

令和6年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 大森

1 事業目標

「大田区らしい地域共生社会の実現」を見据え、だれもがだれかとつながることで「その人らしさ」を大切に、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来るまちづくりに取り組む。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域の皆様の安心安全な生活をささえ、信頼の拠り所となるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	① 地域住民の介護予防・フレイル予防に取り組むことで「その人らしく」暮らし続けることが出来るまちづくりを行う。★[重-1]	A
	② 自立支援に向けて、自立支援に資するケアマネジメント力の強化と多職種多機関との連携の強化を図る。★[重-2]	A
	③ 地域住民や民間企業など、様々な地域の力と、そのつながりを大切にする ことで、見守りネットワークの構築・強化・推進を図る。★[重-3]	S
	④ 高齢者の抱える様々な課題に対して、迅速かつ適切な対応を可能とすべく 地域包括支援センターの相談機能強化に取り組む。★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
(3) ①地域と連携して、地域住民の介護予防・フレイル予防、健康の維持・増進に取り組む。★[重-1]	(3) ①シニアクラブ、町会、軽費老人ホームにおいてフレイル予防講座や体力測定会を行った。地域リハビリテーション事業、地域のデイサービスや訪問看護事業所と連携した取組を行うことで地域の皆様のフレイル予防に対する意識の向上につながった。大森西地区民生委員児童委員協議会と共催で定期的に介護予防・フレイル予防・健康の維持増進を目的に教室を開催、たくさんの地域の皆様に参加頂いた。 【今後の展望・課題】 今後も地域との連携を軸に、地域住民の介護予防・フレイル予防・健康の維持増進と健康寿命の増進に取り組んでいく。

(3) ②自立支援計画作成時（中間評価、最終評価含む）のアセスメントを丁寧に行い、ストレングスの視点を大切にすることで、その人らしさの実現に向けて取り組む。またその人らしさを阻害する様々な課題に対しては、解決に必要な社会資源の活用・発掘・創出を行う。 (5) ②だれもがだれかとつながる地域を目指し、認知症予防・介護予防・フレイル予防を目的とした多世代参加型の取り組みを行う。 (7) ①都や大田区・社会福祉協議会・警察や消防署などが実施する事業やイベント等に協力、チラシ・パンフレット等の配布やアナウンス（地域包括支援センターのホームページや広報誌の有効活用）を行うことで、周知・普及啓発を図る。	(3) ②委託先の居宅介護事業所と、その人らしさをテーマとした自立支援プランの作成時から中間評価・最終評価までの進め方と考え方、ポイントについて意見交換を中心とした勉強会を開催、認識の共有を図ることが出来た。さらに地域におけるインフォーマルサービスについて確認を行い、地域資源マップの作成を開始した。 【今後の展望・課題】 自立支援プランを充実させるインフォーマルサービスについて、地域資源マップを作製することで活用しやすい環境をつくる。不足しているインフォーマルサービスについては新たな資源の活用・発掘・創出を継続していく。 (5) ②大森西図書館と連携し地域の多世代の集いの場である「来ぶらり～サロン」を隔月で開催した。管内二カ所の小学校で行われたサマースクールに参加、「多世代交流」をテーマにパラスポーツボッチャの体験を行った。小学生対高齢者、世代を超えた混成チームなど多世代交流を行うことが出来、子供たちにとっても高齢者と直に触れ合える機会となった。 大田区総合体育館で包括平和島・蒲田・大森東と共催で「見守り声かけ訓練」を中心とした認知症ステップアップ講座を開催。様々な属性の参加者約80名が参加、「気づき力」の強化と早期発見早期対応をベースとする支援体制の構築・確認について検討を行った。 【今後の展望・課題】 サマースクールは今夏も参加予定、多世代交流の場・世代を超えた相互理解の場としていきたい。見守り声かけ訓練についても参加者のご意見を参考にさらに良い機会へと発展させていきたい。 (7) ①地域に必要な情報を出来るだけ早く届けるべく、地域包括支援センターが携わる様々な場面でチラシやパンフレットの配布とアナウンスを行った。警察とは特殊詐欺、消防とは防火防災診断で連携を密にとり、地域の皆様の安心安全な生活を守ることが出来るように協働で取り組むことが出来た。 【今後の展望】
--	---

(7) ②スマホ普及事業、はねぴょん健康ポイント、車いすステーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話録音機の普及など）などの普及啓発活動に積極的に取り組む。	広報誌の配布先や掲示先の拡大を図り、より多くの地域の皆様に必要な情報を届けられるようさらなる工夫を行っていく。 (7) ②東京都のスマホ普及事業や大森コラボレーション、シルバー人材センターのスマホ教室に対して周知活動等の協力を行った。老い支度については講座を地域向けに2度開催。車いすステーション事業（6台）については高い稼働率を維持、地域の皆様にご利用頂いている。特殊詐欺に対しても自動通話録音機、防犯ステッカーの活用について地域に向けてアナウンスを行った。 【今後の展望・課題】 見守りネットワーク（つながりあい・見守りあい・支え合い）を強化し、早期発見早期対応につなげ、安心安全な地域づくりを行っていく。 【達成度評価の理由】 積極的に地域に出向き、地域の皆様とつながり、介護予防・フレイル予防・認知症予防・特殊詐欺被害予防など取組むことが出来た。計画通りの進捗状況である。
★ [重2] (2) ①重層的支援会議や地域包括支援センターが主催する地域ケア会議を有効活用し、多職種多機関と多面的多角的な視点での意見交換や検討を行うことで、互いの連携と対応力の強化を図る。 (2) ②重層的支援が必要なケースに対応する為、大森西ケアマネの会を軸に、地域の多職種・多機関とのつながりの強化を図るべく、合同の事例検討会や研修・勉強会を企画開催し、課題解決に対	(2) ①個別地域ケア会議で「自立支援ケース・困難事例ケース」合わせて9件検討、日常生活圏地域ケア会議では「地域における見守り」をテーマに2度開催、地域で様々な役割を担っている皆様に参加頂き、多面的多角的な視点での意見交換や支援方針の検討を行うことが出来た。 重層支援会議に12回参加、多世代にわたる複合課題を抱えたケースを、様々な属性の機関や人がつながり検討することで課題解決のベースを構築することが出来た。 【今後の展望・課題】 地域ケア会議、重層支援会議で出来たつながりを効果的に活用することで、引き続き様々な地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。 (2) ②大森西ケアの会主催で年3回、事例検討会や講師を招いた勉強会を開催している。企画の段階から居宅介護事業所と包括がともに話をすることで、連携の広がりや強化が図れている。

する地域力の強化を図る。 (3) ②自立支援計画作成時（中間評価、最終評価含む）のアセスメントを丁寧に行い、ストレングスの視点を大切にすることで、その人らしさの実現に向けて取り組む。またその人らしさを阻害する様々な課題に対しては、解決に必要な社会資源の活用・発掘・創出を行う	【今後の展望・課題】 大森西ケアの会を軸に居宅介護事業所だけでなく訪問介護や福祉用具の事業所など福祉事業者とのつながりを深めていく。 (3) ②委託先の居宅介護事業所と、その人らしさをテーマとした自立支援プランの作成時から中間評価・最終評価までの進め方と考え方、ポイントについて意見交換を中心とした勉強会を開催、認識の共有を図ることが出来た。さらに地域におけるインフォーマルサービスについて確認を行い、地域資源マップの作成を開始した。 【今後の展望・課題】 自立支援プランを充実させるインフォーマルサービスについて、地域資源マップを作製することで活用しやすい環境をつくる。不足しているインフォーマルサービスについては新たな資源の活用・発掘・創出を継続していく。 【達成度評価の理由】 地域ケア会議を活用し地域課題を地域で解決に結びつけるつながりを構築することが出来た。 自立支援の考え方についても地域の居宅介護事業所とあらためてその目的について確認することで「その人らしさ」を大切にしたプラン作成に結び付けることが出来た。計画通りの進捗状況である。
★[重-3] (4) ①見守りに関するセミナーなどを開催し、地域全体の見守りに対する理解と意識の向上に取り組む。	(4) ①見守り支援検討部会で作成した資料「見守りのお願い」を活用し、地域の様々なイベント時に周知を行い、見守りに対する地域の皆様の理解と意識の向上に取り組んだ。 9月には大森地域7包括合同で開催した見守り連携の会においても、「見守りのお願い」を活用することで大森地域内における連携の強化を図ることが出来た。 【今後の課題・展望】 「見守りのお願い」を活用し、町会自治会シニアクラブなどへの働きかけを強化する。 高齢者分野の福祉事業者との連携を強化、福祉の専門職としての「見守り」の視点を活用していく。

(4) ②積極的に地域に出向き、区の手組みである「見守りキーホルダー」「見守りチェックシート」「見守りメール」等の普及啓発活動を通して、地域住民の「気づき力」の強化に努める。 (4) ③見守り推進事業者との連携を密にとることで見守り支えあいネットワークの強化に努める。合同の見守りキーホルダー登録会などを企画開催する。 (5) ①個別の地域ケア会議（自立支援ケース・困難事例ケース）より抽出した地域課題に対し日常生活圏域地域ケア会議の場で検討、地域の様々な立場や役割の皆様に参加頂き、話し合うことで、地域課題に対して地域全体で取り組むことができる体制を構築する。	見守り推進事業者との連携の強化を図る。 (4) ②積極的に地域に出向き、地域の様々なイベント等や集まりの場にて「見守りキーホルダー」「見守りメール」「見守りチェックシート」など見守りに関する取組の普及啓発を行うことで、地域住民の見守り、支え合い、気づき合いの強化を図ることが出来た。 地域課題の一つであった見守りキーホルダー登録率の地域差については、地域内の様々な場所やイベントにおいて登録会を実施することでこれまで登録率が低かった地域だけでなく全体的に登録件数が増加している。 【今後の展望・課題】 見守りに関する普及啓発活動を継続することで地域の見守りネットワークの深化推進を図り、早期発見早期対応につなげていく。特に見守りキーホルダーについてはつながりの軸と捉え登録率の向上に向けて取組む。 (4) ③大森地域の見守り推進事業者連絡会を活用し、推進事業者とのつながりを強化、個別ケースでの相談につながるなどネットワークの強化につながった。 推進事業者であるファミリーマート大森西二丁目店の協力で店舗において登録会を開催することが出来た。 【今後の展望・課題】 推進事業者との連携を密にとり見守りネットワークの拡大につなげていく。さらに見守り協力店の仕組みも活用し地域にアプローチを行っていくことでネットワークの拡大につなげていく。 (5) ①個別地域ケア会議で9件のケースについて検討している。さらにそのケースに共通する地域課題である「地域の見守り」を抽出出来たことで、2度の日常生活圏域地域ケア会議へとつなぎ、地域の多様な属性の参加者の皆様と有意義な会議を行うことが出来た。 さらに前年度からの継続取組であり、日常生活圏域地域ケア会議のテーマの一つでもあった見守りキーホルダー登録について、地域の様々な機関等
--	---

(5) ③地域で行われる様々な行事やイベントに積極的に参加・協力することで、地域とのつながりを強化するとともに、地域包括支援センターの役割や目的を周知していく。

地域の皆様の様々な作品展示を通じた地域交流の機会である「こらぼ de アート」にオレンジカフェの

(7) ①都や大田区・社会福祉協議会・警察や消防署などが実施する事業やイベント等に協力、チラシ・パンフレット等の配布やアナウンス（地域包括支援センターのホームページや広報誌の有効活用）を行うことで、周知・普及啓発を図る。 (7) ②スマホ普及事業、はねぴょん健康ポイント、車いすステーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話録音機の普及など）などの普及啓発活動に積極的に取り組む。	利用者の皆様の作品を出展し、合わせてオレンジカフェの紹介を行うなど地域の皆様に向けてアナウンスを行った。 【今後の展望・課題】 引き続き積極的に地域に出向くことで地域包括支援センターの周知に努め、地域の皆様の安心の拠り所としての機能を果たしていく。 (7)①地域に必要な情報を出来るだけ早く届けるべく、地域包括支援センターが携わる様々な場面でチラシやパンフレットの配布とアナウンスを行った。 警察とは特殊詐欺、消防とは防火防災診断で連携を密にとり、地域の皆様の安心安全な生活を守ることが出来るように協働で取組むことが出来た。 【今後の展望】 広報誌の配布先や掲示先の拡大を図り、より多くの地域の皆様に必要な情報を届けられるようさらなる工夫を行っていく。 (7) ②東京都のスマホ普及事業や大森コラボレーション、シルバー人材センターのスマホ教室に対して周知活動等の協力を行った。 老い支度については講座を地域向けに2度開催。 車いすステーション事業（6台）については高い稼働率を維持、地域の皆様にご利用頂いている。 特殊詐欺に対しても自動通話録音機、防犯シールの活用について地域に向けてアナウンスを行った。 【今後の展望・課題】 見守りネットワーク（つながりあい・見守りあい・支え合い）を強化し、早期発見早期対応につなげ、安心安全な地域づくりを行っていく。 【達成度評価の理由】 見守りネットワークの構築・強化・推進を目標に取り組んできた中で、地域の理解の深まりに比例し当初の目標にはなかった上記に記した様々な取組を行う（参加）ことが出来、地域における見守りネットワークの深化推進を図ることが出来た。その結果、地域からの気になる方や地域資源の情報提供が増加した。
---	---

★[重-4]

(1) ①日々のミーティングにて、ケースと地域資源についての情報共有と、三職種の専門職的視点とバイスティックの七原則に基づく検討を行い、職員個人ではなくチームとしての支援方針を決定、個別課題・地域課題の解決に向けてワンチームで取り組む。

(1) ②研修や勉強会の機会を効果的に活用することで、個々の知識やスキルの向上に取り組む。さらに得た知識やスキルについては所内ヘフィードバックすることでチーム全体のボトムアップにつなげていく。

(6) ①認知症に対する地域の理解を深める為、地域や若年性認知症相談窓口と連携協働し、多世代を対象にした取り組みを9月の認知症月間を軸に年間を通して行う。オレンジカフェについても参加者のニーズに応じた企画・開催を行っていく。

(6) ②認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座をベースに、チームオレンジ大森西の実現に向けて支援を行う、さらにチームオレンジ大森西の活動の場の創出などについても継続的に

(1) ①日々朝夕二回のミーティングの時間を活用し、職員間の情報共有・ケース検討を積極的に行うことでチームとしての支援方針を決定、個別課題や地域課題、困難事例をはじめとする様々な課題解決にワンチームで取り組むことが出来た。

【今後の展望・課題】

バイスティックの七原則を相談援助の拠り所とし、相談者の思いを汲み取り気持ちに寄り添い、相談者と地域を支えることが出来るチームをつくる。

(1) ②都、区をはじめ様々な機関が主催する研修に参加することで個々の相談スキルの向上につながっただけでなく、得た知識や内容については所内で伝達研修を行い共有することで、チーム全体のボトムアップにつながった。

【今後の展望・課題】 今後さらに複雑化・困難化が予想される課題に対応する為にもワンチームとしてさらなるボトムアップに取り組んでいく。

(6) ①9月の認知症月間に大森西図書館と協働で地域の認知症への理解を深める目的で、認知症に関する図書の展示、認知症についてのパネル展、地域の認知症デイサービスの活動紹介、認知症サポート医による講座、若年性認知症相談窓口と連携した当事者の声を聞く会を開催することで、地域の認知症の理解を深めることにつながった。

オレンジカフェについては「認知症の予防」をテーマに開催、参加者の相談から受診、介護サービス・地域資源に結び付いたケースもあった。

【今後の展望・課題】

大森西図書館と連携してのイベントは令和7年度も継続予定。大森西地区の認知症月間の発信拠点としたい。

若年性認知症相談窓口との連携を密にとることで多世代の認知症への理解を深めていきたい。

(6) ②9月に大田文化の森にて大森地域7包括合同で、世界アルツハイマー月間イベント「忘れても出会いつなげる笑顔の輪」を開催。認知症サポータ

支援していく。 (6) ③認知症サポート医と連携し、認知症初期集中支援チームとして認知症地域支援推進員とともに認知症の早期発見・早期診断・早期対応および医療・介護の連携を図る。	一養成講座・ステップアップ講座を軸としたイベントを開催した。 3月には大田区総合体育館にて「見守り声かけ訓練」をステップアップ講座として開催、他包括や他地区の民生委員や地域住民の皆様にもご参加ご協力頂き、実のある訓練を行うことが出来た。 【今後の展望・課題】 見守り推進事業者に対しステップアップ研修を開催、チームオレンジの機能を担って頂けるよう取組む。 (6) ③認知症サポート医とは必要時に連携をとる体制を構築し、適宜相談を行っている。 認知症地域支援推進員と見守りささえあいコーディネーターを中心に地域イベントや包括が関わる様々な場面で、地域とつながり早期発見・早期診断・早期対応を可能とする体制づくりを行った。 【今後の展望・課題】 認知症サポート医との連携の強化を図り、必要に応じてアウトリーチや認知症初期集中支援を効果的に活用していく。 【達成度評価の理由】 大森地域7包括合同でアルツハイマー月間にイベントを行うことが出来、地域課題に対して地域とともに取組む大きなきっかけ作りが出来た。包括間の連携の強化も図ることが出来、安心安全な地域を支える地域包括支援センターの相談機能のさらなる強化につながった。
--	---

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	職員個々のケースワーク力の向上とワンチームとしての総合力の向上を図る。		
実施計画 ※	①日々のミーティングにて、ケースと地域資源についての情報共有と、三職種の専門職的視点とバイスティックの七原則に基づく検討を行い、職員個人ではな	実施報告 ※※	① 日々朝夕二回のミーティングの時間を活用し、職員間の情報共有・ケース検討を積極的に行うことでチームとしての支援方針を決定、個別課題や地域課題、困難事例を

	くチームとしての支援方針を決定、個別課題・地域課題の解決に向けてワンチームで取り組む。 ★[重-4] ②研修や勉強会の機会を効果的に活用することで、個々の知識やスキルの向上に取り組む。さらに得た知識やスキルについては所内へフィードバックすることでチーム全体のボトムアップにつなげていく。★[重-4] ③権利擁護の視点を大切にし、成年後見制度の利用促進や老い支度の周知に取り組む。 虐待ケースについては、防止や早期発見のための周知啓発活動に取り組み、さらに外部研修・所内研修など通して対応力の強化を図る。		はじめとする様々な課題解決にワンチームで取り組むことが出来た。 【今後の展望・課題】 バイスティックの七原則を相談援助の拠り所とし、相談者の思いを汲み取り気持ちに寄り添い、相談者と地域を支えることが出来るチームをつくる。 ② 都、区をはじめ様々な機関が主催する研修に参加することで個々の相談スキルの向上につながっただけでなく、得た知識や内容については所内で伝達研修を行い共有することで、チーム全体のボトムアップにつながった。 【今後の展望・課題】 今後さらに複雑化・困難化が予想される課題に対応する為にもワンチームとしてさらなるボトムアップに取り組んでいく。 ③ 地域住民向けに老い支度講座を開催、成年後見制度の利用促進や老い支度の周知に取り組むことが出来た。さらに地域イベントや包括が関係する様々な場面で周知活動を行うことが出来た。 虐待事例については地域福祉課とコア会議を開催し方向性を決定、その後、支援者間で関係者会議を開催しチーム支援へとつなげる事が出来た。 【今後の展望】 老い支度をきっかけに元気なうちから考えて頂くような働きかけを継続していく。 虐待ケースについても引き続き早期発見早期対応を基本に取り組んでいく。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域における多職種・多機関との連携を深めることで、多種多様なニーズや状況、変化に応じた対応力の強化を図る。		
実施計画 ※	① 重層的支援会議や地域包括支援センターが主催する地域ケア会議を有効活用し、多職種多機関と多面的多角的な視点での意見交換や検討を行うことで、互いの連携と対応力の強化を図る。★[重-2] ② 重層的支援が必要なケースに対応する為、大森西ケアマネの会を軸に、地域の多職種・多機関とのつながりの強化を図るべく、合同の事例検討会や研修・勉強会を企画開催し、課題解決に対する地域力の強化を図る。★[重-2] ★[特力]	実施報告 ※※	① 個別地域ケア会議で「自立支援ケース・困難事例ケース」合わせて9件検討、日常生活圏域地域ケア会議では「地域における見守り」をテーマに2度開催、地域で様々な役割を担っている皆様に参加頂き、多面的多角的な視点での意見交換や支援方針の検討を行うことが出来た。 重層支援会議に12回参加、多世代にわたる複合課題を抱えたケースを、様々な属性の機関や人がつながり検討することで課題解決のベースを構築することが出来た。 【今後の展望・課題】 地域ケア会議、重層支援会議で出来たつながりを効果的に活用することで、引き続き様々な地域課題の抽出、検討、解決に取り組んでいく。 ② 大森西ケアの会主催で年3回、事例検討会や講師を招いた勉強会を開催している。企画の段階から居宅介護事業所と包括がともに話をする事で、連携の広がりや強化が図れている。 【今後の展望・課題】 大森西ケアの会を軸に居宅介護事業所だけでなく訪問介護や福祉用具の事業所など福祉事業者とのつながりを深めていく。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	その人らしさの視点を大切に、自立支援に資するケアマネジメント力を強化する。		
実施計画 ※	① 地域と連携して、地域住民の介護予防・フレイル予防、健康の維持・増進に取り組む。★[重-1]	実施報告 ※※	① シニアクラブ、町会、軽費老人ホームにおいてフレイル予防講座や体力測定会を行った。地域リハビリテーション事業、地域のデイサービスや

	② 自立支援計画作成時（中間評価、最終評価含む）のアセスメントを丁寧に行い、ストレングスの視点を大切にすることで、その人らしさの実現に向けて取り組む。またその人らしさを阻害する様々な課題に対しては、解決に必要な社会資源の活用・発掘・創出を行う。★[重-1] ★[重-2]		訪問看護事業所と連携した取組を行うことで地域の皆様のフレイル予防に対する意識の向上につながった。 大森西地区民生委員児童委員協議会と共催で定期的に介護予防・フレイル予防・健康の維持増進を目的に教室を開催、たくさんの地域の皆様に参加頂いた。 【今後の展望・課題】 今後も地域との連携を軸に、地域住民の介護予防・フレイル予防・健康の維持増進と健康寿命の増進に取り組んでいく。 ② 委託先の居宅介護事業所と、その人らしさをテーマとした、自立支援プラン計画作成時から中間評価・最終評価までの進め方と考え方、ポイントについて意見交換を中心とした勉強会を開催、認識の共有を図ることが出来た。 さらに地域におけるインフォーマルサービスについて確認を行い、地域資源マップの作成を開始した。 【今後の展望・課題】 自立支援プランを充実させるインフォーマルサービスについて、地域資源マップを作製することで活用しやすい環境をつくる。不足しているインフォーマルサービスについては新たな資源の活用・発掘・創出を継続していく。
--	--	--	---

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

個別目標	地域の見守り体制の強化・推進を図り、安心安全なまちづくりを行う。		
実施計画 ※	① 見守りに関するセミナーなどを開催し、地域全体の見守りに対する理解と意識の向上に取り組む。★[重-3]	実施報告 ※※	① 見守り支援検討部会で作成した資料「見守りのお願い」を活用し、地域の様々なイベント時に周知を行い、

	② 積極的に地域に出向き、区の取り組みである「見守りキーホルダー」「見守りチェックシート」「見守りメール」等の普及啓発活動を通して、地域住民の「気づき力」の強化に努める。★[重-3]	見守りに対する地域の皆様の理解と意識の向上に取り組んだ。 9月には大森地域7包括合同で開催した見守り連携の会においても、「見守りのお願い」を活用することで大森地域内における連携の強化を図ることが出来た。 【今後の課題・展望】 「見守りのお願い」を活用し、町会自治会シニアクラブなどへの働きかけを強化する。 高齢者分野の福祉事業者との連携を強化、福祉の専門職としての「見守り」の視点を活用していく。 見守り推進事業者との連携の強化を図る。 ② 積極的に地域に出向き、地域の様々なイベント等や集まりの場にて「見守りキーホルダー」「見守りメール」「見守りチェックシート」など見守りに関する取組の普及啓発を行うことで、地域住民の見守り、支え合い、気づき合いの強化を図ることが出来た。 地域課題の一つであった見守りキーホルダー登録率の地域差については、地域内の様々な場所やイベントにおいて登録会を実施することでこれまで登録率が低かった地域だけでなく全体的に登録件数が増加している。 【今後の展望・課題】 見守りに関する普及啓発活動を継続することで地域の見守りネットワークの深化推進を図り、早期発見早期対応につなげていく。 特に見守りキーホルダーについてはつながりの軸と捉え登録率の向上に向けて取り組む。
--	--	---

	③ 見守り推進事業者との連携を密にとることで見守り支えあいネットワークの強化に努める。合同の見守りキーホルダー登録会などを企画開催する。★[重-3]		③ 大森地域の見守り推進事業者連絡会を活用し、推進事業者とのつながりを強化、個別ケースでの相談につながるなどネットワークの強化につながった。 推進事業者であるファミリーマート大森西二丁目店の協力で店舗において登録会を開催することが出来た。 【今後の展望・課題】 推進事業者との連携を密にとり見守りネットワークの拡大につなげていく。 さらに見守り協力店の仕組みも活用し地域にアプローチを行っていくことでネットワークの拡大につなげていく。
--	---	--	--

(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	地域包括ケアシステムの深化推進に取り組むことで「大田区らしい地域共生社会」の実現に努める。		
実施計画 ※	① 個別の地域ケア会議（自立支援ケース・困難事例ケース）より抽出した地域課題に対し日常生活圏域地域ケア会議の場で検討、地域の様々な立場や役割の皆様に参加頂き、話し合うことで、地域課題に対して地域全体で取り組むことができる体制を構築する。★[重-3]	実施報告 ※※	① 個別地域ケア会議で9件のケースについて検討している。さらにそのケースに共通する地域課題である「地域の見守り」を抽出出来たことで、2度の日常生活圏域地域ケア会議へとつなぎ、地域の多様な属性の参加者の皆様と有意義な会議を行うことが出来た。 さらに前年度からの継続取組であり、日常生活圏域地域ケア会議のテーマの一つでもあった見守りキーホルダー登録について、地域の様々な機関等の協力もあり、件数の増加という結果を得ることが出来た。 【今後の展望・課題】 地域ケア会議を最大限活用し、引き続き様々な地域課題の抽出・検討・解決に取り組んでいく。

	② だれもがだれかとつながる地域を目指し、認知症予防・介護予防・フレイル予防を目的とした多世代参加型の取り組みを行う。★[重-3] ★ [重-1] ③ 地域で行われる様々な行事やイベントに積極的に参加・協力することで、地域とのつながりを強化するとともに、地域包括支援センターの役割や目的を周知していく。★[重-3]	② 大森西図書館と連携し地域の多世代の集いの場である「来ぶらり～サロン」を隔月で開催した。 管内二カ所の小学校で行われたサマースクールに参加、「多世代交流」をテーマにパラスポーツポッチャの体験を行った。小学生対高齢者、世代を超えた混成チームなど多世代交流を行うことが出来、子供たちにとっても高齢者と直に触れ合える機会となった。 大田区総合体育館で包括平和島・蒲田・大森東と共催で「見守り声かけ訓練」を中心とした認知症ステップアップ講座を開催。様々な属性の参加者約80名が参加、「気づき力」の強化と早期発見早期対応をベースとする支援体制の構築・確認について検討を行った。 【今後の展望・課題】 サマースクールは今夏も参加予定、多世代交流の場・世代を超えた相互理解の場としていきたい。 見守り声かけ訓練についても参加者のご意見を参考にさらに良い機会へと発展させていきたい。 ③ 大森西地区最大のイベントである浜祭りに参加、子供から高齢者まで楽しめる遊戯コーナーと見守りキーホルダー登録会を開催、たくさんの地域の皆様と一緒にまつりを盛り上げることが出来た。 近隣の小学校で開催された花まつりに参加、物作りをテーマにしたワークショップを行い、ともに参加される親御さんには合わせて地域包括支援センターのPRを行った。 ポレポレ ECO 祭りに参加、SDGSを考えるというテーマで、SDGSビ
--	---	--

			ッグ双六を行い、参加者の皆様とともに地域について考えることが出来た。 地域の皆様の様々な作品展示を通じた地域交流の機会である「こらぼ de アート」にオレンジカフェの利用者の皆様の作品を出展し、合わせてオレンジカフェの紹介を行うなど地域の皆様に向けてアナウンスを行った。 【今後の展望・課題】 引き続き積極的に地域に出向くことで地域包括支援センターの周知に努め、地域の皆様の安心の拠り所としての機能を果たしていく。
--	--	--	---

(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まちづくりをすすめていく。		
実施計画 ※	① 認知症に対する地域の理解を深める為、地域や若年性認知症相談窓口と連携協働し、多世代を対象にした取り組みを9月の認知症月間を軸に年間を通して行う。オレンジカフェについても参加者のニーズに応じた企画・開催を行っていく。★ [重-4]	実施報告 ※※	① 9月の認知症月間に大森西図書館と協働で地域の認知症への理解を深める目的で、認知症に関する図書の展示、認知症についてのパネル展、地域の認知症デイサービスの活動紹介、認知症サポート医による講座、若年性認知症相談窓口と連携した当事者の声を聞く会を開催することで、地域の認知症の理解を深めることにつながった。 オレンジカフェについては「認知症の予防」をテーマに開催、参加者の相談から受診、介護サービス・地域資源に結び付いたケースもあった。 【今後の展望・課題】 大森西図書館と連携してのイベントは令和7年度も継続予定。大森西地区の認知症月間の発信拠点としたい。 若年性認知症相談窓口との連携を密にとることで多世代の認知症への理

	② 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座をベースに、チームオレンジ大森西の実現に向けて支援を行う、さらにチームオレンジ大森西の活動の場の創出などについても継続的に支援していく。★[重-4]★[特力] ③ 認知症サポート医と連携し、認知症初期集中支援チームとして認知症地域支援推進員とともに認知症の早期発見・早期診断・早期対応および医療・介護の連携を図る。★[重-4]		解を深めていきたい。 ② 9月に大田文化の森にて大森地域7包括合同で、世界アルツハイマー月間イベント「忘れても出会いつなげる笑顔の輪」を開催。認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座を軸としたイベントを開催した。3月には大田区総合体育館にて「見守り声かけ訓練」をステップアップ講座として開催、他包括や他地区の民生委員や地域住民の皆様にもご参加ご協力頂き、実のある訓練を行うことが出来た。 【今後の展望・課題】 見守り推進事業者に対しステップアップ研修を開催、チームオレンジの機能を担って頂けるよう取組む。 ③ 認知症サポート医とは必要時に連携をとる体制を構築し、適宜相談を行っている。 認知症地域支援推進員と見守りささえあいコーディネーターを中心に地域イベントや包括が関わる様々な場面で、地域とつながり早期発見・早期診断・早期対応を可能とする体制づくりを行った。 【今後の展望・課題】 認知症サポート医との連携の強化を図り、必要に応じてアウトリーチや認知症初期集中支援を効果的に活用していく。
--	---	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	都や大田区・社会福祉協議会・警察や消防署などが実施する事業との連携、周知、普及活動に努める。		
実施計画 ※	① 都や大田区・社会福祉協議会・警察や消防署などが実施する事業やイベント等に協力、チラシ・パンフレット等の配布やア	実施報告 ※※	① 地域に必要な情報を出来るだけ早く届けるべく、地域包括支援センターが携わる様々な場面でチラシやパン

	ナウンス（地域包括支援センターのホームページや広報誌の有効活用）を行うことで、周知・普及啓発を図る。★[重-3] ★[重-1] ② スマホ普及事業、はねぴょん健康ポイント、車いすステーション事業、特殊詐欺被害防止（自動通話録音機の普及など）などの普及啓発活動に積極的に取り組む。★[重-3] ★[重-1]	フレットの配布とアナウンスを行った。 警察とは特殊詐欺、消防とは防火防災診断で連携を密にとり、地域の皆様の安心安全な生活を守ることが出来るように協働で取り組むことが出来た。 【今後の展望・課題】 広報誌の配布先や掲示先の拡大を図り、より多くの地域の皆様に必要な情報を届けられるようさらなる工夫を行っていく。 ② 東京都のスマホ普及事業や大森コラボレーション、シルバー人材センターのスマホ教室に対して周知活動等の協力を行った。 老い支度については講座を地域向けに2度開催。 車いすステーション事業（6台）については高い稼働率を維持、地域の皆様にご利用頂いている。 特殊詐欺に対しても自動通話録音機、防犯ステッカーの活用について地域に向けてアナウンスを行った。 【今後の展望・課題】 見守りネットワーク（つながりあい・見守りあい・支えあい）を強化し、早期発見早期対応につなげ、安心安全な地域づくりを行っていく。
--	--	---

センター名 平和島

1 事業目標

地域の多機関・社会資源・人材と共に、誰もが安心して住み続けられるまちづくりを進め、多様化・複雑化する重層的な課題に対応したチーム支援を実践する。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域特性を踏まえ「大田区らしい地域共生社会の実現」へ向けて、地域に於ける重層的な課題に対応出来るように分野を超えて地域の関係各機関や社会資源とのチーム形成に取り組み、「一人も取り残さない」支援を目指して対応するセンターとなる。	令和6年度達成度評価
重点項目	1. 地域の多機関や社会資源と共に、地域にフレイル予防や健康寿命延伸に取り組める機会が身近に増え、気軽に取り組めるような地域づくりを目指す。 ★[重-1]	A
	2. 地域の多機関や社会資源となる団体・人材と共に、誰もが必要な支援に繋がれるよう「大田区らしい地域共生社会」づくりを目指す。 ★[重-2]	A
	3. 重層的な地域課題に対応出来るよう、3職種で連携し、分野を超えて地域の関係各機関や社会資源とのチーム形成に取り組み、「一人も取り残さない」支援を実践する。 ★[重-3]	S
	4. 将来に向けて福祉的視点を持った区民が増えるように多世代を対象に認知症サポーター養成講座や高齢者見守り訓練、大田区チームオレンジ事業等を実践し、つながりあえる地域づくりを推進する。 ★[重-4]	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] ★ [重-4]毎に項目番号(1)① ～ (7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ②地域のフレイル予防が進むように、大森西地区民生委員児童委員協議会、包括大森等と横の連携により、また区の地域リハビリテーション活動支援事業を引き続き積極的に活用して介護予防や自立支援に取り組む。	(3) ② 今年度も大森西地区民生委員児童委員協議会「どんぐりの会」、包括大森と連携して地域のフレイル予防を促進するためフレイル予防教室を開催した。管内のシルバーピア大森中・果林では、「げん（元気現役）かつクラブ」としてフレイル予防講座を年度11回開催した。年2回は、全体での運営会議を開催。回を重ねる中で、シルバーピアと地域の社会資源を繋げた事で、シルバーピアが自主的に開催できるように体制が作られた。
★[重-2] (4) ②地域のNPO 法人や社会福祉協議会、地域の多機関等と連携し、地域ネットワークの強化を図る。	(4) ② 地域NPO 法人と大田区社会福祉協議会と連携し、大田区社会福祉協議会からの助成を受けて「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」を立ち上げ、活動を開始した。包括が介入する世帯の持つ重層的課題の一つとしてヤングケアラーの課題がある。現在、ヤングケアラーを取り巻く支援のための多職種の連携体制の土台を地域の関係機関、多職種で考える研修を行っている。今年度はケアマネジャー向けに3回研修を実施した。研修会に大田区訪問介護事業者連絡会からの参加も得ており、今後訪問介護、訪問看護との研修を通しての連携を予定しており、医師やこども家庭支援センターとの連携・研修なども検討している。その他、権利擁護の面から民生委員との連携を重視し、民生委員懇談会を年度2回開催し、大森東福祉園施設長による障害についての学習と、虐待対応（身体拘束）の学習を行い、更なる連携強化を図った。

★[重-3]

(1) ①権利擁護・インクルージョンの視点の元に、3職種の専門性を生かした所内検討によって課題を把握し、重層的支援会議や地域ケア会議等を通して医療・福祉等の多機関、他分野とのチームでのひとりもとり残さない支援を実践する。

(1) ②重層的支援体制整備事業を踏まえ、重層的な課題を有するケースに対するチーム支援の中で、高齢分野での包括のノウハウを生かしてチーム力の発揮に寄与しひとりも取り残さない重層的な支援を実践する。

(2) ②ケースの背景にある複雑化・多様化する重層的な課題を理解する視点を持つこともケアマネジメント力の一つとしてより資質の向上が図られるように、また高齢分野以外の他分野の知識が増え、多機関との連携が図れるように研修会を開催する。

(1) ①重層的な課題を抱えた世帯、在宅に於ける身体拘束等を含む虐待ケース等対して、三職種による専門性・機能性を生かして所内検討による方針決定を図った。包括として所内で支援方針を明確にしてケース対応を行う事で、地域福祉課地区担当、多機関連携調整担当等との連携を適切に行う事が出来た。個別レベル地域ケア会議を年10回、日常生活圏域レベル地域ケア会議を1回開催した。また、重層的支援会議は、事前会議を含めて11回出席する等、地域課題、重層的な課題に3職種の機能を有機的に発揮して実践した。

(1) ② 重層的な課題を持つ世帯等、世帯の持つシステムを所内検討により把握し、重層的支援会議等を通して支援を展開した。重層的な課題を持つ世帯では、要介護の本人のみならず、世帯員の中に適切な医療に繋がっていない精神疾患のある長子と、大学生の次子が学業を終え希望の職業を目指しているニーズを支える必要があった。重層的支援会議を要請し、長子への医療介入や次子の学業継続に関わる支援を包括が担う等地域福祉課、生活福祉課や地域の関係各機関との密接な連携で対応した。その他、65歳未満の物を集積する方への支援、難病の方への支援などを積極的に行ない「一人も取り残さない支援」の実践を行った。

(2) ② 今年度は2回ケアマネジャー学習交流会を開催した。第1回は、講師にご自身もALS患者遺族でもある東京都難病ピア相談室の方を（ALS担当）を招いて、グループワークを含めて行った。第2回は、ヤングケアラーについて、包括も関わっている「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」によるヤングケアラー研修を開催し、今後ケアマネジャーが支援に関わる事が予測

(4) ②地域の NPO 法人や社会福祉協議会、地域の多機関等と連携し、地域ネットワークの強化を図る。	される様々な課題への対応力の向上を意識して研修を行った。 (4) ② 地域 NPO 法人と大田区社会福祉協議会と連携し、大田区社会福祉協議会からの助成を受けて「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」を立ち上げ、活動を開始した。包括が介入する世帯の持つ重層的課題の一つとしてヤングケアラーの課題がある。現在、ヤングケアラーを取り巻く支援のための多職種の連携体制の土台を地域の関係機関、多職種で考える研修を行っている。今年度はケアマネジャー向けに 3 回研修を実施した。研修会に大田区訪問介護事業者連絡会からの参加も得ており、今後訪問介護、訪問看護との研修を通しての連携を予定しており、医師やこども家庭支援センターとの連携・研修なども検討している。その他、権利擁護の面から民生委員との連携を重視し、民生委員懇談会を年度 2 回開催し、大森東福祉園施設長による障害についての学習と、虐待対応（身体拘束）の学習を行い、更なる連携強化を図った。
★[重-4] (5) ①大森圏域の課題を踏まえて、民生委員児童委員協議会、他包括等とも協力し、「アルツハイマー月間 認知症フェスティバル」を「忘れても 出会い 繋がる 笑顔の輪」を開催し、多世代に向けて「認知症高齢者に対する理解」が進むように取り組む。また、包括の周知の強化を図り、地域づくりを実践する。	(5) ① 世界アルツハイマー月間啓発イベント『忘れても 出会い つながる 笑顔の輪』をテーマとして、大森 7 包括と包括大森東、包括蒲田が連携し、大森圏域認知症地域支援推進員連絡会と見守りコーディネーターが中心となって開催した。延べ 400 名以上の様々な世代の方々の参加を得る事が出来た。地域の方を招いた大森地域「見守り連携の会」や地域力推進課生涯学習担当、JOBOTA、SAPOTA、大田区社会福祉協議会、おい支度等様々な相談ブース、講座やワークショップでの触れ合いを通じた学びの機会を提供し、認知症の周知啓発、包括の周知啓発を実践した。

(5) ②地域の方々や様々な機関と繋がりながら、「高齢者見守り声かけ訓練」を開催し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指す。 (6) ① 管内の小中学校等をはじめ属性や世代の特性を踏まえて、認知症サポーター養成講座を開催し、地域の認知症の理解が進み、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりに取り組む。 (6) ②他包括や多機関、地域の社会資源と共に、地域の多世代に向けて認知症の周知・啓	(5) ② 包括大森、大森東、蒲田、平和島で連携し、包括新井宿、馬込、南馬込、入新井、徳持の協力を得て、地域の方々やシニアクラブ、ステップアップ講座修了者、民生委員児童委員の参加により、総勢82名で「高齢者見守り声かけ訓練」を開催した。ステップアップ講座として、また実践を通した学びを踏まえての日常生活圏域レベル地域ケア会議としても位置付けて開催した。開催に当たっては、最近の高齢者の詐欺被害の拡大を受け、詐欺被害予防も目的にATMでの高齢者への声かけ場面設定も行う等、地域課題を多包括で共有し、連携して地域づくりをすすめた。 (6) ① 大森第五小学校の6年生、大森東中学校の3年生に対して、人権教育の一環として授業として認知症サポーター養成講座を開催した。大森東中学校は、包括大森東と協働で開催した。小学6年生には高齢者による「フレディの遺言」の朗読を取り入れ、中学3年生に対しては事前学習を行った上で、認知症の病態を踏まえたグループワークを実施。認知症の理解だけではなく、教育的な側面にも配慮して、他者の立場に立って考え感情を働かせる面に注意して実施した事で、学校からは今後も定期的な開催を要望された。新たな取り組みとして、認知機能の低下などが起因となって治療中断となり、より認知症や抱えている他の疾病が悪化する等のケースも増えていることから、MCI 早期発見プロジェクトを立ち上げた。認知症に起因する課題だけではなく、高齢者の異変に周囲が早期に気付くことが出来、必要な支援に繋がるように当法人の医療機関と地域包括支援センター大森東、認知症地域支援推進員コーディネーターで連携し見守り機能を強める事で、誰もが安心して住み続けられるまちづくりに繋げる取り組みが求められている。 (6) ② 新たな取り組みとして、認知機能の低下などが起因となって治療中断となり、より認知
--	---

発を図れるように、アルツハイマー月間に『認知症フェスティバル（仮称）』を開催する。 （６）③地域の自主グループや事業者等の課題を把握しながら、ステップ・アップ講座を開催し、チームオレンジの登録を進める。	症や抱えている他の疾病が悪化する等のケースも増えていることから、MCI 早期発見プロジェクトを立ち上げた。認知症に起因する課題だけではなく、高齢者の異変に周囲が早期に気付くことが出来、必要な支援に繋がるように当法人の医療機関と地域包括支援センター大森東、認知症地域支援推進員コーディネーターで連携し見守り機能を強める事で、誰もが安心して住み続けられるまちづくりに繋げる取り組みが求められている。 （６）③（５）①に同じ 大田区第一号のチームオレンジとしての「TOKIKO の手作り工房」を支え、認知症の支援と早期発見、他包括との連携を行った。また、世界アルツハイマー月間イベント『忘れても 出会い つながる 笑顔の輪』への参加を支援し、自主グループのチームオレンジの活動を地域に広げる取り組みを行った。
---	--

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載

（達成度評価の理由は省略）

（１）総合相談支援業務（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	地域の多世代に向けて包括の周知の強化を図り、３職種の専門性を発揮し複雑化・多様化する重層的な課題へ向けて、分野を超えてチームで「ひとりも取り残さない重層的な支援」を実践する。		
実施計画 ※	① 権利擁護・インクルージョンの視点の元に、３職種の専門性を生かした所内検討によって課題を把握し、重層的支援会議や地域ケア会議等を通して医療・福祉等	実施報告 ※※	① 重層的な課題を抱えた世帯、在宅に於ける身体拘束等を含む虐待ケース等対して、三職種による専門性・機能性を生かして所内検討による方針決定を図った。包括として所内で支援方針を明確にしてケ

	の多機関、他分野とのチームでのひとりもとり残さない支援を実践する。★[重-3] ② 重層的支援体制整備事業を踏まえ、重層的な課題を有するケースに対するチーム支援の中で、高齢分野での包括のノウハウを生かしてチーム力の発揮に寄与しひとりも取り残さない重層的な支援を実践する。★[重-3]		ース対応を行う事で、地域福祉課地区担当、多機関連携調整担当等との連携を適切に行う事が出来た。個別レベル地域ケア会議を年10回、日常生活圏域レベル地域ケア会議を1回開催した。また、重層的支援会議は、事前会議を含めて11回出席する等、地域課題、重層的な課題に3職種の機能を有機的に発揮して実践した。 ② 重層的な課題を持つ世帯等、世帯の持つシステムを所内検討により把握し、重層的支援会議等を通して支援を展開した。重層的な課題を持つ世帯では、要介護の本人のみならず、世帯員の中に適切な医療に繋がっていない精神疾患のある長子と、大学生の次子が学業を終え希望の職業を目指しているニーズを支える必要があった。重層的支援会議を要請し、長子への医療介入や次子の学業継続に関わる支援を包括が担う等地域福祉課、生活福祉課や地域の関係各機関との密接な連携で対応した。その他、65歳未満の物を集積する方への支援、難病の方への支援などを積極的に行ない「一人も取り残さない支援」の実践を行った。
--	---	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	ケースの背景にある複雑化・多様化する重層的な課題を理解する視点を持つこともケアマネジメント力の一つとして、地域のケアマネジャーの要望・課題を踏まえた研修会を企画・開催する。また、地域のケアマネジャーの相談に寄り添いながら重層化する個別ケースの解決に向けて伴走しながら支援する。
------	---

実施計画 ※	① 地域のケアマネジャーの有志で組織したケアマネ向上委員会により地域のケアマネジャーの要望・課題に応じた研修会を企画し開催する。 ② ケースの背景にある複雑化・多様化する重層的な課題を理解する視点を持つこともケアマネジメント力の一つとしてより資質の向上が図られるように、また高齢分野以外の他分野の知識が増え、多機関との連携が図れるように研修会を開催する。 ★[重-3] ③ 個別ケースの相談を求めるケアマネジャーに寄り添いながら、支援方針の決定に向けて伴走的な後方支援を積極的に行い、地域のケアマネジメント力向上を図る。	実施報告 ※※	① 今年度は、ケアマネ向上委員会を3回開催し、地域のケアマネジャーの課題等を踏まえた研修の企画・立案を行った。今年度は、同時に「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」の第一回研修を受けるとともに、今後大田区社会福祉協議会と包括平和島と共に地域づくりを担っていく事となった。 ② 今年度は2回ケアマネジャー学習交流会を開催した。第1回は、講師にご自身もALS患者遺族でもある東京都難病ピア相談室の方を（ALS担当）を招いて、グループワークを含めて行った。第2回は、ヤングケアラーについて、包括も関わっている「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」によるヤングケアラー研修を開催し、今後ケアマネジャーが支援に関わる事が予測される様々な課題への対応力の向上を意識して研修を行った。 ③ 地域のケアマネジャーからの相談に応じて、ケアマネジャーとの面接或いは、関係機関を招集してのカンファレンスを開催する等のケアマネジャーの後方支援を積極的に行なった。認知症の本人と家族、内縁パートナーとの関係性に悩んだケアマネジャーの相談に応じて支援方針を検討した。また、認知症の本人のケアが不十分との医療機関からの指摘とケアマネジャーの世帯の見立てとの相違から
-------------------	---	--------------------	--

			の葛藤の相談に応じ、家族システムの検討から支援方針作りを行い、現在もケアマネジャーの後方支援を継続している。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域ケア会議を積極的に活用し地域課題の抽出・把握に努め、大森西地区のフレイル予防を地域で連携して積極的に進め、介護予防や自立支援に取り組む。		
実施計画 ※	① 自立支援の為に地域ケア会議に参加し、地域の介護予防・自立支援に関する課題把握に努め、自立支援に取り組む。 ② 地域のフレイル予防が進むように、大森西地区民生委員児童委員協議会、包括大森等と横の連携により、また区の地域リハビリテーション活動支援事業を引き続き積極的に活用して介護予防や自立支援に取り組む。 ★[重-1]	実施報告 ※※	① 自立支援個別レベル地域ケア会議を通じて、大田区の地域リハビリテーション活動支援事業などの施策や社会資源の活用を積極的に行い自立支援や介護予防を図った。 ② 今年度も大森西地区民生委員児童委員協議会「どんぐりの会」、包括大森と連携して地域のフレイル予防を促進するためフレイル予防教室を開催した。管内のシルバーピア大森中・果林では、「げん（元気現役）かつクラブ」としてフレイル予防講座を年度11回開催した。年2回は、全体での運営会議を開催。回を重ねる中で、シルバーピアと地域の社会資源を繋げた事で、シルバーピアが自主的に開催できるように体制が作られた。

(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	社会資源等を活用し、大田区チームオレンジ事業への積極的な取り組み等を通して、多世代交流や地域交流が活発になるように、つながり合えるまちづくりを推進する。		
実施計画 ※	① 地域の早期からの相談機能の担い手としての「気軽に何で	実施報告 ※※	① 「気軽に何でも相談処」を毎月1回開催し、定期的に参加された方

	も相談処」を継続して、地域に出ていく包括機能を強め地域の見守り機能を高める。 ② 地域の NPO 法人や社会福祉協議会、地域の多機関等と連携し、地域ネットワークの強化を図る。★[重-2] ★[重-3] ★[特力]		の見守り機能を果たし、また地域の精神疾患や知的障害があることで介護サービスや障害支援の導入が困難なケースに於いて、ゆるやかな相談が出来る側面を利用したつながり作り等の役割も担う等して来た。今後は、地域に出ていく相談機能の面からは、包括大森東、包括受託の当医療法人、東京労災病院との連携によって同様な相談機能を担うより広域的な連携を検討している。また、地域の見守り機能の側面からは、JKK との連携のもと、コーシャハイム集会室を利用して年数回、「平和島コミュニティさろん」として講座やワーク等を取り入れた集いの場作りを実施していく。「気軽に何でも相談処」の地域の中へ積極的に出ていく機能に関して、相談機能と見守り機能の2つ機能に見合う事業へと昇華させ、今後もコミュニティーソーシャルワークに取り組んで行く。 ② 地域 NPO 法人と大田区社会福祉協議会と連携し、大田区社会福祉協議会からの助成を受けて「ヤングケアラー支え合い協定推進協議会」を立ち上げ、活動を開始した。包括が介入する世帯の持つ重層的課題の一つとしてヤングケアラーの課題がある。現在、ヤングケアラーを取り巻く支援のための多職種の連携体制の土台を地域の関係機関、多職種で考える研修を行っている。今年度はケアマネジ
--	--	--	--

	③ 子育て世代への支援として児童館とのコラボ企画等を継続する等、属性、世代等の特性を踏まえて認知症や包括支援センターの周知の更なる強化が、地域の多様な世代へ進むように取り組み、また大田区チームオレンジ事業を推進する。		ヤー向けに3回研修を実施した。研修会に大田区訪問介護事業者連絡会からの参加も得ており、今後訪問介護、訪問看護との研修を通しての連携を予定しており、医師やこども家庭支援センターとの連携・研修なども検討している。その他、権利擁護の面から民生委員との連携を重視し、民生委員懇談会を年度2回開催し、大森東福祉園施設長による障害についての学習と、虐待対応（身体拘束）の学習を行い、更なる連携強化を図った。 ③ 子育て世代への支援として大森東児童館とのコラボ企画を、今年度は児童館を利用する子育て世代の方々からの要望もあり、多世代共生を視野に年3回開催した。初産の高年齢化などにより子育てと親の介護のダブルケアのリスクも懸念される中、子育て世代の支持を得た企画を通して、包括支援センターや認知症の周知啓発に積極的に取り組んだ。
--	---	--	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	管内や大森圏域等も視野に「高齢者見守り声かけ訓練」や「アルツハイマー月間 認知症フェスティバル」を「忘れても 出会い 繋がる 笑顔の輪」をテーマに開催し、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりを目指し、地域の方々と共に取り組む。		
実施計画 ※	① 大森圏域の課題を踏まえて、民生委員児童委員協議会、他包括等とも協力し、	実施報告 ※※	① 世界アルツハイマー月間啓発イベント『忘れても 出会い つながる 笑顔の輪』をテーマとして、

