

**令和6年度
うめわか高齢者支援総合センター・高齢者みまもり相談室
事業計画**

第9期日常生活圏域別地域包括ケア計画 目指すべき将来像

やさしいつながり うめわか地域 ～みんな生き生き 明るい未来～

一人ひとりが生きがいを持ち、健康で「生き生き」と生活できるような圏域を目指します。これからも住み慣れた“うめわか”で明るく自分らしく過ごせるように、地域の方々とともにやさしいつながりを築いていきます。

- ① 健康に関心を持ち、健康づくりに取り組める“うめわか”
- ② 一人ひとりの活躍が、地域全体の支えあいとなる“うめわか”
- ③ つながりのある安心・安全な地域“うめわか”
- ④ 多職種が連携し、自分らしい生き方を支える“うめわか”

人口	高齢者人口	高齢化率	後期高齢者人口	高齢者人口に対する 後期高齢者人口
28,698 人	7,969 人	27.8%	4,739 人	59.5%

令和6年2月1日現在

<全センター・相談室共通業務>

1 総合相談支援

6年度の 取組の視点	<p>○総合相談においては早期発見・早期対応を行い、保健・医療・福祉サービス等適切な支援につなげる。</p> <p>○安否確認について、区民、関係機関等から高齢者の異変に係る相談・通報があった場合は、「緊急安否確認チェックシート」を活用し、速やかに状況把握、対応をする。</p> <p>○介護保険の相談時、介護予防の視点から、地域の運動や趣味の通いの場等の情報提供をする。必要に応じて基本チェックリストを実施する。</p> <p>○医療・介護・福祉関係機関等や民生委員・児童委員、ボランティア等、地域での様々な関係者とのネットワークを拡充する。</p>	
結果	新規相談件数 ○件（前年度 ○件）	継続相談件数 ○件（前年度 ○件）

2 権利擁護

6年度の 取組の視点	<p>○高齢者虐待ハイリスク世帯の早期発見、虐待の芽の段階での気づきの視点に留意し、相談支援を行う。発見後は、関係機関と連携し、緊急性を逃さず迅速に対応する。</p> <p>○高齢者虐待の防止において、積極的に関係機関への研修等による普及啓発およびネットワーク構築をすすめ、早期段階での通報・支援につなげる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所や関係機関向けに、権利擁護に関する勉強会・研修を年4回開催する。 <p>○高齢者の権利や財産を守り、適切な管理が行えるよう、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の普及啓発を行い、状況に応じて関係機関につなげる。</p>
---------------	---

	○消費者被害防止のため、地域住民に対する普及啓発を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民向け消費者被害および特殊詐欺被害防止の講座を年4回開催する。 ・ 広報誌にて掲載する。 	
結果	虐待防止ネットワーク（研修、講座等） ○件 （前年度 ○件）	権利擁護相談（虐待相談含む） 件数 ○件 （前年度 ○件）

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援

6年度の 取組の視点	○医療・福祉関係機関等の関係機関との連携体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関の連携を支援する。 ○地域ケア個別会議から、個別の課題のみならず地域課題（ケアマネジメントの課題、自立支援・介護予防の課題等）を抽出し、自立支援・重度化防止を目指したプランの作成を支援する。 ○地域の主任ケアマネジャーとの連携協働を図り、ケアマネ支援を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャー向け研修・事例検討会を年4回開催する。 ・ うち1回は地域の主任ケアマネジャー向け研修及び情報交換会とする。 ・ 年1回ケアマネジャー向けアンケートを行い、理解度・活用度等を確認する。 	
結果	ケアマネジャー向け研修 ○回（前年度 ○回）	事例検討会 ○件（前年度 ○件）

4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

6年度の 取組の視点	○居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対し、ケアマネ支援や研修等により、介護予防ガイドラインの徹底を図る。 ○介護予防プランでは、適切なアセスメントを実施し、利用者が大切に生きてきたこれまでの暮らしを送れるよう目標を設定する。利用者のセルフマネジメントを推進し、介護予防サービスのみならず、地域資源等多様なサービスを活用した自立支援型プランを作成する。	
結果	プラン件数（自己作成） ○件（前年度 ○件）	プラン件数（委託） ○件（前年度 ○件）

5 認知症支援

6年度の 取組の視点	○認知症の人とその家族等の意向を尊重し、できる限り住み慣れた地域で安心して住み続けられ、また認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるまちづくりを目指し、地域ニーズや圏域の地域特性を踏まえた事業を進める。 ○認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築と共に、認知症について正しい理解を持ち、適切な接し方ができるよう、地域への認知症に関する理解の	
---------------	---	--

