整中）。 ・脳いきいき講座終了者のフォローを行い、コグニサイズ教室につなげる。	認知症地域支援推進員を中心に全職種		・奇数月と4月、2月の計7回実施予定（認知症予防教室1回含む）（7回）	第1回	第2回		第3回		第4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】	・総合相談時に、認知症ケアパスを用いた、相談支援を行い医療、介護、地域等のネットワークにつなげる。	主に認知症地域支援推進員		【目標値】 ・20名 内30％ （22名 45％）	←													→
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】	・選定会議に参加することで、専門的な知識を身に付け、総合相談時に活かせるようにしていく。 ・認知症が重度化する前に、医療や介護に繋がれるように、選定会議にケースをあげたり、初期集中支援チームに相談していく。	主に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づき、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】	・意識のある方は、脳の健康チェックを受けているため、埋もれた方や、受けるのが怖いと思っている方にも実施してもらえるような方法を検討していく。 ・MCIの方を広く、早期に見つけられように周知方法や実施方法を検討する。 ・毎年継続して受けてもらえるよう案内し、実施していく。	主に認知症地域支援推進員		【目標値】 ・60名（60名内：新規21名、継続39名）	←													→
(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】	・総合相談の時や脳の健康チェックを実施した際、当事者、家族へ周知し、情報を届けられるようにする。 ・当事者が参加できるような取り組み方法を検討する。 ・チームオレンジメンバーの得意な事を活かせるような内容を検討する。	認知症地域支援推進員を中心に全職種		年6回（6回）（偶数月の第2月曜日）実施予定。	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ	ぬくもりカフェ

●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センター内で情報共有を行ない相談ケースに応じて必要な関係機関や手法を検討していく。 ②・民児協や町内会定例会、一人暮らし給食会などで見守り体制の課題や状況などを共有し、必要に応じた支援に繋げていく。 ・あんしんカード活用周知のため、老人会や民児協に配布する。	社会福祉士 全職員		①随時 ②・年2回（年2回） ・あんしんカード配布40部（老人会17部、民児協28部）	←											→

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】	平塚後見センターよりそいのパンフレットなどを利用し、民生児童委員や町内会会長に向け制度の普及・啓発活動を各1回行う。	社会福祉士		【目標値】 普及啓発 年2回（年2回） 相談：随時	←											→
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】	老人会や社協主催の給食会参加者に向けエンディングノートを活用した講話を行い普及・啓発活動を行う。	社会福祉士		【目標値】 年2回（年3回）	←						老人会					→

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】	・県のリーフレットなどを用い、民生児童委員、町内会会長に向け、早期相談や発見につながるよう高齢者虐待の予防・普及活動を各1回行う。 ・法人内事業所向けに予防・普及活動を1回行う。	社会福祉士		【目標値】 年3回（年3回）			民生委員		町内会長							法人
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】	相談対応を行ったケースを基に事業所内で虐待マニュアルを用いながら事例検討を1回以上行う。	社会福祉士 全職員		【目標値】 年1回（年1回）								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全職員が対応できるよう包括内での情報共有、カンファレンスを行い、情報提供、助言、同行訪問を行う。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 同行訪問（年47件） 年40件 民児協との交流会 （年1回）	←								民 児 協 と 交 流 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）																			
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】	ケアマネジャー、民生委員など地域団体、地域企業を交え高齢者個人の個別課題の解決、及び地域課題の発見のため地域ケア個別会議を年2回開催をする。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 個別ケア会議 年2 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：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	地域ケア個別会議より浮き彫りにされた地域課題について地域の住民が自ら主体的に解決できる仕組みの構築を考え支え合うことができるよう、地域で開催する協議体を開催支援すると共に取り組みを支援する。前期1回、後期1回開催支援予定。	主任介護 支援専門 員		【目標値】 年2回（年2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）への定期的な出席は昨年度同様に継続する。教育機関との連携強化のため、小学校、中学校、高等学校、高等学校PTAへのアプローチをかけていく。	主任介護 支援専門 員 全職種		【目標値】 小、中学校：年1回 ずつ（1回ずつ） 看護学校：各1回 （1回ずつ） 高等学校：年1回 高等学校PTA：年1回 各団体：地域実情に 合わせ随時	←	小、 中、 高 等 学 校	看 護 学 校、 民 生 委 員、 自 治 会	薬 局、 医 院			地 区 社 協、 民 児 協			町 内 会 連 合 会	看 護 学 校	地 区 社 協	公 民 館	→

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）	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		人
	その他（ ）		人
		4.0	人

包括名	まっがおか
-----	-------

(2) 圏域の特徴	圏域の総人口	7,654	人
	高齢者数	2,508	人
	高齢化率	32.7	%
	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	2,458	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	7(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) 8050問題 8050世帯は支援に繋がりにくく、問題が大きくなってから表面化する事が多いため支援が困難である。 50代前後の子や精神、認知、ひきこもりなどの複数課題を抱えたケースへの見守り強化と関係機関の連携強化を図る必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
(イ) 認知症 認知症高齢者（独居含む）が増加していると同時に家族や近隣との関係性も希薄になってきている。 そのため、金銭管理や公共料金など諸手続きができなくなり包括で支援せざるを得ないケースが増えている。 認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていくことができるよう見守りネットワークを作る必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
(ウ) 地域の担い手不足 地域に自治会、地域サロン、福祉村があるが役員は8 0代の方が多く運営側の人数も減少し続けている。 生活支援のニーズは高まっているが、若い方の加入がなく次世代の担い手不足が深刻化している状態。	【令和7年度終了後に記入】

