

	<p>活動から 今期のおおむすび展での「シセイカルテ」の実施に繋がった。自立支援検討会議においては、開催実績が無くフレイル予防の共有には至らなかった。その他の活動として、包括主催であるフレイル予防講座「みのり会」は月1回(年度11回)予定通り実施。コロナ禍で休会している講座が多い中、昨年度に続き、感染症対策に留意しながら実施した。参加者は介護保険サービスを利用するほどではないが、シニアステーション東嶺町までは独歩で通えない対象者が多く、また開催日を忘れてしまう認知症の方もおり、職員が毎回、当日対象者に電話を入れている。各回15名程度の参加者あり。その他、自治会連合会が主催する高齢者向けの健康イベント(いきいき安心プロジェクト)に出張所とともに参加。講師選定や内容検討等に協力した。嶺町クイズラリーでは、町会長、自治会長、出張所所長、地域の関係者と協力してコース確認。実際に地域を回ることで、地域の課題や現状について意見交換することが出来、包括としての課題対応についての検討事項が確認出来た。また、嶺町地区自治会町会連合会、鶴の木2丁目町会、出張所、東調布第一小学校、PTA、警察、が合同で行う合同パトロールへも参加(年4回6月、9月、12月、3月)様々な機関との連携にもつながっている。圏域内にある3か所のシニアクラブについては、熱中症予防講座やフレイル予防講座を実施。今年度、シニアクラブの活動中に意識消失した対象者が、キーホルダー登録をしていた為に緊急連絡先にすぐつながった実績があり、町会の新聞にキーホルダーが特集され、登録会が企画されることとなった。みたけクラブでは、R4年度から包括の会議室を月2回活動の場として提供している。隔月で包括の見守りコーディネーターがミニ講座等を実施し、参加者のフレイル予防リーダー講座への受講にもつながっている。</p> <p>【課題】</p> <p>地域からの活動協力要請やニーズの発掘等は出来ているが、職員の業務負担は大きく、限られた職員人数で他の業務とのバランスを考えると、全てのニーズに応えることが出来ない。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1)①出張所に併設している利点を活かし、出張所との連携を強化し、高齢者に留まらない幅広い地域課題、相談に対応する。チームアプローチによる専門性を活かして適切に対応していく。</p> <p>(1)②行政、事業所等との連携により、虐待、成年後見制</p>	<p>出張所に併設している包括として、出張所との連携構築を行っている。相談の内容においては出張所を案内し連携している。その他、文化センターまつり開催に向けた支援を行った。出張所と文化センターが併設していることもあり、包括も文化センターまつりの実行委員メンバーになっている。今年度文化センターまつりを実施した唯一のセンターとして、開催に当たって</p>

<p>度、権利擁護関連の課題に対し、解決に向けた支援を行う。</p> <p>(1)③消費者被害の防止に向けた啓発事業の実施。地域や介護事業所等へ情報提供実施。</p> <p>(2)①個別ケースの地域ケア会議（困難ケース・自立支援）を定期開催し、介護支援専門員と地域を繋ぎ、課題の共有と支援体制の強化を図る。</p> <p>(2)②予防プラン委託事業所を対象にした情報交換会を実施する。集会が難しい場合は書面やオンライン開催等実現可能な方法で実施する。</p> <p>(2)③介護支援専門員と民生委員や地域の関係機関等が連携出来る機会を設定し、地域ケア会議として、必要なケースの共有、地域課題の共有を行っていく。</p> <p>(4)①毎年実施している民生委員と包括の勉強会の場を活用し、地域課題の提起・共有を目的として日常生活圏域の地域ケア会議を開催する。</p> <p>(4)②毎年包括独自で実施している高齢世帯・独居高齢者の戸別訪問（笑顔で訪問）を実施し、（熱中症予防訪問を含む）高齢者の実態・ニーズの把握に努め、地域にフィードバックし、情報・課題共有に努める。</p> <p>(4)③コロナ感染症の影響により休会しているシニアクラブ、シルバー人材センターのシルバーサロン、自治会町会に働きかけ、少人数でのセミナー（介護、福祉、保健医療等）を開催し、見守り活動に繋げる。</p> <p>(5) ①地域力推進会議の場や民生委員協議会など、既存の会議の中で地域課題の共有が図れ、負担が少なく、効率的な会議開催の方法を検討する。</p> <p>(7)①社協の地域福祉コーディネーター等と連携し、相談者・世帯の暮らし全体を捉え、本人に寄り添い継続的に繋がりを続ける支援に協力する。</p>	<p>は、実行委員会の方々と意見を出し合い、安全な開催方法について、検討した。まつり当日もキーホルダー登録会等で参加した。地域活動に参加し、日常的に顔の見える関係を構築したことにより、機関連携だけでなく、地域住民より地域課題を直接聞く機会が増え、地域包括ケアの構築や、重層的支援に向けてのイメージが共有しやすくなった。次年度も今年度同様、地域との連携体制を維持し、地域住民の課題に寄り添った支援を継続する。民生委員との関わりにおいては、民協の自主勉強会の機会を活用し、「地域で暮らす家族を考える」をテーマに、地域に居住する障がいがある家族のケースを共有した。専門職だけでなく地域全体の見守りについて、地域福祉課・地域健康課・久が原福祉園・出張所・社協など、重層的な視点での参加を実施し、支援の重要性と課題について共有。この活動を日常生活圏域地域ケア会議に位置付けた。切れ目ない支援、地域の見守り体制のイメージが共有しやすくなったとの意見を関係機関や出張所、民生委員より得ている。継続的な働きかけが必要であり、引き続き、関心を深めてもらう働きかけを工夫していく必要がある。ひとり暮らし高齢者実態把握訪問（笑顔で訪問）では、対象者 80 名抽出、その内 62 名の方よりアンケートの回答が得られた。アンケートの結果を民生委員とも共有し、見守り活動に活用している。避難行動要援護者名簿対象者訪問として、避難行動要援護者名簿に登録されている方のうち、浸水想定地域に該当する 20 代～80 代の対象者 11 名（障害世帯含む）に対し、出張所、民生委員、包括が協力して戸別訪問を実施した。訪問は民生員と包括が 2 人ペアで実施し、高齢以外の対象者宅も訪問、注意喚起と実態把握を行った。前年度から引き続きの訪問実施で、重層的な支援の課題確認の機会となった。見守りコーディネーターの関わりにより、東邦大学いえラボと連携。毎月、医療と介護の連絡会に参加した。地域との関係づくりも大切であると考え、民生委員との関係も構築しているよう働きかけている。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6)①認知症カフェの実施を継続。月 1 回の活動を基本とし、サポート医との交流を絶やさないように支援する。新型コロナウイルス感染の状況により、レター開催を行うなど、参集しない場合でも交流が図れる工夫をしていく。</p> <p>(6)②調布地域認知症地域支援推進員連絡会を中心とし</p>	<p>認知症サポーター養成講座は 2 回の開催となった。8/27 オンライン開催では参加者 5 名。12/23 嶺町特別出張所での参集型開催では参加者 16 名となる。講座参加者に向けて、大田区の認知症施策の広報を実施。ステップアップ講座の参加や認知症関連の事業に協力を頂くため、参加者に嶺町包括で開催する別事業の参加を促し、ボランティア希望の方との繋がりを切らさないように工夫した。R5 度に調布地区で実施するステップ</p>

<p>て検討されているチームオレンジ事業の実現に向けて協力していく。</p> <p>認知症サポーター養成講座受講者に向け、地域活動参加への促しや、ステップアップ講座に協力をする。</p>	<p>アップ講座の参考の為、大田区で実施したステップアップ講座に認知症支援推進員が参加した。</p>
---	--

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	総合相談窓口としての機能を強化する。重層的支援を意識した連携構築	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①出張所に併設している利点を活かし、出張所との連携を強化し、高齢者に留まらない幅広い地域課題、相談に対応する。チームアプローチによる専門性を活かして適切に対応していく。</p> <p>②行政、事業所等との連携により、虐待、成年後見制度、権利擁護関連の課題に対し、解決に向けた支援を行う。</p> <p>③消費者被害の防止に向けた啓発事業の実施。地域や介護事業所等へ情報提供実施。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 日常生活圏域地域ケア会議での課題共有（重層的支援に向けて） 今年度の地域ケア会議にて、地域に居住する障がいがある家族のケースの共有を選定したことにより、専門職だけでなく地域全体の見守りについて、地域福祉課・地域健康課・久が原福祉園・出張所・社協等重層的な支援の重要性と課題について共有出来た。 ケア会議をきっかけに、切れ目ない支援、地域の見守り体制のイメージが共有しやすくなったとの意見を、関係機関や出張所、民生委員より得ることが出来た。 引き続き、地域に向けて関心を持ち協力が得られる体制作りの為の工夫をする。</p> <p>②適宜ケース会議を所内で開催し、支援の方向性や連携機関について検討のうえ、調布地域福祉課高齢者支援の地域担当と情報共有を図り、解決に向けた対応について確認している。 虐待や権利擁護研修の所内共有や伝達研修等、毎朝のミーティング時や月次の所内会議で共有し、常に新しい情報で対応できるように実施した。</p> <p>③ひとり暮らし高齢者を対象とした実態把握訪問にて（R4.6～9）にて、消費者被害防止の</p>

	★[重-2]		<p>リーフレットを配布し、被害防止の啓発活動を実施。</p> <p>シニアステーション東嶺町にて、 8/4 田園調布警察による講話</p> <p>1/23～28 大田区の消費者部門、生活安全部門、高齢福祉部門の連携による消費者被害防止啓蒙講座</p> <p>1/24 田園調布警察による特殊被害防止講座実施</p> <p>ケアマネ向けに困難事例共有会（8/31）の参加者に特殊詐欺防止のリーフレットを配布し協力を依頼した。</p>
--	--------	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所、医療機関と共にケアマネジメント力を向上する		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①個別ケースの地域ケア会議（困難ケース・自立支援）を定期開催し、介護支援専門員と地域を繋ぎ、課題の共有と支援体制の強化を図る。</p> <p>②予防プラン委託事業所を対象にした情報交換会を実施する。集会が難しい場合は書面やオンライン開催等実現可能な方法で実施する。</p> <p>③介護支援専門員と民生委員や地域の関係機関等が連携出来る機会を設定し、地域ケア会議として、必要なケースの共有、地域課題の共有を行っていく。</p> <p>★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① ② 困難事例の地域ケア会議を「困難事例共有会」という形で、予防プランの委託先を中心に実施した（8/29）。参加者 23 名。</p> <p>ケアマネが日々の業務で行き詰まること、ケアマネの範囲を超えた理不尽な要求、家族の理解を得られず対応に苦慮する等のケースを検討した。老々介護、認認介護ケースの増加やそれに伴う対応等についても地域福祉課とも共有できる機会となった。と同時にケアマネのメンタルヘルスについての課題も確認できた。</p> <p>・嶺町・田園調布地域包括ケアの会（日常生活圏域地域ケア会議）（1/31） テーマ「私たちのコロナ奮戦記」</p> <p>医療・介護それぞれ立場から、コロナ感染症対応について意見交換し、地域での医療と介護の連携について検討した。</p> <p>③避難行動要援護者名簿対象者訪問の際、担当ケアマネがいる対象者の訪問時にケアマネに同行依頼や地域情報の提供を行った。</p> <p>【課題】 令和 4 年度は介護支援専門員と民生委員や地域の関係者が連携出来る場を設けることが出来なかった。次年度以降の検討事項とする。</p>

--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防普及啓発の強化		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①嶺町包括独自で発行しているフレイル予防普及広報紙「みねまちだより」(年4回発行)の発行を継続。地域力推進会議での配布や地域の関係機関に置いてもらうなど、フレイル予防普及啓発のツールとして活用する。</p> <p>②シニアステーション東嶺町にて、フレイル予防をテーマに地域講座を隔月で開催する。</p> <p>③嶺町地区自治会町会連合会の分化事業「みねまちポールウォークの会」(旧元氣シニアプロジェクト)にて幅広い世代に向けたフレイル予防の啓発を継続する。</p> <p>④自立検討会議を開催し、必要とされる社会資源やニーズを確認する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 「みねまちだより」は計画通り年4回発行できた。今年度は地域でフレイル予防に取り組んでいる個人に記事の依頼をし、内容の充実を図る等の工夫をした。</p> <p>4月 フレイル予防の3つの要素 7月 栄養特集 (地域福祉課栄養士の原稿協力)</p> <p>9月オーラルフレイル予防① 1月 オーラルフレイル予防② (地域ボランティアの原稿協力)</p> <p>配布先 嶺町地区まちづくり会議(地域力推進会議) 民生委員協議会 薬局、商店等、各種イベントにて配布</p> <p>②毎月の開催が実施出来た。 包括の保健師による熱中症予防講座実施(7/7)。 包括保健師による骨盤底筋運動講座実施(毎月R4年度12回実施)</p> <p>③今年度5回実施。 5回の内2回は外出イベントで、大田大使も参加するなど、幅広い世代に向けたフレイル予防の普及啓発に繋がった。</p> <p>④今年度自立支援検討会議は実施出来ていないが、困難事例の地域ケア会議を「困難事例共有会」として実施し、地域課題や社会資源等についても地域のケアマネと検討する機会を持った。次年度もケアマネのニーズを踏まえながら、地域の状況に即した求められる社会資源について検討する。</p>

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	地域住民の高齢者の見守り体制を構築する	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 毎年実施している民生委員と包括の勉強会の場を活用し、地域課題の提起・共有を目的として日常生活圏域の地域ケア会議を開催する。</p> <p>② 毎年包括独自で実施している高齢世帯・独居高齢者の戸別訪問（笑顔で訪問）を実施し、(熱中症予防訪問を含む)高齢者の実態・ニーズの把握に努め、地域にフィードバックし、情報・課題共有に努める。</p> <p>③ コロナ感染症の影響により休会しているシニアクラブ、シルバー人材センターのシルバーサロン、自治会町会に働きかけ、少人数でのセミナー（介護、福祉、保健医療等）を開催し、見守り活動に繋げる。</p>	<p>◆日常生活圏域地域ケア会議での課題共有（9/20）</p> <p>民協の自主勉強会の機会を活用し、「地域で暮らす家族を考える」をテーマに、地域に居住する障がいがある家族のケースを共有し、専門職だけでなく地域全体の見守りについて、地域福祉課・地域健康課・久が原福祉園・出張所・社協等重層的な支援の重要性と課題について共有した。</p> <p>ケア会議をきっかけに、切れ目ない支援、地域の見守り体制のイメージが共有しやすくなったとの意見を、関係機関や出張所、民生委員より得ている。</p> <p>②笑顔で訪問の実施（ひとり暮らし高齢者の実態把握訪問）</p> <p>R4.8～9</p> <p>対象者 25 名の内、19 名にアンケートによる回答が得られた。アンケート結果について、地域福祉課、地区民生委員にフィードバックし、情報共有した。</p> <p>③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シニアクラブでのミニ講座実施 熱中症予防講座等 田園調布ゆうもあクラブ 7/27 嶺福寿会 7/27 みだけクラブ 7/11.21.8/15 ・シルバー人材センターミニ講座実施 熱中症予防講座等 7/6 ・東久自治会サロンでのミニ講座 熱中症予防講座 7/12 デジタルクラブ支援 10/11 <p>活動再開している団体に働きかけをし、包括からの広報活動と地域課題の確認を実施。</p>
	<p>実施報告 ※※</p>	

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域ケア会議が定期的で開催出来、地域住民と生活課題を共有する
------	--------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 地域力推進会議の場や民生委員協議会など、既存の会議の中で地域課題の共有が図れ、負担が少なく、効率的な会議開催の方法を検討する。 ★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① R4 年度 地域ケア会議 実績 8/31 困難事例検討会 (個別・困難事例 2 件) 9/20 民生勉強会 (日常生活圏域) 1/30 地域包括ケアの会 (日常生活圏域) 2/20 個別：困難事例</p> <p>今年度の取り組み方法に対して、参加した機関、関係者から課題共有の方法として効果的であったと評価を得ている。 民生員会長からは、事例共有を定期でやって欲しいとの要望が上がっている。 個別の会議では、担当地区の民生委員のみの会議参加となり、課題の共有に繋がりにくい。参加した民生委員も他の民生からの意見を得られると対応に自信が持てるとの意見があったと報告あり。次年度もより効果的な課題共有の機会を検討する。</p>
-------------------	---	--------------------	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていくことが出来るよう支援していく		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①認知症カフェの実施を継続。月 1 回の活動を基本とし、サポート医との交流を絶やさないように支援する。新型コロナウイルス感染の状況により、レター開催を行うなど、参集しない場合でも交流が図れる工夫をしていく。 ②調布地域認知症地域支援推進員連絡会を中心として検討されているチームオンライン事業の実現に向けて協力していく。 ★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 認知症カフェは今年度感染症対策を留意して参集型で実施。コロナ禍でもサポート医が参加し、懇談会形式で開催することが出来た。介護家族会の要素もあり、参加者の満足度が高い会になっているが、サポート医の負担があり、次年度はサポート医のみリモート参加にするなど開催方法の検討を行う必要がある。 ②調布地域認知症支援推進員連絡会 (月 1 回開催) にて、R5実施する認知症ステップアップ講座の内容を 1 年かけて検討し、実施に向けて具体案が固まった。調布地域全体での開催を実施し、包括ごとに開催が出来るように次年度も連絡会で検討を進める予定。</p>

