

令和5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 大森

1 事業目標

地域共生社会を見据え、だれもがだれかとつながることで住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来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	地域の皆様の安心安全な生活をささえ、信頼の拠り所となるセンター	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 健康維持・増進、フレイル予防に取り組むことで、地域の皆様が、住み慣れた地域で「その人らしさ」を大切にしたい生活をするを可能とする地域づくりを行う。★[重-1]	A
	2. 地域の多世代の皆様とつながり相互理解と信頼を深め、自助互助をベースとした地域におけるセーフティネット（見守りネットワーク）を構築する。★[重-2]	A
	3. 地域の多種多様なニーズに適切に対応できる相互相談窓口として機能強化を図りつつ、地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの深化推進に取り組む。★[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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)① 地域住民のフレイル予防、介護予防、健康の維持・増進に取り組む。	(3)① 【実績】 シニアクラブ、町会、軽費老人ホームにおいてフレイル予防講座（体操や脳トレ）や体力測定会を行った。地域のデイサービスや地域リハビリテーション事業、居宅介護事業所の協力も頂くことで、地域の皆様にフレイル予防についての意識を高めることにつながっている。 民生委員と共催で定期的にフレイル予防教室を開催。毎回、会場を変更することで地域全体にフレイル予防を知って頂くきっかけができた。

(3) ②自立支援計画作成時（中間評価含む）のアセスメントを丁寧に行い個別レベル会議を重ねることで自立を阻害する様々な課題を抽出、課題解決に必要な社会資源の活用、発掘や創出を行う。

(5) ② だれもがだれかにつながる地域を目指し、認知症予防やフレイル予防などをテーマとした多世代参加型の取り組みを行う。

【今後の展望、課題】

フレイル予防への取り組みを通じて、地域の皆様の意識を高めることで、予防の視点の大切さを広く地域の多世代に伝えていきたい。

(3) ②【実績】

自立支援をテーマにした地域ケア会議を開催、開催前後に支援方法についてアセスメントに基づく検討、振り返りの場をもうけ、よりその人らしさを大切にした支援方法の検討を行った。さらに自立支援についての考え方について定期的に所内で話をすることで自立支援の大切さについて共有する場を設けている。必用な地域資源について得た情報はミルモネットやファイルを活用し共有している。

【今後の展望、課題】

その人らしさの実現につながる自立支援の考え方についてぶれることのないよう常に共有、検討していく。

(5) ②

【実績】

管内二カ所の小学校で行われたサマースクールに参加、「若い、認知症への理解」をテーマに若いと認知症の話、高齢者疑似体験、車椅子体験、パラスポーツボッチャの体験を行った。大森西図書館と連携して図書館でサロンを定期開催、地域の集いの場としてフレイル予防、認知症予防を中心としたプログラムを行っている。

【今後の展望、課題】

サマースクールは今夏も参加予定、さらに今年度は2月に授業時間を利用した認知症サポーター養成講座（親子で参加）の開催も予定している。

図書館でのサロンについては高齢者だけでなく図書館を利用している多世代にも参加頂くこと

(6) ①チームオレンジ事業を推進し、認知症に対する地域の理解を深める為、多世代を対象にした認知症サポーター養成講座、見守り声かけ訓練などを行う。さらにニーズに応じたオレンジカフェづくりを行う。

(6) ②地域と連携し、9月の世界アルツハイマ一月間を中心に地域に向けた認知症（若年性認知症含む）への理解を促進する取り組みを行う。具体的には、認知症図書展示・認知症パネル展・認知症サポーター養成講座などを予定。

でフレイル予防や認知症予防への理解を深めていきたい。

(6) ①

【実績】

対面の認知症サポーター養成講座を2回、オンラインで1回開催。

大田体育館にて、近隣の包括と連携して、見守り声掛け訓練を中心としたステップアップ講座を開催、参加者の認知症に対する理解を深めることにつながった。

認知症初期集中支援チームとして、サポート医と密に連携をとり、活動を行った。

オレンジカフェについて今年度は、参加者の予防に対するニーズが高かったことを踏まえ、予防をテーマにした内容を中心に開催している。

【今後の展望、課題】

多世代による認知症への理解を深める為、小学校での認知症サポーター養成講座を親子参加で開催すべく調整している。

(6) ②

【実績】

9月に大森西図書館と連携して、地域の認知症への理解を深める目的でイベントを開催、認知症月間として図書館にて、認知症に関する図書の展示、認知症についてのパネル展示、認知症サポーター養成講座を行った。さらに若年性認知症窓口と連携して若年性認知症の当事者の声を聞く会を開催するなど、地域の認知症に対する理解を深めることにつながった。

【今後の展望、課題】

大森西図書館と連携してのイベントは今年度も9月に開催予定。

今後も様々な取組を地域の多世代に向けて発信し、参加頂けるようにアナウンスの方法も検討していく。

<p>(7) ②スマホ普及事業、はねびょん健康ポイント、成年後見制度利用促進、老いじたく、車いすステーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話録音機普及など）に対して積極的に取り組む。</p>	<p>(7) ②</p> <p>【実績】</p> <p>東京都のスマホ普及事業や大森コラボレーションのスマホ教室に対して、周知活動等の協力を行った。</p> <p>老いじたくについては社会福祉協議会を講師に地域で2度開催。</p> <p>車いすステーション事業については特養大森、軽費老人ホームおおもり園といったあらたなステーションと連携をとり、利用希望者のニーズにに応じている。</p> <p>フードバンク、フードパントリーについても様々な場面で民協や社協への協力を行っている。</p> <p>特殊詐欺については、警察署や消費者生活センターと連携し、包括が関連する様々な場面で、地域に対し注意喚起を行った。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>地域の大きな課題である特殊詐欺被害について、見守りネットワークの強化をベースに取り組んでいきたい。</p> <p>自動通話録音機の普及にも力を入れていく。</p> <p>【達成度評価の理由】</p> <p>フレイル予防について地域の様々な場面で、意識の向上と具体的な取組について普及活動を行ったことで、地域全体のフレイル予防への意識の向上につなげることが出来た。</p> <p>計画通りの進捗状況である。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(3) ②自立支援計画作成時（中間評価含む）のアセスメントを丁寧に行い個別レベル会議を重ねることで自立を阻害する様々な課題を抽出、課題解決に必要な社会資源の活用、発掘や創出を行う。</p>	<p>★重-1 (3) ②と同じ。</p>

(4) ① 積極的に地域に出向き、区の取り組みである「見守りキーホルダー」「見守りチェックシート」「見守りメール」の周知普及活動を重点的に行い、地域の見守りに対する意識（気づき力）の向上につなげていく。さらに見守り支え合いネットワークの構築を目的とした日常生活圏域地域ケア会議を開催することで地域住民の見守りに対する意識の向上に努める。

(4) ② 「見守り推進事業者」との連携を密にとり見守り支え合いネットワークの強化に努める。

(5) ① 個別地域ケア会議（自立支援ケース、困難事例ケース）、日常生活圏域地域ケア会議を開

(4) ①

【実績】

見守りをテーマとした日常生活圏域地域ケア会議を2度開催。

地域の様々な役割の皆様に参加頂き、見守りの意識の向上やその為のツールとして見守りキーホルダーの活用方法について意見交換を行っている。同時に地域包括支援センターを地域に広く認識して頂くことの必要性についても検討を行っている。

見守りキーホルダーについては地域の商業施設や町会会館や集会所などで登録会を開催している。同時に出張相談会も開催している。

【今後の展望、課題】

見守りキーホルダーについては、包括から離れた地域ほど登録率が低い現状がある。私たち自身のさらなるアプローチが必要であると考えており、その点も地域課題の一つとして取組んでいきたい。

(4) ②

【実績】

大森地域見守り推進事業者連絡会に参加、金融関係を中心とした事業者の皆様との意見交換を行いつながりの構築を図った。

推進事業者の中でも新聞販売店とは一年を通じて安否確認ケースでやり取りを行い、安否の早期確認に努めている。

推進事業者の一つであるファミリーマート大森西二丁目店とは、地域の見守りと今後の連携について個別で話を行っている。

【今後の展望、課題】

推進事業者との連携を強化することで異常の早期発見につなげていく。

さらに推進事業者との連携を軸に見守りの輪を地域全体に広げていきたい。

(5) ① 【実績】

催し、地域課題に対して地域全体で取り組む体制（プラットフォーム）を構築する。さらに包括だけでは解決困難な複合課題に対しては、重層的支援体制整備事業を最大限活用し切れ目のない支援を行っていく。

（5）②だれもがだれかとつながる地域を目指し、認知症予防やフレイル予防などをテーマとした多世代参加型の取り組みを行う。

（5）③ だれもがだれかとつながる地域を目指し、地域で行われている様々な行事やイベントに対し、積極的に参加協力を行い、地域とのつながりを強化するとともに地域包括支援センターの役割や目的を周知していく。

（6）①チームオレンジ事業を推進し、認知症に対する地域の理解を深める為、多世代を対象にした認知症サポーター養成講座、見守り声かけ訓練などを行う。さらにニーズに応じたオレンジカフェづくりを行う。

（6）②地域と連携し、9月の世界アルツハイマー月間を中心に地域に向けた認知症（若年性認知症含む）への理解を促進する取り組みを行う。具体的には、認知症図書展示・認知症パネル展・認知症サポーター養成講座などを予定。

（7）①都や大田区、社会福祉協議会、警察や消防署等が実施する事業やイベント等に協力、チラシ・パンフレットの配布やアナウンス（地域包括

個別地域ケア会議で11件のケースについて検討、抽出された地域課題である「見守り」について日常生活圏域地域ケア会議へとつないでいる。地域の様々な役割の皆様に参加頂き、多面的多角的な視点での考え方や支援方法、連携のあり方について共有することが出来た。複合課題についても重層的支援体制整備事業を活用、ケースの提出や検討を行った。

【今後の展望、課題】

地域ケア会議、重層支援会議を活用し、引き続き様々な地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。

★重-1（5）②と同じ。

★重-1（5）③と同じ。

★重-1（6）①と同じ。

★重-1（6）②と同じ。

（7）①

【実績】

<p>支援センターのホームページや広報誌の有効活用)を行い周知、普及啓発を図る。</p> <p>(7) ②スマホ普及事業、はねぴょん健康ポイント、成年後見制度利用促進、老いじたく、車いすステーション事業、特殊詐欺被害防止(自動通話録音機普及など)に対して積極的に取り組む。</p>	<p>様々な機関が発信する情報について整理分類を行い、必要な情報を出来るだけ早く地域へ届けるべく、地域包括支援センターが関わる様々な場面でチラシやパンフレットの配布とアナウンスを行った。</p> <p>事務所の情報コーナーもパンフレットスタンドを項目別に分類するなど、地域の皆様が必要とする情報を迅速に得ることが出来るように工夫を行った。</p> <p>様々なニーズに対応すべく、パンフレットや広報誌、名刺にホームページのQRコードを掲載、広報誌の定期発行とともにホームページも定期的に更新を行い、情報発信を行った。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>地域にとって必要な情報を迅速かつ的確にとらえ、届けられるよう、都や区、社会福祉協議会や警察、消防といった機関に対して常にアンテナを張り情報収集を行っていく。</p> <p>★重-1 (7) ②と同じ。</p> <p>【達成度評価の理由】</p> <p>積極的に地域に出ることで、たくさんの地域の皆様とのつながりを構築することが出来た。つながりの中で得ることの出来る地域課題に対して地域ケア会議の場で、地域の皆様と一緒に検討することが出来た。</p> <p>計画通りの進捗状況である。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1) ① 日々のミーティングにおける、地域資源の情報共有と、三職種の専門性に基づいたスーパーバイズとバイスティックの七原則に基づいたケース検討を積み重ねることでチームとしての支援方針を決定、地域づくりの方向性を大切にしたいチーム作りを目指す。</p>	<p>(1) ①</p> <p>【実績】朝夕二回+随時のミーティングと重層支援システムを、ケースと社会資源の情報共有の場として活用、検討が必要な場合は適宜行い、一人ではなくチームとしての支援方針を決定することで、同じ目標に向かって取り組むチーム作りが出来た。</p>

(1)② 重層的支援情報共有システムを効果的に活用することで、より迅速かつ適切な情報共有や支援方法の決定につなげていく。

(1)③様々な研修や勉強会へ積極的に参加、個々の知識やスキルを向上させるだけでなく、伝達研修等を行うことでチーム力全体の向上を目指す。特に最近、増加している精神疾患を抱えた本人や家族への対応力を強化していく。★ [特力]

(2)① 地域ケア会議を有効活用し、課題に応じ多職種・多機関の方に参加して頂くことで、多面的多角的な視点での意見交換、検討を行い連携の強化・多職種協働を目指す。★ [特力]

【今後の展望、課題】

ケース検討については所内だけでなく他機関とも合同で行う機会を設け、さらなるボトムアップにつなげていきたい。

(1)②

【実績】重層支援システムを積極的に活用することで、業務の効率化と迅速な対応につながった。

【今後の展望、課題】

重層支援システムを他部署と効果的に活用していくことで複合課題を抱えた困難事例に取り組んでいきたい。

(1)③★特力

【実績】

様々な研修に参加し、幅広い知識やスキルを得ることが出来た。得られた知識やスキルについては職員間で共有することで個人としての向上だけでなくチーム全体の底上げにつながった。特に外部講師を招いた精神疾患についての研修は、直面している困難事例への対応のヒントとなる内容でもあり、チームとしての対応力の強化につながった。

【今後の展望、課題】

精神疾患に対する取組については、地域の皆様にも理解して頂けるように、研修だけでなく地域ケア会議を効果的に活用していく。

(2)①特力

【実績】

個別地域ケア会議で11件のケースについて検討、日常生活圏域地域ケア会議については計2度開催、様々な役割の皆様に参加頂き、個別課題や地域課題について多面的多角的な視点での考え方や支援方法、連携のあり方について共有することが出来た。

【今後の展望、課題】

<p>(2)② 8050 問題など多世代に渡り且つ複数の課題を抱えるケースに対応する為、大森西ケアマネの会を軸に、地域や各機関とのつながりの強化を目的とした合同の事例検討会や研修・勉強会を企画開催し、課題解決に対する地域力の向上を目指す。</p>	<p>地域ケア会議を活用し、引き続き個別課題や地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。</p> <p>(2)②</p> <p>【実績】</p> <p>地域の居宅会議事業所の皆様と一緒に大森西ケアマネの会として隔月で勉強会や事例検討、講師を招いたセミナーを行った。</p> <p>地域の居宅介護事業所の皆様が行っている勉強会、事例検討会に計3回参加し連携と知識を深めることが出来た。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>必用な資源、特にインフォーマル資源のさらなる活用について協力して取り組むことで、これまで以上に地域の力を活用していきたい。</p>
<p>(5)① 個別地域ケア会議（自立支援ケース、困難事例ケース）、日常生活圏域地域ケア会議を開催し、地域課題に対して地域全体で取り組む体制（プラットフォーム）を構築する。さらに包括だけでは解決困難な複合課題に対しては、重層的支援体制整備事業を最大限活用し切れ目のない支援を行っていく。</p>	<p>★重-2 (5)①と同じ。</p>
<p>(5)② だれもがだれかとつながる地域を目指し、認知症予防やフレイル予防などをテーマとした多世代参加型の取り組みを行う。</p>	<p>★重-1 (5)②と同じ。</p>
<p>(5)③ だれもがだれかとつながる地域を目指し、地域で行われている様々な行事やイベントに対し、積極的に参加協力を行い、地域とのつながりを強化するとともに地域包括支援センターの役割や目的を周知していく。</p>	<p>★重-1 (5)③と同じ。</p>
<p>(6)① チームオレンジ事業を推進し、認知症に対する地域の理解を深める為、多世代を対象にした認知症サポーター養成講座、見守り声かけ訓練などを行う。さらにニーズに応じたオレンジカフ</p>	<p>★重-1 (6)①と同じ。</p>

<p>エづくりを行う。</p> <p>(6) ②地域と連携し、9月の世界アルツハイマ 一月間を中心に地域に向けた認知症（若年性認知 症含む）への理解を促進する取り組みを行う。具 体的には、認知症図書展示・認知症パネル展・認 知症サポーター養成講座などを予定。</p> <p>(7) ①都や大田区、社会福祉協議会、警察や消 防署等が実施する事業やイベント等に協力、チラ シ・パンフレットの配布やアナウンス（地域包括 支援センターのホームページや広報誌の有効活 用）を行い周知、普及啓発を図る。</p> <p>(7) ②スマホ普及事業、はねびょん健康ポイン ト、成年後見制度利用促進、おいじたく、車いす ステーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話 録音機普及など）に対して積極的に取り組む。</p>	<p>★重-1 (6) ②と同じ。</p> <p>★重-2 (7) ①と同じ。</p> <p>★重-1 (7) ②と同じ。</p> <p>【達成度評価の理由】 包括職員全員で一つの課題に取り組むことでチ ームとしてのケースワーク力の底上げにつなが った。さらに地域づくりの要と位置づけた地域ケ ア会議を行ってきたこともチーム力の向上と地 域とのつながりの強化につながった。 計画通りの進捗状況である。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	職員個々のケースワーク力の向上とチームとしての総合力の向上を図る。		
実施計画 ※	① 日々のミーティングにおける、 地域資源の情報共有と、三職種 の専門性に基づいたスーパ サイズとバースティックの七 原則に基づいたケース検討を	実施報告 ※※	① 【実績】 朝夕二回＋随時のミーティングと 重層支援システムを、ケースと社 会資源の情報共有の場として活 用、検討が必要な場合は適宜行

積み重ねることでチームとしての支援方針を決定、地域づくりの方向性を大切にしたチーム作りを目指す。★ [重-3]

② 重層的支援情報共有システムを効果的に活用することで、より迅速かつ適切な情報共有や支援方法の決定につなげていく。★ [重-3]

③ 様々な研修や勉強会へ積極的に参加、個々の知識やスキルを向上させるだけでなく、伝達研修等を行うことでチーム力全体の向上を目指す。特に最近、増加している精神疾患を抱えた本人や家族への対応力を強化していく。★ [重-3] ★ [特力]

い、一人ではなくチームとしての支援方針を決定することで、同じ目標に向かって取り組むチーム作りが出来た。

【今後の展望、課題】

ケース検討については所内だけでなく他機関とも合同で行う機会を設け、さらなるボトムアップにつなげていきたい。

② 【実績】

重層支援システムを積極的に活用することで、業務の効率化と迅速な対応につながった。

【今後の展望、課題】

重層支援システムを他部署と効果的に活用していくことで複合課題を抱えた困難事例に取り組んでいきたい。

③ 【実績】

様々な研修に参加し、幅広い知識やスキルを得ることが出来た。得られた知識やスキルについては職員間で共有することで個人としての向上だけでなくチーム全体の底上げにつながった。

特に外部講師を招いた精神疾患についての研修は、直面している困難事例への対応のヒントとなる内容でもあり、チームとしての対応力の強化につながった。

【今後の展望、課題】

精神疾患に対する取組については、地域の皆様にも理解して頂けるように、研修だけでなく地域ケア会議を効果的に活用していく。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	多種多様な生活課題を抱えている高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を続けられるよう、課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるように支援する。		
実施計画 ※	<p>① 地域ケア会議を有効活用し、課題に応じ多職種・多機関の方に参加して頂くことで、多面的多角的な視点での意見交換、検討を行い連携の強化・多職種協働を目指す。★[重-3]★[特力]</p> <p>② 8050 問題など多世代に渡り且つ複数の課題を抱えるケースに対応する為、大森西ケアマネの会を軸に、地域や各機関とのつながりの強化を目的とした合同の事例検討会や研修・勉強会を企画開催し、課題解決に対する地域力の向上を目指す。 ★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 【実績】 個別地域ケア会議で 11 件のケースについて検討、日常生活圏域地域ケア会議については計 2 度開催、様々な役割の皆様に参加頂き、個別課題や地域課題について多面的多角的な視点での考え方や支援方法、連携のあり方について共有することが出来た。</p> <p>【今後の展望、課題】 地域ケア会議を活用し、引き続き個別課題や地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。</p> <p>② 【実績】 地域の居宅介護事業所の皆様と一緒に大森西ケアマネの会として隔月で勉強会や事例検討、講師を招いたセミナーを行った。 地域の居宅介護事業所の皆様が行っている勉強会、事例検討会に計 3 回参加し連携と知識を深めることが出来た。</p> <p>【今後の展望、課題】 必要な資源、特にインフォーマル資源のさらなる活用について協力して取り組むことで、これまで以上に地域の力を活用していきたい。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	その人らしさを大切にした自立を支援する。		
実施計画 ※	① 地域住民のフレイル予防、介護予防、健康の維持・増進に取り	実施報告 ※※	① 【実績】

組む。★ [重-1]

- ② 自立支援計画作成時（中間評価含む）のアセスメントを丁寧に行い個別レベル会議を重ねることで自立を阻害する様々な課題を抽出、課題解決に必要な社会資源の活用、発掘や創出を行う。★ [重-1] ★ [重-2]

シニアクラブ、町会、軽費老人ホームにおいてフレイル予防講座（体操や脳トレ）や体力測定会を行った。地域のデイサービスや地域リハビリテーション事業、居宅介護事業所の協力も頂くことで、地域の皆様のフレイル予防についての意識を高めることにつながった。

民生委員と共催で定期的にフレイル予防教室を開催。毎回、会場を変更することで地域全体にフレイル予防を知って頂くきっかけをつくることが出来た。

【今後の展望、課題】

フレイル予防への取組みを通じて、地域の皆様の意識を高めることで、予防の視点の大切さを広く地域の多世代に伝えていきたい。

- ② 【実績】

自立支援をテーマにした地域ケア会議を開催、開催前後に支援方法についてアセスメントに基づく検討、振り返りの場をもうけ、よりその人らしさを大切にした支援方法の検討を行った。

