

令和5年度 谷津高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人慶美会)

重点運営事項		4年度の取組計画と実施内容	実施して良かった点・反省点とその理由	課題	5年度の取組計画	具体的な取組
1	地域ケア会議の充実	・令和4年度も圏域の会議は年2回開催した。1回目は成年後見制度について、2回目は地域住民の困りごとへの対応者・制度の確認と課題を可視化。 ・構成メンバーについて会議のテーマに合わせ、地域の多くの方に参加してもらい顔の見える関係・ネットワークの構築に取り組んだ。 ・ケアマネジャーからの相談に個別地域ケア会議の活用 ・介護予防自立支援検討会議は参集で行い、2事例の検討を行った。	良かった点 ・コロナ禍ではあったが、感染予防に努め、人数を絞るなどして2回の開催ができた。 ・1回目は講師から話を聞くことができたことと、日ごろの業務に活かせる知識を習得できた。 ・2回目は身近な住民の困りごとを模造紙を使って可視化し、意見交換できた。 ・個別会議は随時開催でき、担当ケアマネの問題解決や方向性について活用できた。 ・自立支援検討会議は参集形式で行えたことで顔を見ながら専門家から助言を受けられ、気づきが得られた。 反省点 ・成年後見のテーマで講義とグループワークを行ったが、参加者の習得している知識にばらつきもあり、難しいと感じる参加者もいた。	・圏域会議で話し合うテーマの選定が難しく、課題の共有が地域住民とできてない。 ・協議体との区別ができていないため、何を話し合うか理解が不十分。 ・個別ケア会議の周知不足で介護支援専門員の活用を増やしていく必要がある。	・圏域のケア会議は2回開催する。会議のテーマによって構成メンバーを工夫し、町会やサロン等の担い手など地域住民にも参加してもらう。 ・個別ケア会議(困難事例)は随時開催し、地域の介護支援専門員の支援、個別ケースの課題解決に活用する。 ・個別ケア会議(介護予防事例)は年、1回開催する	・地域防災を2回シリーズで年間通して行う。1回目は介護事業所の防災対策やBCP作成の状況を共有しつつ、地域との連携について考えていく。2回目はワークを中心にして各町会の防災対策や事業や医療との連携を深める。 ・各会議開催後に、会議の画像や説明を紙媒体にし、参加者、ケアマネジャー、事業所に配布し、会議で話し合ったことを理解してもらうようにする。 ・個別ケア会議については、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に自立支援検討会議や困難事例解決のための会議を開催していることを周知し、積極的に活用してもらえるようにしていきたい。 ・介護予防のための自立支援検討会議は年1回開催し、関係機関及びケアマネジャーの関係強化と資質向上につなげるようにする。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・谷津7丁目地区のてんとうむし体操の再開について関係者と協力して後方支援を行なった。 ・谷津4丁目のマンション集会所の利用について民生委員、マンション管理人と連携を図り活用について検討した。 ・URコミュニティと共同で高齢者が関心を持っていることをテーマにした講座や相談会をおこなった。 ・地区社協谷津支部と協働で健康講座や相談を3回実施した。 ・奏の杜パートナーズとマンション管理事務所に機関紙やチラシ、講座の案内を行い、ネットワークの構築に努めた。 ・協議体を2回開催し、オレンジカフェの実現にむけた話し合いと住民の困りごとについてのカードを使って疑似体験してもらい助け合いの話し合いをおこなった。	良かった点 ・一度閉じていたてんとうむし体操を推進員、地域の関係者と共に話し合いを重ねて、新たな形で再起動できた。 ・URコミュニティと連携し共同で寄席と相談会を行い、コロナ禍で出かける先がなく閉じこもり気味の高齢者の楽しみと身近な場所での相談会の開催で、気軽にご参加いただけた。 ・谷津公民館や地区社協谷津支部との講座も住民に近くて実施できたため、以前は遠くで参加できなかった方々も参加していただけた。 ・みんなの集いはコロナ禍でも感染予防に努め、内容も工夫して行え、多くの参加があった。 - 協議体は2回開催でき、話し合いの中で提案された認知症カフェは包括が主となって、3回実現した。 反省点 ・URとの相談会は、URが相談会のチラシを賃貸全戸に配布したが、参加者は全員包括支援センターから声掛けした方のみであった為、周知面で工夫や連携が必要であった。 ・コロナ禍の為、転倒予防推進員地区会が開催できなかった。	・地域の担い手の高齢化により担い手不足となっている。新たな担い手の発掘と後方支援。 ・高齢者相談センターの更なる周知身近な窓口としてアウトリーチが必要。 ・てんとうむし体操やサロン、サークルに男性高齢者の参加が少ない。男性も参加しやすいプログラムの企画、立案。 ・若い世代や転居者が多く、関係性が希薄なため新たな形の互助、助け合いの関係を模索していく必要がある。	・転倒予防推進員地区会の開催に必要な知識の向上や、推進員同士の連携を図る。 ・高齢者が参加しやすいよう、住まいに近い場所出張講座や健康講座を開催し身近な相談窓口を目指す。 ・みんなの集いについては、男性や体操に参加できない方等も参加して頂けるよう、内容の充実を図る。 ・第2層協議体について「支え合いのまちの実現を目指し」をテーマに年2回開催し地域の支え合いの仕組みに向けた話し合いを進めていく。	・理学療法士等の専門家を講師に転倒予防推進員地区会を開催する。講座は参集とZOOMのどちらでも開催できるよう準備する。 ・地区社協との共同講座を町会単位で開催し、包括支援センターの周知を行うとともに、講座後町会の代表者等と地域の課題について話し合いの場を設ける。 ・3丁目4丁目の住まいに近い公民館やマンションの集会所で出張講座を開催する。URコミュニティと共同で講座を企画する際も含め集客には地域の民生委員や高齢者相談員にも協力を仰ぐ。 ・2部制にして、参加者の希望を聞きながら、コロナ前に行っていた将棋や創作活動を再開する。 ・グループワークの中で地域の困りごとを掘り下げて、地域資源と結び付けるための情報交換を行う。 ・地域住民(要支援者も含め)が特技や趣味を活かして担い手として活動できるよう支援する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	認知症の方や家族の居場所である認知症カフェが休止になっているため、UR及び地域住民と協力し、3回、認知症カフェの開催を実施。今後の継続についても検討している。 ・地域のキャラバンメイトの協力で家族介護者の相談を受ける場を設けた。 ・圏域の事業所の方にキャラバンメイトになっていただき、協力して認知症サポーター養成講座の開催ができた。 ・地域のサロン等ではミニ講座や情報提供を行った。認知症サポーター養成講座を3回行なった。	良かった点 ・協議体で話し合い、認知症カフェの実現ができた。地域の方や介護事業所の方の協力もあり、一緒に立ち上げに関わった。 ・認知症本人と家族介護者の相談を受けていただく機会をつくり、それを機に認知症カフェにも参加される家族もいた。 ・認知症サポーター養成講座を3回実施し、圏域の事業所のキャラバンメイトに講師をしてもらい、双方につながりが持てた。 ・谷津遊路の秋まつりでは多世代に向けた取り組みとして子供向けのクイズや工作を行い関心を持っていただけた。 反省点 ・認知症の人の家族が相談できる会が定例になっていない。	・認知症高齢者や家族の気軽に立ち寄れる場所が少ない。 ・認知症高齢者を地域で見守り支えあっていくために啓発活動が必要。 ・若い世代は認知症に関心、興味が薄い。更なる啓発や関わりが必要。 ・認知症サポーター養成講座受講後のサポーターの活動場所がない。モチベーションの低下が懸念される。	・認知症サポーター養成講座の開催 ・認知症の啓発活動 ・認知症の本人、家族が集える居場所づくり ・チームオレンジのネットワークづくり	・地域のキャラバン・メイトと共に養成講座を開催。家族介護の経験や介護専門職としての体験を活かせる講義内容とする。 ・9月のアルツハイマー月間の啓発活動の一環としての、コミュニティセンターの壁面や図書館の飾りつけは、子供から高齢者まで幅広い年代の地域住民に参加して頂けるよう広く地域に呼び掛ける。 ・にこにこローズカフェが住民主体の会として発足できるように開催方法や内容を一緒に検討。 ・圏域のカフェの立ち上げにあたっては、主催者の負担が大きくなりすぎないように包括支援センターのネットワークを駆使して協力者を募ったり相談窓口として連携を図るとともに、介護経験等それぞれの強みが活かせる活動となるよう支援する。 ・チームオレンジの展開のに向けてキャラバン・メイトや認知症サポーターを対象に交流会を開催する。 ・谷津圏域の認知症地域資源マップを更新し、活動場所と担い手を可視化し「本人のやりたいこと」に目を向け自分にできることをイメージして頂く。

