

令和7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

)

事業		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組み計画
包括的支援事業	総合相談支援業務	機関紙を年3回発行した。高齢者相談センターの役割や活動を掲載し、広く地域の人にセンターを知ってもらえる広報誌にしている。	＜良かった点＞ 機関紙を地域住民や関係機関の人に読んでもらうことで、高齢者相談センターの周知になり、相談に繋がった。センターの業務に関心をもってもらうきっかけになっている。	高齢者相談センターの周知の一環として、機関紙の配布を行っているが、相談者の中にはセンターを知らなかったという声もあることから、配布先の拡大や情報が届きにくい人へはどのような周知方法が良いかを検討する必要がある。	年3回の機関紙の発行と講座等でのPRにより、高齢者相談センターを周知し、気軽に利用してもらえるようにする。機関紙配布はこれまでの配布先に加え、医療機関や高齢者が立ち寄る場所も検討していく。
		地区社協谷津支部と共催で、小地域での出前講座を検討した。また、高齢化が進んでいるマンションの集会室や関わりの少ない地域で開催出来るように提案した。	＜良かった点＞ 地域住民が集っている身近な場所での出前講座が開催できた。 サロン：3回 あじさいクラブ：4回 シルバー人材センター谷津支部：2回 その他サークル等：2回 ＜反省点＞ マンションの管理人の交代等により、講座が実現しなかった事例がある。	サロンや老人クラブ等の講座は、地域高齢者の実態把握にもなり、早期からの関わりという点で有効だが、一方で繋がりのない人と関わることが出来ていない。	社協支部のサロンやあじさいクラブ、シルバー人材センターでの講座の開催、てんとうむし体操、センター主催の集いでのミニ講座の開催を検討している。第2層生活支援コーディネーターとも連携し、関わりの少ない人にも参加してもらえるよう検討していく。
		コロナで撤退した業者も多いため、社会資源リストを見直し、使える情報を再確認した。	＜良かった点＞ 配食や介護タクシーは、値段の変更や撤退があったため、新しい情報に更新し、利用者やケアマネジャーに活用して貰えた。	情報の変更が多いことに加え、更新が頻回に出来ないため、タイムリーな情報提供が出来ていない。	活用する頻度が高い社会資源については見直しを年1回以上行い、利用者、ケアマネジャーに情報提供していく。
		民生児童委員、高齢者相談員、町会や社協支部とネットワークを構築し、困難ケースの把握や個別ケースの情報を共有し、支援している。	＜良かった点＞ 民生児童委員、高齢者相談員と情報を共有し、早期にサービスに繋がったり、心配な人の支援について相談することが出来た。 ＜反省点＞ 新しく民生児童委員、高齢者相談員になった人との接点が少ない。	ケースを通して情報を共有し、連携して支援をしているが、地域との関わりの希薄な人も増えており、民生児童委員、高齢者相談員とのネットワークの強化が必要になっている。	地区内の心配なケース等の実態把握のため、民生児童委員、高齢者相談員の定例会や地区会に出席し、情報の共有に努める。また、介護保険や在宅福祉サービス等の勉強会を設ける。

包括的支援事業	権利擁護業務	消費生活センターや、警察との関係性を強化し、連携して消費者被害の情報の収集、詐欺の状況を把握し、圏域住民に周知している。警察から予防普及啓発のポスター掲示を依頼され、公共の場に周知する機会が増やせた。	＜良かった点＞ 周知を継続していることで、ケアマネジャーや、民生児童委員、高齢者相談員からの詐欺報告があった。また、警察が訪問をしてくれたことが消費者被害の予防になった。	詐欺の手口には流行があり、被害にあった人は恥ずかしさや後悔から通報が遅れ、何度も被害にあう事がある。	今後も警察と情報共有し、繰り返し住民やケアマネジャーに周知することで、SOSを早めに出せる環境にしていける。
		成年後見の講座や県の虐待研修、病院開催のACP研修に参加している。習志野連携の会でも身寄りのない人の死後事務の話等、新しい情報を得ている。また、市役所社会福祉課と講座の在り方について確認しながら講座を開催している。	＜良かった点＞ ・専門職から情報を得る事で、虐待や成年後見の近況や今後の動向を知り、所内周知が出来た。 ・習志野市役所社会福祉課で作成した終活の冊子を住民に配り、周知できた。 ・民生児童委員や近隣住民から虐待通報が増え、相談窓口として浸透してきている。	成年後見やACPについて取り組むタイミングが分からないという人や、最期を考えることに抵抗がある人もいて、緊急時に意思が反映出来ない事がある。虐待の早期発見には住民の情報が頼りになるため、見守りの目を築いてもらえるような周知が課題である。	・ACPを身近に感じて貰えるよう、流行しているエンディングノート等、取り組みやすいものも話題に挙げ、出前講座等を行う。 ・本人のACPIについて、支援者と連携のもと、必要な情報共有を行っていく。 ・虐待予防については、チラシ配布や出前講座の機会に周知していく。
		社会福祉協議会とは、日頃から互いの窓口を紹介し合い、スムーズな対応に繋がっているが、困難ケースにおいても一緒に訪問し、成年後見制度の利用に結び付けている。	＜良かった点＞ ケアマネジャーに社会福祉協議会と相談センターの協働を見て貰い、成年後見制度の相談窓口として認識してもらえた。	判断力や理解力の低下は、近隣との交流が希薄だと発見が遅れ、問題が発生した時の通報により発見される事が多い。	成年後見、任意後見の制度についてチラシを通して周知し、成年後見センターとの連携も継続する。
		詐欺やACP、虐待予防、成年後見制度について、講座やチラシによる周知を月1回以上行った。(団地の女子会、地域サロン、老人会、麻雀の会) また、圏域の事業所交流会に出席し、活動の周知をしている。	＜良かった点＞ 数年繰り返し周知している為、虐待の早期発見方法等が掲載されたチラシに、関心を持ってくれる人が増えている。	サロン等に参加している人は、情報を得て対策や予防が出来ているが、参加出来ない人は情報の取入れが遅れ、孤立してしまう傾向にある。	定期的にサロン等に顔を出し、虐待予防、成年後見制度普及啓発、詐欺予防について周知していく。

包括的支援事業	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域のネットワーク構築のため、圏域のケア会議や協議体を開催し、ケースを通じて連携し、医療や介護の専門職等、多職種が協働しやすい関係性の構築に努めている。	＜良かった点＞ 圏域ケア会議を年2回開催し、普段は顔を合わせない人達と話し合う機会が持て、連携がしやすい関係性が構築出来た。また、困難なケースの支援についても関係部署と連携出来た。	相談ケースは重層化しており、多様な部署や団体と繋がって支援する必要がある、個別ケア会議や圏域ケア会議等で、話し合う機会が必要である。	困難事例の個別ケア会議や圏域ケア会議に、医療や介護の専門職や地域の関係者に参加してもらい、地域課題を共有し、重層的な問題があるケースに対する適切な支援のため、関係性の強化に努める。
		ネットワークの深化を図るため、施設や病院、商店、町会と顔を合わせる機会を持ち、高齢者相談センターの活動や役割を理解してもらえるよう、会議、研修、出前講座を通じて働きかけている。	＜良かった点＞ 習志野連携の会や病院主催の交流会に出席し、横の繋がりが持てた。町会のふれあい元気事業の集まりに参加して、町会の役員の方と繋がったり、地域の医師に講座の講師依頼をする事ができ、地域のケアマネジャーの研修の機会になった。	多職種と地域のネットワークが繋がり、顔の見える関係が構築出来ているが、人事異動や退職等で人が変わっても、関係性が継続できる仕組みが必要である。	包括ケアシステムの推進を図るために、医療、介護、地域とのネットワークを深化させる。圏域のかかりつけ医や薬局、歯科、介護事業所に、センターの機関紙を配布し、センターの活動を周知する。また、圏域のケア会議に参加してもらい、共に地域課題に取り組んでもらえるよう働きかける。
		包括ケア研修会を年4回開催。市内のケアマネジャーの支援として勉強会、事例検討会の開催を検討した。また、ケアマネジャーに対する個別の支援を実施してる。	＜良かった点＞ 研修は、アンケートを元に興味や関心の高そうなテーマを選定し、ケアマネジャーの資質向上に役立った。ケアマネジャーからの相談ケースについては、その都度電話や同行訪問をして支援が出来た。	研修の講師やテーマが限定されてしまい、即必要な知識の習得や業務に活かせる内容に繋がらない可能性がある。	習志野市ケアマネ連絡会との共催研修も含めて、年4回のケアマネジャーに向けた研修を開催する。個別の支援としては、随時電話や同行訪問等で支援していく他、個別のケア会議も活用する。ケアマネジャーの資質向上につながる地域情報や医療、介護の情報提供を行う。

包括的支援事業	介護予防 ケアマネジメント 業務	短期集中予防サービス(ステップアップ教室)から、地域の体操等のインフォーマルなサービスに繋がるように声かけし、フォローしている。	ステップアップ教室卒業後に、地域活動への参加を勧め、「まちでフィットネス」を利用して、第2層生活支援コーディネーターと共に男性中心の「漢の会」を立ち上げることが出来た。	ステップアップ教室卒業後に、参加出来る活動の場や、自立していても地域に全く出ていない人の活動の場をコーディネートしていく必要がある。	短期集中予防サービス事業参加前から、理学療法士や本人と共に目標を明確にして、目標達成に向けた支援をし、事業終了後には地域で継続して活動出来るようにする。
		フレイルになっている人達がそのまま介護保険制度利用に移行するのではなく、市の介護予防活動や地域の体操等に参加を呼び掛けたり、特技や趣味を活かした地域活動に参加し、仲間づくりが出来るように働きかけている。	相談に来所した人で、自立した生活が送れる人には地域活動への参加を勧め、特技がある人には、活動の運営に関わってもらえるように支援出来た。	短期集中予防サービスの利用により、体力、気力が改善されても、引き続き同様のサービス利用を望む人が多く、地域の体操等に結びつけるのが難しい。また、地域には、センターが把握しきれていないフレイルの人たちが埋もれてしまっている。	サロン、サークル等の様々な活動の場に出向き、実態把握に努める他、地区と連携してフレイル予防の啓発活動を行う。
		出前講座などで、フレイル状態になるまでの兆候や状態を知ってもらい、自分が積極的にフレイル予防に取り組めるよう啓発活動をしている。	ゆるゆる体操や老人会でのミニ講座を開催して、他の地域活動にも参加してもらえるようになった。	講座に参加してフレイルについて理解をし、予防に取り組めている人の多くが後期高齢者であり、前期高齢者のフレイル手前の人への啓発活動の場が必要である。	前期高齢者と関わりがもてる活動の場を考え、有効的にフレイル予防についての啓発活動を行う。
		介護予防・日常生活支援総合事業が必要な人にサービスが提供出来るように支援している。	介護保険申請代行と認定結果について相談があった人に介護予防ケアマネジメントが必要な場合には、ケアプランをたて必要なサービスを提供し、自立を支援出来た。	介護予防の利用者を受けてくれる事業者やケアマネジャーが少なく、介護予防サービスを利用したくてもすぐに利用出来ない状況がある。	近隣の地域活動への参加を勧めると共に、利用者のニーズに沿った支援や活動があれば、民間の訪問介護(ヘルパーリンク)やスポーツクラブ(男のカープスやセントラル)の利用を勧めていく。

