

令和 8 年度
狛江市地域包括支援センター
運営方針(案)

令和 8 年 4 月
狛江市

目 次

I	運営方針の目的.....	1
II	地域包括支援センターの設置目的.....	1
III	センター運営の視点.....	1
	（1）公益性の視点	
	（2）地域性の視点	
	（3）協働性の視点	
IV	地域共生社会の実現に向けた市の方針.....	2
V	狛江市における高齢者人口等の動向.....	2
	（1）高齢者人口の動向	
	（2）センター圏域ごとの高齢者人口及び高齢化率	
	（3）要介護・要支援認定者数の動向	
VI	業務運営の指針.....	4
1	共通事項.....	4
	（1）目標設定	
	（2）設置場所等	
	（3）職員体制	
	（4）職員の対応	
	（5）市との連携体制	
	（6）一元的な事業展開と役割分担	
	（7）個人情報保護	
	（8）緊急時の対応	
	（9）事業報告書及び変更届出書の提出	
	（10）センター受託事業の実施	
2	各事業における具体的な計画.....	7
	（1）第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)委託	
	（2）総合相談支援事業委託	
	（3）権利擁護事業委託	
	（4）包括的・継続的ケアマネジメント支援事業委託	
	（5）認知症総合支援事業委託	
	（6）地域ケア会議推進事業委託	
	（7）地域リハビリテーション活動支援事業委託	
	（8）ICTを活用した介護予防拠点整備事業委託	
	（9）介護予防・フレイル予防推進事業委託	
	（10）家族介護者の会運営委託	
	（11）高齢者福祉サービス費等訪問調査委託	
	（12）介護予防普及啓発事業委託	
	（13）地域包括支援センター地域支援強化事業委託	

I 運営方針の目的

「地域包括支援センター運営方針」（以下「運営方針」という。）は、介護保険法（以下「法」という。）第115条の47第1項に基づき、狛江市（以下「市」という。）における地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営の基本的考え方と業務推進の方向性を明確にするとともに、センター業務の円滑かつ効果的な実施に資することを目的とします。

II 地域包括支援センターの設置目的

センターは、法第115条の46第1項に基づき、高齢者等の地域住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、包括的及び継続的な支援を行う地域包括ケアを推進することを目的とする施設であり、医療、介護、生活支援、住まい等が、地域において切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた中核機関としての役割が求められています。

III センター運営の視点

（1）公益性の視点

- ①センターは、市の介護・福祉行政を担う公的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行います。
- ②センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料や、国、都及び市の公費により負担されていることを十分に理解し、適切な事業運営を行います。

（2）地域性の視点

- ①センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であることから、担当圏域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。
- ②地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）や地域ケア会議等の場を通じて、地域住民や関係機関、サービス利用者等の意見を集め、日々の業務に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けた積極的な取組を展開します。

（3）協働性の視点

- ①センターの保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、精神保健福祉士等の専門職が相互に情報を共有し、連携、協働の実施体制を構築し、業務全体を支えます。
- ②センターは、地域の保健、福祉、医療の専門職やボランティア、民生委員・児童委員等の関係者と連携を図りながら活動します。
- ③市民の保健、医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、センターは互いに協働し、市と連携しながらセンターの機能を発揮、強化するよう努めます。

IV 地域共生社会の実現に向けた市の方針

市では、令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年間を計画期間とした第1次地域共生社会推進基本計画(あいとぴあレインボープラン)を策定しており、その基本理念を「全ての市民が、生涯にわたり個人として尊重され、支え合って、誰もが排除されない地域社会の実現を目指します。」と掲げました。

この基本理念を実現するために達成すべき基本目標を以下のとおり定めています。

基本目標1 一人ひとりの状況に合わせた切れ目のない相談支援体制の構築

支援を必要とする全ての人が必要とする支援を受けられるよう、単独の支援機関では対応が難しい複雑化・複合化した生活課題に対して、複数の相談支援機関等相互間のネットワークによる支援体制づくりを進めます。

基本目標2 「つながり」を実感できる地域づくり

一人ひとりが地域生活課題に対し、自分自身の問題として受け止め、市、市民及び事業者が連携・協働して、解決に向けてみんなで支え合う地域づくりを進めます。

基本目標3 社会参加を進めるシステムづくり

本人のニーズ・希望と地域の資源との間の丁寧なマッチング、本人への地域への定着支援と受け入れ先の支援を行うことで、社会とのつながり作りに向けた支援体制の構築を推進します。

基本目標4 総合的で切れ目のない生活支援システムづくり

地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関との連携等により、フォーマル、インフォーマルなサービスを活用して、総合的で切れ目のない生活支援システムを構築してまいります。

基本目標5 多機関で協働して支援に当たる体制の構築

重層的支援体制整備事業における関係者間の円滑な連携を図るなど、既存の相談支援機関をサポートし、包括的な支援体制の構築を支援します。

市が目指す地域共生社会を実現するため、複雑化・複合化した相談を受け止める相談支援体制を強化し、多機関で協働して包括的な支援体制の構築を進めていきます。

また、生活支援コーディネーターを中心とした生活支援体制整備協議会の活動を通じて、個々のニーズに対応した関係機関のネットワークの強化及びマッチングの仕組みづくりを行います。

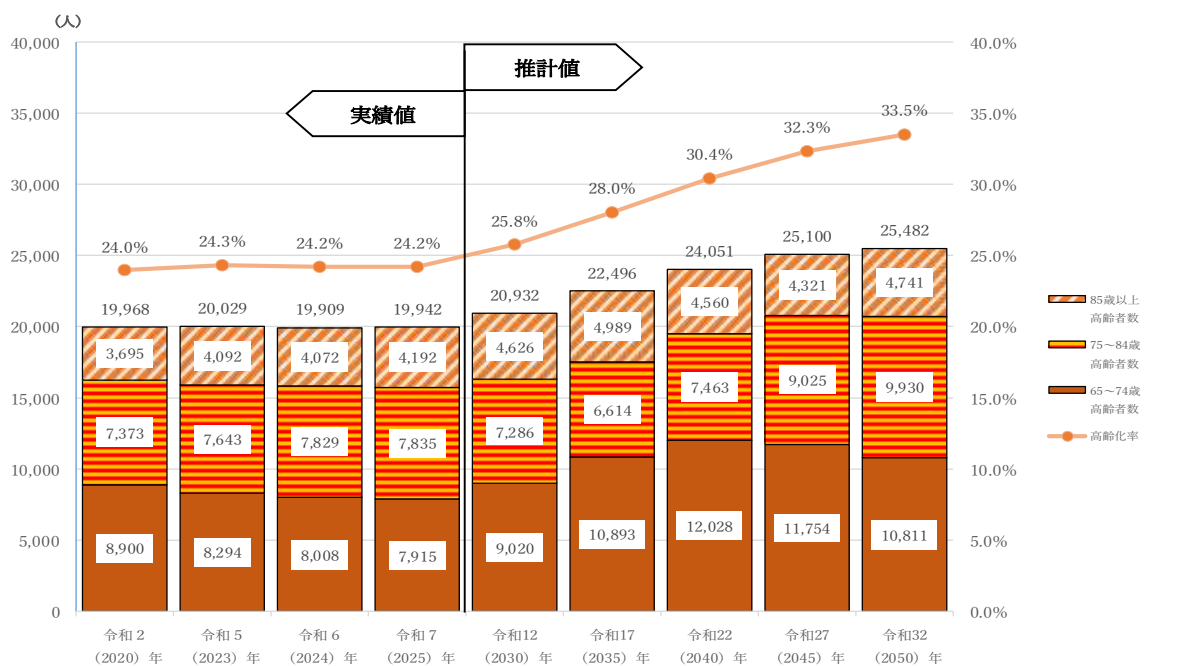
さらに、介護予防・フレイル予防の推進、認知症基本法の基本理念等を踏まえた認知症に関する理解啓発等の取組みを推進し、認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域づくり、高齢者の就労・社会参加・生きがいづくりを支援し高齢者が地域で元気に活躍できる環境整備・事業の充実に努めます。

