

**令和 6 年度
ぶんか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 9 期日常生活圏域別地域包括ケア計画 目指すべき将来像

お隣同士、声を掛け合い、助け合い、粋生（いきいき）と暮らす。

～咲かせよう、文花・立花の花～

下町人情が残る温かいまち、文花・立花。

情報を集める方法の多様化や情報量の増加により、高齢者からは「大変だ」という声をよく耳にします。自分にとって有用な情報を得る、選ぶ、活用することは誰もが迎える『老い』の不安を軽減し、自分らしく暮らし続けることに繋がります。

高齢期に身体的、精神的、社会的変化が起こっても、その変化を「出来ない」「わからない」「立ち向かえない」という困難にならぬように情報を活用でき、高齢者本人をはじめ、家族、住民、専門職で支え合えるまち。お互いを尊重し合う共生社会を目指します。

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
31,677 人	8,415 人	26.6%	5,147 人	61.2%

令和 7 年 4 月 1 日現在

＜全センター・相談室共通業務＞

1 総合相談支援

6 年度の 取組の視点	<p>○介護保険、高齢者施策、医療、認知症、権利擁護制度等の相談のほか、心身の機能の変化や環境変化（自宅や家電の老朽化、収入の変化、家族やペットの変化など）から生じる日常生活の大変さに幅広く対応できるよう、社会資源や制度など情報収集に努め、わかりやすく情報提供を行い、情報を選択できるよう支援していく。また、様々な関係機関と早期に連携を取り、統一した支援方針のもと対応が行えるようにしていく。</p> <p>○高齢者支援総合センター・高齢者みまもり相談室で日頃の相談支援や事業において連携し、複合的かつ複雑化する相談に円滑に対応できるよう所内で事例検討会をしていく。</p>	
結果	新規相談件数 1,148 件（前年度 1,160 件）	継続相談件数 3,222 件（前年度 2,941 件）
	<p>○一般相談の新規件数は大きく変わらないが、継続支援が増加した。相談内容は、独居、認知症や精神疾患の症状の変化、身体機能や持病の変化等により、日常生活における様々な手続（家賃や光熱費の支払・通院・住宅設備や家電の故障対応等）が難しくなった、万が一に備えて自分自身の存在をセンターに知っておいてほしい、センターの役割を知りたい、趣味を地域で活かしたい、活動場所を知りたいという相談などが聞かれた。</p> <p>○所内の会議等において、社会資源や制度の情報共有を行い、相談者への選択肢として情報提供</p>	

	をした。センター・相談室合同で事例検討を定期的に行い、複合的かつ複雑化する相談への対応をチームで支援できるよう取り組んだ。
--	---

2 権利擁護

6 年度の 取組の視点	<p>○虐待防止ネットワーク推進のため、弁護士を交えた事例検討会を年 4 回実施する。居宅介護支援事業所が支援において困難を感じる事例を募り、対応する専門職への支援を行う。</p> <p>○事業所向けに年 2 回権利擁護講座を行い、自己決定支援の啓発を行う。</p> <p>○消費者被害の防止の為、住民向けの啓発を書面、または講座で行う。</p>	
結果	虐待防止ネットワーク（研修、講座等） 6 件 （前年度 4 件）	権利擁護相談（虐待相談含む）件数 244 件 （前年度 209 件）
	<p>○弁護士を交えた事例検討会を年 4 回実施した。年間で介護支援専門員 17 名、訪問看護事業所 1 名、民生委員 1 名の参加があった。滞納がある方、ハラスメントがある利用者への対応など、弁護士から助言をうけた。</p> <p>○向島警察に講師を依頼し、特殊詐欺防止の講座を実施した。住民 13 名の参加があった。</p> <p>○みまもり協力員向けに A C P の講座を実施した。</p> <p>○みまもりだよりに、特殊詐欺防止の啓発として注意喚起の内容を掲載した。</p>	

