資料１

令和７年度各高齢者あんしん相談センター
活動実績報告書

日常生活圏域ごとの状況	第１圏域 高齢者あんしん相談センター むさしの	第２圏域 高齢者あんしん相談センター ふじみ苑	第３圏域 高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬Nisi	第４圏域 高齢者あんしん相談センター みずほ苑	第５圏域 高齢者あんしん相談センター ひだまりの庭むさしの
圏域の概要 （地域の特性）	ふじみ野駅東側から荒川土手までの面積の広い圏域です。田畑が広がり、農業従事者の多い南畑地区・勝瀬地区、駅周辺の高層マンションが多いふじみ野東地区、住宅が密集し、坂が多い渡戸・羽沢地区と地域によって様々な特徴を持ちます。 町会や民生委員等の活動は盛んであるが、支える側の高齢化に伴い、安定した人材確保、また駅周辺を除く地域では自家用車以外での移動手段の確保も課題です。	鶴瀬駅東側には、市役所・図書館・体育館といった公共施設があり、大型商業施設（ららぽーと富士見）も所在します。住宅街の拡がるこのエリアは、アパートやマンションの高齢化も顕著になっています。駅に近い地域（鶴馬1丁目町会、鶴馬関沢町会、鶴瀬東2丁目南町会）は新しい住宅が建ち人口が増加している一方で、駅から離れた地域（山室町会、前谷町会、打越町会）の高齢化率が特に高くなっています。坂道や、スーパー・コンビニまで遠い地区があり、買い物や受診が困難な方も見られます。また、駅から離れた地域は川や水路に近	ふ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特性が大きく異なります。高齢化率はエリアごとに差がありますが、圏域全体では高い水準が続いています。	西みずほ台地区・鶴瀬西地区は駅に近く、スーパーや病院などが多く、利便性が高く、若い世代も多いですが、一方で、東上線沿線開発当時にできたマンションに住む方の高齢化が進んでいます。また、関沢地区は住宅が密集し、道路が狭く、坂が多いため、買い物等の生活利便性が低いです。針ケ谷地区は、長年富士見市に居住している一軒家や小規模マンション・アパートが多く、駅から離れると畑が広がっています。	みずほ台駅東口の都市部で集合住宅の多い東みずほ台地区、畑が残る水子・水谷地域、バイパスを越えて志木に近い水谷東地域となっています。水谷東地域は防災意識が高く、住民同士の助け合いが活発です。みずほ台の駅周辺は集合住宅が多く、人の出入りが激しくつながりも希薄です。水子地区は住宅開発が進み、若年世代の子育て世帯が増加しています。貝塚、水谷東の各町会は高齢化率が高くなっています。
人口（令和8年4月1日現在）	23,965人	22,950人	18,595人	22,564人	25,843人
高齢者数（高齢化率）	5,395人（22.5%）	5,416人（23.6%）	4,879人（26.2%）	5,362人（23.8%）	6,007人（23.2%）
後期高齢者数（後期高齢化率）	3,269人（13.6%）	3,390人（14.8%）	3,085人（16.6%）	3,413人（15.1%）	3,775人（14.6%）
施設など （令和8年4月１日現在）	①介護老人福祉施設（特養）　３カ所 ②介護老人保健施設　２カ所 ③グループホーム　０カ所 ④有料老人ホーム　１カ所 ⑤小規模多機能　０カ所 ⑥地域密着型通所　４カ所 ⑦認知症デイ　０カ所 ⑧通所リハ　２カ所 ⑨定期巡回　０カ所 ⑩居宅介護支援事業所　３カ所 ⑪公民館・交流センター等　５カ所	①介護老人福祉施設（特養）　２カ所 ②介護老人保健施設　０カ所 ③グループホーム　１カ所 ④有料老人ホーム　２カ所 ⑤小規模多機能　１カ所 ⑥地域密着型通所　８カ所 ⑦認知症デイ　０カ所 ⑧通所リハ　０カ所 ⑨定期巡回　１カ所 ⑩居宅介護支援事業所　５カ所 ⑪公民館・交流センター等　２カ所	①介護老人福祉施設（特養）　２カ所 ②介護老人保健施設　１カ所 ③グループホーム　３カ所 ④有料老人ホーム　１カ所 ⑤小規模多機能　１カ所 ⑥地域密着型通所　１カ所 ⑦認知症デイ　１カ所 ⑧通所リハ　１カ所 ⑨定期巡回　０カ所 ⑩居宅介護支援事業所　２カ所 ⑪公民館・交流センター等　１カ所	①介護老人福祉施設（特養）　１カ所 ②介護老人保健施設　０カ所 ③グループホーム　１カ所 ④有料老人ホーム　１カ所 ⑤小規模多機能　１カ所 ⑥地域密着型通所　２カ所 ⑦認知症デイ　０カ所 ⑧通所リハ　０カ所 ⑨定期巡回　０カ所 ⑩居宅介護支援事業所　５カ所 ⑪公民館・交流センター等　３カ所	①介護老人福祉施設（特養）　１カ所 ②介護老人保健施設　０カ所 ③グループホーム　０カ所 ④有料老人ホーム　３カ所 ⑤小規模多機能　１カ所 ⑥地域密着型通所　２カ所 ⑦認知症デイ　１カ所 ⑧通所リハ　０カ所 ⑨定期巡回　０カ所 ⑩居宅介護支援事業所　４カ所 ⑪公民館・交流センター等　２カ所
課題 （令和8年度活動計画、 令和7年度実績報告 より抜粋）	包括に求められる役割や地域の課題が年々幅広くなっていることを感じています。民生委員や地域活動の協力者の不足といった課題も見られ、地域を支える人材の確保が難しくなっていることも感じていました。身近な相談窓口として機能し、支援を必要とする方へ迅速かつ適切な支援を行うため、講座や地域行事を通じた周知活動を継続します。あわせて、介護保険のみでは対応困難なケースに対し、多職種連携の実効性を高め、情報共有と役割分担の明確化により支援体制の質の向上を図ります。また、住民主体の運動や交流の場の創出など地域資源の開発に努めます。	虐待、経済的困窮、障害者支援（精神・身体）等の困難ケースの対応に、日々苦慮しています。職員が一人で抱え込まないようにチームで検討し、支援を実施していく必要があります。高齢者福祉課、重層的支援体制整備事業と連携をスムーズに行う体制が必要です。 地域で高齢者が集える場やフレイル予防ができる場が不足しています。 認知症の相談も増加する見込みで、若年性認知症の相談も散見しており、本人・家族への支援が不足しています。支援方法の検討が必要です。 出前講座、介護予防講座、出張相談会が少ないので、地域でどう開催の場を増やしていくかが課題です。	介護保険だけに頼らない支援体制の構築が重要になる中、少しの支援で自立した生活が送れる方に対する受け皿が不足しています。運動機能低下や認知機能低下だけではなく、独居高齢者の精神的不安への対応も多くなりました。関係機関との連携強化と、介護予防の観点から実施できる施策の検討が今後の課題と感じます。地域の状況や、世の中の流れに沿って業務の実施方法を変えてゆく事も大切だと感じております。	相談では、「子どもはいるが仕事をしているため頼れない」「親族と疎遠で連絡が取れない」など、頼れる身寄りのない高齢者への支援が増加していることが特徴的でした。独居高齢者の増加に伴い、頼れる家族や支援者がいないケースへの対応に難しさを感じています。特に、入院や施設入所時の身元保証人の不在、在宅サービス利用時の緊急連絡先の確保、認知症の進行に伴う金銭管理等に関する相談が増加しています。 これらの課題を地域課題として関係者間で共有し、対応体制を整備する必要性を感じています。	令和7年度は職員の退職が続いてしまったことが大きな出来事でした。退職の理由はそれぞれの事情でしたが、高齢者あんしん相談センターの職員でありながら仕事と介護の両立の問題で退職された方がいたのが印象的でした。人材確保と育成は運営上の大きな問題です。重圧のかかる業務も多いので、職員間で連携し、ストレスをためないよう、ワークライフバランスを考慮した勤務体制の構築が必要です。あわせて、長期定着を促す職場環境づくりを進めていきたいと考えます。

令和7年度　高齢者あんしん相談センター むさしの　活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪 問	453 件　(昨年度:436件)
		電 話	1,219 件　(昨年度:1,205件)
		来 所	69 件　(昨年度:124)
	高齢者実態把握訪問 (再掲)		138 件
	出前講座		10 回　(407人)
	介護予防講座		4 回　(153人)
	出張相談会		0 回　(— 人)
	地域ケア会議		圏域会議 : 3 回　個別会議 : 3 回 介護予防支援地域ケア会議(事例提出) : 11 回 (5 件)
	関係機関との連携 (会議出席・周知活動)		26 回
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	0 件
		承諾件数	事業所: 0 件　(再承諾 0件含む)
権利擁護(再掲)		虐待	26 件
		成年後見	19 件
		消費者被害	0 件
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席 (要介護者)	14 回
		ケアマネジャーからの相談	59 件
ケアマネジャー研修会 (包括主催)			1 回　(62 人) 内容「自立支援に資するケアマネジメントの自己点検」
介護予防給付	包 括	給付管理数(延数)・実人数	332 件　(56 人)
	委 託	給付管理数(延数)・実人数	372 件　(45 人)
総合事業	介護予防ケアマネジメントA 包 括	給付管理数(延数)・実人数	205 件　(48 人) (うち事業対象者数　0 人)
	介護予防ケアマネジメントA 委 託	給付管理数(延数)・実人数	195 件　(42 人)
	介護予防ケアマネジメントC 包 括	給付管理数(延数)・実人数	0 件　(0 人) (うち事業対象者数　0 人)
介護者支援		介護者教室	2 回　(31 人)
		介護者サロン支援	0 回　(介護者: — 人)
認知症サポーター養成講座		養成講座	2 回　(20人)※ 9月3日合同認サポの人数除く
		フォローアップ研修	1 回　(16 人)
認知症カフェ開催 (参加延べ人数)			10 回　(本 人: 10 人) (家 族: 4人)　(協力者等: 115人)
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			12 回
認知症地域支援推進員会議			12 回
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等			チーム員会議　0 回　オレンジダイヤル 0 回
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			2 回
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			2 回
介護保険事業推進委員会の出席			2 回
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		20 回
	ケアマネサロン「クラージュ」		6 回　(137 人)
	交通安全アドバイス		15 回　(361 人)
地域行事などへの協力等			78 回

