

**令和 5 年度
むこうじま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

地域の人たちが助け合い垣根を越えてつながり、環境が変わっても孤立せず、ここで暮らせて良かったと思えるまちづくりを推進します。①世代を超えて助け合い防災にも強いまち ②みんながフレイル予防に取り組めるまち ③一人ひとりが役割をもって活動できるまち ④必要な情報がわかり易く容易に得られるまちを、地域の高齢者とともに目指します。

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
34,789 人	8,150 人	23.4%	4,748 人	58.3%

令和 6 年 4 月 1 日時点

5 年度の到達点

- 地域の社会資源※を見つけ、高齢者が興味・関心事を実現できるように、『人と人のつながり』を構築し発展させる。
- 1 地域の高齢者が身近な社会資源とつながり、趣味や特技、経験を活かして地域の支え手として活躍できる。
 - 2 地域の高齢者が対話や活動を通して関係性を維持し、継続的にフレイル予防に取り組める。
 - 3 多職種・多機関が連携し地域課題に取り組むことで、地域の『つながり』が強化し高齢者の社会参加が促される。
 - 4 地域に新たな拠点が增えることで高齢者や支援者に必要な情報が届けられ、社会的孤立を防止できる。

※ 各種制度、サービス、組織・団体、情報、拠点、ネットワークなどが含まれます。

＜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	○専門職として相談者のニーズを捉え、的確な社会資源につなげられるよう情報提供を行う。 ○高齢者が適切な社会資源を選択し、主体性を発揮できるようにサポートする。 ○多職種や関係機関が支援方針を統一し早期対応を行えるように、共通のアセスメントツール、情報共有ツールを活用する。 ○アウトリーチや各事業を通し、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）の役割を具体的に伝え、認知度・利用者満足度の向上を図る。	
結果	新規相談件数 951 件 （前年度 901 件）	継続相談件数 1,680 件 （前年度 1,865 件）
	○年次相談実績では、相談者は家族が 1,013 件で最も多く、次いで本人、関係機関であった。相談形態では、初回は電話、来所が多く 883 件、継続は電話、訪問が多く 1,339 件であった。また、相談内容では、初回は社会資源の種類や活用法に関する相談が上位を占めたのに対し、継続では介護保険の他、医療、認知症、権利擁護等より専門的な内容が増えていた。多職種の多角的な視点で相談者のニーズを捉えられ、適切な社会資源の選択や課題解決につながった。 ○基本台帳、基本チェックリスト、DASC、墨田区共通ツール等を活用し、情報共有を図った。 ○アウトリーチや各事業ではパンフレットやチラシを活用し、センター・相談室の役割を具体的に伝え、	

	認知度の向上を図った。	
2 権利擁護		
5 年度の 取組の視点	○高齢者や家族が望む生活を続けられるように、意思決定支援を継続する。 ○多職種、関係機関、地域住民に、高齢者の消費者被害や特殊詐欺、虐待防止と養護者支援について普及啓発し、早期発見・早期対応のための支援体制を定着させる。 ・多職種、地域住民を対象に ACP（人生会議）、終活、権利擁護、虐待防止ネットワークセミナーを 5 回開催する。 ・成年後見制度の利用を促進する。 ○権利擁護相談については専門性を重視し、隔月の「弁護士相談会」を活用する。	
結果	虐待防止ネットワーク（研修、講座等）4 回 出席者延べ 61 名（前年度 6 回 65 名）	権利擁護相談（虐待相談含む）件数 167 件 （前年度 180 件）
	○地域住民に終活（エンディングノート、地域福祉権利擁護事業）や ACP（人生会議）の普及啓発セミナーを 4 回開催した（延べ 55 人参加）。参加者やその家族の意思決定について考える機会ができ、終活や ACP（人生会議）を実践する契機となった。 ○多職種に権利擁護、虐待防止ネットワークセミナーを 2 回開催した（延べ 30 人参加）。権利擁護、虐待防止事業における多職種と高齢者支援総合センターの役割や支援体制を再確認する機会となった。有事における情報共有や連携の重要性を共有し、虐待の早期発見・早期対応のネットワークが拡大している。 ○成年後見制度の申立て件数は 2 件で、入院を機に介入したケースと虐待によるケースであった。 ○隔月の「弁護士相談会」では、専門的な助言を受けることで支援方針が明確になり課題解決につながった。	
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	○地域の主任ケアマネジャーが圏域の地域課題を捉え、居宅介護支援事業所全体で地域包括ケアシステムの構築に取り組めるよう働きかける。 ○自立支援・重度化防止の視点でアセスメントを実践し、各関係者が統一した支援方針で高齢者の意欲を引き出す支援を継続できるようケアマネジメントの質の向上を目指す。 ・主任ケアマネジャーと協働し、研修及び情報交換会を年 4 回開催する。 ・ケアマネジャーを対象に事例検討会を年 2 回開催する。 ・ケアマネジャーや事業者を対象にセミナーを年 2 回開催する。	
結果	ケアマネジャー向け研修 10 回 参会者延べ 99 名 （前年度 6 回 65 名）	事例検討会 2 件（前年度 2 件）
	○「むこうじまセミナー」（5 回）「主マネの会」（5 回）では、実務に役立つセミナーや事例検討会を実施した（延べ 76 事業所 99 人参加）。 ・「主マネの会」では主任ケアマネジャーが事業所におけるスーパービジョンを学び、実践に必要なスキルを身につけることができた。 ・セミナーでは、ACP（人生会議）や無料定額診療事業について理解を深め、ケアマネジメントの質の向上を図った。 ○事例を振り返りながら、ケアマネジャーと民生委員・児童委員との顔の見える交流会を実施した	

