

令和5年度 事業計画・達成評価表

センター名	菊かおる園 高齢者総合相談センター	センターの 重点目標	個人個人が自分らしい生活ができる住みやすい地域づくりのために、地域住民や関係者と連携し協働する。	<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
-------	----------------------	---------------	--	--

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	【1-2】 訪問型・通所型サ ービスの推進	入浴特化型モデル事業の開始にあたり、地域における需要の掘り起こしが必要。また、総合事業の推進のためケアマネジメントB・Cを活用し定着させていく。	①入浴特化型モデル事業を活用し、モデルに適した入浴が難しい方を発見し、事業につなげる(3件)。 ②総合事業についての理解を深め推進していく。 ③出前講座や熱中症訪問時等に基本チェックリストの実施を行う。(40件/年)	前期(4月～9月) ・6月～8月に入浴特化型モデル事業を利用し、地域の需要とサービスの課題を抽出する。 ・総合事業についての説明会等には積極的に参加し、変更点を含め事業の理解を深める。 ・訪問時等に、基本チェックリストを実施する。	後期(10月～3月) ・入浴特化型モデル事業の検証を行い、必要に応じて対象者選定など要件見直しを提案する。 ・短期集中型サービス利用後は通所B等を紹介し、地域との連続した関わりが繋がるよう案内していく。 ・訪問時等に、基本チェックリストを実施する。	・入浴特化型モデル事業では2名が利用した。(1人は全12回利用。入浴以外にも他者との会話を楽しんでいた。運動や活動への参加意欲があったため、モデル事業終了後はそのままデイの通所へにつながった。もう1人はモデル事業終了後、銭湯通いを希望し自立につながった。次年度は事業化されるため、対象者へ案内していく。 ・短期集中型サービス利用後に通所B等を検討するが、状態像や本人希望から通所Aの利用となるケースが圧倒的に多い傾向となった。今後も通所Bを念頭に状態増に応じた本人に最適の社会資源へ繋いでいく。 ・総合事業通所型サービス(A8)の利用がなかったが、サービス事業所が週に1日しか設定日がないこと、他の利用者がいない中での利用となるため利用の意欲が向上しにくい、といった課題があった。 ・基本チェックリストを総合事業の入り口として実施したが非該当となるケースが多く見られた。次年度からは、より必要と思われる対象者に絞った運用に見直していく。	B
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	【4-2】 医療・ケア・介護 サービス・介護者 への支援	認知症における相談対応は、重度化してからの対応では在宅生活が困難となる事も多い。より軽度な状態からの支援が必要。	①健康状態不明者・介護予防把握事業を活用し、地域で生活している認知症の方の早期発見、早期対応を行う。 ②対象者や家族の状態に合わせて、認知症初期集中チーム、もの忘れ相談、社会資源に繋げる。 ③対応が困難な事例については相談3事業および個別ケア会議にて検討し、問題解決に向けた取り組みを行う。	・関係機関等と連携を強化し、地域の認知症者の早期発見、対応に努める。 ・認知症初期集中チームとの連携協力を密に取りながら支援を行う。 ・もの忘れ相談事業(定時2件、随時2件/年間)を適切に活用し、複雑なケースには相談3事業および個別ケア会議を利用する。	・継続的に医療機関等との連携や認知症初期集中事業、もの忘れ相談事業、相談3事業および個別ケア会議を活用する。 ・一定の対応後は、可能な限り本人が社会資源に繋がるよう支援する。(介護サービス、介護者の会、認知症カフェ等)	・健康状態不明者は、該当者3名で実際に会うことができたのは1名。特に健康状態にも問題ない方であり、介入の対象者ではなかった。 ・もの忘れ相談事業随時相談で当日キャンセルが1件あったものの、定時相談を4件行うことができた。(もの忘れ相談での介入をきっかけに介護認定申請が2件、区民ひろばでの継続利用が2件となった。) ・認知症初期集中事業は6件活用した。区の認知症健診の対象拡大に伴い、もの忘れ相談、認知症初期集中事業を含め、さらに周知活動を継続していく。 ・複雑なケースについてはより適切な支援が行えるよう、積極的に専門相談や個別ケア会議を26件利用し問題解決に向けた取組みを行った。次年度も必要な専門相談を有効活用して、支援に繋げていく。 ・認知症の方の支援において社会資源に繋げる際には、介護サービスのような送迎が必要な事が多い。認知症サポーターなど支援の輪が広がる必要がある。	A
