

**令和 6 年度  
みどり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・報告書**

**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**

古きを継ぎ、つながり、歩むまち

- 交通の便がよく人口が増え続け、江戸文化や下町人情が残る圏域で、第一歩として隣近所が知り合い、挨拶を交わし、お互い様文化が継承される
- だれもが年をとる変化を理解し、なじみの関係の中で役割を持ち、自分らしい高齢期に取組、周囲も見守る
- 集合住宅建設や関係機関の移転・開業・廃業・商業施設や介護施設の開業等、さまざまな環境の変化と相互に作用しながら変容しつづける

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
56,795 人	7,783 人	13.7%	4,253 人	54.6%

令和 7 年 4 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	○日常生活の変化に対し様々な相談を求める地域住民に対し、本人の取組みに共感した侵襲性の低い面接を行う。危機的な状況にあるかを観察し介入について、スーパービジョンを活用する。 ○伴走型の視点で自己決定支援を行う。	
結果	新規相談件数 834 件（前年度 751 件）	継続相談件数 2022 件（前年度 1827 件）
	着実に本人からの相談が増え前年比 1.34 倍となっている。また継続も同様。面接技術研修を積み重ね伴走型支援の効果が表れている。	

**2 権利擁護**

6 年度の 取組の視点	○地域住民、専門職に向けて人生会議（ACP）を普及啓発し、当事者の取組みを支援する ○家族、世帯内にある重層的課題に対し関係機関と連携し尊厳の保持に努めた支援を行う。 ○地域の住民の人権擁護の為に、虐待防止・再発防止の研修を介護支援専門員に行う。	
結果	虐待防止ネットワーク（研修、講座等） 13 件（前年度 4 件）	権利擁護相談（虐待相談含む）件数 延 137 件（前年度 150 件）
	老いの保障は地域ケア個別会議から出された地域課題であり、粛々と継続支援を行っている。また、重層的課題ケースについて会議を活用し、多機関での検討を重ね、住み慣れたわが家、我がまちでの生活を継続する支援を行った。	

**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	○ライフサイクル及び生活状況に応じ、地域での暮らしが継続できるよう本人及びその家族が専門家を活用し、生活を整える事や介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上支援を行う。
----------------	---

	○介護支援専門員同士のネットワークの活用により災害時や多課題、広範囲の支援を可能にする。	
結果	ケアマネジャー向け研修 6回 (前年度 13回)	事例検討会・ケアマネジャー支援のためのカンファレンス 4件 (前年度 1件)
	○ケアマネジャーへの支援として研修を企画し取り組んだ中で、支援者支援としてデスカンファレンスを実施し、支援者のグリーフに焦点をあてる取組みや、認知症の方の意思決定支援にも取り組んだ。 ○圏域居宅支援事業所と BCP 模擬訓練を実施し、有事の業務継続の為にどのような取組みや連携が必要となるか、行政の協力も得、多職種、多事業所と拡大し実施した。	

#### 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	○自立支援や重度化予防、尊厳保持を意識したプラン作成を行う専門職支援を行い委託の効率化を図る。また、介護予防支援の指定を受ける居宅介護支援事業所を増やすための働きかけを行う。 ○総合事業及びインフォーマルサービス活用を高齢者に周知し、我が事としてのプランを介護支援専門員に依頼ができる仕組みをつくる。 ○セルフプラン作成支援について、住民向け講座を検討する。	
結果	プラン件数（自己作成） 1206 件 (前年度 1377 件)	プラン件数（委託） 1400 件 (前年度 1196 件)
	○プラン作成件数 前年度比については、自己作成 21%減、委託 15%増となっている。センター内でのプラン作成においては、事業運営を踏まえ、調整・対応の判断を行ってきた。日頃から、居宅介護支援事業所と連携を図っており、暫定プランの対応が必要なケースが出てきた際には利用者本位の姿勢で即応している。結果的に委託件数増に繋がっている。 ○それぞれの自主グループの活動を発信する「みどりニュース」を企画。社会資源広報誌として、地域住民及びケアマネジャーに提供している。また、ケアマネジメント事例テキストを用い、ケアマネジャーを対象とし、ICF を活用した生活目標設定に関する研修を実施した。	

