資料４－４

# 令和５年度
# こうめ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８期最終目標 |
|---|
| 共通の趣味やさまざまな住民主体の活動、日頃の挨拶などを通じて、人と人がつながり、各個人が楽しみを持って健康的に生活できる地域となる。 |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| 27,238 人 | 5,989 人 | 22.0% | 3,237 人 | 54.0% |

| ５年度の到達点 |
|---|
| 共通の趣味や楽しみを持った方々の活動が地域に周知され、活動に参加される高齢者の方が増える。 |

＜全センター・相談室共通業務＞

**1　総合相談支援**

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 課題の解決に向けて丁寧なアセスメントを行い、本人や相談者のできることや楽しみに焦点を当てた社会資源の情報提供を行う。介護保険サービスに限らず、地域の多様な資源を活用した支援につなげる。 | |
| 結果 | 新規相談件数　〇件（前年度　〇件） | 継続相談件数　〇件（前年度　〇件） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

**2　権利擁護**

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | ８０５０問題や消費者被害、精神疾患等のさまざまな課題が絡んだ相談が増えている。必要な関係機関と連携し、ガイドラインに沿って適切な対応を行う。また、権利擁護についての周知を図るため、地域向けの研修を２回、専門職向けの研修を４回実施する。 | |
| 結果 | 虐待防止ネットワーク（研修、講座等）　〇件（前年度　〇件） | 権利擁護相談（虐待相談含む）件数　〇件（前年度　〇件） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

### 3　包括的・継続的ケアマネジメント支援

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 多様な社会資源を活用したケアマネジメントを支援するため、総合事業や一般介護予防事業等の周知を図る。自立支援・重度化防止に資するよう、必要な社会資源の開発にも取り組む。<br>上記内容を達成するために、ケアマネジャー向け研修を５回（事例検討会２回含む）開催する。 | |
| 結果 | ケアマネジャー向け研修　〇回（前年度　〇回） | 事例検討会　〇件（前年度　〇件） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

### 4　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 意思決定支援の視点から高齢者本人の意向を尊重するために、本人の強みを活かして、意欲向上を目指した目標を設定し、生活課題の解決を図る。また、地域の高齢者と介護予防・自立支援の意識を共有するため、地域住民向けの研修を２回実施する。 | |
| 結果 | プラン件数（自己作成）　〇件（前年度　〇件） | プラン件数（委託）　〇件（前年度　〇件） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

### 5　認知症支援

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 地域の住民に向けて、認知症の方を支えるために具体的な対応方法等の普及啓発を行い、地域の対応力向上を目指す。本人・家族が安心して生活できるよう、本人の意思決定支援、家族支援を実施する。ピアカウンセリングを主体とした認知症家族介護者教室を年６回開催する。 | |
| 結果 | 認知症サポーター数　〇人（前年度　〇人） | 家族介護者教室　〇回（前年度　〇回） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

### 6　地域ケア会議

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 個別会議で抽出された地域課題を推進会議において、地域住民・地域の専門職と共に検討し、圏域別第８期地域包括ケア計画と連動させながら、具体的な取り組みにつなげていく。<br>地域ケア個別会議を６回、推進会議を５回実施する。 | |
| 結果 | 地域ケア個別会議　〇回（前年度　〇回） | 地域ケア推進会議　〇回（前年度　〇回） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

**7　生活支援体制整備事業**

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 共通の趣味や楽しみを通した通いの場を拡充し、地域住民が自主的に運営できるよう支援していく。また、通いの場同士が連携し、地域の高齢者の交流が活性化することを目指すため、自主グループ交流会を開催する。地域に向けて、通いの場やその他社会資源の情報発信を広報誌や ICT を活用して行う。 | |
| 結果 | 交流・通いの場　〇件（前年度　〇件） | |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

**8　見守りネットワーク事業**

| | | |
|---|---|---|
| ５年度の取組の視点 | 圏域の高齢者を対象に実態把握を 600 件行う。実態把握においては、高齢者本人の強みに視点をあて、地域高齢者の交流が活性化するように働きかけを行い、住民同士のネットワークの構築を進める。 | |
| 結果 | 実態把握　〇件（前年度　〇件） | 安否確認　〇件（前年度　〇件） |
| | | |
| 次年度以降の取組の方向性 | | |

＜圏域別地域包括ケア計画の取組＞

※事業ごとに記載している施策の方向性の数字は、以下を示している。

1… 見守り、配食、買い物など、多様な日常生活の充実
2… 介護予防の推進
3… 介護サービスの充実
4… 医療との連携強化
5… 高齢者になっても住み続けることのできる住まいの確保