令和5年度 谷津高齢者相談センター事業計画書（社会福祉法人慶美会）							
包括的支援事業		4年度の実組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度の実組計画
1	総合相談支援業務	・機関紙、フレイル新聞の発行。 ・地区社協谷津支部と共同で出前講座を小地区（町会単位）で開催。 ・谷津4丁目のマンション集会場での出張相談を検討する。 ・重層的な問題を抱えるケースや障害福祉からの移管ケース等は連携、情報共有のために個別ケア会議などを利用する。 ・自分達の高齢者の分野以外の知識の習得。 ・地域の社会資源を把握しリストの更新。 ・民生委員、高齢者相談員、高齢者相談センターの3者合同の勉強会の開催。	・機関紙は年3回、健康だよりは2回発行し高齢者相談センターの周知に努めた。 ・地区社協谷津支部と一緒に3回の出前講座を開催した。 ・コロナ禍でマンションでの開催はできなかったが公民館で出張相談会の開催ができた。 ・重層的支援のため他部署と連携、個別ケア会議の開催を行った。 ・地域資源のリストの更新を行った。	良かった点 ・地区社協との共同で実現した出前講座は住民により近い地域で開催でき、高齢者相談センターの周知ができた。 ・住民に近いところで相談会を開催した。（公民館、UR） ・高齢者相談センターだけでは解決できない問題も多いため、抱え込まず、他部署と連携できている。 反省点 ・コロナ禍で民生委員・高齢者相談員・高齢者相談センターとの3者合同勉強会が開催できず、新しい方とのつながりが持てなかった。	・介護が必要となる前からの関係づくりは高齢者相談センターの周知が必要であり、相談会や出前講座は多くの方に知っていただける機会である。 ・ケースを通して、関係部署と話合うことの積み重ねから、連携がうまくいくなっている。 ・民生委員は3年の間に改選もあり、顔を合わせることが少なく、相談や情報共有が減少した。	・地域に出向いて出前講座や出張相談を住民により近い場所で行っていただくため場所の確保や町会との連携が必要。 ・他部署との連携は都度、行っているが仕組みとなっていないため、ケースによってばらつきが見られる。 ・民生委員と繋がりがあるが薄れていることで、ささいな事など情報共有や連携が難しくなっている。	・機関紙を年3回発行する。高齢者相談センターの役割や集いなどの様子を掲載し、より身近な相談窓口と認識していただく。サロンやサークルが再開されたので健康だよりは廃止して、出前講座で直接住民と話す機会を作っていく。 ・令和4年度は地区社協谷津支部の方と一緒に3回の出前講座を行ったが、引き続き、今回行えなかった場所や谷津駅の南側の地域での開催を検討していく。 ・随時行っている社会資源のリスト更新 ・総合相談における世帯の問題が多様化しており、高齢者の部署だけでは解決できないため、関係していく部署とネットワークの構築につとめ、ケア会議や交流会など積極的に出席する。連携できる仕組み作りの声はあげていく。 ・民生委員・高齢者相談員・高齢者相談センターとの3者合同勉強会の開催
		・令和4年1回目の地域ケア会議で成年後見制度について、事例を交えながら検討していく。 ・ケアマネの勉強会でも1〜2回、後見や虐待を取り上げて行く予定。 ・ACP(アドバンスケアプランニング)についての情報収集 ・警察の担当部署と連携していき、集い等で詐欺防止などの啓発をしていただく。 ・居宅介護支援事業所や介護保険の事業者、地域住民からの虐待や疑いの相談にのり、情報を共有する。虐待防止のチラシ製作、配布。	・圏域のケア会議にて成年後見について話し、理解を深めた。 ・ACPのチラシを作成して配布をおこなった。 ・成年後見制度の相談が増えており、随時制度の説明を行っている。今年は社会福祉協議会の権利擁護事業にも結びついた。 ・集いやケア会議の際に警察より詐欺について話してもらった。 ・虐待防止のチラシを作成し、サロンや集い等で配布し住民に啓発活動を行った。また、ケアマネや住民から虐待の通報もあり、随時相談にのっている。	良かった点 ・地域ケア会議や集いに警察の方が来てくださり、詐欺被害や予防について話してくれたことで、地域の中でも意識が高まった。 ・チラシの配布やサロンなどでのPRにより、成年後見制度が周知されてきており、相談も増えてきている。地域の方や関係者も制度について知りたいと意欲があり、圏域のケア会議では活発に意見交換できた。 ・虐待防止についてもチラシや出前講座で話をしており、住民から心配の声が上がるようになってきた。 反省点 ・虐待、成年後見、ACPすべてにおいて、他人事の意識が見られることが多く、話も難しいため、チラシをすぐに横に置いてしまう状況が見られた。分かりやすく話す工夫はしているが、今後言葉を選びながら周知を重ねていくことが必要。	・繰り返し周知し、詐欺被害の意識が高まることで予防ができている。 ・早期に認知症の方の経済面や身上保護に関われ、ケースの重度化を防ぐことができている。 ・心配の声があがることで、虐待の早期発見ができ利用者の身の安全を確保できる可能性が高まっている。	・詐欺被害は増加しており、手口も変わっていくためその都度、住民に知らせていく必要がある。 ・成年後見制度を促進していく必要があるが、制度、手続きの複雑さと費用が高いなどにより浸透しない。 ・当事者は虐待を隠したり、近所は通報を迷うなどがあるため、発見が遅れ、権利侵害が深刻になることがある。	・今年度も消費生活センターや警察と連携して情報を得、詐欺の近況を住民等に周知し、詐欺予防の普及啓発をする。消費生活展が開催された場合は参加し、啓発を行う。 ・サロンや出前講座で、詐欺・アドバンスケアプランニング・虐待・成年後見のチラシを配って谷津の現状を含めて周知し、対応窓口が谷津高齢者相談センターであることを認識してもらう。 ・死後事務委任の出前講座を講師を呼んで地域のケアマネに対して講座を行い、ケアマネジャーがやらざるを得ない状況の死後事務に対する対応窓口を知り連携できるようにして、ケアマネジャーの負担を減らすようにする。 ・社会福祉士会議でほかの高齢者相談センターの社会福祉士の動向を確認し、良い面は取り入れる。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・圏域や個別ケア会議を通じて、連携できる関係やしくみの構築。困難ケースの個別ケア会議活用。 ・圏域や市内のケアマネジャー向け勉強会の開催を企画していく。市内の高齢者相談センターやケアマネ連絡会と協力して、包括ケア研修会を年3回開催していく。 ・高齢者相談センターの周知とネットワークの拡大を進めるために、機関紙やけんこう便りをツールとして圏域で回れていない薬局、接骨院、医療機関を訪問する。	・圏域会議ではグループワークを盛り込み、ケアマネや他の事業所、医療、住民がつながるようにした。 ・困難ケースでは電話相談、同行訪問の他にもケア会議を開催した。 ・圏域のケアマネの希望する成年後見の研修を企画したがコロナで中止になった。包括ケア研修会は他の包括の主任ケアマネと連携して3回行った。 ・第2層生活支援コーディネーターを中心に新たに薬局、接骨院や商店と関わることができた。	良かった点 ・コロナ禍ではあったが参集で2回、開催できた。感染予防に努め、グループワークを通して圏域内の事業所、医療、住民が交流できた。 ・市内のケアマネジャーからの相談に電話だけでなく同行訪問や個別ケア会議等が活用できた。 ・包括ケア研修会はコロナ禍でもzoomを利用して3回開催できた。企画や準備にケアマネ連絡会と協力できている。 ・第2層生活支援コーディネーターと新たな関係やつながりが広がって、機関紙をおいてもらえる薬局や行事に協力して下さる商店が増えた。 反省点 ・圏域のケアマネとの事例検討会や勉強会がオンラインを活用できず、コロナで中止せざるを得なかった。	・圏域のケア会議では顔を合わせて行えた。模造紙に付箋を貼り、可視化する作業は参集の良さを活かせた。 ・ケアマネジャーから個々のケースについて様々な相談があり、都度同行訪問等で支援できた。 ・包括ケア研修会はzoomの活用ができ、主任介護支援専門員の更新研修の要件に寄与できている。	・民生委員の改選やコロナでネットワークの再構築が必要になっている。 ・圏域の介護支援専門員が少なく、勉強会や事例検討の企画が難しい。他の圏域の包括と連携していく必要がある。 ・地域性を踏まえ、多世代に高齢者相談センターの周知を行う必要がある。	・介護・医療・地域のネットワーク構築のため、圏域ケア会議や協議体などに地域住民・介護支援専門員・医療機関・介護事業所に参加してもらい顔の見える関係を構築する。意見交換しやすいよう参集での開催を検討している。 ・ネットワーク拡大のため、新しく地域の病院や施設、商店にも機関紙を配るなどして声かけを行う。また、出前講座を通して、各町会とのつながりも深めていく。 ・包括ケア研修会は今年度4回（ケアマネ連絡会と共同）の開催を予定している。市内の介護支援専門員の資質向上に貢献できる企画をしていく。 圏域での事例検討会や勉強会は他の包括や事業所にも働きかけて開催の準備をする。 ・防災関連のチラシを利用し、地域防災の普及啓発をおこない、町会や日ごろ関心を持たない方ともネットワークの構築を行う。
		・フレイルや認知能力の低下が進んでいく前の段階で関わりを持ち、様々なプログラムや総合事業につなげていく。てんとうむし体操、サロン、いきいきクラブや一般介護予防事業に出向き参加者の把握、フォローに努める。 ・事業対象者、要支援者の短期集中サービスで運動習慣の継続支援。その後のサポート。 ・利用者本位、自立支援とインフォーマルなサービスを位置づけたプランの作成。 ・介護予防を推進する地域づくり。地域づくりの担い手として活躍できる、取り組みの検討	・足腰げんき塾やてんとうむし体操、サロン等に足を運び、参加者の実態把握に努め、短期集中サービスや地域の活動につなげた。 ・短期集中サービスの利用後の支援を行い、必要時、介護保険の申請につないだ。 ・事業対象者や要支援の方のプラン作成は自立支援、重度化防止の視点で適正に行えた。 ・地域で活躍する高齢者の居場所や担い手の発掘に努めた。	良かった点 ・コロナ禍で実態把握が難しい面もあったがてんとうむし体操やサロン、サークルが再開され、関わりを多く持つことができた。生活支援コーディネーターと参加者の様子を共有できたことでフォローができた。 ・職員がアンテナを張ったことで、短期集中サービスに繋がれた方がいた。 ・介護予防支援、介護予防ケアマネジメントについて、利用者の自立支援、重度化防止の視点に立ち、適切なプランの立案をした。 ・生活支援コーディネーターと協働し、地域の高齢者が自らの特技を活かして、サロンやカフェに担い手として参加できるよう支援した。 反省点 介護予防ケアマネジメントを引き受けてくれる介護支援専門員が少ないため、迅速にサービスを導入することができなかった。	・地域のサロン等へ足を運び、フレイルの早期発見につながった。 ・サロン、サークルだけでなく総合相談の様子から、きっかけとして短期集中サービスの利用につなげ、その後の生活に改善が見られた。 ・高齢者の力を活かし、特技を披露することや役割を持つことでいきいきとされた。	・サロン等に出てこれる方は把握できるが、地域に出ていない方とつながりが持たず、フレイルが進んでしまう。 ・短期集中サービス利用後の受け皿がない。そのため、介護保険につなぐことになってしまう。 ・支援や介護が必要な状況になると、今までしてきた活動が途絶えてしまう。	・体力低下や介護が必要な方を早期に発見し適切な制度や地域の運動等につなげていくために、てんとうむし体操やサロン、いきいきクラブ、一般介護予防事業に出向いて参加者の把握に努めていく。 ・短期集中サービスが適当と思われる方を必要時、職員全員が結び付けるよう努める。 ・短期集中サービス利用後に運動習慣が継続していけるようフォローしててんとうむし体操などへ繋いでいく。ケースにより介護保険へ結び付けていく。 ・サロンや集いなど今まで続けてきたことを続けていけるように、地域の方に協力してもらえる体制を作っていく。個人が集いやカフェなどで力を発揮できるように支援していく。

令和5年度 秋津高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人慶美会)

重点運営事項		4年度 の取組計画と実施内容	実施して良かった点・反省点とその理由	課題	5年度 の取組計画	具体的な取組
1	地域ケア会議の充実	①地域ケア個別会議(8回開催) ②自立支援検討会議(1回開催)6月 ③地域ケア圏域会議(2回開催)10月、1月	①昨年度と比べると地域ケア個別会議の件数は前年度より増加はしている(2件→8件)。圏域の高齢者のケアプランを担当する介護支援専門員や関係機関、見守りネットワークから連絡、相談の入った独居高齢者で認知機能が低下している事例、家族から暴言や暴力を受けている虐待(疑いを含む)の事例など内容は様々であるが、事例を通して地域としての課題の把握、課題解決のための方法の検討を行うことができた。 ②今年度は参集で会議を行うことができた。事例については2事例を検討(90代・要支援、70代事業対象者)。事例内容については2事例ともステップアップを受けた後の高齢者の事例を検討し、専門職からの助言を受けて検討し、自立支援の視点で個別の課題や支援の方向性、地域課題を導くことができた。高齢者自身のできることを継続していくためには、自立支援を通し心身機能や生活機能を維持・改善できること、活動範囲や社会参加の機会を維持・増加させていくことが必要であり、そのためには関係機関、地域住民などの支援が不可欠であることも改めて理解することができた。 ③今年度は2回とも参集で行うことができた(1回目は発表形式、2回目はグループワーク)。1回目については各関係機関の立場からの地域課題や現在おこなっている支援を発表していただくことで各機関の状況等を参加者全員で共有することができた。2回目については、複数のグループに分かれ、各関係機関の立場からの高齢者が集まれる場があるかについて、また集まった際にどのような内容にしたら集まりやすいか、工夫されているかなど具体的な内容について話し合うことができた。また、地域ケア圏域会議を開催したことにより圏域内の医師、歯科医師、薬剤師の医療従事者、介護支援専門員、介護保険関係事業所等福祉従事者、高齢者相談員や民生委員等地域関係者、郵便局やコンビニ、UR等地域の社会資源等が参加することで顔の見える関係づくりを行うことができた。	●地域ケア個別会議はセンターから地域や介護支援専門員へ働きかけて開催するものなので、介護支援専門員が抱えている困難な事例を普段から把握できるように情報共有の機会を持ち、適時個別ケア会議が開催できるよう地域包括から介護支援専門員に働きかけていく必要がある。 ●自立支援検討会議の内容を圏域内の居宅介護支援事業所と共有し、今以上に担当高齢者に対し自立支援の働きかけができるようにしていくことが必要である。 ●秋津圏域は高齢化に伴う課題、地域的課題(団地や地域の環境)等様々な課題を抱えている。今年度の具体的に話した内容を活用し、実行できるように働きかけを行いつつ、新たな課題解決に取り組んでいく必要がある。	①地域ケア個別会議の実施(地域、関係機関、介護支援専門員の対応困難事例などの相談が入った場合、適時開催する)。 ②自立支援検討会議の実施(年1回・2事例)。開催は5月下旬を予定している。 ③地域ケア圏域会議の実施(年2回)。開催は7月上旬、11月を予定している。	①地域ケア個別会議:居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの相談・支援状況に応じて随時開催する(課題に合わせて対応する職種が会議を開催する)。地域ケア個別会議を開催。日頃から各居宅介護支援事業所や介護支援専門員が抱えている事例について、把握できるようセンター主催の勉強会等で情報交換の場を持てるようにする。 ②自立支援検討会議:事例については市の意向を踏まえうえて検討ケースを決定し(包括直持ち及び居宅介護支援事業所委託ケース)、医師・歯科医師・薬剤師等の各専門職からの助言を受けて介護予防・自立支援の観点から踏まえ地域での支援内容を検討する。検討後の内容についてはセンター主催の勉強会等で居宅介護支援事業所の介護支援専門員に自立支援の働きかけができる場を持てるようにする。 ③地域ケア圏域会議:圏域内の課題を抽出・整理をおこない、社会資源の発掘や開発などの検討を行う。今年度については災害時の対応について話し合う予定(地域、関係機関の現在の取り組み、地域で協働できる事などを話し合う予定)。また、地域ケア圏域会議で抽出された地域課題については第二層協議体と連動し、地域の課題を地域関係者と検討をしていく。
		①地域のサロンを定期的に訪問し、ニーズの把握や地域資源の状況把握の実施 ②活動の継続のための支援実施 ③第2層協議体を開催(3回) ④高齢者のつどいを開催(月1から3回) ⑤シニアサポーターの活動の場を創出	①地域のサロンを定期的に訪問することにより顔の見える関係性を築ことができ、関係者自身の悩み事等を把握する機会となった。担い手の高齢化や担い手不足の問題を抱えるサロンの課題は共有できたが、解決まで至らなかった。また、社会資源の把握において不十分であるため今後の課題となる。 ②担い手が高齢化しているサロンに出向き、継続的な支援を行った。また参加者が減少しているサロンには、地域のボランティア団体を紹介しイベント的な催しを提案した。しかし、継続的な参加者の増員には至らなかったため、今後もサロン関係者と連携し課題解決のための支援が必要。 ③第2層協議体では、新型コロナを経験して大切だったことや困ったことを様々な主体の参加者同士で共有し、地域の情報を把握、発信方法について話し合うことができた。しかし、具体的な情報把握や発信方法の検討まで至らず紙面化して地域に情報発信ができなかった。 ④高齢者のつどいとして「オールドパワー(卓球)」を毎月開催。その他に、介護予防やレクリエーションを交えたコグニサイズ、脳トレ、音楽コンサートなどを3回実施。オールドパワーでは、転倒事故があった。今後は、高齢者の生活・身体機能を把握しながら、安全に実施できるような内容の検討が必要。 ⑤シニアサポーターに対し、アルツハイマー月間の啓発活動を周知したことで連携してアルツハイマー月間活動に取り組めた。今後、主体となれる役割を検討し連携していくことが必要。	●外出機会の減少がある高齢者が社会参加できるようサロンに繋げていくことが必要。 ●サロンを継続していくための各サロンの課題を把握し、課題解決に向け共に検討していくことが必要。 ●今後、地域高齢者が求めるような地域情報を発信することが必要。 ●高齢者のつどいの参加者の年齢、身体機能、趣味等に合わせた内容を検討し、参加が継続できる環境をつくることが必要。 ●各シニアサポーターの個性を活かした地域活動ができるよう共に検討していくことが必要。	①地域のアセスメントを行い、地域の実情を把握することで外出の機会が減少している高齢者に情報提供が行えるようにする。 ②社会資源の把握として、地域のサロンの状況把握を行い、後方支援をしていく。 ③新たな社会資源の創出として、高齢化率の高い地域やサロンのない地域に居場所づくりを地域関係者と共に立ち上げ支援を行う ④第2層協議体を開催(年2回) ⑤高齢者のつどいを開催(月1～2回) ⑥就労的活動支援として、シニアサポーターなど地域の高齢者の社会参加の促進を行う。 ⑦多職種と連携して、個別相談に対応する。	①地域の情報を可視化できるようにマップを作成して、発信をする。新たに地域アセスメント表を作成する。 ②地域のサロンを訪問し、実態把握と活動状況の確認を行う。担い手が高齢化しているサロンを継続する上での課題を把握し解決できるよう働きかけていく。 ③新たな社会資源の立ち上げ予定のある、高齢者の居場所づくり(袖ヶ浦自治会・ウェルフェア・とくし丸)の支援を行い、地域関係者等との連携を図っていく。 ④地域ケア会議と連動しながら、新たな地域課題について地域関係者と共有し、課題解決に向けて、高齢者に発信できるよう検討していく。 ⑤高齢者のつどい「オールドパワー」では、身体状況に合わせ個性を生かした、活動内容を検討していく。 ⑥センター主催の高齢者のつどいの際にシニアサポーターなどと連携を図り、地域の方との交流や役割を持っていただけるように働きかけていく。 ⑦センター内の多職種や居宅介護支援事業所の介護支援専門員などと連携しながら、外出の機会が減少している高齢者や身体機能が低下している高齢者へ地域の情報提供を行う。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	①認知症サポーター養成講座の開催 ②認知症サポート事業所との連携 ③認知症サポーター交流会の開催 ④秋津キャラバン・メイトの会の開催 ⑤「認知症の方を支える家族交流会」開催 ⑥世界アルツハイマー月間啓発促進	①一般住民と子どもに向けた認知症サポーター養成講座。子ども向けにZOOM開催を予定していたが参加者がなく開催まで至らなかった。しかし、一般住民ではZOOM開催できたため、今後もオンライン開催の検討が必要。 ②圏域内の認知症サポート事業所に出向き、ケアパスを配布。その後の連携が取れなかったため、意見交換を行う場が必要。 ③キャラバン・メイトと認知症サポーターが集まる場を作り交流会を開催。今後、定期的に集まる場を開催し、具体的な活動ができるよう検討していく。 ④「秋津キャラバン・メイトの会」を年に3回開催しキャラバン・メイトとの連携を図った。また認知症の教材を紹介。参加者同士の意見や情報交換の場が少なかった。 ⑤今年度から新たに「認知症の方を支える家族交流会」を企画し、「認知症の人と家族の会」習志野支部に助言をもらい、月に1回のペースで開催。認知症介護者の意見交流の場となり精神的な負担軽減を図る。しかし参加人数が減少していることが課題。 ⑥啓発活動準備や取組みに、認知症対応型通所介護事業所、シニアサポーター、地域住民等が参加。また図書館とも連携し啓発活動を図る。	●高齢化率が高い地域の事業所やサロン等に出向き、認知症サポーター養成講座を随時開催していくことが必要。 ●現在、認知症サポート事業所からの相談がないため、連携を深め地域の見守りを強化していくことが必要。 ●キャラバン・メイトと認知症サポーターが定期交流ができ、積極的に意見交換をすることで認知症啓発に向け共に取り組んでいくことが必要。 ●今後は地域にも認知症家族交流会を広く周知して行くことが必要。またキャラバン・メイトにも協力を得て、共に開催を行っていくことが必要。 ●認知症に対する理解を深めてもらえるよう、多機関や地域住民等にも啓発準備から参加してもらう。	①高齢化率の高い地域やサロン、各関係機関に認知症サポーター養成講座の案内を行う。認知症サポーター養成講座の依頼があった際にはキャラバン・メイトの協力のもと開催を行う。 ②認知症サポート事業所と連携を図り、新たに認知症サポート事業所との交流の場を設けるなど相談ができるように関係性を構築していく。 ③キャラバン・メイトと認知症サポーターの交流会を定期的に開催する。世界アルツハイマー月間に向けた活動を行い、連携を図る。(月1回) ④認知症の家族交流会を地域のキャラバン・メイトや認知症サポーターに協力を仰ぎ、今後定期的に開催する。(月1回) ⑤多職種と連携して認知症高齢者に対して個別支援の実施。 ⑥認知症の方への支援内容の案内ができるようチラシや配布物の作成。	①認知症サポート事業所のない周辺施設や地域密着型通所介護事業所、社会福祉協議会支部、団地管理事務所、さくらの家へアプローチを行い、普及啓発を行う。 ②圏域内の認知症サポート事業所へ出向き、現在の活動内容や認知症の方の情報交換を行い関係性を築く。新たに認知症サポート事業所との交流会を行い、情報共有を図る。 ③キャラバン・メイトと認知症サポーターとの交流会を定期的に開催し、認知症の啓発活動と一緒に取り組んでいき、情報共有を図る。 ④認知症家族の方が地域のキャラバン・メイトや認知症サポーターと意見交流ができる場を設けて、普段の認知症の方との関わりの中で、負担と感じていることや悩みが解決に繋がるように、支援していく。 ⑤多職種や居宅介護支援事業所の居宅支援専門員などと認知症の高齢者に同行訪問や家族に対して家族交流会のご案内を行う。 ⑥認知症の方への支援内容をまとめた配布物を作成して、地域のサロンやセンター内の多職種などへ配布を行い、普及啓発、早期発見及び相談に繋げる。