3	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	【3-3】 介護予防活動の 支援、介護予防 ケアマネジメント の推進	総合事業の推進には、特に介護支援専門員(包括)のケアマネジメントが重要。今後も短期集中型サービス等が可能な利用者にサービスが利用定着するようなケアマネジメントを促進していく。	①ケアマネジメントABCの理解を深め、帳票の運用変更などについて、センター内で情報共有し適切なケアマネジメントを行う。 ②短期集中型サービス(訪問Cや通所C)を有効利用し、早期対応を実施することで、フレイル予防に取り組む。(短期集中型サービスに20名/年)	・総合事業の目的や全体を理解し、必要なサービスに繋げていく。 ・短期集中型サービスへの利用を促す。	・通所Bの理解・周知を図るために「いきいきクラブINとしま」とも連携し、より良いケアマネジメントのあり方を検討し、重要なことは豊島区に提案していく。	・介護予防ケアマネジメントにおいて、様式の見直しが行われた。帳票の確認、マネジメントの種類等について、職員会議や朝会などにおいてセンター内で情報共有した。 ・短期集中型サービスを積極的に活用し43件(訪問C 40件、通所C 3件)の利用に繋げる事で、フレイル予防に取組んだ。 ・通所B事業所への年1回の訪問に加え、まちづくり検討会へも参加し、介護予防リーダーとの意見交換も行った。(年3回)	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。	
4	施策1. 介護予防・総合事業の推進	【1-1】 高齢者の社会参加と住民主体の通い場の拡大	コロナ禍、社会が元の生活に戻ろうとする過程で、高齢者のフレイル状態が解消されていくよう社会参加の促しが必要。	①出前講座等において、区民への自立支援の普及啓発をおこなう。 ②第二層生活支援コーディネーターとの連携を強化していく。 ③まちづくり検討会への参加をおこなう。(4回/年) ④健康状態不明者・介護予防把握事業の対象者から発見された要支援者に対し、適切な支援を実施していく。	・区民ひろば、サロン等の参加者を対象に、自立支援促進・介護予防喚起のための情報提供を第二層生活支援コーディネーターと連携して毎月実施する。 ・まちづくり検討会へ参加し連携を深めていく。	・区の事業にて実施される関りのなかった対象者を把握し丁寧に支援していく。 ・まちづくり検討会へ参加し、運営する事業が、より良く発展継続できるよう連携を深めていく。	・区民ひろばの出張相談やサロンでのミニ出前講座(72回)だけでなく、自治会や高齢者クラブでの出前講座(3回)、認知症カフェ(11回)に参加し、包括の周知や自立支援の普及啓発に努めた。次年度は周知対象者拡大の為、区民ひろばでの出前講座の回数を月2回から1回に変更し、新たな層への周知活動を行っていく。 ・第二層生活支援コーディネーターと連携し、地域のお役立ち情報の発信として、お便り(ささえあい通信)を年3回発行し高齢者クラブ等へ配布した。次年度は、地域へのお便り配布を活用した周知活動を拡大、各関係機関との連携強化や地域課題の把握に取り組んでいく。 ・まちづくり検討会へ参加し、介護予防リーダー等との意見交換を実施した。サロンが発展継続していくことは地域資源として必要なため情報共有・連携強化を行った(3回)。	A
5	施策2. 生活支援の充実	【2】 見守り支援事業担当による活動一専門的な見守り	重層的な見守りが一定のレベルにあるが、民生児童委員の大幅な欠員があるため地域の見守り連携体制を深めていくことが必要。	町会・自治会・高齢者クラブ・関係機関などとの連携を深める。 ・各団体の活動(行事)へ参加する。(2回) ・見守り業務の一環として認知症に対する理解を深めるため各団体に向けて認知症支援講座(認知症サポーター養成講座)や見守り支援講座を実施する。(9回) ・地域にとって身近な相談窓口であるということの周知を行う。(60回) ・見守りと支えあいネットワーク事業の協定団体との連携を図り地域での見守りを強化していく。 ・第二層生活支援コーディネーターと連携して活動を実施する。 ・高齢者等の消費者被害防止の啓発をする。(随時)	・信頼ある繋がりを継続していくため地域での会合や行事など積極的に参加し「顔の見える関係」を築く。 ・区民ひろばでの出前講座(出張相談)の時間を活用し第二層生活支援コーディネーターと講座等を実施し、見守り支援(認知症)等定期的に理解していく時間を作る。	・熱中症訪問から判明した地域での問題を民生委員等と共有していく時間を丁寧にいき、結果を踏まえ同行訪問などアクションをおこしていく。 ・支援講座等を継続的に開催していくことで、各関係機関との連携を図り地域での見守り・連携を強化していく。	・サロンや友遊まつり等の地域活動への周知啓発活動を通し、関係機関との連携、個々の状況に合わせて介護保険や一般施策、介護保険外のサービス、地域の活動(サロンや区民ひろばでの活動等)を提案し繋ぐことができた。(団体活動参加3回、認知症講座8回、包括の周知72回(ミニ講座含む)、消費者被害啓発3回、民生委員からのアクション4回など) ・見守りと支えあいネットワーク事業の協定団体との連携では、見守り協定意見交換会に参加し、協定団体との情報共有を行うことができた。今後はさらなる連携強化が必要である。 次年度も引き続き巣鴨地区民生委員・児童委員の大幅な欠員がある為、地域の見守り体制に課題がある。	A
