

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計画書

センター名 大森

1 事業目標

地域共生社会を見据え、だれもが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	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
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する事が出来るように、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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。 【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。	・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お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しながら地域へのアプローチを行っていく。
【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。 【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。	・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ークの核となるつながりを構築する。

	<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。
<p>【3-2】 実際の事例を題材とし、「バ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>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。

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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。

(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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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ボトムアップを図る。

(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	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>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>
--	--

（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	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>

（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>

（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> <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>

（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>

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計画書

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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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）	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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>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>

<p>【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、アロマセラピー、お化粧品、おしゃれクラブなど)</p>	<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。</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>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。</p>
<p>実施計画</p>	<p>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>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<p>個別目標</p>	<p>地域の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。</p>
<p>実施計画</p>	<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年4回開催する。</p> <p>② 複合課題への対応力向上も視野に、高齢分野に関連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>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>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。</p>
<p>実施計画</p>	<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 絆サポート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>

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

<p>個別目標</p>	<p>地域の多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。</p>
<p>実施計画</p>	<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>

(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	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。 ② 民生委員児童委員協議会、包括大森と協力し、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。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	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。
実施計画	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。 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。

(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	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。 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。

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計画書

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。
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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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組みを実施、最終的には住民全体の活動とする。	町会・自治会・民生委員・出張所と連携し、町会会館等で地域活動（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。
【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れる機会をつくる。	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、専門職と関われるようにする。
【3-3】 個別ケースの見直しをチームごとで定期的することで、ケースを共有し、チーム力の向上を図る。	チームごと1回/週の個別ケース検討を実施する。チームごと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。

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	① 地域の社会資源を把握し、様々な機関と連携を図る ② 自治会町会等との連携を強化する。 ③ 各職員の専門・対人スキルを強化するため、チームごと定期的に見直す時間を設ける。

(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	① 介護支援専門員への支援として、研修を6回/年（2回/年は初任者向け）開催する。 ② 主任介護支援専門員のスキルアップを図るため、主任介護支援専門員が主体となり、地域の介護支援専門員向けの研修を企画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。 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。

(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	① 地域の社会資源の情報を集約することで、各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。 ② 居場所づくりへの支援と活動の場の提供をする。

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

個別目標	互助を強化することでいつまでも住み慣れた場所で生活が継続できる地域をつくる。
実施計画	① 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。 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。 ③ みま～もを通しての世代間交流により、高齢者のやりがい、意欲向上に繋げる。 ④ 高齢者が担い手となり活動できる事業を展開する。

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	【1-1】【1-2】医療・介護・地域をつなぐ役割を担う。
実施計画	① 地域へ積極的に向き、多くの機関と連携する。 ② 地域ケア会議を通して、地域課題を明確化し、町会・自治会・民生委員・各専門機関等と連携し、解決策を見出す。 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。

(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への正しい理解者を増やす。
実施計画	① 認知症カフェの周知と拡大。 ② 認知症サポーター養成講座の開催。

(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。 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。

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計画書

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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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を行う。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p>※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。</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>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。
【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。	<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。

	<ul style="list-style-type: none"> ・スマホ講座（シニアステーション）の勧奨
【2-1】ケアマネ連絡会、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。
【2-2】地域ケア会議の定期開催、及び管轄内主任ケアマネ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。
【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。【2-1】実施計画通り
【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>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。</p>
【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。	<p>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。</p>
【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。	<p>「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。</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	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	<ol style="list-style-type: none"> 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によって相談しやすい環境をつくる。また出張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げる。 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。

（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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 ② 地域包括ケア会議を定期的で開催し、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。

(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 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。 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。 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。

(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	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。 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。 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。 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。

(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	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。

(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
実施計画	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。 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に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。 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。

(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
実施計画	① 見守りキーホルダー周知と更新業務を推進。 ② 区と連携し戸別訪問（一人暮らし、熱中症予防）の実施。 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。地域ボランティアセンターの活用。

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計画書

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。
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。 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。 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出来るよう、社会資源の情報整理を行う。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。
【1-2】地理的に買い物が不便な為、『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。	「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。 ・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）
【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>「住み慣れた地域で暮らすため」の地域情報誌を基盤に、地域包括支援センターの周知に努める。</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）
【2-1】ケアマネ連絡会、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、地域の居宅支援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、学習会懇談会等を企画・共催を目指す。
【2-2】地域ケア会議の定期開催、及び管轄内主任ケアマネの会議への輪番参加を促す。	<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、地域課題の抽出につなげていく。</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。
【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>馬込地区における「高齢者見守りキーホルダー」登録事業を積極的に推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域力推進会議・民協・区設掲示板等を利用してPR、登録会の開催。
【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努める。</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
【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。
【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。