さらに自立支援についての考え方について定期的に所内で話をすることで自立支援の大切さについて共有する場を設けている。

必要な地域資源について得た情報はミルモネットやファイルを活用し共有している。

【今後の展望、課題】

その人らしさの実現につながる自立支援の考え方についてぶれることのないよう常に共有、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	地域の多世代とつながり相互理解を深めることで地域力に基づいたセーフティネットを構築する。		
実施計画 ※	<p>① 積極的に地域に出向き、区の取り組みである「見守りキーホルダー」「見守りチェックシート」「見守りメール」の周知普及活動を重点的に行い、地域の見守りに対する意識（気づき力）の向上につなげていく。さらに見守り支え合いネットワークの構築を目的とした日常生活圏域地域ケア会議を開催することで地域住民の見守りに対する意識の向上に努める。★[重-2]</p> <p>② 「見守り推進事業者」との連携を密にとり見守り支え合いネットワークの強化に努める。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 【実績】 見守りをテーマとした日常生活圏域地域ケア会議を2度開催。 地域の様々な役割の皆様に参加頂き、見守りの意識の向上やその為のツールとして見守りキーホルダーの活用方法について意見交換を行っている。同時に地域包括支援センターを地域に広く認識して頂くことの必要性についても検討を行っている。見守りキーホルダーについては地域の商業施設や町会会館や集会所などで登録会を開催している。 同時に出張相談会も開催している。</p> <p>【今後の展望、課題】 見守りキーホルダーについては、包括から離れた地域ほど登録率が低い現状がある。私たち自身のさらなるアプローチが必要であると考えており、その点も地域課題の一つとして取り組んでいきたい。</p> <p>② 【実績】 大森地域見守り推進事業者連絡会に参加、金融関係を中心とした事業者の皆様との意見交換を行いつながりの構築を図った。 推進事業者の中でも新聞販売店とは一年を通じて安否確認ケースでやり取りを行い、安否の早期確認に努めている。 推進事業者の一つであるファミリーマート大森西二丁目店とは、地域の見守りと今後の連携について個別で話を行っている。</p>

			<p>【今後の展望、課題】</p> <p>推進事業者との連携を強化することで異常の早期発見につなげていく。さらに推進事業者との連携を軸に見守りの輪を地域全体に広げていきたい。</p>
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域共生社会を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる進化推進に努める。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 個別地域ケア会議（自立支援ケース、困難事例ケース）、日常生活圏域地域ケア会議を開催し、地域課題に対して地域全体で取り組む体制（プラットフォーム）を構築する。さらに包括だけでは解決困難な複合課題に対しては、重層的支援体制整備事業を最大限活用し切れ目のない支援を行っていく。★[重-2] ★[重-3]</p> <p>② だれもがだれかにつながる地域を目指し、認知症予防やフレイル予防などをテーマとした多世代参加型の取り組みを行う。★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 【実績】</p> <p>個別地域ケア会議で11件のケースについて検討、抽出された地域課題である「見守り」について日常生活圏域地域ケア会議へとつないでいる。地域の様々な役割の皆様に参加頂き、多面的多角的な視点での考え方や支援方法、連携のあり方について共有することが出来た。複合課題についても重層的支援体制整備事業を活用、ケースの提出や検討を行った。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>地域ケア会議、重層支援会議を活用し、引き続き様々な地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。</p> <p>② 【実績】</p> <p>管内二カ所の小学校で行われたサマースクールに参加、「若い、認知症への理解」をテーマに若いと認知症の話、高齢者疑似体験、車椅子体験、パラスポーツボッチャの体験を行った。</p> <p>大森西図書館と連携して図書館でサロンを定期開催、地域の集いの場としてフレイル予防、認知症予防を中心としたプログラムを行っている。</p>

	<p>③ だれもがだれかにつながる地域を目指し、地域で行われている様々な行事やイベントに対し、積極的に参加協力を行い、地域とのつながりを強化するとともに地域包括支援センターの役割や目的を周知していく。★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]</p>	<p>【今後の展望、課題】 サマースクールは今夏も参加予定、さらに今年度は授業時間を利用した認知症サポーター養成講座（親子で参加）の開催も予定している。 図書館でのサロンについては高齢者だけでなく図書館を利用している多世代にも参加頂くことでフレイル予防や認知症予防への理解を深めていきたい。</p> <p>③ 【実績】 数年ぶりの開催となった大森西地区最大のイベントであるふる浜まつりに出店として参加、たくさんの地域の皆様と一緒にまつりを盛り上げることが出来た。 近隣の小学校で開催された花まつりに参加、食について考えてもらうブースを出店、「さあにぎやかにいただく」を通じてフレイル予防の周知を行った。 地域の皆様の様々な作品展示を通じた地域交流の機会である「こらぼ de アート」に出展、作品は地域連携をテーマに、こらぼに集う人々（包括職員、出張所職員、こども交流センターの職員と子供達、大森コラボレーションの皆様など）がメッセージを記したたくさんの向日葵の種（絵）を一つの巨大な向日葵に仕上げた作品。</p> <p>【今後の展望、課題】 あらゆる機会を活用して地域とのつながりを強化するとともに地域包括支援センターの周知に努めていく。</p>
--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域の認知症に対する理解を深め、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来るよう支援する。		
実施計画 ※	<p>① チームオレンジ事業を推進し、認知症に対する地域の理解を深める為、多世代を対象にした認知症サポーター養成講座、見守り声かけ訓練などを行う。さらにニーズに応じたオレンジカフェづくりを行う。★[重-1] ★ [重-2] ★ [重-3]</p> <p>② 地域と連携し、9月の世界アルツハイマー月間を中心に地域に向けた認知症（若年性認知症含む）への理解を促進する取り組みを行う。具体的には、認知症図書展示・認知症パネル展・認知症サポーター養成講座などを予定。★[重-1] ★[重-2] ★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 【実績】 対面の認知症サポーター養成講座を2回、オンラインで1回開催。大田体育館にて、近隣の包括と連携して、見守り声掛け訓練を中心としたステップアップ講座を開催、参加者の認知症に対する理解を深めることにつながった。 認知症初期集中支援チームとして、サポート医と密に連携をとり、活動を行った。 オレンジカフェについて今年度は、参加者の予防に対するニーズが高かったことを踏まえ、予防をテーマにした内容を中心に開催している。</p> <p>【今後の展望、課題】 多世代による認知症への理解を深める為、小学校での認知症サポーター養成講座を親子参加で開催すべく調整している。</p> <p>② 【実績】 9月に大森西図書館と連携して、地域の認知症への理解を深める目的でイベントを開催、認知症月間として図書館にて、認知症に関する図書の展示、認知症についてのパネル展示、認知症サポーター養成講座を行った。さらに若年性認知症窓口と連携して若年性認知症の当事者の声を聞く会を開催するなど、地域の認知症に対する理解を深めることにつながった。</p>

			<p>【今後の展望、課題】</p> <p>大森西図書館と連携してのイベントは今年度も9月に開催予定。</p> <p>今後も様々な取組を地域の多世代に向けて発信し、参加頂けるようにアナウンスの方法も検討していく。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	都や大田区、社会福祉協議会、警察や消防署等が実施する事業との連携、周知、普及活動に努める。		
実施計画 ※	<p>① 都や大田区、社会福祉協議会、警察や消防署等が実施する事業やイベント等に協力、チラシ・パンフレットの配布やアナウンス（地域包括支援センターのホームページや広報誌の有効活用）を行い周知、普及啓発を図る。★ [重-2] ★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 【実績】</p> <p>様々な機関が発信する情報について整理分類を行い、必要な情報を出来るだけ早く地域へ届けるべく、地域包括支援センターが関わる様々な場面でチラシやパンフレットの配布とアナウンスを行った。</p> <p>事務所の情報コーナーもパンフレットスタンドを項目別に分類するなど、地域の皆様が必要とする情報を迅速に得ることが出来るように工夫を行った。</p> <p>様々なニーズに対応すべく、パンフレットや広報誌、名刺にホームページのQRコードを掲載、広報誌の定期発行とともにホームページも定期的に更新を行い、情報発信を行った。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>地域にとって必要な情報を迅速かつ的確にとらえ、届けられるよう、都や区、社会福祉協議会や警察、消防といった機関に対して常にアンテナを張り情報収集を行っていく。</p> <p>② 【実績】</p>
	<p>② スマホ普及事業、はねびょん健康ポイント、成年後見制度利用促進、老いじたく、車いすステ</p>		

	<p>ーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話録音機普及など）に対して積極的に取り組む。★ [重-1] ★ [重-2] ★ [重-3]</p>	<p>東京都のスマホ普及事業や大森コラボレーションのスマホ教室に対して、周知活動等の協力を行った。老いじたくについては社会福祉協議会を講師に地域で2度開催。車いすステーション事業については特養大森、軽費老人ホームおおもり園といったあらたなステーションと連携をとり、利用希望者のニーズに応じている。フードバンク、フードパントリーについても様々な場面で民協や社協への協力を行っている。特殊詐欺については、警察署や消費者生活センターと連携し、包括が関連する様々な場面で、地域に対し注意喚起を行った。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>地域の大きな課題である特殊詐欺被害について、見守りネットワークの強化をベースに取組んでいきたい。自動通話録音機の普及にも力を入れていく。</p>
--	---	--

大田区福祉部長 宛

令和5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 平和島

1 事業目標

地域の社会資源・人材を発掘し、誰もが安心して住み続けられるまちづくりを進め、多様化・複雑化する課題に対応した支援を実践する。

● 機能アップ2か年計画<<令和4年度～令和5年度>>

目指す姿	地域特性を捉え「支援と共生の地域づくり」の要となるため、高齢分野を超えて各分野とのチームを形成し、地域における多様化・複雑化する課題にワンストップで対応するセンターになる。	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. シニアクラブ等の地域で活動するグループへ向けて、楽しみながらフレイル予防に取り組めるように働きかけ、健康寿命延伸に取り組める地域づくりを目指す。 ★[重-1]	A
	2. 地域の各機関や社会資源となる団体や人材と共に、「支援と共生の地域づくり」を実践する。 ★[重-2]	S
	3. 高齢者の在宅生活を支えるため、多世代に向けて認知症サポーター養成講座や高齢者見守り声かけ訓練等を実施し、つながりあえる地域づくりを推進する。 ★[重-3]	S

「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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ② 大森西地区のフレイル予防が進むように、大森西地区民生委員児童委員協議会、包括大森と連携して取り組む。また、区の地域リハビリテーション活動支援事業を引き続き積極的に活用して介護予防や自立支援に取り組む。	【実績】 (3) ② 大森西地区民生委員児童委員協議会「どんぐりの会」、包括大森と連携して地域のフレイル予防を促進を目標にフレイル予防教室を開催した。また、シルバーピア大森中・果林からの相談に応じてフレイル予防講座を、「げん（元気現役）かつクラブ」として年度7回開催し、地域の社会資源を活用しながら継続して自主的に開催出来るように体制づくりを行った。自主グループの「健康友の会」ではボランティアの組織・育成の支援をし、年度11回開催した。2部制の体操教室「のびのびくらぶ」も年度11回開催し、フレイル予防とともに地域の

	<p>高齢者の集いの場ともなっている。</p> <p>また、個別ケースに対しても在宅高齢者等訪問事業等を活用して、本人の機能維持が図るとともに、家族等の理解が進むように取り組んだ。</p> <p>【今後の展望、課題】好評のフレイル予防『どんぐりの会』は来年度も、民生委員協議会、包括大森と連携して継続していく。3年ぶりに開催された美原文化センター祭りも高齢化進み準備や開催に困難な局面が出てきており、地域の繋がりを維持することに課題が出てきている。また、シルバーピアの相談員から寄せられた相談応じて、「げん（元気現役）かつクラブ」の立ち上げに至ったが、フレイル予防や地域づくりのためには、より地域の多機関と社会資源との連携と協働を強化し推進して行く。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(4)</p> <p>① 早期のうちに課題にアクセス出来るよう「地域共生プロジェクト」（気軽に何でも相談処）を継続し、同時に地域の見守り機能を高める。</p> <p>② 地域のNPO 法人や社会福祉協議会等と連携し、子どもと高齢者が集える「居場所づくり」を自治会・町会などの協力を得ながら行い、多世代共生・交流を進める。</p> <p>③ 児童館へのミニ認知症講座等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症の理解が地域で進むようにし、また住民と共にチームオレンジ作りを行い寄り添いあえる地域づくりを進める。</p>	<p>【実績】</p> <p>(4)</p> <p>① 多世代へ向けて「気軽に何でも相談処」を毎月1回継続開催し、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等の協力により地域からの相談対応や定期的な見守りを行った。また、東京都住宅供給公社 公社管理課の地域に対する健康講座の開催に協力した事をきっかけに、「気軽に何でも相談処」をコーシャハイム自治会室で開催出来るように支援した。</p> <p>② 不登校児の支援団体『トーキョーコーヒー』の活動場所確保を JKK 東京と連携して行う等、地域の子供を対象とした2つのNPO 法人を支援して、子供食堂や学習支援等に関わり、ヤングケアラーへの支援も視野に連携作りを進めた。</p> <p>③ 認知症の理解を地域・多世代へ広めるため、大森東一丁目児童館、大田区社会福祉協議会と連携して、児童館での「ママの健康講座」「ヨガ講座」「子供の薬Q&A」として年度3回開催した。合わせて、開催時に包括と認知症についてのミニ講座を行い、包括の周知・啓発を図った。また、女性の出産年齢の高年齢化に伴うダブルケア等の課題についても児童館と情報共有を図っている。</p>

(5)

- ③ 多世代に向けて「認知症高齢者に対する理解」が進むよう、高齢者の課題を抽出し地域づくりを実践する。併せて、包括の普及・啓発が図られるようにする。★[重-2]★[重-3]

(6)

- ① 管内の小学校や高校へ向けて認知症サポーター養成講座を実施し、学校と協議しながら児童等へ向けたステップアップ研修の検討を行い、地域の認知症理解が進むように取り組む。
- ③ 児童館へのミニ認知症講座等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症の理解が地域で進むようにし、また住民と共にチームオレンジ作りを行い寄り添いあえる地域づくりを進める。

(5)

- ③ 大森東中学校3年生、大森第五小学校6年生と大森東小学校の1～5年生向けに人権教育の授業として認知症サポーター養成講座を開催した。地域の手芸教室へ働きかけチームオレンジを立ち上げた。また、大森地区認知症地域支援専門員連絡会におけるステップアップ講座のモデルの一つとして「見守り声かけ訓練」を大田区総合体育館で大森7包括+2包括合同で開催し、広域的な連携も視野に地域作りを進めた。従来のオレンジカフェに加えて、隔月の図書館と共同での認知症講座と毎月のデニーズ大森中オレンジカフェを立ち上げた。

(6)

- ① 将来の地域作りの観点から、大森東小学校1～5年生、大森東中学校3年生、大森東第五小学校6年生に人権教育の授業として認知症サポーター養成講座を開催した。福祉的視点を持った青少年が増えるよう取り組んだ。
- ③ チームオレンジ事業では、『TOKIKOの手作り工房』（手芸教室）参加者の認知症や高齢化などの相談をきっかけに、認知高齢者がいきいきと過ごせる居場所の継続と地域づくりのため、『TOKIKOの手作り工房』の高齢者に対して、認知症サポーター養成講座、ステップ・アップ講座を開催した。包括がサポートしながらチームオレンジとしての立ち上げの支援を実践した。
- 子育て世代に対しては、児童館でのミニ認知症講座とともに包括の周知啓発に取り組み、年度3回『ママの健康講座』『ヨガ講座』『子供の薬 Q&A』として、社会福祉協議会、地域連携薬局等とも連携して開催した。包括の周知・啓発を図る場とすると同時に女性の出産年齢の高年齢化に伴うダブルケア等の課題への対応も視野に入れ、来年度も継続して児童館、社会福祉協議会、地域連携薬局とともに検討し、令和6年度も年3回開催予定となっている。

【今後の展望、課題】

	<p>引き続き、認知症と包括の周知・啓発に向けて、認知症サポーター養成講座を多世代へ向けて行い、小中学生に対しては福祉的視点を持った青少年が増やせるよう将来の地域作りの観点から取り組む。子育て世代へは、児童館とのコラボにより講座を開催する中で、子育て世代への関りを深めていく。また、チームオレンジ事業として、認知症カフェの運営、大田区チームオレンジの事業を積極的に進めていく。複合課題への対応の一環として、ヤングケアラーへの支援について地域のNPO法人や多機関との連携を図れるようにしていく。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(5)</p> <p>① 管内の商店街、自治会町会、民生委員等と協力しながら、「高齢者見守り声かけ訓練」の企画・準備を進め、開催に至る事で地域のつながりや、見守りの意識を強めていけるように働きかける。</p> <p>② 大森西地区全体の課題を踏まえて、民生委員児童委員協議会、他包括とも協力し、「高齢者見守り声かけ訓練」を開催する。</p> <p>③ 多世代に向けて「認知症高齢者に対する理解」が進むよう、高齢者の課題を抽出し地域づくりを実践する。併せて、包括の普及・啓発を図られるようする。</p> <p>(6)</p> <p>① 管内の小学校や高校へ向けて認知症サポーター養成講座を実施し、学校と協議しながら児童等へ向けたステップアップ研修の検討を行い、地</p>	<p>【実績】</p> <p>(5)</p> <p>①② 大田区総合体育館に於いて、大森地区7包括（大森、平和島、入新井、馬込、南馬込、徳持、新井宿）と地域包括支援センター蒲田、地域包括支援センター大森東、民生委員児童委員、自治会、シニアクラブなどと連携して、認知症サポーター養成講座を受講した方を対象として、二つの目的で（1. 高齢者の気持ちに配慮した声かけや見守り方法を学ぶ、認サポ修了者に対するステップ・アップ講座 2. 地域住民の方々が認知症の高齢者を支援する意識を育む）『高齢者見守り声かけ訓練』を開催し広域的な連携も視野に地域づくりを進めた。</p> <p>③ 認知症の周知・啓発として、認知症サポーター養成講座を多世代へ向けて行い、小中学生に対しては福祉的視点を持った青少年が増えるよう将来の地域作りの観点から取り組んだ。子育て世代へは、児童館での認知症と包括の周知・啓発とともに講座を企画し開催した。チームオレンジ事業として、地域の高齢化している自主グループを支えるためチームオレンジとして立ち上げた。また、地域を巻き込みながら大森西地区7包括・他2包括の共同での認知症ステップアップ講座として、加えて地域づくりとしても「高齢者見守り声かけ訓練」を開催する等「支援と共生の地域づくり」を実践した。</p> <p>(6)</p> <p>① 大森東中学校3年生、大森第五小学校6年生と大森東小学校の1～5年生向けに人権教育の授業として認知症サポーター養成講座を開催した。認知症の周知・啓</p>

<p>域の認知症理解が進むように取り組む。</p> <p>② デニーズ大森中、大森東図書館での認知症カフェの開催、定着を目指し、高齢者の居場所作りとともに、地域の認知症への理解が進み、だれもが安心して住み続けられるまちづくりに向けて取り組む。</p> <p>③ 児童館へのミニ認知症講座等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症の理解が地域で進むようにし、また住民と共にチームオレンジ作りを行い寄り添いあえる地域づくりを進める。</p>	<p>発として、認知症サポーター養成講座を多世代へ向けに行い、小中学生に対しては福祉的視点を持った青少年が増えるよう将来の地域作りの観点から取り組んだ。</p> <p>② 従来のオレンジカフェに加えて、隔月の図書館と共同での認知症講座と毎月のデニーズ大森中オレンジカフェを立ち上げた。</p> <p>③ 認知症の理解を地域・多世代へ広めるため、大森東一丁目児童館、大田区社会福祉協議会と連携して、児童館での「ママの健康講座」「ヨガ講座」「子供の薬 Q&A」として年度3回開催した。合わせて、開催時に包括と認知症についてのミニ講座を行い、包括の周知・啓発を図った。また、女性の出産年齢の高年齢化に伴うダブルケア等の課題についても児童館と情報共有を図っている。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>認知症と包括の周知・啓発は、大きな課題と考えている。今年度は、大森認知症地域支援推進員連絡会、大森見守りコーディネーター連絡会との連携して、アルツハイマー月間に『認知症フェスティバル』（仮題）を開催し、多機関の広域的な連携作りを行いながら、チームオレンジ事業も兼ね備えた事業を推進して行く。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	地域に向けて包括の周知・啓発を行い、権利擁護や虐待防止、様々な詐欺被害予防等、年齢・性別・属性等に関わりなく相談にはワンストップで対応し、多機関連携を図りチームによる切れ目のない支援を行う。		
実施計画 ※	① 常に権利擁護を目指し複合課題への3職種での対応力を高めながら、方針を所内で検討し、医療・福祉等の多機関、他分野と	実施報告 ※※	① 虐待、複合課題のケース等、三職種による専門性を生かした所内検討を行って、再アセスメントやケースの課題抽出を図った。包括としての方針を元に

	<p>のチームでの切れ目のない支援を行う。</p> <p>② 重層的支援体制整備事業を踏まえ、多機関による連携チームの中で、包括の機能を発揮しチームの一員として支援するとともに社会的包摂を目指した支援を行う。</p>		<p>ケース対応を行う事で、地域福祉課地区担当、地域包括ケア推進担当等との連携を適切に行う事が出来た。また、個別レベル地域ケア会議9回、日常生活圏域レベル地域ケア会議1回を開催する等、地域ケア会議を踏まえて多機関の連携を促進し、地域課題の把握にも努めた。権利擁護を推進する上で、民生委員との連携も重要となるため、民生委員懇談会を年度2回開催し、消費者被害、虐待対応（セルフネグレクト）の学習を行う等、包括の対応力や連携強化を図った。</p> <p>② 重層的支援会議の機能を積極的に活用し、地域包括ケア推進担当とも連携した。難病患者を抱える家族、精神障害が疑われる65歳未満の独居の方の社会的な孤立を予防する取り組みや、高齢者虐待に絡む同居の子世代への養護者支援を超えるライフサイクルを見据えた課題に対応して支援するなど、取り組むことが出来た。</p>
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>複合課題への地域のケアマネジメント力の向上を図るためケアマネジャーの要望・課題を踏まえた学習会を地域のケアマネジャーと共に企画・開催する。また、複合課題解決へ向けて地域のケアマネジャーに伴走しながら支援を行う。</p>		
実施計画 ※	<p>① 地域のケアマネジャーの有志で組織したケアマネジャー向上委員会により、地域のケアマネジャーの要望・課題を踏まえた学習会を、年4回開催する。</p> <p>② 学習会の到達目標に、「複合課題への対応力向上」を掲げ、多機関との連携に視野が広がるようにサポートし、地域のケアマネジャ</p>	実施報告 ※※	<p>① 今年度は、コロナ禍から脱しつつある状況を見ながら、ケアマネジャー学習交流会を2回開催した。学習交流会の開催に当たっては、地域のケアマネジャーの有志で組織しているケアマネ向上委員会を年3回開催し、地域のケアマネジャーが直面する課題や要望を踏まえながら開催した。</p> <p>② 「複合課題への対応力向上」を目標に、ケアマネジャー向上委員会により検討を行い、『ハラスメント対応を知って、ケアマネジメント力を高めよ</p>

