

# 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

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

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					(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>・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には連絡を受けて対応することが出来ている。</p>					<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>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。</p> <p>・計画目標:1人利用(前年実績:1人利用)</p> <p>※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</p>	<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)、または参加0人(フォロー有)</p> <p>E:参加0人(フォロー無)</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。							
			②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	<p>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。</p> <p>・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%)</p> <p>(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))</p>	<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。	—	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。						
	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	<p>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。</p> <p>・計画目標:40人(新規のみ)</p> <p>(前年実績:37人(新規のみ))</p>	<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。その他は該当箇所に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。							
			④介護予防、健康長寿の講座等の開催	<p>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。</p> <p>・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等)</p> <p>(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、A1歩行解析による転倒予防))</p>	<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。						
	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)	<p>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)</p> <p>・計画目標:12回(圏域内の通いの場(サロン)の数:36団体)</p>	<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。							
	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	<p>「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開催することで、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。</p> <p>・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)</p> <p>(前年実績:年4回実施(内容:測定会))</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	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>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。</p> <p>・計画目標(把握率):対象者の60%</p> <p>(前年実績:1件)</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 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)	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。						
			②新たな取組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>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	圏域内	全職種	B	【広報紙の配布、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)たよりとリーフレットを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。)	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。住人の終活に対しての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: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	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る。 ・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チームオレンジャーの活動支援	チームオレンジャー研修を開催し、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ャー(チームオレンジャー研修修了者)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ャーの活用が指標 ※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	<チームオレンジャー研修> ・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ャーメンバーへ「チームオレンジャー活動登録表」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「チームオレンジャー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。	
	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。)	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。	
	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。)	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。)	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。	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、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	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)高齢者よら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											
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で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。)											
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											
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。カンファレンスでの開催はあり、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。											
(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。											
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。											
(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(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)											
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掛けができなかった。											
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						(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>・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、福祉社・地域のサロン等のインフォーマルなサービスに繋げた。</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、フレイル予防の為の記事を記載したあさひみなみだよりを配布。</p>						<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通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	<p>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。</p> <p>・計画目標:2人利用(前年実績:2人利用)</p> <p>※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</p>	<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。フォローは過年度も含む。</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)、または参加0人(フォロー有)</p> <p>E:参加0人(フォロー無)</p>	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	<p>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。</p> <p>・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%)</p> <p>(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))</p>	<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>	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。										
	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	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。</p> <p>・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))</p>	<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:例年並み、または計画どおりに実施した</p> <p>C:例年、または計画をやや下回る</p> <p>D:実施できなかった</p>	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。										
			④介護予防、健康長寿の講座等の開催	<p>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。</p> <p>・計画目標:年2回開催①あさひきた・みなみ合同のかけつけ薬局の講話、②URや地域からの依頼による講話。</p> <p>(前年実績:年2回開催(内容:かけつけ薬局、お口の健康))</p>	<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>	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かけつけ薬局の講話: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)	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>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)</p> <p>・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。</p> <p>(圏域内の通いの場(サロン)の数:39団体)</p>	<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>	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。										
			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>「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。</p> <p>・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)</p> <p>(前年実績:年2回実施(内容:測定会))</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>	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げていく。										
	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	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>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。</p> <p>・計画目標(把握率):対象者の60%(前年実績:0件)</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>	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>B取組を実施</p> <p>C取組を未実施</p>	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											
・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			(4)主な地域課題の対応状況等(後期)					
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出来る様に、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。					
(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。	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、その他の研修会等へ出席して、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申し出し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(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。                      ・認知症ケアパ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。地域版ケアパスを用い、あさひみなみ圏域の認知症関連事業についてPRを行い、これまで関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・企業へ挨拶回りをしたり、圏域内の企業に案内貼付の依頼回りをし、参加者を集う。 ・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パスを配布したり、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を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げます。 ・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)に繋げた	※相談人数に対するネットワークに繋げた人数が指標 A:相談人数20人のうち70%程度ネットワークに繋げた B:相談人数20人のうち50%程度ネットワークに繋げた C:相談人数20人のうち30%程度ネットワークに繋げた 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げた割合】 66.6%	達成	・相談者:27名 ・ネットワークへの繋ぎ:18名 ・地域版ケアパスの配布:262名	—
	(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。	—
	(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	福祉社、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「なかまっかふえ」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 ⑨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	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	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2-1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。	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。	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)	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。	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)。	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(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)	センター外	全職種	A	-	達成	・新たな資源へ働きかけ、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参加し、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																							

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												
<p>・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。</p> <p>・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。</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>・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。</p> <p>・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)</p>			<p>・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。</p> <p>・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。</p>			<p>・城島地区でフレイル測定会を2回実施し、結果を確認した。フレイルに該当する参加者はいなかったが、より幅広い対象者へ測定会への参加を周知し、健康維持増進への取り組みのきっかけとなるよう働きかけていく必要がある。</p> <p>・地域の要請に応じて、地区サロンや高齢者昼食会等でフレイル予防と健診受診推奨の講話を行った。</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。フォローは過年度も含む。</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)、または参加0人(フォロー有)</p> <p>E.参加0人(フォロー無)</p>	センター	看護師を中心に全職員	A	【参加人数】 3人	達成	・各期2~3名に事業案内を行い、3名が参加した。	—	・事業終了直後の利用者の意欲を維持できるよう、地域の通いの場への参加呼びかけをはじめ、継続的な関わりを維持する必要がある。
		(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	②適切な介護予防ケアマネジメントと評価の実施	<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 ・利用者宅	主任ケアマネジャーを中心に全職員	B	【委託先担当者会議への出席率】 77%	達成	<p>・委託先のサービス担当者会議は年度内39回開催。うち30回に出席、都合の合わなかった残りの9回も書面参加の為、すべてのケースに関与はできた。</p> <p>・直営のサービス担当者会議は期間中146件開催。</p>	—	・アセスメントに関わったケースに対して、継続的に状況を把握し、適切な支援につながるよう、働きかけを行っていく。
		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。	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>	利用者宅	看護師を中心に全職員	D	【新規の実施人数】 41人	未達成	<p>・新規チェックリスト 41件 その他(更新等)30件</p> <p>・ケアプラン更新でも基本チェックリストを実施し、前回の結果と比較検討したうえでケアプラン作成に活用している。</p>	—	<p>・新規基本チェックリスト実施のタイミングがケアプラン作成時に限られてしまったため、幅広く活用することができなかった。</p> <p>・新規ケアプラン作成時だけでなく、総合相談やサロンで心身の状況把握を目的として、必要に応じてチェックリストを実施する。</p>
		(2)地域で取り組む健康チャレンジ	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>	・岡崎公民館 ・城島公民館	看護師	A	【講話・講演会の開催回数】 15回	達成	<p>・講話・講演会を15回開催。</p> <p>・地域の要請に応じて健康維持増進やフレイル予防についての講話を行った。</p> <p>・主催サロンでは園芸を通して外出や他者と交流する機会をつくり、参加者から高い評価を得られた。</p>	—	・地区サロンや高齢者昼食会等に関心の高いテーマを選んで講話を実施する。テーマに応じて専門職に講師を依頼していく。
		ア 健康チャレンジ高齢者把握事業	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>※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>	・地区サロン会場 ・通いの場 ・公民館	看護師を中心に全職員	A	【支援回数】 33回	達成	<p>・地域の依頼に応じてフレイル予防につながる講話を実施した。地域の健康体操では介護予防運動指導員による体操と講話を定期開催している。通所型サービスC事業参加者の地域の通いの場として紹介した。</p> <p>・健康推進員が開催するサロンに定期的に出席し、開催支援および参加者の動向把握に努めている。</p>	—	<p>・岡崎・城島両地区の地区サロンを年1回程度訪問し、要望に応じて講話を行う。</p> <p>・地域の依頼に応じてフレイル予防に関する講話や周知を行う。</p>
		エ 健康チャレンジ普及啓発事業	⑥センター企画によるフレイルチェック測定会の開催	<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>	城島公民館 R7年2月予定	看護師	A	【フレイルチェックの開催回数】 3回	達成	・予定通りフレイルチェック測定会を開催した。	—	・岡崎、城島両地区で各1回、測定会を開催する。
		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	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>	①利用者宅 通いの場 福祉村	看護師を中心に全職員	A	【把握率】 100%	達成	①フレイルハイリスクと判定された4名全員の社会参加状況を確認し、保険年金課と共有した。	—	・報告を受けた参加者を把握し、定期的な活動や行動変容につなげられるよう働きかけていく。
		コ フレイル対策推進事業	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>B取組を実施</p> <p>C取組を未実施</p>	②利用者宅	看護師を中心に全職員	B	—	達成	・健康状態不明者7名に対し、保険年金課保健師と同行訪問し、生活状況を把握するよう務めた。	—	・報告を受けて継続的な関わりや支援の必要性を確認し、把握につとめていく。