	「アルツハイマー月間 認知症フェスティバル」を「忘れても 出会い 繋がる 笑顔の輪」を開催し、多世代に向けて「認知症高齢者に対する理解」が進むように取り組む。また、包括の周知の強化を図り、地域づくりを実践する。 ★[重-4]★[特力] ② 地域の方々や様々な機関と繋がりながら、「高齢者見守り声かけ訓練」を開催し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指す。 ★[重-4]		大森7包括と包括大森東、包括蒲田が連携し、大森圏域認知症地域支援推進員連絡会と見守りコーディネーターが中心となって開催した。延べ400名以上の様々な世代の方々の参加を得る事が出来た。地域の方を招いた大森地域「見守り連携の会」や地域力推進課生涯学習担当、JOBOTA、SAPOTA、大田区社会福祉協議会、老い支度等様々な相談ブース、講座やワークショップでの触れ合いを通じた学びの機会を提供し、認知症の周知啓発、包括の周知啓発を実践した。 ② 包括大森、大森東、蒲田、平和島で連携し、包括新井宿、馬込、南馬込、入新井、徳持の協力を得て、地域の方々やシニアクラブ、ステップアップ講座修了者、民生委員児童委員の参加により、総勢82名で「高齢者見守り声かけ訓練」を開催した。ステップアップ講座として、また実践を通じた学びを踏まえての日常生活圏域レベル地域ケア会議としても位置付けて開催した。開催に当たっては、最近の高齢者の詐欺被害の拡大を受け、詐欺被害予防も目的にATMでの高齢者への声かけ場面設定も行う等、地域課題を多包括で共有し、連携して地域づくりをすすめた。
--	---	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の周知・啓発を多世代へ向けて行い、福祉的視点を持った区民が増えるよう将来の地域作りの観点から取り組み、また大田区チームオレンジ事業を積極的に推進し、ステップ・アップ講座の開催やチームオレンジの立ち上げに取り組む。		
実施計画 ※	① 管内の小中学校等をはじめ属性や世代の特性を踏まえて、認知症サポーター養成講座を開催し、地域の認知症の理解が進み、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりに取り組む。 ★[重-4] ② 他包括や多機関、地域の社会資源と共に、地域の多世代に向けて認知症の周知・啓発を図れるように、アルツハイマー一月間に『認知症フェスティバル（仮称）』を開催する。 ★[重-4]		① 大森第五小学校の6年生、大森東中学校の3年生に対して、人権教育の一環として授業として認知症サポーター養成講座を開催した。大森東中学校は、包括大森東と協働で開催した。小学6年生には高齢者による「フレディの遺言」の朗読を取り入れ、中学3年生に対しては事前学習を行った上で、認知症の病態を踏まえたグループワークを実施。認知症の理解だけではなく、教育的な側面にも配慮して、他者の立場に立って考え感情を働かせる面に注意して実施した事で、学校からは今後も定期的な開催を要望された。 ② 新たな取り組みとして、認知機能の低下などが起因となって治療中断となり、より認知症や抱えている他の疾病が悪化する等のケースも増えていることから、MCI 早期発見プロジェクトを立ち上げた。認知症に起因する課題だけではなく、高齢者の異変に周囲が早期に気付くことが出来、必要な支援に繋がるように当法人の医療機関と地域包括支援センター大森東、認知症地域支援推進員コーディネーターで連携し見守り機能を強める事で、誰もが安心して住み続けられるまちづくりに繋げる取り組みが求められている。

	③ 地域の自主グループや事業者等の課題を把握しながら、ステップ・アップ講座を開催し、チームオレンジの登録を進める。 ★[重-4]		③ (5) ①に同じ 大田区第一号のチームオレンジとしての「TOKIKO の手作り工房」を支え、認知症の支援と早期発見、他包括との連携を行った。また、世界アルツハイマー月間イベント『忘れても 出会い つながる 笑顔の輪』への参加を支援し、自主グループのチームオレンジの活動を地域に広げる取り組みを行った。
--	---	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	区レベル地域ケア会議の方針を踏まえて、地域連携や地域づくりを推進する。		
実施計画 ※	① 区、関係機関と連携し、日常生活圏域レベル地域ケア会議の企画、開催を通して、地域課題の抽出、共有を図り、地域の連携を強める。 ② 区と関係機関との密接な連携の下に、「元気なうちにつながろう」をテーマとして地域課題の解決に向けた事業を行う。	実施報告 ※※	① (5) ②に同じ。 ②ふるはま祭り、美原文化センターまつりに参加し、見守りキーホルダー登録会や相談ブースを設ける等して地域課題解決に向けて活動した。

大田区福祉部長 宛

令和6年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 入新井

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域住民の方々・地域団体との繋がりによりネットワークを拡大させていく。地域住民の方の異変などの情報が包括により多く集まり、適切な時期に適切な支援ができるセンターになる。	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 多様な主体による講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる介護予防・生活支援の充実への取り組みに努めます。★[重-1]	A
	2. 介護、医療福祉、行政サービスだけでなく地域にある様々なサービスとの協働、関係をはかり自分らしい暮らしの支援をします。★[重-2]	A
	3. 自治会・町会、民生委員などの関係機関と連携し、地域に出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会等）を積極的に実施し、参加者同士のつながる場づくりに努めます。★[重-3]	A
	4. 包括職員、専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により、地域対応力を向上させる取り組みをします。★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (4)②★[特力]多様な主体が交流できる講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる介護予防・生活支援の場を提供する。	(4)②入新井老人いこいの家の閉館を機に趣味や特技のお披露目会として「ありがとういこいの家」を入新井寿楽会と協力して開催した。いこいの家が閉館になることによって既存の通いの場を失ってしまう地域住民に対し、シニアステーション入新井をはじめとする代替となりうる活動場所を情報提供し

(4) ③★[特力]高齢者見守りキーホルダー普及啓発し、より多くの方にキーホルダーを持ってもらう、定期的な情報更新を行ってもらうようにする。	た。次年度以降もシニアステーション入新井をはじめとする関係機関と連携し、地域ニーズの収集・ニーズに基づく講座の開催・安定的に定着した講座の地域展開などにより、地域住民が活動の担い手として活躍できる場を創出していく。 (4) ③民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会にて周知し、見守りキーホルダーの普及啓発に努めた。地域住民から出張開催を求められる機会も増えてきており、次年度以降も複数回開催していく。また、直近３年以内に更新の行われていない登録者に電話等による更新勧奨を行い、定期的な情報更新を促した。次年度以降も見守りキーホルダーの普及啓発・定期的な更新が行われるよう、登録会や更新勧奨を実施していく。
★[重-2] (1) ①地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る。 (7) ①見守り体制の構築を図り認知症の方や一人暮らし高齢者の孤立防止を図ります。 (7) ②包括を地域の方々に知ってもらい「安心して気軽にそうだんできる窓口」の周知を推進します。	(1) ①通いの場マップの情報更新などの連絡を通じ、各機関との情報交換など継続的なかわりを行った。公的機関、民間企業・団体、インフォーマルサービス等と連携をとりながら、適切な時期により良い支援を行うよう努めた。大田区社会福祉協議会、民生委員児童委員、地域住民等との情報共有を中心として、引き続き地域の社会資源の把握に努めていく。 (7) ①特別出張所、民生委員児童委員、郵便局、金融機関、地域住民等と地域包括支援センター職員の交流を図り、認知症（疑い含む）の方や一人暮らし高齢者など、孤立の恐れのある地域住民について相談を受け付けた。老人いこいの家各館やシニアステーション入新井の講座等への参加を促したり、関係機関と情報共有したりすることなどにより孤立防止を図った。地域包括支援センターについて広く広報していくことにより、認知症（疑い含む）の方や一人暮らし高齢者などの更なる早期発見に努める。 (7) ②民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会への定期的な出席のみならず、自治会・町会活動や自主グループ、地域の勉強会などに積極的に参加することにより、地域住民と地域包括支援センター職員の顔の見える関係性を構築し、安心して気軽に相談できる窓口を周知した。新たな地

	に移転したことも踏まえ、次年度以降も地域包括支援センターについての周知を積極的に行なっていく。
★[重-3] (1) ②自治会・町会・民生委員等の連携を強化する（地域活動などをともに企画する中で、顔の見える関係を築き、相談できる体制にする）。 (4) ③高齢者見守りキーホルダー普及啓発し、より多くの方にキーホルダーを持ってもらい、定期的な情報更新を行ってもらいようにする。 (4) ④★[特力]いこいの家(シニアステーション)と連携し、高齢者の通いの場への参加支援を積極的に行う。 (5) ①★[特力]自治会・町会・民生委員などの関係機関と連携し、地域に出向く出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会など）を積極的に実施し、参加者同士のつながりをつくる。	(1) ②地域力推進会議、民生委員児童委員協議会、町会活動及び地域行事等に定期的かつ積極的に参加し、顔の見える関係性の構築を行った。民生委員児童委員の勉強会（自主民協）に協力し、福祉用具事業者と連携しながら事例検討会を実施した。民生委員児童委員が実施するシニアお楽しみ会への協力など、気軽に相談できる関係性の構築も心掛けた。地域包括支援センター入新井ならびに併設する入新井老人いこいの家・シニアステーション入新井の活動に関する情報の発信を行なった。引き続き関係性の深化に努めるとともに、民生委員児童委員協議会交流会の開催により、地域対応力の向上を図る。 (4) ③民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会にて周知し、見守りキーホルダーの普及啓発に努めた。地域住民から出張開催を求められる機会も増えてきており、次年度以降も複数回開催していく。また、直近３年以内に更新の行われていない登録者に電話等による更新勧奨を行い、定期的な情報更新を促した。次年度以降も見守りキーホルダーの普及啓発・定期的な更新が行われるよう、登録会や更新勧奨を実施していく。 (4) ④併設する入新井老人いこいの家（シニアステーション入新井）にて開催される講座への参加を積極的に広報することで通いの場への参加を支援し、社会参加・仲間づくりに働きかけた。また、山王高齢者センターやシニアステーション糀谷、新井宿老人いこいの家など、当法人が運営する他事業所とも連携し、同様の支援及び働きかけを行った。次年度以降も特に注力して取り組んでいく。 (5) ①大森アトレと連携し、出張相談会を実施した。集合住宅（大森ハイツ・プラムハイツ）、つどいの場ひまわり、甘酒稲荷神社、山王高齢者センターにて出張での見守りキーホルダー登録・更新会を年５回開催した。次年度以降も引き続き実施してい

(6) ②包括職員、専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により地域対応力を向上させる。認知症サポーター養成講座の開催、周知。 (7) ②包括を地域の方々に知ってもらい「安心して気軽にそうだんできる窓口」の周知を推進します。	く。今年度実施に至らなかったオレンジカフェや家族会については、シニアステーション入新井などとの連携によって開催を実現していく。 (6) ②Luz 大森にて認知症サポーター養成講座を開催した。参加者数 21 名。ステップアップ講座の受講を促進していくとともに、認知症予防普及啓発イベントの協力者を募る際などにも連絡等の関わりを行っていく。 (7) ②民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会への定期的な出席のみならず、自治会・町会活動や自主グループ、地域の勉強会などに積極的に参加することにより、地域住民と地域包括支援センター職員の顔の見える関係性を構築し、安心して気軽に相談できる窓口を周知した。新たな地に移転したことも踏まえ、次年度以降も地域包括支援センターについての周知を積極的に行なっていく。
★[重-4] (1) ①地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る。 (1) ③支援が円滑に行えるよう、積極的な他機関連携をおこうとともに、各職員のスキル向上の機会を設ける。 (6) ②包括職員、専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により地域対応力を向上させる。認知症サポーター養成講座の開催、周知。	(1) ①通いの場マップの情報更新などの連絡を通じ、各機関との情報交換など継続的なかわりを行った。公的機関、民間企業・団体、インフォーマルサービス等と連携をとりながら、適切な時期により良い支援を行うよう努めた。大田区社会福祉協議会、民生委員児童委員、地域住民等との情報共有を中心として、引き続き地域の社会資源の把握に努めていく。 (1) ③日常業務における OJT や研修参加等による OFF-JT 等を通じて、地域包括支援センター職員として求められる援助力・事務処理能力の定着・向上に努めた。また、毎日の朝礼及び夕礼にてケース等に関する情報共有や協議検討を行い、職員個人の経験をチームとしての経験学習に展開した。次年度以降も研修への参加や職員同士による「教えあい・学びあい」を通じて、各職員の職務遂行能力向上を図る。 (6) ②Luz 大森にて認知症サポーター養成講座を開催した。参加者数 21 名。ステップアップ講座の受講を促進していくとともに、認知症予防普及啓発イベントの協力者を募る際などにも連絡等の関わりを

	行っていく。
--	--------

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	迅速且つ丁寧な対応を心がけ、地域から信頼され、地域から情報が集まる場所となる。		
実施計画 ※	① 地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る。★[重-2]★[重-4] ② 自治会・町会・民生委員等の連携を強化する（地域活動などをともに企画する中で、顔の見える関係を築き、相談できる体制にする）。★[重-3] ③ 支援が円滑に行えるよう、積極的な他機関連携をおこなう	実施報告 ※※	① 通いの場マップの情報更新などの連絡を通じ、各機関との情報交換など継続的なかわりを行った。公的機関、民間企業・団体、インフォーマルサービス等と連携をとりながら、適切な時期により良い支援を行うよう努めた。大田区社会福祉協議会、民生委員児童委員、地域住民等との情報共有を中心として、引き続き地域の社会資源の把握に努めていく。 ② 地域力推進会議、民生委員児童委員協議会、町会活動及び地域行事等に定期的かつ積極的に参加し、顔の見える関係性の構築を行った。民生委員児童委員の勉強会（自主民協）に協力し、福祉用具事業者と連携しながら事例検討会を実施した。民生委員児童委員が実施するシニアお楽しみ会への協力など、気軽に相談できる関係性の構築も心掛けた。地域包括支援センター入新井ならびに併設する入新井老人いこいの家・シニアステーション入新井の活動に関する情報の発信を行なった。引き続き関係性の深化に努めるとともに、民生委員児童委員協議会交流会の開催により、地域対応力の向上を図る。 ③ 日常業務における OJT や研修参加等による OFF-JT 等を通じて、地域包括支援センター職員として求め

	とともに、各職員のスキル向上の機会を設ける。★[重-4]		られる援助力・事務処理能力の定着・向上に努めた。また、毎日の朝礼及び夕礼にてケース等に関する情報共有や協議検討を行い、職員個人の経験をチームとしての経験学習に展開した。次年度以降も研修への参加や職員同士による「教えあい・学びあい」を通じて、各職員の職務遂行能力向上を図る。
--	------------------------------	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員のスキル向上を図り、介護事業所と包括の連携を強化する。		
実施計画 ※	① 介護支援専門員への支援として研修を開催する。 ② 主任介護支援専門員のスキルアップを図るため、主任介護支援専門員が主体となり、地域の介護支援専門員向けの研修を企画する段階から介入してもらい、共に実行することで、包括、主任介護支援専門員の三者全体のスキル底上げをする。 ③ 地域ケア会議などで主任介護支援専門員の活躍の場を提供する。	実施報告 ※※	① 介護支援専門員研修を年2回開催した。当法人の強みでもある居住支援に関連して「住まい」をテーマとした研修や、配食サービス事業者と連携した研修等を開催した。多職種交流会（訪問診療を行なう医療機関との交流）を開催した。在宅での看取りについての事例報告を通じた意見交換を行なった。 ② 介護支援専門員研修や多職種交流会を開催する企画段階で、地域の介護支援専門員に対するニーズ調査（アンケート）を実施した。また、研修や交流会の開催時にも今後の研修テーマについての意向を受け付けた。研修等の場で寄せられた利用者援助に関する不安に対して迅速に社会資源等の情報提供を行い、地域包括支援センター、主任介護支援専門員、介護支援専門員の三社全体のスキルを底上げした。介護事業所との連携強化にも寄与した。 ③ 地域の主任介護支援専門員を地域ケア会議の参加者として調整し、専門性を活かした活躍の機会を提供した。また、同会議に出席した他参加者（民生委員児童委員協議会長、自

			治会連合会長など）との交流機会となり、会議後も連携が図られる契機となった。
--	--	--	---------------------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域に元気高齢者を増やす。総合事業対象者、自立支援対象者の自立支援に向けてスムーズな支援をする。		
実施計画 ※	① 地域の社会資源情報を集約し、個人にあった活動の案内ができるように、社会資源マップの更新および新規情報の追加を行い、地域住民の方々に配布する。 ② 居場所づくりへの支援と活動の場を提供する。	実施報告 ※※	① 入新井地区における「通いの場マップ」の更新・新規情報追加の作業を行い、必要とする地域住民に配布した。また、大森北四丁目複合施設（スマイル大森）に移転後は、同施設に入居する他団体とも連携し、積極的な周知を行なった。 ② 入新井老人いこいの家の閉館に伴い、令和3年7月から同施設を会場として実施されてきたラジオ体操について参加者から開催場所の相談が多数寄せられた。これを受けてシニアステーション入新井の活動室を会場として、令和6年12月より実施した。

(4) 高齢者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	互助を強化することでいつまでも住み慣れた場所で生活が継続できる地域をつくる。		
実施計画 ※	① 集合住宅の自治会を拠点としたサロン活動、出張講座、地域づくりセミナー、包括独自事業を通して、地域の高齢者が安心して暮らし続けられる事業を展開する。	実施報告 ※※	① 入新井四丁目町会が中心となって運営している「つどいの場ひまわり」にて介護保険制度に関する出張講座や見守りキーホルダー登録・更新会、看護師による健康相談を開催した。また、毎月のお誕生日会にも参加し、地域住民と地域包括支援センター職員の顔の見える関係性を構築した。入新井地区自治会連合会主催の盆踊り大会の開催をサポート（会場設営・熱中症予防として当法人のミネラルウォーターを提供）し、互助の強化に寄与した。入新井地区自治会連合会の合同防災訓練に参加

	② 多様な主体が交流できる講座やイベントを企画し、参加者が活動の担い手として活躍できる介護予防・生活支援の場を提供する。★[重-1]★[特力] ③ 高齢者見守りキーホルダー普及啓発し、より多くの方にキーホルダーを持ってもらい、定期的な情報更新を行ってもらいようにする。★[重-3] ★[特力] ④ いこいの家（シニアステーション）と連携し、高齢者の通いの場への参加支援を積極的に行う。★[重-1] ★[重-3] ★[特力]		し、万が一の災害発生後にも生活を継続できる地域づくり・仲間づくりに努めた。 ② 入新井老人いこいの家の閉館を機に趣味や特技のお披露目会として「ありがとういこいの家」を入新井寿楽会と協力して開催した。いこいの家が閉館になることによって既存の通いの場を失ってしまう地域住民に対し、シニアステーション入新井をはじめとする代替となりうる活動場所を情報提供した。次年度以降もシニアステーション入新井をはじめとする関係機関と連携し、地域ニーズの収集・ニーズに基づく講座の開催・安定的に定着した講座の地域展開などにより、地域住民が活動の担い手として活躍できる場を創出していく。 ③ 民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会にて周知し、見守りキーホルダーの普及啓発に努めた。地域住民から出張開催を求められる機会も増えてきており、次年度以降も複数回開催していく。また、直近３年以内に更新の行われていない登録者に電話等による更新勧奨を行い、定期的な情報更新を促した。次年度以降も見守りキーホルダーの普及啓発・定期的な更新が行われるよう、登録会や更新勧奨を実施していく。 ④ 併設する入新井老人いこいの家（シニアステーション入新井）にて開催される講座への参加を積極的に広報することで通いの場への参加を支援し、社会参加・仲間づくりに働きかけた。また、山王高齢者センターやシニアステーション糺谷、新井宿老
--	--	--	--

			人いこいの家など、当法人が運営する他事業所とも連携し、同様の支援及び働きかけを行った。次年度以降も特に注力して取り組んでいく。
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	医療・介護・地域につなぐ役割を担う。		
実施計画 ※	① 自治会・町会・民生委員などの関係機関と連携し、地域に出向く出張包括（見守りキーホルダー登録会、オレンジカフェ、家族会など）を積極的に実施し、参加者同士のつながりをつくる。★[重-3] ★[特力] ② 地域ケア会議を通じて、地域課題を明確化し、自治会・町会、民生委員、関係機関と連携し、解決策を見出す。	実施報告 ※※	① 大森アトレと連携し、出張相談会を実施した。集合住宅（大森ハイツ・プラムハイツ）、つどいの場ひまわり、甘酒稲荷神社、山王高齢者センターにて出張での見守りキーホルダー登録・更新会を年5回開催した。次年度以降も引き続き実施していく。今年度実施に至らなかったオレンジカフェや家族会については、シニアステーション入新井などとの連携によって開催を実現していく。 ② 個別レベルおよび日常生活圏域レベルの地域ケア会議を開催し、地域課題の検討を行った。日常生活圏域レベルにおいては、「持続可能な高齢者の居場所について」というテーマにて次年度以降も頻度を高めて開催し、地域課題の解決策を創出していく。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の疑いのあるケースに関しては迅速且つ適切な対応を行い、地域に向けて認知症への正しい理解者を増やす。		
実施計画 ※	包括職員、専門職のスキルアップや住民向けの認知症の理解を深める普及啓発により地域対応力を向上させる（①②） ① 認知症カフェの周知	実施報告 ※※	① ニーズのある地域住民には入新井地区以外の認知症カフェについて案内した。次年度以降は、過去に喫茶店であった地域住民宅や就労継続支援

	② 認知症サポーター養成講座の開催、周知。★[重-3] ★[重-4]		B型事業所が営むカフェなどとの連携により、入新井地区内に認知症カフェを立ち上げる。他地区で実施されている認知症カフェ等を視察することにより、自地区での開催の参考とする。 ② Luz 大森にて認知症サポーター養成講座を開催した。参加者数 21 名。ステップアップ講座の受講を促進していくとともに、認知症予防普及啓発イベントの協力者を募る際などにも連絡等の関わりを行っていく。
--	------------------------------------	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	住民がいつまでも安心して暮らせる見守りのまちづくりを目指します。		
実施計画 ※	① 見守り体制の構築を図り認知症の方や一人暮らし高齢者の孤立防止を図ります。 ★[重-2] ② 包括を地域の方々に知ってもらい「安心して気軽にそうだんできる窓口」の周知を推進します。★[重-2] ★[重-3]	実施報告 ※※	① 特別出張所、民生委員児童委員、郵便局、金融機関、地域住民等と地域包括支援センター職員の交流を図り、認知症（疑い含む）の方や一人暮らし高齢者など、孤立の恐れのある地域住民について相談を受け付けた。老人いこいの家各館やシニアステーション入新井の講座等への参加を促したり、関係機関と情報共有したりすることなどにより孤立防止を図った。地域包括支援センターについて広く広報していくことにより、認知症（疑い含む）の方や一人暮らし高齢者などの更なる早期発見に努める。 ② 民生委員児童委員協議会や地域力推進入新井地区委員会への定期的な出席のみならず、自治会・町会活動や自主グループ、地域の勉強会などに積極的に参加することにより、地域住民と地域包括支援センター職員の顔の見える関係性を構築し、安心して気軽に相談できる窓口を周知し

			た。新たな地に移転したことも踏まえ、次年度以降も地域包括支援センターについての周知を積極的に行っていく。
--	--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和 6 年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 馬込

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	馬込で暮らす人々に寄り添い、身近な相談所となる。	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者が地域の集いの場へ参加する協力をすることで、フレイル予防や健康維持増進につながるよう、楽しく活動できる仕組みづくりを進めていく。 ★[重-1]	S
	2. 暮らしの変化やその人らしさに合わせて支援や介護、医療等の利用ができるように、さまざまな機関と意見交換し連携をして自立支援を進めていく。 ★[重-2]	A
	3. 地域の見守り体制の一員として、自助・互助につながる情報提供や共助・公助の取組みを実践する ★[重-3]	A
	4. 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等との連携を継続し、地域共生社会に向けて複合課題への取組みや認知症の予防と共生、老いじたく等をサポートしていく。★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由 (2 事業実施計画の実施報告と同内容)
★[重-1] (1)③ シニアステーション併設を活かし、元気なうちから今後の健康課題・生活課題などの準備ができるように自助・互助の力を高める働きかけをする。	<実績> (1)③包括周知と合わせてシニアステーション事業を紹介し出張所や薬局に月間プログラム表を置いてもらうなど協力をえている。体操・フレイル予防のほか、季節の暮らしの工夫、詐欺への注意喚起、スマホ講座など興味にあわせてつないだ。包括の地域講座で老いじたくとして R5 年度は高齢期の住まい（施設、在宅）、R6 年度は「遺言と相続」「葬儀とお墓」を実施し各 28 名計 56 名の参加。見送る側から見送られる側を意識している方が多く、備えへの情報提供ができた。

(3) ② 介護保険事業所や医療従事者等の協力や、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、介護予防・自立支援に向けた地域講座、体力測定会等を開催する。 (4) ② 地域のグループへ出向き地域活動を支援。通いの場、集いの場の立上げ・継続支援。(いきいきライフ、東馬込一丁目コミュニティ、他施設との連携)	(3) ②包括事業の手伝いなど協力したい方(主に高齢者)をボランティア「チームまごの手」として登録し地域向けガイド作成、体力測定会の手伝いなど活動を支援した。馬込図書館主催の認知症イベントでは地域の介護事業所と連携を図り当事者も参加したちぎり絵合作に協力した。体力測定会は2回、1月元気維持事業、3月馬込学び舎と合わせて実施。地域リハビリテーション活動事業を利用しフレイル予防を周知した。 (4) ②通いの場立上げ支援<いきいきライフ>: R5年に包括とリーダーが通いの場の内容(体操とミニ講座)を整え定着し、R6年度はリーダーが通所介護事業所(体操の講師)と日程調整できるよう自主化を支援、ミニ講座の講師で包括は後方支援がとした。 ◆近隣住民のコミュニティづくり支援<東馬込一丁目>: 移動スーパーの買物利用で生活に支障がある方を地域住民、民生委員と連携を図り生活の安定に向けた支援をするなど個別ケースへの関わりができた。コミュニティ化に向けた取組みはリーダーの意向にそってゆるやかに必要にあわせてサポートしている。 <評価・課題・展望> 地域の実情や高齢者の活動意欲にあわせて目的にあわせた協力・支援をすることができている。引き続き進めていく。
★[重-2] (1) ① 適切に公的サービス手続き支援、社会資源の情報提供や活用ができるように、センター内研修「すきまでおさらい～施策確認」を実施し職員間で学びを深める。 (2) ① (包括南馬込と協働)馬込地区の居宅介護支援事業所との定期連絡会「ケアマネカフェまごめ」また馬込地区を中心とした医療従事者との意見交換会「まごめ医療介護連携懇談会」の継続、さらに民生委員等と情報交換会を実施していく。	(1) ①センター内で「すきまでおさらい～基本施策をおさえる(確認編)」研修を4回実施。新人育成や職員のおさらい、基本施策の制度読み合わせ、イレギュラー対応の情報(経験)の共有をすることで対応力向上につながり“誰に聞いても教えてくれる”相談先となっている。 (2) ①介護支援専門員との連絡会「ケアマネカフェまごめ」(包括南馬込協働)は4回開催し延べ63名参加。12月は虐待対応をテーマに事例検討し把握した際の対応や家族への伝え方などケアマネジャー自身の取組みを共有、11月は3名のケアマネジャーが民生委員との日常生活圏域地域ケア会議に参加あり。「まごめ医療介護連携懇談会」(包括南馬込協働)

	を4回開催し、薬剤師と訪問看護師を中心に延べ60名参加あり、多機関連携につながる情報共有をした。 <評価・課題・展望> 職員の知識・対応力向上に努め、各関係機関と良好な関係で連携することができたと思われる。職員の入れ替わりがある中で、その人らしい自立支援ができるよう努めていく。
★[重-3] (4)① 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等の会議体への参加や地域まわりを継続し、つながりを強めて、地域活動等の場で見守りにつながる取組みを実施する。出張型見守りキーホルダー登録会の実施。 (7)② 地域の消防訓練に参加するなど災害に備えた取組みに参加する。	(4)①各会議体：定期開催の民生委員児童委員協議会と、地域力推進馬込地区委員会へほぼ毎月参加（包括南馬込とともに）し、包括事業の周知や報告、高齢者の生活に役立つ情報を提供した。馬込地区で初めて民生委員高齢福祉部会と日常生活圏域地域ケア会議を開催した。馬込北自治会のイベント「柿の収穫祭」にて見守りキーホルダー登録会&いろいろ食べば的当て（27名参加）を実施、多世代への周知の機会となりキーホルダー登録1名あり。出張キーホルダー登録会は他にも9月大森地区合同、10月3包括合同、3月馬込2包括合同を実施した。 (7)②馬込九町会合同防災訓練や貝塚中学校防災訓練、中学校防災拠点会議に参加するなど地域の防災の取組みに参加し高齢者の地域活動に協力できた。 <評価・課題・展望> 民生委員との日常生活圏域地域ケア会議が実施でき、自治会・町会の活動に参加して包括の周知ができた。さらに見守り体制の一員として継続していく必要があると考える。
★[重-4] (5)① 地域の多機関との接点を多く持ち、地域の生活課題が生じた際に連携の取れる体制をつくる。（馬込図書館、まごめ園、シニアクラブ、中馬込児童館、行政機関等）	(5)①馬込図書館主催の認知症イベントに協力し近隣の介護事業所から当事者のちぎり絵参加（初の試み）があり新しいつながりができた。近隣のまごめ園や児童館とはシニアステーション事業で交流ボッチャが多世代交流定期プログラムとなっている。9月大田文化の森にて大森地区7包括主催で認知症イベントを開催し多くの事業所・団体の協力があり18の催し物に延べ450名の参加あり。

(2)② 民生委員児童委員協議会や地域力推進委員会の定例会へ参加し地域の情報を得るとともに包括の取組みや事業を発信していく。 (5)② 高齢者の生活課題に“備える”地域講座を開催する。 (6)① 家族介護の会「ケアラーの集い」、認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」など集いの場を継続し、それぞれの立場に支援していく。 (6)② 認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座を開催して認知症の理解を深めるとともに、活動の場となるチームオレンジを周知していく。	(2)②各会議体：定期開催の民生委員児童委員協議会と、地域力推進馬込地区委員会へほぼ毎月参加（包括南馬込とともに）し、包括事業の周知や報告、高齢者の生活に役立つ情報を提供した。馬込地区で初めて民生委員高齢福祉部会と日常生活圏地域ケア会議を開催した。 (5)②包括周知と合わせてシニアステーション事業を紹介し出張所や薬局に月間プログラム表を置いてもらうなど協力をえている。体操・フレイル予防のほか、季節の暮らしの工夫、詐欺への注意喚起、スマホ講座など興味にあわせてつないだ。包括の地域講座で老いじたくとして R5 年度は高齢期の住まい（施設、在宅）、R6 年度は「遺言と相続」「葬儀とお墓」を実施し各 28 名計 56 名の参加。見送る側から見送られる側を意識している方が多く、備えへの情報提供ができた。 (6)①家族介護者の会「ケアラーの集い」は 11 回開催し延べ 20 名参加。内容は個別相談やピアカウンセリングのソフト面と、近隣のグループホームや有料ホームの見学と施設説明などハード面での情報提供など幅広く実施した。参加者の減少があり対象者の検討をしていく。 ◆認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」は 12 回開催し延べ 124 名参加、内当事者は 2 名。認知症疾患医療センターや他機関と連携して座学や体験型など実施した。 (6)②認知症サポーター養成講座は 4 回開催。馬込特別出張所、シニアステーション、シルバー人材センター（南馬込と協働）、オンラインで計 40 名参加。 ◆9 月大森地区 7 包括主催の認知症イベントにて認知症サポーターステップアップ講座開催に協力。参加者 16 名で若年性認知症当事者 3 名を交えて体験談から意見交換の場となり、初参加の方から機会を増やしてほしいと意欲が聞かれた。 <評価・課題・展望> 予定以上の活動ができた。大森地区 7 包括合同の認知症イベントで地域共生社会に向けた取り組みに協力できたことはよかった。引き続き地域共生を意識
---	--

	して取り組んでいく。
--	------------

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	認知度が高まり身近な相談窓口として相談を受け止め適切なサービスや機関につなげる		
実施計画 ※	① 適切に公的サービス手続き支援、社会資源の情報提供や活用ができるように、センター内研修「すきまでおさらい～施策確認」を実施し職員間で学びを深める。★[重-2]		① センター内で「すきまでおさらい～基本施策をおさえる（確認編）」研修を4回実施。新人育成や職員のおさらい、基本施策の制度読み合わせ、イレギュラー対応の情報（経験）の共有をすることで対応力向上につながり“誰に聞いても教えてくれる”相談先となっている。
	② センター内事例検討「馬込ケース検討会議」を継続し、ケース対応力の向上を図り、地域の共通課題は地域ケア会議につなげていく。		② 「馬込ケース検討会議」を3回開催、複数の課題があり多機関との連携方法などを共有、また他者の視点を知ることによって自己覚知を含めた新たな気づきや発見が得ることができ視野が広がり、ケアマネジメント力の向上につながっている。 ◆地域ケア会議は個別レベル（自立支援、支援困難）を9回開催、日常生活圏域地域ケア会議は2回開催（包括南馬込と協働）し、第1回「一人暮らし高齢者等の地域の見守りを考える」に19名（民生委員8名、介護関係3名、特別出張所2名、地域福祉課2名、包括4名）、第2回「まごめ地域連携の会」18名（介護関係9名、医療関係4名、包括5名）の参加があり馬込地区の民生委員と介護事業所、また介護と医療の連携の一助となった。
	③ シニアステーション併設を活かし、元気なうちから今後の健	実施報告 ※※	③ 包括周知と合わせてシニアステーション事業を紹介し出張所や薬局に月

	康課題・生活課題などの準備ができるように自助・互助の力を高める働きかけをする。★[重-1]		間プログラム表を置いてもらうなど協力をえている。体操・フレイル予防のほか、季節の暮らしの工夫、詐欺への注意喚起、スマホ講座など興味にあわせてつないだ。包括の地域講座でおいじたくとしてR5年度は高齢期の住まい（施設、在宅）、R6年度は「遺言と相続」「葬儀とお墓」を実施し各28名計56名の参加。見送る側から見送られる側を意識している方が多く、備えへの情報提供ができた。
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護・福祉・医療の関係機関とのネットワークの強化		
実施計画 ※	① （包括南馬込と協働）馬込地区の居宅介護支援事業所との定期連絡会「ケアマネカフェまごめ」また馬込地区を中心とした医療従事者との意見交換会「まごめ医療介護連携懇談会」の継続、さらに民生委員等と情報交換会を実施していく。★[重-2] ② 民生委員児童委員協議会や地域力推進委員会の定例会へ参加し地域の情報を得るとともに包括の取組みや事業を発信していく。★[重-4]	実施報告 ※※	① 介護支援専門員との連絡会「ケアマネカフェまごめ」（包括南馬込協働）は4回開催し延べ63名参加。12月は虐待対応をテーマに事例検討し把握した際の対応や家族への伝え方などケアマネジャー自身の取組みを共有、11月は3名のケアマネジャーが民生委員との日常生活圏地域ケア会議に参加あり。「まごめ医療介護連携懇談会」（包括南馬込協働）を4回開催し、薬剤師と訪問看護師を中心に延べ60名参加あり、多機関連携につながる情報共有をした。 ② 各会議体：定期開催の民生委員児童委員協議会と、地域力推進馬込地区委員会へほぼ毎月参加（包括南馬込とともに）し、包括事業の周知や報告、高齢者の生活に役立つ情報を提供した。馬込地区で初めて民生委員高齢福祉部会と日常生活圏地域ケア会議を開催した。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域の関係機関と共に、自助・互助を意識した活動を支援していく		
実施計画 ※	① (1)－①、②を実施し、ケアマネジメント力の向上を図る。 ② 介護保険事業所や医療従事者等の協力や、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、介護予防・自立支援に向けた地域講座、体力測定会等を開催する。★[重-1] ③ シニアステーション事業や地域講座等を活用してフレイル予防をすすめ、状態に合わせて介護への手続き支援を切れ目なく行う。	実施報告 ※※	① 【(1)－①、②】の通り ② 包括事業の手伝いなど協力したい方（主に高齢者）をボランティア「チームまごの手」として登録し地域向けガイド作成、体力測定会の手伝いなど活動を支援した。馬込図書館主催の認知症イベントでは地域の介護事業所と連携を図り当事者も参加したちぎり絵合作に協力した。体力測定会は2回、1月元気維持事業、3月馬込学び舎と合わせて実施。地域リハビリテーション活動事業を利用しフレイル予防を周知した。 ③ シニアステーションと連携を図り、区からのお知らせはシニア職員からプログラムごとに広報し、キーホルダー登録や介護相談などはその場で包括職員につなぐなど併設の強みを生かして切れ目なく対応している

(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	地域の高齢者の見守り体制の一端を担う		
実施計画 ※	① 自治会・町会、民生・児童委員、特別出張所、関係機関等の会議体への参加や地域まわりを継続し、つながりを強めて、地域活動等の場で見守りにつながる取組みを実施する。出張型見守りキーホルダー登録会の実施。★[重-3] ★[特力] ② 地域のグループへ出向き地域活動を支援。通いの場、集いの場の立上げ・継続支援。(いきいきライフ、東馬込一丁目コミュ	実施報告 ※※	① 【(2)－②】の通り 馬込北自治会のイベント「柿の収穫祭」にて見守りキーホルダー登録会&いろいろ食べぽ当て(27名参加)を実施、多世代への周知の機会となりキーホルダー登録1名あり。出張キーホルダー登録会は他にも9月大森地区合同、10月3包括合同、3月馬込2包括合同を実施した。 ② 通いの場立上げ支援いきいきライフ>: R5年に包括とリーダーが通いの場の内容(体操とミニ講座)を整え定着し、R6年度はリーダーが

	ニティ、他施設との連携)★[重-1]		通所介護事業所（体操の講師）と日程調整できるよう自主化を支援、ミニ講座の講師で包括は後方支援をした。 ◆近隣住民のコミュニティづくり支援<東馬込一丁目>：移動スーパーの買物利用者が生活に支障がある方を地域住民、民生委員と連携を図り生活の安定に向けた支援をするなど個別ケースへの関わりができた。コミュニティ化に向けた取り組みはリーダーの意向にそってゆるやかに必要にあわせてサポートしている。
--	--------------------	--	--

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域の多機関とつながりを継続し、協力しやすい体制をつくる		
実施計画 ※	① 地域の多機関との接点を多く持ち、地域の生活課題が生じた際に連携の取れる体制をつくる。(馬込図書館、まごめ園、シニアクラブ、中馬込児童館、行政機関等) ★[重-4] ★[特力] ② 高齢者の生活課題に“備える”地域講座を開催する。★[重-4] ③ 「まちかど相談室」を開催し、多機関・多世代の相談を受ける体制を作る。 ④ (4)-①を実施し地域からの情報を入りやすくする。	実施報告 ※※	① 馬込図書館主催の認知症イベントに協力し近隣の介護事業所から当事者のちぎり絵参加（初の試み）があり新しいつながりができた。近隣のまごめ園や児童館とはシニアステーション事業で交流ポッチャが多世代交流定期プログラムとなっている。9月大田文化の森にて大森地区7包括主催で認知症イベントを開催し多くの事業所・団体の協力があり18の催し物に延べ450名の参加あり。 ② 【(1)-③】の通り ③ 9月大田文化の森にて大森地区7包括主催で認知症イベントを開催し、その一部で「まちかど相談室」を開催し協力した。また「大森地域見守り連携の会」では36人参加で各地域の見守り協力者と意見交換ができた。 ④ 【(2)-②】の通り

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の人やその家族が暮らしやすい地域づくりに取り組む		
実施計画 ※	① 家族介護の会「ケアラーの集い」、認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」など集いの場を継続し、それぞれの立場に支援していく。★[重-4] ② 認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座を開催して認知症の理解を深めるとともに、活動の場となるチームオレンジを周知していく。★[重-4]	実施報告 ※※	① 家族介護者の会「ケアラーの集い」は11回開催し延べ20名参加。内容は個別相談やピアカウンセリングのソフト面と、近隣のグループホームや有料ホームの見学と施設説明などハード面での情報提供など幅広く実施した。参加者の減少があり対象者の検討をしていく。 ◆認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」は12回開催し延べ124名参加、内当事者は2名。認知症疾患医療センターや他機関と連携して座学や体験型など実施した。 ② 認知症サポーター養成講座は4回開催。馬込特別出張所、シニアステーション、シルバー人材センター（南馬込と協働）、オンラインで計40名参加。 ◆9月大森地区7包括主催の認知症イベントにて認知症サポーターステップアップ講座開催に協力。参加者16名で若年性認知症当事者3名を交えて体験談から意見交換の場となり、初参加の方から機会を増やしてほしいと意欲が聞かれた。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	高齢者の地域活動の支援		
実施計画 ※	① シニアステーション事業に参加する元気高齢者や地域のボランティア意欲を活かして「チームまごの手」として講座や活動等の運営メンバーへつなげる。	実施報告 ※※	① 包括事業や地域活動に協力したい方（主に高齢者）をボランティア「チームまごの手」として登録、地域情報誌づくり、キーホルダー登録会協力、児童館での折り紙タイム、体力測定会の測定協力など、自分ができる時間と内容に合わせて活動しており、包括が活動の場づくりをしたことで登録者が増えた。

	② 地域の消防訓練に参加するなど災害に備えた取組みに参加する。★[重-3]		② 馬込九町会合同防災訓練や貝塚中学校防災訓練、中学校防災拠点会議に参加するなど地域の防災の取組みに参加し高齢者の地域活動に協力できた。
--	---------------------------------------	--	--

大田区福祉部長 宛

令和6年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 南馬込

1 事業目標

「だれもが安心して住み続けられる」ために地域理解を深め、地域共生社会に向けた地域づくりを行う。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域住民の顔が見える身近な寄合所（よりあいどころ）	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル状態の早期発見・早期介入のため体力測定会や熱中症訪問などでの聞き取りなどを行い、健康寿命を延ばしいつまでも自分らしく生活できるようにする。 ★[重-1]	S
	2. 地域ケア会議等を通して自治会・町会、民生・児童委員、地域住民、医療介護、見守り推進事業所等とのネットワークを強化し、住民主体の活動が活性化され地域力の向上に努める。 ★[重-2]	S
	3. 認知症、精神疾患、障害など目では見えにくい生きづらさを持った方の理解を深めるために地域住民と交流する機会を創出し地域共生社会に向けた地域づくりを行う。 ★[重-3]	A
	4. 多機関と連携し多世代・多重問題に対応できる出張相談会や勉強会などを開催し地域共生社会に向けた体制を整える。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ②・③、(5) ①・②、(6) ②・③ フレイル状態の早期発見・早期介入のため体力測定会や熱中症訪問などでの聞き取りなどを行い、健康寿命を延ばしいつまでも自分らしく生活できるようにする。	実績： シニアステーションとの連携、体力測定会・「南馬込健康塾」事業の展開(大田区リハビリテーション事業との連携)、シニアクラブへの熱中症啓発活動、馬込図書館連携事業、「まごめレポート」事業展開、世界アルツハイマー月間 啓発イベント参加、「馬込学び舎」事業展開。 今後の展望： 事業継続・フレイル予防 課題： 南馬込の地域環境(山坂・高齢化率) 達成評価の理由： コロナ感染症の第5類への移行に伴い、地域力推進会議や民生委員協議会の場で積極的な広報ができた。町会掲示板等での広報により地域活動への住民の理解も

	深まった。シニアステーション事業は参加者の増加あり。 第三のシニアステーションとして馬込区民センターで行う介護予防教室「南馬込健康塾」（月２回）で、年に２回の体力測定会を実施できた。また、地域活動の要である「馬込学び舎」においても３月に体力測定会を開催した。 毎年地域高齢者の実態把握も兼ねた「まごめレポート」、今年度は「未把握ひとり暮らし高齢者・未把握高齢者のみ世帯」名簿を利用して、「見守りキーホルダー」未登録者を抽出し、キーホルダー勸奨のアプローチをし一定の成果が得られた。
★[重-2] (1) ①、(2) ③、(3) ①、(4) ①・②、(5) ①、(7) ② 地域ケア会議等を通して自治会・町会、民生・児童委員、地域住民、医療介護、見守り推進事業所等とのネットワークを強化し、住民主体の活動が活性化され地域力の向上に努める。	実績：地域力推進馬込地区委員会、民生委員児童委員協議会については毎回参加することで、包括事業を定期的に案内することができた。地域ケア会議は個別レベル会議９件開催、日常生活圏域レベル会議は、民生委員児童委員とケアマネジャー、地域の医療関係者とケアマネジャーの事例検討会の計２回の開催となった。 今後の展望：引き続き、包括周知の為の取組を継続、発展させることに力を注ぎたい。地域ケア会議（個別から広域）を通して民生委員や医療関係者、居宅事業所、関係機関等との連携を深めていきたい。 課題：重層的支援体制整備事業、高齢分野の支援体制では対応しきれないケースに対する取り組みの理解不足と体制の整備不足がある。 達成度評価の理由：地域ケア会議個別ケース９件の開催。日常生活圏域レベル会議は、２回実施、地域の理解が深まったと思われる一年だった。重層的支援会議の個別ケースはモニタリング会議に参加することで多重問題・世代を超えた困難ケースに各関係機関と連携しながら継続対応している。重層会議のケースから派生した「馬込地区での外国籍を含めたコミュニティづくり」は、現在社会福祉協議会が中心となりプラットフォーム事業を進めており、包括として協力している。
★[重-3] (4) ②、(5) ③、(7) ① 認知症、精神疾患、障害など目では見えにくい生きづらさを持った方の理解を深めるために地域住民と交流する機会を創出し地域共生社会に向けた地域作りを行う。	実績：９月２８日「世界アルツハイマー月間啓発イベント」にて認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を開催した。またJOBOTA・SAPOTA・フラットおおた・生活福祉課・社会福祉協議会と連携した「まちかど相談室」を開催。オレンジカフェは、今年度より高齢者だけではなく、世代を越えた生きづらさを抱えた地域の方の集いの場としての居場所づくりを目的にした「みんなの広場」とした。認知症ステップアップ修了者の活躍の場としても機能している。

	今後の展開：事業の継続と「みんなの広場」の周知。 課題：「みんなの広場」周知に努めたが、まだまだ足りない。生きづらさを抱える方が地域に出るための広報が困難。 達成度評価の理由：「まちかど相談室」今年度は大森地区を対象として他包括と協力して開催し、イベントと組み合わせることでより参加しやすい相談室となった。 「みんなの広場」では、ゲームや映像、芸術鑑賞法等を取り入れて、高齢者・認知症というだけではないアプローチができています。最初笑顔がなかった参加者が、笑顔が垣間見られるようになっている。
★[重-4] (1) ②、(5) ③、 多機関と連携し多世代・多重問題に対応できる出張相談会や勉強会などを開催し地域共生社会に向けた体制を整える。	実績：重層的支援会議はモニタリング会議に参加。「馬込地区での外国籍を含めたコミュニティづくり」打合せ等に協力参加。多世代交流を目的にした「みんなのポッチャ」は、年2回開催。 今後の展開：事業継続、地域における重層的支援体制整備への理解に向けた案内・広報・事業の説明を検討していく。 課題：重層的支援体制整備事業、高齢分野の支援体制では対応しきれないケースに対する取り組みの理解不足と体制の整備不足がある（[重-3]同様）。 達成度評価の理由：重層的支援会議での個別ケースはモニタリング会議に参加することで多重問題・世代を超えた困難ケースに継続対応している。 重層会議のケースから派生した「馬込地区での外国籍を含めたコミュニティづくり」は、現在社会福祉協議会が中心となりプラットフォーム事業を進めており、包括としても、町会・民生委員・馬込特別出張所とも連携しながら今後の事業展開に協力していく意向である。 多世代交流を目的にした「みんなのポッチャ」は、シニアステーション、馬込区民センターなどを会場にして開催し、今年も障害者福祉会館馬込分場の皆さんとポッチャを通じた交流ができた。

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	多機関と連携し多世代・多重問題に対応できる総合相談窓口を目指す
------	---------------------------------

実施計画 ※	①自治会・町会をはじめとする関係機関と連携し、地域に身近な相談窓口が存在していることを広く周知していく。★[重-2] ②多機関が参加する会議への参加や合同相談会を開催し多世代・多重問題に対応できる協力体制を整える。★[重-4] ★[特力]	実施報告 ※※	① 地域力推進馬込地区委員会に 8 回参加。馬込特別出張所主催「地域の担い手発掘検討部会」に馬込地区として 3 回参加することができた。民生委員児童委員協議会（10 回参加）では定期的な地域情報を提供した。6 月には民生委員高齢部会に向けたシニアステーション事業の紹介のため見学会を催した。11 月の「日常生活圏域レベル地域ケア会議」は民生委員と地域のケアマネジャーの事例検討会とした。日常生活圏域レベル地域ケア会議は 2 回開催。 ② 重層的支援会議での個別ケースはモニタリング会議に参加することで多重問題・世代を超えた困難ケースに継続対応している。 重層会議のケースから派生した「馬込地区での外国籍を含めたコミュニティづくり」は、現在社会福祉協議会が中心となりプラットフォーム事業を進めており、包括も協力している。
-------------------	---	--------------------	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所の横の連携を強化し、医療機関と共に地域力の向上を目指す。		
実施計画 ※	① 包括馬込との協働による「ケアマネカフェまごめ」を定期開催する（年に 4 回）。 ② 包括馬込との協働による「まごめ医療連携懇談会」を定期開催する（年に 4 回）	実施報告 ※※	① 「ケアマネカフェまごめ」4 回開催。6 月は多職種との連携を図るため「まごめ医療連携懇談」との同時開催ができた。また担当の居宅介護支援事業所がテーマを決め事例検討会も開催した。 ② 包括馬込との協働による「まごめ医療連携懇談会」4 回開催、地域包括ケアや医療連携を進めていくにあたり、多職種の仕事を知る・理解する事が大切と意見があり、訪問看護の業務について理解を深めることができ

	③ 地域ケア会議（個別ケース）において、介護事業所、医療機関と共に地域課題について検討し、地域力を向上させる。★[重-2]		た。 ③ 「地域ケア会議」個別レベルの自立支援・支援困難ケースあわせて9回開催した。支援困難ケースに関しては、「何らかの発達障害を持つ高齢者」という、最近の地域課題で上がった問題を抽出し、医療関係者、成年後見センターからの意見もあり、解決への糸口となった。
--	---	--	---

（３）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援型ケアマネジメントの実施・フレイル予防の促進		
実施計画 ※	① 自立した日常生活を阻む地域課題の解消を意識し、関係機関と連携しながら、地域ケア会議を開催する。★[重-2] ② 「フレイル予防」の意識を地域に定着させるため、シニアステーションを中心にイベント等を企画・展開する。★[重-1] ③ 外部での体操教室や体力測定会を開催しフレイル予防を促進する。★[重-1]	実施報告 ※※	① 「地域ケア会議」個別レベル9回開催、介護予防・自立支援ケース選定には、大森地区の包括内での考え方の統一の根拠とするため「介護サービスにおける自立支援の考え方」について課題提供した。 ② ③ 併設の「シニアステーション南馬込」や第3のシニアステーションとして事業展開する馬込区民センターでの「南馬込健康塾」において、地域に直接フレイル予防を定着させることを目的にプログラムを展開しており、今年度は「地域リハビリテーション活動事業」と連携し体力測定会に力を入れた。