V 狛江市における高齢者人口等の動向

(1) 高齢者人口の動向

令和7年10月1日現在、狛江市の人口は82,254人で、そのうち65歳以上の高齢者人口は19,942人、高齢化率は24.2%となっています。

(注1) 計画期間(令和6年度～令和11年度)中の令和7年度は、「団塊の世代」の全ての方が75歳以上となり、高齢者人口は20,183人に達すると推計されています。



(2) センター圏域ごとの高齢者人口及び高齢化率

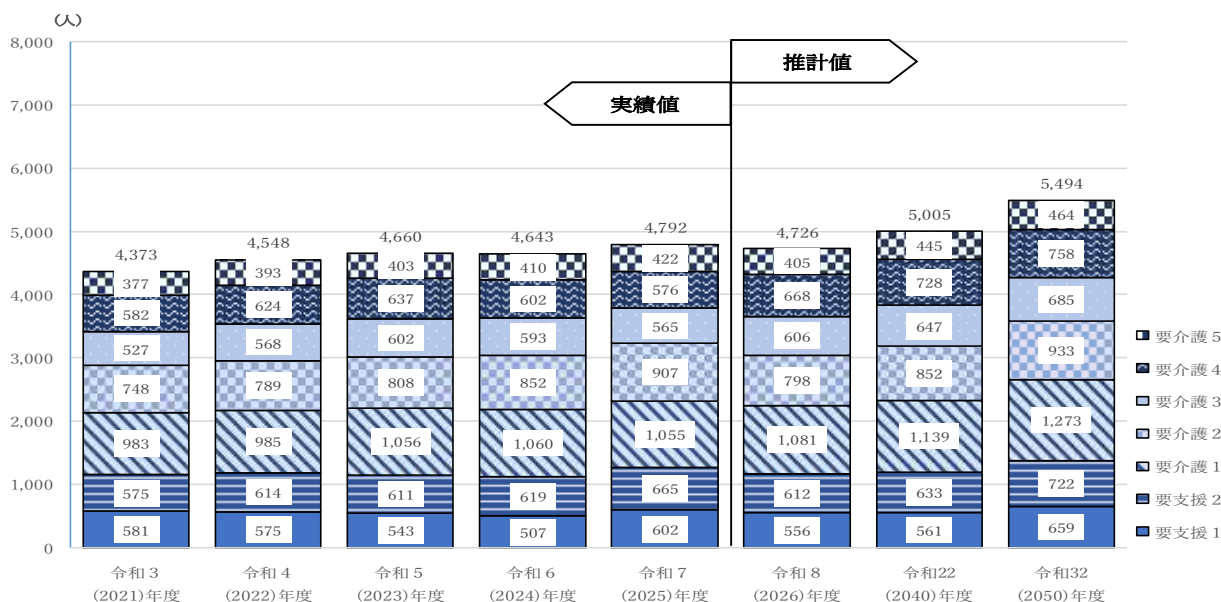
令和7年10月1日現在の各センターの圏域における高齢者人口及び高齢化率は以下のとおりです。

	狛江市全体	あいとぴあ	こまえ苑	こまえ正吉苑
高齢者人口 (人)	19,942	5,301	6,650	7,991
高齢化率 (%)	24.2	22.2	22.6	27.6

(3) 要介護・要支援認定者数の動向

令和7年10月1日現在の狛江市の要介護(要支援)認定者数は4,792人となっています。

(注1) 計画期間中の令和7年度は、「団塊の世代」の全ての方が75歳以上となります。要介護(要支援)認定者数は、4,705人と推計されています。



VI 業務運営の指針

1 共通事項

(1) 目標設定

各センターは、圏域の実情に応じた重点課題、重点目標を設定し、目標達成に向けた事業運営を行うとともに、事業年度毎に目標に対する事業評価と、次年度以降に向けた課題の抽出を行い、その解決方法について検討します。

(2) 設置場所等

センター名 称	あいとぴあ 地域包括支援センター	地域包括支援センター こまえ正吉苑	地域包括支援センター こまえ苑
担当地域	中和泉・西和泉・ 元和泉・東和泉	和泉本町・東野川・ 西野川	岩戸南・岩戸北・ 猪方・駒井町
開設日	月～土（第三土曜除く）	月～土	月～土
相談時間	午前8時30分～ 午後5時30分	午前8時30分～ 午後5時30分	午前8時30分～ 午後5時30分
所在地	狛江市元和泉二丁目 35番1号 あいとぴあセンター内	狛江市西野川二丁目 27番23号	狛江市岩戸南四丁目 17番17号
電話	03-5438-3565	03-5438-2522	03-3489-2422

(3) 職員体制

センターは、次の①から④の各職種ごとに求められる経験を持つ職員を各1名以上常勤かつ専従で配置します。

職 種
① 保健師又は地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師
② 社会福祉士又は福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上若しくは介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者
③ 主任介護支援専門員又は、ケアマネジメントリーダー研修を終了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者
④ 精神保健分野における実務経験年数3年以上の精神保健福祉士又は社会福祉士若しくは保健師、看護師等

(注1) 職員配置は、令和6年4月の介護保険法施行規則の改正により、3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）の配置は原則とし、3つのセンターで合算して3職種を配置することが可能になりました。④の精神保健福祉士の配置は、狛江市の条例で独自に規定しています。

(注2) 市の委託する包括的支援事業等が十分かつ適切に実施されていることを前提として、業務間におけるチームアプローチを図る観点から、同一職員の指定介護予防支援事業との兼務を可能とします。

(注3) その他センターにおいて包括的支援事業を効果的かつ効率的に実施するために市長が必要と認める者を置くことができます。

職員配置状況（令和7年10月1日現在）

職 種	あいとびあ	こまえ正吉苑	こまえ苑
①保健師・看護師	1名	1名	2 名
②社会福祉士	1名	2名	1名
③主任介護支援専門員	1名	1名	1名
④精神保健福祉士	1名	1名	1名
介護予防プランナー	2名	2名	2名
その他	—	介護予防・フレイル 予防推進員 1名	—
職員配置数（実人数）合計	6名	8名	7 名

センターには、上記の表の職種以外に、認知症地域支援推進員、介護予防・フレイル予防推進員等を配置しています（上記の表の職種のいずれかと兼務。ただし、こまえ正吉苑の介護予防・フレイル予防推進員1名を除く。）。

（4）職員の対応

センター長は、各職員及びセンター全体の業務を把握し、一部の業務への偏重、一部の職員に業務が集中することなく業務の調整が図られるよう業務管理に努めるものとしします。

またセンター職員は、センターの設置目的と基本的機能を共通認識として持ち、公正、中立的な立場から業務を遂行するとともに、抱えている事例や対処方法について相互に情報を共有し、4職種が協働して業務を遂行するものとしします。

（5）市との連携体制

センターは、次に掲げる会議等に参加し、市及び関係機関等との連携強化を図るものとしします。

① 地域包括支援センター運営協議会

有識者、介護支援事業者、NPO関係者、市民等により構成され、センターの公正、中立的な運営の確保に向けて、市長の諮問事項に対し議論するとともに、センターの運営に関する事項について、協議、決定及び評価する役割を果たします。

② 認知症連携会議

センター、医師、ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員、市等により構成され、認知症初期集中支援チーム、もの忘れ相談会、認知症カフェ等、市や参加機関の認知症に関する取組について、情報共有、意見交換等を行います。

③ 生活支援体制整備協議会

センター、社会福祉協議会、シルバー人材センター、生活支援住民団体等、高齢者支援に繋がる地域資源の関係者により構成され、市内における生活支援需要の把握、生活支援に関する情報共有と政策形成等を行うことで、関係者間のネットワークを強化しながら生活支援コーディネーターを組織的にサポートする会議です。