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						(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>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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を努めた。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。</p>						<p>・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。</p>						<p>・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。</p> <p>・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。</p>						<p>・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を中心に出席した。</p> <p>・定期的なミーティングだけでなく、職員が情報共有できるタイミングを見つけて相談や報告を実施し、専門職の意見を反映させるよう努めた。</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	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	A	【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	・広報誌の発行 3回 ・ちいき情報局への掲載 3回 ・法人ホームページへの掲載 ・岡崎、城島各地区の公民館まつりに参加 ・城島ふれあいの里秋祭り、きじマルシェ、岡崎上之入公園植栽会等、地域の要請により参加。健康相談と共に多様な年齢層を対象に包括の周知を実施した。	-	・広報誌は全戸配布と自治会回覧を併用して年3回発行し、同時にちいき情報局やホームページへの掲載を継続する。 ・各地区の公民館まつりは活動報告と健康相談を兼ねて出席し、多様な年齢層の来場者に周知していく。 ・地域からの要請に対しては平日の業務に支障をきたさない範囲で出席し、職員数を絞って対応する。												
	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	B	-	達成	・①②③新規相談ケースは初回相談記録の回覧の他、毎日ミーティングで経緯を報告し共有している。困難ケースや対応に配慮が必要なケースも定期ミーティングや随時ミーティングで共有し、検討している。	-	・定期的なミーティングは確実に開催する。全職員が集まっているタイミングで、短時間でも情報交換や相談ができる時間を設けていく。												
	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.①②③に出席し、さらに④を年12回(毎月1回)以上 B.①②③に出席し、さらに④を年4回以上 C.①②に出席し、さらに④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	B	-	達成	①各職種それぞれに企画された機能強化研修に出席。 ②各職種が県や外部の研修会に出席。 ③BCP(自然災害)に関する内部研修2回(全体研修・訓練を兼ねる)新規職員に対する個別研修2回、支援における不適切ケアについて内部研修を行った。	-	①各職種が企画された機能強化研修に出席できるよう調整する。 ②県や外部の研修に年1回以上参加する。資料を回覧し、ミーティング等の共有の機会に報告を行っていく。 ③BCPや虐待だけでなく、制度改革等の包括業務に関わる研修を企画開催する。												
	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	管理者	A	【訓練の実施回数】 2回	達成	①自然災害BCPに関する包括内研修を2回実施(全員)社内人事異動に伴う職員の交代時に個別研修を行った。 ②自然災害BCP、感染症BCP共に職員交代に伴って緊急連絡先を改訂し、職員に周知した。災害用備蓄品の見直し、補充を行った。	-	感染症BCPに関する研修を実施する。 災害備蓄品の点検と補充を継続する。												
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。合計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	C	【配布個所数】 8か所	未達成	・医療機関4ヶ所、薬局4ヶ所に挨拶を兼ねて訪問し、配架依頼した。歯科医院は年度初めの挨拶で訪問したが、リーフレットの配架依頼は行わなかった。	・年度の途中でリーフレットが修正され、配架依頼の機会を失ってしまった。	・圏域内医療機関5か所、薬局4ヶ所、歯科医院3ヶ所に包括の広報とリーフレットを持参して挨拶し、顔の見える関係づくりを推進する。												

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>・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。</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>・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かった。                      ・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。</p>				<p>・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。</p>				<p>・障がい、経済困窮、身寄りのない高齢者等、複合的な課題を抱えるケースについては、関係機関と連携しながら支援を行うことができた。                      ・依頼を受けて城島小学校3年生を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、児童の感想を公民館まつりで掲示した。</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、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	B	—	未達成	〈実施〉 市民 2回 学校 1回 企業 なし	企業向け研修の開催依頼を、地域の企業商店(14社)に広報誌配布時にしていたが、開催には到らなかった。 企業によっては社内にキャラバンメントを置き、社内研修を実施しているため受講につながりにくいことがある。	企業向け研修については、引き続き商店・企業にも開催の依頼をしていく。また同時に認知症高齢者と関わりのある介護保険施設を対象に、積極的に開催の依頼をしていく。
		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: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	A	【研修の開催回数】 2回	達成	・研修 2回開催(岡崎地区 1回、城島地区 1回) ・マッチングリストから「麻雀カフェ」の開催に繋がった。	—	チームオレンジメンバーの活動につながるよう、マッチングリストを活用し、活動の場を提供していく。
	(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) 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	C	【予防教室の開催回数】 44回	未達成	・岡崎地区 24回 開催 ・城島地区 20回 開催 計44回	脳いきいき講座に参加された1名に、社会参加とコグニサイズの習慣化を目的として地域のコグニサイズ教室をおすすめしたが、参加には至らなかった。	地域と連携して身近で参加しやすい予防教室を目指す。総合相談で認知機能低下の兆候が認められるケースは、もの忘れ相談プログラムの実施と並行して予防教室をご案内していく。
		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)に繋がった	※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	・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	C	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 32%	達成	認知症に関する相談は、年間で19件。ケアバスを用い、その内6名を医療、介護保険、地域事業に繋がった。	—	・相談内容は事業所内で共有し、多職種と連携してより良い支援につなげる。
	(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 (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	C	【選定ケース提出数】 0人	達成	相談ケース1人	—	・岡崎・城島両地区の福祉村で開催するたちより相談室や民生委員からの相談など、多方面から情報を得るよう努め、早期の関わりを重視して事業につなげていく。
		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	B	【新規と継続の合計人数】 98人	達成	年間98件(新規 50件、継続 48件)	—	地域の方が集まるサロンやイベント、認知症予防教室や認知症サポーター養成講座などで周知していく。
	(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	A	【開催と支援の合計数】 14回	達成	・ふれあいスポット 12回 ・麻雀カフェ 2回 ・家族介護者のカフェ開催は医師との日程調整がつかず、開催を見送った。	—	チームオレンジメンバーの協力を求めながら、すすめていく。

(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:2地区の民児協定例会や協議体において、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参加し、連携強化を図るとともに情報共有を実施。)	センター	管理者を中心に全職員	C	—	達成	・城島地区民児協定例会 6回 ・岡崎地区民児協定例会 2回 ・岡崎地区協議体 3回 ・民児協定例会に出席し、地域の実情把握に努めた。協議体の場で、それぞれの団体が日常的な見守りを行っていることを知ることができた。	—	・民児協定例会には定期的に参加し、情報共有や実情把握に努めながら連携を図っていく。 ・協議体に参加する各団体が実施している日常的な見守りについて、活動内容や担当者などの詳細を把握し、共有を図っていく。 ・高齢者の見守りに関するフォーマルサービスについて、地域団体の代表者が知る機会を持ち、活用できるよう支援していく。
	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: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。)	・開催場所 ・利用者宅	社会福祉士を中心に全職員	A	—	達成	・成年後見制度等の権利擁護に関する普及啓発活動:8回(71人参加) ・日常生活自立支援事業につながったケース:1件	—	・引き続き、普及啓発活動が行えるように各種団体に働きかけていく。 ・権利擁護に関する相談があれば、随時関係機関と連携を取りながら支援をしていく。
		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。)	・開催場所 ・訪問先 ・サロン会場等	全職員	C	【終活講座、講和の回数】 1回	達成	・ACP講話ともしバナゲームの体験1回	—	サロンなどの小規模な集まりに対して働きかけ、周知していく。
		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)	開催場所	社会福祉士	A	【普及啓発の回数】 7回	達成	高齢者虐待防止に関する普及啓発活動:7回(50人)	—	引き続き、普及啓発活動が行えるように各種団体に働きかけていく。
		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。	・センター ・利用者宅	社会福祉士を中心に全職員	A	—	達成	・包括内事例検討:1回 ・虐待認定されたケースはなかったが、虐待のおそれがあるケースにおいては、包括内、高齢福祉課等関係機関と連携して支援を行うことができた。	—	・引き続き、高齢者虐待が疑われる相談があった時には、高齢者虐待対応マニュアルに基づき、関係機関と連携しながら支援を行っていく。 ・全包括職員が虐待対応を行えるように、事例検討を実施する。
		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)	・センター ・利用者宅	全職員	C	—	達成	・要介護者の避難行動計画作成のため、居宅ケアマネジャーと地域民生委員の連携を支援した。	—	・地域の自治会や民生委員の取り組み状況および、実情を把握しながら、連携を支援する。

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>・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。</p> <p>・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。</p>						<p>・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。</p> <p>・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。</p>						<p>・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。</p> <p>・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。</p>						<p>・岡崎地区小地域ケア会議に出席し、地域の新たなコミュニティ交通について、地域団体と情報共有を図った。</p> <p>・岡崎地区地域ボランティア、城島地区地域団体の開催する介護・福祉関係の研修会開催に協力し、周知活動を行った。</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2-1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: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	C	【個別相談支援の件数】 17件 【同行訪問等の件数】 3件	達成	個別相談支援17件 内:同行支援3件	-	支援困難ケースの共有と、継続観察											
(1)高齢者よら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	A	【小地域ケア会議の開催数】 4回 【個別地域ケア会議の開催数】 2回	達成	小地域ケア会議 4回 岡崎地区 (コミュニティ交通・独居者安否確認) 個別地域ケア会議 2回 (独居高齢者の見守り等)	-	個別地域ケア会議開催数を増やし、地域課題の抽出を目指す。											
(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	A	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 3回	達成	協議体開催支援3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を続ける
(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)	・開催場所 ・センター	主任ケアマネジャーを中心に全職員	B	-	達成	各機関と定期的なコンタクトに加え、地域教育力ネットワークとも関係性が構築できた。	-	各機関と必要時に具体的な連携が取れる様、定期的なコンタクトを続けていく。											

