

<実施計画>

1 介護予防ケアマネジメント事業等

包括名	サンレジデンス湘南
-----	-----------

資料1-5

●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																							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：年間1人以上選出し利用後のフォローを行う】	①通所型サービスCの目的を包括内で共有し、総合相談や地域サロン等で必要と思われる方がいたときには、保健師等が中心となり、情報提供と選出を行う。 ②利用後はフォローを行い、目標達成に向けてできることを一緒に考える。	保健師等を を中心に 全職員	未達成	①②年間1人以上選出（1人）	←																反映させなかった	
		①対象者が1名いたが、途中中止となる。 ②本人の様子確認・フォローを継続している。			①対象者が骨折のため途中で中止となった	目標未達理由 対象者として、転倒のリスクについてアセスメントが不十分であった。包括内で通所Cの目的を共有し対象者を選定できるようにする。																	
②適切な介護予防ケアマネジメントと評価と実施	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、利用するサービスを決定します。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行います。 【目標：①事例検討とともにケアプランの自己点検を年1回行う②委託ケースのサービス担当者会議に包括職員ができる限り参加する。】	①包括内で、必要に応じて事例検討を行う。 ②委託ケースについて、ケアプランをサービス担当者会議開催前にもらう。 ③委託ケースのサービス担当者会議にできる限り出席する。 ④委託ケースのケアプラン点検を行う。	主任介護支援専門員を中心に 全職員	達成	①必要時（必要時） ②③サービス担当者会議開催時（必要時） ④年1回（年1回）	①②③																	
		①緊急度に応じて困難ケースや複雑なケースは包括内で検討を行った。（カンファレンスシートを利用した検討 3件） ②ケアプランをサービス担当者開催前にもらうことで情報共有を行った。 ③サービス担当者会議出席 要請 90件中、出席 74件・照会 16件。 ④年1回実施			①3件 ②③90件（うち照会16件） ④年1回	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：基本チェックリスト8点以上かつサービスにつながっていないフレイルハイリスク者の把握とモニタリングを行う】	①総合相談やフレイルハイリスク者に基本チェックリストを行う。 ②基本チェックリストの該当項目を踏まえて、必要なサービスや生活習慣改善のための情報提供を行う。 ③基本チェックリスト8点以上かつサービスにつながっていないフレイルハイリスク者を把握しモニタリングを行う。	保健師等を を中心に 全職員	達成	①②相談時（年間合計215件） ③年間5件以上（2件）	←																	
		①基本チェックリスト実施数 のべ232件（うち新規 71件） ②基本チェックリストの結果に応じてアセスメントを行い、必要な情報提供を行った。 ③基本チェックリスト8点以上かつサービスにつながっていないフレイルハイリスク者は15件。継続的なモニタリングを4件に行っている。			①②年間232件 ③年間6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】	①栄養士、理学療法士によるフレイル予防の講話を行う。 ②薬剤師による講話の実施（調整中）	保健師等を を中心に 全職員	達成	①10月 ②9月 （年間2回）													①栄養士・理学療法士 ②薬剤師					
		①地域のサロンにて、看護師による講話を行った。 ②公民館祭りにて、薬剤師により健康に関するアドバイスをした。			①年1回 ②年1回	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】	①横内3カ所・田村4カ所・大神1カ所のサロンで、フレイル予防について講話を行う。	保健師等を を中心に 全職員	達成	①年12回以上（年20回）	←																	
		①サロン開催時に、健康に関する講話を行う。年1回柔道整復師に講話をしてもらっている。			①年71回	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】	①包括主催のフレイルチェック測定会を行なう。 ②市との共同開催で、フレイルチェック測定会を行う。	保健師等を を中心に 全職員	達成	①年1回（年1回） ②年1回（年1回）													①包括主催			②（仮）		
		①横内公民館にて実施。 ②神田公民館、大神公民館にて実施する。			①年1回 ②年2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%】	①ハイリスク傾向の高齢者に対し、フレイルチェック測定会や地域サロンの情報提供をして、参加を促す。 ②ハイリスク傾向の高齢者に対し、必要に応じてサービス調整を行う。	保健師等を を中心に 全職員	達成	把握率 対象者の80% （対象者の90%）	←																	
