

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 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5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]	S
	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の構築など、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]	S
	3. 他人事ではなく自分事として、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、地域住民の認知症の理解や介護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)○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) ① 包括との関わりのない高齢者に、熱中症予防訪問やひとり暮らし高齢者等の安否確認などを目的とした訪問調査を実施しフレイル予防等の情報提供する  ② 地域内の金融機関やスーパー等での地域包括支援センターの啓発活動	(2年目実績) いこいの家仲池上、洗足区民センターとの連携に加え、雪谷ほっとスマホステーション(3事業者)等の協力にて地域内で介護予防教室(オンライン含む)の開催につなげる事ができた。  見守りキーホルダー登録会(7回)スマホ相談会(3回)を雪谷地域内の自治会やシニア会、関係機関等と連携し開催。  地域活動の再開に伴い、定期的に包括職員が地域に出て、地域住民への情報提供を行う機会が多くなった事で地域住民や関係機関などからの総相談件数が前年比109%と増え、ハイリスク高齢者の早期発見、早期対応につなげる事ができた。

	<p>雪谷地区民生・児童委員協議会（定例）に参加させて頂き、民生委員の自主活動による「ひとり暮らし高齢者の安否確認」を各民生委員と連携し早期対応につなげた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・熱中症予防啓発事業（調布地域福祉課）12名</li> <li>・生き生きレポート（見守りキーホルダー未更新者）70名</li> </ul> <p>金融機関やスーパーへは、雪谷お役立ちガイドの登録内容の確認による包括の啓発活動だけでなく困難ケースでの対応（金融機関への同行等）により、包括の啓発活動に努めた。</p> <p>（R4年度 相談件数比）</p> <p>来所 123% 電話 107% 訪問 156% 新規相談 122%</p> <p>（今後の展望・課題）</p> <p>地域内のスーパーや金融機関からの連絡も増えてきているが、個人商店など高齢者と長い付き合いが予想される店舗等からの連絡につながっていない。また、ガス・電気・水道のライフラインとのつながりなど ハイリスク高齢者の早期発見につながる連携を広げていきたい</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(2)</p> <p>①個別レベル会議を開催（年3回）し、医療・介護等のサービスが切れ目なく包括的にコーディネートできる方法を検討する</p> <p>②日常生活圏域レベル 会議を開催（年2回）し、地域の多様な主体が気軽に連携できる体制を強化する。</p> <p>(3)</p> <p>①包括内での事例検討会やカンファレンスや勉強会を実施し、職員のケアマネジメント力向上を図る</p> <p>②居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携を強化し、介護予防プランでのサービス提供が円滑にできるようになる</p> <p>(6)</p> <p>① 認知症サポーター養成講座、ステップアップ研修の普及（周知）と開催</p> <p>② 本人や家族による気づきを促し、早期診断・早期対応につながるように、医療機関や関係機関との連携を強化する</p> <p>(7)</p>	<p>(2年目実績)</p> <p>地域ケア会議 個別レベル 3回 開催 日常生活圏域レベル 3回 開催 雪谷けあまねっと 年2回</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域内の居宅介護支援事業間での勉強会への参加や地域密着型通所介護やグループホームの運営推進会議への出席にて地域の情報提供や意見交換を行った</li> <li>・包括内のケース会議は適時開催しているが、地域ケア会議（個別）の事例については、事前に三職種でのケース会議を開催している。</li> <li>・5月～7月2地域内の居宅介護支援事業所へのあいさつまわりを実施し、雪谷お役立ちガイドの交付と意見交換を行っている。</li> <li>・認知症サポーター養成講座の開催（3回）</li> <li>・認知症ステップアップ講座の開催（2回）</li> </ul> <p>認知症地域支援推進員が中心となり他包括の認知症地域支援推進員や介護・医療機関、関係機関と連携し開催につなげた。また、個別ケース対応では、認知症初期集中支援チーム導入の検討からアウトリーチ事業へつなぐなど大田区認知症コーディネーターとの連携も密に行っている。</p>

<p>①包括内の高齢者台帳を整理し、相談記録票等の保管書類の整備を行う</p> <p>②上池会議や包括内研修の時間を使い、包括内での勉強会を実施し、職員全員が業務の効率化を意識し、重層的支援情報共有システムの利用に慣れる</p>	<p>・もの忘れ健診受診者へのフォローなど、包括内の看護師と連携し個別のフォローを行った。また、地域や関係機関からの連絡があった困難ケースも受診同行するなど家族との連絡や介護サービス導入、成年後見制度申し立て等の個別対応もを行っている。</p> <p>・高齢者台帳の作成手順や記録方法などを統一し、重層システムへの移行につなげている。また、パソコン操作については、適時わかる職員がアドバイスしあう体制を構築した。</p> <p>(今後の展望・課題)</p> <p>高齢者台帳の管理は、相談業務を円滑に行う上で重要となるため、今後定期的に台帳整理を行いながら最新の情報にあわせた管理が必要と考えている。</p> <p>また、困難ケース等、チームで対応ができる体制づくりの為に、居宅介護支援事業所等との連携を強化し、地域ケア会議や重層的支援者会議、ケースカンファレンスなどの会議体を有効活用していきたい。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1)</p> <p>①包括職員のアセスメント力の向上やチームアプローチによる適切な対応</p> <p>②福祉制度や社会資源等の最新の情報収集と地域への発信。必要時いつでも連携ができるような関係の構築</p> <p>(5)</p> <p>①世帯や個人の抱える生きづらさや困難さを受け止め、必要なサービス等につなげていく</p> <p>②支えていく地域(社会資源や人材等)を見直し、公的サービスと連携しながら包括的な支援体制を構築する</p>	<p>(2年目実績)</p> <p>・上池会議の時間に、参加した研修等の伝達は毎月実施。センター内研修(4回)、事例検討会(1回)を行った</p> <p>・雪谷お役立ちガイドは、令和5年度も掲載内容を職員全員で確認し、地域住民や関係機関に760部配布した。</p> <p>・年2回 地域連携懇談会を雪谷地区民生・児童委員協議会を連携し開催。行政、関係機関職員、医療機関、介護事業所に参加頂き、共通のテーマで意見交換を行った。</p> <p>・地域内でのサロン活動や介護予防教室などに各事業者にご参加頂き、自治会やシニア会、各グループの活動にご協力頂く事ができた。</p> <p>雪谷けあまねっと テーマ</p> <p>8/29 「他事業所のCMに聞いてみたい事」など</p> <p>2/27 「地震対策」「介護報酬改定」</p> <p>雪谷地域包括ケアの会 テーマ</p> <p>2/21 「自宅で最期を迎えるためのポイント」</p> <p>洗足区民センター「さくらフェスティバル」調布地区法人協「フードパントリー」、大田区高齢者見守り推進事業者連絡会(調布地区)での参加にて、関係機関との連携強化だけでなく、個別ケースの対応につなげていく事もできた。</p> <p>(今後の展望・課題)</p>

	<p>包括内でのケースカンファレンスは不定期であるが確実に実施に繋がっているが、時間的なゆとりがなく、定期開催につなげていく事ができていない。</p> <p>包括としてチームで対応できる体制を構築し、全員で困難ケースの情報共有し役割分担することで担当職員の負担軽減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	高齢者やその世帯が抱える複合的な課題に対し、適切なアセスメントを行い、関係する機関やサービスにつなぐ		
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</p> <p>★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 包括内のケース会議は適時開催しているが、地域ケア会議（個別）の事例については、事前に三職種でのケース会議を開催している。</p> <p>②上池会議の時間に、参加した研修等の伝達は毎月実施。さらに、センター内研修（4回）、事例検討会（1回）を行った。</p> <p>経験の浅い職員には、センター長や主任を中心に、随時アドバイスを行っているが、事務所内で気軽に相談できる雰囲気をも今後も継続していきたい。</p>

### (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の共通課題を発見する事を目的とした地域ケア会議の開催		
実施計画 ※	<p>①個別レベル会議を開催（年3回）し、医療・介護等のサービスが切れ目なく包括的にコーディネートできる方法を検討する</p> <p>②日常生活圏域レベル 会議を開催（年2回）し、地域の多様な主体が気軽に連携できる体制を強化する。★ [重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①地域ケア会議は個別レベル 3回</p> <p>6月14日 支援困難</p> <p>9月11日 自立支援</p> <p>2月21日 支援困難</p> <p>包括内でのケース会議を行った上での開催。</p> <p>②日常生活圏域レベル 3回 開催</p> <p>9月7日、10月3日</p> <p>家族問題、独居高齢者支援</p> <p>2/21 看取りケア</p> <p>様々な専門職種の方々と有意義な意見交換ができた。</p>

		個別レベルケースの検討について、上池台職員の意識を変えていく事が今後の課題
--	--	---------------------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	居宅介護支援事業所やサービス事業所との連携強化	
実施計画 ※	<p>①包括内での事例検討会やカンファレンスや勉強会を実施し、職員のケアマネジメント力向上を図る</p> <p>②居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携を強化し、介護予防プランでのサービス提供が円滑にできるようになる</p> <p>★ [重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 上池会議の時間に、参加した研修等の伝達は毎月実施。 センター内研修（4回）、事例検討会（1回）を行った</p> <p>② 5月～7月二地域内の居宅介護支援事業所へのあいさつまわりを実施し、雪谷お役立ちガイドの交付と意見交換を行っている。 地域ケア会議（個別ケース）は、他の居宅支援事業所からファシリテーターとしてケアマネに参加頂いた。 また、地域内の居宅介護支援事業での勉強会にも参加させて頂く事ができた。 今後も居宅支援事業所との連携を深め、ともに協力しあえる関係を維持していきたい。</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	地域との関わりが少ない高齢者の早期発見・早期対応	
実施計画 ※	<p>①包括との関わりのない高齢者に、熱中症予防訪問やひとり暮らし高齢者等の安否確認などを目的とした訪問調査を実施しフレイル予防等の情報提供する</p> <p>② 地域内の金融機関やスーパー等での地域包括支援センターの啓発活動</p> <p>★ [重-1] ★ [特力]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①雪谷地区民生・児童委員協議会（定例）に参加させて頂き、民生委員の自主活動による「ひとり暮らし高齢者の安否確認」を各民生委員と連携し早期対応につなげた。 熱中症予防啓発事業（調布地域福祉課）12名生き生きレポート（見守りキーホルダー未更新者）70名</p> <p>②雪谷お役立ちガイドの登録内容の確認をきっかけにした包括の啓発活動だけでなく、困難ケースでの対応（金融機関への同行等）により、包括の啓発活動に努めた 雪谷お役立ちガイドは、令和5年度も掲載内容を職員全員で確認し、地域住民や関係機関に760部配布した。</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	地域のつながりにより共に支えあう意識をもてる地域づくりの構築		
実施計画 ※	<p>①世帯や個人の抱える生きづらさや困難さを受け止め、必要なサービス等につなげていく</p> <p>②支えていく地域（社会資源や人材等）を見直し、公的サービスと連携しながら包括的な支援体制を構築する</p> <p>★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 年2回 地域連携懇談会を雪谷地区民生・児童委員協議会を連携し開催。行政、関係機関職員、医療機関、介護事業所に参加頂き、共通のテーマで意見交換を行った。</p> <p>その他の地域活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・シニアレッスン（JA 健康長寿倶楽部、包括久が原共催）年3回開催</li> <li>・シニアオープンカレッジ（洗足区民センター共催）年4回開催</li> <li>・上池台くるるの会（ウェルシア薬局・包括上池台後援）自主グループ 年12回開催</li> <li>・介護家族会フレンズカフェ 自主グループ 年11回開催</li> <li>・あした会 年12回開催（包括上池台主催）</li> </ul> <p>R6年度から運営を通所ラボ GOEN に移管し包括は後援としてサポートしていく。</p> <p>②雪谷けあまねっと 意見交換 テーマ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・8/29 「他事業所のCMに聞いてみたい事」など</li> <li>・2/27 「地震対策」「介護報酬改定」</li> </ul> <p>地域内でのサロン活動や介護予防教室などに各事業者にご参加頂き、自治会やシニア会、各グループの活動にご協力頂く事ができた。今後も引き続き、介護事業者・医療機関・行政機関だけでなく、民間企業にもご協力頂きながら、各事業の活性化と維持継続に努めていきたい。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の共生と予防への理解を深めるための連携を強化する		
実施計画 ※	<p>① 認知症サポーター養成講座、ステップアップ研修の普及（周知）と開催</p> <p>② 本人や家族による気づきを促し、早期診断・早期対応につながるように、医療機関や関係機関との連携を強化する</p> <p>★ [重-2] ★ [特力]</p>	実施報告 ※※	<p>①認知症地域支援推進員は認知症サポーター養成講座の開催調整や講師、認知症ステップアップ講座の開催調整等他包括の推進員や関係機関との連携など幅広く活躍した。認知症初期集中支援チーム導入の検討からアウトリーチ事業へつなぐなど大田区認知症コーディネーターとの連携も密に行っている。</p>

			<p>・3/7 調布地域チームオレンジ登録者懇談会</p> <p>・オレンジカフェ上池台 和の輪（認カフェ）</p> <p>年12回開催 認知症サポート医出席の懇談会 や「ちょこっとプログラム」の実施</p> <p>②もの忘れ健診受診者へのフォローなど、包括内の看護師と連携し個別のフォローを行った。</p> <p>また、地域や関係機関からの連絡があった困難ケースも受診同行するなど家族との連絡や介護サービス導入、成年後見制度申し立て等の個別対応も行っている。</p> <p>認知症独居高齢者の対応で警察署と連携する事の多い1年だった。今後も対応に苦慮する事が予想されるため、本人、家族だけでなく近隣を含めた地域住民への認知症理解の普及が必要であると実感している。</p>
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	重層的支援情報共有システムの利用に慣れて、業務の効率化につなげる		
実施計画 ※	<p>①包括内の高齢者台帳を整理し、相談記録票等の保管書類の整備を行う</p> <p>②上池会議や包括内研修の時間を使い、包括内での勉強会を実施し、職員全員が業務の効率化を意識し、重層的支援情報共有システムの利用に慣れる</p> <p>★ [重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①高齢者台帳の作成手順や記録方法を統一し、重層システムへの移行につなげている。</p> <p>②パソコン操作については、適時わかる職員がアドバイスしあう体制を構築し、現在では新規相談はすべて重層システムでの記録入力に変更している。</p> <p>高齢者台帳のペーパーレス化を目指したいが、記録等の確認に時間がかかり相談業務に支障が生じてしまう事もあった。</p> <p>相談業務を円滑にすすめていくためにも、紙ベースでの保管方法等を定期的に見直していく予定。</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 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&lt;令和4年度～令和5年度&gt;

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5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、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] 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」、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] 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
		S
		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
★[重-1] (3)①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実	<実績> 地域性に応じ、自立した生活へ向けて、ひとりひとりへ適切な介護予防ケアマネジメントを行った。また、大田区が推進

<p>践、自立プラン検討会（個別レベル地域ケア会議）を通じた自立支援計画作成を行う。</p> <p>（3）②おた介護予防応援事業等を通じ、総合事業による自立支援・介護予防の推進を図る。</p> <p>（4）②年3回「民生委員との懇談会」、隔月「千束いこいの家との意見交換会」開催。</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・町会、民生委員と年6回のプログラムを企画運営。</p>	<p>する総合事業による自立支援・介護予防について予防プランを委託する介護支援専門員へ助言を行った。</p> <p>民生委員を通じて、また千束いこいの家での介護・フレイル体操とも情報共有しながら対象者へ啓発、令和6年1月から併設したシニアステーションでのプログラム実践へも反映。</p> <p>&lt;今後の展望、課題&gt;</p> <p>地域のフレイル・介護予防の拠点としてのシニアステーションをセンターと一体的に運営。把握しきれていない対象者のニーズの把握に努め、提供プログラムへの反映していく。</p> <p>&lt;達成度評価理由&gt;</p> <p>専門職・住民と分けず地域の課題について意見交換や情報の共有を図ることで地域の特性をふまえた視点で地域に必要な社会資源やニーズの把握を検討することができた。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>（2）③地域の介護サービス事業者とのネットワーク「千束ケアネット」として地域行事への参加、協働。</p> <p>（2）④地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」を毎月開催、協力。</p> <p>（4）①地域行事等での見守りキーホルダー登録・更新の推進、セミナーの開催等の支援。</p> <p>（4）②年3回「民生委員との懇談会」、隔月「千束いこいの家との意見交換会」開催。</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・町会、民生委員と年6回のプログラムを企画運営。</p> <p>（5）①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介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」「多職種連携」として千束地域包括ケアの会を開催。</p> <p>（5）③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、働きかけを行う。</p>	<p>&lt;実績&gt;</p> <p>地域の介護サービス事業者とのネットワーク「千束ケアネット」として3月23～24日に大岡山さくらまつりへ参加、高齢者疑似体験やゲーム、キーホルダー登録会等を行った。</p> <p>毎月地域の介護支援専門員とオンラインで「IKE-DUKI」を開催、テーマを設けず、ざっくばらんな意見交換や情報共有を行った。</p> <p>5/26「つながる支援 つなげる支援」、10/27「地域包括支援センター移転・シニアステーション開設」2月「高齢者の居場所づくり」をテーマに「民生委員との懇談会」を開催。</p> <p>千束特別出張所・自治会町会・民生委員とともに運営委員として「地域ふれあいの会」を企画運営、計画は年6回だがコロナ感染対策へも考慮し、6/7 マンドリン演奏会、10/2 ボッチャ体験、2月ハーブ演奏会を企画運営。</p> <p>上記年3回の民生委員懇談会の他、「顔の見える関係づくり」「多職種連携」の会を日常生活圏域レベル地域ケア会議として、12/21 専門職と住民交えた地域包括ケアの会「ハザードマップの見方・福祉避難所について」を開催した。</p> <p>毎月、千束地区地域力推進会議へ出席、センターやシニアステーションからの情報を発信。</p> <p>大田区自立支援協議会から相談支援部会委員を委嘱され定期会議へ出席、障害分野と介護・高齢分野との連携等について検討協議。また、大田区在宅医療連携推進協議会へ地域包括</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>支援センター代表として参加、令和5年度はオンラインを主に在宅医療・介護連携推進をテーマに検討を行い、全大会としては、3/16 アプリコにて「第10回くらし健康あんしんネットおおた」を開催。</p> <p>&lt;今後の展望、課題&gt;</p> <p>支援を必要とする高齢者やその家族、取り巻く地域や多世代とのネットワークを構築することで「まちづくり」に寄与、重層的支援体制や防災等に繋がるネットワークづくりへと現役世代への更なるアプローチが引き続き課題と考える。</p>
<p>★ [重-3]</p> <p>(1) ①センター内会議やスーパービジョンの実施、各種研修へ積極的参加を通じ、情報共有や対人援助技術や知識の高い平均化を図る。</p> <p>(2) ①調布管内介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、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を行う。</p> <p>(5) ②介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」「多職種連携」として千束地域包括ケアの会を開催。</p> <p>(6) ①多世代や地域、関係団体への認知症サポーター養成講座開催、働きかけを行う。</p> <p>(7) ①大田区との会議や検討会等での意見具申。</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>&lt;実績&gt;</p> <p>介護や高齢者だけに留まらず課題を抱える世帯への支援について職員個々のスキルアップへ各研修に積極的に参加、チーム対応としても所内会議で共有・伝達を行った。重層的支援体制へ地域健康課や成年後見センターをはじめとした関係機関との連携、協議を図り、多職種・他機関とのネットワーク強化へ取り組んだ。</p> <p>調布管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、11月「介護支援専門員が知っておくべき成年後見制度」、3月「ケアマネジャーの疑問に答える高齢者の依存症」と年4回（1テーマ×2回）の研修を企画運営。</p> <p>NPO 大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、事務局と研修・災害部会に所属し、介護支援専門員の質の向上へ研修を企画運営の他、会の活動運営を担当。</p> <p>地域包括ケアの会では「ハザードマップの見方・福祉避難所について」をテーマに避難行動要配慮者を問わず、災害時の支援について専門職の役割や地域での課題を話し合った。</p> <p>12/4 赤松小学校6年生を対象にキャリア教育として地域包括支援センターの仕事紹介、3/11 石川台中学校3年生を対象に認知症サポーター養成講座開催。同講座の一般向けとしては、5/30 オンライン、11/10 千束特別出張所にて開催。</p> <p>【今後の展望、課題】</p> <p>複合的な課題を抱える世帯の相談は増加傾向であり、今後も単一機関のみでは対応困難であり、カテゴリーを横断しての他機関連携が重要で普段からネットワークを強化していく。また、若い世代や子供たちへ高齢者や介護を通じて障害等の多様性を認められる社会・地域づくりへ繋げていく。</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	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。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① センター内会議やスーパービジョンの実施、各種研修へ積極的参加を通じ、情報共有や対人援助技術や知識の高い平均化を図る。★[重-3]</li> <li>② 課題解決へ向けて、高齢者本人の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。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 原則2週ごとの所内会議の他、随時ケース共有等、スーパービジョンの場としている。また、行政や職能団体等が実施する各種研修へ積極的に参加、伝達研修により対人援助や知識の研鑽に努めた。</li> <li>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へ取り組んだ。</li> </ul>

### (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やケアマネジメント力向上のため、研修や勉強会等を実施、協働して支援を行う。 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。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 調布管内介護支援専門員連絡会へ運営委員として参加、年4回の研修を企画・運営。★[重-3]</li> <li>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を行う。★[重-3]</li> <li>③ 地域の介護サービス事業者とのネットワーク「千束ケアネット」として地域行事への参加、協働。★[重-2]</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 毎月運営委員会を開催、年4回の研修を企画運営。当該年度は集合型にて開催。</li> <li>② 大田区介護保険課から事業委託されている研修を年5回開催の他、連絡会独自の研修を企画運営。</li> <li>③ 大岡山さくらまつりへ参加、ブースにて高齢者疑似体験やゲーム、キーホルダー登録会を行った。</li> <li>④ 毎月オンラインで開催。テーマを決めず自由に意見交換、情報共有と横のつながり強化。</li> </ul>

	④ 地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」を毎月開催、協力。★[重-2]		
--	--	--	--

(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 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実践、自立プラン検討会（個別レベル地域ケア会議）を通じた自立支援計画作成を行う。★[重-1]</p> <p>② おおた介護予防応援事業等を通じ、総合事業による自立支援・介護予防の推進を図る。★[重-1]</p>	実施報告 ※※	高齢者ひとりひとりの自立へ向け介護予防ケアマネジメントを行い、個別性や地域性に応じて自立支援・介護予防の計画作成、サービス提供を行った。おおた介護予防応援事業エントリーなし。

(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	既存のネットワークや住民活動等との連携、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の見守り・支援		
実施計画 ※	<p>①地域行事等での見守りキーホルダー登録・更新の推進、セミナーの開催等の支援。★[重-2]</p> <p>②年3回「民生委員との懇談会」、隔月「千束いこいの家との意見交換会」開催。★[重-1] ★[重-2]</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・町会、民生委員と年6回のプログラムを企画運営。★[重-1] ★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① コロナ過の期間中でもあり、キーホルダー登録・更新は主として来所や電話で勧奨、第五類に引き下げられてからは初めて3月の大岡山さくらまつりにて登録会を行った。</p> <p>② 年3回「民生委員との懇談会」を開催、隔月で「千束いこいの家との意見交換会」を開催、地域福祉課包括ケア担当、隣接保育園とも情報交換。</p> <p>③ 地域ふれあいの会はコロナ過による考慮から年3回の開催となった。</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、地域の課題や社会資源不足を分析する。日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催、地域の見守り・支援体制を構築する。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 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] ★[特力]</li> <li>② 介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」「多職種連携」として千束地域包括ケアの会を開催。★[重-2] ★[重-3]</li> <li>③ 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、働きかけを行う。★[重-2]</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 日常生活圏域レベル会議は「民生委員との懇談会」3回、「千束地域包括ケアの会」1回の計4回開催。</li> <li>② 上記の「千束地域包括ケアの会」は多職種連携・顔の見える関係づくりとしても年1回開催した。</li> <li>③ 毎月の地域力推進会議でセンターからの情報発信、地域の課題や社会資源把握に務めた。</li> </ul>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	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。 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。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 多世代や地域、関係団体への認知症サポーター養成講座開催、働きかけを行う。★[重-3]</li> <li>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。</li> <li>③ オンライン活用等、オレンジカフェの周知・充実を図る。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 一般向けとしてはオンラインと千束特別出張所で開催、その他に石川台中学校3年生を対象に開催。</li> <li>② 認知症初期集中支援チームとしての活動実績ないが、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た。また、認知症地域推進連絡会へ毎月出席、認知症専門部会と連動してチームオレンジ活動について検討協議。</li> <li>③ 毎月オレンジカフェを開催、参加人数（スペース的にも）少ないが地道に参加者を募っている状況。</li> </ul>

(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>大田区各課や特別出張所、老人いこいの家等と更なる連携を図り、大田区の施策推進に努める。 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>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 大田区との会議や検討会等での意見具申。★[重-3] ②医療と介護、多職種連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。★[重-2] ★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 定例として毎月の調布管内のセンター会議、見守りコーディネーター会、看護師・保健師連絡会へ出席。また、大田区内部検討会としては事務改善部会へ参加、他のセンターや地域福祉課、高齢福祉課と意見交換。 ② 同法人内の在宅医療相談窓口とも連携を図り、介護・医療連携のコーディネートへ相談や紹介を行った。また、大田区在宅医療連携推進協議会の全大会「くらし健康あんしんネットおおた」や自立支援協議会（相談支援部会）にて障害分野とのコーディネートを行った。</p>