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援

6 年度の 取組の視点	<p>○研修アンケート・個別会議の結果・日頃の介護支援専門員支援状況を集計し、居宅支援事業所のニーズに合わせた研修や事例検討会等を実施していく。</p> <p>○高齢期の変化の理解を深める研修等を年 4 回以上開催する。権利擁護・社会資源活用・介護予防・認知症の視点で各職種と連携し、協働して開催する。</p> <p>○地域の主任介護支援専門員と定期的に集まり、地域課題等を話し合い、地域包括ケアシステム構築を共に行えるようにする。</p>	
結果	介護支援専門員向け研修 2 回（前年度 5 回）	事例検討会 3 件（前年度 4 件）
	<p>○むこうじま・八広はなみずきと 3 包括合同で圏域の主任介護支援専門員の集いを 6 回開催した。ケアマネジメントや事業所管理、介護支援専門員業務の範囲についての課題（シャドワーク）について情報や意見交換を行った。介護支援専門員の業務範囲については次年度から住民・他支援機関等への周知について検討することとなった。</p> <p>○認知症のステージや予後予測を意識した支援ができるよう地域リハビリテーション活動支援事業を活用した研修を 2 回開催し、延べ 35 名参加があった。通所や訪問介護、訪問看護職等とグループワーク等を通して、本人の強みを生かす支援の重要性を確認することができた。</p> <p>○支援困難事例（9 名参加）、ペットと高齢者をテーマにした事例検討会を 3 回開催した。上記同様多職種とのグループワークを通して ACP・QOL 等を意識したケアマネジメントや支援を意識することに繋がった。</p> <p>○介護支援専門員のケアマネジメントが効果的効率的になるように、また、支援者として孤立しないように多職種との連携強化を目的として賛育会病院と研修を 1 回開催し、38 名参加があった。</p> <p>○支援の難しい事例や権利擁護の視点を持った必要な支援の知識や技術習得のため、地域ケア個</p>	

	別会議や弁護士事例検討会を開催した。事例提供者である介護支援専門員とは、事前の情報共有や検討を通して、リアセスメントや新たな視点を持つ機会とした。
--	---

4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

6 年度の 取組の視点	<p>○高齢者がやりがいや意欲をもって暮していけるように、地域の住民が介護予防や重度化予防の知識を深め、意識化と行動化を促すよう働きかける。</p> <p>○介護支援専門員をはじめとする、介護サービス事業者に対して、介護予防や重度化予防の視点を強化し、インフォーマルなサービスを含めて、多様な援助計画を提供できるよう働きかける。</p> <p>○予防プランの再委託率 35%以上を維持する。</p> <p>○個別ケア会議開催時は、居宅介護支援事業所の参加を促し、自立支援についての意識を高める。</p> <p>○社会資源の情報の活用に向けて生活支援コーディネーター等と連携して居宅介護支援事業所等に情報提供していく。</p>	
結果	<p>プラン件数（自己作成） 2,100 件（前年度 2,247 件）</p>	<p>プラン件数（委託） 1,962 件（前年度 1,635 件） 再委託率月平均 48.6%（前年度 42%）</p>
	<p>○介護予防に関する相談時に、総合事業の利用を案内する他、自主グループや地域活動等についても案内し、高齢者の自主的な活動への参加等を促した。</p> <p>○地域ケア個別会議や弁護士事例検討会の参加を促すため、圏域内外問わず再委託先の居宅介護支援事業者に向けて、年間計画の案内と開催毎に開催通知を行った。各回 1～3 名程度介護支援専門員が参加し、事例提供者としての参加もあった。</p> <p>○社会資源リーフレットをテーマとする地域ケア推進会議を 2 回開催し、介護支援専門員 6 名が参加した。</p> <p>○社会資源情報の活用に向け、研修・事例検討会等で社会資源リーフレットの設置場所や内容の紹介、利用説明を行った。10 月のすみだケアマネジャー連絡会・センター合同開催の多職種連携研修では全種類（13 種）の社会資源リーフレットを配架した。</p>	

5 認知症支援

6 年度の 取組の視点	<p>○地域住民向け認知症普及啓発講座を年間 8 回開催し、正しい認知症の知識の理解を促す。</p> <p>○認知症サポーター向け勉強会（オレンジ勉強会）を年間 3 回開催し、地域に認知症の人とその家族の支援のネットワークを広げる。</p> <p>○ぶんか・みかんの会カフェ（認知症の人・家族・地域住民を対象としたカフェ）を年間 5 回開催する。認知症サポーターのボランティア活動の支援と、認知症の人と家族、そして地域をつなぐカフェとして充実させる。</p>	
結果	<p>認知症サポーター数 239 人（前年度 189 人）</p>	<p>家族介護者教室 11 回（前年度 11 回）</p>
	<p>○認知症サポーター養成講座は合計 11 回実施した。地域住民向けに 4 回実施（立花ゆうゆう館、いきいきプラザ、UR 立花 1 丁目団地集会所、ぶんか高齢者支援総合センター多目的室）した。企業や学校向けとして 6 回実施（東京東信用金庫で 2 回、ルネサンス東あずまで 1 回、小学</p>	