--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	包括的支援体制の構築への支援		
<p>実施計画 ※</p>	<p>多世代共生社会に向けたネットワーク作り 社協の地域福祉コーディネーター等と連携し、相談者・世帯の暮らし全体を捉え、本人に寄り添い継続的に繋がり続ける支援に協力する。 ★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>◇東邦大学いえラボとの連携 ・シニアステーション東嶺町にて東邦大学の講師による地域講座を開催 「在宅医療について」7/1 「フレイル〜心の不調から」11/11 「食べるを応援する」3/10 ・ココシリワーカーへの参加・協力 社協の地域福祉コーディネーターを含む地域の医療・福祉専門職の定期情報交換会への参加、協力 ⇒この場での討議で前年度コロナ罹患者に向けた食料支援等に繋がった。 ◇荏原病院認知症疾患医療センターとの連携 荏原病院の認知症認定看護師による ACP の講座の実施と協力。R4 年度 2 回実施（11/14、2/25） ◆シニアステーション東嶺町にて、多世代向けの講座を企画し、隔月の土曜日に実施した。 30.40 代の参加者やシニア利用者の家族（夫・娘）の参加に繋がる。 R4 年実績 5 回 6/18（土）「介護は突然やってくる？元気づちから備えておきたい心構え」講師：ベネッセスタイルケア 8/20（土）「高齢者住宅の基礎知識」講師：ベネッセスタイルケア 10/22「大丈夫ですか？災害時のトイレ対策」講師：NPO 法人 CONNECT 12/3（土）「オーラルフレイルって何？」講師：オーラルフレイル予防推進委員長 2/25（土）「元気づちから人生会議」講師：荏原病院認知症認定看護師</p>

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 田園調布

1 事業目標

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、時代の変化に合わせた、コミュニティワークとケースワークを実践します。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度~令和5年度>>

目指す姿	誰もが気軽にアクセスし“その人らしい生活の支えとなる”センター	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防や生きがいづくりなどに、身近な地域で参加できるよう、地域住民、各種団体、企業など地域のあらゆる社会資源と連携・協働できる関係をつくりまします。★[重-1] 2. 地域性にあった助け合いの仕組みづくりを、住民と一緒に考え取り組むため、地域の防災・防犯活動やひとり暮らし訪問などへ積極的に協力し、協働できる関係を構築します。★[重-2] 3. 認知症や介護が必要になっても安心して暮らし続けられるまちを目指し、介護・医療の専門職をはじめ、多様な機関と“切れ目の無い支援”を実践できるよう様々な活動を行います。★[重-3]	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画とおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)① ~ (7)〇を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)②住民が主体的に健康づくりへ取り組めるよう、各団体や自主グループなどの支援を様々な機関と一緒にいき、多世代へのアプローチも行います。	(3)②地域の福祉施設の交流スペースを活用した、フレイル予防教室の運営支援を昨年度に続き行いました。自主グループ化を目標に、地域リハビリテーション事業なども活用し、多職種で支援したことで、主体的に健康づくりに取り組む意識の醸成ができました。メンバーの提案により、活動が月1回から2回に増回し活動意欲も上げることに成功しました。
★[重-2] (4)②地域住民や団体等との防災・防犯に関する行事や話し合いの場に積極的に参加し、協働できる関係づくりを継続します (5)②地域内で開催している会議を、日常生活圏	(4)②民生委員と共催のイベントにて、防災の講師を招き、地域の防災意識を高める講座を実施しました。また、小学校区域での防災活動拠点訓練に参加し、防災を通じた地域のネットワーク強化と地域資源の把握に努めました。来年度も「災害に強い街は高齢者に

<p>域の地域ケア会議として広く捉え、地域の様々な立場の住民等と地域の強みや課題を考え、課題解決に向けて協働します。</p> <p>(7)②支え合い活動の推進のため、自治会町会が実施する防災・防犯活動などに参加協力し、地域活動をきっかけにした支え合い活動に取り組みます。</p>	<p>も安心できる街」を目指し、地域と協働し街づくりを行います。</p> <p>(5)②田園調布元気シニアプロジェクトやケアマネ勉強会等を活用し、住民と専門職などの団体とのつながりを創出し、地域が一体となった活動へと発展しています。今後も、地域力を活用した個別課題の解決を実践します。</p> <p>(7)②特別出張所と連携し、地域の防災活動への参加や歳末パトロールへの挨拶回り等を実施し、地域防災の情報収集や高齢者の見守り活動の啓発を行いました。今後は、この繋がりを重層支援体制整備事業に活かせるように取り組みます。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(2)①管内の居宅介護支援事業者向けに『ケアマネ勉強会』を年4回以上実施します。</p> <p>(2)③調布地域福祉課管内の包括と、介護支援専門員と協働し、年4回の研修会を企画・運営します。</p>	<p>(2)①計5回実施。管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の専門職を講師に招き、業務に活かせる情報の発信を行いました。また、民生委員参加の事例検討会を実施し、認知症高齢者の支援を検討することで、社会資源を活用したマネジメントの実践へと繋がっており、来年度も継続して実施します。</p> <p>(2)③コロナ禍の影響により計3回の開催となりました。実行委員として企画運営に携わり、包括のネットワークを活かすことで、医師や民間の成年後見人を講師に招き、新たな切り口でマネジメント力向上となる研修を開催しました。今後もオンラインを活かした研修などに注力します。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	複合課題を抱える方への支援も、三職種や多機関と連携し解決に取り組みます		
実施計画 ※	<p>① 虐待や権利擁護などの支援にはチームで対応、検討し支援方針を決定します。</p> <p>② 担当者不在でもスムーズな対応ができるよう、毎日送り</p>	実施報告 ※※	<p>① 虐待ケースは所内で共有・検討し、支援方針を決めることを意識的に行いました。権利擁護に関しては社会福祉協議会おた後見センターや消費者生活センターなどにも相談・連携し対応しました。</p>

	<p>を行い支援方針の共有を行います。</p> <p>③ 各自役割に応じた研修を受講し、内部でも伝達研修等で共有することで、チーム全体の対応力向上を行います。</p>	<p>②毎日の申送りの際に、継続して支援しているケースについては進捗状況の概況を確認しているため、担当者不在でも対応ができました。</p> <p>③研修に参加した際には、研修の資料の回覧や、申送りなどで研修の内容を伝達することで、所内全体のスキルアップに取り組みました。しかし、窓口時間の申送りとなるため、時間の確保が課題となっています。</p>
--	---	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員の資質向上とネットワーク構築のための支援を行います		
実施計画 ※	<p>① 管内の居宅介護支援事業者向けに『ケアマネ勉強会』を年4回以上実施します。★[重-3]</p> <p>② ケアマネが高齢者に関する情報を届けるため『ケアマネ通信』を定期的に発行します。</p> <p>③ 調布地域福祉課管内の包括と、介護支援専門員と協働し、年4回の研修会を企画・運営します。★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 計5回実施。管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の専門職を講師に招き、業務に活かせる情報の発信を行いました。また、民生委員参加の事例検討会の中で、認知症高齢者の支援を検討することで、マネジメント力向上へと繋がっており、来年度も継続して実施します。</p> <p>② 計6回発行、包括主催の家族会や認知症カフェの広布、見守りキーホルダーのメリット周知、詐欺防止など高齢者の生活に役立つ情報提供を行いました。</p> <p>③ コロナ禍のため、計3回の開催となりました。実行委員として企画運営に携わり、包括のネットワークを活かし医師や民間の成年後見人を講師に招き、新たな切り口でマネジメント力向上となる研修を企画、開催しました。今後もオンラインを活かした研修などに注力します。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域の様々な団体・機関と連携し、高齢者が主体的に健康づくりへ参加出来る様に支援します
------	--

<p>実施計画 ※</p>	<p>① シニアステーションと連携しフレイル予防の普及啓発と実践の場を提供します。</p> <p>② 住民が主体的に健康づくりへ取り組めるよう、各団体や自主グループなどの支援を様々な機関と一緒にいき、多世代へのアプローチも行います。★[重-1]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① フレイル予防に関心がある住民より「シニアステーションには通いたいが遠方で行けない」との声があり、特別出張所の会議室で月一回のフレイル予防体操教室を開催しました。講師は、シニアステーションで好評な方へ依頼し、定員を超える申し込みとなり、地域のニーズに応えた教室の開催となりました。</p> <p>② 地域の福祉施設の交流スペースを活用した、フレイル予防教室の運営支援を昨年度に続き行いました。自主グループ化を目標に、地域リハビリテーション事業なども活用し、多職種で支援したことで、主体的に健康づくりに取り組む意識の醸成ができました。また、メンバーの提案により、活動が月1回から2回に増回し、活動意欲を上げることに成功しました。</p>
-------------------	--	--------------------	---

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

<p>個別目標</p>	<p>多くの地域住民・団体・機関と協働し、見守りのネットワークを強化します</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 自治会町会、民生児童委員と協力して、ひとり暮らし高齢者や避難行動要支援者訪問を行います。</p> <p>② 地域住民や団体等との防災・防犯に関する行事や話し合いの場に積極的に参加し、協働できる関係づくりを継続します。★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 自治会が実施する、避難行動要支援者名簿の訪問や熱中症訪問、敬老の日の訪問活動へ協力し、見守りに関する情報の受発信を行いました。また、未把握訪問時には民生委員への聞き取りを行い、コロナ禍で情報把握の難しい高齢者の情報共有にも注力しました。今後は、この活動が地域全体に広がるように、啓発を行っていきます。</p> <p>② 民生委員と共催のイベントにて、防災の講師を招き、地域の防災意識を高める講座を実施しました。また、小学校区域での防災活動拠点訓練に参加し、防災を通じた地域のネット</p>

			ワーク強化と地域資源の把握に努めました。「災害に強い街は高齢者にも安心できる街」を目標に、地域と協働し街づくりを行います。
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、介護・医療・福祉に関わる団体、人々と協働し、多種多様な社会資源の開発と提供を行います。		
実施計画 ※	<p>① 個別レベル地域ケア会議開催状況を四半期ごとに検証し、各職員がより効果的な会議を開催できるよう事業所内で振り返りを行います。</p> <p>② 地域内で開催している会議を、日常生活圏域の地域ケア会議として広く捉え、地域の様々な立場の住民等と地域の強みや課題を考え、課題解決に向けて協働します。★[重-2]</p> <p>③ 嶺町・田園調布地域包括ケアの会実行委員として、医療・介護のネットワークがより発展するよう研修などの企画運営を行います。</p>	実施報告 ※※	<p>① 個別レベル地域ケア会議5回、日常生活圏域レベル地域ケア会議4回開催。各会議が個別課題の発見と地域課題の抽出などに繋がり、社会資源を活かしたケースマネジメントの実践に結びついています。</p> <p>② 田園調布元気シニアプロジェクトやケアマネ勉強会等を活用し、住民と専門職などの団体とのつながりを創出し、地域が一体となった活動へと発展しています。今後も、地域力を活用した個別課題の解決を実践します。</p> <p>③ 地域包括ケアの会を嶺町包括と合同で開催し「私たちのコロナ奮闘記」テーマに、互いのモチベーションアップや今後の連携強化となる研修会を開催することができました。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域住民に認知症について正しく知っていただき、認知症になっても暮らし続けることができる地域づくりを行います。		
実施計画 ※	<p>① 認知症サポーター養成講座へ多くの方が参加しやすいように、集合型とオンラインの両方で開催し、多世代の住民へ認知症の啓発を行います。</p> <p>② オレンジカフェを毎月特別出張所で開催し、認知症の方でも気軽に参加できる集いの場づくりを行います。</p>	実施報告 ※※	<p>① コロナの規制緩和に伴い、集合型での養成講座参加希望者が多かった為、2回とも集合形式での講座へ変更しました。2回ともに定員以上の予約があり、地域のニーズに応え、認知症への理解を拡げることができました。今後は、意識の高さを、チームオレンジへの活動に活かしていきます。</p>

			② 4月より対面でのカフェを再開し、毎月カフェを実施する事ができました。新規参加者の増加、本人参加、夫婦参加など、多様な参加者が集う場に発展しています。今後も、認知症の方が来なくなる居場所づくりを進めていきます。
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	『大田区版地域共生社会の実現』に向け、複合課題の解決や、支援と共生の地域づくりを様々な機関・団体などと取り組みます。		
実施計画 ※	<p>① 社会福祉協議会の地域福祉コーディネーターとの連携を強化するため、個別支援のチームアプローチや地域ケア会議の共催などを行います。</p> <p>② 支え合い活動の推進のため、自治会町会が実施する防災・防犯活動などに参加協力し、地域活動をきっかけにした支え合い活動に取り組みます。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 地域福祉コーディネーターと連携し、シニアステーションやせせらぎ館を活用し「フードドライブ」を実施しました。これをきっかけに、子ども食堂への食糧支援が始まり、各施設とも様々な交流のきっかけとなっています。</p> <p>② 特別出張所と連携し、地域の防災活動への参加や歳末パトロールへの挨拶回り等を実施し、地域防災の情報収集や高齢者の見守り活動の啓発を行いました。今後は、この繋がりを重層支援体制整備事業に活かせるよう取り組みます。</p>

大田区福祉部長 様

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 たまがわ

1 事業目標

綿密な所内連携によるチームアプローチを実践し、地域住民や地域の関係機関などとの連携を図り、地域包括ケアシステムの構築を深める。

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	地域とともに考え、ともに解決を目指して支援を行っている。	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. ふれあい元気塾をはじめとする、地域住民が主体となるさまざまな活動を支援し、地域でいきいきと暮らしていけるように支援する。★[重-1]	A
	2. 地域ケア会議や鶴の木地域包括ケアの会などさまざまな手法を用いて、医療・介護などの関係機関や町会・民生委員などと連携して、地域住民と共に地域での見守りについて話し合い、取り組んでいく。★[重-2]	A
	3. 地域福祉コーディネーターなどと連携を図り、地域の社会資源を活用して支援を行える体制を構築し、複合課題を抱える家族への支援などさまざまな相談に対して総合的な支援を行う。★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画とおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ①コロナ禍における閉塞的な生活から、徐々に活動的な生活へ移行できるきっかけ作りとして、活動を休止している地域にある活動の場などの再開を支援する。 (4) ①地域にある活動の場などとの連携を密にし、さらなるネットワークを構築する。 (6) ①地域にある活動の場などにおいて、認知症の普及・啓発を行う。	★[重-1] (3) ①鶴の木地区の各ふれあい元気塾の開催の際に、フレイル予防の講話などを実施し、開催支援を行った。 (4) ①ふれあい塾の再開に際して、鶴の木特別出張所や世話人との連携を図り、顔の見える関係づくりを行った。 (6) ①認知症サポートガイドなどを利用して、地域の集いの場において認知症についての普及・啓発を行ったほか、窓口に営業にきた関係機関などにも積極的に周知を図った。また、民生委員協議会において、認知症地域支援推進員からチームオレンジ事業も含めて、説明をおこなった。

<p>★[重-2]</p> <p>(2) ①地域ケア会議の開催に向け、地域の介護支援専門員に対して地域ケア会議の目的などの理解を深めるために開催事例などの周知に努める。</p> <p>(5) ①鶺の木地区での医療・介護連携である「鶺の木地域包括ケアの会」において、お互いの専門性を高めるとともに、地域住民とも連携を深め、地域ネットワークのさらなる構築に取り組む。</p> <p>②地域の多様な主体に対して、地域包括ケアシステムへの参画を意識した連携が図れるよう、随時情報発信や地域ケア会議を行う。</p>	<p>★[重-2]</p> <p>(2) ①地域の介護支援専門員に対して集合形式にて研修会を実施した。外部講師による「マイタイムライン講習」を実施するとともに、改めて地域ケア会議の目的を周知し、事例の提供などを呼び掛けた。</p> <p>(5) ①9/15 第4回鶺の木地域包括ケアの会をオンラインにて開催した。防災をテーマに、医療、介護、地域の取り組みを共有し、グループディスカッションを行った。地域の防災について、民生委員長、出張所所長にも参加していただいた。また、2/22 第5回鶺の木地域包括ケアの会をオンラインにて実施し、医師を中心とした専門職の交流会を実施した。</p> <p>(5) ②9/15 に開催した鶺の木地域包括ケアの会について、民生委員長から民協において情報発信と共有をしていただくことができた。</p> <p>障害サービスから介護保険サービスに切り替えの方について、地域ケア会議(自立支援)を実施し、本人の自立支援について地域の方とともに検討した。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1) ②高齢者の権利擁護や虐待防止の視点をもって支援を行い、関係機関との連携を図る。</p> <p>(7) ②地域の社会資源の活用を図り、地域福祉コーディネーターとの連携を強化する。</p>	<p>★[重-3]</p> <p>(1) ②成年後見制度の申立てや虐待対応など、高齢者の権利擁護について地域福祉課や成年後見センター、JOBOTA、弁護士、司法書士など、関係機関と連携を図り、必要な支援を行った。</p> <p>(7) ②調布地域福祉課見守りコーディネーター連絡会において、若い世代に向けた取り組みについて、地域福祉コーディネーターとも連携を図り、動画作成を行った。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	所内連携を密にし、総合的なチームアプローチ力を向上する。
------	------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>①所内での適切な情報共有と支援方針の検討を行う。夕礼や事例検討会などを実施し、チームで支援を行う。</p> <p>②高齢者の権利擁護や虐待防止の視点をもって支援を行い、関係機関との連携を図る。★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①夕礼にとどまらず、適宜その場で情報共有や支援方針の検討を行い、チームアプローチを実践した。また、困難事例について事例検討会を実施し、ケースによっては地域福祉課保健師と共に支援方針を検討した。</p> <p>②成年後見制度の申立てや虐待対応など、高齢者の権利擁護について地域福祉課や成年後見センター、JOBOTA、弁護士、司法書士など、関係機関と連携を図り、必要な支援を行った。</p>
-------------------	---	--------------------	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>地域の介護支援専門員とともに、高齢者の自立に資するケアマネジメントの視点を強化する。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①地域ケア会議の開催に向け、地域の介護支援専門員に対して地域ケア会議の目的などの理解を深めるために開催事例などの周知に努める。★[重-2]</p> <p>②日常的に地域の介護支援専門員との関係づくりを心掛け、相談しやすい場づくりをめざす。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①地域の介護支援専門員に対して集合形式にて研修会を実施した。外部講師による「マイタイムライン講習」を実施するとともに、改めて地域ケア会議の目的を周知し、事例の提供などを呼び掛けた。</p> <p>②日ごろから個別事例の相談などに、丁寧に対応し、共に解決を目指して取り組んだ。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>地域で自分らしい暮らしを続けていけるような地域の社会資源の活用・周知に取り組む。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①コロナ禍における閉塞的な生活から、徐々に活動的な生活へ移行できるきっかけ作りとして、活動を休止している地域にある活動の場などの再開を支援する。★[重-1]</p> <p>②インフォーマルな地域の社会資源を、積極的に活用できるように周知の強化を行う。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①鶉の木地区の各ふれあい元気塾の開催の際に、フレイル予防の講話などを実施し、開催支援を行った。</p> <p>②自主グループなど、地域の活動の場の後方支援を行った。また、地域の高齢者に広報を行い、新規利用者を発掘した。</p>