6	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	【4-3】 権利擁護の取組み	家庭環境の変化などにより、家族関係が多様化している。また、一人暮らしの認知症高齢者(精神含む)が増加している。	①高齢者虐待や困難事例について行政、医療機関、介護サービス事業者等、「個別ケア会議」を開催し関係機関との連携を強化する。 ②センター内のカンファレンス、相談3事業を通して課題解決に向けたアセスメント等資質向上を目指す。	・適時「個別ケア会議」を開催する。 ・カンファレンスを月2回開催し必要に応じて相談3事業を活用する。 ・「精神保健福祉士伴走型支援」にて事例検討会を2回開催する。	・適時「個別ケア会議」を開催する。 ・カンファレンスを月2回開催し必要に応じて相談3事業を活用する。 ・困難事例に対する事例検討会を1回開催し地域の居宅介護支援事業者と共に学ぶ機会を作る。	・今年度個別ケア会議実績26件実施し関係機関と支援計画や役割分担ができ個々の支援に向き合うことができた。 ・所内カンファレンスを月2回(計24回)開催し包括支援センターとしての役割の確認や相談3事業、個別ケア会議、関係機関や社会資源に繋ぐ事ができた。 ・伴走型支援では、長期介入が求められるケース(全3件)を継続的に見直す事ができた。伴走型支援は包括職員を対象とした事業であるが、年度当初、介護支援専門員研修とのタイアップを予定していたが、「受講証明書が発行できない」等の課題が生じ実施には至らず、ケースの支援に変更した。	A
7	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	【3-2】 地域ケア会議の実施	地域包括ケアシステムの実現のためには、継続してその地域情勢に応じた課題の発掘と解決に向けた検討が必要。	①地域づくり会議(地区懇談会)を実施し、地域における課題の提起や情報共有(以前からの課題であった災害など)をおこなう。 ②主マネ部会にて提起されている共通課題について介護支援専門員地区懇談会を開催し課題解決に向けた取り組みをおこなう。	①地域づくり会議にて課題の検討を行う。(1回) ②介護支援専門員地区懇談会を1回開催する。	①地域づくり会議2回目では1回目の課題を深掘りし、検討内容を豊島区に報告する。 ②介護支援専門員地区懇談会から抽出された課題について分析をおこない主マネ部会へ課題提起する。	・地域づくり会議では「災害」をテーマに2回開催。1回目は災害の基礎について学び、2回目は1回目の課題から「課題シート」を作成し今地域でできる事を検討した。圏域の中でもその地域毎に課題が異なる事を確認、災害への取り組みは関心が高いため、継続した検討と訓練実施に繋げていく事が必要である。 ・介護支援専門員地区懇談会を1回開催し「豊島区におけるケアマネジメントの現状と課題」について協議し、主任ケアマネジャー部会へ課題提起ができた。	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3・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)	41 件	40 件	42 件
2	A8、通所C、通所Bの利用促進(回数)	8 回	8 回	3 回
3	包括主催元気はつらつ報告会(回数)	1 回	1 回	1 回
4	地区懇談会(回数)	3 回	3 回	2 回
5	出前講座(回数)	13 回	20 回	21 回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	1 回	1 回	2 回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	5 回	4 回	6 回
8	もの忘れ相談(回数)	4 回	4 回	4 回
