

センター名 大森

1 事業目標

地域共生社会を見据え、だれもが誰かとつながる町を目標に地域との連携を強化、地域のだれもが住み慣れた町で安心して暮らすことが出来る地域づくりに取り組む。

● 機能アップ3か年計画<<令和元年(平成31年)度~令和3年度>>

目指す姿	地域共生社会の実現に向け、だれもが誰かとつながっている町・人が人にやさしい町づくりの中心かつらポールとしての役割・機能を果たす地域包括支援センター	達成度評価
重点項目	1. 地域の皆様が住み慣れた場所で安心して生活を続けることが出来るように、地域における地域の見守りのネットワークを構築する。 2. 地域包括ケアシステムの深化推進、来るべき地域共生社会に向けて、地域(社会)資源との連携体制を強化することで地域における福祉の中核拠点としての役割を果たす。 3. 地域の皆様にとって安心の拠り所として信頼される総合相談窓口の地域包括支援センターとしてあるべく、職員個々のケースワーク力の向上とチームとしての総合力のさらなる向上を目指す。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ3か年計画<<令和3年度：3年目進捗報告>>

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
<p>【1-2】 認知症サポーター養成講座・高齢者疑似体験・福祉用具体験を子供やPTA、学校、商店街、商業施設に対して働きかける。</p> <p>【1-3】地域の高齢者・認知症の皆様 の早期発見・早期対応・解決につなげる為、見守りキーホルダーの新規登録・更新に努める。地域の商店等に対しても見守り協力店への協力依頼に努め地域の見守りネットワークの強化を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における高齢者・認知症への理解を深化推進すべく、認知症サポーター養成講座・高齢者疑似体験・福祉用具体験などを題材に、地域の商店街・学校等への働きかけを強化する。 ・認知症サポーター養成講座についてはステップアップ講座を開催、参加者に地域の見守りネットワークの一員としての役割を担ってもらうべくオレンジカフェや認知症高齢者見守り声かけ訓練への参加を働きかける。 ・コロナ禍でもあり感染拡大を防止することを常に意識し工夫ながら地域へのアプローチを行っていく。 	<p>【1-2】【1-3】 ○実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長引くコロナ禍で前年度同様、地域活動が難しい状況ではあったが、小学校(サマースクールへの参加予定であったがコロナ禍拡大の為中止)や大学に対して高齢者・認知症への理解への働きかけを行った。具体的には、令和3年6月に地域の大学生に向けて「地域包括ケアと地域づくり、認知症」をテーマにWEB講義を行った。 ・認知症サポーター養成講座については包括平和島と共催で地域に対し

		<p>て行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オレンジカフェについてはコロナ禍の影響で対面式では3回のみで開催であったが、広報誌やオレンジ倶楽部を活用し、地域住民へ認知症理解が進むよう取り組んでいる。また認知症 VR 体験を取り入れたカフェを開催、参加者自身が体験することで認知症への理解をより深める取り組みを行った。 ・3か月に一月、見守りキーホルダー登録強化月間を定め、集中して周知活動・登録勸奨を窓口や地域活動の場で行った。 <p>○今後の展望</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「チームオレンジ活動」を推進する中で、地域住民の高齢者や認知症への理解を深めるべく認知症サポーター養成講座などを題材に、地域への働きかけを強化していく。オレンジカフェについても多種多様な参加者のニーズに応じた内容の提供を目標とする。 <p>感染症に対しては感染予防策を徹底することで感染の拡大防止や参加者の安心や安全につないでいく。WEBの活用も積極的に行っていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守りキーホルダーについては、地域の見守りネットワークの一つの柱として捉え、今後も積極的に周知、登録勸奨を行っていく。
<p>【2-2】 地域で行われている様々な団体の多世代交流社会参加事業への積極的な参加と支援を行う。</p> <p>【2-3】民協・社協・地域と協働で社会資源マップを作成することで社会診断を強化するだけでなく、関係機関とのつながりを強化していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・私たち自身が地域の一員であることを自覚して、地域内の町会や自治会、商店街、福祉施設、民生委員児童委員協議会、行政、学校関係、区民活動団体等の企画する様々な地域イベント等への積極的な支援を行い、地域包括支援センターの認知度と信頼度の向上に努め、地域の見守りネットワ 	<p>【2-2】【2-3】</p> <p>○実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・こらぼ大森への事務所移転をきっかけにこらぼ大森を活動拠点としている子供から高齢者、障がい分野を含めた多世代、多機関との連携を深め、それぞれの活動への協力や参加を行った。

	<p>ークの核となるつながりを構築する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で、会えなくとも人とのつながりや、地域の一員であることを感じ、そして地域に元気なってもらおうとの目的で始まった地域応援プロジェクトを継続していくことで地域力の強化につなげていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援をテーマとした地域ケア会議において課題としてあがった「買い物」に対する解決アプローチとして「地域資源マップお買い物編」を作成した。 ・大田区社会福祉協議会の車椅子ステーション事業に協力、地域最大（10台）の車椅子無償レンタルを行っている。新型コロナウイルスワクチン接種時の利用など年間を通して高い稼働率で地域の皆様に役立てて頂いている。 ・大森警察署と連携して特殊詐欺被害の防止に取り組んだ。地域包括支援センターが主催する地域活動の場において警察署による講演も行って頂いた。さらに区の見守り支援検討部会をきっかけに国民生活センター主催の消費者生活サポーター研修において「地域包括支援センターを中心とする地域づくり」について講義する機会を頂き、全国からの参加者に対して、地域の見守りネットワーク推進に向けた大田区の地域包括支援センターの取り組みを紹介することが出来た。 ・大森消防署の煙探知機普及活動に協力、同行訪問を行っている。 ・地域住民のフレイル予防、認知症予防、住民同士の世代を超えたつながりをテーマにした「大森西で健康ビンゴ」を作成、自治会連合会、大森西地区民生委員児童員協議会、東京都健康長寿医療センター、地域リハビリテーション活動支援事業の協力を得られたことで、より地域に密着した取り組みとなった。 ・令和2年度に大森西地区民生委員児童委員協議会と共催ではじまった
--	---	--

		<p>「地域応援プロジェクトげんきになる木でつながろう」の第二弾として「桜」をテーマにし、たくさんの地域の方にご協力頂いた。今回は地域の小学校を中心に開催、完成作品は小学校に展示後、地域の商業施設であるマチノマ大森にも展示されるなど、たくさんの地域のつながりを築くことが出来た。</p> <p>マチノマ大森展示の際は「おおむすび」と協力開催となり、障がい分野とのつながりも生まれた。</p> <p>○今後の展望 構築されたつながりを大切することで、様々な地域課題や8050問題などの複合課題などについて、世代や機関を超え、共有し話し合う場としてのプラットフォームの構築につなげていく。</p>
<p>【3-2】 実際の事例を題材とし、「ハイスティックの七原則」「自己覚知」に基づいた検討会を開催、福祉の専門職としてどうあるべきか、その前に地域と向き合う一人の人としてどうあるべきかの拠り所とする。</p> <p>【3-3】 様々な研修や勉強会に参加、所内での伝達研修・情報共有につなぐこと所内全体のケースワーク力の向上を図る。</p>	<p>・日々のミーティングにおいて、職員個々の地域診断に基づく情報共有、ハイスティックの七原則に基づいた事例検討を行い、三職種の専門性に基づいたスーパーバイズの機会を設けることでチームとしての方針を決定、連携の強化・チーム力の向上を図る。</p> <p>・参加した様々な研修や勉強会での学びを自包括だけでなく、地域の居宅介護事業者との合同事例検討会や隣接包括との地域ケア会議においても共有し、地域全体のケースワーク力とつながりの向上を図る。</p>	<p>【3-2】【3-3】 ○実績 ・日々の定時および随時のミーティングにおけるケースや社会資源の情報共有、検討を行ったことで、目標を同じくする一つのチーム作りが出来た。さらに様々な研修や地域ケア会議にて得られた知識や情報についても必ず職員全員で共有すること、三職種の専門性に基づくスーパーバイズを行うことで職員個々のスキル向上だけでなくチーム全体の底上げにつながった。</p> <p>○今後の展望 ・今後ますます増加が予想される8050問題などに対し、適切に対応する為にも、地域包括支援センターのケースワーク力の向上だけでなく、地域全体のケースワーク力の向</p>

		<p>上が必要であることから、より多面的な視点を知識を養うべく、多職種、多機関、地域との連携を強化していく。</p>
--	--	--

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	職員個々のケースワーク力の向上とチームとしての総合力の向上を図る。	
実施計画	<p>① 日々のミーティングにおいて、職員個々の地域診断に基づく情報共有、バイスティックの七原則に基づいた事例検討、三職種の専門性に基づいたスーパーバイズの機会を設けることでチームとしての方針を決定、連携の強化・チーム力の向上を目指す。</p> <p>② 様々な研修へ積極的に参加、伝達研修および勉強会等を行い職員個々のスキルアップと専門性の向上を図る。地域の高齢者福祉関係者との合同研修、勉強会に積極的に企画、参加していく。感染症の状況に応じてWEB等の積極的な活用も行っていく。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 日々の定時および随時のミーティングにおける社会資源の情報共有、「バイスティックの7原則」「自己覚知」に基づくケース検討を行ったことで、目標を同じくする一つのチームとしてより適切な支援方法の確認及び実践が出来た。</p> <p>② 様々な研修や地域ケア会議にて得られた知識や情報についても必ず職員全員で共有することと、三職種の専門性に基づくスーパーバイズを行うことで職員個々のスキル向上だけでなくチーム全体の底上げにつながった。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の高齢者福祉関係者との連携を強化することで、地域の高齢者が住み慣れた町で安心して暮らし続けることを可能とする地域、支援体制を構築する。	
実施計画	<p>① 地域ケア会議を開催、地域の高齢者福祉関係者に参加して頂くことで個々の資質の向上、連携の強化、多職種協働を目指す。</p> <p>② 地域の高齢者福祉関係者を対象にした事例検討会や研修・勉強会を企画・開催、連携の強化と地域高齢者福祉のポトムアップを図る。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 地域ケア会議（自立支援、困難事例）を開催、地域の関係者（高齢者福祉以外にも含む）にも参加頂き、様々な立場からの意見交換を行い検討することで、包括的継続的マネジメントを実践した。</p> <p>② 地域の居宅介護事業所や福祉用具事業所と合同勉強会を行った。ほか定期的に病院や薬局を訪問し地域包括支援センターの案内や情報提供を行うなど連携強化に努めている。</p>

--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援を目標に地域の皆様に必要な社会資源を整理分類し、わかり易い形での情報提供を行うと共に、適切な介護予防ケアマネジメントを通じ、自立に向けた支援を行う。		
実施計画	<p>① 地域診断に基づき高齢者に必要な情報を一元化した地域資源マップの作成・更新、ミルモネットへの登録を行う。ミルモネットをより使いやすいツールとするための検証、提案を行う。</p> <p>地域資源の不足している箇所については立ち上げ支援に取り組む。</p> <p>② 自立支援計画作成時（中間評価含む）のアセスメントをより丁寧に行い、個別レベル会議を重ねることで自立を目標とする多種多様なニーズに対応していく。</p>	実施報告	<p>① 自立支援地域ケア会議のテーマであったお買い物について資源マップを作製し地域やケアマネと共有した。</p> <p>ミルモネットについては更新を行い、利用上の課題については区へ提案を行った。</p> <p>コロナ禍における地域住民の体力の低下、健康やフレイル、認知症への不安の声に対して地域包括支援センターと大森西地区民生委員児童員協議会との共催でフレイル予防サロンを立ち上げた。</p> <p>② 個別レベルの地域ケア会議を適宜開催し、地域課題の把握や解決に取り組んでいる。支援方法についてはアセスメントに基づき所内での検討・振り返りの機会を設けている。</p>

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

個別目標	見守りキーホルダーの新規登録・更新を軸に地域の見守りネットワークの構築を図る。		
実施計画	<p>① 地域の様々な関係者が集まる日常生活圏域レベル会議を活用し、地域における見守りネットワーク構築について、必要性の認識を高め、大森西における見守りキーホルダー登録数増加を目指し、安心安全な地域づくりにつなげていく。</p> <p>② 見守りキーホルダー登録更新会を地域包括支援センター単独ではなく地域の薬局等とも協力し、健康維持・フレイル予防・認知症予防イベント等と合わせて開催することでの相乗効果を図る。</p>	実施報告	<p>① 3か月に一月、見守りキーホルダー登録強化月間として、集中的に新規登録や更新勧奨を行った。</p> <p>日常生活圏域レベル地域ケア会議については事前打ち合わせのみを行っている。令和4年度開催予定。</p> <p>② 地域の図書館に協力を頂き開催した見守りキーホルダー登録会において、同時に健康維持・フレイル予防、認知症予防をテーマにした資料やパネルの展示会を行っている。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域共生社会を見据え、地域包括ケアシステムのさらなる深化推進に努める。		
実施計画	<p>① 個別地域ケア会議を12回以上、日常生活圏域レベル会議を2回以上開催し課題解決に向けて地域全体で取り組む体制を構築する。</p> <p>② 子どもや子育て世代、高齢者・障がいを持った方などが参加可能なイベントや取り組み(多世代交流社会参加事業など)を通じて相互理解を深め交流を図ることで、8050問題など世代間に渡る課題解決の糸口とする。WEB等の積極的な活用を検討していく。</p>	実施報告	<p>① 個別レベルの地域ケア会議を開催、地域の様々な関係者と地域課題解決に取り組むことで、プラットフォーム形成に向けたつながりの構築ができた。</p> <p>② 地域住民のフレイル予防、認知症予防、住民同士の世代を超えたつながり、をテーマにした「大森西で健康ピンゴ」を作成(対象者は地域の多世代)、自治会連合会、大森西地区民生委員児童員協議会、東京都健康長寿医療センター、地域リハビリテーション活動支援事業の協力を得られたことで、より地域に密着した取り組みとなった。</p> <p>・令和2年度に大森西地区民生委員児童委員協議会との共催ではじまった「地域応援プロジェクトげんきになる木でつながろう」の第二弾として「桜」をテーマに実施、たくさんの世代を超えた地域の皆様にご協力頂いた。今回は地域の小学校を中心に開催、完成作品は小学校に展示後、地域の商業施設であるマチノマ大森にも展示されるなど、たくさんの地域の皆さんとのつながりを築くことが出来た。またマチノマ展示の際はおおむすびさんと協力しての開催となり障がい分野とのつながりも生まれた。</p> <p>・自立支援をテーマとした地域ケア会議において課題としてあがった「買い物」に対する解決アプローチとして「地域資源マップお買い物編」を作成した。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域の皆様の認知症に対する理解を深め、だれもが認知症になっても住み慣れた町で安心して暮らし続けることが出来るよう支援する。		
実施計画	<p>① 認知症の当事者、認知症の方の家族、認知症の方を見守りたい方、認知症を予防したい方などそれぞれのニーズに応じた認知症カフェづくりを行う。</p>	実施報告	<p>① オレンジカフェについてはコロナ禍の影響で対面式では3回のみで開催であったが、広報誌やオレンジ倶楽部を活用し地域住民の認知症への理解に取り組んでいる。また認知症VR体験を取り入れたカフェを開催、</p>

	<p>② 認知症高齢者見守り声かけ訓練、認知症サポーター養成講座などを行い、地域の認知症に対する理解を深め、見守りのネットワークを構築する。WEB等の積極的な活用を検討していく。</p>		<p>参加者が体験することで認知症への理解をより深める取り組みを行っている。</p> <p>② 地域住民向けの認知症サポーター養成講座を開催した。地域の大学生に対して認知症のケースを題材としたWEB講義を行っている。</p>
--	---	--	--

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	大田区が実施する事業の周知、普及活動		
実施計画	<p>① 大田区が実施する事業やイベント等のチラシ・パンフレットを包括が関係する場で配布やアナウンスを行い周知、普及を図る。</p> <p>② 大田区地域福祉計画への理解を深め、大田区の事業について関係機関や地域住民に対して、包括が関係する場での周知・普及を図る。</p>	実施報告	<p>① 大田区が発信、実施する様々な取り組みやイベントについて、地域包括支援センターが携わる様々な場面でチラシを配布するなど周知活動を行った。</p> <p>東京都が促進している高齢者向けスマートフォン普及啓発事業についても相談会、体験会開催への協力を行っている。</p> <p>② 大田区地域福祉計画についてはセンター内で理解を共有することで、地域づくりや相談業務、ケアプラン作成など日々の業務にフィードバックさせている。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 平和島

1 事業目標

地域の特性を生かした住民主体の地域包括ケアシステムの構築を多職種協働で取り組む。すべての人が自分らしく安心して暮らし続けられる地域を目指す。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	誰もが孤立しない地域の要となる相談しやすい窓口となるため、地域や他職種との顔の見える関係を深めていく。	達成度評価
重点項目	1. 1000世帯を超す団地住民に向け、地域住民を主体とした見守り体制の構築に取り組む。	A
	2. 安心して総合相談ができる窓口を目指し、個々の職員がより一層の利用者理解に努めるとともに専門家に迅速につなげることにより、相談機能の強化・充実化を図る。	S
	3. 地域資源を生かし連携・企画を行う中でボランティアとなる人材を発掘、育成し誰かにつながりあえるネットワーク作りに取り組む。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
(1-3) 高齢になっても、認知症になっても暮らしやすい地域にするために、主体的な見守り協力者を増やす。 (声かけ訓練を発展、地域に浸透させる)	ア) 多世代が訪れる商店街で、商店会、自治会等と協力して高齢者見守り声かけ訓練を、年1回以上開催する。 イ) 大森西地区全体の課題を踏まえて、高齢者見守り声かけ訓練を包括大森、民生委員児童委員協議会と連携し企画、開催する。 ウ) 小学校、高校、児童館、図書館等で多世代へ向けて認知症サポーター養成講座を開催する。 エ) 区内でチェーン展開しているスーパー等に対し、他包括と連携し認知症サポーター養成講座開催に向けての勧奨活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の拡大により管轄内で「見守り声かけ訓練」は実施出来なかった。しかし、包括平和島管轄内で、「地域共生プロジェクト気軽に何でも相談処」を立ち上げ、毎月開催した。看護師、MSW、薬剤師、CM等の専門職が、様々な疑問について相談をうけ、地域の方々が気軽に相談できる場となっている。また、地域の見守り機能も果たしている。 上記同様、新型コロナウイルス感染症の拡大により大森西地区全体での「見守り声かけ訓練」は実施出来なかった。しかし、民生委員児童委員協議会（以下、民児協）、包括大森と協力・連

		<p>携し、大森西地区全域に向けて、フレイル予防を推進するための会議を行った。令和4年3月10日には第一回目として、民児協と包括大森とで「フレイル予防教室」が行われた。令和4年9月には包括平和島管内でも実施予定となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーター養成講座は、当初大森東小学校の全学年が対象だったが、コロナ禍により4、5、6年生を対象に、「人権教育」の授業の一環として実施した。 ・ 今後は、年度2回「高齢者見守り声かけ訓練」を実施したい。また、区内でチェーン展開しているスーパーマーケットや、信用金庫や警察などへ向け、「認知症サポーター養成講座」の開催に向けて働きかけていく。なお、あわせて権利擁護の周知・啓発活動についても社会福祉協議会などと推進する。
<p>【2-3】三職種の強みを生かし、自己学習のもとそれぞれがチューターとなり、年間を通じテーマをもって学習に取り組む。</p>	<p>ア) 三職種それぞれの専門的な知見を活かした定例学習会を行い、各自の対応力の向上を図る。</p> <p>イ) 多世代、他分野を含む複合課題への対応を意識したケース検討を開催する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎朝のケースの共有、毎週の職場会議にてケース検討を丁寧に行い、また虐待や困難ケースについては、三職種で方針を立て対応し、職員のケース検討力アップを図ってきた。運営法人にて独自に、主任介護支援専門員事例検討会、ケアマネジメント支援会議、ソーシャルワーカー部会、中堅相談援助研修、1～4年目相談援助研修等の専門研修が開催され、参加した。 ・ 複合課題への対応や65歳未満の方への支援も、「地域課題解決をする」との面から当事者意識を持つよう心掛けた。ケースがあった際は、民生委員や社会福祉協議会、大田区障がい者総合サポートセンター等と連携して対応し、その都度、所内でケースの共有や検討により方針を立てて支援した

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 年9回、個別レベル地域ケア会議を開催し、地域課題の抽出、把握と共に、課題解決に向けて実践した。 ・ 今後は、複合課題への対応や65歳未満の方への支援体制を具体的に整えていきたい。
【3-3】元気なうちから誰もがつながりあえる地域を目指して、多様なサロンをつくる。(太極拳サークル、食の会、アロマテラピー、お化粧品、おしゃれクラブなど)	<p>ア) 大森西地区の課題を踏まえ、包括大森と協力して、民生委員児童委員協議会による自主グループ立ち上げを支援する。</p> <p>イ) 管轄内の社会資源、関係各機関等と連携し、多世代、他分野を含む課題について気軽に立ち寄り、相談できる新たな場所作りを進める。大森西地区の課題を踏まえ、包括大森と協力して、民生委員児童委員協議会による自主グループ立ち上げを支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大森西地区民児協が主催している「どんぐりの会」を、包括平和島管内でも立ち上げる予定だったが、コロナ禍のため、開催には至らなかった。しかし、「フレイル予防」への需要が高まっており、民児協、包括大森・平和島とで協力して、大森西地区全体へ向け「フレイル予防教室」を今年度から開催。来年度も引き続き、民児協、包括大森と連携をし、大森西地区全体を視野に入れた地域課題にも対応していく。 ・ 個別レベル地域ケア会議から抽出された地域課題をもとに、大森地域福祉課や地域福祉コーディネーター等の協力を得ながら、多世代、分野を超えて横断的に地域の様々な課題について地域の方々が気軽に立ち寄り、相談できる場として「地域共生プロジェクト 気軽に何でも相談処」を立ち上げ毎月開催した。 ・ 今後は、高齢者と子ども、子育て世代等の交流機会や高齢者の生きがいや居場所作り等、多世代共生の地域づくりを推進する。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	地域に向けて権利擁護・虐待防止、包括の機能について啓発を行い、複合課題にワンストップで対応する窓口となる。		
実施計画	① 民生委員懇談会、ケアマネジャー学習会をはじめ町会等でも権利	実施報告	① 民生委員懇談会を1回開催することが出来た。民生委員の認知症サポーター養成

	<p>擁護・虐待防止、包括の機能等の啓発活動に積極的に取り組む。</p> <p>② 所内検討を通して方針を決定し、初動対応を迅速・的確に行い、関係機関と連携しながら支援する。</p>	<p>講座の受講が殆どなされていなかったため、「認知症サポーター養成講座」を開催し、あわせて地域の社会資源を紹介した。</p> <p>ケアマネ向上委員会を年3回開催し、ケアマネジャー学習交流会の開催準備を行ったが、コロナ禍により実施には至らなかった。来年度は、居宅介護支援事業所でも策定が進んでいないBCP等もテーマに実施する予定。</p> <p>法人内研修には、東京都権利擁護センターから講師を招聘して「虐待防止の学習会」を開催し、包括として研修に協力した。介護事業所へ包括の役割の周知・啓発をした。</p> <p>大森本町2丁目アパート自治会の要望により「成年後見制度講座」を開催する等、コロナ禍を包括と連携してもらえる機会ととらえ、権利擁護、虐待防止の啓発活動にも取り組んだ。また、権利擁護支援検討会議でも地域からの排除に至らない支援を課題に検討する等し、権利擁護に積極的に取り組んだ。</p> <p>② 三職種専門性を生かした所内検討を行い、情報が少ない場合にも的確な判断、方針を立てて対応することが出来た。また、地域ケア会議を通して捉えた地域課題を踏まえ、個別ケースへの支援を実践した。</p>
--	---	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域のケアマネジャーの要望を踏まえた学習会を企画し、関係各機関との顔の見える連携を強め、地域のケアマネジャーのケアマネジメント力の向上を図る。
------	---

実施計画	<p>① ケアマネジャー向上委員会により地域のケアマネジャーの要望を踏まえた学習会を企画し、年4回のケアマネジャー学習会を開催する。</p> <p>② 複合課題への対応力向上も視野に、高齢分野に隣接する分野の学習機会を設け、地域のケアマネジャーのケアマネジメント力向上を図る。</p>	実施報告	<p>① 今年度はコロナ禍の影響により、ケアマネジャー学習交流会は開催出来なかった。しかし、ケアマネジャー向上委員会は年3回開催し、地域のケアマネジャーの要望を踏まえながらケアマネジャー学習交流会の準備をした。次年度はWebの活用により、年4回の開催を目指す。</p> <p>② 地域のケアマネジャーで組織しているケアマネ向上委員会とともに、令和4年度の地域のケアマネジャーの学習機会を検討。また、生活福祉課、障害関係等の様々な機関・社会資源と地域のケアマネジャーとの交流機会を作り、複合的な課題への対応力の向上を図る。</p>
------	--	------	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域ケア会議による地域課題の検討を踏まえ、社会資源を有機的に運用して自立支援を進める。		
実施計画	<p>① 高齢期は、運動機能だけでなく栄養状態、口腔の状態によっても機能低下や疾病に陥り易い為、在宅高齢者訪問事業等を活用して介護予防や自立を図る。</p> <p>② 絆サービスやシルバー人材等の地域の社会資源が地域でより生かされるように、地域ケア会議による地域課題の抽出、解決に努める。</p>	実施報告	<p>① 地域ケア会議をとおして、大田区の在宅高齢者訪問相談事業等を活用した。また、感染状況を踏まえて感染対策を十分に行いながら、大森スポーツセンターを利用して、フレイル予防として「イスで行うシニア元気体操」を地域福祉コーディネーターの協力も得ながら新規に開催し、介護予防や自立につながるよう取り組んだ。</p> <p>② 自立支援プランの個別レベル地域ケア会議により、大田区の在宅高齢者訪問相談事業等の施策や社会資源を活用して自立支援や介護予防を図った。</p>

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

個別目標	地域の多世代の方々とのつながりを生かして高齢者が住みやすい地域作りを進める。		
実施計画	<p>① 「地域応援プロジェクト」で出来た民生委員、自治会、小学校等をはじめとした地域の多世代のつながり作りの輪を広げる。</p> <p>② 「地域応援プロジェクト」を地域</p>	実施報告	<p>① 「地域応援プロジェクト」により関係性を深めた事で、大森東小学校では、4、5、6年生を対象にした人権教育の授業の一環として認知症サポーター養成講座を実施した。</p>

	<p>の団地向けに行うことで、包括の周知・啓発と共に顔の見えるつながりを、元気なうちに作れるようにする。</p>	<p>大学生を中心としたボランティアNPO法人「YUME プラス」に対しても認知症サポーター養成講座を実施した。あわせて社会福祉協議会とNPO 法人との橋渡しをし、無償学習支援事業「スタディチョイス」設立のきっかけづくりを行う等、多世代のつながり作りの輪を広げることができた。</p> <p>② 「地域応援プロジェクト」としては行わなかったが、大森本町2丁目仲町会、東一健友会等の協力を得ながら地域の学生ボランティアのNPO 法人「YUME プラス」と協働で地域に向けて、「新型コロナワクチン接種予約センター」を設置。多世代のつながりによる、高齢者支援を実践した。また、「大森地域福祉課管内全体での高齢者見守りキーホルダー一斉登録会」や「スマートフォン体験・相談会」を自治会・シニアクラブ等にチラシの掲示版への掲示や配布等の協力を得ながら開催した。</p> <p>地域ケア会議から抽出された地域課題をもとに、大森地域福祉課や地域福祉コーディネーター等の協力を得ながら、多世代、分野を超えて横断的に地域の様々な課題について、地域の方々が気軽に立ち寄り、相談できる場として「地域共生プロジェクト 気軽に何でも相談処」を立ち上げた。</p>
--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	管轄内と大森西地区全体での高齢者見守り声かけ訓練を開催する。		
実施計画	<p>① 管轄地域内の商店街を中心にして、商店会、自治会、民生委員等と協力しながら、高齢者見守り声かけ訓練を新たな地域で実施し、地域の見守る力作りを高める。</p> <p>② 民生委員児童委員協議会、包括大</p>	実施報告	<p>① コロナ禍の為、「高齢者見守り声かけ訓練」の実施には至らなかったが、自治会町会と協力して、点検詐欺や不動産詐欺の情報の掲示を行った。また、大森警察生活安全課防犯係犯罪抑止対策担当の要請で窓口や訪問先へチラシの配布や注意</p>

	<p>森と協力し、大森西地区全体の課題を踏まえての高齢者見守り声かけ訓練を実施する。</p>	<p>喚起、自動録音機の設置の支援を行うなど、地域の見守り力の向上に努めた。</p> <p>65歳未満の方への対応に関して、民生委員、大森地域福祉課、社会福祉協議会等と連携して対応し、認知症や障害を理由に地域からの排除に至らないように、「誰もが安心して住み続けられるまちづくり」を推進した。</p> <p>② コロナ禍の為、高齢者見守り声かけ訓練の実施には至らなかった。しかし、民児協、包括大森と協力して、大森西地区全体で「フレイル予防」に取り組み、令和4年3月に、第1回として包括大森管内でフレイル予防教室を実施した。</p>
--	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

<p>個別目標</p>	<p>様々な世代の方々の認知症についての理解が進み、認知症になっても安心して過ごせる地域作りに取り組む。</p>	
<p>実施計画</p>	<p>① 商店会や自治会の地域特性・ニーズを踏まえて、高齢者の見守り声かけ訓練の企画、準備、を進め、開催に至ることで地域のつながりを強め、見守りの力を強めていけるよう働きかける。</p> <p>② それぞれの属性、世代などの特性を踏まえて、認知症サポーター養成講座や包括で作成した認知症講座を開催し、住民とともに寄り添いあえる地域作りを一層進める。</p>	<p>実施報告</p> <p>① コロナ禍の為、高齢者見守り声かけ訓練の実施には至らなかったが、「新型コロナワクチン接種予約センター」を地域の学生ボランティアのNPO法人「YUMEプラス」と協働し、大森本町2丁目仲町会、東一健友会等の理解・協力を得ながら開催に協力し、多世代のつながりによる高齢者支援を実施した。また、NPO法人「YUMEプラス」がこども・子育て世代への支援として「ジェネラルサポートみはら」を立ち上げる際には、大森本町2丁目仲町会をはじめとして地域の理解・協力が得られるように働きかけた。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座を、大森東小学校の4、5、6年生を対象にして「人権教育」の授業一環として実施した。また、大学生を中心としたボランティア</p>

			<p>NPO 法人「YUME プラス」に対しても実施した。管轄内の民生委員も殆ど受講していなかった事が判明し、民生委員懇談会の一環として実施した。大森東図書館とは共催で、オンライン形式にて開催し、多世代の方に認知症サポーター養成講座を行った。その他、大森西特別出張所で包括大森と共催で実施する等、今後の多世代共生、チームオレンジ事業も視野に入れた地域づくりを進めた。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	区、基本圏域レベル地域ケア会議の方針を踏まえて、地域の連携作りを進める。		
実施計画	<p>① 区、関係機関と連携して、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、共有を図る。</p> <p>② 区、関係機関との密接な連携のもとに、地域課題の解決に向けた活動を行う。</p>	実施報告	<p>① コロナ禍の為、日常生活圏域レベル地域ケア会議は実施出来なかったが、今後も「元気なうちにつながろう」をテーマに、大田区、包括大森、関係各機関と連携を密にし、地域課題解決へ向けた活動を推し進める。感染状況をみつつ、大森西地区自治会連合会長、大森西地区民児協会長の協力も得ながら、管轄内自治会全体で見守りキーホルダー登録会・啓発活動を開催する。</p> <p>② <u>(4) -②と同様</u> 大森生活福祉課からの要請により、生活保護新人ワーカーに対し包括支援センターの研修を行い、より密接な連携が図れるようにした。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3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

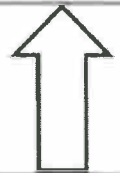
住民と各種機関と包括が繋がり、介護予防や閉じこもりを予防し、適切な時期に適切な支援ができるようにコーディネート機能を強化する。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域の高齢者の課題に早期介入、早期対応ができるよう、専門職や民生委員等の関係機関と情報の共有、協力が出来るようにする。	達成度評価
重点項目	1. 各団体が知り得る情報を早い段階で共有・相談できる体制をつくるために、町会・自治会・民生委員との関わりを深めていく。	A
	2. 地域の介護支援専門員が質の高い支援が行えるよう、日常的に顔の見える関係性を構築し、支援ができる体制をつくる。	B
	3. 迅速且つ的確な対応ができるために包括職員の更なるスキルアップをする。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-3】 町会・自治会等の集まりで、需要に応じた介護予防の取り組みを実施、最終的には住民全体の活動とする。	【1-3】 町会・自治会、民生委員、出張所と連携し、町会館等で地域活動（認知症カフェ・キーホルダー登録会をパッケージ化）を実施する。複数町会で広域的に実施することで、効率的な運営を図り、より多くの機関との関係性を強化していく。	地域に出向く「出張包括（認知症カフェ・見守りキーホルダー登録更新会）」を複数回実施することができ、マンション管理組合など新たな地域団体との関係を築くことができた。 →今後において、新たな町会・自治会、地域の団体と連携し、地域活動を積極的に実施していきたいと考える。
【2-3】 介護支援専門員が地域活動に参加し、高齢者が元気な頃から専門職と関わられる機会をつくる。	【2-3】 地域の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のスキルアップを図るための研修内容を包括と共に企画から検討し実施することで、三者（包括・主任介護支援専門員・介護支援専門員）のスキルアップを図る。また、介護支援専門員が地域活動	主任介護支援専門員との研修内容の検討から、新人向けの研修を2回企画（1回は、まん延防止期間にて、次年度に変更）したが、1回の実施となった。実施にあたっては、参加者からの意向も確認でき、次年度に繋がる活動となった。また、令和3年10月実施の出張包括で、「介護支

	に参加する機会をつくることで、地域の高齢者が元気な頃から、専門職と関わられるようにする。	援専門員相談会」を実施し、地域活動に参加する機会をつくることのできた。 →今後においては、新人向けの研修を定期的な実施により、CM、主任CM、包括それぞれがスキルアップし、地域対応力が向上できればと考えます。
【3-3】 個別ケースの見直しをチームごとに定期的にするすることで、ケースを共有し、チーム力の向上を図る。	【3-3】 チーム毎1回/週の個別ケース検討を実施する。チーム毎でケースの問題点を見極め、的確な支援に繋がられるよう、個人個人がスキルアップできるようにしていく。結果として、チーム力を高めていく。	様々な活動制限があったコロナ禍において、ミーティングの司会を交代で行う、ケース検討会は自身の考え（方針）を持って参加する、などの条件を設定して実施した。それにより、自身の方針で大丈夫という自身の獲得と、他の意見を聞くという学びの場となり、チーム力の向上を図ることができた。これらにより、個々のスキルアップと共にチーム力を高めることが出来ている。次年度は、さらなる向上を目指す。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）


個別目標	【3-1】【3-2】迅速且つ丁寧な対応を心がけ、地域から信頼され、地域からの情報が集まる場所となる。		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る。 ② 自治・町会等の連携を強化する。 ③ 各職員の専門・対人スキルを強化するため、チーム毎定期的に見直す時間を設ける。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域の社会資源の情報更新のための連絡により、各機関と連携を保つことができています。 ② 出張包括の実施により、自治会・町会、民生委員等との連携を図れた。 ③ 様々な活動制限があったコロナ禍において、ミーティングの司会を交代で行う、ケース検討会は自身の考え（方針）を持って参加する、などの条件を設定して実施した。それにより、自身の方針で大丈夫という自信の獲得と、他の意見を聞くという学びの場となり、チーム力の向上を図ることができ

			た。これらにより、個々のスキルアップと共にチーム力を高めることが出来ている。
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	【2-1】【2-2】地域の介護支援専門員の質の向上を図り、事業所と包括との連携を強化する。		
実施計画	<p>① 介護支援専門員への支援として、研修を6回/年（2回/初任者向け）開催する。</p> <p>② 主任介護支援専門員のスキルアップを図るため、主任介護支援専門員が主体となり、地域の介護支援専門員向けの研修を企画から検討し、共に実行することで包括、主任介護支援専門員、介護支援専門員の三者全体の底上げをする。</p> <p>③ 地域ケア会議等で主任介護支援専門員の活躍の場を提供する。</p>	実施報告	<p>① ② 地域の主任介護支援専門員と初任者向けの研修を2回企画するも、まん延防止期間となり、1回の実施となる（1回は、次年度に変更とした）。参加者から、意向確認ができ、次年度に繋げられる活動になったと考える。</p> <p>① 大森地域福祉課管内個別レベル会議を6回（8件）/年、日常生活圏域レベル会議を1回/年実施し、その内、主任介護支援専門員の参加は、6回/年。</p>

(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。 総合支援対象者、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	<p>① 地域の社会資源の情報を集約することで、個人にあった活動の案内ができるように、情報マップの見直しを行い、配布する。</p> <p>② 居場所づくりへの支援と活動の場の提供をする。</p>	実施報告	<p>① コロナ禍で地域の活動も制限される中、地域の社会資源の情報収集（情報の更新）をすることで、実施団体は少ないものの、最新の情報マップを掲示・案内することができた。</p>  <p>② 令和3年7月から、いこいの家のスペースを利用し、週5日ラジオ体操を実施。</p>

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

個別目標	互助を強化することで、いつまでも住み慣れた場所で生活が継続できる地域をつくる。
------	---

<p>実施計画</p>	<p>① 大森柳本通り商店街、アキナイ山王亭、新井宿第一児童公園を拠点としたサロン活動の継続。</p> <p>② 地域づくりセミナー、まちづくりが元気おおた（ウォークラリー）、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。</p> <p>③ みま～もを通して世代間交流により、高齢者のやりがい、意欲向上に繋げる。</p> <p>④ 高齢者が担い手となり活動できる事業を展開する。</p>	<p>実施報告</p>	<p>① おおた高齢者見守りネットワーク（以下：みま～も）をはじめとした各種団体と協働したサロン活動として、柳本通り商店街『アキナイ山王亭』及び新井宿第一児童公園を拠点としたみま～もセッションミニ講座を継続。感染予防に配慮し、一部の講座は中止、規模や実施場所を変えて実施した。202回／年開催し、延べ人数 1,365名参加。</p> <p>② 地域住民に対し互助の見守り、医療・介護予防の普及啓発のため、地域づくりセミナーを8回／年開催し、374名の参加があり、参加者には見守り支え合いの大切さを伝えられる機会となった。感染防止の観点から、参加人数を定員の1/4とし、1開催45分×2回で実施。非接触型でスタンプウォーク実施。5エリア48店舗が協力してくれた。参加者も、小さな子供、障がい者から高齢者まで総勢180名が参加された。コロナ禍において、『フレイル予防』『外出のきっかけ』を提供出来た。</p> <p>③ 毎週月・水・金曜日に、新井宿児童公園にて、『ふれあいパーク活動事業』を実施。公園の緑化・清掃事業を通して、地域の保育園児と交流した。</p> <p>④ 昨年度までは、地域の元気高齢者を発掘し、高齢者が担い手となる『元気があさんのミマモリ食堂』をテイクアウト形式で実施していたが、緊急事態宣言等により中止とした。</p>
-------------	--	-------------	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