<重点目標>【地域課題】

包括名		まつがおか		課題番号	ア
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)		8050世帯等複数課題を抱えたケースを地域で見守り、支援機関と情報共有し、それぞれ役割をもって対応することができる。			
2 地域課題		3 地域課題の選定理由		4 地域の現状	
8050世帯は支援に繋がりにくく、問題が大きくなってから表面化する事が多いため、支援が困難である。 50代前後の子や精神疾患、認知症、ひきこもりなどの複数課題を抱えたケースへの見守りと関係機関の連携強化を図る必要がある。		・8050世帯や複数課題を抱えたケース等の相談先や支援方法がわからず、対応が困難と感じる事が多い。 ・相談先が整理され、関係機関の連携が強化されることが必要と思われる。		・高齢者人口：2508人 高齢化率：32.7% ・80代の親が50代前後の子を隠そうとしてしまい、支援につながりにくくなっている。 ・貧困、支援者不在、キーパーソン不在など多くの問題を抱えているケースが多い。 ・周囲は心配してるが、本人たちが支援を必要と思っておらず介入ができない状況になっている。 ・50代前後の子に訪問して関わってくれる機関がなく、相談先が整理されていない。	
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	精神疾患、ひきこもり、発達障害など相談先が整理されている。 民生委員や福祉村等地域の関係機関に8050等複数課題を持つ家庭は、問題があり対応が必要なケースという共通認識をもってもらう。		1. 精神疾患、ひきこもり、発達障害など相談先の整理を行う。 2. ケアマネジャー、民生委員、福祉村等地域の関係機関に相談先一覧を配布する。 3. ケアマネジャー、民生委員、福祉村等地域の関係機関に8050等複数課題を持つケースに対する問題意識をもってもらえるようリーフレット等を配布する。 4. 職員が研修を受講し相談対応や支援方法などを学ぶ。		1. 4月から9月 2. 9月頃 3. 適宜
令和8年度	それぞれの機関が役割を持ち、情報共有をして対応することが出来る。		1. 関係機関と情報共有を行い連携を強化していく。 2. チラシ等を作成し80世代に向けて50代前後の子の相談先について周知する。 3. 民生委員を小グループ(地区)分けし、年一回は情報共有、交換をする機会を作る。 4. 関係機関と定期的にフィードバックを行い、ケースの終結までを把握できるようにする。		【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	まつがおか	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	3 包括の現状
			・相談件数2387(R6/4～12) 地域ケア個別会議回数3回で小地域ケア会議開催回数は2回 ・相談件数としては本人からが一番多く家族や親族が次で、その次はケアマネジャーとなっている。 ・地域ケア個別会議は包括からケアマネジャーに問題となっているケースについて開催を打診して開催に繋がっている。ケアマネジャーからの自発的な開催要望は少ない。 ・「平塚市地域ケア個別会議開催のポイント確認票」を実施したところ回数だけが満たされていない事が分かった。

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	・個別ケア会議開催要項について、包括職員で共通認識を持つために勉強会を開催していく。 ・地域の方やケアマネジャーにも個別ケア会議への理解や開催する意味合いを分かってもらうためチラシを作成して周知をしていく。	1. 包括職員全員で共通認識が出来るよう、読み合わせ等をおこなっていく。 2. 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。 3. 会議のファシリテーターとして会議の進行が出来るよう準備をおこなう。 4. 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出来るように開催していく。 5. 地域関係機関やケアマネジャーが相談しやすい体制づくりに取り組む。	1令和7年4月末まで 2～4. 随時 5. 通常時
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、「地域課題の把握の為の会議」としても捉え、地域ケア個別会議を通じて地域の繋がりが強化され、支え合いの基盤がつくられるようにしていく。 ・個別ケア会議の開催を年4回以上おこなっていく。 ・終結した個別ケア会議についても振り返りをする。	1. 地域課題把握のため、個別課題の整理だけでは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ような会議を開催する。 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	まつがおか	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「 予防・早期発見 」が充実している。	2 選定理由	元気な高齢者が継続的に参加ができる認知症予防の場が多いことが松が丘地区の強みである。青空サロン（3地区）や地域サロン、通いの場など既存の社会資源に通う元気な高齢者に普及啓発を行い、包括職員だけでなく住民同士のちょっとした気づきからMCI高齢者の早期発見や早期対応に繋げていきたいため。
		3 地域の現状	・3地区で青空サロンが開催されている。 ・通いの場、住民主体のサロンがある。 ・町内福祉村でも介護予防サロンを行っている。 ・包括に相談がある時にはすでに認知症が進行しており、日常生活に支障が出ていることが多い。

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	3地区で開催されている青空サロンが継続的に開催することができている。認知症予防のため参加者を増やすことに加え、MCIの普及啓発を図ることで住民が知識を得て、住民同士での早期発見ができる体制を構築する。	1. 新規総合相談からサロン参加につなげていく。 2. SNSを活用し介護者にも包括や認知症の周知啓発を行う。 3. 継続してサロンに参加していただけるようプログラムを工夫する。 4. 包括の周知、MCIの周知のチラシをポスティングする。	1～3. 通年 4. 10月～11月
令和8年度	青空サロン等地域サロン参加者の中からMCI高齢者の早期発見に繋げ、認知症カフェや脳いきいき講座、認知症初期集中支援事業等の社会資源につないでいく。	1. 簡易認知機能検査の実施する。 2. 認知症カフェの開催する。 3. 脳いきいき講座対象者の選定・案内をおこなう。 4. 認知症初期集中支援事業の活用をする。	【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

