

令和 6 年度（前期）地域包括支援センター事業計画書及び評価表

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

令和6年度 平塚市地域包括支援センターあさひきた 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・年間を通して、チラシだけではなく地域活動の場への参加や介護予防教室・測定会を開催し、健康長寿（主にオーラルフレイルや転倒骨折）に関して地域住民に啓発する機会を前年度より増やすことができた。 ・地域住民の活動の場には定期的に参加することができており、今年度は新たなグループとのつながりを持ち、公民館まつりへの参加もすることができた。今後も関係性を維持していく。 ・閉じこもりに関しては民生委員と見守り対象者の情報共有を行いつつ、安否が分からない場合や支援の訴えがあった際などは連絡を受けて対応することが出来ている。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等（前期）			
・口腔機能低下を認めている方が多く特に男性は全年代にわたって多い。 ・女性の前期高齢者に「やせ」が多い。 ・健康増進やフレイルに関するイベントでは、男性の参加者の方が少ない傾向にある。			・地域の方の身近な歯科医院と連携しフレイル予防のために健康な口腔機能を保つこと、定期歯科検診の必要性を周知していく。 ・栄養面に関して健康を保つために、70代前後での生活習慣病予防からフレイル予防への切り替えの必要性を周知していく。 ・男性に興味を持ってもらえるようなチラシの配布やイベントの開催を検討する。				・11月2日に歯科医院と連携しフレイル予防のための講座実施予定。現在準備中。 ・栄養面のフレイル予防に関しては後期に実施予定。 ・引き続き男性が多い通いの場にアプローチしていく。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績（前期）			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	※参加人数と目標達成状況（及びフォロー状況）が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	順調	【参加人数】 1人	1クール目に1名参加。9月13日に自宅訪問し、利用後のフォローを実施。秋口に通いの場の利用希望あり。再度訪問予定。過年度の利用者1名に対しフォローを継続していた。通いの場につなぐことができたが、猛暑にて外出する機会が減ったことで筋力が低下し、介護保険にて歩行器を利用することとなった。	・1クール目の利用者のフォローに関して、地域資源につなげられるようにご本人の希望に沿った通いの場等と一緒に探し、必要時は利用開始までの支援も行う。その後も定期的にフォローすることで状態の悪化を早期発見し、改善の支援を行う。 ・3クール目の選定を行う。
			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。	②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託631件、うち担当者会議開催34件(出席32件、書面2件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標（書面含む） A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	センター内、訪問先他	全職種	順調	【委託先担当者会議への出席率】 100%

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(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	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る。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う。 ・計画目標:40人(新規のみ) (前年実績:37人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	順調	【新規の実施人数】 27人	前期は27名実施した。13名は介護保険のサービスにつながり介護予防プランを包括で作成。3名要介護となりケアマネジャーにつないだ。小規模多機能型居宅介護に1名、住宅改修1名、通いの場に1名、4名は包括の見守り対象とした。4名は包括主催のコグニサイズ教室含め情報提供のみで終了。	チェックリストの実施を包括内で呼びかけて引き続き後期も実施していく。公的な地域資源だけに限らず、インフォーマルな情報も知識として得られるよう地域の状況把握に努める。 また、許可が得られた方に関してはその後の定期的なフォローも行っていく。
		ア 健康チャレンジ高齢者把握事業									
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年5回開催(内容:骨密度測定、血管年齢測定、フレイル講話、骨粗鬆症予防の講話、お薬相談会、AI歩行解析による転倒予防))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	開催場所	保健師を中心に全職種	順調	【講話・講演会の開催回数】 1回	あさひみなもとと合同で7月1日ヒナタベル薬局の薬剤師に講師を依頼し「かかりつけ薬局を知ろう」の講話を開催。(旭北の参加者:6名)	後期でオーラルフレイルの講話を予定。男性にも参加してもらえるよう。男性の多いコミュニティにも呼びかけていく。また男性の地域住民から男性の参加者が少ない理由に関して、自身のフレイル状態に気づけていない可能性があるため、簡易的な測定会をスーパーなどで開催すると良いなどのご意見を頂いた。フレイルチェック測定会でオーラルフレイル傾向の方にその後の状況確認し、必要時講話の情報提供を行う。
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:36団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	通いの場(サロン)開催場所	保健師を中心に全職種	遅れ	【支援回数】 3回	9月26日の河内体操にて福祉用具ヤマシタに依頼し、AIでの歩行解析を実施、個々の歩行状態に合わせてトレーニング方法を指導していただいた。(参加者9名) 5月23日(参加者11名)、7月4日(参加者10名)にカムカム教室を民生委員、地区社協と共催にて開催。	通いの場の状況把握時フレイルについての助言等行っていく。通いの場より体操講師の出張講座の依頼があるため、調整を行っていく。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:10月10日根坂間自治会館フレイルチェック測定会) (前年実績:年4回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	開催場所	保健師を中心に全職種	順調	【フレイルチェックの開催回数】 0回	10月10日の根坂間自治会館での測定会に向け準備中。	開催に向け準備を進めていく。次年度に向け地域の団体(既存の通いの場等)に測定会について周知し希望を募る。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:1件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【把握率】 0%	前期でのハイリスク傾向の高齢者は0人であるため把握率は0%。前年度の対象者に呼びかけ通所型サービスCに1名繋いだ。	ハイリスク者以外にも可能な限りフォローを行い、現状を維持・向上できるよう情報提供など行い支援していく。
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種		—		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・年間通して包括の周知活動を行い包括へ直接相談に来る方や近隣、民生委員等からの紹介で相談に来られる方が増えた。 ・重層的な課題に対し朝の申し送りでの方向性の検討や月に1回の包括ミーティングにてケース検討、見守りリストの検討を行い個々のスキルアップを図った。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
60歳代からの相談で生活習慣の改善や病状管理、介護保険以外の支援が必要なケースや複数の課題があるケースの相談が多い。				・若い年代へも包括の周知活動を行い、支援困難になる前の早い段階から必要な機関へ繋げる等の関りを持ち介護予防を図る。 ・重層的な課題に対応するため、包括内での情報共有や検討、必要な機関との連携により様々な視点から支援を検討できる体制を整える。			・若い年代への周知活動として、カードサイズを包括内で印刷し82枚地域へ配布したが、紙質の問題から印刷業者へ依頼することに変更。 そのため後期に作成し地域へ配布予定。 ・朝のミーティングや月に1回のミーティング、他必要時には随時検討や共有行い方向性を検討し多職種との連携により支援を検討している。後期も引き続き継続していく。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活		2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①包括たよりの回覧・配布、②地区社協や福祉村等の活動の場で周知、③公民館まつりへの参加、合計6回。 (前年実績:①包括たよりの回覧・配布、②ちいき情報局へ包括たよりを掲載③地区社協や福祉村等の活動の場で周知、④公民館まつりの参加、合計7回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	圏域内	全職種	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 7回	包括たよりの回覧2回、ちいき情報局掲載2回(6月、9月)、地区社協お楽しみ会での周知(5月8日、9月11日)、松延小学校認サボにて包括周知活動も行った(9月12日)	60歳代の相談が増えたため、第2層協議体内で話し合い、若い年齢層への周知はカードサイズが良いとの意見から作成の準備中。出来上がり次第地域に配架していく。(配架場所は検討中)
			②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	センター内	全職種	順調	—	毎朝のミーティングにて情報の共有と必要時は方向性の検討を行い、月に1回のミーティングでは事例検討を行い、相談体制の整備とスキルアップを図った。	朝のミーティングは各職員が要点をまとめ時間短縮を意識して行い、全体の時間短縮につなげていく。 精神面での課題のある方の対応については、相談内容や本人の状態に配慮しつつ可能な範囲で時間短縮につな下られるよう毎月のミーティングで検討していく
(1)高齢者よろず相談センターの機能強化		③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	センター内、各研修場所	全職種	順調	—	①平塚市主催研修 全職員向け研修(7月12日)、管理者向け研修(7月29日)、初任者向け研修(8月23日) ②その他の研修 包括内事例検討(4月26日、5月24日、6月28日、7月31日、9月2日)、事例検討会(4月16日、6月12日)、神奈川県生活福祉課養成研修に講師として参加(6月4日)、共生社会に向けた地域づくりセミナー①(6月17日)、くすのき在宅診療所主催高齢者とフレイル～食べれるってこんなに大事～(7月12日)、共生社会に向けた地域づくりセミナー②(7月17日)社内研修法改定(7月19日)、チームオレンジコーディネーター研修(7月19日)、コロナワクチン研修(8月5日)、認知症地域支援推進員新任者研修(8月10日)、社内研修ターミナルケア(8月16日)、社内研修虐待(9月20日)、 ③自前で研修会企画・開催 法改定研修(7月19日)	研修終了後最初の出勤日、もしくは毎月のミーティングにて伝達研修行っている。受講後早い段階で伝達研修を行うほうがより正確に伝えられるが、時間がたつと内容が薄くなる傾向があるため、より正確に伝達でき、業務に負担にならない方法を検討する。	
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター内	全職種	順調	【訓練の実施回数】 1回	BCPの研修(6月14日)、BCP訓練(9月17日)、BCPの見直しを後期に改めて行う。	後期にBCPの見直しを行う。	
3 医療・介護連携の推進		(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関13か所、薬局4か所。合計17か所。 (前年実績:医療機関0か所、薬局0か所。合計0か所。) ※圏域内の医療機関等の数:診療所14か所、歯科13カ所、薬局7カ所。計34カ所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:34か所以上(約100%) B:27か所以上(約80%) C:17か所以上(約50%) D:8か所以上(約25%) E:1か所以上	圏域内	全職種	順調	【配布個所数】 14か所	クリニック5か所、歯医者4か所、薬局5か所に包括のチラシと包括たよりを配布し包括の周知と挨拶を行う。また「いつまでも自宅で暮らしたい方のために」のリーフレットの配架を依頼した。	後期も引き続き行う。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・認知症施策に関する事業に関しては概ね予定通りに実施することができた。 ・前々年度までは若年性認知症の相談がなかったが、前年度は2件対応することができ、問題解決まで繋ぐことができた。 ・権利擁護事業に関して、エンディングノートについて周知を行った結果、来所してノートを求められることが増えた。住人の終活に対するの関心の高さを伺うことができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・前年から引き続き、認知症や精神疾患、生活苦等の重層的支援が必要なケースが見られる。 ・家族親族からの支援が受けられず、緊急連絡先や保証人の確保が難しい高齢者が多くなっている。 ・60代の方からの健康相談や生活苦の相談が散見される様になってきた。				・重層的な課題に対応するために、包括内での情報共有を密に行う事で様々な視点から支援を検討できる体制を整える。 ・世代を限ることなく、早い段階からでも相談対応が可能であることを周知していく事で、問題の深刻化を予防していく。			・包括内におけるミーティングやミニカンファにより重層的な支援が必要であるケースには複数の職員で対応を行うことが出来ている。 ・世代や性別を問わず包括の周知をして行く手段として自治体回覧板による周知を続けることが出来ている、前期は圏域内の学校にて認サポを実施する事で若年層への包括の周知を行うことも出来た。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
4 認知症支援策の推進	(1)認知症理解のための普及・啓発	①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方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。 ・計画目標：市民向け2回開催、企業5社訪問、学校3校訪問 (前年実績：市民向け3回開催、企業向け1回開催、学校向け3校訪問)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	市民向け：西部福祉会館 企業：飲食店 学校：旭小学校 松延小学校 旭陵中学校	認知症地域支援推進員	順調	－	＜市民向け＞ ・4月13日開催。 ・令和6年12月開催予定。 ＜学校向け＞ ・旭小学校 開催案内の手紙を郵送し、電話連絡にてあいさつを行う。 ・松延小学校 6学年対象(2クラス)に9月12日開催。 ・旭陵中学校 令和7年3月に開催予定。 ・他包括圏域の認知症サポーター養成講座にファシリテーターとして参加(7月11日) ・東海大学健康福祉学科より依頼がありファシリテーターとして参加(7月24日) ・平塚消防署(本署)(大野署)にて開催手伝い(7月22日午前と午後の2回) ・生きがい事業団にて開催手伝い(7月26日)	・企業向けに開催ができるよう、5社あいさつまわりを行う。	
		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。 ・計画目標：1回開催、マッチングリストの作成準備 (前年実績：1回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	西部福祉会館	認知症地域支援推進員	後期実施予定	【研修の開催回数】 0回	＜チームオレンジ研修＞ ・他包括圏域のチームオレンジ研修にファシリテーターとして参加(7月11日) ・令和7年1月開催予定。 ＜マッチングリスト＞ ・「チームオレンジメンバー活動登録表」のフォーマットを作成し一部の方には説明後登録済み。	マッチングリスト作成準備のため、残りのチームオレンジメンバーへ説明後登録予定。	

(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(2) 認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室12回実施し、脳いきいき講座受講者に予防教室の参加を促す (前年実績: 予防教室12回)	※予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	西部福祉会館	認知症地域支援推進員	順調	【予防教室の開催回数】 5 回	<予防教室> ・5回実施(4月19日、5月17日、6月21日、7月19日、9月20日) (8月開催に関しては熱中症予防のため中止とした) ・脳いきいき教室受講希望者が第2回目(10月～12月)の参加のため、後期にて参加の促しを行う予定だったが、傷病のため参加がキャンセルとなる。 新たに2名参加希望あり。	・引き続き認知症予防教室を毎月開催予定。 ・引き続き、脳いきいき教室の声かけを行い、選定を進めていく。
		(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繋がります。 ・計画目標: 相談件数12件 (前年実績: 43件) ・説明方法: 相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がります。	※相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がった D: 相談のみ E: 相談なし	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 71 %	配布数11件(うち相談件数7件) 相談人数7人に対し、5人を医療・介護・地域等のネットワークに繋がれた。	相談時に受診・診断後の相談窓口も包括である事をしっかりと伝えていく事で、相談者のネットワークからの離脱を予防していく。
			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。 ・計画目標: 1人 (前年実績: 0人)	※選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種	後期実施予定	【選定ケース提出数】 0人	選定ケース対象と考えられる方がいても、家族の支援が入っていたり、医療に繋げることができているため、選定ケース提出には至っていない。	引き続き選定ケース対象者の抽出を行う。
			⑥認知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繋がります。 ・計画目標: 新規30人、継続30人 計60人実施 (前年実績: 新規73人、継続5人 計78人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	センター内、訪問先他	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【新規と継続の合計人数】 36 人	新規32名 継続4名	継続者に対しては、声かけを行うことで実施できるようアプローチしていく。
		(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。 ・計画目標: 認知症カフェの開催回数10回、支援回数1回 (前年実績: 開催回数10回、支援回数2回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	センター内、開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【開催と支援の合計数】 7 回	認知症カフェ開催回数 6回 支援回数 12回	定期的に開催することができているため、前期同様に継続していく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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。	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①未定 ②旭北公民館	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	①8月22日 高齢者及び障害者虐待防止等ネットワーク協議会に参加。 ②旭北民児協定例会に参加。 4月12日 5月2日 6月14日 7月12日 8月9日 9月13日	長期に渡り民生委員を勤めて下さった方の世代交代が迫られている。今後とも地域との関係性を維持する為、定例会への出席を続けていく。
			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う。 ・計画目標:①連携が必要な機関が開催する研修や連絡会に参加し情報収集や連携強化を図る。②民児協定例会に参加することで包括と民生委員の間で顔の見える関係を作り、相談をしやすい環境を整備する。 (前年状況:①高齢者及び障がい者虐待防止等ネットワーク協議会や生活困窮者自立相談支援事業連携機関連絡会などに参加②毎月の民児協定例会に参加。)							
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:包括たよりの配布により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況:自治会回覧板での回覧、サロンでの配布による成年後見制度の普及啓発。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	圏域内	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	9月包括たよりに成年後見制度に関する記事を掲載。自治会回覧板での回覧、サロンでの配布を行った。	普及啓発により、制度に興味を持たれた方に対して、なるべく分かり易い説明が出来る様、制度についての研修へ受講を継続していく。
		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う。 ・計画目標:エンディングノートに関する講座を1回実施、必要に応じてノート配布。 (前年状況:講座開催1回、ノートを29冊配布。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	未定	社会福祉士を中心に全職種	後期実施予定	【終活講座、講和の回数】 0回	新たなエンディングノートに合わせて、地域での講座を実施する。	西部福祉会館を会場とし、エンディングノートの発行者である鎌倉新書に講師を依頼予定。1月～3月の期間内でスケジュール調整可能な日時で行う。 10月22日 終活の一環として「高齢者住宅や介護施設さがし」の講演を開催予定。
	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をする。	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。 ・計画目標:研修を民生委員を対象に実施。合計1回。 (前年状況:研修を民生委員を対象に実施。合計1回。)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	あさひきた公民館	社会福祉士	順調	【普及啓発の回数】 1回	9月13日 民児協定例会において、高齢者虐待に関する講座を開催。26名に参加頂く。	引き続き定期的な普及啓発を行う事で、民生委員の虐待に関する意識づけを行っていく。
⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。		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う。 ・計画目標:事業所内で2件の事例検討。 (前年状況:事業所内で2件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター内	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	9月2日 現在対応している虐待リスクの高いケースを用いて事例検討を行った。	今回の検討を機に職員全員にマニュアルの意識づけすることはできたので、後期においても、事例検討を継続し包括職員内でのマニュアルの理解に勤めていく。	
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域のケアマネジャーを対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①訪問時必要と思われる方へチラシ等の配布で周知啓発。②市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員と地域のケアマネジャーを対象に勉強会兼交流会を実施。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	圏域内	①②全職種 ③主任介護支援専門員	後期実施予定	—	①後期に実施予定。 ②③8月30日の台風の影響による旭圏域の冠水被害あり、後期にあさひみなみと合同で開催予定とした。詳細は10月に打ち合わせし準備していく。	支援者として知っておくべきことや平常時からできることを考え行動できるよう勉強会開催予定。	

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
年間通して個別ケア会議の要請なく、周知活動は行ったものの開催に至らなかった。カンファレンスや支援困難ケースの相談等からの課題抽出に向けた取り組みを行った。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
個別ケア会議の周知を地域住民やケアマネジャーへ行うが開催に至らず、個別ケア会議からの課題把握が難しい。				・包括たよりやちいき情報局を活用し引き続き周知を行い、地域住民や介護事業所、居宅支援事業所へ個別ケア会議開催の声掛けも行っていく。			ケアマネジャーに対しては年度初めに個別地域ケア会議開催に向けた周知活動行ったが、地域住民向けは後期に実施予定。現状では開催の要請はなし。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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		①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：20件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。 (前年実績：22件の個別相談支援(利用者の実人数)、18件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター、訪問先他	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【個別相談支援の件数】 15件 【同行訪問等の件数】 8件	ケアマネジャーからの相談に対し、必要に応じ情報提供や予防プランの作成についての指導、同行訪問等により後方支援行った。	普段から関わりの少ない居宅を把握し、次年度にかけて居宅を回る等により関係性を構築していく。
	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援										
	(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議0回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	センター、西部福祉会館、訪問先他	主任介護支援専門員を中心に全職種	遅れ	【小地域ケア介護の開催数】1 回 【個別地域ケア会議の開催数】 0 回	小地域ケア会議については予定通り実施。前回からの課題であったボランティアについて話し合った。カンファレンスとしての開催はあるが、個別地域ケア会議については要請なく実施もなし。	小地域ケア会議については予定通り後期も実施し、個別地域ケア会議については引き続き開催に向けた周知を地域やケアマネジャーに向け行っていく。
	(A)地域ケア会議の開催										
	(B)協議体の開催		③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援3回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援3回(参加数)) ※圏域内の協議体の数：1か所(旭北地区協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	西部福祉会館他	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1回	予定通り参加。	後期も予定通り第2層地域協議体へ参加し地域課題に対する話し合いを継続していく。
(C)地域資源と関係構築											
		④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、地区社協、福祉村に加え、新たに地元飲食店と新聞やとネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	圏域内	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	－	地域活動等において継続して関係性の維持は図っている。新たな飲食店1店舗へは包括の周知活動行っており、後期に他飲食店や新聞屋等へ働きかける予定。	後期には新たな飲食店や新聞屋等へ働き掛ける予定。	

令和6年度 平塚市地域包括支援センターあさひみなみ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・本人の状態に合わせて、介護保険等のフォーマルなサービス、福祉村・地域のサロン等のインフォーマルなサービスに繋げた。 ・通所型サービスC参加へ2名繋いだ。 ・主催や依頼により、フレイル予防講座を実施。また、主催のサロンを開催してフレイル予防に努めた。地域のサロン開催時には、リーフレットや口頭でフレイル予防の情報提供を発信。また、フレイル予防の為の記事を記載したあさひみなみだよりを配布。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・地域の高齢化率が33.9%(平塚市28.8%)と高く、今後介護が必要な人が増える可能性が高くなっている。エレベーターのない集合住宅が多く階段が上れなくなると、自宅での生活が難しくなる。			・主催や依頼により健康増進・フレイル予防を実施していく。				・本人の状態にあったサービス(フォーマル・インフォーマル)に繋いでいる。通所型サービスCについては今後も地域活動が継続できるよう声掛けをしている。 ・身近な場所でのフレイルチェック測定を前期に実施。特に今回開催した場所は公民館などからも距離がある山間地で開催。地域住民主体で声掛けし、普段出てこない方をお誘いすることができた。 ・依頼によりフレイル予防の周知活動が順調に進んでいる。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」			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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。 参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	主に利用者宅	主に保健師・全職種	順調	【参加人数】1人	6月19日開始の通所型サービスCに1名参加。地域のサロンにも声掛けし、継続参加できている。	9月現在10月開始予定の通所型サービスC対象者にアプローチ中。
		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								
	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。	②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託824件、うち担当者会議開催38件(出席37件、書面1件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	主に利用者宅	全職種	順調	【委託先担当者会議への出席率】92 %	委託担当者会議件数28件。出席26件。欠席2件。欠席理由:1件は緊急対応。1件はイベントと重なったため。	マニュアルを用いてのプランの説明や未提出の書類提出の声掛けを行う。新規の委託契約時にはマニュアルを引き続き配布する。

(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:新規サービス利用者、通所型サービスC利用者の50人 (前年実績:61人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	適宜	全職種	順調	【新規の実施人数】 36人	・新規サービス利用者:35名 ・通所型サービスC利用者:1名	地域の社会資源の発掘を行う。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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、サポート区等の地域資源との連携等により開催する。 ・計画目標:年2回開催①あさひきた・みなみ合同のかかりつけ薬局の講話、②URや地域からの依頼による講話。 (前年実績:年2回開催(内容:かかりつけ薬局、お口の健康))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	①旭北公民館 ②UR集会場等	保健師	順調	【講話・講演会の開催回数】 2回	①7月1日旭北公民館にてあさひきた・みなみ合同のかかりつけ薬局の講話「かかりつけ薬局を知ろう」を実施。ひなたベル薬局の薬剤師を講師として招く。当日、骨密度測定および認知機能検査実施。あさひみなみエリアより5名の参加。 ②6月28日:URの依頼により12名骨密度測定および11名認知機能検査実施。栄養と運動についての講話を行う。	適宜フレイル予防に関する情報提供を地域に発信していく。
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) 計画目標:①フレイルについてパンフレットを12か所の通いの場に配布、②年1回リハビリ職を通いの場に招き、講話や体操を行う。 (圏域内の通いの場(サロン)の数:39団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	①②通いの場	主に保健師	順調	【支援回数】 12回	①4月10日さつき会運営委員会、4月17日万田貝塚サロン、4月18日高根サロン、4月23日山下わいわいサロン、5月23日出縄サロン、5月29日ふれあいサロン、5月17日下山下サロン、5月17日あさひ絆サロン、6月11日あさひSUNサンサロン、6月27日:出縄サロンにて骨密度測定および認知機能検査実施。栄養と運動についての講話を行う。12名の参加あり、骨密度測定と認知機能検査は11名の希望者に対して実施。7月17日あそびば高村、7月22日にじいるサロンにてフレイル予防のパンフレット配布し、ミニ講話を実施。 ②調整中。	後期でリハビリ職を招いての講話や体操を調整中。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年2回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	自治会館等	保健師	順調	【フレイルチェックの開催回数】 1回	6月20日高根サロンにて7名の参加者対象にフレイルチェック測定会実施。	次年度また身近な場所でフレイルチェック測定会が開催できるよう、今年度中から開催について提案していく。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:0件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	①②自宅等	保健師	順調	【把握率】 100%	高根サロンと西部福祉会館(市主催)で開催されたフレイルチェック測定会から2名のハイリスク傾向の高齢者を把握。1名は本人と面談の上、継続したサロン活動ができている。もう1名については介護保険サービス利用中と確認済み。	ハイリスク傾向の高齢者に対しては、引き続き関わりながら状態把握をしていく。フレイルチェック測定会の結果や保険年金課からの情報提供をもとに後期も状況確認および支援をしていく。
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	①②自宅等	保健師		—		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・地域の集まりやサロン等に積極的に参加して包括の周知を図った。多様化する相談に対し専門職で意見を出し合いながら支援すると共に、職員の自己啓発の為、積極的に研修に参加した。 ・医療や介護促進の為、医療機関や薬局との連携を図った。また、地域に対して薬剤師講話や在宅医療リーフレットの配布、医療についての相談があった場合は、保健師が中心になって対応した。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
団地を抱えており、高齢化率が高く、低所得者層の経済的支援等が課題となっている。				・多様化する相談に包括支援センターが対応出来る様に、専門職としての質の向上を目指し積極的に研修に参加する。			・低所得者層の経済的支援について専門職で意見を出し合いながら、制度、施設入居、引っ越し等の説明・案内・支援を行った。研修にも参加しているが、ケースから学ぶ事も多く、専門職としての質も向上している。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活 2 地域ネットワークの充実		①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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、地域の人々が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。 ・計画目標:①広報誌あさひみなみだよりの配布(年2回)、②高村団地祭りの参加。合計3回。 (前年実績:①広報誌あさひみなみだよりの配布(年2回)、②高村団地祭りの参加。合計3回。)	※広報誌の配布、地域の人々が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①センター内 ②高村団地	①②全職種	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 1 回	①6月に広報誌を作成しサロンやイベントで配布。ちいき情報局にも載せる。 ②高村団地祭りが12月に開催。参加予定。	後期にも広報誌を作成予定。12月に高村団地祭りに参加予定。計画以外にも、引き続き地域の集まりやサロン等へ参加し、センターの認知度向上に努める。	
			②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	①②③センター内	全職種	順調	―	①定期のミーティング以外に、必要時は随時ミーティングを実施して情報の共有をしている。 ②相談ケースは多職種で検討している。 ③毎朝ミーティングを実施し相談ケースを共有している。	ミーティングの前等に記録で概要の確認をして、ミーティングの時間短縮には努めているが、ミーティングで時間を掛けて対応方法を検討した方が、その後の対応がスムーズに行えるので、後期も定時と必要時にはミーティングを実施していく。
		(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	①②③センター内外	全職種	順調	―	①7月12日:平塚市開催の包括全職員向け研修会に3名参加。 8月23日:平塚市開催の包括初任者向け研修会に1名参加。 ②5月17日:熱中症アンバサダーの研修に保健師1名参加。 6月17日:共生と予防を考える地域づくりミーティングの研修に認知症地域支援推進員1名参加。 ③5月24日:講師をほっとステーション平塚に依頼し、障がい者支援についての研修を実施。職員4名参加。 7月31日:認知症地域支援推進員が企画し、包括内で認知症ケアのアンガーマネージメントの研修を実施。	研修参加後は定例の会議等で伝達研修を行う様にする。
			④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	①②センター内	全職種	順調	【訓練の実施回数】 2 回	①7月31日事業所内での防災訓練実施。9月2日法人サービスの防災訓練に参加。BCPを使用した訓練は後期に実施予定。 ②後期実施予定。	BCPを使用した訓練、評価、改善を実施。
3 医療・介護連携の推進		⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関10か所、薬局2か所。合計12か所。 (前年実績:医療機関7か所、薬局2か所。合計9か所。) ※圏域内の医療機関等の数:医療機関10か所、薬局2ヶ所。	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:12か所以上(約100%) B:9か所以上(約80%) C:6か所以上(約50%) D:3か所以上(約25%) E:0か所以上	各薬局・医療機関	全職種	完了	【配布個所数】 12か所	前期に医療機関10か所、薬局2か所にリーフレットの配下を依頼。しろねこ薬局、ツインライフいでなわ薬局、平塚病院、高根台病院、十全病院、久保田整形外科、松田内科医院、マリンデンタルクリニック、小川歯科クリニック、水永歯科医院、らいおん歯科万田医院、こんどう歯科医院	日頃から顔の見える関係性を医療機関と維持しながら、医療機関を通して情報提供をしていく。	
(1)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。)											

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・年間を通して認知症カフェ・認知症予防教室を開催する事が出来た。認知症カフェでは、チームオレンジの活動の出来る場所を作る事が出来た。 ・住民向けにタブレットによる認知機能検査を目標数以上に実施し、対象者を脳いきいき講座に繋いだ。 ・高齢者虐待ケースについては、時間を掛けて専門職が意見を出し合いながらカンファレンスを実施。被虐待者の支援や養護者支援を行った。 ・高齢者虐待や成年後見制度の研修に参加して専門的知識を高めると共に、地域住民や地域の介護事業所に普及啓発の為の講話や研修を実施した。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・地域に県営、市営、築40年～50年の集合住宅があり開設当初から住んでいる人も多く、独居や高齢者世帯が多い。高齢化率も高く、比例して認知症高齢者の増加が予測される。			・認知機能検査を活用してMCIの早期発見			・認知機能評価83名実施し、うち13名がMCI相当。地域サロンへの参加者は継続して参加できるように、サロン未参加の方へはサロンの紹介と同行を実施。脳いきいき教室の案内を行い、後期3名参加につながった。 ・認知症になっても住み慣れた地域で暮らせるように、市からの開催依頼文の他に重層的支援の説明にて福祉総務課担当者、コミュニティーソーシャルワーカー、当法人代表と包括管理者・認知症地域支援推進員と学校を回り、圏域内小学校、中学校へ認知症サポーター養成講座の案内を行った結果、山下学童へ講座の実施ができた。中学校は後期に実施。また企業向けとして西図書館から別事業(終活支援)を通じて認知症サポーター養成講座を後期に実施する。地域のネットワークの構築への一歩となった。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進	(1)認知症理解のための普及・啓発	①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の日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。 ・計画目標:①市民向け1回、②企業向け5社に訪問、③学校向け3校に訪問。 (前年実績:市民向けを1回開催、学校2校訪問、企業5社訪問)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	①旭南公民館 ②企業5社 ③勝原小学校 山下小学校 山城中学校	認知症地域支援推進員	順調	—	①5月30日市民向け実施(輪番) ②令和7年2月に西図書館にて実施予定 ③8月22日山下学童保育会へ実施。山城中学校へ11月29日実施予定 ※その他:7月24日、26日東海大学実施の協力	総合相談時や地域活動の中で把握した、認知症当事者や家族の言葉や想いをひろい、提案や相談を共に行いながら希望者に本人発信の支援を行っていく。
		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。 ・計画目標:①チームオレンジ研修1回開催、②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6回(3人) (前年度実績:①チームオレンジ研修1回、②未実施)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	①旭南公民館 ②さんかふえ ③にじいろサロン	認知症地域支援推進員	順調	【研修の開催回数】 1 回	①7月11日にチームオレンジ研修を実施。 ②マッチングリストによるチームオレンジメンバーの活動場所の提供5回開催(7人)	認知症サポーター養成講座開催日に同時開催をすることや、児童・学生・企業への認知症サポーター養成講座開催時に、翌年度はチームオレンジ研修が開催ができないか相談や提案を続けていく。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標:予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人の参加。 (前年実績:予防教室6回実施。脳いきいき講座受講者は2人)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	にじいろサロン 地域への講話	認知症地域支援推進員	順調	【予防教室の開催回数】 3 回	・予防教室ににじいろサロン:5月27日、7月22日実施。さんかふえ(オレンジカフェ)参加者から認知症予防講座の依頼あり、8月21日に実施した。 ・脳いきいき教室は前期1名申し込みをしたが、本人家族都合でキャンセル。後期1名申し込みあり。	脳の健康サポーターへ協力依頼を行い、来年度通年入会できる教室の準備を行っていく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(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繋がります。 ・計画目標:相談件数20件 (前年実績:ケアパス配布数54件) ・説明方法:相談人数20人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数20人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数20人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	センター内、訪問先	認知症地域支援推進員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 85.7 % (地域版は反映していない)	・市作成のケアパスを用いた相談人数14名に対し、うち12名を医療・介護・地域などのネットワークにつなげた。 ・地域版ケアパスを作成し、これを用いた相談を33名に実施。うち7名を介護・地域などのネットワークにつなげた。	後期では指標の20名を目指す。様々なネットワークの周知・情報把握に努める。
			⑤認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人(相談のみ) (前年実績:0人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	センター内外	認知症地域支援推進員	順調	【選定ケース提出数】 1 人	5月に1名選定された。 チーム員よりMCIのケースを上げるよう話があったが、認知機能評価や地域活動の中でMCI相当の方を把握してもかかりつけ医へ相談したり、包括の中での対応が可能。	総合相談時や、地域サロン参加時などで、引き続き対象者把握に努めていく。
			⑥認知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繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施 (前年実績:82名に実施、新規継続確認出来ず)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	センター内 訪問先サロン3か所	主に認知症地域支援推進員、全職種	順調	【新規と継続の合計人数】 83 人	83名に実施。 新規/59名、継続/24名実施 全職員協力のもと、地域サロン9か所(高根サロン、絆/将棋の会、絆/手芸の会、出縄サロン、さんSUNサロン、ふれあいサロン、高村西サロン、下山下サロン、山下わいわいサロン)、薬剤師講話、URイベント、総合相談時に認知機能検査を実施。	継続者のリストについて見直し、過去に実施した方へアプローチを行う。
	(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。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績:開催回数6回、支援回数6回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	福祉村、旭南公民館	主に認知症地域支援推進員	順調	【開催と支援の合計数】 6 回	・4月17日、6月19日、8月21日にカフェ開催3回。同日支援回数3回行った。	認知症カフェで料理を行っている場所は、市内であさひみなみ地区しかないため、チームオレンジメンバーと協力し継続を検討していきたい。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 ・計画目標:①他機関への相談、②民生委員・住民等からの相談に対して訪問等の実施。 (前年状況:①課題が複雑化・複合しているものは、他機関へ相談した、②民生委員・住民等からの相談に対して訪問等を実施した。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①②センター内外	全職種	順調	－	①課題が複雑化・複合化しているケースについて、コミュニティソーシャルワーカー、成年後見利用支援センター、くらしサポート、警察等の他機関に相談した。必要に応じて他機関とカンファレンスを実施。どの機関に相談すればいいかを包括内で理解・共有出来ておりスムーズに相談窓口に繋げている。 ②民生委員・住民等からの相談に対して訪問等を実施している。	1人の職員に負担が掛からない様に、事業所内で話し合い、連携して対応していく。地域からの相談には早めの訪問等を実施していく。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:研修・講話等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。制度の案内10人。 (前年状況:平塚市成年後見人利用支援センターに講師を依頼して、地域の民生委員・ケアマネジャーに成年後見制度の講話を実施。またサロンで成年後見制度の説明を行い成年後見制度の普及啓発に努めた。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内10人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	センター内外	主に社会福祉士 全職種	順調	－	・7月11日チームオレンジ研修参加者9名に講話を実施し制度の案内を行った。 ・地域や病院からの相談で、市長申立て法定後見制度申請の支援を3件実施。 ・制度について、包括が分からない事や不明な点は、成年後見利用支援センターに相談している。	引き続きサロンやイベント等で講話を実施。包括でも制度について分からない事があった場合は、成年後見利用支援センターに相談する。
		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う。 ・計画目標:①もしバナゲームを1回実施、②ノートを30冊配布。 (前年状況:ノートを29冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	①センター外 ②センター内外	全職種	順調	【終活講座、講和の回数】 0 回	①後期実施予定 ②前期にノート20冊配布(希望者に配布)	後期にももしバナゲームを実施。鎌倉新書版のエンディングノートが出来たため、イベント等配布し終活支援を行っていく。
	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をする。	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、積極的に普及啓発の講話・研修を実施していきます。 ・計画目標:法人内の居宅支援事業所、地域住民を対象に実施。合計2回。 (前年状況:法人内の居宅支援事業所、地域住民を対象に実施。合計2回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	センター外	社会福祉士	順調	【普及啓発の回数】 2 回	・7月10日法人内居宅介護支援事業所のケアマネジャーに高齢者虐待の研修を実施(10名出席)。 9月11日に民児協で高齢者虐待の講話を実施(24名出席)。	高齢者虐待研修への参加。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標:①高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応の実施、②事業所内で1件の事例検討。 (前年状況:事業所内で0件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	①②センター内外	主に社会福祉士 全職種	順調	－	①相談件数4件。うち虐待認定ケース1件。他機関と連携して困難ケースを対応。 ②1件の事例検討を実施。	相談があった場合は、訪問等の早期対応を検討。虐待が疑われる場合にはマニュアルに基づいて、事業所内で情報共有を行う。
	7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発、②地域を対象に新たに周知啓発、③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発、②未実施。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①②③センター内外	全職種	後期実施予定	－	①②チラシ等の窓口配架実施。 ③後期実施予定	地域との話し合いの場を設ける。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・協議体で話し合い、福祉村と協力して認知症カフェ開催時に移送サービスを実施した。 ・ケアマネジャー個別相談に対して、情報提供・同行訪問を実施した。また、事例検討会・研修会を開催してケアマネジャーとの連携を強化した。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・ボランティアのなり手がおらず、地域資源の存続が難しくなる可能性がある。 ・困難ケースが多く、ケアマネジャーからの個別相談も多い。				・協議体の開催を支援して地域のネットワークを構築する。 ・ケアマネジャーからの個別相談に対して、必要に応じた情報提供・助言・同行訪問等の支援を行う。			・地域でボランティアの募集を行っているが、なかなか集まらない。ボランティアの募集について、引き続き協議体で話し合いをしていく。 ・ケアマネジャーの個別相談に対して、必要な情報提供・助言・同行訪問等の支援を行っている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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	①ケアマネジャーへの支援と連携強化を図る。 イ 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う。 担当地域のケアマネジャー対象に研修を開催し、関係性を深め、連携の強化を図る。 ・計画目標:①2件の個別相談支援(利用者の実人数)、2件の同行訪問等、②1件の研修の開催。 (前年実績:①4件の個別相談支援(利用者の実人数)、4件の同行訪問等、②1件の研修の開催。	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	①②センター内外	主に主任介護支援専門員 全職種	順調	【個別相談支援の件数】 10 件 【同行訪問等の件数】 7 件	①10件の個別相談支援実施、7件の同行訪問実施。 ②5月24日:地域居宅支援事業所向けに、講師をほっとステーション平塚に依頼し障がい者支援についての研修を実施。ケアマネジャー9名参加。	相談があった時は情報の整理やケアマネジャーが1人で抱え込まない様に事業所内で1度話し合っているか等を確認する。必要時は引き続き、同行訪問等を実施する。
	(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。 (A)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。 ・計画目標:小地域ケア会議6回、個別地域ケア会議1回) (前年実績:小地域ケア会議9回、個別地域ケア会議 0 回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	センター内・外	全職種	順調	【小地域ケア介護の開催数】 4 回 【個別地域ケア会議の開催数】 1 回	小地域ケア会議4回開催(5月16日、6月20日、8月22日、9月19日)。個別地域ケア会議1回開催(6月17日)。	具体的な解決方法が導き出せるような話し合いをする。
		(B)協議体の開催	③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する。 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。 センター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。 ・計画目標:協議体の開催支援6回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援9回(参加数)) ※圏域内の協議体の数:1か所(旭南地区協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	センター外	全職種	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 4 回	協議体開催時は毎回参加している。5月16日、6月20日、8月22日、9月19日	普及啓発を行っていく。
(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。 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)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等とネットワークを構築した)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	センター外	全職種	順調	—	民児協や各サロン活動には基本的に参加している。認知症支援事業を通じて、新たに学童や企業ともネットワークを構築出来た。	引き続き地域とのネットワークを構築し良い関係作りを目指す。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センターおおすみ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・岡崎・城島地区それぞれの意向を確認しながら、フレイル予防活動の周知を含めた活動を実施できた。フレイル傾向や閉じこもり傾向のある高齢者に対し、地域活動や介護予防ケアマネジメントにつなげることができている。 ・サロンや高齢者の集まる場で家庭血圧管理の周知を行うとともに、広報誌を用いて壮年期の住民に対しても啓発を行うことができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・岡崎・城島地区ともに地域交流や社会活動の場が回復し活発化しているが、フレイル測定会は既存の参加者と新規の参加者のバランスをとりながら継続できるような環境を整える必要がある。 ・城島地区の後期高齢者健康診断受診率が他地区と比較して低い傾向がある(KDBデータ)				・地域住民の自主的なフレイル予防活動を意向を確認しながら継続支援し、地域の閉じこもり傾向やフレイル傾向のある高齢者を把握する。 ・地区サロンや健康教室の場で健診受診推奨の講話を行う。			・岡崎町内福祉村のフレイル予防活動支援において、フレイルサポーターの意向を確認しながら測定会を実施した。フレイル測定会や保険年金課との連携情報に基づき、健康不安や閉じこもり傾向にある高齢者を把握し、関りを開始している。 ・健診案内送付の時期に合わせて、地区サロンや健康教室の場で健診受診推奨を行った。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」		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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:4人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	センター	看護師を中心に全職員	順調	【参加人数】 1 人	・1期目の対象者3名に事業を案内し、うち1名が参加。 ・前年度後期の参加者2名に対し、地域の体操教室やサロンを紹介し、参加を促している。	・対象者の目標達成を阻害する心身の要因を把握したうえで選出を行う。	
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											
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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託408件、うち担当者会議開催21件(出席19件、書面2件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	・センター ・利用者宅	主任ケアマネジャーを中心に全職員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 87 %	・委託先のサービス担当者会議は期間中16件開催し、そのうち14件出席。 ・直営のサービス担当者会議は期間中75件開催。	・委託先ケアマネジャーとの情報共有を行い、必要時は適切な支援ができるようにする。 ・委託先ケアマネジャーの事務的な負担について軽減策がないか、主任ケアマネジャー連絡会や関係機関と情報共有する。	