	<p>広がりを目指す。</p> <p>○地域の医療・介護・福祉関係機関等とのネットワークの構築や連携強化、認知症の人への意思決定の適切な支援について理解を広げる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症普及啓発事業（一般・専門）を年6回以上開催する。 ・ 認知症家族介護者教室を年6回実施する。 ・ 認知症初期集中支援チーム事業に関連した取組を行う。（チーム支援2件、訪問10件程度） 	
結果	認知症サポーター数 ○人（前年度 ○人）	家族介護者教室 ○回（前年度 ○回）

6 地域ケア会議

6年度の取組の視点	<p>○地域ケア個別会議において、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別課題から地域課題を抽出する。年度末には課題整理表にまとめ、次年度の地域ケア推進会議につなげていく。</p> <p>○地域住民及び医療・介護・福祉関係機関等に対して、うめわか圏域地域包括ケア計画の周知を図るとともに、地域ケア推進会議等において各推進事業の目標を共有し具体策の検討を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア個別会議を年6回開催する。 ・ 地域ケア推進会議を年5回開催する。 	
結果	地域ケア個別会議 ○回（前年度 ○回）	地域ケア推進会議 ○回（前年度 ○回）

7 生活支援体制整備事業

6年度の取組の視点	<p>○地域住民や関連機関とともに、生活支援に必要な社会資源の情報収集及び可視化をする。地域資源リーフレットの作成や更新を行う。</p> <p>○商店との顔の見える関係づくりを強化し、高齢者の生活支援ネットワークを充実させる。配達の有無、見守り機能等の情報収集をする。</p> <p>○様々なニーズに対し、サービス提供主体とのマッチングに取り組む。</p> <p>○地域における担い手等を発掘し、ボランティア活動をしている人を増やす。ボランティアグループの立ち上げ及び継続支援を行う。</p> <p>○多様な通いの場の立ち上げ及び継続支援を行う。</p> <p>○多世代が交流し、誰もが安心して歳を重ねられる地域づくりのために、チームうめわか「イスからつながるプロジェクト」の後方支援を行い、どなたでも座れるオレンジのイスを増やす。</p>	
結果	交流・通いの場 件（前年度 ○件）	

8 見守りネットワーク事業

6年度の 取組の視点	<p>○みまもりリストや区内区外転居の情報を元に、高齢者世帯へアウトリーチ訪問を実施。また地域住民や関係機関から地域で孤立が心配される高齢者や重層的な課題を抱えている可能性が高い世帯等を中心に実態把握を実施し、適切な支援や社会資源につなげる。</p> <p>○みまもり便り配布等を通じて、町会・自治会、老人クラブ、自主グループ、民生委員・児童委員、店舗等の関係機関に対し、連携を深めるとともに情報共有を行い、見守りネットワーク構築及び推進を図る。また見守り協力機関が増えるよう働きかける。</p> <p>○地域における見守り活動の推進のため、見守り講座を開催する。</p>	
結果	実態把握 ○件（前年度 ○件）	安否確認 ○件（前年度 ○件）

<圏域別地域包括ケア計画の重点的な取組>

※取組ごとに記載している目指すべき姿の数字は、以下に記載した高齢者福祉総合計画・第9期介護保険事業計画における5つの目指すべき姿を示しており、このいずれかにつながる内容として設定している。

- 1… 必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
- 2… 多様な介護サービスを必要に応じて利用している
- 3… 切れ目のない円滑な医療・介護連携により必要な在宅療養を受けている
- 4… 身体状況の変化と本人の希望に応じて住まい方を選択している
- 5… 地域における認知症に対する理解が進み、認知症の人が安心してその人らしく暮らしている

取組名 ストップ！フレイル	目指すべき姿： 必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
背景となる現況・課題	<p>区内で圏域別高齢化率、後期高齢化率が一番高く、要介護認定者が多い状況であり、ニーズ調査結果では、主観的健康観、主観的幸福感が最も低く、また認知症リスク、運動器機能リスク、閉じこもりリスク、うつリスク、咀嚼機能リスク該当者や生活習慣病に起因する疾患を持っている人が多いなどの傾向がみられる。地域で問題と感ずることとして、健康づくりや介護予防の取組が不十分なことが挙げられている。</p> <p>地域活動への参加意欲や世話人としての参加意欲が低く、地域活動に参加していない理由として「関心がない」と答えた人が多い。一方で、地域活動にすでに参加している人や世話役として参加している人は最も多く、二極化の傾向がみられる。</p> <p>また、地域ケア会議の中では、男性中心の通いの場が少なく、男性の参加が少ないこと、通いの場に偏りが見られること、通いの場の情報が不足していること、栄養状態など、食生活に課題のある人が多いことなどが挙げられている。</p> <p>※1「フレイル」とは、加齢に伴い筋力や心身の活力が低下し要介護状態となる危険性が高くなった状態を指し、健康と要介護の中間を意味する。</p>
計画策定段階の前年度の事業実績	(計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし)

