

<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 「健康で生きがい満ちた暮らし」 1 健康長寿へのチャレンジ

包括名 ごてん

資料1-4

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進																	未達成時来年度の計画の反映の有無	
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	達成	【目標値】 年間1人以上選出(1人)	←											→	
		フレイルチェック測定会ハイリスク者から対象者を選定し、1名利用に繋げた。			年間1人選出	目標未達理由												
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	達成	【目標値】 ①年1回(0回) ②委託先担当者会議出席率65%(65%)	←											→	
		①包括内でケアプラン作成について勉強会を行った。 ②適切な介護予防ケアマネジメントができているか、委託先の担当者会議に参加し確認を行った。			①年間2回 ②84%	目標未達理由												
(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	達成	【目標値】 年間60件(新規60件)	←											→	
		総合相談時に心身の状況把握のため実施し、適切なサービス案内や情報提供に繋げた。			年間95件実施(新規30件)	目標未達理由												
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	達成	【目標値】 年間2回以上(19回)													
		地域サロン、長寿会サロン、独居高齢者食事会にて、フレイル予防、血圧管理、高齢者の栄養管理などについて、管理栄養士、歯科衛生士と連携し年間19回開催した。			年間19回開催	目標未達理由												
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	達成	【目標値】 年12回以上(25回)	←											→	
		地域サロン、長寿会サロンにて、柔道整復師、健康運動訓練士と連携しフレイル予防に繋がる健康体操や情報提供など年間22回開催した。			年間22回開催	目標未達理由												
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。	保健師等中心	達成	【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											
		長寿会、地域の方を対象に年5回開催した。参加者85名。			包括企画年間4回共同開催1回	目標未達理由												
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	達成	【目標値】 対象者の80%(80%)	←											→	
		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6名のうち5名と電話やサロン参加時などに生活状況や健康相談、通いの場サロンなどの案内を行った。			対象者の83%	目標未達理由												

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) 高齢者よらず相談センターの機能強化																			未達成時来年度の計画の反映の有無
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	達成	【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		
		①年3回広報誌を作成し長寿会、地域の方に配布した。 ②中原公民館まつり、南原公民館まつりに参加し、健康チェックや包括活動の案内チラシを配布し包括周知を図った。			①年間3回 ②中原公民館まつり、南原公民館まつり各1回	目標未達理由													
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	達成	【目標値】 ①毎朝(毎朝) ②毎月1回ミーティング														
		①毎朝、新規総合相談、困難ケースなど情報・支援の方向性を共有した。 ②精神疾患、金銭管理課題、8050問題など、関係機関を確認し連携を図り支援体制を整えた。			①毎朝 ②毎月1回	目標未達理由													
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	未達成	【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)														
		①県や市、介護医療連携支援センターなどが開催する研修に参加した。 ②研修や専門職会議参加後、包括内ミーティングや資料の回覧を行い情報の共有を図りスキルアップに繋がった。			①年間21回 ②年間45回	目標未達理由 業務時間内での参加調整ができなかった。													
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	達成	【目標値】 年2回(年1回)					訓練見直し				訓練見直し					
		包括内での机上訓練、法人内の災害時訓練、安否確認訓練を行い、初期行動、安全確保の体制の確認を行なった。			年間3回	目標未達理由													
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	達成	【目標値】 28か所(28カ所)														
		圏域内の病院11か所、歯科医院5か所、薬局14か所にリーフレット配架依頼を行いながらかかりつけ医の普及、介護・医療の連携に繋がった。			30か所	目標未達理由													