令和7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		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組計画
1	地域ケア会議の充実	◎地域ケア圏域会議 単身高齢者、高齢者世帯、認知症を発症する人が増加傾向であることから、地域・医療・介護で連携やネットワークの強化を図った。 習志野市の見守り協力事業者に参加してもらい、各立場の見守り体制や実際にあった事例の情報共有を行った。さらに、どのように見守るのかを検討するため、通年で2回開催し、誰もが見守り見守られる地域を目指し、「みんなで築く見守り」をテーマに、地域との連携を検討した。	＜良かった点＞ ・見守りには重症化を防止するための見守りと、異変の早期発見の為の見守りがあることを認識できた。 ・見守りの目を増やすことで、本人も支援者も安心して過ごす事が出来る事を理解した。 ・サークル仲間同士の見守りが、異変の早期発見になることを知り、インフォーマルサービス(地域資源)の活用イメージが出来た。 ・インフォーマルの見守り事業者と連携を取るには、家族や本人にも現在利用しているサービスについて、周囲に知らせる発信力が必要だと認識出来た。 ＜反省点＞ ・市に登録している見守り事業所の周知が不足している。 ・介入している事業所それぞれが早期に異変を感じていても、連携出来ていない。	・地域ケア圏域会議のテーマの選定。 ・会議開催目的の共有不足により、当事者として課題の検討が出来ていない。 ・連携をとるうえでの個人情報取り扱いが課題になり、議論が進まない。	・地域ケア圏域会議を年2回開催する。 ・会議のテーマを“フレイル予防(案)”とし、通年で行い、本人を取り巻く関係者同士が繋がり築き、連携を高め、必要時に役割分担して動けるように務める。 ・過去に出された議題で、議論されていないテーマ(コロナ禍で開催できなかった際の議題など)について、再度取り上げる内容かを検討し整理する。 ・機関紙にケア会議の内容を掲載し、関係機関や地域住民に高齢者相談センターの活動内容を周知する。 ・ケア会議の開催後、報告書を関係者に送付し、話し合った内容を日頃の業務に活用してもらう。
		個別ケア会議の「困難事例検討会議」を年6回行った。	＜良かった点＞ ・家族が疲弊しているケースでは、家族の役割分担を提案することで本人支援の維持が出来た。 ・ケアマネジャー、MSW、本人と何度も面談を行い、会議についての打ち合わせを行ったことで、当日はスムーズに要点をまとめて話すことが出来、ケアマネジャーへの後方支援が出来た。 ・法律相談の場では、弁護士と一緒に本人に状況の改善について説明することが出来、逼迫した生活を修正する糸口を得られた。 ＜反省点＞ 会議の内容によっては、本人が納得しない事もあり、説明にもう少し時間が必要だった。	個別ケア会議開催の利用周知と開催後のケアマネジャーへの支援。 ケアマネジャーと相談しやすい関係性を構築すると共に、個別ケア会議を簡略化し、気軽に活用してもらえるように周知が必要。	個別ケア会議の開催を気軽に活用してもらえるように、他の会議の機会でも開催を周知提案していく。 また、書式も含めて介護支援専門員の負担軽減に努める。
		「介護予防自立支援検討会議」を年1回開催し、ケアマネジャーの抱える課題解決やケアマネジメント力の向上を図った。	＜良かった点＞ 自立支援会議は5包括がそれぞれ1事例を持ち寄り、各事例について助言をいただき、アセスメントの視点や課題に気が付きがあった。 ＜反省点＞ 1事例の検討時間が短かった。	介護予防のケアプランを受けてくれる居宅介護支援事業所がなく、ケアプランの提出が限られている。 要介護のケアプランのみを受けている事業所の参加がない。	行政、他圏域の高齢者相談センターと一緒に会議の準備を行う。資質の向上が図れるような会議の開催をする。

2	生活支援 体制整備事業に 関する取組み	◎公民館の集い 谷津3、4丁目の地域のリーダーと共に4月、8月、12月の年3回公民館の集いを開催した。	<良かった点> ・リーダー達に、自分の友人や所属しているサークルの会員等へ「集いのチラシ」を配布してもらい、高齢者相談センターと関わりがない人達へも周知してもらうことが出来た。 ・8月に開催した集いでは、千葉工業大学のアカペラサークルに出演を依頼し、多世代交流の場にもなった。	リーダーの意見を聞きながら、参加者が継続して集いに参加してくれるような、楽しい活動内容を検討していく。	・公民館の集いを年3回開催予定。 4月：健康講座とピアノ演奏 8月：アルツハイマー月間に合わせた内容と千葉工業大学の合唱 12月：クリスマス会 ・打ち合わせの際に、チラシや集いの内容についてリーダーから意見をもらい、さらに主体的に関わってもらう。 ・地域活動に興味のある人へ声をかけ、リーダーの数を増やしていく。
		◎漢の会 令和4年度の第2層協議体の課題であった、「男性が集まれる場が少ない」という意見を踏まえ、男性限定の「漢の会」を企画・開催。6月に試験的に単発で開催したところ、10名参加。次回も開催があれば参加したいという声もあり、「まちでフィットネススタート編」を活用し、10月末から12月まで毎週開催。1月から3月まではセンター主催（次年度に、住民主体の会として運営出来るように、センターが毎月主催した。）	<良かった点> ・「まちでフィットネススタート編」では、講師による運動指導があり、意欲的に質問している参加者もいた。 ・毎回2～3人の組になり、話し合いの時間があつたため、会を通して少しずつ顔馴染みの関係となり、男性同士で交流を深めることが出来た。	「漢の会」を通じて繋がった参加者との関係性を大事にし、自身の得意とする事を発信出来る場に繋げる就労的支援を検討していく必要がある。	・今年度からは住民主体の地域テラスへ移行するが、立ち上げ後しばらくの間は後方支援を行い、会の運営についての支援や地域住民への段階的の周知を図っていく。 ・今までの参加者も、継続して参加が出来るようにフォローしていく。 ・コミュニティセンターで開催する文化祭で、活躍の場を提供出来るようにしていく。
		◎協議体 各町会の防災担当者等に、現状や意見を伺いながら、第2層協議体「たすけあいの輪」を年2回開催。谷津3丁目に在住の防災士を講師に招き、自助や共助について学んだ。	<良かった点> ・第1回目はグループワークで、自宅に潜む危機や外出先に潜む危機に対して、自分で出来る対策や最小限揃えたいアイテムについて話し合った。民生児童委員、デイサービス職員等それぞれの立場・役割から、災害時の対応方法について講師に質問があり、防災に対する意識の高さが伺えた。 ・第2回目はグループごとに協力しながら、谷津圏域の大きな地図に避難所や危険箇所を書き込み「自分たちで作る防災マップ」を作成。地域住民ならではの情報が集まった。	・今年度参加出来なかった人にも引き続き案内を行い、構成メンバーを増やす。 ・防災マップを作成し「たすけあいの輪」の参加者から、地域住民へ配布してもらうが、配って終わりではなく、気になった人や心配な人をセンターへ繋げてもらうようにする。	・今年度、全5回シリーズの後半として3回開催予定。 3回目：災害時行動チャートを各自作成した後、グループワークを実施。 4回目：地域住民へ配布する、防災マップと災害時行動チャートの内容を検討。 5回目：完成した防災マップを、参加者がそれぞれ誰に配布するのかを検討。
		◎出張講話 ・シルバー人材センターの集いにて、センターの役割についての説明と、フレイル予防啓発の一環として、参加者と共に口腔体操、脳トレ、フリフリグッバーを実施した。 ・出張講話以外でも、てんとうむし教室やサロン等、地域の活動に参加した際は、センターの周知や健康講話等を行い、日頃から相談しやすい関係性を築いた。	<反省点> 社会福祉協議会で出張講話を実施することが出来なかった。	センターの三職種とも連携しながら、依頼を待っているだけではなく、出張講話できる場所や機会を新規開拓していく必要がある。	・てんとうむし教室やサロン等の地域活動に参加した際には、引き続きセンターの周知や健康講話等を行う。 ・新規開拓したところではセンターの周知から行うようにする。

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 ・「新しい認知症観」を踏まえた認知症サポーター養成講座になるよう、新テキストに合わせ講座内容をキャラバン・メイトの会で検討し、講座を開催した。 ・キッズサポーター養成講座については、わかりやすい表現や体験を通して、興味を持って学べる内容とし、講座を開催した。	<良かった点> ・メイトの会で検討した結果、「認知症と共に生きる希望宣言」等、当事者の思いを大事にした講座内容になった。 ・一般市民向け講座に加え、小学生、大学生、地域のサークル等の多世代にむけた講座を年11回開催出来た。 ・サークルや仲間同士からの講座依頼も増えており、地域の関心が高くなっていることが伺えた。	認知症になっても安心して生活できる地域づくりのためには、多世代にわたり「地域における認知症の理解」を広げる必要がある。	◎多世代に向け、「新しい認知症観」を踏まえた認知症サポーター養成講座を開催。 ・メイトの会で一般市民向けと小学生向けの講座内容を検討。 ・子供向け認知症サポーター養成講座は谷津図書館と協賛し、夏休み期間にクイズや紙芝居を通して認知症について学び、自分たちに何が出来るかを考える内容とする。 ◎地域のサロンやサークル等に出向き、ケアパスを利用した講座を開催する。 ◎アルツハイマー月間や、谷津の秋祭りで認知症啓発活動を行う。
		◎認知症啓発活動 ・9月のアルツハイマー月間を中心に谷津コミュニティセンター、谷津公民館、谷津商店街、ダイエーを拠点に啓発活動を行った。 ・谷津商店街の秋まつりにて、子供向けの認知症啓発を行った。	<良かった点> ・谷津コミュニティセンターでは、認知症の当事者を含む地域の方と花の実園利用者と共に、絆を深めながら認知症をテーマにした作品(ちぎり絵)を完成させることが出来た。 ・谷津公民館では、千葉工業大学の大学生に合唱を披露して貰った。大学生には認知症への理解の大切さを伝え、数名の養成講座受講に繋がった。 ・ダイエーの講座は、多数のボランティアの協力のもと、開催が出来た。買い物途中の人にも展示物を見て貰い、資料を渡すことが出来た。	認知症の人がチームの一員として参加し、本人のやりたいことを実現するためには、本人を中心としたチームオレンジの展開が必要。	◎総合相談や地域活動の場で、認知症の人の気持ちややりたいこと等を傾聴する。 ◎認知症サポーターが意欲を持って地域活動に参加出来るよう、チームオレンジをテーマに、交流会を開催する。 ◎チームオレンジの展開 ・「にこにこローズカフェ」を年4回開催し、チームオレンジを展開。本人のやりたいことの実現を目指し、話し合いを重ねながら活動内容を検討する。 地域の方と谷津游路の秋祭りの認知症啓発のイベント準備を行う。 ・「ちぎり絵の会」は、谷津5丁目奏の杜を中心とするチームオレンジへの発展を視野に入れ、地域のリーダーと活動内容や頻度を検討する。 会には、介護保険事業所の職員にもそれぞれの強みを活かし、参加して貰う。

3	認知症 総合支援事業に 関する取組み	◎チームオレンジ 「にこにこローズカフェ」を拠点にし、地域のボラン ティアを中心にチームオレンジを展開した。	<良かった点> ・「にこにこローズカフェ」ではミーティングを重ねながら、認知症の当事者や家族の感想をカフェの活動内容に反映させ、年4回開催。啓発活動として、夏休みを利用したキッズ向けのサポーター養成講座や谷津商店街のイベント準備など、メンバーを中心に地域の方と共に実施した。 <反省点> ・ちぎり絵の会はアルツハイマー月間で一旦活動を終了したため、年間を通した取り組みには至らなかった。	認知症の本人や家族が地域で孤立しないために、認知症カフェに繋ぐと共に、認知症カフェと地域との繋がりを強化する必要がある。	◎認知症カフェの支援 ・三職種と連携して必要なケースにはカフェの情報を提供する。 ・認知症の講座等でカフェを紹介すると共に、地域の病院や地域サロン等に出向き、カフェのチラシを配布する。 ・認知症サポーター養成講座後の活動の場としてカフェを紹介する。 ・3か所の認知症カフェに参加し、認知症の本人や家族の利用状況を把握すると共に、主催者からの相談にのり、カフェの運営を支援する。
		◎認知症カフェの支援 圏域内3か所の認知症カフェの活動支援を行った。	<良かった点> ・3か所のカフェに参加し認知症の当事者や家族の思いを聞き、地域の資源を紹介すると共に、必要に応じ三職種に繋いだ。 ・それぞれのカフェの特徴や集客を把握し、近隣の病院、ケアマネジャー、地域のサロン等カフェを紹介し、参加に繋げた。		

令和7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

)