	(1 回)。	
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	○高齢者が役割を持って意欲的な生活を続けられるように、ケアマネジャーやサービス事業者、地域住民に介護予防の取り組みを浸透させる。 ○委託先の居宅支援事業者と共通認識のもと、インフォーマルサービスの活用を促進し段階的に適切な社会資源につなげられるように働きかける。 ○高齢者の社会参加（自主的な活動）を推進する。 ・ 自己作成プラン件数は月平均 140 件、委託プラン件数は月平均 160 件とする。	
結果	プラン件数（自己作成）1,653 件 （前年度 1,855 件）	プラン件数（委託）2,201 件 （前年度 1,848 件）
	○自己作成プランは月平均 138 件、委託プランは月平均 183 件（委託居宅介護支援事業所 30 か所）であった。自立支援・重度化防止の視点でケースを共有し、ケアマネジャーやサービス担当者と連携した介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを進められた。 ○専門職の働きかけにより、ニーズに即したインフォーマルサービスを活用する高齢者も増えている。	
5 認知症支援		
5 年度の 取組の視点	○認知症サポーター（みかんの和）やボランティアの対応力が向上し、活躍できるよう支援する。 ○家族介護者の負担の軽減に努める。また、地域への理解促進するための普及啓発を継続する。 ○認知症の人やその家族に早期に関わり支援体制を構築する。 ・ 小学校、企業、住民等を対象に認知症サポーター養成講座を年 10 回開催する。 ・ 情報提供やピアカウンセリングを主体とする家族会等を年 10 回以上開催する。 ・ 認知症サポーター等のボランティアを含む住民に対し認知症普及啓発講座を年 3 回開催する。 ・ 認知症アセスメント訪問を 12 回、認知症初期集中支援チームによる支援を 2 ケース実施する。	
結果	認知症サポーター数 開催数 12 回 260 名 （前年度 11 回 294 名）	家族介護者教室 12 回 参加者延べ 55 名 （前年度 12 回 65 名）
	○認知症サポーター等のボランティアを含む住民に対し、専門職等から認知症の方の行動理由や接し方、本人や家族の気持ちを学ぶ認知症普及啓発講座を 3 回開催した（延べ 56 人参加）。 ○認知症サポーター養成講座以外の認知症普及啓発講座やセミナーを 9 回実施し（延べ 301 人参加）、認知症の人やその家族への支援体制の拡大を図った。 ・住民向けに認知症予防や専門病院の紹介などの講座を開催した。また、高齢者が多く集まる催しへの出張講座を実施した。 ・小学生、スーパー、金融機関を対象に認知症サポーター養成講座を行った。 ・専門職向けに社会資源の利用推進や連携深化を図るセミナーを開催した。 ○施設でのボランティア受け入れ再開に伴い、認知症サポーターのマッチングを行った。 ○家族会は、「むすめの会」「むこうじま家族会」とともにピアカウンセリングを中心に各 6 回開催した（延べ 55 人参加）。 ○ひきふね図書館での普及啓発イベントを 8 圏域合同で開催した。また、継続的に連携を図っているイトーヨーカドーでは店頭 2 か所でケアパス配置し、年間 231 冊配布した。 ○認知症アセスメント訪問を 12 回、認知症初期集中支援チームによる支援を 1 ケース実施した。	

6 地域ケア会議

5 年度の 取組の視点	○多職種や関係機関が連携し、自立支援・重度化防止の視点で個別ケースを振り返り、課題解決策を検討するとともに地域課題を把握する。 ○多職種、関係機関、地域住民が地域課題を共有し、優先課題を抽出し地域づくりにつなげる。 ○第 8 期ケア計画の実践から得た成果と課題を明らかにし、第 9 期ケア計画につなげる。 ・ 地域ケア個別会議を年 6 回開催する。 ・ 地域ケア推進会議を年 5 回開催する。	
結果	地域ケア個別会議 6 回（前年度 7 回）	地域ケア推進会議 10 回（前年度 10 回）
	○地域ケア個別会議を 6 回開催し（延べ 56 事業所、57 人参加）、ケアマネジャーから提供された事例を共有し多職種の視点で課題分析を行った。自立支援・重度化防止の考え方が浸透し、高齢者の意欲を引出す対策や地域課題が具体化した。 ○地域ケア推進会議を 10 回開催した（延べ 248 人参加）。 ・多職種連携会議（5 回、延べ 108 人参加）では、地域課題を分類し課題解決のための連携について協議した。 ・第 9 期地域ケア計画策定会議を開催し（5 回、延べ 140 人参加）、第 8 期計画を振り返り R6～8 年度の地域ケア計画を策定した。	