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	地域に積極的に向かい、気軽に相談してもらえる関係を築く。		
実施計画 ※	<p>①地域にある活動の場などとの連携を密にし、さらなるネットワークを構築する。 [重-1]</p> <p>②社会資源の情報を把握するとともに、情報更新を積極的に行う。</p>	実施報告 ※※	<p>①ふれあい塾の再開に際して、鶺の木特別出張所や世話人との連携を図り、顔の見える関係づくりを行った。</p> <p>②地域の社会資源を把握し、窓口での掲示などのほか、訪問時に積極的に情報提供を行った。また最新の情報をその都度確認し、情報の更新に努めた。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	医療と介護の連携を強化し、地域住民を含めたネットワークを構築する。		
実施計画 ※	<p>①鶺の木地区での医療・介護連携である「鶺の木地域包括ケアの会」において、お互いの専門性を高めるとともに、地域住民とも連携を深め、地域ネットワークのさらなる構築に取り組む。★[重-2]</p> <p>②地域の多様な主体に対して、地域包括ケアシステムへの参画を意識した連携が図れるよう、随時情報発信や地域ケア会議を行う。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①9/15 第4回鶺の木地域包括ケアの会をオンラインにて開催した。防災をテーマに、医療、介護、地域の取り組みを共有し、グループディスカッションを行った。地域の防災について、民生委員長、出張所所長にも参加していただいた。また、2/22 第5回鶺の木地域包括ケアの会をオンラインにて実施し、医師を中心とした専門職の交流会を実施した。</p> <p>②9/15に開催した鶺の木地域包括ケアの会について、民生委員長から民協において情報発信と共有をしていただくことができた。</p> <p>障害サービスから介護保険サービスに切り替えの方について、地域ケア会議(自立支援)を実施し、本人の自立支援について地域の方とともに検討した。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の早期発見・早期対応に、地域とともに取り組む。		
実施計画 ※	<p>①地域にある活動の場などにおいて、認知症の普及・啓発を行う。 ★[重-1]</p> <p>②地域住民が認知症に対する理解を深めるため、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェなどを開催する。</p>	実施報告 ※※	<p>①認知症サポートガイドなどを利用して、地域の集いの場において認知症についての普及・啓発を行ったほか、窓口に営業にきた関係機関などにも積極的に周知を図った。また、民生委員協議会において、認知症地域支援推進員からチームオレンジ事業も含めて、説明をおこなった。</p> <p>② 【オレンジカフェ】 7月鶉の木特別出張所にて再開した。10月からは特養たまがわ会議室に場所を変更。12～2月は、感染拡大のため中止し、3月から再開した。 地域のボランティアだけでなく、介護事業所職員がボランティアとして運営に協力を頂いた。 【認知症サポーター養成講座】 10/13 鶉の木特別出張所 10名 10/20 千鳥郵便局オンライン 50名 1/25 長正学園 48名 1/28 オンライン開催 7名</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	関係機関と連携を図り、包括的支援体制を構築する。		
実施計画 ※	<p>①若年性認知症支援相談窓口との連携を図る。</p> <p>②地域の社会資源の活用を図り、地域福祉コーディネーターとの連携</p>	実施報告 ※※	<p>①若年性相談窓口にて開催される家族会や本人ミーティングに参加し、職員自身が理解を深めた。また、社会保障などの情報共有や個別支援における若年性認知症に関わる相談などにおいて、連携を図った。</p> <p>②調布地域福祉課見守りコーディネーター連絡会において、若い世代に向けた取</p>

	を強化する。★[重-3]		り組みについて、地域福祉コーディネーターとも連携を図り、動画作成を行った。
--	--------------	--	---------------------------------------

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 地域包括支援センター久が原

1 事業目標

地域共生社会を目指し、住民一人一人のその人らしい暮らしを支援するとともに、互いに助け合い安心して暮らせるまちづくりを推進する。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度～令和5年度>>

目指す姿	安心してその人らしく暮らせるように支援し、地域のつながりを住民・関係機関と共に作る信頼されるセンター。	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の取り組みを地域に広めると共に、一人一人が自分の居場所と思える参加の場を支援し、高齢者がいつまでも元気に暮らせるよう支援する。 ★[重-1]	A
	2. 住民同士の顔の見える関係づくりを支援すると共に、高齢者団体や関係機関と連携し、世代を問わず声を掛け合え災害時に助け合える地域を作る。 ★[重-2]	A
	3. 一人一人が自分らしく暮らせるよう支援し、認知症の共生・予防についての理解を広め、認知症高齢者の緩やかな見守りができる地域を住民と共に作る。 ★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画どおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」



実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ①大田区作成のパンフレット・冊子を配布し、フレイル予防に関する知識を広める。 (3) ②既存の自主グループや新たな集まりの場で、フレイル予防の取り組みを取り入れられるよう支援する。 (3) ③地域の介護支援専門員と連携し、対象者の個性を重視して介護予防・フレイル予防のケアマネジメントに取り組む。 (7) ③高齢者向けスマートフォン講座等を開催し、高齢者のコミュニケーション力・情報収集力・自己表現力・活動性の向上を目指す。	(3) ① 6月7月に開催した体力測定会では地域リハビリテーション活動支援事業の専門職に参加いただき、大田区作成の冊子を使用して参加者個別にフレイル予防のアドバイスを行った。 ② 地域の活動団体にパンフレット・冊子を配布し、フレイル予防・ちょい足しを普及した。JA 健康長寿倶楽部での講座や区婦人団体連合会の研修会で、フレイル予防について講義しパンフレット・冊子を配布した。

	<p>③ フレイル予防をテーマにした地域包括ケアの会でグループワークを行い、介護支援専門員が担当のケースについて、地域住民や関係機関と情報共有・検討しケアマネジメントについて考えられるよう努めた。介護支援専門員担当の個別の担当者会議では、必要に応じてパンフレット・冊子を持参して対象者への説明やケアマネジメントについて検討した。</p> <p>★地域の課題としてフレイル予防・健康づくりの気運が高まっているため、第2回体力測定会開催をはじめ、話し合いで出た提案など、小さなことでも実現できるよう各機関と連携して検討していく。</p> <p>(7)</p> <p>③東京都高齢者向けスマートフォン講座を体験会2回、相談会を3回開催した。スマートフォンを使用している高齢者も多く、相談会で自身の疑問を解決して喜ばれる方が多かった。また、参加者同士で会話が弾み、地域での今後の交流につながる効果があった。</p> <p>★今後も開催していく。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2) ③地域に出向き商店街との顔の見える関係づくりを進め、多くの住民に地域包括支援センターの存在や役割を周知すると共に、住民による支え合いの意識を高める。</p> <p>(4) ①既存の団体に加え、住民同士の交流の場づくりを支援し、顔の見える、支え合える関係づくりを支援する。</p> <p>(4) ②出張所、自治会、民生委員、いこいの家等と連携し、イベント等の開催や協働できる人との関係を築きネットワーク構築に繋げる。</p> <p>(4) ③地域福祉コーディネーターと連携し、地域住民の困りごとの解決やイベントの開催等を行い、地域住民の連携を深める。</p> <p>(5) ①地域の介護事業者・医療機関・医師会と協働して地域包括ケアの会を開催し、関係機関との連携を深める。</p>	<p>(2)</p> <p>③地域の商店街のイベントに参加して地域包括支援センターの存在や役割を周知した。ポッチャを行い、チームプレーで参加者通しの関係を作り、支え合いの意識が生まれるよう努めた。医療機関・薬局に出向き、包括の周知と認知症の理解普及を行った。</p> <p>★今後は管轄内の別の商店街や大型商業施設にも出向き、連携できる体制を作りたい。</p> <p>(4)</p> <p>① 民生委員懇談会に地域の介護支援専門員に参加してもらい交流・話し合いを行う中で、お互いに連携して住民を支えていくことが大切であることが確認できた。</p> <p>② 自治会、シニアクラブと共催で管轄全5自治会で体力測定会を開催し、出張所・リハビリテーション専門職・居宅介護支援事業所・福祉用具</p>

<p>(5) ②日常的な民生委員との情報共有や民生委員懇談会の開催により、地域の課題を見つけ解決を図れるよう努める。</p> <p>(5) ③多様なツールを活用し、地域住民に地域包括支援センターの役割の理解を広め、地域包括ケアの理解に繋げる。</p> <p>(7) ①見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録・更新、熱中症予防啓発を積極的に行い、高齢者の把握に努める。</p> <p>(7) ②避難行動要支援者の実態把握を行い、民生委員協議会との連携や地域の防災協議会への参加により、災害時の地域の支援体制を整えていく。</p>	<p>事業所・社会福祉協議会関係にも協力いただきネットワークを強化することができた。</p> <p>③ 体力測定会・民生委員懇談会・地域包括ケアの会に地域福祉コーディネーターに参加してもらい、また地域福祉コーディネーターが主となり開催する高齢者サロンでのフードドライブに参加し、地域住民の連携を深めた。</p> <p>★今後も地域の多くの機関と協力してイベントや話し合いの機会を持ち、連携を強化して地域住民を支えていく。</p> <p>(5)</p> <p>① 3月に地域包括ケアの会を開催し、56名の参加者を得て久が原地域のフレイル予防について話し合い、連携を深めた。</p> <p>② 日常的に民生委員、包括双方から連絡して情報共有し、2月に民生委員懇談会を開催して地域の課題であるフレイル予防とイベントや地域団体に参加しない方へのアプローチを検討した。</p> <p>③ イベント時に地域包括支援センターや包括久が原のパンフレットを配布し、出張所内に包括久が原の展示スペースを設けてもらい、年4回ほど内容を変更して掲示した。</p> <p>★地域での多職種の集まる会議をより計画的に行うとともに、地域包括支援センターの理解普及ができる方法を検討する。</p> <p>(7)</p> <p>① シニアクラブのイベントや体力測定会で見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録・更新ブースを設けて行き、熱中症予防訪問を積極的に行った。</p> <p>★今後も継続していく。</p> <p>② 民生委員協議会が全避難行動要支援者を訪問して確認した、特に支援が必要な対象者のリストを自治会とも共有した。</p> <p>★避難行動要支援者への訪問を自治会・民生委員とともに進め、災害時に備える。住民の防災意識を高めるため、防災関係の講座等の開催を検討する。</p>
---	---

<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①認知症サポーター養成講座・認知症サポーターステップアップ講座を実施するとともに、認知症理解のための講座・イベントを開催し、認知症理解の普及と見守り支え合える関係づくりに取り組む。</p> <p>(6) ②認知症の共生と予防に関する既存の取り組みや住民の自主グループ等を把握・整理し、認知症サポーターを活躍できる場に繋げる。</p> <p>(6) ③認知症当事者や家族の意思や思いを大切に、「オレンジカフェ」の開催等で意思表示や社会参加ができるよう支援する。</p>	<p>(6)</p> <p>① 認知症サポーター養成講座を対面・オンラインで1回ずつと、千鳥郵便局管内6包括で共催し千鳥郵便局管内14局の職員に向けてオンライン講座を1回実施した。9月に久が原図書館と共催で、図書館の1スペースにて認知症理解普及の展示イベントを実施した。</p> <p>② 地域の活動団体について、認知症サポーターの受け入れが可能かどうか所内で検討した。</p> <p>③ オレンジカフェは1回を除いて毎月開催し、認知症当事者・家族に参加してもらい、当事者に役割をもってもらい充実した時間を過ごして頂いた。</p> <p>★チームオレンジ事業の中で、調布地区の認知症サポーターステップアップ研修を成功させる。その修了者が活躍できるよう、地域団体との調整を行う。認知症キャラバンメイトが減ってしまったこともあり、他業務に支障がないよう養成講座開催ができるよう検討する。</p>
--	---

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	対象者の意思・望む生活を把握し、複合的な課題を含むケースや支援困難ケース・虐待ケースにも丁寧に取り組む。		
実施計画 ※	<p>①包括内ミーティングでの話し合いや、包括内事例検討会・認知症初期集中支援チーム勉強会、研修参加等により、職員の総合相談支援能力の向上を図る。</p> <p>②複合的な課題を含むケースや支援困難ケース・虐待ケースに対しては3職種で支援方針・終結目標を検討し、多様な関係機関と適切に連携し支援していく。</p> <p>③「出張！包括支援センター」を継</p>	実施報告 ※※	<p>① 包括内ミーティングは毎日、事例検討会・勉強会は月1回、他必要な研修に個々の職員が参加し総合相談支援能力の向上を図った。今後も継続していく。</p> <p>② 包括内ミーティングや事例検討会、日常業務の中で支援方針・終結目標の話し合いを行い、地域福祉課・地域健康課・生活福祉課等と連携し支援した。年度初旬から主任介護支援専</p>

	<p>続すると共に、イベント等開催時の相談受付を行い、地域住民が身近な場所で気軽に相談できるよう努める。</p>		<p>門員の欠員が続いたため、来年度は3職種揃った体制で臨みたい。</p> <p>③ 「出張！包括支援センター」を高年齢者サロン虹の部屋で毎月実施し、相談者は少ないものの身近な場所での相談を受けることができた。管轄内5自治会で開催した体力測定会では介護相談ブースを設け、地域の事業所の介護支援専門員の協力を得て相談を受けた。今後の開催場所・頻度等の検討は必要と思われる。</p>
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>地域での課題解決に向けて関係機関と適切な連携をとり、問題解決を図る地域づくりを行う。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①地域の介護支援専門員を日常的に支援し、事例検討会を開催して連携を強化すると共に個別課題を解決していく。</p> <p>② 個別レベル・日常生活圏域地域ケア会議を開催し、個別課題の解決や地域課題の抽出に取り組む。</p> <p>③地域に出向き商店街との顔の見える関係づくりを進め、多くの住民に地域包括支援センターの存在や役割を周知すると共に、住民による支え合いの意識を高める。 ★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 地域の介護支援専門員に委託しているケース、介護支援専門員から相談を受けるケースを検討し支援しながら個別課題を解決した。事例検討会は開催しなかったが、民生委員懇談会に地域の介護支援専門員にも参加してもらい、一つのテーマをグループワークで話し合い顔のみえる関係と地域で連携できる関係づくりを行った。来年度は主任介護支援専門員の配置を受け、事例検討会も行いたい。</p> <p>② 個別レベル会議2回、日常生活圏域レベル会議4回を開催。自治会・シニアクラブ・居宅介護事業所・リハビリテーション専門職・関係各機関の協力を得て6月7月に開催した体力測定会について、関係者により2回の検討会を行い、第2回体力測定会開催に向けて検討を重ねると共に、見えてきた課題をその後の民生委員懇談会、地域包括ケアの会で話し合った。</p>

			<p>③ 地域の商店街のイベントに参加して地域包括支援センターの存在や役割を周知した。ポッチャを行い、チームプレーで参加者通しの関係を作り、支え合いの意識が生まれるよう努めた。医療機関・薬局に出向き、包括の周知と認知症の理解普及を行った。</p> <p>★今後は管轄内の別の商店街や大型商業施設にも出向き、連携できる体制を作りたい。</p>
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防の取り組みを地域に広め、高齢者がいつまでも元気に暮らせるよう支援する。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①大田区作成のパンフレット・冊子を配布し、フレイル予防に関する知識を広める。★[重-1]</p> <p>②既存の自主グループや新たな集まりの場で、フレイル予防の取り組みを取り入れられるよう支援する。★[重-1]</p> <p>③ 地域の介護支援専門員と連携し、対象者の個性を重視して介護予防・フレイル予防のケアマネジメントに取り組む。★[重-1]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 6月7月に開催した体力測定会では地域リハビリテーション活動支援事業の専門職に参加いただき、大田区作成の冊子を使用して参加者個別にフレイル予防のアドバイスを行った。</p> <p>② 地域の活動団体にパンフレット・冊子を配布し、フレイル予防・ちょい足しを普及した。JA 健康長寿倶楽部での講座や区婦人団体連合会の研修会で、フレイル予防について講義しパンフレット・冊子を配布した。</p> <p>③ フレイル予防をテーマにした地域包括ケアの会でグループワークを行い、介護支援専門員が担当のケースについて、地域住民や関係機関と情報共有・検討しケアマネジメントについて考えられるよう努めた。介護支援専門員担当の個別の担当者会議では、必要に応じてパンフレット・冊子を持参して対象者への説明やケアマネジメントについて検討した。</p> <p>★地域の課題としてフレイル予防・健康づくりの機運が高まっているため、第2回体力測定会開催をはじめ、話し合</p>

