

令和5年度 事業計画・達成評価表

センター名	豊島区医師会	センターの 重点目標	高齢者が住み慣れた場所で安心して生活し続けられるような地域づくりを目指す。 ・「社会的孤立」を防ぎながら、要介護状態になったり認知症になっても生活が続けられるような体制を作っていく為に、地域住民や多職種との連携を更に深めていく。 ・健康な状態を保てるようにプレフレイル段階で早期に発見し、介護予防事業、個別相談、総合事業に結びつけていけるような仕組みづくりに取り組む。	【達成度の目安】
	高齢者総合相談センター			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

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	訪問型・通所型サービスの推進	総合事業や訪問型・通所型サービス利用が必要な対象者を発見し、生活機能改善に繋げるような介護予防の視点(少し前の自分を取り戻す)が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックリストを積極的に実施する。 ・居宅介護支援事業所等に対して総合事業制度に関する情報提供を行い相談にのっていく。 ・通所型サービスB・Cの推進 ・介護予防の視点から必要と判断した対象者に短期集中訪問型サービス、短期集中通所型サービスを勧め、生活機能改善を図っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックリスト実施(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックリスト実施(適宜) ・地域同行型導入研修開催(1回) 	<ul style="list-style-type: none"> ＜基本チェックリストの積極的実施＞ ・来所相談があった際、生活上の課題があると考えられる相談者に対し基本チェックリストを実施した。 ・圏域内居住の高齢者宅の訪問時、高齢のご家族に対して自身の取り組み等を聞き取り、介護予防の視点を説明の上チェックリストを実施した。 ＜通所型サービスB・Cの利用促進＞ ・通所型サービスB,C利用に向いていると考えられる相談者に対し、利用につなげられるよう通所型サービスB,Cについて詳細に説明し、連絡調整を行った。 ・居宅支援事業所に委託している場合などにおいては、本人の他、担当CMIに通所型B・Cについての効果を説明し、利用促進に努めた。 ＜短期集中サービスの利用促進＞ ・心身機能低下や社会参加の低下が確認できた場面で、短期集中サービスを案内し、的確に利用を促すことができた。 ・その結果、漫然と介護保険サービスを利用し続けるのではなく目標と期間を設定し介護予防に取り組むよう意識付けを行うことが出来た。また、自分で出かける自信がなく通所型サービスを躊躇する方にはまず訪問型リハビリを利用してもらい、自分で出かけられるようになることを目標に設定し終了後、通所B・Cに繋がることのできた。 ＜次年度にむけて＞ 今後も重度化を防ぐため高齢者の介護予防を促進し、日々の生活に介護予防の取り組みができるように、チェックリストの実施や短期集中事業等を提案するよう取り組んでいく。 	A
2	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	認知症高齢者が増加している為、多職種との連携を図りながら個別の対応が求められている。	<ul style="list-style-type: none"> ・相談時に本人の状態を的確に把握することで、認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る。可能な限り早めに受診、診断、治療に繋げられるような対応を行う為に様々な社会資源を活用する。 ・認知症初期集中支援チーム(チーム員会議: 定例6回/年出席、随時 適宜出席、事例提出: 3件/年提出予定、チーム員連絡会: 2回/年出席) ・もの忘れ相談: 定期2回/年、随時 物の忘れ相談連絡会: 1回/年出席 ・相談3事業を適宜活用していくようにする。 ・認知症介護者の会「青空の会」を認知症サポーターと連携しながら継続的にIkebizにて開催(1回/月、10回/年開催予定。他の会と合同で勉強会開催も検討していく。 ・認知症検診の普及啓発と受診後のフォローを行う。対象者の数が増える為、出張相談等を利用して認知症健診を積極的に勧めて普及啓発を行っていく。また、対象年齢以外の高齢者でも臨時対応が可能となる為、認知症検診を活用して診断に繋げていくように努める。 ・いけぶくろ多職種連携の会を開催(1回/年開催予定) 	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員会議(4、6、8月) ・チーム員連絡会(4月) ・もの忘れ相談(6月) ・もの忘れ連絡会(4月) ・青空の会(各月1回) ・青空の会主催のイベント(9月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員研修(12月) ・チーム員会議(10、12、2月) ・チーム員連絡会(10月) ・もの忘れ相談(10月) ・青空の会(各月1回) ・いけぶくろ多職種連携の会 ・認知症検診後フォロー(随時) 	<ul style="list-style-type: none"> ＜認知症初期集中支援チーム・もの忘れ相談の活用＞ ・認知症初期集中支援チーム: 4件 もの忘れ相談: 6件実施 認知症の相談に対してこれらの事業を利用し、本人・家族からの相談に対してスムーズに受診、治療や支援につなげることが出来た。 ＜認知症介護者の会との連携＞ ・認知症家族会「青空の会」は12回開催。 「カフェラルゴ」からIkebizに場所を変更して開催。会の運営や開催場所に関してサポーターから相談にのった。 ・会の円滑な運営継続の為に毎月職員が出席し、サポーターへの支援を行った。 ・認知症の診断を受けた高齢者やその家族が社会の中で孤立せず慣れ親しんだ環境で生活できるように、地域の中で相談できる場所が必要なため、今後も認知症介護者の会へ支援を継続する。 ＜若年性認知症の相談対応＞ ・若年性認知症の相談に対して高齢者福祉課・東京都若年性認知症総合支援センターと連携し、支援することが出来た。 ＜チームオレンジ＞ ・徘徊や道に迷う認知症の高齢者に対して、地域住民や民生委員と一緒に関わり、地域のサロン活動に同行したり、本人の自宅に集まり茶話会を開催するなど、地域で支える仕組みづくりに支援した。 	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)		