【活動内容総括】

令和7年度は、10月より管理者が交代し、新たな体制で業務を進める一年となりました。管理者としての経験が浅い中で、業務の優先順位や重要性を把握し、全体を見ながら業務を進めていくことに戸惑う場面もありましたが、予定されていた業務については概ね実施することができました。職員体制については、8月より新人職員が加わり、5名体制となりました。業務を各職員で分担し、それぞれが担当する業務を進めることで、安定して業務を行うことができました。また、職員個人だけの業務ではなく、地域ケア会議や各種研修等を通して、包括に求められる役割や地域の課題が年々幅広くなっていることを感じています。福祉の枠にとどまらない対応が求められる場面も増えていく一方で、地域を支える民生委員や地域活動の協力者の不足といった課題も見られ、地域を支える人材の確保が難しくなっていることも感じていました。

これまでの活動を通し包括が地域に定着してきている部分もあると感じますが、1つの包括だけでの取り組みでは限りがあるとも感じています。他包括や企業、関係機関等との連携を積極的に進め、それぞれの強みを生かし、地域に必要とされる取り組みにつなげていきたいと思います。

令和7年度　地域ケア圏域会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターむさしの

日時及び場所	参加者	討議内容（地域課題・対応・今後の課題など）
7月25日（木） 13:00～14:00 場所：ふじみ野交流センター	医師1名 薬剤師1名 民生委員4名 町会長1名 副町会長1名 介護支援専門員3名 高齢者福祉課1名 社会福祉協議会1名 高齢者あんしん相談センター4名 計17名	羽沢1丁目地域における高齢化の進行と見守り体制のあり方について、地域包括支援センター、町会、民生委員、医療・福祉関係者らが意見交換を行った。認知症に限らず、外出機会の減少や一人暮らし高齢者の増加を背景に、「引きこもらずに暮らし続けられる地域づくり」をテーマに議論が進められた。 若い世帯の転入もあるものの、長年住んでいる住民の高齢化が進み、特に75歳以上の人口や一人暮らし高齢者が増加している現状が共有された。エアコンの温度管理ができないなど生活面での不安や、訪問しなければ気づけないケースもあり、見守りの必要性が高まっている。一方で、清掃活動や防災訓練、体操事業などの地域活動には継続的な参加もあり、外出や交流が安否確認につながる好事例も紹介された。 しかし地域は坂が多く、免許返納後や自転車が使えなくなったことで外出機会を失う事例もあり、移動手段の確保が大きな課題となっている。行政による地形改善は困難であるため、自助・共助の視点から、元気なうちからのフレイル予防、身近な施設の活用、町会や民生委員との連携強化など、地域全体で支え合う仕組みづくりの重要性が確認された。今後も継続的に協議を重ね、具体的な取り組みを検討していくこととした。

10月24日（金） 13:00～14:00 場所：南畑公民館　会議室	医師1名 薬剤師1名 民生委員5名 介護支援専門員3名 高齢福祉課1名 健康増進センター1名 社会福祉協議会1名 高齢者あんしん相談センター4名 計17名	テーマ 『閉じこもり防止に向けた取り組み』～フレイル予防の実践について 【現状】 高齢者の閉じこもりは フレイル・認知症リスクを増大。 マンション居住の高齢者の孤立、サービス拒否の強い人への支援が困難。夫婦のみの生活が長いとデイサービス導入への抵抗が強い。長年地域と関わらなかった人は、介護が必要になっても外出のハードルが高い。 友人や近隣住民の声掛けが最も効果的。ケアマネはサービス拒否されると関わりが継続しにくいというジレンマ。 【対策・今後の課題】 ・フレイル予防と地域連携 神戸市の「人や地域とつながろう」モデルを参考に議論。趣味・仲間づくり・就労・ボランティアなど 自然な接点づくりが有効。南畑地区はつながりが強いが、新興住宅地は高齢者が少なく孤立リスクあり。 ・ 高齢者の就労・社会参加の重要性 元気な高齢者は 仕事を続けている人が多い。就労は健康維持・社会参加に効果的。介護現場などで高齢者が補助的に働ける仕組みが必要。介護者支援として、訪問サービスの時間調整で 介護者の外出時間を確保した成功例あり。 ・ボランティアと地域資源の活用 コロナでボランティアが減少、ボランティア自身の高齢化も課題。デイサービス等でのレクリエーションボランティアの活用が有効。有償ボランティアの導入でモチベーション向上が期待。公共施設の老朽化・備品の重さなど、 高齢者が使いやすい環境整備 が必要。
3月10日（火） 13:00～14:00 場所：ぱれっと 会議室1・2	獣医師1名 医師1名 薬剤師1名 町会長1名 民生委員3名 高齢福祉課1名 健康増進センター1名 社会福祉協議会1名 介護支援専門員3名 高齢者あんしん相談センター5名 計18名	テーマ『高齢者とペットが健やかに暮らせる地域社会のために』 【現状】 ・定年後ペットを飼い始め後期高齢者となったころにペットが亡くなりうつ傾向になってしまう人がいる。 ・高齢になりペットの世話ができなくなり、その動物の行き先など代わりに世話をしてもらえる環境を探すことが困難。 ・愛護団体などに保護を相談すると、年老いた動物は引き取りにかなり高額費用が掛かる。引き取り手がいないため保護受入れ自体困難。 【課題・対策】 ・ペットがいることで生活に張り合いが出る可能性あり。自分の生活が成り立ったうえで飼育してほしい。 ・人間も動物も年をとるため、互いにロス状態になる可能性がある。どちらが先に亡くなっても、生活を続けられる環境を整えておく必要がある。 ・かかりつけの動物病院と繋がっていることでその後の住処など状況に応じて相談することができる。

令和7年度　地域ケア個別会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターむさしの

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
令和7年5月13日(火): ふじみ野交流センター	介護支援専門員　4名 サービス事業者　3名 社会福祉協議会1名 高齢者福祉課　2名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター　4名 計　15名	① A様 65歳男性。要介護1。単身赴任で上京し、長年、弟と同居。新潟県に妻(関係は良好だが暫く会っていない。たまに電話で会話。)と長男(昨年逝去)、三芳町に既婚の長女在住。長女が週に数回訪問し、実弟と協力をして買い物などの支援をしている。 平成14年、腰部脊柱管狭窄症、平成27年には小脳梗塞で倒れ、軽度の右半身麻痺となる。その後介護保険の認定を受け、平成30年12月より冨家病院デイケアセンターを週1回利用中。また、平成31年1月には、うつ病となり、精神病院へ入院をした。生きるための基本となる生活リズムを再構築し、医師や看護師などの医療の力も借り心身両面でのサポートを通して生きがいや社会的な役割を自ら創出して、生活自立度も高めていく。 ② B様 81歳男性。要介護1。戸建てに妻(乳がん、心房細動既往。状態良好で活動的。)と二人暮らし。双子の長男と次男がいる。志木市在住の長男とは時々連絡を取っている。60代で脳梗塞、70歳で胃がん、腰痛症、脊柱管狭窄症。79歳まで大工の仕事をしていたが、令和6年2月に帯状疱疹からの神経痛、入院による廃用症候群となり、バルーン留置となってしまった。令和7年3月には、前立腺がんとなり放射線治療を行った。病気になってからも仕事の依頼があったが今の状態からは引き受けられないと断っている。現在、デイサービスセンター志木の里(週1回)、手すり貸与(玄関アプローチ)、住宅改修(上がり框) 状態として、神経痛(特に左手、手袋着用)により、何もしたくないとの意欲低下がみられている。また、激痛から、がん疼痛治療散剤のオキオール2.5mgを頓用している。デイサービスでの頓用を本人が希望することもあり、劇薬であることから服薬方法について疑義が生じている。本人の意向も理解できるが、早く介入すれば改善や防げるものもあり、特に医療面での携わりを深めれば神経痛の改善や対応が向上して、これをしたいとの意欲向上が見られるかもしれない。
9月9日(火) 場所:ふじみ野交流センター	介護支援専門員　4名 サービス事業者　3名 歯科衛生士会　1名 社会福祉協議会1名 高齢者福祉課　2名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター　5名 計　17名	・事例A 80歳女性。89歳の夫と二人暮らし。子供はいなく、今後は夫の孫が後見人となる予定。家事全般は夫が担当している。ただ夫も高齢のため、何が起こるか分からない。夫から自分が倒れても大丈夫なようにという経緯から介護保険サービスが導入された。認知症による本人の行動変容・攻撃的態度によるサービス利用の困難。本人の受診拒否とそれに伴う医療管理の不十分さが見られるケース。 今のままではともに精神的疲労が見られる為、現状のサービスを継続しつつ、サービス回数の増加や内容の調整を検討。ショートステイの利用についても本人、夫だけに話をするのではなく、後見人として予定されている孫との話し合いやキーパーソンとの繋がりが必要と考えられる。本人の自尊心を尊重しながら、柔軟な声かけや第三者の介入を活用していく。 ・事例B 76歳男性。72歳の妻と暮らしている。夫は認知症と診断されているが本人は自覚が乏しく、サービス利用を拒否することが多い。コミュニケーションも成立しにくく、単独での通所も困難なため、妻の同行が不可欠である。結果的に通所頻度が低く、本人のADL維持に課題がある。妻は夫の介護に過度に神経質で、何度も声掛けを繰り返すなど過保護的な行動をとる。これが夫のサービス利用拒否につながり、介護負担を増加させている節も見られており、妻自身の支援や心理的ケアの必要性が考えられる。夫婦で同じデイサービスを利用しているが、妻が常に夫を気にかけ、過干渉が目立つため、今後は別々のサービス利用や曜日・時間をずらす方向に加え、オレンジカフェや地域包括支援センター、医療機関との連携強化、訪問看護の導入など多角的な支援の検討が必要と思われる。