			いで出た提案など、小さなことでも実現できるよう各機関と連携して検討していく。
--	--	--	--

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	多様な主体と連携し、地域の見守り支え合いネットワークの構築を支援する。		
実施計画 ※	<p>① 既存の団体に加え、住民同士の交流の場づくりを支援し、顔の見える、支え合える関係づくりを支援する。★[重-2]</p> <p>②出張所、自治会、民生委員、いこいの家等と連携し、イベント等の開催や協働できる人との関係を築きネットワーク構築に繋げる。★[重-2]</p> <p>③地域福祉コーディネーターと連携し、地域住民の困りごとの解決やイベントの開催等を行い、地域住民の連携を深める。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 民生委員懇談会に地域の介護支援専門員に参加してもらい交流・話し合いを行う中で、お互いに連携して住民を支えていくことが大切であることが確認できた。</p> <p>② 自治会、シニアクラブと共催で管轄全5自治会で体力測定会を開催し、出張所・リハビリテーション専門職・居宅介護支援事業所・福祉用具事業所・社会福祉協議会関係にも協力いただきネットワークを強化することができた。</p> <p>③ 体力測定会・民生委員懇談会・地域包括ケアの会に地域福祉コーディネーターに参加してもらい、また地域福祉コーディネーターが主となり開催する高齢者サロンでのフードドライブに参加し、地域住民の連携を深めた。</p> <p>★今後も地域の多くの機関と協力してイベントや話し合いの機会を持ち、連携を強化して地域住民を支えていく。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	世代を問わず近所同士で声を掛け合い、助け合えるまちづくりに取り組む。		
実施計画 ※	<p>①地域の介護事業者・医療機関・医師会と協働して地域包括ケアの会を開催し、関係機関との連携を深める。★[重-2]</p> <p>②日常的な民生委員との情報共有や民生委員懇談会の開催により、地域の課題を見つけ解決を図れるよう努める。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 3月に地域包括ケアの会を開催し、56名の参加者を得て久が原地域のフレイル予防について話し合い、連携を深めた。</p> <p>② 日常的に民生委員、包括双方から連絡して情報共有し、2月に民生委員懇談会を開催して地域の課題であるフレイル予防とイベントや地域団体</p>

	<p>③多様なツールを活用し、地域住民に地域包括支援センターの役割の理解を広め、地域包括ケアの理解に繋げる。★[重-2]</p>		<p>に参加しない方へのアプローチを検討した。</p> <p>③ イベント時に地域包括支援センターや包括久が原のパフレットを配布し、出張所内に包括久が原の展示スペース・設けてもらい、年4回ほど内容を変更して掲示した。</p> <p>★地域での多職種の集まる会議をより計画的に行うとともに、地域包括支援センターの理解普及ができる方法を検討する。</p>
--	--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代の住民が認知症の理解を深め、緩やかな見守りができる地域づくりを行う。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座・認知症サポーターステップアップ講座を実施するとともに、認知症理解のための講座・イベントを開催し、認知症理解の普及と見守り支え合える関係づくりに取り組む。★[重-3]</p> <p>② 認知症の共生と予防に関する既存の取り組みや住民の自主グループ等を把握・整理し、認知症サポーターを活躍できる場に繋げる。★[重-3]</p> <p>③ 認知症当事者や家族の意思や思いを大切に、「オレンジカフェ」の開催等で意思表示や社会参加ができるよう支援する。 ★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座を対面・オンラインで1回ずつと、千鳥郵便局管内6包括で共催し千鳥郵便局管内14局の職員に向けてオンライン講座を1回実施した。9月に久が原図書館と共催で、図書館の1スペースにて認知症理解普及の展示イベントを実施した。</p> <p>② 地域の活動団体について、認知症サポーターの受け入れが可能かどうか所内で検討した。</p> <p>③ オレンジカフェは1回を除いて毎月開催し、認知症当事者・家族に参加してもらい、当事者に役割をもってもらい充実した時間を過ごして頂いた。</p> <p>★チームオレンジ事業の中で、調布地区の認知症サポーターステップアップ研修を成功させる。その修了者が活躍できるように、地域団体との調整を行う。認知症キャラバンメイトが減ってしまったこともあり、他業務に支障がないよう養成講座開催ができるよう検討する。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	高齢者の見守りネットワーク、防災の強化に努める。	
実施計画 ※	<p>①見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録・更新、熱中症予防啓発を積極的に行い、高齢者の把握に努める。★[重-2]</p> <p>② 避難行動要支援者の実態把握を行い、民生委員協議会との連携や地域の防災協議会への参加により、災害時の地域の支援体制を整えていく。★[重-2]</p> <p>③ 高齢者向けスマートフォン講座等を開催し、高齢者のコミュニケーション力・情報収集力・自己表現力・活動性の向上を目指す。★[重-1]</p>	<p>① シニアクラブのイベントや体力測定会で見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録・更新ブースを設けて行き、熱中症予防訪問を積極的に行った。</p> <p>★今後も継続していく。</p> <p>② 民生委員協議会が全避難行動要支援者を訪問して確認した、特に支援が必要な対象者のリストを自治会とも共有した。</p> <p>★避難行動要支援者への訪問を自治会・民生委員とともに進め、災害時に備える。住民の防災意識を高めるため、防災関係の講座等の開催を検討する。</p> <p>③ 東京都高齢者向けスマートフォン講座を体験会2回、相談会を3回開催した。スマートフォンを使用している高齢者も多く、相談会で自身の疑問を解決して喜ばれる方が多かった。また、参加者通しで会話が弾み、地域での今後の交流につながる効果があった。</p> <p>★今後も開催していく。</p>
	実施報告 ※※	

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 上池台

1 事業目標

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる地域づくりの基盤整備、支援体制の連携強化

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度～令和5年度>>

目指す姿	関係機関との連携を強化し、高齢者や家族等の地域住民と地域内の商店、企業等の従事者に、高齢者の総合相談窓口として認知され、協力してもらえるセンター	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者や家族に、介護事業所等の活動等も含めたフレイル予防に関して情報を発信（周知）し、参集型のセミナー開催やSNSに苦手意識のある高齢者にオンライン講座での参加を支援する ★[重-1]	A
	2. 地域住民の困り事の対応だけでなく災害対策や地域の見守り構築など、既存の活動を有効活用し、雪谷地区内の各自治会、シニア会等の住民と行政機関、介護事業所・医療機関との連携を強化していく ★[重-2]	A
	3. 他人事でなく自分事として、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、高齢者自身や家族、地域住民の認知症や老化の理解や予防の普及と支援体制（社会資源等）の基盤を整備していく ★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画とおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)〇を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (4) ハイリスク高齢者の早期発見 ① 雪谷特別出張所、洗足区民センター、民生委員、各自治会、シニア会、医師会等との連携を図り、気になる高齢者の状況を共有する ② 高齢者世帯、ひとり暮らし高齢者宅等戸別訪問の実施	(1年目の実績) 雪谷地域内の社会資源を有効活用できるように、「雪谷お役立ちガイド」や「高齢者見守りキーホルダー登録事業」の案内。また、オンライン介護予防講座や認知症サポーター養成講座の開催案内、上池台だよりの掲示など、地域内で見守り等に関心をもってくれる人に包括周知きっかけとなり、昨年より相談件数が2月末時点で108%増加している。 見守りキーホルダー登録会、スマホ相談会(計3回)、スマホ体験会(計1回)を実施。スマホ操作苦手な高齢者に包括周知のよい機会となった。なにより雪谷ほっと会の事業者の協力も頂き、高齢者への支援につなげる事ができた。

	<p>また、認知症高齢者の対応はとて時間がかかる事が多く、病院、警察、ハローワーク等の関係機関やスーパーや新聞、宅配事業者と必要時連携をとる事で支援につながるタイミングをつくる事ができ、ギリギリのタイミングでの介入にもつなげる事ができた。</p> <p>戸別訪問については、民生委員との連携の成果が大きく、ひとり暮らし高齢者登録内容や見守りキーホルダーの登録内容の更新につなげる事ができた。</p> <p>なにより、民生委員と個別に連絡をとる機会が、まだまだ多くない事も含め、電話中心でのつながりではあったが、民生委員との連携強化につなげる事ができた。</p> <p>(今後の展望・課題)</p> <p>今後も地域内で包括の周知活動を継続し、特に飲食店や商店など個人事業主にも少しずつ包括の事業案内を行い、地域で孤立している高齢者の早期発見につなげていきたい。</p> <p>さらに、高齢者に「おいじたく」や「介護予防」等情報提供を行っていくべきと実感している。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2)介護保険事業所と共にケアマネジメント力の向上を目指す</p> <p>①地域ケア会議や連絡会等にて担当地域内及び近隣の介護事業所と積極的に意見交換や情報交換を行う</p> <p>②地域ケア会議(個別レベル)の開催(年3回以上)</p> <p>(3)自立支援型のケアマネジメントの実施</p> <p>①地域にむけた自立支援定義の浸透を目指す為にも地域の社会資源を積極的に活用していく</p> <p>②介護事業所への業務支援、助言等を通じ連携を強化していく</p> <p>(5)雪谷地区内でのつながりの構築と連携強化</p> <p>①民生委員、自治会、シニア会等との連携強化のため、一緒に事業等を実施する</p> <p>②「雪谷けあまねっと」を中心に介護・医療・地域との連携を広げていく</p>	<p>(1年目の実績)</p> <p>地域ケア会議は個別レベル2回、日常生活圏域レベル3回の開催となった。</p> <p>地域ケア会議につなぐための行程とし、包括内でのケース会議や地域福祉課に協力頂いた関係者会議の開催など、会議の開催が多くなっている。</p> <p>また、日常生活圏域レベルは、雪谷地域包括ケアの会や雪谷けあまねっと、雪谷ほっと会、の会議についても参加の入れ替わり等もあり、会議の継続など難しい面も生じてきた。</p> <p>上池台職員の異動、入退職や個人レベルの知識等の差もあり、ケアマネジメント力の向上としての成果としては、CM支援件数が増加している。</p> <p>さらに、近隣の包括との連携事業(シニアレッスン)や地域内介護事業所との連携(雪谷ほっと会)の事業を継続できた。</p> <p>また、見守りキーホルダーの登録会や東京都スマホ相談会・体験会をきっかけに雪谷地区内の自治会・シニア会とのつながりきっかけを構築。自治会でのイベントに参加させて頂く事ができた事やシニア会の役員会で包括支援センターの案内をさせて頂く時間を頂く事もできた。</p> <p>(今後の課題・展望)</p>

	<p>地道な行動の成果が少しずつ生じているが、まだまだ自治会内でも包括の存在を認識していない役員も多い。</p> <p>スマホ相談会やキーホルダー登録会、雪谷お役立ちガイドの配布など元気な時から包括を知ってもらえるきっかけと自治会やシニア会によびかけていく。</p> <p>さらに、誰からも相談、話をしやすい包括として様々な問題について一緒に対応してくれる支援者を増やしていきたい。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1) チームアプローチによる専門性を活用しての適切な対応</p> <p>① 包括内でのチームアプローチ(複数での相談対応や三職種でのケース検討等)の構築</p> <p>② 困難ケースのケース共有、センター内研修、事例検討会の開催</p> <p>(6) 地域で暮らし認知症の人とその家族の支援</p> <p>① 認知症地域推進員、認知症初期集中支援チーム員の活用</p> <p>② 認知症の疑いのある方への個別訪問、状態の把握、受診促進と家族への情報提供支援</p> <p>(7) 地域福祉課、高齢福祉課、大田区社会福祉協議会との連携を強化する</p> <p>① 大田区高齢等のサービス内容と申請手続きの変更を理解する</p> <p>② ひとり暮らし高齢者登録者名簿等を活用し包括事業の周知を行う。</p>	<p>(1年目の実績)</p> <p>情報の共有、課題の分析は、効率よく業務を行う為に必要であり、個人の職員だけが負担にならないように、チームでケース対応していく体制の再構築を行った。ただ、現実的に、時間がない、同じ時期に様々な問題がおきるなど、計画通りにいかない事が多く、また職員の能力等の差の指摘もあった。常にじっくり考えながらケース対応ができるわけではなく、新しく入った職員でも他の職員に相談しながら対応ができる環境を整えている。</p> <p>様々な事業に関しては、調布地域福祉のサポートがあり、大田社協の地福祉COの協力を頂き実施する事ができている。また、高齢者等からのクレームについても高齢福祉に協力を頂いた。</p> <p>認知症関連については、認知症支援コーディネーターの配置もある為、認知症疾患医療センターとの連携事業も多く実施する事ができた。オレンジカフェでは当事者や家族支援につながる企画を実施する事ができ、今後より気軽に参加できるカフェの実施につなげていきたい。</p> <p>(今後の展望、課題)</p> <p>認知症サポーター養成講座やステップアップ研修開催により、今後も地域住民が認知症や老化の理解や予防に関心を持ち取り組んでもらえる場を広げていく。</p> <p>また、様々な情報の変化のスピード早いため、個人への力頼りすぎず、誰がみえてわかりやすく情報の整備が必要となる。</p> <p>さらに、テムの導入により、様々な混乱が予測される為、包括内での情報共有や勉強会など行いながら新しい体制に早く慣れていくようにしたい。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	チームアプローチによる専門性を活用しての適切な対応		
実施計画 ※	<p>①包括内でのチームアプローチ（複数での相談対応や三職種でのケース検討等）の構築</p> <p>②困難ケースのケース共有、センター内研修、事例検討会の開催 ★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 日常業務で随時他の職員に相談ができる体制を整備する為、座席の並び、記録の共有、対応の統一をする為の情報の共有に努めた。困難ケースは、担当者等三職種でケース会議を開催。その中から地域ケア会議（個別）の事例を検討。</p> <p>②包括内ケース会議を計6件開催。内2事例が地域ケア会議（個別）の開催につながった。</p> <p>また、課題を整理する為、調布地域福祉課に協力頂き、関係者会議を計8件開催。高齢者虐待に関連するケースがほとんどだったが、複雑なケースが多く、2回目の関係者会議を実施する事になったケースもあった。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護保険事業所と共にケアマネジメント力の向上を目指す		
実施計画 ※	<p>①地域ケア会議や連絡会等にて担当地域内及び近隣の介護事業所と積極的に意見交換や情報交換を行う</p> <p>②地域ケア会議（個別レベル）の開催（年3回以上） ★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 6月～8月雪谷地域内、介護支援事業所17か所への訪問。その際、CMの相談等を個別に対応。8/24 雪谷けあまねっと（介護事業所連絡会）を開催し22名の出席。「他の事業所のCMに聞いてみたいこと」「介護と医療の連携」をテーマとして意見交換のグループワークを実施した。</p> <p>また包括内でも予防プランの事例検討や勉強会を開催。ケアマネジメント力の向上に努めた。</p> <p>② 地域ケア会議（個別レベル）の開催は2回となってしまったが、現在も地域ケア会議開催に向けて2ケース調整中。包括内のケース会議にて地域ケア会</p>

			議開催の目的を明確し、職員全員で共有している。
--	--	--	-------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援型のケアマネジメントの実施		
実施計画 ※	<p>①地域にむけた自立支援定義の浸透を目指す為にも地域の社会資源を積極的に活用していく</p> <p>②介護事業所への業務支援、助言等を通じ連携を強化していく ★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 介護予防プランの事例検討や勉強会を実施し、職員のレベルアップを目指した。特に、絆サービス、元気アップリハについては、必要時導入を検討。また、近隣のシニアステーションやいこいの家の紹介や民間の様々な教室等の紹介も行い、常に連携ができる関係を維持している。</p> <p>② CM 支援件数が 1502 件、前年比 117%となり、困難ケースの増加と共に、制度等の情報提供より一緒に役割分担をしながら個別の対応を行うケースが増加している。CM 事業所によりケース対応に温度差もあり、利用者や家族だけでなく、CM の個性や CM 事業所の体制を確認しながら CM が主体的に動けるような支援を心掛けている。</p>

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	ハイリスク高齢者の早期発見・早期対応		
実施計画 ※	<p>① 雪谷特別出張所、洗足区民センター、民生委員、各自治会、シニア会、医師会等との連携を図り、気になる高齢者の状況を共有する</p> <p>②高齢者世帯。ひとり暮らし高齢者宅等戸別訪問の実施 ★[重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 雪谷特別出張所や洗足区民センター等関係機関、関係者からの個別ケース相談が増え、火災で自宅に戻れなくなった高齢者への支援も行った。雪谷地区内も民生委員とは、ひとり暮らし高齢者の安否確認での連携も実施。ひとり暮らし高齢者の登録内容の変更も積極的に行った。</p> <p>地域内で包括の周知活動（雪谷お役立ちガイドの活用）を行った事で、スーパーや金融機関等からも気になる高齢者についての連絡が入る事が増えている。</p>