9	相談3事業(回数)	16 回	12 回	22 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	①新しい職員を中心とする、外部研修への積極的参加や、所内での環境づくり、フォロー体制により、スキルの成長を促す。 ②公的機関や法人の最新情報の所内共有と、順守のための職員会議等での再確認、必要に応じてOJT等研修の実施。	①職層や職務に応じた外部研修参加やサポートが効果的になるよう座席配置の配慮などの環境づくり。 ②各種書類の確認・整備。	①職層や職務に応じた外部研修参加や、面談等による聞き取りを元にサポート体制を見直す。 ②介護報酬改定による運営規定変更の最終確認。	①特に経験年数の浅い職員を中心に外部研修への積極的な参加を促した。座席配置は職員体制や異動などのタイミングで定期的な見直しを行った。経験のある職員においても、相談3事業を有効活用し、個々のケース対応力の向上を図るとともに、支援方針における根拠となりリスクマネジメントとしても効果があった。 ②介護報酬改定による定期的な見直しと共に、R3年度報酬改定分の再確認として、包括部会(法人内3包括と所属長での会議)を通して整備を確認した。	A
2	ウィズコロナ・アフターコロナに向けた体制の強化	①健康状態不明者や介護予防把握事業の実施。 ②呼びかけ事業はがきの全戸配布に伴う対応。 ③アフターコロナにおける事業再開にむけた情報提供や活動支援。	①②高齢者福祉課事業にて選定された区民の訪問や電話、その後の対応。 ③最新情報に沿った適切な対応と支援。	①②高齢者福祉課事業にて選定された区民の訪問や電話、その後の対応。 ③最新情報に沿った適切な対応と支援。	①健康状態不明者3名、その内1名に会うことができたが健康状態には問題ないことが確認された。 ②事業実施は見送られたが、給付金動奨による訪問を実施した。 ③法人や施設とも意見交換し、5類移行にあたり徐々に解除方向とし、区民への活動に支障なくかつ安全な対応ができるように支援した。	A
3	業務改善・ICTの利活用	①法人PCのデータ管理の運用変更を開始、蓄積されるデータを階層化し作業効率を向上させる。 ②書類や情報の整理を継続実施していく中で、災害時を意識した環境整備をおこなう。 ③ZOOMなどのオンラインを活用し、業務効率化と有事の事態の連絡手段として整備継続する。	①法人PCのデータ管理の運用変更を開始する。老朽化したPCの入れ替え。 ②書類の整理等にて確保される空間を見直し災害時物品を一元化していく。 ③ZOOMなどのオンライン活用。	①運用状況を協議、階層レベルの見直しをおこなう。 ②書類の整理等にて確保される空間を見直し災害時物品を一元化していく。 ③ZOOMなどのオンライン活用。	①法人PCの運用を変更、階層レベルの見直しを行った。定型的な項目だけではないため、継続的かつ定期的な見直しが必要。 ②所内の災害対策、物品の一元化、定期的な見直し(使用期限、動作確認、配置、不足物品など)を行い訓練を通して確認した。 ③ZOOMを活用して会議をハイブリッド開催することで、参加者の増加、移動時間などの削減などに繋がり時間の有効活用ができた。	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	ホッと菊食堂(大人食堂)の運営と、地域への運営移行の検討	アフターコロナの時期となり、孤食・閉じこもり・低栄養等の予防・改善が必要な方を中心に、交流ができる地域の場としてホッと菊食堂を継続的に実施する。月1回(10名限定)	地域の関係機関からの情報提供及び訪問等で気になる方にホッと菊食堂を周知していく。第二層生活支援コーディネーターも一緒に取り組む。	地域の関係機関からの情報提供及び訪問等で気になる方にホッと菊食堂を周知していく。第二層生活支援コーディネーターも一緒に運営の移行を検討する。	ホッと菊食堂(おとな食堂)を毎月1回行い、毎回ほぼ定員数の利用があった。新規の方を優先に募集をかけていたが、毎月同じ方の利用も一定数あるため、新規の方に多く利用してもらえよう、周知していくことが必要である。また来年度より、主催を包括から区民団体に移行が決定、区民団体や第二層生活支援コーディネーター、CSW等と連携しながら、円滑な運営となるようサポートしていく。	A
2	認知症になっても社会に関わり必要とされる生きがい就労の場の提供。	認知症になっても経験に基づく能力は残存する。その能力を発揮できる場を検討。高齢者元気あとし事業やチームオレンジ等社会資源を活用し認知症になっても生きがいのある就労の場を提供する。	ぬいものクラブを月2回開催する。	ぬいものクラブを月2回開催する。一定の評価を行い、継続や移行などを検討する。	ぬいものクラブを月2回実施継続、区民の方の相談より、留置カテーテルバッグカバーを作成し好評を得た。認知症の進行とともに活動の制限や不安が増加していく過程で生きがいのある場の意義を確認することができた。利用者の状態・状況変化が大きく活動のシステム化は難しい。次年度も継続したい。	S

