

平成 3 0 年度

あんしんすこやかセンター

事業計画

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・要支援認定者や事業対象者に対し、個々の意向や状態に応じた介護予防の取り組みができる様に自主グループやはつらつ介護予防講座等地域の活動へ繋いだ。 ・ミニデイ、サロン等高齢者が集まる場に向き介護予防・日常生活支援事業の周知を図った。
		介護予防対象者把握	・地区の80歳以上の高齢者への実態把握やいきいき講座で基本チェックリストを実施した。 ・民生委員や郵便局員等、地域の高齢者にとって身近な立場の方からの相談もあり、その都度、対象者の把握を行い、地域の社会資源を活用し個々に合った支援に繋がった。
		普及啓発講座の実施	・ミニデイ、サロン、高齢者クラブや町会の集まりに出向き聞き取りから興味のあるテーマを把握した。 いきいき講座を3回実施(テーマ:環境、ウォーキング、運動)し、介護予防の普及啓発を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	・まちづくりセンター、社会福祉協議会と三者連携会議を行い、地区課題の情報共有を行った。 ・相談件数は5,898件、相談内容に応じて各関係機関とも連携をとりながら対応した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	・相談拡充の相談件数は延べ62件あった。 ・高齢者と同居の子どもや多世代家族のケースの相談が増加しており、世田谷区の相談拡充の研修へも参加をすることで対応のスキル向上に取り組んだ。
		実態把握	・実態把握は520件実施し、目標達成した。あんしんすこやかセンターの広報紙や夏季には熱中症予防のパンフレットを持参し周知に努めた。 ・地区の80歳以上の高齢者や民生委員や地域からの情報を基に実態把握を行った。
		啓発活動(地区のネットワー づくり)	・「三宿池尻まちこま会」を年3回実施して地域のネットワークの拡充に努めた。 ・商店会主催の世田谷ハンまつりやミニデイ、サロン、池尻地区ふれあい交流会、地区の防災訓練等の行事に出席、協力した。 ・広報紙を年2回発行し住民へ配布、あんしんすこやかセンターのPRを行った。
		見守り訪問、相談(あんしん見 守り事業)	・継続的な見守りや支援が必要と思われるケースは、見守りフォローリストを作成し、職員会議で毎月情報共有を行い、定期的な見守り訪問を行った。見守り訪問を契機に支援に繋がったケースもあった。
		その他	・池尻地区版見守りワッペン等の普及活動として事業者や商店への訪問時にワッペンの周知を行い、地域のネットワークづくりへもつなげた。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・虐待が疑われるケースの相談は速やかに保健福祉課へ連絡し、会議にて介護保険サービス事業者と連携、解決に向けた支援を行うことができた。 ・区主催の虐待対応研修に参加した。
		成年後見制度に関する対応	・制度が必要と思われるケースへは、個々の実情に応じて訪問や来所相談にて、制度の説明や成年後見センターを案内した。 ・成年後見センターの権利擁護事例検討会に参加し、専門職として情報収集、スキルアップに努めた。
		消費者被害の防止	・はつらつ介護予防講座やいきいき講座を利用し情報提供を行った。世田谷警察や消費生活センターと連携し、消費者被害防止のために訪問時にステッカー等を配布して注意を呼びかけた。 ・特殊詐欺被害の対策として電話録音装置の紹介を行い設置に繋がった。
		その他	・世田谷地域社会福祉士情報交換会において、多重債務について弁護士から知識を学び意見交換を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・世田谷地域の7ヶ所のあんしんすこやかセンターの医療職合同で在宅医療に関する地区包括ケア会議を年3回実施した。また、主任ケアマネジャー合同で、地域課題である移動支援をテーマに、NPOやボランティア団体、社会福祉協議会等と一緒に、情報交換、地区包括ケア会議を開催した。
		ケアマネジャー支援	・池尻地区ケアマネ会を、地区の主任ケアマネジャーとともに各月開催し、介護保険制度や社会資源の情報交換、業務の悩みなど、同じ立場のケアマネ同士だからこそわかる交流の場を開催した。
		地域ケア会議の取り組み	・ケアマネジャーからの個別ケースの相談を受け介護予防ケアマネジメントの質の向上のため地域ケア会議Aを年1回、支援が困難なケースを地域ケア会議Bとして年2回実施し、個別課題や地域課題に対して検討をした。
		その他	・社会福祉協議会池尻地区事務局と2ヶ月に1回情報交換をして地域課題の抽出や検討をした。 ・地域のボランティアや住民、介護保険サービス事業者とともに、池三ゲートボールクラブを年6回実施し、交流した。
V	医療・介護連携の推 進	在宅療養相談窓口、地区連 携医事業等の取り組み	・地区連携医と月1回連携を図るとともに、「三宿池尻地区医療と福祉の連携交流会」を年5回実施。 ・事例検討会や高齢者の病氣、バイタルサイン等をテーマに、医師、歯科医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、介護保険サービス事業者等、様々な立場で意見交換を行い、連携強化を図った。
		その他	
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・認知症初期集中支援チーム事業において、介護サービス未利用で介護者の負担が大きくなっているケースを提出、訪問看護利用へ繋がり、効果があった。 ・いきいき講座等で、認知症予防についてアンケートをとり、地区のニーズとしても、関心が高いテーマであることをつかむことができ、来年度の地区での取り組みに繋げることができた。
		家族介護者支援	・毎月、「池尻地区介護者おしゃべり会」を開催し、介護者同士の支援を行った。毎回3~4人参加され、介護者同士で親しく話せるよい雰囲気のを継続できている。
		普及啓発	・認知症サポーター養成講座を3回実施。地域で活動しているボランティアを対象に2回、金融機関職員向けに1回実施し、地域での見守りの強化を図った。 ・日常の相談業務の中で認知症の疑いのある方へは早期発見、受診の必要性について情報提供をしながら支援を行った。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・対応に対する苦情とヒヤリハットにおいては所内の会議で原因と対策を検討し再発防止に努めた。 ・個人情報の取り扱いについて、職員全員でマニュアルを読み合わせ再確認を行った。
		人材育成、人材定着	・法人内のあんしんすこやかセンター、ケアマネジャーとの事例検討会や勉強会を実施した。 ・法人内で業務達成度確認、自己評価の実施、個別面談を行い、職務や職場環境に対する意向や要望の把握に努めた。 ・区、都の研修に参加して職員間での共有をした。
		職場内連携	・職員会議を月2回実施し、毎朝のミーティングで情報共有や相談対応の確認を行い職員間で連携をして相談業務を行った。
		その他	・法人内あんしんすこやかセンターで年2回合同会議を開催。情報交換や業務の確認を行った。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
個々の強みを生かした、幅広い介護予防支援を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援認定者や事業対象者に対し、本人が目指す生活像に近づくよう、アセスメント・ニーズ把握を行い、必要な活動やサービスに繋げる。 ・個々の強みを活かして地域の担い手となれるよう、他職種と連携し目標設定、働きかけを行う。
高齢者が集う場へ出向き、対象者把握を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ミニデイやサロン、高齢者クラブ、自主グループなど、高齢者が集う場へ出向き、ミニ講話を行い、介護予防対象者を把握する。 ・転入者へ実態把握をした際に、基本チェックリストを実施、介護予防対象者を把握する。
地区住民の関心度が高いテーマで、介護予防普及啓発講座を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度のいきいき講座アンケートより、関心が高かった認知症に関連するテーマで講座を年3回、開催する。
身近な福祉の相談窓口として、話しやすい環境づくり、対応をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・相談者の主訴を的確に把握できるよう、相談シートを活用、情報を整理して伝える。 ・継続した相談に応じられるよう、職員間で情報共有ファイルを作成し、常時確認できるようにする。
他機関と連携し、切れ目のない相談対応をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・多問題を抱えたケースには、速やかに関係機関と連携をとり対応する。 ・障害者相談支援センターや若者サポートセンター、就労支援センター等の交流機会へ出向き、多様な相談にも応じられるよう繋がりを広げる。 ・常に、まちづくりセンター、地区社会福祉協議会と地区の情報交換に努め、課題を共有する。個別支援が必要なケースは、専門機関と一緒に対応する。
民生委員と連携し、計画的に、実態把握を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・転入者や高齢化率が高い地域等へ実態把握を計画的に行う。気になる人は民生委員へ相談、情報共有する。年間500件以上。 ・実態把握訪問の際、池尻地区社会福祉協議会が実施する命のバトンの普及啓発を行う。
相談窓口の周知をはかる。広報紙等で、目に触れる機会を広げる。	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしんすこやかセンターの広報紙を年3回発行し、医療機関等に配布する。 ・地区の会議・行事への参加や「三宿池尻まちこま会」において、年齢や状態を問わず、身近に相談できるよう、住民、学校関係者、警察、消防、金融機関、商店、介護サービス事業者など、ネットワークづくりを行う。
見守り協力店との連携を強化、連絡があった時は速やかに対応をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・コンビニエンスストアや金融機関、新聞販売店等、見守り協力店へ定期的に訪問し、地区の情報交換、心配な方の状況把握を行い、継続した見守りができる方法を共有する。 ・見守りフォローリストを作成し、毎月、職員会議で情報共有を図る。
地域の見守り協力者を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、池尻地区ふれあい交流会を池尻地区社会福祉協議会と共催し、参加者の見守りを継続、欠席が続く方や変化がある方を把握し、支援へ繋げる。 ・池尻地区版見守りワッペン の普及活動として事業者や商店への訪問時にワッペンの周知を行う。
高齢者虐待の早期発見・早期対応する。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス事業者と一緒に、高齢者虐待に関する事例検討、勉強会を行う。 ・職員間で情報共有、虐待が疑われる相談は、保健福祉課と連携、速やかに対応する。
成年後見制度の利用に向けた支援の充実。	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域の7か所のあんしんすこやかセンター社会福祉士合同で、成年後見制度に繋がるまでの適切な支援について、地域の介護保険サービス事業者や関係機関等と検討会を開催する。 ・成年後見制度が必要なケースは、申立て支援や保健福祉課や成年後見センターと共に相談対応する。
消費者被害を未然に防止できるよう努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が集う場、ミニデイやサロン、高齢者クラブ等に出向き、消費者被害の注意喚起をする。 ・常に、世田谷警察や消費生活センターと連携し、新しい被害状況を把握し防止策を共有する。
専門職として必要な情報収集、発信を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域あんしんすこやかセンター社会福祉士会において、専門職としてスキルアップがはかれるよう、勉強会を継続して行う。
多職種、多機関との連携を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から地域の医師、看護師、介護士、リハビリ専門職等と連携し、地域ケア会議を開催し介護予防の視野を広げる。
ケアマネジャーが気軽に相談し、対応する。	<ul style="list-style-type: none"> ・池尻地区の主任ケアマネジャーと共にケアマネジャー向けに交流会を、2ヶ月に1回開催する。 ・世田谷地域の7か所のあんしんすこやかセンターの主任ケアマネジャー合同で、地区包括ケア会議を開催し、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者向けに、生活困窮者のために使える制度や資源を共有する。
地域ケア会議を開催、多職種で検討し、幅広い支援に繋がられる。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援の視野を広げ、他職種と検討し、地域活動の発掘、新たな場づくり等に繋げるため、地域ケア会議Aを開催する。ケアマネジャーや民生委員等からの相談に基づき、関わり方が難しいケース等について、地域ケア会議Bを開催し、支援の幅が広げられるよう検討し、他のケースでも応用できるよう地域課題を共有する。
地域課題を共有、解決に向けて必要な支援、協力する。	<ul style="list-style-type: none"> ・池尻地区社会福祉協議会事務局と2ヶ月に1回情報交換を継続、個別相談から把握した地区課題を共有し、人材発掘や地域活動へ繋がるよう協力する。
多様な相談に応じられるよう、医療情報を収集に努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・広報紙等で在宅医療連携相談窓口を住民に周知する。 ・最新の情報収集、医療機関情報をファイリングし職員間で共有する。 ・「三宿池尻地区医療と福祉の連携交流会」を継続する。
がん治療と在宅療養についての啓蒙・啓発。	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域の7か所のあんしんすこやかセンター医療職合同で、地域の病院に協力を依頼し、区民、介護保険サービス事業者を対象にがん支援についてのフォーラムを合同地区包括ケア会議として開催する。
認知症を早期発見、早期対応できるよう、正しい知識と理解を広げる。	<ul style="list-style-type: none"> ・個別相談や見守り協力機関から相談があるケースなど、状況に応じての忘れチェック相談会や認知症初期集中支援チーム事業、専門医相談事業など必要な支援へ繋げ、切れ目のない支援を行う。
介護者負担軽減が図れるよう協力する。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月「池尻地区介護者おしゃべり会」を開催する。 ・広報紙等で、介護者会の周知、介護情報等を発信する。
認知症を正しく理解する機会を広げ、見守る目を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> ・見守り協力店へ挨拶回りの際、認知症サポーター講座を紹介する。 ・病院や薬局等へ、もの忘れ相談窓口の周知、広報紙等の設置を依頼する。 ・認知症をテーマで予防・生活・治療に関連した講座を開催する。
常に、相手の気持ちを意識して対応できる職員集団となる。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議時、個人情報取扱についてマニュアル等で、再確認を行う。 ・苦情に対して、真摯に受け止め、原因と対策を検討し、全職員で再発防止をする。
お互いが助け合い、学び合える関係、働きやすい職場づくりを目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の相談職員等と事例検討会や勉強会を実施する。 ・業務確認シートを使用し、各職員の達成度を把握し、目標を持って仕事に取り組みできるようにする。
職員間で情報共有し、連携ができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日朝礼、月2回職員会議にて、情報共有、相談業務の確認を行う。 ・相談ファイル、日誌において、全職員で相談内容を共有する。
幅広い対象者や相談内容に対応するための知識の習得と相談援助技術のスキルアップを目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回、法人内あんしんすこやかセンターで合同会議を開催。情報交換や業務確認を行う。 ・世田谷地域の7か所のあんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、相談拡充に関わる内容や多角的・複合的な福祉の相談に適切に対応できるよう、関係機関等とともに、勉強会・情報交換会を年5回行う。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	要支援認定者および総合事業対象者に介護予防ケアマネジメントを行い、延べ628件を介護予防・日常生活支援総合事業に繋げた。
	介護予防対象者把握	いきいき講座や実態把握訪問、窓口相談等の機会に、基本チェックリストを合計116件実施し29人の総合事業対象者を把握した。うち10人を介護予防・日常生活支援総合事業の利用につなげた。
	普及啓発講座の実施	・太子堂小学校介護予防普及啓発講座を年間43回開催し、延べ445人が参加した。区立小学校は、地域の高齢者にとっても身近な場所であり、介護予防に初めて取り組むきっかけづくりとなった。 ・いきいき講座は、地域の病院や訪問看護ステーションの協力を得て、年5回行った。 ・おもり体操を取り入れた自主グループの立ち上げ、活動継続についても後方支援を行った。
	その他	
II 総合相談 支援業務	総合相談	・まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者連携会議において、毎月相談内容や取組み課題について情報共有を行った。 ・高齢者の延べ相談件数は5,204件だった。今年度から始めた月1回の青空相談室・青空保健室での相談は延べ130件だった。
	地域包括ケアの地区展開（相談対象拡充）	・相談対象拡充ケースは年間80件だった。そのうち64件を総合支所の担当課、社会福祉協議会ふらっとホーム世田谷に繋ぎ支援をすすめた。 ・より身近な福祉の相談窓口として毎月三軒茶屋ふれあい広場において「青空相談室・青空保健室」を開催し、年間130件の相談があった。
	実態把握	年齢別リストや地域のネットワークを活用して情報収集し、実態把握訪問を年間1126件実施し、目標件数を上回った。
	啓発活動（地区のネットワークづくり）	まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者で、地区内における住民主体の地域活動団体と福祉関係機関が互いに情報共有し、地域課題を検討するネットワーク会議を開催した。
	見守り訪問、相談（あんしん見守り事業）	見守り対象者の相談は、年間延べ534件だった。民生委員、ケアマネジャー等介護保険サービス事業者のほか、見守り協定事業者の協力が有効であった。
	その他	地域住民向けの福祉相談に関する啓発活動として、三軒茶屋ふれあい広場において、民生・児童委員協議会と社会福祉協議会地区事務局と共催で「太子堂あんしんフェア2017」「青空相談室」「青空保健室」を開催した。
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	ケアマネジャーや医療機関からの通報で虐待が疑われるケースに対して、区の保健福祉課と連携を図り、個別ケア会議を開催し、早期に対応を行った。年間相談件数は7件だった。
	成年後見制度に関する対応	地区内の認知症カフェ2ヶ所において、成年後見センターの協力のもと、認知症が心配な方やご家族向けに成年後見制度についての講座を開催した。
	消費者被害の防止	消費生活センターや警察の協力により、介護予防講座や住民の自主グループ活動、認知症カフェ等の機会を利用して、消費者被害やトラブル防止の啓発を行った。
	その他	多額の借金をかかえ生活困窮に陥っているケース相談が地域課題としてあがり、法テラスの協力を得て、多重債務問題に関する相談先や対応について勉強会を実施した。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域に必要なインフォーマルサービスについて意見交換した。移動支援や日常生活支援について、社会福祉協議会やボランティア協会等と地域資源の活用について情報共有が図られた。
	ケアマネジャー支援	太子堂地区ケアマネジャー連絡会「けあこみゆ太子堂」を、主任ケアマネジャーを中心に毎月開催し、地域課題の抽出と検討会を行った。うち4回は地区連携医の協力を得て、医療と介護の多職種連携会議とし、ネットワークづくりが図られた。
	地域ケア会議の取り組み	・軽度要支援者の自立生活を支援するより良いアプローチや地域資源を検討する地域ケア会議Aを年1回開催した。 ・一人暮らしで認知症、生活保護受給、医療・介護サービス導入拒否の事案2件について、関係機関と地域ケア会議Bを開催した。
V 医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医の助言と協力を得て、地区内の介護保険サービス事業者、医療職等が会し、在宅療養の現場に於ける連携の在り方について検討会を行った。
	その他	地区連携医と地区内クリニック医師による区民向け「在宅療養講座」を年1回開催した。
VI 認知症ケアの推進	認知症相談（もの忘れ相談）	もの忘れチェック相談では1件、認知症初期集中支援チーム事業では2件の高齢者を専門医療と介護サービスに繋ぐことができた。
	家族介護者支援	・地区内の認知症カフェ2カ所の活動を継続支援した。 ・若年性認知症当事者及び家族の会「彩星の会」との交流を継続し、福祉情報の提供などを行った。
	普及啓発	認知症サポーター養成講座を、区民向けと職能団体向けに計4回開催した。5月には認知症フォーラムとして、認知症認定看護師によるケア講座や家族介護者の講演、認知症支援のための福祉用具や機器の紹介等も行った。
	その他	
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	・法人によるサービス評価アンケートを実施し、職員の相談対応や説明についての評価を確認した。 ・個人情報の取り扱いについて、十分な確認がなされなかった事案が1件あり、所内・法人内全職員で再確認し、周知徹底を行った。
	人材育成、人材定着	どの職員も多角的・複合的な福祉の相談に適切に対応できるよう、区や医療機関、関係機関等の開催する研修や勉強会に参加し、支援内容について理解を深めるとともに、ネットワークづくりにも関わった。
	職場内連携	毎朝ミーティングを行い、職場内で支援内容や進捗状況を共有した。
	その他	

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立を目指した介護予防ケアマネジメントの実施。	要支援認定者および基本チェックリスト該当者に適切な介護予防ケアマネジメントを行い、介護予防・日常生活支援総合事業や一般介護予防事業、住民主体の自主グループ活動等につなげる。
介護予防対象者の早期発見に努める。	基本チェックリストを、地域の集いの場やイベント、いきいき講座、実態把握訪問、窓口相談等の機会に実施し、介護予防の意識向上を図る。いきいき講座は「脳卒中予防教室」、「水分と栄養講座」「インフルエンザ予防」等を年3回以上実施する。
新たな介護予防普及啓発講座の立ち上げと定着。	地域住民になじみ深い円泉寺において、介護予防普及啓発講座を毎月2回開催し、高齢者が歩いて通える身近な集いの場としての定着を図る。
地域住民による自主グループ活動の支援。	・新たな自主体操グループの立ち上げ支援と既存グループの活動支援を継続して行う。 ・地域住民や様々な地域資源の協議体が立ち上げた「太子堂ダンディクラブ」に継続的支援を行う。
福祉の相談窓口の充実。	・まちづくりセンター・社会福祉協議会と連携し、福祉の第一相談窓口としての役割を担う。三者連携会議において、毎月相談内容や取組み状況の共有をし、対応力を強化する。 ・より身近な福祉の相談窓口として、毎月三軒茶屋ふれあい広場において「青空相談室・青空保健室」を開催する。
幅広い対象者・相談内容に対応するためのスキルアップ。	世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、相談対象の拡充に関わる内容(子育て、障害、住まい等)についての勉強会・検討会を年5回開催する。
高齢者の生活実態の把握。	年齢別リストや、町会・民生委員や商店街等の地域ネットワークを活用して情報を収集し、高齢者実態把握訪問を年間500件以上実施する。
住民を中心としたネットワークづくり。	住民と医療福祉関係機関等が会し、地区課題の把握と共有、課題解決を目的とした検討会「見守りネットワーク会議」を、まちづくりセンター・社会福祉協議会と共催で、年1回実施する。今年度は多世代交流と地域活動の担い手発掘を推進していく。
「地域全体で見守りする」意識の向上。	見守りの必要な高齢者については、関係者で地域ケア会議を開催して連携を図り、地域全体で支える対応力を高める。
「福祉の相談窓口」に関する普及啓発活動。	三軒茶屋ふれあい広場において、民生・児童委員協議会とまちづくりセンター、社会福祉協議会と共催で、「太子堂あんしんフェア2018」を開催し、「福祉の相談窓口」について広く普及啓発を行う。
虐待の早期発見・早期対応。	高齢者だけでなく、障害者や子ども等に対する虐待が疑われるケースについても、早期発見・対応ができるよう、関係機関との検討会や連携会議を開催する。前年度からの虐待ケースについては、継続支援を行う。
成年後見制度利用へむけての支援。	世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士合同で、成年後見制度に繋がるまでの支援について、ケアマネジャーや成年後見センター、関係機関等と勉強会を年1回開催する。
消費者被害・犯罪被害の防止。	消費生活センターや警察の協力により、「あんしんフェア」や「青空相談室」、介護予防講座の機会を利用して、消費者被害やトラブル・犯罪防止の啓発を行い、地域住民同士の気づきと早期対応を図る。
権利擁護に通じる多機関との連携。	高齢者の住宅問題や生活困窮を地域課題ととらえ、相談事例をもとに地域ケア会議で検討する。
多様な地域資源との連携強化。	太子堂地区のケアマネジャー連絡会「けあこみゆ太子堂」に医療職のサポートを加え、医療・介護・福祉の多職種が学びあい地域課題を共有する地区包括ケア会議を年4回開催し、連携を強化する。
ケアマネジャーと地域課題を共有し取り組む。	世田谷地域のあんしんすこやかセンター合同で、ケアマネジャーを中心とした介護保険サービス事業者を対象に、生活困窮支援のために使える制度・資源等について学ぶ研修会を開催する。
地域課題を整理し、地域全体で検討する機会を持つ。	・介護予防と自立生活を支援するより良いアプローチや地域資源について検討する地域ケア会議Aを年間3事例実施する。 ・複合的課題や地域住民等との協議が必要な事例について地域ケア会議Bを随時開催し、地域課題として検討する。
地区における在宅療養相談の充実。	「在宅療養資源マップ」等を活用し、在宅療養に関する情報提供や福祉相談を行う。地区連携医や関係機関のサポートを受け、区民に対する相談対応を充実させ、「在宅療養」に関する普及啓発講座も実施する。
がんの治療と在宅療養についての啓発。	世田谷地域あんしんすこやかセンター医療職合同で、区民及び介護保険サービス事業者を対象に、がん支援についてのフォーラムを、合同地区包括ケア会議として開催する。
もの忘れ相談と認知症初期集中支援チーム事業の効果的な活用。	認知症専門相談員を中心に、もの忘れチェック相談と認知症初期集中支援チーム事業に取り組み、対象者の早期発見、早期対応を関係機関と協働して進める。
認知症当事者及び家族への支援。	・地区内の認知症カフェの活動を継続支援する。 ・若年性認知症当事者及び家族の会「彩星の会」との交流を継続し、地域への普及啓発を行う。
認知症の理解に関する啓発。	認知症サポーター養成講座を地区内の集合住宅や新たな住民活動の場等で実施し、地域で見守り支える人材を増やしていく。
認知症相談の周知・普及啓発。	毎月開催する「青空相談室・青空保健室」においても認知症相談の普及啓発を行い、もの忘れチェック相談会等について地域住民に周知していく。
法令遵守の再確認と徹底。	・区民や関係機関に対して常に丁寧な対応を心がける。苦情も含め、広く意見を受け止めやすい関係づくりを継続し、サービス改善に努める。 ・個人情報取り扱いについて、事業所内及び法人内で研修を行い、全職員で区及び法人の規定遵守を徹底する。
相談援助技術のスキルアップ。	相談対象の拡充とともに、多くの関連機関の専門職や地域の活動団体との連携が増す中、相談援助技術のスキルアップを図るため、職場内外の研修や連絡会に参加する。
職場内の情報共有。	毎朝ミーティングを行い、職員間で支援内容や進捗状況を共有する。緊急対応やリスク管理についても常時協議する。所内において、3専門職が適宜アドバイスを行う。
ケアマネジメント技術の向上。	法人内あんしんすこやかセンター職員及びケアマネジャーと、毎月スキルアップ研修を開催する。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防が必要な高齢者に対し、予防給付からの移行者の他、事業対象者、要支援者へケアマネジメントを行った。当地区では2ヶ所の地域デイサービス事業と1ヶ所の世田谷いきいき体操の実施団体があり、それらの団体と協力しながら支援を行った。
		介護予防対象者把握	年齢別対象者リストでの訪問、来所による相談、見守り訪問対象者、異動者リストへの訪問などにより介護予防対象者を把握した。地域のイベントなど高齢者が集まる場では基本チェックリストを実施した。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座で実施していた散歩の講座を自主グループ化した。身近なまちづくり推進協議会の健康保健部会と共催でいきいき講座を年1回開催した。ミニデイ・サロン、自主グループに対し、介護予防講座を開催した。、「若林あんすこセンター」や回覧板等での周知、実態把握でのちらし配布を行った。
		その他	地区内で世田谷いきいき体操を行うグループの立ち上げ支援を行い、介護予防対象者をつなげた。世田谷地域のあんしんすこやかセンター7ヶ所と合同で医療関連のテーマで年1回いきいき講座を開催した。
II	総合相談 支援業務	総合相談	相談内容に応じて医療機関、社会福祉協議会、障害者相談支援センター、成年後見センター等関係機関と連携して必要な支援につなげた。家族に精神疾患があるなど家族への支援が必要な相談も多く、家族会の案内や個別のケア会議を開催するなどして支援を行った。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	①四者会議で共有したあんすこの相談事例から社会福祉協議会が買い物ツアーや不用品リサイクルの取り組みを始めることができた。地区内の介護保険サービス事業者の協力を得て、避難行動要支援者安否確認訓練を四者連携で実施した。②世田谷地域あんしんすこやかセンター7ヶ所の社会福祉士で相談対象拡充に関わる内容(障害分野)についての勉強会を開催した。
		実態把握	年齢別対象者リストのほか、毎月区から届く異動者リスト(転入者と65才到達者を対象とした)及び、来所による相談、民生委員や地区住民等からの情報提供によりに基づき、年間650件以上の訪問目標を達成できた。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	高齢者見守りネットワーク会議や若林地区防災計画の取り組みで障害や子ども関係の事業所と協働で取り組んだ。地区内の商店会のイベントに出展し、あんしんすこやかセンターの周知に努めた。日赤若林分団や総合スポーツクラブより講座開催の依頼を受け、介護保険サービス事業者の協力も得てネットワークづくりを行った。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	実態把握や来所による相談、地域からの情報提供により見守りが必要な高齢者を把握し、必要に応じて見守りボランティアによる見守りを依頼した。所内の見守り会議で対象者の情報共有や支援方針の検討を行った。
		その他	「若林あんすこセンター」(広報紙)を年4回発行して業務や活動の周知をはかる。介護予防のための集いの場として立ち上げた茶話会「チカコの部屋」は来年度より自主グループ化することとなった。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	虐待が疑われるケースについては保健福祉課やケアマネジャーと連携し、虐待ケア会議を開催して必要な支援を行った。介護保険サービス事業者を対象として高齢者虐待防止の地区包括ケア会議を年1回開催した。
		成年後見制度に関する対応	成年後見センターと連携し、地区内の住民を対象としたいきいき講座を年1回開催し、啓発を行った。
		消費者被害の防止	世田谷警察と連携し、ミニデイ・サロン、高齢者住宅等に出向き被害防止の講話を行った。消費生活センターに協力を依頼し、「若林あんすこセンター」で消費者被害防止の啓発記事を掲載した。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・世田谷地域あんしんすこやかセンター7ヶ所の医療職により認知症や癌をテーマに地域での連携を考える合同地区包括ケア会議を開催する。 ・若林地区民生委員と介護保険サービス事業者との情報交換会を年1回開催した。
		ケアマネジャー支援	若林地区を中心として活動している主任ケアマネジャーの協力を得て地区内のケアマネジャーを対象とした集まりの場「若林ケアマネジャーの会」を立ち上げた。ケアマネジャーが抱える困難事例に対し、地域ケア会議を開催し、情報や支援方針の共有を行った。地区連携医とケアマネジャーとの意見交換会を年1回開催した。
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議の会議Aを年間1事例、会議Bを3事例実施し、介護予防ケアマネジメントの質の向上と地域課題の抽出を行なった。
		医療と介護の連携(地区連携 医事業含む)	世田谷地域あんしんすこやかセンター7ヶ所の医療職により、在宅医療に関する合同地区包括ケア会議を年3回開催した。担当地区を中心とした医療機関・介護保険サービス事業者と地区包括ケア会議を年2回開催した。地区連携医と協力して地区の医療機関へのアンケートを行った。在宅医療をテーマに区民向け講座を1回開催した。
		その他	世田谷地域あんしんすこやかセンター7ヶ所の主任ケアマネジャーによりケアマネジャーなどの介護保険サービス事業者と地域のNPOやボランティア団体が参加する合同地区包括ケア会議を年1回開催した。
V	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	認知症初期集中支援チーム事業をはじめとする区の認知症関連施策を活用し、認知症の本人や家族の支援を行った。
		家族介護者支援	あんしんすこやかセンターボランティアや民生委員の協力を得ながら介護者会を毎月開催し、介護者支援を行った。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座を、金融機関やミニデイ・サロン、住民グループ、世田谷中学校3年生を対象として開催した。
VI	質の向上	サービス改善・苦情対応	業務においてヒヤリハットが発生した場合、所内ミーティングにおいて原因と対策を検討し、再発防止に努めた。
		人材育成、人材定着	相談対象拡充に対応するための研修に参加したほか、あんしんすこやかセンターの職員に必要なスキルや職種ごとの専門性向上のための研修に参加した。法人内で各職員にチェックシートを用いて業務評価や自己評価を実施した。
		職場内連携	法人内のあんしんすこやかセンター2ヶ所で年2回合同会議を開催し、情報交換や業務の確認を行った。また、法人内で合同事例検討会を年2回開催した。
		その他	