		①フレイルチェック測定会の情報提供 8件 ②サービス利用にはつながっていないが、健康診査で低栄養の結果となった1名訪問につながった。			①88%	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) 高齢者よる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：ホームページや回覧、地域のイベントで包括の活動についての情報発信及び周知を行い、相談しやすい体制を構築する】	①ホームページにてセンターの取り組みを発信する。 ②オレンジ通信を年4回地域の回覧にて配布する。 ③施設の秋祭りに参加し、包括の周知を行う。 ④地域の公民館祭りに参加し、包括の周知を行う。 ⑤高齢者調査にて、包括の周知をする。	全職員	達成	①サロンやイベント開催時（必要に応じて開催時） ②年4回以上（年間4回） ③年1回（年1回） ④公民館祭り開催時（年2回） ⑤調査時（年1回）	←	①										→	
		①地域サロン活動に関する情報を年7回発信した。 ②オレンジ通信を年5回回覧にて配布した。 ③施設の秋祭りに年1回参加し、包括の情報発信を行った。 ④3地区の公民館祭りに参加し、包括の情報発信を行った。 ⑤高齢者調査の結果から、13件に包括の情報提供をした。			①年7回 ②年5回 ③年1回 ④年3回 ⑤13件（年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：地域ケア個別会議について勉強会を包括内で実施する（年1回）】	①日頃より相談対応時にカンファレンスシートの内容を意識してアセスメントを行い、対応を検討する。 ②カンレファレンスシートの見直しを行う。 ③毎日ケース共有を行ない、必要なケースでカンファレンスを行う。	全職員	達成	①必要時（必要時） ②年1回以上（作成のみ）	←	①③									②見直し	→	
		①カンファレンスシートの利用 3件 ②年1回 ③毎朝ケースについての情報共有とカンファレンスを行った。			①3件 ②年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：各職種に関する専門研修（各職種年1回以上）への参加、職務に関連する外部研修に参加する（各職員年1回以上）】	①各職種の専門研修に参加する。 ②各職員、業務内容に関する外部研修を年1回以上受講する。	全職員	達成	①各職種年1回以上 ②各職種年1回以上	←											→	
		①各職種の専門研修 計4回（各職種1回ずつ）。 ②12回受講			①年 4回 ②年 12回	目標未達理由												
④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築	包括の安全性確保及びリスクマネジメントの推進のため、年1回の訓練を繰り返すことで、包括職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 【目標：施設内での訓練に年1回参加し、BCPの見直しを行なう】	①施設の防災訓練に参加する。 ②BCPの評価・見直しを行う。	全職員	達成	①②年1回（年1回）											・BCP見直し ・防災訓練		
		①年2回、施設の防災訓練に参加。 ②年2回			①②年2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：リーフレットを医療機関を中心に配布（検討中）】	①医療機関や薬局にリーフレットを配布する。	保健師等	達成	①各地区2か所以上（合計8カ所）	←											→	
		①薬局や医療機関、計8か所に配布する。			①計8か所（横内2か所、田村2か所、大神4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 新規開拓した企業を含め8カ所】	①圏域内公民館にて市民向けに2回、企業向けに3回、学校向けに3回開催する。 ②資料内容について包括内で検討し、市民向け認知症サポーター養成講座前に更新をする。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 ①8回(12回) ②年1回	資料内容検討、学校向け				資料内容更新					市民向け	学校向け			法人内企業向け		
		①市民向け2回、企業向け3回、学校向け3回開催。 ②認知症サポーター養成講座前に、包括内で資料内容を検討し更新した。			①年8回 ②年8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 年1会の開催及び既存・新規メンバーにマッチングリストを活用する】	①認知症サポーター養成講座開催後にチームオレンジ研修を1回開催する。 ②チームオレンジ研修へ参加された方にマッチングシートを活用し、新規にオレンジメンバーになられた方へ活動の場を提供する。すでにオレンジメンバーの方にも提供する。 ③チームオレンジ研修の内容について包括内で検討し更新する。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 ①年1回(年1回) ②4月～3月 ③年1回											チームオレンジ研修					