# 令和6年度 事業計画・達成評価表

センター名	菊かおる園	センターの 重点目標	ひとりひとりが尊厳のあるその人らしい日常生活を安心して暮らし続けられるように、社会参加や地域交流等を促進すると共に、地域住民や関係機関と連携し協働していきます。	<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	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3. 高齢者総合相談センターの機能強化	[3-1] 高齢者総合相談センターの相談支援の充実	出前講座等で高齢者総合相談センターの周知を続けてきたが、周知する層が固定化しつつある為、出前講座等に参加することの少ない方や介護保険サービス利用の無い方(未申請の方等)にも情報がいきわたるよう、周知拡大が必要である。	①区民ひろばや高齢者クラブ・サロンでの出前講座などにおいて区民への普及・啓発を行う。 ・認知症、権利擁護、介護予防等の地域の身近な総合相談窓口であることの周知、啓発を行う。 ②第二層生活支援コーディネーターと連携し、地域へのお便り(ささえあい通信)(年3回)を発行する。 ・お便りにおいても①と同様の周知、啓発を行う。 ③巣鴨信用金庫での相談会を通して、より広い層の区民へのセンター周知を行う。(年6回)	・区民ひろば・サロン等での出前講座を活用し、参加者に対し、センターの周知を行う。(18回) ・地域住民への春・夏のお便り(ささえあい通信)を発行し、センター周知、関係機関との関係性づくり、地域課題を発掘していく。 ・巣鴨信用金庫相談会に参加し、相談対応や情報提供を行う。(3回)	・区民ひろば・サロン等での出前講座を活用し、センターの周知を行う。(18回) ・地域住民への冬のお便り(ささえあい通信)を発行する。 ・巣鴨信用金庫相談会に参加する。(3回)		
2	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	[3-3] 介護支援専門員の資質向上に向けた地域ケア会議・研修の実施	利用者の自立支援・重度化防止を進めていくためには、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠である。各分野の専門職の意見を尊重しながら、総合的かつ効率的にチームケアが実践されるようにケアマネジメントを進める必要がある。	・自立支援・重度化防止の推進において身体的な自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係制度の複合的な課題解決に向けて介護支援専門員が多職種とチームアプローチができるよう、センター主催で適時個別ケア会議を開催する(年10回) ・自立支援・重度化防止の理解を深めるために介護支援専門員研修として事例検討会を開催する。(年1回) ・個別ケア会議や主任ケアマネジャー部会からの課題を地域の介護支援専門員と協議し課題解決に向けた抽出をおこなう。(年1回)	・自立支援・重度化防止の理解や実事例に基づく課題解決に向けた研修を開催する。(7月) ・必要に応じて個別ケア会議の開催をおこなう(適時)	・前期・後期初めの個別ケア会議での課題及び主任ケアマネジャー部会からのケアマネジメントの課題を集約し介護支援専門員地区懇談会を開催する。(10月) ・介護支援専門員地区懇談会からの意見を集約し主任ケアマネジャー部会へ意見を提出する。(12月・2月)		
3	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	[4-1] 普及啓発・本人発信支援	相談に来られる本人や家族の方は認知症に対する不安を強く感じている方が多くおり、地域住民に向け、認知症に対するより一層の普及啓発を行う必要がある。	①地域住民、企業などに向けた認知症サポーター養成講座を実施する。(年2回) ②出張相談にて認知症の普及啓発活動(圏域内の区民ひろば等に1回ずつ年3回) ③認知症健診、もの忘れ相談について周知と実施を行う(もの忘れ相談年4回)	・認知症サポーター養成講座の実施(1件) ・もの忘れ相談の周知と実施(2件) ・出張講座にて認知症ケアパスを利用し、認知症健診を含めた周知活動を行う(1回)	・認知症サポーター養成講座の実施(1件) ・もの忘れ相談の周知と実施(2件) ・出張講座にて認知症ケアパスを利用し、認知症健診を含めた周知活動を行う(2回) ・一体的実施事業を利用して認知症の普及啓発を行う		

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)		