	<p>一のアセスメント力の向上を図る。</p> <p>③ 地域のケアマネジャーから相談が寄せられるケースの課題に対して、支援方針の決定に向けた多機関を含むカンファレンス開催を通して、切れ目のない支援がおこなえるよう、地域のケアマネジメント力向上を図る。</p>		<p>う』『重層的支援会議を知り複合課題へのケアマネジメント力を深めよう』をテーマに開催した。開催に当たっては、大田区訪問介護事業者連絡会 区福祉管理課などから講師を招聘し、事例を交えたグループワークによりケアマネジメントの実践を意識した研修内容とした。</p> <p>③ 地域のケアマネジャーからの相談に応じ、本人の意向がつかめずケアマネジャーが苦慮しているターミナルケースについて、家族へのアプローチの視点や医学的な観点から本人の身体の状態を踏まえて本人の感情の揺れを掴めるよう医師の出席の元にカンファレンスを開催。ケースへのアプローチ方法をケアマネジャーとともに考え、その後もサポートを行なった。また、難病の本人とその家族の抱える課題に対してカンファレンスを行い、ケアマネジャー支援を行った。その後、より多機関がかかわる課題への対応が必要と判断して重層的支援会議に繋げる等、地域包括ケア推進担当との連携を図る等し、地域のケアマネジャーへの支援に積極的に取り組んだ。</p>
--	--	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域ケア会議を積極的に活用し地域課題の抽出・把握に努め、大森西地区のフレイル予防を地域で連携して積極的に進め、介護予防や自立支援に取り組む。		
実施計画 ※	<p>① 自立支援の為の地域ケア会議に参加し、管轄内を含む基本圏域レベルでも地域の課題把握に努め、自立支援に取り組む。</p> <p>② 大森西地区のフレイル予防が進むように、大森西地区民生委員児童委員協議会、包括大森と連携して取り組む。また、区の地域リハ</p>	実施報告 ※※	<p>① 自立支援プランの個別レベル地域ケア会議を通して、大田区の地域リハビリテーション活動支援事業などの施策や社会資源の活用を積極的に行い自立支援や介護予防を図った。</p> <p>② 大森西地区民生委員児童委員協議会「どんぐりの会」、包括大森と連携して地域のフレイル予防を促進するためフレイル予防教室を開催した。また、</p>

	<p>ビリテーション活動支援事業を引き続き積極的に活用して介護予防や自立支援に取り組む。★ [重-1]</p>	<p>管内のシルバーピア大森中・果林からの相談に応じて、「げん（元気現役）かつクラブ」としてフレイル予防講座を年度7回開催した。開催に当たっては、地域の社会資源を活用しながら継続して自主的に開催できるように体制づくりを行った。</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ター業務を含む。）

個別目標	<p>社会資源を活用して、チームオレンジなどの区の認知症施策も踏まえて多面的に多世代交流・地域交流のための居場所作りをおこない、つながり合えるまちづくりを推進する。</p>	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 早期のうちに課題にアクセス出来るよう「地域共生プロジェクト」（気軽に何でも相談処）を継続し、同時に地域の見守り機能を高める。★[重-2]</p> <p>② 地域の NPO 法人や社会福祉協議会等と連携し、子どもと高齢者が集える「居場所づくり」を自治会・町会などの協力を得ながら行い、多世代共生・交流を進める。 ★[重-2]</p> <p>③ 児童館へのミニ認知症講座等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症の理解が地域で進むようにし、また住民と共にチームオレンジ作りを行い寄り添いあえる地域づくりを進める。★[重-2] ★[重-3] ★[特力]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 多世代を対象に「気軽に何でも相談処」を月1回開催し、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等の協力により地域からの相談対応や見守りを行った。また、東京都住宅供給公社 公社管理課の地域に対する健康講座の開催に協力した事をきっかけにコーシャハイム自治会室で開催出来るように支援した。</p> <p>② 不登校児の支援団体『トーキョーコーヒー』の活動場所確保を JKK 東京と連携して行う等、地域の子供を対象とした2つの NPO 法人を支援して、子供食堂や学習支援等に関わり、ヤングケアラーへの支援も視野に連携作りを進めた。</p> <p>③ 認知症の理解を地域・多世代へ広めるため、大森東一丁目児童館、大田区社会福祉協議会と連携して、児童館での「ママの健康講座」「ヨガ講座」「子供の薬 Q&A」として3回開催し、包括の周知・啓発を図った。女性の出産年齢の高年齢化に伴うダブルケア等についても今後課題になることが予測される中、連携を強めていきたいと考えている。また、チームオレンジ事業として、地域の高齢化している自主グ</p>

			<p>ループを支えるためチームオレンジとしての立ち上げの支援を実践した。</p>
--	--	--	--

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	管内と大森西地区全体での高齢者見守り声かけ訓練を開催し、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりを目指し、地域の方々と共に取り組む。		
実施計画 ※	<p>① 管内の商店街、自治会町会、民生委員等と協力しながら、「高齢者見守り声かけ訓練」の企画・準備を進め、開催に至る事で地域のつながりや、見守りの意識を強めていけるように働きかける。★[重-3]</p> <p>② 大森西地区全体の課題を踏まえて、民生委員児童委員協議会、他包括とも協力し、「高齢者見守り声かけ訓練」を開催する。★[重-3]</p> <p>③ 多世代に向けて「認知症高齢者に対する理解」が進むよう、高齢者の課題を抽出し地域づくりを実践する。併せて、包括の普及・啓発が図られるようする。★[重-2]★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>①②大田区総合体育館に於いて、大森地区7包括（大森、平和島、入新井、馬込、南馬込、徳持、新井宿）と地域包括支援センター蒲田、地域包括支援センター大森東、民生委員児童委員、自治会、シニアクラブなどと連携して、認知症サポーター養成講座を受講した方を対象として、二つの目的（1. 高齢者の気持ちに配慮した声かけや見守り方法を学び認サポ修了者に対するステップ・アップ講座として 2. 地域住民の方々が認知症の高齢者を支援する意識を育む）で『高齢者見守り声かけ訓練』を開催し広域的な連携も視野に地域作りを進めた。</p> <p>③ 認知症の周知・啓発として、認知症サポーター養成講座を多世代へ向けに行い、小中学生に対しては福祉的視点を持った青少年が増えるよう将来の地域作りの観点から取り組んだ。子育て世代へは、児童館での認知症と包括の周知・啓発とともに講座を企画し開催した。チームオレンジ事業として、地域の高齢化している自主グループを支えるためチームオレンジとして立ち上げた。また、地域を巻き込みながら大森西地区7包括・他2包括の共同での認知症ステップアップ講座として、加えて地域づくりとしても「高齢者見守り声かけ訓練」を開催する等「支援と共生の地域づくり」を実践し</p>

			た。
--	--	--	----

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	教育の場や当事者世代を含む多様な世代の方々の中で認知症に対する理解が進むように、また多様なチームオレンジが出来るよう、認知症になっても安心して過ごせる地域づくりに取り組む。		
実施計画 ※	<p>① 管内の小学校や高校へ向けて認知症サポーター養成講座を実施し、学校と協議しながら児童等へ向けたステップアップ研修の検討を行い、地域の認知症理解が進むように取り組む。★[重-2] ★[重-3]</p> <p>② デニーズ大森中、大森東図書館での認知症カフェの開催、定着を目指し、高齢者の居場所作りとともに、地域の認知症への理解が進み、だれもが安心して住み続けられるまちづくりに向けて取り組む。★[重-3] ★[特力]</p> <p>③ 児童館へのミニ認知症講座等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症の理解が地域で進むようにし、また住民と共にチームオレンジ作りを行い寄り添いあえる地域づくりを進める。★[重-2] ★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 大森東中学校3年生、大森第五小学校6年生と大森東小学校の1~5年生向けに人権教育の授業として認知症サポーター養成講座を開催した。認知症の周知・啓発として、認知症サポーター養成講座を多世代へ向けて行い、小中学生に対しては福祉的視点を持った青少年が増えるよう将来の地域作りの観点から取り組んだ。</p> <p>② 従来のおレンジカフェに加えて、隔月の図書館と共同での認知症講座と毎月のデニーズ大森中おレンジカフェを立ち上げた。</p> <p>③ 認知症の理解を地域・多世代へ広めるため、大森東一丁目児童館、大田区社会福祉協議会と連携して、児童館での「ママの健康講座」「ヨガ講座」「子供の薬Q&A」として年度3回開催した。合わせて、開催時に包括と認知症についてのミニ講座を行い、包括の周知・啓発を図った。また、女性の出産年齢の高年齢化に伴うダブルケア等の課題についても児童館と情報共有を図っている。★[重-2] ★[重-3]</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	区、基本圏域レベル地域ケア会議の方針を踏まえて、地域の連携を強める。		
実施計画 ※	① 区、関係機関と連携し、日常生活圏域レベル地域ケア会議の企画、	実施報告 ※※	① 包括大森と連携・協力し、日常生活圏域レベル地域ケア会議を年度1回開催

	<p>開催を通して、地域課題の抽出、共有を図り、地域の連携を強める。</p> <p>② 区と関係機関との密接な連携の下に、「元気なうちにつながろう」をテーマとして地域課題の解決に向けた事業を行う。</p>		<p>した。「元気なうちにつながろう」をテーマとして、大田区、包括大森、関係各機関と連携を密にし、地域課題解決へ向けた活動を推し進めた。大森西地区自治会連合会長、大森西地区民児協会長の協力も得ながら、管轄内自治会全体で見守りキーホルダー登録会・啓発活動を開催した。</p> <p>② ふるはま祭り、美原文化センターまつりに参加し、見守りキーホルダー登録会や相談ブースを設ける等して地域課題解決に向けて活動した。</p>
--	--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和5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 入新井

1 事業目標

住民と関係機関と包括がつながり、介護予防や閉じこもりを予防するとともに、多世代が関わる複合課題に対しても、適切な時期に適切な支援ができるよう、他機関との連携・コーディネート機能を強化する。

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	新たな地域住民の方々・地域の活動団体との繋がりによりネットワークを拡大させていく。その拡大により、地域住民の方の異変等の情報が包括により多く集まり、適切な時期に適切な支援ができているセンター。	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 多世代が交流できる講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる仕組みを創出していく。 ★[重-1]	B
	2. 自治会・町会、民生委員などの関係機関と連携し、地域に出向く『出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会など）』を積極的に実施し、参加者同士のつながりをつくる。 ★[重-2]	A
	3. 包括職員や専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により、地域対応力を向上させる。 ★[重-3]	B

「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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (4)③ 多世代が交流できる講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる仕組みを創出していく。	新井宿第一児童公園にて実施している「公園体操」にて、近隣保育園との企画で、園児と高齢者の交流できる機会を創出することができたが、他事業とマンパワーの兼ね合いで、頻度は少なくなってしまった。
★[重-2] (5)① 自治会・町会、民生委員などの関係機関と連携し、地域に出向く『出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会など）』を積極的に実施し、参加者同士のつながりをつくる。	認知症カフェ（入新井図書館とのコラボ）、キーホルダー登録会の開催など様々な場所で、他機関と連携し実施。定例企画としてくれる関係機関あり。【開催場所イトーヨーカドー（2回/年）、集いの場ひまわり、長生会（老人会）、マンション管理組合

<p>★[重-3] (6) ①、② 包括職員や専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により、地域対応力を向上させる。</p>	<p>専門職に向け研修や交流会の企画運営を地域の主任介護支援専門員とともに実施した。また、地域の方への認知症の普及啓発においては、中之郷信用組合の職員向けに認知症サポーター養成講座を実施した。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	迅速且つ丁寧な対応を心がけ、地域から信頼され、地域からの情報が集まる場所となる。		
実施計画 ※	<p>① 地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る。</p> <p>② 自治会・町会・民生委員等の連携を強化する（地域活動などを共に企画する中で、顔の見える関係を築き、相談できる体制にする）。</p> <p>③ 支援が円滑に行えるよう、積極的な他機関連携を行うとともに、各職員のスキル向上の機会を設ける。</p>	実施報告 ※※	<p>① 社会資源マップの情報更新等の連絡を通じ、各機関との情報交換など継続的な関わりを行った。</p> <p>② 自治会・町会・民生委員等との連携のため、民生委員協議会・地域力推進会議等への定期的な参加、包括の活動に関する情報の発信をおこなった。民生委員のお楽しみ会への協力など、気軽に相談できる関係性の構築も心掛けた。</p> <p>③ ケース対応等での、得意・不得意な点を洗い出し、不得意な部分のスキルアップ向上のために積極的な研修等への参加をできるようにした。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員のスキル向上を図り、介護事業所と包括との連携を強化する。		
実施計画 ※	<p>① 介護支援専門員への支援として、研修4回/年（初任者向け中心）開催する。</p> <p>② 主任介護支援専門員のスキルアップを図るため、主任介護支援専門員が主体となり、地域の介護支援専門員向けの研修を企画する段階から介入し</p>	実施報告 ※※	<p>① 介護支援専門員研修、多職種交流会（薬剤師との交流）を3回/年実施し、延べ48名が参加者された。薬局との交流会では、活発な意見交換が行われ、今後の支援に活かせる関係構築の機会になった。</p> <p>② 主任介護支援専門員に年度計画・研修計画の企画運営から関わってもら</p>

	<p>てもらい、共に実行することで包括、主任介護支援専門員、介護支援専門員の三者全体のスキル底上げをする。</p> <p>③ 地域ケア会議等で主任介護支援専門員の活躍の場を提供する。</p>		<p>った。当日もファシリテーターとして参加することで、自身を振り返るきっかけ、他の介護支援専門員に必要な情報などを考える機会を提供することができた。</p> <p>③ 個別レベル地域ケア会議 5 回、日常圏域地域ケア会議 1 回実施。全てに地域の主任介護支援専門員に参加してもらった。</p>
--	---	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>地域に「元気高齢者」を増やす。 総合事業対象者、自立支援対象者の自立支援に向けてスムーズな支援をする。</p>		
実施計画 ※	<p>① 地域の社会資源の情報を集約し、個人にあった活動の案内ができるように、社会資源情報マップの更新及び新規情報の追加を行い、地域住民の方々に配布する。</p> <p>② 居場所づくりへの支援と活動の場の提供をする。</p>	実施報告 ※※	<p>① 地域情報の更新作業を行うと共に、担当者間のつながりの更新も行った。新たな活動の場の発掘も行き、包括掲示板にフリーペーパーとして設置した。</p> <p>② 令和 3 年 7 月から入新井老人いこいの家でのラジオ体操を実施。</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>互助を強化することでいつまでも住み慣れた場所で生活が継続できる地域をつくる。</p>		
実施計画 ※	<p>① 大森柳本通り商店街、アキナイ山王亭、新井宿第一児童公園等を拠点としたサロン活動の継続。地域づくりセミナー、まちづくりが元気おおた（スタンプウォーク）、包括独自事業を通して、地域の高齢者が安心して暮らし続けられる事業を展開する。</p> <p>② 多世代が交流できる講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる仕組みを創出していく。★ 〔重-1〕</p>	実施報告 ※※	<p>① おおた高齢者見守りネットワーク（以下：みま～も）をはじめとした各種団体と協働し、柳本通り商店会「アキナイ山王亭」及び新井宿第一児童公園を拠点としたみま～もステーション（サロン活動）でミニ講座を継続。228 回/年開催。</p> <p>② 地域住民への医療・介護予防・日頃役立つ情報等の普及啓発のため、7 回/年開催し、いつまでも元気で暮らすコツや将来への備えを知る機会を提供した。今年度は、スタンプウォーク実施できず。</p>

	<p>③ 高齢者見守りキーホルダー普及啓発し、より多くの方にキーホルダーを持ってもらう、定期的な情報更新を行ってもらうようにする。</p> <p>④ いこいの家と連携し、高齢者の通いの場への参加支援を積極的に行う。</p>	<p>③ 地域の老人クラブ、通いの場、マンション管理組合と連携し、キーホルダーの情報更新できる機会を実施した。</p> <p>④ いこいの家と定期的な情報共有する場を持ち、新たな企画等を包括職員が把握した中で、相談に来られた地域の方への情報提供、参加支援を実施した。</p>
--	---	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	医療・介護・地域につなぐ役割を担う。		
実施計画 ※	<p>① 自治会・町会・民生委員などの関係機関と連携し、地域に出向く出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会など）を積極的に実施し、参加者同士のつながりをつくる</p> <p>② 地域ケア会議等の会議を通して、地域課題を明確化し、自治会・町会、民生委員、関係機関等と連携し、解決策を見出す。★〔重-2〕★〔特力〕</p>	実施報告 ※※	<p>① マンション管理組合、図書館との連携による出張包括（キーホルダー登録会、認知症カフェ）を実施し、参加者同士のつながりをつくる機会を企画することができた。1回/年の定期企画としてくれる関係機関も増えつつある。</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議5回実施する中で、関係機関と連携することができた。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症疑いのあるケースに関しては迅速且つ適切な対応を行い、地域に向けて認知症への正しい理解者を増やす。		
実施計画 ※	<p>包括職員、専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により地域対応力を向上させる(①②) ★〔重-3〕</p> <p>① 認知症カフェの周知と拡大</p> <p>② 認知症サポーター養成講座の開催、周知の拡大。</p>	実施報告 ※※	<p>① 初めて地域の図書館とのコラボで認知症カフェ（講話）を実施し、認知症の理解と普及啓発をすることができた。</p> <p>② 定期実施のオンライン・集合、中郷信用組合（職員向け）に対して講座実施した（参加者：50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	住民がいつまでも安心して生活していくことができる地域をつくるための情報の発信場所となる。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> ① ミルモネットへの登録勧奨、情報更新 ② 基本圏域レベル地域ケア会議への協力 ③ 内部検討会（事務改善部会）への協力。 	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> ① 社会資源の情報更新時に、ミルモネット案内の実施。 ② 基本圏域レベル地域ケア会議に参加し、情報交換・発信の実施。参加時の情報をもとに、日常的な支援にも活かすことができた。 ③ 事務改善部会への継続的な参加をし、情報・意見の発信を行った。

大田区福祉部長 宛

令和5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 馬込

1 事業目標

安心して暮らせる地域づくりに向けて、地域住民に存在や取組みが広く伝わり関係機関と協力し、信頼される地域包括支援センターになる。

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	馬込で暮らす人々に寄り添い、関係機関と協力しながら課題に取り組み、まちづくりの一助となり、地域から信頼されるセンターになる。	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 坂の多い環境の中、身近な場所でフレイル予防や健康増進ができるように、地域へ出向き、活動への支援や通いの場づくり等に取り組みながら、一人一人の暮らしに合わせた支援をしていく。★[重-1]	S
	2. 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等と意見交換の機会を増やし、地域包括支援センターが地域の一員として多世代に関わりながら役割を果たすことで、地域の課題解決や住民主体の活動継続につなげる。★[重-2]	A
	3. 暮らしの変化に応じて、本人や家族、取り巻く人々が多様なサービスの中から本人にあった選択・利用が出来るように、地域包括支援センターが身近な存在になる。★[重-3]	S

「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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由 (2 事業実施計画の実施報告と同内容)
★[重-1] (4) ②<特力>地域のグループへ出向き地域活動の支援。通いの場の立上げ・継続への支援。 (3) ③ シニアステーション事業や地域講座等を活用してフレイル予防をすすめる。	<実績> ◆通いの場立上げ支援<いきいきライフ>：R4年9月から相談を受けて支援を開始、会場は町会館で近隣の方対象で12回開催延べ104名参加あり。3部構成で包括は「ミニ講座」を担当しフレイル予防、おいじたく、キーホルダー登録や食ベポなど情報提供。体操は2種類で地域の通所介護事業所(数か所が交代制)による体操指導と地域のボランティアによるストレッチを継続し、プログラムの定着と安定した開催につながった。運営の相談を数か月ごとに受けて調整したことでリーダーと協力者の関係が構築し令和6年度はリーダーと事業所が直接連絡をとる形ができた。 ◆近隣住民のコミュニティづくり支援<東馬込一丁目>：関

