

**令和 5 年度
なりひら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 8 期最終目標

- 支援の必要な方が希望に沿った暮らしを継続できるように、地域や専門職が連携強化し支える体制が構築されている。
- 圏域内の高齢者に全数実態把握訪問を行う。
- 毎年のふれあい訪問アンケートにおける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）の認知度が 80%以上となっている。

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
35,478 人	7,045 人	19.9%	3,932 人	55.8%

令和 6 年 4 月 1 日時点

5 年度の到達点

- ・連携のネットワーク再構築のための地域ケア会議や意見交換会等を、コロナ禍以前と同等程度の回数を目標に開催する。
- ・全数訪問：昨年度に引き続き年間 1800 件を継続。（①オートロックマンションなど直接訪問できない対象者については民生委員、マンション管理人等の方と協力し訪問していく。②訪問したことがない対象者を 0 にする）
- ・介護予防として感染症流行状況に応じながらできる限り体操を継続。体力測定会を昨年度と同程度の回数で開催。

<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	コロナ禍の影響を受けて変化してきている総合相談の傾向を知り、知識・技術の向上に努め、適切な助言・情報提供ができる体制にする。	
結果	新規相談件数 558 件 (前年度 547 件)	継続相談件数 385 件 (前年度 347 件)
	<p>○相談件数は 943 件（新規 558 件）前年度に比べ 49 件増（新規 11 件増） 相談内容としては、介護保険、権利擁護、虐待、保健、認知症、介護予防については件数増、高齢者施策、医療などについては減少した。相談対応にあたっては必要に応じてケースカンファレンスや地域ケア個別会議等を行い関係機関等と連携を図りながら対応を行った。</p> <p>○相談室の実態把握（延べ 1,248 件）等を通じて、介護認定申請（約 11%）を行う等初期段階からの介入・対応を行った。</p>	

2 権利擁護

5年度の取組の視点	<ul style="list-style-type: none"> ・問題が複雑化する前に地域住民(本人、家族、近隣住民等)や関係機関から相談ができる体制づくりを行い、地域住民、関係機関等との連携を強化する。 ・権利擁護に関する研修への参加及び実際の業務等により、知識・技術の向上に努め、適切な助言・情報提供ができる体制にする。 ・事案ごとにセンター内で勉強会を行い、センター職員全体の知識の向上に努める。 	
結果	虐待防止ネットワーク（研修、講座等）2回 出席者延べ45名 ※前年度実績なし	権利擁護相談（虐待相談含む）件数 25件 （前年度 16件）
	<p>○権利擁護相談：新規14件、虐待相談：新規3件</p> <p>○虐待対応：虐待通報14件、うち虐待認定14件（セルフネグレクト含む） 養護者による虐待10件、セルフネグレクト4件。</p> <p>養護者による虐待の種類は、身体的虐待4件、心理的虐待4件、経済的3件、ネグレクト3件となっており、種別が重複している事例が3件あった。被虐待者の80%が女性、養護者の64%が女性だった。</p> <p>○地域住民等へ向けての講座を2回行った。担当職員の外部研修参加（7回）や、研修・ワーキング後に他職員への研修内容のフィードバックを通してスキルアップに努め、権利擁護・虐待相談については初期から関係機関と連携をとりながら対応した。</p> <p>○男性介護者教室ケアMEN すみだ 墨田区高齢者支援総合センター合同で開催。11月「訪問診療について」を担当し、7人が参加。</p>	

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	地域ケア個別会議、研修会・事例検討会等を通じてケアマネジャーの抱える様々な課題解決を支援し、高齢者を支援する地域住民とのネットワークを構築する。	
結果	ケアマネジャー向け研修2回 参加者延べ23名 （前年度1回）前年度16人	
	<p>○なりひら圏域介護支援専門員向け研修として「地域リハビリテーション事業について」を東京都理学療法士協会を講師として開催した。また、なりひら圏域主任介護支援専門員連絡会（1回）、ケースカンファレンス（4回）、地域ケア個別会議（3回）を実施し、専門職や地域の支援者との連携に努めた。</p> <p>○地域住民と専門職との関係性づくりとして、民生委員交流会へ圏域居宅介護支援事業所の管理者が参加し、意見交換を行った。交流会後のアンケートでは「介護保険やケアマネジャーについて理解が深まった」といった声が聞かれ地域でのネットワーク強化につながった。</p>	