#### 5 認知症支援

6年度の 取組の視点	○認知症に関する相談窓口の周知を行い、認知度を上げる。 ○認知症の早期発見・早期治療・適切な介護について情報提供を行き届かせる。 ○認知症疾患医療センターと連携する事で早期に受診し、診断後の生活支援を一体的に行う仕組みを整える。 ○認知症家族介護者支援として、家族会開催と会報の発行を行い、「学び」と「繋がり」を継続し、一人で頑張りすぎないゆとりを持つことの支援を絶やさない。 ○認知症本人の意思決定支援を地域住民や専門職へ普及啓発し、広めていく。	
結果	認知症サポーター数 309 人 (前年度 318 人)	家族介護者教室 12 回 (前年度 12 回)
	○認知症の相談窓口の周知が着実に進み、相談件数も 365 件と増えつつあり、専門医の受診・介護保険申請・家族会参加に繋がっている。また、認知症初期集中支援チームにも 3 ケース出し、支	

	<p>援につなげた。</p> <p>○認知症サポーター養成講座は小学生や緑図書館の来館者、認知症相談の家族を集め行った。</p> <p>○認知症家族介護者教室は平均参加 14 名程で、ピアカウンセリングを中心に経験者の話（特養・有料・グループホームなど施設利用中の家族からも情報を得ることのできる会になっている。また、自分事として「認知症」を理解する機会を多く作り、家族の人生（ACP）についても考える機会となった。</p> <p>家族会に参加できない介護者に向けては会報「オレンジ」を月 1 回のペースで 50 か所へ配布し、学びと共感の持てる内容に心掛けた。</p> <p>○認知症の人の意思決定支援は、R 7 年度初めに「新しい認知症観」と題して講演会を開く計画で、高齢者のみならずこども世代にも普及啓発できるよう進めていく予定</p>
--	---

## 6 地域ケア会議

6 年度の 取組の視点	<p>○定例開催を行い、地域課題を把握し、地域づくりや政策形成に必要な情報を整理する。</p> <p>○個別性、至急性の高いケースが発生した際には、随時会議開催を行う。</p>	
結果	地域ケア個別会議 6 回（前年度 6 回）	地域ケア推進会議 4 回（前年度 2 回）
	<p>○障害サービスから介護保険制度への移行、進行性難病の診断を受けた現役世代の支援等、地域課題を考える際、地域共生の視点が必要になっていることを確認した。また、地域ケア会議を通し、今後の人口動態を踏まえた、将来制度を利用する住民、ケアマネジャーを含めた介護に関わる専門職、それぞれが将来に備え今から取り組めることは何かと、今から取り組めることについて検討していく。個別会議で把握した地域課題を具体的に推進会議で取り上げていくには、テーマを絞り、データー収集などの準備が取組むようにしていく。</p>	

## 7 生活支援体制整備事業

6 年度の 取組の視点	<p>○相談業務や地域の実態把握、地域ケア会議を通じて、高齢者の地域生活継続の為に必要な社会資源情報を収集し、地域課題を分析し、整理する。</p> <p>○地域との信頼関係を深め、地域活動の意向を把握し、互助を支援する。また、適宜、分析整理した地域課題を住民や関係機関に働きかけ、自助・互助強化に向けて取り組む。</p> <p>○様々な関係機関や地域人材と協働し、地域活動の人材開発や活動支援の仕組みをつくる。</p>	
結果	交流・通いの場 96 件（前年度 84 件）	
	<p>○既存の介護予防自主グループ参加者への活動場所希望アンケートや、移転周知を契機に、既存グループ及び、地域の団体から活動場所の問い合わせがあり、既存グループの支援及び、新たな社会資源の把握につながった。</p> <p>○ケガや ADL 低下した方の移動手段として、圏域の 24 町会・自治会に対し、車いすの設置状況をリサーチし、設置を働きかけた。福祉用具事業所 2 社に寄付を募り、希望する 7 町会・自治会に提供された。すでに常備する町会・自治会も明らかになり、急な受診や外出緊急時や災害時に利用できることがわかった。</p>	