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)					
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
		(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:60人(新規のみ) (前年実績:60人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	利用者宅	看護師を中心に全職員	順調	【新規の実施人数】 21 人	・主に新規ケアプラン作成者対象にチェックリストを実施し、結果をケアプランに反映させている。介護保険更新者対象にも基本チェックリストを実施し、計9名に実施した。	・新規ケアプラン作成者、総合相談で閉じこもりや鬱傾向にあると予測されるケースに対し、基本チェックリストを実施し、心身の状況把握に努め、必要に応じてサービスを検討する。
				エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年14回開催(内容:家庭血圧管理についての講話、サポート医の寄稿文を広報で周知、高齢者学級での講話など))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	・岡崎公民館 ・城島公民館	看護師	順調	【講話・講演会の開催回数】 5 回	・6月10日 おおすみ主催サロン(園芸)閉じこもり傾向や孤立しがちな高齢者対象に寄せ植え体験と他者との交流 参加9名(熱中症予防の講話 包括看護師) ・6月10日 岡崎独居高齢者昼食会 参加46名(JA湘南 ふれあいまつり ミニサロン) 中郡薬剤師会の協力による健康チェック、健康相談 ・6月22日 岡崎 参加76名 ・7月20日 城島 参加34名 ・9月24日 岡崎プラチナ学級 ロコモティブシンドローム 骨密度測定 参加11名
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:11団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	・地区サロン会場 ・通いの場 ・公民館	看護師を中心に全職員	順調	【支援回数】 16 回	(ピーアウェイク講師による健康講話・健康体操・フレイル予防講話) ・4月25日 城島健康体操 参加57名 ・5月23日 城島健康体操 参加50名 ・6月27日 城島健康体操 参加55名 ・7月25日 城島健康体操 参加47名 ・8月22日 城島健康体操 参加45名 ・9月26日 城島健康体操 参加48名(熱中症予防の講話 包括看護師) ・6月27日 城島健康体操 参加55名 ・7月4日 おかざき鈴の里拠点サロン 参加8名 ・7月16日 西海地サロン 参加14名 ・7月17日 おかざき鈴の里支援部会 参加20名(おかざき鈴の里拠点 セラバンド体操) ・4月4日 包括紹介、サロン担当者交代に伴う後方支援 参加17名 ・5月2日 参加 13名 ・6月6日 参加 11名 ・7月4日 8月1日 参加8名 ・9月5日 防災について講話 参加 7名 ・5月16日 ふじみ野サロン もの忘れの予防と体操 もの忘れ相談プログラム体験 参加10名 ・8月23日 城所サロン 第一興商カラオケプログラム 参加13名	・地域の依頼に応じてフレイル予防につながる講話や健康相談の機会を設ける。 ・10月19日 城島ふれあいの里 秋祭り ・11月2日 岡崎ふれあいの福祉まつり ・11月11日 下島サロン ・11月30日 きじまるシェ ・1月17日 城所サロン	
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年3回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	城島公民館 R7年2月予定	看護師	順調	【フレイルチェックの開催回数】 1 回	・8/19 おかざき鈴の里 ボランティア対象フレイルチェック測定会 参加10名 サポーター7名 ・8/2 岡崎フレイルチェック測定会打ち合わせ ・8/7 城島フレイルチェック測定会打ち合わせ	・12月2日 岡崎公民館 ・1月22日 城島公民館 ・2月20日 城島公民館 それぞれフレイルチェック測定会を予定している。	
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:26件中13件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	①利用者宅 通いの場 福祉村	看護師を中心に全職員	順調	【把握率】 100 %	・別北サロン参加13名中4名がフレイル(口腔・栄養・運動・社会参加)うち2名は定期的にモニタリングを実施し、支援に入っている。他2名は地域のサロンや行事に参加していることを確認。 ・8月のひらしんフレイルチェックの結果では、フレイル傾向の参加者なし。 ・8/19 おかざき鈴の里ボランティア対象の測定会は1名が該当されたが、日常的に社会参加されていることを確認した。 ・保険年金課より昨年度の栄養状態不良(体重減少)のケースについて保健師と同行訪問し、地域資源や総合事業などを紹介した。特定健診受診者の高血圧/ハイリスク対象者について、保険年金課より情報提供を受けて家庭訪問。家庭血圧測定の勧めと高齢福祉サービスの利用を提案、利用開始となった。	・保険年金課より報告を受け、フレイル傾向と判断された参加者を把握、支援していく。	
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	②利用者宅	看護師を中心に全職員	後期実施予定	—	・圏域内の健康状態不明者を把握し、必要に応じて保険年金課保健師と同行訪問する。		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・各職種向けの機能強化研修を積極的に受講し、伝達や資料を回覧し共有するよう努めた。年間を通して各職員が研修を選択受講し、スキルアップに努めた。 ・定期的なミーティングだけでなく、書面を回覧して情報共有している。 ・地域活動や連絡会議に参加し、包括の周知を行うとともに関係機関との連携や関係づくりに努めた。包括サポート医の協力を得て、高血圧予防をテーマにした広報誌を発行し、地域行事での健康相談を通じて包括の周知を行った。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・高齢福祉、障がい福祉、生活困窮、家庭内トラブル、医療等、多様な問題が混在する相談が増加しており、専門職間の連携が重要となっている。				・多様な相談に対応するため、各職員が研修を選択受講し、伝達を通して全職員がスキルアップできるよう努める。 ・複合的な問題に対しては、基幹型包括や重層的支援事業と連携し、予防的な関りを念頭に置いて支援する。			・平塚市と医療・介護連携支援センターが企画する包括職員研修には該当する職種の他、可能な職種が出席してスキルアップに努めた。 ・生活困窮と医療問題など、問題が混在するケースにおいては、早い段階から専門職間の連携をとるように努めている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加、③こいのぼり祭りの参加。合計3回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加。合計5回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	・開催場所 ・公民館	全職種	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 8 回	①5月包括広報誌おおすみだよりを全戸配布(4287部)、圏域医療機関12か所、介護事業所10か所、企業、学校21か所に配布し周知を図った。 9月包括広報誌おおすみだよりを自治会回覧配布(724部)圏域医療機関12ヶ所、介護事業所10ヶ所、企業、学校18ヶ所に配布し周知を図った。 広報紙発行時にちいき情報局へ掲載 6月 法人ホームページに広報紙を掲載開始(令和5年度発行分より掲載) ②後期実施予定 ③岡崎大畑地区こいのぼり祭りに参加を予定していたが、健康相談に使用する測定機器が準備できず不参加となった。地域から依頼があり、測定機器を用いて健康相談会を行い、包括の周知を行った。 ・6月22日 JA湘南岡崎ふれあい祭 ・7月20日 JA湘南城島ふれあい祭	①自治会未加入世帯への周知方法については、今後 も検討が必要である。 ②岡崎・城島公民館まつりに参加予定 職員の負担軽減については、今後も検討が必要である。
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	センター	全職種	順調	—	①②③新規相談ケースは初回相談記録を回覧し、共有している。毎日ミーティングを行い、新規相談の内容や頻回な相談が寄せられているケースについて共有し、対応を検討している。	定期的なミーティングをはじめとする情報共有の時間は短時間でも確保するよう努める。
	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	センター	全職種	順調	—	①7月12日「アセスメントって何?自分の支援を信頼できるために」全職員対象オンライン研修 4名出席 ・7月29日「地域包括ケアシステムは何を目指しているのかを改めて問う」管理者 1名出席 ・8月23日「福祉に活かすコミュニケーション技術」 初任者 2名出席 ②看護師 ・5月17日「熱中症アンバサダー講座」 ・9月5日「多職種で看取りを支援する」 ・9月7日「知っておきたい医療と救急」 社会福祉士 ・4月17日「成年後見制度と身元保証」 認知症地域支援推進員 ・7月17日「共生社会に向けた地域づくりのセミナー」(東京都の認知症施策の紹介他) ・8月29日「共生社会に向けた地域づくりのセミナー」(神奈川県 の未病の産業化とME-BYOBRANDについて他)	後期 包括内研修を開催予定 伝達研修の時間の確保については、今後も検討が必要である。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター	管理者	後期実施予定	【訓練の実施回数】 0 回	①後期実施予定 ②社内人事異動に伴う職員の交代あり。BCPを一部改訂した。 不足している備蓄品や物品を点検し、必要なものを順次揃えている。非常持ち出し用として、担当ケースのフェイスシートと内服薬情報をまとめている。	後期 包括内研修を開催予定
	3 医療・介護連携の推進		⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関8か所、薬局4か所。合12か所。 (前年実績:医療機関8か所、薬局4か所。合計12か所。) ※圏域内の医療機関等の数:医院・歯科医院8か所 薬局4か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:12か所以上(約100%) B:9か所以上(約80%) C:6か所以上(約50%) D:3か所以上(約25%) E:1か所以上	圏域内医療機関	看護師を中心に 全職種	後期実施予定	【配布箇所数】 3 か所	・包括広報誌配架依頼時に圏域の医療機関に挨拶を兼ねて持参した。 ・個別の相談事例に対し、在宅医療の理解を深める目的で説明のうえ、配布している。
		(1)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。)								

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・民児協定例会への出席や民生委員・ケアマネジャー交流会の開催等を通して、民生委員との情報交換の場を多く持つことができた。新任の民生委員とも顔の見える関係を築くことができた。 ・城島地区・岡崎地区ともコグニサイズが定着し、認知症予防について周知ができた。 ・城島地区の認知症サポーター養成講座、チームオレンジ研修では、民生委員を対象に行うことができ、チームオレンジ活動に繋がった。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・8050問題、身寄りのない高齢者問題等、複合的な課題を抱えた相談が多くあった。 ・認知症について正しく理解されている方もいるが、いまだ認知症を我が事と思わない方も多数である。早期発見、早期対応に繋げていけるよう、高齢者本人や家族、関係者に広く普及啓発する必要がある。				・他機関・多職種と連携し、必要に応じて重層的支援体制整備事業、基幹型地域包括支援センター、弁護士相談等を活用しながら、権利擁護支援を行っていく。 ・年代、業種を超えて広く地域に認知症の普及啓発を働きかけ、早期発見、早期対応へと繋げていく。			・複合的な課題を抱えたケースにおいては、包括内の連携だけでなく、関係機関と連携を取りながら、支援を行うことができた。 ・地域のサロンや地区の老人クラブの会合で認知症の普及啓発を行い、認知症の正しい理解と予防について周知ができた。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進	(1)認知症理解のための普及・啓発	①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方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。 ・計画目標:市民向け2回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績:市民向けを2回開催、企業向け1回、学校向け なし)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	—	・6月15日岡崎公民館にて、福祉村、地区社協、公民館の共催で、地域住民対象に開催。参加者15名。 ・7月6日輪番制市民向け講座を城島公民館で開催。参加者6名。 ・企業向けには、チラシを持参し6月18ヶ所、9月15ヶ所に開催の依頼を実施したが、未開催である。 ・城島小学校から依頼があり、3年生を対象に11月実施予定。 ・東海大学生や平塚消防職員向けの認知症サポーター養成講座に補助として参加する。	・11月12日 城島小学校3年生対象に開催予定。 ・年代、業種を超えて広く地域に認知症の普及啓発を働きかけ、「認知症サポーター養成講座」の開催へ繋げていく。 ・スーパー、コンビニ等の企業には、再度広報誌やチラシの配布を行い、講座開催を検討して頂く。
		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。 ・計画目標:2回開催、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1回(2人) (前年実績:チームオレンジ研修2回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【研修の開催回数】 1 回	・7月13日岡崎福祉村鈴の里にて、チームオレンジ研修を開催。参加者9名。 ・マッチングリストを作成し、活用を検討中。 ・現在、実活動のあるメンバーは、城島地区10名、岡崎地区3名である。	・「認知症サポーター養成講座」参加者で、その後チームオレンジ研修に参加されていない方に働きかけ、研修開催へ繋げる。 ・チームオレンジメンバーと協力し、地域の課題解決に向けての情報交換を行う。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ①楽しく！コグニサイズ教室(第2木、第4月) ②城島福祉村拠点サロン(第1金、第3金) ・計画目標:予防教室48回実施し、脳いきいき講座受講者の1人が参加した。 (前年実績:予防教室42回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	①岡崎公民館 ②城島ふれあいの里	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【予防教室の開催回数】 21 回	①楽しく！コグニサイズ教室 ・4月11日 参加22名、22日 参加13名 ・5月9日 参加19名、27日 参加14名 ・6月13日 参加22名、24日 参加11名 ・7月11日 参加14名、22日 参加17名 ・8月8日 参加18名、26日 参加14名 ・9月12日 参加18名、23日 参加11名 ②城島福祉村拠点サロン ・4月5日 参加10名、19日 参加15名 ・5月17日 参加15名 ・6月7日 参加10名、21日 参加6名 ・7月19日 参加10名 ・8月2日 参加10名 ・9月6日 参加13名、20日 参加10名	・会場までの送迎を見直し、検討する。 ・脳いきいき講座に1名参加中。岡崎コグニサイズ教室にご案内予定。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(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繋がります。 ・計画目標:相談件数10件(前年実績:8件) ・説明方法:相談人数10人に対し、うち5人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A.相談人数10人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B.相談人数10人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C.相談人数10人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D.相談のみ E.相談なし	・センター ・福祉村 ・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 0%	・おおすみたちより相談室で受けた認知症に関する相談は、5件。ネットワークには繋がらないが、認知症地域支援推進員が情報を集約し、共有している。 ・5/16 ふじみ野サロン、9/19 別北サロン、9/28 岡崎地区老人会教養講座では、ケアバスを使って認知症の普及啓発を行い、認知症の相談ができることを周知した。	・福祉村や民生委員、スーパーやコンビニなどの企業と連携し、対象者の把握に努め、医療・介護・地域のネットワークに繋げていく。 ・地域の行事に参加する際は、相談ブースを設け、認知症に関する相談を受ける予定。
			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。 ・計画目標:1人(前年実績:0人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	遅れ	【選定ケース提出数】 0人	・初期集中支援事業に該当するケースはなかったが、福祉村や民生委員、スーパー、コンビニ等の企業からも情報を収集し、対象者の把握に努めている。 ・自治会主催のカフェ「ふれあいスポット」で、初期集中支援事業の説明を行い、普及啓発に努めている。	・福祉村や民生委員、スーパーやコンビニなどの企業や総合相談から、対象者の把握に努める。 ・認知症に関する相談時は事業に該当するか確認し、ケース相談等で専門職の意見を求めていく。
			⑥認知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繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施(前年実績:新規45人、継続32人 計77人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	・センター ・公民館 ・福祉村 ・地域サロン会場 ・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【新規と継続の合計人数】 47人	4月15日 1名、4月17日 2名、5月9日 1名、5月16日 3名、5月20日 5名、5月29日 2名、6月17日 1名、6月25日 1名、6月28日 10名、7月22日 1名、8月8日 1名、8月19日 7名、9月11日 7名、9月19日 5名 計47名	・広報誌やたちより相談、地域のサロンで説明を行い、認知機能検査プログラムの理解を求め実施していく。
		(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。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数2回、支援回数12回(前年実績:開催回数2回、支援回数11回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	・おおすみ認知症カフェ(年2回) ・ふれあいスポット(第4木)	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【開催と支援の合計数】 開催支援 6 回	・包括主催の認知症の方と家族を対象にした「マージャンカフェ」を計画中。 ・自治会主催のふれあいスポットに6回参加。後方支援を行った。	・医師からの専門的な話が聞けるように、地域の医師と連携をとって、家族介護者を対象に後期開催の予定。 ・自治会主催のカフェ「ふれあいスポット」を必要な方には周知をし、参加に繋げていく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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。	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	センター	管理者を中心に 全職員	順調	－	②(城島地区民児協定例会) ・4月6日 ・6月8日 ・8月10日 (岡崎地区民児協定例会) ・6月8日 (岡崎地区民児協定例会) ・協議体の場で地区社協や自治会でも訪問しない形(郵便受けの確認や電灯の点灯、雨戸の開閉など)での見守りを行っている現状を把握できた。	②城島地区民児協定例会 2ヶ月毎出席予定 岡崎地区民児協定例会	
			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う。 ・計画目標:2地区の民児協定例会や協議体に出席し、情報共有を実施。新たに地域団体の見守り対策を把握し、連携強化を実施。 (前年状況:2地区の民児協定例会に定期的に出席し、連携強化を図るとともに情報共有を実施。)								
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:認知症サポーター養成講座等により成年後見制度等の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況:認知症サポーター養成講座等により成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度等の案内10人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	・開催場所 ・利用者宅	社会福祉士を中心に 全職員	順調	－	・4月6日 城島地区民児協定例会にて実施。参加者10人。 ・6月8日 岡崎地区民児協定例会にて実施。参加者13人。 ・7月6日 城島地区認知症サポーター養成講座にて実施。参加者6人。 ・7月13日 岡崎地区チームオレンジ研修にて実施。参加者9人。	・定期的に行うことができています普及啓発活動については、来年度以降も行えるように各種団体へ働きかけていく。 ・依頼があれば、普及啓発活動を行っていく。 ・成年後見制度に係る相談があれば、随時対応していく。	
		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う。 ・計画目標:終活講座を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況:ACP・もしバナゲームの体験講座を2回実施、ノートを80冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	・開催場所 ・訪問先 ・サロン会場等						全職員
	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をする。	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。 ・計画目標:市民、民生委員を対象に実施。合計2回。 (前年状況:市民、民生委員を対象に実施。合計5回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	開催場所	社会福祉士	完了	【普及啓発の回数】 4 回	・4月6日 城島地区民児協定例会にて実施。参加者10人。 ・6月8日 岡崎地区民児協定例会にて実施。参加者13人。 ・7月6日 城島地区認知症サポーター養成講座にて実施。参加者6人。 ・7月13日 岡崎地区チームオレンジ研修にて実施。参加者9人。	・定期的に行うことができています普及啓発活動については、来年度以降も行えるように各種団体へ働きかけていく。 ・依頼があれば、普及啓発活動を行っていく。	
⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。		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う。 ・計画目標:事業所内で1件の事例検討。 (前年状況:事業所内で0件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	・センター ・利用者宅	社会福祉士を中心に 全職員						後期実施予定
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の民生委員を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:協議体や民児協会長と情報共有)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	・センター ・利用者宅	全職員	順調	－	②9月18日 岡崎鈴の里支援部会に出席し、防災についての講話を実施。出席者が避難行動要支援者制度の支援側の立場であったため、発災時の行動について口頭で確認した。	地域の活動状況や意向を確認しながら活動の妨げにならない周知を検討する。		

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・地域で対面での勉強会を開催することで、地域の支援者と専門職の連携のきっかけを作ることができた。 ・小地域ケア会議や協議体での意見交換を通じて、高齢者世帯、行方不明高齢者などテーマを絞って地域の実態について協議することができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・地域団体の代表者やボランティアの高齢化に伴い、担い手が不足している。 ・居宅介護支援事業所やサービス事業所が少ない地区のため、地域住民の介護サービスや福祉サービスに対する理解が不十分になっている。				・地域ケア会議開催、協議体など地域主催の会議の開催支援を行う。 ・地域住民に対して、各種サービスについて周知活動を行う。			・地域ケア会議開催、協議体など地域主催の会議の開催支援を行った。 ・民児協定例会で、具体的なサービスについて周知を行った。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2－1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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、2件の同行訪問等。 (前年実績：11件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	・利用者宅 ・センター	主任ケアマネジャーを中心に全職員	順調	【個別相談支援の件数】 6件 【同行訪問等の件数】 2件	同行訪問は、ケアマネ交代に関わる案件、利用者の精神状態悪化の際の介護者支援の案件の計2件	包括で把握している支援困難と思われる事例について、随時経過把握を行う。	
	(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議1回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	・開催場所	主任ケアマネジャーを中心に全職員	順調	【小地域ケア介護の開催数】 1回 【個別地域ケア会議の開催数】 1回	小地域ケア会議1回(岡崎地区 コミュニティ交通について) 個別地域ケア会議1回(岡崎地区 認知症独居高齢者)	個別地域ケア会議から発見した課題について、一般化した形の情報として地域内の会議体などで情報共有を図る。
		(A)地域ケア会議の開催									
		(B)協議体の開催	③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する。	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回りながら構築していきます。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援4回(4回) (前年実績：協議体の開催支援5回(5回)) ※圏域内の協議体の数：2か所(岡崎協議体、城島協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	・開催場所	主任ケアマネジャーを中心に全職員	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1回	協議体開催支援1回(岡崎地区)	城島地区協議体再開に向けて、関係者にアプローチする。
(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに地域教育力ネットワーク協議会等とのネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	・開催場所 ・センター	主任ケアマネジャーを中心に全職員	順調	—	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)と行事、会合などを通じて良い関係の構築に務めた。	地域教育力ネットワーク協議会と協働できる課題がないか検討する。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センター倉田会 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・3地区(八幡、四之宮、真土)に於ける高齢者調査を実施。この高齢者調査を通じて、担当民生委員との関係強化及び新たな関係構築が図れた。 ・四之宮地区、八幡地区での定期交流会(福祉村やサロン)を通じて、フレイル気味の高齢者や問題ケースの把握と早期対応が図れた。 次年度については、基本チェックリストの再有効活用を検討している。チェックリストの定期的な利活用により、サロン参加者への意識付けにも繋げていきたいと考える。 ・真土地区に於いては、福祉村創設の進展は見られなかったことから、今年度から民児協、地区社協へ働き掛けて地域ケア会議の開催要請を依頼して行こうと考えている。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
(1)多問題ケース(8050、家族構成員の複雑化、ヤングケアラー、金銭的に境界層レベル等)に於ける包括職員がチームとして支援して行く体制作り。 (2)福祉村が存在しない真土地区への定期交流の場の構築。 (3)フレイルという言葉の認知度が高い実感はあるものの、内容については認知度が低い様子。難しい話への関心が持ちにくい印象。			(1)多問題ケースへの対応としては、当包括内職員のスキルアップと合わせ各関係機関との良好な関係性の構築により、地域の方を包括的に支援できる体制を整備する。 (2)真土地区に於いては、民児協、地区社協への働きかけにより、地域ケア会議の開催にて地域課題発見や勉強会の開催を検討していく。 (3)フレイルについて普及啓発をしていくにあたり、3要素の理解と関心を得られるよう内容構成を検討した支援を行なう。			(1)複合的ケースへの対応方法としては、朝礼時の情報共有からスタートし、誰がイニシアティブを取り、何処と連携を図るかを確認するよう努めている。 (2)勉強会(片付けとは～遺品整理等)と地域課題発見(真土地区)、ネットワーク構築(包括、民児協、ケアマネ、駐在)を目的に開催済み。 * 真土地区に於いては定期的に開催を求める声が上がった。 (3)フレイルについての講話をする際には、必ず3要素について説明している。不足していることを補う意識が大切であると伝えるよう心掛けている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	センター	保健師 全職種	順調	【参加人数】 0 人	・1クール目に対象者として選定した方が、利用開始の直前でキャンセルとなってしまった。私的な理由で日程的に難しくなってしまった。	・2クール目に1名を選定済み。利用調整中である。 サービス利用後について、地域活動の継続や新たに検討していくことについてご説明し、ご理解を頂いている。 ・3クール目についても、選定を慎重に行なっていく。
			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。	②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託861件、うち担当者会議開催55件(出席30件、書面25件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	訪問先他	主任介護支援専門員 全職種	順調	【委託先担当者会議への出席率】 66.6 %

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:50人(新規のみ) (前年実績:50人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	訪問先他	全職種	順調	【新規の実施人数】 31 人	・介護保険新規申請の必要性の有無を図る上での指標としたり、福祉村での相談会内でフレイルチェックや健康指標としてのツールとして使用している。	・集団を対象として定期的に基本チェックリストの振り返りを行なうと共に、個々のデータ管理も行なっていく。気になる方について、必要時個別相談の場を検討していく。
				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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年1回開催(内容:認知症について))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	大野公民館	保健師	順調	【講話・講演会の開催回数】 1 回	・6月14日(金)大野公民館ホールにて、真土シニアスクールの枠で「フレイル講話」を実施。定員30名の枠で、参加者は12名であった。参加者からは概ねフレイルについてご理解いただけた旨のアンケート結果を得られている。	・10月28日(月)大野公民館2階会議室にて、くらた病院長による「慢性腎臓病について」の講演会を開催予定。 ・早めの周知活動を行ない、民生委員児童委員、地区社協、通いの場等関係団体各所にチラシ配布をしていく。
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:49団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	公民館、福祉村、公園等	保健師	順調	【支援回数】 13 回	・通いの場9件、体操教室(包括主催)1件、認知症カフェ(包括主催)1件、福祉村相談会1件、地区社協サロン1件、合計128名に対して、保健師よりフレイルについての講話を行ない、予防についての情報提供を行なった。 ・地区社協サロンでは、シリウス訪問治療所のあん摩マッサージ指圧師の方を講師に招き、フレイルについての講話及びフレイル予防の運動の実践を行なっていた。	・後期もフレイルの普及啓発として講話を含めながら、フレイル予防の必要性と考え方について伝えていく。 ・福祉村相談会、地区社協サロン等で実施予定。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年1回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	大野公民館 12月13日(金)	保健師	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0 回	・後期の開催の調整。圏域内の3エリアすべてでフレイルチェック測定会の実施を検討。市企画の四之宮地区以外の、真土地区、八幡地区での開催を調整する。	・フレイルを自分事として捉えていただけるよう、⑤フレイルの普及啓発に取り組む際には、指輪つかテストやイレブンチェック、咬筋チェック、オーラルフレイルビンゴ等のセルフチェックを行ない、自身のフレイル状況への探求意欲や深掘チェックへの興味関心を持っていただけるようアプローチする。 以下、2件を予定している。 ・12月13日(金) 大野公民館ホール ・2月6日(木) 八幡自治会館(福祉村)
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:4件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	センター	保健師	順調	【把握率】 100 %	・市の後期高齢者健康診査での対象者は、2件。それぞれご訪問し、状況確認及び情報提供、介護保険の申請の対応を行なった。 ・フレイルハイリスクの対象者は、1件。対象者は介護保険でのサービス利用者であり、担当者に確認済。	・後期の提供データも早期に対応していくことを心がける。
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C取組を未実施				—		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・複雑化していくケースへの対応として、重層的支援体制整備事業への協力を得られるようになり、1件の提出に至った。 ・平塚市地域包括支援センター向け研修(全体及び各職種)については、すべての研修に参加出来かつ伝達研修を必須としたことで各職員のスキルアップに繋がった。 ・八幡地区及び四之宮地区に於ける定例の小地域ケア介護及び協議体の開催に至った。職員全員が出席したことで各地区主要メンバーとの顔の見える関係性の構築に至った。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
(1)複雑化していくケースへの対応。 (2)新年度に於いて異動者もあることから、新たなチームとしてのチーム力向上と平塚市地域包括支援センター向け研修及び各職種に於ける必要研修の参加により、各自のスキルアップが必要となる。				(1)重層的支援体制整備事業の利活用以外にも医療介護、行政を含めた各関係機関の協力も得ながら、対象となるケースに於ける課題解決へとつなげていく。 (2)平塚市地域包括支援センター向け研修及び各職種に於ける必要研修への積極的な参加。			(1)重層的支援体制整備事業へのケース提出には至らなかったが、包括基幹型、高齢福祉課を中心にくらしサポート、フードバンク、成年後見支援センター、各医療機関等、ケース課題を分析した上で、どの機関との連携が必要かを全職種で検討する体制が整備されている。 (2)平塚市主催の研修及び自主的に参加する研修も含め、予定通り遂行されている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①自治会回覧板を活用しての周知。②地区サロン参加者への周知活動。合計10回。 (前年実績:①公民館内サークル活動参加者への周知活動。合計10回。)	※広報誌の配布、地域の人 が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	訪問先他	全職種	順調	4 回	・しんど公民館だよりへ包括の案内を記載してもらい周知した。 ・地域交流会(居宅、民児協、社協等)の場での周知。 ・法人広報誌へ包括の周知と合わせ、詐欺被害撲滅に向けた案内を掲載した。 ・ローソン真土店へもケース対応を介し、包括の機能について説明した。 ・包括支援センターの紹介カードを広く地域に配布した。(郵便局1件、医療機関・薬局17件、ドラッグストア5件、他地域のサロン等に配布。店舗には設置が可能なようにカードケースに入れてお渡りする。)	・包括倉田会の案内を戸別配布する。 *介護予防マネジメント対象者に於ける定期訪問時に近隣住宅によらずのパンフレットを中心に配布して行く。 ・前期同様、各公民館で開催されている公民館でのサークル団体へ案内を配布及び説明を行っていく。	
			②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時(月1回)ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	センター	全職種	順調	—	・日々の朝礼ミーティングでのケース共有以外に月2回開催している包括ミーティングのうち後半で全職種でのケース検討を継続している。 *他機関共有ケースについては、各ポジションの役割分担についても確認作業を行っている。	・前期同様、朝礼ミーティング、包括ミーティングの際にケース共有を行っていく。 ・複合ケースへの対応として、当該包括にて課題解決が出来ない場合には、基幹型包括を中心に重層的支援体制整備事業等を視野に解決に向けた取り組みを行う。
		(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 *法人内全体研修へ出席。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	研修先他	全職種	順調	—	①平塚市主催の研修会については、各職種別に全員が出席。 ②管理者:2件、主マネ:5件、社福:3件、保健師:2件、認推:3件、事務員1件。 ③取り組みなし。	①②ともに計画通りに遂行。 ③くらす病院医事課職員との間で、問診票記入についての留意点等の擦り合わせを行うこととなった。
			④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	センター	全職種	完了	【訓練の実施回数】 1 回	・R6.9.2(月)包括ミーティング内にて実施済み。 【研修内容】 ①法人本部、センター職員の役割について ②ケースに於ける安否確認について、優先順位の高い方のファイルに緑色の○シールを貼り付けることとした。 ③事例を用いての机上訓練 ④171(災害伝言ダイヤル)についての操作方法確認と実地訓練	・次年度に向けた取り組みとして、法人本部との擦り合わせを実施していく予定である。 *BCP発動のタイミングや包括業務に於ける優先順位を明確にしていく。
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関15か所、薬局5か所。合計20か所。 (前年実績:医療機関6か所、薬局4か所。合計10か所。) ※圏域内の医療機関等の数:30か所 ※圏域内の薬局の数:11か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:40か所以上(約100%) B:32か所以上(約80%) C:20か所以上(約50%) D:10か所以上(約25%) E:5か所以上	訪問先他	保健師	順調	【配布個所数】 21 か所	・医療機関 病院・クリニック:9か所、 歯科:3か所、合計12か所 ・薬局 9か所 ・その他、ドラッグストア 5か所にも訪問し、ご挨拶も兼ねてリーフレットの配布のご協力をお願いした。 ・受け入れてくださったところでは、設置が可能なようにケースを用意し、リーフレットと共にお渡した。	・後期は、新たに関係性の構築を行なっていく目的で、主に歯科に働きかけていく予定である。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・センター内職員全員に対して、初期対応の均一化を目的に虐待マニュアルについて周知徹底を図るため、勉強会実施、虐待ケースについても適宜ミーティングで共有し、対応方法について意見を出し合い各所と連携し、対応を行った。虐待疑いケースで大ごとになる前にケアマネと協力し、未然に防げた事例もあった。高齢福祉課をはじめとし、成年後見センターやあんしんセンター、暮らしサポート相談等へ適切に相談を持っていき、ケースの対応を行った。 ・地域活動にて、市民向け普及啓発を行った。終活講座を3回実施しエンディングノートを相談時にお渡しするなどで21冊配布している。また民児協やサロン参加者に対して成年後見制度や虐待防止法、消費者被害防止の普及啓発を実施している。認知症サポーター養成講座や認知症予防教室についても計画通り実施することができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
(1)高齢者虐待やそれだけでなく困難ケースに至るケースの背景に本人ないし、その家族に精神疾患や知的障害、発達障害等がある場合が多い。また、経済的な問題と複合的な課題を抱えているケースも多い。精神科医療に関する機関や経済面で関わることの連携や協力がより必要になってくる。				(1)保健福祉事務所、障がい者基幹相談支援センター、重層的支援事業、精神科医療機関等へ適宜相談し、連携を行いながら困難ケースを解決していけるように積極的に関わりを持つようにする。				(1)各所へ適宜相談を行いながら、ネットワーク構築を心掛けながら、困難ケースの対応を行ってる。また、精神疾患があるが故にサービスや適切な支援につながらないケースも複数あったが、生命と権利を守る姿勢を大事に根気よく関わりを持ち続け継続的な支援を行っている。前期では精神科病院に入院するにあたっての段取りなど、不慣れな点もあり各所と連携する際に役割分担が速やかにかかないことに苦慮した。後期ではスムーズな連携が取れる用、関係者との情報共有を上手に行いながら適切な対応が取れるようにしていく。			
(2)認知症の知識や、虐待防止法、成年後見制度、消費者普及啓発を行ってきた。ある程度の知名度は上がってきていると思うが、具体的に制度に繋がったりチームオレンジに繋がることが少ない。				(2)例年通りの普及啓発だけでなく、より広く地域内での普及啓発に努め、必要な方や意欲のある方に繋がって行けるように、広報誌の活用や警察、商店、教育機関等への働きかけをより行っていく。				(2)一通りの事業を把握し、各関連機関との連携を意識するように関わった。認知症になっても安心して生活を継続できるよう支援の輪を広げ、チームアプローチと地域の協力を得て認知症になっても安心して生活ができるに重点を置いていくように関わった。			
(4)今年度の取り組み・重点事項						(5)取り組み実績(前期)					
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
4 認知症支援策の推進		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。 ・計画目標：市民向け1回の開催、企業5社、学校への訪問 (前年実績：市民向けを2回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	公民館、 地域内学校、企業	認知症地域支援推進員 全職種	順調	市民向け2回 企業向け3回 学校1回	・現状の認知症サポーター養成講座のスライド内容が認知症の知識を押し込もうとする内容であり、聞いていても飽きてしまう内容の可能性が高い為、認知症を自分ごととして考えられる内容に体験型講座の実施へ変化を加えた。 ・高齢者向け、職域向け、子供向けなどに適した内容に落とし込む作業を実施。脳の重さを実際に持ってみる為に、クマのぬいぐるみ等を用いて実際に触れて感じてみるなど楽しみ要素を増やした。	・前期で認サポを受講していただいた方たちの口コミなどを取り入れて開催のきっかけを把握していく必要がある。 ・それぞれの世代に適した内容に、反応を受けて、より分かりやすい内容に臨機応変に変更していく。 ・若い世代の受講を前提に、学校教員向けや子育て世代への働き掛けも実施していく。	
		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。 ・計画目標：1回開催、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1回(5人) (前年実績：1回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	マッチングリストに従い選定	認知症地域支援推進員 全職種	順調	【研修の開催回数】 1 回	・以前から活動しているメンバーとの交流を図り、どのような場面で活躍しているかを確認した。 ・これからメンバーとして活躍できる人材の発掘と育成に関する情報とアイデアを模索している段階。	・既存の地域活動の場に顔を出し、認知症地域推進員の認知度を深め、関係性を構築したのちにメンバーへ移行しやすいように活躍できる場を構築していく。 (コグニサイズ教室や認知症カフェを作成など) ・新規メンバーと従来メンバーそれぞれの特徴を把握し地域づくりに活用していけるよう交流を深めていく。	
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績：予防教室12回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	八幡公民館	認知症地域支援推進員	順調	【予防教室の開催回数】 15 回	・既存のいきいき健康教室は継続開催が出来ており、口コミによる参加者数増加が見られている。 ・また、地域独自で活動していたうたのサークル活動の場にコグニサイズを実施できるよう導入した。	・脳いきいき講座に行きにくいという声が多いのであれば、地域それぞれにいきいき健康教室のような通える場を提供していくことも考えている。 現在は、八幡・真土地区にて定期開催が出来ており、四之宮地区での定期開催を念頭に入れて動いていく。	
		(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繋がります。 ・計画目標：相談件数12件 (前年実績：3件) ・説明方法：相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	相談者による	認知症地域支援推進員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 74.7 %	・ケアパスを用いた相談ケース9件。 必要時初期集中チーム員への助言を受けながら、若年性認知症コーディネーターや保健所の支援(アウトリーチ)へ繋げることが出来た。 ・地域の通いの場を活用しながら、外出できるよう意欲の面を上げることに繋げることが出来た。	・世代を越えて活動できる場を把握や発掘し、認知症のひとが役割を担える場を作っていくようにする。
	⑤認知症初期集中支援事業の推進		認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標：1人 (前年実績：2人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員	順調	【選定ケース提出数】 1 人 【相談ケース提出数】 3 人	・選定ケースとして必要なネットワークにより終結ケースとすることが出来た。 ・判断の難しいケースに関して相談ケースとして提出することが出来た。	・MCIケース導入に関しては高齢者向けサロンからの方向転換が必須課題となる。年代を問わず集まりやすい場所での普及啓発活動を検討・把握・実施していく必要がある。	
	⑥認知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く、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。 ・計画目標：新規20人、継続40人 計60人実施 (前年実績：新規39人、継続24人 計63人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	ふれあいサロン いきいき体操教室 地域活動の場	認知症地域支援推進員	順調	【新規と継続の合計人数】 31 人	・来所者や代行申請を希望する方をメインに実施している状況。	・コンスタントに認知機能検査プログラムの実施を継続していく。 ・早期発見に繋がったケースが継続的に支援し安心した生活が送れるよう通いやすい場を創出していく。	
	(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数12回、支援回数12回 (前年実績：開催回数12回、支援回数12回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	ニューライフ あいカフェ	認知症地域支援推進員 全職種	順調	【開催と支援の合計数】 10 回	・既存のひみつ喜知に関しては継続的支援が出来ている。 ・オープンな場として新たな『あいカフェ』を8月より開始することが出来た。	・全地区展開は急がず展開していくこととする。全国的にオレンジ疲れなどと揶揄されるような言葉も出ていることも踏まえ、どのような場にしていくか実施しながら方向性を決めていきたい。	