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	なりひらホーム2階で行う自主体操グループの参加者を各曜日平均20名（週100名）から平均25名（125名）に増やす。体力測定会を昨年度定員5名から定員10名に増員して（目標人数年間120名）毎月実施し、筋力・体力低下を予防しフレイル高齢者の減少を目指す。	
結果	プラン件数（自己作成） 2,020件	プラン件数（委託） 1,359件

	(前年度 2,084 件)	(前年度 1,162 件)
	なりひらホーム 2 階の自主体操グループ参加者は各曜日平均約 19 名であった。8 月の体力測定会は諸事情により中止したが、それ以外は毎月実施し参加者 101 名であった。半年後や 1 年後に再測定を実施し、測定値が維持又は改善されている方が約 9 割であり、フレイル予防につながっていることが確認できた。体力測定会を通じて 4 名の方にフレイルの疑いがあり介護予防活動に繋がった。	

5 認知症支援

5 年度の 取組の視点	認知症支援に係る研修や地域ケア会議などを通して、コロナ禍で変容する認知症を取り巻く環境下の支援の困難さにも対応のヒントを得ることで、支援者のつながりを再確認する。	
結果	認知症サポーター数 開催数 8 回 279 名 (前年度 開催数 7 回 326 名)	家族介護者教室 12 回 参加者延べ 89 名 (前年度 9 回 85 名)
	住民向け認知症講座 3 回・多職種向け認知症研修 1 回・金融機関向け認知症講座 2 回・認知症初期集中支援チーム 1 件・個別地域ケア会議 1 件。 これらの実施を通し、コロナ禍以前に比べ住民同士・関係機関とのつながりが希薄化していることを再認識した。認知症支援には地域のネットワークや見守り、また多職種・関係機関とのつながりが重要であり、その再構築のニーズがあることも把握した。 第 9 期では“認知症は他人ごとではない、我がごと”と住民が捉え、認知症になっても住みやすい地域を一緒に考えていくことができるよう、専門職や多職種が連携・協働して、講座や勉強会を行い働きかけていく。また認知症当事者の声から多角的な視点で困りごとやニーズを汲み取り、支援に繋げることに取り組んでいく。	

6 地域ケア会議

5 年度の 取組の視点	地域と関係機関・多職種とが意見交換できる地域ケア会議開催をとおして、コロナ禍に影響を受けた関係性を再構築し取り組みの検討を行う。第 8 期最終年を踏まえ、第 9 期への課題を把握する。	
結果	地域ケア個別会議 3 回 (前年度 3 回)	地域ケア推進会議 5 回 (前年度 3 回)
	○地域ケア個別会議を 3 回、地域ケア推進会議を 5 回実施した。令和 5 年度は、地域住民はじめ多職種による対面の会議ができたことで、直接の声（意見）をうかがうことができ、会議での意見交換を通して改めて顔の見える関係性も構築できた。 ○第 9 期地域包括ケア計画策定において、グループ（生活支援、介護予防、介護サービスの充実、医療と介護の連携強化、認知症）ごとに課題抽出を実施し、共通の課題として、情報が十分に届いていない、地域の高齢者の身近な場所で相談できる場・機会が必要ということがあげられ、重点的取組として 3 事業を策定した。	

7 生活支援体制整備事業

5 年度の 取組の視点	相談室とも連携して地域の社会資源情報の収集・とりまとめをすすめ、情報の活用を図る。また、地域活動の情報の周知を積極的に行い、コロナ禍で地域とのつながりが薄れた高齢者が、地域活動に参加できるよう支援する。	
結果	交流・通いの場 19 件 (前年度 23 件)	