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			(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>・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。</p> <p>・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。</p> <p>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。</p> <p>・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。</p>			<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>			<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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高められるよう内容構成を検討した支援を行なう。</p>			<p>(1)複数ケースについては随時、検討していくことを徹底し、必要に応じて複数人での対応を図るよう心掛けた。</p> <p>(2)11月22日に3地区合同(八幡・四之宮・真土)での小地域ケア会議及び協議体を開催。各地区で行われている自主活動について意見交換を行った。</p> <p>(3)前期に続き、後期に行なったフレイルの講話でも必ず3要素について説明し、運動以外の要素も大切であることを伝えた。</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1「健康で生きがいが満ちた暮らし」	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通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	<p>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。</p> <p>・計画目標:2人利用(前年実績:2人利用)</p> <p>※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</p>	センター	保健師 全職種	C	【参加人数】 2人	達成	<p>・2クール目 1人</p> <p>・3クール目 1人</p> <p>合計 2人</p> <p>運動機能の向上を希望している対象者に限って選定し、年間2人を選出。2人とも、終了時に機能向上の自覚あり、満足度も高い。また、地域活動に参加する意欲を持ち続け、現在も活動を続けている。運動機能の向上という明確な目的を利用者・支援者で共有できたことが、効果につながったと考える。</p>	-	次年度も運動機能向上のニーズを持った利用者の選定を行っていく。	
	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	<p>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。</p> <p>・計画目標:委託先担当者会議に積極的に出席する(目標80%)</p> <p>(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))</p>	<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>	訪問先他	主任ケアマネジャー 全職種	C	【委託先担当者会議への出席率】 52%	未達成	<p>・委託先担当者会議:55件</p> <p>・出席件数:55件(対面29件、書面26件)</p>	令和6年度については、対面での担当者会議出席率の目標設定が高かったこと、委託担当者会議当日のスケジュールが合わなかったことも要因として上げられた。	令和7年度は、対面での出席率を上げ、より自立支援を目的としたケアプラン点検を行えるよう計画書等を担当者会議当日ではなく、事前に包括に持参・郵送していただくように伝えていく。
	(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。</p> <p>・計画目標:50人(新規のみ)</p> <p>(前年実績:50人(新規のみ))</p>	<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>	訪問先他	全職種	B	【新規の実施人数】 68人	達成	<p>・基本チェックリスト:68件/年</p>	-	目標達成したことから令和7年度においても、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て、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>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。</p> <p>・計画目標:年2回開催(内容:フレイル予防、高血圧予防等)</p> <p>(前年実績:年1回開催(内容:認知症について))</p>	<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>	大野公民館	保健師	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	<p>・前期 6月14日(金) 1回</p> <p>・後期 10月28日(月) 1回</p> <p>合計 2回</p> <p>年間2回の開催であったが、医師の医療講座に多くの参加者が集まった。医師による講演であったことも要因であると思われるが、2か月前からの開催地域以外への周知活動が集客につながったと考える。</p>	-	次年度も幅広い地域の団体に対して早めの周知活動を行なっていく。
	エ 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>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)</p> <p>・計画目標:12回(圏域内の通いの場(サロン)の数:49団体)</p>	<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>	公民館、福祉村、公園等	保健師	A	【支援回数】 16回	達成	<p>・通いの場 10回</p> <p>・体操教室(包括主催) 1回</p> <p>・認知症カフェ(包括主催) 1回</p> <p>・福祉村相談会 2回</p> <p>・地区社協サロン 2回</p> <p>合計 16回(累計192名)</p> <p>上記に対してフレイルの構成要素(3本柱)について講話を実施。また、上記のうち1回を、地域のあん摩マッサージ指圧師によるフレイル予防の講話と体操指導を実施。反応はとても好印象であった。</p>	-	次年度は自分事として捉えることができるよう、セルフ(簡易)チェックを活用した内容を構成していく。また、地域のリハビリ専門職等に講話も継続して計画していく。
	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	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>「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。</p> <p>・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)</p> <p>(前年実績:年1回実施(内容:測定会))</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>	大野公民館 12月13日(金)	保健師	B	【フレイルチェックの開催回数】 2回	達成	<p>・12月13日(金)大野公民館(一般募集)</p> <p>・2月6日(木)八幡自治会館(八幡福祉村 健康チャレンジ教室参加者対象)</p> <p>合計 2回</p>	-	大野公民館で行った、真土地区対象の測定会では実施者数が少なく、設定した定員の半分以下であった。フレイル講話(セルフチェック等)を行ったサロンでは反応良く、参加希望者を得ることができた。告知・声掛けのみとなっていた団体からは参加者は伸び悩んでいた。セルフチェックを行うことが、興味関心を引くことにつながることがわかったため、次年度はセルフチェックを活用したフレイルチェック測定会の広報活動を多くの団体に行う。
コ 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>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。</p> <p>・計画目標(把握率):対象者の60%</p> <p>(前年実績:4件)</p> <p>②新たな取組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>※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> <p>B取組を実施</p> <p>C取組を未実施</p>	センター	保健師	A	【把握率】 100%	達成	<p>・後期高齢者健康診査対象者 2件</p> <p>・フレイルハイリスク者 1件</p> <p>合計 3件</p> <p>前期以降、11月までの対象者の追加なし。</p> <p>包括に相談や名簿が上がってきた段階で早期に状況確認し、電話連絡や面談でのつながりを持つことを心掛けた。</p>	-	次年度も早期に状況確認し、電話連絡や面談を実施していく。	

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						(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>・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。</p>						<p>(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。</p>						<p>(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。</p>						<p>(1)複合ケースについては随時、検討することを徹底し、どの職種が何処の関係機関と連携することが望ましいのかを念頭に課題解決に努めた。                  * 必要時には基幹型にも入ってもらった上で、出来る限り解決に向けた取り組みを行った。                  (2)包括倉田会主催によるケアマネ支援研修会を11月と2月に開催。各職種毎における自己啓発での研修参加は40回/後期。</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	B	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用】 18回	達成	・前期の取り組みに加え、しんどふれあいサロン時(年間11回)及び四之宮福祉村が開催している囲碁ボード後の歓談の時間を四之宮ふれあい相談会と位置付け、その場でも包括支援センターの周知を行った。他、真土公民館主催の高齢者学級時にもパンフレットを配布し、包括支援センターの周知に努めた。	—	・令和6年度においてはSNSの活用には至らなかったことから法人も交えた中での検討を行っていく。											
		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	B	—	達成	多問題ケース等について、必要に応じて朝礼時に共有/周知/意見交換を行った。多職種での対応を心掛け、ケースの特性に合わせた職種の担当を心掛けた。	—	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もあり、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っていく。また、ケースの振り返りを行い、支援の可能性を広げていく。											
		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)。 * 法人内全体研修会へ出席。 (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:①②③に出席し、さらに④を年12回(毎月1回)以上 B:①②③に出席し、さらに④を年4回以上 C:①②③に出席し、さらに④を年1回以上 D:①②③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	B	—	達成	①:3職種全員が出席した。 ②:外部研修に職員1人につき1回以上参加した。 ③:倉田会主催として2回開催(避難行動要支援者支援制度・指定難病及び終活について)	—	①:研修会は引き続き参加できるよう業務を調整していく。 ②:希望の研修やスキルにあった研修を管理者と都度相談しながら受講していく。 ③:令和7年度も地域課題や包括内での課題を踏まえて包括主催の研修会や勉強会を開催していく。											
		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)	センター	全職種	C	【訓練の実施回数】 1回	達成	・前期に実施済み。 ・後期については、課題として上がった内容を法人本部に伝えた中で次年度の取り組みとして共有した。	—	・訓練時に課題となった職員の参集方法(市内在住2名、市外在住5名)について法人本部とも検討していく必要性が明確となった。											
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	C	【配布個所数】 25か所	達成	・医療機関 病院・クリニック 9か所 歯科 7か所 ・薬局 9か所 合計 25か所 リーフレットと共に包括支援センターのカードも一緒に配布。また、ドラッグストア5か所にもリーフレットを配布。その後、ドラッグストアからケースの相談が入り、包括の普及啓発と共に関係構築が行なうことができた成果であると考えている。	—	次年度、まだ訪問していない医療機関等に訪問し、顔の見える関係づくりを行っていく。											

