

# 令和 6 年度平塚市地域包括支援センター事業計画書 実施結果（あさひきた、あさひみなみ）

## 【事業計画書の概要】

### <事業・業務等の概要>

#### （1）介護予防ケアマネジメント事業等

高齢者の方々が、自立して生活できるように、生活の仕方やサービスの利用などについて助言・紹介するなど、それぞれの状態像に合った健康づくりや介護予防を支援します。

#### （2）総合相談支援業務等

高齢者本人、ご家族、地域の方々からの相談や悩みに対応し、情報提供やサービスを紹介します。介護保険だけではなく、様々な制度や地域資源を利用した総合的な支援を行います。

#### （3）権利擁護事業等

高齢者の方々が安心して日常生活を送れるよう、権利を守る取り組みを行います。また、高齢者の人権や財産を守る権利擁護や虐待防止の拠点として、成年後見制度の活用や虐待の早期発見・防止を進めます。

#### （4）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等

高齢者の方々が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域のケアマネジャーへの指導・支援など、地域の様々な機関・専門家と連携・協力できる体制（ネットワーク）づくりに取り組みます。

### <各項目の概要>

- ・（4）主な地域課題の対応状況等（後期）：各事業、業務に関連した主な地域課題の対応状況等を記載

- ・（6）取組結果（年間）

「ア 年間評価」：実績から活動指標（評価基準）による年間評価を記載

「イ 活動実績」：活動指標における実績を記載しています。

「ウ 達成状況」：計画目標（内容に記載）に対する達成状況を記載

「エ 年間の実績」：主な取組結果を記載

「オ 未達成理由」：計画目標が未達成の場合に、未達成となった理由を記載

「カ 今後の方向性」：令和 7 年度以降の取組の方向性を記載

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											
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>											
(2)主な地域課題		(3)主な地域課題の改善策・解消策		(4)主な地域課題の対応状況等(後期)							
<p>・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。</p> <p>・女性の前期高齢者に「やせ」が多い。</p> <p>・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。</p>		<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>		<p>旭北のフレイルや介護状況について地域活動の核となる方に説明を行った。そのなかで、フレイル予防の重要性や男性が介護予防に関心を寄せて頂くための工夫、地域の現状の情報共有とその解決策などを話し合うことができた。栄養面のフレイル予防に関して、具体的な取り組みができていない。</p>							
(5)今年度の取り組み・重点事項											
(6)取り組み実績(年間)											
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性
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	<p>※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。フォローは前年度も含む。</p> <p>A:参加3人以上(全員達成且つフォロー)</p> <p>B:参加3人</p> <p>C:参加1人~2人(達成又はフォローした)</p> <p>D:参加1人(未達成且つフォロー無し)、または参加0人(フォロー無し)</p> <p>E:参加0人(フォロー無し)</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【参加人数】 1人	達成	前期に参加者1名、その後定期的にフォローを行い地域の通いの場につなげることができた。	—	通所Cの対象、目的を再度包括内で共有。医療職を中心に総合相談等で利用者の選定を行う。
			<p>※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)</p> <p>A:担当者会議への対面での出席80%~100%</p> <p>B:担当者会議への対面での出席70%~80%</p> <p>C:担当者会議への出席が書面を含め80%~100%</p> <p>D:担当者会議への出席が書面を含め80%未満</p> <p>E:担当者会議への出席が書面を含め50%以下</p>	センター内、訪問先他	全職種	A	【委託先担当者会議への出席率】 85%	達成	前期同様に委託の担当者会議は可能な限り調整して出席、また、やむ負えず参加できない際は事前にチェックリストとケアプラン確認し、チェックリストの反映やケアプランに位置付けた支援の必要性等確認を行った。ケアプランの内容については強く指導はできないが、可能な範囲での指導を行った。今年度実績:委託655件、うち担当者会議開催33件(出席28件、書面5件)	—	適切なケアプラン作成が行われるよう、包括職員対象に勉強会を行う。委託のケアプランについては、引き続きチェックリストの反映や必要に応じた助言を行う。
	(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	<p>※基本チェックリストの新規の実施人数が指標</p> <p>A:例年より大きな実績をあげた</p> <p>B:例年より実績をあげた</p> <p>C:例年並み、または計画どおりに実施した</p> <p>D:例年、または計画をやや下回る</p> <p>E:実施できなかった</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	B	【新規の実施人数】 50人	達成	後期23名。年間50名。15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。その他は該当箇所であった情報提供を行った。	—	総合相談時、または新規のサービス利用者に対して基本チェックリストを実施し、適切な情報提供やサービスにつなげる。
			<p>※講話・講演会の開催回数が指標</p> <p>A:年5回以上</p> <p>B:年3回以上</p> <p>C:年2回(例年並)</p> <p>D:年1回</p> <p>E:年0回</p>	開催場所	保健師を中心に全職種	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	後期に地域の歯科医院に依頼しオーラルフレイルの講話を開催。参加者10名	—	引き続き、介護予防、健康長寿の講座を行い普及啓発を行っていく。
	ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	④介護予防、健康長寿の講座等の開催	<p>※講話・講演会の開催回数が指標</p> <p>A:年5回以上</p> <p>B:年3回以上</p> <p>C:年2回(例年並)</p> <p>D:年1回</p> <p>E:年0回</p>	開催場所	保健師を中心に全職種	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	後期に地域の歯科医院に依頼しオーラルフレイルの講話を開催。参加者10名	—	引き続き、介護予防、健康長寿の講座を行い普及啓発を行っていく。
			<p>※助言等の支援回数が指標</p> <p>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)</p> <p>B:年13回以上実施</p> <p>C:年12回実施</p> <p>D:年5~11回実施</p> <p>E:年4回以下に実施</p>	通いの場(サロン)開催場所	保健師を中心に全職種	A	【支援回数】 21回	達成	後期にフレイルに関するリーフレットを用いて圏域内の通いの場、団体に助言を行った。(14回)地域のリハビリ専門職に依頼し、包括主催のサロンにて介護予防体操を実施。(4回)	—	地域の通いの場や地域のイベント等でフレイルに関する情報を引き続き発信していく。
	イ 健康チャレンジ普及啓発事業	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)	<p>※講話・講演会の開催回数が指標</p> <p>A:年5回以上</p> <p>B:年3回以上</p> <p>C:年2回(例年並)</p> <p>D:年1回</p> <p>E:年0回</p>	開催場所	保健師を中心に全職種	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	後期に地域の歯科医院に依頼しオーラルフレイルの講話を開催。参加者10名	—	引き続き、介護予防、健康長寿の講座を行い普及啓発を行っていく。
			<p>※フレイルチェック開催回数が指標</p> <p>A:年3回以上実施</p> <p>B:年2回実施</p> <p>C:年1回実施</p> <p>D:企画したが未実施</p> <p>E:企画しなかった</p>	開催場所	保健師を中心に全職種	C	【フレイルチェックの開催回数】 1回	達成	根坂間自治会館にてフレイル測定会を実施。次年度開催に向け自治連合会にて測定会について説明を行った。参加者11名	—	次年度2か所実施予定。自治会単位でフレイル測定会を実施していきけるよう普及啓発を行っていく。
	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	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	<p>※対象者に対する把握率で評価</p> <p>A:80%以上</p> <p>B:61~79%</p> <p>C:50~60%</p> <p>D:30~49%</p> <p>E:30%未満</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【把握率】 0%	未達成	ハイリスク対象者なしとして評価Cであること保険年金課に確認済み対象者0名	対象者がいないため未実施。	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時情報提供、サービス調整を行う。
			<p>※対象者に対する把握率で評価</p> <p>A:80%以上</p> <p>B:61~79%</p> <p>C:50~60%</p> <p>D:30~49%</p> <p>E:30%未満</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【把握率】 0%	未達成	ハイリスク者以外の方について、11月に開催したオーラルフレイル講話の募集時、以前フレイルチェック測定会に参加された方へ声掛けと現状維持向上できるような情報提供を行った。(6名)	—	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時情報提供、サービス調整を行う。
カ フレイル対策推進事業	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	<p>※対象者に対する把握率で評価</p> <p>A:80%以上</p> <p>B:61~79%</p> <p>C:50~60%</p> <p>D:30~49%</p> <p>E:30%未満</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【把握率】 0%	未達成	ハイリスク対象者なしとして評価Cであること保険年金課に確認済み対象者0名	対象者がいないため未実施。	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時情報提供、サービス調整を行う。	
		<p>※対象者に対する把握率で評価</p> <p>A:80%以上</p> <p>B:61~79%</p> <p>C:50~60%</p> <p>D:30~49%</p> <p>E:30%未満</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【把握率】 0%	未達成	ハイリスク対象者なしとして評価Cであること保険年金課に確認済み対象者0名	対象者がいないため未実施。	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時情報提供、サービス調整を行う。	
コ	フレイル対策推進事業	<p>⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催</p>	<p>※フレイルチェック開催回数が指標</p> <p>A:年3回以上実施</p> <p>B:年2回実施</p> <p>C:年1回実施</p> <p>D:企画したが未実施</p> <p>E:企画しなかった</p>	開催場所	保健師を中心に全職種	C	【フレイルチェックの開催回数】 1回	達成	根坂間自治会館にてフレイル測定会を実施。次年度開催に向け自治連合会にて測定会について説明を行った。参加者11名	—	次年度2か所実施予定。自治会単位でフレイル測定会を実施していきけるよう普及啓発を行っていく。
ソ	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	<p>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</p>	<p>※対象者に対する把握率で評価</p> <p>A:80%以上</p> <p>B:61~79%</p> <p>C:50~60%</p> <p>D:30~49%</p> <p>E:30%未満</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	【把握率】 0%	未達成	ハイリスク対象者なしとして評価Cであること保険年金課に確認済み対象者0名	対象者がいないため未実施。	市からの依頼や測定結果を確認しハイリスク者の把握に努める。必要時情報提供、サービス調整を行う。
		<p>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)。</p>	<p>B:取組を実施</p> <p>C:取組を未実施</p>	センター内、訪問先	保健師を中心に全職種	C	—	—	—	—	—

