介護保険事業計画推進会議（第１回）	
R6.9.13	参考資料１

『豊島区高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画』における高齢者の自立支援、重度化防止等の「取組と目標」に関する進捗状況について

高齢者福祉課

介護保険課

地域保健課

福祉総務課

高齢者の自立支援、重度化防止等の「取組と目標」

シート記載要領・・・

シート記載要領

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	豊島区高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画に記載した施策を記入

事業の内容

施策の概要を計画記載の内容に基づき説明

現状と課題

現状	○施策の推進にあたり、把握している現状や課題、その背景など、計画に記した内容を記載。 【記載事項の例】 ・調査(各種アンケート調査や事業実施後アンケート等) ・事業者ヒアリング ・地域ケア会議等で把握した現状、解決すべき課題 ・地域が目指すサービス提供体制等の実現することが期待される理想的な状況との乖離 ・これらを生み出している要因や要因に関する仮説　等
課題	

目指す姿

計画に記載している目指す姿を記載

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
計画に記載している施策指標を記載					

第8期の具体的な取組

○上記の現状と課題をうけて、課題等を解決すべく、介護保険事業計画に記載した取組を踏まえながら、目標と具体的な取組内容を記載。

評価指標

〇介護保険事業計画に記載した指標を含めた評価指標を設定し記載。
〇計画策定時には十分に吟味できなかった目標や評価指標についても、検討した上で評価指標を設定。

事業の対象

対象の指標

指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
			目標			
			実績			

〇「対象」の大きさを示す指標。事業が「誰に」「何に」働きかけるのか、その対象の大きさを数値化して記載。
例）人口、65歳以上の区民数、要介護認定者数

事業の取組実績

活動指標

指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
			目標			
			実績			
			目標			

〇活動指標は、「手段」の大きさ・規模を示す指標。目標と第8期の具体的な取組で記述した取組の具体的な活動量を示す指標を記載。

〇成果指標は、「対象」に対する「目標」の達成度を示す指標を記載。

【目標として設定する数値の例】
・実施過程を表した数値（プロセス指標）：取組の回数や頻度・規模等
・取組の実施により期待される効果・成果を表した数値（アウトカム指標）：元気な高齢者の人数や割合等
・取組の投入量を表した数値（インプット指標）：会議や研修の回数等
・取組の実施によって直接発生した成果物・事業量を表した数値（アウトプット指標）：会議や研修に参加した人数
・「〇〇についての理解が進む」ことを測る指標（満足度指標）
・「〇〇について理解していると回答した区民の割合」等

事業目標の達成状況

成果指標

指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
			目標			
			実績			
			目標			
			実績			

目標の評価方法

〇自己評価は年2回実施するので、それを踏まえた目標や評価指標を設定。
〇目標の評価を、どのタイミングで、どのように実施するかを記載。

変更経過

変更内容	理由

評価を行った結果、具体的な取組や数値目標を変更する場合、変更箇所とその理由を記載。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	豊島区高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画に記載した施策を記入

前期（中間見直し）

●実施内容

〇取組と目標に関する具体的な実績を記載。
〇目標に掲げなかった実績でも、施策に影響を与える項目や参考となるものについては記載してもよい。

●自己評価結果【　】

〇4段階評価により、達成度を数値化。
◎達成できた　（80%以上）
〇概ね達成できた　（60～79%）
△達成はやや不十分　（30～59%）
×達成できなかった　（29%以下）

〇評価は、以下の項目を勘案したうえで実施
1.目標に対する実施内容の達成状況
2.現状と課題に対して設定した具体的な取組の適否
3.現状と課題の改善状況
4.実現することが期待される理想的な状況に向けた達成状況等に関する分析結果や評価、考察も記載した上で、達成度を自己評価。

〇取組の対象者・参加者に何らかの変化、改善が起きているのか、対象者・参加者に効果が出ているのかという観点からも評価を実施。

●課題と対応策

【課題】

【対策（見直した対策など）】

〇設定した数値目標の達成状況のみに着目するのではなく、実績を調査・分析した後に、課題と対応策を考察して記載し、明らかにすることで新たな取組につなげていく。

〇以下の項目を踏まえた記載を行う
1.目標が達成できなかった（あるいは達成できた）理由や原因に関すること
2.目標の達成状況に影響している（と考えられる）他の取組や状況に関すること
3.取組で目指している課題の解決や改善状況等に関すること
4.新たに見つかった課題やその解決のために必要な取組に関するこ

後期（実績評価）

●実施内容

●自己評価結果【　】

●課題と対応策

【課題】

【対策】

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

〇目指す姿の実現に向けた課題と対応策を記載。

〇地域全体が改善しているかの観点からも評価を実施。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	1.介護予防・健康づくりの推進 （1-1　介護予防の推進）

事業の内容

健康寿命の延伸を目指すため、高齢者のフレイル予防を介護予防の主軸として、介護予防センターや区民ひろば等関係機関との連携を強化し、運動・栄養・社会参加による心身機能向上への取組みを進めている。高齢者の心身の多様な課題に対しきめ細やかな支援を行うため、専門職のアウトリーチや通いの場への関与を強化している。
また、「役割」や「生きがい」をもつことで、個人の「暮らしの満足度」が高まり、区民の健康の維持・増進が図られていることが示唆されており、シニアの社会参加、活躍、役割創出を行うための養成講座及びスキルアップ講座を通じて地域の担い手として主体的な活動を行い、継続するための支援を行っている。

現状と課題

現状	○フレイルチェックで豊島区は食習慣、四肢骨格筋量、人とのつながり・社会参加・こころの部分でリスクが高く、コロナ禍前後でリスクが1.6倍に増えた。令和2年9月時点でプレフレイルが23,734人、フレイルが5,060人と推定、フレイルの推定該当率は10.25%となった。（要介護認定者除く）（筑波大学山田実教授試算） ○介護予防の自主グループの担い手である介護予防リーダー、介護予防事業のサポートを行う介護予防サポーター、フレイルチェックを実施するフレイルサポーターを育成し、元気な高齢者が「地域社会を支える担い手」として、自主的かつ継続的に活躍ができる地域づくり・人材育成をしている。 ○通いの場において専門職の「まちの相談室」を実施し、重症化予防、一般介護予防事業、総合事業につなげる対象者（プレフレイル高齢者）を早期にスクリーニングする仕組みを作っている。
課題	○健康寿命の延伸が喫緊の課題であり、特に後期高齢者が増加する中で、プレフレイル段階で早期にリスクを発見し介護予防事業、個別相談、総合事業等に結び付ける仕組みづくりが必要である。 ○住民主体の通いの場をはじめとする地域へのアウトリーチを拡充し、リハビリ専門職等の関与を強化し、専門的な観点からの支援を促進する。 ○高齢者元気あとおし事業等のボランティア活動へのポイント付与の拡充や、関心に応じて参加できる通いの場の更なる展開、第2層生活支援コーディネーターとの連携促進により、各人の意欲に応じて、様々な社会参加の場へ高齢者の参加を促していく必要がある。 ○地域文化創造館や他の社会参加の施策との連携強化も課題となっている。

目指す姿

○健康寿命を延伸し、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して生活できる介護予防、フレイル対策の推進及び地域づくりを目指す。
○高齢者が趣味やサークル活動などを通じて、地域社会と交流できる場や、これまでに培った知識や経験を活かし活躍できる場や機会を提供する。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
調整後要支援・要介護認定率（見える化システム）	19.4%	下げる	19.6%	19.8%	－
住民の転倒リスクの保有割合（ニーズ調査）	29.2%	下げる	26.2%	25.4%	25.0%

第8期の具体的な取組

○身近な地域でのフレイル予防推進体制の整備（介護予防センターから区民ひろば、通いの場、町会等への展開）
○「まちの相談室」や出前講座等のアウトリーチをさらに充実させ、健康・認知症相談、フレイルチェックの事後指導、高齢者総合相談センターや総合事業の紹介等連携を促進し、切れ目のない支援体制の構築を進める。
○フレイルチェック複数回参加者に調査を実施し、フレイルチェック、通いの場参加の効果を検証する。
○介護予防リーダー、介護予防サポーター、フレイルサポーター等を育成し、高齢者の参加・活躍の場を増やす。
○座位としまる体操作成・動画配信、スマホ・ICT活用講座等、社会参加の機会拡大に寄与する情報の普及啓発。
○退職後のアクティブシニアに、個人の特性や希望に合った就労的活動を支援し社会参加を促進する。
○元気あとおし事業の対象拡大、換金方法、換金限度額等を再検討し、より利用しやすい制度へ転換を図る。
○高齢者クラブによる会員の実態調査などを通して、会員向けの新たな事業の展開などを支援する。
○庁内他部署・広域連合と連携し、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチによる重症化予防を実施する。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57,293（R3.1.1）	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	介護予防リーダー養成者数	人	74（累計）	目標	104	124	144
					実績	100	115	132
		介護予防サポーター養成者数	人	196（累計）	目標	216	236	256
					実績	217	232	263
		フレイルサポーター養成者数	人	60（累計）	目標	80	100	120
					実績	74	87	101
		高齢者元気あとおし事業会員登録者数	人	526	目標	500	500	500
					実績	516	549	571
		フレイルチェック実施者数（しっかり＋かんたんコース）	人	628（R2年度実績）	目標	876	1,100	1,500
					実績	810	1,121	746
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	高齢者のうち、外出頻度が週1回以下の方の割合（ニーズ調査）	%	8.9	目標	9	8	7
					実績	7	6	5
		フレイルについての認知度（ニーズ調査）	%	17.5	目標	18	19	20
					実績	34	45	39
		住民主体の通いの場の受け入れ人数（介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況調査）	人	15,980（R2年度実績）	目標	16,000	16,100	16,200
					実績	16,525	13,574	17,603
		各専門職（リハビリ専門職、管理栄養士、保健師、看護師）の関与	回	111	目標	180	240	300
					実績	245	264	286

目標の評価方法

住民主体の通いの場の受け入れ人数については、国の通いの場の定義の拡大に伴い、高齢者福祉課事業に加え、区民ひろば、地域文化創造館における活動も含めて算出している。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート	
5年度	1.介護予防・健康づくりの推進 （1-1　介護予防の推進）

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）地域における介護予防事業等の担い手として介護予防サポーター31名を養成した。
（2）地域の幅広い自主グループに対する各種アウトリーチとして出前講座を113回、まちの相談室を134回実施した。
（3）フレイルチェックは、しっかりチェックは12回183名、かんたんチェックは12回120名に実施した。
（4）高齢者のデジタルデバイド解消に向けて、スマホ基礎講座を4クール59人に開催した。
（5）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業では糖尿病・低栄養・高血圧重症化予防事業を実施し、ポピュレーションアプローチの取組として集団講座を127名に実施した。

●自己評価結果【◎】

（1）担い手の育成のうち介護予防サポーターでは参加者が大幅に増えた。介護予防リーダー養成講座では、総合事業へのつながりを踏まえた内容にリニューアルした。
（2）（3）区民ひろばや介護予防センターにて、各種介護予防事業やフレイルチェックを実施している。また、希望する団体に対して、介護予防事業に加えて、フレイルチェックについても実施することができた。
（4）参加者の6割以上が内容に満足し、スマートフォンの活用につながっている。
（5）一体的実施事業では、昨年のメニューに加え、高血圧重症化予防事業も実施し、急な入院による医療費増加予防をねらいとしたセルフケアと、適切な医療についての啓発に努めた。