7 生活支援体制整備事業

5 年度の 取組の視点	○「やりたいことアンケート（高齢者の興味・関心ごとの調査）」結果を集約し、高齢者の活動参加への意向や地域に必要な社会資源の分析を行う。 ○地域の担い手や活動の場を集約し、高齢者の社会参加を促進する（マッチング）。 ○集約した社会資源を周知し、高齢者の社会参加を促進するためのシステムづくりに取り組む。	
結果	交流・通いの場 30 件（前年度 30 件）	
	○多職種の各拠点で「やりたいことアンケート」を実施し（67 人）、累計 244 人（男性 82 人、女性 162 人）の結果が得られた。アンケートの「興味がある（今はしていない）」に着目し、関心が高い活動の分析を行い、通いやすい身近な場所に「麻雀・将棋・囲碁」「ボランティア」「パソコン・スマホのスキルアップ」「高齢者向けの運動」等の社会資源が求められていることが分かった。 ○高齢者の社会参加促進をスローガンに関係者とのネットワークを構築し、高齢者が活動できる身近な場所を 2 か所開拓した。自主グループの立ち上げを支援し「麻雀・将棋・囲碁」に興味がある高齢者とのマッチングを行った（2 か所、34 人）。 ○「ボランティア」に興味がある高齢者と多世代交流事業（SUMIDA こども未来応援団）のマッチングを行った（4 人が参加）。 ○「いきいき GOGO!! マップ&リスト」を適宜更新し、地域内の活動の場 27 か所の情報を掲載した。圏域の 32 か所の関係機関を拠点として計 212 部を配布し、地域住民への周知を行った。	

8 見守りネットワーク事業

5 年度の 取組の視点	○社会的孤立・健康状態不明者の実態把握を進め、見守り・支援につなげる。 ○広範囲の社会資源に「すみだ高齢者見守りネットワーク事業」の周知を図り、圏域の見守り協力機関が増えるよう働きかける。 ○みまもりだよりの配布等により関係機関に情報共有を図り、見守りネットワークを充実させる。
----------------	--

	・ 65 歳以上の高齢者を対象（高齢者世帯を優先）に実態把握を年 600 件行う。	
結果	実態把握 742 件（前年度 616 件） ※年度実人数	安否確認 14 件（前年度 9 件）
	○65 歳以上の高齢者を対象(高齢者世帯を優先)に実態把握を実施した。また、4～12 月の転出入者 143 人のうち、未対応者 110 人の実態把握調査を行った。さらに、集合住宅においても、民生委員・児童委員や見守り協力員、不動産管理会社等が連携した見守りネットワークが作られ、75 歳以下の情報未把握の高齢者を対象に実態把握調査を実施した(44 人)。対象者には、センター・相談室、民生委員・児童委員の情報が伝わった。 ○健康状態不明者の実態把握調査を行った（58 人）。未受診者には受診勧奨の他、新型コロナウイルス感染対策やワクチン接種に関する相談対応、熱中症の注意喚起を行うことで、健康に関する情報が届けられ、自身の健康状態に関心を寄せる契機となった。 ○長年みまもりだよりを郵送対応していた歯科医院 19 か所に声かけし、現状確認と顔合わせを行うことで互いに連絡を取りやすい関係を築いた。また、薬剤師会未加入の薬局も含め、新たに 7 か所の薬局に声かけし、4 か所へのみまもりだより配布が開始し見守りネットワークが広がった。 ○熱中症注意喚起では、みまもりリストで 77 歳以上の緊急連絡先の情報がない又は緊急連絡先が姉・兄である高齢者を抽出しアウトリーチを行った（204 件）。新たな緊急連絡先を確認することで現状把握を進め、社会的孤立リスクが高い高齢者を発見し、身近な相談窓口や役割と必要な情報を伝えた。住民に身近な相談窓口が伝わり高齢者の社会的孤立の予防につながった。	

<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 見守り・支え合いネットワーク		施策の方向性： 1, 3
背景となる課題	地域のつながりが必要と感じている高齢者が最も多く、向こう三軒両隣の助け合いが残り、意欲のある担い手などの資源も多い。しかし、活動に参加している住民の高齢化や町会加入率の低下などにより、近所の親しい付き合いは減少傾向である。また、認知症状への対応などに不安を感じる介護者もあり、持続可能な地域の見守り・支え合いが必須となっている。 防災に対する危機意識が高い地域でもあり、ひとり暮らし高齢者が増える中、既存のサービスの活用や新たなサービスの検討を進め、地域のネットワークの充実を図る必要がある。	
事業内容	○地域のキーパーソンとなる高齢者のリストを基に、自主グループや地域活動につなげやすいシステムを構築する。 ○買い物困難者が多いと想定される東向島 6 丁目を対象に、ニーズを把握するアンケート調査を実施する。アンケート結果を基に社会資源とマッチングし、併せて墨田区高齢者見守り協定に基づく見守りが行われるよう連携を図る。 ○家族会を開催し、認知症の方やその家族が必要とする社会資源を抽出し、整理する。 ○認知症サポーターの会（みかんの和）を開催し、認知症の方を見守り支え合う地域づくりの活動	