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												
<p>・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。</p>												
(2)主な地域課題				(3)主な地域課題の改善策・解消策				(4)主な地域課題の対応状況等(後期)				
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。				<p>・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わ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。</p>				<p>・若い年代への周知活動として、カードサイズで印刷予定だったが未作成となり地域へ配布ができなかった。旭北公民館まつりでは幅広い年代へ包括たよりやリーフレット等の配布や周知活動を行った。                  ・重層的な課題に対応するための体制づくりとして、情報の共有と必要時の検討を継続して行った。</p>				
(5)今年度の取り組み・重点事項						(6)取り組み実績(年間)						
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性	
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	B	【広報誌の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 12回	達成	包括たよりの回覧2回、ちいき情報局掲載2回(11月、3月)、ふれあい広場にて包括の周知(11月16日)、地区社協お楽しみ会(2月12日)旭北公民館まつりでの周知(2月22日)たよりリーフレットを150名に配布)	—	幅広い世代への周知として、カードサイズで作成予定だったが、今年度実施に至らなかったため、今後改めて準備していく。
		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	A	—	達成	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、時間短縮も意識しながら行えた。月に1回のミーティングは年間通して事例検討を行い、相談体制の整備とスキルアップを図った。	—	重層的支援の必要なケースや支援困難ケースについて、毎月の包括ミーティングにて検討を行い、職員の対応能力を高める
	(1)高齢者よる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へ出席、②その他の研修会等へ出席、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へ出席、②その他の研修会等へ出席)	※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	C	—	達成	①平塚市主催研修 社福向け研修(11月20日)、主マネ向け研修(2月27日) ②その他の研修 包括内事例検討(10月25日、11月27日、12月19日) 地域包括支援センター初任者研修(10月1日)、弁護士による成年後見制度講演会(10月29日)、虐待防止ネットワーク研修(11月12日)、社内研修接遇・個人情報について(10月11日)、社内研修緊急時対応・事故防止(11月15日)、社内研修感染症(12月13日)、社内研修介護予防(1月10日)、社内研修アセスメント(1月24日)、社内研修認知症の理解(2月14日)、社内研修ハラスメントの理解と防止(3月14日) 窓口対応力アップ研修(11月29日)、認知症地域支援体制推進全国合同セミナー(1月16日)意志決定支援を考える(2月13日)、認知症地域支援推進員現認者研修(2月20日)	—	個々のスキルに応じた研修へ参加し、研修後は他職員への伝達により研修内容の振り返りを行って包括全体のスキルアップにつなげる。
		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	B	【訓練の実施回数】 1回	達成	BCPの評価、見直し行なった(3月3日)	—	年1回の訓練を行い、BCPの課題を検討・見直しを行っていく。
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、薬局等を通し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か所、薬局7か所。計34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:1か所以上	圏域内	全職種	B	【配布箇所数】 30か所	達成	後期16か所 クリニック5か所、歯科医9か所、薬局2か所に包括のチラシと包括たよりを配布し包括の役割について周知し挨拶を行なった。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。	—	引き続き医療機関への挨拶回りを継続し、医療機関との連携推進を図る。