●課題と対応策

【課題】

（1）区民ひろばでは全区的に実施しているが、参加者の固定化や男性の参加が少ない傾向が続いているため、より幅広い層の参加促進の工夫が引き続き必要である。
（2）フレイル該当者の割合は前年度より改善しているが、身体的フレイルについては改善傾向が見られていないため、引き続きフレイル予防対策を強化する必要がある。その他、口腔、団体等への参加状況についても改善していないため強化方法を検討する。
（3）総合事業・生活支援体制整備事業の進展に伴い、地域の介護予防担い手の活躍の場や方法について引き続き検討する。

【対策（見直した対策など）】

（1）（2）地域の自主グループや町会でもフレイルチェック開催を図り、より幅広い層への介護予防普及啓発を実施を意識した。
（3）介護予防リーダー養成講座について、介護予防・総合事業・生活支援の課内連携を深めた内容に見直した。

後期（実績評価）

●実施内容

（1）地域における介護予防の担い手育成として介護予防リーダー17名、フレイルサポーター14名を養成した。
（2）地域の自主グループに対するアウトリーチとして、出前講座を年間123回、まちの相談室を年間286回実施した。
（3）フレイルチェックはしっかりチェック34回218人、簡単チェック27回225人に実施した。
（4）高齢者デジタルデバイド解消のためのスマートフォン講座を実施した。実績としては基礎講座4回47人、応用講座2回22名、オンラインフレイル予防教室3会場17名であった。
（5）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、糖尿病、低栄養、高血圧重症化予防、口腔機能低下重症化予防として、集団セミナー38名、個別支援22名、健康状態不明者把握事業として22名に訪問を実施した。

●自己評価結果【◎】

年間の実施目標（参加者数や事業実施回数）をおおむね達成することができた。

●課題と対応策

【課題】

（1）介護予防サポーターの従来の活動場所が事業終了などにより減少している。
（2）区民ひろば等施設利用者に対象者が限られている。
（3）定期的に参加する高齢者がどの程度いるか把握できていない。
（4）参加者のニーズにあった内容になっているかの検証が必要。
（5）後期高齢者は疾病予防では、生活全体の維持向上が難しい。

【対策】

（1）生活支援コーディネーターや、高齢者総合相談センター等と連携し、新しい活動場所を開拓する。
（2）区民ひろばで展開しているが、それ以外のコミュニティでも展開できるよう周知する。
（3）フレイルチェック時のアンケートで参加状況を把握し、定期参加できる体制を整える。
（4）アンケート分析等により、必要な内容に集中していく。
（5）集団セミナーは疾病予防から、介護予防に視点を変えた内容に変更し実施する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

フレイル・介護予防の普及啓発は、繰り返し継続的に実施する必要がある。高齢者に届く周知や、興味、関心のある内容を入り口に啓発する方法を検討していく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	1.介護予防・健康づくりの推進 （1-2　総合事業の推進）

事業の内容

要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者に対し、訪問型サービスや通所型サービスを提供するほか、訪問型サービスの従事者を育成するための研修を実施するもの。
訪問型サービスではヘルパーや区の研修修了者によるホームヘルプのほか、リハビリ専門職などが短期間集中的に支援するサービスを提供している。通所型サービスでは通所事業所によるデイサービスのほか、リハビリ専門職などによる短期集中的な通所プログラム、住民主体による通いの場を提供している。

現状と課題

現状

〇平成28年4月から総合事業の運用が開始。従来の訪問・通所介護が「介護予防訪問事業」、「介護予防通所事業」に移行するとともに、「短期集中訪問型サービス事業」を開始。
〇平成29年度に区で実施する総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の修了者が従事できる「生活支援お助け隊」を、平成30年度に「訪問型サービスA」を開始。
〇令和元年度に「つながるサロン」と「短期集中通所型サービス事業」を開始。
〇令和3年度に区独自基準の「通所型サービスA」を開始するとともに、「短期集中通所型サービス事業」の一部を東京都のモデル事業として実施。

課題

〇総合事業の利用を促進するため、基本チェックリストの実施件数を増やす必要がある。
〇「通所型サービスA」の指定事業所が区内に2つしか無く、当サービスの提供体制を拡充するためにも事業所の新規参入を促す必要がある。
〇総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の就労率が30%程度で頭打ちとなっており、修了生が従事できる「生活支援お助け隊」や「訪問型サービスA（の一部）」も含めた抜本的な見直しが必要。

目指す姿

〇住民等の多様な主体が参画する多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援を行い、介護の重度化を防止する。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
短期集中訪問型サービス事業利用者の主観的健康観改善率	46%	上げる	61%	54%	48%

第8期の具体的な取組

〇機能訓練に特化し、利用者の運動機能の維持・改善に取り組み、利用者をいち早く自立した日常生活に戻すための支援として「としまリハビリ通所サービス」を実施する。
〇通所型サービスを利用して元気になった高齢者に介護予防を継続する場を提供できるよう、「つながるサロン」の登録団体数を増加させる。
〇どの地域の方でも短期集中通所型サービス事業を利用できるよう、区民ひろばを活用するなどして実施場所を増やし、全ての高齢者総合相談センターの圏域で実施する。
〇総合事業基準緩和サービス従事者育成研修を引き続き実施することで、介護サービスにおける地域人材の発掘・活躍を推進し、介護人材不足の解消を図る。
〇未就労の修了者に対して、就職相談会の案内を送付するなどで就労率の向上を図る。
〇要介護認定に至らない高齢者に、総合事業を利用して介護予防に取り組んでもらえるよう基本チェックリストの周知を進める。また、高齢者総合相談センター及び高齢者福祉課以外の場所での実施など、実施方法についても検討する。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57,293（R3.1.1）	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
事業の取組実績	活動指標	訪問型サービスA4利用件数	件	8,673	目標	9,000	9,200	9,400
					実績	7,938	7,315	6,610
		通所型サービスB「つながるサロン」利用者数	人	19	目標	20	22	24
					実績	28	91	178
		訪問型サービスC利用者数	人	132	目標	140	155	170
					実績	140	193	176
		通所型サービスB「つながるサロン」登録団体数	団体	13	目標	15	18	20
					実績	30	42	47
		通所型サービスC実施回数	回	4	目標	8	10	12
					実績	9	10	12
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修修了者数	人	364（累計）	目標	446	528	610
					実績	422	513	592
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修就労者数	人	149（累計）	目標	188	213	240
					実績	164	191	215
		基本チェックリスト実施数	件	374（累計）	目標	504	654	814
					実績	561	791	1,000
事業目標の達成状況	成果指標	デイサービスにおけるとしまリハビリ通所サービス利用者の割合	%	0	目標	5.0	10.0	15.0
					実績	2.1	2.6	2.3
		通所型サービスB「つながるサロン」登録団体数	団体	13	目標	15	18	20
					実績	30	42	47
		通所型サービスC利用者数	人	25	目標	72	90	108
					実績	73	84	108
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修修了者数	人	364（累計）	目標	446	528	610
					実績	422	513	592
		修了者の介護事業所等への就労率	%	31.5	目標	33.0	34.0	35.0
					実績	25.9	29.7	30.3
		基本チェックリスト年間実施件数	件	109	目標	130	150	160
					実績	187	230	209

目標の評価方法

としまリハビリ通所サービスの利用状況、通所型サービスCの利用者数、育成研修修了者の就労率を基に評価する。

変更経過

変更内容	理由
成果指標の追加	短期集中通所型サービス（通所型サービスC）の利用促進を図っていくにあたり、その取組みの成果を測るため関連する項目を成果指標に設定した。

取組と目標に対する自己評価シート

令和5年度　1.介護予防・健康づくりの推進　（1-2　総合事業の推進）

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）基本チェックリストを108件実施。
（2）各種、訪問型サービス、通所型サービスともにA,B,Cを提供中。
（3）通所型サービスA「としまリハビリ通所サービス」について、現状は区内3事業所が指定を受けている。
（4）「短期集中通所型サービス」を9月までに8会場で実施、68名がサービス利用。
（5）総合事業基準緩和サービス従事者育成研修(家事援助スタッフ育成研修)を1回実施済み。

●自己評価結果【○】

（1）基本チェックリスト実施件数については前年度より若干減少した。
（3）通所型サービスA「としまリハビリ通所サービス」について、昨年度より微増している。
（4）短期集中通所型サービス定員に対する利用者割合は前年より増加している。また、約8割が住民主体型サービスやインフォーマルサービスの利用につながった。
（5）家事援助スタッフ育成研修での修了者は1回目40名、就労に13名つながり、研修修了者の約3割となった。前年より微増している。

●課題と対応策

【課題】

（3）としまリハビリ通所サービス(サービスA)について、指定事業所が少なく、参入メリットが少ないという声がある。
（4）短期集中通所型サービスについて、実施回数を増やしているため、定員に満たない回がある。
（5）家事援助スタッフ育成研修受講修了者の就労者の割合が3割強にとどまっているため、就職相談会に参加する事業者を増やし、就労に繋がっていない研修修了者へ新たな働きかけを行う必要がある。

【対策（見直した対策など）】

（3）としまリハビリ通所サービス(サービスA)は来年度に向け事業者が参画しやすい方法を検討している。
（4）短期集中通所型サービスについて、事業効果の発信とともに開催時期・会場の拡充を実施し利用者を増加させる。
（5）家事援助スタッフ育成研修受講者に対して就職相談会へ参加する事業者を増やしより就労につなげやすくしていく。

後期（実績評価）

●実施内容

○各種、訪問型サービス、通所型サービスを提供した。
○通所型サービスA「としまリハビリ通所サービス」を継続し、区内2事業所でサービスを提供している。
○「短期集中型サービス」は、通所サービスが12会場で108名が参加し、昨年度より24名増加した。訪問サービスは176名が利用した。
○「家事援助スタッフ育成研修」は、予定通り全3回実施し、102名が受講し、79名が修了した。

●自己評価結果【○】

実施後の身体機能改善や生活資質の向上がみられる「短期集中通所型サービス」の利用者が増加した。
家事援助スタッフ育成研修後の就労率が30.3%と微増した。

●課題と対応策

【課題】

○令和7年10月より、通所型サービスA「としまリハビリ通所サービス」の需要が増えることから、新規に参入する事業者を増やし、利用者の利便性を高める必要がある。
○家事援助スタッフ育成研修後の就労率は微増したが、今後の担い手不足が引き続き懸念される。

【対策】

○令和6年4月より、「としまリハビリ通所サービス」の充実を図るため、事業者に対し月額包括報酬での算定を可とする。また機能訓練向上加算の単位数を増額する。
○令和6年度より、入門的研修修了者は、家事援助スタッフ育成研修の受講を全免除とし、研修を一本化することにより、受講率、就労率の向上を図る。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