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						(2) 前年度地域課題の改善策・解消策						(3) 前年度地域課題の対応状況等(後期)					
<p>・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。</p> <p>・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。</p>						<p>(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きけるように積極的に関わりを持つようとする。</p> <p>(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。</p>						<p>(1) 基幹型包括への相談を基本としながら、保健福祉事務所、医療機関、障害福祉課、子ども家庭課、暮らしサポートの家計相談、等との協力の対応を行った。</p> <p>役割分担が前期同様、思うよういかないこともあったが、各機関の役割や機能を理解し、うまく連携していきけるよう次年度も対応していきたい。また、複合的な問題を抱えたケースに関しては重層的支援事業を活用し、うまく橋渡しをしてもらうことで解決につなげていきけるようにしていきたい。</p> <p>(2) 若年性認知症コーディネーターや保健所の定例相談などを活用・連携しながら、若年性認知症の方々やそのご家族に対する支援活動を実施した。また、認知症への理解促進と地域のつながりづくりを目的に、認知症カフェの立ち上げを行うとともに、地域住民と関わる機会を積極的につくり、住民主体の支え合いの仕組みづくりに努めた。</p>					
(4) 今年度の取り組み・重点事項						(5) 今年度地域課題の改善策・解消策						(6) 今年度地域課題の対応状況等(後期)					
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 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	<p>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。</p> <p>・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)</p>	<p>※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</p>	公民館、地域内学校、企業	認知症地域支援推進員 全職種	A	-	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>八幡公民館での開催(1回)</li> <li>大野公民館での開催(2回)</li> <li>四之宮公民館での開催(1回)</li> <li>生きがい事業団での開催(1回)</li> <li>デイサービスマハロでの開催(1回)</li> <li>八千代郵便局での開催(1回)</li> <li>平塚警察署での開催(1回)</li> <li>大野小学校での開催(1回)</li> <li>店舗訪問(18件)</li> </ul>	-	・世代問わず年間を通して受講できる場を提供していく。包括・各公民館でのポスター掲示による周知を行う ・新しい認知症観を考えるきっかけづくりを出来るように公民館・学校・スパー・金融機関などに訪問・普及啓発を行っていく					
(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	<p>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。</p> <p>・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)</p>	<p>※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)</p>	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	A	【研修の開催回数】 2回	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>八幡公民館での開催(1回)</li> <li>大野公民館での開催(1回)</li> <li>マッチングリスト作成をもとに関係性構築へ繋げた</li> </ul>	-	・地域活動の成熟具合に合わせて開催を促していく ・カフェ参加者を対象にオレンジメンバーへ移行していく					
(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	<p>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。(輪番で行う全市民向けの教室を除く)</p> <p>・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)</p>	<p>※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</p>	八幡公民館	認知症地域支援推進員	B	【予防教室の開催回数】 33回	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>いきいき健康教室/八幡公民館での開催(21回)</li> <li>うたう会/大野公民館での開催(11回)</li> <li>健康チャレンジ教室/八幡自治会館での開催(1回)</li> </ul>	・脳いきいき講座1名参加したものの地域参加へは繋がらなかった ・いきいき健康教室開催がリハビリ職種である点も踏まえ、新規及び継続参加者数も増加しており地域においてロコミによる意識変化もあったことが要因と思われる	・脳いきいき講座からの受入れを担っていく。また、住民が率先して継続的参加出来るように内容の見直しを行っていく。					
(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バス等を用いた専門的な相談支援(若年性を含む)	<p>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。</p> <p>・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)に繋げた</p>	<p>※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</p>	相談者による	認知症地域支援推進員	A	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 79.0%	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>合計34/43件</li> <li>認知症の人と家族をコーディネーターや保健所・関係各所へ繋ぎ継続支援の実施を行った</li> </ul>	-	・総合相談から適宜必要なネットワークへの引き継ぎを継続していく					
		⑤認知症初期集中支援事業の推進	<p>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。</p> <p>・計画目標: 1人 (前年実績: 2人)</p>	<p>※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)</p>	市役所	認知症地域支援推進員	B	【選定ケース提出数】 1人	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>選定ケース1件</li> <li>相談ケース3件</li> </ul>	-	・選定等に問わず、MCIや認知症ケースを地域で安心して生活を続けていけるようにチームを通してより良い方向性に導けるよう連携していく					
		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	<p>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。</p> <p>・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)</p>	<p>※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</p>	ふれあいサロンのいきいき体操教室 地域活動の場	認知症地域支援推進員	C	【新規と継続の合計人数】 63人	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施者数: 63件(内訳: 新規41件、継続22件)</li> </ul>	-	・総合相談やサロン等の地域活動において、気兼ねなく実施出来るよう適切なアドバイスを継続していく					
(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	<p>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。</p> <p>・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)</p>	<p>※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</p>	ニューライフ あいカフェ	認知症地域支援推進員 全職種	A	【開催と支援の合計数】 20回	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>ひみつ喜知の開催(11回)</li> <li>あいカフェやわたの店の開催(9回)</li> </ul>	-	・実施数の増加を基盤に、地域のよりどころとなる場所の構築を意識して展開させていく					

(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。 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。	センター	全職種	C	—	達成	①課題が複雑化・複合化しているものは、様々な機関と連携し支援を行った。 ②ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の孤立死のリスクがある独居高齢者とは信頼関係を築くため定期的な訪問や安否確認等をセンター内全員で行なった。 R6.11.22(金)開催の3地区合同地域ケア会議内に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アナウンスを行った。 民児協定例会、いきいき体操教室、認知症カフェ等に参加した際にリスクを抱える高齢者から相談を受けた。	—	①通常時より連携先の情報について、ミーティング等で共有し、必要時に適切な機関とつながり連携していく。 ②民生委員と定期的に情報共有する機会を作り各地区民児協定例会への参加をする等、個別ケースないし、地域課題についての確認を行っていき、小地域ケア会議へと展開していく。 民児協定例会、いきいき体操教室、認知症カフェ等に参加した際にリスクを抱える高齢者の有無を確認していく。ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の孤立死のリスクがある独居高齢者へは信頼関係を築いていくため定期的な訪問や安否確認等を今後も行なっていく。
	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: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	B	—	達成	・真土地区シニアスクール12名 ・しんど老人保健施設の相談援助職向け16人 ・八幡福祉村10名 ・ひみつ喜知ニューライフサロン10名 ・ケアマネ支援研修25名 計5回終活講座を実施しその際に成年後見制度についての説明等実施している。 個別相談では、 ・遺言についての相談を3件 ・任意後見制度についての相談を3件 ・法定後見の親族申し立てについての相談1件 ・市長申し立て中の方の受診対応や後見人へのカンファレンスへの出席1件	—	終活講座や認知症サポーター養成講座、チームオレンジ等の際に情報提供を行い、普及啓発を実施する。個別の相談について適切にアセスメントを行ない、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用を促す。医療機関や保健所、高齢福祉課等の関係機関とも適切に連携し、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: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	A	【終活講座、講和の回数】 5回	達成	・真土地区シニアスクール12名 ・しんど老人保健施設の相談援助職向け16人 ・八幡福祉村10名 ・ひみつ喜知ニューライフサロン10名 ・ケアマネ支援研修25名 計5回終活講座を実施した。 また個別では6名の相談対応をし、ノートは合計79冊配布している。 また、遺言についての相談を3件受け、うち1件は公正証書遺言につながった。	—	引き続き、高齢者学級やサロン、ケアマネカフェ等での終活講座実施し、エンディングノートを活用した終活についての普及啓発を行っていく。 また、普及啓発のみならず個別に相談対応をし終活を通じ権利擁護支援へつなげていけるようにする。
		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: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	A	【普及啓発の回数】 4回	達成	・真土地区民生委員児童委員定例会 ・四之宮地区民生児童委員定例会 ・三地区合同地域ケア会議 ・ひみつ喜知ニューライフサロン1にて虐待についてのリーフレットを配布し、見守りのポイントについて説明実施した。	—	引き続き、民生委員の定例会、福祉村、地域のサロン等において普及啓発を実施する。「高齢者虐待防止啓発リーフレット」若しくは独自資料の配布及び講話を実施する。
		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: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	B	—	達成	・7月19日 虐待疑いから、養護者の病気によるやむ措置になったケースについての事例検討 ・10月2日 しんど老健居宅CMからの相談のあったケースについて、情報共有及び事例検討を実施 ・虐待疑いケースについてケアマネ支援及び法律相談1件 小規模多機能CMより相談1件	—	マニュアルの徹底の為、包括にて年に1回虐待防止委員会を実施。マニュアルの改定についての情報共有及び運用にあたっての意見交換を行い、包括全体として均一かつ適切な支援をおこなって行けるようにする。 事例検討を年に1回以上実施する。	
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	C	—	達成	・10月11日(金)ケアマネ支援研修会内で災害対策課による講義を実施。 ・11月22日(金)3地区(八幡・四之宮・真土)合同での小地域ケア会議内で同様の講義を実施した。	—	・前年度対面にて実施したことから、今年度については公民館だより等での周知を行う予定。	

