

# 令和5年度 事業計画・達成評価表

センター名	中央	センターの 重点目標	認知症になっても安心して暮らし続けるために、誰も取りこぼさない見守りと支え合いの仕組みを構築する。	<b>【達成度の目安】</b>  S : 目標を上回る A : 目標通り B : 目標をやや下回る C : 目標を大きく下回る
	高齢者総合相談センター			

## 1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画		計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標		前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策1. 介護予防・総合事業の推進	高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大	高齢者の通いの場が一部に集中しており、地域の社会資源に偏りがある。	①サロン活動が少ない地域の町会や集合住宅を周り、活動の場所を確保する。(1か所)  ②2層Coと連携して、通所Cのメンバーの意向やモチベーションを把握する。  ③チームオレンジの集いや介護予防リーダー養成研修に参加して、サロン活動の核となれる人材を発掘する。  ④第2層CoやCSWと連携して、新しいサロン活動の立ち上げ支援(1か所)  ⑤地域で活動している、既存のサロン等に対して、活性化を促すために参加者の紹介や担い手確保の協力を行うことで、地域格差の進行を防ぐ。(4か所)	①町会や集合住宅を訪問し、活動場所の確保について協力要請をする。(5か所)  ②2層Coと連携して、通所Cのメンバーの情報を共有する。  ③チームオレンジの集いや介護予防リーダー養成研修などに参加して、核となれる人材の確保をする。  ④新しいサロン活動の立ち上げ支援(年1か所以上)  ⑤熱中症訪問や通所Cの評価時に情報提供と声かけをして、通いの場へ繋げる。(2か所)	①町会や集合住宅を訪問し、活動場所の確保について協力要請をする。(5か所)  ②2層Coと連携して、通所Cのメンバーの情報を共有する。  ③チームオレンジの集いや介護予防リーダー養成研修などに参加して、核となれる人材の確保をする。  ④新しいサロン活動の立ち上げ支援(年1か所以上)  ⑤熱中症訪問や通所Cの評価時に情報提供と声かけをして、通いの場へ繋げる。(2か所)	①地域のフリースペース、大学のカフェスペース、文京区との区境にある居場所事業の主催者に活動場所を提供してもらえることを確認した(計3箇所)。また、集合住宅ネットワーク連絡会において、マンション内のサロン活動立ち上げ事例を紹介した。一方で、町会へのアプローチは実施できなかった。  ②2層Co、見守り支援事業担当、包括ケアプランナーは、ケースの情報を共有し、通所C終了後の活動参加を実現できている。(⑤実績参照)  ③チームオレンジの集いには参加しているが、介護予防リーダー養成研修には参加できていない。一方で、ケアマネや看護師の経験がある地域住民を核とした居場所やサロン活動の立ち上げを支援した(④実績参照)。  ④「高齢者のための誰でも食堂」や、体操を中心にしたサロンの立ち上げ支援を行なった。緩やかな坂の上にある上池袋エリアや、東池袋フレイル対策センター引越後にサロンに通えなくなる方への対策となった。  ⑤通所Cの利用者32名、A8の利用者1名中、5か所のサロン等に8名を紹介した。  * 人材と場所の不足、社会資源の地域における偏りは、引き続き課題となる。	S	