	<p>わりのある自主グループ：鳩友会メンバーから、坂の多い地域で買物困難の課題があり移動スーパー誘致の相談あり。誘致場所の協力が得られたのでつないでほしい、地域住民が集うコミュニティを作りたいと意向あり、包括南馬込・地域福祉コーディネーターとともに支援開始。移動スーパーを手配し毎週火曜日 15:00 開店で買物利用客（5～20名）につながった。住宅街で広報に制限がある中で意見交換会を重ねて、買物の継続とコミュニティ化へ向けての取組みを支援している。</p> <p>◆シニアステーション馬込にて社会参加として「ボランティア」地域講座を実施。包括事業の手伝いなど協力したい方（主に高齢者）をボランティア「チームまごの手」として登録し活動につなげた。活動内容は体力測定会の測定者、地域向けのガイド作り、馬込図書館での福祉フェスのブース担当など5回の活動で延べ29人参加。体力測定会は大森地区見守りキーホルダー一斉登録会同時開催や、地域の公園：ゆりの木公園で開催、地域リハビリテーション活動事業を利用しフレイル予防を周知した。</p> <p><今後の展望></p> <p>引続き地域へ出向きグループや関係機関の意向や体制に合わせて、包括が支援したり地域の社会資源へつなぐなど、調整と検討を重ねてフレイル予防・健康増進につながる支援をしていく。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2) ③ 民生委員児童委員協議会や地域力推進委員会へできるだけ参加して、地域の情報を得る機会を増やし連携を図る。</p> <p>(2) ② センター内事例検討を積み重ね地域ケア会議を定期的に行い、複合的な課題を関係機関で共有し取り組む。</p> <p>(4) ① 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等との意見交換の機会に参加し、包括の取組みや事業の実施状況の情報共有をする。</p> <p>(5) ① <特力>多機関と横のつながりを作り、複合課題が生じた際に連携の取れる体制につながる。</p> <p>(まごめ園との交流、馬込図書館へのイベント協力、他)</p>	<p><実績></p> <p>◆各会議体：定期開催の民生委員児童委員協議会と、地域力推進馬込地区委員会へほぼ毎月参加（包括南馬込とともに）し、包括事業の周知や報告、高齢者の生活に役立つ情報を提供した。R4年11月に約1/3の民生委員が交代となり民生委員との関係構築に向けて民生委員高齢福祉部会と打合せを進めている。貝塚中学校防災拠点会議（年2回）と11月の防災訓練に参加した。</p> <p>◆センター内では「馬込ケース検討会議」を4回開催、複数の課題がありそれぞれ医療機関や行政機関、医療と介護の立場の違いと連携方法などを共有し、地域ケア会議は個別レベル（自立支援、支援困難）を8回開催した。</p> <p>◆新型コロナ感染症が5類となり多機関との交流を増やした。近隣のまごめ園や児童館と交流ポッチャを開催し、現在はシニアステーション馬込の多世代交流定期プログラムとなった。馬込図書館主催の福祉フェスに訪問診療、薬局、福祉</p>

	<p>用具事業所、社会福祉協議会と協力して参加、包括は「馬込学び舎～栄養・健康クイズ」フレイル予防、食べボの当て、ポッチャ、福祉用具体験など多世代参加型イベントを通じて協力体制が強まった。</p> <p>◆介護支援専門員との連絡会「ケアマネカフェまごめ」（包括南馬込協働）は4回開催し延べ84名参加。12月独居高齢者の支援のあり方をテーマに事例検討、6月3月は日常生活圏域地域ケア会議となった。また、「まごめ医療介護連携懇談会」（包括南馬込協働）を2回開催、薬剤師と訪問看護師計2名を運営メンバーに加えて実施した。</p> <p><今後の展望></p> <p>各会議体への参加を継続しつつ、自治会・町会単位で関わりを増やし包括の役割を果たしていきたい。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1) ① 適切に公的サービスの情報提供・手続き支援や社会資源の活用が実施できるように、センター内で研修を定期的に行い職員間で学びを深める。</p> <p>②センター内事例検討「馬込ケース検討会議」を継続し、ケース対応力の向上と、地域の共通課題は地域ケア会議へつなげていく。</p> <p>③シニアステーション併設を活かし、元気うちから今後の健康課題・生活課題などの準備ができるよう自助の力を高める働きかけをする。</p> <p>(6) ② 家族介護者の会「ケアラーの集い」、認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」それぞれの集いの場を継続していく。</p>	<p><実績></p> <p>◆センター内で「すきまでおさらい～マニュアル整備編」研修を4回実施。区施策等の正しい知識を深めるとともに職員皆が手順を理解して実務にあたることで本人・家族の信頼につながり頼れる相談先となる。「馬込ケース検討会議」の実績は★[重-2]に記載。ケース検討会議は経験年数の異なる職員の勉強の場となりケース対応力向上につながっている。</p> <p>◆地域ケア会議は個別レベル（自立支援、支援困難）を8回開催、日常生活圏域地域ケア会議は2回開催（包括南馬込と協働）し、第1回「高齢者に起こりうる困りごと、できること」に29名（介護関係18名、医療関係11名）、第2回「地域での見守りとは」20名（介護関係14名、医療関係6名）の参加があり馬込地区の介護と医療の連携の一助となった。</p> <p>◆地域講座をシニアステーション馬込にて開催し、R4年度の老いじたくの流れから、R5年度は「高齢期の住まいパート1施設で暮らす、パート2自宅で暮らす」とし各25名計50名の参加で資料は全てなくなり関心が高く生活への情報提供ができた。</p> <p>◆家族介護者の会「ケアラーの集い」は12回開催し延べ44名参加。登録者へ開催案内を郵送し、臨時で土曜日開催や喫茶店での開催、専門職のゲストを招くなど介護者の状況を探りながら工夫をした。認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」は11回開催し延べ124名参加、内当事者は2名。認知症疾患医療センターや他機関と連携して座学や体験型など実施した。</p>

	<p>◆ひとり暮らし高齢者対象者一覧表を活用した高齢者実態把握事業「R5 まごめレポート（馬込）」を実施。対象者は65～84歳で見守りキーホルダー未登録、ケアマネジャーなし、包括相談履歴なし等とし、新型コロナ感染症が5類へ移行し活動再開する中で見守りキーホルダー登録やフレイル予防を働きかけた。対象者70名へ電話による登録勧奨、実態把握や聞き取りを行い54名把握できた。キーホルダー登録7名、シニアステーション参加希望8名、包括からの案内希望36名へ情報提供した。</p> <p><今後の展望></p> <p>職員の対応力向上は相談しやすい包括支援センターにつながり、高齢者自身の自助の力を高める働きかけを続けて、安心して暮らせる地域づくりにつなげていきたい。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	包括が身近な相談窓口となり相談を受け止めて、適切なサービスや機関につなげる		
実施計画 ※	① 適切に公的サービスの情報提供・手続き支援や社会資源の活用が実施できるように、センター内で研修を定期的に行い職員間で学びを深める。★[重-3] ② センター内事例検討「馬込ケース検討会議」を継続し、ケース対応力の向上と、地域の共通課題は地域ケア会議へつなげていく。★[重-3] ③ シニアステーション併設を活かし、元気なうちから今後の健康課題・生活課題などの準備ができるよう自助の力を高める働きかけをする。★[重-3]	実施報告 ※※	① センター内で「すきまでおさらい～マニュアル整備編」研修を4回実施。区施策等の正しい知識を深めるとともに職員皆が手順を理解して実務にあたることで本人・家族の信頼につながり頼れる相談先となる。 ② 「馬込ケース検討会議」を4回開催、複数の課題がありそれぞれ医療機関や行政機関、医療と介護の立場の違いと連携方法などを共有、経験年数の異なる職員の勉強の場となりケース対応力向上につながっている。地域ケア会議は個別レベル（自立支援、支援困難）を8回開催、日常生活圏域地域ケア会議は2回開催（包括南馬込と協働）し、第1回「高齢者に起こりうる困りごと、できること」に29名（介護関係18

			<p>名、医療関係 11 名)、第 2 回「地域での見守りとは」20 名(介護関係 14 名、医療関係 6 名)の参加があり馬込地区の介護と医療の連携の一助となった。</p> <p>③ 地域講座をシニアステーション馬込にて開催し、R4 年度の老いじたくの流れから、R5 年度は「高齢期の住まいパート 1 施設で暮らす、パート 2 自宅で暮らす」とし各 25 名計 50 名の参加で資料は全てなくなり関心が高く生活への情報提供ができた。</p>
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護・福祉・医療の関係機関とのネットワークの強化		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① (包括南馬込と協働)馬込地区の居宅介護支援事業所との定期連絡会「ケアマネカフェまごめ」を継続し、医療機関等との情報交換会の計画を立て実施していく。</p> <p>② センター内事例検討を積み重ね地域ケア会議を定期的で開催し、複合的な課題を関係機関で共有し取り組む。★[重-2]</p> <p>③ 民生委員児童委員協議会や地域力推進委員会へできるだけ参加して、地域の情報を得る機会を増やし連携を図る。★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 介護支援専門員との連絡会「ケアマネカフェまごめ」(包括南馬込協働)は 4 回開催し延べ 84 名参加。12 月独居高齢者の支援のあり方をテーマに事例検討、6 月 3 月は日常生活圏域地域ケア会議となった。また、「まごめ医療介護連携懇談会」(包括南馬込協働)を 2 回開催、薬剤師と訪問看護師計 2 名を運営メンバーに加えて実施した。</p> <p>② 【(1) -②】の通り</p> <p>③ 各会議体：定期開催の民生委員児童委員協議会と、地域力推進馬込地区委員会へほぼ毎月参加(包括南馬込とともに)し、包括事業の周知や報告、高齢者の生活に役立つ情報を提供した。R4 年 11 月に約 1/3 の民生委員が交代となり民生委員との関係構築に向けて民生委員高齢福祉部会と打合せを進めている。貝塚中学校防災拠点会議(年 2 回)と 11 月の防災訓練に参加した。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自助・互助を意識した介護予防ケアマネジメントの実施	
実施計画 ※	① (1)－①、②を実施し、ケアマネジメント力の向上を図る。 ② 介護保険事業所や医療機関等と事例検討の機会をつくり自立支援の学びを深める。 ③ シニアステーション事業や地域講座等を活用してフレイル予防をすすめる。★[重-1]	実施報告 ※※ ① 【(1)－①、②】の通り ② 「ケアマネカフェまごめ」にて介護支援事業所との事例検討を実施。「まごめ医療介護連携懇談会」にて事例の意見交換をした。 ③ シニアステーション馬込にて社会参加として「ボランティア」地域講座を実施。包括事業の手伝いなど協力したい方（主に高齢者）をボランティア「チームまごの手」として登録し活動につなげた。活動内容は体力測定会の測定者、地域向けのガイド作り、馬込図書館での福祉フェスのブース担当など5回の活動で延べ29人参加。体力測定会は大森地区見守りキーホルダー一斉登録会同時開催や、地域の公園：ゆりの木公園で開催、地域リハビリテーション活動事業を利用しフレイル予防を周知した。

(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ター業務を含む。）

個別目標	地域高齢者の見守り体制の一端を担う	
実施計画 ※	① 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等との意見交換の機会に参加し、包括の取組みや事業の実施状況の情報共有をする。★[重-2] ② 地域のグループへ出向き地域活動の支援。通いの場の立上げ・継続への支援。★[重-1] ★[特力] ③ 地域まわりを継続し、ニーズに合わせた情報提供と情報収集。	実施報告 ※※ ① 【(2) -③】の通り ② 通いの場立上げ支援くいきいきライフ>：R4年9月から相談を受けて支援を開始、会場は町会館で近隣の方対象で12回開催延べ104名参加あり。3部構成で包括は「ミニ講座」を担当しフレイル予防、老いじたく、キーホルダー登録や食べボなど情報提供。体操は2種類で地域の通所介護事業所（数か所が交代制）による体操指導と地域のボランティアによるストレッチを継続し、プログラムの定着と安定した開催につながった。運営の相談を数か月ごとに受けて調整したことでリーダーと協力者の関係が構築し令和6年度はり

			<p>ーダーと事業所が直接連絡をとる形ができた。◆近隣住民のコミュニティづくり支援<東馬込一丁目>：関わりのある自主グループ：鳩友会メンバーから、坂の多い地域で買物困難の課題があり移動スーパー誘致の相談あり。誘致場所の協力が得られたのでつないでほしい、地域住民が集うコミュニティを作りたいと意向あり、包括南馬込・地域福祉コーディネーターとともに支援開始。移動スーパーを手配し毎週火曜日15:00 開店で買物利用客（5～20名）につながった。住宅街で広報に制限がある中で意見交換会を重ねて、買物の継続とコミュニティ化へ向けての取組みを支援している。</p> <p>③ 見守りコーディネーターが不定期に馬込地区内の薬局、コンビニ、郵便局、信金、商店、区施設など、区からのお知らせ、時期に合わせた情報紙やイベントチラシを配布しながら、気になる高齢者などの情報を得ることがある。</p>
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	重層的支援体制整備事業をふまえて関係機関との連携をすすめる		
実施計画 ※	<p>① 多機関と横のつながりを作り、複合課題が生じた際に連携の取れる体制につながる。(まごめ園との交流、馬込図書館へのイベント協力、他)★[重-2]★[特力]</p> <p>② (4)-①を実施し、地域からの情報を入りやすくする。</p>	実施報告 ※※	<p>① 新型コロナ感染症が5類となり多機関との交流を増やした。近隣のまごめ園や児童館と交流ポッチャを開催し、現在はシニアステーション馬込の多世代交流定期プログラムとなった。馬込図書館主催の福祉フェスに訪問診療、薬局、福祉用具事業所、社会福祉協議会と協力して参加、包括は「馬込学び舎～栄養・健康クイズ」フレイル予防、食べポ的当て、ポッチャ、福祉用具体験など多世代参加型イベントを実施した。</p> <p>② 【(2)-(3)】の通り</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の人やその家族が暮らしやすい地域づくりに取り組む。	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① センター内でチームオレンジの理解を深め、認知症サポーター養成講座を対象や目的に合わせた内容で開催する。また、受講後にステップアップ研修や活動参加への働きかけをする。</p> <p>② 家族介護者の会「ケアラーの集い」、認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」それぞれの集いの場を継続していく。★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 認知症推進員連絡会の内容を「馬込会議」（包括馬込職員が毎月実施する情報共有・検討する場）や資料段階でチームオレンジの情報を共有した。認知症サポーター養成講座は4回開催。馬込特別出張所、シニアステーション、馬込図書館、オンラインで計49名参加。ステップアップ研修は大森地区で2回開催。活動参加への働きかけには至っていない。</p> <p>② 家族介護者の会「ケアラーの集い」は12回開催し延べ44名参加。登録者へ開催案内を郵送し、臨時で土曜日開催や喫茶店での開催、専門職のゲストを招くなど介護者の状況を探りながら工夫をした。認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」は11回開催し延べ124名参加、内当事者は2名。認知症疾患医療センターや他機関と連携して座学や体験型など実施した。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	各事業への遂行	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 出張型見守りキーホルダー登録会の推進</p> <p>② 多世代・地域共生を意識し、多機関と横のつながりをつくる。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 見守りキーホルダーの出張登録会3回実施。2回は大森地区見守りキーホルダー一斉登録会、1回は馬込北自治会の秋祭り（柿の収穫祭）で開催した。</p> <p>② 【(5)-①】の通り</p>

大田区福祉部長 宛

令和5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 南馬込

1 事業目標

「尊厳が守られ、安心して暮らせる地域づくり」のために、地域の一番身近な相談窓口としての信頼された地域包括支援センターとなることを目指す

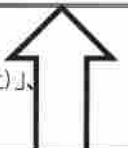
● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	多様な相談に寄り添って対応しながら、地域の方々から信頼されるセンターになる	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 関係機関と連携し、身近な場所でフレイル予防ができる体制を構築することにより、要支援・要介護認定数が減少し、地域の高齢者が自立して生活を営むことができるようにする。★[重-1]	S
	2. 地域ケア会議等を通して、自治会・町会、民生・児童委員、地域住民との連携を強化し、住民主体の活動が活性化され社会資源を増やしていく★[重-2]	S
	3. 高齢者見守りキーホルダーの登録率を高めることにより、包括センターの周知度も高まり、相談ケースの増加に伴う多様な相談から早期の問題発見につなげる。★[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	◆2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) ②介護保険事業者と連携し、事例検討を通して自立支援への理解を深め地域力を高める。</p> <p>(4) ①シニアステーション事業が充実しており、若年高齢者の参加がみられる。今年度地域に向けたプラットフォームプログラムを立ち上げる。</p> <p>(4) ②自治会・町会をはじめ、馬込特別出張所、図書館、文化センター・区民センターの協力を仰ぎ、包括事業、特に「見守りキーホルダー」の広報をするとともに「登録会」を実施する。</p> <p>(5) ②馬込区民センターにて「馬込健康塾」開催する(年24回)。シニアステーション「脱フレイルプロジェクト」事業内容を取り入れた根拠をも</p>	<p>実績：シニアステーションとの連携・大田区リハビリテーション事業との連携・見守りキーホルダー登録会・体力測定会・馬込図書館連携事業・地域力推進馬込委員会参加・民生委員児童委員協議会参加・「南馬込健康塾」・「認知症サポーター養成講座」等、昨年同様に継続している。今年度、新規事業、地域サロン応援事業プラットフォーム「まごめ青春 café 『リターンズ』」では若年高齢者の課題に取り組み、多世代共生社会支援に向けた事業「みんなでポッチャ」では、障害者の高齢化という新たな課題に向けた取り組みを開始した。</p> <p>今後の展望：事業継続・フレイル予防・地域リーダーの育成、多世代に向けた居場所づくり。</p> <p>課題：男性高齢者のフレイル予防意識づくりが足りない、若年高齢者の居場所が少ない、地域に住む障害者と家族の高齢</p>

<p>とにしたプログラムの完成を目指す。</p> <p>(6) ①シニアステーション事業と連携し、認知症になっても社会資源としての居場所をつくと共に、認知症予防のための情報提供を新たにプログラムに取り入れていく。</p>	<p>化、等新たな課題も見えてきている。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1) ①自治会・町会をはじめ、民生委員児童委員協議会、馬込特別出張所、関係機関と連携し、地域に身近な相談窓口が存在していることを広く周知していく。</p> <p>(2) ②地域ケア会議（個別ケース）において、介護事業所、医療機関と共に地域課題について検討し、地域力を向上させる。</p> <p>(3) ①自立した日常生活を阻む地域課題の解消を意識し、関係機関と連携しながら、地域ケア会議を実施する。</p> <p>(3) ②介護保険事業者と連携し、事例検討を通して自立支援への理解を深め地域力を高める。</p> <p>(4) ②自治会・町会をはじめ、馬込特別出張所、図書館、文化センター・区民センターの協力を仰ぎ、包括事業、特に「見守りキーホルダー」の広報をするとともに「登録会」を実施する。</p> <p>(7) ②地域福祉課、社会福祉協議会、他機関と連携、重層的支援体制会議へ積極的に協力する。</p>	<p>実績：地域力推進馬込地区委員会参加、民生委員児童委員協議会参加、地域ケア会議個別ケース8件。日常生活圏域レベル地域ケア会議2件、基本レベル圏域地域ケア会議参加。</p> <p>3月地域力推進馬込委員会後に馬込特別出張所主催の「大田区避難行動要支援者名簿」によるマップ作り参加。重層的支援会議2ケース、4回参加。馬込図書館主催「福祉フェス」に参加。</p> <p>今後の展望：引き続き、包括周知の為の取組、個別ケースを通して民生委員との連携を継続。重層的支援体制整備に向けた居場所づくりを検討していく。地域の関係機関の連携が重要、地域ケア会議等を活用していく。</p> <p>課題：南馬込の地域環境は、山坂が多く、高齢者が体調を崩すと日常生活を継続していく事が困難になる。馬込地区は大田区内でも高齢化率が最も低い、その中であって南馬込地区は高齢化率が高い地区が存在している。民生委員も不在。精神疾患を患う高齢者も多く、地域の見守りをどのように構築していくかが課題。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(4) ②自治会・町会をはじめ、馬込特別出張所、図書館、文化センター・区民センターの協力を仰ぎ、包括事業、特に「見守りキーホルダー」の広報をするとともに「登録会」を実施する。</p> <p>(5) ②馬込区民センターにて「馬込健康塾」開催する（年24回）。シニアステーション「脱フレイルプロジェクト」事業内容を取り入れた根拠をもとにしたプログラムの完成を目指す。</p> <p>(7) ①高齢者見守りキーホルダー登録/ひとり暮らし高齢者登録事業を推し進める。</p>	<p>実績：見守りキーホルダー登録会9月・3月実施。地域の自治会・町会にて出張登録会開催。実態把握事業「まごめレポート」のリストを利用したの郵送勧奨。掲示板・回覧板での広報。シニアステーションでも見守りキーホルダー登録を他包括管轄を含めて推奨した。</p> <p>今後の展開：山王4丁目の新たな包括エリア拡大におけるKH更新に努め、包括・シニアステーションの利用に繋げたい。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	制度や社会資源を的確に案内できる総合相談窓口を目指す。		
実施計画 ※	<p>① 自治会・町会をはじめ、民生委員児童委員協議会、馬込特別出張所、関係機関と連携し、地域に身近な相談窓口が存在していることを広く周知していく。 ★[重-2]</p> <p>② 総合相談において重層的支援体制整備も含めた包括的支援の体制整備の為、研修には積極的に参加する。他に部署内勉強会（年6回）開催。</p>	実施報告 ※※	<p>① コロナ感染症5類移行に伴い通常開催となった、地域力推進馬込委員会、民生委員児童委員協議会に参加し、見守りキーホルダーとフレイル予防を中心として地域情報の提供に努めた。地域力計8回、馬込特別出張所主催「おいじたく講演会」2回参加、「大田区避難行動要支援者名簿」による町会マップづくり参加。民児協計9回参加、高齢部会とは、個別で打ち合わせを重ね、懇談会、シニアステーション馬込見学会を開催し、連携強化の一年となった。自主民協に毎回参加することで、個別ケースの相談等も増加した。</p> <p>② 毎日「朝ミーティング」を実施、部署内にて困難ケース情報共有の場を設けている。3職種の異なる視点からの助言をもとに個別ケースのアプローチを検討した。また、昨年引き続き重層的支援体制整備を念頭に置き、多世代・家族への支援も含めた相談業務を遂行。 部署内勉強会は大田区研修や響会6包括合同研修の伝達研修をもとに、年6回開催した。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所の横の連携を強化し、医療機関と共に地域力の向上を目指す。		
実施計画 ※	<p>① 包括馬込協働による「ケアマネカフェまごめ」「医療連携の会」の相互の連携の為の情報交換会を開催する。</p>	実施報告 ※※	<p>① 「ケアマネカフェまごめ」（包括馬込協働）年4回開催し、延べ84名の参加あり。「まごめ医療連携懇談会」（包括馬込協働）は打ち合わせ</p>