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会										
	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 ・計画目標:①に該当する研修に出席後における伝達研修を実施。②については、3地区民児協等への出席時に情報収集の徹底を図る。 (前年状況:重層的支援体制整備事業へ1件提出)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。 新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	センター	全職種	後期実施予定	—	①後期に参加を検討する。 ②前期での実施はなし。	①R6.11.6(水) * 8050問題研修 ①R6.11.12(火) * 現場で起きる不適切支援って何だろう? ②R6.11.22(金)開催予定の3地区合同地域ケア会議内にてアナウンスしていく。 * ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、孤独死防止等について
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:終活講座等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況:民児協定例会やサロン、終活講座にて成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	参加者に応じて検討	社会福祉士	順調	—	6月14日 終活に関して真土地区シニアスクールにて講話をした際に成年後見制度についても合わせて説明を行った。個別ケースにて、あんしんセンターへの相談や、任意後見制度や遺言についてのご相談は受けており、現在継続して相談対応中である。	後期に、八幡福祉村、ひみつ喜知ニューライフサロンにて同様に実施予定(その際は新しい終活ノート使用予定) 相談中ケースについては引き続き、適切な社会資源へつなげていけるように支援を行っていく。
		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う。 ・計画目標:終活講座を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況:終活講座を3回実施、と相談中の方や問合せの方にノートを25冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	参加者に応じて検討	社会福祉士	順調	【終活講座、講和の回数】 2 回	6月14日 終活に関して真土地区シニアスクールにて講話「わたしのノート」配布 (12部)10月15日 しんど老人保健施設相談援助職に向けて「終活講座」実施予定。「わたしのノートver2」配布(16部)また、個別のケースで、遺言書作成や任意後見制度を利用検討している方等に対してノートを活用しながら支援を実施している。(3件)	後期に、八幡福祉村、ひみつ喜知ニューライフサロンにて同様に実施予定(その際は新しい終活ノート使用予定) 相談中ケースについては引き続き、一緒に記入等を行いながら、適切な社会資源へつなげていけるように支援を行っていく。
	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をする。	高齢者虐待の予防、早期発見するために市民、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。 ・計画目標:民児協を対象に実施。合計1回。 (前年状況:真土地区民児協、サロン参加者対象に実施。合計2回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2〜3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	大野公民館等	社会福祉士	順調	【普及啓発の回数】 2 回	7月9日真土地区民生児童委員定例会 8月2日四之宮地区民生児童員定例会にて、高齢者の安否確認及び虐待防止に関するお話をし、気になっている未介入ケースについての情報共有を行なった。また真土駐在所と密に情報共有を行っている。	ケアマネに関しては居宅システム会議にて毎年地域支援担当者連絡会で研修を行っている。(10月2日) 後期では3地区合同地域ケア会議と協議体にて時間を取る予定である。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標:事業所内で1件の事例検討。 (前年状況:事業所内で4件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター内	社会福祉士	順調	—	7月19日 包括全職員にて、やむ措置入所となった方の振り返りと今後の方針について事例検討及び話し合いを行った。	引き続き社会福祉士2名を中心に「虐待予防」や「虐待対応」を行う。報連相を適切にできるよう、記録やミーティングなどを有効利用する。また全職員でのケースの振り返りを通じて、対応方法についての検証を行ったり、今後支援方針を検討したりすることができる為、「虐待防止委員会」の実施を積極的に行っていく。
7 災害に対する取組の推進		⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域のケアマネを対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:実績なし。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	センター 訪問先他	全職種	後期実施予定	—	・R6.8.30(金)ケアマネ支援研修会の一環として災害対策課災害対策担当を講師に招いて避難行動要支援者支援制度についての講義とグループワークを予定していたが、台風のため延期となる。	・R6.10.11(金)ケアマネ支援研修会の一環として災害対策課災害対策担当を講師に招いて避難行動要支援者支援制度についての講義とグループワークを実施予定。 ・R6.11.22(金)に3地区(八幡、四之宮、八幡)の代表者(民児協、地区社協、自治会等)による、同一内容での勉強会を開催予定(協議体含む)。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績												
・ケアマネ不足を実感したことで、当該エリア内のご利用者に不利益が及ばないよう委託連携居宅介護支援事業所へ空き状況の確認を含め、顔の見える関係性作りに着手した。 ・例年通り、平塚市居宅システム会議と連携のもと、ケアマネ支援研修会を実施した。 ・当該エリア内居宅介護支援事業所のケアマネへ12件のケアマネ支援を行った。電話での支援以外にアウトリーチによる同行訪問も行った。												
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
(1)当該エリア内に居宅介護支援事業所の事業所数が少ない。 (2)地域ケア個別会議の開催実績がない(R5年度実績なし)。				(1)前年同様、当該エリア外の居宅介護支援事業所へ足を運び、顔の見える関係性作りと当該エリア内ご利用者に不利益が掛からないような取り組みを行う。 (2)当該エリア内居宅介護支援事業所へ地域ケア個別会議の推奨と依頼についての訪問を行う。				(1)圏域内居宅介護支援事業所(9カ所)へ新任職員着任の挨拶を行うとともに、ケアマネカフェの新設を検討していることの説明を行う。 (2)圏域内居宅介護支援事業所(9カ所)へ地域ケア個別会議の推奨と依頼を書面をもって説明に上がった。				
(4)今年度の取り組み・重点事項												
(5)取り組み実績(前期)												
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定		
基本目標2ー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	①ケアマネジャーへの支援を行う。 イ 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う。 ・計画目標:10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。 (前年実績:12件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	訪問先他	主任介護支援専門員	順調	【個別相談支援の件数】 5 件 【同行訪問等の件数】 2 件	・圏域内外からの居宅介護支援事業所ケアマネからの相談4件。電話対応及びアウトリーチによる支援実施。 * 他、複数の居宅介護支援事業所から報酬改定に伴う、訪問介護についての算定用件に対する問い合わせに対応。	・圏域内居宅介護支援事業所事業所へ出向き、顔の見える関係性の再構築と必要があれば、アウトリーチを含めたケアマネ支援を行う旨、お伝えしていくこととする。	
		(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。 (A)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。 ・計画目標:小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議1回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議0回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	公民館他	主任介護支援専門員	順調	【小地域ケア会議の開催数】 1 回 【個別地域ケア会議の開催数】 0 回	・真土地区に於いて小地域ケア会議開催。 * 勉強会(片付けとは)と合わせて、地域課題発見機能による会議開催。 ・地域ケア個別会議については、開催前の事前打ち合わせまでは実施済み。	・小地域ケア会議については、後期に於いても3地区合同(四之宮/八幡/真土)での開催を予定している。 ・包括ミーティング内に於いて、地域ケア個別会議の手順や手法についての勉強会を開催予定。 * 再度、居宅介護支援事業所へも周知活動を行う。	
				(B)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。 センター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。 ・計画目標:協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援2回(参加数)) ※圏域内の協議体の数:2か所(八幡地区協議体、四之宮地区協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	公民館他	主任介護支援専門員	後期実施予定	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 0 回	・3地区(八幡、四之宮、真土民児協等)合同での勉強会(避難行動要支援者支援制度)と交流の場を設ける予定。	・R6.11.22(金)3地区合同での小地域ケア会議開催と合わせ、第2層協議体を行っていく。 * 協議体を行う意義や地域での助け合いについての取り組み状況についてグループワーク形式での意見交換を試みる予定。 出来る限りポジティブな意見交換の場として行く。
					(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。 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)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに歯科とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、地区社協、地元企業、圏域内居宅介護支援事業所等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	訪問先他	保健師 主任介護支援専門員	順調	—	・医療機関 病院・クリニック:9か所、 歯科:3か所、薬局 9か所、合計21箇所に対して、顔の見える関係づくりとしてご挨拶に伺う。(新たに、病院・クリニック4か所、歯科3か所、薬局6か所へ伺った。) ・例年通り、地区社協主催や老人会主催のサロンには毎月参加、福祉村に毎月相談会を開催している。

令和6年度 平塚市地域包括支援センターごてん 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績						
・年間3箇所にてフレイル測定会、カムカム教室の開催を行い、フレイル予防について周知・予防に繋がれた。 ・長寿会サロン、包括主催体操教室、総合相談、高齢者調査、地域サロン見学時などに健康体操、歩行解析、転倒予防運動、体力測定、高齢者の栄養の取り方など講話を実施。また、「ごてんだより」にフレイル予防について掲載し、地域の方にも配布を行い介護予防の意識付けを行った。 ・身体機能の悪化の相談にて、区分変更や新規で要介護認定となるケースが多かった。アプローチできていない方への介護予防支援について、地域関係機関と連携し検討していく。						
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策		(6)主な地域課題の対応状況等(前期)	
・身体機能の悪化してからの相談が多く要介護認定が下りるケースや、区分変更が多くなっている。普段アプローチできていない方への周知、早期発見早期対応ができるよう地域団体との連携し介護予防について周知を行う。 ・KDBベースより、男性のやせが少ないが他の項目は男女ともに全体的に良くないため、身体機能や口腔機能の維持・改善及び食事摂取量の確保など、専門機関と連携し取り組みが必要。			・総合相談時やサロン視察時などに、基本チェックリストやフレイルチェックシートの活用にて、身体機能や口腔機能の低下の早期発見早期対応に繋げる。 ・昨年度実施できていない長寿会の団体のフレイル測定を行い、介護予防の意識付けに繋げる。		・総合相談時のアセスメントや、フレイル状態やセルフチェックの意識付けに基本チェックリストやフレイルお尋ねシートの活用を行い、心身機能の低下の早期発見、早期対応に繋がれた。 ・長寿会サロンや、通いの場サロンへ参加や講話時には、KDBベースのデータを基に講話を考え、地域的な課題や対策についてお伝えし、介護予防に繋がれた。	
(4)今年度の取り組み・重点事項						
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」		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う。 ・計画目標：2人利用 (前年実績：2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	各戸	看護師
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						
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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標：委託先担当者会議に積極的に出席する(目標 書面含め100%) (前年実績：委託1,231件、うち担当者会議開催72件(出席72件(書面含む)))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	各戸、包括内	全職員
(5)取り組み実績(前期)						
ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況		エ 後期の取組予定		
順調	【参加人数】 1 人	1クール目に、保険年金課よりハイリスクアプローチによる依頼ケース1名の参加。教室終了後は、地域サロンや包括主催の体操教室の利用に繋がっていく。 2クール目に向け、フレイル測定会よりハイリスクケースを対象とし検討していたが、病状の悪化がみられ参加に至らず。		フレイル事業を実施予定しているため、開催時に通所C事業について周知・案内を行い、対象者に声を掛けやすく、参加の理解を確認しやすくしていく。		
順調	【委託先担当者会議への出席率】 100%	担当者会議：直営61件。委託(対面)12件、委託(書面)6件。 委託先からの担当者会議について出席できない場合は事前連絡にてアセスメントの状況やケアプランの内容の確認を行い、適切なケアマネジメントの実施確認を行った。		適切な書類の準備やケアプランの作成が出来るよう、委託先に委託マニュアルを利用しながら説明し配布する。		

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:35人(新規のみ) (前年実績:34人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	各戸	全職員	順調	【新規の実施人数】 31人	総合相談時などに基本チェックリストを実施し、介護予防へのアセスメントのツールとして活用した。また、フレイル相談があった団体には、フレイルお尋ねシートの実施を行い健康長寿に向けた取り組みを行った。	引き続き、総合相談時などに基本チェックリストを活用し、適切な介護予防に向けた支援の方向性を確認していく。
				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する。 ・計画目標:年10回開催(内容:健康体操、歩行解析、健康チェック、熱中症予防、高齢者の低栄養予防) (前年実績:年10回開催(内容:フレイル予防、健康体操、熱中症対策、健康チェック、コグニサイズ、高齢者の栄養、歩行解析、転倒予防運動、セルフマッサージ、交通安全教室、)	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	長寿会サロン開催場所	看護師中心	順調	【講話・講演会の開催回数】 2回	・6/17 南原地区シニア教室「認知症について」認知症地域推進員講師、「健康体操」ピーアウェイク講師。参加者21名。 ・7/21中原地区食事ににて「熱中症対策について」包括看護師。参加者16名	長寿会会長だけではなく、民生委員や地区社協との連携を図り、更に広い関わりをもち、サポート薬局などと連携し健康増進に繋げていく。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催								
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:20団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	長寿会サロン開催場所	看護師中心	順調	【支援回数】 16回	①中原東長寿会サロン「血圧測定。健康相談、脳トレ」包括看護師。 ・4/19参加者16名。5/22参加者16名。6/13参加者12名。7/16参加者16名。8/12参加者11名。9/23参加者13名。 ②下宿長寿会サロン「健康体操、ストレッチ、コグニサイズ」(株)ニッショウ介護予防運動指導員。 ・4/24参加者8名。5/20参加者21名。6/26参加者6名。7/31参加者6名。9/25参加者5名 「歩行解析、健康体操」(株)ヤマシタ ・8/28参加者6名。 ③上宿長寿会サロン ・4/22カムカム教室開催。参加者19名。 ・6/24中原上宿長寿会にてフレイルチェック開催。参加者20名。 「熱中症対策、かかりつけ医を持ちましょう」包括看護師、「健康体操」ピーアウェイク ・8/26参加者16名。 ④ひまわりサロン ・7/2「熱中症対策」「転倒予防」「高齢者の低栄養」包括看護師。参加者18名。	フレイルチェック測定会後の継続した取り組みにて、12/16保険年金課管理栄養士による高齢者の栄養の取り方(仮)について講話予定。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年2回実施 (前年実績:年3回実施) ※市企画を削除	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	①下宿町内会館 ②中原東町内会館	看護師中心	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	市で開催した6/24フレイルチェック測定会、4/22カムカム教室の開催支援を行った。	中原東長寿会、中原下宿長寿会にてフレイルチェック、カムカム教室を開催予定。 中原西長寿会にて、フレイルチェック、カムカム教室を市主催の開催支援を行う。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:①市の後期高齢者健康診査より3件のうち3件受診勧奨、介護保険申請支援②フレイルチェック測定会より3件のハイリスクケース2件サロンへ参加)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	①各戸	看護師中心	順調	【把握率】 67%	後期高齢者健康診断からのハイリスク傾向の高齢者支援、サービス調整、受診同行2件実施。 6月開催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4名のうち、1名は通所型Cサービスの利用に向けて検討したいが病状の進行がみられ利用に至らず、引き続き地域活動での見守り支援継続としている。 6件中4件対応し把握済み。	ハイリスク傾向にある個人にスポットを当ててのフォローが出来ない場合があるため、団体全体でフォローしていく。
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C取組を未実施	②各戸	看護師中心	順調	—	・9/12 保険年金課より健康状態不明者15名のリストをいただき、過去包括の関わりを確認。10月に市の保健師と同行訪問し、身体状況の確認を行いながら包括周知、地域のサロンなどの案内など実施予定。	訪問状況により、今後の対応にて検討していく。

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・職員のスキル向上を図るため業務の都合を考慮しながら研修に参加し、また関係機関との関係性を築きながら、包括周知・見守り体制を整えた。 ・8050問題、金銭管理、精神疾患など課題のあるケースでご本人やご家族から同意をいただけずサービスに繋がられないケースが多く、関係機関と見守り継続している。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・課題解決に向けたセンター内職員のスキル向上に向けた取り組みの必要性あり。 ・複合的課題に対しての支援方法や解決に向けるための、支援関係機関の把握と連携を図る必要性あり。				・複合的課題に対する対応能力向上に向け、研修への参加や関係機関との会議に参加し、支援に繋げる。 ・包括周知やエリア内介護・医療関係機関、民生委員など地域関係者との情報の共有・連携強化を図る。 ・精神保健福祉事例相談、包括基幹型支援センター、重層支援事業、障がい者基幹型支援センターへの相談にて支援の方向性について助言いただき解決に繋げる。			・業務的に時間を考慮しながら、各職員の専門的知識の向上、チーム力向上に向け、積極的に研修に参加した。 ・研修の内容により、他職員への伝達・報告を行いながら、学びの復習や職員間での共有を行った。 ・精神疾患を抱えるケース対応(8050問題など)や何度も繰り返しの相談対応など、相談者や相談にあげられた方の生活を守る支援業務、地域との見守りなどについての課題があり、関係機関と連携し解決に向け対応が必要と感じている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①広報誌の配布 ②公民館祭り(中原、南原)の参加 ③SNSの活用 ④民生委員の定例会の参加。合計5回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭り(中原、南原)の参加。合計3回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①長寿会、各戸、エリア内店舗、公民館 ②中原公民館、南原公民館 ③SNS ④定例会開催場所	全職員	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 17 回	・包括広報誌「ごてんだより」5月分6月分を発行。エリア内長寿会会員(245名)、地域店舗、総合相談時等に配布。法人掲示板に掲示し、周知を図った。 ・毎月1回以上、法人ホームページ、SNSに包括事業について掲載。 ・中原小学校、中原中学校、南原小学校に訪問し、包括周知を行った。 ・南原長生会定例会、南原・中原民児協定例会、中原長寿会会長定例会、中原地区地域サービス食事会にて、包括職員が訪問し包括周知を図った。	写真等の個人情報含む内容を掲載するときは同意を確認しながら行う。引き続き、ホームページやSNSの利用にて、エリア内にとらわれず多くの方に包括周知を行う。	
			②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	包括内	全職員	順調	—	①相談内容により包括内でミーティングを行い、情報の共有、支援の方向性について検討した。 ②課題のあるケースについて、包括職員で検討、必要時関係機関と連携し対応した。 ③毎朝包括内ミーティングを行い、相談ケースの情報や、研修・会議の内容について共有を図った。	「報連相」を密に行い、課題が大きなケース対応は、関係機関と連携を図りチームとして取り組んでいく。
			(1)高齢者よらず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	包括内、開催場所	全職員	順調	—	・5/17「熱中症対策アンバサダー養成講座」看護師参加。 ・6/26「認知症キャラバンメイト養成研修」認知症地域支援推進員、介護支援専門員参加。 ・6/28「重度の認知症を持つ人を最期まで支えるために大切なこと」認知症地域支援推進員参加。 ・7/10「神奈川県認知症地域支援推進員研修」認知症地域支援推進員参加。 ・7/10「本人達は困っていない多機能相談」介護支援専門員参加。 ・7/12「平塚市包括支援センター職員研修全職員対象」職員4名参加。 ・7/29「平塚市包括支援センター職員研修管理者対象」管理者参加。 ・7/31「虐待防止セミナー」講師:ベネッセ ・8/16「鎌倉新書版エンディングノート研修」職員全員参加。 ・8/22「認知症診療セミナー」認知症地域支援推進員参加。 ・8/23「初任者向け包括職員研修」認知症地域支援推進員参加。 ・9/3「後見開始等申立書統一書式の説明会」社会福祉士参加。 ・9/5「多職種で看取りを支援する」看護師参加。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。		センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括内	全職員	後期実施予定	【訓練の実施回数】 1 回	・4/30法人内にて水災害訓練実施。 ・9/30包括職員会議にてごてん・まつがおか・大磯東部包括合同で机上訓練を実施。	研修・訓練を実施し修正・評価を行う。
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関15か所、薬局9か所。合計24か所。 (前年実績:医療機関2か所、薬局3か所。合計5か所。) ※圏域内の医療機関の数:19か所、薬局の数:9か所。合計28カ所。	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:28か所以上(約100%) B:22か所以上(約80%) C:14か所以上(約50%) D:7か所以上(約25%) E:1か所以上	サポート医、サポート薬局	看護師中心	順調	【配布箇所数】 24 か所	エリア内医療機関9カ所、薬局12カ所、歯科医院3カ所に「かかりつけ医を持ちましょう」リーフレットの配架依頼を行った。	エリア内医療機関3カ所(1カ所は院長と予約確認必要なため調整にて訪問予定)、歯科医院2カ所、後期に訪問予定。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・認知症予防について、「ごてんだより」、通いの場サロン、包括主催の体操教室等での周知を行い、認知症予防への取組を行った。 ・認知症に関する総合相談では、早期発見早期受診の必要性を伝え、医療機関への受診に繋がった。 ・地域連携が図れるよう、通いの場サロンや民生委員、長寿会定例会に参加し顔が見える関係性を図った。 ・介護関係機関等からの虐待疑いの通報を受け、介護関係機関、医療機関、行政と情報共有し、支援の方向性について検討し対応した。 ・成年後見制度について周知活動を行い、成年後見制度の相談があった。受診同行、関係機関との連携等を行い、成年後見制度利用に向け連携し対応した。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・認知症の方が増えている事に伴い、介護に疲弊している家族が増えている。早期発見、早期対応や関係機関と連携が必要となるケースが多い。 ・養護者の介護疲れが主な要因と思われる虐待疑いの相談が多い。関係機関と連携し擁護者支援を必要としているケースが増えている。			・MCI相当の方に対して、早期発見、早期対応に向けて、周知活動、タブレット利用を行う。 ・虐待防止に向けて周知活動を行うと共に、相談先の周知として包括の周知活動を行う。			・総合相談時にももの忘れが気になる方、地域サロンの場にて、認知症の早期発見早期対応について周知し、もの忘れ相談プログラムを活用した。結果をもとに、ケアパスを使用しながら受診の案内や生活の整備についてお伝えした。 ・虐待疑い相談に対し、関係機関とケースカンファレンスを開催する等、連携し対応している。ケースに応じて家族教室の案内を行う等の資源の紹介を行っている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進	(1)認知症理解のための普及・啓発	①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方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。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け(タクシー会社、エリア内店舗、金融機関、介護関係機関にアプローチ予定)、学校向けは小学校2か所、中学校1か所訪問し依頼する。 (前年実績：市民向けを1回開催。エリア内小中学校3校、エリア内企業5か所開催依頼を行った)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	中原公民館または南原公民館、依頼場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	—	・4月5日に中原中学校、中原小学校、南原小学校に訪問し、認知症サポーター養成講座の開催依頼を行った。 ・7/11中原小学校3年生66名対象に、認知症サポーター養成講座を開催した。 ・エリア内のコンビニ、店舗、薬局、金融機関など27カ所に認知症サポーター養成講座開催依頼を行った。	・アプローチ出来ていない企業(タクシー会社)に開催依頼を行う。
		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。 ・計画目標：1回開催、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1回(1人) (前年実績：1回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【研修の開催回数】 1 回	・9/13にチームオレンジ研修開催。 ・チームオレンジ研修時、認知症本人と既存のチームオレンジメンバーとマッチングを行った。	・認知症カフェやめざせ100歳体操、認知症予防教室などの場で本人とメンバーの顔つなぎを行う。 ・地域のサロンに参加されている認知症本人とのマッチングを行うため、サロン代表者との連携を行う。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：①認知症予防教室1回②めざせ100歳体操(月3回)③長寿会より依頼時に実施。 脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績：認知症予防教室2回。目指せ100歳体操月3回開催。長寿会依頼5回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	①中原公民館 ②中原公民館、南原公民館 ③依頼場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【予防教室の開催回数】 15回	・月3回(第1、第3、第4金曜日)めざせ100歳体操、月4～5回(毎週火曜日)いきいき大原実施。 ・認知症本人も参加していただけるよう、電話や訪問にて事業の周知に努めている。	男性参加者定着のため、月に一度(第1金曜日)、めざせ100歳体操後に男性参加者だけの体操時間を15分程設け、参加しやすい場を作る。(R6年11月から実施予定) ・認知症予防教室、R7.3/31(広報掲載分)実施予定。
	(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繋がります。 ・計画目標：相談件数40件 (前年実績：延べ数394件) ・説明方法：相談人数40人に対し、うち30人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数40人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数40人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数40人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 100 %	ケアパス配布数11部。配布後は医療受診、介護保険サービス、地域活動などに繋がっている。	認知症関連の相談が入った時、医療機関の紹介や認知症について、対応方法などの具体的支援に使用していく。広報誌などで、認知症を知る媒体として案内を行う。
		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。 ・計画目標：1人 (前年実績：1人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員	後期実施予定	【選定ケース提出数】 0 人	もの忘れ相談や認知症状についての相談には、受診同行やサポート医と連携し、介護保険申請やサービス調整に繋がっている。選定会議には候補者をイメージしながら参加している。	包括職員とご本人やそのご家族との信頼関係の構築を図り、サポート医や主治医と連携し、サービスに繋がっていく。
		⑥認知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繋がります。 ・計画目標：新規80人、継続20人 計100人実施 (前年実績：新規95人、継続11人 計106人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	①包括内、各戸別、サロン、長寿会開催場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【新規と継続の合計人数】 23 人	総合相談時や包括主催の体操教室にて、もの忘れ相談プログラムを行い、早期発見に繋がれた。	・不安の軽減のため、リーフレットやケアパスを活用しフォローアップの説明を行いつつ、検査の主旨を説明し、実施する。
	(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数1回) (前年実績：開催回数1回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	中原公民館または南原公民館	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【開催と支援の合計数】 2 回	2ヶ月に一度、よりそいカフェの開催を行っている。 (7/19中原公民館にて参加者11名、9/27南原公民館にて参加者9名)	引き続き、認知症ご本人、ご家族への周知を進めていく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実		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う。 ・計画目標:高齢者調査やケアマネジャーや民生委員からの相談ケースの同行訪問を実施。新たに独居高齢者食事会での包括周知を実施。 (前年状況:高齢者調査114件訪問を実施など。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	包括内、各戸	全職員	順調	—	①8050問題、精神疾患や障がいがあるご家族からの支援課題のあるケースについて、ホットステーション、しせん相談室、保健所、くらしサポートとケースカンファを行いながら支援の方向性を確認している。 ②民生委員や地域の方からの一人暮らしや日中独居高齢者の情報の共有を行い、訪問し見守り体制など整えた。 ・7/21 中原地区独居高齢者食事会にて包括周知を行った。参加者16名。 ・住所の確認が取れない高齢者支援、近隣の方からの認知症疑い・ゴミ屋敷相談について継続し対応中。	・今後も課題が複合・複雑化しているケースは関係機関と連携をとりながら対応する。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:講話、チラシの配布等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況:講話、チラシ配布等により成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	長寿会、エリア内関係機関	社会福祉士中心	順調	—	・生活保護受給者の方で認知症症状あり、金銭管理が困難になってきているケース対応として、生活福祉課に成年後見制度利用の提案を行った。 ・成年後見普及啓発のチラシを居宅介護支援事業所5か所に配布する。 ・9/4認知症サポーター養成講座にて成年後見制度普及啓発のパンフレットを6部配布した。	・チラシ配布の継続。 ・サロン等で講話が可能か各団体関係者に相談する。 ・新たな普及啓発方法として、SNS活用を検討する。	
		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う。 ・計画目標:書き方講座を1回実施、ノートを5冊配布。 (前年状況:講話を予定していたが未実施。ノートを5冊配布。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	中原公民館	全職員	順調	【終活講座、講和の回数】 2 回	・1名に対し、鎌倉新書のチラシ配布し終活の案内を行った。 ・エンディングノート2冊配布し、エンディングノートを活用した終活の支援を行った。 ・9/25下宿長寿会にて講話を実施、参加者5名。 ・9/27(金)認知症カフェにてエンディングノート書き方口座実施、参加者9名。	・講話資料を作成し、どの職員でも対応できるようにする。 ・10月上旬長寿会にて講話予定。参加予定人数20名。 ・他、市民向け、居宅向けに講話を検討する。	
	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をする。	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。 ・計画目標:市民、介護事業所を対象にチラシ配布、講話を実施。合計4回。 (前年状況:市民を対象にチラシ配布実施。合計4回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	長寿会、エリア内事業所	社会福祉士中心	順調	【普及啓発の回数】 3 回	・ケースカンファレンス開催時に関係事業所5事業所にチェックリストサイン例の資料を配布する。 ・虐待防止普及啓発のチラシを居宅介護支援事業所5か所に配布する。 ・7/31居宅介護支援事業所を主対象として、虐待防止セミナー実施。参加者13名。(講師:ベネッセ涌井様)	・1月に同法人内の居宅介護支援事業所を対象とした高齢者虐待防止講座を包括まつがおかと共同で実施する予定。	
⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。		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う。 ・計画目標:事業所内で2件の事例検討。 (前年状況:事業所内で0件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	包括内	社会福祉士中心	順調	—	・虐待疑い相談で対応中ケースにて、ケースカンファレンス開催し情報共有を行った。 ・昨年、虐待認定されたケースにて、再度虐待疑いがあり対応。身体的虐待として市に報告し、虐待認定される。関係機関と連携し対応した。 ・7/9包括内で事例検討会を行う。対応や虐待相談を受けてからの流れを確認した。 ・相談通告を受けた際は、適切に対応している。都度、包括内で進捗状況を共有している。	・12月～1月に事例検討会を行う予定。事例や具体的な内容等は検討中。		
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者支援制度の周知啓発、登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の住民・エリア内介護関係機関を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の民生委員を対象に周知啓発。③小地域ケア会議にて1回、中原上宿長寿会サロンにて1回実施。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①②各戸 ③公民館、長寿会サロン開催場所	全職員	遅れ	—	①なし ②5/8 南原民生委員会長と地域の避難者行動要支援者制度の周知や地域の支援体制の情報共有を図った。 ③なし ・民生委員より情報提供のあったケース1件訪問し、対応検討を行った。 ・地域住民1名に避難行動要支援者支援制度の案内を行い、申請に至る。	・1/11南原地区にて小地域ケア会議にて防災について講義予定。(災害対策課に講師を依頼済) ・地域住民、介護事業所向けに広報誌に当該記事を載せ配布する事で周知活動を行う予定。			

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・居宅からの支援に関する相談が多くあり、必要に応じ電話、対面、同行訪問にてサービス提供事業所と連携し課題解決のために対応した。 ・中原地区、南原地区にて小地域ケア会議を開催し、各地域の民児協や地区社協の方々と地域課題と地域資源について確認を行った。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・近年の複合的課題を抱えた地域の方々の支援の在り方を民生委員や関係機関と連携し検討してゆく必要性がある。 ・居宅からの支援等に関する相談が多くあるが、より早めの連携にて対応してゆく必要がある。				・民生委員や関係機関とより深い関係性を構築することにより小地域ケア会議だけでなく、定例会にも出席し課題の確認とその解決に向けた対策を共に考える機会を設けてゆく。 ・相談しやすい関係づくりとして、適宜、居宅と連携をとり早期相談、早期対応が出来るようにしてゆく。			複合的課題のあるご利用者の件で担当ケアマネジャーより数件相談あり。ご家族や各関係者から情報収集し、個別ケア会議を開催した。課題解決のため、現在も支援継続中。また日頃の居宅事業所からの支援に関する相談が多くあり、内容に応じて電話、対面、同行訪問などで対応している。 居宅介護支援事業所向けの講演会のご案内に伺う際に、支援にお困りなことはないか、もっとお気軽に包括に相談いただけるよう、声掛けをしてまわった。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2－1ネットワークの充実		①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：65件の個別相談支援(利用者の実人数)、10件の同行訪問等。 (前年実績：64件の個別相談支援(利用者の実人数)、6件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	包括ごてん内外 ご利用者宅等	主任介護支援専門員 中心	順調	【個別相談支援の件数】 70 件 【同行訪問等の件数】 5 件	複合的課題のある方の支援に関する相談が多く寄せられている。電話だけでなく、対面での情報提供や助言、必要に応じ関係機関とも同行訪問にてケアマネジャーの支援を継続している。	居宅が抱えるケース課題への解決策へ向けて地域資源の把握・活用の情報共有を行う。
(1)高齢者よろず相談センターの機能強化 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援										
(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議0回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	中原公民館または南原公民館、依頼場所	主任介護支援専門員	順調	【小地域ケア介護の開催数】 0 回 【個別地域ケア会議の開催数】 3 回	【小地域ケア会議】各地区の会長などと連絡をし、議題や日程調整を行っている。また、関係機関への講義の依頼などの連絡をしている。 【個別ケア会議】精神疾患の疑いのある方の支援に関し、医療機関に繋ぐべく、居宅、サービス事業所、近隣代表、保健所の精神保健福祉士、精神科医、保健師で個別ケア会議を2回行った。また、金銭的課題によりサービス提供継続が危ぶまれている方の支援ではサービス事業所他、安心センターやくらしサポートにも助言や対応依頼をした後にケア会議を開催した。	【小地域ケア会議】中原地区、南原地区共1月中旬開催で早急に関係機関との参加調整をしてゆく。議題は、中原地区は80.50問題などの複合的課題を持つ家庭の連携支援、南原地区は地域の持つ防災課題について。 【個別ケア会議】課題解決に向けた関係機関との連携・調整方法などを確認しながら対応していく。
(A)地域ケア会議の開催										
(B)協議体の開催		③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援1回(参加数)協議体立ち上げについて、10月以降基幹型に支援いただき設置に動く。 (前年実績：協議体の開催支援0回(参加数)) ※圏域内の協議体の数：0か所(小地域ケア会議にて民児協・地区社協と地域課題について2回実施した)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	開催場所	主任介護支援専門員 中心とした全職員	後期実施予定	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 0 回	協議体の設置に向け、長寿会会長定例会、民児協定例会、地区社協会長との顔の見える関係性の構築を図り、地域課題の共有、課題の解決に向けた情報収集を行った。	継続して関係機関との挨拶・相談・話し合いの機会に関係性の構築に向けた取り組みを行う。小地域を活用しつつ、数年後に協議体となるような活動を積み重ねていく。
(C)地域資源と関係構築		④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに自主開催サロンとネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	包括内外 開催会場等	主任介護支援専門員 中心とした全職員	後期実施予定	—	エリア内の医療関係機関(24カ所)、介護関係機関(居宅7カ所)、地区社協、民児協、金融機関(4カ所)、スーパーやコンビニ等(17カ所)に包括周知や職員挨拶を行い、相談しやすい関係性の構築を図った。	地域のイベントや通いの場サロン、各定例会に参加し、引き続き相談しやすい関係性の構築を図る。

令和6年度 平塚市地域包括支援センターサンレジデンス湘南 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・地域活動参加時やサロン開催時に健康寿命延伸や介護予防に関する話題を提供しフレイルチェックを行い、必要時に健診や医療機関への受診を促した。 ・健康診断結果で市から情報提供があった方に具体的に食生活改善について話をした。 ・オレンジ通信(フレイル予防、生活習慣改善、かかりつけ医やかかりつけ薬局についての啓発)を発行し回覧板や地域に掲示して健康や介護予防に関する話題を提供し、必要時に健診や医療機関への受診を促した。 ・通いの場を継続していけるように、通いの場のチラシの配布と後継者育成の研修について案内し、一緒に取り組んだ。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・高齢者人口、高齢化率が高い地域となっていて、健康寿命延伸の為の取り組みについて周知、啓発を行い、関心は高まってきたが、健康診断受診率アップへはつながっていない。高血圧や糖尿病、生活習慣病に伴う認知症が多いことがKDBデータから示されており、運動習慣や生活改善の見直しの意識を高めていくことが課題である。また、コロナ禍の影響により、社会的つながりが以前より希薄となっていて、メンタルヘルス面でのアプローチも必要である。 ・フレイル予防の為、地域の方を主体としたサロン活動が望ましいがサロンを担ってくださる方が少なく後継者がみつからないことも課題である。				・地域活動参加時やサロン開催時に健康寿命延伸や介護予防に関する話題を提供しフレイルチェックを行い、必要時に健診や医療機関への受診を促す。 ・オレンジ通信(フレイル予防、生活習慣改善、かかりつけ医やかかりつけ薬局についての啓発)を発行し、回覧板や地域に掲示して健康や介護予防に関する話題を提供し必要時に健診や医療機関への受診を促す。 ・通いの場を継続していけるように参加者の意見を聞き、課題解決に向けての取り組みを行う。			・今年度より地域活動が、横内・田村・大神地区いずれも増えている。地域活動やサロン開催時に、健康寿命延伸に向けた取り組みやフレイル予防について情報提供をした。 ・通いの場や福祉村でのボランティアの高齢化が課題となっているため、今行なっているものが継続できるように意見を聞き、一緒に対応策を検討した。 ・KDBデータから、受診率が低い地域であることが示されていて、健診や医療機関への受診を促した。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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う。 ・計画目標:3人利用 (前年実績:2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	自宅、センター等相談場所	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【参加人数】 1 人	通所Cの1クール目に1名参加していて、後期にフォロー予定となっている。通所Cの情報提供を3名に行なっているが、時期があわず2名は利用せず、他のサービスにつなげている。	通所Cの情報提供を全職員が行なえるように、引き続き基本チェックリストを利用してアセスメントを行なう。3クール目に1名参加できるよう情報提供をする。
		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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託633件、うち担当者会議開催25件(出席13件、書面12件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	訪問先、センター他相談場所	全職種	順調	【委託先担当者会議への出席率】 100 %	・直営・委託あわせた担会128件中、委託の担会は8件であった。 ・委託担会のうち、対面にて15件、照会5件で、書面を含め出席率100%で、対面での参加率は75%である。 委託担会には、対面・書面合わせて100%の出席率となっていて、引き続き実施する。 毎月のモニタリングを継続し、アセスメント及び評価を行う。 委託ケースの書類が全て揃っているか確認する。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(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	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る。また、フレイルチェックなど他の取組とも運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う。 ・計画目標:70人(新規のみ) (前年実績:71人(新規のみ)) 継続的な関わりがあるが心身状態の変化があった場合は、基本チェックリストを行い、その結果に応じて適切なサービス案内や情報提供を行う。	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	相談場所	保健師を中心に全職種	順調	【新規の実施人数】 51 人	・新規の基本チェックリスト実施数は51件となっていて、目標の70件に対して72%実施している。 ・基本チェックリストは、心身や生活状況に変化があった場合にも実施し、2回目以降の実施となっているケースが79件である。 ・基本チェックリストを実施し、インフォーマルサービスを含めた情報提供と、チェック該当者にはフレイル予防について情報提供をしている。	基本チェックリスト該当者でサービスや地域のサロンにつながっていないケースに関しては、フレイルチェック測定会の情報提供とともに、モニタリングを実施する。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業		④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年1回開催(内容:顔がみえる交流会)) KDBデータから得た結果と地域の実情を踏まえて、地域課題の発掘・共有を行なう。	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	実施場所	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【講話・講演会の開催回数】 0 回	開催なし。
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:9団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	①横内地区:3団体(みんなの会、げんき会、横内チャレンジゴム体操) ②田村地区:5団体(田村社協ふれあいサロン、田村福祉村ふれあいゴム体操、田村福祉村ふれあいコグニサイズ、神田公民館コグニサイズ) ③大神:1団体(出先サロン)	保健師を中心に全職種	順調	【支援回数】 24 回	【横内地区】 ●みんなの会 4月1日 お花見 参加者12名 5月6日 体力測定 参加者15名 6月3日 リンバマッサージと健康増進 講師:わかば訪問マッサージ 参加者 14名 7月1日 セタ飾づくり 参加者9名 8月5日 盆踊り 参加者12名 9月2日 台風接近の為中止 ●げんき会 4月15日 参加者14名 5月20日 参加者12名 6月17日 参加者17名 7月15日 参加者17名 8月19日 参加者10名 9月16日 参加者16名 ●横内健康チャレンジゴム体操 4月13日 参加者6名 5月11日 参加者7名 6月8日 参加者9名 7月13日 参加者8名 8月10日 参加者5名 9月7日 参加者4名 ●スマイル広場薬剤師相談 5月8日 参加者 4名 【田村地区】 ●田村社協ふれあいサロン 6月20日 参加者 47名 7月24日 参加者 26名 8月29日 参加者 32名 ●田村福祉村ふれあいゴム体操 4月24日 参加者9名 5月22日 参加者12名 6月26日 参加者12名 7月24日 参加者9名 8月28日 参加者7名 ●田村福祉村ふれあいコグニサイズ 4月18日 参加者10名 5月16日 参加者14名 7月18日 参加者12名 8月15日 お盆の為中止 9月19日 参加者14名 ●神田公民館コグニサイズ 4月26日 参加者19名 5月24日 参加者22名 6月28日 参加者17名 7月26日 参加者16名 8月23日 参加者20名 9月27日 参加者17名 フレイルという言葉の認知度があがっている。	【横内地区】 ●みんなの会 10月7日 運動会 11月4日 外出行事 12月2日 歌と体操 1月6日 正月遊び 2月3日 ゴム体操・ラダー 3月3日 ひな祭りの折り紙 ●げんき会 10月21日 11月18日 12月16日 1月20日 2月17日 3月17日 ●横内チャレンジゴム体操 10月12日 11月9日 12月14日 1月11日 2月8日 3月8日 ●スマイル広場薬剤師相談 10月9日 他1日 【田村地区】 ●田村社協ふれあいサロン 10月24日 11月20日 12月19日 2月19日 ●田村福祉村ふれあいゴム体操 10月23日 11月27日 12月25日 1月22日 2月26日 3月26日 ●田村福祉村ふれあいコグニサイズ 10月17日 11月21日 12月19日 1月16日 2月20日 3月20日 ●神田公民館コグニサイズ 10月25日 11月21日 12月27日 1月24日 2月28日 3月28日 【大神地区】 10月3日 大神出先サロン 11月7日 カムカム教室 1月7日 カムカム教室
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年1回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	6月21日:神田公民館	保健師を中心に全職種	順調	【フレイルチェックの開催回数】 1 回	6月21日 神田公民館 参加者13名	今後フレイルチェック測定会開催の希望があれば実施する。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:2件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	①相談場所	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【把握率】 33 %	後期に実施予定	6月21日、8月7日、9月21日に実施されたフレイルチェック測定会のハイリスク者のフォローを行う。
			②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C取組を未実施	②相談場所	保健師を中心に全職種	後期実施予定	—	後期に実施予定	後期に実施予定	