4	施策2. 生活支援の充実	[2-2] 見守り支援事業担当による活動ー専門的な見守り	民生・児童委員の大幅な欠員(11名)や入れ替わりがあり、地域の見守り連携体制に変化が生じている。欠員等で地域の見守り体制が脆弱と思われる地区には丁寧なサポートが不可欠であり、より一層地域の見守り体制を深めていく必要がある。	①熱中症訪問・実態調査を通じ、民生委員等と連携し、対象者や地域課題について把握し必要な支援をする。 ②信頼ある繋がりを継続していく為、民生委員・町会・自治会・高齢者クラブ・関係機関等地域への会合や行事などに参加し連携を深める。 ③見守り協同意見交換会等へ参加し、見守りと支えあいネットワーク等の協定団体との連携を図り、地域での見守り体制を強化していく。	・熱中症訪問・実態調査を通じ、支援や見守りが必要な方の把握、要支援者に対し、適切な支援を実施していく。 ・各団体の活動(行事)へ参加する。(2回) ・出前講座や高齢者クラブ・サロンへの参加を活用し、見守り支援講座(認知症を含む)を実施する。(3回) ・まちづくり検討会議へ参加する。(2回) ・見守り協同意見交換会に参加する。(1回)	・熱中症訪問・実態調査から判明した地域での問題について民生委員等と情報共有を行い、地域での見守りを強化していく。 ・各団体の活動(行事)へ参加する。(2回) ・出前講座や高齢者クラブ・サロンへの参加を活用し、見守り支援講座(認知症を含む)を実施する。(2回) ・まちづくり検討会議へ参加する。(2回)		
5	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	[1-2] 訪問型・通所型サービスの実施	介護予防推進のため介護予防・日常生活支援総合事業を理解し、利用者の状態に適したサービスを提案していく必要がある。	①総合事業推進の為、早期改善が期待できそうなケース等に短期集中型サービス(通所C・訪問C)を活用し、フレイル予防・改善につなげていく。(20件/年) ②通所Bサロン団体へ訪問を実施し、地域の社会資源との連携、関係強化を図る。	・利用者の自立支援・重度化防止の推進として、短期集中型サービスを積極的に利用する。 ・利用者が地域との繋がりを持てるよう通所B(サロン)を案内する。(随時)	・利用者の自立支援・重度化防止の推進として、短期集中型サービスを積極的に利用する。 ・年1回以上は圏域の各サロンへ訪問し、顔の見える関係をつくる。		
6	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	[4-3] 高齢者虐待防止の一層の推進	介護ストレスや知識不足、人間関係、孤立、健康状態、社会環境など様々な要因が重なり、虐待に関する相談が増えている。	①介護者の孤立の解消や悩みの共有の場として、介護者カフェの運営・開催に協力する。 ②包括内カンファレンスを月2回開催、必要に応じて高齢者福祉課の相談事業や個別ケア会議を開催する。ケースを通じて、包括としての虐待案件に対する向き合い方や考え方を共有し、センター全体の資質向上を目指す。	・月1回の介護者カフェの開催を維持し、リモート参加等柔軟に対応する。 ・月2回の包括内カンファレンスの開催を継続し、必要に応じて行政の相談事業や個別ケア会議を開催する。	・月1回の介護者カフェの開催を維持し、年1回セミナーや勉強会などのイベントを実施する。 ・月2回の包括内カンファレンスの開催を継続し、必要に応じて行政の相談事業や個別ケア会議を開催する。		
7	施策2. 生活支援の充実	[2-1] ささえあいの仕組みづくり	これまで地域を支えてきた方々の高齢化や体調変化により地域の社会資源や体制に変化がある。関係を強化し地域に寄り添う必要がある。	地域への会合や行事などに参加し、情報の発信や共有を行い「顔の見える関係」を築く。参加継続を重ね、地域における強みや課題を把握し、第二層生活支援コーディネーターと連携して地域の特徴を活かした提案や解決を行う。	民生委員・町会・自治会・高齢者クラブ・関係機関等への活動(行事)へ参加する。 ・出前講座や高齢者クラブ・サロンへの参加を活用し、見守り支援講座(認知症含む)を実施する。(3回) ・まちづくり検討会議へ参加する。(2回) ・全体的な課題は地域ケア推進会議等にて提案をしていく。(随時) ・第二層生活支援コーディネーターと連携して活動を支援する。(随時)	民生委員・町会・自治会・高齢者クラブ・関係機関等への活動(行事)へ参加する。 ・出前講座や高齢者クラブ・サロンへの参加を活用し、見守り支援講座(認知症含む)を実施する。(2回) ・まちづくり検討会議へ参加する。(2回) ・全体的な課題は地域ケア推進会議等にて提案をしていく。(随時) ・第二層生活支援コーディネーターと連携して活動を支援する。(随時)		

※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)	3 回	6 回	回