	<p>② 地域ケア会議（個別ケース）において、介護事業所、医療機関と共に地域課題について検討し、地域力を向上させる。★[重-2]</p>		<p>の会2回、連携の会年3回開催、内2回は医療介護連携の懇談会も兼ねた「医療介護地域連携の会」（日常生活圏域レベル地域ケアの会）とした。</p> <p>②地域ケア会議個別ケース自立支援4件、支援困難ケース4件。日常生活圏域レベル会議2件、基本レベル圏域参加。支援困難ケース4件の内、2件は統合失調症とみられる対象者の近隣トラブル、他2件は学習障害・グレーゾーン、高次脳機能障害等、認知症とは別の生きにくさ、困難を抱えているケースを選定、結果的に「精神疾患を抱える高齢者を地域で見守ること」という地域課題が浮かび上がり、「日常生活圏域レベル地域ケア会議」における事例検討のテーマとなった。一年を通して部署内で地域課題として検討できたことは今後の見守りネットワークの構築の一助となると考える。</p>
--	--	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援型ケアマネジメントの実施		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 自立した日常生活を阻む地域課題の解消を意識し、関係機関と連携しながら、地域ケア会議を実施する。★[重-2]</p> <p>②介護保険事業者と連携し、事例検討を通して自立支援への理解を深め地域力を高める。★[重-1] ★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 「地域ケア会議」自立支援ケース4件のケースを検討した。困難ケース4件においては、各介護事業所をはじめ、大森地域福祉課高齢者支援、地域健康課、大田まちづくり公社、池上警察署生活安全課とも連携し、様々な事例に関して相談ができる態勢を整えることができた。</p> <p>② 上記と同様に、民生委員を中心に地域ケア会議を通じて見守り体制の強化を図ることができた。</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ター業務を含む。）

個別目標	各関係機関と連携し、高齢者の見守り体制を構築する		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① シニアステーション事業が充実しており、若年高齢者の参加</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①R5年3月より開始した「セカンドライフのすゝめ」は、地域貢献を考えて</p>

	<p>がみられる。今年度地域に向けたプラットフォームプログラムを立ち上げる。★[重-1]</p> <p>②自治会・町会をはじめ、馬込特別出張所、図書館、文化センター・区民センターの協力を仰ぎ、包括事業、特に「見守りキーホルダー」の広報をするとともに「登録会」を実施する。★[重-1] ★[重-2] ★[重-3]</p> <p>③(2)①を実施する事により、見守り体制の充実を図る。</p>	<p>いる若年シニアの集まり（プラットフォーム）として「まごめ青春 café『リターンズ』」と参加者の提案で正式に名称が決まった。6月に参加者にアンケートを取り、芸術・音楽・ネット環境への興味が高いと分かった。参加者同士の横の繋がりもでき始めている。次年度への具体的な活動のための支援をしている。</p> <p>上池台障害者福祉会館知的障害者作業室馬込分場より、就労している利用者の高齢化、高齢福祉への理解不足等の相談あり、馬込区民センターと連携し「みんなでポッチャ」を立ち上げた。馬込区民センター、シニアステーション南馬込にて、年に2回開催。高齢期に差し掛かった障害をお持ちの方、現在シニアステーションの利用に繋がった。次年度に向けては、社会福祉協議会ボランティアセンターと連携できるようにお繋ぎした。</p> <p>シニアステーション南馬込、「馬込健康塾」において、地域のフレイル予防の周知に努めている。情報の集約場所としての役割も担っていくためのブースを常時確保している。</p> <p>シニアステーションプログラム「男の居場所」において、男性の高齢者に向けて地域で開催するイベント等を他包括等と連携しながら紹介している。</p> <p>②各協議体に参加し、「見守りキーホルダー」の広報に努めた。今回要望があり、自治会・町会での登録会を開催した。町会の口コミやインスタグラムを使っでの広報の結果、若年高齢者の登録も多かった。</p> <p>③昨年より検討事案であった「日常生活圏域レベル地域ケア会議」年に2回の開催、事例検討により馬込地区の医</p>
--	--	--

			療と介護の更なる連携を図ることができた。(2) ②同様。
--	--	--	------------------------------

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	関係機関との連携を深め、地域共生社会の実現に向けて取組を実施していく。		
実施計画 ※	<p>①複合課題に対する取組として、他機関で連携してイベント等を開催する(「まごめ園」との交流、多世代向け「まちかど相談会」の開催等)。</p> <p>②馬込区民センターにて「馬込健康塾」開催する(年24回)。シニアステーション「脱フレイルプロジェクト」事業内容を取り入れた根拠をもとにしたプログラムの完成を目指す。★[重-1] ★[重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>①9月に開催の「まごめ園 幸陽祭」にカーレット助手として参加し、地域住民との交流を支援した。</p> <p>令和4年度南馬込で開始した「まちかど相談会」は六郷、嶺町地区での開催となりエリア拡大となった。見守りささえあいコーディネーターが他包括へ協力し、開催への支援をした。</p> <p>更に、今年度、地域共生社会の取り組みにむけて図書館と連携し、馬込図書館主催の福祉フェスに参加(包括馬込協働)し、「馬込学び舎」を実施、栄養士による多世代に向けた「栄養の話」講演会を実施。「いろいろ食べポチェックシール」を活用し参加した子供から高齢者までの当てる・ポッチャ等で楽しんだ。</p> <p>②「南馬込健康塾」初級、中級に分けて開催、中級にはシニアステーション「脱フレイルプロジェクト」で作成したフレイル予防の動画を取り込み、参加者は「自分の体は自分で守る」ことができるよう自立したフレイル予防を目指した。次年度、初級・中級を問わず同様のプログラムで開催を目指す。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の人やその家族が心身ともに健康に暮らせる地域づくりへの支援		
実施計画 ※	<p>① シニアステーション事業と連携し、認知症になっても社会資源としての居場所をつくと共に、認知症予防のための情報提供を新たにプログラムに取り入れていく。★[重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 「金曜日のオレンジカフェ」、コロナ感染症が5類に移行するに伴い、内容を広く認知症予防も含めた内容に変更し、「認知症に備えること」の説明とデュアルタスクトレーニングを含む脳活性ダンスを主とした内容で参加者が増加した。</p>

	<p>② 地域における認知症の理解促進の為、「認知症サポーター養成講座」を開催、更にステップアップ研修への取組を開始する。</p>	<p>② 通常開催の「認知症サポーター養成講座」の他、今年度はシニアステーションでも開催、計3回の開催となった。ステップアップ研修は、大森地区で2回の開催、認知症支援推進員が参加した他、シニアステーション利用者等にも声をかけ、2名の参加となった。</p>
--	---	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	基本的な事業の遂行・新規事業への協力	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①高齢者見守りキーホルダー登録/ひとり暮らし高齢者登録事業を推し進める。★[重-3] ②地域福祉課、社会福祉協議会、他機関と連携、重層的支援体制会議へ積極的に協力する。★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 回覧板や掲示板を利用した広報や民生委員の協力もあり、見守りKH登録者数は年々増加している。234件登録、249件更新。 「くらし健康あんしんネットおた」、今年度のテーマは「おひとりさまで老後を生き抜くには」。包括からは各事業と「見守りキーホルダー」を案内し、民生委員児童委員協議会会長に参加を仰ぎ、「ひとり暮らし登録」の案内をして頂いた。 140名定員を大きく上回る200名を越す申し込みあり、このテーマへの関心の深さを実感できた。 ② 部署内では「朝ミーティング」の際に家族支援も念頭に置きケース検討をした。昨年同様に重層的支援会議への協力として3件のケースを提出、2件のケースで計4回の会議に参加した。社会福祉協議会、子ども家庭支援センター、JOBOTA、SAPOTA等、他関係機関との連携も深くなり、個別ケースの相談にも繋がりができている。</p>

大田区福祉部長 宛

令和5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 徳持

1 事業目標

地域の高齢者が心身ともに健康及び安全な生活が送れるよう、困りごとの聞き取り・整理・サービス調整の中核的存在となるセンターの運営を目指す。

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿		令和5年度 達成度評価
多様な主体性とニーズを尊重し、高齢者一人一人が孤立しないように切れ目のない支援をしつつ、地域包括ケアや共生社会の実現を目指す地域包括支援センターになる		
重点項目	1.【フレイル予防を広く周知し、主体性を引き出すよう支援を行う】 多様な通いの場について、最新情報の集約と提供を行い、高齢者の自立に向けた支援ができるマネジメントに心掛ける。★[重-1]	A
	2.【ひとり暮らし高齢者を孤立させない見守り体制を強化していく】 ひとり暮らし高齢者名簿を有効に活用しながら、民生委員・自治会・町会、各関係機関との連携を強化し、緊急時や災害時にも迅速に対応できるような体制づくりを進める。★[重-2]	A
	3.【認知症を含む個々の様々なニーズに対応できるよう情報発信に努め、切れ目のない支援を行う】 様々な関係機関との緊密な連携を拡充しながら、地域ケア会議や認知症サポーター養成講座などを活用して、高齢者が安心して生活できる地域づくりを目指す。★[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)〇を記入	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ① 一人一人の高齢者がより身近に感じられるような具体的かつ現実的な目標設定が出来るよう支援する。	(3) ① 日常的な支援相談を行う中で「〇〇できたらいいな」をテーマに掲げ、目標設定できるよう、丁寧なアセスメントに努めながら、地域の社会資源の情報共有を行った。 また、ケアモチの会（ケアマネジャー勉強会）では事例検討や情報共有を行い、高齢者が主体的に

	<p>判断し、選択・決定できるような内容を企画した。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(7) ①</p> <p>一人暮らし高齢者登録名簿だけでなく、未把握高齢者名簿・未把握高齢者のみ世帯名簿を活用し、毎月20件の戸別訪問（通常訪問とは別途）を行いながら生活状況の把握に努め、熱中症予防や孤立化の予防に努める。</p>	<p>(7) ①</p> <p>令和5年度は240件、主に未把握高齢者・未把握高齢者にも世帯名簿を活用し、戸別訪問を行った。</p> <p>訪問時には、見守りキーホルダー・ひとり暮らし登録の勧奨や自動通話録音機の紹介、特殊詐欺注意喚起などを行い、日々の生活における困りごとや状況の把握に努め、孤立化防止のため、包括主催のイベントへのお誘いや通いの場の案内などを積極的に行った。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(5) ①</p> <p>年12回以上の個別レベル地域ケア会議を開催しながら、地域課題に結び付くよう心掛ける。</p> <p>(6) ④</p> <p>社会情勢や世代に合わせた開催方法を検討しながら、特に地域民生委員や自治会に対し、認知症サポーター養成講座を積極的に開催する。</p>	<p>(5) ①</p> <p>令和6年度の個別レベル地域ケア会議は合計12ケース行った。</p> <p>（開催日4/20、8/24、10/12、12/7、2/8、2/19、3/13）</p> <p>また、ケアマネジャーや介護事業所に留まらず、民生委員、地域リハ職、医療職、社会福祉協議会、生活福祉課など様々な機関に出席頂き、地域の共通課題抽出・解決の糸口へ繋がるよう心掛けた。</p> <p>(6) ④</p> <p>民生委員児童委員、自治会町会地域の住民の方等、参加される方によって、一部テーマを食、運動、家族の対応方法等選んで参加者の興味を持てる内容になるよう工夫した。</p> <p>認知症サポーター養成講座は会場型を3回（区民向け、民生委員向け、自主グループ）開催し、認知症は誰しもがなる可能性があり、特別なことではないことや、認知症に対する偏見や誤解がなくなるよう心掛けながら講座を行った。</p> <p>また、地域の自主グループ向けに、認知症サポーター養成講座を受講した人が受けることができる「認知症サポーターステップアップ研修」を開催し、より具体的に、認知症の方に対する対応方</p>

	法、本人・家族など当事者の思いや意見、支援のあり方などをグループワークやDVD視聴を通して、学んでいただいた。
--	---

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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	複合化また多様化する重層的ケースに包括全体で対応していく様、日常業務に取り組む。		
実施計画 ※	<p>① 定期的なミーティングはもとより、個別ケースの複合的課題を共有し、リアルタイムで利用者様にとって常に有用な情報を提供しながら、生活の質の向上につながるよう努める。</p> <p>② センター内3職種の連携を含む地域での各関係機関との協働を強化しながら、最新かつ高精度の情報を提供できるよう研鑽を重ねると同時に更なる連携を強化していく。</p>	実施報告 ※※	<p>① 上半期 75 回、下半期 71 の計 146 回、定期ミーティングを行い、個別ケースに留まらず、連絡会や研修会に出席した内容など最新の情報共有を行った。また、所内ネットワークを活用し、不在の職員とも情報共有できるように努めた。更に、令和 5 年 5 月に見守り手帳（高齢者のための情報誌）において、適宜各事業所に取材を行い、リアルタイムの情報誌になるよう刷新し、生活の質の向上に繋がるような内容を盛り込んだ。</p> <p>② 重層的支援体制整備事業に伴い、各関係機関（JOBOTA、子ども発達支援センター、知的障害者支援、子ども家庭センター、障害者総合サポートセンター、社会福祉協議会、SAPOTA、警察署、消防署など）と顔の見える関係性の強化と新たな関係機関とネットワークを作ることが出来た。更に、コロナウイルス感染症により、中止となっていた消防署との連携による防火診断を令和 6 年 3 月に再開し、地域住民における防災強化・最新情報を協働で提供した。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	重層的支援会議等の手法を駆使しながら、チームづくり機能及びアウトリーチ支援機能の構築に努める。		
実施計画 ※	<p>① 地域のケアマネジャーを含む様々な関係機関に対し、共通ツールのICT手法も駆使しながら年4回以上のケアマネジャー向け勉強会（ケアモチの会）の機会を設け、新たな方針に基づくケアマネジメント支援の在り方を広く周知していく。</p> <p>② 年々多様化していく事例に対し、他機関連携によるチーム支援が出来る様、高齢者の枠に留まることなく、支援機関・区民活動団体・民間法人などの協力者の促進を図ると同時に、本人の強みを活かしたオーダーメイドのプランの定着をうながしていく。</p>	実施報告 ※※	<p>① 令和5年度ケアモチの会を6回開催した。</p> <p>5月「ケアマネジャーに求められ BCP 作成」</p> <p>7月「ACPについて医師から学ぶ」</p> <p>9月「精神・障害施策を知ってケアプランに活かす」</p> <p>11月「事例検討会 ケアマネによる講師開催を支援」</p> <p>1月「医師から直接学ぶ心疾患と薬の管理」</p> <p>3月「令和6年度介護保険改正に向けた情報交換」</p> <p>また、ビジネスICTツールを活用し、地域の最新情報提供を行った。</p> <p>② 施設入所者の権利擁護、経済的困窮や、災害による居住困難等への他機関連携による支援ケースがあり、地域福祉課、社会福祉協議会、生活福祉課、SAPOTA、JOBOTAなどの協力を仰ぎながら、支援を行った。更に、令和6年3月22日の権利擁護支援会議を通して、より適切な支援の検討を実施した。</p> <p>また、令和6年3月27日に介護保険最新情報 Vol.1178 を利用し、オーダーメイドのプランが各職員で作成出来る様、アセスメントを含んだ所内勉強会を行った。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	ケアマネジャーと継続的に緊密な協働、連携を図り課題の共有をこころがけると同時に、利用者様が日常生活のなかでフレイル予防に取り組めるようケアプランの見直しも含む工夫に取り組む。		
実施計画 ※	<p>① 一人一人の高齢者がより身近に感じられるような具体的かつ現実的な目標設定が出来るよう支援する。★[重-1]</p> <p>② 適宜リアセサメントシートの活用を最大限生かせるようセンター内で年2回以上の研修と、ケアマネジャーへの周知の機会を設ける。</p>	実施報告 ※※	<p>① 日常的な支援相談を行う中で「〇〇できたらいいな」をテーマに掲げ、目標設定できるよう、丁寧なアセスメントに努めながら、地域の社会資源の情報共有を行った。</p> <p>また、ケアモ子の会（ケアマネジャー勉強会）では事例検討や情報共有を行い、高齢者が主体的に判断し、選択・決定できるような内容を企画した。</p> <p>② 令和6年2月26日、令和6年3月27日に年2回の所内勉強会を行った。</p> <p>全職員が参加して、リアセサメント支援シートを活用するケアプラン点検の手法を学び、委託プランの確認時にも活用できるよう努めた。</p> <p>また、介護保険最新情報 Vol.1178 を利用し、丁寧なアセスメントが行えるような内容を組み込んだ。</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ター業務を含む。）

個別目標	一人暮らし高齢者登録の活用、また民生委員や地域住民また各関係機関の協力のもと、多職種他機関の協働、連携の調整及び助言機関として機能を目指す。		
実施計画 ※	<p>① 今期は時節に合致したセミナー開催回数を5回以上に増回し、コロナ禍により低下傾向にある地域住民の健康を強化すると共に、孤立化を予防するための呼びかけをより注力する。</p>	実施報告 ※※	<p>① 令和5年度は計6回開催し、6月には熱中症についてなど、時節に合致した内容や、特殊詐欺、スマホ講座など、高齢者の興味があるトピックを心掛けた。（他、老いじたく、スマホセミナー、体力測定会、モルック体験会）</p>

	<p>② 地域の見守り推進事業者との協働、連携はもとより、高齢者分野に留まることなく、障害・精神・子育て支援等視野を広げながらネットワークづくりを目指す。</p>	<p>延べ参加者数125名。 毎回、民生委員への周知（ふれあい茶話会にて）を行い、ひとり暮らし登録者へのお誘いや地域住民へ呼びかけし、孤立化予防に注力した。</p> <p>② 令和6年2月6日の見守り推進事業者連会では、グループワークを通して、対応に困った事例の共有を行い、そこから発展させて、地域での見守りとはなにかという内容で意見交換を行った。</p> <p>また、重層的支援会議では子ども発達支援センター、知的障害者支援、子ども家庭センター、障害者総合サポートセンターなど、高齢分野のみならず、精神・子育て世代などの機関と連携し、ネットワーク作りの強化が出来た。</p>
--	---	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	共生社会の構築に向け、地域に点在する既存のサービスはもとより、区の掲げる3つの重層的支援を基本に継続的に伴走型の支援体制を目指す。		
実施計画 ※	<p>① 年12回以上の個別レベル地域ケア会議を開催しながら、地域課題に結びつくよう心掛ける。★[重-3]</p> <p>② 年2回の日常圏域地域ケア会議や重層的支援ケア会議にて、それらを十分に活用しながら、複雑化・多様化していく地域課</p>	実施報告 ※※	<p>① 令和6年度の個別レベル地域ケア会議は合計12ケース行った。 (開催日4/20、8/24、10/12、12/7、2/8、2/19、3/13) また、ケアマネジャーや介護事業所に留まらず、民生委員、地域リハ職、医療職、社会福祉協議会、生活福祉課など様々な機関に出席頂き、地域の共通課題抽出・解決の糸口へ繋がるよう心掛けた。</p> <p>② 第1回目令和5年9月28日、第2回目令和6年2月26日に開催した。地域課題としてコロナ禍で見守り活動が希薄となっていることや</p>

	<p>題に積極的に取り組む。</p> <p>③ 「高齢者見守り手帳」「高齢者見守り連絡票」「通いの場マップ」活用しながら、地域住民の自主的参画を促し、人と人がつながる地域づくりと地域包括システムの構築を目指す。</p>		<p>見守り活動の役割分担についての意見が挙がったため、分野横断的な連携体制の強化と地域での見守りの輪の拡大・強化を目的とし開催した。その中で、令和5年度から包括支援センター徳持で企画開催している男性メインの通いの場をケースとして取り上げ、具体的に地域で何が出来るか活発な議論と目標設定を行えた。</p> <p>③ 令和6年度、見守り手帳・通いの場マップを1395部、町会でのイベント（スポごみ）、防災訓練、自主グループ、介護事業所、民協主催の会、地域力推進会議や運営推進会議などで配布し、幅広く情報提供を行った。また、とくもち新聞（タイムリーな情報チラシ）も6回発行し、時節に合わせた情報提供を行い、包括支援センターを身近に感じて頂くよう周知した。</p>
--	---	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症及びそのご家族が地域に溶け込み、QOLが向上できるよう、地域住民、事業者、NPOなどの多様な機関が参画し重層的に支えあうよう広く呼び掛ける。		
実施計画 ※	①感染予防を徹底しながら、月1回の認知症カフェを開催する。 更に、支援者側のメンバーを増やすための周知活動を行う。	実施報告 ※※	① 令和5年度は定期的に毎月開催し、計12回行った。 認知症当事者はもとより、家族の方にも参加頂き、延べ人数は107人となった。 認知症になっても住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、早期に医療に繋がり、必要な支援を受けることが出来る様、「予防福祉」を意識・強化した内容を積極的に企画した。

	<p>②感染予防を徹底しながら、認知症の方のご家族や経験者にご参加していただき、認知症になってもその方らしい生き方が送れるようなヒントを得られる場として月1回の家族会を開催する。</p> <p>③認知症の理解が深まるよう、積極的に大田区認知症サポートガイドを配布・活用しながら、地域における認知症の早期発見に努める。</p> <p>④社会情勢や世代に合わせた開催方法を検討しながら、特に地域民生委員や自治会に対し、認知症サポーター養成講座を積極的に開催する。★[重-3]</p>	<p>また、参加者の中より、支援者側として会場の運営を支援して下さるボランティアの確保も出来ている。</p> <p>②令和5年度は計11回開催し、(令和5年4月は悪天候のため、開催中止)、延べ人数は76人(包括職員・地域ケアマネジャーを含む)となった。</p> <p>認知症サポーターガイド、セミナー案内、フレイル予防、熱中症予防、詐欺被害注意喚起のチラシを配布し、介護者が一人で抱え込まないような会の運営を心掛けている。</p> <p>また、配布資料をテーマとして取り上げたり、介護が必要な家族に対してスポット的な相談対応を行うなど、出席者全員でその方のヒントになるようなアドバイスをしている。</p> <p>③訪問時や窓口はもとより、地域イベントなどで認知症サポートガイドの配布を積極的に行い、154部配布した。</p> <p>また、大田区もの忘れ検診対象者からの「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」のアンケートはがき回答内容結果を活用し、何かしらの希望がある対象者全員へ、電話連絡で聞き取りを行いながら、認知症の早期発見が出来るよう努めた。</p> <p>④民生委員児童委員、自治会町会地域の住民の方等、参加される方によって、一部テーマを食、運動、家族の対応方法等選んで参加者の興味を持てる内容になるよう工夫した。</p> <p>認知症サポーター養成講座は会場型を3回(区民向け、民生委員向け、自主グループ)開催し、認知症は誰しもが</p>
--	---	---