	相談室、介護予防担当と連携し、地域の社会資源情報の収集・とりまとめをすすめた。また地域の体操グループやカフェ3団体が活動を再開した。活動再開にあたり代表者の支援や体操講師役を担う等の支援を行った。実態把握などで接触できなかった方が参加される等みまもりにもつながった。総合相談や地域のケアマネジャー等へなりひら体操教室や自主グループ活動などの周知を行い、地域の高齢者が地域活動につながるきっかけとした。
--	--

8 見守りネットワーク事業

5年度の取組の視点	令和4年度のふれあい訪問アンケートの結果では、コロナの影響もあり相談室の認知度が66%に急落したため、令和5年度は、70%を超えることを目指す。 引き続き全数訪問を行い、これまで一度も訪問したことがない高齢者を0とすることを目指す。	
結果	実態把握 906件（前年度 1,757件）	安否確認 7件（前年度 13件）
	令和4年度のふれあい訪問アンケートの結果、相談室の認知度が66%であったが、令和5年度は70%まで回復した。令和5年度は実態把握調査に加え、地域の自主グループ等の集いの場17か所に403回出向き、みまもり相談室の周知を行うことでネットワークの構築に繋がった。実態把握調査では、独居で孤立リスクの高い高齢者を中心に実施した。一度も訪問したことがない高齢者は60代の高齢・家族世帯を中心に300名となったが引き続き0を目指していく。調査時に本人の興味があることも聞き取り、その人に合った情報提供を行うことで、地域の活動に繋がるよう努めた。	

<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 | |

事業名 地域活動の次代の担い手育成		施策の方向性：1, 2
背景となる課題	地域の活動運営者から後継者がいないと切実な声があがっている。現在行われている地域の活動を維持・継続するには、新たに活動の運営に携わる担い手の育成が必要である。	
事業内容	まず全数実態把握訪問等を通じて地域活動へ参加のきっかけ作り、活動の周知等働きかけを行う。その参加者の中から、活動の運営側に加わってもらう等、新たな活動者を増やしていく。	
5年度の取組みの指標と方向性	投入資源（人・場所等必要な資源）	・センター介護予防担当職員1名・生活支援コーディネーター1名、相談室職員理学療法士1名 ・活動参加者中、運営に関心を持つ方
	5年度活動計画（アウトプットの目標）	・現在活動している圏域内通いの場・集いの場のうち、なりひらホームで行われている体操6団体、折り紙教室やケアカフェなりひらには担当者が運営支援し、参加者と信頼関係を深めつつ、運営を手伝う意欲を高める勧誘を続ける。 ・その他の活動運営者とは、年1度の地域ケア会議にて進捗の確認や情報交換を行う。

	成果（アウトカム）を測る指標及び目標	・新たに活動運営に加わった人数
実施結果	活動の実績（アウトプット）	活動参加者からボランティアを募集し、新たに活動の協力者として3名がボランティアとして加わった。また、なりひら体操教室での体操講師希望相談者を介護予防サポーター資格取得につなげ、実際に講師となっていた。地域活動では体操教室やカフェ3団体が活動を再開した。
	成果（アウトカム）目標の達成状況	活動参加者への声掛けをきっかけとして新たに3名がボランティアとして加わり、参加者の出欠や集金、会場設営など運営側として担っていただいている。また、体操講師をやりたいという相談について介護予防サポーター資格取得につなげ、実際になりひら体操教室の講師となり活躍していただいている。日頃から参加者等とコミュニケーションをとり、参加に留まらず協力者となっただけそうな方への声かけや促しを行うことで、活動者のやりがいに繋げることができた。今後さらに協力者を増やしていきたいと考えている。