	<p>校 3 か所) した。</p> <p>○認知症普及講座（専門）、オレンジ勉強会を 4 回開催し、参加者は延べ 49 名だった。</p> <p>『認知症カフェ』についての勉強会を実施し、カフェボランティアとともに認知症カフェを年 5 回開催することにつなげた。他に『認知症の人への接し方』『チームオレンジについて学ぶ』『認知症のご家族を介護した経験談を聞く』をテーマに講座を開催した。</p> <p>○認知症普及啓発講座（一般）を 8 回開催した。参加者延べ 153 名だった。講座について、とても良かった・良かったと答えた人は、92%だった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職向けの講座（多職種研修）は、賛育会病院と連携し『共感と連携で支える認知症ケア』をテーマに、認知症の人のご家族からの体験談や医師が行う治療や支援の話聞き、グループワークを行った。お互いの立場と状況に共感をし、連携することの大切さを共有した。 ・ ぶんか・みかんの会カフェを 5 回開催し、年間延べ 107 人が参加した。 カフェ形式で認知症について学びながら、認知症の人とそのご家族を地域の協力者となつていくことを目的に開催した。認知症サポーター 9 名がボランティアとしてカフェの運営に携わった。 <p>○認知症家族会：たちばな・みかんの会をピアカウンセリング中心に 6 回開催し、年間延べ 25 名参加した。</p>
--	--

6 地域ケア会議

6 年度の 取組の視点	<p>○自立支援に向けた地域ケア個別会議を計画的に開催し、地域課題を抽出していく。（年 6 回）</p> <p>○地域課題は、地域住民、多職種、関係機関と共に共有し、対応を協議していく地域ケア推進会議を開催していく。（年 5 回）</p> <p>○地域ケア個別会議は、計画的開催のほかに、地域住民や専門職からの相談に応じて、適宜開催する。</p>	
結果	地域ケア個別会議 8 回（前年度 12 回）	地域ケア推進会議 1 回（前年度 6 回）
	<p>[個別会議]</p> <p>○自立支援・重度化防止を目的として 6 回開催した。包括職員以外に助言者として地域リハビリテーション事業担当、管理栄養士等が参加し、多角的視点での意見交換を行うことができた。年度末の会議では、各会議の事例でうけた助言をふまえたその後の進展を確認した。地域課題として一人暮らし、身寄りが無い、経済的困窮、目的地への移動困難等の特徴が抽出された。</p> <p>○支援困難ケースについて 2 回開催した。支援関係者との信頼関係や契約継続が困難な方の支援を検討したが、対応手段については今後も検討する必要がある。</p> <p>[推進会議]</p> <p>○社会資源リーフレットの活用について「配食サービス」「体操のできる場所」のリーフレットをテーマに地域ケア推進会議を 1 回開催した。専門職の他、地域住民・民生委員・見守り協力員・センター内で活動するボランティア等計 35 名が参加し、掲載内容や情報を必要とする方へ届ける方法について検討した。情報を必要とする方、活動に参加して欲しい方には個別の声掛けや口コミが有効、主な対象としている高齢者だけでなく、若い世代にもリーフレットを手にとってもらったり、掲載内容を体験・試せるとよいとの意見が出た。配食については会議以降の試食会開催に繋がった。</p>	

7 生活支援体制整備事業

6 年度の 取組の視点	<p>地域の把握及び整理を行い、課題解決、改善に向け、以下の取り組みを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○社会資源リーフレット更新時に地域住民や多職種等と内容検討を行う。リーフレットの周知と共に地域について関心を深めてもらう機会とする。 ○社会資源リーフレット等、地域情報を届ける人や場所の開拓、ホームページ掲載などネットを活用し、広く情報提供し必要な情報が届きやすく、選択し活用できるようにする。 ○地域住民主体の地域のことを話せる場、知る場、活躍したい方の創出に取り組み、地域や住民への関心を深め、様々な繋がりができる機会を作る。 ○生活支援サービスネットワーク連絡会に参加し、他センターの情報収集と圏域の課題、墨田区の課題の把握、検討を行う。 	
結果	交流・通いの場 44 件（前年度 39 件）	<ul style="list-style-type: none"> ○社会資源リーフレット 2 種類（配食・体操ができる場所）の地域ケア会議にて意見交換を実施した。地域住民、専門職より様々な意見が聞かれて、その意見を反映した新たなリーフレットを作成した。配食サービスは「一食から頼める配食サービス」と「療養食」のリーフレットに分けて作成した。体操は活動場所が分かる地図があるとよい、体操の内容が分かるとよい等の意見を反映したリーフレットを作成中である。社会資源リーフレットを使う方々の意見を伺い、今まで以上に見やすく、役立つリーフレットとなった。必要な情報が手に取れるよう、地域の 40 か所に社会資源リーフレットを設置した。社会資源リーフレットを折るボランティア（折り部）が月 1 回活動しており、社会資源リーフレットの周知や関心を持つ機会を作った。また、遠方の家族がインターネットで情報収集できるよう、ホームページに掲載した。更新のたびにホームページを更新し、最新の情報が手に入るようにした。 ○社会資源リーフレットを活用し、個別ニーズに応じて情報提供を行った。 ○自主グループの活動状況の見学をし、現状把握や相談に応じ、継続支援を行った。 ○いきいきプラザ、立花ゆうゆう館と 2 か月に 1 回連絡会を行い、高齢者が要支援・要介護になっても地域活動に参加できることや、元気高齢者の心身状況に変化が生じたときに支援につながる等の連携や高齢者の課題を共有した。 ○One SUMIDA project の定例会と誰もが参加できる地域について話せる場を開設した。新たな社会資源先との情報交換や連携、自治会長の参加で地域の情報交換を実施した。高齢者と子供のボッチャ交流会が定期的に開催され、高齢者が子どもに準備や片付け、ルールなど教える役割が持てる機会となっている。 ○男性高齢者の活躍できる場、交流できる場の創出にラーニングラボすみだと取り組み、定期開催、自主化に向けて支援を行った。