<table>
<tr><td colspan="2">事業名　見守ろう　支えよう　つながろう</td><td>施策の方向性：１，５</td></tr>
<tr><td colspan="2">背景となる課題</td><td>・地域活動が活性化するために、町会や老人クラブ等と地域高齢者のさらなるつながりが重要である。<br>・マンションのオートロック化等により安全面は向上しているものの、異変の気づきが遅れることがある。<br>・転入してきた高齢者は、地域の社会資源情報が少なく、地域とつながりにくい状況がある。そのような高齢者に、地域の情報提供やつながりを作る支援が必要である。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業内容</td><td>・不動産会社や集合住宅の管理会社・管理人などとの連携を増やしていく。<br>・地域活動に参加する高齢者を増やしていくため、実態把握や総合相談等において本人の強みに関する情報を収集し、さまざまな活動の情報提供を行う。</td></tr>
<tr><td colspan="2">４年度事業実績（アウトプット及び現時点で判明しているアウトカム）R5.1.31 日段階</td><td>・新たな実態把握調査を延べ 658 件実施した。調査時には、熱中症・感染症予防・水分補給についても併せて注意喚起を行い、高齢者の印象に残るよう関連グッズにメッセージを添えて配布するなどの工夫を行った。こうめ高齢者支援総合センター（以下「センター」という）・高齢者みまもり相談室（以下「相談室」という）が高齢者の相談先であることの認知が向上し、高齢者本人からの相談が昨年に比べ 166 件増加している。<br>・住まいの関係者（管理人や不動産関係者等）との連携は 39 件となり、昨年度と比較して４件増加した。今年度、住まいの関係者からの相談件数が 21 件となり、昨年に比べて 17 件増加している。マンションに居住している高齢者の支援について連携が進んでいる。<br>・みまもり便りの配布先は 201 件となり、全体で 3,596 部発行している。昨年に比べて配布先は６件増加した。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">５年度の取り組みの指標と方向性</td><td>投入資源（人・場所等必要な資源）</td><td>・実態把握調査<br>みまもり相談室職員、みまもり便り、熱中症注意喚起グッズ（団扇や冷感タオル、麦茶）、みまもり相談室業務内容についてのチラシ、地域高齢者（グッズ作成のボランティア）<br>・住まいの関係者との連携強化<br>みまもり相談室職員、みまもり便り（配布用、集合住宅内掲示板掲示用）</td></tr>
<tr><td>５年度活動計画（アウトプットの目標）</td><td>・新たな実態把握調査を述べ 600 件行う。訪問先については、年齢や生活実態不明者など、優先順位を決めて取り組む。<br>・住まいの関係者との連携先を 5 件増やす。連携先は、マンション管理人や管理会社、不動産業者を中心とする。</td></tr>
<tr><td>成果（アウトカム）を測る指標</td><td>（目標１）生活実態把握を 600 件行うことで、高齢者の孤立を防ぎ、高齢者が活用できる社会資源の情報を伝えることができる。<br>（指標１）地域住民を対象とした各種事業での参加者アンケートで、事業を知ったきっかけが、チ</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | 及び目標 | ラシや職員の声掛けなど、直接こうめによる情報発信から情報を得たものが参加者の 10%となる。<br>（目標２）住まいの関係者からの相談先を増やすことで、住まいの関係者からの相談が現在よりも 10%増加（令和 4 年度は 21 件）し、マンション内での高齢者の課題に早期に対応できるようになる。<br>（指標１）住まいの関係者からの相談件数。 |
| 実施結果 | 活動の実績（アウトプット） | |
| | 成果（アウトカム目標の達成状況） | |