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立支援を目指したケアマネジメントの実施。	要支援者や事業対象者に対し、介護予防・日常生活支援総合事業だけでなく、地域の資源も活用しながらケアマネジメントを実施していく。職場内でマニュアルの読み合わせやケアプランチェックを行い、全職員が共通の認識をもって自立支援を目指したケアマネジメントを実践できるように取り組む。
多様な方法で対象者を把握できる。	年齢別対象者リストに基づく訪問のほか、実態把握、来所による相談、民生委員や地区住民等からの情報提供により、対象者を把握する。また、地域の行事に参加したり、高齢者の集まりの場に出向いた際には基本チェックリストを実施する。
関係機関と協力して介護予防の啓発を行う。	介護予防対象者にはつらつ介護予防講座への参加を呼びかける。身近なまちづくり協議会や介護保険サービス事業者と協力し、ミニデイ・サロン、自主グループなど区民向けの講座を開催する。介護予防を目的として「フットケア」と「ウォーキング」の講座を開催する。
住民による介護予防活動の取り組みを支援する。	地区内の地域デイスーパーや世田谷いきいき体操を行うグループに対し、必要に応じてサポートを行い、住民主体の介護予防の場として安定した活動を継続できるように支援する。
住民からの多様な相談に総合的に対応できる。	相談者の主訴に応じた情報だけでなく、利用可能なサービスや社会資源の情報を総合的に提供し、対象者・相談者の状況を踏まえた迅速かつ丁寧な相談対応を行っていく。相談内容に応じて、速やかに関係機関につなぎ、適切な支援が受けられるように支援する。
地区課題に四者で連携して取り組める。	四者会議でそれぞれの相談事例や把握した地域情報を共有し、地区課題の抽出、課題解決のために地区で取り組めることの話合いを行う。地区サポーターやあんしんすこやかセンターボランティアなど地域で活動する人材の発掘・活用について、四者で協議し、対策を検討していく。地区内の介護保険サービス事業者の協力を得て、避難行動要支援者安否確認訓練を四者連携で実施する。
実態把握650件以上を目指す。	年齢別対象者リスト、異動者リスト(転入者)及び、来所による相談、民生委員や地区住民等からの情報提供のほか、80～84歳の独居・高齢者のみ世帯(ふれあい訪問の対象者を除く)を訪問対象とし、年間650件以上を目標として訪問する。
障害者や子ども分野の団体とのネットワークを強める。	若林地区見守りネットワークづくりに地区社協や町会のほか、障害や子ども関係の事業所と協働で取り組む。地区の商店会のイベントに出展し、あんしんすこやかセンターの周知に努める。若林地区民生委員と介護保険サービス事業者との情報交換会を年1回開催する。
見守りが必要な高齢者を適切な支援につなげられる。	実態把握や来所による相談、住民からの情報提供により見守りが必要な高齢者を把握し、必要に応じて見守りボランティアの訪問を行う。所内の見守り会議で対象者の情報共有や支援方針の検討を行う。地区の商店や金融機関等見守り協力店を訪問し、気になる方の情報把握と見守り協力依頼を行う。
あんしんすこやかセンターの業務を高齢者以外にも知ってもらう。	「若林あんすこセンター」(広報紙)を年4回発行して回覧板やイベント等で住民に配布し、業務や活動の周知をはかる。地区内の医療機関、薬局等にはネットワークづくりのため、訪問して配布する。
介護サービス事業者の虐待対応力を高める。	介護保険サービス事業者を対象として高齢者虐待防止の地区包括ケア会議を年1回開催する。虐待が疑われるケースについては保健福祉課やケアマネジャー等と連携し、虐待ケア会議を開催して必要な支援を行う。
成年後見制度の利用にむけた支援の充実。	成年後見センターの協力を得て地区内の住民を対象としたいきいき講座を年1回開催し、制度の啓発を行う。世田谷地域のあんしんすこやかセンター・社会福祉士会と、成年後見制度に繋がるまでの適切な支援について、地域の介護保険サービス事業者や関係機関等と検討会を開催する。
消費者被害に対する正しい知識とタイムリーな情報を提供する。	世田谷警察、消費生活センターと連携し、町会の定例会や、高齢者住宅、ミニデイ・サロン等高齢者の活動グループへの出前講座を実施する。「若林あんすこセンター」(広報紙)で年1回啓発記事を掲載する。
地区内の多職種と共通の目的をもって連携できる。	世田谷地域の主任ケアマネジャーにより、ケアマネジャーを中心とした介護保険サービス事業者を対象として生活困窮者支援のために使える制度、資源などの情報を共有する合同地区包括ケア会議を年1回開催する。地区内の介護保険サービス事業者等との事例検討会を年2回開催する。
若林ケアマネジャーの会を定着させる。	毎月若林ケアマネジャーの会を開催し、ケアマネジメントのスキルアップと気軽に相談できる関係づくりを行う。ケアマネジャーからの個別相談には、随時対応するとともに、困難事例については関係部署等と地域ケア会議を開催して支援する。
地域ケア会議を活用し、地域課題を抽出できる。	地域ケア会議の会議Aについて、年間4事例以上実施し、ケアマネジメントの質の向上をはかる。複合的な課題を抱えた事例やケアマネジャーから相談があった事例について会議Bを年間4事例以上実施し、地区課題の抽出を行う。
地区内の医療機関の参加を増やす。	若林地区医療連携会を地区連携医や地域の主任ケアマネジャー等の協力を得て年2回開催する。医療機関については、三軒茶屋地区の医療機関に参加を呼びかける。地区連携医事業で在宅医療をテーマとした区民向け講座を年2回実施する。
がん治療と在宅療養についての啓蒙・啓発。	世田谷地域あんしんすこやかセンター医療職合同で、地域の病院に協力を依頼し、区民、介護保険サービス事業者を対象に癌支援についてのフォーラムを合同地区包括ケア会議として開催する。
認知症関連事業を周知する機会を増やす。	認知症初期集中支援チーム事業ほか認知症事業を活用し、認知症の本人や家族の支援を行う。「若林あんすこセンター」でもの忘れ相談や認知症施策、予防の取り組みの特集を組み、啓発を行う。若林ケアマネジャーの会でもの忘れチェック相談会等、各事業の活用方法などについて周知する。
家族が参加しやすい家族会を企画する。	あんしんすこやかセンターボランティア等の協力を得ながら介護者を毎月開催し、家族介護者支援を行う。前半30分を講座形式にするなど、介護者が参加しやすい方法で実施する。開催にあたっては、回覧板や掲示板、社会福祉協議会のメールマガジン等多様な方法で周知する。
認知症サポーター養成講座の対象者を広げる。	認知症サポーター養成講座は年間3回以上の開催を目指す。世田谷中学校、不動産関係者、商店会等のほか、個人であんしんすこやかセンターに申し込みもあることから、一般公募の形でも開催する。地区内の認知症カフェと連携し、認知症や介護についての普及啓発活動を行う。
相談者の立場に立った応対ができる。	業務においてヒヤリハットが発生した場合、所内ミーティングにおいて原因と対策を検討し、再発防止に努める。法人内のあんしんすこやかセンターの合同会議で共有する。
自己評価に基づいた目標設定ができる。	あんしんすこやかセンターの職員に必要なスキルや職種ごとの専門性向上のための研修、相談対象拡充に対応するための研修について、各自が年間の目標を立てて計画的に受講する。研修内容については、所内会議で共有する。法人内で各職員に自己評価の実施や個別面談を行い、職務や職場環境に対する意向や要望を把握する。
法人全体としての質の向上を目指す。	法人内のあんしんすこやかセンターで年2回合同会議を開催し、情報交換や業務の確認を行う。また、法人内で合同事例検討会を2回開催する。
幅広い対象者や相談内容に対応するための知識の習得と相談援助技術のスキルアップ。	世田谷地域のあんしんすこやかセンター・社会福祉士情報交換会において、相談拡充に関わる内容や多角的・複合的な福祉の相談に適切に対応できるよう、関係機関等とともに、勉強会・情報交換会を年5回行う。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業 務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・目標及び達成までの期間を特に意識しながら、介護予防マネジメント等を行った。その結果、目標達成による支援終了事例をあげることができた。 ・地域の社会資源創出の一環として、年間目標のとおり、世田谷・弦巻・桜の各エリアに1ヶ所ずつ、世田谷いきいき体操グループを立ち上げることができた。
	介護予防対象者把握	平成29年度は、特に次の2点を新たに行い、基本チェックリストを活用した介護予防対象者把握に努めた。 1) まちづくりセンターでのシルバーパス更新日に特設相談窓口を設け、介護予防相談及び基本チェックリストによる把握を行った。3日間で計49人実施し、うち21人の該当者に速やかにフォロー支援した。 2) 弦巻区民センターまつりで新たに健康測定会を実施し参加者増を図った。基本チェックリストは181人に実施した。
	普及啓発講座の実施	・いきいき講座を計8回開催した。 ・はつらつ介護予防講座(年間21回開催)では毎回必ずあんしんすこやかセンターによる時間をもうけ、介護予防や地域活動等への参加に対する意識啓発を行った。
	その他	自主グループ運営支援での連携協働、個別事例の見守り支援等、民生委員との連携機会を増やすことで、よりきめ細かな情報共有ができ、早期介入が可能になるなどの効果があった。
II 総合相談 支援業務	総合相談	年間延べ相談件数は、9,302件であった。うち相談拡充に該当は119件あった。相談拡充については、メンタルヘルスや精神疾患に起因する相談や、身体障害サービス利用に関する内容が多かった。
	地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者連携を通じ、各機関が把握した地区課題について協議し、解決策を探った。たとえば、多世代が集まる場として、個人宅を利用した場の立ち上げ支援を三者連携を通じて行った。 ・子ども大会の三者連携ブースを新たに設け、企画から運営まで中心になって行った。
	実態把握	・平成29年度高齢者名簿の他、特に平成29年度は、上町管内へのすべての転入者に対して、速やかに実態把握を行い、地域での孤立防止等に努めた。 ・目標数1,200件に対し、年間実績は2,042件であった。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	・「上町あんしんすこやかセンターだより」を隔月発行にし、よりタイムリーかつ頻りに広報啓発を行った。 ・ボランティアの発掘支援に努め、平成29年度は新たに2人が活動を開始した。 ・ボランティア相互のネットワークづくりのために、新たに「かみまちボランティア交流会」を開催した。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	より計画的かつ効果的なあんしん見守り事業の実施を目指し、法人が運営する地域包括支援センター共通の見守りフォローリスト書式や業務フローを作成し、業務改善を図った。
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・変化を見逃さないことに特に留意し、地域住民やケアマネジャー、施設職員等からの相談に対応した。 ・平成29年度の虐待シートの提出は8件、保健福祉課主催の高齢者虐待ケア会議に14回出席した。
	成年後見制度に関する対応	・金銭管理や身上保護に支援を要する方について、家族や担当ケアマネジャーからの相談に成年後見センターに同行するなど、制度利用を支援した。 ・成年後見センター主催の事例検討会に2回出席するなど、関係機関との連携や職員の質向上を図った。
	消費者被害の防止	地区内で頻繁に不審情報が入る中、訪問時には必ず警察や消費生活センターからの啓発チラシなどを持参し、注意点を個別に説明してまわった。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	管内の主任介護支援専門員に呼びかけ、地区連携医事業を活用しながら、医療機関と福祉サービス事業所同士、様々な職種同士が意見交流できる機会を定期的にした。
	ケアマネジャー支援	ケアマネジャーからの相談には迅速に対応し、必要時には同行訪問等を行う等の支援を行った。また医療機関とのスムーズな連絡を目指し「医療の連絡窓口リスト」を作成し、管内すべての居宅介護支援事業所に配布した。
	地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議の趣旨等について職場内で確認しあいながら、地域ケア会議Aを計1回、地域ケア会議Bを3回開催した。
	その他	管内の小中学校や商店会、児童館、子育てサロンなど、高齢分野以外の団体等に積極的に出向き、事業に協力するなどの連携協働の場を広げた。
V 医療・介護連携の推 進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医事業は、関係機関へのアンケート等に基づき、ネットワークづくりのための連携交流会の開催や、区民に在宅療養の実態を伝えるため、寸劇方式で、区民講座等を行った。
	その他	見守りネットワークづくりのメンバーとして、新たに医療機関として地区連携医、事業所管内の通所介護事業所等が加わるための働きかけをした。
VI 認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・地区型もの忘れチェック相談会を受託し、3件の実績があった。また相談会実施後の支援を継続した。 ・認知症の人や家族が気軽に集える場としての認知症カフェの立ち上げ及び定着支援を、桜及び弦巻の2つのエリアで実施した。
	家族介護者支援	認知症カフェ及び家族介護者の会を定期開催し、家族同士のネットワークづくりや、家族からの個別相談に対応した。
	普及啓発	企業、大学生、高齢者クラブ等の様々な団体にも出向き、計4回の認知症サポーター養成講座を開催した。
	その他	見守りネットワーク会議で事例報告を行うなど、地域の見守り体制の重要性について広報啓発した。路上で道に迷っている人などに気づいた人があんしんすこやかセンターに連絡する事例が増えた。
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	・毎日の職場ミーティングを活用し、情報の共有等をおして力量の標準化を図った。 ・苦情対応は誠実かつ迅速な対応に努め、再発防止策を徹底して実践することによりサービス改善に活きた。
	人材育成、人材定着	個々の自己育成計画に基づき、計画的な研修受講等による人材育成を図った。
	職場内連携	エリア担当制や職種による役割分担を行いつつ、イレギュラーな事態にもその場にいる職員同士の判断で連携できるような柔軟な対応を行った。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<ul style="list-style-type: none"> 支援の目的と達成までの期間を本人とともに共有しながら、地域でいきいき暮らせるための自立支援に取り組む。 再委託先のケアマネジメントについても、同様に質の向上に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 職場ミーティングで事例検討を重ね、本人と共に取り組む自立支援に関するスキル向上を図る。 まちづくりセンター、社会福祉協議会等と連携しながら、介護予防、自立支援に必要な社会資源の立ち上げ支援、定着支援に取り組む、資源の更なる充実を図る。
<ul style="list-style-type: none"> シルバーパス更新手続きや地域のまつり等の機会をとても重要な把握機会とし、対象者の把握件数を増やす。 体操の自主グループ活動に健康測定を新たに取り入れ、活動効果を客観的に把握できるようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> シルバーパス更新受付期間に、三者連携により介護予防特設窓口を設置し、基本チェックリストを実施する。 弦巻区民センターまつり、いきいき講座、自主グループ参加者等に、基本チェックリストを実施する。 健康に対する住民の意識喚起のため、健康測定会を年2回実施し、基本チェックリストの実施や介護予防活動へつなげる。
<ul style="list-style-type: none"> 自主グループ立ち上げや運営支援等多様な方法により、介護予防の重要性を直接住民に呼びかける機会を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間3回以上のいきいき講座を、各エリアで開催し、多数の方々が参加できるように工夫する。 自主体操グループについて、年2回骨密度等の健康測定を新プログラムに取り込むことにより、参加者のモチベーションアップや、新たな参加者掘り起こしを図る。
<ul style="list-style-type: none"> 早期発見・早期対応を目指し、民生委員との連携協働を強化する。 	<ul style="list-style-type: none"> エリアごとに民生委員と担当職員が情報共有等のできる機会を、年2回以上もつ。 自主グループ支援計画など、地域の社会資源に関する情報をこまめに伝え、連携協働の機会を増やす。
<ul style="list-style-type: none"> 地域団体や関係機関等との連携の下、幅広い領域の相談に、迅速丁寧に対応する。 定期的継続的に相談援助技術向上を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 世田谷区各課の他、高齢分野以外の関係機関との連携を強化し、平日のみならず土曜日にも多様な相談に的確に対応できる相談体制の整備及び職員のスキル向上を図る。 社会福祉士合同の情報交換会において、勉強会・情報交換会を年5回行う。
<ul style="list-style-type: none"> 「福祉の相談窓口」としてまちづくりセンター・社会福祉協議会との一体運営を常に意識しながら日常的に連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 常にまちづくりセンターと社会福祉協議会との「福祉の相談窓口」の一員としての自覚をもち、こまめに行き来しながら、三者連携により地区の課題に幅広く応える。 子ども大会は多様な世代と協働できる貴重な機会として、企画から運営まで地域住民に呼びかけ協働して行う。
<ul style="list-style-type: none"> 「孤立防止」「自立支援」を重点目標に掲げ、月間平均150件の訪問を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年度に続き、異動者名簿に基づき、すべての転入者に実態把握訪問を行い、地区の情報を伝える必要なサービスにつなげる等により、地域からの孤立防止を図る。 脱水や冬季感染症流行時期を控えた、初夏と晩秋は、特に実態把握を強化し、予防策の啓発に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> 「あそこ上町あんすこがあって安心」を目指し、地域住民は誰でもあんすこやかセンター事業を知っていることを目指す。 「かみまちボランティア交流会」を定期開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> 「上町あんすこやかセンターだより」は引き続き偶数月(年6回)発行し、全町会回覧の他、ホームページにも掲載し、事業の周知を図る。 認知症サポーター養成講座修了者や、介護予防ケアマネジメントによる支援終了者が地域で活躍できるよう、社会福祉協議会等と連携し、地域活動につなげる支援を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 見守りを要する高齢者の把握及び支援を計画的に行い、異変の予防・早期発見・早期対応に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 実態把握訪問やグループ活動支援、住民や民生委員からの情報等により、見守り支援を要する高齢者を見逃さないようにこまめに把握する。 見守りコーディネーターを中心として、見守りフォローリストを活用しながら的確かつ効率よく見守りフォローを継続する。
<ul style="list-style-type: none"> 虐待の芽を見逃さず、迅速的確に関係機関につなげる。 介護者の会等を継続し、介護者の孤立を防止する。 	<ul style="list-style-type: none"> 研修受講等の機会を活用し、虐待の芽を見逃さないスキルの向上を図る。 介護者同士が安心して交流しネットワークづくりができる場として、2つの介護者家族の会を継続し、介護者の孤立を防ぐ。
<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護を目的に、タイミングを逃さず的確に制度につなげることができるよう、支援の充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、成年後見センター、保健福祉課等と連携しながらタイミングを逃さず支援できる体制を作るため、世田谷地域社会福祉士合同で、介護保険サービス事業者や関係機関等との検討会を開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 住民への意識啓発とともに、金融機関や消費生活センター等との連携により被害を未然に防止する体制を強化する。 	<ul style="list-style-type: none"> 管内の銀行、信用金庫、郵便局を定期的に訪問し、顔の見える関係づくりを図るとともに、被害の未然防止策を確認しておく。 ふれあいポリス等と連携し、自主体操グループ等で住民向けの被害防止講座を開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 「かみまち医療と福祉の連携交流会」や(仮)「かみまちケアマネ会」、「ふれあいカフェ」等様々な場での交流等を契機に、多職種や異分野間の協働機会を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> 「かみまち医療と福祉の連携交流会」(年2回)等を開催し、管内の病院、診療所、歯科、薬局、介護施設、障害者施設、福祉サービス事業所、ケアマネジャー等が多職種による事例検討等を通して、地域で連携協働できる契機となるよう支援する。
<ul style="list-style-type: none"> 再委託先居宅介護支援事業所のケアマネジャー及び管内のすべてのケアマネジャーが、インフォーマルサービスを含む多様な社会資源を駆使してケアマネジメントが行えるよう支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> 再委託居宅介護支援事業所(約50ヶ所)を対象に、地域の社会資源情報等の説明会を年1回開催する。 管内主任ケアマネジャーが中心となり、(仮)「かみまちケアマネ会」を年4回開催し、スキルアップのための事例検討や情報交換等を支援する。 地域合同の主任ケアマネジャー会主催で、特に生活困窮者への支援について会合をもつ。
<ul style="list-style-type: none"> 個別課題から地域課題を抽出するプロセスを理解し、適時地域ケア会議を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> 職員全員が、少なくとも1回ずつ地域ケア会議Bを開催できるようにする。
<ul style="list-style-type: none"> 積極的に地域活動や地区行事等に協力し、高齢分野以外にも、より多くの関係機関と連携協働する。 	<ul style="list-style-type: none"> まちづくりセンターや社会福祉協議会から情報を得ながら、地域活動やイベント、地区行事などへ積極的に出向き、高齢分野以外にも、より多くの関係機関と連携協働する。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養相談窓口の広報啓発と、毎月の地区連携医療事業を核として、住民と医療機関、福祉サービス事業所等による在宅療養の仕組みづくりをすすめる。 	<ul style="list-style-type: none"> 適宜在宅療養サポート担当の支援を得ながら、在宅療養相談窓口として、住民に向け、在宅医療に関する周知及び相談対応を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 実践を重ね、医療機関との協力体制を強化する。 がん治療について区民や事業者へ講座を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> がん治療と在宅療養に関する啓発を目的に、世田谷地域医療職合同の地区包括ケア会議として、区民や介護保険サービス従事者を対象としたフォーラムを開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 認知症カフェ等への出前相談による意識啓発と、実施の他、もの忘れチェック相談会や初期集中支援チーム事業を活用した個別対応の両面から、認知症の早期発見・早期対応に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 管内すべての居宅介護支援事業所に「もの忘れチェック相談会」の案内を送り、発見・早期対応の機会として、ケアマネジャーに活用を呼びかける。 随時受付となった初期集中支援チーム事業に、タイミングを逃さず対象者を挙げていく。
<ul style="list-style-type: none"> 本人とともに安心して暮らせる地域づくりのための場を、引き続き運営し、介護者家族の地域からの孤立を防ぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 「男の介護を語る会」は、出席しやすいように、引き続き隔月の土曜日開催とする。 「介護者家族の会」は、居宅介護支援事業所等への呼びかけなど広報の方法を工夫し、参加者を増やす。 認知症カフェは、各エリアで1ヶ所ずつの定期開催が定着するよう、広報等の後方支援をする。
<ul style="list-style-type: none"> 年間6回の認知症サポーター養成講座やプチ講座開催により、小中学校や民間企業など、多世代多領域に普及啓発する。 	<ul style="list-style-type: none"> 小中高校・大学等の若者世代、子育て世代、社会人世代を含む幅広い世代を対象に、計6回の認知症サポーター養成講座やプチ講座を開催し、意識啓発を行う。 認知症サポーター養成講座修了者には地域での活動を呼びかけ、希望者には認知症カフェやデイサービス等必要な場につなげる支援をし、認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくりに寄与する。
<ul style="list-style-type: none"> 地域との連携事例を積み重ね、その実践報告を行うことで、更なる連携協働体制づくりにつなげる。 	<ul style="list-style-type: none"> 見守りネットワーク会議や三者連携会議、いきいき講座等で実践報告を行う。 町会、高齢者クラブ、子育てサロン、体操教室等の多様な関係機関を対象に、認知症の人への理解を深める講座等を実施する。
<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリ・ハットの共有により事故を未然に防ぐとともに、発生した事故については、再発防止の徹底とサービス改善に活かす。 	<ul style="list-style-type: none"> 事故やヒヤリ・ハット、苦情は、共通の書式とプロセスにより職場内及び法人内で速やかに共有し、組織的に予防又は再発防止に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> 職員全員が心身ともに健康で、いきいきと働ける環境を維持する。 	<ul style="list-style-type: none"> 各職員は自己育成計画を作成し、管理者は各人の達成に向け、計画的にスキルアップの機会を作る。 コミュニケーションが活発であり、相談し合える風通しのよい職場環境を保つ。
<ul style="list-style-type: none"> 緊急介入等さまざまな事態にも迅速的確に対応できる、柔軟かつ強固な職員体制を維持する。 	<ul style="list-style-type: none"> 事例検討や職場ミーティングでの協議、研修等を通じ、個々の職員の状況判断力向上を図る。 状況に応じて職員同士が連携しチームワークで対処できる実践を積み上げ、組織力を強化する。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	平成29年度は継続ケース及び総合相談、実態把握訪問などを通じて介護予防マネジメントA・B・Cを実施した。(年度内実施件数A 2,396件、B11件、C3件)
		介護予防対象者把握	訪問対象者リストの活用、民生委員や地区の高齢者からの相談に基づいて介護予防対象者把握を行った。
		普及啓発講座の実施	はつらつ介護予防講座(年21回)や地区のサロン、食事会などの参加(年34回)に合わせて介護予防に関する普及啓発を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	地区の介護予防支援相談件数を除く総合相談件数は3,995件。世田谷総合支所保健福祉課や地区のケアマネジャー等と連携し、介護認定申請及びケアマネジメントにつなぐための支援を行った。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	高齢者以外の相談は42件だった。初回面接において、情報提供だけの相談以外は適切な相談機関にその場でつなぐよう努めた。その他、世田谷地域あんしんすこやかセンター社会福祉士合同による相談拡充対象者に対するスキルアップを目的に勉強会を年6回行った。勉強会の内容はあんしんすこやかセンターの他の職種においても共有した。
		実態把握	訪問対象者リストや見守りが必要な高齢者のフォローリストなどによる高齢者実態把握訪問は1,440件だった。(年間目標を1,200件以上達成)
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	平成28年度見守りネットワーク推進会議で挙げられた課題を地区の住民や関係機関と話し合うための見守りネットワーク推進会議を1回行った。(参加人数59名)地区情報連絡会において見守りネットワーク推進会議で挙げられた①地区活動の人材発掘 ②地区活動者同士のネットワーク構築を今後の三者連携の取り組みとする報告した。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りボランティアの登録者は4名、見守り対象者は1名、登録ボランティア1名が定期的な見守りを行っている。見守り対象者が1名減となった。その他、見守りフォローリストにもとづいて訪問や電話などで継続的にモニタリングを行った。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	虐待ケースについては世田谷総合支所保健福祉課と連携し、初回及びモニタリングの虐待ケア会議を14回行った。
		成年後見制度に関する対応	世田谷総合支所保健福祉課と連携して、判断能力低下の疑いがある高齢者を速やかに成年後見センターなどの専門機関につなげた。継続的な関わりが必要なケースについては成年後見センターに相談し、世田谷総合支所保健福祉課と連携して対応した。
		消費者被害の防止	地区の食事会・サロンやはつらつ介護予防講座、いきいき講座を開催し、世田谷警察署、北沢警察署、世田谷区消費生活センターの協力を得て、消費者被害予防のための啓発活動を34回行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	多職種連携を進めるための経堂地区包括ケア会議を目標どおり2回行った。医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー、デイサービス、ヘルパーなどが合計96名参加した。地区の主任ケアマネジャーの会を毎月1回開催し、企画・運営を合同で行った。
		ケアマネジャー支援	ケアマネジャー支援を目的として、世田谷地域あんしんすこやかセンター主任ケアマネジャーにより「ケアマネジメントにおいて多様なサービスの利用を進める」ことを目的とした合同地区包括ケア会議を2回開催(目標1回開催)、経堂地区においてはケアマネジャーを含めた多職種連携のための会議を2回、地区連携医事業ではケアマネジャーを含めた介護サービス事業者と医療との連携を目的とした会議を10回開催した。また、ケアマネジャーによる個別相談件数は115件だった。
		地域ケア会議の取り組み	個別ケースの地域ケア会議(地区包括ケア会議)については平成29年度は13回開催した。その内、あんしんすこやかセンター主催の地域ケア会議Aは1回、地域ケア会議Bは7回だった。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医と協力し、医療と介護の連携を進めるための会議・研修会などを10回行った。(その他2回は経堂地区包括ケア会議に地区連携医の参加協力をお願いした)世田谷地域あんしんすこやかセンター医療職が地域の医師や看護師と連携して「認知症」「癌」をテーマにした合同地区包括ケア会議を2回開催した。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	介護予防・地域支援課が行う世田谷地域のもの忘れチェック相談会に3回従事し、周知に努めた。認知症初期集中支援チーム事業では訪問看護師と連携して支援にあたった。目標は3事例だったが提出期限に合わせた事例の抽出ができず、2事例だった。
		家族介護者支援	経堂介護者のつどいを6回開催した。(参加者合計31名)世田谷地域で行う認知症家族会の1回分の運営を行った。地区の介護者向けのサロンと認知症カフェに毎月1回参加し、適時消費者被害や介護予防の啓発を行った。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座は3団体から依頼があり計4回開催し、合計72名のサポーターを養成した。(目標達成)開催時は地区の認知症カフェの活動などについて紹介した。
		その他	地区のグループホーム運営推進会議に10回、地域密着型通所介護事業所の運営推進会議に4回参加して会議運営に協力した。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	所内会議において研修や会議の報告を共有し、業務改善につなげた。世田谷区や法人内の苦情対応研修に一部の職員が参加し、その内容を共有した。また、あんしんすこやかセンターに対する苦情はなかったが個人情報に関する事故が1件あったため所内会議で共有し、改善策について検討するなど、改善に努めた。
		人材育成、人材定着	所内会議を使って担当ケースや担当する業務の課題や困難に感じている事を出し合い、改善に向けた意見交換を行った。
		職場内連携	地区の3つのエリアで担当者を位置づけ、担当エリアのモニタリングが必要なケースの情報共有を適時行った。また全体での共有事項は所内会議を活用した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
増加する介護予防支援と介護予防マネジメントに関する相談体制の維持。【平成29年度介護予防支援と介護予防マネジメント合計プラン作成数4,176件(前年度比377件増)】	インテーク面接や介護予防ケアマネジメントにおいてサービスありきでなく、多様な方法でニーズの充足がされるような自立支援のための提案を行う。また支援計画を委託している居宅介護支援事業者と連携を図り、協力を得ていく。
民生委員、社会福祉協議会、まちづくりセンター等から介護予防の取り組みが必要と思われる高齢者の情報が入るようにする。(数値目標なし)	平成30年度訪問対象者リストによる実態把握訪問や総合相談の際に基本チェックリストによるセルフチェックを勧奨する。民生委員や関係機関からの情報が入るように日頃から民生委員協議会に出席する等、情報交換を密に行っていく。
地区で介護予防の普及啓発を行い、介護が必要な高齢者に情報が届くようにする。(はつらつ介護予防講座平均18名参加、介護予防普及啓発講話20回以上)	はつらつ介護予防講座1回につき平均18名以上の参加を目指して地区の高齢者に案内をする。20回以上地区活動団体に出向き、介護予防普及啓発に関する講話を行う。
関係する機関や事業者などの協力を得ることで相談者のニーズが充足されるように支援する。(数値目標なし)	高齢者の異変に関する通報が増加しているため、対象者の生活実態の把握を行い、世田谷総合支所保健福祉課等と連携しながら優先順位をつけて対応する。
あんしんすこやかセンターの役割を相談者に伝え、主訴をくみ取り、該当する担当機関に速やかにつないでいく。(数値目標なし)	高齢者の相談以外はインテーク相談のため、区民に誤解を与えないように説明し、できる限りその場で適切な担当機関につないでいく。また、世田谷地域あんしんすこやかセンター-社会福祉士合同で幅広い対象者や相談内容に対応するための知識の習得を目的とした勉強会・情報交換会を年5回行い、地区に還元していく。
地区において、多くの高齢者の生活実態を把握し、支援が必要な方が漏れないようにする。(実施目標件数1,200件)	訪問対象者リストや関係機関からの通報、区民からの相談に応じて地区の高齢者の実態把握訪問を1,200件以上行っていく。
地区住民、事業者などあらゆる資源が地区の気付きを民生委員やあんしんすこやかセンターに連絡することで解決につなげる仕組みづくりを推進する。(ネットワーク会議1回以上開催)	地区の見守りの活性化を図るため、まちづくりセンター、社会福祉協議会と連携して地区活動団体のネットワーク推進と新たな人材の確保を目的とした会議を年に1回以上開催する。
相談対象者に合わせた見守りを提案し、コーディネートする。(数値目標なし)	平成29年度に引き続き、ボランティアの見守りニーズがある高齢者に対して見守りボランティアとのマッチングを行っていく。
関係機関と連携して虐待の早期対応、支援体制を構築する。(数値目標なし)	地区のあらゆる会議体で高齢者虐待の実態を発信し、高齢者虐待に関する通報が入った時は虐待の疑いも含めて世田谷総合支所保健福祉課に報告し、連携して対応する。
判断能力低下の疑いがある高齢者を速やかに成年後見センターなどの専門機関につなげる。また関係機関と連携して成年後見制度申立てに向けた援助を行う。(数値目標なし)	判断能力低下の疑いがある高齢者を速やかに成年後見センターなどの専門機関につなげる。継続的な関わりが必要なケースについては成年後見センターだけでなく、世田谷総合支所保健福祉課等と連携して対応する。世田谷地域あんしんすこやかセンター-社会福祉士合同で、成年後見制度に繋がるまでの適切な支援について、地域の介護保険サービス事業者や関係機関等と検討会を開催する。
いきいき講座などを中心に、警察などの関係機関と連携して消費者被害の実態や予防策について案内していく。(いきいき講座年3回開催)	警察や消費生活センターと連携し、いきいき講座、地域づくり活動において被害の実態や予防法についての啓発活動を行う。
地区の主任ケアマネジャーと多職種連携を進めるための会議を開催する。(2回以上開催)	地区のケアマネジメント力の向上を目的に多職種連携のための経営地区包括ケア会議を2回開催する。企画・運営から地区の主任ケアマネジャーに協力してもらい、合同開催する。
世田谷地域及び担当地区で主任ケアマネジャーと協力してケアマネジャー支援を目的とした会議を運営し、相談支援体制の強化を図る。(3回以上開催)	多職種連携及びケアマネジャー支援を目的に経営地区包括ケア会議を2回開催する。世田谷地域あんしんすこやかセンター主任ケアマネジャーと世田谷総合支所保健福祉課共催で「生活困窮者支援のために使える制度、資源などの情報を共有し、ケアマネジメントに生かす」を目的とした合同地区包括ケア会議を1回開催する。
地域ケア会議を開催し、地区の課題を抽出する。(地域ケア会議Aを3回以上、地域ケア会議Bを3回以上開催)	できるだけ地区の住民や主任ケアマネジャーを巻き込みながら介護予防ケアマネジメントの質の向上のための地域ケア会議Aを3回以上、ケアマネジメント支援、地域包括支援ネットワーク構築のための地域ケア会議Bを3回以上開催する。
在宅医療・介護連携推進担当者を中心に様々な在宅医療に関する相談、普及啓発を行う。新たに選任された地区連携医と医療連携のための事業を年12回行い、地区の医療連携ネットワークの推進をはかる。	在宅医療・介護連携推進担当者連絡会に出席し、所内で情報共有することにより、全職員が在宅療養相談に対応できるようにする。平成30年度新たに選任された地区連携医と話し合い、地区連携医の強みを生かしながら医療と介護の連携を進めるための会議・研修会などを12回行う。世田谷地域あんしんすこやかセンター-医療職が地域の医師や看護師と連携して「癌」をテーマにした合同地区包括ケア会議を2回開催する。
医師や看護師と連携し、認知症の早期発見・支援を継続的に行う。(地区型・もの忘れチェック相談会の運営1回、認知症初期集中支援チーム事業3事例提出)	認知症専門相談員を中心に認知症の早期発見と支援を行う。対象者の状況に応じてもの忘れチェック相談会や認知症初期集中支援チーム事業などにつなげる。地区型・もの忘れチェック相談会は開催前から地区の関係機関等に周知を行い、相談を必要とする住民に情報が届くようにしていく。
家族介護者の会の運営と地区の介護者支援活動を支援する。(介護者の会6回開催、1ヵ月1回以上介護者支援のための地域活動を支援)	あんしんすこやかセンターが主催する家族介護者の会だけでなく、家族介護者のためのサロンや認知症カフェのサポートを続け、連携しながら地区の介護者を支援していく。
認知症高齢者に対する正しい理解を持つ地区の住民を増やす。(認知症サポーター養成講座3回開催、サポーター60名養成)	地区において認知症サポーター養成講座を行いながら認知症カフェ等の活動を紹介し、サポーターとして地区活動に協力できる人材を掘り起こしていく。
研修の機会の確保。所内会議による相談ケースや業務の振り返りを継続して行う。(1ヵ月2回以上)	あんしんすこやかセンターの質の向上を目的として介護予防や多職種連携などに関連した研修会等に継続参加して学んでいく。研修で学んだことは所内会議で必ず報告し、共有する。苦情や支援困難ケースなどを所内会議で振り返りながら検討や対応方法の確認を行い職員のスキル向上をはかる。
職種の専門性や経験を活かした提案型のスキル向上や業務改善に取り組む。(1ヵ月1回)	所内会議を使って担当ケースや担当する業務の課題や困難に感じている事を出し合い、改善に向けた意見交換を行う。また管理者が中心となって業務量や適性を判断しながら業務の割り振りを行う。
所内会議や記録の回覧により相談ケースや会議における決定事項の共有を継続して行う。(1ヵ月2回以上)	地区を3つのエリアに分けて担当者を決めている。担当エリアの支援困難ケース等の情報共有を適時行っていく。また全体での共有事項については所内会議で行う。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防ケアマネジメント業務及び介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメントB・Cは9件実施し、その内事業対象者は4件であった。
		介護予防対象者把握	あんしんすこやかセンター訪問対象者リストでは、481件中53%の253件を把握し、総合事業やはつらつ介護予防講座への参加を呼びかけた。
		普及啓発講座の実施	・いきいき講座は、認知症予防、高齢者疑似体験を、単独で2回、近隣の3あんしんすこやかセンター合同で脳卒中予防講座を2回開催した(計年4回)。 ・はつらつ介護予防講座では新規参加者が13名あり、継続者も増え、延べ462名の参加となった。
		その他	・地域の男性の居場所づくりとしての男性体操教室立ち上げを支援した。5月の地区包括ケア会議にて自主化を決定し6月より毎月開催し運営支援を行った。 ・自主グループである「下馬ポニー体操教室」「下馬エクササイズ」の運営を支援した(年6回)。 ・食のアセスメントを27件実施し、目標20件を達成した。
II	総合相談支援業務	総合相談	・総合相談は8366件であった。 ・下馬・野沢地区社会福祉協議会の運営推進会議やイベントへの参加、地区民生委員協議会(年7回)、地域密着型サービスの運営推進会議(年2回)、地区情報連絡会(年1回)、防災塾(年1回)に出席し各機関との連携を図った。
		地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・世田谷地域あんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、精神疾患の相談対応や連携をテーマに健康づくり課と勉強会を行った。 ・下馬・野沢地区高齢者見守りネットワークは2月に講演会を実施した。51名の参加者があった。 ・まちづくりセンター、社会福祉協議会と三者連携会議を行い、地区課題の共有、資源マップ、福祉の相談窓口のリーフレットを作成した(年12回)。 ・相談対象拡充シートを3件提出し、相談対象拡充相談は延べ54件対応した。相談内容としては、複合問題やメンタルヘルスに関する相談が多かった。
		実態把握	実態把握訪問を行い1260件達成し、目標1000件を達成した。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	・広報紙「下馬あんすこ便り」を年2回作成し、町会に回覧し、職員紹介、介護予防教室、見守り活動や体操の自主グループの案内を行った。 ・熱中症予防のため ミニデイ・サロンを訪問した。 ・高齢者クラブは展示会にてブースを設置しPR活動を行った(年1回)。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	・見守りボランティア研修に1名が参加し、登録ボランティアが13名となった。 ・見守りが必要な高齢者のフォローリストを作成。毎月リストのモニタリング実施することで、あんしんすこやかセンターによる見守りを計画的・継続的に行った。(年9回)
		その他	地域での活動状況の共有や意見交換のために見守りボランティア交流会を行った(年1回)。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	今年度通報件数8件。ケアマネジャー、本人、宗教関係者など様々な立場からの通報があった。保健福祉課と随時連携をとり、対応を行った。見守り対象者リストにてモニタリングを実施し、継続してフォローを行なった。
		成年後見制度に関する対応	・成年後見制度に関わる相談は延べ12件あった。 ・成年後見センター主催の事例検討会に出席した(年1回)
		消費者被害の防止	はつらつ介護予防講座、認知症カフェひだまりで、世田谷警察署ふれあいボリスによる消費者被害の講話を実施した(年5回)。
IV	包括的・継続的ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・地区包括ケア会議「下馬かるがも'S」を年2回開催し、延べ80名の参加があった。地域での繋ぎ先、連携について参加者で意見交換を行った。 ・かるがも'S準備委員で地域の居場所「サロン下馬和楽」の運営支援を行った(年10回)
		ケアマネジャー支援	・世田谷地域主任ケアマネジャー合同で「ニーズに応じた多様な社会資源の活用や創出のできるケアマネジメントを目指そう」をテーマに情報、意見交換を行った。(5月) ・地域内のケアマネジャーの会「下馬・野沢地区けやきの会」で地区連携医や地域の医師と勉強会、事例検討、地域課題の抽出を行った。(年9回) ・地域のケアマネジャーが運営している「ケアマネカフェ」の運営支援を行った。(年10回)
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議Aを1回、地域ケア会議Bを3回開催した。
		その他	地域密着型サービスの運営推進会議グループホーム(年1回)、通所介護(年2回)に参加した。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医事業として地区内ケアマネジャーとの勉強会、時連検討を行った。(年9回)
		その他	世田谷地域医療職合同で在宅医療について区民向けに「在宅医療講座」について連続講座を行った。(全7回)
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	認知症初期集中支援チーム事業に4事例提出した。その内の1事例は介護保険認定の申請手続き後、小規模多機能型居宅介護事業所に繋いだ。当該施設のケアマネジャーから、サービスの利用状況を確認した。
		家族介護者支援	下馬あんしんすこやかセンター独自の家族会「橙会」では、テーマ別に毎月地区の介護保険サービス事業者へ講師としてミニ講座を実施した(年3回)
		普及啓発	・いきいき講座にて認知症予防について講話を行い、普及啓発した。(年1回) ・世田谷地域あんしんすこやかセンター合同で認知症フォーラムを開催し、認知症サポーター養成講座を行なった(年1回)
		その他	平成29年8月に認知症カフェ「ひだまり」の立ち上げの会議、講座の講師調整や参加者の呼びかけ等の後方支援を実施した。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・法人内のあんしんすこやかセンター、居宅介護支援事業所と合同で、ヒヤリ・はっとシートの集約、再発防止策についての情報交換を実施した(年3回)。 ・区主催の苦情・相談対応研修に参加し、所内で共有した(年1回)。
		人材育成、人材定着	同法人のあんしんすこやかセンターと相互に事業所訪問や事例検討会を実施。各職種の業務の進め方や書類等の管理方法、自主グループ支援棟について情報交換を行なった(年5回)
		職場内連携	毎朝夕のミーティングでケース相談、情報共有を行い、困難事例は対応している職員だけではなく、全員が把握するようになった。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立支援につながる本人にふさわしい資源を選択できるよう支援する	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の力を引き出すために、本人が目標とする生活を達成できるアセスメントを行なう。 ・介護予防・日常生活支援総合事業を活用し、生活機能向上・改善にむけた利用できるよう支援する。
新たな対象者の把握に努める	訪問対象者リスト、実態把握調査、ミニデイ・サロン・自主グループへの訪問や環境フェスタのイベントにて介護予防対象者を把握し、介護予防事業の情報提供や参加を働きかける。
介護予防の必要性を周知し、介護予防活動への参加を呼びかける	いきいき講座は、「在宅医療講座」をテーマに、地域の介護保険サービス事業者や地域住民の協力のもと実施、また環境ネットワークにも実施(年2回)。はつらつ介護予防事業の活動を支援する(月2回)。新規参加者には、現在の身体の痛みと共に緊急連絡先を把握する。把握した身体状況について、講師と共有する。上馬あんすこと協働して体操教室開催。(年2回)
地域の通える場としての自主グループ支援を継続する	<ul style="list-style-type: none"> ・「下馬ボニー体操教室」・「下馬エクササイズ」・「しものぞダンディ」の自主グループ継続のために運営を支援する。(毎回) ・食のアセスメントを実施する(年20件)。
地域との連携を図り相談を受けやすい体制を作る。	下馬・野沢地区社会福祉協議会、地区民生委員協議会(年6回)、地域密着型サービスの運営推進会議(年4回)、地区情報連絡会(年1回)、防災塾(年1回)へ参加し各機関との連携を強化する。
<ul style="list-style-type: none"> ・三者連携で作成したリーフレットを活用し窓口の周知を図る ・生活困窮者のために使える制度、資源などの情報を共有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉の相談窓口として、障害者・子育て家庭・生活困窮者など高齢者以外の相談にも総合的に対応していく。 ・下馬・野沢地区の高齢者見守りネットワークを継続する。まちづくりセンター、社会福祉協議会下馬・野沢地区事務局との三者連携会議にて継続して地区課題把握、対策について対応していく(年12回)。 ・世田谷地域あんしんすこやかセンター主任ケアマネジャー合同で介護保険サービス事業者を対象に生活保護制度、白証・さくら証の対象者、自立支援医療、難病医療制度、ぶらっとホームの役割を知りケアマネジメントに生かす取り組みについて合同地区包括ケア会議を開催する。
実態把握を1000件行う	実態把握は訪問対象者リストの訪問、転入者の把握、地域の集会に参加し把握、シルバーバス更新時期に特設窓口を相談室に設置し来所者の把握を中心に実施する。実施目標件数は、1000件。
あんしんすこやかセンターの窓口をPRし、地域、地域住民に対して顔の見える関係の重要性を周知していく	<ul style="list-style-type: none"> ・「下馬あんすこ便り」を発行する(年2回)、法人ホームページを毎月の更新する。 ・下馬野沢地区民生委員協議会(年10回)、下馬野沢地区社会福祉協議会運営委員会(年4回)での意見交換を定期的に行う。 ・第6ブロック高齢者クラブ展示会にてブースを設置しPR活動を行う(年1回)。 ・三者連携を通じて、それぞれのネットワークを活かし窓口の周知を行う。
見守りが必要な高齢者を把握する	見守りコーディネーターを中心に支援が必要なケースは見守りフォローリストに掲載し、月1回全員でミーティングで状況確認、支援方針検討、適宜アプローチする。
見守りボランティア事業の対象者の把握に努める	ボランティア交流会を開き、見守りボランティアを支援・情報交換することで、地区課題を検討する。(年1回)。
虐待の早期発見、個別の事例への対応力を高める	<ul style="list-style-type: none"> ・発見時は、保健福祉課に速やかに通報し、連携して対応に当たる。見守り対象者リストに掲載、モニタリングし、継続的にフォローを続ける。 ・虐待研修に参加する。
成年後見制度の利用にむけた支援の充実を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士合同で、成年後見制度に繋がるまでの適切な支援について、地域の介護保険サービス事業者や関係機関等と検討会を開催する。 ・成年後見センター主催の事例検討会に出席(年2回)し、連携及び職員の資質向上を図る。 ・世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会で情報交換・共有する。
新しい情報を共有し被害防止に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・いきいき講座やはつらつ介護予防講座、認知症カフェひだまりにて、警察などの協力を得ながら、消費者被害について情報発信する(年6回)。 ・国民生活センターの消費者被害の情報を所内で事例共有する(月2回)。
介護保険事業所、関係機関と地域の活動を支援することで、関係を深めることで連携しやすい環境を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・地区内の介護保険サービス事業者・医療機関・地域住民で地区包括ケア会議「下馬かるがも'S」にて「医療・介護の連携」をテーマに会議を開催する(年2回)。 ・「下馬かるがも'S」準備委員と地域のイベントへの参加や見守り「サロン下馬和楽」や日曜カフェ「サロンのざわ」の運営を支援し、地域との連携を深め課題解決に向け取り組んでいく(年6回)。
地域の主任ケアマネジャーが主体となった相談体制を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・地区内の主任ケアマネジャーと連携し、「下馬・野沢地区けやきの会」として地区内のケアマネジャー向け勉強会を開催していく(年10回)。 ・ケアマネジャーが自主的に運営している「ケアマネカフェ」を支援する(年9回)。 ・世田谷地域の7カ所のあんしんすこやかセンター合同で、介護保険サービス事業者向けに「世田谷事業者交流会」を開催する(年2回)。
会議を自立支援、困難事例の支援に活かす事ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に資する地域ケア会議Aを開催するために、適切な事例を選定する(3事例) ・困難事例でのケア会議を開催し、地区課題の把握、ケアマネジャー支援が行える環境を整える。
地域住民と事業所の連携強化を支援する	地域密着型サービスの運営推進会議グループホーム(年3回)、通所介護(年2回)に出席することで地域課題の把握、地域住民と事業所の関係形成を支援する。
地域住民に在宅医療についての啓蒙・啓発を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・地区連携医と協働して、医療と介護の連携に向けて地区課題を抽出し、解決方法について検討していく(年12回)。 ・地区連携医、地域の事業所と協働して地域住民向けに在宅医療講座を行う。 ・地域の療養病床、地域包括ケア病棟、リハビリ病棟の情報を収集し、病院との連携を図る。
がん治療と在宅療養についての啓蒙・啓発を行う	世田谷地域あんしんすこやかセンター医療合同で、地域の病院に協力を依頼し、区民・介護保険サービス事業者を対象にがん支援についてのフォーラムを合同地区包括ケア会議として開催する(年3回)
事業を活用し早期発見・早期対応につなげる	<ul style="list-style-type: none"> ・地区型もの忘れチェック相談会の運営を行う。 ・認知症専門相談員を中心に認知症初期集中支援チーム事業を随時活用し、早期発見・早期支援につなげる。(通年)
介護する家族が集える場を提供し支援する	<ul style="list-style-type: none"> ・不定期で家族会「橙会」を開催する。 ・世田谷地域合同認知症高齢者の家族の会の運営を支援する(年2回)。
認知症を支える人を増やし地域の認知症への理解を深める	認知症サポーター養成講座を開催する(年1回)。
認知症当事者の居場所づくりをする	認知症カフェひだまりの運営支援を行う。
事故、苦情の再発防止に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリ・はつらつ事例シートの集約と所内で再発防止策の検討、実施を徹底することで相談対応における質の向上を図る(通年)。 ・苦情・相談対応研修に参加する(年1回)。苦情に対して迅速に対応する。
幅広い対象者や相談内容に対応するための知識の習得と相談援助技術のスキルアップを図る	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、相談拡充に関わる内容や多角的・複合的な福祉の相談に適切に対応できるよう、関係機関等とともに、勉強会・情報交換会を年5回行う。 ・各職種毎の業務の進め方について、上馬あんしんすこやかセンター職員と情報交換の機会を持つ。 ・各職員ごとに業務目標・成果シートを作成し、面談を通して評価していく(年3回)。 ・法人内の職員研修大会へ1事例提出し、発表する。
相談事例をひとりて抱え込まない環境を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷地域7カ所のあんしんすこやかセンターの各職種ごとの集まりに参加し、情報交換を行い専門職としてのスキルアップを図る(通年)。 ・ミーティングの中で、それぞれの職員の業務の状況、課題や問題点を把握、情報共有、課題の解決を行う。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業 務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防ケアマネジメントBは9件実施、その内、支えあいサービス5件、筋力アップ教室4件につないだ。
		介護予防対象者把握	あんしんすこやかセンター訪問対象者リストは273件中225件訪問を実施、継続的な相談や介護予防活動への参加の呼びかけを行った。
		普及啓発講座の実施	毎月の「はつらつ介護予防講座」「いきいき講座」(12回)の実施に加え、「はつらつ3クラブ」「上馬あゆみ会」(毎月)の自主グループ活動支援を実施した。
		その他	地区の介護経験者や民生委員のOBに、介護予防活動へのボランティアとして協力を依頼、活動継続している。交流会は1回の実施となった。
II	総合相談 支援業務	総合相談	まちづくりセンター、社会福祉協議会の三者で協力し、認知症サポーター講座の開催(2回)や、地域のイベントにて福祉の相談窓口のPRを行った。
		地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・世田谷地域あんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、精神疾患における相談対応や連携をテーマに健康づくり課と勉強会を行った。 ・「上馬地区見守りネットワーク会議」において「複合的な課題を抱える世帯の支援」をテーマに、関係機関(健康づくり課、ぶらっとホーム世田谷、地域障害者相談支援センター)からのコメントや情報交換を行った。 ・相談拡充の相談件数は97件(述べる含む)。メンタルヘルス相談や経済的な相談窓口につないだ事例が多く上がった。
		実態把握	実施目標件数650件に対し756件を実施。あんしんすこやかセンター訪問対象者リストや上馬複合施設周辺の住宅の未把握者を主に訪問した。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	中里まつり(50名)、小泉公園フェスタ(68名)、こまフェスタ(70名)に出展。社会福祉協議会、地域の福祉用具事業者と協力し、車イス体験等を行った。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	・民生委員や近隣の通報、協力のもと見守りや対応が必要な高齢者の対応を行った。 ・あんしんすこやかセンター訪問対象者リスト等から、新規に見守りが必要な高齢者の抽出を行い月1回のミーティングにて情報共有、対応方法の検討を行っている。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・発見シートは3件提出し、保健福祉課、担当ケアマネジャーや事業者と連携し対応を行った。 ・地区連携医の協力のもと、対応事例の振り返りを行った。(1回)
		成年後見制度に関する対応	保健福祉課や成年後見センター、ケアマネジャーと協働し、成年後見制度申立てが必要なケース(4件)や弁護士相談へのつなぎ等、支援を継続している。
		消費者被害の防止	・いきいき講座、はつらつ講座、自主グループ活動にてふれあいボリスからの情報提供を受ける時間を設け注意喚起を行った。 ・ケアマネジャー、区消費生活センターと協働しクーリングオフの対応を行った。(1件)
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	地区連携医の協力のもと事例検討を開催した。(6回)多職種で検討する中で、「認知症症状」「生活リズム」「成年後見制度の導入が必要なタイミング」等、困難と思われる事例に共通するキーワードが抽出された。
		ケアマネジャー支援	世田谷地域主任ケアマネジャー合同で「ニーズに応じた多様な社会資源の活用や創出のできるケアマネジメントを目指そう」をテーマに情報、意見交換を行った(5月)
		地域ケア会議の取り組み	困難事例の検討(4事例)、自立支援のためのケアマネジメント検討(1事例)を開催した。困難事例については、事例の選定、ケアマネジャーへの会議の活用についての説明、目標設定、検討後の振り返りや次回の開催時期等、十分な準備を重ねる事が今後の課題である。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医事業は毎月実施。うち、6回を多職種が参加する事例検討会とし、ケアマネジャーや理学療法士から提出された事例を検討した。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・初期中支援チーム事業の活用については、関わり始めの段階で認知症が進行し速やかなサービスや医療へのつなぎが必要な事例が多く、事例の提出がなされなかった。 ・従来型もの忘れチェック相談会から把握された事例(2事例)について、継続的な関わりを行っている。
		家族介護者支援	世田谷地域合同認知症高齢者の家族の会の運営協力を行った。(年2回)
		普及啓発	認知症サポーター講座は4回実施。銀行(深沢あんしんすこやかセンター合同)、町会、高齢者クラブ(まちづくりセンター、社会福祉協議会と協力)、生涯大学空樹の会(太子堂あんしんすこやかセンターと合同)を対象に実施した。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	苦情につながる可能性の高い申請代行手続きについて、所内の事務処理マニュアルの見直し、個人情報漏洩に関わる事 個人情報処理についての区の条例やマニュアルをもとに所内のルールを更新し、読み合わせを行った。
		人材育成、人材定着	同法人のあんしんすこやかセンターと相互に事業所訪問や事例検討会を実施。各職種の業務の進め方や書類等の管理方法、自主グループ支援等について情報交換を行った。(年5回)
		職場内連携	電話対応、訪問対応時の確認項目表を作り、職員が共通の対応ができるように実施している。また、個人情報保護の所内ルールや「ヒヤリ・ハットシート」の確認を行い、統一した対応ができるように進めている。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
本人に合った、多様な介護予防の資源を選択できるように支援する	新規相談者、サービス既利用者に対し、介護予防・日常生活支援総合事業、地域のインフォーマルサービスを活用し、自立支援に資するサービスの利用や情報収集が可能となるよう支援する。
新たな対象者の把握	基本チェックリストを、集団（ミニデイ・サロン10ヶ所/高齢者クラブの活動4ヶ所）、個人（窓口、戸別訪問相談者）に実施し対象者の把握に努める。
・介護予防活動への主体的な参加を支援する ・新たな介護予防活動の場を作る	・「介護予防カレンダー」を介護予防講座、自主グループ参加時に配布し、自主的に管理をしてもらうことで、活動の継続性を図る。 ・下馬あんしんすこやかセンターと協働し、野沢4丁目、上馬3丁目、駒沢1丁目周辺の高齢者を対象とした体操自主グループの立ち上げに向けて講座を開催する。
地域のボランティアの発掘と活動の場を作る	地区活動やボランティア人材が求められている場について社会福祉協議会と情報共有し、あんしんすこやかセンターボランティア、社会福祉協議会の地区サポーターが相互に活動の幅を広げられるように働きかける。
一時相談のアセスメントの精度を上げる	福祉の相談窓口として、障害者・子育て世帯・生活困窮者など高齢者以外の相談に対しても適切な窓口へのつなぎができるよう、日常の相談、見守りネットワーク会議の機会等を通じ関係機関と連携のポイントを確保する。
関係機関との連携の強化	「上馬地区見守りネットワーク会議」を開催（年2回）し、事例を用いて情報、意見交換を通じ、地域住民の福祉課題の把握や関係機関、住民と相互に協働ができる場としていく。
既把握者のモニタリング、未把握者の把握	実態把握の実施目標件数は650件。年齢別対象者リスト、75歳以上の未把握者を中心に実施する。
地域のちょっとした困りごとの解決事例を蓄積する	まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者連携のもと、地区の障害者事業所やNPOと協働した「困りごと検討会」にて、住民の課題抽出と解決に向けた対応を通じ、ネットワークの強化を図る。
見守り対象者のモニタリングと、問題が生じた際の速やかな対応	見守り訪問の判断基準を再確認し、必要なケースについて、定期的なリスト更新、ミーティングにて対応の方向性の確認や進捗管理を行う。（月1回）
事例の振り返りから早期発見、対応のポイントを明確にする	過去の虐待対応事例の振り返り、研修での情報収集を通じ、対応や判断のポイントを職員間で共通のものとする。
・成年後見制度の利用にむけた支援の充実 ・早期からの情報共有と関係機関との連携を目指す	・世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士合同で、成年後見制度に繋がるまでの適切な支援について、地域の介護保険サービス事業者や関係機関等と検討会を開催する。（年1回） ・成年後見制度の利用が想定される事例を、他職種間の事例検討会等において取上げ、制度利用の見極めのポイントや導入のタイミングについて共通項を抽出する。
被害の早期発見	定期的な戸別訪問や実態把握の際に、消費者被害のリスクアセスメントを行い、該当者へは継続的な啓発や注意喚起を行う。
支援に困難を感じる事例に共通するキーワードについての理解や対応について、多職種で議論する	・地区連携医の協力のもと、上馬地区周辺の居宅介護支援事業所、薬局や療養士等多職種での事例検討会を開催する。（年6回） ・地区内の通所介護事業所連絡会を開催し、事業に関わるテーマについて話し合うことを通じて顔の見える関係性を作る。
生活困窮者のための制度を知り、ケアマネジメントに活かす	ケアマネジャーを中心とした介護保険サービス事業者を対象に「生活困窮者支援のために使える制度、資源などの情報を共有する」をテーマに合同地区包括ケア会議を開催する。（年1回）
会議を活用し、自立支援ケアプラン、困難な事例の支援に反映させる	自立支援に資する地域ケア会議については、各職員から、会議が有効と思われる事例を検討し、開催をする。（年3回）困難ケースの会議については、相談対応の中から有用と考えられる事例を抽出し、実施していく。（随時）
・がん治療と在宅療養についての啓蒙・啓発 ・地区内の医療資源の整理 ・在宅療養のための連携の仕方を確認する	・世田谷地域あんしんすこやかセンター医療職合同で、地域の病院に協力を依頼し、区民、介護保険サービス事業者を対象にがん支援についてのフォーラムを合同地区包括ケア会議として開催する。（年2回） ・地区内の医療機関、歯科医、薬局を回り、事業の趣旨説明と情報収集を行い、地区内の医療資源マップとして整理する。 ・地区内の有床病院のソーシャルワーカーと退院時の連携や患者支援について情報、意見交換の場を作る。（年2回）
早期発見、早期対応につなげる	地区型もの忘れチェック相談会の運営、認知症初期集中支援チーム事業を活用し、早期発見、診断につなぐ。（通年）
介護者の多様なニーズの把握	遠距離介護、ダブルケアの介護者の家族会の立ち上げに向け準備をしていく。
地域住民の、認知症についての正しい理解を広める	認知症サポーター講座は、昨年度未実施の町会（2町会）、高齢者クラブ（3ヶ所）を中心に実施する。
事故や苦情の再発防止策の徹底	前年度のヒヤリ・はっと事例のモニタリングを行い、再発事例については防止策を検討、実施することで再発予防につなげる。（通年）
幅広い対象者や相談内容に対応するための知識の習得と相談援助技術のスキルアップ	・世田谷地域のあんしんすこやかセンター社会福祉士情報交換会において、相談拡充に関わる内容や多角的・複合的な福祉の相談に適切に対応できるよう、関係機関等とともに、勉強会・情報交換会を年5回行う。 ・各職種ごとの業務の進め方等について、下馬あんしんすこやかセンター職員と情報交換の機会を持つ。（年2回）
対応の質の担保	定期的な事例検討会、ミーティングを行い、情報共有する。各職員が相談について統一した判断や対応が取れるよう、質の担保を図る。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	二次アセスメント表を活用し、十分なアセスメントのもと、利用者が意欲的に予防活動に取り組めるように支援した。専門職訪問事業では、理学療法士訪問を5件、栄養士訪問を6件、作業療法士訪問を1件実施。運動機能向上プログラムには9件、地域デザイナーサービスには4件のケアマネジメントを実施した。
		介護予防対象者把握	実態把握訪問や窓口相談において、49件の基本チェックリストを実施した。計画的にサロンや3カ所の自主グループへの訪問を行い、参加者の状況を確認した。新たに世田谷いきいき体操の自主グループ立ち上げを行った。それに伴いお世話係の方や参加者を募集するために、実態把握訪問により対象者を把握し利用に繋げた。
		普及啓発講座の実施	ストレッチ体操をテーマに「いきいき講座」を年間4回開催した。うち3回はまちづくりセンターや社会福祉協議会と連携し「男のストレッチ」としてシリーズ化して開催した。定員を上回る参加希望者があり、また開催してほしいとの声がかかっている。終了後アンケートを実施し、男性は男性のみの会場のほうが参加しやすいという結果が得られた。
		その他	社会福祉協議会が主催する「エリア別交流会」が4カ所のエリアごとに開催され、あんしんすこやかセンターよりミニ講話を実施している。
II	総合相談 支援業務	総合相談	総合相談件数は6,189件であった。相談内容に応じて、予防が必要な方には自主グループや地域の活動、また居宅ケアマネジャーなど迅速に必要な支援に繋いだ。窓口や電話での相談のあった方には当日や近日中に訪問し、状況を確認した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	相談拡充相談では延べ85件の対応を行っている。うち相談受付記録票の提出は2件実施。相談内容では精神疾患に関するものが一番多く、次いで身体障害に関する相談であった。身体障害の相談では、障害担当よりサービスに繋いでいただき、相談者も満足されていた。
		実態把握	実態把握訪問は1,542件実施。独居高齢者や高齢者のみ世帯について、エリアごとに担当を決めて計画的に訪問を実施した。閉じこもりや身体機能低下の恐れが見られる方も把握され、再度訪問し介護保険の案内を行ったり、継続的な見守りに繋げている。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	今年度より、見守りネットの全体会(年間3回実施)に、地域密着型の介護保険サービス事業者の代表や商店会代表者、ボランティアビューロも参加し、意見交換の場を設けている。その他、年に1回開催される地区の「防災塾」や、様々な町会行事に可能な限り参加し、あんしんすこやかセンターのPRや連携構築に努めている。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りボランティアによる訪問は5件実施。訪問を受け、話しを傾聴してもらえることで、安心感を得られている。各職員が見守りフォローリストをもとに定期的な見守り訪問を実施した。状態の悪化から介護保険申請に繋がった方や入院となった方もいる。
その他	多世代が集まる「しろやま倶楽部フェスティバル」に参加している。豪徳寺1丁目町会により「ほたるの集い」が開催され、相談コーナーを設けている。		
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	虐待について対応した件数は11名延べ32回であった。すべて保健福祉課と連携を図り対応を行った。ケアマネジャーからの相談や虐待の疑いとして、近隣住民から相談をいただいた。見守りネットの会で作成した気付きのポイントシートを町会に配布し、見守りを呼び掛けた。
		成年後見制度に関する対応	成年後見申立て支援を行い、保佐類型になった方への支援を継続している。判断能力の低下がみられるケースについては、制度の説明や成年後見センターの案内を行い、保健福祉課に申立ての相談を行っている。北沢地域合同で、信用金庫職員より講話をいただき、成年後見についてのいきいき講座を開催した。
		消費者被害の防止	還付金詐欺や白アリ駆除による消費者被害、また高額商品勧誘の仮店舗などの情報を地域住民より報告を受けている。すぐ所内で情報共有し、個別訪問やサロン等への訪問の際に注意喚起を行った。また、民生委員との会議においても消費者被害の防止について啓発を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	北沢地域医療職主催で、「在宅療養の開始に向けて」をテーマに、地区連携医、病院の医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーが参加し連携会議を開催した。また、三者連携と梅丘地区高齢者見守りネットの会が協力し、「梅丘地区の特性を踏まえ、災害時の行動を考える」をテーマに会議を開催し、介護サービス事業所や町会自治会、商店会、金融機関、ボランティア機関等が参加し災害時の取り組みや課題について検討を行った。
		ケアマネジャー支援	北沢地域の主任ケアマネジャーにより、「ケアマネの質問力」研修を1回行った。また、地域の主任ケアマネジャーと今後の計画等の打ち合わせ等の会議を6回実施。隣接するあんしんすこやかセンターと2ヶ所合同で、グループスーパービジョンを4回、虐待についての会議を1回、リ・アセスメントシート勉強会を1回実施した。
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議Aは1件実施。下肢機能の低下が進んできた高齢者へ、在宅でのリハビリの方法や支援の具体的な目標や今後の評価の仕方などについて検討を行った。地域ケア会議Bは3件実施。全て障害を持つ家族が同居するケースであった。それぞれの担当者が参加し、今後の連携の取り方や見守りの方法について検討を行った。また、地域の民生委員との連携会議をエリアごとに1回ずつ実施し、障害支援についての説明を行った。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医療事業等の取り組み	地区連携医の協力のもと、世田谷区医師会・世田谷区歯科医師会・世田谷薬剤師会とケアマネジャー、訪問看護師等介護サービス事業者との連携会議を開催し、在宅での医療について連携できることなどについて検討し合った。特に、歯科訪問診療の際の連携について、課題が抽出された。地域のケアマネジャーや介護サービス事業者と事例検討を3回実施し、その都度、連携医より疾患の講話を実施した。また、他の地域との連携会議において、「在宅訪問してもらえる医療的なサービスについて住民はわからないことが多い」という意見があり、在宅療養が地域に周知されていないという課題が抽出され、次年度に繋げていく。
		認知症相談(もの忘れ相談)	もの忘れの相談に対してもの忘れチェック相談会では3件の対応を行った。すべて要経過観察で、通院を継続している。認知症初期集中支援チーム事業では3件実施。2件は介護保険サービス利用に繋がりが、1件は見守り訪問でフォローしている。認知症ケアバスを用いて、症状の説明や介護者への対応を行っている。
		家族介護者支援	今年度より単独の「介護者の会」の開催を隔月とし、区で開催しない月に実施した。毎月、介護者が参加できるよう計画し実施した。延べ5名の方が参加され、それぞれ介護方法の話し合いが行われ、お互いのアドバイスとなっていた。
VI	認知症ケアの推進	普及啓発	認知症サポーター養成講座を年間8回実施した。対象は地域住民向け1回、区立世田谷中学校3年生向け5回、郵便局職員へ1回、梅丘中学PTAへ1回であった。ステップアップ講座への受講も案内し、参加していただいている。
		サービス改善・苦情対応	事故や申請時の入力の間違い等が発生した場合には、速やかに管理者へ報告し対応を行った。申請書の処理では、入力前や翌日の提出前には必ず職員2名で読み上げ確認を徹底して行うようにした。
		人材育成、人材定着	区や国の主催する研修や、毎月開催している法人内研修に参加した。研修後は所内で情報共有し、対応能力向上に努めた。北沢地域6ヶ所のあんしんすこやかセンターで、各職種ごとの連絡会を実施して情報交換やスキルアップに努めた。北沢地域のあんしんすこやかセンター医療職会により、災害時の医療の取り組みとして、在宅酸素や人工呼吸器について会議を開催し、対応等を学んだ。
VII	質の向上	職場内連携	窓口や訪問の相談で対応に悩むケースにはその都度、相談し合い対応した。毎日、朝と夕にミーティング実施し、その日困難ケースがあった場合には、対応方法について全員で検討した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
本人の意思に沿ったマネジメントを実施し、自立に向けた取り組みが継続できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援のケアマネジメントに向けてアセスメントを十分に行う。目標設定は、本人が望む生活を一緒にイメージし具体的な内容とする。 ・総合事業の他、一般介護予防事業や、介護予防普及啓発事業、地域の自主活動などの利用も案内し、無理なく継続できるようなケアマネジメントを実施する。
高齢者への対応の際は、可能な限り基本チェックリストを実施し、対象者の把握に努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口相談や実態把握訪問等にて、年間80件以上の基本チェックリストを実施し、対象者には予防への取り組みに繋げる。
意欲的に介護予防の取り組みができるように、いきいき講座やミニ講座を開催する。	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の地域活動への参加を増やす為、まちづくりセンターや社会福祉協議会と連携し「男性の腰痛予防講座」としていきいき講座を開催する。 ・サロンや自主グループへの訪問を行い、介護状態になる原因や予防の必要性の講話を実施する。
様々な関係機関との連携を図り、多岐に渡る相談に対応できるよう体制を整える。	<ul style="list-style-type: none"> ・課題となっていることを的確にとらえ、様々な地域資源の活用や、必要なサービスに繋げていく。 ・あんすこに届けられている講座の案内や、啓発のためのパンフレットを有効に活用する。
高齢者以外の相談に対して、適した窓口の案内など速やかに対応する。	<ul style="list-style-type: none"> ・一次相談窓口として、十分なアセスメントを行い、内容に応じた相談先の案内を行う。また、相談先との連携を図る。 ・高齢者の相談においては、その家族に関する情報も収集し、複合課題がないか確認する。
独居高齢者や高齢者のみ世帯など、状況把握が必要な方を計画的に訪問する。	<ul style="list-style-type: none"> ・年間の実態把握件数を800件以上の訪問を実施する。必要な方にはアウトリーチも行っていく。 ・実態把握では、災害時の行動を視野に入れ、本人を取り巻く周囲の方との関わりについても把握する。
地区で行なわれている様々な活動を通し、より多くの関係機関と繋がりが持てるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りネットの会と連携し、地区連携医や歯科医師、薬剤師、訪問看護に協力をいただき、住民向けに在宅療養についての講座を年間1回開催する。 ・エリアごとの民生委員との会議や見守りネットの会議(年間3回)を通じて、地域の課題を把握する。
見守り対象の高齢者を把握し、孤立の防止を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・実態把握訪問による把握や近隣住民からの通報等で、見守り対象者を把握した場合は速やかにリストアップする。 ・見守り対象者リストの管理を毎月実施し、計画的に見守り訪問を実施する。訪問の結果は職員間で共有し今後の対応を検討する。
虐待が把握された場合には、関係機関と連携し迅速に対応する。	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待の可能性が感じられた場合には、相談や通報を頂けるように、サロンや自主グループへの訪問時に伝えていく ・虐待対応では、保健福祉課との連携を密に行い、継続的な支援を行う。
成年後見制度の理解を広められるように講座を開催し普及啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・北沢地域の社会福祉士合同で「老い支度」に関する講座を年間1回開催する。 ・相談対応の際に、財産管理などが必要と思われる場合には、その都度制度の案内を行い、成年後見センターや保健福祉課と連携を図る。
消費者被害の防止について啓発を行い、より多くの方が意識できるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・実態把握訪問やサロン、町会行事等で、北沢警察署や消費生活センターから出されている注意喚起の内容をさらに伝えていく。 ・民生委員との会議において、消費者被害等について近隣の状況なども把握する。
より多くの関係機関との連携が図れるとともに、地域と関係機関の繋がりが図れるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅医療」をテーマに地域の三師会、介護サービス事業者との連携会議を年間1回開催する。 ・地域の防災訓練に介護サービス事業者の参加も呼びかけ、地域との連携が図れるようにする。
地域のケアマネジャーが、ケアマネジメントについてスキルアップができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・隣接するあんしんすこやかセンターとの合同で、「事例を使ったグループスーパービジョン」を年間3回、「リ・アセスメントシート勉強会」を年間1回開催する。 ・北沢地域主任ケアマネジャー合同で、北沢地域ケアマネジャースキル向上委員会と協働し、北沢地域内ケアマネジャーのスキル向上に向けた会議を年間1回開催する。
地域ケア会議を通し、個別課題から地域課題の抽出に繋げることができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・支援が困難なケースや複合課題を有するケースについて、多職種間で会議を開催し、今後の対応方法やさらなる課題を検討する。会議Bとして年間3件以上を実施する。課題によって、地域で検討が必要な内容については、三者連携会議で取り上げる。 ・本人が望む生活を目標とし介護予防への取り組みが継続的に実施できるように専門職の参加のもと会議を開催する。会議Aとして年間3件以上を実施する。
切れ目のない在宅医療が介護サービスとの連携のもと提供できるよう体制を整えて行く。	<ul style="list-style-type: none"> ・北沢地域のあんしんすこやかセンター医療職会により、医師、医療ソーシャルワーカー、介護サービス事業者等多職種間で在宅療養に関わる連携会議を年間1回開催する。 ・地区連携医事業として、三師会と介護サービス事業者間の連携会議を年間1回、住民向け講座を年間1回、在宅酸素療法をテーマとした研修会を年間1回、事例検討会を年間3回実施する。 ・在宅療養相談窓口では、「世田谷区在宅療養資源マップ」等を有効に活用し、適切に案内を行っていく。
認知症に関する相談を早期の段階で受けられるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム事業の活用により、対象者にとって安定した在宅生活が過ごせるように取り組む。 ・もの忘れチェック相談会の周知をサロンや自主グループ等の訪問時に行い、早期に認知症予防への取り組みができるようにする。
月に1回は、地区内で介護する方が集える場所を設ける。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者や認知症の方向けに、ヨガを取り入れたリラクゼーション講座を年間2回開催する。。 ・「介護者の会」を「えんがわぼっこの家」で偶数月に開催し、奇数月に開催される区の家族会も案内する。
疾患について正しい理解ができ、地域で連携した対応ができるよう体制を整える。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方や徘徊に対応する取り組みについて、地域の民生委員やケアマネジャーと学び、連携を図る会議を年間1回開催する。 ・認知症サポーター養成講座を、地域住民対象に1回と世田谷中学校3年生5クラスに開催する。
苦情があった場合には、迅速に対応し、教訓として今後の再発防止と対応能力向上に繋げる	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情や手続き等の間違いに対しては速やかに適切に対応する。迅速に報告を行い、今後の改善策の検討を職員全員で行い、再発防止に努める。
一人の職員が職場内で孤立せず、相談しやすい職場環境にする。	<ul style="list-style-type: none"> ・相談業務で対応困難なケースなどがあった場合には、夕方のミーティングにおいて対応方法を職員全員で検討する。 ・法人内での会議を毎月1回開催し、対応困難な事例等を共有を行う。 ・北沢地域で、職種ごとの会議を開催し、情報を共有し合う。
全ての相談内容について、職員全員が把握できるよう努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・夕方のミーティングの時間を延ばし、十分なケース検討ができるようにする。 ・業務日誌への記入の仕方を改善し、相談内容の見える化を図る。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防・日常生活支援総合事業に関して、常に所内にて周知を行い、アセスメント力の向上を図った。様々なサービスメニューから利用者に有効なサービスが提供できるように努めた。
		介護予防対象者把握	はつらつ介護予防講座、サロン、会食会、高齢者クラブ、地域のイベント等に出向き、介護予防についてのPRや介護予防対象者の把握を積極的に行った。また、民生児童委員との連携や実態把握訪問の中でも対象者把握を行った。いずれも適切なサービスや社会資源につなぐことができた。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座は年4回開催予定だったが、年6回開催することができた。消費者被害対策講座を1回、北沢地域社会福祉士会合同にて老い支度講座を1回、地区連携医の協力にて健康講座と在宅医療についての周知を1回、健康体操講座(コグニサイズ)を3回開催した。
		その他	地域ケア会議にて精神障害の方への見守りについて地区課題が抽出され、地域の方より精神障害について知りたいという要望があった。北沢地域障害者相談支援センターを講師として、町会役員を対象に「精神障害の理解と接し方」というテーマにて研修会を開催した。
II	総合相談 支援業務	総合相談	「身近な福祉の相談窓口」のPRのため、町会、医療機関、商店等に広報紙(年4回発行)を1回につき850枚程度配布した。また、町会役員会、地区民生委員協議会等に出向き個別の相談に応じた。
		地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	31年度の代沢小学校への事務所移転を踏まえ、小中学校等へあんしんすこやかセンターについて周知活動を行った。また、「おでかけひろば」等の高齢者以外の集いの場に積極的に参加した。
		実態把握	年間の637件の実態把握訪問を行った。異動者リストから代沢地区へ転入した方、高齢の配偶者を亡くされた方(グリーフケアの為)への実態把握訪問を行った。また、地区内にある都営団地に在住する高齢者宅すべてに実態把握訪問を実施し、生活状況の把握に努めた。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	まちづくりセンター・社会福祉協議会・あんしんすこやかセンターの共催で「我が事・丸ごと」共生社会の実現に向け「地域ささえあい講座」を開催した。住民や医療・福祉従事者、学校関係、教会等80名が参加した。実際に行われている住民活動をお互いに発表し、代沢地区住民が自らより良いまちづくりを進めるきっかけづくりを行った。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りフォローリスト対象者は41名。リストに基づき見守り訪問を行い、毎月の所内会議で状況把握を行った。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	虐待が疑われるケースについて、北沢総合支所保健福祉課やケアマネジャーと連携し、対応した。保健福祉課の保健師を講師として多職種連携会議にて高齢者虐待対応の手引き等について周知した。虐待ケア会議に18回参加し、連携に努めた。
		成年後見制度に関する対応	成年後見制度についてあんしんすこやかセンター広報紙を利用し、普及啓発を行った。成年後見センターの主催する権利擁護事例検討会に参加し、スキルの向上に努めた。成年後見制度が必要と思われるケースについては適宜成年後見センターへ繋げた。
		消費者被害の防止	単独のいきいき講座にて、消費生活相談員を講師に迎え、消費者被害対策講座を行った(31名参加)。北沢地域社会福祉士主催の合同いきいき講座にて、北沢警察と信用金庫職員を講師に迎え、特殊詐欺、道路交通法、老後のお金にまつわる問題について講座を開催した(37名参加)。また、ホームページを活用し、消費者被害の注意喚起を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	ケアマネジャー・デイサービス・ヘルパー等が参加する多職種連携会議「あんすこカフェ」を年4回開催。各回とも地域の開業医師等を招き、各専門分野の勉強会を行った。多職種間の顔の見える関係づくりを行った。
		ケアマネジャー支援	地区のケアマネジャー連絡会を立ち上げ、毎月実施している。事例検討会や日々の業務での困りごと等何でも話し合える場所となり、あんしんすこやかセンターの職員が助言する立場を担っている。また、北沢地域合同で「ケアマネジャースキル向上委員会」を立ち上げ、委員会主催の研修会を実施しスキルアップを図った。
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議A型1回、B型3回を開催した。会議のなかで、住民から精神障害について知る必要があるとの意見があり、住民向け講座を開催することができた。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	北沢地域あんしんすこやかセンター医療職主催により、「在宅医療の開始に向けて」というテーマにて、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、保健福祉課と合同地区包括ケア会議を1回開催した。「代沢地区医療と介護の連絡会」については、来年度の早い時期の開催を調整中である。地区連携医事業では、連携医により、地区・地域のケアマネジャーやあんしんすこやかセンターの医療的なアドバイスやスキルアップ支援を中心に行った。一般住民に対し健康講話と同時に在宅医療についての周知も行った。
		その他	
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	認知症初期集中支援チーム事業にて3名の事例を提出した。3事例ともケアマネジャーにつながりサービスにつなぐことができた。もの忘れチェック相談会に担当地区でご利用されたのは4名。そのうち当センターから紹介した方は3名であった。もの忘れ相談窓口について広報紙やホームページを活用し周知した。
		家族介護者支援	代沢地区の認知症介護者家族会「代沢せせらぎ会」を年5回開催し、地域の介護者への支援を継続して行った。北沢地域合同認知症高齢者の家族の会についてもスタッフとして2回参加し開催を支援した。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座について、目標は年2回以上の予定であったが、年3回開催できた。単独で一般公募型を2回、北沢地域合同で郵便局職員へ1回開催した。認知症カフェについて「地域ささえあい講座」にて住民へ働きかけた。小中学校の校長先生へ認知症についての講座開催について提案した。
		その他	地域ケア会議やケアマネジャー連絡会にて認知症のケースを取り上げ、連携体制づくりを行った。単独いきいき講座の健康体操講座(コグニサイズ)のなかで認知症予防について普及啓発を3回行った。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	朝夕の所内ミーティングで支援の進捗確認を行い、苦情等発生を未然に防ぐことに努めた。また、対応が困難な事例について、適宜職員全員で検討し問題解決にあたった。
		人材育成、人材定着	各職員が外部研修を積極的に受講した。所内勉強会にて研修内容を共有し、職員相互のスキル向上に努めた。
		職場内連携	朝夕の所内ミーティングを行い個別ケース検討を行った。また、月1回所内会議にて各会議報告、各事業の進捗確認等を行い職員間の情報共有に努めた。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
利用者の個性をアセスメントし、自立支援に向けたケアマネジメントを実施する。	適切なアセスメントを行い、様々なサービスメニューや社会資源から利用者にとって最適な支援を行う。
介護予防のPR、介護予防対象者の把握を積極的に行う。	はつらつ介護予防講座、サロン・ミニデイ、会食会、高齢者クラブ等に出向いて対象者の把握を行う。また、民生児童委員との連携や実態把握訪問の中でも対象者を把握していく。
いきいき講座を年4回以上開催し予防活動の取り組みを啓発する。	いきいき講座を年4回開催予定。消費者被害対策 年1回、老い支度講座 年1回(北沢地域社会福祉士会合同)、地区連携医による健康講座と在宅医療についての講話 年1回、健康体操教室 年1回実施する。
地域での精神障害への理解を深め、見守り体制を構築する。	精神障害の研修会を町会等を対象に年1回以上開催する。
地区住民に対し「身近な福祉の相談窓口」であることの周知活動を行う。	民生委員・児童委員協議会、町会役員会や住民活動が行われているイベント等にも積極的に参加し「あんしんすこやかセンター」の周知を行い、「身近な福祉の相談窓口」のPRを行う。
相談拡充の周知を行う。多様な問題に対応できるようスキルアップを図る。	高齢者以外の集いの場にも参加し、「身近な福祉の相談窓口」であることを周知する。高齢者以外の相談を受けた際にもスムーズな対応が出来るよう情報を集約し、必要な情報を提供できるよう努める。
実態把握訪問の目標件数を500件と設定しより質の高い把握を行い、総合相談に有効な情報となるよう努める。	常にセンター内で情報共有を行う。特に異動者リストによる転入者や配偶者が亡くなった方に対する実態把握を丁寧に行う(グリーンケアの実践)
「地域ささえあい講座」を年1回開催する。また住民に対しネットワーク構築の働きかけを行う。	まちづくりセンター・社会福祉協議会・あんしんすこやかセンターが連携し、共生社会の実現に向け「地域ささえあい講座」を年1回開催する。また、場所・担い手等、住民活動に不足している資源について積極的に開拓していく。
見守りフォローリスト対象者の見守り訪問を定期的に行う。	見守りフォローリスト対象者の訪問計画を立て、毎月の所内会議で計画が実行できたか、リスト対象者の加除の検討を行う。
虐待の早期発見、早期対応できるよう、地域の社会資源と連携する。	・虐待対応研修に参加し、虐待対応についての知識・対応力向上に努める。 ・虐待の早期発見・早期対応ができるよう日頃から民生委員、介護事業者、行政等の関係機関連携を密にとる。 代沢・北沢ケアマネジャー連絡会にて虐待対応について周知する。
成年後見制度の周知、成年後見制度が必要なケースは適切に利用できるよう支援する。	あんしんすこやかセンター広報紙等で成年後見制度の普及啓発を行う。必要時に成年後見センター等と連携する。
消費者被害防止に関する講演会を年1回開催する。	・単独いきいき講座で消費者被害防止に関する講演会を実施する。 ・地区内の高齢者クラブが主になっている無人ATM見守り隊「ATMキーパーズ」と連携する。
多職種連携会(あんすこカフェ)を年2回以上開催する。	「あんすこカフェ」開催に向け、運営協力としてケアマネジャーやデイサービス管理者等の有志を集い、企画段階からあんしんすこやかセンターと協働していく。他職種間の連携から地域包括ケアシステムの基盤作りを意識化し地区の福祉力を高める。
地区ケアマネジャー連絡会の定例開催及び、北沢地域合同による研修会を年1回以上実施する。	地区及び地域でケアマネジャー連絡会を開催し、ケアマネジャーのスキル向上に役立つ勉強会を実施する。また、居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーが主体性を持って活動できるようにバックアップ体制整備に努める。
地域ケア会議A型を年3回以上、B型を年3回以上実施する。	住民及び、ケアマネジャーに対し、地域ケア会議の有効性を説明する機会を設け、困っている事案解決や自立支援を目指す体制づくりを行う。
代沢地区内での介護と医療の連携を深める取り組みを実施する。	北沢地域あんしんすこやかセンター医療職主催にて、地区連携医・医療ソーシャルワーカー等在宅医療に関わる多職種で、北沢地域合同在宅医療介護連携会議を年1回開催する。代沢地区単独で「医療と介護の交流会」を開催し、地区連携医を中心に、地区内・地区近隣の医療機関や薬局、介護事業所の顔の見える関係づくりを行う。地区連携医事業においては、地区・地域の居宅介護事業者の医療的スキルアップ支援のほか、一般住民へ健康講話と同時に在宅医療についての周知を行う。
在宅療養相談窓口としての職員のスキルアップを図る。	在宅療養相談窓口が開設されることで、相談があった際適切な情報提供が行えるよう、所内で勉強会を実施する。
認知症初期集中支援チーム事業に3事例提出する。認知症に関する事業の周知活動を行う。	認知症初期集中支援チーム事業に3事例提出する。必要なケースがもの忘れチェック相談会などの事業を適時利用できるよう、日頃の相談業務を行う。もの忘れ相談窓口について広報紙やホームページを活用し周知する。
家族会支援を継続する。	・代沢地区の認知症介護者の家族会開催目標回数:年5回 ・北沢地域合同認知症高齢者の家族の会にスタッフとして年2回参加する。
認知症サポーター養成講座を年1回以上開催する。認知症カフェが開催できるよう地域へ働きかける。	高齢者クラブ、自主グループ、会食会等に出向き、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、認知症ケアバス等について周知する。また、認知症カフェについて協力依頼する。
認知症連携会議を年1回開催する。	代沢地区内の地域住民と介護事業者を対象に認知症連携会議を開催する。
所内で情報共有し、適切な対応ができるよう努める。	対応困難となる恐れのあるケースに対し所内で検討し、未然に苦情を防ぐよう努める。また、頂いた苦情やヒヤリハット等の情報を所内で共有・分析し、サービス改善を図る。
研修に積極的に参加し、所内で伝達研修を実施する	各職員が業務取り組みシートを作成し年間を通しテーマに沿った取り組みを実施していく。また所内の勉強会にて外部研修の伝達を行う等、スキル向上の機会を積極的に取り入れる。
朝夕のミーティングや所内会議にて情報共有する。	朝夕のミーティングや所内会議を継続実施し、相談内容の情報共有を図り、支援内容の共有・支援方法の方向性を検討する場を設ける。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防・日常生活支援総合事業の利用にて自立支援に努めたことで、ご自身で家事等への取り組みができるようになったケースがあった。また、男性向けのサロン活動の支援を通じて、参加者同士が地域とのつながりを生み出すことができた。
		介護予防対象者把握	介護予防対象者把握を含めた実態把握は、約1,100件実施できた。シルバーパス更新手続の来所者に、あんしんすこやかセンターや相談拡充や介護予防関連事業のチラシ等を100部配布した。サロン及び自主グループに年間約50回参加し、介護予防関連の事業案内を実施した。介護予防基本チェックリストは、窓口相談やはつらつ介護予防講座を中心に、約30件実施した。
		普及啓発講座の実施	「世田谷いきいき体操」への取り組みを促す目的で、いきいき講座を3回連続で実施し、のべ65名の区民が参加した。各回講師を、保健センター・訪問マッサージ事業所・社会福祉協議会に依頼する事で、連続参加への意欲喚起を図った。
		その他	高齢者3グループの活動支援は、グループの活動状況に応じて、概ね毎月実施した。内1グループは、自主化の促しと共に、社会福祉協議会担当者へ引き継いだ。男性向けの地域活動グループは、年度途中でサロン登録に至り、地域資源のひとつとすることができた。
II	総合相談 支援業務	総合相談	総合相談件数は、5984件であった。民生委員を含めた地区版地域ケア会議は、個別ケースを題材に2回開催した。他、民生委員からの相談で地区包括ケア会議を1回開催した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	まちづくりセンターが事務局を務める、町会自治会役員会や個々の町会の会議、体操連合会、身近なまちづくり推進協議会の会議参加等に参加し、相談拡充を含め事業案内に取り組めた。また、地区版地域ケア会議を活用して、区民や民生委員、総合支所保健福祉課障害支援担当や地域障がい者相談支援センターと連携し、支援の役割分担に取り組めた。
		実態把握	実態把握は、約1,100件実施した。シルバーパス更新手続の来所者に、あんしんすこやかセンターや相談拡充や介護予防関連事業のチラシ等を100部配布した。サロン及び自主グループに年間約50回参加し、介護予防関連の事業案内を実施した。あんしんすこやかセンターや事業の案内を周知する事で、対象者の把握経路拡大を図った。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	まちづくりセンターが事務局を務める、町会自治会役員会や個々の町会の会議、体操連合会、身近なまちづくり推進協議会の会議参加等に参加し、福祉の相談窓口を含め事業案内に取り組んだ。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	相談案件を一覧にし職員間で共有する事で、担当者以外も案件へ対応しやすい環境を整えた。また相談の進捗や内容により、終了や居宅介護事業者への引継、相談待ち等の項目に分類する運用しており、その項目に見守りを設定し、見守りフォローリストとして運用した。医療機関や民生委員、町会等からの個別の見守り相談は、それぞれの機関と連携して対応した。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	朝礼や終礼、保健福祉課巡回等を利用し、相談内容の共有を図った。居宅介護支援事業者を中心に、虐待者と被虐待者の対応を分担する等の取り組みを行った。
		成年後見制度に関する対応	相談内容に応じて、社会福祉士が他担当者の案件に同行訪問し、成年後見制度の説明等の対応をした。また、成年後見センターへのつなぎや相談への同行に対応した。介護者の会において、平成29年12月に成年後見センターから講師を招き、区民向けに成年後見制度の周知を図った。
		消費者被害の防止	北沢地区6あんしんすこやかセンター合同で、北沢警察及び、城南信用金庫職員を講師に招き、それぞれ特殊詐欺や高齢者の自動車運転について、高齢期の金銭管理や後見制度について、いきいき講座を実施した。56名の区民の方に参加頂いた。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	地区版地域ケア会議及び地域包括ケア会議では、総合支所職員や介護保険サービス事業者の他、ケースに応じて、民生委員やまちづくりセンター職員、世田谷トラスト、区営住宅生活相談員、地域障がい者相談支援センター等に参加頂き、課題検討に取り組んだ。
		ケアマネジャー支援	北沢地域の主任ケアマネジャーと6か所のあんしんすこやかセンターとが共催し、地域のケアマネジャーのケアマネジメント支援として、「ケアマネジャーの聞く力」をテーマに合同地区包括ケア会議を開催した。松原あんしんすこやかセンターとは「虐待対応」をテーマに事例検討や成年後見センターとの意見交換を2回実施した。新代田地区では、民生委員と地区社協、ケアマネジャーとがお互いを理解し合い意見交換を行うことで、地区内でのネットワーク構築を行った。
		地域ケア会議の取り組み	地区版地域ケア会議Aは年2回開催し、個人の自立促進や介護予防ケアマネジメントの質向上を図った。地区版地域ケア会議Bは年4回開催し、地域住民から挙がった困り事解決のため、まちづくりセンターと社会福祉協議会、地域障害者相談支援センターとで問題解決に努めた。地区包括ケア会議は年17回行った。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医療事業等の取り組み	地区連携医療事業を通じて、多職種の意見交換を実施。また、地区連携医による在宅医療に関する講座を1回実施した。北沢地域合同での連携医と近隣医療機関の医療ソーシャルワーカーやケアマネジャー等との意見交換、連携医と地区内ケアマネジャーの意見交換、区民向け講座への参加等で連携強化に努めた。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	日常の情報交換に加え、広報誌等を利用して認知症専門相談員を周知した。また、認知症初期集中事業に2事例挙げ、介護保険サービスに円滑に移行することができた。
		家族介護者支援	毎月、家族会を開催した。毎回外部講師によるミニ講話と参加者同士の交流会を実施した。内2回で、担当地区内のグループホームと地域内の特別養護老人ホームの見学会を開催した。世田谷区の認知症高齢者の家族会に2回参加した。
		普及啓発	まちづくりセンター及び社会福祉協議会との共催で、認知症高齢者の地域生活支援について区民を交えて検討する会議を2回開催した。1回は、実際の介護者からの体験談発表と認知症サポーター養成講座を実施した。2回目は、東京都医学総合研究所から講師を向かえ、認知症の方に区民として出来る事を講義を実施し、合計35名の参加があった。認知症サポーター養成講座は、単独及び合同で5回開催し、61名の参加があった。
		その他	担当地区内の医療機関に認知症カフェ運営を提案した。平行して他地域で医療法人主催の認知症カフェを見学し、情報提供した。平成29年9月より地区内でのカフェが開設され、参加を継続している。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	日々の朝礼及び終礼での情報共有を継続した。介護予防サービス支援計画等については、標準的な文言を統一し書面にすることで、計画作成に際して職員間で生じる差異の軽減を図った。
		人材育成、人材定着	職員会議等を利用してマニュアルの読み合わせ等を実施した。他、区主催をはじめとした研修に、28回参加した。研修参加者が職員への伝達研修を行った。
		職場内連携	各事業の取り組みには概ね2名以上の担当職員での対応を図り、職員の負担軽減とともに質の高い事業への取り組みを図った。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
個々の状態を理解して適切なケアマネジメントを実施する。	地区内外の地域資源、介護保険や介護予防・日常生活支援総合事業の整理を行い、個々の意向及び状態に適した介護予防や日常生活支援に繋げるためのアセスメントを実施する。
地域資源を活用した介護予防対象者の把握する。	訪問対象者リストによる実態把握訪問及び関係機関からの情報提供・協力をもとに介護予防対象者を把握する。自主グループやサロンの活動の場へ参加し、基本チェックリストを活用するなど、介護予防対象者把握に努める。
対象者が意欲的に取り組める連続いきいき講座を実施する。	「住民自身による介護予防への取り組み」をテーマに連続いきいき講座を年3回開催する。広報紙のみではなく、回覧板や掲示板を活用し、多くの区民への普及啓発を行う。講座終了後、アンケートにて区民の満足度・要望等の把握し次年度の運用に活用する。
自主グループの継続的支援を実施する。	地区内の自主グループに参加し、活動継続の後方支援とともに介護予防を目的とした普及啓発を行う。平成29年度に立ち上げられた男のサロンへの後方支援を継続すると共に、区民の自主的な地域活動が図れる様、参加候補者への働きかけを行う。また、新規の運動に関する自主グループ設立に向けた準備を行う。
相談窓口の周知活動を強化する。	前年度から継続して、町会や医療機関、介護保険事業者等への広報紙の配布を、1ヶ月に1回継続する。他、新規で地区内の商店会や小売店等、民間企業へ広報紙や事業案内チラシを配布し、あしんすこやかセンター認知度向上を図る。これにより、企業の顧客や利用者にあしんすこやかセンターへ相談を促して頂ける様、働きかける。
相談対象拡充の周知を継続する。	まちづくりセンター及び社会福祉協議会との会議を通じて情報を共有し、地区の人材や社会資源を活用しつつ関係部署へ繋ぐ。また前年度に引き続き、まちづくりセンターや社会福祉協議会が事務局を担う会議に参加調整頂き、事業案内等を行う。
実態把握経路を拡大する。	訪問対象者リストでの実態把握に加え、シルバーパス更新手続きの際のチラシ配布を行い、相談者に対しては訪問による実態把握を実施する。
地区内の民間企業とのネットワークづくりに取り組む。	地区内の商店会や小売店等、民間企業へ広報紙や事業案内チラシを配布し、あしんすこやかセンター認知度向上を図る。これにより、企業の顧客や利用者にあしんすこやかセンターへ相談を促して頂ける様、働きかける。
適切なアセスメントによる見守り対象者の選定及び、定期的な訪問を実施する。	見守りフォローリストの担当が見守り対象者の進捗管理を行い、職員間での情報共有と適切・迅速な対応が出来る体制を整える。また、見守りコーディネーターの担当変更がある為、円滑に事業が実施出来る様、業務分担を行う。(ボランティア懇親会、登録者増の活動)
センター内での情報共有を行う。	朝礼・終礼を利用して、相談案件を職員内で共有する事で、担当者のみで判断せずに虐待に至る可能性を見逃さない体制を作る。また1カ月に1回の見守りフォローリストにも登録し、適切な見守りを行う。
地域内の社会福祉士や専門機関との連携を行う。	相談案件については、必要に応じて社会福祉士の同行や成年後見センターへの案内に継続して取り組む。家族介護者の会と連動し、介護者に向けた成年後見制度に関する講座を年間1回開催する。
北沢地域6あしんすこやかセンター合同いきいき講座を開催する。	北沢地域6あしんすこやかセンター合同で、「老い支度」等に関するいきいき講座を年間1回開催する。
主任ケアマネジャーを中心として他職種連携を図る。	主任ケアマネジャーを中心として、テーマを設けて他職種連携を図るための合同地区包括ケア会議を年2回開催する。
主任ケアマネジャー主体で地域のケアマネジャー支援を実施する。	北沢地域のあしんすこやかセンターと地域の主任ケアマネジャーと合同で、合同地区包括ケア会議を年1回開催する。松原あしんすこやかセンターと合同で、情報交換やケアマネジメントの質の向上のために合同地区包括ケア会議を年2回開催する。
地区課題抽出や地域資源の情報提供・活用	介護予防ケアマネジメントの質の向上のために地域ケア会議ABを年3回ずつ開催する。合同地区包括ケア会議を年1回開催し、地区内での地域資源発掘や活用を努める。
在宅医療相談窓口としての周知とともに、地区内の医療機関と介護事業所のネットワークづくり	在宅医療相談窓口としての役割を広報紙等を用いて区民に周知する。地区連携医事業として、年間1回在宅療養に関する区民向け講座を実施する。また、地区内の医療と介護のネットワークづくりを継続する。北沢地域医療職で、地区連携医、医療ソーシャルワーカー等、在宅療養に関わる他職種で在宅医療・介護連携会議を年間1回開催する。
認知症専門相談員の周知	広報紙やチラシを活用して、関係機関や地区内の商店会や小売店等、民間企業へ、認知症専門相談員の周知を図る。また、認知症初期集中支援チーム事業は昨年同様2事例以上挙げてサービス利用に円滑に移行させる。そして、北沢地域の従来型・啓発型もの忘れチェック相談会だけでなく、地区型もの忘れチェック相談会を実施して近隣住民にももの忘れ相談窓口の周知を行う。
家族介護者の負担軽減	前年度から継続して、家族会を毎月実施する。外部講師による講座や施設見学等のメニューを設定する事で、介護者に有益な情報提供を行う。また介護者同志が自然に語り合える場としての機能も提供する。
認知症高齢者へ配慮出来る区民の増加	昨年同様、1年間に2回、認知症高齢者の地域支援に関して、区民を交えて検討する会議を開催する。また認知症サポーター養成講座を2回開催し、認知症に理解を持つ区民を増やす。
認知症支援機関等との関係構築	医療機関主催の認知症カフェ「くるみカフェ」及び、大原北町会主催の介護者カフェ「おほはらカフェ」に参加し、関係構築を図る。
迅速に対応出来る体制づくりに取り組む。	日々の朝礼及び終礼での情報共有を継続する。また介護予防サービス支援計画等については、作成職員以外も閲覧し、内容の確認を実施する事でサービス改善や苦情の防止を図る。
業務の基本を徹底する。	入職1年未満の職員も含む為、マニュアル等を確認し、基本に忠実に法令順守のもと業務を行う。また個別に参加した研修については、会議を利用して伝達研修を実施する。
職員間で業務分担を行い、個々の職員の負担を軽減する。	前年と継続して、各事業は原則2名以上の担当職員を配置し、職員の負担軽減とともに質の高い事業を図る。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・平成30年3月現在74名の介護予防ケアマネジメントAの実施者となっている。また事業対象者のケアマネジメントは延べ6名となり通所サービスの利用が主となっている。要支援者のケアマネジメントB/Cについては延べ4名となり運動プログラムの利用が2名、地域ケア利用が2名となっている。 ・介護予防ケアマネジメントの質の向上に関する地域ケア会議を1回開催した。
	介護予防対象者把握	65才以上の高齢者のみ世帯やひとり暮らしの方、要介護認定新規・更新認定者でサービス未利用の方などリスクの高い方々へ実態把握訪問や電話での把握を行い、対象者把握に努めた。
	普及啓発講座の実施	・いきいき講座を実施しテーマは男性の社会参加を目的とした料理教室や、地区内の特別養護老人ホームの協力を得て介護保険施設の機能について、管理栄養士を講師に低栄養に関する講座を行った。 ・地区内のふれあいいきいきサロンに定期的に参加し介護予防に関するミニ講話を行った。
	その他	地区内に立ち上がった地域デイサービスに対象者をつなぎ延べ7名の利用となった。
II 総合相談 支援業務	総合相談	相談件数は4457件であった。北沢タウンホール内の「福祉の相談窓口」として、高齢者に限らず様々な福祉の相談を受け、本人家族からの相談のほか民生委員や商店からの相談もあり必要に応じて訪問による状況確認を行った。
	地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・福祉の相談窓口の機能の周知のため、地区包括ケア会議を開催し民生委員や関係機関へ事業の周知や連携強化を行い、また地域障害者相談支援センターや地域子育て支援コーディネーターと連携目的の話し合いを行った。 ・相談拡充該当の延べ相談件数は169件であった。内容としては高齢者の福祉領域以外にも問題があるケース、高齢者以外の精神保健に関するケース、窓口や情報提供案内で完結するケースと大きく3つに分類された。問題のあるケースについては地域ケア会議日を行うなど対応を関係機関で検討した。 ・まちづくりセンター、社会福祉協議会とともに三者連携会議を毎月行い、情報共有や地区の課題を協議しサロン支援から協議体へ発展した活動を三者で展開した。
	実態把握	65才以上の高齢者のみ世帯やひとり暮らしの方の実態把握訪問や、民生委員や住民、商店からの相談に対応して実態把握を行い、年間2047件実施した。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	・広報紙を年間6回計4,800部発行し、地区内の町会回覧や公共機関や病院、薬局などに出向き、広報と連携強化に努めた。 ・北沢祭りに介護予防に関するブースを出展したり、地区の高齢者クラブやふれあいいきいきサロンに出向きPR活動を行った。 ・北沢地区高齢者見守りネットワークを北沢まちづくりセンター・社会福祉協議会と共催し地区の住民と福祉課題について話し合いを行った。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りが必要な高齢者を孤立死リスクとサービス未利用リスクに分けリストアップし担当者を決め定期的に見守り訪問を行い延べ26名となった。
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・あんしんすこやかセンターで受けた虐待通報は5件であった。その他、継続ケースも含め保健福祉課による高齢者虐待ケア会議に6件参加した。 ・世田谷区高齢者虐待対応研修に参加、その他、東京都虐待対応研修に参加した。 ・地区のケアマネジャー連絡会にて虐待早期発見の啓発を行った。
	成年後見制度に関する対応	・近隣に親族のいない認知症独居高齢者の成年後見制度申立支援について成年後見センターと連携し申立の継続的な支援を行った。 ・成年後見センターの事例検討会に出席し、関係機関との連携及び職員の資質向上を図った。 ・成年後見申立に向け専門診断を得るため、医師との調整や診療への同行支援を行った。
	消費者被害の防止	・訪問販売の被害を受けた高齢者からの相談に対してすみやかに世田谷区消費生活センターと連携してクーリングオフと2次被害防止の対応を行った。 ・地区のサロンに出向き、ミニ講話等で消費者被害対策の啓発を行った。
	その他	北沢地域合同のいきいき講座を年1回開催し、北沢警察より道交法改正、特殊詐欺について講話。信用金庫より通帳と印鑑の管理、成年後見制度、公正証書遺言、相続対策について講話を行った。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	代沢地区と共催した医療と介護の多職種連携の会「代沢・北沢あんすこカフェ」を年3回実施し医療職介護職の参加延べ人数は118人であった。全2時間の2部構成で、テーマを分けて、世田谷区医師会の協力のもと地区の医師より訪呼吸器疾患、消化器疾患、かかりつけ薬局・薬剤師の講義。後半は在宅酸素機器やストマのついての体験、制度改正の意見交換を行った。また会の運営については主任介護支援専門員や介護保険サービス事業者の協力を得ながら行った。
	ケアマネジャー支援	・「代沢北沢ケアマネジャー連絡会」を、代沢地区と共催し地区内の居宅介護支援事業所に参加を呼びかけ、毎月開催し、ケアマネジャーの困りごと相談や事例検討を行った。会の運営については事務局をあんしんすこやかセンター主任介護支援専門員が行い、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が司会進行を行った。 ・北沢地域あんしんすこやかセンターの主任ケアマネジャーと居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の合同企画で地区のケアマネジャーのケアマネジメントの質の向上につながる研修会を年間1回開催した。 ・北沢地域の主任介護支援専門員の連絡会を北沢地域のあんしんすこやかセンター合同企画し、地域の居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員からコメンタリーを募り地域の介護支援専門員への支援方法について検討した。
	地域ケア会議の取り組み	地区版地域ケア会議を年間4回開催し、内2回は住民からの相談により対応した会議、1回はケアマネジャーからの相談に対応した会議、内1回は自立支援に資する会議を開催した。参加者はあんしんすこやかセンター3職種に加え、社会福祉協議会やまちづくりセンター、保健福祉課、主任ケアマネジャー、理学療法士、民生委員、町会役員などの関係者の参加となった。
V 医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医事業等の取り組み	・地区連携医事業について「代沢北沢ケアマネジャー連絡会」の事例検討等に地区連携医の参加を依頼し定期的に介護支援専門員の支援や医療と介護の連携を行った。 ・北沢地域あんしんすこやかセンター医療職合同主催での地区包括ケア会議を1回開催し、災害時の在宅医療機器使用者の対応をテーマに学習会を行った。 ・区民向けに在宅医療啓発を目的としたいきいき講座を1回開催や広報紙を地区内のクリニックや薬局に定期的に配布し、地区内の医療機関への広報活動を行った。
	その他	
VI 認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・認知症初期集中支援チーム事業に3事例提出。要介護認定申請支援や介護サービスの利用へ繋げた。 ・もの忘れチェック相談に認知症が疑われる高齢者を3名つなげ、相談後のフォローを継続した。
	家族介護者支援	家族会「さくら紅葉の会」年間6回実施。延べ参加者21名。介護経験者が中心となり悩みを持つ参加者に対し、経験から得た知識を伝えることができた。
	普及啓発	認知症サポーター養成講座を郵便局員向けに地域合同開催で一回、北沢中学校学生向けに単独開催で一回、延べ71人の認知症サポーターを養成した。
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	・事故や苦情については法人内のあんしんすこやかセンターの定例管理者会で各あんしんすこやかセンターの事例を共有し、内容を各職員に周知し業務改善やリスクマネジメントに努めた。 ・法人内のあんしんすこやかセンター職員が協力して「介護予防支援等マニュアル」を作成し、業務の標準化を行った。 ・介護予防支援の業務が運営基準に則って実施されているかチェックシートを用いて法人内部で協力して各職員の業務の点検を行った。
	人材育成、人材定着	・区民に信頼される相談対応を全職員が心掛け、専門的領域以外に、接遇や苦情対応に関する研修を各職員が受講し、職場内で共有し全体の資質向上を図った。 ・各職員が自己育成計画を管理者のヒアリングを受けながら作成し、研修受講や自己啓発に各職員が計画的に取り組めるよう行った。 ・法人内で各職員にメンタルヘルスマネジメントを実施し、職員と管理者それぞれ向けにメンタルヘルスマネジメント研修を実施することで法人全体でメンタルヘルスクアの取組やハラスメントに関する相談担当を配置し研修を実施し法人全体でハラスメント予防の体制づくりに取り組んだ。
	職場内連携	・毎朝の職員ミーティングで個別ケースや地域資源等の情報共有、検討を行い、対応力の向上を目指した。 ・研修や会議を受講した職員は、速やかに職場内での伝達を実施し知識技術の定着を図るようにした。 ・ケースの状況に応じて他職種が同行訪問するなど、3職種、ケアマネジャーが連携して対応した。
	その他	・理学療法士の資格を持つ介護支援専門員が在籍しており、実態把握訪問時に必要に応じて専門的アプローチを行った。 ・北沢地域あんしんすこやかセンター管理者会をほぼ毎月開催し、各センターの課題や業務についての情報の共有を行った。 ・法人内災害時対応マニュアルや緊急連絡網を法人内で整備し、定期的な防災訓練等を実施し、災害時に備えるよう職場内の連携を強化した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<ul style="list-style-type: none"> 住民主体の社会資源を活用した介護予防ケアマネジメントの実施 介護予防ケアマネジメントの質の向上に関する地域ケア会議の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 地域サービスや支えあいサービスを活用した介護予防ケアマネジメントの実施を行う。 介護予防ケアマネジメントの質の向上に関する地域ケア会議を年2～3回開催し、不足する社会資源などの地域課題の抽出を行っていく。 専門職訪問を随時活用し自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを実施する。
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防対象者把握 	<ul style="list-style-type: none"> 窓口相談や実態把握訪問時に基本チェックリストを適宜実施し、介護予防対象者の把握を行う。
<ul style="list-style-type: none"> いきいき講座を年3回以上実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 北沢地区で活動するミニデイ・ふれあいサロン、高齢者クラブ、町会の集まりに定期的に出向き、健康づくりに関わるミニ講話などを行っていく。 昨年に引き続き、地区内の特別養護老人ホームやふれあいいきいきサロン「男の台所」と協力し、介護予防啓発を目的としたいきいき講座を実施する。
<ul style="list-style-type: none"> 地区内の地域サービスに対象者を適切につなぎ介護予防ケアマネジメントを実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 地区内にある地域サービスに職員が定期的に訪問するなど連携を密に行い、対象者の適切なつなぎやモニタリングを行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 幅広い相談領域に的確に対応できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 様々な相談に的確に対応できるように福祉三課やまちづくりセンター、社会福祉協議会と連携を密に図りながら相談対応を行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 総合相談により住民が抱える複合的な課題を着実にとらえて、関係機関と連携し対応する。 まちづくりセンター、社会福祉協議会と三者連携をすすめ、地区課題に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉の相談窓口の周知のため、まちづくりセンター・社会福祉協議会との連携をより強化し、地域活動や広報紙等の機会を通してPRを行っていく。 地区の課題について三者連携会議を通じて共有しその課題について三者が協働して対応していく。 相談拡充にかかわる内容(母子、障害、経済問題等)について、研修やケア会議の参加により知識を深め、職員が複合的な生活課題にも対応できる力量を身に着けていく。
<ul style="list-style-type: none"> 地域からの相談や年齢別対象者名簿に基づく訪問を中心に地区高齢者の実態把握を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 実態把握訪問の年間目標を500件とし、丁目ごとに担当職員で分担し効率的に訪問による把握を行う。
<ul style="list-style-type: none"> まちづくりセンター、社会福祉協議会と連携し、「地区高齢者見守りネットワーク」を実施していく。 地域活動に参加しあんしんすこやかセンターのPRを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 地区の行事である北沢まつりへの出展を継続して、介護予防事業や相談対象拡充のPR活動を行う。 広報紙を年6回発行し、町会自治会の回覧板や関係機関に配布し広報活動を続ける。 まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者会議を通して高齢者見守りネットワーク体制の充実を目指し高齢者見守りネットワーク会議を年1回以上開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 見守り対象者の適切な把握と継続的な見守りフォローの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 総合相談や実態把握により、見守り支援が必要な高齢者の把握を行い、見守りフォローリストを毎月ミーティングで管理し、見守り対象者の継続的な支援を行う。 見守りコーディネーターが中心となり、あんしん見守り事業の周知や見守りボランティアとのマッチングやボランティアへの支援を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 虐待防止の啓発、早期対応に努める 	<ul style="list-style-type: none"> 虐待対応研修に参加し、虐待対応についての知識と対応力向上に努める。 ケアマネジャーや介護保険事業者等へ連絡会等を通して、虐待早期発見を啓発し、虐待が疑われるケースは関係機関と連携し早期発見、早期対応を行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 成年後見センターや医療機関と連携し、権利擁護が必要な高齢者を見逃さず、適切に対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 成年後見制度申立支援を要する事例に速やかに対応できるように成年後見センターや医療機関との連携関係の強化を図る。 成年後見センターが主催する事例検討会に定期的に参加し相談対応力の向上に努める。
<ul style="list-style-type: none"> 消費者被害を早期に発見し対応する。 消費者被害を防ぐための啓発活動を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 日々の業務の活動機会を利用して、消費者被害やトラブル・犯罪防止の啓発を行い、地域住民同士の気づきを促し、あんしんすこやかセンターに相談し易い体制づくりを行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 医療介護の他職種連携の会を年間3回実施 	<ul style="list-style-type: none"> 北沢地区と代沢地区は比較的小規模な人口の地区であるため、医療と介護の連携については効率的に行う共働の形で進めていく。「代沢・北沢あんすこカフェ」を年3回実施し地区内の連携の機会を維持していく。テーマについては医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域の資源となりうる団体等の協力を得ていく。運営については主任介護支援専門員や介護サービス事業者と協働して行う。
<ul style="list-style-type: none"> 北沢地域の居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の協力を得ながら介護支援専門員への支援体制の構築 ケアマネジャーからの相談には職種の専門性を生かした支援 	<ul style="list-style-type: none"> 「代沢北沢ケアマネジャー連絡会」を主任介護支援専門員が中心となり毎月開催し、事例検討や困り事の相談、情報共有を行う。連絡会では定期的に地区連携医のサポートを受けていく。 北沢地域のあんしんすこやかセンターと居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の定期的連絡会を開催し、地域の介護支援専門員に必要な支援や研修を検討していく。 介護支援専門員からの個別相談には三職種で検討し各職種の強みを生かした支援を行い、必要に応じて地域ケア介護の開催を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 個別ケースの地域ケア会議を年間2回以上開催し、個別課題の検討や地区の課題の抽出を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別ケースの地域ケア会議を年間4回以上開催し、個別課題の検討や地区の課題の抽出を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 地区連携医の助言を得ながら継続的包括的ケアマネジメントの目的である医療と福祉の連携を推進する仕組みづくりを進める。 在宅医療・介護連携推進担当を中心としてあんしんすこやかセンターでの在宅医療相談窓口のスキルを向上していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 「代沢北沢ケアマネジャー連絡会」「代沢北沢あんすこカフェ」への地区連携医の参加を依頼し、介護支援専門員や介護サービス事業者が医療的助言が継続して受けられる体制づくりを行う。 在宅医療の啓発を目的としたいきいき講座を年一回開催や地区内のクリニックや薬局に広報紙配布に訪問し、医療機関からあんしんすこやかセンターへ相談しやすい連携づくりを行う。 毎月のミーティングの場で在宅医療・介護連携推進担当を中心として在宅医療相談窓口に関する事例を共有し各職員の相談援助スキルを向上していく。
<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チーム事業3事例提出 地区型もの忘れチェック相談の開催 	<ul style="list-style-type: none"> 必要時に事業利用ができるよう、全職員が認知症初期集中支援チーム事業を念頭に総合相談を受け、年間3回の事例を提出する。 地区型もの忘れチェック相談の実施に向け対象者を選定し職員が協力して運営を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 家族会「さくら紅葉の会」を年間6回実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 多くの介護者が参加できるように開催場所を2つに分け、隔月にて計6回開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座を年2回実施 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座を、幅広い地域住民が参加できるよう広報活動を行い、年2回以上実施する。
<ul style="list-style-type: none"> 苦情0件 職員の資質向上 	<ul style="list-style-type: none"> 事故、苦情の事例は職員で速やかに共有し、リスクマネジメントに取り組む。 職員の資質向上のため、リスクマネジメントやコンプライアンス、接遇に関する研修に参加する。 介護予防支援の業務が運営基準に則って実施されている各職員の業務の点検を年一回以上実施する。
<ul style="list-style-type: none"> 新人職員の育成 職員のスキルアップ 	<ul style="list-style-type: none"> 年12回の法人内研修に参加しケアマネジメントのプロセスについての知識技術を深め、事例検討会を行う投量を高める。 各職員が自己育成計画を作成し、目標を管理者と共有していくことで計画的に研修等に参加し人材育成・離職防止を図ることや、新人職員へのOJTを実施し、業務に関する研修を確実に受けられる体制を維持していく。 各職員へのメンタルヘルスマンサントや研修を行うことで法人全体で職員のメンタルヘルスケアへの取組やハラスメント予防の体制を維持するよう研修や相談窓口体制を実施する。
<ul style="list-style-type: none"> あんしんすこやかセンター全体としての相談対応力の向上 三職種の専門性を生かせるチームアプローチ 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日の職場内ミーティングを効率的に運営し、個別事例の検証及び情報共有を行う。 個別事例に関する地域ケア会議には三職種が全員が参加できるようにすることで各職種の専門性活かしたチームアプローチを実施する。 災害時の体制について定期的に点検や訓練を実施することで、発生に備えるよう維持し、災害発生時は「世田谷区避難行動要支援者避難支援プラン」に準じた対応を行う。 理学療法士の資格を持つ介護支援専門員が在籍しており、個別事例に関する地域ケア会議や実態把握訪問時に必要性に応じて参加することで、その専門性を生かしていくアプローチを行っていく。 北沢地域あんしんすこやかセンター管理者会を定期的に開催し、各センターの課題や業務についての情報の共有を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 専門性を生かせるチームアプローチ 	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士の資格を持つ介護支援専門員が在籍しており、個別事例に関する地域ケア会議や実態把握訪問時に必要性に応じて参加することで、その専門性を生かしていくアプローチを行っていく。 北沢地域あんしんすこやかセンター管理者会を定期的に開催し、各センターの課題や業務についての情報の共有を行う。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施 介護予防対象者把握 普及啓発講座の実施	・高齢者の集まる会(サロン・ミニデイ)・地域の行事にて介護予防・日常生活支援総合事業の案内を行った。 ・介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントを9件実施した。 適宜基本チェックリストを実施し実態把握訪問で対象者発掘に努めた。 ・いきいき講座を単独で2回(栄養・運動)、北沢地域社会福祉士主催で『老後に必要なお金』をテーマに合同いきいき講座を1回開催した。地域ではミニデイ、サロンでミニ講話を行った。 ・はつらつ介護予防講座は少しずつ参加者が増えている。
II	総合相談 支援業務	総合相談 地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充) 実態把握 啓発活動(地区のネットワークづくり) 見守り訪問、相談(あんしん見守り事業) その他	専門職としてのチームアプローチを行えるよう情報を共有し相談内容の的確な把握に努めた。 相談拡充による相談は4件あった。事例を通じて社会福祉協議会との連携を深めることができた。 実態把握訪問件数の目標は650件であったが見守り訪問とモニタリング訪問を加えた為年間1,084件実施した。 ・三者連携会議には出来るだけ職員全員が出席できるよう努めた。 ・あんしんすこやかセンター広報紙を地域の病院、歯科医院、薬局、郵便局、銀行、商店等に配布し連携を依頼し、気になる高齢者の相談が入るようになった。地域の医療機関からの個別の相談が増加した。 見守りボランティア制度の新規利用は0件、ボランティア活動は上半期1件あった。見守りボランティア訪問を継続した結果、本人の外出する意欲を引出し、はつらつ介護予防講座への参加につながる事ができた。見守りフォローリストによるあんしんすこやかセンターの見守りは27件あった。定期的な見守り支援を行った結果緊急時の対応がスムーズにできた。 地区のネットワーク作りを目的に松原地区社会福祉協議会開催の行事(松原デイキャンプ・地域交流バスツアー・介護者交流会・男塾)や松沢小学校避難所立ち上げ訓練に参加し協働した。全町会にあるミニデイ(ふれあい松原)に毎月参加し、高齢者や民生委員の相談をうけてフォローした。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止 成年後見制度に関する対応 消費者被害の防止	・虐待ケースの発見・通報には速やかに保健福祉課にシートを提出し虐待ケア会議に出席した。 ・地域のケアマネジャー向けに虐待の疑わしきは相談、通報の意識を高めることを目的とし、「虐待への気づき・区への通報の流れ」について新代田と松原で合同包括ケア会議を2回行った。 ・成年後見制度の利用が望ましい方を、成年後見センターへつなげた。 ・支援過程において弁護士相談に結びつけ、相談に同席しながら利用者の理解促進を支援した。 ・成年後見制度に結びつける為に地域ケア会議Bを行った。 ・北沢地域社会福祉士主催で『老後に必要なお金』をテーマに合同いきいき講座を1回開催した。 ・消費者被害の予防・再発防止のために民生委員と最新の情報を共有し、ミニデイ・サロンにおいて注意喚起した。 ・以前に被害に遇った方にはモニタリングを継続し、再発予防に努めた。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携 ケアマネジャー支援 地域ケア会議の取り組み	・地域密着型デイサービス運営推進会議に2回、医療連携推進会議に2回出席し、地域のニーズ等を協議した。 ・多問題を抱えたケースに関しては、社会福祉協議会や北沢地域障害者相談支援センターと協力してスムーズな支援を行った。地域の多職種間連携のため事業所訪問を継続した。 ・主任ケアマネジャーと協働し、北沢地域の合同包括ケア会議「ケアマネジャーの聴く力」を1回行った。 ・新代田と松原の合同包括ケア会議「虐待についての気づき・虐待通報の流れ」を2回行い、地域のケアマネジャーのスキルアップを図り、また主任ケアマネジャーの地域活動の機会を提供した。ケアマネジャーから困難事例の相談があった場合は、同行訪問や助言をするなどして支援した。 ・地区版地区ケア会議Aが1回 地区版地域ケア会議Bを4回開催した。 ・会議を開催したことによって、他職種と顔を合わせる機会ができ、その後の支援や他のケースにおいて連携しやすくなった。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医事業等の取り組み	・主に孤食をテーマに、地域活動(こども食堂・男の台所・ミニデイ松原)を担っている方々や地区連携医、保健福祉課地域支援担当、社会福祉協議会と、「医者もビックリ食の力」と題し地区包括ケア会議を1回開催した。 ・北沢地域医療職主催の合同包括ケア会議「在宅支援に向けて」を1回、「防災時の医療について」を1回行った。 ・昨年に引き続き、個別に居宅介護支援事業所訪問を行い、情報交換や連携の依頼を行った。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談) 家族介護者支援 普及啓発 その他	・認知症本人の生活実態の把握、意思決定支援、家族のフォロー、必要なサービス選択の支援等多様化する認知症相談に対して、個性を重視し専門性を生かしたチームアプローチで対応した。 ・従来型もの忘れチェック相談で3名の相談があり、フォローした。 ・認知症初期集中支援チーム事業を活用し、事例3件はチームで協働し解決に向けて対応した。 あんしんすこやかセンター主催の介護者の会「お茶とせんべい」を6回開催した。地域の認知症家族の会「翠の会」・認知症カフェ「あしべ」の継続的な支援をした。家族介護者支援を目的とした、社会福祉協議会の介護者交流会に参加し相談ブースを設けた結果2件の相談があり、フォローを行った。 ・認知症サポーター養成講座を4回(住民向け土曜日開催2回・梅ヶ丘中学校PTA1回・三菱UFJ銀行1回)開催した。 ・「認知症の方の支援について地域での見守りや地域住民と事業者がどのように連携を行っているのか」をテーマに松沢・松原あんしんすこやかセンター合同で地区包括ケア会議を開催した。高齢福祉課や社会福祉協議会から世田谷区の認知症支援の取り組みの事業の説明と、各福祉用具事業所からは認知症の方へのお役立ちツールの紹介をおこなった。後半のグループワークでは各町会関係者・民生委員・保健福祉課・まちづくりセンター・居宅介護支援事業所等介護保険事業所が参加して地域での見守りについて話し合いを行った。最後に介護予防・地域支援課より講評を頂いた。 徘徊している認知症高齢者を4人保護し、延べ16件のフォローを行った。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応 人材育成、人材定着 職場内連携	苦情があった場合は、傾聴しながら苦情内容を把握し対応を行った。さらに苦情になった原因と改善策を所内で話し合い、再発予防につとめた。 毎朝のケース報告では自分のケースを振り返り、他の職員の意見を聞くことで視野を広くもてるよう努力した。それぞれの職種やスキルにあわせた研修に参加し、参加後は適宜資料の回覧・内容の伝達を行い職員間で知識の共有を図った。 ・初期集中支援事業や地域ケア会議等の事例選定は全員で話し合って決めた。各専門職が情報を共有したうえで互いに意見を出し合いチームアプローチによる課題解決を図った。 ・担当者が不在の場合でも職員全員が情報共有ができていたので緊急時スムーズに対応できた。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
幅広い適切なケアマネジメントの実施	要支援者、事業対象者に対して総合事業を説明し、ニーズに応じたサービスを利用できるように働きかける。
対象者(ニーズ)発掘に努める。	実態把握訪問や高齢者の集まるサロン・ミニデイ・地域行事・講座等の場で基本チェックリストを適宜実施し、介護予防事業の対象者把握に努める。
介護予防に関する普及啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・いきいき講座を単独で3回実施する。 ・引き続き自主グループやミニデイ・サロンにてはつらつ介護予防講座を周知し、新規参加者を増やす。 ・若い世代の地域住民にもあんしんすこやかセンターを周知し、地域のミニデイや自主クラブを紹介し、介護予防に興味を持てるように働きかける。
初期相談や相談対応時には隠れた問題やニーズを的確に把握する	相談内容のニーズを把握し専門職として分析、社会資源に繋げられるようにしていく。
相談者が必要な支援を受けられるよう対応する	高齢者以外の相談は該当する担当機関の専門窓口へ繋いでいく。
実態把握訪問件数650件を実施する。	実態把握訪問件数650件を実施する。
松原地区の課題を把握し、課題解決に向けて関係機関との連携を強化する。	三者連携を引き続き継続する。民生委員、自治会長、まちづくりセンター、社会福祉協議会との地域ケア会議を1回開催し地区課題を抽出し、「男塾」「地域交流バスツアー」等の運営支援を行う。
見守りフォローリストを活用した継続的な見守りにより高齢者の安否確認と孤立化予防に取り組む。	見守りフォローリストを改良し、訪問時に活用していく。ハイリスクが予測されるケースは、あんしんすこやかセンターの専門職としての見守りを継続していく。地域の見守りのネットワークの強化のひとつとして、地域のまちづくりセンター・社会福祉協議会と連携し、見守りボランティアを必要とする人があれば紹介していく。
虐待の発見、通報が早期に行われるよう努める。	松原地域の居宅介護支援事業所の訪問を引き続き行い、虐待を見逃さず、早期発見・通報ができるように努める。ハイリスクケースは普段から保健福祉課へ相談し必要時にすみやかに介入できるよう努める。対応中のケースはモニタリングを継続し、再発予防に努める。
成年後見制度が必要なケースに早期対応し、制度を活用する。	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度の利用が望ましいケースには、成年後見センター(えみい)の案内をしていく。 ・支援過程において弁護士等と連携し必要に応じて申立ての支援を行っていく。
消費者被害の予防、防止。	<ul style="list-style-type: none"> ・消費者被害に遭った高齢者にはモニタリングを続け、再発防止のために具体的な対策方法を指導・助言していく。 ・消費者センターや警察と協力して、被害防止のための啓発活動をしていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・多職種間連携を深める。 ・見守りの連携を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしんすこやかセンター広報紙を活用し事業所訪問を継続し地域の多職種間連携を図る。 ・地域住民や専門職の地域ケア会議への参加を促し、地域ケア会議での役割や理解を深め、ネットワークづくりを促進し、情報共有をはかる。
主任ケアマネジャーとの連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・新代田、松原地区のあんしんすこやかセンター主任ケアマネジャーと地区の主任ケアマネジャーが連携し『終末期ケアのマネジメント』と『地域資源について』の合同包括ケア会議を2回開催する。 ・北沢地域のあんしんすこやかセンター主任ケアマネジャーと地区の主任ケアマネジャーが協働し、合同包括ケア会議を1回開催する。 ・北沢地域あんしんすこやかセンター医療職主催の『ターミナルについて』の合同包括ケア会議を1回開催する。
引き続き地区の課題に取り組む	随時必要に応じて地区版地域ケア会議Aを3回、地区版地域ケア会議Bを3回開催し地区の課題に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> ・松原地区における医療と介護の連携を深める。 ・医療ニーズの高いケースへの対応力を高める。 ・在宅療養相談窓口の周知。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地区連携医を交えて毎月打ち合わせを行い、必要なテーマを上げて、年1回地域包括ケア会議を開催する。 ・在宅医療に関する講座を住民対象に1回開催する。 ・北沢地域医療職主催の地区連携医・ソーシャルワーカー・ケアマネジャーなどを中心とした多職種で在宅医療に関わる在宅医療連携会議を1回開催する。 ・あんしんすこやかセンター広報紙を活用し、窓口業務の紹介をする。
相談には認知症本人や家族の相談内容を的確にとらえ、専門性を生かしたチームアプローチを行う。	認知症初期集中支援チーム事業・もの忘れチェック相談会・認知症高齢者の家族のための家族会・認知症高齢者の家族のための心理相談会を活用し支援していく。
家族介護者の介護負担軽減につながる取り組みを継続する。	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしんすこやかセンター主催の介護者の会「お茶とせんべい」を年6回開催する。 ・地域の認知症家族の会「翠の会」3回・認知症カフェ「あしべ」は随時支援し、介護者家族には認知症家族の会や認知症カフェ等の案内をする。 ・家族介護者支援を目的とした「家族介護のコツ」について、いきいき講座を1回開催する。
幅広い世代に認知症を理解してもらう。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座を3回開催する。今年度も土曜日開催を行う。 ・今年度も引き続き認知症の地域連携をテーマに松沢・松原あんしんすこやかセンター合同で地区包括ケア会議を開催する。
苦情相談に対し適切かつ迅速な対応が出来るようにする	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情を含め誰もが意見を言いやすい環境作りを行い、丁寧な対応を全職員が心掛ける。 ・苦情があった場合は、情報を共有し、解決策を全員で話し合い、実行する。
職員全員がバランスよく研修に参加しスキルアップをする。	全職員でスキルアップを図れるように研修に参加した職員は職場内にて内容を報告し全員で共有する。
情報共有を密に行う。	引き続き、認知症初期集中支援事業や地域ケア会議等の事例選定は職場内で話し合って決める。常に課題解決にむけて各専門職が情報共有した上でチームアプローチを行う。担当者が不在の場合でも業務日誌を活用し、職員全員が情報共有した上でスムーズな対応をしていく。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	基本チェックリストの結果等から情報を把握し課題を分析し必要な支援を行ったが、介護予防においては12件であり、日常生活支援総合事業においては3件だった。
		介護予防対象者把握	地域サロンへの訪問時・はつらつ介護予防講座等の開催時には、基本チェックリストを行い対象者を把握した。
		普及啓発講座の実施	地域住民に向けての健康づくり、筋力低下予防、福祉相談をテーマに地区内の福祉サービス事業所との共催のもと介護予防と身近な地域での見守りへの普及啓発を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	支援を必要とする相談者に対して、適切な支援予防サービスを繋げ、緊急な対応が必要な場合は、各機関と連携を図り問題の解決に向けて迅速に対応した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	65歳未満の住民に対しての相談に対しては、三者含め保健福祉課、健康づくり課、北沢地域障害者相談支援センターとし問題解決に向けて地区版地域包括ケア会議を開催し役割分担を行い対応した。
		実態把握	年間800件を目標に高齢者の集まる赤堤クラブ総会や各サロンに参加し地域住民からの情報提供により実態把握の対象者を増やし1,114件実施した。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	・社会福祉協議会主催の「おしゃべりカフェ」や各町会の会議、社会福祉協議会主催のサロンに毎月職員1名以上で参加しネットワークづくりを行った。 ・春、夏、秋、冬の時期に合わせて広報紙を年間4回発行した。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りボランティア5名が登録をして、見守りを実施した。そのうち1件においては、認知症の疑いがあることから、認知症初期集中支援チーム事業に繋げ対応していくことになった。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	ケアマネジャーから通報があったケースが2件、医療機関から通報があったケースが1件。保健福祉課と連携し虐待会議を開催して支援を行った。
		成年後見制度に関する対応	北沢地域あんしんすこやかセンターで成年後見制度をテーマとして合同いきいき講座を1回実施、単独で「終活はじめてみませんか」と題として1回開催した。
		消費者被害の防止	消費者被害を未然に防ぐために、消費生活課・消費生活センターと随時情報交換を行い、問題が発生した場合は各機関と連携し迅速に対応した。また、はつらつ介護予防講座・サロン時に消費者被害の現状を伝えて被害防止に努めた。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	困難事例など個別支援を通して、医院・薬局・介護保険サービス事業所との連携を行った。また、地域密着介護保険事業者による運営推進会議に参加し災害時への備えについて検討し共有した。
		ケアマネジャー支援	合同地区包括ケア会議(梅丘松沢)にて「虐待への気づきと対応」をテーマに1回実施した。事例に用いたグループスーパービジョン機会を4回持ち、支援困難事例への対応方法の振り返りを行った。また、リ・アセスメントシートを活用してケアプランの振り返りを1回行った。ケアマネジャーからの相談は随時受けて、必要時には北沢保健福祉課に報告して対応した。
		地域ケア会議の取り組み	介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的とした会議(会議A)1回、支援困難事例による会議(会議B) 9回開催した。民生委員、児童委員協議会との情報共有会を2回実施した。
		その他	北沢地域ケアマネスキル向上委員会との協働により、「ケアマネジャーの聞き取る向上」をテーマに北沢地域合同包括ケア会議を1回開催した。松沢まちづくりセンター主催の「防災塾」に1回、「防災塾ワーキンググループ」に3回参加して災害時に対応についての検討・共有を行った。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医事業等の取り組み	地区連携医・松沢地区のケアマネジャー・介護保険サービス事業者間で事例を通して交流を図る事ができた。また、在宅療養相談窓口設置に伴い、東京都看護協会主催の在宅医療コーディネーター研修に参加して、コーディネーターの役割について学び、今後の支援方法を理解することができた。
		その他	医師・地域の医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・介護保険サービス事業者・保健福祉課・あんしんすこやかセンターにて「退院時の支援」をテーマに地域包括ケア会議を開催した。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・認知症初期集中支援チーム事業では3件の事例をあげて、医療との連携や介護保険サービス等に繋ぐ事ができた。 ・地区型もの忘れチェック相談会を実施し、1件の相談者に対して専門医による医療に繋げる事ができた。
		家族介護者支援	松沢地区介護者のつどいを4回開催した。北沢地域合同認知症高齢者の家族会に参加し支援を行った。相談者に対しては、家族会や心理相談等の案内を行った。
		普及啓発	認知症サポート養成講座を中学生向けに2回、大学生向けに1回、町会向けに3回開催し、計6回145人のサポーターを養成することが出来た。SOSネットワークとの連携は、合同認知症地域連携ケア会議を実施して、地域の方に認知症支援ツールの周知を行った。
		その他	松原地区と合同で認知症地域連携ケア会議を開催。町会や民生委員、ケアマネジャー、介護保険サービス事業者(計64人)が参加して認知症ケアの推進を図った。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	サービス改善に向けて、苦情に対して速やかに原因を究明して対応していく。
		人材育成、人材定着	外部研修に積極的に参加し各職種とも相談援助技術の向上に取り組んでいく。北沢地域あんしんすこやかセンターの管理者・3職種ごとの連絡会を実施し、情報共有と協働を行う事で個々の不安を解消して人材定着を図っていく。
		職場内連携	毎朝のミーティングに加えて月に1回の「松沢あんしんすこやか会議」を開催して、個別ケースにおける事例検討により情報共有し解決に向けて対応していく。また、複数での対応を行うことで、抱え込みを防止していく。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・・・20件／年間 ・日常生活支援総合事業・・・7件／年間 	基本チェックリストの結果等から軽度者に対しては専門職による訪問指導事業及び筋力アップ教室等により身体機能の向上を図る事・ボランティアによる支えあい事業での生活支援へ繋げていく。
基本チェックリスト者・・・200件以上による介護予防対象者の把握	85歳以上のひとり暮らし及び高齢者のみ世帯で世田谷区が提供するリストの掲載者、介護予防普及啓発講座(いきいき講座、はつらつ介護予防講座等)高齢者クラブ等、様々な対象者と面接し、支援を要する者を基本チェックリストを実施し筋力アップ教室や支えあい事業へ繋げていく。
いきいき講座・・・3件	地域住民に向けての健康づくり、筋力低下予防、福祉相談をテーマに、普及啓発講座を実施していく。高齢者による自動車運転による交通事故の予防啓発講座を成城警察と連携して実施していく。
相談者の問題解決に向けて迅速に対応していく。	初回相談時に本人の意向に応じて、支援の緊急度や介護保険サービスの必要性を把握し、緊急対応が必要な場合は、保健福祉課・健康づくり課・生活支援課等関係機関と連携を図り問題の解決に向けて迅速な対応を行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・各機関との連携をにて支援体制づくりの強化を図る。 ・障害に対する理解の普及 	65歳未満の地域住民からの相談や健康づくり課との連携が必要な対応が増えているため、区民や介護保険サービス事業者に対して障害に対する理解を深めてもらうための講座を行い支援体制の強化を図っていく。
実態把握・・・800件／年間	地域住民からの情報提供や独居の方を重点的に実態把握を行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・三者連携による地区のネットワークの拡大 ・広報紙・・・4回／年間発行。 	松沢まちづくりセンター、社会福祉協議会、北沢地域障害者相談支援センターと連携し地区のネットワークの拡大を図る。
見守り対象者を増やし見守りを強化	見守りボランティア交流会を実施し見守り事業の強化を図っていく。
虐待の早期発見が出来るように地域の支援者との連携の強化	高齢者虐待防止に向けて、松沢地区の民生委員と地域のケアマネジャーに対して「虐待の気づき」をテーマに虐待シートを用いて勉強会を行っていく。
成年後見制度(あんしん事業)講座・・・1回／年間	認知症による判断力の低下、書類の整理等が困難になった方に対して成年後見センターと連携して講座を開催していく。
消費者被害防止に向けた情報共有・連携の強化・地域住民への消費者被害への普及啓発	消費生活課、消費生活センター、警察と連携してサロン等で啓発講座を開催していく。
地域包括ケア会議(多職種間の連携会議)・・・1回／年間	担当地区内で活動している主任ケアマネジャーや居宅介護事業所管理者とで共同企画し、定期的に介護保険サービス事業者や医療機関、NPO法人などが顔を合わせて地区内の強みや課題を共有し対応を検討していく。
ケアマネジャーの個別支援を継続して質の向上を図る事例検討会議・・・2回／年間	担当地区内で活動している主任ケアマネジャーや居宅介護事業管理者とで共同企画し、事例検討会にて各種事例への対応能力の向上やリ・アセスメントシート活用による各自のケアプランの振り返る機会を持ち、ケアマネジャーの質の向上を目指していく。
介護予防ケアマネジメント質の向上会議 3回／年間。支援困難事例による会議 3回／年間。	個別のニーズを把握して相談時から自立支援に向けて介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的とした会議開催を行っていく。また、支援の困難なケースにおいては、保健福祉課等関係機関と連携を図り、早急に検討会議を行う課題を抽出して対応を行っていく。
ケアマネジャーのスキル向上会議・・・1回／年間 防災塾の参加・・・4回／年間	北沢地域ケアマネスキル向上委員会と協働し、北沢地域内ケアマネジャーのスキル向上に向けて取り組んでいく。また、避難所運営委員会やまちづくりセンター主催の防災塾及び防災塾ワーキンググループに参加し、地区内における災害への備えや対応について共有と地区住民や関連団体とのネットワーク構築を目指していく。
在宅療養をテーマに地区連携医による区民向けの講座・・・1回以上／年間	在宅医療・介護連携推進担当者が中心となって、本人・家族が選択した上で安心して在宅での生活を継続できるように支援していく。また、区民や事業者等からの相談の際は、在宅における生活のイメージがつくように、在宅療養資源マップ等を活用し、在宅療養を選択した方に合った在宅医等のコーディネートを行っていく。
北沢地域合同地域包括ケア会議・・・1回／年間	地区連携医、医療ソーシャルワーカー等、在宅療養に関わる多職種間で在宅医療・介護連携会議を行っていく。
認知症初期集中支援・・・3事例／年間	医療機関の家族会や地域の家族会で行っている認知症カフェに参加して、認知症における相談窓口の周知を行い、認知症の初期症状の方で支援が必要な方に対しては、初期集中支援チーム事業に繋げていく。
介護者つどいの会の継続及び普及・・・2回／年間、新規参加者を年間2名以上増やしていく。	松沢地区のケアマネジャーと連携して、松沢地区介護者つどいへの参加をすすめていく。新規参加者を増やすために、広報紙や掲示板への周知を行っていく。
認知症サポーター養成講座・・・5回／年間	認知症サポーター養成講座を開催して、認知症の理解を深め、活動の担い手を発掘していく。
認知症地域連携会議・・・1回／年間	松沢まちづくりセンター、社会福祉協議会と連携して、松原地区と合同による「第2回合同認知症地域連携ケア会議」を開催し、システム作りを行っていく。
相談者の苦情を意見として受け止め親身に対応していく。	サービス改善の契機となるように、組織として苦情対応に取り組む。速やかに事実確認と原因究明を行い対応していく。
高齢者、障害者、子育て、生活困窮等の研修への積極的な参加。担当地域での活動推進。	高齢、障害、子育て、生活困窮の各研修に積極的に参加して見識を拡大し深化することで、日々の相談常務に活かしていく。また、各種連絡会での情報交換等を通じて、業務遂行上の疑問や不安を解消し人材定着に努めていく。
3職種の連携強化、相談しやすい職場作りの構築	毎朝のミーティングで、個別ケースの進捗状況を職員間で確認し共有していく。「松沢あんしんすこやか会議」を月に1回開催して、事例検討により目標達成に向けての取り組みを行っていく。また、一人でのケース抱え込みに陥らないように、必要に応じて2名以上の対応を図っていく。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・自立支援、介護予防につながるケアマネジメントを行い、適切なサービスへつなげた。介護予防ケアマネジメントを、事業対象者へは27件(内訳ケアマネジメントA:16件、ケアマネジメントB:3件、ケアマネジメントC:8件)、要支援者へのケアマネジメントBは2件、Cは1件実施した。 ・地域サービス「シェア奥沢デイサロン」「奥沢・東玉川ダンディエクササイズクラブ」に定期的に出向き、活動継続支援を行った。 ・奥沢・東玉川ダンディエクササイズクラブには、年2回、参加者に基本チェックリストを実施し、事業対象者にケアマネジメントを実施した。
		介護予防対象者把握	実態把握訪問や総合相談を通して、基本チェックリストを実施し、介護予防対象者を把握し、介護予防・日常生活支援総合事業や、はつらつ介護予防講座・地域の体操教室・サロンなどを紹介し、介護予防事業につながる支援を行った。 (基本チェックリスト実施件数:240件)
		普及啓発講座の実施	いきいき講座を、「正しい運動方法で元気な体づくり」、「上手に食べて元気に長生き〜ロコモと低栄養を予防しよう〜」、「そろそろ老い支度を考えませんか」のテーマで年3回実施した。
		その他	・体操の自主グループ「元気はつらつ会」の活動継続を支援した。 ・町会の催し、サロンなどを訪問し、血管年齢測定、骨健康度測定、介護予防に関する講話などを行い、介護予防の普及啓発に努めた。 ・新たな地域のサポーター発掘と、介護予防普及啓発を目的に、「奥沢うたの会」を年2回開催した。
II	総合相談 支援業務	総合相談	電話・来所・訪問等による総合相談を行い、相談者のニーズを把握し、関係機関と連携を取りながら、必要な支援を行った。 相談件数:年間4147件
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	・奥沢まちづくりセンター、社会福祉協議会奥沢地区事務局と、月1回三者連携会議を行い、情報交換をするとともに、奥沢地区内の課題を共有し、課題解決の取り組みについてまとめた。社会福祉協議会が開催した協議体への出席や、まちづくりセンター一体化説明会、防災フェスタの出席など、三者の連携を密に活動を行った。 ・相談対象拡充、高齢者以外の分野の相談は、32件だった。 ・子育て、障害関連の会議、研修に出席し、関係構築に努めた。(4件)
		実態把握	訪問対象者リスト、家族や地域からの相談・情報、又、今まで関わりのない70歳以上の世帯を抽出し、実態把握訪問を、922件(目標650件)を実施した。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	・奥沢あんしんすこやかセンターのリーフレットを作成し、奥沢まちづくりセンター・奥沢区民センター・医療機関などに配置、地域活動の中でリーフレットを配布し、相談窓口としての役割を周知した。 ・奥沢地区社会福祉協議会の活動へ運営協力を行うことで、地域との顔の見える関係を作り、ネットワークづくりを支援した。 活動内容:インボディ測定(奥沢駅前音楽祭・チャリティもちつき)・奥沢神社祭礼・新春奥沢地区まつり・小学生福祉体験学習(奥沢小学校・東玉川小学校)・奥沢地区社会福祉協議会運営委員会への出席・広報誌へのコラム掲載 ・町会活動、高齢者クラブ、ふれあいいきいきサロン、自主グループなど、地域の活動に出向き、活動の中であんしんすこやかセンターの周知と情報交換を行い、支援を必要とする方の早期発見・早期対応に努めた。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	・見守りボランティア1名が介護保険サービス利用となり終了し、今年度、見守りボランティア利用者1名、見守りボランティア登録者6名、活動中ボランティア1名となった。 ・見守りフォローリストの見直し、更新について毎月の回覧によるチェックや意見交換により、事業所内の周知徹底に努めた。定期的な見守りが必要な利用者に対しては適宜訪問を実施した。
その他	・地区包括ケア会議として、民生委員連絡会を丁目毎に年4回開催し、地区の情報共有と連携の強化を図った。 ・8月に、民生委員とケアマネジャーとの懇談会を行い、顔の見える関係構築を図った。		
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	高齢者虐待に関する通報・相談については、保健福祉課に連絡し、会議で方針を確認しながら関係機関と連携して支援を行った。(通報件数:6件)
		成年後見制度に関する対応	・いきいき講座「そろそろ老い支度を考えませんか」を成年後見センターと共催で行い、後見人が実際どのようなことをするかを、事例をもとに講義いただき、成年後見制度の周知を行った。 ・ケアマネジャー連絡会にて成年後見センター職員を講師に成年後見制度をテーマとした勉強会を実施し、事例をもとに意見交換を行った。 ・権利擁護の必要な高齢者に対して、保健福祉課、成年後見センターと連携しながら、あんしん事業の利用支援や、成年後見制度に関する情報提供、申し立て支援を行った。
		消費者被害の防止	消費者被害の事例などの情報を地域活動訪問時に紹介し、消費者被害の防止に努めた。また、消費者被害に関する相談については、消費生活センターと連携し、必要な支援を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	九品広あんしんすこやかセンターと共催で、地区包括ケア会議として、「多職種連携の会」を年6回開催。ケアマネジャー、介護保険サービス事業者、医療機関、住民、玉川総合支所保健福祉課等との勉強会や事例を基にした意見交換会を実施。地域のネットワークづくりや地域包括ケアシステムの構築の為、情報発信や情報提供を行った。
		ケアマネジャー支援	奥沢地区ケアマネジャー連絡会を年6回開催した。地区内の主任ケアマネジャーと協働し、主として地区内の介護保険サービス事業者や民生委員等を対象に、勉強会、事例検討情報交換、情報提供を行い、地区のネットワークづくりやケアマネジャーとの意見交換を行った。年度末に次年度開催に向けてのアンケートを実施した。
		地域ケア会議の取り組み	・地区版地域ケア会議Aを1回、Bを3回開催した。 ・多職種連携会にて、地域ケア会議の取り組みを紹介し、医療・介護関係者に地域ケア会議の周知を行った。
		その他	多職種連携の会、奥沢地区ケアマネジャー連絡会について毎回法人ホームページにて情報発信を行った。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医療事業等の取り組み	・地区の診療所・薬局に年2回の挨拶訪問を実施し、日常的に相談のできる関係づくりを努めた。 ・地区連携医療事業として、年12回、地区連携医と協働して、ケアマネジャー連絡会や多職種連携等を実施した。下半期は、地区内の主任ケアマネジャーも交えて実施計画を立て、11月には訪問看護師とケアマネジャーとの懇談会、2月には在宅医療の普及啓発を目的とした地区包括ケア会議を実施した。
		その他	診療所の挨拶訪問からつながり、「オレンジカフェさき草」の中で近隣の医師が講話をしていただける機会を作ることができた。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	初期集中支援チーム事業では3事例提出し1名入院となったため2名が利用され、介護保険サービス利用や医療につながった。地区型もの忘れチェック相談会に地区内在住の3名の方に参加いただき、専門の診療科につながった方もいた。従来型もの忘れチェック相談会に参加した方についてはその後の状況確認を行った。
		家族介護者支援	毎月第2火曜日 13:30~15:30 認知症の方の介護者の会「奥沢家族会」を開催し、延べ73人、平均6.08人/回の参加だった。案内したストレスケア講座に参加した介護者もいた。
		普及啓発	・認知症サポーター養成講座を区民向けに3回開催し、45名を対象に普及啓発した。 ・毎月第2火曜日13:00~15:30 認知症カフェ「オレンジカフェさき草」を地区内ボランティアと協働で開催し、延べ366名の参加(30.5名/回)。区民主催の「ひがたまカフェ」に毎回参加した。 ・認知症サポーター養成講座や相談対応時に適宜ケアパスを配布した。
		その他	・認知症の疑いのある方について、地域ケア会議を開催し多職種で課題解決方法を話し合った。 ・グループホーム小規模多機能運営推進会議に参加することで課題の共有をした。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・サービス改善や苦情に関する事案について、報告書を作成して法人内で共有し、改善策の検討と再発防止に努めた。 ・毎朝・夕の打ち合わせにて支援や対応の振り返り、課題の確認を職員間でを行い、業務改善に努めた。
		人材育成、人材定着	・専門職としての知識や技術向上のため、法人内の専門職研修、世田谷区主催研修、外部研修に積極的に参加し、内容は所内会議にて、伝達・共有した。(研修参加:延べ41回) ・法人内地域包括支援センター職員の職種別研修、事例研究発表会を通して、資質向上に努めた。
		職場内連携	・毎朝・夕の打ち合わせを実施し、所内で個別相談の情報共有を行うとともに、職員間のケース検討、相談助言を行った。 ・2月の所内会議を行い、会議や研修内容を伝達するとともに、所内の課題を協議する場とした。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立支援の視点で、地域の資源を活用しながら、個々の状態にあった、適切なケアマネジメントを行う。	<ul style="list-style-type: none"> 職員が適切なケアマネジメントが行えるよう、所内で介護予防・日常生活支援総合事業のマニュアルの読み合わせの勉強会を実施する。 介護予防・日常生活支援総合事業について丁寧な説明し、支援の必要性や本人の意向を考慮しながらケアマネジメントを行い、適切なサービスへつなげる。 ケアマネジメントB・Cの作成件数を、目標年間15件とする。
基本チェックリスト(年間200件)を活用しながら介護予防対象者を把握し、介護予防事業につながる支援を行う。	実態把握訪問や、いきいき講座、地域の自主活動団体への訪問、地域の催しなどの機会を活用し、基本チェックリストを実施、介護予防対象者を把握し、介護予防事業につながる支援を行う。
介護予防や高齢者の生活に関するテーマで、いきいき講座を年3回以上開催する。	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防事業の普及啓発を目的に、いきいき講座を年3回以上開催する。そのうち2回は、介護予防・健康に関するテーマで実施する。 はつらつ介護予防講座を活用し、介護予防対象者を筋力アップ教室や専門職訪問指導、その他地域の活動などにつなげる。
体操自主グループや地域デイサービスの活動継続を支援するとともに、必要な高齢者に対し、つなぎの支援を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 体操の自主グループ「元氣はつらつ会」、地域デイサービス「シェア奥沢 デイサロン」、「奥沢・東玉川ダンディエクササイズクラブ」の活動継続を支援するとともに、住民に活動を周知し、必要な高齢者に対して、つなぎの支援を行う。 「奥沢うたの会」を継続開催し、新たな地域のサポーターの発掘と、介護予防の普及啓発を行う。
さまざまな相談を受け止め、適切な支援に確実につなぎ、ワンストップ相談窓口としての機能を果たす。	<ul style="list-style-type: none"> 来所・訪問・電話等によりあらゆる相談を受け、関係機関と連携しながら確実に支援につなぎ、必要に応じて、継続的にフォローしていく。 地域・関係機関からの安否に関する情報については、迅速に対応する。
<ul style="list-style-type: none"> 障害や子育て家庭、生活困窮等の相談を、適切な機関につなげる。 まちづくりセンター・社会福祉協議会との連携を密にし、地区内のネットワーク構築に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> 奥沢まちづくりセンター、社会福祉協議会奥沢地区事務局と、月1回三者連携会議を行い、相互理解を深めるとともに、昨年度まとめた課題解決の取り組みについて具現化し、地区内のネットワーク構築に努める。 高齢者以外の分野の相談については、相談受付記録票を活用し、適切な関係機関につなげる。
実態把握を、年間650件を目標に実施する。	訪問対象者リスト、異動者リスト、家族や地域からの相談・情報を基に、実態把握訪問を実施する。また、今まで関わりのない高齢者を抽出し、実態把握訪問を実施する。
地域の活動に積極的に出向き、あしんすこやかセンターの周知を行うとともに、地域住民との顔の見える関係を作り、地域のネットワークづくりを進めていく。	<ul style="list-style-type: none"> 奥沢あしんすこやかセンターのリーフレット、広報紙配布、奥沢地区社会福祉協議会の広報紙(年3回発行)へのコラム掲載、法人ホームページ等を活用し、情報を発信することで、あしんすこやかセンターを周知する。 民生委員や町会その他、地域の活動団体に出向き、活動の中で情報交換を行い、支援を必要とする方の早期発見・早期対応に努める。又、毎月1回、ふれあいルーム運営委員会に出席し、サロンのスタッフとともに参加高齢者の見守りできる体制を継続する。 地域づくりの自主グループ、「人&まちネット」の活動に、社会福祉協議会とともに協力することで、地域のネットワーク構築に努める。 奥沢地区社会福祉協議会の活動への運営協力を行うことで、地域との顔の見える関係を作り、ネットワークづくりを支援する。
見守りフォローリストを活用し、見守り対象者の把握と継続フォローを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 見守りが必要な高齢者のフォローリストを、支援方針まで明確にできるものに改良し、毎月1回更新し、所内で情報の共有化を図ることで、適切なタイミングで介入できる体制を整える。 地区内の見守りに関する情報を整理し、地区内の見守り体制を築く。
民生委員と、地域の情報共有と連携の強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員との連絡会を1回開催し、見守りが必要な高齢者について情報共有し、連携の強化を図る。 ケアマネジャーと民生委員との懇談会を年1回開催する。
高齢者虐待に関する相談は、保健福祉課に連絡し、方針を協議しながら支援を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者虐待に関する通報・相談は、保健福祉課に連絡し、会議で方針を確認しながら関係機関と連携して支援を行う。 介護保険サービス事業者に対して、個別訪問や地区包括ケア会議の機会を活用し、高齢者虐待対応の流れを周知し、早期発見・早期対応ができる体制づくりに努める。
権利擁護が必要な高齢者に対し、成年後見制度に関する情報提供やつなぎの支援を適切に行う。	<ul style="list-style-type: none"> 判断能力が不十分で、権利擁護が必要な高齢者に対して、保健福祉課、成年後見センターと連携しながら、成年後見制度に関する情報提供や申し立て支援を行う。 いきいき講座のうち1回を成年後見制度に関する講座とする。又、成年後見センター主催の地区内の成年後見相談会へのつなぎを積極的に行い、成年後見制度の啓発、および利用促進を図る。
消費者被害を防止するため、地区内で情報提供、啓発活動を行っていく。	<ul style="list-style-type: none"> 地区内のPRの機会やホームページを活用し、消費者被害に関する啓発を行う。又、多職種連携会を活用し、関係機関に対しても、消費者被害の早期発見・早期対応について、注意喚起する。 消費者被害に関する相談については、区消費生活課・消費生活センターと連携し、必要な支援を行う。
多職種連携の会を九品広あしんすこやかセンターと共催にて年6回開催する。	九品広あしんすこやかセンターと共催で、地区包括ケア会議として、「多職種連携の会」を年6回開催する。奥沢・九品広地区のケアマネジャーと介護保険サービス事業者、医療機関、住民等との勉強会と事例を基にした意見交換会を行い、参加者同士の連携を深める。
奥沢地区内の主任ケアマネジャーと協働して、ケアマネジャー連絡会を年6回開催する。	奥沢地区ケアマネジャー連絡会を年6回開催する。主任ケアマネジャーの地区活動の場として、主体的に運営できるように、後方支援を行う。
地区版地域ケア会議をA2回、B3回開催する。	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援ネットワーク構築のための地区版地域ケア会議を年3回開催する。個別の事例から、地域の課題解決を検討し、地域住民と介護保険サービス事業者、医療機関、保健福祉課等の連携・協働の機会とする。 介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的とした地区版地域ケア会議を、年2事例取り上げ、開催する。 事例選定や開催準備については、所内会議で検討し、所内職員全員が関わり、抽出された課題についても共有する。
<ul style="list-style-type: none"> 地区の診療所・薬局に年2回挨拶訪問実施する。 地区連携事業年12回実施する。 在宅療養相談窓口を設置し、在宅療養や入院・転院・退院等の相談に対応できる体制を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> 地区の診療所・薬局に対して、年2回の挨拶訪問を実施し、日常的に相談のできる関係づくりに努める。 玉川地区連携医と相談しながら、月1回ケアマネジャー支援や医療と福祉の連携に関する事業を実施する。 玉川地域のあしんすこやかセンターと玉川医師会・玉川歯科医師会・玉川歯科医師会との会議を継続開催し、ネットワーク作りを行う。 在宅療養相談に対応できるよう、在宅医療・介護連携推進担当を中心に、医療に関する情報の整理、所内勉強会の実施を行う。
認知症初期集中事業支援チーム事業に3事例提出する。	もの忘れチェック相談会(従来型・地区型)や認知症初期集中支援チーム事業を活用し、早期受診・治療、社会資源の利用につなげられるように支援する。もの忘れ相談窓口として、認知症専門相談員が中心となり、区の事業を活用しながら必要な支援を行っている。
介護者の会を年11回開催する。	「奥沢 家族交流会」を、毎月第2火曜日13:30~15:30開催や必要時「認知症高齢者家族のための心理相談」の案内をし、家族への支援をしていく。
オレンジカフェを12回開催する。	「オレンジカフェさき草」の継続開催や「ひがたまカフェ」に参加、また認知症サポーター養成講座を開くことで、認知症に関する普及啓発をしていく。
グループホーム小規模多機能運営推進会議に6回参加する。	認知症のある方について、地域で話し合う必要のあるケースについては地域ケア会議を開催し、課題解決方法を考えていく。
サービス改善や苦情について、原因分析を行い、再発防止・相談技術の向上に努める。	<ul style="list-style-type: none"> 月1回、所内のケース検討・勉強会を実施する。ケース検討、見守り対象者の把握などを通じて、相談対象拡充や介護予防・日常生活支援総合事業についての理解徹底と相談援助技術の向上を図る。 サービス改善・苦情に関する事業について、報告書を作成して法人内で共有し、改善策の検討と再発防止に努める。
外部研修への参加や、所内・法人内勉強会を通して、専門職としての知識や技術の向上を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 専門職としての知識や技術向上のため、法人内専門職研修、外部研修に積極的に参加し、内容は所内会議にて、伝達、共有する。 所内職員全員がチームアプローチを意識し、ケース検討や事業開催を職員協働で行う中で、人材育成・人材定着ができる環境を目指す。
それぞれの職種専門性が活かせるよう、職場内連携を密にする。	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝・夕の打合せを実施し、所内で個別相談の情報共有を行うとともに、職員間のケース検討、相談助言ができる機会とする。 月2回の所内会議を行い、スキルアップ会議など、区の会議や研修内容を伝達するとともに、所内の課題を協議する場とする。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防ケアマネジメント業務及び介護予防・日常生活支援総合事業	<p>介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施</p> <p>介護予防対象者把握</p> <p>普及啓発講座の実施</p> <p>その他</p>	<p>・介護予防ケアマネジメントを目標20件に対し、25件実施した。</p> <p>・介護予防防カアップ教室の各クール開始前に声掛け週間を設け、サロン等で教室の周知を行った。</p> <p>実態把握訪問時やシルバーバス更新会場、サロン等で基本チェックリストを実施した。基本チェックリストの実施目標100件に対し146件実施した。</p> <p>・世田谷いきいき体操、朗読会、男性対象の体操教室、消費者被害等の内容でいきいき講座を計11回行った。</p> <p>・いきいき講座参加者に参加を呼びかけ、世田谷いきいき体操のサロン「たまでんウエイト」の立ち上げ支援を行った。男性対象の体操教室は平成30年4月よりサロン化を予定している。</p> <p>玉川まちづくりハウスバザーにおいて血管年齢測定を実施した。併せて基本チェックリストを行い、介護予防の普及啓発を図った。</p>
II	総合相談支援業務	<p>総合相談</p> <p>地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)</p> <p>実態把握</p> <p>啓発活動(地区のネットワークづくり)</p> <p>見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)</p>	<p>・餅つき大会にて広報紙を200部配布した。まちの情報紙に相談窓口の紹介記事を掲載し、周知を図った。</p> <p>・ケアマネジャー・商店・病院・近隣住民・民生委員・サロン等からの相談が増加した。困難ケース、複合問題、虐待等のケースは保健福祉三課や医療機関、介護保険サービス事業者、社会福祉協議会等と連携して対応した。</p> <p>・まちづくりセンター、社会福祉協議会九品仏地区事務局、あんしんすこやかセンターで月1回三者連携会議を開催した。平成28年度に提案された九品仏商店街への椅子の設置が実現したため、活用やその後の展開等について検討した。</p> <p>・自立支援協議会や子育てサロンに参加し、相談拡充の相談窓口周知を行った。</p> <p>・75歳から85歳の住民と訪問対象者を実態把握のために訪問し、介護予防事業の紹介を行った。(実態把握:625件)</p> <p>・ふれあい訪問の終了時期に合わせて民生委員との情報交換会を行い、必要に応じて民生委員と一緒に訪問を行った。</p> <p>・町会の花見、新年会、餅つき大会、障害者施設の祭りに参加し、あんしんすこやかセンターのPRを行った。</p> <p>・九品仏地区見守りネットワーク事業で町会、民生委員、消防、社会福祉協議会九品仏地区事務局、介護保険サービス事業者の参加を得て個人情報保護に関する研修会を行った。</p> <p>・見守り対象者リスト掲載者を定期的に訪問した。リストは年2回見直しを行い、29年度は34名登録8名終了であった。ボランティア交流会を1回実施した。</p> <p>・見守り協力店50軒に年1~2回ずつステッカーを持参し、見守りへの協力を依頼した。</p>
III	権利擁護業務	<p>高齢者虐待の防止</p> <p>成年後見制度に関する対応</p> <p>消費者被害の防止</p>	<p>・地区のケアマネジャーの会「ケアマネルーム」で高齢者虐待についての事例検討を実施した。</p> <p>・高齢者虐待対策検討担当者会で高齢者虐待対応基礎研修を企画、実施した。</p> <p>・虐待の通報には保健福祉課や関連機関と連携して対応した。</p> <p>・ケアマネジャーからの相談も含め個々のケースに対応し、成年後見センターへの繋ぎを行った。</p> <p>・社会福祉協議会、成年後見センターとの共催で、成年後見制度に関するいきいき講座を2回開催した。</p> <p>いきいき講座で「いつまでもあんしんして暮らすために」をテーマに消費生活課の区民講師に講義を依頼し、地域住民に向けて注意喚起を行った。</p>
IV	包括的・継続的ケアマネジメント	<p>地域の多職種間の連携</p> <p>ケアマネジャー支援</p> <p>地域ケア会議の取り組み</p>	<p>奥沢あんしんすこやかセンターとの共催で地域包括ケア会議「多職種連携の会」を年6回開催した。ケアマネジャーや医療機関、介護保険サービス事業者、地域住民等との勉強会、社会資源の情報の発信を通じて地区のネットワーク形成と地域ケア会議の基盤作りを行った。(1回10~14職種、35~50名参加)</p> <p>・九品仏地区の主任ケアマネジャー(5名)と協力し、ケアマネジャー勉強会「ケアマネルーム」を6回開催した。</p> <p>・玉川地域のあんしんすこやかセンター6ヶ所が合同で玉川地域主任ケアマネジャー連絡会を開催した。</p> <p>ケアマネジャーや地域住民、民生委員の相談から、保健福祉課、社会福祉協議会、民生委員、介護保険サービス事業者、地域住民と地域ケア会議を開催し、地域課題の抽出を図った。地域ケア会議はA1回、B9回開催した。</p>
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	<p>・地区連携医と協働して研修等を12回行い、医療と介護の連携を進めた。在宅医療ミニ講座を1回開催した。</p> <p>・玉川医師会、玉川歯科医師会、玉川歯薬剤師会の代表と玉川地域における医療連携の会を3回開催し、地域課題の検討を行った。</p>
VI	認知症ケアの推進	<p>認知症相談(もの忘れ相談)</p> <p>家族介護者支援</p> <p>普及啓発</p> <p>その他</p>	<p>・認知症初期集中支援チーム事業を3名が利用し、事業利用中または終了後に介護保険サービスにつながることができた。相談時にも忘れチェック相談会を案内したが、地区内からの利用は少数であった。</p> <p>・サービスに繋がっていない方には家族会開催時期に合わせて連絡を取り、継続相談を行った。</p> <p>・玉川地域認知症高齢者の家族の会を開催した。</p> <p>・介護者の相談先として認知症高齢者の家族会や認知症カフェを案内した。認知症高齢者の家族会や認知症カフェに同席して個別相談も行った。介護負担の強い介護者へケアマネジャーと同行訪問し、地域資源の案内やケアプランの相談を行った。</p> <p>・認知症サポーター養成講座は社会福祉協議会の地区サポーター研修で1回、玉川聖学院中等部1年生3クラス各1回ずつ実施した。八幡、九品仏小学校で認知症サポーター養成講座を紹介した。</p> <p>・10月~12月は地区内の認知症カフェが休止したため、地区内のグループホームで認知症カフェを開催した。</p> <p>・地域のNPOが開催する認知症勉強会に参加し、認知症に関する理解と正しい知識の普及に協力した。</p> <p>・地域ケア会議を開催し、地域住民とともに認知症高齢者への対応を検討した。</p>
VII	質の向上	<p>サービス改善・苦情対応</p> <p>人材育成、人材定着</p> <p>職場内連携</p>	<p>・法人内のサービス向上委員会を開催し、サービスの質の向上を目指して話し合いを行った。</p> <p>・苦情・相談対応についての研修に参加し、苦情・相談へ適切に対応しサービス向上の契機とする方法について理解を深めた。</p> <p>・法人内のあんしんすこやかセンター3ヶ所が合同で勉強会を年3回実施した。法人内勉強会は職員が企画・講義を行いプレゼンテーションのスキルアップと職員全体の知識と専門職としての意欲向上を図った。</p> <p>・東京都、世田谷区、世田谷区福祉人材センター等の研修会等に参加しスキルアップを図った。</p> <p>毎朝のミーティングと月一回の所内ミーティングを開催し、会議や研修内容を伝達し情報の共有化に努めた。</p>