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 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	高齢者が六郷地区で安心して暮らし続けられるため、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5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の共有・連携を密にし見守り体制を強化していく。 ★[重-2]	S
	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出来るよう連携をすすめる。 ★[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
<p>★[重-1]</p> <p>(3) ①フレイル予防の視点を持ち介護予防ケアマネジメントを行う。具体的にはサービス担当者会議においてフレイル予防の説明を行い、啓発資料(いろいろ食べポチェックシート等)を活用していく。</p> <p>(3) ②フレイル予防と測定会を一体として活動を実施。民間の企業・事業所の協力を仰ぎながら測定会を実施、ご自身の身体を理解したうえでフレイル予防(栄養改善)へと繋げていく。測定会は、体組成測定や血管年齢測定、骨強度測定等検討。フレイル予防(栄養改善)ではいろいろ食べポチェ</p>	<p>(3)①サービス担当者会議等において、栄養に対するアセスメントを行い、必要に応じていろいろ食べポチェックシートを活用し、栄養に対しての意識が向上するよう働きかけた。また、未把握ひとり暮らし高齢者名簿から公営住宅に住む高齢者をピックアップし、131名に対してアンケートとして食事への意識やいろいろ食べポチェックシートの説明を行い、活用を促した。</p> <p>(3) ②自治会町会主催のイベントである「六郷ふれあいフェスタ」では、地域健康課との連携で栄養や口腔に対する意識を図る取り組みと、歩行測定会を行った。老若男女問わず多くの方に参加してもら</p>

<p>ック表やフレイル予防ガイドブックを活用していく。</p>	<p>い、周知できた。また、センター内にある掲示板を活用し、フレイル予防コーナーを作り、いろいろ食べ物を自由に手に取ることができるよう仕掛けづくりをした。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(4) ②民生委員の関わる高齢者に関して、関係者で情報共有出来るよう地域ケア会議や介護支援専門員との連絡会を実施していく</p>	<p>(4) ②8月に行われた民生委員と介護支援専門員の連絡会は日常生活圏域地域ケア会議として開催した。民生委員は35名(定員45名)と介護支援専門員は36名が参加した。地域のひとり暮らし高齢者の課題を通じてお互いの役割を知ることができた。また地域別の懇談会を開催し、ケースの情報共有のほか、地域の特性や情報など幅広く情報共有した。顔の見える関係づくりができた。個別レベル地域ケア会議は年間7回開催し、うち民生委員には2回出席してもらい、今後の支援についての共有ができた。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(2) ①包括西六郷と協働。六郷地区介護支援専門員連絡会を2カ月に1回、年6回の開催を行い、介護支援専門員とのネットワークを構築していく。</p> <p>(4) ②民生委員の関わる高齢者に関して、関係者で情報共有出来るよう地域ケア会議や介護支援専門員との連絡会を実施していく</p>	<p>(2) ①六郷地区介護支援専門員連絡会は年5回開催した。計画では6回だったが、大田区の介護支援専門員の研修と日程が被ったため開催は見送った。内容は介護支援専門員の業務に活用できるよう、消防署との連携、事例検討会、民生委員との連絡会、ケースの看取りに関する研修、令和6年度介護報酬制度改正の情報共有を行った。特に民生委員との連絡会は介護支援専門員、民生委員双方から好評であり、それぞれの役割の理解が深まったほか、地域の情報共有ができ、利用者への支援につながった。令和6年度は運営委員立候補者が多く、令和5年度に対して倍の人数となった。</p> <p>(4) ②8月に行われた民生委員と介護支援専門員の連絡会は日常生活圏域地域ケア会議として開催した。民生委員は35名(定員45名)と介護支援専門員は36名が参加した。地域のひとり暮らし高齢者の課題を通じてお互いの役割を知ることができた。また地域別の懇談会を開催し、ケースの情報共有のほか、地域の特性や情報など幅広く情報共有した。顔の見える関係づくりができた。個別レベル地域ケア会議は年間7回開催し、うち民生委員には2回出席してもらい、今後の支援についての共有ができた。</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	様々な相談に対応して適切にサービスを結び付けられるよう知識・技能を習得していく。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>② 包括西六郷と共同し六郷エリアで共通した対応が出来るようにする。双方の勉強会など可能な限り参加共有していく。</li> <li>③ 朝の申し送りなど対応困難ケースの共有を実施。ケース検討の時間を設け適切な対応を取れるようにする。</li> <li>④ 六郷朝ゼミとし区施策勉強会を実施する。</li> <li>⑤ 包括西六郷と協働。六郷お役立ちガイドの作成を行う。社会資源として活用していく。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 包括西六郷主催の研修に参加し、元気アップリハや口腔機能向上に関する研修を受けた。また法人主催のケース対応に関する研修に全員参加し、部署内で伝達研修を実施した。</li> <li>② ①に同じ。</li> <li>③ 毎朝、ケースの申し送りをを行い、新規対応ケースや困難ケースの共有、対応方法についての意見交換を行った。</li> <li>④ 六郷朝ゼミは行えなかったが、区施策については、包括西六郷が作成したマニュアルをもとに窓口用のマニュアルを置き、窓口業務に生かした。また法人が運用する掲示板を使って、西六郷と区施策の注意点や変更点を共有した。</li> <li>⑤ 六郷お役立ちガイドは令和5年度版は令和5年4月1日に発行し、内容をより活用しやすく精査し、令和6年度版は令和6年4月1日に発行した。</li> </ul>

### (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	六郷地区介護支援専門員連絡会の継続を行ない、介護支援専門員との連携を強化する。介六郷介護支援専門員連絡会の活動を通して、介護支援専門員の支援を充実していく		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 包括西六郷と協働。六郷地区介護支援専門員連絡会を2カ月に1回、年6回の開催を行い、介護支援専門員とのネットワークを構築していく。★[重-3]★[特力]</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 六郷地区介護支援専門員連絡会は年5回開催した。計画では6回だったが、大田区の介護支援専門員の研修と日程が被ったため開催は見送った。内容は介護支援専門員の業務に活用できるよう、消防署との連携、</li> </ul>

	<p>② 年間予定として、蒲田消防署との連携、民生委員との連携、事例検討会を実施、その他は実行委員を通し検討していく。</p>		<p>事例検討会、民生委員との連絡会、ケースの看取りに関する研修、令和6年度介護報酬制度改正の情報共有を行った。特に民生委員との連絡会は介護支援専門員、民生委員双方から好評であり、それぞれの役割の理解が深まったほか、地域の情報共有ができ、利用者への支援につながった。令和6年度は運営委員立候補者が多く、令和5年度に対して倍の人数となった。</p> <p>② 内容については、包括から提案したもの以外も、運営委員（実行委員）と意見交換を行い、希望する内容を実施した。</p>
--	---	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	継続的にフレイル予防(栄養)の促進を行う		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① フレイル予防の視点を持ち介護予防ケアマネジメントを行う。具体的にはサービス担当者会議においてフレイル予防の説明を行い、啓発資料(いろいろ食べポチェックシート等)を活用していく。★[重-1]</p> <p>② フレイル予防と測定会を一体として活動を実施。民間の企業・事業所の協力を仰ぎながら測定会を実施、ご自身の身体を理解したうえでフレイル予防(栄養改善)へと繋げていく。測定会は、体組成測定や血管年齢測定、骨強度測定等検討。フレイル予防(栄養改善)ではいろいろ食べポチェック表やフレイル予防ガイドブックを活用していく。★[重-1]</p> <p>③ 包括西六郷と協働。様々な世代に向けたセミナー「六郷学び舎」を実施。フレイル予防も含</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① サービス担当者会議等において、栄養に対するアセスメントを行い、必要に応じていろいろ食べポチェックシートを活用し、栄養に対しての意識が向上するよう働きかけた。また、未把握ひとり暮らし高齢者名簿から公営住宅に住む高齢者をピックアップし、131名に対してアンケートとして食事への意識やいろいろ食べポチェックシートの説明を行い、活用を促した。</p> <p>② 自治会町会主催のイベントである「六郷ふれあいフェスタ」では、地域健康課との連携で栄養や口腔に対する意識を図る取り組みと、歩行測定会を行った。老若男女問わず多くの方に参加してもらい、周知できた。また、センター内にある掲示板を活用し、フレイル予防コーナーを作り、いろいろ食べポ等を自由に手に取ることができるよう仕掛けづくりをした。</p>

	め、多様なテーマを取り上げ幅広く周知を行っていく。	③ 「六郷学び舎」では高齢者や若い世代それぞれの興味を引くと思われるプログラムを準備し、目に関することや口腔ケア、体のメンテナンスについて、フレイル予防の視点を含めた講座を開催した。また若い世代に対しては仕事と介護の両立について、人生会議について、地域包括支援センターについての講義を行った。
--	---------------------------	--

(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ト業務を含む。）

個別目標	自治会・町会、民生委員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 自治会にて行われているご縁ネットに参加。見守りの必要がある方に対して、地域ケア会議等を活用し関係者を繋げていく。</p> <p>② 民生委員の関わる高齢者に関して、関係者で情報共有出来るよう地域ケア会議や介護支援専門員との連絡会を実施していく★【重-2】★[重-3]</p> <p>③ 地域力推進六郷地区委員会や民生委員児童委員協議会に参加し情報の発信・共有を行う。</p>	<p>① 南六郷2丁目町会および南六郷2丁目UR団地自治会主催の「ご縁ネット」の報告会に参加し、民生委員も参加した中で地域での見守り状況の共有を行った。個別レベル地域ケア会議は年間8回開催し、多様な関係者に参加を促した。個別課題の検討と、関係機関の顔の見える関係を構築できた。</p> <p>② 8月に行われた民生委員と介護支援専門員の連絡会は日常生活圏域地域ケア会議として開催した。民生委員は35名（定員45名）と介護支援専門員は36名が参加した。地域のひとり暮らし高齢者の課題を通じてお互いの役割を知ることができた。また地域別の懇談会を開催し、ケースの情報共有のほか、地域の特性や情報など幅広く情報共有した。顔の見える関係づくりができた。個別レベル地域ケア会議は年間7回開催し、うち民生委員には2回出席してもらい、今後の支援についての共有ができた。</p> <p>③ 地域力推進六郷地区委員会は参集型が6回、書面開催が2回、新年顔合わせ会があり、そのすべてに参加</p>
	実施報告 ※※	

			した。また福祉保健分科会では地域のお役立ちマップ「六郷お役立ちマップ」の作成に参加した。民生委員児童委員協議会には10回、新年会に参加し、地域包括支援センターからの情報提供を行った。
--	--	--	---

(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念頭に関係機関との連携をすすめる		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生きづらさを感じている方々の相談会を検討。蒲田生活福祉課、社会福祉協議会、就労サポートJOBOTA、ひきこもり支援室SAPOTA等と協力し昨年度大森エリアで実施したまちかど相談会を六郷エリアでも実施していく。</li> <li>② 複合課題を抱えている方については、重層的支援会議等積極的に参加していく。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 「まちかど相談室」と称して、生きづらさを感じている方に対しての横断的な相談会を開催した。六郷地区の特徴を生かしてシルバー人材センターやキッズな六郷、六郷特別出張所の参加が実現した。相談は6件であった。内容は引きこもりや仕事についてなど多岐にわたった。</li> <li>② 重層的支援会議には3回出席した。うち1回は包括六郷がケースを提案した。各機関のケース対応の考え方はさまざまな中で、支援の目標を共有し、役割分担を行い、解決に向けた取り組みができた。</li> </ul>

(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続けることができるよう取り組んでいく。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 認知症カフェの継続実施。認知症サポーター医とも連携を取り充実させていく。</li> <li>② 蒲田地区認知症地域支援推進員連絡会を中心として小学生を対象としたサマースクール継続に協力していく。</li> <li>③ 認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、チームオレンジ等、活動の充実を図る為、六郷に拠点を置く認知症デイサービスとの連携を模索していく。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 認知症カフェは毎月開催し、認知症があってもなくても地域で暮らし続けることを目指したプログラムを提供した。ボランティアの協力も得て、延べ153名が参加した。認知症サポーター医には「笑顔で暮らすため」と題した講義を行ってもらい、認知症予防などの啓発を行うことができた。初期集中支援チーム員活動は年間に2件であり、受診につなげることができた。</li> <li>② 8月2日に、小学4～6年生を対象とした認知症講座を開催した。11名の児童が参加した。今年度は認知</li> </ul>

			<p>症高齢者を招いてレビー小体型認知症について視覚からも理解できる講義を開催してもらうことができ、より認知症の理解を深めることができた。小学生からは「認知症の方にやさしくしようと思う」との感想が聞かれ、子ども世代に対する啓発はできた。</p> <p>③ 認知症サポーター養成講座は年間3回行い、延べ50名が受講した。チームオレンジについては、今年度は啓発に重点を置き、チームオレンジ立ち上げまではいかなかったため、認知症デイサービスとの連携は今後取り組む予定。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	蒲田消防署との連携を強化する。		
実施計画 ※	<p>① 防火防災診断の活用を実施する。介護支援専門員に周知を行い、火災や防災に不安のある高齢者を抽出していく。</p> <p>② 消防署と介護支援専門員との連携を構築していく。六郷地区介護支援専門員連絡会において、介護支援専門員と蒲田消防署隊員にて防火防災に関する活動を実施していく。</p>	実施報告 ※※	<p>① 蒲田消防署主催の住宅防火防災対策推進協議会には2回参加し、高齢者の防火防災についての情報共有を行った。窓口に防火防災診断啓発のチラシやポップを置き、来所者に対して啓発を行った。春の火災予防運動では、蒲田消防署と南六郷2丁目UR団地と連携し、12名の高齢者宅へ防火防災診断を実施した。</p> <p>② 六郷地区介護支援専門員連絡会では蒲田消防署の職員に来てもらい、防火防災診断についての講義を受けた。また消防署員と高齢者に関する防災や救急体制についての意見交換を行うことができた。</p>





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 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5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]	S
	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]	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
★[重-1] (2) ②民生委員との連携については民協定例会に出席し、地域の情報や課題を共有をする。 (2) ③自治会・町会との連携については地域力推進六郷地区委員会に出席し、地域の情報を得る。また包括が行う事業等の情報を提供する。 (3) ①総合事業の理解を深めるために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	(2) ②民協定例会に毎回出席。地域の情報を共有し、包括事業等の情報発信も行った。8/24 民生委員と介護支援専門員の連絡会は日常生活圏地域ケア会議として開催、民生委員35名、介護支援専門員36名が参加。地域のひとり暮らし高齢者の課題を通じてお互いの役割を知ることができた。 2/19 には包括・民生の懇談会を実施。包括の活動報告と個別のケース共有を全体で行いお互いの役割を把握し情報共有もできたことでさらに関係を深められた。 (2) ③地域力推進六郷地区委員会に出席し地域の情報を得ること、包括事業等の情報発信をすることができた。福祉分科会では六郷お役立ちマッ

	<p>ブ制作に協力し完成させた。また、包括六郷と共同で町会自治会の車いすステーション事業で活用できるチラシを作成し配布した。</p> <p>(3) ①一般介護予防について、元気アップリハの活用法の勉強会を所内で実施し理解を深めた。また、フレイル予防に関しては包括主催の西六元気でGO!を9回開催。うち1回2月には自主グループのメンバーに講師を依頼。社会参加の場としてプログラムを構成してもらい、メンバー・参加者ともにフレイル予防啓発を促進できた。メンバーより、「次年度も講師をしたい」という意欲的な発言あり、継続的な社会参加の仕掛けづくりを行うことにつながった。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1) ②地域から相談しやすいよう、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する。</p> <p>(4) ①相談業務等で「おいじたく」に関する取り組みを推進し、若いうちや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) ②エリア内にある商店や金融機関、また民生委員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) ③未把握高齢者の名簿をもとに、まだ包括とつながりのない高齢者へアプローチし、包括を知ってもらおうとともに必要な施策につなげる。</p>	<p>(1) ②高畑町会新役員会、西六郷2丁目町会役員会、六郷地区シニアクラブ会長会、1丁目明朗会役員会、2丁目長寿会、3丁目区営団地の自治会、消防隊懇親会などに参加し包括の役割を周知することができた。</p> <p>(4) ①9/7出張所で開催したおいじたくセミナーで包括の周知を行った。また、六郷学び舎では年間テーマを「包括を知ってもらう～若いうちから備える、年をとってもあきらめない」として6回開催。ACPや包括支援センターの業務内容を知ってもらう内容の回もあり。50代から90代の幅広い世代が参加。高齢者に限らず多世代にむけて情報発信の場とすることができた。</p> <p>認知症カフェでは成年後見制度と就活をテーマに行行政書士事務所の方を講師として依頼し元気なうちからいざという時のことを考えておく必要性を伝えることができた。</p> <p>(4) ②エリア内の郵便局、薬局、ファミリーマート、セブンイレブン、芝信用金庫、地域安全センターなどから気になる人がいるとの連絡が入り対応することがあった。お互いの機関がどこまで対応できるのかなどケースを通じて理解を深めることができ見守り体制の強化につながった。</p> <p>2丁目の相模湯からは高齢者の対応で困ることがある、見守りKHを持っていると助かるという声を聞き12/8に銭湯内でKH登録・更新会を実施。新</p>

	<p>規・更新ともに6名の申請を受け包括と関係が希薄な方たちへのアプローチができた。</p> <p>(4) ③包括六郷と共同で未把握高齢者電話訪問事業を実施。西六郷エリアはひとり暮らし、高齢世帯合わせて118人を抽出し、89人から回答を得た。包括事業の周知ができ、見守りキーホルダーやその他区施策の申請につながった方が複数名いた。また、風水害の際の声掛け、フレイル予防の啓発ができた。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(5) ②多機関連携に関する会議等には積極的に参加し、横のつながりをつくり、重層的支援会議へ参画する。</p> <p>(5) ③包括六郷と協働で、多世代に向けた講座「六郷学び舎」を開催し、参加を通じて包括を知ってもらおう。</p> <p>(6) ①六郷地区のチームオレンジを立ち上げる。蒲田地区スローガンの達成に近づけるよう、認知症サポーター養成講座及びステップアップ研修を行い、オレンジサポーターを養成する。★[特力]</p> <p>(6) ②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する。また、包括主催事業で講座を行う。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>(5) ②重層会議には2件参加。区主催の複合課題対応研修に4回、高次脳機能障害支援者連絡会1回や梅ちゃんカフェ、梅ちゃん談話室、介護医療連携会議などに積極的に参加し横のつながりを意識して活動できた。地域ケア会議についての勉強会を所内で実施。実際の地域ケア会議は個別レベル自立支援7件、CM支援2件開催し地域課題のタネを見つけることができた。</p> <p>(5) ③(4) ①にあるように学び舎は6回開催。また、「まちかど相談室」と称して生きづらさを感じている方に対するの横断的な相談会を開催。当日の相談は6件であった。</p> <p>(6) ①8/29高畑児童館にて高齢者体験を実施。学童・当日利用の児童等合わせて70名参加あり。9/13、志茂田小学校4年生に高齢者に関する授業と体験会を実施。50名参加。11/22と12/20には志茂田小の生徒が授業や体験から学んだことを活かしてものづくりに関するプレゼンテーションの場に参加し意見出しを行い、生徒の考えを深めることにつながった。</p> <p>11/2には高畑小学校4年生に高齢者に関する授業と体験会を実施。112名参加。児童館、小学校ともに多くの親御さんや民生委員、地域のボランティアの方の協力を受けて実施することができた。</p> <p>初期集中支援事業については、医療につながらずにいた方をサポート医と連携し医療につなげ、必要な支援につなげることができた。</p> <p>認知症サポーター養成講座はオンライン1回、参集型を1回開催。</p>

	<p>蒲田地区としては認知症地域支援推進員を中心に8/2に小学4～6年生を対象とした認知症講座を開催、1/29にはステップアップ講座を開催した。</p> <p>R5年度は幅広い世代へ認知症の普及啓発活動に積極的に取り組むことができ、次年度のチームオレンジ結成に向けた土台作りを行うことができた。</p> <p>その他、エリア内4か所あるグループホームの運営推進会議に計24回参加し、地域の情報発信や認知症の方の権利擁護について必要性を呼び掛けた。</p> <p>(6)②(4)①にあるように2/26の認知症カフェで成年後見制度と就活をテーマに行政書士事務所の方を講師として依頼し元気なうちからいざという時のことを考えておく必要性を伝えることができた。後見制度の資料に関しては社協の冊子の他、厚生労働省や家裁の資料を必要に応じて使いわけをした。</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	相談内容を受け止め、適切な機関やサービスに結び付けられる	
実施計画 ※	<p>①個別ケース対応力向上に関する研修を受講し、伝達研修を行う。また各職員が担当している利用者への対応をより良いものにするために事例検討を行う。</p> <p>②地域から相談しやすいよう、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する。★[重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 大田区の研修は虐待、重層支援、フレイル予防などの研修に参加区外研修は東京都の虐待研修に4回参加の他、権利擁護・認知症関連・ひきこもりや医療連携についての研修に参加。法人主催のケース対応に関する研修にも参加し、月1回センター内の会議で伝達研修を行うことでセンター全員の知識にすることができた。またインシデントプロセス法によるケース検討会を5回実施。一人で抱え込まずに3職種で意見を出し合い解決の糸口を見つけることができた。</p> <p>② 高畑町会新役員会、西六郷2丁目町会役員会、六郷地区シニアクラブ会長会、1丁目明朗会役員会、2丁目長寿</p>

			会、3丁目区営団地の自治会、消防隊懇親会などに参加し包括の役割を周知することができた。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域に関わる専門職や自治会・町会等との連携を深めてネットワークを強化する		
実施計画 ※	<p>①六郷地区介護支援専門員連絡会を年間6回開催し、消防署や民生委員との連携や、事例検討会を行い、介護支援専門員とのネットワークを強化する。</p> <p>②民生委員との連携については民協定例会に出席し、地域の情報や課題を共有をする。★ [重-1]</p> <p>③自治会・町会との連携については地域力推進六郷地区委員会に出席し、地域の情報を得る。また包括が行う事業等の情報を提供する。★ [重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 5回開催。蒲田消防署との連携、事例検討会、看取りに関する研修、令和6年度介護報酬改正の情報共有などを行った。</p> <p>② 民協定例会に毎回出席。地域の情報を共有し、包括事業等の情報発信も行った。8/24の民生委員と介護支援専門員の連絡会は日常生活圏域地域ケア会議として開催、民生委員35名、介護支援専門員36名が参加。地域のひとり暮らし高齢者の課題を通じてお互いの役割を知ることができた。</p> <p>2/19には包括・民生の懇談会を実施。包括の活動報告と個別のケース共有を全体で行いお互いの役割を把握し情報共有もできたことでさらに関係を深められた。</p> <p>③ 地域力推進六郷地区委員会に出席し地域の情報を得ること、包括事業等の情報発信をすることができた。福祉分科会では六郷お役立ちマップ制作に協力し完成させた。また、包括六郷と共同で町会自治会の車いすステーション事業で活用できるチラシを作成し配布した。</p>

(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総合事業の理解を深めるために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★ [重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 一般介護予防について、元気アップリハの活用法の勉強会を所内で実施し理解を深めた。また、フレイル予防に関しては包括主催の西六元気でGO!を9回開催。うち1回2月には自主グループのメンバーに講師を依頼。社会参加の場と</p>

	<p>②職員が口腔の大切さを学び、アセスメントの視点に取り入れ、ケアマネジメントに反映させる。</p>	<p>してプログラムを構成してもらい、メンバー・参加者ともにフレイル予防啓発を促進できた。メンバーより、「次年度も講師をしたい」という意欲的な発言あり、継続的な社会参加の仕掛けづくりを行うことにつながった。歯科衛生士の資格を有している講師に職員向けに口腔フレイルについて講義を依頼。口腔ケアの大切さを学び、図書館との連携講座や包括六郷との共催事業である六郷学び舎で地域住民への啓発に取り込むことができた。</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	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①相談業務等で「老いじたく」に関する取り組みを推進し、若いうちや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>②エリア内にある商店や金融機関、また民生委員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>③未把握高齢者の名簿をもとに、まだ包括とつながりのない高齢者へアプローチし、包括を知ってもらうとともに必要な施策につなげる。★ [重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 9/7出張所で開催した老いじたくセミナーで包括の周知を行った。また、六郷学び舎では年間テーマを「包括を知ってもらう～若いうちから備える、年をとってもあきらめない」として6回開催。ACP や包括支援センターの業務内容を知ってもらう内容の回もあり。50代から90代の幅広い世代が参加。高齢者に限らず多世代にむけて情報発信の場とすることができた。</p> <p>認知症カフェでは成年後見制度と就活をテーマに行政書士事務所の方を講師として依頼し元気なうちからいざという時のことを考えておく必要性を伝えることができた。</p> <p>② エリア内の郵便局、薬局、ファミリーマート、セブンイレブン、芝信用金庫、地域安全センターなどから気になる人がいるとの連絡が入り対応することがあった。お互いの機関がどこまで対応できるのかなどケースを通じて理解を深めることができ見守り体制の強化につながった。</p>