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できる環境を整え、窓口業務を円滑に執行する。 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。

(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	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。 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。

(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 利用者に対して「介護から予防、予防から自立へ」の提案が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。 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。

(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	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。 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。 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。 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）

(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	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」の取り組みをする。 ② 馬込出張所、町会自治会、民生委員、地域関係機関と連携しながら見守り体制を築く。 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。

(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
実施計画	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、誰しものが集える場所を作り、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。 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

	<p>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>
--	--

(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、積極的に生活支援コーディネーター研修等への参加を促していく。</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計画書

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。
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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】	具体的な取組み	3年目実施計画
【1-2】	作成した書式を基に見守り協力事業者を活用 の働きかけを行う。	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 り活動への活用を努める。 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。
【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。	
【2-2】	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。	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 ていく。
【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。	
【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。	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。
【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。	

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>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	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。
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>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、ケアマネージャーのバックアップに取り組む。</p> <p>③ 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>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	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。
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>

(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>

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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勧奨を行い、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。 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。 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。 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。 ⑤ コロナ禍において休止していた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。

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計画書

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、地域住民が生き生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
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【2-1】 来年度末までに、年間スケジュールを作成する。	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。
【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。	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。
【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。	「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。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。

(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、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。
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

(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	コロナ禍での高齢者見守り体制を強化する。
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ③ 大森管内の見守り支え合いコーディネーターと連携し、地域の高齢者見守り推進事業者との連携を図る。 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。

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	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。
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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『ケアラズカフェ(月1回)』を開催する。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> ① 各種事業の検討会や作業部会へ参画する。 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。

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計画書

センター名 嶺町

1 事業目標

「地域包括ケアシステムの中核」として、高齢者の元気維持・介護予防から、要介護状態になっても地域で暮らし続けることの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
重点項目	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

● 機能アップ3か年計画《令和2年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
<p>【1-2】 町会、自治会、学校等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。</p>	<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。 前年度開催出来なかった認知症サポーター養成講座を参加者ニーズを捉え、土曜日に実施する。感染症に留意し、学校や児童館等に、開催可能な方法を検討しながら講座開催を働きかける。
<p>【2-3】 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>	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍において活動を休止しているシ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。 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で実施する。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>【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、関係機関の相互理解につな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の

	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。
--	---

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	<p>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。</p> <p>チームアプローチによる専門性を活用して適切に対応していく。</p> <p>② 行政、事業所等との連携により、虐待、成年後見制度、権利擁護関連の課題に対し、解決に向けた支援を行う。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	地域の事業所、医療機関と共にケアマネジメント力を向上する
実施計画	<p>① 地域包括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、民生委員、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>

(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の啓発を行う。</p> <p>② 感染症対策のために前年度中止していた包括主催の体操教室について人数を絞って再開する。</p> <p>広く参加者を得るため、少人数で回数を増やして実施するなど、開催の内容を工夫する</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、広い世代に向けたフレイル予防の啓発を継続する。</p> <p>③ 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確認する。</p>

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

個別目標	地域住民の高齢者の見守り体制を構築する
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・共有を目的として「地域ケア会議」を開催する。</p> <p>② 毎年実施している高齢世帯・ひとり暮らし高齢者戸別訪問（笑顔で訪問）を実施し、（熱</p>

	<p>中症予防訪問を含む) 高齢者の実態・ニーズの把握に努め、地域にフィードバックする。</p> <p>③ コロナ感染症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>
--	---

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	地域ケア会議を定期的を開催し、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、効果的な会議開催の方法を検討する。

(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
実施計画	<p>①認知症カフェ：コロナ禍でも繋がりを持てる活動を工夫する。少人数の集会と併用して、電話、FAX、WEBなどの新たなツールを活用して「集いの場」確保する。</p> <p>②多世代が参加出来る認知症サポーター養成講座を実施する。出張所で土曜日に開催、WEB開催の広報を行う。</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
実施計画	<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>

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計画書

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。コロナ禍で外出自粛中の今だからこそ、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
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全地域住民にとって一番身近な相談窓口となる 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窓口となる 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

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【1-3】 定期的に居宅介護支援業者を訪問し、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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
【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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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
【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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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

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	<ol 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

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	切れ目のない支援が行えるよう介護支援専門員同士のネットワーク構築をマネジメント力向上を図る。
実施計画	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。 ③ ケアマネからのケース相談に対し積極的に地域ケア会議を開催し、地域課題の発掘と課題解決に向けた取り組みを行う。

(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	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。 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。