令和5年度 秋津高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人慶美会)

包括的支援事業		4年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度の取組計画
1	総合相談支援業務	保健・医療・福祉の関係機関と連携を強化し、高齢者が安心して生活を送れるよう支援を実施する。 ①個別支援や困難事例・虐待ケース等から把握できた地域課題や秋津圏域の実情を、民生委員、高齢者相談員、居宅介護支援事業所、医療機関等と共有できるよう会議(Zoom含む)を実施する。必要に応じ、地域ごとに情報共有できる機会を模索し実施する。また、郵便局等の連携が構築できている。見守りネットワーク事業所とは、ケース支援を重ねることで更なる連携の強化を図る。また関係性が希薄な見守りネットワーク事業所にも出向き関係性を構築していく。 ②地域サロン等に多職種で参加し、参加している高齢者に積極的に関わり顔の見える関係をつくる。また身体状況等の把握に努め、その中で支援が必要な高齢者には個別の支援を実施する。サロン関係者とも連携を図り孤立しやすい高齢者の把握を行う。サロンでのミニ講話や出前講座では、各専門職からの地域・行政からの情報提供、介護予防の啓発、介護予防の実施、権利擁護や介護保険制度の周知等を行い、高齢者相談センターの周知や地域の高齢者が自立して生活できる情報の提供を行っている。機関紙作成にあたり地域住民や関係機関等の意見も反映した内容を検討し発行していく。新たに地域社協支部とも連携し、支部がお弁当を配布している独居・高齢者世帯にも配布し、介護予防や地域の情報提供や相談窓口の周知をおこなっていく。 ③多様な総合相談を受け、緊急度を判断したうえで多職種で対応する。高齢者の個々の課題が解決できるよう、各種制度の利用や地域の社会資源を活用し自立した生活が出来るよう支援を実施していく。また既存の社会資源情報の更新や新たな資源の開発を行い、関係機関等にも情報提供することで高齢者支援に活用できるよう支援体制の強化を図る。	①・個別ケア会議、圏域ケア会議を開催。地域ケア会議では各関係機関や地域関係者が考える地域課題や各高齢者支援について実情を共有。地域課題解決に向け地域のネットワークの構築を図れた。 ・郵便局や交番、警察等の見守りネットワークとは個別ケースをとおし連携を強化。また、新たに(株)ヤクルト、隣接圏域内の新聞販売所に出向き関係性を構築。 ・「高齢者相談センター」総合案内の独自のチラシを作成し見守りネットワーク事業所等に配布。 ②・毎月地域サロンに各専門職種が出向き、参加高齢者やスタッフと顔の見える関係づくりに努めた。また高齢者の実態把握を行い課題解決の為に、介護予防、詐欺被害防止、介護保険等個別支援を実施。 ・サロン参加時や高齢者相談員や民生委員からの情報で、高齢者宅に詐欺まがいの電話が多発しているとの情報あり。機関紙でも注意喚起の内容を掲載。関係機関をとおし、高齢者の日常生活の実態を把握することができ効果的な周知を図れた。 ・社協支部の配食サービス時に脳トレや介護予防情報、警察署からの注意喚起情報を同封。支部スタッフをとおし高齢者の情報を把握することができた。秋津支部には毎月配布実施。 ③・総合相談受付後、多職種にて緊急度の判断、支援方法の検討を実施。高齢者の課題解決に向け他機関や行政機関と連携して個別支援を実施。 ・地域社会資源情報の更新と開発を行い、関係機関向け「社会資源情報一覧」を更新。市内全居宅介護支援事業所に出向き直接配布することで顔の見える関係づくりに実施。また高齢者の課題解決に向け間接的な支援を行った。	①・圏域内関係機関や地域関係者と地域課題共有や、課題解決に向け検討することで、相互の理解や関係性が構築できた。今後も、各関係機関、包括第2層生活支援コーディネーターとも連携が図れ、地域課題の解決に向け検討ができネットワーク構築が深まるよう圏域ケア会議等の開催が必要。 ・関係性が希薄な見守りネットワーク事業所に訪問ができ、関係性が図れた。今後、通報が入ってくるような関係性を構築していくことが必要。 ・独自のチラシ作成時、分かりやすさを重視して作成。また携帯可能なサイズにし、センターの周知を行えた。 ②・サロンや社協支部配食サービス時、日常生活での注意点の啓発を実施。またサロンでは高齢者の身体、生活状況を個別に把握できた。 ・支援が必要である高齢者には、介護保険やステップアップ事業等につなげ自立支援の向上が図れた。今後もサロン等に出向き高齢者の実態把握を行い必要な支援に繋いでいくことが必要。 ③・高齢者支援では各関係機関と連携を図ることで、課題解決に向けての支援を実施。「社会資源情報の更新、発行をし、居宅介護支援事業所に出向くことで直接配布及び意見を聞くネットワークの構築が図れた。今後も定期的に事業所に出向くことで関係性を深めていく必要がある。	①・圏域ケア会議では、医療、福祉、地域関係者が集まり、地域課題解決に向け積極的な意見交換や関係性を深めることができた。 ・初めて、(株)ヤクルトに訪問し担当者と顔合わせができた。 ・包括チラシを見守りネットワーク事業所や、地域住民等に配布する際、分かりやすいポイントを掲載、また窓口に設置していただく等相談が入りやすい工夫をした。 ②・サロン等では介護予防情報等を高齢者が理解しやすいよう紙面を作成して周知。クイズや各種チェックリストを活用することで高齢者の理解度や状況の把握ができた。 ③・居宅介護支援事業所に直接出向くことで、社会資源情報取得の必要性を聞き取れる機会となった。	●継続的にセンターの啓発を実施し、関係性が希薄な事業所との連携を深めていくこと。また関係性がある機関とは更に連携を深め地域でのネットワークを強化していくことが必要。 ●地域の各関係機関(医療・福祉・地域)、見守りネットワーク事業所等と連携を図り、通報があった高齢者の支援をしていくことが必要。またサロンに参加している高齢者の実態を把握して個別支援を図っていく必要がある。 ●高齢者や地域関係者、関係機関から相談が入りやすい様、気軽に相談できる窓口の周知を図っていく。また相談時には課題に対する緊急度を各専門職、第2層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員と検討。真摯に対応していく必要がある。	①圏域内の各関係機関が連携を図り、地域課題について取組むことができるよう圏域ケア会議を開催していく。また、関係性が希薄な見守りネットワークにも定期的に訪問し地域内のネットワーク構築を深めていく。さらに昨年の圏域ケア会議で導き出された高齢者の居場所づくり(袖ヶ浦自治会・ウェルフェア・とくし丸)の支援等を行い、地域関係者等とも連携を図る。 ②気軽に相談しやすい窓口を心がけ、また相談には親切、丁寧に対応していくなど、窓口相談の基本を徹底する。また、相談時は高齢者や家族の意向を確認、実態把握を行い各専門職種、第2層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員と共に課題を検討することで解決に向け支援していく。 ③社会資源の更新や開発を各専門職種、第2層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員とを行い、市内居宅介護支援事業所等関係機関に出向き配布することで、情報発信と共に関係性を深めていく。また地域にも発信していく。 ④サロンや社協支部配食サービス等との連携を強化し、閉じこもり等の高齢者の実態把握を行ったうえで個別支援を実施していく。 ⑤総合相談が様々な機関から入るよう医療機関や見守りネットワーク、認知症サポート事業所、地域関係機関に出向き、関係性を深めていく。 ⑥機関誌や独自のチラシ作成時は、世情に沿った内容を掲載するとともに、各年代が興味を持ち見やすいよう検討し、相談が入りやすい工夫をする。
	2 権利擁護業務	●定期的に公的機関や各関係機関の情報を収集。居宅介護支援事業所や介護サービス事業所の職員、サロン、出前講座等を通じて地域住民に発信を行い、各方面から受けた意見・情報を再度各機関に共有を行い、情報や対応が循環するようなシステムの構築。 また、センター内多職種と連携し、地域の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所等に向けた勉強会を行い、統一を図る。 ①虐待に関する相談や通報に対して三職種で連携し、早期の状況確認を行う。市役所への報告や必要に応じて医療機関への受診等を行い連携しながら、高齢者の身体や生命の安全を第一に考え、適切な支援を行う。また、民生委員や高齢者相談員の会議にて、以前対応した相談ケースを紹介、フィードバックする事で虐待の認識を深め、地域に隠れている虐待への気づきを促す。また、新たに虐待に関するチラシを作成し、それを用いて地域のサロンや関係機関へ説明、更なる啓発活動を行う。 ②認知症や虐待、障害などの複合課題に関して独居や家族を含めた世帯単位で対応することができるように、権利擁護に関する研修に参加。また、圏域地域ケア会議年2回(6月・12月)に合わせ、勉強会を設け、障害関係や地域の介護支援専門員等の関係機関と連携や情報交換を行い、様々な相談に対して迅速な対応をすることができるよう備える。 ③圏域内の高齢化率が高く、コロナの影響で閉じこもりの方々に向けての注意喚起として、年に4回、消費生活センターにて消費者被害に関しての実態を把握する。必要に応じ警察署・圏域内の交番に訪問し情報交換を行う。そこで収集した情報を持って、地域で開かれるサロンや関係機関へ出向き発信。地域住民からの意見等を関係機関と情報共有し、情報が循環するようにする。 ④昨年度、成年後見についての相談あり、増加傾向にある。成年後見制度についての理解を深めるために、わかりやすい内容のチラシを作成・ケアマネジャーや住民に対して配布を行い、成年後見センターにつなぎ、連携を図る。	①・通報が入ってから48時間以内に状況の確認。 ・速やかに多職種で、情報の共有・市に報告、今後の支援についての検討。 ・地域のサロン等で包括独自にチラシを作成。 ・実例をもとに会議等で共有・啓発活動を実施。 ② ・権利擁護についての研修は9/13に参加。 ・障害についての理解を深めるため、研修を企画し、実行。(11/24) ・地域ケア会議に合わせ、地域の介護支援専門員を対象に虐待の早期発見・報告を促すために勉強会を実施。 ③ ・消費者生活センターに年4回訪問。 ・消費者被害についての新しい情報を収集。 ・積極的に警察署や交番、郵便局に出向いて、詐欺や相談ケースについての情報を収集。 ④ ・センターで独自に成年後見制度についてのチラシを作成。 ・サロンや出前講座にて地域住民に配り周知を図る。	①・速やかにケースの検討を行うことができ、高齢者の安全を確保することができた。 ・啓発活動により、参加者の認識を統一することができた。 ② ・研修により、センター内同職種の共通認識を図ることができた。 ・虐待発生から対応までのフローチャートを作成し、勉強会にて効果的な啓発活動を実施することができた。 ③ ・定期的な訪問で、顔の見える関係づくりを行えた。 ・消費者被害や詐欺等の情報収集を行い、地域住民に対して啓発活動を行った。 ④ ・地域住民に対して、啓発活動を行うことで、相談件数も増加した。	①通報が入ってからの早期の対応により、高齢者の安全を確保できた。 ②ケースの支援内容についての検討を行う際に、共通認識があることで円滑に進めることができた。 ③センターから出向き、情報収集を行うだけでなく、関係機関からの相談も多くあり、日頃の関わりにより、関係性の構築ができた。 ④広く制度について知っていただく機会を設けることができた。	●虐待に関する啓発活動を行っているが、関係者からの報告が遅れる現状がある。 ●定期的な訪問での情報収集を継続し、顔の見える関係作りを行い、相談しやすい環境を整える。 ●関係機関との連携時、対応に戸惑うことがあった。	①年3回、地域ケア会議や自立支援検討会議等の会議後に、虐待に対する認識や理解を深めるための勉強会を実施し、地域住民・介護支援専門員だけでなくサービス事業所にも参加を促し、スムーズな通報や通報の遅れを抑止するための啓発活動を実施する。 ②年4回、関係機関(警察署・郵便局・消費者生活センター・交番等)への定期訪問を実施し、情報収集を行う。また消費生活センターから講師を招く等を企画し、サロンや出前講座にて地域住民へ直接的に注意喚起をする機会を設ける。第2層生活支援コーディネーターと連携し、定期的に訪問していたサロンだけでなく、地域のあつまりに積極的に出向き、さらなる啓発活動を図っていく。 ③年2回程度、成年後見制度に関わる機関と円滑な連携を行うことができるよう、情報交換等する機会を設ける。支援を行うにあたり疑問点等がでた場合には、都度対応機関と連絡をとり、早急な対応をする。