事業		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取り組み計画
包括的支援事業	総合相談支援業務	各地域ケア会議で地域の特性を知り、課題について把握出来るよう、関係者とは互いに連絡を取り合い連携を図りながら、高齢者の個別相談が出来る関係になれるよう、ネットワークの構築を行っている。	地域ケア圏域会議と第2層協議体のテーマを運動させることで、課題の認知及び発信方法の検討を地域関係者全体の取り組みとして実施出来た点は良かったが、制作物の完成や周知の実施を年度内に収めることが出来なかった。	テーマにより、当初の予想から大きく時間を要することが分かり、テーマや会議実施時期の設定、段取りを含め、事前にスケジュール検討を綿密に行い、地域関係者のネットワーク構築のより良い成果に繋げる必要がある。	サロンや町づくり会議等に積極的に参加する中で、民生児童委員・高齢者相談員・見守りネットワーク等を通じた住民からの相談受付や情報収集、及びニーズの把握を普段から行い、地域課題の精査や支援の連携がスムーズに図れる関係性を構築する。
		様々な関係機関や地域からの相談を受け付けられるよう、サロンや町づくり会議等に参加し、気軽に相談出来る窓口の周知を行っている。閉じこもりや独居の高齢者の支援に関して、地域関係者との連携、センターの各専門職種、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しながら支援している。	民生児童委員や、高齢者相談員からの通報や相談件数は年々増加を辿っているが、これまでの取り組みや関係性の構築の成果もあり、互いの連携の精度は向上していると思われる。	表層化していない困難ケースを抱える住民が、数多く存在する可能性は非常に高く見込まれ、掘り起こしや発見方法の検討が必要。	相談内容に応じ、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同行訪問を行い、地域サロンを始め、地域社会資源の利用や活動への参加を積極的に提案する機会を増やし、問題の発見や連携を促進する。
		相談者からの不安や心配事を丁寧に傾聴し、専門職種が把握した課題を共有。専門的視点から支援の方向性を提案していくことで、信頼される対応を積み重ねている。また、社会資源の更新や発掘を行い、「社会資源情報一覧表」を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る。	複合課題を抱える困難ケースの相談は年々増加し、多職種による連携の機会が増えたことが各職員における経験値の獲得に繋がっている。また、社会資源情報については、関係機関より感謝の言葉を貰っている。	複合課題への対応に当たり、今後も医療・障害・生活困窮に関わる他機関との連携は必須となる。各専門関係機関の情報の収集を行うと共に、社会資源情報への掲載も検討する。	相談内容の課題分析をセンター内で共有し、各専門職種の視点から助言や支援の方向性を提案し、必要に応じ、主支援担当の変更や他専門機関へ相談、同行依頼を検討し、相談者への適切なケアの実施に繋げる。
		介護保険の申請代行や、高齢者福祉サービス利用までの案内や関係機関との連携等、高齢者が必要な支援を利用出来るよう取次ぎを実施している。また、介護保険申請代行実施時は、必要に応じ医療機関との連携を行い、申請を適切に支援している。	制度やサービスの案内、他機関との連携における精度やスピード感については、各職員の経験値に左右されることがあるため、初回対応時は複数職員で関わる等の工夫をしている。	各職員個々のスキルアップを意識した取り組みが、今後も継続して必要である。	ケアマネジャーや医療・介護の関連機関等の相談者に、介護保険や高齢者福祉サービスの案内をわかりやすく説明出来るよう、各種制度の研修参加や関連機関との連携により、各業務について日々理解を深め、適切かつスムーズな支援に繋げる。

包括的支援事業	権利擁護業務	地域住民に対して、虐待を正しく知ってもらうための啓発活動を定期的実施することで、意識の向上やセンターが相談先であることの周知を図っている。	昨年度、センターのチラシに高齢者にもわかりやすい「虐待疑いの簡易チェックリスト」を掲載し、各種サロンで配布したが、周知の効果測定まで行うことが出来なかった。	地域住民に対する啓発も継続が必要だが、公団管理事務所等の関係機関で、虐待の認識に乖離が認められる事例があり、並行して、機関への虐待啓発活動が求められている。	今年度発行された、習志野市の「防ごう高齢者虐待」の冊子を、関係機関への訪問時に配布する予定だが、高齢者向けの案内としては内容が難しいので、内容を抜粋し、住民啓発用の分かり易いチラシを作成する。
		関係機関(警察署・郵便局・消費者生活センター・交番等)に出向き、顔の見える関係づくりを実施。また第2層生活支援コーディネーターとも連携を図り、詐欺被害情報等を定期的に地域(地域サロン・出前講座等)に発信している。	昨年度は、民生児童委員や高齢者相談員等の地域関係者参集の下、医療機関、居宅事業所、社会福祉協議会との地域包括ケア研修を実施。アンケートでも高評価を得ている。	見守りネットワークに当たる関係機関への訪問頻度が少なくなっており、新しい制作物の作成が追いついていない。	各機関からの情報収集及び制作物作成、地域への発信を積極的に行う。今年度は、エンディングノートの活用方法をテーマにした、地域住民向けの出前講習を開催予定。
		後見センター他、関係機関と積極的に連携を図り、地域住民や各関係機関が問題解決の糸口となり、解決に向かうよう支援している。	ケース対応では、相談や連携、個別会議への同席、同行訪問等の機会が増加しており、具体的な関係づくりをすることが出来た。	権利擁護が求められる複合課題を抱える困難ケースは、年々増加しており、今後も医療・障害・生活困窮等、他機関との連携は必須。	ケースにおける他専門機関の支援の必要性を見極め、助言や協力を受けながら、適切な支援に繋げるよう努める。各専門関係機関の情報の収集を行うと共に、社会資源情報への掲載の検討を行い、ケアマネジャーへの情報共有の一助とする。

包括的支援事業	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	ケアマネジャーからの相談を受け付け、プラン指導や助言を実施。また必要に応じ同行訪問を行うことで支援に関する不安や悩み事が解決出来るよう支援を行った。	ケアマネジャーの精神的負担の軽減と、関係者との関係性構築の援助や補助、支援の方向性を導く等の支援を行うことで、関係性を深めることが出来た。	ケアマネジャーが、通常業務の関りの中で、プランの悩みや個人の困りごとについて相談しやすい関係性を構築していくことが必要である。	ケアマネジャーへの支援は、現在行っている支援を尊重しながら困りごとを共有、解決に向けた支援を行っていく。高齢者虐待に関しては、迅速に対応する必要があるため、連携しながら解決するよう支援していく。
		民生児童委員・高齢者相談員等の地域関係者や、地域住民との交流や関係づくりを目的として、秋津圏域介護支援専門員研修会を開催した。	訪問診療事業所に依頼した「熱中症予防」のミニ講和は、自宅での予防法も学べ、ケアマネジャーが高齢者に対し注意喚起する際に役立つものであった。また、社会福祉協議会やさくらの家との情報共有、支援者同士の交流は、関係性の構築にも繋がった。	ケアマネジャーが学びたい内容をテーマにした研修会の開催や、地域との繋がりが継続できるよう、地域関係者や地域住民との交流の場を継続して設定していく必要がある。	ケアマネジャーが知識を習得し、質の向上が出来、また地域と繋がりを持つことで、支援の幅が広がるよう、秋津圏域介護支援専門員研修会を定期的に開催する。
		ケアマネジャーの勉強の機会及び質の向上のため、ケアマネジャーからの要望に沿った研修会を年4回開催した。	研修会には、毎回60人程度のケアマネジャーが参加し、テーマに対する理解を深め、質の向上にも繋がったと考える。	秋津圏域は居宅介護支援事業所が6か所あるが、参加率が低かった。1人で運営している居宅介護支援事業所が半数あるため、事前の周知と参加への促しが必要である。	圏域内のケアマネジャーが参加出来るよう、年度を通して研修の周知を行う。また、職員数が少なく参加が難しい場合は、研修内容の共有を行う等の支援を行う。
		ケアマネジャーへケースを依頼する際、高齢者自身や家族の意向を含めた情報を提供している。また、ケアマネジャーからの相談を受けながら、支援の方向性が決定できるよう助言をしている。また、ケースの引継ぎ後も経過把握に務めている。	重層的課題のあるケースの場合は、依頼後もケアマネジャーに状況を把握すると共に、必要に応じ同行訪問やプラン作成支援を実施し、ケアマネジャーとの関係性が深まった。	ケース依頼後も後方支援が必要な場合は、同行訪問を実施していく必要がある。	重層的課題がある場合は、多機関での関りが必要であることが考えられるため、ケアマネジャーが多機関と繋がれるよう助言・支援をしていく。

包括的支援事業	介護予防 ケアマネジメント 業務	定期的に参加している地域サロンでは、参加者も固定しているため、参加者の状況を把握した上で、認知症、フレイル予防等の介護予防の普及啓発を実施した。 また童謡に合わせたコグニサイズや、交流を目的としたレクリエーションを実施し、外出機会の確保や他者との交流を図り、参加が継続出来るよう考案した。	各サロンの特徴を踏まえ、介護予防の普及啓発の方法を多職種で検討し、発信出来た。 介護予防の内容については、推進月間や行事に考慮し啓発したため、参加者の社会的関心の喚起を図ることが出来た。 自立した参加者から車椅子の参加者まで、誰もが事故なく楽しめるレクリエーションを実施することが出来た。	自立した高齢者が継続して参加出来るよう、興味が湧き楽しめる介護予防の提供を実施していく。 新しい参加者が少ないため、総合相談の中から参加に結びつきそうな人がいないか、職員同士で情報共有を行う必要がある。	今後も、地域住民の自発的な健康づくりを支援すると共に、社会参加を通じた介護予防の推進を図っていく。多職種の専門的視点を取り入れながら、地域における集いの場等のインフォーマルサービスを活用し、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを行う。
		圏域の社会福祉協議会支部での配食サービス時、脳トレや時節に応じた手紙、介護予防情報を同封し、独居高齢者への介護予防の啓発活動を実施した。 圏域の3つの支部と連携し、集団への介護予防啓発と個別相談の支援を行った。	脳トレや介護予防の情報を啓発したことで、高齢者自身が正しい知識を身につけることが出来、介護予防の意欲向上に繋がった。 相談の中で得た地域住民の特技を活かすために、特技、連絡先をまとめた名簿(ゴールデンメンバー)を作成した。個々の特徴が可視化されたことで、特性に合った活動支援が行いやすくなった。	自分で健康予防や健康増進についての情報を得ようとする高齢者は少なく、多様な情報の中から必要な情報を選択することが難しい。そのため、高齢者が理解しやすい内容や楽しみながら日常生活に取り入れられる介護予防の普及啓発には、工夫が必要である。 ゴールデンメンバーには、自主的に活動するイメージや、「自ら活動したい」という思いに繋がられるよう、具体的な活動場所の情報提供が出来る体制が必要である。	今後も圏域の社会福祉協議会支部での配食サービス時、脳トレや介護予防情報を同封し、独居高齢者への介護予防普及活動を行っていく。 また、支部と連携し、集団への介護予防啓発と個別相談への支援を行い、必要時適切なサービスや社会資源、関係機関等に繋げていく。地域住民の主体的な活動は、外出の機会を増やし、地域の活性化になると共に、同じ趣味の仲間が増え、生きがいや役割のある生活にも繋がるため、今後も活動の場を広げていく。
		「健康応援カード」の項目を、各サロンの実情に合わせた項目になるよう検討し、高齢者自身がフレイル予防に前向きになれるようにした。	社会福祉協議会秋津支部の配食受け渡し時に毎回握力測定を実施し、高齢者の取組みに対してセンター職員や支部職員が声を掛け支援をしたことで、高齢者の介護予防の意欲向上に繋がった。「健康応援カード」は、日頃から運動習慣がなく、フレイルのリスクが高い人が自身の健康に関心を持つきっかけとなり、外出等が意識付くツールとなった。	フレイル高齢者に対しては、引き続きステップアップ教室やずっとウェルプログラムの利用に繋ぎ、身体機能の維持が出来るよう支援していく必要がある。運動やフレイル予防の観点だけではなく、自身の特技や趣味を活かした役割を持ち、豊かな生活が送れるような働きかけをしていく。(ゴールデンメンバーに誘うなど)	高齢者の個々の状態から、ステップアップ教室やずっとウェルプログラム等の総合事業に繋げていく。地域住民が、これまでの生活で培ってきた経験や趣味等の得意分野を地域に発信することで、意欲的に活動すると共に、地域づくりにも反映出来る取り組みを実施していく。
		認知症高齢者や、身体機能が低下している高齢者等が、住み慣れた自宅で生活出来るよう、高齢者相談員、民生児童委員、医療機関等他機関と連携を図り、高齢者の意向に沿った支援を行った。	自身でSOSを出せない人を心配した民生児童委員や高齢者相談員からセンターに相談が入り、支援に繋がった事例が複数件あった。 その後、専門医や訪問診療等と連携し、対応の迅速化を図り、効果的な支援を行うことが出来た。	地域の認知症高齢者の特徴として、身近に支援者がいないことや認知症の自覚がなく、SOSを出せない現状がある。 医療機関や地域関係者、各関係機関との連携、早期からの予防が必要である。	日常的に発生する独居高齢者、認知症高齢者の地域課題を共有するため、個別ケア会議等を開催する。 必要に応じて医療に繋ぎ、専門医の助言のもと、制度やサービスの申請や利用等の支援を行っていく。緊急時の協力体制について、さらに密な連携が取れるように、多機関との関係性を強化していく。