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・大神、田村横内のサロン、桜まつり、盆踊りに参加した。田村地区の民生児童委員協議会に出席した直後には民生委員から相談があり、相談しやすい関係作りが深められた。 ・後期で医療機関と合同で認知症予防の講話や拠点薬局との交流会の開催に向けて準備がすすんでおり、関係性が深められたと考える。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・大神地区では大型ショッピングセンターのオープンにより、引き続き人流や生活様式等変化すると予測される。 ・田村地区では集合住宅の高齢化がすすみ、認知症の相談が増えてきている。 ・横内地区では集合住宅の建て替えがすすみ、高齢化もすすんでいる。 ・3地区とも高齢化に伴い、自治会を脱退する方や担い手不足が課題となっている。			・福祉村や民生児童委員協議会などに対面や電話にて情報を収集し、相談しやすい関係作りを継続する。 ・医療機関、拠点薬局と連携し、多様化している課題と一緒に取り組めるよう関係性作りを継続する。			・地域の関係機関や自治会、民生委員と連携がとりやすいように、情報共有をする機会をもった。 ・相談内容が多様化しているため、連携すべき相談窓口に繋げた上で、必要な機関と一緒に取り組めるような関係作りをした。				
(4)今年度の取り組み・重点事項						(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加、③平塚市在宅医療・介護連携支援センター主催行事への参加。合計3回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加。合計2回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①回覧板配布場所 ②横内公民館祭り、神田公民館祭り ③実施場所	全職種	順調	3 回	①オレンジ通信の配布 【横内・田村・大神地区】 4月・7月に自治会4カ所と関係機関25カ所に計2488部配布した。 【田村地区】 今年度より、新たに医療機関1カ所に配布している。 【横内地区】 新たに医療機関1ヶ所に配布している。 【大神地区】 今年度より、薬局2カ所に配布している。 ②後期に依頼があれば実施予定である。 ③9月7日 平塚市医療・介護連携支援センター及び神田公民館と共催 救急医療について 【ホームページに掲載した活動内容】 4月 認知症サポーター養成講座、げんき会 5月 みんなの会、げんき会、脳いきいきサロン 6月 みんなの会、神田コグニサイズ、認知症サポーター養成講座、げんき会、 フレイルチェック測定会、 7月 フレイルチェック測定会、認知症サポーター養成講座、みんなの会、げんき会、認知症予防教室 8月 脳いきいきサロン、みんなの会 9月 ポッカポカたいそうサロン ホームページからの相談が1件あった。	・公民館祭りは依頼があれば参加する。 ・10月26日開催予定のJA神田祭りに参加予定。 ・11月2日サンレジデンス湘南秋祭りに参加予定。 ・民生委員や自治会との関係づくりを継続して行う。
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	センター訪問先等相談場所	全職種	順調	—	①毎日始業後にミーティングを行なっている。 ②多職種で検討できるように、困難ケースはカンファレンスを行ったり、MyPageにて情報共有をしている。 保健福祉事務所の物忘れ相談2件、事例相談1件を行っている。	カンファレンスの際に使用できるシートの作成を今年度中に検討する。
	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	実施場所	全職種	順調	—	5月17日 熱中症アンバサダー講座 5月18日 認知症地域支援 活動実践報告会 6月29・30日 国立長寿医療研究センター主催 公開シンポジウム『認知症臨床の最前線を学ぶ』 7月12日 包括全体研修 アセスメントについて 7月17日 エーザイ主催 地域創生 7月29日 管理者向け研修 包括の今後 8月16日 エンディングノート研修会 8月22日 認知症診療セミナー『地域の中で軽度認知症を支える』 8月23日 初任者研修 9月5日 サポートガイド活用研修	カンファレンスシートについて、包括内研修を行う予定である。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成、年1回施設内避難訓練への参加。ハザードマップの情報共有)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	施設内	全職種	順調	【訓練の実施回数】 1 回	7月に施設全体の避難訓練に参加して、振り返りとBCPの見直しを行なっている。また、9月の水害が生じた時に、地域の方から被害状況を確認して、今後のBCP作成のための情報収集を行った。	9月の水害を踏まえたBCPの見直しを行なう。
	3 医療・介護連携の推進			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。 ・計画目標:医療機関6か所、薬局3か所。合計10か所。 (前年実績:医療機関4か所、薬局1か所。合計5か所。) ※圏域内の医療機関等の数:13か所 ※圏域内の薬局の数:4か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:17か所以上(約100%) B:13か所以上(約80%) C:8か所以上(約50%) D:4か所以上(約25%) E:0か所以上	配布場所	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【配布箇所数】 0 か所	新たに医療機関2カ所と薬局2カ所に、かかりつけ医療機関について周知した。
	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。								

3 権利擁護事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績										
・大神地区公民館のサロンにて講話依頼があり、認知症サポーター養成講座を開催し講話時に認知症や権利擁護に関する内容を話し周知を図った。 ・オレンジ通信やホームページ、サロンにて認知症、権利擁護に関する周知、啓発を図った。 ・地域のサロンやお祭り等の活動に参加し包括の周知を図った。										
(2) 主な地域課題			(3) 主な地域課題の改善策・解消策				(6) 主な地域課題の対応状況等(前期)			
・福祉推進に理解があり力を入れている地域ではあり、徐々に対面での活動が開始されている。 ・高齢者人口が多い地区であり、地域での見守り意識は高く、認知症に関する相談は増加している。 ・金銭管理が難しくなっている独り暮らしや身寄りの無い方の相談が増加している。 ・健康診断を受けず、医療に結びつかないでいる高齢者の相談が増加している。			・地域から依頼があった講話時に認知症や権利擁護に関する内容を盛り込み周知を図る。 ・定期的に発行しているオレンジ通信に権利擁護や認知症の内容を入れて周知や啓発を図る。 ・地域の活動に参加し支援する中で周知や啓発を図る。				・認知症に関することや権利擁護に関することについて、通信や地域のサロンで周知をしている。 ・地域の見守りをしている民生委員と協力しながら、虐待防止にも取り組んでいる。			
(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進		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。 ・計画目標:市民向け3回、企業向け3回、学校向け3回の開催 (前年実績:市民向けを3回開催、企業向け5回、学校向け3回)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	圏域内公民館、法人内・地域内学校、企業	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	－	【企業向け】 2回開催 4月18日 興和株式会社 参加者7名 7月8日 リフレッシュプラザ平塚 参加者9名 【学校向け】 3回開催 4月12日 日本ヒューマンセモノー専門学校 参加者25名 7月4日 神奈川社会福祉専門学校介護福祉科 参加者7名 6月17日 サンキッズ松ヶ丘学童保育 サンレジデンス湘南・ふじみと合同開催 参加者36名うち生徒28名(小学1・2・3年生)、指導員8名 【市民向け】 輪番市民向けは台風の為、10月27日に延期となる。	【企業向け】 1回(サンレジデンス湘南) 【学校向け】 12月11日(神奈川社会福祉専門学校社会福祉科) 【市民向け】 3回(サンシャイン平塚自治会) 戸数が多く、一人でも多くの方に参加して欲しいと、マンション自治会より要望があり、平日の日中1回、夜1回、週末1回の開催を予定している。
	(1) 認知症理解のための普及・啓発		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。 ・計画目標:1回開催、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1回(5人) (前年実績:2回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	マッチングリストに従い選定	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【研修の開催回数】 1 回 【活動支援】 オレンジメンバーが活動されている福祉村や民児協に出向き、マッチングシートについて説明を実施。福祉村の方と民生委員の方以外の方には郵送する。	【チームオレンジ研修】 認知症カフェに関わる企業 8月26日 リフレッシュプラザ平塚 1回開催 修了者4名 【チームオレンジ研修開催予定】 サンシャイン平塚自治会向けに認知症サポーター養成講座の開催を予定しており、終了後にチームオレンジ研修の調整をする。 【活動支援】 オレンジメンバーが活動されている福祉村や民児協に出向き、マッチングシートについて説明を実施。福祉村の方と民生委員の方以外の方には郵送する。
	(2) 認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標:予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者2人が参加した。 (前年実績:予防教室6回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	圏域内公民館	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【予防教室の開催回数】 3 回 【田村地区】 脳いきいきサロン 奇数月に開催が出来ている。脳いきいき講座の参加者が1名、脳いきいきサロンへ繋がる。 5月27日 参加者27名 7月29日 参加者23名 9月30日 参加者27名 【大神地区】 後期にコグニサイズ教室立ち上げ予定 【横内地区】 開催場所の検討中	【田村地区】 少人数の職員でも開催可能な内容に変更する。 【大神地区】 後期に大神公民館と共催として、公民館で開催予定。大神公民館の主事と打ち合わせをする予定である。 【横内地区】 包括主催で毎月開催しているサロン(みんなの会、げんき会)を活用し、コグニサイズを取り込む。	

(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(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繋がります。 ・計画目標:相談件数20件(前年実績:37件) ・説明方法:相談人数20人に対し、うち10人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋げた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数20人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数20人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	センター、相談者自宅	認知症地域支援推進員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 43 %	37名にケアバスを活用し、16名の方を医療・介護・地域サロンに繋げている。	後期にも総合相談時や地域のサロンなどで相談があった際にケアバスを使用し、医療・介護・地域等のネットワークに繋げる。
			⑤ 認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標:1人(前年実績:4人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【選定ケース提出数】 3 人	総合相談時やサロンにて説明を行なっている。	総合相談や民生委員等関係機関からの情報提供があった際に対象者を把握し認知症地域支援推進員につなぎ必要時初期集中支援に相談をあげる。
			⑥ 認知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繋がります。 ・計画目標:新規30人、継続30人 計60人実施(前年実績:新規61人、継続1人 計62人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	センター、地域活動の場、サロン、相談者自宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【新規と継続の合計人数】 44 人	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い、総合相談時、地域サロンや認知症カフェなどでも実施している。 新規 36人、継続8人実施している。	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継続し、総合相談時にやサロンなどで実施する。 後期に30名実施予定。
	(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。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数6回、支援回数12回(前年実績:開催回数6回、支援回数12回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	横内福祉村、おしゃべりサロントンボポ、ポッカポカたいそうサロン	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【開催と支援の合計数】 10 回	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っている。横内地区では奇数月に1回、田村地区では毎月1回開催しており、大神地区でも運動が出来る認知症カフェを9月より立ち上げ、毎月1回開催となる。 【横内地区】 ●スマイル広場カフェ 5月9日 参加者4名 7月11日 参加者3名 9月12日 参加者6名 【田村地区】 ●おしゃべりサロンたんぽぽ 4月17日 参加者5名 5月15日 参加者8名 6月19日 参加者8名 7月17日 参加者5名 8月21日 参加者7名 9月18日 参加者8名 【大神地区】 ●ポッカポカたいそうサロン 9月26日 参加者9名	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い、総合相談時に情報提供を行なう。田村地区のカフェについて、マンション自治会の方に情報提供のお願いしており、後期に認知症サポーター養成講座の開催が決まっている。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実		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。							
		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強化	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う。 ・計画目標：民生児童委員協議会への出席や情報収集を年3回実施。新たに孤立死の防止に向けた研修の参加や伝達研修を実施。 (前年状況：民生委員児童委員協議会への参加や情報収集を年3回実施。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	実施場所	全職種	順調	—	・ひらつかあんしんカードの配布を6件行なった。 ・必要に応じて、警察や保健所とも連携し、こころの健康相談や物忘れ相談2件、事例検討1件に参加している。 ・田村・大神地区の民児協に参加して、情報共有をしている。 ・配食を含めた宅配業者の利用で、安否確認につながったケースが4件あった。	・大神地区の民児協に、定期的に参加する。 ・高齢者調査を127件実施予定。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標：認知症サポーター養成講座、オレンジ通信、サロン、訪問時等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：認知症サポーター養成講座等により成年後見制度の普及啓発。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	実施場所	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	・権利擁護事業(詐欺について、成年後見制度)について認知症サポーター養成講座5回、チームオレンジ研修1回、協議体1回、サロン3回にて普及啓発を行なった。 ・前年度に市長申し立てしたケースの後見人が選任された。 病院から後見人の相談をされたケースの訪問にて成年後見制度について説明した。	個別で相談受けたケースにおいて状況を聞き取りし、対応する。 引き続き、地域のサロンや認知症サポーター養成講座等で興味を持ってもらえる講話内容を検討・実施していく。
		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う。 ・計画目標：終活講座を1回実施、ノートを20冊配布。 (前年状況：終活講話を1回実施、ノートを20冊配布。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	実施場所	社会福祉士を中心に全職種	順調	【終活講座、講和の回数】 1 回	・個別で相談があったケースに2件(2冊)エンディングノートを配布した。 ・9月30日の脳いきいきサロンにて終活講話(エンディングノートの書き方、鎌倉新書について)を行ない、27部配布した。 ・6月18日の包括富士白サロンで、もしバナマイスターとして講話を行なった。	新しいエンディングノートの紹介、配布機会を設ける。
	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をする。	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。 ・計画目標：施設職員を対象に実施。合計1回。 (前年状況：施設職員を対象に実施。合計1回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	サンレジデンス湘南	社会福祉士を中心に全職種	後期実施予定	【普及啓発の回数】 1 回	・施設職員向けの普及啓発は3月に実施予定の為、実施していない。 ・地域のサロンにて高齢者虐待について、地域で虐待疑いのケースを発見した場合の対応を説明した。	・現在予定している活動以外でも地域のサロン等で普及啓発の場が持てるよう計画していく。 ・現在決まっている施設従事者等を対象とした研修は予定通り行なう。 ・虐待を身近なものと感じられる講話内容を検討・実施する。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で3件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	・処遇困難ケースの対応に際し虐待のリスクが高いことが判明しカンファレンス1件行なった。 ・虐待疑いの連絡を受けた時点で帳票を作成し、事業所内でカンファレンスを行なったケースが2件あった。	情報収集の仕方や情報共有の円滑化についてどうしていくかを考え実施する。
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。 ②地域の介護事業所を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の協議体にて周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①サロン、回覧板配布場所	全職員	後期実施予定	—	9月の水害について、横内地区の支援者から意見をもらい、実効性について意見交換をした。	地域のサロンや協議体にて、チラシの配布や情報提供を行なう。	

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・福祉村や自治会、クリニックや在宅拠点薬局にオレンジ通信や情報提供などのチラシを直接届ける際に情報収集し、その際に相談があったケースを初期集中支援事業につなぎ継続支援している。 ・居宅介護支援事業所と勉強会をおこなったり、居宅介護支援事業所から相談があった困難ケースで保健福祉事務所の相談に同行し、一緒に考えることでケアマネジャーとの連携やケアマネジャーへの支援を図った。 ・外国人の言葉が通じにくい方へ翻訳ツールなどを用い支援した。											
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・地域全体の高齢化が進んでいる中、特に集合住宅の高齢化が進み、認知症の相談が増えてきている。 ・高齢の外国籍の方も多く、言葉が通じにくく第三者の支援が必要である。 ・相談からケアマネジメントが必要なケースが増えているが圏域に居宅介護支援事業所が3カ所と少ない。その為、居宅介護支援事業所を探すことに時間を要している。			・訪問診療医、在宅支援拠点薬局等の医療、協議体との連携として、既存の福祉村や自治会に電話で情報収集を行い、多様化している課題について関係機関と電話や書面にて情報共有し、一緒に考える機会を設ける。 ・圏域外、市内外の居宅介護支援事業所に可能であれば同行訪問やサービス担当者会議への出席やオレンジ通信等を郵送や対面にて配布する中で連携を図る。				・個別ケア会議開催時に訪問診療医、薬剤師も参加し課題について話し合う機会を設けることができた。 ・自治会の総会、民児協の会合に出席し、講話を行い、多様化している課題について情報共有し、一緒に考える機会を設けることができた。 ・居宅介護支援事業所との同行訪問やサービス担当者会議への出席、オレンジ通信等を郵送や対面にて配布する中で連携を図った。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：7件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。 (前年実績：7件の個別相談支援(利用者の実人数)、15件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	訪問先やセンター等	主任ケアマネジャーを中心に全職種	順調	【個別相談支援の件数】 11 件 【同行訪問等の件数】 15 件	・外国籍の看取りの方を担当しているケアマネに、同行訪問を行うことで情報提供を行った。 ・金銭管理について、ケアマネからの相談に対、しケアマネと同行し後見制度の確認と管理について説明を行った。	研修参加等で知識を深め情報収集し、対応を継続する。	
											イ ケアマネジャーとの連携強化の支援
		(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。)	(A)地域ケア会議の開催	②地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	福祉村や公民館等開催場所	全職種	順調	【小地域ケア介護の開催数】 1 回 【個別地域ケア会議の開催数】 3 回	【小地域ケア会議】 7月4日 田村福祉村 あんしんカードや生活支援についての情報共有 【個別地域ケア会議】 5月13日、7月4日 横内地区 9月6日 大神地区 9月27日 田村地区
	(B)協議体の開催		③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援2回 (前年実績：協議体の開催支援2回) ※圏域内の協議体の数：3か所(田村協議体、横内協議体、大神吉際協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	福祉村や公民館等開催場所	全職種	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1 回	7月4日 田村地区協議体 生活支援についての課題について話し合った。	田村地区での課題に対し具体的な事例の紹介をする。 横内・大神地区での開催を行なえるように呼びかけ開催に向け準備する
(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに平塚市余熱利用施設とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	福祉村や公民館、平塚市余熱利用施設等相談場所	全職種	順調	－	5月18日 田村地区福祉村総会参加 5月19日 横内福祉村春祭りへの挨拶 6月13日 横内福祉村にて、生活支援コーディネーター向けに訪問Bの講話 参加者12名 6月20日 高齢者部会へ参加 7月11日 大神地区民児協へ参加 7月30日 横内地区懇親会 8月3日 横内・田村・大神地区盆踊りへ挨拶	【大神地区】 ・よりきの郷の会合に参加依頼があり参加予定である。 ・民児協に、毎月第2木曜日に参加予定である。 【田村地区】 10月6日 神田地区レクリエーション大会への挨拶		

令和6年度 平塚市地域包括支援センターとよだ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
①地域:地域の全サロン訪問・毎月の体操教室開催・一人暮らし高齢者訪問等により、地域の実態把握や様々な講話(フレイル予防・権利擁護・認知症・センター業務内容等)を実施した。 ②個別高齢者:新規介護サービス利用時や介護保険更新申請時や相談内容により、基本チェックリストを実施し、適切な介護計画作成・修正を行った。委託ケースについても、担当者会議出席(対面又は文書)し、適切な介護計画作成・修正に参画した。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
①地域:健康増進を意識してもらえる様、関係機関と連携し、地域内での活動が必要である。 ②個別高齢者:介護保険サービスのみでは無く、多様なサービスの活用にも繋げられる様、地域資源の把握や必要時の連携が必要である。				①地域:関係機関(行政・医療・介護等)と連携を図りながら、活動(フレイル予防・社会参加促進・講話等)を実施する。 ②個別高齢者:基本チェックリスト実施や担当者会議での検討により、地域資源活用等も含め、適切な介護計画作成・修正を実施する。			①地域:地域サロン訪問や地域行事出席での講話(権利擁護、認知症予防、介護予防、センター業務等について)実施等、関係機関と調整・連携を図り、業務を実施した。 ②個別高齢者:アセスメント・担当者会議・評価等を通し、適切な介護計画作成・修正を実施した(必要に応じ、地域団体とも連携を図りながら実施)。委託ケースについても、担当者会議出席や相談を通して、適切な介護計画作成・修正への支援を実施した。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	対象者宅	医療職を中心に全職員	順調	【参加人数】 2人	1クール、2クールで各1名ずつ参加。 1クール目の参加者の評価はこれからを予定している。 R4、R5の参加者4名のうち3名は通所介護利用しながら地域のサロンも利用している。もう1名は地域のサロンを継続して利用できている。	本来のサービスの目的を改めて、包括内で周知し選定に繋げられるよう、基本チェックリストなど有効に利用し進めていく。	
			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。	②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託707件、うち担当者会議開催20件(出席7件、書面13件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	対象者宅	主任介護支援専門員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 64 %	・委託先担当者会議出席(対面)＝14件 ・委託先担当者会議出席(文書)＝8件

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:50人(新規のみ) (前年実績:73人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	対象者宅	医療職を中心に全職員	順調	【新規の実施人数】 18人	介護サービスに繋がる時のみ、基本チェックリストを実施。 初回訪問時、状況に応じて基本チェックリストを行い健康増進など他の取り組みに繋がるよう包括内で統一し情報共有していく。
				エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:オーラルフレイル予防、健康講話等) (前年実績:年1回開催(内容:健康講話(血管年齢)))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	自治会館 公民館	医療職を中心に全職員	順調	【講話・講演会の開催回数】 1回
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	圏域内の通いの場(サロン)やよろず主催の体操教室等に向けて、フレイル予防に関する助言等の支援を行う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:17回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:43団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	自治会館 公民館	医療職を中心に全職員	順調	【支援回数】 13 回	4/12長持サロン25名5/10寺田縄サロン14名6/26すのこ橋サロン13名7/1本宿サロン10名9/6入野サロン21名9/11打間木サロン10名9/19宮下サロン17名 よろず主催 体操教室 4/11 豊田26名 金田20名6/13 豊田26名 金田26名 8/8 豊田26名 金田21名	参加人数が少ない場合の理由を把握したり、講話内容の見直しをしていく。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会 11月頃予定) (前年実績:年1回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	公民館	医療職	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	後期実施予定 11/20 包括主催でフレイルチェック測定会を実施予定。	
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:ゼロ件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	対象者宅	医療職	後期実施予定	【把握率】 100%	前期で把握できたハイリスク傾向の対象者3名は支援を行っている。 後期のフレイルチェック測定会の結果後、対応予定。	
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	対象者宅	医療職	完了	—	市の職員と自宅に訪問し、状況を把握。17名訪問し、当日不在だった方も後に保険年金課と連絡がとれている。2名の対象者についてはよろずでフォロー予定。 サロンの参加者への声掛けや公民館祭り、広報誌などを利用しよろずへの周知活動を行う。	

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
①認知症関連：サポーター養成講座（一般向け・小学生向けの開催。企業へ開催依頼）・予防教室・チームオレンジ研修・予防体操教室等の開催、地域支援（認知症カフェ開催支援、サロンでの講話、広報誌での情報発信等）等を実施した。 ②権利擁護関連：虐待認定（又は疑い）の高齢者・養護者への支援、エンディングノートに関する講座開催や希望者への説明・配布、地域の会議・サロン出席時や広報誌を作成しての情報発信（成年後見制度・消費者被害・虐待・エンディングノート等）等を実施した。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等（前期）			
①認知症関連：一人暮らしや、本人又は家族による介入拒否等により、早期発見・早期対応が困難になる高齢者も増え、支援に際しては、地域や関係機関との連携が必要である。 ②権利擁護関連：置かれている状況（家族関係・経済面・疾病等）により、課題の複雑化や介入拒否等、早期の課題解決が困難になる高齢者も増え、支援に際しては、地域や関係機関との連携が必要である。				①認知症関連：地域への周知・普及啓発活動（教室開催・講話等）の継続と、必要時の関係機関との連携を実施する。 ②権利擁護関連：地域への周知・普及啓発活動（広報誌作成等）の継続と、必要時の関係機関との連携を実施する。			①認知症関連：地域と連携して、講座・教室の開催、地域サロンでの講話、認知症カフェ開催支援、広報紙発行等による、認知症予防に関する周知・普及活動等を継続した。個別相談者には、必要な支援（認知機能検査プログラム実施、介護サービスや地域活動の情報提供等）を実施した。 ②権利擁護関連：地域と連携して、講座開催、地域サロンでの講話、広報紙発行等による周知・普及活動等を継続した。個別相談者には、抱えている課題内容により、必要な支援（関係制度説明、地域との連携等）を実施した。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績（前期）			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 （実施時期・回数）	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4	認知症支援策の推進	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。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 （前年実績：市民向け1回、企業向け0回、学童向け1回開催）	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	公民館・依頼場所・各団体活動場所など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	—	市民向け1回10/30予定、企業向け6/22荒井自動車学校31人1回、学校向け11/20豊田小学校予定1回。	一般企業は認知症サポーター養成講座の認識はほぼなく、開催のハードルが高くなかなか実施には結びつかない。次年度に繋がれよう段階を踏んで何度もアプローチを行っていく。 一般向けはチームオレンジになって頂けそうな人に声掛けて未受講者に受講を促していく。
		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す。 ・計画目標：1回開催、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6会場、延べ130回（10人） （前年実績：6会場開催）	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし（周知あり） E:開催なし（周知なし）	公民館・各団体活動場所など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	【研修の開催回数】 0回	10/8開催予定。 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20会場、延べ65回（15人）	チームオレンジ研修受講者の確保には地域のサロンや教室などで担って頂けそうな人を探して段階を踏んで声掛けをしていく。 本人やチームオレンジメンバーに定期的に声掛けをしてモチベーションを維持してもらう。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室（コグニサイズ）を開催します。（輪番で行う全市向けの教室を除く） ・計画目標：予防教室24回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 （前年実績：予防教室24回）	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	公民館など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	【予防教室の開催回数】 12回	予防教室毎月各地区（豊田・金田）各1回実施。認知症予防とフレイル予防のコラボで実施している。自主作成テキストを配布し使用している。 5/31シニアアカデミー18人参加。 6/26シニア学級29人参加。 9/7民生委員認知症勉強会14人参加。	自主テキストを使用しながら、自宅でも実施して頂けるよう声掛けを行う。飽きさせないように講師に依頼する月も入れながら、継続参加して頂けるよう実施する。
		(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繋がります。 ・計画目標：相談件数12件 （前年実績：12件） ・説明方法：相談人数12人に対し、うち12人を医療・介護・地域等のネットワーク（地域包括支援センターでの継続的な支援も含む）に繋がれた。	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	対象者宅など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 100%	相談5名への説明配布。
	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。 ・計画目標：2人 （前年実績：2人）	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人（相談のみ） D:0人（検討あり） E:0人（検討なし）	対象者宅など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	【選定ケース提出数】 2人	選定ケース2名、相談ケース1名。	出来る限り地域へ出向き、MCI発掘に努めていく。
	⑥認知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繋がります。 ・計画目標：新規30人、継続70人 計100人実施 （前年実績：新規42人、継続91人 計133人実施）	※園域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	公民館・福祉村・自治会館・対象者宅など	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【新規と継続の合計人数】 80人	新規24人、継続56人 計80人実施 相談者に対しての声掛け実施やサロンなど通いの場での実施をしている。年1回発信している広報誌からの希望者はない。	繰返し声掛けを行い、未実施者には実施して頂けるよう早期対応の必要性を説明していく。
	(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数0回、支援回数23回 （前年実績：開催回数0回、支援回数23回）	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	福祉村など	認知症地域支援推進員・必要時他職員	順調	【開催と支援の合計数】 10回	開催回数0回、支援回数10回	チームオレンジメンバーの協力を得ながら、声掛けを行い参加者確保に努めていく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 ・計画目標：定例会やサロン等で情報発信を実施。新たに必要の方には個別訪問を行い支援を実施。 (前年状況：サロンでの講話や一人暮らし高齢者訪問を実施など。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。 B:新たな取り組みが成果をあげた。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 等	社会福祉士を中心に 全職員	順調	—	運営推進会議や福祉村会議等の出席時、出席者に向けて地域の安否確認や見守り等のお願いをし、必要時は情報共有をお願いしている。民生員からの連絡や出向きサロン等で参加者と情報共有をしている。必要時には訪問し支援に繋がるよう活動している。	とよだだよりに掲載したり、民生委員、出向きサロン等、近隣住民と密な関係機関に向け、周知を行い情報を得られるよう活動していく。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標：講話やお便り掲載等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況：講話やお便り掲載等により成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内4人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員	順調	—	・6/12金田公民館にてよりそいを講師に招き市民向けの成年後見制度についての講話を開催した(16名参加)。 ・豊田地区(計5箇所)、金田地区(計2箇所)のサロンへ訪問し成年後見制度について講話を行った。 ・毎月とよだだより(月700部発行)にて制度について掲載している。 ・一人暮らしの方や身寄りのない方からの相談に対応し制度の説明やよりそいを紹介した(6名)	福祉村や民生員等近隣住民と密な関係機関へ周知活動を行い、必要性がある方に情報が届くよう活動を行う。
		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う。 ・計画目標：講話を12回実施、ノートを20冊配布。 (前年状況：講話を12回実施、ノートを115冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員	順調	【終活講座、 講和の回数】 7回	・豊田地区(計5箇所)、金田地区(計2箇所)のサロンへ訪問し終活・エンディングノートについて講話を行い希望者にはエンディングノートを配布した(24冊)。 ・毎月とよだだより(月700部発行)にて終活・エンディングノートについて掲載している。 ・相談時や希望者からの連絡を貰い自宅訪問しエンディングノート・終活便利帳を配布した(計5名)。	今迄のエンディングノートと新たに鎌倉新書のエンディングノート、終活べんり帳も配布されている為、鎌倉新書の物も活用し、終活の重要性の理解を得られる様更なる周知活動を行う。
	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をする。	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。 ・計画目標：市民、関係機関、施設従事者を対象に実施。合計12回。 (前年状況：市民、関係機関、施設従事者を対象に実施。合計12回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員	順調	【普及啓発の 回数】 13回	・4/1入野の桜の花見デイにて高齢者虐待(地域での見守り・通報先等)について講話を行った(72名)。 6/12金田公民館シニア学級にて高齢者虐待(地域への呼びかけ、介護サービス等の利用)の講話を行った(16名)。 7/18.19(17:30～18:30 19:00～20:00計4回)豊田敬愛ホーム職員向けの高齢者虐待について研修を行った。 ・豊田地区(計5箇所 計110名)、金田地区(計2箇所)のサロンへ訪問し高齢者虐待について(地域での見守り・通報先等)について講話を行った。 ・毎月とよだだより(月700部発行)にて高齢者虐待について掲載している。	サロンや花見デイ等では敬遠されてしまいがちであるが、市民の方々に虐待の早期発見の重要性等の理解が得られるよう、又、暗いイメージばかりが先行するのではなく、誰にでも起りうる事だと言う認識を持ってもらうような講話等を行い周知活動を行う。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標：事業所内で2件の事例検討。 (前年状況：事業所内で2件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター内	社会福祉士を中心に 全職員	順調	—	・9/12包括内で高齢者虐待について、事例を作成し検討を行った(1回実施)。 ・困難ケース、虐待ケースについて(6名)に高齢者虐待マニュアル等に基づき対応している。	困難ケースや虐待ケースに対応できる様、包括内で協議し対応を行う。 困難ケース等に対応できる様研修等へ出席しスキルアップを目指す。
7 災害に対する取組の推進		⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の医療機関等を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の民生委員を対象に周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	豊田・金田公民館 介護事業所 豊田・金田福祉村 自治会館 対象者宅 等	社会福祉士を中心に 全職員	順調	—	・豊田地区(計5箇所)、金田地区(計2箇所)のサロンへ訪問し避難行動要支援者制度について講話を行いチラシを配布。希望者には申込書を渡した。 ・8/9豊田福祉村役員会にて制度について説明。チラシを配布。希望者に申込書を渡した(8名)。	災害等については関心を持っている方が見られる。福祉村や民生員等近隣住民と密な関係機関へ周知活動を行っていく。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績												
①ケアマネジャー支援:個別高齢者支援に際し、相談内容に応じた情報提供・同行訪問等を実施し、可能な限り、委託ケース担当学会議に出席(又は文書)。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、研修会・事例検討会を開催した。 ②地域:会議等の出席・開催や、個別高齢者支援における情報共有等を実施し、必要時には連携を図りながら、業務を実施した。												
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)					
①ケアマネジャー支援:個別高齢者の抱える課題の複雑・多様化により、介護サービスや地域資源だけでは、直ぐに解決に至らぬ相談も増えている。 ②地域:地域課題検討が継続出来る様、協議体開催等への支援が必要である。				①ケアマネジャー支援:後方支援(個別地域ケア会議・ケースカンファレンス・担当者会議・同行訪問等)による連携が継続出来る様、積極的に情報発信・連携依頼等を実施する。 ②地域:協議体開催支援・地域ケア会議開催等により、地域課題の共有・検討が出来る様、地域の会議等での連携依頼を継続していく。			①ケアマネジャー関連:個別ケースの相談には、内容に応じた情報提供(地域資源や各種制度等)や同行訪問等の必要な支援を実施し、その後の情報共有や課題検討等も実施している。 ②地域関連:関係団体の定例会議等へ出席し、地域課題検討・連携依頼等による関係作りを継続した。後期は、各地区の民生委員定例会議へも出席し、周知活動や連携支援依頼等を実施する予定。					
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)					
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定		
基本目標2ー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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標:10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。 (前年実績:10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	対象者宅	主任介護支援専門員	順調	【個別相談支援の件数】 10件 【同行訪問等の件数】 5件	個別相談に対しては、情報提供(地域資源や各種制度等)や同行訪問を実施している。	相談対応・同行訪問・情報共有に関する支援が可能となる様、ケアマネジャーに対し、個別または会議等の際、連携依頼を実施する。	
												イ ケアマネジャーとの連携強化の支援
		(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績:小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	対象者宅・公民館等	主任介護支援専門員	後期実施予定	【小地域ケア介護の開催数】 0回 【個別地域ケア会議の開催数】 1回	・小地域:後期開催予定 ・個別:親子二人暮らし世帯における、経済問題や施設入所に関する検討。	ケアマネジャーや地域団体に対して、個別または会議等の際、会議開催協力を依頼する。
(B)協議体の開催				③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する。	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。 センター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。 ・計画目標:協議体の開催支援1回(参加数) (前年実績:協議体の開催支援0回(参加数)) ※圏域内の協議体の数:1か所(金田協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	開催会場	主任介護支援専門員	遅れ	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 0回	・金田:開催無。再開に向け、担当者への働きかけ実施。 ・豊田:地域課題検討の場として、豊田地区顔合わせ交流会(1回)、豊田地区福祉村役員会(6回)に出席。	・金田:担当者への働きかけを継続する。 ・豊田:地域課題検討の場への出席を継続する。
(C)地域資源と関係構築		④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに介護団体(体操教室支援)とネットワークを構築する。 (前年実績:自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	開催会場	主任介護支援専門員	順調	—	・地域定例会議出席:運営推進会議(14回)、豊田地区福祉村役員会議(6回)、豊田福祉村生活支援部会議(5回)、豊田地区サロンリーダー会議(3回)。 ・金田地区福祉村総会(1回)、豊田地区福祉村総会(1回)、民生委員高齢者部会(1回)に出席。 ・体操教室開催時、他の団体と連携して実施(5回)。	・地域での定例会議には出席により、関係作りを継続する。 ・体操教室開催時、他の介護関係団体との連携を継続する。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センターひらつかにし 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
各サロンに参加、金目エコのイベントや地域の夏祭りや公民館祭りに参加し、交流を行い介護予防・フレイルの普及啓発を行った。ひらつかにし広報誌バラ色通信を年2回発行し閉じこもりの方に対して介護予防・フレイルの普及啓発を行った。1か所は参加者人数が少なく中止となったが、フレイルチェック測定会2か所の開催支援を行った。令和4年度に引き続き、長寿会からの健康講話の依頼があり、保健師が2回講話を行った。今年度も講話をと依頼されている。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
金目地区:ふれあいサロンや通いの場は、通常通り実施されており、介護予防・フレイルの普及啓発が広がってきている。 依頼があり、包括主催の体操教室を2月に1回から今年度は毎月する事とした。 土沢地区:ふれあいサロンの参加者が少なく、フレイルチェック測定会が中止となった。土沢社協、吉沢福祉村の意向に添いながら、今後、参加者増加に関して、後方支援していく事を予定。その一貫として今年度、包括主催の体操教室を吉沢公民館、土屋公民館で、各所2月に1回開催する事とした。				サロンや通いの場、地域活動団体へ介護予防・フレイルの普及啓発を行っていく。地域のイベント(地域活動団体のお祭り・公民館祭り等)へ参加して、閉じこもりやサロン等不参加の方々へ、ひらつかにし広報誌バラ色通信等で、介護予防・フレイルの普及啓発を行っていく。			サロンや通いの場へほぼ毎回職員が参加、地域活動団体の場へ視察参加も月1～2回行い、介護予防・フレイルの普及啓発を行っている。地域のイベントにも例年通りの参加の他、新たに誘いを受けたイベントに可能な限り参加している。包括主催の月2回の体操教室は40名に迫る参加者に成長。参加者が伸び悩んだ土沢サロンは、新しい内容を取り入れ参加者は20名を超えてきた。広報誌バラ色通信、インスタグラムでも介護予防・フレイルの普及啓発を行っている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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う。 ・計画目標:1人利用 (前年実績:0人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	対象者宅及び包括事務所	保健師を中心に全職員	後期実施予定	【参加人数】 0人	前期の取り組み状況は、1名挙げたが直前でケガで辞退、他にも介護保険申請中の方と、住宅改修のみを利用している方を挙げたが、市から対象外との判断を受け参加に至らず。引き続き、地域で対象者を探していく。現在、後期に1名参加予定。	サロンや通いの場、長寿会など地域に足を運び、短期集中型の機能向上を必要とする対象者を探す。また、総合相談や介護保険利用者の家族など、他職種とも連携し各所にアンテナを張り必要な人を繋げられるよう努める。
		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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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、利用するサービス利用者の状態を把握、ケアプラン期間終了後に評価を行う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託1,246件、うち担当者会議開催96件(出席36件、書面60件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	対象者宅及び包括事務所	ケアマネージャーを中心に全職員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 (対面で)50～60%	担当者会議に出席し、ケアプランの内容を確認している。アセスメントや基本チェックリストの内容を反映しきれていない場合など、適宜助言している。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)					
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
		(2)地域で取り組む健康チャレンジ										
			ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:26人(新規のみ) (前年実績:26人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	対象者宅及び包括事務所	保健師を中心に全職員	順調	【新規の実施人数】 31人	総合相談時や地域のイベントにおいて、必要と判断される場合にはアセスメントツールとして実施した。基本チェックリストを柔軟に用いて臨機応変に対応している。	本人や家族の意向を尊重しながら、適切なサービスへ繋がれるよう必要性を訴えわかりやすい説明を心がける。
			エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年7回開催(内容:フレイル予防、介護予防、健康増進))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	公民館、自治会館など依頼先	保健師を中心に各講師	順調	【講話・講演会の開催回数】 5回	6/8 土沢社協60周年イベント ヤマシタ福祉用具展示・体験 6/10吉沢公民館シニア学級 ニッショウコグニサイズ 7/2土屋はつらつシニア学級 血圧講話 7/16みずほ会 消費生活出前講座 7/30金目社協学びの場 聴覚障害講話	引き続き地域に対してフレイル予防、介護予防、健康増進の講話を企画・開催をしていく。 また、講話へ参加したくてもできない住民へ向け参加できるまでは講話のレジュメを届け内容を周知していく。
			オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:24団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	各通いの場	保健師を中心に全職員	順調	【支援回数】 27回	4月 6回 5月 7回 6月 2回 7月 3回 8月 5回 9月 4回うち1回:理学療法士によるチェアヨガ	引き続き、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っていく。
			コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施 日程:10月 場所:JA湘南金目支店 (内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年2回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	JA湘南金目支店	保健師を中心に全職員	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	10/30にJA湘南金目支店にてフレイルチェック測定会を実施予定。(参加人数9名予定)	1度きりの開催とせず毎年定期開催ができるよう関係を築き、介入していく。とともに、前期開催に至らなかった団体へも来年度以降実施させてもらえるよう繰り返し案内を行っていく。 また、フレイルチェック測定会へのイメージアップが必要である。地域のイベント内で1つのコーナーとして開催できるよう、調整していく。また、『フレイルチェック測定会』のチラシを工夫し、ポジティブなイメージを持ってもらえるようにする。
			ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標:対象者の60% (前年実績:1件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	対象者宅	保健師を中心に全職員	順調	【把握率】 100%	6/13金目公民館にて開催のフレイルチェック測定会でハイリスク者4名。80歳以下の2名については市役所よりフォロー結果共有あり。81歳以上の2名については、すでに介入あり把握している。 8/7ひらしん文化芸術ホールにて開催のフレイルチェック測定会ではハイリスク該当者なし。	10/30JA湘南金目支店にて開催のフレイルチェック測定会結果や市の後期高齢者健康診査結果からハイリスク者が抽出された際には、実態把握と必要時介入をしていく。
			②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	対象者宅	保健師を中心に全職員		—				