④ 介護予防等による地域づくり推進員連絡会

介護予防・フレイル予防推進員、生活支援コーディネーター及び市等により、介護予防の推進と生活支援の充実に向けた方向性について関係者間の合意を図るための会議です。

⑤ その他

このほか、市や関係機関等が開催する会議のうち、センターの参加が適切と認められる会議に参加します。

(6) 一元的な事業展開と役割分担

従来、市及び3つのセンターがそれぞれ講演会等事業を展開してきましたが、4者による協同した一元的な事業とするため、認知症分野、介護予防及び歯科口腔分野において企画段階から事業の重複除外と役割分担を明確化します。

(7) 個人情報の保護

相談記録及び関係文書等の情報を適切に管理、保管するとともに、業務の遂行にあたり知り得た個人情報について、漏えい及び目的外利用の防止に向けた適切な管理体制を整備し、厳重な取扱いを徹底します。

(8) 緊急時の対応

センターの開設時間外においても、緊急時において連絡がとれるよう連絡体制や連絡網等を整備します。またセンターに対する苦情を受けた場合は、その内容及び対応等を記録し、必要に応じて速やかに市に報告します。

(9) 事業報告書及び変更届出書の提出

センターは、各月別の業務の執行状況を四半期ごとにまとめ、翌月の15日までに市に報告します。また職員の変更等があった場合は、速やかに変更届出書を提出します。

(10) センター受託事業の実施

センターは、市からの受託事業として以下の事業を実施するものとします。各事業における具体的計画は、次項のとおりです。

- ① 第1号介護予防支援事業委託 【センター必須事業】
- ② 総合相談支援事業委託 【センター必須事業】
- ③ 権利擁護事業委託 【センター必須事業】
- ④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業委託 【センター必須事業】
- ⑤ 認知症総合支援事業委託
- ⑥ 地域ケア会議推進事業委託
- ⑦ 地域リハビリテーション活動支援事業委託
- ⑧ ICTを活用した介護予防拠点整備事業委託
- ⑨ 介護予防・フレイル予防推進事業委託
- ⑩ 家族介護者の会運営委託
- ⑪ 高齢者福祉サービス費等訪問調査委託
- ⑫ 介護予防普及啓発事業委託
- ⑬ 地域包括支援センター地域支援強化事業委託

2 各事業における具体的な計画

(1) 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)委託

基本チェックリスト該当者に対して、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス等が包括的・効率的に実施されるよう必要な支援を行います。

なお、本事業と指定介護予防支援は別の制度に基づくものでありますが、共通の考え方に基づき一体的に実施するものです。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い び あ	<p>7月以降介護予防プラン専任職員が2名となりましたが、総合職が1名異動しています。今年度は地域の居宅介護支援事業所にさらに予防プランの委託をお願いし、委託件数は40件と地域の事業所との連携強化に努めました。</p> <p>多摩川住宅の建て替えて、高齢者人口は減ったものの、請求数の減少は見られませんでした。現在、225～240件程度となっており、今後もプランの受け持ち件数は増加していく見込みです。</p>	<p>包括本来の業務を担うためにも、地域の居宅介護支援事業所への予防プランの委託を継続していくとともに、職員の業務効率化のための体制を整備していきます。</p> <p>また、介護保険事業以外で、介護予防を担える社会資源を調査、発掘していきます。</p> <p>多様なサービスの在り方を考えつつ、高齢者の支援を行います。</p>
こ ま え 正 吉 苑	<p>介護予防プラン専任職員(介護支援専門員)の配置は2名です。地域の予防プランは290件超で前年と比べて40件以上増えました。専任以外のセンター職員も20件前後を担当しているため、全体の業務量が増加傾向にあります。居宅介護支援事業所に協力をいただきプラン作成の委託を70件以上委託しています。</p> <p>こまほっとシルバー相談室狛江団地や介護予防・フレイル予防推進員と協力して、介護保険サービス以外でも地域の方を支える手段を紹介し、限りある資源を活用し必要な方が必要な支援を受けられるよう支援します。</p>	<p>圏域内に都営狛江団地(高齢化率60%超)があるという特性もあり、プラン件数は長期的にはさらなる増加が見込まれます。こまほっとシルバー相談室狛江団地との連携はもちろん、地域の居宅介護支援事業所とのつながりを強化し、介護状態が変化しても切れ目のないサービスを提供するために、予防ケースの委託件数の増加を推進します。</p>
こ ま え	<p>専任の介護支援専門員は2名の配置で増減はありません。前年度、年間で30件以上の急激な増加がありました。以降も緩やかではありますが増加し続</p>	<p>3頁の要支援認定者数のグラフのうち令和7年度実績値から令和8年度推計値にかけて、要支援認定者数は若干減少傾向ですが、実際の新規相談は要支援相当の方</p>

苑	<p>けており、介護予防ケアマネジメント業務が他業務を圧迫している状況は続いています。</p> <p>世帯プランとして、これまでの夫婦プランに加え親子プランも増加しています。</p> <p>令和6年度より居宅介護支援事業所が予防支援を直接契約できるようになりましたが、指定取得した世田谷区の事業所は介護予防支援事業を廃止し、以降新たな事業所の指定取得はありません。制度改正による効果は今後も期待できない状況です。</p> <p>BCP、感染症対策、高齢者虐待防止の法定研修は計画的に全職員が受講しました。</p>	<p>が多い状況が続いています。推計値には「事業対象者」が含まれていないこともあり、今年度もプラン数は横ばいと思われます。</p> <p>予防プランには担当の上限設定がないため、業務負担に関わらず担当せざるを得ない状況です。</p> <p>データ連携による業務の効率化、委託担当の依頼増加を進めますが、他業務とのバランスは引き続き課題となります。</p> <p>今年度も計画的に法定研修を受講できるよう、eラーニングの活用なども検討します。</p>
---	--	--

(2) 総合相談支援業務委託

地域に住む高齢者のさまざまな相談に対し、ワンストップで対応するとともに、地域包括ケアシステムにおける継続支援の入口として、適切な機関、制度、サービスにつなぎます。相談受付の際には、緊急レベル別にスクリーニングを行い、状況に応じた適切な対応をします。複合的な課題へ円滑に対応するために配置された精神保健福祉士も含め多職種で協力して支援していきます。

また、複雑化・複合化した事例などセンターのみでは解決が難しい場合は、重層的支援体制整備事業における多機関協働事業につなぎます。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>相談受付からのケース共有はこれまでと同様に迅速に行っています。相談受付後は速やかにケース共有を行い、職員の習熟度に合わせたスーパーバイズやOJTを行い、職員のスキルアップを図ります。また、8050問題などを世帯単位として課題を抱えるケースや、重度の認知症高齢者ケース、生活困窮ケース、身寄りのない高齢者の相談など複合的な課題を抱えたケースが増えており、ケースの困難化は進んでいるため、専門職の連携強化が求められています。</p>	<p>社会福祉協議会の特性を活かして、コミュニティソーシャルワーカーや、あんしん狛江、笑顔サービスやはとの会等、専門職や地域住民との関係性を一層強化することで、適した支援に繋げる取組みを継続していきます。また、精神保健福祉士を中心に、保健所や障がい者基幹相談支援センター等、外部の専門機関との連携強化を図ります。</p>