		<p>見守り事業者連絡会での縁をきっかけに、ウエルシア薬局と共催で「上池台くるるの会」(月1回)を開催。薬局を会場に新しい自主グループの活動支援に繋げる事ができた。</p> <p>② 8月～10月に包括に記録があるが令和になってから関わりのなく、介護認定のない高齢者を抽出し80名の実態把握を実施(電話・訪問)。</p> <p>6月～9月 高齢者熱中症予防訪問(地域福祉課)として12名の訪問を行い、見守りキーホルダーの登録、介護保険申請や生活保護につなぐなどの具体的な支援につなぐことができた。</p>
--	--	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	雪谷地域内でのつながりの構築と連携強化	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①民生委員、自治会、シニア会等との連携強化のため、一緒に事業等を実施する</p> <p>②「雪谷けあまねっと」を中心に介護・医療・地域との連携を広げていく</p> <p>★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① ・雪谷地区民生委員・児童委員 定例民協 年10回に出席。 自主民協 認知症セミナー 5月 地域連携懇談会 を9月、10月開催。 地域連携懇談会では、地域課題を地域事業者と一緒にグループワークにて検討。 介護予防講座やスマホ体験会、スマホ相談会の参加への周知協力 ・自治会、シニア会 スマホ体験会 1回 スマホ相談会 3回 実施 地域力雪谷地区委員会、雪谷地区自治会町会に出席させて頂き、地域内の自治会と連携し「上池台だより(熱中症予防・防災対策)の周知を年2回行った。</p> <p>② 地域包括ケアの会の実行委員を雪谷けあまねっと事業者の中から2名ご参加頂き、定期的に会議を開催 9月10月に雪谷けあまねっとの事業所と一緒に「地域連携懇談会」を雪谷地区民生委員、児童委員連絡会に協力頂き開催。有意義な意見交換の場となった。</p>

			11月に雪谷地域包括ケアの会をオンラインで開催し、介護、医療、地域の連携のきっかけを構築した。
--	--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域で暮らす認知症の人とその家族の支援		
実施計画 ※	<p>①認知症地域推進員、認知症初期集中支援チーム員の活用</p> <p>②認知症の疑いのある方への個別訪問、状態の把握、受診促進と家族への情報提供支援</p> <p style="text-align: right;">★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① オレンジカフェ 年12回開催 認知症地域推進員が中心となり、様々なプログラムを実施。</p> <p>認知症サポーター養成講座を4回実施。認知症地域推進員が中心となり、講師を担当。認知症地域支援推進員が地域内の薬局や郵便局に挨拶回りに行った事をきっかけに、田園調布地域内の郵便局員向けの認知症サポーター養成講座開催に繋げる事ができた。(7/17実施)</p> <p>小池小学校の高齢者体験にも参加。調布地区認知症地域推進連絡会に参加し、調布地区のステップアップ講座の開催内容を検討中。</p> <p>認知症初期集中支援チームでのケースは、アウトリーチ事業での対応に変更し、その実績があった事で、医療保護入院につながることができた。</p> <p>② 認知症検診の対象者への連絡、訪問見守りキーホルダー登録更新会など、地域内での会場でのイベント等で気なる高齢者やご家族への助言や情報提供を積極的に行った。</p>

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	地域福祉課、高齢福祉課、大田区社会福祉協議会との連携を強化する		
実施計画 ※	<p>①大田区高齢等のサービス内容と申請手続きの変更を理解する</p> <p>②ひとり暮らし高齢者登録者名簿等を活用し包括事業の周知を行う。</p> <p style="text-align: right;">★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 包括内でのマニュアル見直しと各事業について包括内での勉強会を開催。紙おむつやキーホルダーについては、対応件数も多い事から気なる事があれば、サイボウズで随時対応等の情報を職員全員で共有している。</p>

		<p>② 8月～10月「生きレポ22」にて80名の実態把握を実施（電話・訪問）。</p> <p>見守りキーホルダー登録やオレンジカフェの案内等を積極的に行った</p> <p>6月～9月 高齢者熱中症予防訪問（地域福祉課）として12名の訪問を行い、見守りキーホルダーの登録に2名繋がった。</p>
--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 千束(田園調布医師会)

1 事業目標

介護・医療・保健福祉等の関係機関や地域コミュニティとの連携強化を図り、ネットワークを有機的にコーディネートし、地域包括ケア体制構築・共生社会づくりを推進する。また、地域の高齢者総合相談窓口としての充実へ専門性を活かして個別支援、包括的・継続的ケアマネジメントを行い、地域の高齢者やその家族・介護者等が安心して生活を続けられる「地域・まちづくり」に寄与する。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度～令和5年度>>

目指す姿	多職種・関係機関や地域コミュニティとのネットワークを有効に活用でき、高齢者を含め取り巻く地域課題や個別相談等、多くの課題や問題を整理、対応・支援できるセンター	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. 元気な地域づくり(フレイル予防の推進～) ハードの少なさ等、地域特性をふまえて多職種・専門職との協働、いこいの家や図書館の活用、医療機関や住民に身近な薬局等とも協力、地域住民へのフレイル予防プログラムの提供や啓発活動を推進していく。 ★[重-1]	S
	2. 地域のつながり強化(地域課題への取り組み) 民生委員や地域団体、住民とともに「地域包括ケアの会」「民生委員との懇談会」「地域ふれあいの会」「千束ケアネット」、地域ケア会議等によって地域課題を共有、ともに考えていけるネットワークを強めていく。★[重-2]	A
	3. 多様化・混在化する課題への対応 8050問題やヤングケアラー等、多様化・混在化する課題を抱えた世帯・家庭へも多職種連携や地域の社会資源等による対応や支援、多様性が尊重された自分らしく暮らせる「まちづくり」に寄与する。 ★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画どおりの進捗である(65%以上)」、

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)〇を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (2) ③千束地域包括ケアの会として介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」を進めていく。今年度の開催はオンラインを基本に運	【実績】 千束鶴地域包括ケアの会を2回開催、地域でのフレイル予防等を専門職や地域団体とともに意見交換。自立プラン検討会開催はなかったが地域性に応じて自立した生活へ向けての適

<p>営委員会で決定。</p> <p>(3) ②ひとりひとり、地域性に応じて自立した生活へ向けて適切な介護予防ケアマネジメント、自立プラン検討会（個別レベル地域ケア会議）を通じ自立支援計画の作成を行う。</p> <p>(3) ③大田区総合事業検討会へ参加、介護支援専門員や通所・訪問介護サービス事業者と応援事業等を通じ、自立支援・介護予防の推進を図る。</p> <p>(4) ③地域支援活動として「地域ふれあいの会」へ実行委員として参加、千束特別出張所や自治会や民生委員と年6回のプログラムを企画運営。</p> <p>(5) ②地域力推進会議等を通じ、地域資源把握や課題への多職種・関係機関団体と連携、働きかけ。</p> <p>(7) ①区民や高齢者のアドボカシー機能として各検討会や大田区の定例会等での意見具申。</p> <p>(7) ②医療と介護、多職種の連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。</p>	<p>切に介護予防ケアマネジメントを行った。総合事業検討会開催なし。応援事業へ事例提出、表彰。地域ふれあいはコロナ禍のため2回開催のみ。地域力推進会議へ毎月出席、センターの取り組み状況や情報提供。いこいの家とは定期的に意見交換の場を設け、フレイル予防の拠点としての活用支援を行った。</p> <p>【今後の展望・課題】</p> <p>区内でもハードの少ない地域であり、既存の場所の有効活用やグループへの支援へも注力していく。</p> <p>【達成度評価理由】</p> <p>専門職・住民と分けず、ともに意見交換や課題・情報の共有を図ることで、地域でのフレイル予防への啓発促進が出来た。特に、地域包括ケアの会から派生した薬局での予防啓発は地域住民への高いアプローチになったと思われる。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2) ①調布庁舎管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として参画、年4回の研修を企画・運営。</p> <p>(2) ②大田区介護支援専門員連絡会へ(運営)委員として参加、研修企画・運営やケアプラン点検等へ協力。(運営委員会・研修部会等で決定)</p> <p>(2) ③千束地域包括ケアの会として介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」を進めていく。今年度の開催はオンラインを基本に運営委員会で決定。</p> <p>(2) ④千束ケアネット(千束地域の介護サービス事業者とのネットワーク)として地域行事お等への参加、協働。3月最終週に「大岡山さくらまつり」へ参加予定。</p> <p>(2) ⑤オンラインを基本に地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」毎月開催。</p> <p>(3) ①地域の自主活動グループやサークル活動、自治会・町会やシニアクラブ、住民主体のセミナーや活動を支援。</p> <p>(3) ③大田区総合事業検討会へ参加、介護支援専</p>	<p>【実績】</p> <p>調布地域管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として4回の研修を開催。大田区の介護支援専門員連絡会へも運営委員として参加、事務局の他に研修と災害部会を担当。「千束地域包括ケアの会」を2回開催。地域の介護サービス事業者と「千束ケアネット」として定期会議、毎年参加している「大岡山さくらまつり」へは今回センターのみで参加。毎月地域の介護支援専門員とオンライン上で「IKE-DUKI」開催、ざっくばらんに介護支援専門員が日頃抱える疑問や課題を参加者で意見交換。</p> <p>地域の自主体操グループ「四つ葉のクローバー」支援。コロナ禍で今年度は「千束・大岡山まちづくり協議会」でのセミナー開催やシニアクラブ等への参加はなし。「民生委員との懇談会」を3回開催。</p> <p>個別地域ケア会議は1回のみ、日常圏域レベル会議は10回開催。地域力推進会議へは毎月出席。毎年行う近隣の他区(品川区・目黒区)との意見交換会は開催されず。</p> <p>認知症サポーター養成講座は6回開催。初期集中支援チームとしての活動はなし。オレンジカフェは8・9月のみ休会。</p> <p>いこいの家と2ヶ月ごとに意見交換会開催、隣接する保育園</p>

門員や通所・訪問介護サービス事業者と応援事業等を通じ、自立支援・介護予防の推進を図る。

(4) ①自治会・町会やシニアクラブ等、地域行事等での見守りキーホルダー登録・更新推進やセミナー開催等の支援。

(4) ②年3回「民生委員との懇談会」、隔月「いこいの家との意見交換会」を開催。
○民生委員との懇談会予定：5/27、10/21、2/17

(4) ③地域支援活動として「地域ふれあいの会」へ実行委員として参加、千束特別出張所や自治会や民生委員と年6回のプログラムを企画運営。

(5) ①個別及び日常生活圏域レベル地域ケア会議を年2回以上開催し、地域の支援体制づくりに取り組む。

(5) ②地域力推進会議等を通じ、地域資源把握や課題への多職種・関係機関団体と連携、働きかけ。

(5) ③住民の生活圏域として隣接区（目黒区・世田谷区・品川区）の関係機関と意見・情報交換。

(6) ①多世代や地域、関係団体等へ認知症サポーター養成講座開催、働きかけ。
4月洗足池図書館職員向け、2月一般住民向け（オンライン）、3月一般住民向け（千束特別出張所）オンライン活用等、オレンジカフェの周知・充実や新たな試みを図る。

(6) ②認知症初期集中支援チームやチームオレンジの活動や啓発による速やかな支援の体制づくり。

(6) ③オンライン活用等、オレンジカフェの周知・充実や新たな試みを図る。

(7) ①区民や高齢者のアドボカシー機能として各検討会や大田区の定例会等での意見具申。

(7) ②医療と介護、多職種の連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。

★[重-3]

(1) ①所内会議や集団・ピア・スーパービジョンの実施、各種研修や勉強会を通じ、情報共有や対人援助技術の高い平均化を図る。

へも呼びかけ、高齢者・園児の交流を検討している。

【今後の展望・課題】

介護を必要とする高齢者、介護する家族だけでなく、取り巻く多世代とのネットワークを構築することが「まちづくり」に繋がり、ひいては重層的支援体制や防災等に繋がるネットワークづくりと取り組んだ。現役世代への更なるアプローチが今後の大きな課題と考える。

【達成度評価理由】

地域力推進会議で管内の小中学校へアピール続けたことで区内で初めて中学校での認知症サポーター養成講座を開催できた。また、若い世代が参加しやすいようオンラインでの開催を土曜日に設定した。民生委員との懇談会を継続していることで日常の相談や情報共有も円滑に進んでいる面がある。

【実績】

介護だけに留まらない世帯で抱える問題への対応について職員個々のスキルアップ各種研修へ参加、チームとしての対応についても所内会議で共有、検討。カテゴリーでなく重層的

<p>(1) ②課題解決へ向けて、有する能力や支援の必要な部分のアセスメントを適切に行う。</p> <p>(2) ①調布庁舎管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として参画、年4回の研修を企画・運営。</p> <p>(2) ②大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、研修企画・運営やケアプラン点検等へ協力。(運営委員会・研修部会等で決定)</p> <p>(2) ③千束地域包括ケアの会として介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」を進めていく。今年度の開催はオンラインを基本に運営委員会で決定。</p> <p>(2) ⑤オンラインを基本に地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」毎月開催。</p> <p>(4) ①自治会・町会やシニアクラブ等、地域行事等での見守りキーホルダー登録・更新推進やセミナー開催等の支援。</p> <p>(4) ②年3回「民生委員との懇談会」、隔月「いこいの家との意見交換会」を開催。</p> <p>○民生委員との懇談会予定：5/27、10/21、2/17</p> <p>(5) ①個別及び日常生活圏域レベル地域ケア会議を年2回以上開催し、地域の支援体制づくりに取り組む。</p> <p>(5) ②地域力推進会議等を通じ、地域資源把握や課題への多職種・関係機関団体と連携、働きかけ。</p> <p>(7) ①区民や高齢者のアドボカシー機能として各検討会や大田区の定例会等での意見具申。</p> <p>(7) ②医療と介護、多職種の連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。</p>	<p>な支援へ地域健康課や成年後見センター等の関係機関と連携を図った。調布管内・大田区介護支援専門員連絡会で企画する研修や地域の介護支援専門との会でも多様化・混在化する課題を持つ世帯への支援について投げかけ、視点を持つ意識づけを働きかけ、同様に「民生委員との懇談会」でも地域で増えている課題としてレクチャー、「地域包括ケアの会」でも地域福祉コーディネーターの活動を通しての情報共有の機会を設けた。</p> <p>【今後の展望・課題】</p> <p>同様のケース、世帯についての相談は今後も増えると思われ、センターだけで対応しようとせず、関係機関等と連携・役割分担を図る。そのためにも重層的支援の視点をともに持てるよう情報共有、細かな連携をしていく必要がある。</p> <p>【達成度評価理由】</p> <p>仕組み以前から重層的支援と思われる支援について各課や関係機関等と連携を図っており、特に医療・福祉に繋がっていない家族の相談・支援を行う場面も少なくなかった。</p>
---	--

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	多様化する課題への対応力を身につけ、個人・チームとしてのスキルアップを図る。 高齢者や家族の尊厳、権利擁護の姿勢や視点を常に持ちながら相談業務・対応にあたる。
------	--

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 所内会議や集団・ピア・スーパービジョンの実施、各種研修や勉強会を通じ、情報共有や対人援助技術の高い平均化を図る。 ★ [重-3]</p> <p>② 課題解決へ向けて、有する能力や支援の必要な部分のアセスメントを適切に行う。 ★ [重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 原則週1回、所内会議の他、随時のケース検討、スーパービジョンを行っている。また、行政や職能団体が開催する各種研修へ積極的に参加、対人援助技術・知識の研鑽に努めた。</p> <p>② 高齢者や家族の尊厳、自立支援や介護予防の視点を常に持ち、体系化されたアセスメント実践を心掛けた。</p>
-------------------	--	--------------------	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>介護支援専門員の資質やケアマネジメント力の向上のため、研修や勉強会を実施、協働して支援を行う。 各関係機関や事業者、地域の社会資源とのネットワーク化の推進を図り、地域力向上を目指す。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 調布庁舎管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として参画、年4回の研修を企画・運営。 ★ [重-2] [重-3]</p> <p>② 大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、研修企画・運営やケアプラン点検等へ協力。(運営委員会・研修部会等で決定) ★ [重-2] [重-3]</p> <p>③ 千束地域包括ケアの会として介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」を進めていく。今年度の開催はオンラインを基本に運営委員会で決定。 ★ [重-1] [重-2] [重-3]</p> <p>④ 千束ケアネット(千束地域の介護サービス事業者とのネットワーク)として地域行事お等への参加、協働。3月最終週に「大岡山さくらまつり」へ参加予定。★ [重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 毎月運営委員会を開催、年4回の研修を企画・運営。昨年度に引き続き、コロナ対策として1つのテーマを2回に分け、人数を制限しての集合型研修を開催した。</p> <p>② 大田区から介護支援専門員連絡会へ事業委託されている年5回の研修、連絡会独自研修を企画運営。</p> <p>③ 介護・医療等の多職種、地域住民団体と開催した地域包括ケアの会から派生した「まちりハプロジェクト」として、地域の薬局でフレイル予防啓発の取り組みを行い、そこから見える地域の課題や社会資源不足について意見交換を行った。</p> <p>④ 隔月でオンラインとハイブリッドで定例会を開催。今年度は3年ぶりに「大岡山さくらまつり」が開催されたが、センターのみで参加。</p> <p>⑤ 毎月オンラインで開催。テーマを決めず自由に意見交換できる場を設け、介護支援専門員同士、横のつながりを深める機会になっている。</p>