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自 で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題  どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
2	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	介護予防活動の支援、介護予防ケアマネジメントの推進	A6サービスの長期利用が目立ち、改善可能性のアセスメントが十分に行き渡っていない。	<p>①A6サービス利用者のケアプラン更新月、A6サービスの利用開始日、A6サービスを継続している理由などを一覧表にまとめて、改善可能性がある利用者の大まかな全容を把握する。</p> <p>②評価時に改善可能性を検討して、必要に応じて元気はつらつ訪問事業を活用して、リハ職の視点を効率的に取り入れる。</p> <p>③A6サービス利用者、通所型サービスB又はCの併用を提案する。</p> <p>④令和4年度地区懇談会にて作成した小冊子、「中央圏域 地域活動情報」や区が発行している「高齢者の通いの場 つながるサロン」と「興味関心チェックシート」を活用して、より具体的な説明ができるように工夫する。</p>	<p>①A6サービス利用者の更新月、A6サービスの利用開始日、A6サービスを継続している理由などの一覧表を作成。改善可能性についても、見当をつけておく。</p> <p>②元気はつらつ訪問事業の利用(7件)</p> <p>③A6サービス利用者の通所型サービスB又はCの併用(3件)</p> <p>④A6サービスの卒業(1件)</p>	<p>①A6サービス利用者の更新月一覧表を更新。</p> <p>②元気はつらつ訪問事業の利用(7件)</p> <p>③A6サービス利用者の通所型サービスB又はCの併用(4件)</p> <p>④A6サービスの卒業(1件)</p>	<p>①A6サービスの利用者一覧表を作成したが、一覧表を更新するまではできなかった。一覧表を作成したことで、改善可能性をアセスメントすることの意識づけになった。</p> <p>②元気はつらつ訪問事業は、上半期4件、下半期7件、合計11件の利用だったが、評価時の利用は4件だった。新規・評価のいずれも、専門職の意見を参考にしたこと、新たなプラン作成の際に役立てることができた。</p> <p>③A6利用者による通所Bの併用(2件)。通所Bを使うことで、自宅の周辺で友人を見つけたり、新たな活動の場が増えたなどの効果があった。</p> <p>④A6サービスの卒業は、上半期1件、下半期0件だった。一方、A8卒業後、通所Cを経てリボンサービスの協力会員となり、現在も活躍している方がいる(福祉用具も返却)。 *事業対象者のA6利用者を、介護認定申請やサロン等の利用に計画的に切り替えていくことが課題。</p>	A
3	施策1. 介護予防・総合事業の推進	訪問型・通所型サービスの推進	委託先のケアマネジャーによる、総合事業サービスの利用が少ない	<p>①自立支援個別ケア会議(元気はつらつ報告会)の場で、総合事業の説明や提案をする。(4回)</p> <p>②ケアプラン評価時に、必要性が認められる利用者には委託先のケアマネジャーへ総合事業の利用を促す。</p>	<p>①包括主催自立支援個別ケア会議(元気はつらつ報告会)の開催(2回)</p> <p>②ケアプラン評価時に、必要性が認められる利用者には委託先のケアマネジャーへ総合事業の利用を促す。</p>	<p>①包括主催自立支援個別ケア会議(元気はつらつ報告会)の開催(2回)</p> <p>②ケアプラン評価時に、必要性が認められる利用者には委託先のケアマネジャーへ総合事業の利用を促す。</p>	<p>①包括主催自立支援個別ケア会議は、年3回(7/6、9/7、3/14)開催した。また、参加者に総合事業のパンフレットを配布して説明を行った。5年度は、圏域外の委託先ケアマネにも事例提出を要請した。一方、会議で出された意見が、利用者本人に伝わっていない事例が確認された。来年度は、しっかり振り返りまでフォロー出来る様にしていきたい。</p> <p>②委託のケアマネジャーに総合事業をきちんと説明して、利用につながったケースが散見された。また、以前総合事業のサービスを使ったことがあるCMから、自発的に利用したいという声も聞かれ、導入することができたケースがあった。</p>	S
4	施策2. 生活支援の充実	見守り支援事業担当による活動一専門的な見守り	安否確認通報が増加している。	<p>①町会や高齢者クラブなどを対象にしたPR活動を行い、団体の構成メンバーに異動があってもしっかりと伝えていく。(全町会・全高齢者クラブ)</p> <p>②終活あんしんセンターと連携して、終活登録事業の利用促進の一端を担う。(講座の共同開催1回)</p> <p>③見守り訪問事業の利用拡大(10件)</p>	<p>①町会や高齢者クラブなどを対象にしたPR活動を行う。(全町会・全高齢者クラブ)</p> <p>②終活あんしんセンターと講座の共同開催(年1回)</p> <p>③見守り訪問事業の利用拡大(5件)</p>	<p>①町会や高齢者クラブなどを対象にしたPR活動を行う。(全町会・全高齢者クラブ)</p> <p>②終活あんしんセンターと講座の共同開催(年1回)</p> <p>③見守り訪問事業の利用拡大(5件)</p>	<p>①第3ブロックの高齢者クラブ会長会に参加した。その際に、高齢者のための誰でも食堂を案内したことがきっかけとなり、同様の活動希望者に対して現在立ち上げの支援中である。件数は少ないが、成果は得られた。</p> <p>②ヴァンガードタワー(UR住宅)において、終活あんしんセンターと講座を共同開催した(8/18)。終活登録事業等の必要性が感じられた方には、積極的に終活あんしんセンターの紹介や繋ぎを行った。</p> <p>③見守り訪問事業の新規利用者は7件だった。利用拡大を目指し、サロン等でも紹介して、この事業について広く案内することができた。</p>	A