(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	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。 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。

(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	① 元気シニアプロジェクトを活用し、多世代の交流が盛んになるようなイベントを開催する。 ② 嶺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。

(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	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に開催し“認知症になっても安心できる居場所づくり”を行う。

(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	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。

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計画書

センター名 地域包括支援センターたまがわ

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。
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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。	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。
【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、地域における役割分担について整理する。	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。
【3-3】 地域のNPO法人、臨床心理士などの専門職と連携し、ケアラース・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。	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。

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。
実施計画	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。

(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	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。

(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	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。

(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	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、可能な限り出向いていく。

(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	地域と共に感染症対策に留意しながら、鶴の木地区での医療・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。

(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	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。

(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	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。

大田区福祉部長 宛 様

令和3年度 大田区地域包括支援センター事業計画書

センター名 久が原

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	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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
<p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「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。 ・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。 ・「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。 ・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。 ・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。

<p>【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。</p> <p>【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>【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"> ・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。 ・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ー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) ・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。 ・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。 ・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>【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>【3-2】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>【3-3】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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・地域の様々な催しに参加するほか、掲示物などを活用して地域包括支援センターの機能のPRを行う。 ・「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。 ・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。

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	<ol 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。

(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解決を行う。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> ① 健康寿命の延伸を図るため、フレイル予防を啓発する。 ② 地域の介護支援専門員等と事例検討会を開催する。

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

個別目標	「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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 ④ 管轄外の人に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地域ささえあい強化推進員と連携して取り組む。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 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。 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。

(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。

(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、地域の高齢者となつながら、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、地域の高齢者となつながらをつくる。

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計画書

センター名 上池台

1 事業目標

地域で活動してい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。
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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。
【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。 【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	・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。 ・「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>【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>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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 ・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。
--	--

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	<ol style="list-style-type: none"> 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（複数での相談対応や3職種での相談体制等）の構築 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 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

（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	<ol style="list-style-type: none"> 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 ② 地域内の介護事業所訪問を実施し連携強化を目指す ③ 地域ケア会議（個別レベル）の開催（年3回以上）

（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	<ol style="list-style-type: none"> 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

（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	<ol style="list-style-type: none"> 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

(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	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 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 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

(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	① 認知症カフェの周知と開催内容の充実 ② 認知症サポーター養成講座の開催 ③ 認知症初期集中支援チームの活用

(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	① 困難ケース等の情報共有し、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

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計画書

センター名千束(田園調布医師会)

1 事業目標

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

● 機能アップ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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
<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>【 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>○ 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>いずれも民協に合わせて地域包括支援センターで開催。</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</p>	<p>○ 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。</p>

<p>ケートを実施、地域の傾向を分析し出張所や地域と共有を図る。</p> <p>【 2-2 】</p> <p>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も伝えることで地域防災の強化を図る。</p> <p>【 2-3 】</p> <p>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>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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>
<p>【 3-1 】</p> <p>経済的問題を抱える世帯・家族について生活福祉課やJOB O T A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 】</p> <p>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や障害関係機関等と密に連携を図る。</p> <p>【 3-3 】</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センター職員が参加、情報や知識の共有、スキルアップに努める。</p>	<p>○ 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>

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	多様化する課題への対応力を身につけ、個人・チームとしてのスキルアップを図る。高齢者や家族の尊厳、権利擁護の姿勢や視点を常に持ちながら相談業務・対応にあたる。
実施計画	<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 課題解決へ向けて有する能力や支援の必要な部分のアセスメントを適切に行う。</p>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	介護支援専門員の資質やケアマネジメント力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。
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 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。

（3）介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<p>介護予防・自立支援の促進、啓発</p> <p>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>
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

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

個別目標	<p>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</p> <p>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>
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。

（5）地域包括ケアシステムの構築

個別目標	<p>地域の介護事業所や医療機関、住民組織と協働しながらネットワークの有機化を図る。</p> <p>インフォーマルサービス等の情報を整備し、地域の課題や社会資源不足を分析する。</p> <p>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。</p>
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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の多職種・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。
--	--

（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レンジカフェの周知・拡大。

（７）その他（大田区が実施する業務への協力等）

個別目標	高齢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。 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。
実施計画	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。 ② 医療と介護、多職種の連携の場づくりへの橋渡し、コーディネート。

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計画書

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 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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> ＜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、六郷地区の課題確認、精査、及び解決に挑む。 ＜人が人を育て、熱意と実行力のある人財の育成＞ 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。 ＜多世代交流、支援の充実化＞ 六郷助けあいプラットフォーム（以下、六郷 PF）の充実化