3	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	住民主体の通いの場を増やすことで社会参加を促し、活動によりフレイル予防の普及啓発を行う	・住民サポーターが開催するサロンの開催を支援し、通所型Bの事業継続に向けたフォローアップを行う。 ・通いの場を求める区民に対し、情報を積極的に提供して通いの場への繋ぎを行っていく。 ・介護予防サポーターや介護予防リーダーを発掘し、地域の担い手として繋げる活動を行う。	・西池サロンのフォローアップ(2回/月) ・若返り体操サロンのフォローアップ(1回/月)	・西池サロンのフォローアップ(2回/月) ・若返り体操サロンのフォローアップ(1回/月)	<住民主体のサロン、通所型サービスBへの支援> ・住民主体で開催する高齢者向け各種サロンは、通所Bとしての位置づけも順調に定着し、通いの場を求める高齢者に対して、来所相談時や訪問時に常にサロンの資料を持ち歩き、適宜情報提供を行い参加につなげることができた。 ・短期集中型サービスの修了者等に利用中から近くのサロンの案内をしており、陽気が良くなったら、体調がよくなったら、期間限定のサービスが終わったというタイミングでスムーズにサロンへの参加を促すような工夫を心掛けた。また、見学や申込当日に同行する、主催者に内容や雰囲気詳しく聞き取り紹介する等の丁寧な橋渡しを心がけ、利用者の不安感の軽減を図った。 ・見守り支援事業担当者も地域のサロンや集まり、個別相談などで、サロンについての情報提供を行い、利用開始に繋げる支援を行った。 ・認知症の家族の介護をした経験を活かす為に、サポーター養成講座に繋ぎ、認知症家族会のサポーターとして活動する支援を行った。 ・今後も地域高齢者の活動・参加につながるようサロン開催を支援していく。	A
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、専門的な見守り	要見守りの高齢者が増加しており、積極的なアウトリーチ活動や、多様な主体による見守り体制の構築が求められている。	・地域住民や関係機関(民生委員、町会役員、CSW、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者、区民ひろば等)との連携により、見守りと支え合いのネットワークづくりを行っている。(随時) ・高齢者クラブ(4ヶ所)を訪問して活動内容を確認し、活動マップを作成。(2回/年) ・池2、3の会(医師会圏域、いけよんの郷圏域のCSWと見守り担当)による暮らしの出張相談会を開催。(6回/年)、体操イベント(2回/年)を開催し、窓口周知やひきこもり、見守り体制のない高齢者への外出機会創出につなげる。 ・医師会圏域のCSWと合同で暮らしの何でも相談会を実施し、より身近な場所で気軽に相談できる場を作ることで要見守り高齢者の発見に繋がると共に、CSWとの連携を強化する。(6回/年) ・熱中症対策事業(1回/年) ・見守り体制のない人への個別訪問(通年)	・関係機関挨拶廻り(4月) ・体操イベント(5月) ・暮らしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(5、7、9月) ・ラルゴdeよりみち(4、6、8月) ・よりみちカフェ(不定期) ・ラルゴ班活動(1回/月予定) ・高齢者クラブ活動マップ作成(6月) ・友引の会(1回/月予定) ・みみずくサロン(1回/半年) ・自治会サロン(1回/半年) ・民児協(1回/月) ・熱中症対策事業(6、7、8月) ・関係機関への窓口周知(通年)	・体操教室(11月予定) ・暮らしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(11、1、3月) ・ラルゴdeよりみち(10、12、2月) ・よりみちカフェ(不定期) ・ラルゴ班活動(1回/月予定) ・高齢者クラブ活動マップ更新(12月) ・友引の会(1回/月予定) ・みみずくサロン(1回/2ヶ月予定) ・自治会サロン(1回/半年) ・民児協(1回/月) ・アウトリーチ連絡会(10頃) *熱中症対策事業報告を兼ねる ・関係機関への窓口周知(通年)	<見守りと支え合いのネットワークづくり> ・地域住民や関係機関との連携を強化するため、住民の集まりに参加したり定期的に挨拶に伺った。民生委員やCSWと頻りに連絡を取り合い、支援が必要な高齢者の情報を共有した。今年配置された2層コーディネーターと、毎月定例会を開催して随時情報交換を行い、地域資源の発掘やネットワーク構築を行った。次年度も連携体制が途切れないように継続性を目指す。 <活動マップ作製> ・圏域内の高齢者クラブ(9か所)の活動マップを作成することで、定期的な顔合わせや活動内容の把握ができた。活動希望者への情報提供のツールとして利用し、実際の活動に繋げることができた。 <池2、3の会の活動> ・いけよんの郷・医師会両圏域のCSWと見守り支援事業担当による、体操イベントと出張相談会を実施。ひきこもりがちな高齢者の外出機会創出や窓口周知、生活の様々な情報発信を行うことができた。 <CSWとの連携> ・医師会圏域のCSWと合同(9月～奇数月は医師会見守り担当単独開催)でラルゴdeよりみちやよりみちカフェといった、新しい形の相談会を行うことで、前年度より参加者が増え、生活で気になっていることや小さな困りごとを気軽に話せる場になった。参加人数:延べ71名、相談件数:32件 ラルゴdeよりみち(2カ月1回、9月～毎月)/よりみちカフェ(年2回) <熱中症対策事業> ・熱中症対策事業:見守り支援事業担当訪問件数 153件/598件 後追い訪問 90件 対応期間後に、民生委員さんに集まって貰いアウトリーチ連絡会を開催して事業の振り返りを行った。 <要支援者への対応> ・見守り体制なしや支援が必要な高齢者を個別訪問し、地域の活動やサービスの情報提供を行い、繋がったケースもあった。	S