事業名 認知症になっても暮らし続けられる街		施策の方向性：1, 3
背景となる課題	毎年、認知症による介護申請が増えており、認知症になっても住み慣れた環境で暮らし続けられるよう、当事者を支える家族や関係者、医療・介護事業所等の専門職の連携が求められている。	
事業内容	日々の相談を通じて、かかりつけ医・認知症専門外来・介護支援専門員・介護事業所などと連携を図り専門職のチームワークを育み、スキルアップを図ることに継続して取り組む。「認知症支援のしやすさ」が実感できるかの評価をするために、在宅を支える要である介護支援専門員に3か年計画のアンケートを実施する。	
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）	在宅支援の要である介護支援専門員を中心に、認知症の方を取り巻く地域住民や関係機関、専門職などが互いに情報共有し話し合い学べる場と機会をつくる。ニーズや困りごとの聞き取り、3か年アンケートの結果をもとにテーマや人材を検討する。また、認知症疾患医療センターや金融機関などとも連携を図る。
	5年度活動計画（アウトプットの目標）	主に介護支援専門員を中心にした意見交換会、勉強会等の開催 地域ケア会議やカンファレンスを通じた連携強化
	成果（アウトカム）を測る指標及び目標	研修や勉強会等の実績と、参加者の声のアンケート結果からその成果を測る。
実施結果	活動の実績（アウトプット）	○介護支援専門員に対し3か年アンケート実施し、集計を行い(延べ配布63、うち回収40)以下の結果と考察が得られた。 ・認知症の人の外への繋がりが希薄になったことに関連して BPSD が全般的に増加した。 ・ケアマネが孤軍奮闘している状況が推測される。 ・対応スキルの学びやケーススタディの要望あり

	<p>○認知症の方の個別支援・専門職多職種認知症研修の実施、専門多職種と協働での地域住民向け認知症講座の実施、認知症疾患医療センター主催の会議出席を通して、地域の現状や認知症支援の課題把握・関係機関の要望を聞き取り、ここでもコロナ禍の行動自粛の悪影響と考える以下の結果を得た。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出や活動の場がなく孤立し認知症が進行 ・住民同士の見守りが希薄化 ・地域も関係機関も関係性の再構築が必要
成果（アウトカム目標の達成状況）	<p>認知症を取り巻く現状にコロナ禍の影響は大きかったことを実感した。コロナ禍が落ち着いた今、住民が活動を通じて繋がることや学び取り組むモチベーションについて、また専門職・関係機関が互いに協力し連携を深めることについて、改めて再構築が必要であるとの声を多く聞いた。各所よりそのニーズもあることも確認し、第9期計画の共通業務に反映していく。</p>

事業名 元気セルフチェック会		施策の方向性：2
背景となる課題	<p>地域の自主的な活動が充実してきており、圏域内の75歳以上の要介護認定率が減少している一方で、まだ多くの高齢者が介護予防の活動の場を求めている現状がある。</p> <p>また、センター・相談室との関わりがない高齢者の中にはフレイルのリスクが高い人も多く、そのような予備軍を早期に把握し、アプローチする必要がある。</p>	
事業内容	<p>圏域内（錦糸・太平・横川・業平）の高齢者を対象に新型コロナウイルス感染症対策を講じながら毎月体力測定会を開催し、その中から一定数の方を介護予防活動、一般介護予防事業につなげ、フレイルの進行を防ぎ、高齢者の健康状態の向上健康へつなげる。</p>	
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）	<p>担当者：センター・相談室 介護予防担当2名（保健師・理学療法士）、墨田区地域リハビリテーション活動支援事業から2名（理学療法士・作業療法士）</p> <p>場所：なりひらホーム2階 地域交流スペースまたは機能訓練室</p> <p>頻度：月1回（毎月第3火曜日）年12回</p> <p>参加者：業平・横川・太平・錦糸地区の主に後期高齢者</p>
	5年度活動計画（アウトプットの目標）	<p>毎月1回体力測定会を実施。参加人数の定員は各回10名（年間120名）。測定結果から介護予防が必要な参加者へ声かけやチラシを渡し、地域体操や介護予防普及啓発事業につなげ筋力低下の進行を防ぐ。</p>
	成果（アウトカム）を測る指標及び目標	<ul style="list-style-type: none"> ・測定表（身長・体重・BMI・握力・アップ&ゴー・5回立ち上がり・5m歩行・下肢筋力）を作成し、測定結果を記入し参加者の健康状態や悩み事を把握、測定数値の向上を確認する。 ・介護予防活動（なりひらホーム内体操、公園体操）や一般介護予防事業につなげた人数
実施結果	活動の実績（アウトプット）	<ul style="list-style-type: none"> ・11回実施 8月は中止、それ以外は毎月実施。令和6年3月現在延べ101名参加。 ・トルトやinbodyの実施：トルトを使用した歩行解析は10月・11月・12月実施、Inbodyを使用した体脂肪率や筋肉量測定は6月・11月実施。 ・町会・老人クラブでの実施 9月に出張測定会を実施し17名参加、10月体操自主グループ1か所で測定会を実施し9名参加。