<p>こ ま え 正 吉 苑</p>	<p>複合的な課題を抱えたケースが増加しています。単なる要介護状態の高齢者を抱えた世帯だけでなく、介護者が精神疾患やダブルケアのケース、もともと知的障害や発達障害、精神疾患がベースにある方が高齢になり支援が必要になった世帯が目立ちます。精神保健福祉士も積極的にケースの相談に入り、多職種で協力しながら様々な視点でケース支援の方策を立てられるような体制の構築に努めています。</p>	<p>限られた人材の有効活用のほか、センターの各職員がある程度余裕をもって他の職員をカバーができる体制を築いていきます。また、毎日のミーティングや定期的な会議を通じて、情報共有や支援困難ケースについて知恵を出し合い、チームとしての対応・支援ができるようにしていくことを目指します。</p> <p>外部の研修やセンター内での伝達研修を通じて個々の職員のスキルの向上を継続的に行います。</p> <p>認知症カフェ（さくらカフェ）やチームオレンジ（野川ひとのわ）、コミュニティカフェ（こまほっとカフェ）を通して地域住民の方とのネットワークを強化し地域に信頼されるセンターを目指します。</p>
<p>こ ま え 苑</p>	<p>今年度も複合的な課題を抱えた相談を多数対応しました。入院をきっかけに課題が明確化する場合も多く、医療機関との連携も重要となっています。また、キーパーソンである「子」が先に亡くなり、その後の支援が複雑化するなど超高齢社会ゆえの展開も増えています。在宅生活のみならず、施設入所後の相談も増えており、相談内容は多角化、複雑化しています。</p> <p>精神保健福祉士は保健所、障害福祉サービス支援者等との定期的な意見交換会などネットワークも構築できています。新たな取り組みとして、障がい者基幹相談支援センターと協働で「高齢障害者の支援を学ぶ」という研修会を開催しました。</p> <p>住まい探しの相談窓口への同席、多世代交流拠点事業でのアウトリーチで把握されたケースへの介入など、相談を待つだけではない体制も定着しました。</p> <p>重層的支援体制整備事業の支援会議は1ケース実施予定です。</p>	<p>多角化、複雑化する相談に対応するため、毎日ミーティングを開催し、多職種で支援方針を協議します。</p> <p>計画的な研修参加と伝達研修により個々のスキルアップを図ります。</p> <p>地域ケア会議の開催、認知症初期集中支援チームや重層的支援体制整備事業などを積極的に活用し、多機関との協働を推進します。</p> <p>民生委員や多世代・多機能型交流拠点事業（以下：ふらっとなんぶ）とも連携し地域ネットワークを強化します。</p> <p>総合相談、予防プランともに増加しており、記録が追いつかないことが業務課題でした。在宅勤務を導入したことで集中して記録入力ができる時間を確保できるようになりました。今後も業務の効率化を進めながら質の維持を目指します。</p>

(3) 権利擁護事業委託

ア 高齢者虐待の防止及び対応

高齢者虐待の予防に向けて、正しい知識、理解の普及啓発及び高齢者虐待相談窓口の周知に努めます。また、市主催の権利擁護に係る講演会の開催支援、民生委員・児童委員、介護支援専門員等の関係者向けの研修会を開催します。

高齢者虐待の対応として、相談、通報を受けた場合には、関係機関との密な連携のもとで、「狛江市虐待対応マニュアル」に沿って適切に対応します。

また時間外の相談及び通報にも対応できるよう体制を整備します。

その他市が主催する高齢者虐待対応代表者会議（虐待防止ネットワーク会議）、高齢者支援事例進捗管理会議に積極的に参加、協力します。

イ セルフネグレクトの防止及び対応

セルフネグレクト状態にある高齢者は、関与を拒否することも多く、支援には困難が伴いますが、地域ケア会議や既存のネットワーク等を有効活用し、その防止・対応に努めます。

ウ 消費者被害の防止及び対応

関係機関との連携体制を構築し、その活用により消費者被害情報の把握を行い、被害を未然に防ぐための適切な対応を図るとともに、被害回復のための情報提供を行います。

エ 判断能力を欠く常況にある者の支援

判断能力を欠く常況にある者に対し、権利侵害の予防及び対応として、成年後見制度及び日常生活自立支援事業を活用し、能力に応じた適切な支援を行います。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>ア：市の虐待対応マニュアルに沿って市や関係機関との役割分担を行いつつ、対応できるように努めています。高齢者支援事例進捗管理会議にて、報告・相談の下、対応しています。</p> <p>イ：複合的な課題を抱えるケースが増えています。セルフネグレクトの状態にある本人の支援に関しては、こまほっとシルバー相談室やコミュニティソーシャルワーカーと連携を図っています。</p> <p>ウ：特殊詐欺被害の防止のため、留守番電話の活用や、自動通話録音機の貸与について、市民に情報提供・利用を勧め、被害についての抑止効果が得られるように努めました。</p> <p>エ：あんしん狛江と連携し、対応を行っ</p>	<p>ア、イ：今後もこまほっとシルバー相談室やコミュニティソーシャルワーカーと連携を図り、複合的な課題を抱える高齢者を包括的に支援していきます。</p> <p>ウ：関係機関との連携に努め、消費者被害を背景に抱えている認知症等の課題整理も行い、被害の防止に努めます。</p> <p>エ：あんしん狛江で始まったあんしん未来事業の理解を進め、単身高齢者の生活上の不安を取り除けるようにします。</p>

	<p>ています。独居高齢者が増えているため権利擁護の需要が高まっています。</p>	
こまえ正吉苑	<p>ア、イ：家族の不適切な介護やセルフネグレクトが増加傾向にあり、市とセンター、介護支援専門員、医療関係者、権利擁護関係者の緊密な連携が必要になっています。</p> <p>ウ：認知症や精神疾患の増加によりその人らしい生き生きとした生活が損なわれている場面で権利擁護はますます重要な機能となっています。</p> <p>エ：高齢者虐待の養護者支援については、特に精神疾患のある家族は長期的な支援が必要になることが多く、ケース対応のゴールと並行して考える必要がありますが、現状のセンターの機能として、養護者支援の充実は今後の課題となっています。</p>	<p>ア、イ：複合的な課題を抱えた虐待ケースに対し、高齢分野以外の支援者とも連携強化に努めます。精神保健福祉士も保健所や障がいサービス機関との関係構築に努めており、アドバイザーとしての役割も期待されます。</p> <p>ウ：今後も警察や消費生活センターと情報共有をしながら、コミュニティー紙や講演会などで未然に防ぐための普及啓発に努めます。</p> <p>エ：研修会や講演会のみならず個別相談などにも積極的に参加しスキルアップを図りながら適切な支援を提供します。</p>
こまえ苑	<p>ア：今年度も高齢者虐待事案は増加傾向でした。特に外鍵やベッド柵など身体拘束に関わる事案もあり、関連機関含め、正しい知識や対応の普及啓発が必要だと感じています。</p> <p>イ：セルフネグレクトケースは、経済的な課題へのアプローチ、判断能力、精神疾患の評価も必要となるケースも多く、関連機関とも連携しながら対応しています。</p> <p>ウ：消費者被害防止の普及啓発として2か所のサロンで講座を実施しました。定期的に講座を開催することで意識は高まってきていると感じています。</p> <p>エ：成年後見制度や日常生活自立支援事業、あんしん未来事業の需要・対応が増えており、あんしん狛江と連携を取りながら対応しています。</p>	<p>ア、イ：市の虐待対応フローに沿って関係機関と連携し対応します。毎月の高齢者支援事例進捗管理会議にて対応の報告・相談を継続します。複合的な課題を抱えた虐待ケースに対し、高齢分野以外の支援者とも連携強化に努めます。</p> <p>ウ：警察や消費生活センターと情報共有しながら、最新の情報を周知できるようコミュニティー紙や講演会などで普及啓発に努めます。</p> <p>エ：研修会や講演会に積極的に参加しスキルアップを図ります。あんしん狛江との連携も強化します。</p>

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業委託

地域の介護支援専門員が、包括的・継続的なケアマネジメントを実践できるよう、ケースの支援方針の検討、指導助言、同行訪問等の個別支援のほか、事例検討会等の開催により、ケアマネジメントのスキルアップを図ります。

また多職種間のネットワーク構築を進めることで、環境面からも介護支援専門員の包括的・継続的ケアマネジメントを支援します。

具体的事業である日常個別指導・相談、事例検討会、研修会の実施、支援困難事例等への指導・助言、地域における介護支援専門員ネットワークの活用などを実施します。本事業においては地域ケア会議（*注1）の積極的活用に努めます。