令和5年度 秋津高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人慶美会)

包括的支援事業		4年度 の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度 の取組計画
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	①多職種相互の協働による連携 地域ケア個別会議、地域ケア圏域会議、自立支援検討会議にて医療機関、地域の関係機関、介護サービス事業所等と介護支援専門員がケース検討を通じて圏域に住む高齢者をどのように支えていくかを確認、検証し、今後の多職種連携・協働に生かせるようにしていく。 事業対象者・要支援者支援のための介護予防支援・介護予防ケアマネジメントと要介護者の介護給付のケアマネジメントは日頃から各居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を取りながら、認定に変化があった場合はスムーズな移行ができるようにし、移行後も引き続き必要な支援を行えるよう働きかける。 社会資源についてはセンターとして情報を発信するだけでなく、各居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、医療機関等からも情報の提供を受け、より活用ができるようにする。 ②個々の介護支援専門員への個別支援 各居宅介護支援事業所、所属の介護支援専門員から寄せられた相談に対してセンターの各職種(保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員・第2層生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員)が相談内容に合わせた相談、対応困難な高齢者支援・関係者支援を行う。 介護支援専門員の問題解決能力を高めるために各居宅介護支援事業所・介護支援専門員へ勉強会を開催する(上半期・下半期)。 ③包括ケア研修会の開催 市内のすべての介護支援専門員の資質向上のために研修会を例年通り年3回(6月・10月・2月)開催する(2月は晋志野市内5包括及び晋志野市ケアマネ連絡会の共催)。 コロナ禍での開催の為、緊急事態宣言・蔓延防止措置期間であってもWeb会議ツールを活用し、中止せずに開催ができるように体制を整える。	① ・各会議の開催【自立支援検討会議の開催(6月)、地域ケア圏域会議(10月、1月)、地域ケア個別会議(年8回)】。 ・要支援から要介護の移行時の調整やその後の支援。 ・居宅介護支援事業所向けに「社会資源一覧表(秋津圏域版)」を交付するとともに問い合わせにより社会資源情報の提供。 ② ・秋津圏域の高齢者を担当している介護支援専門員から、高齢者支援上の相談や支援困難な高齢者や関係者への支援についての相談対応(月平均9人)。 ・自立支援検討会議、地域ケア圏域会議の後に会議に参加した介護支援専門員を対象に勉強会の開催(6月、10月、1月)。 ③ ・包括ケア研修会の開催(年3回:6月は「BCP(事業継続計画)」、10月は「権利擁護」、2月は「障害者支援」)。	①・各会議でケースや課題の検討を通して介護支援専門員、医療機関、介護保険サービス事業者等福祉関係機関、高齢者相談員や民生委員等地域関係者、郵便局やコンビニ、URなど地域の企業と顔が見える関係を作ることができた。また、会議の中で個別の課題や支援の方向性、地域課題を導くことができた。 ・しかし、地域ケア個別会議については、課題によっては開催自体をもっと早めた方が良いケースも見受けられた。 ・居宅介護支援事業所を訪問し、「社会資源一覧表」を交付したことでセンターと居宅介護支援事業所の顔つなぎができ、また介護支援専門員の日常業務に役立つ情報を提供できた。 ②・個々の介護支援専門員の支援を通じて、圏域の高齢者支援の問題や解決すべき課題を把握することができた。また介護支援専門員とともに支援方法も検討することで介護支援専門員自身の問題解決能力を高めることができた。 ・反省点としては介護支援専門員によってはセンター担当者の支援の意図が十分に伝わらず課題解決が難しいケースもあった。 ③今年度の研修内容は居宅介護支援事業所として取り組むこと、介護支援専門員の資質向上、介護保険制度以外の諸制度の理解、関係機関との連携の図り方等の勉強の機会を作ることができた。	①・会議の参加者がそれぞれに地域の課題をしっかりとらえていたことと会議ごとに検討する内容が明確であったことがあげられる。 ・地域ケア個別会議を開催した時点で課題の共有はできても課題解決に向けて検討ができないケースもあった。 ・圏域の居宅介護支援事業所だけでなく、圏域外の居宅介護支援事業所でも秋津圏域の高齢者がいるため情報が役に立つとの声をいただいた。 ②・介護支援専門員自身の能力が向上することで、高齢者が地域で生活していく方法を検討する幅を広げることができる。 ・相談自体をセンターに任せっきりにしてしまう介護支援専門員もいた。 ③・前年度の反省から包括ケア研修会は3回ともオンラインでの開催としたため一度も中止にならず開催することができた。	●会議内容を圏域に関わる居宅介護支援事業所(介護支援専門員)と共有し、個別の支援ができるよう働きかけが必要である。 ●地域包括ケア個別会議を適時開催するためには、地域の介護支援専門員の支援状況を把握し、会議開催を打診できるようにする必要がある。 ●秋津圏域の対応困難ケースを抱えている介護支援専門員が増えているため、地域で事例を検討したり、情報を共有できる場が必要である。 ●包括ケア研修会については世の中の状況に変化があっても研修会が中止にならないよう体制を整える必要がある。	①多職種相互の協働による連携 今年度も地域ケア個別会議(適時)、地域ケア圏域会議(7月、11月)、自立支援検討会議を開催する。秋津圏域に関わる、介護支援専門員、医療機関、介護保険サービス事業所等福祉関係機関、高齢者相談員や民生委員等地域関係者、郵便局やコンビニ、URなど地域の企業と一緒に地域課題を把握、検討をすることで地域の高齢者をどのように支えていくかを一緒に考えていくことで、地域での多職種連携・協働が行えるよう働きかけていく。 社会資源についてもセンター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、医療機関等と情報の共有を行い必要な社会資源が活用ができるようにする。 ②個々の介護支援専門員への個別支援 各居宅介護支援事業所、所属の介護支援専門員から寄せられた相談に対して包括の各職種が相談内容に合わせた相談、対応困難な高齢者支援・関係者支援を行う。 圏域内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員同士が横の繋がりを持つて、場として、また介護保険制度やケアプランの作成指導・助言や対応困難な事例(認知症や虐待事例等)への対応について学ぶ機会として定期的な勉強会を開催する(5月、7月、11月)。 ③包括ケア研修会の開催 「介護支援専門員の勉強会の機会及びの資質向上の為、研修会を例年通り年3回(6月・10月・12月)に開催する(そのうち1回は晋志野市ケアマネ連絡会の共催)」。今年度は市役所で参集で研修を行う予定だが、新型コロナウイルスの感染状況によってはオンライン研修に変更し、研修自体は開催できるようにする。
		①今年度も引き続き、地域のサロンや介護予防教室、地域行事に足を運び、地域住民と一緒に活動するとともに実態把握をおこないながら地域の実情に応じた効果的な介護予防の取り組みを実施する。 ・各サロンやラジオ体操の場で定期的に握力測定等を実施し自身の身体状況を把握してもらうきっかけとしその身体状況に合わせて介護予防の情報を提供したり個別の支援をおこなっていく。 ・コロナ禍で未だ開催ができていなかったり、開催回数が少ないサロンに対して、こちらからも積極的に主催者側に向向き、介護予防の普及啓発を行う機会をもてるよう積極的にアプローチをする。 ②個々のケースに対し、介護保険制度等のフォーマルなサービス、またインフォーマルサービスへの導きと本人が望む生活、自立を目指した支援をおこなっていくためにフレイルや認知症予防等、重症化を防止するための情報提供をしていく。 ③総合相談の中や地域に向向く中で、生活機能の低下のおそれがある高齢者に基本チェックリストを実施し事業対象者になった方については心身機能や生活状況を見直すだけでなく、地域住民との交流や社会参加を促進する視点から新たな活動の場を検討するなど、対象者本人の希望を踏まえながら利用するサービスを検討する。 ④住み慣れた場所で健康にその方らしく暮らし続けることができるよう地域の医療機関と連携しながら、切れ目のない支援を継続していく。 ⑤閉じこもり等で、生活機能が低下している高齢者を民生委員や高齢者相談員との連携で把握し、早期に必要な介護予防支援につなげていく。	①②③⑤ ・開催回数が減少、開催内容に苦慮している支部サロン等に毎月各専門職種が向向き、介護予防、詐欺被害防止、介護保険情報等のミニ講話を実施。高齢者が理解しやすいよう資料を作成する等の工夫を実施。日常生活を送るにあたっての周知を図れた。 ・外出機会が減少している高齢者に対し、ステップアップ事業や地域サロン等を紹介。自立した生活を継続できるよう個別支援を実施。 ・サロン等で「握力測定」を実施し、各高齢者が自身の体力を見直す機会を作った。フレイル高齢者に対し介護予防目的でステップアップ事業等につなぎ、身体機能の維持を図った。 ④・認知症が進行、閉じこもりがちな高齢者の相談が高齢者相談員や民生委員から入り、共に連携して個別支援を実施。 ・未受診の高齢者には、健診の促進と共に受診の必要性を説明して必要なサービスが利用できるように支援。認知機能が進行、または家族支援力が低下している高齢者には、医療機関と連携して受診ができるように支援を行った。	①②③④⑤ ・袖ヶ浦社協支部(いきいきサロン、健康サロン)、あすか2部、秋津1丁目サロンには継続的に参加し、コグニサイズや認知症、低栄養予防に関する知識等を普及。各予防について資料を作成する等具体的に啓発を実施。また、握力測定をサロンで実施したことで、高齢者自身がフレイル予防の必要性を感じ、介護予防を意欲的に取り組む姿があった。今後も介護予防の普及啓発、握力測定を行い高齢者自身が身体の変調に気づきやすく介護予防を意欲的に取り組んでもらう必要がある。 ④・認知症の進行等で、日常生活に支援が必要な高齢者に対し、医療機関や他機関と連携を図り、安全に日常生活を送れる支援ができた。しかし、高齢者自身や家族が認知症の自覚が無い場合は、医療機関まで同行する等の支援が必要であった。	・握力測定等数値が直接見えることで、具体的な予防方法の周知を行うことができた。高齢者自身もフレイルに気づきやすかった。 ・介護予防の啓発にあたり、資料を作成することで高齢者の理解を深められた。またコグニサイズ等は高齢者が楽しみながら取り入れることができた。 ・身体機能は自立しているが、認知症の進行により日常生活に支援が必要な高齢者に対して、専門医につなぐことで認知症を受入れる必要なサービス支援に繋ぐことができた。	●高齢者の増加に伴い、認知症や機能低下、閉じこもり高齢者の増加が予測されることで、自立した日常生活の支援を実施していくことが必要。 ●高齢者自身の介護予防の取り組みを他者が評価でき、高齢者が達成感を感じ予防を継続できる取り組みが必要。 ●新たに立ち上がる高齢者の居場所に対し、介護予防の普及啓発を実施していくことが必要。 ●医療機関等、他機関や地域関係者と連携することで、高齢者の生活を支援していくことが必要。	①地域サロン(社協支部・地域テラス・てんとう虫体操)等でコグニサイズの実施、認知症や低栄養等日常生活での予防を啓発することで、自立した日常生活の支援を実施していく。 ②圏域社協支部での配食配達時に、脳トレや介護予防の情報提供をし、独居・高齢世帯高齢者への介護予防を図る。また秋津支部では対面の受け取りに変更となるため、社協支部と連携して高齢者が受取りに来た際、血圧・握力測定、健康相談等を実施して個別の支援を行っていく。 ③高齢者が予防の取り組みを他者から評価してもらい、積極的に予防を継続でき自立した生活を送れるよう「(仮)健康チェックカード」検討していく。昨年度、自立支援検討会議の助言であった、高齢者の取り組みを他者が評価し精神的フレイルを予防できるよう検討していく。 ④外出・運動機会低下等の高齢者に対し、個別性を考慮したうえで他職種と連携を図り地域での活動場所に繋げていく。 ⑤新たに地域内で立ちあがり予定の居場所(袖ヶ浦自治会、ウェルフェア)に対し、介護予防の普及啓発を実施していく。 ⑥認知症高齢者や、身体機能が低下している高齢者等の支援を高齢者相談員、民生委員、医療機関等他機関と連携して支援を行っていく。