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												
<p>・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関心の高さを伺うことができた。</p>												
(2)主な地域課題		(3)主な地域課題の改善策・解消策		(4)主な地域課題の対応状況等(後期)								
<p>・前年から引き続き、認知症や精神疾患、生活苦等の重層的な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きている。                  ・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。</p>		<p>・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。</p>		<p>・重層的な支援が必要なケースに対応するための体制として、情報の共有と必要時の検討を継続して行った。                  ・公民館まつりにて幅広い世代への包括の周知活動を行うことが出来た。                  ・脳いきいき教室受講者に対し、地域の受け皿である包括主催の認知症予防教室をご案内し、参加して頂く事ができた。                  ・圏域内にて終活講座を実施して、普及啓発活動を行う事ができた。</p>								
(5)今年度の取り組み・重点事項												
(6)取り組み実績(年間)												
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性	
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 旭陵中学校	認知症地域支援推進員	B	—	達成	<市民向け> ・2回開催。 <学校向け> ・小学校1校開催。 ・小学校1校あいさつ行う。 ・中学校R7.3開催予定が来年度に延期となる。 <企業向け> ・6社あいさつ  <ファシリテーターとして参加> ・2回 <開催手伝い> ・3回	—	・市民向けについては幅広い世代に参加してもらえるよう周知活動を行っていく。 ・圏域内の学校へあいさつを行い、開催に向けた働きかけを行う。
		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	B	【研修の開催回数】 1回	達成	<チームオレンジ研修> ・1回開催 <ファシリテーターとして参加> ・1回 <マッチングリスト> ・前期で説明が行えていなかった残りのチームオレンジメンバーへ「チームオレンジメンバー活動登録表」の説明を行い登録済み。 ・登録内容に変更があるメンバーに関しては更新として再度登録済み。	—	・マッチングリストを活用したマッチングが実施できるよう「チームオレンジメンバー活動登録表」を、必要に応じて更新する。 ・利用者の発掘が行えるよう、引き続き、状況把握を行い、ニーズの確認を行っていく。
	(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	A	【予防教室の開催回数】 11回	達成	<認知症予防教室> ・11回開催(8月のみ中止)  ・脳いきいき教室受講者2名が認知症予防教室に参加。	—	・引き続き、認知症予防教室を定期的に開催していく。 ・引き続き、脳いきいき教室受講者に対し、認知症予防教室への参加を促す。
	(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	B	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 61%	達成	相談人数21人に対し、13人を医療・介護・地域等のネットワークに繋がった。	—	認知症に関する相談時は、認知症ケアパスを用いることで、適切な医療・介護・地域資源に繋げる様にする。また必要に応じて初期集中支援事業の案内を行う。
	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：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	C	【選定ケース提出数】 0人	達成	・相談ケース1件提出。	—	初期集中選定対象になるようなケースを抽出していたが、医療や介護につなげることができたため、相談ケースのみとなった。来年度も選定ケースや相談ケースの抽出を行う。	
	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	A	【新規と継続の合計人数】 105人	達成	新規98名 継続7名	—	・実施できるよう活動の場や総合相談時等で周知していく。	
(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	A	【開催と支援の合計数】 31回	達成	認知症カフェ開催回数 11回(12月のみ中止) 支援回数 20回	—	・来年度も定期的に開催していく。 ・今後も継続して認知症カフェの周知活動を行い、普及啓発に努める。	