●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

包括名	まつがおか
-----	-------

(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】	地域サロンや相談対応から対象者を選定し、利用につなげていく。事後のフォローも行う。	保健師等		【目標値】 2名以上利用へつなげる。（3名）	←													→
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】	委託先の適切な介護予防ケアマネジメントが行われているか確認を行い、担当者会議への出席や相談を行っていく。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【委託先担当者会議への出席率】 80%（86%）	←													→
(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】	相談対応時は基本チェックリストを活用してアセスメントを行い、適切なサービスを案内する。	保健師等 を中心に 全職種		【目標値】 33名実施（38名）	←													→
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地域リハビリ職、薬剤師へ依頼し健康増進やフレイル予防に関する講話を行う。 ②薬剤師に依頼し、個別に相談ができるお薬相談会を開催する。	保健師等		【目標値】 ①年2回（年5回） ②年2回（年5回）			薬剤師		薬剤師		薬剤師、 リハ職		薬剤師		薬剤師		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】	①通いの場へ訪問しフレイル予防に関する知識の普及を行う。 ②伊勢山、新町・大原にて青空体操を自治会等と共同開催する。	保健師等		【目標値】 ①年12回以上（18回） ②毎週火曜（73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伊勢山地区、大原・新町地区にて包括主催のフレイルチェック測定会を実施する。 ②東中原地区にて共同開催のフレイルチェック測定会を実施する。	保健師等		【目標値】 ①年1回（2回） ②年1回（1回）				伊勢山	共同開催		新町大原							
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%】	フレイルハイリスク者に対して電話や訪問等を行い、適切な社会資源を案内する。	保健師等		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自治会の「ふれあい祭り」や地区社協の一人暮らし食事会「松ぼっくりの会」等に参加する。 ②公民館の「高齢者学級」参加する。 ③まつがおか通信の配布・SNSでの発信を実施する。	全職種		【目標値】 ①年3回以上（4回） ②年2回以上（2回） ③年3回以上（210回）	←			高齢者学級	松ぼっくり					ふれあい松ぼっくり				松ぼっくり	→
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】	朝夕のミーティングで相談への対応や報告を行い今後の支援の方向性を確認しつつ職員全員で共通認識を持ち対応をしていく。	全職種		【目標値】 朝夕ミーティング（毎日）	←														→
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平塚市が開催するセンター向け研修会に参加する。 ②その他各専門職が自己研鑽に必要とする研修会に出席する。 ③法人内研修に参加	全職種		【目標値】 ①平塚市主催の研修は必須 ②専門職種の研修年1回以上 ③年1回以上	←	身元保証と後見制度			管理者 / アセスメント修						管理者研修				→
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】	センターの安全性の確保及びリスクマネジメントの推進の為に年に1回以上の訓練とBCPの見直しを実施する。	全職種		【目標値】 年1回以上（3回）	←														→
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】	医療機関へ包括機関紙、在宅医療パンフレット配架依頼と挨拶に行く。	保健師等		【目標値】 9カ所（9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エリア内の小中学校、企業に認知症サポーター養成講座の普及啓発を行う。 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小中学校等で1回・企業で1回開催（4回） ②年1回以上（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、活動できるようにする。 ③チームオレンジメンバーにチームオレンジ通信を配架し活動の普及啓発を図る。	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随時 ③年1回（1回）	←	通信発行								オレンジ				→
(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包括主導での青空寄り道サロンを開催する。 ②地域団体と協働で青空体操（2か所）を開催する。 ③地域サロンや福祉村と協働で認知症予防教室を開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①毎週水曜日（42回） ②毎週火曜日（各81回） ③年3回（8回）	←									認知症予防教室				→
(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）																			
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】	認知症の専門相談に対して認知症ケアパスや独自のチラシを用いて、本人及び介護者を医療・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		【目標値】 50%以上（88%）	←													→
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包括の周知とともにMCIの普及啓発を図る。 ②総合相談や地域サロンでの高齢者との関りなどから認知症の疑いのある方を早期に発見し、認知症初期集中支援チームにつなげていく。	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年1回以上（2回） ②年間1件以上（3件）	←	広報発行												→
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】 年80件以上（129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青空寄り道サロン・寄り道サロンを継続開催する。 ②定期的に認知症カフェ喫茶まつがおかを開催する。	認知症地域支援推進員を中心に全職員		【目標値】 ①毎日（128回）※青空寄り道サロン：毎週水曜日 ②奇数月第3木曜日（6回）	←		認知カフェ		認知カフェ		認知カフェ		認知カフェ		認知カフェ		認知カフェ	→

●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個別相談ケースの関係機関は必要に応じてカンファレンスを開催し、顔合わせ・情報共有を行う。 ②独居高齢者世帯に広報まつがおかをポスティングする。毎週3地区での青空体操を行い、異常の早期発見・地域でからの情報を素早くキャッチできるよう相談窓口の周知を図る。 ③精神疾患、ひきこもり、発達障害など相談先の整理を行う。8050等複数課題に対する相談先一覧やリーフレットを民生委員、ケアマネ等関係機関に配布する。	社会福祉士中心に全職種		【目標値】 ①随時（2回） ②年2回（3回）	←											→
												広報					

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個別相談に応じ成年後見制度の情報提供、利用支援を行う。必要に応じよりそい・専門職へとつなぐ。 ②地域サロン、認知症サポーター養成講座等にて成年後見制度の普及啓発を行う。	社会福祉士中心に全職種		【目標値】 普及2回、制度利用1名（普及3回、制度利用4名）	←											→
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】	地域サロン等で終活講座を実施する。個別相談時に必要に応じエンディングノートの情報を提供する。	社会福祉士中心に全職種		【目標値】 年1回（3回）	←										講座	→

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等で高齢者虐待について話す。民生委員に高齢者虐待についてのプリントを配布し虐待に対する理解と早期発見の意識づけを行う。年1回法人ケアマネジャー対象に研修を行う。	社会福祉士中心に全職種		【目標値】 年1回（3回）	←					民生					法人	→
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】	年度内に発生した高齢者虐待ケースについて包括内で振り返りを行う。	社会福祉士中心に全職種		【目標値】 年1回（年1回）	←										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相談や地域の方から相談を受けてケアマネジャーに相談したり、多職種と連携を取りながら情報提供や助言・同行訪問を行なっていく。	主任介護 支援専門 員を中心 に全職員		【目標値】 個別件数30件 （102） 同行件数20件 （53）	←													→
(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】	個別ケア会議を開催し、共通する課題については小地域ケア会議にて全体報告、共有する。	主任介護 支援専門 員 社会福祉 士中心		【目標値】小地域 ケア会議2回（2回）	←					小								小
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】	地域で活躍する団体（福祉村連絡協議体等）への参加や協議体開催開催支援を行っていく。	全職種		【目標値】2回 （2回）	←					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】	エリア内の社協・自治会・民児協・福祉事業所・各サロンや老人会のイベント等に参加をして、地域の課題発見やネットワークの構築を継続で行っていく。	全職種		【目標値】 年8回程度	←			老人 会	社協			ふれあ い	社協	老人 会	新年 顔あ わせ 会	老人 会		社協