成果（アウトカム目標の達成状況）	<p>○体力測定会参加者の約3割が全国平均と比較し握力が弱めの傾向であったが、測定会を通じてフレイルへの理解を深めることができ、フレイル予防に繋がった。半年後や1年後の再測定者は測定値の維持や向上もみられた。</p> <p>地域リハビリテーション活動支援事業を14回活用し、理学療法士や作業療法士による講話や参加者から膝が痛く長く歩きづらい、肩が上がりづらい、足が痛むなどの困りごとを直接伺い、個々の悩みに対して改善のためのアドバイスを行った。また、体力測定会の結果よりフレイルの方に対して介護予防活動の参加を促し4名繋がった。</p> <p>Inbody やトルトの結果より、約1割にフレイルや歩行能力低下がみられたが、全体的には平均以上であった。測定結果を通じて専門職より個別的なアドバイスを実施することが出来た。</p> <p>地域ケア会議より地域住民から歩いて行ける距離に活動の場が少ない、コロナにより活動再開状況に差がある、自主グループが少ないといった声が上がった。活動場所閉鎖等の課題を把握し、活動を継続できるために第9期地域包括ケア計画へ反映した。</p>
------------------	---

事業名 要介護になっても暮らし続ける街		施策の方向性：3
背景となる課題		在宅を支えるケアマネジャーをはじめとした専門職と地域の支援者が連携しやすい体制を整えることが「地域のために役立ちたい」と思えることにつながるため、地域に根付いた支援を継続する必要がある。そのことは、共生社会を目指すために重要である。コロナ禍で対面や集合することが少なくなったことで、顔の見える信頼関係・ネットワークが薄らぐ懸念がある。
事業内容		地域ケア個別会議を年に6回開催し、会議を通して地域の支援者と介護事業所との顔がつながり意見交換できることで、利用者の希望する生活を支えられるチーム、ネットワークの構築を進める。
5年度 の 取 組 み の 指 標 と 方 向 性	投入資源 （人・場所 等必要な資 源）	【人】医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、地域リハビリテーション事業、理学療法士・作業療法士、民生委員・児童委員、地域の高齢者の支援者、訪問介護、訪問看護、デイサービス、高齢者施設、栄養士、警察、消防署、高齢者福祉課、生活福祉課、障害者福祉課、保健センター、社会福祉協議会、くらしごと相談室 【場所】なりひらホーム2階交流スペース
	5年度活 動計 画 （アウトプ ットの目 標）	・地域ケア個別会議、地域ケア推進会議、ケアマネジャー向け研修会、事例検討会、カンファレンス、ケアマネジャー相談（支援）の開催回数
	成果（アウ トカム）を 測る指 標 及び目 標	・地域ケア個別会議、地域ケア推進会議、ケアマネジャー向け研修会、事例検討会の開催に伴う連携が強化できた事例 ・アンケート実施 対象：なりひら圏域の居宅支援事業所等関係機関
実 施 結 果	活動の実績 （アウトプ ット）	○なりひら圏域主任介護支援専門員連絡会 1回 ○なりひら圏域居宅介護支援事業所所属介護支援専門員研修会 1回 ○ケースカンファレンス 4回 ○地域ケア推進会議 5回 ○地域ケア個別会議 3回
	成果（アウ トカム目 標）	○なりひら圏域居宅の主任介護支援専門員とセンター、居宅間の横のつながりとして、（前年度開催したなりひら圏域居宅介護支援事業所管理者連絡を）なりひら圏域主任介護支援専門員連