R8.2.13(金) 富士見の交流センター	介護支援専門員3名 サービス事業者3名 高齢福祉課1名 健康増進センター1名 社会福祉協議会1名 高齢者あんしん相談センター5名 計14名	・A様 83歳男性。要介護1。知的障害の長男と妻の3人暮らしだったが長男がGH入所したため二人暮らしとなった。土日は長男が外泊で自宅に戻ってくる。 病気に対して生活の目標だけでなく、本人の好きな事ややりたいことを目標にできる支援があると良い。病識を本人・家族共に高める必要性あり。訪問リハビリや訪問看護を利用することで家族の不安も軽減しやすくなる。介護者サロンや家族の会への参加を促す。受診時妻に同行してもらい、本人が伝えきれない状態変化などを代弁してもらい薬調整を検討してもらう。 ・B様 79歳男性。要介護1。R6年9月に3人名義で購入した戸建てに妹二人と3人暮らし。 兄妹で老後の生活を共にすることを承知生活。本人の介護を前提とした共同生活の可能性もあるが、介護者である妹には生きがいとなっている可能性があり。趣味活動のためにも外部の支援が入ることが理想。介入の必要が増す時は一気に状態が悪化している可能性が高いため、あらかじめ支援方法などの相談をしておく必要がある。自分たちだけで何とか生活が成り立っているため、このまま継続してもらい見守っていく。介入のチャンスが来た時にタイミングを逃さず、ケアマネとして支援できる様準備しておく。万が一妹が動けなくなったなどの事態がおきたときのことを考えてもらい、ケアマネとして困らない様常日頃から話題にしておく。 ADLと介助内容の乖離を確認し自分でできることを増やすことを考える。食事管理ができていない可能性を見直す。

令和7年度　高齢者あんしん相談センター　ふじみ苑　活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪　問	1，081　件　（昨年度：727件）
		電　話	1，886　件　（昨年度：1，709件）
		来　所	158　件　（昨年度：105件）
	高齢者実態把握訪問　（再掲）		322　件
	出前講座		1　回　（　33　人）
	介護予防講座		1　回　（　20　人）
	出張相談会		0　回
	地域ケア会議		圏域会議　：　3　回　／　個別会議　：　3　回
			介護予防支援地域ケア会議（事例提出）　：　11　回　（　4　件）
	関係機関との連携　（会議出席・周知活動）		143　回
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	3　件
		承諾件数	事業所　：　3　件
権利擁護（再掲）		虐待	62　件
		成年後見	27　件
		消費者被害	9　件
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席（要介護者）	21　回
		ケアマネジャーからの相談	59　件
ケアマネジャー研修会　（包括主催）			1　回　（　62　人） 「介護報酬改定及び課題分析標準項目改正について」
介護予防給付	包　括	給付管理数（延数）・実人数	307　件　（　37　人）
	委　託	給付管理数（延数）・実人数	393　件　（　44　人）
総合事業	介護予防ケアマネジメントA　包　括	給付管理数（延数）・実人数	235　件　（　28　人） （うち事業対象者数　0　人）
	介護予防ケアマネジメントA　委　託	給付管理数（延数）・実人数	217　件　（　28　人）
	介護予防ケアマネジメントC　包　括	給付管理数（延数）・実人数	1　件　（　1　人） （うち事業対象者数　0　人）
介護者支援		介護者教室	2　回　（　27　人）
		介護者サロン支援	2　回　（　32　人）
認知症サポーター養成講座		養成講座	1　回　（0人）※9月3日合同認サポの人数除く
		フォローアップ研修	1　回　（　16　人）
認知症カフェ開催　（参加延べ人数）			7　回　（本　人：26　人） （家　族：4　人）　（協力者等：41　人）
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			13　回
認知症地域支援推進員会議			14　回
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加			チーム員会議　14　回　オレンジダイヤル　0　回
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			3　回
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			3　回
介護保険事業推進委員会の出席			2　回
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		91　回
	ケアマネサロン「クラージュ」		6　回　（　137　人）
	交通安全アドバイス		18　回　（　260　人）
	パワーアップ体操		0　回
地域行事などへの協力等			135　回

【活動内容総括】

年々、総合相談（訪問・電話・来所）が増えています。令和7年度は虐待の相談が非常に多い年でした。虐待62件となっており、実人数16人に対して継続した支援をしております。成年後見と消費者被害の相談も増加しています。介護者サロン支援として「あいづち」を立ち上げ、2回実施しています。介護者の方で集いお互いに日ごろの大変なことを共有する場となり、継続してほしい声をいただきました。関係機関との連携143件と増加しており、訪問先でチラシ（ふじみ苑包括・詐欺被害防止・熱中症注意喚起・交通安全）を配布し、周知活動に力を入れました。研修等の出席、事業の参加等91件と増加しており、積極的に研修に参加しました。出前講座、介護予防講座、出張相談会が少ないので、地域でどう開催の場を増やしていくかが課題です。

令和7年度　地域ケア圏域会議　実施結果
高齢者あんしん相談センターふじみ苑

日時及び場所	参加者	討議内容（地域課題・対応・今後の課題など）
7月10（木） 15:00～16:00 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	医師1名 民生委員2名 調剤薬局職員1名 生活支援コーディネーター1名 施設職員2名 市役所高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター5名 計13名	『介護者の集いの場を考える』 ～第1回目の開催の振り返りと今後の展望について検討する～ 《概要》 第1回のあいづちの開催の振り返りと今後の展望について検討をした。第1回が好評をいただいたこともあり、今後継続していくためにどのような視点で参加者を集うべきかを検討した。 《内容》 報告 ・第1回あいづち　令和7年4月15日（火）13:30～14:30　場所　ふじみ苑喫茶コーナー 参加者16名（対象者7名、訪問看護師2名、理学療法士1名、施設職員2名、包括職員4名）。 参加費100円（手作りスコーン、コーヒーor紅茶提供　ふじみ苑栄養課） 「認知症の方を介護されている家族」が対象。介護歴とエピソードをお話し頂く。 食事の苦労、男性介護者の苦労、認知症行動によるトラブルについて全員が共感する。 ・振り返り ご家族が集まり、日頃思っていたことが言えたこと、聞いて貰えたことは非常に良かった。 甘いものを食べたい等、ある程度の欲求は満たしてあげたい。要求に応えることが難しい時は上手に誤魔化す。「駄目」は悪い印象になる。 専門職と話をしたい方が多く、専門職が揃うことで質問に答えることが出来る。 参加者同士の会話が盛り上がり1時間延長となる。 ・今後の展望 参加者から、「話せてよかった」、「また参加したい」と、次回を期待する声が挙がる。 男性介護者、麻痺のある方の介護者など、テーマに合わせて対象者を検討する。 《結果》 今後のあいづちについて。テーマに合わせて介護者を集い、専門職の参加をお願する。開催方法や場所についてもテーマに合わせて検討する。

10月9日(木) 15:00～16:00 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	医師1名 民生委員2名 町会長2名 調剤薬局職員1名 生活支援コーディネーター1名 施設職員2名 市役所高齢者福祉課3名 高齢者あんしん相談センター4名、他施設1名 計17名	『高齢者の移動手段について考える』 ～免許返納後の行きたいをかなえる～ 《概要》 民間のバス・タクシーや市町村主体のデマンドタクシー、市内循環バスがあるが、それぞれの地区における利便性や地域住民の要望も多いのではないか。さらなる社会資源を増やしていく必要に迫られていると考えられる。 《話し合いの内容》 各地区で「足がない。困っているよ。」に対してどのような工夫がなされ対策がとられているのか伺う。 ・高齢夫婦でも免許があれば送迎。免許が無ければタクシーを利用している。 ・タクシーがつかまらず、駅まで歩いてタクシーに乗る。 ・車で受診していた方も返納後は自転車やタクシーになり、そのうち家族と一緒に受診と変化していく。 ・鶴瀬駅からららぽーとまでの東武バスは直通で停まらない。バス停留所を増やしたり、ベンチがあると良い。 ・増進センターの前からバスに乗っている。 ・高齢者は自転車も危なくなってくる。歩くにも富士見市は坂が多い。ライフバスは使いにくい。支え愛隊が市内に増えると良い。 ↓ 高齢者福祉課が水谷東で送迎支援に介入しており経緯を伺う。 ・デマンドタクシー、循環バスは慢性的なスタッフ不足で3路線縮小している。 高齢者地域資源の拡充として、地域ボランティア主体としての新たな移動手段の確保、地域の困りごとへの支援を検討した。水谷東の支え愛隊は軽トラから始まっていたが、行政から町協に声をかけた。行政で車を購入し3年間の保険料、ガソリン代に補助金を出している。市内では初めての試み。 ↓ ・諏訪町会でも町協を立ち上げたい。 ・町協の関わりは防犯・防災意識。 ・バスが難しければボランティアはどうか。 ・免許返納後にバスの乗車券を発行する市町村もある。 ・市長から施設やデイの送迎者を使っていない時間帯に貸し出すという話があったが進んでいるか？既存のものをうまく活用して事業にすると良い。市の政策につなげてほしい。 《結果》 移動問題は厳しい。既存の物も活用して知恵を出していく。地域住民が力を合わせて課題に取り組むこと、住民の主体的な活動を行政が支えることが大切。これからも地域課題に向けて取り組み、時間がかかると思うが継続的に声を挙げていくが重要。
1月15日(木) 15:00～16:00 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	医師1名 民生委員1名 町会長2名 生活支援コーディネーター1名 施設職員2名 市役所高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター5名 計14名	『高齢者の移動手段について考えるPart2』 ～鶴瀬駅から市役所までの移動で地域でできることを検討する～ 《概要》 前回の圏域会議では、水谷東あんしん町づくり協議体「支え愛隊」の活動を始め、移動手段についての困りごとの意見交換を行った。行政、町会、タクシー会社、ボランティア、バス停、ベンチ、移動問題の課題解決はすぐには難しい現状があった。地域で何ができるか検討する。 《話し合いの内容》 ・バス停留所を増やすことは市にお願いしたが、実現できない現状。 ・昨日の読売新聞に熊谷妻沼地区でミニバンが130ヶ所乗降場所を設けて運行している記事があった。1回300円。富士見市でも取り上げてほしい。 ・CMで第一産業グループの乗り合いタクシーを見た。市内全域で便利になる。 ・都内は70歳以上はバス代無料の所がある。 ・八王子市にサービスBで移動支援をやっている。 ・デマンドタクシーの回数制限や料金の問題。細やかな対応を検討してもらいたい。 ・急きょの受診に困る。支え合いが少ない。ボランティアで困っている時にやってもらえる仕組みを作れるのか。 ・200m～300mおきにベンチがあれば休憩しながら歩ける。外出する気持ちになる。ベンチの代替えになるような椅子でも良いのではないか。 ・ベンチや休憩スペースは設置が難しいのであれば、地域の防災のベンチを街道沿いに付け替えるのはどうか。防災を含めた憩いのスペースを作る。防災と絡めて整備したらどうか。 ・店やクリニックに設置と片付けの協力を得られないか。ベンチを置いて広告にもなる。ベンチが難しければパイプ椅子や丸椅子なら簡単に置ける。比較的お金をかけずに店舗のアピールにもなる。 《結果》 地域で取り組めることとしては地元の商店になる。防災用ベンチは危機管理課、交通安全は協働推進課になる。関係課に働きかけて取り組んでいきたい。