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自 で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題  どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
5	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	認知症施策が多岐にわたっており、十分に関係機関へ紹介できていない	①認知症初期集中支援事業の活用(10件) ②物忘れ相談(10件) ③地域ケアG「相談3事業」(6件) ④多職種連携の会(コアメンバー会議4回、多職種連携の会(1回))	①認知症初期集中支援事業の活用(5件) ②物忘れ相談(5件) ③地域ケアG「相談3事業」(3件) ④多職種連携の会(コアメンバー会議2回)	①認知症初期集中支援事業の活用(5件) ②物忘れ相談(5件) ③地域ケアG「相談3事業」(3件) ④多職種連携の会(コアメンバー会議2回、多職種連携の会1回)	①初期集中支援事業の活用件数は、合計4件と目標を大きく下回った。件数が伸びなかった背景に、0次訪問の日程調整に時間がかかり、サービス導入を急ぐケースに適用できなかったことが挙げられる。 ②もの忘れ相談は、定例4件、随時7件、合計11件。家族に検査の付き添いなど役割を持たせることで、本人の症状に対する理解が進んだ事例があった。他包括の定例枠を効率よく活用していくことが次年度の課題である。 ③認知症・虐待専門ケア会議1件、要介護高齢者援助スタッフ専門相談2件、こころの相談3回(計6件)の利用だった。 ④コアメンバー会議5回、本開催1回の開催だった。今年度は、コロナ禍を経て徐々に減りつつある介護職の参加を促すために、以前に実施した「宣伝の会」を実施して、事業所のPRをする機会とした。久しぶりの集合形式による開催に参加者の満足度も高かった。 来年度は、区民へ向けたイベントを実施する方向性で準備が始まっている。	A
6	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	高齢者総合相談センターの相談支援の充実	初回相談のハードルは高く、相談支援に繋るまでに時間がかかり、重度化するケースがある。	①元気高齢者に対する、高齢者総合相談センターの周知活動及び出張相談を行う。(定例出張相談:区民ひろば3か所×月2回) ②CSWと連携して、社協の地域福祉サポーターとなっている企業や事業所に対し、包括の周知PRを行う。(2か所) ③ヴァンガードタワー(UR)と合同で「高齢者相談会」を実施する(6回)	①区民ひろばへのお出張相談(3ヶ所×月2回)、町会や高齢者クラブ等への周知PRを行う(月2回) ②企業サポーターの情報を収集し、高齢者のかかわりが多い企業を選定する ③高齢者相談窓口をUR合同開催(3回)	①区民ひろばへのお出張相談(3ヶ所×月2回)、町会や高齢者クラブ等への周知PRを行う(月2回) ②企業サポーターへ包括の周知と情報提供(2か所) ③高齢者相談窓口をUR合同開催(3回)	①出張相談は、区民ひろば所有の引越しがあった1月以外は、各区民ひろば(3か所)において予定通り開催した。利用者との日常の話から相談に発展したケースがあり、継続開催するメリットを感じた。町会2か所、高齢者クラブ2か所で、周知PR活動を行った。 ②企業サポーターへのアプローチはできなかったが、個別で金融機関(三菱UFJ信託銀行、城北信金、ゆうちょ銀行)にPR活動をした。 ③上半期:3回、下半期3回開催した。しかし、本格的な相談者は1件のみだった。UR側でチラシや掲示をしてくれているが、包括としての工夫が課題である。	A
7	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	認知症に関する相談は、家族、地域住民、金融機関や行政など、多方面にわたっている。	①いろいろな世代を対象にした認知症サポーター養成講座の開催(4回) ②金融機関へのお出張講座などの開催(2回) ③認知症地域支援員と連携して、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの周知・参加呼びかけをする。	①認知症サポーター養成講座(2回) ②金融機関へのお出張講座(1回) ③認知症地域支援員と連携して、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの周知・参加呼びかけをする。	①認知症サポーター養成講座(2回) ②金融機関へのお出張講座(1回) ③認知症地域支援員と連携して、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの周知・参加呼びかけをする。	①認知症サポーター養成講座は2回開催した。どちらも子どもが参加して、多世代で受講してもらうことができた。また、介護事業所や大学生、としま未来文化財団等から開催の相談を受けており、次年度開催に向けて調整中。区民ひろばとも、子ども向けの講座開催について話し合う予定。 ②三菱UFJ信託銀行で、認知症勉強会を開催した(5/15)。下半期に予定していた城北信金は、担当者が異動となり後任への引き継ぎがなかったため、開催には至らず。 ③一体型支援プログラムの周知は、職員が手分けして行ったが、参加の人数が思うほど伸びなかった。家族介護者の就労、負担感、開催場所の距離的な問題など、要因は様々だが、メリットを伝えられる職員のスキルアップが求められる。	A