			<p>なる可能性があり、特別なことではないことや、認知症に対する偏見や誤解がなくなるよう心掛けながら講座を行った。</p> <p>また、地域の自主グループ向けに、認知症サポーター養成講座受講した人が受けることができる「認知症サポーターステップアップ研修」を開催し、より具体的に、認知症の方に対する対応方法、本人・家族など当事者の思いや意見、支援のあり方などをグループワークやDVD視聴を通して、学んでいただいた。</p>
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	介護保険等の活用に留まることなく、障害、子育て支援を含む制度と制度の横断的かつ包括的支援に視野を広げ、地域づくりの構築を広く呼び掛けていく。		
実施計画 ※	<p>① 一人暮らし高齢者登録名簿だけでなく、未把握高齢者名簿・未把握高齢者のみ世帯名簿を活用し、毎月20件の戸別訪問（通常訪問とは別途）を行いながら生活状況の把握に努め、熱中症予防や孤立化の予防に努める。</p> <p>★[重-2]</p> <p>② 相談者の声に耳を傾けながら丁寧なアセスメントと、複合的な課題を的確に把握し、必要に応じて重層的支援会議に取り上げ、継続性を持った伴走型支援に努める。</p>	実施報告 ※※	<p>①令和5年度は240件、主に未把握高齢者・未把握高齢者にも世帯名簿を活用し、戸別訪問を行った。</p> <p>訪問時には、見守りキーホルダー・ひとり暮らし登録の勧奨や自動通話録音機の紹介、特殊詐欺注意喚起などを行い、日々の生活における困りごとや状況の把握に努め、孤立化防止のため、包括主催のイベントへのお誘いや通いの場の案内などを積極的に行った。</p> <p>②令和5年度は2ケース重層的支援会議に取り上げ、JOBOTA、子ども発達支援センター、知的障害者支援、子ども家庭センター、障害者総合サポートセンター、SAPOTAなど様々な機関と伴走型支援が出来るような役割分担を行った。</p>

<p>③大森地区見守りキーホルダー登録会の周知を幅広く行い、更なる登録率の向上を目指す。</p> <p>④ 令和 4 年度の重層的支援会議のモデル地区としての経験を活かし、早期の課題を把握するシステムの浸透をケアマネジャー勉強会や地域ケア会議など様々な場で呼びかけを実施していく。</p> <p>⑤依然として頻発している特殊詐欺被害を減らせるよう、自動録音機設置の促進・啓発活動に尽力する。</p> <p>⑥当センターで独自に発行している「見守り手帳」「通いの場マップ」を拡充し、単一の専門分野の制度に留まることなく支援につながるよう広く配布に注力する。</p>	<p>③新規の見守りキーホルダー登録数は375件、更新数は816件、登録会による登録数は令和5年9月15日@徳持会館で34件、令和6年3月15日@池上会館で24件だった。区設掲示板、民生委員、介護事業所、自主グループ、地域力推進会議などで積極的な周知を行い、登録率の向上を心掛けた。</p> <p>④地域のケアマネジャーからの相談による、虐待ケースや、生活困窮者への支援ケースなど課題解決への支援の場として重層的支援会議に繋ぐことがあり、令和5年度では2ケース会議に挙げた。早期に課題を把握出来るよう、特にケアマネジャー勉強会ではフランクに話せるような場の提供に努めている。</p> <p>⑤窓口や訪問時はもとより、地域イベントや運営推進会議、地域力推進会議などで積極的に自動録音機設置を促すチラシを配布し、令和5年度は包括支援センター徳持では15件自動録音機申請を受け、設置を行った。</p> <p>⑥令和6年度、見守り手帳・通いの場マップを1395部、町会でのイベント（スポごみ）、防災訓練、自主グループ、介護事業所、民協主催の会、地域力推進会議や運営推進会議などで配布した。町会のイベントにおいては、高齢者のみならず、家族や地域の民間企業、医療機関、交通機関にも広く配布することができた。</p>
---	---

	<p>⑦ 重層的支援情報共有システムにいち早く慣れ、他機関連携・分野を超えての情報連携強化に意識し、取り組む。</p>		<p>⑦令和5年5月11日、令和5年6月13日、令和5年7月11日、令和5年9月5日の計4回、重層的支援システム検討会に出席し、現場でのシステム利用についての課題を抽出し、提言を行ってきた。また、所内でも職員間でシステム利用について情報共有を行い、分野を超えた情報連携強化を意識して取り組んだ。</p>
--	---	--	---

大田区福祉部長 宛

令和5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 新井宿(大森医師会)

1 事業目標

地域の高齢者が、その人らしく生き生きとした生活を継続できる地域となる様、多世代・多職種との重層的な支援体制の構築を図りながら地域づくりを推進し、地域に開かれたセンターとしての機能を充実させる。

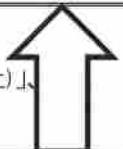
● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	地域に根差し、地域に親しまれる、地域に開かれたセンター	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の為、「通いの場」の情報整備と充実を図る。 多種多様なニーズに合わせた通いの場の創設や運営の支援を行う。 ★[重-1]	A
	2. 地域の関係機関や児童関連機関等と連携を密に取り、顔の見える関係を構築する。見守りキーホルダーを活用した、見守り体制の拡充を図る。 ★[重-2]	S
	3. 地域共生社会の実現に向け、介護・医療の連携を強化すると共に、広い世代へ向けた介護や認知症等の啓発活動を行う。 ★[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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ① 既存の自主グループ等地域社会資源の把握、活用を積極的に行うと共に、新たな通いの場の構築を推進する。	見守りコーディネーターと看護師が連携して自主グループや各種活動団体等、地域社会資源の情報を収集し、再整備を行った。また新たな通いの場づくりを推進し、老人いこいの家・社会福祉協議会と協同して、男性の通いの場を開催するなど、積極的に支援を行った。次年度以降も継続していく。
★[重-2] (4) ① 高齢者見守りキーホルダー登録会を、地域の店舗や公共施設、自治会町会等で開催出来るよう働き	高齢者見守りキーホルダー登録会を、「大田文化の森」、「MEGA ドンキホーテ大森山王店」で実施。どちらも初めての開催場所であったが「大田文化の森」では歩行測定会も併せて実施すること

<p>かけ、年2回程度開催することで、見守りキーホルダー事業のみならず、センターの更なる周知に努める。</p>	<p>で、より多くの区民に関心をもっていただくことが出来た。「MEGA ドンキホーテ大森山王店」では店舗と連携し「はねぴょん」の着ぐるみも活用。多世代に向けて働きかけ、幅広い世代の方に関心を持っていただくことができ、2時間の開催で21件の登録につながった。どちらも見守りキーホルダーの登録だけでなく、センターの周知にも大きく貢献したものとする。次年度以降も、積極的に地域へ出向き、各種周知を行っていきながら、地域との連携を強化していく。</p>
<p>★[重-3] (6) ② 家族介護者同士の情報交換・情報共有・仲間づくり・精神的負担軽減・癒しの場として『ケアラズカフェ』を毎月1回開催する。ひとりで抱え込まず多世代で支えあう体制の強化を図る。</p>	<p>毎月1回『ケアラズカフェ』を開催し、高齢者の配偶者から子供世代まで幅広い世代の方々、年間延べ62人に参加いただいた。家族介護者同士の情報共有や悩み相談等を活発に行い、互いに支え合う体制が整備された。また『介護家族連絡会』にも年2回出席し、情報の交換や共有を行うことで、主催者同士の連携を強化することが出来、会の質の向上につながった。次年度以降も継続していく。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	各職種の専門性をさらに高め、多角的な視点から各ケースに対応する。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 月2回実施している定期ミーティング時に、各種伝達事項の共有をし、全職員同じレベルでの資質向上を図る。また各職員の担当ケースの概要を共有すると共に、正しい支援方針であるかを、各職種の専門的な視点から多角的に検討し、複合課題への対応も含めた専門性の高いチームアプローチを行っていく。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 職員全員参加の定期ミーティングを毎月2回実施。全職員が同じタイミング・レベルで情報を共有することで、平準化された相談業務が行える様努めた。 また、困難ケースや複合課題を抱えるケースを始め、各職員のケース概要を全職員が把握。各職種の視点でケースの進捗や対応状況を確認し、多角的に検討。より良い支援体制につなげると共に、担当者不在の場合</p>

	<p>② 各職員が可能な限り研修に参加し、専門職としてのスキルを向上させると同時に、ミーティング時に他職員へ簡易的な伝達研修を行うことで、職員全員の知識の平準化と専門性の向上を図り、チームとしての総合力を底上げする。</p>		<p>でもスムーズに対応が出来る体制を構築した。</p> <p>② 相談員としての資質向上や、専門職としてのスキルを更に強化できる様、各職員が適正に合わせて研修を受講。定期ミーティング時に伝達研修を行うと共に研修報告書と資料を全員が共有することで、全職員の知識・スキルの向上と平準化を図った。個々の相談員としてのスキルを向上させ、チーム全体の相談支援業務の対応力向上につながった。</p>
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員の多職種連携を強化し、地域の介護支援専門員の資質向上を図る。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 大田区介護支援専門員連絡会や大森地区介護支援専門員連絡会に継続して参画し、介護支援専門員が必要とする情報等をリサーチし、研修を開催することで、資質の向上を図る。</p> <p>② 地域の介護支援専門員との連携体制をさらに強化し、相談しやすい環境を作る。当センターならではの多職種連携や情報発信、交流・学習の場として「けあまねの森・新井宿」をさらに充実させ、年に2回程度開催する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 大田区介護支援専門員連絡会と大森地区介護支援専門員連絡会に、運営委員として参画。地域の介護支援専門員が「今必要としていること」を検討し、タイムリーな情報提供や研修を実施。介護支援専門員の資質向上に寄与することが出来た。</p> <p>② 「けあまねの森・新井宿」を9月・3月と2回開催した。今年度は大森医師会が受託しているセンターならではの会とするべく「医療連携」をテーマに設定。9月は訪問診療医師を招き講義・意見交換会を実施。3月は訪問診療・総合病院・訪問看護・薬局の専門職の方々に参加いただき、介護支援専門員との意見交換や情報交換・共有を行った。より良い多職種連携体制の構築につながったと考える。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	介護予防・フレイル予防の普及啓発活動に努め、地域社会資源の積極的な活用、構築を図る。
------	--

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 既存の自主グループ等地域社会資源の把握、活用を積極的に行うと共に、新たな通いの場の構築を推進する。 ★[重-1]</p> <p>②自主グループやシニアクラブ、自治会町会等地域の活動団体に対して、フレイル予防・尿漏れ予防セミナー（年4回程度）・熱中症予防セミナー（年11回程度）を開催する。</p> <p>③介護予防やセンター事業等、地域への情報発信を記事にした「新井宿新聞」を年4回季刊で発行し、掲示・配布を継続することで、当センターの周知、介護予防活動の普及を図る。掲示・配布場所については引き続き開拓を続け、周知活動を広く行っていく。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 見守りコーディネーターと看護師が連携して自主グループや各種活動団体等、地域社会資源の情報を収集し、再整備を行った。また新たな通いの場づくりを推進し、老人いこいの家・社会福祉協議会と協同して、男性の通いの場を開催するなど、積極的に支援を行った。次年度以降も継続していく。</p> <p>②認知症カフェや各種自主グループ、元気アップ教室（新井宿老人いこいの家、山王高齢者センター）の参加者へ向け、フレイル予防セミナー（年4回）と熱中症予防セミナー（年12回）を開催。見守りキーホルダー登録勸奨も併せて行った。</p> <p>③「新井宿新聞」を年4回季刊で発行し、掲示板をはじめ集合住宅やスーパー、薬局、金融機関等23か所へ掲示・配布を依頼し、センターや介護予防活動の普及啓発を広く行った。また、新たに3か所の配布・掲示協力機関を得ることが出来、周知活動範囲の拡大を図ることが出来た。</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>地域の多機関と連携し、センターの更なる周知と、地域に根差した見守り体制の構築を図る。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 高齢者見守りキーホルダー登録会を、地域の店舗や公共施設、自治会町会等で開催出来るよう働きかけ、年2回程度開催することで、見守りキーホルダー事業のみならず、センターの更なる周知に努める。 ★[重-2] ★[特力]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 高齢者見守りキーホルダー登録会を、「大田文化の森」、「MEGA ドンキホーテ大森山王店」で実施。どちらも初めての開催場所であったが「大田文化の森」では歩行測定会も併せて実施することで、より多くの区民に関心をもていただくことが出来た。「MEGA ドンキホーテ大森山王店」では店舗と連携し「はねぴょん」の着ぐるみも活用。多世代に向けて働きかけ、幅広い世代の方</p>

	<p>②大森管内の見守りささえあいコーディネーターと連携し、見守り推進事業者や諸企業、商店街等と顔の見える関係作りに努め、見守り体制の強化を図る。</p> <p>③外出機会を創出し、フレイル・認知症予防が図れる様「新井宿歩いてビンゴ」をさらに充実させ、地域参加を促していく。</p>		<p>に関心を持っていただくことができ、2時間の開催で21件の登録につながった。どちらも見守りキーホルダーの登録だけでなく、センターの周知にも大きく貢献したものと考ええる。次年度以降も、積極的に地域へ出向き、各種周知を行っていきながら、地域との連携を強化していく。</p> <p>② 大森地区の見守りささえあいコーディネーターと協同し、見守り推進事業者連絡会のグループワークの討議内容や実施方法を検討。有意義なグループワークとなり、推進事業者との顔の見える関係作りにつながった。</p> <p>③ 「新井宿歩いてビンゴ」に加え、地域の通いの場等への参加を促す「新井宿体験ビンゴ」を作成し配布。地域活動への関心を高め、フレイル・認知症等の予防に努めることができた。</p>
--	---	--	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域課題・情勢をタイムリーに把握し、社会資源の整備を行うことで、重層的支援体制の構築を図る。		
実施計画 ※	<p>① 地域ケア会議（個別レベル・日常生活圏域レベル）を適宜開催し、個別課題や地域課題の把握、解決を図ると共に、地域ネットワークの連携強化を推進し、重層的支援体制の構築を図る。</p> <p>② 自主グループ等、地域の活動団体と定期的に連絡・連携を取ることで、適宜社会資源情報（ミルモネット、新井宿お助けガイド、地域活動紹介マップ）を整</p>	実施報告 ※※	<p>① 個別レベルの地域ケア会議を年9回、日常生活圏域レベルを年2回実施。個別課題解決はもとより、地域課題へのアプローチも積極的に行うことが出来た。また関係機関との連携体制をより強化し、幅広い課題に対して協働できる体制の深化を図った。</p> <p>② 自主グループ等、地域の活動団体と定期的に連絡・連携を取り、ミルモネット、新井宿お助けガイド、地域活動紹介マップの社会資源情報を適宜整備することで、タイムリーに正</p>

	<p>備し、タイムリーな情報更新と周知を行う。また、より多くのニーズに対応できるよう、新たな社会資源の把握に努める。</p>	<p>しい情報を周知できる様努めた。また、より多くのニーズに対応できる様、新たな社会資源の把握を行い、適宜更新した。</p> <p>広く情報を発信する為、町内会、老人会、集合住宅等へ「新井宿お助けガイド」の適宜配布、配置を行った。</p>
--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

<p>個別目標</p>	<p>認知症の正しい情報発信と啓発を、幅広い世代へ向けて行い、多世代で支え合う地域づくりを推進する。</p>	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 認知症を正しく理解し、早期発見・早期診断に繋がる様『認知症カフェ「縁」』を毎月1回、『認知症サポーター養成講座』を区民向け2回、若年層向け1回開催する。地域住民がセンターへ相談しやすい環境を作れる様、センターの周知と認知症の啓発を同時に行う。</p> <p>② 家族介護者同士の情報交換・情報共有・仲間づくり・精神的負担軽減・癒しの場として『ケアラズカフェ』を毎月1回開催する。ひとりで抱え込まず多世代で支えあう体制の強化を図る。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 『認知症カフェ「縁」』を毎月1回開催した。地域住民へ認知症の普及啓発や認知症当事者の集いの場として、楽しみながら認知症を「他人事ではなく自分事」として身近に感じ、理解していただけるよう取り組んだ。年間で延べ207人の方に参加いただき、好評を得たと考える。また、認知症予防に特化した『認知症予防カフェ』を1回開催し、64人の方に参加いただいた。</p> <p>『認知症サポーター養成講座』を区民向けに3回（オンライン・出張所・文化の森情報館各1回）、管轄内の小学校2校の6年生へ各1回開催した。『ステップアップ講座』も大森地区で共同開催し、センターと認知症の啓発を広く行った。</p> <p>② 毎月1回『ケアラズカフェ』を開催し、高齢者の配偶者から子供世代まで幅広い世代の方々、年間延べ62人に参加いただいた。家族介護者同士の情報共有や悩み相談等を活発に行い、互いに支え合う体制が整備された。また『介護家族連絡会』</p>

	<p style="text-align: center;">★[重-3]</p> <p>③ 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動が円滑に行える様、認知症サポート医や大森地区在宅医療連携窓口と情報交換の機会を設けるなど、連携体制を強化する。</p>		<p>にも年2回出席し、情報の交換や共有を行うことで、主催者同士の連携を強化することが出来、会の質の向上につながった。次年度以降も継続していく。</p> <p>③ 認知症サポート医や大森地区在宅医療連携窓口の担当者と連携し、情報共有を適宜行った。また認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が効果的・効率的に活動できる様、他センターの担当者と日常的に連携し、情報の共有を図るなど連携体制の強化を図った。</p>
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	各種会議や行事などに参画・協力する。医療福祉分野の人材育成に協力し、地域福祉力の向上に寄与する。		
実施計画 ※	<p>① 各種会議、検討会等や行事等へ協力・参画を積極的に行う。</p> <p>② 看護学生等、実習生の受け入れを適宜行い、医療福祉分野の人材の育成に協力する。</p>	実施報告 ※※	<p>① 大田区が主催する各種部会や連絡会へ積極的に参加・協力をした。区民公開講座へ共催として参画し、広く啓発活動を行った。</p> <p>「一人暮らし高齢者対象者一覧表」「未把握高齢者一覧表」から優先度が高いと思われる108名を抽出。さらに「認知症検診アンケート」で見守りキーホルダー登録を希望されている方を抽出。センターや登録会等の案内、熱中症の注意喚起を行うなどした。</p> <p>また出張所と協同しセンターの周知を図ると共に、出張所所長と地域課題等について検討する場を設け、情報の共有や意見交換を行った。</p> <p>② 看護学生2名の実習生を受け入れ、センター業務について認識・理解を深めていただくことで、大田区の医療福祉分野の人材育成に寄与した。</p>

大田区福祉部長 宛

令和5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 嶺町

1 事業目標

「地域包括ケアシステムの中核」として、高齢者の元気維持・介護予防から、要介護状態になっても地域で暮らし続けることのできる切れ目のない支援を行う

● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	安心して暮らせるまちの実現のため、ひとつひとつの課題に向き合い、地域と共に歩むセンターを目指す	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の啓発と継続 健康寿命を延伸し、ひとりひとりが望む生活を支援する ボランティア人材の発掘 潜在的な地域活動の担い手への働きかけを強化 高齢者のスマホ普及、デジタル活用の啓発 ★[重-1]	S
	2. 地域課題の共有と役割分担の明確化 センターの強みを生かし、関係機関、自治会町会連合会、民生委員、地域住民等と地域ケア会議を活用して地域課題を検討する まちづくり会議・地区民生委員児童委員協議会・子育てサークルへの協力 ★[重-2]	S
	3. 認知症普及啓発 認知症サポーター養成講座、講座受講者へのステップアップ講座を実施し、認知症の理解とボランティア人材の育成を行う 地域共生社会の実現のため、様々な組織体との連携を強化 見守り推進事業者との協力体制を構築する ★[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)○を記入	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)①嶺町包括独自で発行しているフレイル予防普及広報誌「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おいてもらうなど、フレイル予防普及啓発	(3)①「みねまちだより」は年3回発行となった。フレイル予防啓発を目的に「運動」「栄養」「社会参加」について掲載し、地域力推進会議や民生委員協議会等、会合やイベントなどで配布している。その他、夏には、熱中症注意喚起と共に配布するなど活用した。

<p>のツールとして活用する。</p> <p>(3)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)③自治会町会やシニアクラブ等の地域で行われている活動に対し、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>(3)②シニアステーションにおいては、フレイル予防を軸に年間 33 回開催をした。講義内容は様々で、フレイル予防と同時にストレスの事や認知症、医療、健康、熱中症など取り上げている。また、防災や交通、葬儀、スマホ、ACP なども地域講座として実施した。その他、高齢者に限らず様々な世代の方にも周知する事を目的に特別講座も計画し、12 回実施した。シニアステーション全活動を通して、包括と連携を図り、フレイル予防につながる活動を行うようにした。</p> <p>(3)③自治会・町会で行われている活動において見守りコーディネーターによりフレイル予防の啓発を行うようにした。運動・栄養・社会参加について、話す内容を選択しながら健康につながるよう周知している。例えば、みねまちポールウォークの会では運動した後「栄養」についてのミニ講座を実施。運動し栄養をとる事を一連の流れとして講義している。また、フレイル予防の周知と同時に高齢者見守りキーホルダー事業の案内や包括事業の説明等行い様々な情報提供も行っている。</p> <p>フレイル予防の啓発については、シニアステーション東嶺町が存在する強みを生かし、ほぼ毎日実施している。また、自治会・町会や民生委員の理解もあり地域としても活発である中、包括してのかかわりを持っていく。嶺町地区については、地域包括とシニアステーションが離れた場所に設置されているが、同地区に拠点が 2 つ存在するものと考え、今後も連携を密にし事業展開をしていく。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1)①職員が同一の対応をできるように体制を整える。</p> <p>(1)②出張所に併設している利点を活かし、出張</p>	<p>(1)①職員間の共有を図るため、毎朝申し送りを行うほか、月 1 回「嶺町会議」を行い連絡事項や変更点がある場合など共有した。その他、他包括での事例(支援措置手続き・本人情報シートの取り扱い・窓口での対応など)をもとに話し合い共有とした。また、個別ケースの共有も実施し 3 職種による意見交換を行っている。法人としての取り組みとして、職種別の懇談会を実施しており、気づきや学びを通して業務改善につなげている。</p> <p>(1)②出張所と併設していることにより、区外からの</p>