| **事業名　一歩踏み出し、皆と交流を深めよう** | 施策の方向性：１，２ |
|---|---|
| 背景となる課題 | 令和元年度の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、<br>・外出を控えている理由として、「足腰の痛み（57.6%）」「トイレの心配（19.5%）」が多く回答されている。<br>・運動器の機能低下リスクや転倒のリスクのある高齢者が他の圏域に比べて多く、身近な地域で活動できる場所や機会をさらに増やしリスクを減らしていく必要がある。 |
| 事業内容 | ・地域ごとのウォーキングマップを作成し、マップをきっかけとしたウォーキンググループを新たに立ち上げる。<br>・地域に気軽に休めるベンチを設置する取組を継続し、安心して外出できる情報を発信する。 |
| ４年度事業実績（アウトプット及び現時点で判明しているアウトカム）R5.1.31 日段階 | ・R4.11 月に押上三丁目伸成町会のウォーキングマップが完成した。同地域で「伸成歩こう会」が新たに設立され、活動が開始された。R5.1 月に活動は自主化している。ウォーキングマップ作成を予定していた２地域のうち、１地域はコロナ感染防止のため、町会の意向を尊重して延期している。<br>・歩こう会はこうめ圏域内の４か所で活動されており、各会は毎月 2 回開催され、20 名程度の参加がある。さらに、高齢者への周知が進み、町会内だけでなく、周囲の町会からの参加者も増えている。<br>・集いの場に参加することの介護予防効果を参加者にフィードバックし、活動意欲の向上につなげるために、R5.3.9 に押上三丁目伸成町会で体力測定会の開催を予定している。<br>・地域に気軽に休めるベンチは、１４か所設置されており、昨年に比べて３か所増加した。高齢者の休憩場所として活用されている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 5年度の取り組みの指標と方向性 | 投入資源（人・場所等必要な資源） | ○ウォーキンググループの立ち上げ支援・継続支援<br>・立ち上げ支援：相談室・センター職員、地域リハビリテーション支援事業スタッフ、ウォーキングマップ（町会関係者と相談しながら作成）1500 部、ウォーキンググループ広報チラシ<br>・継続支援：相談室・センター職員、地域リハビリテーション支援事業スタッフ、体力測定会イベント（センター主催）、体力測定会チラシ、ウォーキンググループ紹介動画（センター作成）<br>○こうめイスプロジェクト<br>ベンチ（材料；ベンチのキット、ペンキ、保険料）、任意団体『うめわかイスからつながるプロジェクト』の協力（保険手続き、ベンチ登録作業）、地域住民や事業所の空きスペース（ベンチを配置するため） |
| | 5年度活動計画（アウトプットの目標） | ・新たなウォーキングマップを 2 町会作成する。現在、ウォーキンググループが存在していない、向島一丁目、向島五丁目地域を中心にマップを作成していく。<br>・ウォーキンググループが活動している地域での体力測定会を半年に 1 回程度の頻度で実施し、新たに設立する予定の地域も含めて 4 地域（向島一丁目、向島四丁目、押上二丁目、押上三丁目）で全 7 回の体力測定会を実施する。<br>・イスプロジェクトでは、誰でも座れるベンチを新たに 3 か所設置する。 |
| | 成果（アウトカム）を測る指標及び目標 | （目標１）圏域内でウォーキンググループが 5 グループ活動を継続し、ウォーキングを通した介護予防活動が継続される。<br>（指標 1）ウォーキンググループ活動回数。ウォーキンググループへの参加人数。<br>（目標２）地域高齢者が気軽に外出できるようになる。<br>（指標２－1）体力測定会実施項目である、基本チェックリストで閉じこもりリスク該当者の経時的変化で改善がみられる。<br>（指標 2－2）体力測定会等でのアンケートで、「誰でも座れるベンチを使ったことがある」の回答数。 |
| 実施結果 | 活動の実績（アウトプット） | |
| | 成果（アウトカム目標の達成状況） | |