○要介護者認定まで至らない高齢者の把握と、こうした高齢者への適切なケアマネジメントが課題である。そのため介護予防把握事業を始めとした施策により、高齢者の状態をいち早く把握するとともに、地域包括支援センターに対して適切なケアマネジメントが行われるよう研修等を行い、体制の強化を目指す。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	2.生活支援の充実 （2-1　在宅生活の支援）

事業の内容

高齢者が住み慣れた地域で生活し続けていくために、介護保険サービスと保険外福祉サービスとの連携を深めるとともに、互いに助け合う地域づくりを進め、多様な主体や地域の力による、重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を進める。生活支援体制整備事業を推進するため、生活支援コーディネーターが中心となり、資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組みのマッチングの一体的な活動を推進する。また、地域の支え合いの仕組みづくり協議会、地区懇談会、区民ミーティング等、多様な事業主体間の情報共有と連携・協働による取組みを推進する。

現状と課題

現状	○平成27年度より生活支援体制整備事業を開始し、第1層生活支援コーディネーターを中心に地域資源の把握や生活支援のための制度構築を始め、ベンチプロジェクトの開始、地域資源情報冊子「Story&Map」の発行などを行った。 ○令和2年度まで第1層生活支援コーディネーターが第2層を兼務していたが、令和3年度に4つの高齢者総合相談センター圏域に、第2層生活支援コーディネーターを配置することとなった。 ○地域の支え合いの仕組みづくり協議会（第1層協議体）において区全体の生活支援について検討し、地区懇談会（第2層協議体）では地域特性に応じた課題の把握・解決、地域づくりを行っている。 ○地域資源情報システム「Ayamu」を導入し、把握した地域資源を登録している。
課題	○第1層協議体と第2層協議体の取り組みが共有されていないため、情報共有の仕組みづくりを行う必要がある。 ○第1層・第2層生活支援コーディネーターが兼務であったため、進んでいなかった地域での仕組みづくりを、第2層生活支援コーディネーターの配置により、急ぎ進めていく必要がある。残りの4つの圏域にも第2層コーディネーターを配置する必要がある。 ○地域資源情報システムを活用し、地域情報のさらなる蓄積を進めるとともに、既存データの更新・管理、共有、活用が円滑にできる運用方法を定め、より活用される仕組みを構築する必要がある。 ○利用者数が減少している日常生活支援サービスについては、高齢者を取り巻く社会動向の変化や利用される人のニーズに合った制度へと見直しが必要である。

目指す姿

○いつまでも自分らしい暮らしを継続するための仕組みを構築します。
○調理、買い物、掃除などの高齢者にとって必要な生活支援サービスを確保することや、効果的な介護予防が身近な場所で受けられることによって、フレイルや要支援・要介護を予防し、元気で健康な高齢者の割合を増加させます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
普段の生活で何らかの介護・介助が必要だが現在は受けていない人の割合	6.0%	下げる	5.9%	5.4%	5.6%

第8期の具体的な取組

○地域のささえあいの仕組みづくり協議会に、新たな委員を加え、これまでと違った視点で意見を出してもらうことで、地域における支え合いに向けた幅広い議論が進むよう取り組んでいく。
○第2層生活支援コーディネーターを8つの高齢者総合相談センター圏域に配置し、日常生活圏域での地域課題の発見や生活支援のためのツールの整備、担い手の発掘・育成などをさらに進めていく。
○地域資源データベースシステムを質・量ともに拡充し、区民に必要な情報を提供する。
○第7期まで取り組んでいる生活支援の事業について、よりニーズに見合うよう調査・検証し、取組みを強化する。
○特に、ニーズの高い配食サービスを強化し、移送サービス（介護・福祉タクシーなど）について調査・研究する。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57293（R3.1.1）	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	地域のささえあいの仕組みづくり協議会開催回数(累計)	回	18	目標	22	26	30
					実績	20	23	26
		各圏域での第2層生活支援コーディネーターの高齢者総合相談センター、CSW等との定例会議の実施回数	回	12	目標	12	12	12
					実績	12	12	12
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	普段の生活で何らかの介護・介助が必要だが現在は受けていない人の割合【再掲】	%	6.0	目標	5.9	5.8	5.6
					実績	5.9	5.4	－
		地域資源の把握数(Ayamuへの登録数)	件	397	目標	460	530	600
					実績	576	755	905
		生活支援コーディネーターの第2層への配置	圏域	0	目標	4	8	8
					実績	4	4	8
		救急通報システム利用者数	世帯	290（令和2年度実績）	目標	300	315	330
					実績	272	317	306

目標の評価方法

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート	
5年度	2.生活支援の充実 （2-1　在宅生活の支援）

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）高齢者の生活支援推進員（第2層生活支援コーディネーター(SC)）：未設置だった残りの4圏域に第2層SCを配置し、区内全圏域への第2層SC設置を完了した。前期は、新任SCを中心に区、都による研修を実施した。
（2）第2層SC、高齢者総合相談センター、CSWの定例会を続けるとともに、第1層、第2層SCによる情報共有などを目的とした定例会を実施し、第1層SCが意識啓発や助言等により第2層SCがより具体的なノウハウを身に着け、様々な成果につながった。通所B（通いの場）の開設支援、ベンチプロジェクト、スマホ教室・相談会、まちづくり、誰でも食堂開設など、様々な事業にも携わっている。
（3）ささえあいの仕組みづくり協議会は前半に1回開催し、11月に2回目を実施予定である。
（4）新たな取り組みとして、介護予防大作戦で、ブースを設け、活動の周知に努めた。
（5）コーディネーター全員で、セカンドライフ応援イベントイベントを企画し、11月に実施予定である。
（6）地域資源情報システムAyamuのインフォーマルな情報数が877件まで増加した。

●自己評価結果【◎】

（2）上記のように様々な介護予防・生活支援につながる様々な成果が出ている。
（4）（5）介護予防イベントへの参加や担い手支援のイベント実施など、新たな取組も実施している。
（6）地域資源の把握について、目標をはるかに上回る実績となっている。

●課題と対応策

【課題】

（1）様々な取組が増え、活発な活動が行われた一方で、第2層生活支援コーディネーターの負担が増えてきている。
（2）つながるサロンや介護予防団体支援など、介護予防に関する取組が進んでいる一方で、生活支援のツールづくりをさらに進める必要を感じている。

【対策（見直した対策など）】

（1）イベント等の取組にSC全員が携わっているが、今後、担当制にすることにより、全体の労力を減らしていく。
（2）介護予防における、つながるサロン（通所B）のような生活支援のためのツールの構築に向けて、今後検討していく。

後期（実績評価）

●実施内容

（1）高齢者の生活支援推進員（第2層生活支援コーディネーター(SC)）：8圏域に設置が完了した。
（2）第2層SC、高齢者総合相談センター、CSWの定例会を続けた。第1層、第2層SCによる情報共有などを目的とした定例会を定期的に実施した。第1層SCの支援により、第2層SCが地域に根ざして具体的な活動ができるようになってきた。通所B（通いの場）の開設支援、ベンチプロジェクト、スマホ教室・相談会、まちづくり、誰でも食堂開設など、様々な事業にも携わっている。
（3）ささえあいの仕組みづくり協議会は年間3回実施した。
（5）コーディネーター全員で、セカンドライフ応援イベントを企画し、11月に実施した。
（6）地域資源情報システムAyamuのインフォーマルな情報数が905件まで増加した。

●自己評価結果【○】

介護予防・生活支援につながる様々な取り組みを行った結果、通所B（つながるサロン）や誰でも食堂の新規立ち上げもあり、成果が出ている。
地域資源の把握について、目標をはるかに上回る実績となっている。

●課題と対応策

【課題】

様々な取組が増え、第2層生活支援コーディネーターの負担が増している。
圏域ごとの地域差を解消していく必要がある。
つながるサロンや介護予防団体支援など、介護予防に関する取組が進んでいる一方で、生活支援のツールづくりをさらに進める必要がある。

【対策】

イベント等の取組にSC全員が携わっているが、今後担当制にし、負担の軽減を図り全体の労力を減らしていく。
介護予防における、つながるサロン（通所B）のような生活支援のためのツールの構築に向けて、今後さらに検討していく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

今年度より全高齢者総合相談センター圏域への第2層生活支援コーディネーターの設置が完了し、より細やかに地域ごとの課題の把握ができる体制となったが、まだ質にばらつきがみられる。今後、第1層や高齢者総合相談センターとも連携し、さらなる地域の細かい課題を把握し、地域差の解消を進め高齢者が住みよい環境づくりを推し進めていく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	2.生活支援の充実 （2-2　見守りと支え合いの地域づくり）

事業の内容

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯も安心して地域で暮らし続けられるよう、見守りが必要な人を把握するアウトリーチ事業を継続して実施し、状態に応じて、緩やかな見守り、担当による見守り、専門的な見守りにつなげていく。また、専門的な見守り体制を維持する。加えて、地域の住民や事業者と連携した緩やかな見守りの輪を広げていくとともに、緩やかな見守りから、必要に応じて担当を決めて定期的に行う担当による見守りや、専門的な知識をもった職員が行う専門的な見守りへと繋げていく体制を構築する。

現状と課題

現状	○65歳以上の高齢者世帯における単独世帯の割合は特別区で一番高い。（令和2年国勢調査） ○何かあったときの家族以外の相談先として「そのような人はいない」と回答された方が45.4%となっており、住み慣れた場所で暮らし続けるための見守り体制の構築が重要となっている。(ニーズ調査) ○定期的な見守りとなる見守り声かけ事業（見守り訪問）対象人数は、令和2年度末で227人 ○高齢者総合相談センター8ヵ所に相談窓口を併設し、高齢者見守り支援事業担当を各2名配置している。
課題	○高齢者実態調査や熱中症予防訪問において現在訪問対象となっていない高齢者のみの世帯や、高齢者と障害者の世帯、75歳未満の世帯などで社会から孤立した状態に置かれている方を支援に繋げていく必要がある。 ○地域における多様な主体による緩やかな見守りの輪を広げ、相談・支援機関へ円滑につなげることができる仕組みづくり及び民間事業者等との連携等の見守り体制を構築していく必要がある。

目指す姿

○多様な主体による見守り体制の構築を目指します。
○地域住民や民間事業者等による緩やかな見守りを拡充し、見守りが必要な全ての方が見守られており、その中で必要な方については担当による見守りや専門的な支援へつなげていく体制を整え、支援の手が届いていない方がいない状況を目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
「地域の中で、高齢者や障害者の権利が守られ、質の高いサービスが提供されている」「そう思う」の割合から「そう思わない」の割合を引いた割合(令和元年度協働のまちづくりに関する区民意識調査)	0.5%	増加させていく	9.7%	5.3%	6.3%
高齢者が暮らしやすいまちだと思う理由 「福祉・介護が充実しているから」の割合 （同上）	19.0%	増加させていく	―	―	―
何かあったときの相談先 「そのような人はいない」の割合（ニーズ調査）	45.4%	減少させていく	42.2%	39.0%	44.1%