	⑤ オンラインを基本に地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」毎月開催。 ★ [重-2] [重-3]		
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	介護予防・自立支援の促進、啓発 適切な介護予防ケアマネジメントを実践し、高齢者ひとりひとりの状況に応じた自立支援や介護予防を推進する。		
実施計画 ※	<p>① 地域の自主活動グループやサークル活動、自治会・町会やシニアクラブ、住民主体のセミナーや活動を支援。★ [重-2]</p> <p>② ひとりひとり、地域性に応じて自立した生活へ向けて適切な介護予防ケアマネジメント、自立プラン検討会（個別レベル地域ケア会議）を通じ自立支援計画の作成を行う。 ★ [重-1]</p> <p>③ 大田区総合事業検討会へ参加、介護支援専門員や通所・訪問介護サービス事業者と応援事業等を通じ、自立支援・介護予防の推進を図る。 ★ [重-1] [重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① コロナ禍で引き続き住民主体のセミナー開催は出来なかったが、自主体操グループ「四つ葉のクローバー」支援を行った。</p> <p>② 高齢者ひとりひとりに自立へ向け適切に介護予防ケアマネジメントを行い、個別性・地域性に応じた要支援者や事業対象者への支援を行った。自立プラン検討会開催はなし。</p> <p>③ 総合事業・おおた介護予防応援事業検討会開催なし。応援事業へは事例エントリー、表彰された。</p>

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	既存の地域ネットワークや住民活動との連携、高齢者見守り体制の強化 民生委員や自治会・町会等、地域住民との情報共有による個別ケース見守り・支援		
実施計画 ※	<p>① 自治会・町会やシニアクラブ等、地域行事等での見守りキーホルダー登録・更新推進やセミナー開催等の支援。 ★ [重-2] [重-3]</p> <p>② 年3回「民生委員との懇談会」、隔月「いこいの家との意見交換会」を開催。</p>	実施報告 ※※	<p>① 引き続き、コロナ禍での状況から基本的に電話連絡や訪問・来所時に見守りキーホルダー登録・更新を勧奨。</p> <p>② 「民生委員との懇談会」は3回とも集合型で開催した。</p> <p>③ 「地域ふれあいの会」はコロナ禍のため計画6回のうち、2回（10月・2月）開催。</p>

	<p>○民生委員との懇談会予定： 5/27、10/21、2/17</p> <p>★ [重-2] [重-3]</p> <p>③ 地域支援活動として「地域ふれあいの会」へ実行委員として参加、千束特別出張所や自治会や民生委員と年6回のプログラムを企画運営。</p> <p>★ [重-1] [重-2]</p>		
--	--	--	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	<p>地域の介護事業所や医療機関、住民組織と協働しながらネットワークの有機化を図る。インフォーマルサービス等の情報を整備し、地域の課題や社会資源不足を分析する。個別・日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催し、地域の見守り・支援体制を構築する。</p>		
実施計画 ※	<p>① 個別及び日常生活圏域レベル地域ケア会議を年2回以上開催し、地域の支援体制づくりに取り組む。★ [重-2] [重-3]</p> <p>② 地域力推進会議等を通じ、地域資源把握や課題への多職種・関係機関団体と連携、働きかけ。 ★ [重-1] [重-2] [重-3]</p> <p>③ 住民の生活圏域として隣接区（目黒区・世田谷区・品川区）の関係機関と意見・情報交換。★ [重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 個別レベル地域ケア会議は1件、圏域会議は10回（民生委員との懇談会、地域包括ケアの会、まちリハプロジェクト）開催。</p> <p>② 地域力推進会議へ毎月出席、センター取り組みや地域への呼びかけ、情報提供。</p> <p>③ 隣接区センターとの会議は中止のまま。</p> <p>④ 昨年度に引き続き、障害分野の相談支援部会（大田区自立支援協議会）委員として会議へ参加。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	<p>認知症の正しい知識を地域や多世代へ啓発し、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」へ寄与する。</p> <p>認知症予防や適切な早期対応による切れ目のない支援体制構築を目指す。</p>		
実施計画 ※	<p>① 多世代や地域、関係団体等へ認知症サポーター養成講座開催、働きかけ。</p> <p>4月洗足池図書館職員向け、2月一般住民向け（オンライン）、</p>	実施報告 ※※	<p>① 認知症サポーター養成講座は住民向け2回（1回オンライン）、洗足池図書館職員向け1回・いこいの家各職員向け2回、石川台中学校3年生1回開催。</p>

	<p>3月一般住民向け（千束特別出張所）★ [重-2]</p> <p>② 認知症初期集中支援チームやチームオレンジの活動や啓発による速やかな支援の体制づくり。★ [重-2]</p> <p>③ オンライン活用等、オレンジカフェの周知・充実や新たな試みを図る。★ [重-2]</p>		<p>② 認知症初期集中支援チームとしての活動実績ないが（担当 Dr 欠員）、地域の医療機関や医師らと連携し、認知症高齢者の支援を行っている。</p> <p>認知症地域推進員連絡会へ毎月出席、認知症専門部会と連動して地域マップ作成やステップアップ研修について検討。</p> <p>③ 8・9月以外は毎月オレンジカフェ開催した。</p>
--	---	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	<p>高齢福祉課や地域福祉課、特別出張所、老人いこいの家等との連携を強化、大田区の施策推進に努める。</p> <p>医師会法人として医療機関・かかりつけ医と大田区や関係機関団体との連携支援、協力。</p>		
実施計画 ※	<p>① 区民や高齢者のアドボカシー機能として各検討会や大田区の定例会等での意見具申。 ★ [重-1] [重-2] [重-3]</p> <p>② 医療と介護、多職種の連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。 ★ [重-1] [重-2] [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 調布管内のセンター会議、見守りコーディネーター会、保健師・看護師の各連絡会へ出席、また事務改善部会（大田区の内部検討会）へ部会長として出席。</p> <p>② 地域の医療・介護等の多職種連携の関係づくりへ「千束地域包括ケアの会」を開催、医師会法人として会員医師への相談や紹介、在宅医療相談窓口とも連携を図った</p> <p>③ 大田区在宅医療連携推進協議会へ地域包括支援センター代表として出席した。</p>

大田区福祉部長 宛

令和 4 年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 六郷

1 事業目標

高齢者とその世帯等が抱える複合的な課題を包括的に受け止め、関係機関へつなげる支援体制を強化し「その人らしく、安心して暮らせる地域づくり」に取り組む

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	高年齢者が六郷地区で安心して暮らし続けられるために、様々な見守りの強化がされるよう地域団体や機関、専門職がつながる体制作りを担うセンター	令和4年度達成度評価
重点項目	1. フレイル予防(運動・栄養・社会参加)の啓発に取り組む。特に栄養の大切さを周知する事で高齢者の食生活を見直すきっかけとし、健康でいられるよう取り組みをすすめる ★[重-1]	A
	2. ひとり暮らし高齢者が六郷の地域で安心して暮らしていけるよう取り組む。地域の団体等と情報を共有・連携を密にし見守り体制を強化していく。 ★[重-2]	A
	3. 介護支援専門員が六郷の地域で活動しやすくなるように取り組む。要支援・要介護高齢者を支援するため、介護支援専門員が専門職としての力を発揮し活躍できるよう連携をすすめる ★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画どおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
<p>★[重-1]</p> <p>(3) ①いろいろ食べポ2週間チャレンジを活用。継続的に配布していく事で、食生活の大切さを意識づけしていく。具体的には、包括や介護支援専門員では、担当ケースや相談者に配布。薬局では、服薬と一緒に配布。民生委員やシニアでは、訪問や活動の際に配布していく。</p> <p>(4) ②前年度に引き続き、フレイル予防、栄養改善に向けた取り組みを続けていく。自治会・町会、民生委員、シニアクラブ、薬局、居宅介護支援事業所において、いろいろ食べポ2週間チャレンジの配布を継続していく。</p>	<p>昨年に引き続き栄養に焦点を当て日常生活圏域地域ケア会議を行った。昨年度、いろいろ食べポチェックシートを配布回収、その取組結果をデータとしてまとめ六郷の地域でどのように取り組んでいくか意見交換とした。その結果、地域広報誌である六郷わがまちの活用を検討。六郷わがまちの委員会を経てフレイル予防に関する記事を掲載する事となる。他にも六郷地区自治会連合会や民生委員協議会にて区の栄養指導を広報。地域で行われている活動にて、区の栄養士の活用を案内した。いろいろ食べポチェックシートは昨年に引き続き、六郷地区介護支援専門員連絡会にて居宅介護支援事業所に配布を依頼。その他、</p>

<p>(5) ③ 日常生活圏域レベル会議については、開催テーマを継続。地域課題である栄養に視点を当て、六郷地区全体に浸透させていく。具体的には、前年度に実施したいろいろ食べポ 2 週間チャレンジのチェック結果を集計し、考察を実施していく。考察から見えてくる結果を議題として取り上げ、その後の取り組みへと繋げていく。</p>	<p>地域に点在する薬局に対しても配布協力を行った。結果 2 つの薬局にて配布可能となる。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2) ② 「見守り・支援の強化」の実現のために、情報の共有、勉強会(事例検討)の実施、民生委員との連携を行っていく。</p>	<p>包括西六郷と共催。民生委員と介護支援専門員との連絡会を開催した。ひとり暮らし高齢者を見守っている民生委員とひとり暮らし高齢者の生活を支援している介護支援専門員との連携が密になる事で見守り体制を強化できると考え実施。第 1 回開催は民生委員、介護支援専門員の役割説明、見守りに関する意見交換、名刺交換とし、顔の見える関係づくりを行なった。参加者から「今後も続けてほしい」との意見を多数いただき、次年度も継続し開催する事が決定したので評価は A とした。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(2) ①六郷地区介護支援専門員連絡会を継続。前年同様、有志による実行委員にて開催を企画する。</p>	<p>包括西六郷と共催。六郷地区介護支援専門員連絡会を開催した。令和 4 年度は 5 回開催。開催内容に関しては実行委員にて検討し、消防署との連携、民生委員との連携、事例検討、社会資源共有、意見交換会を実施した。第 3 回開催では民生委員との連絡会を実施【重-2】。各事業所を個別に訪問し、担当しているひとり暮らし高齢者を確認。担当の民生委員とのマッチングを事前に共有していった。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	区施策等について、申請受付時の的確な説明や共通した対応が出来るようにする。
------	---------------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 区施策に関して資料の読み合わせなど、勉強会を実施していく。 ② 業務の中で確認した内容など、職員間でも共有できるよう法人システムを活用していく。 ③ 毎月行われる六郷会議にて、区施策など再確認の場を設ける。 ④ ①～③を繰り返し、マニュアルとして整備していく。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 区施策など職員間で共有の認識が持てるよう会議などにおいて制度の読み合わせ等実施。その他、令和4年10月より、包括西六郷で行われている朝ゼミに参加。職員のスキルアップと同じ六郷エリアである西六郷と対応に違いが生じないように、連携した。 ②③ 法人システムや六郷会議において情報の共有としている。 ④ 各施策ごとに要点をまとめて整備している。</p>
-------------------	---	--------------------	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>六郷地区介護支援専門員連絡会を継続し「見守り・支援の強化」「介護(予防)プランの充実」「地域貢献」に繋げていく</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 六郷地区介護支援専門員連絡会を継続。前年同様、有志による実行委員にて開催を企画する。★[重-3] ② 「見守り・支援の強化」の実現のために、情報の共有、勉強会(事例検討)の実施、民生委員との連携を行っていく。★[重-2] ③ 「介護(予防)プランの充実」及び「地域貢献」では、地域課題である栄養改善に取り組む。介護(予防)プラン計画票に栄養の視点を取り入れ、1日7点(品目)を目指していけるよう提案していく。いろいろ食べポ2週間チャレンジは継続的に配布を実施、高齢者自身の食生活に対する気づき、支援する側の参考に役立て、栄養改善に取り組んでいく。★[重-1]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 【重-3】と同じ。 ② 【重-2】と同じ。 ③ 介護(予防)プランについては、六郷地区介護専門員連絡会において、栄養の視点を取り入れていく事を促すにとどまった。実際にプランに反映しているかは不明。エリア内の居宅介護支援事業所については、いろいろ食べポ2週間チャレンジシートを連絡会で配布。介護支援専門員が担当している高齢者に活用をお願いしている。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>継続的にフレイル予防(栄養改善)の促進を行う</p>
-------------	-------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① いろいろ食べポ 2 週間チャレンジを活用。継続的に配布していく事で、食生活の大切さを意識づけしていく。具体的には、包括や介護支援専門員では、担当ケースや相談者に配布。薬局では、服薬と一緒に配布。民生委員やシニアでは、訪問や活動の際に配布していく。★[重-1] ② 介護サービス事業所(デイサービス・ヘルパー)においても、利用者への配布を実現していく。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 【重-1】と同じ ② 介護サービス事業所等への配布実現までは至らなかった。</p>
-------------------	--	--------------------	--

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	高齢者の見守り体制を強化する為、各団体との連携を構築していく		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 自治会・町会、民生委員、シニアクラブ、薬局、居宅介護支援事業所、自主グループとの連携をさらに進めていく。それぞれ団体とのかかわりの中で、情報の交換をしていく。具体的には、自治会・町会では、見守りキーホルダー登録会や東京都スマートフォン普及啓発事業など活用し連携していく。民生委員については、懇談会の実施や民生委員協議会への参加を行う。一人暮らし高齢者の見守り等において地域ケア会議など開催していく★[重-2]。シニアクラブへは、フレイル予防リーダー養成講座への参加を勧め、コロナ禍でも各クラブ内でフレイル予防の取り組みが継続できる様に支援を行う。薬局では、高齢福祉に係るチラシを薬局においても配布出来るよう模索していく。居宅介護支援</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 一人暮らしに対する見守りについては、【重-2】と同じ。R4年9月29日（木）南六郷二丁目団地自治会にて、見守りキーホルダー出張登録更新会を開催し、29名参加、新規登録5名更新者24名となった。東京都スマートフォン普及啓発事業については、R4年10月1日（土）南六郷二丁目団地自治会にて相談会を開催し、19名参加。R4年10月15日（土）南六郷二丁目団地自治会にて体験会を開催し12名参加。R4年12月12日（月）六郷地域力推進センターにて相談会を開催し、6名参加となった。シニアクラブへのかかわりについては、フレイル予防リーダー養成講座の会場が蒲田地区ではなくなった事もあり、積極的な案内は未実施。R4年10月5日（水）は、依頼により六郷地区シニアクラブ演芸大会に看護師を派遣している。仲六郷2丁目町会は、シニアクラブの活動が無い</p>

	<p>事業所においては、★[重-3]の通り。自主グループでは、活動支援の他、情報共有を行う。</p> <p>② 前年度に引き続き、フレイル予防、栄養改善に向けた取り組みを続けていく。自治会・町会、民生委員、シニアクラブ、薬局、居宅介護支援事業所において、いろいろ食べポ 2 週間チャレンジの配布を継続していく。</p> <p>★[重-1]</p> <p>③ 今後の連携先として、商店街や障害施設など念頭に検討を重ねていく。</p>		<p>為、毎年度 2 回高齢者向けのイベントを企画しており包括が支援。今年度もコロナ感染症を理由に中止となったが、来年度は活動再開予定となっている。自主グループ活動継続支援では、六郷地域力推進センター2階多目的室を使用している自主グループはコロナ感染症の影響によりどのグループも参加者が減少している状況。各グループ運営メンバーからの相談を受け、活動継続支援としてチラシによる活動の周知や無料体験会開催企画、プロボノ活用等の支援を行った。</p> <p>② 【重-1】と同じ。フレイル予防啓発については、管轄内の薬局をまわりパンフレットやいろいろ食べポチェックシートの設置や配布の協力依頼を継続している。そうごう薬局雑色駅前店や雑色薬局水門通り店は、利用される方に直接手渡しでチラシを配布してくれている。栄養改善については、R4 年 9 月 10 日（土）の六郷学び舎にて、栄養に関する講座を開催。東京都健康長寿医療センターとの連携により法人 YouTube 用で作成したフレイル予防の動画もイベント開催待ち時間を活用して上映した。</p>
--	---	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域ケア会議、日常生活圏域レベル会議の開催を実施。		
実施計画 ※	<p>① 個別地域ケア会議の開催を継続的に行っていく。月 1 回開催できるよう、職員間で共有を図り実施していく。</p> <p>② 自治会にて行われているご縁ネットに参加する。その中から</p>	実施報告 ※※	<p>① 地域ケア会議は 6 回の開催にとどまった。</p> <p>② 自治会にて行われているご縁ネット報告会に 2 回参加した。サポーターによる見守り状況の報告受け、必要と判断したケースに関しては、地域</p>