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
介護予防ケアマネジメントを20件実施する。	介護予防筋力アップ教室の各クール開始前に声掛け週間を設け、サロンや実態把握訪問等で重点的に教室の周知を行う。基本チェックリスト等で把握した介護予防事業対象者を適切な事業に繋げる。
介護予防対象者把握の為、基本チェックリストを年間100件実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 訪問対象者リストによる訪問やその他の実態把握訪問で基本チェックリストを活用し、介護予防事業対象者を把握する。 普及啓発講座、サロン、シルバーパス更新会場等にて基本チェックリストを実施する。
<ul style="list-style-type: none"> いきいき講座を3回以上実施する。 男性の居場所作りを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防や消費者被害等のテーマでいきいき講座を実施する。 男性の体操サロン「ダンディクラブ九品仏」の定着支援を行う。
様々な会場で介護予防の普及啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 玉川まちづくりハウスバザーで血管年齢測定を実施する。 町会の会合で介護予防講座を開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 日頃から専門職や関係機関と連携して相談対応を行う。 多くの地域住民に相談窓口を周知する。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携の会を開催し、地区の医療機関、介護保険サービス事業者等との顔の見える関係づくりを行う。自立支援協議会に参加し、情報交換を行う。 年1回以上広報紙を作成する。地区の広報紙にあんしんすこやかセンターの情報を掲載する。
相談拡充対応として様々な相談を受けられるよう、関係機関との関係作りをすすめる。	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の三者連携会議を継続する。三者連携会議では地区内のさまざまな場所への椅子の設置、男性の居場所作りの支援を行う。平成31年度に九品仏あんしんすこやかセンターが移転し九品仏まちづくりセンター、社会福祉協議会九品仏地区事務局と一体化することに備え、住民への説明、サロン等の拠点となっているデイ・ホーム玉川田園調布への協力依頼を行う。 自立支援協議会や社会福祉協議会九品仏地区事務局の活動を通じて障害、子育て関連団体との関係作りを行う。
実態把握訪問を年500件行う。	<ul style="list-style-type: none"> 他地区からの転入者、65歳を迎えた方、未訪問者、訪問対象者リスト掲載者の実態把握を行う。 民生委員との情報交換や地域住民からの情報をもとに実態把握を進める。
地域住民との顔の見える関係作りを進める。	地区の行事や会議に参加しネットワークを強化する。サロン・自主グループ等を訪問し連携を図る。九品仏まちづくりセンター、社会福祉協議会九品仏地区事務局との三者連携事業として見守りネットワーク研修会を実施し、町会、民生委員、地域福祉推進員、警察、消防、医療関係者、介護サービス事業者等に参加を呼び掛ける。
地域住民や商店、事業所の協力を得て見守りの目を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> チラシを持って医院、薬局、商店を訪問し、見守り事業の説明を行う。見守りステッカーの貼付を依頼する。 年1回交流会を行い、ボランティアの交流を図る。 社会福祉協議会九品仏地区事務局の協力を得て見守りをすすめる。
ケアマネジャー、介護職員、地域住民の虐待に対する気づきの目を養い、早期発見、早期対応に繋げる。	<ul style="list-style-type: none"> 虐待の通報については関係機関と連携し迅速に対応する ケアマネジャー、介護保険サービス事業者職員向けに虐待対応の流れを伝え、早期対応に繋げる。 地域住民向けに相談窓口を周知する。
適切な時期に成年後見制度に繋がる体制作りを進める。	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーを対象に成年後見制度の説明を行い、適切な時期に成年後見制度利用に繋がる体制作りを行う。 成年後見制度の利用が必要な方には本人や親族に制度の説明を行い、成年後見センターと連携しながら必要な支援を行う。
消費者被害への対応が円滑に行えるよう、関係機関との連携をすすめる	<ul style="list-style-type: none"> 奥沢あんしんすこやかセンターとの合同地区包括ケア会議「多職種連携の会」で介護専門職等を対象に消費者被害についての勉強会を行う。 住民への啓発として消費者被害防止のためいきいき講座を開催する。
奥沢あんしんすこやかセンターと共催の地区包括ケア会議「多職種連携の会」を年6回開催し、地域の課題抽出を行う。	奥沢あんしんすこやかセンターと共催の地区包括ケア会議「多職種連携の会」を年6回開催し、地域や多職種とのネットワーク作りの場を作り、地域の課題抽出を行う。
ケアマネジャー勉強会「ケアマネルーム」を年6回開催し、地区内のケアマネジャーのネットワーク作りを促進することにより地域の課題解決力を高める。	九品仏地区の主任ケアマネジャーを中心に地区内のケアマネジャーとの連携強化を図るために、九品仏地区連携医と協同し、ケアマネジャー勉強会「ケアマネルーム」を年6回開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議Aを年3回を開催する。 地域ケア会議Bを年6回開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、社会福祉協議会、介護保険サービス事業者等へ地域ケア会議について説明し、協力を依頼する。 地区内のケアマネジャーに協力を依頼して地域ケア会議を開催し、困難ケース等についての事例検討を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療相談窓口としてスムーズに相談対応する。 地区連携医事業や三師会との活動を通して、医療と介護の連携を強化する。 月1回(年12回)、玉川地域医療とつながる会(年1) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療相談リストを作成し、職員間で共有する。 玉川地域のあんしんすこやかセンター、玉川医師会、玉川歯科医師会、玉川砒薬剤師会で地区包括ケア会議や研修会を行い、連携強化を図る。 地区連携医事業で地区のケアマネジャー等に向けた研修会を行う。
認知症に関する相談の受付から各種事業へのつなぎ、事後のフォローまで継続支援できる体制を作る。	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の相談を受け、対象者の状況に応じてもの忘れチェック相談会、認知症初期集中支援チーム事業等につなぐ。 認知症相談フォローリストを作成し、サービスに繋がらなくても継続相談ができる体制を作る。 認知症カフェ、家族会等に参加して相談窓口を周知する。
様々な年代、性別の介護者が気軽に認知症の相談をできるよう、様々な資源との繋がりを持つ。	<ul style="list-style-type: none"> 地域合同認知症高齢者の家族の会を年6回開催する。 地区内の認知症高齢者の家族会、認知症カフェに出向いて情報収集を行う。必要に応じて地区内の情報を相談者へ提供する。 地区内のグループホームにて認知症カフェを開催する。
<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する正しい知識の普及、啓発を行う。 認知症サポーター養成講座を1回以上実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 一般区民、地区サポーター等を対象として認知症サポーター養成講座を開催する。 社会福祉協議会九品仏地区事務局と協力して地区内の学校等に認知症サポーター養成講座の紹介を行い、希望する団体に講座を開催する。地区内のアロマショップと協力して認知症サポーター養成講座を開催する。
認知症の方に対する地域住民の理解を促進するとともに、地域住民の相談窓口となる。	地域住民が開催する認知症勉強会に協力し、認知症の方への理解と正しい対応を広める。
サービスの向上を図る。苦情には適切かつ迅速に対応する。	法人内の苦情対応委員会・サービス向上委員会を定期的に開催し、必要時は臨機応変に法人が対応できるよう対策を取る。
職員の働く意欲を引き出し、仕事に必要なスキルを高める。	<ul style="list-style-type: none"> 管理者は定期的に職員との個人面談を行い、目標と仕事に対する姿勢を共有する。 法人内研修を行い、職員自身が研修企画・運営を行う事で仕事に関する理解を深めると共に、企画、運営に関するスキルを高める。
毎朝のミーティングを通して事業所としての意思統一を図る。	毎朝のミーティングと月1回の所内ミーティングを開催し、会議や研修の内容を伝達し情報の共有化に努める。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立を目指した介護ケアマネジメントの実施する	適切なアセスメントを実施し利用者の目標を設定する。目標達成のため地域の社会資源を活用し、地域デイサービス事業等を含めた多様なサービスを検討しケアプランを作成する。
基本チェックリスト200件実施し、介護予防対象者把握に努める	実態把握や相談業務、高齢者の集まるイベントで、基本チェックリストを行い介護予防対象者を把握する。
いきいき講座を年3回実施する。	介護予防を目的とした講座を開催し、回覧板の利用や実態把握を通して普及啓発を行っていく。
自主グループ支援を行う。	男性の地域参加推進のため男性を中心とした健康体操の自主グループの支援を行う。
利用者からの相談内容は年々多様化、複雑化する傾向にあるが、ニーズを速やかに見極めて、必要に応じた各種機関との連携を進め、ワンストップ相談窓口としての機能を果たす。	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い相談に対し、的確な情報の提供や関係機関との連携によって適切に対応していけるよう、日常的に職員同士でケースの情報共有を図ることに努める。 各職員の相談支援スキルの向上に努める。 地域住民や関係機関からの安否確認等、緊急性の高い相談について迅速に対応する。
相談拡充分野の相談者に対しても、丁寧で適切な対応を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 地区版地域ケア会議やケース会議への、福祉三課の等々力地区担当職員の参加を仰ぐこと等により顔の見える関係を保ち、相談拡充分野のケース対応に関する連絡、連携のスムーズ化を図る。 三者連携の機能も活用し、相談拡充分野の相談者にも適切な情報を提供できるようにする。 相談拡充分野に関する研修等にもできるだけ出席し、各職員が相談体系の理解に努める。
平成30年度内1000件の実態把握を行う。	前年度に引き続き、70歳以上の今までかかわりの少なかった高齢者を対象とし、訪問する。
住民への「等々力地区高齢者見守りネットワーク」の周知を図り、様々な局面で適切な見守りが行われるネットワークの構築、確立を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 等々力地区の地区包括ケアシステム構築に向けてのひとりの取組みとして、三者連携の機能を活用して個別ケースの課題解決取り組み事例を増やすことから、地区課題の抽出を図っていく。 等々力まちづくりセンターや等々力地区社会福祉協議会の持っているネットワークを活用して、ケース会議や地区版地域ケア会議等への出席者を、地区住民や町会、商店会の関係者にも広げ、個別ケースを通して見守りの必要性を認識してもらうことにより、「等々力地区見守りネットワーク」の啓発に繋げていく。 民生委員やサロンの主催者などをはじめとした、より多くの住民に参加してもらえよう、「多職種交流会」開催時の広報と周知に努める。
見守り対象者の適切な把握と継続的な見守りフォローを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 実態把握や地域からの情報をもとに見守りの必要な方を抽出し、所内会議で情報共有し、今後の支援体制を検討する。 ボランティア交流会を年1回開催する。
高齢者虐待の早期発見・早期対応に努める。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者虐待(疑いを含む)を発見した場合には、速やかに保健福祉課に連絡し連携を図る。 ケアマネジャーや介護保険サービス事業者、民生委員等との情報共有や事例報告を通じて連携を図る。
成年後見制度の理解促進と普及啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 成年後見センターとの連携を図る。 権利擁護事例検討会や研修に参加し、成年後見制度に関する職員の知識や対応力の向上を図る。 成年後見制度に関する講座を開催し、住民への理解促進と普及啓発を行う。
消費者被害を未然に防ぐための注意喚起と啓発活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 消費生活センターや警察との連携を図り、職員が消費者被害の動向を把握する。 訪問や実態把握、認知症カフェや認知症サポーター養成講座の際に消費者被害に関する注意喚起を行う。 消費者被害に関する講座を開催し、住民への啓発活動を行う。
等々力地区高齢者見守りパンフレットを活用し見守り体制の強化を図る。	等々力地区高齢者見守りパンフレットを講座開催時や実態把握時、商店等に配布し、等々力地区の見守り体制を強化・拡大することにより被害の防止に努める。
年3回多職種交流会を開催し、多職種間連携を深めるとともに地区内の課題を明確化していく。	年間3回の多職種交流会を実施し、多職種間の連携を図るとともに地区内の課題把握と解決に向けた話し合いと取り組みを行っていく。
等々力地区に係るケアマネジャーとあんしんすこやかセンターおよび多職種との連携関係を深める。	<ul style="list-style-type: none"> あんしんすこやかセンターと等々力地区に係るケアマネジャーとの交流会を継続的に開催する。 各ケアマネジャーが対応に苦慮するケースの支援方法等について、地区版地域ケア会議の機能を活用して解決を図る。 等々力地区ケアマネジャー連絡会の主任ケアマネジャーと共に研修や勉強会の内容を協議し、等々力地区ケアマネジャー連絡会を年4回開催する。
等々力地区区内で活動する主任ケアマネジャー、ケアマネジャーの協力も得ながら、規定された件数の地区版地域ケア会議A・Bを開催し、地区課題の抽出に努める。	地区版地域ケア会議における検討事項をより多くの具体的な地域課題の抽出に繋げていけるよう、会議開催時には活用可能と考えられる地域資源や地域の人材にも広く出席を依頼していく。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養相談窓口の機能の充実を図る。 地区連携医療事業を活用し、専門職だけでなく、地区内開業医と地区住民との関係性の深化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養に関する住民や医療関係者・介護事業者等からの相談に適切な対応を行うことができるよう、在宅医療・介護連携推進担当者連絡会や講習会、研修に参加することにより、職員のスキルアップを図る。 在宅医療ミニ講座の開催により、広く住民に向けて在宅療養に関する情報提供や普及啓発を行う。 地区連携医の協力を得ながら、より多くの地区内開業医に多職種交流会への参加を募っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 多様化する認知症相談に対して、適切な対応をする。 より多くの地域住民や医師から連絡や相談がもらえるよう、認知症に関する窓口としてのより一層の周知を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントを的確に行うことにより、介護保険サービスの利用だけでなく、認知症カフェを含めた地域の社会資源の紹介や活用等、状況に応じた対応を進める。 従来からあるもの忘れ相談窓口に加え、認知症カフェについても認知症に関して気軽に相談できる窓口として、多世代の地区住民に広く周知してもらえよう、広報紙やチラシの配布先を見定めつつ(高齢者クラブ、中学校等)、アプローチを継続していく。
等々力地区区内に、家族が認知症の相談がしやすい環境を整える。	<ul style="list-style-type: none"> 等々力地区区内だけでなく、玉川地域内の相談窓口を把握し、相談者のニーズに合わせた情報提供を行う。 地区内3か所のきまかカフェ(認知症カフェ)について、介護負担を抱える家族等にとっても気軽に認知症や介護について相談できる場である旨の広報に努め、認知症高齢者および介護者家族の出掛け先としての認識拡大を図る。
地区内に認知症高齢者を見守る土壌を作るため、多世代の住民に、認知症高齢者への理解を深めてもらう。	<ul style="list-style-type: none"> 広報紙や出張認知症サポーター養成講座のチラシを活用して地区内の中学校や商店会等に声掛けし、多世代、多職種を対象とした認知症サポーター養成講座を開催する。 広報紙等に、認知症理解についての記事、認知症サポーター養成講座・物忘れ相談窓口・地区の認知症高齢者の家族会・きまかカフェ(認知症カフェ)に関する案内を掲載して、多世代に向けて認知症に関する理解の必要性を発信する。
等々力地区区内における認知症高齢者への的確な対応を推進するため、多職種、多事業所の連携を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 地区内グループホーム及び小規模多機能型居宅介護の運営推進会議に年6回ずつ参加し、地区内での認知症高齢者の見守りについて協力依頼しながら、連携を図る。 年2回の等々力地区通所介護運営推進会議に参加し、地区内での高齢者見守りネットワークについての理解、協力を求め、連携を図る。
法人内サービス向上委員会、苦情対策委員会を定期的に開催、参加し、情報の共有と対策の検討を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 法人内サービス向上委員会を定期的に開催し、処遇の改善と質の向上について検討する。 法人内苦情対策委員会を定期的に開催し、情報の共有と苦情点の改善について協議する。
<ul style="list-style-type: none"> 法人内研修を企画、開催し、能力の向上を図る。 外部研修に参加し、知識の向上を図る。 働きやすい職場環境を構築して職員のストレスを軽減し、職員の職場定着を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 年3回法人内あんしんすこやかセンター合同で研修を企画し、職員同士で発表を行うことにより、各職員がプレゼンテーション、フアンリレーション、相談援助の技術向上を図る。 外部研修に参加した際は、参加後職員全体に報告し情報を共有する。 管理者を中心として職員から相談しやすい職場環境の整備を図っていくとともに、必要時には管理者が個別に面接を行い、問題解決のための対応を検討する。
必要な情報を職員間で共有する。	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のミーティングにての連絡、報告を継続し情報を共有する。 毎月の事業所内会議にての情報共有、困難事例の検討、地域作り等について協議を継続する。 2か月に1回、保健福祉課巡回にて等々力地区のケースの情報共有をし対応を協議する。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	ミニデイ、サロン、高齢者クラブを回り、介護予防事業参加を薦め、住民主体の運動自主グループの立ち上げを6か月にわたり支援を行い、『上野毛にじの会』を自主化し1月より活動開始が出来た。
	介護予防対象者把握	シルバーバス更新会に合わせて介護予防相談会を開催、246名が参加しその内67名事業対象者を把握する。対象者の23.8%の16名を介護予防防犯力アップ教室参加に結びつけ、その他11%を介護予防普及啓発事業に結び付けた。
	普及啓発講座の実施	4月時点で地区の高齢者クラブやサロンで手上げ式のアンケートを実施、要望の多い内容上位3つを参考にいきいき講座の内容に取り入れた。有料老人ホームの知識を学ぶ講座、体験型のお菓子作り、料理の講座、認知症予防をテーマに、認知症と歯科と題して介護予防のために私達が出来ることを玉川歯科医師会の先生を招き講座を開催した。
	その他	民生委員とふれあい訪問前に地域別に計4回意見交換会を開催し、個別の困難ケースや見守りケース情報を共有し、見守りの継続や介護予防の視点を持ち課題の解決を図った。ふれあい訪問中も18件の相談を受け実態把握訪問や連携を図った。
II 総合相談 支援業務	総合相談	・町会広報紙にてあんしんすこやかセンターの広報を年4回行った。 ・ご近所見守りネットワークの催しであるマルシェで相談ブースの設置、古墳祭り、マラソン大会でのパンフレット配布により幅広い年代に広報を行った。
	地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・福祉三課や障害者相談支援センターと連携やケースのフィードバックをおこない、経過や役割を把握しながら包括的に支援した。 ・月1回行うまちづくりセンター、社会福祉協議会との三者連携会議に障害者相談支援センターも定期参加し四者連携とし、役割や情報を相互に確認した。四者連携で取り組んだご近所マルシェではネットワークを深め、買い物支援検討会では住民と参加機関で課題解決に向けて取り組みを検討した。地区包括ケア会議で防災をテーマにし、住民主体で地域課題把握や解決に向けて意見交換した。
	実態把握	・民生委員からの情報や過去相談履歴の高い高齢者と訪問対象者リストを中心に1,515件の実態把握をおこなった。 ・移動者リストの新規転入者をもとに実態把握をおこない、あんしんすこやかセンターのPRをおこなった。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	・地区包括ケア会議参加を各専門機関に呼びかけ、地域課題把握や解決方法を検討しネットワークを強化した。今まで参加のない、有料老人ホーム5か所、森の児童館、自主保育グループ、作業所、病院等新たな機関に声掛け参加を適しネットワークを広げた。 ・商店街等地域資源と関わる経過を時系列で記録する票を作成し、地域からの相談支援や関係強化を行いやすくなった。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	・見守り協力店の1か所に4回、2か所に3回訪問し、6か所に2回、17か所に1回訪問し、あんしんすこやかセンターの事業開催予定のわかる資料を作成し配布している。 ・ボランティア交流会を1回実施しボランティア間の交流、意見交換を行い活動をサポートした。社会福祉協議会の参加協力で活動への専門的アドバイスを参加者が得ることができた。
	その他	各個別の相談の際に、人材の情報を社会福祉協議会との連携でそれぞれのボランティア内容の紹介をおこなった。また社会福祉協議会ふれあい協力員の会に参加し、あんしんすこやかセンターボランティアの声掛けを行った。
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・高齢者見守り協力店4か所に2回、3か所に1回訪問2回巡回を行い、情報収集・状況把握に努めたが、具体的な情報提供はなかった。地区内の新聞配達店より通報があったが対象者が他地区の為、担当あんしんすこやかセンターへつなげた。 ・保健福祉課主催の虐待ケア会議に参加し、対応方針を共有し指示に従い行動した。
	成年後見制度に関する対応	・認知症高齢者の権利擁護の観点から、特に日頃から支援が必要な方の判断能力や生活状況を把握し、成年後見センターと連携を取り合い、その方に合った適切な支援を行った。 ・地区多職種連携の会で講師を呼び勉強会を行った。権利擁護の観点から多くの意見や質疑応答があり、認知症の方への地区での支援について情報を共有した。あんしん職員だけで泣く参加者全員が考える機会を設け、知識を高めることが出来た。
	消費者被害の防止	・消費者被害の防止に向け、玉川警察署、玉川消防署、成年後見センター、消費生活センター、まちづくりセンターと連携し、必要に応じ最新の情報を得、窓口等での相談時に情報提供した。 ・いきいき講座で、世田谷区消費生活課に講師を依頼し、被害防止の講座を1回行った
	その他	消費者被害の早期発見や二次被害防止のため、高齢者クラブやご近所見守りネットワークの催しであるマルシェで相談ブースの設置、古墳祭り、マラソン大会等で、地区の高齢者ネットワークの説明や周知活動を行った。また、玉川地域社会福祉協議会が消費者被害防止をテーマに講座を行い盛況であった。・高齢者クラブや訪問時に注意喚起を行った。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・年度末に意向を確認し反映したことで、各参加者の専門的視点や仕事のやりがいを相互に理解する場となった ・恒例となった1月の地区包括ケア会議では「いつもの生活が送れる地域を目指す」について事前に114名にアンケートを実施し、分析した上で当日発表し意見交換を行った。
	ケアマネジャー支援	・地区内ケアマネジャーを対象に、年度内に3回ケアマネジャー連携の会を行った。「地域資源の共有」や「定期巡回・小規模多機能サービスの理解」その他、抱えている課題についてざくばらんに話し合う機会を持った。 ・玉川地域主任ケアマネジャー連携の会を行った。
	地域ケア会議の取り組み	地区版地域ケア会議を4回行った。
V 医療・介護連携の 推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医事業等の取り組み	9月に上野毛地区、医療と福祉の多職種連携の会を実施した。地区内の医師や歯科医師会・薬剤師会、福祉関係事業者が62名参加し、意見交換を行った。事前に地区内の医療機関をまわり、参加できない医師の意見も会の中で伝えられるようにした。終了後も報告を行い、今後の協力をお願いした。
	認知症相談(もの忘れ相談)	・業務日誌に認知症相談の項目を設け、朝のミーティングの際相談内容の情報共有をし、継続的に相談を行うことができた。また、相談に対して認知症高齢者の家族会等の事業の紹介を行うことができた。相談が切れ目なく行えるように月に1回は必ず業務日誌の見直しを行った。
VI 認知症ケアの推進	家族介護者支援	・もの忘れチェック相談会2事例、認知症初期集中支援チーム事業は3事例実施する。 ・「一息会」の参加メンバーを増やす為、地域広報誌に載せ、KCカフェや地域活動の中で積極的に広報することができた。その結果継続、新規合わせ5名の参加があった。また、8月にはグループホームにて合同家族会の開催を行い7名の参加があった。 ・男性介護者の家族会「ケアメンの会」を年間で4か月に1回計3回定期的に開催することができた。メンバーが増えるよう広報を行い、継続、新規合わせ5名の参加があった。
	普及啓発	・様々な事業所へ認知症サポーター養成講座が開催していきよう働きかけを行い、東急バス、みずほ銀行にて実施することができた。 ・あんしんすこやかセンター主催の地域住民向け認知症サポーター養成講座を1回開催した。 ・地域住民の目にとまるようあんしんすこやかセンター掲示板を作成し認知症に関する知識の情報提供を行った。
	その他	「認知症と歯科」をテーマに認知症予防に関するいきいき講座を10月に開催した。
	その他	
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	各専門職・地域包括職員の職員研修を受け、参加職員より伝達し課内共有した。法人のサービス向上・苦情処理委員会に出席し、法人内苦情処理情報共有した。
	人材育成、人材定着	朝のミーティングで相談ケースや困難ケースについて支援過程や進捗状況を報告し記録する事で全員に周知、チームでフォロー出来る様にした。管理者が必要に応じ職員と面接フォローし、業務のノウハウを伝え各自で行える様指導した。又、法人内勉強会を年4回実施しスキルアップを図った。
	職場内連携	・毎朝ミーティングと必要時のケース検討を続け、所内で支援方法を共有し課題解決・適切な機関に繋げる様に取り組んだ。 ・毎月のセンター内会議で業務・見守りの確認を行い、職員全員で意識の共有をした。保健福祉課の巡回で取り上げられていたケースの支援工程の事例集を3件作成した。
	その他	