第9期計画における目的	自身の健康に関心を持ち、健康づくりに取り組む高齢者が増える。	多様な通いの場が圏域に広がり、高齢者が選択して参加できる。	
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	① 生活習慣病やフレイルに関心を持ち生活する住民が増える。	① 新たな通いの場が1か所立ち上がる。 ② 既存の自主グループ活動が継続して活動出来ている。 ③ 様々な通いの場の周知により、参加する高齢者が増えている。
	投入資源	○センター職員3名、相談室職員1名 ○地域住民、自主グループの担い手、介護予防リーダー ○地域リハビリテーション活動支援事業担当PT・OT・ST ○通いの場等の口腔ケア・栄養改善講師派遣事業講師 ○集う場所として、シルバープラザ梅若ゆうゆう館・集会所・公園・河川敷等	○センター職員3名、相談室職員1名 ○地域住民、自主グループの担い手、介護予防リーダー ○地域リハビリテーション活動支援事業担当PT・OT・ST ○通いの場等の口腔ケア・栄養改善講師派遣事業講師 ○リーフレット・チラシの印刷費 ○集う場所として、シルバープラザ梅若ゆうゆう館・集会所・公園・河川敷等
	活動計画	①-1 自主グループにむけて、「通いの場の口腔ケア・栄養改善講師派遣事業」の利用促進と必要性の啓発を行う。 ①-2 「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用し、イベント等で生活習慣病予防啓発の講座を開催する。 ①-3 町会自治会・老人クラブの生活習慣病やフレイル予防に関するニーズを把握する。ニーズのある地域団体で講座を企画・開催する。	① 新たな男性の活動場所立ち上げに向けて、介護予防リーダーや男性体操教室役員・メンバー対象に情報交換やニーズ調査を行う。 ② 自主グループに対して、アンケート調査を実施し、活動の実態、メンバー構成、活動の課題やニーズを把握する。その上で実態やニーズに合った自主グループ交流会を企画・運営する。 ③ 通いの場のリーフレットを改訂し、自主グループ活動の新たな普及啓発ツールとして活用する。
	成果（アウトカム）を測る指標	①-1 開催回数、参加人数、満足度 ①-2 開催回数、参加人数、満足度、生活習慣病に対する意識変容 ①-3 開催回数、参加人数、満足度	① 開催回数、参加人数、満足度、ニーズ調査結果 ② 自主グループへのアンケート結果、新規参加人数、自主グループ交流会の内容、参加者数、満足度 ③ 通いの場リーフレットの配布数、配布場所、認知度
実施結果	活動の実績（アウトプット）		

	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）		
--	---------------------	--	--