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	権利擁護の取組み	虐待件数が年々増えていることをふまえ、早期に介入して解決していく体制作りが必要である。	・高齢者虐待は増加傾向にある為、虐待の疑いの通報や相談が入ったら早急に事実確認を行い、高齢者福祉課に報告し、高齢者虐待相談受付票を速やかに送付する。 ・区の「相談3事業」やサポートとしまの「専門相談」を活用する。 ・所内で事例検討の時間を定期的に設け、課題分析を行い対応方法を検討する。 ・虐待に関する研修があれば積極的に参加して対応スキルの向上に務める。(年1回以上予定) ・本人の判断能力の有無や生活状況を的確に把握することにより成年後見制度利用の必要性を判断して対応していく。 ・事業所内で行っている事例検討の勉強会に専門家のアドバイザーを招き、権利擁護、個人情報取扱い等に関する知識を深め、スキルアップを図る。(1回/年開催予定) ・終活への不安に対する相談の際に、終活あんしんセンターの情報提供を行っていく。	・認知症・虐待専門ケア会議利用(適宜) ・所内の事例検討会(適宜) ・高齢者権利擁護研修(適宜参加) ・相談3事業や専門相談の利用(適宜)	・認知症・虐待専門ケア会議利用(適宜) ・所内の事例検討会(適宜) ・専門家を招いての事例検討勉強会(1回) ・高齢者権利擁護研修(適宜参加) ・相談3事業や専門相談の利用(適宜)	<高齢者虐待への基本的な対応> 虐待通報数は近年増加傾向にあり、関係機関との連携のもと、早期相談から早期介入につながっている。通報後の介入は、深刻度を早々に見極め、連携しながら対応に努めた。 ・相談3事業の活用として、被虐待者である家族の相談で「要介護高齢者援助スタッフ専門相談」を利用した。(4月) ・所内カンファレンスを利用して事例検討会を行い、担当者ひとりごと問題を抱え込まず、多職種で問題解決に向けた取り組みを行うように心がけた。 ・高齢者権利擁護研修を受講し、受講者が所内で伝達研修を行った。 ・司法書士をオブザーバーとして招き、虐待や成年後見制度に関連のある事例検討を行い、スキルアップに努めた。(3月) <終活相談への対応> ・終活不安の相談者には終活あんしんセンターの情報提供を行った。 <今後の取り組み> 虐待対応を速やかに行うため、通報が入ったら速やかに高齢者福祉課に報告して連携を図りながら、適切な対応に心がける。また、引き続き所内検討を行い、普段から事例検討や勉強会を実施してスキルアップを図っていく。	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	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)	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。	
6	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議の実施	地域ケア会議を開催し、地域課題を発掘する	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議「地区懇談会」の開催により地域課題の発見や解決に努めていく。(2回/年予定) 全体会議に向けた検討会に出席して地域課題の継続的な協議を行い、区全体の地域課題として問題提起に繋がるような働きかけを行っていく。 自立支援地域ケア会議「元気はつらつ報告会」をふくろの杜高齢者総合相談センターと合同で開催し、様々な職種のメンバーに参加してもらうことで多様な視点から事例検討を行い、地域課題を探りながら多職種との連携も深めていく。 CM地区懇談会を開催し、情報提供や課題の共通認識を行う場として活用していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議(6月) 全体会議に向けた検討会(1回/2～3ヶ月) 2包括合同元気はつらつ報告会(1回) CM研修会(6月) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議(1回) 全体会議に向けた検討会(1回/2～3ヶ月) 全体会議(1回) 2包括合同元気はつらつ報告会(1回) CM研修会(1回) CM地区懇談会開催(1回) 	<p><地区懇談会> 地区懇談会は1年を通して「防災」をテーマに取り上げて開催。前期は新型コロナウイルス感染症予防の為、医師会館の利用規定に従い、7/11、12の日程で2回開催。「私の緊急連絡シートの活用について」グループワークを行い、災害時の知識を深められるような防災クイズを行った。後期は3/22に開催。11/17にセンタースクエアで行った災害体制PTの訓練をまとめた映像を流して災害時の区や包括、介護事業所の動きについて参加者に周知し、実際に参加した事業所のケアマネジャーからも感想や意見を伺った。続いて防災危機管理課による「救援センターについて」の講演を行い、参加者同士で意見交換をしながら、発災時の対応について考える機会を提供した。活発な意見交換が行われ、参加者から今後も「防災」をテーマに取り上げて欲しいとの意見が多数あり、関心の高さを再確認出来た。</p> <p><全体会議に向けた検討会> 区内の各事業所や住民主体の団体代表等と一年かけてインフォーマルな担い手の発掘について方向性の検討・絞り込みを行った。次年度以降も継続し、さらに体系作りを検討していく。</p> <p><元気はつらつ報告会> 地域で高齢者が自立した生活が継続できるように、外部専門職にも参加の依頼をして「元気はつらつ報告会」を前期・後期各1回ずつ2包括合同で実施した。圏域内の居宅介護支援事業所にも見学案内し、「自立支援の取り組み」を考える機会を作った。</p> <p><CM対応> 主マネ部会でR4年度から取り組んでいる「豊島区におけるケアマネジメントの現状と課題」を継続検討し、8月にCM地区懇談会を開催。検討項目に対する意見の抽出とCM間で情報交換を実施した。来年度は抽出された検討項目を解決に向けて進めていく。</p> <p>また、前期・後期各1回ずつケアマネ研修会を開催。居宅主任CM及び主任CM取得を目指すCMと事前に開催内容を決め実施した。圏域のCMに対しては今後も研修会や懇談会を適宜開催し、CM間の情報交換や実践力の向上を目指していく。</p>	A
