

＜実施計画＞令和8年度

資料1-5

1 介護予防ケアマネジメント事業等

包括名	サンレジデンス湘南
-----	-----------

●基本目標 1 「健康で生きがいに満ちた暮らし」 1 健康長寿へのチャレンジ

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進																		
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	活動予定（上段）・実績（下段）												
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
①高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う																		
①通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①総合相談やフレイルハイリスク者で必要と思われる方がいたときには、医療職が中心となり情報提供と選出を行なう。 ②利用後は半年に1回以上モニタリングを行う。	保健師 を中心に全職 員		【目標値】 ①1名以上 （1名途中中止） ②1回以上 （なし）													
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包括内でケアプランの自己点検を行なう。 ②委託先のサービス担当者会議に参加し、適切な支援につながらるようにケアマネジャーと情報共有をする。	主任介護支援専門員 を中心に全職 員		【目標値】 ①年1回 ②委託先担当者会議のうち70%出席 （82%）													
(2) 地域で取り組む健康チャレンジ																		
③基本チェックリストの実施による健康増進や閉じこもりの防止 （健康チャレンジ高齢者把握事業）	基本チェックリストを実施し、健康増進や閉じこもりの防止につなげます。また、フレイルチェックなど他の取組とも連動させながら実施し、基本チェックリストの結果を踏まえ、適切なサービス案内や情報提供を行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	総合相談やフレイルハイリスク者に基本チェックリストを行ない、その結果に基づいて適切なサービスの情報提供と利用につなげる。	保健師 を中心に全職 員		【目標値】 200回（224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】	①栄養士や理学療法士によるフレイル予防の講話を行なう。 ②薬剤師による講話の実施	保健師 を中心に全職 員		【目標値】 ①年1回以上 （年1回） ②年1回以上 （年1回）			P T								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 を中心に全職 員		【目標値】 年12回以上 （48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田村地区と大神地区にてフレイルチェック測定会を行なう。	保健師 を中心に全職 員		【目標値】 ①包括主催で年1回以上 （1回） ②市と共同開催で年1回以上								大神地区			田村地区		
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や健康状態不明者にアセスメントを行ない、必要な情報提供やサービス利用を促す。	保健師 を中心に全職 員		【目標値】 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オレンジ通信の発行 ③施設の秋祭りに参加し、包括の周知を行なう。 ④横内・田村・大神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		【目標値】 ①年3回（10回） ②年4回以上（年4回） ③年1回（年1回） ④年3回（年3回） ⑤10件（13件）	←												→
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カンファレンスシートの見直しを行なう。 ②毎日ケース共有を行い、必要なケースでカンファレンスを行う。	全職員		【目標値】 ①年1回 ②毎日	←											見直し	→
③包括職員のスキルアップ	研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、包括職員のスキルアップを行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①市や医療介護連携支援センターが主催する包括職員研修に参加する。 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		【目標値】 ①各職種年1回以上（12回） ②年7回（11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】	①施設の防災訓練に参加する。 ②BCPの評価・見直しを行なう。	全職員		【目標値】 ①年1回以上（2回） ②年1回以上（1回）			防災訓練			BCP見直し							
3 医療・介護連携の推進																		