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）	1.0	人
	社会福祉士	1.0	人
	介護支援専門員	1.8	人
	介護福祉士		人
	事務員	0.4	人
	その他（ ）		人
	合計	5.2	人

包括名	みなど
-----	-----

（２）圏域の特徴	圏域の総人口	14,217	人
	高齢者数	4,224	人
	高齢化率	29.7	%
	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	1,703	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	3（0）	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） 地域資源 比較的活動性を保っている高齢者でも、金銭的余裕がないと社会参加を勧める場がない。	【令和7年度終了後に記入】
（イ）地域交通 公共交通機関及び商業施設がない地域があり、自力でバス停まで行きバスに乗るかタクシーを利用することができないと外出が困難になっており、宅配などの利用が苦手な方は買い物が困難になっている。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ）地域連携 自治会や民生委員などの地域団体の高齢化や担い手不足におけるネットワーク不全。	【令和7年度終了後に記入】

<重点目標>【地域課題】

包括名	みなと	課題番号	(ア)
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)	地域におけるサロンなど社会参加の場を把握すると同時に情報の見直しを行うことで、住民がタイムリーな情報を得て地域で活躍できる場を自ら選ぶことができる。		
2 地域課題	比較的活動性を保っている高齢者でも、金銭的余裕がないと社会参加を勧める場がない。	3 地域課題の選定理由	4 地域の現状
		・介護保険利用ではない社会参加の場について、問い合わせが増加しているので対応する必要がある。 ・社会参加の場に職員全員がかかわることで、住民のニーズを把握・共有することができる。	・話を楽しめる場や活動を行えるサロンを利用したい旨の問い合わせが増加しているが、対応しきれず包括が実施しているサロンが主流となっている。 ・サロンや講座など問い合わせしてみても条件に合わない場合が多い。 ・通いの場や公民館などの教室やサロンは、人間関係が出来上がっていて、新しい人が参入しにくいという声がある。 ・インフォーマルな社会資源の把握ができていない。
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	公民館や通いの場の特徴や、社会資源としての現況を把握する。 ・活動やサロンの内容や方向性、利用した感想や新規加入に積極的かなど把握し、地域住民に具体的に紹介できるようになっている。 ・把握したものを地域の傾向や課題としてサロン主催者などと共有し共有することができる。	①港地区の通いの場及び須賀公民館で開催されている活動やサロンを拾い出し、連絡・訪問方法や調査の記録・評価基準、集約の方法などを包括内で協議する。 ②参加者の声や問い合わせの住民の声の記録も包括内で協議する。 ③手分けして問い合わせ・訪問（見学）・評価を行い記録する ④記録したものを集約してサロン主催者などと共有する。	①4月～5月 ②4～5月 ③6月～3月 ④1月～3月
令和8年度	地域住民が活躍できる場を、自ら選ぶことができる。 ・公民館や通いの場以外の社会資源の現況も把握し、地域住民に具体的に紹介することで、住民の選択の幅が広がっている。 ・サロン主催者などと連携ができるようになり、地域住民のニーズなども共有することができる。 ・社会資源の選択肢を定期的に見直し、更新された内容を地域住民に提供できる。	①令和7年度に作成したリストを基に公民館活動と通いの場以外の活動の場のリサーチについて包括内で検討し、令和7年度の調査方法に準じて調査を行う。 ②令和7年度と同様に通いの場及び須賀公民館で開催されているサロンの訪問参加を行い、変更点などないか調査し住民ニーズなどを共有する。 ③作成したリストを活用する。	【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	みなと	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。		・「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」について包括職員の理解が低い。 ・地域ケア会議についての包括職員の理解が低い。 ・ケアマネージャーも地域ケア会議の活用の理解が低く、必要性を認識していない。 ・相談件数 1892件 個別ケア会議回数 3回 小地域ケア会議回数 2回	

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	・包括職員の地域ケア個別会議及び「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」の理解を深め活用することで、地域課題の把握に取り組むことができる。	①「地域ケア会議の在り方」や平塚市の資料を基に地域ケア会議について包括内で読み合わせを行い、理解を深める。 ②「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」を包括内で確認し理解を深める。 ③該当するケースを抽出し確認票の活用を実践し、個別ケア会議を実施する。	①②4月～6月 ③5月～2月
令和8年度	・地域や居宅介護支援事業所からの相談より、地域ケア個別会議を開催し、地域課題の整理を行うことができる。	①「平塚市地域ケア個別会議開催ポイント確認票」の活用方法を包括内で検討し、包括内で手順化できるようにする。 ②該当ケースの抽出方法を包括内で検討し、個別ケア会議を実施する。	【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		みなと		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。				初期集中支援事業とMCIにおいて認知度が低いため、住民の利用につなげるために普及啓発が必要。				MC I について認識している方は少なく、初期集中支援事業の認知度も低い。			

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MC I の段階で初期集中支援事業へ繋ぐことのメリットを理解し、地域住民の相談及び講座などで啓発することができる。	①認知症初期集中支援選定会議に包括職員が出席して理解を深め、メリットを説明できるようになる。 ③MC I についての研修や読み合わせを行い、理解を深める。 ④MC I 及び認知症対象者へのアプローチ方法の事例を調べ、包括職員で共有して理解を深め、必要に応じて実施する。	①4月～9月 ②4月～9月 ③10月～2月
令和8年度	・ 地域住民に対しMC I 及び初期集中支援事業について普及啓発し、対象者をつなぐことが出来るようにする。	①地域住民（自治会、民生委員等）向けに講座（説明会）を開催する。 ②総合相談で対象となりそうな利用者に初期集中支援事業について啓発する。 ③地域事業（予防教室、包括サロン等）の参加者に、初期集中支援事業についてのアナウンスをする。	【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	みなと
-----	-----