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
自立支援に基づき、地域の多様な社会資源を活用し適切なアセスメントに基づいたケアマネジメントを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント力の向上のため講習への参加、自主勉強会を年4回以上実施する。 ・住民主体の社会資源を増やす為、運動や趣味の自主グループ立ち上げ支援を行う。
介護予防対象者の把握に機会を増やし、対象者へアプローチの機会を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年に続き、シルバーバス更新会に合わせ、介護予防相談会を開催する。実態把握訪問時に基本チェックリストを実施し、介護予防事業対象者の把握に努め、対象者の30%を総合事業参加に結び付ける。 ・介護予防対象者未把握者の傾向を分析し、ターゲット絞り訪問時基本チェックリストを実施する。
介護予防を地域住民が積極的に取り組むきっかけを増やす。	<ul style="list-style-type: none"> ・いきいき講座を年9回以上実施する。実施の際、幅広く地域住民に広報する為、広報誌への掲載、高齢者クラブや町会のイベントに20回以上出向き介護予防に必要性を伝える活動を通して伝えていく。 ・男性に特化した地域活動のきっかけ作りを目的とした講座を開催し、男性の居場所や自主グループの立ちあげ支援を社会福祉協議会と連携し取り組む。
民生委員との連携を密にすると共に地域課題を共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員とふれあい訪問前に地域別に計4回意見交換会を開催し、個別の困難ケースや見守りケース情報を共有し、見守りの継続や介護予防の視点を持ち課題の解決を図る。 ・民生委員の地域ケア会議への参加の機会を29年度の倍に増やす。
あんしんすこやかセンター事業内容の住民理解が深まり、窓口がより身近になる。	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き町会広報誌にて年4回あんしんすこやかセンターの広報を行う。 ・年1回在宅医療フェスを開催。在宅で医療を受ける方法とあんしんすこやかセンターでの相談の流れを講演し住民の理解を促進する。 ・上野毛地区ご近所マルシェ、マラソン大会にて相談ブースを設置、移動式掲示板を活用し広報活動を行う。
相談拡充において幅広い相談に対応できる体制を充実させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・まちづくりセンター、社会福祉協議会、障害者相談支援センターとの四者連携会議を月一回行い、それぞれの分野での相談対応や連携方法の確認、お互いの収集した新たな情報を持ち寄り共有する。 ・地区の自立支援協議会に定期的に参加し障害の事業所とのネットワークを広げる。 ・上野毛地区街歩きにて地区連携医の指導の下、各機関の専門職、民生委員や地域住民と青少年交流センター等をまわり、役割や特徴を知る。
より多くの高齢者の把握とともに、必要時に相談できる体制確保と孤立化の予防を進める。	<ul style="list-style-type: none"> ・転入者、過去相談履歴のない高齢者をリスト化し実態把握を行い年間1,000件の実態把握訪問を実施する。 ・実態把握訪問で得た様々な高齢者のニーズをもとに社会福祉協議会との連携により参加しやすい資源把握と新たな資源開発に向けて協働する。
各機関や街とのつながりを深め、必要時に支えあえるネットワークを構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地区包括ケア会議に今まで参加していない学校関係や男性中心の地域活動グループ等の団体へ参加依頼しネットワークを広げる。 ・年1回の医療連携の会に住民の参加、もしくは事前に住民の意見を集約し報告することで、住民と医療がより身近になり地区の課題を共有しやすくする。
地域住民同士が見守りやすい街になる	<ul style="list-style-type: none"> ・見守り協力店の情報を上野毛地区ご近所見守りネットワークでマップ化し、来場者に広報する。協力店の存在を住民が知ることで住民相互の見守り意識を喚起する。 ・見守りリスト、災害時連絡リストの対象者確認を毎月1回のミーティングと随時行い、状況にあった支援方針の更新を行う。
ボランティア活動に参加しやすい環境を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア交流会を年1回行い、ボランティア同士の交流や意見交換を通し活動をサポート。まだ活動のないボランティアへの参加を呼びかけた新たな活動のきっかけにする。昨年度実施したアンケートを社会福祉協議会と共有し、登録者の希望に沿った活動の提案や、新たな活動の場を創出する。 ・社会福祉協議会との日常的な連携と協力によりボランティア活動へのつなぎや活動後のフォローをする。
気づきや相談しやすい関係性を継続し未然に防げるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ご近所見守りネットワークにしっかりと見守りの施設・団体の参加を増やし、虐待の見守りの目を強化する。 ・多職種連携会で虐待の勉強会を行い虐待発見や対応力のスキルを高める。
本人や関係者が積極的に成年後見制度の利用を相談できるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回の成年後見制度の多職種対象の研修開催やセンター内で事例の振り返りを行い、最新の情報や具体的な制度内容が説明できるようスキルを高め、本人や家族が制度を身近に感じられるようにする。
消費者被害の防止のため消費者被害の最新の情報を得て、啓発活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・消費生活センターと連携し、地区住民向けに予防の啓発の講座を1回以上開催する。 ・玉川警察署、玉川消防署、成年後見センター消費生活センター、まちづくりセンター、玉川地域社会福祉協議会などと引き続き連携を保ち消費者被害の情報を得、訪問時や高齢者クラブ等高齢者が多く集う場所で注意喚起する。合わせて、月2回の国民生活センターの最新の消費者被害の具体的な被害の手法や内容をもち歩き注意喚起する。
多職種協働がスムーズにできるよう話しやすい関係を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携の会を毎月定期開催する。 ・テーマは年度末の会議での参加者の意向を反映することにより、参加者の専門的視点や仕事のやりがいを相互に理解できる場とする。 ・「まち歩き」を開催し多職種で地域資源の情報を共有し、それぞれの専門的な視点から地域診断をする。 ・特色の違う地域の事例に触れる研修を開催。多地域の専門職との意見交換を通し、新たな支援や連携方法の幅を広げる。
地区のケアマネジャーが地域の情報を共有し、互いにケアマネジメント力の向上を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・年に3回のペースで、地区内の主任ケアマネジャーが中心となって行っているケアマネ連携の会「ケアマネCafe」を定着させる。参加者の希望を確認し、スキルアップのための学びや事例の検討を行う。
困難な事例に関しては地域ケア会議を開催し解決に向けた支援を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・事例選定の会議を所内や地域のケアマネジャーと行い、地域ケア会議を年6回以上開催し、会を積み重ねることで地域の支援力を向上させ、地域課題を抽出して解決に向けて。
住民が安心して在宅医療の相談ができ、適切に対応できる体制を作る。	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携の会「KCカフェ」で地区の医科、歯科、薬局、介護保険サービス事業者等の連携の会を年1回開催し、医療に特化した課題を話し合うことで、具体的な連携の手段をお互いに共有する。 ・ケアマネジャー連携の会で地区連携医と医療依存度の高いケースの関係機関の役割と支援プロセスを学び地域のケアマネジャーのマネジメント力向上を図る。
認知症の本人や家族が相談継続できるよう、あんしんすこやかセンター内で連携する。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌に設けた認知症の相談フォローリストを月に1回は見直しを行い、進捗状況を所内で共有すると共に、初期集中支援事業の候補者をリストに挙げ、その中から事業の利用者を選定する。 ・地区型もの忘れチェック相談会を実施し認知症が疑われる高齢者や家族が早期に医師と相談できる機会を提供する。
認知症当事者の支援及び家族介護者の負担軽減の取り組みを強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・「一息会」の参加メンバーを増やす為、引き続き地域広報紙に載せ、ケアマネカフェや地域活動の中で積極的に広報していく。また、年に1回グループホーム等の施設にて家族介護者の会を開催する。 ・男性介護者の家族会「ケアメンの会」を定期的に開催する。 ・地域の認知症カフェ「ふれあいカフェなまち」へ職員が参加し、継続的にフォローしていく。
認知症に対する正しい理解の普及・啓発を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・過去に認知症サポーター養成講座を行った所に対し定期開催して頂ける様に引き続き働きかける。 ・商店街等地域資源や地域住民向けに認知症サポーター養成講座を開催する。また、開催にあたってチラシの作成や広報誌にて周知する。 ・あんしんすこやかセンター掲示板を活用し、認知症に関する正しい知識の提供を行う。
認知症予防につながる取り組みを充実させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防に関するいきいき講座を1回以上開催する。 ・あんしんすこやかセンターがもの忘れ相談窓口であることをより地域住民に知ってもらえるよう、サロンや高齢者クラブにて周知する。 ・基本チェックリストを実施し、認知症項目に該当した場合認知症予防の啓発やもの忘れチェック相談会等の事業を必要時紹介する。
苦情の予防、相談技術の向上に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・各専門職・地域包括職員の研修、高齢者以外の研修も積極的に受講し、相談窓口担当業務のスキル向上を図る為、参加職員より迅速し課内で共有する。法人内のサービス向上委員会に参加し苦情対応や予防のスキルを高める。 ・苦情の予防に努め、苦情があった際は早期対応していく。
職員の資質向上、意欲を引き出す働きやすい職場を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・相談業務やケースマネジメントを引き継ぎ共有シートを使用し支援経過や進捗を相互に理解し、チームでフォローしやすくする。 ・法人研修を3回行う、法人内の居宅支援事業所と事例検討を1回行い交流深めると共に相談支援の質の向上を目指す。
チームアプローチを徹底し個人負担感を軽減し、業務効率を高める。	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしんすこやかセンター内会議で、業務遂行の進捗状況や見守り支援を確認し職員全体の意識の共有・連携を図る。困難ケースについては個人で抱え込まない様に支援内容を全員で検討し、役割分担を行いチームで対応していく。ケースの状況に応じた専門職が同行訪問するなど3職種連携して解決する。 ・朝ミーティングで相談内容を共有しチームとしての支援方針を立てながら課題解決や適切な機関に繋げる。
支援経過や方針が分かりやすい記録を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・記録記載については他の職員が的確に対応できるようにポイントを絞った記載を意識し、別々に相談を受けたケースも対応がバラバラにならないように分かりやすい記録を考えていく。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・筋力アップ教室に延べ15名の利用者をつないだ。 ・世田谷区の介護予防ケアマネジメントの手引きに沿って、相談者にアセスメントし介護予防支援を行った。
	介護予防対象者把握	・はつらつ介護予防講座を21回実施した。閉じこもりがちで不活発な高齢者には参加を促して登録につなげた。継続している参加者には状態に応じて介護認定の申請など支援につないだ。 ・「世田谷いきいき体操体験会」を年1回開催した。参加者が自主グループ「ひだまり」を立ち上げた。老人保養ホームを会場として週1回開催している。登録者は17名である。
	普及啓発講座の実施	・いきいき講座は目標件数の4回開催した。延べ参加人数は155名であった。テーマは虐待防止、有料老人ホームの選び方、介護予防の口腔ケア、消費者被害防止である。
	その他	既存の自主グループ(幸友会、塗り絵サロン等)の運営が継続できるよう後方支援した。塗り絵サロンでは秋に展覧会を開催した。
II 総合相談 支援業務	総合相談	・総合相談対応件数は10,864件であった。 ・保健福祉課と連携をとり、妄想性障害(2名)、統合失調症(1名)のある高齢者について、医療保護入院を支援した。 ・近隣から苦情がでている精神疾患の高齢者に対して、町会役員、住民、玉川警察署、保健福祉課などと話し合いを重ねて、役割分担をして支援した。
	地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	・玉川福祉作業所と合同で、保護者を対象とした講座「障害サービスから高齢者サービスへの移行」を開催した。参加者は15名であった。 ・「第7期保健福祉計画・介護保険事業計画素案ソブジウム」と「世田谷区の地域包括ケアの地区展開の実践報告会」で三者連携による見守り活動について、登録し紹介した。 ・相談拡充は52件対応した。40代、50代の精神疾患や身体障害のある人の相談については、医療機関や区の健康づくり課、保健福祉課障害担当等と協議し支援した。
	実態把握	目標1400件に対し2,252件実施した。実態把握調査リストと高齢化率の高い団地を主に対象として実態把握訪問を行った。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	・町会、団地の自治会、ミニテイやサロン、商店会などを訪問し、「福祉の相談窓口」や「あんしん見守り事業」などを周知した。 ・社会福祉協議会用賀地区事務局(以下、地区社協と記す)が主催する協議体に参加した。地区内の自主グループ団体・活動紹介の地域資源マップの作成を行った。 ・地区社協の主催する福祉体験学習(小学校2か所)や高齢者日帰り交流会などに協力して参加者と関係をつくった。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	・月1回フォローリストを見直し、見守りが必要な高齢者を把握し継続的に支援した。 ・見守り対象者4名を担当のボランティア4名が毎週訪問して安否を確認した。 ・見守りボランティア登録者14名に活動に対するアンケートを実施した。希望者には他のボランティア活動先を紹介し参加につなげた。
その他	・民生児童委員や地区社協が主催する福祉学習の研修会に年3回参加し、地域のネットワークを広げた。 ・地区社協の運営委員会に年6回出席し、まちづくりセンターとともに地区の課題について意見交換した。	
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・高齢者虐待防止について「いきいき講座」を開催し35名が参加した。4つの家族会が参加して「自宅で介護するということ」をテーマにグループワークを行った。 ・虐待カンファレンスを総合支所保健福祉課と合同で18件開催した。
	成年後見制度に関する対応	・精神疾患がある単身高齢者の受診支援を行った。そして親族との相談を重ね、成年後見制度につなげた。 ・成年後見センターの開催する「地区相談会」を周知して地域住民に参加を促した。
	消費者被害の防止	・消費者被害防止について「いきいき講座」を開催し29名が参加した。世田谷区消費生活センターに講師を依頼し区の被害状況や事例、対策について取り上げた。 ・振込め詐欺に遭った単身高齢者に対して、自動通話録音機設置の紹介や玉川警察署と連携して再発防止に取り組んだ。
	その他	息子から断続的に虐待を受けている高齢の母親について、ケアマネジャーや保健福祉課と連携し、母体法人の運営する特別養護老人ホームなどに一時保護した。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・多職種交流会(用賀井戸端会議)を年8回開催した。介護保険サービス事業者、障害者相談センター、権利擁護センター、医療ソーシャルワーカー、歯科医師、薬剤師などが参加した。 ・地域ケア会議のロールプレイングや「アルコール依存症」「消費者被害」などをテーマにグループワークを行った。
	ケアマネジャー支援	・用賀地区版 主任ケアマネ連絡会を年11回開催した。玉川地域版 主任ケアマネ連絡会を年8回開催した。 ・地区版主任ケアマネ連絡会では、スキルアップ班とアウトリーチ班に分かれて活動した。スキルアップ班はケアマネ勉強会を年4回開催し、アウトリーチ班は主任ケアマネジャー同士の関係を深めるためにフールド・カフェを年1回開催した。 ・利用者家族から居宅ケアマネジャーへの苦情(3名)、親もも問題を抱えている複合ケース、虐待など解決困難な事例(12名)について後方支援を行った。
	地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議Aを1回、会議Bを3回開催した。
その他	・団地で「社会的に孤立しがちな高齢者の見守り」をテーマに地域ケア会議を10回実施した。住民主体の見守り活動組織「おたがいまの会」を立ち上げた。事務局は母体法人の運営する認知症高齢者グループホームである。 ・用賀地区の通所介護事業者による災害対策連絡会を年4回開催した。	
V 医療・介護連携の 推進	在宅療養相談窓口、地区連携 医事業務等の取り組み	・地区連携医事業については、地区連携医師と企画・運営の会議を年5回行った。「地域で支える認知症」をテーマに「用賀あんすこやか」を年5回開催した。 ・玉川地域のあんしんすこやかセンター6か所と玉川医師会・玉川歯科医師会・玉川薬剤師会(以下、三師会)との連携会議を年4回開催した。また医療従事者とケアマネジャーや訪問看護事業者との事例検討会「つながる会」を年1回開催した。
	その他	総合病院の医療相談室と連携を図り、毎月3〜4件の退院支援を行った。退院前カンファレンスに出席したり、ケアマネジャーに十分なサポートなど、退院後の生活に向けて連携した。
VI 認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	・認知症専門相談員が主に相談を受け、認知症初期集中支援チーム事業、認知症予防プログラムなど認知症支援に関する事業を紹介しつないだ。 ・もの忘れチェック相談会の運営に関わり、対象者と介護者を継続的に支援した。 ・「若年性認知症支援 資料集」や「もの忘れ相談マニュアル」の作成や見直しなどを行い、職員の相談援助のスキルアップを図った。
	家族介護者支援	・玉川地域認知症家族会の交流会を年6回開催した。 ・認知症サポーター養成講座の受講者や認知症カフェの参加者に「認知症家族の会」を紹介し、5名が繋がった。 ・「認知症あんしんガイドブック」を活用し、家族や介護者に支援のアドバイスや今後の対策について説明した。
	普及啓発	・認知症サポーター養成講座は年11回の開催を目標としていたところ、20回(受講者人数:678名)開催できた。 ・薬局、老人保養ホーム、小学校3か所、中学校2か所などで実施した。寸劇を取り入れて好評であった。 ・認知症カフェ「あんしんほっとカフェたまがわ」にて、認知症専門医が認知症用語を披露して認知症ケアについてわかりやすく伝えた。 ・通所介護事業者の運営する認知症カフェ「上用賀茶房」の立ち上げに協力し、3月に開設することができた。
	その他	・認知症カフェ「あんしんほっとカフェたまがわ」を11回開催した。参加者は毎回30名程度であった。ボランティアが5名増員できて9名になった。 ・毎回、ボランティアや民生児童委員などの参加者と共に反省会を行い、次回に反映した。 ・参加者とボランティアに対して、「満足度と今後の意向」についてアンケートを実施した。
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	・来所した相談者に、接客アンケートを実施し意見・要望などを把握してサービス向上を図った。 ・苦情申し立て書の提出は0件であった。所内で検討した苦情(利用者からのケアマネジャー変更希望、窓口での情報提供不足等)は9件であった。朝礼・夕礼や職員会議などを利用して早急に検証し、改善策を立て再発防止を図った。
	人材育成、人材定着	・世田谷区や東京都主催の研修会へ出席し、所内で伝達研修を実施した(年12回)。 ・事例検討会を年8回実施し、アセスメント力や聴き取る力、伝える力の向上に努めた。 ・半期ごとに目標管理シートを用いて、センター長による人事考課面談を実施した。
	職場内連携	・毎日の朝礼や夕礼、毎月1回の職員会議(年12回)、事例検討会(年8回)を実施し、役割分担や業務改善、相談援助のスキルアップなどを行った。 ・本室と分室の情報共有を緊密に行い、相談者がどちらに來所しても対応ができるよう体制を整えた。 ・毎月1回、三職種ミーティング、ケアプラン担当者ミーティングを行い、利用者の支援進捗状況やサービスの利用方法などを検討した。
	その他	・法人のメンタルヘルスマネジメントとして、ストレスチェック(自己診断チェック)を実施した。 ・センター内では上司面談、世田谷区保健センターの出張講座と外部講師を招いた「援助者のための援助」をテーマに研修を実施した。 ・玉川福祉作業所の宿泊研修、地域交流会等に参加して、知的障害者の支援を学習した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<p>自立支援を視点を個別のニーズに合った介護予防ケアマネジメントを実施する。</p>	<p>自立支援を重視したアセスメントを実施して、介護予防筋力アップ教室、地域デイサービス、支えあいサービス、専門職指導事業につなぐ。</p>
<p>・介護予防対象者の把握のために、介護予防事業につながる支援を行う。 ・玉川地区に世田谷いきいき体操の自主グループを立ち上げる。</p>	<p>・はつらつ介護予防講座や世田谷いきいき体操など介護予防事業に該当する対象者に参加を促す。窓口での相談、実態把握訪問、いきいき講座などで、基本チェックリストを用いて対象者を把握する。また参加者から介護予防事業や自主グループのリーダーとなり得る人材を発掘する。 ・玉川地区に世田谷いきいき体操の自主グループ開設のニーズがあるため準備、支援する。</p>
<p>地域住民のニーズに合ったいきいき講座を開催する。</p>	<p>いきいき講座を年4回開催する。昨年度の受講者アンケートの結果をもとに、テーマは認知症ケア・介護予防・権利擁護・口腔ケア等とする。</p>
<p>既存の自主グループの運営を安定させ、継続を目指す。</p>	<p>既存の自主グループに出向き状況を把握する。課題については、グループの代表者とともに解決に取り組む。また広報活動にも注力し参加者を増やす。</p>
<p>総合的な相談窓口として、的確に課題を捉える。 住民目線に立ち、分かりやすい説明、複数の情報提供、迅速な対応を目指す。</p>	<p>・窓口対応のみならず、老朽化した団地などを主に個別訪問を実施して、多くの住民の相談を受ける。相談件数10,000件を目指す。 ・訪問、来所、電話などで相談を受けた際、主訴を把握し、適切な医療・介護・生活支援・予防などのサービスにつなげる。 ・法人の地域公益活動室(生活困窮者就業訓練認定事業所)とともに働きづらさを抱えた人の就労を支援する。</p>
<p>・三者連携のもと、居場所づくりと地域活動の担い手の発掘を行う。 ・相談拡充として、障害関連の施設と合同で啓発活動を行う。</p>	<p>・月1回三者連携会議を行い、情報共有と課題の検討と対策を考える。 ・玉川福祉作業所と協働し、高齢化した保護者と障害の子どもの支援など複合した課題の解決・緩和に向けて取り組む。 ・40代、50代の精神疾患、身体障害のある相談者について、区の健康づくり課、保健福祉課障害担当、医療機関などと連携を図り支援する。</p>
<p>・実態把握を行い介護予防につなげる。 ・集合住宅や団地を主に個別訪問をする。</p>	<p>・実態把握件数は2,000件を目標とする。 ・区営(10ヶ所)都営(8ヶ所)UR(1ヶ所)JKK(1ヶ所)などを対象に、独居の中・高齢者や高齢者のみ世帯を主に実態把握する。 ・地区社協、民生児童委員、町会などが主催する会議に参加し情報を得る。また民生委員、町会、商店会や集合住宅の自治会等の地域活動に参加したり、ミニデイ・サロン等を訪問したりするなどして交流を図り関係を深める。</p>
<p>・地区のネットワークづくりを三者連携のもと推進する。 ・高齢者クラブを訪問しニーズを把握する。 ・地域の公益活動に参加する。</p>	<p>・地区内にある高齢者クラブ4ヶ所を訪問し、「福祉の相談窓口」について周知する。 ・地区社協主催の「e場所ネット」にまちづくりセンターとともに参加し、住民に求められている「居場所」について情報提供するなど地域づくりに協力する。 ・地域の社会資源リストを作成し、3か月に1回、見直し更新する。三者が協働して社会資源マップを作成する。 ・障害者自立支援協議会や要保護児童連絡協議会などの会議や勉強会に参加し関係をつくる。</p>
<p>高齢者の見守り活動をさらに推進する。</p>	<p>・見守りフォローリストを月1回更新し、見守りが必要な対象者を把握する。認知症の有無、単身世帯かどうかなど緊急度に応じて支援する。 ・孤立しがちな高齢者を把握し、見守りボランティアに2件以上つなげる。 ・見守りボランティアとの関係を深めるため、懇談会を年1回以上開催する。</p>
<p>民生児童委員との連携を強化する。</p>	<p>民生委員連絡協議会に参加し「福祉の相談窓口」の周知する。また「地域ケア会議」の目的を伝え、必要に応じて参加してもらえよう働きかける。</p>
<p>・虐待予防及び早期発見に努める。 ・法人の協力を得て、虐待保護の対応をする。</p>	<p>・虐待や虐待疑いの相談があった場合、当日中に複数の職員で対応方法の検討を行う。虐待対応の手順に従い速やかに保健福祉課と連携し利用者を支援する。 ・多職種交流(井戸端会議)や認知症カフェなどに出向き虐待防止の啓発活動を行う。</p>
<p>成年後見センターと連携し支援する。</p>	<p>・成年後見センターによる地区の成年後見制度相談会に、該当する利用者やその家族を対象に参加を促す。 ・社会福祉士、法人の弁護士による勉強会を年1回以上開催し、成年後見制度の理解を深める。</p>
<p>消費者被害の防止のため啓発活動に取り組む。</p>	<p>・玉川警察署や世田谷区消費生活センターなどに協力を仰ぎ、注意喚起や事例を用いた啓発活動を行い被害防止に努める。 ・法人の理事である弁護士を活用し消費者被害防止の講座を年1回以上開催する。</p>
<p>社会的孤立や生活困窮などの複合化した課題について、法人と協働して支援する。</p>	<p>DVやネグレクトなどの問題を抱える子どもを把握した際、子供家庭支援センターや保健福祉課などに迅速に報告し連携する。課題の内容に応じて、法人の地域公益活動(フリースペース：夕方以降の時間帯、子どもに寄り添って送迎・食事・入浴・学習支援・余暇活動などを行う)を提案する。</p>
<p>・多職種間のネットワークづくりを目的に、多職種交流会(用賀井戸端会議)を実施する。 ・地域ケア会議について多職種への普及啓発を行う。</p>	<p>・多職種交流会(用賀井戸端会議)と地区連携医事業と合わせて年10回以上開催する。 ・三者が抽出した地区課題をテーマに、地区のケアマネジャーや介護保険サービス事業者、障害者相談センター等の参加を募りグループワークを年1回以上開催する。 ・地域のケアマネジャーを対象に、地域ケア会議についての勉強会や事例報告を年1回以上開催する。</p>
<p>・用賀地区主任ケアマネジャー連絡会の開催を支援する。 ・用賀地区主任ケアマネジャー連絡会主催のケアマネジャー育成に向けた勉強会を支援する。</p>	<p>・用賀地区主任ケアマネジャー連絡会の開催を支援する(年12回)。 ・用賀地区主任ケアマネジャー連絡会による地区のケアマネジャー対象の勉強会(年4回以上)開催を支援する。 ・用賀地区主任ケアマネジャー連絡会と協働して、多職種を対象に困難支援の事例検討会(年2回)と、関係づくりを目的にワールド・カフェを開催する。</p>
<p>地域ケア会議A、Bを開催する。</p>	<p>・地域ケア会議の開催に向け、全職員が適切に実施できるように独自のマニュアルを作成する。 ・地域ケア会議Aを3回、地域ケア会議Bを3回以上開催する。</p>
<p>老朽化した団地、集合住宅を対象に、孤立死対策としての見守り活動について、三者が連携して取り組む。</p>	<p>・団地の見守り活動組織「おたがいさまの家」と協働し、三者で孤立死防止の見守り活動や月1回開催する定例会に参加する。 ・老朽化した団地や集合住宅などを対象に、三者で孤立死防止対策としての見守り活動を自治会にはたらかせる。 ・通所介護事業者による災害対策連絡会を継続し、災害時の事業者同士の協力体制づくりに取り組む。</p>
<p>・医療と介護の連携を推進する。 ・在宅療養相談窓口の適切な運営に取り組む。 ・地区連携医事業の「用賀あすこカフェ」を継続する。</p>	<p>・在宅療養相談窓口を区民に周知する。職員が適切に運営できるように勉強会を行う。 ・地区連携医事業として「用賀あすこカフェ」を年6回開催する。「認知症の人が住みやすいまちづくり」を年間のテーマにして行う。 ・玉川医師会・玉川歯科医師会・玉川歯科医師会と玉川地域6か所のあんしんすこやかセンターとの連携会議を年4回開催する。事例検討会「つながる会」も年1回開催する。 ・ICT(情報通信技術)を活用し医師や介護保険事業者とネットワークをつくり、情報共有を図る。</p>
<p>地域の医療機関と連携を密にする。</p>	<p>高齢者の退院支援は、看護師が主となり退院前カンファレンス、病院訪問、家族支援などを行い、医療機関と情報交換を密にして協働する。</p>
<p>・もの忘れチェック相談会で医師と連携を図る。 ・認知症初期集中支援チーム事業に3事例選定する。 ・地域で認知症を支える仕組み作りに取り組む</p>	<p>・地区型や従来型のもの忘れチェック相談会を通して医師と連携し、対象者を継続的に支援する。地域住民に相談会の開催を周知する。 ・認知症初期集中支援チーム事業に3事例を選定し、医療・介護サービス・社会資源につながるよう支援する。 ・認知症の疑いのある人を把握するために、郵便局・銀行・薬局・診療所・商店会などに情報提供をしてもらえるように働きかける。あんしん見守り協力店ステッカーなどを周知する。</p>
<p>認知症高齢者の家族会の普及啓発をすすめる。</p>	<p>・認知症高齢者の家族会を年6回開催し、介護している家族同士がつながりをもてるように支援する。 ・認知症高齢者を抱える家族を対象に、家族介護者の会や認知症カフェなどを紹介し、家族・介護者の心身の負担軽減を促す。</p>
<p>認知症の人を地域で支援するため、認知症サポーター養成講座を多世代を対象に開催する。認知症カフェの開設支援をする。</p>	<p>・認知症カフェ「上用賀茶房」について、近隣の集合住宅の自治会や住民と協力して運営の後方支援を継続する。 ・認知症サポーター養成講座を15回以上開催する。小学校5か所、中学校2か所などに働きかけて開催を目指す。 ・認知症サポーター養成講座の受講者に認知症カフェや地域のボランティア活動を紹介して、地域活動の担い手を増やす。 ・認知症カフェ未整備である玉川1丁目・2丁目周辺に認知症カフェ立ち上げ準備の支援をする。</p>
<p>・認知症カフェ「あんしんほっとカフェたまがわ」のボランティアを増員する。 ・地域のケアマネジャーの参加者を増やす。 ・UR団地住民の参加を増やす。 ・参加者の生活状況を把握して見守りを行う。</p>	<p>・認知症カフェ「あんしんほっとカフェたまがわ」を年11回開催する。 ・「あんしんほっとカフェたまがわ」の自主化を目指してボランティアを増員する。 ・そのため認知症サポーター養成講座の受講者や見守りボランティアの登録者などに活動を紹介する。また玉川ボランティアビューローと連携する。</p>
<p>住民・利用者から対応についての意見・要望などを把握しサービス向上を図る。</p>	<p>・期間を決めて意見箱を設置し、接遇や相談の対応について満足度アンケートを実施する。アンケート集計、評価を行い情報開示し相談援助技術の向上を図る。 ・苦情や要望を見える化し情報開示する。対策を立て再発防止とサービスの向上を図る。 ・身だしなみ・べからず言動チェックリスト、業務点検シートを活用し、月1回自己評価を行い、課題の改善に取り組む職員の質の向上を図る。</p>
<p>職員のスキルアップのため、半期ごとに目標管理シートの作成を継続して、課題の解決や指導に活用する。</p>	<p>・世田谷区や東京都主催の研修会への参加を継続する。 ・月1回事例検討会を実施し、アセスメント力や伝える力、聴き取る力の向上に努める。 ・目標管理シートを用いてセンター長による人事面談を半期ごとに実施する。達成度の確認や課題把握を行うなど、新たな目標を設定して育成に取り組む。</p>
<p>・チームワークを強化するため、各職員の業務内容・業務量を見える化して、協力し合える体制をつくる。 ・本室と分室の連絡・協力体制をさらに整える。</p>	<p>・報告・連絡・相談を徹底し情報共有する。朝・夕のミーティングを行い業務把握・役割分担などを調整する。 ・月1回、三職種ミーティング、プラン担当者ミーティングを行い、利用者の支援進捗状況や勉強会を行い相談援助技術の向上を図る。 ・引き続き各業務の手順書やマニュアルの作成に取り組む。</p>
<p>職員のメンタルヘルスクアを行うい、長く働ける職場環境をつくる。</p>	<p>・職員のメンタルヘルスクアとして、ストレス度チェックや上司面談、研修会(ロールプレイやグループワークなど)を行う。 ・法人の安全衛生委員会と連携して、職場環境を年2回点検し、働きやすい職場環境づくりに努める。 ・法人の委嘱している精神科医のカウンセリングを受けることができる。</p>