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。

(1)③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。

(1)④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の実施。

転入に伴う介護保険の引継ぎなどひとつの建物で完結できるなど利点があった。転入手続き後に包括を案内したり、包括から出張所へ案内するなど連携は取れている。包括から出張所へ引き継いだ内容としては、転出、転入の手続き、各種証明書の手続き、マイナンバーカードの手続き、古着リサイクルなど。また、重層的支援体制づくりとして、他機関連携による合同相談会「まちかど相談室」の開催を計画、蒲田生活福祉課、ショボタ、サボタ、フラットおおた等様々な関係機関と連携をとり、令和6年2月14日(水)に実施した。広報の面では出張所と連携し、自治会・町会や各種関係機関、掲示板や回覧版を活用し周知した。結果、当日の相談者は16名となっている。その他、大田区社会福祉法人協議会と連携しフードパントリーを同時開催するなど工夫。人の集まる場所として効果があった。

(1)③虐待に関しては、関係する機関と連携を取り対応を行っている。介護支援専門員やサービス事業所とは、情報の共有をし対応を検討している。地域福祉課へは報告を基本とし、対応を協議している。成年後見制度利用に関しては、本人情報シートの作成や作成の支援を実施した。成年後見センターの他にリーガルサポートや第一弁護士会など検討し後見制度に繋げる支援を実施した。緊急性のあるケースでは、直接後見人候補人と連携し支援を行った。また、成年後見制度利用後も後見人と連携し支援を継続的に行っている。虐待ケースや権利擁護に限らず、法的に不明な点があるときには、区の法務支援相談を活用している。

(1)④シニアステーションにおいて、消費者被害等注意喚起のため、田園調布警察による講座を実施した。その他では、各活動の前後で注意喚起を行うなど、情報の発信を行っている。包括主催活動では「健康発信！みのり会」や「嶺町スタイル」にて注意喚起。自治会・町会では、まちづくり推進委員会等にて自動通話録音機の広報し消費者被害防止に向け対応した。また、関係機関においては、運営推進会議に置いて情報提供したり、介護支援専門員の集まりで情報提供をしている。

(2)①包括田園調布と協同し、地域包括ケアの会を継続する。

(2)②介護支援専門員と民生委員や地域の関係機関等が連携できる機会を設定し、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。

(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。

(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。

(2)①包括田園調布や在宅医療相談窓口と連携し、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)を令和6年2月1日に開催した。コロナ感染拡大後、3年ぶりの参集型での開催となった。顔の見える関係づくりを再構築する事を目標に実施。テーマを「最後まで願いを叶えるチーム支援～在宅の緩和ケアを通してみえること～」とし医師による講義とグループワークを行った。当日は、出張所にも声をかけ参加いただき、福祉・医療・行政合わせて59名の参加となった。

(2)②日常生活圏域地域ケア会議を2回実施した。うち1回は上記①と同じ。令和5年6月には、民生委員と連携し、「問題意識のない高齢者の見守り」をテーマとして意見交換をした。また、個別地域ケア会議として令和6年3月に1回開催した。参加者は民生委員、成年後見人、介護事業所、行政となり、当日参加できなかった警察や郵便局からは、事前に意見をいただき、課題解決のため話し合いを行うことが出来た。

(4)①は(2)②と同じ

(4)②高齢者の実態把握を目的に予定通り「笑顔で訪問2023」を実施した。事前に郵送にて連絡を取り、電話にてアンケート調査を実施。理解が得られた方には後日訪問とし、包括の案内から各種情報提供を行った。アンケート実施は19名。うち訪問できた方は12名となった。熱中症注意喚起については、各自治会・町会の活動において、注意喚起を実施。フレイル予防も合わせてミニレクチャーとした。具体的には、嶺福寿会やみたけクラブ、田園調布南ゆうもあクラブ等に出向き、案内している。また、昨年に続き民生委員とは避難行動要援護者名簿を活用し、一緒に訪問をした。対象者を震災により火災の恐れがある地域とし、13名の方に訪問。今年度日程的な関係で担当ケアマネの同行訪問は出来なかったが、ケースによっては情報を共有し民生委員の訪問の際に活用した。

<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、見守り活動につなげる。</p> <p>(5)①地域力推進会議の場や民生委員協議体など、既存の会議の中で地域課題の共有が図れ、負担が少なく、効率的な会議の開催方法を検討する。</p> <p>(7)①熱中症予防訪問を実施する。</p> <p>(7)②骨盤低筋体操を実施する。</p> <p>(7)③マニュアル等再認識していく。</p> <p>(7)④区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>	<p>(4)③シルバー人材センターのシルバーサロンについては、再開に向けての相談があった。包括としても協力していく予定であり、関係性はできている。その他は(1)④、(3)③、(4)②と同じ。</p> <p>(5)①は(2)②地域ケア会議報告と同じ。</p> <p>(7)①高齢者熱中症予防事業に対しては、対象者 10 名に対して対応した。その他、包括相談業務の中で訪問の際、OS-1 を活用し注意を呼び掛けた。</p> <p>(7)②骨盤底筋体操は、シニアステーション東嶺町を会場とし毎月 1 回実施した。年間延べ 99 名参加。</p> <p>(7)③区施策など Q&A 等で更新された場合、職員間で共有し共通の認識を持つよう読み合わせを実施する等、対応した。</p> <p>(7)④地域福祉課と連携を取り対応。困難ケースや虐待ケース等対応している。</p> <p>自治会・町会や民生委員等、意識が高く、防災、防犯、見守り、フレイル等、地域課題に対して議論がなされており、包括も様々な活動に参加し支援が来ている。また、初めての試みとして、まちかど相談室の開催を出張所や自治会・町会と連携しながら開催できた事を理由に評価は「S」とした。</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。</p>	<p>(6)①月 1 回の活動を基本に今年度は 11 回開催した。8 月も予定通り開催を予定していたが、熱中症アラートの発令もあり、当日中止の判断としている。年間を通じて延べ 49 名の参加。平均 4~5 名となる。開催時間は 1 時間とし、前半 30 分をサポート医との懇談会、後半 30 分を参加者同士の懇談会とし実施。今年度からサポート医はオンラインにて参加、認知症の話や認知症新薬など、様々な話をサポート医から聞くことが出来、参加者も喜んでいて、参加されていた方の中には、当事者の方もいたが認知症の進行とともに介護保険サービスに移行。その過程において、当事者の家族への支援を行っている。</p>

<p>(6)②調布地区認知症地域支援推進員を中心とし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>(6)②調布地区認知症地域支援推進員連絡会において、来年度のチームオレンジ事業実現に向け検討し方向性を議論した。今年度は調布地区として認知症サポーター養成講座ステップアップ研修を2回実施し、チームオレンジ登録者懇談会を開催することが出来た。参加者は20名となり、調布地区チームオレンジの一員としての活動に対する意見交換の場とした。</p> <p>認知症関連事業については、予定通り実施できている。今後はチームオレンジ活用も念頭に検討していきたい。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、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	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 職員が同一の対応をできるように体制を整える。</p> <p>② 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>③ 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>④ 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の実施。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>(1)①職員間の共有を図るため、毎朝申し送りを行うほか、月1回「嶺町会議」を行い連絡事項や変更点がある場合など共有した。その他、他包括での事例(支援措置手続き・本人情報シートの取り扱い・窓口での対応など)をもとに話し合い共有とした。また、個別ケースの共有も実施し3職種による意見交換を行っている。法人としての取り組みとして、職種別の懇談会を実施しており、気づきや学びを通して業務改善につなげている。</p> <p>(1)②出張所と併設していることにより、区外からの転入に伴う介護保険の引継ぎなどひとつの建物で完結できるなど利点があった。転入手続き後に包括を案内したり、包括から出張所へ案内するなど連携は取れている。包括から出張所へ</p>

		<p>引き継いだ内容としては、転出、転入の手続き、各種証明書の手続き、マイナンバーカードの手続き、古着リサイクルなど。また、重層的支援体制づくりとして、他機関連携による合同相談会「まちかど相談室」の開催を計画、蒲田生活福祉課、ショボタ、サポタ、フラットおおた等様々な関係機関と連携をとり、令和6年2月14日(水)に実施した。広報の面では出張所と連携し、自治会・町会や各種関係機関、掲示板や回覧版を活用し周知した。結果、当日の相談者は16名となっている。その他、大田区社会福祉法人協議会と連携しフードパントリーを同時開催するなど工夫。人の集まる場所として効果があった。</p> <p>(1)③虐待に関しては、関係する機関と連携を取り対応を行っている。介護支援専門員やサービス事業所とは、情報の共有をし対応を検討している。地域福祉課へは報告を基本とし、対応を協議している。成年後見制度利用に関しては、本人情報シートの作成や作成の支援を実施した。成年後見センターの他にリーガルサポートや第一弁護士会など検討し後見制度に繋げる支援を実施した。緊急性のあるケースでは、直接後見人候補人と連携し支援を行った。また、成年後見制度利用後も後見人と連携し支援を継続的に行っている。虐待ケースや権利擁護に限らず、法的に不明な点があるときには、区の法務支援相談を活用している。</p> <p>(1)④シニアステーションにおいて、消費者被害等注意喚起のため、田園調布警察による講座を実施した。その他では、各活動の前後で注意喚起を行うなど、情報の発信を行っている。包括主催活動では「健康発信！みのり会」や「嶺町スタイル」にて注意喚起。自治会・町会で</p>
--	--	---

			<p>は、まちづくり推進委員会等にて自動通話録音機の広報し消費者被害防止に向け対応した。また、関係機関においては、運営推進会議に置いて情報提供したり、介護支援専門員の集まりで情報提供をしている。</p> <p>出張所と同じ建物という事もあり、自治会・町会での活動に多く参加する事が出来ている。見守りコーディネーターを中心に自治会・町会や民生委員、出張所と連携する事ができた。</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		
実施計画 ※	<p>① 包括田園調布と協同し、地域包括ケアの会を継続する</p> <p>② 介護支援専門員と民生委員や地域の関係機関等が連携できる機会を設定し、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>	実施報告 ※※	<p>(2)①包括田園調布や在宅医療相談窓口と連携し、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）を令和6年2月1日に開催した。コロナ感染拡大後、3年ぶりの参集型での開催となった。顔の見える関係づくりを再構築する事を目標に実施。テーマを「最後まで願いを叶えるチーム支援～在宅の緩和ケアを通してみえること～」とし医師による講義とグループワークを行った。当日は、出張所にも声をかけ参加いただき、福祉・医療・行政合わせて59名の参加となった。</p> <p>(2)②日常生活圏域地域ケア会議を2回実施した。うち1回は上記①と同じ。令和5年6月には、民生委員と連携し、「問題意識のない高齢者の見守り」をテーマとして意見交換をした。また、個別地域ケア会議として令和6年3月に1回開催した。参加者は民生委員、成年後見人、介護事業所、行政となり、当日参加できなかった警察や郵便局から</p>

		は、事前に意見をいただき、課題解決のため話し合いを行うことが出来た。
--	--	------------------------------------

(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誌「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おいてもらうなど、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 自治会町会やシニアクラブ等の地域で行われている活動に対し、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>実施報告 ※※</p> <p>(3)①「みねまちだより」は年3回発行となった。フレイル予防啓発を目的に「運動」「栄養」「社会参加」について掲載し、地域力推進会議や民生委員協議会等、会合やイベントなどで配布している。その他、夏には、熱中症注意喚起と共に配布するなど活用した。</p> <p>(3)②シニアステーションにおいては、フレイル予防を軸に年間33回開催をした。講義内容は様々で、フレイル予防と同時にストレスの事や認知症、医療、健康、熱中症など取り上げている。また、防災や交通、葬儀、スマホ、ACPなども地域講座として実施した。その他、高齢者に限らず様々な世代の方にも周知する事を目的に特別講座も計画し、12回実施した。シニアステーション全活動を通して、包括と連携を図り、フレイル予防につながる活動を行うようにした。</p> <p>(3)③自治会・町会で行われている活動において見守りコーディネーターによりフレイル予防の啓発を行うようにした。運動・栄養・社会参加について、話す内容を選択しながら健康につながるよう周知している。例えば、みねまちポールウォークの会では運動した後に「栄養」についてのミニ講座を実施。運動し栄養をとる事を一連の流れとして講義している。また、フレイル予防の周知と同時に高齢者見守りキーホルダー事業の案内や包括事業の説明等行い様々な情報提供も行っている。</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ター業務を含む。）

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、見守り活動につなげる。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 日常生活圏域地域ケア会議を2回実施した。うち1回は上記(2)①と同じ。令和5年6月には、民生委員と連携し、「問題意識のない高齢者の見守り」をテーマとして意見交換をした。また、個別地域ケア会議として令和6年3月に1回開催した。参加者は民生委員、成年後見人、介護事業所、行政となり、当日参加できなかった警察や郵便局からは、事前に意見をいただき、課題解決のため話し合いを行うことが出来た。</p> <p>②高齢者の実態把握を目的に予定通り「笑顔で訪問2023」を実施した。事前に郵送にて連絡を取り、電話にてアンケート調査を実施。理解が得られた方には後日訪問とし、包括の案内から各種情報提供を行った。アンケート実施は19名。うち訪問できた方は12名となった。熱中症注意喚起については、各自治会・町会の活動において、注意喚起を実施。フレイル予防も合わせてミニレクチャーとした。具体的には、嶺福寿会やみたけクラブ、田園調布南ゆうもあクラブ等に出向き、案内している。また、昨年続き民生委員とは避難行動要援護者名簿を活用し、一緒に訪問をした。対象者を震災により火災の恐れがある地域とし、13名の方に訪問。今年度日程的な関係で担当ケアマネの同行訪問は出来なかったが、ケースによっては情報を共有し民生委員の訪問の際に活用した。</p> <p>③シルバー人材センターのシルバーサロンについては、再開に向けての相談があ</p>

			った。包括としても協力していく予定であり、関係性はできている。
--	--	--	---------------------------------

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域ケア会議が定期的に関催出来、地域住民と生活課題を共有する		
実施計画 ※	① 地域力推進会議の場や民生委員協議体など、既存の会議の中で地域課題の共有が図れ、負担が少なく、効率的な会議の開催方法を検討する。	実施報告 ※※	① 日常生活圏域地域ケア会議を2回実施した。うち1回は上記(2)①と同じ。令和5年6月には、民生委員と連携し、「問題意識のない高齢者の見守り」をテーマとして意見交換をした。また、個別地域ケア会議として令和6年3月に1回開催した。参加者は民生委員、成年後見人、介護事業所、行政となり、当日参加できなかった警察や郵便局からは、事前に意見をいただき、課題解決のため話し合いを行うことが出来た。

(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 ※	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。 ② 調布地区認知症地域支援推進員を中心とし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。	実施報告 ※※	①月1回の活動を基本に今年度は11回開催した。8月も予定通り開催を予定していたが、熱中症アラートの発令もあり、当日中止の判断としている。年間を通じて延べ49名の参加。平均4~5名となる。開催時間は1時間とし、前半30分をサポート医との懇談会、後半30分を参加者同士の懇談会とし実施。今年度からサポート医はオンラインにて参加、認知症の話や認知症新薬など、様々な話をサポート医から聞くことが出来、参加者も喜んでた。参加されていた方の中には、当事者の方もいたが認知症の進行とともに介護保険サービスに移行。その過程において、当事者の家族への支援を行

			<p>っている。</p> <p>②調布地区認知症地域支援推進員連絡会において、来年度のチームオレンジ事業実現に向け検討し方向性を議論した。今年度は調布地区として認知症サポーター養成講座ステップアップ研修を2回実施し、チームオレンジ登録者懇談会を開催することが出来た。参加者は20名となり、調布地区チームオレンジの一員としての活動に対する意見交換の場とした。</p> <p>その他、見守り推進事業者である郵便局と認知症高齢者の対応等で連携した。また、その他では薬局や不動産会社とも連携し、対応したケースあり。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	各事業に対する適切な対応を実現していく		
実施計画 ※	<p>① 熱中症予防訪問を実施する。</p> <p>② 骨盤低筋体操を実施する。</p> <p>③ マニュアル等再認識していく。</p> <p>④ 区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>	実施報告 ※※	<p>①高齢者熱中症予防事業に対しては、対象者10名に対して対応した。その他、包括相談業務の中で訪問の際、OS-1を活用し注意を呼び掛けた。</p> <p>②骨盤底筋体操は、シニアステーション東嶺町を会場とし毎月1回実施した。年間延べ99名参加。</p> <p>③区施策などQ&A等で更新された場合、職員間で共有し共通の認識を持つよう読み合わせを実施する等、対応した。</p> <p>④地域福祉課と連携を取り対応。困難ケースや虐待ケース等対応している。</p>

大田区福祉部長 宛

令和5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

それぞれの役割と専門性を活かした“チームアプローチ”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5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・協働できる関係を作ります★[重-1]	A
	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]	A
	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

「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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)①地域の身近な場所を活用した、フレイル予防や認知症予防の取組を実施し、包括と関わりが無い方へ繋がる機会をつくります。	(3)①特別出張所の会議室をはじめ、区の施設を活用したフレイル予防体操教室、体力測定会、地域健康講座を開催しました。また、シニアステーションのスタッフとも連携を図り、支援が必要な方を、早期に包括へ繋げることができました。
★[重-2] (4)② 地域が実施する防災・防犯活動やひとり	(4)②町会等が実施する「災害時要支援者訪問」など見守り活動への協働と歳末パトロール等への

<p>暮らし訪問などへ積極的に参加・協力し、地域と協働できる関係を構築します。</p> <p>(7) ①重層的支援体制整備事業へ主体的に参加し、チーム支援の関係機関として、地域の多様な機関・団体と連携し継続的な支援を行います。</p>	<p>参加協力することで、地域が主体的に見守りネットワークを形成する様に取り組みました。</p> <p>ミンジーカフェで防災講座を開催し、防災・減災について地域の皆さんに、自助力を知っていただく一助を担うことができました。</p> <p>(7) ① 複合的な課題を抱える世帯について、重層的支援会議へケース提出を行いました。多機関で支援方法を検討することで、複雑な課題に対してもチームで連携・協働する関係を構築し、解決が困難なケースも一歩ずつ取り組むことができました。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①オレンジカフェを定期的で開催し、町の掲示板を利用し地域の方へ周知します。また、認知症の方も気軽に参加が出来る、多様なプログラムを企画し実施します。</p> <p>(6) ②認知症サポーター養成講座を、各世代が参加しやすい形（対面、オンライン、団体）で開催し、多世代の住民へ認知症の啓発を行います。</p>	<p>(6) ① 区の掲示板「地域のひろば」を利用し、地域へオレンジカフェの周知を行いました。 荏原病院認知症疾患医療センターの協力のもと、コグニサイズ、STのお話など多様なプログラムを実施することができました。</p> <p>(6) ② 出張所、オンラインでの実施とは別に、多世代への啓発を図るために土曜日にシニアステーションでの対面開催を2度行いました。このことにより、シニアステーションの事業を周知する機会にも繋がりました。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	三職種・多機関と連携し、様々な相談に対応できる力を身につける
------	--------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 所内にて情報を共有し、必要時にはチームで対応して支援方法を決定します。</p> <p>② 都・区・民間で開催される研修に参加し、内部で研修内容を共有または伝達研修を行い対応力の向上を図ります。</p> <p>③ 包括的相談支援体制を確立するため、複合的な課題を抱えた世帯への支援は、多機関と連携し「チーム支援」を実践します。 ★[特力]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 毎日の申し送りにて情報を共有し、継続して支援が必要なケースや困難なケースは三職種で支援方針を考え、チームアプローチを意識し取り組みました。</p> <p>② 研修に参加した際には資料や報告書を共有し、申し送りの時間を利用して伝達研修を行い、対応力の向上につなげていくことができました。</p> <p>③ 社会福祉協議会おおた後見センター・JOBOTA・大田区消費者センター・年金事務所・リタリコワークスなどのあらゆる機関と連携し、複合課題の課題解決のため、チームとして支援に取り組むことができました。</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>介護支援専門員同士や関係機関とのネットワーク構築と、実践力向上のための支援を行います。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 管内の居宅介護支援事業者向けに勉強会を年 4 回以上実施します。★[重-3]</p> <p>② ケアマネ業務に有用な情報の広布のため、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や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>実施報告 ※※</p>	<p>① ケアマネ勉強会は 4 回実施し、訪問診療の医師、看護師、出張所の職員等の専門職を招き、業務に生かせる情報発信を行いました。その中で、出張所職員による勉強会では、要支援者の災害時の対応をケアマネジャーと考えることにより、個別避難計画の作成に向け、地域の実情に合わせた計画作成のヒントを得ることができました。</p> <p>② ケアマネ通信を 4 回発行しました。 見守りキーホルダーの説明と周知、特殊詐欺対策の自動通話録音機の貸し出し、特殊詐欺の手口等、高齢者が安心して生活できるよう役立つ情報提供を行いました。</p> <p>③ 研修会を 4 回、対面で開催しました。</p>

			実行委員として企画運営に携わり成年後見制度や依存症について専門職を招きマネジメント力向上となる研修を企画、開催しました。
--	--	--	--

(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、高齢者が気軽にフレイル予防に取り組める機会をつくります		
実施計画 ※	<p>① 地域の身近な場所を活用した、フレイル予防や認知症予防の取組を実施し、包括と関わりが無い方へ繋がる機会をつくります。★[重-1]</p> <p>② 高齢者が自らの身体の状態を把握し、主体的に健康づくりに取り組むように、様々な専門職と連携し健康測定会などを開催します。</p>	実施報告 ※※	<p>① 特別出張所の会議室をはじめ、区の施設を活用したフレイル予防体操教室、体力測定会、地域健康講座を開催しました。また、シニアステーションのスタッフとも連携を図り、支援が必要な方を、早期に包括へ繋げることができました。</p> <p>② 毎月フレイル予防教室を開催し、身近な場所で開催することで、引きこもりを予防し自身の健康意識を高めることができました。また、気になる方を継続的に見守ることで、きれ目のない支援を実践しています。</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	地域と協働し見守りネットワークを強化します。		
実施計画 ※	<p>① 民生委員が行う熱中症訪問や敬老訪問へ同行し、支援の必要な方の早期発見・支援を行う。</p> <p>② 地域が実施する防災・防犯活動やひとり暮らし訪問などへ積極的に参加・協力し、地域と協働できる関係を構築します。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 民生委員のひとり暮らし訪問に同行し、支援が必要な方の情報交換を密に行いました。また、民生委員懇談会を開催し、シニアクラブの活動支援や個別事例の共有など、良好な連携関係の維持を行っています。</p> <p>② 町会等が実施する「災害時要支援者訪問」など見守り活動への協働と歳末パトロール等への参加協力することで、地域が主体的に見守りネットワークを形成する様に取り組みました。</p>