取組名 ちよこつとサポート応援団		目指すべき姿：必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている	
背景となる現況・課題	<p>後期高齢者の世帯構成をみると、4割以上がひとり暮らしであり、高齢者のみ世帯（ひとり暮らし、夫婦のみなど）は7割近くにのぼる。</p> <p>ニーズ調査結果では、生活していく上で困っていることとして、家族が近くにいないと答えている人が多く、また孤食傾向にある人が多い。</p> <p>地域活動については、積極的に参加する人がいる一方、地域内で人との関わりを望まない人がいた。また、地域の人と親しく付き合っている人や、友人、知人と頻りに会う人が多く、困った時に近隣同士で助け合っている人が8圏域の中で最も多い。一方で、付き合いがほとんどない人が1割いる。</p> <p>現在地域で手助けを受けている人が多く、受けている手助けとして、「安否確認」「災害時など緊急時の手助け」と答えた人が最も多かった。受けてほしい手助けとして、安否確認の他、「ちょっとした買物やゴミ出し」「通院や外出の手助け」「話し相手や相談相手」などあげられている。</p> <p>外出する際の移動手段として、電車を利用する人が多いが、圏域内には公共交通機関が利用しにくい地域もあり、自転車やバイクを利用する人が多い状況である。</p> <p>地域ケア会議では、圏域内の社会資源（通いの場、店舗、相談場所など）に偏りがみられることや、男性の地域活動への参加が少ないこと、地域の生活拠点を細かく移動できる手段がないことなどが課題としてあげられている。</p> <p>8期推進事業「ちよこつとサービス応援団」では、住民主体の支え合いのしくみづくりを行ってきた。（令和5年度より「ちよこつとサポート応援団」に改名）</p>		
計画策定段階の前年度の事業実績	(計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし)		
第9期計画における目的	支え合いの輪が広がり、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる。		
標と方向性	令和6年度の取組の目標	<p>○応援団員の「あったらいいな」を1つ以上達成できる。</p> <p>○応援団員が、生きがいをもって地域の担い手として活躍できる。</p>	○発行したリーフレットが生活便利情報として活用されている。
	投入資源	<p>○センター職員3名、相談室職員1名</p> <p>○地域住民、見守り協力員、民生委員・児童委員、医療・介護・福祉関係機関等</p>	<p>○センター職員3名、相談室職員1名</p> <p>○地域住民、見守り協力員、民生委員・児童委員、医療・介護・福祉関係機関等</p>

		○定期ミーティングや活動場所の調整および情報収集 ○チラシなどの印刷費、講師謝礼等	○定期ミーティングの開催 ○チラシなどの印刷費
	活動計画	① 応援団員が地域の担い手として取り組みを進めていけるように後方支援を行う。	① 「うめわか周辺美味しいものマップ」と「知っておくと安心な電話番号」リーフレットを広く地域の高齢者に配布する。
	成果（アウトカム）を測る指標	① ミーティングの開催回数、参加人数、参加者の多様性（様々な属性の人の参加） 令和5年度と同様のアンケートを実施し、生きがいや役割を持つことにつながっているか、周囲の人を巻き込みながら活動できているか等、5年度と比較する。	① リーフレットの配布数、認知度、活用方法
実施結果	活動の実績（アウトプット）		
	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）		

取組名	みんなで支え合うネットワークをつくろう！～安心・安全な地域づくりを目指して～	目指すべき姿：必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
背景となる現況・課題	<p>「地震時などに著しく危険な密集市街地」に該当する地域が多く、また水害による予想被害率も高い地域である。</p> <p>ニーズ調査から、近隣に家族がいないことに不安を感じている人が多いことや、災害時などの緊急時、手助けを頼める人がいると答えた人が少ないという傾向があった。要支援・要介護認定者数も区内で最も多く、一人で避難ができない人が多いと想定される。一方で、地域の人との付き合い、「親しく付き合っている」と答えた人が区内で最も多いほか、地域で行われている活動として、「近隣同士でよくあいさつをしている」「回覧板・掲示板などが活用されている」「困ったときに近隣同士で助け合っている人」と答えた人が多かった。</p> <p>地域ケア会議では、町会、自治会につながっていない人がいることや、運営の担い手の高齢化が進んでいること、高齢者に住宅を提供するリスクとして、不動産業者より、孤立死や認知症等による意思能力の喪失等が挙げられた。集合住宅における高齢入居者の見守り体制において、地域住民、民生委員・児童委員、不動産事業者、介護事業者、医療機関、行政等のネットワーク</p>	