		を支援する。認知症や活動に関する情報交換、マッチング、活動を継続するための相談を行う。 ○新型コロナウイルス感染拡大により滞っている「防火防災診断」を再開できるように、消防署と連携し地域に働きかける。
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)	【人材】センター・相談室職員、民生委員・児童委員、見守り協力員、認知症サポーター、ボランティア、家族介護者 【場所】ユートリヤ、イーストコア曳舟二番館 集会室、京島西公園、曳舟なごみ公園 【ネットワーク】(株)東急コミュニティ イーストコア曳舟管理事務所、向島消防署、一寺言問を防災のまちにする会、京一旭町会、京一旭みまもり
	5年度活 動計 画 (アウトプ ットの目標)	○マンション管理事務所、民生委員・児童委員、見守り協力員と情報共有しながらアウトリーチを進め、集合住宅でも同様の取り組みが行えないか検討する。 ○ニーズ調査の結果から社会資源とのマッチングを図り、併せて墨田区高齢者見守り協定に基づく見守りが行われるよう情報収集を継続する。 ○認知症の方や家族が必要とする「つながり」や「場」を、当事者を交えて検討し企画する。 ○認知症についての情報提供や活動に関する情報交換、マッチングを行う。 ・ 認知症普及啓発講座（専門）3回開催する。 ・ 施設等のボランティア活動再開に向けボランティア連絡会を開催し、適宜マッチングを行う。
	成果（アウ トカム）を 測る指標 及び目標	○アウトリーチ数、実態把握率の推移、見守り活動把握数 ○集合住宅での取り組み事例数（「地域見守り活動支援」と「関係機関との連携」） ○認知症の方や家族が求めている「つながり」や「場」の把握と、新たな社会資源の数 ○把握した高齢者・認知症当事者・家族介護者のニーズと社会資源のマッチング数
実 施 結 果	活動の実績 (アウトプ ット)	○民生委員・児童委員、見守り協力員、マンション管理事務所と協働し、大型マンションの住民を対象にアウトリーチ訪問を実施した(対象者 44 人)。 ○「むこうじま家族会」では男性介護者の参加が増え、認知症症状のほか家事の悩みも共有し、簡単短時間料理など日常生活で工夫している事柄も情報交換している。「むすめの会」は、延べ 19 人の参加と少数だが、「来るのが楽しみ」「気にせずに話せる」「おしゃべりすると、スッキリしてまた頑張ろうと思える」と属性の限定により共感性が高まり、相互支援となっている。 ○家族会や相談の場面では、「他の人の意見を聞いてみたい」「時間が合えば家族会に参加したい」「自分と同じような気持ちの人と話したい」等の介護者や本人の意向を把握した。 ○認知症カフェ開催に向けて関係機関に働きかけた。理解は得られたが、人的資源（専門職）や費用（導入、運営費）の確保が課題となり開催には至らなかった。 ○「みかんの和」の活動は感染症対策のため停滞したが、マッチングや講座の開催によりメンバーの意欲の維持・向上が図れた。 ・再開した2か所に加え新たな1か所の介護施設を開拓し、ボランティア活動のマッチングを行った(延べ6人)。 ・認知症普及啓発講座等によりスキルアップを図った。講座終了後のアンケートでは、98%が「今後の役に立つ」と回答した。今後学びたい内容では半数が「接し方」と回答し、継続的な学びの場の必要性を確認した。 ・ステップアップ教室修了者の交流会に2人が参加し、区内の活動について情報交換を行った。

	○認知症の理解促進のためのイベントや講座、地域の協力による情報発信を行った。 ○個別の支援として、認知症アセスメント訪問、初期集中支援チームによる支援を継続した。 認知症アセスメント訪問は、相談室のアウトリーチ（３件）、センター・相談室への相談（家族５件、近所の知人、警察、金融機関、介護事業所各１件）によりつながった。半数の６件が独居であった。 ○向島消防署とともに「春の火災予防運動に伴う総合的な防火防災診断」を実施し、高齢者宅３件の同行訪問を行い、防火防災や見守り・支え合いについて情報提供した。
成果（アウトカム目標の達成状況）	○社会資源の少ない地域において、既存の社会資源とつながったことで近隣同士の見守り・支え合いが強化している。 ・転出入者が多い大型マンションにおいて、センター・相談室、民生委員・児童委員の情報が浸透してきている。高齢者の社会的孤立防止に向けて、高齢者の見守りネットワークが広がり、見守り合い、安心して生活できる環境整備が進んでいる。 ○家族会を継続する意義や認知症カフェ創設の課題が明確になり、地域ニーズに即した時間や場所での交流機会が増え始めている。 ○「みかんの和」のメンバーやボランティアがスキルアップを図り、活動再開へ備えることができています。また、新たな施設での活動計画も進められ活躍の場が広がっている。介護施設でのボランティアの活躍は地域との親睦を深め、入居者の活性化や職員の士気高揚につながっている。 ○普及啓発講座やイベントでは「認知症の家族と暮らす知恵になった」「認知症についてもっと知りたい」「認知症になっても変わらず続けられることがあることを知った」などの声が寄せられた。講座や地域の協力機関による継続的な情報発信により、必要な情報が地域に広がっている。 ○相談窓口の周知が進み家族のほか地域から情報が寄せられたことで、独居の認知症高齢者の支援に結びついている。また、認知症アセスメント訪問後は、受診や介護サービス等の必要な支援につながり、認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減となっている。 ○最近の火災の傾向や地震時の家具転倒の危険性等についての情報を得たことで、防災・減災のための日ごろからの備えに繋がった。