令和7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		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組計画
1	地域ケア会議の充実	◎地域ケア個別会議の開催 ケアマネジャーからの困難事例相談に応じ随時開催している。行政、民生児童委員、高齢者相談員、障がい等の関係機関にも出席を依頼することで、課題を明確化すると共に様々な視点から検討を重ね、解決の糸口や支援の役割について具体的な共有をしている。	ケアマネジャーからの相談に応じ迅速に開催することが出来た。また、個別ケア会議を通して、ケアマネジャーとの連携の強化や課題解決に向けての新たな視点を学び、共有することが出来た。	検討した事例には8050問題もあり、障がい等の他機関との連携を図り、支援の方向性を確認しながら対応する必要があった。	個別課題が複雑化していく中で、課題解決に向け、多様な関係機関と関係性を深め、連携を強化していく。また、ケアマネジャーが相談しやすいよう過去の事例を発信する機会をつくる。
		◎地域ケア個別会議の開催後の支援 個別ケア会議開催後も、課題が解決に結びついていないか、また再度会議の開催が必要か、経過を把握しながら評価している。課題が解決出来るまで支援を実施することで、困難事例について相談しやすい体制を整えている。	個別ケア会議開催後は、同行訪問する等、課題解決に向けての支援経過の把握が行えた。会議開催後は、ケアマネジャーとの連携が深まっている。	個別課題解決に向けての支援は実施出来ているが、個別ケア課題から把握できる地域課題について、センター内や居宅介護支援事業所を含む他機関と共有していく必要がある。	個別ケア会議で把握出来た地域課題を踏まえ、地域ケア圏域会議が開催出来るようにする。
		◎地域ケア自立支援検討会議 自立支援の捉え方に悩んでいるケースを抽出し、事例発表を行った。高齢者が自立した生活を営むことができるよう、専門職(医師・歯科医師・薬剤師等)からの多様な意見は個別性があり、かつ具体的に、ケースの自立支援に繋げられるものであった。	検討会に参加した居宅介護支援事業所からは、「自立支援の視点を学ぶことが出来た」との感想が聞かれた。しかし、会議に参加出来なかった事業所に対し、自立支援について共有する機会がなかった。	圏域内には1人で居宅介護支援事業所を担っている事業所が半数あるため、互いに自立支援の視点を共有していく機会が必要である。また、地域性を把握したうえで会議に参加出来るような工夫が必要である。	ケアマネジャーに対し、第2層生活支援コーディネーターと連携し、地域資源を発信していく機会を作る。また、ケアマネジャー同士が自立支援に向けた支援について、気軽に話せる場を設けていく。
		◎地域ケア圏域会議 認知症高齢者が安心して住みやすい地域づくりについて保健医療・福祉・地域関係者等の多職種で検討した。また、地域ケア圏域会議で抽出された地域課題を第2層協議体と連動している。	第2層協議体と連動していることで、地域課題解決に向けた働きかけを圏域全体で取り組むことが出来た。しかし、地域に発信するまでには至らなかった。	前年度から継続している地域課題解決の取り組みについて、地域住民に発信出来るよう、多機関や第2層協議体、キャラバン・メイトの会と連動し、可視化していく必要がある。	昨年度から継続している「認知症」をテーマにし、保健医療・福祉・地域関係者等と検討を重ね、地域での取り組みを完成させ、地域づくりの一環としていく。
		地域のアセスメントを継続して行い、地域の実情を把握し、情報を随時更新・追加している。また地域住民や関係機関にも有益な情報提供が行えるようにしている。	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来るよう、日常生活を支援する様々な生活支援サービスの情報をまとめた「社会資源一覧表」を、関係機関やケアマネジャーに配布し役立ててもらえた。	今後も、高齢者の生活支援に活用できる地域内の資源を把握することにより、関係機関や関係者とのネットワークづくりやマッチングをしていく。	地域アセスメント・地域資源等は日々変化していくものであり、随時新しい情報に更新していく。 また、地域ニーズや個別ニーズへの対応や解決に向けて役立つ情報を掲載していく。

2	生活支援 体制整備事業に 関する取組み	社会資源の把握として、地域のサロンの状況把握を行い、アセスメントをしたうえで後方支援をしている。	地域の様々な活動に積極的に参加し、地域の活動の把握に努めた。しかし、スタッフの高齢化や負担の増大、後継者不足等の課題もあり、毎月の活動を継続することが難しくなっているサロン等も多く、これに対して後方支援を行った。	社会福祉協議会、自治会等とサロン運営の課題を共有する機会を持ち、サロンを運営する世話役への情報提供や必要な支援をすることが重要である。また、高齢者が主体的に参加出来るよう、協力を求めながら実施していく必要がある。	今後も、地域の活動やサロンに積極的に出向き、活動の場の実態把握を継続し、活動の活性化に繋がるように必要な支援を行っていく。また、総合相談等からも、それぞれに合った通いの場の情報提供や、介護予防、地域で活躍できる場等を案内していく。
		第2層協議体を年2回開催。地域の人の話し合いで出来たツールを用いて、地域住民や高齢者宅への訪問時に活用出来るようにしている。	・「認知症とともに生きる街」をテーマに話し合いを実施。参加者同士が相互に気掛け合い、気になる事があった際には、相談出来る関係機関や、また介護予防に役立つような、地域の様々な活動を見える化した資源マップの作成を試みている。 ・災害時お役立ちツールは、避難情報や望ましい備蓄品などを載せて完成しているが、地域に広く浸透させることが出来ない。	・地域資源マップに載せる地域の集いやサロンの正しい情報を再度収集しながら、マップの完成を目指す。また、完成したマップは、地域の方が手に取りやすい関係機関や商店、公民館等に配置出来るように働きかけていく必要がある。 ・災害時お役立ちツールは地域関係者と共有し、役立ててもらえるように努める。	第2層協議体を年2回開催。 各地域のサロンや地域活動に積極的に参加しながら、今後も地域関係者や地域住民との関係性を築き、地域の課題について検討していく。
		高齢者の集いを月1～2回開催。参加者の声を大切にしながら、「また参加したい」と思ってもらえるような内容を提案し、企画と開催を継続している。	「歳を重ねても、元気に青春中」をテーマに、様々な活動を通し、楽しみながら仲間づくり・居場所づくりを行う『あきつ青春倶楽部』を実施。参加者同士が様々な活動を通じてコミュニケーションを取り、緩やかに繋がりが合い、互いを気にかけて合う関係が、介護予防や引きこもり防止に繋がっている。	地域に出向いた際や総合相談の中から、参加に結びつきそうな人に声をかけ、「気軽に誰でも楽しく」を大切にしながら、地域の高齢者の余暇の充実を図り、高齢者の状況把握に繋げていく必要がある。	一人暮らしや認知症の人が増えることが見込まれるが、月1回会うことにより、お互いの様子を知り、見守り合うことが出来る機会を創出する。家に閉じこもりがちな人への働きかけを行うと共に、誰もが参加しやすい集いを企画し実施していく。

3	認知症 総合支援事業に 関する取組み	地域住民や地域のサロン、各関係機関に認知症サポーター養成講座の案内を行っている。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・メイトと連携を図りながら開催を行っている。	夏休み企画として、一般住民と小学生にはセンターで認知症サポーター養成講座を実施した。キャラバン・メイトと高齢者疑似体験や車椅子体験を行うことを企画し、「年をとるということ」について学んでもらう機会とした。	認知症サポーター養成講座の案内を圏域の小中学校に行っているが、学校側から依頼がないのが現状である。認知症の正しい理解、認知症の人の日常生活を支えている認知症サポーターの存在が浸透していると言い難い。	若い世代が認知症の理解を深めることは、社会の偏見をなくすだけでなく、早期発見や早期対応に結びつくと考えるため、若年層にも積極的に認知症サポーター養成講座を開催すると共に、地域のイベントの際にも、認知症の啓発を行っていく。
		キャラバン・メイトや認知症サポーター交流会を定期的に行い、活動内容や、日頃の出来事などの情報共有を行った。9月のアルツハイマー月間に向けた啓発活動の内容や、周知方法等を参加者と話し合い、認知症の人が住みやすい地域づくりについて取り組んでいる。	キャラバン・メイト連絡会を月に1回開催し、認知症のことを地域住民に知ってもらうためにはどのような取り組みが出来るかを、キャラバン・メイトと一緒に考えた。それぞれのメンバーが、自ら活動の提案や企画を行う等、主体性を発揮出来るようになった。	キャラバン・メイトの会でアルツハイマー月間の取り組みについて意見を出し合った。認知症にやさしい街づくりを考え、多世代で取り組める「認知症すごろく」にたどりついた。キャラバン・メイト内でも色々なアイデアを出し合っており、それらを積み重ね「地域ケア圏域会議」で多職種の意見も反映させ、完成を目指す必要がある。	認知症サポーター養成講座や、作成した「認知症すごろく」などを用いて、多世代への認知症啓発の実施を行っていく。完成したものは、学校やサロン等で幅広く活用してもらい認知症への理解を深め、認知症にやさしい街をつくっていく。認知症当事者の意向を取り入れた地域づくりや、支援の在り方を考え、情報発信を行っていく。
		センター内でも情報を共有し、連携しながら認知症高齢者に対して個別支援を実施。また、状況に応じて認知症初期集中支援チームと連携し、支援を行った。	数年ぶりに認知症初期集中支援チームに1件の依頼が来た。	出来る限り住み慣れた地域の環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に関わり、早期診断、早期対応に向けたサポートを行えるように、認知症初期集中支援チームと連携を深めていく必要がある。	認知症かもしれない症状により日常生活に支障が出ていながらも、受診していないケースを状況に応じて選定し、認知症初期集中支援チームと連携しながら、認知症に関する情報提供や医療機関への受診、介護保険サービス等の利用に繋げる支援や相談を行っていく。
		地域の人が認知症を正しく理解し、地域で見守ることが出来るよう、多職種・地域関係者と連携を図りながら普及・啓発について検討し、チラシやポスターなどの配布物を作成し、配布した。	認知症の早期発見につなげるため、本人や身近な人が認知機能や生活機能の低下を確認出来る項目を載せたチラシを作成。身近な相談先であるセンターが周知出来るよう、地域住民や関係機関に配布した。	民生児童委員や高齢者相談員等、日頃から地域の高齢者と関わりがある人からも、「認知症の人への対応方法や声掛けがわからない」との声がある。	地域住民の認知症対応力の向上を目的として、声の掛け方、接し方、対応等について学んでもらう機会をつくっていく。

令和7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

)

事業		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取り組み計画
包括的支援事業	総合相談支援業務	広報誌を作成し、郵便局や消費生活センターに依頼して設置、またブログを活用し、センターの周知を行っている。	広報誌やブログが、地域住民に対する高齢者相談センターの周知に繋がっている他、設置協力依頼を通し、地域関係者とのネットワーク構築にも繋がっている。	センターの周知に地区差があるため、働きかけが出来なかった地区に対しては、周知方法の検討が必要。	広報活動(広報誌・ブログ)を継続し、高齢者相談センターを周知し、住民や関係機関各所から身近な相談機関となるようにする。
		地域住民の状況を把握するため、地域のサロン活動、まちづくり会議の他、地域で開催される音楽祭等にも積極的に参加し、くらしの応援団も開催している。	地域活動に参加することで、地域団体との従来からの関係性の保持と新しい関係性の構築ができ、相談にも繋がっている。また、地域住民との交流を深める事で、様々な普及啓発が可能になっている。	交流が希薄な地区での地域関係者との連携強化が必要。	地域活動への参加を継続し、顔の見える関係を構築し、地域の現状を把握していく。
		朝・夕2回の申し送りや相談票の回覧により情報共有をし、共通認識を持って対応した。また、月1回の定例会を実施し、支援の方向性を協議し、センターとしての組織的な対応が出来る体制を整えている。	朝・夕の申し送りや相談票の回覧、定例会の実施により、緊急性の高い相談等にも適切な職員が即時対応することが出来ている。	複数の複合的な問題を抱えた人や世帯からの相談が増えてきているため、適切に対応できる専門機関との連携強化が必要。	複数の複合的な問題に対応出来るよう、関係機関との情報共有を行い、横の繋がりを強化した支援体制が図れるよう努めていく。また、月1回の定例会に加え、随時センター内で話し合い、必要な情報を共有し、支援の方向性を協議し対応できる体制を整える。
		インフォーマルサービスの情報をファイリングして、総合相談やケアマネジャーからの相談時に適切なサービスの情報提供をした。	インフォーマルサービスの情報について頻繁に更新は出来なかったが、総合相談やケアマネジャーからの相談に対しては、適切なサービスの情報提供が出来た。	インフォーマルサービスの情報等の更新、整理が必要。	インフォーマルサービスの情報をファイリングして、随時更新整理をし、総合相談やケアマネジャー等からの相談時に適切なサービスの情報提供をする。