(5) 今年度の取り組み・重点事項						(6) 取り組み実績(年間)						
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性	
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。)	※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	C	—	達成	①8月22日 1月23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 11月8日 12月13日 1月10日 2月14日 3月14日	—	引き続きひとり暮らし高齢者の方と近い関係性にある民生委員との関係性の維持強化に努めていく。
		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	C	—	達成	案内2件。 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。 10月29日平塚後見センターよりそい講演会に参加。 3月5日後見制度研修に参加。	—	引き続き成年後見制度の普及啓発を行い制度の利用支援を行う。
		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: 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	B	【終活講座、講話の回数】 2回	達成	10月22日「高齢者住宅や介護施設さがし」の講演を開催。 1月31日 終活講座にてエンディングノートについての説明を行った。	—	引き続き、地域に向けて終活に関する情報発信を行って行く。
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: 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	C	【普及啓発の回数】 1回	達成	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。	—	引き続き虐待ケースの予防・早期発見の為、地域に向けた普及啓発を行って行く。	
	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	B	—	達成	15ケースの虐待に関する相談に対応。 9月2日・3月25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。	—	引き続き虐待リスクがあるケースに関してはマニュアルに基づいた対応が出来る様、ケース検討を行って行く。	
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	A	—	達成	・1月20日あさひみなみと合同で、市の災害対策課に講師依頼し民生委員とケアマネの勉強会開催。 ・3月に避難行動要支援者支援制度についてのチラシを作成し、自治会回覧と、ちいき情報局への掲載を行った。	—	民生委員や自治会等の関係団体と、災害時の取り組みについて、継続して話し合いの場をもつ。		

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			(4)主な地域課題の対応状況等(後期)						
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。			個別地域ケア会議開催に向けて周知活動を行った。カンファレンスとして個別課題解決に向けた検討は行なうが個別地域ケア会議としての開催の意識なく開催に至らなかった。						
(5)今年度の取り組み・重点事項						(6)取り組み実績(年間)						
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性	
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 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: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	C	【個別相談支援の件数】 21件 【同行訪問等の件数】 15件	達成	圏域内の居宅へのあいさつ回りは計画通り行い関係性は維持できている。圏域外については委託等に関りがある居宅は問い合わせや相談等あり必要に応じた後方支援を行った。	-	ケアマネジャーと地域関係団体との交流会を継続し関係性を維持していく。また、必要時には後方支援行っていく。	
	(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。)	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	C	【小地域ケア会議の開催数】 3回 【個別地域ケア会議の開催数】 0回	未達成	小地域ケア会議については予定通り実施。包括たよりにて地域住民や地域団体へ向けて個別ケア会議についての周知を行ったが、個別地域ケア会議としての開催はなし。カンファレンスとしての開催はあり、支援の方向性の検討や情報の共有を行った。	個別地域ケア会議の必要性や、個別地域ケア会議にこだわる理由がなく、必要時必要メンバーでのカンファレンスでまかなえている現状があった。職員自身の意識を統一していく必要がある。	個別地域ケア会議開催に向け、包括職員の個別地域ケア会議についての認識を統一していく。	
	(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	A	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 3回	達成	予定通り参加。	-	圏域内関係団体との連携を図り、地域の高齢者が抱える課題について共有し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	B	-	達成	例年通りの地域団体との関係性の維持はできているものの、後期に新たな資源への働きかけができなかった。	前期に行けなかった飲食店や新聞販売店へ働きかけができなかった。	圏域内の医療機関32か所・介護・福祉等事業所・地元企業等への挨拶回りや、各活動の場・会議等へ出席する事で相談しやすい関係性を維持していく。また、新たな資源として飲食店や新聞販売店へ働きかけ行っていく。