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																	未達成時来年度の計画の反映の有無	
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	達成	【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	小学校	学童								
		①6/19南原小学校。7/14猪俣歯科医院。8/20金目学童。9/3中原小学校にて実施。 ②5/13新川端自治会にて認知症サポーター養成講座を実施。			①小学校2回、学童1回、企業1回 ②年1回	目標未達理由												
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なぐ。	認知症地域支援推進員を中心に全職員	達成	【目標値】 ①年1回(1回) ②年間1名(1名)			開催										
		①5/13、新川端自治会にて、チームオレンジ研修を実施。 ②コグニサイズ教室、認知症カフェ、ウォークイベント等へ参加し、当事者と交流をはかる。			①年1回 ②18名	目標未達理由												
(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	未達成	【目標値】 ①36回実施(36回) ②12回実施(6回) ③24回実施(27回)													
		①毎月第一・第三・第四金曜日に開催。 ②毎月第一金曜日に開催。 ③毎週火曜日に実施(熱中症警戒アラート発令時、悪天候時、8月は休み)。			①36回 ②10回 ③35回	目標未達理由 ②悪天候にて1回未実施できなかった。1回は参加者がいなかったため実施できなかった。参加者が少ないため、令和8年度は声掛けの工夫、内容の検討を行う。												
(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ぐ。 【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	達成	【目標値】 30%以上(94%)													
		ご家族・ご本人に26冊ケアパスを配布し、26人医療や介護保険制度、地域のサロンに繋いだ。			100.00%	目標未達理由												
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ぐ。 【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	達成	【目標値】 選定または相談ケースの提出1人以上(選定1件)													
		相談ケース1人提出。			1人提出	目標未達理由												
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ぐ。 【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	達成	【目標値】 ①60件以上(101件)													
		地域サロンや長寿会サロンなどにて周知し、長寿会サロン、地域サロン総合相談や公民館まつり、法人内イベントにて実施した。(年間101件)			101件	目標未達理由												
(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	達成	【目標値】 ①6回(6回)			開催		開催		開催		開催		開催		
		年間6回、奇数月に開催した。			①6回	目標未達理由												

●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）													未達成時来年度の計画の反映の有無
						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	達成	【目標値】 ①年3回以上(3回) ②月1回(月1回)	←												→	
		①複雑化しているケースは関係機関と情報共有・連携して対応した。 ②毎月サロン等に参加し、包括の周知と情報共有を行った。			目標未達理由 ①年7件（延べ44件） ②月3～10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】	・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	達成	【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
		・4月介護サービス事業所、公民館祭りにて成年後見制度についてのチラシ配布を行った。 ・10月南原独居高齢者食事に講話を行った。参加者12名。 ・8月政権後見制度検討中の方に制度の案内、利用促進センターよりその案内を行った。			普及啓発年3回 制度の案内1名	目標未達理由													
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	達成	【目標値】 普及啓発年2回(4回)									講話				講話	
		・9月介護サービス事業所にエンディングノートを配布し周知活動を行った。 ・10月新川端長寿会、11月あすなろサロンにて講話を行った。			普及啓発年3回	目標未達理由													
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	達成	【目標値】 普及啓発年3回(5回)	事業所									長寿会				公民館祭
		・4～6月エリア内の介護サービス提供事業所にチラシ配布、9月下旬長寿会にて講話を行った。 ・3月公民館祭りにて高齢者虐待予防についてのチラシ配布を行った。			普及啓発年3回	目標未達理由													
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	達成	【目標値】 事例検討会年1回(2回)										勉強会				
		・8月、12月職員入職に合わせて包括内で事例検討会を行った。			事例検討会年2回	目標未達理由													

・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																			未達成時来年度の計画の反映の有無
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	未達成	【目標値】 個別相談20件(100件) 同行訪問10件(19件)	←												→	反映した
		・ケアマネジャーから相談を受け、必要に応じて情報提供、助言、同行訪問等、随時行った。			個別相談74件 同行訪問7件	目標未達理由 個別の相談は多かったものの、相談対応でき、同行を必要とするケースが少なかった。													
(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	未達成	【目標値】 小地域ケア会議1回(2回) 個別ケア会議2回(4回)	←												→	反映した
		ケース対応やケアマネ支援、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、地域の課題、実情の把握に努めた。			小地域ケア会議0回 個別ケア会議0回	目標未達理由 個別の課題の抽出や地域特有の実情の把握ができず会議の開催ができなかった。そのため、ケアマネジャーからの相談や地域住民との接点から得た情報を整理し課題を抽出できるようにしていく。													
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	達成	【目標値】 協議体設置に向けた働きかけ年1回(0回)	←												→	
		通いの場サロン代表者、民児協定例会、自治会定例会、長寿会定例会にて地域課題の共有を行った。			年間9回	目標未達理由													
地域資源と良い関係を構築 （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	達成	【目標値】 地域イベント年1回、通いの場サロン1回以上、各定例会年5回以上(定例会年6回)	←												→	
		地域のイベントや通いの場サロン、各定例会に参加した。			公民館祭り2回 通いの場サロン10回 定例会 8回	目標未達理由													