7	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	出張相談や、夜間救急・休日相談対応により、いつでも相談できる体制を作る	<ul style="list-style-type: none"> 職員2名が2台の携帯電話を交代で所持し、夜間救急や休日に相談が入った際に可能な限り対応出来るような体制を整えている。 みらい館大明での出張相談(1回/月)と区民ひろば西池袋での出張相談(各2回/月)を開催し、センター以外の場所でも地域の高齢者が気軽に相談出来る場所を提供していく。 	<ul style="list-style-type: none"> みらい館大明出張相談(1回/月) 区民ひろば出張相談(2回/月) 	<ul style="list-style-type: none"> みらい館大明出張相談(1回/月) 区民ひろば出張相談(2回/月) 	<p><夜間救急・休日相談対応> ・夜間・休日に圏域居住の高齢者や家族からの緊急相談に速やかに対応できるよう、2台の携帯電話を職員が交代で持ち帰り対応に備えていた。 ・8月に夜間対応で警察に連絡対応を行った。</p> <p><出張相談> ・センターまで来られない高齢者が、いつでも気軽に相談できる場として出張相談を開催し安心を提供した。 ・みらい館大明出張相談(1回/月)、区民ひろば出張相談(2回/月)を実施した。 ・区民ひろばで開催されている住民参加型の集まりに参加して、参加高齢者の状態把握や個別の情報収集を行った。必要に応じて区民ひろば職員と連携を図った。</p> <p><今後の対応> ・包括支援センターに来ることが困難な高齢者のため、今年度も出張相談を継続して開催していく。 ・区民ひろば6回/年、みらい館大明10回/年開催予定</p>	A
8	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	区民に認知症についての正しい理解を広める	<ul style="list-style-type: none"> キャラバンメイト取得済の職員が、引き続き認知症サポーター養成講座を開催し、地域の支え手になる人材育成と認知症の普及啓発を行っていく。(1～2回/年予定) 認知症支援講座の開催(1回/年) 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座(1回/前期) 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座(1回/後期) 認知症支援講座開催(1回/年) 	<p><認知症サポーター養成講座> ・2回/年開催 ・医師会の医師と連携を図り、ジュニアサポーター養成講座を小学校で開催。幅広い年代に認知症に対する理解を広める啓発活動を行った。 ・新任の民生委員に認知症サポーター養成講座を行って、認知症の理解を深めて貰う機会になった。</p>	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)	23 件	18 件	21 件
2	A8、通所C、通所Bの利用促進(回数)	20 回	15 回	12 回
3	包括主催元気はつらつ報告会(回数)	2 回	2 回	2 回
4	地区懇談会(回数)	3 回	2 回	4 回
5	出前講座(回数)	21 回	3 回	1 回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	1 回	2 回	2 回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	2 回	2 回	4 回
8	もの忘れ相談(回数)	7 回	5 回	6 回
9	相談3事業(回数)	3 回	2 回	1 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	<ul style="list-style-type: none"> ●東京都、豊島区等が実施する研修に積極的に参加し、専門性を高める。 ●精神保健福祉士等による伴走型支援を利用し、専門家による勉強会受講でスキルアップを図る。 ●定期的に所内で事例検討を行い、各職種専門的見地からアドバイスを出し合いながら対応方法を検討し、職員全体の資質向上に繋げていく。 ●法人の人事考課で個人の取組の評価を行う。 ●個人情報保護方針の遵守に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各部会ならびに研修への参加(通年) ●CM専門研修 ●伴走型支援(6月) ●事例検討会(適宜) ●人事考課(5月) 	<ul style="list-style-type: none"> ●各部会ならびに研修への参加(通年) ●伴走型支援(2回・後期) ●事例検討会(1回/月) ●人事考課(11月、2月) 	<ul style="list-style-type: none"> ●センター職員として東京都や豊島区等が実施する研修を交代で受講し、資質向上をめざした。(計33講座受講) ●職員がそれぞれの専門職部会等に参加し、研鑽に努めた。部会後のカンファレンスにて全職員に必要な情報を伝達し共有を行った。 ●伴走型支援は前期6月、後期11月、2月に合計3回開催し、事例検討や講義による学習に参加した。 ●令和6年度は8包括を2グループに分け年3回参加しそのうち1回事例提供を実施予定。 ●必要に応じて所内で事例検討を行ない、多職種で対応方法を検討することで職員全体のスキルアップを図るようにした。 ●年3回、法人の人事考課を行い、個人の取り組みの評価を行った。 	A
2	ウィズコロナ・アフターコロナに向けた体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍で機能低下が進んだ高齢者に対し、活動の場の直接的な提供や情報提供を行う。 ●独居生活の高齢者の見守り強化 ●熱中症注意喚起や地域住民からの連絡をきっかけにして見守りが必要な高齢者を発見し対応する ●気軽に相談できる場を身近な場所に設ける 	<ul style="list-style-type: none"> ●体操教室(5月) ●ラルゴ相談会(4, 6, 8月) ●くらしの出張相談inみんなのえんがわ池袋(5, 7, 9月) ●熱中症対策事業(6, 7, 8月) ●出張相談(月2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ●体操教室(11月) ●ラルゴ相談会(10, 12, 2月) ●くらしの出張相談inみんなのえんがわ池袋(11, 1, 3月) ●出張相談(月2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍の影響で不活発な生活から身体機能が低下する高齢者に対し、活動の場を提供すると共に、本人の希望に応じた活動案内を行った。 ●みらい館大明で体操教室(年2回)開催。(参加者:合計20名) ●気楽に相談できる身近な場所を提供した。区民ひろばでの出張相談(毎月2回)、みらい館大明出張相談(年10回)、ラルゴdeよりみち(2カ月1回、9月～毎月)、よりみちカフェ(年2回)開催。参加人数:延べ71名、相談件数:32件 ●暑さや感染状況などの環境要因で高齢者の生活に多大な影響を及ぼすため、今後も地域活動への参加を促し、早期に発見する仕組みを維持する。 	A