8 見守りネットワーク事業

6 年度の 取組の視点	<ul style="list-style-type: none"> ○救急通報システムの設置勧奨と併せて、ひとり暮らし高齢者に実態把握訪問を 1,200 件実施する。 ○圏域内におけるマンション、民間集合住宅等のオーナー・大家・管理人等に働きかけを行い、異変の気づきから、安否確認や認知症等の早期支援につながるようネットワークを拡充する。
----------------	--

結果	実態把握 1,450 件（前年度 1,249 件）	安否確認 25 件（前年度 12 件）
	<p>○ひとり暮らし高齢者等へ延べ 1,450 件、実態把握訪問を実施した。5～9 月は、来所、訪問、立花 1 丁目スーパーダイエー店舗前において、熱中症注意喚起を 1,079 件行った。</p> <p>実態把握訪問では、高齢者や集合住宅等の管理人等に、相談室の取組や救急通報システムについての情報提供を行い、気になる高齢者についての情報提供等を働きかけた。</p> <p>○民生委員・児童委員と高齢者名簿の突き合わせを行い、実態把握訪問で把握できていない高齢者について、情報収集を行った。</p> <p>○実態把握等で発見された気になる高齢者について、相談室内で会議を行い、今後の見守りの必要性や頻度、支援内容について検討した。また、必要に応じて支援センターとの合同会議において共有し、適切な支援に繋げた。</p> <p>○民生委員・児童委員交流会を、R6 年 7 月と R7 年 2 月にそれぞれ昼と夜 2 回、合計 4 回実施した。7 月は 10 人参加、2 月は 18 人参加した。安否確認の実施状況や見守り活動について意見交換を行った。</p> <p>○6 月に区内 8 相談室合同で新規見守り協力員養成研修を行い、3 名の登録があった。8 月に新見守り協力員 3 名と相談室職員で懇談を行った。見守り協力員勉強会は 6 月、11 月、2 月に実施した。6 月は 7 人参加があり、熱中症注意喚起の取組について意見交換を行った。11 月は 10 人参加があり、認知症地域支援推進員から講義を行い、「チームオレンジ」等、認知症支援について理解を深めた。2 月は 9 人参加があり、支援センター権利擁護担当相談員による講義と、厚生労働省の ACP 啓発動画を見て、「人生会議」について理解を深めた。</p> <p>○「住民の皆さんのための高齢者等の見守りガイドブック」を墨田区高齢者福祉課及び他の相談室と協力して改定した。立花 3 丁目「お茶のみ会」を事例として掲載した。同ガイドブックを活用し、11 月文花ふれあいサロン、自主グループ活動「ちよ紙の会」「はなはな茶屋」「ぶんかフラワークラブ」、2 月民生委員児童委員交流会、11 月見守り協力員勉強会、老人会などで、「緩やかな見守り」の働きかけを行った。</p> <p>○認知症地域支援推進員と相談室が連携し、ぶんか・みかんの会カフェでの認知症サポーターの活動を支援し、地域の認知症支援のネットワークづくりに取り組んだ。</p> <p>○生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員及び相談室相談員の 3 者で月 1 回会議を行い、地域ネットワークづくりについて話し合っている。</p>	

＜圏域別地域包括ケア計画の重点的な取組＞

※取組ごとに記載している目指すべき姿の数字は、以下に記載した高齢者福祉総合計画・第 9 期介護保険事業計画における 5 つの目指すべき姿を示しており、このいずれかにつながる内容として設定している。

- 1 … 必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
- 2 … 多様な介護サービスを必要に応じて利用している
- 3 … 切れ目のない円滑な医療・介護連携により必要な在宅療養を受けている
- 4 … 身体状況の変化と本人の希望に応じて住まい方を選択している
- 5 … 地域における認知症に対する理解が進み、認知症の人が安心してその人らしく暮らしている