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											
<p>・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着手した。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</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>(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。</p> <p>(2)地域ケア個別会議の開催実績がない(R5年度実績なし)。</p>				<p>(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。</p> <p>(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。</p>				<p>(1)後期においては、ケアマネカフェを開催。その際に居宅介護支援における空き状況を確認し、要介護認定を受けたご利用者に対してスムーズな紹介が出来る状況を構築した。顔の見える関係性作りを意識したことで相談しやすい状況の構築にも至った。</p> <p>(2)ケアマネ支援研修等の場で地域ケア個別会議の普及啓発を行い、後期2回開催できた。</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
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	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	主任ケアマネジャー	C	【個別相談支援の件数】 32件 24人 【同行訪問等の件数】 23件 18人	達成	新たな事業所ができていますので、手渡して情報提供をすることで関係を構築した。後期ケアマネカフェを1回行えた。	-	・圏域および委託先のケアマネジャーを対象にケアマネジャー支援研修を行う。 ・居宅事業所と包括のネットワーク構築の為、情報提供・情報交換・勉強会を主としたケアマネカフェ等の開催を行う。 ・ケアマネジャーの相談しやすいツールの活用を行う。 ・困難な支援や包括と連携が必要なケースへの共有、相談支援・同行訪問を行う。
	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。 (前年実績:小地域ケア会議3回、個別地域ケア会議1回) ※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	主任ケアマネジャー	B	【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】 2回	達成	・小地域ケア会議については、真土地区で1回、3地区合同での開催が1回と計2回実施した。 ・地域ケア個別会議については、11月に2回(別ケース)開催した。	-	・小地域ケア会議については、個別ケア会議での地域課題や日々の総合相談案件の中から地域の方への周知やサポートを要するケースを紹介していく。 ・地域ケア個別会議については各職員へ選定から書類作成、依頼方法等についての勉強会を開催していく予定。
	(A) 地域ケア会議の開催										
(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)。										
(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。 (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 主任ケアマネジャー	A	-	達成	・医療機関 病院・クリニック 9か所 歯科 7か所 薬局 9か所 ・ドラッグストア、店舗等 10か所 合計 34か所(新たな資源:27か所) 新たな資源含め31か所では、採択医療普及啓発のリーフレットと包括カードの店頭設置が開始された。	-	地域の医療関係機関や地域住民と接触する機会を計画的に確保し、包括支援センターに関する理解が深まるように働きかけていく。またネットワーク構築の必要性や目的をリーフレットを作成し、支援成功事例について説明をおこなっていく。	

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					(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>・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・予防に繋げた。                      ・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。</p>					<p>・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でフレイル測定を行い、介護予防の意識付けに繋げる。</p>					<p>・フレイルチェック測定会やカムカム教室、各団体へフレイル予防の健康体操を含め、介護予防への意識付けができた。                      ・長寿会サロンでは毎回血圧測定を実施し、血圧の管理について理解を深めている。今後も継続し、次年度は市の管理栄養士などと連携し、血圧管理について強化していく予定で長寿会会長と調整している。</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通所型サービスCの利用促進と利用後のフォロー	<p>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</p>	各戸	看護師	C	【参加人数】 1人	達成	1クール目に1名利用。	-	<p>保険年金課からの受診対応にて対象者を選定。個人目標達成できている。                      R7年度は総合相談時の基本チェックリストや、フレイル測定会からのハイリスク者から対象者を選出し参加を促す。                      利用後は目標に沿った機能回復状況のモニタリングを行なう。</p>								
		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	<p>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)))</p>	各戸、包括内	全職員	C	【委託先担当者会議への出席率】 62%	達成	委託担当者会議:61件。委託(対面)38件。委託(書面)23件。可能な限り委託先の担当者会議に参加し、出来ない場合はケアプランの内容について確認し補足、修正をいただいていることあり。	-	<p>適切なケアプラン作成ができるよう、包括内での勉強会の実施を行なう。できる限り、委託先の担当者会議に参加し、参加できない場合は事前にケアプランの確認共有を行なう。</p>							
		(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	<p>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))</p>	各戸	全職員	A	【新規の実施人数】 69人	達成	基本チェックリスト実施し、ほとんどが介護保険サービスに繋がることが多いが、地域サロンなどのインフォーマルサービスに繋げるツールとしても活用した。	-	<p>新規総合相談時や状態の変化時に、基本チェックリスト、またはフレイルチェックを実施し、介護保険や地域サロンなどへの繋げる指標とする。</p>							
		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	<p>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、))</p>	長寿会サロン開催場所	看護師中心	B	【講話・講演会の開催回数】 4回	達成	年間4回開催。	-	<p>南原公民館シニア教室、地域サービス独居高齢者食事に実施。独居高齢者への包括周知、季節的な注意点、閉じこもり予防につなげている。                      R7年度もサポート薬局や市専門職と連携し講話を開催していく。</p>							
		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)	<p>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)</p>	長寿会サロン開催場所	看護師中心	A	【支援回数】 35回(理学療法士、作業療法士、柔道整復師)	達成	年間開催回数 ・地域サロン3回 ・シニア教室1回 ・老人会サロン28回 ・カムカム教室3回(上宿長寿会1回、下宿長寿会2回)	-	<p>市の管理栄養士による講話を開催し、フレイル測定会後のフレイル予防への意識付けを行った。                      R7年度も運動機能訓練士、理学療法士、市の専門職との講話、体操などの場を設けていく。</p>							
		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	<p>「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)                      ※市主催を削除</p>	①下宿町内会館 ②中原東町内会館	看護師中心	A	【フレイルチェックの開催回数】 3回	達成	包括主催測定会3回。(下宿長寿会、中原東長寿会、いきいき大原)	-	<p>フレイル測定会には10名以上の参加あり。カムカム教室には団体により少人数となることあり。会場の広さなども考慮しながら、フレイル予防の周知を各団体に行い、フレイル測定やフレイル予防への感心度を上げていく。</p>							
		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	<p>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)                      ②新たな取組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>	①各戸	看護師中心	B	【把握率】 73%	達成	後期フレイルチェック測定会からのハイリスク者14名、特定健診からのハイリスク者1名。フォロー実施11名/15名。サロン参加時に生活状況の把握を行った。	-	<p>長寿会サロンや地サロン参加時に、身体状況、参加状況の確認を行ない、早期に予防対応ができるよう声掛けを行い、必要時医療対応や介護保険サービスに繋げていく。</p>							
					②各戸	看護師中心	B	-	達成	保険年金課保健師と15名の全戸訪問実施。	-	<p>包括チラシ、フレイル予防のチラシを配布し包括周知を図った。                      留守宅にはチラシをポストに投函し、事後連絡を保健師と共有した。</p>							

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>・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ないケースが多く、関係機関と見守り継続している。</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>・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たための、支援関係機関の把握と連携を図る必要性あり。</p>			<p>・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。</p>			<p>・専門職の中で必要と思われる研修には積極的に参加し、自己スキルを上げ、チーム力向上を図った。                  ・医療・介護関係機関、民児協、地区社協、保健所、精神関係機関との電話相談や同行訪問などで連携を図り、困難ケースや日頃の見守り連携の調整を図り、当事者の生活の安定に繋げた。</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	A	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 39回	達成	・包括広報誌「ごてんより」3回発行。長寿会会員、地域サロン、総合相談、中原公民館まつり、南原公民館まつりにて配布。法人掲示板に掲載。 ・法人ホームページ、SNSに1月1日掲載。 ・中原小学校、南原小学校、中原中学校に訪問。 ・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、中原自治会定例会、中原地区地域サービス食事に参加。 ・圏域内の医療介護関係機関、店舗に包括チラシをお渡しし周知を図った。	-	包括広報誌の作成、法人ホームページやSNSの活用、長寿会定例会・自治会定例会・民児協定例会に参加、小・中学校へ挨拶まわり、エリア内介護医療関係機関や店舗への挨拶まわりを継続し、包括周知、相談しやすい関係づくりの維持を図る。
		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。	包括内	全職員	B	-	達成	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、必要時間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。	-	職員一人への負担が大きくなりすぎないよう、相談内容について職員全員で把握し、支援の方向性について意見出し合い、必要時間関係機関との連携を図り、適切な支援に繋げていく。
	(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:①②に出席または出席していない。	包括内、開催場所	全職員	B	-	達成	・9/13「後見開始申し立て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 ・9/9「コグニサイズ教室」認知症地域支援推進員参加 ・9/14「ライフステージに応じた意思決定支援」看護師参加 ・10/1、15 包括支援センター職員等養成研修(初任者)認知症地域支援推進員参加。 ・10/2「地域包括支援センター-居宅合同研修会」介護支援専門員参加。 ・10/18「地域の社会資源がつながり合う」介護支援専門員参加。 ・10/20「成年後見制度と制度見直しの動向」社会福祉士参加。 ・11/6「8050問題抱える家族への関わる専門職連携のヒント」介護支援専門員参加。 ・11/12「現場でおきる不適切支援ってなんだろう?」社会福祉士参加。 ・11/13「MCIについて」認知症地域支援推進員参加。 ・11/28「アルツハイマー病になった母がみた世界～医療・福祉がめざすところ～」認知症地域支援推進員参加。 ・11/29「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかわる研修」看護師参加。 ・12/11「精神科受診のタイミングと治療8050問題を中心に」看護師参加。 ・12/13「地域包括支援センター職員等養成研修管理者向け」管理者参加。 ・12/19「生活支援コーディネーター研修」管理者参加。 ・12/20「コグニサイズ地域ミーティング」認知症地域支援推進員参加 ・2/5 法人内研修「交通安全講話」包括職員4名 ・2/27 法人内研修「組織力診断セミナー」包括職員4名参加 ・*包括企画研修年7回実施(熱中症:包括合同研修1回、成年後見制度:包括内研修1回、虐待研修:包括内2回、居宅向け1回、包括合同研修1回、終活研修:包括内1回)	-	各専門職で必要な研修に参加しスキルアップを図れるよう、業務調整を行う。研修後や総合相談対応での成功例など、包括内で情報の共有を図る。
		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)	包括内	全職員	C	【訓練の実施回数】 7回	未達成	・7/16日中想定避難訓練参加 ・10/17夜間想定避難訓練でトヨクモを使った法人の参集訓練に参加。 ・11/24夜間想定火災訓練にトヨクモ発信、避難誘導に参加。 ・11/29災害食体験に参加。 ・12/18消火訓練及び防災倉庫備品を使用して災害時訓練に参加。	災害時訓練への参加はできており、緊急時対応への確認は取れている。職員の変更や物品の確認が随時出来ていないため、職員全員でのBCPの評価修正ができるよう理解を深める必要あり。	BCPについて職員間での共通理解を持てるよう内容の把握と修正を行なう。法人での訓練に参加ができるよう業務調整を行い、災害時対応を学ぶ。
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か所。	※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	A	【配布箇所数】 28か所	達成	医療機関:病院・クリニック15か所 歯科医院5か所 薬局:13か所 合計28か所	-	リーフレット配布時に、医師や薬剤師と直接挨拶や包括周知、課題ある方の相談対応について話げできた。薬剤師には、小地域ケア会議参加などのお話をいただき、参加につながることで、地域資源の一つとして、買い物困難なケースへのドラッグストア併設の薬剤師活用方法を地域住民や介護関係機関と共有ができた。