*注1：地域ケア会議の内容については、「(6) 地域ケア会議推進事業委託」を参照

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	今年度は、事例検討会を1回、介護支援専門員向けのステップアップ研修を2回開催し、介護支援専門員の資質向上と地域の社会資源との連携を図っています。今年度はこま YELL との交流を兼ねた研修を実施しました。介護支援専門員からのケース相談も増えており、支援困難ケースへは同行訪問による現状把握を心がけるとともに、MCS（*注2）を活用し、包括的、継続的に後方支援を行っています。	ステップアップ研修を1回と、事例検討会の企画・運営を1回ずつ行い、主任介護支援専門員連絡会を定期開催してまいります。 介護支援専門員からのケース相談も継続して増えています。介護支援専門員が抱える問題や課題に対する共通理解を深め、相互にサポートし合える体制を強化してまいります。支援困難ケースには同行訪問を行い、現状把握を心がけるとともに、積極的な地域ケア会議の開催に努めます。
こ ま え 正 吉 苑	定期的な事例検討会や個別ケースの相談を通じ、介護支援専門員への支援を行っています。 事例検討会は集合形式で行い、地域の介護支援専門員と顔の見える関係づくりができています。 身寄りのない方や認知症独居の方の支援で介護支援専門員のバックアップをすることができました。	狛江市の主任介護支援専門員連絡会や居宅介護支援事業所連絡会との連携を通じ、ケアマネジメントの質の向上を支援します。 日頃から地域の介護支援専門員とコミュニケーションを取りながら、協力して地域課題の解決に取り組んでまいります。
こ ま	介護支援専門員向けのステップアップ講座は「ACP」「介護離職を防ぐための法制度」をテーマにハイブリットと動画配信方式で年2回実施しました。 事例検討会は定例の年1回行いました。「契約解除にあたらぬ迷惑行為」というテーマの事例を個別ケア会議へ発展	今年度は年1回のステップアップ研修と年1回の事例検討会を企画・運営しケアマネジメントのスキルアップを支援します。 事例検討会で取り上げたケースをさらに地域ケア会議へと発展させ、主任介護支援専門員も積極的に参加できる機会を作ります。

え 苑	<p>させることができました。</p> <p>主任介護支援専門員連絡会や介護支援専門員連絡会へ参加し、介護支援専門員へのケアマネジメントのスキルアップを支援しました。</p> <p>介護サービスのケアマネジメントに留まらない複雑なケースも増えており、介護支援専門員からの個別の相談も増加しています。同行訪問や支援者会議の開催など後方支援をしています。</p>	<p>必要時、居宅介護支援事業所の予防支援に対する「介護予防サービス計画の検証」を実施します。</p>
--------	---	---

*注2 MCS（メディカルケアステーション）：地域包括ケア・多職種連携のためのコミュニケーションツール

（5）認知症総合支援事業委託

認知症基本法の理念に則り、認知症の人が住みなれた地域で安心して暮らすことができる共生社会の実現のため、各センターに配置された認知症地域支援推進員を中心として、本人や家族に対する支援を充実させるとともに、認知症に理解ある地域づくり等を進めます。

ア 認知症地域支援推進員の配置

- ・ 認知症連携会議への積極的参加
- ・ 認知症関連事業の企画、調整
- ・ チームオレンジ等新たな事業への積極的関与

イ 普及啓発

- ・ 認知症発症予防から人生の最終段階までの認知症の容態に応じたケアの流れを示した冊子「認知症ケアパス」及び認知症になった方の体験をもとにより良い日々を暮らしていくヒントをまとめた冊子「本人ガイド」の普及推進
- ・ 認知症サポーターの養成・活用、認知症の人とその家族の身近な困りごとに対して地域の人がチームを組んで支援を行う仕組みである「チームオレンジ」の創設

ウ 予防、早期発見、早期対応

- ・ 認知症予防の推進
- ・ 各センターで認知症専門医とセンター職員が認知症・もの忘れの相談に応じる「もの忘れ相談会」の定期的な実施
- ・ 認知症専門医と医療・介護職がチームとなり、センターが関わる認知症困難事例等の支援をサポートする「認知症初期集中支援チーム」の活用
- ・ 認知症が疑われる人への積極的関与（アウトリーチ）

エ 介護者の支援

- ・ 認知症の人及び介護する家族等の孤立防止・精神的負担の軽減を図る「家族介護者の会」、「認知症カフェ」の運営

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>ア：認知症連携会議には毎回出席し、認知症に関するケース検討や情報共有を行っています。</p> <p>チームオレンジについても、活動継続を目指して支援を継続しています。</p> <p>イ：認知症カフェや総合相談等にて、認知症ケアパス等の普及啓発を必要に応じて行っています。</p> <p>また、認知症サポーターに声掛けをし、認知症カフェのスタッフとして、活動を依頼しています。</p> <p>ウ：認知症初期集中支援チームの活用には至っていませんが、認知症連携会議のケース相談を活用することで、医療・福祉職等からの情報を得ることができています。</p> <p>エ：毎月各1回、家族介護者の会と認知症カフェの開催をしています。認知症カフェには職域サポーターを紹介するなどし、展開を深めています。</p>	<p>ア：認知症連携会議等を通じ、市内の関係機関等との連携を図り、認知症関連事業に活かしていきます。チームオレンジコーディネーターの新たな取り組みも開始していくため、今後も連携を取りつつ、活動支援していきます。</p> <p>イ：認知症ケアパス等が有効活用できるよう、内部で情報共有を図り、活用を進めていきます。認知症関連事業での認知症サポーターの活用を積極的に検討していきます。</p> <p>ウ：もの忘れ相談会や認知症初期集中支援チームを積極的に活用できるよう意識し、認知症の早期発見・対応に努めていきます。</p> <p>エ：月1回の家族介護者の会と認知症カフェを継続し、認知症の人や家族等の支援に努めていきます。チームオレンジの活動が管轄エリアで拡大しますので、職域サポーターの発掘や認知症サポーターの育成等に努めていきます。</p>
こ ま え 正 吉 苑	<p>ア、ウ：認知症連携会議へ毎回参加し、認知症施策の推進や市民に対する認知症サポーター養成講座等の認知症についての啓蒙活動を推進しています。</p> <p>イ：認知症についての啓蒙活動は様々な世代で必要と考えており、今年度も粕江一中で1年生150名を対象に認知症サポーター養成講座を開催することができました。</p> <p>エ：認知症カフェ（さくらカフェ）については、毎月20名以上の参加があり、ミニ講座等で認知症についての啓蒙活動も行いました。</p> <p>チームオレンジ「野川ひとのわ」を、月3～4回開催。参加者5名前後、メンバー（ボランティア）10名前後で運営が継続できています。</p>	<p>ア、ウ：認知症の方本人と家族の軋轢から家庭崩壊につながるようなケースが増えています。そうしたケースに対応するため、認知症初期集中支援チームや認知症専門医との連携をより強化していきます。</p> <p>イ：今年度はチームオレンジの定着、発展について検討していきたいです。</p> <p>エ：認知症サポーター養成講座は、地域の関係機関（学校、薬局、有料老人ホーム等）との継続的なネットワークを維持し定期的に開催することを予定しています。</p>

こ ま え 苑	<p>ア：認知症連携会議、認知症コーディネーター連絡会に参加し、関連事業の企画・運営を行いました。 本人ミーティングを定期開催することができました。</p> <p>イ：市民向けの認知症サポーター養成講座は他包括と協働し定期開催しました。 新たに、エリア内の学童保育所の夏休みの中のイベントとして認知症キッズサポーター養成講座を3か所で開催することができました。</p> <p>ウ：認知症連携会議へ2件ケース相談をし、1件は認知症初期集中支援チームの介入となりました。チームからのアドバイスにより、ケースの深堀と支援の整理をすることができました。もの忘れ相談会は市民に定着し、支援につながっています。</p> <p>エ：家族介護者の会、認知症カフェ共に会場2か所を交互に隔月で定期開催しました。認知症の進行と共に自力での通いが難しくなる方もおり、送迎支援が認知症支援の課題のままとなっています。</p>	<p>ア：チームオレンジコーディネーターと連携し、関連事業を推進します。</p> <p>イ：認知症サポーター養成講座を定期開催し、ステップアップ講座の受講者増加を目指します。受講後は、チームオレンジなど地域活動につながるよう企画・運営します。 今後もキッズサポーター養成講座などの企画をし、地域の理解を広げる活動をしします。</p> <p>ウ：年1回以上は初期集中支援チームを活用できるようにケース抽出をします。</p> <p>エ：認知症カフェ、家族介護者の会は引き続き2か所で開催とすることで参加しやすい環境を目指します。家族介護者の会の参加者には経験を活かしてサポーターやボランティアとしての活動をされるようになった方もいます。 参加者の拡大、送迎支援の課題には、チームオレンジコーディネーターとも相談しながら検討します。</p>
------------------	--	---