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策1・施策4は3項目中2項目を選択してください。  
 ※重点事業は別紙の「計画作成にあたっての視点および留意事項」を参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

## 1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	基本チェックリスト(件数)	38件	40件	21件
2	A8、通所C、通所Bの利用促進(回数)	10回	15回	34回
3	包括主催元気はつらつ報告会(回数)	1回	4回	3回
4	地区懇談会(回数)	5回	3回	4回
5	出前講座(回数)	30回	15回	15回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	4回	4回	2回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	8回	10回	4回
8	もの忘れ相談(回数)	8回	10回	11回
9	相談3事業(回数)	2回	6回	6回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上とコンプライアンスの強化	<p>①昨年度実施した「認知症カンファレンス」を拡大し、認知症に限定しないカンファレンスを開催し、職員全員が事例提出する機会を設ける。</p> <p>②研修報告の内容を見直し、より簡易で且つ他職員と情報を共有できるようにすることで、次年度以降の研修計画に活かす。</p> <p>③年2回実施している、個人情報取扱いに関するセルフチェックシートの前回比較を行い、個々の意識改善を図る。</p>	<p>①ケースカンファレンスの開催(4回)</p> <p>②研修報告の見直し案の作成と検討</p> <p>③個人情報取扱いに関するセルフチェックシートを実施する際に、前回との比較を報告する。(9月)</p>	<p>①ケースカンファレンスの開催(4回)</p> <p>②研修報告見直し案の試験的運用</p> <p>③個人情報取扱いに関するセルフチェックシートを実施する際に、前回との比較を報告する。(3月)</p>	<p>①ケースカンファレンスは、4ケース実施することが出来た。他職員の意見を聞けるだけでなく、情報を共有することで担当者不在時の対応にも良い影響があった。</p> <p>②研修報告の見直し案は作成できなかった。法人内で使用している共通書式と調整が必要であり、実現に至らなかった。次年度は、効率的な情報の共有方法に焦点を当てた改善を検討したい。</p> <p>③セルフチェックシートを実施し、昨年度から改善が見られない点について、原因と対策についての確認作業を行なった。</p>	A
2	ウィズコロナ・アフターコロナに向けた体制の強化	<p>①地域のサロン活動や趣味活動の運営を後方支援しする。(3か所以上)</p> <p>②新たなサロンの立ち上げ支援を行い、区民ひろばやフレイル対策センターへから離れた地域の介護予防を促進する。(1か所以上)</p>	<p>①地域のサロン活動や趣味活動の運営を後方支援しする。(3か所以上)</p>	<p>①地域のサロン活動や趣味活動の運営を後方支援しする。(3か所以上)</p> <p>②新たなサロンの立ち上げ支援を行い、区民ひろばやフレイル対策センターへから離れた地域の介護予防を促進する。(1か所以上) * 運営方針1と連動</p>	<p>①地域のサロン活動(5か所)、誰でも食堂(1か所)の運営支援を通年行った。</p> <p>②体操をメインとしたサロンを1か所(えんむすびの会)の立ち上げ支援を行った。その他に、高齢者のための誰でも食堂の立ち上げ支援を行い、側面的に運営支援も行った。</p>	S
3	業務改善・ICTの利活用	<p>ZOOMホストの手順書を作成し、気軽にZOOM会議を開催できるようにするための研修を開催して、打ち合わせや会議の移動時間や会場確保の手間を削減する。</p>	<p>ZOOMホスト手順書の作成</p>	<p>ZOOMホスト研修(OJT)の開催</p>	<p>ZOOMホストの手順書は作成したが、研修は実施できなかった。包括主催の会議は、主任ケアマネ以外ほとんどないため、必要に迫られる場面が少なかった。ICTの活用については、法人を全体で意識改革が必要であることを確認した。</p>	A