令和5年度 津田沼・鷺沼高齢者相談センター事業計画書 （社会福祉法人 清和園）

重点運営事項		4年度の取組計画と実施内容	実施して良かった点・反省点とその理由	課題	5年度の取組計画	具体的な取組
1	地域ケア会議の充実	○介護予防自立支援検討会議は各専門職とも顔の見える関係が築けており事前の打ち合わせにて会議の目的、方向性を共有できている。 ○地域ケア個別会議を振り返り、対象となるケースが認知症等、支援の必要性を自覚していないケースが多かったので、圏域の会議で認知症について話し合った。	良い点 ○津田沼北部圏域で社協支部の勉強会と共催し、地域ケア圏域会議を開催した。地域の方と圏域のケアマネを繋げ、活発な意見交換ができた。 反省点 ○年度末の開催になり、医療職の参加ができなかった。開催準備に余裕をもって次回は医療職の参加を調整したい。	○個別会議の開催と圏域会議に繋がられるよう課題分析をする。 ○ケアマネ、医療職以外でも地域の社会資源になる支援職の参加を図る。	○地域ケア個別会議を各職員、1回以上開催する ○個別会議の振り返りを通して地域課題を明確にする。 ○個別会議での地域課題を圏域会議で情報共有する。	○地域ケア個別会議や介護予防自立支援検討会議も含め、年6回以上開催する。 ○地域ケア圏域会議を年2回以上開催し、圏域ごとの高齢者や支援関係者をつなぎ地域包括支援ネットワークの構築を行っていく。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	○地区別の課題や地域資源の状況を確認後、地域に出向いてくらしの応援団を開催し、地域の課題や地域資源について協議することができている。また地域資源をまとめた「高齢者つどいマップ」の配布をくらしの応援団で説明し配布を始めている。 ○くらしの応援団で開催が決定した八剱神社ラジオ体操の後方支援を行っている。 ○広報誌「かけはし」やブログで活動内容を地域に周知することができている。 ○高齢者のつどいを屋外や地域で開催し好評を得ている。 ○地域の高齢者が活躍できる場をつくり継続した活動に繋がっている。	良い点 ○くらしの応援団の地区別開催時、地域住民の活動場所へ出向くことで地域の新たなキーパーソンに繋がることが出来ている。 ○八剱神社ラジオ体操の運営方法について住民と協議の場や地域住民との交流の機会がある。 ○ブログでの広報活動で幅広い世代に事業活動を周知することができている。 ○事業活動等を通じて地域のボランティアとの関わりが継続できている。 反省点 ○今年度くらしの応援団が開催出来なかった地区のキーパーソンへ事業活動の周知が必要である。 ○「かけはし」配布先に対して今後の事業活動に繋げる働きかけが必要である。	○継続したくらしの応援団の周知が必要である。 ○地域交流の機会の少ない地区へ事業活動の周知が必要である。 ○高齢者が参加できる居場所や集い団体の把握の継続が必要である。 ○地域の高齢者が活躍できる場づくりを継続する。	○地域住民にくらしの応援団の周知と地域の情報を発信していく。 ○地区別の課題や地域資源の状況の把握を継続し、地域の特性に応じた生活支援サービスの体制整備を図る。 ○既存の集い関係者や地域の主要メンバーと交流を図りながら新しい担い手の発掘と地域の居場所づくりを進めていく。 ○高齢者の活躍できる場づくりを紹介をする。 ○「かけはし」配布先に対して事業活動に繋げる働きかけをする。	○広報誌「かけはし」やブログの中で活動内容の紹介を継続し説明の機会を図る。 ○くらしの応援団を地域に出向いて地区ごとに年1回以上開催できるよう地区担当と共に民生委員・児童委員、連合町会長、社協支部長へ働きかける。 ○「高齢者つどいマップ」の配布を継続する。 ○地区別にキーパーソンから聞き取りの機会を地区担当と持ち、新しい担い手や居場所づくりについて意見をいただく。 ○高齢者のつどいを屋外や地域へ出向いて開催を継続していく。 ○高齢者のつどいやくらしの応援団、新しい生活支援サービスの場を紹介する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	○医療関係者や関係事業所、地域の支援者との情報共有が出来ている。 ○認知症ケアパス作成時、認知症の人や家族目線で活用できるよう取り組むことが出来た。 ○キャラバン・メイトと連携を図り年2回以上津田沼3丁目第3町会会館で認知症サポーター養成講座を開催した。 ○市の掲示板を使用して地域住民に対して認知症サポーター養成講座開催について周知した。 ○認知症サポート事業所を増やすために認知症に理解ある事業所へ認知症サポーター養成講座に向けての働きかけをした。 ○小学生親子向けの認知症サポーター養成講座開催に向けて企画・準備したがコロナのため開催することが出来なかった。 ○圏域の中学校で認知症サポーター養成講座の開催が出来た。 ○市のアルツハイマー月間のイベントに参加した。 ○ならしのオレンジテラス連絡会に参加し認知症カフェ立ち上げに協力頂ける事業所との情報交換が出来た。	良い点 ○医療関係者や関係事業所、地域支援者と連携を図ることで相談業務担当と本人やその家族に支援する際に早期受診、早期対応を勧めることが出来ている。 ○認知症ケアパス作成時にセンター内で話し合うことが出来た。 ○津田沼3丁目第3町会会館で認知症サポーター養成講座を継続しての開催が出来ている。 ○認知症に理解ある事業所に対して普及啓発することが出来た。 ○キャラバン・メイト地区連絡会を2回開催し認知症サポーター養成講座についての意見交換が出来ている。 ○キャラバン・メイトやサポート事業所を増やすことが出来た。 反省点 ○若年層に対して認知症サポーター養成講座の開催が少ない。 ○アルツハイマー月間にキャラバン・メイトに協力頂く必要がある。 ○コロナ禍のため認知症カフェ設置まで至ることが出来ていない。 ○圏域内に家族の声を聞く場がない。	○医療関係者や関係事業所、地域支援者との情報共有を継続していく。 ○適切な認知症ケアパスの活用を継続する。 ○津田沼3丁目第3町会会館以外でも認知症サポーター養成講座開催の必要がある。 ○若年層向けに認知症サポーター養成講座の機会を作る。 ○キャラバン・メイトの活動支援を行う必要がある。 ○認知症カフェや家族の声を聞く場がない。	○医療と介護等が相互の役割・機能を理解し多職種協働の重要性の共有と地域の支援者との連携を継続する。 ○認知症の人や家族目線のケアパス作成に取り組む地域の認知症サポート事業所へ配布する。 ○若年層に向けての認知症サポーター養成講座の開催と働きかけを行う。 ○年2回のキャラバン・メイト地区連絡会にて活動内容について話し合いの機会を作る。 ○サポーター交流会を開催し地域住民が認知症の人や家族への理解を深める取り組みを行う。 ○認知症カフェ開催に向けて運営に協力頂けそうな事業所と継続して情報交換をしていく。 ○家族の声を聞く場を作る。	○認知症初期集中支援チーム、習志野連携の会、認知症サポート医、医療関係者、介護サービス事業所との多職種研修会や地域支援者との連絡会等に参加する。 ○認知症ケアパスについては認推で全体を検討すると共に有効的に活用できる方法についてはセンター内で話し合いを行う。 ○認知症ケアパスを地域の認知症サポート事業所に配布したり、相談来所時にも活用していく。 ○地域に出向き認知症サポーター養成講座を開催していく。 ○学校関係者と連携を図り講座開催に向けての働きかけを行う。 ○認知症に理解ある事業所に継続して認知症サポーター養成講座開催に向けて働きかけを行う。 ○市のアルツハイマー月間のイベント企画の実施を継続して協働で行い認知症サポート事業所や幅広い世代に向けて普及啓発を行う。 ○年2回のキャラバン・メイト地区連絡会にて講座以外の活動内容を含めた話し合いの機会を持つ。 ○認知症サポーター交流会を年2回開催し交流会に参加するメンバーを増やす。 ○認知症カフェ運営に協力頂けそうな事業所と2か月に1回程度話し合える機会を設ける。 ○認知症の人と家族の会と連携を図り、家族の会の年1回の開催を目指していく。

令和5年度 津田沼・鷺沼高齢者相談センター事業計画書 （社会福祉法人 清和園）

包括的支援事業		4年度 の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度 の取組計画
1	総合相談支援業務	○住民の声を聴く機会として、広報誌配布回数を増やし顔つなぎをする。 ○広報活動（広報誌・ブログ）を積極的に行い、住民にとって身近な相談先となることを目指す。 ○くらしの応援団やまちづくり会議を通し、地域性に伴ったニーズを把握し対応策を検討する。 ○地区担当者は、担当地域の社会資源の開発・地域住民へのアプローチを積極的に行う。 ○速やかな情報共有や共通認識を持った対応ができるよう、朝礼時・勤務終了前申し送り時に加え、必要時は都度情報を発信する。 ○複数名の職員で対応することで多角的にアプローチし、適宜専門職としての役割を担う。	○広報誌の配布回数を年4回に増やしたり、ブログを積極的に活用しセンターの周知を行った。 ○くらしの応援団の開催や地域の活動に積極的に参加した。 ○朝・夕2回申し送りをを行い、情報共有や共通認識をもって対応した。	良かった点 ○地域活動に参加することで関係機関や団体とよい関係性の構築・保持することができ、相談にもつながっている。 ○くらしの応援団開催により地域課題や現状把握ができ、社会資源開発に向けての取り組みにつながった。 ○朝・夕の申し送り、定期的な事例検討に加え、その都度情報発信することですばやい緊急対応ができた。 ○バイタルリンクの導入により医療とのさらなる連携強化につながっている。 反省点 ○地域住民の生の声をあまり聞けなかった地区がある。 ○相談対応が個人経験と知識でとどまってしまうことがあり、特にインフォーマルサービスの提供にばらつきがある。	○積極的に地域に働きかけができない地区があった。 ○情報共有にとどまらず、今後の支援の方向性の協議が十分に行われなかった。	○働きかけができなかった地区に働きかけていく。 ○情報共有にとどまらず、支援の方向性の協議を十分に行い職員間の連携を強化していく。 ○インフォーマルサービスの情報の整理・更新	○広報活動（広報誌・ブログ）は継続し、包括の周知につなげ住民や関係機関各所の方々から身近な相談機関となるようにする。 ○地区担当は地域住民や関係機関や団体へのアプローチを積極的に行い、社会資源の開発や協力者の開拓、機関の開拓を行っていく。 ○朝・夕の申し送りで情報共有にとどめず多角的な視点から支援の方向性も協議し、相談票のチェック項目に複数チェックがついたら職員2名で対応する。 ○インフォーマルサービスの情報を整理し、必要時は適切に提供できるようにする。
2	権利擁護業務	○サロンや地域での会議等に出向き、住民向けの勉強会を年2回以上開催し、成年後見制度や虐待防止活動について周知していく。 ○高齢者虐待を防止するため介護サービス等の適切な利用促進や民生委員等の関係機関に対して高齢者虐待防止の普及啓発を行う。 ○困難事例はセンター内だけでなく関係機関とも話し合いの場を設け、密な連携を図っていく。 ○ケースを継続して把握し、関係機関と見守り、再発防止の情報交換をしていく。 ○消費生活センターや警察や市役所との連携強化を図り、権利擁護や消費者被害に関する知識を地域住民に伝えていく。	○包括主催のつどいで権利擁護についての講話を行った。 ○地域のサロンに参加し成年後見制度、虐待防止、消費者被害についての説明をした。 ○困難事例に発展しそうなケースに対し、事前に相談が入るようになった。	良かった点 ○関係機関が関わっているケースで困難事例に発展しそうと予測された時点で連絡が入るので包括が介入するタイミングも含め、事前に関係機関とやり取りができた。 ○習志野警察署と連携し詐欺被害などの情報を得ることが多くなり、包括主催のつどいでも講話をしていただいた。 反省点 ○権利擁護に関する勉強会が一部の地区に限られてしまった。 ○消費者被害と成年後見制度の説明が多くなり、虐待防止についての啓発があまりできなかった。	地域のサロンについては、一部の地域に対してしか権利擁護や消費者被害防止の啓発の機会を持つことができなかった。	○地域のサロン等で啓発活動をする。 ○困難事例に発展する前の段階での情報共有を根付かせる。	○サロンや地域での会議等に出向き、住民向けの勉強会を年4回以上開催し、成年後見制度や虐待防止など権利擁護事業の啓発を行う。 ○関係機関の会議などに出席し、高齢者虐待を防止するため介護サービス等の適切な利用促進や民生委員等の関係機関に対して高齢者虐待防止の普及啓発を行う。 ○困難事例は、関係機関と協議の場を設け、密な連携を図っていく。 ○ケースを継続して把握し、関係機関と見守り、再発防止の情報交換をしていく。 ○消費生活センターや警察や市役所との連携強化を図り、権利擁護や消費者被害に関する知識を地域住民に伝えていく。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	○介護支援専門員の研修を企画したり、連絡会に積極的に参加し、顔の見える関係の維持、構築に努めた。 ○介護支援専門員から気軽に情報交換や悩みが相談できるよう交流会を企画した。 ○担当者会議の構成員を超える話し合いが必要となったケースは、地域ケア個別会議として関係者の連携強化を図り、各支援職の役割分担を明確になるよう心掛けた。	○ケアマネからの相談に対し、所内で共有し、同行訪問や利用できる社会資源の提案等、後方支援をした。 ○一人ケアマネの居宅でも他のケアマネと情報交換ができるようケアマネ交流会を開催した。	良かった点 ○同行訪問を繰り返すことで担当ケアマネの負担を軽減することができた。 ○ケアマネ交流会は参加してみて良かったと好評だった。 反省点 ○相談があがってくる事業所とあがってこない事業所と偏りが出てきてしまった。 ○意見交換・交流に止めず、事例検討や研修につなげたい。	○コロナで関係性が希薄になっていたが、久しぶりに対面での交流だったので好評を得た。 ○開催の継続を希望する声が多かった。 ○委託件数や事務所からの距離等で関わる機会に偏りができてしまった。	○コロナ禍で対面の機会が減り、関係性が希薄となったため、関係性の強化を図りたい。 ○包括に相談を挙げた結果、得るものがないければ次回に繋がらないので、相談した結果のわかる対応に心掛ける。	○市内の高齢者相談センター、関係機関と協力して、研修会を開催し、介護支援専門員の資質向上と連携強化に努めていく。 ○ケアマネからの相談ケースを課題分析、支援内容を検討することで自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供の最適な手法を蓄積し、地域に共通する課題を明確にする。 ○介護支援専門員が相談しやすい関係性を構築するため、居宅支援事業所との交流会、勉強会を年2回以上開催する。 ○居宅介護支援事業所へ出向き、地域の社会資源の情報を届けにいく。
4	介護予防ケアマネジメント業務	○介護予防や自立支援に向けた地域資源の開発を考える。 ○地域で活動している人との連携強化に努め新たな担い手の発掘に努める。 ○地域主催や包括主催のサロンで介護予防や健康増進についての講話を年5回程度行う。 ○健康状態不明者等高齢者について市役所職員と同行訪問して状況把握と適切な対応に努める。	○転倒予防体操推進員養成講座や修了式・地区会等に出席して推進員活動の現状把握に努めた。 ○担当地区外の会場でも担当地区の参加者が多い場合は出向き包括の広報に努めた。 ○地域サロン等で介護予防等について更に要望があった地域と包括との連携事例についても話をした。 ○市役所職員と同行訪問し状況把握と適切な対応に努めた。	良かった点 ○新たな担い手として転倒予防体操推進員が誕生した。その後も活動の場を広げている。推進員との情報共有は出来つつある。 ○地域からの要望に応じて地域との好連携の事例を伝えることができた。介護予防の話も継続している。 ○同行訪問により状況把握と適切な対応が出来た。 反省点 ○推進員からの情報を生かし切れていない。	○てんとうむし体操の場を自立した活動としながらも介護予防や自立支援の場にもしたいという共通認識に至っていない。 ○所内で新しい活動場所等の情報共有ができていない。	○転倒予防体操推進員や参加者と活動の場の利用について意見をすり合わせる。 ○職員のとんとうむし体操についての情報共有を図る。 ○地域からの要望には積極的に的確に応えていく。 ○同行訪問から状況把握と適切な対応に繋げていく。	○既存・新規のてんとうむし体操団体と連携を図り、心身機能の改善を目指す活動を行う。 ○要支援者や事業対象者、住民の介護度の重度化防止、改善促進を目的として地域での啓発活動（広報活動・出前講座等）を行う。 ○市役所職員との同行訪問を継続して対象者の状況把握と適切な対応に努める。