● 機能アップ 3 か年計画《令和 3 年度：3 年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3 年目実施計画
【 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。 個別にケースを取り上げていく事により、地域ケア会議を月 1 回以上開催していく。 日常生活圏域レベル地域会議においては、フレイル予防(栄養)に焦点を当て、実施していく。
【 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。	<ul style="list-style-type: none"> 蒲田薬剤師会、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、地域ケア会議への出席を依頼。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。
【 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)	<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。
【 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量、度胸、経験の向上に繋げる。	<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、登壇の機会とする。
【 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)	<ul style="list-style-type: none"> •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。
【 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)	<ul style="list-style-type: none"> •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。
【 3-3 】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。

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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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 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】 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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 ヶ月に 1 回連絡会を開催する。 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。 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に活動を検討。 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。 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】

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。新型コロナウイルス感染拡大の状況を踏まえ、開催には柔軟に対応していく。 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。 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】等に繋げていく。

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

個別目標	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 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】 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

	<p>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>
--	--

(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】

(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>

(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>②未把握高齢者実態把握訪問や熱中症訪問の実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>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>

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計画書

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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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の共通課題としても捉え、事業展開に繋げる。 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事で、地域包括支援センター西六郷が六郷地区の一員となる。

● 機能アップ 3 か年計画《令和 3 年度：3 年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3 年目実施計画
【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。
【2-1】 日々のミーティングでケースや地域情報を共有し、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のボトムアップに繋げる。	職員間の情報共有は今後も継続していく。 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の検討をする。 日常生活圏域地域ケアは年度初めに水害をテーマとして開催する。
【2-2】 動きのないひとり暮らし、高齢者のみ世帯のケースをピックアップ	昨年同様、特に多摩川の氾濫時における家屋倒壊等氾濫想定区域を中心に、未把握高齢者のみならず包括に台帳のある高齢者

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。	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。日常生活圏地域ケア会議と連動していく。
---------------------------------	---

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	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> ① 【1-2】実施計画通り。 ② 【2-1】実施計画通り。

(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	<ul style="list-style-type: none"> ① 【2-1】実施計画通り。 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。 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。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 1. シニアクラブ及び薬局・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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 薬局・薬剤師との連携については【1-2】実施計画通り。 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。より詳細な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。 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物の配布、掲示を依頼する

	ほか、日常生活圏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。
--	--------------------------------------

(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。 ② 【2-2】 実施計画通り。

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	認知症になっても住み慣れた地域で暮らしていける地域の土壌をつくる
実施計画	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。 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。 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、状況に応じて郵送等でやり取りする「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る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。

(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	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。 ② 区と連携し、熱中症予防訪問を実施する。 ③ 蒲田管内介護支援専門員連絡会を開催する。 ④ その他、区の求めに応じて臨機応変に対応する。

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計画書

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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
<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>	<p>・「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。</p> <p>・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)</p>
<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</p>	<p>・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」を作成し包括業務の周知や情報交換を行う。関係機関と連携し健康・生活・見守りなどの地域住民向けセミナー(人数制限しての対面、Webなど)を企画開催する。(年3回)</p> <p>・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</p>

<p>守り体制を作っていく。</p>	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関と連携し男性が退職後に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(人数制限しての対面、Web など)、男性限定サロン・レコードカフェ・スマホ教室などの集いの場(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>【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。

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>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<p>実施計画</p>	<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、三職種で協議し協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>

(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>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<p>実施計画</p>	<p>①ケアマネジャー定例会を年6回開催するうち自立支援、重複課題、風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>

	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を開催する。(年8回)
--	---

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	・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。
実施計画	<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>

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

個別目標	・地域の多様な主体と連携し持続可能な見守り体制を作る。
実施計画	<p>①毎月、見守りキーホルダー登録者の誕生日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(新規登録を中心)を案内、連携して開催する。</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(人数制限しての対面、Webなど)を企画開催する。(年2回)</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を開催する。(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会議中心に開催し連携を図る。(年1~2回)</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	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

	<p>アップ講座としてラン伴プラスおおた、行方不明者搜索模擬訓練、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>
--	---

(7) その他(大田区が実施する業務への協力等)

個別目標	<p>・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。</p>
実施計画	<p>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)</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計画書

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
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 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 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

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。 【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。	毎夕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。 「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。 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。
【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	コロナ禍でも参加可能なポールウォーク、グランドゴルフなど屋外での活動に目を向けて閉じこもりを防止できるよう活動の

<p>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>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>【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、その場で検討し所内での方針を決定する。</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>

(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 社会福祉協議会後見センターの支援を受け、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>

(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
実施計画	<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ター業務を含む。）