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

個別目標	各関係機関と連携し、高齢者の見守り体制を構築・地域で活動できる担い手の育成		
実施計画 ※	① 民生委員児童委員協議会への参加、個別ケースでの連携、「地域ケア会議」出席依頼の他、勉強会、意見交換会等の開催により民生・児童委員との連携の強化を図り、地域支援を速やかに対応できるようにする。★[重-2]	実施報告 ※※	① 民生委員児童委員協議会（10回参加）で定期的な地域情報、フレイル予防、熱中症予防啓発等提供することができた。6月には高齢福祉部会の方々にシニアステーション事業の紹介のため見学会を催した。11月の「日常生活圏域レベル地域ケア会議」は民生委員と地域のケアマネジ

	② 自治会・町会をはじめ、馬込特別出張所、図書館、文化センター・区民センターの協力を仰ぎ、包括事業、特に「見守りキーホルダー」の広報をするとともに「登録会」を実施する。★[重-2] ★[重-3] ③ 地域で活動できる担い手の発掘、育成を行い地域で見守り・支え合いできる体制の構築を目指す。		ヤーの事例検討会として地域課題について情報共有することができた。 ② 「見守りキーホルダー登録会」は9月28日「世界アルツハイマー月間啓発イベント」、3月18日「まごめ学び舎」等、イベントとの組み合わせで実施した。また10月18日「山王高齢者センター」、1月29日「ライオンズマンション馬込」と様々な場所にて実施し啓発・広報において効果があった。 毎年地域高齢者の実態把握も兼ねた「まごめレポート」、今年度は「未把握ひとり暮らし高齢者・未把握高齢者のみ世帯」名簿を利用して、「見守りキーホルダー」未登録者を抽出し、キーホルダー勸奨のアプローチをした。 ③ 令和5年度から進めてきた地域の担い手が集まるプラットフォームの目的で開催している「まごめ青春Café『リターンズ』」は、月に1回開催し、オレンジカフェの企画提案や地域活動をする際の自治体への具体的な提案など、様々な意見交換ができています。
--	--	--	---

(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	「日常生活圏域レベル地域ケア会議」の開催を中心に地域課題を地域と一緒に考える		
実施計画 ※	① 各会議体にて定期的な広報をし、地域に包括事業や包括周知のための取組をする。★[重-2] ★[重-1]	実施報告 ※※	① 地域力推進馬込地区委員会に8回参加。馬込特別出張所主催「地域の担い手発掘検討部会」には、馬込地区として3回参加することができた。民生委員児童委員協議会（10回参加）定期的な地域情報、フレイル予防、熱中症予防啓発等提供することができた。6月には、高齢福祉部会

	② 地域に出向いておこなう「出張型イベント」を企画・展開する。 ★[重-1] ③ 地域に出向いておこなう「多世代イベント」を企画・展開する。★[重-3] ★[重-4]		の方々にシニアステーション事業の紹介のため見学会を催した。 ② 地域包括支援センター馬込との協働で開催する「馬込学び舎」は、今年度6月・3月と2回実施した。6月は保健師による熱中症予防啓発講話とバイタル測定の組み合わせ、3月は「介護の備え」をテーマに包括職員の講話と「体力測定会」「見守りキーホルダー登録会」を同時開催した。 ③ 多世代交流を目的にした「みんなのポッチャ」は、シニアステーション、馬込区民センターなどを会場にして開催し、今年も障害者福祉会館馬込分場の皆さんとポッチャを通じた交流ができた。 大田区社会福祉法人協議会（おおた福祉ネット）大森地区の企画、地域で孤立しがちな若者を対象にした「ゆるやかなつながりの場」の開催を目的にした『こころ彩るほくほく祭』では、フードパントリーに協力参加した。
--	---	--	---

（６）認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の人やその家族が心身ともに健康に暮らせる地域づくりへの支援		
実施計画 ※	① 「オレンジカフェ」において、医療機関との連携に努め、家族や本人の相談体制を築く。 ② シニアステーションの事業と連携し、認知症になっても社会資源としての居場所をつく	実施報告 ※※	① オレンジカフェは、今年度より高齢者だけではなく、世代を越えた集いの場としての居場所づくりを目的にした「みんなの広場」とした。当事者と家族と一緒に参加することで、本人がカードゲームで交流する一方で家族の相談に職員が対応し、医療や介護に繋ぐ流れもできてきている。 ② シニアステーション事業においては、地域包括支援センターと情報共有をすることで、高齢者の認知症予

	ることで、認知症になっても安心できる地域づくりを目指す。★[重-1] ③ 地域における認知症の理解促進の為、「認知症サポーター養成講座」を開催、更に「ステップアップ研修」へつなげる取組を検討する。★[重-1]		防やフレイル予防、または、個別ケース対応においても、切れ目のない支援を提供している。 ③ 「認知症サポーター養成講座」参集型、リモート型の計画にそった開催に加えて、シニアステーションでの地域講座とシルバー人材センター向けセミナーにて「認知症サポーター養成講座」を実施した。 大森地区協働「世界アルツハイマー月間啓発イベント」にて、「ステップアップ講座」実施。講座参加者はオレンジカフェ「みんなの広場」の支援者として活躍している。
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	基本的な事業の遂行・新規事業への協力		
実施計画 ※	① 高齢者見守りキーホルダー登録/ひとり暮らし高齢者登録事業を推し進める。★[重-3] ② 地域福祉課、社会福祉協議会等と連携を強化し、重層的支援体制会議の参加、居場所作りなどを行う★[重-2] ★[特力]	実施報告 ※※	① 「見守りキーホルダー登録会」は、10月18日「山王高齢者センター」、1月29日「ライオンズマンション馬込」、3月18日「コーシャハイム西馬込」と様々な場所にて実施し、包括周知の面でも効果があった。 ② 昨年度、重層的支援会議への協力を掲げて部署内勉強会にて情報共有し、支援会議への協力を念頭に置いて相談を進めていた。高齢者だけではないケースにおいては、解決に至ることは困難ながら、モニタリング会議に継続参加することで、伴走支援をしている。 各関係機関が連携することで、地域で気軽に相談できる「まちかど相談室」は、JOBOTA・SAPOTA・生活福祉課・社会福祉協議会等と連携し大森地区のイベントにて開催。また社会福祉協議会が開催する「馬込

			地区での外国籍住民のコミュニティ づくり」に協力参加した。
--	--	--	----------------------------------

令和 6 年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 徳持

1 事業目標

地域の特性および地域の強みを活用しながら、高齢者が主体的に取り組めるまちづくりを構築していく。

● 機能アップ3か年計画《令和 6 年度～令和 8 年度》

目指す姿	高齢者の孤立を予防し、主体性を持って生活できる環境を支援しながら頼れるセンターを目指す。	令和 6 年度 達成度評価
重点項目	1. 適切な情報の発信を心掛け、多種多様な地域の担い手としての役割を發揮できるように活動の機会や場所を提供していく。★[重-1]	A
	2. 本人の強みや多様性を認め合いながら、各関係機関と分野横断的な連携を図り、自立した生活を続けられるよう支援していく。★[重-2]	A
	3. 認知症や独居高齢者の孤立を防止し、地域とつながり続けながら安心安全に暮らし続けるまちづくりを目指す。★[重-3]	A
	4. 高齢者に留まらず、各世代の互助を促しながら、地域包括支援センターが核となり、重層的支援システムの構築を心掛ける。★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆ 1 年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (5) ① 男性向けのセミナーや集いの場所を拡充し、地域特性である男性高齢者の孤立化を予防し、役割を發揮できるような場所を提供していく。	令和 6 年度は 5 回開催（3 月は天候不良で 4 月に延期）し、延べ 18 名の男性にご参加頂いた。3 月開催予定だった本門寺逍遥（散歩）には民生委員にも協力頂き、過去最多の 13 名の男性の申し込みがあった。内容は、地域ボランティアの方と協働で企画し、音楽鑑賞会や珈琲飲み比べをメインで、男性同士がコミュニケーションを取りやすいような時間を設けた。令和 6 年度の日常生活圏域レベル地域ケア会議でも男性向けのセミナーや集いの場所拡充に関するテーマを 2 回取り上げ、男性高齢者の孤立化防止・役割に関する内容で地域関係者と議論を重ね、年 2 回開

	催し、通いの場へ参加されない男性に対するアプローチ方法の検討も行った。 更に、第二回目は帝京平成大学の教授もご参加頂き、研究テーマと協働しながら、地域男性が気軽に地域の通いの場へ継続して参加できる、具体的なプログラム開発の話合いを続けている。
★[重-2] (2) ① ケアマネジャーとの連携協働の為にセミナーや勉強会を年5回以上開催し、ケアマネジャーの孤立化の予防と、最新の情報共有のみならず多岐にわたる支援方法の共有を図り、頼れるセンターを目指す。	令和6年度はケアマネジャー勉強会・交流会を計5回開催した。内容は5月21日（もしばなゲーム）、7月16日（利用者様を感染から守るためにケアマネジャーがサポートすること）、9月17日（包括支援センターや区制度の活用）、11月19日（高齢者見守り人材向け出前講座）、1月21日（在宅栄養管理のポイント）、3月10日（成年後見制度の活用）といった各専門分野の方にもご講義頂き、複合課題や困難事例への対応に向けたケアマネジメント力の強化・チーム支援が出来るようなテーマを意識して選定した。更に、3月26日には新人ケアマネジャーとひとりケアマネジャーが孤立しないように交流会を開催し、介護予防ケアマネジメント、総合事業、地域の社会資源の情報共有、委託業務で困っていることなども含め、最新の情報共有を図り、気軽に相談しやすい頼れる包括支援センターを目指して取組を行った。
★[重-3] (6) ④ 大森地区の認知症地域支援推進員、見守りささえあいコーディネーターと協働で、認知症フェスを開催し、認知症に関する基礎知識はもとより、認知症の人やその家族が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことが出来るよう普及啓発に尽力する。	令和6年9月28日（土）に大田文化の森で開催した認知症啓発イベント「忘れても 出会うつながら笑顔の輪」には、449名の来場があり、年齢層は未就学児～後期高齢者まで多世代の方にご参加頂けた。認知症啓発として、認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座はもとより、包括の周知や地域のみまもり強化に繋がるような様々な催しを行った。（ケアラズカフェ、書道体験、体操、おいじたく企画、見守りKH登録、手芸や臨床美術、ちぎり絵、ポッチャ・カーレット、雑貨・焼き菓子販売、マジック、紙芝居、見守り連携の会、まちかど相談室、こども食堂） 協力機関も、大田区や社協、自主グループ、などフォーマルからインフォーマルまで、多種多様な機関と

	連携を強化でき、認知症に関する普及啓発活動を活発に行えた。
★[重-4] (7) ② 当センターで独自に発行している見守り手帳、通いの場マップの内容を刷新し、引き続き高齢分野以外の障害、子育てを含む各世代からの意見を収集しながら反映させる。	令和6年度は当センターで独自に発行している見守り手帳・通いの場マップを1390部配布した。配布先は、自主グループ、介護保険事業所、運営推進会議、防災訓練、町会自治会やイベント（スポーツゴミ拾いイベント、見守りキーホルダー登録会、自治会文化祭）、池上まつり、池上文化センターまつり、いけいけハートフルフェスタと高齢分野にとどまらず、子育て世代など多世代へ配布を幅広く行った。 令和6年度も見守り手帳・通いの場マップの刷新を行い、従来の内容に加え、意識が高まっている防災についても盛り込んだ。

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	地域共生社会の主旨が広く浸透する様、情報発信の中核の場となるよう努める。		
実施計画 ※	① 常時スタッフ全員が利用者や地域の課題を共有し、高質で有用な支援を行えるよう情報交換を定期的に週3回実施する。同時に適宜必要に応じて3職種それぞれの強みを活かし、緊密な連携を図る。	実施報告 ※※	① 週3回、必ずミーティングを行い、個別ケースの共有はもとより、地域の最新情報の交換やセンター内の課題に対するセンター内研修を行った。特に連休前には緊急対応が必要になる可能性のあるケースの確認を実施し、夜間休日電話法人担当者とセンター長が緊密に連絡調整を行った。 更に令和6年度は主任介護支援専門員が2名入職したため、スーパーバイザーとしての強みと経験を生かし、包括支援センターの総合相談のプロセスや緊急レベル別の相談内容の対応、課題の明確化といった、包括支援センター職員としての基礎知

	② 複雑・複合化事例の予防や早期発見の為、町会及び民生委員の会合等のもとより各種行事に参加し意見交換や情報収集に努める。		識から応用まで幅広い勉強会を開催した。 ② 令和 6 年度は池上の文化の素晴らしさや楽しさを共有する大規模なイベントである池上まつりに介護ブースを出展し、介護のよろず相談・PR 活動を実施した。 対象者は 65 歳以上の方だけに限らず、介護者や若年層からの相談も積極的にお受けし、また、包括支援センターや地域イベントのPR、高齢者見守りキーホルダーのご案内など、地域高齢者にとって有益な最新情報を提供し、住み慣れた池上地域で安心して自分らしい暮らし方を実現出来るよう支援を行った。 また、令和 6 年 9 月 19 日には堤方東町会会館にて見守りキーホルダー登録会・おいじたく説明会を開催（全体来場者 62 名、見守りキーホルダー登録者 42 名、おいじたく説明会 29 名）、令和 6 年 10 月 21 日には堤方北町会情報交換会、令和 7 年 2 月 22 日には堤方東町会文化祭に参加した。 更に、毎月行われている民生委員主催の地域茶話会に 11 回出席し、最新の情報の発信を行った。 そして、令和 6 年 12 月 1 日（日）の地域イベントである、スポGOMI（スポーツで待ちをきれいにするスポーツと社会奉仕活動の融合）に審査員として参画し、スポGOMI を通して、改めて街を知り、人と繋がりながら、地域課題の意見交換や情報交換を行った。
--	---	--	---

（2）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	各関係機関呼びかけ課題や情報を共有化し、協働連携をより一層深め、分野横断的支援を
------	--

	心掛ける。		
実施計画 ※	① ケアマネジャーとの連携協働の為にセミナーや勉強会を年5回以上開催し、ケアマネジャーの孤立化の予防と、最新の情報共有のみならず多岐にわたる支援方法の共有を図り、頼れるセンターを目指す。★[重-2] ② 介護保険事業者に留まらず、見守り推進事業者やインフォーマルな社会資源とのネットワークの構築を心掛ける。	実施報告 ※※	① 令和6年度はケアマネジャー勉強会・交流会を計5回開催した。内容は5月21日（もしばなゲーム）、7月16日（利用者様を感染から守るためにケアマネジャーがサポートすること）、9月17日（包括支援センターや区制度の活用）、11月19日（高齢者見守り人材向け出前講座）、1月21日（在宅栄養管理のポイント）、3月10日（成年後見制度の活用）といった各専門分野の方にもご講義頂き、複合課題や困難事例への対応に向けたケアマネジメント力の強化・チーム支援が出来るようなテーマを意識して選定した。更に、3月26日には新人ケアマネジャーとひとりケアマネジャーが孤立しないように交流会を開催し、介護予防ケアマネジメント、総合事業、地域の社会資源の情報共有、委託業務で困っていることなども含め、最新の情報共有を図り、気軽に相談しやすい頼れる包括支援センターを目指して取組を行った。 ② 見守り推進事業者連絡会でお会いした、明治安田生命（血管年齢測定/ベジチェックをイベントで実施）、消費者生活センター（セミナーに講師としてお招きし講座を開催）、コープみらい（みらいひろばという、コープ組合員が運営し毎月開催している地域の情報交換・交流の場に参加）といった事業者と顔の見える関係性と新たなネットワーク構築が出来た。 更に令和6年度は自治会町会と協働でイベント開催することが多々あり、堤方東町会とは見守りキーホル

			ダー登録会、おいじたく説明会と文化祭への参加、堤方北町会とも共同で見守りキーホルダー登録会、血管年齢測定会を開催した。 また、大森第四中学校でキャリア教育授業に講師として参加し、地域包括支援センターの業務内容や社会福祉士について講話をして、中学生と交流もあった。 そして、令和6年度からは地域福祉コーディネーターと地域住民が開催している徳持南たすけあいプラットフォームに参加し、地域住民のみならず、障害分野の重度心身障害グループホームとも顔の見える関係性を構築した。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域のケアマネジャーや各関係機関との連携を強化しながら、地域の高齢者が主体的に参加できるプラン作りを心掛ける。		
実施計画 ※	① 集合型と状況に応じたオンライン形式を含め年5回以上地域ケアマネジャーとの勉強会及び情報交換会を開催する。 ② ひとりケアマネジャーや新人ケアマネジャーにフォーカス	実施報告 ※※	① 令和6年度はケアマネジャー勉強会・交流会を計5回開催した。内容は5月21日(もしばなゲーム)、7月16日(利用者様を感染から守るためにケアマネジャーがサポートすること)、9月17日(包括支援センターや区制度の活用)、11月19日(高齢者見守り人材向け出前講座)、1月21日(在宅栄養管理のポイント)、3月10日(成年後見制度の活用)といった各専門分野の方にもご講義頂き、複合課題や困難事例への対応に向けたケアマネジメント力の強化・チーム支援が出来るようなテーマを意識して選定し、出席されたケアマネジャーからも質疑応答が活発に行われた。 ② 令和7年3月26日には新人ケアマネジャーとひとりケアマネジャー

	し、困りごとや地域課題に耳を傾け問題解決に向けた支援を実施する。 ③ ケアプラン点検やリアセスメントシートを活用しながら、所内研修やケアマネに向けた周知を行い質の高いケアプランを提供できるよう心掛ける。		が孤立しないように交流会を開催し、介護予防ケアマネジメント、総合事業、地域の社会資源の情報共有、委託業務で困っていることなども含め、最新の情報共有を図り、気軽に相談しやすい包括支援センターを目指して取組を行い、土地勘のない経験の浅いケアマネジャーが安心してケアプラン作成できるよう、環境整備を行った。 ③ 令和7年2月19日、令和7年3月27日の2回所内研修を行った。2月19日は「総合相談のプロセスと緊急性の判断、専門職の役割」令和7年3月27日は「予防ケアマネジメントの手順、リアセスメント支援シート活用」のテーマで開催した。 講師は主任介護支援専門員主導によるスーパービジョンの実践を行い、第一回目は包括支援センター職員としての緊急性の判断、悪化の可能性を予測し、それに対して予防策を講じられるようなプロセスを学習した。 第二回目はリアセスメントシートを活用し、「自立支援」の理念を実現出来るよう、各職員のケアマネジメントの質を向上させる内容とし、個々の利用者が「尊厳を保持した自立した日常生活」を送れるようにするためのアセスメントを全職員で学んだ。
--	---	--	--

(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	地域高齢者の見守りに留まることなく、災害や感染症に対して強い地域を目指す。		
実施計画 ※	① 各業種のDX化への足掛かりとなる重層的支援情報共有システムをタイムリーに捉え、関係	実施報告 ※※	① 日々、重層的支援情報共有システムを使うことにより、各職員、基本的な端末操作を習得することが出来

	機関同士の連携や、支援者側の気づきを促進し出来るような情報共有を積極的に活用していく。 ② 年5回以上の高齢者見守りセミナーを開催し、コロナ禍で減少した交流の場を提供するとともに掲げた個別目標の周知につながる話題を提供していく。★[特力]		た。更に、センター内や居宅介護支援事業所とのチャットを駆使することによりペーパーレス化や迅速な情報共有等の連携がスムーズに出来るようになり、コスト削減や業務の効率化を行えた。 ② 令和6年度は高齢者見守りセミナーを年8回開催し、延べ人数120人にご参加頂いた。 テーマは、補聴器、老いじたく、悪質商法被害防止（消費者生活）といった高齢者の興味関心が高いものを題材とし、特にモルックという運動強度が軽く、高齢者でも楽しめ高齢者同士交流を深められるスポーツは大盛況であった。 また、もしバナゲーム（ACP）や配食サービスの知識といった、いざという時が来ても適切な意思決定や事前に備えることが出来るテーマも取り上げた。 また、高齢者が主体的に繋がりを意識し、見守りに繋がる場になるよう、交流を深められる取組も意識して提供した。
--	---	--	---

（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	地域の多様性を理解し合える、個性を生かしていけるまちづくりを目指す。		
実施計画 ※	① 男性向けのセミナーや集いの場所を拡充し、地域特性である男性高齢者の孤立化を予防し、役割を発揮できるような場所を提供していく。★[重-1]	実施報告 ※※	① 令和6年度は5回開催（3月は天候不良で4月に延期）し、延べ18名の男性にご参加頂いた。3月開催予定だった本門寺逍遥（散歩）には民生委員にも協力頂き、過去最多の13名の男性の申し込みがあった。 内容は、地域ボランティアの方と協働で企画し、音楽鑑賞会や珈琲飲み比べをメインで、男性同士がコミュニケーションを取りやすいような時

	② 年 1 2 回の個別ケースケア会議開催及び年 2 回の日常圏域地域ケア会議開催を通して地域の課題に対する相互理解を深めると同時に、実情に即した地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の在り方について議論を重ねていく。 ③ 月 1 回の家族介護者会を開催し、要介護の家族との向き合い方、また早期予防介護に関する情報交換を通し、参加者同士の交流が深まるよう支援する。		間を設けた。 令和 6 年度の日常生活圏域レベル地域ケア会議でも男性向けのセミナーや集いの場所拡充に関するテーマを 2 回取り上げ、男性高齢者の孤立化防止・役割に関する内容で地域関係者と議論を重ね、年 2 回開催し、通いの場へ参加されない男性に対するアプローチ方法の検討を行った。 更に、第二回目は帝京平成大学の教授もご参加頂き、研究テーマと協働しながら、地域男性が気軽に地域の通いの場へ継続して参加できるような、具体的なプログラム開発の話合いを続けている。 ② 地域ケア会議個別ケースは年 12 回開催し、地域共通の課題発見に向け居宅介護支援事業所、サービス事業所、医療関係者、行政機関、警察署、民生委員など関係機関と連携しながら相互理解を深め、支援の緊急性や優先順位、必要な社会資源、地域の共通課題の議論を重ねた。 一方、日常生活圏域レベル地域ケア会議は年 2 回開催し、通いの場へ参加されない男性に対するアプローチ方法の検討を行った。 第二回目は帝京平成大学の教授もご参加頂き、研究テーマと協働しながら、地域男性が気軽に地域の通いの場へ参加し、継続して役割を持って頂くよう具体的なプログラム開発が進むような話合いを続けている。 ③ 令和 6 年度は 12 回開催し、延べ人数 58 名参加。介護疲れの心身反応と回避策を繰り返し傾聴、周知に徹した。介護者情報誌ゆうゆう、見守り手帳、認知症サポートガイド等配
--	---	--	--

			布し、早期予防介護に関するような情報提供を行い、参加者間の交流を深めた。
--	--	--	--------------------------------------

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症やそのご家族が住み慣れた地域でいつまでも生きがいを持って生活できるよう、重層的支援体制を構築していく。		
実施計画 ※	① 月 1 回の認知症カフェを開催し、サポート・運営側のメンバーを増員し、テラッコ池上における認知症カフェを半自主化出来るよう目指す。 ② 認知症に対する地域住民の正しい知識・理解促進に繋がるよう、積極的に認知症サポートガイドを配布し、更なる普及啓発に努める。	実施報告 ※※	① 令和 6 年度は延べ 90 人にご参加頂けた。また、10 月から場所変更し、テラッコ池上からデニーズ池上通り店の一角をお借りして開催。詩吟、折り紙、脳トレ、補聴器や老い支度、老人ホームといった、アクティビティから生活に役立つ情報提供まで幅広く企画開催した。出席者には、時節に合わせて発行している徳持だよりといった最新情報をお知らせするお便り等、地域の情報が持ち帰ることが出来るように工夫をした。テラッコ池上における、半自主化については、協力して下さる人材の確保ができそうであるため、今後内容の検討や試験的に開催をしていく段階となっている。 ② 認知症に対する正しい知識・理解促進が出来るよう、認知症サポートガイドを活用し、来所者や訪問時はもとより、地域イベントや認知症カフェ、もの忘れ検診受診者に積極的に配布を行った。 世界アルツハイマー月間啓発イベントとして大森地区で開催した「忘れても 出会い つながる 笑顔の輪」をスローガンに、様々な講座やワークショップでのふれあい等による学びの機会を提供し、地域での認知症の啓発、支援体制づくりを進め、認知症をより身近に感じ、認知症の方を支えていけるような地域を

	③ 高齢者の地域団体のみならず、多世代を対象とした認知症サポーター養成講座を開催し、多世代による見守りの輪を拡大していく。 ④大森地区の認知症地域支援推進員、見守りささえあいコーディネーターと協働で、認知症フェスを開催し、認知症に関する基礎知識はもとより、認知症の人やその家族が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことが出来るよう普及啓発に尽力する。★ [重-3]	目指し、促進に繋がるような周知活動を行った。 ③ 9/21 オンライン（7名）、11/15 集合型（13名）各1回ずつ開催。認知症に関する正しい知識や、認知症の人やその家族への接し方など誤解や偏見を解消できるように講座内容を検討した。更に、若年性認知症に関する内容も盛り込み、より認知症が身近で特別なことではないことを知ってもらうよう、事例なども交え工夫した。 また、昨年度認知症サポーターステップアップ講座を受講した地域の自主グループにおいては、認知症サポーターとしての活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人やその家族と地域を結ぶためのチームオレンジへの登録を大田区へ申請し、認定された。 ④ 令和6年9月28日（土）に大田文化の森で開催した認知症啓発イベント「忘れても 出会うつながる 笑顔の輪」には、449名の来場があり、年齢層は未就学児～後期高齢者まで多世代の方にご参加頂けた。認知症啓発として、認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座はもとより、包括の周知や地域のみまもり強化に繋がるような様々な催しを行った。（ケアラーズカフェ、書道体験、体操、おいじたく企画、見守りキーホルダー登録、手芸や臨床美術、ちぎり絵、ポッチャ・カーレット、雑貨・焼き菓子販売、マジック、紙芝居、見守り連携の会、まちかど相談室、こども食堂） 協力機関も、大田区や社協、自主グループ、などフォーマルからインフ
--	---	--

			オーマルまで、多種多様な機関と連携を強化でき、認知症に関する普及啓発活動を活発に行えた。
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	既存制度枠組みに捕らわれることなく、引き続き分野横断的かつ包括的支援に観点を広げながら、まちづくりをさらに広く呼びかける。		
実施計画 ※	① 各種名簿やキーホルダー登録情報を活用しながら、通常訪問とは別途毎月20件の戸別訪問を実施し、生活状況を把握しながら、熱中症対策及び孤立化予防に努める。 ② 当センターで独自に発行している見守り手帳、通いの場マップの内容を刷新し、引き続き高齢社分野以外の障害、子育てを含む各世代からの意見を収集しながら反映させる。★[重-4] ③ 大森地区にて年2回の見守りキーホルダー登録会を開催。同時にキーホルダー未登録者50件に郵送にて更新勧奨を実	実施報告 ※※	① 令和6年度は240件の戸別訪問を行った。対象者は、未把握高齢者名簿と避難行動要支援者名簿から抽出を行い、見守りキーホルダーやひとり暮らし登録勧奨、特殊詐欺や悪質商法被害の注意喚起、それに付随する自動通話録音機貸与の紹介、夏は熱中症、冬はヒートショックの注意喚起といった時節に合わせた情報提供、更に、スマートフォン相談会や孤立化防止のために包括主催の様々なイベントの紹介を行った。 ② 令和6年度は当センターで独自に発行している見守り手帳・通いの場マップを1390部配布した。配布先は、自主グループ、介護保険事業所、運営推進会議、防災訓練、町会自治会やイベント（スポーツゴミ拾いイベント、見守りキーホルダー登録会、自治会文化祭）、池上まつり、池上文化センターまつり、いけいけハートフルフェスタと高齢分野にとどまらず、子育て世代など多世代へ配布を幅広く行った。 令和6年度も見守り手帳・通いの場マップの刷新を行い、従来の内容に加え、意識が高まっている防災についても盛り込んだ。 ③ 令和7年度は見守りキーホルダー新規283件（3月末計上）、更新数427件（3月末計上）となった。

	施し登録率の向上に努める。 ④ 重層的支援会議へ積極的に参加し、複雑化した支援ニーズに対して、多機関で協働しながら、チーム支援に取り組んでいく。 ⑤ ひとり暮らし高齢者が社会的に孤立せず、地域と緩やかにつながり続けられるよう、自治会・町会・民生委員と定期的に情報交換を行い、早期発見を図る。	9月19日の見守りキーホルダー登録会では堤方東町会、中央八丁目町会、堤方南自治会と協働し、堤方東町会会館を会場とし、42件見守りキーホルダー登録者が増えた。区設掲示板、町会掲示板、回覧、地域イベントや居宅介護支援事業所、地域力推進会議などで積極的に周知活動を実施。他郵送での登録勧奨200通郵送を行った。 3月18日の見守りキーホルダー登録会では、堤方北町会、市野倉北町会、桐里梅田町会と協働し、堤方北町会会館で開催。郵送での登録勧奨は100通郵送し、登録数者数36件となった。 両日ともに明治安田生命による血管年齢測定/ベジチェックを同時開催し、多く集客出来るよう工夫した。 また、9月19日は大田区福祉管理課を招聘し老いじたく説明会も同時開催。登録率の向上に努めた。 ④ 令和6年度も3ケースの重層的支援会議や情報交換会議へ参加し、複合的な支援ニーズに対応する支援体制構築を目指した。更に、課題に応じた支援方針、役割分担を検討し、支援プランに沿ったアプローチ、モニタリングの実施に取り組んだ。 ⑤ 令和6年度の日常生活圏域レベル地域ケア会議では孤立化防止にも焦点を当て、自治会・町会・民生委員など地域関係者を含めて議論を行ってきた。特に一人暮らしの男性高齢者が気軽に立ち寄れる場所や緩やかなつながり続けられる仲間ができるような仕掛け作り（男性の通いの場作り）の情報交換を継続している。
--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和6年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 新井宿（大森医師会）

1 事業目標

高齢者が生きがいを持って、自分らしい生活を継続していける地域となる様、多職種・多機関と連携しながら、多世代に向けて働きかけると共に、地域住民の安心に寄与し、地域に広く開かれたセンターとなる様、更に機能を充実させる。

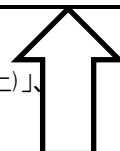
● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域に根差し、地域に親しまれる、地域に開かれたセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の取組として、管轄にとらわれず広く情報整備を行うことで、個々のニーズに合わせた社会資源情報を提供できる様にする。また、高齢者が役割を持って活躍できる場を提供する。 ★[重-1]	A
	2. その人が有する能力にあわせた、自分らしい自立した生活が遅れる様、各種サービスを活用・調整し、支援を行う。 ★[重-2]	A
	3. 見守りを強化する為、地域の機関や企業等と顔の見える連携体制を構築する。また、見守りキーホルダーの認知度向上・活用促進が図れる様、広い世代に向けて周知を行う。 ★[重-3]	A
	4. 地域共生社会の実現に向け、関係機関との連携強化を図る。また広い世代の地域住民が、認知症や高齢者についての理解を深めることが出来る様、啓発活動を行う。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ① 自主グループ等、地域の活動団体と定期的に連絡・連携を取ることで、適宜社会資源情報（ミル	(3) ① 見守りコーディネーターと看護師が協働にて、自主グループ等の地域活動団体と適宜連絡・連携を取

モネット、新井宿お助けガイド、地域活動紹介マップ）を整備し、タイムリーな情報更新と周知を行う。また、より多くのニーズに対応できるよう、新たな社会資源の把握に努め、管轄にとらわれず広域の活動情報の提供を行う。	り、社会資源情報の更新を行うことで、確度の高い情報提供をすることが出来た。また、新たな社会資源情報を大森圏域の会議等で他包括と共有することで、管轄にとらわれない広い地域の情報提供を行うことが出来た。
★[重-2] (5) ③ 既存の社会資源の活用を進めていくとともに、地域のニーズに合わせて新たな通いの場を創設し、地域の社会資源を充実させる。 (5) ④ 共生社会を視野に入れ、多世代が関われる社会資源の開発に取り組む。また高齢者が役割をもって活躍し続けられる様、ボランティア活動等の場が提供できる様なシステムを構築し、参加希望者を積極的につなげていく。	(5) ③ 地域の居宅介護支援事業所と協働し、ニーズの高い「麻雀」の自主グループ立ち上げ支援を行った。立ち上げ後も、運営のシステム等について検討を重ねた。今後も引き続き運営の後方支援を行っていく。 (5) ④ 多世代交流の場として、地域の保育園へ自主グループが訪問して活動する機会や、保育園児に認知症カフェに参加してもらう機会を創設し、2回交流を行った。保育園・高齢者双方から好評を得た為、継続して行っていきたい。また高齢者が役割を持って活躍出来るよう、ボランティア活動に意欲的な高齢者を認知症カフェ「縁」で受け入れた。現在8人のボランティアが活動している。今後、より多くの場所で活躍できるよう、活動場所の拡大を検討していく。
★[重-3] (4) ① 高齢者見守りキーホルダー登録勧奨活動を、地域の店舗や公共施設、自治会町会、地域のイベント等で適宜行う。登録会を年2回以上開催し、見守りキーホルダー事業や、センターの更なる周知を、高齢者のみならず広い世代へ向けて行っていく。	(4) ① 高齢者見守りキーホルダーの登録勧奨として、登録会のチラシを地域の店舗（商店・薬局・金融機関等）、病院、公共施設、自治会・町会、シニアクラブ、自主グループや各種イベントにて配布・啓示を行った。また、大森圏域7包括合同で、「世界アルツハイマー月間啓発イベント」を開催し、その中で登録会も併せて行った。 MEGA ドンキホーテ大森山王店」でも今年度で2度目となる登録会を開催。来店者や通行者の幅広い世代に対して、見守りキーホルダー事業やセンターの周知を行うことが出来た。
★[重-4] (5) ⑤ 区や医療・福祉機関と協働し、区民へ向けた公開講座「くらし健康あんしんネット大田」を年1回	(5) ⑤ 区民公開講座「くらし健康あんしんネット大田」を区や医療・福祉関係者と協働して開催。370名の

開催する。各種情報を発信することで、高齢者がより安心して生活が継続できる様、啓発活動を行う。 (6) ② 認知症についての理解促進を広い世代の地域住民へ向けに行える様、「認知症サポーター養成講座」を区民向けに 2 回、小学生向けに 2 回開催する。また認知症についてのイベントや「ステップアップ講座」を大森地区共催で 1 回開催する。 (6) ③ 認知症予防に特化した「認知症予防カフェ」を多機関協働にて年 3 回程度開催し、認知症予防の重要性を広めると共に、地域住民へセンターの周知を同時に行う。	区民に参加いただいた。独りでも安心して老後をごせる様、健康・福祉・住まい等について有益な情報を発信し、センターについても案内をすることが出来、幅広い世代の方へ啓発活動を行った。次年度も継続してほしいとの声も多く、引き続き継続をしていく。 (6) ② 『認知症サポーター養成講座』を区民向けに 2 回（オンライン・出張所）、管轄内の小学校 2 校の 4 年生と 6 年生へ各 1 回開催し、広い世代へ認知症についての理解促進を行った。『ステップアップ講座』も大森圏域のセンターで協働し、2 回開催。延べ 98 人の方に参加いただき、認知症について広く啓発を行うことが出来た。 (6) ③ 『認知症予防カフェ』を多機関協働で年 3 回開催し、延べ 200 人を超える区民に参加いただいた。区民に向け認知症への関心を深めるとともに、認知症予防の重要性や取り組み方について理解していただき、認知症予防啓発に取り組むことができた。
--	---

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1 年目実績・今後の展望、課題と同一内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（重層的支援体制整備事業の包括的相談支援、虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	各職種の専門性をより幅広く、より深めることで個々の対応力を向上させると共に、各職種がチームとして対応することで、スピーディーかつ質の高い相談支援業務を行う。		
実施計画 ※	① 定期ミーティングを月 2 回開催し、全職員が同じタイミング、同じレベルで情報の共有ができる様務める。同時に各職員が担当しているケースについても概要を共有（虐待や権利擁護など緊急性が高いケースは適宜ミーティングを開催）し、各職種の視点で支援方針や進捗状況について確認。担当者不在	実施報告 ※※	① 月 2 回の定期ミーティングに加えて必要なタイミングでケース検討を行い、全職員が知っておくべき情報の共有と、ケースへの適切なアプローチについてタイムリーに確認をすることが出来た。こまめにケースの情報を共有することで、各職員がお互いにケースを把握することが出来ると共に、対応方法についても全員で検討・共有することで、担当者不在

	時でもチームとして対応ができる体制を整えると共に、より望ましい支援に繋がる様チームとして検討していく。 ② 各職種の専門性をさらに高め、質の高い相談援助が出来る様、各種研修に職員が積極的に参加する。習得した知識を全職員が共有し、知識・対応力を平準化できる様、研修報告書を作成し回覧すると共に、伝達研修を行う。		時にも決められた方針で適切に対応することが出来た。 ② 経験や専門性に合わせた研修に、各職員が積極的に参加した。定期ミーティング時に伝達研修を行うと共に研修内容を報告書にまとめ、資料と合わせて回覧することで、高いレベルで情報を共有することが出来、全職員が同レベルでスキルアップすることに繋がった。職員の資質の底上げを図り、センター全体としての対応力を向上させることが出来た。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員の多職種連携強化と共に、地域の介護支援専門員の対応力や資質向上に資する取り組みを行う。		
実施計画 ※	① 「大田区介護支援専門員連絡会」と「大森地区介護支援専門員連絡会」に運営委員として継続参画する。介護支援専門員がその時に必要としている情報を分析して、タイムリーに研修を企画・開催し、介護支援専門員の課題解決支援や資質の向上、自立支援に資するケアマネジメント力の強化を図る。 ② 地域の介護支援専門員との連携体制を更に強化し、相談しやすい環境を作ることにより質の高いケアマネジメントやケースの重度化防止に繋げる。多職種連携や情報の発信・共有、交流、学習の場としての「けあまねの森・新井宿」を年2回開催し、当センターならではの取組を行っていく。	実施報告 ※※	① 「大田区介護支援専門員連絡会」と「大森地区介護支援専門員連絡会」に引き続き運営委員として参画。地域の介護支援専門員が今必要とする内容を分析し、タイムリーに研修を企画し実施した。介護支援専門員の課題解決支援や資質向上、自立支援に資するケアマネジメント力の強化に寄与することができた。 ② 「ケアマネの森・新井宿」を9月と3月に2回開催した。昨年に引き続き「医療連携」を年間テーマに設定。9月は訪問診療医師を招き「発達障害」をテーマに講義と意見交換会を実施。3月には、昨年度好評であった訪問診療・総合病院・訪問看護・薬局の医師や専門職の方々に参加いただきお互いの役割や疑問点などについて介護支援専門員との意見交換や情報交換・共有を行った。顔

			の見える関係性を構築出来、多職種の連携体制強化につながった。
--	--	--	--------------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防や介護予防の普及啓発を行うとともに、個々のニーズに合わせた社会参加や活動に繋がれる様、社会資源情報を提供できる体制を構築する。		
実施計画 ※	① 自主グループ等、地域の活動団体と定期的に連絡・連携を取ることで、適宜社会資源情報（ミルモネット、新井宿お助けガイド、地域活動紹介マップ）を整備し、タイムリーな情報更新と周知を行う。また、より多くのニーズに対応できるよう、新たな社会資源の把握に努め、管轄にとられず広域の活動情報の提供を行う。 ② 高齢者が元気な時から、健康増進や介護予防についての意識を高めることが出来る様、自主グループやシニアクラブ、町会や商店街等の団体に向け、フレイル予防や尿もれ予防講座（年4回程度）や熱中症予防講座（年11回程度）を開催する。 ③ 介護予防やセンターの取組み、地域への情報発信等を記事にした「新井宿新聞」を年4回季刊で発行し、配布のみならず地域の掲示板や集合住宅、商店、金融機関等へ広く掲示することで、センターの周知、介護予防活動の普及を図る。同時に掲示・配布可能な場所についても開拓を継続していく。	実施報告 ※※	① 見守りコーディネーターと看護師が協働にて、自主グループ等の地域活動団体と適宜連絡・連携を取り、社会資源情報の更新を行うことで、確度の高い情報提供をすることが出来た。また、新たな社会資源情報を大森圏域の会議等で他包括と共有することで、管轄にとられない広い地域の情報提供を行うことが出来た。 ② 健康増進・介護予防についての普及啓発として、自主グループや新井宿老人いきいの家で行われている「元気アップ教室」等で、熱中症予防セミナーを13回、フレイル予防セミナーを4回、尿漏れ予防講座を1回開催した。 ③ 「新井宿新聞」を年4回季刊で発行し、区設掲示板や地域の薬局や商店、金融機関、集合住宅、介護事業所等にて掲示していただくことで、センターの周知や取り組みの紹介、介護予防の普及啓発を広く行うことが出来た。また、協力機関の開拓として、新たに2か所の金融機関から協力をいただけることになった。

(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	地域の多機関・多職種と連携し、地域に根差した見守り体制の構築を推進すると共に、センターの周知活動を積極的に行う。
------	--

実施計画 ※	① 高齢者見守りキーホルダー登録勸奨活動を、地域の店舗や公共施設、自治会町会、地域のイベント等で適宜行う。登録会を年２回以上開催し、見守りキーホルダー事業や、センターの更なる周知を、高齢者のみならず広い世代へ向けて行っていく。 ② 大森管内の見守りささえあいコーディネーターと協働し、見守り推進事業者や諸企業、商店街等との関係性を更に深め、見守り体制の強化を図る。 ③ 継続的な体力測定之机会を設け、身体機能の把握の場を提供することで、地域活動参加意の動機づけを行い、積極的な参加を促していく。また随時必要な情報提供、外出機会を創出し、フレイル・認知症予防が図れる様、支援していく。	実施報告 ※※	① 高齢者見守りキーホルダーの登録勸奨として、登録会のチラシを地域の店舗（商店・薬局・金融機関等）、病院、公共施設、自治会・町会、シニアクラブ、自主グループや各種イベントにて配布・掲示を行った。また、大森圏域 7 包括合同で、「世界アルツハイマー月間啓発イベント」を開催し、その中で登録会も併せて行った。 「MEGA ドンキホーテ大森山王店」でも今年度で２度目となる登録会を開催。来店者や通行者の幅広い世代に対して、見守りキーホルダー事業やセンターの周知を行うことが出来た。 ② 「世界アルツハイマー月間啓発イベント」にて、地域住民や民生委員、事業者の方と見守りについて考える「大森地域見守り連携の会」を開催。地域に向け見守りについての意識向上や連携体制の強化に繋がった。見守り推進事業者連絡会でも、効果的なグループワークの企画・進行を行い、顔の見える関係を更に強化した。 ③ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、認知症カフェ「縁」にて、体力測定会を２回開催した。理学療法士・作業療法士による身体機能評価を行うことで、参加者が自身の身体状態を客観的に把握でき、地域活動参加への参加意欲向上に繋がった。また、フレイル・認知症予防が図れる様「新井宿お助けガイド」「大森活動マップ」や地域のイベント情報を随時提供し、外出機会を増やすよう働きかけた。
-------------------	--	--------------------	---

	④ 大森管内の見守りささえあいコーディネーター、認知症地域支援推進員協働して、地域イベントを開催し、広い世代へ向けてセンターや介護予防・認知症等の啓発活動を行う。		④ 大森圏域の見守りささえあいコーディネーター、認知症地域支援推進員が協働して、「世界アルツハイマー月間 啓発イベント」を開催。延べ449人の幅広い世代の方に参加いただき、認知症や介護予防、センターの周知・啓発をすることが出来た。
--	---	--	---

(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	地域課題の抽出・把握に努めると共に、社会資源情報を適宜整備する。また求められる社会資源の創設・開発に取り組み、重層的な支援体制を構築する。		
実施計画 ※	① 地域ケア会議（個別レベル・日常生活圏域レベル）を開催し、個別課題の解決やネットワークの構築を図るとともに、地域課題を抽出し区へ提出する。 ② 家族介護者同士の情報交換・情報共有・仲間づくり・精神的負担軽減等が図れるよう『ケアラズカフェ』を毎月1回開催する。外部専門職を招き、専門的なアドバイスを行うなどカフェの質を上げる事で、参加者の満足度を高め、より多くの方に参加していただける様努める。 ③ 既存の社会資源の活用を進めていくとともに、地域のニーズに合わせて新たな通いの場を創設し、地域の社会資源を充実させる。	実施報告 ※※	① 個別レベルの地域ケア会議を9回、日常生活圏域レベルの地域ケア会議を2回開催した。個別レベルの会議では個別課題や自立支援について検討し、より良い支援について見識を深めることができ、地域課題の抽出も行えた。また多機関との連携体制も構築することが出来、必要に応じて協働していく関係性を築くことが出来た。 ② 家族介護社会『ケアラズカフェ』を毎月1回開催した。介護・医療の専門職にも参加いただき、専門的な助言を受ける機会も設け、有益な情報を提供することが出来た。また家族介護者同士が集い、意見交換をすることで、精神的負担の軽減、情報の共有・交換が図られ、質の高い会を継続することが出来た。その為、参加者の増加につながり、延べ72人の方に参加いただいた（昨年度は62人） ③ 地域の居宅介護支援事業所と協働し、ニーズの高い「麻雀」の自主グループ立ち上げ支援を行った。立ち上げ後も、運営のシステム等について

	④ 共生社会を視野に入れ、多世代が関われる社会資源の開発に取り組む。また高齢者が役割をもって活躍し続けられる様、ボランティア活動等の場が提供できる様なシステムを構築し、参加希望者を積極的につなげていく。 ⑤ 区や医療・福祉機関と協働し、区民へ向けた公開講座「くらし健康あんしんネット大田」を年1回開催する。各種情報を発信することで、高齢者がより安心して生活が継続できる様、啓発活動を行う。 ⑥ 地域の医療機関や大森地区在宅医療連携窓口と情報の共有・交換を行い、更なるネットワークの構築や、連携体制の強化を推進する。		て検討を重ねた。今後も引き続き運営の後方支援を行っていく。 ④ 多世代交流の場として、地域の保育園へ自主グループが訪問して活動する機会や、保育園児に認知症カフェに参加してもらう機会を創設し、2回交流を行った。保育園・高齢者双方から好評を得た為、継続して行っていきたい。また高齢者が役割を持って活躍出来るよう、ボランティア活動に意欲的な高齢者を認知症カフェ「縁」で受け入れた。現在8人のボランティアが活動している。今後、より多くの場所で活躍できるよう、活動場所の拡大を検討していく。 ⑤ 区民公開講座「くらし健康あんしんネット大田」を区や医療・福祉関係者と協働して開催。370名の区民に参加いただいた。独りでも安心して老後を過ごせる様、健康・福祉・住まい等について有益な情報を発信し、センターについても案内をすることが出来、幅広い世代の方へ啓発活動を行った。次年度も継続してほしいとの声も多く、引き続き継続をしていく。 ⑥ 大森地区在宅医療連携窓口の担当者と、適宜情報の共有・交換や、センター主催の交流会等に参加いただき、連携体制の強化を図った。
--	--	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の正しい情報発信と啓発を幅広い世代へ向けて行い、認知症についての理解を深め、地域でささえ合える体制を構築する。		
実施計画 ※	① 認知症を正しく楽しく理解し、予防や早期診断・早期対応に繋がる様『認知症カフェ「縁」』を	実施報告 ※※	① 『認知症カフェ「縁」』を毎月1回開催した。地域住民へ認知症の普及啓発や認知症当事者の集いの場とし

	毎月 1 回開催する。 ② 認知症についての理解促進を広い世代の地域住民へ向けに行える様、「認知症サポーター養成講座」を区民向けに 2 回、小学生向けに 2 回開催する。また認知症についてのイベントや「ステップアップ講座」を大森地区共催で 1 回開催する。 ③ 認知症予防に特化した「認知症予防カフェ」を多機関協働にて年 3 回程度開催し、認知症予防の重要性を広めると共に、地域住民へセンターの周知を同時に行う。		て楽しみながら認知症について理解していただけるよう毎月趣向を凝らし取り組んだ。他人事ではなく自分事と意識してもらえよう身近なこととして理解していただく場となり年間 203 名の方に参加いただき好評を得たと考える。 ② 『認知症サポーター養成講座』を区民向けに 2 回（オンライン・出張所）、管轄内の小学校 2 校の 4 年生と 6 年生へ各 1 回開催し、広い世代へ認知症についての理解促進を行った。『ステップアップ講座』も大森圏域のセンターで協働し、2 回開催。延べ 98 人の方に参加いただき、認知症について広く啓発を行うことが出来た。 ③ 『認知症予防カフェ』を多機関協働で年 3 回開催し、延べ 200 人を超える区民に参加いただいた。区民に向け認知症への関心を深めるとともに、認知症予防の重要性や取り組み方について理解していただき、認知症予防啓発に取り組むことができた。
--	---	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	区が実施する業務へ積極的に協力すると共に、地域へ向けた「福祉」の周知や、医療福祉分野の人材育成などに幅広く協力し、地域福祉力向上に寄与する。		
実施計画 ※	① 各種会議、検討会や行事等へ積極的に参加・協力する。区より依頼される各種アンケート等へ全数を回答する。 ② 区内学校の看護学生等、実習生を受け入れ、区の医療福祉分野の人材育成に貢献すると共に、センターの機能や実態を理解	実施報告 ※※	① 区が主催する会議・連絡会等へ全会出席し、積極的に参加した。また依頼のあったアンケートについても期日までに全数を回答した。区主催の研修会では、区の要請を受け、事例提供者として参加するなど、その開催に協力をした。 ② 看護学生を実習生として 2 名受け入れ、センターの業務や高齢福祉分野の実態について学習・理解してもらうことで、医療福祉分野の人材育成

	してもらうことで、今後のより良い多機関連に寄与する。 ③ 新井宿特別出張所長と話し合いの機会を設け、地域課題等について認識を共有する。地域の福祉力向上や円滑な施設運営等、それぞれの立場で出来る事を検討していく。 ④ 新井宿特別出張所を始め、自治会町会や民生児童委員、各種関係機関が協働して11月3日に開催する「福祉と文化と医療のまちのスペシャルデー」に参画し、地域の福祉力向上やセンターの周知を図る。		に寄与した。また、社会福祉協議会に協力し、小学校にて四年生を対象に福祉体験会を開催。地域の福祉力向上に寄与した。 ③ 新井宿特別出張所にあるセンターとしての強みを活かし、所長、副所長と地域課題や双方が協力し合えることについて検討を行った。特別出張所と顔の見える関係性を構築し、協働にて地域の福祉力の向上に務めた。 ④ 新井宿特別出張所・自治会町会・民生児童委員・医療福祉機関・区施設等と協働にて、「福祉と文化と医療のまちのスペシャルデー」を開催した。総合的な地域福祉の推進を図ると共に、センターの周知を広い世代へ向け行った。
--	---	--	---

大田区福祉部長 宛

令和 6 年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 嶺町

1 事業目標

共生社会実現に向けて地域住民や地域団体、専門機関、企業、行政と連携を取り、様々なつながりを強化していく

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	出張所に併設された包括として、地域住民や地域団体、専門機関、企業、行政から必要不可欠な存在として信頼されるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. フレイル予防の普及啓発に取り組む。 ★[重-1]	S
	2. 多様な課題に対応できるよう多機関との連携に取り組む。 ★[重-2]	S
	3. 高齢者を狙った悪質な詐欺被害防止に取り組む。 ★[重-3]	S
	4. シニアステーションとの連携強化に取り組む。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)①シニアステーション東嶺町と連携しフレイル予防に取り組んでいく。より連携を強化するため、包括職員とシニアステーション職員の交流を継続的に実施していく。具体的には、シニアステーションで行われている「女性のための骨盤体操」を包括職員が出向き実施。包括で行われている「介護予防教室みのり会」をシニアステーション職員が出向き実施していく。 (3)②見守りコーディネーターを中心にシニアステーション東嶺町で行われている活動を支援していく。フレイル予防が親しみやすくなるよう様々な活動と合わせて実施していく事を検討。具体的には、認知症、老いじたく、お金、防犯、災害、趣味活動などと合わせてフレイル予防の周知	(3)①事業実施計画の実施報告と同内容 包括職員(医療職)がシニアステーションに出向き「女性のための骨盤体操」を実施した。月1回の開催とし今年度は参加者延べ123名が参加。月平均10名となった。その他、令和6年9月9日(月)から令和6年9月14日(土)に敬老週間として行われた展示会にも、包括職員も参加し連携とした。逆にシニアステーションの職員が包括に出向き「みのり会」を予定通り開催した。今年度の開催は10回、延べ利用者は102名となった。体を動かすことを目的とし、休憩を挟んで約30分ずつ体操を実施。ストレッチから始まり、筋力トレーニングなど実施している。 (3)②事業実施計画の実施報告と同内容 シニアステーションとの関わりは、主に見守りコーディネーターが行った。シニアステーションで行われるイベント等に包括も参加又は見学等行い、開催の支援や連携としている。その中で地域講座及び特別講座は年間を通じて52回実施し