令和5年度 屋敷高齢者相談センター事業計画書 （社会福祉法人豊立会）

重点運営事項		4年度 of 取組計画と実施内容	実施して良かった点・反省点とその理由	課題	5年度の取組計画	具体的な取組
1	地域ケア会議の充実	・屋敷ケア会議を5回開催した。 ・地域関係者の会議への参加を増やすため、地域での周知を進めた。 ・総合相談支援業務、介護予防ケアマネジメント業務を通じて、地域関係者との協議、情報共有が必要なケースについて地域ケア個別会議を行った。 ・地域包括ケアシステムや地域ケア会議について周知した。	・地域包括ケアシステムやケア会議の重要性について周知できた。 ・地域ケア会議に、地域関係者や住民も参加し積極的な意見交換ができた。 ・事例をもとに参加者間で支援の方向性を協議することで、自立支援に資するケアマネジメントにつなげた。 ・地域で課題となっていたケースの個別ケア会議を開催した。 ・多機関・多職種が各々の専門的知見から助言などを行うことでよりよい支援、ケアの内容を検討できた。	・地域包括ケアシステムや地域ケア会議の必要性について周知が必要である。 ・ネットワーク構築にあたり、医療や介護関係者以外の地域関係者からの協力を得られるよう周知が必要である。 ・地域ケア個別会議から地域課題を発見し、地域ケア圏域会議につなげていく。	・屋敷ケア会議を年5回開催する。 ・地域の関係者が参加しやすいように働きかける。 ・地域ケア個別会議を重ね、課題の分析を詳細に行うことで、地域課題を発見していく。 ・地域包括ケアシステムやケア会議の必要性について周知していく。 ・多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催する。 ・総合相談支援業務、介護予防ケアマネジメント業務を通じて、地域関係者との協議、情報共有が必要なケースを地域ケア圏域会議に発展させる。	・花咲地区・本大久保地区でケア会議を開催し、地域の見守りネットワークを構築していく。 ・自立支援検討会で、自立に向けた支援と生活の質の向上を図る。 ・出前講座やサロン等で、地域包括ケアシステムの必要性や地域住民の支えあいについて周知啓発していく。 ・民生委員や高齢者相談員、自治会など地域の関係者へ、地域ケア会議参加の協力を促し連携を強化していく。 ・屋敷全域でのケア会議を、第2層協議体と合同で開催する。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・社会福祉協議会各支部と協働し、定期的な体力測定会、出張健康相談等を開催した。 ・第2層協議体を屋敷地区の拠点にて開催したが、他地区に展開することができなかった。 ・広報紙を年4回発行しセンターの周知、フレイル予防についての情報発信を行った。 ・既存のネットワークから、連携を拡大することで地域活動の担い手となりうる人材を発見し連携を図ることができた。 ・総合相談支援事業と連動し、各地域の特性や抽出された地域課題に応じたアプローチを行った。 ・地域のイベント会場で、握力測定を実施しフレイル予防について周知した。 ・高齢者のつどいを2か所の拠点で継続開催している。	・社会福祉協議会支部へ働きかけ、体力測定や出前講座を行うことで、住民との関わりの機会が増えた。一方で、アプローチが足りなかった地区があった。 ・広報紙で、健康に関することやセンターの活動の周知を図ることができたが、発行回数は年4回となってしまった。 ・てんとうむし体操を新たに立上げる団体との関わりや連合町会の会議や行事を通じて、既存のネットワークから拡大することができた。その結果、継続した活動の支援へとつながることが増えた。 ・担い手となりうる人材との交流が増えたことで、地区ごとにキーとなる方ができた。 ・総合相談支援事業で抽出された地域課題によって、各地区ごとに異なる内容、方法でのアプローチを行うことができた。	・活動につながっていない地域がある。 ・地域関係者と密な情報交換の機会が少なかった。 ・若年世代への周知を拡大する必要がある。 ・地域住民の困りごとや心配事の聞き取りが不十分だった。	・社協支部や連合町会と協働し、住民が主体的に活動を継続できるよう後方支援を行う。 ・地域関係者と定期的に集まり情報交換できる場を設けていく。 ・地域のイベント等、若い世代が集まる会場で体力測定や相談会を実施しセンターの周知を行う。 ・学生へ包括の活動を理解してもらい、担い手となる人材を発掘する。 ・地域のサロン、運動の拠点に出向き活動の状況や実態を把握する。	・各地区の運動の拠点や町会集会所での出張健康相談・体力測定を定期的に開催できるよう関係者に働きかける。 ・コンビニや警察、郵便局など幅広く参加の声掛けを行ない、第2層協議体を年2回開催する。 ・LIGHT UP STUDIOの学生や近隣の大学とコラボし、認知症サポーター養成講座や高齢者のつどいへの協力を提案する。 ・交流やサロン等参加者の会話からニーズを把握し、具体的な活動の創出につなげる。 ・お散歩マップを他地区でも作成する。 ・住民が主体的に企画・運営し、閉じこもり予防ができる通いの場の立上げを支援する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	・キャラバン・メイト地区会(ロバの会)を定期的に開催し、メイトとの意見交換、今後の活動について協議する場を設ける。 ・認知症高齢者の地域での見守りや生活支援について、地域関係者と共に協議し、連携する。 ・地域包括ケアシステムと認知症総合支援事業を一体的に推進するため、介護支援専門員、介護サービス事業所に向けて、事業内容、認知症地域支援推進員の周知を継続する。 ・認知症初期集中支援チームと連携し、認知症の高齢者の支援を継続的に行った。 ・感染防止策を徹底し、認知症サポーター養成講座を開催した。	・キャラバン・メイト地区会(ロバの会)を開催し、メイトらと意見交換ができた。専門職が多く、市民のメイトの参加が少なかった。ささいなことでも、連携、気軽に参加できる活動を企画するとよかったのではないかな。 ・認知症高齢者の支援について、相談を受けた際に随時話し合いの機会を持った。 ・認知症の高齢者の生活を支えるため、認知症の人とその家族・介護者の早期支援、対応の体制作りに取り組むことができた。	・市民メイトとの交流の機会を増やし、活動を共に行うことで、モチベーション低下を防ぐ必要がある。 ・認知症の本人を介護する家族を対象として、思いを話せる場づくりが必要となる。 ・BPSDへの対応、介護方法などに苦慮する現状の把握と、対応力の向上が必要である。	・キャラバン・メイト、サポーターと連携を強化し、普及啓発活動や家族支援の会などを共に行う。 ・サポーターが主体となって、地域の認知症高齢者への支援ができるよう、体制を整備する。 ・圏域の介護事業所や医療機関の支援者を対象に、認知症の対応や介護方法について共に検討し、対応力向上のための支援を行う。 ・認知症の正しい理解を拡大するため、住民にわかりやすい方法で普及啓発に取り組む。	・キャラバン・メイト地区会、認知症サポーター交流会を定期的に開催し、メンバーの横のつながりから、具体的な活動へとつなげる支援を行う。 ・認知症の介護をしている家族が、互いに思いを共有できる居場所づくりとして、定期的な会を開催する。 ・認知症の本人と家族を支援する活動として、具体的にどのような取組が可能か検討する。 ・銀行、コンビニ、店舗等にセンターの周知とともに、認知症サポーター養成講座の開催を提案する。 ・図書館、公民館などと連携して、認知症に関する啓発活動を実施する。 ・介護施設、医療機関等の職員を対象として、BPSDへの対応や介護方法についての研修を企画し、現場での対応力向上を図る。

令和5年度 屋敷高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人 豊立会)

