

高齢者あんしん相談センター活動計画(令和 6 年度)

《高齢者あんしん相談センターえぶりわん鶴瀬 Nisi》

1 日常生活圏域(第3圏域)

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

町会名	町会別人口	65 歳以上人口	高齢化率	75 歳以上人口(再掲)	後期高齢化率
勝瀬西町会	3,158	416	13.2	255	8.1
アイムふじみ野町会	2,534	869	34.3	421	16.6
上沢 1 丁目町会	2,886	830	28.8	514	17.8
上沢 2 丁目町会	1,153	313	27.1	210	18.2
上沢 3 丁目町会	1,494	385	25.8	231	15.5
鶴瀬西 2 丁目西町会	1,843	411	22.3	278	15.1
鶴瀬西 2 丁目南町会	863	248	28.7	136	15.8
鶴瀬西 2 丁目北町会	1,244	421	33.8	287	23.1
鶴瀬西 2 丁目栄町会	515	114	22.1	74	14.4
鶴瀬西 3 丁目東町会	1,606	403	25.1	264	16.4
鶴瀬西 3 丁目西町会	1,460	439	30.1	277	19.0
合 計	18,756	4,849	25.9	2,947	15.7

＜圏域の特徴＞

ふじみ野駅西口から国道 254 号線の先(大井方面)まで続くふじみ野西、勝瀬西と、鶴瀬駅西口の鶴瀬西地区、住宅が密集する上沢地区と地域の特徴が大きく異なる圏域である。高齢化率が高い町会と低い町会が併存しているが、圏域全体で見ると、25.9%であり富士見市内で高齢化率が一番高くなっている。

2 施設など

介護老人福祉施設(密着型を含む)	1	通所介護(密着型を含む)	1
介護老人保健施設	1	認知症対応型通所介護	1
特定施設(有料老人ホーム)	1	通所リハビリテーション	1
認知症共同生活介護(グループホーム)	3	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0
小規模多機能型居宅介護	1	公民館・交流センター等	1
居宅介護支援事業所	2		

3 令和 5 年度活動評価及び課題

＜評価＞

予定していた活動(出前講座やオレンジカフェ、介護者教室)は、予定どおり開催できました。地域ケア会議等では地域ネットワークの構築に繋がりました。また、町会や民生委員との連携を図るため定例会へ積極的に参加しました。職員は 5 か月間 4 名で業務を遂行しており、高齢化率に伴い一人一人負担が大きかったです。ケアプラン数は多くなり、問題は多岐にわたっているため他機関との連携が重要になってきました。メールでの相談を積極的に取り入れ、働いている家族との連絡がしやすくなりました。

＜課題＞

相談内容も多岐にわたり、高齢者、障がい者、生活サポートなど、複合的な問題を抱えたケースが増えています。特に独居での生活で、身寄りもなく、家族がいても疎遠で頼れないという高齢者も増えています。そのため、身元保証をしてくださる方がいなく、緊急時の対応や介護保険サービス利用時に苦慮するケースが増えてきました。既存の制度だけでは支援できない問題をどのように取り組んでいくかが今後の課題と考えます。

4 令和6年度活動計画

富士見市高齢者あんしん相談センター運営方針に従って実施いたします。

1 総合相談支援業務

(1) 総合相談支援

- ① 高齢者やその家族が安心して相談できる拠点としての役割を果たすために、電話だけでなくメールなどで相談を受ける体制を作ります。
- ② 相談に対しては、的確な状況把握等を行い、早期の支援や対応が必要な場合には状況を把握し支援します。
- ③ 複合化・複雑化した事例において高齢者の関わりがある場合には、関係機関等と連携しながら包括的な支援や対応をしていけるよう努めます。

(2) 実態把握

- ① 地域に住む高齢者の生活の状況を把握することで、地域の特性が理解でき、隠れた問題やニーズを発見することができます。孤立している高齢者や支援が必要な世帯を把握し、状況を確認するとともに、早期の支援や対応に取り組むよう努めます。