を行っていく。 (3)③自治会・町会でされている「みねまちポールウォークの会」に協力・支援していく。包括職員もポールウォークに同行しフレイル予防の周知と会の安全を支援していく。また、不定期に会の終わりにフレイル予防の周知を実施。栄養に焦点を当て講義を行う。 (3)④地域で行われている活動でフレイル予防の周知を実施していく。具体的には包括より各団体にアプローチをかけ実施。シルバー人材で行われている「シルバーサロン」については通年。熱中症注意喚起の時期に合わせて、田園調布東久自治会の「さわやか健康くらぶ」、シニアクラブの「田園調布南ゆうもあクラブ」や「みたけクラブ」、「嶺福寿会」にて実施していく。また、その他依頼があれば実施していく。	た。講座内容は、フレイル予防など健康に関するものから、防災、防犯、老いじたくなど、幅広く実施している。シニアステーションでは講義の内容にかかわらずフレイル予防の大切さを伝えるよう心掛けていった。 (3)③事業実施計画の実施報告と同内容 今年度「みねまちポールウォークの会」は、5 回開催され包括も参加している。1 回目から 4 回目の開催では、包括より「フレイル予防について」や「水分補給について」「口腔ケアの重要性」「抗重筋力について」など、ミニ講義を実施した。 (3)④事業実施計画の実施報告と同内容 令和 7 年 1 月 27 日(月)みたけクラブにて、健康に関する講義依頼があり対応。フレイル予防ガイドブックを活用し講義を実施した。また、シルバー人材からも講義依頼があり、令和 7 年 1 月 24 日(金)に調布エリア会員懇談会に参加した。コロナ感染拡大後久しぶりの開催となったが調布エリア会員懇談会約 40 名が参加している。令和 7 年 3 月 13 日(木)には、地域にある高齢者住宅(ハーベル village シニア住宅)から依頼があり、高齢者住宅のロビーにてフレイル予防のほか、地域包括の案内や区の制度など講義した。入居者 4 名が参加している。その他、熱中症のリスクがある時期にゆうもあクラブや嶺福寿会、さわやか健康くらぶに熱中症注意喚起と時間が許せばフレイル予防の必要性など案内した。 シニアステーション東嶺町を活用しフレイル予防を実践した。その中で「地域特別講座」など高齢者以外の年代へも働きかける活動が徐々に定着しつつある。地域からの評価もあり、民生委員を通じて子育て世代を対象とした活動も今後予定している。地域共生社会の実現の為に一定の活動が実践できたと判断し評価を「S」とした。
★[重-2] (2)①多職種との連携構築のため、在宅医療相談窓口や包括田園調布と協同し、医療と介護の連携「地域包括ケアの会」の開催を行う。開催は令和 7 年 2 月を予定。 (5)①多機関合同による相談会「まちかど相談室」の開催	(2)①事業実施計画の実施報告と同内容 多職種との連携構築を目的として包括田園調布と共催し医療・介護等との勉強会を企画、令和 7 年 2 月 28 日(金)に実施した。テーマを「若年性認知症について」として、若年性認知症相談窓口と連携を行った。当日は、若年性認知症の当事者の方にも参加いただき、講義とグループワークを行っている。当事者の方からは、若年性認知症としての実体験を話していただいた。参加者は医療従事者や福祉従事者、民生委員、チームオレンジなど、計 51 名となった。 (5)①事業実施計画の実施報告と同内容

を行う。蒲田生活福祉課、ジョボタ、サボタ、おおたフラット、TOHO いえラボ、社会福祉協議会、と連携し、「第2回まちかど相談室」を計画・実施する。開催時期は秋頃を予定。嶺町特別出張所にも協力を依頼し、地域住民に幅広く周知していく。また、調布地区におけるおおた福祉ネット(法人協)とも連携をとり、開催内容を工夫していく。	まちかど相談室については、対象エリア拡大を考え包括田園調布との共催とし令和6年12月13日(金)に開催した。多機関合同による相談会として、今回は医療面での相談に対応するため、調布地域福祉課及び調布地域健康課の保健師とも連携、体の相談から心の相談など柔軟に対応できるよう工夫した。また、前回同様当日はおおた福祉ネット(調布地区社会福祉法人協議会)とも連携しおすそわけ会(フードパントリー)を同時開催としている。当日の相談者は10名。うち1名は時間の都合で相談未実施となってしまった。相談内容は様々であり仕事や病気、介護、ひきこもり、生活困窮と課題が複合化していた。また、おすそわけ会においては、シニアステーション東嶺町も協力した。会場の雰囲気づくりのため、シニアステーション利用者作成の展示物を飾るなどしている。関係者にシニアステーションの周知ができた。 まちかど相談室の開催を通し、区内にある専門機関と連携を行い実施した。複合的課題にどのように取り組んでいくべきか模索しながら、専門機関の協力と理解を得て実施する事ができた為、評価を「S」とした。
★[重-3] (1)①特殊詐欺等について注意喚起行っていく。具体的には、まちづくり推進会議における警察からの情報や資料やカナミックに集約されてる「特殊詐欺等の情報について」消費者センターからの情報など活用し、包括主催の活動やシニアステーション、地域で行われる活動、介護支援専門員が集まるグリーンカフェ、民生委員協議会などで周知していく。 (1)②特殊詐欺注意喚起と合わせて自動通話録音機の普及を促進していく。方法は、多くの方に周知・普及が出来るよう、出張自動通話録音機登録会を計画開催する。具体的には、ゆうちょ銀行と連携し年金支給日に登録会を開催していく。その他、包括主催事業やシニアステーションのイベント、嶺町文化センターまつり、自治会・町会等と連携し登録会を開催していく。	(1)①事業実施計画の実施報告と同内容 田園調布警察署からの情報やカナミックで集約されている「特殊詐欺等の情報について」など活用し各活動で周知した。国際電話の停止方法や嶺町地区での犯罪発生状況など必要に応じて共有している。また、シニアステーションでは令和6年11月7日(木)消費者生活センターによる特殊詐欺啓発&自動通話録音機登録会を実施。参加者は15名となり自動通話録音機登録者は3名となった。消費者生活センターによる特殊詐欺啓発では、詐欺の具体的な事例から注意喚起を行い、対策方法など学んでいった。 (1)②事業実施計画の実施報告と同内容 ゆうちょ銀行田園調布店と連携し自動通話録音機登録会を2回実施した。1回目は、令和6年6月14日(金)年金支給日に実施。登録者は11名。うち嶺町エリアの方は5名となった。2回目は、令和6年12月11日(水)に実施。この日は年金支給日ではなかったが登録者5名、うち嶺町エリアの方は4名となった。生活費等を引き出しに来た高齢者に対して、ゆうちょ銀行職員より声掛けを実施。ゆうちょ銀行職員から自動通話録音機の案内を行うことで、抵抗なく話を聞き入れてくれる方が多かった。本局という事もあり、広範囲の人に

(1)③通常の相談教務の中で特殊詐欺等の情報が目に付くよう、特殊詐欺についてのコーナーを設け注意喚起及び自動通話録音機の周知が出来るよう対応していく。実施は地域包括事務所内及びシニアステーション内にコーナーを設置し啓発としていく。	周知できた。声掛けした方の多くは自立しており、より元気な高齢者にアプローチが出来た。 (1)③事業実施計画の実施報告と同内容 包括において、特殊詐欺注意喚起と自動通話録音機紹介スペースを確保し、来た方に目立つよう工夫を行った。実際、文化センターまつり等で来所された方が、情報を見て自動通話録音機を登録されるなど効果があった。また、シニアステーションにおいても啓発コーナーを設置し広く周知した。 自動通話録音機の啓発に力を入れゆうちょう銀行と連携できた。ゆうちょう銀行職員に高齢福祉事業に理解をいただき、郵便局内で自動通話録音機の出張登録会を開催し出来たことが成果となる。評価を「S」とした。
★[重-4] (3)①シニアステーション東嶺町と連携しフレイル予防に取り組んでいく。より連携を強化するため、包括職員とシニアステーション職員の交流を継続的に実施していく。具体的には、シニアステーションで行われている「女性のための骨盤体操」を包括職員が出向き実施。包括で行われている「介護予防教室みのり会」をシニアステーション職員が出向き実施していく。 (3)②見守りコーディネーターを中心にシニアステーション東嶺町で行われている活動を支援していく。フレイル予防が親しみやすくなるよう様々な活動と合わせて実施していく事を検討。具体的には、認知症、老いじたく、お金、防犯、災害、趣味活動などと合わせてフレイル予防の周知を行っていく。 (4)①見守りキーホルダーの普及啓発を実施していく。方法は見守りキーホルダー登録会を計画し、多くの方に周知していく。具体的には、令和6年6月に嶺町町会、令和6年11月に嶺町文化センターまつり、その他シニアステーションなどで実施していく。	(3)①事業実施計画の実施報告と同内容 包括職員(医療職)がシニアステーションに出向き「女性のための骨盤体操」を実施した。月1回の開催とし今年度は参加者延べ123名が参加。月平均10名となった。その他、令和6年9月9日(月)から令和6年9月14日(土)に敬老週間として行われた展示会にも、包括職員も参加し連携とした。逆にシニアステーションの職員が包括に出向き「みのり会」を予定通り開催した。今年度の開催は10回、延べ利用者は102名となった。体を動かすことを目的とし、休憩を挟んで約30分ずつ体操を実施。ストレッチから始まり、筋力トレーニングなど実施している。 (3)②事業実施計画の実施報告と同内容 シニアステーションとの関わりは、主に見守りコーディネーターが行った。シニアステーションで行われるイベント等に包括も参加又は見学等行い、開催の支援や連携としている。その中で地域講座及び特別講座は年間を通じて52回実施した。講座内容は、フレイル予防や健康に関するものから、防災、防犯、老いじたくなど、幅広く実施している。シニアステーションでは講義の内容にかかわらずフレイル予防の大切さを伝えるよう心掛けていった。 (4)①事業実施計画の実施報告と同内容 令和6年6月28日(金)に嶺町町会において見守りキーホルダー登録会を実施。当日はシニアステーションの広報も兼ね、包括とシニアの協働で対応した。参加者は25名あり、登録者は20名となった。また、令和6年12月1日(日)開催となった嶺町文化センターまつりでは、TOHO いえラボと協力

	し健康相談会&とキーホルダー登録会を行った。健康相談は3名あり。キーホルダー相談は6件あり、内訳は新規申請3件、更新申請1件、対象外2件となった。この文化センターまつりでは、包括の隣の会場で歯科医師会による口腔がん検診を実施しており、口腔がん検診を受けた方がその流れで包括に来場されるなど、メリットがあった。 様々な活動や地域イベントを通じ、可能な限りシニアステーションと連携を取った。地域包括嶺町とシニアステーション東嶺町が離れている事を強みに出来るよう検討している。 予定通りの活度は出来ているため、評価を「A」とした。
--	---

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	詐欺被害防止に向けて、特殊詐欺に対する注意喚起を行い、自動通話録音機の普及を進める。		
実施計画 ※	① 特殊詐欺等について注意喚起行っていく。具体的には、まちづくり推進会議における警察からの情報や資料やカナミックに集約されてる「特殊詐欺等の情報について」消費者センターからの情報など活用し、包括主催の活動やシニアステーション、地域で行われる活動、介護支援専門員が集まるグリーンカフェ、民生委員協議会などで周知していく。【重-3】 ② 特殊詐欺注意喚起と合わせて自動通話録音機の普及を促進していく。方法は、多くの方に周知・普及が出来るよう、出張自動通話録音機登録会を	実施報告 ※※	① 田園調布警察署からの情報やカナミックで集約されている「特殊詐欺等の情報について」など活用し各活動で周知した。国際電話の停止方法や嶺町地区での犯罪発生状況など必要に応じて共有している。また、シニアステーションでは令和6年11月7日(木)消費者生活センターによる特殊詐欺啓発&自動通話録音機登録会を実施。参加者は15名となり自動通話録音機登録者は3名となった。消費者生活センターによる特殊詐欺啓発では、詐欺の具体的な事例から注意喚起を行い、対策方法など学んでいった。 ② ゆうちょ銀行田園調布店と連携し自動通話録音機登録会を2回実施した。1回目は、令和6年6月14日(金)年金支給日に実施。登録者は11名。うち嶺町エリアの方は5名

	計画開催する。具体的には、ゆうちょ銀行と連携し年金支給日に登録会を開催していく。その他、包括主催事業やシニアステーションのイベント、嶺町文化センターまつり、自治会・町会等と連携し登録会を開催していく。 【重-3】★【特力】		となった。2回目は、令和6年12月11日(水)に実施。この日は年金支給日ではなかったが登録者5名、うち嶺町エリアの方は4名となった。生活費等を引き出しに来た高齢者に対して、ゆうちょ銀行職員より声掛けを実施。ゆうちょ銀行職員から自動通話録音機の案内を行うことで、抵抗なく話を聞き入れてくれる方が多かった。本局という事もあり、広範囲の人に周知できた。声掛けした方の多くは自立しており、より元気な高齢者にアプローチが出来た。
	③ 通常の相談教務の中で特殊詐欺等の情報が目に付くよう、特殊詐欺についてのコーナーを設け注意喚起及び自動通話録音機の周知が出来るよう対応していく。実施は地域包括事務所内及びシニアステーション内にコーナーを設置し啓発としていく。【重-3】		③ 包括において、特殊詐欺注意喚起と自動通話録音機紹介スペースを確保し、来た方に目立つよう工夫を行った。実際、文化センターまつり等で来所された方が、情報を見て自動通話録音機を登録されるなど効果があった。また、シニアステーションにおいても啓発コーナーを設置し広く周知した。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員が地域で力を発揮できるよう、連絡会や情報の提供、勉強会等を実施していく。		
実施計画 ※	① 多職種との連携構築のため、在宅医療相談窓口や包括田園調布と協同し、医療と介護の連携「地域包括ケアの会」の開催を行う。開催は令和7年2月を予定。【重-2】	実施報告 ※※	① 多職種との連携構築を目的として包括田園調布と共催し医療・介護等との勉強会を企画、令和7年2月28日(金)に実施した。テーマを「若年性認知症について」として、若年性認知症相談窓口と連携を行った。当日は、若年性認知症の当事者の方にも参加いただき、講義とグループワークを行っている。当事者の方からは、若年性認知症としての実体験を話していただいた。参加者は医療従事者や福祉従事者、民生委員、チー

	② 調布地域福祉課や調布地区の包括、地域の介護支援専門員と連携をとり、調布地区介護支援専門員連絡会の活動に協力していく。活動・開催に向け実行委員会に参加、介護支援専門員の資質向上のための企画を検討し、実行していく。 ③ 介護支援専門員の自主グループであるグリーンカフェ(月 1 回)の開催を支援していく。年間計画のうち、2 回は感染症、1 回は虐待をテーマとして開催を予定、その他、介護支援専門員にとって有益な情報の提供や疑問・質問等があれば包括として回答・説明していく。 ④ 特定居宅介護支援事業所の勉強会に協力していく。居宅介護支援事業所より講師及び協力依頼があった場合、内容を検討し勉強会開催に向けて協力を行う。		ムオレンジなど、計 51 名となった。 ② 調布地区介護支援専門員連絡会に参加。調布地区地域福祉課を事務局とし調布地区 5 包括及び地域の介護支援専門員からなる委員会により検討をおこなった。実行委員会は毎月開催し、連絡会のテーマや内容、講師との打ち合わせ、担当決めなど話し合った。連絡会は 3 回実施した。 ③ グリーンカフェには、年間を通じ 11 回参加。その中で令和 6 年 7 月 11 日(木)開催は、感染症対策についての勉強会であり、包括医療職から医療面についてアドバイスを行っている。また、令和 6 年 10 月 10 日(木)開催は、虐待についての勉強会であり、包括はオブザーバーとして参加した。虐待のテーマとして、①「高齢者虐待を未然に防ぐためには」②「虐待の再発、悪化を防止するには」この 2 つのテーマについて包括としてアドバイスを行っている。その他、地域で活用できる情報や特殊詐欺被害注意喚起、区施策の説明、シニアステーション東嶺町などイベントの情報の共有を行っている。 ④ 令和 6 年 4 月 30 日(火)居宅介護支援事業所より、ヤングケアラーについての講義をして欲しいと依頼あり対応した。その他、居宅介護支援事業所 6 か所が合同で開催している地域事業合同研修にもオブザーバーとして参加。今年度は 2 回開催されており、対応に苦慮するケースや虐待の疑いがあるケースを事例として、グループワークを実施している。包
--	--	--	--

			括の立場でケースに対する意見や対応などアドバイスしている。
--	--	--	-------------------------------

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	要介護状態になることを予防できるよう、フレイル予防の周知と実践に取り組んでいく。		
実施計画 ※	① シニアステーション東嶺町と連携しフレイル予防に取り組んでいく。より連携を強化するため、包括職員とシニアステーション職員の交流を継続的に実施していく。具体的には、シニアステーションで行われている「女性のための骨盤体操」を包括職員が出向き実施。包括で行われている「介護予防教室みのり会」をシニアステーション職員が出向き実施していく。 【重-1】【重-4】	実施報告 ※※	① 包括職員(医療職)がシニアステーションに出向き「女性のための骨盤体操」を実施した。月1回の開催とし今年度は参加者延べ123名が参加。月平均10名となった。その他、令和6年9月9日(月)から令和6年9月14日(土)に敬老週間として行われた展示会にも、包括職員も参加し連携とした。逆にシニアステーションの職員が包括に出向き「みのり会」を予定通り開催した。今年度の開催は10回、延べ利用者は102名となった。体を動かすことを目的とし、休憩を挟んで約30分ずつ体操を実施。ストレッチから始まり、筋力トレーニングなど実施している。
	② 見守りコーディネーターを中心にシニアステーション東嶺町で行われている活動を支援していく。フレイル予防が親しみやすくなるよう様々な活動と合わせて実施していく事を検討。具体的には、認知症、老いじたく、お金、防犯、災害、趣味活動などと合わせてフレイル予防の周知を行っていく。 【重-1】【重-4】 ③ 自治会・町会で行われている「みねまちポールウォークの会」に協力・支援していく。包括職員もポールウォークに同		② シニアステーションとの関わりは、主に見守りコーディネーターが行った。シニアステーションで行われるイベント等に包括も参加又は見学等行い、開催の支援や連携としている。その中で地域講座及び特別講座は年間を通じて52回実施した。講座内容は、フレイル予防など健康に関するものから、防災、防犯、老いじたくなど、幅広く実施している。シニアステーションでは講義の内容にかかわらずフレイル予防の大切さを伝えるよう心掛けていった。 ③ 今年度「みねまちポールウォークの会」は、5回開催され包括も参加している。1回目から4回目の開催では、包括より「フレイル予防につい

	行しフレイル予防の周知と会の安全を支援していく。また、不定期に会の終わりにフレイル予防の周知を実施。栄養に焦点を当て講義を行う。【重-1】 ④ 地域で行われている活動でフレイル予防の周知を実施していく。具体的には包括より各団体にアプローチをかけ実施。シルバー人材で行われている「シルバーサロン」については通年。熱中症注意喚起の時期に合わせて、田園調布東久自治会の「さわやか健康くらぶ」、シニアクラブの「田園調布南ゆうもあクラブ」や「みたけクラブ」、「嶺福寿会」にて実施していく。また、その他依頼があれば実施していく。【重-1】		て」や「水分補給について」「口腔ケアの重要性」「抗重筋力について」など、ミニ講義を実施した。 ④ 令和 7 年 1 月 27 日(月)みたけクラブにて、健康に関する講義依頼があり対応。フレイル予防ガイドブックを活用し講義を実施した。また、シルバー人材からも講義依頼があり、令和 7 年 1 月 24 日(金)に調布エリア会員懇談会に参加した。コロナ感染拡大後久しぶりの開催となったが調布エリア会員懇談会約 40 名が参加している。令和 7 年 3 月 13 日には、地域にある高齢者住宅(ハーベル village シニア住宅)から依頼があり、高齢者住宅のロビーにてフレイル予防のほか、地域包括の案内や区の制度など講義した。入居者 4 名が参加している。その他、熱中症のリスクがある時期にゆうもあクラブや嶺福寿会、さわやか健康くらぶに熱中症注意喚起と時間が許せばフレイル予防の必要性など案内した。
--	---	--	---

(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	自治会・町会や民生委員、出張所、シニアステーションと連携し嶺町地区の見守り体制を構築していく。		
実施計画 ※	① 見守りキーホルダーの普及啓発を実施していく。方法は見守りキーホルダー登録会を計画し、多くの方に周知していく。具体的には、令和 6 年 6 月に嶺町町会、令和 6 年 11 月に嶺町文化センターまつり、その他シニアステーションなどで実施していく。【重-4】	実施報告 ※※	① 令和 6 年 6 月 28 日(金)に嶺町町会において見守りキーホルダー登録会を実施。当日はシニアステーションの広報も兼ね、包括とシニアの協働で対応した。参加者は 25 名あり、登録者は 20 名となった。また、令和 6 年 12 月 1 日(日)開催となった嶺町文化センターまつりでは、TOHO いえラボと協力し健康相談会&とキーホルダー登録会を行っ

	② 高齢者の実態把握として「笑顔で訪問」を実施していく。切れ目のない支援を行うため、孤立するリスクのある方を対象として電話及び訪問を行う。対象者にはアンケートを実施し、必要に応じて相談を行い社会資源や制度につなげていく。 ③ 民生委員、出張所と連携し避難行動要支援者名簿を活用した訪問を実施していく。対象を水害の恐れのある地域とし、避難行動要支援者名簿より対象者を抽出。民生委員と包括にて訪問を行い、事前避難の必要性や避難方法など確認・周知していく。 ④ 出張所や自治会・町会と連携し、5町会合同パトロールへの支援・参加を行う。包括の立場	た。健康相談は3名あり。キーホルダー相談は6件あり、内訳は新規申請3件、更新申請1件、対象外2件となった。この文化センターまつりでは、包括の隣の会場で歯科医師会による口腔がん検診を実施しており、口腔がん検診を受けた方がその流れで包括に来場されるなど、メリットがあった。 ② 高齢者の実態把握として「笑顔で訪問」を行った。ひとり暮らし高齢者対象名簿より、生活保護受給者、介護保険サービス利用者、70歳未満の高齢者を除外として対応。実施期間は令和6年6月から令和6年8月の2か月とし、事前に挨拶状を郵送し後日電話で聞き取りを行った。了承を得られた方に対しては訪問を実施し熱中症注意喚起としてOS-1の配布も行っている。対象者は40名、その内電話聞き取りが出来た方は30名、うち訪問できた方は17名となった。 ③ 避難行動要支援者名簿より、訪問対象を浸水想定地域とし高齢者や身体障害者(児)、知的障害者(児)に対して訪問を実施した。実施期間は令和6年6月24日(月)から令和6年7月5日(金)の2週間。訪問メンバーは民生委員と自治会・町会、地域包括の3名として対応。生活状況の確認から発災時の避難行動の確認等を行った。訪問対象者は39名。うち地域包括も同行出来た方が19名となり、面談出来た方が13名となった。 ④ 合同パトロールは、令和6年6月10日(月)及び令和6年12月9日(月)、令和7年3月10日(月)に予
--	--	---

	で地域の防犯に協力していく。 ⑤ 熱中症注意喚起を行う。地域で行われている活動に出向き、熱中症注意喚起を実施していく【(3)④と一部同じ】。また、熱中症予防事業も地域福祉課と連携し継続対応していく。		定通り開催され、包括も協力・参加を行った。令和6年9月9日は炎天下の為、中止となっている。地域包括は東久自治会と共にパトロールを実施している。パトロールでは田園調布警察署の参加もあり連携を図った。 ⑤ 地域で行われている活動に出向き熱中症注意喚起を行った。令和6年6月から令和6年9月にかけて、ゆうもあクラブや嶺福寿会、さわやか健康くらぶにOS-1を配布し熱中症注意喚起のチラシも配布した。地福と連携した熱中症予防事業は電話連絡及び訪問は中止となっている。
--	---	--	--

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	複合的な課題に対応するため、関係機関との関係性を構築していく		
実施計画 ※	① 多機関合同による相談会「まちかど相談室」の開催を行う。蒲田生活福祉課、ジョボタ、サボタ、おおたフラット、TOHO いえラボ、社会福祉協議会、と連携し、「第2回まちかど相談室」を計画・実施する。開催時期は秋頃を予定。嶺町特別出張所にも協力を依頼し、地域住民に幅広く周知していく。また、調布地区におけるおおた福祉ネット(法人協)とも連携を取り、開催内容を工夫していく。【重-2】	実施報告 ※※	① まちかど相談室については、対象エリア拡大を考え包括田園調布との共催とし令和6年12月13日(金)に開催した。多機関合同による相談会として、今回は医療面での相談に対応するため、調布地域福祉課及び調布地域健康課の保健師とも連携、体の相談から心の相談など柔軟に対応できるよう工夫した。また、前回同様当日はおおた福祉ネット(調布地区社会福祉法人協議会)とも連携しおすそわけ会(フードパントリー)を同時開催としている。当日の相談者は10名。うち1名は時間の都合で相談未実施となってしまった。相談内容は様々であり仕事や病気、介護、ひきこもり、生活困窮と課題が複合化していた。また、おすそわけ会においては、シニアステーション東嶺町も協力した。会場の雰囲気づくりのため、シニアステーション利

	② 毎月行われている TOHO いえラボ「ココシリワーカーの会」に参加し支援を行っていく。嶺町地区にある社会資源の一つとして、TOHO いえラボとの関係を構築していく。 ③ 地域包括ケアの会の開催を行う。【(2)①と同じ】		用者作成の展示物を飾るなどしている。関係者にシニアステーションの周知ができた。 ② ココシリワーカーの会は年間 12 回の開催があった。包括の他にもシニアステーション東嶺町も可能な限り参加を行い、関係の構築に努めた。令和 6 年 8 月に関しては、包括及びシニアステーションともに都合がつかず不参加となっている。 ③ 【(2)①と同じ】地域包括ケアの会としての開催はないが、代わるものとして医療・福祉の合同勉強会を実施している。
--	---	--	---

(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を意識し、認知症にかかわる活動を充実していく。		
実施計画 ※	① 認知症カフェ「オレンジカフェ 嶺町スタイル」の継続実施。月 1 回の開催を実施していく。開催当日、当事者の方には電話にて案内を行い、参加を促す。開催内容は、会の前半をサポート医とのオンライン懇談会とし、認知症にかかわる情報を共有していく。会の後半は参加者同士の懇談会とし、参加者自身の近況をもとに会話を予定していく。 ② 認知症サポーター養成講座の実施を継続していく。認知症サポーター養成講座標準教材の変更に合わせた、講義内容を組み立て実施していく。今年度は令和 6 年 5 月に参集型、令和 6 年 11 月にオンライン型を実施。その他、必要に応じて開催	実施報告 ※※	① 月 1 回の開催とし今年度は 10 回の開催となった。令和 6 年 8 月は悪天候により、9 月は研修のため開催は中止としている。会の前半はオンラインによるサポート医との懇談会、会の後半は参加者による懇談会を行っている。サポート医からは認知症の薬の話や感染症の話などあった。包括からも情報提供として、フレイル予防、シニアステーション事業、特殊詐欺注意喚起、熱中症注意喚起など行った。年間を通じ参加者は延べ 60 名、1 日平均 6 名となった。 ② 認知症サポーター養成講座出張所開催は予定通り、令和 6 年 5 月 31 日(金)に参集形式、令和 6 年 11 月 30 日(土)に Web 形式として開催している。その他、令和 7 年 2 月 15 日(土)にシニアステーション東嶺町において、参集形式として開催している。3 回の認知症サポーター養

	していく。 ③ 嶺町地区認知症サポーター養成講座ステップアップ講座の支援実施。調布地域福祉課、調布地域管内の推進員と連携し、ステップアップ研修を実施していく。月1回行われる調布地区認知症地域支援推進員連絡会に参加し、開催に向けて協議していく。今年度は、調布地区として年2回、令和6年8月と令和7年1月に開催を予定していく。 ④ 認知症検診者及びアンケート回答者へのフォローを実施。認知症検診者へは包括より案内を郵送し、必要に応じて電話等行い、適切な社会資源や制度につなげていく。アンケート回答者へは、認知症気づきのチェックリスト合計点数15点以上の方や希望する資料などあれば、郵送を基本に勧奨し社会資源や制度につなげていく。		成講座で計39名の受講となった。また、教材の変更に伴い、資料の見直しを実施し対応している。 ③ 調布地区6包括合同でステップアップ講座を2回開催した。1回目は令和6年12月12日(木)に千束図書館職員22名を対象に開催。2回目は令和7年2月26日(水)に開催し24名の参加となっている。ステップアップ講座受講後、希望者にはチームオレンジひとしずくとして登録を行った。調布全体として20名の登録となっている。チームオレンジひとしずくとしての活動は懇談会を3回実施している。 ④ 令和5年7月から令和6年2月分の認知症検診受診者は17名あり。うち6名は認知症アンケートにて対応済み。残りの11名に対して包括リーフレットを郵送としている。令和6年7月から令和6年9月分の認知症検診受診者は4名あり、すべての方に対して郵送勧奨をしている。令和6年4月分の認知症アンケートは3名あり、3名とも資料送付希望はなく、認知症気づきのチェックリストも点数15点以下の為、郵送勧奨とはせず、終了としている。
--	---	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	嶺町特別出張所や嶺町文化センターの活動に対して、包括の特色を生かし協力していくことで、包括の存在をアピールしていく。		
実施計画 ※	① 令和6年11月頃予定している嶺町文化センターまつりに協力する。具体的には包括ブースを設け、相談会やキーホルダー登録会【(4)①と同じ】及び自動通話録音機の登録会など企画。	実施報告 ※※	① 令和6年12月1日(日)開催となった嶺町文化センターまつりでは、TOHO いえラボと協力し健康相談会&とキーホルダー登録会を行った。嶺町文化センターまつりに協力

	来場者に情報を発信していく。 ② 嶺町地区学校防災活動拠点会議及び拠点訓練への協力を行う。包括職員はアドバイザーとして定期的に行われる会議や令和6年12月に行われる拠点訓練に参加し、嶺町地区の防災活動を支援していく。 ③ 出張所にて行われる自衛消防訓練へ協力する。実際の訓練に参加し、防災に対して連携を図っていく。また、包括職員においては、避難経路の確認や設備確認を行い、有事に備えていく。 ④ 出張所職員を対象とした地域包括支援センターの勉強会を行う。勉強会開催は令和6年7月を予定。 ⑤ その他、出張所の活動・求めに対して協力・支援していく。		する形で高齢者の相談窓口である事をアピールしている。 ② 嶺町地区学校防災活動拠点会議に2回、嶺町地区学校防災活動拠点訓練に1回、アドバイザーとして参加している。令和6年12月7日(土)では、初動体制の確認を行い、実際に避難所受け入れ訓練に参加した。 ③ 令和7年1月23日(木)に出張所の自衛消防訓練に参加。実際に避難誘導及び経路の確認を行った。包括職員も消火器及び消火栓の使用方法など確認した。 ④ 令和6年7月25日(木)出張所の職員約12名に対して包括の業務について講義を行った。基本的な業務内容や対応など説明し、お互い連携し合う良い機会となった。 ⑤ 都度、出張所と相談・協議し対応している。出張所を通して、介護相談になる人もおり連携は取れている。
--	--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和 6 年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 田園調布

1 事業目標

地域の課題解決に向けて、多様な主体による連携・協働のネットワーク強化を実践する

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域の方が身近に感じてアクセスができ、その人らしい生活を支援するセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 地域の高齢者が担い手となり、介護予防や生きがいづくりの場を通して、お互いを支え合える関係を構築していく。★[重-1]	S
	2. 地域における医療と介護の関係機関が相互の理解や情報共有ができ、スキルアップが図れるよう取り組む ★[重-2]	S
	3. 自治会・町会・民生委員・シニアステーション等の関係機関と連携して、一人暮らし登録等を活用し地域の高齢者の状況を把握する★[重-3]	A
	4. 地域共生社会の実現に向け、包括と一体的なシニアステーションの運営を強化し、イベントの開催や講座を通して多世代交流の場として活用する。 ★[重-4]	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] ★[重-4]毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ① 高齢者の身近な場所で運動や社会参加がしやすい拠点づくりと既存のグループについては自主化へ向けてサポートする	(3) ①特別出張所の会議室でフレイル予防の体操教室を月1回開催。今年度は、新規で椅子ヨガ教室を月1回ペースで開催した。また、ほっとでんえん(体操グループ)は、ほっとおおたの会場を借り、自主化に繋がることを目指し支援した。フレイル予防教室を通じて支援が必要な方を包括へつなぐことも出来た。

★[重-2] (2) ① 地域包括ケアの会を包括嶺町と共催し、医療と介護の情報共有・課題解決が図れるよう取り組む	(2) ①地域包括ケアの会は、包括田園調布・嶺町合同勉強会と名称変更して共催で開催した。「若年性認知症について」をテーマとし、若年性認知症当事者にも登壇してもらった。地域の医療従事者と介護事業所、地域住民が集まり、さまざまな意見が出て、情報共有・課題解決に向けて話し合いができた。
★[重-3] (4) ① 民生委員がおこなう熱中症予防訪問や自治会・町会がおこなう要援護者名簿訪問への同行訪問を実施する	(4) ①自治会・町会がおこなう敬老訪問や要援護者名簿訪問、民生委員と一緒に熱中症予防訪問に同行。元気で包括へ繋がっていない方への案内や支援が必要な方の情報交換を行った。
★[重-4] (5) ① シニアステーションと協働し、多世代交流が実現するイベントを年1回開催する	(5) ①田園調布元気シニアプロジェクト企画で「こどももおとなも元気に歩こうスタンプラリー」を開催。スタンプラリーの景品配付場所をシニアステーション2か所とした。また、大田区社会福祉法人協議会のフードパントリーをシニアステーション田園調布で開催。来館記念で渡す、クローバー（折り紙）の作成、来館者対応を行った。老若男女問わず来館があり、多世代との交流が図れたとともに、シニアステーションを知ってもらうことができた。

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	地域包括ケアの実現に向け、切れ目のない支援を提供できるよう関係機関との連携を図りながら相談支援をおこなう		
実施計画 ※	①複合的な課題があるケースについては、所内で情報共有を行うとともに、重層的支援会議や地域ケア会議を行い、多機関連携を図る	実施報告 ※※	① 毎月のミーティングで事例検討を行い三職種の多角的な視点から支援方法を検討した。また、困難事例については、支援者、地域住民と共に地域ケア会議を実施した。

	②各自で総合相談に役立つ研修に参加し、所内で伝達研修を行うことでチーム全体の知識のアップデート、対応力の向上に取り組む		② 各職員が参加した研修については、伝達研修を行い、最新の知識を共有し、日々の対応に活かした。
--	---	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	在宅療養を支える医療・介護関係者によるネットワーク構築と実践力向上を図る		
実施計画 ※	①地域包括ケアの会を包括嶺町と共催し、医療と介護の情報共有・課題解決が図れるよう取り組む ★ [重-2] ②地域の介護支援専門員向けに「ケアマネ勉強会」の実施や「ケアマネ通信」を発行し、知識及び実践力向上を図る。	実施報告 ※※	① 地域包括ケアの会は、包括田園調布・嶺町合同勉強会と名称変更して共催で開催した。「若年性認知症について」をテーマとし、若年性認知症当事者にも登壇してもらった。地域の医療従事者と介護事業所、地域住民が集まり、さまざまな意見が出て、情報共有・課題解決に向けて話し合いができた。 ② 地域の介護支援専門員向けに事例検討会や講師を招いての研修を3回実施した。居宅事業所より依頼があり出向いて「8050問題」について勉強会を実施した。ケアマネ通信は、年4回発行することができた。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域におけるつながりの場を作り主体的に健康づくりに参加できる		
実施計画 ※	①高齢者の身近な場所で運動や社会参加がしやすい拠点づくりと既存のグループについては自主化へ向けてサポートする★ [重-1] ★ [特力]	実施報告 ※※	① 特別出張所の会議室でフレイル予防の体操教室を月1回開催。今年度は、新規で椅子ヨガ教室を月1回のペースで開催した。ほっとでんえん（体操グループ）は、ほっとおおたの会場を借り、自主化に繋がることを目指し支援した。フレイル予防教室を通じて支援が必要な方を包括へつなぐことも出来た。また、シニアステーション田園調布・田園調布西と連携し「健康講座」を開催し、健康に関する啓発活動をおこなった。

	②各種専門職と連携し地域健康講座・測定会などを定期的を開催し高齢者が主体的に健康づくりに取り組む事が出来るような意識付けをしていく。		② 地域健康講座や測定会など地域の団体と連携をしながら開催。近隣の整形外科と共催し「一歩先の健康教室」を年５回開催した。フレイル予防教室を開催する事で引きこもりを予防し健康意識を高め地域の利用者の輪も作る事が出来た。今後も切れ目のない支援を実践していく。
--	--	--	---

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

個別目標	地域・団体・機関と協働し、見守りネットワークを強化する		
実施計画 ※	①民生委員がおこなう熱中症予防訪問や自治会・町会がおこなう要援護者名簿訪問への同行訪問を実施する ★[重-3] ②地域が実施する防災・防犯活動へ積極的な参加・協力を行う。また、防災・減災の講座等を通じて、自助力・ご近所力を高められるような働きかけを行う。	実施報告 ※※	① 自治会・町会がおこなう敬老訪問や要援護者名簿訪問、民生委員と一緒に熱中症予防訪問に同行。お元気で包括へ繋がっていない方への案内や支援が必要な方の情報交換を行った。 また、見守りキーホルダー登録会をシニアステーション２か所とそれぞれ共催しておこなった。他にも、今まで会場確保に難しかった地域でも有料老人ホームの食堂を借りて開催することができた。 ② 自治会・町会がおこなう要災害時援護者名簿訪問へ同行。シニアステーションで「防災井戸端会議」を９回開催し防災・減災の普及啓発をおこなった。また、年末には自治会・町会の歳末パトロールへ挨拶に行き、地域での防災・防犯活動へ一緒に取り組んだ。

(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	多様な主体と連携し地域における支え合いができる地域づくりをおこなう		
実施計画 ※	①シニアステーションと協働し、多世代交流が実現するイベントを年１回開催する	実施報告 ※※	① 田園調布元気シニアプロジェクト企画で「こどももおとなも元気に歩こうスタンプラリー」を開催。スタン

	★〔重-4〕. ②さまざまな団体や地域の方と連携し、田園調布元気シニアプロジェクトを開催。高齢者にとどまらず、子どもから大人まで参加できる企画運営をおこなう。		プラリーの景品配付場所をシニアステーション2か所とした。また、大田区社会福祉法人協議会のフードパントリーをシニアステーション田園調布で開催。来館記念で渡す、クローバー（折り紙）の作成、来館者対応を行った。 老若男女問わず来館があり、多世代との交流が図れたとともに、シニアステーションを知ってもらうことができた。 ② 田園調布元気シニアプロジェクトでは、元来のメンバー（民生委員・シニアクラブ・薬局・社協・地域団体・区）に、新規で病院も加わり毎月の会議を積み重ねて、せせらぎfesへ参加。高齢者向けに、インボディ・骨密度測定、子ども向けに薬剤師・看護師のお仕事体験を実施。175名の方が参加した。同プロジェクトでは秋から冬にかけて2週間「こどももおとなも元気に歩こうスタンプラリー」も開催。10歳未満から80代の111名が参加。アンケート結果も好評であった。また、新規で近隣の病院と連携し「でんでの森」を立ちあげ、地域住民の健康促進を目指した講座や介護と医療の連携が図れるよう機会を作った。
--	---	--	---

（6）認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代の地域住民が認知症に関心をもち理解し、認知症になっても支え合える地域づくりを目指す。		
実施計画 ※	①オレンジカフェを定期的を開催し、認知症サポート医・専門職・介護の経験者などからの講座やグループワークにて認知症の理解を深め、認知症の方も参加しやすくし、認知症の方との交流の場にする。	実施報告 ※※	① オレンジカフェは定期的に月に1回の開催で、認知症の当事者も参加がしやすいような雰囲気作りと、講座の内容なども工夫した交流の場となっている。認知症サポート医へ気軽

	②認知症サポーター養成講座を集合型とオンラインで行い、多世代の地域住民が参加しやすくなるような体制を作り、認知症を学び、接し方を知ること、支え合える地域を構築するため啓発を行う。		に質問ができ、認知症について知ることのできる貴重な時間となった。 ② 認知症サポーター養成講座の集合型・オンラインを予定通り行い、さらには調布地区での認知症サポーターステップアップ講座も行うことができたことで、多世代の地域住民の認知症への理解がより深まり、認知症は特別なことではなく、世間の認知症観を変えていくきっかけとなった。また、調布地区のチームオレンジとして「ひとしずく」を結成し、荏原病院でのイベント参加や日常生活圏域レベルの会議へ参加するなど活動の場を広げるサポートができた。
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	大田区版「地域共生社会の実現」に向けた取り組み		
実施計画 ※	①大田区社会福祉協議会の地域福祉コーディネーターと連携・協働し、包括的支援体制の強化及び重層的支援体制整備を推進する。 ②重層的支援体制整備事業へ主体的に参加し、チーム支援の関係機関として、地域の多様な機関・団体と連携して継続的な支援をおこなう。	実施報告 ※※	① 大田区社会福祉法人協議会主催のしあわせのおすそ分け会（フードパントリー）やまちかど相談会、元気シニアプロジェクト等で多世代向けのイベントを社協の地域福祉コーディネーターと連携・協力をしながら実施し、地域の新たなニーズの掘り起こしに努めました。 また、小学校との連携で「夏休みわくわくスクール」へ参加。車いす操作体験や高齢者疑似体験など、社協や介護事業所と協力して実施した。 ② 複合的な課題を抱える世帯や隣人とのトラブルなど地域の多様な機関・団体と連携しながら問題解決に向けて支援をおこなった。 日常生活圏域レベル地域ケア会議では地域の多様な機関や団体が参加し

			て社会資源開発やネットワーク構築 に向けた話し合いをおこなった。
--	--	--	-------------------------------------

大田区福祉部長 宛

令和6年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 たまがわ

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域共生社会の一翼として高齢者の生活継続の“架け橋”となるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. コロナ禍から回復しつつある地域活動に積極的に出向き、通いの場の確保と社会参加、利用促進を進め介護予防、フレイル予防に取り組みます。 ★[重-1]	A
	2. 高齢になっても自分らしい生活が続けることができるよう、一人ひとりのライフスタイルや生活環境に沿った支援を提供できるよう職種間連携を大切にします。 ★[重-2]	A
	3. 民生委員、自治会・町会、介護や福祉サービス事業所等との見守り活動の継続や区の施策、取組みの普及、推進を通し見守りネットワーク強化に取り組みます。 ★[重-3]	S
	4. 相談支援強化や地域課題解決に向け、区内外の各種研修への参加、ケア会議を通して各職種の専門性を向上し、関連知識や理解を深めていきます。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (4)②多様化する地域活動の把握と活動継続支援を行なう。既存の活動に対し、フレイル予防の視点の啓発を行う。	(4)②包括たまがわで作成している活動拠点を一覧化したつながるマップに掲載している活動団体にコンタクトを取り運営状況の確認を行い残念ながら終了となった活動があった。
★[重-2] (1)①所内での適切な情報共有と支援方針の検討を行い	(1)①毎日の夕礼で当日対応したすべてのケースを情報共

3職種によるチームアプローチを徹底する。 (3) ②通いの場への無関心層に対する選択肢の拡充、必要に応じた通いの場立ち上げ支援、周知を含むアプローチを進める。	有、多職種で支援方針の検討を実施。困難ケースに対しては適宜その場で臨時支援会議も開きチームアプローチを実践した。 (3) ②つながるマップを窓口や訪問先で配布するとともに、活動内容の確認や活動継続支援を行った。
★[重-3] (4) ①関係機関とのさらなるネットワークの構築と多世代に向けた啓発により、住民相互の見守り体制の強化を行う。 (6) ②集いの場、サロンへ認知症サポートガイド活用し認知症対応の普及啓発を行う。	(4) ①嶺町小学校、東調布第三小学校で行われた防災訓練やサマースクール、東京高校でのフードパントリー、大田区法人協によるフードドライブ・フードパントリーに参加することができ、高齢だけでなく関係機関との接点を持つことができた。 (6) ②認知症サポートガイドを活用した普及啓発も行ったが、包括も顔を出す活動ではその場で認知症に関する質問や困りごとを聞くことが多く、実例を通した啓発活動を行うことができ、地域住民との接点となり包括を知っていただくことにもつながった。
★[重-4] (1) ②地域社会の多様なニーズに向け多様な機関との連携強化を図る。 (2) ①ケアマネ向けの研修会及び交流会において、関連知識の理解を深め、事例検討会等を開催し、介護支援専門員の専門性の向上に努める。 (5) ②複合課題を抱える地域住民を関係機関へ繋げるための連携を積極的に行い、地域ケア会議や重層的支援会議などを活用した支援を行う。	(1) ②社会福祉協議会、地域福祉課、JOBOTA、SAPOTAをはじめとした多様な機関と総合的な支援を実施した。社会福祉協議会、特別出張所と包括の3者会を立上げ連携強化に努めた。 (2) ①7/29 研修会「住み慣れた我が家での生活を支援するために知っておきたい事」、3/10 事例検討会「予定のキャンセルが続き面接が困難なケース」の2回開催した。 (5) ②地域ケア会議2回、重層的支援会議の開催は1回であったが、多機関が一堂に会して検討することで支援の方向性が決まり、円滑なチーム支援につながることを実感した。

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	複合的な課題に対し適切なアセスメントを実施し、様々な社会資源を活用し総合的な支援を行う。		
実施計画 ※	① 所内での適切な情報共有と支援方針の検討を行い3職種に	実施報告 ※※	① 毎日の夕礼で当日対応したすべてのケースを情報共有、多職種で支援方

	よるチームアプローチを徹底する。★[重-2] ② 地域社会の多様なニーズに向け多様な機関との連携強化を図る。★[重-4]		針の検討を実施。困難ケースに対しては適宜その場で臨時支援会議も開きチームアプローチを実践した。 ② 社会福祉協議会、地域福祉課、JOBOTA、SAPOTAをはじめとした多様な機関と総合的な支援を実施した。社会福祉協議会、特別出張所と包括の3者会を立上げ連携強化に努めた。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員とともに高齢者の自立に資するケアマネジメントの視点を強化する。		
実施計画 ※	① ケアマネ向けの研修会及び交流会において、関連知識の理解を深め、事例検討会等を開催し、介護支援専門員の専門性の向上に努める。★[重-4] ② 地域ケア会議において、介護支援専門員と共に個別課題を通じた地域課題の洗い出しを行い、解決への過程で経験値を高めていけるように取り組む。	実施報告 ※※	① 7/29 研修会「住み慣れた我が家での生活を支援するために知っておきたい事」、3/10 事例検討会「予定のキャンセルが続き面接が困難なケース」の2回開催した。 ② 10/18 地域包括ケアの会を日常生活圏域レベルとして1回、11/27 困難事例のケアマネ支援個別レベルを1回開催した。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域で自分らしい生活が続けることができるよう社会資源の活用と周知に取り組む。		
実施計画 ※	① 元気高齢者のみならず、何らかの支援を要する高齢者も参加可能な介護予防活動の把握と周知の強化を行う。 ② 通いの場への無関心層に対する選択肢の拡充、必要に応じた通いの場立ち上げ支援、周知を含むアプローチを進める。★[重-2]	実施報告 ※※	① 継続的に参加している元気塾では随時要支援に関する情報を共有した。近隣包括、シニアステーションの活動も毎月相互に共有しに参加者の変化も共有し対応した。 ② つながるマップを窓口や訪問先で配布するとともに、活動内容の確認や活動継続支援を行った。

(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	地域に積極的に出向き、地域住民とともに地域課題の解決を目指す。
------	---------------------------------

実施計画 ※	① 関係機関とのさらなるネットワークの構築と多世代に向けた啓発により、住民相互の見守り体制の強化を行う。★[重-3] ② 多様化する地域活動の把握と活動継続支援を行なう。既存の活動に対し、フレイル予防の視点の啓発を行う。★[重-1]	実施報告 ※※	① 嶺町小学校、東調布第三小学校で行われた防災訓練やサマースクール、東京高校でのフードパントリー、大田区法人協によるフードドライブ・フードパントリーに参加することができ、高齢だけでない関係機関との接点を持つことができた。 ② つながるマップに掲載している活動団体にコンタクトを取り運営状況の確認を行い残念ながら終了となった活動があった。
-------------------	--	--------------------	--

(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	地域住民や事業所がより多くの専門職と参画する機会が増えるよう働きかけを行う。		
実施計画 ※	① 「鵜の木地域包括ケアの会」開催し、地域住民が専門職と連携し地域ネットワーク強化に取り組む。 ② 複合課題を抱える地域住民を関係機関へ繋げるための連携を積極的に行い、地域ケア会議や重層的支援会議などを活用した支援を行う。★[重-4]	実施報告 ※※	① 地域包括ケアの会は、10月に開催し多くの専門職に参加頂いた。併設特養やデイサービスの職員に地域活動参加を呼びかけ、元気塾は高齢者ふれあいフェスタに参加し地域とのつながりを持つことができた。 ② 地域ケア会議2回、重層的支援会議の開催は1回であったが、多機関が一堂に会して検討することで支援の方向性が決まり、円滑なチーム支援につながることを実感した。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域住民へ認知症の早期発見、対応についてともに考え取り組む機会を作る。		
実施計画 ※	① 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を実施、チームオレンジ事業の理解と活動参加への取り組みを行う。★[特力] ② 集いの場、サロンへ認知症サポートガイド活用し認知症対応の普及啓発を行う。★[重-3]	実施報告 ※※	① 認知症サポーター養成講座2回、ステップアップ講座2回開催した。チームオレンジについては3か年計画に沿って立上げ支援を行った。8月に新たなオレンジカフェ「千鳥のえんがわ」を立上げた。 ② 認知症サポートガイドを活用した普及啓発も行ったが、包括も顔を出す活動ではその場で認知症に関する質問や困りごとを聞くことが多く、実例を通した啓発活動を行うことがで

			き、地域住民との接点となり包括を知っていただくことにもつながった。
--	--	--	-----------------------------------

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	関係機関と連携を図り、包括的支援体制を構築する。		
実施計画 ※	① 若年性認知症支援相談窓口との連携・協働を図る。 ② 大田区が実施する研修会や会議等に参加し、所内で情報共有や連携を図る。	実施報告 ※※	① 日常業務の中では電話対応や窓口対応を相互に補完し合い業務にあたった。協働としては具体的に実行したものがなく一年経過したため、次年度は地の利も生かした連携・協働が図れるようにしていきたい。 ② 職員の経験年数や職種ごとに必要とされる研修は積極的に参加した。WEBを利用した研修も多くあり、移動時間がなく参加しやすくなっていると感じている。