事業名 つづけよう健康生活		施策の方向性：２，４
背景となる課題	他圏域に比べて交流・集いの場が少ない。「通える範囲に集いの場がない」「指導者がいない」「男性の参加者が少ない」などの課題から、自主活動が中断されることもある。それらの解決を図りながら、住民主体の介護予防活動や地域活動につなげていくことが必要である。集えない状況を想定しながら、継続的に地域で介護予防に取り組めるように支援する必要がある。	
事業内容	○前年度に実施したセミナーを振り返る機会を作り、個々のフレイル予防の取り組み状況や講座の内容が日常生活で実践されているかを評価する。低い評価の場合は原因を把握し、地域リハビリ活動支援事業の専門職と改善策を検討する。 ○新型コロナウイルス感染拡大等で地域の活動自粛が継続される場合は、閉じこもり予防を兼ね、引き続きセンター主催のセミナーを積極的に開催する。その際、感染防止対策を徹底する。 ○事業実施にあたり、参加高齢者にボランティアとしての役割を依頼する。 ○出前講座を継続しグループで介護予防に取り組めるように支援する。	

		○自主グループに対しては定期的に代表者と情報交換を行い、継続支援を行う。また、参加者のモチベーション維持に効果的な「体力測定会」を提案し、実施する。 ○各々のグループ目標を明確にし、目標達成のための支援を継続する。 ・ 男性自主グループの登録者数を目標の 20 人に増やす。 ・ 貯筋 de ウォークでは「日本一周」を目指す。 ○集いの場の少ない地域を中心に様々な社会資源に働きかけ、高齢者の社会参加の場の開拓や自主グループの立ち上げ支援を進める。
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)	【人材・資源】地域リハビリテーション活動支援事業 (OT・PT・ST・管理栄養士・歯科衛生士) / 地域の専門職/セミナー参加者 (ボランティアとしての活動) / 地域住民/町会・自治会・老人会 (会長を含む代表者) / 介護予防リーダーや介護予防サポーター/すみだ巣づくりプロジェクト 【場所】センター相談室/ユートリヤ/地域の公園や集会室
	5 年度活動計画 (アウトプットの目標)	○むこうじまセミナーを 10 回開催する。 ○現在ある自主グループの継続及び集いの場のない地域を中心に立ち上げ支援を実施する。 ○「貯筋 de ウォーク・日本一周の旅」を継続し、次の段階に向け新たな取り組みの提案をする。 ○多世代交流のイベントと連携し、高齢者の参加を促進する。
	成果 (アウトカム) を測る指標及び目標	○セミナー、イベント等の参加者数 ○自主グループ数 ○アンケートによる効果測定 ・ むこうじまセミナーの実施回数・参加人数・地域住民の意向に沿った内容であったか。 ○「貯筋 de ウォーク・日本一周の旅」が、次の段階に進んでいるか。
実施結果	活動の実績 (アウトプット)	○地域リハビリテーション活動支援事業、保健事業の活用のほかに地域の管理栄養士、薬剤師、認知症認定看護師、消防署や民間企業、地域のボランティアの協力を得て、介護予防に関するセミナーやイベントを開催した (計 20 回実施 延べ 410 人参加 : 男性 64 人・女性 346 人)。そのうち新規参加者は (53 人参加 : 男性 15 人・女性 38 人) であった。男性の参加率は前年度と同様の 15%だったが、AED は 43%、防災遠足は 30%と多かった。 ○地域の意向に沿うよう前年度のアンケート結果に基づきテーマを決め、むこうじまセミナー「介護予防」(高齢者対象 : 閉じこもり予防メイク術 1 回/運動 1 回/栄養 2 回/薬について 1 回/口腔 1 回/AED 1 回/介護保険制度 1 回/認知症予防 3 回、事業者 (入所者・職員) 対象 : 食事と口腔ケアと口腔体操 1 回) を実施した。アンケートでは「非常に良かった」「良かった」との回答が 90%を超えていた。 ○むこうじまセミナー「体力測定会・介護予防のヒント」を 8 回実施した (延べ 125 人参加)。 ・地域リハビリテーション活動支援事業、地域のリハビリ専門職、高齢者ボランティアと連携し、椅子があればどこでもできる「立ち座り」について検証した。 ・希望者 44 人を 2 グループに分け、初回・1 ヶ月・3 ヶ月・6 ヶ月後に集まり、基本チェックリスト、体力測定、フレイル予防や自宅で出来る運動の紹介、グループワークを実施した。 ・アンケートでは 83%が立ち座りの効果を感じ、70%は周囲の方にも勧めたいと回答したが、参加者の中には運動により腰痛や膝関節痛の訴えが聞かれ、継続できない人もいた。誰にでも勧めるのではなく個々の症状に応じて専門職が関りながら、地域に広めていく必要性を実感した。