<p>個別目標</p>	<p>【1-1】【1-2】医療・介護・地域をつなぐ役割を担う。</p>		
<p>実施計画</p>	<p>① 地域へ積極的に向き、多くの機関と連携する。</p>	<p>実施報告</p>	<p>① 今までの関係性の中から、婦人会設置の『ひまわり』、老人会『長生会』と連携</p>

	<p>② 地域ケア会議を通して、地域課題を明確化し、自治会・町会、民生委員、各専門機関等と連携し、解決策を見出す。</p> <p>③ 関係機関との地域活動（認知症カフェ・キーホルダー登録会）を規模拡大して実施する。</p>	<p>し、地域活動を実施した。また、新たにマンション管理組合など地域団体との関係を築くことができた。</p> <p>② 日常生活圏域レベル地域ケア会議において、地域課題として『コロナ禍において、認知症高齢者をどのように地域で支えていくか』を検討し、自治会・町会、民生委員、特別出張所等と協議した。その結果、出張包括（健康体操・キーホルダー登録会・ケアマネ相談会）を開催した。</p> <p>③ 今年度は、認知症カフェとキーホルダー登録会をパッケージ化し、複数会実施した。</p>
--	---	---

(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、地域へ向けて認知症の正しい理解者を増やす。																
実施計画	<p>① 認知症カフェの周知と拡大。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座の開催。</p>	<p>① コロナ禍において、スペースの問題もあり、不定期の開催にて実施した。</p> <table border="1" data-bbox="1002 1102 1497 1384"> <thead> <tr> <th colspan="3">認知症カフェ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/7</td> <td>大森ハイツ</td> <td>9人</td> </tr> <tr> <td>12/1</td> <td>プロストシティ</td> <td>12人</td> </tr> <tr> <td>1/13</td> <td>長生会</td> <td>15人</td> </tr> <tr> <td>3/18</td> <td>いこいの家 (web含む)</td> <td>53人</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 今年度1回/年開催。一般向けに入新井集会所で34名参加。次年度は、更に認知症に対する理解が広がるように周知していきたい。</p>	認知症カフェ			7/7	大森ハイツ	9人	12/1	プロストシティ	12人	1/13	長生会	15人	3/18	いこいの家 (web含む)	53人
認知症カフェ																	
7/7	大森ハイツ	9人															
12/1	プロストシティ	12人															
1/13	長生会	15人															
3/18	いこいの家 (web含む)	53人															

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	住民がいつまでも安心して生活していくことができる地域をつくるための情報の発信場所となる。		
実施計画	① ミルモネットへの情報更新。	<p>実施報告</p> <p>① 社会資源の情報更新時に、ミルモネットの案内実施。</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ② 基本圏域レベル地域ケア会議への協力。 ③ 包括連絡会への協力。 	<ul style="list-style-type: none"> ② 基本圏域レベル地域ケア会議に参加し、発信の機会を得る。 ③ 事務改善部会に参加し、発信の機会を得た。
--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和3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

地域住民のニーズを知り、地域の社会資源を熟知した、信頼される地域包括支援センターとなること。

● 機能アップ3か年計画<<令和元年(平成31年)度~令和3年度>>

目指す姿	住民が目指す地域を具現化するために、地域性を理解し関係機関と協力しながら、包括ならではの役割を発揮し地域から信頼される機関であること。	達成度評価
重点項目	1. 坂が多い地域の福祉課題を乗り越え、住み慣れた地域で暮らし続ける事が出来るよう、高齢者の多様なニーズに合った健康維持増進の取組みを行う。	A
	2. 関係機関の意見を吸い上げ、地域課題を共有し、ともに解決を模索し、互助が生まれ、効果が実感できる「参加してみたい地域ケア会議」を実践する。	A
	3. 職員間の知識を共有し、多様なニーズに合った情報を的確に住民へ提供できるよう、社会資源の情報整理を行う。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画<<令和3年度：3年目進捗報告>>

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-1】シニアステーションを中心に、また区民センターや文化センターとも連携して、フレイル予防・介護予防の普及を推進する。	シニアステーション事業で培った「フレイル予防」のプログラムを馬込地区全域にて、感染予防を徹底しながらより効果的に戦略的に実践する。 ・馬込出張所主催「元気維持事業」は区民センターと連携し包括・シニアステーションから講師派遣を行い地域のフレイル予防を図る。 ・包括南馬込と協働し「馬込学び舎」の定期開催。 ・シニアステーション事業ではフレイル予防や体操をメインとし文化的な講座も入れて幅広く利用を促す。 ※参集型の講座は新型コロナウイルス感染症予防対策を行い継続していくことで地域の介護予防に努めていく。	新型コロナウイルス感染症の影響が続く中で、感染症予防対策を徹底して実践した。 ・馬込特別出張所主催「元気維持事業」を月2回定期開催した。20回の開催で138名参加。フレイル予防の運動強度を初級と中級に分けて体力に合わせて選択できること、ミニ講座がセットとなり情報を得る学びの場となることは、第3のシニアステーションに近づいていると考え、継続して地域住民へ周知を図る。他の地域にも拠点を作ることが課題である。 ・包括南馬込との「馬込学び舎」は、地域で活躍するボランティア講師や社会福祉協議会の協力を得て「生きがい・役割の意義~ボランティア・地域

		<p>活動を逸して」と題し2月に予定していたが、感染症まん延防止の影響により次年度へ延期とした。</p> <p>・シニアステーション事業では1日3～4講座に計30～40名の参加があり、さまざまな講師によるフレイル予防や体操、スマホ講座やコロリアージュ、花遊び、美しい日本の文化などをテーマに幅広く実施し盛況だった。今後も感染症対策に努めながら開催する。また、シニアステーション利用者の変化に合わせて包括への相談・介護保険への移行など連携を図ることで安心して利用できる環境を整えていく。</p>
<p>【1-2】地理的に買い物が不便なため、『買い物の自立』など、目標を明確にした運動プログラムの実施・PRを行う。</p>	<p>地域性を考慮した運動プログラムの実施・支援をする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シニアステーション馬込が発着所となるポールウォークに参加し情報共有やPRを実施。 ・地域の関係機関へシニアステーション事業や講座をPR。 	<p>シニアステーション馬込では、映像での運動プログラムに加えて、6名の講師による定期プログラム(6か月登録制)や地域ボランティア講師の体操など、自分の運動量に合わせて参加することで体力維持につながった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポールウォークに参加し、情報共有やPRを実施した。参加は十数名で、坂道の中、意欲的に継続して参加している。 ・見守りコーディネーターが、地域の関係機関、商店、医療系機関などへ、包括からのお知らせと共にシニアステーション月間予定表等を配布PRした。今後も継続して行う。
<p>【1-3】配達・宅配の情報提供やネット注文が普及するよう講座等でPRを行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域情報誌「馬込お役立ちガイド」の発行を継続し、生活支援+包括周知を図る。 ・スマホ講座(シニアステーション)の勤奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・「馬込お役立ちガイド」は“ちょっと困った時に近くで頼みたい”内容や、自分で解決するための方法が掲載されており、生活の自立に役立っていると多々感想あり。今後も包括南馬込と協力し内容を精査して発行していく。 ・スマホ講座は、シニアステーションで定着し、加えて東京都デジタル庁主催の「スマホ相談会」を開催したこと

		で、地域の自主グループから集まれないけど連絡しあえると好評であり、次年度も開催予定としている。
【2-1】CM連絡会、民生委員児童委員協議会（以下、民協）との懇談会で模擬会議や学習会懇談会を行う。	<p>包括南馬込と協働して以下を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民協定例会・自主民協へ参加し対面での相談を継続して地域課題の共有や解決へつなげていく。 ・「ケアマネカフェまごめ」を定期開催し知識共有をしながら多職種連携として広げていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括南馬込協働の「ケアマネカフェまごめ」を令和3年度は4回開催し、馬込地区の居宅介護支援事業所は“ひとりケアマネ”が多く、顔を合わせて意見交換ができる場を提供したことで横のつながりができた。制度の情報共有や現場での対応困難相談など対応力向上につながることや、引継ぎがスムーズにいくなど利用者への効果も期待される。 ・定例・自主民協へ包括南馬込と交互に参加することで民生委員とのつながりを深めた。また地域ケア会議開催に際し快く参加の協力あり。民生委員と包括との勉強会（意見交換）を4月に予定している。
【2-2】地域ケア会議の定期開催、及び管轄内主任 CM の会議への輪番制参加を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・センター内事例検討を定期的に行い、個別レベル地域ケア会議に職員皆が参加する機会をつくる。 ・個別レベル会議を積み重ね、地域関係者の協力を得て地域課題抽出、日常生活圏域地域ケア会議を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の部署内会議で地域ケア会議の進行状況の共有やケース検討をすることで、職員皆が参加する機会を作ることができた。 ・自立支援ケース：4回、支援困難ケース2回、CM支援ケース：1回開催。地域のケアマネは快く参加あり、多問題ケース等介護・医療・福祉・地域で課題を共有し振り返ることができた。 ・日常生活圏域地域ケア会議：2回（内1回は書面会議）では次年度に向けた取組みを書面でお知らせすることができ、次年度実行となる。地域福祉課と連携を図り地域・民生委員・出張所等と進めていく。
【2-3】無理なく行える互助が広がるよう、町会自治会及び民生委員との連携を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・出張所と適時話し合いをし段取りをつけて町会自治会の協力を得る。 <p>【2-1】実施計画通り</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルスの影響により馬込地区地域力推進会議は書面開催のみとなったが、適時、出張所や民生委員と相談をすることで区設掲示板の活

		用や民生委員へのお知らせをすることができ、地域住民へ情報を届けることができた。 ・大森地区の見守りキーホルダー一斉登録会では、チラシ配布のみでは伝わらないこともあり、今後はイベント時の発信や情報を“いつ誰にどのように届ける”とより広く伝わるか検討していく。
【3-1】現在保有している情報を職員で分担しミルモネットに入力する。	地域まわり、地域活動を通じてミルモネットの周知をして掲載協力・入力支援を行う。また、シニアステーション予定表を掲載し活用を促す。	・地域まわりをして活動の周知に努め参加につながったが、ミルモネットの周知・活用は増加に至らず。今後検討していく。
【3-2】地域内独自サークル等把握が不十分な分野を抽出し調査を行う。	見守りコーディネーターを中心に地域まわりや活動支援から情報を得る。得た情報を更新していく。	・見守りコーディネーターを中心に民生委員や地域まわり等から情報を得てグループへの活動支援を開始しているが、思うように進んでいない。次年度は、感染予防対策を徹底しながら自治会町会会館での見守りキーホルダー登録会や掲示板での広報などの地域に出向く取り組みを強化し、地域の把握や情報の更新を進めていきたい。
【3-3】情報管理・更新・提供方法を検討し、地域住民に分かりやすく情報を提供する。	「馬込お役立ちガイド」活用の意見を更新時反映する。 情報の内容に合わせて、掲示板利用や家庭訪問時配布等選択。	・包括南馬込と協働して「馬込お役立ちガイド」の内容精査・情報更新を行い次年度も継続する。また、区設掲示板や町会掲示板・回覧板の利用など自治会・町会や出張所と連携を図り、情報が地域住民の手元に届くよう計画していく。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	地域の身近な相談窓口となり、適切なサービス、制度、機関へ繋げる		
実施計画	① シニアステーション併設の強みをいかして、元気なうちから包括支援センターを知ることで相談しやすい環境をつくる。また出張	実施報告	① シニアステーション馬込併設の強みを生かし、日々利用者の変化に合わせて職員同士の相談・情報共有を図り、見守りキーホルダー登録・更新の促進や介護認

	<p>所や民生委員等と適宜相談の機会を持つことで地域の生活情報が入りやすく早期対応につながる。</p> <p>② 行政、事業所等と連携をしながら、チームアプローチにて専門性を発揮し、虐待、成年後見制度、権利擁護関連の課題に対して解決に向けた支援を行う。</p>		<p>定・サービス利用へスムーズに繋がるケースが増えている。また、特別出張所や民生委員と、会議以外でもワクチン予約支援やケース対応など適宜相談することができ早期対応につながった。</p> <p>しかし、日常生活圏域レベル地域ケア会議では「地域包括支援センター自体とその取組みについて更なる周知」が課題とわかり、次年度、改善を図る。</p> <p>② 支援困難や虐待ケースなど、地域福祉課や介護サービス事業所、地域の支援者等と役割分担・連携を図りながら解決に向けた支援を行った。</p>
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所、医療機関と共にマネジメント力を向上する		
実施計画	<p>① 包括南馬込と協働して馬込地区の居宅介護支援専門員と定期的に情報交換会「ケアマネカフェまごめ」を行い、ケアマネジメント支援をしていく。</p> <p>② 地域包括ケア会議を定期的に関催し、多問題ケース等介護・医療・福祉・地域で課題を共有し振り返りをしながら取り組む。</p>	実施報告	<p>① 【2-1】実績の通り</p> <p>② 【2-2】実績の通り</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援型ケアマネジメントの実施		
実施計画	<p>① 職員間で制度改正と自立支援に関わる社会資源の共有を図り活用する。</p> <p>② 介護保険事業所や医療機関等と自立支援をテーマに学ぶ場をもつ。</p> <p>③ シニアステーションを活用し、包括職員がプログラム等に協力してフレイル予防や介護予防となる啓発を行う。</p>	実施報告	<p>① センター内会議や研修を定期開催し、制度改正の共有・振り返り、社会資源の共有をした。包括独自で作成している、「馬込お役立ちガイド」の情報更新を通じて活用を進めている。</p> <p>② 【2-2】実績の通り。医療機関等との連携について、次年度に取組みを検討している。</p> <p>③ 新型コロナウイルス感染症拡大にて包括事業の中止期間はあったが、感染予防対策を行いながらシニアステーションを活用し、シニアステーションでのプログラ</p>

			ム（フレイル予防）への変更や骨盤底筋体操の継続実施など、出来る範囲での調整をおこない努めた。
--	--	--	--

（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	地域在住高齢者の見守り体制を築く		
実施計画	<p>① 民協の会議に包括南馬込と交替で参加し継続した連携と相談対応。</p> <p>② 高齢世帯・ひとり暮らし高齢者宅等戸別訪問（熱中症予防訪問含む）の実施。</p> <p>③ 町会自治会、民生委員、区施設、地域の集まり、各種機関との連携。地域の店舗に包括およびシニアステーションからのお知らせを定期訪問し配布することを継続する。</p> <p>④ コロナ感染症の状況をみながら、見守りキーホルダー登録事業の実施。</p>	実施報告	<p>① 【2-1】実績の通り</p> <p>② 「まごめレポート」として包括南馬込と共に、ひとり暮らし高齢者名簿を活用し、一覧表から緊急連絡先不備や本人電話番号なし等を対象として包括馬込エリアは84名を対象に36人（42.9%）の登録・変更ができた。この聞き取りで包括の認知度が20.2%と低く周知への課題を感じた。この活動を含め今度も民生委員との情報共有の機会を作っていく。</p> <p>③ 【1-2】実績の通り</p> <p>④ 大森地区の見守りコーディネーターが地域福祉課と協働し令和4年3月16日一斉登録会を実施した。訪問看護事業所と福祉コーディネーターの協力のもとに健康相談コーナーも設置するなど多くの協力のもと開催できた。また、会場の馬込図書館との関係性を構築することができた。</p> <p>今後は包括が地域へ出向く“出張型登録会”を、感染状況をみながら進めていく。また、シニアステーションではキーホルダー登録や更新の促しをしており随時対応している。</p>

（５）地域包括ケアシステムの構築

個別目標	住み慣れた地域で暮らすための支えあう意見交換ができる。		
実施計画	<p>地域住民の健康・生活課題を多職種・多分野で共有できる地域ケア会議、民協、地域力推進会議などの場で、包括として意見を出すことができる。</p>	実施報告	【2-1】【2-2】【2-3】実績の通り

(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への支援	
<p>実施計画</p>	<p>① 認知症カフェを開設し認知症に関心のある人へサポートをする。また、家族や介護者向けの介護者の会を開設する。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座について、地域の多世代が参加できるよう出張所と連携を図り実施する。大田区認知症サポートガイドの活用。</p> <p>③ 認知症検診後のフォロー方法を認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム員中心に対応検討する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 認知症カフェ「オレンジカフェ馬込」を開設。シニアステーションの月間予定表に組み込み、主に高齢者を対象としてミニ講座＋認知症予防体操を実施、8回開催し43名の参加あり。</p> <p>令和3年度から家族介護者の会「ケアラーの集い」立上げ、9回開催し30名の参加あり。介護者同士が意見交換（ピアカウンセリング）できるように職員がサポートし、多職種ゲスト参加により専門職側の情報を得る機会にもなる構成で進め、職員の成長にもつながっている。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座を馬込特別出張所にて包括南馬込と交代で1回開催。見守りコーディネーターの地域まわりの際に「大田区認知症サポートガイド」を薬局等へ配布している。</p> <p>③ 令和4年3月に認知症検診受診結果一覧が届いた。次年度に包括内担当者と個別支援方法を計画していく。</p>

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	各種業務の遂行	
<p>実施計画</p>	<p>① 見守りキーホルダー周知と更新業務を推進。</p> <p>② 区と連携し戸別訪問（一人暮らし、熱中症予防）の実施。</p> <p>③ 2階児童館や近隣のまごめ園との交流を図り、多世代・地域共生を意識して活動する。</p> <p>④ 地域ボランティアセンターの活用。</p>	<p>実施報告</p> <p>① (4)－④の通り</p> <p>② (4)－②の通り</p> <p>③ 新型コロナまん延防止等にて交流を図ることは出来なかった。次年度は対面のみならず交流の機会を図る。</p> <p>④ 高齢者の個別相談で生活支援に関わる事業の活用の他、包括南馬込との「馬込学び舎」で、地域で活躍するボランティア講師や社会福祉協議会の協力のもと「生きがい・役割の意義～ボランティア・地域活動を通して」講座を予定したが、感染症まん延防止の影響により次年度へ延期とした。</p>

大田区福祉部長 宛

令和 3 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

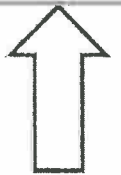
地域住民のニーズを知り、地域の社会資源を熟知した、信頼される地域包括支援センターとなること

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	住民が目指す地域を具現化する為に、地域性を理解し関係機関と協力しながら、包括ならではの役割を發揮し地域から信頼される機関であること。	達成度評価
重点項目	1. 坂が多い地域の福祉課題を乗り越え、住み慣れた地域で暮らし続ける事が出来るよう、高齢者の多様なニーズに合った健康維持増進の取り組みを行う。	A
	2. 関係機関の意見を吸い上げ、地域課題を共有し、ともに解決を模索し、互助が生まれ、効果が実感できる「参加してみたい地域ケア会議」を実践する。	A
	3. 職員間の知識を共有し、多様なニーズに合った情報を的確に住民へ提供できるよう、社会資源の情報整理を行う。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-1】シニアステーションを中心に、また区民センターや文化センターとも連携し、フレイル予防、介護予防の普及を推進する	シニアステーション事業で培った「フレイル予防」のプログラムを馬込地区全域にて、感染予防を徹底しながら、より効果的に戦略的に実践する（包括馬込と協働する）。 ・「馬込出張所主催 元気維持・介護予防事業」における講師派遣により、地域の「フレイル予防」の底上げを図る。 ・地域包括主催セミナー「馬込学び舎」年に2回の定期開催（開催場所：シニアステーション以外での開催を目指す）。 ・シニアステーション事業においては、効果検証（測定・アンケート）等を実施する。	シニアステーション事業で培った「フレイル予防」のプログラムをコロナ禍であっても継続することができた。 ・令和2年10月に開催した「馬込特別出張所主催 元気維持・介護予防事業」は、コロナ禍であっても、フレイル予防の必要性を優先課題とし、第3のシニアステーションとして、馬込特別出張所、馬込区民センターのご理解ご協力の下、感染症対策を徹底し、定期開催を継続することができた。令和3年度には運動強度を初級と中級に分け、段階的な目標設定にしたことで、「フレイルからの自立」に向けた教室となっている。「初級コース」参加者の予防への理解や運動へのモチベーションの維持が

		<p>課題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域向けセミナー「馬込学び舎」は、地域のボランティアや民生委員、社会福祉協議会との繋がりから企画が生まれ、「生きがい・役割の意義～ボランティア・地域活動を通して～」と題して、令和4年2月に開催の準備をしていた。ボランティア活動の意義と方法を学ぶと共に、実際に活動している太極拳の地域ボランティア講師を招き体験をすることで、地域住民のボランティア意識の向上を目指していたが、新型コロナウイルス感染症まん延防止の影響により、延期となった。次年度、感染症の状況を鑑みながら、早めの開催を予定している。 ・シニアステーション南馬込では、「敬老お楽しみ会プログラム」、「頭とからだの椅子ストレッチ」にてアンケートを実施、次年度は、体力測定を取り入れたプログラム「脱フレイルプロジェクト」が開始となる。コロナ禍における感染予防のため、大々的な測定会等は困難な状況にある。が、感染症対策を講じてできる範囲で効果測定をすることで、「フレイル予防」の効果の実証をしていきたい。
<p>【1-2】地理的に買い物に不便なため、「買物の自立」など、目標を明確にした運動プログラムの実施・PRを行う</p>	<p>「住み慣れた地域で暮らすため」の様々な情報の提供を、シニアステーションや地域の事業所等と協働で実践する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シニアステーションにおいて、運動・健康についての定期的な地域講座を開催する。 ・馬込特別出張所、区民センター、文化センター等と連携し、地域のセミナーやシニアステーションプログラムを宣伝する（地域周り・掲示板等）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・シニアステーションにて、民間の事業所・企業とのコラボで、「スマホ講座」・「聞こえの勉強会」・「防災講座」等を開催。次年度についても、コロナ感染症の状況も見ながら、介護事業所や民間企業との連携を検討している。 ・シニアステーション南馬込地域講座：令和3年度は「フレイル予防で地域に生きる」と年間のテーマを掲げ、「公的サービスについて」「熱中症予防」「転倒予防」「オーラルフレイル予防」の計4回開催。前半2回は包括職員が講師となり、後半2回は大田区リハビリテーション活動支援事業を活用し、理学療法士、言語聴覚士をお招き

		<p>した</p> <ul style="list-style-type: none"> ・六田区の掲示板をはじめ、回覧板・郵送等でシニアステーション南馬込プログラムを広報した。次年度は自治会・町会、民生委員等と連携し、馬込地域全体にシニアステーションプログラムと地域包括支援センターの業務内容を広報するために、より一層の計画的な広報を予定している。
<p>【1-3】配達・宅配の情報提供やネット注文が普及するよう講座等でPRを行う</p>	<p>「住み慣れた地域で暮らすため」の地域情報誌を基盤に、地域包括の周知に努める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括馬込協働による「馬込お役立ちガイド」を最大限利用し、地域包括の周知に努め、内容の刷新を目指す。 ・地域高齢者がネット社会を上手に利用できるように支援する（スマホ教室・デジタルくらぶ等の開催）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「馬込お役立ちガイド」（包括馬込と協働作成）は、年間で約200部発行し、シニアステーションをはじめ、文化センター、区民センター等に配布することで、地域の社会資源情報を広報することができた。QRコードを取り入れるなど、年度により内容を刷新している。年度後半には、包括新井宿作成の「お役立ちガイド」も情報欄にも掲載し、地域連携の一助とした。 ・シニアステーションにて、東京都デジタル庁が主催した「スマホ相談会」実施、その他、セミナーとしての「スマホ講座」は年に2回、地域ボランティアによる「スマホ個別相談室」は令和3年10月より毎月開催となった。 <p>地域の高齢者が自宅でもデジタルコンテンツを利用することを目的に開催されている「デジタルクラブ」は、次年度より「脱フレイルプロジェクト」として、高齢者がデジタルコンテンツを利用して自宅で体操等をしていただく。その際に体力測定する機会を作り、その効能を測っていく予定。</p>
<p>【2-1】CM連絡会、民生委員児童委員協議会（以下、民協）との懇談会で模擬会議や学習懇談会を行う。</p>	<p>包括馬込協働により、馬込地区における地域連携を構築するための基盤を作ることに努める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ケアマネカフェまごめ」の定期開催により、地域の居宅事業所の横の繋がりを作る。 ・民協（定例、自主）へ定期的に参加し、包括事業について情報の提供を行う。また、学習会懇談会を企画・共催を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・馬込包括協働による「ケアマネカフェまごめ」は、令和3年度4回開催し、馬込地区の居宅事業所の横の繋がりを強化することができた。担当の居宅事業所がテーマを選定することで、現場での疑問や困難さが情報共有され、大変有効な時間を持てたと実感している。結果、事業所同士の連携が深まり、いくつかの事業所間での勉強

		<p>会等が発足している。包括としては場所貸しなどの支援をしていきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の影響により、民生委員児童委員協議会（以下、「民児協」）自体の開催が少なかったが、「地域ケア会議」へ出席いただき、個別ケースで協働するなど連携はできている。民児協会長とは常に連絡を取り、新型コロナワクチン接種の地域情報等を共有することで丁寧な地域連携に努めた。令和4年3月に開催予定であった民協と包括の意見交換会は、新型コロナウイルス感染症まん延防止期間の為令和4年4月に延期となっている。
<p>【2-2】地域ケア会議の定期開催、及び管轄内主任 CM の会議への輪番参加を促す。</p>	<p>部署内ケース会議から事例を取り上げて、定期的な地域ケア会議を開催することで、地域課題の抽出に繋げていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別レベルの地域ケア会議を定期開催する。 ・地域連携に努め、日常生活圏域レベル地域ケア会議の開催を目指す。 ・大森管内ケアマネ連絡会への参加、包括馬込協働による「ケアマネカフェまごめ」の定期開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ・大森地域福祉課管内合同地域ケア会議「自立支援計画作成ケース」4回、「支援困難ケース」4回、計8回開催。 ・日常生活圏域レベル地域ケア会議2回開催（書面会議1回含む）。第1回会議のご意見・アンケート結果をもとに、書面会議（第2回）をもって次年度の取組みを地域に提示することができた。 ・大森地域福祉課管内ケアマネ連絡会3回、打ちあわせ3回参加。リモート（WEB上）によるケアマネ研修を開催できた。 <p>馬込包括との協働による「ケアマネカフェまごめ」年間4回定期開催。担当事業所を決め、テーマの選定をしたことで、ケアマネが抱える困りごとや情報の共有の時間を持つことができた。</p>
<p>【2-3】無理なく行える互助が広がるよう、町会自治会、及び民生委員との連携を深める。</p>	<p>馬込地区における「高齢者見守りキーホルダー」登録事業を定期開催する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域力推進会議・民協・区設掲示板を利用してPR、登録会の開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ・大森地域管内見守りささえあいコーディネーター連絡会において、令和4年3月16日を「見守りキーホルダーの日」と定め、一斉登録会を開催。包括馬込・南馬込では、馬込図書館にて出張福祉相談会・健康相談会を同時開催した。フレイル予防の体操と口腔体操を動画で投影し、待ち時間を有効に過ごしていただく工夫も取り入れ好評だった。このノウハウをもとに次年

		<p>度は地域に広く告知し、「見守りキーホルダー」の登録数を増やしていきたい。</p> <p>・馬込地区においては新型コロナウイルス感染症の状況により「地域力推進会議」は書面開催のみ、民児協は3回の開催に留まる中、馬込特別出張所の協力のもと会議内や掲示板にて「認知症サポーター養成講座」の広報や包括事業の案内をした。</p>
【3-1】現在保有している情報を職員で分担しミルモネットに入力する	<p>ミルモネットの情報更新に務める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シニアクラブとの連携 ・シニアステーションプログラムのPR 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の状況もあり、シニアクラブとの連携は困難だった。「感染症が落ち着いたら、定例会に出席を」との依頼はあるため、感染症の状況を見ながら、次年度は連携に努めていきたい。 ・ミルモネットにおいては、馬込地区シニアステーションの月間予定表を掲示している。
【3-2】地域内の独自サークル等把握が不十分な分野を抽出し調査を行う。	<p>地域サロンの把握につとめる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・区民センター、文化センターにおける包括、シニアステーション事業の広報をすることで馬込地区の実態把握をしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・馬込特別出張所の協力により開催している、馬込区民センターでの「元気維持介護予防事業」において体操のみならず、健康や若い世代に関するミニ講座でも、地域に情報提供し、把握することができた。
【3-3】情報管理・更新・提供方法を検討し、地域住民にわかりやすく情報を提供する。	<p>包括馬込協働による「馬込お役立ちガイド」を活用し地域住民へ必要な情報の提供をする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熱中症訪問、一人暮らし高齢者アウトリーチ事業等。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「馬込お役立ちガイド」【1-3】同様 ・「ひとり暮らし高齢者登録者名簿」を活用し、独自のヒアリングシートを作成。『まごしぽ』と称し、熱中症予防電話訪問と併せて、名簿情報の不備に関して電話・訪問にてアプローチを行った。登録状況の不備を半数程度修正し、包括の周知にも効果があったと実感できた。次年度も継続し、名簿の有効性を高めていきたい。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	適切なサービス、制度、機関の利用に繋げる		
実施計画	① 研修・勉強会等により専門性を向上させ、チームアプローチが	実施報告	① 職員独自で参加する研修の他、メンタルヘルスやコミュニケーション技術を学んだセンター内研修、相談援助技術の向上

	<p>できる環境を整え、窓口業務を円滑に執行する。</p> <p>② 最新情報の把握に努め、必要な方に必要な情報を届ける環境を整備する。</p>		<p>を目的に響会 6 包括合同で行った研修・職種間連携の会、大田区独自の制度等を把握するための月 1 でのセンター内勉強会等を実施した。各職員のスキル Up の為に、伝達研修を取り入れ、その講師を担うことで、センター内での相談技術の一定化を図っている。</p> <p>② 上記、部署内勉強会による情報共有の他、PC 上の部署内掲示板を活用、大田区情報等の書類については回覧にて最新の共有に努めている。</p>
--	--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所、医療機関と共にマネジメント力を向上する		
実施計画	<p>① 包括協働による「ケアマネカフェまごめ」定期開催、ケアマネ連絡会への参加を通して、地域ケースの課題の把握ができ、必要な情報を提供していくことができる。</p> <p>② 事業所、医療機関への定期訪問を通じて連携を深め、地域情報の刷新に努める。</p>	実施報告	<p>① 【2-1】、【2-2】同様、「ケアマネカフェまごめ」は令和3年度4回の開催ができた。個別ケースにおける包括と居宅事業所との連携も強固になり、包括プランの委託率が45%から69%にUpした。</p> <p>② 見守りささえあいコーディネーターによる地域サロンの把握、文化センターや文化の森等区施設への「馬込お役立ちガイド」を利用した情報提供、保健師による医療機関への挨拶等実施できた。一方、新型コロナウイルスの影響もあり、定期訪問は難しかった。次年度に向けて「オレンジカフェ」を中心にした医療機関との連携を深めるイベントを企画している。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援型ケアマネジメントの実施		
実施計画	<p>① 利用者に対して「介護から予防、予防から自立へ」の提案をできるように職員が制度改革や基本理念の根拠を理解する。</p> <p>② シニアステーション事業との連携により切れ目のない支援を提供できる体制を整える。</p>	実施報告	<p>① 職員が制度改革や基本理念の根拠を理解することができている。相談時、対象者の状態により、介護サービスと同時に、「シニアステーションプログラム」や地域のサロン等への勧奨を念頭に置いて相談を受けている。包括による「シニアス</p>

			<p>ーション」フィッティングは、年間300件強を数える。</p> <p>② 令和3年度は、包括とシニアステーションの連携事業に力を入れた。「フレイル予防」をテーマとした地域講座をはじめ、包括職員が担当講師を務める「骨盤底筋体操」「デジタルクラブ」「男の居場所」「オレンジカフェ」「やさしいヨガ」においては、直接地域高齢者の生の声を聴く事ができている。また、身体機能・認知機能の低下がみられる利用者に対して、元気維持からフレイル、最適な介護サービスへ切れ目のない支援ができている。</p>
--	--	--	--

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

個別目標	地域在住高齢者の見守り体制を築く		
実施計画	<p>① 民協に包括馬込と交替で参加し連携と相談対応を継続する。</p> <p>② 高齢世帯・ひとり暮らし高齢者等戸別訪問（熱中症予防訪問含む）を実施する。</p> <p>③ 町会自治会、民生委員、区施設、ほか、各種機関と連携をとり、見守り体制の基盤づくり。</p> <p>④ PR や登録会の開催による高齢者見守りキーホルダー登録事業の推進（コロナ感染症の状況を見ながら対応）。</p>	実施報告	<p>① 民児協に参加した際は区事業の案内や、個々のケース相談を行った。馬込特別出張所、地域福祉コーディネーターとも密に連携し、コロナワクチン接種の予約支援をスムーズに実施する事ができた。シニアステーション月間予定表・ニュースレターの定期的な配布を継続している。</p> <p>② 【3-3】による。</p> <p>③ 「日常生活圏域レベル地域ケア会議を、書面開催を含み2回の開催し、意見交換とアンケート結果より抽出した地域課題をもとに次年度の取組目標を設定することができた。</p> <p>④ 【2-3】による。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	住み慣れた地域で暮らし続けることができるように多様な側面からの支援		
実施計画	<p>①シニアステーション事業を中心とした「フレイル予防」「生きがいや役割の創出」の取組みをする。</p> <p>②馬込出張所、自治会町会、民生委員、地域関係機関と連携しながら見守り</p>	実施報告	<p>①シニアステーション事業を中心とした「フレイル予防プログラム」に関しては、令和2年度の取組を更に充実した内容にレベルアップすることができた。令和2年度月間50プログラムを平均70プログラムま</p>

	<p>体制を築く。</p> <p>③個別支援から地域ケア会議を経て把握された複合課題に取り組む体制を構築する。</p>	<p>で増やし、新規利用者は100名を超え、現在約300人の利用者が介護予防に来院する。「生きがいや役割の創出」に関しては、太極拳や手話ダンス等、地域ボランティアの力を引き出し、プログラムに取り入れている。また、社会福祉協議会と連携し、シニアステーションにおける「ボランティアくらぶ」を開催、次年度以降に続く事業としている。</p> <p>②令和3年度2回開催の「日常生活圏域レベル地域ケア会議（1回書面会議含む）」により、「包括の周知不足」「地域の連携強化の必要性」など、地域ケアシステムの構築の為に地域課題が明確化された。次年度に向けて自治会・町会、民生委員、馬込特別出張所、大森地域福祉課との更なる連携に努めていく。また、見守りコーディネーターと介護事業所・医療機関・一般企業等との連携事業の企画を検討している。</p> <p>③【2-2】による。「地域ケア会議個別レベル」に関しては、センター内会議等で共有し、チームとして複合課題に取り組んでいる。</p>
--	---	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の人やその家族が暮らしやすい地域づくりへの支援	
<p>実施計画</p>	<p>① オレンジカフェの開催：認知症本人や家族、地域住民、専門職、誰しもうれあえる場所を作り、認知症になってもその方らしい生き方ができるよう支援していく。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座の開催：多世代参加も視野に入れ、包括馬込、出張所と連携しながら実施する。</p> <p>③ 「大田区認知症サポートガイド」を相談業務に活用しながら、必要な情報を提供し、公的サービスへのスムーズな繋ぎを支援する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 「オレンジカフェ」は、シニアステーションとの連携事業として開催することで、定期開催をすることができた。今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、本人の参加はなかったが、家族の方のさまざまな意見を聞くことができた。次年度に向けて、地域への更なる広報や医療の専門職との連携を検討している。</p> <p>② 「認知症サポーター養成講座」はコロナ感染症の感染予防を徹底して、馬込特別出張所にて、1回の開催ができた。</p> <p>③ 「大田区認知症サポートガイド」は窓口を設置し、公的サービスの情報提供を行</p>

			<p>った。また、認知症に対する地域理解を進めるために「オレンジカフェ」や「家族会サイクル」、「シニアステーション」にても情報提供を行った。</p>
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域ささえあい強化推進員事業への理解と推進		
実施計画	<p>①地域住民のボランティア参加への意識を向上することを目指して、社会福祉協議会地域共生ボランティアセンターと連携していく。</p> <p>②職員が地域共生社会への理解を深めるように、積極的に生活支援 Co. 研修等への参加を促していく。</p>	実施報告	<p>① 【1-1】による。「馬込学び舎」、シニアステーション「ボランティアくらぶ」において、社会福祉協議会地域共生ボランティアセンターと連携した。</p> <p>② 「8050 問題」、「若年性認知症」、「多重問題」においては、大森地域福祉課、民生委員、若年性認知症支援相談窓口等と連携を取りながら対応している。生活支援 Co. 研修は見守りささえあいコーディネーターが参加し、伝達研修等を包括内で共有をしている。シニアステーションにおいては、ボランティア講師を地域の方にお願ひし、地域力の向上に寄与している。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3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

地域共生社会の中核的基盤となるため、より地域住民の自主性を引き出しながら、地域包括ケアシステムをさらに発展させてゆく。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域の一員として、高齢者が安心して生涯を送れる地域づくりに貢献することができる。 地域住民や関係機関から信頼できる相談窓口となる。	達成度評価
重点項目	1. 独自の見守りや連絡票作成を行い、地域住民や見守り推進事業者等との連携を深め、高齢者の生活の安全性を高める。 2. 地域の高齢者の通いの場づくりを拡充し、介護予防を進める。 3. 地域ケア会議を活用しながら、地域の力で地域の課題を解決するよう努める。	A
		B
		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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-2】作成した書式を基に見守り協力事業者に活用の働きかけを行う。 【1-3】活用した書式をより効果的になるように、課題を出し合う機会を設ける。	2年目で民生委員へは連絡票の周知を行い、試用している段階。ブラッシュアップを図りつつ、さらなる見守り活動への活用に努める。 また次のステップである介護保険事業者や地域団体及び自主グループへの周知を深め、積極的な利用を推進していく。	R3年度は民生委員から連絡票の活用がなかったため、引き続き、民協などを通じて周知活動を行っていく。 今後、見守り推進事業団体や自主グループにも連絡票の周知を行い、積極的な利用を推進していく。
【2-2】介護保険事業者や自主グループなどに呼びかけ、地域の課題を抽出しながら高齢者の居場所づくりについての方法論を検討してゆく。 【2-3】地域の医療機関に連携を呼びかけ、介護予防についての情報提供を推進する。	新型コロナウイルスの影響もあり、軌道修正を要する。 感染症対策への十分な配慮をしながら集会形式の開催も検討する一方、介護事業者を含む地域住民が「地域包括ケア」や「共生社会」について理解を深めるための場をオンライン形式の活用も含めたICTの推進を検討して	・ICTの推進は出来なかったが、地域福祉コーディネーターと地域リハビリテーション事業の理学療法士と打ち合わせを重ね、自主グループを目標とした通いの場を開催。年度内に4回の開催予定だったが、新型コロナウイルス感染症拡大により、1回分が未開催となった。