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
地域の行事への参加や、サロンへの視察、社協や長寿会での講話において包括の普及啓発をした結果と、職員が増えたことにより、以前よりも活発に地域各所の行事に参加できるようになった。地域住民に、ひらつかにしが窓口であるという認知度が上がった。その為、電話相談や来所相談は激増している。市や警察からの相談にも時間外で対応。公民館掃除や公民館祭り、賀詞交換会等にも参加し、地域団体との交流も積極的に行った。											
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
よろず相談という名称から多岐にわたる相談事が日々起きている。ひらつかにしが地域の相談窓口として認知度が上がってきた事により、さらに、電話相談、来所相談が激増している。担当エリア内では、地区によって、山間地域では高齢者と同居している家庭が多い所もあれば、分譲地で子育て世代の核家族が多い所もある。また、元気な高齢者が子供を養っている8050の所もある。地区全体として、近所付き合いが希薄化、重度になってからの相談事も多い。			地域住民が、もっと早い段階で気軽に相談する事ができるようにする。高齢者よろず相談センターひらつかにしが、市から委託を受けた総合相談窓口である事を知って頂く、包括の役割について周知していけるよう、地域のイベントに積極的に参加していく。ひらつかにし広報誌バラ色通信を発行し、回覧や地域内各場所への配布、配架を継続していく。				金目エコわかば祭り、吉沢公民館ほっこり夏祭り、JA湘南金目支店夏祭り、土沢社協60周年イベント、ローズヒルばらの丘文化祭に参加。金目地区社協から誘われ金目地区福祉レクにも参加し次回以降はブースも検討。広報誌バラ色通信の全戸回覧、関係各所配布・配架。Instagramを開始し35投稿。知名度の向上を図っている他、他地区の包括や日本全国・世界の事業所の活動・文化を知ることで職員の視野が広がり、モチベーションが向上。自分たちの取り組みに生かすことへ繋がっている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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、地域の人々が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。 ・計画目標:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加、③わかば祭り、JA夏祭り、収穫祭の参加。合計3回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加3回。③わかば祭り、JA夏祭り、収穫祭の参加計3回。)	※広報誌の配布、地域の人々が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	各開催場所	全職員	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 7回	①9月に広報誌を発行 地域に回覧、薬局、病院、スーパー、公民館に配架 ②吉沢公民館夏祭りに参加 ③わかば祭り、JA夏祭りに参加 ※6/2金目公民館福祉レクリエーション大会参加 6/8土沢社協60周年記念イベントに参加 9/16ローズヒル文化祭に参加 上記のイベントに参加してセンターの認知度向上に努めた。 7/25にInstagramのアカウント開設。9/27時点で35回投稿。 スマホの通信料を安く抑えるために、通信量(ギガ)が少ない高齢者も多く、Instagramを見たくても見れない状況にある。 チラシの配架をお願いしたところ「行政のものじゃないからね」と断られた。	高齢者に限らず、広く地域住民ひいては他地区の家族にセンターを知ってもらえるよう、引き続き積極的に地域のイベントに参加するとともにチラシや機関紙の掲示・配架を行う。また、それらと並行してSNSを活用することでこれまで情報が届きづらかった子や孫の世代に向けた情報発信に注力していく。イベントの際は包括支援センターを認知してもらえるよう、のぼりをやベストを用いて認知度向上を図る。	
			②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	包括事務所	全職員	順調	—	①②③実施。多職種視点で対応できるよう、複数職員でケース対応も行っている。	多様なケースに対応できるよう、各職種が専門性を高められるよう研修に参加する。
		(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に参加、②その他の研修会等に参加、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に参加、②その他の研修会等に参加)	※研修の参加状況が指標 A:①②に参加し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に参加し、さらに③を年4回以上 C:①②に参加し、さらに③を年1回以上 D:①②に参加 E:①か②に参加または出席していない。	包括事務所及び各会場	全職員	順調	—	①7/12市全職員向け研修 2名参加 7/29市管理者向け研修 1名参加 8/23市初任者研修 1名参加 ②4/24眼科在宅医療 1名参加 8/2湘南地区福祉施設連絡会 2名参加 ③年間計画を立て、毎月包括会議の後に自前の研修会を実施。スキルアップを行った。	日程調整を職員内でおこなっていき、市から案内のあった研修に限らず、職員の関心のある分野の研修に積極的に参加できるよう体制を整えていく。
			④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括事務所及び法人本部	管理者を中心に全職員	順調	【訓練の実施回数】 2回	①8/21管理者連絡会後のBCPの研修を受講し、9/31に包括内で共有・実施。全員で頭を保護しながら玄関から出ていく訓練を実施。 ②8/30の台風により、来れない職員が続出、金目川が増水して渡ることが実質不可能な事が判明したので、それを踏まえて改善を実施予定。	BCPの見直しを行っていく。
	3 医療・介護連携の推進		⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関15か所、薬局10か所。合計25か所。 (前年実績:医療機関8か所、薬局4か所。合計12か所。) ※圏域内の医療機関等の数:医療機関21か所 薬局10か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:31か所以上(約100%) B:25か所以上(約80%) C:16か所以上(約50%) D:8か所以上(約25%) E:7か所以下	各医療機関	全職員	順調	【配布箇所数】 17か所	医療機関 10カ所 薬局 7カ所 上記にひらつかにし広報誌を持っていき配架した。	かかりつけ医療機関を持つ事の普及・推進のため、包括・医療機関の役割分担を示し繰り返し配架も依頼する。
(1)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。)											

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
サロンや地域のイベントに参加し、普及啓発を行った。認知症サポーター養成講座を年間で合計4回実施。ひらつかにし広報誌バラ色通信は年2回発行、地域回覧や配布、配架をする事で、全世代に、認知症の知識の普及啓発を行った。また、高齢者虐待や成年後見制度においても、世代に合わせて普及啓発を行った。終活に関しても以前より抵抗がなくなったようで、高齢者学級で紹介する事ができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
認知症の症状が深刻な状況となってから相談に来る事が増えてきている。認知症についての知識がない、偏見がある等もあり、相談から先に進まない事も多い。 終活、エンディングノートに関しては、令和5年度に、高齢者学級で紹介する事ができたが、まだ、抵抗があるとの地域役員、地域住民がいるため、周知の場選択の際に、慎重に検討を行う事が必要である。				認知症・終活・高齢者虐待・成年後見制度についての普及啓発を、多世代に向けて、継続的に行っていく。			認知症・終活・高齢者虐待・成年後見制度についての普及啓発を計画通りに行っている他、他地区の包括支援センターと協働し学童に向けサポーター養成講座を行った。終活については成年後見制度の講話の場で周知をすすめるながらエンディングノートの普及啓発をすすめている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
4 認知症支援策の推進		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。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け2回の開催 (前年実績：市民向けを1回、企業向け1回、学校向け2回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	各開催場所	認知症地域支援推進員を中心として全職員	順調	－	市民向け 11/20実施予定 企業向け2社打診(増田工業、JA湘南金目支店) 学校向け2校打診(みずほ小学校 土沢中学校)みずほ小学校は11/15に実施予定。 8/21金目学童に対して2回実施。	依頼がない学校に対しては再度連絡をしてインクルーシブの観点から打診をしていく。 企業に打診した際には前向きに検討してもらえるよう、認知症の人でも住みやすい街づくりに貢献しようをスローガンに打診していく。	
		(1)認知症理解のための普及・啓発	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。 ・計画目標：1回開催、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1回(1人) (前年実績：0回開催)	各開催場所	認知症地域支援推進員	後期実施予定	【研修の開催回数】 0 回	11/20の市民向け認知症サポーター養成講座開催以降に、チームオレンジ研修を開催予定。	チームオレンジ研修の参加人数が少ないので、増えるように市民向け認知症サポーター講座の参加人数を増やし、声掛けをしていく。チームオレンジ研修に出たくなるような、認知症の人でも住みやすい街づくりに貢献しようをスローガンに市民向け認知症サポーター養成講座を行う。	
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室24回実施し、脳いきいき講座受講者の1人が参加した。 (前年実績：予防教室6回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	金目公民館 土屋公民館 吉沢公民館	認知症地域支援推進員	順調	【予防教室の開催回数】 10 回	金目公民館にて5回実施。 土屋・吉沢公民館にて5回実施。 脳いきいき講座に参加して予防教室に参加している方1名	土屋公民館・吉沢公民館での開催時、参加人数が伸び悩み傾向なので、SNSやロコミ、掲示・配架等で日時や評判を拡散していく。また地域での輸送支援を担えるような資源を発掘していく。	
	(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繋がります。 ・計画目標：相談件数50件 (前年実績：90件) ・説明方法：相談人数15人に対し、うち7人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数15人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数15人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数15人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	各配布先	認知症地域支援推進員として全職員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 30.7%	総合相談時に於いて認知症に関しての相談時に配布。 9/27時点13部配布。 医療機関への受診や、地域の通いの場・サロン、認知症カフェなどの紹介・勧誘をした。	地域の通いの場・サロン、認知症カフェなどの紹介・勧誘をして雰囲気がわかるよう、見学等だけでもしてもらえるよう声掛けをしていく。認知症の早期発見で進行が緩やかになることもある事を相談時に理解してもらうよう努める。	
		⑤認知症初期集中支援事業の推進	認知症の早期発見、早期対応のため、医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームにつなげます。 ・計画目標：1人 (前年実績：0人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	包括事務所	認知症地域支援推進員として全職員	遅れ	【選定ケース提出数】 0 人	相談事例の中で初期集中に上げられるものがなかった。	初期集中事業に上げられるよう、普段からアセスメントをしっかりとタイミングが合えば挙げていく。	
		⑥認知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繋がります。 ・計画目標：新規50人、継続10人 計60人実施 (前年実績：新規56人、継続5人 計61人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	各実施場所	認知症地域支援推進員	順調	【新規と継続の合計人数】 42 人	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。 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努める。	毎年行うことにもメリットがある事を伝え、忙しいならば、自宅に訪問して実施できることを伝え実施に繋げる。	
	(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数70回、支援回数70回 (前年実績：開催回数66回、支援回数66回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	真田自治会館 金目公民館 包括事務所 吉沢公民館	認知症地域支援推進員を中心として全職員	順調	【開催と支援の合計数】 28回	雨天や高温などで中止の回もあったが、順調に実施できている。	当事者やその家族にも声掛けをして参加に結びつくように見学だけでもしてもらおう。新たに周知、配架・掲示していく。居宅ケアマネに認知症カフェの情報提供を行う。	

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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。	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①包括事務所 ②各訪問宅、公民館、包括事務所など	全職員	順調	－	病院、主治医、民生委員、自治会等からの情報提供を受け、安否確認の訪問や電話連絡を行っている。地域にある障害者グループホーム入居者へ安心カードの配布を行った。	安心カードを携帯し、必要時使用できるようにする。掲示した事を情報提供者へも伝え共有していく。今後も連携し対応ができるよう会議等参加し、普及啓発する。
			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う。 ・計画目標:民生委員や地域からの情報提供があった高齢者宅を訪問し安否確認を実施。新たに民児協の定例会において安心カードの普及啓発を実施。 (前年状況:民生委員や地域からの情報提供があった高齢者宅を訪問し安否確認を実施。、民生委員・自治会と情報共有を実施。)							
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標:ひらつかにし広報誌バラ色通信で普及啓発を行う。認知症サポーター養成講座などにより成年後見制度の説明を取り入れ、制度の利用につなげる。 (前年状況:ひらつかにし広報誌バラ色通信で普及啓発を行う。認知症サポーター養成講座などにより成年後見制度の説明を取り入れ、制度の利用につなげる。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内3人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	包括事務所、講座開催場所、バラ色通信回覧先、配架先	社会福祉士を中心として全職員	順調	－	来訪者3件へ後見制度の説明。病院からの相談者1件コミュニティーソーシャルワーカーへ繋いだ。バラ色通信の配架、回覧にて普及啓発を実施。7/24吉沢福祉村サポーターの集い(26名参加)にて外部社会福祉士へ成年後見制度の講話を依頼、実施した。	地域のサロンや長寿会等で成年後見制度に任意後見制度に関する啓発に努めていく。
		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う。 ・計画目標:講話を2回実施、ノートを35冊配布。 (前年状況:講話を2回実施、ノートを35冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	講話場所	社会福祉士を中心として全職員	順調	【終活講座、講和の回数】 1 回	7/24吉沢福祉村サポーターの集い(26名参加)にて外部社会福祉士へ成年後見制度の講話時にエンディングノートの説明を実施	「終活」「エンディング」という死を連想させるような暗い言葉よりも、明るく未来を見据えられるような、自分事として受け取れるような工夫ができないか検討していく。
	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をする。	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。 ・計画目標:市民を対象に実施。合計1回。 (前年状況:市民を対象に実施。合計1回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	講話場所	社会福祉士を中心として全職員	順調	【普及啓発の回数】 1回	7/24吉沢福祉村サポーターの集い(26名参加)にて外部社会福祉士へ成年後見制度の講話時に高齢者虐待の予防について説明	普及啓発の場を広げ、虐待の予防と早期発見に取り組んでいく。
⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。		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う。 ・計画目標:事業所内で1件の事例検討。 (前年状況:事業所内で1件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	包括事務所	社会福祉士を中心として全職員	順調	－	相談件数6件 虐待対応マニュアルに基づく相談対応1件。虐待対応には至らず見守りとなっている。その他ケースも各ケアマネ、病院、高齢福祉課と連携し対応している。	虐待発生時、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。	
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の住民を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の住民を対象に周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①包括事務所、住民宅、講話場所 ②講話場所 ③講話場所	全職員	順調	－	①バラ色通信にて特集記事の全戸回覧他、インスタグラムで発信。 ②7/24吉沢福祉村サポーターの集い(26名参加)にて周知啓発。 ③は後期に実施できるよう、働きかけていく。		

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
コロナが5類扱いとなり、サロンも通常開催できるようになって、サロン後の話し合いを持つ場が設けられるようになってきた。令和5年度は小地域ケア会議を8回実施。包括を会場とした金目協議体は3回実施。金目地区、土屋地区、吉沢地区で、移送問題や、地域の困りごとの相談が上がってきており、土屋、吉沢地区の協議体開催に向けて、土沢社協、吉沢福祉村との協力体制をとっている。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
3地区とも、移送問題が上がっており、気軽にサロンの参加や買い物、受診、選挙への参加等が、できなくなってきた。 近所付き合いをしている方は、自宅周辺のみで、近所付き合いをしていない方は、自宅敷地内のみが生活の場となっており、閉じこもりがちである。話をする機会も減り、認知症、うつなどの精神面の相談が増加している。 特に、敷地内のみで生活している場合には、実態把握が遅れる事が多い。 民生、長寿会、社協、自治会共に、役員が高齢化したが、次に受けてくれる方がいなくて困っている。				地域の活動団体と、更に、顔の見える関係性作りを行う。サービス担当者会議等、連携時や困難ケースの相談時に、ケアマネジャーから話を聞き取り、継続して支援できるようにする。地域の課題について、多職種で話し合いをする場を設け、多角的視点による検討を勧める。			サロンはほぼ毎回、通いの場も視察回数増やし参加。地域課題の発掘ならびに情報共有を行っているが、急を要する課題はなかった。職員の勤務時間の配置状況もあり、地域ケア会議の書面で上げるまでに至っていない。後期に向け各サロン等で小地域ケア会議を開催していく予定。ケアマネジャーからの相談は随時対応している。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：12件の個別相談支援(利用者の実人数)、6件の同行訪問等。 (前年実績：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、5件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	包括事務所、利用者宅	主マネを中心として全職員	順調	【個別相談支援の件数】 10件 【同行訪問等の件数】 7件	ケアマネジャーからの個別相談10件。同行訪問はもちろん、包括が表立って同行する事に本人が過敏に反応が予想されるケースにも助言・情報共有している。	ケアマネジャーと互いに話しやすい関係を丁寧に構築する。	
											イ ケアマネジャーとの連携強化の支援
	(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議10回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議0回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	各自治会館、各公民館	全職員	後期実施予定	【小地域ケア会議の開催数】 0回 【個別地域ケア会議の開催数】 2回	小地域実施せず。 個別認知症独居高齢者の複合課題1件。 知的・精神障害家族の複合課題1件。 他、サロン後に地域住民との会話の中から個別の課題を抽出した。	各サロン後に小地域ケア会議を開催していく。	
											(A)地域ケア会議の開催
											(B)協議体の開催
(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに医療機関とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	地域各所	管理者を中心に全職員	順調	—	地域のクリニックから申請や見に行っておいてほしいと支援の電話を随時受け、報告と共有を行っている。 生活エリアが重なる隣接市町村の医療機関にも働きかけを開始した。	引き続き圏域内はもとより隣接市町村の医療機関ともより良いネットワークを構築できるよう働きかけていく。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センター富士白苑 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
○フレイル測定会やカムカム教室の支援を行い、フレイル予防普及啓発を行った。健診データなども併せて評価を行い、高血圧・低栄養・痩せも地域課題であることを把握した。サロン等のポピュレーションアプローチだけでなく、ハイリスク者への支援が重要であることが分かり、次年度の課題となった。 ○通所Cは年間で対象者が1人であり、選定が難しくなっている。事業の周知範囲を拡大していく必要がある。 ○毎月テーマを変え、介護予防、認知症、防災など各専門職で講話を行い、地域住民への普及啓発を行うことが出来た。 ○委託先の担当者会議には可能な限り出席し、やむを得ず欠席する場合は、書面とし、適正な介護予防ケアプランであることを確認することができた。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
○口腔機能は市平均もしくはやや良い結果であるが、両地区、男女ともに低栄養、高血圧の該当者が市平均より多い。(KDBデータより) ○花水地区は健康診断受診率が市平均よりやや低い。(KDBデータより) ○健康課題は把握していても、生活圏の利便性の差により、改善しにくい環境がある。(医療機関や商店の数など)				○健康診断の受診推奨、受診後のフォロー、高血圧・低栄養に関する講話や相談会を開催し、普及啓発とハイリスク者支援を行う。 ○フレイルハイリスク者について、個々の生活環境に沿った、指導や助言を行う。 ○総合相談時に基本チェックリストを活用し、情報収集と必要な社会資源に繋がるように支援する。			・低栄養と高血圧の地域課題に対して、講座を開催し普及啓発を行った。後期はフレイルハイリスク者や健康状態不明者へ健診及び受診の推奨を行う。 ・栄養状態に関しては、口腔機能の影響も大きいことから、オーラルフレイルの予防のため普及啓発を継続する。 ・基本チェックリストを活用しアセスメントを実施した。健康教室や介護保険サービスなど必要なサービスに繋ぐことが出来た。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:1人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	事業所 センター 利用者宅	保健師を中心に全職種	順調	【参加人数】 1人	1クール目に90歳代の男性1名参加。 元々地域活動が活発な方であったが、入院を機に不活動気味になっていたが、教室参加により、活動範囲が戻り外出に積極的になった。	高齢者調査の戸別訪問対象者などで閉じこもり傾向の方に声をかけていく。
		(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進								
		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。								
		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託1,236件、うち担当者会議開催62件(出席56件、書面6件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	利用者宅 センター	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【委託先担当者会議への出席率】 89% 担当者会議開催47件 出席・・・42件 書面・・・5件	委託先の担当者会議は4職種で日程を調整し可能な限り出席している。 ケアプランの確認、ご利用者の状態把握に努めている。	委託先CMとの連携を図り、委託先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。また、必要書類の提出を促していく。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(2)地域で取り組む健康チャレンジ									
		ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:30人(新規のみ) (前年実績:30人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	利用者宅 サロン等	保健師を中心に全職種	順調	【新規の実施人数】 49人	新規の総合相談時に基本チェックリストを実施するようになった。該当箇所に沿ってサービスの提案を行っている。	基本チェックリストを実施し、適切なサービスを案内する。サービスについて情報収集を継続する。
			エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年1回開催(内容:オーラルフレイル予防))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種	順調	【講話・講演会の開催回数】 2回	6/1 花水地区社協「ふれあいの会」(参加者:20名) テーマ:熱中症を予防しよう 講師:包括保健師 7/9 南部福祉会館共催「健康講座」(参加者:35名) テーマ:減塩食品と栄養補助食品の選び方 講師:済生会湘南苑 白石管理栄養士
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:33団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種	順調	【支援回数】 8回	4/9 黒西シニアの会(参加者:10名) 4/23 袖ヶ浜サロン(参加者:20名) :たんばく質を摂ろう。指定野菜の話/講師:保健師 5/14 黒西シニアの会(参加者:8名) テーマ:免疫力を維持して健康に過ごそう/講師:保健師 6/25 袖ヶ浜サロン(参加者:11名) テーマ:熱中症とフレイルについて/講師:保健師 7/9 黒西シニアの会(参加者:10名) テーマ:転倒を予防しよう/講師:サン介護マッサージ・鍼灸マッサージ師菊池氏 7/23 袖ヶ浜サロン(参加者:8名) テーマ:オーラルフレイルを予防しよう/講師:保健師 9/24 袖ヶ浜サロン 9/2 富士白健康たより第2号「フレイルを予防しよう」発行。サロンに配布、ちいき情報局へ掲載した。	新規の通いの場活動把握にてフレイル予防について助言を行う。
			コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年2回実施(内容:測定会)) ・9/25 なでしこ公民館 ・12/10 南部福祉会館(包括みなと共同開催)	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	花水公民館 なでしこ公民館 南部福祉会館 各サロン開催場所	保健師を中心に全職種	順調	【フレイルチェックの開催回数】 1回	9/25 なでしこ公民館 参加者:4名
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:0件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	利用者宅 電話等	保健師を中心に全職種	順調	【把握率】 100%	フレイルハイリスク者3名、低栄養該当者1名(合計4名)の状態把握を行った。測定会への継続参加を促し、サービスが必要な対象者はいなかった。	フレイル測定会の案内を継続する。対象者がいれば早期に介入する。
②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。(前年実績:1件)	B取組を実施 C:取組を未実施			利用者宅 電話等	保健師を中心に全職種	順調	—	健康状態不明者8名に対して、9/20保険年金課職員と同行訪問し状態把握を行った。	必要に応じて、継続フォローやサービスの紹介を行う。		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
○包括の周知について、多世代が集まる公民館、福祉会館で開催される催事に健康相談会やコグニサイズの活動で参加したり、集合住宅、コンビニエンスストア等に訪問しポスター掲示、チラシを配架するなど働きかけた。その成果として、認知症サポーター養成講座の開催依頼、安否確認を含む個別相談の受付につながった。 ○一つの世帯で複数の課題を抱えているケースは、行政、医療機関、障害・福祉分野の専門機関、介護事業所、地域福祉団体等、多機関で関り、支援者を増やし、つなぐ取り組みを行った。 ○エリア内外の病院、薬局、歯科医院を訪問し包括の周知と歯科医院にはオーラルフレイル予防普及の協力依頼の挨拶周りを行った。地域住民に対してはリーフレットや包括たよりを用いて在宅医療や健康診断について普及啓発を行った。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)		
○高齢者のみの世帯や日中独居の高齢者の把握が難しく、孤立防止に向けて、地域住民が気づき、相談できる体制作りが必要となっている。 ○複合的な課題を抱えているケースが増えている。速やかに対応していくため、センター職員に幅広い知識と適切につなげるスキルが求められている。 ○自然災害、感染症まん延など、いつ起こっても業務が継続できるよう計画を立て訓練をしておくこと。 ○健康状態不明者は市平均と比較して多くは無いが、男性では70代後半～80代前半の世代で健診受診率が平均より低い為、かかりつけ医がいない方が多い世代と思われ、アプローチが必要である。				○多世代、多機関にむけて、広報誌の配布、地域の催事に参加するなど包括の周知を行い、相談しやすい体制作りを行う。 ○多様化する相談に対応できるよう、外部研修受講、自前の研修を企画するなど研修体制を充実させる。また、日頃よりセンター職員間で情報共有を図り、チームケアを実践していく。 ○センター職員にBCPの研修、訓練を行い、BCPを定着させていく。				・広報誌の発行や地域のイベントに参加し、包括の周知に努めている。 ・外部研修や包括内研修の中で多様化する相談内容に対応できる知識の習得に努めている。 ・BCPの研修を定期的に開催し、災害時に業務継続ができるよう、センター職員の災害時の業務内容や行動について確認している。		
(4)今年度の取り組み・重点事項								(5)取り組み実績(前期)		
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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、地域の人々が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。 ・計画目標：①広報誌の配布 年3回、②公民館祭りの参加2回、③福祉祭りの参加2回、福祉会館祭りの参加1回 合計3回 (前年実績：①広報誌の配布 年3回、②公民館祭りの参加2回、③福祉祭りの参加2回、福祉会館祭りの参加1回 合計3回。)	※広報誌の配布、地域の人々が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①医療機関、公民館、各サロン開催場所、ちいき情報局 ②なでしこ公民館、花水公民館、南部福祉会館 ③なでしこ公民館、花水公民館、南部福祉会館	管理者中心に全職種	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 3回	①前期2回地域情報局に広報誌を掲載。パレアート展・公民館・各サロンで広報誌を配布した。 ②後期予定 ③後期予定	福祉祭り・公民館祭り・福祉会館祭りに出席し、広報誌を活用しながら、センターの認知度向上を行う。
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標：①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、 ②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績：①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、 ②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	①②③センター	管理者中心に全職種	順調	－	①月1回ミーティングを実施し相談ケースを共有している。 ②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討している。 ③毎日ミーティングで必要なケースを共有している。	月1回のミーティング、毎朝のミーティングを継続し、相談ケースを共有し、多職種で相談に対応できる体制を整える。
	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標：①平塚市が開催する研修会等に参加 8回、②その他の研修会等に参加、③包括内で研修を企画開催 年12回)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	①市役所 ②開催場所 ③センター	管理者中心に全職種	順調	－	①平塚市が開催する研修会に参加。 ②5/17熱中症アンバサダー研修、WEB配信「拒否・依存・攻撃 その時どうする?精神科医からのアドバイス研修、7/10居宅システム会議事例検討研修会、9/18、27主任介護支援専門員更新研修。 ③月1回包括内研修を開催。	外部研修に出席した職員からの伝達研修や包括内研修で専門分野以外の知識を深めていく。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標：①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	①②センター	管理者中心に全職種	順調	【訓練の実施回数】 1回	①4/15包括内研修で机上訓練、8/15にセンターBCPの内容について研修を実施。 ②BCP改訂版を作成。	後期実施予定の施設のBCP訓練に参加し、災害時の対策を共有する。
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関17か所、薬局14か所、合計31か所。 (前年実績:医療機関17か所、薬局14か所、合計31か所。) ※圏域内の医療機関39か所、薬局17か所、合計56か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:56か所以上(約100%) B:45か所以上(約80%) C:28か所以上(約50%) D:14か所以上(約25%) E:13か所以下	エリア内医療機関 エリア内薬局	保健師を中心に全職種	完了	【配布個所数】 54か所	クリニック22件、歯科医院16件、薬局16件訪問しリーフレットの配架を依頼した。56件の予定であったが、クリニックが1件移転、薬局が1件閉店しており合計54件となった。歯科が1件小児専門のためとの理由でお断り、クリニック2件は以前よりチラシの配架は不可のためご挨拶のみ行った。1件歯科医院より包括の活動について話を聞きたいと依頼あり、保健師が訪問し事業説明を行った。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
○認知症サポーター養成講座は、小学校、学童クラブ、一般市民、企業で実施し、若い世代に認知症理解の普及・啓発をすることができた。チームオレンジ研修に現役世代の方が参加、受講後、実際に活動していただけるよう認知症カフェ等参加の働きかけを行った。 ○認知症カフェは、主催の「にんじんカフェ」を継続開催している他、7月より「認知症なでしこサロン」が再開、新たに2組の認知症当事者、その家族の参加につながった。 ○独居認知症、精神障害などで成年後見制度等の利用が必要なケースが増えており、センター職員の誰もが地域住民、利用者に説明できるよう、権利擁護人材育成研修の内容や個別事例を共有し、スキルアップを図った。 ○もしバナゲームを取り入れた終活講座を開催、これからの人生を考えるきっかけになったと評価を得た。終活を前向きに考えられるよう、老後の住まいや相談先などの内容で次年度計画していく。 ○虐待ケースはなかったが、虐待疑いの段階で、障害福祉、ケアマネジャー、集合住宅管理会社等の関係者から相談があった。虐待の事実はなかったが、今後も様子観察、情報交換を行い連携していく関係ができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
○チームオレンジメンバーが高齢化しており、若い世代の参加が課題となっている。 ○認知症の増加とともに、成年後見制度利用の必要が高まっているが、理解不足等で利用が進んでいない。 ○終活という言葉は認知されてきたが、実践している人は少ない。 ○8050問題など複合的な課題を抱えているケースが潜在しており、虐待等に発展する可能性がある。 ○各地域での防災活動は活発に行われているが、避難行動要支援者の支援等についてまだ連携が進んでいない。				○認知症に関する普及啓発を現役世代含め推進し、新たな活動の担い手の確保を図る。 ○終活が前向きなイメージが持てるよう、講座を企画開催する。 ○地域住民、介護従事者等に向けて、虐待の通報窓口の周知と気づきを促すための普及啓発活動を行う。 ○地域の介護サービス事業所と防災について情報共有を行い、連携強化を図る。				・小中学校に向けて、認知症サポーター養成講座が実施できていない。引き続き、若い世代に働きかける。 ・終活講座について、もしバナゲームを取り入れ、南部福祉会館と共同して開催した。関心の高まりを受けて、2月にも開催する予定。 ・県作成「すべての人が尊厳を持って暮らせる社会を作るために」のパンフレットを民生委員児童委員、ケアマネジャー、医療機関に配布し、包括が通報窓口であることを周知した。 ・なでしこ地区にて、自治会、福祉村、地区社協、地域密着型介護サービス事業所で防災勉強会を開催、横のつながりの必要性を確認した。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
	4 認知症支援策の推進	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。 ・計画目標：市民向け2回、企業向け1回、学校向け1校の開催 (前年実績：市民向け7回(輪番1回・5学童で計3回・他3回)、企業向け2事業所3回、学校向け1校2回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	なでしこ公民館 花水公民館 企業、公共の施設 なでしこ小学校	認知症地域支援推進員中心に全職種	順調	—	・7/24東海大学湘南校舎学生向け(参加者：14名) ・7/30なでしこ公民館一般市民向け(参加者：10名) ・9/23企業向けについて、9月新規開業したデイサービス「ハワイアンリゾート絆」に受講案内を行った。(訪問1件)	・引き続き、若い世代、中高年が利用する機関に受講を働きかけていく。	
		(1)認知症理解のための普及・啓発	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。 ・計画目標：1回開催、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1回(2人) (前年実績：1回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	なでしこ公民館 花水公民館	認知症地域支援推進員中心に全職種	後期実施予定	【研修の開催回数】 0回	・チームオレンジメンバー登録票を29人に配布、16人回答を得られた。 ・チームオレンジメンバーの活動場所として、にここに予防教室、認知症なでしこサロン、にんじんサロンを定期的に開催し、提供できている。 ・活動場所として、アルツハイマーイベント「ワークショップ」に案内、3人参加した。	・1/16チームオレンジ研修開催し、メンバーを養成していく。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。 (輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室20回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績：予防教室22回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	なでしこ公民館 花水公民館 南部福祉会館	認知症地域支援推進員中心に全職種	順調	【予防教室の開催回数】 12 回	・富士白体操を5回開催した。 4/2(26人)、5月なし、6/4(25人)、7/2(35人)、8/6(19人)、9/3(22人) ・にここに予防教室を6回開催した。 4/17(25人)、5/15(16人)、6/19(39人)、7/17(22人)、8/21(23人)、9/18(20人) ・5/24なでしこ福祉村、公民館共催「なでしこうた声サロン」を開催した。(16人) ・脳生き生き講座受講者2名が参加継続できている。	・脳いきいき講座受講後のみならず、社会参加の受け皿として、富士白体操、にここに予防教室を継続していく。	
	(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繋がります。 ・計画目標：相談件数60件 (前年実績：42件) ・説明方法：相談人数60人に対し、うち42人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数60人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数60人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数60人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	センター利用者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 42 %	相談人数36件、うち15件ネットワークにつなげた。	・認知症初期集中支援事業の活用や社会資源を把握してネットワークにつなげていく。	
		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。 ・計画目標：2人 (前年実績：2人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	センター利用者宅	認知症地域支援推進員中心に全職種	後期実施予定	【選定ケース提出数】 0人	・medicalBIGnetで、1件相談した。アドバイスを受け、他機関につなげることとなった。	相談会や地域の催事で、もの忘れプログラム等を活用し、対象者の把握努め、初期集中支援事業を周知していく。	
		⑥認知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繋がります。 ・計画目標：新規40人、継続40人 計80人実施 (前年実績：新規40人、継続30人 計70人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	なでしこ公民館 花水公民館 各サロン開催場所 利用者宅	認知症地域支援推進員中心に全職種	順調	【新規と継続の合計人数】 28人	・4/6パレアート展(パレスみれ平マンション集会場)にて相談会開催(9人実施) ・6/11黒西シニア会にて(9人実施) ・9/9市・物忘れ相談会にて(5人実施) ・個別相談(5人実施)	・11月福祉祭り等地域での催事でももの忘れ相談を実施予定。	
(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数12回、支援回数12回 (前年実績：開催回数11回、支援回数8回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	花水公民館 へいあんなでしこグループホーム	認知症地域支援推進員中心に全職種	順調	【開催と支援の合計数】 12回	・認知症なでしこサロンを6回実施した。 4/24(3人)、5/22(7人)、6/26(6人)、7/24(6人)、8/28(7人)、9/25(7人) ・にんじんカフェを6回開催した。 4/25(8人)、5/23(6人)、6/27(7人)、7/25(8人)、8/22(6人)、9/26(6人)	・認知症カフェを定期開催し、認知症専門の相談場所、居場所づくりとして継続していく。		

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 ・計画目標：民生委員との情報交換を実施。新たに集合住宅への周知活動を実施。 (前年状況：高齢者調査の実施、なでしこ地区にて孤立防止に向けた小地域ケア会議開催)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	なでしこ公民館 花水公民館 集合住宅 利用者宅	社会福祉士中心に全職種	後期実施予定	—	①課題が複雑化複合化しているケースについて、高齢福祉課、障害福祉課、生活福祉課、ほっとステーション、くらしサポート、法律関係者、精神科医等と連携して支援した。(7ケース) ②・4/10「花水地区小地域ケア会議」開催。高齢者の孤立防止に向けた取り組みについて、参加者(民生委員 児童委員27人、居宅ケアマネジャー15人)で情報共有、意見交換を行った。 ・集合住宅について、今までチラシを配架しているマンション3ヶ所とは連携できている。	①10/3 認知症、ネグレクト傾向にあるケースについて、地域ケア個別会議開催予定。 ②市営住宅4か所、県営住宅2ヶ所への周知活動包括独自のチラシを作成して配架する。 ③10/3 なでしこ地区小地域ケア会議「見守り活動」2回目を開催する。
			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。 ・計画目標：認知症サポーター養成講座、終活講座等で成年後見制度等の講話を実施することにより成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。(年5回) (前年状況：認知症サポーター養成講座、終活講座等で県作成のリーフレットを用いた講話を行い、成年後見制度の普及啓発を行った(年7回)。市長申立3件。	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	講座開催場所 利用者宅	社会福祉士中心に全職種	順調	—	・県作成パンフレット「成年後見制度を知っていますか」を、6/18終活講座にて17部、7/30認知症サポーター養成講座にて10部配布、普及啓発を行った。 ・市長審判請求要請を2人行った。 ・成年後見制度案内を7人に行った。	・12/12「自分らしく生きていくために、知っておこう 成年後見制度(仮称)」講師：行政書士による講座を開催して普及啓発を行う。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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う。 ・計画目標：終活講座を2回実施、ノートを20冊配布。 (前年状況：終活講座を1回実施、ノートを20冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	南部福祉会館 サロン開催場所 利用者宅	社会福祉士中心に全職種	順調	【終活講座、講和の回数】 1回	・6/18南部福祉会館共催「もしバナゲーム&終活講座」開催、講師：もしバナマイスター、参加者17人。 ・エンディングノート26冊配布	・11/5「高齢者向け住まいの探し方と選び方」講師：ベネッセシニアサポート介護支援専門員の講座を開催する予定。 ・1/31南部福祉会館共催「もしバナゲーム&終活講座」2回目開催予定。
			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。 ・計画目標：県作成のリーフレットを用いた講話を地域の会議、認知症サポーター養成講座等で実施する。年8回。県作成のリーフレットをエリア内医療機関、介護サービス事業所に説明して配布する。年1回 (前年状況：県作成のリーフレットを用いた講話を地域の会議、認知症サポーター養成講座等で実施 年8回、エリア内医療機関、介護サービス事業所にリーフレットを配布した。年1回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	講座、会議開催場所 医療機関、介護サービス事業所	社会福祉士中心に全職種	順調	【普及啓発の回数】 3回	県作成「すべての人が尊厳を持って暮らせる社会を作るために」のパンフレットを用いて普及啓発を行った。 ・4/10花水地区小地域ケア会議(42部) ・6/15～7/2エリア内医療機関(54部) ・7/30認知症サポーター養成講座(10部)	引き続き、包括が通報窓口であること、不適切なケアも虐待であることを周知していく。
	②高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で0件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	センター	社会福祉士中心に全職種	順調	—	・5/10包括内研修にて平塚市高齢者虐待マニュアル改訂版に基づき、虐待疑いケースの事例検討を行った。 ・住民から3件、身体的虐待疑いの通報と、小規模多機能型居宅介護から1件、経済待疑いの通報があった。何れも直接包括への通報ではなかったが、ケアマネジャー等と連携して、不適切なケアの改善、未然防止に努めた。	事例検討、虐待研修等を実施し、スキルアップを図る。
			避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：①防災関連のたよりを作成し、配布や回覧等で周知啓発。(年1回)②地域の介護サービス事業所を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況：市営住宅のサロン、包括主催の予防教室にて、防災講話を行い、避難行動要支援者支援制度の周知を行った。年2回)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①各サロン開催場所、公民館、ちいき情報局 ②介護サービス事業所	社会福祉士中心に全職種	順調	—	①後期実施予定 ②9/6 なでしこ小地域ケア会議「防災勉強会」にて、地域密着型介護事業所4か所参加、避難行動要支援者制度の周知と、地域との連携強化を図った。 ③未実施	・①について、11月防災たよりを作成し、サロン等への配布、地域情報局投稿等行い、普及啓発を行っていく。 ・引き続き、地域団体、地域密着型介護事業所と防災の情報共有、意見交換等を行っていく。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
○なでしこ地区にて小地域ケア会議を開催。民生委員、福祉村、自治会、ケアマネジャーが出席し、顔の見える関係作りを行い、連携強化を図ることができた。 ○花水地区では、団体長会議での情報発信、南部福祉会館と小地域ケア会議を行いなど、多機関と地域課題について検討することができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
○地域のネットワークを構築し、地域課題について、関係機関と情報共有を継続する。 ○多問題や複合的な課題を抱えているケースが増えているが、地域ケア個別会議の開催に至らない。				○多機関を交え地域ケア会議を開催し、地域のネットワークの構築・連携強化を図る。 ○ケアマネジャーや関係機関に地域ケア個別会議の活用を促す。			○なでしこ地区小地域ケア会議では新たに地域密着型サービスが参加し、顔の見える関係性作り、連携強化を図ることができた。 ○ケアマネジャーが困難と感じているケースに地域ケア個別会議の開催を促したが、ご利用者が入院したことで開催には結びつかなかった。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、8件の同行訪問等。 (前年実績：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、8件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター利用者宅	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【個別相談支援の件数】 10件	ケアマネジャーから相談があったケースについて情報提供等を行い、相談内容に応じて同行訪問をしている。	ケアマネジャーが支援を継続できるよう後方支援を継続する。	
	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援							【同行訪問等の件数】 8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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、地域ケア個別会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、地域ケア個別会議1回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	なでしこ公民館 花水公民館 その他、公共施設利用者宅	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【小地域ケア介護の開催数】 2回	【個別地域ケア会議の開催数】 0回	4/10 花水地区小地域ケア会議開催 テーマ:「孤立防止に向けた取り組み」 9/5 なでしこ地区小地域ケア会議開催 テーマ:なでしこ地区防災勉強会	地域ケア個別会議が開催について、ケアマネジャーから相談があったケースに対して、随時提案をしていく。
	(A)地域ケア会議の開催										
	(B)協議体の開催	③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援6回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援6回(参加数)) ※圏域内の協議体の数:1か所(なでしこ協議体)	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	なでしこ公民館	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 2回	なでしこ地区協議体会議に2回参加した。4/18(16人)、6/20(18人)、8月なし。 ・花水地区では協議体の代わりに、団体長連絡協議会開催を持って、連携している。第1回6/17開催28団体参加、第2回8月は中止。	2か月に1回開催されるなでしこ地区協議体会議、花水地区団体長連絡協議会に参加し、地域課題の共有、各地域団体との連携を図っていく。	
(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに地域密着型介護サービスとネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	なでしこ公民館 花水公民館 その他、公共施設	主任介護支援専門員を中心に全職種	順調	－	・4/10 花水民児協挨拶 ・5/7 なでしこ民児協挨拶 ・9/5なでしこ地区小地域ケア会議開催時に、自治会、民児協、薬局の他に新たに地域密着型サービスを招き、4事業所が参加した。	地域関係団体とサービス提供事業所の関係性を維持し、連携を図れるように体制づくりを行う。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センターふじみ 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1) 前年度の取り組みに対する評価・実績										
・通所Cには1人の利用者を選定することができた。まだ、存在的に身体状況の改善が必要と思われる対象者がいる可能性があり、それをいかに把握するかが課題になっている。 ・地域でフレイルチェックを行ったものの、参加者が少ない現状であった。その為、今年度は地域の高齢者だけではなく、地域のボランティア団体にも窓口を広げるなどしていく。 ・委託のサービス担当者会議にはできる限り出席すると共に、事前に計画書とチェックリストを確認するなど、適切なケアマネジメントに対する支援を行った。 ・民生委員の定例会や通いの場には定期的に参加することができた。また、町内会連合会の会議にも年2回参加することができた。 ・地域の薬局と連携をして、年2回、骨強度と血管年齢の測定を行い、多くの住民が測定する機会を持つことができた。										
(2) 主な地域課題				(3) 主な地域課題の改善策・解消策			(6) 主な地域課題の対応状況等(前期)			
・通所Cが必要と思われ方をどのように把握していくかが課題である。 ・健康教室やサロン等に参加できない、していない地域住民の把握については、民生委員と引き続き連携を取っていく必要がある。 ・フレイルチェックの参加者が少ない現状がある。いかにそれを広げていくかが課題でもある。				・通所Cの対象者については総合相談のケースを包括内で共有し、対象者を把握できるようにしていく。 ・民生委員の定例会には引き続き参加していくと共に、民生委員向けにフレイルや虐待等についての講話もおこなっていく。 ・ふじみ健康教室を年4回開催し、高齢者が活動する場所や、知識を身につける場所を提供する。			・通所Cについては、総合相談にてチェックリストを積極的に使用し対象者を把握していくことを継続する。前期はアプローチを行ったものの通所Cにつながらなかった。2クール目に向け対象者1名把握している。 ・民生委員の定例会及び、町内会連合会の会議への出席をおこなった。引き続き地域の情報共有のため継続して行う。 ・ふじみ健康教室を前期2回開催。後期も2回開催予定。高齢者が活動する場所や、知識を身につける場所を提供する。 ・ボランティアが高齢化している中で、ボランティア活動継続のため、健康維持を目的とし骨強度、血管年齢の測定会を地域の薬局と開催した。			
(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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う。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:1人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員	後期実施予定	【参加人数】 0 人	・1クール目、チェックリスト、総合相談での対象者の把握をおこなったが、対象者から参加同意を得られなかったケースが2ケースあり。1クール目の参加者はなかった。 ・前年度、通所C参加者のフォローを行った。	・全職員が通所Cの取り組みについて、説明ができるように周知する。チラシ、チェックリストなどを積極的に使用し対象者の洗い出しを行う。また、興味関心シートなどアセスメントの方法について検討し対象者を抽出していく。
				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。	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託646件、うち担当者会議開催37件(出席37件、書面0件)) ・委託のケースについてはサービス担当者会議の前に、チェックリストと計画書を事前に確認する。	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 100 %