包括的支援事業	権利擁護業務	令和6年度の広報誌「かけはし」に高齢者虐待に関する記事を載せ、地域住民、民生児童委員、高齢者相談員、ケアマネジャー、サービス事業所等に普及啓発・注意喚起を行っている。	広報誌「かけはし」に、高齢者虐待に関する記事を載せることが出来たが、成年後見制度や消費者被害防止については載せることが出来なかった。但し、消費者被害防止については、警察署や消費センターのチラシを利用して、注意喚起をすることが出来た。	高齢者は詐欺や悪徳商法の被害に遭いやすいため、繰り返し最新の情報提供と注意喚起が必要である。	消費生活センターや警察署から得た消費者被害防止についての最新情報を、地域住民やケアマネジャー、サービス事業所等に発信していく。
		地域のサロン、まちづくり会議、センター主催の集い等で、広報誌「かけはし」を配布して、高齢者虐待を含めた権利擁護に関する説明と啓発を行っている。	地域のサロンや出前講座に、社会福祉士が参加しない時の権利擁護に関する啓発について、他専門職との連携が必要だった。	独居高齢者や身寄りのない高齢者も増えているため、成年後見制度の活用や終末期対応について、早期に考えられるよう、情報発信する必要がある。	権利擁護事業について普及啓発する際には、わかりやすい文章でチラシ等を作成する。また、地域のサロンや出前講座、地域の人が集まる場を活用し、権利擁護に関する周知活動を行い、正しく制度活用が出来るようにしていく。
		ケアマネジャーからの虐待通報については、連携して対応している。また、日頃からケアマネジャーや関係者と良好な関係性を築けており、相談数が増えているため、情報共有をしながら支援を行っている。	虐待通報が入った時は、関係者や関係機関と連携し、迅速な対応が出来た。	高齢者虐待については、住民からの「気になる人、心配な人がいる」という情報から、対象者の把握に繋がるため、虐待についての正しい理解や相談先の周知に引き続き取り組む必要がある。	高齢者虐待防止については、深刻な事態になる前に把握出来るよう、日頃からケアマネジャーや医療関係者、サービス事業所と情報共有を行い、対応方法を協議していく。また、民生児童委員や高齢者相談員、地域住民からも情報をキャッチ出来るよう、虐待防止の啓発を行っていく。
		継続して支援や状況の把握が必要なケースについては、定例会で関係者や関係機関に報告し、協議している。	継続しなければならないケースについては定期的に経過を確認し、定例会の時に報告出来ているが、記録のファイリングが初回のみとなっている。	複合的な問題を抱えるケースも増えており、ケースに応じた他機関との連携が必要になっている。また、ケースについての情報の管理方法を検討する必要がある。	虐待通報や権利擁護対応等で継続して支援するケースについては、関係者と情報共有をしながら、再発防止策について協議し、複合的なケースについても、早期から他機関との連携がとれるような関係性を構築していく。

包括的支援事業	包括的・継続的 ケアマネジメント 支援業務	地域包括ケア研修を年4回開催している。参加者のアンケート結果から、次の研修会のテーマを検討し、一定数の参加者を確保している。	参加者の関心あるテーマや、最近のトピックスに応じた研修になるように検討したり、多くの人が参加出来る開催日時を設定したことで、一定数の参加者が確保出来た。	・参加者の関心や最近のトピックスをもとにテーマや内容を選定しているが、スケジュールや謝礼金の関係で、講師依頼が困難な事がある。また、依頼内容と講師の得意分野が一致せず、依頼内容と講義内容が合致しない場合がある。 ・当日の欠席が多く、グループ再編に苦慮する。	・研修テーマを早期に決めて講師依頼をし、依頼内容を明確化し、講師に具体的なニーズを伝える等、打合わせ時間と内容の充実を図る。参加者がスケジュール調整し易くなるよう研修案内は2ヶ月前に行い、研修1週間前には再度案内を行う。 ・参加者にアンケートを実施し、研修内容の妥当性を検証し、次期開催の研修会の企画に活かす。
		ケアマネジャー同士やセンター職員との交流の機会として、「交流会」を企画し開催している。	圏域内の事業所全てに交流会開催の案内を行った。 開催中は出入り自由にしたことで、多くのケアマネジャーが参加し、互いに交流を深める場となった。	委託件数が少なく、日頃の関わりが希薄な事業所の参加が無かったが、どの事業所からも参加したいと思える交流会を企画し、より多くのケアマネジャーに参加してもらう必要がある。	昨年度開催時のアンケートを参考に、ケアマネジャーが興味を示しそうなテーマを選定し、事業所との情報交換等を経て、開催テーマを決め、「交流会」の準備をしていく。
		ケアマネジャーからの相談は、相談票を別綴りにし、何時でも誰もが対応出来るように管理している。毎月の定例会では、進捗状況を適宜報告し、情報共有を図っている。	情報共有を図るため、ケアマネジャーからの相談を別綴りにしたことで、主対応以外の職員でも迅速な対応が出来た。	他事務所からの相談事は、管理者へ依頼が集中しがちであり、管理者が不在時に相談対応が滞ることがある。	・朝夕のミーティングで情報共有を行い、対応の進捗状況は速やかに記録に残し、どの職員でも対応可能としておく。 ・各職員が、ケアマネジャーの「交流会」や他研修に積極的に参加し、他事業所と接点を多く持ち、相談しやすい関係性を構築していく。
		あじさいネットワークや習志野連携の会に参加し、多職種連携が図れる関係性の構築に尽力している。	あじさいネットワークや習志野連携の会への積極的な参加により、病院との連携が図りやすくなり、また困難ケースの情報共有等により、早期介入が可能となった。	あじさいネットワークは管理者のみ出席が適っており、習志野連携の会に参加する職員も限定的な為、顔を知っている職員に相談や依頼が集中してしまう。	あじさいネットワークでの情報共有や習志野連携の会出席を輪番制にし、特定の職員に相談が集中しないよう配慮する。

包括的支援事業	介護予防ケアマネジメント業務	要支援者、事業対象者等の介護度の重度化防止と改善促進を目的として、地域での広報活動と出前講座等の啓発活動を行った。	広報誌「かけはし」の内容が「ためになった」との意見があり、健康への関心を高めるツールとして、100部を超えて配布を希望する町会があった。 ・出前講座では、身近なエピソードを交えて参加者自身の介護予防の取組が紹介され、周囲の人の関心が高まる例を経験した。	依頼者や住民の望む講座内容と差異があった場合、期待に応えられず、次のオファーが来なくなる可能性がある。 住民も参加できる講座内容を工夫していく必要がある。	・出前講座のオファー時に、依頼者や住民のニーズ把握を入念に行い、講座内容を決定する。 ・介護予防の実行に繋がるよう、広報誌「かけはし」を工夫して作成し、配布時にも記事の紹介を行う。更に出前講座も対応可能である旨を伝え、啓発の場を増やしていく。
		市役所保健師との同行訪問を継続して、健診未受診者等対象者の状況把握と適切な対応に努めた。	情報共有や同行訪問等を通して、市役所職員と顔の見える関係性を作れたため、何かあった時に相談しやすくなった。また同行訪問は、対象者の把握と継続的な関わりに繋がった。	未受診者リストの公表を受けた際、センターが把握している対象者と合致しているかどうかは、センター内で詳細な確認作業が必要であり、対応が遅くなる可能性がある。	健診未受診者等対象者に対しては、センター内での関わり状況を確認してから情報共有や同行訪問に臨み、継続した長期的な支援を見据えて、世帯状況や経済状況等を含めて状況把握をする。
		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った。	活動の場に出向くことで、転倒予防体操推進員や参加者と気軽に話せる関係性が築けたため、日頃気になることやニーズを知る機会になった。	こちらから出向いて関わりを持たなければ、関係性が薄くなる可能性がある。	定期訪問を継続し、転倒予防体操推進員や参加者との関係性を強化する。
		・本人、家族の状態に即したアセスメントを行い、自立支援・健康状態の維持向上に向けたケアプラン作成を行っている。また、訪問や連絡により、適宜プランの見直しを行っている。 ・地域資源の情報収集に努め、事業対象者以外の住民に対しても、情報提供を行っている。	介護保険外のサービスを希望する人や必要としている人も増えているが、丁寧にアセスメントを行い、職員間で情報を共有し、適切な支援に繋がれた。	丁寧な情報収集や適したサービスの提案が出来なければ、本人の状態や必要な時期に即さないケアプランになってしまう。	・丁寧かつ的確な情報収集により、個別性の高いアセスメントを実施し、必要なサービスとのマッチングを的確に行う。 ・総合相談や地域ケア会議、また地域とのネットワーク構築等から得られた情報を、職員間で共有しながら、地域の実情に合う介護予防に資する活動の充実を図る。 ・市役所発行の介護予防教室の案内や、市民相談日程表等を個別相談やサロンの際に利用して、幅広い情報提供に努める。

令和7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		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組計画
1	地域ケア会議の 充実	地域ケア個別会議(困難事例検討会議)を年3回開催し、認知症や自身の問題に対して無自覚なケースが多かったため、圏域のケア会議に繋げた。	<良かった点> 地域ケア個別会議を開催することで、関係機関と支援の方向性が共有出来、役割分担が明確になった。	ケアマネジャーより支援困難としてあがってきたケースを地域ケア個別会議へ繋げていないため、開催回数が少ない。	支援困難として相談があがったケースは担当者会議に留まらず、積極的に地域ケア個別会議の開催に繋げていく。
		地域ケア個別会議(介護予防自立支援検討会)を年1回開催し、事例提供をしている。他圏域と合同での開催だったので、他圏域のケースに触れることが出来、参加したケアマネジャーにも「専門職からのアドバイスが参考になった」と良い反応が多かった。	<良かった点> 他圏域と合同開催にすることで、他圏域のケースに触れることが出来て新鮮だった。	要支援の利用者を受託しない事業所の参加率が低く、参加した居宅介護支援事業所に偏りがあった。	要支援の委託を受ける、受けないに関わらず、会議への出席を呼び掛けていく。ケアマネジャーと専門職との繋がり強化をすすめる。
		地域ケア圏域会議を年1回開催し、各地域に別れ、地域の社会資源について再確認し情報共有を図った。新たに生まれた認知症カフェの周知や新たに参加した医師等とのネットワークが広がった。	<良かった点> 各地域に担当職員を配置しているので、顔の見える関係が構築出来ており、意見交換も弾む会議となった。銀行等、新たな参加事業所もあり、ネットワークが広がっている。	地域関係者とセンター担当者が、顔の見える関係になっていない地域がり、関係性の構築が必要である。。	関係性の希薄な津田沼地区の関係機関に出向き、地域ケア圏域会議にも参加してもらえる関係性の構築を図る。

2	生活支援 体制整備事業に 関する取組み	地域住民の相談先の周知として、センターの広報活動を積極的に行った。センター広報誌は年4回発行し、地域住民・地域のサロン・店舗・医療機関・公共機関・町内会等に1140部以上を配布した。	地区担当職員を中心に直接広報することにより、圏域内の住民や様々な機関と顔の見える関係性を築くことが出来ている。	未だにセンターの活動内容や役割について質問を受けることもあり、住民にとって最も身近な相談先として認知してもらえるよう、広報の継続が必要である。	広報誌の配布を継続すると共に、センターの活動内容についても、出前講座等の機会を活用して周知を継続することで、住民や様々な機関との関係性の強化を図る。
		藤崎地区にて協議体を年2回開催し、地域住民や民生児童委員、高齢者相談員、地域の事業所等と共に地域の現状を把握し、今後の地域づくりについて検討した。	地域に関わる多様な立場の人との顔の見える関係性が構築出来、出席者同士の橋渡しも出来た。令和6年度は認知症をテーマに検討し、地域特性も絡めて様々な意見交換が出来た。	2回の協議体で得られた情報や意見を活かし、今後の地域づくりについてより踏み込んで検討する必要がある。また、藤崎地区以外での協議体開催も視野に、地区担当職員と第2層生活支援コーディネーターの連携した取り組みが必要である。	藤崎地区での協議体を開催し、多様な立場の意見をもらい、有意義な会を運営する。地域アセスメントシートも活用し、他地区についても分析していく。
		地域にある住民主体のサロンに出向き、広報誌に関するミニ講座や、出前講座等を開催した。 また、サロンの運営状況についても適時確認し、「高齢者つどいマップ」に反映させ、住民からの問い合わせの際には当マップを活用した。	サロンの代表者だけでなく、参加者とも顔の見える関係性が構築され、サロン以外の場でも連携することが出来た。連携が希薄な団体もあるため、今後はさらに広い関係構築が求められる。	住民主体のサロンだけでなく、広い視野で資源を捉え、地域住民の活動の選択肢を拡充できるような情報収集が必要である。 また、サロンの個性を尊重しながら、場合によっては積極的なアプローチが必要である。	今年度も継続してサロンへ出向き、関係強化を図る。 地域資源についての情報収集と整理をし、ニーズとのマッチングが図れるように体制を整えていく。 マップについても内容を見直し、より活用し易いものにする。
		広報誌配布や地域行事への参加の機会を通して直接顔を合わせることで、地域の要人や高齢者相談員、民生児童委員、社会福祉協議会員、町内会員、ボランティア等との交流や情報交換をし、連携強化を図った。	各会議や交流会に積極的に参加し、ネットワーク強化に努めた結果、多方面から相談や出前講座、地域福祉懇談会等の依頼があった。	地域によって要人や支援者との連携力に差が生じているが、各地区の情報収集や今後の地域づくりのためにも、連携を強化していく必要がある。	地区担当職員と第2層生活支援コーディネーターを中心に、各地区と連携を強化し、情報・意見交換を行う。鷺沼台地区では新たな関係性が出来ているため、連携強化していきたい。