第8期の具体的な取組

○より多くの事業者と見守りと支え合いネットワークに関する協定締結を行い、見守りを一層充実させていく。
○協議会をはじめとした地域資源を活用して見守りを進めていく。
○町会、自治会、民生委員・児童委員と継続して見守りの取り組みを進めていく。
○専門的な見守り相談窓口を継続して設置するとともに、毎年の戸別訪問等を継続実施し、アウトリーチ活動を行う。
○位置情報サービスや救急通報システムを必要としている方に提供し、家族等による見守りを支援していく。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57293（R3.1.1）	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	見守り協定等締結団体数	団体	12	目標	18	24	30
					実績	22	22	32
		見守り訪問対象者数	世帯	233	目標	250	270	300
					実績	207	213	206
		熱中症予防訪問人数	人	5,997	目標	6,000	6,500	7,000
					実績	6,660	5,767	6,408
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	何かあったときの相談先 「そのような人はいない」の割合【再掲】	%	45.4	目標	45.0	45.0	42.0
					実績	42.2	39.0	－
		見守り支援事業担当への相談件数	件	18,696	目標	20,500	20,700	20,900
					実績	29,748	21,491	14,069
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			

目標の評価方法

「見守りと支え合いネットワークに関する協定」の締結状況
熱中症予防訪問・高齢者実態調査の実施状況

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート	
5年度	2.生活支援の充実 （2-2　見守りと支え合いの地域づくり）

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）見守りと支え合いネットワークに関する協定について、協力事業者の拡大に向けて協議を進めた。事業者に対して協定締結のアプローチを行いながら、11月実施予定の合同協定式の担当者協議も行った。
（2）75歳以上の一人暮らし高齢者を対象に民生児童委員による「熱中症対策事業」を実施した。高齢者を熱中症から守ると共に、何らかの支援や見守りが必要な方を各種サービスや見守り活動などに繋げた。

●自己評価結果【◎】

（1）電話連絡や地域のネットワークを活用し、コンビニ、大手銀行や区内の各種組合など、計10事業者との協定締結を確約できた。また、11月に予定している合同協定式の企画案もほぼ確定し、内部の合意形成を図る。
（2）75歳以上の一人暮らし高齢者6,408人を対象に熱中症対策のリーフレットやグッズ（クール涼感マフラータオル）などを配付した。令和5年度より前年度中に準備契約でグッズを確定させ、スケジュールを確保できた。また、民児協は4月と5月の合計2回説明して新任民生委員の負担軽減を図った。事業終了時には各高齢者総合相談センターで行われている熱中症報告会に参加し、グッズ選定や訪問した際の様子などの意見を集約した。

●課題と対応策

【課題】

（1）協定締結が目的となってしまっており、実務者レベルまで協定内容が適切に伝わっていない。事業者に協定内容を適切に履行してもらうため、周知していく必要がある。
（2）訪問不在時の対応について、ポストに投函して後日グッズの抜き取りを確認する方法とした。しかし、不審に思われたり、他の郵便物があり抜き取り確認できないなど、課題が浮き彫りになった。

【対策（見直した対策など）】

（1）協定締結事業者に対して、毎年度継続的に意見交換会や連絡会等を実施することで、協定の目的や内容を常に認識させ、見守りが適切に行えるよう働きかけを行う。3月末に全締結事業者と意見交換会を実施予定。
（2）外からでも分かるようにグッズを入れる袋の材質や取っ手を付けるなど工夫する。または、民生委員は2回訪問してポストに投函、抜き取り確認は見守り担当が行うなど訪問方法の見直しを図る。

後期（実績評価）

●実施内容

（1）11月に新たに10事業者と協定を締結した。また、3月末に全締結事業者との意見交換会を開催し、協定の目的や内容を常に認識させ、見守りが適切に行えるよう働きかけを行った
（2）令和6年度の熱中症対策事業の実施に向けてこれまでの課題を踏まえた検討を行った。また、グッズの抜き取り確認については、可能な範囲で行うこととするなど、民生委員の負担を軽減できるよう協議を進めた。

●自己評価結果【◎】

（1）電話連絡や地域のネットワークを活用し、コンビニ、大手銀行や区内の各種組合など、11月の協定締結の結果、32事業者まで締結団体を増やすことができた。また、3月に意見交換会を実施し、協定内容の意識啓発と高齢者総合相談センターの見守り支援担当との交流の機会を設けることができた。
（2）令和6年度の実施に向け、令和5年度中に準備契約でグッズを確定させ、作業スケジュールを確保できた。また、3年に一度の高齢者実態調査との同時実施に向け、2月に各民生児童委員協議会において説明を行うことで、今後のスケジュールを示すとともに、いただいたご意見を反映できるよう努めた。

●課題と対応策

【課題】

（1）これまでの協定締結が目的となってしまっていた方針から、事業者に協定内容を適切に履行してもらうための意識啓発を継続的に進めていく方向へ切り替え、対応していく必要がある。
（2）高齢者実態調査との一体実施となるため、不在時の対応が異なること、ポストへの投函後、後日グッズの抜き取りを行う際に、不審に思われたり、他の郵便物があり、抜き取り確認できないなどの課題が残っている。

【対策】

（1）見守り協定締結事業者、高齢者総合相談センターの見守り支援事業担当による意見交換会を継続的に実施するとともに、実際の事例によるグループワークの実施等、見守り体制のレベルアップにつながる取組みを強化する。
（2）熱中症対策事業と高齢者実態調査における不在時の対応を民生委員に分かりやすく説明するとともに、熱中症対策事業と高齢者実態調査の配布物が混同しないよう分けて準備を行うとともに、民生委員が訪問していることを分かるよう不在票を作成した。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

【課題】地域において75歳以上高齢者数が2025年以降増加することが見込まれることから、見守りを必要とされる対象者数は今後増加していくことが見込まれる。
【対応策】地域において見守りを必要とする方の状況に応じた支援を継続していくために、多様な主体による見守りが必要であるが、数を増やすことにとらわれるだけでなく、多様な主体それぞれの特性にあわせた意識啓発を継続することで、すべての方に支援の手が届く仕組みを構築していく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	3　高齢者総合相談センターの機能強化

事業の内容

高齢者総合相談センターは、地域包括ケアシステムの中核機関であり、区民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことで、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としている。高齢者が住み慣れた地域でできるだけ長く元気に暮らし続けることができるように、高齢者総合相談センターを中心とする相談・支援体制や多職種とのネットワーク構築を推進する。地域ケア会議を実施する中で、「個別課題の解決」「地域包括支援ネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり、資源開発」「政策の形成」の5つの機能を活用し、個人の支援と社会基盤の整備を同時に進めるための検討を行う。要支援者や事業対象者が自立した生活を過ごせるよう、本人のニーズを反映し、柔軟なケアマネジメント体系を構築する。

現状と課題

現状	○後期高齢者の増加が見込まれる中で、高齢者総合相談センターでの相談数の増加や、相談内容も多岐に渡り複雑化している。相談件数は、令和2年度は35,637件となり、前年度比で13%増加している。 ○平成30年度より居宅介護支援事業所の管理者の要件が主任ケアマネジャーとなっているため、資格取得の支援を行っている。ケアマネジメントに関する研修テーマの設定は、「豊島区研修企画委員会」等にて対象者別の研修を実施している。 ○新型コロナウイルス感染症の影響により、高齢者総合相談センター職員やケアマネジャーが対面で関係づくりを行うことや、集合研修の実施などに制約が生じている。
課題	○高齢者やその家族の生活上の不安に対応していくため、地域の社会資源と連携した相談支援体制の充実や、適切な機関や対応につなぐことができるよう、高齢者総合相談センター職員のさらなる資質の向上に努める必要がある。 ○地域のケアマネジメントの質の向上のため、高齢者総合相談センターと居宅介護支援事業所が協力して、ケアマネジャー・主任ケアマネジャーの育成支援に、オンライン等も活用しながら今後も力を入れていく必要がある。また、自立支援・介護予防をより重視したケアマネジメントを進めるため、柔軟なケアマネジメント体系を構築していく必要がある。 ○地域ケア会議で効果的な検討を行うために、地域課題の掘り下げをさらに進めるとともに、より質の高い地域ケア会議となるよう、進め方の改善を図る必要がある。

目指す姿

○高齢者が住み慣れた地域で安心して生きがいのある暮らしを続けることができるよう、相談体制を充実させます。
○地域ケア会議等の活用により、地域包括ケアシステム構築の中核機関である高齢者総合相談センターの機能強化を推進します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
高齢者総合相談センターの認知度　（ニーズ調査）	56.2%	上げる	54.1%	60.2%	54.1%
高齢者総合相談センターとの連携状況　（ケアマネジャー調査）	63.2%	上げる	R3年度の調査なし	62.8%	R5年度の調査なし

第8期の具体的な取組

○支援が必要な状態になる前の段階から相談につながるように、全ての世代に向けて高齢者総合相談センターの機能や活動内容についての周知を行う。
○これまで実施してきた相談支援に加え、地域と連携した出張相談などアウトリーチ型の積極的な相談支援を実施する。
○新型コロナウイルス感染症の感染予防の取組として、オンラインを活用した研修等を行い、ケアマネジャーの資質向上を図る。
○地域の実情を具体的に地域課題に反映するために、地域ケア会議の課題を抽出する過程を整理し、データ収集・分析の精度を向上させる。
○職種別部会による地域課題検討の場を設け、各職種の専門性を活用し、より細かな検討を進め、地域ケア全体会議につなげて区の施策に反映させる。
○個別支援とともに、地域での通いの場などの活動や生活支援コーディネーターとの連携を進め、介護予防ケアマネジメントに反映させる。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者数（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57293（R3.1.1）	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	研修回数（主任ケアマネジャー対象）	回	4	目標	4	2	2
					実績	2	2	2
		研修回数（ケアマネジャー等対象）	回	4	目標	4	2	2
					実績	4	3	4
		地域ケア個別会議(事例検討数)	件	146	目標	150	150	150
					実績	193	196	176
		地域ケア推進会議(開催回数)	回	40	目標	40	40	40
					実績	24	34	41
		初回アセスメント　実施回数	回	18	目標	20	25	30
					実績	33	33	28
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	高齢者総合相談センターの認知度（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）【再掲】	%	54.5	目標	55.0	60.0	60.0
					実績	54.1	60.2	54.1
		パンフレット、マグネット等の作成	部	15,000	目標	15,000	15,000	15,000
					実績	15,000	17,400	33,000
		ケアマネジャーが高齢者総合相談センターと連携出来ているとする割合（ケアマネジャー調査）【再掲】	%	63.2	目標	70.0	72.0	72.0
					実績	R3年度の調査なし	62.8	R5年度の調査なし
					目標			
					実績			

目標の評価方法

〇高齢者総合相談センターの周知の為のパンフレットやマグネット等の作成を行ったことによる効果を評価する。
〇地域ケア会議での地域課題を検討し、その報告を区に提出した回数を評価する。
〇ケアマネジャーの資質向上とした研修を実施、その回数とケアマネジャーが高齢者総合相談センターと連携できているとする割合で評価する。