取組名 伝わる、分かる、支えあう	目指すべき姿：地域における認知症に対する理解が進み、
------------------	----------------------------

		認知症の人が安心してその人らしく暮らしている	
背景となる現況・課題		<p>ニーズ調査によると、「認知症状があっても住みやすい地域である」と回答する人の比率が他圏域と比較して低い結果となっている。認知症普及啓発事業において実施したアンケートでは、認知症予防に最も関心が高い傾向にあり、「認知症になりたくない」「認知症になったらもう終わりだ」という参加者の声を耳にすることもあった。その発言の背景には認知症への理解不足、偏見があると考えられる。</p> <p>一方、介護支援専門員向け研修のアンケートでは、「本人主体の支援ができていないか」という問いに対して半数が「どちらでもない」と回答している。また、「できている」と回答した介護支援専門員からは「より考えていきたい」という感想があった。その他の研修や弁護士事例検討会等からも、認知症があっても疾患にとらわれることなく、個性を理解し、本人の思いを尊重する支援が重要であることが分かった。</p> <p>厚生労働省の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」にはわが国の認知症高齢者の数は2025（令和7）年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれることが示され、ぶんか圏域においても今後ますます認知症高齢者が増えることが予測される。認知症の有無に関わらず、本人らしい暮らしを実現できる、住みやすい地域を目指すことが課題と考えられる。</p>	
計画策定段階の前年度の事業実績		（計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし）	
第9期計画における目的		支援のネットワークができることで認知症の人にも情報が届きやすくなる。	様々な人が自ら発信する機会をつくることで、お互いに尊重し、支えあう地域になる。
令和6年度の取組の指標と方向性	目標	認知症を自分のこととして理解している人が増える。	高齢期の特徴を理解している人が増える。
	投入資源	<p>人：センター・相談室職員、ボランティア、地域リハビリテーション活動事業、多職種（圏域の薬局等）</p> <p>場所：多目的室、ふれあい活動室、たちばなホーム、圏域の高齢者関連施設、UR住宅集会所、すでにある通いの場</p> <p>物：案内チラシ、パソコン、プロジェクター、ホワイトボード、喫茶用品、茶菓</p>	<p>人：センター・相談室職員、ボランティア、地域リハビリテーション事業、多職種（圏域の薬局等）</p> <p>場所：多目的室、ふれあい活動室、たちばなホーム、圏域の高齢者関連施設、UR住宅集会所、すでにある通いの場</p> <p>物：案内チラシ、パソコン、プロジェクター、ホワイトボード、喫茶用品、茶菓</p>
	活動計画	<p>○ぶんか・みかんの会カフェ（年6回）</p> <p>○認知症普及啓発講座（一般）開催（年8回）</p> <p>○認知症普及啓発講座（専門）開催（年3回）</p>	<p>○介護予防事業と連動した、高齢期の変化について学ぶ講座の開催（住民や専門職向け）</p> <p>○権利擁護と連動した、認知症高齢者の意思決定支援について学ぶ講座（住民や専門職向け）</p> <p>○多職種連携を考える場の開催（ぶんかカフェ・多職種連携研修）（年1、2回）</p>

	成 果 (アウトカム)を測る指標	アンケートにより、理解度を測る 参加者数	アンケートにより、理解度を測る 参加者数
実施結果	活 動 の 実績 (アウトプット)	<p>○ぶんか・みかんの会カフェ 4 回開催。87 名参加。</p> <p>○認知症普及啓発講座（一般）住民向け 5 回開催。97 名参加。</p> <p>○認知症普及啓発講座（専門）住民向け 3 回開催。29 名参加。「接し方を学ぶ」等を行った。</p> <p>○認知症サポーター養成講座 11 回実施 東京東信用金庫押上支店、UR 集会所、立花ゆうゆう館、いきいきプラザ、小学校等で開催。</p> <p>○足早プロジェクトで認知症に関するミニ講座を実施。</p>	<p>○多職種連携研修「共感と連携で支える認知症ケア：病院と在宅支援の新たな協力」を実施した。地域リハビリテーション活動支援事業の活用による「認知症ステージを理解した支援へ」を 2 回シリーズで実施。計 27 名参加。ケアマネジャーの他、看護師、ヘルパーの参加があった。</p> <p>○みまもり協力員向け勉強会で 11 月に認知症支援について講座を実施。2 月には厚生労働省の ACP 啓発動画を見て、「人生会議」についての講座を実施した。</p>
	成 果 (成果指標を用いた目標の達成状況)	<p>○ぶんか・みかんの会カフェ 参加者とボランティアが認知症について学び、交流する機会ができた。認知症ボランティアの活躍の場の拡充となった。</p> <p>○認知症普及啓発講座（一般）講座の満足度 65%であった。</p> <p>○認知症普及啓発講座（専門）では、認知症の介護をしたご家族の話を聞き、座談会形式で意見交換を行った。経験談を聞き、自分の言葉で話し合うことでより自分事として捉えることにつながったと考えられる。「認知症を自分事として考える」ということについて「とても参考になった」82%、「参考になった」18%の回答が得られた。</p>	<p>○アンケート結果から他職種の意見を聞くことにより、参考になったと言う意見が聞かれた。テーマである共感により、よりよい支援につながることに気づきを得る機会となった。</p> <p>○認知症普及啓発講座（専門）では、当事者からの発信として、認知症のご家族を介護した経験談を聞き、共感することの重要性を学んだ、専門職として寄り添った支援をしていきたいという意向をアンケートより確認した。</p> <p>○11 月の見守り協力員向けの講座では 10 名参加し、アンケートでは 10 名が「とても良かった」「よかった」と回答。2 月の講座では 9 名が参加。アンケートで「人生会議についてよく理解できた」「理解できた」と回答した人が 8 名だった。人生トラップについて紹介し、次年度の取組に繋げることができた。</p>
備考			