●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：①該当者に通所型サービスCへの参加を促す。 ②通所型サービスC利用者（中断者）のフォローを行う。】	①地域活動や相談業務の中で基本チェックリストを実施し該当者に通所型サービスCへの参加を促す。 ②通所型サービスC利用者（中断者）のフォローを行う。	保健師等		①1名(3名参加1名中断) ③3名以上(3名)	←															→	
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めます。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】	介護予防計画書について自己点検の機会を設け実施、振り返りを行う。	主任介護支援専門員を中心に全職種		年1回(なし)				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：年40件】	総合相談・介護保険申請者に対して基本チェックリストを実施、適切なサービス案内や情報提供を行う。	保健師等を中心に全職員		年40件(R6.4-R7.2 44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】	6月 済生会湘南苑 理学療法士と管理栄養士 2月 済生会湘南平塚病院 看護師による健康講座の開催する。	保健師等		年2回以上(年3回)			理学療法士・管理栄養士											看護師			
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(サロン)、高齢者の集まり等に向けてフレイル予防に関する助言の支援を行う。地域のリハビリ職(理学療法士・管理栄養士・柔道整復師等)と連携していく。□	保健師等		年12回以上(年12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】	高浜台ハイツ集会室での包括企画フレイルチェック測定会を実施する。 須賀公民館での共同開催フレイルチェック測定会を実施する。	保健師等		包括企画年1回以上、共同開催年1回以上(包括企画年2回、共同開催年1回)				共同開催			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%】	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		把握率 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：①広報誌 配布年3回、地域HP年10回、法人年HP10回 ②地域のイベント参加 年4回。】	①広報誌の発行と配布、地域HP掲載、法人HPに活動報告掲載を行い認知度を向上する。 ②地域のイベントに包括職員が参加して啓発する。	管理者 を中心に全職 種		①広報誌年3回 HP掲載各年10回 ②地域のイベント参加 年4回 （①広報誌年3回 HP掲載各年10回 ②地域のイベント参加 年4回）	HP	HP	HP	HP 広報誌	HP 盆踊り	福祉祭 り	HP 地区レク	HP 広報誌	HP	HP		公民館祭 り	HP 広報誌	
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：①朝ミーティング 営業日、②所内ミーティング 月2回】	①毎日朝ミーティングを実施し連絡事項・相談ケース・各自予定を共有。 ②随時ミーティングを実施し所内の取り決め事項・相談ケースなど共有。	管理者 を中心に全職 種		①朝ミーティング 営業日 ②所内ミーティング 月2回 （①朝ミーティング 営業日 ②所内ミーティング 月2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：①平塚市開催の研修会等に参加②その他の研修会等に参加③所内での伝達研修を開催（年4回）】	①平塚市開催の研修会等に参加しスキルアップをはかる。 ②その他の研修会等に参加しスキルアップをはかる。 ③所内での伝達研修を企画・開催する。	全職員		①随時 ②随時 ③年4回（随時） （①14回②13回③なし）	←													→
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：①BCPの読み合わせと確認の実施。 ②避難訓練の実施。③BCPの評価と見直しの実施。】	①研修（BCPの読み合わせと確認）の実施。 ②避難訓練の実施。 ③BCPの評価と見直しを行う。	管理者 を中心に全職 種		①年1回 ②年2回 ③年1回 （①1回②1回③1回）		避難訓練	研修				防災ダイヤル		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：10件】	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		10件（10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：①市民向け 年1回 ②地区住民向け 年2回 ③企業向け営業 年1回 ④学校向け営業 年1回】	①市民向け認知症サポーター養成講座の開催 ②港地区住民向け認知症サポーター養成講座の開催 ③企業向け認知症サポーター養成講座の開催 ④学校向け認知症サポーター養成講座の開催	認知症 地域支 援推進 員 社会福 祉士		①年1回（1回） ②年2回（2回） ③年1回（0回） ④年1回（0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チームオレンジ研修を開催しチームオレンジメンバーの育成をはかる。 ②マッチングリストの作成を行う。 ③チームオレンジ交流会を企画して活動意識を共有する。	認知症 地域支 援推進 員 社会福 祉士		①年1回（1回） ②マッチングリストの作成（実施） ③年4回（4回）	←													→
(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：①予防教室を年12回開催。脳いきいき講座終了者の参加がある】 ※【目標：予防教室年6回以上開催】	①認知症予防教室の開催 ②脳いきいき講座修了者が認知症予防教室に継続参加	認知症 地域支 援推進 員 と保健 師等		①年12回（12回） ②修了者全員（0人）	←													→
(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：①認知症総合相談にケアパスを用いて対応しネットワークにつなげる割合 年30％程度】	認知症総合相談にケアパスを用いて対応しネットワークにつなげる。	認知症 地域支 援推進 員を中 心に全 職種		年30%（23%）	←													→
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】	該当ケースを包括内で共有し、初期集中支援事業選定につなげる。	認知症 地域支 援推進 員を中 心に全 職種		年1件以上（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】	個別相談や地域のイベント時などに認知機能検査プログラムを住民に勧める。以前受けたことがある住民にも定期的に受けることを勧めていく。	認知症 地域支 援推進 員を中 心に全 職種		①60人/年（90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 年6回 開催支援 年6回】	①季節に応じたイベントを楽しみながら語り合うカフェを開催する。 ②音楽講師が地域で開催する音楽サロン（認知症カフェ）の開催支援する。	認知症 地域支 援推進 員を中 心に全 職種		①認知症カフェの開催 年6回（6回） ②開催支援 年6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：①連携ケースの検討回数 年2件 ②一人暮らし又は高齢世帯への連携支援件数 年10件】	①様々な機関や手法を活用した連携対応を実施したケースの共有を日々のミーティング [※] 及び定期ミーティング [※] で検討する。 ②一人暮らし又は高齢世帯など孤立傾向のある世帯に関して、安否確認や見守り体制の構築の支援を行う。	社会福祉士を中心に全職種		①年2件 ②年10件 （①3件②11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：①地域住民の集まりで成年後見制度の啓発を行う年4回 ②広報誌・地域HP・法人HPに記事を記載 年1回】	①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） ②広報誌・地域HP・法人HPに啓発記事を記載	社会福祉士を中心に全職種		①年3回 ②各記事年1回 （①4回②1回）				啓発			啓発	掲載				啓発
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】	老人会やサロンでエンディングノート等を活用した終活講座を開催して啓発する。	社会福祉士を中心に全職種		年1回以上 (2回)							講座					