### 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	グリーフケアへの取り組みを基盤にした多様な担い手の確保に関する試験的取り組み	<p>①地域のケアマネジャーと協働し、利用者と死別したり、施設入所した介護者でグリーフケアが必要な方を見つけるための方法を検討する。</p> <p>②包括職員は、対象が高齢者の場合、グリーフケアに関する情報提供を行いながらモニタリングを行う。対象が高齢者以外の場合は、適切な関係機関へ繋ぎ、アフターケアを依頼する。</p> <p>③対象者に、グリーフケアや地域活動に関する情報提供及び参加の促し、或いは担い手としての役割のご案内などを行う。</p>	<p>①ケアマネ地区懇談会で、グリーフケアについて検討する。(1回)</p> <p>②関係機関との合同勉強会(1回)</p>	<p>①ケアマネジャーと協働し、グリーフケアの対象者を選定する。(5件)</p> <p>②包括職員が対象者を訪問し、情報提供やモニタリング、活動への繋ぎ支援を行う(2事例)</p> <p>③社協ボランティアセンター、シルバー人材センター、生活支援お助け隊など、住民参加型サービスへのつなぎ(1事例)</p>	<p>①多職種連携の会やケアマネ懇談会で、グリーフケアへの取り組みを基盤とした、担い手の確保について提案したが、ケアマネの負担感からか反応が薄く、対象者の選定にまで至らなかった。ケアマネより、福祉用具の方が契約終了後に引き取りに行くため、グリーフ状態にある家族と接する場面が多いとの意見があった。</p> <p>②合同勉強会は実施できなかった。また、包括職員による対象者の訪問も実施していない。①における見立てが外れたため、取り組みが循環していなかった。</p> <p>③上記に同じ。</p> <p>*まず、福祉用具の事業所などにアンケート調査を行うなど、グリーフケアのニーズや実績に対する実態を把握することが必要だった。具体的な手法は、そのあと組み立てていきたい。</p>	B
2	安否確認の対応強化	<p>①安否確認マニュアルを定期的に読み合わせて不明な点や疑問点を確認し、全職員が内容を把握する。(年2回)</p> <p>②毎月の職員会議で、安否確認対応ケースの内容を報告し、事例を蓄積する。(通年)</p> <p>③年度末に全体の分析を行い、対応の精度を上げる。</p>	<p>①安否確認マニュアルの読み合わせ(1回)</p> <p>②毎月の職員会議で、安否確認対応ケースの内容を報告し、事例を蓄積する。</p>	<p>①安否確認マニュアルの読み合わせ(1回)</p> <p>②毎月の職員会議で、安否確認対応ケースの内容を報告し、事例を蓄積する。</p> <p>③年度末に全体及び個々のケースの分析</p>	<p>①全職員によるマニュアルの読み合わせは行わなかったが、都度の対応において対応する職員同士が丁寧に読み合わせながら行動した。</p> <p>②安否確認後の支援が継続しており、毎月の職員会議を待たないケースがあるため、翌日の朝礼でケースの内容を報告し共有した。対応したケースは一覧表に集約して、事例を蓄積している。</p> <p>③安否確認通報全29件中、7件は救急搬送できたが、3件は「発見時死亡」の状況だった。また、相談歴が無いケースや、あっても情報が古く活用できないケースが多くみられた。日常業務の中で、このような方を減らす取り組みの必要性を認識した。</p> <p>&lt;成果&gt;何度か通報してくださっている新聞販売店や配食業者の担当者とは、危機感の共有などができて、対応がスムーズになった。また、タワーマンションのコンシェルジュや管理人も、正面玄関のオートロック解錠に協力してくれるなど、昨年度より格段に連携が良くなった。集合住宅ネットワーク連絡会の成果と言える。</p> <p>*職員の異動などによる、対応能力の個人差を減らすために、組織としての対応を心がけたい。</p>	S