大田区福祉部長 宛

令和 6 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 久が原

1 事業目標

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

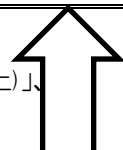
● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	人に寄り添い、地域に寄り添い、みんなが知っていて、いざという時に頼れるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者が自分の居場所と思える集いの場を支援し、役割を持って社会参加ができるよう支援する。★[重-1]	A
	2. 住民からの相談を本人・家族に寄り添って考え、ケアマネジャーや必要な機関に繋ぎ、自分らしく自立して生活できるよう支援する。★[重-2]	A
	3. 認知症になっても介護が必要になっても、地域で安心して暮らせるよう本人を支援し、緩やかな見守りができる地域づくりを支援する。★[重-3]	A
	4. 声を掛け合える、顔の見える関係づくりを支援し、地域で助け合えるような地域づくりを支援する。★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (4)②支援関係者が高齢者本人の強みを生かした参加支援を意識して本人と関わり、参加できる場づくりを含めた活動を支援する。 (6)②認知症当事者・家族からの声を汲み、当事者・家族・ボランティアや医療・介護等の支援者が関係性を構築し、地域全体へと広げることで当事者の居場所をつくっていく。	(4)②・地域の活動（自主グループを含む）の継続支援を行った。フレイル予防としての体操教室等が主だが、地域住民のニーズに即して家族介護者の会を企画し、申込制で参加者を募った。 ・コロナウィルス感染症により地域活動が停滞した数年を経て、文化系の活動等が少なくなっていることから、本人の強みを生かす参加支援を広く行うには課題の残る状況と考えられる。 (6)②・今年度より、認知症のご本人宅での当事者カフェを月1回、認知症サポーター養成講座参加者4名、ケアマネジャー1名がボランティアとして傾聴・茶話会を実施。

	・地域のCMより、地域貢献を希望している臨床心理士がいるが、面談する場所がないと話あり。かねてより懸案となっていた地域での家族会立ち上げの計画と繋げ、地域貢献を希望する有料ホームが地域の中央にあるため、施設内会議室を利用しプレ開催した。
★[重-2] (2)②管内の居宅介護支援事業所から取り上げたテーマで事例検討を共に行い、支援の質の向上を図っていく。 (4)②支援関係者が高齢者本人の強みを生かした参加支援を意識して本人と関わり、参加できる場づくりを含めた活動を支援する。	(2) ②・久が原地区の居宅介護事業所と勉強・事例検討会で、特定事業所加算の要件となる難病をテーマに実施した。また、事例として多い成年後見制度も取り上げてほしいと希望があり、大田区成年後見センターに講師を依頼し行った。令和7年度も、参加者の希望のテーマを聞いて検討し、継続実施する事となった。 (4) ②・地域の活動（自主グループを含む）の継続支援を行った。主にフレイル予防としての体操教室等が主だが、地域住民のニーズに即して家族介護者の会を企画し、申込制で参加者を募った。 ・コロナウィルス感染症により地域活動が停滞した数年を経て、文化系の活動等が少なくなっていることから、本人の強みを生かす参加支援を広く行うには課題の残る状況と考えられる。
★[重-3] (5) ③地域の商店街・商業施設との関わりを深めて連携し、地域力を高めるよう取り組む。 (6) ①認知症サポーター養成講座やステップアップ講座、図書館でのアルツハイマーデーの展示等を通して、地域の認知症への関心を強め、さらに理解を深める働きかけを強化していく。	(5) ③・年度初めに、地域住民が買物するスーパーと、高齢者の利用が多い薬局に地域包括支援センターのパンフレットと認知症サポーター養成講座のチラシを持参し、挨拶廻りをした。 ・至誠堂薬局より、地域向けに出張講座の希望があり、薬局で必要な方に声を掛け定員 10 名を募集。病院の診療時間が終わった午後の時間帯で介護保険の説明を講義した。 (6) ①・認知症サポーター養成講座の対面開催で 24 名、オンライン開催で 9 名の参加。終了後に認知症当事者カフェのボランティア活動を案内し、活動していただいている。 ・9 月にアルツハイマーデーに図書館にて、認知症の図書の配架と「久が原のステキな〇〇」を住民に記入してもらう参加型展示を行い、延べ 122 名参加。認知症マフの展示も行った。

(6) ②認知症当事者・家族からの声を汲み、当事者・家族・ボランティアや医療・介護等の支援者が関係性を構築し、地域全体へと広げることによって当事者の居場所をつくっていく。	・ステップアップ講座では、チームオレンジひとしずくのメンバーが先輩として参加し、当事者懇談会のDVDを観て「認知症観」の変容をディスカッションした。 (6) ②・今年度より、認知症のご本人宅での当事者カフェを月1回、認知症サポーター養成講座参加者4名、ケアマネジャー1名がボランティアとして傾聴・茶話会を実施。 ・地域のCMより、地域貢献を希望している臨床心理士がいるが、面談する場所がないと話あり。かねてより懸案となっていた地域での家族会立ち上げの計画と繋げ、地域貢献を希望する有料ホームが地域の中央にあるため、施設内会議室を利用し開催した。
★[重-4] (2) ①地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員同士の横のつながりを持ち、地域課題や地域的情報を共有する機会を作っていく。★[特力] (3) ①自治会・シニアクラブと久が原地区体力測定会の見直しを図り、地域全体の課題を共有する中で、適正な運営を検討するとともに課題解決に向けての支援を行う。★[特力] (4) ①自治会・民生委員をはじめとする地域住民や地域の活動団体・事業者等に働きかけ、地域で高齢者の孤立を防ぎ支え合う関係づくりを支援する。	(2) ①・久が原地区の居宅介護支援事業所と勉強会・事例検討会を1回ずつ共催した。 ・地域包括ケアの会で、地域のケアマネジャーや介護サービス事業所が直面している医療との連携をテーマに話し合い、特に入退院時のやり取りは頻回で課題となっており、お互いの立場を理解する場となった。 (3) ①前年度、5か所開催で実施した久が原地区体力測定会を5自治会、5シニアクラブと協議。過去2年の実績を踏まえて5自治会ごとの開催から久が原特別出張所での1か所開催に見直しを行うことで、地域活動に必要な人員の効率化を図る。また、必要に応じて地域にある他の体力測定会等の案内を行った。 (4) ①・自治会、シニアクラブ、民生委員、地域の活動団体、企業の活動に参加する中で、包括を認識していただくことと、地域での繋がり的重要性を伝える。地域の中での困りごとをお聞きする際に、包括の役割を知って頂けるようにお伝えする。 ・地域のイベントに参加、協力することで包括を周知した。また、小学校のサマースクールや地域の子供向けイベントに協力し、地域の高齢者と共に参加して多世代交流を実施。世代を超えて包括を知っていただき、高齢者の抱える問題も知って頂く。

(5) ①民生委員との懇談会を通し、地域課題だけでなく地域の強みや支援の成功体験を共有し、課題解決に向けて一緒に考えていく。	(5) ①民生委員懇談会を3月に開催し、出張所長、地域福祉課、地域福祉コーディネーターにも参加してもらい、地域課題や民生委員と包括の連携について、グループで話合った。お互い顔の見える話合いで、連携の成功体験を共有し、今後小さなことでも包括に連絡いただいて情報共有し、支援について相談し、一緒に訪問等で動いていくことを確認し、連携を強めた。
--	---

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	本人や世帯の属性を問わず包括的に相談を受け止め、複合的な課題を抱えた世帯への支援や虐待防止、権利擁護を含め、支援関係機関との連携により重層的な支援を行う。		
実施計画 ※	① 本人の意思確認・権利擁護を常に意識し、複合的な課題を含むケース・支援困難ケース・虐待ケース等に対し、支援関係機関と連携して重層的に支援していく。 ② 所内ミーティング・所内事例検討会・初期集中支援チーム勉強会・外部の研修参加等に	実施報告 ※※	① ・重層的支援会議に高齢者夫婦と精神疾患を持つ息子のケースをあげ、支援関係機関と連携し支援を継続している。 ・認知症、独居で支援する親族がいないケースについて、成年後見センターの高齢・障害者別法律相談を利用して親族申立て成年後見制度利用に繋げたケースが2件、区長申立てで繋げたケースが3件あった。 ・虐待ケースの終結が1件、ケアマネジャーからの通報でA票を3件あげ、地区担当保健師との同行ケースが1件あった。 ・荏原病院、大田池上病院、大森日赤病院、JOBOTA、生活福祉課、障がい者総合サポートセンター等と支援会議等を通じ、チームとして他機関連携を図り対応した。 ② ・毎夕の所内ミーティング、毎月1回の所内事例検討会にて、新人・ベ

	より職員の総合相談支援力の向上を図り、所内で支援方針・終結目標を検討し支援していく。 ③ 地域住民が身近な相談窓口として認識できるよう地域包括支援センターの周知活動を行い、イベント開催時にも包括職員が相談窓口として機能するように計画する。		テラン問わず、支援方針・終結目標を共に検討した。 ・毎月1回、認知症サポート医を講師として初期集中支援チーム勉強会を行い、職員全員の知識の向上を図った。外部研修にも参加し、職員の総合相談支援力の向上を図った。 ③ ・シニアクラブ2団体、久が原老人いきいの家等で「地域包括支援センター」をテーマに活動や地域住民の方が地域包括支援センターを利用する事例等の説明会を実施。 ・薬局での連続ミニ講座を開始し、包括をより身近に感じていただけるよう努めた。 ・包括主催のオレンジカフェ、体操教室や自主グループの活動、自治会やシニアクラブの活動、その他団体が行うイベント、地域の地域力推進委員会や民生委員児童委員協議会、その他会議体の中で地域包括支援センターの活動・イベントの周知、広報等を実施。各イベントや会議体の前後等で、個別の相談を受けてケース対応を行った。
--	---	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員と日常的に連携すると共に、他支援機関・地域住民・事業者・NPO等多様な主体を意識して地域のネットワークの構築を目指す。		
実施計画 ※	① 地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員同士の横のつながりを持ち、地域課題や地域の情報を共有する機会を作っていく。★[重-4] ★[特力]	実施報告 ※※	① ・久が原地区の居宅介護支援事業所と勉強会・事例検討会を1回ずつ共催した。 ・地域包括ケアの会で、地域のケアマネジャーや介護サービス事業所が直面している医療との連携をテーマに話し合い、特に入退院時のやり取りは頻回で課題となっており、お互いの立場を理解する場となった。

	② 管内の居宅介護支援事業所から取り上げたいテーマで事例検討を共に行い、支援の質の向上を図っていく。★[重-2]		② ・久が原地区の居宅介護事業所と勉強・事例検討会で、特定事業所加算の要件となる難病をテーマに実施した。また、事例として多い成年後見制度も取り上げてほしいと希望があり、大田区成年後見センターに講師を依頼し行った。令和7年度も、参加者の希望のテーマを聞いて検討し、継続実施する事となった。
--	--	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	「健康づくり一番の町」という久が原地区のテーマの一つであるフレイル予防について、地域の関係機関・住民と連携して具体的に取り組む。		
実施計画 ※	① 自治会・シニアクラブと久が原地区体力測定会の見直しを図り、地域全体の課題を共有する中で、適正な運営を検討するとともに課題解決に向けての支援を行う。★[特力] ② 地域活動団体、自主グループに対して、フレイル予防の啓発・情報提供を継続的に行うことで、地域住民のフレイル予防の実践を支援していく。 ③ 地域資源の情報（便利マップ）を整備し、介護予防事業との円滑な移行ができるようにする。	実施報告 ※※	① 前年度、5か所開催で実施した久が原地区体力測定会を5自治会、5シニアクラブと協議。過去2年の実績を踏まえて5自治会ごとの開催から久が原特別出張所での1か所開催に見直しを行うことで、地域活動に必要な人員の効率化を図る。また、必要に応じて地域にある他の体力測定会等の案内を行った。 ② 地域活動団体、自主グループの活動や包括主催の体操教室や講座でフレイル予防を周知する他に、リーフレット配布等で予防啓発を行う。 ③ ・地域活動に興味関心のある相談者等に対して、希望をヒアリングした上で具体的に個別の体操教室（包括主催、自主化したグループ）を個別のチラシで案内し、雪谷文化センターや東嶺町シニアステーション、久が原老人いこいの家等、各種プログラムを展開する施設等の案内を行う対応をとる。 ・便利マップ記載の地域団体は活動が減少しているだけでなく、変更も多くあることで全ての確認は取りきれてい

			ないが、活動時に訪ね状況把握に努め、 便利マップ整備に備えた。
--	--	--	------------------------------------

(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	地域の連携・活動を活性化し、認知症高齢者の見守りやフレイル予防の取り組みを地域で実現できるように支援する。		
実施計画 ※	① 自治会・民生委員をはじめとする地域住民や地域の活動団体・事業者等に働きかけ、地域で高齢者の孤立を防ぎ支え合う関係づくりを支援する。★[重-4] ② 支援関係者が高齢者本人の強みを生かした参加支援を意識して本人と関わり、参加できる場づくりを含めた活動を支援する。★[重-1] ★[重-2]	実施報告 ※※	① ・自治会、シニアクラブ、民生委員、地域の活動団体、企業の活動に参加する中で、包括を認識していただくことと、地域での繋がり的重要性を伝える。地域の中での困りごとをお聞きする際に、包括の役割を知って頂けるようにお伝えする。 ・地域のイベントに参加、協力することで包括を周知した。また、小学校のサマースクールや地域の子供向けイベントに協力し、地域の高齢者と共に参加して多世代交流を実施。世代を超えて包括を知っていただき、高齢者の抱える問題も知って頂く。 ② ・地域の活動（自主グループを含む）の継続支援を行った。主にフレイル予防としての体操教室等が主だが、地域住民のニーズに即して家族介護者の会を企画し、申込制で参加者を募った。 ・コロナウィルス感染症により地域活動が停滞した数年を経て、文化系の活動等が少なくなっていることから、本人の強みを生かす参加支援を広く行うには課題の残る状況と考えられる。

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	支援機関だけでなく、自治会・民生委員等の地域住民、地域の活動団体、NPO 等が連携することで地域力を発揮し、個人の課題・地域の課題を解決できるよう支援する。		
実施計画 ※	① 民生委員との懇談会を通し、地域課題だけでなく地域の強みや支援の成功体験を共有し、課	実施報告 ※※	① 民生委員懇談会を3月に開催し、出張所長、地域福祉課、地域福祉コーディネーターにも参加してもらい、

	題解決に向けて一緒に考えていく。★[重-4] ② 地域の医療関係者・介護福祉関係者・行政関係者と協働して地域包括ケアの会を開催し、連携を強めて地域を支援できるよう取り組む。 ③ 地域の商店街・商業施設との関わりを深めて連携し、地域力を高めるよう取り組む。 ★[重-3]		地域課題や民生委員と包括の連携について、グループで話合った。お互い顔の見える話合いで、連携の成功体験を共有し、今後小さなことでも包括に連絡いただいて情報共有し、支援について相談し、一緒に訪問等で動いていくことを確認し、連携を強めた。 ② ・地域包括ケアの会を開催し、テーマは昨年の救急対応時の情報共有とは異なる、医療と介護の連携を主とし、入退院時の連携について話合った。久が原地区に身近な、救急搬送が多い大田池上病院の医療福祉課（相談室）係長・看護師を講師に病院での入退院時加算とやり取りの意義についてお話いただく。連携時に必要な情報についてグループワークを行い、話し合いで出た内容を網羅した入退院時連携シート案作成に至った。 ③ ・年度初めに、地域住民が買物するスーパーと、高齢者の利用が多い薬局に地域包括支援センターのパンフレットと認知症サポーター養成講座のチラシを持参し、挨拶廻りをした。 ・至誠堂薬局より、地域向けに出張講座の希望があり、薬局で必要な方に声を掛け定員 10 名を募集。病院の診療時間が終わった午後の時間帯で介護保険の説明を講義した。
--	---	--	---

（６）認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代の地域住民に向けて認知症理解の普及を行い、認知症になっても安心して住み続けられる町づくりを目指し、認知症サポーターを活動の場に繋ぎ、チームオレンジ事業の推進に取り組む。		
実施計画 ※	① 認知症サポーター養成講座やステップアップ講座、図書館でのアルツハイマーデーの展示	実施報告 ※※	① ・認知症サポーター養成講座の対面開催で 24 名、オンライン開催で 9 名の参加。終了後に認知症当事者力

	等を通して、地域の認知症への関心を強め、さらに理解を深める働きかけを強化していく。★[重-3] ② 認知症当事者・家族からの声を汲み、当事者・家族・ボランティアや医療・介護等の支援者が関係性を構築し、地域全体へと広げることで当事者の居場所をつくっていく。★[重-1]★[重-3]		フェのボランティア活動を案内し、活動していただいている。 ・9月にアルツハイマーデーに図書館にて、認知症の図書の配架と「久が原のステキな〇〇」を住民に記入してもらう参加型展示を行い、延べ122名参加。認知症マフの展示も行った。 ・ステップアップ講座では、チームオレンジひとしずくのメンバーが先輩として参加し、当事者懇談会のDVDを観て「認知症観」の変容をディスカッションした。 ② ・今年度より、認知症のご本人宅での当事者カフェを月1回、認知症サポーター養成講座参加者4名、ケアマネジャー1名がボランティアとして傾聴・茶話会を実施。 ・地域のCMより、地域貢献を希望している臨床心理士がいるが、面談する場所がないと話あり。かねてより懸案となっていた地域での家族会立ち上げの計画と繋げ、地域貢献を希望する有料ホームが地域の中央にあるため、施設内会議室を利用しプレ開催した。
--	---	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	自治会・民生委員と連携して高齢者の実態把握に努め、早期支援により状態の悪化を防ぐよう取り組む。		
実施計画 ※	① 見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録・更新、熱中症予防啓発を積極的に行い、高齢者の実態把握に努める。	実施報告 ※※	① ・包括主催のイベントやシニアクラブの活動時に、見守りキーホルダーの登録・更新を行った。 ・熱中症予防の啓発については夏季に集中して活動を実施。猛暑に合わせて各団体、グループ、ゆうゆうくらぶ、高齢化率の高い区営アパート等で予防、啓発を行う。

	② 自治会・民生委員と共に避難行動要支援者の実態把握を行うと共に、防災協議会に参加し災害時の支援体制整備に協力していく。 ③ 東京都高齢者向けスマートフォン体験会・相談会を開催し、高齢者のコミュニケーション力・情報収集力・自己表現力・活動性の向上を目指す。	・くらし健康あんしんネットおおた主催の区民公開講座に包括代表として登壇し、高齢者に必要なサービスや包括に繋がることの利点を伝えた。後半はパネリストとして事例について話し合い、一人暮らしの高齢者が地域で生活できる方法を伝えた。 ② ・シニアクラブのイベント、包括主催のイベントにて防災NPOを講師として講座を行い、防災意識を高めた。 ・防災協議会に参加し、災害時の地域での連携について話合った。 ③ 東京都高齢者向けスマートフォン相談会を3回開催し、好評を得た。来年度も開催することとなる。
--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和6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

地域（住民や企業等）や関係機関との連携を強化し、支援が必要になっても、誰もが安心して暮らせる地域づくり

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域のつながりを大切に、多様なニーズに応える事ができる高齢者の総合相談窓口として認知してもらえるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 包括と早期につながる事で就労や社会参加へとつなぎ、地域住民や関係機関との協働にて介護予防・フレイル予防の周知やセミナー等を実施する ★[重-1]	S
	2. 医療と介護の連携強化に努め、ケアマネジメント力の向上の為、職員研修や地域内の事業所との勉強会など実施して、重度化防止と自立支援を強化する ★[重-2]	S
	3. ひとり暮らし高齢者の把握事業を、熱中症予防や孤立化防止啓発の為、民生委員と連携し実施。地域内の介護事業所とは災害や消費者被害等の対策も検討する ★[重-3]	A
	4. 地域ケア会議にて地域課題解決に向けた取組を検討し、認知症の共生と予防への理解を深める為、チームオレンジの事業を推進する ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] 包括と早期につながる事で就労や社会参加へとつなぎ、地域住民や関係機関との協働にて介護予防・フレイル予防の周知やセミナー等を実施する (1)相談者の主訴を明確に把握し、必要なサービスや関係機関につなぐ等、切れ目のない支援体制を構築する ①包括職員のアセスメント力向上とチームアプローチによる適切な対応 ②複合課題ケースでは、適切なつなぎ支援を行い、多分野の専門機関との連携を強化する	<u>(1年目実績)</u> いこいの家仲池上、洗足区民センター、雪谷特別出張所、ウェルシア薬局、JA 健康長寿倶楽部などの会場を利用して包括周知、見守りキーホルダー登録勧奨、介護予防・フレイル予防の講座を開催した。複合課題に関しては重層支援会議にケースを提出して会議に参加した。調布地区法人協で開催するフードドライブ事業『幸せのおすそわけ会』と『まちかど相談室』にも積極的に関わり、多機関との連携強化を図った。包括周知、社会資源把握ため『雪谷お役立ちガイド』を発行した。

(5) 地域住民、行政機関、民間企業等との連携活動を活性化する為、地域資源を見直し、有効活用していく ①日常生活圏域レベル地域ケア会議（年２回）を開催し、地域課題をより多くの関係者と一緒に検討し、できることから実施していく。 ②雪谷けあねっと、雪谷地域包括ケアの会など多機関連携を生かし、多世代共生型社会にむけたネットワークを構築していく	<u>イベント、セミナーなど</u> ・シニアレッスン(JA 健康長寿倶楽部/年４回) ・シニアオープンカレッジ(洗足区民センター/年４回) ・上池台くるるの会(ウェルシア薬局/年１２回) ・地域リハビリテーション講座(雪谷特別出張所/年３回) <u>重層支援会議</u> ケース１件。 <u>『幸せのおすそわけ会』と『まちかど相談室』</u> 協力機関：社会福祉法人 池上長寿園、社会福祉法人 響会、社会福祉法人 いまいすみ、社会福祉法人 兵庫福祉会、社会福祉法人 大洋社、社会福祉法人 救世軍社会事業団、社会福祉法人 カリヨン子どもセンター、社会福祉法人 お告げのフランススコ姉妹会、社会福祉法人 大田区社会福祉協議会 JOBOTA・SAPOTA・フラットおおた・ 調布地域福祉課（保健師）調布地域健康課（保健師） 蒲田生活福祉課・多機関連携調整窓口・嶺町特別出張所 地域包括支援センター南馬込・田園調布・嶺町、地域力推進課など <u>(今後の展望・課題)</u> 山坂が多く活動拠点が限られてくる地域のため新たな活動の発掘や開発が必要。出張所と連携して包括周知だけでなく町会・自治会活動の周知も併せて行う必要があると考える。
★[重-2] 医療と介護の連携強化に努め、ケアマネジメント力の向上の為、職員研修や地域内の事業所との勉強会など実施して、重度化防止と自立支援を強化する (2) 医療・介護のネットワークを強化し、自立支援・重度化防止を促進する ①個別レベル地域ケア会議（年４回）を開催し、地域課題の抽出、解決にむけた具体的な対応を検討する ②医療・介護の連携強化の為に、事例検討会等を開催。お互いの専門性を生かした、自立支援・重度化防止の為の連携を検討する (3) 自立支援に資するケアマネジメント力の強化 ①ケアマネジメントの向上を目的とした研修の参加と伝達研修、事例検討会の開催 ②介護サービス以外の社会資源も活用し、利用者や家族が主体的に「自立支援・重度化防止」を意識してもらえるよ	<u>(1 年目実績)</u> 『地域包括ケアの会』（田園調布医師会共催）や『けあまねっと』（包括主催）など医療と介護の連携強化に努め、ケアマネジメント力の向上を図る研修、勉強会を開催した。 <u>地域包括ケアの会</u> 11/22 テーマ『セルフネグレクト状態にある人への支援』 参加者：介護事業所 21 名、医療機関・薬局 21 名 社会福祉協議会 2 名、地域福祉課 7 名など計 54 名参加 <u>けあまねっと</u> 8/28 『意見交換会』参加者 18 名 2/27 『意見交換会』参加者 21 名 <u>(今後の展望・課題)</u> 研修、勉強会に意欲的には参加してもらっているが、重度化防止、自立支援の強化までは至っておらず。更なる連携強化が必要だと考える。

うに周知啓発を行う ★[重-3] ひとり暮らし高齢者の把握事業を、熱中症予防や孤立化防止啓発の為、民生委員と連携し実施。地域内の介護事業所とは災害や消費者被害等の対策も検討する (1)相談者の主訴を明確に把握し、必要なサービスや関係機関につなぐ等、切れ目のない支援体制を構築する ①包括職員のアセスメント力向上とチームアプローチによる適切な対応 ②複合課題ケースでは、適切なつなぎ支援を行い、多分野の専門機関との連携を強化する (4) 高齢者に関連する地域住民向けの取り組みを様々な場所で実施し、高齢者見守り事業の普及啓発に努める ①ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者、閉じこもりがちな高齢者の実態把握を進め、地域や関係機関と連携してゆるやかな見守りが継続できる支援体制を構築する ②見守りキーホルダーの登録更新会や高齢者向けのセミナー等を実施し、消費者被害 防止の推進や熱中症予防の啓発を行う	(1 年目実績) 包括単独では『生き生きレポート』と称して見守りキーホルダー未更新者 98 名に対して更新勧奨を行った。男性の閉じこもり予防のため『雪谷メンズサロン』を開催した。毎月、定例の民生委員児童委員協議会に参加して情報提供を行う。地域の防災に協力するため上池上自治会『防災』の活動にも参加した。 生き生きレポート 82 名の更新、状態把握ができた。 雪谷メンズサロン 月 1 回の開催。平均 10 名以上の参加があった。 民生委員児童委員協議会 定例会議に参加。包括事業などの情報提供を行う。 上池上自治会『防災』 1/9 の運営会議に参加。 (今後の展望・課題) 実態把握する上でも見守りキーホルダー、ひとり暮らし登録率の向上が必要であると考え。
★[重-4] 地域ケア会議にて地域課題解決に向けた取組を検討し、認知症の共生と予防への理解を深める為、チームオレンジの事業を推進する (6) 認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応と居場所作り ①認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応、認知症疾患医療センター等の医療機関との連携を強化する ②地域住民への認知症の正しい知識の普及啓発とチームオレンジの立ち上げ支援 (7) 重層支援者会議の提案と参加（調整） ①多様化・複雑化する高齢者の複合課題の為、介護保険申請や区のサービス申請等（見守りキーホルダー、紙おむつ支給事業など）を適時活用し、高齢者やご家族との関わりをつくるきっかけにしてい ②重層支援者会議や地域ケア会議に繋げる為の事例検討会の実施と会議開催の提案と参加（調整）	(1 年目実績) 地域ケア会議を開催して地域課題の解決、抽出を行う事ができた。認知症サポーター養成講座、認知症ステップアップ講座、オレンジカフェ開催など認知症当事者の早期発見・早期対応と居場所作りも行った。 地域ケア会議 ・ 困難事例 2 ケース(10/18、1/7) ・ 自立支援 2 ケース(7/30、3/21) ・ 日常圏域 3 ケース(9/5、10/15、11/22) 認知症サポーター養成講座 ・ 6/6(大田桜台高校) ・ 9/27(雪谷特別出張所) 認知症ステップアップ講座 ・ 12/12(洗足図書館) ・ 2/26(千束特別出張所) オレンジカフェ上池台『和の輪』 月 1 回開催(雪谷特別出張所) チームオレンジ『ひとしずく』 ・ 8/29 登録 (今後の展望・課題)

	包括業務が多忙になる中で認知症理解を深める必要があると考える。チームオレンジへの登録など地域で協力してもらえ る人材、企業を増やしていきたい。
--	--

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	相談者の主訴を明確に把握し、必要なサービスや関係機関につなぐ等、切れ目のない支援体制を構築する		
実施計画 ※	① 包括職員のアセスメント力向上とチームアプローチによる適切な対応 ② 複合課題ケースでは、適切なつなぎ支援を行い、多分野の専門機関との連携を強化する ★[重-1] ★[重-3]	実施報告 ※※	① 毎朝、朝礼時に困難ケースの共有など <u>ケース検討</u> を行う時間を設けている。 <u>複合課題研修</u> への参加、参加後の報告会など常に新しい情報が入る体制を整えている。 ② 法人協と連携した『まちかど相談室』など関係機関との横のつながりを意識した取り組みを実施している。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	医療・介護のネットワークを強化し、自立支援・重度化防止を促進する		
実施計画 ※	① 個別レベル地域ケア会議（年4回）を開催し、地域課題の抽出、解決にむけた具体的な対応を検討する ② 医療・介護の連携強化の為に、事例検討会等を開催。お互いの専門性を生かした、自立支援・重度化防止の為に連携を検討する★[重-2]	実施報告 ※※	① <u>個別レベル地域ケア会議</u> を予定通り年4回開催できた。 ・困難事例2ケース(10/18、1/7) ・自立支援2ケース(7/30、3/21) ② <u>地域包括ケアの会</u> 11/22 テーマ『セルフネグレクト状態にある人への支援』計54名参加 <u>けあまねっと</u> ・8/28『意見交換会』参加者18名 ・2/27『意見交換会』参加者21名

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援に資するケアマネジメント力の強化		
実施計画 ※	① ケアマネジメントの向上を目的とした研修の参加と伝達研修、事例検討会の開催	実施報告 ※※	① 毎朝、朝礼時に困難ケースの共有など <u>ケース検討</u> を行う時間を設けている。 <u>複合課題研修</u> への参加、参加後

	② 介護サービス以外の社会資源も活用し、利用者や家族が主体的に「自立支援・重度化防止」を意識してもらえるように周知啓発を行う ★ [重-2]		の報告会など常に新しい情報が入る体制を整えている。 ② <u>ミルモネット</u> の活用、社会資源把握ため『 <u>雪谷お役立ちガイド</u> 』を発行した。
--	--	--	---

(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	高齢者に関連する地域住民向けの取り組みを様々な場所で開催し、高齢者見守り事業の普及啓発に努める		
実施計画 ※	① ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者、閉じこもりがちな高齢者の実態把握を進め、地域や関係機関と連携してゆるやかな見守りが継続できる支援体制を構築する ② 見守りキーホルダーの登録更新会や高齢者向けのセミナー等を実施し、消費者被害 防止の推進や熱中症予防の啓発を行う ★ [重-3]	実施報告 ※※	① <u>定例の民生委員児童委員協議会</u> に参加して情報共有を図った。 <u>生き生きレポート</u> 82名の更新、状態把握ができた。 ② <u>見守りキーホルダーの出張登録会</u> を実施した。 ・3/16 さくらフェス(洗足区民センター) ・1/20 防災サロン(洗足池マンション) <u>高齢者向けセミナー</u> ・シニアレッスン(JA 健康長寿倶楽部/年4回) ・シニアオープンカレッジ(洗足区民センター/年4回) ・地域リハビリテーション講座(雪谷特別出張所/年3回)

(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	地域住民、行政機関、民間企業等との連携活動を活性化するため、地域資源を見直し、有効活用していく		
実施計画 ※	① 日常生活圏域レベル地域ケア会議（年2回）を開催し、地域課題をより多くの関係者と一緒に検討し、できることから実施していく。 ② 雪谷けあねっと、雪谷地域包括ケアの会など多機関連携を生かし、多世代共生型社会に	実施報告 ※※	① <u>日常生活圏域レベル地域ケア会議</u> ・9/5『認知症』49名 ・10/15『認知症』51名 ② <u>地域包括ケアの会</u> 11/21『セルフネグレクト』54名 <u>けあまねっと</u>

	むけたネットワークを構築していく★[重-1]		・8/28『意見交換会』参加者 18 名 ・2/27『意見交換会』参加者 21 名
--	------------------------	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応と居場所作り		
実施計画 ※	① 認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応、認知症疾患医療センター等の医療機関との連携を強化する ② 地域住民への認知症の正しい知識の普及啓発とチームオレンジの立ち上げ支援 ★[重-4] ★[特力]	実施報告 ※※	① <u>認知症サポーター養成講座</u> ・6/6(大田桜台高校) ・9/27(雪谷特別出張所) オレンジカフェ上池台『和の輪』 月1回開催(雪谷特別出張所) ② <u>チームオレンジ・認知症ステップアップ講座</u> ・12/12(洗足図書館) ・2/26(千束特別出張所)

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	重層支援者会議の提案と参加（調整）		
実施計画 ※	① 多様化・複雑化する高齢者の複合課題の為、介護保険申請や区のサービス申請等（見守りキーホルダー、紙おむつ支給事業など）を適時活用し、高齢者やご家族との関わりをつくるきっかけにしていく ② 重層支援者会議や地域ケア会議に繋げる為の事例検討会の実施と会議開催の提案と参加（調整） ★[重-4]	実施報告 ※※	① 調布地区法人協で開催するフードドライブ事業『 <u>幸せのおすそわけ会</u> 』と『 <u>まちかど相談室</u> 』にも積極的に関わり、多機関との連携強化を図った。 ② 重層支援者会議へのケース1件

大田区福祉部長 宛

令和6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、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等が安心して生活が続けられる「地域・まちづくり」に寄与する。

● 機能アップ3か年計画<令和6年度～令和8年度>

目指す姿	多職種・関係機関や地域コミュニティとのネットワークを強化し、高齢者を含め地域課題や多様化・混在化する個別課題を整理、対応・支援できるセンター	令和6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） 併設するシニアステーションと一体的に運営、フレイル予防の啓発・推進、地域性ふまえて多職種との協働や地域社会資源を有効に活用。 ★[重-1]	S
	2. 自分らしく暮らせるまちづくり（自立支援・役割創出） 支援・介護を要する状態になっても自分らしく楽しみや役割を持って生活が続けられる「まちづくり」への土壌を醸成する。 ★[重-2]	A
	3. 地域のつながり強化（見守り、多職種・地域ネットワーク） 民生委員や地域住民団体、専門職等と地域課題をともに考えていけるネットワークの強化を推進していく。 ★[重-3]	S
	4. 多様化・混在化する課題への対応（相談支援の強化） 重層的支援を要する家族・世帯への他機関連携や地域社会資源活用による対応や支援等、ワンストップ・プラットホーム機能を強化。 ★[重-4]	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] ★[重-4]毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)① ひとりひとり、地域性にも応じた自立した生活 へ向けて適切な介護予防ケアマネジメントを 実践する。 ② 併設シニアステーションと一体的な運営を図 り、地域のフレイル・介護予防の促進へ多職種 や地域社会資源とも連携し、啓発を進める。	<実績> 社会資源の状況等、地域特性をふまえた自立した生活へ向け て、ひとりひとりへ介護予防ケアマネジメントを行った。ま た、大田区が推進する介護予防・日常生活支援総合事業によ る自立支援・介護予防についても予防プラン作成を委託する 介護支援専門員（居宅介護支援事業所）へ助言を行った。 併設するシニアステーションと一体的に運営することで元気

	高齢者～支援や介護を要する高齢者まで幅広くニーズを把握、介護予防や元気の維持へプログラムに反映。民生委員や外部の専門職とも地域ニーズを共有、フレイル・介護予防の啓発が出来た。 ＜今後の展望、課題＞ 引き続き、地域でのフレイル・介護予防の拠点としてのシニアステーションと一体的に運営。地域の高齢者のニーズ把握に努めていく。 ＜達成度評価理由＞ 普段からシニアステーションと連動、地域の高齢者のニーズを把握して介護予防・日常生活支援総合事業だけでなく、シニアステーションでの活動への参加等によりフレイル・介護予防を推進できた。
★[重-2] (1)① センター職員のスキルアップや多機関連携含めたチームアプローチの実施、各種研修等への積極的な参加を通じ、情報共有や対人援助技術の向上を図る。 ② 課題解決へ向けて対象者が有する能力や必要な支援について適切にアセスメントを行う。 (3)① ひとりひとり、地域性にも応じた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を実践する。 ② 併設シニアステーションと一体的な運営を図り、地域のフレイル・介護予防の促進へ多職種や地域資源とも連携し、啓発を進める。 (5)① 地域の介護事業所や医療機関、住民関係団体とのネットワークの有機化を図り、日常生活圏域レベル地域ケア会議等で地域課題や社会資源を共有、分析、今後の「地域づくり」の土壌を形成する。 ② 毎月の地域力推進会議へ出席、地域課題を共有、センターからの情報発信に努める。 ③ 高齢分野以外の職種や関係機関と相互理解を深め、多世代への働きかけ、複合課題への連携強化を図る。 (6)① 地域や多世代への認知症サポーター養成講座、毎月のオレンジカフェ「HIRO」開催等での認知症についての理解を深め、チームオレンジ	＜実績＞ 対象の高齢者だけでなく家族や世帯としての課題解決への対応力向上へ大田区や各種団体が行う研修へ積極的に参加して研鑽に努めた。チーム支援として知識や技術、情報の共有を図った。 対象者（高齢者）が有する能力の発揮や社会参加のできる場所づくりとしてシニアステーションでの講師役や新たに立ち上げた「Café ひなたぼっこ」でボランティアを務めてもらう等をした。 その人らしく住み慣れた地域での暮らしの継続へ楽しみや目標を設定しての介護予防ケアマネジメントやシニアステーションでの活動啓発を行なった。 地域の介護事業所や医療機関、民生委員や住民関係団体、行政と多職種連携や顔の見える関係づくりの日常圏域生活レベル地域ケア会議として「千束地域包括ケアの会（認知症でも安心して暮らせるまちづくり）」を開催。 毎月の地域力推進会議や民生児童委員協議会定例会へ出席して地域課題を共有、センターやシニアステーションの活動を広報。年3回民生委員との懇談会（日常生活圏域レベル地域ケア会議）、今年度は5月「民生委員と包括同行訪問準備」、10月「集合住宅について考える」、2月「認知症を考える」開催。 重層的支援会議への事例提供や出席の他、民生委員や介護支援専門員等へ重層的支援体制整備事業や多機関連携について広く周知を図った。 毎月オレンジカフェ「HIRO」開催の他、認知症サポータ

の活動推進、土壌を形成していく。 ② 医療機関との連携、認知症初期集中支援チームの活動により早期介入や必要な医療・介護サービスへのつなぎ、切れ目のない支援体制を構築する。	一養成講座を、11月事業者向け、12月一般区民、3月に石川台中学校3年生向けに開催。認知症推進員連絡会の活動としても調布管内の包括共催で12月と2月にステップアップ講座開催。 ＜今後の展望と課題＞ 支援を必要としてい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」に繋がると思われ、重層的支援体制や防災等に繋がるネットワーク強化へ更なるアプローチが引き続き課題と考える。 ＜達成度評価理由＞ 従来行ってきた各連絡会等に加え、昨年度に新設併設したシニアステーションと連携することで今年度は新たに地域コミュニティカフェに該当する「Café ひなたぼっこ」を開催、高齢者を問わない方々が参加、ボランティアを担う方も増えている。
★〔重－３〕 (2)① 調布地域福祉課介護支援専門員連絡会へ運営委員として年4回の研修を企画・運営。 ② 大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として研修の企画・運営やケアプラン点検、ケアマネ相談室等の事業への協力。 ③ 地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」の毎月開催へ協力。 ④ 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。 (4)① シニアステーションや地域へ出向いての見守りキーホルダーの登録・更新の推進、セミナー開催等。 ② 毎月、民生児童委員協議会定例会への出席の他年3回「民生委員との懇談会」を開催。 ③ 隔月「千束いこいの家との意見交換会」開催。 ④ 地域支援活動「地域ふれあいの会」へ実行委員として千束特別出張所、民生委員とプログラムを企画運営。 (5)① 地域の介護事業所や医療機関、住民関係団体とのネットワーク有機化を図り、日常生活圏域レベル地域ケア会議等で地域課題や社会資源を共有、分析、今後の「地域づくり」への土壌を	＜実績＞ 調布管内介護支援専門員連絡会運営委員として8月「ケアマネジャーが知りたいオンラインモニタリングの実際」、11月「もう悩まない精神疾患を持つ方との関わり方」、2月「ヤングケアラーを理解しよう」の研修を企画運営。 NPO 大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として、事務局や研修・ケアプラン点検部会へ所属、介護支援専門員の質の向上へ研修の企画運営やケアプラン点検・ファシリテーター要請等を行った。 毎月、地域の介護支援専門員と意見交換の場としてオンラインにて「IKE-DUKI」を開催。 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」定例会を毎月開催、10月に交流会を行い、3月には地域行事「大岡山さくらまつり」へ参加。 併設シニアステーションで参加者へ積極的の見守りキーホルダーの登録勧奨を行った。 毎月、民生児童委員協議会定例会へ出席。民生委員との懇談会としては、5月「民生委員と包括職員同行訪問の準備」、10月「集合住宅について考える」、2月「認知症を考える～地域共生」を開催。 隔月にて「千束いこいの家との意見交換会」を実施、隣接保育園とも意見交換。 特別出張所・自治会・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。5月「オカリナ演奏」、10月

形成する。 ② 月1回、地域力推進会議へ出席。地域課題の共有、センターからの情報発信に努める。 ③ 高齢分野以外の職種や関係機関と相互理解を深め、多世代への働きかけ、複合課題への連携強化を図る。 (6) ① 地域や多世代への認知症サポーター養成講座、オレンジカフェ「HIRO」開催等で認知症についての理解を深め、チームオレンジの活動推進、土壌を形成していく。 ② 医療機関との連携、認知症初期集中支援チームの活動により早期介入や必要な医療・介護サービスへのつなぎ、切れ目のない支援体制構築する。	「ボッチャ体験」、12月「クリスマスリース作り」、2月「マンドリン演奏」を開催。 毎月の地域力推進会議へ出席、地域課題の共有やシニアステーションと合わせセンターからの情報発信。 地域の介護事業所や医療機関、行政、住民関係団体と顔の見える関係構築・多職種連携の場として7月「千束地域包括ケアの会 認知症でも安心して暮らせるまちづくり」を開催。 大田区自立支援協議会相談支援部会委員委嘱、定例部会へ出席、障害分野の支援機関と介護・高齢・医療との連携を図った。 調布生活福祉課からの依頼により、同課職員向けに8月「地高齢者支援研修」を行った。 ＜今後の展望、課題＞ 地域や多職種との連携等によりネットワークを更なる強化をしていきたい。認知症等、様々な理由から支援を受けられない・受けない人に対する見守り～支援について個別や地域の課題として実績の積み上げや分析が必要と考える。 ＜達成度評価理由＞ 各種会議や連絡会で「地域特性・課題」を共有、意識しながらの活動に繋がってきているのではないかと。対象者固有の課題だけでなく、地域共有の課題として検討していく場や機会が増えていると感じている。
★[重-4] (1) ① センター職員のスキルアップや多機関連携含めたチームアプローチの実施、各種研修等への積極的な参加を通じ、情報共有や対人援助技術の向上を図る。 ② 課題解決へ向けて対象者が有する能力や必要な支援について適切にアセスメントを行う。 (4) ① シニアステーションや地域へ出向いての見守りキーホルダーの登録・更新の推進、セミナー等の開催。 ② 毎月の民生児童委員協議会定例会への出席他、年3回「民生委員との懇談会」開催。 ③ 隔月での「千束いこいの家との意見交換会」開催。 ④ 地域支援活動「地域ふれあいの会」へ実行委員として千束特別出張所、民生委員等とプログラムを企画運営。 (5) ① 地域の介護事業所や医療機関、住民関係団体と	＜実績＞ 多様化している課題や相談内容についてセンター内で共有を図り、他機関とのチーム支援に努めた。対人援助技術向上のため各種研修へ参加する他、企画側としても研修を実施した。重層的支援会議や権利擁護支援検討会議（社会福祉協議会）の他、多機関や地域と連携し、多様化・混在化する課題への対応を行った。 ワンストップを心がけ、カテゴリー等の違いがあっても、まずは相談や訴えを受け止め、然るべき機関へ繋げるように努めた。 ＜今後の展望、課題＞ 多様化・混在化する課題を抱える相談に対してセンターや単独機関で解決に至ることは難しく、多機関連携や重層的支援は必要だが、まだまだ各機関の認識に差があり、実際の支援の中で深めていく必要を感じている。 ＜達成評価の理由＞ 高齢者ではない家族や世帯の支援に努めている反面、制度の

のネットワーク有機化を図り、日常生活圏域レベル地域ケア会議等で地域課題や社会資源を共有、分析、今後の「地域づくり」への土壌を形成する。 ② 月1回、地域力推進会議へ出席。地域課題の共有、センターからの情報発信に努める。 ③ 高齢分野以外の職種や関係機関と相互理解を深め、多世代への働きかけ、複合課題への連携強化を図る。 (7) ① 大田区、地域庁舎等の定例会議や各種検討会への参加、意見具申。 ② 医師会法人として医療と介護、保健福祉等の多職種連携の橋渡し、コーディネートを行う。	問題やマンパワー面で十分に担えない現実はある。センターのみで担えない面があっても対象者からの求めにどう対応してあげられるのか迷いながらも伴走する姿勢を示してはいる。
---	---

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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解決に向けて対応力を身につけ、各職員・チームとしてのスキルアップを図る。高齢者やその家族の尊厳、権利擁護の姿勢や視点を常に持ちながら相談・対応にあたる。		
実施計画 ※	① センター職員のスキルアップや多機関連携含めたチームアプローチの実施、各種研修等への積極的な参加を通じ、情報共有や対人援助技術の向上を図る。 ② 課題解決へ向けて対象者が有する能力や必要な支援について適切にアセスメントを行う。	実施報告 ※※	① 定期的な所内会議の他、随時ケース共有等で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、伝達研修等により対人援助や知識の研鑽に努めた。 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。

(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、研修やネットワークを通じてバックアップや協働しての支援を行う。		
実施計画 ※	① 調布地域福祉課館内介護支援専門員連絡会へ運営委員として年4回程度の研修を企画・運営。	実施報告 ※※	① 毎月の運営委員会、年3回の研修を企画運営。

	② NPO 大田区介護支援専門員連絡会へ運営委員として研修の企画・運営やケアプラン点検、ケアマネ相談室等の事業へ協力。 ③ 月1回、地域の介護支援専門員との意見交換会「IKE-DUKI」の開催協力。 ④ 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」として地域行事へ参加、協力。		② 大田区介護保険課からの委託事業として連絡会が研修を年4回企画運営。他にケアプラン点検、ケアマネ相談室を実施。 ③ 毎月オンラインで開催、テーマを決めずに自由な意見交換・情報共有を行い、横のつながり強化した。 ④ 地域行事「大岡山さくらまつり」へ協力して参加、ブースにて子供向けゲームやセンター・シニアステーションPR、高齢者の食事・栄養の啓発等を行った。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル・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 ※	① ひとりひとり、地域性にも応じた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を実践する。 ② 併設シニアステーションと一体的な運営を図り、地域のフレイル・介護予防の促進へ多職種や地域資源とも連携し、啓発を進める。	実施報告 ※※	① 高齢者ひとりひとりの自立へ向け、一部を介護支援専門員へ委託して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。 ② 併設シニアステーションと一体的な運営を図り、元気～支援を要する高齢者とニーズの把握に努めながらフレイル・介護予防の拠点として切れ目のない支援に努めた。

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

個別目標	地域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見守り・支援		
実施計画 ※	① シニアステーションや地域へ出向いての見守りキーホルダーの登録・更新の推進、セミナー等の開催。 ② 毎月の民生児童委員協議会定例会への出席他、年3回「民生委員との懇談会」開催。 ③ 隔月での「千束いこいの家との意見交換会」開催。 ④ 地域支援活動「地域ふれあいの会」へ実行委員として千束特別出張所、民	実施報告 ※※	① 併設するシニアステーションや特別出張所との連携により見守りキーホルダー登録・更新の勧奨に努めた。 ② 毎月の民生児童委員協議会定例会へ出席する他、年3回「民生委員との懇談会」を開催。 ③ 隔月で隣接保育園とともに、千束いこいの家と「意見交換会」を開催。 ④ 地域ふれあいの会を年4回企画運営。

	生委員等とプログラムを企画運営。		
--	------------------	--	--

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	関係機関や事業者、地域・社会資源とのネットワーク強化を図り、地域力向上を目指す。		
実施計画 ※	① 地域の介護事業所や医療機関、住民関係団体とのネットワーク有機化を図り、日常生活圏域レベル地域ケア会議等で地域課題や社会資源を共有、分析、今後の「地域づくり」への土壌を形成する。 ② 月1回、地域力推進会議へ出席。地域課題の共有、センターからの情報発信に努める。 ③ 高齢分野以外の職種や関係機関と相互理解を深め、多世代への働きかけ、複合課題への連携強化を図る。	実施報告 ※※	① 日常生活圏域レベル地域ケア会議・多職種連携の会として「第12回千束地域包括ケアの会」を開催。 ② 毎月の地域力推進会議へ出席 ③ 自立支援協議会相談支援部会の委員を委嘱、定例会へ出席。障害福祉分野へ事例提供等を行った。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症についての正しい知識を地域、多世代へ普及啓発 認知症予防や早期対応による切れ目のない支援体制構築		
実施計画 ※	① 地域や多世代への認知症サポーター養成講座、オレンジカフェ「HIRO」開催等で認知症についての理解を深め、チームオレンジの活動推進、土壌を形成していく。 ② 医療機関との連携、認知症初期集中支援チームの活動により早期介入や必要な医療・介護サービスへのつなぎ、切れ目のない支援体制構築する。	実施報告 ※※	① オンライン含めた一般向け、中学生向けに認知症サポーター養成講座を開催。また、毎月のオレンジカフェ開催。認知症推進員連絡会の活動として調布管内のセンターと共同でステップアップ講座開催。 ② 認知症初期集中支援チームとしての活動実績ないが、地域の医療機関等と連携し、認知症や疑いのある高齢者への支援を行った。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	大田区が実施、計画する事業・施策を推進するとともに、個別の福祉制度や単一のセンターだけでは解決できない多様化・複雑化した様々な相談・課題等へ対応できるよう分野を横断した包括的支援体制強化へ関係性を強化、協力していく。		
実施計画 ※	① 大田区、地域庁舎等の定例会議や各種検討会への参加、意見具申。	実施報告 ※※	① 定例としての毎月の連絡会（センター長）、見守りコーディネーター会議、看護師・保健師連絡会へ出席。大田区内部検討会としては事務改善部会へ参加。

	② 医師会法人として医療と介護、保健福祉等の多職種連携の橋渡し、コーディネートを行う。		② 同法人内の在宅医療相談窓口とともに、介護・医療の連携をコーディネート。大田区在宅医療連携推進協議会役員として出席、全大会としての企画「くらし健康あんしんネットおおた」で事務局を務めた。
--	---	--	--

大田区福祉部長 宛

令和 6 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

他機関、地域の活動団体、民生委員とのさらなる連携の強化によって、地域住民が気軽に足を運べるセンターを目指す

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域住民やさまざまな関係機関が情報共有し、垣根なく交流できてつながりあえるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者が自らフレイル予防に取り組める仕掛けづくりを行う ★[重-1]	S
	2. 高齢者の自立支援に向けて、多職種と連携しケアマネジメントの質の向上を目指す ★[重-2]	S
	3. 包括とつながりのない高齢者を把握し、高齢者の孤立を予防する★[重-3]	A
	4. 多世代が認知症についての理解を深められるよう働きかけ、チームオレンジを推進する ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ①地域住民への予防講座(学び舎)や通いの場の周知を図る (3) ③六郷図書館との共催イベントにて、フレイル予防について啓発を行っていく	(3) ①包括西六郷と協働し「六郷学び舎」で ・生活習慣病について ・災害の備え ・補聴器について ・医療費について をテーマに4回開催した。 またセンターの環境を活用し壁やパンフレットスタンドを活用し自主グループやシニアステーション、事業所が行う体操教室などのチラシを置き周知した。
★[重-2]	(3) ③包括西六郷と協働し、栄養・運動・社会参加・口腔をテーマにイベントを4回行い、フレイル予防の啓発を行った。