<table>
<tr><td colspan="2">事業名　人生１００年楽しく学ぶ</td><td>施策の方向性：１，２，３，４，５</td></tr>
<tr><td colspan="2">背景となる課題</td><td>・高齢者がいきいきと暮らしていくため、多種多様な趣味や生きがい活動を、身近な地域で行うことができる機会が必要だが、住民主体のグループ活動のうち約半数が運動の場であり、趣味活動等の場も増やしていくことが必要である。<br>・健康に暮らし続け、介護が必要になっても安心して生活ができるように、健康や介護に関する気軽な学びの場が必要。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業内容</td><td>・趣味や楽しみに関する住民主体の活動の立ち上げを支援し、住民同士の交流を促進する。<br>・介護・栄養・口腔ケア・住まい・医療・趣味などについて、気軽に学べるよう、オンラインの活用も含めて、さまざまな学びの機会を作る。</td></tr>
<tr><td colspan="2">４年度事業実績（アウトプット及び現時点で判明しているアウトカム）<br>R5.1.31 日段階</td><td>・4 月に園芸サークル「そらまめ」が設立され、すみだ福祉保健センターでの活動が継続されている。すみだ福祉保健センターで活動している高次脳機能障害グループと連携し、敷地内で花を育てて交流を楽しんでいる。現在は４名の方が継続して参加している。今後は、施設内の生活介護施設「はばたき福祉園」と連携し、屋上で菜園活動を開始する予定。<br>・こうめ地区作品展を開催し、自宅で楽しんでいる趣味活動について発表する場を作り、作品を通した交流の活性化を図った。９２作品が個人やグループから出展された。アンケート集計結果では 29 名の方が回答し、「素晴らしい作品を見て感動した」との意見が見られた。<br>・こうめ地区写真コンテストを開催し、写真を趣味とした方の発表の場を作り、趣味活動を通した交流の活性化を図った。２７作品が出展された。会場では作品を見ながら作者と見学者との交流が見られていた。展示した写真は言問小学校の掲示板を活用した「まちかどギャラリー」に作品を展示し、児童や地域住民らが作品を通じた交流を生むことができた。<br>・こうめオンライン講座を月１回の頻度で実施。地域の専門職が講師になり、感染症予防や認知症予防、オンライン散歩など、さまざまな講座について ZOOM を活用して開催した。延べ 116 人が参加。気軽な学びの場として継続的に実施している。参加者は、地域の高齢者施設入居者が中心となっているが、最近では高齢者個人がスマートフォンなどを使用して参加する方も存在している。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">５年度の取り組みの指標と方向性</td><td>投入資源（人・場所等必要な資源）</td><td>・学びの促進<br>オンライン機器、ZOOM のライセンス、地域の専門職（各種講座の講師）、センター・相談室職員、対面での研修会場、講座資料、広報用チラシ、みまもりだより（広報）<br>・生きがい活動の拡大<br>相談室職員（実態把握での趣味活動などの調査）、センター職員（趣味活動に関する講座の企画）、すみだ福祉保健センター（老人 A 事業との連携による講座の開催）、講座開催時のチラシ、区報への掲載</td></tr>
<tr><td>５年度活動計画（アウトプットの目標）</td><td>・学びの促進では、オンライン講座を継続して月 1 回の頻度で開催する。そのうち 2 回は会場開催とし、対面で行うことで学びを通した交流を促進する。<br>・高齢者個人でのオンライン講座参加者が 10 名となる。<br>・新たな趣味活動の自主グループが 2 グループ設立される。</td></tr>
<tr><td>成果（アウトカム）を</td><td>（目標）趣味活動や学びを通した高齢者同士のつながりが増え、互助の促進が見られる。<br>（指標）自主グループや地域高齢者を対象にした各種講座に参加する高齢者の人数</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | 測る指標及び目標 | |
| 実施結果 | 活動の実績（アウトプット） | |
| | 成果（アウトカム目標の達成状況） | |

| **事業名　医療と介護の連携** | | 施策の方向性：３，４ |
|---|---|---|
| 背景となる課題 | | ・自立支援・重度化防止の視点でのケアプラン作成が進んでいる。さらに検証をすすめ、利用者のいきいきとした生活につなげていく必要がある。<br>・医療関係者と介護関係者との連携が深まっている。この連携をさらに強化し、専門職による切れ目ないサービスを提供できる体制を目指す必要がある。 |
| 事業内容 | | ・地域ケア個別会議を年 5 回開催し、医療と介護の専門職が協働して地域の課題を抽出する。<br>・ケアマネジャー研修会等において、医療と介護の専門職が自立支援・重度化防止に向けた意見交換会を開催し、情報共有を行う。 |
| ４年度事業実績（アウトプット及び現時点で判明しているアウトカム）R5.1.31 日段階 | | ・地域ケア個別会議を 5 回開催。医療と介護の専門職の延べ参加者数は 35 人。33 事業所からの参加があった。5 件の個別ケースについて課題を検討し、地域課題では、社会資源についての情報発信方法や移動支援、栄養に関しての相談先の充実の必要性等の発見につながった。<br>・地域専門職の顔の見えるつながりを作るため、任意団体「こうめつながるプロジェクト」では、R5.1.13 からこうめセンターに集まる地域情報（集いの場や研修、地域イベントなど、専門職のケアマネジメントに役立つ情報）について週 1 回のメールマガジンを発行し、会員メンバーに配信している。 |
| ５年度の取り組みの指標と方向性 | 投入資源（人・場所等必要な資源） | ・地域ケア個別会議での医療と介護の連携<br>センター相談室職員、地域の専門職、検討対象事例<br>・こうめつながるプロジェクトでの専門職の連携促進<br>センター職員、週 1 回のメールマガジン（地域情報の発信）、ほんわカフェ（通いの場）、地域の専門職、押上 2 丁目アパート集会室 |
| | ５年度活動計画（アウトプットの目標） | ・地域ケア個別会議を 6 回実施し、6 ケースのケース検討を行う。<br>・地域ケア会議で抽出された地域課題についての検討や地域ケア計画の推進のための地域ケア推進会議を 5 回実施する。<br>・こうめつながるプロジェクトと連携し、地域の専門職に地域情報を週 1 回メールマガジンで発信する。<br>・こうめつながるプロジェクトへの専門職の登録を 20 名増やす。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 成果（アウトカム）を測る指標及び目標 | （目標）地域の専門職が連携して地域高齢者に一体的にサービスを提供し、個別課題や地域課題に取り組むことができる<br>（指標）<br>・地域ケア個別会議、地域ケア推進会議への参加職種数<br>・医療と介護の連携に関する事業（ケアマネジメント研修や地域ケア個別会議等）での参加者アンケートで医療と介護の連携が図られていると回答した割合。<br>・こうめつながるプロジェクトでの登録職種数。<br>・医療機関からの相談件数。 |
| 実施結果 | 活動の実績（アウトプット） | |
| | 成果（アウトカム目標の達成状況） | |