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：①認サポ・民児協定例会などで実施。合計5回 ②広報誌・地域HP・法人HPに記事を記載 年1回】	①講座や会合、サロンなどで高齢者虐待について講話を行う。 ②広報誌やHPに啓発記事を掲載し普及啓発を行う。	社会福祉士を中心に全職種		①年3回 ②各記事年1回 （①3回②1回）				啓発			啓発					啓発・掲載
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】	相談対応を行った事例を基に事例検討を年1回以上実施	社会福祉士を中心に全職種		年1回以上 (2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】	①個別相談支援として情報提供や助言を行う ②同行訪問を行い後方支援を行う（支援実人数が指標）	主任介護支援専門員を中心に全職種		①40件（42件） ②10件（14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】	①包括内ケースを基に個別ケア会議を開催する ②小地域ケア会議を定期的に開催する	主任介護支援専門員を中心に全職種		①小地域ケア会議2回（2回） ②個別ケア会議1回（3回）			小地域						小地域					
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】	協議体への開催支援を行う。 圏域内協議体数：1か所ネットワークみなと協議体 ※第二層地域協議体への参加、開催支援が指標	主任介護支援専門員を中心に全職種		協議体への開催支援2回（2回）			小地域					小地域						
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、民児協、地区社協、福祉の機関、医療機関が行う活動へ参加して連携を強化する	主任介護支援専門員を中心に全職種		年10回（10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＞

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	3.0	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	7.0	人

包括名	ゆりのき
-----	------

（２）圏域の特徴	圏域の総人口	26,940	人
	高齢者数	6,737	人
	高齢化率	25.0	%
	圏域の居宅介護支援事業所数	9	件
（３）令和6年度実績	相談件数	1,659	件
	虐待通報件数（うち認定件数）	7(0)	件
	地域ケア個別会議開催数	1	回
	小地域ケア会議開催数	8	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） いざという時（緊急時）の対応 ゆりのき担当圏域は大型マンションなど集合住宅が多く、隣近所との交流が希薄になっているところもある。ひとり暮らし等で緊急時に気づいてくれる人いない、救急車を要請した際ドアを開錠できず搬送までに時間を要する人も増えている。近くに親族がいない方や身寄りがいない方も多く、入院・入所の手続きなどの協力を得られない人も多い。そのため、高齢者に限らず、いざという時（緊急時）に備えておく必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（イ） 地域のネットワークの構築 重篤化してから相談につながるケースが増えており、高齢者の孤立・閉じこもり防止に向け、フレイル予防や相談窓口の周知啓発と支援に繋げるために、地域のネットワークを広げる必要がある。	【令和7年度終了後に記入】
（ウ） 担い手の不足 地域の各種団体の役員や地域のボランティアを募集しても集まらず、役員の高齢化と負担の増加がある。担い手不足が地域の課題であることを地域住民にも知っていただき、地域住民が地域に愛着が持てるよう、住民が地域行事に積極的に参加したり活躍できる場を増やし、地域の担い手として育成していく必要がある。	【令和7年度終了後に記入】

<重点目標>【地域課題】

包括名		課題番号	
ゆりのき		イ	
1 中期目標 (令和8年度の目指す姿)		崇善・松原地区ごとに、地域の団体等と高齢者の孤立・閉じこもり防止に向けたネットワークづくりに取り組み、高齢者が参加できる場や交流の機会が増えている。	
2 地域課題		3 地域課題の選定理由	4 地域の現状
重篤化してから相談につながるケースが増えており、高齢者の孤立・閉じこもり防止に向け、フレイル予防や相談窓口の周知啓発と支援に繋げるために、地域のネットワークを広げる必要がある。		マンションに転入してくる高齢者が多く、地域との交流がない方や乏しい方が多い地区である。そのため、孤立・閉じこもり防止、フレイル予防に向けた取り組みが必要である。また、ゆりのき予防サロンでのアンケートでは、「人と話す機会がない」という回答者が少なからずいる。	・崇善地区、松原地区は平塚駅に隣しており、マンションが多く建設されている。都心への通勤にも便利で公共機関が近く商業施設もあり若い世帯も多いが、高齢者の転入も多い地域である。崇善地区は、人口が増加している。 ・平塚市の世帯人数平均は2.2人であるが、ゆりのきが担当する崇善地区は平均1.83人、松原地区は平均2.09人と市の平均以下である。ひとり世帯が多い地域と捉えている。
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	地域の団体等と連携し、高齢者の孤立・閉じこもり防止に向けた取り組みを行ない普及啓発ができています。	1 崇善地区においては、高齢者の孤立・閉じこもり防止や相談窓口の普及啓発のチラシを作成し、地域の団体・関係機関等と共に、高齢者に普及・啓発を行う。 2 松原地区においては、令和6年度に検討してきたチラシを配布し、あいさつ運動と絡めて孤立・閉じこもり防止に向けた普及啓発を地域の団体・関係機関と調整する。 3 関係機関等に高齢者の孤立・閉じこもり防止に向け、フレイル予防と相談窓口の周知を行い普及啓発に取り組む。	1 崇善地区：4～7月、チラシ作成。 8月頃～チラシ配布。 2 松原地区：4月からチラシ配布 3 通年
令和8年度	令和7年度の普及・啓発について評価を行い、地域の団体等と高齢者の孤立・閉じこもり予防のネットワークづくりの取り組みが出来ている。	1 普及・啓発の実施状況を小地域ケア会議で共有し、引き続き地域の課題解決に向けた検討を行う。 2 地域の団体等に、高齢者の孤立・閉じこもり防止に向けてフレイル予防と相談窓口の周知を行い、早期に相談に繋がるための地域のネットワークづくりに取り組む。 3 高齢者の孤立・閉じこもり防止に向け、フレイル予防と相談窓口の周知先を増やしネットワークづくりに取り組む。	【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	ゆりのき	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。			・ケアマネジャー等からの支援困難な相談を受け、主任介護支援専門員をはじめとした職員で相談対応やサービス担当者会議参加するなど対応している。その中でも、課題解決に向け、地域ケア個別会議が必要と判断した場合に開催している。令和6年度は1回開催。