			<p>2丁目の相模湯からは高齢者の対応で困ることがある、見守りKHを持っていると助かるという声を聞き12/8に銭湯内でKH登録・更新会を実施。新規・更新ともに6名の申請を受け包括と関係が希薄な方たちへのアプローチができた。</p> <p>③包括六郷と共同で未把握高齢者電話訪問事業を実施。ひとり暮らし、高齢世帯合わせて118人を抽出し、89人から回答を得た。包括事業の周知ができ、見守りキーホルダーやその他区施策の申請につながった方が複数名いた。また、風水害の際の声掛け、フレイル予防の啓発ができた。</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	重層的支援体制整備事業へ参画し、各関係機関と連携し地域の支え手になる		
実施計画 ※	<p>①重層的支援体制整備事業を実現するために、高齢者の相談ではなくてもいったん受けとめられるよう、(1)-①にあるように対人援助技術を磨く。</p> <p>②多機関連携に関する会議等には積極的に参加し、横のつながりをつくり、重層的支援会議へ参画する。 ★ [重-3]</p> <p>③包括六郷と協働で、多世代に向けた講座「六郷学び舎」を開催し、参加を通じて包括を知ってもらおう。★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 毎朝、ケースの情報共有の時間を設け、一人で抱え込まずセンター全体で対応することを心掛けた。他機関へつなぐ必要性の有無なども検討し適切に対応することができた。</p> <p>② 重層会議には2件参加。区主催の複合課題対応研修に4回、高次脳機能障害支援者連絡会1回や梅ちゃんカフェ、梅ちゃん談話室、介護医療連携会議などに積極的に参加し横のつながりを意識して活動できた。地域ケア会議についての勉強会を所内で実施。実際の地域ケア会議は個別レベル自立支援7件、CM支援2件開催し地域課題のタネを見つけることができた。</p> <p>③ (4)①にあるように6回開催。また、「まちかど相談室」と称して生きづらさを感じている方に対しての横断的な相談会を開催。当日の相談は6件であった。</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ける地域の土壌づくりを行う	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①六郷地区のチームオレンジを立ち上げる。蒲田地区スローガンの達成に近づけるよう、認知症サポーター養成講座及びステップアップ研修を行い、オレンジサポーターを養成する。★ [重-3] ★ [特力]</p> <p>②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する。また、包括主催事業で講座を行う。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。★ [重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 8/29 高畑児童館にて高齢者体験を実施。学童・当日利用の児童等合わせて70名参加あり。9/13、志茂田小学校4年生に高齢者に関する授業と体験会を実施。50名参加。11/22と12/20には志茂田小の生徒が授業や体験から学んだことを生かしてものづくりに関するプレゼンテーションの場に参加し意見出しを行い、生徒の考えを深めることにつながった。</p> <p>11/2には高畑小学校4年生に高齢者に関する授業と体験会を実施。112名参加。児童館、小学校ともに多くの親御さんや民生委員、地域のボランティアの方の協力を受けて実施することができた。</p> <p>初期集中支援事業については、医療につながりにいた方をサポート医と連携し医療につなげ、必要な支援につなげることができた。</p> <p>認知症サポーター養成講座はオンライン1回、参集型を1回開催。</p> <p>蒲田地区としては認知症地域支援推進員を中心に8/2に小学4～6年生を対象とした認知症講座を開催、1/29にはステップアップ講座を開催した。</p> <p>R5年度は幅広い世代へ認知症の普及啓発活動に積極的に取り組むことができ、次年度のチームオレンジ結成に向けた土台作りを行うことができた。</p> <p>その他、エリア内4か所あるグループホームの運営推進会議に計24回参加し、地域の情報発信や認知症の方の権利擁護について必要性を呼び掛けた。</p> <p>② (4) ①にあるように2/26の認知症カフェで成年後見制度と就活をテーマに行政書士事務所の方を講師を依頼し元気なうちからいざという時のことを考え</p>



			<p>ておく必要性を伝えることができた。後見制度の資料に関しては社協の冊子の他、厚生労働省や家裁の資料を必要に応じて使いわけをした。</p>
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	大田区の「相談窓口」としての役割を遂行する		
<p>実施計画 ※</p>	<p>①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。 ②その他、区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 朝ゼミと称し朝の30分を使って区施策や普段の業務に必要な内容の勉強会を9回実施。職員が講師となり、資料を用いて説明しセンター独自のマニュアルを作成し日々の業務に役立てている。 ② 9/7出張所で開催した老いじたくセミナーにて包括の周知を行った他、重層支援会議の招集があった際には参加した。</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 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5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	◆2年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ② 自治会町会、シニアクラブ、自主グループ等に訪問、活動状況を把握すると共にフレイル予防の啓発と既存の活動へのちょい足しを提案、伴走支援を行っていく。★[特力]	自治会町会、シニアクラブ、自主グループ等に電話又は訪問し既存の活動について確認とフレイル予防の要素を既存の活動に付け足しの提案を行った。活動内容等について変更あれば独自の「フレイル予防集いの場マップ」に反映した。(訪問・電話 計22件) 既存の活動を維持することが主になっており、フレイル予防の啓発について興味を示すが具体的にフレイル予防の要素を付加するまでは至らなかったことが課題である。今後も定期的に電話や訪問を行い共催でフレイルに関連するイベントを行う等、既存の活動について後方支援とフレイル予防に繋がるよう提案していく。 又、新たに集い場の立上げを考えている自治会町会、自主グループがあればプログラムの提案や講師派遣等、伴走支援を行っていく。

	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) ①②③</p> <p>①民生委員児童委員、高齢者見守り推進事業者等と懇談会を開催し、事例検討やそれぞれの見守り活動について情報共有、連携した見守りの体制作りを行う。</p> <p>②民生委員児童委員や関係機関等と連携し、男性が気軽に集まれる居場所作りを行う。</p> <p>③見守りキーホルダー斉登録会が行えていない自治会・町会やシニアクラブ・自主グループに対しそれぞれが開催しやすい形を相談し実施に繋げていく。既に実施している自治会・町会・シニアクラブ等は継続を促し実施していく。ひとり暮らし高齢者対象者一覧表を活用、見守りキーホルダー未登録者を中心に電話連絡等を行い登録に繋げていく。</p>	<p>①4/26 新しく民生委員児童委員になられた方を対象に地域包括支援センターの業務内容等についてミニレクチャーを行った。9/21 民生委員児童委員と「高齢者の見守りに関する事例検討と意見交換」をテーマに懇談会を行った。2/22 民生委員児童委員（高齢福祉部会）の方を対象に「矢口地区の現状と課題」をテーマに懇談会を行った。</p> <p>3/12 矢口地区にある高齢者見守り推進事業者（金融機関）と矢口地区の現状と課題、心配な高齢者への対応、地域包括支援センターや関係機関との連携等をテーマに懇談会を行った。（5社参加）</p> <p>民生委員児童委員、見守り高齢者見守り推進事業者共にお互いの活動を知らない様子あり。他関係機関も含め連携した見守りができるか、包括支援センターがハブとしての役割を持って繋げていくことが課題である。</p> <p>②4/14 男性向け料理教室「男のアテ」をカムカム新蒲田の調理講習室、11/20・2/28 矢口中学校調理室を活用して行った。（計3回）</p> <p>3/6 矢口南町会長の自宅にある離れを借りて、レコード鑑賞とコーヒーを飲んで談話することを目的にレコードカフェを行った。（計1回）</p> <p>「男のアテ」、「レコードカフェ」共に男性の参加者が少数だったので、地域への周知方法の工夫や参加者から担い手候補を見つけ、段階的にどう自主化していくか課題である。</p> <p>③イベント（防災訓練、スマホ相談会、茶話会、福祉用具展示、誕生会等）と組み合わせる等して自治会町会（計8件）、シニアクラブ（計1件）と連携し見守りキーホルダー斉登録会を開催した。その内、今まで実施できていなかった自治会町会に対して開催することができた。（2件）</p> <p>未把握高齢者（一人暮らし・世帯）への訪問、一人暮らし登録者で見守りキーホルダーを登録していない方へ電話にて生活状況の把握と登録勧奨を行った。（計187件 不在も含む）</p> <p>訪問や電話したところ、地域包括支援センターや区</p>

	<p>のサービス等について情報が入ってこない、知らない等の高齢者が散見された。又、仕事や趣味活動をしている元気な高齢者も多かった。今後、支援が必要な高齢者をどう見つけていくか、情報力が不足している高齢者にどう必要な情報を提供するか課題である。</p> <p>・今後について</p> <p>民生委員児童委員、管轄内にある高齢者見守り推進事業者（業種ごと）、関係機関と事例検討を含めた懇談会を継続開催し地域で連携した見守りができるようにしていく。</p> <p>男性向けの集い場作りについて地域の様々な関係団体や関係機関と連携し地域に根付くよう継続していく。</p> <p>見守りキーホルダーの登録勸奨（更新も含む）について自治会町会（シニアクラブも含む）と民生委員児童委員と連携し一斉登録会や一人暮らし高齢者への電話連絡等を継続し登録率と地域包括支援センターの認知度を上げていく。</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>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①②</p> <p>①地域に向けて民生委員児童委員や関係機関と連携し認知症カフェ等の居場所作りの必要性や参加協力について周知を行い、認知症当事者と家族が地域で行いたいこと、あったら良いサポートなどの意見を取入れながら既存の本人ミーティングとハタチ会（手芸カフェ）を継続、地域に根付かせていく。★[特力]</p> <p>②地域住民向けに認知症サポーター養成講座（年2回）とステップアップ講座（年1回）を開催、認知症への理解啓発とチームオレンジの活動に繋げていく。</p>	<p>①地域住民のボランティア、若年性認知症家族会、民生委員児童委員等と連携して定期的に認知症カフェ（ハタチの会、本人ミーティングのふらっと・ぴあっと・くすっとの会）を開催した。（計23回）</p> <p>認知症当事者やその家族の参加を増やす為、地域で認知症の方を診察しているクリニックに訪問し、医師に認知症カフェの周知、認知症当事者やその家族への案内・参加の呼びかけを依頼した。（計5件）</p> <p>②認知症サポーター養成講座を開催した。（計2回）</p> <p>地域住民（認知症サポーター養成講座受講者も含む）対象で独自に認知症ステップアップ講座的な内容として、関係機関と連携し11/29 「認知症の方への声かけや対応についてロールプレイングと地域での共生についてのグループワーク」、3/29 「認知症グループホームでの生活とパーソンセンタードケアについて学ぶ等」を開催した。（計2回）</p>

	<p>認知症カフェは認知症当事者の参加が少ないこと、認知症当事者が地域で行いたい事、何が困っているか等の意見を引き出すことが課題である。今後も医療機関やケアマネージャー、地域住民に向けて周知を行い、参加を促していく。プログラムについて認知症当事者の意向に沿って一緒に考え反映していく。</p> <p>認知症への理解を体系的に学べて出来る範囲でのサポート活動ができる環境作りが課題である。今後も認知症サポーター養成講座の受講者や地域住民向けに外部の認知症関連機関、認知症当事者とも連携して認知症ステップアップセミナーやイベントを開催し認知症への理解啓発を行い、認知症カフェのボランティアや普段の見守り活動等に加わってもらいチームオレンジの活動に繋げていく。</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◆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	地域住民からの様々な相談を受け止め課題を整理し適切なサービスの提供、関係機関に繋げていく。		
実施計画 ※	<p>①毎朝の申し送りや毎月のミーティング、共有ファイルを活用し各担当のケースの進捗について職員間で共有し、担当職員が不在でも遅滞なく対応できるよう体制作り行う。</p> <p>②支援困難、複合化する課題などについては個別レベル地域ケア会議や重層的支援体制会議などを活用し、関係機関等と連携し情報共有と役割分担を行い適切な支援を行っていく。</p>	実施報告 ※※	<p>①毎朝の申し送り、毎月の全体ミーティング、共有ファイルを中心に活用し各担当のケースの進捗について職員間で共有、進捗が思わしくないケースについての支援方法の見直し、振り返りを行った。申請書類については担当不在でも共有ファイルや朝の申し送りにて経過をその都度確認、支障がないよう対応した。</p> <p>②支援困難ケースについては個別レベル地域ケア会議（2件）、複合化する課題については重層的支援体制会議（2件）を活用、関係機関等と連携して課題の情</p>

		報共有や役割分担にて支援を行い、定期的なモニタリングを行った。
--	--	---------------------------------

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域のケアマネジャーと連携し高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントを行う。		
実施計画 ※	<p>①自立支援、支援困難などをテーマにした個別レベル地域ケア会議を適時開催し課題解決を図っていく。</p> <p>②地域の居宅介護支援事業所に適時訪問を行い、包括業務の周知やケアマネジャーの活動状況について意見交換を行う。</p> <p>③地域のケアマネジャーから実行委員を募り協働の定例会（Web会議）を適時開催、事例検討や関連する制度等への理解を深めることをテーマにして関係機関・地域の活動団体等とのネットワーク作りを行う。</p>	実施報告 ※※	<p>①地域住民、民生委員児童委員、関係機関等と連携し個別レベル地域ケア会議（テーマ：自立支援6件 支援困難2件）を開催した。</p> <p>②介護予防ケアマネジメントを委託している、包括主催のケアマネージャー定例会実行委員を兼ねている居宅支援事業所を中心に訪問し、地域ケア会議の周知やお互いの活動状況、支援困難ケース等について情報共有、意見交換を行った。（5件）</p> <p>③実行委員として募集した地域のケアマネージャー（5名）と協働し、11/14 「これってケアマネージャーがする仕事?! ～どこまで支援を行うべきか～」、2/21 「権利擁護と精神疾患」をテーマにした定例会（事例検討）を対面式で開催した。（計2回）</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	利用者と地域を繋ぎ本人らしい自立した生活が実現できるよう支援する。		
実施計画 ※	<p>①初回アセスメント・中間・判定評価の際、独自の社会資源マップ（地域の集いの場も含む）やミルモネットを活用し地域に繋がるよう提案、本人の意向に合う地域の社会資源と結び付ける。</p> <p>②自治会町会、シニアクラブ、自主グループ等に訪問、活動状況を把握すると共にフレイル予防の啓発と既存の活動へのちょい足しを提案、伴走支援を行っていく。★[重-1] ★[特力]</p>	実施報告 ※※	<p>①判定評価時にヘルパーやデイサービスが終了できる利用者に対し絆サービスへの移行、独自の社会資源マップを活用し管轄内にあるシニアクラブや自主グループ（介護予防教室、認知症カフェ、ポールdeウォーク楽校等）を案内し繋げるよう努めた。又、定期的に地域のボランティア、関係機関、隣接する地域包括支援センター等と連携し下丸子余情公園や千鳥ハイム集会室にてフレイル予防（介護予防）の教室を定期的で開催した。（計21回）</p>

		<p>②自治会町会、シニアクラブ、自主グループ等に電話又は訪問し既存の活動について確認とフレイル予防の要素を既存の活動に付け足しの提案を行った。活動内容等について変更あれば独自の「フレイル予防集いの場マップ」に反映した。(訪問・電話 計 22 件)</p> <p>既存の活動を維持することが主になっており、フレイル予防の啓発について興味を示すが具体的にフレイル予防の要素を付加するまでは至らなかったことが課題である。今後も定期的に電話や訪問を行い共催でフレイルに関連するイベントを行う等、既存の活動について後方支援とフレイル予防に繋がるよう提案していく。</p> <p>又、新たに集い場の立上げを考えている自治会町会、自主グループがあればプログラムの提案や講師派遣等、伴走支援を行っていく。</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	地域の多様な主体と連携を深め、矢口地区でそれぞれが出来る見守りのネットワーク作りを行う。	
実施計画 ※	<p>①民生委員児童委員、高齢者見守り推進事業者等と懇談会を開催し、事例検討やそれぞれの見守り活動について情報共有、連携した見守りの体制作りを行う。★[重-2]</p> <p>②民生委員児童委員や関係機関等と連携し、男性が気軽に集まれる居場所作りを行う。★[重-2]</p> <p>③見守りキーホルダー斉登録会が行えていない自治会・町会やシニアクラブ・自主グループに対しそれぞれが開催しやすい形を相談し実施に繋げていく。既に実施している自治会・町会・シニアクラブ等は継続を促し実施していく。ひとり暮らし</p>	<p>①4/26 新しく民生委員児童委員になられた方を対象に地域包括支援センターの業務内容等についてミニレクチャーを行った。9/21 民生委員児童委員と「高齢者の見守りに関する事例検討と意見交換」をテーマに懇談会を行った。2/22 民生委員児童委員（高齢福祉部会）の方を対象に「矢口地区の現状と課題」をテーマに懇談会を行った。</p> <p>3/12 矢口地区にある高齢者見守り推進事業者（金融機関）と矢口地区の現状と課題、心配な高齢者への対応、地域包括支援センターや関係機関との連携等をテーマに懇談会を行った。(5 社参加)</p> <p>民生委員児童委員、見守り高齢者見守り</p>



	<p>高齢者対象者一覧表を活用、見守りキーホルダー未登録者を中心に電話連絡等を行い登録に繋げていく</p> <p>★[重-2]</p> <p>④未把握高齢者名簿(今年度は下丸子・千鳥地区を中心)を活用し戸別訪問を行い包括の周知、アンケート調査による実態把握を行う。</p>	<p>推進事業者共にお互いの活動を知らない様子あり。他関係機関も含め連携した見守りができるか、包括支援センターがハブとしての役割を持って繋げていくことが課題である。</p> <p>②4/14 男性向け料理教室「男のアテ」をカムカム新蒲田の調理講習室、11/20・2/28 矢口中学校調理室を活用して行った。(計3回)</p> <p>3/6 矢口南町会長の自宅にある離れを借りて、レコード鑑賞とコーヒーを飲んで談話することを目的にレコードカフェを行った。(計1回)</p> <p>「男のアテ」、「レコードカフェ」共に男性の参加者が少数だったので、地域への周知方法の工夫や参加者から担い手候補を見つけ、段階的にどう自主化していくか課題である。</p> <p>③イベント(防災訓練、スマホ相談会、茶話会、福祉用具展示、誕生会等)と組み合わせる等して自治会町会(計8件)、シニアクラブ(計1件)と連携し見守りキーホルダー一斉登録会を開催した。その内、今まで実施できていなかった自治会町会に対して開催することができた。(2件)</p> <p>未把握高齢者(一人暮らし・世帯)への訪問、一人暮らし登録者で見守りキーホルダーを登録していない方へ電話にて生活状況の把握と登録勧奨を行った。(計187件 不在も含む)</p> <p>訪問や電話したところ、地域包括支援センターや区のサービス等について情報が入ってこない、知らない等の高齢者が散見された。又、仕事や趣味活動をしている元気な高齢者も多かった。今後、支援が必要な高齢者をどう見つけていくか、情報力が不足している高齢者にどう必要な情報を提供するか課題である。</p>
--	--	--

		<p>・今後について</p> <p>民生委員児童委員、管轄内にある高齢者見守り推進事業者（業種ごと）、関係機関と事例検討を含めた懇談会を継続開催し地域で連携した見守りができるようにしていく。</p> <p>男性向けの集い場作りについて地域の様々な関係団体や関係機関と連携し地域に根付くよう継続していく。</p> <p>見守りキーホルダーの登録勸奨（更新も含む）について自治会町会（シニアクラブも含む）と民生委員児童委員と連携し一斉登録会や一人暮らし高齢者への電話連絡等を継続し登録率と地域包括支援センターの認知度を上げていく。</p> <p>④未把握高齢者名簿を活用し下丸子・千鳥地区を中心として定期的に戸別訪問を行った。（計 273 件 不在も含む）</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	地域特性や課題について地域の多様な主体と共通の認識を持ち連携し解決を図る。	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①行政情報、月報における相談内容の分析、個別地域レベル地域ケア会議から抽出した課題等をテーマに日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催する（年2回）</p> <p>②地域の医療機関、介護サービス事業者等に適時訪問し包括業務の周知、気になる高齢者等の情報共有を行う。「矢口地区 多職種連携懇談会」を継続して開催、事例検討を中心に行い医療機関、介護サービス事業者等のネットワーク作りを行う。（年1回）</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①6/28 都営住宅3自治会と見守り活動の状況や課題を中心に都営ならではの共通した高齢者や環境での課題についても情報共有、今後継続できる見守り活動について意見交換を行った。</p> <p>8/30 矢口北・矢口南・矢口中町会と地区ごとの見守り活動や課題、平場ならではの共通した課題について情報共有、今後継続できる見守り活動について意見交換を行った。（計2回）</p> <p>②管轄内のクリニック、病院、薬局、訪問看護ステーションに訪問等行い包括業務の周知や気になる高齢者について意見交換を行った。（7件）</p> <p>3/27 地域の医療機関と連携し「精神症状がある方への対応」をテーマに事例</p>

			を用いたグループワークでの多職種連携懇談会を開催した。(計1回)
--	--	--	----------------------------------

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の当事者や家族が安心して暮らしやすい地域になるための土壌作りを行う。		
実施計画 ※	<p>①地域に向けて民生委員児童委員や関係機関と連携し認知症カフェ等の居場所作りの必要性や参加協力について周知を行い、認知症当事者と家族が地域で行いたいこと、あったら良いサポートなどの意見を取入れながら既存の本人ミーティングとハタチ会(手芸カフェ)を継続、地域に根付かせていく。★[重-3] ★[特力]</p> <p>②地域住民向けに認知症サポーター養成講座(年2回)とステップアップ講座(年1回)を開催、認知症への理解啓発とチームオレンジの活動に繋げていく。★[重-3]</p> <p>③認知症検診事業名簿や認知症初期集中支援チーム事業を活用し、認知症予防の啓発や症状に合った適切な支援を行う。</p>	実施報告 ※※	<p>①地域住民のボランティア、若年性認知症家族会、民生委員児童委員等と連携して定期的に認知症カフェ(ハタチの会、本人ミーティングのふらっと・ぴあっと・くすっとの会)を開催した。(計23回)</p> <p>認知症当事者やその家族の参加を増やす為、地域で認知症の方を診察しているクリニックに訪問し、医師に認知症カフェの周知、認知症当事者やその家族への案内・参加の呼びかけを依頼した。(計5件)</p> <p>②認知症サポーター養成講座を開催した。(計2回)</p> <p>地域住民(認知症サポーター養成講座受講者も含む)対象で独自に認知症ステップアップ講座の内容として、関係機関と連携し11/29「認知症の方への声かけや対応についてロールプレイングと地域での共生についてのグループワーク」、3/29「認知症グループホームでの生活とパーソンセンタードケアについて学ぶ等」を開催した。(計2回)</p> <p>認知症カフェは認知症当事者の参加が少ないこと、認知症当事者が地域で行いたい事、何が困っているか等の意見を引き出すことが課題である。</p> <p>今後も医療機関やケアマネージャー、地域住民に向けて周知を行い、参加を促していく。プログラムについて認知症当事者の意向に沿って一緒に考え反映していく。</p> <p>認知症への理解を体系的に学べて出来る</p>

			<p>範囲でのサポート活動ができる環境作りが課題である。今後も認知症サポーター養成講座の受講者や地域住民向けに外部の認知症関連機関、認知症当事者とも連携して認知症ステップアップセミナーやイベントを開催し認知症への理解啓発を行い、認知症カフェのボランティアや普段の見守り活動等に加わってもらいチームオレンジの活動に繋げていく。</p> <p>③認知症初期集中支援チーム事業はサポーター医に適時相談、同行訪問を行った。(計3件 前年度から継続、終了ケースも含む)</p>
--	--	--	---

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	高齢者に限らず、矢口地区で様々な地域活動している団体との関係を構築する。		
実施計画 ※	<p>①矢口地区で地域活動している団体(障害、児童、環境等)とのメーリングリストを活用し、イベントの案内等各団体の活動について情報共有し理解を深めていく。</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や関係機関等と連携し地域の多様な主体を繋げて地域の困り事、解決に向けて出来る事など話し合う「やぐちたすけあいプラットフォーム」を適時開催していく。</p>	実施報告 ※※	<p>①メーリングリストを活用し包括主催の地域住民向けセミナーの案内、児童等の団体主催イベントについて情報共有し、双方で地域に周知を行った。</p> <p>②可能な限り「やぐちたすけあいプラットフォーム」に参加し、子供たちとその保護者、地域の多世代住民が気軽に集えて相談できる場所作りを目的に児童・青少年・障害等の関係者と意見交換やイベント(いずみえん納涼祭に参加し地域で安心して過ごせる場所は何処か等を聞く相談ブースを設置)に参画した。又、多摩川小学校とも連携し学校内外での子供の課題や地域での見守りについて意見交換、可能な限り小学校主催のイベントにも参加し交流を深めた。</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 西蒲田

1 事業目標

蒲田西地区の相談機関として地域住民と協働して、その専門性を発揮することにより、地域の様々な課題の解決に結び付くよう取り組みます。

● 機能アップ2か年計画<令和4年度~令和5年度>

目指す姿	複合化する課題に様々な機関とともに対応できるセンター	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. スマートフォンの活用によりフレイル予防を図りながら、趣味活動にも活かすことで地域社会に参加できる。 ★[重-1]	A
	2. 高齢のみならず多世代の団体とのつながりを持ち、世代を超えたネットワークを構築することで世代間の支え合いの働きかけをしていく。★[重-2]	A
	3. 地域社会へ認知症の理解を促し、権利擁護を含めた終活を様々な団体と協働しながら普及していく。★[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 昨年度はICTを活用した介護予防体操を特別出張所、シニアクラブ2か所、都市型軽費老人ホームで開催したが、今年度は会場開催の他、個人のスマートフォンでの利用もできるよう働きかけをおこなう。★[重-1] ★[特力]  (4) ⑦ フレイル予防の一環としてオンライン体操を様々な会場で実施すると同時に住民に周知できるように働きかける。【重-1】	(3) ① 今年度は新たに東矢口エリアに有料老人ホームグランダ池上南と共催で介護予防を目的とした通いの場を立ち上げた、2回(34名)次年度は通年での開催が決定している。 現状として、特別出張所、シニアクラブ、サンライズ商店街、グランダ池上南の4か所で介護予防を目的とした通いの場を運営している。 シニア世代の男性が地域の活動へ参加していない現状があり、フレイル状態へ繋がる恐れもある為、下半期に男性限定の健康講座を実施した。(2回・52名) (4) ⑦ 蒲田西特別出張所にてオンライン体操「カムカム体操」を実施した。(11回・107名) 蓮沼福寿会