## 8 見守りネットワーク事業

6 年度の 取組の視点	<p>○通年の実態把握はもとより、熱中症予防訪問、医療未受診者調査、転入者への訪問、未把握者への訪問等、様々な機会を通し、孤立による健康や生活上の課題を発見し、重度化予防に向け本人と地域に働きかけ、地域にある見守りネットワークや制度、サービス等が役立つようにつなぐ。</p> <p>○見守りの担い手等の発見と育成・活用に取り組む。</p> <p>○地域にある団体の活動状況を把握し、見守りネットワーク充実のを図る。</p>	
結果	実態把握 1013 件（前年度 1030 件）	安否確認 7 件（前年度 11 件）
	<p>○熱中症予防訪問 526 件 健康状態不明者 22 件</p> <p>○熱中症予防訪問・医療未受診者の訪問では、熱中症の注意喚起や健康状態などの把握に努めるだけでなく、有事の際などに相談ができる高齢者支援総合センターやみまもり相談室の案内を行った。生活状況から早急な支援が必要と思われる方などには各関係機関と連携を図り、支援へつなげた。</p> <p>○実態把握にて会えないケースに関しては、みまもりだよりなどにメッセージを残し投函することで、情報が手元に届くように努めた。</p>	

## <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 <b>こんにちは・よろしく～地域特性に応じたネットワークづくり～</b>		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>利便性が良く集合住宅が増加し、高齢者や若い世帯の転入者が多い地域性である。単身後期高齢者の増加、見守りやちょっとした生活支援を求める人が増加している。</p> <p>高齢者のスマートフォン所持率が区内で最も高く、スマートフォンアプリを利用した申請等、生活に必要なしくみの変化に戸惑い「個別に教えてほしい」「操作を手伝ってほしい」というニーズを介護事業所が把握している。また、集合住宅に暮らす単身高齢者が増加し、体調の変化や生活の支障に周囲が気づきにくいという課題がある。高齢者を狙う犯罪が増え、消費者被害や特殊詐欺被害の危険が増しているとの意見も挙がっている。</p> <p>町会・自治会等の地縁組織に属さない人も増え、必要な情報が届かず取り残される可能性がある。必要な情報や相談機関の周知を行い、孤立を防ぐため住まいに関わる関係者とのネットワークの構築が必要となる。</p> <p>高齢者が見守られるだけでなく、老若男女を問わずお互いが見守り支え合う地域共生社会の一員である意識の普及が求められる。</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		多様なつながりを持つことで、地域の生活支援に関わる社会資源情報を得て活用することができる。	孤立リスクの高い集合住宅の住民が、挨拶をかわし、顔見知りを増やし互いの変化に気づく見守り合いができるようになる。
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	サロンや老人会、介護予防自主グループ等の地域にある既存団体が見守りのネットワークとして発展する。	集合住宅における住民同士の見守りが強化される。
	投入資源	みまもり相談室、高齢者支援総合センター、介護予防リーダー、既存団体（老人クラブ、サロン、自主グループ等）、民生委員、見守り協力員	みまもり相談室、高齢者支援総合センター、圏域の集合住宅、集合住宅管理会社及び管理人と管理組合、民生委員、見守り協力員
	活動計画	<p>○みまもり活動報告会を開催する。</p> <p>○社会資源情報の更新をする。</p> <p>○みまもり講座・認知症サポーター養成講</p>	<p>○民生委員、見守り協力員と企画を協議する検討会議を開催する。</p> <p>○高齢者が暮らす集合住宅について、アウトリーチ</p>



		座等、学びを通じて住民のつながりを強化する講座の働きかけを行う。	や総合相談から孤立リスクの見える化を行う。 ○集合住宅の管理会社、管理人、管理組合について、町毎に担当を決め調査に当たるとともに、みまもり相談室の周知を行う。 ○見守り講座を開催する。開催の働きかけを行う。
	成 果 （アウトカム）を測る指標	○活動状況、みまもり活動について把握状況把握範囲 ○地域情報シート、社会資源情報の更新	○みどり圏域内にある集合住宅管理会社の把握 民生委員、見守り協力員による把握状況や影響の確認 ○「集合住宅見守り協議委員会（仮称）」の設立と委員会により推進される取組の事例
実施結果	活 動 の 実績 （アウトプット）	○みまもり活動報告会 1 回 町会、民生委員等地域住民および関係機関 120 名出席。参加した各町会長より、『取り組み』や『地域活動』について報告。圏域内にある関連事業従事者などへの周知につながった。次年度事業所移転の案内を行った。 ○認知症サポーター養成講座 13 回	民生委員交流会 2 回 見守り協力員勉強会 3 回 ○民生委員交流会にて、集合住宅の情報把握について意見交換を行った。 ○毎月みまもりだよりを配布することにより、集合住宅の管理人とみまもり相談室職員との顔なじみの関係性の強化を図り、適宜みまもり相談室への相談につながるよう働きかけた。
	成 果 （成果指標を用いた目標の達成状況）	○みまもり活動報告会では、みまもりが必要な人の情報がない、町会と民生委員・関係機関の情報共有や連携の課題や、住宅形態や関係の希薄化により、みまもりが必要な人や変化に気づきにくいといった課題や、（発見機能の課題）転入世帯と町会の関係づくり、町会行事に参加してもらう課題、災害時要配慮者サポート隊の立ち上げ、担い手不足等の課題があげられた。 ○地域からの講座依頼をみまもり相談室が受け、各事業担当へ依頼し、事業の普及啓発に繋げる事ができた。（熱中症予防啓発、認知症について） ○地域にある既存グループ活動への『みまもりだより』配布を通じて訪問継続することで、見守りネットワークの強化や自助への働きかけを行った。	○集合住宅の情報把握については、高齢者名簿や地縁組織などのソースはあるものの、当人の防犯意識やマンションのセキュリティ面の強化などもあり、実態把握を通じて情報収集することが難しくなっている点が挙げられた。今後も集合住宅の情報把握については、町会・自治会との協働や管理組合や管理会社への働きかけが必要となる。