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											
<p>・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がった。</p> <p>・通所型サービスC参加へ2名繋いだ。</p> <p>・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、フレイル予防の為に記事を記載したあさひみなみだよりを配布。</p>											
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(4)主な地域課題の対応状況(後期)					
<p>・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。</p>			<p>・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。</p>			<p>・後期でも通所型サービスCに1名繋ぐことができ、また前期教室終了者に対しても地域活動の中でフォローができています。</p> <p>・フレイルチェック測定会は前期に実施し、その後サロン活動の中でハイリスク対象者にフォローができています。季節によって体調チェックを行ったり、またフレイル予防に関する情報提供が継続して実施することができています。</p>					
(5)今年度の取り組み・重点事項											
(6)取り組み実績(年間)											
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性
基本目標1「健康で生きがいに満ちた暮らし」											
1 健康長寿へのチャレンジ											
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進											
①高齢者の状況に応じた適切なケアマネジメントを行う。											
	①通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	圏域内の対象者に向けて通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。 ・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	C	【参加人数】 2人	達成	・6月1名、10月1名参加。	—	引き続き圏域内の対象者について通所型サービスCの利用促進、利用後のフォローを行う。
	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	A	【委託先担当者会議への出席率】 94%	達成	・委託先担当者会議:53件 ・出席件数:50件(書面3件)	—	委託先担当者会議には基本的に出席する。新規の委託契約時にはマニュアルを配布。また、提出された書類の確認を行う。
(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:前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	C	【新規の実施人数】 63人	達成	・新規基本チェックリスト実施者:61人 ・通所型サービスC利用者:2名	—	新規サービス利用者や通所型サービスC利用者にチェックリストを実施する。
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①あさひきた・みなみ合同の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	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	①かりつけ薬局の講話:1回 ②栄養と運動の講話:1回(URから依頼)	—	高齢者の健康増進・フレイル予防に関する講話・講演会を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。
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	A	【支援回数】 13回	達成	①12か所の通いの場にパンフレット配布 ②リハビリ職を招き通いの場1か所で講話と体操実施。	—	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。
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	C	【フレイルチェックの開催回数】 1回	達成	・フレイルチェック測定会:1回	—	「栄養・運動・社会参加」をテーマに、フレイルを「知る」「気づく」という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繋がっていく。
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	A	【把握率】 100%	達成	・全6名のハイリスク対象者へフォロー実施	—	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。
		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	C	—	—	—	—	—