2	つながるサロン訪問(回数)	6 回	6 回	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	1 件	3 件	件
4	地区懇談会(回数)	2 回	3 回	回
5	出張講座・出張相談(回数)	21 回	36 回	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	2 回	2 回	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	6 回	4 回	回
8	もの忘れ相談(回数)	4 回	4 回	回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	0 回	0 回	回
10	相談3事業(回数)	22 回	16 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"> <li>・職位・職層・経験に応じて内外研修へ積極的に参加する。研修後に情報を共有し実務に活かしていく。</li> <li>・職員会議、3職種アウトリーチ会議を月2回実施、情報共有、個々のケース対応力向上、各専門職からの発言による多面的な思考、司会の輪番による進行力の向上などを養う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東京都・豊島区などの外部や法人内の研修に参加する(随時)</li> <li>・職員会議を定期的実施する(月2回)</li> <li>・3職種アウトリーチ会議を実施する(月2回)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東京都・豊島区などの外部や法人内の研修に参加する(随時)</li> <li>・職員会議を定期的実施する(月2回)</li> <li>・3職種アウトリーチ会議を実施する(月2回)</li> </ul>		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法等を正しく理解し、職務に従事する必要がある為、新しい公的通知や最新情報を理解する。必要な研修にも参加し理解を深める。</li> <li>・個人情報の管理取扱いの強化、業務上の事故リスクの理解と未然防止、発生時の対応力を強化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険課事業者連絡会、高齢者福祉課総合事業・介護予防ケアマネジメント研修等への参加または参加者からの伝達研修(開催都度)</li> <li>・個人情報OJT研修(年1回)</li> <li>・最新情報の回覧や重要事項は朝会や職員会議で確認し理解を深める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険課事業者連絡会、高齢者福祉課総合事業・介護予防ケアマネジメント研修等への参加または参加者からの伝達研修(開催都度)</li> <li>・個人情報OJT研修(年1回)</li> <li>・最新情報の回覧や重要事項は朝会や職員会議で確認し理解を深める。</li> </ul>		
3	業務改善・ICTの利活用	定期的な報告書について非効率な集計を見直し、PCの集計機能を活用して業務負荷の少ない効率的な業務になるよう見直す。	昨年度の業務報告書の作成時に問題点や改善点を洗い出しリストアップ。改善点などが発見された場合には法人内で同一基準となるように関係者で統一を図る。	統一基準に沿い入力集計し無駄の検証、改善をする。		

## 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	認知症になっても社会に関わり必要とされる生きがい就労の場の提供。	認知症になっても残る残存能力を活かすための活動内容や場の提供を検討し、高齢者元気あとおし事業も活用して、認知症になっても生きがいのある就労の場を提供する。	ぬいものクラブを月2回開催継続する。	ぬいものクラブを月2回開催する。一定の評価を行い、継続や移行などを検討する。		
2	地域高齢者の孤食・低栄養・人との交流の予防・改善	外出の機会が少なくなっている方へのきっかけとなること、認知症や孤食・閉じこもり・低栄養改善等の予防・改善に取組み、交流の場としてホット菊食堂を継続的に実施する。	今月1回(10名)の継続開催。対象の区民への周知、参加の促し。区民団体への主体変更に伴い、運営をサポートする。	今月1回(10名)の継続開催、運営サポート。対象の区民への周知、参加の促し。区民団体や関係機関と連携し、多世代参加のイベント等を検討、実施する。		