		構築が必要である。その他に、建物の老朽化などの理由から、住環境の支援が必要と思われる住宅がある。	
計画策定段階の前年度の事業実績	(計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし)		
第9期計画における目的	高齢者が自ら防災に取り組み、平時から地域で助け合える関係性を築ける。	住み慣れた地域で、高齢期になっても安心して住み続けることができる。	
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	① 地域で要配慮者の把握を行うことを通じ、地域の見守りや支え合いにつながるネットワークが強化される。 ② 地域住民の防災に関する自助力が向上する。	① 関連機関や地域住民と連携し、高齢者の見守りネットワークを築くことができる。
	投入資源	○センター・相談室・福祉機器展示室職員4名 ○町会・自治会、民生委員・児童委員、医療・介護・福祉関係機関等、行政機関等 ○地域ケア推進会議や区民向け講座実施会場、備品、消耗品等 ○救急医療情報キット、住まい・防災チェックシート等	○センター・相談室・福祉機器展示室職員4名 ○民生委員・児童委員、見守り協力員、不動産業者、医療・介護・福祉関係機関等、行政機関等 ○地域ケア推進会議や区民向け講座実施会場、備品、消耗品等 ○住まい・防災チェックシート
	活動計画	①-1 関係機関とのネットワークを構築するため、災害時要配慮者の対応について、自治会・町会向けに推進会議を実施する。 ①-2 救急医療情報キットの配布や記入方法を町会・自治会と共に検討する。 ②-1 住まい・防災チェックシート（センター・相談室作成）等を活用し、区民向け講座を開催する。 ②-2 講座や広報誌等で、防災に関する普及啓発をする。	①-1 関連機関とネットワークを構築し、関係者で独居高齢者やのみ世帯の見守り方法について検討する会議を開催する。 ①-2 住まいに関する会議（居住支援会議等）に参加する。 ①-3 住まい・防災チェックシートを活用し、住まいに関する高齢者施策や高齢期になっても住み続けられるよう普及啓発講座を開催する。
	成果（アウトカム）を測る指標	①-1 会議の内容、回数、参加者数、アンケート結果 ①-2 救急医療情報キット配布数、周知回数 ②-1 住まい・防災チェックシートの周知回数、実施枚数、人数	①-1 会議の内容、回数、参加者数、アンケート結果 ①-2 住まいに関する外部の会議への参加回数、内容 ①-3 住まい・防災チェックシートの周知回数、実施枚数、人数、講座の回数、参加者数、ア

		②-2 講座の開催数、参加者数、アンケート結果、広報誌配布数	アンケート結果
実施結果	活動の実績（アウトプット）		
	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）		

取組名 地域とともに多職種連携 ～自分らしく生きるために～		目指すべき姿：切れ目のない円滑な医療・介護連携により必要な在宅療養を受けている	
背景となる現況・課題		<p>ニーズ調査の結果から、在宅療養を希望する人は他圏域と比べると少なく、在宅療養実現が難しいと思う理由として、「どのようなケアを受けられるかわからないから」とあげた人が多くなっている。人生の最終段階について話し合っている人が、他圏域と比較しても少ない傾向にある。救急医療情報キットの普及は進んでいるが、認知度は十分ではない状況である。</p> <p>総合相談や介護保険申請は、コロナ前と比較して増加しているほか、要支援・要介護認定者数が区内の中で最も多くなっている。</p> <p>第8期推進事業「人生会議」勉強会を通じて、人生会議（ACP）について「学びたい」「理解を深めたい」という声が多く、関心の高さがうかがえる。</p>	
計画策定段階の前年度の事業実績		(計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし)	
第9期計画における目的		医療・介護・福祉専門職による連携が進み、高齢者が安心して生活を送ることができる。	地域住民が、それぞれの『人生』について考えることができる。
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	① 様々な医療・介護・福祉専門職と圏域の課題が共有でき、連携が広がる。 ② 相談に応じた情報提供等ができ、相談窓口の周知が広がる。	① 「人生会議（ACP）」を知っている地域住民や専門職が増え、理解が広がる。
	投入資源	○センター・相談室職員3名 ○医療・介護・福祉関係機関等 ○定期ミーティングか講座等の開催場所の調整 ○チラシなどの印刷費等	○センター・相談室職員3名 ○地域住民、地域団体、自主グループ、医療・介護・福祉関係機関等 ○勉強会や講座等に係る開催場所の調整、備品や消耗品費等
	活動計	① 専門職向けの事例検討会、研修会等	①-1 町会・自治会、老人会、自主グループ等

	画	<p>を実施する。</p> <p>②- 1 リーフレット「ものわすれご近所相談窓口へ」の協力事業所との定期ミーティングと相談窓口の周知活動を行う。</p> <p>②- 2 センター・相談室内で社会資源情報（特に医療）の集約、分類、整理を行う。</p>	<p>で講座を開催する。</p> <p>①- 2 専門職向け「人生会議（ACP）」講座を開催する。</p> <p>①- 3 講座開催時に救急医療情報キットのアナウンスや、窓口に案内掲示等をする。</p>
	成果（アウトカム）を測る指標	<p>① 事例検討会、研修会等の開催回数、参加者数、参加者の属性、理解度</p> <p>② 相談窓口リーフレットの配布枚数、相談者数、相談内容、リーフレット設置個所数</p>	<p>①- 1 講座の開催回数、参加者数、参加者の属性、理解度</p> <p>①- 2 講座の開催回数、参加者数、参加者の属性、理解度</p> <p>①- 3 救急医療情報キット配布数、周知回数</p>
実施結果	活動の実績（アウトプット）		
	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）		