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											
<p>・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。</p> <p>・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。</p>											
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(4)主な地域課題の対応状況等(後期)					
<p>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。</p>			<p>・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積極的に研修に参加する。</p>			<p>・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、施設入居等の説明、案内、支援を行った。困難ケースになる前に包括等の支援機関が介入できる様に、広報誌の作成やイベント等に参加して包括の知名度向上に努めた。また、複合的なケースに対応出来る様に職員のスキルアップに努めた。</p>					
(5)今年度の取り組み・重点事項						(6)取り組み実績(年間)					
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性
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、地域の方が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、地域の方が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	B	【広報誌の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】  3回	達成	①広報誌の配布、SNSに掲載:2回 ②地域の方が50人以上集まるイベントへの参加:1回	-	年度に2回広報誌を作成。地域への配布やちいき情報局に掲載。地域の方が50人以上集まるイベントに参加して宣伝するなどして、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	B	-	達成	・①②③を実施。新規相談や相談対応中のケース、プラン担当者に状態変化があった場合に実施している。	-	毎日ミーティングを実施し相談ケースを共有する。また、困難ケースについては、その都度ミーティングを実施する。相談ケースは1人で抱えず多職種で検討。ミーティング開催時は、地域ケア会議を意識する。
	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	C	-	達成	・①②③を実施。③年2回実施。	-	平塚市が開催する研修会、その他の研修会等に参加して、職員のスキルアップに努める。
	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	A	【訓練の実施回数】  3回	達成	①自然災害2回。感染症1回の訓練実施。 ②自然災害、感染症のBCPの評価・改善を実施。自然災害は評価・改善を実施。感染症は評価のみ。	-	自然災害・感染症の訓練を年1回実施し、BCPの評価、改善を検討。
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:0か所以上	各薬局・医療機関	全職種	A	【配布箇所数】  12か所	達成	・医療機関10か所、薬局2か所にリーフレット配布。	-	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																	
<p>・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。被虐待者の支援や介護者支援を行った。                  ・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に講話や研修を実施した。</p>																	
(2)主な地域課題			(3)主な地域課題の改善策・解消策			(4)主な地域課題の対応状況等(後期)											
<p>・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。</p>			<p>・認知機能検査を活用してMCIの早期発見</p>			<p>・認知機能評価25名に実施し、結果に応じ、脳いきいき講座への情報提供を行った方のうち、3名が参加できた。                  ・認知症ケアバスを用いた専門的な相談については、全職員が対応。後期は13名に対応し、うち6名がネットワークにつながった。地域版ケアバスを用い、あさひみなみ圏域の認知症関連事業についてPRを行い、これまで開りのなかった高齢者からも少しずつ相談が入るようになった。                  ・認知症サポーター養成講座について、4月に市から小中学校へ依頼文をお送りいただき、打ち合わせを続けていた。山城中学校より依頼があり講座開催できた。また別事業から関係性を築くことができた西図書館からも依頼あり、企業向けに開催できた。                  ・マクドナルド山下店でのオレンジカフェについて、全世代に認知され、社会貢献の活用実績がある企業・施設を活用することで、認知症があっても利用しやすさと認知症の普及啓発のしやすさを兼ねて2月にプレ開催することができた。</p>											
(5)今年度の取り組み・重点事項												(6)取り組み実績(年間)					
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性						
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	A	—	達成	①市民:5月30日 ②企業:2月20日(平塚市西図書館職員) ③学校:8月22日(山下学童保育会)11月29日(山城中学校)	—	・様々な年代が新しい認知症観について知る機会が増えるよう、一般、小学校・中学校・企業へ挨拶回りを行ったり、圏域内の企業へ案内貼付の依頼回りをし、参加者を集める。 ・令和7年度は就労者も参加しやすいような時間帯を考慮し、土曜日開催を検討する。 ・相談対応時、地域団体、サロン、企業等に地域版ケアバスを配布したり、貼付してもらい、事業のPRをする。					
		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	A	【研修の開催回数】 1回	達成	①チームオレンジ研修:1回 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:8回	—	新しい認知症観を基に、チームオレンジ研修を開催し参加者の理解が深まり、チームオレンジメンバーの純新規者が2名以上増えるよう、対象者へ声をかける。チームオレンジ登録表(マッチングリスト)を用いた活動が年8回ある。					
	(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	C	【予防教室の開催回数】 6回	達成	認知症予防教室開催数:6回	—	認知症予防教室ににじいろサロンの内容をコグニサイズに特化した内容に変更する。また教室参加者から脳いきいき講座対象者を把握したり、脳いきいき講座修了者の受け皿として教室開催を行う。また、にじいろサロンと別に認知症予防教室を住民向けに開催する。認知症に関する住民アンケートに基づいた内容で講座内容を検討をする。					
		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: ケアバス配布数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)に繋げた	※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20人のうち70%程度ネットワークに繋がった B:相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋がった C:相談人数20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	認知症地域支援推進員	B	【相談者のうちネットワークにつながった割合】 66.6%	達成	・相談者:27名 ・ネットワークへの繋ぎ:18名 ・地域版ケアバスの配布:262名	—	改訂した認知症ケアバスを用いた専門的な相談支援から、初期集中支援事業・専門医等医療機関・地域のネットワークへ繋げる。					
(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: 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	B	【選定ケース提出数】 1人	達成	・選定ケース:1人	—	相談時、地域サロン参加時、認知機能評価時などの活動の際、対象者把握に努め、相談ケース1人を挙げる。						
	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	A	【新規と継続の合計人数】 118人	達成	・新規:82名、継続:36名。 ・実施者4名に脳いきいき講座の声掛けし3名参加。	—	地域サロン9か所に相談の実施を行ったり、総合相談ケースや昨年度実施された方へのアプローチを行い、認知機能検査を実施する。結果に応じ、初期集中支援事業・医療機関などの関係機関、地域活動、介護保険などに繋ぐ。						
(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	A	【開催と支援の合計数】 12回	達成	・開催:6回、支援:6回	—	さんかふえ(料理)の企画・運営をチームオレンジメンバーと行う。平塚保健福祉事務所と高齢福祉課が共催している「なかマックカフェ」の運営協力をあさひきたと合同で継続する。						