の達成状況)	<p>絡会として実施、さらに開催数を増やして定期的に実施し、地域でのネットワークの強化を進めた。</p> <p>○ケアマネジャーと地域住民との関係づくりとして、民生委員交流会に圏域居宅介護支援事業所の管理者が参加し意見交換を行った。参加者からは「介護保険やケアマネジャーについて理解が深まった」といった声が聞かれ、地域の専門職と支援者が連携しやすい体制を整えるきっかけとすることができた。</p> <p>○みまもりだより等を圏域の居宅介護支援事業所に配布し、地域のインフォーマルサービス等の情報提供により社会資源の活用を促した。</p> <p>○第9期地域包括ケア計画策定に伴う地域ケア推進会議において介護サービス分野として課題抽出を実施した際に、高齢者がセンターをはじめ地域の関係機関や専門職とつながる機会を持ち、相談しやすく、身近な場所で相談等ができる環境をつくる必要性が見えたため、重点的取組として策定した。</p>
--------	---

事業名 最期まで地域で暮らし続けられる街		施策の方向性：4	
背景となる課題	<p>資源はありながら在宅での看取りが進んでいない状況にあったが、専門職が地域ケア会議や勉強会などを通じて知識を得られ、連携を深め、経験を積むことで看取り件数が増加した。</p> <p>自宅で最期を迎えられるようになると、次の課題は如何に健康的に暮らせるか、例えば墨田区はがん死亡率が23区内でも高くがん教育に取り組んで健康寿命の延伸が図られれば理想的だとの意見があり、次の取組課題であるとの総意に至った。</p>		
事業内容	<p>「在宅での看取りが可能な環境が整っている」ということの普及啓発は継続、事業所と地域を結びつけることも留意しながら取組を進める。</p> <p>健康寿命延伸についての取組については、なにに重点を置きどのように進めるか、地域の多職種・専門職の声を集約しながら方向性を決めていく。</p>		
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)	<p>【人】医師、歯科医師、栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、訪問看護、訪問介護、通所介護、高齢者施設、民生委員、地域の支援者</p> <p>【場所】なりひらホーム</p>	
	5年度活動計画 (アウトプットの目標)	地域ケア推進会議、地域ケア個別会議、研修会、事例検討会、カンファレンス、ケアマネジャー相談支援の開催、実施回数	
	成果(アウトカム)を測る指標及び目標	地域ケア推進会議、地域ケア個別会議、研修会、事例検討会、カンファレンス、ケアマネジャー支援の実績と、参加者の声から成果を測るためアンケートを実施。	
実施結果	活動の実績 (アウトプット)	<p>○地域ケア推進会議 5回</p> <p>○地域ケア個別会議 3回</p>	
	成果(アウ	○医療・介護連携地域ケア推進会議を「健康寿命」の延伸をテーマに、医療、居宅介護支援事	

<p>トカム目標 の達成状 況)</p>	<p>業所、デイサービス（運動特化型）、福祉用具事業者等に参加いただき実施した。</p> <p>健康寿命の延伸につながる地域活動を考えるにあたり、「地域でつなぐ※ALPとACP」として、健康かつ幸福に過ごすには、治療・ケアについて話し合うACP（アドバンス・ケア・プランニング）よりも前段階の、健康な時からどのような人生を歩みたいかを考えるALPが重要であるとの考えを学んだ。</p> <p>参加者アンケートでは、地域の様々な専門職とつながるきっかけとなったという回答が約9割あり、対面で実施した効果が反映された。医療・介護連携については第9期地域包括ケア計画重点的取組「我が家で暮らし続けられるしくみを知ろう」で引き続き取り組んでいく。</p> <p>※ALP（アドバンス・ライフ・プランニング：ACP以前、健康な時から人生観や死生観を元に「自分が何を大切にしているのか」「どのような人生を歩みたいか」について考える）</p>
------------------------------	--