(6) 地域ケア会議推進事業委託

地域ケア会議は、介護支援専門員、保健・医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員・児童委員その他の関係者及び関係団体により構成され、支援を必要とする被保険者への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うことを目的とする会議です。

「狛江市地域ケア会議運営の手引き」に基づき、地域ケア会議を構成する会議体のうち、センターが個別ケースの検討のために実施する個別ケア会議について、ケアマネジメントの質の向上と多職連携強化の効果を高めるため、現状の課題等を踏まえ、実効的な運営に取り組めます。

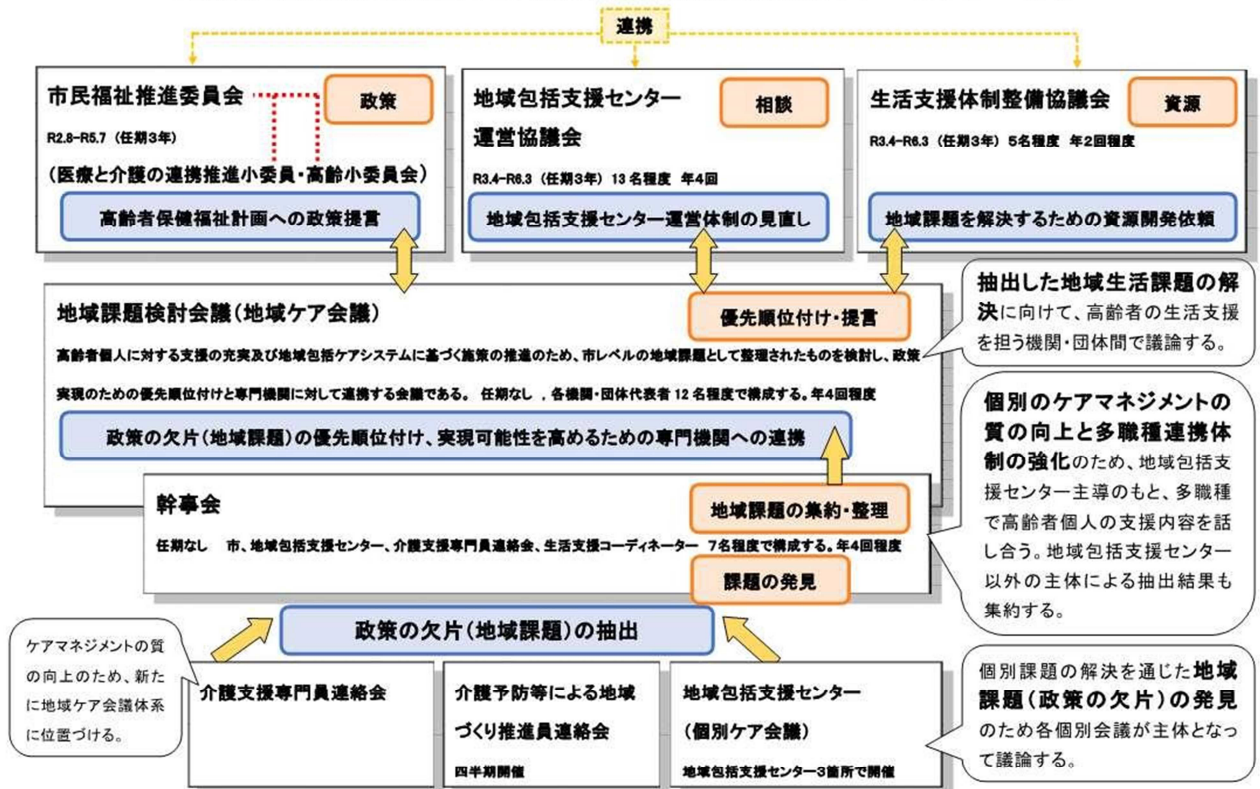
また、個別ケア会議等で把握された地域的に解決すべき課題を抽出し、地域課題検討会議幹事会における課題選定を経て、地域課題検討会議において政策化の道筋をつけます。

- ・年6回程度の計画的な個別ケア会議の開催

特に困難な課題を抱える者を対象として多職種で課題解決に向けた議論を行い支援の進捗を図る「支援推進型個別ケア会議」を年4回程度、また、軽度者を対象として状態の改善や重度化防止をめざす「予防推進型個別ケア会議」を年2回程度の開催を目指します。

- ・本人への支援の有無にかかわらず、支援の質の向上に向けた効果的な助言が期待できる多職種の招へい
- ・主任介護支援専門員の個別ケア会議への参加促進を目的とした、介護支援専門員連絡会との連携強化

地域課題検討会議を中心とした地域課題解決フロー（イメージ）



	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	令和7年度は、予防推進型2件と重層的支援体制整備事業も含めた支援推進型4件の個別ケア会議を開催し、報告しました。介護支援専門員の提出した事例を基に、介護支援専門員を中心とした地域ケア会議の開催も行いました。介護支援専門員が地域ケア会議に積極的に参加することができるように、継続して実施していきます。	予防推進型、支援推進型の個別ケア会議を開催するとともに、重層的支援会議も行うことで、介護保険利用者、事業所、地域住民の希望や地域課題を取りまとめていきます。

こ ま え 正 吉 苑	令和7年度は地域課題検討会議幹事会のメンバーが中心となって社会資源の不足や既存の制度でうまく支援ができないケースを中心に会議を開催しました。予防推進型個別ケア会議については選定に苦慮している状況です。	ただ回数をこなすだけでなく地域に還元できるような課題をいかに集めることができるかが重要だと思っています。また個別ケア会議の実績を積み重ね、専門職や地域住民同士のネットワークの構築を推進したいと考えています。
こ ま え 苑	<p>支援推進型個別ケア会議を年3回、予防推進型個別ケア会議を年2回実施しました。訪問診療、訪問介護事業所、CSW、生活保護ケースワーカーなどをアドバイザーとして招へいし、より専門性の高いアドバイスを受ける事ができました。</p> <p>以上の実績から抽出された地域課題について、幹事会で課題整理を行いました。</p> <p>その中で優先度の高かった「認知症高齢者の金銭管理への支援」「認知症の方への医療的なアウトリーチ」という課題に対し地域課題検討会議で協議しました。</p>	<p>支援推進型個別ケア会議を年4回以上、予防推進型個別ケア会議を年2回以上の開催を目指します。</p> <p>今年度も事例検討会で取り上げられたケースを更に地域ケア会議として開催し、介護支援専門員との連携、参加促進を図ります。</p> <p>幹事会、地域課題検討会議に参加し、抽出された課題が政策化できるよう課題整理と具体策を検討します。</p>

(7) 地域リハビリテーション活動支援事業委託

リハビリテーションに関する専門的知見を有する者（以下「リハビリ職」という。）が、地域における介護予防の取り組みを総合的に支援する事業です。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>フレイル予防とこまえ体操（*注3）の普及啓発を目的として、3センター合同で介護予防セミナー「普段の暮らしにちょい足し！健康寿命を延ばすコツ」を開催しました。参加者アンケートでは、“健康寿命”のキーワードに惹かれた方が多く、『学んだことを日常生活に取り入れていきたい』など、前向きな感想が多く見られました。</p> <p>また、昨年度から引き続き、3センター合同でリハビリ職による個別相談会を開催しました。相談者の中には、日頃からフレイル予防に取り組んでいるものの『今やっている方法で良いのだろうか』と疑問を抱いている方がいました。相談</p>	<p>介護予防セミナーは、参加者のほとんどが介護予防教室にも来ている方々であり、新たな層の開拓として、普及啓発の効果をより高めるため、既存のやり方に捉われず、住民のニーズに基づいた取り組みを検討し実施していきます。</p>