| **事業名　認知症の方も安心できる地域づくり** | 施策の方向性：１，２，３，４，５ |
|---|---|
| 背景となる課題 | ・認知症サポーターが地域に増えている。さらに地域に認知症の理解を広げるため、地域住民に向けて、認知症サポーター養成講座の開催が必要である。<br>・地域に認知症高齢者の相談が増えており、本人や家族が、地域でいきいきと暮らし続けるために活動・活躍できる場所を増やす必要がある。<br>・令和元年度の在宅介護実態調査によると、介護者が抱える不安の中で、認知症の症状への対応方法を不安に感じる介護者が 20%と最も多くなっている。 |
| 事業内容 | ・認知症サポーター養成講座を幅広い世代に向けて開催し、地域で認知症の方を支える環境を整える。<br>・認知症普及啓発講座では、医療職などの専門職が地域住民に向けて、早期発見や対応方法、本人の意思決定支援等についての講座を行う。<br>・介護者同士が交流・相談・情報共有できる場として、認知症家族介護者教室を定期的に開催する。 |
| ４年度事業実績（アウトプット及び現時点で判明しているアウトカム）R5.1.31 日段階 | ・認知症家族会を５回実施。延べ参加者数は 24 人。ピアカウンセリングを中心とした内容とし、日頃の介護の悩みを参加者間で共有し、介護負担の軽減について支援した。<br>・認知症サポーター養成講座を含め、認知症普及啓発を 12 回実施。延べ 167 人が参加した。そのうち、認知症サポーター養成講座は 6 回開催し、114 名が参加した。小学校児童や病院職員、地域住民を対象に行った。<br>・認知症普及啓発講座では、ZOOM 等の ICT の活用についての普及を目的にした内容の講座を１回実施し、５名の方がオンラインでのつながりを体験した。 |

| | | |
|---|---|---|
| 5年度の取り組みの指標と方向性 | 投入資源（人・場所等必要な資源） | ・認知症普及啓発事業<br>相談室・センター職員、地域の認知症サポータキャラバンメイト研修受講者（認知症サポーター養成講座の講師として）、認知症に関する地域の専門職、普及啓発用チラシ（みまもりだより等）<br>・認知症家族介護者教室<br>センター職員、広報用チラシ（区のお知らせ、チラシ等） |
| | 5年度活動計画（アウトプットの目標） | ・認知症普及啓発事業（認知症サポーター養成講座を含む）を地域住民や専門職に向けて、18回実施する。<br>・認知症家族介護者教室を6回実施する。 |
| | 成果（アウトカム）を測る指標及び目標 | （目標１）地域住民の認知症への理解が深まる。<br>（指標１）認知症サポーター養成講座参加者数、認知症普及啓発事業への地域住民参加者数、認知症普及啓発事業での参加者アンケートで「認知症について理解できた」と回答した割合。<br>（目標２）認知症の方を支える家族が孤立感を感じず、地域で暮らすことができる。<br>（指標２）認知症家族介護者教室参加者数、認知症家族介護者教室参加者アンケートで「介護への不安が軽減された」との回答した割合。 |
| 実施結果 | 活動の実績（アウトプット） | |
| | 成果（アウトカム目標の達成状況） | |