3	認知症 総合支援事業に 関する取組み	相談支援体制の構築として、認知症にまつわる相談を地域で受けた際には所内で共有し、速やかに対応した。また、地域の協力者との連携を強化していることで、相談を繋げてもらえた。新規設立の認知症カフェにも参加し、相談に繋がった。	所内で情報共有をすることにより、地域の認知症事例の把握や情報共有、意見の交換等が出来、多角的なアセスメントに繋がられた。また、地域の協力者との連携により、相談しやすい関係性が築けていると評価する。	本人や家族に病識がない場合や、多様な問題が潜在している場合、相談や介入に繋がるまでに時間を要したり、周囲が困らないと相談に繋がらない場合がある。	所内での情報共有は引き続き継続し、速やかな対応が出来る体制を整えておく。地域の協力者との連携も強化し、今後も気軽に相談してもらえるような関係づくりに努める。 また住民に対し、相談先としてのセンターの周知を継続する。
		普及啓発の推進として、アルツハイマー月間を中心に活動を行った。認知症支援普及啓発イベントでは、多世代の参加があり、月間周知グッズ設置を圏域内39箇所にしている。また、認知症サポーター養成講座は年5回開催した。	多世代の住民の目に留まる場所で事業を展開することで、日頃認知症に触れる機会が少ない若年層にもアプローチすることが出来た。また、養成講座の開催やグッズ設置により、地域支援の輪を広げられた。	多世代の地域住民が認知症を身近なこととして捉えられるような普及啓発方法を検討し、継続して実施していく必要がある。	認知症サポーター養成講座を開催し、地域の協力者を増やす。 アルツハイマー月間を活用し、多世代に認知症支援の普及啓発が出来るよう検討する。
		認知症介護家族への支援として、交流会を年4回開催した。情報交換だけでなく、茶話会やレクリエーションを取り入れ、介護者自身のリフレッシュになるような企画も取り入れた。	新規参加者もあり、「同じ悩みを抱えた人と語り合えてよかった。リフレッシュ出来た。」との感想もあり、目的が達成出来たと感じる。一方で介護家族以外に勉強目的で参加した人もあり、周知方法に課題を感じた。	既存の参加者からは、「同じような悩みを抱える介護家族の新規参加者を増やしたい」との意見があがっている。必要としている人へ情報が届くように周知していく必要がある。	今年度も年4回の開催を予定。介護者自身のリフレッシュを目的にしながら、参加者同士の有意義な情報交換の場になるよう働きかける。 会の情報をケアマネジャー等にも周知し、参加を募る。
		関係者との連携として、認知症サポーター交流会を年2回、キャラバンメイト地区連絡会を年2回開催し、情報・意見交換を行い、ステップアップ教室(市開催)参加のサポーターとも繋がる事が出来ている。	サポーター交流会では、テーマを設定し開催することで、より具体的な意見が聞かれ、今後の地域支援について検討することが出来た。 新規のサポーターと繋がることで、地域の協力者を増やすことが出来た。	サポーターやキャラバンメイト等から、活動に意欲的な意見が挙がっているため、支援が必要な場とのマッチングをしていく必要がある。 チームオレンジ創出も視野に、今後も協力者を増やしていくことが求められる。	サポーター交流会、キャラバンメイト地区連絡会を定期的に開催し、認知症地域支援について共に考え、実践していきたい。

令和7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

)

事業		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取り組み計画
包括的支援事業	総合相談支援業務	新体制となるため、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、援助技術の向上を図っている。	情報共有会議では、困難ケースの経過の共有や支援方法の検討を行い、職員全体の援助技術の底上げが出来ている。	実際の支援から、情報共有会議での振り返りまでに時間が掛かっている。	・情報共有会議での振り返りをタイムリーに行い、空白期間を短縮する。 ・職員の専門性を生かしたチームアプローチで、地域の実態把握をし、相談や問題解決に繋げていく。
		外部研修に積極的に参加し、勉強会でフィードバックしている。	外部研修で得た知識を報告会でアウトプットしているが、プランナーの研修参加が少なかった。	勤務日数や勤務時間の都合で、外部研修に参加出来ない職員がいる。	全職員が興味を持って研修に参加出来るよう研修情報を共有し、参加した研修は所内勉強会で共有する。
		◎援助技術・資質の向上 ・勉強会や外部研修の報告会等を月1回行い、幅広い知識を全職員が身に付ける。 ・共生社会に必要な重層的支援についての学びを継続している。	勉強会は、職員の希望を聞いて内容を検討しているため、興味をもって参加し知識を得ることが出来ている。	年間での計画が必要であるが、場当たりのようになってしまっている。	所内勉強会は、毎年繰り返し行うものと今話題のテーマを織り交ぜて実施し、効果的に知識と技術の向上を図る。
		防災訓練に参加し、BCPの修正について、必要に応じて検討している。	防災訓練は行ったが、BCPの修正には至らなかった。	BCPは適宜見直し、現場に即した修正が必要。	年2回行う防災訓練時にBCPの見直しを行う。
		◎実態把握・関係機関とのネットワーク強化 ・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、地域ケア会議を開催している。 ・出前講座等の実施で、地域関係者との連携強化を図っている。	・地域ケア会議には多職種が積極的に参加し、情報交換が活発に行えた。 ・地域からの要請で出前講座を実施し、地域関係者と連携がより図れるようになったが、泉町では開催することが出来なかった。	・効果的な地域ケア会議の開催には、地域関係者との連携が重要である。 ・出前講座は地域住民への周知の場として欠かせないが、依頼が急で日程調整が難しいことがあった。	・地域ケア会議を計画的、効果的に行う。 ・出前講座は年間で予定を立て、全地区で開催出来るようにする。
		関係機関にセンターのリーフレット設置を働きかけ、センターの活動周知を図った。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し、地域課題の把握や連携の強化も図っている。	クリニックや公共機関では、リーフレットの追加希望も多く、適宜情報交換や情報共有を行い、連携強化を図ることが出来た。	職員がそれぞれにリーフレット設置の訪問をしているため、設置関係機関の全体像を把握出来ていない。	リーフレットの配布先一覧を作成し、定期的に巡回しながら情報交換すると共に、新規の配布先を開拓する。
		全職員で協力し、センターの活動内容や健康に関することを掲載した広報誌を発行し、配布箇所を拡大してセンター周知に繋げている。	第2層生活支援コーディネーターが中心となり、3職種も意見を出し合いながら紙面の内容を検討し、広報誌を年3回発行した。広報誌はまちづくり会議等で配布し、広く地域の人にセンターの活動内容や健康情報が周知出来た。	広報誌は、季節に合ったテーマを選定し、配布先が固定化しないよう、町会や地域関係者の協力を仰ぐ必要がある。	広報誌は年4回発行し、センターの活動内容や健康情報の周知に役立てる。

包括的支援事業	権利擁護業務	虐待相談があった場合は、高齢者支援課や警察、関係機関等と連携し、迅速に対応し、被虐待高齢者と養護者両方の支援を行っている。	虐待相談や通報に対し常に市と連携し迅速に対応出来ている。	虐待早期発見のため、地域住民、サービス事業所、関係機関での見守り強化を行い、ケース発見から早期対応に繋げるための周知が必要である。	地域住民、サービス事業所、各関係機関への周知活動を継続し、地域での見守りの重要性を伝えていく。
		研修や会議等の機会を利用し、制度が円滑に利用出来るよう、他職種、関係機関との連携を強化している。	地域関係者や事業所からの相談が多くっており、周知が図れていると感じる。	虐待対応について、センター内での対応体制の構築、関係機関との連携強化が必要である。	センター全体で事例検討出来る体制を整え、センター内でチームアプローチの支援方法を明確化し、かつ強化を図る。
		介護サービス事業所を対象に作成したパンフレットを利用し、権利擁護の相談先としての周知活動を行っている。	作成したパンフレットは事業所だけでなく、認知症サポーター養成講座でも配布し周知を図った。	周知の場の拡大と効果的なパンフレットの配布。	成年後見制度や生活困窮の相談に関して、制度を円滑に利用していくため、関係機関と情報共有しながら、連携して支援を行う。
		権利擁護(成年後見制度や虐待防止)に関する所内勉強会を実施している。	権利擁護や虐待防止に関する外部研修に積極的に参加し、所内勉強会で共有出来ている。	・成年後見制度や日常生活自立支援事業の周知や理解促進への説明等に工夫が必要である。 ・財産管理や、施設入所時の調整が困難になると見込まれる、「身寄りのない認知症高齢者等」への対応体制の構築が必要である。	・マニュアルや資料を見直し勉強会を行う。 ・センター内で困難ケースの事例検討を行い、チームでの対応強化を図る。
		警察や消費生活センターと連携し、消費者被害予防について出前講座を行い、地域住民に周知・啓発を実施している。	警察や消費生活センターと連携し、集い等での講話を依頼し、周知・啓発出来た。	消費者被害防止のため、警察や消費生活センターとの情報共有や周知活動の継続が必要である。	警察や消費生活センターと被害状況の情報共有を行い、連携体制の強化を図る。
		権利擁護に関する知識の普及啓発の為、広報誌の内容を検討している。	令和7年度の広報誌(4月号)で、権利擁護に関するコーナーを設ける予定。	周知の場の拡大と効果的なパンフレットの配布。	周知活動や地域での見守りを継続する。

包括的支援事業	包括的・継続的 ケアマネジメント 支援業務	地域ケア圏域会議を年2回開催、地域ケア個別会議(困難事例検討会議)を年4回開催。医療や介護の専門職や地域関係者とのネットワーク強化を図っている。	地域ケア会議は年2回の開催となったが、参加者が意見を出し合える実りのある会議だった。	参加者のニーズに合ったテーマの検討。	地域ケア圏域会議は年2回開催予定。うち1回は、習志野市の総合病院を含む医療関係者や介護関係者、地域関係者に参加してもらい、ネットワークの強化に繋がる会議にする。
		包括ケア研修会を年4回開催。	包括ケア研修会はケアマネジャーの資質向上に繋がっている。	ケアマネジャーのニーズに沿ったテーマの検討。	包括ケア研修会を年4回実施予定。市内ケアマネジャーの資質向上を目指すと共に、主任ケアマネジャーの更新研修受講要件を満たすよう、企画し開催する。
		地域ケア個別会議の内容を分析し、地域課題の把握に努めた。	地域ケア個別会議(困難事例検討会議)を年4回実施し、地域課題の把握に繋がっている。	個別会議の件数が増えないと、分析に繋がらない為、個別ケア会議を開催している自覚を持ち、詳細な記録を残す必要がある。	地域ケア個別会議を通して、地域の関係機関や関係者とも、地域課題が共有出来るようにする。
		ケアマネジャーの困りごとや悩みについて、意見交換出来る交流会や勉強会の開催について、効果的な方法を検討している。	多忙なケアマネジャーには、地域ケア会議や包括ケア研修会への参加も大きな負担であると思われ、交流会や勉強会の開催が憚れ、検討が進まなかった。	多忙なケアマネジャーへの参加依頼方法の検討。	ケアマネジャーの業務負担にならないように配慮をし、有益な交流会や勉強会を企画し開催する。
		介護サービス利用者が、速やかにサービスを開始出来るよう、居宅介護支援事業所と密な連絡をとりながら、受入れ件数の把握等をし、連携を強化した。	居宅介護支援事業所とは密な連携が出来ており、速やかにサービス利用が開始されている他、各種相談や情報交換等も頻繁に行っている。	居宅介護支援事業所をはじめとする、介護保険事業者との風通しの良い関係性と連携の継続。	介護保険事業者から信頼される職員となるべく、援助技術と相談技術の向上に努める。 介護保険事業者と密に連絡を取り、連携を強化していく。
		居宅介護支援事業所への訪問やケアマネジャー相談票からケアマネジャーの課題を把握し、同行訪問等必要な対応を行っている。	ケアマネジャー相談票から相談内容の分析を行っている。交流会は開催出来なかったが、同行訪問等の支援や地域ケア個別会議(困難事例検討会議)の開催を通し、問題解決に繋げている。	ケアマネジャーの困りごとについては個別相談がメインになっている。	ケアマネジャーの業務負担や悩み等の負担軽減に繋がれるよう、ケアマネジャー相談票を集計・分析すると共に、ケアマネジャーとはいつでも相談がしやすい、密な関係の構築を目指す。
		「ケアマネおたすけ手帳」を更新することで、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに活用してもらい、業務の後方支援に繋げている。	「ケアマネお助け手帳」は毎年更新し、ケアマネジャー業務の後方支援に役立っている。	「ケアマネおたすけ手帳」のタイムリーな更新。	ケアマネジャー業務に役立つよう、「ケアマネお助け手帳」を更新し、ケアマネジャーの後方支援を行う。