	者の身体状況や疑問を丁寧に聞き取った上で助言することで、今後のフレイル予防のモチベーション向上につなげることができました。	
こまえ正吉苑	狛江市リハビリ連絡協議会の協力を得ながら、「こまえ体操」の普及を中心に地域の介護予防イベントを開催することができました。	「こまえ体操」の普及の枠を踏み越えて、さらにリハビリ職の専門性を生かせるような場をつくっていったらよいと考えています。
こまえ苑	市内一般高齢者に対し、フレイル予防の4要素を無理なく取り入れられる「普段のくらしにちょい足し！健康寿命を延ばすコツ」という講習会を3包括合同で開催しました。 前年度に続き、自宅でできる運動をリハビリ職に相談したいとのニーズに応えるため、3センター合同で個別相談会を開催しました。枠を広げたことで、広域に広報を行うことができました。その結果、フレイル予防対象者が参加し満足度は高いものになりました。	狛江市リハビリ連絡協議会が作成した「こまえ体操」を活用し、介護予防の普及啓発と活動団体等における介護予防への取り組みの支援を行います。 個別相談会は満足度が高い一方で、包括から声掛けした方の参加が中心となりニーズが限局的になってしまっているという課題があります。フレキシブルな相談がしやすい体制を狛江市リハビリ連絡協議会とも協議をしながら検討します。

*注3 こまえ体操：夕方5時に市内に流れるチャイム音「水と緑のまち（市歌）」に合わせて行う体操

（8）ICTを活用した介護予防拠点整備事業委託

ICTを活用した介護予防拠点の運営維持管理を行う事業です。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あいとびあ	居場所活動や、小地域福祉活動において、整備事業で作成した体操動画を活用し、地域住民の運動機会の確保に努めています。	整備事業で作成した体操動画を活用し、シルバー住宅や、カフェ、居場所、小地域福祉活動で体操動画の上映を継続し、介護予防に努めます。
こまえ正吉苑	ICTの活用としてはチームオレンジに参加した方に継続的にスマホ活用のアドバイスを実施しました。集合型の体操教室をZOOMで中継しより多くの方に参加いただけるように配慮しています。	来年度も引き続き、対面・ZOOMと選択肢を増やしながらより多くの方の介護予防推進に役立てるよう工夫していきます。
こまえ	外出の機会、活動範囲の拡大を目指し、地図アプリのスマホ教室を開催しまし	1 引き続き、外出や運動を促進するような地図アプリ等を学べるシニア向けスマ

苑	た。市内や包括での運動に参加できるきっかけとなり好評でした。	<p>ホ教室を開催します。</p> <p>2 夏季でも自宅で運動を続けられるよう ZOOM 介護予防教室を実施します。</p> <p>3 地域から ICT 活用の相談があった際の対応やサポートを実施します。</p>
---	--------------------------------	---

(9) 介護予防・フレイル予防推進事業委託

都の補助金を活用してセンターに配置した介護予防・生活支援による地域づくり推進員が中心となり、生活支援コーディネーターや市等との連携のもと、住民が主体となって運営する活動への支援をはじめ、多様な手法を視野に入れつつ、地域の実情に沿った介護予防を推進します。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>通所 B（*注4）は、圏域内で2団体が活動しています。どちらもほぼ満員で高い出席率を維持しています。1団体に対しては体力測定を実施することで、会員のモチベーション維持・向上に協力しました。</p> <p>立ち上げ支援を行ったウォーキンググループは、一時参加者が減少したものの、今年度中に3名ほど増加し、現在は常時4～5名程度が参加しています。</p> <p>東京都健康長寿医療センターが作成した説明資料を活用し、老人クラブや町会の集まりに出向いて介護予防・フレイル予防の周知を行っています。</p>	<p>通所 Bについては、自主的で活発な活動を維持することができているため、引き続き代表者等と連携を取りながら後方支援に努めます。</p> <p>地域資源の把握および新しい層の掘り起こしを目的として、老人クラブや趣味活動団体等へ出向くことに力を入れます。</p>
こ ま え 正 吉 苑	<p>地域ニーズに即した介護予防の推進が必要と考えています。老人クラブや自治会で新規にセンター便りを届けることでより地域のネットワークを広げることができています。新規に立ち上がった社会資源の紹介やバックアップも必要な活動と考えています。</p> <p>外歩きの自主グループの継続支援で ICT による歩行評価のイベントをしました。</p> <p>狛江団地住民をメインの対象とした「こまほっとカフェ」を継続し毎月20名以上</p>	<p>地域ニーズを拾いあげるために他機関との協力やセンター内でも情報共有や連携を推進します。</p> <p>ICT 技術の活用と啓蒙もこれからの介護予防活動に必要と考えています。どれだけ有用な情報にアクセスできるかが高齢者の生活の質を左右すると考えるからです。</p> <p>加えて地域の集いの場と協力して多世代交流やダブルケア支援等の活動も視野に入れています。</p> <p>さくらカフェ（認知症カフェ）・チームオレンジ・こまほっとカフェを継続し、コロ</p>

	の参加を得ています。狛江団地の立て替えについての情報交換の場、不安解消の受け皿としても機能しています。	ナで縮小した人と人との交流を取り戻す一助としたいと考えています。
こ ま え 苑	<p>これまで通所Bの活動団体がなかった地域に立ち上げ支援を行い、令和7年4月より「岩戸いきいき体操クラブ」2団体が活動を開始することができました。80名の登録があり、地域の介護予防に寄与しています。</p> <p>コミュニティー紙「いこいの便り」は、介護予防、生活支援の情報源として定着しています。</p> <p>自主グループの徒歩サークル「歩こう会」は高齢者運動推進員（*注5）の活用により安定した活動となっています。園芸ボランティアサークルについては、認知症や身体機能の低下した方が脱退し、メンバー減少しています。</p> <p>口腔衛生、栄養面からのアプローチとして、調理実習「いつものお食事にちょい足しで栄養バランスを整えよう」、調理と口腔講座「生活習慣病を予防しよう！口の健康と節塩のコツ」を実施しました。普段と異なる層が参加者し、介護予防のすそ野を広げることができました。</p>	<p>令和7年4月開講の「岩戸いきいき体操クラブ」は登録者が増えているため、別地域での株分けの立ち上げ支援を行います。</p> <p>コミュニティー紙は年3回の発行を継続し、地域の情報源を提供していきます。</p> <p>「歩こう会」は安定した活動が維持できるよう高齢者運動推進員をサポートします。園芸ボランティアサークルについては、参加者同士でサポートし合えるよう、ボランティアの募集を行っていきます。</p> <p>生活支援に関連した地域課題としては、ゴミ出し、買い物支援、移動支援、見守り、交流の場の促進が挙げられます。把握できた地域課題に対し、関連機関とのネットワークづくりや情報収集を行い、課題解決に向けた取り組みを検討し、実現可能な段階から取り組みます。</p> <p>趣味・運動活動団体の活動状況把握、生活資源の情報収集と整理を行い、地域の方が活用できるよう発信します。特に、男性の居場所や地域とのつながりに注力したいと考えています。</p>

*注4 通所B（通所型サービスB）：介護予防・日常生活支援サービス事業のうち住民ボランティア等が運営する体操や運動の通いの場

*注5 高齢者運動推進員：地域の高齢者が積極的に介護予防・フレイル予防活動に取り組めるよう支援する有償ボランティア

(10) 家族介護者の会運営委託

(5) 認知症総合支援事業委託における介護者の支援を目的に運営する「家族介護者の会」において、認知症支援についてのミニ講座を実施します。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び	<p>家族介護者の気分転換、介護負担の軽減を目的に管理栄養士による健康講座と、福祉用具事業者による歩行機能の評価を実施しました。自由に話せる雰囲気</p>	<p>家族介護者の会参加者が日頃の介護を通じて関心のあるテーマや、役に立つ講座の内容を検討します。</p> <p>ミニ講座が、家族介護者の会に参加する</p>