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(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	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る。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う。 ・計画目標:40人(新規のみ) (前年実績:41人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	包括事務所	主担当:主任介護支援専門員 副担当:職員全員	順調	【新規の実施人数】 53 人	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るため、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えた。 (前期実績:53 人(新規のみ))	総合相談、サロンでの積極的なチェックリストの活用と情報提供、サービス案内をおこなう。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年2回開催 (内容:6月 健康診断を受けましょう 10月 体にいいものを食べましょう))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	富士見公民館	主担当:医療職 副担当:職員全員	順調	【講話・講演会の開催回数】 2 回	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できた。 (前期実績:2回開催 (内容:4月18日JTEA 斎藤先生「フットケア」参加人数:24人、6月20日 高山医師「健康診断を受けましょう」参加人数: 10人)	健康教室への参加者へのアンケートなどを参考に次年度のテーマの検討を行う。(今年度は講師の確保をしているため変更不可)
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:4団体) ・寿和会:4回(地域の訪問看護ステーションのPTとの連携訪問を1回以上行う) ・みのり会4回 ・桜が丘老人会2回 ・中里老人会2回	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	寿和会:諏訪町会館 みのり会:富士見公民館 桜が丘老人会:桜が丘町内会館 中里老人会:大久保公園	主担当:医療職 副担当:職員全員	順調	【支援回数】 15 回	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った。(地域のリハビリ専門職の関与については後期に実施) (通いの場(サロン)の数:4団体) ・寿和会:6回(地域の訪問看護ステーションのPTとの連携訪問は後期に実施) ・みのり会4回 ・桜が丘老人会3回 ・中里老人会2回	後期についても引き続きフレイル予防について助言を行う。寿和会については11月に地域の訪問看護STのPTとの連携訪問が決まっているため打ち合わせをおこなっていく。
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年1回実施 (内容:地区社協 ママの会にて6月開催予定))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	富士見公民館	主担当:医療職 副担当:職員全員	順調	【フレイルチェックの開催回数】 0 回	「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けるよう計画、打ち合わせを行った。 (内容:フレイルチェック測定会・地区社協 ママの会にて10月開催予定))	10/4にふじみ公民館で「ママの会」(社協給食部)にてフレイルチェック測定会を実施していく。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:0件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	包括事務所	主担当:医療職 副担当:職員全員	順調	【把握率】 100 %	9/4フレイルチェック測定会でのハイリスク者は3名。そのうち1名は市よりアプローチしている。残りの2名も、健康教室の定期参加者であり、全員把握している。	10/4フレイルチェックハイリスク者に対してのアプローチも継続する。
②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施			包括事務所	主担当:医療職 副担当:職員全員		—				

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・センターの知名度向上のため、公民館祭りや富士見小学校のふれあいフェスタに参加し、高齢者だけではなく、若い世代にもセンターを知る機会を作ることができた。 ・春日野中学校の職場体験や認知症サポーター養成講座を通して、中学校との連携は取ることができた。 ・ケースや総合相談については、職員内で情報を共有して、様々な視点から問題の解決が図れるようにした。 ・職員が施設外の研修にも参加し、研修内容を伝達研修で他の職員に伝えることで、職員全体のスキルアップにつながった。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・地域包括支援センターの知名度が30％程度である。特に若い世代への知名度が低い。 ・小学校との連携ができていない ・地域の医療機関・薬局とは連携できているが、歯科医師との連携がとれていない。				・引き続き、公民館祭りや富士見小学校のふれあいフェスタに参加し、高齢者だけではなく、若い世代にもセンターを知る機会を作る。 ・地域の歯科医師との連携をはかるため、訪問し関係性を構築する。			・引き続き、公民館祭りや富士見小学校のふれあいフェスタに参加し、高齢者だけではなく、若い世代にもセンターを知る機会を作る。前期は県立看護大学校「なでしこ祭」への参加により20代の学生への包括支援センターの周知、近隣の小学生、中学生への周知ができた。 ・地域の医療機関、薬局、歯科医師との連携については前期に医療機関、薬局訪問をおこない連携のとれていなかった薬局との関係性が築けたため、後期に歯科医師を訪問し関係性を構築する。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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、地域の人々が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。 ・計画目標: ①広報誌の配布(偶数月 年6回) ②公民館祭りの参加(年1回2日間) ③富士見小学校ふれあいフェスタの参加(年1回)合計8回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加。合計2回。)	※広報誌の配布、地域の人々が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①各配布先 ②富士見公民館 ③富士見小学校	①主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員 ②③主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 8 回	センターの認知度の向上をさせるために、広報誌を作り、自治会に回覧、ちいき情報局での発信、地域の人々が50人以上集まるイベント(公民館祭り等)に参加し周知するなどして、認知度向上に努めた。また、ブログによるSNS等の活用をおこなった。 ①広報配布:計4回、地域の夏祭りへの参加1回、県立看護大学校などでしこ祭への参加1回。ブログでの発信2回。	後期はふれあいフェスタ、公民館祭りなどイベントが多くあるが、台風10号の影響にて会場が使用できない問題があり、予定通りの開催が難しくなっているため、地域の状況に応じた柔軟な取り組みを行うこととする。
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有 ②相談ケースは一人で抱えず多職種	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	①②包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	—	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、センター内の体制を整備した。 (前期実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	相談内容により困難ケースがあることから、センター内での事例検討会や勉強会を後期で少なくとも1回は実施する。
		③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席 ②その他の研修会等に出席(外部研修は年1回以上参加する) ③自前で研修会を企画、開催(年1回、包括職員む目)に包括職員が企画実施を行う。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	包括事務所及び各研修場所	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	—	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行った。「以下、参加研修」 5/13、認定調査員(新任)研修:社福。 6/20、第1回 高齢者部会:認推 7/12、包括全体研修:全職種。7/29、平塚市地域包括支援センター職員(管理者)研修:管理者。8/16、鎌倉新書エンディングノート:社福2名。8/22、平塚市虐待ネットワーク協議会:社福2名。8/23、平塚市包括支援センター職員(新任者)研修:保健師、社福、ケアマネ。9/5、多職種連携研修:管理者、保健師。	①、②に加え、自前で研修会を企画、開催(年1回、包括職員むけに包括職員が企画実施を行う)。「参加予定研修」10/1、10/15、地域包括支援センター職員等養成研修(初任者):保健師、社福、ケアマネ。10/2、システム会議:管理者、社福。10/3、第2回地域包括ケアシステム実務担当者会議:認推。10/10、ひきこもり相談支援実践研修D:社福。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括事務所	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	【訓練の実施回数】 1 回	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善をおこなった。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施 9月18日、②BCPの評価、改善の実施。	・必要物品の購入を早急に行えるようにする。 ・LINE機能のテストをおこなう。 ・役割分担の見直しを定期的に行う。
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。 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。 ・計画目標:医療機関10か所、薬局8か所。合計18か所。 (前年実績:医療機関5か所、薬局8か所。合計13か所。) ※圏域内の医療機関等の数:20か所。圏域内の薬局の数:14か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:34か所以上(約100%) B:27か所以上(約80%) C:17か所以上(約50%) D:8か所以上(約25%) E:0か所以上	圏域の医療機関、薬局	主担当:医療職 副担当:職員全員	順調	【配布箇所数】 15か所	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した。 ・医療機関、薬局:15か所	圏域の歯科へのリーフレット配布をおこない、歯科との連携を取れるよう関係性の構築を行う。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・認知症カフェを偶数月に開催し、少人数ながらも当事者や家族の参加を促すことができた。 ・チームオレンジメンバーの交流会を年2回開催し、メンバー間の交流や役割の分担等をおこなうことができ、オレンジメンバーが協力しやすい環境を整える事が出来た。 ・地域の方の協力もあり、中学校とのつながりができ、春日野中学校で認知症サポーター養成講座の開催ができた。 ・認知機能評価機器では、前年を大きく上回り60名の目標を達成することができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・認知症カフェの参加者が少ない状況である。 ・活動しているチームオレンジメンバーが固定されてきており、新たなチームオレンジメンバーが活動に参加していない現状がある。 ・小学校とはつながりを持つことはできているが、認知症サポーター養成講座の開催までには至っていない。				・認知症カフェは偶数月に引き続き開催する。認知機能検査でのMCI相当の方などにも参加の声掛けを行う。 ・市域の認知症サポーター受講者や、以前の受講者などに声掛けをして、新たにチームオレンジメンバーとして活動できる方を増やす。 ・小学校との関わりを維持しながら、認知症サポーター養成講座の開催のお願いを続ける。				・認知症カフェでは、引き続き、当事者や家族にお誘いしていく。 ・チームオレンジメンバーに活動意向の確認を行えた。活動継続の意向のチームオレンジメンバーには、活動の場を提供していけるようにする。そのためにマッチングシートを活用していく。 ・小学校でも認知症サポーター養成講座を実施できるように引き続き、アプローチしていく。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
	4 認知症支援策の推進	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。 ・計画目標: 市民向け1回、企業向け1回、学校向け3回の開催(富士見小学校・春日野中学校・清水学園) サンレジデンスと合同開催(学童・同法人内専門学校) (前年実績:市民向けを1回開催、民生委員向けを1回、企業向けを1回 学校向けを3回)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	各開催場所	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	順調	—	【学校向け】 11月29日 春日野中学校 神奈川福祉専門学校社会福祉士科の学生向けにサンレジデンス湘南と協働で実施予定(日程調整中) 【企業向け】 1回開催 6月22日(14名) 湘央ケアホームえん・湘央ケアグループホームえん(職員向け) 【学校向け】 3回サンレジデンス湘南に協力 ・日本ヒューマンセラモニー専門学校 4月12日(25名) ・神奈川社会福祉専門学校介護福祉科 7月4日(7名) ・サンキッズ松ヶ丘学童保育 6月17日 サンレジデンス湘南・ふじみと合同開催 参加者:36名 生徒28名(小学1・2・3年生)、指導員8名 【市民向け】 輪番市民向けは令和7年1月18日実施予定	【学校向け】 11月29日 春日野中学校 他エリアのため、エリアの包括と相談、調整中。 【企業向け】 ・SOMPOケアラヴィーレ湘南より、施設職員向けに依頼あり。 ・エリアのエクセレント平塚も実施したいとの話があるが、保留となっている。 ・子育てサロンに毎月顔を出し、包括の周知活動をしている。その中で、12月は、認知症について案内する予定。子育て中の親世代の認知症に対する理解を深めること、早期発見、早期治療が大事であること、相談窓口は包括であることを伝える予定。 ・富士見小学校に認知症サポーター養成講座の実施の意向確認を行っていく。 ・エリアの教会と協力関係ができていることから、前期に認知症サポーター養成講座の案内を行った。次年度に向けて、実施できるように意向確認していく。	
	(1)認知症理解のための普及・啓発		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。 ・計画目標: 1回開催、チームオレンジメンバー交流会にて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(10人) (前年実績:チームオレンジ研修1回開催、チームオレンジメンバー交流会2回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	富士見公民館	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	後期実施予定	【研修の開催回数】 0 回	後期に実施予定	【市民向け】 2月8日実施予定 ・前期にエリアのチームオレンジメンバー全員に交流会の案内を送付し活動継続の意向確認をする。 ・後期に予定しているチームオレンジメンバー交流会でマッチングリストの記入を実施予定。
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標: 予防教室6回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 5月・8月・9月・11月・1月・2月 7月は市域の予防教室 (前年実績: 予防教室5回)	※予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	富士見公民館	主担当: 認知症地域支援推進員 副担当: 全員	順調	【予防教室の開催回数】 3 回	5月14日(23名)、8月21日(27名)、9月12日(21名)に実施。 8月9月は講師を依頼。	11月21日、1月(日程未定)、2月19日実施予定 ・参加者の把握と参加者の意欲向上のために次年度に向けて、スタンプカードで見える化する等の方法を工夫することを検討。 ・参加者定着のために開催頻度を検討中。	

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
		(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繋がります。 ・計画目標:相談件数170件 (前年実績:166件) ・説明方法:相談人数30人に対し、うち20人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数30人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数30人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数30人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	包括事務所	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 34 %	相談者(実人数)44名に対して、15名にケアパス配布	ケアパスを活用し、医療、介護、地域のネットワーク作りを実施していく。
			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。 ・計画目標:1人 (前年実績:1人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	包括事務所	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	後期実施予定	【選定ケース提出数】 0 人	MCI相当の方を繋げるためにご家族、本人との関係作りを行っている	MCI相当から初期集中支援事業に繋がられるように引き続き、ご家族、本人との関係作りを行っていく。引き続き、民児協や町連で初期集中支援事業の周知活動をしていく。
			⑥認知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繋がります。 ・計画目標:新規32人、継続28人 計60人実施 (前年実績:新規30人、継続30人 計60人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	包括事務所	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	順調	【新規と継続の合計人数】 19 人	新規 13名 継続 6名	前年度、暑い時期実施した方への声掛けを涼しくなったら行う。 サロン等に顔を出し新規の方を増やしていく。
		(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。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績:開催回数6回、支援回数6回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	福祉村	主担当:認知症地域支援推進員 副担当:職員全員	順調	【開催と支援の合計数】 3 回	偶数月に福祉村と共催で実施	認知症の方がカフェに来られるようにマッチングリストでチームオレンジメンバーを活用していく

(4)今年度の取り組み・重点事項						(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 ・計画目標：安心カードの配布や担当の民生委員の確認を実施。新たに町内会連合会の総会に出席し、安心カードの説明と啓発を実施。 (前年状況：安心カードの啓発や説明を実施など。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。 新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①包括事務所 ②富士見公民館など	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	—	・あんしんカードの配布は4月の老人会で17名、4月の民児協にて28名に配布した。又、ケース担当者や総合相談で該当する方にも配布している。 ・上半期で独居の方の救急搬送の対応を4件行った。 何れの方も支援機関(者)、親族に連絡が取れ、速やかに対応ができた。協議体でも現状の報告を行い、引き続き地域の方からの情報共有の協力を依頼した。	継続して民児協や町内会連合会などで、ひとり暮らしの方の情報などの共有を行っていく。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標：サロンの講話等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 みのり会にて1回実施する。 (前年状況：サロン等により成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用2人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	富士見公民館 包括事務所など	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	—	・6月5日みのり会に出席し、権利擁護事業「よりそい」の周知を行う。(参加者23名 ・8月8日老人会フレンズに出席し、成年後見制度の講話を行う。(参加者13名)	民児協や町内会、サロンなどで広報活動を行いながら、対象者に繋がられるよう、対象となる方の情報収集を行なっていく。
		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う。 ・計画目標：ACPIに関する講話を2回実施、ノートを30冊配布。 みのり会・寿和会にて1回づつ実施予定。 (前年状況：ACPIに関する講座を1回実施、ノートを21冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	富士見公民館 諏訪町会館など	主担当:管理者 副担当:職員全員	後期実施予定	【終活講座、講和の回数】 0 回	・鎌倉新書と協定を結んだエンディングノートversion2について、センター内で理解し、今後関係機関や地域住民に周知していくことを情報共有する。 ・ケース担当者やシニアスクール参加者にエンディングノートversion1を配布した。	民児協や老人会などでエンディングノートの紹介を行う。希望者には直接、包括職員から説明を行うなど、周知を行い活用に繋げていく。
	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をする。	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。 ・計画目標：民生委員・町内会長を対象に実施。合計2回。 (前年状況：民生委員・町内会長を対象に実施。合計2回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	富士見公民館	主担当:社会福祉士 副担当:職員全員	順調	【普及啓発の回数】 1 回	・5月8日、民児協にて神奈川県の高齢者虐待のパンフレットを配布し周知した。 ・8月30日、町内会連合会にて高齢者虐待の予防・早期発見についてのアナウンスを行う予定だったが、悪天候の為、公民館が使用できず連合会開催が中止となった為、行えず。	民児協や町内会連合会などで高齢者虐待予防の相談は、小さな気づきの段階から相談して欲しいことなどを説明し、相談のしやすさを周知していく。 前期予定していた町内会会長への周知が行えなかった為、後期で実施する為、日程調整中である。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標：事業所内で1件の事例検討。 (前年状況：事業所内で1件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	包括事務所	主担当:社会福祉士 副担当:職員全員	後期実施予定	—	・事例検討に関しては、虐待マニュアルの確認も含め、後期で実施していく予定である。 ・虐待疑いのあるケースについて、随時、情報共有・カンファレンスなどを行い、関係機関とも連携しながら対応している。	虐待対応について、センター内で共通した対応・支援を行っていく為、後期に事例検討、虐待マニュアルの確認を行っていく。
	7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の独居高齢者を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会を7月にセンターが主催する。 (前年状況：①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域のを対象に周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①包括事務所 ②③富士見公民館	主担当:管理者 副担当:職員全員	順調	—	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録。避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図った。 ①老人会でのチラシ等の配布や回覧等で周知啓発。 ②民生委員を通じて、地域の独居高齢者を対象にチラシを通じて新たに周知啓発。 ③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員、町内会連合会を含めた勉強会を7月17日センターが主催した。参加者33名。	後期についても引き続き避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録。避難行動要支援者の取組について、地域防災についての周知、啓発をおこなっていく。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・民生委員と地域の居宅介護支援事業所との交流会を実施し、地域課題やケースについての相談や意見交換が行えるようにした。 ・個別ケア会議を4回開催し、困難と言われる事例について、地域での支援方法を模索することができた。 ・協議体と地域ケア会議を同時に開催し、地域課題について意見を交換することができた。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・介護予防ケアマネジメントを委託している居宅介護支援事業所においても、事業所やケアマネの理解に差があり、十分に予防ケアプランの立て方や評価について認識できていない所がある。 ・協議体や小地域会議をおこない地域課題については十分認識できているが、その解決方法について十分に議論されていない。				・居宅介護支援事業所と十分な連携を図り、課題を共有できる関係性を構築する。 ・小地域ケア会議・協議体で行った課題解決に向けて、新たなネットワークを構築する。			・居宅介護支援事業所と十分な連携を図り、課題を共有できる関係性を構築できるよう、同行訪問、カンファレンスへの出席など積極的に行っている。予防ケアプランの立て方については委託マニュアルで説明をしても事業所、ケアマネの理解度に差が出ている。繰り返し説明をし理解していただくよう努めている。 ・小地域ケア会議・協議体で行った課題解決に向けて、新たなネットワークの構築はおこなえている。町内会連合会と民生委員 合同での防災研修を開催したことにより地域課題の共有事項が明確化となってきた。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2－1ネットワークの充実		①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、12件の同行訪問等。 (前年実績：15件の個別相談支援(利用者の実人数)、12件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	利用者宅及び包括事務所	主担当：管理者 副担当：職員全員	順調	【個別相談支援の件数】 16 件 【同行訪問等の件数】 11 件	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った。 ・前期実績：16件の個別相談支援(利用者の実人数)、11件の同行訪問等。	相談支援業務、予防ケアマネジメント業務について内部研修、外部研修に積極的に参加していく。現任者についてはスーパーバイザーとしてのスキルアップを行う。
	イ ケアマネジャーとの連携強化の支援									
(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地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議2回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	包括事務所及び福祉村など。	主担当：管理者 副担当：職員全員	順調	【小地域ケア介護の開催数】 1 回 【個別地域ケア会議の開催数】 1 回	・小地域ケア会議を1回開催し、圏域であがっている高齢者の課題についてすり合わせができた。 ・個別地域ケア会議を1回開催。65歳未満のケースであったため、CSWを交えての開催となった。	・小地域ケア会議、協議体については地域防災について地域企業とのタイアップによる課題解決があがっているため新たなネットワーク構築の後押しを後期より行っていく。 ・個別地域ケア会議についてはケアマネ交流会での圏域居宅への周知をおこなう。 ・継続支援ケースについての個別地域ケア会議の定期的開催を継続。
	(A)地域ケア会議の開催									
(B)協議体の開催		③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援2回(参加数)) ※圏域内の協議体の数：1か所(富士見地区協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	福祉村	主担当：管理者 副担当：職員全員	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1 回	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、センター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んだ。 (前期実績：協議体の開催支援1回(参加数18名)) ※圏域内の協議体の数：1か所(富士見地区協議体)。	・小地域ケア会議・協議体で行った地域防災の課題解決に向けて、ネットワークの構築はおこなえている。継続して連携の後押しを行う。 ・他の課題についての着眼ができるように町内会連合会、民生委員への連携の後押しを行っていく。
(C)地域資源と関係構築		④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに歯科医師・小学校とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、中学校、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	包括事務所	主担当：管理者 副担当：職員全員	順調	－	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)と良い関係を構築するため各団体への挨拶、定例会への出席をおこなっている。 ・自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに歯科医師・小学校とネットワークを構築をおこなっている。	現在、連携を行っている地域資源は継続しておこなう。新規連携が必要な資源について後期、計画的に医療職を中心による歯科医院訪問にて連携をはかる。

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・4月から新たに始まった「伊勢山青空サロン」により伊勢山地区の地域組織(伊勢山サロン・自治会)との関係性が構築出来てきている。伊勢山地区のお祭りにも参加し多世代のかたへのアプローチとして包括独自のチラシを配布したり健康測定(ダイエットアナライザー・血管年齢測定・脳の健康チェック・フレイル)を行い包括の周知と介護予防の啓発ができた。 ・大原地区の地域サロンの参加者が数名と低迷しており包括と地域の役員とで検討を続け、民生委員やサロンの代表の方々と相談してR6年4月から、大原公園にて他の地区と同様にラジオ体操とコグニサイズをおこなっていく計画を立てている。「青空寄り道サロン」の参加者は1,233名「伊勢山青空サロン」の参加者は1,427名で地域で体操の輪が広がってきている。公園で行う体操であるため、参加し易いようで参加者も増えてきている。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・松が丘地区では高齢者検診では、(BMI・口腔機能・身体的フレイル・血圧Ⅱ度以上)平塚市全体の数値と比較しても全体的には健康状態の良い地域であり、検診受診率が高く、地域住民による自主活動が盛んな地域であるため、健康への意識や活動への取りくみの成果が出てきている。 ・福祉村や地区サロンボランティアの高齢化が進み、住民主体での活動に支障が出てきている現状があるため、活動の継続と支援を地域の方と共に検討していく必要がある。				・大原地区でもラジオ体操やコグニサイズを週1回おこなっていく予定としている。地域住民のよりどころとなる様なサロンに発展していけるよう支援をしていく。 ・東中原と伊勢山地区サロンに集う方との交流を活かして、社会参加の促進や包括の周知活動もおこなっていく。			大原地区でも青空体操を開始(毎週火曜日AM)。包括ごとんと合同でストレッチ、ラジオ体操、コグニサイズを行っている。7月までは13名前後の参加があったが、夏季は熱中症警戒アラート発出のため中止になることが多く、9月になってからは参加者が6名程度と減少している。再度参加していただけるように電話で声掛けを行い参加継続していただけるよう努めた。2/4には新町・大原でフレイルチェック測定会を開催予定。 また、それぞれの青空サロン(東中原・伊勢山・大原)で包括の事業への理解を得るため、チラシを配布し事業参加や社会参加を促進することが出来ている。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」		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う。 通所型サービスC利用後には地域の通いの場やボランティア等本人が参加出来る場への紹介や支援をおこなっていく。 ・計画目標:2人利用 (前年実績:2人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	①まっがおかセンター内	包括全職員	順調	【参加人数】 1人	夫が亡くなり独居となった方を利用へ繋げた。現在もサロン参加はしているが、下肢筋力低下を感じており、通所Cで筋力維持・回復を目指しサロン活動の継続を長期目標としている。 筋力・体力が維持でき、転倒しないという目標を達成できた。	2クール目は1名参加予定。 3クール目は地域サロンを訪問して選定する予定。個別相談があった際にも基本チェックリスト使用し選定していく。	
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											
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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標70%) (前年実績:委託350件、うち担当者会議開催20件(出席20件、書面0件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	まっがおかセンター内外	保健師が中心に全職員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 100%	基本チェックリストなどを活用しアセスメントを行っている。また、自立支援型の計画となるよう本人と目標を設定して計画を立案している。 委託の担当者会議は17件ありすべて職員が出席した。	担当者会議を行う前にケアマネージャーに基本チェックリストの実施について確認・助言する。	

(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)					
	高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
		(2) 地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:33人(新規のみ) (前年実績:32人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員	順調	【新規の実施人数】 20人	基本チェックを行いアセスメントを行った上で必要なサービスへお繋ぎしたり、包括や自治体が行っている青空体操にご案内するなど活用できている。	地域サロンなどで基本チェックリストを実施する。サービス利用に繋がらなかったが心身の機能低下があった方に対しては適宜連絡を取り、状態確認していく。
				エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④ 介護予防、健康長寿の講座等の開催	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する。 ・計画目標:年5回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年7回開催(内容:健康講話・お薬相談等))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員	順調	【講話・講演会の開催回数】 6回	6/21シニア学級にてフレイル講話と体操実施11名参加。 7/25松ぼっくりの会(独居高齢者食事会)にてフレイル講話52名参加。 9/19認知症カフェ喫茶まつがおかにて訪問看護理学療法士より転倒予防の講話実施31名参加。 奇数月の第2木曜日に包括サロンスペースで薬剤師へのお薬相談(個別相談)を実施。5/9 3名、7/11 2名、9/12 1名利用。
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤ 通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:20団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	①まつがおかセンター内外 ②各サロン開催地	保健師を中心に全職員	順調	【支援回数】 9回	6/7伊勢山いずみ会誕生日会でエリア内デイの柔道整復師にてフレイル予防の講話実施33名参加。 6/4ミニデイあいあいにて熱中症予防の講話実施18名参加。 7/2ミニデイあいあいにて歩行解析と体操を実施16名参加。 8/6ミニデイあいあいにてさくら鍼灸院・整骨院による「転倒しない体づくり」講話を実施15名参加。 8/6みどりサロン8名、8/14友愛パークゴルフサロン11名、8/22友愛麻雀サロン8名、8/27讃風会麻雀サロン8名、9/10クラフトの会6名へミニフレイル講座実施。	後期も訪問の許可が得られた地域の通いの場へ伺いミニフレイル講座を行っていく。また、男性の多い麻雀サロンなどへ訪問しオーラルフレイルチェックビンゴを実施して頂くなどご自身の状態を把握してもらえるような関りをする。	
		コ フレイル対策推進事業	⑥ センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年2回実施(内容:フレイルチェック測定会)6/18伊勢山交流サロンにてFC実施予定 (前年実績:年4回実施(内容:伊勢山交流サロン測定会・わくわくまつがおか等))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	伊勢山交流サロンにて6/18、8/30フレイルチェック測定会を予定していたがどちらも大雨、台風で警報発令された為保険年金課より中止指示あり延期となった。予約者10名。	12/20伊勢山、2/4大原にてフレイルチェック測定会開催予定。 大原でのフレイルチェック測定会は、青空体操で周知するだけでなく、電話でお誘いするなど個別でのアプローチも行う予定。	
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:10件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	まつがおかセンター内外	保健師が中心に全職員	順調	【把握率】 100%	今年度は2名の方に対してフォローを実施。1名はカムカム教室の参加へ繋げ、もう1名は訪問して基本チェックリストを行い、食生活や日常生活に関する助言を行った。	後期に2回フレイルチェック測定会が予定されている。参加者へ連絡を取れる環境をつくり、ハイリスク者へのフォローを電話や訪問などで行っていく。	
						②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C取組を未実施	まつがおかセンター内外	保健師が中心に全職員	完了	—	10名中8名訪問し話をする事ができた。内1名は介護保険について説明。利用にはつながらなかったが、今後状況を伺うなどフォローしていく予定。訪問したが応対できなかった方は民生委員と情報共有を行った。

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・包括の認知度を上げるため、まつがおか独自のチラシを作成してエリア内へ全戸配布を職員一同で1か月以上を掛けて配布を完了した。 地域を自分の足で歩くことで社会資源を知る事にも繋がった。また民生委員児童委員からマンションの住民に関する情報提供があり、今まで関わりがなかった賃貸マンション等も把握が出来た。 多問題家族や一人暮らしの高齢者が多く増えており、生活支援から後見制度まで必要な方が多く見受けられており色々な機関(行政機関・司法書士・弁護士・社会福祉協議会等)と連携をして支援を行っている。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
高齢者の人口が増えつつあり高齢化率も32.3%(令和6年1月1日)となっており、独居高齢者や障がい者と高齢の親との世帯や引きこもり・高齢の親と子の同居や経済的な困窮・多問題家族のケース把握が増えており、多職種(市役所・基幹型包括・重層的支援体制整備事業の活用等)との連携をして解決策を探していく事案が増えてきている。			・民生委員や自治会、地区社協・福祉村にも協力を依頼して高齢者世帯の把握や障がい者・引きこもりがちな方の情報提供や把握に努めて行く必要がある。 ・包括の周知活動と在宅医療や終末期を地域の方々と考える活動を普及していく必要がある。				・高齢者一人暮らしや高齢者だけの世帯等が増えている現状があり、コロナ禍を経てそのまま人との交流が途絶えてしまった方もいるため、包括の周知と青空サロンへの参加を促しながら「いつでも誰でも参加が出来る場」の提供をしつつ身近な相談できる機関として周知を継続していく。包括業務の周知を図る為まつがおか通信やSNS・ホームページでの活動の報告を行っている。また多職種(行政・法テラス・保健所等多数の機関)との連携を図りながら、事例に対して真摯に対応するように努めている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加、③松ぼっくりの会の参加。合計3回。 (前年実績:①広報誌の配布、②公民館祭りの参加。合計2回。)③松ぼっくりの会への参加。④SNSを月1回以上更新	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	まつがおかセンター内外	全職員	順調	【広報紙の配布150部、イベントへの参加12回数、SNS等の活用の合計】 108回	①6月にまつがおか通信15号を発行し独居高齢者や地区サロンでも配布。配布150部数 ②公民館の「高齢者学級」6/20・6/21に参加しまつがおか通信等を25部配布する。 ③7/25松ぼっくりの会に参加しチラシ等を配布する。52部配布 4月～9月SNS発信回数:108回	後期に地域の行事に参加予定であり、包括の周知活動を行っていく予定。
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	まつがおかセンター内	全職員	順調	—	①②③朝タのミーティングを通じて、初回相談への対応報告と今後の支援の展開について共通認識を持ち対応する事が出来るように、報連相を大切に情報共有をしている。	初回相談時にはケースを共有するため相談時のファイルに入力して、漏れが無いように情報共有を行っている。
		③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年2回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)③まつがおかセンターで企画し年2回実施。	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	①②まつがおかセンター内外 ③松が丘公民館または大原公民館	全職員	順調	—	①平塚市が開催する包括職員向け研修会に参加 7/12「アセスメント」職員全員参加 7/29「地域包括ケアシステムは何を目指している改めて問う」管理者参加 ②5/24「在宅ケアにおけるリハビリテーションの視点」1名参加 5/30「パーキンソン病とその関連疾患の基礎知識」1名参加 6/28「高齢者に多い骨折の診断と治療～骨粗鬆症が悪化する骨折」1名参加 6/28「重度の認知症をもつ人を最期まで支えるために」1名参加 9/3「後見開始等申し立て書統一書式の説明会」1名参加 9/10「痛みを持つ人が自宅で快適に過ごすために」1名参加 9/13「精神障害について理解する」1名参加 9/18「糖尿病の在宅療養」1名参加 ③4/17「身分保証と後見制度」職員全員参加	研修を受けて職員間で共有しつつ新しい情報や知識を更新していく事とする。
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:年1回の防災訓練の実施とBCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	まつがおかセンター内外	管理者を中心に全職員	順調	【訓練の実施回数】 2回	9/24まつがおか職員全員でBCPについて机上訓練をおこなっている。9/30法人の3か所の包括支援センターの職員が一同に集まり訓練を行った。 またBCPの内容(職員名の変更や水源に関する事項)を更新している。 また担当しているケースについては、持出し用として別ファイルを作成している。	今後は非常時の持ち出し用ファイルの充実を図っていく。(エリア分けをして地図に落とし込み資料作成し更新していく)
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関6か所、薬局4か所。合計10か所。 (前年実績:医療機関6か所、薬局4か所。合計10か所。) ※圏域内の医療機関等の数:医療機関6か所、薬局4か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:10か所以上(約100%) B:8か所以上(約80%) C:5か所以上(約50%) D:3か所以上(約25%) E:1か所以上	まつがおかセンター内外	保健師を中心に全職員	順調	【配布箇所数】 9か所	薬局が1か所閉店しているところがあったため、エリア内医療機関は計9カ所となった。 6月9カ所による「機関紙配架依頼を行った。 8.9月9カ所にリーフレット配架依頼を行った。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・認知症になっても住み慣れた町で安心して暮らしていくことができるよう認知症当事者や介護されているご家族に対し、認知症や権利擁護など相談内容に応じて医療機関や平塚保健福祉事務所、生活福祉課、あんしんセンター、権利擁護機関、介護事業所など多職種ネットワークにより支援をすることができた。 ・企業や小中学校での認知症サポーター養成講座開催のハードルは高いが粘り強く啓発活動を行っている。そのような状況の中、昨年度受講していただいた民間企業の方がチームオレンジ研修を受講していただけるなど成果を得ることができた。また今まで養成してきたチームオレンジメンバーに対して認知症カフェ、市のアルツハイマーデイイベントなど活動の場を提供することができた。 ・認知症予防施策として既存の社会資源である青空寄り道サロン、伊勢山交流サロン、町内福祉村、老人会のほか、伊勢山交流サロンとの共催で4月より伊勢山青空サロンを立ち上げた。地域サロン参加者が少なく、なっている大原地区についても令和6年4月より公園体操「いきいき大原」を立ち上げる予定。 ・前年度多くの後見制度に関する相談があった。独居、身寄りのいない、お金がない、多少判断能力が残っており後見相当ではないケースが増えており柔軟な対応が求められている。関係機関との繋ぎ、書類作成支援、受診同行等行い後見制度や専門職に繋ぐことが出来た。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・若年性認知症に関する相談が少ないことから、特に民間企業への普及啓発が大きな課題となっている。併せて若い世代への普及啓発や小中学校での認知症サポーターを増やしていくことも課題となっている。 ・地域サロン等の役員の高齢化に伴い、次世代のリーダー育成が急務となっている。町内福祉村サロン、東中原地区は男性の参加者の減少が課題となっている。また、大原地区はサロン役員の高齢化だけでなく、参加者自体が少ない状況である。 ・独居、身寄りなし、金銭的余裕なし、後見まで行かない程度の認知力低下がある高齢者が増えている。後見制度につなげる為の金銭的な負担が難しい、それまでの生活のフォローアップ(公共料金支払い、受診等)が必要なケースが増えている。 ・認知症の親と障害を持つ子供の世帯が、親の高齢化により課題が発生するケースが徐々に見られている。				・小中学校や企業に向けて認知症サポーター養成講座の普及啓発活動を継続する。また、地道に地域サロン等を訪問し関係を深めることで次世代のリーダー発掘に努めていく。 ・本人発信の場やチームオレンジメンバーの活動の場を設けるため地域社会資源とのマッチングを図る。 ・後見制度が必要になる前につながり認知症の早期発見や親族関係の把握が出来る様、認知症地域支援推進員と情報共有を図る。 ・後見申し立て書類作成のノウハウを職員間で共有する。 ・地域サロンに参加し住民と顔の見える関係を構築することで、課題の多い家庭の早期発見、情報提供を図る。			・認知症相談については、認知症サポート医や初期集中支援チーム員、医療機関、介護保険事業所、権利擁護機関、行政機関(生活福祉課・くらしサポート・平塚保健福祉事務所)、金融機関等との連携により対応している。 ・認知症予防に特化した教室については全エリアで開催できるようになった。サロン運営者が高齢化しているため、次世代のリーダー育成が課題となっている。 ・チームオレンジメンバーの意向調査を行い、メンバーが地域活動できる場を提供した。チームオレンジメンバーが高齢化していることが課題。 ・高齢者虐待と判断されたケースはなかった。通報、相談に対して職員二名で聞き取りを行い、。相談・同行面談・カンファレンス、サービス調整等を行った。また、民生委員、近隣住民へ周知を図り、異常の早期発見に努めている。 ・後見制度利用相談が続いている。本人の能力や金銭状況、親族の能力や本人との関係性を見ながら、申し立てへの負担軽減を図りスムーズな制度利用が出来る様役割分担を図っている。市町村長申し立てについても高齢福祉課、利用支援センターと連携し同行訪問、書類のやりとりを行うことが出来た。 ・日常生活自立支援事業、法テラスへ相談する必要のあるケースが増加している。認知面の問題はないが、課題への対処能力が低い(理解力の低さ・危機感の薄さ・セルフネグレクト傾向)方が増えている印象。問題が深刻化する前に支援機関に繋がる事が重要である。後期も包括まつがおかの周知を進めていく。 ・虐待疑いの事案が何件か通報、相談されている。市に報告、カンファレンス、同行訪問実施しつつ支援に動いている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進		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。 ①市の公募開催 ②エリア内の企業・小学校・中学校等へ挨拶に伺い、開催依頼をする。 ③寄り道サロンや認知症カフェ「喫茶まつがおか」等、認知症の方の地域参加や情報発信の場を設ける。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績：市民向け1回 企業向け2回、学校向け2 回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	①大原公民館 ②企業指定場所・松が丘小学校・大野中学校・平塚中等教育学校 ③まつがおかセンター内・松が丘公民館・地域サロン等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	—	①R7.2/8開催予定 場所:大原公民館 ②★学校(7/30親子向け認サポも併せて周知) 【松が丘小学校】4/25 地区社協会長・副会長と松が丘小学校3年生担当教員と福祉体験、認知症サポーター養成講座打ち合わせ。 10/29・30実施の方向となる。7/3地区社協会長・副会長、松が丘小学校と事前打ち合わせ。 下半期10/30実施予定 【平塚中等教育学校】5/23教頭と面談し、説明をする。検討はするが、カリキュラムが詰まっているとの回答 【大原小学校】5/24電話5/30教頭と面談し説明 【大野中学校】5/24電話5/28資料持参(教頭対応中のため手渡し) 【松が丘学童保育】6/17サンレジデンス湘南・ふじみと合同開催 場所：松が丘小学校 参加者：36名 生徒28名(小学1・2・3年生)、恵伸会指導員8名 【金目学童保育】8/21ごてん・ひらつかにしと合同開催 場所：金目公民館 参加者：48名(生徒43名(小学1・2・3年生)、伸生会指導員5名 ★企業 5/24菱華工業株式会社 平塚工場(郵送のみ可)5/24株式会社徳寿工作所(実施不可との回答)5/24くら訪問看護7/1神奈中ハイヤー株式会社	【学校】 昨年度より実施できている松が丘小学校については、継続的に開催できるよう関係づくりを深める。 【企業】 エリア内の企業をマップに見える化し、優先順位をつけてアプローチを地道に行う。
	(1)認知症理解のための普及・啓発	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す。 ①チームオレンジ研修：(下半期：R7.3月予定) ②寄り道サロン(毎週月水木) ③青空寄り道サロン(毎週水) ④伊勢山青空サロン(毎週火) ⑤伊勢山交流サロン(年5回15日) ⑥いきいき大原(毎週火)※新規事業 ⑦認知症カフェ「喫茶まつがおか」(奇数月第3木) ⑧認知症予防教室(R6.8/30) ⑨町内福祉村ミニデイ(毎週火) ⑩伊勢山いずみ会 ⑪アルツハイマーデイ(R6.9) ⑫各団体活動 ・計画目標：1回開催、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 12会場 延べ210 回(17人) (前年実績：11会場 100回開催)	:※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができるとともに、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す。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	①⑦⑧⑩松が丘公民館 ②まつがおかセンター内寄り道サロン ③東中原公園 ④伊勢山公園 ⑤伊勢山自治会館 ⑥大原公園(新規事業) ⑨東中原住宅集会所 ⑩西部福祉会館 ⑪市指定場所 ⑫各団体活動場所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	後期実施予定	【研修の開催回数】 0 回	チームオレンジメンバー全員に年1回発行のチームオレンジ通信、マッチングシート配布。チームオレンジメンバーのニーズ把握を行った。活動可能なメンバーは左記活動にて幅広く活動していただいている。 【チームオレンジ研修予定】 ①R7.2/11 場所：松が丘公民館 【チームオレンジメンバー活動支援】 チームオレンジ全60名にマッチングシート送付。10名は高齢等を理由に活動不可、1名ご逝去、2名転居・転勤、7名未返信。現在、40名活動中。	【チームオレンジ研修について】 地域関係機関に幅広く認知症サポーター養成講座の周知をする。 過去の認知症サポーター養成講座修了者に周知する。 【チームオレンジメンバーの活動支援】 チームオレンジメンバー通信を年1回配架し、メンバーとの繋がりを継続する。 若い世代への講座の情報提供を行う。	