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	包括職員内で開催ポイント確認票の理解を深め、地域課題の解決に向け、地域ケア個別会議を関係機関とともに開催することができる。	1 包括職員内で開催ポイント確認票の理解・共有を図り、地域ケア個別会議の目的や機能について理解を深める機会を持つ。 2 包括職員内で個別ケースの課題を共有して、地域の課題解決に向けた地域ケア個別会議の開催を検討する。 3 包括職員内で、地域ケア個別会議の開催結果の共有を図る。	1 4～5月 2 通年 3 通年
令和8年度	地域ケア個別会議の開催結果を踏まえ、地域の課題を検討する機会として小地域ケア会議を活用できている。	1 相談内容の分析を行い、多発する事例を基に地域ケア個別会議の開催を検討する。 2 地域課題の解決につながるよう、地域ケア個別会議の開催結果の共有を図る。 3 小地域ケア会議で地域ケア個別会議で明らかになった地域課題の共有を図る。	【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	ゆりのき	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	3 地域の現状
		・認知症初期集中支援事業の広報が十分にできていないため、住民からの問い合わせも少ない。認知症予防に関する意識は高まっているが、MCIや若年性認知症に関する理解をより深めていく必要があるため。 ・住民や介護支援専門員等への普及啓発を行うことで、認知症に関する相談も増え、初期集中支援事業を有効活用することができるため。	・認知症に関する相談は増えている。しかし、軽度の状態ではなく、認知症状が進んでからの相談が多い。そのため、認知症状が軽度の段階で相談できる体制が求められる。 ・ゆりのきはひとり暮らし世帯が多い地区であり、認知症の方でひとり暮らしをしている高齢者も多くいる。認知症カフェは地域の中にあるものの、当事者含めて参加者数は少ない。

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	「新しい認知症観」をもつ地域住民が増え、認知症初期集中支援事業を活用する人が増える。	1 包括内で、ケースの共有を図り初期集中支援事業を積極的に活用する。 2 認知症予防教室の開催日を調整し、日程にばらつきがないように開催する。 3 認知症予防教室や認知症サポーター養成講座で使う資料を定期的に包括職員で確認し、最新の情報を地域に広められるよう包括で内容を検討する。 4 ミドル世代にも普及啓発を行い、早い段階で親御さんの支援につなげられるようにする。 5 認知症予防教室や認知症サポーター養成講座を通して、早期対応の重要性、「新しい認知症観」を周知していく。	1 随時 2 3月～5月 3 随時 4 随時 5 随時
令和8年度	「新しい認知症観」をもつ地域住民が増えることで初期集中支援事業に関する問い合わせが増え、早期に相談へつながる。	1 令和7年度より継続して、市民や福祉関係機関や企業等に、早期対応の重要性、「新しい認知症観」について周知していく。 2 身近に相談できる場を地域に設け、早期に支援へつなげる。 3 早期介入へつなげられるよう、初期集中支援事業の情報提供を総合相談時にも行っていく。	【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	ゆりのき
-----	------

●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の目的を再度包括内で共有する。地域の相談やサロン等で対象となる方がいた際には、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人以上選出 (2人)	←											→
			全職員														
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は主任介護支援専門員が主となり積極的に出席する。	主任介護支援専門員		【目標値】 委託先主体の会議に80%以上出席 (88%)	←											→
			全職員														
(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：住民の健康増進と閉じこもり予防のために適切な支援につなげる】	新規相談者に基本チェックリストを行ない、該当項目を踏まえ必要なサービス提供や情報提供を行う。	全職員		【目標値】 100人（108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】	サポート医・薬局等の講演をゆりのき予防サロンとして各1回開催する。	保健師等		【目標値】 年2回 (2回)							医師		薬剤師			
			全職員														
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】	地域のサロン・老人会等でフレイル予防に関する講話を行う。地域のリハビリ職の協力を得て、フレイル予防教室を行う。	保健師等		【目標値】 年12回 (12回)	←											→
			全職員														
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】	地域の団体等でフレイル予防の取り組みを推進するために、フレイル測定会を企画し実施する。	保健師等		【目標値】 包括企画年1回 (年1回) 共同開催年1回 (年1回)					←	包括企画	→		←	共同企画	→	
			全職員														
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%】	市の事業においてハイリスク傾向の高齢者に対し、社会参加の促しやフレイルチェックへの参加勧奨等々の支援を行う。必要時支援を行う。	保健師等		【把握率】 100%（100%）	←											→
			全職員														