	いく。	来年度は地域のキーパーソンの発掘について検討する必要がある。 ・見守りネットワークセミナーで、地域医療機関の牧田リハビリテーション病院、蒲田リハビリテーション病院の理学療法士と連携し、介護予防についての情報提供を推進した。
【3-2】介護保険事業者・家族介護者・ボランティアなどを活用しながら、具体的なマンパワーづくりに努める。 【3-3】自主グループやセミナーを通じて、地域の元気高齢者の参画を促す。	令和2年度に作成した「かよいの場マップ」を、常に最新の情報を収集しながら、ブラッシュアップを進めていく。 また、同時に全ての関連機関を視野に入れた配布・周知を検討していく。	・令和2年度に作成した通いの場など地域の最新情報を集約した媒体を各介護保険事業所や関係機関へ提供した。 ・新型コロナウイルス感染症拡大から見守りネットワークセミナーについては1回のみで開催となったが、地域医療機関（牧田リハビリテーション病院・蒲田リハビリテーション病院）の理学療法士自主グループのグランドゴルフサークル代表者と連携し、地域の元気高齢者の積極的な参画を促した。今後も新型コロナウイルス感染症予防対策を徹底しながら、地域医療機関や自主グループと連携し、定期的な開催を行っていく。 ・自主グループ（池上健康クラブ・あんどうくらぶ）へ出席し、フレイル予防についての講話や地域イベントの最新情報など提供。地域の元気高齢者の積極的な参画を勧めた。今後については、地域福祉コーディネーターや地域リハビリテーション事業 理学療法士と方向性を模索していく。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	複合課題に対する総合支援機能向上及び強化に取り組む。
------	----------------------------

実施計画	<p>① 複合的な課題を有する事例(8050 問題や虐待、権利擁護等困難な事例)に対しては、3職種によるチームアプローチをフル活用し、かつ迅速に所内及び関係機関とのカンファレンスを実施し、PDCA サイクルによる切れ目のない支援を実施する。</p> <p>② 複合課題のある個別ケースに関しては、データによる管理をさらに徹底し、所内での情報共有を週3回程度行うと同時にケアプランの充実を図る。</p> <p>③ 高齢者の変化に速やかに対応し、地域への社会資源や退院支援などを実施しながら、切れ目のない支援を行う。</p>	<p>① 複合的な課題を有する事例(8050 問題や虐待、権利擁護等困難な事例)に対して、所内の週3回のカンファレンス時に3職種で支援方針を検討した。具体的には情報共有だけに留まらないよう、ケース毎に今後の方針を決定し、更に関係機関と連携が必要なケースについては複数回地域ケア会議を開催し、関係機関と切れ目のない支援を実施した。</p> <p>② 複合的な課題を有する個別ケースに対しては一覧表を作成・管理し、週3回のカンファレンス時に支援方針を検討した。また、ケアマネージャーが担当されている個別ケースについても地域ケア会議に選出し、共通課題だけに留まらず、介護保険サービスや社会資源の活用など意見交換を行い、ケアプランの充実を図った。</p> <p>③ センター内で共有できる一覧表(通報対応一覧表)より、連絡が入った機関を見える化し、切れ目がないように関係機関と連携を図った。 また、地域の社会資源が必要なケースに関しては見守り手帳・通いの場マップを活用し、ご案内を行った。</p>
------	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>新型コロナウイルスの蔓延による環境変化に伴い、ICT を積極的に活用し、関係機関との連携を強化する。</p>	
実施計画	<p>① 感染症拡大予防と業務効率化のため、オンライン形式を活用しながら、年6回ケアマネージャーとの勉強会及び情報交換会を開催し、お互いの資質向上を目指す。</p>	<p>① 地域のケアマネージャーとの勉強会兼懇親会(ケアモ子の会)をwebで年に5回開催し、延べ34名のケアマネージャーが出席。R3年度介護報酬改定や新型コロナウイルスワクチン支援、理学療法士によるコロナ禍における自宅でのリハビリに関することなどテーマを変えて開催し、情報交換も行った。今後も業務効率</p>

	<p>② 最新の情報や高齢者見守り手帳(独自の情報誌)等を、委託で関わっている約25件の居宅介護支援事業者を中心に配布しながら、ケアマネジャーのバックアップに取り組む。</p> <p>管内の居宅介護支援事業所やサービス提供事業所にメールやオンラインを利用した意見交換を実施しながら、お互いのスキルアップを図る。</p>		<p>化を促進するため、継続的にwebでの開催としていく。</p> <p>② 最新の情報や高齢者見守り手帳(独自の情報誌)等を、委託で関わっている約25件の居宅介護支援事業者を中心に配布した。</p> <p>2事業所については直接訪問し、当センターに対する意見交換や連携における課題の聞き取りを行った。</p> <p>更に、地域の居宅介護支援事業所にはビジネスチャットを活用し、地域の最新情報をお届けした。</p>
--	---	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>地域の高齢者の自主性及び主体性を引き出すために、あらゆる機会を通じ、フレイル予防の周知に努める。</p>		
実施計画	<p>① 独自に作成した「通いの場マップ」を活用しながら、一般介護予防事業を含む総合事業の受け皿を独自事業(介護予防教室、オレンジカフェ、家族介護者会等を含む)は元より民生委員や自主グループ等の機会を活用し、周知に努める。</p> <p>② フレイル予防の重要性に対する理解を深めるため、感染予防対策を徹底しながら、年3回独自の高齢者見守りセミナーを開催する。</p>	実施報告	<p>① 見守り手帳・通いの場マップは独自事業(介護予防教室、オレンジカフェ、家族介護者会等を含む元より民生委員や自主グループ等の機会を活用し)627部配布した。特に通いの場については定期的に見直しを行い、最新の情報を掲載できるよう心掛けた。</p> <p>② R3年度は新型コロナウイルス感染者数が減少傾向であった12月17日に1回開催した。参加者11名(女性9名・男性2名)、牧田リハビリテーション病院 理学療法士1名、蒲田リハビリテーション病院 理学療法士3名と協働し、感染症予防対策を徹底しながら、口腔フレイル予防体操を行った。当日はグランドゴルフサークル(自主グループ)代表者にもご出席いただき、地域の元気高齢者に</p>

			対する介護予防についてのご案内や積極的な参画を促した。
--	--	--	-----------------------------

(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	一人暮らしや認知症高齢者など、孤立リスクの高い高齢者の状況把握に努め、きめ細やかな支援に取り組む。		
実施計画	<p>① 一人暮らし高齢者登録名簿を活用しながら、個別支援やアウトリーチ機能を強化し、各関連機関との連携を強化する。</p> <p>② 地域住民の多様な主体が連携しあい、「地域包括ケア」に参画しながら、ネットワークの拡充に取り組めるよう包括支援センターが核となり、拡充につなげてゆく。</p>	実施報告	<p>① 一人暮らし名簿を活用し403件、電話連絡を行った。エアコンの有無やかかりつけ医療機関、見守りキーホルダー新規・更新の勧奨、一人暮らし情報の変更の有無、現在の困りごとなど聞き取りを行った。また、状況に応じて民生委員やケアマネージャーへご連絡し、連携を図った。</p> <p>② 地域住民の自主的な健康意識、介護予防意識向上のきっかけづくりを目指した池いけ体操を年度内に3回開催。(残り1回はまん延防止等重点措置期間により中止)平均9名の方にご参加いただいた。体力測定から自宅で出来る体操など行い、継続して取り組めるような企画を立案していたが、来年度は実施経過を検証し、再検討する。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	複合課題を有する個別支援を通じ、地域共生社会の中核的基盤構築に向けて着手していく。		
実施計画	<p>① 感染予防対策を徹底しながら、年間12回以上の個別レベル地域ケア会議の開催を目指す。</p>	実施報告	<p>① R3年度は、4/22・7/1・8/26・10/6・11/26・12/13・12/16(2ケース)・1/27・3/31(3ケース)の計12回開催した。ケース数については大森地区で一番提出した形となり、支援</p>

	<p>② 所内においてケースカンファレンスを週1回開催しながら、地域課題の抽出に努める。</p> <p>③ 自主グループやいこいの家等の高齢者の集いの場に積極的に出向き、新たなキーパーソンや協力者を模索してゆく。</p>		<p>困難6ケース、自立支援6ケースと隔りなく個別ケースの検討をすることが出来た。</p> <p>地域のケアマネージャーや地域リハビリテーション事業の理学療法士、民生委員など様々な職種に参加者からご意見をいただき、地域に共通する課題抽出を行った。</p> <p>② ミーティング・ケースカンファレンスを年間合計140回行った。 (4月13回、5月12回、6月13回、7月10回、8月12回、9月13回、10月14回、11月11回、12月12回、1月9回、2月9回、3月12回)</p> <p>また、定期開催に留まらず、緊急性が高いケースについてはセンター内共有チャットで迅速に情報共有し、必要に応じて、緊急カンファレンスを開催した。</p> <p>③ 地域福祉コーディネーターと協働し、自主グループ化を目指した、池いけ体操を開催。参加者名簿を作成し、出席者の中から、キーパーソンになりえる方の分析・模索を行っているが、新型コロナウイルス感染者数拡大のため、最終回が中止。来年度に要検討となっている。</p>
--	--	--	---

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症高齢者の地域共生を目指し、地域住民や家族など幅広い人々が認知症について理解を深められる機会を設ける。		
実施計画	① 認知症カフェ開催を月1回継続して行う。コロナウィルス禍などにより開催が困難な場合は、文書による交流、認知症予防・介護予	実施報告	① R3年度は7回開催し、延べ37名の方にご参加いただいた。 ボランティアの協力のもと、折り紙や工作、体操を行い、当初は2部開催を予定

	<p>防情報を検討する。 コロナウィルスが収束した段階で、同じ会場で活動する子供支援サークルや音楽サークルとの交流会を計画する。</p> <p>② 家族介護者会での認知症予防に対する啓発活動やサポーター養成講座の周知などを実施し、地域住民の認知症理解が深まるよう働きかけていく。</p>	<p>していたが、参加者数の関係上、毎回1部のみ開催とした。 また、開催できなかった月にはお便りを郵送し、文書での交流に努めた。一方、同じ会場で活動する子供支援サークルや音楽サークルとの交流会については、新型コロナウイルスが収束していないため、同会場他団体との交流会の実施には至らなかった。</p> <p>② 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言及び蔓延防止等重点措置のため、R3年度の家族会開催は7回だったが、延べ11名の方と地域のケアマネージャーにご参加いただいた。各回、介護をされている又はされていたご家族の意見交換ができ、認知症を含めた介護についての理解が深まった。 内容としては認知症のあるご家族からの暴力や施設入所について、一人暮らしの高齢者の見守りについてなど幅広いテーマを取り扱い、認知症サポーター養成講座（徳持だより12月発行）の周知や認知症による暴言・暴力への対処方法の資料を配布し、認知症理解が深まるよう働きかけを行った。</p>
--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	自立支援の重要性を発信し続け、地域住民が地域包括ケアシステムの構築に主体的に取り組めるよう支援に努める。		
実施計画	① 長期間(約 1,500 件)見守りキーホルダー未更新の方への郵便勸奨を行い、更新の促進に努める。 また、シルバーパスの更新会場に出向き、見守りキーホルダーのPRと更新の周知を行う。	実施報告	①長期間(約 1,500 件)見守りキーホルダー未更新の方のうち、介護度が高い方や施設入所されている方を除外し、8月に230通、9月180通、合計410通郵便による更新勸奨を行った。結果、R3年度2月時点で計498件の方から更新いただき、22包括中一番の更新件数となっている

	<p>② 当センターが独自で作成している(「高齢者見守り手帳」や「徳持だより」など)の刷新を行い、地域資源の活用をスムーズに案内できる体制を構築する。</p> <p>③ ひとり暮らし高齢者の名簿を活用し、感染予防対策を徹底しながら、月間 20 件、「高齢者見守り手帳」や「徳持だより」はもとより、時節に合わせたタイムリーな(熱中症予防対策、特殊詐欺等消費者被害防止)注意喚起を含む包括支援センターのPRも兼ねた戸別訪問を実施する。</p> <p>④ 民生委員と連携及び協働の強化を図りつつ、一人暮らし名簿を活用しながら、全件漏れの無いよう訪問・電話その他の媒体を駆使しながら行い、地域診断に繋げるよう努める。</p> <p>⑤ コロナ禍において休止していた</p>	<p>る。更に一人暮らし名簿を活用し、403 件電話連絡、見守りキーホルダー勸奨を行った。コロナ禍により、シルバーバスの更新会場には出向けなかったが、大森地区全体で見守りキーホルダー登録会を開催し、自主グループやマンション管理人、地域のケアマネージャーへ向けてPRを行った。</p> <p>② R3 年 5 月に見守り手帳の刷新を行い、掲載している情報は各事業所へ直接取材し、最新のものを掲載している。徳持だよりは年 4 回発行し、時節に合わせたタイムリーな情報の掲載に努めた。</p> <p>③ ひとり暮らし高齢者の名簿と見守りキーホルダーをしばらく更新されていない方を対象に月 20 件感染症予防対策を講じながら戸別訪問を行った。「高齢者見守り手帳」や「徳持だより」はもとより、時節に合わせたタイムリーな(熱中症予防対策、特殊詐欺等消費者被害防止、コロナウィルス感染症予防)注意喚起を含む包括支援センターのPRも行った。</p> <p>④ 一人暮らし名簿を活用し 403 件、電話連絡を行った。また、表作成し、エアコンの有無やかかりつけ医療機関、見守りキーホルダー新規・更新の勸奨、一人暮らし情報の変更の有無、現在の困りごとなど聞き取りを行った。更に、状況に応じて民生委員やケアマネージャーへご連絡し、連携を図った。地震発生後日には、以前聞き取った内容から、体調に不安がある方や精神的に不安定な方を対象に 27 件電話連絡による安否確認を行った。</p>
--	--	---

	<p>大田区介護支援ネットワークの活動を、感染症予防を徹底した上で再開し、前年度実施できなかった「大田区版共生社会の実現」に向けての連携構築に着手する。</p>		<p>⑤ 新型コロナウイルスによる緊急事態宣言やまん延防止等重点措置のため、対面式での活動が出来なかった。更に、中心となる実行委員の一人が、都合により不参加となったため、定例会の開催が実現できなかった。</p>
--	--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和 3 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

コロナ禍においても、地域住民が生き活きと生活を継続していける様、社会資源の活用促進を図り、多世代・多職種と連携・協働し、地域づくりを推進する。

● 機能アップ 3 か年計画《令和元年（平成 31 年）度～令和 3 年度》

目指す姿	エリアの高齢者が様々な資源を活用して、元気に生活ができるよう、地域包括ケアシステムのネットワーク体制が一部構築できている	達成度評価
重点項目	1. 今まで連携が不十分であった児童関連機関や各商店との顔の見える関係作りをしていく。 2. 地域ケア会議を日常業務の中に取り入れていけるような手法を考える。 3. 職員の資質を向上し、各職種それぞれの専門性を活かした、チームとしての対応力を底上げする。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ 3 か年計画《令和 3 年度：3 年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3 年目実施計画 (Do)	3 年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【2-1】 来年度末までに、年間スケジュールを作成する。	【2-1】 大森地域庁舎管内で合同開催する地域ケア会議のスケジュールを確認し、日常業務と連携させ、効果的な会議開催が出来る様取り組む。	日々の業務の中で、課題解決や対応に苦慮するケースは、地域ケア会議で検討することを意識しながら対応。タイムリーにケース選定をすることで効果的なケア会議を開催することが出来た。引き続き地域ケア会議を意識しながら、ケース対応を行っていく。
【3-2】 困難事例や対応に不安のあるケースについては適宜ミーティングを開催し、各専門性を活かした客観的な視野で助言を行うなど多方面からのアプローチを検討する。	【3-2】 月 2 回の定期ミーティングに加えて、必要時には適宜臨時ミーティングを開催。各専門職からの助言を求め、センターの方針に沿ったケースワークが行える様、個々のケースに対し、チームとして対応をしていく。	定期ミーティングでは、各職員が担当しているケースについて共有し、支援方針や対応について、センターの方針に沿っているかを確認した。対応困難ケースについては、適宜ミーティングを開催し、各専門職の助言を聞きながら、センター全体としての対応方針を決定した。引き続き

		ミーティングにて情報共有やケース検討を行っていく。
【3-3】 地域の社会資源を整理マッピングしセンター内で共有して、地域住民が地域で活動するための支援に活かす。	【3-3】 「通いの場マップ」を作成済みであるが、コロナ禍の為、活動状況が大きく変わってきている。再度情報を収集し直して整備を図り、広く地域へ周知をする。	自主グループや地域の活動団体に活動状況の聞き取りを行い、「通いの場マップ」を再編集し、『新井宿お役立ちガイド』を作成した。地域への配布や関係機関への配置を依頼することで、最新の地域資源情報を広く周知することが出来た。今後も継続して社会資源の情報収集を行い、適宜『新井宿お役立ちガイド』を更新することで、最新の情報を地域へ周知していく。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	効果的なチームアプローチが出来る様、職員間の連携強化を図ると共に、各々が専門性を高める。		
実施計画	① 職員全員参加のミーティングを定期（必要に応じ適宜）開催し、会議・研修等の伝達や、対応ケースの情報をタイムリーに共有することで連携強化を図る。また、困難ケース等については、専門性を活かした助言を行い、チームとしてアプローチをしていく。 ② 各職員が自己研鑽に努め、業務に関わる研修や勉強会に積極的に参加をし、専門性の向上を図る。	実施報告	① 全職員でのミーティングを毎月2回開催し、伝達事項の共有を行や、各職員が対応しているケースについても全職員で進捗等を把握し、情報共有・対応の統一化を図った。困難ケースについては、各専門職の目線で意見を出し合い、適切な支援方法を全職員で検討し、チームアプローチを行った。 ② 各職員が積極的に研修へ参加。研修報告書を作成すると共に、定期ミーティング時に、他職員へ伝達をすることで、職員全体の専門性を高めることが出来た。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員のみならず多職種との連携を強化し、地域の介護支援専門員の資質向上を図る。		
実施計画	① 大田区介護支援専門員連絡会や大森地区介護支援専門員連絡会に参画し、コロナ禍でも実施できる方法で介護支援専門員へ向けた研修を開催する。	実施報告	① 大田区介護支援専門員連絡会や大森地区介護支援専門員連絡会へ参画し、地域の介護支援専門員に向けた研修会を、近隣のセンターと共に連携して開催することが出来た。

	<p>② 地域の介護支援専門員との連携を深め、資質向上に寄与できる様、交流・勉強会「けあまねの森・新井宿」の更なる充実を図り、コロナ禍でも実施できる方法を検討する。当センターならではの情報発信や多職種との連携、学習会など年間3回開催する。</p>	<p>② コロナ禍の為、対面形式で予定していた「けあまねの森・新井宿」は開催できなかった。 しかし1回ではあるが、オンラインインという新たなツールを活用して実施。 コロナ禍でも地域の介護支援専門員との連携を深め、資質の向上に寄与する事が出来た。しかし、学習会が主となった為、当センターならではの情報発信や多職種連携については不足していたと認識している。次年度は充実させていきたい。</p>
--	---	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>フレイル予防、介護予防の普及啓発活動を行う。また地域の社会資源情報を効果的に周知・活用できる様、再整備をする。</p>	
<p>実施計画</p>	<p>① 自主グループ等、地域社会資源のコロナ禍での活動情報の把握を行い、情報の再整備を行う。活動困難なグループへは必要に応じて活動支援を行う。</p> <p>② 自主グループやシニアクラブ、地域の活動団体等に対しフレイル予防（年3回程度）・熱中症・尿漏れ予防等のセミナーを開催する。</p> <p>③ 介護予防やセンターの取組、地域への情報発信等を記事にした新聞を年4回刊行し、掲示・配布を継続することで、センターの周知と共に介護予防活動の普及を行う。</p>	<p>実施報告</p> <p>① ミルモネットの情報更新・整備に合わせて自主グループ等の活動状況を把握し、活動支援や再整備を行った。その結果、休止中であった自主グループの活動再開にも繋げることが出来た。 「通いの場マップ」を再編集し「新井宿お役立ちガイド」を発行。地域への配布を行った。</p> <p>② 新井宿老人いこいの家の「元気アップ教室」や「自主グループ」へ向け、熱中症予防のセミナーを7回開催した。フレイル予防や尿漏れ予防のセミナーはコロナ感染症の拡大防止のため未開催。それぞれの予防パンフレットを適宜配布した。</p> <p>③ 新井宿新聞を年3回刊行し、掲示・配布を行うことで、センターの周知や介護予防活動の普及を行った。掲示については町会掲示板に加えて、薬局や金融機関等、新たな場所を増やし、計18か所に掲示を行った。</p>

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

<p>個別目標</p>	<p>コロナ禍での高齢者見守り体制を強化する。</p>
-------------	-----------------------------

<p>実施計画</p>	<p>① ひとり暮らし高齢者名簿を活用して、電話での近況確認や地域包括支援センターの周知を行う。</p> <p>② 電話での高齢者見守りキーホルダー更新勧奨を継続し、近況確認もあわせて行う。</p> <p>③ 大森管内の見守り支え合いコーディネートーターと連携し、地域の高齢者見守り推進事業者との連携を図る。</p> <p>④ 民生児童委員協議会の定例会に出席し、情報の共有と顔の見える関係を構築する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 名簿よりセンターと関りが希薄な対象者を抽出し、電話等にて近況確認を行うと共に、熱中症予防訪問では、民生委員と個別に同行訪問を行い、注意喚起や状況確認を実施した。</p> <p>② キーホルダー管理簿を作成して、長期未更新の方へ更新干渉と状況確認を行った。</p> <p>③ ドンキホーテ、大森郵便局、リオネットと協議の場を設け、情報共有を行った。また、大森郵便局にはセンターの案内スペースを設けていただくなど、連携体制を強化した。</p> <p>④ 定例会の2部会に4回出席し、意見交換や情報の共有を行い、連携体制の強化を図った。</p>
-------------	---	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

<p>個別目標</p>	<p>コロナ禍での地域状況を確認し、社会資源情報を再度整備し直すことで、ケアシステムの構築推進を図る。また地域の関係機関・多世代の交流を推進する。</p>	
<p>実施計画</p>	<p>① 地域ケア会議を定期的（個別レベル年6回、圏域レベル年2回）かつ適宜、開催することで、地域の状況や地域課題を確認・把握する。</p> <p>② コロナ禍で地域の活動団体は活動状況が大きく変わっている為、再度情報整備をし「通いの場マップ」を更新。地域へ配布することで、コロナ禍でも活用できる社会資源を周知する。</p> <p>③ 地域の関係機関や児童関連機関等と、顔の見える関係性を構築できる様、地域応援プロジェクトに参画する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 大森地域管内の合同地域ケア会議（個別レベル）を、8回開催し、個別課題の解決や、地域課題の抽出を行った。また関係機関との連携体制の構築も図ることが出来た。圏域レベルのケア会議は感染拡大防止の観点から開催できなかった。</p> <p>② 自主グループや地域活動団体の状況を確認し、情報を再整備した「新井宿お助けガイド」を作成。地域へ配布すると共に協力機関へ配置をし、社会資源情報の周知を図った。</p> <p>③ コロナ禍の為、地域応援プロジェクトは行えなかったが、これまで関係性のなかったスーパーや金融機関、クリニック等、地域の関係機関へ出向き、顔の見える関係性を築いた。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域が認知症を正しく理解し、多世代で支え合える地域の構築。	
実施計画	<p>① 地域住民が認知症を正しく理解し、ニーズの抽出や早期発見・早期診断に繋げられる様、『認知症カフェ「縁」(月1回)』『認知症サポーター養成講座(区民向け年1回・若年層向け年1回)』を開催する。</p> <p>② 家族介護者同士の情報交換・情報共有・仲間づくり・精神的負担の軽減・癒しの時間を提供することを目的とし『ケアラースカフェ(月1回)』を開催する。</p> <p>③ 認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員の機能を効果的に活用できる様、認知症サポート医、大森地区在宅医療連携窓口担当者と情報共有・意見交換を月1回行う。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 今年度も社会情勢を見ながらの開催となった為、毎月の開催は出来なかったが、『認知症カフェ「縁」』を5回開催した。『認知症サポーター養成講座』は区民向け、小学生向けを各1回ずつ開催し、認知症の普及啓発を行った。</p> <p>② 『ケアラースカフェ』についても、社会情勢を見ながら6回開催し、家族介護者同士の情報交換や仲間づくり、精神的負担の軽減に寄与した。今年度より新たらしいな参加者も増え、会として活性化している。</p> <p>③ 認知症初期集中支援チームの実働はなかったが、認知症地域支援専門員の機能を活用しながら様々なケースに対応した。また、認知症サポート医や大森地区在宅医療連携窓口とは毎月意見交換の場を持つことは出来なかったが、適宜情報の共有と意見交換を行った。</p>

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	検討会や作業部会等への参加、各種事業への協力。	
実施計画	<p>① 各種事業の検討会や作業部会へ参画する。</p> <p>② 社会資源情報整備にあわせて、ミルモネット登録事業者の登録内容変更等を確認、必要に応じて適宜修正を行う。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 区が主催する各種検討会や作業部会へ出席し、高齢福祉事業への協力を行った。</p> <p>② 自主グループ等の活動状況を確認し、ミルモネットの登録情報の確認・修正等の再整備を行った。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3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 額町

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画<<令和元年(平成31年)度~令和3年度>>

目指す姿	安心して暮らせる地域作りの一翼を担う	達成度評価
重点項目	1. 多世代に向けた支援センターの周知 安心して暮らせる地域作りの為に、困ったときに相談できる機関として、高齢者だけでなく、幅広い世代に向けた包括の周知に努める。 2. どの職員も専門性に偏ることなく、幅広い相談に対応できるスキルを身につける。 3. 地域ケア会議が定期的開催出来、地域住民が生活課題を共有できる。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画<<令和3年度：3年目進捗報告>>

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-2】 町会、自治会、学校で行われる防災訓練への参加。学校や児童館等で子供世代に向けた認知症サポーター養成講座を開催する。	<ul style="list-style-type: none"> ・学校防災活動拠点会議の地域活動班の活動を支援する。風水害を想定して避難行動要援護者名簿に掲載された対象者の訪問活動を出張所・民生委員と協力して実施する。 ・前年度出来なかった認知症サポーター養成講座参加者のニーズを捉え、土曜日に実施する。児童館や学校等に、感染対策に留意し、開催可能な方法を検討しながら、講座開催を働きかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍を想定した大規模な防災訓練(R3.12.11)の実施に協力し、高齢者を始め、避難時に支援が必要方の対応など、より具体的な課題の確認が出来た。 ・認知症サポーター養成講座をオンラインで実施した。若い世代の参加が増加。アンケートで、ボランティアや地域活動に関心があると応えてくれた方へのアプローチの取り方が課題である。調布地域の見守りコーディネーターが連携し、社協での絆サポーター向けの認知症講座や、オンラインでの地域住民向けの認知症講座を実施した。 今後は各包括単位に留まらず、効率よく事業展開が出来るように、事業の見直しをしていく必要がある。
【2-3】	・コロナ禍において活動を休止しているシ	・コロナ禍でも出来る活動を模索し、シニ



<p>シニアクラブ、自主サロンに職員全員が交代で参加し、元気高齢者のニーズを確認する機会を均等に持つ。</p>	<p>ニアクラブや町会の自主サロン等に働きかけ、フレイル予防通信講座等に類似するアイデアを提案し、再開や新たな機会の創設をサポートする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シニアステーションで包括職員によるフレイル予防講座を定期的を実施する。シニアステーション職員だけでなく、元気高齢者のニーズ把握を所員各自が体験をもって把握する。 	<p>アステーションを活用しながら、フレイル予防やスマホ教室等実施した。</p> <p>職員が偏ることなく、地域活動に参加する体制が強化出来た。見守りコーディネーターだけでなく、事業所全体として地域と連携する意識に繋がっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・東久自治会の「デジタルの会」の立ち上げに協力し、運営についての相談支援も継続している。 ・活動場所が利用できなくなり、コロナ禍で活動が再開できなかったシニアクラブ（みたけクラブ）の会場確保に協力。R4.5から再開できる支援を実施できた。
<p>【3-3】出張所と地域課題を共有し、日常生活圏域の地域ケア会議を年に1回開催する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域力推進会議の場で地域ケア会議が開催出来る下地作りの為に、他機関の相互理解に繋がる勉強会の実施協力を継続する。（R2.2、R2.9 実施） ・自主民協の勉強会にて地域課題を共有する目的で地域ケア会議を実施する。実際に民生委員と連携して対応した「独居で身寄りのない高齢者の支援」をテーマに検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括から地域に向けて ケース報告など、より具体的な課題の報告を心掛けた。関係機関や警察、消防等にも現状を伝え、双方向での專業協力が出来ている。 ・自主民協の勉強会にて「家族や地域と関わりが少ない一人暮らし男性を支えるには」のテーマで日常生活圏域の地域ケア会議を実施。 ・避難行動要援護者名簿の活用について検討し、水害地域に該当する対象者訪問を、高齢分野、障がい分野に分かれて実施した。同テーマでの日常生活圏域の地域ケア会議を計3回実施した。 <p>次年度の避難行動計画の作成に繋がる活動となり、今回の経験を踏まえて議論を進める足掛かりになった。</p>

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	総合窓口としての機能を強化する。個別ケースから地域連携へ。		
実施計画	① 出張所に併設している利点をいかし、出張所と連携を強化し、高齢者支援に留まらない幅広い地域課題、相談に対応する。	実施報告	① 地域力推進会議だけでなく、課題ごとに出張所と具体的な対応策を協議する場が日常的に取れる体制になっている。 ・コロナワクチン接種支援

	<p>②行政、事業所等との連携により、虐待、成年後見制度、権利擁護関連の課題に対し、解決に向けた支援を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避難行動要援護者名簿対象者戸別訪問 ・日常生活圏域地域ケア会議 ・嶺町地区自治会町会連合会イベント ・子育てサークル ・みねまちポールウォークの会（旧元気シニアプロジェクト） <p>など、高齢者に留まらない地域課題を町ぐるみで対応する体制作りが構築できている。</p> <p>②困難ケースの地域ケア会議の実施により、地域福祉課、各関係機関、事業所だけでなく、銀行や商店などと課題共有が出来、見守りの協力を得られる結果となった。法務相談の弁護士の紹介により、後見人候補者が選任でき、具体的な支援に繋がった（今年度2事例）。</p>
--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域事業所、医療機関と共にケアマネジメント力を向上する。	
<p>実施計画</p>	<p>① 地域ケア会議の定期開催にて、介護・医療専門職による地域課題の共有と、地域力の底上げを図る。</p> <p>② コロナ禍において休止していたエリア内居宅の介護支援専門員の情報交換会を再開し、必要なケアマネジメント支援を行っていく。</p> <p>③介護支援専門員と民生委員や地域の関係機関等が連携出来る機会を設定し、地域ケア会議として、必要なケースの共有、地域課題の共有を行っていく。</p>	<p>実施報告</p> <p>① ・嶺町・田園調布地域包括ケアの会（日常生活圏域の地域ケア会議）にて、ICTの活用をテーマに新しい専門職連携について検討し、課題共有と地域力向上の機会となった。</p> <p>②コロナ禍で休止している「ケアマネみのり会」の再開は出来なかったが、ケアマネの自主グループ「ケアマネグリーンカフェ」の運営協力、特定加算算定事業所の自主勉強会の開催に協力を継続出来た。ケアマネや事業所のニーズを踏まえ、新しい専門職支援のあり方を次年度も検討していく。</p> <p>③今年度、個別ケースの地域ケア会議を3件実施。地域ケア会議の形を取らない困難ケースの会議にも民生委員に参加を依頼し、介護支援専門員と地域を繋ぐ見守り体制の構築、課題共有に繋がっている。次年度は嶺町地域の民生委員と介護支援専門員が顔合わせ出来るような懇談会・勉強会を企画し、実施する。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	フレイル予防啓発活動の強化		
実施計画	<p>① シニアステーション東嶺町で開催する講座の前後に、包括職員による「フレイル予防講座」を盛り込み、より、フレイル予防の重要性について啓発を行う。</p> <p>② 感染症対策の為、前年度中止していた包括主催の体操教室を再開する。広く参加者を得る為、少人数で回数を増やして実施する等、内容を工夫する。</p> <p>③ 自治会連合会の分化事業「みねまちポールウォークの会」にて、幅広い世代に向けたフレイル予防の啓発を継続する。</p> <p>④ 自立支援検討会議を定期開催し、必要とされる社会資源やニーズを理解する。</p>	実施報告	<p>① シニアステーション東嶺町にて包括職員が交代で「フレイル予防講座」を実施した。毎月2～3回地域講座を実施。毎月保健師による「骨盤底筋体操」と、熱中症予防、感染症予防等の講座も実施した。</p> <p>② 包括主催の体操教室を再開（月1回）。月毎にフレイル予防の3つの柱に対する個人目標を立て、各自自宅で取り組んでもらうワークシート「チャレンジみねまち」を考案し、定着させた。薬局や図書館にチャレンジみねまちを設置したところ、一定数の方が取りに来るようになったとの報告を受けている。</p> <p>③ みねまちポールウォークの会はコロナ禍でも人数制限をし、計4回実施してきた。フレイル予防のイベントとして、包括は栄養の講義を担当した。</p> <p>④ 自立支援検討会議（地域ケア会議）は、今年度実施出来なかった。次年度は実施方法等も含め検討し、必要とされる社会資源やニーズを確認していきたい。</p>

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

個別目標	地域住民の「高齢者見守り体制」を構築する。		
実施計画	<p>① 毎年実施している民生委員と包括の勉強会の場を活用し、地域課題の提起・共有を目的とした「地域ケア会議」を開催する。</p>	実施報告	<p>① 今年度は「家族や地域と関わりの少ない一人暮らし男性を支えるには」をテーマとし、実際の事例をもとに日常生活圏域の地域ケア会議を実施した。地域での見守り体制作り等、連携についての認識を共有できる場になった。</p>

	<p>②毎年実施している高齢世帯・ひとり暮らし高齢者の戸別訪問（笑顔で訪問）を実施し、（熱中症予防訪問を含む）高齢者の実態・ニーズ対応に努め、地域にフィードバックする。</p> <p>③コロナ感染症の影響により休会しているシニアクラブ、町会に働きかけ、少人数での各種セミナー（介護・福祉・保健医療等）を開催し、見守り活動につなげる。</p>	<p>② ひとり暮らし高齢者の戸別訪問（笑顔で訪問）を7月～9月に実施した。避難行動要援護者名簿登録訪問で活用した質問票と同様のシートを活用し、包括独自の質問としては、ワクチン接種の有無、方法等を聞き取りし、地域にフィードバックした。</p> <p>③ エリア内3か所のシニアクラブのうち、活動を再開している2か所に出向き、熱中症予防の講座などを実施。活動場所が無くなり、新しい場所を探していたシニアクラブに協力をし、場所の確保や交渉などを支援し、R4.5月から再開できるようになった。再開後は定期的にフレイル予防講座等を実施する予定としている。</p>
--	--	---

（5）地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域ケア会議が定期的開催でき、地域住民と生活課題を共有する。	
実施計画	地域力推進会議の場や民生委員協議会など、既存の会議の中で地域課題の共有が図れ、負担が少なく、効果的な会議の開催方法を検討する。	<p>実施報告</p> <p>避難行動要援護者名簿登録者のうち水害地域に該当している対象者の戸別訪問を、民生委員協議会の場を活用して地域ケア会議を実施。</p> <p>民生委員の自主勉強会では、「家族や地域と関わりの少ない一人暮らし男性を支えるには」をテーマに実事例に基づいた日常生活圏域の地域ケア会議を出張所の協力を得て実施し、地域課題の共有が出来た。</p> <p>出張所、民生委員協議会、包括、関係機関等と効率よく会議が実施出来た。民生委員協議会や地域力推進会議に参加出来ていることから、日ごろから課題共有が出来ており、地域ケア会議が形骸化することなく、地域課題を深められる場となっている。</p>

（6）認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症カフェ、認知症サポーター養成講座等の安定した開催
------	-----------------------------

<p>実施計画</p>	<p>① 認知症カフェ：コロナ禍でも繋がりが持てる活動を工夫する。少人数の集会和併用して、電話、FAX、WEB 等の新しいツールを活用して「集いの場」を確保する。</p> <p>②多世代が参加できる認知症サポーター養成講座の実施。出張所で土曜日に開催、WEB 開催の広報を行う。</p>	<p>実施報告</p> <p>① コロナ感染症の影響による緊急事態宣言、まん延防止措置期間以外は、集会での認知症カフェを実施した。集会が出来ない期間は、往復はがきを送り、参加メンバーに向けたメッセージを募り、送られたメッセージとサポート医からのコメントを載せて返送する等、コロナ禍でも持てる繋がりを意識して活動をした。参加者からも繋がりが感じられて励まされたとの意見を得ている。オンラインの活用も検討したが、参加者が活用できない現状にある。コロナ禍でも無理なく繋がれる形を次年度以降も模索していく。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座をオンラインで土曜日に関催した。嶺町エリアを超え、若い世代の参加もみられ、コロナ禍において、新しいニーズの発掘に繋がった。アンケートからボランティアや地域活動への興味を持つ対象者の情報も得られ、ステップアップ講座や担い手へ繋げていくことが近々の課題と思われる。</p> <p>今年度、調布地域の見守りコーディネーターが連携し、社協の絆サポーターへの認知症講座、オンラインの認知症講座を実施した。チームオレンジの足掛かりになる活動となり、次年度以降、認知症サポーターのステップアップ講座の実施に向けて調整している。</p>
-------------	---	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

<p>個別目標</p>	<p>各種業務の遂行</p>		
<p>実施計画</p>	<p>① 見守りキーホルダー周知と更新業務の徹底</p> <p>②未把握高齢者実態把握訪問や熱中</p>	<p>実施報告</p>	<p>①月次で更新者リストを作成し、電話で更新勧奨を実施してきた。更新率7割。R4.4 新書式変更に伴い、個別の電話勧奨は終了する。</p> <p>②スケジュール通り実施出来た。</p>

	<p>症予防訪問の実施。</p> <p>③調布地域福祉課管内介護支援専門員連絡会の参画</p> <p>④地域住民、地域にある各種団体等との連携や事業協力、サポート（多世代共生）</p> <p>⑤通いの場の創設、自主運営化のサポート、担い手作りの支援</p>		<p>③コロナ禍でも人数制限をしながら集会で実施した。次年度も同形式で、実行委員の一員として参画する。</p> <p>④⑤こども食堂や子育てサークルの運営を支援した。コロナ禍で2年間活動休止中だった子育てサークルを、オンラインを活用する形で再開支援した。R4.2からの再開が実現した。</p>
--	--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和3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

シニアステーションと協働し高齢者福祉に関する相談・調整・支援を包括的かつ継続的に行い地域福祉の向上を目指す。高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活をできるための、優しく災害に強いまちづくりを地域と一緒に取り組む。コロナ禍で外出中の今だからこそ、各機関とのつながりを緊密にできる事業を展開する。

● 機能アップ3か年計画<<令和元年(平成31年)度~令和3年度>>

目指す姿	シニアステーションと協働し地域住民が安心して暮らせるための、頼りになる身近な相談機関となる	達成度評価
重点項目	1. 全地域住民にとって一番身近な相談窓口となる	S
	2. 各種専門機関との連携により、あらゆる相談ごとに迅速に対応できる相談窓口となる	A
	3. さまざまな地域課題に地域と共に取り組むことで、住民同士が見守り支えあえる地域づくりを目指す	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ3か年計画<<令和3年度：3年目進捗報告>>