(4) 今年度の取り組み・重点事項							(5) 取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(2) 認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催		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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催します。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ①青空寄り道サロン(毎週水) ②伊勢山青空サロン(毎週火) ③いきいき大原(毎週火)※新規事業 ④町内福祉村ミニデイ(年2回) ⑤地区サロン等(依頼時) ・計画目標: 予防教室160回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績: 予防教室92回)	※予防教室の開催が指標 A: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B: 予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C: 予防教室を6回以上開催 D: 予防教室を6回未満開催 E: 開催なし	①東中原公園 ②伊勢山公園 ③大原公園(新規事業) ④東中原住宅集会所 ⑤各地区サロン、自治会館等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【予防教室の開催回数】 48 回	脳いきいき教室に1名参加し、終了後、青空寄り道サロン、町内福祉村ミニデイあいあいに繋がっている。 ①毎週水曜日に青空寄り道サロンを開催し、コグニサイズ等行っている。(4月: 56名 5月: 120名 6月: 111名 7月: 77名 8月: 33名 9月: 97名)また、コグニサイズ普及啓発のため、コグニサイズサポーター養成講座3名参加。 ②伊勢山青空サロン(伊勢山交流サロンとの共催)(4月: 116名 5月: 81名 6月: 117名 7月: 60名 8月: 0名※熱中症アラートのため 9月: 49名) ③いきいきおおはら(ふれあい広場おおはらの後方支援)(4月: 46名 5月: 34名 6月: 50名 7月: 25名 8月: 0名※熱中症アラートのため 9月: 11名) ④わくわくまっがおか(町内福祉村活動支援)7/2 歩行解析とホコリハ運動(講師: (株)ヤマシタ 参加者: 16名) ⑤4/15伊勢山交流サロンにて認知症予防講話、コグニサイズ(講師: 認推参加者: 10名) ⑤-1 6/7 伊勢山いずみ会(講師: うんどうデイまっがおか 参加者: 33名) ⑤-2 6/20 松が丘公民館高齢者学級(講師: 第一興商 参加者: 8名)	各サロンとも運営者が高齢化している。安定的な活動継続となるよう後方支援をしていく。 【対策】 毎日の気候を把握し、参加者の体調管理を引き続き行いながら実施する。
			④認知症地域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繋がります。 ・計画目標: 相談件数12件(月1件) (前年実績: 14件) ・説明方法: 相談人数12人に対し、うち6人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A: 相談人数12人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B: 相談人数12人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C: 相談人数12人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D: 相談のみ E: 相談なし	①まっがおかセンター内・利用者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 99 %	認知症や精神疾患に関する相談についてケアマネ・介護保険事業所・医療機関(受診支援 2件・初期集中支援事業 1件)平塚保健福祉事務所・生活福祉課(2件)・くらしサポート(1件)・あんしんセンター(1件)・権利擁護機関(2件)・東中原郵便局(2件)・障がい者地域活動センター(1件)・認知症カフェ・地域サロンなど多様な社会資源に繋がれた。 4月: 18件(ケアパス5部) 5月: 12件(ケアパス3部) 6月: 11件(ケアパス1部) 7月: 4件(ケアパス4部) 8月: 13件(ケアパス2部) 9月: 20件(ケアパス5部)※若年性1名	【インフォーマルサービスについて】 小地域ケア会議や協議体等を活用し、福祉村、自治会、地区社協、民生委員、郵便局・介護関係機関・障害関係機関等との地域課題を共有し、生活支援体制整備に取り組む。 【フォーマルサービスについて】 各関係機関の業務内容と支援の限界について把握し、スムーズな連携に努める。
	(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)	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。 ・計画目標: 2人 (前年実績: 2人)	※選定ケース提出数が指標 A: 2人 B: 1人 C: 0人(相談のみ) D: 0人(検討あり) E: 0人(検討なし)	①市役所	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【選定ケース提出数】 1 人	認知症初期集中支援事業やメディカルビックネットを活用し、認知症の早期発見、早期対応に努めた。 全ケース4件(うち2件はケアマネ引継ぎ終了) 【今年度】 4月: 1件 認知症の疑いがあり、権利擁護支援が必要となっているケース 5月: MCI相当の方に制度勤めるが希望されず。 6月: 前年度からの相談ケース共有 7月・8月: 支援経過共有 9月: 対象ケースのアセスメント(10月選定会議提出予定)	簡易認知機能検査機器の活用、地域サロン等を訪問し、MCI高齢者の発掘に努める。	
		⑥認知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繋がります。 ・計画目標: 新規30人、継続30人 計60人実施 (前年実績: 新規60人、継続46人 計106人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A: 100人実施 B: 80人実施 C: 60人実施 D: 40人実施 E: 40人未満	①まっがおかセンター内・地域サロン・利用者宅等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【新規と継続の合計人数】 69 人	青空寄り道サロンや伊勢山サロンなど各サロン活動の他、ひとり暮らし高齢者調査訪問時に独自チラシを配布し周知している。また、総合相談初回訪問時に機器を持参し、希望者には実施している。(※上半期脳いきいき講座1名参加) 4月: 13件(新規総合相談7名・継続検査6名) 5月: 7件(新規3名・継続4名) 6月: 5件(新規2名・継続3名) 7月: 5件(新規5名・継続0名) 8月: 10件(新規8名・継続2名) 9月: 29件(新規16名・継続13名)	総合相談時や地域サロン等にて検査実施の呼びかけをしていく。	
(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。 ①寄り道サロン(毎日) ②認知症カフェ喫茶まっがおか(奇数月第3木) ③公園体操(青空寄り道サロン: 水・伊勢山青空サロン: 火・いきいきおおはら: 火) ④福祉村サロン・伊勢山交流サロンなど ・計画目標: 認知症カフェの開催回数150回(認知症カフェ喫茶まっがおか・寄り道サロン・青空寄り道サロン)、支援回数80回(伊勢山青空・伊勢山交流サロン・新規事業「いきいきおおはら」) (前年実績: 開催回数183回、支援回数63回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A: 開催と支援の回数12回以上 B: 開催と支援の回数6回以上 C: 開催と支援の回数3回以上 D: 開催と支援の回数3回未満 E: 開催も支援もなし	①まっがおかセンター内寄り道サロン ②松が丘公民館 ③東中原公園・伊勢山公園・大原公園 ④各自治会館等	認知症地域支援推進員を中心に全職員	順調	【開催と支援の合計数】 137 回	認知症の方や介護されている家族、地域住民など誰でも気兼ねなく参加・交流することができる居場所を作っている。 ①月～金まで事務所1階「寄り道サロン」を開設。月曜日(麻雀8名)、水曜日(麻雀7名)、木曜日(編み物8名)、奇数月第2木曜日(お薬相談)、その他、畑作業、ものづくりや相談等で利用されている。 ②認知症カフェ「喫茶まっがおか」の開催 奇数月第3木曜日10:30～12:00 場所: 松が丘公民館 5/16「脳トレとコグニサイズ」講師: 包括 参加者: 32名 7/18「エンディングノート」講師: 包括社会福祉士 参加者: 31名 9/19「転倒予防について」講師: いろどり訪問看護PT 参加者: 31名 11/21「栄養について」講師: ベネッセ 1/16「お薬について」講師: ひかり薬局薬剤師 3/20ボランティアセンターに依頼予定 ③-1伊勢山公園体操(4月: 116名 5月: 81名 6月: 117名 7月: 60名 8月: 0名※熱中症アラートのため 9月: 49名) ③-2青空寄り道サロン(4月: 56名 5月: 120名 6月: 111名 7月: 77名 8月: 111名 9月: 97名) ③-3いきいき大原(4月: 46名 5月: 34名 6月: 50名 7月: 25名 8月: 0名※熱中症アラートのため 9月: 11名) ④福祉村サロン・伊勢山交流サロン・伊勢山いずみ会 4月: 支援回数 4回 5月: 支援回数 3回 6月: 支援回数 3回 7月: 支援回数 2回 8月: 支援回数 2回 9月: 支援回数 1回	総合相談等の際に全職種で認知症カフェの周知啓発を継続する。公民館まで通うことができない高齢者の移動手段の確保については今後も検討を継続していく。		

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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う。 計画目標:① 3地区(東中原、伊勢山、大原)体操を実施し地域高齢者と顔の見える関係作り、身近な相談窓口の周知を行います。(前年東中原、伊勢山各週1回実施) ② 一人暮らし高齢者宅に直接広報誌をポスティング(年2回)し、相談窓口の周知を行います。(前年度年3回) ③松ぼっくりの会(一人暮らし高齢者食事会)に出席し、包括の情報提供を行います。(前年度年3回)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①まつがおかセンター内外、東中原公園、伊勢山公園、大原公園 ②まつがおかセンター内外 ③ 松が丘公民館	社会福祉士を中心に全職員	順調	－	①3地区(東中原、伊勢山、大原)にて週1回青空体操を実施している。 ②後期実地予定 ③7/25松ぼっくりの会52名参加。包括の周知を行う。 ④後期(11/15)に民生委員とケアマネジャーの交流会を企画中。包括・ケアマネージャー・民生委員三者の連携強化を目指す。	・広報まつがおか(秋号)にてあんしんカードの周知を行う。 ・松ぼっくりの会にてあんしんカードの周知と配布を行う。 ・一人暮らし高齢者に広報誌を配布する。
			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。 ・計画目標:認知症サポーター養成講座、地域サロン等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用につなげる。 (前年状況:認知症サポーター養成講座(合計5回)、地域向け講座2回により成年後見制度の普及啓発)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内2人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	松が丘センター内外、地域サロン、利用者宅	社会福祉士を中心に全職員	順調	－	講座、講話: 後見制度2回(4/17リーガルサポート講師依頼「身元保証と後見制度」29名、6/21高齢者学級11名参加) 消費者被害防止2回 市役所講師(4/4あいあい17名、5/15伊勢山サロン(17名参加) 8/20市社会福祉士実習生(社福祉とは)(学生3名) 研修参加:神奈川県弁護士会「後見制度統一書式説明会」オンライン受講 後見制度相談対応: 申し立て相談5件(経路:地区親族3 親族2 介護支援事業所1)任意後見相談1件(親族) 申し立て書類作成支援2件(受診、後見人着任までの書類、金銭整理、関係機関連絡・家裁問合せ対応含む) 後見人着任2件(経路:友人・親族)5月・9月(上記書類作成支援者)後見人着任し支援終了 市町村長申し立て2件(5/15/7/9高齢とよりそいの面談に同席、受診支援実施) 日常生活自治自立支援事業利用支援3件 ・独居高齢者の土地相続問題について法テラス、不動産会社に問合せを行う。 ・本人の自己破産について法テラスへ相談する。	・認知症の早期発見、定期受診のおすすめ、青空体操にて普段の様子から把握し早期の介入が出来るようにする。 ・一人暮らし高齢者に広報誌をお届けしながら、情報に触れる機会を作る。
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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う。 ・計画目標:講座を2回実施。 (前年状況:講座を2回実施、ノートを26冊配布)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	松が丘公民館、大原公民館、利用者宅、サロン等	社会福祉士を中心に全職員	順調	【終活講座、講和の回数】 2 回	6/21高齢者学級にて終活・エンディングノートについて説明(参加11名、5名ノート配布) 7/18 認知症カフェにて終活講座開催(参加、ノート配布25名) 8/16「鎌倉新書について」オンライン研修参加 個人相談1名にノート配布。	・広報誌にて終活についての記事を掲載し、一人暮らし高齢者にお届けする。 ・地域サロンにて終活講座実施予定。
		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をする。	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。 ・計画目標:民生委員対象年1回、介護事業所対象年1回、認知症サポーター養成講座開催時に実施。合計3回以上。他、サロン等で周知チラシを配布する。 (前年状況:民生委員を対象(年1回)、介護事業所対象(年1回)、認知症サポーター養成講座(年4回)実施。合計6回、他チラシ配布)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	松が丘公民館、まつがおかセンター内外、介護事業所等	社会福祉士を中心に全職員	順調	【普及啓発の回数】 3 回	4/25グループホームMOMOにて高齢者虐待研修(参加6名) 6/21高齢者学級にて神奈川憲章パンフレット使用し説明、周知(参加11名) 7/25虐待防止についてまとめプリント・早期発見チェックリストを民生委員に配布周知(14名) 後期に包括ごとん、法人居宅2か所と虐待研修企画中。 8/27法人内三包括会議にて「高齢者虐待」について内容確認 9/30福祉村役員会にて神奈川憲章パンフレット配布(7名) 10/2システム会議にてケアマネージャー向けに高齢者虐待・対応マニュアルについて説明を予定(倉田会、サンレジ合同)	後期包括ごとんと共に法人居宅介護支援事業所(居宅まつがおか、伸生会デイケア)と虐待研修を行い、連携を深める予定。
	②高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。	⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標:事業所内で1件の事例検討。(前年状況:事業所内で1件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	まつがおかセンター内外	社会福祉士を中心に全職員	順調	－	9月包括内事例検討実施予定。 4/17から対応。S氏近隣住民、警察から通報。6/6高齢福祉課と訪問を行うが本人拒否が強い状態。同アパート住民(管理人含む)に高齢者虐待についてと緊急通報先の周知チラシを投函。見守り中。 6/17 S氏介護事業所より嫁から経済的虐待疑い。現在嫁と関わりはほぼなく、終活支援に切り替えた。 7/18K氏。夫より身体的虐待疑いでケアマネージャーより通報。翌日本人、夫と面談しサービス調整。7/30情報共有(高齢、CM、小多機、包括)カンファレンス実施。9/12再度事業所より夫が手を叩いてしまったとの報告。SS実施と特養申請支援を指示。9/19特養申し込み20日判定会。11月入所予定。 8/23K氏息子から身体的虐待疑いで警察→高齢→包括通報。親子間DV、分離済み。24日電話にて高齢と情報共有を行う。 9/30包括内にて虐待マニュアル確認、事例検討、振り返りを行う。	・広報誌にて定期的に包括支援センターの周知を行い、周辺住民への早期発見の意識づけ・相談窓口の周知を行う。
		⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の一人暮らしを対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の民生委員を対象に周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①②まつがおかセンター内外	全職員	順調	－	①青空サロンの3会場にて61部、配布し周知をする ②6/12東中原住宅の一人暮らしを対象に民生員との情報共有を行っている。 ③後期に実施予定。	・最近は自然災害がいつ起こるかかわからないため、地域との連携や実情を把握しながら支援できることを一緒に検討していく。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・福祉村の生活支援について福祉村検討委員会を継続でおこなっているが、中々進まない状況があり。福祉政策課と連携して今後の打開策を役員とも共有しながら対応をしている。 また独居高齢者の支援をケアマネジャーと一緒に相談しながら対応を協議している。 包括的ケアマネジメントを考えていくために「消費者被害と後見制度」「精神疾患について、一緒に学ぼう」と題して地域の民生委員とケアマネジャーと一緒に勉強会を開催する事が出来た。 ・小地域ケア会議を2回開催し、「災害」をテーマに全員で学びを深める事が出来た。また、地区内介護事業所の参加いただいた事で地域の役員と介護事業所の顔の見える関係を作ることが出来た。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・まつがおか地区の高齢化率が32.3%(R6.1.16時点)となり、独居や身寄りのいない方の支援の必要性や精神障がいを抱えている家族や認知症や障がいの正しい理解をしてもらいながら見守り体制の構築が必要になっている。 また地域で活躍する役員の方が高齢になり担い手が不足している現状があり。民生委員や自治会と連携を取りながら地域の現状を把握していく必要がある。 ・福祉村の運営ついて、地域住民に広く理解や協力を得ていく必要がある。				・支援困難な事例に対して地域の関連機関との連携や多職種(介護事業者・医療機関等)で検討をしながら、ケアマネジャーの抱える問題について一緒に考えていく。 ・福祉村の運営や活動について、地域の方と一緒に検討を重ねていく必要がある。				・高齢者の一人暮らしで親族も疎遠だったり、頼る親族がいない方が多くなっている現状がある。そのため介護保険だけでは支えられず多職種での検討が必要な事例が数多く対応をしている。また高齢者世帯でも認知症がある世帯等も多く散見されているが、離れて暮らしている親族が気が付かないケース等あり支援の困難性が増している。そのため保健所や市役所や介護事業所・医療機関と連携を取りながら支援の方向性を検討し支援をしている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項											
(5)取り組み実績(前期)											
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：30件の個別相談支援(利用者の実人数)、30件の同行訪問等。 (前年実績：47件の個別相談支援(利用者の実人数)、45件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	①まつがおかセンター内外 ②利用者宅等	主任ケアマネを中心に全職員	順調	【個別相談支援の件数】 19 件 【同行訪問等の件数】 15 件	ケアマネや地域の方からの相談を受けてケアマネに相談した事例や、後見制度や権利擁護に基づくケアマネ支援の回数が多く見受けられた。またケアマネに引継ぎケース(33件)は除外し集計をした。	認知症に伴い権利擁護の利用や本人家族を取り巻く環境を俯瞰的に見ながら支援の必要性を見極めて行く必要があるため、権利擁護の研修会等を継続でおこなっていく必要がある。
		イ ケアマネジャーとの連携強化の支援									
(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。)		(A)地域ケア会議の開催	②地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	①まつがおかセンター内または公民館	主任ケアマネ・社会福祉士を中心に全職員	順調	【小地域ケア介護の開催数】 1 回 【個別地域ケア会議の開催数】 1 回	R6.6.14個別ケア会議開催「認知症の進行に伴い家計管理ができなくなっている方の支援を考える」R6.8.29小地域ケア会議開催。「複数課題を抱える高齢者を支援するために私たちに何が出来るか」23名参加。今回は郵便局、障害支援事業所にも参加いただき、認知症、8050、障高世帯、金銭管理についての課題を共有した。後期2月実施予定。	地域の方や福祉関係者の方へ権利擁護や認知症への理解や協力が得られるよう普及活動をおこなっていく。松が丘福祉村から協力要請があった際は、ボランティアについて周知協力を行う。また福祉村の会長が変更になり、協力体制の構築をおこなっていく。福祉村の広報誌で募集が掲載されたのか確認をしていく必要がある。
				(B)協議体の開催	③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する。	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回りながら構築していきます。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援1回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援5回(参加数)) ※圏域内の協議体の数：1か所(松が丘協議体)	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	①まつがおかセンター内・公民館・福祉村	主任ケアマネ・社会福祉士を中心に全職員	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1 回
		(C)地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに老人会とネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	①まつがおかセンター内外	全職員	順調	—	小地域ケア会議にて自治会、地域サロン、福祉村・老人会等に加え、新たに郵便局、障害支援事業所に参加いただき、地域課題の共有を行った。	民生児童委員の代表だけではなく各委員の参加を検討する。

令和6年度 平塚市地域包括支援センターみなと 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・港地区高齢者の健康課題に取り組むために健康講座を開催し好評を得ているため、今後はシリーズ化し年2回開催の企画にすることができた。 ・R4年度に開始した「公園体操」を継続、実施方法や内容について共催の社会福祉協議会担当者や参加者と振り返ることができ修正しながらより良い方法を再検討することができた。 ・自主的にフレイル予防に取り組んでいる団体があり交流や情報交換を継続することができている。 ・フレイルサポーターが圏域内で自主的に活動しており、フレイル予防に対して協力しあうことができている。 ・民生委員からの情報提供でフレイル状態の住民にアプローチを行い、サロンへの誘いや介護予防制度の利用などにつなぐことができた。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・男性は退職前後の年齢でやせや血圧コントロール不良者が増加し、数年遅れて口腔機能や身体機能が低下してくる。血圧コントロールを中心にフレイル予防・介護予防について70代男性への働きかけが必要。(KDBシステム) ・女性は身体的フレイルが70代後半で多く、やせも70歳以降増加している。(KDBシステム) ・通いの場やサロン主催者、参加者の高齢化が進みメンバー減少や活動の弱体化が懸念されるため新規利用者の勧誘等協力、支援が必要な状況。			・健康講座を定期的に実施し、地域高齢者に対して健康維持増進・フレイル予防について啓発を行っていく。 ・地域内社会福祉協議会や自治会、フレイルサポーター、健康チャレンジリーダー等と協力しながら公園体操、通いの場(サロン)の開催、支援を継続する。			・健康講座は計画通り実施でき、参加者からも好評を得た。 ・サロン関係も計画通り実施できたが、近年の猛暑もあり屋外活動のサロンは環境の見直しが必要の可能性あり。 ・ケアマネジメントに関しても計画通り実施、後期できた。 ・フレイル事業に関しては後期に向けて調整している。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」		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う。 ・計画目標:3人利用 (前年実績:1人利用) ※達成とは教室終了後に市に提出するサービス評価表の目標達成/未達成と同じ内容とする	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	個別訪問、電話	保健師を中心に全職種	順調	【参加人数】 2 人	1クール目1名、2クール目1名参加。 1クール目参加者目標達成。 終了後地域活動参加、現在利用中サービス(訪問看護)終了に向けてフォロー中。	日常業務で次回対象者の選定を継続する。2クール目対象者は通所を継続できるよう思いを傾聴し支援していく。
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										
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。		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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する。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う。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託319件、うち担当者会議開催21件(出席15件、書面6件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標 (書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	利用者宅他	主任ケアマネージャーを中心に保健師、社会福祉士、ケアマネージャー	順調	【委託先担当者会議への出席率】 100%	入力時現在、延べ111件委託。担当者会議7件依頼にて対し、全て出席した。	気軽に相談できる関係性を維持する。

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
	(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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る。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う。 ・計画目標:70人(新規のみ) (前年実績:63人(新規のみ)) ・介護保険申請時や初回相談、介護保険申請者の配偶者やその他家族(未申請)、イベントでの健康相談の際に実施し介護予防につなげる。	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	個別訪問 所内(来所者) 須賀公民館 ベイスайдホール	保健師を中心に全職種	遅れ	【新規の実施人数】 19人	新規実施数19件	地域イベント等比較的若い世代を対象に実施していく。
				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する。 ・計画目標:年3回開催 済生会湘南苑 管理栄養士と理学療法士による講座 (内容:栄養と運動)6/5、11/6開催 済生会湘南平塚病院から講師を招き開催 時期・内容未定 (前年実績:年1回開催(内容:ひとり暮らしふたり暮らしの食事・宅配の上手な使い方・転倒予防と腰痛予防))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	須賀公民館	保健師を中心に全職種	順調	【講話・講演会の開催回数】 1 回	6/5健康講座(須賀公民館)開催。 テーマ:減塩食品と栄養補助食品の選び方・転倒予防と腰痛予防 講師:介護老人保健施設済生会湘南苑 管理栄養士・理学療法士 参加者18名	11/6健康講座(須賀公民館)開催準備中 テーマ:減塩と調理方法の工夫～選んで学ぼう塩分量～転倒予防と腰痛予防～予防のための運動とその前後のストレッチ～ 講師:介護老人保健施設済生会湘南苑 管理栄養士・理学療法士依頼 2/5健康講座(須賀公民館)開催準備中 テーマ:レッツ骨活 骨粗しょう症について 講師:済生会湘南平塚病院 看護師 講座終了後に参加者の満足度と今後の希望テーマを確認していく。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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う。(地域のリハビリ専門職の関与を含む) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:28団体) ①包括サロン:港地区内の鍼灸整骨院の柔道整復師が体操講師(福祉村と協働) ②なぎさウォーキング:住民主体の活動 フレイルサポーターが健康チャレンジ体操実施 包括職員がゴム体操実施(フレイルサポーターと協働) ③公園健康体操:包括職員が準備体操、コグニサイズ、ラジオ体操を実施(千石河岸自治会・港地区社協の協力) ④パークサイドシニアクラブ:グラウンドゴルフ集いの場 みなと職員が輪番制で参加し、クラブメンバーの介護予防・情報共有目的(フレイルサポーターと協働) ⑤マーガレットの会:住民主体の活動 地域住民が体操講師となり音楽に合わせリズム体操 フレイルサポーターが健康チャレンジ体操実施 包括職員がゴム体操実施(フレイルサポーターと協働)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	須賀公民館 2階ホール ベイスайдホール 2階ホール	保健師を中心に全職種	順調	【支援回数】 7 回	①包括サロン 予定通り実施 柔道整復師が毎回体操講師として参加 4/11、5/9、6/13、7/11、9/12予定通り実施 ③公園健康体操 予定通り実施 6/20済生会湘南苑理学療法士 9/19済生会湘南苑理学療法士・管理栄養士が助言者として参加	予定通り実施し、専門職とコミュニケーションを図れる時間を設ける。
				「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年3回実施(内容:測定会)) 12月上旬:南部福祉会館(包括富士白苑と合同開催) ※市企画を削除	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	高浜台ハイツ 集会室 南部福祉会館	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	後期のフレイルチェック測定会に向けての準備	10/9高浜台ハイツ 8名参加 12/10南部福祉会館 予定通り開催予定 開催場所によって参加しやすい住民を中心に開催を周知していく。
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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う。また必要な方へサービス調整を行う。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:3件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	個別訪問、電話	保健師を中心に全職種	後期実施予定	【把握率】 0%	対象者なし	
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行う(可能な包括から実施)。	B取組を実施 C:取組を未実施	個別訪問、電話	保健師を中心に全職種		—		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・月2回の所内ミーティングは今年度も実施し、所内での取り決めや制度の確認の場とすることができた。また毎朝のミーティングでは各対応中の利用者の報告及び相談が実施できた。 ・広報誌「みなと便り」に職員の顔写真を掲載したことにより、地域住民から声をかけていただくことが増えた。 ・民生委員定例会での情報交換では日頃の民生委員とのかかわりを見直す機会になった。令和6年も継続実施予定。 ・圏域の居宅介護支援事業所とBCPIにおける座談会を実施し、それぞれの疑問や方針など共有することができた。継続開催の希望あり、介護事業所にも対象を広げて令和6年度も実施予定。 ・医療機関への働きかけやかかりつけ医の勧めなどはチラシやリーフレットの配架にとどまったので、令和6年度はかかわりを深めて行くようにする。 ・研修は平塚市が実施した研修に加え、県や法人の研修にも参加し職員間でも伝達研修ができた。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・港地区は地域に医療・福祉の事業所が少なく圏域では社会資源が限られている傾向がある。 ・自治会と民生委員、民生委員と介護事業所は個人情報保護に視点の違いもあり連携がはかりにくくなっている。 ・孤立化の進みやすいエリアと住民同士のかかわりが深いエリアが圏域内にある。住民同士のかかわりが深いエリアは住民同士で解決をはかる傾向もあり、対応しきれなくなってから相談に来る傾向もある。				・事業所の数は少ない分、コミュニケーションは取りやすい可能性がある ので、防災の話題も含め圏域の事業所で集まる機会を設け、連携のきっ かけを作る。 ・連携の必要性を共有するために個人情報の研修や事例検討の機会を 設ける。			・所内ミーティングは毎日開催され、情報の共有や役割分担の検討はできたが、不在の職員への伝達が遅れたことがあった。 ・啓発活動は計画通り実施できたが、今まで当事者の高齢者への啓発に目が行っていたが介護者及び相談者としての若年層にも知っても らう必要があると所内で検討した。 ・職員のスキルアップとしては市から提供された研修は全て出席でいたが、他の研修にはやや偏りがあった。 ・BCP研修及び訓練については地震・大雨もあり所内で確認や意見交換の機会を計画以外にも持つことができた。 ・孤立化の進みやすいエリアについては民生委員との同行など行っているが、未然にかかわり出すことはなかなかできていない。			
(4)今年度の取り組み・重点事項										
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状 況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標:①・広報誌「みなとだより」発行の配布 ・ちいき情報局「港しおさいだより」掲載・法人ホームページに活動報告掲載 ②須賀公民館祭りの参加③港福祉祭り、港地区盆踊り、港地区レクの参加。合計3回。(前年実績:①広報誌「みなとだより」の配布3回、港しおさい便り12回、法人HP12回②須賀公民館祭りの参加。③港福祉祭り、港地区盆踊り、港地区レクの参加。合計3回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①所内 ②須賀公民館 ③港地区自治会 ④法人内	管理者を中心に全職種	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 17回	・広報誌「みなとだより」(1回) 7月発行 全戸配布 ・ちいき情報局「港しおさいだより」(7回) 4月3回、5月1回、6月1回、7月1回、8月1回掲載 ・法人ホームページに活動報告(7回) 4月3回、5月1回、6月1回、7月1回、8月1回掲載 ・港福祉祭り参加 9/21 ・港地区盆踊り参加 8/3	後期の地区レクや公民館祭りに参加の際には高齢者のみならず若年層にも声をかけてアピールして行く
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績:①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。③毎朝ミーティングを実施し相談ケースを共有)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	①随時 ②随時 ③毎朝	管理者を中心に全職種	順調	—	①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有 基本的に毎朝のミーティングで情報共有を行っているが、早急な情報共有が必要な際には随時声をかけ短時間ミーティングも実施できた。 ②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討 毎朝のミーティングで自分のケースの困りごとや不安を話しあっており、それぞれが意見を述べ合っている。 ③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 毎朝のミーティングで欠かさずケースを報告し合い、相談ケースの共有を行った。	不在のメンバーに漏れなく伝達できる方法を検討して行く(紙面に残して閲覧できるようになど)
	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年1回)。 (前年実績:①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	(A)研修会場又はオンライン (B)研修会場又はオンライン	管理者を中心に全職種	順調	—	①平塚市が開催する研修会等に出席 事例検討会(主マネ・保健師)6/10 包括全員研修(社福・保健師・認推・プランナー)7/12 管理者研修(社福) 7/29 BCP研修(社福) 8/21 初任者研修(保健師) 8/23 在宅サポートガイド研修(社福) 9/5 ②その他の研修会等に出席 熱中症アンバサダー講習(保健師) 5/17 後見書式説明会(社福) 9/3 法人コンプライアンス研修(社福) 9/11	・自前企画の研修を実施する ・前期に研修の少なかった職種の研修参加を促す
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標:①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績:BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	事業所内	管理者を中心に全職種	順調	【訓練の実施回数】 3回	①年1回の訓練の実施 4/12 所内BCP研修 5/23 所内防災訓練 8/13 ミーティングでBCP確認 ②BCPの評価、改善の実施。 後期予定	後期に見直し実施する。
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標:医療機関12か所、薬局4か所。合計16か所。 (前年実績:不明) ※圏域内の医療機関等の数:15か所 薬局5か所 合計20か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:20か所以上(約100%) B:16か所以上(約80%) C:10か所以上(約50%) D:5か所以上(約25%) E:0か所以上	各医療機関	保健師を中心に全職種	順調	【配布個所数】 0か所	圏域内の医療機関の情報整理を行い協力機関の選定を行い準備中。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・認知症サポーター養成講座と認知症予防教室の定期的な実施や企業向け認知症サポーター養成講座の実施ができた。 ・認知機能検査を福祉まつり及び公民館祭りで実施したところ、多数の来客があり検査を広めることができた。 ・認知症カフェを定期的に実施できた。また新しい認知症カフェの企画の依頼が来た(令和6年度実施予定) ・圏域内の銀行を連携して認知症高齢者への対応を行い良い関係を作ることができた。 ・高齢者虐待の啓発を受け、民生委員や圏域の居宅介護支援事業所から疑いのうちに相談を受けることができるようになった。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・認知症や精神疾患、障害のため判断力に問題のある相談が絶えずある。高齢者より家族が問題を抱えている場合も多く、スムーズな他機関との連携や協働が必要な状況になっている。 ・海側の地域住民が利用している銀行が皆ほぼ同じ銀行であるが、銀行からの判断力の低下に伴うトラブルの相談件数が増えている。 ・エンディングノートなどに興味を持ち、話を聞きたいという住民は増加傾向にあるが実際の相談には進みにくい ・市民後見人と地域活動を担う人もおり、成年後見制度に関心の深い人もいるが全く興味もなく拒否的な人もおり差が激しい			・事例検討会や連携機関との連絡会に参加して、様々な対応についての素地を職員が作って行くようにする。 ・地域密着の事業所(医療・介護事業所以外)ともコミュニケーションを取り、認知症への対応などの啓発を行って行く。 ・終活や成年後見制度における啓発を事例と共に行うようにして、具体的な利用につながるようにする。				・認知症サポーター養成講座及び予防教室の事業は計画通りできている。 ・今年度よりチームオレンジの交流会及びカフェへの参加など具体的な活動の場は開始されたが、順調に実施されている。 ・一人暮らし調査における民生委員との訪問も民生委員との連携は取れているが、まだ介護保険サービスなどにつながる程の課題はなく今度課題が発生する可能性がある対象が多いのでかわりの役割分担を民生委員と共有して行く必要がある。 ・認知症及び精神疾患の高齢者への対応として保健所や相談支援事業所などと連携して対応することができた。 ・避難行動要支援者制度の啓発については以前検討した際の種が受け入れにくい素地として残っている状況であり、啓発するには慎重に自治会や民児協などとの意見を聞き受け入れの素地を作って行くことが必要な状況であるが、最近の災害事情より防災意識が高まっている意見も耳にできた。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進		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。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績：市民向けを1回開催、企業向け1回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	公民館 各企業 各学校	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	—	前期1回開催 ・7/19市民(地域住民)向け認サポ開催 須賀公民館共催で4名参加 ・企業3か所に営業 ・小学校、中学校、高校に営業	・若年層へのアピールに向け、啓発の場をリサーチ ・講座の進行を見直す
		(1)認知症理解のための普及・啓発 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。 ・計画目標：1回開催、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1回(6人) (前年実績：1回開催)	※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし(周知あり) E:開催なし(周知なし)	公民館	認知症地域支援推進員	順調	【研修の開催回数】 0回	・7月チームオレンジ研修修了者にマッチングシートを送付14名から回収 ・認知症カフェ(オレンジカフェ) 7/2に3名 8/6に3名 9/3に3名 参加 ・認知症カフェ(ほっとカフェみなど) 5/8に3名 7/10に3名 9/11に3名 参加 ・4/22港地区チームオレンジ交流会開催 須賀公民館で5名参加 ・7/29港地区チームオレンジ交流会開催 須賀公民館で4名参加	11/16チームオレンジ研修開催予定 現在参加しているチームオレンジの活動を維持しながら未参加の方へのアプローチも検討する
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室(コグニサイズ)を開催。(輪番で行う全市向けの教室を除く) ・計画目標：予防教室11回実施し、脳いきいき講座受講者の2人が参加した。 (前年実績：予防教室11回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	公民館	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【予防教室の開催回数】 6回	・4/25 16名参加 ・5/23 22名参加 ・6/27 15名参加 ・7/25 10名参加 ・8/22 10名参加 ・9/26市民向け(輪番) 21名 ・脳いきいき講座参加者2名中1名が予防教室に継続参加	参加者に好評なスタイルは継続しながら、新しい情報や内容を検討して行く
	(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繋がります。 ・計画目標：相談件数100件 (前年実績：108件) ・説明方法：相談人数80人に対し、うち36人を医療・介護・地域等のネットワーク(地域包括支援センターでの継続的な支援も含む)に繋がれた	※相談人数に対するネットワークに繋がれた人数が指標 A:相談人数80人のうち70%程度ネットワークに繋がれた B:相談人数80人のうち50%程度ネットワークに繋がれた C:相談人数80人のうち30%程度ネットワークに繋がれた D:相談のみ E:相談なし	地域包括支援センター 相談者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 49%	前期55人相談対応医療、介護保険、地域事業に繋がれた方27人	状況把握や対応においての整理や役割分担について協議する時間を持つ
		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。 ・計画目標：1人 (前年実績：1人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	地域包括支援センター 相談者宅	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【選定ケース提出数】 0人	前期2ケースについて検討 ・認知(精神)症状顕著な方について検討したが保険 福祉事務所共働で医療(医療保護入院)につないだ。 ・認知症について自覚が無く、受診を拒否していた方について検討したが、健診と伝えることで受診につないだ	10月選定会議にて1件選定 今後展開予定 提出には至らない場合でも相談として選定会議で質問を行う
		⑥認知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繋がります。 ・計画目標：新規20人、継続40人 計60人実施 (前年実績：新規75人、継続18人 計93人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	地域包括支援センター 相談者宅 マンション集会室 福祉まつり会場 公民館まつり会場	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【新規と継続の合計人数】 36人	新規21名 継続15名 来所(6名)、訪問(10名)、物忘れ相談会(4名) 福祉まつり(16名)	新規の対象者獲得のための啓発を継続しつつ、1回／年で継続できるよう適宜案内していく
	(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。 ・計画目標：認知症カフェの開催回数6回、支援回数6回 (前年実績：開催回数3回、支援回数3回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	須賀公民館 高齢者施設 レストラン	認知症地域支援推進員を中心に全職種	順調	【開催と支援の合計数】 8回	【ほっとカフェみなど】 ・5/8 3名参加 ・7/10 3名参加 ・9/11 3名参加 【オレンジカフェ】 ・5/7 22名参加 ・6/18 16名参加 ・7/2 17名参加 ・8/6 13名参加 ・9/3 20名参加	後期も同様に継続開催しながら、チームオレンジと開催の手順を定例化する

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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。	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①随時 ②随時	保健師を中心に全職種	順調	—	民生委員や医療機関からの情報提供により、本人の同意が得られた場合、電話連絡や訪問を行った。ご本人の状態を確認し必要な社会資源・フォーマルサービスにつなげた。本人が希望されない場合は定期的に電話・訪問でフォローをしている。	民生委員との情報共有を行い、包括での見守りも継続していく。	
			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う。 ・計画目標:①毎朝のミーティング時のケース報告の際に方法の検討を行う。②連絡シートを活用し民生委員と連携をはかると同時に民児協へ出席し、地域における一人暮らし及び高齢世帯の情報収集を行い、民生委員との情報共有及び同行訪問を行う。 (前年状況:①も②も実施していたが記録がないので今年度より統計を取る)								
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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。 ・計画目標: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) (前年状況:老人会1回・認サポ3回・チームオレンジ1回・民児協1回) ②広報誌「みなと便り」に啓発記事を記載 1回 (前年状況:年1回)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用1人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内1人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①須賀公民館など ②みなと事務所内	社会福祉士を中心に全職種	順調	—	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。 認サポ 7/19に講義実施	・「みなと便り」10月号に掲載 ・10/10 マンショングレーシアパークの老人会で講義(13名参加) ・10/4の民児協定例会にて講義予定(25名参加)	
		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う。 ・計画目標:エンディングノートの講話を1回実施、ノートを10冊配布。 (前年状況:エンディングノート講座を老人会で1回実施、ノート25冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	自治会集会所など						
	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をする。	高齢者虐待の予防、早期発見のために市民、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。 ・計画目標:①認サポ・民児協定例会などで実施。 合計5回 (前年状況:老人会1回・認サポ3回・チームオレンジ1回・民児協1回 計5回) ②広報誌「みなと便り」に啓発記事を記載 1回 (前年状況:年1回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	①須賀公民館など ②みなと事務所内	社会福祉士を中心に全職種	順調	【普及啓発の回数】 1回	認サポ・民児協定例会などで実施。 認サポ 7/19に実施	次年度は啓発ベースの計画に注意する	
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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う。 ・計画目標:事業所内で2件の事例検討。 (前年状況:事業所内で1件の事例検討。) ※ここの事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	前期1件 後期1件						
7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者支援制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の独居高齢者を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが主催する。 (前年状況:個別に対象者に配布・数不明)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	須賀公民館 ペイサイト・ホール等	管理者を中心に全職種	後期実施予定	—	個別対応のみ 対象となる地域高齢者に個別相談の際に啓発を行った(2件)	最近の地震や大雨もあり、地域の防災意識も高まっているので自治会長や民児協会長の参加する協議体で意見を聞き、啓発の素地を作る努力を行う。(11月開催予定)		