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	介護予防・日常生活支援総合事業対象者へのケアマネジメント実施件数を30件以上としたが、実態把握訪問や総合相談で把握した介護予防・日常生活支援総合事業の利用が適切だとアセスメントした方18名(支えあいサービス1件・専門職訪問指導1件・介護予防筋力アップ教室5件・総合事業サービス11件)にマネジメントを実施(2月末時点)した。
		介護予防対象者把握	基本チェックリストの実施目標250件に対し、深沢地区独自のリストによる実態把握訪問を活用し、384件(2月末時点)実施した。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座を年間6回開催した。「筋力アップ教室」「栄養と閉じこもり予防の食会食」「男性限定の運動教室(毎月計4回)」を地区内3会場で開催することができた。それぞれ47名、6名、8名、12名、9名、20名の参加があり、健康づくり・介護予防・外出・交流の機会へとつながった。
		その他	定期的に地区内で活動しているサロンを訪問し、血管年齢測定、寸劇等様々な啓蒙媒体を用いることで、健康づくり、介護予防、日常生活支援総合事業や介護保険制度などの普及啓発を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	・窓口や電話での相談対応後の、初回訪問はなるべく他職種2名で行うこととし、適切なアセスメントに努めた。 ・高齢者以外の相談に対しては、保健福祉3課と情報共有しながら対応した。 ・地区の多職種連携会「そだったのか会議」を4回開催した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	・まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者ミーティングを毎月開催し、地区の課題を抽出した。課題「男性の活躍場所不足」に対して、地区内3小学校の見守り隊を発足し、男性の活躍場所を創設した。 ・相談拡充対象の相談は5件、保健福祉3課と連携を図りながら対応に当たった。
		実態把握	実態把握訪問の目標1,200件に対し、介護予防・地域支援課からの訪問対象者リストに加え、深沢地区独自の訪問リストを作成し1,234件訪問した。
		啓発活動(地区のネットワーク づくり)	・年間4回広報紙を発行した。窓口以外に、利用者訪問先、民生委員、町会回覧板、介護保険サービス事業所、地域活動団体等で配布した。 ・ふれあいいきいきサロン、高齢者クラブ、地域デイサービスへの訪問を年間31件行い、地域資源の把握、センター周知、出張講座の案内等を行った。 ・東深沢桜まつり、桜新町さくらまつり、ねぶた祭り、ぎんなんまつり、落語会、小学校での福祉体験、ふれあいマラソン大会等へ社会福祉協議会の推進員として参加し、連携を強化した。
		見守り訪問、相談(あんしん見 守り事業)	・所内職員のチームごとに見守り訪問を定期的に実施した。見守りフォローリストは月1回の所内会議に加え毎朝夕のミーティングでも見直しをした。また、実態把握や地域からの相談等で見守りが必要と思われる方の情報を共有し、見守り頻度を検討した。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	民生委員・児童委員協議会やバス研修へ出席し、民生委員・児童委員との連携は維持したが、虐待相談はなかった。虐待通報は担当ケアマネジャーからが多く、保健福祉課と連携して対応した。
		成年後見制度に関する対応	成年後見制度が必要と思われる高齢者には、情報提供したり、成年後見センターと連携して対応した。
		消費者被害の防止	・広報紙に消費者被害の注意喚起の記事を載せて啓発に努めた。 ・訪問時等に、消費者被害防止のチラシやステッカーの配布をした。 ・実際に消費者被害に遭いそうになったケースについては所内で情報共有をした。 ・担当ケアマネジャーから相談のあったケースについて地域ケア会議Bについて関係者間で情報共有し対応を検討した。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	「そだったのか会議」の名称で「退院支援の医療・福祉の連携」「在宅における医療・福祉の連携」「障害者(精神障害)支援」「福祉従事者のメンタルヘルス」のテーマに計4回開催した。毎回異なるテーマだが、それぞれの会ごとに専門職の職員を講師として、他業種の人の学びの場、意見交換会の場として機能し、多職種連携会議として定着した。
		ケアマネジャー支援	H29年度、深沢地区ケアマネジャー連絡会で4回の事例検討会を行った。事例提供者に負担がかかりすぎないインシデントプロセス法は好評であり地区連携医の適切なアドバイスにより成果を上げた。主任ケアマネジャーは事例検討会での事例提供、司会、ファシリテーターを始め、多職種連携会(そだったのか会議)でもグループワークでの司会をつとめ、他を率先して行った。
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議Aを1回、Bを3回開催。保健福祉課や介護予防・地域支援課などの各関係機関、地区の民生委員や社会福祉協議会、玉川地域障害者相談支援センター、ケアマネジャーをはじめ、理学療法士や福祉用具事業者など多岐に渡る関係者とともに事例を通して、地域課題や地域資源の抽出を図った。
		その他	
V	医療・介護連携の推 進	在宅療養相談窓口、地区連 携医事業等の取り組み	桜新町アーバンクリニックと地区連携医事業として、多職種連携会「そだったのか会議」を年4回開催し、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、栄養士、福祉用具事業者等とグループワークを通して連携を深めた。ケアマネジャー連絡会も地区連携医事業として年4回開催することで、ケアマネジャーと地区連携医との連携の土台を作ることができた。連携会や連絡会を開催していない月には打ち合わせ・話し合いを行い、地区連携医事業としてのどのように開催していくかを綿密に話し合うことができた。
VI	認知症ケアの推 進	認知症相談(もの忘れ相談)	・もの忘れチェック相談会に2名の対象者を紹介した。2名ともに問題ない方で、3か月後の追跡調査施行し、今後の相談窓口としての利用を促した。認知症専門医訪問事業を2名の対象者に実施した。それぞれ、認知症専門医による医療的なアセスメントを受け今後の支援方針を支援者間で検討し、本人や家族の支援を継続している。 ・認知症初期集中支援チーム事業に3事例を選定(2例は御夫妻)、それぞれ介護保険認定申請に繋がり、必要な介護サービスや医療に繋げることができた。その後もケアマネジャー支援や介護者家族支援(成年後見人制度の案内を含め)を継続している。
		家族介護者支援	・深沢あんしんすこやかセンター地区内の2つの認知症高齢者の家族会に毎月参加し、必要時相談を受けるとともに、後方支援を継続した。 ・玉川地域認知症家族会交流会を合同地区包括ケア会議として3回開催した。玉川地域の家族会主催者と情報交換・顔の見える関係づくりを行い、地区の家族会運営に活かすことが出来た。
		普及啓発	・認知症サポーター養成講座を6回開催し、受講者数は146名となった。 ・地域に貢献したいとの思いで、ケアマネジャーが平成29年8月に「認知症カフェ」を立ち上げた。利用者確保及び諸事情で、開催場所が3回変わりその対応にケアマネジャーは苦慮したが他のケアマネジャー達が協力し乗り越えられた。
		その他	
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・相談対応技術向上のため各職員が4回以上研修に参加した。 ・苦情となるリスクの高いものについては、所内で検討し苦情を未然に防ぐよう対応した。
		人材育成、人材定着	・季節ごとに、管理者と職員との面談を行い、業務量や希望の有無を確認した。 ・法人内の研修や外部研修に各職員が参加し、スキル向上に努めた。 ・所内会議時等、適時にミニ研修を開催した。
		職場内連携	・ホワイトボードに担当件数、対応中の相談対応数を表し共有した。 ・朝夕のミーティング時に、個別のケースについて対応を検討、共有した。ミーティングに出席できない職員については各自で記録を確認、申し送りをするようにした。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<p>介護予防・日常生活支援総合事業の利用が望ましい対象者を把握し年間20件以上、介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントを実施する。</p> <p>基本チェックリストは、250件の実施を目標とする。</p>	<p>総合相談や実態把握訪問を通して、介護予防・日常生活支援総合事業の活用が望ましい対象者を把握する。把握した事業対象者が自立に向けた介護予防活動に取り組めるよう、介護予防・日常生活支援総合事業の利用を提案していく。地区内で対象者が身近な場所で介護予防活動に取り組めるよう、地域資源の把握や案内、開発に努める。</p> <p>基本チェックリストを総合相談や実態把握訪問で実施し、介護予防・日常生活支援総合事業が必要な方の把握に努める。</p>
<p>いきいき講座の開催を年3回以上を目標に掲げ、地区内での各会場での開催を目指す。</p>	<p>いきいき講座を地区内の各会館、集会場などで催し、多数の方に参加いただけるように、周知方法などを工夫し、健康づくり、介護予防、閉じこもり予防の普及啓発に努める。</p>
<p>・3か所以上のサロンで、健康長寿・疾病予防・介護予防・認知症予防・熱中症予防等の普及啓発講座を実施する。</p> <p>・地域サービスの開設の後方支援を行う。</p>	<p>・引き続き地区内で活動しているサロンの訪問活動を継続し、関係作りを行う。サロンの立ち上げのサポート、健康づくり、介護予防、日常生活支援総合事業や介護保険制度などの普及啓発として、講座を開催する。</p> <p>・地区内で地域サービス開設の後方支援の為に、既設の地域サービスの見学をする。実態把握訪問やサロン訪問を通して地区の利用者や協力者の発掘を図る。</p>
<p>福祉の相談窓口としての対応力強化を目指す。</p>	<p>・まちづくりセンター、社会福祉協議会との三者ミーティングにおいて、三者連携記録簿を活用し連携して対応できる相談事例を共有する。</p> <p>・毎日の朝礼、夕礼時に相談事例の共有を行い、必要に応じて多職種で検討する。</p> <p>・多職種連携会「そだったのか会議」を4回開催し、地区のネットワーク強化により相談時に円滑に対応する。</p>
<p>・まちづくりセンター、社会福祉協議会とともに、昨年度抽出した課題「男性の活躍場所不足」に対して、新たに「男性限定運動教室」を創設する。</p> <p>・福祉の相談窓口の周知を図る。</p>	<p>・いきいき講座として「男性の運動教室」を連続2回開催し、終了後に自主グループ化を目指し、リーダー的役割を担う住民をサポートする。</p> <p>・実態把握訪問時や、講座開催時等に、福祉の相談窓口の案内を行う。</p>
<p>実態把握訪問は1200件目標とする。</p>	<p>・介護予防・地域支援課の訪問対象者リストに基づき訪問する。</p> <p>・平成28年度、平成29年度に訪問していない地域を中心に75歳以上を基準として訪問リストを作成し訪問する。</p>
<p>・年4回(5月、8月、11月、2月)に広報紙を発行する。</p> <p>・サロン等訪問を月1回ペースで行う。</p> <p>・年4回クリニック、薬局へ広報誌やリーフレットを持参し訪問する。</p> <p>・地域の行事に参加する。</p>	<p>・年4回広報紙を発行し、区民センター等公共機関へ配布し周知を図る。</p> <p>・昨年度までに訪問したサロンに再度訪問し理解を深めると共に、訪問していないサロンにも訪問し更なる周知の拡大に努める。</p> <p>・近隣のクリニックや薬局に訪問し、あんしんすこやかセンターの周知を図ると共に、連携しやすい関係を構築する。</p> <p>・地域の行事に参加することで地域とのつながりの強化を図る。</p>
<p>見守りフォローリストを活用し、確実な見守りを実施する。</p>	<p>・所内を3チームに分け見守り訪問を行う。</p> <p>・見守りフォローリストを所内会議で1回見直しを行う。</p> <p>・実態把握訪問や地域からの相談で見守りが必要と思われる方の情報共有を毎朝のミーティングで行い、見守り頻度等検討する。</p>
<p>民生委員、児童委員や介護保険サービス事業者と連携を継続し、虐待の早期発見(疑い含む)し、虐待相談につなげる。</p>	<p>・民生委員・児童委員協議会への出席を継続し、民生・児童委員への虐待の勉強会を開催し虐待の可能性のあるケースを早期に相談して頂けるよう周知する。</p> <p>・多職種連携会で事業所に向けて啓発活動を行う。</p> <p>・成年後見制度が必要な高齢者には、情報提供を適宜行い、成年後見センターと連携して個別対応していく。</p> <p>・老い支度講座や成年後見など、終活関連講座を年1回以上開催する。</p>
<p>成年後見制度及び周辺のサービス(家族信託など)終活情報を集約し、情報提供・普及啓発を行う。</p>	<p>・消費生活センターと連携し、消費者被害の予防に努める。</p> <p>・広報紙にて消費者被害に関する記事を掲載する。</p> <p>・消費者被害防止のステッカーとチラシを消費者被害にあう危険や不安がある高齢者へ配布する。</p>
<p>消費者被害の予防啓発を行う。</p> <p>・万一、被害にあった時、すぐに相談できるよう相談窓口の啓発を行う。</p>	<p>・消費生活センターと連携し、消費者被害の予防に努める。</p> <p>・広報紙にて消費者被害に関する記事を掲載する。</p> <p>・消費者被害防止のステッカーとチラシを消費者被害にあう危険や不安がある高齢者へ配布する。</p>
<p>地区連携医、医療ソーシャルワーカー、看護師、訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、理学療法士、作業療法士、栄養士、福祉用具事業者と連携する。</p>	<p>周知されてきた多職種連携会「そだったのか会議」にて(6月、9月、12月、3月開催予定)医療ソーシャルワーカー、看護師、訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、理学療法士、作業療法士、栄養士、福祉用具事業者等を講師役に地域のケアマネジャーや地区連携医と共通課題の抽出や意見交換の場として活用し、相互理解を図っていく。</p>
<p>・地区連携医が参加する、地区ケアマネジャー事例検討会を4回開催する。</p> <p>・主任ケアマネジャー連絡会を6回開催する。</p>	<p>・インシデントプロセス法で事例検討を年4回行う。</p> <p>・平成30年度は主任ケアマネジャーからケアマネジャーに、事例提供、司会、ファシリテーター役を移行する。</p> <p>・地域ケア会議が必要な事例は地域ケア会議で再検討する。</p> <p>・地区連携医との連携をさらに深め、その病状に対する必要不可欠なケアについて理解を深める。</p>
<p>地域ケア会議Aを3回、Bを必要に応じて随時開催する。</p>	<p>・地域ケア会議Aは、介護予防、自立支援の観点で対象事例の選定を行い、現行相当サービスの利用に偏らず、総合事業サービスの利用を促進する。</p> <p>・地域ケア会議Bは、地域課題につながる対象者を抽出するべく、相談対応の段階で意識づけする。地区のケアマネジャーに会議を傍聴する機会を設けて、地域ケア会議の理解を深めてもらうと同時に、会議への事例を積極的に提出してもらえよう働きかけていく。</p>
<p>ケアマネジャーと民生委員や町会の方々と交流の機会を作る。世田谷区の福祉サービスについてミニ講座を行う。</p>	<p>年1回、民生委員や町会の方々と交流会を行う。テーマは「知っているようで知らない福祉サービス」とする。</p>
<p>管轄区域のケアマネジャーをはじめとする介護事業者、医療従事者等と、地区連携医が意見交換を通して関係構築が継続できるよう企画開催する。</p> <p>・担当者を中心に誰でも相談対応できるよう所内勉強会を開き、相談事例を積み上げる。</p>	<p>・地区連携医と打ち合わせを行い、年4回ずつ「そだったのか会議」/「ケアマネジャー連絡会」を地区連携医事業として開催する。</p> <p>・新規事業在宅療養相談にて対応できるよう情報収集し、相談体制を整える。</p> <p>・とりわけ近隣病院のMSWと関係作りを深め、スムーズに療養相談が進むよう取り組む。</p>
<p>・認知症の早期発見・支援につながるよう、もの忘れチェック相談、認知症初期集中支援チーム事業や医師による認知症専門相談事業を活用していく。</p> <p>・認知症相談窓口としての周知を図る。</p>	<p>・認知症専門相談員を中心として、もの忘れ相談や認知症相談に対して、適切な医療、介護保険サービスや社会資源につなげていく。また、認知症ケアパスを相談時に活用し認知症について相談者や家族に説明していく。もの忘れチェック相談会の周知活動を窓口相談、実態把握訪問、サロン訪問等を通して行う。区の認知症関連事業を活用して認知症高齢者やその家族に対して適切な支援を行っていく。</p> <p>・認知症初期集中支援チーム事業に随時提出形式で、3事例を選定する。認知症の方に必要な医療や介護サービスが提供できるよう支援する。半年後終了した後もフォローする。</p> <p>・認知症サポーター養成講座やサロン訪問等で認知症相談窓口であることを認知症ケアパスを活用して周知していく。</p>
<p>家族介護者を地域の介護者家族会や認知症カフェにつなげ、地域で支えていけるよう支援を行っていく。</p>	<p>・地域や地区内の家族介護者会や認知症カフェの概要や開催状況について情報を集約し、家族介護者へ家族介護者会や認知症カフェの案内を行い、参加を促す。</p> <p>・玉川地域認知症家族交流会を年3回、合同地区包括ケア会議として実施し、玉川地域の家族会主催者と認知症専門相談員、保健福祉課と情報交換や顔の見える関係づくりを継続していく。また、合同で認知症介護についての講演会を年1回、今年度は、家族介護において、コントロールの実際と銘打った講演企画の実現と、相談会に2回従事する。</p> <p>・認知症サポーター養成講座を社会福祉協議会と連携し、地区内の小学校や中学校で開催できるよう調整する。</p> <p>・認知症サポーター養成講座及び認知症関連の啓発講座にて認知症ケアパスを活用する。</p> <p>・既存の認知症カフェ見学や研修受講により情報収集する。</p>
<p>・認知症サポーター養成講座を3回以上開催する。</p> <p>・国道246号線以南地区において認知症カフェ開催団体を発掘する。</p>	<p>・地区連携医と協働で、講座開催を計画する。</p> <p>・多職種連携会で認知症をテーマに扱い、地域のケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、看護師、訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、理学療法士、作業療法士、栄養士、福祉用具事業者で共通認識をもったり、理解を深める。</p> <p>・クリニックや薬局に訪問する際に認知症の方の支援について意見交換し、連携しやすい関係を構築する。</p>
<p>・認知症関連の地域住民向け講座を1回開催する。</p> <p>・地域のケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、看護師、訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、理学療法士、作業療法士、栄養士、福祉用具事業者に認知症についての理解を深めてもらう。</p>	<p>・必要な知識、技術向上のため、管理者の指示による研修受講や、自発的な研修受講希望を承認し、所内で共有する。</p> <p>・対応中の相談で苦情となるリスクの高いものがあれば、所内会議等で検討し苦情を回避する処置をとる。</p>
<p>・相談対応技術向上のために各職員が4回以上研修に参加する。</p> <p>・苦情を未然に防ぐよう、情報共有を行う。</p> <p>・各職員が受講した研修内容を所内共有する。</p> <p>・管理者と職員の面談を4回以上行う。</p>	<p>・管理者による研修受講指示による受講および、各職員の自発的な研修受講後には、所内で共有する時間を設ける。</p> <p>・人事考課面談の他に、四季ごとに面談を行う。</p>
<p>・担当プラン件数をわかるようにして、全員が認識できる。</p> <p>・対応に苦慮した場合は朝のミーティングにて他職員に相談できる。</p> <p>・業務改善について全職員が提案できる。</p>	<p>・ホワイトボードに担当プラン件数と現在対応中の相談対応数を表示し共有する。</p> <p>・毎朝のミーティング時や随時、対応に悩むケースについて共有したり検討する時間を設ける。</p> <p>・業務の中で改善した方が良いと思われることはミーティングや所内会議で各職員が意見を出し合い決定する。</p>