変更経過

変更内容	理由
研修回数について	区の研修の実施だけでなく、地域で主任ケアマネジャー等の勉強会を併用して
	質の向上に取り組むため

取組と目標に対する自己評価シート

令和5年度　　3　高齢者総合相談センターの機能強化

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）5職種の部会を全15回開催し、他機関等との交流を深めた。
（2）減少している居宅介護支援事業所に対し「事業所がチームになる」研修等を実施。
（3）「区民ひろば出張相談・講座」開催回数243回、延べ相談211人。集合住宅等での出張相談にも取り組んでいる。
（4）相談体制強化のための「夜間緊急・休日電話相談」について高齢者世帯等に9,100枚の周知チラシを配布。
（5）地域課題「入浴の場の充実」を目指した入浴特化型デイサービスモデル事業を介護事業所等と協働し36回実施。
（6）自立支援地域ケア会議運営の簡略化とマニュアル改訂を行った。

●自己評価結果【○】

（1）研修方法を工夫し効率的効果的に運営できた。他機関と関係づくりを行い、日々のケース対応にも活かしている。
（2）事業所成長の観点での研修はケアマネジャーにとって新たな気づきにつながった。
（3）区民ひろば利用者への周知やひろば職員との連携ができている。
（4）健康相談等、131件の電話相談があり件数が増加した。
（5）地域関係者協働のモデル事業を行うことにより、解決に向けた実現可能な取組について検討が進んでいる。
（6）区およびセンター主催の方向性が明確になり、また簡略化により、センター主催の件数が増加傾向となった。

●課題と対応策

【課題】
（1）センター職員の質の確保やチームアプローチの強化。多世代の課題にかかわる関係機関との連携の促進が必要。
（2）センターと居宅介護支援事業所、ケアマネジャー（事業所）同士の連携強化。
（3）アウトリーチ型相談支援「区民ひろばでの出張相談・講座」の再検討。
（4）必要な方がつながるために、開設時間外の電話相談窓口周知の一層の推進。
（5）地域課題からの新たな入浴サービス事業を具体化する。
（6）センター主催自立支援地域ケア会議の推進と標準化。

【対策（見直した対策など）】
（1）関係機関との連携促進が図れるよう、区と部会共同の企画や関係者オープン参加の研修等を実施していく。
（2）地域のケアマネジャー職能団体の活動を後押しし、事業所間やケアマネジャー同士のつながりを強化する。
（3）センター周知が不足している地域や地域の強みを活かした活動など、地域の実情に応じたアウトリーチを強化する。
（4）男性層や介護中の世代に対して効果的に周知する方法を検討する。
（5）入浴に困っている方が利用できる新たなサービス構築に向け、ケアマネジメント体系を検討する。
（6）職能団体の助言者がセンター主催自立支援地域ケア会議に参加できるようサポートする。

後期実施評価

●実施内容

（1）専門職部会を27回開催。内、関係機関（保健所・障害福祉課・居宅ケアマネ）協働・合同研修4回実施。
（2）豊島区介護支援専門員連絡会の運営委員会等に12回出席。区内の居宅介護支援事業者の状況把握に努めた。
（3）「区民ひろば出張相談・講座」を353回開催、延べ相談315人。集団周知4,698人。周知が不足している対象（男性・多世代）や地域へのアプローチをするために区民ひろば関係者や「地域のささえあいの仕組みづくり協議会」にて検討した。
（4）75歳以上の独居・高齢者世帯に「夜間緊急・休日電話相談」周知チラシ9,122枚配布。相談は223件で微増。
（5）入浴モデル事業評価報告会実施。R6年度新規の入浴通所事業のケアマネジメントを構築し、R6年2月総合事業説明会や3月介護保険事業者連絡会にて周知した。
（6）センター主催自立支援地域ケア会議に職能団体から助言者が参画できる効果的な運営に向けた調整を行った。

●自己評価結果【○】

（1）重層的支援も視野に、専門職部会を活用した研修を、関係機関との協働・合同で行うことが効果的であった。
（2）ケアマネジャー同士の連携や職能団体としての組織強化の必要性が認識され、自主的に運営されている。
（3）次年度から地域の実情やニーズに合わせたアウトリーチをするために、生活支援コーディネーターと連携しながら、新たな場での出張相談・講座を展開していく共通認識を持つことができた。
（4）今後、支援が必要になる対象（75歳以上の単身・高齢者世帯）への周知は積極的に行っている。
（5）地域課題「入浴の場の充実」のため、3年間の検討を経て地域関係機関や総合事業グループと連携し、令和6年5月から新たな入浴特化型通所サービスを事業化。運用のためのケアマネジメントを構築し、センター職員やケアマネジャー等に周知できた。
（6）センター主催会議を標準的効果的に推進する仕組みとして、職能団体からの助言者が2つのセンター合同開催（年4回）に参画する仕組みを整えた。

●課題と対応策

【課題】
（1）センター職員の質の確保やチームアプローチの強化。多世代の課題にかかわる関係機関との連携促進。
（2）ケアマネジャー（事業所）の減少傾向。センターと事業所、およびケアマネジャー同士の連携強化。
（3）地理的にセンターから遠く、介護事業所も少なく、来所相談等に支障のある地域がある。
（4）現状の周知では「夜間緊急・休日電話相談」の利用が広がっていない。センターの認知度が上がらず、特に男性層や多世代において周知が不足。

【対策（見直した対策など）】
（1）専門職部会等を活用したセンター職員の実践力向上や関係機関協働のオープン参加型研修の取組
（2）ケアマネ職能団体と協働した地域課題への取組
（3）身近な地域で総合的な相談をタイムリーにできる、相談窓口（ブランチ）の設置。
（4）センター圏域の実情やニーズに合わせたアウトリーチ。介護家族や前期高齢者、男性、多世代に向けたセンター（開設時間外の電話相談窓口を含む）の周知のため、ツールの見直しを行い認知度の向上を図る。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

1. 高齢者やその家族等の生活課題や地域課題に対して、主体的に関係者・関係機関に働きかけ協働し、解決に向けてチームで取り組むことができる専門性の高いセンター職員の育成。
2. センターの相談体制の機能強化（本人・世帯を対象とした多様な相談に初動対応できるスキルの向上および関係機関との連携強化、センターブランチ設置、24時間電話相談体制の周知、出張相談等アウトリーチの強化）
　上記1・2の実現のため、「第9期計画に基づくセンター運営方針」を策定。センター事業計画のPDCAサイクルによる評価・運営強化。センター職員の負担軽減のため、ICT・システム活用によるセンターの効率的な運営を検討していく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	4　認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

事業の内容

認知症になっても住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、認知症の人を地域で支える仕組みづくりを推進する。認知症についての正しい知識を普及するとともに、認知症ケア力の向上を図るための研修の実施や、認知症の容態に応じ適時・適切な医療・介護等を受けることのできる体制整備を他職種連携の視点を踏まえながら進める。

現状と課題

現状

厚生労働省によると令和7年には認知症の有病率は20%に達するとされ、豊島区においても10,348人と推計されている。令和元年6月に策定された「認知症施策推進大綱」では、認知症は「誰もがなりうるもの」であり、発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくとされている。

高齢者で最も頻度の高い認知症はアルツハイマー型認知症であり、薬物療法や作業療法等によって症状の軽快を図るのが一般的であるが、症状が進んだ場合、根本的な治療方法は現在のところ存在せず、進行の遅延に重点が置かれている。認知症高齢者人口の更なる増加が見込まれる中、「共生」とともに、早期発見・早期支援、認知症の状態に応じた伴走支援、認知症の進行を緩やかにする「予防」を推進する必要がある。

課題

○認知症の人が住み慣れた地域の中で暮らし続けるために、認知症の進行に合わせた医療・介護を提供できる体制づくりを推進すること。
○認知症の早期発見・早期対応のため認知症検診を実施し、伴走型支援を充実していく。
○認知症発症予防に繋がる可能性が高い活動等について認知症予防講座等において普及啓発し、日常生活における取組(運動、社会交流等)の実施を推進する。
○認知症サポーター数は年々増加しているが、累計養成者数を人口比で見ると、23区中14位である。
○地域において把握した認知症の人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等との間の、支援をつなぐ仕組み(チームオレンジ)を整備する。
○認知症になってもその人自身が意思決定しながら尊厳をもって暮らしていけるよう、意思決定支援の推進を行うこと。

目指す姿

○認知症予防を含む介護予防を推進し、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供を行い、「共生」と「予防」を車の両輪として、認知症の人や家族が尊厳と希望を持って自分らしく安心して住み続けられるやさしい地域づくりを目指します。
○認知症当事者や家族の声を聴き、当事者の視点をわかりやすく区民、関係者に伝えるとともに施策や評価に反映させることで、意思と権利が守られ、認知症に関する偏見の払拭を進めます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度(実績)	R4年度(実績)	R5年度(実績)
認知症に関する相談窓口の認知度(ニーズ調査)	28.4%	上げる	22.7%	28.0%	23.1%
主介護者が「認知症症状への対応」に不安を感じる割合(要介護認定者調査)	26.2%	下げる	−	29.5%	−
認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合(実績値)	72.7%	上げる	92.3%	86.6%	82.4%

第8期の具体的な取組

○認知症検診を実施し、早期診断・早期支援を推進する。
○「認知症初期集中支援事業」について、必要な方がタイムリーに利用できるように普及啓発を強化する。
○本人の活動を支援するため、本人ミーティング等の発信の場づくりを、共に考え伴走型支援を行う。
○認知症予防講座の充実(冊子「もしも」を媒体にした認知症支援講座を、区民ひろばや町会等で実施等)
○認知症の理解促進のため、認知症サポーターを養成し、「共生」社会を目指す。住宅関係者や商店街等職業団体等を対象とした職域型の認知症サポーターや、区内小中学生を対象とした認知症ジュニアサポーター養成等を実施する。
○世界アルツハイマーデー等にて、認知症に関する理解促進や、相談窓口である高齢者総合相談センターを周知する。
○認知症施策推進会議で、認知症の人の意見を把握し、認知症施策の企画・立案や施策の評価に反映させる。
○専門職種が様々なガイドラインの主旨を踏まえた意思決定支援が実施できるよう、研修を開催する。
○成年後見制度利用促進計画の策定、地域連携ネットワークの構築を進める。
○高齢者虐待に適切に対応するため、専門相談事業を実施し、対応力の向上を図る。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	認知症サポーター養成者数（累積）	人	13,230	目標	15,000	16,000	17,000
					実績	15,619	16,794	18,003
		高齢者総合相談センターにおける認知症相談件数	件	3,362	目標	3,500	3,750	4,000
					実績	3,798	5,094	4,801
		認知症予防プログラム事業　延べ参加者数	人	102	目標	110	120	130
					実績	170	189	96
		認知症初期集中支援チームにおける支援相談人数	人	30	目標	32	32	32
					実績	27	32	34
		認知症カフェ箇所数	か所	18	目標	18	19	20
					実績	19	20	19
		成年後見制度　中核機関の整備	-	検討中	目標	整備済み	整備済み	
					実績	設置準備 （R4.4～設置）	整備済み	
					目標			
					実績			

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	高齢者の週1回以上のスポーツ実施率 （ニーズ調査）	%	56.2	目標	56.7	56.8	60.0
					実績	81.5	82.0	－
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			