3	業務改善・ICTの利活用	<ul style="list-style-type: none"> ●シフトや窓口当番の設定により業務の効率化を図る。 ●Zoom等Web会議の活用に取り組む。 ●地域資源データベースシステム(Ayamu)の活用。 ●医師から要望があった際や個別ケースにMCSを活用し連携を取っていく。(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ●zoomによるweb会議の開催 ●Ayamuの活用(適宜) ●MCS活用(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ●zoomによるweb会議の開催 ●Ayamuの活用(適宜) ●MCS活用(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ●センターの開設時間を3シフトに分け、職員間で交代し対応した。 ●ipadを使用しサービス担当者会議を開催。感染症で出席できなかった関係者も本人の状態を確認することが出来、多職種間での情報共有とスムーズな引継ぎを行えた。 ●いけぶくろ多職種連携開催に向けての準備でzoomを活用した。 ●認知症初期集中支援チームで関わりのある高齢者の事例はMCSを活用して関係者間での情報を共有した。 	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	2層コーディネーターとの連携を深め、地域の資源づくりや防災に関する情報収集を行っていく。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者福祉課・SC・CSW・包括職員による定例会を月1回開催し、連携を強めることにより、多様な取り組みを行っていく。 2層コーディネーターと共に地域アセスメントを実施し、多角的な視点から地域の把握に努める。 高齢者の集いの場(通所B等)や資源の創設について検討していく。 地域における防災対策を検討していく上で、情報収集を行うことで、防災マップ作成を視野に入れながら地域住民への周知に繋げていく取り組みを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 定例会の開催(月1回) 地域の住民や施設関係者との話し合い(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> 定例会の開催(月1回) 地域の住民や施設関係者との話し合い(適宜) 	<p><2層コーディネーターとの連携></p> <ul style="list-style-type: none"> 今年から新たに配置された2層コーディネーターと定期的な会議(月1回)や適宜地域の情報交換を行い、連携強化とネットワーク拡大に繋がった。 地域住民が所有する空き物件を活用したいという相談から、ラルゴdeごはんを立ち上げ、高齢者の孤食解消のため、自由にご飯を食べられる場を開設した。そこで、障がい施設で作ったパンを販売し、区のひきこもり窓口の相談者がスタッフとして参加して貰うなど、世代や属性に関係なく多様な住民の活躍の場になった。 地域と繋がりたい圏域内の有料老人ホームと情報交換を行い、ホームでの演奏会や移動販売の周知活動に協力した。 フルートの演奏が出来る高齢者と圏域内の障害児施設の橋渡しを行い、ボランティアで演奏会を開催することが出来た。 <p><次年度の取り組みと課題></p> <ul style="list-style-type: none"> コーディネートがうまくいかなかったケースもあり、定型サービスの提供ではないことから、本人のアセスメントや支援方針の共有をより丁寧に行っていく必要性を感じている。 2層コーディネーターとの連携を意識して行ってきた矢先に、わずか1年間で担当者の変更を聞かされた。地域活動は担当者の継続性が重要な要素であり、センター職員が安心して相談ができる体制にはまだ至っていないと感じている。 	S
2	病院との退院カンファレンスの効率化	<ul style="list-style-type: none"> 退院カンファレンスを効率よく進めるために作成した「つながるシート」の、より一層の活用促進を図る為に、区内の病院への周知に向けて話し合いを深めながら、引き続き効果の検証を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 包括職員及び在宅医療相談窓口職員の話し合い(適宜) 医療職部会での意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 包括職員及び在宅医療相談窓口職員の話し合い(適宜) 区内病院への周知の働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療相談窓口職員と共に、都立大塚病院を訪問して試用を依頼した数か月後に試用の感想を確認する為に再訪した際、在宅支援申込書として退院時の使用だけではなく、外来で活用できるようにしたいとの意見を受けて、書式を修正した。 長汐病院、要町病院、一心病院のソーシャルワーカーにも試用を依頼した。 医療機関との連携や情報を共有するツールとして「つながるシート」を活用することで、退院後の在宅におけるサービス調整が速やかとなり、本人や家族の不安も最小限することができた。 包括からケアマネの依頼にも活用し、区内の周知を広げることが出来た。 次年度以降も、医療機関との連携をスムーズに行うツールとして、また環境や身体の変化による高齢者の不安を少なくするために「つながるシート」を活用しながら高齢者の在宅生活を支援していく。 	A

自己評価の合計