(3) 地域におけるネットワークの構築

- ① 見守り体制（高齢者見守りネットワーク）の構築と、関係機関とのネットワークの拡充と連携の強化を図ります。

2 権利擁護事業

- ① 高齢者に対する虐待の防止・早期発見・虐待者への支援を行います。
- ② 消費者被害等の防止、支援では、未然に防止するため、消費生活相談員等関係機関と連携し消費者被害等に関する情報を地域の方に伝えたり、パンフレットによる啓発活動を行い被害を未然に防ぐように支援します。
また、高齢者の消費者被害を未然に防止し、その拡大を防ぐための取組みを効果的かつ円滑に行うため、高齢者消費者被害防止連絡会議に出席し、人権・市民相談課や高齢者福祉課と連携しながらすすめます。
- ③ 成年後見制度の相談や利用支援に努めます。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ① 介護支援専門員の相談支援や、必要に応じ指導や助言を行います。介護支援専門員の資質の向上を図るための支援を行います。
- ② 支援困難事例への指導や助言、同行訪問を必要に応じて行います。

4 介護予防ケアマネジメント

- ① 支援を要する方の早期把握及び支援では、実態把握の訪問や、総合相談要支援者や事業対象者一人ひとりの状況に合わせた介護予防ケアマネジメントを

実施し、高齢者が生きがいをもって生活ができるよう支援します。

- ② 要支援者や事業対象者の方に対するケアマネジメントにおいて、利用者の状況に合わせ社会資源の利用を含めたケアプランの作成、モニタリング、評価を実施し、自立を目標とした継続的な支援をします。

- ③ 要支援 1・2 の認定を受けている方に対するケアマネジメントにおいて、地域の社会資源の利用も含めたケアプランの作成、モニタリング、評価を実施し、自立した生活が送れるよう支援します。

5 地域ケア会議の実施

- ① 地域ケア圏域会議を通して、地域課題やニーズを把握しその解決に向けて協議を行います。会議において把握した地域の特性や課題を整理し必要な支援に向けての検討を行います。
- ② 地域ケア個別会議を通して、介護支援専門員が担当するケアプランを通して自立支援に資するマネジメント支援を行います。

6 認知症地域支援・ケア向上支援

- ① 認知症地域支援推進員の活動や、認知症初期集中支援チームと連携を行います。
- ② オレンジカフェを隔月と共に、依頼に応じて開催します。認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解を深め、認知症の方を地域で支えるネットワーク作りを行います。
- ③ 認知症の方とその家族を支援する体制では、地域の方や関係者、地域密着型サービス事業所等と連携し、見守りや相談支援を行う体制作りに努めます。認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」を構築するためのサポーターへの働きかけや構築後の運営支援を、高齢者福祉課や関係機関等と協働しながらすすめていきます。

7 医療と介護の連携

医療と介護の両方を必要とする高齢者が地域で在宅生活が送れるよう、二市一町主催への研修の参加とともに、医療機関や介護事業所等の関係機関者の連携強化に努めます。入退院支援ルールの活用を積極的に行っていきます。

8 生活支援体制の充実に向けたニーズの把握

日常生活上困ったときに必要なサービスが受けられるか、どのようなサービスが必要か等のニーズを把握し、高齢者が住みやすい地域づくりに向けて、生活支援コーディネーターと連携し活動していく。

9 家族介護者支援

- ① 介護者(ケアラー・ヤングケアラー)支援

介護者支援のための適切な介護の知識・技術の習得や介護保険等のサービスの利用方法等を内容とした教室の開催、情報提供を行っていきます。

10 その他

- ① 年間の事業計画を職員全員で協議して作成し、課題解決に向けた取り組みや評価を行っていきます。
- ② 地域での様々な機会において高齢者あんしん相談センターの周知活動に努め

ます。

- ③ 他高齢者あんしん相談センターとの連携を図り、地域包括支援センター会議や各専門職部会にて情報交換を図ります。
- ④ 職員のスキルアップのために各種研修に参加します。
- ⑤ 介護保険事業推進委員会での事業計画や活動実績、予算、決算、地域ケア会議における検討内容の報告等を行っていきます。
- ⑥ 個人情報外部に漏れないように、パソコンや訪問などでの情報管理には細心の注意を払います
- ⑦ 様々な感染症の拡大防止のため、国、県及び市の方針に沿って感染防止対策を行いながら事業を実施します。
- ⑧ 非常災害時には、関係機関と情報共有し、要配慮者の支援にあたります。