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-3】 定期的に居宅介護支援事業者を訪問し、気軽に相談に応じられる機会を設けたり、ニーズや課題に基づく事例検討会や個別事例を検討する。	【1-3】 ・2ヶ月に1回訪問し消費者被害や振り込め詐欺等の情報提供を行う。 ・介護や医療事業者と合同で事例検討会や合同勉強会を実施する。	・ケアマネ勉強会の定期開催やケアマネ通信の発行などにより、包括とコミュニケーションを取る機会が増え、ケアマネからの個別の相談も増えている。 ・包括移転に伴い、近隣へ挨拶回りを行った際に「包括が近くに来てくれて安心」といった声を頂くことができた。また、児童虐待の相談先が分からなかった住民より「ここに相談すれば何とかしてくれると思った」と、頼りに感じていただいている声があり、想定よりも早く身近な相談機関になることが出来ていると感じている。
【2-1】 毎日の申し送りの他に、適時の話し合いを心掛け包括田園調布としての支援方針を明確にし、担当者不在時でも適切な対応が取れるようにする。	【2-1】 ・申し送り時に支援方針の共有をチームで行う。 ・担当以外が見ても把握しやすい記録の方法を共有する。	・毎日の申し送りは定着し、不在の職員がいても『申し送り簿』を活用し、地域づくりや個別ケースの情報共有を行うことが出来ている。 ・記録については、フォントの統一などを

		行い、見易い記録作成の共有が出来てきているが今後は、より専門職としての記録作成のスキルアップを行いたい。
{3-2} 認知症サポーター養成講座やオレンジカフェ運営により、認知症の正しい知識の普及啓発を行う。	{3-2} ・せせらぎ館やシニアステーションなど、より多くの住民が参加しやすい場所で開催する。 ・開催日時を工夫し より多くの地域住民へ啓発する。	・区のオレンジガイドを活用し、認知症の正しい理解の普及啓発を行うことが出来ている。 ・会場をせせらぎ館へ変更し開催したことで、多世代に向け認知症の啓発が出来た。しかし、来年度はせせらぎ館が使用できなくなるため、広報やオンラインなどを活用し、多世代へ向けた認知症の普及啓発を続けていきたい。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	高齢者だけでなく全地域住民にとって身近な相談窓口となる		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 課題を世帯で捉え高齢者以外の課題にも適切な機関などに繋げるよう支援する ② 虐待の早期発見・解決に向かえるようチームで支援方針を検討する ③ 社会福祉協議会や司法書士・弁護士などを活用し、より高度な法律知識が必要なケース発生時は積極的に連携を行う 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 養護者の課題についても、生活福祉課やJOBOTAなど、世帯での課題解決に向け適切な支援機関へ繋げることができた。 ② 虐待ケースが発生した際には、チームで支援方法を検討し、対応中も適宜支援方針を共有・検討し対応を行った。 ③ 権利擁護事業の利用や、高度な法律の知識が求められるケースは、社会福祉協議会や弁護士などの専門職と連携し、課題解決に向けた支援を行っている。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	“切れ目のない支援”の実践ため介護支援専門員同士のネットワーク構築やマネジメント力向上を図る		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 居宅介護支援事業所を定期的に訪問し、ケアマネが相談しやすい関係づくりを行う。 ② 調布地域福祉課館内の包括支援センターと介護支援専門員と協働し年4回の研修会を企画・運営する。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 『でんちょう通信』を隔月で発行し、事業所訪問のきっかけとして活用した。また、特殊詐欺や包括の事業の啓発も行った。 ② ケアマネ連絡会の活動を活かし『ケアマネ勉強会』を隔月で開催した。小規模での勉強会であったため気軽に参加しやすく、また、ケアマネが参加したいテーマで勉強会を行ったためケアマネの参加率も予想を超える

			ものになった。さらに、3月に民生委員とケアマネとの懇談会を実施し、ケアマネジメン トの向上とネットワーク構築のきっかけとな る機会となった。
--	--	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域住民がいつまでも健康で自分らしく生活できるよう、認知症予防やフレイル予防の啓発をシ ニアステーション等と連携し取り組む		
実施計画	<p>① 地域の医療機関などとも連携し フレイルや認知症に関する講座 を開催する</p> <p>② シニアステーションと連携し地域 住民が参加したいプログラムを企画 し、地域の健康増進を図る</p>	実施報告	<p>① シニアステーションと連携し、区のリハ ビリテーション事業を活用した、フレイル予 防教室を立ち上げた。来年度は、自主グルー プを目指し取り組んでいく。</p> <p>② 地域のシニアクラブへの支援として、シ ニアステーションと連携し、フレイル予防教 室や『虹サロン』など、イベントのサポート を行うことで、シニアクラブ新規メンバーの 加入等へ繋がっている。</p>

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

個別目標	地域と協働し見守りネットワークの輪を地域全体に拡げる		
実施計画	<p>① 民生委員の行う熱中症訪問や敬老 訪問へ同行し、支援の必要な方の早期 発見・支援を行う</p> <p>② 自治会・町会が行う『避難行動要 支援者訪問』へ同行し、要支援者の 把握と地域との連携方法を検討す る。</p>	実施報告	<p>① 民生委員との合同訪問や、共催でのサロン 活動などを継続して実施することで信頼関係 が深まり、支援が必要な方々の情報を随時提 供してもらい、支援につながっている。</p> <p>② コロナ禍においても実施できた自治会・ 町会では、要支援者についての共通認識を持 つことができた。連携できる自治会・町会を 広げていきたい。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域の誰もが住みやすい町となるよう地域ケア会議を積極的に開催し地域課題の解決を行う		
実施計画	<p>① 元気シニアPJを活用し多世代の 交流が盛んになるようなイベン トを開催する</p> <p>② 額町田園調布地域包括ケアの会 を、田園調布医師会と共催で研 修会や交流会を実施する</p>	実施報告	<p>① コロナの影響でイベントは中止となっ たが、コアメンバー会議にてスマホを活用 した取り組みを提案し、来年度に向けて 取り組みを始めることが出来ている。</p> <p>② 地域包括ケアの会事務局として、コロナ 禍でも可能な研修と、参加して良かった と思えるテーマを考え、オンラインでの 研修開催を成功させることができた。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	住民が認知症の理解を深め、認知症になっても安心できる地域づくりを行う		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 認知症サポーター養成講座をせせらぎ館やシニアステーションで開催し、より多くの住民へ認知症を啓発する ② オレンジカフェを定期的で開催し“認知症になっても安心できる居場所づくり”を行う 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域住民やせせらぎ館職員、シニアステーション職員に対し、認知症サポーター養成講座開催し、認知症の啓発と理解を拡げることが出来た。 ② コロナ感染状況により、開催方法を随時検討し、感染拡大時には紙上開催へ変更するなど“コロナ禍でもできる認知症の啓発”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	『地域共生社会の実現』に向け大田区地域福祉計画の実行に協力する		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域ささえあい強化推進員や地域福祉コーディネーターと連携し、個別支援や地域づくりに取り組む 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 都立田園調布特別支援学校とシニアステーションでの取り組みや、田園調布グリーンフェスタ等でも連携し、福祉の専門職としての視点で、地域づくりに一緒に取り組みを行った。

大田区福祉部長 様

令和3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

子供から高齢者まで「多世代」の地域住民がお互いを見守る体制づくりをめざす。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	育ち、育てられ、年を重ねていく、この「ふるさと」に暮らす誰もが、全てのライフステージにおいて、ゆるやかにつながり、支えあうことができるような、地域づくりを担っている。	達成度評価
重点項目	1. 年を重ね、認知症になっても、安心して暮らすことができる「ふるさと」をつなぐ。 2. 「ふるさと」の福祉課題を世代や分野を超えて、「自分ごと」化し、共有する。 3. 介護・看護・療養・世話などを担っているケアラーを「ふるさと」で支える。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-3】 民生児童委員、町会、地域のNPO法人等の橋渡しを行い、子供一人でも安心して行ける低額のコミュニティ食堂の立ち上げと、その後の継続を支援し、食を通じた世代間交流によって、地域の人と人とをゆるやかにつなげていく。	【1-3】 コロナ禍によって、こども食堂の開催方法にも変化がみられる状況下であっても、一度築いた「つながり」が途切れないよう、多様な地域資源が連携を図れるような「場」を構築していく。「集まらずにつながる」方法、出来る限りリスクを排除して「集まる」方法を考え、大田区や地域に提案していく。	地域における高齢者の集いの場などにおいて、感染症対策をしながら集まれる方法を、地域住民や関係機関と連携して支援した。 また、嶺町小学校におけるスタンプラリーに協力し、福祉に関する啓発だけではなく、地域住民の交流の場づくりを支援した。 今後も世代を問わずに、地域住民の集いの場の再開を支援していく。
【2-3】 鵜の木地区に共通する福祉課題については、町会、地域の関係機関や地域企業などの協力を仰ぎ、日常生活圏域レベルの地域ケア会議を開催し、福祉課題を解決するためにそれぞれができること、できないことを共有して、	【2-3】 鵜の木地区の福祉課題の一つである水害に関して、既に包括も参加している地区の防災会議等を通じて、高齢者や障がい者の状況を踏まえながら避難時の対応など、具体的な支援策を考えていく。避難行動要支援者名簿を活	東調布第三小学校、嶺町小学校の学校防災拠点訓練に参加し、コロナ禍における避難所運営も含めて、町会や民生委員、特別出張所などとの関係機関と連携を図った。 嶺町小学校防災拠点訓練では、HUG(避難所運営ゲーム)に参加し、

<p>地域における役割分担について整理する。</p>	<p>用し、共助力の向上を地域の方と考える機会を持つ。 また個別レベル課題を積み上げ、「今」必要な福祉課題を地域の方と考える機会として、日常生活圏域の地域ケア会議を開催する。</p>	<p>想定される事態に地域住民と共に意見交換を行った。 また、日常生活圏域レベル地域ケア会議を3回開催した。3回目は地域の見守りをテーマに、民生委員協議会会長、鶴の木特別出張所所長、医療、介護等の多機関・多職種による意見交換を行った。</p>
<p>【3-3】 地域のNPO法人、臨床心理士などの専門職と連携し、ケアラズ・カフェ、介護者のためのこころの相談等、介護者の孤立や精神的負担軽減のための社会資源の地域におけるニーズについて把握する。</p>	<p>【3-3】 介護で困っている家族や孤立している方への支援を継続する。近隣の通所介護事業所や訪問介護事業所など、今ある社会資源を活用し、介護者のケアに着目した活動への新たな参加者を募る。</p>	<p>個別の相談支援においても、多問題や8050問題などにより、さまざまな課題を抱える本人・家族に対して、所内連携にとどまらず、関係機関と積極的な連携を丁寧に行い、支援した。 コロナ禍により、介護者のケアに着目した活動への参加者を募ることは至らなかったが、地域にある社会資源の情報を常に職員同士で共有し、適切に活用できるよう取り組んだ。</p>

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

<p>個別目標</p>	<p>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て総合的な支援を行う。</p>		
<p>実施計画</p>	<p>① 相談に対し、介護保険内のサービスだけでなく、地域にある社会資源の活用を積極的に行う。複層的な支援が必要等、困難なケースは所内のケース検討で支援方針を決めて対応する。</p>	<p>実施報告</p>	<p>① 夕礼時のケース検討時などにおいて、社会資源の情報を職員間で共有しながら、相談対応を行った。 ② 事例検討会を3回実施した。困難事例等における支援方針を全職員で検討し、終結に向けて取り組んだ。 ③ 複合問題を抱える本人とその家族の支援について、関係機関と積極的かつ丁寧な</p>

			連携を図り、課題の共有と支援方針の検討を行い、支援した。
--	--	--	------------------------------

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	自立支援にむけたケアマネジメント実践を支援する。		
実施計画	<p>① 地域のケアマネジャーと同じ目線で考え、助言を行う。困難事例に関しては個別レベルの地域ケア会議を開催し、課題解決に取り組む。</p>	実施報告	<p>① 困難事例や成年後見申立て支援や消費者被害が疑われるケースなど、ケアマネジャーと共に考え、関係機関と連携を図った。</p> <p>② 自立支援ケースにおいて個別レベル地域ケア会議を実施した。</p> <p>③ 管轄内のケアマネジャーを中心に、地域包括支援センターたまがわ主催による研修会をオンラインで実施した。総合事業について、高齢福祉課担当者からの説明と地域包括支援センターの事業紹介を行い、今後の支援や連携に生かせるよう取り組んだ。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	介護予防に資する社会資源を発掘、開発し、地域住民とのマッチングを行う。		
実施計画	<p>① 公的サービスだけでなく、インフォーマルな地域資源の活用を積極的に行い、地域住民がつながり合って生活できるように支援する。</p>	実施報告	<p>① 「たまがわ体操」など地域で実施されている集いの場などと、積極的に連携を図り、必要な方へ活用できるよう案内した。</p> <p>② 地域福祉コーディネーターとも連携し、鶯の木老人いこいの家の自主事業として、カラオケ機器「アップ君」を活用した介護予防教室を開催した。鶯の木老人いこいの家とスムーズな連携が得られた。</p>

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

個別目標	地域住民と町会や商店街、関係機関が相互につながるための「橋渡し」の役割となるような関係を構築する。		
実施計画	<p>① コロナ禍において「集まらずにつながる」方法を考え、地域のつな</p>	実施報告	<p>① シニアクラブやふれあい元気塾などの地域住民の集いの場などにおいて、関係機</p>

	<p>がりが無くならないよう、情報発信を継続する。地域の集まりは、密にならないよう地域と共に対策を講じ、可能な限り出向していく。</p>	<p>関とも連携を図りながら、感染症対策をして集まれるよう支援を行った。</p> <p>② 自主グループである「ささえあい体操クラブ」の再開について、運営ボランティアと連携して支援した。</p> <p>③ 地域包括支援センターやぐちと連携し、感染症対策を実施し、「千鳥サロン」を再開した。</p> <p>④ 鷺の木老人いこいの家におけるスマホ教室の開催を支援し、地域の高齢者に周知を行った。</p> <p>⑤ 久が原地域の商店街主催で開催された「まちゼミ久が原」に参加し、広く地域へ地域包括支援センターの周知を図るとともに、商店街とも顔の見える関係づくりの構築を図った。</p> <p>⑥ 嶺町小学校 PTO 主催のスタンプラリー企画において、特別養護老人ホームたまがわとも連携し、掲示板を活用して地域の小学生や保護者などに施設や福祉に関する周知を行った。地域の主任児童委員とも連携を図ることができた。</p> <p>⑦ 地域包括支援センターやぐちと連携し、キヤノン株式会社の在職者向けに、動画による介護保険サービスについてのセミナーを実施した。</p>
--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	医療と介護の連携を強化する。	
実施計画	<p>① 地域と共に感染症対策に留意しながら、鷺の木地区での医療・介護連携「地域包括ケアの会」を継続させ、お互いの専門性や強みを高め、事業所間だけの情報共有ではなく、地域に何を返せるかを考える場としていく。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 日常生活圏域レベル地域ケア会議として「鷺の木地域包括ケアの会」を2回開催し、医療と介護の連携を行った。特に3月に開催した際には、地域の見守りをテーマとし、鷺の木地区民生委員児童委員協議会会長、鷺の木特別出張所所長にも参加していただき、医療・介護・地域の</p>

			<p>多機関で地域の見守りについて意見交換を行った。</p> <p>② 認知症の方の地域での見守りについて、日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催した。鶯の木地区民生委員児童委員協議会会長、認知症サポート医、薬剤師、介護支援専門員、消費者生活センター、JKK、保健師など多機関・多職種と相互理解を深め、連携を行った。</p> <p>③ 個別支援で関わった町会の副会長から、大森第七中学校における福祉講話の依頼を受け、特別養護老人ホームたまがわと連携を図り、実施した。</p>
--	--	--	--

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の早期発見・早期対応に取り組む。		
実施計画	<p>① 認知症になっても住みやすい町づくりを目標に、世代を超えた認知症に対する理解の深まりを目指して、オレンジカフェや認知症サポーター養成講座を開催する。</p>	実施報告	<p>① 感染症予防のため、併設施設内における対面での認知症カフェは開催できていない。参加者とのつながりを切らさずに、コロナ禍における交流のため、紙上カフェ「せせらぎ」を2回発行した。</p> <p>② 特別出張所やオンラインでの認知症サポーター養成講座を開催した。また、調布地域福祉課管内の他地域包括支援センターと連携をして、絆サポーターや地域住民など、広く多世代に対して啓発を行った。</p> <p>③ 地域包括支援センターやぐちと連携し、キヤノン株式会社のOB会である鷺友会の方向けに動画による認知症セミナーを行った。</p> <p>④ 郵便局や銀行、薬局などを訪問して、認知症サポートガイドを配布し、認知症の啓発や顔の見える関係づくりを行った。</p> <p>⑤ 認知症初期集中支援チームを活用していただけるよう、夕礼において対象者の検討を毎回行い、意識的に取り組んだ。</p>

			⑥ 地域の介護支援専門員向け研修会において、認知症初期支援チームなどの認知症施策を周知した。
--	--	--	--

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	若年性認知症支援相談窓口との連携を強化する。		
実施計画	① 若年性認知症支援相談窓口が大田区民全体に周知されるよう協力・連携を強化する。	実施報告	① 大田区若年性認知症支援相談窓口と連携し、若年性認知症家族会や本人ミーティングに、職員が持ち回りで参加して理解を深め、若年性認知症の方の相談などにおいて連携を図った。 ② 鶴の木地区民生委員児童委員協議会において、若年性認知症相談支援窓口管理者と連携を図り、啓発を行った。 ③ 個別レベル地域ケア会議や個別相談における関係者会議、介護支援専門員向け研修会などにおいて Web 会議システムを活用した。

大田区福祉部長 宛

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 地域包括支援センターが原

1 事業目標

地域包括ケアシステムをより深化させていくために、地域住民が自らの地域課題を解決していきたいという意欲を引き出しながら、誰もが安心して暮らせる地域づくりに取り組めます。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域住民が自らの地域課題を解決していきたいという意欲を引き出しながら、誰もが安心して暮らせる地域づくりに取り組んでいる。	達成度評価
重点項目	1. 住民同士の交流の場づくりを支援し、住民同士が声をかけあえるまちづくりに取り組む。	A
	2. 認知症を理解し、お互いに支えあえる地域づくりに取り組む。	A
	3. 地域住民に地域包括支援センターの役割をより知ってもらい、相談しやすいセンターとなる。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-1】地域のさまざまな機関との交流やイベントなどに参加して、より多くの、かつ多世代にわたる住民と知り合える機会を増やす。	【1-1】・「地域の核になる人の情報共有シート」に記載した人と顔の見える関係を作り、地域包括支援センターについて知ってもらうことで、地域の人を地域で見守る仕組みづくりに取り組む。シニアクラブと連携を図り、見守りキーホルダー登録・更新会の開催やフレイル予防などを啓発する。 ・シニアクラブと連携を図り、見守りキーホルダー登録・更新会の開催やフレイル予防などを啓発する。	【1-1】・感染症の拡大継続もあり「地域の核になる人の情報共有シート」の活用や新たに追加記載することが難しかったが、常に関わりを続けている人もある。既存の自主グループや集まりの場で中心となる人と関係を深めた。今後も継続して顔の見える関係づくりを行う。 ・今年度より新たに関わりを深めた自治会・シニアクラブにおいて講座を共催し、認知症サポーター講座・フレイル予防講座等を開催し、見守りキーホルダー登録も実施した。今後も継続し、連携していく計画がある。 ・6か所の公園で「まちなカラジオ体操」を実施し、地域住民と知り合

		えフレイル予防の啓発ができた。うち1か所は自主化され大きな成果となった。来年度初旬に予定している管轄内全自治会での体力測定会で住民のニーズを把握し、フレイル予防に対する計画を検討する。
【1-2】地域住民と一人でも多く話をしていくことで、地域住民の困りごとを把握し、何がしたいのかというそれぞれの目的にあったコミュニティづくりを行う。	【1-2】久が原地区地域力推進委員会や久が原地区防災協議会などを通じて、より多くの地域の方とさまざまな方法で交流を図る。	【1-2】・感染症の拡大継続により地域力推進委員会、防災協議会の中止が度重なり十分な交流はできない中、「久が原まち歩き」に参加し地域の関係機関の方々との関係を深めた。 ・ラジオ体操や自主グループ等の集まりの場への参加、「まちゼミ久が原」で包括主催の防災講座で、参加住民と話しニーズの把握に努めた。今後も多くの場に出向いていく。
【1-3】住民同士の交流の場づくりにおいて、「核（中心人物）となる人」を地域の中で見出し、コミュニティづくりを支援する。	【1-3】「久が原ふれあいサロン虹の部屋」との連携を継続し、地域における見守り活動やフレイル予防の取り組みを支援する。	【1-3】虹の部屋の打ち合わせ、「虹の井戸端会議」、社協との共催「フードドライブ・パントリー」に参加し、虹の部屋スタッフや地域の住民の交流を支援した。フレイル予防の活動についてもスタッフに案内した。今後もニーズに合わせて活動を支援していく。
【1-4】新たに立ち上げた交流の場だけではなく、「久が原ふれあいサロン虹の部屋」をはじめとするさまざまな自主グループ活動との連携・協働を続けていく。	【1-4】地域の自主グループとの連携を続け、それぞれのニーズに合わせた活動を支援する。	【1-4】ラジオ体操の自主グループが新たに立ち上がったため、今後も継続できるよう支援していく。他グループの自主化もニーズに合わせて活動を支援していく。
【2-1】認知症カフェをツールとして、認知症の方やその家族の支援と地域の担い手の活動の場の創出などを、地域の介護事業所等と連携して行う。	【2-1】当事者の方や地域のボランティアとともに認知症カフェを継続して開催し、認知症があってもお互いに支えあえる地域づくりに取り組む。	【2-1】感染症の拡大継続により、オレンジカフェを3回ほど開催中止としたが、再開時は個別の電話連絡を行い参加の支援をした。今後も感染症継続が予測されるため、開催は状況に合わせ、認知症当事者・家族の支援、地域づくりを支援する。
【2-2】地域のさまざまな世代に対して認知症サポーター養成講座を開	【2-2】・オンライン形式なども活用して、多世代に向けて認知症サポータ	【2-2】・久が原小学校での認知症サポーター養成講座も含め、対面式

<p>催し、地域ぐるみで認知症の理解や支援を進めると同時に、担い手を発掘する。</p>	<p>一養成講座を開催する。(久が原特別出張所、久原小学校サマースクール、松仙小学校サマースクール、ママカフェ久が原、お告げのフランシスコ修道院など)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座フォローアップ講座を開催し、地域のボランティアを発掘する。 ・世界アルツハイマーデーに合わせて、久が原図書館と共催し、認知症図書コーナーや認知症の啓発を行う。 	<p>講座を2回と、オンライン講座を1回開催した。感染症の拡大継続のため、多くの場所での開催ができなかった。感染症の状況を見ながら実施していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン講座参加者の中で大田区主催のステップアップ講座に参加した人もあり、意欲の高さを感じた。今後、ステップアップ講座を地区で主催することとなるため、参加者と丁寧に関わり、ボランティアとしての活動に繋げていく。 ・久が原図書館での認知症関連展示イベントを実施し、子どもから大人まで認知症の啓発を行った。アンケート結果からもイベントは有効な手段であることが分かったため、今後も継続して実施していく。
<p>【2-3】地域の医療機関と連携し、認知症の早期発見・早期対応と認知症予防に取り組む。</p>	<p>【2-3】・地域の医療機関と連携し、認知症の早期発見・早期対応と認知症予防に取り組む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポート医による所内研修を毎月開催し、認知症初期集中支援チームにおける対応力を向上する。 	<p>【2-3】・認知症地域支援推進員が中心となり、地域の医療機関や薬局等を訪問した。今後も継続し、関係を深めていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポート医による所内研修を毎月実施し、認知症の理解を深めた。今後も継続していく。
<p>【3-1】民生委員懇談会の開催や地域のさまざまな催しに積極的に参加することで、地域の関係者との連携を深める。</p>	<p>【3-1】・民生委員との懇談会を開催し、地域課題について検討し、連携方法を話し合う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「出張!地域包括支援センター」を継続して、地域住民の身近な場所での相談ができるようにする。 	<p>【3-1】・11月に民生委員懇談会を開催し、認知症高齢者の見守りについてグループワークで話合った。地域での見守りは難しいとの意見もあったが、今後も検討していく場を設け、地域課題として取り組んでいく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「出張!包括支援センター」は、感染症の関係で2月のみ中止としたが、それ以外は実施した。今後も継続していく。
<p>【3-2】ミーティングや所内で事例検討会等をとおして、職員のケースワーク力の向上に取り組む。</p>	<p>【3-2】ミーティングや事例検討会を続け、職員のスキルアップを図り、対応力の向上に取り組む。</p>	<p>【3-2】ミーティングは毎日、事例検討会は毎月1回実施し、全員で事例を検討することで対応力の向上に</p>

		努めた。今後も継続していく。
【3-3】さまざまな機会を活用して、地域包括支援センターの役割をより、わかりやすく発信する。	【3-3】地域の様々な催しに参加するほか、掲示物などを利用して地域包括支援センターの機能のPRを行う。	【3-3】包括紹介動画を作成し、「まちゼミ」実行委員の店主や民生委員に限定配信した。出張所の展示スペースに、包括のPRやフレイル予防、認知症関係の展示を実施した。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	相談者の課題やニーズを的確に把握して、継続的にフォローをするとともに、複合的な課題を抱えるケースにも関係機関と連携を図りながら対応し、地域共生社会の実現に取り組む。		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ①「出張!地域包括支援センター」を継続して、地域住民の身近な場所での相談ができるようにする。 ②支援困難ケースについては、フローチャートに基づき対応を行い、支援計画書を作成して終結を目指して対応する。 ③高齢者虐待ケースについては、虐待対応マニュアルに基づいて対応するほか、情報共有、支援方針決定などチームアプローチを行う。 ④毎日のミーティングにおける情報共有・支援方針の検討を行う。 ⑤事例検討会を毎月行い、ケースワーク力の向上を図る。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ①「出張!地域包括支援センター」を感染症の関係で中止した2月を除いて毎月実施し、19名の対応を実施した。 ②支援困難ケースをフローチャートに沿って支援計画書を作成し、チームアプローチにより支援を行った。情報共有方法を見直し、一覧表の更新・回覧を進捗ごとに行うこととした。 ③高齢者虐待ケースをマニュアルに基づき、チームアプローチにより支援を行った。情報共有方法を見直し、一覧表の更新・回覧を進捗ごとに行うこととした。 ④毎日々方のミーティングを行い、職員全員での情報共有と支援方針の検討を行った。 ⑤事例検討会を、発表者・司会・記録の役割を交代で分担して毎月1回実施し、支援方針等を検討しケースワーク力の向上に努めた。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域住民の課題解決を図る地域づくりを目指す。		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ①地域の介護事業者や医療機関、田園調布医師会と協働で地域包括ケアの会を開催し、関係機関との連携を図る。 ②地域の介護支援専門員を支援し、さまざまケースについてともに課題 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ①9月にオンラインで地域包括ケアの会を開催し、コロナ禍でのフレイル予防対策について、健康長寿医療センター講師による講演とグループワークを実施した。オンラインではあったが、地域の多職種で話し合いをすることができ貴重な機会だった。

	<p>解決を行う。</p> <p>③地域の介護支援専門員や介護事業所と連携を図り、集いの場づくりや専門職による地域貢献を支援する。</p>		<p>②個別レベル地域ケア会議を3件、日常生活圏域レベル地域ケア会議を2件開催した。</p> <p>③感染症拡大の継続により、地域の介護事業所との集いの場づくりができなかった。</p>
--	---	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	住み慣れた地域で暮らし続けられる意欲を引き出す。		
実施計画	<p>①健康寿命の延伸を図るため、フレイル予防を啓発する。</p> <p>②地域の介護支援専門員等と事例検討会を開催する。</p>	実施報告	<p>①6月に「さわやか講座」第1回（久が原いこいの家）でフレイル予防体操、5月～7月、11月～1月の「まちなカラジオ体操」（全6か所の公園）、12月にシニアクラブの「健康づくり教室」でフレイル予防講座と体操（道々橋八幡神社社務所）、毎月第4（月）の「さくらカフェ」での講師によるフレイル予防体操（集合住宅集会所）の支援、を実施した。</p> <p>地域の自主グループ・介護支援専門員・利用者等に、大田区のフレイル予防関連チラシ・ガイドブックを配布した。</p> <p>②11月に事例検討会を開催し、介護支援専門員・地域福祉課保健師・医療機関看護師の参加を得て支援困難ケースについて検討した。</p>

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

個別目標	「核（中心人物）となる人」や住民同士の交流の場との関係構築を図り、地域の見守りネットワークの構築を支援する。		
実施計画	<p>①「地域の核になる人の情報共有シート」に記載した人と顔の見える関係を作り、地域包括支援センターについて知ってもらうことで、地域の人を地域で見守る仕組みづくりに取り組む。</p> <p>② 災害時要援護者名簿等から地域傾向を分析し、地域に合わせた支援やアプローチ方法を検討・実践する。</p> <p>③ 虹の部屋や自主グループ、いこいの家との連携を継続し、感染症に</p>	実施報告	<p>①シートに記載した人の中には継続的に関わっている人もいるが、関わっていない人もいるため、活用方法について今後の検討が必要。</p> <p>地域力推進会議や民生委員協議会にて地域包括支援センターの役割や自助・近助の必要性について説明した。近所でのラジオ体操の勧めも行った。</p> <p>②感染症拡大の継続により、災害時要支援者名簿に記載のある住民の訪問ができなかった。民生委員が担当の要支援者を訪問して</p>

	<p>よる活動休止・再開後の動きを把握することで、効果的に住民同士の交流が継続できるよう支援する。</p> <p>④ 管轄外の人が参加するイベントや他包括近隣に居住する人への支援に対して、イベントの共催や地域資源の情報共有等、他包括の見守りささえあいコーディネーターや強化推進員と連携して取り組む。</p>	<p>おり、訪問の前後で要支援者の情報共有をした。</p> <p>③虹の部屋や自主グループ、いこいの家と連携し、活動休止・再開に当たっては利用者に電話連絡して参加について支援した。</p> <p>④地域包括支援センター上池台と共催で JA 健康長寿倶楽部にて「シニアレッスン」（年4回連続講座）を開催し、認知症講座とダンスのレッスンを行い好評を得た。見守りささえあいコーディネーター連絡会で、地域福祉コーディネーターと共に多世代に向けた認知症講座を実施した。</p>
--	---	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	世代を問わず、近所同士で声をかけあえるまちづくりに取り組む。	
実施計画	<p>① 様々なツールを活用して、地域住民に対して地域における見守りや地域包括支援センターのPRなどの情報発信を継続する。</p> <p>② 様々な関係機関と連携を図り、地域の課題に対応できる関係づくりを続ける。</p> <p>③ 毎月、個別レベル地域ケア会議を開催し、個別課題から地域課題を抽出する。</p> <p>④ 日常生活圏域地域ケア会議を開催し、地域課題の共有と解決について取り組む。</p> <p>⑤ 民生委員懇談会を開催し、地域課題について、お互いの連携方法を話し合う。</p> <p>⑥ 避難行動要支援者の実態把握及び災害時避難方法、自助、共助について確認する。</p>	実施報告 <p>①包括紹介動画を作成し、「まちゼミ」実行委員の商店主や民生委員に限定配信した。出張所の展示スペースに、包括のPRやフレイル予防関係の展示をした。</p> <p>②感染症の拡大継続で回数は減ったが、出張所・いこいの家・シニアクラブでのスマートフォン講座、自治会・シニアクラブでの健康講座、民生委員懇談会を実施し、関係を深めた。</p> <p>③個別レベル地域ケア会議は3回実施し、支援困難ケース2件、自立支援ケース2件について検討した。毎月の開催はできなかった。今後回数を増やせるよう努める。</p> <p>④日常生活圏域地域ケア会議を2回実施し、フレイル予防・認知症高齢者の見守りについて検討し、地域課題の解決に取り組んだ。</p> <p>⑤民生委員懇談会を実施し、認知症高齢者の地域での見守りについて話し合い、情報共有し連携して見守りを実施していくことを確認した。</p> <p>⑥感染症の拡大継続により、避難行動要支援者の実態把握訪問・消防署と同行の防火診</p>

			断ができなかった。民生委員が要支援者の訪問を実施しており、情報共有をした。
--	--	--	---------------------------------------

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	多世代の地域住民が認知症についての理解を深め、互助意識を持ち暮らせる地域づくりに取り組む。		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 認知症の当事者・家族や地域のボランティアが役割意識を持ち 参加・交流・活動できる場づくりを継続する。 ② 認知症サポーター養成講座ならびにフォローアップ講座を、幅広い世代の地域住民向けに開催し、地域の担い手づくりに取り組む。 ③ 地域の諸施設などで認知症について広報する機会を通じて、幅広く地域の理解が深められるよう取り組む。 ④ 認知症初期集中支援チームにおける対応力の更なる向上のため、認知症サポート医による所内研修を毎月継続して開催する。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ①感染症の関係で中止した5月2月3月を除き、毎月オレンジカフェを実施した。中止時には講師資料を再開時の参加を呼び掛ける手紙をつけて郵送した。 ②認知症サポーター講座を対面で2回（7月久が原小学校・10月道々橋八幡神社社務所）、オンラインで2回（6月・3月）実施した。フォローアップ講座については、3月高齢福祉課主催のステップアップ講座のスタッフとして参加した。 ③世界アルツハイマーデーに合わせた9月～10月の約1か月間、久が原図書館で認知症関連図書館のイベントを共催し、包括作成の掲示物も展示した。出張所の掲示スペースにも、認知症関連の資料を掲示した。 ④認知症サポート医による所内研修を毎月実施し、認知症の理解を深めた。

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域における見守りネットワークの構築を深める。		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 見守りキーホルダー登録、更新を積極的に行い、地域の高齢者とながら、地域包括支援センターのPRを行う。 ② 避難行動要支援者名簿の活用や熱中症予防啓発などにより、積極的な訪問を行うことで地域の高齢者の把握に努める。 ③ ひとり暮らし高齢者対象者一覧表等を活用して、電話や訪問による見守り活動や実態把握を行い、地域の高齢者とながらをつくる。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ①包括主催のイベント、地域の集まりの場にて見守りキーホルダー登録、更新を行い、地域包括支援センターの役割の説明を行った。 ②避難行動要支援者名簿登録者について、災害時の避難行動の支援方法について検討の必要があるが、防災協議会の開催回数が少なくなったこともあり進んでいない。名簿を活用し、消防署との防火診断の同行訪問の対象者を検討した。 ③ひとり暮らし高齢者対象者一覧表を活用し、熱中症予防啓発訪問・電話かけ・経口補水液の配布を実施した。

			<p>④認知症検診受診者名簿記載者に対して、訪問対象者には事前連絡として書類をポストイングし、対象者以外には認知症サポートガイドや資料を郵送し、認知症の予防を啓発した。</p>
--	--	--	--

大田区福祉部長 宛

令和3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

地域で活動してる民生委員や介護支援専門員等が、地域の中で活動しやすくなるよう、様々な形の連携に取り組んでいく

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域住民や民生委員、介護支援専門員などをつなぐことによって、地域の中核として頼られ喜ばれるセンターを目指す	達成度評価
重点項目	1. 地域住民の見守りに活かされるよう、介護支援専門員や民生委員との関係性を更に築き上げていき、それぞれの持つ社会資源や情報を共有する。	A
	2. 地域の出張所と連携し、困難を抱えている人が地域で暮らし続けていくために、出張所や自治会、民生委員などと連携し、地域ケア会議を通じて課題解決に取り組む。	A
	3. 相談や苦情の情報が事業改善に活かされる体制を強化するとともに、職員が個々の情報や知識を他の職員とより一層共有することによって、センターの対応機能の向上を図る	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-3】「民生委員と介護支援専門員との連絡会」等で共有された情報や社会資源を地域の情報誌(生きいきガイド)に集約していく。地域住民が「生きいきガイド」を見る事で、迅速に対応ができるようになる。	・令和3年度 雪谷お役立ちガイド(生きいきガイド)の配布を「民生委員と介護支援専門員との連絡会」や地域の会議等で配布し、地域のニーズにあっているかの確認と今後の掲載内容についてのモニタリングを実施。多くの高齢者に必要な情報が伝わるような情報伝達の場を開拓していく。	民生委員・自治会・CMの会議にて「お役立ちガイド」を配布 令和3年度から定例(地区)民協に参加させて頂き、包括からの情報提供など連携の機会が増えた。 介護支援専門員とは、11月12日「雪谷けあまねっと」を開催し、包括からの情報提供やCM同士の意見交換等の場を設ける事ができた
【2-2】地域ケア会議開催に向け、地域の理解を深めていく。まずは自治会と薬局とのつながりを進めていく。訪問等重ねる事で関係を作り上げていく。	・令和3年3月に地域内の薬局訪問を実施。コロナ禍で各自治会へのあいさつが未実施になったままとなっていた為、各自治会や医療機関、介護事業所への訪問を実施し、信頼関係の構築し連携を強化する。	4月～6月に各居宅介護支援事業所への訪問。個別ケースや最近の傾向についての情報交換を行った。また、コロナ禍で各自治会へのあいさつ回りが出来なかったが、雪谷自治会長会議

<p>〔 2-3 〕民生委員主催の「ゆきがや広場」や民生委員協議会で開催している事例検討会などの参加を行い、地域の実情を把握していく。民生委員の困り事を地域の課題ととらえ、「地域ケア会議開催を行う事」で課題解決につなげていく</p>	<p>・「ゆきがや広場」等のコロナ禍で開催が中止となっている活動の再開を支援していく。 ・民生委員との連絡会等で、地域課題をまとめ、地域ケア会議や事例検討会の開催から、課題解決につなげていく</p>	<p>に参加させて頂き、「上池台だより」の周知協力や各自治会との連携強化について依頼を2回行った</p> <p>コロナ禍で活動再開が難しい活動に参加者向けに、オンライン講座の案内などコロナ禍でもできる事の情報を提供</p> <p>民生委員連絡会では、ひとり暮らし高齢者安否確認の連携結果について報告。日常生活圏域レベル地域ケア会議にて、雪谷地区民生委員会長から発表頂き、地域課題の検討をおこなった。個別レベル地域ケア会議には、民生委員だけでなく自治会役員にも参加頂き会議を開催する事ができ、地域課題について検討する事ができた</p>
<p>〔3-1〕研修などで知り得た知識や地域の情報など、部署内会議や部署内研修、法人システム等で共有し、職員同士のつながりを作り上げていく。</p> <p>〔3-3〕住民からの様々な意見に対して、苦情報告書や事故報告書を活用し、事業改善につなげていく。</p>	<p>部署内会議や研修（上池会議）において、職員間で共有するための時間を作り、研修や日々の業務で知り得た知識を、共有していく。</p> <p>・必要時センター内での事例検討会やカンファレンスを開催し、包括内でのチームアプローチ体制を強化していく</p> <p>・苦情報告や事故報告があれば、その対応から改善策までを考察し、事業改善に向けて職員間で共有していく。</p>	<p>包括職員のレベルアップとチームアプローチ体制を強化する為に、月1回のセンター内研修や事例検討会を実施。伝達研修も含め、短時間でわかりやすい説明ができるように、各自工夫をするようになった。また、記録の記入方法の見直しをおこなった事で、引継ぎ事項などわかりやすくする事ができた。</p> <p>苦情や事故ケースは、包括内での検討だけでなく、法人内の包括会議でも共有し再発防止に努めている。</p>