# 令和6年度 事業計画・達成評価表

センター名	中央	センターの 重点目標	<b>助けられる命を取りこぼさない、多世代で支え合うまちづくり</b> ～見守り支援、認知症の備え、介護予防、孤立予防など、多様な担い手と当事者が連携できる地域の拠点づくり～	<b>【達成度の目安】</b> S : 目標を上回る A : 目標通り B : 目標をやや下回る C : 目標を大きく下回る
	高年齢者総合相談センター			

## 1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画		計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標		前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策2. 生活支援の充実	見守り支援事業 担当による活動 —専門的な見守り	依然として、安否確認通報が頻回にある。	①昨年度に引き続き、見守り訪問事業の利用者を拡大する(10人)。 ②終活あんしんセンターと、「もしも」の備えに関する講座を共同開催(年1回)。「備えることで安心に暮らす」ことの意義について周知をする。 ③安否確認の際に必要なとなる個人情報の更新。 ④アウトリーチ連絡会を開催して、民生委員等との情報共有・意見交換を行う。 ⑤消防署が行う防火防災診断を有効活用し、本人の意識づけだけでなく、独居高齢者の情報を消防署にも共有していただくことで、レスキュー隊を要請した際のスムーズな対応に備える。	①見守り訪問事業の利用拡大(5人)。 ②終活あんしんセンターと講座を共同開催(年1回) ③熱中症訪問・実態調査で得られた有効な情報を入力する際に、旧台帳の情報を確認して整理する。 ④アウトリーチ連絡会の企画・準備等 ⑤防火防災診断の同行(4件)	①見守り訪問事業の利用拡大(5人)。 ②終活あんしんセンターと講座を共同開催(年1回) ③熱中症訪問・実態調査で得られた有効な情報を入力する際に、旧台帳の情報を確認して整理する。 ④アウトリーチ連絡会の開催(1回) ⑤防火防災診断の同行(4件)			
2	施策3. 高年齢者総合相談センターの機能強化	高年齢者総合相談センターの相談機能の充実	コロナが明けても、生活を取り戻せない世帯があり、多くは複合的なニーズを抱えている。	①複合的なニーズを持つ世帯をリスト化し、実態を把握する。(課題、関係機関など) ②対応方法や終結の理由などから、傾向や効果的な支援についての検証を所内で行う。 ③担当職員を2名体制にして、ケア会議などの調整を柔軟に行えるようにする。	①複合的なニーズがある世帯をリスト化し、実態を把握する。 ②所内での検証作業(全件) ③担当職員2名体制での対応(全ケース)	①複合的なニーズがある世帯をリスト化し、実態を把握する。 ②所内での検証作業(全件) ③担当職員2名体制での対応(全ケース)			