令和7年度　地域ケア個別会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターふじみ苑

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
9月11（木） 10:30～11:30 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	介護支援専門員6名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター4名 計 16名	事例①《ケース概要》 M・Y様　80歳　女性　要介護1 サービス内容…通所リハビリ週3回、福祉用具貸与 家族…夫と長男の3人暮らし 疾病…脊柱管狭窄症、糖尿病 状況…専業主婦。明るい性格でお話しと料理が好き。7年前から両下肢の痺れがあり歩行困難。R7.7.18～R7.8.7右足蜂窩織炎の入院で落ち込み、歩けなくなることを心配している。BMI32、肥満を気にしているが食べることが好き。体重増加に悩んでいる。隣市に住む長女が買い物と調理を手伝う。通所リハビリではムードメーカー。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・減量の為、家族にも一緒に管理栄養士の話を聞いてもらう。 ・料理が好きであれば毎日少しずつ台所に立つことを増やす。役割を増やす。 ・家族と一緒に買い物に行き、カロリーを抑えた食品を自分で選ぶ。 ・自分でできる細かな目標を設定する。できることを増やして一つ一つ自信をつけていく。 ・屋外での尻もちや屋内の動きをPTに見てもらい、専門職の力を借りてポジティブに変換していく。 事例②《ケース概要》 O・S様　78歳　男性　要介護1 サービス内容…訪問看護・リハビリ週2回、訪問医療週1回 家族…2世帯住宅（長男と2人暮らし+長女世帯　孫低学年） 疾病…前立腺肥大症、前立腺がん、腎不全、高血圧症、R5.10脳血管疾患で右麻痺 状況…常に障害のある長男を心配している。起居動作可能。右下肢に跛行、プライドがあり杖拒否。足腰を鍛え安定した歩行で距離を延ばす目標。孫の習い事の送迎も歩行である。腎機能の悪化予防の為、医師・看護師と協力支援がある。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・外出の際の動きをPTにより評価する。 ・サロンや公民館に参加し、落語の趣味を活かす。 ・腎機能の悪化を防ぐための本人の考えをプランに入れる。 ・訪看に身体状況と数値を確認して貰い、本人、長女と透析リスクを含め共有する。 ・むせ込みは今後の課題。 ・栄養指導について促していく。
9月11（木） 13:30～14:30 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	介護支援専門員6名 サービス事業者4名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター4名 計 16名	事例①《ケース概要》 K・M様　85歳　女性　要介護2 サービス内容…福祉用具貸与 家族…夫婦2人暮らし 疾病…R7.5自宅庭で転倒し腰椎病的骨折と廃用性骨粗鬆症 状況…経皮的椎体形成術を施行後、歩行不安定の為、歩行器レンタル開始。掃除、ゴミ出しは夫が行う。買い物、受診は夫の運転で一緒に行く。コーラスに参加。本人の希望は自転車に乗る事。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・廃用性骨粗鬆症の既往について、カルシウムは小魚、小松菜、切り干し大根にも含まれる。 ・本人は良くなってきたと思っているが、自転車に乗るには立ち上がりが遅く、動きも心配。要介護2になり危険性もあるが、自立に向けて本人の意思も尊重したい。 ・整形外科の医師から本人に訪問リハビリを提案してもらうのはどうか。現在、評価できる専門職が入っていない。医師と繋がって支援できたら良いと思う。 ・パワーアップ体操や他の人と関わることが苦手な方。コーラスだけだと体は動かさない。毎日運動して体幹など鍛える必要がある。TV体操など家で出来る運動を続けるところから始めるのはどうか。 事例②《ケース概要》 Y・Y様　75歳　女性　要介護2 サービス内容…通所介護週2回、福祉用具貸与

		家族…独居。 疾病…網膜色素変性症により全盲で身体障害者手帳1種1級所持、クモ膜下出血、水頭症 状況…元々都内で一人暮らしをしていたが失明状態の上、クモ膜下出血と水頭症を患い一人暮らしが厳しくなった。収入は障害年金の月8.5万円のみ。以前よりお願いしていたガイドヘルパーに受診同行してもらっている。本人は歌手の仕事がしたいと思っている。一人暮らしが懸念されていたが、自身で工夫したりガイドヘルパーなどの支援を受け、どうにか生活が成り立っている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・食事量と水分量が少ない。金銭面の支援が必要ではないか。希望をお持ちだが生計立てる前に、声や力が出なかったら元も子もない。生活保護を受けて食事も整えられるため、利点もある。 ・ボイストレーニングは月1回ガイドヘルパーと行っている。ガイドヘルパーの利用時間は月100時間が限度。デイサービスにもガイドヘルパーが同行するため時間が足りていない。障害福祉課に問い合わせたが、すぐに10時間増やすことは難しいとの返答。通院が大半を占めている。お茶の水の眼科に通っているため、近くの眼科に変えることも考えたが、長くかかっている眼科でこだわりがある。 ・デイサービスではガイドヘルパーが付きっきり。介助が必要な自宅から外までの間、デイ職員が対応できるか検討する。
12月11(木) 10:30～11:30 市民福祉活動センター ぱれっと　第1・2会議室	介護支援専門員9名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター1名 歯科衛生士1名 高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター5名 計 20名	事例①《ケース概要》 O・F様　90歳　女性　要介護1 サービス内容・・・通所介護週2回、訪問介護週5日、短期入所1泊/月、富士見市ふれあい収集 家族…夫が他界後、独居。他市に住む長女が週3日訪問し、食事や家事を支援。 疾病…高血圧、脂質異常症 状況…徐々に調理・服薬ができなくなりサービス開始。近所に住む義弟が安否確認に顔を出しているが高齢。また、本人の機嫌によってサービスが入れないこともある。本人の意欲低下が見られ、在宅生活をいつまで継続できるか課題となっている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・配食弁当を検討したが、難聴と知らない人に対して警戒心が強いので難しかった。 ・安否確認について。有償ボランティアは話し相手や見守りができる。 ・やっと介入できたヘルパーを1日で拒否し、その1ヶ月後に心不全で救急搬送され、寂しいという理由からヘルパーが朝夕で入った方がいる。生活の変化などのきっかけで意向が変わることもある。 事例②《ケース概要》 F・K様　76歳　男性　要介護1 サービス利用…半日型通所介護週2日、1日型通所介護週2日、福祉用具貸与 家族…妻と次男家族の5人暮らし 疾病…脊柱管狭窄症、腰部圧迫骨折、糖尿病、認知症 状況…認知症進行による感情の変化が見られる。自宅前を3往復するなど意欲的に取り組んでいるがふらつきあり。仕事は教師をしていた。周囲を心配したり、怒ったりすることがある。時に自制が効かず些細なことにこだわる。妻が生活支援を担っているが介護負担が大きい。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・歩行の安定を実感していることは本人の強み。自立支援として地域のパワーアップ体操や野菜の栽培を一緒に行なうなど、次男の協力を得てできることはあるか。 ・元教員で知識が豊富なところが本人の強み。本人の活躍の場があると生活に彩りが増す。 ・ドネペジルで易怒性が増す方がいる。先生によって相談しやすさがある。大きな病院は相談しにくい、どう連携を取ればいいか。 ・家族の判断で薬を中止して症状が収まった事を病院に報告しに行った人がいた。ケアマネの立場から薬の事を医師に言いにくい。 ・糖尿病だが歯医者に行っていない。おやつをしっかり食べているので虫歯があると思う。歯医者への通院が必要。入れ歯は、夜は粘膜を休ませるために外した方が良い。踏ん張りが効かず転倒のリスクがあるため日中は義歯は着けた方が良い。

令和7年度　高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬Nisi　活動実績報告

	総合相談	訪　問	529 件　（昨年度:679件）
		電　話	2,088 件　（昨年度:2,476件）
		来　所	171 件　（昨年度:129件）
	高齢者実態把握訪問（再掲）		163 件
	出前講座		2 回　（ 80 人）
	介護予防講座		0 回　（ — 人）
	出張相談会		0 回　（ — 人）
	地域ケア会議		圏域会議 ： 3 回　｜　個別会議 ： 3 回
			介護予防支援地域ケア会議（事例提出） ： 11 回 （ 6件）
	関係機関との連携（会議出席・周知活動）		103 回
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	0 件
		承諾件数	事業所 ： 0 件
権利擁護（再掲）		虐待	3 件
		成年後見	0 件
		消費者被害	0 件
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席（要介護者）	12 回
		ケアマネジャーからの相談	99 件
ケアマネジャー研修会（包括主催）			1 回　（ 62人 ） 内容「自立支援に資するケアマネジメントの自己点検」
介護予防給付	包　括	給付管理数（延数）・実人数	415 件　（ 59 人）
	委　託	給付管理数（延数）・実人数	254 件　（ 22 人）
総合事業	介護予防ケアマネジメントA　包　括	給付管理数（延数）・実人数	415 件　（ 59 人） （うち事業対象者数　1 人）
	介護予防ケアマネジメントA　委　託	給付管理数（延数）・実人数	254 件　（ 22 人）
	介護予防ケアマネジメントC　包　括	給付管理数（延数）・実人数	2 件　（ 2 人） （うち事業対象者数　0 人）
介護者支援		介護者教室	2 回　（ 20 人）
認知症サポーター養成講座		養成講座	2 回　（ 29人）※9月3日合同認サポの人数除く
		フォローアップ研修	1 回　（ 16 人）
認知症カフェ開催（参加延べ人数）			6 回　（本 人: 15 人） （家 族: 26 人）　（協力者等: 50 人）
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			13 回
認知症地域支援推進員会議			12 回
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加			チーム員会議 2 回　オレンジダイヤル　0 回
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			1 回
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			3 回
介護保険事業推進委員会の出席			2 回
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		8 回
	ケアマネサロン「クラージュ」		6 回　（ 137 人）
	交通安全アドバイス		0 回　（ — 人）
地域行事などへの協力等			212 回