<p>(7) ②</p> <p>区が推奨するスマートフォン相談会や教室を地域の機関を活用して開催する。★ [重-1]</p> <p>★[特力]</p>	<p>(シニアクラブ) においては、オンライン体操の運営支援 (11回 59名)</p> <p>(7) ②</p> <p>ふれあいはすぬまやコミュニティスペースにしかまたの場所を活用しスマートフォン相談会を実施した。(4回 36名)</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(5) ①</p> <p>近隣の保育園、子ども食堂と連携し、多世代交流の機会を作る。【重-2】</p> <p>(5) ②</p> <p>精神障がいに関わる相談が多いため、エリア内の障がい施設、精神障がい者家族会との繋がりを継続する。【重-2】</p> <p>(5) ④</p> <p>シオン教会フードパントリーに於いて大田区社会福祉協議会と協働して相談ブースを運営する。★ [重-2]</p> <p>(6) ①</p> <p>認知症サポーター養成講座については、前年度に小学生向けに開催できた。蒲田地域での小学生向けの認知症講座も定例化できたことを受けて、今年はさらに小中学校単位での開催ができるよう各関係機関へのはたらきかけに取り組む。</p> <p>学生をはじめとする若い世代にも関心をもってもらえるよう、より幅広い年齢層の地域住民に認知症についての理解を求めていく。★</p> <p>[重-2] ★[重-3]</p>	<p>(5) ①</p> <p>子ども食堂を運営する「だんだん」が主催する「子ども天国」へ参加。地域の高齢者からのメッセージカード作成を通じて子供たちのとの交流の機会を作った。</p> <p>(5) ②</p> <p>大田区精神障がい者家族会が運営するコミュニティスペースにしかまたの運営会議に参加し、包括自主事業への会場提供の協力や、包括の情報提供などを行った(10回)</p> <p>精神障がい者の就労支援を行うエンタスと共催事業を実施。陶芸教室(1回 7名)</p> <p>(5) ④</p> <p>シオン教会フードパントリーへ参加し、高齢者の経済困窮に関する実態把握を行った。高齢者の参加者が増加している傾向が見られた。次年度も継続参加(6回 350組)</p> <p>(6) ①</p> <p>地域住民、おなづか小学校、東京工科大学看護学科精神障がい者就労支援B型「エンタス」で認知症サポーター養成講座を開催することができた(受講者計 144名)</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①</p>	<p>(6) ①</p>

認知症サポーター養成講座については、前年度に小学生向けに開催できた。蒲田地域での小学生向けの認知症講座も定例化できたことを受けて、今年はさらに小中学校単位での開催ができるよう各関係機関へのはたらきかけに取り組む。

学生をはじめとする若い世代にも関心をもってもらえるよう、より幅広い年齢層の地域住民に認知症についての理解を求めていく。★  
[重-2] ★[重-3]

(6) ②

今年は認知症サポーター・ステップアップ研修については、蒲田西地区の民生委員、および地域住民向けに開催し、チームオレンジ形成を支援することで、認知症の方へのあたたかな理解と支援の輪が広がるようにしていく。ステップアップ研修の教材やカリキュラムについても試行錯誤を繰り返して作成していく。★[重-3]

(6) ③

今年はオレンジカフェの本格的な再開・再興を図り、地域で認知症について気楽に飲食をしながら語り合い、それぞれの悩みを共有できる機会づくりに取り組む。地域住民同士の連帯感の高揚に努める。★[重-3]

(6) ④

認知症施策の普及啓発活動については、今年も独自に作成している広報誌「かわらばん」でも認知症についてのコラムを掲載し、各種原因疾患や病態、行動心理症状への対応方法についても紹介していく。★[重-3]

(6) ⑤

今年は認知症のケースを通じて、これまで以上に当事者の声を聴き、それらを地域に還元

地域住民、おなづか小学校、東京工科大学看護学科精神障がい者就労支援B型「エンタス」で認知症サポーター養成講座を開催することができた（受講者計144名）

(6) ②

ステップアップ研修についても基本圏域で1回開催できたが、チームオレンジの活動参加者は少なかった。基本圏域における啓発活動において認知症当事者の方が発言できる機会をつくることができた。教材やカリキュラムは一部修正している。

(6) ③

オレンジカフェについては包括で事前にレジュメを用意し、それをもとにしてフリートークを展開するというスタイルでの開催が定着しつつある。参加人数は少数であり規模的には例年通りの開催にとどまった。集客活動についても注力したが思うような成果が出せなかった。

(6) ④

広報誌は3回の発行となったが認知症基本法の制定に合わせて認知症特集号を発刊できた。例年どおり認知症の行動心理症状の対応の仕方などを紹介している。

(6) ⑤

認知症のケースでは認知症の方の希望を聞き、その意向に沿うような意思決定支援を意識してケースワ

<p>していけるようにする。認知症の人が地域社会で役割を持ち、活躍できるよう支援する。 ★[重-3]</p>	<p>ークを実践できたという実感がある。また認知症の人を地域で支えていこうという気運の高まってきていると思われる。認知症の方の地域での役割創出については進んでいない。</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・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	広い意味でのチームケアにより総合相談の質を高める		
実施計画 ※	① 毎日のミーティングにより支援状況の共有を図り、チームで取り組むことができる  ② 区や民間等で開催される開催される研修に参加し、受講後は報告書の提出、回覧などにより共有を図る。  ③ 虐待や8050問題に対しては、様々な機関と連携をすることにより高齢者のみの問題ではなく、家族の問題として捉えて支援をしていく。	実施報告 ※※	① 毎日のミーティングによりケース共有をし、必要に応じて事例検討会も開催して所内で支援方針を確認し支援にあたった。  ② 研修は年間で15回参加をした他、職員の自主的な取り組みにより年金をテーマに所内研修も実施した。  ③ 生活困窮にある親子2人暮らしの世帯において相談窓口への連絡調整や同行支援を行うことで生活保護受給に至るまで支援をした。また親である高齢者が施設入所をしても、その家族の相続、財産管理などの相談にも成年後見センターとも協力して対応している。

### (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	高齢になっても住み慣れた地域で暮らすことができる地域となるべく支援をする		
実施計画 ※	① 困難ケースに於いては個別レベル地域ケア会議を開催。夕のミーティングを通じて開催する必要のある事例を検討する。会議には民生委員をはじめとする地域住民、日ごろの活動により知りえた地域の団体の力も得ることで支援をしていく。	実施報告 ※※	① 個別レベル地域ケア会議は7回開催したがそのうち困難ケース3回。民生委員、地域住民、開業医にも参加をいただいた。特に地域住民は会議以降も見守りをしてくださり、支援の力となった。



	<p>② 地域からの見守りの声に応え、包括が地域と共に積極的に関わり、支援につながるまでサポートする。</p> <p>③ 介護支援専門員が抱える支援困難なケースに関しても継続的に関わっていく。</p>	<p>② 地域住民の見守りと包括の支援が結び付き、サービス利用に至るケースもあった。</p> <p>③ 金銭管理ができず、債務を抱える支援困難となるケースが多くあったが、法律家への繋ぎ、緊急の食糧支援など積極的に関わった。</p>
--	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域のフレイル予防啓発を積極的に行う	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 昨年度はICTを活用した介護予防体操を特別出張所、シニアクラブ2か所、都市型軽費老人ホームで開催したが、今年度は会場開催の他、個人のスマートフォンでの利用もできるよう働きかけをおこなう。★[重-1] ★[特力]</p> <p>② 今年度から開始するサンライズ商店街にある「きずなテラス」を会場とし活用し、月に1回開催する地域講座に於いてフレイル予防の啓発を行う。</p> <p>③ 自立支援地域ケア会議は同日常生活圏域の包括新蒲田と協働し、定期的で開催。地域課題の抽出も行う。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 今年度は新たに東矢口エリアに有料老人ホームグランダ池上南と共催で介護予防を目的とした通いの場を立ち上げた、2回(34名)次年度は通年での開催が決定している。 現状として、特別出張所、シニアクラブ、サンライズ商店街、グランダ池上南の4か所で介護予防を目的とした通いの場を運営している。 シニア世代の男性が地域の活動へ参加していない現状があり、フレイル状態へ繋がる恐れもある為、下半期に男性限定の健康講座を実施した。(2回・52名)</p> <p>② 今年度よりサンライズ商店街の中にある「きずなテラス」を活用した通いの場である「いこいの泉」は全10回73名の参加者があった。主に西蒲田5～7丁目の住民が参加されている。</p> <p>③ 日常生活圏域地域ケア会議は災害時にひとり暮らし高齢者にどのような支援ができるか、町会・自治会長、民生委員、介護支援専門員、特別出張所とともに包括新蒲田と合同で開催した。</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。）

個別目標	地域の通いの場の運営支援や立ち上げを通じて高齢者のフレイル予防に取り組みます	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 包括支援センター西蒲田で作成している相談データや行政が作成したデータを活用し地域ごとの実態把握を行う。</p> <p>② 西蒲田7～8丁目のエリアにおいて通いの場がないため、通いの場の立ち上げを行う。</p> <p>③ 町内会の活動状況を把握するため、定例会などに伺い、包括支援センターの情報提供を行う。</p> <p>④ 町内会やシニアクラブに伺い包括支援センターと共催で出前講座を開催する。</p> <p>⑤ 見守りキーホルダーの普及啓発・更新など地域に出向いて実施する。</p> <p>⑥ 地域で活動を行っている団体（シニアクラブ・体操・茶話会）の活動支援を行う。</p> <p>⑦ フレイル予防の一環としてオンライン体操を様々な会場で実施すると同時に住民に周知できるように働きかける。【重一1】</p> <p>⑧ 包括支援センターの相談対象者など社会参加の機会を望んでいる方に対し、地域の活動団体へコーディネートを行います。</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 相談データを基にエリアごとの分析を行ったところ、相談件数に関しては西蒲田1・4丁目が多く、経済困窮に関する相談内容が多い。経済困窮の解決には多方面との連携が必要な為、それに関わる訪問も多く、昨年度より訪問件数も100件近く増加している。（令和5年度1月末現在）</p> <p>② 西蒲田7丁目のサンライズ商店街内のくらしの友きずなテラスに包括自主事業で「いこいの泉」の通いの場を立ち上げた。（10回73名）</p> <p>③ 今年は5町会の役員会へ出席し、地域包括支援センターの役割や包括が持っているデータを基に地域の特徴などを説明した。</p> <p>④ 安方北町会、包括新蒲田と共催でスマートフォン相談会を開催しました。</p> <p>⑤ 一・四クラブ、蓮沼福寿会などシニアクラブや商店街、蓮沼ふれあい祭り、西蒲田自治会防災訓練においてキーホルダーの更新会を実施した。</p> <p>⑥ 蓮沼福寿会（シニアクラブ）においては、オンライン体操の運営支援（11回59名）、はすぬま茶話会（民生児童委員主催）においては、講師、ボランティアグループの派遣などを行い、活動の支援を行いました。（11回100名）</p> <p>またシルバー人材センター第17ブロックから講師派遣の相談があり東京ヤクルト販売に協力して頂き健康講座を開催しました（20名）</p>

			<p>⑦ 蒲田西特別出張所にてオンライン体操「カムカム体操」を実施した。 （11回・107名）蓮沼福寿会（シニアクラブ）においては、オンライン体操の運営支援（11回59名）</p> <p>⑧ 包括支援センターの窓口に来た相談者および、予防プランナーの利用者に対して地域の通いの場へ参加できるよう繋げた（8名）</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	包括との連携により住民・地域の機関の緩やかな見守りの意識を持つことができる		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 近隣の保育園、子ども食堂と連携し、多世代交流の機会を作る。【重一2】</p> <p>② 精神障がいに関わる相談が多いため、エリア内の障がい施設、精神障がい者家族会との繋がりを継続する。【重一2】</p> <p>③ 東京工科大学と連携を取り、高齢者の通いの場が継続的に活動できるよう人材交流を行う。</p> <p>④ シオン教会フードパントリーに於いて大田区社会福祉協議会と協働して相談ブースを運営する。★【重一2】</p> <p>⑤ 地域ケア会議やチームオレンジ活動での成果として上がったものを、蒲田西地区「見守り指標」に追記し、地域の方と共有する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 子ども食堂を運営する「だんだん」が主催する「子ども天国」へ参加。地域の高齢者からのメッセージカード作成を通じて子供たちとの交流の機会を作った。</p> <p>② 大田区精神障がい者家族会が運営するコミュニティスペースにしかまたの運営会議に参加し、包括自主事業への会場提供の協力や、包括の情報提供などを行った（10回）精神障がい者の就労支援を行うエンタスと共催事業を実施。陶芸教室（1回7名）</p> <p>③ 民生委員児童委員が主催する「はすぬま茶話会」に東京工科大学の学生派遣のコーディネートを行った。（6・7月の2回）</p> <p>④ シオン教会フードパントリーへ参加し、高齢者の経済困窮に関する実態把握を行った。高齢者の参加者が増加している傾向が見られた。次年度も継続参加（6回350組）</p> <p>⑤ 「見守り指標」については地区民生委員協議会で配布をし、地域の民生委員と共有した。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても地域の理解を得ながら暮らすことが出来るよう、地域への広報を行う。	
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 認知症サポーター養成講座については、前年度に小学生向けに開催できた。蒲田地域での小学生向けの認知症講座も定例化できたことを受けて、今年はさらに小中学校単位での開催ができるよう各関係機関へのはたらきかけに取り組む。学生をはじめとする若い世代にも関心をもってもらえるよう、より幅広い年齢層の地域住民に認知症についての理解を求めていく。★[重-2] ★[重-3]</p> <p>② 今年は認知症サポーター・ステップアップ研修については、蒲田西地区の民生委員、および地域住民向けに開催し、チームオレンジ形成を支援することで、認知症の方へのあたたかな理解と支援の輪が広がるようにしていく。ステップアップ研修の教材やカリキュラムについても試行錯誤を繰り返して作成していく。★[重-3]</p> <p>③ 今年はオレンジカフェの本格的な再開・再興を図り、地域で認知症について気楽に飲食をしながら語り合い、それぞれの悩みを共有できる機会づくりに取り組む。地域住民同士の連帯感の高揚に努める。★[重-3]</p> <p>④ 認知症施策の普及啓発活動については、今年も独自に作成している広報誌「かわらばん」で</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>① 地域住民、おなづか小学校、東京工科大学看護学科、精神障がい者就労支援B型「エンタス」で認知症サポーター養成講座を開催することができた（受講者計 144 名）</p> <p>② ステップアップ研修についても基本圏域で 1 回開催できたが、チームオレンジの活動参加者は少なかった。基本圏域における啓発活動において認知症当事者の方が発言できる機会をつくることができた。教材やカリキュラムは一部修正している。</p> <p>③ オレンジカフェについては包括で事前にレジュメを用意し、それをもとにしてフリートークを展開するというスタイルでの開催が定着しつつある。参加人数は少数であり規模的には例年通りの開催にとどまった。集客活動についても注力したが思うような成果が出せなかった。</p> <p>④ 広報誌は3回の発行となったが認知症基本法の制定に合わせて認知症特集号を発刊できた。例年どおり認知症の行動心理症状の対応の仕方などを紹介している。</p> <p>⑤ 認知症のケースでは認知症の方の希望を聞き、その意向に沿うような意思決定支援を意識してケースワークを実践できたという実感がある。また認知症の人を地域で支えていこうという気運の高まってきていると思われる。認知症の方の地域での役割創出については進んでいない。</p>

	<p>も認知症についてのコラムを掲載し、各種原因疾患や病態、行動心理症状への対応方法についても紹介していく。★[重-3]</p> <p>⑤ 今年は認知症のケースを通じて、これまで以上に当事者の声を聴き、それらを地域に還元していけるようにする。認知症の人が地域社会で役割を持ち、活躍できるよう支援する。★[重-3]</p> <p>これらの活動を展開することで、また認知症の人が地域において、偏見や差別の目にさらされて排除されることがなく、共に暮らして行けるような地域づくりを行っていく。</p>		
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	大田区、および都の事業が住民の暮らしの助けとなるよう協力する		
実施計画 ※	<p>① 特殊詐欺被害防止のため自動通話録音機貸与の普及をする</p> <p>② 区が推奨するスマートフォン相談会や教室を地域の機関を活用して開催する。★[重-1] ★[特カ]</p>	実施報告 ※※	<p>① 16台貸与している。地域力推進委員会、窓口で積極的にPRをし、機器の取り付けには利用者宅を訪問して支援した。</p> <p>② ふれあいはすぬまやコミュニティースペースにしかまたの場所を活用しスマートフォン相談会を実施した。（4回36名）</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 新蒲田

## 1 事業目標

地域の総合相談機関として地域住民と協働して、その専門性を発揮することにより、地域の様々な課題の解決に結び付くよう取り組みます。

## ● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	複合化する課題に様々な機関とともに対応できるセンター	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. スマートフォンの活用によりフレイル予防を図りながら、趣味活動にも活かすことで地域社会に参加できるよう支援する。★[重-1]	A
	2. 高齢のみならず多世代の団体とのつながりを持ち、世代を超えたネットワークを構築することで世代間の支え合いを働きかける。★[重-2]	A
	3. 地域社会へ認知症の理解を促すとともに、権利擁護を含めた終活を様々な団体と協働しながら普及していく。★[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)○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)②スマホ講座、スマホ教室を地域で積極的に開催しオンラインでつながりを持てる体制を作る。	(4)②スマホ相談会・体験会をシニアステーションで25回。町会自治会単位で13回開催することができた。相談会は好評で毎回満員。体験会は内容が同じなためか参加者が減少した。区内包括では一番多く開催できている。
★[重-2] (1)①「ワンストップ」の相談支援をモットーにし、高齢に関わる機関・団体に関わらず、様々な団体と連携し、協働する。複合課題では重層的支援体制整備事業を理解し、円滑な相談支援を行う。	(1)①重層的支援体制整備事業を見据え、高齢者の支援が終了した世帯のケースも引き続き支援チームに加わり会議に参加している。区が主催する複合課題研修にも参加している。蒲田西プラットフォームに参加。様々な団体と関わることができている。

<p>(2) ①困難ケースに於いては地域ケア会議を開催。毎夕のミーティングを通じて開催の必要な事例を検討し、会議に参加していただく民生委員をはじめとする支援の担い手になることが見込まれる地域住民、地域団体、ケアマネージャーも併せて検討する。</p>	<p>(2)①包括内での事例検討会、近隣ケアマネージャーとの勉強会等定期的を実施することができた。地域ケア会議も定期的を開催し、日常生活圏域の地域ケア会議では地域の方と福祉関係者が話し合える場を作ることができた。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(1)③おいじたくセミナーをおおた社協後見センター、および事業者と共に地域に向けて行う。</p> <p>(6)②今年度は認知症サポーター・ステップアップ研修については、蒲田西地区の民生委員、および地域住民向けに開催し、チームオレンジ形成を支援することで、認知症の方へのあたたかな理解と支援の輪が広がるようにしていく。ステップアップ研修の教材やカリキュラムについても試行錯誤を繰り返して作成していく。</p> <p>(6)③幅広い世代に認知症を理解していただけるよう取り組む。近隣の中学校、小学校で認サポや福祉体験が実施できるよう働きかけを行い、開催を目指す。</p>	<p>(1)③おいじたくセミナー4回開催。シニアステーションで社会福祉協議会・民会団体を講師にセミナーを実施し、区民に広く啓発することができた。</p> <p>(6)②蒲田西地区民生児童委員(40名)を対象に認知症サポーター養成講座開催。チームオレンジ活動につなげるため次年度ステップアップ講座を開催する。包括西蒲田と共同し、内容を検討した。</p> <p>(6)③近隣小学校2校。5年生・6年生参加で認知症サポーター養成講座開催。両校100名以上の参加有。近隣中学には福祉体験授業が実施できることの内容をまとめ運営協議会で提案することができた。</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	地域の様々な団体と連携して相談支援を行う		
実施計画 ※	<p>① 「ワンストップ」の相談支援をモットーにし、高齢に関わる機関・団体に関わらず、様々な団体と連携し、協働する。複合課題では重層的支援体制整備事業を理解し、円滑な相談支援を行う。★【重-2】</p> <p>② 区や民間で開催される虐待防止研修など様々な研修に参加</p>	実施報告 ※※	<p>① 重層的支援体制整備事業を見据え、高齢者の支援が終了した世帯のケースも引き続き支援チームに加わり会議に参加している。区が主催する複合課題研修にも参加している。蒲田西プラットフォームに参加。様々な団体と関わることができている。</p>



	<p>する。受講後は伝達研修を行い職員全体で内容を共有し、職員のスキルアップを図る。</p> <p>③ 老いじたくセミナーをおおた社協後見センター、および事業者と共に地域に向けて行う。★【重-3】</p> <p>④ 日々のミーティングで情報共有、ケース検討を行い迅速な支援方針決定を行う。</p>	<p>② 虐待研修に積極的に参加（8回参加）。都度、伝達研修を行い内容共有した。</p> <p>③ 老いじたくセミナー4回開催。シニアステーションで社会福祉協議会・民間団体を講師にセミナーを実施し区民に広く啓発することができた。</p> <p>④ ケースは年間を通じて迅速な対応をすることができた。</p>
--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>高齢になっても認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう関係機関との連携を強化する。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 困難ケースに於いては地域ケア会議を開催。毎夕のミーティングを通じて開催の必要な事例を検討し、会議に参加していただく民生委員をはじめとする支援の担い手になることが見込まれる地域住民、地域団体、ケアマネージャーも併せて検討する。★【重-2】</p> <p>② 管内の居宅介護支援事業所と共に事例検討会を定期的に関催する。</p> <p>③ ケアマネージャーが相談しやすい雰囲気を作るためSHST（安心・おもてなし・笑顔・連携）を常に確認する。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 包括内での事例検討会、近隣ケアマネージャーとの勉強会等定期的実施することができた。地域ケア会議も定期的に関催し、日常生活圏域の地域ケア会議では地域の方と福祉関係者が話し合える場を作ることができた。</p> <p>② 近隣のケアマネージャーとの勉強会3回開催。日常生活圏域の地域ケア会議につながった。</p> <p>③ 来館者をすぐに確認できるよう机を配置。来館者にはこちらから声掛けすることができている。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>フレイル予防の意識向上に努める</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① シニアステーションをフレイル予防の重要拠点と捉え、積極的な広報と開催講座の紹介等、住民が活用できるよう働きかけを行う。</p> <p>② 見守りささえあいコーディネ</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 町会自治会の掲示板やマンションの掲示板を活用しシニアステーションのスケジュールを広報できている。参加人数も増えフレイル予防の推進ができている。</p>

	<p>ーターは積極的に地域に地域の於けるフレイル予防活動、社会資源把握する。把握した情報は毎月のミーティング、書面による回覧を行うことで共有。情報は相談支援の場で提供できるようにする。</p> <p>③ 介護予防ケアマネジメントでは、大田区での自立支援の考え方を確認しながら、具体的な生活目標を本人や支援者と共有。自立を目指し、取り組んでいく。</p> <p>④ 自立支援地域ケア会議は同日常生活圏域の包括西蒲田と協働し、定期的に開催。地域課題の抽出も行う。</p>		<p>② 見守りささえあいコーディネーターが中心となり職員全員で地域活動に参加できる仕組みを構築できている。把握した社会資源は職員間で共有し、介護保険外の通いの場として相談支援の場で情報提供できている。</p> <p>③ 介護予防ケアマネジメントでは地域ケア会議も活用しながら自立支援の考えを参加者で確認することができた。地域活動の再開などの支援し、コロナ禍で活動制限されていた社会資源の案内もできるようになった。</p> <p>④ 自立支援地域ケア会議を包括西蒲田と4回合同開催。毎回1ケースずつ出し検討することができた。</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ト業務を含む。）

個別目標	自主グループの活動支援を行い、地域の高齢者の活動の場を拡充する。		
実施計画 ※	<p>① ICTを活用したフレイル予防講座や地域活動を提案していく。リモート参加のメリットを伝え、スマートフォンの活用も併せて促していく。★【特力】</p> <p>② スマホ講座、スマホ教室を地域で積極的に開催しオンラインでつながりを持てる体制を作る。★【重-1】</p> <p>③ 見守りKHの登録更新会を各町会自治会で行う。</p>	実施報告 ※※	<p>① オンライン体操の配信を自治会・町会の活動に活用できないか提案。一つの自治会でWi-Fi環境を整え、自力で毎月参加できるようになっている。</p> <p>② スマホ相談会・体験会をシニアステーションで25回。町会自治会単位で13回開催することができた。</p> <p>③ 見守りKH登録更新会全ての町会自治会で実施。</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	包括との連携により住民同士の緩やかな見守り意識を持つことができる。		
実施計画 ※	<p>① 個別地域ケア会議で抽出した課題から日常生活圏域地域ケア会議を開催し、地域全体で取り組める体制を構築する。</p> <p>② 東京工科大学と地域の自主グ</p>	実施報告 ※※	<p>① ③自立支援・個別ケースの地域悔過会議6回開催。日常生活圏域の地域ケア会議では民生児童委員・町会自治会関係者・近隣のケアマネジャー80名が参加し、「防災」をテー</p>