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												
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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、関係機関との連携を行い、成年後見制度利用に向け連携し対応した。</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>・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。</p> <p>・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。</p>			<p>・MOI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。</p> <p>・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。</p>			<p>・認知症当事者の早期発見に努めている。問題が肥大化、複合化する前に発見するために包括周知、地域住民、民生委員への声掛けに努めている。</p> <p>・地域住民、サロン、介護事業所に虐待防止のチラシを配布し、相談先として包括がある事を周知した。虐待ではないが、今後虐待につながりそうなケースは、関係事業所とケースカンファを開催し、見守り体制を整えた。</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	B	—	達成	[実績] ・市民向け 1回 ・学校 2回(学童1回、学校1回)  [普及啓発] ・企業28か所 ・学校3校	—	・地域サロンで実施予定。地域サロンで実施することで地域の見守りの目を増やし、認知症本人の安心できる場所づくりを目指していく。
(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: 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	A	【研修の開催回数】 1回	達成	・9/13 オレンジサポーター養成講座実施 ・マッチングシートを活用し、本人とのマッチングに繋がった。	—
(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	C	【予防教室の開催回数】 36回	達成	・3/31認知症予防教室実施 32名参加 ・いきいき大原(毎週火曜日) ・めざせ100歳体操(第1.3.4金曜日) ・10月より開催 イケオジ体操(第1金曜日)	—	・男性も参加しやすい場を設け、定着させる。 ・身近なところでコグニサイズを行うことで認知症の予防ができ、地域での居場所づくりにつなげる。
(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)		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)に繋がった	※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40人のうち70%程度ネットワークに繋がった B: 相談人数40人のうち50%程度ネットワークに繋がった C: 相談人数40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	包括内	認知症地域支援推進員を中心に全職員	A	【相談者のうちネットワークにつなげた割合】 69%	達成	・相談件数46件。ケアバス配布数33部。ネットワークに繋がったケース32件。 ・認知症相談時必要時、認知症予防教室にて配布している。配布後は医師、地域サロン、包括主催サロン、介護保険申請しケアマネに、認知症カフェなどに繋いでいる。 ・1件は本人より認知症の不安があったため配布したが、物忘れ相談プログラム15点、介護保険も自立となったため見守りとなる。	—	・認知症の相談者だけでなく、地域の方々にも積極的に配布し、認知症の理解に努める。
		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 (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	B	【選定ケース提出数】 1人	達成	・受診拒否がある事案1件提出し選定。	—	・認知機能検査プログラムや相談内容から、専門医との連携、助言にて適切な支援の方向性が示されるよう随時相談を行なう。
		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	A	【新規と継続の合計人数】 104人	達成	年間104件実施(新規103件、継続1件)	—	・認知症相談時、地域のサロンや包括主催のイベント時などに測定していく。 ・地域のコグニサイズ教室、認知症カフェ、認知症初期集中支援チームなどの資源につないでいく。
(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	C	【開催と支援の合計数】 4回	達成	・よりそいカフェ 4回実施	—	・定期的に開催し、当事者やそのご家族の居場所づくり、活躍の場づくりにつなげる。

(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: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	C	—	達成	・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。 ・民生委員からの連絡を受け、民生委員と情報共有しながら見守り体制を構築した。 ・本人、家族に精神疾患のあるケースで、ホストステーションと連携して対応した。 ・本人にアルコール依存症、家族に精神疾患のあるケースで関係機関と連携しカンファを重ねながら対応した。 ・認知症の生活保護受給者で万引きを繰り返すケースについて、関係機関と連携しながら対応した。	—	・複雑化しているケースや包括だけでは解決できないケースが増加しているため、関係機関と情報共有し連携して対応する。 ・サロンや長寿会、独居高齢者食事会に参加して地域住民に対して包括周知を行う。民生委員や自治会等の定例会に参加し、包括周知と情報共有を行う。
	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	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	C	—	達成	・成年後見制度案内を3名に行った。 ・居宅介護支援事業所、認知症サポーター養成講座、サロン、包括主権体操教室にてチラシ配布し普及啓発を行った。 ・包括広報誌にて成年後見制度についての記事掲載し普及啓発を行った。	—	・1人暮らし、身寄りのないケースが増加しているため、必要な方に制度の案内・利用支援を行う。 ・長寿会、公民館祭り等にて政権後見制度についてのチラシ配布、講話を行い普及毛を行う。
		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: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	A	【終活講座、講話の回数】 4回	達成	・終活講話4回実施。(長寿会4団体) ・エンディングノート計59冊配布。 ・地域住民、居宅介護支援事業所からの相談に応じ、エンディングノートを配布し情報提供を行った。	—	・昨年終活講話を行えなかった長寿会で終活講話を行う。 ・チラシの配布等を通し終活の普及啓発を行う。
		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。 ⑫高齢者虐待を予防し、早期発見・早期対応に努める。 ⑬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) 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。) ※この事例検討は日々のミーティングを除く。	※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。 ※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。	長寿会、エリア内事業所	社会福祉士中心	A	【普及啓発の回数】 4回	達成	・講話3回実施。(長寿会、居宅介護支援事業所、法人内居宅介護支援事業所) ・公民館祭り、特殊詐欺防止講話、オレンジサポーター養成講座にてチラシ配布し普及啓発を行った。	—
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实效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	C	—	達成	・包括広報にて避難行動要支援者支援制度の記事掲載し周知啓発を行った。 ・南原民生委員会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。 ・南原地区小地域ケア会議にて、災害対策課を呼び防災について勉強会を実施。	—	・包括広報誌に記事掲載し、周知啓発を行う。 ・必要な方に対し制度の案内を行う。	