目標の評価方法

各施策指標、評価指標に則り評価する。また、近隣自治体や国・都の動向も必要に応じて加算要素とする。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート	
5年度	4　認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）認知症サポーターを399名養成した。
（2）認知症検診は医師会等と協議し実施時期を5月に前倒し開始、45人が検診を受診した。
（3）ヒアリングフレイル講演会・相談会を2回開催し、講演会参加46人、個別相談会25人が参加した。
（4）認知症初期集中支援チーム員事業は上半期で23事例の実施があった。また連絡会を1回実施した。
（5）認知症ケアパス改定のため、ワーキンググループを立ち上げ研修、検討会を実施した。
（6）豊島区成年後見制度利用促進条例、計画に基づき、中核機関を豊島区民社会福祉協議会への委託により設置。区民後見人養成講習を実施。成年後見制度区長申立てを9件実施。成年後見人等への報酬助成を26件実施した。

●自己評価結果【○】

（1）認知症サポーター養成講座は例年希望する団体に加え、今年度は区民ひろばでも実施した。
（2）認知症検診は時期の前倒し、対象年齢の拡大をしたことで、利用しやすくなった。
（3）ヒアリングフレイルについての普及啓発を継続実施でき、耳鼻科医や補聴器協会相談員への相談等、専門職への気軽な相談の場を創出できた。
（4）初期集中事業の提出ケース数は目標のペース以上になった。また連絡会で好事例を共有し、効果的な事業活用について検討できた。
（5）認知症ケアパスは、本人が手に取りやすく、安心できる内容をワーキンググループで検討している。
（6）中核機関が実施する区民後見人養成講習入門講座では、養成から受任終了まで一貫した支援を行い、後見活動メンバーへの登録が見込まれる。区長申立て、報酬助成について、昨年度を上回る実績となった。

●課題と対応策

【課題】
（1）コロナ禍の影響がまだあり、認知症サポーター養成講座の要望は多くない状況である。
（2）認知症検診受診率向上のため、再周知の必要がある。
（3）ヒアリングフレイル講演会・相談会の参加者は地域によりばらつきがあり周知の強化が課題である。
（4）認知症初期集中支援事業のケース数は昨年度を上回り、事業利用が定着してきたが、チームと高齢者総合相談センター職員との連携が今後の課題である。
（5）現行ケアパスの情報を認知症パンフレットへ組み込む必要がある。
（6）広報・普及啓発、関係機関によるネットワークの構築等により、成年後見制度の利用を促進する必要がある。報酬助成については昨年度を大きく上回る件数となる見込みである。

【対策（見直した対策など）】
（2）健診受診率向上のため、区掲示板にポスター展示を実施し再啓発した。（10～11月）
（3）広報としま掲載前からの周知を積極的に実施した。

後期（実績評価）

●実施内容

（1）認知症サポーターを810名養成した。
（2）認知症検診は医師会等と協議し実施時期を5月に前倒し開始、77人が検診を受診した。
（3）ヒアリングフレイル講演会・相談会を2回開催し、講演会参加59人、個別相談会26人が参加した。
（4）認知症初期集中支援チーム員事業は下半期で11事例の実施があった。また連絡会を1回実施した。
（5）認知症ケアパス「入り口編」「情報編」に分け、各6,000部作成した。（情報編はR6.6月発行予定）
（6）豊島区成年後見制度利用促進基本計画を「豊島区地域保健福祉計画」に統合した。成年後見制度区長申立てを41件実施、成年後見人等への報酬助成を45件実施した。

●自己評価結果【○】

（1）認知症サポーター養成数は計画値を上回っている。
（2）認知症検診は受診率約1%と、他自治体に比し高くない状況。

●課題と対応策

【課題】
（1）養成数は計画値を上回っているが、実施団体・企業の固定化が見られる。
（2）認知症検診の受診率が低い。

【対策】
（1）高齢者福祉課が見守り協定を結んでいるサポーター養成講座未実施の企業・団体を中心に実施勧奨していく。
（2）区掲示板ポスター掲示に加え、町会回覧板で周知する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

認知症施策推進大綱から、認知症基本法に沿った施策を展開する。そのため現施策を評価、アップデートしていく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	5　在宅医療・介護連携の推進

事業の内容

保健・医療・介護連携を強化し、地域包括ケアシステムを構築して、在宅療養を希望する区民が誰でも安心して在宅療養生活を送れる仕組みづくりを推進する。三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）及び看護師会と連携して、次の取り組みを実施する。
（1）医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進、（2）在宅医療に関わるスタッフのスキルアップ、（3）在宅医療に関心・理解のある区民を増やす

現状と課題

現状	○豊島区では平成22年度（2010年度）より、学識経験者、豊島区医師会・歯科医師会・薬剤師会、訪問看護ステーション、リハビリテーションスタッフ、病院関係者、介護事業者、高齢者総合相談センター、区民、行政等で構成する「豊島区在宅医療連携推進会議」を設置している。平成27年度（2015年度）には、豊島区医師会の事業として多職種ネットワーク構築事業を開始し、医師会が主体となって多職種による在宅医療・介護連携を進めてきた。平成26年（2014年）介護保険法の改正により、在宅医療・介護連携推進事業は平成30年度（2018年度）から全ての区市町村で実施することとなっている。 ○健康に関する意識調査（令和2年）では、かかりつけ医を持つ区民の割合は63.2%であり、44.4%の人が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養生活を続けることを希望している。一方、それが実現可能と考える区民の割合は27.3%である。
課題	誰もが安心して在宅医療を受けられる環境を整備するとともに、かかりつけ医を持つことを推進する必要がある。在宅医療連携推進会議や専門部会、各種研修の開催により、医療・介護の連携強化やスキルアップといった体制整備に取り組む他、在宅療養に関する区民公開講座を開催し、在宅療養の理解を促進する必要がある。

目指す姿

○在宅療養を希望する区民を適切に支援できる医療・介護従事者により、顔の見える連携が推進され、区民の誰もが住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けることができる都市を目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
在宅療養を希望する区民の割合	44.4%（令和2年度）	上げる		40.4%	
在宅療養が実現可能と思う区民の割合	27.3%（令和2年度）	上げる		34.0%	

第8期の具体的な取組

○在宅医療に関する区民公開講座を開催し、在宅医療や、かかりつけ制度への理解を促進し、かかりつけ医・歯科医・薬局を持つことの普及啓発につなげる。
○また、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）及び看護師会と連携して、医療機関や介護関係者に対し、連携を強化するための多職種ネットワークへの登録の勧奨を行うほか、在宅医療に関する研修の充実を促す。
　さらに、区民、医療機関、介護関係者からの在宅医療相談やコーディネート、在宅療養者からの歯科相談を行う。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	在宅医療を現在あるいは将来的に必要とする可能性のある区民及びその家族	人	286,596	目標	－	－	－
					実績	283,595	289,457	292,339
					実績			
					目標			
					実績			
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		区民公開講座開催回数	回	3	目標	4	4	4
					実績	0	2	4
		在宅医療コーディネーター研修開催回数	回	5	目標	5	5	5
					実績	5	5	5
		専門職向け研修開催回数	回	5	目標	5	5	5
					実績	3	6	6
		在宅医療相談窓口コーディネート数	件	1,772	目標	1,950	1,950	1,950
					実績	1,650	1,719	1,418
		歯科相談窓口コーディネート数	件	182	目標	190	190	190
					実績	204	187	147
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		かかりつけ医を持つ区民の割合	%	63.2	目標		63.7	
					実績		66.8	
		「誰もが身近な場所で適切な医療サービスの提供を安心して受けられる」と思う区民の割合	%	46.3	目標	－	49.0	49.2
					実績	48.2	49.9	49.2
		豊島区医師会多職種ネットワークの登録機関数	機関	162	目標	180	190	200
					実績	165	165	165
					目標			
					実績			

目標の評価方法

区民に関する指標は、企画課が毎年実施する「協働のまちづくりに関する区民意識調査」、主管課が約3年に一度実施する「健康に関する意識調査」で評価する。事業に関する指標は、主管課の統計データで評価する。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

令和5年度 **5 在宅医療・介護連携の推進**

前期（中間見直し）

●実施内容

（1）在宅医療連携推進会議及び各部会を開催している。具体的な多職種連携推進は、「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」で実施中。
（2）在宅医療コーディネーター研修、部会の研修を実施している。
（3）在宅医療・介護連携事業者システムをホームページで公開している。としまテレビに出演し、在宅医療相談窓口と歯科相談窓口の事業を周知した。

●自己評価結果【 ○ 】

（1）5/30第1回在宅医療連携推進会議を開催した。各部会は開催中である。また、各高齢者総合相談センター圏域で「多職種連携の会」等を開催している。
（2）9/29第1回在宅医療コーディネーター研修を実施。1月末までに計5回を予定している。6/5第１回多職種連携全体会、9/4第2回多職種連携全体会を実施している。9/4訪問看護ST勉強会を開催している。
（3）在宅療養に関する区民公開講座は後期に開催予定である。

●課題と対応策

【課題】

（1）「多職種連携の会」の活動内容を各高齢者総合相談センターで共有できていない。
（2）令和４年度在宅医療コーディネーター研修の参加者は１４名まで回復したものの、コロナ以前の水準には戻っていない。また、部会企画の勉強会の中には多職種に参加を呼びかけたほうが効果的なものもある。
（3）在宅療養を望む区民に適切に在宅医療・介護を提供するには、選択の主体である区民がその重要性を理解することが不可欠である。各専門職と協議しながら、普及啓発に力を入れていく必要がある。

【対策（見直した対策など）】

（1）多職種連携の取組の底上げを図るために、年度末に各高齢者総合相談センター圏域の報告会の実施を検討している。
（2）在宅医療コーディネーター研修は周知方法を改善したことで、参加者数が前年比４割増加した。訪問看護ST勉強会は多職種全体会を同時開催とし、多職種参加型のグループワークを実施した。
（3）年度末に開催予定の区民公開講座及び交流会は同日開催とし、区民参加型で在宅医療を考えるイベント形式にする方針である。

後期（実績評価）

●実施内容

（1）在宅医療連携推進会議及び部会を開催した。地域医療・介護ネットワーク構築事業ではICTを活用した多職種連携のほかに、各高齢者総合相談センター圏域で「多職種連携の会」「多職種連携全体会」等を開催した。パーキンソン病や臨床倫理、ACP・かかりつけ医や緩和ケアについて多職種参加型で講演・事例検討を行った。各高齢者総合相談センター圏域の報告会を実施した。
（2）在宅医療コーディネーター研修、各部会で研修会を実施した。
（3）４種類の区民公開講座を実施した。在宅医療・介護連携事業者システムをホームページで公開している。

●自己評価結果【 ◎ 】

（1）各取組を在宅医療連携推進会議で報告した。地域医療・介護ネットワーク構築事業により、医療・介護従事者との連携強化、ICTの普及と活用促進に寄与した。各高齢者総合相談センターの取組情報を共有することができた。
（2）在宅医療連携推進会議交流会は、初めての試みで「としま在宅医療の日」として医師会区民公開講座と同日開催することでイベント機運を高めて実施した。
（3）医師会（テーマ：ACP・かかりつけ医、緩和ケア）、薬剤師会（テーマ：かかりつけ薬剤師）、看護師会（テーマ：グリーフケア）を開催して、計130名が参加した。医師会糖尿病区民公開講座は一か月間の動画配信で実施した。