48 / 50点

令和6年度 事業計画・達成評価表

センター名	豊島区医師会	センターの 重点目標	誰もが自分らしさを維持しながら安心して住み続けられるような地域づくりの支援を行っていく。 ・世代や属性にとらわれないネットワークの構築を支援し、住民同士が支え合う地域づくりを目指す。	【達成度の目安】
	高齢者総合相談センター			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

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4. 自分らしく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	増加する認知症高齢者に対し、家族への支援も含めて多職種との連携を図りながら個別の支援が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> 相談時に本人の状態を的確に把握することで、認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る。可能な限り早めに受診、診断、治療に繋がられるような対応を行う為に様々な社会資源を活用する。 認知症初期集中支援チーム(チーム員会議: 定例6回/年出席、随時 適宜出席、事例提出: 3件/年提出予定、チーム員連絡会: 2回/年出席) もの忘れ相談: 定期2回/年、随時 もの忘れ相談連絡会: 1回/年 相談3事業を適宜活用を検討。 健康長寿医療センターのアウトリーチ事業活用を検討(随時) チームオレンジの活用により、認知症になっても安心して地域で生活できる支援体制の構築を図っていく。(適宜) 認知症介護者の会「青空の会」を認知症サポーターと連携しながら継続的にIkebizにて開催出来るように支援する。(1回/月、12回/年開催予定) 認知症検診の普及啓発と受診後のフォローを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> チーム員会議(4、6、8月) チーム員連絡会(4月) もの忘れ相談(6月) もの忘れ連絡会(4月) 青空の会(各月1回) チームオレンジ(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> チーム員会議(10、12、2月) チーム員連絡会(10月) もの忘れ相談(10月) 青空の会(各月1回) 認知症検診後フォロー(随時) チームオレンジ(適宜) 		
2	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)	要見守り高齢者に対する多様な主体による見守り体制の構築や相談の場の提供が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民や関係機関(民生委員、町会役員、CSW、2層コーディネーター、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者、区民ひろば等)との連携により、見守りと支え合いのネットワークづくりを行っていく。(随時) 高齢者クラブの活動内容を確認し、活動マップを作成。(2回/年) 池2、3の会(医師会圏域、いけよんの郷圏域のCSWと見守り担当)による暮らしの出張相談会を開催。(6回/年)、体操イベント(2回/年)を開催し、窓口周知やひきこもり、見守り体制のない高齢者への外出機会創出につなげる。 医師会圏域のCSWと合同でラルゴdeよりみちとよりみちカフェを実施。より身近な場所で気軽に相談できる場を作り、要見守り高齢者の発見に繋がると共に、CSWとの連携を強化する。(ラルゴdeよりみち 合同6回/年 よりみちカフェ 3回/年) ラルゴdeよりみち(医師会見守り単独開催 6回/年) 熱中症のリスクなど軽減できるよう、レンタルスペースをクールシェアできる場にする。また、公共施設や地域のお店等クールシェアできそうな場所を地図にし、高齢者の外出場所の一つとして役立てる。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関挨拶廻り(4月) 体操イベント(5月) 暮らしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(5、7、9月) ラルゴdeよりみち合同(4、6、8月) 単独(5、7、9月) よりみちカフェ(6月) ラルゴdeごはん(1回/月) ラルゴ班活動(1回/月) 高齢者クラブ活動マップ作成(4～5月) としま女性会(6月) あかね班活動(1回/半年) みたけクラブ(1回/半年) 友引の会(1回/月) みみずくサロン(1回/半年) 自治会サロン(1回/半年) 民児協(1回/月) ラルゴdeクールシェア(7～9月) クールシェアマップ作成(6～9月) 	<ul style="list-style-type: none"> 体操イベント(11月) 暮らしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(11、1、3月) ラルゴdeよりみち合同(10、12、2月) 単独(11、1、3月) よりみちカフェ(10、2月) ラルゴ班活動(1回/月) 高齢者クラブ活動マップ作成(10～11月) あかね班活動(1回/半年) みたけクラブ(1回/半年) 友引の会(1回/月) みみずくサロン(1回/半年) 自治会サロン(1回/半年) 民児協(1回/月) 		
3	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	介護予防の視点を重視し、生活機能改善に繋がるように適切なサービスの利用を推進することが求められている。	<ul style="list-style-type: none"> 適切にアセスメントを行い、介護予防の視点から状態像に最も適したサービスの利用につなげていく。 居宅介護支援事業所等に対して総合事業制度に関する情報提供を行い相談にのっていく。 介護予防の視点から必要と判断した対象者に短期集中訪問型サービス、短期集中通所型サービスを勧め、生活機能改善を図っていく。 通所型サービスCの利用推進 	<ul style="list-style-type: none"> 短期集中型サービスの利用推進(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> 短期集中型サービスの利用推進(適宜) 通所型サービスCの利用推進 		