		①チームオレンジ研修を年1回開催。 ②チームオレンジメンバーへの活動の場についての情報提供 33件、認知症カフェでの活動につながったチームオレンジメンバー数 4名。 ③チームオレンジ研修開催前に、研修内容について包括内で検討した（年1回）			①年1回 ②情報提供33件、活動につながった方4名 ③年1回	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を開催します。 【目標：予防教室年6回以上開催】	①MCI相当の方に脳いきいき講座の情報提供を行う。 ②脳いきいき講座の受け皿として認知症予防教室を開催し脳いきいき講座受講者に参加を促す。 ③包括内でMCIについての勉強会を開催する。 ④予防教室が開催されていない地区について包括内で検討する。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 年7回(年7回)	包括内勉強会	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	認知症予防教室	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン	脳いきいきサロン					
		①脳いきいき講座の情報提供 44件 ②脳いきいきサロンの開催 年6回、認知症予防教室の開催 年1回。 ③認知症地域支援推進による包括内での勉強会 年1回。 ④予防教室の開催について包括内で検討中。			①44件 ②年7回 ③年1回 ④検討中	目標未達理由															
(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バス等を用いた専門的な相談支援（若年性を含む）	認知症ケアバス等を用いた専門的な相談支援（若年性を含む）を行い医療・介護・地域等のネットワークにつなげます。 【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バスを活用し、必要な支援につなげ、サロンなど普及啓発の場で活用する。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 30%(38%)																
		181件の相談に対し、85件ケアバスを利用した情報提供を行った。			①47%	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げます。 【目標：選定または相談ケースの提出1人以上】	総合相談時やサロンにて、初期集中支援事業の説明を行い、初期集中支援チームにつなげる。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 2名(3名)																
		年間5名ケースの初期集中支援事業にあげ、2名選定となる。			2名	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付き、予防活動や適切な医療機関への受診につなげます。 【目標：認知機能検査プログラムの実施人数60人以上】	総合相談時やサロンにて、認知機能検査プログラムを実施する。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 60人(129人)																
		地域サロンやイベントにて124人、総合相談時に25人実施した。			149人	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】	①認知症カフェについて、地域のサロン、福祉村、オレンジ通信等での情報提供と普及啓発を行う。 ②認知症カフェについて、総合相談時に情報提供を行う。 ③スマイル広場カフェ、おしゃべりサロンタンポポ、ポッカポカたいそうサロンの支援を行う。	認知症地域支援推進員	達成	【目標値】 30回(25回)	オレンジ通信			オレンジ通信			オレンジ通信			オレンジ通信						
		①認知症カフェ 30回、地域のサロン 7カ所、福祉村 3カ所、回覧 6回 ②総合相談時に認知症カフェの情報提供を行い、認知症カフェにつながったケース 6件 ③スマイル広場カフェ 6回、おしゃべりサロンタンポポ 12回、ポッカポカたいそうサロン 12回、美Knouカフェ 10回			①認知症カフェ30回、サロン 7カ所、福祉村3カ所、回覧6回 ②6件 ③40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：ひらつかあんしんカードの配布、避難行動要援護者名簿の各地域での活用方法について情報収集をする】	①他機関との同行訪問や情報共有を、必要に応じて行う。 ②高齢者調査を実施する。 ③ひらつかあんしんカードについて、総合相談時や地域サロンにて情報提供し、必要に応じて配布する。 ④避難行動要援護者名簿の運用状況について情報収集をする。	全職員	達成	①相談時（相談時） ②年1回（年1回） ③年10人以上 ④田村地区	←													→	
		①民生委員 4件、医療機関 2件、薬剤師 1件との同行訪問。フードバンクの利用3件。 ②高齢者調査 13件 ③総合相談時 3件、地域サロン 30人 ④田村地区協議体、大神地区での運営推進会議にて情報収集をする。			①5件 ②13件 ③33人 ④田村地区（年2回）	目標未達理由														