	・基本チェックリストの結果、参加者 44 人中 7 人が BMI18.5 未満であった。自らが低体重を意識し、テイクテンや栄養講座の参加につながった。 ○すみだの巣づくりプロジェクト、東白鬚公園、企業、病院、東京青年会議所、すみだケアマネ連絡会、地域の主任ケアマネと協働し、防災遠足を実施した（2 ルート）。 ○2～3 か月毎に運動中心の自主グループを訪問し、代表者と現状や課題について意見交換しながら、参加者の調整や費用負担軽減を図る「地域集会所利用料金減額対象承認申請」「後援名義使用申請」等の支援を行った（2 か所）。その結果、8 か所が継続し、コロナ禍で休止していた 1 か所が再開した。また、「げんき応援教室」終了者に働きかけ、新たに 1 か所が自主活動を開始した（合計 10 か所）。 ○コロナ禍の R2.10 月にスタートした「貯金 de ウォーク・日本一周の旅」は、男女各チームともゴールを迎えた。毎月の集いの会等では、専用カレンダーで日常のウォーキングや旅の進捗を確認しながら継続支援を行い、旅先の記憶を辿る回想法を用いた支援も行った。 ・女性チーム 8 人は千葉県犬吠埼から出発点のセンターまで 1865.5 km を歩き、7 月に日本一周の旅を終えた（計 14,965.37 km 集いの会 4 人参加）。 ・男性チームは 6 人のうち 4 人がウォーキングに参加し、千葉県銚子から出発点のセンターまで 1350.3 km を歩き 11 月に日本一周の旅を終えた（計 16,248.8 km 集いの会 4 人参加）。 ○女性チームの集いの会では花の話題が多く聞かれたため、「貯金 de ウォーク・日本一周の旅」終了後に園芸の自主グループの立ち上げを提案し「コスモスの会（園芸）」の立ち上げを支援した。 ○ボランティアに興味がある高齢者と多世代交流事業（SUMIDA こども未来応援団）とのマッチングを行ない、高齢者の社会参加の支援を行った。 ○集いの場の提供者と関係者とのネットワークを構築し、高齢者が活動できる身近な場所を 2 か所増やすことができた。麻雀・将棋・囲碁に興味がある高齢者とマッチングし、麻雀の自主グループの立ち上げ支援を行った（2 か所 計 34 人参加）。
成果（アウトカム目標の達成状況）	○『メイク術』セミナーは、要介護認定を受けている講師の提案で実施した。高齢者が役割を持つことでモチベーションが高まり、生活意欲の向上につながっている。 ・高齢者がボランティアとしてセミナーの受付や会場設営、体力測定や記録等の活動を継続することで自己有用感が向上し、生きがいにつながっている。 ・「立ち座りの検証」は、定期的に集まり立ち座りや運動方法の確認、修正を行うことで、習慣化し、身体機能の維持、改善、外出頻度の向上につながった。 ○地域に 10 か所の運動を中心にした自主グループが継続している。地域の高齢者の自主活動の選択肢が広がり、社会参加の機会が増えている。 ○自主グループの中には定期的なランチ会の開催や、日常的な声かけをするメンバーが増え、地域の見守り活動に発展している。 ○運動中心の男性の自主グループが継続され、フォーマルなサービスに馴染まない人やサービス終了者等の受け入れ先となっている。自主グループは地域の男性高齢者の社会的孤立防止の役割も担っている。 ○「貯金 de ウォーク・日本一周の旅」ではチームの連帯感が強まり、各々のペースで楽しみながら活

		動を続け、目標を達成することが出来た。また、ウォーキングと専用カレンダーに歩数を記入することが日課になり、健康管理・介護予防につながった。また、活動終了後も関わりを継続し、趣味活動を活かした自主グループに発展した。地域に高齢者の自主活動の輪が広がっている。 ・女性チームからは園芸の自主グループが立ち上がり、月 1 回定期的にセンター敷地内の花壇で作業を行っている。男性チームの 3 人は、新設された麻雀グループに月 2 回参加している。チーム活動を機に自主的な活動意欲が向上し、地域コミュニティの活性化が図られている。
--	--	--