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	窓口や訪問に必要な方に、要支援認定申請や基本チェックリストを実施し、その方に合った介護予防・日常生活支援総合事業につないだ。ケアマネジメントB35件実施した。
		介護予防対象者把握	はつらつ介護予防講座やいきいき講座、高齢者クラブ、実態把握訪問や来所相談された方に、基本チェックリストを114件実施し、介護予防事業対象者の把握に努めた。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座を年3回実施した。内容はアンケートを区民に取り、一番要望の多かった介護予防に関するテーマ(主に介護予防体操)で開催した。
II	総合相談 支援業務	総合相談	相談件数は来所、電話、訪問等を含め、7,368件であった。高齢者に関する相談のほか、障害等の相談も受け、関係機関におつなぎした。また本人家族からの相談の他、民生委員、自治会、ケアマネジャーからの相談も多く受けた。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	・相談対象拡充の相談件数は、140件であった。母子関係や障害関係の研修や会議に出席し、情報や知識を得ると共に関係機関との関係作りを努めた。 ・まちづくりセンター・社会福祉協議会とともに三者連携会議を行い、地区の課題を把握し、その課題解決のための社会資源開発の協働に努めた。
		実態把握	実態把握訪問件数は1,728件(目標件数800件以上)であった。区の年齢別対象者リストに基づく訪問や、あんしんすこやかセンターで作成している継続支援リストのモニタリング訪問、近隣住民や民生委員からの相談のあった方への訪問、新規訪問等を行った。
		啓発活動(地区のネットワーク づくり)	・広報紙は年6回発行した。 ・地区のネットワークづくりについては、町会・自治会長会議や地区社会福祉協議会運営委員会、民生児童委員と連携し、見守りを必要とする高齢者を地域全体で見守る体制作りを努めた。また地区情報連絡会・防災塾・避難所運営組織訓練実行委員会へ出席し、まちづくりセンターとの連携作りの強化を図った。
		見守り訪問、相談(あんしん見 守り事業)	見守りについては、見守りコーディネーターが中心となって、見守りボランティアの登録、訪問の検討調整を行った。見守りボランティア1名、見守りを受ける利用者は2名登録している。見守りボランティアと協力し、地域で安心して生活できるよう支援した。また民生委員のふれあい訪問との連携を図り、リスクの高い高齢者の発見・支援を行った。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	高齢者虐待については、家族や近隣住民、ケアマネジャーからの相談件数89件があった。虐待疑いで相談が上がったケースについては、速やかに保健福祉課に連絡し、連携対応に努めた。またケアマネジャー向けに保健福祉課の保健師を招き、高齢者虐待についての勉強会を開催した。
		成年後見制度に関する対応	成年後見制度や地域権利擁護事業の相談の際は、成年後見センターと連携を取りながら対応した。相談件数は延べ42件であった。保健福祉課と連携して、成年後見制度につなげた事例、地域権利擁護事業につなげた事例もあった。
		消費者被害の防止	消費者被害防止については、消費生活センターと情報交換を行った。相談件数は5件であった。まちづくりセンターの事業に協力の形で、区民向け啓発講座で消費者被害の実際と防止について注意喚起を行った。
		その他	【区民後見人との連携】 区民後見人と砧地域のあんしんすこやかセンターの交流会を開催した。お互いの業務について確認した。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	事例検討会や地区包括ケア会議を通して、地域の医療機関、介護サービス事業所、民生委員、障害施設等の多職種・多機関との連携を図った。砧地域では9月に医療と福祉の連携懇談会を実施し115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。また3月は「ご近所フォーラム2018」を開催。笑顔でひろがる5つのわをテーマに医療・介護・福祉の関係者の他、町会、民生委員や地域住民など400人以上が参加した。
		ケアマネジャー支援	毎月地区内の主任ケアマネジャーと連絡会を開催し、多職種の関係者を招いた事例検討会を2回行った。また医療レビュー等の勉強会も開催し、ケアマネジャー同士のネットワーク構築を図った。ケアマネジャーからの相談にも対応し、連携支援に努めた。砧地域として各地区代表の主任ケアマネジャーに協力してもらい、地域のケアマネジャー向けに1月に地域包括ケア会議を開催した。医療・介護の制度改正について学んだ。(83名参加)
		地域ケア会議の取り組み	地域ケア会議Aを1回、会議Bを3回開催した。会議Aについては、軽度者の個別ケースを通じて、地域資源を活用し、社会参加に繋がる支援を当事者と共に検討した。また会議Bについては、地区内で課題となっている典型事例を3事例挙げ、地域課題の共有と必要とする資源開発の視点で検討した。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医事業を毎月1回計12回実施した。多職種による事例検討会、医療レビュー、地区内の医師とケアマネジャーとの交流会、眼科疾患の勉強会等を開催した。医療と介護のネットワーク構築の推進及び連携に努めた。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	個別相談については、認知症専門相談員を中心に、保健福祉課と連携し、医療機関や介護保険サービス事業者、認知症初期集中支援チーム事業につなげた。
		家族介護者支援	家族介護者支援として、あんしんすこやかセンターで家族会を3回実施した。また個別ケースで支援が必要な家族には、個別で対応を行った。
		普及啓発	・もの忘れ相談窓口の周知は、地域行事への参加の際、サロンや高齢者クラブ訪問時、あんしんすこやかセンターの広報紙で行った。認知症サポーター養成講座は、地区の民生委員・児童委員協議会向けに行い、19人が受講した。 ・町会・自治会、社会福祉協議会、民生委員・児童委員協議会向けに徘徊高齢者の事例を挙げ、認知症高齢者の見守りの強化を説明し、地区全体で見守りネットワーク構築に努めた。
		その他	
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・懇切丁寧に対応することを念頭に置き、サービス改善を図った。また、相談者が選択できるよう必要な情報を提供し、対応した。相談者が相談しやすい環境づくりに努めた。 ・苦情については関係機関と連携し迅速に対応した。
		人材育成、人材定着	区が主催する研修・会議だけでなく、都・職能団体が開催する研修に積極的に参加した。参加後は、適宜資料の回覧、内容の伝達を行い、職員間で知識の共有を図った。職員一人ひとりが専門性を活かし、やりがいをもって働き続けられる職場環境を構築し、職員の定着に努めた。
		職場内連携	朝礼・終礼ミーティングにおいて連絡・報告を行い情報共有を図った。また、支援が困難なケースについては、随時ケース会議を開催し、支援内容を全員で検討し、役割分担を行いチームで対応していくことに努めた。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
介護予防や日常生活支援事業を包括的かつ効果的に提供していく。	総合相談や実態把握訪問を通じて、介護予防・日常生活支援総合事業の活用が望ましい対象者の把握に努め、必要な高齢者には、自立に向けた介護予防活動に取り組めるよう、介護予防・日常生活支援総合事業の利用を勧めていく。また支援認定者及び事業対象者に対し、自立した日常生活の支援を行うため、二次アセスメントシート等を用い、支援ニーズや課題を分析し、その対象者にあったサービスにつなげていく。
介護予防事業対象者の把握に努め、必要なサービスにつなぐ。	あんしんすこやかセンター主催のいきいき講座やはつらつ介護予防講座、高齢者の集まるサロン・ミニデイ、実態把握訪問や来所相談時に必要に応じて基本チェックリストを実施し、介護予防対象者の把握を行い、適切なサービスへつなげていく。
普及啓発講座を年3回以上実施する。	普及啓発講座として、はつらつ介護予防講座を開催する。またいきいき講座は、介護予防、健康や生活に関するテーマで年3回以上行っていく。
区民の皆様が安心して相談できる窓口となるよう努める。	ご本人だけでなく、家族・近隣住民等の様々な相談を受けていく。支援を必要とする相談者については、適切なサービスにつなげていく。緊急対応が必要なケースについては、関係機関と連携して対応していく。
<ul style="list-style-type: none"> ・障害や母子・子育て関係、生活困窮等の相談を適切な機関につなげる。 ・まちづくりセンター・社会福祉協議会との連携を密にし、地区内のネットワーク構築に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談拡充に関する相談については、適切な支援へ繋げられるよう他機関との情報交換・連携を図っていく。 ・まちづくりセンター・社会福祉協議会と月1回三者連携会議を行い、地区内の課題を共有し、その課題について連携し、解決に導けるよう努める。まちづくりセンター・社会福祉協議会と協力し、介護予防の自主グループの立ち上げ支援を行う。
実態把握訪問を800件以上行う。	訪問対象者リストに基づく訪問や、あんしんすこやかセンターで作成している継続支援リストによるモニタリング訪問、新規訪問等を合わせて、実態把握訪問目標件数は、800件以上とする。
<ul style="list-style-type: none"> ・まちづくりセンター・社会福祉協議会と連携し、地区のネットワーク構築に努める。 ・地域活動に参加し、あんしんすこやかセンターのPRを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・広報誌を年6回発行する。 ・地区の見守りネットワークづくりについては、まちづくりセンター・社会福祉協議会と連携し、見守りネットワーク会議を開催する。民生児童委員との地区情報交換会を月1回開催する。また高齢者クラブ、ミニデイ・サロンに出向き、あんしんすこやかセンターのPRを行う。積極的に地区の活動・行事等に参加し、地区のネットワークづくりをさらに進めていく。
見守りが必要な高齢者の把握に努める。また見守りが必要な高齢者を地域で見守る体制を整える。	見守りについては、見守りコーディネーターが中心となり、見守りボランティアの登録及び訪問派遣検討の調整を行う。関係機関とのネットワークや民生・児童委員の会議、町会自治会、社会福祉協議会等と連携し、見守りが必要な高齢者の早期発見と見守る体制作りを継続して行っていく。
高齢者虐待の早期発見、早期対応に努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待への対応は、即時の対応を厳守・徹底し、保健福祉課との連携のもとに取り組んでいく。 ・民生委員や地域住民への啓発も行き、気付いた時にすぐに連絡していただけるよう周知を行う。
成年後見制度が必要な高齢者を成年後見センターにつなぐ。	判断能力が不十分で、権利擁護が必要な高齢者に対して、成年後見センターと連携して、適切な制度へつなげたり、申し立て支援を行う。
消費者被害の防止に向けた情報提供・対応に努める。	消費者被害の防止のため、消費生活センターや警察と連携し、必要に応じて情報交換を行う。消費者被害が疑われる場合には、関係機関と連携し速やかに必要な支援を行う。また消費者被害防止の啓発に努める。
【区民後見人との連携】 区民後見人との連携を深める。	【区民後見人との連携】 砧地域合同で、区民後見人と成年後見制度の啓発や地域づくりについて協議する場を設ける。
<ul style="list-style-type: none"> ・地区の多職種間の連携強化を深める。 ・地域で9月に医療と福祉の連携懇談会を、3月は「砧地域ご近所フォーラム2019」を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地区包括ケア会議の開催等により医療機関、介護保険サービス事業者、介護保険施設、児童・民生委員、障害施設等の多職種・多機関との連携を図っていく。 ・医療と福祉の連携懇談会は、各地区代表の主任ケアマネジャーや地区連携医と協働し、医療と介護の連携強化をテーマとして開催する。また毎月行われるご近所フォーラム実行委員会にあんしんすこやかセンターも参加していく。
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー支援の更なる強化を図る。 ・主任ケアマネジャーとともに地域のケアマネジャー向けの研修を年1回は開催する。 	ケアマネジャー支援として、地区内の主任ケアマネジャーと連携し、今年度は事例検討会を2回以上、医療レビューを1回以上開催する。必要時の個別ケア会議の開催や適切な社会資源の活用も支援する。困難事例対応については、保健福祉課、その他の関係機関と連携する。各地区の代表の主任ケアマネジャーと懇談の機会を作り、そこで挙げられた課題を中心にスキルアップを図るための研修を行っていく。
地域ケア会議を開催し、地域課題の把握を行う。	地区版地域ケア会議における個別ケース検討①介護予防ケアマネジメントの質の向上のために2事例以上を、②地域包括支援ネットワーク構築に向けたケアマネジメント支援として3事例以上を検討し、地域の課題を抽出する。
<ul style="list-style-type: none"> ・地区連携医と連携し、医療と介護連携の推進に努める。 ・在宅療養相談窓口の円滑な運営を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護のネットワーク構築の推進及び連携を更に進めるため、地区連携医と相談しながら、月1回ケアマネジャー支援や医療と福祉の連携に関する事業を実施する。 ・在宅療養相談窓口を設置し、在宅療養に関する相談を受けるとともに、在宅療養を広く区民へ周知・普及する事に努める。
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症相談に応じ、適正な事業や支援につなげていく。 ・地区型もの忘れチェック相談会を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症相談があった際には、認知症初期集中支援チーム事業、認知症高齢者の家族のための心理相談等、区の認知症関連事業のご案内をし、必要に応じて介護保険サービスにつなげていく。 ・もの忘れチェック相談会（従来型・地区型）の周知活動を行い、必要な方が相談できるように支援する。
介護者の会を継続する。	地域合同認知症高齢者の家族会の支援を行うとともに、地区の家族会を年3回実施し、家族介護者の支援を行う。
認知症を支える人を増やし、地域の認知症への理解を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解普及に努める。また相談者本人、ご家族が必要な方に、認知症ケアバスを配布し、認知症の理解を深めて頂くと共に、どのような支援・サービスが受けられるかといった情報を提供していく。 ・町会・自治会や民生委員等と連携し認知症高齢者の見守りの強化を図り、地区全体で見守りネットワーク構築を図っていく。
認知症カフェの立ち上げに努める。	認知症カフェの立ち上げに努め、実現化できるようにする。
相談に対して適切かつ速やかな対応ができるようにする。苦情には迅速対応する。	相談者が相談しやすい環境づくりを進めていく。苦情については関係機関と連携し迅速に対応していく。また苦情となるリスクの高い相談があれば、所内会議等で共有し、苦情を回避する対応を検討する。
人材育成・人材定着を図る。	区が主催する会議・研修には参加を必須とし、国や東京都等が開催する研修にも積極的に参加する。参加した職員による伝達研修を行い、全職員の質の向上を図る。職員一人ひとりが専門性を活かし、やりがいをもって働き続けられる職場環境を構築し、職員の定着を図っていく。また職員に業務上の負担等を聞きとり、負担が過度にならないよう配慮していく。
職場内でケースの情報を共有し、一人で抱え込まずに連携して支援できる体制を作る。	朝礼・終礼ミーティングにおいて連絡・報告を行い情報共有を図る。また支援が困難なケースについては、随時ケース会議を開催し、支援内容を全員で検討し、役割分担を行いチームで対応していく。