備考		
----	--	--

取組名 身近・手軽・参加しやすい通いの場と活動の輪づくり		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>加齢に伴う心身状態の変化により、公共交通機関の利用や遠方への外出が体力的に難しくなり、活動範囲や活動方法が変化し、高齢者の社会的役割にも影響している。</p> <p>自主グループの参加者の中には、様々な内容や場所で行われる複数の通いの場に参加し、多様な仲間を持つことで健康維持、向上している高齢者がいる。本人が関心を持ち活動や参加が容易になり、生活スタイルや志向にあわせて選択し、気の合う仲間とグループを作って活動する等、従来の地縁団体に限らない場や活動が求められている。</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	<p>○既存の通いの場の活動やメンバーの参加が継続される。</p> <p>○仲間と集い、グループを作り活動することで、高齢者が役割を持ち、協力しながら活動継続できる。</p>	
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	<p>○参加者同士の情報交換や助け合いにより活動が継続され、楽しみ、日課となり健康が増進されている。</p> <p>○参加しやすい活動づくりの支援を行い、参加者が地域に声をかけている。</p> <p>○総合相談や地域包括ケア会議等で社会資源が活用され、高齢者の活動への参加が促進される。</p>
	投入資源	<p>○既存の自主グループ、介護予防サポーター、リーダー、町会・老人クラブ、民生委員、地域リハビリテーション事業のリハビリ専門職、圏域のケアマネジャー等</p> <p>○圏域の公園、集会場、町会会館、緑小学校分室、みどりコミュニティセンター等</p> <p>○高齢者支援総合センター、みまもり相談室</p>
	活動計画	<p>○自主グループ向けの講座及び情報提供を実施する。</p> <p>○地域住民に向けた、通いの場の情報発信の方法・内容・頻度を決める。</p> <p>○様々な介護予防・集いの場の既存、新規の活動の把握と社会資源情報（いきいきマップ含む）の更新を行う。</p> <p>○総合相談、地域包括ケア会議等で社会資源情報を活用・周知する。</p>
	成果（アウトカム）を測る指標	<p>○講座・情報提供の実施回覧、アンケートの実施と分析</p> <p>○情報発信先の種類と数</p> <p>○社会資源の把握件数、情報の更新</p> <p>○総合相談、包括的継続的ケアマネジメント、地域包括ケア会議等での活用件数</p> <p>○インフォーマル社会資源につながった相談事例</p> <p>○介護保険認定件数、圏域の高齢者認定率</p>