	<p>ループの活動の参加のつなぎを行うことで学生の地域活動を支援する。</p> <p>③ 地域ケア会議やチームオレンジ活動での成果として上がったものを、蒲田西地区「見守りの指標」に追記し、地域の方と共有する。</p>		<p>マに見守り活動や避難行動要支援者名簿に関して共有することができた。</p> <p>② 東京工科大の作業療法士学科、看護師学科の学生を地域活動につなぐことができた。参加するだけでなく、シニアステーションや地域サロンで学生が考えた講座を開催した。</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理解を得ながら暮らすことができるよう、地域への啓発を行う。		
実施計画 ※	<p>① 認知症サポーター養成講座を地域にいるキャラバンメイトと共に開催する。</p> <p>② 今年は認知症サポーター・ステップアップ研修については、蒲田西地区の民生委員、および地域住民向けに開催し、チームオレンジ形成を支援することで、認知症の方へのあたたかな理解と支援の輪が広がるようにしていく。ステップアップ研修の教材やカリキュラムについても試行錯誤を繰り返して作成していく。★[重-3]</p> <p>③ 幅広い世代に認知症を理解していただけるよう取り組む。近隣の中学校、小学校で認サポや福祉体験が実施できるよう働きかけを行い、開催を目指す。 ★【重-3】</p>	実施報告 ※※	<p>① 問い合わせを行ったが地域にいるキャラバンメイト情報は教えられないとの返答あり。包括職員で開催。</p> <p>② 蒲田西地区民生児童委員（40名）を対象に認知症サポーター養成講座開催。チームオレンジ活動につなげるため次年度ステップアップ講座開催する。包括西蒲田と共同し、内容を検討した。</p> <p>③ 近隣小学校2校。5年生・6年生参加で認知症サポーター養成講座開催。両校100名以上の参加有。近隣中学には福祉体験授業が実施できることの内容をまとめ運営協議会で提案することができた。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	東京都や大田区が実施する事業の周知、普及活動を行う。		
実施計画 ※	<p>① 区が推奨するスマホ相談会やスマホ教室をシニアステーションや町会会館を活用し積極</p>	実施報告 ※※	<p>① 年間通じてシニアステーションや町会自治会単位でスマホ講座を開催することができた。</p>

	<p>的に開催する。</p> <p>② 特殊詐欺を未然に防ぐ目的で自動通話録音機貸与を積極的に行う。</p>		<p>② 自動通話録音機貸与を積極的に勧めた。年間22台貸与することができた。地域活動や広報誌でも周知している。</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 蒲田

## 1 事業目標

包括蒲田の地域のニーズを把握して、地域生活課題を地域とともに解決できる体制を構築する

## ● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	包括蒲田の地域のニーズを把握して、地域生活課題を地域とともに解決できる地域包括支援センターとなる	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. オンラインなどを活用して、天候や感染症に左右されず、繋がりを維持できる体制を作りたい ★[重-1]	B
	2. 単身高齢者の孤立化や8050問題など重層的支援を必要とする高齢者やその家族の課題に対して、地域と共に課題を共有し、出来ること、助けてもらいたいことを日ごろから話し合う機会を持ち、支援体制を構築していきたい★[重-2]	A
	3. 地域や事業所と認知症の理解促進と早期の支援につながる体制を作りたい★[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フレイル予防事業に地域の方と一緒に参加し、体操教室が自主的に運営できるよう支援する。 (3) ②介護予防ケアマネジメントでは、具体的な生活目標を本人や支援者と共有して支援を実行し、自立支援検討地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出も行う。 (3) ③フレイル予防や認知症予防を地域に向けて普及啓発する。 (4) ④スマホ相談会やスマホ体験会を地域の活動の中に取り入れ、オンラインでつながりを持つ体制を作る。	(3) ① 自主グループの後方支援を行った。地域リハビリテーション事業の活用や介護サービス事業者と連携し体力測定や歩行診断など幅広く支援した。 ② 自立支援検討は所内のケース検討で行い、地域との共有はなかなか図れなかった。 ③ 自主グループや北蒲若者の会などで地域リハビリテーション事業を活用し体力測定、AI歩行解析トルトを実施した。 (4) ④スマホ教室、相談会を特養蒲田と蒲田駅前図書館で計3回開催した。相談会は時間をたっぷり使って相談できるので交渉だった。

<p>(4) ⑤かまた元気まつりやまもりんぴっくなど地域のイベントには積極的に参画し、地域包括支援センターとしてつながりを維持する役割を果たす。</p>	<p>⑤包括蒲田東と連携し「まもりんぴっく」に実行委員会から参加し、連合町会や各機関を連携することが出来た。</p> <p>◆オンラインにこだわらず、地域活動支援を行うことが出来た。そのおかげで蒲田駅前図書館などと連携を作ることが出来た。来年度も地域の活動の場を作っていく。</p> <p>・達成度評価の理由</p> <p>オンラインを活用しきれなかった。しかし地域活動を積極的に行うことが出来た。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1) ①毎日の申し送り(ケース共有・プチ検討)、複合課題の所内検討とモニタリングを実施する。</p> <p>(1) ②個別レベル地域ケア会議や担当者レベル会議を実施し、支援方針、役割を計画的に実行する。</p> <p>(1) ③虐待・権利擁護・支援困難ケースについて管理表作成し、モニタリングと経過把握を行う。</p> <p>(1) ④「おい支度したくセミナー」などを地域に向けて行い、権利擁護への意識を地域に広める。</p> <p>(1) ⑤積極的に研修に参加し、専門職としての資質向上を目指す。</p> <p>(4) ①地域の活動を集めて整理し、いつでも情報提供できるツールを作成する。</p> <p>(4) ②男の居場所作りをする。★[特力]</p> <p>(4) ③多世代に向けた地域活動を行い、世代を超えたつながりが出来る取り組みを行う。</p>	<p>(1)</p> <p>① 毎日の申し送りを徹底し、ケース共有をしたことでチーム支援を行うことが出来た。日報と申し送り簿を連携させて業務負担を軽減した。</p> <p>② 個別レベル会議 2 回、関係者レベル会議 会開催。</p> <p>③ 管理表を更新し、進捗状況の把握を徹底した。</p> <p>④ 成年後見制度等促進協議会に参加し、地域に向けた啓発について検討した。管轄内のケアマネ懇談会を開催し、大田区の目指している権利擁護促進について啓発した。</p> <p>⑤ 大田区介護支援専門員研修、精神保健福祉研修などに参加し所内で伝達研修を行った。</p> <p>◆「相談を一つの世帯として捉える」ことを職員全員で行うことでチーム支援が出来た。次年度も引き続き地域ケア会議計画的に行う。</p> <p>(4)</p> <p>① 各包括が作成した「お役立ちガイド」を個別支援に活用した。</p> <p>② 男性の居場所として「北蒲若者の会」発足。ポッチャやモルックなどを推奨している団体や介護サービス事業と連携し継続的に開催することが出来た。蒲田地域福祉課管内の7包括が開催している男性に向けたグループを集めて交流会を開催した。</p> <p>③ 認知症地域支援推進員による「子供向け認知症セミナー」、特養蒲田と連携した「蒲田小学校高齢者疑似体験」みらいエールから依頼を受け特別講師をした「東蒲中学校キャリア教育授業」な</p>

<p>(5) ①個別レベル地域ケア会議へ民生委員や地域の関係機関に積極的に参加してもらう。</p> <p>(5) ②日常生活圏域レベル会議を自治町会単位で開催し、蒲田東出張所管内の地域課題を抽出し、町会長会議や民生委員児童委員協議会・シニアクラブ・商店・学校など多機関と連携し、地域と共に取り組みを計画、実施していく。</p> <p>(7) ①蒲田東包括管内での日常生活圏域レベル会議を協働して開催する。</p> <p>(7) ②日常生活圏域レベル会議で話し合われた取り組み事項を蒲田東地区町会長会議などで提案し、蒲田東特別出張所管内全体の取り組みを計画、実施していく★[特力]</p>	<p>ど地域に向けて開催。行ったことは地域力推進会議や民生児童委員協議会で共有した。</p> <p>◆男性の居場所作り、多世代に向けた地域活動を計画的に行うことが出来た。次年度は北蒲広場にくすのき園が一時的にくるため、障害者分野との連携も進めていきたい。</p> <p>(5)</p> <p>① 管轄内ケアマネ懇談会を2回開催し、大田区施策や成年後見制度促進協議会などの啓発を行い、意見交流かを行ったことで、次年度にやりたいことの要望も出してもらうことが出来た。</p> <p>② 蒲田地域福祉課管内の介護支援専門員研修会を年4回開催。「個別避難計画」「8050問題」をテーマにディスカッションとグループワークの形式にして参加型研修を開催することが出来た。</p> <p>◆次年度も引き続き開催し、蒲田東特別出張所管内の地域課題を抽出し地域活動に取り入れていく。</p> <p>(7)</p> <p>① 包括蒲田東管内の日常生活圏域レベル地域ケア会議3回開催し、地域課題抽出を行った。</p> <p>② 町会長会議に参加し、今までの日常生活圏域レベル会議からオレンジカフェと男性の集いにつなげたことを共有することが出来た。地域課題を整理した表にして各町会長へあいさつ回りで配布した。</p> <p>◆令和5年度は包括蒲田東との連携し、特別出張所とのつながりを作ってきた。定期的に打合せをし、地域活動を行うことで地域へ統一した支援を行うことを意識してきた</p> <p>・達成度評価の理由</p> <p>ケースワークとコミュニティワークを両輪で取り組み実績を上げることが出来た。重層的支援や多世代に向けての取り組みも出来た。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6) ①拒否や介入困難なケースは、初期集中支援チーム・アウトリーチ事業を活用し、適切な支援へつなげる。</p> <p>(6) ②地域ケア会議や担当者レベル会議などを活用し、地域の関係機関を巻き込んだ認知症高齢</p>	<p>(6)</p> <p>① 初期集中支援チームを活用し、介入困難な認知症高齢者の支援を継続的に行った。</p> <p>② 認知症の独居男性のケースを継続的に複数回開催した。課題抽出から役割分担し、次回開催</p>

<p>者の支援を検討する機会を作る。</p> <p>(6) ③オレンジカフェについては「知って安心(勉強会)」「聞いて安心(相談会)」「踊って安心(予防体操)」「前もって安心(見守りキーホルダー登録更新)」をテーマに計画的に開催し、認知症の予防・理解と啓発、支えようという意識を持ってもらうことを地域に広げていく。</p> <p>④大田区版チームオレンジ事業として、蒲田地域福祉課管内の包括と連携し「ひとりじゃない。おせっかいとありがとうの輪で寄り添うまち蒲田」をスローガンに幅広い世代に向けた取り組みを行う。(認知症サポーターステップアップ講座や小学生向け講座など)</p>	<p>時期を決めることで支援者も計画的に支援することが出来た。</p> <p>③ オレンジカフェを包括蒲田東と連携し2か所で開催。同じ内容を2回行い、どちらでも行けるときに参加できるように工夫した。</p> <p>④蒲田地域包括管内の包括と連携し「小学生向け講座」と「ステップアップ研修」を開催。チームオレンジ事業については、認知症地域支援推進員の取り組みを啓発・地域活動・個別ケースと整理して「一人じゃない。おせっかいとありがとうの輪で寄り添うまち蒲田」をテーマに連携・共有することで包括同士が影響しあう取り組みにすることを確認できた。</p> <p>◆認知症の取り組みについては計画的に、かつ積極的に実行できた。次年度も認知症地域支援推進員を中心に啓発・地域活動・個別ケースの検討共有を行っていく。</p> <p>・達成度評価の理由</p> <p>認知症施策も計画的に実行できた。個別対応から地域に向けた取り組み、他機関と連携し多世代に向けてのアプローチも行うことが出来た。</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	相談を一つの世帯ととらえ対応する		
実施計画 ※	<p>① 毎日の申し送り(ケース共有・プチ検討)、複合課題の所内検討とモニタリングを実施する。 ★[重-2]</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議や担当者レベル会議を実施し、支援方針、役割を計画的に実行する。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①毎日の申し送りを徹底し、ケース共有をしたことでチーム支援を行うことが出来た。日報と申し送り簿を連携させて業務負担を軽減した。</p> <p>②個別レベル会議2回、関係者レベル会議会開催。</p> <p>③管理表を更新し、進捗状況の把握を徹底した。</p>



	<p>③ 虐待・権利擁護・支援困難ケースについて管理表作成し、モニタリングと経過把握を行う。★[重-2]</p> <p>④ 「おいじたくセミナー」などを地域に向けて行い、権利擁護への意識を地域に広める</p> <p>⑤ 積極的に研修に参加し、専門職としての資質向上を目指す。★[重-2]</p>	<p>④成年後見制度等促進協議会に参加し、地域に向けた啓発について検討した。管轄内のケアマネ懇談会を開催し、大田区の目指している権利擁護促進について啓発した。</p> <p>⑤大田区介護支援専門員研修、精神保健福祉研修などに参加し所内で伝達研修を行った。</p> <p>◆「相談を一つの世帯として捉える」ことを職員全員で行うことでチーム支援が出来た。次年度も引き続き地域ケア会議計画的に行う。</p>
--	---	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように地域の関係機関との連携強化を図る		
実施計画 ※	<p>① 管内の居宅介護支援事業所との連携強化のため、年1回は懇談会を開催して、包括の事業報告、制度改正、大田区高齢者福祉計画に沿った施策等の案内を行う。★[重-3]</p> <p>② 蒲田地域福祉課管内の介護支援専門員研修会に運営委員として参加。年4回の研修を企画・運営していく。★[重-3]</p> <p>③ 複合課題には、障害・児童・生活困窮など各分野の専門職と連携を作り、支援方針を作る。★[重-2]</p> <p>④ 支援困難ケースには、法務支援相談や大田区社会福祉協議会の福祉従事者相談、法テラスなど専門機関へ相談していく。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①管轄内ケアマネ懇談会を2回開催し、大田区施策や成年後見制度促進協議会などの啓発を行い、意見交流を行ったことで、次年度にやりたいことの要望も出してもらうことが出来た。</p> <p>②蒲田地域福祉課管内の介護支援専門員研修会を年4回開催。「個別避難計画」「8050問題」をテーマにディスカッションとグループワークの形式にして参加型研修を開催することが出来た。</p> <p>③重層的支援検討会議に2回参加し、各分野の専門職と支援方針を検討した。</p> <p>④法務支援2回活用。権利擁護ケースには常におおた後見センターへ相談し連携を図った。</p> <p>◆管轄内の居宅支援事業所との懇談会を定着させることが出来た。ケアマネから「こんなことを学びたい、やりたい」との要望を貰うこともあり、関係性構築も図ることが出来た。複合課題に対しては重層支援や法務支援の活用で多角的に検討することが出来たので次年度も取り組んでいきたい。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	健康寿命の延伸をめざす		
実施計画 ※	<p>① フレイル予防事業に地域の方と一緒に参加し、体操教室が自主的に運営できるよう支援する。 ★[重-1]</p> <p>② 介護予防ケアマネジメントでは、具体的な生活目標を本人や支援者と共有して支援を実行し、自立支援検討地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出も行う。★[重-1]</p> <p>③ フレイル予防や認知症予防を地域に向けて普及啓発する。★[重-1]</p>	実施報告 ※※	<p>①自主グループの後方支援を行った。地域リハビリテーション事業の活用や介護サービス事業者と連携し体力測定や歩行診断など幅広く支援した。</p> <p>②自立支援検討は所内のケース検討で行い、地域との共有はなかなか図れなかった。</p> <p>③自主グループや北蒲若者の会などで地域リハビリテーション事業を活用し体力測定、AI歩行解析トルトを実施した。 ◆自主グループ支援は引き続き後方支援を中心に行う。自立支援検討地域ケア会議は予防プランナーを中心に計画的に行う。</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	幅広い世代が暮らす蒲田地域でその人らしい生活を支援する 蒲田版地域共生社会を構築する。		
実施計画 ※	<p>① 地域の活動を集めて整理し、いつでも情報提供できるツールを作成する★[重-2]</p> <p>② 男の居場所作りをする。★[重-2] ★[特力]</p> <p>③ 多世代に向けた地域活動を行い、世代を超えたつながりが出来る取り組みを行う。★[重-2]</p> <p>④ スマホ相談会やスマホ体験会を地域の活動の中に取り入れ、オンラインでつながりを持てる体制を作る。★[重-1]</p> <p>⑤ かまた元気まつりやまもりんぴっくなど地域のイベントには積極的に参画し、地域包括支援センターとしてつながりを維持する役割を果たす。★[重-1]</p> <p>⑥ 見守りキーホルダー登録更新</p>	実施報告 ※※	<p>①各包括が作成した「お役立ちガイド」を個別支援に活用した。</p> <p>②男性の居場所として「北蒲若者の会」発足。ポッチャやモルックなどを推奨している団体や介護サービス事業と連携し継続的に開催することが出来た。蒲田地域福祉課管内の7包括が開催している男性に向けたグループを集めて交流会を開催した。</p> <p>③認知症地域支援推進員による「子供向け認知症セミナー」、特養蒲田と連携した「蒲田小学校高齢者疑似体験」みらいエールから依頼を受け特別講師をした「東蒲中学校キャリア教育授業」など地域に向けて開催。行ったことは地域力推進会議や民生児童委員協議会で共有した。</p>

	<p>会や出張相談会を自治町会やいこいの家で開催する。</p>	<p>◆男性の居場所作り、多世代に向けた地域活動を計画的に行うことが出来た。次年度は北蒲広場にくすのき園が一時的にくるため、障害者分野との連携も進めていきたい。</p> <p>④スマホ教室、相談会を特養蒲田と蒲田駅前図書館で計3回開催した。相談会は時間をたっぷり使って相談できるので交渉だった。</p> <p>⑤包括蒲田東と連携し「まもりんぴっく」に実行委員会から参加し、連合町会や各機関を連携することが出来た。</p> <p>⑥いこいの家や自治町会に向けて見守りキーホルダー登録更新会を開催した。</p> <p>◆連合自治町会との連携、各機関と繋がり地域活動支援の幅を広げたい。障害分野・放課後デイサービス、ヤングケアラーなどの他機関の連携も強化する。</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	総合相談から個別課題を地域と共有し、積極的に地域へ出向き地域づくりに参加する		
実施計画 ※	<p>① 個別レベル地域ケア会議へ民生委員や地域の関係機関に積極的に参加してもらおう。★[重-2]</p> <p>② 日常生活圏域レベル会議を自治町会単位で開催し、蒲田東出張所管内の地域課題を抽出し、町会長会議や民生委員児童委員協議会・シニアクラブ・商店・学校など多機関と連携し、地域と共に取り組みを計画、実施していく。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 地域ケア会議には民生委員・大田区社会福祉協議会・医療機関などが参加。今後関りを持ってもらいたい機関への参加を依頼し、助言をもらうようにした。</p> <p>② 包括蒲田東と連携して日常生活圏域を三回開催し参加した。</p> <p>◆次年度も引き続き開催し、蒲田東特別出張所管内の地域課題を抽出し地域活動に取り入れていく。</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なれた地域で暮らせるまちづくりを行う
------	------------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 拒否や介入困難なケースは、初期集中支援チーム・アウトリーチ事業を活用し、適切な支援へつなげる★[重-3]</p> <p>② 地域ケア会議や担当者レベル会議などを活用し、地域の関係機関を巻き込んだ認知症高齢者の支援を検討する機会を作る★[重-3]</p> <p>③ オレンジカフェについては「知って安心（勉強会）」「聞いて安心（相談会）」「踊って安心（予防体操）」「前もって安心（見守りキーホルダー登録更新）」をテーマに計画的に開催し、認知症の予防・理解と啓発、支えようという意識を持ってもらうことを地域に広げていく★[重-3]</p> <p>④ 大田区版チームオレンジ事業として、蒲田地域福祉課管内の包括と連携し「ひとりじゃない。おせっかいとありがとうの輪で寄り添うまち蒲田」をスローガンに幅広い世代に向けた取り組みを行う。（認知症サポーターステップアップ講座や小学生向け講座など）★[重-3]</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①初期集中支援チームを活用し、介入困難な認知症高齢者の支援を継続的に行った。</p> <p>②認知症の独居男性のケースを継続的に複数回開催した。課題抽出から役割分担し、次回開催時期を決めることで支援者も計画的に支援することが出来た、</p> <p>③オレンジカフェを包括蒲田東と連携し2か所で開催。同じ内容を2回行い、どちらでも行けるときの参加できるように工夫した。</p> <p>④蒲田地域包括管内の包括と連携し「小学生向け講座」と「ステップアップ研修」を開催。チームオレンジ事業については、認知症地域支援推進員の取り組みを啓発・地域活動・個別ケースと整理して「一人じゃない。おせっかいとありがとうの輪で寄り添うまち蒲田」をテーマに連携・共有することで包括同士が影響しあう取り組みにすることを確認できた。</p> <p>◆認知症の取り組みについては計画的に、かつ積極的に実行できた。次年度も認知症地域支援推進員を中心に啓発・地域活動・個別ケースの検討共有を行っていく。</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>蒲田東特別出張所管内包括との連携</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 蒲田東包括管内での日常生活圏域レベル会議を協働して開催する★[重-2]</p> <p>② 日常生活圏域レベル会議で話し合われた取り組み事項を蒲田東地区町会長会議などで提</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>①包括蒲田東管内の日常生活圏域レベル地域ケア会議3回開催し、地域課題抽出を行った。</p> <p>②町会長会議に参加し、今までの日常生活圏域レベル会議からオレンジカフェと男性の集いにつなげたことを共有するこ</p>

	<p>案し、蒲田東特別出張所管内全体の取り組みを計画、実施していく★[重-2]★ [特力]</p>	<p>とが出来た。地域課題を整理した表にして各町会長へあいさつ回りで配布した。  ◆令和5年度は包括蒲田東との連携し、特別出張所とのつながりを作ってきた。定期的に打合せをし、地域活動を行うことで地域へ統一した支援を行うことを意識してきた</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 蒲田東

## 1 事業目標

地域の一員として受け入れられ、高齢者だけでなく、多世代の相談窓口としても頼れる地域包括支援センターをめざす。

## ● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	誰が気がねなく立ち寄り、困り事や不安を一緒に考え解決できるセンターになる	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 自治会・町会と連携し、フレイル予防の取り組みについて地域住民が集える場所を確保し、活動の場づくりを強化する ★[重-1]	A
	2. 民生委員と協力し、孤立の可能性ある対象者の生活実態の把握に努め、必要な支援に繋げる ★[重-2]	A
	3. 認知症や多世代の介護問題について、保健・医療・福祉をはじめとする多職種で事例を共有し役割を明確にすることによりチームで地域にアプローチしていく ★[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 自治会町会の地域活動へ参加し、フレイル予防や認知症予防の普及啓発を行う。	(3)②自治会町会やシニアクラブが行う活動に定期的に参加し、フレイル予防に関する区事業の案内やオレンジカフェ、認知症サポーター養成講座の案内など、啓発を行った。また希望のある自治会町会やシニアクラブへ、「地域包括支援センター蒲田東だより」を定期的に発行し、包括周知と併せてフレイル予防啓発を行った。毎月定期的に行われている自主グループの体操教室へも同様に啓発活動を展開。地域リハビリテーション事業や区の歯科、栄養士派遣を活用してのフレイル予防のセミナーを自治会町会とも連携し、2回開催した。オレンジカフェを蒲田包括と連携し、毎月開催。自治会町会や民生委員へも声を掛け、認知症予防啓発に協力頂いた。今後はチームオレンジを見据えて地域活動を広げていく。

③ シニアステーションや地域団体の活動など、予防となる社会資源を把握し、住民へ周知する。

(5)① 積極的に地域に出向き、蒲田東地域の特性や地域資源の把握、町会、自治会、シニアクラブ、民生委員、地域活動団体等の情報収集を行う。情報収集した内容をミルモネット等共有できるものに残し、個別支援等でも活用する。★[特力]

(6)③ 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と、医療機関と連携して認知症対応力向上をめざし、認知症カフェを開催する。

③地域資源情報は包括内で共有し、住民に案内できるようにした。日常生活圏域の地域ケア会議では、町会員以外に地域の薬局、介護事業所、ワークショップ等の参加を依頼した。シニアステーション靴谷とは、定期的な案内チラシの授受やシニアステーション内でのイベント時に包括周知活動を行うなどの連携も図った。スマートフォン相談会も開始し(67件)立地、センター掲示の影響か、エリア外の方が多かった。今後は、担当地域への広報と、各町会の会場での開催を企画していく。その他町会等の情報も得ながら、社会資源を多く案内できるようにしていく。

(5)① 上記同様。地域に出向き地域活動団体の把握をし、後方支援できることは行った。ミルモネット登録されていないグループ2件に対し案内した。社会福祉協議会のつどいの場助成について、活動支援目的で案内や登録の手伝いを行った。

地域に受け入れられるよう、日頃より町会やシニアクラブなど、コミュニケーションを多くとり、イベント(お花見・夏祭り・運動会・防災訓練・もちつき・新年会・演芸大会)に声をかけていただき参加した。情報交換する機会を多く持ちことで、連携をとりやすくし信頼関係を築くよう努力した。

蒲田東地区自治会連合会の二大イベント「蒲田東フェスティバル」にも参加し、地域の力を実感することができた。「まもりんピック」は準備から参加し、防災意識の高い地域の方と、顔の見える関係づくりができた。

今後地域のイベント参加させていただいた際、包括の周知、連携強化に力をいれていく。

(6)③日常生活圏域内の地域包括蒲田と共同で、二か所でオレンジカフェを開催し、認知症サポートガイドに沿って講座を開き啓発を行った。包括蒲田東の担当地域は東京蒲田医療センター大会議室を借用を可能とし、地域住民の健康管理の意識向上にも目を向けて病院看護部とも連携して対応することができた。