あ	づくりをしたことで、参加者より日頃の介護に活かせる知識、情報を得られたと好評を得ました。今後も家族介護者の会参加者に要望をヒアリングしながら、テーマ設定をし、ミニ講座を実施します。	入口となるよう広く地域の介護者に参加を呼びかけます。
こまえ正吉苑	ミニ講座の実施時は普段の家族介護者の会より多くの方が参加されますが、通常の参加数の増加には繋がってはいません。とは言え、相談を受け付ける際に家族介護者の会のチラシを渡す等が功を奏したのか新規の参加者が数名増えている印象です。	家族介護者の会は一挙に人数が増えることは難しいですが、「いつでも決まった時間にやっている」、「困った時、相談したい時に気軽に立ち寄れる場所」として、継続していくことが大事と考えています。周知の工夫もしていきたいです。
こまえ苑	「ヨガをして心と体をリフレッシュ!」「オムツの基礎知識と排泄介助の上手なコツについて」というテーマで講座を2回開催しました。	認知症の介護に役立つ情報提供やリラクゼーションなどを企画します。常連の参加者には好評ですが、参加者の誘致という目的にはつながっていないことは課題です。

(11) 高齢者福祉サービス費等訪問調査委託

市の一般給付事業等について、申請支援又は適切な給付に向けたアセスメントを実施します。事業に係る申請支援、アセスメント等（理由書等の作成）については市の委託によるものとします（指定介護予防支援利用者は除く）。

- ① 狛江市高齢者救急代理通報システム事業
- ② 狛江市高齢者居宅内ごみ出しサポート事業
- ③ 狛江市高齢者自立支援住宅改修費給付事業
- ④ 狛江市高齢者自立支援日常生活用具給付事業
- ⑤ 狛江市認知症高齢者位置情報提供サービス事業
- ⑥ 居宅介護住宅改修

(12) 介護予防普及啓発事業委託

市民に対し介護予防の基本的な知識を普及啓発するための事業を実施で、アの事業を必須とし、イからウまでの事業の積極的な実施に努めます。

ア 介護予防の普及啓発に資する介護予防教室を、年32回を上限として開催します。特に転倒予防・認知症予防をテーマとした教室の開催に注力します。

イ 介護予防に資する基本的知識を普及啓発するためのパンフレット等を作成及び配布します。

ウ 介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するための有識者等による講演会や相談会等を開催します。

	① 現状と課題	② 令和8年度の対策
あ い と び あ	<p>ア：今年度新たに、ヨガインストラクターを講師として「心と身体を整えるヨガ」を開催しました。これまで介護予防教室に参加したことがなかったという70代の女性が多く参加しました。</p> <p>イ：「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」(*注6)によって得られた、東京都健康長寿医療センター作成の各種資料を活用しています。日頃の介護予防教室においても、講師の話に追加して活用することで、より幅広い情報を伝えることができました。</p> <p>ウ：毎月開催している認知症カフェ「こまカフェ」において、隔月で保健師による健康教室を行っています。</p>	<p>ア：「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」により、情報提供を受けることができるようになった保険年金課からの健康課題に関する情報に基づき、より具体的かつ生活に密着した講義・指導ができる講師を選定し、企画します。</p> <p>イ：引き続き「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」によって得られた、東京都健康長寿医療センター作成の各種資料を活用しながら、より分かりやすく、“自分ごと”に感じられるような説明ができるよう努めます。</p> <p>ウ：「こまカフェ」で行っている健康教室のパッケージを活用して、地域の老人クラブ等でもミニ講座等ができるよう、働きかけを行います。</p>
こ ま え 正 吉 苑	<p>ア：担当圏域内の3か所で月1回運動に特化した内容で実施しています。ZOOMによる体操教室の配信も行い、ひとりでも多くの方が介護予防に触れることができる環境整備を進めています。</p> <p>体操教室の中で特に人気が高く、会場に収容しきれない講師の回は上和泉地域センターの体育館を隔月で用意し断ることなく皆が参加できる体制ができました。</p> <p>野川緑道を歩く会(運動自主グループ)の継続支援を高齢者運動推進員の協力を得ながら実施しています。</p>	<p>ア：介護予防の普及啓発という目的に合うようなるべく多くの地域住民に参加してもらうように努めます。</p> <p>オンラインや屋外での活動を取り入れた介護予防の在り方を引き続き模索します。こまえ体操の普及啓発にも取り組んでいきます。</p>
こ ま え 苑	<p>ア、ウ：対面での会場開催のみで実施しました。定員に対して下回り、新規参加者も少ない状況です。広報の見直しをしてポスターをリニューアルし、配布先を増やすなどの対策をしました。参加者がイメージしやすい様に「運動強度」を新たに表記しま</p>	<p>ア：アフターコロナにおいて、介護予防の最大の課題は酷暑対策と感じています。夏季の閉じこもりや脱水傾向により、秋口から体力低下や認知機能低下が急激に進むケースも散見します。対策として、スマホ教室と連動させてZOOM配信による予防教室を検討してい</p>

<p>した。</p> <p>常連の参加者に偏りがちなため、フレイル予防の入門編として「大人の体育大学」の連続講座を開催しました。数名の新規参加がありました。</p> <p>「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」へ参画し、地域の健康課題を介護予防へ反映できるよう講座内容の調整、講師との連携を図りました。</p> <p>イ：コミュニティー紙「いこいの便り」をコミュニティーソーシャルワーカーと協働で年4回発行し、介護予防に関する記事を掲載しました。</p>	<p>ます。</p> <p>今年度は連続講座を開催し、自主グループ活動への参加につながるような仕掛けづくりをします。</p> <p>「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」へ参画し、介護予防教室が地域の健康課題を意識したプログラムで実施できるようデータ収集や分析を継続すると共にハイリスクアプローチ事業（*注7）との連携を図ります。</p> <p>イ：「いこいの便り」による介護予防の普及啓発の情報も定期的に発信していきます。</p> <p>ウ：フレイル予防の普及啓発を目的に歯科衛生、栄養指導のプログラムも継続します。</p>
---	---

*注6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業：国民健康保険や後期高齢者医療制度の「保健事業」（健診・健康相談等）と、市区町村が実施する「介護予防」（通いの場、フレイル対策等）を、市町村が一体的に実施する取り組み。高齢者の疾病予防（生活習慣病対策）と介護予防（フレイル対策）を切れ目なく行うことで、健康寿命の延伸、フレイル（加齢による心身の虚弱）の予防・改善、介護状態になることの防止（または重症化予防）を目指す。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチの視点で取り組む。

*注7 ハイリスクアプローチ：ハイリスクアプローチとは、生活習慣病の予備群や強いストレス反応があるなど、健康上の課題を抱えた特定の個人を対象に、その人の健康状態改善を図る手法。一方、ポピュレーションアプローチは、健康課題の有無に関わらず、地域住民全体に対してフレイル予防や健康増進の働きかけを行う手法。

(13) 地域包括支援センター地域支援強化事業委託

- ① 研修会の開催
- ② 通いの場等・居場所・拠点づくり・通いの場調査（電話・手紙）
- ③ ②の継続支援、通いの場調査（訪問）
- ④ ②の新規立ち上げ支援
- ⑤ 認知症ケアの充実（認知症連携会議におけるケース提案）
- ⑥ 認知症ケアの充実（初期集中支援チームへのケース提案）
- ⑦ 地域資源登録・更新
- ⑧ 地域資源登録及びオーナー申請の仲介
- ⑨ 介護予防講座等に対して ICT 活用の推進

『令和8年度狛江市地域包括支援センター運営方針』

編 集 狛江市福祉保健部高齢障がい課

発行日 令和8年4月