【活動内容総括】

令和7年度は計画していた会議や事業は予定通り開催出来ました。地域ケア圏域会議に関しては、独居の高齢者も多くなっている現状を踏まえ、高齢者の孤立をメインテーマにし、同じ課題を3回に分け現在の地域の現状、他市での取り組み、今私たちに出来る事をサブテーマとし、順序立てて3回にわたり会議を開催いたしました。出席者からは、自分事として考える事ができたとの意見をいただいております。また、高齢者実態把握の実施の仕方も検討しました。今までは予告なく65歳以上の方の家を訪ねて生活状況を確認しておりましたが、詐欺が蔓延している昨今、不安に思う住民の方もいるとの意見をいただき、必要時以外は突撃訪問は控え、元気な方との関係性を築き、元気な方から地域の実態を把握しようと包括内で話し合いがまとまりました。R8年度からパワーアップ教室に参加させていただいたり、包括のチラシをポストインしたりと包括の周知活動も交え実施することとしました。地域の状況や、世の中の流れに沿って業務の実施方法を変えてゆく事も大切だと感じております。

令和7年度　地域ケア圏域会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターえぶりわん鶴瀬Nisi

日時及び場所	参加者	討議内容（地域課題・対応・今後の課題など）
4月17　日(木) 13:30～15:00	医師 0　名 増進センター　1　名 薬局　2　名 民生委員 2　名 介護支援専門員 2　名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　1　名 高齢者福祉課 1　名 高齢者あんしん相談センター　5名 計　14名	「 高齢者の孤立を考える～地域での高齢者孤立の現状について～　」 《概要》 コロナ禍より高齢者の生活様式は大きく変化した。外出、交流が減り、自分でも気づかないうちに孤立している事も多い。孤立とは様々な要因が関係しており、孤立による「意欲の低下」それによる「社会的孤立」が問題となる。第9期富士見市高齢者保健福祉計画のアンケート調査によると、集いの場に参加したいと思う方の割合は比較的多いが、運営側となると参加したくないという割合が高くなる。 《対応》 ・参加するには理由や目的が必要。役割を持ってもらったり、何をするかイメージしやすくすることで参加しやすくなるのではないか。 ・孤立の背景や課題を考える。一人一人が孤立しない、させない、見逃さないというマインドを持つ ・実生活に役立つものがもらえる等の特典があれば足を運ぶのではないか ・包括を知らない方も多い。相談できる窓口として包括を知ってもらう。 《今後の課題》 ・男性が行きやすい集いの場が少ない。男性も行きやすくなるような資源づくりが必要(目的や役割を明確にしたり) ・これがやりたいと思った時に繋がれる社会資源づくり。色々な選択肢をそろえる事が必要 ・一人一人環境が異なっても孤立を感じない様に社会資源の幅を広げる必要性がある。
7月　17日(木) 13:30～15:00		「 高齢者の孤立を考える～他地域の取り組みを通してまちづくりを考える～　」 《概要》 第1回圏域会議の話し合いで出たキーワードを確認する。 →「気軽」、「自分の足で行ける」「ゆるくつながる」「興味関心」「デジタル」「役割」孤立を防ぐために他地域でどのような取り組みをしているのか共有した。 ①三芳町社協→ふれあいセンターでは60歳以上の方を対象に予約不要のスマホ相談会やコーヒーと交流を楽しむカフェがある。独居高齢者向けの地域ごとの食事会開催。必要な方にはボランティアによる送迎あり。 ②千葉市→ボランティアや講習会に参加する事によりポイントを付与。プール無料券に交換する事が出来る 三芳町では福祉新聞を回覧板で回している。地元の野菜特売日や自治会の運動会や花火大会の情報が得られる。 《対応》 活動内容やターゲットを絞りすぎず、自由度の高いアプローチが効果的ではないか。自由度が高いと難しい面もあるが、面白さも生じやすく参加者の満足度に繋がる。 《今後の課題》 ・イベントの場所に自分の足で行く事の難しさが高齢者にとってハードルとなっている ・イベントに参加する方は意識の高い方が多く、意識の高くない人をどのように巻き込むかが課題と感じる

10月16日(木) 13:30～15:00	医師　0名 増進センター　1名 薬局　2名 民生委員　3名 介護支援専門員 2名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター　5名 計　19名	「 高齢者の孤立を考える～これから自分で出来る小さな一歩～ 」 《概要》 令和7年度はメインテーマを決め第1.2回は地域の現状課題に関して意見交換をした結果、他者との交流が重要ではないかとの意見が多く出た。第3回では前会議で出た意見を参考にし、他者との交流に関して新たに取り組みを生み出すのではなく、既存の物を組み合わせて活用できないかグループワークを行った。地域のお祭りと健康相談、散歩とスタンプ、お散歩コースを作り血圧計の貸し出しをし、健康相談を行うなど楽しみとお得感が組み合わさると参加者も増えるのではとの話も出た。グループワーク後は自分が出来る小さな一歩を話してもらった。まずはゆっくり関りのなかった人にも関心を持ち、自分事としてとらえるという事を念頭に置きながらあまり気構えず、自分に出来る事をやってみる、行動してみる事が重要。孤立は根本的解決が難しい課題の一つ。だからと言ってあきらめるのではなく、アクションを継続する事がこれからの社会に重要な一歩になると出席者の方々と共通認識できた会議だった。 《対応》 ・まずは小さなアプローチを続ける。近所の方なら挨拶からもう一声かけてみる。自分で出来る事を無理せずコツコツ継続してゆく ・助ける側も助けられ上手になることも大切。単体で頑張るのではなく、関係機関・地域で情報共有し、連携し、チームで動く事が大切になる。 《今後の課題》 ・集まりに行く手段の確保 ・情報を得る広報誌の字が小さくて見づらいため、興味のあるイベントを見逃してしまう。周知方法の再検討

令和7年度　地域ケア個別会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターえぶりわん鶴瀬Nisi

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
5月15日(木) 13:30～15:00	介護支援専門員　4名 サービス事業者　6名 生活支援コーディネータ1名 増進センター　1名 高齢者福祉課　1名 高齢者あんしん相談センター　5名 計　18名	事例①《ケース概要》 85歳女性。要介護2　夫と二人暮らし。既往に腰椎圧迫骨折、脳梗塞、甲状腺機能亢進症、右腕・仙骨骨折がある。主介護者は夫だが、夫自身も腰痛や黄斑変性症による目の見えにくさがある。夫は一生懸命介護しているが、心配のあまり本人の行動を制限してしまう事がある。長男家族は市内在住。イベント時には交流あり。脳梗塞後、右片麻痺あり。室内は伝い歩き、屋外は車いすだったが、現在は歩行器使用 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人のリハビリ意欲は高いが、夫の介護保険サービスに対する消極的な面や、心配ゆえに本人の活動を制限する場面がみられており、本人の希望する通所介護の増回には至らない。妻の身体評価を専門職に行ってもらい、出来ることできない事を明確に夫に伝え、夫の納得を得る。夫も交流が少ないと感じる為、夫が参加できる集まりを提案する。 事例②《ケース概要》 53歳男性。要介護2　独居での生活。既往に脳出血、高血圧あり。子供はいるが交流無し。収入がなく、長男と従弟の金銭的援助あり。高次脳機能障害あり、もともと左利きだったが、脳出血により左麻痺となり利き手変換している。便秘と下痢を繰り返し、通所介護を休みがちである。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人は自分がやりたい事には取り組むが、その他はめんどくさがり後回しにする傾向がある。ほぼ何かしらのサービスが入っているが、介入時以外はベットによこになっている。本人が出来る手続きもしていない状況。どこまでCMが支援すべきか難しい問題だが、家族を巻き込むことが必要。横になっている時間が長いとのことなので、生活リズムを整える事が生活意欲を高めるにも大切になってくる。食事を三食栄養バランスよく摂取する事で排便状態の改善につながる。

9月18日(木) 13:30～15:00	介護支援専門員4名 サービス事業者1名 歯科衛生士1名 生活支援コーディネーター1名 増進センター 1名 高齢者福祉課 2名 高齢者あんしん相談センター 4名 計 14名	事例①《ケース概要》 82歳女性。要介護1 独居、婚姻歴なし。既往歴は白内障、緑内障、視野欠損。アパレル会社を経営していたが、倒産し、現在生活保護受給。緊急連絡先は姪だが、普段の行き来はない。認知機能の低下はない。視力の低下により、障碍者手帳2級だったが、この一年で更に見えなくなり、現在は1級を申請中。他者との関りが減少しており、小規模多機能の職員との関りのみになっている。外出は通院や通所のみ。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 視力の低下から、楽しみだった読書が出来なくなった。現在の情報源はラジオのみ。スマホは操作できず、凸凹のあるガラケーをなんとか操作している。視覚障害者の同行援護や日常生活用具の給付などが利用できる可能性があるため、市の障害福祉課に相談してみるのがいい。富士見市の図書館で音声の出る図書(デイジー)の貸し出しがあるので利用も検討してはどうか。本人の楽しみを継続できれば自立につながるのではないか。 事例②《ケース概要》 78歳女性。 要介護1 独居、既往歴に認知症、高血圧、高コレステロールがある。幼少期に火傷で左前腕を欠損したが、日常生活には問題なし。掃除・草むしり・草花の世話などが好き。自宅前の公園掃除が仕事と思っている。小多機に行く事も仕事と思っている。 自宅前の公園が閉鎖になり、本人にとっての役割がなくなった。 空き時間が増えたことによって、買い物に行く時間も増え同じものを何個も買ってきてしまったり、公園の閉鎖に伴いゴミ置き場も場所移動したが、前の場所に捨ててしまう。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 認知症でも毎日・長年やってきている事は出来る。そのような認知症の方々が活躍できる場があると言い。感謝されたりやりがいを持っていただく事が大切である。学校の花壇の整備などできたらと思う。民間企業と生活支援コーディネーターで協力し、認知症の方も活躍できる場の提供が出来ると良い。やりがいをもった生活が出来るようになると自立した生活にもつながるのではないか。
12月18日(木) 13:30～15:00	介護支援専門員 3名 サービス事業者 4名 管理栄養士 1 名 生活支援コーディネーター 1名 増進センター1名 高齢者福祉課 0名 高齢者あんしん相談センター 4 名 計 14 名	事例①《ケース概要》 82歳女性。要介護1 既往歴に脊柱管狭窄症、右大腿骨頸部骨折、右変形性膝関節症がある。夫婦二人暮らし。令和1年まで、スーパーやマンション清掃などパートで就労。長男は千葉県在住、次男は仕事の関係で実家に寝泊まりしている。(長男が住所変更や世帯分離をしていない)買い物や通院は夫の車で行く。金銭管理は夫。夫がキーパーソンだが、ケアマネジャーが訪問する日は出かけてしまう。昔から家族がバラバラだったが、親が年を重ねるごとに徐々に課題が増えてきた。夫はキーパーソンの自覚がなく、長男と次男は母の支援は父が行っているので大丈夫だと思っている。近頃夫も自身の体調不良を訴えている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人の自立に向けての支援は、キーパーソンも交えて検討する必要がある。キーパーソンが定まっていない、もしくはコミュニケーションが難しい場合は、現状を家族全員で理解してもらい、情報の集約や本人に対する支援方法を決められる家族をキーパーソンとして決める必要がある。家族全員で集まり話す機会を設ける必要がある。 事例②《ケース概要》 71歳女性。要介護1 既往歴は大脳基底核変性症、圧迫骨折、左腕骨折。介護サービスは通所リハビリ週1回、訪問介護週1回、訪問看護隔週1回、福祉用具貸与。現在長男家族と二世帯住宅に住んでいる。夫、次男はご逝去されており、次男がなくなってから長男家族と関係が悪化している。令和7年に本人の意向で居宅介護支援事業所を変更。ケアマネジャーの言動に不満があったご様子。気難しく、声のかけ方など配慮が必要。病識が乏しく、車で事故を起こしているが、運転をやめる気が無い。嚥下機能の低下も見られ、コーンフレークでむせる事がある。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 運転は辞め時が難しいと思う。車を使わなくとも通うことが出来る距離に地域活動があればよいのではないか。近所の方と一緒に出掛けたり、交流する事によって互助にもつながってくる。この方に限らず、身近に小規模で集まれる場所の必要性が大きくなっており、今後の課題ともいえる。車にて移動動作は楽にできていた。今後は運転も出来なくなる為、その代わりになるものを今から見つけておくことが自立の継続に繋がる。