包括的支援事業	介護予防 ケアマネジメント 業務	新人職員にも、自立支援に向けたケアマネジメントの重要性を理解してもらえるよう、勉強会を定期的に開催している。	自立支援に関する勉強会の実施により、理解が深まっている。	自立支援や重症化予防について意識を高め、適切にケアマネジメントが実施出来るように取り組む必要がある。	自立支援に向けた勉強会を継続し、職員の資質の向上・維持に取り組む。
		・第2層協議体と連携し、地域で活躍できる人材を発掘し、通いの場の充実や立上げの後方支援を行っている。 ・地域住民の通いの場の必要性を周知し、住民自らが創設出来るよう働きかけた。	・第2層協議体において地域の人の横の繋がりが出来た。 ・住民自らが立ち上げた通いの場はなく、今後も働きかけが必要。	第2層協議体には、一般の企業等、多くの人の社会参加、更なる繋がりの促進が必要である。	・第2層協議体と連携し、地域の様々な活動の場に参加し、地域住民との繋がりを強化し、協力体制を構築する。 ・ボランティアや学生への声掛けや、働きかけを積極的に行い、新しい繋がりを確立していく。
		地域のイベントやサロン等で体力測定を行い、フレイルや介護予防について周知した。	体力測定は人気があり、健康に関心が高いことが分かった。	地域住民が立ち上げた通いの場の継続や、今後立ち上げるための後方支援に取り組む。	広報誌を利用し、フレイル予防の周知をする。また、地域で開催されているサロンやてんとうむし体操の開催場所に出向き、地域との交流を図りながら、体力測定や健康講座を開催する。
		健康診断未受診者に関する内容を、健康支援課と情報共有し、実態把握に務めた。	健康支援課から照会のあった「健康診断未受診者」について、実態把握は出来ているものの、健康診断の受診を促すことが出来ていない。	健康診断受診の周知。	高齢者支援課や健康支援課と連携し、心身機能の低下等が疑われる高齢者の把握に努め、早期に必要な支援に繋げていく。
		住民のフレイル予防の意識を高めるため、地域に出向き健康講座を実施している。	フレイル予防については、地域の人の興味や関心が高まっており、泉町以外の各地域で、フレイル予防に関する健康講座が実施できた。	健康講座未実施の地域があり、フレイル予防の大切さを、地域差なく周知していく必要がある。	・地域住民が参加しやすい場所での健康講座の開催や、社会福祉協議会や連合町会と協力、連携し、健康講座の開催場所を増やしていく。 ・地域住民のフレイル予防に対する意識を高め、継続してフレイル予防に取り組めるよう支援をすると共に、地域差のない周知活動に努める。

令和7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		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組計画
1	地域ケア会議の 充実	出前講座や広報紙等で、地域包括ケアシステムについて周知している。	地域包括ケアシステムについてケア会議等で周知することが出来た。	地域ケア会議のテーマや開催地域の効果的な選択が難しい。	総合相談や介護予防支援から見えてくる課題を分析し、有益な地域ケア会議のテーマや参加者を選定していく。
		困難事例については、情報共有会議等で必要性を協議し、個別ケア会議の開催に繋げている。	困難事例については、広く意見を聴き情報共有と連携を図れる個別ケア会議が有効であった。	個別ケア会議として報告書を挙げた件数が少なかった。	「困難事例検討会議」には、総合相談を受けている全職員が事例を提供し、適宜開催することで、他職種との連携強化と自立支援に資するケアマネジメント力の向上を図る。
		地域の人が意欲的に会議に参加出来るよう、総合相談や地域の声を聴いてケア会議のテーマを検討している。	地域ケア圏域会議の第1回では、大久保地区の問題を共有することが出来た。第2回では、参加者の関心の高い市内初の事業所である、「看護小規模多機能型居宅介護の事業内容、重層的支援や地域課題について」をテーマに、意見交換が出来た。	地域の人が興味あるテーマの絞り込。	地域ケア圏域会議を年2回開催する。
		普段から関わりのある、コンビニ、郵便局、床屋等の地域関係者に、地域ケア会議の必要性を周知し、会議に参加して貰えるように働きかけている。	参加を働きかけていたが、地域関係者の出席は少なかった。	コンビニ、スーパー、郵便局等、地域関係者への参加を依頼するが、ギリギリの人員でシフトを組んでいるため、店長等が会議の時間に業務を抜けるのが難しく、参加して貰えない。	営利団体や事業者への、地域ケア会議への参加依頼方法の検討と、幅広い参加者から意見を聴取する方法を検討する。

2	生活支援 体制整備事業に 関する取組み	各地区の運動拠点や町会集会所での出張健康相談・体力測定を、定期的に開催出来るよう、関係者に働きかけている。	体力測定会は例年通りの会場で行えなかった。	担当職員の経験が浅く、地域との交流や分析が十分に出来ていなかったため、新規活動の場の創出が出来ず、例年通りの会場しか活動出来ていない。	積極的に地域の人と関わり繋がりを大切にし、ながら、情報提供をもらい分析することで、新たな地区や町会出張健康相談や体力測定を実施していく。
		コンビニ、警察、郵便局等、地域の関係者に幅広く参加の声掛けを行い、第2層協議体を年2回開催した。	第2層協議体は、職員が地域を知る必要性から少人数で開催し、地域の現状や課題が明確になった。	協議体関係者との関係性は出来ている為、今後は連携を強化する活動を意識する必要がある。	第2層協議体は年2回開催を予定し、繋がりを強化するために声が挙がった「スマホ講座」を実施し、協同意識を深める。
		交流やサロン等の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繋がられるよう努めている。	職員と参加者の交流も進み、いろいろな意見が聞かれるようになった。	参加者のマンネリ化が見受けられる。	集いには、新しい資源(地域団体や企業等)を取り込んだ講座を企画し、受け身の講義型ではなく、参加者同士が互いに交流出来る時間を設け、参加型のサロンを目指す。
		・屋敷以外の地区でも「お散歩マップ」を作成する取り組みを行っている。 ・既存のお散歩マップを活用したウォーキングイベントを企画し、住民が健康づくりを習慣化出来るよう取り組んでいる。	「お散歩マップ」の作成やウォーキングイベントの開催には至らなかった。	「お散歩マップ」をより活用し易くなるように、内容を見直すと共に、手を加える必要がある。	「お散歩マップ」を活用したウォーキングイベントを屋敷地区で開催する。
		住民が主体的に企画・運営し、閉じこもり予防が出来る通いの場の立上げを働きかけている。	住民主体の通いの場の後方支援を継続して行っている。	主催者の負担が大きくなるような後方支援は必要だが、関わり方の加減の判断が難しい。	住民主体の通いの場に積極的に参加して後方支援を行い、主催者になり得る協力者を見つけ、立上げを働きかける。

3	認知症 総合支援事業に 関する取組み	キャラバン・メイトや認知症サポーターとの意見交換の場を設け、活動出来る場を紹介している。	地域のキャラバン・メイトに、サポーター養成講座を担当して貰うことが出来た。サポーター交流会も年2回開催し、意識と意欲を高められている。	前年度からの引継ぎ情報が少なく、連絡方法等の把握が出来なかった為、限られたサポーターだけに声掛けした交流会になってしまい、意見交換が十分に行えていない。	キャラバン・メイトや認知症サポーターとの交流会で、積極的な意見交換等をし、士気を高めて住民主体の通いの場に繋げていく。
		第2層協議体や地域ケア会議で事業内容と認知症地域支援推進員の周知をしている。	左記により、事業内容と認知症地域支援推進員の活動等について理解を深めて貰えた。	限られた場での周知に止まってしまった。	まだ出向いていない地区や関係性の薄い団体等に参加し、積極的に周知を図る。
		住民が立ち上げた認知症カフェが軌道に乗るよう後方支援、また新規立上げ予定の認知症カフェへの協力をしている。	住民立上げのカフェへの後方支援は継続出来ており、新規カフェについては来年度の立上げを目標にして動いている。	認知症カフェの立上げには、個人情報や金銭管理の課題や、立上げ者以外の更なる協力が必要であり、調整に多くの時間が掛かっている。	新規カフェの立ち上げが出来るよう協力していく。
		認知症サポーター養成講座を開催し、地域住民だけでなく、事業所等にも正しい理解に繋がる啓発活動を行っている。	地域住民、学生、事業所等、様々な立場の人に認知症サポーター養成講座を開催し啓発出来た。	認知症サポーター養成講座は、ターゲット層からの依頼が少なく、実施に偏りがある。	新たな団体や個人(大学生・商店街等)に向けた認知症サポーター養成講座を実施することで、新しい認知症観の普及啓発と認知症バリアフリーを目指す。
		認知症初期集中支援チームとの円滑な連携により、早期支援に繋げている。	認知症初期集中チームとの連携により、サービスに繋がられた。	連携のメリットを活かすため相談のタイミングを早め、連携の強化を図る必要がある。	認知症初期集中支援チームへ適宜相談し、連携強化を図る。

令和7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)

事業		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取り組み計画
包括的支援事業	総合相談支援業務	要支援高齢者を効率的に把握、支援する体制を構築し、対応記録を必ず残している。	システムに入力することにより、すべての職員が閲覧し、対応の経過等をいつでも確認出来た。見守り等で定期的に確認を要するケースについては、システムとは別の一覧で把握し、支援を行った。	・見守り等の対象者が増えている。 ・サービスの利用希望者も増えており、対応に追われている。	・対応した時は必ず記録を残し、状況を詳細に入力する。 ・見守り対象者に関する情報の共有等行う。
		複合的な課題を抱えた世帯に対し、適切に対応出来る体制を構築する為、医療、障害、生活困窮者支援等の他分野との連携に努めている。	・会議や研修に参加する事で、他機関との繋がりが継続出来ている。また、他機関への相談や連携により、多問題世帯等への支援を行うことが出来た。 ・センターの紹介カードを作成し、主に地域の医療機関に協力してもらい配架した。	支援者の担当変更により、支援が途切れる可能性があるため、その点に留意する必要がある。 各分野の法律や制度の改正に留意する必要がある。	・医療、障害、生活困窮者等の他分野との連携に努める他、会議や研修等に参加し、連携の構築や情報交換を継続する。 ・紹介カードの配架を通して、医療機関との連携を図る。
		地域住民にセンターを知ってもらい、相談しやすいセンターとなる為、地域住民や関係機関への周知と関係の構築に努めている。また、高齢者の集いの場以外にも、地域の行事や会議等に積極的に参加している。	地域の行事等、職員が顔を出せる機会には積極的に参加した。また、参加者との交流に努め、顔見知りを増やし、様々な普及啓発も行った。	・新任の民生児童委員、高齢者相談員のなかに、センターを知らない人がいる。 ・出張相談会を行いたかったが、町会役員さんとの打ち合わせの時間が取れなかった為、場所、日程調整等が進まず、令和7年4月からの開始となった。	・地域の行事等、職員が顔を出せる機会には積極的に参加する。 ・月1回の広報紙の発行と、行事毎にブログを更新する。 ・出張相談会を開催する。
		広報紙を毎月発行し、公共機関やそれ以外の場所にも配架を依頼している。また、出張相談会も開催し、医療、サービス事業所、民生児童委員、高齢者相談員等との連携も積極的に行っている。	公共機関以外の場所(病院や商店)に、毎月決まった職員が広報誌を持参することで、顔を覚えてもらえ、啓発イベントに繋がったこともあった。	出張相談会等の周知方法の検討と、継続活用してもらえるような工夫。	・引き続き地域の行事など、職員が顔を出せる機会を積極的にみつけて参加する。 ・月1回の広報紙の発行、行事の度にブログを更新。 ・出張相談会の開催
		高齢者虐待等の通報には迅速に対応し、市へ報告、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。 また、高齢者虐待防止のため、地域の集いの場やセンター主催のイベント等で、チラシやリーフレットを据え置き、広報活動に努めている。	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、適切な対応が出来ている。	・高齢者虐待、セルフネグレクトの早期発見・早期対応。 ・高齢者虐待防止の啓発活動。	高齢者虐待やセルフネグレクトで困難な状況にある高齢者が、安心して尊厳ある生活を過ごせるよう、早期発見・早期対応に努める。