事業名 つなろう専門職		施策の方向性：2, 3, 4
背景となる課題		介護保険事業所や在宅医療機関が最も多い地域だが、多職種が連携する取り組みは断片的で一部の活動に限られている。多職種の視点を尊重し、連携意識を高め、継続的に活動できる環境の整備やシステムの充実が必要である。高齢者やその家族に寄り添い、多様なサービスにつなげることができるよう、地域全体の多職種連携を強化する必要がある。
事業内容		○高齢者主体の活動を持続するために、多職種と高齢者が協働して企画した動画を完成させ、多職種が地域の高齢者の意欲を引き出すために活用する。 ○「やりたいことアンケート」を実施し、結果を集約しリスト化する。 ○地域ケア会議等で多職種の行動変容（共通認識）の持続をセミナーやアンケートで確認する。
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）	センター、生活支援コーディネーター、介護保険サービス事業所、地域リハビリ活動支援事業、医療機関（人材） すみだ生涯学習センター、八広はなみずき高齢者支援総合センター、ぶんか高齢者支援総合センター（場所）
	5 年度活動計画（アウトプットの目標）	○地域の主任ケアマネジャーが圏域の地域課題を捉え、居宅介護支援事業所全体で地域包括ケアシステムの構築に取り組めるよう連携を強化する。 ○自立支援・重度化防止の視点でアセスメントを実施し、各関係者が統一した支援方針で対応できるようケアマネジメントの質の向上を目指す。 ・主任ケアマネジャーと協働し、研修及び情報交換会を年 4 回開催する。 ・ケアマネジャーを対象に事例検討会を年 2 回開催する。 ・ケアマネジャーや事業所を対象にセミナーを年 2 回開催する。
	成果（アウトカム）を測る指標及び目標	○対象者へのアンケート結果 ・ケアマネジャーや関係者が自立支援・重度化防止の視点でケースを捉えられたか ○専門職と連携し地域課題解決に向けた取り組んだ成果
実施結果	活動の実績（アウトプット）	○「主マネの会」では、ケアマネジャーを対象に合同事例検討会を実施した（15 事業所、18 人参加）。自立支援・重度化防止の視点でケースを振り返り、リスクマネジメントや環境整備等の重要性について知識を深める機会となった。また、「主マネの会」と「済生会向島病院」「同愛記念病院」「賛育会病院」が協働開催したセミナーでは、無料定額診療事業の理解を深め、活用方法を学んだ（7 事業所、13 人参加）。多職種の専門的な視点を活用し、ケアマネジメントの質の向上に取り組んだ。 ○地域ケア個別会議では、出席した専門職や関係機関から個別課題に対する具体的な支援策

	が提案された。ミクロからマクロの視点で地域課題を抽出できた。 ○地域ケア推進会議（多職種連携）では R3～4 年度に抽出された地域課題を分類し、「課題解決のために多職種が地域住民と協働できること」について協議した。「やりたいこと応援プロジェクト」の活動を展開し、高齢者主体の活動を継続するためのシステムづくりを推進している。 ○地域ケア推進会議（第 9 期地域ケア計画策定会議）では、専門職や関係機関、地域住民が参加した。第 8 期計画を振り返り、R6～8 年度の地域ケア計画策定に取り組んだ。 ○事業所に出張し、ケアマネジャー対象に「リハビリテーションの理解と活用」をテーマに講座を開催し自立支援に向けたプラン作成に展開した（9 人参加）。 ○多職種を対象にしたむこうじまセミナーでは、「ST（言語聴覚士）を知りケアプランに活かそう」をテーマに講座を開催した（12 人参加）。専門職の強みのほか、環境整備も含め多職種連携について学んだ。 ○ケアマネジャーを対象に ACP（人生会議）、意思決定支援関わる事例検討会を開催した（6 事業所 17 人参加）。医師からのコンサルテーションによりタイミングや、重要性についての理解が深まった。アンケートでは、参加者全員が「今後のケアマネジメント業務に役立つ」と回答した。
成果（アウトカム目標の達成状況）	○主任ケアマネジャーがスーパービジョンやコンサルテーションについての理解を深め、事業所やセンターの役割を確認しながら実践している。事業所内でのスーパービジョンシステムの構築につながっている。 ○ケアマネジャーや多職種がセミナーを受け知識を深め連携することで、高齢者のサービスの選択肢が広がっている。 ○各専門職から助言を受け、自立支援・重度化防止の視点で新たな解決方法及び多職種連携の必要性が見出されている。 ○専門職連携による地域課題解決に向けた取り組みが行われ、住民と協働した「シニアサークル」が立ち上げられた。「シニアサークル」の活動により、地域住民が自主的に自分、地域のために活動する意識の変化が見られている。

事業名 むこうじま情報発信		施策の方向性： 1, 2, 3, 4, 5
背景となる課題	地域により交流・通いの場は増えつつあるが、利用率はそれほど高くなく、イベントの参加者はリピーターが多く一部に偏っている。また、「センター・相談室の場所が分かりづらい」「情報が届きにくい」などの課題が挙げられている。現状や資源情報を一元化し、地域に配信する拠点や周知するシステムの整備が必要である。 医療に関しても、かかりつけ医やかかりつけ薬局などがない、健診が受けられていない、定期受診につながっていないなど、制度が周知されず有効活用されていないケースが多くみられる。高齢者や介護者、関係機関に医療情報の普及啓発を推進する必要がある。	
事業内容	○センター・相談室の認知度の向上を意識して事業を推進する。 ○みまもりだよりの配布先から現状を聞き取り、地域のニーズを把握し、配布先を再検討する。 ○現状の「いきいき GOGO!! マップ」を更新する。	