令和7年度　高齢者あんしん相談センター　みずほ苑　活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪　問	889 件　（昨年度:644件）
		電　話	1，388 件　（昨年度:1，665件）
		来　所	144 件　（昨年度:161件）
	高齢者実態把握訪問（再掲）		255 件
	出前講座		4 回　（ 147 人）
	介護予防講座		0 回　（ — 人）
	出張相談会		0 回　（ — 人）
	地域ケア会議		圏域会議 ： 3 回　個別会議 ： 3 回
			介護予防支援地域ケア会議（事例提出） ： 11 回 （ 5 件）
	関係機関との連携（会議出席・周知活動）		36 回
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	0 件
		承諾件数	事業所 ： 0 件
権利擁護（再掲）		虐待	15 件
		成年後見	26 件
		消費者被害	3 件
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席（要介護者）	26 回
		ケアマネジャーからの相談	24 件
ケアマネジャー研修会（包括主催）			1 回　（ 61 人） 内容「自立支援に資するケアマネジメントの自己点検」
介護予防給付	包　括	給付管理数（延数）・実人数	471 件　（ 55 人）
	委　託	給付管理数（延数）・実人数	331 件　（ 44 人）
総合事業	介護予防ケアマネジメントA 包　括	給付管理数（延数）・実人数	317 件　（ 42 人） （うち事業対象者数　0 人）
	介護予防ケアマネジメントA 委　託	給付管理数（延数）・実人数	218 件　（ 24 人）
	介護予防ケアマネジメントC 包　括	給付管理数（延数）・実人数	8 件　（ 8 人） （うち事業対象者数　0 人）
介護者支援		介護者教室	2 回　（ 26 人）
認知症サポーター養成講座		養成講座	2 回　（ 17人）※ 9月3日合同認サポの人数除く
		フォローアップ研修	1 回　（ 16 人）
認知症カフェ開催（参加延べ人数）			6 回　（本　人： 11 人） （家　族： 3 人）　（協力者等： 51 人）
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			12 回
認知症地域支援推進員会議			12 回
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等			チーム員会議　4 回　オレンジダイヤル　0回
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			1 回
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			6 回
介護保険事業推進委員会の出席			2 回
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		15 回
	ケアマネサロン「クラージュ」		6 回　（137人）
	交通安全アドバイス		8 回　（ 48 人）
	パワーアップ体操		12 回　（ 169人）
地域行事などへの協力等			107 回

【活動内容総括】

令和7年度は、年間を通して5人体制を維持できたことで、訪問による相談や実態把握など、アウトリーチ活動を積極的に行うことができ、訪問相談の増加につながりました。
相談では、「子どもはいるが仕事をしているため頼れない」「親族と疎遠で連絡が取れない」など、頼れる身寄りのない高齢者への支援が増加していることが特徴的でした。
また、地域ケア会議では、関沢地区・みずほ台地区・針ヶ谷地区に分かれ、地域の社会資源を地図に落とし込むワークを行いました。地域にどのような医療・福祉・生活支援等の資源があるのかを改めて整理するとともに、地域住民を対象としたアンケートも実施し、現在の社会資源だけでは補いきれていないニーズについて検討しました。
R8年度は、具体的な資源の立ち上げを行っていきたいと考えています。

令和7年度　地域ケア圏域会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターみずほ苑

日時及び場所	参加者	討議内容（地域課題・対応・今後の課題など）
6月10日（月） 13:30～14:45	医師　1名 民生委員 11名 介護支援専門員 3名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　2名 増進センター1名 まちづくり協議会1名 高齢者福祉課　3名 高齢者あんしん相談センター 5名 計　27 名	『みんなで支え合う地域づくりを一緒に考えましょう』 ～まずは今後の国の方針を知ることから始めよう～ ＜概要＞ 地域支援事業および生活支援体制整備事業について、制度改正の背景や生活支援コーディネーターの役割、地域での取り組み事例について学んだ。高齢者の増加や担い手不足を背景に、高齢者が住み慣れた地域で自立して生活できるよう、住民・行政・専門職が協力して地域の支え合いを進めることの重要性を確認した。 ＜ニーズ＞ グループワークでは、地域に「気軽に立ち寄れる場所」「移動販売・配食サービス」「男性が参加しやすい場」などを求める声があった。また、集いの場へ一人で行くことが難しい人への移動支援や、軽度の要支援者が利用できるデイサービスの充実も必要とされている。 ＜今後の課題＞ 地域住民のニーズを把握し、既存の社会資源を活用しながら、必要なサービスや居場所を住民主体で創出していくことが課題である。そのためにも、行政・専門職・地域住民が継続的に意見交換できる場を設け、地域の実情に応じた支え合いの仕組みを検討していく必要がある。
令和7年9月8日（月）13:30～15:00	医師　1名 民生委員 17名 まちづくり協議会会長1名 介護支援専門員 2名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　1名 薬剤師1名 高齢者福祉課　1名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 5名 計　29名	議題：「地域の高齢者向け社会資源の可視化」について ＜概要＞ 西みずほ台・針ヶ谷・関沢の3地域に分かれてグループワークを行い、各地域の地図に医療機関、公共施設、買い物・飲食店、サロンや体操教室などの社会資源を可視化した。また、地域の強みや課題、活動に協力が期待できる民間企業・学校・法人等についても情報を共有し、地域ごとの特徴を確認した。 ＜ニーズ＞ 西みずほ台地域は、医療機関や買い物、飲食店、コミュニティセンターなどが多く、比較的利便性が高い。一方、針ヶ谷地域は店舗が少ないものの、公園や神社、農家の無人販売など地域の特色がある。関沢地域は、医療機関や買い物・飲食店が少なく、生活の利便性に課題があることが分かった。また、地域のつながりや交流の機会が不足していることから、高齢者が気軽に参加できる居場所や地域活動の充実が求められている。 ＜今後の課題＞ 地域ごとの社会資源の偏りや不足している資源を踏まえ、既存の資源を活用しながら地域のつながりを強化していく必要がある。また、行政・地域住民・民間企業・学校・法人等が協力できる体制をつくり、地域の活性化につながる取り組みを進めることが課題である。今後は、高齢者が求める「居場所」についてアンケートを実施し、幅広い住民の意見を把握した上で、具体的な居場所づくりにつなげていく。
令和8年2月9日（月）13:30～15:00	医師　1名 民生委員 7名 まちづくり協議会会長1名 介護支援専門員 2名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　1名 薬剤師1名 高齢者福祉課　1名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 5名 計　20名	「地域の居場所について～アンケート結果から見えてくる事～」 ＜概要＞ これまで3回の圏域会議で、第4圏域の社会資源の現状把握や住民アンケートを行い、今回はアンケート結果をもとに、地域の居場所についてグループワークを行った。各地区の現状や課題、10年後に暮らしやすい地域にするために必要な資源、今から取り組めることについて意見交換を行った。 ＜ニーズ＞ 高齢者が地域の交流の場に参加する際、「一人では行きにくい」「交通手段がない」「場所を知らない」など、参加へのハードルがあることが分かった。また、身近に集まれる場所や井戸端会議ができる場、移動販売、交通手段などへのニーズがあった。さらに、学生や地域住民が交流できる機会、健康づくりやリハビリについて気軽に相談できる場など、多世代交流や健康支援を求める意見も出された。 ＜今後の課題＞ 既存のサロンや集いの場を充実させるだけでなく、参加できていない高齢者にも情報が届き、気軽に参加できる身近な居場所を地域に増やしていくことが課題である。また、移動販売や公園など既存の資源を活用し、人が集まり交流できる仕組みを検討する必要がある。今後は、地域住民・行政・医療機関・学校・民間企業等が連携し、アンケートで把握したニーズを具体的な取り組みにつなげ、10年後も高齢者が安心して暮らせる地域づくりを進めていく。