●課題と対応策

【課題】

（1）豊島区医師会多職種ネットワークの登録件数が伸び悩んでいる。
（2）研修の参加人数は回復傾向にあるが、多職種連携のための訪問リハ事業所紹介の参加人数は少なかった。
（3）在宅療養を望む区民に適切に在宅医療・介護を提供するには、選択の主体である区民がその重要性を理解することが不可欠である。各専門職と協議しながら、普及啓発に力を入れていく必要がある。

【対策】

（1）医療・介護従事者に対し説明会や事業周知を継続し、ネットワークに参画する事業者を増やしていく。
（2）研修の定着化により参加しやすくするために次年度以降も継続実施する。
（3）区民公開講座のテーマは重要なものばかりであるため、繰り返し実施していく。講演会形式での開催が最も効果的であると考えるが、日頃から意識付けすることができるように区ホームページでの啓発を検討する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

在宅医療連携推進会議を基盤とした四師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会）との連携により、在宅医療・介護連携体制は充実している。これに参画する医療・介護従事者を増やすことや、
実際に療養生活をする区民が自身の意思で選択できるように、在宅療養やACP等の啓発を進めていく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	6　高齢者の住まいの充実（介護サービス基盤の整備）

事業の内容

高齢者が孤立することなく、地域の子育て世帯や若者たちとつながりをもって生活できる住環境を整え、高齢者の心身の状況に応じた多様な住まい方を支援するため、高齢者の住まいを充実します。

現状と課題

現状	○高齢者世帯は、一人暮らしや夫婦二人暮らしの割合が高い。また、民営借家に住む一人暮らし高齢者の割合が高い。 ○一般高齢者、要支援・要介護認定者ともに、将来介護を受けたい場所は「自宅」が一番高く、次いで「介護施設」となっている。人生の最期を迎えたい場所として約4割の方が自宅を希望。 ○区内の特別養護老人ホームの待機者数は、令和2年6月末時点で521人（うち優先度の高い方は253人）。待機者のうち医療行為等が必要な方は60人。 ○高齢者人口は令和7（2025）年頃までほぼ横ばいの予測だが、後期高齢者人口については増加すると予測。また、要介護認定を受けた高齢者で認知症症状のある方は緩やかに増加して、今後20年間で約1,000人増加の見込み。
課題	○支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、利用者のニーズを的確に把握し、それぞれの生活ニーズにあった「住まい」や「サービス」を重点的に整備していくことが求められる。 ○要介護となっても在宅での生活を可能な限り支えていくためには、地域包括ケアシステムとしての生活の基盤である「住まい」を確保し、安心して居住するための環境を整えるとともに、本人の心身機能の重度化への対応、家族介護者の負担軽減に資する多様かつ柔軟な介護サービスの提供が求められる。

目指す姿

○心身、経済及び家族など、それぞれ異なる環境にある高齢者が住み慣れた地域で安心して、本人の状態が変化しても自分らしく暮らし続けることを目指します。
○高齢者の様々な暮らし方を支える「住まい」や「サービス」が地域にバランスよく配置され、高齢者本人を取り巻く環境が変化しても、求めるサービス等が継続して提供されていることを目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)待機者数（うち優先度の高い方・医療行為の必要な方）	521人（253人・60人）	減少（減少）	421人（184人・58人）	383人（167人・55人）	440人（213人・69人）
特別養護老人ホームの稼働率　（※）	90.8%	向上	91.5%	89.83%	90.79%

※稼働率は、令和元年度の介護報酬に基づく延べ利用日数／定員数＊年間日数で算出

第8期の具体的な取組

（1）住み慣れた地域で安心して暮らすために多様な住まいの確保
　認知症高齢者グループホームの整備、介護付有料老人ホームの整備推進、特別養護老人ホームのニーズ検証と整備検討、サービス付き高齢者向け住宅の整備誘導、介護医療院の転換支援・整備検討。
（2）在宅生活の継続を支えるための環境整備
　小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護の拠点整備、ショートステイのあり方の検討、住宅改修の促進、住宅確保が困難な高齢者への入居支援、福祉部門と住宅部門の連携。
（3）住まいやサービス施設の機能向上
　区内全域での地域密着型サービス整備、質の高い事業者の参入促進、質の高い施設整備のための誘導、独自報酬の導入、特定施設入居者生活介護の事前協議、施設間連携やケアマネジメント連携の強化、老朽化施設の改修や設備更新への支援、ICT技術の活用促進、介護人材の確保・定着・育成支援。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	65歳以上高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914	56,657	56,608
		後期高齢者（第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照）1月1日時点	人	29,585 (R3.1.1)	目標	30,926	31,548	32,170
					実績	29,563	30,547	31,426
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	地域密着型サービス事業者公募	回	1	目標	1	1	1
					実績	1	1	1
		介護保険サービスの住宅改修	件	585	目標	672	672	696
					実績	531	590	594
		セーフティネット住宅における家賃低廉化補助件数	件	2	目標	5	8	11
					実績	8	8	16
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	認知症高齢者グループホームの整備定員数（協議ベース）	人	157	目標	247	247	247
					実績	193	238	238
		介護付有料老人ホームの定員数（協議ベース）	人	326	目標	626	626	626
					実績	326	376	460
		小規模多機能型居宅介護の拠点数（協議ベース）	箇所	3	目標	6	6	6
					実績	3	4	4
		看護小規模多機能型居宅介護の拠点数（協議ベース）	箇所	0	目標	2	2	2
					実績	1	1	1
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護の拠点数（協議ベース）	箇所	3	目標	4	4	4
					実績	3	3	3

目標の評価方法

〇事業指標とした項目について成果指標として評価することを基本とする。
〇施設等の基盤整備には着手（協議）から完成（工事～開設）までに一定の時間を要するため、年度別の目標を定めず計画最終年度の目標値を設定する。実績には協議が整った時点で実績に計上する。
〇事業指標のほか、施策の取り組み状況の把握に寄与する項目については活動指標に計上する（目標値なし）。

変更経過

変更内容	理由
施策指標	R5年度実績を追加

取組と目標に対する自己評価シート

令和5年度　　6　高齢者の住まいの充実（介護サービス基盤の整備）

前期（中間見直し）

●実施内容

〇認知症高齢者グループホームについて、令和3～5年に西部圏域で4か所整備されていることを踏まえ、北部の中央地区及び南部のふくろうの杜地区の地域に限って、整備補助の活用事業者を公募した。また、小規模多機能型居宅介護の併設も応募の条件とした。
〇上記公募について、5月中旬～6月初旬の期間で区のホームページで募集したが応募はなく、7月中旬～8月初旬に再募集を行ったが応募はなかった。
〇8月に介護付有料老人ホーム整備の協議が1件あったが、事前相談計画書の提出には至っていない。

●自己評価結果【〇】

〇特定圏域に認知症高齢者グループホームが4件急増したことや、在宅介護継続への支援を強化するため、前記の条件で認知症高齢者グループホームの公募を行った。
〇応募はなかったが、急増分を含めた施設経営の安定や地域包括ケアにおける地域バランスを考慮し、施設整備補助の募集には、圏域条件等の一定の条件を付すことは必要と考える。

●課題と対応策

【課題】

〇介護保険施設の整備は土地所有者等の資産活用を契機とすることが多いが、事業者の選定・公募にあたっては、運営事業者の経営の安定や施設の地域バランス等にも十分配慮する必要がある。
〇地域包括ケア推進に向けて小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の増設が望まれるが、小規模施設のため、他施設の整備補助時に併設を条件とする等の誘致策も検討する必要がある。

【対策（見直した対策など）】

〇令和5年度における施設整備相談や既存施設の運営状況等を踏まえ、令和6年度の認知症高齢者グループホーム等の公募条件を検討する。

後期（実績評価）

●実施内容

〇認知症高齢者グループホームについて、圏域指定及び小規模多機能型居宅介護併設を条件に、補助整備施設を公募したが応募はなし。令和4年度整備補助選定1施設（小規模多機能型居宅介護併設）と補助なしでの整備1施設が開設された。
〇介護付有料老人ホーム1施設の事前協議があり、設置届出先の東京都へ区の意見を提出した。

●自己評価結果【〇】

〇既存の認知症高齢者グループホームの配置や運営に配慮し、小規模多機能型居宅介護事業所の整備を促進するため、条件付記で整備補助事業者を公募し、誘導を図った。
〇介護付有料老人ホーム1施設の事前協議については、良好な環境維持を図った整備が行われるよう、東京都に意見を提出した。

●課題と対応策

【課題】

〇認知症グループホーム、介護付有料老人ホームにおいて、整備目標に近づいている。既存施設の配置や運営に配慮の上、継続的に良好な運営が見込まれる施設の整備が望まれる。
〇今後需要が見込まれる各小規模多機能型居宅介護事業所の整備を促進する必要がある。

【対策】

〇課題解決に向け、整備補助要項における条件付記等により、良好な施設整備を誘導していく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

〇後期高齢者の増加により、単身高齢者や医療的ケアを要する要介護者等への対応がさらに求められる。
　地域資源が限られる中、要介護者の多様な環境に対応できる多様なサービスや施設を、事業者誘致を含めて進めていく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	7　介護サービスの質の向上

事業の内容

○今後生産年齢人口の減少する中においても、自立支援・重度化防止に資する介護サービスが提供される体制を整えていくため、それを支える介護人材の確保・定着・育成に向けた支援や、介護現場における生産性の向上、業務の効率化など、介護現場の革新に向けた取り組みを進めていきます。
○第三者の目線で客観的にサービスを評価し、公表していくことで、利用者および家族の選択を支える取り組みを進めていきます。

現状	○介護サービス事業者への支援策として、介護職員の資格取得・スキルアップ支援や管理者や経営者層に向けた研修を実施。 ○リハビリテーションの提供体制については地域の実態や課題を把握する必要があり、本区と、全国、東京都を比較すると、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの利用率が低い状況。 ○利用者が介護サービス事業者を選択できるよう、第三者評価受審費用の助成や、ホームページで事業者検索システムを公表。また、介護施設に介護相談員が定期的に訪問し、利用者の声を拾い上げている。
課題	○中小介護事業者が8割以上の豊島区においては、介護サービスの質の向上の取り組みや業務の効率化への取り組みを事業者単独で対応していくことは困難であり、区と事業者が連携して取り組みを実施していくことが必要。 ○要支援・要介護者が必要性に応じてリハビリテーションが利用できるよう、急性期・回復期のリハビリテーションから生活期リハビリテーションへ切れ目のないサービス提供体制の構築が求められている。 ○新型コロナウイルス感染症の感染予防対策など、新たな課題に直面する中、介護サービス利用者と家族を支える取り組みを支援していくことが必要。

目指す姿

○介護サービス利用者が過不足なく、質の高い介護サービスを受けることができる環境を整えることで、在宅生活の限界点を引き上げます。
○特に、介護の状態に応じたリハビリテーションが、計画的に提供されるよう体制を構築することで、生活の質の向上を目指します。
○介護事業者による生産性の向上や業務の効率化など、介護現場の革新に資する取組みを支援し、介護職員が利用者に向き合う時間を増やす取組みを進めます。
○福祉サービス第三者評価の積極的活用の支援や、介護事業における課題を考える場として、研修等の機会の充実を図り、上記取り組みへの支援を行います。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
65歳健康寿命（要介護度2）の延伸	男性 82.35歳 女性 85.56歳	伸ばす	男性 82.70歳 女性 86.08歳	男性 82.33歳 女性 85.95歳	未発表
訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用率（「見える化」システム、リハビリテーション指標D39-d、D39-g）	訪問リハ 1.56% 通所リハ 3.16%	上げる	訪問リハ 1.78% 通所リハ 3.46%	訪問リハ 1.61% 通所リハ 3.54%	訪問リハ 1.58% 通所リハ 3.57%