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	多様化・多元化・複雑化する高齢者等の複合的課題に対応できるように職員のスキル向上を目指す		
実施計画	① 問題の早期発見、早期対応する為に、包括内でのチームアプローチ	実施報告	① ひとり暮らし高齢者名簿の活用による安否確認や熱中症予防訪問、避難行動要支

	<p>(複数での相談対応や 3 職種での相談体制等) の構築</p> <p>② 困難ケース等のケース共有、センター内研修、事例検討会の実施</p> <p>③ 最新の社会資源等の情報を収集した上で、地域住民等への情報提供</p>	<p>援者名簿にて包括との関りが少ない高齢者に包括の周知を実施。</p> <p>実施内容は、包括内の担当チームによって検討し、全員で対応、問題の早期発見、早期対応につなげた。</p> <p>② 包括内での会議や事例検討を実施し、困難ケースの対応は、一人で抱え込まないようにする為のフォローを全員で行う、随時情報確認ができるようにした。</p> <p>③ 雪谷自治会会議、地域力推進委員会、定例民協で「雪谷お役立ちガイド」の説明と配布。民生委員や自治会によっては、個別に配布する等地域住民への情報提供に協力頂く事もできた。</p>
--	---	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	多職種連携体制の構築	
実施計画	<p>① 「雪谷けあまねっと」、「民生委員懇談会」、「雪谷地域包括ケアの会」等の参加を通じ、地域課題の検討などを一緒に行う事で、信頼関係の構築に努める。</p> <p>② 地域内の介護事業所訪問を実施し連携強化を目指す</p> <p>③ 地域ケア会議（個別レベル）の開催（年3回以上）</p>	実施報告 <p>① 11月「雪谷けあまねっと」開催、1月「雪谷地域包括ケアの会」開催 民生委員懇談会は、5月開催の方向で検討したが、コロナ禍の影響もあり開催中止。来年、改めて開催日について検討。 少人数やオンラインでの開催などコロナ禍でもできる事での開催にて信頼関係の構築に努めた</p> <p>② 4月～6月に21事業所の居宅介護支援事業所への訪問を実施 その他の介護事業所訪問は感染拡大の影響もあり、実施を見合わせた。1月の雪谷地域包括ケアの会への参加を通所介護事業所にも呼び掛けた。今後、様々な職種・業種の事業者と地域連携についても関係を構築していきたい。</p> <p>③個別レベル地域ケア会議の開催は6月、9月となり、自立支援のケースについては、3月開催を感染拡大の影響により4月に延期する事となった。</p>

			今回は、自治会会館開催にて自治会役員にも参加頂く地域ケア会議を実施する事ができた。
--	--	--	---

(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		
実施計画	① 事例検討会、包括内カンファレンスの開催にて「利用者の自立」等を検討していく ② 地域の社会資源の活用 ③ 介護事業所への業務支援、助言等を通じ連携を強化していく	実施報告	① 上池会議での事例検討会、アセスメントの研修等で、適時「利用者の自立」について検討。地域ケア会議開催前や認知症初期集中支援チーム事例の検討も3職種等複数の職員で検討し対応している。 ② 「雪谷お役立ちガイド」の作成時、掲載内容の再確認を行い、さらに、掲載内容の見直しを行った。 また、地域内の商店（新聞販売店）など個別ケースの連絡や対応について協力頂ける事が増えてきた。 ③ 居宅支援事業所への訪問がきっかけとなり、主任 CM への相談が増え、困難ケースの対応だけでなく、社会資源の情報提供など予防プランの対応だけでなく、気軽に相談できる包括を目指した。

(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	他者との接点・交流が保ちにくい高齢者の早期発見・早期対応		
実施計画	① 雪谷特別出張所、洗足区民センター、民生委員、各自治会、シニアクラブ、医師会等との連携を図り、気になる高齢者の状況を共有する。 ② 地域で活動しているセミナー（介護、福祉、保健医療等）の開催支援・協力を行い、多くの高齢者に必要な情報を伝えていく ③ 高齢者世帯・ひとり暮らし高齢者宅等への戸別訪問の実施	実施報告	① 関係機関からの情報提供がふえて、個別ケースでの連携を行う機会が増えた。地域からの情報では、孤独死の発見につながったケースが数件あり、医療機関から心配なケースだけでなく、虐待ケースの相談も以前より連絡がとりやすくなった。 ② 「生活リハビリテーション講座」、「シニアレッスン」「シニアオープンカレッジ」でのセミナーを通じ、高齢者に必要な情報提供を行った。 ③ 8月2日～20日ひとり暮らし登録者安否確認 835名 対象 民生委員と連携し安否確認を実施 コロナ禍で積極的な訪

			<p>問は自爾し、電話での安否確認をメインに実施した</p> <p>熱中症予防訪問 41 名対象 電話訪問</p> <p>中心に包括パンプ等のポスティング実施</p>
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域の多様な主体が連携していく地域ネットワークの充実		
実施計画	<p>① 日常生活圏域レベル地域ケア会議の開催（年 1 回以上）にて、地域課題の解決につなげていく</p> <p>② 「住まい」への意識を高め家主や不動産店等の理解促進を図る</p> <p>③ 関係機関、関係団体（地域・介護・医療等）の連絡会、会議の実施や参加</p>	実施報告	<p>① 11 月 30 日、1 月 21 日 の 2 回開催 雪谷出張所で開催した地域ケア会議は、地域住民、医療、介護、行政等の関係機関が一同に参加した会議の開催が出来、今後の地域課題の抽出と解決に繋げていきやすい会議体とする事ができた。</p> <p>② 個別ケースの安否確認で、不動産店と連携する機会がふえた。また、高齢者の転居における不動産店等の情報提供する機会も増えている。</p> <p>③雪谷地域包括ケアの会、雪谷けあまねっとの会議の実施。雪谷ほっと会、荏原病院認知症疾患医療センター運営協議会、洗足区民センター運営推進会議、地域密着型 通所介護事業所運営推進会議等への参加</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域で暮らす認知症の人とその家族の支援		
実施計画	<p>① 認知症カフェの周知と開催内容の充実</p> <p>② 認知症サポーター養成講座の開催</p> <p>③ 認知症初期集中支援チームの活用</p>	実施報告	<p>① 雪谷特別出張所に会場を移転したが、コロナ禍の感染拡大の影響により、参集型としては 9 回しか開催できず。開催時間の短縮や参加者の減少もあり、カフェの開催内容の周知方法を再検討していく予定</p> <p>② 5 月 20 日 荏原病院、9 月 9 日大田桜台高校、11 月 26 日雪谷特別出張所にて開催。雪谷特別出張所での開催については雪谷自治会連合会にて周知に協力頂く事ができた</p> <p>③検討件数は数件あったが、1 月 27 日チーム員会議開催のみとなっている。</p>

			今後、支援終了にむけて目標の見直し等を検討していく予定
--	--	--	-----------------------------

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	地域福祉課との連携を強化していく		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 困難ケース等の情報を共有し、早期の問題解決につながるよう連携を強化していく ② ひとり暮らし高齢者登録者名簿、避難行動要支援者名簿の登録内容の更新確認 	実施報告	<p>①早期から対応の相談、情報提供を頂き、密な連携を取らせて頂いている。特に虐待ケースについては、包括職員だけでは対応が難しい事も多く同行訪問や地区割り分担等問題解決に向けスムーズな対応を心掛けている。また、月1回、センター長、高齢者見守りコーディネーターの連絡会、居宅介護支援員連絡会運営委員会、と2か月に1回の看護職連絡会への参加。今年度から認知症地域支援推進員連絡会の立ち上げも連携して行う事ができた。</p> <p>②6月 避難行動要支援者登録者の確認、8月ひとり暮らし高齢者登録者名簿 10月～2月避行動要支援者名簿登録者で包括とのかかわりのない高齢者の調査などを実施した内容での確認と変更について情報提供頂きながら対応した。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 千束(田園調布医師会)

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画<<令和元年(平成31年)度~令和3年度>>

目指す姿	多職種・関係機関や地域コミュニティとのネットワークを有効に活用でき、地域や個別等、多くの課題や問題を整理、対応・支援できるセンターを目指す。	達成度評価
重点項目	1. 地域の生活者でもある民生委員との連携を強化することで地域住民の課題をより迅速・身近に捉える。 2. 地域住民の身近な窓口でもある出張所、地縁組織としての自治会・町会との関係を密にし、高齢者がいつまでも地域で生活できる社会の啓発や見守り・支援ネットワークの土壌を作っていく。 3. 介護者・家族を含めた経済的な問題や精神疾患等、多様化・混在化する課題を他機関との連携により対応力を高める。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画<<令和3年度：3年目進捗報告>>

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
<p>【1-1】 民生委員との懇談会を年3回開催とし、より情報交換の機会を増やし地域課題を共有、フィードバックを行う。また、避難行動要支援者名簿を元に同行訪問等の実施や日常的な見守りに繋げていく。</p> <p>【1-2】 民生委員からの日常的な相談や情報提供に対して随時の状況報告やフィードバックに努め、必要に応じて個別地域ケア会議を開催、参加いただく。</p>	<p>○ 令和3年 5月25日(火)</p> <p>○ 令和3年 10月19日(火)</p> <p>○ 令和4年 2月22日(火)</p> <p>いずれも民協にあわせて地域包括支援センターで開催。</p>	<p>年3回で計画した懇談会はコロナウィルス感染拡大による緊急事態宣言、まん延防止等重点措置適用等で業合開催を延期や見送りしたが、オンラインにて2回(8月・10月)、日常生活圏域レベル地域ケア会議として開催することが出来た。センターの目指すものや民生委員との協働事例を通じて地域でのより一層の連携の必要性や課題を話しあった。</p> <p>普段からも個別に民生委員から相談を受け、情報共有する等の対応やフィードバック</p>

<p>【1-3】 地域を担う民生委員と地域の専門職ネットワーク構築へ共同の勉強会や事例検討会を開催する。</p>		<p>クに努めた。</p> <p>また、民生委員と地域の介護事業所の相互理解の場として11月に「千束ケアネット」として懇談会を開催、介護サービス側が民生委員の活動の実態を知る機会になった。</p>
<p>【2-1】 日常生活圏域レベル地域ケア会議を活用の他、情報共有・意見交換の場として定例会開催。また、社会資源について住民アンケートを実施、地域の傾向を分析し、出張所や地域との共有を図る。</p> <p>【2-2】 自治会・町会や地縁コミュニティ団体とのセミナーや介護予防教室等の開催・支援、地域行事への協力・参加。特に拠点ごとの防災訓練への参加等を通じて地域の高齢者の状況をお伝えることで地域防災の強化を図る。</p> <p>【2-3】 地域力推進会議での地域包括支援センター活動報告に留まらず、積極的な地域への働きかけの場として啓発活動を進めていく。特に元気高齢者や若い世代へのセミナー開催やSNS活用での広報も展開していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 千束地域包括ケアの会 令和3年7月頃にオンラインも視野に開催を予定。地域アセスメントとしてアンケート実施を検討。 ○ 地域力推進会議とは別に千束特別出張所と意見・情報交換。前述の「地域包括ケアの会」についても地域診断・住民向けアンケート実施や自治会・町会との連携について協議していく。 ○ 大岡山・千束地区まちづくり協議会との協力による介護・フレイル予防セミナー等を企画開催。 	<p>地域包括ケアの会は7月に第8回として開催。「コロナ禍でもつながる地域づくり～まちりハを活かしたフレイル予防対策」とのテーマで多職種がどんな取り組みができるのか意見交換・情報共有を図った。</p> <p>また、会から派生したプロジェクトとして参加された薬局とフレイル予防啓発へモデル的な取り組みを実践、振り返りまで行った。</p> <p>地域力推進会議はコロナ感染拡大防止として開催中止が続き、11月のみ開催。センターから千束特別出張所を通じ、自治会・町会へはオレンジカフェやスマホ教室等の情報提供・発信。また、出張所とは6月にワクチン予約支援として協力、北千束中自治会の防災訓練へも参加。</p> <p>大岡山・千束地区まちづくり協議会とのセミナーはコロナ蔓延状況で開催できず。現在は協議会ホームページ上での高齢者の地域活動等のプラットフォームづくりについて意見交換中。</p>
<p>【3-1】 経済的問題を抱える世帯・家族について生活福祉課やJOBOTA等の就労支援機関と役割分担しながら支援する。</p> <p>【3-2】 精神疾患や家族が抱える問題について適切な医療や支援が受けられるよう医療機関や地域健康課、障害関係機関等と密に連携を図る。</p> <p>【3-3】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別ケースごとに随時、左記の関係機関の他にも法務支援の活用等により問題解決・整理を図っていく。 	<p>高齢者だけでなく家族・世帯としての問題対応は地域福祉課を窓口に介入を試み、地域健康課や成年後見センター、医療機関、JOBOTA等との連携を図り、横断的に家支援を行った。</p> <p>職種を問わず各分野への研修に参加、知識や情報・技法等をセンター内会議等で共有、スキルアップに努めた。</p>

<p>地域福祉課や社会福祉協議会(成年後見センター)、法曹関係機関との連携により成年後見制度の有効な活用や消費者問題解決に努める。</p> <p>【3-4】</p> <p>多職種協働等の各分野の研修へ積極的に参加、職員間での情報や知識の共有、スキルアップに努める。</p>		
--	--	--

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	<p>多様化する課題への対応力を身につけ、個人・チームとしてのスキルアップを図る。 高齢者や家族の尊厳、権利擁護の姿勢や視点を常に持ちながら相談業務・対応にあたる。</p>		
実施計画	<p>① 所内会議での集団・ピア・スーパービジョンの実施、各種研修や勉強会を通じ、情報共有や対人援助技術の高い平均化を図る。</p> <p>② 問題解決へ向けて有する能力や支援の必要な部分のアセスメントを適切に行う。</p>	実施報告	<p>① 週1回の会議他、随時のケース検討等、スーパービジョンを行っている。また、行政や職能団体等が実践する研修へ積極的に参加、対人援助技術や技法・知識の研鑽に努めた。</p> <p>② 高齢者や家族の尊厳、自立支援や介護予防の観点を常に持ち、体系化されたアセスメント実践を心掛けた。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>介護支援専門員の資質やケアマネジメント力の向上へ研修や勉強会等を実施、協働しての支援を行う。 各関係機関や事業者、地域の社会資源とのネットワーク化の推進を図り、地域力向上を目指す。</p>		
実施計画	<p>① 調布庁舎管内の介護支援専門員連絡会へ運営委員として年4回の研修を企画・運営。</p> <p>② 大田区介護支援専門員連絡会での研修企画運営やケアプラン点検等に協力する。</p> <p>③ 千束地域包括ケアの会として、介護・医療・地域の連携強化へ「顔の見える関係づくり」を進めていく。</p>	実施報告	<p>① 毎月運営委員会を開催、年4回の研修を企画・運営。今年度はコロナ対策として1つのテーマ（難病・セルフネグレクト）を2回に分け、人数を制限しての集合型研修を開催した。</p> <p>② 大田区から大田区介護支援専門員連絡会へ事業委託された年5回の研修の企画・運営やケアプラン点検を運営委員として行った。</p>

	<p>④ 千束ケアネット（千束地域の介護サービス事業者とのネットワーク）として地域イベントへの参加・協働。</p> <p>⑤ オンラインも活用しながら地域の介護支援専門員との意見交換会を定期的に行う予定。</p>		<p>③ 7月に第8回千束地域包括ケアの会を開催、「コロナ禍でもつながる地域づくり」をテーマに専門職に加え、民生委員や地域団体関係者らとオンライン開催。</p> <p>④ 隔月でオンラインも活用し、千束ケアネット定例会を開催。今年度はコロナ蔓延で2年ぶりに大岡山さくらまつりが小規模開催され、センターのみで参加した。今後もケアネットとして地域との関わり方等を意見交換していく。</p>
--	--	--	--

（3）介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>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。</p>		
<p>実施計画</p>	<p>① 地域の自主活動グループやサークル活動、自治会・町会やシニアクラブ、住民主体のセミナーや活動を支援。</p> <p>② ひとりひとり、また地域性に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、自立プラン検討会議（個別レベル地域ケア会議）を通じた自立支援計画の作成を行う。</p> <p>③ 大田区と介護支援専門員や通所・訪問介護事業者へ継続的に続けている自立支援・介護予防の研修等への協力。</p>	<p>実施報告</p>	<p>① コロナウィルスまん延防止等重点措置適用等で自主グループ活動は開催や中止を繰り返し、「四つ葉のクローバー」等の開催時はセンターでも支援。</p> <p>② 高齢者ひとりひとりに自立へ向け適切に介護予防ケアマネジメントを行い、個別性・地域性に応じた要支援者や事業対象者への支援を行った。自立プラン検討会議としての個別レベル地域ケア会議は開催なし。</p> <p>③ 介護予防・日常生活支援総合事業の質向上へ「おおた介護予防応援事業」検討会へ検討会役員介として参加、第2期実施への検討を行った。</p>

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

<p>個別目標</p>	<p>既存の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個別ケース見守り・支援</p>		
<p>実施計画</p>	<p>① 自治会・町会やシニアクラブ、地域行事での見守りキーホルダー登録・更新推進やセミナー開催支</p>	<p>実施報告</p>	<p>① 昨年度に引き続き、コロナウィルス感染拡大への状況から地域行事やシルバーパス更新会も中止のため、電話連絡や訪</p>

	援。 ② 民生委員との懇談会やシニアクラブ会長会等、定期的な意見・情報交換等の機会を継続。 ③ 地域支援活動として「地域ふれあいの会」へ実行委員として参画、年6回のプログラムを企画運営。		問・来所時に見守りキーホルダー登録・更新を勧奨。 ② 民生委員との懇談会は年3回予定のうち2回開催。(前述) ③ 自治会・町会、民協、出張所との実行委員会を組織しての「地域ふれあいの会」はコロナ感染拡大状況から予定していた年6回は全て中止、実行委員会も開催1回のみ。
--	---	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域の介護事業所や医療機関、住民組織と協働しながらネットワークの有機化を図る。インフォーマルサービス等の情報を整備し、地地域の題や社会資源不足を分析する。個別・日常生活圏域レベル会議を開催し、地域の見守り・支援体制を構築する。		
実施計画	① 個別及び日常生活圏域レベル会議を年2回以上開催し、地域の支援体制づくりに取り組む。 ② 地域力推進会議等を通じ、地域資源把握や課題へ多職種・関係機関団体と連携、働きかけ。 ③ 住民の生活圏域としての隣接区(目黒区・世田谷区・品川区)の地域包括支援センターや在宅介護支援センターと情報交換。	実施報告	① 個別レベル地域ケア会議は0件、圏域会議は3回(前述:民生委員との懇談会、地域包括ケアの会2回)開催。 ② 地域力推進会議はコロナ感染拡大防止として中止、または縮小開催のためセンター出席なかったが広報や活動状況を紙面で報告、情報提供。 ③ 隣接区との会議は中止。(開催呼びかけなし)

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の正しい知識を地域や多世代へ啓発、認知症になっても安心して暮らせる「まちづくり」へ寄与する。 認知症予防や適切な早期対応による切れ目のない支援体制構築を目指す。		
実施計画	① 多世代への認知症サポーター養成講座開催、働きかけ。 ② 認知症初期集中支援チームの活動や啓発による速やかな支援の体制づくり。 ③ オンライン活用等もしてのオンラインカフェの周知・拡大	実施報告	① 住民向け認知症サポーター養成講座は2回(10月千束特別出張所1回、12月オンライン開催)また、洗足池図書館職員向けに3月開催。 ② 認知症初期集中支援チームとしての活動実績はなかったが、地域の医療機関や医

			<p>師らとの連携、認知症高齢者の支援を行った。</p> <p>③ 地域でのオレンジカフェは1ヶ所のみ、中止を挟みながら、オンラインも活用したり、感染防止策を図りながら実施。</p>
--	--	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	<p>高齢福祉課や地域福祉課、特別出張所、老人いこいの家等との連携を強化、大田区の施策推進に努める。</p> <p>医師会法人として医療機関・かかりつけ医と大田区や関係機関団体との連携支援、協力。</p>		
実施計画	<p>① 区民や高齢者のアドボカシーとして各検討会や大田区の定例会等での意見具申。</p> <p>② 医療と介護、多職種連携の場づくりへの橋渡し、コーディネーター。</p>	実施報告	<p>① 調布庁舎管内のセンター6ヶ所、見守りコーディネーター、保健師・看護師の各連絡会へ出席、また区の内部検討会としては事務改善部会へ出席。</p> <p>② 地域の医療・介護等の多職種連携の関係づくりへ「千東地域包括ケアの会」（前述）を開催。</p> <p>③ 医師会法人として会員の医師への相談や紹介、在宅医療相談窓口とも連携。</p>

大田区福祉部長 宛

令和 3 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

「地域包括ケアシステムの中核」として、高齢者の元気維持・介護予防から要介護状態になっても地域で暮らし続けられるよう、地域の様々な人や機関等をつなぎ、「地域包括ケア体制の構築」を深めていく

● 機能アップ 3 年計画《令和元年（平成 31 年）度～令和 3 年度》

目指す姿	六郷地区地域包括ケアシステム実現に向けて、圏域内 2 ヶ所の地域包括支援センターが一体化した「世代横断的総合相談窓口」を確立し Well-being を目指す。	達成度評価
重点項目	1. <暖かさを感じ、心を共有する地域包括ケア> 個別ケースと地域コミュニティの充実化をはかり、六郷地区の課題解決、精査、及び解決に挑む	A
	2. <人が人を育て、熱意と実行力のある人材の育成> 世代・分野の横断的・融合型職員の育成、及びソーシャルワーカーとしてのファシリテート能力の向上	A
	3. <多世代交流、支援の充実化> 六郷助け合いプラットフォーム(以下、六郷 PF)の充実化	B

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ 3 年計画《令和 3 年度：3 年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3 年目実施計画 (Do)	3 年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【 1-2 】個別地域ケア会議等、個別ケースの課題分析等を積み上げ、六郷地域に共通した課題を明確にする。2 年目以降には地域ケア会議開催の常態化に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の課題改善のため、六郷包括として目標(テーマ)を設定。 ・目標を①「栄養改善」②「見守り連携の充実」とし、目標達成の手段として、地域ケア会議を開催していく。 ・ケースの抽出は包括職員や介護支援専門員、民生委員の担当するケースに焦点を当て、個別にケースを取り上げていく。 ・介護支援専門員へは居宅介護支援事業所を訪問し、民生委員へは民生委員協議会定例会にて、趣旨を説明する。 ・個別ケースを取り上げていく事により、地 	<p>実績として、個別地域ケア会議は 8 回、日常生活圏域レベル地域ケア会議は 1 回の開催を行った。個別地域ケア会議では、六郷包括として目標(テーマ)を①栄養改善、②見守り連携の充実とし、地域ケア会議開催を行うための工夫をした。導き出された地域課題に対しては、令和 4 年 3 月に包括内で話し合いを行い、次年度の活動へのヒントとした。日常生活圏域レベル地域ケア会議では、地域課題であるフレイル予防(栄養)に焦点を当て開催とした。この地域ケア会議を契機として、六郷地域の高齢者</p>

	<p>域ケア会議を月 1 回以上開催していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活圏域レベル地域ケア会議においては、フレイル予防(栄養)に焦点を当て、実施していく。 	<p>に対して、栄養の大切を周知する取り組みへと発展している。取り組みに対する地域の機運を高めるため、六郷地区介護支援専門員連絡会や民生委員協議会、自治会連合会にて説明を重ね、理解を頂いた。</p>
<p>【 1-3 】個別ケースや制度の共有化を図る為の医療と介護の連携を目指し、連携連絡会の開催を検討、実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・蒲田医師会又は直接薬局へ訪問を実施し連携を相談する。 ・連携として、フレイル予防の案内、各教室や活動の案内、見守りが必要な方の連絡など、提案。 ・医師及び薬局(薬剤師)については、地域ケア会議へ出席を依頼。参加が難しい場合でも、事前に情報を得るなどし関係をもっていく。 	<p>蒲田医師会との具体的な連携は実現できなかったが、日常生活圏域レベル地域ケア会議を通して、蒲田薬剤師会に所属する薬局との連携構築を行うことが出来た。六郷地区には 15ヶ所(包括六郷管内 13ヶ所、包括西六郷管内 2ヶ所)あり、包括西六郷と協力し、見守りささえあいコーディネーターによる訪問を複数回実施。包括六郷の取り組み説明を行い理解と協力を頂くことが出来た。引き続き、薬局との連携を行っていく予定。</p>
<p>【 1-4 】精神保健福祉士の配置を行い、認知症関係チームのバックアップ体制を構築する(3年目)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・可能であれば精神保健福祉士の配置又は現職員による取得を行う。 ・精神保健福祉士の配置が進まなくても、保健師または看護師にて所内で連携地を取り、業務を遂行していく。 ・医療職及び認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム員にて、必要に応じて会議・打合せを実施していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士の配置又は資格取得とまではいかなかったが、医療職を 2 名配置し相談業務・包括活動を行うことが出来た。医療職 2 名を認知症カフェの担当者とし活動を実施。認知症カフェの充実を図った。その他、認知症サポーター養成講座や認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームなど担い、医療職としての活動の場とした。認知症地域支援推進員では、蒲田地区として他の包括と協力しサマースクールを実施。認知症初期集中支援チームでは、ケースの検討により 1 件ではあるが繋げている。
<p>【 2-2 】各種会議や講座への職員派遣を積極的に行うことでファシリテート機会を増やす。一般区民だけではなく、地域のケアマネジャー等も対象にした様々な講座の企画、登壇が包括職員としての技術、度胸、経験の向上に繋げる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・所内会議(六郷会議)の継続を実施(月 1 回)し、各活動の進捗状況及び情報共有、検討を行う。 ・所内勉強会(ひびき合い)の継続を実施(月 1 回または必要に応じて実施)し、職員のスキル向上を行う。 ・様々な研修への参加を実施し、知識向上を行う。 ・地域で行われる活動において、フレイル予防や尿漏れ予防など、説明を実施、登壇の機 	<p>所内会議(六郷会議)を月 1 回実施し、各活動の進捗や情報の共有を図った。所内勉強会も継続的に実施、新人研修も含めて 14 回の開催となった。内容は総合相談窓口としてのスキル向上を目的に、暮らしのガイドを活用できるよう取り組んだ。また法人として導入しているビデオ研修では、職員の資質やマナー、倫理、クレームへの対応など学習とした。また、外部研修への参加も積極的に行い、多種多様な知識向上へと</p>

	会とする。	努めた。精神障害、権利擁護、ひきこもり、感染症などの研修に参加とした。 地域で行われている活動では、包括職員による制度の説明や講座を実施した。南六郷2丁目団地、東六郷1丁目町会、スマイル65、いきいき体操等にて、フレイル予防や尿もれ予防、熱中症注意喚起、キーホルダー登録などについて説明した。
【 3-1 】大田区社会福祉協議会主導のもと、六郷 PF 活動の具体的な取り組みの計画案、関係者との調整(1年目)	・大田区社会福祉協議会の主導のもと、社会福祉協議会の求めに応じ、協力していく。 ・地域福祉コーディネーターと連携を取り情報を収集していく。	大田区社会福祉協議会による六郷 PF の活動は実施されていないが、見守りささえあいコーディネーターの活動を通して、多世代交流につながる関係づくりが出来た。店舗の空き時間を有効利用したイベントでは、地域活動に興味のある住民や専門職をつなげ、子供向けの絵画展や造作活動、ワークショップを開催した。このような活動をきっかけに、様々なボランティアとも連携がとることができ、社会資源の一つとなった。
【 3-2 】六郷 PF 活動の具体的な取り組み実施の支援(1~2年目)	・大田区社会福祉協議会の主導のもと、社会福祉協議会の求めに応じ、協力していく。	【3-1】実績通り
【 3-3 】六郷 PF 活動に、地域任意団体、介護保険事業等が参入し、全世代型の事業への発展を検討。	【3-2】と同じ。	【3-1】実績通り

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	一番はじめに相談する高齢者の相談窓口としての機能を充実する。		
実施計画	①出張所に併設している利点を生かした窓口を整備する。地域力推進センター内の会議に参加し、連携を継続。地域力推進センター内で完結する内容については、関係機関を案内するだけでなく、内線で繋げたり、必要に応じて職員が付き添い、出張所窓口を案内するなど対応す	実施報告	① 地域力推進センター内の関係者会議に参加。出張所、こども家庭支援センター等と連携した。特に出張所とは、コロナワクチン接種会場となる事もあり、連携・協力を行った。令和3年6月、令和4年1月~2月に出張所の依頼のもと職員1名を派遣し案内・誘導を行った。相談業務においても出張所とは、連携が出来

	<p>る。また、包括の窓口としては、日々の窓口対応当番を決めスムーズな相談対応を進める。窓口サービスガイドラインを参考に窓口での相談しやすい環境を整える等、窓口としての機能の充実を図る。</p> <p>②情報誌であるお役立ちガイドの発行を継続。地域資源を精査し、区民の相談に活用する</p> <p>③相談において、栄養改善や見守り連携が必要なケース、複雑に入り組んだ相談等は、地域ケア会議につなげる。【1-2】</p> <p>④研修参加及び勉強会の実施を行う。知識・技能を習得し、職員間で共有していく。具体的には、相談員としての資質及びマナーの確認、区施策の統一した対応及び共有、虐待及び権利擁護の知識及び技術の向上、高齢福祉以外の知識の習得など。</p>	<p>ており、高齢福祉に関する相談があれば、出張所に出向き対応する事もあった。包括六郷においては、来所相談が多い為、当番を決め待たせることがないよう配慮。設備においても、杖ホルダーや荷物置き場など整え、相談環境を整えた。また、記録作成に関しては法人内で統一。「相談内容」「対応」「方針」と見出しを付け、わかりやすい記録の方き方へと変更とした。</p> <p>② 昨年同様お役立ちガイドの作成を実施。より多様な視点が持てるよう掲載事業所の募集を行い作成、六郷地区介護支援連絡会や民生委員協議会で配布した。相談業務の中でも必要な高齢者等に配布をし活用している</p> <p>③ 【1-2】実績通り</p> <p>④ 【2-2】実績通り</p>
--	--	---

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員との連絡会を立ち上げ、連携強化につなげる。	
実施計画	<p>① 六郷地区における介護支援専門員と包括との連絡会を立ち上げ、3ヵ月に1回連絡会を開催する。</p> <p>② 連絡会実施においては、主任介護支援専門員を中心とした活動の検討を行い、情報の提供・共有、勉強会、事例検討、地域貢献など実施。ケアマネ支援としていく。</p> <p>③ ケアマネ支援としての地域貢献では、フレイル予防の普及の為の活動を検討。</p> <p>④ 連絡会を開催しない月は、極力包括にて居宅介護支援事業所への訪問を実施し、情報の提供と共有、相談を実施し状況把握に努める。</p>	<p>① ②③名称を六郷地区介護支援専門員連絡会とし、会の立ち上げを行った。4月に各事業所に訪問し意見交換を行い、5月に介護支援専門員立ち上げ説明会を実施。有志にて実行委員を立て活動を企画、令和3年度は3回の開催を行った。連絡会において、勉強会や地域課題に対するグループワーク、情報共有を実施。介護保険制度法改正のミニ講座やフレイル予防(栄養改善)、風水害(事前避難)を取り上げ実施した。これらの活動を通して、介護支援計画票に栄養改善の視点や事前避難の視点を取り入れる話し合いを行っている。その他予定していたミルモネット活用や事例検討は、新型コロナ</p>
	実施報告	

	<p>⑤ 上記実施にあたり、介護支援専門員が担当するケースで地域での見守りが必要なケースは、地域ケア会議を実施していく。地域での見守りの強化を図っていく。【1-2】</p>	<p>新型コロナウイルス感染拡大に伴い中止又は延期としている。</p> <p>④新型コロナウイルス感染拡大を考慮し、積極的な事業所訪問は実施していないが、連絡会開催が中止となった2月・3月に訪問を実施した。その際アンケートを活用し、居宅介護支援事業所としての困りごと、介護支援専門員としての困りごとなど把握に努めている。アンケートの結果より、次年度の活動に取り入れていく予定</p> <p>⑤【1-2】実績通り</p>
--	--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	利用者の生活目標への支援を実現する。	
実施計画	<p>① 地域団体、自主グループとの連携を継続。地域で行われている活動において、注意喚起や情報提供、講義など行い、活動の支援をしていく。</p> <p>② 包括にて活動している通いの場を継続する。セミナー型として六郷学び舎、年4回。家族会として介護者の集い、月1回。認知症カフェとして笑顔の会、月1回【(6)-③】を予定。新型コロナ感染拡大の状況を踏まえ、開催には柔軟に対応していく。</p> <p>③ フレイル予防の周知を行っていく。訪問時等、フレイル予防の説明を行い、栄養に関しては「いろいろ食べポ」のチェックを実施する。(2)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の③に連動。</p> <p>④ 「いろいろ食べポ」チェックにより、自身の食生活の気づき、介護支援専門員の支援計画票への反映、ヘルパー等買い物支援時の参考、区の栄養指導の実施、薬局(薬局の栄養士)との連携【1-3】等に</p>	<p>① 包括として開催支援を実施した。六郷地域力推進センターで活動する9つの自主グループにコロナ禍における活動状況の変化を聞き取り、参加者が減少している実情を把握する。新たに募集チラシを作成し、センター内に掲示をする事で、新しい参加者の獲得を支援した。自主グループにおいては、適宜、熱中症の注意喚起や、フレイル予防に関する情報提供を行った。その他、南六郷2丁目UR団地自治会の介護予防教室では、フレイル予防やコロナ対策について情報提供を実施した。いきいき体操では計9回の尿もれ予防教室を実施としている。東六郷1丁目町会においては、熱中症注意喚起として、参加し連携をとった。</p> <p>② 六郷学び舎については、年4回を計画。セミナー形式をとり幅広い年齢層に参加いただけるよう、開催は土曜日に実施とした。実績としてフレイル予防・栄養講座、就活セミナー、薬剤師による健康講座を行った。各回とも定員の30名近い参加者となった。マッサージ師による健康講座は新型コロナウイルス感染拡大のため延期とした。介護者の集いについて</p>

	<p>繋げていく。</p>	<p>は、年間 8 回の開催を実施。参加登録者は 9 名。うち実際に介護されている方は 3 名。参加者は平均 5 名となる。新型コロナウイルス感染状況を見ながら、開催の判断を行い、都度参加者へは電話連絡を行い対応した。参加者による懇談会や福祉や介護に関する情報の提供など実施した。笑顔の会については、年間 8 回予定通り開催(うち 1 回は紙面開催)した。参加者は平均 15 名となり、都度連絡を取り対応している。会の中で手話を取り入れ、頭を使う工夫をとっている。ミニ講義として、認知症や熱中症などの説明も行った。</p> <p>③ フレイル予防・栄養改善に対する取り組みを、自治会連合会、民生委員、薬局等に説明しフレイル予防の周知に繋げている。包括においても窓口相談時や訪問の際に、積極的に周知を行った。</p> <p>④ 六郷地区介護支援専門員連絡会にて「Let's フレイル予防！六郷地区の取り組み」と題して栄養についてのグループワークを実施。包括六郷の栄養改善に対する取り組みを説明とし「いろいろ食べポ」チェックシートの活用など理解を深めた。この連絡会において、居宅介護サービス計画票への栄養の視点を取り入れるなど話し合った。</p>
--	---------------	---

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

個別目標	シニアクラブ及び自治会・町会、民生委員、薬局・薬剤師との連携を強化していく。	
実施計画	<p>① 各シニアクラブへは、個別に訪問を実施。連携のための挨拶を行う。</p> <p>② 各シニアクラブにてアンケートを実施。関係性を構築しながら、活動内容等を把握していく。</p> <p>③ シニアクラブとの連携として、講座や教室の実施、見守りが必要な</p>	<p>実施報告</p> <p>日常生活圏域レベル地域ケア会議の開催をきっかけに、地域に点在する専門職や地域団体と連携をとることが出来た。六郷地区の高齢者の栄養を改善していくという同じ方向性を見出すことが出来た。</p> <p>① 管轄内 9 か所全てのシニアクラブ会長へ個別に訪問し、連携のための挨拶を行う事ができた。</p>

	<p>方の相談、困ったときの包括の活用、介護予防・通いの場の把握、見守りキーホルダーの登録・更新、フレイル予防(いろいろ食べポ)の周知等を行う。</p> <p>④ 各シニアクラブの特色や活動をミルモネット登録に繋げていく。</p> <p>⑤ 自治会・町会、民生委員においては、フレイル予防(特に栄養)を周知するため連携を行っていく。具体的には、日常生活圏域レベル地域会議において包括六郷における、フレイル予防の取り組みを説明する。【1-2】</p> <p>⑥ 六郷地域全域での共通した活動を目指し、自治会町会連合会で各自治会町会の会長に説明を行い理解をもらう。必要に応じて、各自治会町会への訪問を実施し対応する。</p> <p>⑦ 民生委員においては、民生委員協議会定例会にて説明を実施していく。また、見守り連携についても、主旨を説明し地域ケア会議等につなげていく。【1-2】</p> <p>⑧ 薬局・薬剤師との連携。【1-3】</p>	<p>② 個別訪問時に、シニアクラブの活動状況について聞き取りを実施。コロナ禍の為、訪問時の聞き取りが出来なかったクラブについては、アンケートを送付し、活動状況の確認を行う事が出来た。</p> <p>② ほとんどのシニアクラブが思うような活動が出来ていない状況の中、活動を再開したクラブ(南六郷2丁目団地)については、包括も参加させてもらい、包括の周知、フレイル予防についての情報提供、「いろいろ食べポ」チェックシートの実施などで関わる事が出来た。仲三百寿会についても、「いろいろ食べポ」チェックシートの実施を行う事が出来た。</p> <p>④ 元々、インターネット上にクラブの基本情報や活動状況を掲載する事について積極的とは言えない中で、更に、コロナ禍で活動を自粛しているクラブが多い為、ミルモネットへの登録クラブを増やすことは出来なかった。今後は、活動を再開している内容だけでも登録していける様に、働きかけを継続していく。</p> <p>⑤ ⑥ 令和3年7月に自治会連合会にて趣旨を説明。民生委員においても民生委員定例会にて、取り組みを説明した。</p> <p>⑦ 【1-2】実績通り</p> <p>⑧ 【1-3】実績通り</p>
--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	【1-2】		
実施計画	① 【1-2】	実施報告	① 【1-2】実績通り

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	オレンジカフェ、認知症サポーター養成講座等、目的が達成できるよう工夫し活動する。		
実施計画	<p>① 相談時、必要に応じて「大田区認知症サポートガイド」を活用し、認知症の正しい理解を促し、認知症施策の案内を行う。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座につ</p>	実施報告	<p>① 認知症に関する相談に対しては、通常通り対応している。その中で初めて認知症の相談をする方や認知症の話聞く方に対しては、「大田区認知症サポートガイド」を活用するなどし、認知症理解に役立てた。必要に</p>