4	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の充実や活動の支援が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> 参加が適していると思われる高齢者に対し、つながるサロンの情報提供を積極的に行い利用促進を図る。 つながるサロンの主催者との連携を深める。 利用者の状態把握の為に、必要に応じてサロンを訪問し確認を行う。 新しいサロンの立ち上げを支援していく。 	<ul style="list-style-type: none"> つながるサロン訪問(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> つながるサロン訪問(適宜) 		

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)		
5	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議による地域包括システムの推進	多様な主体と協働して地域ケア会議を開催し、地域課題を発掘する。	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議「地区懇談会」の開催により地域課題の発見や解決に努めていく。(2回/年予定) 全体会議に向けた検討会に出席して地域課題の継続的な協議を行い、区全体の地域課題として問題提起に繋がるような働きかけを行っていく。 自立支援地域ケア会議「元気はつらつ報告会」を開催し、様々な職種のメンバーに参加してもらうことで多様な視点から事例検討を行い、地域課題を探りながら多職種との連携も深めていく。(ふくろうの杜高齢者総合相談センターと合同開催1回/年、単独開催2回/年予定) CM地区懇談会を開催し、情報提供や課題の共通認識を行う場として活用していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議(6月) 全体会議に向けた検討会(1回/2～3ヶ月) 2包括合同元気はつらつ報告会(6月) CM研修会(6月) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議(1回) 全体会議に向けた検討会(1回/2～3ヶ月) 全体会議(1回) CM研修会(1回) CM地区懇談会開催(1回) 包括単独元気はつらつ報告会(2回) 		
6	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	高齢者虐待防止の一層の推進及び成年後見制度の利用促進	権利擁護の視点に基づき高齢者虐待防止の推進や成年後見制度の利用の支援が必要とされている。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者虐待は増加傾向にある為、虐待の疑いの通報や相談が入ったら早急に事実確認を行い、高齢者福祉課に報告し、高齢者虐待相談受付票を速やかに送付する。 所内で事例検討の時間を定期的に設け、課題分析を行い対応方法を検討する。 高齢者虐待防止検討委員会を開催し「高齢者虐待防止のための指針」を確認する。(年2回開催予定) 社外オブザーバーの参加により事例検討を行い、専門家の意見を聞きながら対応方法が適正かどうか内容確認を行う。また同時に権利擁護、個人情報の取扱い等に関する知識を深め、スキルアップを図っていく。(年1回以上開催予定) 虐待に関する研修があれば積極的に参加して対応スキルの向上を図る。(年1回以上受講予定) 必要に応じて区の「相談3事業」やサポートとしまの「専門相談」を活用する。 本人の判断能力の有無や生活状況を的確に把握することにより成年後見制度利用の必要性を判断して対応していく。 成年後見等利用促進協議会への参加により制度への理解を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> 所内の事例検討会(適宜) 高齢者権利擁護研修(5月参加) 認知症・虐待専門ケア会議利用(適宜) 相談3事業や専門相談の利用(適宜) 高齢者虐待防止委員会の開催(1回) 成年後見等利用促進協議会参加(1回) 	<ul style="list-style-type: none"> 所内の事例検討会(適宜) 専門家を招いての事例検討勉強会(1回) 認知症・虐待専門ケア会議利用(適宜) 相談3事業や専門相談の利用(適宜) 高齢者虐待防止委員会の開催(1回) 成年後見等利用促進協議会参加(1回) 		
7	施策2. 生活支援の充実	見守り支援事業担当者による活動 専門的な見守り	積極的なアウトリーチ活動により要支援者の早期発見が必要。気象変動による夏場の熱中症対策が求められている。	<ul style="list-style-type: none"> 熱中症対策事業(1回/年) 高齢者実態調査(1回/年) 見守り体制のない人への個別訪問(通年) 熱中症啓発のための講座を高齢者クラブ等で開催。 	<ul style="list-style-type: none"> 熱中症対策事業(6, 7, 8月) 高齢者実態調査(6, 7, 8月) 関係機関への窓口周知(通年) 	<ul style="list-style-type: none"> 熱中症事業後追い調査(随時) 高齢者実態調査後追い調査(11～2月) アウトリーチ連絡会(11月頃) *熱中症対策事業報告を兼ねる 関係機関への窓口周知(通年) 		