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：地域の身近な相談窓口として住民に情報発信し早期に相談に繋がる】	①広報誌を年4回発行する。 ②地域の行事や活動（公民館まつり、福祉会館、地区社協、福祉村など）に参加して周知を行う。	全職員		【目標値】 ①広報誌年4回（3回） ②10回以上（11回と予防サロンにて周知）	←							崇善・松原サロン、会館祭り、たより発行	松原ふれ愛まつり	コンフォール平塚イベント	たより発行	崇善・松原サロン	崇善公民館まつり	→
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：多様化・複雑化した相談にも対応できる】	①毎朝ケースの情報を共有し、課題があるケースは多職種で検討する。 ②月1回ミーティングを行ない情報共有や体制などの意見交換を行う。	全職員		【目標値】 ①通年（毎日） ②12回（12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：多様化・複雑化した相談や専門的な相談に対し、適切な機関に連携し対応できるよう知識を高める】	①市主催の研修・各職種の業務内容に関する研修に参加する。 ②包括内部で、虐待・感染症予防・個人情報取扱いに関する研修を行う。	全職員		【目標値】 ①各職員1回以上参加（50回延78人） ②年3回以上（2回）	←			内部研修					内部研修	内部研修				→
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：災害時や感染症が蔓延していても可能な限り事業が継続できるよう体制を整備する】	①BCPについて職員内で再認する。 ②施設内の訓練に参加し、BCPの評価と改善を行う。	全職員		【目標値】 ①1回（1回） ②訓練年1回（1回）	再認					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】	リーフレットやチラシを医療機関と薬局に配布する。	保健師等 全職員		【目標値】 医療機関48件以上（48件） 薬局9件以上（9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市民向け認知症サポーター養成講座の開催（9月崇善地社協共催） ②企業向け認知症サポーター養成講座の開催（4/10平塚信用金庫） ③学校・学童向け認知症サポーター養成講座の開催	認知症地域支援推進員		【目標値】 ①年1回（1回） ②年1回（2回） ③年1回（0回）	企業					市民										
			全職員																		
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。（8月崇善地区社協共催） ②チームオレンジメンバーとの意見交換を行い、交流会を1回実施する。	認知症地域支援推進員 全職員		【目標値】 ①年1回（1回） ②意見交換：随時 交流会：年1回（ともに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教室を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	①包括主催で、コグニサイズ教室を年7回実施する。 ②地域の各種団体に出張教室の周知を行ない、地域からの依頼で出張コグニサイズ教室を実施する。	認知症地域支援推進員 全職員		【目標値】 ①年6回（7回） ②年1回以上（1回）	←		予防教室	認知症出張教室	予防教室	認知症	予防教室	認知症	予防教室	認知症		予防教室	認知症	予防教室	認知症	→
(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】	認知症の専門的な相談支援に対して、認知症ケアパスを用いて医療機関への受診や介護保険の申請、インフォーマルなサービスへつなげる。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年30％（50％）	←														→	
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老人クラブ・民児協定例会等の場で、包括の周知とともにMCIの普及啓発を行う。 ②認知症の疑いがある方を早期に発見し、包括内で共有を図り、認知症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】 ①年7回以上（7回） ②年間1件以上（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】	来所・訪問時の総合相談の際や、地域での相談会、福祉会館まつり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】 年間60件以上（67件）	←						福祉会館まつり								→	
(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崇善地区・松原地区の認知症の人や家族が、外に出られるきっかけとなるよう、ゆりのきカフェをチームオレンジメンバーと開催する。崇善公民館にて5回、松原地区にて2回、福祉会館にて1回開催する。 ②平塚カフェの周知と、開催状況の共有を行い連携を図る。	認知症地域支援推進員		【目標値】 年間9回以上（9回）	←		ゆりのきカフェ	松原	ゆりのきカフェ	ゆりのきカフェ			ゆりのき（会館）			ゆりのきカフェ	松原	ゆりのきカフェ	→	

●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：小地域ケア会議で課題の共有を行ない、地域団体と共に広報啓発と体制づくりを検討する】	①民児協定例会へ参加し情報共有を図るほか研修会等に参加し支援や連携方法等を学ぶ。 ②孤立・閉じこもり防止に向け、小地域ケア会議で地域の課題として共有し、地域の団体と共に広報啓発を行う。	社会福祉士 全職員		【目標値】 ①民児協定例会参加6回（5回） ②広報啓発を各地区1回以上 （各地区広報啓発の検討）	←											→

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、制度利用へつなげる人数】	①制度利用につながるための講座開催や地域サロンや行事などでチラシやパンフレットを配布し普及啓発を行う。 ②相談内容に応じ制度利用へつなぐ。	社会福祉士 全職員		【目標値】 ①講座年2回（2回） ②制度利用へつなげる人5人（5人）	←				講座						講座	→
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住民向けの終活に関する講座を開催し、エンディングノートが活用できるための説明と配布も行う。 ②広報誌に終活に関する内容を掲載し周知する。	社会福祉士 全職員		【目標値】 講座年2回（2回）	←			たより掲載	講座						出張講座	→

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自治会や民生委員の定例会に伺い顔が見える関係をつくり、早期相談につながるよう啓発や気になるケースの情報を共有する。 ②民生委員とケアマネジャーの交流会を開催し普及啓発を行う。 ③広報誌に掲載し普及啓発を行う。	社会福祉士 全職員		【目標値】 ①定例会の参加8回以上（5回） ②各地区1回（各地区1回） ③1回（0回）	←		定例会参加	定例会参加			定例会参加			たより掲載・交流会		→
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】	①対応マニュアルについて職員内で再確認を行う。 ②相談内容は包括内で共有するとともに事例検討を行う。	社会福祉士 全職員		【目標値】 事例検討を1回以上（2回）	再確認							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】	ケアマネジャーが包括に相談しやすくなるように居宅訪問等を通し、情報提供や助言等を行い、日頃から顔が見える関係を構築する。	主任介護支援専門員		【目標値】 居宅訪問7件以上 （7件）	←													→
			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）																			
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：地域課題を把握し共有する】	①地域ケア個別ケア会議について職員内で再確認する。 ②小地域ケア会議を崇善・松原地区で開催する。	管理者 全職員		【目標値】 ①職員内の再認2回以上（0回） ②各地区4回（各地区4回計8回）	再認	崇善・再認	松原		崇善	松原		崇善	松原		崇善	松原		
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：小地域ケア会議と合同で開催し地域のネットワークづくりを行う】	住民主体で支え合う仕組みを作るため、開催前に事前打ち合わせを行い、地域のネットワークを活かせる協議体となるように支援する。	管理者 全職員		【目標値】 事前打合せ4回以上（2回）		打合せ		打合せ		打合せ			打合せ					
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：地域の各種団体へのアプローチを行ない顔の見える関係を強くする】	①自治会や民生委員の定例会などに伺い顔の見える関係と協力体制を深める。 ②民生委員とケアマネジャーの交流会を開催する。 ③地域団体等の行事や活動への協力を行なう。	管理者 全職員		【目標値】 ①8回（5回） ②交流会：各地区1回（各地区1回） ③随時	←	定例会参加		定例会参加		定例会参加			交流会				→	