実施結果	活動の実績 (アウトプット)	<p>① 介護予防自主グループ代表者・リーダー交流会 実施1回 継続課題の検討</p> <p>② 「みどりニュース」発行 (自主グループ各回3グループ取材し、20 グループ・圏域の居宅・リハ職・関係機関に700部、年3回発行。</p> <p>③ 「みどり健康カレッジ」実施 (対象：シニア・プレシニアへの介護予防普及啓発、社会資源との出会いや仲間づくりにつなげる) 年5回15名申込。毎回平均12名参加、14名修了</p> <p>④ 社会資源の把握、情報の更新、特に移転周知に伴う活動場所についてアウトピア利用グループと周辺利用するグループの参加者にアンケートを実施し、移転前8グループと相談し、2グループが統合し、110人回収し、アウトピア既存3、新規2、移転先：既存4、新規2となった。</p>
	成果 (成果指標を用いた目標の達成状況)	<p>① グループの人数を増やしたり、お休みしてる人に声かけしたり参加者同士の話題になるような媒体がほしいというニーズがわかり、住民と「みどりニュース」の企画原案が検討できた。</p> <p>② 「みどりニュース」取材対象のグループの満足活性。講座・情報提供の実施回覧、アンケートの実施と分析19グループに配布。</p> <p>○取材でとりあげられたことで、グループの意欲が高まった。</p> <p>○みどりニュースを休んでいる人や新たな知人への声かけに活用した。他のグループを知り、かけもちで複数参加するようになった。高齢や疾患で参加者数が減っていたが、取材を受けた9グループはすべて以前よりも参加者が増えたという結果だった。</p> <p>③ 「みどり健康カレッジ」参加者の満足度：5段階4.58、翌年4月同窓会参加率86%、新たな周知先の開拓 (豎川中学PTA、シルバー人材センター、墨田区LINE)</p> <p>④ 社会資源情報R6年度末91件、2件情報の更新</p> <p>○介護保険認定者数1282人、みどり圏域の高齢者認定率16.5% (R7年4月時点)</p>
備考		

取組名 自分らしく暮らす私の未来予想図 (ACP)		目指すべき姿：切れ目のない円滑な医療と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、医療や介護が必要になった時、施設や入院を考えている住民が多く地域の社会資源の情報が行き届いていない現状がある。①高齢化 (率60%越え) の進む都営住宅②繁華街に住居する高齢者は更に情報が届きにくいということが分かった。出前講座も数回行ってきたが、適宜必要な情報がいつでも入手できるような情報発信の仕組みが必要である。その情報を基に「自分らしく暮らす私の未来予想図」を描くためのACP (人生会議) について学び、広い年代や多職種とともに理解を進めることができる。意思決定支援のチーム作りを進めている。</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		医療や介護が必要になった時に適切な情報が得られ、状況によって入院など必要な医療を受けつつ、在宅で生活できるような体制をつくる。
令和 6 年度の取組の指標と方向性	目標	自分らしく暮らして行くための知識や情報を得て、今のうちから A C P を考える地域住民が増える。
	投入資源	みどり高齢者支援総合センター（主マネ・権利擁護担当・認知症地域支援推進員）・みまもり相談室・医療従事者・介護事業者・民生委員・介護予防リーダー
	活動計画	「A C P とは？」をテーマに、「わたしの思い手帳」を活用し、地域住民などに向け出前講座を行う。また、多職種を対象に、認知症の意思決定支援を中心に A C P についての合同での研修会を企画する。
	成果（アウトカム）を測る指標	○出前講座や研修会後の参加者数 ○アンケート調査で理解度など分析内容 ○「わたしの思い手帳」の認知度を数値化（在庫 200 冊の行く先を記録） ○医療・介護にかかわる初回・継続相談件数
実施結果	活動の実績（アウトプット）	○「わが家で暮らし続けるために」の講習会（近隣訪問看護ステーション管理者講師）に参加した 20 名のアンケートより、在宅療養についての理解はできた（75%）が、実現については不安が残る（50%）ことや費用負担（40%）などの課題が残った。それでも相談先や介護保険サービスなどを利用して在宅療養のイメージが少しできるようになった（30%）。 ○「わたしの思い手帳」はサービス事業者内では周知が広がっており、研修会や普及啓発事業時に配布する機会が増えてきている（40 冊程度） ○R 6 年度総合相談「介護保険」1570 件「医療」582 件「認知症」365 件前年度比では微増程度ではある
	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）	○普及啓発事業のアンケートより、事例を通して在宅での療養生活や介護サービス利用のイメージが付いたと回答する人が多く、一定の情報提供ができた。課題も見え、経済的な負担が具体的に出され、情報提供だけではなく費用負担についてもセットで伝えることが必要と気づきを得た。 ○「わたしの思い手帳」は R 2 発行直後より地域への A C P 普及啓発事業において活用をしてきた。現在はサービスを提供する事業者側にも周知が広がり、活用の仕方にも変化が出てきている。但し、A C P を実践する目的（誰のための？）に相違がない形で活用することが大事である。 ○総合相談数は毎年右肩上がり、相談先については多岐（口コミ・インターネット・広報誌他）にわたっている。在宅療養時に必要な情報提供を選択できる状態に対応できている。
備考		