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				(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>・住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。</p> <p>・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。</p>								<p>・ケアマネからの相談には同行訪問や、電話で複合的課題解決に向け関係機関と連携を図り支援を行った。</p> <p>・中原自治会定例会に参加し、地域住民が抱える高齢者を取り巻く若い世代の課題を含め情報共有を図れた。地域ケア会議への参加など、相談できる関係性の構築に繋げることができたため、今後も広い世代への包括周知を図りたい。</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 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：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	C	【個別相談支援の件数】 77件 【同行訪問等の件数】 6件	達成	居宅介護支援事業所への訪問で相談しやすい関係づくりを構築し、課題のあるケースについては電話や必要時同行訪問しケアマネジャーの支援を行った。	-	・住宅と包括の相談しやすい相互関係が築けるよう、情報交換や共通の理解学びができる場を設ける。 ・ケアマネジャーからの相談には、必要に応じ同行し課題解決できる助言ができるよう、包括職員のスキル向上を図る。	
	(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	A	【小地域ケア会議の開催数】 2回 【個別地域ケア会議の開催数】 3回	達成	-	・ケアマネジャーからの支援に対する相談が多いため、課題解決に向けた個別ケア会議が開催できる力をつける。 ・水災害課題のある南原地区にて地域ケア会議1回、地域課題の共有として中原地区で地域ケア会議1回開催。	
	(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	D	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 0回	未達成	中原自治会連合会定例会、南原地区自治会防災部定例会、中原民児協定例会に参加し、包括活動の周知、地域課題の共有を行った。	協議体の開催には至っていないが、地域団体との関係性の構築に向けての話し合いの場を設けていける理解をいただくことができた。	長寿会、民児協、自治会等の定例会に参加させていたが、地域課題の情報共有や課題解決に向けた話し合いの場を持つ。
(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	B	-	達成	エリア内医療機関15カ所、エリア内薬局13カ所 介護関係機関7カ所 地区社協2カ所、民児協2カ所 自治会2カ所 金融機関4カ所、スーパーやコンビニ等17カ所 新たな自主開催サロン(コーラスサロン、卓球サロン)	-	新たに自治会定例会に参加し、包括周知を行い、小地域ケア会議への参加依頼ができた。 各団体と連携が図れるよう、包括周知の場を広げ、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				(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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・通いの場を継続していきけるように、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。</p>				<p>・高齢者人口、高齢化率が高い地域となっていて、健康寿命延伸の為に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。</p> <p>・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。</p>				<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・通いの場を継続していきけるよう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。</p>				<p>・地域活動やサロンにて、健康に関する講話を行い、健康意識の向上を目的にKDBデータの情報を地域に伝えた。</p> <p>・地域活動を担う方の高齢化が続いており、一緒にサロンに参加することで、サロン継続に向け活動がしやすい環境を一緒に考え実施した。</p> <p>・地域の方と一緒に、医療受診に関する地域の課題を伝えることで、訪問診療の開始につながった医療機関があった。</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	C	【参加人数】 1人	達成	・情報提供した人数:6名 ・利用した人数:1名 ・フォローした人数:1名	ー	通所Cの情報提供をするが、利用したい時期が合わず、利用につながらない。そのため、包括内で、通所Cの目的について共有し、必要時に情報提供ができるようにする。			
		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選択する。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	A	【委託先担当者会議への出席率】 90%	達成	・委託担会:87件(参加 79件、照会 8件)	ー	サービス担当者会議に参加する職員が必ずしも利用者の状態にあった専門職ではないことがあった。今後は事前にケアプランを確認し、専門的なアセスメントができるようにする。また、委託ケースの書類がそろっているか定期的に確認する。		
		(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:71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	相談場所	保健師を中心に全職種	B	【新規の実施人数】 89人	達成	基本チェックリスト:225件(うち新規 89件)	ー	基本チェックリストを実施し、その結果に基づいたアセスメントを行う。また、フレイルチェックや健康状態不明者など他の取り組みの結果も踏まえたうえでアセスメントを行う。		
		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	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3回以上 B:年2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	C	【講話・講演会の開催回数】 2回	達成	・地域のサロン:1回 ・包括主催の交流会:1回	ー	KDBデータの結果を参考指標として地域の方に伝えることで、生活習慣改善に向けた取り組みの情報発信がしやすくなっている。地域からの要望にそった健康に関する話題を提供できるようにすることで、健康意識の向上につなげる。		
		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: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	A	【支援回数】 82回	達成	【横内地区】 ●みんなの会 12回(うち、専門職の関与 1回) ●げんき会 12回 ●横内チャレンジゴム体操 12回 ●スマイル広場薬剤師相談 3回  【田村地区】 ●田村社協ふれあいサロン 7回 ●田村福祉村ふれあいゴム体操 11回 ●田村福祉村ふれあいコグニサイズ 11回 ●神田公民館コグニサイズ 12回 【大神地区】 2回	ー	通いの場(サロン)に、包括職員が参加することで、健康に関することやフレイル予防について情報提供をしている。しかし、サロン参加者の減少、担い手の高齢化があり、通いの場(サロン)継続にむけた取り組みを、地域の方と一緒に考えていく必要がある。		
		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	C	【フレイルチェックの開催回数】 1回	達成	・情報提供:地域団体 4回 ・開催:田村地区 1回	ー	フレイルチェック測定会を行い、フレイルハイリスク者の把握につながっている。今まで行ったことがない団体にも情報提供を行う。		
		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	A	【把握率】 100%	達成	把握率:100%(2名)	ー	サービスにつながらない方もいるが、相談がしやすいようなつながりをもつことができていた。必要に応じて、触れられるチェック測定会の情報提供をしたり、サービス利用につなげられるようアプローチする。		
		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		②相談場所	保健師を中心に全職種	B	ー	達成	対象者 13名中 7名実施。	ー	把握できない方もいたが、アプローチの検討が必要と思われる方もいた。ほかの取り組みとも併せて、必要に応じてアプローチをする。			

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												
<p>・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。</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>・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。</p>		<p>・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。</p>		<p>・自治会、民生委員、福祉村と地域の課題について共有する機会をもったが、3地区のうち2地区は地区協議体がないため、課題共有の方法を検討する必要がある。                      ・個別相談内容や地域の課題に応じて、関係機関にも協力を依頼し、連携して取り組んだ。                      ・情報共有のためのカンファレンスシートを作成・利用することで、職員間での情報共有をしやすくなった。</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	A	【広報紙の配布、イベントへの参加回数、SNS等の活用の合計】 16回	達成	①オレンジ通信:回覧にて年4回配布。地域のサロン参加時に配布している。 ②地域のイベント:年4回 ③終活についての講話:年1回 ④ホームページにて、サロン活動の様子を掲載している。 ⑤神奈川社会福祉専門学校生(社会福祉科1年生)16名に包括、社会福祉士の仕事内容講話実施している。	—	公民館祭りで行った包括の認知度に関するアンケートで、年齢が若いほど認知度が低くなるのがわかった。紙媒体での周知を継続するとともに、SNSやイベントに参加することで若い世代への周知を行う。
		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。	センター訪問先等相談場所	全職種	B	—	達成	①支援が困難なケースについてはカンファレンスを随時行っている。(カンファレンスシートの利用3件) ②包括内だけではなく、保健福祉事務所に相談をしたり、関係機関にも協力をお願いし検討している。(4件) ③毎日始業時にミーティングを行っている。	—	カンファレンスシートを利用することで、情報が共有しやすくなった。困難ケースについて、他機関より専門的な意見をもらい、必要に応じてカンファレンスを行っている。すべてのケースでカンファレンスを行うことは難しいが、包括職員間で情報を共有できるように継続して取り組む。
	(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	C	—	達成	①各職種の研修:年6回 ②外部研修に各職員:10回 ③包括内で、カンファレンスシートに関する勉強会開催:1回	—	各職種の専門性を踏まえた市主催の研修に参加したり、業務に関連する外部研修に参加している。今後は、自前で企画する研修を検討し、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、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の評価改善なし) 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	A	【訓練の実施回数】 3回	達成	①避難訓練:年3回(うち1回は机上訓練) ②BCP見直し、改善:年2回、フローチャートの作成 1回	—	施設の避難訓練に参加し、包括内で災害を想定した机上訓練を行った。今後も施設の訓練に参加し、施設と協同してBCPの作成に取り組む。
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	C	【配布箇所数】 8か所	達成	・パンフレットを配布:圏域内のクリニック3か所、薬局5か所。 ・地域の方と一緒に、訪問診療の必要性について医療機関に話をすることで、訪問診療の立ち上げにつながった。	—	パンフレットの配布を試みたが、断られたため配布ができなかったことがあった。断られた理由を聞くことはできなかったが、引き続きパンフレットを圏域内事業所に配布し、かかりつけ医療機関について普及啓発をする。