包括的支援事業		4年度 の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度 の取組計画
1	総合相談支援業務	＜総合相談支援業務の充実＞ ◎実態把握 ・相談内容の傾向を把握し、地域特性に応じたアプローチを行う。 ・半年に1回、相談内容の分析、評価を行い、地域課題の抽出を行う。 ・生活支援体制整備事業と連動し、実態把握と社会資源の可視化を推進する。 ・総合相談支援にて、高齢者の状態に応じた介入頻度、方法についてスクリーニングする。 ◎関係機関とのネットワーク強化 ・積極的に地域に出向き、既存のネットワークを強化し、担当者との顔の見える関係構築を図る。 ・構築したネットワークから新たなキーとなる人材の発掘に努める。 ・広報紙を年6回発行し、センターの周知、情報発信を行う。 ◎援助技術・資質の向上 ・毎朝の定例会、週2回の情報共有会議、月1回の所内勉強会を継続し、チームアプローチ体制を強化していく。 ◎地域ケア会議の開催 ・地域関係者や介護保険事業者が参加しやすい会議の企画・運営を行う。	・総合相談の内容を年2回集計し、地区ごとの相談内容や課題について分析を行った。 ・情報共有会議で、ケース毎のスクリーニングを行い介入頻度や支援の方向性を共有しチームで支援した。 ・町会役員、マンション管理人、銀行、司法機関など多様な機関とのネットワーク構築を図ることができた。 ・広報誌年4回発行した。 ・チラシ配布や出前講座等でセンターの周知を行った。 ・情報共有会議を週1回、所内勉強会を月1回実施した。	・年2回の相談内容分析から、地区の特性や傾向が見えてきた。 ・独居で地域との関係が希薄な高齢者が多い泉町で地域ケア会議を開催し、関係機関や地域住民同士の顔の見える関係作りや見守りネットワークの構築を図ることができた。 ・困難ケースを通し、地域住民及び関係者と協働で支援を重ねることでネットワークの構築が図れ、新たなケースでもスムーズに支援につなげることができた。 ・週1回の情報共有会議や毎朝の定例会で、個々のケースの共有を図り、担当者不在時でもスムーズな対応ができた。また各専門職の視点から助言をもらい多面的にケースを見ることで適切な支援につなげることができた。 ・広報誌発行が計画通りに実施できなかった ・センターの周知活動が限定されている。	・地域住民の声から、地域ケア会議を開催することで、住民もチームの協力者として協働できた。 ・地域の困った人を排除ではなく、各々の立場でできる事を役割分担し協働で解決につなげることで連携強化につながった。 ・多問題を抱えたケースでは、情報共有しながら、専門職の視点を活かし解決につなげた。	・相談内容を詳細に分析することで、地域の課題や傾向が見えてくる。 ・課題分析後の地域への働きかけを効果的に実施していく必要がある。 ・地域住民や関係機関との連携を継続していくために定期的な情報交換の場が必要である。 ・障がいや難病・生活困窮等、多様・複雑化したケースへの支援方法について知識を深めていく必要がある。 ・センター周知にあたり、既存の関係機関だけではなく幅広く周知していく必要がある。 ・センターの役割や活動について多くの住民に周知し、相談しやすい環境作りが必要である。 ・センターの周知が必要である。 ・広報誌発行が計画通りに実施できなかった ・センターの周知活動が限定されている。	《総合相談支援業務の充実》 ◎実態把握・関係機関とのネットワーク強化 ・相談票の見直しで、より詳細な地域課題を分析していく。また月報を活用し圏域の課題や傾向を把握し、地域ケア会議につなげる。 ・医療や介護事業所、地域の関係機関を含めた情報交換の場として地域ケア会議や出前講座等を活用し連携強化を図る。 ・センターのリーフレットを関係機関に設置してもらえるよう働きかけ包括の周知を行う。また、随時リーフレットの追加を行いながら、設置機関との情報交換を継続することで地域課題を把握し連携強化する。 ・ケアマネ向けの社会資源冊子「おたすけ手帳」や第2層コードの社会資源を一本化し、地域住民向けの社会資源活用冊子を作成し配布する。 ・広報誌6回/年発行。包括の活動内容や健康に関すること等、大まかな概要を決め全職員で協力し発行する。また配布箇所を拡大しセンター周知につなげる。 ◎援助技術・資質の向上 ・情報共有会議を週1回実施し、困難ケースの把握や個別ケースの支援方法の検討を重ねることで、援助技術の向上を図る。 ・勉強会や外部研修の報告等を月1回行い、幅広い知識を身につける。 ・共生社会(多分野)に必要な重層的支援について学びを深める。 ・外部研修に積極的に参加し、勉強会でフィードバックする。 ・BCPを作成する。
	2	権利擁護業務	＜権利擁護に向けた取り組みの強化＞ ・高齢者のつどい、出前講座、認知症サポーター養成講座等で、権利擁護に関する制度の周知活動を継続する。 ・地域住民・介護保険サービス事業所等それぞれの対象者別にリーフレットを作成し、周知啓発活動を行う。 ・地域個別ケア会議やまちづくり会議等で見守りの視点の重要性を伝え、住民によるゆるやかな見守り体制の構築を図る。 ・関係機関との連携の強化、拡大を図り、相談窓口の周知活動を引き続き行う。 ・権利擁護に関する研修会の参加、所内勉強会を年2回実施する。 ・高齢者虐待対応において、緊急性を意識した対応を実施する。市の担当課、関係機関と虐待解消に向けたチームアプローチを実施する。 ・消費生活センター、警察と定期的な情報収集、共有を行い連携体制を強化していく。	・つどいの場や認サポで「虐待の早期発見」「消費者被害」「成年後見制度」等、ミニ講座を開催し権利擁護の周知を行った。 ・社会福祉士が外部の虐待研修に参加し、全職員にフィードバックした。 ・消費被害を受けている高齢者のケースで消費生活センターと情報を共有し支援につなげた。また、消費生活センターから消費被害の傾向を聞き取り、住民に被害防止の周知を行った。 ・警察からの虐待通報票から介入の可否や緊急性を判断し関係機関と連携し支援した。 ・虐待通報に対し、市と連携し対応した。	・「大事な人を守る都市宣言」を機に、目に見えない虐待に気づくことや虐待のサインについて講座を行い、虐待への気づきや見守りについて住民への理解を深めることができた。 ・外部研修に参加することで、虐待通報時の初動時対応の注意点や行政との連携について再確認できた。 ・成年後見制度の相談及び申立希望の増加と共にリーガルサポートとの連携も多くなり、法的視点からの権利擁護について意見交換やアドバイスを頂く事ができた。 ・住民からの消費被害通報があり、地域住民同士で見守り体制ができていることが分かった。 ・日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用について住民の方にも分かりやすく説明できるようにする。 ・権利擁護について介護事業所への周知が必要である。	・市の都市宣言から「高齢者虐待」につなげたことで興味を持って参加して頂き周知が図れた。 ・虐待の相談が増えてきている。 ・独居認知症高齢者の生活立直しで、本人の意思決定支援が重要である。 ・成年後見制度の活用について具体的に説明することで、活用の可否について相談者が判断することができた。 ・権利擁護について介護事業所への周知ができなかった。 ・消費被害について随時、消費生活センターと情報交換し被害の傾向を把握できたが、タイムリーな発信ができなかった。	・虐待をしている意識がない場合が多く介入が難しい。 ・高齢者自身が養護者へ虐待しているケースもあり、自立した家族への支援が難しい。 ・高齢者虐待の早期発見につなげるため、介護サービス事業所や住民へ周知が必要である。 ・独居認知症高齢者の財生活費の管理や公的手続きが課題となっている。 ・消費生活センターと連携し、地域での消費被害の傾向をタイムリーに発信することで、被害防止につなげる必要がある。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	＜包括的・継続的ケアマネジメントの強化＞ ・介護支援専門員、地域関係者、医療機関との顔の見える関係を構築し、連携を強化する。 ・支援困難事例だけでなく、業務における連携の成功事例を介護支援専門員より聴取し、地域ケア会議で共有し支援の質の向上を図る。 ・他の事業と連動し、実態把握から導き出した地域課題を明確化し、介護支援専門員と共有する。 ・地域ケア会議にて、KJ法を取り入れ、日常の業務や支援方法について整理、分析を行う。 ＜地域関係者へのアプローチの強化＞ ・啓発のための資料作り。 ・出前講座にて、各専門職の役割や業務内容を説明し、地域包括ケアシステムのわかり易い周知を図る。 ・専門職と地域関係者のネットワーク強化のため、第2層協議体と地域ケア会議を合同開催する。 ・年に2回居宅介護支援事業所に訪問する。 ・介護支援専門員の資質向上、地域ケアシステム構築のため、包括ケア研修会を年3回実施する。	・地域ケア会議を5回実施し、医療や介護、地域住民の顔の見える関係構築ができた。 ・ケアマネ連絡会や他センターと共同で包括ケア研修会を3回実施した。 ・個別ケア会議を2回実施した。 ・地域包括ケアシステムや地域ケア会議について、住民にも分かりやすくレクチャーした。 ・おたすけ手帳更新にあたり、居宅介護支援事業所へアンケートを実施し社会資源の情報収集を行った。 ・居宅の困難ケースに随時対応し、必要があれば同行訪問し解決につなげた。 ・地域ケア会議を第2層協議体と合同開催し地域の課題について共有した。	・介護保険制度の現状や地域ケア会議の目的を住民にも分かりやすくレクチャーすることで、積極的な意見交換ができ、見守りネットワークの構築や顔見知りの関係作りができた。 ・個別ケア会議の解決から、地域課題を抽出し、住民同士の支援や見守りネットワークの重要性を周知することができた。 ・ケアマネ相談票の分析からケアマネの課題を分析できた。 ・居宅介護支援事業所を訪問し、ケースの受入れ状況や困難ケースの情報共有を行い、適時に後方支援で解決につなげることができた。 ・介護保険外のサービス位置づけに活用してもらえるよう「おたすけ手帳」を更新し、地域の社会資源を共有できた。	・地域からの声を地域ケア会議につなげることができた。 ・多くの住民が参加することで、住民視点の意見交換が行え、地域の課題解決に向け具体的な動きができた。 ・社会資源収集に居宅介護支援事業所にも協力してもらったことで、社会資源の活用意識を高める事ができた。 ・ケアマネ相談分析票や事業所訪問で、困難ケースの把握や、悩み・困りごとを把握できた。	・地域包括ケアシステム推進を継続していく。 ・住民自らが地域課題に気づき、解決に向けた取り組みができるよう支援する必要がある。 ・ケアマネの相談票や面談内容を分析し、悩みや課題について、ケアマネ自身が解決できるような支援が必要である。 ・多職種・他機関とケアマネの連携強化が課題である。	・地域ケア会議を5回開催する。 (花咲地区・本大久保地区・自立支援検討会・屋敷全域2) ・包括ケア研修会を企画・開催する。 ・地域ケア会議を第2層協議体と共同開催し、医療介護の専門職や地域関係者とのネットワーク強化を図る。 ・居宅介護支援事業所と連携し「おたすけ手帳」を更新することで効果的に活用してもらえるようにする。 ・個別ケア会議の内容を分析し、地域課題の解決につなげる。 ・ケアマネの困りごとや悩みについて、意見交換や勉強会の機会を設定する。 ・介護サービス利用者が速やかにサービス開始できるようケアマネ事業所と密な連絡をとりながら、受入れ件数の把握や連携を強化していく。
	4	介護予防ケアマネジメント業務	＜重度化防止・自立支援の観点に基づいた適切なケアマネジメントの実施＞ ・ケアマネジメントに関する所内勉強会の実施。 ・一般介護予防対象者に対して、社会参加の習慣づけを行い、孤立化を防止し、主体的に活動が行えるよう働きかけを行う。 ・生活支援体制整備事業と連動し、社会資源の見える化を行う。 ＜フレイルの早期発見・予防のための取組＞ ・広報紙にて、定期的にフレイルに関する情報発信を行う。 ・各地区のサロンや体操の拠点等に出向き、体力測定会や出張健康相談開催を提案する。 ・地域関係者、サロン主催者を定期的に訪問し、情報交換を行う。 ・サロン等に定期的に参加し、高齢者の心身機能の低下を早期に発見する。 ・サロン参加者とのコミュニケーションの積み重ねによって、地域住民のニーズ把握を行う。 ＜介護予防把握事業＞ ・健康支援課と健診未受診者等に関する情報共有、支援方針を協議し同行訪問を継続する。	・介護予防ケアマネジメントや一般介護予防について、所内で勉強会を開催し事業の周知を行った。 ・てんとうむし体操の立上げ後方支援を行った。 ・サロン主催者と常に情報交換を行い、参加者の状態やニーズ把握を行った。 ・地域のサロンやイベントで体力測定を開催し、フレイル予防の周知を図った。 ・健康診断未受診者の情報共有を行い、自宅訪問し状態の確認を行った。 ・地域主催のまつりやイベントにセンターのブースを置き、若い世代も含めた介護予防の周知を行った。 ・芙蓉園から地域住民の情報提供あり対応している。 ・芙蓉園と連携し健康相談を実施した。	・自立支援に向けたケアプラン作成の勉強会を実施した。 ・継続的に体力測定の依頼があり開催することで、住民の健康への意識が高まった。 ・既存のサロンに継続的に参加し、参加者の心身状況を把握することができた。 ・屋敷社協のふれあい給食配布事業と連携し、地域高齢者の心身の状況を把握できた。 ・体力測定を実施し、自らの体力を知る事で健康への意識を高める事ができた。 ・広報誌や出前講座でフレイル予防について周知できた。 ・健康支援課との連携で、医療や介護につながっていない高齢者の実態把握を行う事ができた。 ・芙蓉園と連携することで一般高齢者の健康意識について知ることができた。 ・介護予防に向けての周知が足りない地域がある。	・利用者自らが自立を意識したプラン作成の支援を行うことができた。 ・地域に向くことで個々の身体状況を把握でき、必要な情報提供を行うことができた。 ・体力測定を継続することで健康への意識が高まった。 ・健康支援課と連携することで医療や介護につながらない高齢者の状態把握が行えた。 ・コロナ禍で活動が制限されている地域があった。	・目標達成後の活動の場が少ない。 ・生活不活病に陥る初期サインを見逃さず早期に予防に取り組むことで重度化防止を図る必要がある。 ・体力測定を継続することで健康への意識が高まった。 ・健康支援課と連携することで医療や介護につながらない高齢者の状態把握が行えた。 ・活動の場へ参加できない方の実態把握が必要である。 ・屋敷圏域全体で介護予防について周知が必要である。

令和5年度 東習志野高齢者相談センター事業計画書 (社会福祉法人八千代美香会)