(1)④重層的支援会議へ積極的に事例を提出し、関係機関の役割を知り、今後の支援に生かす (2)①定期的に六郷地区介護支援専門員連絡会を開催。顔の見える関係を作り連携しやすい環境を構築する (2)③蒲田医師会と連携し、地域の医療機関と介護支援専門員、民生委員と顔合わせを行う (3)②地域ケア会議（自立支援）を開催し、自立 (5)①支援に向けたサービスの提供をしていく複合課題をかかえた世帯に対して重層的支援会議を積極的に活用し、課題解決に向けアプローチを行う (5)②社協やJOBOTA、SAPOTAなど様々な機関と課題解決のために連携する	(1)④ 重層的支援会議に事例を3回提出した。実際に会議を行った件数は3回で、うち提出した事例を検討したのは2回だった。1回は重層的支援会議にはならなかったが、地域ケア会議という形で多職種との連携を図ることができた。 (2)①包括西六郷と協働で六郷地区にある介護支援専門員と協力し連絡会を開催している。年4回開催し、介護支援専門員の意見を取り入れ ・事例検討会 ・民生委員と介護支援専門員との連絡会 ・消防署との連携 ・ハラスメントとメンタルヘルスについての意見交換会・学習会 を行った。 (2)③蒲田医師会による「多職種連携研修『梅ちゃんカフェ』」の開催に協力した。また介護支援専門員や民生委員へ声をかけて参加を促した。六郷介護支援専門員連絡会に蒲田医師会相談員や東京蒲田医療センター職員を呼び、医療との連携について話をしてもらう機会を設けた。 (3)②個別レベル地域ケア会議は年8回開催した。うち7回は自立支援を目的とした会議であった。 (5)①(2)④に同じ。 (5)②包括西六郷と協働し「まちかど相談室」を開催した。具体的には様々な課題を抱えておりどこに相談すれば良いか分からない人に対して多職種協働で相談会を実施した。11件の相談に対応した。また社協と協働し、独自のフードパントリーを実施した。
★[重-3] (2)②介護支援専門員と民生委員との連絡会を今年度も継続する	(2)②六郷地区民生委員39名、介護支援専門員12事業所35名が集まり、連絡会を開催した。民生委員と介護支援専門員、包括との連携をテ-

(4) ②未把握高齢者リストから高齢者宅への戸別訪問を実施していく (4) ③URやJKKとの連携による地域住民向けイベントを開催していく (4) ④金融機関、医療機関、薬局、店舗、銭湯、自主グループ等を巡回訪問し、ネットワーク作りを図る (4) ⑤民生委員地区別懇談会での情報共有を強化する	マにグループワークを行った。顔の見える関係づくりが行えた。 (4) ②古いマンションに住んでいる未把握高齢者単身世帯9世帯及び高齢世帯6世帯を対象に事前に郵送の上、マンション集会室を活用して見守りキーホルダー登録及び自動通話録音機貸与会を開催した。合計9名に対してKHを交付できた。 (4) ③URとは特殊詐欺についての啓発を目的とした講義を行うため協力した。JKKとは「六郷学び舎」の会場として連携した。今後も連携は継続予定。 (4) ④見守りコーディネーターを中心として、包括主催のイベント、自動通話録音機、包括パンフレットを持参し、各情報の周知を行うとともに顔合わせを実施した。延べ218か所に挨拶周りをした。 (4) ⑤民生委員とは毎月の定例民協で情報提供を行った。8月には(2)②の通り連絡会を実施した。1月の民生委員新年会に参加した。地区別懇談会については令和7年度に行う予定。
★[重-4] (6) ①小学校のイベントに参加し、小学生へ的高齢者や認知症の理解を促す (6) ②認知症地域支援推進員と見守りささえあいコーディネーターが連携し、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座、チームオレンジ立ち上げに取り組む (6) ③認知症カフェを、当事者意見の取り入れやボランティアによる運営協力など、より充実した内容の取り組みとなるよう力を入れていく	(6) ①蒲田管内の7包括合同で小学生向け認知症講座を開催した。認知症についての講義、認知症を持つ方の体験談を行い、知識と対応方法を学ぶ機会を提供できた。 (6) ②認知症サポーター養成講座は出張所単位と、チームオレンジ立ち上げを前提として認知症カフェ「笑顔の会」で行った。ステップアップ講座は「笑顔の会」参加者に対して認知症の理解と対応方法をグループで検討する内容で行った。チームオレンジ立ち上げについては令和7年度に行う予定。 (6) ③(6)-②に同じ。

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務(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	高齢者が安心して暮らせるように困りごとや悩みや相談事ができるようアセスメント力を向上する		
実施計画 ※	① 個々のレベルにあった研修へ積極的に参加を行い知識の習得を行う ② 高齢者虐待については具体的な事例等を学ぶことでスキルアップを図る ③ 区の施策や制度について知識を習得し、マニュアルや資料を作成し、適切に案内することができる環境を整える★【特力】 ④ 重層的支援会議へ積極的に事例を提出し、関係機関の役割を知り、今後の支援に生かす★【重2】	実施報告 ※※	① センター全体で年間79回研修に参加した。月1回の部署内会議(六郷会議)で伝達研修を実施し、職員間で共有し、実践に活かす努力をした。 ② 東京都および大田区の権利擁護研修に参加し、法律や対応内容、事例検討を通じて虐待対応の実践を学んだ。 ③ 大田区施策についてはセンター独自のマニュアルを整えており、変更があったら適宜修正した。窓口業務で活用した。また変更があった場合は迅速に職員間で共有するよう努力した。 ④ 重層的支援会議に事例を3回提出した。実際に会議を行った件数は3回で、うち提出した事例を検討したのは2回だった。1回は重層的支援会議にはなかったが、地域ケア会議という形で多職種との連携を図ることができた。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員、民生委員、医療機関との連携体制を構築する		
実施計画 ※	① 定期的に六郷地区介護支援専門員連絡会を開催。顔の見える関係を作り連携しやすい環境を構築する★【重2】	実施報告 ※※	① 包括西六郷と協働で六郷地区にある介護支援専門員と協力し連絡会を開催している。年4回開催し、介護支援専門員の意見を取り入れ ・事例検討会 ・民生委員と介護支援専門員との連絡会 ・消防署との連携

	② 介護支援専門員と民生委員との連絡会を今年度も継続する ★【重3】 ③ 蒲田医師会と連携し、地域の医療機関と介護支援専門員、民生委員と顔合わせを行う ★【重2】		・ハラスメントとメンタルヘルスについての意見交換会・学習会を行った。 ② 六郷地区民生委員 39 名、介護支援専門員 12 事業所 35 名が集まり、連絡会を開催した。民生委員と介護支援専門員、包括との連携をテーマにグループワークを行った。顔の見える関係づくりが行えた。 ③ 蒲田医師会による「多職種連携研修『梅ちゃんカフェ』」の開催に協力した。また介護支援専門員や民生委員へ声をかけて参加を促した。六郷介護支援専門員連絡会に蒲田医師会相談員や東京蒲田医療センター職員を呼び、医療との連携について話をしてもらう機会を設けた。
--	---	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	高齢者の自立・自律した生活の実現のため介護予防、重度化防止を図る		
実施計画 ※	① 地域住民への予防講座（学び舎）や通いの場の周知を図る ★【重1】 ② 地域ケア会議（自立支援）を開催し、自立支援に向けたサービスの提供をしていく★【重2】 ③ 六郷図書館との共催イベントにて、フレイル予防について啓発を行っていく★【重1】	実施報告 ※※	① 包括西六郷と協働し「六郷学び舎」で ・生活習慣病について ・災害の備え ・補聴器について ・医療費について をテーマに 4 回開催した。 またセンターの環境を活用し壁やパンフレットスタンドを活用し自主グループやシニアステーション、事業所が行う体操教室などのチラシを置き周知した。 ② 個別レベル地域ケア会議は年 8 回開催した。うち 7 回は自立支援を目的とした会議であった。 ③ 包括西六郷と協働し、栄養・運動・社会参加・口腔をテーマにイベントを 4 回行い、フレイル予防の啓発を行った。

(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ター業務を含む。）

個別目標	自治会・町会、民生委員、民間事業者等と連携し見守り体制を強化する		
実施計画 ※	① ご縁ネットへ参加し、見守りの必要がある方や気になる方に対しての情報共有を行う ② 未把握高齢者リストから高齢者宅への戸別訪問を実施していく★【重3】 ③ URやJKKとの連携による地域住民向けイベントを開催していく★【重3】 ④ 金融機関、医療機関、薬局、店舗、銭湯、自主グループ等を巡回訪問し、ネットワーク作りを図る★【重3】 ⑤ 民生委員地区別懇談会での情報共有を強化する★【重3】	実施報告 ※※	① 南六郷二丁目町会が行う「ご縁ネット」の報告会は2回行われ参加し、見守りの状況や包括の役割などを共有した。 ② 古いマンションに住んでいる未把握高齢者単身世帯9世帯及び高齢世帯6世帯を対象に事前に郵送の上、マンション集会室を活用して見守りキーホルダー登録及び自動通話録音機貸与会を開催した。合計9名に対してキーホルダーを交付できた。 ③ URとは特殊詐欺についての啓発を目的とした講義を行うため協力した。JKKとは「六郷学び舎」の会場として連携した。今後も連携は継続予定。 ④ 見守りコーディネーターを中心として、包括主催のイベント、自動通話録音機、包括パンフレットを持参し、各情報の周知を行うとともに顔合わせを実施した。延べ218か所に挨拶周りをした。 ⑤ 民生委員とは毎月の定例民協で情報提供を行った。8月には(2)②の通り連絡会を実施した。1月の民生委員新年会に参加した。地区別懇談会については令和7年度に行う予定。

(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	多職種、多世代と連携し、高齢者が安心して暮らせる体制づくりを行う		
実施計画 ※	① 複合課題をかかえた世帯に対して重層的支援会議を積極的に活用し、課題解決に向けアプローチを行う★【重2】 ② 社協やJOBOTA、SAPOTAなど様々な機関と課題解	実施報告 ※※	① (2)④に同じ。 ② 包括西六郷と協働し「まちかど相談室」を開催した。具体的には様々な

	決のために連携する★【重2】 ③ 社協、東六郷老人いこいの家と連携し、多世代共生プロジェクトに参画する ④ 地域のネットワークを活用し、多世代に向け積極的に情報を発信していく		課題を抱えておりどこに相談すれば良いか分からない人に対して多職種協働で相談会を実施した。11件の相談に対応した。また社協と協働し、独自のフードパントリーを実施した。 ③ 多世代共生プロジェクトについては、今年度は多世代を対象とし、南六郷福祉園の協力を得て、精神疾患を持つ方を交えて居場所作りを検討した。2回開催した。 ④ (4) ④と同じ。12/1～3/31に防火防災診断啓発のコーナーを作った。またパンフレットスタンド等を活用し医療や運動・文化イベントを中心に多世代向けの情報を提供した。
--	--	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代に向けて認知症の理解とチームオレンジの立ち上げについて働きかける		
実施計画 ※	① 小学校のイベントに参加し、小学生への高齢者や認知症の理解を促す★【重4】 ② 認知症地域支援推進員と見守りささえあいコーディネーターが連携し、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座、チームオレンジ立ち上げに取り組む★【重4】 ③ 認知症カフェを、当事者意見の取り入れやボランティアによる運営協力など、より充実した内容の取り組みとなるよう力を入れていく★【重4】	実施報告 ※※	① 蒲田管内の7包括合同で小学生向け認知症講座を開催した。認知症についての講義、認知症を持つ方の体験談を行い、知識と対応方法を学ぶ機会を提供できた。 ② 認知症サポーター養成講座は出張所単位と、チームオレンジ立ち上げを前提として認知症カフェ「笑顔の会」で行った。ステップアップ講座は「笑顔の会」参加者に対して認知症の理解と対応方法をグループで検討する内容で行った。チームオレンジ立ち上げについては令和7年度に行う予定。 ③ (6) ②に同じ。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域に対する様々なお役立ち情報を提供する	
実施計画 ※	① 地域の社会資源の情報誌「六郷お役立ちガイド」の継続発行、内容の充実化を図る ② 消費者被害防止に向けての自動通話録音機活用の普及啓発 ③ 蒲田地区法人協への積極的参加で連携を強化していく	実施報告 ※※ ① 包括西六郷と協働し「六郷お役立ちガイド」を発行した。民生委員や地域力推進六郷地区委員会で配付の他、六郷地区介護支援専門員連絡会で周知、配付した。窓口対応では冊子またはページを印刷して渡すなど、総合相談対応時に活用した。令和 7 年度はさらに使いやすいよう改良し発行予定。 ② 自動通話録音機については、見守りキーホルダーやいきいき入浴証の申請時にはできるだけ紹介し、普及啓発に努めた。そのため、区内包括で一番多く交付できた。 ③ 蒲田地区法人協は 1 回行われ参加した。また（5）③に同じ。

大田区福祉部長 宛

令和 6 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

高齢者やその家族が地域で安心して暮らし続けられるように、身近な相談窓口として機能し、地域や様々な機関と個々のケースを通して連携を深める

● 機能アップ3か年計画＜令和6年度～令和8年度＞

目指す姿	地域住民、関係機関などの人と人をつなぐことのできるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 自らフレイル予防に取り組んでもらえるように働きかける ★[重-1]	S
	2. 自立支援に向けてケアマネジメントの質の向上を目指す ★[重-2]	S
	3. 地域との連携をさらに強化しひとり暮らしや高齢世帯の孤立を防ぐ ★[重-3]	A
	4. 多世代に認知症の理解を深め支えあえる仕組みを作る ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)①包括主催のフレイル予防教室「西六元気でGO!」を活用し、運動だけでなく栄養＋口腔や社会参加のフレイル予防の知識も広める場とする (3)②健康寿命の延伸を意識し、六郷学び舎では医療をテーマとした講座を年4回開催する	(3)①2か月に1回教室を開催。運動部分のフレイル予防に取り組むほか、栄養口腔社会参加に関しては包括職員から話をするなど、運動以外のフレイル予防にも興味を持って取り組んでもらえるよう働きかけた。 今後は参加者が「西 GO」だけでなく活動の場所を広げられるような働きかけをしていく。 (3)②六郷学び舎では年間テーマを「医療」とし年4回開催。第3回目は出張学び舎とし仲六郷のコーシャハイムにて JKK と連携し講座を開催することができた。全体を通して 30 代～60 代が計 18%の参加率。災害の回では 30 代 1 名の参加あり。医療費の回では 40 代～60 代の参加者が 2 割を超えた。いずれも対象が高齢者に限らず、多世代に包括を知ってもらおうきっかけとすることができ

(3) ③自主グループが行うフレイル予防講座の後方支援を行う (3) ④地域住民に地域活動の担い手になってもらえるような働きかけをしていく (3) ⑤六郷図書館との共催イベントにてフレイル予防の周知を行う。	た。次年度も高齢者に限らず多世代の参加を考えて体感・体験をテーマに実施予定。 (3) ③2月に西六元気でGO!スペシャルバージョンと称して自主グループメンバー主体で体操教室を開催。メンバー自らが内容を考え取り組めるようコーディネーター中心に後方支援にあたった。グループの高齢化も進み存続が難しいなどの話も出ているが、可能な限り楽しみをもってフレイル予防に取り組んでもらえるよう支援をしていく。 (3) ④待ってるよ～のメンバーを中心に包括事業の際のボランティア活動に参加してもらえるよう働きかけを行った。 また、蒲田地区のコーディネーターで男達の交流会を企画開催。すでに地域の活動に参加されている方や、これから参加しようと考えている方を対象に、活動の情報交換やどんな活動なら参加したいと思うか等を話し合い、このような会は必要だ、参加できてよかったとの声があった。次年度蒲田のコーディネーターを中心に開催予定。 またステップアップ講座を受講後の方に対して包括事業のボランティアをお願いするなど地域の活動に協力を促していく。 (3) ⑤六郷図書館の1室を会場として、フレイル予防の講座を年4回開催。運動、口腔、栄養、社会参加の講義・実習を行った。普段包括と関りが無い方たちの参加もあり、フレイル予防以外に包括周知にもつながった。
★[重-2] (1) ③重層的支援会議を活用し、お互いの役割を知りより良い支援につなげる (2) ①蒲田医師会と連携し多職種＋民生委員も含めた医療・介護・福祉の連携強化を図る	(1) ③重層的支援会議としては2件のケースに関わった。包括の対象者でない相談者に対しても、適切な関係機関につながるよう丁寧な働きかけを行うことができた。 (2) ①6月には医師会主催の梅ちゃんカフェ、11月には梅ちゃん談話室に参加。梅ちゃんカフェは民生委員にも参加してもらい「医療との連携を考える」をテーマに多職種で一つの事例についてそれぞれの役割について話し合うことができた。

(2) ③介護支援専門員と民生委員の連絡会を開催し、お互いの役割を知り連携しやすい関係構築につなげる (5) ①自立支援や困難ケースの地域ケア会議を開催し、個のケース課題解決・地域課題抽出を行う。 (5) ②第2回まちかど相談室を開催し、多機関で様々な相談を受け止める機会を作る。	六郷地区介護支援専門員連絡会に医師会の三浦氏や東京蒲田医療センターの圓館氏にお越しいただきCMとの連携を深めた。 (2) ③8月に実施。テーマ「お互いの業務を知りつながりを深めよう」として六郷地区民生委員・児童委員35名、介護支援専門員36名の方の出席があった。民生委員とCMが地域の課題を共有することでそれぞれの役割を知ることができ、困りごとへの対応には連携したい思いがあることが分かった。 (5) ①個別の地域ケア会議としては、自立支援2件、支援困難1件の会議を開催した。まずは個のケース課題解決のために議論し、そこから地域課題抽出にも意識を向けるよう意識して取り組むことができた。困難ケースの会議終了後には高次脳機能障害の理解を深める必要があるとして、担当CMの事業所のCM全員と共に研修会を開催し理解を深めることができた。 (5) ②R5年と異なる点としては社協と連携して独自の食糧支援を取り入れた。JOBOTA・SAPOTA・社会福祉協議会・きっずな六郷・フラット大田・シルバー人材センター・出張所などの協力を受けて、関係機関で様々な相談を受け止め専門機関につなげる支援を行うことができた。 その他、社協主催のみんなの居場所プロジェクトにも参加。「六郷地区で困っている人が孤立しないよう、みんなで話し合い、支え合う取り組み実施する」を目標に精神障害当事者が参加し、ワークショップを通じて情報交換を行った。 次年度もまちかどを開催し多機関との連携をさらに深める機会とする。
★[重-3] (4) ①団地やマンション、銭湯などに出向き、包括や通いの場を周知するためにKH登録会などを実施する	(4) ①エリア内の銭湯にてKH登録更新会&包括の周知を行うことができた。新規1名、更新5名受付し、申請書を3名に配布した。 高畑町会、西2町会とはそれぞれと連携して、スマホ相談会と併せてKH登録会を各町会会館で開催。 高畑町会 新規2名／西六郷2丁目町会 新規2名、更新4名につながった。

(4) ②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ひとり暮らし、高齢世帯にアプローチをかける (4) ③自治会・町会や関係機関と情報を共有し孤立防止や抑止について話し合う (4) ④年1回の包括・民生委員懇談会では気になるひとり高齢者の情報共有や地域課題について話し合う時間を作る。	また、1丁目の都営住宅の自治会長とは今後アパートの集会室を使つてのイベントを提案し協力して開催していく方向で話げできた。 その他、六郷文化センター祭りに参加し、急遽場所をお借りしてKH登録会と社会資源のチラシ等を置いて包括の周知を行った。KH新規1名、更新1名につながった。 (4) ②未把握名簿を活用し、包括と関りのない単身世帯・高齢世帯を25件抽出。実際に電話や訪問でアンケートに回答してもらった数は19件だった。アンケート回収できなかった方たちもあり、孤立しやすいつながりづらい方にも、資料を郵送することで包括の周知につながった。 次年度は未把握の形が変わるが、一人でも多くの方に包括を知ってもらい孤立しない地域づくりをしていく。 (4) ③「六郷地域の高齢者の孤立を解消するために、私たちができること」として自治会町会、関係機関と共に日常生活圏域地域ケア会議を実施した。六郷地域の5つの町会長、9つの関係機関から10名の参加あり。結果、あえて新しいイベントを開催するのではなく、自治会・町会の既存のイベントに包括が参加させてもらい、見守りKH登録会を実施していくこととした。R7年度は町会自治会の協力を得ながら取り組んでいく。 (4) ④未実施。 懇談会としての時間は作れなかったが、月1回の民生委員協議会には包括六郷と共に出席し、包括からのお知らせや、最近の詐欺情報などもお伝えし、地域全体で防いでいくよう働きかけを行うことができた。また、ひとり暮らし登録を受けた際や廃止の際、長期入院が分かった際には担当民生への報告を行うなどこまめな情報共有を日々行うことができた。 次年度は、年1回は包括と民生委員の会を設け地域課題や日々のケースで困っていることなどを共有していく。
★[重-4] (6) ①チームオレンジの考え方、蒲田地区の動き	

などをセンター内で共有し、具体的な立ち上げに向けて取り組む (6) ②小学生への高齢者や認知症の講義・体験会を開催し、まずは知ってもらう機会を作り、今後認知症サポーター養成講座開催につなげる働きかけをしていく	(6) ①推進員を中心に情報収集を行い、まずは六郷包括管内のチームオレンジ立ち上げに向けて協力をした。蒲田地区では7包括合同で夏の小学生向け認サポの開催。2月にはステップアップ講座を開催し認知症について地域の理解が深められた。次年度は西六郷地区でのチームオレンジ立ち上げに向けて関係者の理解協力を得られるよう働きかけていく。 (6) ②夏休み中に高畑児童館で高齢者体験を実施。小学校1、2年生60名に高齢者についての講義と車いすなどの体験をしてもらう機会を作った。高畑小学校で小学4年生150名に向けて高齢者体験の授業を行った。児童館では、車いすは自分でやる時も力があるし、押す時も力が必要だった／小学校からは車いすはただ動かすだけでなく、技術がいるのが分かった。高齢者疑似体験をして、高齢者は動くのが大変だと思った。困っている人がいたら、荷物を持ってあげたり助けたりしたいなどの感想を聞くことができた。 担当の先生方には高齢者体験だけでなく、認知症について理解を深める時間を作りたいこと、次年度以降は認サポという形で取り組んでいきたいことを伝えた。
--	--

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	相談内容をきちんと受け止め世帯で見え支援する		
実施計画 ※	① 高齢者の尊厳を守るため、虐待や成年後見制度の正しい知識を持つ	実施報告 ※※	① 虐待の通報を受けた件数9件あり。病院、ケアマネ、近隣からなど通報者は様々。包括が話の中から虐待を疑い通報に至ったケースもある。 成年後見制度等権利擁護に関する相談は年間249件あった。毎月ヒヤリハット報告の日を設け、一人の小さな失敗でも今後センターで同じことがないように共有

	② 職員一人一人の相談援助技術向上のため、朝のケース共有を継続する他、部署内研修実施や外部研修を積極的に受講し伝達研修を行う ③ 重層的支援会議を活用し、お互いの役割を知りより良い支援につなげる★[重-2]	と対策を検討した。また、毎朝のケース共有では、複数の目で見えて虐待の芽を摘むことや権利擁護の必要性についてセンター全体で意識することができた。 ② 所内でインシデントプロセスケース検討会を実施し、相談援助技術向上に役立てた。外部研修は東京都の権利擁護研修に（虐待含む）7回、包括現任者研修に3回、中部総合精神保健福祉センターの精神の研修に4回、看護職対象の研修に3回、認知症関係3回、その他フレイル予防や通いの場づくり、面談の仕方などの職員育成の研修に18回参加。法人では、6包括合同研修を3回、職種別懇談会も3回実施した。 受講後は必ず伝達研修の場を設けて、言語化し、センター全体の知識となるよう意識して取り組んだ。 ③ 重層的支援会議としては2件のケースに関った。包括の対象者でない相談者に対しても、適切な関係機関につながるように丁寧な働きかけを行うことができた。
--	---	--

（2）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護支援専門員がケアの質を向上できるような取り組みを実施する		
実施計画 ※	① 蒲田医師会と連携し多職種＋民生委員も含めた医療・介護・福祉の連携強化を図る ★[重-2] ② 蒲田地区介護支援専門員連絡会や六郷地区介護支援専門員	実施報告 ※※	① 6月には医師会主催の梅ちゃんカフェ、11月には梅ちゃん談話室に参加。梅ちゃんカフェは民生委員にも参加してもらい「医療との連携を考える」をテーマに多職種で一つの事例についてそれぞれの役割について話し合うことができた。 六郷地区介護支援専門員連絡会に医師会の三浦氏や東京蒲田医療センターの圓館氏にお越しいただきCMとの連携を深めた。 ② 地域福祉課主催の蒲田地区介護支援

	連絡会では地域の介護支援専門員に必要な学びを把握し資質向上のための研修実施に向けて動く ③ 介護支援専門員と民生委員の連絡会を開催し、お互いの役割を知り連携しやすい関係構築につなげる★[重-2]	専門員連絡会では年4回（成年後見制度について/重層的支援会議について）2つの内容の研修を蒲田地区のケアマネジャーと包括職員で話し合い、実施した。六郷地区介護支援専門員連絡会は年3回実施。委員のCMと共に内容決めを行い、①事例検討/②矢口消防職員による救急の話やAEDの使い方/③カスハラ対策についてグループワークを実施、六郷エリアの高齢者支援の質向上につながるように努めた。 ③ 8月に実施。テーマ「お互いの業務を知り つながりを深めよう」として六郷地区民生委員・児童委員35名、介護支援専門員36名の方の出席があった。民生委員とCMが地域の課題を共有することでそれぞれの役割を知ることができ、困りごとへの対応には連携したい思いがあることが分かった。
--	---	---

（3）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防を周知し、自立支援・重度化防止に取り組む		
実施計画 ※	① 包括主催のフレイル予防教室「西六元気でGO!」を活用し、運動だけでなく栄養＋口腔や社会参加のフレイル予防の知識も広める場とする★[重-1] ② 健康寿命の延伸を意識し、六郷学び舎では医療をテーマとした講座を年4回開催する★[重-1]	実施報告 ※※	① 2か月に1回教室を開催。運動部分のフレイル予防に取り組むほか、栄養口腔社会参加に関しては包括職員から話をするなど、運動以外のフレイル予防にも興味を持って取り組んでももらえるよう働きかけた。 ② 六郷学び舎では年間テーマを「医療」とし年4回開催。第3回目は出張学び舎とし仲六郷のコーシャハイムにてJKKと連携し講座を開催することができた。全体を通して30代～60代が計18%の参加率。災害の回では30代1名の参加あり。医療費の回では40代～60代の参加者が2割を超えた。いずれも対象が高齢者に限らず、多世代に包括を知ってもらったことができた。

	③ 自主グループが行うフレイル予防講座の後方支援を行う★[重-1] ④ 地域住民に地域活動の担い手になってもらえるような働きかけをしていく★[重-1] ⑤ 六郷図書館との共催イベントにてフレイル予防の周知を行う。★[重-1]	③ 2月に西六元気でGO!スペシャルバージョンとして、自主グループメンバー主体で体操教室を開催。メンバー自らが内容を考え取り組めるようコーディネーター中心に后方支援にあたった。 ④ 待ってるよ～のメンバーを中心に包括事業の際のボランティア活動に参加してもらえるよう働きかけを行った。 また、蒲田地区のコーディネーターで男達の交流会を企画開催。すでに地域の活動に参加されている方や、これから参加しようと考えている方を対象に、活動の情報交換やどんな活動なら参加したいと思うか等を話し合い、このような会は必要だ、参加できてよかったとの声があった。次年度も開催予定。 ⑤ 六郷図書館の1室を会場として、フレイル予防の講座を年4回開催。 運動、口腔、栄養、社会参加の講義・実習を行った。普段包括と関りがない方たちの参加もあり、フレイル予防以外に包括周知にもつながった。
--	---	--

(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	見守り体制を強化し高齢者の孤立・トラブル防止につなげる		
実施計画 ※	① 団地やマンション、銭湯などに出向き、包括や通いの場を周知するためにKH登録会などを実施する★[重-3] ★[特力]	実施報告 ※※	① エリア内の銭湯にてKH登録更新会&包括の周知を行うことができた。 新規1名、更新5名受付し、申請書を3名に配布した。 高畑町会、西2町会とはそれぞれと連携して、スマホ相談会と併せてKH登録会を各町会会館で開催。 高畑町会 新規2名／西六郷2丁目町会 新規2名、更新4名につながった。 また、1丁目の都営住宅の自治会長とは今後アパートの集会室を使っのイベントを提案し協力して開催していく方向で話げできた。

	② 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ひとり暮らし、高齢世帯にアプローチをかける。★[重-3] ③ 自治会・町会や関係機関と情報を共有し孤立防止や抑止について話し合う★[重-3] ④ 年1回の包括・民生委員懇談会では気になるひとり高齢者の情報共有や地域課題について話し合う時間を作る。★[重-3]	その他、六郷文化センター祭りに参加し、急遽場所をお借りしてKH登録会と社会資源のチラシ等を置いて包括の周知を行った。KH新規1名、更新1名につながった。 ② 未把握名簿を活用し、包括と関りのない単身世帯・高齢世帯を25件抽出。実際に電話や訪問でアンケートに回答してもらった数は19件だった。アンケート回収できなかった方たちもあり、孤立しやすいつながりづらい方にも、資料を郵送することで包括の周知につながった。 ③ 「六郷地域の高齢者の孤立を解消するために、私たちができること」として自治会町会、関係機関と共に日常生活圏域地域ケア会議を実施した。六郷地域の5つの町会長、9つの関係機関から10名の参加あり。結果、あえて新しいイベントを開催するのではなく、自治会・町会の既存のイベントに包括が参加させてもらい、見守りKH登録会を実施していくこととした。R7年度以降町会自治会の協力を得ながら取り組んでいく。 ④ 未実施。 懇談会としての時間は作れなかったが、月1回の民生委員協議会には包括六郷と共に出席し、包括からのお知らせや、最近の詐欺情報などもお伝えし、地域全体で防いでいくよう働きかけを行うことができた。 また、ひとり暮らし登録を受けた際や廃止の際、長期入院が分かった際には担当民生への報告を行うなどこまめな情報共有を日々行うことができた。 その他、民生委員の新年会に参加し親睦を深めることができた。
--	---	---

	⑤ 情報がないことでトラブルにつながらないよう、ぷらっとカフェにて警察から最新の詐欺情報などを提供してもらう機会を作る		⑤ 5月のぷらっとカフェには蒲田警察防犯安全課の小島氏を講師として手口が年々巧妙になっていること、疑問に思ったら遠慮なく警察に相談してほしいこと、自動通話録音機設置や知らない番号には出ないなど自衛することなど、最新の詐欺情報を参加者にお伝えした。 その他、窓口に来られた方や訪問先でも誰でも被害にあう可能性があることを分かりやすく伝えられるよう心がけ、防犯ステッカーや自動通話録音機の案内も積極的に行った。 また、矢口消防署と連携し、防火防災診断に協力することにも力を入れ、3件の診断につながった。
--	---	--	---

(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	複合課題に対応できるよう多機関と連携する		
実施計画 ※	①自立支援や困難ケースの地域ケア会議を開催し、個のケース課題解決・地域課題抽出を行う。★[重-2] ②第2回まちかど相談室を開催し、多機関で様々な相談を受け止める機会を作る。 ★[重-2]	実施報告 ※※	① 個別の地域ケア会議としては、自立支援2件、支援困難1件の会議を開催した。まずは個別のケース課題解決のために議論し、そこから地域課題抽出にも意識を向けるよう意識して取り組むことができた。困難ケースの会議終了後には高次脳機能障害の理解を深める必要があるとして、担当CMの事業所のCM全員と共に研修会を開催し理解を深めることができた。 ② R5年と異なる点としては社協と連携して独自の食糧支援を取り入れた。JOBOTA・SAPOTA・社会福祉協議会・きっずな六郷・フラット大田・シルバー人材センター・出張所などの協力を受けて、関係機関で様々な相談を受け止め専門機関につなげる支援を行うことができた。 その他、社協主催のみんなの居場所プロジェクトにも参加。「六郷地区で困っている人が孤立しないよう、みんなで話し

	③（１）-③と同じ	合い、支え合う取り組み実施する」を目標に精神障害当事者が参加し、ワークショップを通じて情報交換を行った。多機関との連携につながった。 ③ 重層的支援会議としては２件のケースに関った。包括の対象者でない相談者に対しても、適切な関係機関につながるように丁寧な働きかけを行うことができた。
--	-----------	---

（６）認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が続けることができる体制をつくる		
実施計画 ※	① チームオレンジの考え方、蒲田地区の動きなどをセンター内で共有し、具体的な立ち上げに向けて取り組む★[重-4] ② 小学生への高齢者や認知症の講義・体験会を開催し、まずは知ってもらふ機会を作り、今後認知症サポーター養成講座開催につなげる働きかけをしていく★[重-4]★[特力]	実施報告 ※※	① 推進員を中心に情報収集を行い、まずは六郷包括管内のチームオレンジ立ち上げに向けて協力をした。蒲田地区では７包括合同で夏の小学生向け認サポの開催。２月にはステップアップ講座を開催し認知症について地域の理解が深められた。 ② 夏休み中に高畑児童館で高齢者体験を実施。小学校１、２年生６０名に高齢者についての講義と車いすなどの体験をしてもらう機会を作った。高畑小学校で小学４年生１５０名に向けて高齢者体験の授業を行った。児童館では、車いすは自分でやる時も力があるし、押す時も力が必要だった／小学校からは車いすはただ動かすだけでなく、技術がいるのが分かった。高齢者疑似体験をして、高齢者は動くのが大変だと思った。困っている人がいたら、荷物を持ってあげたり助けたりしたいなどの感想を聞くことができた。 担当の先生方には高齢者体験だけでなく、認知症について理解を深める時間を作りたいこと、次年度以降は認サポという形で取り組んでいきたいことを伝えた。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	利用者や地域の方に対して不利益のないよう適切な情報提供を行う	
実施計画 ※	① 西六郷独自の区施策マニュアルを日々更新しミスの軽減に努める。 ② 地域の社会資源をまとめた「六郷お役立ちガイド」の定期発行。	実施報告 ※※ ① 朝ゼミと称し、計4回区施策の確認等を行った。（見守りKH・ひとり暮らし登録/おむつ現物/おむつ現金/医療や介護の減免制度について） センター独自のマニュアルを更新し、大きなミスがないよう努めた。 ② 4月に新規発行し、民協や地推で配付、相談に来る利用者やその家族に配付した他、地域のケアマネジャーにも渡し、六郷エリアの社会資源の収集に役立ててもらった。

大田区福祉部長 宛

令和6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

地域の特性を生かして多世代の地域住民や関係機関と連携し高齢者一人一人が尊厳を持って安心して暮らせる矢口地区になるよう支援を行っていく。

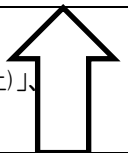
● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域住民の困り事に寄り添い伴走支援、安心してその人らしく暮らせる地域作りの一翼を担えるセンターになる。	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 地域住民同士での自助公助を促し、主体的にフレイル予防（運動、栄養、社会参加）を取り組める地域を作っていく。 ★[重-1]	A
	2. 地域の関係団体、ケアマネジャー、医療機関、介護サービス事業者と連携し要支援・要介護者等が必要時に適切なサービスが受けられ自立支援に繋がる体制を作っていく。 ★[重-2]	A
	3. ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯が孤立しないよう地域の様々な団体や関係機関と連携、継続した見守りができる体制を作っていく。 ★[重-3]	A
	4. 複合的課題がある高齢者や認知症当事者の課題等について適切にアセスメントを行い、本人やその家族等の意思決定に繋がるよう関係機関と連携し伴走支援を行っていく。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ④ボランティア、医療機関、介護サービス事業者、隣接する地域包括支援センター等と連携して地域でフレイル予防ができる集いの場を定期的開催、参加者の中から担い手の発掘・育成を行い段階的に自主グループ化を図っていく。	地域の医療機関・介護サービス事業者・隣接する地域包括支援センターと連携、地域のボランティアの協力を得ながら定期的に地域でフレイル・介護予防教室を開催した。(計42回) 自治会町会主催のイベントや既存の活動に参加し、要望を受けて体操講師、薬剤師、管理栄養士、区歯科衛生士等の派遣を行いフレイル予防の啓発と既存の活動に付け足しを行った。 地域に向けてフレイル予防の啓発は定期的に発信できているが、既存の活動に継続的かつ具体的なフレイル予防の要素を付加するまでは至らなかった。参

	加者の中から担い手の候補者を探せなかったこと等が課題である。今後も定期的に自治会町会、シニアクラブに訪問等を行い既存の活動について後方支援と継続的なフレイル予防に繋がるようイベントの共催等を提案していく。包括主催の集い場の参加者から担い手になる候補者の発掘・育成を継続していく。概ね実施計画に沿って進んでいるので達成評価をAとした。
★[重-2] (2) ①地域のケアマネージャーから実行委員として参画を募り、矢口地区の地域課題や事例検討（自立支援、支援困難）をテーマにした定例会を定期的に行いケアマネジメント力の向上を図る。（年2～3回）	10/17 「介護保険制度・介護報酬改正について」をテーマに情報共有や意見交換を行った。 2/13 地域のケアマネージャーから担当しているケースでの支援の困りごと等の事例（テーマ：家族介護力の乏しい 1 人暮らし男性への通院支援について）を提供してもらい、事例を通じてのグループワークを行った。（計2回） グループワーク等を通じて介護保険制度・区福祉サービスへの理解、関係機関と連携した支援等について情報共有や意見交換ができた。事例については参加者が共感し学べるテーマの選考が難しく、実行委員からの意見や参加者からのアンケート、日々の個別ケースの対応から選出した。 今後も定例会を継続できるよう実行委員、参加者の意見を反映し内容をブラッシュアップしながら包括職員と地域のケアマネージャー双方のケアマネジメント力の向上を行っていく。 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。
★[重-3] (4) ①民生委員児童委員、矢口地区を中心とした高齢者見守り推進事業者（金融機関は継続、今年度は配食業者）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し地域での連携した見守りができるようにする。	10/24 民生委員児童委員と避難所HUGの体験会を開催し、普段からの見守り活動の課題、災害時における包括や関係機関等との連携について意見交換を行った。 2/14 矢口地区にある金融機関と大田区・矢口地区の現状と課題、連携した事例報告、CSR活動、地域包括支援センターとの連携等をテーマに懇談会を行った。（5 社参加） 3/26 配食業者と大田区・矢口地区の現状と課題、認知症や急変時の高齢者への対応、配食時における見守りの課題、地域包括支援センターとの連携等をテーマに懇談会を行った。（5 社参加）

	お互いの見守り活動での課題、連携した事例の共有、矢口地区の現状と課題について話し合いを行い支援が必要な高齢者を早期に発見、それぞれの立場を活かすよう連携した見守り活動ができるか等の意見交換ができた。 個人情報の漏洩に注意しながら、双方の立場でできる範囲での情報共有の方法、円滑に連携できる関係性の構築が課題と考える。 今後も地域包括支援センターがハブとしての役割を持って見守りをテーマに地域の様々な関係団体と懇談会を継続し、地域における見守りのネットワークを作っていく。 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。
★[重-4] (1) ①所内で「個別ケース検討部会」、「全体ミーティング」を定期的開催、共有ファイルを活用し継続した支援が必要なケース（支援困難、虐待、権利擁護）や各職員で担当している介護予防・日常生活支援総合事業を利用しているケースの進捗について情報共有、支援方針について意見交換し相談援助技術の向上を図る。	個別ケース検討部会は2か月に1回、全体ミーティングを1か月に1回開催、共有ファイルを活用し各職員で担当しているケースの進捗状況について確認、支援内容等の意見交換を行った。 自立支援・支援困難ケースについては個別レベル地域ケア会議（計8回）、複合化する課題については重層的支援体制会議（計4回）を活用、関係機関等と連携して課題の情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。 定期的に個別ケース検討部会、全体ミーティングを行うことで継続した支援が必要なケース（支援困難、虐待、権利擁護）について、各職員が情報共有し支援方針について意見交換。個別レベル地域ケア会議、重層的支援会議等に繋げる等を行い各職員の相談援助技術の向上を図れた。介護予防・日常生活支援総合事業の利用者について終了が難しい利用者について自立支援計画の見直し、社会資源の情報共有など行った。今後も継続開催していく。 急遽の訪問等が入り、会議日時の変更や一部の職員が参加できないことが多々あった。今後、全職員が効率的に参加できる会議体の仕組みを検討していく。 概ね実施計画に沿って進んでいるので達成評価をAとした。

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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 ※	①所内で「個別ケース検討部会」、「全体ミーティング」を定期的に関催、共有ファイルを活用し継続した支援が必要なケース（支援困難、虐待、権利擁護）や各職員で担当している介護予防・日常生活支援総合事業を利用しているケースの進捗について情報共有、支援方針について意見交換し相談援助技術の向上を図る。★[重-4] ②区サービスの申請業務について、適時区マニュアルに相談事例の追記等を行い職員間で情報共有し適	実施報告 ※※	①個別ケース検討部会は2か月に1回、全体ミーティングを1か月に1回開催、共有ファイルを活用し各職員で担当しているケースの進捗状況について確認、支援内容等の意見交換を行った。自立支援・支援困難ケースについては個別レベル地域ケア会議（計8回）、複合化する課題については重層的支援体制会議（計4回）を活用、関係機関等と連携して課題の情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。 定期的に個別ケース検討部会、全体ミーティングを行うことで継続した支援が必要なケース（支援困難、虐待、権利擁護）について、各職員が情報共有し支援方針について意見交換。個別レベル地域ケア会議、重層化支援会議等に繋げる等を行い各職員の相談援助技術の向上を図れた。介護予防・日常生活支援総合事業の利用者について終了が難しい利用者について自立支援計画の見直し、社会資源の情報共有など行った。今後も継続開催していく。 急遽の訪問等が入り、会議日時の変更や一部の職員が参加できないことが多々あった。今後、全職員が効率的に参加できる会議体の仕組みを検討していく。 ②紙おむつ助成申請で各病院での領収書の取り扱いについて等、区マニュアルに追記し職員間で共有を行った。

	切に手続きが行えるようにする。		
--	-----------------	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域のケアマネージャーが気軽に相談でき協働できる体制を作っていく。		
実施計画 ※	①地域のケアマネージャーから実行委員として参画を募り、矢口地区の地域課題や事例検討（自立支援、支援困難）をテーマにした定例会を定期的に行いケアマネジメント力の向上を図る。（年 2～3 回）★ [重-2] ②医療機関、介護サービス事業者等から実行委員として参画を募り、医療・介護知識の習得、事例検討を行う多職種連携懇談会を開催し、ケアマネージャーも含め医療・介護の連携が円滑に図れるようにする。（年 1～2 回）	実施報告 ※※	①10/17 「介護保険制度・介護報酬改正について」をテーマに情報共有や意見交換を行った。 2/13 地域のケアマネージャーから担当しているケースでの支援の困りごと等の事例（テーマ：家族介護力の乏しい 1 人暮らし男性への通院支援について）を提供してもらい、事例を通じてのグループワークを行った。（計 2 回） グループワーク等を通じて介護保険制度・区福祉サービスへの理解、関係機関と連携した支援等について情報共有や意見交換ができた。事例については参加者が共感し学べるテーマの選考が難しく、実行委員からの意見や参加者からのアンケート、日々の個別ケースの対応から選出した。 今後も定例会を継続できるよう実行委員、参加者の意見を反映し内容をブラッシュアップしながら包括職員と地域のケアマネージャー双方のケアマネジメント力の向上を行っていく。 ②2/27 地域の医療機関（クリニック、薬局、訪問看護等）、介護サービス事業者（居宅介護、通所サービス、福祉用具貸与業者等）を対象にテーマ「多職種を巻き込む～医療・介護連携～」とした多職種連携懇談会を開催した。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域の様々な関係団体や関係機関と連携し、地域住民がフレイル予防に取り組める機会を増やしていく。		
実施計画 ※	①自治会町会、シニアクラブ、地域の自主グループ等に訪問し活動状	実施報告 ※※	①自治会町会で行っている集いの場に訪問し活動状況の確認と要望を受け自治会

	況の把握と変更等あれば独自の集いの場マップに反映とフレイル予防について啓発、既存の活動に取り入れるよう提案を継続していく。 ②新たな集い場の立上げを考えている自治会町会、自主グループ等があれば参画し伴走支援を行っていく。 ③介護予防・日常生活支援総合事業の修了者が地域の社会資源に繋がるよう中間・判定評価時に独自の集いの場マップ・お役立ちマップやミルモネット等を活用しマッチングを図る。 ④ボランティア、医療機関、介護サービス事業者、隣接する地域包括支援センター等と連携して地域でフレイル予防ができる集いの場を定期的で開催、参加者の中から担い手の発掘・育成を行い段階的に自主グループ化を図っていく。★[重-1]	町会主催のイベントに体操講師、薬剤師、管理栄養士、区歯科衛生士等の派遣を行いフレイル予防の啓発と既存の活動に付け足しの提案を行った。 シニアクラブの会長会に適時参加し、活動状況の確認、フレイル予防の啓発を行った。一部の自主グループから体操講師の紹介依頼あり派遣を行った。 ②下丸子都営自治会から集い場作りの相談を受け、ポール・ウォークつるかめ学校の講師と連携し、ポール・ウォーク体験会を行った。東京サーハウス自治会から集い場作りの依頼を受け、体操講師を探し繋げた。 ③サービス担当者会議（初回、中間、判定評価）や個別レベル地域ケア会議（自立支援）で集いの場マップ・お役立ちマップ等を活用し地域の集い場、絆サービス等の社会資源に繋がるよう努めた。 （絆サービスへの移行：4件） ④地域の医療機関・介護サービス事業者・隣接する地域包括支援センターと連携、地域のボランティアの協力を得ながら定期的に地域でフレイル・介護予防教室を開催した。（計42回） 自治会町会主催のイベントや既存の活動に参加し、要望を受けて体操講師、薬剤師、管理栄養士、区歯科衛生士等の派遣を行いフレイル予防の啓発と既存の活動に付け足しを行った。 地域に向けてフレイル予防の啓発は定期的に発信できているが、既存の活動に継続的かつ具体的なフレイル予防の要素を付加するまでは至らなかった。参加者の中から担い手の候補者を探せなかったこと等が課題である。今後も定期的に自治会町会、シニアクラブに訪問等を行い既存の活動について後方支援と継続的なフレイル予防に繋がるようイベントの共催
--	---	--

			等を提案していく。包括主催の集い場の参加者から担い手になる候補者の発掘・育成を継続していく。
--	--	--	--

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

個別目標	一人暮らし高齢者や高齢者世帯が住み慣れた地域で安心・安全に過ごせるよう地域の様々な団体や関係機関と連携し緩やかな見守りと専門的な見守りが相互に持続できる体制を作っていく。		
実施計画 ※	①民生委員児童委員、矢口地区を中心とした高齢者見守り推進事業者（金融機関は継続、今年度は配食業者）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し地域での連携した見守りができるようにする。★[重-3] ②男性の居場所作りとして料理教	実施報告 ※※	①10/24 民生委員児童委員と避難所HUGの体験会を開催し、普段からの見守り活動の課題、災害時における包括や関係機関等との連携について意見交換を行った。 2/14 矢口地区にある金融機関と大田区・矢口地区の現状と課題、連携した事例報告、CSR活動、地域包括支援センターとの連携等をテーマに懇談会を行った。（5社参加） 3/26 配食業者と大田区・矢口地区の現状と課題、認知症や急変時の高齢者への対応、配食時における見守りの課題、地域包括支援センターとの連携等をテーマに懇談会を行った。（5社参加） お互いの見守り活動での課題、連携した事例の共有、矢口地区の現状と課題について話し合いを行い支援が必要な高齢者を早期に見出し、それぞれの立場を活かすよう連携した見守り活動ができるか等の意見交換ができた。 個人情報の漏洩に注意しながら、双方の立場でできる範囲での情報共有の方法、円滑に連携できる関係性の構築が課題と考える。 今後も地域包括支援センターがハブとしての役割を持って見守りをテーマに地域の様々な関係団体と懇談会を継続し、地域における見守りのネットワークを作っていく。 ②6/24、2/26 管轄内にある矢口中学

	室「男のアテ」、「レコードカフェ」を継続開催し地域に根付けるようにする。 ③男性を中心とした新たな居場所作りとして医療機関と連携した健康教室や趣味を楽しむ会等を企画し立上げを目指す。★[特力] ④自治会町会、シニアクラブ等と連携し出張での見守りキーホルダー斉登録会を開催していく。 ⑤ひとり暮らし高齢者対象者一覧表を活用しエアコン無しや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生活状況の把握と見守りキーホルダーの登録推奨を継続していく。 ⑥未把握高齢者名簿を活用し戸別訪問を行い包括の周知・区サービスの案内、アンケート調査による実態把握を継続して行う。 ⑦池上警察や矢口消防署と連携し地域住民向けに防犯・防災啓発セミナーの開催、窓口や訪問時に防災診断や詐欺被害防止のチラシ等を案内し注意喚起や事業の活用を促していく。	校調理実習室で料理教室「男のアテ」を開催した。(計2回) 7/19、10/11 矢口南町会会長宅の離れでレコードカフェを開催した。(計2回) ③10/29 矢口地区にある泌尿器科クリニックの医師や訪問看護ステーションの理学療法士と連携して男性限定の健康教室を開催した。参加した男性メンバーを中心として同理学療法士と連携し11/19、3/11に男性限定健康教室を開催した。(計3回) ④自治会町会等のイベントと合わせて見守りキーホルダー登録会を開催した。(計9回) 集いの場などでプチ見守りキーホルダー登録会を開催した。(計3回) ⑤・⑥ひとり暮らし高齢者対象者一覧表や未把握高齢者名簿を活用し電話連絡や訪問を実施した。(計481件) ⑦9/11 管轄内にある薬局の薬剤師と池上警察署生活安全課と連携して「健康食品との付き合い方と自宅でできる元気食」「高齢者の安全・安心について」をテーマに地域住民向けセミナーを開催した。毎月、池上警察署生活安全課と連携し詐欺被害防止等のチラシの配布依頼を受け、窓口や訪問時に高齢者やその家族等に案内を行った。 12/5 東京ヤクルト販売会社と矢口消防署と連携して「おなか元気教室」「高齢者の防火・防災について」をテーマに地域住民向けセミナーを開催した。 矢口消防署と連携し窓口や訪問時に防災
--	---	--

			診断のチラシの案内、一人暮らし高齢者や高齢者世帯宅に訪問し個別の防火防災診断を行った。(計 2 回)
--	--	--	--

(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	矢口地区の地域力を生かしながら多世代の住民が住み慣れた地域で安心して暮らせる体制を作っていく。		
実施計画 ※	①地域ケア会議（個別・圏域）を定期的に開催し個別課題・共通した地域課題について地域住民をはじめ様々な関係団体や関係機関と情報共有、役割分担して解決を図っていく。 ②障がい、児童等を絡めて複合化する課題については重層的支援体制会議を活用、他分野の関係機関と連携して情報共有、役割分担して解決を図っていく。	実施報告 ※※	①本人やその家族、地域住民をはじめ様々な関係団体や関係機関と連携し個別レベル地域ケア会議を開催した。 (計 8 回) 8/29 矢口・下丸子都営住宅自治会、民生委員児童委員、大田区社会福祉協議会、レガート大田と連携しテーマ：「外国籍住民といかに共生していくかについて」圏域レベル地域ケア会議を開催した。 9/12 下丸子三丁目・四丁目町会、シニアクラブ、矢口特別出張所、民生委員児童委員、社会福祉協議会等と連携しテーマ：「下丸子三丁目・四丁目での高齢者の課題と具体的な見守り活動について」圏域レベル地域ケア会議を開催した。 (計 2 回) ②高齢者のみの課題ではなくその家族等で生活困窮、精神疾患の課題があるケースは複合的な課題については蒲田地域福祉課 多機関連携調整や関係機関等と連携し重層的支援体制会議を開催した。 (計 4 回)