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>・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。</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>・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高齢者の相談が増加している。</p>		<p>・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。</p>		<p>・大神地区 リフレッシュプラザ平塚にて認知症カフェを9月に立ち上げた。                      ・年4回の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と、簡易式認知機能検査を実施し、認知症・MCIの普及啓発を行った。                      ・認知症の相談が増加しており、初期集中支援事業や簡易式認知機能検査やケアバスを活用し、医療や福祉、地域資源に繋げた。</p>								
(5)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 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	A	—	達成	【企業向け】 3月27日 サンステージ 参加者13名 年間実績：3回開催、29名参加  【学校向け】 12月11日 神奈川社会福祉専門学校社会福祉科 参加者16名 年間実績：4回開催、参加者84名  【市民向け】 12月9日 市民向け 参加者1名 12月5日 市民向け 参加者5名 年間実績：2回開催 参加者6名  輪番：10月27日 参加者16名	—	【企業向け】 商業施設や企業が多い地域だが、新規開拓が出来ていないため、今後も認知症サポーター養成講座が開催できるよう活動を行う。  【学校向け】 法人グループ内の専門学校や、学童には継続して開催をお願いしていく。地域の小中学校では開催が出来ていないが、R7年度に神田小学校での開催が決まっており、今後日程を調整していき、他の学校にもアプローチを行う。  【市民向け】 市民向けの開催では集客が難しいが、どの年代に向けて実施していくかを包括内で検討する。大型のマンションの自治会に声を掛けていき、継続してオレンジ通信や回覧物を活用し周知する。
		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	A	【研修の開催回数】 1回	達成	【チームオレンジ研修】 年間実績：1回開催、終了者4名 予定していたサンシャイン平塚自治会向けには日程が合わず、認知症サポーター養成講座が終了していないことで、チームオレンジ研修が開催できなかった。 チームオレンジ研修の内容について、実践でも良いと言うこととなり、戸惑っている面もあった。  【活動支援】 マッチングシートへの記入をさせていただくことは出来、認知症カフェの受付や運営支援に3名つながった。	—	【チームオレンジ研修】 R6年度の市民向け認知症サポーター養成講座に参加された方も含めて実施を予定。チームオレンジ研修の内容については包括内で検討する。  【活動支援】 マッチングシートの管理をし、随時情報提供を行なう。
(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。(輪番で行う全市民向けの教室を除く) ・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	A	【予防教室の開催回数】 6回	達成	【田村地区】 脳いきいきサロン 11月25日 参加者25名 1月27日 参加者24名 3月24日 参加者28名 事務員を入れての4名体制で実施に変更し、宿題の準備など事務的な所を事務員にて対応 年間実績：6回開催 参加者152名  【大神地区】 地域住民からの要望はあるが、立ち上げは出来ていない。  【横内地区】 立ち上げは出来ていないが、包括が主催している他のサロンに、認知症予防を取り入れて開催している。	—	【田村地区】 継続して脳いきいきサロンを奇数月に開催する。  【大神地区】 大神公民館と共催のサロンの立ち上げが出来ていない。  【横内地区】 包括が主催している他のサロンを活用し、認知症予防を毎月実施する。	
(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)に繋がった	※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、相談者自宅	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げた割合】 44%	達成	52名にケアバスを活用し、23名の方を医療・介護・地域サロンに繋がっている。	—	・総合相談だけでなく予防ケースの方に変化があった際にも、ケアバスを活用する。 ・他の包括職員にも、総合相談時に活用する。	
	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：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	A	【選定ケース提出数】 3人	達成	年間実績：選定ケース 3件	—	・MCIのケースも選定会議にあげることが出来るよう、初期集中支援事業の普及啓発を継続する。	
	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：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	A	【新規と継続の合計人数】 105人	達成	年間実績：136件(初回：128名、継続8名)	—	・総合相談だけでなく、予防ケースの方に変化があった際にも、タブレットの活用出来るよう、共有していく。	
(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ボ、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	A	【開催と支援の合計数】 25回	達成	【横内地区】 ●スマイル広場カフェ 年間実績：6回開催、25名 11月14日 参加者5名 1月9日 参加者4名 3月13日 参加者5名  【田村地区】 ●おしゃべりサロンたんぼぼ 年間実績：12回開催 89名 10月16日 参加者12名 11月20日 参加者8名 12月18日 参加者7名 1月15日 参加者8名 2月19日 参加者7名 3月19日 参加者8名  【大神地区】 ●ポッカポカたいそうサロン 年間実績：7回開催、85名 10月16日 参加者10名 11月20日 参加者12名 12月18日 参加者11名 1月16日 参加者13名 2月20日 参加者13名 3月20日 参加者12名	—	圏域内の3地区で、認知症カフェの運営が継続していけるよう運営の支援を行う。また、地域住民への情報提供と普及啓発を総合相談時や、地域のサロン、オレンジ通信で行う。	

(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: 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。)	実施場所	全職種	C	—	達成	・民生委員から情報提供: 相談73件、(うち一緒に訪問したケース: 3件) ・ひらつかあんしんカードの配布: 6枚 ・高齢者調査にて、訪問・電話・包括案内送付による包括の情報提供: 126件 ・運営推進会議への参加: 12回 ・民児協定例会への参加: 5回	—	ひらつかあんしんカードや避難行動要援護者制度を利用したり、民生委員や自治会と協力することにより、見守りにつなげられるようにする。	
	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: 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。)	実施場所	社会福祉士を中心に全職種	A	—	達成	・成年後見制度及び日常生活自立支援事業についての相談6件、内制度申込みがキャンセルとなったケースが1件。 ・身元保証サービスを利用し任意後見契約を結んでいるケースの金銭管理について関係機関との会議及び訪問。 ・権利擁護事業(詐欺、成年後見制度)についての普及啓発: 認知症サポーター養成講座10回、チームオレンジ研修1回、協議体1回、民児協1回、認知症予防教室1回、サロン8回	—	引き続き、地域で活動する方へ重点的に普及啓発活動を行うことで、権利擁護事業が必要な方への相談につなげる。	
		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: 終活講座を1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。)	実施場所	社会福祉士を中心に全職種	A	【終活講座、講話の回数】 4回	達成	・録音新書版エンディングノートの講話: 脳いきいきサロン及び地域のサロンにて計4回。 ・エンディングノートを配布: 通年で89冊。 ・エンディングノートについての情報発信: オレンジ通信 1回 ・公民館まつりにてエンディングノートについての展示及び配布を行った。 ・もしバナマイスターとして他包括主催の講座に参加: 2回	—	脳いきいきサロンでの講話とオレンジ通信での発信機会を継続するとともに、公民館まつりにて終活についてパネル展示及び希望者者にエンディングノートの配布を行う。	
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: 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	B	【普及啓発の回数】 2回	達成	・地域のサロンでの資料を用いた講話: 1回 ・施設職員向け虐待防止研修: 1回	—	地域で活動する方へ向けて虐待の普及状況を把握し、地域の特性に沿った普及啓発の講話について内容を検討する。	
	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	A	—	達成	・基幹型包括と一緒に困難ケースに対応した。 ・包括内で振り返りの事例検討: 1件(終了したケース)	—	虐待ケース対応の情報共有と振り返りを目的とした事例検討を行う。	
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	C	—	達成	・地域のサロンでの情報提供: 2団体 ・取り組み状況について情報共有: 田村・大神地区	—	避難行動要援護者制度の情報収集を行ったが、要支援者側の負担が大きいという地区もある。今後も取り組み状況について地域の方と共有しながら、課題となる点を共有し、対応策についての検討を行う。	

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					
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>		<p>・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。</p> <p>・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。</p>		<p>・後期で横内地区での「顔が見える交流会」を開催し、医療機関、介護事業所、福祉村、自治会、民生委員、地区社協、子ども食堂など様々な機関との情報交換や地域の社会資源について一緒に考える機会が持てた。</p> <p>・今年度圏域に新しく居宅介護支援事業所が2つ開所され、地域での相談は昨年よりしやすくなった。圏域近隣の居宅介護支援事業所とは年に4回、勉強会を行った。また、同行訪問やサービス担当者会議への出席で顔が見える関係性の構築を図った。</p>	
(5)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
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
(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 (前年実績：協議体の開催支援2回) ※圏域内の協議体の数：3カ所(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
(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
(6)取り組み実績(年間)					
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
B	【個別相談支援の件数】 30件 【同行訪問等の件数】 28件	達成	・金銭管理状況をケアマネと同行し後見制度の利用の意向確認や開始時期について相談した。 ・虐待が疑われるケースの相談に対し、ケアマネと同行訪問し、本人、家族の状況と意向を確認し今後の生活について話し合った。 ・認知症により金銭管理、自宅での生活困難になっている方について、生活の場や金銭管理について本人とケアマネ支援を行った。	—	ケアマネジャーへの支援として勉強会や情報交換する機会を定期的に行い、状況に応じ同行訪問や情報提供を行う。
A	【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】 4回	達成	・横内地区での小地域ケア会議の中では福祉村、民生委員、自治会、社会福祉協議会、医療機関、介護事業所、子ども食堂など様々な立場から、社会資源について情報交換し相談しやすい関係性を構築した。 ・他地区でも同様の担い手不足の課題があることを共有し、地域の状況把握からすすめることを共有した。 ・個別地域ケア会議は金銭管理が難しいケースや虐待が疑われるケースについてケアマネ支援としても継続している。	—	田村、横内、大神3地区でそれぞれ開催し、共通課題の把握や解決に向けて情報収集をする。
A	【第2層地域協議体への参加、開催支援の回数】 3回	達成	・田村、横内地区では開催し、相談しやすい関係作りができた。 ・大神地区での開催について、福祉村、民児協とそれぞれに説明をして開催に向けて準備をすすめた。	—	横内地区・大神地区では定例化した協議体が開催されていないため、今後も地域課題を共有する方法について、地域の方と一緒に検討を続ける。
B	—	達成	①圏域内自治会へのイベント開催時の挨拶：年9回 ②福祉村、民児協、高齢者部会、懇親会に参加：年14回 ③圏域事業所の運営推進会議に参加：13回 ④交流会開催：1回 ⑤認知症カフェの開催：平塚市余熱利用施設(リフレッシュプラザ)	—	今まで関わりがある機関とは関係性が保てるように、会合やイベントに参加している。交流会に子ども食堂の関係者に参加してもらったり、新しくできた医療機関に挨拶に行く、また、薬剤師と協力してサロンに参加することにより、新たな関係性を築いた。今後は、関係性を維持できるように地域活動に参加するとともに、新たな地域資源について情報収集をする。