重点運営事項		4年度の取組計画と実施内容	実施して良かった点・反省点とその理由	課題	5年度の取組計画	具体的な取組
1	地域ケア会議の充実	・東習ケア会議については取り上げ事例等については参加している専門職からも意見を聴取したり、講師を引き受けていただく。職務を遂行するために必要な情報、知識を得る機会を提供することに努める。 ・困難ケースの相談については寄り添いながら一緒に対応することを心がける。対応方法を振り返る等、介護支援専門員の経験値があがるように努める。 ・介護予防のための個別ケア会議については地域の介護支援専門員からも事例を提供してもらい効果を共有する。	・東習ケア会議は6月9月3月の3回開催。医療・介護・福祉等の多くの職種が参加してくださる。また参加者同士で活発に意見交換されている。取り上げる事例については共有しやすいものを、グループワークについては参加者全員が発言できるよう職員が配慮している。 ・会議関係者から個別の相談・対応の依頼がある。 ・会議後、参加者から個別の相談・対応の依頼や地域についてもっと知りたい、貢献したいと申し出があった。	・様々な職種が参加する会議なので事例検討の方法などを工夫する必要がある。	・東習ケア会議の継続。年2回開催する。 ・困難ケースへのタイムリーな対応。 ・地域ケア個別会議(自立支援検討会議)の開催。	・東習ケア会議については取り上げ事例等については参加している専門職からも意見を聴取したり、講師を引き受けていただく。職務を遂行するために必要な情報、知識を得る機会を提供することに努める。 ・困難ケースの相談についてはケアマネジャーに寄り添いながら一緒に対応することを心がける。対応方法を振り返る等、介護支援専門員の経験値があがるように努める。 ・介護予防のための個別ケア会議については地域の介護支援専門員からも事例を提供してもらい効果を共有する。
2	生活支援体制整備事業に関する取組み	・「笑学校」の拠点が增えるように、地域住民や町会、企業などに働きかけをおこなう。また、既存団体の活動が継続できるように必要な支援をおこなう。さらに、休止している団体については、再開(もしくは代替え案の検討)に向けて、必要な情報提供や協議をおこなう。その他、年1回の体力測定、年1回の総会を実施する。 第2層協議体「わがまち支え合いプロジェクト」では、新たな地域課題を抽出し、選定する。選定後、ワークショップでの学習を行い、課題に取り組む。 ・「習志野人人マップ」については、引き続き地域資源の情報収集を行う。そして、マップに反映させ、関係機関の協力を得ながら、回覧・配布・配架を行う。 ・高齢者のつどい「そなうれ」は、「男性向けのシニア塾」をコンセプトに生活、健康、お金をテーマにした講座を行う。 ・地域の高齢者の困りごとを解決できる社会資源の把握に努める。また、その情報を周知しやすくする為、必要に応じて、社会資源のリストを作成する。 ・センターの活動や社会資源について、機関紙(毎月発行)、ブログやSNSなどで地域住民や関係機関に発信し、周知する。	良い点 ・「笑学校」の新しい拠点として、令和4年10月に「東習5丁目笑学校」が立ち上がった。立ち上げにあたり、チラシ作成・登録証などの準備・当日の運営サポートなどの支援を行い、現在も継続している。その他の拠点についても、担い手である「すまいるサポーター」と連携し、感染予防対策を講じることで、活動できている。現在、10団体内7団体が活動している。また、休止している3団体のうち1団体からは、再開の相談を受けている。 ・第2層協議体「わがまち支え合いプロジェクト」では、今年度も、地域住民や介護・福祉関係機関だけでなく、生活協同組合や小売店など多様な事業主体に参加していただいた。2回にわたり、新たに取り組む地域課題や具体策について協議した。結果、全体で取り組む地域課題・具体策を決めることができ、確実に次の段階に進むことができた。 ・高齢者のつどい「そなうれ」は、新型コロナウイルスの影響を受けることなく、予定通り月1回(全12回)実施することができた。参加者の満足度は比較的高かった。また、外部講師を依頼するにあたり、様々な関係機関と繋がることができた。 ・社会資源の把握として、新たに移動販売(魚・野菜など)、自宅配達可能な店舗(灯油・八百屋など)、地域住民主体の活動(ヨガなど)の状況確認を行い、連携した。 ・機関紙(毎月発行)、ブログやSNSなどで幅広く周知活動を行うことで、地域住民や関係機関などへの理解が深まった。また、様々な普及啓発、第2層協議体での取り組みを見据え、商店会との連携強化を図った。	・引き続き、「笑学校」の立ち上げ、既存団体の継続および再開(もしくは代替え案の検討)の支援を行う必要がある。また、総会や体力測定(年1回)の実施を検討する。 ・第2層協議体「わがまち支え合いプロジェクト」では、新たに選定した地域課題に対して、具体的に取り組む必要がある。実現する為には、より多くの協力者の存在が必要不可欠になるので、幅広いネットワークの構築にも努める。 ・必要に応じて、「習志野人人マップ」の見直し、配布などを行う。また、買い物以外の社会資源についても、リストの作成や更新を行う必要がある。 ・高齢者のつどい「そなうれ」は、参加者を固定している為、意欲が維持できるようなテーマづくりを行う必要がある。 ・商店会などの新たな協力者となりうる存在との連携方法を検討していく必要がある。	・「笑学校」の立ち上げ支援・後方支援を継続する。 ・第2層協議体「わがまち支え合いプロジェクト」では、新たな地域課題(移動支援)に取り組む。また、必要に応じて、「習志野人人マップ」の見直し、配布などを行う。 ・地域の高齢者の困りごとを解決できる社会資源の把握および周知を継続する。 ・高齢者のつどい「そなうれ」を月1回開催する。 ・センターの活動や社会資源等について、地域住民や関係機関に発信し、周知する。	・「笑学校」の拠点が增えるように、地域住民や町会、企業などに働きかけをおこなう。また、既存団体の活動が継続できるように必要な支援をおこなう。さらに、休止している団体については、再開(もしくは代替え案の検討)に向けて、必要な情報提供や協議をおこなう。その他、年1回の体力測定、年1回の総会を実施する。 ・第2層協議体「わがまち支え合いプロジェクト」では、新たに選定した地域課題(移動支援)に対して、具体策(①コミュニティバスに代わる送迎サービス ②ベンチの設置)に取り組む。実現に向け、新たな協力者となりうる地域住民や関係機関とのネットワークの構築に努める。 ・「習志野人人マップ」については、引き続き地域資源の情報収集を行う。必要に応じて、見直し、配布などを行う。買い物以外の社会資源についても、リストの作成や更新を行う。 ・高齢者のつどい「そなうれ」は、「男性向けのシニア塾」をコンセプトに、月1回ペースで生活、健康、お金をテーマにした講座を行う。 ・センターの活動や社会資源等について、機関紙(毎月発行)、ブログやSNSだけでなく、出張介護相談や地域のイベントへの参加なども行い、地域住民や関係機関に発信し、周知する。
3	認知症総合支援事業に関する取組み	・認知症サポーター養成講座を土曜日に開催する。 ・小学生対象の認知症こどもサポーター養成講座を開催する。 ・認知症サポーター交流会を土曜日に開催する。 ・ひまわりの会を計画的に開催し、養成講座の検討や「あじさいマップ」の更新版の発行を行う。また認知症サポーターの活動場の創出について検討し、チームオレンジの活動のサポートをする。 ・グループホーム連絡会を開催する。 ・講座やつどいをオンラインで実施する。	良い点 ・認知症サポーター養成講座や認知症サポーター交流会は、勤労世代が参加しやすいよう、土曜日に開催する。小学生対象の講座は、学校で行われるものと異なり、保護者の参加も出来る。 ・圏域の小学校にて講座を行い、講座後に保護者向けの広報紙を作成し配布。普及啓発につながった。 ・「ひまわりの会」では、養成講座の実施だけでなく、市の認知症施策の情報共有を行い、キャラバン・メイトのフォローアップにつなげている。また、サポーター養成講座受講者や圏域の事業所から、キャラバン・メイト養成講座の受講につなげ、今年度4名が「ひまわりの会」に加わることとなった。圏域でオレンジリングに代わる啓発グッズを作成し、講座受講者に配布を行っている。 ・習志野警察署の生活安全課との連携を図り、地域の高齢者のサポートを行っている。	・認知症カフェや本人・家族の会の開催。 グループホームや認知症デイとの連携。 ・認知症サポーターとの連携(チームオレンジ・交流会)。 ・地域への普及啓発(住民・企業)。	・認知症カフェや、本人・家族のつどいの開催。 ・認知サポーター養成講座の開催。 ・認知症サポーター交流会の開催。 ・認知症サポーターの活動場の創出・チームオレンジの活動のサポート。 ・養成講座や普及啓発活動をキャラバン・メイトと連携して行う。 ・グループホームとの連携強化。 ・商店街や地域のサークルなどとの連携(認知症の普及啓発)。	・認知症カフェや本人・家族の会についてのニーズをアンケートにて把握。開催方法を検討。 ・認知症サポーター養成講座や交流会を土曜日に開催する。 ・ひまわりの会を計画的に開催し、養成講座やあじさいマップの更新について検討する。 ・認知症サポーターの活動場の創出について検討し、チームオレンジの活動のサポートをする。 ・グループホーム連絡会の開催。 ・普及啓発活動の工夫(商店街や地域の子ども会との共催イベント。地域の掲示板などを使用した講座の周知)。

令和5年度 東習志野高齢者相談センター事業計画書 （社会福祉法人八千代美香会）

包括的支援事業		4年度の取組計画内容	実施内容	実施して良かった点・反省点	その理由	課題	5年度の取組計画
1	総合相談支援業務	「笑学校」参加者に対して基本チェックリストを実施する。 ・相談しやすいセンターとなる為に住民が参加している場へ積極的に顔を出す。公共施設や店舗に広報誌を配布するなど身近な存在であることをアピールすること を続けていく。ひとり暮らしふれあい食事会、町会の行事、寿学級（公民館）等地域住民が出席する行事への参加。 ・サービス事業所、民生委員、高齢者相談員等関係者との連携に努める。	・新規相談には、なるべく詳細に内容を把握し、他職員と情報共有するように努めた。相談内容はシステムに入力し情報共有した。対応した職員と他職員との情報共有により必要に応じて担当の交代などをした。 ・笑学校、ひとり暮らしふれあい食事会に参加し、血圧を測定するなど出席者の傍に行き積極的に声掛けした。まちづくり会議にも出席。 ・あおぞら相談会を2回開催した。	・パソコンを活用。すべての職員が閲覧でき対応の経緯などをいつでも確認できる。 ・対応したケースを報告することで情報共有や意見交換ができた。 ・地域の行事には積極的に参加。参加者との交流に努めた。 ・住民他さまざまな方面から高齢者に関する相談があった。 ・あおぞら相談会を企画し開催することができたが、相談やセンターの周知に至らず開催方法については要検討。	相談対応の情報共有を適宜行えるよう、パソコンに集約するようにしている。 長期にわたり支援することもあり主担当者以外でも対応できる必要がある。 ・地域住民にセンターの存在が広まってきている。 ・事前周知の時間が少なかったこと等もありあおぞら相談会に足を止めてもらえる人数がすくなくかった。	要支援高齢者の把握。 出張相談会の対象に合わせた開催内容を企画する。 出張相談会開催協力先を発掘する。	・相談しやすいセンターとなる為に住民が参加している場へ積極的に顔を出す、公共施設や店舗に広報誌を配布や出張相談会を開催するなど身近な存在であることをアピールすることを続けていく。ひとり暮らしふれあい食事会、町会の行事、寿学級（公民館）等地域住民が出席する行事への参加。 ・サービス事業所、民生委員、高齢者相談員等関係者との連携に努める。
2	権利擁護業務	・引き続き、困難な状況にある高齢者が安心して尊厳ある生活が過ごせるよう専門的・継続的な視点から支援を行う。 ・広報誌を作成し、地域の集いやセンター主催のイベント等において広報活動を行う。 ・東習ケア会議で権利擁護関連の情報提供、事例検討を行い、理解を深める。 ・消費生活センター、警察との定期的な情報交換を行う。 ・あじさい手帖作成を通じて、終末期医療・ケアの意思決定支援を行う。	高齢者虐待等の通報には迅速に対応、市への報告、相談を適宜行い適切な支援に努めた。セルフ・ネグレクトの対応についても高齢者虐待に準ずる対応として、状況確認や緊急性の判断を行い、適切な支援に努めた。 高齢者地域の集いやセンター主催のイベント等において権利擁護の普及啓発を行い、権利擁護に関する理解を広げるよう努めた。 消費生活センター、警察と適宜情報交換を行い、連携もスムーズに行うことができた	・高齢者虐待については、生命を脅かす危険状況に陥る手前での対応ができている。 ・東習ケア会議、センター主催の高齢者のつどい「そなうれ」、プレーメンのラジオ体操、各笑学校、ひとり暮らしふれあい食事会では権利擁護の啓発活動を行った。具体的な例を紹介したり、東習ケア会議では警察と連携し消費者被害についての情報提供、事例検討も行った。 ・困難事例の際、警察とスムーズに連携することができた。	・高齢者相談員、民生委員、介護支援相談員等と日頃より連携しており、早期発見・相談がある。相談につながりやすい体制ができている。 ・警察、消費生活センターとは適宜情報交換して良好な関係を築いていることから、困難事例の際にもスムーズに連携することができた。	・権利擁護の啓発、利用支援 ・高齢者虐待の啓発活動 ・高齢者虐待、セルフネグレクトの早期発見・早期対応 ・消費者被害防止の啓発活動 ・終末期医療・ケアに対しての意思決定支援	・引き続き、困難な状況にある高齢者が安心して尊厳ある生活が過ごせるよう専門的・継続的な視点から支援を行う。 ・広報誌を作成し、東習ケア会議、地域の集いやセンター主催のイベント等において広報活動を行う。 ・東習ケア会議で権利擁護関連の情報提供、事例検討を行い、理解を深める。 ・消費生活センター、警察との定期的な情報交換を行う。 ・人生会議の普及啓発を通じて、終末期医療・ケアの意思決定支援を行う。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・介護支援専門員に対する研修の場、連携の場として包括ケア研修会を年に3回開催を予定。内容についてはケアマネ連絡会と検討する。 ・東習ケア会議については圏域の医療・保健・福祉などの多職種の方々に協力いただきながら開催する。 ・介護支援専門員の相談については寄り添いながら一緒に対応することを心がける。	・東習ケア会議については3回開催。医療・保健・福祉・介護 ・ケアマネジャーからの相談には経験年数を考慮しながら対応するよう心がけた。	・東習ケア会議については6.9.3月に開催。 ・ケアマネジャーからの相談には感染症対策をしながら、訪問に同行などした。ケアマネジャーと利用者との関係性が良好なものになるようまたケアマネジャーの経験年数を考慮しながら対応するよう心がけた。	・安心して相談業務を続けてもらうため、ケアマネジャーの不安に寄り添う。	様々な職種が参加する会議なので話しやすい雰囲気作り、検討の方法などを工夫する必要がある。	・介護支援専門員に対する研修の場、連携の場として包括ケア研修会を年に3回開催を予定。内容についてはケアマネ連絡会と検討する。 ・東習ケア会議については圏域の医療・保健・福祉などの多職種の方々に協力いただきながら開催する。 ・介護支援専門員の相談については寄り添いながら一緒に対応することを心がける。
4	介護予防ケアマネジメント業務	・引き続き自立支援型ケアプランを意識し地域の資源を活用しながら支援する。 ・通いの場等の充実を図り、参加者やサポーターをフォローする。新規の案内を継続し介護予防に繋げていく。 ・男女問わず参加しやすい講座で、フレイル予防やラジオ体操を継続する。 ・介護予防関連の講座の案内や事業の様子については「あじさい通信」や法人のブログ等に掲載し、広報を継続する。 ・市役所の事業等の周知、利用の勧奨も行い共同して支援できるよう連携する。	運動の場や地域資源を活用し、孤立を予防した自立支援のケアプランに引き続き取り組んだ。男性が参加しやすいラジオ体操を事業として、継続できた。町会のラジオ体操事業新規立ち上げの相談支援を行った。「笑学校」の継続的な参加が介護予防に繋がるように支援した。「あじさい通信」やブログでの案内を行った。	・自立支援サービスに加え地域資源の情報や利用方法などを提案し、複数の運動、交流が効果的な支援となっている。 ・ラジオ体操や笑学校に参加してみても心身の変化を実感してもらった。更に地域の繋がりが情報共有が「楽しく続けて集える場」になる。 ・屋外で行うラジオ体操は、開放的で短時間でできることから、男性の継続利用につながっている。また感染症対策が取りやすく、笑学校に比べ継続可能であった。 ・歩いて通える介護予防の場として「笑学校」を紹介し、定期的にフォローし、ケアマネジメントに繋いでいる。感染症対策のため会場や利用者数に制限がかかり、完全休止や継続困難な時期もありつつ、短時間編成や交替制にするなど工夫しながら、できるだけ継続していた。	・個別ニーズによりサービス事業所や家族と連携を図り、自立支援・介護予防に繋げている。 ・ラジオ体操や笑学校に参加してみても心身の変化を実感してもらった。更に地域の繋がりが情報共有が「楽しく続けて集える場」になる。 ・コロナ禍での集いの場の維持は困難である分、丁寧に個別対応できるよう心がけた。	・引き続き自立支援型ケアプランを意識し地域の資源を活用しながら支援する。 ・通いの場等の充実を図り、参加者やサポーターをフォローする。新規の案内を継続し介護予防に繋げていく。 ・参加者やサポーターをフォローする。新規の案内を継続し介護予防に繋げていく。 ・男性が参加しやすい講座で、フレイル予防やラジオ体操を継続する。 ・感染症対策で通いの場が閉鎖されたままのところが予測される場合は、個別対応でフォローする。 ・介護予防関連の講座の案内や事業の様子については「あじさい通信」や法人のブログ等に掲載し、広報を継続する。	・引き続き自立支援型ケアプランを意識し地域の資源を活用しながら支援する。 ・通いの場等の充実を図り、参加者やサポーターをフォローする。新規の案内を継続し介護予防に繋げていく。 ・男性が参加しやすい講座で、フレイル予防やラジオ体操を継続する。 ・感染症対策で通いの場が閉鎖されたままのところが予測される場合は、個別対応でフォローする。 ・介護予防関連の講座の案内や事業の様子については「あじさい通信」や法人のブログ等に掲載し、広報を継続する。