	<p>個別課題としてケースを取り上げ、地域ケア会議を開催。自治会やご縁ネットの見守りサポーターと介護支援専門員など関係者を繋げていく。</p> <p>③ 日常生活圏域レベル会議については、開催テーマを継続。地域課題である栄養に視点を当て、六郷地区全体に浸透させていく。具体的には、前年度に実施したいろいろ食べポ 2 週間チャレンジのチェック結果を集計し、考察を実施していく。考察から見えてくる結果を議題として取り上げ、その後の取り組みへと繋げていく。 ★[重-1]</p>		<p>ケア会議の開催を行い、関係者のつながりを構築した。</p> <p>③ 【重-1】と同じ。</p>
--	--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていくことが出来るよう支援していく		
実施計画 ※	<p>① 認知症カフェ(笑顔の会)の継続を実施。月 1 回の活動を基本とし、脳の活性を促すプログラムやサポート医による講座など実施する。また、新型コロナウイルス感染状況により、レター開催を行うなど、会場開催しない場合でも交流が図れるよう工夫をしていく。</p> <p>② 蒲田地域認知症連絡会を中心として検討されている小学生を対象としたサマースクールの実施とチームオレンジ事業の実現に向けて協力していく。</p>	実施報告 ※※	<p>① 予定通り月 1 回の開催を実施した。ミニ講義や体操、体を使ったゲーム、参加者による出し物など行った。令和 5 年 3 月には、サポート医とも連携し認知症についての講義を行った。年間平均 17 名の参加となる。</p> <p>② 認知症地域支援推進員にて活動を実施。蒲田地域福祉課管内認知症地域支援推進員と協働、月 1 回の連絡会を行い、令和 4 年 8 月に小学生を対象としたサマースクールを実施した。また、チームオレンジ事業について蒲田地区としてのスローガンを掲げ、認知症サポーター養成講座ステップアップ研修の企画を行い、チームオレンジの実現に向けて活動を行った。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	介護者が参加しやすい家族会(オンライン)の検討		
実施計画 ※	<p>介護に専念している家族に参加して頂けるよう、包括六郷にて行われている「介護者の集い」の活動の仕方など検討を行う。</p> <p>① 介護の合間に参加が出来るようオンライン形式を検討。短時間でも参加する事で、介護者の介護に対する思いなど共有していく場とする。</p> <p>② 「介護者の集い」の自主グループ化を検討。包括は開催支援の立場をとり開催運営を支援していく。自主グループ化のため、協力者や地域に対して趣旨を説明していく。</p> <p>③ 令和4年度以内の開催実現をすすめる。開催の際には、自治会・町会、民生委員、シニアクラブ、薬局、介護支援専門員等にて周知し、参加者を募る。</p>	実施報告 ※※	<p>①②オンライン形式の家族会を立ち上げるため、その担い手となる代表者と意見交換を実施した。会の名称をリモート相談会「手と手」とし、毎月第2金曜日11時から12時、ZOOMにて開催となった。代表者より、様々な専門職と繋がれるような会にしたいとの意向もあり、介護支援専門員や相続鑑定士などにも声をかけ参加協力が実現となる。</p> <p>③リモート相談会「手と手」令和5年4月より活動開始。六郷地区介護支援専門員連絡会や民生委員協議会などで周知した。</p>

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 西六郷

1 事業目標

高齢者と、その世帯等が抱える複合的な課題を包括的に受け止め、関係機関へつなげる支援を強化し「その人らしく、安心して暮らせる地域づくり」に取り組む。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度~令和5年度>>

目指す姿	地域の集いの場・防波堤である多摩川の土手のように、人と人を優しく繋ぎ、セイフティーネットとしての側面を持ちつつ、地域の精神である「向こう三軒両隣」の一員となり地域に溶け込み機能するセンター	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防(運動・栄養・社会参加)の啓発に取り組む。特に地域住民や専門職、地縁団体等と連携して、社会参加のための仕掛けづくりを行う ★[重-1]	A
	2. ひとり暮らし高齢者が西六郷の地域で安心して暮らしていけるよう取り組む。地域の専門職や地縁団体等との情報の共有・連携を密にして見守りの体制を強化していく ★[重-2]	A
	3. 地域の専門職や地縁団体等と連携し、認知症があっても安心して住み続けられる西六郷のまちづくりを目指す ★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画とおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」



実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)① ~ (7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (2) ④六郷地区介護支援専門員連絡会を活用し、栄養に視点を置いたフレイル予防の啓発と、利用者による取り組み方法の検討を行う (3) ①支援の必要な高齢者であっても持っている力に着目するアセスメントを行い、一方的にサービスを受けるだけではなく、インフォーマルを含めた社会活動に参加できるよう情報提供していく (5) ②包括六郷と協働し、日常生活圏域地域ケア会議等を通じて、六郷地区における栄養に視点をおいたフレイル予防の啓発を継続していく	(2)④ 5/20 に行った六郷地区介護支援専門員連絡会で、令和3年度に協力いただいた栄養に視点を置いたフレイル予防の啓発活動の結果を共有し、今年度も栄養に視点を置いたケアマネジメントを呼び掛けた。 (3)① 個別レベル地域ケア会議ではほとんどのケースで、ICFを使って本人の強みに着目したうえで会議を行った。その結果、本人の楽しみを知り自主グループ見学まで話が進み、新蒲田シニアステーションと協働で男性の体操講座「俺の筋肉」を創設するに至った。

	<p>(5)② 6/28 に包括六郷と協働で「健康長寿に向けたフレイル予防 栄養改善に向けた取り組み」を検討した。その結果、窓口等で「いろいろ食べポチェックシート」を活用し、栄養についての意識を高めるよう働きかけた。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1) ②地域から相談がしやすいよう、自治会・町会やシニアクラブ、地域の地縁団体に出向き、包括西六郷の役割を周知していく</p> <p>(4) ①つながりの薄い高齢者をピックアップし、またひとり暮らし高齢者名簿を活用し、包括から見守りキーホルダーや地域の活動、フレイル予防に関する情報提供を行い、包括とのつながりを作る</p> <p>(4) ②相談業務等で「老いじたく」に関する取り組みを推進し、若いうち、元気なうちから頼れる人や機関を作ってもらい、いざという時の備えを意識してもらおう</p> <p>(4) ③エリア内にある商店や金融機関との連携を充実させ、地域で気になる高齢者の情報共有や協働で個別具体的な見守りをしていく</p> <p>(4) ④東京都スマートフォン普及啓発事業等を活用し、友人や家族とオンラインでつながる方法を周知していく</p>	<p>(1)② 大規模マンションからの要請で「包括って何？」という講座を行い、18名の参加があった。併せて見守りキーホルダー登録、更新の時間を設け、11名の登録・更新があった。</p> <p>シニアクラブ高畑明朗会の会長からは、会の運営の相談を通じて、個別の相談を受けるに至った。</p> <p>自主グループ「六郷男の居場所」「待ってるよ～2020西六」も同様に、会の運営についての相談を受け、「六郷男の居場所」についてはプロボノの活用に至った。</p> <p>(4)① 未把握高齢者の実態把握については、75歳以上かつ家屋倒壊氾濫想定区域にお住まいの方135名をピックアップし、100名の方に包括の持つ各種情報を提供しつつ、アンケート内容に沿って聞き取りを行った。介護保険や見守りキーホルダーの周知により申請につながった方もいた。</p> <p>(4)② 若い世代や前期高齢者に対して「老いじたく」を自分事として考えてもらえるような仕掛けは、今年度は行えなかったため、来年度に講座を開催したい。</p> <p>(4)③ エリア内にある商店（マックスバリュやセブンイレブン、個人商店）や薬局（ウエルシア薬局）、金融機関（郵便局）には高齢者の見守り活動への協力を仰ぎつつ、気になる高齢者の相談を受け、対応した。徐々に包括の役割の理解が浸透したことを実感できた。</p> <p>(4)④ 東京都のスマホ相談会は、自治会・町会と連携し2回、包括単独で1回開催した。合計44名の参加者があった。</p>

	<p>また、試行段階だが、オンラインによる「つなげる体操」と「オンライン交流会」を行い、地域の自主グループに参加してもらい、オンラインでのやり取りの体験をしてもらった。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①多世代に対する認知症理解を促進していく。令和4年度もサマースクールを実施するとともに、児童館との連携方法を模索する。また、Webを活用した認知症サポーター養成講座を実施する</p> <p>(6) ②蒲田地域におけるチームオレンジを創設する。蒲田地区のスローガンを実践すべく、認知症に対する正しい理解を促進し、ステップアップ研修を実施しオレンジサポーターの養成を行うとともに活動の場を提供していく</p> <p>(6) ③認知症カフェを通じて高齢者自身に予防（認知症大綱にある予防を指す）に積極的に取り組んでもらうよう、正しい理解を促していく</p>	<p>(6)① 小学生向け認知症講座は8月に開催し16名の参加があった。志茂田小学校4年生51名及び高畑児童館の1～3年生33名を対象に、認知症を含む高齢者の理解を促進するための講座を開催した。志茂田小学校4年生からは、講座を受けて生徒たちが自分たちでできることを考え発表会を行い、招かれた。今後も継続していきたい。</p> <p>認知症サポーター養成講座は全部で3回、うち1回はWebで開催し、6名の参加者があった。</p> <p>(6)② 11月に蒲田地区7包括が協働し、民生委員に対してステップアップ研修を行い、19名の参加があった。チームオレンジの創設までは至らなかったが認知症に対する理解は深まった。来年度はチームオレンジを立ち上げていく予定。</p> <p>(6)③ 認知症に対する講座は1回、認知症サポートガイドを活用して理解を促した。また予防に積極的に取り組んでいくために、体操や手作業、クイズなど、興味を持って取り組んでもらえるよう工夫した。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	相談内容に応じて適切な機関やサービスに結びつけられる知識と行動力を身につける		
実施計画 ※	①個別ケース対応向上に関するセンター内での研修を行う。また専門外の、生活に関連する内容や生活保	実施報告 ※※	① 個別ケース対応向上に関するセンター内研修について、職員全員に対して相談援助技術を向上させるための

護、精神保健の研修を受講し知識を蓄え、最初の相談窓口としての機能を強化する

②地域から相談がしやすいよう、自治会・町会やシニアクラブ、地域の地縁団体に出向き、包括西六郷の役割を周知していく。★〔重-2〕

③権利侵害に対する視点を持ち続けるための研修受講と、実践で生かすためのケース検討を行い、虐待や身体拘束などの権利侵害には早期発見、早期対応を行う

部署内研修を4回行った。内容は、レーダーチャートを活用した力量の把握と結果、インテーク、暮らしのガイド活用法。ケース検討は4回行い、個別ケースの対応について、2つの手法を用いて行った。また個別に東京都社会福祉士会主催の「実践の質を高める」研修を受講、伝達研修を行った。

生活保護についての研修は行わなかったが、日々の利用者対応の中で生活保護の制度について共有した。

精神保健の研修については、個別に東京都精神保健福祉研修を3回受講し、報告書回覧や伝達研修を行い共有した。その他、高次脳機能障害支援者連絡会には1回、

JOBOTA/SAPOTの取り組み及び他機関連携についての研修を受け、知識が深まった。

② 大規模マンションからの要請で「包括って何？」という講座を行い、18名の参加があった。併せて見守りキーホルダー登録、更新の時間を設け、11名の登録・更新があった。

シニアクラブ高畑明朗会の会長からは、会の運営の相談を通じて、個別の相談を受けるに至った。

自主グループ「六郷男の居場所」「待ってるよ～2020西六」も同様に、会の運営についての相談を受け、「六郷男の居場所」についてはプロボノの活用に至った。

③ 高齢者虐待防止及び権利擁護に関する研修は、職員全員が参加した。

虐待研修受講数としては、東京都主催の基礎研修(3日間)に1名、テーマ別研修第1回～3回(各1

			<p>日)に各1名、応用研修(2日間)に1名参加した。大田区主催の基礎研修には2名、権限行使には1名、事例検討(2回)には3名、うち1件は事例提出をした。介護支援専門員全体研修では利擁護研修に3名参加した。高齢者虐待対応は9件であった。</p>
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域アセスメント力を向上させ、地域課題に取り組む		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①地域の課題を意識した地域ケア会議を充実させ、地域課題解決に向けた取り組みを地域の専門職や地縁団体とともに行う</p> <p>②介護保険制度や総合事業の理解を深めるためセンター内での研修を行い、その知識をケアマネジメントに反映させる</p> <p>③障害関連の連絡会へは積極的に出席し、情報交換や情報共有を行うとともに顔の見える関係づくりを行う。(包括のバックアップシステムを作る)</p> <p>④六郷地区介護支援専門員連絡会を活用し、栄養に視点を置いたフレイル予防の啓発と、利用者による取り組み方法の検討を行う。★[重-1]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 個別レベル地域ケア会議開催は年間12回開催した。目的は主に自立支援だが、介護支援専門員への支援にもつながった。</p> <p>参加した専門職は地域リハビリテーション活動支援事業による理学療法士や作業療法士、地域の薬局の薬剤師、主任介護支援専門員、新蒲田シニアステーション職員など、医療と介護の分野から広く参加してもらった。また町会は民生委員を通じて地域内全町会で、シニアクラブは西六郷2丁目の明老会に参加してもらった。1回ごとに地域の共通課題を発見できた。</p> <p>② 介護保険制度や総合事業の研修は行わなかったため、次年度に行う予定。</p> <p>ただし、(3)-①にあるように本人の強みに着目したアセスメントをプランに反映することはできた。</p> <p>③ 高次脳機能障害連絡会への出席は2回、情報交換を行えた。内1回は参集型であり関係機関で顔を合わせる機会となった。法人協への出席は1回だったが、社会福祉法人を有する障害関連の施設との顔合わせを行うことができた。</p>

			④ 5/20 に行った六郷地区介護支援専門員連絡会で、令和 3 年度に協力いただいた栄養に視点を置いたフレイル予防の啓発活動の結果を共有し、今年度も栄養に視点を置いたケアマネジメントを呼び掛けた。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	利用者の持っている力に焦点を当てたケアマネジメントを充実させる		
実施計画 ※	<p>①支援の必要な高齢者であっても持っている力に着目するアセスメントを行い、一方的にサービスを受けるだけではなく、インフォーマルを含めた社会活動に参加できるよう情報提供していく。★[重-1]</p> <p>②コロナ禍でも中断しないフレイル予防の情報発信を行うため、紙面交流や Web の活用を推進していく。</p> <p>③「いろいろ食べポ」を活用し、食に対する意識を持ってもらう。</p>	実施報告 ※※	<p>① 個別レベル地域ケア会議ではほとんどのケースで、ICFを使って本人の強みに着目したうえで会議を行った。その結果、本人の楽しみを知り自主グループ見学まで話が進み、新蒲田シニアステーションと協働で男性の体操講座「俺の筋肉」を創設するに至った。</p> <p>② 催しは一切中断しなかったため、紙面カフェは行わず。Web活用については、スマホ相談会やリモート、YouTube を使った体操などを取り入れ Web を身近に感じてもらえるよう工夫をした。</p> <p>③ いろいろ食べポは相談の中で配布して啓発した。また栄養面に対するアセスメントが的確に行えるよう、センター内研修を行い、職員の理解を深めた。</p>

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	高齢者の望まない孤立を防止し、柔軟な見守り体制を構築する		
実施計画 ※	<p>①つながりの薄い高齢者をピックアップし、またひとり暮らし高齢者名簿を活用し、包括から見守りキーホルダーや地域の活動、フレイル予防に関する情報提供を行い、包括とのつながりを作る。★[重-2]</p> <p>②相談業務等で「おいじたく」に関する取り組みを推進し、若いうち、</p>	実施報告 ※※	<p>① 未把握高齢者の実態把握については、75 歳以上かつ家屋倒壊氾濫想定区域にお住まいの方 135 名をピックアップして、100 名の方に包括の持つ各種情報を提供しつつ、アンケート内容に沿って聞き取りを行った。介護保険や見守りキーホルダ</p>

	<p>元気なうちから頼れる人や機関を作ってもらい、いざという時の備えを意識してもらおう。★[重-2]</p> <p>③エリア内にある商店や金融機関との連携を充実させ、地域で気になる高齢者の情報共有や協働で個別具体的な見守りをしていく。★[重-2]</p> <p>④東京都スマートフォン普及啓発事業等を活用し、友人や家族とオンラインでつながる方法を周知していく。★[重-2]</p>		<p>一の周知により申請につながった方もいた。</p> <p>② 若い世代や前期高齢者に対して「老いじたく」を自分事として考えてもらえるような仕掛けは、今年度は行えなかったため、来年度に講座を開催したい。</p> <p>③ エリア内にある商店（マックスバリュやセブンイレブン、個人商店）や薬局（ウエルシア薬局）、金融機関（郵便局）には高齢者の見守り活動への協力を仰ぎつつ、気になる高齢者の相談を受け、対応した。徐々に包括の役割の理解が浸透したことを実感できた。</p> <p>④ 東京都のスマホ相談会は、自治会・町会と連携し2回、包括単独で1回開催した。合計44名の参加者があった。</p> <p>また、試行段階だが、オンラインによる「つなげる体操」と「オンライン交流会」を行い、地域の自主グループに参加してもらい、オンラインでのやり取りの体験をしてもらった。</p>
--	--	--	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	自治会・町会と連携し、地域の課題解決に向けた取り組みを行う		
実施計画 ※	<p>①令和3年度に行った日常生活圏域地域ケア会議の議題について、取り組みの振り返りと成果を共有し、新たな課題があれば解決に向けた取り組みを行う。</p> <p>②包括六郷と協働し、日常生活圏域地域ケア会議等を通じて、六郷地区における栄養に視点をおいたフレイル予防の啓発を継続していく。★[重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 3/27に「私の住むまちハザードマップの効果検証と課題」を検討した。新たな課題が見つかったため、来年度以降も取り組んでいく予定。</p> <p>② 6/28に包括六郷と協働で「健康長寿に向けたフレイル予防 栄養改善に向けた取り組み」を検討した。その結果、窓口等で「いろいろ食べポチェックシート」を活用し、栄養についての意識を高めるよう働きかけた。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていただける地域の土壌を作る		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①多世代に対する認知症理解を促進していく。令和4年度もサマースクールを実施するとともに、児童館との連携方法を模索する。また、Webを活用した認知症サポーター養成講座を実施する。★[重-3]</p> <p>②蒲田地域におけるチームオレンジを創設する。蒲田地区のスローガンを実践すべく、認知症に対する正しい理解を促進し、ステップアップ研修を実施しオレンジサポーターの養成を行うとともに活動の場を提供していく。★[重-3]</p> <p>③認知症カフェを通じて高齢者自身に予防(認知症大綱にある予防を指す)に積極的に取り組んでもらうよう、正しい理解を促していく。★[重-3]</p> <p>④成年後見制度を周知するため、分かりやすいパンフレットを配布したり、包括主催事業で講座を行っていく。住み慣れた地域で暮らしていくために「老いじたく」とセットで自分事として考えてもらう機会を作る。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①小学生向け認知症講座は8月に開催し16名の参加があった。志茂田小学校4年生51名及び高畑児童館の1～3年生33名を対象に、認知症を含む高齢者の理解を促進するための講座を開催した。志茂田小学校4年生からは、講座を受けて生徒たちが自分たちでできることを考え発表会を行い、招かれた。今後も継続していきたい。</p> <p>認知症サポーター養成講座は全部で3回、うち1回はWebで開催し、6名の参加者があった。</p> <p>②11月に蒲田地区7包括が協働し、民生委員に対してステップアップ研修を行い、19名の参加があった。チームオレンジの創設までは至らなかったが認知症に対する理解は深まった。来年度はチームオレンジを立ち上げていく予定。</p> <p>③認知症に対する講座は1回、認知症サポートガイドを活用して理解を促した。また予防に積極的に取り組んでいくために、体操や手作業、クイズなど、興味を持って取り組んでもらえるよう工夫した。</p> <p>④成年後見制度については認知症カフェを活用し、おおた成年後見センター職員による講義を行った。「老いじたく」とともに考えてもらう機会には作れなかったため次年度に試みる予定。</p>