	<p>いては、幅広い世代が受講しやすいよう Web で開催するなど検討。また、小学生対象のサマースクールを実施していく。</p> <p>③ 認知症カフェについては、認知症地域支援推進員を中心に継続的に活動を実施。認知症の方やそうでない方、認知症に興味のある方など、認知症カフェに参加していただけるよう、様々な地域活動を通して働きかける。また、介護支援専門員や家族に対しても案内していく。</p> <p>④ 認知症カフェの開催については、新型コロナウイルス感染拡大状況も踏まえ柔軟に対応する。具体的には、参集開催のほか、紙面開催や電話等による個別対応など実施する。また、参集しない場合の開催については、往復はがきを活用するなど、疎通を図りながら対応していく。</p>	<p>応じて、認知症カフェも紹介し本人・家族のサポートが出来るよう心掛けた。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座については、保険会社代理店と歯科クリニックより、依頼があり実施した。また、包括西六郷が主体となるが、六郷地区において共同で Web 開催を実施する事が出来た。</p> <p>③④ (3)②笑顔の会報告の通り。</p>
--	--	--

(7) その他 (大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	各業務に対する、適切な対応を実施していく	
実施計画	<p>① 見守りキーホルダーの周知と新規・更新の実施。新規登録について。体操教室等、様々な活動において広報を行いすすめる。更新について。電話勧奨にて積極的に更新をすすめる。</p> <p>② 未把握高齢者実態把握訪問や熱中症訪問の実施。未把握高齢者実態把握訪問については、風水害に視点を置き、対象者を絞り訪問を実施。事前に準備・避難できるよう、考えるきっかけとする。</p> <p>③ 蒲田管内介護支援専門員連絡会を開催する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 業務の中で適宜、見守りキーホルダーの周知を実施している。見守りキーホルダーの更新に関しては、まず旧キーホルダー分(包括六郷東)を対応としたが、新型コロナウイルス感染に伴い、訪問・来所が予定通り進まなかった。結果、更新電話勧奨は令和3年夏頃まで、旧キーホルダー更新は令和3年11月頃まで対応となった。見守りキーホルダー更新件数は、令和4年3月の時点で855件となった。また、見守りキーホルダー更新の際には、ひとり暮らし登録に記載されている緊急連絡先と照らし合わせ、統一していくよう働きかけた。</p>

	<p>④ その他、区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>	<p>② 熱中症予防訪問に関しては予定通り実施。その他、相談等において、経口補水液を活用し熱中症注意喚起に努めた。未把握高齢者実態把握訪問に関しては、実施していない。</p> <p>③ 浦田管内介護支援専門員連絡会については、他包括や居宅介護支援事業所と協力。新型コロナウイルス感染状況をみながら、参加者を制限するなどし開催を行うことが出来た。</p> <p>④ コロナワクチン接種予約サポートでは、会場設置の協力など行った。</p>
--	---------------------------------	---

大田区福祉部長 宛

令和3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

「地域包括ケアシステムの中核」として、高齢者の元気維持・介護予防から、要介護状態になっても、地域で暮らし続けられるよう、地域の様々な人と機関等をつなぎ、『地域包括ケア体制の構築』を深めていく。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	六郷地区地域包括ケアシステム実現に向け、圏域内 2 か所の地域包括支援センターが一体化した「世代横断的総合相談窓口」を確立し、well-being を目指す。	達成度評価
重点項目	1. 地域の地縁団体や各種事業所等に出向き、西六郷に出来た地域包括支援センターの意義を理解してもらう。	A
	2. アンケート結果を活かし、地域の特性と地域の人が何に悩んでいるのかを理解する。またそれを包括六郷と共通課題としても捉え、事業展開に繋げる。	A
	3. 各種地域活動に積極的に参加する。特に高齢者の集まる場所、活動に出向き、関係性を築いていくことで、地域包括支援センター西六郷が六郷地区の一員になる。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画とおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」



● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-2】 包括六郷との共催で医療との連絡会等を開催し、特にひとり暮らし、高齢者のみ世帯の早期発見・早期対応について相談しやすい関係づくりを行う。	昨年度はコロナ禍でケアマネジャーとの連絡会を開催できなかったため、今年度に持ち越しとする。包括六郷と協働し、ケアマネジャーとの連絡会を年 4 回開催する。 薬局との連携は、年度初めに蒲田薬剤師会、または直接薬局へ出向き、包括の役割について、また介護予防に関する情報を提供するとともに連携方法を検討する。また、地域ケア会議への参加を通じて連携を図る。 医師との連携については、基本的に個別ケースを通じて連携を図り、個別レベル地域ケア会議に来てもらえるよう声をかける。	包括六郷と共催で実施した六郷地区介護支援専門員連絡会については、4 月に各事業所を訪問し意見交換を行い、5 月には運営委員と連絡会立ち上げの相談を行い、年度内 5 回の開催計画のうちコロナ禍の影響により 3 回開催した。7 月は制度改正を受けての 1 表の書き方、9 月及び 11 月は六郷地区日常生活圏域地域ケア会議の検討結果を受けて、ケアマネジャーが担当する高齢者の水害時の事前避難や、フレイル予防を目的とした栄養アセスメントについて、グループワークを行った。その中でケアマネジャーから水害に備えケアプラン 1 表に事前避難場所を記載するという提案が、また栄養の視点をプランに追加し

		<p>ていくという提案があり、それぞれケアマネジャーの実践に結びついた。</p> <p>開催中止時期は、居宅介護支援事業所回りをを行い、事業所としての、またケアマネジャーとしての困りごとをアンケート形式で収集した。次年度の連絡会に取り入れていく予定。</p> <p>医療との連携については、地域ケア会議での医療職の出席は実現しなかったが、個別ケースを通じて薬剤師や主に訪問診療医との連携を行い、関係が強まりつつある。薬剤師会には包括六郷がアプローチしていたこともあり、包括西六郷としてはエリア内の個々の薬局を訪問し、連携強化に向けた顔合わせを行った。包括六郷と「いろいろ食べポ」の配布を依頼するためにエリア内の薬局を回った。</p> <p>今後の課題は医療との連携を深めることであり、退院時の病院との連携や訪問診療所との連携に加えて地域の利用者が通うクリニックとの連携を強化していきたい。</p>
<p>【2-1】</p> <p>日々のミーティングでケースの地域情報を共有し、職員対応の均一化をはかる。またその漏れのない共有性を活かして個別レベル地域ケア会議を開催→日常生活圏域地域レベル会議へのボトムアップに繋げる。</p>	<p>職員間の情報共有は今後も継続していく。</p> <p>昨年度はコロナ禍で定期的には行えなかった個別レベル地域ケア会議を、今年度も自立支援をテーマにしたものを中心に、おおむね月1回行う。課題抽出に繋げるとともに、生活目標の設定を具体的かつ達成可能なものにしていくために検討する。</p> <p>日常生活圏域地域ケア会議は年度初めに水害をテーマとして開催する。</p>	<p>コロナ禍の影響もあり、個別レベル地域ケア会議は年間7回、うち自立支援型は6回、困難ケース対応は1回であった。職員は事例提出、司会、書記を持ちまわりで行うことができた。複数の専門職や地域住民との意見交換を行い、目標の設定や支援の方向性を建設的に考えることができた。今年度の会議の内容を精査し、来年度に向けて地域課題を抽出する予定。</p> <p>職員の異動や入退職があったことから、地域の情報や制度についての知識を均一にするため、日々のミーティングや所内会議での共有化を図った。今後とも、職員による窓口対応での情報提供に偏りのないよう、情報共有を徹底できる環境を整備していきたい。</p>
<p>【2-2】</p> <p>動きのないひとり暮らし、高齢者世帯のケー</p>	<p>昨年同様、とくに多摩川の氾濫時における家屋倒壊氾濫想定区域を中心に、未把握高齢者</p>	<p>今年度からひとり暮らし登録の名簿の配付があったことから予定を変更し、ひとり</p>

<p>スをピックアップし、サービスに結び付いていない方への掘り起こし訪問を行う。</p>	<p>のみならず包括に台帳のある高齢者を含め、訪問を行い、実態把握及び包括の周知、水害時の避難等の啓発を行う。日常生活圏域地域ケア会議と運動していく。</p>	<p>暮らし高齢者への電話訪問を行い、135名への聞き取りを実施できた。緊急連絡先については必ず確認し、最新情報に更新し、見守りキーホルダーの緊急連絡先と合わせ、その内容は民生委員と共有した。水害時の事前避難の啓発については、日常生活圏域地域ケア会議で作成した「わたしの住むまちハザードマップ」を自治会・町会や民生委員、ケアマネジャーの協力を得て戸別配布することができた。</p>
--	---	--

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	一番はじめに相談する高齢者の相談窓口としての機能を充実する	
<p>実施計画</p>	<p>① 昨年度に学んだ職業倫理を踏まえ、相談援助技術を向上させるため、面接技法に関する研修を実施する。また区施策への対応がより適切かつスムーズに行えるようマニュアルを見直し整備していく。年間を通じて研修を行う。</p> <p>② 情報誌である「六郷お役立ちガイド」の発行を継続する。社会資源を精査し、区民の相談に活用する。</p> <p>③ 研修等に参加することで権利擁護の視点を持ち続け、権利侵害がなされているケースについては3職種で支援方法を検討する。</p> <p>④ 経過記録については、管理者が緊急性や虐待、権利擁護の観点で必要性を判断したうえで供覧を行い、状況を把握する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 職業倫理については毎月各職員によるビデオ研修の視聴および報告書での振り返り作業を積み重ねて習得した。またセンター内研修を活用して面接技法についてのグループワークを行い、自身の実践との振り返りを行うことができた。区施策についてはセンター内で独自にマニュアルを作成し、特に複雑なおむつ支給については申請書とともにマニュアルをいつでも見られる状態にしておき、窓口業務時にも活用した。</p> <p>② 令和3年11月に包括六郷と共同で情報誌「六郷お役立ちガイド」を作成した。掲載する社会資源については昨年度掲載した事業所のほかに公募し、結果応募はなかったが公平に情報を集める努力を行った。区民への配布のほか、民生委員やケアマネジャーにも配布し活用を促した。</p> <p>③ 常に権利擁護の視点を持ち、区民や専門職からの相談に権利侵害がなされているかどうかを念頭に、日々の相談業務を行った。虐待の通報受理は年間延べ8件、</p>

			<p>身体拘束についての対応は年間2件対応した。社会福祉士を中心に看護師、主任ケアマネジャーとともに対応を継続している。虐待対応及び権利擁護研修については大田区主催の研修には年間5件、東京都主催の研修には年間5件、センター内職員全員がいずれかの研修を受講できた。</p> <p>④ 経過記録については法人内の6包括により内容、記載方法を検討し、センター長が確認する仕組みを作り、見やすく分かりやすい記録方法に統一した。西六郷包括では9月より書式を変更し、活用している。</p>
--	--	--	--

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	【1-2】および【2-1】		
実施計画	<p>① 【1-2】実施計画通り。</p> <p>② 【2-1】実施計画通り。</p>	実施報告	<p>① 【1-2】実績・今後の展望、課題に同じ。</p> <p>② 【2-1】実績・今後の展望、課題に同じ。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	利用者の生活目標の実現への支援を実施する		
実施計画	<p>① 【2-1】実施計画通り。</p> <p>② 介護報酬改定の内容を職員が把握し、ケアマネジメントに活かす。</p> <p>③ 利用者へ、食についての理解を深めるため、ケアマネジメントにおいて「いろいろ食べポ」のチェックシートを活用する。</p>	実施報告	<p>① 【2-1】実績・今後の展望、課題に同じ。</p> <p>② 介護報酬改定の内容については個々に情報を集めたものを共有し、ケアマネジメントや請求業務に活用した。加えてコロナ禍による特例の対応についても常にアンテナを張り、センター内での共有や再委託先のケアマネジャーへの情報提供を行った。</p> <p>③ 包括六郷が中心となって行った日常生活圏域地域ケア会議の結果を踏まえて、個々の利用者や包括主催事業への参加者に対して「いろいろ食べポ」の配布と回収を行った。また包括六郷と共催である「六郷学び舎」では地域福祉課の管理栄養士に講演を依頼し、フレイル予防と食についての意識付けを図ることができた。六郷地区介護支援専門員連絡会では栄養の視点を利用者にとってもらうため</p>

			ケアマネジャーが「いろいろ食べポ」の活用方法について話し合った。
--	--	--	----------------------------------

(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	1. シニアクラブおよび薬局・薬剤師との連携を強化する 2. 民生委員及び自治会との連携を継続する		
実施計画	<p>① 各シニアクラブへは個別に訪問を実施し、活動状況の把握や包括との連携の提案を行う。具体的にはフレイル予防を目的とした講座の開催支援、心配なメンバーの相談対応、見守りキーホルダーの周知、登録・更新の実施など。</p> <p>② 薬局・薬剤師との連携については【1-2】実施計画通り。</p> <p>③ 民生委員とは昨年同様、個別ケースを通じて、また日々の見守り活動を通じて連携を図る。より詳細は情報共有を行うため、状況をみながら西六郷地区の民生委員懇談会を開催する。</p> <p>④ 自治会とは昨年同様、ひろく情報提供を行うため回覧物や掲示板の配布、掲示を依頼するほか、日常生活圏域地域ケア会議で地域の課題解決に向けて連携を継続していく。</p>	実施報告	<p>① 見守りコーディネーターを中心にシニアクラブ会長への訪問を行い、活動状況を確認した。結果、コロナ禍の影響で各シニアクラブの活動は休止が多く、会員との交流のネタに苦慮しているクラブがあったため、熱中症予防や見守りキーホルダーに関するチラシを作り提供した。結果、見守りキーホルダーの新規作成に結びついた。また活動休止によるミルモネットへの登録に消極的なクラブに対してはクラブの活動情報誌を作成し、会員数を増やすためのツールとして活用してもらうこととした。</p> <p>② 【1-2】実績・今後の展望、課題と同じ。</p> <p>③ 西六郷地区の民生委員懇談会はコロナ禍により実現できなかったが、個々の利用者を通じて情報共有をすることができた。また民生委員児童委員協議会には必ず出席し、包括との関わりを定期的に持ち、相談しやすい環境づくりに配慮した。ひとり暮らし登録の緊急連絡先共有については【2-2】実績・今後の展望、課題通り。</p> <p>④ 日常生活圏域地域ケア会議についての情報共有のため、自治会連合会への出席をした。六郷地区の課題の一つである水害への事前避難への周知のツールとして、16自治会・町会がそれぞれのエリアのハザードマップを作る土台を提供することができた。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	【2-1】 および 【2-2】		
実施計画	① 【2-1】 実施計画通り。	実施報告	① 【2-1】 実績・今後の展望、課題と同じ。

	② 【2-2】実施計画通り。
	② 【2-2】実績・今後の展望、課題と同じ。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる地域の土壌をつくる	
実施計画	<p>① 相談対応時、また包括主催事業など必要に応じて「大田区認知症サポートガイド」を活用し、ひろく認知症の正しい理解を促し、認知症施策を案内する。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座については幅広い世代が受講しやすいよう Web で開催する。また小学生対象のサマースクールにおいても他包括共同で実施する。</p> <p>③ 認知症カフェについては認知症地域支援推進員を中心に、参集型を基本としつつ、状況に応じて郵送でやり取りする「紙面カフェ」で交流を図るなど、昨年度と同様に工夫して継続的に開催する。認知症のある方に参加してもらえよう総合相談時に案内し、またケアマネジャーや家族に働きかける。</p>	<p>① 大田区認知症サポートガイドは相談対応時に適宜活用した。</p> <p>② 認知症サポーター養成講座は単独・包括六郷共催で年間2回開催し、うち1回はWeb開催した。小学生対象のサマースクールは蒲田地域の包括および地域福祉課と共同で開催し、8名の小学生を対象に講義を行うことができた。</p> <p>③ 認知症カフェ「ぶらっとカフェ」では認知症についての講義を行い、認知症の正しい理解を促すよう努力した。開催は認知症の理解と予防、制度に焦点を当てた内容とし、年間11回の開催、うち参集型は9回、紙面カフェは2回、延べ246人に参加してもらうことができた。コロナ禍において数少ない交流の場を作ることができた。総合相談を通じて認知症のある方2名に参加して運営の手伝いをしてもらうことができた。また自主グループ「待ってるよ～2020 西六」のメンバーにボランティアとして参加してもらうことができた。</p>
	実施報告	

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	各業務に対する適切な対応を実施していく	
実施計画	<p>① 見守りキーホルダーについては、相談時に新規登録の勧奨を行う。更新時、ひとり暮らし登録をしている方については緊急連絡先の確認、変更を行う。</p> <p>② 区と連携し、熱中症予防訪問を実施する。</p> <p>③ 蒲田管内介護支援専門員連絡会を開催する。</p> <p>④ その他、区の求めに応じて臨機応変に対応する。</p>	<p>① 見守りキーホルダーの新規登録は年間125件、更新は年間延べ412件、照会は年間延べ21件であった。台帳の表紙にキーホルダーの番号を書き、相談時に新規登録・更新の勧奨を漏れなく行えるよう工夫した。ひとり暮らし登録者への対応については【2-2】実績・今後の展望、課題と同じ。</p> <p>② 熱中症予防訪問は地域福祉課との連携で14件行った。窓口および訪問時には経口補水液の配布とともに予防を促した。</p>
	実施報告	

		<p>③ 蒲田管内介護支援専門員連絡会については実行委員として参加し、運営委員会には2回、研修には2回携わった。</p> <p>④ カナミックのケアレポートは常にチェックし、区からの指示や要請には早急にかつ積極的に対応した。特にコロナワクチン3回目の予約支援については1/24～2/28の平日に予約受付窓口としてセンター内の相談室を提供し協力した。86名の予約支援に結びついた。</p>
--	--	---

大田区福祉部長 宛

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 やぐち

● 1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域住民がいつでも気軽に相談できる地域に根付いたセンターになる。	達成度評価
重点項目	1. 地域に積極的に出て、地区別の課題、個人別の課題を発見していく。	A
	2. 世代を超えて、お互いに見守り支え合うことができる地域を作っていく。	A
	3. 社会資源を有機的に繋げ、地域の中での住民同士の自助・互助を促していく。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
<p>【1-2】 未把握の高齢者訪問でのアンケート・包括月報を年度で集計し相談内容を把握し分析することで地域の課題を見いだす。</p> <p>【1-6】 法人の人事キャリアパス制度に沿って各職員のスキルアップを図っていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし高齢者一覧表、「未把握高齢者名簿」を中心に電話や訪問にて安否確認、ひとり暮らし登録・見守りキーホルダー登録の勧奨、アンケートを実施し実態把握を行う。地域カルテ・月報を活用し丁目ごとの相談内容を把握、分析し地域課題を抽出 地域ケア会議に繋げていく。 ・相談援助技術向上を図るよう相談窓口対応と区の在宅福祉サービスにおける申請書類のマニュアルを作る。所内で定期的に事例検討の実施、各種研修への参加を行う。法人の行動評価シートを用いて個別面談し各事業の進捗評価を実施する。(年2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし高齢者一覧表から75歳以上、台帳無し又は有るが関わりが少ない、介護保険サービス利用なし等の条件で対象者を抽出、電話等で安否確認、包括周知、アンケートで実態把握を行なった。(約300件) 未把握高齢者名簿を活用し7月～9月にかけて熱中症訪問を実施した。(152件) ・地域カルテ、大田区高齢者等意識調査、月報を活用し矢口地区地域力推進会議にて「地域包括支援センターやぐちが考える矢口地区の現状と課題」としてミニレクチャーを行い、矢口地区の特徴として閉じこもりリスクや男性のフレイル率が高い傾向などの地域課題について情報共有を

行なった。課題解決へ向けてテーマ「集いの場に来ない・来れない高齢者について自治会・町会での緩やかな見守り、専門的な見守りは早期に包括へ繋げるなど連携した見守り体制が矢口地区全体で構築できないか。」をテーマに圏域レベル地域ケア会議を3回実施した。

・紙おむつ申請書類の事務処理について記入見本の作成、窓口で申請時に尿漏れ予防のチラシを入れて個別指導を行った。介護保険申請の際は申請だけに終わらず、できる限りアセスメントを実施し状態把握に努めた。

・研修は Web 開催を含め権利擁護、虐待、認知症、介護予防などを中心に参加、報告書や資料を回覧し情報共有を行なった。10 月に高齢者権利擁護センター主催の「権利擁護テーマ別実践研修 テーマ：高齢者虐待における、家族の関係性に焦点をあてた支援と介入」の事例提供者として参加し事例検討を行なった。12 月に同事例で区主催の高齢者虐待対応研修に事例提供者として参加、事例検討を行なった。所内で個別ケース検討部会を設け毎月開催。虐待、権利擁護、支援困難等のケースについて進捗状況、支援の方向性について職員間で意見交換、問題解決に努めた。

・法人の行動評価シートを活用し職員との面談を年に2回実施、各事業の目標達成度、今後の取り組みなど意見交換、評価を実施した。

※今後の展望と課題

・ひとり暮らし高齢者一覧表、未把握高齢者名簿から抽出条件、アンケート

		<p>ート内容など効果的な活用について検討しながら、電話・訪問等で実態把握、早期に必要な支援に繋げていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月報を活用した丁目別の課題分析について世帯状況、年齢等の項目を設け分析したが具体的な丁目ごとの地域課題抽出には至らなかった。今後、ひとり暮らし登録と見守りキーホルダー登録の丁目ごとの登録率など集計、分析を中心に行っていく。地域カルテ、大田区高齢者等実態調査からのデータを活用し地域課題をわかりやすい形で地域住民に説明、情報共有し圏域レベル地域ケア会議に繋げ課題解決を図っていく。 ・区申請業務は経験が浅い職員でもわかるよう、区マニュアルの活用、各申請書類の記入見本を作成するなど平準化を図る。研修は資料の回覧で済ませてしまうことが多かったので、今後伝達研修できるような時間を設ける。個別ケース検討部会を定期的に継続し職員間で情報共有、支援の方向性について意見交換していく。区ヒアリング、法人の人事評価を活用し職員のモチベーションアップとケースワーク・コミュニティーワークの向上を図る。
<p>【2-2】 包括主催のイベント（見守りキーホルダーの登録・周知、地域向けセミナーの実施、介護予防教室等）を通して地域に包括やぐちを知ってもらい顔が見える関係性を作っていく。</p> <p>【2-3】 民生委員児童委員協議会、地域力推進矢口地区委員会、シニアクラブ、大田区高齢者見守り推進事業者連絡会等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員児童委員協議会、地域力推進矢口地区委員会（高齢者見守り検討部会も含む）、シニアクラブ定例会などに定期的に参加、自主グループにも定期訪問し「包括だより」を作成し包括周知や情報交換を行う。関係機関と連携し健康、生活に役立つ情報、見守りなどの地域住民向けセミナーを企画開催する。（人数制限しての対面、Webなど）企画開催する（年3回） 	<ul style="list-style-type: none"> ・集合型で開催された地域力推進矢口地区委員会、高齢者見守り検討分科会、矢口地区民生委員児童委員協議会、シニアクラブ定例会に参加し包括業務の周知、地域住民や各関係機関と気になる高齢者や地域の現状などの情報共有や意見交換を行った。地域力推進矢口地区委員会に「包括だより」を作成配布した。（6回） ・管轄内にある（株）稲葉製作所に

<p>に参加し情報交換、地域住民に包括の周知等を連携して行い見守り体制を作っていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者見守り推進事業者、商店街などに訪問し見守りについて情報交換を行う。管轄内の企業などに向けて「仕事と介護の両立」セミナー（人数制限しての対面、Web など）の企画提案し開催する。（年2回） ・関係機関と連携し男性が退職後はどう地域に溶け込むか、趣味活動やボランティア活動などに参加できるかなど啓発・情報発信するセミナー、男性限定サロン・レコードカフェなどの集いの場（人数制限しての対面、Web など）を企画開催する。 ・見守りキーホルダーの登録率が少ない、一斉登録会が実施出来ていない自治会・町会、シニアクラブ、自主グループなどに訪問し一斉登録会（新規登録者を中心に）を提案、連携して開催する。 	<p>訪問。介護離職について意見交換、「仕事と介護の両立」セミナー開催を提案したが、開催にいたらなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括支援センターたまがわと連携し管轄内にある（株）キヤノンの職員（OBも含む）向けに「介護保険制度の活用」「認知症の予防と初期対応」などセミナーを開催した。（3回）見守りささえあいコーディネーターを中心に管轄内のスーパー、信用金庫、郵便局等に訪問、包括周知や気になる高齢者など意見交換を行なった。 ・（株）キヤノンのOB職員と連携し「地域デビュー 男性同士の居場所作り」を企画、2月にセミナーを開催する予定だったがコロナ感染拡大の為、開催延期となった。 ・見守りキーホルダー一斉登録会が開催されていない又はしばらく開催していない自治会・町会やシニアクラブに新規登録者を中心に人数制限して開催を提案。3つの自治会・町会、1つのシニアクラブから開催依頼があったが、コロナ感染拡大の影響で1件の開催となった。 ・地域住民向けセミナーとして、4月にソフトバンクと連携し「スマホ教室」を1回、4月に東京通信病院と連携し「知って得する糖尿病の3つのポイント」を1回、8月に（株）ヤクルトと連携し「腸活セミナー」を2回、同月に熱中症セミナーを2回開催した。 <p>※今後の展望と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性居場所作りが出来ていないので Web 開催、人数制限など感染症対策を講じながらキヤノンOB職員
--	--	---

		<p>や関係機関と連携、地域デビューセミナーの開催など通じて居場所作りを行なう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Web 開催、人数制限など感染症対策を講じながらイベント（健康セミナー、見守りキーホルダー斉登録会など）を開催する。 ・管轄内の見守り推進事業者へ適時訪問、心配な高齢者などについてアンケートを実施し意見交換を行なう。 ・地域の会議や定例会へ定期的に参加、地域住民や関係機関と意見交換を行い身近な相談窓口として地域住民に周知を行う。
<p>【3-3】 管轄が区境や入り組んでいる包括との介護予防教室等の共同開催、施設等との共同サロンを継続し、社会資源の情報交換を行うことで新たな社会資源を発掘していく。</p> <p>【3-4】 包括主催介護予防教室の参加者にフレイル予防の説明、講師の紹介、開催場所等の後方支援を行うことで段階的に自主グループを育成していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括主催又は他包括との共催の介護予防教室参加者の中から、リーダーなどの担い手を選定し、リハビリテーション事業やフレイル予防通信グループ講座などを活用し段階的に自主グループを作る。（年内1～2グループ） ・感染対策を踏まえ室外での介護予防教室（下丸子余情公園など）を開催する。対面で開催出来ない場合は自宅で出来るフレイル予防資料の郵送などを行い、継続できるよう工夫していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括主催介護予防教室（他包括共催も含む3教室）を集合型で開催した。（26回） ・下丸子余情公園での介護予防教室を開催した。（10回） ・コグニサイズ教室を立ち上げ、自主グループ化に向けて伴走支援を継続中。（10回） <p>各介護予防教室の参加者に向けて自主化の必要性について説明、理解を求めた。</p> <p>自治会・町会、シニアクラブ、既存の自主グループのリーダー、介護予防教室参加者などに対しフレイル予防通信グループ講座を案内、約10名を受講に繋げた。</p> <p>※今後の展望と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下丸子余情公園での介護予防教室を継続していく。 ・集いの場がない、集いの場を作りたい自治会・町会へポールdeウォークを含めたサロン作りの伴走支援を行う。 ・包括主催又は他包括との共催での

		介護予防教室を継続、参加者の中から担い手を集め地域リハビリテーション事業やフレイル予防通信グループ講座などを活用、講師や場所の選定など伴走支援し自主グループを増やしていく。
--	--	--

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	・虐待、複合課題などを早期発見、関係機関と連携し早期解決を図る。	
実施計画	<p>①相談を受けた際、独自のリスク分類表「緊急レベル別の相談内容と対応の目安」にて緊急性を判断、継続的に介入が必要なケースは「共有リスト」を活用し朝の申し送りや毎月のミーティング時に進捗状況など定期的に情報共有、進捗が思わしくないケースについては三職種で協議し支援方針を決め対応していく。</p> <p>②緊急性が高い、複合課題などは2名の職員（主・副担当を設ける）で対応、各関係機関と連携し迅速に支援方針を決め対応していく。</p> <p>③地域カルテや月報を活用し、丁目ごとに相談内容などを集計分析し地域課題を把握していく。</p>	<p>実施報告</p> <p>①高齢者総合相談台帳に記録する際、相談内容によって緊急レベルを判断し記録した。レベル3以上と思われる継続的に介入が必要なケースについてはパソコンの共有ファイルで管理し、毎朝の申し送り、所内の個別ケース検討部会等で進捗状況を確認した。必要に応じ支援計画の見直しを職員で協議し、解決を図った。</p> <p>②虐待ケース、成年後見制度・地域福祉権利擁護事業などの利用が必要なケースについては複数の職員で対応、地域福祉課と連携し緊急性が高いケースはコア会議を開催、支援の方向性について協議し早期の解決を図った。</p> <p>③月報に年齢、丁目別、世帯、ひとり暮らし登録有無等の項目を設け分析、丁目ごとの地域課題の把握に努めた。地域カルテ、大田区高齢者等実態調査、月報を活用し矢口地区地域力推進会議にて「地域包括支援センターやぐちが考える矢口地区の現状と課題」としてミニレクチャーを行い、矢口地区の特徴として閉じこもりリスクや男性のフレイル率が高い傾向などの地域課題について情報共有を行った。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	・地域住民や関係機関と連携し、個別課題・地域の共通課題に取り組む。	
実施計画	<p>①ケアマネージャー定例会を年6回開催するうち重複課題、自立支援、風</p>	<p>実施報告</p> <p>①ケアマネージャー定例会を5回実施（Web会議）。その内、8月に区の防災機器</p>

	<p>水災害などをテーマにした事例検討を実施する。(年2回)</p> <p>②地域のケアマネジャーと連携し個別レベル地域ケア会議を定期的に関催する。(年8回)</p>	<p>管理課職員を講師として招き矢口地区における多摩川氾濫想定区域の確認、担当利用者への災害時の避難方法、避難先について意見交換を実施した。2月にセルフネグレクトをテーマに事例検討を実施した。</p> <p>②自立支援を中心に個別レベル地域ケア会議を開催した。(5件)</p> <p>③セルフネグレクトをテーマにしたオンラインでの事例検討会を企画したが、開催にいたらなかった。地域のケアマネジャーと連携しメールでの主治医との連携を想定した「連絡相談票」のフォーマットは完成したが、地域のクリニックなどへの周知配布までにはいたらなかった。</p>
--	---	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>・本人の強み・地域の社会資源を活かし自立に向けた支援を行う。</p>	
<p>実施計画</p>	<p>①委託のケアマネジャーや関係機関と連携し自立支援計画作成時(中間評価時)に生活機能の低下が生じている原因や背景を分析、利用者の強みや関心のあることに着目しPDCAサイクルを実践していく。</p> <p>②地域の社会資源を独自の社会資源マップやミルモネットなどに掲載し高齢者にわかりやすい形(紙面やiPad)で情報提供し地域における活動や参加に繋げる。</p> <p>③矢口特別出張所、自治会・町会、シニアクラブ、ポールdeウォーク協会と連携しポールdeウォークを中心にフレイル予防を目的にした各自治会・町会単位で新たな集いの場を作り、自主化を前提に伴走支援していく。</p> <p>③矢口包括主催の介護予防教室を定期的に関催し体操だけではなく口腔・栄養などフレイル予防に繋がるプログラムを導入、開催効果の検証を行</p>	<p>実施報告</p> <p>①自立支援計画作成時にケアマネジャーと同行訪問しアセスメントを実施、本人の強みを情報共有しプランに反映した。介護予防・生活支援サービス(総合事業)修了に向けて地域独自の社会資源マップを作成、ミルモネットなどを活用し、地域の活動などに繋がるようにケアマネジャーや介護サービス事業者などと中間・判定評価時に協議した。</p> <p>②地域の集い場・高齢者に役立つ社会資源を集めた独自の社会資源マップを作成し、必要な高齢者や自治会・町会に周知配布を行なった。地域のシニアクラブに対して集いの場としてミルモネットへ登録を案内し依頼、1件の登録を行なった。</p> <p>③矢口地区連合会主催のポールdeウォーク体験会について矢口特別出張所、高齢者見守り検討分科会と連携、企画段階から参画し開催に繋がった。(2回)この体験会を基に各自治会・町会単位で開催されるよう今後後方支援をしていく。矢口都営16号棟自治会主催、矢口地区つるかめポールdeウォーク学</p>

	<p>う。(年2回)参加者の中からリーダーなどの担い手を選定、リハビリテーション事業やフレイル予防通信グループ講座などを活用し伴走型での自主グループを作っていく。(年内1～2グループ)</p>	<p>校へ適時参加し、包括周知や地域住民と交流を行なった。</p> <p>③新たに公園体操(下丸子余情公園)を立ち上げた(10回)</p> <p>他定期に介護予防教室(3教室)を開催し体操だけでなく栄養の話、体力測定など実施した。(26回)</p> <p>コグニサイズ教室を立ち上げ、自主グループに向けて伴走支援を継続中。(10回)</p>
--	--	--

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

個別目標	<p>・地域の多様な主体と連携し持続可能な見守り体制を作る。</p>	
実施計画	<p>①毎月見守りキーホルダー登録者の誕生日月に電話による更新勧奨を行う。自治会・町会、シニアクラブ、商店街、自主グループなどに訪問し見守りキーホルダーの周知と一斉登録更新会を案内、企画開催していく。</p> <p>②「ひとり暮らし高齢者一覧表」、「未把握ひとり暮らし高齢者名簿」を中心に活用し電話連絡又は戸別訪問を行い実態把握と地域包括支援センターの周知及び見守りキーホルダー・ひとり暮らし高齢者登録の案内登録・更新を行っていく。(熱中症戸別訪問も含む)</p> <p>③高齢者見守り推進事業者へ定期訪問し気になる高齢者など見守りについて情報交換。警察、消防、消費者生活センター、おおた成年後見センターなどと連携し見守りに関連する地域住民向けセミナー(人数制限しでの対面、Webなど)を企画開催する。(年2回)</p>	<p>実施報告</p> <p>①更新をしていない登録者を中心に毎月誕生日に電話等で更新勧奨を行なった。</p> <p>矢口地区地域力推進会議、シニアクラブ定例会等で新規登録者を中心にした見守りキーホルダー一斉登録会開催を提案した。その内3つの自治会・町会、1つのシニアクラブから開催依頼があったが、コロナ感染拡大の影響で計1件の開催となった。</p> <p>②ひとり暮らし高齢者一覧表から75歳以上、台帳無し有るが関わりが少ない、介護保険サービス利用なし等の条件で対象者を抽出、電話等で安否確認、包括周知、アンケートで実態把握を行なった。(約300件)</p> <p>未把握高齢者名簿を活用し7月～9月にかけて熱中症訪問を実施した。(152件)</p> <p>③見守りささえあいコーディネーターを中心に管轄内の信用金庫、郵便局、管轄内のスーパー等に訪問し、認知症・気になる高齢者などについての意見交換を行なった。池上警察、矢口消防署に適時訪問、地域の状況、気になる高齢者などの意見交換を行なった。池上警察からは詐欺被害のチラシ、矢口消防署からは防災診断のチラシの提供を受け、個別訪問時等に配布周知を行なった。池上警察、矢口消防署、消費者生活センターに見守りに関連したセミナー共催を打診したがコロナ感染拡大の影響で開催にはいたらなかった。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	・多様な主体と連携し個別課題の検討を積み重ね、地域の共通課題を把握し解決を図る。		
実施計画	<p>①蒲田地域福祉課、矢口特別出張所と連携し日常生活圏域レベル地域ケア会議を定期的に関催する。(年3回)</p> <p>②医療・多職種連携を目的に管轄内の医療機関、ケアマネジャー、介護サービス事業者を中心に定期的に訪問し情報交換。医師によるセミナー、事例検討を主とした「矢口地区 医療・福祉・介護連携懇談会」をWeb会議中心に関催し連携を図る。(年1～2回)</p>	実施報告	<p>①テーマ「集いの場に来ない・来れない高齢者について自治会・町会での緩やかな見守り、専門的な見守りは早期に包括へ繋げるなど連携した見守り体制が矢口地区全体で構築できないか。」をテーマに圏域レベル地域ケア会議を3回実施した。</p> <p>②セルフネグレクトをテーマにしたオンラインでの事例検討会を企画したが、実施にいたらなかった。地域のケアマネジャーと連携しメールでの主治医との連携を想定した「連絡相談票」のフォーマットは完成したが、地域のクリニックなどへの周知配布までにはいたらなかった。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症の早期発見、状況に合わせた支援に繋げ認知症になっても安心して暮らせる地域作りを行う。		
実施計画	<p>①多世代に対して認知症サポーター養成講座(年3回 Web開催も含む)の開催とステップアップ講座としてラン伴プラスおおた、行方不明者捜索模擬訓練、認知症カフェへの参加を促し担い手に繋げる。</p> <p>②地域の多様な主体と連携し、企画段階から出来る限り認知症当事者・介護者家族にも声かけ参加してもらい、興味があること、行いたいことをアセスメントし形にする伴走型の新たな認知症カフェの立上げを目指す。(年内1グループ)</p> <p>③認知症初期集中支援チーム員とサポーター医との定例会(対象者と支援方法について)を2ヶ月に1回実施する。</p>	実施報告	<p>①認知症サポーター養成講座を6月にオンライン方式で1回、9月に矢口特別出張所において集合型で1回開催した。</p> <p>7月に管轄内にあるリバープレイスマンションで小学生高学年向け認知症セミナーを集合型で開催した。8月に蒲田地域福祉課・他地域包括支援センターと連携し蒲田地区にある小学生を対象にサマースクールをオンライン方式で開催した。3月に矢口特別出張所において集合型でセミナー「テーマ：認知症の方の気持の理解と声かけの方法」を開催した。</p> <p>②談話(本人ミーティング)・趣味活動・外出などを中心とした認知症カフェを2件立ち上げ、定期的に関催した。(17回)</p> <p>③認知症初期集中支援チーム員とサポーター医との定例会は1回開催した。気になる高齢者について、民生児童委員や地域のケアマネジャーを対象とした認知症認知症初期集中支援チーム員周知のチラシ作成など意見交換を行った。</p>

			認知症初期集中支援チーム事業として3件対応した。
--	--	--	--------------------------

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	・ 社会福祉協議会のコーディネーター、地域ささえあい強化推進員と連携し高齢者と多世代の交流の場を設け地域課題について情報共有を図る		
実施計画	①矢口地区を中心に高齢、児童、障がいなど含む多世代が活用している、できそうな地域の社会資源、地域活動などについて情報交換会（Web 会議）を設ける。（年2回）	実施報告	①地域福祉コーディネーター、見守り支え合いコーディネーターと連携し管内で地域活動を実施している児童・障がいの関係機関、ものづくり（町工場）関係団体、NPO法人等とオンライン方式でお互いの活動状況、連携できることなど意見交換を2回実施した。