⑤かかりつけ医療機関を持つことを推進 （医療・介護連携推進のための支援（医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進する））	在宅医療や介護についてかかりつけ医療機関をもつことの大切さを伝えるため、サポート医、歯科、薬局等を通じてリーフレット等を配布することで、市民にかかりつけ医療機関をもつことを推進します。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	医療機関や薬局にリーフレットを配布し、相談できる体制づくりをする。	保健師を中心 に全職員		【目標値】 ①サポート医 3カ所 ②歯科医 2カ所 ③薬局 2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圏域内にて市民向け、法人内企業向け、学校向けに開催 する。 ②資料内容について新しい認知症観を取り入れ、包括内で 検討し、市民向け認知症サポーター養成講座資料を更新を する。 目標：市民向け2回、法人内企業向け2回、学校向け3回開 催する。	認知症地域 支援推進員 を中心に全 職員		【目標値】 市民向け2回 （3回） 企業向け2回 （2回） 学校向け3回 （4回） ②年1回 （年1回）	資料 内容 検討、 学校 向け					学 校 向 け	資 料 内 容 更 新				市 民 向 け	学 校 向 け			法 人 内 企 業 向 け
②チームオレンジメンバーの活動支 援	チームオレンジ研修を開催し、認知症支援のボランティ アとして活動するチームオレンジメンバー（チームオレ ンジ研修修了者）を養成し、地域での活躍の場を設ける ことで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症 になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづく りを目指します。 【目標：研修の開催とマッチングリストの作成及び活用 開催回数とリストの活用目標について各包括で設定】	①認知症サポーター養成講座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 場を情報提供する。すでにオレンジメンバーの方にも提供 しリストを作成する。 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 していく。	認知症地域 支援推進員 を中心に全 職員		【目標値】 ①年1回開催 （年1回） ②4月～3月 （4月～3月） ③年1回 （年1回）	←											チ ー ム オ レ ン ジ 研 修			→
(2) 認知症予防施策の充実																				
③身近な場でのコグニサイズ教室の開 催	脳いきいき講座事業に参加した方の地域での受け皿として、 身近な場でコグニサイズを開催します。 【目標：開催回数については地域の実情を踏まえて各包括で 目標を設定】	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や新しい認知症観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 を中心に全 職員		【目標値】 ①4月～3月 （4～3月） ②年6回 （年6回） ③年1回	←	包 括 内 勉 強 会	脳 い き い き サ ロ ン		脳 い き い き サ ロ ン	認 知 症 予 防 教 室	脳 い き い き サ ロ ン		脳 い き い き サ ロ ン		脳 い き い き サ ロ ン		脳 い き い き サ ロ ン	→	
(3) 認知症に対する早期対応体制の整備（認知症の早期発見、早期対応のための仕組みづくり）																				
④認知症地域支援推進員による認知 症ケアパス等を用いた専門的な相談 支援（若年性を含む）	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援（若年性を 含む）を行い医療・介護・地域等のネットワークにつな げます。 【目標：ネットワークにつなげる割合については地域の 実情を踏まえて各包括で目標を設定】	①総合相談時に認知症ケアパスを活用し、必要な支援に繋 げ、サロンなど普及啓発の場で活用していく。 ②MCIについての案内を店舗（薬局やコンビニエンススト エ ア、スーパーマーケット等）に配布する。	認知症地域 支援推進員 を中心に全 職員		【目標値】 30%（42.8%）	←													→	
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な い、初期集中支援につなげる。	認知症地域 支援推進員 を中心に全 職員		【目標値】 2名（5名）	←													→	
⑥認知症機能低下を把握するための 認知機能評価機器の活用	認知機能検査プログラムを実施し、相談者本人が早期に 認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関へ の受診につなげます。 【目標：認知機能検査プログラムの実施人数60人以上】	総合相談時やサロンにて、認知機能検査プログラムを実 施。認推以外の職員の担当ケースにも実施し、早期対応し ていく。	認知症地域 支援推進員 を中心に全 職員		【目標値】 60人（70人）	←													→	
(4) 認知症高齢者の見守り支援																				
⑦認知症カフェの開催と支援	認知症の人や家族が、地域の方や専門家と相互に情報交 換し、お互いを理解しあう場である認知症カフェの設置 の推進と運営を支援します。 【目標：認知症カフェの開催と支援の回数 3回以上】	①認知症カフェについて、地域のサロン、福祉村、オレン ジ通信等での情報提供と普及啓発を行う。 ②認知症カフェについて、総合相談時に情報提供を行な 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 カボカたいそうサロンの支援を行なう。 目標：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 ポッカボカたいそうサロン12回	認知症 地域支 援推進 員を中 心に全 職員		【目標値】 30回（30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		→	