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症当事者やその家族が多世代の地域住民と交流ができ、気軽に相談できる居場所を地域に多く作っていく。		
実施計画 ※	①認知症カフェ（ふらっと、ぴあっと、くすっとの会・ハタチの会）を継続開催、認知症当事者やその家族の参加が増えることを目指し地域の様々な関係団体、医療機関、ケア	実施報告 ※※	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。

	マネージャーに定期的に訪問等を行い周知、認知度を上げていく。 ②認知症地域支援推進員を中心に他地区で行われている認知症カフェを可能な限り見学を行い、既存の認知症カフェでのプログラムに反映や新たなカフェの立上げを検討していく。 ③認知症サポーター養成講座受講者や認知症カフェの参加者を対象に関係機関や認知症当事者等と連携してステップアップ講座（年 1～2 回）を開催、地域で出来る活動と一緒に考えチームオレンジでの活動に繋げていく。★[特力] ④相談時や認知症検診事業名簿を活用し認知症の疑いや心配な高齢者を対象に認知症サポートガイド、認知症初期集中支援チーム事業の周知を行い認知症予防の啓発や症状に合った適切な支援に繋げていく。		（計 23 回） ②蒲田地区認知症地域支援推進員連絡会に参画し各包括で開催している認知症カフェの開催内容について情報共有を図った。 ③11/28「認知症の基礎知識を振り返り（座学）と感情に残る関わりを学ぶ（グループワーク）」、3/19「認知症の基礎知識を振り返り（座学）と認知症になっても安心して暮らせる地域作りを考える（グループワーク）」を開催した。（計 2 回） ハタチの会、ふらっと・びあっと・くすっとの会が大田区チームオレンジに登録となった。 ④認知症検診事業名簿を活用し電話や郵送等で心身状況の確認、包括事業の案内を行った。（計 53 件） 認知症初期集中支援チーム事業はサポーター医に相談、同行訪問を行い医療機関への受診と介護サービスの利用に繋がった（計 1 件）
--	--	--	--

（7）その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域の会議やイベントに参加し様々な活動している地域の団体や多世代の住民との交流を図り、地域包括支援センターの認知度を上げていく。		
実施計画 ※	①矢口地区自治会連合会や各自治会町会主催のイベントに参加し、高齢者も含め多世代の地域住民と交流を図り地域包括支援センターの周知を行っていく。 ②「やぐちたすけあいプラットホーム」会議に参画し、児童と保護者が多世代の地域住民と交流でき、関係機関や地域の団体とも繋がり気軽に相談できる居場所を地域に作っ	実施報告 ※※	①矢口地区自治会連合会主催のイベント（シニアいきいきサロン、歴史講座、ポールウォーキング体験会）や各自治会町会の納涼祭等に可能な限り参加し多世代の地域住民との交流を図った。 ②「やぐちたすけあいプラットホーム」に参加し、児童・青少年・障害等の地域団体の活動について情報共有、地域の児童とその保護者の課題、高齢者も含めた地域での見守りについて意見交換を

	ていく。		行った。多摩川小学校のイベントにも可能な限り参加し教員、小学生とその保護者等との交流を深めた。
--	------	--	---

大田区福祉部長 宛

令和 6 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3か年計画《令和6年度～令和8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6年度 達成度評価
重点項目	1. 男性向け企画の開催や地域団体の協力を得ながら地域のフレイル予防活動を推進します 2. 地域の医療機関や介護事業所と元気なうちから関わることのできるよう協働して地域活動に向けた取り組みを行います 3. 町会・自治会、民生委員のみならず、地域の事業者の見守りの声を積極的に聞くことにより地域の見守りネットワークを確立します 4. 声掛け訓練や認知症ステップアップ研修などにより認知症の方を地域住民が支えることのできるようチームオレンジ形成を支援します	A
		S
		A
		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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ②男性に向けた体操教室を特別出張所において開催する	(3) ②男性限定教室を開催。うち年3回は地域の医療機関の医師を講師として健康教室を実施(全11回 延べ159名参加)。参加者へは毎回包括が電話連絡し勧誘をしている。都度の勧誘がないと参加者確保は難しいと感じている。参加者はだんだんと習慣化しており、むしろ包括からの誘いを待っている方もいる。今後も同様な勧誘を続けていく
★[重-2] (2) ④地域の医療機関・介護事業所と協働して男性に向けた健康講座を開催する	(2) ④男性限定教室を毎月開催(全11回 延べ159名参加)。今年度は3回近隣の医療機関の医師(秋田医院、東京蒲田病院、しんクリニック)に講師として協力していただいた。また体操教室におい

	ては地域の訪問看護ステーションの看護師・理学療法士に協力をいただき、体操の講師を担っていた。次年度に向けては本多病院の先生の講師をお願いできている。課題としては整形外科医の講師を依頼したが忙しく断られてしまっている
★[重-3] (2) ⑤見守り事業者等の協力をくださった機関と積極的情報交換をする	(2) ⑤見守り事業推進連絡会において銀行・郵便局などと意見交換を行った。特に見守り事業者である管内の金融機関は利用者のキャッシュカード再発行、改印手続きの相談など連携をしていただいた。一方、新聞販売会社などから安否確認のお知らせをいただくが、個人情報の問題もあり状況（入院している、死亡している等）を伝えられずに苦慮する場面がある
★[重-4] (6) ③地域の民生委員に向けてステップアップ研修を開催し、チームオレンジの形成を支援する (6) ④包括新蒲田と合同で未帰宅者搜索模擬訓練を実施する。認知症の行動心理症状への不安や偏見を払拭し地域の住民同士で声を掛け合えるように支援する	(6) ③民生児童委員に向けたステップアップ研修を開催し、高齢福祉部門の民生児童委員のメンバーでチームオレンジを形成することができた。 (6) ④日常生活圏域にて「未帰宅者搜索模擬訓練」を地域の安方商店会の協力を得て実施できた。地域の介護サービス事業所の協力も得られ、彼らの専門知識や技術を地域に還元できた。また池上警察署の参加により認知症の未帰宅者のリアルな地域の現状を共有できたことがよかった。今後も蒲田西地区として包括新蒲田と共に場所を変えて取り組んでいきたい

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
（達成度評価の理由は省略）

(1) 総合相談支援業務（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	チームケアにより総合相談の質を高める		
実施計画 ※	① 毎夕のミーティングにより支援状況の共有を図り、チームで検討し課題解決に取り組むことができる	実施報告 ※※	① 毎夕のミーティングは必ず開催しており、支援中のケースの状況を共有する他、支援方針もチームとして決定している

	② 重層的支援体制整備に向けた研修を受講する ③ 専門資格に応じた研修を受講することにより、スキルアップを図る		② 多問題家族に対する支援などといった研修を受講している ③ 主任介護支援専門員、介護支援専門員更新に必要な研修を受講している他、法人で実施した職層別の研修として予防プラン担当、社会福祉士、看護師、主任介護支援専門員それぞれの研修を受講することでスキルアップを図っている
--	---	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	多職種連携の要となるよう働きかける		
実施計画 ※	① 管轄地域のケアマネジャーとの懇親会を開催し連携を深めていく ② 法テラス、区の弁護士相談、社協の弁護士相談を積極的に活用することで法律家とのつながりを強化して、介護支援専門員のサポートを行う ③ 管轄地域の医療機関の把握、連携・協働することで医療への繋ぎを強化する	実施報告 ※※	① 実際に包括が対処した事例をもとに消費者生活センター職員を迎えて被害防止を目的としたケアマネジャーとの懇親会を開催した（管内7名のケアマネジャーが参加） ② 管内には身寄りのない人、債務を抱えている人が多く、法律家へのアクセスのニーズが高い。またそのような事例を抱えるケアマネジャーに対して包括が介入し、法律家へのアクセスを支援した。東京第二弁護士会のホームロイヤー制度、法テラスの特定援助者事業、区の法務支援、社協の福祉従事者のための法律相談のいずれの事業も利用しているが、どれを選択するかはミーティングで検討し、事例に合わせて選択している ③ 秋田医院、しんクリニックの先生は認知症サポート医であり、男性限定教室で講師を務めていただいた。東京蒲田病院は蒲田医師会を通じてアプローチし、院長による男性限定教室での講師を務めていただいた。牧田総合病院はリハビリ職有志による認知症予防体操を実施しているが、

	④ 地域の医療機関・介護事業所と協働して男性に向けた健康講座を開催する★〔重-2〕 ⑤ 見守り事業者等の協力をくださった機関と積極的情報交換をする★〔重-3〕		包括は参加者募集の広報、会の参加などの支援をしている。管内のかわいクリニックが主催する研修会には積極的に参加している ④ 男性限定教室を毎月開催（全 11 回 延べ 159 名参加）。今年度は 3 回 近隣の医療機関の医師（秋田医院、東京蒲田病院、しんクリニック）に講師として協力していただいた。また体操教室においては地域の訪問看護ステーションの看護師・理学療法士に協力をいただき、体操の講師を担っていただいた。次年度に向けては本多病院の先生の講師をお願いできている。課題としては整形外科医の講師を依頼したが忙しく断られてしまっている ⑤ 見守り事業推進連絡会において銀行・郵便局などと意見交換を行った。特に見守り事業者である管内の金融機関は利用者のキャッシュカード再発行、改印手続きの相談など連携をしていただいた。一方、新聞販売会社などから安否確認のお知らせをいただくが、個人情報の問題もあり状況（入院している、死亡している等）を伝えられずに苦慮する場面がある
--	---	--	--

（３）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	できる限り自立した生活を送ることのできるよう多職種で働きかける		
実施計画 ※	① オンラインによる介護予防・フレイル予防を実施	実施報告 ※※	① シニアステーション新蒲田よりオンラインにて体操の映像を配信した「カムカム体操」を蒲田西特別出張所やシニアクラブの蓮沼福寿会で実施した（蒲田西特別出張所 全 11 回 延べ 149 名参加、蓮沼福寿会 全 10 回 延べ 94 名参加）

	② 男性に向けた体操教室を特別出張所において開催する★ 〔重-1〕 ③ 栄養に関する講座を行う ④ 口腔に関する講座を行う ⑤ 尿もれ体操も普及啓発 ⑥ 自立支援地域ケア会議を包括新蒲田と協働して開催する		② 男性限定教室を開催。うち年3回は地域の医療機関の医師を講師として健康教室を実施（全11回 延べ159名参加）。 参加者へは毎回包括が電話連絡し勧誘をしている。都度の勧誘がないと参加者確保は難しいと感じている。参加者はだんだんと習慣化しており、むしろ包括からの誘いを待っている方もいる。今後も同様な勧誘を続けていく ③ 男性限定教室において訪問看護ステーションの看護師からフレイル予防講座の一環として栄養に関してもお話していただいた ④ 蒲田地域健康課の歯科衛生士に協力していただき、お口の健康をテーマとした出張講座を自主事業や地域の活動団体を対象に3回45名の方に参加していただいた ⑤ 包括看護師による尿もれ体操を地域の活動団体に向けて実施（全2回 延べ29名参加） ⑥ 自立支援地域ケア会議を包括新蒲田とともにカムカム新蒲田で合同開催した
--	---	--	--

（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	通いの場の確保や地域で活動している団体の活動継続の支援を行う		
実施計画 ※	① 西蒲田・東矢口の各エリアに通いの場を確保しフレイル予防の取り組みを推進する	実施報告 ※※	① 西蒲田エリアではサンライズ商店街内のくらしの友が所有する店舗を会場に「いこいの泉」（全10回 延べ122名参加）東矢口エリアには有料老人ホームの食堂スペースをお借りして「グランダ池上南健康教室」（全10回 延べ167名参加）を展開した

	② 地域活動団体の運営支援を行い、運営の継続ができるよう支援する ③ シニア男性のフレイル予防の一環として男性限定の通いの場を立ち上げる ④ 地域福祉コーディネーターと連携し、経済困窮の方の相談支援を行う		自主事業や地域の活動団体の通いの場の支援を含めた総数として今年度は全 77 回 延べ 984 名が参加した ② 地域の活動団体で民生児童委員が毎月開催している「はすぬま茶話会」にてレクリエーションや体操プログラムの提供。東京工科大学の学生派遣をコーディネートし、茶話会のプログラムなど作成。「蓮沼福寿会」においては、オンライン体操の実施のため、プロジェクターやタブレットなどの運営機材などの用意。ZOOM による映像配信の支援を行った ③ 包括主催で蒲田西特別出張所の 7 階スペースを会場に男性限定健康教室を開催（全 11 回 延べ 159 名参加） ④ 管轄地域にある教会の「ボランティアグループしおん」の主催するフードパントリーの運営支援に地域福祉コーディネーターとともに携わる（年間 5 回 延べ 441 組参加）。参加者の中から高齢の生活困窮者や生活保護に繋げる、具体的には生活福祉課への同行支援などの相談対応も行っている
--	---	--	--

（５）地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域の通いの場などにおいて多世代での交流の機会を作る		
実施計画 ※	① こども食堂のイベントなどに高齢者の参加をコーディネートする	実施報告 ※※	① 地域でこども食堂を運営している「だんだんこども食堂」が主催するイベント「こども天国」事業において実行委員の一員として参加し、高齢者から子ども達への応援メッセージカードの協力や、近隣の高齢者施設の入居者を招いて多世代交流を行っている

	② 東京工科大学と連携し、地域活動団体に生徒の派遣を行い交流の場を作る		② 民生児童委員が主催する「はすぬま茶話会」に東京工科大学作業療法学科の学生の参加をコーディネートし、介護予防のプログラムを作成して一緒に参加の機会を作った（全2回 延べ12名参加）
--	-------------------------------------	--	---

（６）認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症についての理解の深化を図るべく、啓発活動を行う 認知症の人とその家族が地域で孤立しないような地域づくりを推進する		
実施計画 ※	① 認知症サポーター養成講座については積極的に開催を呼び掛けていく。また過去に受講した団体にはステップアップ研修の開催を呼び掛けていく ② 認知症サポート医と協働し、地域住民に向けた認知症講座を開催する ③ 地域の民生委員に向けてステップアップ研修を開催し、チームオレンジの形成を支援する★〔重-4〕 ④ 包括新蒲田と合同で未帰宅者搜索模擬訓練を実施する。認知症の行動心理症状への不安や偏見を払拭し地域の住民同士で声を掛け合えるように支援する★〔重-4〕 ⑤ 独自作成の広報誌「かわらばん」においても認知症についてのコラムを掲載して、各種認知症の様態や行動・心理症	実施報告 ※※	① 蒲田地域（基本圏域）において認知症サポーターステップアップ研修を開催できた。チームオレンジ形成の足掛かりとなった ② 男性限定教室にて認知症サポート医による認知症講座を開催できた。また新しいサポート医とも講座開催の連携ができた ③ 民生児童委員に向けたステップアップ研修を開催し、高齢福祉部門の民生児童委員のメンバーでチームオレンジを形成することができた。 ④ 日常生活圏域にて「未帰宅者搜索模擬訓練」を地域の安方商店会の協力を得て実施できた。地域の介護サービス事業所の協力も得られ、彼らの専門知識や技術を地域に還元できた。また池上警察署の参加により認知症の未帰宅者のリアルな地域の現状を共有できたことがよかった。今後も蒲田西地区として包括新蒲田と共に場所を変えて取り組んでいきたい ⑤ 広報誌においても認知症についての情報発信を行うとともに上記④についての実施報告も行った

	状への対応の仕方などを情報発信していく		
--	----------------------------	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	災害に備えた準備を整える		
実施計画 ※	① 防災拠点化訓練に参加することで地域の機関として避難所運営の把握に努める ② 地区民生委員協議会に参加することで日頃より連携を深める	実施報告 ※※	① 地域の災害時防災拠点化訓練はほぼ全てに参加。開催日時などは蒲田西特別出張所から情報提供を受けている。場所によっては包括新蒲田と一緒に参加している。 ② 蒲田西地区民生委員協議会の定例会へ参加し、地域包括支援センターからの事例報告をはじめとした情報発信や民生児童委員からの相談対応、報告を密に行なった

大田区福祉部長 宛

令和6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3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	複雑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6年度 達成度評価
重点項目	1. シニアステーションと協働しフレイル予防を推進します。★[重-1]	A
	2. 自立支援・重度化防止を目指し、地域ケア会議や勉強会を通じてケースワークの強化を図ります。★[重-2]	A
	3. 高齢のみならず多世代の団体とつながりを持ち幅広い視点で見守り活動を推進します。★[重-3]	A
	4. 認知症を幅広い世代に啓発し、理解を深める地域づくりを進めます。★[重-4]	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] ★[重-4]毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3) ①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。★【重-1】	(3) ①シニアステーションのPRは近隣包括の協力もお願いし、管轄地域を超えて行うことができた。シニアステーションの参加者は月に2000名を超えるようになった。
★[重-2] (2) ②管内の居宅介護支援事業所と共に事例検討会や勉強会を定期的開催する。★【重-2】	(2) ②包括主催の事例検討会では障がいサービスと介護サービスを併用している2号被保険者のケースを検討した。
★[重-3] (4) ②地域の方と近隣の福祉事業所がつながりを持てるような取り組みを行う。【重-3】	(4) ②地域の方と近隣の福祉事業所がつながりを持てるよう行事参加をコーディネートすることができた。町会の夏祭りや防災訓練に参加。交流を図る機会となった。

★[重-4] (6) ②地域の民生委員に向けてステップアップ研修を開催し、チームオレンジの形成を支援する。★【重-4】 (6) ③包括西蒲田と合同で未帰宅者捜索模擬訓練を実施する。認知症の行動心理症状への不安や偏見を払拭し地域の住民同士で声を掛け合えるように支援する。★【重-4】	(6) ②民生児童委員の高齢支援部会12名でチームオレンジ結成。蒲田地区では唯一の結成となった。2年間かけ認サポ、ステップアップ講座を開催した。包括と連携し見守り活動を行う。 (6) ③未帰宅者捜索模擬訓練実施。商店会に協力してもらいチームオレンジの民生児童委員や町会役員が参加し実施した。近隣の介護施設の協力、グループホーム職員やケアマネージャーが認知症の本人役となり対応方法など学ぶことができた。
---	--

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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 ※	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。 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。 ③ 終活講座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。 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。	実施報告 ※※	① 複合的な支援が必要なケースに関しては必要な機関と協働し支援することができた。社会福祉協議会やJOBOTA、こころの健康相談、地域福祉課など様々な機関と同行訪問しつなぎ支援を行った。 ② 虐待研修に参加後伝達訓練を行っている。コア会議は5件開催。虐待ケースに関しては地域福祉課と連携しながら迅速に対応ができていく。 ③ シニアステーションにて民間事業所に依頼し終活講座を開催できている。 ④ 日々のミーティングだけでなく重層システムを活用し情報伝達の強化が図れている。

(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。		
実施計画 ※	① 困難ケースに於いては地域ケア会議を開催。毎月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。 ② 管内の居宅介護支援事業所と共に事例検討会や勉強会を定期的で開催する。★【重-2】 ③ ケアマネージャーが相談しやすい雰囲気を作る。共に考え、困難ケースは伴走支援を行う。	実施報告 ※※	① 自立支援の地域ケア会議で対象者に社会資源としてシニアステーションを案内。継続して参加ができている。シニアクラブの方が活動内容を分かりやすく説明。参加につながっている。 ② 包括主催の事例検討会では障がいサービスと介護サービスを併用している2号被保険者のケースを検討した。 ③ ケアマネージャーからの相談は迅速に対応し伴走支援ができている。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防の意識向上に努める		
実施計画 ※	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。★【重-1】 ② 見守りささえあいコーディネ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。 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	実施報告 ※※	① シニアステーションのPRは近隣包括の協力もお願いし、管轄地域を超えて行うことができた。シニアステーションの参加者は月に2000名を超えるようになった。 ② 見守りささえあいコーディネーターが中心となり、継続的な活動には担当を決め全職員で積極的に地域に向くことができた。社会資源の創出や既存の活動団体へ参加したい方をつなぐ取り組みができた。 ③ 自立支援の考え方を再確認できるよう研修会に参加。伝達研修を行った。実際に総合事業サービスから地域活動に移行できたケースあり。

	共有。自立を目指し、取り組んでいく。		
--	--------------------	--	--

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

個別目標	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 ※	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、広げていく。★〔特力〕 ② 地域の方と近隣の福祉事業所がつながりを持てるような取り組みを行う。【重-3】 ③ 見守りKHの登録更新会を各町会自治会で行う。	実施報告 ※※	① カムカム体操（オンライン配信）では毎週月曜日に開催し、年間6700名が参加した。配信を活用し自主グループの立ち上げに関わることができた。配信先は16か所。毎回8～12か所に配信。大田区のシニアステーション10か所の中9か所に配信している。 ② 地域の方と近隣の福祉事業所がつながりを持てるよう行事参加をコーディネートすることができた。町会の夏祭りや防災訓練に参加。交流を図る機会となった。 ③ 見守りKH登録更新会各町会自治会で開催できた。町会ごとに開催方法を工夫し、人が集まるイベントなどで開催することができた。

(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	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 ※	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。 ② 近隣の大学と地域の自主グループの活動の参加のつながりを行うことで学生の地域活動を支援する。 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、地域の方と共有する機会を作る。	実施報告 ※※	① 日常生活圏域地域ケア会議では西蒲田地域で多いケースである「高齢者の貧困」をテーマに開催。自分たちが出来ることなど確認できた。 ② 学生の地域活動参加に協力することができている。シニアステーションも活用した。 ③ 区の取り組み事例発表会ではシニアステーション併設の包括支援センターの強みを発表。多くの方に発信することができた。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で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 ※	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。 ② 地域の民生委員に向けてステップアップ研修を開催し、チームオレンジの形成を支援する。 ★【重-4】 ③ 包括西蒲田と合同で未帰宅者検索模擬訓練を実施する。認知症の行動心理症状への不安や偏見を払拭し地域の住民同士で声を掛け合えるように支援する。★【重-4】 ④ 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。	実施報告 ※※	① 地域のキャラバンメイトに声かけしたが日程が合わず実現できなかった。次年度も声かけする予定。 ② 民生児童委員の高齢支援部会12名でチームオレンジ結成。蒲田地区では唯一の結成となった。2年間かけ認サポ、ステップアップ講座を開催した。包括と連携し見守り活動を行う。 ③ 未帰宅者検索模擬訓練実施。商店会に協力してもらいチームオレンジの民生児童委員や町会役員が参加し実施した。近隣の介護施設の協力、グループホーム職員やケアマネージャーが認知症の本人役となり対応方法など学ぶことができた。 ④ 今年度初めて御園中学で福祉体験授業を実施することができた。高齢者疑似体験、認知症講座、知的障がいについての講座を2日間に分け実施した。近隣小学校では認サポや車いす体験、高齢者疑似体験など開催できている。

(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 ※	① 区の事業である見守りメールの周知、普及活動を行う。 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。	実施報告 ※※	① 認サポや講座の前に見守りメールの周知、案内実施している。 ② 積極的に自動通話録音機貸与を進めることができている。希望があれば自宅まで訪問し取り付けしている。

大田区福祉部長 宛

令和6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3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域のニーズを把握して、地域課題を地域とともに解決できるセンター	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 自分らしく暮らし、互いに支えあい、地域の中で主体性を持って活動できる★[重-1]	A
	2. 課題に応じて関係機関と連携し世帯をチームで支援する ★[重-2]	A
	3. 幅広い世代が暮らし、グローバルな地域である蒲田で自分を受け入れてくれる安心できる居場所作りを行う★[重-3]	A
	4. 支援を必要とする人や世帯の課題を的確に把握し当事者や家族の立場に立った支援を行う★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)① 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] (4)⑥ 見守りキーホルダー登録更新会や出張相談会を自治町会やいこいの家で開催する。	(実績) (3)①自主グループの体操教室には見守り支えあいコーディネーターが定期的に参加し、グループ内の調整・講師依頼、企画の相談など継続的な支援を行うことが出来た。 (4)⑥体操の自主グループ、蒲田一丁目自治会、北蒲広場グランドゴルフ、大森西鶴渡町会、プラモール商店街など多方面で見守りキーホルダー登録更新会を開催した。 (今後の展望・課題) 自主グループ支援をすることで健康寿命の延伸を行うことが出来たので、今後も見守りささえあいコーディネーター中心に地域活動を支援していく。見守りキーホルダーは元気なうちから包括とかかわりが持てる機会なので、多方面で登録更

	新会を開催する。
★[重-2] (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。 (1) ④権利擁護支援では本人の意思や意向をきちんと把握し、必要に応じた支援を適切に行う。 (2) 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 (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。 (7) ①一つの相談を世帯で支援する。★[重-2] ★特力	(実績) (1) ①所内検討・関係者会議、個別レベル地域ケア会議7件開催。チーム支援を念頭に進捗管理し、着実に進める支援を行うことが出来た。 (1) ④令和6年度は権利擁護支援を積極的に進めることが出来た。本人・家族・近隣・介護・医療と連携し、本人との信頼関係を大切に、その方それぞれに合った支援方針で進めることが出来た。 (2) ③ゴミ屋敷化している高齢者への支援で他機関と連携し重層支援会議に参加した。 (5) ① 個別レベル会議7回開催。民生委員、医療機関、自治町会、消費生活センターへ参加してもらうことが出来た。 (7) ①常にチーム支援を行えるように申し送り、所内検討を積極的に行い、各職員がケースを抱え込まずに対応できる形を継続して行っている。 (今後の展望・課題) 今後もケースに向きあう力を培っていくため所内検討を積極的に行い、チーム支援を継続する。
★[重-3] (4) ②男性の居場所や集いの場を継続的に支援する。★[重-3] (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。★[重-3] (4) ⑤まもりんびっくや稗田神社大例祭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	(実績) (4) ②男性の居場所として月1回「北蒲若者の会」を開催。スマイル蒲田からポッチャ・モルックを教えてもらう、くすのき園や明治安田生命と連携、特養蒲田の利用者が参加など多方面と関わることが出来た。男性の居場所だが最近では女性も参加され、地域の集いの場になった。 (4) ③チームオレンジ活動として行っている「水やりボランティア」に蒲田児童館の子供たち、東京工科大学の学生に参加してもらうことが出来た。蒲田小学校・東浦小学校での認知症セミナーや認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解をひろげることで、道に迷った高齢者を包括まで送り届けてくれた小学生もいた。放課後デイや子ども食堂とも関係性を作りに務めた。 ⑤ まもりんびっくでは特養蒲田・福祉用具事業所を連携し「いざという時に備えよう福祉用具の使い方」と題してミニ講座を蒲田小学校の生徒に協力し

す。★[重-3] (7) ②幅広い世代と共に地域を作る★[重-3]★ 特力	てもらい行った。蒲田東包括と毎月ミーティングをして地域力推進会議や民生児童員協議会に参加するなど地域活動と一緒にすることが出来た。 (7) ②男性の集いの場や認知症の取り組みで多世代に向けたアプローチや交流を積極的に行うことが出来た。 (今後の展望・課題) 今年度は多世代と多機関をキーワードに様々な機関とかかわりを持つことが出来た。今後も同様に取り組んでいく。
★[重-4] (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。★[重-4] (6) ⑥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い、チームオレンジとなりえる活動を発掘・創生する。(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-4] (7) ③ 他機関連携への連携 ★[重-4]	(実績) (5) ②日常生活圏域レベル会議は包括蒲田東が中心に開催。来年度は今まで開催した結果を蒲田東連合町会と共有し、地域活動へつなげていく。 (6) ⑥蒲田地域福祉課管内の包括と連携し、夏休み小学生講座とステップアップ研修を開催。各包括がチームオレンジ活動を発掘・創生できるように意見交流を定期的に行った。 (7) ③障がい・児童分野の関係機関との連携、一般企業との連携など幅広く協力することができた。 (今後の展望・課題) 個別レベル会議を積極的に行うことが出来た。他機関、多世代に向けて来年度も積極的にアプローチして、連携を取っていく。

2 事業実施計画

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務(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	課題に応じて関係機関と連携し世帯をチームで支援する		
実施計画 ※	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	実施報告 ※※	① 個別レベル地域ケア会議7件開催。 チーム支援を念頭に進捗管理し、着実に進める支援を行うことが出来た。

	モニタリングを実施する。★[重-2] 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。 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。 ④権利擁護支援では本人の意思や意向をきちんと把握し、必要に応じた支援を適切に行う。★[重-2] 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。		② 個別レベル会議7件、困難ケース、消費者被害、認知症、自立支援会議を幅広く開催し、地域の方と地域課題を共有することが出来た。支援方針を決めたらその後の様子も関係者間で共有し、必要あれば関係者会議を行い、支援者間の意識の共有も行うことが出来た。 ③ 通年利用している管理表を更新し、職員間で進捗を共有した。 ④ 令和6年度は権利擁護支援を積極的に進めることが出来た。本人・家族・近隣・介護・医療と連携し、本人との信頼関係を大切に、その方それぞれに合った支援方針で進めることが出来た。 ⑤大田区主催、精神保健福祉研修、法人内研修、積極的に参加し所内で伝達研修をすることが出来た。
--	---	--	--

(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 ※	① 居宅介護支援事業所との連携強化のため、懇談会や勉強会を開催。包括蒲田東や近隣の包括と連携し、ケアマネジャーの質の向上を目指す 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。	実施報告 ※※	① 居宅介護支援事業所との懇談会を6月（制度改正）、11月（身寄りの無い高齢者への支援～お金編～）、3月（身寄りの無い高齢者への支援～救急対応編～）と三回開催した。「明日から役に立つ」を目的とし、近隣のサービス事業者へも声をかけ多職種連携を作る場にもなった。おおた成年後見センター、蒲田消防署、東京蒲田医療センターなどテーマごとに参加してもらい、顔の見える関係性を作ることが出来た。 ② 権利擁護支援・重層的支援をテーマに研修会を4回開催した。

	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] 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。		③ ゴミ屋敷化している高齢者への支援で他機関と連携し重層支援会議に参加した。 ④ 法務支援3ケースし支援方針の法的根拠や包括の役割を確認することが出来た。福祉従事者相談には相談者と同行し、専門的なアドバイスをもらい支援に生かした。
--	---	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	その人らしい暮らし方を支援する		
実施計画 ※	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] 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 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	実施報告 ※※	① 自主グループの体操教室には見守り支えあいコーディネーターが定期的に参加し、グループ内の調整・講師依頼、企画の相談など継続的な支援を行うことが出来た。 ② 自立支援検討会議を2回開催し、その方になりたい生活を関係機関と検討することが出来た。 ③ 太極拳をメインにした教室を包括が併設している特養蒲田を会場に提供し、運営協力をした。自主的に行いたくても場所が無い問題を一緒に考え行動することが出来た。

(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	幅広い世代に向けたアプローチを行う		
実施計画 ※	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 ② 男性の居場所や集いの場を継続的に支援する。★[重-3]	実施報告 ※※	①男性の集いを中心に蒲田地域福祉課管内の包括が行っている教室や自主グループなどを点在させてマップを作成し案内に活用した。 ②男性の居場所として月1回「北蒲若者の会」を開催。スマイル蒲田からポッチャ・モルックを教えてもらう、くすのき園や明治安田生命と連携、特養蒲田の利

	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-3] 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。 ⑤ まもりんぴくや稗田神社大例祭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-3] ⑥ 見守りキーホルダー登録更新会や出張相談会を自治町会やいこいの家で開催する。 ★[重-1]	用者が参加など多方面と関わることが出来た。男性の居場所だが最近は女性も参加され、地域の集いの場になった。 ③チームオレンジ活動として行っている「水やりボランティア」に蒲田児童館の子供たち、東京工科大学の学生に参加してもらうことが出来た。蒲田小学校・東甫小学校での認知症セミナーや認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解をひろげることで、道に迷った高齢者を包括まで送り届けてくれた小学生もいた。放課後デイや子ども食堂とも関係性を作りに務めた。 ④自主グループなどでスマホ教室を開催することが出来た。 ⑤まもりんぴくでは特養蒲田・福祉用具事業所を連携し「いざという時に備えよう福祉用具の使い方」と題してミニ講座を蒲田小学校の生徒に協力してもらい行った。蒲田東包括と毎月ミーティングをして地域力推進会議や民生児童員協議会に参加するなど地域活動を一緒に行うことが出来た。 ⑥体操の自主グループ、蒲田一丁目自治会、北蒲広場グランドゴルフ、大森西鶴渡町会、プラモール商店街など多方面で見守りキーホルダー登録更新会を開催した。
--	---	---

(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	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 ※	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。 ★[重-2] 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	実施報告 ※※	① 個別レベル会議 回開催。民生委員、医療機関、自治町会、消費生活センターへ参加してもらうことが出来た。 ② 日常生活圏域レベル会議は包括蒲田東が中心に開催。来年度は今まで開催し

	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-4]		た結果を蒲田東連合町会と共有し、地域活動へつなげていく。
--	--	--	------------------------------

(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		
実施計画 ※	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-4] 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 ③ オレンジカフェを定期的に関催し、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 ④ 多世代に向けて認知症の理解をひろげる取り組みを行う★[重-3] ⑤ 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たい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い、チームオレンジとなりえる活動を発掘・創生する。(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-4]	実施報告 ※※	① 初期集中支援チームを継続的に活動することが出来た。 ② 認知症により徘徊や消費者被害などの課題解決のために個別レベル会議や関係者会議を積極的に開催することで地域の見守りする力を作ることができた。 ③ オレンジカフェを毎月開催し、認知症への理解をひろげ、関係機関と連携することが出来た。 ④ 蒲田小学校・東蒲小学校と認知症セミナーや認知症サポーター養成講座を開催した。地域の介護事業所にも協力いただき、高齢者疑似体験を行った。それによって地域の迷い高齢者を包括まで送り届けてくれる小学生がおり、セミナーの成果を実感することができた。 ⑤ 蒲田地域福祉課管内の包括と連携し、夏休み小学生講座とステップアップ研修を開催。各包括がチームオレンジ活動を発掘・創生できるように意見交流を定期的に行った。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	重層的支援体制の強化		
実施計画 ※	① 一つの相談を世帯で支援する。 ★[重-2]★特力 ② 幅広い世代と共に地域を作る ★[重-3]★特力 ③ 他機関連携への連携 ★[重-4]	実施報告 ※※	① 常にチーム支援を行えるように申し送り、所内検討を積極的に行い、各職員がケースを抱え込まずに対応できる形を継続して行っている。 ② 男性の集いの場や認知症の取り組みで多世代に向けたアプローチや交流を積極的に行うことが出来た。 ③ 障がい・児童分野の関係機関との連携、一般企業との連携など幅広く協力することができた。

大田区福祉部長 宛

令和6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

高齢者総合相談窓口として専門性を活かし個別支援を行い、地域活動に対しても取り組みが、広く伝わり、頼れる地域包括支援センターをめざす。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	地域の一員として、関係機関と協力して課題に取り組み、地域から信頼されるセンターになる。	令和6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居場所を確保し、活動の場づくりを強化する ★[重-1]	A
	2. 自立支援を意識して、公的サービスと本人にあった社会資源とを結びつけ課題解決を図っていく。 ★[重-2]	A
	3. 地域包括支援センターが地域の一員として多世代と関わりながら、地域活動の担い手を育て、見守り活動の充実を図る ★[重-3]	A
	4. 様々な生活課題に対して、多職種連携や社会資源等分野を超えた連携が取れるよう積極的に取り組む ★[重-4]	A

様々な生活課題に対して、多職種連携や社会資源等分野を超えた連携が取れるよう積極的に取り組む

「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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)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。 (4)④孤立しがちな男性に向けて通いの場を立ち上げる	(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の事業案内やオレンジカフェ、認知症サポーター養成講座、ステップアップ研修などの案内啓発を行った。フレイル予防を組み込んだ「包括だより」を作成し、シニアクラブや町会活動時の要望を受け配布を行った。毎月行われている各地域での自主グループでも啓発活動を行った。 (4)④場所探し・内容について町会含め検討を行い、6月にスタートさせた。毎月4～5名の参加で参加者と意見交換しながら内容を決めて開催した。今年度は講師を立てて開催。消防署、警察署、区の栄養、

(6)③包括蒲田と連携して定期的にオレンジカフェの開催する	歯科、地域の薬局、民生委員と連携を図った。蒲田地区のコーディネーター間で連携を図り、「男達の交流会」を開催。各地区の男性の活動者を集め、情報共有と意見交換を行い、今後の活動に活かす機会となった。 (6)③包括蒲田と毎月打ち合わせをし、地域の薬局や栄養士会、介護事業所など様々な職種や事業体に講師としてオレンジカフェに参加していただき、参加された地域の高齢者へ周知・相談しやすい繋がりづくりを行った。また、HOPEの協力を得て、認知症当事者との懇談会なども行い、理解と交流の機会を持つことができた。今年度は参加型から自主的な意識を自然と持ってもらえるよう、出席カード等の工夫をおこなった。参加者の意見を取り込んでプログラムを組むようにした。
★[重-2] (1)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。 (3)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、社会資源を活用して活動範囲を広げられるよう支援する (3)③シニアステーション、地域団体の活動など、フレイル予防となる社会資源を把握し、住民へ周知する。	(1)③見守り推進事業者と積極的にコンタクトを取り、協力を依頼しセミナー開催やリーフレット配布して置いてもらう等行った。(セブンイレブン・薬局・ヤクルト・城南信用金庫等)事業者だけでなく、場所の活用のため商店街、銭湯、病院等協力を得た。地域ケア会議では、薬局、デイサービス高齢者住宅の生活協力員等にも日頃よりコンタクトをとっており、必要時協力が得られた。 (3)①地域リハビリテーション事業を活用した理学療法士による評価を受け具体的な目標達成に向けてサービスを利用できる様に意識づけを行った。地域にある社会資源の利用を並行して案内し、活動範囲を広げられる様に働きかけている。 絆サービスに繋がった方にも、社会福祉協議会と共に、継続的にしてフォローする必要性を見直した。 (3)③シニアステーションとは定期的にコンタクトを取り、夏にはフレイル予防教室・熱中症対策講座を開催した等関わりを多く持って行っている。シニアクラブ、各地域団体には毎月出向いて情報周知している。
★[重-3] (4)①民生委員懇談会を開催し、情報共有を密にして、連携した見守り体制作りを行い、孤立	(4)①日常生活圏域地域ケア会議をきっかけに町会の民生委員・婦人部で戸別訪問後町会内の報告会に

の可能性がある高齢者の生活実態の把握に努め必要な支援に繋げていく。	参加依頼を頂き情報共有することができたが、民生委員懇談会というかたちでは開催に至らなかった。民生児童委員協議会時も事例発表や活動について発信し、情報共有及び連携強化を図った。
★[重-4] (2) ②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、課題解決や関係機関との連携強化し、地域づくりに活かしていく。 (2) ③医療機関とセミナーを企画し、多職種との意見交換の場を多く設け介護・医療の一体的実施をめざす。	(2) ②個別レベル地域会議を4回開催した。介護保険サービス提供事業者だけでなく、地域リハビリテーション活動支援事業による理学療法士や、医療面ではクリニック・薬局等とも連携して個別課題の解決に取り組んだ。民生委員にも参加頂き、情報共有や地域との連携についても協力を頂いた。次年度はより地域ケア会議の活用を利用者と支援者に働き掛けていく。 シルバーピアでは、現在介護サービスの必要はないが、この先を急に動けなくなった時は誰に助けをもらうかを考える懇談会の開催をきっかけに、地域課題の抽出ができた。そこから日常生活圏地域会議へ発展させて開催した。次年度からも高齢者が多く居住する集合住宅を中心に懇談会を開催し、懇談会をきっかけとした日常生活地域ケア会議の開催を開催し、地域住民のより密な関係づくりを働き掛けていく。 (2) ③健康増進から医療的ケアまでの一連の体制作りが定着できるよう、東邦大学看護学会にて地域の介護・医療の実態をイメージしてもらえるよう発表し、病院からのケアが途切れず支援体制の強化をめざした。 大田健康サポート事業では、地域住民に包括支援センターの役割、地域活動について案内した。 オレンジカフェでは歯科衛生士・栄養士・薬局・蒲田医師会・在宅マッサージ・有料老人ホーム・HOPE等と打ち合わせし参加者へ情報提供すると同時に意見交換することができた。 地域リハビリテーション事業の活用から牧田総合病院のリハビリテーション部と、蒲田本町二丁目町会にて心不全教室を開催。連携したセミナー開催を通じて、地域の健康意識向上を促した。

※重点項目に紐づく実施計画は末尾に★[重-1]★[重-2]★[重-3] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同一内容を記載
(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	様々な相談を受け止め適切なサービス提供や関係機関につなげられる身近な相談窓口となる		
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、課題解決に取り組む。 ② 虐待や権利擁護は検討会議を行い、早期に読み取る力と対応に繋げる力を強化していく。 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。★[重-2]	実施報告 ※※	① 毎日のミーティングで支援状況の共有を行い、困難ケースに於いては所内での方針を検討し、担当職員不在時も対応は可能とするようにした。コア会議11件 重層会議事例は都度他機関との情報共有に対して迅速に対応した。 ② 職員の資格や経験年数等を考慮して、計画的に各種研修へ参加した。研修受講後は研修内容を所内で共有した。積極的に研修の機会は多くして情報を共有していく。 ③ 見守り推進事業者と積極的にコンタクトとり、協力を依頼しセミナー開催やリーフレット配布しておいてもらう等行った。(セブンイレブン・薬局・ヤクルト・城南信用金庫等) 事業者だけでなく、場所の活用のため商店街、銭湯、病院等協力を得た。地域ケア会議では、薬局、デイサービス高齢者住宅の生活協力員等にも日頃よりコンタクトをとっており、必要時協力が得られた。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の介護・福祉・医療の関係機関とのネットワークの強化し、適切なケアマネジメントを行う。		
実施計画 ※	① 年2回、地域の介護支援専門員が主体となって行う勉強会が開催できるようサポートしていく。同じ圏域の包括とも協力し連携強化と対応力向上を図る。	実施報告 ※※	① 9月は障害者サポートピアから講師を招き障害者サービスと介護保険サービスの併用についてグループワークを実施。3月に訪問診療の医師を講師に招き、在宅での看取りをテーマにケアマネジャーだけでなく看護師を含めてグループワークに取り組んだ。

	② 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、課題解決や関係機関との連携強化し、地域づくりに活かしていく。★[重-4] ③ 医療機関とセミナーを企画し、多職種との意見交換の場を多く持ち介護・医療の一体的実施をめざす。★[重-4]	② 個別レベル地域会議を4回開催した。介護保険サービス提供事業者だけでなく、地域リハビリテーション活動支援事業による理学療法士や、医療面ではクリニック・薬局等とも連携して個別課題の解決に取り組んだ。民生委員にも参加頂き、情報共有や地域との連携についても協力を頂いた。次年度はより地域ケア会議の活用を利用者と支援者に働き掛けていく。 シルバーピアでは、現在介護サービスの必要はないが、この先を急に動けなくなった時は誰に助けてもらうかを考える懇談会の開催をきっかけに、地域課題の抽出ができた。そこから日常生活圏域地域会議へ発展させて開催した。次年度からも高齢者が多く居住する集合住宅を中心に懇談会を開催し、懇談会をきっかけとした日常生活地域ケア会議の開催を開催し、地域住民のより密な関係づくりを働き掛けていく。 日常生活圏域地域ケア会議は2回行った。地域で包括支援センターの役割を周知することができ、来年度への活動計画に繋がった。 ③ 健康増進から医療的ケアまでの一連の体制作りが定着できるよう、東邦大学看護学会にて地域の介護・医療の実態をイメージしてもらえるよう発表し、病院からのケアが途切れず支援体制の強化をめざした。 大田健康サポート事業では、地域住民に包括支援センターの役割、地域活動について案内した。 オレンジカフェでは歯科衛生士・栄養士・薬局・蒲田医師会・在宅マッサージ・有料老人ホーム・HOPE 等と打ち合わせし参加者へ情報提供すると同時に意見交換することができた。
--	---	--

			地域リハビリテーション事業の活用から 牧田総合病院のリハビリテーション部 と、蒲田本町二丁目町会にて心不全教室 を開催。連携したセミナー開催を通じて、 地域の健康意識向上を促した。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	生活目標に立ち返り本人の強みと地域資源を活かし自立に向けた支援を行う。		
実施計画 ※	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 ★[重-2] 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] ③ シニアステーション、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 2]	実施報告 ※※	① 地域リハビリテーション事業を活用した理学療法士による評価を受け具体的な目標達成に向けてサービスを利用できる様に意識づけを行った。地域にある社会資源の利用を並行して案内し、活動範囲を広げられる様に働きかけている。 絆サービスに繋がった方にも、社会福祉協議会と共に、継続的にフォローする必要性を見直した。 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の事業案内やオレンジカフェ、認知症サポーター養成講座、ステップアップ研修などの案内啓発を行った。フレイル予防を組み込んだ「包括だより」を作成し、シニアクラブや町会活動時の要望を受け配布を行った。毎月行われている各地域での自主グループでも啓発活動を行った。 ③ シニアステーションとは定期的にコンタクトをとり、夏にはフレイル予防教室・熱中症対策講座を開催した等関わりを多く持って行っている。シニアクラブ、各地域団体には毎月出向いて情報周知している。

(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して、見守りネットワーク作りを行う		
実施計画 ※	① 民生委員懇談会を開催し、情報共有を密にして、連携した見守	実施報告 ※※	① 日常生活圏域地域ケア会議をきっかけに町会の民生委員・婦人部で戸別訪問

	り体制作りを行い、孤立の可能性 がある対象者の生活実態の把握に 努め必要な支援に繋げていく。 ★[重-3] ② 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 の開催を働きかけていく ★[特力] 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。	後町会内の報告会に参加依頼を頂き情報 共有することができたが、民生委員懇談 会というかたちでは開催に至らなかつ た。 民生児童委員協議会時は事例発表や活動 について発信し、情報共有及び連携強化 を図った。 ② 昨年度の地域ケア会議で、共通して 取り組み決定事項に挙げられた見守り キーホルダーの周知は、見守りキーホル ダー登録会としては5回開催（南1、南 2、南3、蒲田4、天神湯）。 今後も行っていきたいとの話を頂き、連携 強化に繋がった 蒲田本町二丁目では、地域リハビリテー ション事業を活用し医療機関と連携、体 力測定会、セミナーをそれぞれ開催した。 スマートフォン相談会を自治会町会と相 談し、町会会館にて3回開催（南1、南 3、蒲田4）。包括内でも東京都事業を活 用し10回行った。区の要請を受け、商 店街にて、スマートフォン相談会を日曜 日に開催した。 日常生活圏域地域ケア会議は2回行っ た。地域で包括支援センターの役割を周 知することができ、来年度キーホルダー 登録・更新 セミナー開催へと活動計画 に繋がった。 ③ 見守り推進事業者連絡会では各団体 と情報共有できた。事業者連絡会后、す ぐ実際にご挨拶に伺い、より連携がとれ るよう努力した。UR 蒲田公団とは今年 度もセミナー開催等協力いただき連携を 取った。その他、地域内にあるセブンイ レブン5店舗、薬局3店舗に訪問し包括 のリーフレットをおかせていただくなど 周知した。シルバー人材センターから依 頼もあり包括役割について話す機会を持 てた。新宿小学校とも意見交換を行い、
--	---	---

	④ 孤立しがちな男性に向けて通いの場を立ち上げる ★[重 1]★[特力]	今後の連携強化を図った。 日の出銀座商店街にて、スマートフォン相談会を日曜日に開催や天神湯にて見守りキーホルダー登録会の開催をきっかけに、開催場所の活用について今後も協力を得られることとなった。 ④ 場所探し・内容について町会含め検討を行い、6月にスタートさせた。毎月4～5名の参加で参加者と意見交換しながら内容を決めて開催した。今年度は講師を立てて開催。消防署、警察署、区の栄養、歯科、地域の薬局、民生委員と連携を図った。蒲田地区のコーディネーター間で連携を図り、「男達の交流会」を開催。各地区の男性の活動者を集め、情報共有と意見交換を行い、今後の活動に活かす機会となった。
--	---	---

(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	地域の特性や課題を、多様な主体と共通認識を持ち連携をすすめる	
実施計画 ※	① 多職種連携のための懇談会を開催し医療機関や介護サービスとのネットワークづくりを行う。	実施報告 ※※ ① 東邦大学看護学会を通し、東邦大学看護師、訪問看護ステーションと連携し病院退院後ケアが途切れることないよう支援体制の強化をめざした。 梅ちゃんカフェでは事例を通し、多職種の方とグループワーク行い連携を深めた。オレンジカフェ開催にあたり、歯科衛生士・栄養士・薬局・蒲田医師会・在宅マッサージ・有料老人ホーム・HOPE等と打ち合わせし、参加者へ情報提供すると同時に意見交換することができた。 8月には、精神障害者が抱く「不信感」とその構造をテーマとして看護師による講義と看護師や薬剤師の医療職者、地域コーディネーター等福祉職者と、ケアマネジャーや訪問介護職員等多職種でのグループワークを開催して、蒲田東出張所を中心とした地域で他職種との円滑な連携の構築を働きかけた。

	② 東京工科大学と連携し、実習の受け入れをきっかけに地域交流参加を勧める。 ③ 地域で活動している団体と交流を持ち、各団体について理解を深める		② 臨地実習の受け入れや、学生が地域を周って感じた地域課題の発表会参加等し交流をもった。学生が地域活動に興味を持ってもらい参加を促した。 ③ 地域に出向き町会自治会、シニアクラブのイベントにも参加協力をおこなった。「シニアクラブ民謡のつどい発表会」「まもりんピック」「蒲田東フェスティバル」「アートフェスティバル」等積極的に協力した。 シルバー人材センター蒲田東ブロックから依頼を受け、包括について講義を行う。フレイル予防についても周知。互いの活動理解にも繋がった。また、「男の集い」に講師としてシルバー人材センターブロック長にも出席頂くなど、他の活動での交流にも繋がった。 地域団体とは、活動時の負担も聞き、今後の活動の意見交換を図った。活動参加時には、フレイル予防、スマートフォン相談会や区事業の周知を行った。
--	---	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代への認知症啓発し、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		
実施計画 ※	① センター内でチームオレンジの理解を深めると共に、認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座を対象者にあわせて開催し、認知症への理解啓発に努める。 ② 助け合いや繋がりを実感できるように活動を支援し、チーム	実施報告 ※※	① 認知症サポーター養成講座は20名の参加で計画通り行った。圏域でも小学生向けのサポーター養成講座を開催した。小学校に認サポ周知に何うと同時にスクールサポーターなどの地域とのかかわりについて話を伺うきっかけができた。圏域でおこなったステップアップ講座は、実際に活動している方のなかで、興味を持って下さりそうな方にお声かけして、実際受講され、今後サポーターとして活躍頂けそうな人材としてサポートできた。 ② オレンジカフェでは、地域の薬局や

	オレンジの活動へつなげていく。 ③ 包括蒲田と連携して定期的にオレンジカフェの開催する★ [重-1]	栄養士会、介護事業所など様々な職種や事業体に講師としてオレンジカフェに参加していただき、参加された地域の高齢者へ周知・相談しやすい繋がりづくりを行った。また、HOPE の協力を得て、認知症当事者との懇談会なども行い、理解と交流の機会を持つことができた。いちごいち会では、当事者にも立ち上げに参加してもらい、地域での活動づくりを行った。 ③ 包括蒲田と毎月打ち合わせをし、地域の薬局や栄養士会、介護事業所など様々な職種や事業体に講師としてオレンジカフェに参加していただき、参加された地域の高齢者へ周知・相談しやすい繋がりづくりを行った。また、HOPE の協力を得て、認知症当事者との懇談会なども行い、理解と交流の機会を持つことができた。今年度は参加型から自主的な意識を自然と持ってもらえるよう、出席カード等の工夫をおこなった。参加者の意見を取り込んでプログラムを組むようにした。
--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	おいじたくへの周知	
実施計画 ※	① オレンジカフェで、元気なうちから取り組める将来の備えとして、社会福祉協議会と連携し講座を開催する ② 専門職によるおいじたく（相続等）の講演を開催する	実施報告 ※※ ① 社会福祉協議会の方と連携して「おいじたく」と題して、講座を行った。 ② Rコミュニティとの共催で、UR住宅に居住する高齢者を対象においじたくをテーマとして第二弁護士会の弁護士によるセミナーを開催した。地域住民にはおいじたくへの意識が低い高齢者が多い事を感じた。次年度はおいじたくへの準備に向けた意識づけ目指した懇談会と地域ケア会議の開催、そのうえでおいじたくセミナーの開催を一連として取り組