取組名 手から手へ つながる情報	目指すべき姿：必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
------------------	--

背景となる現況・課題		<p>平成 26 年から地域の情報をまとめた社会資源リーフレットを発行し、住民に向けて情報発信を行っている。「体操編」、「在宅療養編」など計 11 種類があり、毎月 300 部ほどが活用されている。約 50 カ所に設置しているが、その場所に行くことができない場合もあり、リーフレットを届けるネットワークの構築が求められる。さらに、どのような情報を必要としているのか、多様なニーズに応える取り組みが必要となる。</p> <p>ニーズ調査から地域で問題と感じている事に対し「適切な情報が得られない、あることを知らない人がいること（17.3%）」、「誰に頼めばいいかわからない（10.9%）」が区内で一番多くなっている。日常の相談から、どこにどのような情報があるのかわからない、知っていても行くことができない、頼める人がいないという課題がある。</p>
計画策定段階の前年度の事業実績		(計画期間の初年度のため令和 6 年度は記載なし)
第 9 期計画における目的		高齢者が知りたい、使いたい情報を届ける支援のネットワークをつくり、その情報を活用して住み慣れた地域で本人らしい暮らしを続けることができる。
令和 6 年度の取組の指標と方向性	目標	地域の社会資源情報を知り、必要な人に届ける方法（手・口コミ・場所）が増える。
	投入資源	<p>人：地域住民、認知症サポーター、足早プロジェクト参加者、民生・児童委員、見守り協力員、多職種</p> <p>場所：多目的室、ふれあい活動室</p> <p>物：案内チラシ、社会資源リーフレット、ホワイトボード</p>
	活動計画	<p>○リーフレット検討会の設置（年 2 回開催）。</p> <p>○リーフレット折りボランティアグループ「折り部」の活動（月 1 回開催）。</p>
	成果（アウトカム）を測る指標	<p>○検討会の実施回数、参加者数</p> <p>○アンケート結果</p> <p>○検討会で見直しをし、作成した社会資源リーフレット数</p> <p>○ボランティア、配り手の人数</p> <p>○配り手が配った数、エピソード</p>
実施結果	活動の実績（アウトプット）	<p>○第 1 回リーフレット検討会 2024 年 10 月 24 日実施。</p> <p>○第 2 回リーフレット検討会 2025 年 2 月 13 日実施。</p> <p>○リーフレット折りボランティアグループ（折り部）活動</p> <p>・7 月より毎月第 2 木曜日活動（7/11,8/8、9/12,10/10、11/14、12/12、3/13）</p> <p>・1/9（配食サービス試食会）2/13（リーフレット検討会）</p>
	成果（成果指標を用いた目標の達成状況）	<p>○第 1 回リーフレット検討会</p> <p>▶参加者）19 名。</p> <p>▶アンケート結果）</p> <p>・リーフレットを届ける「手」になってみたいと思うか？</p> <p>なっていた 3 名、なっていたが分からない：3 名</p> <p>・今後のケア会議に参加したいと思うか？</p>