大田区福祉部長 宛

令和3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つくよう取り組みます。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	高齢者が安心して住むことのできるまちづくりを地域住民と連携して構築できるセンター	達成度評価
重点項目	1. 地域の特色を理解する事で地域課題や状況をより丁寧に把握する	B
	2. 孤立を防止できる地域をつくるためのネットワーク構築の役割を担う	A
	3. ケースワークを確実にを行うことを通じて、地域の相談機関としての役割を果たす	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
<p>【1-2】 地域の様々な機関、団体（自治会・町会、民生委員、シニアクラブ等）の活動に足を運び、地域分析の結果を共有・検証していく。</p> <p>【1-3】 地域ケア会議での議論やケース検討を通じて、地域課題を検証する。</p>	<p>毎月のミーティングによるケース報告から地域住民への働きかけが必要なケースについては個別レベル地域ケア会議の必要について検討し、開催に結び付ける。自立支援個別レベル地域ケア会議については日々のミーティングの他に実施計画を立てて開催する。これらの会議を年9回開催する。</p> <p>「地域ささえあい事業をすすめるための地域アセスメントシート」を更新する。尚、更新にあたっては部内からの意見を集約する。さらに西蒲田、東矢口、新蒲田、多摩川の4つの地域に分けて作成することにより、地域の実情に合った地域分析を行う。</p> <p>日常生活圏域地域ケア会議においては、「見守り」をテーマに年3回の開催を行う。参加者は【1-2】の活動により把握した地域</p>	<p>個別レベルでの地域ケア会議を2回開催した。いずれも精神疾患のある方の支援であった。件数としては少ないが日常的に相談が入ることから、包括としても課題と感じている。その見守りにおいては民生委員をはじめとする地域住民の力を借りることができた。</p> <p>コロナ禍で活動が縮小される中、活動を継続されている団体はあり、都度、訪問して開催支援に入って存続ができるよう心掛けた。しかしながら、地域分析までにはいかなかった。地域アセスメントについてはケース相談から内容を分類して統計を取り始めたところであり、今後の分析に役立てていきたい。</p> <p>コロナ禍の影響により会議の開催ができなかった。今後は地域アセスメントの見直しを図り、適切な地域診断からの日常生活</p>

	<p>団体の方を会議へ招待し、地域住民とともに地域課題に取り組む。</p>	<p>圏域地域ケア会議に取り組んでいく。</p>
<p>【2-2】 地域住民による閉じこもりがちな高齢者の居場所づくりを支援することを通じ、支援を必要とする高齢者が、必要時に包括とつながることのできる体制を整備していく。</p>	<p>コロナ禍でも参加可能なポールウォーク、グラウンドゴルフなど屋外での活動に目を向け、閉じこもりを防止できるよう活動の把握と住民への情報提供に努める。また包括としても「はねびょん健康ポイントアプリ」講座を展開することでコロナ禍でも閉じこもり防止のツールとして普及に努める。</p> <p>民生委員、町会・自治会、シニアクラブの活動に参加、支援をすることで積極的に相談機関として関わることで心配な高齢者を把握していく。</p>	<p>自主グループが主催するポールウォーク、グラウンドゴルフの活動に複数回参加して屋外活動としての把握に努めた。はねびょん健康ポイントアプリの講座を4月に道塚自治会で実施したほか、御園自治会スマホ相談会ではアプリ使用方法などオリジナルで作成したものを持ち込みPRをした。2月には地区民協の役員にアプリの説明を実施。小林自治会が開催する防災訓練、簡易トイレ作りに招待を受けて参加。自治会長の依頼を受けて包括支援センターの機能の紹介を住民に向けて行っている。</p>
<p>【3-2】 地域住民、団体の支援を巻き込んだケースワークを行う。 (例：民生委員、マンション管理人など)</p> <p>【3-3】 地域からの情報提供や包括の訪問により、地域の高齢者の実態把握を行うことができるスキルを身につける。</p>	<p>毎月の地区民協は所長が参加していたが、ケースワークを担う職員も参加し、包括が関わったケースワーク事例を報告する。さらに民生委員からのケース相談も積極的に行う。受けた相談の経過報告も確実に行うことで情報共有を図る。そうすることでより民生委員とケースワークを進めやすくする地盤を固めていく。</p> <p>昨夏、目立った孤立死を鑑み、熱中症予防に向けて地域福祉課とも連携し、安否確認を積極的に行っていく。また安否確認には地区担当の民生委員からの情報提供を得ていきながら、地域の高齢者、特に独居高齢者の実態把握に努めていく。</p> <p>毎月第一月曜日開催の芙蓉ハイツシニアクラブ支援ネット定例会に包括も参加。包括は個別支援に繋げ、地域の見守りはシニアクラブの役員の手を借りていく。</p>	<p>地区民協の開催がコロナ禍の影響により少なくなる中、所長以外にもケースワークを担う職員が参加。日頃の支援事例を紹介している。実際の支援事例を共有することで民生委員からの相談を受けやすくすることで連携強化をさらに進めた。</p> <p>熱中症予防注意喚起のため、約50件の安否確認を電話、民生委員への問合せ、訪問により行った。また安否確認依頼にも積極的に応じた。</p> <p>芙蓉ハイツシニアクラブ支援ネット定例会に包括も毎月参加。包括は個別支援に繋げ、地域の見守りはシニアクラブの役員の手を借りていく。</p>

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	寄せられる様々な相談に対応する力を身につける	
実施計画	<p>① その日の相談支援について毎日の夕のミーティングでの情報共有、支援方針の決定を行い、特に緊急性の高い相談においては、その場で所内での検討し方針を決定する。</p> <p>② 支援事例に於いては、基本的に担当者が対応する。しかしながら一人の職員での担当が厳しい場合においては補助担当を付け、担当職員を支援する。</p> <p>③ 区や民間等で開催される様々な研修に参加する。受講後は報告書の閲覧、夕の報告等により職員全体で研修内容を共有することで相談援助技術向上を図る。</p> <p>④ 地域福祉課高齢支援担当者、ケアマネジャー、必要に応じて医療従事者と積極的に情報共有、連携に努め、解決していく。</p>	実施報告 <p>① 毎日のミーティング以外にもケース相談について共有し、話し合う雰囲気作りができており、部内職員で考え、支援について検討した。</p> <p>② 支援事例に於いては基本的には担当者を決めて対応するが、必要に応じて補助を行う職員を付けて対応した。</p> <p>③ Web研修にも業務の合間を縫って受講した。特に包括で対応した事例に関連するような研修もあり、ミーティングで共有して支援に活かしている（自殺防止など）</p> <p>④ 地域福祉課高齢支援担当者、ケアマネジャー、医療従事者の他、今年度は特に財産管理や経済的困窮の相談事例が多く発生した。そのため、弁護士、司法書士などの司法職、おた社協後見センター、JOBOTA、蒲田生活福祉課と連携した支援がこれまでになく発生した。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域のケアマネジャーからの困難事例など地域包括ケア体制を活かし支援していく	
実施計画	<p>① 困難ケースに於いては個別レベル地域ケア会議を開催。夕のミーティングを通じて開催の必要な事例を検討し、会議に参加いただく民生委員をはじめとする支援が見込まれる地域住民、地域団体についても併せて検討する。そのことにより地域の見守り体制構築に活かしていく。</p> <p>② 社会福祉協議会后見センターの</p>	実施報告 <p>① 今年度の困難ケースにおける個別レベル地域ケア会議は2件開催した。いずれも精神疾患のある独居高齢者の支援についてである。地域住民からの相談も多く、地域ケア会議に参加していただくことにより見守りをお願いすることができた。また民生委員については会議開催以降も包括職員とともに定期的に対象者を訪問しており、協力体制が取れている。</p>

	<p>支援を受け、地域のケアマネジャーに向けて成年後見制度普及に向けた「本人情報シートの書き方」研修を実施する。</p> <p>③ 管内19か所の居宅介護支援事業所を訪問し、個別支援ケース状況確認などを行なっていくことでケアマネジャーと継続的に関わっていく。</p>	<p>② 成年後見センター職員との打ち合わせもし、グループワークを行う方法を検討していたが、コロナ禍の影響により会場の確保が難しく未開催となってしまった。</p> <p>③ 居宅介護支援事業所の訪問は一部の実施に留まってしまった。担当地区のケアマネジャーは個別支援で継続的に関わっている。</p>
--	---	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	住民のフレイル予防の意識向上に努める	
<p>実施計画</p>	<p>① サービス利用開始時、中間評価のなかでは本人の強みを活かし、自立支援に繋げていく。また地域の社会資源を活用できるよう、包括で作成した社会資源マップで情報提供も行っていく。</p> <p>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おけるフレイル予防活動、社会資源を把握する。把握した情報は夕のミーティング、書面による回覧を行うことで共有。情報は相談支援の場で提供できるようにする。</p> <p>③ 自立支援個別レベル地域ケア会議を理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士の参加によりフレイル予防の意識を利用者が高めていただけるよう連携して開催する。</p> <p>④ 自立支援個別レベル地域ケア会議開催の際には、見守りささえあいコーディネーターも参加し、地域に必要な社会資源の把握に努める。また、ニーズに対応できる</p>	<p>実施報告</p> <p>① コロナ禍の影響により対面での中間評価の機会は少なくなったが、必要に応じて他の社会資源を案内した。</p> <p>② 地域におけるフレイル予防活動については夕のミーティングで共有した。</p> <p>③ 今年度自立支援個別レベル地域ケア会議を開催することができなかった。</p> <p>④ 同上</p> <p>⑤ フレイル予防の案内チラシの配布の他、管轄地域内の銭湯では週2回の銭湯の利用がフレイル予防に及ぼす影響の研究を行うことになり、その活動に協力をした。取り組みの成果は包括広報誌を蒲田西地区地域力推進委員会の配布をすることにより、地域住民のフレイル予防に対する意識向上に取り組んだ。</p> <p>⑥ コロナ禍の影響により地域力推進委員会、地区民協の開催は少なくなったが、広報誌の発行は行っており、配布を都度行った。自主グループに於いても配布をしており、フレイル予防についての情報発信は行えたと感じている。</p>

	<p>社会資源情報を情報提供する。</p> <p>⑤ 特別出張所、銭湯、スーパー、図書館にフレイル予防の案内チラシを設置することで住民の意識向上を図る。</p> <p>⑥ 包括広報誌にフレイル予防に関する情報を盛り込み、地域力推進委員会、地区民協、自主グループに配布することで情報を発信する。</p>		
--	--	--	--

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

個別目標	自主グループ活動支援を行うことにより、地域の高齢者の活動の場を拡充する		
実施計画	<p>① 管内13か所あるシニアクラブを訪問し、詳細に活動をまとめ、社会資源マップとして発行する。マップは部内で共有し、窓口等での案内に活用する。またシニアクラブ会員が自分たちの活動の宣伝として使用できるものを目指したい。</p> <p>② コロナ禍の影響により活動を休止している、もしくは縮小している自主グループに対してフレイル予防のチラシを配布し、いかにして再開すべきかを情報提供する。また活動場所の情報を把握するため、地域の様々な機関（図書館等）を訪問し、協力を呼びかける。</p> <p>③ 地域には周知されていないがために参加者の少ない自主グループがある。この支援として年4回発行の包括広報誌を利用し、参加者の増加、担い手の発掘を意識し</p>	実施報告	<p>① コロナ禍によりシニアクラブの活動も少なくなる中、12月には芙蓉ハイツシニアクラブにおいて包括と東京工科大学作業療法学科とで連携し、体力測定会を開催したほか、一四クラブでは見守りキーホルダー更新会を実施した。</p> <p>② 民生委員主催のなかよし道塚、蓮沼茶話会では活動再開の相談に応じ、東京工科大学作業療法学科の活動支援にもつながった。活動を縮小しながらも継続をしている自主グループ「道塚サロン」では会の講座等も工夫をして開催支援をした。蒲田地域福祉課の管理栄養士による栄養のフレイル予防講座の他、今年度は新たに矢口消防署（5月、6月、7月）を自主グループでの講師役として繋げ、防災（地震、水害）にも関わることができた。</p> <p>③ コロナ禍により自主グループの活動が縮小されたことから広報誌での紹介を行うことはできなかった。</p>

た内容で活動紹介をする。

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	包括との連携により住民同士の緩やかな見守り意識を持つことができる		
実施計画	<p>① 昨年度に引き続き「高齢者の見守り」をテーマに日常生活圏域レベル地域ケア会議を開催する。開催に当たっては町会・自治会、民生委員、シニアクラブ、介護事業所、特別出張所、地域福祉課とも協力を得る。</p> <p>② 社会福祉協議会、特別出張所と協働し「蒲田西プラットフォーム」を昨年度に引き続き開催する。参加する地域の活動団体を把握し連携していくことで地域包括ケア体制構築に活かしていく。</p> <p>③ 東京工科大学作業療法学科と地域の自主グループの活動の参加の繋ぎを行うことで学生の地域活動を支援する。</p>	実施報告	<p>① 日常生活圏域レベル地域ケア会議の開催はコロナ禍の影響により会場の確保が困難となり開催することができなかった。</p> <p>② 蒲田西プラットフォームは2回開催し、参加をした。</p> <p>③ 東京工科大学作業療法学科においては、民生委員の主催するサロン活動、芙蓉ハイツシニアクラブでの体力測定会への参加に包括が繋げることができた。リハビリ職を志す学生の専門性を発揮できる企画で地域住民の役に立つことができた。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても地域の理解を得ながら暮らすことができるよう、医療機関、介護事業所と共に地域への広報を行う。		
実施計画	<p>① 地域住民に対して認知症の理解を促す活動として、認知症地域支援推進員が記事を書いた包括広報誌を年4回発行し、地域力推進委員会、地区民協、自主グループに配布することで情報発信をしていく。</p> <p>② 蒲田西プラットフォームの参加を通じて、地域の認知症への理解について介護事業所とともに提案し、参加団体である町会・自治会、介護事業所、地域の機関の認</p>	実施報告	<p>① 包括が発行する年4回の広報誌には認知症に関することが盛り込まれており、認知症地域推進員が記事を書いている。いずれも地域に対して認知症の方の受け入れや、小さな支援を促すものである。</p> <p>② 7月に「認知症の方の社会参加」をテーマに蒲田西プラットフォームを開催した。介護事業所の方に参加していただき、認知症の方の残された機能などを実際の活動を通してお話しいただいた。</p>

	<p>知症の方への支援、協力が行なえるかを把握する。</p> <p>③ 認知症サポート医と協力して、地域住民に対して認知症に対する理解を促すための講座を実施する。</p>		<p>③ コロナ禍の影響により開催が困難であった。</p>
--	---	--	-------------------------------

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	はねびょん健康ポイントアプリの活用促進を行うことで、コロナ禍でもフレイル予防に取り組むことのできるよう働きかけを行う。		
実施計画	<p>① 日頃、関わりのあるシニアクラブ、自主グループなどに対してスマホ講座を携帯会社の協力を得て開催する。</p> <p>② 包括主催による少人数制の「はねびょん健康ポイントアプリ」講座を開催。</p>	実施報告	<p>① 御園自治会に対して都の事業である「スマホ相談会」を11月に開催した。</p> <p>② 道塚自治会の皆様に講座を4月に開催した。また民生委員には2月に役員を中心にアプリの説明を行なっている。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業報告書

センター名 地域包括支援センター蒲田

1 事業目標

地域に積極的に出向く事を通じて、地域の強みを把握し、地域力を活かした地域包括ケアシステムを推進していく。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	地域に積極的に出向くことで、「互いに人との関わりを持ちながら、末永く暮らせる地域づくり」の支援をし続けていくセンターでありたい。	達成度評価
重点項目	1. 地域に積極的に出向くことで潜在的なニーズを把握し、それらに対するセンターの役割を明確にする。	A
	2. 互いに人との関わりの中で末永く暮らせる地域づくりを支援し続けるセンターの存在をPRする。	A
	3. センターの役割を強化し、適切で速やかな対応を行っていくために、関係機関との連携を深める。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-3】現在の課題として捉えている「単身世帯および夫婦のみの世帯の孤立化」をはじめ、把握した課題に対して地域に働きかける効果的な方法を話し合い、センターの役割を明確にする。	・単身や高齢者のみの世帯で認知症や精神疾患の発症により不安、要介護状態になってしまい在宅生活の継続が心配などの相談が民生委員、地域住民、介護支援専門員や医療機関などで対応したケースを抽出。個別レベル地域ケア会議など活用し課題分析を実施。おおた成年後見センターなどと連携し、単身世帯および夫婦のみ老い支度を含めた権利擁護支援を検討していく。	個別レベル地域ケア会議を6回開催し、民生委員や介護事業所、医療機関や障害者担当にも参加してもらった。また抽出した課題を日常生活圏域レベル地域ケア会議で話し合うこともできた。感染症蔓延防止のため、すべての自治町会で開催できなかったが、次年度前半にはすべての自治町会で開催する予定である。権利擁護検討会議へ参加し支援検討を行うことが出来た。大田区主催の「老い支度相談会」へも参加し包括の役割をPRした。
【3-4】徘徊や行方不明に対する地域ぐるみの対応策を検討するため、地域ケア会議を活用し、警察・消防・商店	・認知症の周辺症状による徘徊が見られる個別支援ケースにて個別レベル地域ケア会議を開催。徘徊の症状が	日常生活圏域レベル地域ケア会議にて「認知症の人と一緒に暮らす蒲田東地域」～地域にこんなサポートあ

<p>などとの連携体制を強化する。</p>	<p>見られる高齢者を地域でどのように見守っていくか検討する。</p>	<p>「つながりな〜」をテーマに話し合った。地域で出来る見守り・声掛けなどの意見も多く出すことが出来た。次年度には日常生活圏域レベル地域ケア会議を全ての地域で開催し、蒲田東包括とも連携し、認知症の方への地域で出来る取り組みを作っていく。見守りキーホルダーの活用や見守りメールの利用を地域や介護事業所へ積極的にアピールをした。</p>
<p>{ - }</p>	<p>{ - }</p>	

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

<p>個別目標</p>	<p>① ケースワーク力の向上と強化 ② 権利擁護支援および虐待対応ケースの対応力の向上</p>	
<p>実施計画</p>	<p>① 日々のミーティングで総合相談内容の確認と進捗管理を行う。支援困難ケースについてはケース検討を行い、課題抽出・対応策の検討と共有を実施。包括支援センターとしての方向性を決める。</p> <p>② 支援困難事例への対応力向上を目的に権利擁護事業に関連する研修受講し、所内で伝達研修を行い、アウトプットすることで理解を深める。</p> <p>③ 支援困難事例、成年後見関係、虐待関係について包括として支援・対応経過が把握できるよう管理を実施。包括支援センターとして組織的な相談対応ができるよう仕組みづくりに努める。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 毎日の申し送りにて個別ケースの進捗を全員で確認。所内ケース検討を月1件～2件（年間合計14回）行い、課題整理・支援方針を明確にしてチーム全体での支援を行った。</p> <p>② 大田区主催研修や精神保健福祉研修には全員が参加。毎日の申し送りと研修報告にて伝達研修を行った。</p> <p>③ 支援困難、権利擁護、虐待ケースについては、管理表を作成し、支援や対応の経過を管理し、職員が常に進捗を把握できる形を作った。虐待ケースは常に方針を所内検討し、対応は2人体制で行った。権利擁護検討会議に参加し、多様な事例を学んだ。一方で、事例を提出することで多角的に見た権利擁護の活用や成年後見制度の活用について対応力の向上に努めた。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>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、地域の関係機関等との連携強化を図る。</p> <p>② 地域包括支援センター蒲田管内の居宅介護支援事業所および介護保険事業者を中心にケアマ</p>
-------------	--

	マネジメント力の向上等を目的とした研修や勉強会等を実施、共同しての支援を行う。	
実施計画	<p>① 複合的な課題が混在するケースについては、様々な関係機関と連携し、積極的に支援困難個別レベル地域ケア会議に開催する。また法務支援・福祉従事者相談なども活用し、支援方向性を明確にする。</p> <p>② 認知症や精神疾患などのため近隣トラブルの相談が増えている事から、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従事者相談、つながる講座を活用。弁護士などから専門的な助言を受け、支援困難ケースの早期解決を図る。</p> <p>③ 地域包括支援センター蒲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懇談会・勉強会を年1回は開催。連携強化を図る。</p> <p>④ 蒲田地域庁舎管内の介護支援専門員へ運営委員として参加。年4回の研修を企画・運営していく。</p>	<p>① 支援困難ケースについて個別レベル地域ケア会議5回開催し、民生委員など地域住民や医療機関、これから連携していく必要がある関係機関にも参加してもらい、支援方針を検討することが出来た。また包括では解決できない課題については法務支援や法テラス相談を活用し、方向性を明確にした。</p> <p>利用者が介護サービスを利用するにあたり、支援困難が予想されるケースに対しては、支援困難にさせないための予防的観点から包括が主催して勉強会、カンファレンスを開催することで支援をスムーズに運べるように後方支援を行った。</p> <p>② 認知機能低下により、家賃滞納や借金請求などの相談には包括だけで解決せず、法務支援や法テラス、おおた成年後見センターへ相談し、対応も連携して行うことで、利用者にも不利益にならない解決策を見つけ対応した。</p> <p>③ 管轄内の居宅介護支援事業所に向けて、3月に懇談会を開催。対面とWEBで行ったことで16名参加できた。包括蒲田の業務報告、相談実績や大田区の事業案内を行った。次年度に向けてはアンケート調査にて、ケアマネジャーが知りたい情報や勉強会を開催する予定。</p> <p>④ 蒲田地域福祉課管内では年4回研修会を開催。企画運営から参加し、感染症対策を取りながら対面で行うことが出来た。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>① 地域住民がいつまでも元気で健康な生活が送れるよう、フレイル予防や認知症予防の普及・啓発を行う。</p> <p>② 適切な介護予防ケアマネジメントを通じて、高齢者一人ひとりの状況に応じた自立支援を行う。</p>	
実施計画	<p>① 自立支援計画作成時や中間評価の際に、自立支援型個別レベル</p>	<p>実施報告</p> <p>① 自立支援検討会議は1回開催。大田介護予防応援事業にも絡ませて、本人や家族</p>

	<p>地域ケア会議を開催。ICFの考え方を取り入れ、本人の強み、地域の強みを引き出すケアマネジメントを実施する。</p> <p>② 町会・自治会、シニアクラブ等において、大田区が作成しているフレイル予防のパンフレットなどを活用し、運動・栄養・社会参加・口腔によるフレイル予防の普及・啓発を実施する。</p> <p>③ 東蒲田いこいの家、本蒲田いこいの家と連携し、感染症対策を介護予防教室や各種セミナーを対面だけでなく紙面上・WEBなども活用しながら行う。</p>	<p>も出席して開催。専門職のアドバイスをもらい、支援方針を整理することで、本人自身が支援を受けることや自助努力について前向きに取り組める目標を作ることが出来た。</p> <p>② フレイル予防事業リーダー研修に東蒲田地域の民生委員とともに参加した。研修を受けることで自主化へ導くことが出来た。地域リハビリテーション事業を活用し、地域活動支援を行った。</p> <p>③ いこいの家にて見守りキーホルダー登録更新会を開催した。また月1回出張相談会を見守りささえあいコーディネーターと認知症地域支援推進員が協同して開催を予定した。しかし蔓延防止対策のため開催は3回となり、紙面やWEBを活用した体制が作れなかったため、次年度は定期的開催出来る方法を実行したい。</p>
--	---	---

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

個別目標	現在の課題として捉えている「単身や高齢者のみの世帯の孤立化」をはじめ、把握した課題に対して地域に働きかける効果的な方法を話し合い、センターの役割を明確にする。		
実施計画	<p>① 「単身および夫婦のみの世帯の孤立化」をはじめ、把握した課題に対して地域に働きかける効果的な方法を話し合い、センターの役割を明確にした上で、地域に対して老い支度の必要性について周知するため、大田区社会福祉協議会などと連携し地域向けセミナーを開催する。</p> <p>② 大田区社会福祉協議会おた成年後見センターが作成した「今から始めよう 自分らしい老いじたく」を活用し初老期での老い支度の必要性について周知していく。</p>	実施報告	<p>① セミナー開催には至らなかったが、日常生活圏域レベル地域ケア会議にて認知症高齢者への支援を検討した際には「孤立化」も地域課題として抽出された。「孤立」について見守りや声掛けなど地域で出来る取り組みの提案も出すことが出来た。</p> <p>② 大田区成年後見等利用促進協議会に参加し、「老い支度相談会」を大田区で開催した際に協力した。 総合相談で対応中の利用者に対して、必要と判断した時には積極的に「老いじたく」のパンフレットを配布した。</p>

	※①②とも感染状況により、開催方法をWEB や紙面配布等に切り替えて行う		
--	--------------------------------------	--	--

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域アセスメントの実施 ② 個別レベルおよび日常生活圏域レベル地域ケア会議を通じて、地域の支援体制づくりに取り組む。 		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 積極的に地域に出向き、蒲田東地域の地域特性や地域資源などを町会・自治会、シニアクラブ、自主グループや地域活動団体などから得るため、足を使って収集 ② 地域に出向き把握した地域資源をミルモネットに登録。個別支援などに活用していく。また、ミルモネットを活用し地域資源情報をお役立ちガイドにまとめ、地域住民や介護保険事業者などに情報提供を行う。 ③ 個別レベル地域ケア会議を適宜開催。地域課題の把握と抽出に取り組む ④ 日常生活圏域レベルでは「地域課題の掘り起こし」を目的に蒲田東特別出張所・蒲田東連合自治町会と連携し、全自治町会をまわり開催する。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 町会自治会、地区民協、シニアクラブや自主グループなどへ積極的に出向き、活動状況、地域資源などの状況の話を伺った。また地域に出向く事で新たな社会資源の情報を収集した。 ② 包括蒲田東と連携し、コロナ禍でも元気に活動している地域の自主活動の情報を募り、蒲田東特別出張所の協力を得て蒲田東特別出張所の壁面に地域活動の情報を掲示した。 ③ 個別レベル地域ケア会議は計6回開催。認知症、8050問題などの地域課題を抽出し、日常生活圏域レベル地域ケア会議でグループワークにつなげた。 ④ 日常生活圏域レベル地域ケア会議は、高齢化率や包括業務からみる相談の特性、個別レベル地域ケア会議から抽出された課題などを踏まえて割り出した地域課題を一緒に検討する会議とした。開催準備は全ての地域で行ったが、感染症蔓延防止措置のため、延期となった地域も多く、実際は東蒲田、蒲田2丁目の2か所で開催したのみであった。次年度は開催できなかった蒲田3丁目、蒲田5丁目、蒲田1丁目でも開催していく。また蒲田東管轄の自治町会でも開催出来るように連携をしていく。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	① 徘徊や行方不明に対する地域ぐるみの対応策を検討するため、警察・消防・商店などとの連携体制を強化する。
------	--

<p>実施計画</p>	<p>② 認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていく事ができるよう支援する。</p> <p>① 高齢者見守りメールをツールとし、認知症などにより行方不明となった高齢者を早期に発見し保護できるよう普及・啓発に取り組む。見守り訓練など具体的に地域と動ける取り組みが出来るように働きかける。</p> <p>② 認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームの機能を生かし、認知症の早期診断、早期対応に向けた支援体制を構築する。認知症初期集中支援チーム員会議を2か月に1回開催。継続的に取り組む事でサポート医との連携を深めチームとして専門性のある支援を行っていく。</p> <p>③ 感染症予防対策を行った上で、認知症サポーター養成講座、認知症カフェを開催する。また、高齢者見守りメールの普及・啓発を進めていく。</p> <p>④ 認知症が関係した複合課題ケースに対応するため、若年性認知症支援相談窓口、蒲田地域健康課、蒲田地域福祉課、障がい者総合サポートセンターなどと連携し支援を行う。</p> <p>⑤ 認知症アウトリーチチーム事業を活用し、荏原病院認知症疾患医療センターや認知症支援コーディネーターと連携していく。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 認知症サポーター養成講座や居宅介護支援事業所との懇談会にて、地域による見守りの必要性を説明し、高齢者見守りメールの普及啓発を行った。</p> <p>② 認知症初期集中支援チームは新規では1件の対応をおこなった。2か月1回のチーム員会議では、医療につなげるまでのアドバイスや支援方法をサポート医からもらったり、支援方針を確認したりした。ここで受けた助言を受けて個別レベル地域ケア会議を開催し、支援体制を作った。 会議では前年度までに終結となったケースについても必要に応じモニタリング報告を行い、フォローアップに関する助言を得るなど、意見交換を通じて連携を深めている。</p> <p>③ 認知症サポーター養成講座をWEBにて開催。地域向けは包括蒲田東と連携、ソニー損保からの依頼では社員400名に対し計4回に分けて行った。開催の際には大田区の事業として高齢者見守りメールの普及を行っている。 ソニー損保での開催では視覚障害者1名が受講されたため、区高齢福祉課と連携し点字テキストを作成いただき対応した。今後も特別な配慮を要する受講者にも参加いただけるようにニーズには随時対応を検討して進めていきたい。</p> <p>④ 複合ケースについては個別レベル地域ケア会議を活用し、蒲田地域健康課や障害担当と連携し、支援の方向性を作ることが出来た。</p> <p>⑤ 初期集中支援チーム員会議にて検討した結果、認知症アウトリーチチームへの相談が適切だと判断したケースに対して、認知症支援コーディネーターと連携を図り、事業を活用した。</p>
-------------	---	--

--	--	--	--

(7) その他 (大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	地域共生社会の実現を目指した取り組み		
<p>実施計画</p>	<p>① 相談を世帯で捉え、複合的な課題(8050問題・認知症・精神疾患など)は、個別レベル地域ケア会議(支援困難)やケースカンファレンスを積極的に開催する。相談支援機関と地域住民と一緒に検討することで支援方向性を決めるだけでなく、様々な支援に関わることを地域にも知ってもらうことで本人・家族が住み慣れた家で生活できていることを地域とも共有できるように取り組む。</p> <p>② 図書館・児童館・いこいの家、商店街など管轄内のあらゆる機関と繋がりを持ち、連携が取れる関係性を継続的に作る。</p>	<p>実施報告</p>	<p>① 家族に精神疾患があり生活を困難にしている場合や知的障害が疑われる場合には、制度の情報提供や支援者に繋げるための支援を行った。また、高齢者とその家族の支援者が多数いる人に対しては、個別レベル地域ケア会議を主催し、世帯を全支援者で見ていく体制を作った。その会議では、民生委員にも参加いただき、地域の中で問題は多数あるものの支援者が生活をサポートすることで地域で生活ができていく姿を知ってもらう事ができた。</p> <p>② 日常圏域地域ケア会議開催にあたり協力を依頼するため、すべての町会長に直接説明に伺った。会議の参加を依頼したのは、特別出張所、図書館、体育館、民生委員だけではなく町会長、福祉部長、商店、コンビニ、専門学校、薬局、主任介護支援専門員であり、多種多様な機関と包括が連携できる体制を作ると同時に、多様な関係機関が横のつながりができるきっかけも作ることができた。今後も関係機関を増やしていくことと継続的な連携を図れる体制を作っていく。</p>

大田区福祉部長 宛

令和3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（蒲田医師会）

1 事業目標

- ・既存のグループの活動の情報集約と新たなグループの足掛かりをつくる。
- ・制度等につながっていない高齢者の実態把握をする。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	孤立しない地域づくりのために、地域と情報共有を密にして人と人、地域をつなげる。	達成度評価
重点項目	1. 自治会、町会等との連携を通して地域住民が集える居場所を発掘するとともに、新たな居場所をつくる。	B
	2. 誰もが地域で孤立しないようにするため、孤立の可能性のある対象者の生活実態の把握に努め、必要な支援につなげる。	B
	3. 保健・医療・福祉をはじめとする多職種により、事例を共有し役割を明確にすることによりチームとして地域にアプローチしていく。	B

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-1】 地区担当が担当地区に対し1年以内に、既存のグループ活動の把握と継続的な支援を行うとともに、どこにも所属していない男性高齢者のためのサロンなど、センター主催の居場所づくりを定期的に関催していく。	ア) 総合相談等から情報収集し、自治会や町会等へ居場所に困る方の共有を図り、居場所づくりの相談を行う。職員会議で各地域からの総合相談等からケースを挙げる。 イ) 個別のニーズの把握を通じ、地域課題を集約し、新たな通いの場づくりを進める。民生委員、町会役員等と情報交換を行い把握、集約して活動拠点に繋げていく。	コロナ禍による活動制限と、人員不足により訪問自体が行えず、実態把握不足となっている。 11月ごろからは人員も増え、職場内での情報共有の時間を必ず設けるなど改善した。
【1-2】 自治会・町会等と連携しながら見守りささえあいコーディネーターを中心として、新たな居場所づくりを含め、地域に必要な地域主体の活動場所を2年以内に検討する。	ア) 誰もが地域で孤立しないようにする為、孤立の可能性のある対象者の生活実態の把握に努め、必要な支援につなげる。	現状で実践可能な活動を令和4年6月目標に準備に取り掛かっている。
【2-1】 全職員が通年、窓口や訪問時も含め、新規の見守りキーホルダー登録や広報、勧奨を行うとともに、自治会・町会を通じて配布する独自作成の広報誌（年4回）での呼びかけや	ア) 広報誌の発行年4回 町会の状況に応じて配布方法を工夫する。ポスティングの内容は多くの人目に留まるよう配慮し、隣近所で声かけ合うように周知する。	見守りささえあいコーディネーターが中心となり町会への呼びかけ、パンフレットの配布を行えた。 包括かわら版は今年度作成に至らなかった。 キーホルダー登録会は目標と計画に

年3回の登録会の開催をする。	イ) 見守りキーホルダー登録会 小人数による登録会を実施する。案内の形態を確認、効果を測定し多く広められるよう進めていく。	そって実践できた。 地区担当ごとに年一回それぞれの担当エリアで開催することも検討。
【2-2】 見守りキーホルダー登録者のリストに基づき、地区担当が年1回、前年度末更新者に更新の働きかけをする。 【2-3】 地域福祉課と協力して、地区担当とサブ担当が制度に繋がっていない65歳以上の高齢者を対象に1年以内に、個別訪問を実施し、必要な支援を見極めていく。	ア) 地域福祉課のリストより更新を働きかける。 イ) 地区担当が更新の勧奨をするとともに実態把握を行う。19件資料を送付する。サービス1件つながらる。未把握高齢者のリストに基づき、実態把握を実施。ポスティングや個別の状況に応じた方法で対応していく。	実態把握の難しいケースにおいて、キーホルダー登録や更新を進めるのをきっかけとして介入できた事例もあった。 退職等の理由により、地区担当が年度途中で交代となったことにより計画継続ができていなかった。 次年度は申請書の変更に伴い、登録および更新については計画的に行っていく。
【3-1】 全職員が行政や多職種を包含した形の事例検討会を1年以内に開催し、検証を行うことで地域への適切なアプローチを検討する。	事例検討（検証） 総合相談は地区担当が対応しているが、他の職員が対応時に多職種の視点で適切な支援を行う為に検討会を行う。日常業務の中でカンファレンスや総合相談等から事例を挙げ定期的な職員会議等で検討する。地域ケア会議のケースは職員会議等で挙げるケースを計画していく。	今年度上半期は実践できず。11月以降、日常業務の中でカンファレンスや総合相談等から事例を挙げタレで検討することができた。 地域ケア会議は2月開催予定で準備を進めたが、対象者の緊急入院と蔓延防止の発令により、年度内開催に至らなかった。
【3-2】 事例検討会で得た検証結果をもとに、多職種のチームによる地域へのアプローチ、包括の役割を確認できるようにする。	昨年は実施できなかった。 毎月2回職員会議にて事例報告、検討会を実施する。 多職種による検証を行い、対応方法について共有する。	日常業務の中でカンファレンスや総合相談等から事例を挙げ、所内カンファレンスの結果としてケアマネへの助言等に役立てることができた。 個別ケース記録にも残すことができていた。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	相談内容によりチームで共有し緊急性を見極めて対応する。 3-1		
実施計画	<p>① 地区担当制で相談に対応し、困難事例について随時所内カンファレンスを実施する。職員会議やカンファレンスにて支援内容の振り返りを行い、対応方法について集約する。</p> <p>② 年に2回各町内会役員や民生委員等と地域の実情に合わせて意見交換を行う。</p>	実施報告	<p>① 今年度上半期は実践できず。11月以降、日常業務の中でカンファレンスや総合相談等から事例を挙げタレで検討した。個別に対応方法について詳細を取りまとめた。</p> <p>② 地域ケア会議の開催に向けて、自治会長から地域の実情課題について聞き取りを実施した。コロナ感染症拡大により緊急</p>

	職員会議を通して、開催に向けた調整を行い地域ケア会議へつなげていく。		事態宣言を受け地域ケア会議へつなげることに至らなかった。
--	------------------------------------	--	------------------------------

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	ケアマネジメントに必要な情報提供や多職種連携の場を提供し介護支援専門員をサポートする。		
実施計画	<p>① 蒲田庁舎管内の介護支援専門員研修会や包括主催で行う意見交換会等で介護支援専門員をサポートしていく。意見交換会はケアマネジャーへの情報提供、介護保険制度の共有、困難ケースや多職種連携の視点を持って問題解決へ向かうようオンラインの利用や法人会館で少人数の開催を行っていく。</p> <p>② 蒲田地区医療連携窓口と連携し昨年は1回リモートで多職種連携の会開催への協力を行った。事例を通し多職種連携で意見交換実施。地域でケースの相談ができる関係を構築した。今年度は、地域の現状分析と今後の連携課題の分析を行う為介護支援専門員等から意見収集する。</p> <p>③ 65歳の他施策からの移行は、日常業務の中で支援相談員との連携を図り支援を円滑に進めていく。昨年、障害施策サービス利用者が、介護保険サービス利用で移行にあたり事前にカンファレンス、手続きへの支援を実施した。スムーズに介護保険へ移行ができ、今年度も継続した支援を行っていく。</p> <p>④ 地域のケアマネジャーと情報交換会の機会をつくる。定期的に短時間で開催する方法（オンライン含む）や実施回数・時間帯等の検討を行い実施する。 内容：意見交換、事例検討など 場所：法人会館 3F</p>	実施報告	<p>① 介護支援専門員の研修会で事例報告を通じて問題解決の試案を検討する機会を持つことができた。 多職種による意見交換を対面で開催はおこなわず、各職種者へは電話相談の形でいった。</p> <p>② 第5回多職種連携情報交換会で介護者が死亡後に認知症の高齢者のサポートの介入について、情報提供をした。 包括支援センターで実際に関わっている事例について多職種に知ってもらえる良い機会を得た。</p> <p>③ 対象となるケースはなかった。</p> <p>④ 法人会館での開催には至らなかった。</p>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援の視点からアセスメント、プランを作成し社会資源につなげる		
実施計画	① サービス終了後の参加の場の提供 情報提供フレイル予防や自立支	実施報告	① 区や地域で実施している「体操教室」「憩いの場」のチラシを活用して情報提供を行った。

	<p>援の為の受け皿の少ない通所型サービス、生活支援の訪問型サービス等の社会資源情報を提供する。</p> <p>② 予防プランの所内検討会 ケース担当が対応や判断に困ることがあり、毎月2回の職員会議にてケース報告、検討会を開催する。 目的はプランについて、利用期間の延長の必要性や自立支援になっているか、また自立に向かう為の視点を共有し支援に役立てる。</p> <p>③ 総合相談等から職員内で課題を共有し地域ケア会議を開催する。</p>		<p>散歩や運動が「フレイル予防」につながることを啓発した。</p> <p>② 日々の報告でケースを取り上げてカンファレンスを実施した。具体的事案の抽出から有効資源の活用および搬入の日程調整まで詳細なプラン作成、運用に結びつけることに成功した。</p> <p>③ 対象となるケースの洗い出しを実施したが、対象者が転居となり課題への対応が変化し地域ケア会議の開催に至らず。</p>
--	---	--	---