	③ 大田区が開催するおいじたくセミナーの周知・促しを行う	む。(実際参加者には好評であったが、参加者を増やしていくか工夫していく必要がある。) ③ 各地域団体に都度周知声かけをおこなった。実際好評である一方、意識が全くない方も多く、おいじたくの一步手前の「困った時どうする」の懇談会をきっかけに意識を持ってもらうこともできた。
--	------------------------------	--

大田区福祉部長 宛

令和6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「地域住民がともにささえ合う地域づくり」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。

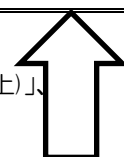
● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	複雑化・多様化する地域課題について、関係機関との連携を強化し包括的かつ継続的な支援ができるセンターになる。	令和6年度 達成度評価
重点項目	1. 高齢者が健康維持や増進に努め、その人らしく生活できるよう介護予防・フレイル予防の啓発をします。 ★[重-1]	A
	2. 医療と介護・福祉の連携をはかり、地域住民の生活の質の向上と健康増進を図ります。 ★[重-2]	A
	3. 地域で安心して暮らせるよう、見守りネットワークの機能を強化します。 ★[重-3]	S
	4. 認知症になっても地域で安心して暮らしていけるよう支援します。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)①フレイル予防ツール「ゆいま～る通帳」の取り組みを継続し、多機関と連携し多世代がかかるツールとしての周知を図る。 (3)②老人いこいの家や図書館などの関係機関と連携し、フレイル予防に関する講座を定期的を開催する。	(3)①第5クールの「ゆいま～る通帳」は214冊を発行。通帳の目標達成者にお渡しする景品についても関係機関から無償の協力をいただいた。「ゆいま～る通帳」の認知度が上がる一方で地域活動も活発になり、当初コロナ渦において「集まらなくても、一人ひとりで健康管理ができるツール」としての役割について変遷を求められているため、今後の取組について検討する予定。 (3)②おおた健康サポート事業では、老人いこいの家と連携して、地域包括支援センターの機能とフレイル予防について参加者(4名)に説明した。また大森南図書館では熱中症予防と合わせて栄養面が

(3) ③地域リハビリテーション活動支援事業を活用した体力測定会などを通じて、地域の方の介護予防の啓発や自立支援に取り組む。	らのフレイル予防について啓発を行った。(15名参加) (3) ③体力測定会のイベントでは理学療法士と連携し、測定とあわせてフレイル予防の啓発をおこなった。(13名参加) また民生委員からつどいの場の相談を受けた大森東特別出張所と連携し、大森南5丁目エリアに民間企業の協力を得てつどいの場を確保。フレイル予防の講座を4回実施した。参加者延べ59名が参加した。
★[重-2] (2) ①居宅介護支援事業所との事例検討会を開催し、地域全体のケアマネジメント力の向上を図る。 (2) ②医療機関との連携を図り、健康相談会などを通じて地域住民の健康意識の向上を図る。 (2) ③高齢者が在宅で必要な医療を受けながら安心して暮らしていけるよう、医療機関と連携し在宅医療の普及啓発を行う。	(2) ①糀谷羽田地区におけるケアマネジャーを対象とした研修会を年間3回実施。(計約140名参加) 複雑化・複合化するニーズに対する解決策などについて意見交換をおこなった。大森東地区におけるケアマネジャーを対象とした研修では事例検討会を実施。(12名参加)。内容についてはケアマネジャーからの要望で知的障がいについての勉強会を開催。(10名参加) (2) ②管内の東京労災病院と京浜病院、大田病院との定期的な連絡会を実施。健康相談会を合同で開催(20名参加) それぞれの病院の特色なども併せて会場に掲示。地域にひらかれた病院のイメージ作りに引き続き取り組んでいく。 (2) ③今年度の糀谷羽田地区におけるケアマネジャーを対象とした研修会では、医療機関との連携をテーマに2回開催された。大田区の5つの病院(大田病院、京浜病院、特養蒲田医療センター、東京労災病院、東邦大学医療センター大森病院、牧田総合病院)の関係者や在宅医療の関係者を講師に招いて研修会を開催した。糀谷羽田エリアの訪問看護の意見交換会を実施し6事業所が参加。
★[重-3] (1) ①自治会・町会や民生委員児童委員、特別出張所などの関係機関と連携し、多世代にわたる地域課題の解決を図る。	(1) ①特別出張所と社協の地域福祉コーディネーターとの連絡会を毎月定期的(年12回)に実施し、地域課題の取組みについて情報共有し課題解決を図った。課題の内容は多岐にわたり、つどいの場の確保や自主活動の継続支援、こども食堂の立ち上げ支援などを行った。この取組みは大田区と社会福

(4) ①自治会・町会、民生委員、事業所などの関係づくりに努め、地域の見守りネットワークの機能を強化する。 (4) ②地域の見守りの輪が広がるよう防災活動や地域力推進会議、自主活動などの集まりに積極的に参加し、見守り活動の啓発を行う。	社協議会が主催で開催された地域福祉フォーラムで事例報告された。 区市町村におけるネットワーク構築支援事業においては、東京都ひきこもりサポートネットを中心に蒲田生活福祉課、SAPOTA、JOBOTA と意見交換会を実施。高齢者支援の過程におけるひきこもり状態の家族の状況を情報共有した。 (4) ①地域力推進委員会や民生委員児童委員協議会に参加し、地域包括支援センターの役割や機能の周知とイベントや講座などの案内をおこなった。また地域の一人暮らし高齢者についても民生委員と情報共有し、必要に応じて支援にあたった。包括大森、包括蒲田、包括平和島と連携し、大田区総合体育館で見守り声かけ訓練を実施した。居宅介護支援事業者や福祉用具、福祉施設やデイサービスの職員の協力もあり民生委員も含む約50名の方が参加された。 (4) ②管内の3拠点（大森第一中学校、中富小学校、大森東中学校）の防災拠点訓練に参加。大森東地区合同防災訓練にも参加した。また火災予防月間には消防署と連携し、高齢者宅を防災点検で訪問した。自主活動の集まりにも積極的に参加し、運営者の高齢化に伴う活動中止後も速やかに参加者のつどいの場の確保を支援した。
★[重-4] (1) ②虐待を含む複合的な課題に対して多職種・他機関と連携し、積極的な支援を行う。 (1) ③3職種の情報共有をはじめとし、困難事例や長期化する事例については随時事例検討を実施し、個々のソーシャルワーク力の向上とチームアプローチによる連携力の向上を図る。	(1) ②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、支援または解決に向けて検討を重ねた。支援経過の長期化や複雑化する際も、所内の関係職種と地域福祉課と連携を組んでチームとして対応することでチームアプローチの重要性を再認識した。 (1) ③困難事例や長期化する事例については随時所内で情報共有をおこなった。また毎日夕方の定例の申し送りでは、継続的な支援が必要な方や緊急性の高い方の情報も併せて共有した。その他地域課題につながる困難事例については、個人が特定されない範囲で、民生委員児童員協議会や特別出張所と社協の地域福祉コーディネーターと情報共有会でも共

(5)①地域福祉コーディネーターと連携し、多世代にわたる地域課題の解決に努める。 (5)②おおた福祉ネットワークの糶谷・羽田地区に所属する社会福祉法人と連携し、地域共生社会に向けて、地域住民と共に支え合う地域づくりに取り組む。 (6)①地域の団体や企業、小・中学校にアプローチし、認知症サポーター養成講座の機会を増やしステップアップ研修受講につなげる。 (6)②チームオレンジの団体を立ち上げ、活動の支援を行う。 (6)③グループホーム交流会を通じて、施設と地域とのつながりを広げていけるよう支援する。 (7)①ひとり暮らし高齢者の生活状況を把握し、本人の自己決定支援に基づき、必要に応じて孤立化防止のための社会資源につなげる。 (7)② 認知症の当事者やその家族の思いや意見を受けとめ、尊厳と希望をもって暮らしていけるよう支援する。	有し、関係機関と連携して地域課題の把握と解決を図った。 (5)①地域福祉コーディネーター及び特別出張所と連携し、こども食堂の立ち上げを支援した。こども食堂の運営では、地域の元気な高齢者の方にボランティアをお願いすることで多世代交流と高齢者の社会参加を促すことができた。また地域の高齢者施設と連携し、こども食堂のイベントを施設で開催することができた。 (5)②おおた福祉ネットワークに所属する法人と大森東地区で開催されるいつつのわふれあい祭りに参加。糶谷・羽田地区の法人紹介のブースを出展し、社会福祉法人の横のつながりを地域の方に伝えることができた。 (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(92名)を対象に認知症サポーター養成講座を実施。今年は担当教員の提案から、講座前の事前学習を実施。アンケート結果より、前年度と比較して生徒の認知症への理解が深まった。 (6)②認知症カフェの喫茶ひなたぼっこを大田区チームオレンジとして登録。当事者やその家族が参加され、ステップアップ研修修了者もカフェの運営に関わった。 (6)③グループホーム交流会(9事業所)を年間3回実施。職員の人材育成の取組みや困難事例を共有し、グループホーム相互のサービスの資向上に努めることができた。 (7)①実際に支援が必要と思われる相談が本人または地域の方からあった場合も、民生委員やその他関係機関と連携しながら、必要に応じて介護サービスや成年後見制度などのサービスへつなげ、本人らしく暮らしていけるよう支援した。 (7)②チームオレンジのひなたぼっこでは、当事者やその家族が孤立しないよう活動への参加を促し、役割を担うことで活動的な日常の場を提供することができた。参加者延べ120名が参加。また包括羽田、包括糶谷と連携して、若年性認知症の親を持つヤングケアラーの声を届けるイベントでは、地
--	--

	域の民生委員や地域の方にその実際の声を届けることができた。(18名参加)
--	--------------------------------------

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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	多様なニーズに対応するため、関係機関と連携し本人の意思決定支援に基づく柔軟な支援やサービスの提供を実施します。		
実施計画 ※	① 自治会・町会や民生委員児童委員、特別出張所などの関係機関と連携し、多世代にわたる地域課題の解決を図る。★[重-3] ★[特力] ② 虐待を含む複合的な課題に対して多職種・他機関と連携し、積極的な支援を行う。 ★[重-4] ③ 3職種の情報共有をはじめとし、困難事例や長期化する事	実施報告 ※※	① 特別出張所と社協の地域福祉コーディネーターとの連絡会を毎月定期的（年12回）に実施し、地域課題の取組みについて情報共有し課題解決を図った。課題の内容は多岐にわたり、つどいの場の確保や自主活動の継続支援、こども食堂の立ち上げ支援などを行った。この取組みは大田区と社会福祉協議会が主催で開催された地域福祉フォーラムで事例報告された。 区市町村におけるネットワーク構築支援事業においては、東京都ひきこもりサポートネットを中心に蒲田生活福祉課、SAPOTA、JOBOTAと意見交換会を実施。高齢者支援の過程におけるひきこもり状態の家族の状況を情報共有した。 ② 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、支援または解決に向けて検討を重ねた。支援経過の長期化や複雑化する際も、所内の関係職種と地域福祉課と連携を組んでチームとして対応することでチームアプローチの重要性を再認識した。 ③ 困難事例や長期化する事例については随時所内で情報共有をおこなっ

	例については随時事例検討を実施し、個々のソーシャルワーク力の向上とチームアプローチによる連携力の向上を図る。 ★[重-4]		た。また毎日夕方の定例の申し送りでは、継続的な支援が必要な方や緊急性の高い方の情報も併せて共有した。その他地域課題につながる困難事例については、個人が特定されない範囲で、民生委員児童員協議会や特別出張所と社協の地域福祉コーディネーターと情報共有会でも共有し、関係機関と連携して地域課題の把握と解決を図った。
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	事業所や医療機関と連携し、地域住民の生活の質の向上と健康増進を図ります。		
実施計画 ※	① 居宅介護支援事業所との事例検討会を開催し、地域全体のケアマネジメント力の向上を図る。 ★[重-2] ② 医療機関との連携を図り、健康相談会などを通じて地域住民の健康意識の向上を図る。 ★[重-2] ③ 高齢者が在宅で必要な医療を受けながら安心して暮らしていけるよう、医療機関と連携し在宅医療の普及啓発を行う。 ★[重-2]	実施報告 ※※	① 糺谷羽田地区におけるケアマネジャーを対象とした研修会を年間3回実施。(計約140名参加) 複雑化・複合化するニーズに対する解決策などについて意見交換をおこなった。大森東地区におけるケアマネジャーを対象とした研修では事例検討会を実施。(12名参加)。内容についてはケアマネジャーからの要望で知的障がいについての勉強会を開催。(10名参加) ② 管内の東京労災病院と京浜病院、大田病院との定期的な連絡会を実施。健康相談会を合同で開催(20名参加)それぞれの病院の特色なども併せて会場に掲示。地域にひらかれた病院のイメージ作りに引き続き取り組んでいく。 ③ 今年度の糺谷羽田地区におけるケアマネジャーを対象とした研修会では、医療機関との連携をテーマに2回開催された。大田区の5つの病院(大田病院、京浜病院、特養蒲田医療センター、東京労災病院、東邦大学医療センター大森病院、牧田総合病院)の関係者や在宅医療の関係者

			を講師に招いて研修会を開催した。 糀谷羽田エリアの訪問看護の意見交換会を実施し6事業所が参加。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防の啓発と介護予防ケアマネジメントの実践をします。		
実施計画 ※	① フレイル予防ツール「ゆいま～る通帳」の取り組みを継続し、多機関と連携し多世代がかかわるツールとしての周知を図る。 ★[重-1] ② 老人いこいの家や図書館などの関係機関と連携し、フレイル予防に関する講座を定期的開催する。 ★[重-1] ③ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用した体力測定会などを通じて、地域の方の介護予防の啓発や自立支援に取り組む。 ★[重-1]	実施報告 ※※	① 第5クールの「ゆいま～る通帳」は214冊を発行。通帳の目標達成者にお渡しする景品についても関係機関から無償の協力をいただいた。「ゆいま～る通帳」の認知度が上がる一方で地域活動も活発になり、当初コロナ渦において「集まらなくても、一人ひとりで健康管理ができるツール」としての役割について変遷を求められているため、今後の取り組みについて検討する予定。 ② おおた健康サポート事業では、老人いこいの家と連携して、地域包括支援センターの機能とフレイル予防について参加者（4名）に説明した。また大森南図書館では熱中症予防と合わせて栄養面からのフレイル予防について啓発を行った。（15名参加） ③ 体力測定会のイベントでは理学療法士と連携し、測定とあわせてフレイル予防の啓発をおこなった。（13名参加）また民生委員からつどいの場の相談を受けた大森東特別出張所と連携し、大森南5丁目エリアに民間企業の協力を得てつどいの場を確保。フレイル予防の講座を4回実施した。参加者延べ59名が参加した。

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

個別目標	住民同士が支え合う地域づくりを目指します。
------	-----------------------

実施計画 ※	① 自治会・町会、民生委員、事業所などとの関係づくりに努め、地域の見守りネットワークの機能を強化する。 ★[重-3] ★[特力] ② 地域の見守りの輪が広がるよう防災活動や地域力推進会議、自主活動などの集まりに積極的に参加し、見守り活動の啓発を行う。 ★[重-3]	実施報告 ※※	① 地域力推進委員会や民生委員児童委員協議会に参加し、地域包括支援センターの役割や機能の周知とイベントや講座などの案内をおこなった。また地域の一人暮らし高齢者についても民生委員と情報共有し、必要に応じて支援にあたった。包括大森、包括蒲田、包括平和島と連携し、大田区総合体育館で見守り声かけ訓練を実施した。居宅介護支援事業者や福祉用具、福祉施設やデイサービスの職員の協力もあり民生委員も含む約50名の方が参加された。 ② 管内の3拠点（大森第一中学校、中富小学校、大森東中学校）の防災拠点訓練に参加。大森東地区合同防災訓練にも参加した。また火災予防月間には消防署と連携し、高齢者宅を防災点検で訪問した。自主活動の集まりにも積極的に参加し、運営者の高齢化に伴う活動中止後も速やかに参加者のつどいの場の確保を支援した。
-------------------	--	--------------------	--

(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	介護・医療・障がい、児童などの関係機関と連携し、大田区らしい地域共生社会を目指します。		
実施計画 ※	① 地域福祉コーディネーターと連携し、多世代にわたる地域課題の解決に努める。 ★ [重-4] ② おおた福祉ネットワークの糀谷・羽田地区に所属する社会福祉法人と連携し、地域共生社会	実施報告 ※※	① 地域福祉コーディネーター及び特別出張所と連携し、こども食堂の立ち上げを支援した。こども食堂の運営では、地域の元気な高齢者の方にボランティアをお願いすることで多世代交流と高齢者の社会参加を促すことができた。また地域の高齢者施設と連携し、こども食堂のイベントを施設で開催することができた。 ② おおた福祉ネットワークに所属する法人と大森東地区で開催されるいつつのわふれあい祭りに参加。糀谷・

	に向けて、地域住民と共に支え合う地域づくりに取り組む。 ★ [重-4]		羽田地区の法人紹介のブースを出展し、社会福祉法人の横のつながりを地域の方に伝えることができた。
--	---	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても安心して暮らしていける地域づくりを支援します。		
実施計画 ※	① 地域の団体や企業、小・中学校にアプローチし、認知症サポーター養成講座の機会を増やしステップアップ研修受講につなげる。 ★ [重-4] ② チームオレンジの団体を立ち上げ、活動の支援を行う。 ★ [重-4] ③ グループホーム交流会を通じて、施設と地域とのつながりを広げていけるよう支援する。 ★ [重-4]	実施報告 ※※	① 管内の大森東中学校では、包括平和島と連携し、3年生(92名)を対象に認知症サポーター養成講座を実施。今年は担当教員の提案から、講座前の事前学習を実施。アンケート結果より、前年度と比較して生徒の認知症への理解が深まった。 ② 認知症カフェの喫茶ひなたぼっこを大田区チームオレンジとして登録。当事者やその家族が参加され、ステップアップ研修修了者もカフェの運営に関わった。 ③ グループホーム交流会(9事業所)を年間3回実施。職員の人材育成の取組みや困難事例を共有し、グループホーム相互のサービスの資向上に努めることができた。

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	ともに支えあい地域力ではぐくむ安心して暮らせるまちづくりを目指します。		
実施計画 ※	① ひとり暮らし高齢者の生活状況を把握し、本人の自己決定支援に基づき、必要に応じて孤立化防止のための社会資源につなげる。 ★ [重-4] ② 認知症の当事者やその家族の思いや意見を受けとめ、尊厳と希望をもって暮らしていけるよう支援する。 ★ [重-4]	実施報告 ※※	① 実際に支援が必要と思われる相談が本人または地域の方からあった場合も、民生委員やその他関係機関と連携しながら、必要に応じて介護サービスや成年後見制度などのサービスへつなげ、本人らしく暮らしていけるよう支援した。 ② チームオレンジのひなたぼっこでは、当事者やその家族が孤立しないよう活動への参加を促し、役割を担うことで活動的な日常の場を提供することができた。参加者延べ120名が参加。また包括羽田、包括糀谷

			と連携して、若年性認知症の親を持つヤングケアラーの声を届けるイベントでは、地域の民生委員や地域の方にその実際の声を届けることができた。（18 名参加）
--	--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和6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 糺谷

1 事業目標

糺谷地域の持つ地域力の強みを活かし、生きがいややりがいを持って生き生きと暮らせる地域づくりを目指す。そのために、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等の取組みを行う。また地域共生社会を実現するため、多世代にわたる地域関係者との関係性を強化し、包括や高齢者の取組みについての理解を推し進めていく。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	相談すると見通しが立てられる。誰もがホッとできる包括支援センターを目指す。	令和6年度達成度評価
重点項目	1. (例) フレイル予防の取組み～ ・フレイル予防の普及と啓発 ・小地区(町会単位)での活動や役割創出のための働きかけを行う ★[重-1] (1) -①	A
	2. (例) 自立支援に向けて～ ・介護予防に取り組んだ先へのアプローチを検討する。 ・適切な情報提供とサービス事業者との連携	A
	3. (例) 見守り強化に向けて～ ・包括支援センターの周知 ・見守り活動の普及と啓発 ・見守りキーホルダー登録の推進 ★[重-2] (2) -①	A
	4. (例) 相談支援の強化 ・多角的な視点で対応ができる総合相談窓口を目指す。 ・ケース対応力の向上を目指す。 ・多世代にわたる地域関係者へ高齢者への理解を進める。 ★[重-3] (4) -② ★[重-4] (5) -①	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (1) ①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、適切な対応を検討す	(1) ①朝夕の申し送りは日課として組みこまれている。研修における事例検討また地域の居宅介護支

る。	援事業所との事例検討会等にも参加。三職種でも支援方針や見立てを共有している。
★[重-2] (2)①関係者などお互いの支援方針や見立てを共有し協議を行うことで良い支援に繋げていく。	(2)①介護支援専門員だけでなく各専門職(看護師・SW・介護事業相談員等)との連携も意識して支援を行っている。各専門職には地域活動にも参加いただきそれにより円滑なコミュニケーションを取れるようになったと考える
★[重-3] (4)②見守り活動の普及と啓発を行い、見守りキーホルダー登録の推進する。	(4)②地域の銭湯やマンション、都営団地商店街のお祭り等でキーホルダー登録会を実施。小学校のキャリア教育授業では高齢福祉課の協力もいただきながらキーホルダーの登録を推奨するポスターを小学生に作成してもらった。成果物は町会に依頼し、10町会180か所の掲示板に掲示いただいた。普及啓発、登録の推進に寄与できたと考える。
★[重-4] (5)①糶谷の元気を進める会などを活用し、フレイル予防の普及と啓発を行う。高齢者だけでなく幅広い世代の健康づくりを推進する。またそれらの世代に向けて高齢者への理解を進める活動も検討する。	(5)①糶谷の元気を進める会では行政関係機関、町会自治会、シニアクラブ、福祉関係者と連携しウォークラリーやポールウォーク、輪投げ等に取り組んだ。特に輪投げについては町会シニアクラブ対抗戦といった新たな企画に取り組むことができた。 中学校の福祉体験授業でもシニアのフレイル予防スポーツとしての輪投げを体験できる機会を設け、若年世代にも高齢者の理解やつながりを深めることに寄与できたと考える。

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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総合相談窓口を目指す		
実施計画 ※	① 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、適切な対応を検討する。	実施報告 ※※	① 朝夕の申し送りは日課として組み込まれている。研修における事例検討また地域の居宅介護支援事業所との事例検討会等にも参加。三職種でも支援方針や見立てを共有している。

	② 相談者や当事者の自主性・主体性を尊重し、当事者が適切な機関と繋がれるよう関連機関と連携、関係性の強化も推し進める。また適切な情報提供が行えるよう各種制度を理解することにも努めていく。		② 重層支援会議 3 件、権利擁護(成年後見制度)19 件、虐待対応 13 件実施。各機関と連携し、また本人(家族)本位の視点を大切にしながら対応した。
--	---	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	適切な情報提供とサービス事業者との連携を行いケアマネジメントの質の向上を目指す。		
実施計画 ※	①関係者などとお互いの支援方針や見立てを共有し協議を行うことで良い支援に繋がっていく ②糀谷羽田ケアマネジャー連絡会で地域ニーズを踏まえた研修会を開催する	実施報告 ※※	① 介護支援専門員だけでなく各専門職(看護師・SW・介護事業相談員等)との連携も意識して支援を行っている。各専門職には地域活動にも参加いただきそれにより円滑なコミュニケーションを取れるようになった。 ② 連絡会幹事に参画いただき、介護支援専門員のニーズを踏まえた研修会を開催できた。重層的支援や医療連携といった実務での実利となる内容で各回平均 47 人のケアマネに出席いただき出席者からも一定の評価をいただいた。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	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		
実施計画 ※	① 適切な情報提供とサービス事業者との連携を行い、自立支援に向けたアプローチを行う ② 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	実施報告 ※※	① 初回、中間評価、最終評価の際に介護保険サービスはもちろんシニアステーションやいこいの家、シニアクラブなどの資源も含め事業者と連携を取りながら提案している。 ② 総合事業の理念について介護支援専門員だけでなくサービス提供事業者とも共有を図るよう心掛けていてそれにより自然な流れで提案ができています。

(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	住み慣れた地域で安心して暮らせるまちを目指して地域ネットワークを構築する
------	--------------------------------------

実施計画 ※	①包括支援センターや見守り活動について周知を図る ②見守り活動の普及と啓発を行い、見守りキーホルダー登録の推進する★[重-3]	実施報告 ※※	① 包括支援センターの周知のために盆踊り、例大祭、商店街のお祭り、連合運動会、防災訓練、輪投げ大会やクリーンピック(ゴミ拾い)等々、可能な限り地域活動に参加し、地域の方々とコミュニケーションを図ることを心掛けた。また見守り活動について見守り検討部会の中で進めた講座を住民向けに町会会館やシニアクラブ活動前後に行った。蒲田医療センターでは区民向け講座などを実施。民生委員から報告や相談いただいたケースについて可能な範囲での情報共有や進捗報告を実施。民生委員等地域の方々の見守りが包括や地域を支えていると感じられるよう意識し取り組んだ。 ② 地域の銭湯やマンション、都営団地商店街のお祭り等でキーホルダー登録会を実施。小学校のキャリア教育授業では高齢福祉課の協力もいただきながらキーホルダーの登録を推奨するポスターを小学生に作成してもらった。成果物は町会に依頼し、10町会180か所の掲示板に掲示いただいた。普及啓発、登録の推進に寄与できたと考える。
-------------------	---	--------------------	---

(5) 地域包括ケアシステムのさらなる推進・地域共生社会の実現に向けた取組

個別目標	地域とのつながりを深め、地域と協働することを目指す。		
実施計画 ※	①糶谷の元気を進める会などを活用し、フレイル予防の普及と啓発を行う。高齢者だけでなく幅広い世代の健康づくりを推進する。またそれらの世代に向けて高齢者への理解を進める活動も検討する。★[重-4]	実施報告 ※※	① 糶谷の元気を進める会では行政関係機関、町会自治会、シニアクラブ、福祉関係者と連携しウォークラリーやポールウォーク、輪投げ等に取り組んだ。特に輪投げについては町会シニアクラブ対抗戦といった新たな企画に取り組むことができた。中学校の福祉体験授業でもシニアのフレイル予防スポーツとしての輪投

	②小地区(町会/シニアクラブ単位)での活動や役割創出のための働きかけを行う		げを体験できる機会を設け、若年世代にも高齢者の理解やつながりを深めることに寄与できたと考える。 ② 元気を進める会等でポールウォークや輪投げに関して、イベント当日のインストラクターや協議審判等、運営に関わっていただくことができた。中学校福祉体験でも今年度も輪投げブースを用意し、それにご協力いただく打診ができ、次回に繋げる土台が少なからずできたと考える
--	---------------------------------------	--	--

(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めざす		
実施計画 ※	①認知症の理解、早期発見と対応の定着を目指し、医療機関を始めとした各機関との連携を図る ②地域住民や事業者と認知症への理解を進める活動を進め、当事者の方も活動できる場所や機会を設けていく。	実施報告 ※※	① 認知症サポート医との関係は良好ですぐに相談できる体制が整っているサポート医のご協力をいただきながら近隣医療機関とも連携を図り、早期発見や早期対応を行うことができたと考える。 ② 今年度は糶谷地区認知症シンポジウムを実施。地域住民に向け、医師による認知症講座や介護事業者による認知症の対応やケア事例などの発表、認知症当事者の作品展示等を行った。事業者向けにも認知症に関わる交流会を実施。両企画とも50名を超える地域住民や関係者が集まり理解を進める活動を行えた。また福祉体験授業では当事者の方が登壇。体験談をお話していただき、また若年性認知症相談窓口とも連携し、若者ケアラー等の当事者体験の講座も開催した。当事者やその家族が活動できる場も創出できたと考える。

(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
------	---------------

実施計画 ※	① 複合的課題解決のための関係者・機関情報交換や情報共有等実施、連携強化を（行政機関・社協・福祉施設等）進める ②課題解決を含め、地域ケア会議を行い、地域での課題を積み上げていく	実施報告 ※※	① 地域福祉課多機関連携調整担当が推進している重層的支援会議に4件関わらせていただいた。参加することにより、高齢だけでなく、医療や障がい等多種多様な関係機関とも情報交換することができた。 また包括羽田・包括大森東と協働ではあるが羽田糺谷地域介護支援専門員連絡会でも多機関連携調整担当にご協力いただいた結果、重層的支援についての研修を実施することができた。介護支援専門員の方々にも重層的支援を理解してもらえたことは地域として大きなメリットで成果であると考えている。 ② 個別レベル会議、日常生活圏域レベル会議ともに実施。また地域の介護医療福祉従事者とも地域課題について考えることができた。 また地域医療関係者と地域課題について考えるうえで共通の認識があったため、次年度に向けて具体的な活動について検討することができた。
-------------------	---	--------------------	--

大田区福祉部長 宛

令和 6 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 いくつになっても自分らしく、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連携し切れ目ない支援を行う事で、地域共生社会につながる地域包括ケアシステムの推進に取り組みます。

● 機能アップ3か年計画《令和6年度～令和8年度》

目指す姿	シニアステーション羽田とともに住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける事ができるよう高齢者 1 人ひとりに寄り添う支援ができるセンターを目指す。	令和6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シニアステーションと連携し、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]	S
	2. 高齢者が要介護状態などになっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営む事ができるよう地域の介護保険事業所等と連携し、地域ネットワークの充実とケアマネジメントの質の向上に取り組みます。 ★[重-2]	A
	3. 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。地域共生社会につながる地域包括ケアシステムを推進します。 ★[重-3]	S
	4. 一人暮らしや認知症、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、老い支度の周知を進め、個人や地域において、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んでいきます。 ★[重-4]	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] ★[重-4] 毎に項目番号(1)①～(7)○を記入	◆1年目実績・今後の展望、課題 達成度評価の理由
★[重-1] (3)⑤「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析などを参考に、地域包括支援センター羽田の保健師とシニアステーション羽田が連携し、通いの場の利用継続を目標とした「健康講座 病気のはなし、	★[重-1] (3)⑤1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」の行政情報分析などを参考に、地域包括支援センター羽田の保健師とシニアステーション羽田が連携し、通いの場の利用継続を目標とした「健康講座 病気のはなし

「ちょこっと健康相談会」を実施。講座や相談会の実施を通じて、加齢や障害による心身の機能低下、かかりつけ医を持ち 必要な治療を受ける事で生活習慣病の悪化や重症化を防ぐ事、セルフケアの重要性など健康づくりの推進・意識の向上に取り組んでいく。	し」、「ちょこっと健康相談会」を実施。講座や相談会の実施を通じて、加齢や障害による心身の機能低下、かかりつけ医を持ち 必要な治療を受ける事で生活習慣病の悪化や重症化を防ぐ事、セルフケアの重要性など健康づくりの推進・意識の向上に取り組んだ。 ・「健康講座 病気のはなし」：年間8回開催、総利用者195名 ・「ちょこっと健康相談会」：年間19回開催、相談件数：56件、相談人数：37名 今後の展望、課題：「健康講座 病気のはなし」、「ちょこっと健康相談会」とともに令和7年度も継続して実施していく。 ・「健康講座 病気のはなし」：記憶の定着促進等の理由から自己検脈といったワークや動画視聴等を取り入れた。講座時間を60分講座→90編講座に年度途中から変更。テーマによっては、ハーブティー等を提供し、長さを感じさせない工夫を行った。令和7年度は名称を「保健師講座」に変更。疾患以外のテーマも取り入れていく。アクティブラーニングを意識した講座となるよう改善に取り組んでいく。 ・「ちょこっと健康相談会」：身体面に関する相談が主であった。食生活に関して助言している事が多く、フォローアップ面談を定期的に行っていく事で生活習慣改善に繋がる可能性が高いと考えられた。また、シニアステーション羽田利用時に適宜、声をかけ体調確認やアドバイスした内容の取り組み状況に関して確認。追加でのアドバイスや頑張りに対してポジティブフィードバックする事で継続への動機づけとなったと考えられる。相談者の生活に寄り添った関わりを心がけ、健康維持に貢献できるようにしていきたい。 ●達成度評価：S ・「健康講座 病気のはなし」、「ちょこっと健康相談会」ともに参加者数 及び 相談者数が多く、ニーズがあると考えられ、健康に関して気軽に相談できるという意識がシニアステーション羽田の利用者を中心に定着しつつあるため。
★[重-2] (2)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、連携強化を図る。(年4回程度)	★[重-2] (2)④1年目実績：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。包括羽田管内の薬局の薬剤師との意見交換会、事例検討、羽田地区民生委員児童委員との連携を兼ねた重層的支援体制整備事業についての勉強会を実施した。

	今後の展望、課題：包括羽田と包括羽田管内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携強化を目的にケアマネ勉強会を継続していく。令和7年は、勉強会の実施について介護支援専門員にも企画段階から参加してもらい勉強会に参加した介護支援専門員にケアマネジメント力向上等に繋がる機会にしていく。 ●達成度評価：A ・ケアマネ勉強会を年4回、開催する事ができた。ケアマネ勉強会に参加した介護支援専門員だけでなく、薬局の薬剤師や羽田地区民生委員児童委員から「参加して良かった」、「次も参加したい」といった声を頂き、介護支援専門員のケアマネジメント力向上や情報共有だけでなく、多職種連携の機会にもなったため
★[重-3] (5)②個別事例から地域課題を抽出し、その課題について関係機関で検討を重ねる事により、地域の課題を関係者で共有。課題解決に向け、関係機関間の調整、ネットワーク化、社会資源を活用した支援など、高齢者が望む在宅生活の実現・継続ができるよう地域ケア会議で検討していく。 ・個別レベル地域ケア会議を年4回以上開催。地域課題の把握と抽出に取り組む。 ・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-3] (5)②1年目実績：個別事例から地域課題を抽出し、その課題について関係機関で検討を重ねる事により、地域の課題を関係者で共有。課題解決に向け、関係機関間の調整、ネットワーク化、社会資源を活用した支援など、高齢者が望む在宅生活の実現・継続ができるよう地域ケア会議を開催した。 ・個別レベル地域ケア会議：年5回実施 ・日常生活圏域レベル地域ケア会議：年5回実施。 今後の展望、課題：個別レベル地域ケア会議で検討した事例をもとに日常生活圏域レベル地域ケア会議が開催できるよう取り組んでいく。 ●達成度評価：S ・個別レベル地域ケア会議、日常生活圏域レベル地域ケア会議ともに目標としていた検討件数を上回ったため。日常生活圏域レベル地域ケア会議で検討した事例が区レベル地域ケア会議でも検討されたため
★[重-4] (2)⑥老い支度の推進や成年後見制度の普及啓発や相談窓口の周知を図るため、大田区社会福祉協議会、羽田特別出張所と連携し「老い支度セミナー」を実施する。また、シニアステーション羽田と連携し、老い支度に関する講座など定期的に開催する。 (4)②ひとり暮らし高齢者対象者名簿や高齢者等実態調査に伴う未把握ひとり暮らし高齢者一覧表、大田区認知症	★[重-4] (2)⑥1年目実績：老い支度の推進や成年後見制度の普及啓発や相談窓口の周知を図るため、大田区社会福祉協議会、羽田特別出張所と連携し「老い支度セミナー」を実施した。 今後の展望、課題：今後も、大田区社会福祉協議会おおた成年後見センターと連携し「老い支度」に関する講座等を実施していく。また、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業、意思決定支援等、券利用支援に関する勉強会を企画していく。 (4)② 1年目実績：大田区認知症検診受診結果一覧を活用し、対象

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。	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もち事ができた。今後の展望、課題：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の活用が課題。家屋倒壊等氾濫想定区域で暮らしている高齢者へのアプローチ等検討していく。 ●達成度評価：A ・ 老い支度の推進や成年後見制度の普及啓発や相談窓口の周知を図るため、大田区社会福祉協議会、羽田特別出張所と連携し「老い支度セミナー」の実施、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によるアプローチを実施。おおむね計画どおりの進捗できたため。
---	--

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] ★[重-4]を記入

※※重点項目★[重-1～4]に基づくものは◆1年目実績・今後の展望、課題と同内容を記載
(達成度評価の理由は省略)

(1) 総合相談支援業務（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(ケースワーク力、コミュニティワーク力の向上)		
実施計画 ※	① 職員一人ひとりの役割、相談援助技術、ケース対応状況などに応じて研修参加を調整。ケースワーク力向上を図る。また、研修報告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。 ② 日々のミーティングにて総合相談対応状況を確認。相談対応上の課題、対応策の検討と共有	実施報告 ※※	① 職員一人ひとりの役割や相談援助技術等に応じ、ケースワーク向上に繋がる研修に参加。包括職員個人としてのケースワーク力向上に向けた取組みを行う。また、研修を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・チームとしてのケースワーク力向上を行った。 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、高齢者虐待について重点的に共有を

	を行い、適切な支援に向けて地域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やケース対応の振り返りを実施。対応力向上に取り組む。 ③ ミルモネットや大田区版地域アセスメントシートなどを活用し地域の社会資源情報の抽出、集約、整理を実施。地域資源の見える化も兼ね、「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。		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。月1回実施している包括スタッフミーティングにおいても必要に応じて、下半期から事例検討を実施した。ネットワーク構築に欠かせない取り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。 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」に反映させた。ミルモネットの活用について検討を実施した。
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	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。 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地域ネットワーク構築を図る。		
実施計画 ※	① 複合的な課題を抱える相談者等を支援するため、相談者等が抱える課題の把握や整理を行い、生活困窮、障害、子ども分野等の関係部署・機関と連携しながら必要な支援を行う。また、課題解決の取り組みとして、重層的支援会議での事例検討を提案していく。	実施報告 ※※	① 複合的な課題を抱える相談者等を支援するため、糺谷・羽田地域福祉課各障害者支援担当、糺谷・羽田生活福祉課、障がい者総合サポートセンター、大田区生活再建・就労サポートセンターJOBOTA等、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。また、複合的な課題を抱えているケースについて、糺谷・羽田地域福祉課多機関連携調整担当に重層的支援体制整備事

	② 複合化・複雑化した支援ニーズに対するするため、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に取り組む。 ③ 糺谷・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、web等の活用も検討する) 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、連携強化を図る。(年4回程度) 【重-2】 ⑤ 介護保険事業者以外の地域の関係機関(医療機関、薬局など)への訪問。		業の重層的支援会議でケース検討できないか提案。令和6年度、重層的支援会議を3ケース実施した。 ② 法務支援相談、大田区社会福祉協議会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6年度について事例提出には至らなかった。 ③ 糺谷・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。 ④ 1年目実績：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。包括羽田管内の薬局の薬剤師との意見交換会、事例検討、羽田地区民生委員児童委員との連携を兼ねた重層的支援体制整備事業についての勉強会を実施した。 今後の展望、課題：包括羽田と包括羽田管内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携強化を目的にケアマネ勉強会を継続していく。令和7年は、勉強会の実施について介護支援専門員にも企画段階から参加してもらい勉強会に参加した介護支援専門員にケアマネジメント力向上等に繋がる機会にしていく。 【重-2】 ⑤ 地域包括支援センター羽田管内の医療機関、薬局へ訪問。包括で実施している家族介護者の集い、包括羽田
--	---	--	---

	⑥ 老い支度の推進や成年後見制度の普及啓発や相談窓口の周知を図るため、大田区社会福祉協議会、羽田特別出張所と連携し「老い支度セミナー」を実施する。また、シニアステーション羽田と連携し、老い支度に関する講座など定期的を開催する。【重-4】		ケアマネ勉強会の説明を実施。医療機関や薬局に包括やシニアステーション羽田のパンフレット、家族介護者の集いのチラシを設置してもらえ事となった。 ⑥ 1年目実績：老い支度の推進や成年後見制度の普及啓発や相談窓口の周知を図るため、大田区社会福祉協議会、羽田特別出張所と連携し「老い支度セミナー」を実施した。 今後の展望、課題：今後も、大田区社会福祉協議会おおた成年後見センターと連携し「老い支度」に関する講座等を実施していく。また、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業、意思決定支援等、券利用支援に関する勉強会を企画していく。 【重-4】
--	---	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	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。 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。		
実施計画 ※	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。	実施報告 ※※	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」を企画。今年度は、健康測定会だけでなく健康相談会を実施。体組成測定を実施し、その結果をもとに地域の専門職による個別相談を実施。シニアステーション職員・包括 保健師・管理栄養士・薬剤師・理学療法士・福祉用具相談員にて協働して実施。相談の待ち時間中に血管年齢測定・スクワットチャレンジ・握力測定・椅子体操などが体験できるようにし

	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 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 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時期に、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」の取り組みについて見直しを実施。令和6年度中に、新たなコンセプトで地域の高齢者が取り組めるよう検討していく。 ⑤ 「人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト」の行政情報分析などを参考に、地域包括支援センター羽田の保健師とシニアステーション羽田が連携し、通いの場の利用継続を目標とした「健康講座 病気		た。(令和6年度、9月、12月に実施) 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。 ③ 包括羽田への相談支援の内容や複合的な課題を抱える相談者等への支援を分析した結果、生活困窮に関する相談が多い事を確認。生活困窮は経済的な困窮だけでなく生活課題が複合的に連鎖している状態であり、結果として家計にも大きな影響が生じてしまうため、家計改善支援を目的とした地域住民向けの講座を大田区社会福祉協議会 地域福祉コーディネーター、大田区生活再建・就労サポートセンターJOBOTA と連携し開催した。 ④ シニアステーション羽田と協議を重ね、「健康づくりのために、高齢者自身が日々の生活の中でご自身が頑張ったこと・取り組んだことを記録するもの」をコンセプトとした「羽田パスポート」を令和6年9月から実施。令和6年9月から58名の方が羽田パスポートに取り組んでおり、11名の方が修了された。 ⑤ 1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」の行政情報分析などを参考に、地域包括支援センター羽田の保健師とシニアステーション羽田が連携し、通いの場の利用継続を目標とした「健康講座 病気のはなし」、「ちょこっと
--	---	--	--

	のはなし」、「ちょこっと健康相談会」を実施。講座や相談会の実施を通じて、加齢や障害による心身の機能低下、かかりつけ医を持ち 必要な治療を受ける事で生活習慣病の悪化や重症化を防ぐ事、セルフケアの重要性など健康づくりの推進・意識の向上に取り組んでいく。 【重-1】★[特力]	健康相談会」を実施。講座や相談会の実施を通じて、加齢や障害による心身の機能低下、かかりつけ医を持ち 必要な治療を受ける事で生活習慣病の悪化や重症化を防ぐ事、セルフケアの重要性など健康づくりの推進・意識の向上に取り組んだ。 ・「健康講座 病気のはなし」：年間8回開催、総利用者195名 ・「ちょこっと健康相談会」：年間19回開催、相談件数：56件、相談人数：37名 今後の展望、課題：「健康講座 病気のはなし」、「ちょこっと健康相談会」ともに令和7年度も継続して実施していく。 ・「健康講座 病気のはなし」：記憶の定着促進等の理由から自己検脈といったワークや動画視聴等を取り入れた。講座時間を60分講座→90分編講座に年度途中から変更。テーマによっては、ハーブティー等を提供し、長さを感じさせない工夫を行った。令和7年度は名称を「保健師講座」に変更。疾患以外のテーマも取り入れていく。アクティブラーニングを意識した講座となるよう改善に取り組んでいく。 ・「ちょこっと健康相談会」：身体面に関しての相談が主であった。食生活に関して助言している事が多く、フォローアップ面談を定期的に行っていく事で生活習慣改善に繋がる可能性が高いと考えられた。また、シニアステーション羽田利用時に適宜、声をかけ体調確認やアドバイスした内容の取り組み状況に関して確認。追加でのアドバイスや頑張りに対してポジティブフィードバックする事で継続への動機づけとなったと考えられる。相談者の生活に
--	---	--

			寄り添った関わりを心がけ、健康維持に貢献できるようにしていきたい。 【重-1】★[特力]
--	--	--	---

(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 ※	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。 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-4】 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。	実施報告 ※※	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。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。 ② 1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たった事から地域包括支援センター羽田と繋がりをもち事のできた。 今後の展望、課題：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の活用が課題。家屋倒壊等氾濫想定区域で暮らしている高齢者へのアプローチ等検討していく。 【重-4】 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、羽田地域力推進センター1階の地域情報コーナーの活用について検討した。

(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 ※	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。 ② 個別事例から地域課題を抽出し、その課題について関係機関で検討を重ねる事により、地域の課題を関係者で共有。課題解決に向け、関係機関間の調整、ネットワーク化、社会資源を活用した支援など、高齢者が望む在宅生活の実現・継続ができるよう地域ケア会議で検討していく。【重-3】 ・個別レベル地域ケア会議を年4回以上開催。地域課題の把握と抽出に取り組む。 ・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。 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。ミルモネットなどを活用し地域への情報発信を行う。	実施報告 ※※	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、お役立ちガイド等の反映、個別支援等に活用する事ができた。令和6年度は、家計改善支援を目的とした地域住民向けの講座の開催にあたり包括羽田担当エリアにあるタクシー会社への訪問を行った。 ② 1年目実績：個別事例から地域課題を抽出し、その課題について関係機関で検討を重ねる事により、地域の課題を関係者で共有。課題解決に向け、関係機関間の調整、ネットワーク化、社会資源を活用した支援など、高齢者が望む在宅生活の実現・継続ができるよう地域ケア会議を開催した。 ・個別レベル地域ケア会議：年5回実施 ・日常生活圏域レベル地域ケア会議：年5回実施。 今後の展望、課題：個別レベル地域ケア会議で検討した事例をもとに日常生活圏域レベル地域ケア会議が開催できるよう取り組んでいく。 【重-3】

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていくことが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。 ② 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実施。チームオレンジ事業に位置づけられるよう環境づくりに取り組んでいく。 ③ 認知症サポーター養成講座を、年1回以上開催する。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。 ④ 糺谷・羽田地域福祉課管内にある地域包括支援センター糺谷、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。 ⑤ 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	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。 ・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6年度 新規2件、継続2件の対応を実施 ② 令和6年度、認知症カフェを年10回実施。令和7年2月から講義形式だけでなく飲食も取り入れた認知症カフェを再開。「認知症ミニ講座→認知症予防ミニ体操→茶話会」といった流れで実施した。認知症カフェにはMCIの疑いの方も参加されている。 ③ 認知症サポーター養成講座を年1回開催。 ④ 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、糺谷・羽田基本圏域認知症サポーターステップアップ講座を年1回、開催した。 ⑤ 糺谷・羽田基本圏域で開催した認知症サポーターステップアップ講座を受講した方から包括羽田で実施している認知症カフェを見学したいとの

	受け入れができるよう働きかけを行っていく。 ⑥ 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。 ⑦ 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。	問い合わせがある。令和7年5月の認知症カフェを見学したいとの事で受け入れ準備等を進めている。認知症カフェを見学した後、認知症カフェでボランティア活動をした等、認知症支援に関する活動に参加してもらえる環境を整えていく。 ⑥ ・包括羽田で取り組んでいる家族介護者の集いについて、令和5年度途中から参加者が0名となっていた事から開催内容等の見直しを実施。「参加者が1名でも実施する意味があるのか?」、「そもそも介護者が意見交換や気持ちを吐き出す場は必要なのか?」、「ケアマネジャーや地域包括支援センターの存在でニーズがないのではないか?」といった疑問点は残ったが、「介護している家族等が、ほっとできる場の提供は必要だろう」との結論となり、令和6年度から開催日程等を変更。各月で平日の午後、土曜日の1時間に変更し開催する事とした(偶数月：第1木曜日 14時～15時、奇数月：第1土曜日 10時30分～11時30分)。4月からの参加者は、計6名であった。 ・令和6年度は、新たな取り組みとして男性介護者の負担感軽減等を目的に9月から毎月第2・第4木曜日18時から「ふくろうカフェ」を開催。9月からの参加者は0名であった。 ⑦ ・若年性認知症を抱えている方の支援のため大田区若年性認知症支援相談窓口と連携。若年性認知症を抱えており65歳になった方の支援においては、当事者より就労をしたいとの希望があった事から、糺谷・羽田地域福祉課多機関連携調整担当に相
--	--	--

	⑧ 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。 ⑨ 糺谷・羽田基本圏域 認知症地域支援推進員連絡会を定期的 に開催。「認知症になっても住	談。重層的支援会議、個別レベル地域ケア会議には検討を行った。 ・年1回、開催している羽田図書館と連携して実施している地域向け認知症講座について、令和6年度は、大田区若年性認知症支援相談窓口講師を依頼。若年性認知症についての講演を実施。若年性認知症、認知症基本法等についての啓発等を行った。 ・大田区若年性認知症相談窓口で支援している若年性認知症の方の子ども世代の方から「自分たちの経験を伝えていきたい」という声上がり、大田区ヤングケアラーの集いひびき会の周知やヤングケアラーをもっと身近に感じてもらうため、糺谷・羽田基本圏域内にある包括糺谷を中心に包括大森東と連携し、セミナーを開催。ケアラーの生の声を聴いてもらう事で、地域での認知症支援の必要性と課題、家族介護、ヤングケアラーについて少しでも知ってもらう機会を作った。 ⑧ 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については講座開催枠が埋まっていたとの事で実施する事ができなかった。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を検討。認知症アウトリーチチーム事業の見解等をもとに対象者の成年後見制度利用手続き、施設入所支援に繋がった。 ⑨ 糺谷・羽田基本圏域 認知症地域支援推進員連絡会を定期的 に開催。「認知症になっても住み慣れた地域
--	--	---

	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など行う。		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や認知症サポーターステップアップ講座の開催等について検討。チームオレンジ事業について、糺谷・羽田基本圏域では、3包括ごとに、「チームオレンジ」の立ち上げる事とし、包括羽田では、認知症のSさんが認知症と診断された後も受け入れてくれている集いの場の取り組みをチームオレンジとした。
--	---	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	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ヤングケアラー支援について検討する機会を作る。まず、中高生ひろばの職員に中高生ひろばを利用している中高生にヤングケアラーがいるかどうか聞き取りを行った上で、中高生へのアンケート実施について検討していく。 ② 地域包括支援センター羽田管内の小・中・高校生を対象に、認知症サポーター養成講座や福祉用具体験会などを実施。障害や高齢に伴う心身の変化や、その生活を知り、思いやりを育む中で、障害者や高齢者をはじめとする地域に暮らす人々の	実施報告 ※※	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ヤングケアラー支援について検討する機会を作る事、中高生ひろばの職員に中高生ひろばを利用している中高生にヤングケアラーがいるかどうか聞き取りを行う事はできなかったが、包括羽田に事業説明等で来所されたこども食堂の取り組み等を中高生ひろばの職員に知ってもらい、中高生ひろばに子供食堂のチラシ等を設置してもらう取り組みを行った。今後も、ふれあい祭り羽田・萩中の実施や地域力推進羽田地区委員会等で連携していく。 ② ・都南小学校のサマースクールにて福祉用具体験会を実施。福祉用具レンタル事業者に協力してもらい都南小学校の小学3年生～6年生を対象に実施。当日、生徒30名が参加。30名を3グループに分け、歩行器、車イス、リクライニング車イスを体験。福祉用具体験だけでなく、

	日常生活課題に目をむけ、考えてもらうための、きっかけづくりに取り組む。 ③ 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ド(情報格差)解消を目指す。		フレイルや認知症の予防についての説明を実施。 ・出雲中学校で取り組んでいる特養羽田の職場体験に参加した中学生１０名に、認知症サポーター養成講座を実施。 ③ シニアステーション羽田と連携し、スマートフォン相談会 １０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、大田区防災アプリ等の説明を実施。高齢者のデジタルデバイド(情報格差)解消を目指す取り組みを実施
--	---	--	--