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・居宅ケアマネジャーからの相談も多数あり、連携・協働してケースに対応することができた。 ・民生委員と包括みなとの連絡を取る手段の「連絡シート」の運用は引き続き継続できた。 ・個別ケア会議や準じるカンファレンスを行い、各種関係機関と共有・協議することで対応がスムーズになるケースもあった。 ・新規相談は依然多く、居宅介護支援事業所へ引き継ぎおよび連携する事例は百数十件を超えた。 ・小地域ケア会議を実施し、地域の課題を共有すると同時に担い手の課題も共有することができた。また市社協との「地区懇談会」としても開催することができた。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)				
・本人の課題だけではなく、家族の課題を抱えているケースが増えており、家族の課題の方が複雑で他機関との連携が必要な場合が多い。またその場で解決できなく時間をかけて伴走型支援が必要なケースも増えている。 ・災害への備えに対しての意識は高いが地区ごとに考えの差があり、個々の自治会ごとでも取り組みに差がある。 ・商業施設及び医療機関や介護事業所などの社会資源が非常に少なく、受診も圏域外に行かざるを得ない場合もある。 ・自治会及び民生委員などの担い手が減っており、支援者の負担も大きくなっている。				・日頃より他機関との情報収集を行い、必要時に連携できる素地を作る。 ・インフォーマルサービスの情報収集を行い、情報提供を行うと同時にニーズも把握して行く。 ・小地域ケア会議などで事例を用いて地域の課題を抽出しながら、自治会などの地域の支援者の課題も抽出して行く。			・ケアマネージャー支援に関しては計画通りであり、相談もいただける状況であるがケアマネージャーによって求める支援の方法が違うので、相談してくれたケアマネージャーにとって役立つ支援ができるように取り組んで行く。 ・地域ケア会議は計画通りであるが、個別ケア会議に関してはケアマネージャーに提案してもあまり有用性を感じず通常の後方支援を求めることも多いのでケアマネージャーにも個別ケア会議の有用性の啓発が必要ではないかと感じている ・協議体も計画通りであり、社協の福祉懇談会としても意見交換ができています。				
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
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	①ケアマネジャーへの支援を行う。	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う。 ・計画目標：8件の個別相談支援(利用者の実人数)、3件の同行訪問等。 (前年実績：164件の個別相談支援(利用者の延べ人数)、延べ13件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	センター各事業所訪問先等	主任ケアマネジャーを中心に全職種	順調	【個別相談支援の件数】 18件 【同行訪問等の件数】 2件	ケアマネジャーからの相談は複合的な課題を抱える場合もあり、必要に応じた情報提供や他機関への繋ぎ・連絡調整を行い、その内2件はケアマネジャーからの要請もあり合同訪問を実施した。	互いに相談し易い、良好な関係性の維持をする。	
											イ ケアマネジャーとの連携強化の支援
	(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。)	(A) 地域ケア会議の開催	②地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議2回、個別地域ケア会議3回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	須賀公民館 港ベイサイドホール センター 各事業所等	主任ケアマネジャーを中心に全職種	順調	【小地域ケア介護の開催数】 1回 【個別地域ケア会議の開催数】 1回	・小地域ケア会議 定例開催となっており、前期は予定通り6/24(月)に須賀公民館にて 開催し、地域の福祉について話し合いを行った。 ・地域ケア個別会議 相談に対して、包括からの提案で開催。ケアマネジャーをはじめとする精神保健分野の関係機関も参加。状況の整理と共通理解を深めた。	・11月実施予定の小地域ケア会議の内容も踏まえ、ゴミ捨ても含む具体的な課題を次年度に向けて抽出できるか検討して行く 地域ケア個別会議に関しては、開催に向けた案内などを、引き続きケアマネジャーへ行っていく。
(B) 協議体の開催	③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援2回(参加数) (前年実績：協議体の開催支援2回(参加数)) ※圏域内の協議体の数：1か所(ネットワークみなと協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	須賀公民館 港ベイサイドホール 自治会館等	主任ケアマネジャーを中心に全職種	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 1回	事務局も担っており、スムーズな運営・開催にも貢献した。	今までの内容や11月の内容を踏まえて次年度の具体的な議論を検討して行く		
(C) 地域資源と関係構築	④地域資源と良い関係を構築する。	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)と良い関係を構築する。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たに介護事業所等と災害対策等に係るネットワークを構築する。 (前年実績：自治会、民児協、地区社協、市民活動団体、地元企業、圏域内居宅介護支援事業所等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	須賀公民館 港ベイサイドホール 自治会館 センター 各事業所等	主任ケアマネジャーを中心に全職種	後期実施予定	—	介護事業所・居宅・包括でのネットワーク会議を開催準備をしている。	連携が取り易い仕組みと定期開催に向けて話し合いを行う。		

令和6年度 平塚市地域包括支援センターゆりのき 事業計画書及び評価表

1 介護予防ケアマネジメント事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・アセスメントや基本チェックリストを行い介護保険ありきではなく、総合事業・生活支援サービス・ゆりのきサロン・老人福祉センター・公民館事業の紹介を行い地域支援につなぐことができた。 ・介護予防マネジメントは、新規相談も増加傾向であり、圏域の要支援者の状況把握をすることも含め直営で月約200件のマネジメントを対応。委託ケースは月約40件でサービス開始時・更新時・変更時のサービス担当者会議への出席に努めた。 ・健康チャレンジ普及啓発やフレイル対策事業では、地域の高齢者が参加しやすい内容と開催場所を検討し計画を上回る回数を実施できた。講座等参加者にアンケートを実施し、健康や介護予防への取り組みが大切であるに関心を持ち、自ら活動するきっかけとなった。また、通いの場支援として保健師が伺い、今後の支援への広がりが見えてきた。										
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・駅付近マンションへの単身高齢者や高齢者世帯の転入が増加している。セキュリティの強化と地域活動への関心の薄さも重なり、近所同士の交流も減少していることから、孤立化や閉じこもり、フレイル、支援の介入への遅れになる恐れがある。 ・サービス利用拒否や医療につなぐことも難しくセルフネグレクト等の包括ケースが増加している。			・閉じこもりがちな高齢者に気軽に参加できるサロン等の情報や専門相談に関する情報を届ける周知の工夫をする。 ・通いの場の状況把握を行い、通いの場への参加が増えるよう周知を行う。 ・要支援者等に対するアセスメントを行い、置かれている環境に応じたケアプランを作成する。また、委託先のサービス担当者会議に出席し委託先の適切なケアマネジメントを行う。				・地域課題でもあるマンション居住のひとり暮らしの方の緊急対応について、予防サロンでの講話や小地域ケア会議でも地域課題として取り組んでいる。また、出張講座にて高齢者の孤立防止や緊急時に備えた今できることを考えるきっかけづくりとなる講話を実施。今後も広めていけるよう取り組んでいる。 ・適切な支援計画ができるようアセスメントをしっかりと行い適切な支援やサービスにつなげる一環として通所型サービスCの参加につなげた。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
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通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	※参加人数と目標達成状況(及びフォロー状況)が指標。参加は現年度が対象。フォローは過年度も含む。 A:参加3人以上(全員達成且つフォロー) B:参加3人 C:参加1人～2人(達成又はフォローした) D:参加1人(未達成且つフォロー無)、または参加0人(フォロー有) E:参加0人(フォロー無)	包括事務所	保健師 全職員	順調	【参加人数】 2人	1コース目に3名申込、1名は途中でリタイアするも2名は終了まで参加した。今後、利用者の評価を行い今後の支援計画に反映させる予定。	効果的な利用に繋がる利用者の選定を行う。
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進										
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。										
		②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	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。 ・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%) (前年実績:委託473件、うち担当者会議開催16件(出席16件、書面0件))	※委託先の適切な介護予防ケアマネジメントとして、担当者会議への出席率が指標(書面含む) A:担当者会議への対面での出席80%～100% B:担当者会議への対面での出席70%～80% C:担当者会議への出席が書面を含め80～100% D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満 E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下	・圏域内利用者宅 ・包括事務所	主任介護支援専門員 全職員	順調	【委託先担当者会議への出席率】 86 %	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している。8月末時点委託件数32件。7件の出席依頼があり6件出席した。そのうち1件は委託先のケアマネジャーが日程調整は行っていたが体調不良のため、ゆりのきが代理で開催した。業務の都合で欠席した1件は意見照会に対応した。	委託先のサービス担当者会議開催時は可能な限り出席する。委託業務マニュアルに沿って、提出書類の不備や記載については繰り返し伝えていく。(現在、改訂版を作成中)

(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
高齢者福祉計画		取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
	(2)地域で取り組む健康チャレンジ	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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	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。 ・計画目標:78人(新規のみ) (前年実績78人(新規のみ))	※基本チェックリストの新規の実施人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:実施できなかった	・各講座開催場所 ・圏域内利用者宅	全職員	順調	【新規の実施人数】 60 人	チェックリストの結果をケアプランに反映させ、通所型サービスや活動につなげもっと早く利用すればよかったと言う声があった。しかし、運動面以外の該当項目が反映していないケースがあった。	新規相談者に対して基本チェックリストを行ない、支援やケアプランに反映させ、運動や閉じこもりの防止を行う。利用者や家族にわかりやすい説明を心がける。
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	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。 ・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等) (前年実績:年14回開催(内容:コグニサイズと認知症予防、高齢者の聞こえの困りごと他))	※講話・講演会の開催回数が指標 A:年5回以上 B:年3回以上 C:年2回(例年並) D:年1回 E:年0回	・崇善公民館 ・松原公民館 ・自治会館 ・平塚栗原ホーム ・福祉会館	保健師 全職員	順調	【講話・講演会の開催回数】 7回	5/30脳トレで認知症予防8名 6/3身体を動かして健康に24名 6/19フレイル予防の取り組み43名 7/5カラオケ体操55名 7/17酷暑を元気に過ごす17名 8/23健康食品の危険性22名 8/30今から知っておく施設選び11名	関係機関・団体等と連携し、周知や声掛けなどを強化する。開催場所やタイトル名も工夫していく。 10/23,30,11/6,20,27健康ボウリング(神奈中スポーツデザイン共催)5回 12/3高齢者のがんの相談と予防(講師共済病院がん相談員) 12/12,19だれでも簡単、機械で調べる頭と体の健康度(県・崇善公民館共催) 講師ORPHE,エーザイ株) 1/14カラオケ体操(崇善公民館共催) 1/21カラオケ体操(松原公民館共催) 2/4(未定)転倒予防教室
		オ 健康チャレンジに取り組むための通いの場(サロン)等の開催支援	⑤通いの場(サロン)等へのフレイル予防の普及啓発(地域のリハビリ専門職の関与を含む)	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) ・計画目標:12回 (圏域内の通いの場(サロン)の数:27団体)	※助言等の支援回数が指標 A:年12回以上実施かつ地域のリハビリ専門職と連携(1団体以上) B:年13回以上実施 C:年12回実施 D:年5～11回実施 E:年4回以下に実施	・崇善公民館 ・松原公民館 ・松原分庁舎 ・平塚栗原ホーム ・立野町会館	保健師 全職員	順調	【支援回数】 5回	地域団体等へのフレイル予防に関する助言等を支援している。 4/12松原地区老人クラブ連合会63名 5/18ゆめクラブ見附町30名 6/11いてふの会13名 6/26オーベルグランディオ湘南平塚12名 9/16見附町自治会敬老会50名	地域の会議等で出張サロンを対応する事の周知を引き続き行う。 地域のニーズを確認し、地域のリハビリ専門職が関与したフレイル予防教室を企画する。 10/16、2/19ふれあい交流会(崇善地区社協)
		コ フレイル対策推進事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	「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。 ・計画目標:参加人数5人以上の測定会を年1回実施(内容:フレイルチェック測定会) (前年実績:年0回実施(内容:測定会))	※フレイルチェック開催回数が指標 A:年3回以上実施 B:年2回実施 C:年1回実施 D:企画したが未実施 E:企画しなかった	・各講座開催場所 ・福祉会館	保健師 全職員	後期実施予定	【フレイルチェックの開催回数】 0回	2月に開催する予定で調整中	2/28フレイル測定(須賀新田シニアクラブ共催)
		ソ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	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	①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。 ・計画目標(把握率):対象者の60% (前年実績:1件)	※対象者に対する把握率で評価 A:80%以上 B:61～79% C:50～60% D:30～49% E:30%未満	①包括事務所、対象者自宅等	保健師 全職員	順調	【把握率】 100%	フレイルチェックの結果から支援の必要な対象者に家庭訪問を行い、現状把握とフレイル予防について相談を行った。(1名)	引き続き支援を継続する。
				②新たな取組みとして健康状態不明者の把握について市と連携した取り組みを行います。	B取組を実施 C:取組を未実施	②圏域内対象者自宅等	保健師 全職員		—		

2 総合相談支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績											
・困難ケースに対し法人内でのケース検討や職員のスキルアップにつながる研修に積極的に参加し業務に生かせるよう努めた。 ・医療と介護の連携では、高齢者に特化した病気の講座を開催し、かかりつけ医の必要性や予防に関する啓発にもつなげることができた。 ・多様化、複雑化する事も増加している事も鑑み、職員のスキルアップにつながるよう可能な範囲で研修に参加した。											
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
身寄りや支援者がいない方の最期の迎え方、生活困窮、複数の課題を抱える世帯など多様化する相談が増加傾向であるため、重層的に支援ができるよう取り組む必要がある。				・高齢者よろず相談センターの機能と役割の周知を拡大し、相談窓口として多くの方に認知していただき、重篤化する前に相談につながるようにする。				・高齢者よろず相談センターの普及啓発の強化に取り組み、地域情報局にゆりのきたよりを掲載できるようにした。また、地域での講話やサロンなどでは常にゆりのきの紹介やチラシを配布した。その効果もあってか新規の相談が増加している。 ・包括職員も多様化する相談に対処できるよう、積極的に研修や事例検討会に参加しスキルアップに努めている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)				
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定	
基本目標2 住み慣れた地域で安心のある生活	2 地域ネットワークの充実	①センターの認知度の向上を図る。	センターの認知度の向上をさせるために、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。 ・計画目標：①広報誌の配布4回、②公民館祭りの参加、③福祉会館、地区社協・福祉村、学校イベント等の参加。合計2回。 (前年実績：①広報誌の配布、②公民館まつり参加、③福祉会館まつり参加、④松原子どもフェスティバル参加。合計4回。)	※広報誌の配布、地域の人が50人以上集まるイベントへの参加及びSNS等の活用が指標 A:5回以上実施に加え、SNS等を活用 B:3回以上実施 C:2回実施 D:1回実施 E:実施なし	①圏域内 ②福祉会館、崇善公民館、松原公民館等 ③崇善公民館、松原公民館、松原分庁舎、学校等	全職員	順調	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 3 回	下記の周知啓発を行ない以前より認知度が上がっていると実感がある。 ・ゆりのきたよりをカラー印刷に変更し、多くの方に見やすく情報手提供ができるようにした。 周知先(配布または掲示)：自治会回覧板、老人クラブ、民生委員、地区社協、福祉村、公民館、病院、薬局、集合住宅 ・今年度から松原地区に加え崇善地区も地域情報局に「ゆりのきたより」を掲載することが出来た。 ・老人クラブ懇親会、自治会の敬老会、運営推進会議で包括を紹介する講話とチラシ等を配布した。	50人以上集まるイベント等での周知は以下の予定。その他、予防サロンや地域の行事等で周知に努める。 ・10/18・19福祉会館まつり ・11/17松原地区ふれ愛まつり ・12/13コンフォール平塚交流企画 ・3月頃崇善公民館まつり	
		②多様化する相談内容に対応できる体制づくりをする。	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、センター内の体制を整備します。 ・計画目標：①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討、③毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有。 (前年実績：①随時ミーティングを実施し相談ケースを共有、②相談ケースは一人で抱えず多職種で検討。)	※相談体制の整備状況が指標 A:①②③を実施(ケースを全て共有の場合) B:①②③を実施(必要なケースのみ共有の場合) C:①②を実施 D:①のみ実施 E:実施できていない。	①②包括事務所	全職員	順調	－	・朝のミーティングで個別ケースの対応状況や相談を昨年度より強化して行っている。 ・緊急対応が必要な相談は随時包括内で相談し対応している。状況に応じ2人体制で訪問する。 ・月1回包括内のミーティングを行ない連絡事項・情報共有や事業についての意見交換など実施している。 ・対応に悩むケースについては包括内で相談の他、法人内の関係機関等にも相談している。 ・法人内の相談業務連絡会にて各班の業務内容説明と事例検討を行ない連携した支援体制ができるよう努めている。	困難ケースなどは職員で共有し、対応を他機関も含め検討するようにする。 ・職員のスキルアップにつながるよう、積極的に法人内の相談業務連絡会や研修会に参加できるように取り組む。	
	(1)高齢者よろず相談センターの機能強化	③センター職員のスキルアップを行う。	平塚市(または在宅医療・介護連携支援センター)が開催するセンター向け研修会等に参加し、相談者を支援する上で必要な知識を学び、センター職員のスキルアップを行います。 ・計画目標：①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席、③自前で研修会を企画、開催(年6回)。 (前年実績：①平塚市が開催する研修会等に出席、②その他の研修会等に出席)	※研修の参加状況が指標 A:①②に出席し、さらに③を年12回(毎月1回)以上 B:①②に出席し、さらに③を年4回以上 C:①②に出席し、さらに③を年1回以上 D:①②に出席 E:①か②に出席または出席していない。	福祉会館 平塚栗原ホーム	全職員	順調	－	・市主催の包括職員向け研修会には全職員が参加できた。また、毎月職員研修に参加できている。 ・市主催とは別に包括業務に関連する研修会には参加できるよう調整している。 ・特に新人職員は包括業務を学ぶ機会があれば参加を優先している。	自前研修会として権利擁護に関する(成年後見制度、任意後見制度)研修を企画する。 困難ケースなどは職員で共有し、対応を他機関も含め検討するようにする。 ・職員のスキルアップにつながるよう、積極的に法人内の相談業務連絡会や研修会に参加できるように取り組む。	
		④BCP研修と訓練により、業務継続と安全確保の体制を構築する。	センター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、センター職員全員にBCPを定着させると共に、BCPを評価し改善します。 ・計画目標：①年1回の訓練の実施、②BCPの評価、改善の実施。 (前年実績：BCPの作成など。)	※訓練の実施状況、BCPの評価改善が指標 A:訓練2回実施(BCPの評価改善あり) B:訓練1回実施(BCPの評価改善あり) C:訓練1回実施(BCPの評価改善なし) D:訓練実施なし(BCPの評価改善あり) E:訓練実施なし(BCPの評価改善なし)	包括事務所 平塚栗原ホーム	全職員	後期実施予定	【訓練の実施回数】 0 回	・人事異動もありBCPの記載について修正を行っている。また、訓練実施後に見直しを行う予定。	・10月に栗原ホーム内の避難訓練を企画しており、その際に各事業ごとのBCPも合わせて動けるよう取り組む。※事前に包括内でBCPについての再確認を行う。	
	3 医療・介護連携の推進	(1)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。)	⑤かかりつけ医療機関をもつことを推進する。	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。 ・計画目標：医療機関21か所、薬局21か所。合計42か所。 (前年実績：医療機関14か所、薬局10か所。合計24か所。) ※圏域内の医療機関等の数：41か所 ※圏域内の薬局の数：41か所	※リーフレットの圏域内の配布か所の数が指標 A:82か所以上(約100%) B:66か所以上(約80%) C:41か所以上(約50%) D:11か所以上(約25%) E:5か所以上	圏域の医療機関	保健師 全職員	順調	【配布個所数】 28 か所	ゆりのきたたよりやチラシを医療機関と薬局に直接届けた。 ・医療機関：20件 ・薬局：8件	・まだ行けていない地域の医療機関、薬局へ広報誌と共に配布を行う。

3 権利擁護事業等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・令和5年度から定期的に「ゆりのきオレンジカフェ（認知症カフェ）」を開催することができ、認知症の当事者やその家族の方、地域の独居高齢者の方も参加された。また、チームオレンジメンバーの活動の場にもつながった。 ・認知症予防教室では、参加しやすい内容とや今まで行っていない新たな内容「認知症予防とスマートフォンを使った歩行分析で転倒防止」等工夫した内容で実施することができた。 ・未受診の認知症の方に対して、医療や成年後見制度（市長申し立て含む）へつなぐために行政、医療機関、相談センター、事業所等と連携し必要な制度や支援につなぐことが出来た。 ・終末期に向けた権利擁護として、私のノートの説明や人生会議（ACP）を開催し市民への普及啓発を行った。 ・虐待に対しては、介護支援専門員や福祉施設からの相談を受け状況確認を行い関係機関とも連携し、常に関係機関との連携に努めた。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・地域の中で認知症についての理解と認知度がまだ低いと思われる状況である。引き続き、認知症についての理解や対応等を伝えていく必要性がある。 ・独居で身寄りのない高齢者が増えている。将来的に直面していくであろう課題について早いうちから情報を提供し、検討を重ねていく必要がある。				・認知症サポーター養成講座及びチームオレンジ研修を開催する。また、小中学生など若い世代にも認知症の理解を深め、地域の支援者を増やしていく。 ・終活セミナーを開催することで、将来的に必要なであろう制度やサービスについて説明していく。また、個別相談の中で「わたしのノート」を使い、今後検討が必要な支援について相談を受けていく。			・現段階では、今年度は認知症サポーター養成講座を3回開催し、チームオレンジ研修を1回開催している。地域の支援者を増やしていくためにもさらに啓発活動に努める。また、企業への認知症サポーター養成講座についても2箇所は電話にてご案内（職員、社員への研修の一環として受けて頂けないか）したところ、「難しい」「今後認知症サポーター養成講座を開催してほしい場合は連絡する」との回答を得た。8月に開催したチームオレンジ研修と、9月に開催した認知症サポーター養成講座は崇善地区社協・崇善公民館との共催事業として開催した。チームオレンジ研修については今年度初めて共催事業として開催したが、周知・打ち合わせ・準備から連携を取ることができ、多くの方にご参加いただいた。 ・認推の個別支援の中では、ケアパスを中心に相談を受け、当事者やご家族には「ゆりのきオレンジカフェ」のご案内をしている。			
(4)今年度の取り組み・重点事項										
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
4 認知症支援策の推進	(1)認知症理解のための普及・啓発	①市民、企業、学校向け認知症サポーター養成講座等の普及啓発と認知症の方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。 ・計画目標：市民向け1回、企業向け1回、学校向け1回の開催 (前年実績：子ども向け認サポを1回開催)	※養成講座の開催状況が指標 A:市民、企業、学校向け全て開催 B:市民向けと、企業又は学校のいずれかを開催 C:市民向けを開催し、企業5社以上と学校に訪問 D:市民向けを開催 E:開催なし	・平塚栗原ホーム ・崇善公民館等 ・企業 ・学童保育	認知症地域支援推進員 全職員	後期実施予定	—	市民向けに2回、企業向け（平塚信用金庫本店）に1回開催した。市民向けについては、崇善地区社協・公民館との共催で地域と連携して実施できた。	企業（平塚駅、ラスカ）・学校に、認知症サポーター養成講座を受けてもらえるようにさらに積極的にアプローチしていく必要がある。（電話をかける、ゆりのきたより配布の際に、一緒に認知症サポーター養成講座についてのご案内する。）
		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。 ・計画目標：1回開催、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6回（合計20人） (前年実績：15回開催)	・※研修の開催状況とチームオレンジの活用が指標 ※マッチングリストとは、認知症本人の希望と、支援者ができること両方をリスト化したものとする。 A:1回以上開催し、マッチングリストを活用したマッチングを実施 B:2回以上開催、または1回開催し、マッチングリストを作成 C:1回開催 D:開催なし（周知あり） E:開催なし（周知なし）	・平塚栗原ホーム ・崇善公民館 他	認知症地域支援推進員 全職員	順調	【研修の開催回数】 1 回	・崇善地区社協・崇善公民館との共催事業でチームオレンジ研修を1回実施した。参加人数は20名で、新たにチームオレンジメンバーとなった方は16名であった。 ・崇善公民館で、奇数月の第四月曜日に認知症カフェ「ゆりのきオレンジカフェ」を運営しており、チームオレンジメンバーの方にも出席いただいている。	・周知については、認知症の方・ご家族一人一人に周知していく。民生委員の方や地区社協の方々に地域の資源として認識してもらえるように、その都度お知らせしていく。 ・12月に、チームオレンジメンバーとの意見交換会を開催し、ゆりのきオレンジカフェがより良いものとなるように検討し、実践していく。（後期のゆりのきオレンジカフェは11月、1月、3月に実施予定）
	(2)認知症予防施策の充実	③身近な場での認知症予防教室の開催	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、身近な場で認知症予防教室（コグニサイズ）を開催します。（輪番で行う全市向けの教室を除く） ・計画目標：予防教室6回開催。当教室に脳いきいき講座受講者3人以上の参加。 (前年実績：予防教室年8回)	※予防教室の開催が指標 A:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数以上の参加があった。 B:予防教室を6回以上開催し、脳いきいき講座事業受講者の半数未満の参加があった。 C:予防教室を6回以上開催 D:予防教室を6回未満開催 E:開催なし	・平塚栗原ホーム ・崇善公民館 ・松原公民館 ・福祉会館	認知症地域支援推進員 全職員	後期実施予定	【予防教室の開催回数】 2 回	・前期の認知症予防教室については、企業から講師を招いて開催した。 ・後期からは、フレイル予防と、認知症予防となる身体活動を組み合わせた教室を開催していく予定。	・教室の参加者数を増やすために、地域の集まりの場で周知させていただく ・個別訪問でも一人一人に周知を行う。 ・4回（健康ボウリング、のうKNOW、塩ビパイプ体操、コグニサイズ）の講座を開催する。

(4)今年度の取り組み・重点事項											
高齢者福祉計画			取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
(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(若年性認知症を含む)	認知症ケアパス等を用いた専門的な相談支援(若年性認知症を含む)を行い医療・介護・地域等のネットワークに繋がります。 ・計画目標:相談件数10件 (前年度相談実績:11件)	※相談人数に対するネットワークに繋がった人数が指標 A:相談人数10人のうち70%程度ネットワークに繋がった B:相談人数10人のうち50%程度ネットワークに繋がった C:相談人数10人のうち30%程度ネットワークに繋がった D:相談のみ E:相談なし	平塚栗原ホーム等	認知症地域支援推進員	順調	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 70 %	・ケアパスを用いた相談を5件実施。そのうち、4件を医療機関・介護保険制度等につないでいる。	今後、認知症地域支援推進員が担当となる場合、ご自身が物忘れにいて自覚されている場合はケアパスを用いて積極的な医療機関の受診を勧めていく。資源につながらなかった人に対して、継続的な対応をしていく。
			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。 ・計画目標:1人 (前年実績:3人)	※選定ケース提出数が指標 A:2人 B:1人 C:0人(相談のみ) D:0人(検討あり) E:0人(検討なし)	・市役所	認知症地域支援推進員	後期実施予定	【選定ケース提出数】 0 人	困り感がある方は、受診を勧めると医療につなげることができた。 医療機関につながらず、対応が難しい方の把握に努めた。	当事者やご家族の潜在的な部分を把握し、医療に繋がらない方が、6カ月間継続的な支援を受けられるように積極的な訪問に努める。ほかの専門職とも連携を図る。
			⑥認知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繋がります。 ・計画目標:新規55人、継続5人 計60人実施 (前年実績:新規70人、継続5人 計75人実施)	※圏域内の高齢者に対する実施状況が指標 A:100人実施 B:80人実施 C:60人実施 D:40人実施 E:40人未満	・平塚栗原ホーム ・福祉会館、崇善公民館等	認知症地域支援推進員	後期実施予定	【新規と継続の合計人数】 12 人	・訪問時に認知機能検査プログラムを実施した。 ・包括内のケースで、認知機能検査プログラムの実施が必要な場合に、同行訪問して認知機能検査プログラムを実施している。 ・今年度から、認知機能検査機器を用いた「もの忘れ・健康相談会」を実施し、本人からの相談に応じ、社会資源の紹介に努めた。	・訪問時に積極的にタブレットについて紹介する ・一度きりで終了するのではなく、継続することの必要性を利用者に伝えていく。 ・タブレットを用いたもの忘れ相談会を実施する。 ・ゆりのき予防サロン開催時にもタブレットを用いたもの忘れ相談を実施する。 ・実施の必要がある利用者の情報を包括内で共有し、認知症地域支援推進員以外の職員も認知機能検査プログラムを紹介し、一緒に訪問することを増やす。
			(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。 ・計画目標:認知症カフェの開催回数6回、支援回数2回 (前年実績:開催回数12回、支援回数3回)	※認知症カフェの開催または支援回数が指標 A:開催と支援の回数12回以上 B:開催と支援の回数6回以上 C:開催と支援の回数3回以上 D:開催と支援の回数3回未満 E:開催も支援もなし	・崇善公民館 ・SHIGETAハウス ・福祉会館	認知症地域支援推進員	順調	【開催と支援の合計数】 9 回	・奇数月の第四月曜日に、崇善公民館で「ゆりのきオレンジカフェ」を実施している。 ・6月までは、第2・第4火曜日に開催されているSHIGETAハウスに毎回参加し状況が把握できた。今後は地域の社会資源として紹介したい人がいた際に、SHIGETAハウスへ繋いでいる。	・来年度は、ゆりのきオレンジカフェ開催場所を一つに特定せず、崇善公民館・松原公民館とも相談し、交互で開催出来るよう調整する。 ・「ゆりのきオレンジカフェ」を、地域の社会資源としての活用の本格化に向けて、12月にチームオレンジの方と意見交換を行う。

(4)今年度の取り組み・重点事項										
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標3 いのちと権利を見守る地域社会			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。 ・計画目標:「ひらつかあんしんカード」配布や民生委員との情報共有を実施。新たにマンション住民向けに講話を実施。 (前年状況:コンフォール平塚の住民交流や情報提供の実施など。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:例年より大きな実績をあげた。新たな取り組みが成果をあげた。 B:例年より実績をあげた。新たな取り組みを実施。 C:例年並み、または計画どおりに実施。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	①包括事務所 ②圏域内マンション他	社会福祉士 全職員	順調	—	地域ケア会議で地域課題として取り上げ今後の取り組みを検討してきた。 ・オーベルグランディオ湘南(マンション)の高齢者サロンにていざという時のために今からできる事につての講話を実施。 ・松原地区独自のあんしんカードの普及啓発。	・地域ケア会議や予防サロン、地域での出張講話で啓発を引き続き行う。 ・課題が複雑化している相談は他機関を交えて検討を進めるが、重層的支援体制整備事業も活用する。
	5 孤立死の防止に向けた取組の充実	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強化					順調	—		
	6 権利擁護事業の充実 ①日常を支える権利擁護事業の推進	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、支援します。 ・計画目標:サロンやイベント等でチラシ等を配布し成年後見制度の普及啓発を行う。必要に応じ、制度の案内と利用につなげる。 (前年状況:リーフレットと講座チラシの配布等により成年後見制度の普及啓発など。)	※普及啓発の内容、制度利用実績が指標 A:制度の利用2人以上。 B:新たな普及啓発を実施。 C:制度の案内5人。 D:例年、または計画をやや下回る。 E:実施できなかった。	・包括事務所 ・サロン、講座等の実施会場 ・圏域内利用者宅	社会福祉士 全職員	順調	—	・成年後見制度が必要な方の相談を後見利用支援センターへ相談し、弁護士につなぎ任意後見につないだ。 ・ゆめクラブの懇親会にてチラシを基に成年後見に関する話と講演会案内を周知した。	予防サロンや地域の出張サロン等で成年後見制度に関する啓発に努める。
		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。 ・計画目標:終活に関する講話を1回実施、ノートを50冊配布。 (前年状況:ACPを1回実施、ノートを75冊配布など。)	※終活講座・講話が指標 A:年3回以上実施。 B:年2回実施。 C:年1回実施。 D:ノート等の配布のみ。 E:実施できなかった。	・福祉会館等	社会福祉士 全職員	順調	【終活講座、講和の回数】 2 回	・8/30のゆりのき予防サロン「今から知っておく施設選び」にて、終活とエンディングノートについての説明を行う。ない、欲しい方に配布した。(4冊) ・9/16見附町自治会敬老会にて、エンディングノートの紹介と説明を行ない配布した。(30冊) ・個別相談者に説明し配布した。(4冊)	終活、エンディングノートが身近に感じてもらう取り組みを行なう。 ・元気な時から取り組めるよう普及啓発を行う ・鎌倉新書版のエンディングノートの紹介も併せて行う。 ・10月に地域のサロンでACPの講座を実施予定。 ・1月下旬に終活に関する講座を企画している。
	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をする。	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。 ・計画目標:自治会、民生委員や居宅会議事業所等を対象に講話等を実施。崇善・松原地区合同で合計1回。 (前年状況:崇善地区、松原地区の民生委員と居宅介護支援専門員を対象に交流会を実施。合計2回)	※普及啓発の回数が指標 A:年4回以上実施。 B:年2～3回実施。 C:年1回実施。 D:資料等の配布のみ。 E:実施できなかった。	・公民館等	社会福祉士 全職員	順調	【普及啓発の回数】 4 回	・年度初めの民生委員定例会(崇善・松原)にて、ゆりのきのチラシを基に虐待やお困りごとの気づき、発見、相談につなげるよう伝えた。 ・民生委員とケアマネジャーの交流会を地区ごとに開催(9月)し、地域の状況や課題について情報提供を行うとともに事例をもとに意見交換を行った際に、虐待を含め周囲の気づきと相談へつなげる事の話もした。	・普及啓発の場を広げ予防と早期発見に取り組む。 ・民児協定例会や小地域ケア会議でも虐待に関する予防、早期発見についての話も取り入れる。 ・広報誌にも啓発内容を掲載する。
		⑫高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をし、事例検討をする。	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。 ・計画目標:事業所内で2件の事例検討。 (前年状況:事業所内で6件の事例検討。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応が指標 A:困難ケースを適切に対応。 B:虐待ケースを適切に対応。 C:相談対応を実施。 D:相談対応が難航。 E:実施できなかった。	・包括事務所 ・福祉会館	社会福祉士 全職員	順調	—	・高齢者虐待対応マニュアルは職員内で共有している。 ・虐待が疑われるケースは職員内で共有し状況確認や対応を検討した。 ・前年度から継続して関わる身内の金銭搾取疑いのケースは地域包括ケア推進課職員にも協力いただき対応できた(本人施設入所)。	・状況確認ができない場合、高齢福祉課や基幹型包括にも相談し訪問や通知をポスティングなど行なう。 ・発生時にマニュアルに基づき適切な対応ができるよう包括内で事例検討を行う。
	7 災害に対する取組の推進	⑬避難行動要支援者制度の周知、地域との連携強化	避難行動要支援者支援制度の周知啓発・登録の推進・マッチング率向上・避難支援等関係者との連携強化を通して、避難行動要支援者の取組の実効性向上と安心安全の確保を図ります。 ・計画目標:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の独居高齢者や高齢者世帯を対象に新たに周知啓発。③市災害対策課職員を講師とし、民生委員児童委員を含めた勉強会をセンターが実施。 (前年状況:①チラシ等の配布や回覧等で周知啓発。②地域の会議等で周知啓発。)	※取り組み内容(成果)が指標 A:①または②に加え、③を実施。 B:①②を実施。 C:①を実施。 D:チラシ等の窓口配架のみ実施。 E:実施できなかった。	①圏域内 ②③公民館、福祉会館等	全職員	後期実施予定	—	・地域の独居高齢者や高齢者世帯等の登録が必要と思われる方に情報提供を行っている。	・等の配布を高齢者サロンや地域の出張サロン等でチラシに周知、啓発を行う。 ・市担当課に講師派遣などの協力による制度周知を調整する。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

(1)前年度の取り組みに対する評価・実績										
・圏域内の居宅介護支援事業所へ訪問し、事業所の体制や方針を確認することができた。また、ケースについての状況共有をしたことで、困難ケースに対するケアマネ支援にもつながり対応できる体制に繋がっている。 ・圏域内の民生委員と居宅介護支援事業所の交流会を開催し、福祉サービスの紹介と相談しやすい関係づくりに努めた。 ・地域ケア会議を定期的に開催し、地域課題を検討し地域独自の活動「まっばらあんしんカード」の作成と普及啓発を行った。 ・多様化する生活環境の中で隣近所の住民同士のつながりが希薄しており、災害時の共助や緩やかな助け合いに発展できるよう住民同士の交流会を集合住宅管理会社と大学、市社協CSWと連携し企画を実施した。										
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策			(6)主な地域課題の対応状況等(前期)			
・次世代の人材不足で地域の役員や担い手不足が顕著である。 ・駅周辺は集合住宅が多く、地域とのつながりが希薄である。セキュリティが強化されており緊急時の安否確認ができないため対策が必要。 ・複雑化多様化した課題を抱える世帯が増加している。				・地域活動に若い世代や親子参加も参加できるようできる工夫が必要。 ・人と人とがつながるセーフティネットを構築する。 ・相談しやすい体制づくりと解決に向けての支援を行う。			・緊急時に備えて元気な時から対策を講じておけるよう小地域ケア会議等でも地域住民と意見交換を行った。引き続き地域課題の共有と取り組みを検討していく流れができた。 ・松原地区では子どもも参加できる地域行事の情報共有をし、自然に子どもや保護者が地域に関心を向けていただく話し合いができた。			
(4)今年度の取り組み・重点事項							(5)取り組み実績(前期)			
	高齢者福祉計画	取り組み・重点事項	内容(何を、どのように)	活動指標 (実施時期・回数)	場所	担当者	ア 進捗状況	イ 活動数値	ウ 前期の取組状況	エ 後期の取組予定
基本目標2－1ネットワークの充実		①ケアマネジャーへの支援を行う。 イ 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。 ・計画目標：10件の個別相談支援(利用者の実人数)、3件の同行訪問等。 (前年実績：11件の個別相談支援(利用者の実人数)、4件の同行訪問等。)	※支援の実人数が指標 A:例年より大きな実績をあげた B:例年より実績をあげた C:例年並み、または計画どおりに実施した D:例年、または計画をやや下回る E:支援できなかった	・包括事務所 ・圏域内事業所 ・圏域内利用者宅	主任介護支援専門員 全職員	順調	【個別相談支援の件数】 9 件 【同行訪問等の件数】 3 件	9件中1件は委託ケースの相談。5件はゆりのきが関わり、要介護が出た後も継続支援したケース。他3件は居宅事業所からの相談。対応方法の助言や同行訪問、後見制度利用の支援、関係機関への連絡他ケアマネジャーと連携を図りながら行った。 ・制度やサービスに該当せず財産もない方、身寄りのいない方の入所などで、成年後見制度申立てにも苦慮する方をケアマネジャーと共に対応した。	・引き続きケアマネジャーからの相談に対し助言や同行訪問等の支援を行う。必要に応じ基幹型包括へ対応についての相談をしていく。 ・必要に応じ個別ケア会議を開催する。
(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。)										
(A)地域ケア会議の開催		②地域ケア会議等を開催し、個人や地域の課題を把握し解決を図る。	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。 ・計画目標：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議1回 (前年実績：小地域ケア会議8回、個別地域ケア会議1回)	※小地域ケア会議の開催数が指標 A:小地域2回以上、個別地域1回以上 B:小地域1回、個別地域1回 C:小地域1回、個別地域0回 D:開催なし(調整はあり) E:開催なし(調整はなし)	・崇善公民館 ・松原公民館 ・包括事務所等	管理者 全職員	順調	【小地域ケア介護の開催数】 4 回 【個別地域ケア会議の開催数】 1 回 【崇善地区】2回 ・5/17ひとり暮らし高齢者の緊急時対応が頻発しており、市消防本部にも参加頂き課題の共有と意見交換を実施。 ・9/20①町内福祉村の説明と設置についての意見交換。②崇善地区の現状と課題を再認識と意見交換。 【松原地区】2回 ・7/23松原地区の高齢者と子ども・保護者が交流できる場を設け、顔が見える関係から人材発掘育成につながるよう情報共有をした。 ・9/17今まで松原地区で展開してきたあいさつ運動・ながら見守り運動など活動の再確認を行ない住民への啓発を再度行うことに決定した。 【個別ケア会議】1回 集合住宅の等しくし高齢者が認知症を患い他の家に間違えて入り込むことが多発し、関係機関、住民を含め今後への支援に向け検討した。	引き続き小地域ケア会議で地域課題について検討し、地域で取り組めるように関わっていく。	
(B)協議体の開催		③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する。	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。 センター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。 ・計画目標：協議体の開催支援8回(参加数80人) (前年実績：協議体の開催支援8回(参加数80人)) ※圏域内の協議体の数：2か所(崇善地区は小地域ケア会議を協議体と兼ねる、松原地区地域福祉協議体)。	※第2層地域協議体への参加、開催支援が指標 A:3回以上参加 B:2回参加 C:1回参加(または開催の働きかけ) D:参加なし(開催の検討) E:参加なし	・崇善公民館 ・松原分庁舎	管理者 全職員	順調	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 4 回 【崇善地区】 ・町内福祉村がないため、小地域ケア会議と含め開催。 【松原地区】 ・小地域ケア会議と合わせて開催	・崇善地区は小地域ケア会議で福祉総務課が福祉村設置に向けてのアプローチを進めていく。 ・引き続き地域課題に対し住民主体で取り組めるよう支援していく。	
(C)地域資源と関係構築		④地域資源と良い関係を構築する。	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。 ・計画目標：自治会、民児協、市民活動団体、地元企業等に加え、新たな支援や活動の場に繋がるようボランティアグループや市民活動団体とネットワークを構築する。 (前年実績：圏域内全ての居宅介護支援事業所を訪問しケース状況を共有。民児協と圏域内の居宅介護支援事業所との交流を通しネットワークづくりを行った。、市民活動団体、地元企業等)	※地域資源との関わり方(ネットワーク、マッチング)が指標 A:例年以上(新たな資源への働きかけ、かつ具体的な連携事業の開始等) B:例年以上(新たな資源へ働きかけ) C:例年並み D:例年以下(会合等へ参加あり) E:例年以下(会合等へ参加なし)	・包括事務所 ・圏域内の活動場所	管理者 全職員	順調	—	・民生委員とケアマネジャーとの交流会を地区ごとに開催し、事例を基に意見交換を行ない民生委員とケアマネジャー、包括とのつながりや支援について深まりネットワークの強化を図ることが出来た。 (崇善：9/14、松原：9/11) ・崇善地区の小地域ケア会議には自連会長のみの参加であるが、今後は各自治会長の参加を依頼しさらなるネットワーク構築を進めている段階。また、地域課題に伴い市消防本部(情報指令課、消防救急課とのつながりもできた。 ・配食サービス一覧表の最新版を作成している。	地域支援として地域の各種団体の特徴を地域資源として活用できるよう、各団体との情報交換などに努める。