今後は広報にも力を入れると同時に、参加型から自



	<p>主的な意識をもってもらい、新たなグループを作るなど発展させていく。</p> <p>【評価理由】地域活動に多く参加し、オレンジカフェ立ち上げの際も民生委員の協力が得られた。圏域レベル会議後の流れから、すぐにフレイル予防の普及啓発のセミナー開催し、自治会町会の方にも広報の協力がいただけた。自治会町会との連携を重点におき活動できたため A とした。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(4) ① 地域力推進会議や民生児童委員協議会などへの参加し、気になる高齢者の情報共有し、必要時は一緒に訪問をしていく。</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、実態把握を行う。見守りキーホルダー登録会の開催を働きかけていく。</p>	<p>(4) ①地域力推進会議・民生委員協議会で有効的な情報交換の機会にする為、毎月、地域包括支援センター蒲田との打ち合わせ会議を毎月設けた。民生委員とは直接会って会話を多くし、気になる高齢者の情報共有をこまめにできるような関係性作りもできた。事例を通した具体的な連携の発信や包括活動の周知を行い、民生委員の協力を多く得ることができた。気になる高齢者情報はすぐに対応し、民生委員と共有するよう徹底した。今後も包括蒲田と協力しながら、地域力推進会議、民生児童委員協議会の場をお借りして連携強化に繋げていく。</p> <p>②前委託法人より、気になる方として引き継いだケースで直接お会いできていない方は、熱中症訪問で再アセスメントして埋もれないようにすることができた。見守りキーホルダー登録会は1回実施。見守りキーホルダー登録会企画までは十分に行うことができなかった。</p> <p>3回行った圏域会議では、どの町会も独居の方の把握は課題となり、民生委員他自治会町会の方との連携がより大切と再確認した。今後は自治会町会との関係構築を更に深め、各町会会館を利用したキーホルダー登録会を行っていく。</p> <p>【評価理由】孤立の可能性ある人、地域で気になっている人などはすぐに対応しアセスメント、情報整理した。民生委員と情報共有もスピード感もって対応した。自治会町会、民生委員との連携をスムーズにすることはできたのは、地域に出てることを意識してきた事、圏域地域ケア会議開催等の積み重ねで関係性が少しずつ構築できた。連携により、早期に必要な対応することができたため A とした。</p>

<p>★[重-3]</p> <p>(2) ②個別レベル地域ケア会議を開催し、課題解決や関係機関との連携強化、地域課題の抽出を図る。</p> <p>(5) ② 個別レベル地域ケア会議を適宜開催し、地域課題の把握を行う。個別地域ケア会議や資源把握時に得られた課題把握から圏域レベル会議を開催する。</p>	<p>(2) ②ケアマネジャーからの相談を基に個別レベル地域ケア会議を3回実施。介護保険サービス提供者だけでなく、蒲田地域福祉課身体障害者担当や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らと連携し、個人の課題解決から地域課題の抽出に取り組んだ。今後は個別地域ケア会議開催をスムーズにして件数を増やす。</p> <p>(5) ②隣接する3町会を対象として圏域レベル会議を順に3回実施。町会別の特性に合わせて打ち合わせをすすめ、高齢者の孤立防止など町会に共通する課題を表面化させ、課題にむけて町会と包括と共に取り組む関係性を築いた。今年度は高齢者と生活を共にする子と孫を含む多世代の支援会議に二度参加し、多機関との連携構築に取り組んだ。今後はまだ開催に至っていない地域での圏域会議を開催していく。</p> <p>【評価理由】</p> <p>高齢分野だけでは解決に至らないケースも多く多他機関にアプローチを図り連携した。今年度の圏域地域ケア会議行った地域については意見のキーワード抽出をしての課題、ニーズを把握することができたため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◆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	・複合的な課題への対応力向上と関係機関との連携、社会資源を活用した総合的支援をする		
実施計画 ※	① 日々のミーティングによる相談内容の確認と進捗管理を行う。支援困難や虐待対応、複合課題に対しケース検討を行い、課題抽出と支援方針を決めチームで共有する。	実施報告 ※※	① 毎日のミーティングの中で支援状況の共有を行い、困難ケースに於いては複数の職員で対応し、フォロー体制を充実させた。虐待対応や権利擁護を要するケースなど、所内の方针对応の検討を実施し、地域福祉課、おおた成年後見センタ

	<p>② 虐待や権利擁護に関わる研修参加でスキルアップを図り、早期に読み取る力と対応に繋げる力を強化していく</p> <p>③ 介護保険や区サービスだけでなく地域にある社会資源を把握し、相談内容に応じて活用していく。</p>	<p>一等連携を図り支援を行った。虐待ケース8件あり（新規継続含む）コア会議6件 重層会議1件 支援会議1件 今後も多職種間でケース検討や多機関との連携を行っていく。</p> <p>②職員の経験等考慮しながら、各研修に参加した。（7件）研修報告書は職員間で共有した。積極的に研修機会を多くして情報は共有していく。</p> <p>③地域活動団体は見守りコーディネーターを中心に把握に努め、所内で共有した。社会資源の把握に情報を集め、お役立ちマップを作る予定で情報集めを行なったが、マップ作製までに至ることが出来なかった。 今後は活動団体に見守りコーディネーター以外の職員も多く出向き、相談内容に応じて活用していく。またお役立ちマップの完成を目指す。</p>
--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>・地域の高齢支援関係者と顔の見える関係づくりを強化し、高齢者がさまざまな社会資源を活用しながら地域で生活し続けられるよう支援する</p>		
実施計画 ※	<p>① 介護支援専門員と情報交換や勉強会を、年2回開催し連携強化と対応力向上を図る</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議を開催し、課題解決や関係機関との連携強化、地域課題の抽出を図る</p>	実施報告 ※※	<p>①包括蒲田東管轄内の居宅介護支援事業所を対象とした9事業所のケアマネジャーとの懇談会を実施。また包括蒲田管轄内の居宅介護支援事業所を対象としたケアマネジャー懇談会にも二度参加し、管轄を超えた連携の強化に取り組んだ。 今後、地域支援活動として多職種連携の取り組みとして勉強会等企画していく。</p> <p>②ケアマネジャーからの相談を基に個別レベル地域ケア会議を3回実施。介護保険サービス提供事業者だけでなく、蒲田</p>

	★[重-3]	地域福祉課身体障害者担当や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らと連携し、個人の課題解決から地域課題の抽出に取り組んだ。今後は個別地域ケア会議開催をスムーズにして件数を増やす。
--	--------	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	本人の強みと地域資源を生かし自立に向けた支援を行う。	
実施計画 ※	<p>①介護予防・総合事業サービス利用者の強みや関心事に着目し、社会資源を活用し活動範囲を広げられるよう支援する</p> <p>②自治会町会の地域活動へ参加し、フレイル予防や認知症予防の普及啓発を行う。 ★[重-1]</p> <p>③シニアステーションや地域団体の活動など、予防となる社会資源を把握し、住民へ周知する。 ★[重-1]</p>	実施報告 ※※ <p>① サービス担当者会議参加（280件）受託法人が変わったことで不安ないように丁寧に契約に訪問した。目標設定をしっかりと行い、社会資源に繋がれるようにした。個別レベル地域ケア会議を行い地域で支えられる機会を多くすればよかった。今後個別レベル地域ケア会議の回数を増やしていく。</p> <p>②自治会町会やシニアクラブが行う活動に定期的に参加し、フレイル予防に関する区事業の案内やオレンジカフェ、認知症サポーター養成講座の案内など、啓発を行った。毎月定期的に行われている自主グループの体操教室へも同様に啓発活動を展開。地域リハビリテーション事業や区の歯科、栄養士派遣を活用してのフレイル予防のセミナーを自治会町会とも連携し、開催した。オレンジカフェを蒲田包括と連携し、毎月開催。自治会町会や民生委員へも声を掛け、認知症予防啓発に協力頂いた。今後はチームオレンジを見据えて地域活動を広げていく。</p> <p>③地域資源情報は包括内で共有し、住民に案内できるようにした。日常生活圏域の地域ケア会議では、町会員以外に地域の薬局、介護事業所、ワークショップ等の参加を依頼した。シニアステーション</p>

			<p>糶谷とは、定期的な案内チラシの授受やシニアステーション内でのイベント時に包括周知活動を行うなどの連携も行った。スマートフォン相談会も開始し(67件)立地やセンター掲示の影響か、エリア外の方が多かった。今後は、担当地域への広報と、各町会の会場での開催を企画していく。その他町会等の情報も得ながら、社会資源を多く案内できるようにしていく。</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>・地域の多様な主体と連携して、単身や高齢者のみの世帯の実態把握に努め、持続可能な見守り体制をつくる</p>		
実施計画 ※	<p>①地域力推進会議や民生児童委員協議会などへの参加し、気になる高齢者の情報共有し、必要時は一緒に訪問をしていく。 ★[重-2]</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、実態把握を行う。見守りキーホルダー登録会の開催を働きかけていく ★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>①地域力推進会議・民生委員協議会で有効的な情報交換の機会にする為、毎月、地域包括支援センター蒲田との打ち合わせ会議を毎月設けた。民生委員とは直接会って会話を多くし、気になる高齢者の情報共有をこまめにできるような関係性作りもできた。事例を通した具体的な連携の発信や包括活動の周知を行い、民生委員の協力を多く得ることができた。気になる高齢者情報はすぐに対応し、民生委員と共有するよう徹底した。今後も包括蒲田との連携をし、地域力推進会議、民生児童委員協議会を活用して連携を深めていく。</p> <p>②前委託法人より、気になる方として引き継いだケースで直接お会いできていない方は、熱中症訪問で再アセスメントして埋もれないようにすることができた。見守りキーホルダー登録会は1回実施。見守りキーホルダー登録会企画までは十分に行うことができなかった。3回行った圏域会議では、どの町会も独居の方の把握は課題となり、民生委員他自治会町会の方との連携がより大切と再</p>

	<p>③高齢者見守り推進事業者や地域活動を行っている団体等へ連絡や訪問を行い、活動の把握と包括周知を行い、互いの認識強化を図る。</p>		<p>確認した。今後は自治会町会との関係構築を更に深め、各町会会館を利用したキーホルダー登録会を行っていく。</p> <p>③見守り推進事業者連絡会で各団体との情報共有できた。UR 蒲田公団とは、セミナー時に包括の案内を組み込んで頂くなど、連携したセミナーを開催。連絡会でははじめて参加されたUR住まいセンターと、改めて意見交換することができ、今後の気になる年齢者について情報共有できる関係性づくりとなった。蒲田郵便局では、認知症サポーター養成講座を開催。他の支局の方も来られ、包括の活動の理解や今後の連携強化に繋がった。今後、地域の事務所に直接出向き連携を深めていく。</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	地域アセスメントを重ねると同時に、個別及び日常生活圏域レベル地域ケア会議を通じて、地域の課題共有と支援方法を検討できる環境を作る。		
実施計画 ※	<p>①積極的に地域に出向き、蒲田東地域の特性や地域資源の把握、町会、自治会、シニアクラブ、民生委員、地域活動団体等の情報収集を行う。情報収集した内容をミルモネット等共有できるものに残し、個別支援等でも活用する。★[重-1] [特力]</p>	実施報告	<p>①地域に出向き地域活動団体で、ミルモネット登録の案内や社会福祉協議会のつどいの場助成について、活動支援目的で案内や登録の手伝いを行った。地域に受け入れられるよう、日頃よりコミュニケーション多くとり、町会やシニアクラブなどのイベントに参加し、情報交換する機会を多く持ち、連携とりやすくするため信頼関係を築くようにした。蒲田東地区自治会連合会の二大イベント「蒲田東フェスティバル」にも参加し、「まもりんピック」は準備から参加し、地域の方と顔の見える関係づくりができた。今後も地域のイベント参加させてい</p>

	<p>②個別レベル地域ケア会議を適宜開催し、地域課題の把握を行う。個別地域ケア会議や資源把握時に得られた課題把握から圏域レベル会議を開催する。★[重-3]</p>	<p>ただいた際、包括の周知、連携強化に力をいれていく。</p> <p>②ケアマネジャーからの相談を基に個別レベル地域ケア会議を3回実施。介護保険サービス提供事業者だけでなく、蒲田地域福祉課身体障害者担当や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らと連携し、個人の課題解決から地域課題の抽出に取り組んだ。また、隣接する3町会を対象として圏域レベル会議を順に3回実施。町会別の特性に合わせて打ち合わせをすすめ、高齢者の孤立防止など町会に共通する課題を表面化させ、課題にむけて町会と包括と共に取り組む関係性を築いた。今年度は高齢者と生活を共にする子と孫を含む多世代の支援会議に二度参加し、多機関との連携構築に取り組んだ。</p> <p>今後は個別地域ケア会議開催をスムーズにして件数を増やし、まだ開催に至っていない地域での圏域会議を開催していく。</p>
--	---	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

<p>個別目標</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多世代への認知症啓発。</li> <li>・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う。</li> </ul>		
<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2回 Web開催も含む）、蒲田地域福祉課・他包括と協同し小学生向けのサマースクールを開催する。</p>		<p>① 認知症サポーター養成講座は計画通り年2回と、蒲田郵便局より依頼があり郵便局職員の業務終了後に開催した。蒲田地区として、認知症地域支援推進員が中心となり、計画通り、小学生向けサマースクール、ステップアップ研修をおこなった。今後チームオレンジをつくるため、包括内でのステップアップ研修も視野にいれ計画していく。</p>

	<p>②認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員の機能を活かし、認知症の早期発見、早期対応を図る。</p> <p>③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と、医療機関と連携して認知症対応力向上をめざし、認知症カフェ開催する。★[重-1]</p>	<p>② 認知症初期集中支援チームとして、サポーター医とチーム員会議、同行訪問を1件行った。重層的支援の事例であり、介護申請して家庭内の状況によりすぐに介護サービスがつかえるよう整えた。認知症コーディネーター相談によるアウトリーチの活用もしていく。</p> <p>③ 日常生活圏域内の地域包括蒲田と共同で、二か所でオレンジカフェを開催し、認知症サポートガイドに沿って講座を開き啓発を行った。包括蒲田東の担当地域は東京蒲田医療センター大会議室を借用を可能とし、地域住民の健康管理の意識向上にも目を向けて病院看護部とも連携して対応することができた。</p> <p>今後は広報にも力を入れると同時に、参加型から自主的な意識をもってもらい、新たなグループを作るなど発展させていく。</p>
--	---	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	・重層的支援体制作り及び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社会福祉協議会やさぼーとぴあ、JOBOTA、子ども家庭支援センター、国際交流センター等、高齢分野だけではなく他機関のセミナーへの参加や、複合課題等の地域ケア会議への参加依頼を行い、情報共有や互いの業務理解、連携した支援体制をつくる。</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 他機関との連携は小まめに情報共有した。支援会議や重層的支援会議等で多機関との連携した支援体制を作れた。梅ちゃんカフェでは、事例提供し、グループワークの結果を今後の支援に役立てることができた。又医師からの的確な意見や今後の医療の動向等情報共有でき、介護医療の連携に役立てた。</p> <p>また、おおた国際交流センターのコーディネーターと会場使用やお互いの活動の意見交換をさせて頂き、今後の活動での</p>



	<p>②図書館、児童館、商店街など、世代問わず、管轄内のあらゆる機関と繋がりを持ち、連携が取れる関係づくりを行う。</p>	<p>連携協力を確認した。今後も他機関との連携、情報共有は多く持っていく。</p> <p>②あすと商店街へ会場使用含めご挨拶させて頂き、今後の高齢者の活動等相談出来る関係が出来た。日の出銀座商店街内の多世代向けの教室とも交流。今後高齢者向けのイベント等での連携や商店街への繋ぎも協力を得られる関係となった。テクノポートデンタルクリニックの野菜配布活動にも顔を出し、今後の連携協力を確認した。</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 大森東

## 1 事業目標

住み慣れた地域で「人と人がつながる地域づくり」を目指し、安心してその人らしい暮らしができるよう支援します。

## ● 機能アップ2か年計画《令和4年度～令和5年度》

目指す姿	「来てみて良かった」「話して良かった」「身近にあって良かった」と利用者を感じてもらえるセンターとなる。	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者だけでなく多世代の方の健康増進の取組みやフレイル予防活動の拡充を、地域の様々な機関等と協力しておこなう。 ★[重-1]	A
	2. 高齢者を始め地域で孤立しがちな住民の方も地域とつながり、見守り合える地域となるよう、多職種で連携、協働し働きかけていく。 ★[重-2]	S
	3. 多世代へ向けた認知症に関する啓発、普及のための取組みを地域全体でおこなえるよう関係機関と連携して取り組む。 ★[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・取組みもあった(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多世代を対象としたフレイル予防ツール「ゆいま～る通帳」や“人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト”も引き続き出張所や自治会等と連携しながらフレイル予防を推進する。  (3) ②地域の医療機関や関係機関と連携し、健康やフレイル予防に関する講座を定期的を開催す	★[重-1] (3) ①第4クール「ゆいま～る通帳」は337冊を発行(昨年度は179冊)。回を重ねる度に地域の認知度も高まった。子供が参加したイベントでも配布し、児童とその保護者など多世代に渡る参加を促した。今後はさらに「ゆいま～る通帳」を有効活用し、多世代に渡るフレイル予防を実践するために、管内の小学校や自治会、出張所などと連携していきます。今年度も健康寿命延伸プロジェクトによる大森地区ウォーキングのイベントでは、昨年引き続き出張所と連携し、景品交換所として協力した。介護予防教室も月2回、理学療法士の協力のもと実施し、計353名の地域の方が参加した。 (3) ②自主活動のサロンや図書館、体力測定などのイベントで、地域福祉課の管理栄養士や歯科衛生士

<p>る。</p>	<p>と連携し、健康やフレイル予防に関する講座を開催した。地域の医療機関と老人いきいの家とも連携し、健康相談会の開催につなげることができた。また管内の3病院（労災病院・京浜病院・大田病院）で打ち合わせをおこない、3者と地域包括支援センターが連携し、地域住民の健康課題の解決を図る申し合わせを行った。今後も引き続き関係機関と連携し、地域の健康意識の向上やフレイル予防に努めていきます。</p> <p>【達成度評価の理由】</p> <p>多世代に向けたフレイル予防について、子どもが参加するイベントなどで配布したことで予防活動の拡充をはかることができた。医療機関との連携においては、今後具体的な地域への関りについての検討が必要である。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(1) ①虐待を含む複合的な課題に対し、所内3職種で情報共有や事例検討を随時おこないチームでの支援をおこなう。</p> <p>(2) ①地域全体のケアマネジメント力向上を目指し、居宅介護支援事業所との事例検討会を開催し、適切な助言をおこなう。また、包括が持つ社会資源などの情報提供もおこなう。</p> <p>(2) ②民生委員をはじめ地域の多様な団体・機関などに向けて、地域の見守り意識が高まるよう、各会議体および地域ケア会議にて、情報共有・情報発信をおこない地域作りを支援する。</p> <p>(4) ②住民主体の『見守り活動』が生まれるよう、防災活動や地域力推進分科会、体操教室や自主グループ等の集まりに積極的に参加し、見</p>	<p>★[重-2]</p> <p>(1) ①虐待や複合課題の事例は速やかに所内や地域福祉課と情報共有し、支援の方向性を検討するため、必要に応じ所内で事例検討（年間7回）を行った。一人の職員が困難事例を抱え込まないようにするためと、情報を共有することでチームアプローチの重要性を再認識することができた。</p> <p>(2) ①糶谷・羽田地区における居宅介護支援事業所を対象にした研修会を年間2回実施。計約150人の参加。大森東地区における事業所向けの合同事例検討会は年間2回、各会4事業所の参加で計24人が参加。今後はミルモネットや地域の社会資源をまとめたお役立ちガイドを積極的に活用し、多世代に渡る切れ目のない支援を実践します。</p> <p>(2) ②定例の民生委員児童委員協議会では対応中の生活困窮や複合課題、虐待ケースの事例を共有。民生委員から地域で気になる方の連絡があった場合も速やかに対応し支援につなげるなど、双方向の見守り支援体制を構築することができた。今後はさらに重層的支援に向けて、情報の共有や連携を強化していきます。</p> <p>(4) ②管内の3拠点（大森第一中、中富小、大森東中）の防災訓練に参加。防災月間の期間中は消防署と連携して高齢者の自宅を訪問、地域住民と防災</p>

<p>守り活動の啓発をおこなう。</p> <p>(5)①おおた福祉ネットワークの靴谷・羽田地区エリア会議において、各々の課題共有だけでなく、共に地域課題の解決のために貢献できるネットワークの構築に努める。</p> <p>(5)②地域福祉コーディネーターと連携し、民生委員や地域住民と共に、多世代の課題解決に努める。</p> <p>(7)①支援が必要な高齢者の早期発見につながるように、日頃から、地域住民の活動団体や各機関との情報共有に努める。</p> <p>(7)②大田区社会福祉協議会おおた成年後見センターとの連携を強化する。</p>	<p>意識の向上を図った。見守り推進事業者のコンビニとも連携し、生活困窮の一人暮らし高齢者の支援を行った。</p> <p>(5)①靴谷・羽田地区のエリア会議において、所属する法人がイベントに参加し、おおた福祉ネットワークの周知を図ることが決定。イベントについてはふれあいまつり羽田・萩中、福祉のまち靴谷夏まつり、いつつのわふれあい祭りを予定している。</p> <p>(5)②定期的な連絡会を実施し、双方の対応事例を共有。また今年度からは特別出張所との定例会にも参加。管内の小学校PTA 役員から相談を受けたこども食堂について4者で打ち合わせを実施。こども食堂の立ち上げについて連携を図った。</p> <p>(7)①イベントや自主活動の場で、パンフレットなどを用いて、成年後見制度周知や利用促進に努めました。実際支援が必要と思われる方の相談があった場合も、単なる制度の説明だけではなく、その状況に至った経緯や状況をアセスメントし、自己決定支援に基づく関りを実施しました。</p> <p>(7)②成年後見制度の利用については、区長申し立てのケースは地域福祉課と連携。申し立ての手続きについても成年後見センターと連携し、本人やその家族に寄り添う支援を行っている。本人に後見人が就いたあとも必要に応じて、後見人と連携しながら本人の生活を支援している。</p> <p>【達成度評価の理由】</p> <p>地域福祉コーディネーターとの連携にとどまらず、特別出張所との3者の連携から、高齢者のみならず多世代とのつながりや地域課題の共有ができた。特にこどもの居場所作りについての連携やこども食堂の立ち上げ支援は包括的な支援につながった。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(6)①地域団体や企業、小・中学校にアプローチし、認知症サポーター養成講座（対面やオンライン）を開催する。又、ステップアップ研修開催及びチームオレンジ活動開始に向けた検討を進めていく。</p>	<p>★[重-3]</p> <p>(6)①管内の大森東中学校では包括平和島と連携し、3年生（143名）を対象に認知症サポーター養成講座を実施。その他いこいの家や図書館の協力を得て4回実施し、計243名の方が講座を受講された。またチームオレンジの活動に向けたステップアップ研修を実施（年1回）し、16名の方が受講された。今後はチームオレンジの具体的な活動に向けて、</p>

<p>(6)②医療機関や介護事業所、見守り推進事業者や若年性認知症相談窓口などと情報共有し連携体制をつくる。認知症初期集中支援チームの対象者や認知症検診受診者への支援をおこい、早期診断・早期対応に努める。又、認知症カフェや家族介護者のつどいを通し、認知症の人やその家族への相談支援をおこなう。</p>	<p>ステップアップ研修受講者にアプローチしていきます。</p> <p>(6)②ひなたぼっこ（認知症カフェ）を毎月実施。89名の方が参加。デイサービス事業所や東京都の認知症疾患医療センターと連携し、アクセサリ作りや音楽療法で楽器を演奏するなどして過ごしていただいた。一人暮らしの若年性認知症の方の支援について、大田区若年性認知症相談窓口と連携し、抱えていた経済事情や住宅事情の課題を解決。若年性認知症デイサービス「HOPE」のサービスに利用につなげる支援を行った。今後も認知症の方やまた認知症思われる方が住み慣れた地域で安心して過ごして行けるよう、認知症の理解や早期診断・早期対応に努めます。</p> <p>【達成度評価の理由】</p> <p>認知症カフェでは、参加者の意向を反映し東京都認知症疾患医療センターやデイサービス事業所と連携しイベントを開催した。またひとり暮らしの若年性認知症の方を若年性認知症相談窓口や若年性認知症デイサービス「HOPE」と連携することで、生活全般の支援をおこなうことができた。今後は多世代に向けて、小中学校や図書館と更なる連携を図り認知症の啓発、普及に取り組んでいく必要がある。</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	多様化・複雑化する課題であっても、多職種にて検討し、解決へ向けてチームで支援する。		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 虐待を含む複合的な課題に対し、所内3職種で情報共有や事例検討を随時おこないチームでの支援をおこなう。 ★ [重-2]</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 虐待や複合課題の事例は速やかに所内や地域福祉課と情報共有し、支援の方向性を検討するため、必要に応じ所内で事例検討（年間7回）を行った。一人の職員が困難事例を抱え込まないようにするため、情報を共有することでチームアプローチの重要性を再認識することができた。</p>

	<p>② 多職種、他機関と連携、協働し継続性を持った伴走型の支援をおこなうため、職員個々のケアマネジメント力の向上、ネットワークの構築に努める。★[特力]</p>	<p>② 3包括（羽田・糀谷・大森東）合同の地域ケア会議を年間8回開催。自立支援や困難事例のケースから地域課題の解決に向けて検討することができた。定例で特別出張所と社協の地域福祉コーディネーターとの打ち合わせを毎月実施。各機関の対応事例などを共有することで、重層的支援のネットワークを構築することができた。打ち合わせのなかで「こどもの居場所作り」についてのアプローチが社協の実践報告会で報告され、地域福祉計画でも取組事例として紹介された。今後も複雑化するケースを支援していくため、関係機関との連携を強化し、包括的かつ継続的な支援を行います。</p>
--	---	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域共生社会の実現、重層的支援体制整備へ向けて、切れ目のない支援を実践する。		
実施計画 ※	<p>① 地域全体のケアマネジメント力向上を目指し、居宅介護支援事業所との事例検討会を開催し、適切な助言をおこなう。また、包括が持つ社会資源などの情報提供もおこなう。 ★ [重-2]</p> <p>② 民生委員をはじめ地域の多様な団体・機関などに向けて、地域の見守り意識が高まるよう、各会議体および地域ケア会議にて、情報共有・情報発信をおこない地域作りを支援する。★ [重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 糀谷・羽田地区における居宅介護支援事業所を対象にした研修会を年間2回実施。計約150人の参加。大森東地区における事業所向けの合同事例検討会は年間2回、各会4事業所の参加で計24人が参加。今後はミルモネットや地域の社会資源をまとめたお役立ちガイドを積極的に活用し、多世代に渡る切れ目のない支援を実践します。</p> <p>② 定例の民生委員児童委員協議会では対応中の生活困窮や複合課題、虐待ケースの事例を共有。民生委員から地域で気になる方の連絡があった場合も速やかに対応し支援につなげるなど、双方向の見守り支援体制を構築することができた。今後はさらに</p>