項目	内容	昨年度の取り組み
I 介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	要支援者・事業対象者に対し介護予防ケアマネジメントを実施した。また、窓口相談や実態把握などの関わりからアセスメントを実施し必要なサービスへつないだ。ケアマネジメントBは9件だった。地区内に地域デイサービスを行っている事業所があり、声掛けを行っているが結びついていない。
	介護予防対象者把握	はつらつ介護予防講座やいきいき講座、訪問対象者リストによる実態把握で基本チェックリストを150件の目標に対し204件実施した。
	普及啓発講座の実施	いきいき講座は3回(筋力アップ、口腔ケア、男性の体操)実施した。男性の体操については、自主グループの立ち上げを視野にいれて今後も継続していく予定である。また、はつらつ介護予防講座は22名(目標15名)が新規に参加した。
	その他	有料老人ホームと共同開催している「9丁目介護予防の会」を月1回行い、延べ74人が参加した。また、社会福祉協議会成城地区事務局と共催で成城スポット「よりそい」を年4回実施し、閉じこもり傾向の高齢者に案内を行い、11名が参加。新規は4名だった。
II 総合相談 支援業務	総合相談	相談件数は来所や電話など含め4519件で、家族からの相談が多く、次いでケアマネジャーなどの介護保険サービス事業者からの相談が488件あった。周知が進んでいるためか、病院や近隣住民・友人からの相談が昨年より3割程度増えている。
	地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	まちづくりセンター・社会福祉協議会成城地区事務局と三者連携会議を毎月開催し情報共有を行った。8月から同じ事務所内での業務となり、窓口に来た方の内容を振り分けながら相談に応じている。相談対象拡充での相談件数は36件と昨年度よりの増えている。その理由として、高齢者の家族やケアマネジャーからの相談が増えていることに加え、継続しているケースもある。その他、関係機関の開催する会議に出席し、顔の見える関係を構築した。
	実態把握	訪問対象者リストや認定を受けていない高齢者、団地高齢者を中心に1,356件の実態把握を行い、あんしんすこやかセンターの周知や緊急あんしんカードの配布を行った。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	町会長会議に3回、地区民生委員・児童委員連絡協議会へは毎回参加したほか、成城さくらまつりなどの行事に参加しあんしんすこやかセンターのPRを行った。またマンションの管理人や商店のほか、高齢者クラブやサロン・ミニデへもあいさつにいった。(12ヶ所)大型のマンションの管理組合と話し合いの場を設け、あんしんすこやかセンターチラシの常設の依頼と緊急時の対応について協議した。広報紙は年4回発行した。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	毎月ミーティングで見守りフォローリストの見直しを行い、状況を全職員が把握するようにしている。あんしん見守り事業では新規で2件の見守りボランティアを開始した。見守り意識の高い住民へボランティア研修を受けてもらったが、対象者のマッチングまではできなかった。
その他	まちづくりセンター・社会福祉協議会成城地区事務局と三者連携会議の中から挙げられた地区課題解決の為に、その三者が中心となり成城セカンドコミュニティ会議(SSCK)をたちあげ、男性の居場所づくりを目的とした講座を2回開催した。	
III 権利擁護業務	高齢者虐待の防止	虐待疑いのあるケースについては、速やかに保健福祉課やケアマネジャーと連携し対応した。高齢者虐待対応会議は8ケースと昨年を上回った。また、民生委員・児童委員協議会で虐待通報後の対応についての質問があり、守秘義務など一般的な対応の説明を行った。
	成年後見制度に関する対応	地区の住民に対し、区民後見人による相談会の案内を行ったが、参加者は1組にとどまった。成年後見等に関する相談件数は26件だった。必要に応じて、成年後見センターと連携して対応を行った。
	消費者被害の防止	消費者被害についての相談はなかったが、はつらつ介護予防講座など高齢者の集まりなどで、詐欺などの注意喚起を行った。
	その他	【区民後見人との連携】 区民後見人と砧地域のあんしんすこやかセンターの交流会を開催した。お互いの業務について確認した。
IV 包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・砧地域では9月に医療と介護の連携懇談会を実施し115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。また、3月は「ご近所フォーラム2018」を開催した。「笑顔でひろがる5つのわ」をテーマに医療・介護・福祉の関係者の他、町会、民生委員や地域住民など400人以上が参加した。 ・地区として、事例検討会を実施。地区連携医やケアマネジャーの他、介護保険サービス事業者、看護師が参加した。
	ケアマネジャー支援	・砧地域として各地区代表の主任ケアマネジャーの協力のもと、地域のケアマネジャー向けに1月に地域包括ケア会議を開催。医療・介護の制度改正について学んだ。(83名参加) ・地区としては、地区連携医事業の中で事例検討会や研修会を行った。ケアマネジャーの事務所を訪問するなど相談しやすい環境をつくり、個別ケースの相談に応じた。(51件)
	地域ケア会議の取り組み	相談業務の中からケースを選定し、地域ケア会議Aは2ケース、会議Bは3ケース行った。ケースの選定や当日の運営などは職員全員で行い、会議の「しくみ」の理解に努めた。その他、地区包括ケア会議として、民生児童委員とケアマネジャーの関係作りや、高齢化の進んでいる8丁目を中心とした見守りの仕組みづくりのための会議を開催した。
	その他	地区内の介護保険サービス事業者に声をかけ、災害時の世田谷区での対応と日々の備えについてまちづくりセンター防災担当係長より講義をしていただいた。当日は障害者施設も加わり24名が参加した。
V 医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	地区連携医事業として事例検討会、勉強会を各2回開催し、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者が参加した。また、地区内の医師とケアマネジャーの連携強化のため、懇談会を開催し、医師5名、ケアマネジャー13名参加した。退院に関する相談の中で必要に応じて医師や看護師の訪問ができることを説明した。
VI 認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	認知症に関する相談があった場合は、誰でも対応できるように施策を職員全員に周知した。認知症初期集中支援チーム事業を2名の方が利用し、事業終了後もあんしんすこやかセンターでのフォローを継続している。物忘れチェック相談は従来型で4件、地区型で2件行った。
	家族介護者支援	家族相談会をNPO法人語らいの家と共同で10回開催し延べ47名が参加した。(年度内の新規27名・継続20名)砧地域ご近所フォーラム2018で家族会の活動を報告、PRした。
	普及啓発	認知症サポーター養成講座を年3回実施した。(1回は地域住民を対象にあんしんすこやかセンターが企画)認知症ケアパスを使用し相談対応を行い、施策の普及を図った。また、認知症に関する地区で行っている認知症カフェにも参加した。
	その他	自治会誌を通じて認知症についてPRした。また民生委員に認知症施策について説明した。薬局より認知症に関する相談があり、認知症ケアパスを使用し、説明を行った。
VII 質の向上	サービス改善・苦情対応	事務所内に相談室が設置され込み入った相談などプライバシーに配慮した相談が行えるようになった。申請受付などは必ずダブルチェックを行い間違えの防止に努めた。また、トラブルや間違いがあった時は本人だけでなく、他の職員にも共有し同様なことを起こさないように対応した。
	人材育成、人材定着	・区や法入が開催する虐待・精神疾患・感染症などの研修に延べ52回参加し、職員の質の向上に取り組んだ。 ・職員が一人で問題ケースを抱え込まないよう情報を共有することを心掛けた。
	職場内連携	朝と夕方に申し送り情報共有に努めたほか、定例で会議・ミーティングを行い、課題の解決方法などの職員間の連携に取り組んだ。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
要支援者・事業対象者に対し自立支援に基づいた介護予防ケアマネジメントを実施し、必要な支援を行う。ケアマネジメントB.Cについては10件目標とする。	要支援者・事業対象者に対し介護予防の趣旨を説明しサービスの利用を促していく。職員全員が介護予防・日常生活支援総合事業のサービス内容を把握し、ニーズに合ったサービスの提案を行っていく。
基本チェックリストを150件実施し、対象者を把握する。	講座参加者や相談業務、実態把握訪問で基本チェックリストを実施し、介護予防の対象者を把握する。
介護予防の意識を高めるため、いきいき講座は年間3回実施する。	介護予防に関する講座を中心にいきいき講座を開催し、広報紙などを活用し周知を図る。
成城スポーツ「よりそい」への参加を促していく。男性の体操グループの立ち上げを行う。	実態把握などの機会を使いよりそいの周知を図る。保健センターに協力をいただき、自主化に向け定期的な運動の機会を設ける。
相談しやすい環境をつくり、内容に応じた適切な支援を行う。	プライバシーに配慮した相談しやすい窓口とする。相談の内容をアセスメントしその方に必要な支援を行えるよう、関係機関と連携していく。
福祉の相談窓口の周知を図り、相談しやすい環境を整える。	福祉の相談窓口のチラシを、まつりなど多数の方が参加する機会に配布し周知する。また幅広い相談に対応できるよう職員のスキルアップを図る。
実態把握訪問は800件を目標とする。	訪問対象者リストの他、高齢化率の高い団地やオートロックマンションを中心に行う。
高齢者クラブやサロン・ミニデイへ訪問し、相談窓口の周知を図る。その他、集合住宅の管理人とも連携を図る。新たに都営団地を中心とした8、9丁目の見守りネットワークを立ち上げる。	高齢者クラブやサロン・ミニデイ、マンションへ挨拶にいき、顔の見える関係づくりに取り組む。見守りネットワークは高齢化率の高い団地、高齢者施設、障害者施設、保育園を巻き込み見守り体制を構築するため、関連施設に加え、民生委員、団地自治会などと顔の見えるか関係を構築する。
毎月見守りミーティングを開催する。あんしんすこやかセンターのボランティアだけでなく社会福祉協議会の地区サポーターにも声をかけ、認知症サポーター養成講座を実施する。	見守りが必要な方について民生委員やマンションの管理会社などと連携しながら情報収集を行うとともに、毎月のミーティングで話し合い見守りリストの定期更新をしていく。あんしんすこやかセンターボランティアなど、見守りに関心のある方に見守りの視点を持って活動していただく。
男性の居場所づくりのための講座を定期的で開催する。	まちづくりセンター、社会福祉協議会成城地区事務局と三者でSSCKをバックアップしていく。
虐待が疑われた際は保健福祉課やケアマネジャーなど関係機関と連携をしていく。虐待の早期発見、早期対応に努める。	最近の虐待ケースの傾向として保健福祉課やケアマネジャーだけでなく、健康づくり課や生活支援課などの高齢者以外の行政機関との連携が増えているため必要に応じて連携をしていく。また、早期発見として民生児童委員やケアマネジャーと相談のしやすい関係を築いていく。
成年後見制度が必要と思われる方への支援とともに、家族や支援者の理解を深める。	ケアマネジャーや民生委員など高齢者に関わりが深い方へ周知するとともに、必要時は保健福祉課や成年後見センターと連携し対応する。
消費者被害や特殊詐欺防止の啓発に努める。	消費者被害や特殊詐欺の状況を把握し、高齢者が集まる場などで周知するとともに、被害があった場合は警察や消費生活センターとの連携を図り対応していく。
【区民後見人との連携】 区民後見人との連携を深める。	【区民後見人との連携】 砧地域合同で、区民後見人と成年後見制度の啓発や地域づくりについて協議する場を設ける。
・地域で9月に医療と福祉の連携懇談会を、3月に「砧地域ご近所フォーラム2019」を開催する。 ・地区として、多職種顔の見える関係をめざす。	・地域として取り組んでいる「医療と福祉の連携懇談会」は、各地区代表の主任ケアマネジャーや地区連携医と協働し、医療と介護の連携強化をテーマとして開催する。また、毎月行われるご近所フォーラム実行委員会にあんしんすこやかセンターも参加していく。 ・地区として、ケアマネジャーだけではなく、介護保険サービス事業者や医療機関に事例検討会の参加を呼び掛ける。
主任ケアマネジャーとともに地域のケアマネジャー向けの研修を年1回は開催する。地区としてケアマネジャー向けの勉強会を2回、事例検討会は4回程度開催する。特定事業所が主催する研修会への参加を呼び掛ける。	・各地区の代表の主任ケアマネジャーと懇談の機会を作り、そこから挙げられた課題を中心にスキルアップを図るための研修を行っていく。 ・地区の勉強会は地区連携医事業の中で行う。事例検討会は地区の主任ケアマネジャーと連携し、医療ニーズの高いケースの他、支援困難なケースなどを中心に開催する。
日々の相談業務の中からケアマネジメント力の向上や地域課題の把握等を目的として地域ケア会議Aは2ケース、会議Bは3ケース行う。	相談業務などからケースの選定を行い、会議の運営など職員全体に関わるようにする。会議には、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者の他、地域の方も必要に応じて参加を依頼する。
福祉施設との連携を深め、災害時も含めた地域づくりを考えていく。	地区防災計画の災害時要配慮者支援も含め、まちづくりセンターや社会福祉協議会成城地区事務局と協力し福祉施設と顔合わせの場を設ける。
地区連携医事業の中で、事例検討2回、臓器別勉強会2回を開催する。また、医師との懇談会も1回開催する。その他、地区の住民向けに「在宅医療」の講座を開催する。	事例検討会などケアマネジャー以外の参加が少ないため、介護保険サービス事業者、特に訪問看護に声をかけていく。在宅療養資源マップを活用し、相談対応していく。住民向けの講座に地区課題にあがっている「受援力」についても盛り込んでいく。
認知症初期集中事業で3名程度の対象者を選定する。その他、その方の必要に応じた施策を提案する。	早期発見するため、認知症リスクの高い独居高齢者、高齢者のみ世帯の実態把握を優先的に行う。対象者の状況に応じての忘れチェック相談会や認知症初期集中支援チーム事業などにつなげられるよう、職員に施策を周知する。
「認知症の人を支えるための家族相談会」を年間11回開催。新規の参加者10名を目標とする。	訪問や窓口での相談で必要と思われる方には家族会をご案内する他、地域のケアマネジャーにも周知をする。
・認知症サポーター養成講座を年2回以上開催する。 ・認知症について普及啓発を行う。	自治会誌や会議の場等を通して、サポーター養成講座や認知症相談についての案内を行う。
認知症の方の早期発見のため、支援体制を構築していく。	認知症の早期発見と支援を行えるよう民生児童委員に対し説明を行う。見守りネットワークの中で認知症について周知を図る。
手続きでのトラブルを防ぎ、間違いないよう対応する。	申請は間違いのないようにダブルチェックし受付する。事故があった場合は、他の職員にも周知する。また、職員が窓口対応が困難な時は他の職員がフォローできる体制をつくる。
現存するサービス内容を職員が把握し、案内できるようにする。職員のスキルが向上し、さまざまな相談に対応できるようにする。	職員の一人ひとりの仕事量やつまづきを把握し他の職員がフォローするとともに、問題を抱え込まないよう声掛けを行う。制度などについて知る機会となる研修に参加する。
継続した相談がある場合、職員が誰でも対応できるようにする。	事務所内で朝と夕方申し送りを行うことで、情報の共有を図る。また、定例ミーティングを行い、職員全員の意識の共有化と連携を図っていく。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施 介護予防対象者把握 普及啓発講座の実施	介護予防ケアマネジメントB・筋力アップ教室の参加者は年間28名を目標としたが、3クールで延人数13名の参加にとどまった。教室終了後、地区内の自主グループ(健康体操)参加につなげることが出来た。はつらつ介護予防講座は毎回10名以上の参加者を目標とし、1回平均14.8名が参加した(全21回延べ参加者数310名)。 はつらつ介護予防講座、いきいき講座、実態把握訪問、認知症サポーター養成講座等につき、あんしんすこやかセンター来所時や訪問時に基本チェックリストを実施し(基本チェックリスト年間実施89件)、対象となる方に介護予防・日常生活支援総合事業及び一般介護予防事業の利用を勧奨した。 いきいき講座は目標の11回を「高齢者施設の選び方」(6月開催で26名参加)と「口腔機能向上」(3月開催で21名の参加)のテーマで実施した。2月に東京テラス(大規模マンション)にて、高齢者向けのセミナーとして「世田谷区の高齢者向けサービスについて」を開催し42名が参加した。また、広報紙を年4回発行した。
II	総合相談 支援業務	総合相談 地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充) 実態把握 啓発活動(地区のネットワー クづくり) 見守り訪問、相談(あんしん見 守り事業) その他	相談件数は目標の4,500件を下回り年間延べ3,860件となったが、医療連携強化の取り組みにより病院からの相談が多くなっている(病院:28年度209件→29年度322件)。新聞販売店・ヤクルト・生協との連携体制も整い、通報により安否確認と今後の支援に繋がっている。 まちづくりセンターと社会福祉協議会船橋地区事務局との三者連携会議を月1回行い、地区のアセスメントを継続して実施し、地区の特徴・強み・課題・対応策の検討を続けた。また、地域包括ケアの地区展開により、二者からあんしんすこやかセンターに相談引き継ぎを受けた件数は7件あり、相談拡充関連の相談件数は10件となった。 実態把握訪問は、85歳以上のひとり暮らし又は高齢者のみ世帯を中心に、実施目標件数800件に対して1,061件実施した。訪問時期にタイムリーな情報提供や注意喚起(夏は熱中症について等、冬はインフルエンザ・ノロウイルス等)を実施した。 町会や自治会の行事や会合には10回の目標に対し16回参加し、あんしんすこやかセンターの周知と連携の強化を実施。「ちいき食堂」や「老いにくサロ」に適宜参加し、参加者の支援に繋がった。また、世田谷福祉専門学校の学生からの通報で徘徊高齢者の支援に繋がる。集合住宅(エステート千歳希望ヶ丘)で年2回(6月)「熱中症予防・社会資源の紹介」(11月)「感染症・便秘・睡眠」について講演を開催し、合計17名が参加する。希望ヶ丘団地とフレール西経堂団地での月1回の情報交換会を継続している。 見守りボランティア同士の交流会は日程の都合がつかず開催しなかったが、2月と3月にその時点で活動を継続している1名のボランティアと意見交換を行った。ボランティア3名が退任したが、新たな増員はなかった。見守り対象者は7月から12月まで2名の増加があったが終了となり、年度末では3名の継続となった。 見守りフォローリストを改善・一新し、見守り事業担当者により毎月更新している。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止 成年後見制度に関する対応 消費者被害の防止 その他	町会長・自治会長会議、民生委員・児童委員協議会、地区のケアマネジャー交流会等で虐待の早期発見・通報の重要性についてのアナウンスを行った。また、必要時に虐待発見シートを提出し、高齢者虐待ケース会議を2ケース(計3回)保健福祉課と連携し実施した。頻回な訪問による実態把握やプラン調整等の対応をした。 成年後見制度に関わる相談件数は延べ5件で、金銭管理については延べ57件であった。身寄りのないひとり暮らしの認知症高齢者等に関し、区役所成年後見相談会やあんしん法律相談に繋げ、また、成年後見センターや権利擁護支援センター(ぶしゆけⅡ)と連携し成年後見制度利用に繋げた。 相談内容により消費生活センターや警察と連絡を取り合い対応し、法テラスの情報提供も行った。消費者被害に関する相談件数は延べ0件だった。区役所職員や消防職員を名乗った不審な電話が出回った際は、訪問時や情報交換時に住民等へ情報提供・注意喚起を行った。 【区民後見人との連携】 区民後見人と砧地域のあんしんすこやかセンターの交流会を開催した。お互いの業務について確認した。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携 ケアマネジャー支援 地域ケア会議の取り組み	地区連携圏でない地区内の脳神経外科医による講演「日常生活とめまい」を10月に開催した。地区内のケアマネジャーを中心に様々な介護保険サービス事業者や病院の看護師・理学療法士など34名が参加し、講演後にそれぞれの面識が深まる時間帯を設けた。また、砧地域で3月に「近所フォーラム2018」を開催。笑顔でひろがる5つのわをテーマに医療・介護・福祉の関係者の他、町会、民生委員や地域住民など400人以上が参加した。9月には医療と福祉の連携懇談会を実施し、115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。 船橋地区に8ヶ所ある居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの意見交換の場を4回設けた。砧地域として各地区代表の主任ケアマネジャーに協力してもらい、地域のケアマネジャー向けに1月に地域包括ケア会議を開催。医療・介護の制度改正について学んだ(83名参加)。ケアマネジャーからの個別ケースとしての相談に対し、同行訪問やケース会議開催等の支援を行った。 地区版地域ケア会議Aを1事例、Bを3事例実施した。社会福祉協議会、まちづくりセンター、自治会、民生委員・児童委員、UR都市機構、医師、リハビリ専門職、介護保険サービス事業者、権利擁護サポートセンター、住宅相談支援センター等が参加し、個別事例検討から地域課題を導き出した。
V	医療・介護連携の推 進	在宅療養相談窓口、地区連 携医事業等の取り組み その他	地区連携医事業を計12回開催した(打ち合わせや全体研修を含む)。地区内のケアマネジャー交流会とのタイアップや地区内を中心に病院、介護保険サービス事業者の職員を対象として医療と介護の連携を促進する講演会を主催した。砧地域では、9月に医療と介護の連携懇談会を実施し115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。 地区内の脳神経外科医により、「日常生活とめまい」講演を開催し、地区内のケアマネジャーなどの介護保険サービス事業者・病院の理学療法士や看護師34名が参加した。
VI	認知症ケアの推 進	認知症相談(もの忘れ相談) 家族介護者支援 普及啓発 その他	総合相談ケースより必要に応じて専門医紹介(地区内の脳神経外科医等)、認知症カフェ、家族会や認知症初期集中支援チーム事業等につなげた。例えば、ちいき食堂に参加した認知症が懸念される高齢者を地区内の脳神経外科医受診・検査に繋げ、支援している。 認知症家族の会(11月、1月)の運営に携わった。11月は認知症講座を開催して、20名が参加した。認知症初期集中支援チーム事業は2名エントリーし、内1名は介護保険サービスの利用に繋がらなかったが、はつらつ介護予防講座やミニデイの参加ができており、もう1名は介護保険サービスのデイサービス利用に繋がることができた。 認知症サポーター養成講座は3回を目標としていたが、1回は今年度5月開催に持ち越して2回実施となる。地区の住民に対し実施し、30人以上が目標ではあったが計23人のサポーターを養成した。また、職員1名が新たに認知症キャラバンメイトを受講し、対応力の充実を図った。 隔月で開催している地区内グループホーム4ヶ所の運営推進会議に参加し、運営状況の把握、地域活動の紹介や認知症関連(成年後見制度等)について情報提供を行った。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応 人材育成、人材定着 職場内連携	毎朝のミーティングにて、申請書等処理方法や介護保険サービス等に関する変更等サービス改善のための情報共有と取り決めを行った。担当ケアマネジャーの交代などの苦情対応は必ず管理者が行い、必要に応じて早急に訪問対応を実施した。 毎月1回定例で職員研修を実施し、運営等に関し重要事項の共有や取り決めを行った。各職員に必要な外部研修を自薦と管理者からの推薦により、目標一人当たり5回以上に対し、年間10回以上受講した。管理者は、年2回行う人事考課時に個人面談を実施し、各職員から業務上の負担などを聞き取り改善策を検討し実行した。 毎朝ミーティングを行い、職員間の情報共有を行った。また、毎朝ケースカンファレンスを行い、現状の報告と支援方針の検討を行った。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
介護予防筋力アップ教室とはつらつ介護予防講座参加者からの自主グループ化を目指す。	介護予防筋力アップ教室は年間15名以上の参加者数を目標とする。はつらつ介護予防講座は新設の広い会場で新規利用者を増やし、毎回15名以上の参加を目標とする。講座月2回開催以外の週に、参加者の自主的な運動の機会をつくるように働きかける。また、継続して介護予防の意識付けのための社会資源情報を掌握していく。
窓口来所・電話による総合相談や実態把握訪問で適切にアセスメント・基本チェックリストを実施し、対象者を把握する。	地域住民からの相談、訪問対象者リストによる訪問や民生委員・町会・自治会との連携と地区行事への参加などにより、介護予防対象者を把握し介護予防についての普及啓発を行う。
いきいき講座を3回行う。あんすこ便りを年4回発行する。また、集合住宅でアンケートを実施し、必要な出前講座を行う。	地域住民による開催の要望が多い「介護保険について」など、タイムリーなテーマを調査して講座を開催する。高齢化率が高い集合住宅(希望ヶ丘団地など)を対象として年3回以上講座を開催する。また、広報紙「あんすこ便り」を年4回発行し、普及啓発講座等の広報に活用する。
相談件数は前年度より増加することを目指す。今年度から、まちづくりセンターと社会福祉協議会船橋地区事務局と一体となり、気軽に相談できる身近な「福祉の相談窓口」となる。	まちづくりセンターと社会福祉協議会船橋地区事務局と一体となり、「協働」を推進する。地区の行事を活用することで、身近な「福祉の相談窓口」としての役割を周知し、相談件数年間4,000件以上を目指す。窓口や電話での相談に加え、生活実態を目標しアセスメントすることの比重を高め「アウトリーチ(訪問)」(目標600件)を最重要テーマとする。
三者連携会議を毎月実施する。相談対象拡充のケースは必要に応じて保健福祉3課(保健福祉課・生活支援課・健康づくり課)につなぐ。	三者連携会議を継続し、地区の特徴・強み・課題・対応策を共有し、具体的な対応策を掲げて推進する。相談拡充業務の能力向上を図るため、今年度改めて職員会議等でマニュアルの読み合わせを行い、拡充された範囲の知識と相談内容に応じた支援方法や専門機関へつなぐ等の業務を推進していく。
実態把握訪問の実施目標件数は800件とする。	85歳以上のひとり暮らし又は高齢者のみ世帯を中心に、実態把握訪問を行う。訪問の際には、専門職として課題を見逃さず適切な支援に繋げる。事前情報(データ)の無いひとり暮らし高齢者と高齢者のみの世帯については、特に遠方に居住している親族であっても緊急連絡先を聞き取る。
引き続き地区の行事、会合に15回以上参加し、関係機関・地区の住民・団体との連携を強化し協働する。また、課題の多い集合住宅(希望ヶ丘団地・フレール西経堂団地・エステート千歳希望ヶ丘など)において、情報交換会・講座を継続して実施する。	町会・自治会の行事や会合に15回は参加することで連携の強化を行い、また、継続して学校(世田谷福祉専門学校等)・子ども文化村・娯楽(障害者支援事業・療育事業)・スーパー・商店(高齢者が継続して通う酒屋等)などと強く結びつき、ネットワークを築く。課題の多い集合住宅(エステート千歳希望ヶ丘)にて希望のテーマで出張講座を継続して2回開催する。
見守り対象者とボランティア共に2名の増加。見守りボランティア交流会を年2回開催する。	見守りの必要性と、見守り対象者とボランティアの適切なマッチングについて、必ずあんしんすこやかセンター内でケース検討を行う。見守りボランティア交流会を年2回開催し、地域住民同士の互助により見守りの重要性の理解を深める機会とする。2名のボランティア希望者があり、適性を考慮しながら第1四半期に1名以上の増加見込みあり。
見守りフォローリストを毎月更新する。	毎朝のミーティングにおいて、職員全員で支援検討を継続し、定期的な見守りが必要な高齢者等を見逃さない。
地区の住民等に高齢者虐待の早期発見・対応の重要性を継続して周知する。	民生委員・児童委員とケアマネジャーを中心とした介護保険サービス事業者に対し、会合や交流会等の機会を利用して虐待の早期発見・通報の重要性をアナウンスしていくとともに、保健福祉課と連携の上、早期対応を行う。また、保健福祉課との協働により地区のケアマネジャー交流会にて虐待ケースの検討会を実施する。
職員自ら成年後見制度の理解を深め、地区の関係機関への周知を行う。	あんしんすこやかセンター職員が改めて成年後見制度の理解を促進するための研修に参加する。成年後見センターや権利擁護支援センター(ふしゆけⅡ)と連携し、必要性を適切に判断し、制度利用の支援を行う。
消費生活センター及び警察発行のチラシ等を配布して区民への理解と啓発を継続して行う。	消費生活センターや警察との連携を強め、タイムリーな詐欺被害状況を訪問時や講座開催時などを利用して地区住民に伝え注意喚起していく。
【区民後見人との連携】 区民後見人との連携を深める。	【区民後見人との連携】 砧地域合同で、区民後見人と成年後見制度の啓発や地域づくりについて協議する場を設ける。
砧地域で3月に「砧地域近所フォーラム2019」を開催する。また、訪問診療との連携や講座等の普及啓発で地域包括ケアシステムの構築を推進する。	毎月行われる近所フォーラム実行委員会にあんしんすこやかセンターも参加していく。適宜関係者でケース会議を実施し、高齢者を地域で支える土壌をつくる。地区内のケアマネジャーからの要望により、事例検討会だけでなく再度民生委員との交流会や、医師や様々な介護保険サービス事業者との懇親会等を開催することで顔の見える関係を強める。
船橋地区のケアマネジャーとの意見交換会を年5回(4回は地区連携医事業とのタイアップで、1回は児童・民生委員等も参加)開催する。主任ケアマネジャーとともに地域のケアマネジャー向けの研修を年1回は開催する。	船橋地区の居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの連絡会の内容に関して、地区連携医事業とのタイアップを継続し内容を更に充実したものとして民生委員等の参加での連絡会も行う。各地区の代表の主任ケアマネジャーと懇談の機会を作りそこから挙げられた課題を中心にスキルアップを図るための研修を行っていく。
個別ケース検討の地区版地域ケア会議Aを3事例、Bを3事例開催する。	「世田谷区地域ケア会議マニュアル」に則り、あんしんすこやかセンター主催で「地区版地域ケア会議」を開催する。昨年実施した会議の準備や進め方における課題を保健福祉課と連携しながら修正していく。個別ケースの検討とその集積による地区の課題の分析・地域課題の抽出及び地域づくり・社会資源開発を目的として、困難ケース等会議を積み重ねたケースから選定を行う。
・地区連携医事業を毎月1回計12回実施する。 ・9月に医療と福祉の連携懇談会を開催する。 ・在宅医療の情報を蓄積していき、様々な相談に対応できるようにする。	・医療と福祉 連携懇談会は、各地区代表の主任ケアマネジャーや地区連携医と協働し、医療と介護の連携強化をテーマとして開催する。 ・在宅医療相談窓口での事例を記録し、内容を分析して幅広く相談に活かす。また、区民向けの「在宅医療」ミニ講座を開催する。
認知症の早期対応・早期支援を推進する。認知症初期集中支援チーム事業に3名エントリーする。	窓口・訪問相談と介護予防講座で基本チェックリストを活用して、認知症の早期対応・早期支援を促進していく。認知症初期集中支援チーム事業との忘れチェック相談会を必要性に応じて活用する。
地区内で認知症家族が集う機会を作る。認知症高齢者家族の会の運営協力を行う。	個別のケースの相談で支援が必要な家族介護者のニーズ・分布・数の調査を実施する。地区内で認知症高齢者の介護をしている家族が集まり、精神的な負担の軽減とピアカウンセリングできる機会をつくる。
認知症サポーター養成講座は3回実施する。サポーターを30名以上養成する。認知症初期集中チーム事業を3ケース利用する。	認知症サポーター養成講座は、地区の住民を対象として3回以上実施する。30名以上のサポーターを養成し、地区内で支援の担い手となるよう働きかける。また、地区連携医事業を有効に活用し、認知症についての最新知識の習得や事例検討を行う。
地区内のグループホーム4ヶ所の運営推進会議計24回参加する。	グループホーム・デイサービスの運営推進会議に参加して、4ヶ所のグループホーム・デイサービス職員に対して地区連携医事業による研修への参加を促し、医療と介護の連携を促進する。また、地区内の施設(特別養護老人ホームなど)の地域開放を誘導し協力を得て、居場所づくり(認知症カフェなど)と認知症の理解を広めるようにする。
・あんしんすこやかセンター内で対人援助技術研修を実施する。	苦情には必ず管理者が対応する。苦情相談を受けた職員は即座に管理者に報告する(「船橋あんしんすこやかセンター緊急連絡網」利用)。苦情が発生した場合は、職員ミーティングで必ず原因究明と再発防止の検討を行う。
あんしんすこやかセンター職員7名体制で、外部研修を合計70回以上受講しスキルアップを図る。	相談スキルと知識を向上することができ、特に認知症や在宅医療と介護連携に関する外部研修を、一人あたり年間10回以上参加する。毎月1回の定例内部研修を情報共有を強化するため全職員参加で継続する。管理者による職員個人面談を年2回実施し、業務上の負担などを聞き取り、担当ケース数の調整などの対応を行う。
毎朝ミーティングを実施する。定例職員会議・研修を月1回実施する。	毎朝のミーティングを継続して、職員間の情報共有を行い、ケース報告で今後の支援方針を検討する。緊急な支援方針の判断が必要な場合は、毎朝のミーティングを待たずその都度三職種を中心に検討を行う。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	・自主グループの活動を見学し、円滑に行われている事を確認した。又、介護予防ケアマネジメントに関しては、B・C合わせて13名(事業対象者12名、要支援1名)実施した。 ・あんすこ主導にて、試験的に鎌田に体操のグループを設立。月1回活動を行った。
		介護予防対象者把握	基本チェックリストの実施は100件を目標にしてきたが、介護予防講座、実態把握で実施したことに加え、サロン等を回り実施したことや、窓口来所時に介護申請だけではなく、基本チェックリストを実施し、事業対象者申請を促す事が増えた為156件になった。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座は図書室や砧あんしんすこやかセンター、まちづくりセンターと共同で開催。介護予防をテーマに目標である年間3回を開催する事が出来た。
II	総合相談 支援業務	総合相談	相談件数は4,000件の目標に対し、5,233件であった。相談者の主訴をしっかりと確認する事により、事務的ではない個別性のある対応を行い、適切なサービスや関係機関に繋がられるよう意識した。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	相談拡充にあたるものが27件あり、精神障害、生活困窮に関する相談が多かった。相談受付記録簿は3事例を提出し、担当所に円滑な情報提供を行った。まちづくりセンター、社会福祉協議会と月1回3者連携会議を実施。買い物困難地域の住民向けに買い物リストを作成。又、地域のコンビニエンスストアに生鮮野菜を置くことはできないか相談し、実現した。
		実態把握	実態把握訪問は、900件の目標に対し、区からのリスト及び新規台帳を中心にあんすこでリストアップした区民を訪問した結果、1071件実施できた。熱中症の注意喚起、緊急あんしんカードの配布、あんしんすこやかセンターや介護予防講座等のPRを実施した。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	地区社会福祉協議会や民生委員・児童委員協議会に毎回参加し、情報提供を行った。又サロン・ミニデイの訪問を目標通り10ヶ所訪問し、あんしんすこやかセンターのPRや介護予防講座等の情報提供を行った。同様にあんすこ便りについても、目標通り年3回発行した。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りフォローリストを活用し、専門的な見守りが必要な高齢者については、毎月職員全員で情報共有を行い、切れ目のない見守りを行った。又、見守りボランティアと交流会の機会を持ち、安心して活動できる環境作りを努めた。ボランティア登録は3人、活動3人、利用者3人であった。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	7ケースの虐待会議に参加。保健福祉課、ケアマネジャー及びその他関係している事業所と連携し、ケースの対応にあたった。又、虐待疑いのあるケースに関し情報収集及びアセスメントを行い、虐待通報シートを保健福祉課に送った。
		成年後見制度に関する対応	後見人制度が必要と思われる相談者や希望される家族に対して、社会福祉協議会の成年後見センターをご案内した。社会福祉協議会(区民後見人)とケアマネジャーとあんすこの三者で地域版成年後見人制度相談会1件開催。
		消費者被害の防止	はつらつ介護予防講座、高齢者が多く集まるサロン等16ヶ所に出向き、最近の詐欺の手口や被害状況等を伝え注意喚起を促した。
		その他	【区民後見人との連携】 区民後見人と砧地域のあんしんすこやかセンターの交流会を開催した。お互いの業務について確認した。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	・砧地域で「近所フォーラム2018」を開催。笑顔でひろがる5つのわをテーマに医療・介護・福祉の関係者の他、町会、民生委員や地域住民など400人以上が参加した。 ・単独では民生委員と地域のケアマネジャーの顔合わせを行い、地域の問題について話した。
		ケアマネジャー支援	・砧地域として各地区代表の主任ケアマネジャーに協力してもらい、地域のケアマネジャー向けに月に地区包括ケア会議を開催。医療・介護の制度改正について学んだ。(83名参加) ・地区の主任ケアマネジャーと協力し、ケアマネジャーのレベルアップの為に事例検討会や制度改正に向けての研修を行った。
		地域ケア会議の取り組み	孤立・閉じこもり傾向の高齢者に対し地域ケア会議Aを1回開催、地域ケア会議Bに関しては、「サービス拒否」「精神障害」「認知症」等の問題を抱えている高齢者に対し3回開催した。
		その他	高齢者見守りネットワークを目標通り、年1回開催。新たに有料老人ホームやヘルパー事業所にも参加を呼び掛け、地域に住む高齢者に対する見守りについての検討を行った。
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医事業等の取り組み	砧地域では9月に医療と福祉の連携懇談会を実施し115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護サービス事業所で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。その他に、地区連携医事業として、世田谷区全体会に2回参加した。又、単独で事例検討を5回、疾患に対する勉強会を2回開催した。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	もの忘れチェック相談会従事や心理相談の紹介を行った。また「認知症初期集中支援チーム事業」では2事例を提出した。
		家族介護者支援	個別相談の他、区が主催する家族の会に3回出席し、運営協力を行うとともにファシリテーター役として1回参加した。また単独で認知症介護者の会を年間1回開催した。開催場所もグループホームやデイサービスの相談室を借りるなど、1ヶ所から3ヶ所に変更し、地域の方がより身近で参加しやすい環境を整えた。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座を、東京都住宅供給公社、喜多見地区ミニデイ、鎌田区民センターで3回開催した。
		その他	喜多見地区グループホーム8ヶ所で開催されている運営推進会議に計35回参加。その他、小規模多機能型居宅介護事業所での運営推進会議に5回、地域密着型・認知症対応型通所介護事業者合同で開催された運営推進会議に2回参加した。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	ケアマネジメント研修や記録の書き方についての研修に参加し、サービスの質の向上を図った。苦情対応についても、研修に参加し、発生した際の対応について学んだ。又、苦情に発展しそうなケースがあった場合、所内や区と相談し対応方法を協議。協議結果を職員に伝え、どの職員でも一元化した対応が出来るようにした。
		人材育成、人材定着	都や区に行っている研修に参加した。又、困難事例の対応や地域ケア会議の開催等の負担の大きい業務に関しては、複数の担当職員で対応するようになった。
		職場内連携	朝・夕のミーティングで、個人の業務の進行具合を確認すると共に、対応方法について所内で協議した。又、申し送りノートを作成し、ケースの進行具合を全ての職員が共通認識できるようにした。又、困難ケース等で判断に迷う事があった場合、すぐに所内で情報共有し、対応を検討した。その他法人内あんしんすこやかセンター会議を毎月開催した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
<ul style="list-style-type: none"> 自立支援を目的とした個別性のあるケアマネジメントを実施できる。 体操グループの自主化を目指す。 	<p>介護予防および日常生活支援を目的に、対象者の心身の状況、生活環境に応じ、本人の自立を促すようなサービスを利用できるように支援していく。介護予防ケアマネジメントは15人以上実施する。鎌田の体操グループに関しては、開催場所、スタッフ等確保でき次第、自主グループとしての立ち上げを行う。</p>
<p>チェックリストは100件以上行う</p>	<p>実態把握等に基本チェックリストを実施し、地域に住む虚弱(フレイル)者把握に努める。必要に応じて、介護予防・日常生活支援総合事業の利用を促す。又、虚弱(フレイル)者だけではなく、予防の視点から健康な高齢者に対しても一般介護予防事業等を案内する。</p>
<p>いきいき講座を年3回開催する。</p>	<p>「介護予防を目的に年3回実施する。テーマに関しては難聴と認知症について、有料老人ホームの選び方、又毎年恒例になっている砧あんしんすこやかセンターと合同で行うウォーキングをテーマにしたもので開催予定。</p>
<p>相談件数は4,000件以上を目標にする。</p>	<p>高齢者クラブやミニデイ・サロン等に訪問し、「福祉の相談窓口」としてあんしんすこやかセンターの業務をPRする共に、参加者と顔の見える関係を築くことにより、地区の方が困った際気軽に相談できるようにしていく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 関係所管と連携し、迅速に情報提供及び連携できるようにしていく。 三者連携会議に参加し、地区の課題に対する解決策を協議し、実行する。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談拡充関連マニュアル及び、相談受付記録票の記入法の確認を行う。又、実際に相談を受けた際、相手のニーズが何なのか、どの関係所管と連携すべきなのか考えながら対応する。 三者で連携し、買い物不便地域に対し、フレンドバスを利用した喜多見駅前商店街への、買い物ツアーを開催する。 三者と商業課、商店街、ローソンで会議を行い、ローソンとタイアップした移動販売を検討する。 喜多見団地全世帯に対しアンケートを実施し、団地住民が感じている地区の課題について調査を実施し、課題分析、解決に向けて協議していく。
<p>実態把握を900件行う。</p>	<p>実態把握の対象として、区からの訪問対象者リストの他、独居・高齢者などの世帯を中心に訪問する。又、65歳になったばかりの新規高齢者に対しても訪問し、あんしんすこやかセンターのPRを行うと共に、地域の活動についての情報提供を行い、ボランティアや自主グループ等への参加を呼びかける。</p>
<p>高齢者クラブ・サロン・ミニデイを10ヶ所程度訪問する。</p>	<p>サロン、ミニデイ、高齢者クラブへの訪問を継続する。社会福祉協議会等と連携し、代表者と顔の見える関係を築くと共に、参加者の中で生活支援の必要な人が出たら、すぐに情報提供してもらえるようなネットワークを構築する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 見守りリストを元に、見守りが必要な方の状況を把握し、適切な対応を行う。 地域全体での「ゆるやかな見守り」の意識付けを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 月に1回程度見守りフォローリストを元に対象者の状況確認及び、今後の見守り体制の検討を行う。 個人情報に注意しつつ、見守りが必要な人の情報を関係機関と共有し、早期発見早期支援へと繋げる。 サロン等へ出向き「ゆるやかな見守り」の重要性と必要性を説き、地域のネットワークの構築に努める。
<ul style="list-style-type: none"> 虐待通報時、区と連携し迅速に対応する。 全ての職員が虐待通報やその後のケースに対し対応できるようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> 虐待関連の研修会に参加し、虐待通報時のアセスメントの視点を学ぶと共に、虐待通報シートの書き方を所内で共有する。 虐待認定されたケースに関しては、進行状況や対応方法を所内で共有し、今後別の虐待事例が出た際は、他の職員でも対応できるようにしていく。
<p>成年後見制度についての認知と普及活動に努め、必要な方を迅速に関係機関に繋げ早期支援に努める。</p>	<p>講座等において「成年後見制度」を開催し制度への普及活動を行う。必要と思われるケースは、保健福祉課や社会福祉協議会等の関係機関と連携して支援していく。また、職員間で勉強会を開いたり研修に参加し知識の向上させる。</p>
<p>消費者被害防止のため啓発活動を行う。</p>	<p>日頃から警察や消費生活センター、保健福祉課等と情報交換を行い、多発している特殊詐欺の手法を講座やチラシで紹介し被害を未然に防いでいく。</p>
<p>【区民後見人との連携】 区民後見人との連携を深める。</p>	<p>【区民後見人との連携】 砧地域合同で、区民後見人と成年後見制度の啓発や地域づくりについて協議する場を設ける。</p>
<p>地域で「砧地域ご近所フォーラム2019」を3月に開催する。地域のケアマネジャーと民生委員の顔つなぎを行い、連携が取れるようにしていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 毎月行われるご近所フォーラム実行委員会にあんしんすこやかセンターも参加していく。 地域の民生委員との顔合わせの場を1回程度設け、過去にケアマネジャーと民生委員が協力して対応した事例の共有等を行い、お互いの業務内容や協力して行えることを明確にし、連携が取りやすくなるようにしていく。
<p>主任ケアマネジャーとともに地域のケアマネジャー向けの研修を年1回は開催する。又地区単位で事例検討を年間3回程度行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 各地区の代表の主任ケアマネジャーと懇談の機会を作りそこから挙げられた課題を中心にスキルアップを図るための研修を行っていく。 地区の主任ケアマネジャーとの連携を密にし、地区のケアマネジャーのレベルアップを図るための研修を行う。
<p>地域ケア会議Aを2回、地域ケア会議Bを3回行う。</p>	<p>会議Aに関しては軽度者を中心に開催し、対象者の自立へ向けた支援が行えるよう検討していく。会議Bに関しては、地域住民、民生委員、ケアマネジャーから相談あった際、会議を開催し、地域の問題や不安を解決していく。また地域のネットワークをさらに広げ、きめ細かい支援が出来る体制を整える。</p>
<p>高齢者見守りネットワークを開催する。</p>	<p>地区内の医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、その他介護保険サービス事業者及び住民に声をかけ開催する。内容に関しては三者連携の場で検討していく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 9月に医療と福祉の連携懇談会を開催する。 在宅医療、介護連携推進事業を充実させる。(医療機関と介護事業者との連携を推進する。) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療と福祉の連携懇談会は、各地区代表の主任ケアマネジャーや地区連携医と協働し、医療と福祉の連携強化をテーマとして開催する。 在宅医療と介護を一体的に提供することを目標に以下の事業を行う。①地域の医療、介護の資源の把握②切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を図る。③医療、介護関係者の情報共有を行う。④在宅医療、介護連携に関する相談支援⑤住民への啓発(パンフレット、チラシ、案内)
<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チーム事業は、3事例以上を提出する。 地区型もの忘れチェック相談会を開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症疑いのある相談者や家族に対し、早期支援、早期対応に向けた支援を行っていく。又、適切な医療や介護に繋ぐ事が難しいケースに関しては、認知症初期集中支援チーム事業や地区型を含めたもの忘れチェック相談会を勧める。 地区型もの忘れ相談の実施。
<p>区主催の家族の会に年3回出席し、単独での認知症介護者の会を年5回開催する。家族介護者の支援を行いながら、新規参加者を増やす。</p>	<p>家族会開催日程を早期に立てPR期間を増やすとともに、家族、ケアマネジャーが窓口来所の際など関わりのある中で適時告知を行う。また開催日程や場所など、参加者の意見も取り入れ日程を調整する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座を年3回開催する。 サロンやミニデイで認知症予防講座等を行う。 グループホームかつらの木で認知症カフェの開設を計画する。 	<p>地域住民の認知症ケアを強化する為に、認知症サポーター養成講座を3回行う。又、認知症ステップアップ講座、認知症サポーターフォローアップ講座への参加を勧める。</p>
<p>運営推進会議に参加し施設の運営状況等を把握する。</p>	<p>早期に職員の日程を調整し参加回数を増加させる。また運営推進会議の参加者である地域住民や事業者職員など顔が見える関係性づくりの構築を行うと共に、地域の情報の提供や会議テーマに沿った助言を行っていく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 窓口業務の際トラブルが無いようにする。 苦情発生時は、迅速に適切な対応が出来るようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> 窓口業務を行う上で判断に困った様な事案に対し、Q&A集を作成する。 苦情が発生した際はすぐに所内で対応方法を協議する。判断に迷う場合は、区や法人本部と対応方法を協議し、結果を所内で共有する。
<p>新入職員を計画的に教育する。</p>	<p>新人教育に業務に関するチェックリストを利用し、業務達成状況を全ての職員が共有できるようにする。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ケースの情報共有をスムーズに行う。 判断に迷うケースに関しては、全体で情報共有し対応できるようにする。 	<p>毎朝・夕にミーティングを行うと共に、申し送り内容をノートに記録し保管する事により、出勤日でなかった職員もその日に何が起きたかすぐに把握できるようにする。</p>

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	<p>介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施</p> <p>介護予防対象者把握</p> <p>普及啓発講座の実施</p> <p>その他</p>	<p>介護予防ケアマネジメントは年間作成予定をケアマネジメントA1200件、ケアマネジメントB222件、ケアマネジメントC2件としていたが、A1,442件、B222件、C0件であった。近隣に地域デイサービスがないこともあり、Cの作成につながらなかった。</p> <p>相談支援の中で介護予防の必要性が高いと思われる高齢者に基本チェックリストを71件実施し、必要に応じて介護予防・日常生活支援総合事業などを案内した。</p> <p>いきいき講座で栄養改善(男女別に各1回開催)、リラックスヨガ、ウォーキング(喜多見あんすこと合同開催)をテーマに計4回実施した。</p> <p>【自主グループ支援】 世田谷いきいき体操の自主グループ「元気はつらつ・おもりで体操の会」の立ち上げを支援した。これまでに立ち上げた自主グループが継続的に活動できるよう、活動状況の様子を確認したり困りごとに対応した。</p>
II	総合相談 支援業務	<p>総合相談</p> <p>地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)</p> <p>実態把握</p> <p>啓発活動(地区のネットワーク づくり)</p> <p>見守り訪問、相談(あんしん見 守り事業)</p> <p>その他</p>	<p>・相談件数総数は6,724件(月平均560件)であった。 ・総合相談の中で把握した地域課題を、毎月の三者連携会議や地域ケア会議につなげた。</p> <p>・相談対象拡充の相談件数総数は102件(月平均8.5件)であった。高齢の母親と障害のある息子の世帯については、双方の担当者による合同カンファレンスを開催して課題を検討した。ひとり暮らしの障害者の近隣トラブルには、まちづくりセンターなど関係機関と連携して対応した。 ・障害・子育て・生活困窮関連の会議に出席し、関係強化に努めた。障害分野との連携を推進するため、相談支援専門員と介護支援専門員の交流会を開催した。</p> <p>訪問対象者リストや建替えを控えた大蔵住宅住民などに、事前に案内をポストインした上で実施した。目標としていた1,000件を超え、1,156件実施することができた。大蔵住宅については、全棟の訪問を終了し、把握した地域課題を三者連携会議などに報告した。</p> <p>業局・コンビニエンスストアを訪問し、PRチラシの設置を依頼した。地域の行事や会議、また実態把握の際に、チラシや啓発物品を配布して広報した。地域住民の声を集めながら地域課題を抽出し協議する場として「砧のこ話を話す会」を年3回開催する計画であったが、体制が整わず年1回の実施にとどまった。</p> <p>まちづくりセンター、社会福祉協議会と協力し、見守り交流会を開催した。多様な見守り方法があることを情報共有し、関心を高めるための工夫について参加者と話し合った。ボランティアにつながりそうな区民のリストアップを継続し、研修や登録の声かけを継続。2名研修への声かけをし、1名登録、活動につながった。毎月、翌月の見守りフォロー予定者のリストアップと当月の実施状況の共有を行った。</p> <p>【まちづくりセンター・社会福祉協議会との三者連携】 月1回の三者連携会議には毎回職員がほぼ全員出席した。「平成29年度きめた三者連携実施計画」を策定して実施した。まちづくりと福祉と、両方の視点が必要な個別事例の支援に協働して関わることができた。 【大蔵住宅建替に関する支援】 実態把握で聞き取った住民の声や困りごとを地域課題としてまとめ、まちづくりセンターや社会福祉協議会、大蔵住宅自治会などと共有し「大蔵住宅の今後をみんなで考える会」や「ひまわり喫茶」の立ち上げにつなげた。</p>
III	権利擁護業務	<p>高齢者虐待の防止</p> <p>成年後見制度に関する対応</p> <p>消費者被害の防止</p> <p>その他</p>	<p>虐待については、保健福祉課やケアマネジャーなどの介護保険サービス事業者などと連携して対応を行った。虐待対応ケア会議が開催されたのは3事例であった。</p> <p>成年後見制度に関わる相談は15件だった。機能低下が見られる父親に対し後見申立て支援、認知機能面に不安が感じられる息子に対しあんしん事業利用相談をするなど、世帯を包括的に支援した事例があった。</p> <p>警察とケアマネジャーの懇談会を開催し、消費者被害の現状と対策について情報交換を行った。</p> <p>【区民後見人との連携】 区民後見人と砧地域のあんしんすこやかセンターの交流会を開催した。お互いの業務について確認した。</p>
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	<p>地域の多職種間の連携</p> <p>ケアマネジャー支援</p> <p>地域ケア会議の取り組み</p>	<p>砧地域では9月に医療と福祉の連携懇談会を実施し115名が参加した。医師・歯科医師・薬剤師、医療ソーシャルワーカーの他、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者で事例のグループワークを行い、各職種の関わり方を学んだ。また、3月は「ご近所フォーラム2018」を開催した。笑顔でひろがる5つのわをテーマに医療・介護・福祉の関係者の他、町会、民生委員や地域住民など400人以上が参加した。</p> <p>・砧地域として各地区代表の主任ケアマネジャーに協力してもらい、地域のケアマネジャー向けに1月に地区包括ケア会議を開催した。医療・介護の制度改正について学んだ。(83名参加) ・地区では事例検討を5回、連携などを目的とした会議を5回(警察・消防・障害担当者・精神科病院・区の認知症施策)開催した。企画や運営には地域の主任ケアマネジャーが関わった。</p> <p>会議A、会議Bとも3事例以上を予定していたが、準備に想定以上に時間を要し、会議A3事例、会議B1事例の開催にとどまった。ミニデイ・サロン参加者が認知症になった場合の対応など、地域課題を把握できた。</p>
V	医療・介護連携の推 進	<p>在宅療養相談窓口、地区連 携医事業等の取り組み</p>	<p>地区連携医事業として、地域ケア会議や事例検討会で医療的な助言を受けた。地区社会福祉協議会と共同で在宅医療ミニ講座を開催し、地域住民44名の参加があった。医師会が進めるICTを用いた多職種ネットワークシステム(メディカルケアステーション)に全職員が登録した。</p>
VI	認知症ケアの推進	<p>認知症相談(もの忘れ相談)</p> <p>家族介護者支援</p> <p>普及啓発</p> <p>その他</p>	<p>認知症専門相談員を中心に認知症相談を実施し、認知症初期集中支援チーム事業に3件つないだ。その他専門医療機関やケアマネジャーなどにつなぐなどの支援を行った。本人及び家族を支援する区の認知症関係事業を知ってもらうため、認知症相談時に案内するとともに、ケアマネジャーに情報提供を行った。</p> <p>家族介護者の支援のため「認知症高齢者家族の会」を年6回開催した。新規参加者が5名あり、のべ31名が参加した。参加者から随時個別相談を受け支援した。参加者から毎月開催を希望する声が多く聞かれた。</p> <p>認知症サポーター養成講座は、年5回開催(受講者計80名以上)を目標としていたが、新規の受講先を開拓できず、年1回の開催(受講者15名)にとどまった。</p> <p>【地域支援体制づくり】 地域ケア会議で認知症の対象者についてとりあげ、地区の活動団体や民生委員と共に情報交換や対応について検討する機会を設けた。</p>
VII	質の向上	<p>サービス改善・苦情対応</p> <p>人材育成、人材定着</p> <p>職場内連携</p> <p>その他</p>	<p>日々の業務や内部監査から、課題のある事象をリストアップし、改善の必要性を評価した。その結果を受け、必要な記録や事務処理の漏れを防止できるよう手順の整備を行った。苦情の申出はなかった。</p> <p>・年間のべ35件の外部研修に参加した。研修内容は職員全員で共有した。所内勉強会を2回実施した。新任職員には「要員の適格性チェックシート」を用いてOJTをおこなった。 ・子育て中や妊娠中の職員が働き続けられるよう、職場内の協力により業務分担を調整した。</p> <p>朝・夕のミーティング、月1回の業務調整会議などで情報共有や意見交換を行った。</p> <p>【災害への備え】 町会自治会の防災訓練や砧地区活動団体情報連絡会防災部会などに参加した。所内で発災後のケアマネジメントなどについて机上訓練を行い、それを基に事業継続計画を見直した。</p>