6 権利擁護事業の充実

①日常を支える権利擁護事業の促進

⑨権利擁護のための相談支援及び普及啓発	日常生活について権利擁護事業による支援を必要とする方に対して成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用や成年後見利用支援センターの活用等を促し、その生活を支援します。 【目標：普及啓発や相談支援の実施回数 10回】	①地域で活動している方々に向けて民児協定例会（年2回）や協議体（年2回）開催時に資料を用いて普及啓発を行う。 ②認知症サポーター養成講座（年5回決定、他検討中）開催時に資料を用いて普及啓発を行う。	社会福祉士を中心に全職員	達成	【目標値】 10回（10回） ①年4回 ②年5回以上	←	民児協・認サポ		協議体	認サポ				民児協	認サポ	認サポ		協議体	認サポ	→	
		①民児協定例会、協議体、福祉村定例会にて資料を用いて制度の概要及び相談窓口の周知、地域のサロンへ参加時に制度の概要及びよりそい主催の講話の周知を行う。②認知症サポーター養成講座開催時に制度の概要及び窓口をお伝えする。 ※行政、よりそいと連携し成年後見申立てを支援（2件）。			12回 ①年5回 ②年7回	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】	①終活についてオレンジ通信にて発信する。（年1回） ②公民館祭りにて終活についてパネル展示及び希望者にエンディングノートを説明の上配布する。（年2回） ③脳いきいきサロンにて終活について講話を行う。（年1回）	社会福祉士を中心に全職員	達成	【目標値】 5回（4回） ①年1回 ②年2回 ③年1回	←									脳いきいきサロン オレンジ通信				公民館祭り	公民館祭り	→
		①オレンジ通信にて終活（断捨離）について発信。②横内、大神、神田3地区の公民館祭りにてパネル展示及びエンディングノートを配布。③脳いきいきサロンにて外部講師により終活講話を実施。 ※北図書館及び在宅医療・介護連携支援センターと共催し終活講座を実施。遺言者作成について相談あり、行政書士事務所へつなぐ（1件）。			6回 ①1回 ②3回 ③1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】	①施設従事者等を対象とし、高齢者虐待研修を行う。（年1回） ②民児協（年1回）協議体（年1回）福祉村定例会（年1回）の場で地域における虐待防止についての普及状況を聞き取りにより把握する。	社会福祉士	達成	【目標値】 1回（1回）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
------------------------------	--	--	-------	----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

●基本目標 2－1「ネットワークの充実」

(1) 高齢者よる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：勉強会や事例検討会を実施する】	①圏域・近隣の居宅介護管理者と年4回勉強会や情報交換を行う。 ②事例検討会を年1回行う。 ③必要に応じ同行訪問し後方支援を行う。	主任介護 支援専門 員を中心 に全職員	達成	①年4回（4回） ②年1回（1回） ③必要時（必要時）	③													
		①田村地区にて2回、3地区合同で1回実施。			①年3回 ②年1回 ③年8件	目標未達理由													
(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：各地区年1回以上の開催】	①小地域ケア会議を各地区年1回以上開催する。 （開催できない場合は、来年度に開催出来るように検討の場をもつ）	全職員	達成	①年3回（年2回）														
		①協議体の必要性を横内・大神地区に説明をしたが、実施方法と時期について検討するまでには至っていない。 ②田村地区 2回開催。			①年2回	目標未達理由													
第2層地域協議体の開催を支援し、地域のネットワークを構築 （協議体の開催）	それぞれの地域で特性に合った課題について自主的な取組で解決できる仕組みを、多様な主体が連携を図りながら構築していきます。 包括が地域で開催する協議体への参加、開催支援すると共に、地域の住民が自らの意思で支え合い、助け合う仕組みづくりに取り組みます。 【目標：3地区で協議体の開催ができる】	①横内・大神地区では、開催について話し合い実施方法と時期を検討する。 ②協議体を各地区1回以上（年3回）開催する。	全職員	達成	①年3回以上（年3回）	話し合い（横内・大神）	話し合い（横内・大神）	田村地区	大神地区（仮）			横内地区（仮）				田村地区			
		①協議体の必要性を横内・大神地区に説明をしたが、実施方法と時期について検討するまでには至っていない。 ②横内地区1回、大神地区1回、田村地区3回開催。			①協議体 年5回開催	目標未達理由													
地域資源と良い関係性を構築 （地域資源と関係構築）	地域資源（医療・介護・福祉の機関、自治会、地区社協、民児協、市民活動団体、地元企業等）と良い関係を構築します。 【目標：今まで関わりのなかった機関とのつながりをもつ】	①顔が見える交流会を年1回開催する。 ②横内1か所、田村地区1か所、大神地区3か所にて運営推進会議に参加する。参加できない場合は書面にて情報共有を行う。 ③大神地区民児協定例会へ参加する。 ④新たな地域資源を発掘する。	全職員	達成	①年1回（年1回） ②年12回以上参加（年22回） ③年4回以上（年5回） ④年2か所以上				顔が見える交流会										
		①大神地区を中心として年1回開催。 ②横内地区 6回、田村地区 2回、大神地区 6回。 ③年12回 ④大神地区・横内地区のこども食堂。子育てサロンへ包括の情報提供を行った。			①年1回 ②年14回 ③年12回 ④3か所	目標未達理由													