況)	<p>ぜひ参加したい：7名、機会があれば参加したい：3名</p> <p>・意見等：配食は高齢者と思っていたが、若く健康であっても利用できると知った。配食の様々な情報を聞けて良かった。地域の方々に情報を届けることが大事だと思った。皆さんに薦められるようにしたい。</p> <p>▶意見交換より、配食弁当の試食をしてみたいという声が聞かれたため、1月9日に実施し15名参加した。</p> <p>「人に話すときに参考になった」「宅食に関してよくないイメージの方も多いため、自分たちの経験談として正しく内容を伝えることができるようになった」との意見が聞かれ、情報をより深く得る機会となった。</p> <p>○第2回リーフレット検討会</p> <p>▶参加者) 17名。</p> <p>▶アンケート結果)</p> <p>・リーフレットを届ける「手」になってみたいと思うか？</p> <p>なってみよう 10名、なってみようが分からない：6名</p> <p>・今後のケア会議に参加したいと思うか？</p> <p>ぜひ参加したい：5名、機会があれば参加したい：11名</p> <p>・意見等：具体的な改善案や意見が積極的にされとても参考になった。必要な人に有効な情報を届ける必要性について、改めて考える機会になった。</p> <p>○2回のリーフレット検討会のアンケート結果から、情報を知り、知らない方や、必要な方に届けよう、届けたいという気持ちに繋がっていることが分かった。</p> <p>○折り部活動を通じて、地域の方がリーフレットを知り、関心をもつ機会になった。また、リーフレットの情報を目にし、リーフレットについての質問や関係する話題の確認をすることができた。メンバー同士の情報交換の場ともなっている。</p>
備考	

取組名 足早プロジェクト	目指すべき姿：必要に応じて生活支援サービスなどを利用しつつ社会参加して支え合っている
背景となる現況・課題	<p>地域ケア会議では、必要な相談先や必要・有用な情報を入手するために「心身ともに動ける、出かけられる」ことが重要という課題が確認された。</p> <p>ニーズ調査から介護・介助が必要となった主な原因は、墨田区全体では「高齢による衰弱（19.4%）」次いで、「骨折・転倒（14.0%）」となっている。ぶんか圏域では、現在治療中の病気は「筋・骨格の病気」の割合が他の圏域に比べて多く、「出かけられる」ために、フレイル予防は重要課題に位置付けられている。また、老研式活動能力指標で「やや低い」「低い」と答えた割合は最も多い。さらに、生きがいとしてやってみたいことで「健康づくり・介護予防」「ボランティア活動・社会貢献」と答えた方の割合は他の圏域より多い状況である。</p>
計画策定段階の前年度の事業実績	(計画期間の初年度のため令和6年度は記載なし)

第 9 期計画における目的		ウォーキングの効果に加えて、健康増進・介護予防に関する知識を得られるとともに、自らの心身の状態を客観的に把握し、ウォーキングや運動の習慣化に役立てる。	ウォーキングなどの個人的な取り組みの中でも、自分が地域の役に立てること（困っている人への声掛けや周囲への見守りなど）に気づき、自分の暮らす地域や共に生きる人々への関心を深めることにつなげる。
令和 6 年度の取組の指標と方向性	目標	<p>○参加者が自主トレーニングの習慣化ができる。</p> <p>○参加者の仲間とともに自主的に活動が続けたいという意識が育つ。</p>	<p>○人や地域のために持っている優しい好意的な気持ちを確認する。</p> <p>○自主性、思いやり（他者への目配り・気配り）、役割発見、地域貢献の意識がある事に気づける。</p>
	投入資源	<p>人：センター・相談室職員、ボランティア、地域リハビリテーション事業、</p> <p>場所：清風園多目的室、いきいきプラザ会議室</p> <p>物：パソコン、DVD、ホワイトボード、体力測定用具、記録用紙、貯筋通帳、アンケート及び調査表</p> <p>広報：案内チラシ、区報、口コミ等</p>	<p>人：センター・相談室職員、ボランティア、地域リハビリテーション事業、</p> <p>場所：清風園多目的室、いきいきプラザ会議室、</p> <p>物：パソコン、DVD、ホワイトボード、体力測定用具、記録用紙、貯筋通帳、アンケート及び調査表</p> <p>広報：案内チラシ、区報、口コミ等</p>
	活動計画	<p>週 1 回固定の曜日 14 時～ 16 時</p> <p>第 1 回：説明会、体力測定、講座「早く歩けることと健康との関係」</p> <p>第 2 回：講座「MCR を予防する生活」、「運動時の体調管理と中止基準」、認知機能チェック</p> <p>第 3 回：講座「自分の身体・生活習慣と病気の話」、</p> <p>第 4 回：講座「栄養とからだ；いつまでも元気で過ごせるために」（専門職も参加）</p> <p>第 5 回：講座「口から始める健康づくり：介護予防も認知症予防も」専門職も参加）</p> <p>第 6 回：講座「認知症の予防、みんなのできる地域づくりのために」専門職も参加）</p> <p>第 7 回：体力測定、認知機能測定</p> <p>第 8 回：測定の結果の返却、これからの活動について話し合い</p>	<p>○参加者が毎日、思いやりチャレンジシートを記入。</p> <p>○終了時の意識調査として、アンケートを実施。</p>