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た内容で活動紹介をする。</p>

(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>

(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>
--	--

(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>

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計画書

センター名 蒲 田

1 事業目標

地域に積極的に向かい合う事を通じて、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	地域に積極的に向かい合うことで、「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。
重点項目	1. 地域に積極的に向かい合う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。 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。 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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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世帯の老い支度を含めた権利擁護支援を検討していく。
【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・商店などとの連携体制を強化する。	・ 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。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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きている事から、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。 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。 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。

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

個別目標	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 適切な介護予防ケアマネジメントを通じて、高齢者一人ひとりの状況に応じた自立支援を行う。
実施計画	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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

	<p>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>
--	---

(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> <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</p>

(5) 地域包括ケアシステムの構築

個別目標	<p>① 地域アセスメントの実施</p> <p>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。</p>
実施計画	<p>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、足を使って収集する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(6) 認知症施策推進に係る業務

個別目標	<p>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> <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>
実施計画	<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</p>

	<p>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>
--	---

(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
実施計画	<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、様々な支援が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>

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計画書

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。
重点項目	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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開催していく。	<p>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。</p> <p>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行い把握、集約して活動拠点に繋げていく。</p>
【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。	<p>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。</p>
【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）での呼びかけや年3回の登録会の開催をする。	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>【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。</p> <p>【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。</p>	<p>ア) 地域福祉課のリストより更新を働きかける。</p> <p>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。</p>

<p>【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。</p>	<p>ア) 事例検討（検証）</p> <p>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あ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。</p>
<p>【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。</p>	<p>昨年は実施できなかった。</p> <p>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。</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>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</p>
<p>実施計画</p>	<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。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。</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>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。</p>
<p>実施計画</p>	<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>

(3) 介護予防ケアマネジメント業務

<p>個別目標</p>	<p>自立支援の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</p>
<p>実施計画</p>	<p>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>
--	---

(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 1 1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>

(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

(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>

(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>

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計画書

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。
重点項目	<ol style="list-style-type: none"> 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、様々な相談も解決に向けて支援を行う。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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。	<ul style="list-style-type: none"> ・多世代が健康増進活動に取り組めるように『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や地域サロン活動、自主グループ活動等と関りを継続し、見守り合える地域づくりに努める。
【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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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、少人数での開催や講座が開催できない状況の際は、「ひょ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。
【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に記録を残す。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の“頼れる相談機関”になれるように、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える様に、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様に、研修などを実施する。

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	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。

(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	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。 ② 民生委員を始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様、地域ケア会議等を活用し関係を深める。

(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	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。 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。 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、ウォーキングやボッチャなど多世代でフレイル予防（健康づくり）に取り組み、住民の自助意識向上に努める。

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

個別目標	住民間で相互に支え合いができる地域を目指し、多世代に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。 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。

(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	① 管内 8 社会福祉法人連絡会の継続、発展を目指し、各々の課題の共有だけでなく、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。 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。

(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	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を行う。 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。

(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	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。 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。

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	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

(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	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SHST（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、近隣事業所と地域をつなげる

(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	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

(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	① リモートつなが~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）

(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	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

(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	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 ウェブの活用含め多世代への認知症理解の啓蒙に取り組む（認サボ等）

(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	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)

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計画書

センター名 羽 田

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。
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。

● 機能アップ3か年計画《令和3年度：3年目》

【項目番号】 具体的な取組み	3年目実施計画
【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を見える化し、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。
【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に取り組む	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

	<p>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>【3-1】 「地域ケアコミュニティ」の今までの活動を振り返り、方針を再度検討する。検討結果をの3包括（糶谷・羽田管内）で共有する。</p>	<p>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。</p> <p>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り。中高生ひろばについては、はねだ伝言板を通じた交流を実施。児童館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>

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>よろず相談所としての機能を強化する</p>
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。 ※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>

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個別目標	<p>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。</p>
実施計画	<p>① 糶谷羽田地域福祉課主催のケアマネ連絡会を開催する。（年4回程度、コロナの状況によって回数は変動、web等の活用も検討する）</p> <p>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>

(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	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。 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。

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

個別目標	羽田地区の見守りささえあいネットワークを構築する。
実施計画	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。 ※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 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。

(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羽田地域の地域性を生かしたまちづくりを行う。
実施計画	① 積極的に地域へ出向き、羽田の地域特性を町丁別や個人・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。 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。

(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。
実施計画	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。 ② 家族会を定期的で開催し、ピアカウンセリングや情報提供の機会を作る。 ※新型コロナウイルス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。 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に包括が関わる事、地域住民には包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。

(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
実施計画	<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>