8	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	出張相談や、夜間救急・休日相談対応、ICTの活用等により、区民の相談に柔軟に対応できる体制を作る。多職種連携により地域包括支援ネットワークの強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 職員2名が2台の携帯電話を交代で所持し、夜間救急や休日に相談が入った際に可能な限り対応出来るような体制を整える。 みらい館大明での出張相談(1回/月)と区民ひろば西池袋での出張相談(6回/年)を開催し、センター以外の場所でも地域の高齢者が気軽に相談出来る場所を提供していく。 いけぶくろ多職種連携の会を開催する。(1回/年開催) つながるシートの活用により医療機関との連携の効率化をより一層進めていく。 区内居宅介護支援事業所のCMとの退院支援の連携のツールとしてつながるシートの周知を図り、利便性や加筆修正が必要な箇所について現場の意見を収集し、更なるブラッシュアップを図る。 	<ul style="list-style-type: none"> みらい館大明出張相談(1回/月) 区民ひろば出張相談(1回/2ヶ月) つながるシートの活用(適宜) つながるシートの医療機関やCMへの周知活動(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> みらい館大明出張相談(1回/月) 区民ひろば出張相談(1回/2ヶ月) つながるシートの活用(適宜) つながるシートの医療機関やCMへの周知活動(適宜) いけぶくろ多職種連携の会開催(1月) 		

※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)	12 回	10 回	回
2	つながるサロン訪問(回数)	13 回	15 回	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	4 件	4 件	件
4	地区懇談会(回数)	4 回	3 回	回
5	出張講座・出張相談(回数)	1 回	16 回	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	2 回	1 回	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4 回	3 回	回
8	もの忘れ相談(回数)	6 回	4 回	回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	12 回	12 回	回
10	相談3事業(回数)	1 回	2 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	<ul style="list-style-type: none"> ●東京都、豊島区等が実施する研修に積極的に参加し、専門性を高める。 ●各部署に参加する。 ●精神保健福祉士等による伴走型支援の参加(年3回)し、専門家による勉強会受講でスキルアップを図る。 ●定期的に所内で事例検討を行い、各職種の専門的見地からアドバイスを出し合いながら対応方法を検討し、職員全体の資質向上に繋げていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各部署ならびに研修への参加(通年) ・伴走型支援(6月、8月) ・事例検討会(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ・各部署ならびに研修への参加(通年) ・伴走型支援(10月) ・事例検討会(1回/月) 		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	<ul style="list-style-type: none"> ●法人の人事考課で個人の取組の評価を行う。 ●個人情報保護方針の遵守に努め、適切に守られているかの確認を行う。 ●個人情報の取り扱いに関するセルフチェックシートの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課(5月) ・セルフチェックシートの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課(11月、2月) 		
3	業務改善・ICTの利活用	<ul style="list-style-type: none"> ●シフトや窓口当番の設定により業務の効率化を図る。 ●Zoom等Web会議の活用に取り組む。 ●地域資源データベースシステム(Ayamu)の活用。 ●医師から要望があった際や個別ケースにMCSを活用し連携を取っていく。(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ・zoomによるweb会議の開催 ・Ayamuの活用(適宜) ・MCS活用(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ・zoomによるweb会議の開催 ・Ayamuの活用(適宜) ・MCS活用(適宜) 		

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	2層コーディネーターやCSWとの連携により、地域の課題や資源の情報収集を行い、住民にとって有益な地域資源の開発、継続に取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉課・SC・CSW・包括職員による定例会を月1回開催し、連携を強めることにより、多様な取り組みを行っていく。 ・2層コーディネーターと共に地域アセスメントを実施し、多角的な視点から地域の把握に努める。 ・高齢者の集いの場(通所B等)や資源の創設について検討していく。 ・地域資源の継続に繋がるようなフォロー、周知活動の支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定例会の開催(月1回) ・地域の住民や施設関係者との話し合い(適宜) 	<ul style="list-style-type: none"> ・定例会の開催(月1回) ・地域の住民や施設関係者との話し合い(適宜) 		
2	継続的な防災への取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・防災をテーマに取り上げて地区懇談会を開催する。 ・地域における防災対策を検討していく上で、2層コーディネーター等の協力を得ながら情報収集を行うことで、防災マップ作成を視野に入れながら地域住民への周知に繋げていく取り組みの準備を始める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地区懇談会開催(6月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・「私の緊急連絡シート」の活用促進(適宜) ・防災マップ作成に向けて2層コーディネーターと話し合い(適宜) 		