	成 果 (アウトカム) を測る指標	<ul style="list-style-type: none"> ○体力測定の数値の変化 ○認知機能チェックの変化 ○歩数や生活習慣のチェック項目数の変化 ○参加者の人数 ○自主グループ化の進行度 	<ul style="list-style-type: none"> ○思いやりチャレンジに関してのアンケート結果 ○思いやりチャレンジの行動数 ○ボランティアや、見守り活動などの活動内容の多様化の状況
実施結果	活 動 の 実績 (アウトプット)	<ul style="list-style-type: none"> ・事前打ち合わせを 11 回、事後振り返りと評価話し合いを 5 回開催した。 ・区報とチラシ（みまもりだよりと共に 1300 枚）、口コミで周知した。 ・R6 年 9/3～10/15 の期間「足早ダンス教室」、毎週火曜日に計 7 回実施。実参加者数 20 名、延べ参加者数 105 名。 ・体力測定： 9/3 1 回目体力測定者数 17 名。 9/10（予備日）1 回目体力測定者数 3 名。 10/8 2 回目体力測定者数 11 名。 うち、1・2 回目共に体力測定受けた者 11 名。 ・ミニ講座実施：9/3「健康講座」、9/17「栄養講座」、9/24「認知症講座」、10/1「お口の講座」 ・10/15 ウォーキング体験実施 参加者数 13 名 	<p>各教室開催時に思いやりチャレンジシートの内容を振り返り、参加者のうち 3 ～ 4 名ずつ発表した。内容例は以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清風園ボランティア。 ・カラオケ教室場所取り。 ・自転車を優先させ通した。 ・ラジオ体操の時にかわいい花を見つける。ヘクソカズラ。名前がかわいそう。雑草をとった。 ・早足ダンス教室のイスの片付けをした。 ・団地内で迷っているおじさんを 3 号棟迄つれていった。 ・女性のハンドバックがあいていたので教えた（バスの中）。 ・笑顔であいさつをした。 ・家のまわりのタバコの吸殻と水のボトル、ビールの空缶の始末をした。
	成 果 (成果指標を用いた目標の達成状況)	<p>【体力測定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バランス能力について、1 回目と 2 回目の平均の差が 6.95 cm になり向上した。体幹の強化と転倒予防につながった。 ・各個人の体力測定のデータをグラフ化し、参加者全体の傾向について理学療法士が説明し、そこから運動の習慣化に役立てられるよう助言した。 ・短期間の実施のためか、歩行速度や筋力データに大きな変化はみられなかった。 <p>【アンケート（事前・事後・三ヶ月後）の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート項目「自分の体に対する自信がある」、「体の動きはよい」、「気持ちは前向き 	<p>【アンケート（事前・事後・三ヶ月後）の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート項目「地域での関わりに関心がある」について、事前アンケートでは「当てはまる」が 92.3%だった。事後アンケート 76.9%へと減少した。「どちらともいえない」と回答した人は、事前アンケート 7.7%、事後アンケート 23.1%となった。外出できる体力を持つ参加者であるため、日常生活において他者とのかかわりはあると思われるが、参加者の思いやりチャレンジシートに空欄が多かった。日頃、他者との関わりを持っていることを意識していないのではないかと考察された。 ・三ヶ月後のアンケートでは参加者が新たに別の会に参加したり、ボランティアを始めたなどのコメントがあった。足早プロジェクトとして自主化にはつなが

		である」について、事前アンケートでは「当てはまる」が 64.1%だったが、事後アンケートでは 61.5%へと減少した。参加者からは、「ダンスのスピードが速く大変だった」「難しかった」という意見が複数あり、回答率が下がったと考えられる。自主的な活動を維持するためのモチベーションの持ち方について考えるきっかけとなった。	らなかったが、個人レベルで新たな社会参加に繋がっているケースが認められた。
備考		【次の課題】 <ul style="list-style-type: none"> ・事業目的の周知方法、募集地域、募集人数など改めて募集時に検討していく。 ・“貯筋通帳”のデータの活かし方を検討する。 ・事業前にリハビリテーション専門職と打ち合わせをし、事業目的や依頼内容を共有する。 	【次の課題】 <ul style="list-style-type: none"> ・参加者に足早プロジェクトの目的をしっかりと伝え、参加者同士コミュニケーションが取れるような企画にし、仲間と一緒に取り組み、地域ボランティアへの参加に広げるようにする。