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	大田区の相談窓口としての役割を遂行する		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①基本圏域地域ケア会議へ参画し、課題解決に向けて協力する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①2月に開催された会議に参加し、課題解決に向けた提案を行った。</p>

	<p>②情報誌「六郷お役立ちガイド」を活用し、インフォーマルを含めた情報から自身に合ったサービスを選択してもらおう。</p> <p>③区施策の再確認とマニュアル整備を行い、ミスのない窓口業務に努める。</p> <p>④その他、区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>		<p>② 特に別居の家族や転居してきたばかりの方にお役立ちガイドを渡し、地域の情報提供を行った。居宅事業所にも配布し、インフォーマルサービスの活用に関与してもらった。</p> <p>③ 区単サービスのマニュアルを作成し、窓口業務に活用することで、事務処理のミスはほぼなく行えた。</p> <p>④ 内部検討会では認知症部会に出席し、積極的に部会の議論に参加したこと、また区主催のステップアップ研修には手伝いで参加した。</p>
--	---	--	---

大田区福祉部長 宛

令和4年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 やぐち

1 事業目標

- ・地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように多世代で見守り・支え合う地域作りを目指す。
- ・地域の高齢者が主体的にフレイル予防や自立支援に取り組める環境作りを目指す。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度～令和5年度>>

目指す姿	地域住民の困り事や不安を傾聴し、一緒に考え解決できるセンターになる。	令和4年度 達成度評価
重点項目	1. 地域住民が気軽に通えて自主的にフレイル予防に取り組める居場所を作っていく。★[重-1]	A
	2. 多世代の地域住民と社会資源を繋げ、ひとり暮らし高齢者などを見守りお互いに支え合う地域を作っていく。★[重-2]	A
	3. 認知症当事者や家族の視点に沿って共生できる地域を作っていく。★[重-3]	A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：計画から発展した成果・取組もあった(90%以上)」、「A：おおむね計画どおりの進捗である(65%以上)」

「B：計画に遅延または大幅な変更がある(65%以下)」

実施計画 重点項目★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]毎に 項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ① 包括主催（他包括共催も含む）介護予防教室の参加者から担い手を募り、自主グループ化に繋げる。集いの場がない、または既存の集いの場にフレイル予防を取り入れたい自治会・町会、シニアクラブなどに対し地域の社会資源の活用や、関係機関と連携し各自治会・町会単位での居場所作りを伴走支援する。	矢口特別出張所での介護予防教室について 自助・互助によるフレイル予防の啓発を行い、講師の協力もあり7月に「こえとおとのはつらつ教室」、8月に「コグニサイズ」と2つの自主グループ化を行った。下丸子地区にあるマンション「シエルズガーデン」での介護予防教室から担い手（リーダー、会計等）を発掘と育成を行い、次年度から自主グループとなった。今後は各自主グループが継続できるよう後方支援を行っていく。又、包括主催（他包括との共催も含む）の介護予防教室からも担い手を発掘、育成し自主グループ化を図っていく。自治会・町会・シニアクラブ単位でのフレイル予防を取入れた居場所作りについて「包括だより」のチラシ等を活用して啓発を行った。今後も適時訪問し啓発や居場所作りを提案して

	いく。概ね実施計画に沿って進んでいるので達成評価をAとした。
<p>★[重-2]</p> <p>(4) ③</p> <p>高齢者見守り推進事業者（今年度は管轄内にある信用金庫、郵便局、スーパーなどを中心）に適時訪問、気になる高齢者や困りごとなどアンケートを実施、意見交換を行なう。管轄内の企業、関係機関などと連携し、地域の男性向けに地域デビュー講座・居場所作りを行う。</p>	<p>管轄内の信用金庫、郵便局に訪問し認知症や気になる高齢者などについての意見交換、困り事や対応について等のアンケート調査を行った。次年度も定期的な訪問を継続、アンケート調査を活用した懇談会等を企画開催していく。10月に管轄内にある企業のOBと連携し、地域デビュー講座を開催した。民生委員児童委員や地域住民が参加され男性が地域にどう出向き、居場所や仲間を作っていくかOBの経験談を聞いてもらい、地域で行いたい事などグループワークを行った。次年度は参加されたメンバーを中心に地域で行いたい事を具体化していく。概ね実施計画に沿って進んでいるので達成評価をAとした。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ②</p> <p>地域に向けて既存の認知症カフェ（3件）の周知と参加者（認知症当事者と家族、ボランティア）を適時増やし、認知症当事者と家族の意向を踏まえたプログラムや安心できる居場所作りを行う。</p> <p>★[重-3]</p>	<p>本人ミーティング、ハタチの会（手芸）、さくらの会（認知症予防）を参加者の話したい事、作りたい物、地域で行いたい事等について意見を聞きプログラムに取り入れながら定期的で開催した。</p> <p>（計 34 回）</p> <p>認知症当事者の方は3つのカフェで約7名（認知症の診断や要介護認定あり）参加された。地域住民等からのボランティアの応募は無かった。次年度も地域や関係機関等に周知を行い、認知症当事者や家族、ボランティアの参加を促し地域に認知症カフェを根付かせていく。</p> <p>概ね実施計画に沿って進んでいるので達成評価をAとした。</p>

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3]を記入

※※重点項目★[重-1～3]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
（達成度評価の理由は省略）

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	高齢者のみならず、地域住民の複合化した課題について関係機関と連携し解決を図る。		
実施計画 ※	①支援困難などについては適時ケース検討会を実施、包括としての支援方針を立て関係機関と連携し迅	実施報告 ※※	①支援困難、虐待、継続して介入が必要なケースについてはパソコンの共有ファイルで管理し、毎朝の申し送りや毎月の

	速に対応する。 ②虐待、権利擁護、精神疾患などのセミナーへ参加、所内で伝達研修を行い相談援助技術のスキルアップを行う。		ミーティング、所内のケース検討部会で協議し支援の進捗や方向性を確認、終了したケースについては支援経過の振り返りを行った。 ②職員が経験問わず虐待、権利擁護のセミナーを中心に各研修を受講、受講後所内で伝達研修を行い知識や対応について共有を図った。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	ケアマネジャーと地域の社会資源・関係機関とのネットワーク構築を図りケアマネジメント力の向上を図る		
実施計画 ※	①地域のケアマネジャーと協働した定例会（Web 会議を活用し年 6 回開催）において災害時における避難行動要支援者の個別避難計画について情報共有し、意見交換、医療機関・介護サービス事業所などを交えた事例検討会を年 1～2 回実施する。 ②自立支援、支援困難、ケアマネジャーから相談を受けたケースなど個別レベル地域ケア会議に繋げ課題解決を図っていく。(年 8 回開催)	実施報告 ※※	①地域のケアマネジャーから実行委員を募りケアマネジャー定例会を Web 会議にて 5 回実施した。その内、8 月に「風水害備える 水害の対応」について地域の災害ボランティア団体を講師に招き地域の風水害対策の現状等意見交換を行った。又、事例検討（テーマ：看取り介護、自立支援）を 2 回行った。 ②個別レベル地域ケア会議を 9 回開催した。(テーマ 自立支援：7 件、支援困難：2 件)

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域住民が主体的に自助互助により自立した生活ができるよう啓発、支援を行なう。		
実施計画 ※	①包括主催（他包括共催も含む）介護予防教室の参加者から担い手を募り、自主グループ化に繋げる。集いの場がない、または既存の集いの場にフレイル予防を取り入れたい自治会・町会、シニアクラブなどに対し地域の社会資源の活用や、関係機関と連携し各自治会・町会単位での居場所作りを伴走支援する。★ [重-1] ②地域のケアマネジャーと連携し自立支援計画作成時（中間評価も含む）	実施報告 ※※	①矢口特別出張所での介護予防教室について 自助・互助によるフレイル予防の啓発を行い、講師の協力もあり 7 月に「こえとおと のはつらつ教室」、8 月に「コグニサイズ」と 2 つの自主グループ化を行った。下丸子地区にあるマンション「シエルズガーデン」での介護予防教室から担い手（リーダー、会計等）を発掘と育成を行い、次年度から自主グループとなった。今後は各自主グループが継続できるよう後方支援を行っていく。又、包括主催（他包括との共催も含む）の介護予

	<p>む)、独自の社会資源マップ（地域の集いの場）やミルモネットを活用し地域に繋がるよう提案、本人が意欲を持って実現可能な目標に向けての支援を行なう。</p>	<p>防教室からも担い手を発掘、育成し自主グループ化を図っていく。自治会・町会・シニアクラブ単位でのフレイル予防を取入れた居場所作りについて「包括だより」のチラシ等を活用して啓発を行った。今後も適時訪問し啓発や居場所作りを提案していく。</p> <p>②自立支援計画作成時にケアマネジャーと同行訪問しアセスメントを実施、本人の強みを情報共有し自立支援計画票に反映した。介護予防・生活支援サービス（総合事業）修了に向けて中間・判定評価、個別レベル地域ケア会議において地域に繋げるよう独自の社会資源マップ（フレイル予防の集いの場）を活用し、本人、ケアマネジャー、介護サービス事業者等と協議し絆サービスや地域の自主グループ等に繋げた。総合事業サービス修了者17名（要介護になった方も含む）</p>
--	---	---

(4) 見守り支え合いネットワーク推進業務（生活支援コーディネート業務を含む。）

個別目標	<p>地域にある社会資源の活用や関係機関と連携を図り、多世代の地域住民と一緒に持続可能な見守りネットワークを構築していく。</p>	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①見守りキーホルダー一斉登録会を実施していない、登録が少ない自治会・町会やシニアクラブを中心に呼びかけ登録に繋げる。直近の更新がない見守りキーホルダー登録者に対し誕生日月に電話による更新勧奨を行う。</p> <p>②「ひとり暮らし高齢者一覧表」、「未把握ひとり暮らし高齢者名簿」を活用し電話連絡、熱中症戸別訪問を行い安否確認、実態把握を行なう。心配な高齢者を把握した際は早期に必要な支援を行う。</p> <p>③高齢者見守り推進事業者（今年度は管轄内にある信用金庫、郵便局、スーパーなどを中心）に適時訪問、</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①自治会町会、シニアクラブと連携し見守りキーホルダー一斉登録会を開催した。（13回） 2～3年更新をしていない登録者を中心に毎月誕生日月に電話等で更新勧奨を行なった。 新規341件 更新1036件</p> <p>②ひとり暮らし高齢者一覧表を活用し男性は70歳～75歳、女性は75歳～80歳共に台帳無し有るが関わりが少ない、介護保険サービス利用なし等の条件で対象者を抽出し電話等で包括周知、アンケートにて実態把握を行なった。（139件）未把握高齢者名簿を活用し今年度は矢口1～3丁目に訪問、包括周知と話しが出来た高齢者にはアンケート調査を実施し</p>

	<p>気になる高齢者や困りごとなどアンケートを実施、意見交換を行なう。管轄内の企業、関係機関などと連携し、地域の男性向けに地域デビュー講座・居場所作りを行う。★[重-2]</p>	<p>た。(356件 会えない対象者も含む) ③管轄内の信用金庫、郵便局に訪問し認知症や気になる高齢者などについての意見交換、困り事や対応について等のアンケート調査を行った。次年度も定期的な訪問を継続、アンケート調査を活用した懇談会等を企画開催していく。10月に管轄内にある企業のOBと連携し、地域デビュー講座を開催した。民生委員児童委員や地域住民が参加され男性が地域にどう出向き、居場所や仲間を作っていくかOBの経験談を聞いてもらい、地域で行いたい事などグループワークを行った。次年度は参加されたメンバーを中心に地域で行いたい事を具体化していく。</p>
--	---	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	<p>・地域住民や関係機関と地域課題の情報共有、連携し解決を図る。</p>	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①矢口地区地域力推進委員会見守り検討分科会、民生児童委員との懇談会などでの意見交換から出た課題、個別レベル地域ケア会議から抽出した地域課題など町会自治会、蒲田地域福祉課、矢口特別出張所と連携し日常生活圏域レベル地域ケア会議に繋ぎ課題解決を図る。(年2～3回開催) ②管轄内の医療機関、ケアマネジャー、介護サービス事業者を中心に定期訪問し情報交換。「矢口地区 多職種連携懇談会」の実行委員会を立ち上げWebなど活用し開催、多職種連携のネットワーク作りを行なう。(年1～2回)</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①「各自治会町会ごとの具体的な見守り活動について」をテーマに今年度は都営矢口15・16号棟、都営下丸子27号棟の3つの自治会単位での圏域レベル地域ケア会議を2回実施した。ポールdeウォークを活用した集い場作り、緊急連絡先の名簿作り等各自治会が出来そうな、やってみたい見守り活動について意見交換を行った。 ②管轄内の医療機関(訪問看護、薬局等)、ケアマネジャー、介護サービス事業者(訪問介護等)に声かけ運営委員を募り、Web会議での多職種懇談会を1回開催した。内容は「自宅での看取りについて多職種での支援」について緩和ケア認定看護師による講演と事例を用いたグループワークを行った。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	<p>・多世代への認知症啓発、早期発見予防から認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる支援体制作りを行なう。</p>
------	--

<p>実施計画 ※</p>	<p>①多世代の住民を対象に認知症サポーター養成講座（年3回 Web開催も含む）、蒲田地域福祉課・他包括と協働し小学生向けのサマースクールを開催する。</p> <p>②地域に向けて既存の認知症カフェ（3件）の周知と参加者（認知症当事者と家族、ボランティア）を適時増やし、認知症当事者と家族の意向を踏まえたプログラムや安心できる居場所作りを行う。★[重-3]</p> <p>③ケアマネジャー、民生児童委員などと連携し認知症ケアパス・認知症検診事業・認知症初期集中支援チーム員事業を地域住民に周知活用し認知症状にあった個別支援を行なう。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①認知症サポーター養成講座を6月にオンライン方式で1回、9月に矢口特別出張所において集合型で1回開催した。</p> <p>8月に蒲田地域福祉課と蒲田地域の包括支援センター（6包括）と連携し蒲田地区にある小学生を対象に認知症について学ぶサマースクールをWeb会議で開催した。11月に蒲田地域の民生委員児童委員を対象に蒲田地域福祉課と蒲田地域の包括支援センター（6包括）と連携しステップアップ研修を行った。</p> <p>②本人ミーティング、ハタチの会（手芸）、さくらの会（認知症予防）を参加者の話したい事、作りたい物、地域で行いたい事等について意見を聞きプログラムに取り入れながら定期的で開催した。（計34回）</p> <p>認知症当事者の方は3つのカフェで約7名（認知症の診断や要介護認定あり）参加された。地域住民等からのボランティアの応募は無かった。次年度も地域や関係機関等に周知を行い、認知症当事者や家族、ボランティアの参加を促し地域に認知症カフェを根付かせていく。</p> <p>③認知症検診受診結果一覧名簿21名に郵送による包括周知や戸別訪問を行い認知症状や生活状況等の確認を行った。認知症初期集中支援チーム員事業として3件実施した。その内1件は介護保険サービスに繋がった。</p>
-------------------	--	--------------------	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

<p>個別目標</p>	<p>重層的支援体制作りに向けて地域福祉コーディネーター、障害福祉課・さぽーとぴあ、JOBOTAなどと関係性の構築を図る。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①区及び各関係機関主催セミナーへの参加、複合化課題（障がい、生活困窮など）でのケース会議や個別レベル地域会議への参加を依頼、情報共有し連携した支援を通じてお</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①個別レベル地域ケア会議において障がいの息子（50代）を持つ高齢者（80代）の支援をテーマに地域福祉課 障害者支援担当（知的障害）に参加してもらい情報共有や支援の役割分担を行った。</p>

	<p>互いの制度、業務などについて理解を深める。</p>	<p>大田区社会福祉協議会・地域福祉コーディネーター主催の「矢口たすけあいプラットフォーム@多摩川小学校」に参加、児童の問題を中心に矢口地区で活動している様々な団体等と地域でできることについてグループワークを行った。</p>
--	------------------------------	--