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の様々な機関・団体と連携し多様な社会資源の開発と提供を行います。		
実施計画 ※	<p>① 田園調布元気シニアプロジェクトがより地域に根付いた活動となる様に、地域の様々な機関や団体を巻き込めるよう働き掛けます。★[特力]</p> <p>② 地域の多様な住民が、役割と生きがいを持てるよう、地域の居場所づくりや活動の支援を行います。</p> <p>③ 医療や介護・福祉の専門職と「地域包括ケアの会」を開催し、専門職のスキルアップと連携強化に取り組みます</p>	実施報告 ※※	<p>① 田園調布元気シニアプロジェクトでは、近隣の薬局にも働きかけをし、行政や民生委員、シニアクラブ、社協の地域福祉コーディネーター等と共に、多世代が健康作りに取り組めるようなイベントを実施しました。</p> <p>② 多様な住民が主体的にフレイル予防や交流の機会を持てるように「ほっと田園」等の、活動支援を継続しました。また、シニアステーションの畑を活用した自主グループの活動から、地域のこども食堂との多世代交流が生まれるように支援を行い、高齢者の生きがいの創出につながっています。</p> <p>③ 包括嶺町と合同で開催し「最後まで願いをかなえるチーム支援」をテーマに集合形式でのグループワークを行いました。直接専門職と情報交換等を行うことで、お互いのモチベーションアップや連携強化となる研修会を開催する事ができました。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代の住民や地域商店関係者が認知症に関心を持ち、正しく理解し、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを行う		
実施計画 ※	<p>① オレンジカフェを定期的で開催し、町の掲示板を利用し地域の方へ周知します。また、認知症の方も気軽に参加が出来る、多様なプログラムを企画し実施します。★[重-3]</p> <p>② 認知症サポーター養成講座を、各世代が参加しやすい形（対面、オンライン、団体）で開催</p>	実施報告 ※※	<p>① 区の掲示板「地域のひろば」を利用し、地域へオレンジカフェの周知を行いました。 荏原病院認知症疾患医療センターの協力のもと、コグニサイズ、STのお話など多様なプログラムを実施することができました。</p> <p>② 出張所、オンラインでの実施とは別に、多世代への啓発を図るために土</p>

	<p>し、多世代の住民へ認知症の啓発を行います。★[重-3]</p> <p>③ より多くの住民に認知症を自分事として捉えていただける様に、地域の様々な場所で認知症に関する講座を開催します。</p>		<p>曜日にシニアステーションでの対面開催を2度行いました。このことにより、シニアステーションの事業を周知する機会にも繋がりました。</p> <p>③ シニアステーション2か所での認知症サポーター養成講座を行いました。また、サポーター養成講座修了者に向け、ステップアップ研修を調布6包括で2回実施しました。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	大田区版「地域共生社会の実現」に向けた取り組み		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 重層的支援体制整備事業へ主体的に参加し、チーム支援の関係機関として、地域の多様な機関・団体と連携し継続的な支援を行います。★[重-2]</p> <p>② 大田区社会福祉協議会の地域福祉コーディネーターと連携・協働し、包括的支援体制の強化及び、重層的支援体制整備事業を推進します。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 複合的な課題を抱える世帯について、重層的支援会議へケース提出を行いました。多機関で支援方法を検討することで、複雑な課題に対してもチームで連携・協働する関係を構築し、解決が困難なケースも一歩ずつ取り組むことができました。</p> <p>② 元気シニアプロジェクトやシニアステーションのフードパントリー等、多世代に向けてのイベントを、社協の地域福祉コーディネーターと連携・協力しながら実施し、地域の新たなニーズ掘り起こしに努めました。</p>

大田区福祉部長 宛

令和5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5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視線を行う。 ★[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	◆2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、地域にある活動の場などの再開を支援する。</p> <p>(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。</p>	<p>各元気塾や地域イベント、連合運動会やふれあいフェスタの活動支援を実施。ふれあいフェスタでは、特養たまがわと連携しひまわりの種を地域へ配布。また、地域資源をまとめた「つながるマップ」は地域の声も反映し更新実施、配布を開始した製本作業の一部を若年性認知症デイサービス「HOPE」に委託し役割の創造につなげられた。</p> <p>活動再開支援、地域連携については一定程度達成することができた。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2)②地域の介護支援専門員とともに、地域ケア会議を活用して地域課題の発見、解決ができるように取り組む。</p>	<p>5年度の鶴の木地区包括ケアの会は対面で実施、60名を超える出席があり、民生委員会長や出張所所長にも出席いただいた。3年振りの対面での開催となり、顔の見える関係づくりが出来た。医療、介護、地域の関係機関との連携がより強化される機会となった。4年度はオンラインでの個別レベルケア会議にも取り組み、実績を残している。</p>

	開催時期等に関して年度初めより計画的に検討、調整する必要性がある。
★[重-3] (1) 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をはじめとする関係機関との連携を強化する。	複合課題ケースへの支援としては、多世代、多国籍な状況もあり、Minto Ota、JOBOTA、SAPOTA などをはじめ多様な機関と連携し総合的な支援を実施してきた。地域福祉コーディネーターとの連携や、近隣商店やスーパー等との連携については課題と捉え、体制作りをすすめていく。

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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	地域の高齢者における身近な相談窓口として、さまざまな相談に応じ、チームアプローチによる支援を行う。		
実施計画 ※	① 所内での適切な情報共有と支援方針の検討を行う。 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をはじめとする関係機関との連携を強化する。 ★ [重-3]	実施報告 ※※	① 日々の夕礼ですべてのケースを情報共有、多職種で支援方針の検討を実施。困難ケースに対しては適宜その場で臨時支援会議も開きチームアプローチを実践した。 ② Minto Ota、JOBOTA、SAPOTA などをはじめ多様な機関と総合的な支援を実施し円滑な連携もできているが、相互連携について改善の余地がある。

(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。		
実施計画 ※	① 定期的なケアマネ交流会（仮）を開催し、介護予防の取組や事例検討などを通じて地域の介護支援専門員のスキルアップを支援する。 ② 地域の介護支援専門員とともに、地域ケア会議を活用して	実施報告 ※※	① 地域の介護支援専門員と5月・1月に情報共有会を実施し、社会資源共有や懇親を図った。3月開催の研修会では医師による講演でACPについての理解も深めた。 ② 地域ケア会議としての会議には至らなかったが関係機関による支援会議

	地域課題の発見、解決ができるように取り組む。 ★ [重-2]		は随時開催し地域課題の発見、解決に取り組んだ。
--	-----------------------------------	--	-------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	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。		
実施計画 ※	<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、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>	実施報告 ※※	<p>① 3つの元気塾、夏祭り、全国鶴の木祭り、ふれあいフェスタ等地域で再開した活動に積極的に参加した。鶴の木地区連合運動会では包括ブースを設け広報活動にも取り組んだ。ささえあい活動では費用助成についての助言を行い活動の活性化にも寄与した。</p> <p>② 更新したつながるマップをセンター外に掲示、居宅支援事業所へ配布、出張所内にも置いて頂き積極的な発信を行った。ミルモネットでの情報の発信も行った。</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	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 鶴の木地区にある3つの元気塾、体操教室等の活動には積極的に向かい地域活動の後方支援、顔なじみの関係を意識した。個別支援の過程で得た情報から新たな活動を知り地域の活動としての場へと広げることができた。</p> <p>② 日常的な支援や繋がりの中で、新たな資源の情報入手と発信を継続した。12月に地域とつながる集いの場「つながるマップ」を更新し地域にある活動の場を発信した。</p>

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域の専門職のみならず、より多くの地域住民に参画してもらい、さらなる地域づくりに取り組む。
------	---

	<p>① 「鶴の木地域包括ケアの会」を開催し、地域の専門職や地域住民と連携をさらに深め、地域ネットワーク構築に取り組む。</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議を開催し、個別の課題解決を支援するとともに地域課題を把握する。</p> <p>③ 複合課題や虐待、権利擁護などの課題を抱える化高齢者には、地域の関連機関との連携を積極的に図り、必要に応じて重層的支援会議などを活用した支援を行う。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 11月に鶴の木地域包括ケアの会で「医師の働き方改」をテーマに1部講義、2部ワールドカフェ方式でグループディスカッションを行った。3年ぶりの対面での交流となり顔の見える関係づくりができネットワーク強化につながった。</p> <p>② 地域ケア会議の開催には至らなかったが、早急な課題解決のため随時で支援会議を開催し、それが地域カルテ作成に反映することができた。</p> <p>③ 虐待、権利擁護のような複合的課題を抱えたケースに対しては常に重層的支援会議の活用を意識し準備をしてきた。後見センター、Minto Ota、JOBOTA、SAPOTAといった地域の関連機関との連携による支援会議を行った。</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・対応について、地域とともに考え、取り組む。★ [特力]		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 認知症サポートガイドを用いて、集いの場や集会などで普及啓発を行う。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座やステップアップ講座を通して、チームオレンジ事業の理解と活動参加への取り組みを行う。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 民生委員の学習会でグループワークに包括職員も交じり認知症サポートガイドを用いて学習と啓発を行った。地域の郵便局、薬局に出向いて説明、窓口に置いてもらった。日常的な支援の場面でも活用した。</p> <p>② 対面1回、オンライン1回、元気塾で1回、学校で2回認知症サポーター養成講座を開催、1月に認知症サポーターステップアップ講座を開催、民生委員会長に参加頂くと共</p>

			に、チームオレンジ事業の普及、啓発に努めた。
--	--	--	------------------------

(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 ※	① 若年性認知症支援相談窓口との連携・協働を図る。	実施報告 ※※	① HOPE ご利用者につながるマップの製本を依頼、完成までの過程で関わりを持つことができた。また年齢で区切らず本人・家族会の活動に参加した。
	② 大田区が実施する研修会や会議等に参加し、所内で情報共有や連携を図る。		② 大田区が主催する研修12件、13名が参加し、内容は所内での伝達研修や資料回覧にて共有した。

大田区福祉部長 宛

令和5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5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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ①地域の要望である第2回体力測定会の実行委員会を立ち上げ、自治会・シニアクラブ・地域リハビリテーション支援事業者・他関係機関と協力して開催し、地域住民自らがフレイル予防を意識し行動できるよう支援する。★[特力] (3) ②介護支援専門員・民生委員・介護福祉事業所・医療関係機関・地域住民と連携し、フレイル予防の取り組みを小さなことでも実現し、地域に広めていく。★[特力]	(3) ①第2回体力測定会で実行委員会を立ち上げて計画し、関係機関と協力して開催。地域住民自身がフレイルに気付き、その後の生活に予防策を取り入れられるよう、リハビリ専門職からフレイル予防ガイドブックを使用してアドバイスを行った。 (3) ②いこいの家、高齢者サロン、集合住宅でのイベントをフレイル予防の内容で講座を開催し、地域高齢者のフレイル予防の意識を高める支援を行った。また、フレイル予防を行うグループを支援した。
★[重-2] (4) ①自治会・民生委員をはじめとする地域住民や地域の活動団体・事業者等に働きかけ、地域	(4) ①自治会・シニアクラブと共催の体力測定会、シニアクラブのイベント支援、集合住宅でのイベントを開催し、高齢者が参加しコミュニケーショ

<p>で高齢者の孤立を防ぎ支え合う関係づくりを支援する。</p> <p>(4) ②支援関係者が高齢者本人の強みを生かした参加支援を意識して本人と関わり、参加できる場づくりを含めた活動を支援する。</p>	<p>ンをとれる場を提供し、支え合える関係づくりを支援した。</p> <p>(4) ② 介護支援専門員、グループホームと連携し、認知症本人・家族の認知症カフェへの参加を支援し、参加を得た。有料老人ホームと連携し、活動の場が閉鎖となった高齢者グループの新たな活動の場を確保した。また、介護支援専門員、グループホーム、有料老人ホームと連携し、新たな参加の場づくりの計画を開始した。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(5) ③地域の商店街・商業施設との関わりを深めて連携し、地域力を高めるよう取り組む。</p> <p>(6) ①認知症サポーター養成講座、調布地区の認知症サポーターステップアップ研修を開催し、認知症サポーターを増やすと共に活動の場につなげられるよう取り組む。</p>	<p>(5) ③商業施設を訪問し、包括の周知や認知症高齢者の見守りへの協力を依頼し、商店街から発生したイベントのための会合に参加し、関係づくりと今後の連携に繋げた。</p> <p>(6) ①認知症サポーター養成講座を対面、オンラインで各一回ずつ開催。調布地区でステップアップ研修を一回開催した。またステップアップ研修修了者の懇談会を開催し、参加者の希望を聞き、地域の活動に繋げるよう努めた。</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◆2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（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

<p>個別目標</p>	<p>本人や世帯の属性を問わず包括的に相談を受け止め、複合的な課題を抱えた世帯への支援や虐待防止、権利擁護を含め、支援関係機関との連携により重層的な支援を行う。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 本人の意思確認・権利擁護を常に意識し、複合的な課題を含むケース・支援困難ケース・虐待ケース等に対し、支援関係機関と連携して重層的に支援していく。</p> <p>② 所内ミーティング・所内事例検討会・初期集中支援チーム勉強会・外部の研修参加等により職員の総合相談支援力の向上を図り、3職種で支援方</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 対応したケースをミーティングで共有し、本人の意思確認・権利擁護を意識して支援方針を検討した。複合課題、支援困難、虐待ケースについては、関係機関と連携し支援した。</p> <p>② 所内ミーティングは毎夕、所内事例検討会は月1回、研修は平均月3回ほど参加して総合相談支援力の向上を目指し、3職種で支援方針・終結目標を検討し支援した。</p>

	<p>針・終結目標を検討し支援していく。</p> <p>③ 地域住民が身近な相談窓口として認識できるよう地域包括支援センターの周知活動を行い、毎月虹の部屋で行う「出張！包括支援センター」を継続すると共に、イベント開催時にも包括職員が相談窓口として機能するよう計画する。</p>	<p>③ 地域の商業施設・医療機関・薬局の訪問や、各種イベントで包括のパンフレットを配布して周知を行い、虹の部屋での「出張！包括支援センター」を継続して行った。全5自治会・シニアクラブとの共催イベント「体力測定会」やシニアクラブのイベントで見守りキーホルダー登録・更新を行い、包括周知と共に顔の見える相談しやすい包括となるよう活動した。</p>
--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員と日常的に連携すると共に、他支援機関・地域住民・事業者・NPO等多様な主体を意識して地域のネットワークの構築を目指す。		
実施計画 ※	<p>① 介護支援専門員との事例検討会を開催して支援力を高めると共に、連携を深める。</p> <p>② 介護支援専門員と民生委員の連携を支援し、地域のケアマネジメント力を高める。</p> <p>③ 個別レベル・日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催し、個別課題や地域課題を解決する地域の力を高めていく。</p>	実施報告 ※※	<p>① 介護支援専門員との事例検討会の開催はできなかったが、地域包括ケアの会の実行委員、包括主催のイベントのスタッフで協力いただき、連携を深めた。</p> <p>② 相談支援の際、民生委員からの相談を介護支援専門員と連携して対応し支援した。</p> <p>③ 個別レベル地域ケア会議1回、日常生活圏域レベル地域ケア会議2回開催。個別レベルでは認知症の方の地域での支援方法を検討。日常生活圏域レベル「民生委員懇談会」では民生委員と包括の連携についての説明とグループでの話し合い、同レベル「地域包括ケアの会」では救急対応時の方法と対策について学びグループワークを行い、地域課題を解決するよう努めた。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	昨年度の民生委員懇談会・地域包括ケア会議のテーマである地域のフレイル予防について、地域の関係機関・住民と連携して具体的に取り組む。
------	---

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 地域の要望である第2回体力測定会の実行委員会を立ち上げ、自治会・シニアクラブ・地域リハビリテーション支援事業者・他関係機関と協力して開催し、地域住民自らがフレイル予防を意識し行動できるよう支援する。★[重-1] ★[特力]</p> <p>② 介護支援専門員・民生委員・介護福祉事業所・医療関係機関・地域住民と連携し、フレイル予防の取り組みを小さなことでも実現し、地域に広めていく。 ★[重-1] ★[特力]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 第2回体力測定会で実行委員会を立ち上げて計画し、関係機関と協力して開催。地域住民自身がフレイルに気づき、その後の生活に予防策を取り入れられるよう、リハビリ専門職からフレイル予防ガイドブックを使用してアドバイスを行った。</p> <p>② いこいの家、高齢者サロン、集合住宅でのイベントをフレイル予防の内容で講座を開催し、地域高齢者のフレイル予防の意識を高める支援を行った。また、フレイル予防を行うグループを支援した。</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ター業務を含む。）

<p>個別目標</p>	<p>地域の連携・活動を活性化し、認知症高齢者の見守りやフレイル予防の取り組みを地域で実現できるように支援する。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 自治会・民生委員をはじめとする地域住民や地域の活動団体・事業者等に働きかけ、地域で高齢者の孤立を防ぎ支え合う関係づくりを支援する。★[重-2]</p> <p>② 支援関係者が高齢者本人の強みを生かした参加支援を意識して本人と関わり、参加できる場づくりを含めた活動を支援する。★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 自治会・シニアクラブと共催の体力測定会、シニアクラブのイベント支援、集合住宅でのイベントを開催し、高齢者が参加しコミュニケーションをとれる場を提供し、支え合える関係づくりを支援した。</p> <p>② 介護支援専門員、グループホームと連携し、認知症本人・家族の認知症カフェへの参加を支援し、参加を得た。有料老人ホームと連携し、活動の場が閉鎖となった高齢者グループの新たな活動の場を確保した。また、介護支援専門員、グループホーム、有料老人ホームと連携し、新たな参加の場づくりの計画を開始した。</p>

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

<p>個別目標</p>	<p>支援機関だけでなく、自治会・民生委員等の地域住民、地域の活動団体、NPO 等が連携することで地域力を発揮し、個人の課題・地域の課題を解決できるよう支援する。</p>
-------------	---

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 地域の医療関係者・介護福祉関係者・行政関係者と協働して地域包括ケアの会を開催し、連携を強めて地域を支援できるよう取り組む。</p> <p>② 民生委員と日常的に関わり、民生委員懇談会を開催し地域の課題・ニーズをとらえ解決できるよう取り組む。</p> <p>③ 地域の商店街・商業施設との関わりを深めて連携し、地域力を高めるよう取り組む。★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 地域包括ケアの会を開催し、救急対応時の方法や事前の準備について学び、緊急情報シートの必要性や自分事として考える必要性を確認し、今後の支援に生かせるよう取り組んだ。</p> <p>② 個別ケースで民生委員と連携し、複合課題や認知症見守りのケースを支援した。民生委員懇談会を開催し、介護保険と包括との連携について説明してグループで話し合い、より連携を深めるよう努めた。</p> <p>③ 商業施設、医療機関、薬局を訪問し、包括の周知や認知症高齢者の見守りへの協力を依頼した。商店街から発生したイベントの会合に参加し、関係づくりと今後の連携に繋がった。</p>
-------------------	---	--------------------	--

4

(6) 認知症施策推進に係る業務

<p>個別目標</p>	<p>多世代の地域住民に向けて認知症理解の普及を行い、認知症になっても安心して住み続けられる町づくりを目指し、調布地区のチームオレンジ事業を推進するよう取り組む。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座、調布地区の認知症サポーターステップアップ研修を開催し、認知症サポーターを増やすと共に活動の場につなげられるよう取り組む。★[重-3]</p> <p>② 小学生を初め若い世代に向けた認知症理解の講座・イベントを開催し、若い世代から認知症に対する関心・理解を高めるように取り組む。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座を対面、オンラインで各一回ずつ開催。調布地区でステップアップ研修を一回開催した。また調布地区で、ステップアップ研修修了者の懇談会を開催し、参加者の希望を聞き、地域の活動に繋げるよう努めた。</p> <p>② 小学校の夏休み講座で、低学年には手芸でロバ隊長の作製、高学年には認知症カフェの参加体験を企画し、認知症への関心・理解を高めた。池上警察署管内9包括で協力して、署内で認知症関連講座を連続4日間開催し、交番勤務の警察官が日常業</p>

			務に生かし、地域に貢献できるよう認知症理解を普及した。
--	--	--	-----------------------------

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	自治会・民生委員と連携して高齢者の実態把握に努め、早期支援により状態の悪化を防ぐよう取り組む。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> 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、高齢者の実態把握に努める。 ② 自治会・民生委員と共に避難行動要支援者の実態把握を行うと共に、防災協議会に参加し災害時の支援体制整備に協力していく。 ③ 東京都高齢者向けスマートフォン体験会・相談会を開催し、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。 	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> ① 包括主催やシニアクラブのイベントで見守りキーホルダー、ひとり暮らし高齢者登録・更新を行い、熱中症予防啓発の個別訪問で高齢者の実態把握に努め、シニアクラブ活動時に熱中症予防啓発を行った。 ② 民生委員が訪問した避難行動要支援者の情報共有を行い、自治会で要支援者の居住場所を確認したことの情報を共有した。防災協議会に参加して平常時の連携を深めると共に、災害時の支援体制について共有した。 ③ 高齢者向けスマートフォン体験会・相談会を2回ずつ開催し、高齢者のコミュニケーション力・情報収集力・自己表現力・活動性の向上を支援した。