			重層的支援に向けて、情報の共有や連携を強化していきます。
--	--	--	------------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	住民が主体的に健康活動やフレイル予防へ取組めるよう促していく。		
実施計画 ※	<p>① 多世代を対象としたフレイル予防ツール「ゆいま～る通帳」や“人生 100 年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト”も引き続き出張所や自治会等と連携しながらフレイル予防を推進する。★ [重一1]</p> <p>② 地域の医療機関や関係機関と連携し、健康やフレイル予防に関する講座を定期的を開催する。★ [重一1]</p>	実施報告 ※※	<p>① 第4クールの「ゆいま～る通帳」は337冊を発行（昨年度は179冊）。回を重ねる度に地域の認知度も高まった。子供が参加したイベントでも配布し、児童とその保護者など多世代に渡る参加を促した。今後はさらに「ゆいま～る通帳」を有効活用し、多世代に渡るフレイル予防を実践するために、管内の小中学校や自治会、出張所などと連携していきます。今年度も健康寿命延伸プロジェクトによる大森地区ウォーキングのイベントでは、昨年に引き続き出張所と連携し、景品交換所として協力した。介護予防教室も月2回、理学療法士の協力のもと実施し、計353名の地域の方が参加した。</p> <p>② 自主活動のサロンや図書館、体力測定などのイベントで、地域福祉課の管理栄養士や歯科衛生士と連携し、健康やフレイル予防に関する講座を開催した。地域の医療機関と老人いこいの家とも連携し、健康相談会の開催につなげることができた。また管内の3病院（労災病院・京浜病院・大田病院）で打ち合わせをおこない、3者と地域包括支援センターが連携し、地域住民の健康課題の解決を図る申し合わせを行った。今後も引き続き関係機関と連携し、地域の健康意識の向上やフレイル予防に努めていきます。</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	人と人をつながる地域づくりを目指し、多世代へ向けた取組みを強化する。		
実施計画 ※	<p>① 関係各所（自治会・民生委員・シニアクラブ・いこいの家・児童館など）との関係づくりに努め、地域情報誌お役立ちガイドや出張所区民ギャラリー、ゆいま〜る通帳等を活用し、多世代に向けて地域包括支援センターの周知を図り、地域の見守りの輪が広がるよう働きかける。 ★ [特力]</p> <p>② 住民主体の『見守り活動』が生れるよう、防災活動や地域力推進分科会、体操教室や自主グループ等の集まりに積極的に参加し、見守り活動の啓発をおこなう。★ [重一2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 広報誌の年間4回の発行やゆいま〜る通帳の配布を通じて地域包括支援センターの周知を図った。自主民児協では包括支援センター役割と機能についてミニ勉強会を実施した。今後は多世代に向けて地域包括支援センターの認知度が高まるよう、地域の関係機関や自治会などに働きかけます。</p> <p>② 管内の3拠点（大森第一中、中富小、大森東中）の防災訓練に参加。防災月間の期間中は消防署と連携して高齢者の自宅を訪問、地域住民と防災意識の向上を図った。見守り推進事業者のコンビニとも連携し、生活困窮の一人暮らし高齢者の支援を行った。</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	介護、医療、障がい、児童などの関係機関と協働し、地域課題の解決へ向け連携を強化する。		
実施計画 ※	<p>① おおた福祉ネットワークの鞆谷・羽田地区エリア会議において、各々の課題共有だけでなく、共に地域課題の解決のために貢献できるネットワークの構築に努める。★ [重一2]</p> <p>② 地域福祉コーディネーターと連携し、民生委員や地域住民と共に、多世代の課題解決に努める。★ [重一2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 鞆谷・羽田地区のエリア会議において、所属する法人がイベントに参加し、おおた福祉ネットワークの周知を図ることが決定。イベントについてはふれあいまつり羽田・萩中、福祉のまち鞆谷夏まつり、いつつのわふれあい祭りを予定している。</p> <p>② 定期的な連絡会を実施し、双方の対応事例を共有。また今年度からは特別出張所との定例会にも参加。管内の小学校PTA役員から相談を受けたこども食堂について4者で打ち合わせを実施。こども食堂の立ち上げについて連携を図った。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域住民が認知症への理解を深め、支え合える地域の構築を図る。		
実施計画 ※	<p>① 地域団体や企業、小・中学校にアプローチし、認知症サポーター養成講座（対面やオンライン）を開催する。又、ステップアップ研修開催及びチームオレンジ活動開始に向けた検討を進めていく。★ [重-3]</p> <p>② 医療機関や介護事業所、見守り推進事業者や若年性認知症相談窓口などと情報共有し連携体制をつくる。認知症初期集中支援チームの対象者や認知症検診受診者への支援をおこい、早期診断・早期対応に努める。又、認知症カフェや家族介護者のつどいを通し、認知症の人やその家族への相談支援をおこなう。 ★ [重-3]</p>	実施報告 ※※	<p>① 管内の大森東中学校では包括平和島と連携し、3年生（143名）を対象に認知症サポーター養成講座を実施。その他いこいの家や図書館の協力を得て4回実施し、計243名の方が講座を受講された。またチームオレンジの活動に向けたステップアップ研修を実施（年1回）し、16名の方が受講された。今後はチームオレンジの具体的な活動に向けて、ステップアップ研修受講者にアプローチしていきます。</p> <p>② ひなたぼっこ（認知症カフェ）を毎月実施。89名の方が参加。デイサービス事業所や東京都の認知症疾患医療センターと連携し、アクセサリ作りや音楽療法で楽器を演奏するなどして過ごしていただいた。一人暮らしの若年性認知症の方の支援について、大田区若年性認知症相談窓口と連携し、抱えていた経済事情や住宅事情の課題を解決。若年性認知症サービス「HOPE」のサービスに利用につなげる支援を行った。今後も認知症の方やまた認知症と思われる方が住み慣れた地域で安心して過ごして行けるよう、認知症の理解や早期診断・早期対応に努めます。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	成年後見制度の利用が促進するように働きかける。		
実施計画 ※	<p>① 支援が必要な高齢者の早期発見につながるように、日頃から、地域住民の活動団体や各機関との情報共有に努める。 ★ [重-2]</p> <p>② 大田区社会福祉協議会おた</p>	実施報告 ※※	<p>① イベントや自主活動の場で、パンフレットなどを用いて、成年後見制度周知や利用促進に努めました。実際支援が必要と思われる方の相談があった場合も、単なる制度の説明だけではなく、その状況に至った経緯や</p>

	<p>成年後見センターとの連携を強化する。★ [重一2]</p>	<p>状況をアセスメントし、自己決定支援に基づく関りを実施しました。</p> <p>② 成年後見制度の利用については、区长申し立てのケースは地域福祉課と連携。申し立ての手続きについても成年後見センターと連携し、本人やその家族に寄り添う支援を行っている。本人に後見人が就いたあとも必要に応じて、後見人と連携しながら本人の生活を支援している。</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 糞谷

## 1 事業目標

高齢者がその人らしく安心して暮らせるように、本人ができることを生かした自立支援への援助や、フレイル予防などに力を入れ、いきいきと暮らせる地域づくりに取り組む。また、糞谷地区のもつ地域力の強みを活かし、さらなる地域包括ケアシステムを推進していく。

## ● 機能アップ2か年計画&lt;令和4年度～令和5年度&gt;

目指す姿	どんな相談ごとでも、たらいまわしにせず、支援につながる包括糞谷	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の普及・啓発 ★[重-1]	A
	2. ひとり暮らしのかたへのアプローチ ★[重-2]	A
	3. 認知症啓発・早期発見早期対応 ★[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] (1) ①「ワンストップ」をモットーに相談者と適切につなぐため他機関と連携する (3) ①総合事業の理念を関係者と共有し、社会資源へのマッチング支援を行う (4) ①小地区(町会単位)での活動支援(ICT活用含む)・フレイル予防の推進 (7) ①糞谷の元気を進める会を活用し、高齢者だけでなく幅広い世代の健康づくりを推進していく	(1) ①全職員、包括支援センター業務の範疇内外に関わらず、相談に来られた方に対して適切な助言や関係機関との連携を行っている。 (3) ①繋ぐ先はあるが、本人状況と通い先の距離的な問題などでつながらない事実がある。地域の介護事業所と総合事業/介護予防の繋ぐ先について(地域活動)介護事業者などと情報を共有しアプローチは行えている。 (4) ①対面であり、ICT活用とまではいかなかったが、町会内での認知症予防講座を実施。フレイル予防や健康増進に関わる講座を実施することができた。 (7) ①元気を進める会全体ではウォークラリーの取組を進めた。チラシは1600枚、景品交換は216名。前年度より多くの方に参加いただいた。今年は合わせてポッチャや体力測定等のサブイベントも実施。幅広い世代へのアプローチが行えた。

<p>★[重-2]</p> <p>(5) ①ひとり暮らし高齢者の孤立を防ぐため、見守りネットワーク事業の啓発を行う</p>	<p>(5) ①地域各会議体で定期的に周知活動を実施。町会や民生委員と普段からコミュニケーションを取り、直接相談いただく関係性も構築できた。</p>
<p>★[重-3]</p> <p>(2) ①糶谷羽田ケアマネ連絡会で地域ニーズを踏まえた研修会を開催する</p> <p>(6) ①認知症の理解、早期発見と対応の定着を目指し、医療機関との連携を図る</p>	<p>(2) ①羽田糶谷地域ケアマネ連絡会は基本圏域内の三包括合同で綿密に打ち合わせを行い実施している。地域CMにも幹事として参画してもらいニーズを捉えたものを実施している。年度内で3回実施、150名を超えるCMに参加いただいた。また管内の事業所とは事例検討会も行い、障がい関係機関にもお越しいただき30名の関係者に出席いただいた。</p> <p>(6) ①認知症の理解、早期発見と対応の定着を目指し、医療機関との連携を図る</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・今後の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	多角的な視点で対応ができるよう総合相談の底上げを行う	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①「ワンストップ」をモットーに相談者と適切につなぐため他機関と連携する ★[重-1]</p> <p>②日々の申し送り、事例検討を通じて各職種での支援方針や見立てを共有しスキルアップを図る</p> <p>③知識の更新を図るため、職種に関わらず研修を積極的に受講する</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①全職員、包括支援センター業務の範疇内外に関わらず、相談に来られた方に対して適切な助言や関係機関との連携を行っている。</p> <p>②毎日申し送りをを行っている。情報共有はもちろん、個人や職種による偏りもなく、支援方針や見立てを立てられている。</p> <p>③全職員、職種や役割に関係する研修はもちろん職務に関連する研修についても受講できている。更なる専門性の向上を目指し、②③ともに継続的に取り組む。</p>

### (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	事業所との連携を強化し、共に成長する関係を構築する
------	---------------------------

<p>実施計画 ※</p>	<p>① 糶谷羽田ケアマネ連絡会で地域ニーズを踏まえた研修会を開催する ★[重-3]</p> <p>② ケアマネージャーから相談しやすい雰囲気を作るため SHST（安心・おもてなし・笑顔・連携）を常に意識する</p> <p>③ お互いの支援方針や見立てを共有し協議を行うことで、より良い支援につなげていく</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 羽田糶谷地域ケアマネ連絡会は基本圏域内の三包括合同で綿密に打ち合わせを行い実施している。地域 CM にも幹事として参画してもらいニーズを捉えたものを実施している。年度内で 3 回実施、150 名を超える CM に参加いただいた。また管内の事業所とは事例検討会も行い、障がい関係機関にもお越しいただき 30 名の関係者に出席いただいた。</p> <p>② 左記、全職員が意識し対応。地域 CM からも「相談しやすい」との言葉もいただけた。</p> <p>③ 常に連携を意識している。連携を行ううえで包括の「一方的な指示」や事業所の「御用聞き」にならないよう留意して取り組んでいる。</p> <p>地域事業所と連携を密にし、業務レベルの底上げを図っていく。</p>
-------------------	--	--------------------	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>自立支援のための介護予防ケアマネジメントに取り組んだ先へのアプローチを行う</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① 総合事業の理念を関係者と共有し、社会資源へのマッチング支援を行う ★[重-1]</p> <p>② 3 包括合同自立支援地域ケア会議で多職種との事例検討を行う</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① 繋ぐ先はあるが、本人状況と通い先の距離的な問題などでつながらない事実がある。地域の介護事業所と総合事業/介護予防の繋ぐ先について(地域活動)介護事業者などと情報を共有しアプローチは行えている。</p> <p>② 年度内に全 8 回実施。糶谷として事例は 3 ケース担当。</p> <p>多職種による様々な視点での検討が行えた。</p> <p>多職種が連携するだけでなく、地域関係者とも支えられる環境を目指したい。</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	地域ネットワークの構築	
実施計画 ※	<p>①小地区（町会単位）での活動支援（ICT 活用含む）・フレイル予防の推進 ★[重-1]</p> <p>②若年層が見守り支えあい活動に関われるよう啓蒙</p> <p>③町会・自治会・民生委員・事業所など既存関係者とより強固な関係を構築する</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①対面であり、ICT 活用とまではいかなかったが、町会内での認知症予防講座を実施。フレイル予防や健康増進に関わる講座を実施することができた。</p> <p>②中学校での福祉体験授業を行い、小学校では課外授業の講師として参加させていただいた。若年層にも高齢者や認知症の理解が得られる活動を行うことができた</p> <p>③上記の①②や今年度再開した盆踊りや夏まつり、連合運動会や防災訓練など様々なイベントに参加。コミュニケーションも多く取ることができ、顔の見える関係性が構築できた。</p> <p>今年度も多くのコミュニケーションを取り身近な包括を目指す。</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	地域と協働できるよう、地域とのつながりを深める	
実施計画 ※	<p>①ひとり暮らし高齢者の孤立を防ぐため、見守りネットワーク事業の啓発を行う ★[重-2]</p> <p>②地域のことを話し合える場（地域相談会・元気を進める会・夏祭り等）に参加しアイデアやプランを共有、その地域活動を支援する。</p> <p>③課題解決に向けた地域ケア会議を行い、圏域での課題を積み上げる</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①地域各会議体で定期的に周知活動を実施。町会や民生委員と普段からコミュニケーションを取り、直接相談いただく関係性も構築できた。</p> <p>②活動支援にまで至らなかったが、靴谷の元気を進める会に参画、地域住民と地域課題や展望に関わる意見交換を行うことができた。</p> <p>③圏域でのケア会議 1 回実施。高齢世代における防災の取組や高リスク対象者の共有方法などについて検討した。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくりを図る	
実施計画 ※	<p>①認知症の理解、早期発見と対応の定着を目指し、医療機関との連携を図る ★[重-3]</p> <p>②区健康診断や初期集中支援チームの活用を積極的に行い、早期対</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①医師や看護師が本人と一緒に窓口相談にくる等、近隣医療機関と連携だけでなく関係性も良好。包括⇄医療機関だけでなく、その関係性の中に地域住民も接</p>



	<p>応を目指す</p> <p>③幅広い世代への認知症理解の啓発に取り組む（認サポ・認知症講座・啓発ツール配布）</p>	<p>続できるようセミナーなど開催し関係を深めていきたい。</p> <p>②初期集中支援チームの医師とは日頃からコミュニケーションが良く取れている。地域でも頼りにされている医師のため支援チームのアプローチだけでなく、受診前の事前相談などについて本人、家族を含め医師と共有するなどの対応ができています。</p> <p>③認サポについて図書館と定期的に実施。認知症講座についてはシニアセッション、図書館、町会会館などで実施また中学校では福祉体験学習のプログラムの中に当事者講話なども含め、幅広い世代や場所にて対応している。</p>
--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	重層的支援体制の整備と構築	
<p>実施計画 ※</p>	<p>①糀谷の元気を進める会を活用し、高齢者だけでなく幅広い世代の健康づくりを推進していく</p> <p style="text-align: right;">★[重-1]</p> <p>②複合的課題解決のための関係者・機関との連携強化（社協・福祉施設等）</p>	<p>実施報告 ※※</p> <p>①元気を進める会全体ではウォークラリーの取組を進めた。チラシは1600枚、景品交換は216名。前年度より多くの方に参加いただいた。今年は合わせてポッチャや体力測定等のサブイベントも実施。幅広い世代へのアプローチが行えた。</p> <p>②東糀谷都営アパートにおける相談会では社会福祉協議会と協働し、複合的課題に対応できる体制のもと事業を実施できた。また障害福祉関係者とはCMと合同の事例検討会や地域ケア会議などにも参加いただいた。地域イベントでもボランティアや地域住民と一緒に活動し、連携と合わせて関係性を深めることもできた。</p> <p>今後も連携を取り、関係性を上積みしていく。</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 羽田

## 1 事業目標

たがいに ささえあい つながりあうことで、安心して暮らせる地域づくりを目指します。シニアステーション羽田とともに切れ目のない支援を行い、地域の役に立つセンターづくりを行います。

## ● 機能アップ2か年計画&lt;&lt;令和4年度～令和5年度&gt;&gt;

目指す姿	シニアステーション羽田とともに個別支援と地域マネジメントを行い、地域の実情を踏まえた一人ひとりに寄り添う支援を目指す。	令和5年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢期を迎えても誰もが心身ともに健やかに暮らしていけるよう「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考に、シニアステーションとともに、活動的な生活習慣の実施と心身機能の維持・向上に向けた健康づくり、フレイル予防を実施します。 ★[重-1]	A
	2. 地域ケア会議を活用し個別課題から地域課題の抽出を実施。高齢者が住み慣れた地域において住民同士の助け合いや支え合いのもと、今の暮らしを継続できるよう地域住民をはじめ、医療・介護・福祉などの関係機関や団体と連携。羽田地域に合った地域包括ケアシステム構築します。 ★[重-2]	A
	3. 一人暮らしや高齢者世帯、認知症や介護が必要な状態になっても、必要なサービスが適切に利用できるよう、老い支度の周知を進め、個人や地域において、細く長く関わりをもち、切れ目のない支援が実践できるよう相談支援体制の構築に取り組みます。 ★[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)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 ・町会・自治会、シニアクラブなどにおいて、大田区が作成しているフレイル予防のパンフレットを活用し、運動・栄養・社会参加・口腔によるフレイル予防の普及・啓発を行う。 (3)⑥ ・地域包括支援センター羽田、シニアステーション羽田で実施する地域住民向けの講座について糶谷・羽田地域福祉	★[重-1] (3)② 2年目実績：町会・自治会、シニアクラブ等において、大田区が作成しているフレイル予防のパンフレット等を活用し、運動・栄養・社会参加・口腔によるフレイル予防の普及・啓発を実施。フレイル予防に取り組む事で認知症予防にも繋がる事を説明した。 今後の展望、課題：町会・自治会、シニアクラブ等において、フレイル予防の普及・啓発に取り組んだ際、「フレイル」につ

<p>課などと連携し、「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考にしたプログラムを提供できるよう検討、実施する。</p>	<p>いて知らないと答えられた地域住民も多くいた。東京都健康長寿医療センターや地域リハビリテーション活動支援事業の各担当者と相談。フレイル予防に取り組む事で認知症予防に繋がるといった説明の方が地域住民に効果的に伝える事ができるのではとの助言あり。今後、「フレイル予防×認知症予防」をキーワードに、より多くの地域住民に認識してもらえよう普及・啓発に取り組んでいく。</p> <p>(3)⑥</p> <p>2年目実績:「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考にした「フレイル予防講座」や「病気のはなし」をシニアステーション羽田で実施。地域包括支援センター羽田で開催している認知症カフェにおいても「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考にしたプログラムを実施した。</p> <p>今後の展望、課題:羽田地域の行政情報分析を参考にしたプログラムを継続して実施していく。</p> <p>●達成度評価:A</p> <p>「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析等を参考に、地域包括支援センター羽田と、シニアステーション羽田で連携し、通いの場利用継続等を目的に「病気のはなし」を開催。</p>
<p>★[重-2]</p> <p>(3)④</p> <p>・自主グループ懇談会を年1回程度、開催。各自主グループの取り組み状況、課題などの共有。自主グループ間の連携と継続した取り組みができるよう支援を行う。</p> <p>(5)②</p> <p>・個別レベル地域ケア会議を年6回以上開催。地域課題の把握と抽出に取り組む。</p> <p>(5)③</p> <p>・糺谷・羽田地域福祉課と連携し、日常生活圏域レベル地域ケア会議を年1回以上開催する。</p> <p>(5)④</p> <p>・地域の通いの場・集いの場の把握と活動内容の確認などを実施。ミルモネットを活用し地域への情報発信を行う。また、4か月を目安にミルモネットの情報更新を行い、地域に最新の情報が届けられるよう取り組む。</p> <p>(6)⑧</p>	<p>★[重-2]</p> <p>(3)④</p> <p>2年目実績:各自主グループの代表者の都合等により自主グループ懇談会を開催する事はできなかったが、令和5年は、地域包括支援センター羽田管内で活動している全自主グループの取り組み状況を確認。講師調整等、地域包括支援センターとして活動継続支援を実施した。</p> <p>今後の展望、課題:各自主グループの代表者の都合等により自主グループ懇談会を開催する事はできなかった。新型コロナウイルス感染症の影響等により各自主グループの活動のあり方等に変化があり。令和6年度から自主グループ化して活動していく団体もある事から、今後も各自主グループの活動状況の把握及び活動継続支援に取り組んでいく。</p> <p>(5)②</p> <p>2年目実績:個別レベル地域ケア会議について年6回実施。</p> <p>今後の展望、課題:今後も、個別レベル地域ケア会議を実施。個別ケースの課題分析等を積み重ねる事により、地域に共通</p>

<p>・徘徊など周辺症状や精神疾患により地域での見守り・声かけなどが必要なケースについて個別レベル地域ケア会議を開催。認知症や精神疾患を抱えている当事者や、その家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための検討、地域課題の抽出を行う。</p>	<p>した課題を明確化していく。</p> <p>(5)③ 2年目実績：日常生活圏域レベル地域ケア会議を年4回実施。今後の展望、課題：日常生活圏域レベル地域ケア会議を通じて抽出された地域課題が、区レベル地域ケア会議で検討されるよう取り組んでいく。</p> <p>(5)④ 2年目実績：地域の通いの場・集いの場の把握と活動内容の確認等を実施。顔が見える関係性づくりを行うとともに活動継続支援を実施した。地域の介護予防教室から活動内容等を、どのように地域住民等に周知していくか相談があり。ミルモネット担当者を交え話し合いを実施。ミルモネットを活用した情報発信について検討した。</p> <p>今後の課題、展望：ミルモネットを活用し、羽田地区の自主グループマップ作成等ができるよう、ミルモネット担当者と定期的に協議ができる環境を整備していく。</p> <p>(6)⑧ 2年目実績：認知症や精神疾患を抱えている当事者や家族等への支援を検討した個別レベル地域ケア会議を6件実施。地域での見守り・声かけ、支援に関わっている関係者間の連携、成年後見制度利用を含めた権利擁護支援、施設入所等を含めた支援の方向性の確認等を行った。</p> <p>今後の展望、課題：令和5年度に実施した個別レベル地域ケア会議では認知症の周辺症状等により地域での見守り・声かけが積極的に必要な事例ではなかった。ただ、個別レベル地域ケア会議では検討できなかったが、認知症や精神疾患等により地域の理解が必要な事例はあり。今後も、認知症や精神疾患を抱えている当事者や、その家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためのツールとして、個別レベル地域ケア会議を実施。地域課題の抽出に取り組んでいく。</p> <p>●達成度評価：A 地域ケア会議の開催等、おおむね計画とおりの進捗であったため。</p>
<p>★[重-3] (2)① ・複合的な課題が混在する「8050問題」、「若年性認知症支援」などのケースへの支援について、障がい者、児童、生活困窮など福祉の各分野と連携し解決に向けて取り組</p>	<p>★[重-3] (2)① 2年目実績：複合的な課題が混在するケースにおいて、糀谷・羽田地域福祉課身体障害者支援担当、糀谷・羽田生活福祉課、大田区生活再建・就労サポートセンターJOBOTA など福祉</p>

む。また、課題解決の取り組みとして、重層的支援会議でのケース検討を提案していく。

(2)⑥

・古い支度の推進や成年後見制度の周知を図るため、大田区社会福祉協議会などと連携し「古い支度講座」を年1回程度、開催する。

(4)②

・ひとり暮らし高齢者対象者名簿や高齢者等実態調整に伴う未把握ひとり暮らし高齢者一覧表、大田区認知症検診受診結果一覧を活用し、これまで地域包括支援センター羽田と繋がりがなかった高齢者へのアプローチを行う。

の各分野と連携し解決に向けたケースカンファレンス等を実施。複合的な課題が混在するケースについて、糀谷・羽田地域福祉課地域包括ケア推進担当に重層的支援体制整備事業の重層的支援会議でケース検討できないか提案。ケース概要やタイミング等により重層的支援会議でケース検討には繋がらなかった。