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
3	施策2. 生活支援の充実	ささえあいの仕組みづくり (地域資源の充実)	地域における高齢者の見守りについて、特に高齢者以外の方に対する啓発活動が不十分である。	①2層Co.やCSWと連携して、見守り支援講座をサロンや高齢者クラブ等で開催する(5か所)。 ②学生・生徒・児童などが集う場所や学校などで、認知症や見守りに関する講話を行う(4回)。 ③2層Co.との定例打ち合わせ会で、包括、CSW、フレイル対策センター職員が顔を合わせて、情報共有・意見交換をする(6回) ④通所Cの評価時には、2層Co.と利用者のニーズを共有し、必要な社会資源について検討する。 ⑤集合住宅における、サロン活動の成功事例を管理組合や管理会社へ紹介して、活動場所の提供を要請する。(新規4件)	①見守り支援講座の開催(3か所) ②子どもや親子が参加する場所で、見守り等について話す機会を持つ(2回)。 ③2層Co.との定例打ち合わせの参加(3回) ④通所C評価時に、2層Co.とニーズの共有及び必要な社会資源の検討。 ⑤集合住宅に対して、活動場所の提供要請(2か所)	①見守り支援講座の開催(2か所) ②子どもや親子が参加する場所で、見守り等について話す機会を持つ(2回)。 ③2層Co.との定例打ち合わせの参加(3回) ④通所C評価時に、2層Co.とニーズの共有及び必要な社会資源の検討。 ⑤集合住宅に対して、活動場所の提供要請(2か所)		
4	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	「認知症になったらおしまい」という価値観が地域に根強く残っており、早期発見・早期対応の阻害要因になっている。	①認知症サポーター養成講座を、多世代に向けて開催する(5回)。その内容において、地域での多世代による見守り等についても啓発する。 ②金融機関の職員を対象にした、認知症勉強会を開催する(1回)。 ③認知症ケアパス等を活用して、区民ひろばで出張講座を開催する。	①色々な世代に向けた認知症サポーター養成講座を開催する(3回)。 ②金融機関における、認知症の勉強会(準備) ③区民ひろばでの出張講座(1回×3か所/年)	①色々な世代に向けた認知症サポーター養成講座を開催する(2回)。 ②金融機関における、認知症の勉強会実施(1回) ③区民ひろばでの出張講座(1回×3か所/年)		
5	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大	住民主体の通いの場は地域の偏りがあり、特に北大塚3丁目や上池袋4丁目が少ない。	①北大塚3丁目、上池袋4丁目を中心に、通いの場の活動場所を確保する(4か所)。 ②2層SCやCSWと協働して、新しい通いの場を立ち上げる。 ③新しい通いの場だけでなく、運営に支援が必要な既存のサロンなどには、側面的な支援を行う。	①活動場所を確保(2か所) * 北大塚3丁目に1か所、上池袋4丁目に1か所、計2か所 ②新しく通いの場の立ち上げ支援を行う(1か所)* 計画表2-3とも連動 ③通いの場の運営支援(3か所)	①活動場所を確保(2か所) * 北大塚3丁目に1か所、上池袋4丁目に1か所、計2か所 ②新しく通いの場の立ち上げ支援を行う(1か所)* 計画表2-3とも連動 ③通いの場の運営支援(3か所)		
6	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	訪問型・通所型サービスの推進	予防プラン委託先のケアマネジャーに対する、総合事業の理念や考え方に対する周知が不十分である。結果、委託している利用者がA2,A4,A6以外の総合事業を利用する割合が低い現状にある。	①委託している利用者における、「元気はつらつ訪問事業」の活用(10件) ②委託している利用者の、短期集中型事業、リハビリに特化した通所事業の積極的活用(10件) ③委託先のケアマネジャーに対して、総合事業の利用方法、注意事項、有用性等を周知し、ケアマネと意見交換を通じて利用の促進を図る。	①委託している利用者の、元気はつらつ訪問事業活用(5件)。 ②委託している利用者の短期集中型事業、リハビリに特化した通所事業の利用(5件)。 ③委託先のケアマネジャーを対象にした勉強会または意見交換会(年1回)	①委託している利用者の元気はつらつ訪問事業活用(5件)。 ②委託している利用者の短期集中型事業、リハビリに特化した通所事業の利用(5件)。 ③委託先のケアマネジャーを対象にした勉強会または意見交換会(年1回)		

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
7	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	介護予防ケアマネジメントの推進、自立支援・重度化防止に資するケアマネジャーの育成支援	高齢者の生きがいや役割を見出すためには、多職種による意見交換と地域の実情を把握することが不可欠で、ケアマネジャー1人のアセスメントには限界がある。	包括主催(合同・単独)「元気はつらつ報告会」(5事例)を開催し、地域のケアマネジャーが自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを学ぶ機会を提供する。また、包括職員がそのスキルを担保するために、区主催の「元気はつらつ報告会」へ参加する。	①包括主催(中央・いけよん合同開催)「元気はつらつ報告会」の打ち合わせ ②包括主催(単独開催)「元気はつらつ報告会」開催(1事例×2回) ③区主催「元気はつらつ報告会」に参加	①包括主催(中央・いけよん合同開催)「元気はつらつ報告会」開催(1事例) ②包括主催(単独開催)「元気はつらつ報告会」開催(1事例×2回) ③元気はつらつ報告会の内容(全件)を、センター内で共有		
8	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	成年後見制度の利用促進	成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の導入には労力と時間を要し、職員のスキルが大きく影響する。	①三職種全員が、成年後見制度を含む権利擁護支援について、区民にわかりやすく説明できる知識と技術を身につける。 ②権利擁護支援が進まない方へのアプローチ方法などを検討する機会を作る。 ③サポートとしまとの連携を強化して、役割分担や事業・講座などの情報共有の機会をもつ。 ④専門相談の活用(4件) ⑤リーガルサポートとケアマネジャーの合同勉強会開催(1回)	①職員相互によるOJTの実施。(1回) ②社会福祉士を中心に、検討体制をつくる。*計画表2-1と連動 ③サポートとしまとの連携会議(6回) ④専門相談の活用(2件)	①職員相互によるOJTの実施。(1回) ②社会福祉士を中心に、検討体制をつくる。計画表2-1と連動 ③サポートとしまとの連携会議(月6回) ④専門相談の活用(2件) ⑤リーガルサポートとの合同勉強会(1回)		