(5)今年度の取り組み・重点事項						(6)取り組み実績(年間)						
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性	
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・複合化しているものは、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	B	—	達成	①他機関への相談や、複数機関とのカンファレンスを実施。 ②民生委員、住民等からの相談に対して訪問や同行訪問を実施。	—	他機関へ相談を行い、必要に応じてカンファレンス等を開催。民生委員・住民等からの相談に対して訪問等を実施する。
	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: 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	A	—	達成	・市長申立て: 4名 ・制度の案内: 15名	—	講話等により成年後見制度の普及啓発を行い、制度の利用に繋げる。
		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	C	【終活講座、 講和の回数】 1回	達成	①講座の回数: 1回 ②エンディングノート配布数: 160冊	—	サロンやイベント等で終活講座、講話を実施。サロンやイベント等で、エンディングノートを配布する。
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	B	【普及啓発の 回数】 2回	達成	・研修: 1回、・講話: 1回	—	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に、普及啓発の講話・研修を実施する。	
	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: 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	A	—	達成	①相談ケース5件、虐待認定ケース2件。困難ケースを適切に対応。 ②1件の事例検討実施	—	高齢者虐待を予防し、また発生時に早期に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルに基づく相談対応をすると共に事業所内等で事例検討を行う。	
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	A	—	達成	①チラシ等の窓口配架 ②地域を対象に新たに周知啓発の実施 ③勉強会1件実施(包括あさひきたと合同で開催。あさひみなみ・きた地区の民生委員、委託でケース担当をもらっているケアマネジャーを対象に実施)	—	避難行動要支援者支援制度のチラシ等の窓口配架を実施する。	

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						(2)主な地域課題						(3)主な地域課題の改善策・解消策						(4)主な地域課題の対応状況等(後期)					
<p>・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。</p>						<p>・ボランティアの新しい担い手が集まらない事について第2層協議体で話し合い、広報ひらつかを利用して担い手の募集、平塚市高齢者福祉計画の見直しを第1層協議体で提案した。                      ・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、カンファレンス開催の提案・開催等の支援を行った。</p>																	
(5)今年度の取り組み・重点事項						(6)取り組み実績(年間)																	
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 年間評価	イ 活動数値	ウ 達成状況	エ 年間の実績	オ 未達成理由	カ 今後の方向性												
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 イ ケアマネジャーとの連携強化の支援	①ケアマネジャーへの支援と連携強化を図る。 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	A	【個別相談支援の件数】 12件 【同行訪問等の件数】 9件	達成	①個別相談支援12件、同行訪問等9件 ②研修1件開催	—	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、同行訪問等の後方支援を行う。												
	(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。	※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	B	【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】 1回	達成	・小地域ケア会議:1回 ・個別地域ケア会議:1回	—	地域ケア会議開催を意識して毎日のミーティング等を行うと共に、地域ケア会議の研修等に参加して地域ケア会議の理解を深める。												
	(A)地域ケア会議の開催	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。	※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	A	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 10回	達成	・第2層協議体への参加、開催支援:10回	—	第2層協議体への参加、開催を支援して、地域の課題を抽出して、第1層地域協議体に意見を挙げる。												
	(B)協議体の開催	④地域資源と良い関係を構築する。	※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(新たな資源への働きかけ) 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	A	—	達成	・新たな資源への働きかけ、連携事業の開始:3件(①平塚市西図書館、認知症サポーター養成講座。②山城中学校、認知症サポーター養成講座。③山下学童保育会、認知症サポーター養成講座)	—	新たな資源への働きかけを行いつつ、引き続き、民児協、市民活動団体の会議等に出席し、顔の見える関係作りを行いネットワークを構築する。												
(C)地域資源と関係構築																							