今後の展望、課題：複合的な課題が混在するケースが増加傾向にあり。解題の整理や支援の方向性等を検討していく上で重層的支援会議は有効であると考えていることから、令和6年度は重層的支援会議でケース検討ができないか糀谷・羽田地域福祉課多機関連携調整担当と相談していく。

(2)⑥

2年目実績：シニアステーション羽田と連携し、終活講座、暮らしの法律セミナーといった古い支度に関連する講座を年5回実施した。

今後の解題、展望：羽田地区の地域特性等を踏まえた古い支度講座等が開催できないか大田区社会福祉協議会おた成年後見センター等と検討。シニアステーション羽田と連携し開催していく。

(4)②

2年目実績：大田区認知症検診受診結果一覧を活用し、対象者宅に地域包括支援センター、シニアステーション、大田区認知症サポートガイド、フレイル予防のパンフレットを投函。投函後、対象者から地域包括支援センター羽田に認知症や介護保険等についての相談があり。対象者の多くがこれまで地域包括支援センター羽田と繋がりがなかった高齢者だったことから地域包括支援センター羽田と繋がりを持つ事ができた。

また、大田区もの忘れ検診対象者からのアンケートはがき回答内容から「介護予防の体操や地域のサークルに参加してみたい」にチェックした方を対象にシニアステーション羽田と連携しシニアステーション羽田のチラシの投函を実施した。

今後の課題、展望：シニアステーション羽田の役割等を活用し、地域包括支援センター羽田と繋がりがない高齢者と繋がりがもてるような働きかけをしていく。令和6年度は、大田区認知症検診受診結果一覧、大田区もの忘れ検診対象者からのアンケートはがき回答内容から「介護予防の体操や地域のサークルに参加してみたい」にチェックした方を対象にした働きかけをシニアステーション羽田と連携し実施していく。

	<p>●達成度評価：A</p> <p>複合的な課題が混在するケースや総合相談対応等を通じて、羽田地区の地域特性を踏まえた若い支度講座の実施が必要とわかった。</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◆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	ソーシャルワーク力の向上	
実施計画 ※	<p>① 職員一人ひとりの役割や相談援助技術等に応じた研修参加を調整、ケースワーク力向上を図る。また、伝達研修を実施する事で包括全体のケースワーク力の向上に努める。</p> <p>② 日々のミーティングにて総合相談受付状況を確認。相談対応上の課題、対応策の検討と共有を行い、適切な支援に向けて包括支援センターとしての方向性を決定する。また、必要に応じてケース事例検討を実施する。</p> <p>③ 大田区版地域アセスメントシートを活用し地域の社会資源情報の抽出、集約、整理を実施。お役立ちガイドに反映させる。地域を基盤とした暮らしを支援するためのマネジメントができるようコミュニティワークの向上に職員一人ひとりが意識して取り組んでいく。</p>	実施報告 ※※
	<p>① 職員一人ひとりの役割や相談援助技術等に応じ、大田区や東京都で実施している高齢者権利擁護推進事業に関する研修、大田区で実施している福祉人材向けeラーニング、長寿社会開発センターがオンデマンド配信で実施している地域包括ケア担当職員セミナー等に参加。ケースワーク力向上に向けた取組みを行った。また、研修受講した職員による研修報告を申し送りや包括スタッフミーティングで実施。研修資料の回覧等を通じて包括全体のケースワーク力向上を行った。</p> <p>② 日々のミーティングで総合相談受付状況を確認。特に権利擁護、高齢者虐待に重点的に共有を実施。支援困難事例については、ホワイトボードを活用した事例検討を随時、実施した。ネットワーク構築に欠かせない取組み等についても共有を図り、担当者不在でも地域から相談等があった際に対応ができる仕組みづくりを行った。</p>	

			③ シニアステーション羽田と連携し、大田区版地域アセスメントシートを活用した地域の社会資源情報の抽出、集約、整理を実施。得られた情報等を、包括羽田で作成している お役立ちガイドや、地域カルテ作成に反映させた。
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>① 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続ける事ができるよう、地域の関係機関との連携強化を図る。</p> <p>② 地域包括支援センター羽田管内の居宅介護支援事業所および介護保険事業者との連携を深めネットワーク構築を図る。</p>		
実施計画 ※	<p>① 複合的な課題が混在する「8050問題」、「若年性認知症支援」などのケースへの支援について、障がい者、児童、生活困窮など福祉の各分野と連携し解決に向けて取り組む。また、課題解決の取り組みとして、重層的支援会議でのケース検討を提案していく。★[重-3]</p> <p>② 権利擁護支援検討会や法務支援相談、大田区社会福祉協議会で実施している福祉法律相談を活用。弁護士などから専門的な助言を受け、支援困難ケースの早期解決を図る。権利擁護支援検討会での事例提出を年1件以上、実施する。</p> <p>③ 糶谷・羽田地域福祉課主催のケアマネ連絡会を開催する。(年4回程度、コロナの状況によって回数は変動、web等の活用も検討する)</p> <p>④ 地域包括支援センター羽田管内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象としたケアマネ勉強会を開催し、連携強</p>	実施報告 ※※	<p>① 複合的な課題が混在するケースにおいて、糶谷・羽田地域福祉課身体障害者支援担当、糶谷・羽田生活福祉課、大田区生活再建・就労サポートセンターJOBOTAなど福祉の各分野と連携し解決に向けたケースカンファレンス等を実施。複合的な課題が混在するケースについて、糶谷・羽田地域福祉課地域包括ケア推進担当に重層的支援体制整備事業の重層的支援会議でケース検討できないか提案。ケース概要やタイミング等により重層的支援会議でケース検討には繋がらなかった。</p> <p>② 法務支援相談、大田区社会福祉協議会で実施している福祉法律相談を活用。法律面で弁護士から専門的な助言を受け、ケアマネ支援等を実施。大田区社会福祉協議会おた成年後見センターと連携し、成年後見制度利用等を含めた権利擁護支援を行っていく上で権利擁護支援検討会の活用を検討したが、令和5年度については事例提出には至らなかった。</p> <p>③ 糶谷・羽田地域福祉課主催のケアマネ連絡会を年4回、開催した。</p>



	<p>化を図る。(年4回程度)</p> <p>⑤ 介護保険事業者以外の地域の関係機関(医療機関、薬局等)への訪問、介護予防教室などへの講師依頼をツールに連携体制の強化を図る。</p> <p>⑥ 老い支度の推進や成年後見制度の周知を図るため、大田区社会福祉協議会などと連携し「老い支度講座」を年1回程度、開催する。★[重-3]</p> <p>※新型コロナウイルス等の感染状況により開催が難しい場合は、老いじたくパンフレットを地域に積極的に配布を実施。老い支度の推進や成年後見制度の周知を図る。</p>	<p>④ 地域包括支援センター羽田管内の居宅介護支援事業所(7事業所)の介護支援専門員を対象としたケアマネ勉強会を年4回実施した。</p> <p>⑤ 地域包括支援センター羽田管内の薬局へ訪問。包括やシニアステーション羽田の取り組み等について説明を実施。今後、家族介護者の集いや包括羽田ケアマネ勉強会、地域ケア会議等に参加してもらえる事となる。</p> <p>⑥ シニアステーション羽田と連携し、終活講座、暮らしの法律セミナーといった老い支度に関連する講座を年5回実施した。</p>
--	---	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>① 地域住民がいつまでも元気で健康な生活が送れるよう、フレイル予防の普及・啓発を積極的に行う。</p> <p>② 適切な介護予防ケアマネジメントを通じて、高齢者一人ひとりの状況に応じた自立支援を行う。</p>		
<p>実施計画 ※</p>	<p>① シニアステーション羽田と連携し、効果測定を取り入れた介護予防事業・元気維持の教室を開催する。</p> <p>② 町会・自治会、シニアクラブなどにおいて、大田区が作成しているフレイル予防のパンフレットを活用し、運動・栄養・社会参加・口腔によるフレイル予防の普及・啓発を行う。★[重-1]</p> <p>③ 羽田地域の課題に即した生活支援サービスを把握し、足りない資源の創生に取り組み、ボランティアによる支援を地域の中で根付かせる。地域福祉コー</p>	<p>実施報告 ※※</p>	<p>① シニアステーション羽田と連携し脚点に着目し効果測定を取り入れた「包括・シニア共催健康測定会」を実施。令和5年度、上半期、下半期1クールずつ実施した。</p> <p>② 町会・自治会、シニアクラブ等において、大田区が作成しているフレイル予防のパンフレットなどを活用し、運動・栄養・社会参加・口腔によるフレイル予防の普及・啓発を実施。フレイル予防に取り組む事で認知症予防にも繋がる事を説明した。</p> <p>③ 地域にある居宅介護支援事業所のケアマネジャーから居宅介護支援事業所 並びに 居宅介護支援事業所の系列である福祉用具レンタル事業所</p>

ディネーターとともに社会資源を発掘し、地域に繋げていく。

- ④ 自主グループ懇談会を年1回程度、開催。各自主グループの取り組み状況、課題などの共有。自主グループ間の連携と継続した取り組みができるよう支援を行う。★[重-2]※新型コロナウイルス等の感染状況等により対面での自主グループ懇談会の開催が難しい場合、各自主グループの開催状況や取り組みを通じて良かった事、課題などの聞き取りを行い、紙面でまとめたものを配布。紙面上での自主グループ懇談会の開催を行う。自主グループの代表には定期的に連絡を取り、状況把握とグループ維持のために継続的に支援をする。
- ⑤ 羽田地域の高齢者全体に向けて、“一人でも行える・日常生活動作がすでにフレイル予防”をコンセプトとした「羽田パスポート」を実施。シニアステーション羽田、大田区社会福祉協議会と連携し、自主グループやシニアクラブなど幅広い地域に向けて取り組みを推進する。
- ⑥ 地域包括支援センター羽田、シニアステーション羽田で実施する地域住民向けの講座について糶谷・羽田地域福祉課などと連携し、「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考にしたプログラムを提供できるよう検討、実施する。★[重-1]

のスペースを活用し、地域住民を対象にした介護予防教室等が実施できないかとの相談があり。そのため、介護予防教室等を月3回のペースで実施してきたが、令和6年度から介護予防教室等を自主グループ化できないか提案。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが自主グループの代表になる事で、令和6年度から自主グループとして活動してもらう事となった。

- ④ 各自主グループの代表者の都合等により自主グループ懇談会を開催する事はできなかったが、令和5年は、地域包括支援センター羽田管内で活動している全自主グループの取り組み状況を確認。講師調整等、地域包括支援センターとして活動継続支援を実施した。
- ⑤ 令和5年度版「羽田パスポート」を作成。シニアステーション羽田の講座等に参加している利用者、シニアクラブ、地域の自主グループ、羽田地区民生委員児童委員協議会、グループホームや小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等において周知を継続。“一人でも行える・日常生活動作がすでにフレイル予防”のコンセプトの浸透に取り組んだ。
- ⑥ 糶谷・羽田地域福祉課と連携し「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析を参考にした「フレイル予防講座」や「病気のはなし」をシニアステーション羽田で実施。地域包括支援センター羽田で開催している認知症カフェにおいても「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の

			行政情報分析を参考にしたプログラムを実施した。
--	--	--	-------------------------

(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ト業務を含む。）

個別目標	羽田地区の地域特性にあった見守りささえあいネットワークを構築する。		
実施計画 ※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 高齢者見守りキーホルダー登録の新規登録 及び 更新についての勧奨を実施。</li> <li>② ひとり暮らし高齢者対象者名簿や高齢者等実態調整に伴う未把握ひとり暮らし高齢者一覧表、大田区認知症検診受診結果一覧を活用し、これまで地域包括支援センター羽田と繋がりがなかった高齢者へのアプローチを行う。★[重-3]</li> <li>③ 地域力推進羽田地区委員会「地域課題解決分科会」の一員として、町会・自治会で取り組んでいる高齢者見守り活動、避難行動要支援者名簿の活用などについて、情報提供や個別支援を迅速に行う。また、羽田地区版のウォークラリーのあり方について提言を行う。</li> </ul>	実施報告 ※※	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 高齢者見守りキーホルダー登録の新規登録 及び 更新についての勧奨を実施。令和5年度は、新型コロナウイルス感染症の5類移行にともない、地域のシニアクラブや自主グループにて高齢者見守りキーホルダー登録・更新会を実施した。</li> <li>② 大田区認知症検診受診結果一覧を活用し、対象者宅に地域包括支援センター、シニアステーション、大田区認知症サポートガイド、フレイル予防のパンフレットを投函。投函後、対象者から地域包括支援センター羽田に認知症や介護保険等についての相談があり。対象者の多くがこれまで地域包括支援センター羽田と繋がりがなかった高齢者だった事から地域包括支援センター羽田と繋がりをもつ事ができた。また、大田区もの忘れ検診対象者からのアンケートはがき回答内容から「介護予防の体操や地域のサークルに参加してみたい」にチェックした方を対象にシニアステーション羽田と連携しシニアステーション羽田のチラシの投函を実施した。</li> <li>③ 地域力推進羽田地区委員会「地域課題解決分科会」の一員として町会・自治会で取り組んでいる高齢者見守り活動、避難行動要支援者名簿の活用などについて検討を実施。また、地域力推進羽田地区委員会 講演会</li> </ul>

			に参加。羽田地区のまちづくりに意見交換を行った。
--	--	--	--------------------------

(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	人と人とのつながりを大切にする羽田地域の地域性を生かしたまちづくりを行う。		
実施計画 ※	<p>① 積極的に地域へ出向き、羽田の地域特性や町丁別や個人・団体など詳細な情報を、足を使って収集し、ネットワーク構築へ活かす。得られた情報を、大田区版地域アセスメントシートやお役立ちガイドに反映させる。</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議を年6回以上開催。地域課題の把握と抽出に取り組む。★[重-2]</p> <p>③ 糶谷・羽田地域福祉課と連携し、日常生活圏域レベル地域ケア会議を年1回以上開催する。★[重-2]</p> <p>④ 地域の通いの場・集いの場の把握と活動内容の確認などを実施。ミルモネットを活用し地域への情報発信を行う。また、4か月を目安にミルモネットの情報更新を行い、地域に最新の情報が届けられるよう取り組む。★[重-2]</p>	実施報告 ※※	<p>① 町会・自治会の会合、シニアクラブの総会や活動、自主グループの活動、地域行事等で地域に出向いた際に、羽田、本羽田、萩中、羽田旭町の地域情報について、地域住民よりアセスメントを実施。また、個別訪問等で地域に出向いた際に地域アセスメントを実施。地域の新たにできた医療機関や商店、スポーツクラブ、閉店や活動規模を縮小した団体等の情報を収集。大田区版地域アセスメントシート、お役立ちガイド、地域カルテといった作成物に反映させたり、個別支援等に活用する事ができた。</p> <p>② 個別レベル地域ケア会議について年6回実施。</p> <p>③ 日常生活圏域レベル地域ケア会議を年4回実施。</p> <p>④ 地域の通いの場・集いの場の把握と活動内容の確認等を実施。顔が見える関係性づくりを行うとともに活動継続支援を実施した。地域の介護予防教室から活動内容等を、どのように地域住民等に周知していくか相談があり。ミルモネット担当者を交え話し合いを実施。ミルモネットを活用した情報発信について検討した。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていく事ができるよう支援する。		
実施計画 ※	① 大田区もの忘れ検診事業、認知症初期集中支援チームの機能	実施報告 ※※	① ・大田区認知症検診事業を受診された方へ地域包括支援センター、シニ

	<p>を活かし、認知症の早期診断、早期対応に向けたし体制を構築する。また、認知症初期集中支援チーム員会議を1か月に1回のペースで開催する。</p> <p>② 認知症サポートガイドの普及・啓発に取り組む。羽田図書館や大田区認知症検診実施医療機関に定期的に訪問、民生委員協議会や町会・自治会、シニアクラブ、自主グループなどで認知症サポートガイドの説明を実施する。</p> <p>③ 講義形式だけでなく飲食も取り入れた認知症カフェの開催を検討していく。※新型コロナウイルス等の感染状況により開催が難しい場合は、紙上認知症カフェを開催。参加者や地域に向け、認知症との共生や予防への理解を深めるための周知を行っていく。</p> <p>④ 認知症サポーター養成講座を対面型 年1回、オンライン型 年1回開催する。また、地域の企業等に認知症サポーター養成講座の受講を進め、認知症との共生や予防への理解を深めるための周知を行っていく。</p> <p>⑤ 糀谷・羽田地域福祉課、糀谷・羽田地域福祉課管内にある地域包括支援センター糀谷、地域包括支援センター大森東と連携し、認知症サポーターステップアップ研修を年1回開催する。また、糀谷・羽田基本圏域の小学生を対象とした認知症講座を年1回開催する。★[特力]※新型コロナウイルス等の</p>		<p>アステーション、大田区認知症サポートガイド、フレイル予防のパンフレットを投函。包括がアプローチする事で認知症の早期対応に向けた支援体制につながる機会を作る取り組みを実施。</p> <p>・認知症初期集中支援チーム員会議を1か月に1回、実施。認知症サポート医と連携し、令和5年度 新規1件、継続1件の対応を実施。</p> <p>② 認知症サポートガイドの普及・啓発の取り組みを実施。羽田図書館に設置してある認知症専門ブースや、地域包括支援センター羽田 担当エリアで大田区認知症検診を実施している医療機関への設置について働きかけを実施。民生委員協議会、シニアクラブ、自主グループ、地域包括支援センター羽田 担当エリアの居宅介護支援事業所のケアマネ等で認知症サポートガイドの説明等を実施。</p> <p>③ 飲食を取り入れた形式での開催はできなかったが、認知症カフェを年7回実施。地域の訪問看護事業所や福祉用具レンタル事業所等に協力を依頼し、「認知症予防×フレイル予防」をテーマとした運動や講演等を実施。</p> <p>④ 認知症サポーター養成講座を対面型 年1回、オンライン型 年1回 実施。</p> <p>⑤ ・糀谷・羽田基本圏域管内にある地域包括支援センター糀谷・大森東、東京都認知症介護指導者、糀谷・羽田地域福祉課と連携し、糀谷・羽田基本圏域 認知症サポーターステップアップ研修を年1回、開催した。</p> <p>・糀谷・羽田基本圏域の小学生を対象とした認知症講座について企画し</p>
--	---	--	---

	<p>感染状況により開催が難しい場合は、糺谷・羽田地域福祉課管内認知症地域支援推進員連絡会で開催に向けた意見交換等を進め、オンライン型での開催を含め検討を行っていく。</p> <p>⑥ 認知症サポーターステップアップ研修修了者が認知症支援に係る地域活動に参加できるよう既存の地域活動の把握と受け入れができるよう働きかけを行っていく。★[特力]</p> <p>⑦ 家族会を定期的を開催し、ピアカウンセリングや情報提供の機会を作る。※新型コロナウイルス等の感染状況により対面での家族会の実施が難しい場合は、家族会参加者に認知症などに関連するパンフレットやチラシを郵送などで配布。家族会に参加している方々が孤立・孤独にならないよう働きかけを行う。</p> <p>⑧ 徘徊など周辺症状や精神疾患により地域での見守り・声かけなどが必要なケースについて個別レベル地域ケア会議を開催。認知症や精神疾患を抱えている当事者や、その家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための検討、地域課題の抽出を行う。★[重-2]</p> <p>⑨ 若年性認知症支援のため大田区若年性認知症支援相談窓口、糺谷・羽田地域健康課、糺谷・羽田地域福祉課、障がい者総合サポートセンターなどと連携し支援を行う。</p> <p>⑩ 東京都立荏原病院 認知症疾</p>	<p>たが、開催当日、新型コロナウイルス感染症等に感染した受講者が多かったため、開催を中止とした。</p> <p>実績：令和5年度の目標あった糺谷・羽田基本圏域 認知症サポーターステップアップ研修を令和6年3月に開催する事ができた。糺谷・羽田基本圏域は、他の基本圏域と比べ、地域包括支援センターの設置数も少ない事から、限られたマンパワーで開催していく必要がある。今後、認知症サポーターステップアップ研修を単独で開催する事も見据えた開催を行う事ができた。</p> <p>今後の展望、課題：令和6年度についても、糺谷・羽田基本圏域管内にある地域包括支援センター糺谷・大森東、東京都認知症介護指導者と連携し開催する方向で調整していく。</p> <p>★[特力]</p> <p>⑥ 糺谷・羽田基本圏域 認知症地域支援推進員連絡会にて、糺谷・羽田基本圏域管内にある地域包括支援センター羽田、糺谷、大森東は、それぞれで実施している認知症カフェをチームオレンジの活動場所とする事を決定。今後、認知症サポーターステップアップ研修修了者が認知症支援に係る活動ができるよう受け入れ準備を進めていく事となる。</p> <p>実績：蒲田、大森、調布の各基本圏域で実施した認知症サポーターステップアップ研修修了者の中から、地域包括支援センター羽田で実施している認知症支援の取り組みに参加したいと希望している方がいるとの情報提供が大田区福祉部高齢福祉課からあり。そのため、地域包括支援センター羽田から希望者に連絡。認知</p>
--	--	---

	<p>患医療センターと連携し、認知症との共生や予防への理解を深めるための講座を年1回以上開催する。また、個別支援において、認知症アウトリーチチーム事業を活用し、認知症及び精神疾患を抱えている当事者へ適切な支援が提供できるよう連携していく。</p> <p>⑪ 糶谷・羽田基本圏域 認知症地域支援推進員連絡会を月1回、開催。「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり」をスローガンとし、チームオレンジ事業の実施に向け検討を行う。</p>	<p>症カフェ等、活動場所の紹介を実施した。</p> <p>今後の展望、課題：地域包括支援センター羽田で実施している認知症カフェ以外で、チームオレンジとして活動してくれる自主グループや事業者等の把握を実施。チームオレンジとして登録してもらえよう働きかけを行う。</p> <p>⑦ 家族介護者の集いを月1回、開催。認知症を含めた介護・福祉・医療等に関する情報提供を実施。家族介護者の集いに参加している方々が孤立・孤独にならないよう努めた。家族介護者の集いに参加している方々にアンケートを実施。アンケート結果をもとに講師を招いた勉強会を開催した。また、参加者が少ないため、地域のケアマネジャーを中心に家族介護者の集いの周知を実施。</p> <p>令和5年度の取り組み等から令和6年度より家族介護者の集いの開催時間帯や曜日の変更を実施。在宅で介護をしている家族等が参加しやすい環境づくりに取り組んでいく。</p> <p>⑧ 認知症や精神疾患を抱えている当事者や家族等への支援を検討した個別レベル地域ケア会議を6件実施。地域での見守り・声かけ、支援に関わっている関係者間の連携、成年後見制度利用を含めた権利擁護支援、施設入所等を含めた支援の方向性の確認等を行った。</p> <p>⑨ 大田区若年性認知症支援相談窓口と連携し羽田地区民生委員と地域包括支援センターとの勉強会の際に若年性認知症についての講演を実施。若年性認知症支援についての周知等を行った。個別支援において、障害福</p>
--	---	--

			<p>祉サービス・地域個別支援や自立支援医療の申請手続き等において糀谷・羽田地域福祉課身体障害者支援担当、知的障害者支援担当、精神・番病医療費助成担当と連携した支援を行った。</p> <p>⑩ 東京都立荏原病院 認知症疾患医療センターと連携し、認知症との共生や予防への理解を深めるための講座をシニアステーション羽田にて1回実施した。また、個別支援において、認知症アウトリーチチーム事業を活用し、認知症及び精神疾患を抱えている当事者へ適切な支援が提供できるよう認知症支援コーディネーターと随時、相談を行った。</p> <p>⑪ 糀谷・羽田基本圏域 認知症地域支援推進員連絡会を年7回、実施。「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり」をスローガンとし、チームオレンジ事業の実施に向け検討。認知症カフェをチームオレンジ事業と位置付けて令和6年度より取り組んでいく。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域共生社会をみすえた地域生活を支える仕組みづくりの構築をすすめる。		
実施計画 ※	① 羽田地域力推進センター内にある中高生ひろばと連携し「スマホで交流ひろば」を実施。スマートフォンの操作等に困っている高齢者より相談があった際に、中高生ひろばを利用している中高生からスマートフォンの操作等を教えてもらう事で多世代交流を進めていく。また、ヤングケアラーについてのアンケート調査や、eスポー	実施報告 ※※	① シニアステーション羽田で実施しているスマホ教室やスマホ相談会でスマートフォンの操作方法等の困り事が解決されているためか「スマホで交流ひろば」を利用したいといった相談がなかった。羽田地域力推進センター内の中高生ひろばを利用していた中高生が、カムカム新蒲田内にある中高生ひろばを利用するようになってしまい、高齢者にスマートフォンの操作方法等を教えてくれる中



	<p>ツ実施について意見交換を行う。</p> <p>② シニアステーション羽田と連携し、スマートフォン教室を開催。スマートフォンをお使いでない方や、操作に不慣れな方が、楽しみながらスマートフォンや各種アプリの活用を体験できる機会を設け、高齢者のデジタルデバインド(情報格差)解消を目指す。</p>	<p>高生がいなくなってしまった事も課題。中高生ひろばで実施しているeスポーツに地域の高齢者が参加する事ができないか等、中高生ひろばとの連携を目的に意見交換を実施した(年2回実施)。</p> <p>② シニアステーション羽田と連携し、スマートフォン体験会 1回、スマートフォン相談会 4回、スマートフォン教室 11回、開催。各講座において、スマートフォンの操作等だけでなく、はねぴょん健康ポイント、大田区防災アプリ、大田区YouTube オンライン講座、デジタル商品券の説明等を実施。高齢者のデジタルデバインド(情報格差)解消を目指す取り組みを実施した。</p>
--	--	---