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)	○センター・相談室相談窓口 ○みまもりだより等設置箇所
	5 年 度 活 動 計 画 (アウトプ ットの目標)	○「いきいき GOGO!! マップ&リスト」を活用し情報を届ける。 ○事業を通し、多様な形で地域に向けて周知を働きかける。
	成果(アウト カム)を 測る指標 及び目標	○情報拠点の数 ○情報誌等の配布数 ○実績報告の内訳書
実 施 結 果	活動の実績 (アウトプ ット)	○みまもりだより等のチラシの配布先の現状を見直し、顔の見える関係を再構築した。 ・郵送対応だった歯科医院 19 か所を調整し 16 か所への配布となった。 ・薬剤師会未加入の薬局を含めた 7 か所にアプローチし、新たに 4 か所への配布となった。 ・区の働きかけもあり、信用金庫 4 か所への配布が追加された。 ○「いきいき GOGO!! マップ&リスト」に圏域の活動の場の情報を集約し(現 27 か所、適宜更新)、医療・介護・福祉に関する事業所を中心に、年間で計 32 か所 212 部を配布した。 ・専門職が参加する各種会議で「いきいき GOGO!! マップ&リスト」を紹介し、配布した。専門職の中には、実際に自主グループに出向き見学や体験を通して情報を拡散する協力者も現れた。 ・「いきいき GOGO!! マップ&リスト」を相談窓口を設置し、みまもりだよりで周知した。7 月からはイトーヨーカドー曳舟店で毎月 10 部ずつ設置し、年間 69 部が住民の手に渡った。 ・相談対応でも職員が積極的に「いきいき GOGO!! マップ&リスト」を用いて案内し、適切な社会資源の周知を行った。
	成果(アウト カム目標 の達成状 況)	○双方向の情報交換ができる関係機関が増え、地域の情報ネットワークが拡大した。 ○情報拠点が増え、センター・相談室の情報や新たな社会資源情報の周知が促進されている。 ○チラシを見て相談があったり、民生委員・児童委員やケアマネジャーから追加希望があったりし、生活の質の向上につながる情報ツールの活用が進み、住民の活動につながっている。 ○地域で「いきいき GOGO!! マップ&リスト」が活用され、高齢者の自主グループ等への関心が高まり参加機会が増えている。

事業名 住まいとくらしの整備		施策の方向性：1, 5
背景となる課題	令和元年度の在宅介護実態調査では、「屋内の移乗・移動」介護に不安を感じている介護者が最も多く、災害時の活動困難度が高い地域でもある。身体状況の変化に関わらず、「住まい方」や改修工事などの制度を普及し、住みよい住環境の整備を推進する必要がある。また、病院だけでなく自宅や地域(施設)など、高齢期における「住まい」の選択肢が広がる中、住まいに着目したACP(人生会議)の周知も重要である。	

事業内容		○住宅改修制度が普及し、高齢期でも住みよい住環境について知る。 ○終活や人生会議の考え方が理解され、心身の変化に関わらず安心して暮らす方法が浸透する。
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)	【人材・資源】住宅改修事業者／専門職／関係機関 ・実施場所（ユートリヤ）、講師、センター職員、参加者、アンケート用紙、パソコン機器
	5年度活 動計画 (アウトプ ットの目標)	○地域住民だけではなく、支援者であるケアマネジャーに対し住宅改修制度、効果的な改修・環境整備の普及啓発を行い、住宅改修制度の利用を促進する。 ○地域住民の「住まいの選択肢」を広げる。 ○防災の視点から住まいを考える機会を作る。 ○終活や人生会議の考え方が理解され、地域に浸透する。
	成果（アウ トカム）を 測る指標 及び目標	○セミナーの参加者数 ○アンケートによる効果測定
実施 結果	活動の実績 (アウトプ ット)	○ケアマネジャー対象に住宅改修制度、効果的な改修・環境整備のセミナーを1回開催した（9人参加）。アンケートでは、住宅改修制度活用のポイント、身体機能と住環境のアセスメントを業務に活かせると9割が回答した。また、セミナーの内容を所内で共有すると回答があった。 ○住宅改修事前事後確認を100件行った。 ○ACP（人生会議）セミナーを、区民対象（24人参加）ケアマネジャー対象（12人参加）に各1回開催した。終了後のアンケートでは参加区民の83%が「人生会議をしてみようと思う」と回答し、ケアマネジャー全員が「今後の業務に役立てる」と回答し、「悩んでいる担当の方へ伝えたい」「治療方針や人生の選択を考える人生会議を実践したい」との回答も得られた。 ○区民対象の終活セミナーとして、エンディングノート（18人参加）地域福祉権利擁護事業（13人参加）を各1回開催した。終了後のアンケートでは参加者全員から「今後の生活に役立てる」と回答を得た。
	成果（アウ トカム目標 の達成状 況）	○住宅改修セミナーの参加者から他のケアマネジャーに情報伝達されることで、住宅改修に関する理解が拡大し、住みよい住環境の整備推進につながった。 ○地域住民の在宅環境が整備されることで、身体機能の変化に関わらず住み慣れた地域での生活継続も可能となり、住まいの選択肢が広がった。 ○セミナーはACP（人生会議）や終活の理解を深め、住民やケアマネジャー（利用者）の今後のくらし方について考える契機となった。参加者の実践により情報が拡散され、希望に沿ったくらし方や備えについての意識が地域に浸透してきている。