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
住民参加型の介護予防活動を支援する。	自主グループやNPOなど住民主体の社会資源を活用した介護予防ケアマネジメントを実施する。
介護予防や日常生活上の支援が必要と思われる高齢者に基本チェックリストを実施する。	実態把握をはじめとした相談支援や各種講座などで把握した、介護予防や日常生活上の支援が必要と思われる高齢者に基本チェックリストを実施し、必要に応じて介護予防・日常生活支援総合事業やその他につなぐ。
いきいき講座などを通じて、介護予防事業対象者の早期発見や介護予防の普及啓発を行う。	いきいき講座は、継続的に実施している男女別の栄養改善のほか、高齢者の健康や生活に資するテーマで3回以上開催する。介護予防が必要と思われる高齢者に、いきいき講座やはつらつ介護予防講座などへ参加を促す。
個別ケースの困りごとを地域課題としてとらえる視点を持って相談支援する。	総合相談で把握した課題を地域ケア会議や三者連携会議に上げて検討する。
・高齢者に限らず、地域の身近な一次相談窓口として幅広く相談に応じる。 ・障害・子育て・生活困窮など他領域との連携体制を強化する。特に相談支援専門員と介護支援専門員の連携を推進する。	・地域から幅広く相談を受け、課題を整理して適切な機関につなぐ。 ・砵エリア自立支援協議会と協働し、相談支援専門員と介護支援専門員の連携プロセスの明確化を進める。
年間目標件数を1,100件として実施する。把握した困りごとや住民の声を取りまとめ、三者連携会議などで共有し、地域の課題に対応する。	実態把握日を設け、計画的に訪問する。大蔵住宅で団地内転居した建替え第1期の住民に対して、転居後新たな課題が生じていないか実態把握する。
まちづくりセンター・社会福祉協議会と連携し、地区のネットワークづくりを進める。福祉の相談窓口を広報する。	砵地区活動団体情報連絡会に参加する。実態把握訪問やイベントの際に、福祉の相談窓口や見守りに関するPRチラシを配布して広報する。
地区の見守りに対する意識を高める。住民や地域の活動団体のネットワーク強化を推進し、潜在的な担い手を地域活動とマッチングできるようにする。	地域課題の抽出や地域ケア会議へのつなぎなどがしやすいように、見守りフォローリスト項目の見直しを行う。まちづくりセンターや社会福祉協議会と協働し、地区の社会福祉法人やNPOほか地域資源のネットワークを構築する。
【まちづくりセンター・社会福祉協議会との三者連携】三者で連携して地域課題に取り組む。 【大蔵住宅建替に関する支援】建替え期間中、環境やコミュニティの大きな変化に直面する住民を継続的に支援していく。	【まちづくりセンター・社会福祉協議会との三者連携】「平成30年度きぬた三者連携実施計画」に基づき地域づくりを行う。 【大蔵住宅建替に関する支援】大蔵住宅住民が自助のために立ち上げた「大蔵住宅の今後をみんなで考える会」や「ひまわり喫茶」を、三者で連携して支援する。
関係機関と連携して虐待対応を行う。また、予防や早期発見に取り組む。	虐待対応にあたっては、保健福祉課や生活支援課などの行政、ケアマネジャーなどの介護保険サービス事業者、民生委員などの地域住民、成年後見センターなどの関係機関と連携する。
成年後見制度やあんしん事業の情報提供や利用支援を行う。また、権利侵害のリスクが高い高齢者の早期発見や被害防止に取り組む。	成年後見制度やあんしん事業の利用が必要なケースに対しては、関係機関と連携して支援する。権利侵害のリスクがある対象者に関しては、見守りフォローリストで定期的モニタリングして被害の防止や早期発見に努める。また地域住民に対して普及啓発活動を行う。
関係機関と連携して消費者被害の予防啓発や早期発見に取り組む。	・常日頃から関係機関と相談しやすい関係を構築し、被害の早期発見や情報共有ができるようにしておく。 ・消費者センターや警察などの発行するリーフレットを配布し消費者被害防止に関する啓発を行う。
【区民後見人との連携】区民後見人との連携を深める。	【区民後見人との連携】砵地域共同で、区民後見人と成年後見制度の啓発や地域づくりについて協議する場を設ける。
地域で9月に医療と福祉の連携懇談会を、3月は「砵地域ご近所フォーラム2019」を開催する。	医療と福祉の連携懇談会は、各地区代表の主任ケアマネジャーや地区連携医と協働し、医療と介護の連携強化をテーマとして開催する。また、毎月行われるご近所フォーラム実行委員会にあんしんすこやかセンターも参加していく。
・主任ケアマネジャーとともに地域のケアマネジャー向けの研修を年1回は開催する。 ・地区の主任ケアマネジャーと協働し、ケアマネジャーのスキルアップの支援を行う。	・各地区の代表の主任ケアマネジャーと懇談の機会を作りそこから挙げられた課題を中心にスキルアップを図るための研修を行っていく。 ・事例検討や連携に必要な会議などを、地区の主任ケアマネジャーとともに企画・運営する。
地域ケア会議を開催し、地域課題の把握や対応について協議する。	日々の相談活動で地域課題のタネを拾い、地域ケア会議や三者連携会議につなげていく。把握した課題のうち地区で取組みが可能なものについては、関係機関や地域住民と協働して対応する。
在宅療養相談窓口を設置し、高齢者が適切な医療・介護を安心して受けられるよう支援する。医療・介護の連携を推進する。	・在宅療養に関する相談に応じるとともに、在宅医療の普及啓発のため在宅医療ミニ講座を開催する。 ・地区連携医事業として、事例検討や連携に関する会議を行う。連携強化のためにメディカルケアステーションを活用する。
認知症相談に応じ、適切な事業や支援につなげる。	見守りフォローリストを活用し、日ごろの相談活動から認知症のリスクがある対象者を把握する。認知症初期集中支援チーム事業などを活用し、認知症の対象者の早期対応や支援を行う。地区型もの忘れチェック相談会を開催する。
「認知症高齢者家族の会」を毎月開催し、家族の支援を行っていく。	新規参加者を増やすため、日頃の相談業務の中で、参加が適していると思われる家族などに会の紹介を行う。ケアマネジャーや地域住民などの集まりでPRを行い会の周知に努める。家族会が参加者主体の自主性の強い活動になるよう関わっていく。
認知症サポーター養成講座を年5回(受講者80名以上)開催する。	・まちづくりセンターや社会福祉協議会に協力を依頼し、学校や児童館などを含め、幅広い世代が受講できるように働きかける。 ・講座や日ごろの認知症相談の中で、認知症ケアパスを活用し適切な情報提供に努める。
【地域支援体制づくり】住民が認知症を理解し支え合うことができるような地域づくりを推進する。	【地域支援体制づくり】地域住民を交えて地域ケア会議で認知症の対象者の支援について検討する。また、抽出された地域課題について、地域住民や関係機関と協働して取り組む。
サービスの継続的改善を図る。	苦情や内部監査、日常業務の中から改善が必要な項目を特定し、改善活動を行う。
職員がともに学び合いながら資質を向上させる環境を作る。 働きやすい環境を作る。	・外部研修に参加し、結果を職場内で共有する。所内で事例検討や研修会を開催する。 ・夕方のミーティングなどで支援内容を報告しあい、ケースの抱え込み防止を図る。各職員の強みを活かした業務分担を行う。
職場内連携を推進する。	朝・夕のミーティング、月1回の業務調整会議などにより職場内連携を推進する。
【災害への備え】事業継続計画を見直す。	【災害への備え】防災訓練や会議に参加し、地域の防災対策を把握する。年1回模擬訓練を行い、それを基に事業継続計画を見直す。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に係るケアマネジメントの実施	ケアマネジメントA1,155件、B7件、C2件、専門職訪問は10件であった。理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士による専門職指導の下、機能改善が見られたケースが5件あり自立支援に基づくケアマネジメントができた。はつらつ介護予防講座は新規利用者30名、卒業者12名、述べ参加人数218名、平均参加人数10.4名であった。参加中断者に再開を呼びかけた。
		介護予防対象者把握	訪問対象者リストに基づき実態把握訪問を行い、介護予防対象者の把握を行った。いきいき講座やまるごと介護予防講座参加者から介護予防対象者を把握し、はつらつ介護予防講座や筋力アップ教室に参加につなげた。民生委員、町会自治会との連携を図り、介護予防対象者を把握し支援につなげた。地域イベントで握力測定75名実施し介護予防対象者を把握した。
		普及啓発講座の実施	いきいき講座は年3回実施し、業について、摂食・嚥下、インターバル散歩などフレイル予防に関する講座を開催した。支援する4つの自主グループに関して、後方支援を行った。上北沢5丁目、上北沢1丁目でお茶べり会に参加し、フレイル予防のミニ講座、ヒートショック予防についての講義、世田谷いきいき体操の周知を行った。
		その他	高齢者クラブに毎月参加し血圧測定や健康相談を行った。サロン、ミニデイを9ヶ所訪問し、熱中症予防注意喚起や世田谷いきいき体操を紹介し介護予防の啓発を行った。生活協同組合のイベントに参加し医療介護のミニ相談会を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	相談件数はのべ相談件数6,401件、相談拡充152件であった。カウンターを並べるまちづくりセンター、社会福祉協議会と随時連携しながら相談にあたり、必要な支援につなげた。
		地域包括ケアの地区展開(相談対象拡充)	三者で常時連携して福祉相談を行った。地区の施設紹介冊子を作成し意見交換会で地域活動を担う住民等に配布した。福祉の相談窓口、相談拡充について周知を行い、相談拡充の述べ相談件数は前年より58件増え152件であった。制度の狭間という課題を把握した。地域障害者相談支援センターと連携し育成会の会議で地域包括ケアシステムの講話を行った。
		実態把握	訪問対象者リスト313件に基づき訪問の他に本人、家族、地域住民、関係機関からの相談に基づく訪問を行い、実態把握訪問は目標件数650件のところ1,373件を行った。
		啓発活動(地区のネットワークづくり)	・見守りネットワークは対象を高齢者のみでなく全世代に拡大した。 ・あんしんすこやかセンターが把握した地域のニーズをもとに、三者合同または協力して、都営区営住宅住民懇談会、地域活動交流会、上北沢八幡山をもっと知ろう意見交換会、お買い物ツアー、都営住宅3か所でのお茶べり会を行った。
		見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りボランティア登録者は14名、見守り対象者は3名であった。見守りフォローリストを見直し、毎月1回ミーティングで進捗状況を確認した。毎朝の申し送り対象者の見守り支援の必要性について検討した。今年度は新たに2名がシニアボランティアの研修を受け、はつらつ介護予防講座やみんなのカフェで活動を行った。
		その他	昨年度は見守りボランティア交流会に代えて地域活動交流会を開催した。地域活動交流会では、まちづくりセンターの地区包括ケア部会、社会福祉協議会の地区サポーターにも参加してもらうことで、地域で活動する人的資源の共有ができた。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	・町会自治会や地域住民、ケアマネジャーなどへの啓発活動の結果、虐待の疑い、将来虐待につながる可能性もあるという段階での相談が入るようになり、継続的に支援することにより虐待を未然に防ぐ取り組みを行った。 ・保健福祉課主催の虐待ケア会議には昨年度より16回多い29回出席し、区や関係機関と連携して対応した。
		成年後見制度に関する対応	認知症により判断力が低下した高齢者の家族やケアマネジャーに成年後見制度について説明し、制度利用につなげた。虐待の疑いのある多問題世帯を地域福祉権利擁護事業利用につなげることで生活の安定を図り支援継続した。
		消費者被害の防止	実態把握訪問、地域の会合やいきいき講座、認知症カフェ、出張講座、見守りネットワーク会議などで住民に消費者被害防止の啓発活動を行った。ケアマネジャーや介護保険サービス事業者にも情報提供をした。必要に応じ振り込み詐欺防止の自動通話録音機の設置につなげた。金融機関や消費生活センターと連携して個別支援を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	地域の多職種(医療・保健・福祉)連携を目的とした烏山地域合同包括ケア会議を2回開催した。うち1回の医療連携会議では、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の協力を得て72名の参加があり、いこの最期に寄り添う看取りについて学んだ。地域ケア会議に理学療法士協会の参加協力を得るなど連携を図った。
		ケアマネジャー支援	ケアマネジャーからは困難ケースや虐待ケース、家族の障害や困りごとなどについての相談を受け、区などの関係機関とも連携しながら支援を行った。烏山地域で主任ケアマネジャー連絡会と共催で定例会12回、地域合同包括ケア会議を4回開催した。主任ケアマネジャー輪番制で電話相談を受ける仕組みを継続的に行った。
		地域ケア会議の取り組み	地区包括ケア会議はケアマネジャーを主対象とした会議、社会福祉協議会、まちづくりセンターと共催の地域住民の意見交換会など25回開催した。他に個別ケースの検討の地区版地域ケア会議Aは1回、地域ケア会議Bは7回行い、家族関係に葛藤を抱える介護者の問題などの課題を明らかにした。
		その他	
V	医療・介護連携の推進	在宅療養相談窓口、地区連携医療事業等の取り組み	地区連携医会議はケアマネジャーや介護保険サービス事業者職員を対象に9回開催した。看取り、認知症、足病等をテーマに医師による講義、事例検討、地域の医師との意見交換会を行った。「住み慣れた街でいつまでも」をテーマに区民対象の講演会を実施した。退院支援では病院でのカンファレンスに参加しスムーズな在宅生活の支援につなげた。
		認知症相談(もの忘れ相談)	認知症初期集中支援チーム事業を利用して1事例の支援を行った。もの忘れチェック相談会を活用し、かかりつけ医の紹介で専門医の受診につなげた。医師による認知症専門相談事業で家族面談を行い専門医の受診と要介護認定申請につなげた。認知症による精神症状で対応困難なケースには家族、ケアマネジャーを支援し、専門医受診・成年後見制度の利用につなげた。
VI	認知症ケアの推進	家族介護者支援	上北沢介護者の会を3回企画し参加者は延べ8名であった。内1回はグループホームと協力して認知症の本人同行で参加できる家族会を企画したが実際に本人参加はなかった。他地区住民の参加もみられた。烏山認知症高齢者の家族の会に5回参加した。男性介護者の会では5名の参加があった。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座をサロン・グループホーム運営推進会議・地域活動グループ・郵便局職員を対象に4回開催し、参加者はのべ85名だった。認知症カフェを月1回12回開催支援し毎回30名を超す参加があった。
		その他	徘徊高齢者について、区内外の警察、金融機関、住民、ケアマネジャー、児童館などと連携して支援をした。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	・法人でお客様サービス評価アンケートを実施し、サービス改善に努めた。 ・毎月ヒヤリハット報告を行うこととし、職員の事故防止意識を高めた。
		人材育成、人材定着	・法人内であんしんすこやかセンター・居宅介護支援事業所職員研修を12回開催し、講習や事例検討を行った。 ・職員の見習い研修、資格取得を奨励し、昨年度は介護支援専門員、精神保健福祉士資格を各1名が取得した。 ・法人内職員の異動はあるが退職者は少なく、職員の区内地域包括支援センター勤務経験年数は平均7年5か月である。
		職場内連携	毎朝の打ち合わせ、週1回のミーティングでケースの情報共有、支援方法の検討、担当者の確認を行い、支援力の向上と職員が一人で抱え込まずに支援する体制に努めた。ケースの状況に応じて多職種が相談や同行訪問をするなど、3職種とケアマネジャーが連携して対応した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
多職種と連携し、目的指向型のケアマネジメントを行う。	総合相談の中で必要時に基本チェックリストを実施し、適切なサービスに繋げる。自立支援に基づく介護予防ケアマネジメントを行い、社会資源を積極的にケアプランに取り込む。運動器の機能向上プログラムや口腔機能向上プログラム、専門職訪問を有効に利用する。理学療法士等の多職種と連携し、専門職の助言を受け、卒業を意識したケアマネジメントを行う。
介護予防対象者を把握するため、実態把握訪問件数の目標を650件とする。出張健康相談のミニ保健室を企画し、年8回以上開催する。	訪問対象者リストと異動者リストに基づき、計画的に実態把握訪問を行い、介護予防対象者の把握をする。民生委員や町会自治会と関係性を作り、相談を通して介護予防対象者の把握に努める。地域イベントに参加し、基本チェックリストを実施し、介護予防対象者を把握する。地域の中で身近な相談を受けるために、公衆浴場などでミニ保健室を年8回以上開催する。
・いきいき講座は年4回実施する。 ・世田谷いきいき体操のグループを新規に1ヶ所作る。	いきいき講座は多職種と連携し、男性向けの体操、フレイル予防、妄想などテーマで開催する。社会福祉協議会と連携し、地区の活動場所に出向き、世田谷いきいき体操の周知を行う。広報紙への定期的な掲載やイベント時にチラシを配布し、地域住民にはつらつ介護予防講座について周知する。お茶べり会に参加し、フレイル予防などのミニ講座を行う。
昨年引き続き、地域資源となる活動場所を各所1回以上訪問する。男性の自主グループを1ヶ所作る。	介護予防活動の普及啓発のため、地区内の社会資源を把握し、高齢者介護施設や公衆浴場などに活動場所の提供協力を働きかける。男性の閉じこもり予防のため、男性の体操教室を企画し、自主グループ化を目指す。
相談しやすい窓口づくりを行い、目標相談件数は毎月500件とする。	・幅広い相談に迅速的確に対応できるよう、各種制度や関係機関、地域資源などの情報整理を行う。 ・地域住民に対し「信頼できる福祉の相談窓口」としてのあんしんすこやかセンターの周知を一層行う。来所、電話、訪問による相談だけでなく、お茶べり会、ミニ保健室、サロン、認知症カフェなどに積極的にかけて出張相談を行う。
三者連携で「団地移転安心プロジェクト」として都営住宅移転者の支援を行う。障害者も参加できる居場所づくりを行う。	三者連携の取り組みとして昨年より継続の意見交換会、地域活動交流会、地域情報冊子作成、買い物ツアーに加えて、「団地移転安心プロジェクト」、障害者、高齢者、子育て世帯など誰もが安心して参加できる居場所づくりを目指す「上北沢縁側プロジェクト」を実施する。福祉の相談窓口として三者が連携して幅広い相談に対応し、適切な支援につなぐ。
通常の実態把握訪問は650件以上を目標とする。建て替え移転予定の都営団地の高齢者257名全件の実態把握を行う。	訪問対象者リスト、異動者リストに基づく訪問、相談を受けての訪問など実態把握訪問を行い、必要な支援につなぐ。H30年秋に移転が予定されている大規模都営住宅については、全高齢者について訪問、面接その他の方法で実態把握を行い、引越しに当たった不安や困りごとの把握と移転後の安定した生活につなげられるよう支援する。
三者が連携して、見守り支えあう地域のネットワークづくりを支援する。民生児童委員との情報交換会を行い、連携して支援する。	三者連携で見守りネットワークの支援や地域課題についての意見交換会を行うなど、見守り支えあう地域づくりの意識醸成を行う。移転予定の都営住宅集会所で定期的に相談会、お茶べり会を行い、転居の不安を軽減し移転後のコミュニティの維持につなげる支援を行う。民生児童委員の班活動単位に情報交換会を行い、個別相談や地域課題について話し合う。
毎月1回見守りフォローリストを全職員間で情報共有する。	月初のミーティングで見守りフォローリストに基づき、見守りの進捗状況を確認する。見守り支援により、認知症、要介護化、セルフネグレクトの早期発見に努める。毎朝のミーティングでは、申し送り対象者の中から、見守り支援の必要性について検討する。
地域活動交流会を年1回実施する。	今年度は地域活動交流会に民生児童委員の参加も促し、見守りをテーマに意見交換を行う。見守りボランティアと民生児童委員との間で、顔の見える関係を作り、連携を深める。
虐待を未然に防げるよう、早期発見、早期対応で本人、家族、支援者の支援を行う。	地域住民、団体、ケアマネジャー、介護保険サービス事業者、医療機関等の関係機関等に虐待についての正しい知識を普及啓発するとともに信頼関係を構築し、早期に相談通報しやすい環境を作る。虐待を未然に防ぐことができるよう、本人、家族、支援者の支援を行う。
成年後見制度の利用が必要な方を発見する眼を持ち、利用につなぐ支援をする。	総合相談、実態把握訪問、ケアマネジャー支援などの活動を通して、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用が必要な方を発見し、保健福祉課や成年後見センターと連携して制度利用につなぐ。支援者に対しては、制度利用が支援者の権利を守るためにも大切であることなど成年後見制度の理解を深められるよう周知する。
実態把握訪問やサロンなど地域の集まりで消費者被害防止の啓発を行う。	実態把握訪問や各種講座、みんなのカフェ、サロンなど地域活動の場で、消費者被害防止のミニ講座や啓発活動を行う。必要な方には自動通話録音機の設置の紹介を行うなど、区、警察、消費生活センターと連携して支援する。
烏山地域合同で、ケアマネジャー、介護事業者の質の向上に資する内容の合同包括ケア会議を2回開催する。	医療連携、地域包括ケアに関する烏山地域合同包括ケア会議を2回開催する。いきいき講座、地区連携医会議、地域ケア会議に地域の多職種の参加協力を依頼することにより、相互理解を深め連携が取りやすい関係を作る。地区内の新施設との連携を図る。引き続き、理学療法士協会の協力によりケア会議において専門的な評価や分析を得るなどさらなる連携を図る。
ケアマネジャー対象に地域合同包括ケア会議を6回開催し、情報共有や事例検討等を通じてケアマネジメントの質の向上を目指す。	あんしんすこやかセンターと居宅介護支援事業者の連携強化や信頼関係の構築を図る。必要に応じ同行訪問やケア会議開催、いわゆる一人ケアマネ事業所や、主任ケアマネジャー資格取得への支援に力を入れる。烏山地域で主任ケアマネ連絡会と共催で定例会12回、地区合同包括ケア会議を6回開催する。報酬改定やリアセメントシート活用など質の高いケアマネジメントのための内容とする。
地区版地域ケア会議Aを3回以上、地区版地域ケア会議Bを4回以上開催し、課題抽出、解決につなげる。	介護面だけでなく医療・リハビリテーション(特に理学療法士等)を含めた多職種の協働により困難事例等個別ケースの支援に取り組む。それらを通じて地域支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握などを行う。個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて地域包括ケアシステムの実現を目指す。
障害者サービスから介護保険サービスへのスムーズな移行という地域課題に取り組む。	障害者のサービスを利用していただ方が65歳になった時に介護保険制度利用への移行がスムーズに行えるよう、烏山地域で行う移行会議などのしくみに協力して支援する。
上北沢地区で活動するケアマネジャー等多職種を対象に地区連携医会議を8回、区民向け講演会を1回開催する。地区の医療・介護連携を推進する。	地区連携医会議に上北沢地区の医師、歯科医師、薬剤師など専門職の参加を依頼する。ケアマネジャー等多職種を対象に事例検討を進めながら上北沢地区の医療介護の顔の見える連携関係をつくる。さまざまなライフステージや医療介護の場面に応じたケアについて学べるよう取り組む。区民向け講演会ではグループケアをテーマとして提供する。
認知症が疑われる人の状況と、家族からの相談内容を的確に捉え、必要な支援をしていく。	総合相談等で把握したケースについて職員ミーティングで共有をし、もの忘れチェック相談会や初期集中支援チーム事業など世田谷区の認知症に関する事業の活用が有効かどうかを含めて対応を検討し、早期発見早期対応と適切な支援に努める。家族に対しては本人の介護や対応方法に関する助言や支援をすることで身体的・精神的負担軽減を図る。
上北沢介護者の会を年3回行い、継続的な支援および新規での利用ができるよう参加を促していく。	上北沢介護者の会の周知と参加後の個別相談や関係機関への繋ぎを行い、介護者の負担や思いをくみ取る支援を行う。家族会へ参加しやすい時間や場所の工夫を継続する。また区報やツイッター掲載を活用しての周知やPRをすすめる。新施設施設の場所やスタッフの協力を得ながら家族会を企画していく。
・認知症サポーター養成講座を3回行う。 ・新規で1件の認知症カフェ開設支援をしていく。	認知症サポーター養成講座は都営住宅・高齢者住宅等を対象に開催の呼びかけをする。社会福祉協議会と連携して小学校の福祉学習にて認知症について学びの場が持てるようにする。既存の認知症カフェについては、内容の充実を目指す支援を継続する。新たな認知症カフェの開設を目指し、有料老人ホーム等の機関や民生委員に働きかけ、連携して支援する。
ヒヤリハット情報の共有、意識喚起により、苦情・事故を未然に防ぐ。	法人内でコンプライアンス研修、接遇研修などを行い、職員の意識を高める。事故を防止するため、注意喚起ポスターなどを事業所内に掲示する。事故情報、ヒヤリハット情報を共有し、職員の事故防止意識を高める。事故苦情防止に努めるが万一発生した場合は速やかに適切に対応し、原因分析をして以後の事後防止、サービス改善につなげる。
・法人内研修に毎月複数職員が参加する。 ・各職員の力、チームの力を活かして業務に取り組む。	・法人内であんしんすこやかセンター・居宅介護支援事業所職員研修を毎月開催し、コンプライアンス、制度改定、事例検討などの研修を行う。外部研修にも積極的に参加し、職員の相談対応力を高める。 ・各職員の意欲と能力を活かし、地区の特性に対応した新事業にも積極的に取り組む。
職場内でケースの情報を共有し、一人で抱え込まずに連携協力して支援できる体制を作る。	引き続き毎朝と週1回のミーティングや記録の活用により情報を共有、検討して多職種が連携して支援を進める。

項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	相談者の状態やニーズに合わせた介護予防への取り組み啓発を行った。ケアマネジメントA106名(2月利用者数)、ケアマネジメントB15名(2月末現在)の利用があった。ケアマネジメントCについては口腔プログラムの参加勧奨や地域サービスの情報提供を行うも、ケアマネジメント作成には至らなかった。
	介護予防対象者把握	窓口来所時や訪問時、サロンや町会活動、いきいき講座等において基本チェックリストを127名に実施(2月末現在)した。
	普及啓発講座の実施	いきいき講座は6回開催。粕谷地区において介護予防の体操をテーマとした講座を2回開いた。三者連携の取り組みとして男性をターゲットにした英会話講座を2回、音楽を楽しむ講座を1回開いた。英会話講座では地域在住の高齢者に講師を依頼し、今は社会福祉協議会のサロンとして活動がスタートしている。
	その他	
II	総合相談	*相談を受けるにあたっては丁寧な対応を基本とし、見守りが必要な方には落ち着くまでフォローを行った。通報に対しては48時間以内目視を徹底し、アウトリーチ機能を活用し、サポートの必要な方への支援が見逃されないよう努めた。 *サロン・ミニディ、自主グループ、食会、高齢者クラブ、自治会の集まり等に参加し熱中症予防など時機に応じた情報提供をすとも相談しやすい関係作りを目指した。
	地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	*相談対象拡充該当の相談件数は66件であった。今年度増加した要因として、親の高齢の加速により、障害等のある40・50代の子ども世代への支援が増加したこと、障害者相談支援センター等との連携強化し、適切な対応を行ったことや、町会などとの連携が深まったことにより、情報提供が増えたことが要因と考える。 *引き続き、母子関係や障害関係の会議に参加し情報や知識を得るとともに関係者との顔の見える関係作りを努めた。 *まちづくりセンター、社会福祉協議会とともに三者連携会議を行い、地区の課題を協議し、地域包括ケアの地区展開に向けた下地作りとした。
	実態把握	実態把握訪問はリスト訪問や、民生委員他地域の方からの情報提供を受けての訪問、継続的見守り訪問などを中心に行った。目標件数650件、実施件数は1295件であった。
	啓発活動(地区のネットワークづくり)	*昨年度に引き続き、地区の行事である、上祖師谷自治会夕涼み会(7月)、トライアングルフェスタ(11月)、粕谷区民センターまつり(2月)に参加し、あんしんすこやかセンターのPRを行うとともに、地域の関係団体との連携強化を図った。 *まちづくりセンター、社会福祉協議会と協働し、地域関係者参加のもと高齢者見守りネットワーク会議を開催し、見守り活動促進を考える場とした。 *広報紙「あんすこぶ」を3回、いきいき講座チラシ、在宅医療講座などのチラシを発行し、各町会自治会の回覧板等を通して地域住民への情報発信を行った。
	見守り訪問、相談(あんしん見守り事業)	見守りフォローリストを災害時訪問者リストとしても活用し、見直しを年2回行った。見守りボランティア訪問希望者は2名追加となり、年度内終了者は2名、年度末において3名のボランティア訪問を継続している。3月には見守りボランティア意見交換会を開催し、活動における思いや留意点等を共有した。
III	高齢者虐待の防止	虐待が疑われるケースの通報を受けた際には、関係者からの情報収集や早期訪問を実施し保健福祉課他の協力のもと、48時間以内の目視による安全確認を目指し、確認ができないときは、保健福祉課と連携して、他の方法に切り替え、早期の安全確認ができるよう努めた。
	成年後見制度に関する対応	総合相談で成年後見が必要と思われるケースをキャッチした際は、社会福祉協議会の日常生活事業や後見センターと連携して、情報提供を行い、権利擁護に努めた。
	消費者被害の防止	振り込め詐欺防止用の通話録音装置や被害の窓口などを高齢者へ情報提供し、被害にあわないよう注意喚起した。被害にあった場合は、すみやかに区へ情報提供し、エリア被害の拡大防止に努めた。
	その他	自治会の集まりで、消費者センターと連携して、詐欺被害防止の講座を開催し、40名の参加があった。
IV	地域の多職種間の連携	各種会議体において医師、薬剤師、リハビリ職、看護師、ケアマネジャーや介護サービス事業者などと繰り返し顔を合わせることで相談支援における連携に役立った。烏山地域合同包括ケア会議での医療と介護の連携(1回)、高齢者の性を考える会(1回)、烏山地域主任ケアマネ連絡会と共催での研修会(5回)、地区連携医事業(単独開催9回)。
	ケアマネジャー支援	烏山地域主任ケアマネ連絡会の活動は月1回定例会を実施。居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーが主体的にケアマネジャー支援が行えるようにサポートした。また、ケアマネジャーからの困難ケースの相談にのり、役割をわけることでケアマネジャーを支援し利用者の生活が安定するよう対応した。
	地域ケア会議の取り組み	ケア会議Aを1回、ケア会議Bを3回開催した。
V	医療・介護連携の推進	*毎月開催し、地区連携医と相談しながら、事例検討を通じた福祉職の医療知識の向上とケアマネージャーの質の向上を図った。7月は、烏山地域合同で、MCS奨励について開催した。 *地区連携医事業においては看護師やMSW、看護学校教員、障害者相談支援センター職員、ケアマネジャーや介護サービス事業者など多職種による事例検討を7回開催した。
VI	認知症相談(もの忘れ相談)	*地区連携医事業や、町会、自治会、ミニディサロン、高齢者クラブ参加の際、物忘れ相談窓口や認知症施策の情報提供をおこなった。 *もの忘れ相談窓口について広報紙「あんすこぶ」を活用して地域住民への周知を図った。
	家族介護者支援	*介護者の会立ち上げに向けて、2回、家族介護者を対象にリラックス体操を講師の指導の下、おこなった。 *あんしんすこやかセンター職員が協働のもと「コミュニケーションカフェ 芦花」「おしゃべりそうだまなびのば」を開催した。
	普及啓発	*認知症サポーター養成講座を2回開催した。 *地区の就学世代のサポーター養成講座開催をめざすため、芦花小学校の副校長と面接し、来年度の7月あるいは8月に芦花小学校のワークショップ内で、認知症サポーター養成講座を行うことが決定した。 *認知症サポーターステップアップ講座へ認知症サポーターの地区の民生委員と一緒に参加した。 *認知症に関する講演会やうつ予防講演会を地域の高齢者に情報提供をし、一緒に参加した。
VII	サービス改善・苦情対応	事故が1件あった。早期に対応するとともに、改善策を所内で共有し対応の改善に努めた。個人情報の取り扱いは法人内ルールに沿って実施し事故防止に努めた。
	人材育成、人材定着	*法人内のあんしんすこやかセンター職員連絡会に毎月参加し、認知症や精神疾患、看取り、自立支援型ケアプラン、事例検討などで学びを深めた。 *法人や都区開催の研修や職種別の研修を受講し、研修内容の伝達を職場内で行い職員のスキルアップを図った。
	職場内連携	*毎朝ミーティングを行いケースの情報共有や業務の課題について検討し職場内での連携促進を図った。 *今年度から新たに月1回、2時間の拡大ミーティング時間を設け支援の振り返りや、要見守り者のフォローの確認、各職種の動きなど、情報共有と支援の質の向上に努めた。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
相談者の介護予防となるよう、適切なアセスメントのもと、必要なプログラム利用を勧める。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントB・Cは計15件を目標とする。 ・運動器の機能向上プログラムや口腔機能向上プログラム、専門職訪問も活用した介護予防支援を行う。
区のリストによる訪問のほか、アウトリーチの特性を生かした対象者把握を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口対応や訪問時、基本チェックリストを行い、年120件の基本チェックリスト実施を目指す。 ・リストによる訪問のほか、介護予防対象者を把握し、サービスへつなげ、介護の重度化を防ぐ。 ・広報紙、各種集会所での宣伝等、介護予防の啓発を行う。
いきいき講座や祭り等で介護予防啓発を行なう。	<ul style="list-style-type: none"> ・いきいき講座では、①はつらつ講座に参加しづらい方を対象とした『体操いきいき』②閉じこもり防止を目的とした幅広い内容のいきいき講座、合わせて年3回以上を開催する。 ・また、三者連携の取り組みを活かして、地域在住の高齢者や地域資源を活用したいいきいき講座を開催する。
介護予防の取り組みの重要性を伝える。	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて会食会やサロンに出向き、介護予防啓発に努める。 ・サロンに出向き、熱中症予防の啓発を行う。
3職種の配属の特性とアウトリーチ機能を持つ業務の特性を生かし、相談に応じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内外の研修や地域連絡会、事例検討を通じて専門性の向上を図る。 ・多問題を抱えるケースにおいては、三職種による複数対応を行い、対応強化を図る。 ・新粕谷部室、粕谷マンション(仮称)など、大型の新築の集合住宅の実態把握を行う。
関係機関との連携強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・要保護児童対策協議会、障害者相談支援センター主催の懇親会等、関連する会議に参加し、スムーズな支援のつなぎを目指す。 ・所内で相談拡充に関わるマニュアルを読み直し理解を深める。
実態把握実施件数650件を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・地区や年齢層などから対象者を抽出し訪問を行う。 ・民生委員・町会及び区民からの通報には素早く対応し、実施把握に努める。
地区のネットワーク作りに努め、地域課題の解決を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・元気はつらつ(9月)、トライアングルフェスタ(11月)に参加し、あんしんすこやかセンターのPRや相談のしやすい関係づくりに努める。 ・広報紙「あんすこぶ」を年2回以上発行し、町会自治会の回覧板等を通して地域住民への情報発信を続けるほか、薬局などへの設置を図り、より多くの方々に情報が届くよう努める。 ・三者連携会議、町会長会議、社会福祉協議会運営委員会、民生児童委員協議会等に参加し、地区のネットワークづくりに努める。 ・地区内のクリニックや薬局を年2回以上訪問し、顔の見える関係づくりを継続する。
見守りフォローリストを有効活用する。	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の拡大ミーティングにおいて、見守りフォローリストに過不足や支援漏れがないかの確認を行う。 ・見守りフォローリストは紙ベースで決裁を当法人在宅支援課課長決裁を行い、職員→所長→課長の3回のチェックにより、対応もれを防ぐ。 ・見守り訪問の利用者とボランティアから意見を伺い、事業の活用状況を把握し必要な支援につなげる。利用者には年1回は訪問する。
虐待防止の啓発、情報収集の強化、早期対応に努める。	<ul style="list-style-type: none"> ・区や都の主催の虐待対応研修に参加し、虐待対応についての知識と対応力向上に努める。 ・ケアマネジャーや介護保険サービス事業者等へ、虐待の疑いのあるケースについての早期の相談を呼びかける。通報がしやすいよう、関係づくりに日ごろから努める。 ・虐待が疑われるケースは関係機関と連携のもと早期発見、早期対応を行っていく。 ・通報に対しては保健福祉課と連携し、早期対応を行い、重度化を予防する。 ・被虐待・虐待者には発達に課題を抱えた方が多いことから、発達障害について学び深め、適切な対応を行う。
成年後見制度の更なる周知を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・広報紙に成年後見制度に関する記事を掲載し、地域住民への情報提供し、注意喚起に努める。 ・成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用を必要とする方に対しては、成年後見センターや保健福祉課と協力して利用につながるよう支援する。
消費者被害の未然防止のための周知を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・消費者被害の手法や被害事例の情報を集めて、高齢者が集う場などで伝え注意喚起する。
地域包括ケア時代に即した多職種連携を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・烏山地区合同包括ケア会議を2回、単独合同包括ケア会議を2回以上開催し、多職種の連携を図るとともに相互の役割の理解を深める。
烏山地域主任ケアマネジャー連絡会の活動の定着を目指して支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・烏山地域主任ケアマネ連絡会においては、居宅の主任ケアマネジャーが主体的に活動するよう支援する。今年度の目標は、『活動の周知と新メンバーの獲得』とする。 ・あんしんすこやかセンターと居宅介護事業所の主任ケアマネジャーが協働して、年間5回の合同地区包括ケア会議を開催し、地域のケアマネジャー支援を行う。 ・困難ケースにおいては、必要に応じてケアマネジャーとともに支援を行い、ケアマネジャー支援に努める。 ・主任ケアマネカフェの開催に向けて、検討を始める。
個別のケース事例を通じて地域課題を抽出し、その解決に寄与する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議A、地域ケア会議Bをそれぞれ年3回以上開催し、地域の課題解決を推進する役割を担う。 ・地域ケア連絡会や、各種課題解決のための検討会に参加し、3職種のノウハウを地域に還元する。
<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の地区連携医事業を開催する。 ・在宅医療相談を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地区連携医事業は事例検討を中心に実施し、開催案内についてはMCSも活用する。 ・年1回、区民対象に在宅医療講座を開催し、地域包括ケアの推進を図る。 ・地区内のクリニックや薬局を年2回以上訪問し、顔の見える関係づくりを継続する。 ・区民の方からの在宅医療相談に応じ、地域包括ケアシステムを進展していく。
認知症になっても安心して生活できる地域支援体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れ相談窓口について、広報紙「あんすこぶ」や、町会・自治会・ミニディサロンなどでの情報提供をおこなう。 ・認知症初期集中支援チーム事業には3職種の視点を活用して、各職種から事例を提出する。 ・地区型もの忘れチェック相談会を年1回開催する。
認知症の介護者へのサポート体制を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・あんしんすこやかセンター職員が「コミュニティカフェ」など認知症関連の集いに参加し、家族介護者のみならず、当事者や介護や認知症に関心のある方が気軽に集まれる場として定着するよう努める。 ・介護者の会を立ち上げる。 ・家族介護者のためのストレスケア、家族のためのこころが楽になる相談会、認知症高齢者の家族の会を通じて、家族支援を行う。 ・男性家族会を開催する。
認知症に関する知識の広める。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座を2回以上開催する。更に芦花小学校での認知症サポート講座を開催する。 ・認知症に関する講演会やうつ予防講演会を行い、地域の認知症に対する理解を広げる。 ・認知症ケアバスを、高齢者クラブやミニディサロン時に配布していく。 ・グループホーム推進会議、地域デイホーム運営推進会議に参加し、あんしんすこやかセンターの持つノウハウを地域に還元する。
相談者の立場に立った対応、適切な情報の提供に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情0、事故0を目指すとともに、苦情や事故が生じた際は速やかに真摯に対応し、再発防止策を講じる。 ・事故の起こらぬよう引き続き区のルール(個人情報等)に沿った対応を徹底する。
相談援助職として専門性の向上を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の職場研修や、区内外の研修に計画的に参加しスキルアップを目指す。研修内容を職場内で伝達し合い、知識の共有を図る。 ・相談拡充において適切な対応ができるように、高齢者以外の分野の研修への参加に努める。
ケースの情報共有や対応方法を検討する時間を定期的に持つ。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝のミーティングを毎日行い、相談内容について情報を共有すると共に対応方法を協議し、対応の質を向上させる。 ・月1回拡大ミーティングを実施し、支援の進捗状況や振り返りを行い、職場内連携と、支援の質の向上を目指す。

	項目	内容	昨年度の取り組み
I	介護予防 ケアマネジメント業 務 及び 介護予防・日常生活 支援総合事業	介護予防や日常生活支援に 係るケアマネジメントの実施	介護予防ケアマネジメントは2210件、介護予防・日常生活支援総合事業は3774件、合計5984件の プランをPDCAサイクルに則り立てた。更にニーズに応じた地域資源も含めた適切なサービスに繋 ぎ、自立支援に向けた支援を行った。
		介護予防対象者把握	窓口相談では、介護予防の必要性の高い方には基本チェックリストを実施した。訪問対象者や転入 者、電話相談からの方にもニーズがあるかの把握を行った。
		普及啓発講座の実施	自治会等からの要請にて、マンション住民に対して2回出前講座を実施した。また区民向けのいき いき講座は1回実施し、介護予防に関しての普及啓発を行った。
II	総合相談 支援業務	総合相談	相談件数は8,526件。近隣住民、友人等からの相談や、地域資源に関する相談も多くあった。日頃 より地域住民や関係機関との連携をとっていることで相談解決に繋がることも増えてきた。
		地域包括ケアの地区展開 (相談対象拡充)	まちづくりセンターと社会福祉協議会との三者連携の会議を毎月開催し、地域課題に着手、「福祉 啓発部会」「居場所づくり部会」「買物キャラバン」を発足し、今後の展開、方向性の検討を積み重ね た。また地域ケア会議のコアメンバー会、全体会を通じて、様々な関係機関と顔の見える関係づくり を行った。
		実態把握	実態把握件数は目標件数1,400件に対して2,446件実施した。訪問対象者以外でも、転入者や新規 の相談者についても時間を空けずに訪問し、あんしんすこやかセンターの周知に努めるとともに、 適切なサービスに繋げた。
		啓発活動(地区のネットワー クづくり)	地区のネットワークづくりについては地区の福祉施設事業所での協議体をつくり、地域でへの関わり 方方の検討を重ね分科会をつくり具体化に着手した。
		見守り訪問、相談(あんしん 見守り事業)	見守りボランティアの登録者は3名増加し、内1名が活動に加わり、合計4名がのべ5名の高齢者の見守り を行った。実態把握訪問時や総合相談の中で、リスクのある高齢者を発見し、リスト化し、その管理と見守り方 法の検討を月例会議で行なった。民生委員のふれあい訪問との連携を図って、その後のフォローを継続した。 また、見守りの担い手の拡大のための集合住宅の管理人との連携を継続して行なうとともに、地域の講座で 見守りの啓発を行なった。
III	権利擁護業務	高齢者虐待の防止	ケアマネへの啓発が進化したこともあり、ケアマネ中心に虐待相談が増え、虐待対応相談の件数 が80件を越えた。総合支所と連携し、それぞれ事実確認とケア会議での検討・対応を行ったが、より 早期の発見と予防のために、高齢者の権利擁護に関する啓発を認知症サポーター養成講座や 地域での出前講座などで合計10回にわたって行った。
		成年後見制度に関する対応	個別相談において、適宜成年後見制度に関する情報提供と、成年後見センターへのつなぎだけで はなく、成年後見センターと連携しながら、必要な方へのリーガルサポートやばあとなあへの候補人 推薦依頼の支援も行った。
		消費者被害の防止	世田谷区消費生活課や消費生活センター、東京都より提供された啓発資料を、出前講座や認知症 サポーター養成講座などの機会をとらえて配布し、注意喚起を行った。
IV	包括的・継続的 ケアマネジメント	地域の多職種間の連携	社会福祉協議会、まちづくりセンターと協働で、地域の住民、多職種による地区包括ケア会議(単 独)の開催を年1回実施した。また主任ケアマネジャー連絡会で開催した事例検討会等を重ねる中 で、連携の強化を図った。
		ケアマネジャー支援	平成28年度に立ち上げた「主任ケアマネ連絡会」の継続のために、毎月の定例会出席、企画参 画、資料作成、参加者参集等の後方支援を引き続き行った。質の向上、多職種連携の目的で、研 修会、事例検討会を計5回行い、延べ263人(あんしんすこやかセンター含む)が参加した。
		地域ケア会議の取り組み	烏山地域ケア連絡会、地域合同包括ケア会議の計画に則り、それぞれの会議に参加した。会議A については1回、会議Bについては3件の事例を提供し、個別課題の解決と、地域課題の抽出、そ の先にある社会資源についての検討を行った。
V	医療・介護連携の推 進	在宅療養相談窓口、地区連 携医事業等の取り組み	MCSの利用方法について学ぶため、烏山・上北沢・上祖師谷あんしんすこやかセンターの合同地区 連携医事業を1回開催した。地区連携医事業にて、精神疾患をテーマに4回、認知症のBPSDを テーマに1回、多職種連携の会議を開催した。烏山地区内のサービス付き高齢者向け住宅5事業 者と懇親会を実施。
VI	認知症ケアの推進	認知症相談(もの忘れ相談)	従来型もの忘れチェック相談会で、適切に事業が行わるように広報、運営を行った。認知症初期集 中支援チーム事業については事業者や保健福祉課と連携し、円滑な実施に努めた。烏山地区介護 ネットが開催する介護相談会にて相談ブースを設置。
		家族介護者支援	男性家族会を1回実施した。年6回烏山地区家族会を開催した。認知症や福祉についての情報の交 換、地域の連携を図った。烏山あんしんすこやかセンター内のパンフレットスタンドを1台増やし、認 知症ガイドブックや家族会の案内を見やすく陳列した。
		普及啓発	認知症サポーター養成講座を郵便局、一般企業、商店街向けに6回開催した。小規模多機能型住宅介護と合 同で地域住民向けの認知症サポーター養成講座を開催した。介護保険事業者、住民に昭和大学附属烏山病 院主催の認知症カフェ、千歳敬心苑主催の認知症カフェの情報提供を行った。
		その他	グループホーム3か所(木下のグループホーム千歳烏山、木下のグループホーム烏山、烏山グ ループホームつくろぎ)の運営推進会議に各6回参加した。
VII	質の向上	サービス改善・苦情対応	相談者が話しやすい環境づくりを意識して努めた。苦情に繋がるような困難ケースにはチームでの 問題として複数でかかわりを持つことが職場内連携強化となりリスク回避ができた。
		人材育成、人材定着	都、区開催の研修への参加。職種別や各職員が知識、スキル向上のために外部研修や事例検討 等に積極的に参加した。参加後は適宜、資料の回覧や伝達等で共有に努めた。
		職場内連携	毎夕の申し送りを行い、共有ノートに残す事で全員での情報共有に努めた。また、業務調整、確認 等を月1回の会議で行うなかで研修伝達や業務改善についても検討した。

今年度の目標	目標達成に向けた取り組み
個々の高齢者の自立を支援するために、状態変化に応じた一貫・継続したケアマネジメントを実施する。	要支援認定者および総合事業対象者に対し、自立した日常生活の支援を行うため、介護予防支援、地域支援事業、地域の社会資源につなげるとともに、介護予防ケアマネジメントの質の向上に努める。
区が抽出したリスト掲載者の実態把握を行い、介護予防対象者を早期発見する。	戸別訪問での実態把握者、訪問対象者リスト掲載者等への介護予防普及啓発を行い、介護予防活動につなげる。必要に応じて適宜基本チェックリストを行い、介護予防活動や、総合事業への参加を勧奨する。
いきいき講座、出前講座等を行い普及啓発に努める。	いきいき講座を、年度内3回行うことと、引き続きはつつ介護予防講座実施への協力を行い、適宜基本チェックリストや福祉相談を行い、介護予防対象者の早期発見に努める。
総合相談をしっかりと受け止め、本人の状況や課題に応じた情報提供と説明を行う。	今後益々、総合相談窓口が対応する相談ニーズは増加していくため、あんしんすこやかセンター内のチームアプローチや地域のネットワークを活かして取り組むとともに、総合相談で把握した課題を三者連携会議や地域ケア会議を活用、共有し、烏山地区の課題解決に繋げていく。
引き続き「身近な福祉の相談窓口」として地域に周知し、高齢者の相談のみに留まらず、日頃から小さなことでも関係機関との連携を図る。	精神保健、障がい、生活困窮等の相談においても、関係機関とすみやかに連携を図っていき、一次相談窓口としての機能を果たせるように、職員の相談援助技術の向上を図る。
実態把握は件数のみを目標とせず、丁寧に対応し内容を濃くすることを目標としつつ1800件を目指す。	区から抽出された訪問対象者リスト、異動者リスト等を計画的に訪問する。その他、近隣住民から相談、依頼のあった場合には適宜アウトリーチを行い、高齢者の心身の状況の把握に努める。
地区の課題を共有し、三者連携を強化し、地域づくりをすすめる。	まちづくりセンター社会福祉協議会との連携を継続し、地域の情報共有を図る。あんしんすこやかセンターでの相談事例や、地域ケア会議であがった課題等を三者連携会議等に提起する。
昨年度の地区単位の見守りネットワークで開発された地域での連携強化とネットワークの拡大	地区高齢者見守りネットワーク・三者連携会議での連携強化と情報共有化。自治会・町会・住民から通報リスト作成し、フォローしていくことで地域との連携や関係性を強化し、また見守りの重要性を合わせて啓発していくことで、さらなるネットワークの拡大を図っていく。
介護保険サービス事業者や民生委員の対応力向上を支援するとともに、認知症等に関する講座の機会をとらえて啓発を行う。	総合支所と連携して迅速な対応を行うとともに、早期発見を行う最前線である介護保険サービス事業者や民生委員の対応力向上のための講義や、一般区民に向けた各種講座等でのリーフレット配布などによる啓発を行っていく。
認知症等に関する講座の機会をとらえて成年後見制度の情報提供をしていく。	成年後見センターだけではなく、必要に応じて司法書士リーガルサポートや社会福祉士ばあとなあといった団体とも円滑な連携を目指す。また、昨年同様成年後見センターの事例検討会に参加し、対応力を向上させる。認知症等に関する講座の機会をとらえて普及啓発を行っていく。
消費者被害防止に向けた啓蒙活動、および最新情報の提供を行っていく。	高齢者の消費者被害防止のために既存の烏山地区高齢者見守りネットワークの会議や認知症等に関する講座などにおいて、最新情報を含めた啓蒙活動を行っていく。また、消費生活センターの協力を得ながら消費者被害防止をテーマとしたいきいき講座を開催する。
合同地区包括ケア会議を実施し、多職種での連携を強化する。	様々な社会資源が有機的連携できるよう、医療と福祉をテーマとした会議を2回開催する。様々な職種と様々な異なる視点からの意見交換を行い連携を強化する。
ケアマネジャーが相談しやすい体制を作り、ケアマネジャーのケアマネジメント実践への後方支援を行う。	主任ケアマネ連絡会への後方支援を引き続き行う。協働による研修会、事例検討会を5回開催する。アンケート結果では、ケアマネジャー同士の意見交換、情報交換ができる場が欲しいとの要望が多かったため、小規模な勉強会を1回以上の開催。ケアマネジャーの意識、質の向上が、地域で暮らす高齢者のその人らしい生活に繋がるように支援する。
定期、または随時での個別の地域ケア会議を開催する。	介護予防ケアマネジメント質の向上のための地域ケア会議を1回以上、地域における普遍的な課題を抱える個別ケースの地域ケア会議を、定期、随時を含めて3回以上開催する。地域ケア会議を活用し、地域課題の発見や資源開発等に繋げる視点を強化する。
在宅療養相談に関する支援体制づくり、多職種連携を強化する	世田谷区在宅療養資源マップをもとに烏山地区の社会資源を整理する。地区連携医事業で、病状や服薬状況など利用者の状態について介護と医療間における情報伝達を円滑にすすめるため、事例検討会を開催する。
認知症の早期治療や家族介護負担の軽減を図る。	もの忘れチェック相談会で、適切に事業が行わるよう運営を行う。個別ケースの問題解決に向け、認知症初期集中支援チームと連携を図る。相談に応じて地域の医療機関を紹介し、早期治療につなげる。
家族会の実施、地区包括ケア会議や機会をとらえて広報に努める。	年6回烏山地区家族会を定期的に開催する。男性家族会の運営方法を見直し、昨年度に引き続き年1回実施する。
認知症サポーター養成講座を3回以上実施し、認知症の知識や予防についての広報を行う。	認知症カフェを開催している千歳敬心苑、昭和大学附属烏山病院と連携し、地域住民向けの認知症の知識の普及啓発、介護者支援に取り組む。認知症サポーター養成講座を年3回以上実施する。
烏山地区のネットワーク構築のため、グループホームの運営推進会議に出席する。	グループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護の運営推進会議に出席する。それぞれのサービスにおける地域課題に取り組む。
起きてしまった苦情に対しては、相手の立場に立って丁寧に対応し、再発防止に努める。	苦情は貴重な意見として受け止め、丁寧に耳を傾け、サービス改善を図る。起きてしまった苦情に関しては、職員間で共有し、再発防止に努める。
一人一人に合わせた研修を受講できる環境を作り、それぞれの専門性の向上を目指す。	伝達研修、法人研修、東京都、区の研修、それぞれ職能団体が行う研修に参加し、知識の共有を図る。
職場内での情報の共有、連携を図り、皆で意見交換ができ、働きやすい職場を作る。	月1回、法人も交えてのあんしんすこやかセンター会議、毎夕の申し送りでのケースの共有をすするとともに、困難事例や虐待事例等は、皆で検討し、支援方針を決めていく。