●基本目標 3 「いのちと権利を見守る地域社会」

5 孤独死の防止に向けた取り組みの充実

項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）											
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
⑧重層的な問題も含め、生活上の不安を抱える高齢者への訪問や見守り体制の強化	①課題が複雑化・複合化しているもの等は、様々な機関や手法を活用した連携方法を検討します。 ②ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあることから、孤立死の防止に向け、地域における安否確認や見守り体制の強化を行います。 【目標：連携方法の検討機会、見守り体制の強化につながる活動等の目標を各包括で設定】	①他機関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。	全職員		【目標値】 ①相談時（必要時） ②年1回（年1回） ③3人以上（4人） ④6カ所以上	←											→
													高齢者調査				

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地域で活動している方々に向けて民児協定例会や協議体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開催時に資料を用いて普及啓発を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 8回（12回）	←	民児協・認サポ		協議体	認サポ					認サポ	認サポ		認サポ	→
⑩自分らしい人生の締めくくりを迎えるための活動（終活）支援	自分らしい人生を生き、終末期を迎えられるように支援するため、出張講座、講演会等でエンディングノート等を活用した普及啓発を行います。 【目標：終活講座・講話 年1回以上開催】	①終活についてオレンジ通信にて発信する。 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。 ③脳いきいきサロンにて終活について講話を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 3回（6回）	←							オレンジ通信		脳いきいきサロン			公民館祭り	→

② 高齢者虐待を予防し、早期発見、早期対応に努める

⑪高齢者虐待の予防、早期発見のための講話等による普及啓発	高齢者虐待の予防、早期発見をするために市民、関係機関、施設従事者等を対象とし、積極的に普及啓発を実施していきます。 【目標：普及啓発を年1回以上開催】	①施設従事者等を対象とし、高齢者虐待研修を行う。 ②民児協定例会、協議体、福祉村定例会の場で地域における虐待の早期発見について啓発を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 1回（4回）				協議体		福祉村定例会			民児協					施設向け研修
⑫高齢者虐待マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討を実施	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内で事例検討を行います。 【目標：相談対応を行った事例等を基に事例検討を1回以上実施】	高齢者虐待（疑い含む）ケースについてカンファレンスシートを作成し、事例検討を行う。	社会福祉士を中心に全職員		【目標値】 1回（1回）	←													→

・ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

●基本目標 2－1「ネットワークの充実」

(1) 高齢者よろず相談センターの機能強化																			
項目	目的	取組予定 実績	担当	達成 状況	目標値（前年実績） 現年実績	取組活動の経過（月）													
						4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
①ケアマネジャーへの支援 （ケアマネジャーとの連携強化の支援）	ケアマネジャーからの個別相談に対し、必要に応じた情報提供、助言、同行訪問等の後方支援を行います。 【目標：地域の実情を踏まえて各包括で目標を設定】	年4回、圏域・近隣のケアマネジャーの事業所と勉強会を実施し、相談しやすい関係作りをする。必要に応じ同行訪問や関係機関につなぐことを年間を通じ実施する。	主任介護支援専門員を中心に全職員		【目標値】 必要時 （必要時）			勉強会			勉強会			勉強会			勉強会		
(2) 地域資源との連携強化（地域のネットワークの構築・支援等を行う）																			
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地域ケア個別会議を年1回以上開催する。	全職員		【目標値】 年1回（0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】	①田村地区で小地域ケア会議を実施する。 ②田村地区の協議体に年2回参加する。	全職員		【目標値】 ①年1回（1回） ②年2回以上（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】	①横内地区1か所、田村地区1か所、大神地区3カ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。 ②大神地区民児協定例会に参加する。	全職員		【目標値】 ①年10回以上（12回） ②年6回以上（11回）	←											→		