令和7年度　地域ケア個別会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターみずほ苑

日時及び場所	参加者	自立支援に資する計議内容
7月17日(金) 13:30～	介護支援専門員　5名 増進センター作業療法士　1名 高齢者福祉課　2名 歯科衛生士1名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター5名 計　15　名	事例①『小規模多機能ホームを利用している、認知症が進行した高齢女性　』 《ケース概要》87歳　女性　　要介護2　認知症　夫二人暮らし　本人の要望:自分のペースで過ごしたい。運動・移動:起き上がりや屋内移動は家具や壁に掴まりながらの移動。　屋外移動は手引き歩行、長距離は車いすを使用。日常生活:家事は全て夫。口腔ケアは声掛けをすれば可能であるが、週1～2回小規模多機能利用で外出する時のみに行う。舌苔もかなりあり、口臭も少しある。排泄は失禁する。 【課題】ゴミ出し、排泄管理、活動量の低下し支援が必要。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・口腔ケアは夫がする時に一緒に行うなど、習慣付けられると良いのではないか。・口腔ケアの重要性と歯科受診を検討してみてはどうか。・活動量が少ない増やせると良いのではないか。本人の興味がある事で座りながら出来る事から始めてはどうか。・訪問リハビリ等の検討。・本人の残存機能を活かした役割の継続・トイレの環境を工夫してみてはどうか。
		事例②『車にひかれて骨折、入院時に物忘れが進んでいる事に気付き、小規模多機能ホームの利用を開始した女性』 《ケース概要》 81歳　女性　要介護2　夫と二人暮らし　本人の要望:他の人と関わる機会を持ちたい。日常生活:調理はせず長女の作り置き、配食弁当を利用。排泄は間に合わずリハビリパンツ。買い物は行く事が出来るが暑いのでしていない。ゴミ出しは前日、又は当日に電話しているが間に合わない。 <課題>ゴミ出し、排泄管理、活動量の低下し支援が必要。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・買い物行く事が出来るので、出来る事を継続していくことが良い。・炊飯器は使用できないが電子レンジは使用できるので、持てる機能を活かした工夫があると良い。・移動販売などもあると、買い物ができるので良いのではないか。・地域で行われているPU体操や、近くの貝塚公園の散歩などで、活動量を増やしていくことが出来るので活用すると良い。・リハビリパンツは吸収率の低い物を使用してみるなどの工夫してみても良いのではないか。・小さい袋でゴミを出すなどの工夫をしてみてはどうか。ふれあい収集を活用。・個別のニーズに合わせたサービス調整

R7年11月20日（木） 13:30～15:00	介護支援専門員　5名 増進センター作業療法士　1名 高齢者福祉課　2名 管理栄養士1名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター5名 計　15　名	事例①「夫との二人暮らしだが、夫の認知症への理解が乏しいケース」 ＜ケース概要＞ 82歳女性、要介護3。夫と二人暮らしで、近隣に娘2人がいる。胃がん・脳出血の既往があり、転倒による骨折を2回経験。2回目の骨折後から認知機能の低下が目立つようになった。 食事・排泄は概ね自立しているが、歩行は不安定で、屋外では杖、屋内では伝い歩き。家事や服薬管理は主に夫が担い、週2回デイサービスを利用している。 ＜課題・検討内容＞ ・転倒への不安から、夫が本人の外出や行動を制限している。 ・夫の認知症への理解が十分でなく、本人に怒る場面がある。 ・血圧上昇、服薬忘れ、体重減少など健康面の変化がみられる。 ・以前は外出を楽しんでいたが、現在は機会が減っている。 ・夫婦関係や娘を含めた家族の支援体制を検討する必要がある。 ＜自立支援に向けて＞ 本人の「できること」や思いを大切にし、安全を確保しながら、外出や交流など楽しめる機会を維持する。福祉用具やデイサービスを活用して転倒予防を図り、夫の認知症理解を促す。 また、医療・介護・家族で情報共有し、健康状態や服薬状況を確認しながら、家族だけで抱え込まず本人らしい生活を支える体制を整える。
		事例②「夫と暮らすが部屋はモノで溢れ、本人の気力も低下していたが、サービスが入り少し変化が見えてきているケース」 ＜ケース概要＞ 68歳女性、夫と二人暮らし。Ⅱ型糖尿病・高血圧症・腰痛があり、歩行は不安定で屋外ではT字杖を使用。食事・排泄・入浴は自立しているが、家事や服薬管理は夫が担っている。自宅は物やゴミが多かったが、有償サービスを利用し、少しずつ片付いてきている。現在は週2回のデイサービスを利用し、徐々に慣れて笑顔も見られている。 ＜課題・検討内容＞ ・台所が使えず、惣菜中心の食生活となっており、糖尿病の管理が気になる。 ・うつ状態の既往もあり、人との関わりを好まない傾向があるため、本人との信頼関係づくりが重要。 ・夫が家族の介入を拒む傾向があり、長女も支援したくても関われない状況にある。 ・本人がこれまでどのような生活を送り、何を大切にしてきたのかを丁寧に確認する必要がある。 ＜自立支援に向けて＞ 本人の「普通の暮らしをしたい」という思いを大切にし、これまでの生活や本人の強みを活かした支援を考える。本人の「夫のために何かしたい」という思いをきっかけに、台所を使える環境を整え、料理など本人ができることを取り戻せるよう支援する。 また、デイサービスで築かれている信頼関係を活かして情報共有を行い、主治医や家族とも連携しながら、本人らしい生活の再構築を目指す。

R8年2月19日（木） 13:30～15:00	介護支援専門員　5名 増進センター作業療法士　1名 高齢者福祉課　2名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター5名 計　14　名	事例①「急こう配の階段を命がけで昇降。介護保険に対するこだわりが強く、モニタリングも時間がかかる利用者の対応について」 ＜ケース概要＞ 89歳要介護2男性。独居。自宅に急で勾配の強い階段があり、歩行器を使用している。円背が強く、歩行や階段昇降に不安があるが、生活リズムを保ち、自分の意向で家事を行っている。排泄は自立しているものの失禁があり、下着交換を繰り返している。金銭管理は自立している。 食事は「ごった煮」やコッペパンが中心で、たんぱく源が少なく栄養面が気になる。調理は難しく、訪問介護による調理支援は味付けへの不満から中止し、現在は買い物支援を利用している。認知機能の低下もあり、支援には時間を要している。 ＜課題・検討内容＞ ・急な階段や手すりのない浴室での転倒・転落リスクが高い。 ・身体機能の低下がみられ、通所リハビリへの拒否もある。 ・食生活が単調で、栄養状態が気になる。 ・人との関わりが少なく、本人の興味や楽しみを見つける必要がある。 ・サービス利用には本人の納得が必要で、支援者の根気強い関わりが求められる。 ＜自立支援に向けて＞ 本人の生活や意向を尊重しながら、安全面への意識を高め、できることを維持できるよう支援する。通所リハビリとのつながりを活かし、利用回数の増加も検討する。 また、本人の興味や楽しみを引き出し、食事の味付けや内容を工夫するなど、生活の中に楽しみを持てるよう支援する。医療・介護関係者で体調や身体機能の変化を共有し、本人が安心して在宅生活を続けられる支援を考えていく。
		事例②「自宅で転倒。膝の痛みが強くなり今後自宅での生活は難しいのでは・・。」 ＜ケース概要＞ 96歳女性、独居。年金・家賃収入があり、他県に住む3人の子どもが協力して支援している。近隣住民や商店からの見守りもあり、地域とのつながりが強い。 日常生活はほぼ自立しており、週2回の通所介護、週1回の通所サービス、訪問看護等を利用している。華道・茶道・書道を趣味としている。 変形性膝関節症による歩行不安定があり、2月に自宅で転倒。骨折はなかったものの、一人で起き上がることができず、在宅生活が難しくなりショートステイを利用している。判断力や短期記憶の低下もみられ、今後は施設入所も検討している。 ＜課題・検討内容＞ ・本人は自宅生活の継続を希望しているが、家族は施設入所を希望しており、意向に違いがある。 ・転倒をきっかけに身体機能が低下し、自宅での生活継続が難しくなっている。 ・今までできていたことや趣味、本人の生活スタイルを施設でも継続できる環境が必要。 ・本人を支えてきた近隣住民や地域とのつながりを今後も活かしていく必要がある。 ＜自立支援に向けて＞ 本人の「自宅で暮らしたい」という思いを尊重し、これまでできていたことや趣味、食事・調理へのこだわりを活かせる支援を考える。 施設入所を検討する場合も、本人らしい生活を継続できる環境を選ぶことが重要である。また、家族だけでなく、これまで支えてくれた近隣住民や商店とのつながりも大切にし、本人の安心と生活の継続につなげていく。

令和7年度　高齢者あんしん相談センター　ひだまりの庭むさしの　活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪　問	467 件	（昨年度:943件）
		電　話	1，291 件	（昨年度:1，411件）
		来　所	243 件	（昨年度:102件）
	高齢者実態把握訪問（再掲）		70 件	
	出前講座		回　（　人）	
	介護予防講座		1 回　（ 25 人）	
	出張相談会		1 回　（ 1 人）	
	地域ケア会議		圏域会議 ： 3 回	個別会議 ： 3 回
			介護予防支援地域ケア会議(事例提出) ： 10 回 （4 件）	
	関係機関との連携（会議出席・周知活動）		8 回	
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	0 件	
		承諾件数	事業所 ： 0 件 （再承諾含む 0件）	
権利擁護(再掲)		虐待	5 件	
		成年後見	1 件	
		消費者被害	0 件	
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席（要介護者）	6 回	
		ケアマネジャーからの相談	20 件	
ケアマネジャー研修会（包括主催）			1 回　（ 62 人） 「自立支援に資するケアマネジメントの自己点検」	
介護予防給付	包　括	給付管理数(延数)・実人数	119 件　（ 18 人）	
	委　託	給付管理数(延数)・実人数	417 件　（ 62 人）	
総合事業	介護予防ケアマネジメントA　包　括	給付管理数(延数)・実人数	146 件　（ 20 人） (うち事業対象者数　1 人)	
	介護予防ケアマネジメントA　委　託	給付管理数(延数)・実人数	595 件　（ 44 人）	
	介護予防ケアマネジメントC　包　括	給付管理数(延数)・実人数	0 件　（ 0 人） (うち事業対象者数　0 人)	
介護者支援		介護者教室	2 回　（ 18 人）	
		介護者サロン支援	0 回　(介護者: — 人)	
認知症サポーター養成講座		養成講座	2 回　（ 21 人）	
		フォローアップ研修	1 回　（ 16 人）	
認知症カフェ開催（参加延べ人数）			6 回　(本 人: 2 人) (家 族: 0 人)　(協力者等: 34 人)	
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			12 回	
認知症地域支援推進員会議			12 回	
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等			チーム員会議　3 回　オレンジダイヤル　0 回	
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			1 回	
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			0 回	
介護保険事業推進委員会の出席			2 回	
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		5 回	
	ケアマネサロン「クラージュ」		6 回　（ 137人）	
	交通安全アドバイス		1 回　（ 25人）	
地域行事などへの協力等			45 回	