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

個別目標	1-1	2-1	2-2	2-3
実施計画	<p>① 熱中症予防訪問 11件電話対応。電話ができない方、訪問にて実態把握1件実施。 一人暮らし、見守りキーホルダーへの波及効果を上げるためポスティングや電話にて周知する。</p> <p>② 民生委員等との情報交換の機会を設ける 昨年は訪問では実施できなかったが、電話で担当地域の民生委員と地域の高齢者の相談、困りごとなど情報交換を行い、サービス利用や見守りで生活の維持につながっている。情報交換の少ない地域もあり、今年度も民生委員との情報交換会を継続しネットワークを強化していく。</p>	実施報告		<p>① 熱中症予防訪問は10件あった。うち5件は見守りキーホルダー登録と更新手続きを実施した。 随時、来所、訪問時に熱中症予防のチラシやエアコンの使用、Os1の提供や水分摂取の奨励を実施した。</p> <p>② 民生委員と情報共有は電話で実施した。対面での情報交換の機会を設けることはコロナ感染症の拡大や緊急事態宣言を受けて実施には至らなかった。</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	1-1	1-2	2-1	2-2	2-3
------	-----	-----	-----	-----	-----

実施計画	1-1	1-2	2-1	2-2	2-3	実施報告	1-1	1-2	2-1	2-2	2-3 参照
------	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	-----	--------

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症高齢者とその家族が適切な支援を受けられるようサポートする。										
実施計画	<p>① 法人の会館で認知症カフェを開催する 開催できない場合等は、手紙や電話等で関わりを持っていく。地域で認知症カフェを共催できる人や場について情報収集する。</p> <p>② 自治会、町会等へ認知症サポート養成講座が開催できそうな地域を選定する 高齢者の多い、団地、シルバーピアなどキーホルダーや熱中症などの啓発活動から地域の認知症高齢者等の相談を聞き開催へつなげていく。電話やポスティング等で情報提供しながら感染防止に努め小人数による法人会館の利用も検討し実施していく。</p> <p>③ 認知症の早期発見に努め、対応が困難なケースについては速やかに認知症初期支援チームを活用し、支援方法を検討する。</p>	実施報告	<p>① 認知症を疑われる高齢者や家族に対して個別の相談で対応した。法人の会館で認知症カフェの開催は実施できず。</p> <p>② 啓発活動の場として、来所、訪問時に認知症の高齢者、家族への個別に対応して相談を受けることができた。不在時にはポスティングを実施し啓発に繋げた。認知症サポート養成講座の開催は実施できず。</p> <p>③ 来所、訪問時に認知症高齢の早期発見に見守りキーホルダーの登録が有効であったケースがあり効果を得た。認知症初期支援チームの活動に繋げることは至らなかった。</p>								

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	区主催の研修参加、内部検討会										
実施計画	<p>① 研修後は、所内で伝達し、日常の業務に活用する。</p> <p>② 職員からのヒアリングを行い、検討内容に反映できるようにする。</p>	実施報告	<p>① 職員間情報共有は11月以降に密に行えるようになった。毎日夕礼を実施できた。</p> <p>② 検討した事例に対して得た知見を活用し、他ケースの問題に対応できるよう示唆した。</p>								

大田区福祉部長 宛

令和3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

多世代がお互いの健康を気遣い、見守り合える地域づくりを目指す。

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	「来てみて良かった」「話して良かった」「身近にあって良かった」と利用者を感じてもらえるセンターとなる。	達成度評価
重点項目	1. 高齢者に係る課題だけでなく地域課題を把握し、地域とのつながりを深め、共に解決するパートナーとなる。 2. 高齢者を始め、地域で孤立しがちな住民の方にも、地域とのつながりができるように多職種で協働し働きかけていく。 3. センター内3職種のスキルと経験を活かし、様々な相談も解決へ向けて支援を行う。	A
		S
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-2】 地域の高齢者が自宅から通える場所に介護予防教室やサロンなどを開催し、住民が主体的に活動できる場となるよう支援を行っていく。	【1-2】 ・多世代が健康増進活動に取り組みめるように『ゆいま～る通帳』を地域の様々な機関と協力し活動を拡げる。 ・孤立高齢者の早期発見のため、民生委員をはじめ関連機関との情報共有を密に行い、気になる家庭への訪問の同行や地域サロン活動、自主グループ活動等と関わりを継続し、見守り合える地域づくりに努める。	・多世代へ向けたフレイル予防の取り組みとして「ゆいま～る通帳」を年度内に2回実施することができた。いこいの家、シニアクラブ、児童館など様々な機関と連携し地域へ向けて発信し、フレイル予防の啓発をすることができた。 ・支援が必要な高齢者の早期発見、早期の介入を目指し、特別出張所や民協、自主グループ活動の場において、見守り意識を根付かせるよう地域と関わりを深めた。
【2-3】 認知症対策を地域全体で行えるように、事業所と協力し、多世代へ認知症サポーター養成講座を年2回以上開催する。	【2-3】 ・「ひなたぼっこ（オレンジカフェ）」の活動がコロナ禍でも出来るように、紙面開催やリモート開催等で工夫して実施する。 ・特別出張所や図書館など、地域住民が気軽に行かれる場所で認知症サポーター養成講座を開催する。開催に際しては、少人数での	・地域へ向けた認知症対策の一つである「ひなたぼっこ（オレンジカフェ）」の活動は、紙面で1回、11名の方に郵送による開催や3回の対面による開催（合計24名）も行うなど、コロナ感染症の状況に応じた取組を実施した。 ・9月の世界アルツハイマー月間に合わせ

	開催や講座が開催できない状況の際は、「ひよっとして認知症かも!？」などの冊子を活用し認知症への理解を深める工夫を行う。	て、認知症予防啓発の展示を出張所の区民ギャラリーにて実施した。同時期に図書館でも認知症啓発のコーナーを設けていただいた。また、広報誌（年4回）やひなたぼっこ新聞（年1回）などを通じて、多くの地域住民へ向け認知症の理解を広げ、深める取組を行った。 ・認知症サポーター養成講座の実施はコロナ禍の影響もあり1回の実施にとどまったが実施、多くの申込があった。申込者のお話から次年度の講座、介護者のつどい、ひなたぼっこ（オレンジカフェ）への発展的な関わりを築くことができた。
【3-3】 “ワンストップ”を意識し、管轄外の相談であっても内容に応じて適切な機関へとつなぎ、実績を検証できるよう記録を残す。	【3-3】 ・地域住民の“頼れる相談機関”になれるよう、解決が難しい相談であっても、3職種で解決策を検討し解決に向けチームで支援を行う。 ・担当者不在時でも、できる限りの対応を行うように、分かり易い記録や申し送り方法を所内全体で身に付けられるように、研修などを実施する。	・毎日の申し送りの際、所内全員にて情報共有を実施、支援方針の検討、決定を行うことができた。解決が難しい相談においては、3職種での検討はもとより、社協や障害支援担当などと連携し支援を継続した。 ・所内ミーティングなどを通じて、記録や申し送りの方法などの標準化を進めた。また、諸研修や事例検討会などを通じて職員の資質向上につなげた。

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	多様化する課題へも解決に近づけるよう、多職種がそれぞれの専門性を発揮しチームで解決にあたる。		
実施計画	① 虐待ケースの早期発見・解決に向かう様に所内での情報共有や事例検討を随時行う。 ② 社会福祉士の専門性を活かし適切な権利擁護支援を行い、より専門性の高い支援が必要な時には社会福祉協議会や弁護士などと連携し解決を行う。	実施報告	① 毎日のミーティングで情報共有をした。必要時には、随時事例検討を行い、今後の支援方針を職員全員で検討した。 ② 成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の必要性が予測される方には社会福祉協議会と連携し根気よく説明、支援した。また、必要時には法務支援を活用し、専門性の高いアドバイスを受け解決の方向性を見出した。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	『共生社会』の実現に向け、“切れ目のない支援”を実践する。		
実施計画	<p>① 地域全体のマネジメント力向上を目指し、管内の居宅介護支援事業者と勉強会を開催する。開催については時期の検討をすすめながらwebや紙面等による開催も検討していく。また、包括が持つ社会資源の情報提供などを定期的に行う。</p> <p>② 民生委員をはじめ地域の多様な団体・機関などと共に、地域の見守り意識が高まるよう、地域ケア会議等を活用し関係を深める。</p>	実施報告	<p>① 近隣の居宅介護支援事業所と合同ケース検討会議を1回開催した。webによる区主催のケアマネ研修が多く開催されたため、包括主催でのweb勉強会は実施せず。糞谷・羽田地域庁舎主催のケアマネ連絡会研修（3回開催）にて、包括から社会資源の情報提供をおこなった。</p> <p>② 区職員・医療・介護の関係者が参加したケース検討会議は20回程度を主催。虐待対応などにおいて、各機関と意見交換を繰り返し、連携を強めることができた。民生委員に向けては、定例会議（民協）において、見守り意識を高めるための発信を心がけ、地域の情報共有に努めた。</p>

（3）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	住民の『地域ぐるみでの健康活動』や『フレイル予防』への取り組み意識を醸成する。		
実施計画	<p>① 地域の医療機関とも連携し、健康やフレイル予防に関する講座を定期的で開催する。</p> <p>② フレイル予防活動として「ゆいま〜る通帳」を実施し、地域の様々な場所（近隣スーパー、薬局、病院、図書館など）に広報する。取り組まれた方々にアンケートを実施し“地域の担い手”の発掘に活かす。</p> <p>③ 自治会やシニアクラブなど様々な機関や人と連携しながら、ウォーキングやポッチャなど多世代でフレイル予防（健康づくり）に組み、住民の自助意識向上に努める。</p>	実施報告	<p>① コロナ感染状況を鑑み、7月から介護予防教室を3回開催（合計34名）した。当初1教室で行っていたが、参加希望者が多く2教室に増やした。又、糞谷・羽田地区のいこいの家やシニアステーション等と連携しリモート体操を開催した。</p> <p>②③『ゆいま〜る通帳』を年2回実施。総冊数は110冊。自治会やいこいの家、シニアクラブ、児童館など様々な機関と連携し、多世代に向けて、フレイル予防の啓発を行うことができた。この通帳をきっかけに「運動習慣がついた」という声も多く上がり、住民の自助意識の向上にもつながった。</p>

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

個別目標	住民間で相互に支え合いができる地域を目指し、多世代へ向けた取り組みを強化する。		
実施計画	① 多世代を対象としたフレイル予	実施報告	① 新型コロナワクチン接種予約支援や期日

	<p>防ツール「ゆいま〜る通帳」や地域情報誌「お役立ちガイド」を活用し、関係各所（自治会・民生委員・シニアクラブ・いこいの家・児童館など）との関係づくりに努め、多世代に向けて地域包括支援センターの周知を図り、地域の見守りの輪が広がるよう働きかける。</p> <p>② 住民主体の『見守り活動』が生まれるよう、防災活動や地域力推進分科会へ参加し、見守り活動の啓発を行う。</p>		<p>前投票の期間中に『お役立ちガイド』を配布。内容がとても好評で、関わりの少なかった幅広い世帯に包括を PR することができた。子供連れの保護者が「どういセンターですか？」と、来所されることがあった。また、『ゆいま〜る通帳』に孫と祖母で挑戦したり、友人に勧める方がいたり、本事業を通じて、世代間交流が生まれ、ゆるやかな見守りの輪を育むきっかけの1ツールになりつつある。</p> <p>② 今年度は、新型コロナの影響で、防災活動や地域力推進分科会は規模縮小や中止となるが多かったが、自主グループの活動の場や介護予防教室にて、大田区の「見守りシート」や「防ごう！高齢者虐待」の冊子等を配布し、“見守り”について啓発を行った。</p>
--	--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	介護・医療機関のみならず、障がい・児童などの機関とも積極的につながり、地域課題の解決に向けた連携を強化する。		
実施計画	<p>① 管内8社会福祉法人連絡会の継続、発展を目指し、各々の課題共有だけでなく、共に地域課題の解決のために貢献できる体制構築に努める。</p> <p>② 地域福祉コーディネーターと連携し、民生委員や地域住民と共に、多世代の課題解決に努める。</p>	実施報告	<p>① 管内8社会福祉法人連絡会は、新型コロナの影響で今年度は実施されなかったが、使用済み切手を集めて社協に寄付する取り組みを今年度も実施し、管内の社会福祉法人との関係づくりに努めた。</p> <p>② 糀谷羽田地域において、ICT を活用した取り組み「スペシャル体操」を6回、地域福祉コーディネーターと連携し実施（合計60名）した。次年度はさらに連携を深め、互いに協力しながら地域づくりを行っていききたい。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域住民が認知症への理解を深め、支え合える地域の構築を図る。		
実施計画	<p>① 広報誌「ゆいま〜る」や「ひなたぼっこ新聞」等を活用し、出張所や図書館、児童館などと連携し、多世代へ認知症に対する理解を深める取組みを行う。</p>	実施報告	<p>① 出張所の区民ギャラリーにて、世界アルツハイマー月間をテーマに認知症に関する展示を行った。同時期に大森南図書館でも認知症に関するコーナーを設置していただくことができた。区民ギャラリー</p>

	<p>② 介護事業所運営推進会議での情報発信や、医療機関、商店等へ訪問を行い、区の認知症施策への理解、協力を得ることで認知症の早期発見ができるよう支援体制を構築する。</p>		<p>や広報誌ゆいま〜る、ひなたぼっこ新聞などを活用し、多世代に向けて認知症に対する理解を深める取組みを実施することができた。</p> <p>② コロナ状況を鑑み、11～1月に認知症カフェ、11月に認知症サポーター養成講座を1回開催（14名）した。認知症初期集中支援チームとしての対応はなかったが、年度末にチーム医との1年間の振り返りや認知症検診を受けた方の状況およびDrの治療方針について意見交換をした。</p>
--	---	--	---

(7) その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	成年後見制度の利用が促進するように働きかける。		
実施計画	<p>① 支援が必要な高齢者の早期発見につながるように、地域との情報共有に努める。</p> <p>② 大田区社会福祉協議会おおた成年後見センターとの連携を強化する。</p>	実施報告	<p>① 早期に介入することをめざし、自治会長会議や民協・自主グループにむけて、包括の役割が周知されるように発信を続けて、相談をしやすい関係性を築くように心がけた。</p> <p>② 社協成年後見センターへは、年度内で10ケース程度の相談をし、高齢者の権利擁護につながる連携を強めていくことができた。</p>

六田区福祉部長 宛

令和3年度 六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

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

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	職員一人一人が、包み込むような優しさ・安心感で、相談しやすいにつなげる “やさし〜い” 地域包括支援センターを目指す	達成度評価
重点項目	1. 認知症の親と障がいのある子どもの世帯や生活困窮者等への積極的な総合的支援を、利用者だけでなく家族も含めて行う。また、総合支援は包括だけで行うのではなく、関係機関と連携を強化しながら行っていく。	A
	2. 「フレイル」「防災」をキーワードに、自助・互助の核となる、助け合い・顔の見える関係・「いざ」の時のための地域のつながりの強化を図る。また、自助・互助による社会資源を充実させるため、多世代にもつながりを広めていく。	A
	3. 積極的な総合的支援のため、法人のバックアップ力を活かし、他職種・他機関との連携を幅広く行い、関係強化を図っていく。	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：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check & Act)
【1-3】 積み重ねた連携から、チームアプローチを図りやすくすることで、相談しやすい包括となる。	<ul style="list-style-type: none"> ・所内での申し送りを強化し、支援方針の検討を毎日行う。 ・所内でケース支援についての振り返りの強化。 ・関係機関との勉強会（生活保護・障がい等）。 ・アウトリーチになりうる機関との関係構築。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所内での申し送りは1日3回行い支援方針の検討を迅速に行うことができた。 ・権利擁護支援検討会議に2回参加。多職種との連携強化を図ることができた。 ・多問題を抱える世帯へのアプローチには他機関（社協や障害担当、生活福祉課等）と密に連携することができた。 <p>上記より計画通り進行できている。</p>
【2-3】 継続して活用できる社会資源が近くにある地域を目指すため、多世代を巻き込んだ地域のつながりを深め、自助・互助の関係をさらに広げていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・若年層への啓もう活動（認知サボ等）。 ・新しいコミュニティでの活動の立ち上げ。 ・町のキーパーソンとの連携の強化。 ・地域のつながりを深める支援を行 	<ul style="list-style-type: none"> ・糺谷中学校の福祉授業では若い世代に認知症や障がいがある方の気持ちを知っていただく機会を作ることができた。 ・コロナ禍で十分な活動ができない中、町会単位での地域活動の活性化を支援。オ

	う（福祉のまち靴谷かわらばんの活用）。	<p>オンライン体験などの説明を町のキーパーソンの方に行い参加に繋げることができた。</p> <p>・福祉連絡会では次年度に向けかわらばんの活用を福祉施設の事業者に提案することができた。</p> <p>上記により計画通り進行できている。</p>
<p>【3-3】 1～2年目で築き上げてきた連携関係をさらに強化し、専門職からも相談しやすい拠点となる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門性をいかした他機関支援のさらなる強化。 ・所内での情報共有・連携を強化しどの職員でも同様の対応ができる。 ・関係機関との事例検討・振り返り強化のため支援者会議の拡充を図る。 	<p>・靴谷羽田地区のケアマネ連絡会では近隣事業所のケアマネージャーのまとめ役としてケースワークの向上を図ることができた。</p> <p>・所内でケースワークの標準化を目指し、月に2ケース運営会議にて事例検討を行った。</p> <p>・地域ケア会議以外でもケースの共有のため積極的に支援者に声掛けし支援者会議を開催した。</p> <p>上記により計画通り進行できている。</p>

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	所内で共通支援方針・組み立ての強化を図る		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① ケースの申し送り、支援方針の検討を毎日行う。 ② 事例検討による、初動での見立てのスキルアップを図る。 ③ 支援の振り返りを行い、支援方針のスキルアップを図る。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 包括運営会議や日々の申し送りにて実施することができた。 ②③日々の申し送り時に共有、検討することで所内での統一した対応ができている。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	事業所との連携の可視化を図る		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域ニーズのアンケート、地域情報等を、事業所へ提供する（年4回）。 ② 相談しやすい窓口としてSHS T（安心・おもてなし・笑顔・連携）を再確認する。 ③ かわらばん・HPを活用し、近隣 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① コロナ禍でアンケートはできなかったがシニアクラブの情報や靴谷地区の情報を「一人でもウォークラリー」で近隣の福祉事業所に発信することができた。 ② ワンストップでの相談援助を心がけた機関につなげる対応をすることができている。

	事業所と地域をつなげる。		③ 福祉連絡会で糀谷かわら版を活用し、地域と近隣事業所とをつないでいく予定だったがコロナ禍で開催が年度末に1回のみとなった。その際かわら版の活用を提案した。
--	--------------	--	--

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	自立支援に取り組んだ先へのアプローチの実現化		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 社会資源への適正なマッチング支援のため、ケース検討を実施する(月1回以上)。 ② 自立を妨げるサービスを継続しているケース検討のフォローアップを実施する。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① コロナ過でも活動している団体を把握し繋ぐことができています。いこいの家やシニアステーションの情報を共有しケース検討にいかす事ができた。 ② 3包括合同自立支援検討会議にて、自立支援3ケース、支援困難4ケース計7ケースについて、多職種で検討。総合事業の理念を再確認するなどケアマネージャー支援を行う事ができた。

(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	新たに生じた地域ニーズに向けて、支援を行う		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① リモートつなご〜るの構築。 ② 予防を踏まえた地域活動再開の後方支援を行う。 ③ 若年層への啓もう活動(年2回以上)。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① ②コロナ過で活動が出来ていない団体に対しオンライン体操をリモート(スマホ)の活用等でフレイル予防(離れてもつながる取り組み)を推進する事ができた。 ③ つながる掲示板を地域の方との連携に活用。若年層との関わりもできている。

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域と共働出来るよう、地域とのつながりを深める		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 見守りネットワークの現状を再検討し、大田区や地域に発信する。 ② 課題解決に向けた地域ケア会議を行い、圏域での課題を積み上げる。 ③ 地域活動のモチベーションが継続出来るよう、「やりたい」の声に支援を図る。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 大田区見守り事業に関してアンケートを行うなど見直しを行う事ができた。 ② 個別レベルの地域ケア会議を7回開催、日常生活圏域ケア会議を1回開催したことにより課題解決に向けた話し合いができた。 ③ 糀谷中学からの福祉体験授業(3年生140人)を近隣福祉事業者50名が参加し開催する事ができた。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	地域の方が認知症のことを気軽に相談できる地域づくりへの支援		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 医師と地域住民を繋ぐ、さらなる関係づくりの強化。 ② 初期集中支援チームの活用を積極的に取り組む。 ③ ウェブの活用を含め多世代への認知症理解の啓蒙に取り組む（認サポ等）。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① 近隣のクリニックとの連携が構築できているため未受診の方を医療機関にスムーズにつなぐことができています。 ② 認知症の方に対しては初期集中チームとして医師と連携しながら取り組むことができた。 ③ 糀谷中学での福祉授業では認知症の当事者の方にインタビューを行い、気持ちを語ってもらうなど若い世代へ認知症の啓蒙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	フレイル予防や高齢者支援への理解をより多世代へ啓発していく		
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ① フレイル予防を若年層から高齢者に勧めてもらえるように多世代が参加でき、つながりを感じる活動を行っていく。 ② 社協との連携強化（ボランティアのマッチング等）。 	実施報告	<ul style="list-style-type: none"> ① オンライン体操で活動がストップしていた団体に声掛けし、参加してもらう事で再開支援を行う事ができた。フレイル予防（ひとりでもウォークラリー・年度内に2回開催 合計 1,400名の参加）を通じて地域のつながりを再構築する機会を持つことができた。 ② 社会福祉協議会と連携する事で食糧支援につながる等、連携する事で地域への支援に幅が広がった。

1 事業目標

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

● 機能アップ3か年計画《令和元年（平成31年）度～令和3年度》

目指す姿	積極的に地域へ出向き、地域の自助と互助に関係性を醸成するとともに、地域の方が気軽に集い、様々な相談に乗ることが出来るセンターを確立することで、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる街づくりを担っている。	達成度評価
重点項目	1. ケースワークの向上とチームワークを強化する。どんな相談にでも対応することが出来る相談力を身に着ける。 2. 孤立しない・取り残されない地域づくりのために、積極的に地域へ出向く。また、シニアステーションの活用を伝えていく 3. 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりのために、認知症施策を促進させる。	A
		A
		A

「達成度評価」には重点項目について「S」「A」「B」を記入する。

「S：想定以上の成果が見られる」、「A：計画どおりに進捗している」、「B：計画に遅延または変更がある」

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目進捗報告》

【項目番号】 具体的な取組み (Plan)	3年目実施計画 (Do)	3年目実績・今後の展望、課題 (Check&Act)
【1-1】 毎日の申し送り、ケース回覧により状況を共有する。ケース検討はホワイトボードで検討自体が見える化し、様々な相談に対応することができる力を職員全員で取り組む。	【1-1】 ①ケース検討を役割(提供者・進行・板書など)持って進行し、包括の方針を共有する。 ②研修は職員がテーマを決めて計画・実施する。また、権利擁護・成年後見制度の活用の手引き、精神保健福祉、若年性認知症支援などケースワーク力の向上、複合課題ケースへの対応において必要な知識と実践力の向上を目的とした研修を取り入れていく。(コロナ禍のため、伝達研修も含め実施) ③出張相談会をしていることをもっと地域にPRして認識してもらう。	①高齢者虐待対応においてコア会議を開催する前に包括内にてケース検討を実施。包括としての支援方針などを共有して上でコア会議に臨むように取り組んで。高齢者虐待対応以外のケースにおいても支援検討が必要なケースについては随時、包括内でケース検討を実施した。 ②職員から参加希望があった研修への参加だけでなく、職員一人ひとりの役割や相談援助技術、研鑽に取り組んでほしい分野などに応じた研修の分配を実施。研修参加後は、包括内のミーティングや申し送りにて伝達研修を定期的実施した。 ③町会・自治会、シニアクラブなどの活動に参加した際にフレイル予防や認知症、介

		<p>介護保険関係、若い支度など出張相談会ができる旨、周知を行った(年間25回実施)。</p>
<p>【2-1】 高齢者見守り活動特別分科会(地域力推進羽田地区委員会)の中で、地域住民・各関係機関と連携し、誰もが社会参加できる地域づくりを取り組む</p>	<p>【2-1】 ①都営住宅を中心に見守りキーホルダー登録更新会を開催する。 ※新型コロナウイルスの感染状況などにより対面での登録更新会の実施が難しい場合は、電話や手紙、地域の掲示板に高齢者見守りキーホルダーの登録・更新の案内チラシを掲示し、高齢者見守りキーホルダーの登録更新の勧奨を行う事とする。 ②健康測定会や災害時の勉強会など各町会で出た意見をアプローチし、年間を通して実行していく。 ③羽田地区自主グループ懇談会を年2回開催する。自主グループPRの広報誌を作成する。 ※新型コロナウイルスの感染状況によっては、対面での開催を1回する。また、各自主グループの開催状況や開催においての困り事など定期的に確認していく事とする。</p>	<p>①都営住宅を中心に高齢者見守りキーホルダー登録・更新に関する案内チラシを配布。高齢者見守りキーホルダー登録・更新の勧奨を行った(年4回実施)。 ②新型コロナウイルス感染症の影響もあり町会・自治会においての活動自体が開催できておらず、各町会・自治会へのアプローチはできなかったが、地域力推進羽田地区委員会に参加した際に参加されている町会・自治会長に高齢者見守り活動の進捗状況の確認を実施。グループホームや地域密着型デイサービスなどが開催する運営推進会議にて参加された町会・自治会長に地域の状況などの確認を実施した(年12回実施)。 ③羽田地区自主グループ懇談会の開催は新型コロナウイルス感染症の影響などによりできなかったが、各自主グループの開催状況や開催においての困り事など定期的に確認。</p>
<p>【3-1】 「地域ケアコミュニティ」のこれまでの活動を振り返り、方針を再度検討する。検討結果を3包括(糺谷・羽田管内)で共有する。</p>	<p>【3-1】 ①「知って安心。認知症講座」等を開催し、地域に向けて認知症予防・早期治療を促す。 ※新型コロナウイルスの感染状況によっては、対面での実施は難しい可能性があるため、地域の介護保険事業所と連携し、YouTubeLive など web を活用した認知症予防の啓発に取り組んでいく。 ②児童館や中高生ひろば、子ども食堂などで認知症セミナーや高齢者疑似体験を開催し、多世代に向けたアプローチを行う。 ※新型コロナウイルスの感染状況によっては、認知症セミナーや高齢者疑似体験の実施が出来ない可能性がある。中高生ひろばについては、はねだ伝言板を通じての交流を実施。児童館</p>	<p>①新型コロナウイルス感染症の影響により対面での講座等の開催が難しい状況であったが、認知症カフェについて、講義形式に変更し「オレンジ講座つながる 認知症カフェ教室バージョン」として開催。「認知症予防×フレイル予防」をテーマに講師の方に講演をして頂き、自宅で行い始める運動についても実施する事ができた(年5回実施)。 ②新型コロナウイルス感染症の影響により児童館や子ども食堂などで認知症セミナーや高齢者疑似体験を開催する事ができなかった。ただ、地域力推進センター内にある中高生ひろばと連携し「スマホで交流ひろば」を実施。スマートフォンの操作等に困っている高齢者より相談があった際に、中高生ひろばを利用している中高生</p>

	<p>や子ども食堂については、包括や認知症についてのチラシなどを設置してもらい、互いに負担にならないような関係性づくりの構築を進めていく。</p>	<p>からスマートフォンの操作等を教えてもらう取り組みを行った(令和3年度3件の相談実績あり)。また、羽田地区ではないが、隣接している糺谷地区にある糺谷中学校の中学3年生を対象とした福祉体験の実施にあたり協力した。</p>
--	---	---

2 事業実施計画

(1) 総合相談支援業務（虐待防止、権利擁護を含む。）

個別目標	よろず相談所としての機能を強化する		
実施計画	<p>① あらゆる相談に対してワンストップで対応し、歩いて行ける距離での相談に乗れる環境づくりのため、出張相談会を地域のイベントに合わせて行う。</p> <p>② 権利擁護事業や高齢者虐待防止、消費者被害などは所内で検討し、迅速に対応。予防のための啓発活動を家族会やオレンジカフェ、そのほかの地域活動で行う。</p> <p>※新型コロナウイルスの感染状況によっては、介護保険事業所や民間企業などと連携。介護保険事業者や民間企業のweb環境を活用し、webでの権利擁護、消費者被害などの研修を開催する。関係機関が地域向けに開催している権利擁護、高齢者虐待防止、消費者被害などの研修の周知を実施していく。</p>	実施報告	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により出張相談会の実施はできなかった。ただ、町会・自治会の会合やシニアクラブの地域向けのイベントなど地域に出向く機会はある。その際、参加者から介護保険サービスや古い支度に関連する質問があった際は相談対応を実施。「出張相談会」と型にはめず、地域に出向いた際に、その場の相談に対応する事で歩いて行ける距離での相談に乗れる環境づくりのきっかけになった。</p> <p>② 権利擁護事業や高齢者虐待防止、消費者被害などの相談があった際は所内で共有。包括羽田として支援の方向性の確認を所内で実施している。また、「オレンジ講座つながる 認知症カフェ教室バージョン」において古い支度の講演や家族会にて成年後見制度利用について説明を実施。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	管轄内の居宅介護支援事業所及び介護事業所との連携を深め、地域の関係機関とのネットワーク構築を行う。		
実施計画	<p>① 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、コロナの状況によって回数は変動、web等の活用も検討)</p>	実施報告	<p>① 糺谷・羽田地域福祉課主催のケアマネ連絡会を年3回実施。介護保険法改正、ケアマネジメント業務の困り事、在宅での終末期医療、精神疾患を抱えている患者</p>

	<p>る)</p> <p>② 個別ケース検討（カンファレンスなど）を居宅介護支援事業所及び介護事業所と連携して行い、統一して支援方針の構築、細やかなケースが対応できる体制を作る。（適宜）</p> <p>③ 管轄内の居宅支援事業所との事例検討会や懇談会を行う。（年 1 回程度、web の活用も検討）</p>	<p>（高齢者）への対応をテーマに対面で開催する事ができた。</p> <p>② 支援困難型の個別レベル地域ケア会議についてケースを担当している居宅介護支援事業所のケアマネジャーや介護保険事業所のサービス提供責任者等に参加してもらい、支援方針の検討や、役割分担等を実施。細やかなケース対応と情報共有ができる体制を作る事ができた。</p> <p>③ 令和4年1月に包括羽田管内の居宅介護支援事業者との勉強会を企画していたが、新型コロナウイルスの感染拡大により延期となってしまった。勉強会実施に向け関係機関との検討を重ねてきた事から令和4年度に実施ができるよう包括内で検討していく。</p>
--	---	--

（3）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	地域に向けて心身ともに健康で過ごしていただくための支援を積極的に行う。		
実施計画	<p>① シニアステーション羽田と連携し、介護予防事業・元気維持の教室を開催する。</p> <p>② 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。</p>	実施報告	<p>① シニアステーション羽田と連携し、介護予防事業・元気維持の教室を開催。新型コロナウイルスの感染状況を見ながら各教室の参加人数の増員等を実施。</p> <p>② 地域福祉コーディネーターからの情報提供により令和3年度に新たにボクシングの要素を取り入れた運動教室を実施。コロナ禍での認知症予防・フレイル予防の取り組みとして注目を集めているeスポーツについての情報提供を頂く等、地域福祉コーディネーターとともに社会資源の発掘に取り組んだ。</p>

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

個別目標	羽田地区の見守りささえあいネットワークを構築する。		
実施計画	<p>① 独居高齢者が特に多い、都営住宅（羽田5丁目、萩中3丁目、本羽田2丁目）を中心に高齢者見守りキーホルダー登録更新会を開催する。</p> <p>※新型コロナウイルスの感染状</p>	実施報告	<p>① 新型コロナウイルスの感染状況等により対面での高齢者見守りキーホルダー登録・更新会の開催はできなかったが、独居高齢者が特に多い、都営住宅（羽田5丁目、萩中3丁目、本羽田2丁目）を中心に高齢者見守りキーホルダー登録・</p>

	<p>況などにより対面での登録更新会の実施が難しい場合は、電話や手紙、地域の掲示板に高齢者見守りキーホルダーの登録・更新の案内チラシを掲示し、高齢者見守りキーホルダーの登録更新の勧奨を行う事とする。</p> <p>② 地域力推進羽田地区委員会「高齢者見守り特別分科会」のリーダーとして、自治町会の見守り活動の後方支援として、情報提供や個別支援を迅速に行う。</p>	<p>更新会のチラシの戸別配布を実施。高齢者見守りキーホルダーの登録・更新の勧奨を実施した(年4回実施)。</p> <p>② 地域力推進羽田地区委員会「高齢者見守り特別分科会」のリーダーとして、令和3年度の取り組みについて、羽田特別出張所、羽田地区自治会連合会会長、羽田地区民生委員協議会会長と検討を実施。新型コロナウイルスの影響等により、引きこもりとなり社会参加する機会が少なくなった高齢者への取り組みとして羽田版ウォークラリーの実施に向けて調整等を行い、令和4年3月1日から「羽田・萩中ウォークラリー」を開催する事に繋がった。</p>
--	--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	人と人とのつながりを大切にする羽田地域の地域性を生かしたまちづくりを行う。	
実施計画	<p>① 積極的に地域へ出向き、羽田の地域特性を町丁別や個人・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。</p> <p>② 地域ケア会議においては、個別レベル会議(自立支援・重複課題など)を開催し、地域の方とともに課題解決する形を確立する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 新型コロナウイルスの感染状況等により積極的に地域に出向く事はできなかったが、町会・自治会の会合やシニアクラブの地域向けのイベント、自主グループの活動等に参加。活動の場に出向く事で参加者の表情やADL 状態、参加者同士の交流の状況の把握ができた。また、町会・自治会長、シニアクラブの代表者、自主グループの幹事などから活動状況や活動を行っていく上での困り事等を直接、伺う事ができた。</p> <p>② 支援困難型の個別レベル地域ケア会議にケースの担当地区の民生委員に参加してもらい、情報共有と課題解決に向けた検討を実施(年6回実施)。ケースによっては、介護保険サービス等の支援が必要であっても導入が難しい場合がある事、支援を受け入れてくれるまで細く長く関わりを持ち信頼関係の構築が必要な場合もある事を説明。その上で、民生委員等、</p>

地域の協力が欠かせない事について理解を求めた。

(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せるまちづくりを行う。	
<p>実施計画</p>	<p>① 認知症地域支援推進員や看護師による医療機関や地域の関係機関とのネットワーク強化や MCI（軽度認知障害）の早期発見を行う。また、初期集中支援チームでの支援ケースを継続的に重ね、専門性のある支援体系をサポート医と連携して確立する。</p> <p>② 家族会を定期的に関催し、ピアカウンセリングや情報提供の機会を作る。 ※新型コロナウイルスの感染状況により対面での家族会の実施が難しい場合は、家族会参加者に認知症などに関連するパンフレットやチラシを郵送などで配布。家族会に参加している方々が孤立・孤独にならないよう働きかけを行う。</p> <p>③ 認知症の早期発見予防・多世代に向けた啓発・地域のネットワークづくりを具体的に取り組む(知って安心認知症、オレンジカフェ、高齢者見守り訓練、高齢者疑似体験など) ※新型コロナウイルスの感染状況によっては、対面での実施は難しい可能性があるため、地域の介護保険事業所などと連携し、YouTubeLive など web を活用した認知症予防の啓発に取り組んでいく。また、包括が主催でない認知症カフェなどの取り組みを把握。認知症カフェなどに取り組んでいる事業者や団体、個人については、事業が継続できるよう包括に関わる事、地域住民には包</p>	<p>実施報告</p> <p>① 大田区認知症検診の実施にともない、包括羽田管内で大田区認知症検診を実施している医療機関6か所を訪問。包括羽田のパンフレット、認知症サポートガイドを持参し、認知症検診受診者の中で検診結果の通知前に包括が関わった方が良いと考えられる高齢者やその家族等がいた場合、渡してほしい旨、依頼した(年2回実施)。また、認知症初期集中支援チーム員会議を毎月実施。認知症サポート医と連携し、介護保険サービスや医療機関受診等の在宅生活を継続していく上で欠かせないと考えられる支援に繋ぐ事ができた。</p> <p>② 新型コロナウイルスの感染状況により緊急事態宣言等が発令されている期間の開催ができなかったが、令和3年度は5回実施。口腔ケア、栄養といった健康に関する事、成年後見制度を含めた老い支度について講師を招き実施。また、家族会に参加している方同士でフリートークを実施。認知症介護等、日々の介護についての意見交換等を行った。参加者からは、このように日々の介護の事を話せたり、介護や医療などについて学べる機会がある事は良い事との意見を頂いた。</p> <p>③ 新型コロナウイルスの感染状況により緊急事態宣言等が発令されている令和3年上半年期は開催ができなかったが、令和3年11月から毎月1回(計5回)、対面で講義形式での認知症カフェ「オレンジ講座つながる 認知症カフェ教室バージョン」を開催。「認知症予防×フレイル予防」をテーマに実施した。認知症の早</p>

	<p>括主催以外での認知症に対する取り組みがある事を周知。地域のネットワークづくりを進めていく。</p>	<p>期発見予防・多世代に向けた啓発・地域のネットワークづくりを具体的に取り組みとして、地域の介護保険事業に相談しYouTubeLiveなどwebを活用した認知症予防の啓発が取り組めないか意見交換も定期的の実施している。</p>
--	--	--

(7) その他 (大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	フレイル予防を地域に拡げる	
<p>実施計画</p>	<p>① 自主グループ懇談会が出来る状況になったら開催する。自主グループの代表には定期的に連絡を取り、状況把握とグループ維持のために継続的に支援をする。</p> <p>② 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”をコンセプトに「羽田パスポート」を計画・実施する。シニアステーション羽田と連携し、自主グループや羽田シニア会など幅広い地域に向けて取り組みを推進する。</p>	<p>実施報告</p> <p>① 令和3年度は、新型コロナウイルスの感染拡大等により自主グループ懇談会の開催はできなかったが、各自主グループの開催状況等について各自主グループの代表者と連絡を定期的に行い確認。活動再開の際は活動再開支援も含め活動に参加。活動継続についての困り事等の聞き取りを実施。自主グループによっては、代表者が体調不良等で代表を継続する事ができなくなってしまい自主グループ自体がなくなってしまう可能性もあるグループもあったが、包括が活動再開支援を行う事で継続して活動しているグループもあり。今後も活動再開及び活動継続の支援を行っていく。</p> <p>② 令和3年度から「羽田パスポート」を実施。羽田パスポートを取り組まれている方からは好評で2冊目に取り組んでいる方もいる。羽田パスポート実施にあたり大田区社会福祉協議会や地域福祉コーディネーターの支援もあり。令和3年度に取り組まれた方の意見等も伺いながら令和4年度も継続して取り組む事で“一人でも行える・日常生活動作がすでにフレイル予防”を地域に浸透させていきたい。</p>