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策3・施策4はそれぞれ2項目を選択してください。

※重点事業は「留意事項」シートを参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	A8、通所C利用促進(回数)	34回	35回	回
2	つながるサロン訪問(回数)	7回	11回	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	4件	5件	件
4	地区懇談会(回数)	4回	4回	回
5	出張講座・出張相談(回数)	15回	25回	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	2回	5回	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	回
8	もの忘れ相談(回数)	11回	10回	回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	12回	15回	回
10	相談3事業(回数)	5回	6回	回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上	全職員を対象とした、所内カンファレンスを実施し、アセスメントの視点や、支援内容など、他職員の意見を参考にした上で、主体的に価値判断をしていく習慣を身につける。	①所内カンファレンスの実施(4事例)*計画表1-8-②を含む ②次月には、必ず経過の報告をする。	①所内カンファレンスの実施(4事例)*計画表1-8-②を含む ②次月には、必ず経過の報告をする。		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	年2回、個人情報取扱いに関するセルフチェックシートを実施するとともに、個人情報規定の確認を行う。	①個人情報取扱いに関するセルフチェックシートを実施し、前回との比較を行う(1回) ②個人情報規定の読み合わせを行う。	①個人情報取扱いに関するセルフチェックシートを実施し、前回との比較を行う(1回) ②個人情報規定の読み合わせを行う。		
3	業務改善・ICTの利活用	①医師会の要請に応じて、MCSを使った利用者支援を行う。 ②Web会議の参加、または開催をスムーズに行うためのOJTを実施する。	①MCSを使った利用者支援(医師会からの要請時) ②Web会議活用に関するOJTの実施(年1回)	①MCSを使った利用者支援(医師会からの要請時) ②Web会議活用に関するOJTの実施(年1回)		

## 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	グリーフケアの取り組みを基盤にした多様な担い手の確保に関する試験的取り組み	①関係機関に対して、グリーフケアのニーズについてアンケート調査をする。 ②アンケート調査の結果をもとに、再度多職種連携の会またはケアマネ地区懇談会で意見交換をする。 ③協力会員やスタッフを募集している関係機関等に、取り組みの説明をして、受入れ協力を要請する。(4か所) ④死別、離別などの喪失体験をした家族介護者に、グリーフケアまたは社会活動への参加を提案してみる。(1事例)	①アンケートの作成・発送・集計 ③関係機関に対する、取り組みの説明と受け入れ要請(2か所) ④死別、離別、喪失体験をした家族介護者に、グリーフケアまたは社会参加を提案	①アンケート内容の分析・評価 ②アンケートの結果をもとに、多職種連携の会またはケアマネ地区懇談会で意見交換(1回) ③関係機関に対する、取り組みの説明と受け入れ要請(2か所) ④死別、離別、喪失体験をした家族介護者に、グリーフケアまたは社会参加を提案		
2	2層Co.と協働して、「福祉とアート」がコラボレーションした活動の創出や、「食」に関する活動の立ち上げ支援を行い、高齢者が参加できる活動の幅を広げる。	①としま未来文化財団から、利用可能な助成金や核となるメンバー及び専門性のあるアドバイザーの紹介などご協力いただき、企画段階から2層Co.と協働して、高齢者が参加できる活動の立ち上げ支援を行う。 ②「食」に関する活動支援を希望している方と共にコンセプトや内容を形にして、側面的な支援を行う。	①としま未来文化財団職員と「福祉とアート」の意見交換会(2回) ②「食」を通じた活動の具体的内容やサポートの範囲などを打ち合わせる。	①芸術(または音楽)関係の活動の立ち上げ支援(1か所)。*計画表1-5-③と連動 ②「食」を通じた活動の立ち上げ支援(1か所)。*計画表1-5-③と連動		