【活動内容総括】

令和7年度は職員の退職続いてしまったことが大きな出来事でした。退職の理由はそれぞれの事情でしたが、高齢者あんしん相談センターの職員でありながら仕事と介護の両立の問題で退職された方がいたのが印象的でした。
業務をこなすうえで大きなトラブルはなかったものの、地域の方や関係機関にはご迷惑、ご心配をおかけすることになってしまいました。業務の量や内容、待遇、融通の利く働きやすさなど、職員が長く働き続けられる環境を考えていかないといけないと思いました。
地域の中で、パワーアップ体操の立ち上げの話を聞くことがありました。これから住民主体の地域活動を促していくための参考になりました。相談事のへ対応が主な業務になっていますが、地域の新しい活動がうまくいっていることが聞けたのは大きな収穫でした。

令和7年度　地域ケア圏域会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターひだまりの庭むさしの

日時及び場所	参加者	討議内容（地域課題・対応・今後の課題など）
8月8日（金）水谷公民館　多目的ホール 13:30～15:00	医師 1名 町会長3 名 民生委員 10 名 介護支援専門員 4名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 3名 計23名	「 新しい認知症観について 」 《ケース概要》 K .S様。70代女性。独居の方。物忘れがあり、親族は心配しているが、本人は認知症の検査も介護保険の利用も拒否している。生活リズムはできているため、日々の生活で大きな困りごとはない。ゴミ当番を忘れた際も、近所の方の見守りや協力もあり、ゴミ当番を行うことができた。現在は親族も時間を作っては様子を見に行ったり電話で様子を確認している。 《対応》 事例のK.S様は認知症と思われる状態でも、周囲の支えによって住み慣れた自宅で過ごすことができている。認知症は誰しもなる可能性があり、自分事としてとらえ考えてもらうため、まずは認知症になっても、自分のずっと続けていきたいことはないか。それを続けていくためにお互い支援できることはないかグループワークで検討を行った。グループワークでは、本人の続けたいことは様々だが、本人への支援として共通していたのはお互いにコミュニケーションを取ることで本人も活力が湧き、支援に繋がっていくのではないか、といった意見が多かった。 《今後の課題》 認知症は発症しても、介護保険のサービス利用までの期間が空いてしまうので、その空白期間を地域住民同士で支えあうことができる地域作りが必要である。そのためには、日頃からお互いを気にかけ、地域の関係者と連携を取れるような繋がり、関係を作っておく必要がある。
10月23日（木）水谷東公民館　多目的ホール 13:30～15:00	医師 1名 町会長　1 名 町会役員1名 民生委員 6 名 介護支援専門員 4名 福祉政策課1名 建築指導課1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 3名 計18名	「身元保証とその先のこと」 《ケース概要》 一人暮らしの方が自宅でなくなってしまった。身寄りもがなく、親族の連絡先もわからないといった状況。ご本人がどこに運ばれていったかもわからなかったが、数週間後に親族の方が、町会長にあいさつに来てくれて詳細を聞くことができた。 《対応》検討内容 身元保証の課題と支援制度について 身寄りのない方がなくなった後の手続きについて 残された不動産の処理について 地域でできること 《今後の課題》 緊急連絡カードなどのツールの活用 日ごろからのご近所付き合いの中での情報共有 一般企業の見守りサービスの活用 住民のより市町村の土日夜間の緊急対応相談窓口を検討・設置してもらえるとありがたいとの意見があり、高齢化社会全体の課題として挙がった。

3月5日(木) 13:30 ～ 15:00	医師 1名 町会長 1名 副町会長 1名 町会役員 3名 民生委員 1名 介護支援専門員 3名 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ 1名 高齢者福祉課 1名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 4名 計16名	「 貝塚町会の現状と問題点 」 《ケース概要》 現状:高齢者世帯の火事が発生、外国人移住者の増加(生活実態が不明、ゴミの分別問題)、買い物難民、民生委員の後任者が不在、町内の高齢者世帯の急増、単身世帯の増加 老人会が閉会、パワーアップ体操が貝塚町会で発足。 《対応》 パワーアップ体操でのコミュニティ形成 外国人移住者との交流、 《今後の課題》 今後も貝塚町会は若年世帯の移住者は減少する方向。

令和7年度　地域ケア個別会議　実施結果

高齢者あんしん相談センターひだまりの庭むさしの

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
6月24日（火） 13:30～15:30 水谷公民館 多目的ルーム	介護支援専門員6名 サービス事業者3名 増進センター　1名 高齢者福祉課2名 栄養士　1名 社会福祉協議会　1名 高齢者あんしん相談センター　4名 計　18名	事例①《ケース概要》 87歳男性。要介護2（会議資料作成後要介護3へあがっている）妻と二人暮らし。 認知症や腹部動脈瘤等既往あり、、本人から介護拒否は年々強くなっている。介護者である妻の精神的負担が大きく、外部との交流や、妻の介護負担軽減目的でデイサービスを週3回利用。必要時にショートステイ利用。他、福祉用具貸与によりてすり利用。本人は塩分の多い食事を好み、煙草が好きで1日1箱吸っている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 介護拒否には認知症等から本人なりの拒否する理由があると考えられ、家族の方で認知症という病気について理解を深め、本人への接し方を変えていく必要がある。本人も過ごしやすくなれば介護拒否にも変化が出てくると思われる。腹部動脈瘤はいつ破裂してもおかしくない状況だが、食事等の内容が血管に影響を与えていると考えられ、塩分の多い食事、飲酒、喫煙について改善が図れそうである。キーパーソンの心配もあり、CMの方でも妻以外でキーパーソンになりうる方を想定して動いていく必要性がある。 事例②《ケース概要》 90歳女性。要介護3。娘と2人暮らし。うつ病、関節リウマチ、四肢筋力低下、胆経ヘルニア術後等既往あり、閉じこもりがちなので、運動機能の維持・向上を目指し、週1回通所リハビリ、福祉用具貸与による特殊寝台・車いす・歩行器、インナースロープ等を利用。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人はベッド上での生活を主とし、生活意欲が低く、痛みの訴えが多い状況で娘も疲労している。心理的な面からの痛みの訴えも考えられるため、今後は本人の心のケアに加え、娘のケアも必要になってくる。生活意欲も湧くよう生活リズムを整え屋外への外出も提案し、栄養面からもたんぱく質の摂取を増やすことで、心と身体面が少しずつ整ってくると思われる。現在はシャワーチェアーの再度のお試しが始まったところで、本人、娘も変化がみられているときなのでCMからの提案の受け入れが期待ができる。

9/17(木) 13:30～15:00 水谷公民館 講座室	介護支援専門員5名 サービス事業者4名 増進センター　1名 高齢者福祉課2名 社会福祉協議会　1名 高齢者あんしん相談センター　3名 計　16名	事例①《ケース概要》 90歳男性。要介護1。一軒家の借家に独居。高血圧、心不全、腸管ヘルニア。年齢を重ね下肢の筋力の衰えを感じる。 下肢家いっぱいに昔からの荷物が詰まっていて、居住スペースがない。台所の床に散らかった広告などの上にかろうじて横になれるスペースがあり、そこで寝起きをする。年金は人並みにもらっているが、家を片付ける気がないため生活費がいつもギリギリ。就活に向け身元保証なども考えたいが現在の状況で受け入れてくれる業者もなかった。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 成年後見制度の利用について、本人の判断能力に低下がないためいかがなものか。費用的にも本人のしたい生活を考えると後見人に払えるお金がない。 筋力の衰えに関しては維持向上が見込める。何のために機能訓練をするのか、その動機付けで、生活の意欲が変わるのではないか。 事例②《ケース概要》 83歳女性。要介護1。長男家族と同居。青森で夫と生活していたが、夫を亡くし独居になり精神的に落ち込んでしまった。息子宅にきて少し元気になったが青森に再度戻るとまた鬱になってしまう。現在は富士見市の息子宅で生活し、通所サービスを利用することで落ち着いている。介護保険に頼ることなく、地域での活動の場を広げられそうな方。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 息子家族と同居し、介護保険サービスの利用により日々の生活は充実している。ただし、周囲に友人はおらず、介護保険サービスだけが頼りになってしまってる。地域の活動につなげていきたいがどうしたらよいか。 地域のサロンや公民館活動が行われている。本院がいきなり飛び込んでいくのはハードルが高いので、つなぎ役が必要。生活支援コーディネーターを頼り、つないでもらえるとよいのではないか。
1月28日（火） 13:30～15:30 水谷公民館 多目的ルーム	介護支援専門員6名 サービス事業者3名 増進センター　1名 高齢者福祉課2名 栄養士　1名 社会福祉協議会　1名 高齢者あんしん相談センター　3名 計　16名	事例①《ケース概要》 要介護1　85歳男性　妻と長男の3人暮らし 糖尿病性網膜症で左目を失明している方。アルツハイマー型認知症の診断を受けているが、おおむね生活は自立。デイサービスを週2回利用。妻が認知症の受け入れが出来ていない様子がある。物忘れ等の症状に対して本人への口調が強くなる。妻も介護負担についてケアマネジャーに訴えることが多くなってきた。息子は父親の病気に対する理解はあるが就労しているため、日中は夫婦2人での生活となっている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ケアマネジャーが認知症の症状や対応については日々説明をしているが、オレンジカフェや介護者教室、認知症サポーター講座の案内をしていく認知症の症状について知ってもらう。妻の介護負担もあるのでショートステイやデイサービスの調整を行い妻への配慮も必要になってくる。本人は認知症の症状あるものの身体機能が維持できるように他者交流や運動の機会を設けていく必要がある。 事例②《ケース概要》 要介護1　93歳女性　娘と2人暮らし COPDで在宅酸素療法を導入。認知症はなし。歩行器をレンタルをしている。娘は精神疾患あり、ケアマネジャーやサービス事業所ともコミュニケーションが取れず直接会うことが難しい。玄関先からの様子では衛生環境が悪く、自宅にはねネズミも住んでいる。加齢に伴う筋力低下もあり転倒リスクが高い状況。モニタリングでも自宅には上げてもらえず自宅内の詳しい環境も把握できていない。また酸素チューブの管理もできていない様子もあり、日中独居のため自炊するようだが発火事故のリスクも高い。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 本人も高齢であり、精神疾患を患っているキーパーソンなので住環境の把握や、緊急対応の際はもう一人キーパーソンとなれる人物が必要と予測される。近くに息子も住んでいるという情報もあるので家族情報を把握していく必要がある。住環境の情報収集では福祉用具事業所と訪問日を合わせるといった工夫をしてはどうか。酸素チューブの管理や火災の危険性については本人と家族も含めた説明や支援が必要となる。またネズミ駆除業者の情報提供も必要。公民館への外出は出来ているようなので引き続き本人が外部との交流機会が維持できるように支援していく必要がある。