包括的支援事業	権利擁護業務	ケアマネジャーや民生児童委員、高齢者相談員、介護保険事業所と日頃から顔の見える関係作りを行う等、連携しやすいよう配慮し、虐待防止のための連絡や同行訪問を行っている。	ケアマネジャーや民生児童委員、高齢者相談員等と日頃より連携を取り合い、相談に繋がっている。 また、困難事例の際には、近隣住民、地域のケアマネジャー、他の相談機関、病院、消防署、警察等とスムーズな連携が出来ている。	各所との連携強化。	高齢者虐待、セルフネグレクトの早期発見・早期対応のためにも、関係者との顔の見える関係づくりを継続していく。
		消費生活センター、警察と適宜情報交換に努めており、スムーズな連携が出来ている。 また、地域住民に対し、定期的に消費者被害防止のための周知活動を行っている。	東習ケア会議、高齢者の集い「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、消費者被害防止のための周知活動を行っており、被害案件の報告は聞いていない。	消費者被害防止の啓発活動。	警察、消費生活センターとの情報交換に努め、地域住民に対し、定期的に消費者被害防止のための周知活動を行う。
		認知症等で金銭管理が難しい高齢者に対して、日常生活自立支援事業や成年後見制度の案内と、手続きの支援を行っている。	高齢者支援課や成年後見センター、その他の関連機関とは連携体制がとれているが、本人が申立てになかなか了解せず、手続きが滞った案件があった。	成年後見制度の啓発活動と利用支援。 日常生活自立支援事業については、生活保護受給者以外は利用料金がかかること、本人がキャッシュカードを持ってないこと等の制約があるため、なかなか利用に繋がらない。	認知症等の困難な状況にある高齢者が、安心して尊厳ある生活を過ごせるよう、専門的・継続的な視点から支援を行う。 東習ケア会議等で権利擁護関連の情報提供や事例検討を行い、理解を深める。

包括的支援事業	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	ケアマネジャーに対する研修や連携の場として、包括ケア研修会を年4回開催。内容については、各高齢者相談センター、ケアマネ連絡会と検討している。	地域包括ケア研修会を年4回実施できた。内容についてはケアマネ連絡会と協議し、ケアマネジャーに有意義な研修になるよう努めた。各回とも多くのケアマネジャーの参加があった。	ケアマネジャーの実践に役立つ内容での包括ケア研修会の企画開催。	地域包括ケア研修会を4回開催する。市内の高齢者相談センターや関係機関と協力して研修会を開催し、ケアマネジャーの資質の向上と連携強化に繋げる。
		東習志野地域ケア圏域会議については、圏域の医療・保健・福祉・介護等の多職種が参加して、情報収集や意見交換等を目的に開催している。	9月と3月に東習志野地域ケア圏域会議を開催。医療・介護・福祉の関係者と共に、「防災」と「ケアマネジャーのシャドウワーク」について話し合った。	東習志野地域ケア圏域会議では、参加する専門職や地域関係者、住民同士が顔の見える関性を構築出来るような企画開催が必要。	東習志野地域ケア圏域会議を年2回開催し、医療や介護の専門職と地域関係者のネットワーク構築を図る。
		ケアマネジャーの相談については、寄り添いながら一緒に対応することを心がけている。	ケアマネジャーの相談にのると共に、具体的な対応方法について支援を行った。	相談しやすい関係を作る為、委託に限らず、接点を持てる頻度を増やす必要がある。	ケアマネジャーからの相談ケースの課題を分析し、地域のケアマネジャーがどの分野に困っているかを把握し、研修会や勉強会のテーマとして取り上げていく。

包括的支援事業	介護予防ケアマネジメント業務	事業対象者及び居宅要支援被保険者に対し、地域の資源を活用しながら、包括的かつ効果的な介護予防サービス・支援計画書を作成し、モニタリングと評価をしている。	<良かった点> 利用希望者を待たせることなく、スムーズにサービスに繋がっている。また、市の事業も含め、地域資源の情報収集に努め、活用出来ている。 <反省点> 地域資源に偏りがあり、活用出来ない利用者がいる。また、常に職員一人あたりのプラン受け持ち数は上限を超えている。	・居宅支援事業所には、「要支援認定者を担当しない」という方針の事業所が増えており、要支援認定者等の予防プランの委託を受けてもらえず、センターでは、職員一人あたりのプラン数が上限を超えている。 ・買い物支援や通いの場のニーズはあるが、サービスの地域偏在がある。	適正迅速な介護予防サービス利用のため、利用者・家族の状況に合わせ、セルフプランの利用促進が可能になるよう、担当部署と連携する。また、地域資源の情報収集、発掘、誘導、サポートをし、そのための関係づくりを行う。
		地域の通いの場が継続出来るよう、サポーターを支援する。また、新規開設を働きかけ、新たなサポーターのなり手を探す等、通いの場の広がりを支援している。	<良かった点> 新規に開設した笑学校があり、全笑学校が軌道に乗り、利用者を増やしている。また、サポーター総会を行い情報交換が出来た。ラジオ体操については、プレーメンラジオ体操の他4か所の会場が継続している。 <反省点> 笑学校は、「男性がいなくて気まずい」という理由で、男性が来なくなるパターンが繰り返されている。	女性ばかりのところに自分が通うことに抵抗がある男性高齢者が、一定数いる。	・地域の通いの場が継続出来るよう、サポーターを支援する。また、新規開設を働きかけ、新たなサポーターのなり手を探すなど、通いの場の広がりを支援する。 ・自分たちで通いの場を運営する意欲がある男性高齢者の集まりがあれば、サポートする。
		介護予防関連の講座等は、要望に応じて行いつつ、開催の働きかけを行っている。	<良かった点> 社会福祉協議会、町会、公民館と連携して開催できた。 <反省点> 介護予防等の講座に興味を持たず参加してこない人こそ、社会的に孤立しており、状況も把握しにくく、介護状態に陥るリスクが高い。	介護予防の観点から予防支援が必要だと思われる人であっても、本人の意識が低く、かつ介護予防事業やセンターとの接点がないと、潜在的な要介護者になるリスクが高い。	介護予防関連の講座等は、要望に応じて行いつつ、開催の働きかけも行う。また、身近な人から働きかけてもらえるよう、地域の方々との関係を強化する。
		センターの業務を周知し、利用や相談を促進する。	<良かった点> 第2層生活支援コーディネーターを中心に、あらゆる機会に「センターを周知し各機関と繋がってこう！」という、職員全体の氣勢が日常化している。また、「あじさい通信」の掲示箇所を増やし、法人ブログの利用も継続している。	継続すること。	「何時でも何処でも誰にでも」をモットーに、あらゆる機会にセンター業務を周知し、利用や相談の促進に繋がる周知媒体を模索する。

令和7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		現在の取り組み	良かった点または反省点	課題	今年度の取組計画
1	地域ケア会議の 充実	地域ケア圏域会議を年2回行い、「防災」と「ケアマネジャーのシャドーワーク」をテーマに話し合った。	・医療、介護、福祉の関係者が参加してくれた。 ・防災については、各機関の災害時の対応方法について情報共有し、出来る事と出来ない事等を知ることが出来た。 ・ケアマネジャーの本来の仕事内容と多岐にわたるシャドーワークがあることについて多職種に理解を得られた。ケアマネジャーだけでは支援や問題解決出来ない事もある為、様々な機関との協力や支援が必要であることを共有した。	・会議のテーマの選定。 ・事例提出者の負担軽減。	・地域ケア圏域会議を年2回開催する。 ・医療、介護、福祉の職種に参加してもらえるよう、依頼を続ける。 ・関心を持ち続けてもらえる内容にする。 ・ケアマネジャーや関係者等からの相談をもとに、内容を検討する。
		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、対応方法を振り返る等、ケアマネジャーの経験値が上がるように努めている。	・地域ケア圏域会議等で日頃から連携が出来ていたので、ケアマネジャーからの相談や情報共有がスムーズに行えた。 ・ケアマネジャーやセンターだけでは解決出来なかった事を地域の民生児童委員や住民等との協力により、解決出来た。 ・支援した内容をセンター内で共有し、振り返りが行えた。	介護の問題だけでなく、家族や経済的な問題等、多くの問題を抱えているケースの増加。	・地域ケア個別会議はケアマネジャーからの相談に応じ、随時開催すると共に、出来るだけタイムリーな開催を心がける。 ・民生児童委員や高齢者相談員等、地域関係者にも出席してもらい、多角的な視点から、課題解決に向けた話し合いの場にする。
		「介護予防自立支援検討会議」への協力。	・参加したケアマネジャー等に自立支援についての意識を高めてもらう機会となっていた。 ・提出する事例について毎年同じような事例になっていないか、他センターと同じようなケースになっていないか苦慮した。	要支援サービスを継続しているからこそ介護予防に取り組むことが出来ており、要支援サービスを利用する前に効果的な働きかけが必要である。	事例提供など、開催に向け協力する。

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・企業に働きかける他、体力測定や、総会を実施している。	・笑学校の担い手の「すまいるサポーター」と連携して後方支援を行い、8団体が活動出来た。 ・休止していた実籾6丁目笑学校、実籾むつみ笑学校の立ち上げ・後方支援を行った。	・笑学校の立ち上げと継続支援及び担い手の確保。 ・総会や体力測定の実施。	・笑学校の立ち上げ支援・後方支援を継続する。 ・「すまいるサポーター」の説明会の開催を目指す。
		・第2層協議体では、選定した地域課題に取り組み、実現に向け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務めている。 ・「習志野人人マップ」や他の資源についても、情報収集を行っている。	・第2層協議体では多様な事業主体に参加してもらい、連携が図れた。 ・「習志野人人マップ」を通して、地域の店舗や町会、事業者と連携した。	・第2層協議体における地域課題の選定。 ・協力者の存在が不可欠になるので、ネットワークの構築に努め、1層協議体とも連携を図る必要がある。 ・「習志野人人マップ」の更新。	・第2層協議体では、新たな地域課題に取り組む。 ・必要に応じて、「習志野人人マップ」の見直しや配布を行う。
		高齢者の集い「そなうれ」は、男性向けのシニア塾をコンセプトに、月1回生活・健康・お金をテーマに講座を行っている。	・高齢者の集いは月1回(年12回)実施し、参加者の満足度は高かった。 ・外部講師を依頼し、様々な関係機関と繋がった。	・「高齢者の集い」では、意欲が維持できるテーマを選定し、新規参加者の獲得に努める。	・高齢者の集い「そなうれ」を月1回開催する。 ・新たな集いの場の形を検討する。
		センターの活動や社会資源について、機関誌やブログ、SNSだけでなく、出張介護相談やイベントを行い、地域住民や関係機関に発信、周知している。	・機関誌やブログ等で周知活動を行い、地域住民や関係機関の理解を深めた。 ・企業や公共機関との連携を図り、相談やイベントを開催した。 ・商店街や小中学校と連携し、交流を深めた。	商店街や、若い世代の新たな協力者となりうる存在との連携方法の検討が必要である。	・地域の高齢者の困りごとを解決出来る社会資源の把握及び周知を継続する。 ・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。

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や認知症サポーター交流会を土曜日に開催、また認知症子どもサポーター養成講座を開催している。	・認知症サポーター養成講座や交流会を土曜日に開催したことで、勤労世代が参加しやすくなってる。また、子どもの講座には、保護者が一緒に参加している。 ・テキストの改正に伴い、内容の見直しをした。	継続した地域への普及啓発。(住民・企業)	・認知症サポーター養成講座や交流会の開催。 ・商店街や地域のサークル等との連携した認知症の普及啓発。
		・ひまわりの会を開催し、認知症サポーター養成講座の検討やあじさいマップの更新を行っている。 ・家族会を定期的に開催している。 ・認知症サポーターの活動の場の創出とチームオレンジのサポートをしている。	ひまわりの会では認知症サポーター養成講座の実施と併せ、市の認知症施策の情報を共有し、フォローに繋がると共に、啓発グッズを作成し、住民や企業に配布出来た。(東習ひまわりプロジェクト)	認知症サポーターとの連携。 (チームオレンジ・交流会)	・キャラバン・メイトと認知症サポーター養成講座や普及啓発活動の実施。 ・認知症サポーターの活動の場の創出やチームオレンジの活動の場のサポート。
		医療機関との連携・情報共有を図っている。	家族会を定期的に開催し、案内を医療機関にも配布出来た。また、医療機関と連携をとるためのツールとして、「包括連携カード」を作成し配布したことで、連携が図れた。	医療機関との連携。	・地域の医療機関との連携強化。 ・継続的な情報共有の推進。(チラシや啓発グッズの配架依頼等)
		認知症カフェの開催支援をしている。	既存の認知症カフェの現状確認や情報提供を行い、近隣圏域のカフェや近隣市のコーディネーターと連携した情報共有が行えた。	・認知症カフェの後方支援。 ・グループホームや認知症対応デイサービス関係者との情報共有。	・認知症カフェの継続的な後方支援。 ・グループホームや認知症対応デイサービス関係者との情報共有。