第8期の具体的な取組

（1）介護人材の確保・定着・育成に向けた支援
　介護職員資格取得研修費の助成、介護サービス事業者への研修の実施、将来の担い手に向けた普及啓発
（2）介護現場における業務の効率化に向けた取り組み
　ICT化の促進、文書量の削減・簡素化の実施、情報サイトの普及啓発
（3）介護サービス利用者の選択を支える取り組み
　第三者評価受審に係る費用助成、介護相談員事業の実施、事業者検索システムのリニューアル

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	介護サービス事業所数	事業所	353	目標	350	350	350
					実績	355	349	355
		サービス利用の被保険者数（3月末時点）	人	8,398	目標	8,718	8,926	9,117
					実績	8,561	8,344	8,565
					目標			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	介護の資格取得費用助成の実施件数	件	31	目標	35	40	50
					実績	45	48	34
		介護のお仕事パンフレットの配布部数	部	850	目標	850	850	1,000
					実績	1,500	1,500	1,500
		介護相談員訪問回数	回	83	目標	30	60	100
					実績	0	0	10
		事業者検索システムアクセス数（区内介護事業者向け/月平均）	件	6,900	目標	6,900	7,000	7,100
					実績	6,973	7,564	9,265
		事業者検索システムアクセス数（一般向け/月平均）	件	1,600	目標	1,600	1,700	1,800
					実績	1,662	1,266	1,246
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	居宅介護支援事業所および地域密着型サービス事業所におけるLIFE等に対応した介護ソフトの導入割合	%	0.0	目標	20.0	60.0	80.0
					実績	24.0	24.6	24.2
		指定地域密着型サービス事業所における第三者評価受審割合	%	13.0	目標	25.0	45.0	65.0
					実績	38.0	33.90	42.1
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			

目標の評価方法

それぞれの目標について、年度末の実績について、評価する。

変更経過

変更内容	理由
事業者検索システムアクセス数の目標変更	令和2年度に事業者検索システムのリニューアルを行い、区内事業者向けと一般向けの2つに分けて目標設定するため。

取組と目標に対する自己評価シート

令和5年度　**7　介護サービスの質の向上**

前期（中間見直し）

●実施内容

〇初任者研修3件、実務者研修12件、介護福祉士資格取得費用助成4件
〇介護サービス事業者に対して、研修の実施（第1回目を8月に実施、年度内に全5回実施予定）
〇介護のお仕事パンフレットについては、区内事業所に周知し、区内事業所従業者のインタビュー記事を掲載
〇地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』の募集を7月から開始
〇介護に関する入門的研修を新実施（第1回目を6月に実施、年度内に全2回実施予定）
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成申請件数8件。年度内に計28件の申請見込み
〇介護相談員事業では、新型コロナウイルス感染症の影響を受け休止していた訪問相談活動の再開に向け、未実施だった特養施設も含めて区内特養全10施設に相談員と共同して訪問を開始。調整を行った。
〇介護保険事業者連絡会を1回開催（6月）。年度内に計3回を予定。BCPセミナーを区内企業と協働で開催（9月）

●自己評価結果【〇】

〇研修費用助成、介護サービス事業者向け研修の開催、介護の仕事普及啓発パンフレットについて、計画通りに進められた。また、人材確保策の新規事業として地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』を新たに実施した。
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成は継続して実施しており、年度ごとの申請件数は横ばい傾向にある。
〇介護相談員事業では、訪問相談活動の再開に向け調整開始。相談員受入れが未実施だった特養1施設への相談員受入れの承諾を受け、事業対象施設は区内特養全10施設となった。
〇介護保険事業者連絡会は、新型コロナ感染症対策としてオンライン（Zoom）で開催した。専門家による感染症対策の研修を併せて実施した。

●課題と対応策

【課題】

〇地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』の募集を行ったが応募がなかった。
〇「入門的研修」の就労相談に参加する事業者から、昨年度の後期の開催時期では東京都の介護職員就労促進事業の利用ができないとの申し出があったため、後期の実施時期については検討する必要がある。
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成の申請件数のうち、地域密着型通所介護事業所の受審割合は伸び悩んでいる。
〇区と介護相談員で、施設の現状について情報共有を図る必要がある。訪問相談活動の本格実施に向け介護相談員の増員をする必要がある。
〇科学的介護情報システム『LIFE』の活用について、居宅介護支援事業所においては『LIFE』への情報提供が各種加算の取得要件となっていないこともあり、情報提供を行っている事業所数が少ない。

【対策（見直した対策など）】

〇「入門的研修」の2回目の実施時期について、昨年度は1月に実施したが、東京都の介護職員就業促進事業の補助対象となる雇用期間が1月までのため、制度利用を促進するため研修開始時期を前倒しして実施する。
〇介護人材の定着確保の観点から、地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』の事業所の募集を開始したが希望する事業者がなかったため、応募がなかった理由等を聞き取り、後期に追加で事業者の募集を行う。
〇介護保険事業者連絡会等で地域密着型サービス事業者に係る第三者評価の受審頻度等を周知した。
〇区と介護相談員が共同で特養施設を訪問し施設側担当者との事業本格実施に向けた調整を開始。介護相談員追加募集手続きを開始。
〇『LIFE』の活用については、引き続き研修等で理解を促していくとともに、国等からの『LIFE』に関する情報等の迅速な提供を行う。

後期（実績評価）

●実施内容

〇令和5年度の費用助成実績は、初任者研修5件、実務者研修21件、介護福祉士資格8件
〇介護サービス事業者（経営者及び実務者）に対して、研修の実施（令和5年度全5回実施）
〇介護のお仕事パンフレットを3,000部発行し、区内介護サービス事業所、中学校、高等学校、子どもスキップ、区民ひろば等に配布
〇地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』 2件
〇「入門的研修」を2回実施（6月・10月）。申込人数71人、修了証発行人数55人。
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成28件。
〇介護相談員とともに事業調整のために7施設を訪問、年度末には相談事業開始として3施設を試験的に相談訪問開始、利用者68人に相談を行った。
〇介護保険事業者連絡会を3回開催（6月・11月・3月）。BCPセミナーを区内企業と協働で開催（9月）

●自己評価結果【〇】

〇研修費用助成、介護サービス事業者向け研修の開催、介護の仕事普及啓発パンフレットについて、計画通りに進められた。また、人材確保策の新規事業として地域密着型サービス事業所向けの『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』を新たに実施した。当初応募がなかったが、追加で募集を行い、2件の申請があった。
〇「入門的研修」の実施時期を1月から10月に変更し、実施した。
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成は継続して実施しており、年度ごとの申請件数は横ばい傾向にある。
〇事業再稼働として試験的に相談訪問を開始、次年度の相談訪問再開につなげた。
〇介護保険事業者連絡会は、新型コロナ感染症対策としてオンライン（Zoom）で開催した。専門家による感染症対策や、地域リハビリテーションの研修を併せて実施した。

●課題と対応策

【課題】

〇『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』の実績が1件にとどまっており、再募集が必要。
〇より就労につながるよう「入門的研修」の実施方法や時期を見直す。
〇事業者向けの研修内容を充実させる。
〇福祉サービス第三者評価に係る費用助成の申請件数のうち、地域密着型通所介護事業所の受審割合は伸び悩んでいる。
〇相談訪問活動をコロナ禍前の程度まで継続的に展開し、介護サービスの質の向上につなげる。
〇科学的介護情報システム『LIFE』の活用について、居宅介護支援事業所においては『LIFE』への情報提供が各種加算の取得要件となっていないこともあり、情報提供を行っている事業所数が少ない。

【対策】

〇『介護職員の宿舎借り上げ補助事業』について、対象地域の枠を拡大するなど柔軟に対応する。
〇「入門的研修」をハローワークと共催して就労相談会を実施する。
〇新たな取り組みとして外国人介護人材に関する内容で研修を開催する。
〇介護保険事業者連絡会等で地域密着型サービス事業者に対し、第三者評価の受審を勧奨する。
〇特養全10施設と相談員との調整を行いつつ、定期的な相談活動となるよう訪問機会を増やしていく。相談員を増員する。
〇『LIFE』の活用については、引き続き研修等で理解を促していくとともに、国等からの『LIFE』に関する情報等の迅速な提供を行う。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

〇介護人材の確保・定着、育成・資質向上に向けた支援をさらに充実させる。
〇介護サービスの質の向上を目指し、介護現場の業務の効率化・生産性の向上と安心してサービスを利用するための取り組みを継続する

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策	8　給付適正化の取組み（第5期介護給付適正化計画）

事業の内容

介護サービスに対するニーズの増加が見込まれる中、介護保険制度への信頼性を確保していくには、高齢者の自立した日常生活のために必要な質の高いサービスを提供していくと同時に、財源と人材をより効果的・効率的に活用していくことが重要です。
豊島区では、第5期給付適正化計画として、介護給付適正化に向けて着実に実施することとされている主要5事業（①要介護認定の適正化、②ケアプラン点検、③住宅改修等点検、④縦覧点検・医療情報との突合、⑤給付費通知)を実施するとともに、それ以外の適正化に資する取組みとして、⑥給付実績の活用（ヒアリングシートの作成・送付）や⑦実地指導を実施し、介護給付の適正化を進めていきます。

現状と課題

現状	○要介護認定の適正化では、全国一律の基準に基づいた要介護認定が実施されるようにしていく。 ○ケアプラン点検は、実地指導の一環として、または、ケアプラン点検単独で実施しケアプランの適正化を図っている。 ○住宅改修等点検では、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、介護サービス利用者宅の訪問が行えず、改修内容に疑義が生じたものも、介護サービス利用者の状態や改修内容について聞き取り確認等を行うのみにとどまっている。 ○縦覧点検・医療費突合では、毎月国保連から提供される情報を、計画に基づき実施。 ○給付費通知は、年2回給付費通知を発送。
課題	○合議体間の平準化を進める必要がある。また、認定調査員のスキル向上が課題である。 ○継続的な実地指導及びケアプラン点検によりケアプランに対する指摘事項は減少したが、引き続きアセスメントの質の向上が課題である。 ○住宅改修等点検では、今後の新型コロナウイルス感染状況等を踏まえ、訪問調査の再開について検討することが必要である。 ○縦覧点検・医療費突合では、更なる点検の質の向上及び効率化を図ることが課題である。

目指す姿

○介護サービスを必要とする方を適切に認定し、真に必要とする過不足のないサービスを指定介護サービス事業所等がルールに従って適切に提供を促すことで、適切なサービスの提供の確保と、介護給付の適正化を推進します。
○自立支援・重度化防止という介護保険の理念を保持し、制度の持続可能性を確保するため、この取組みを「第5期介護給付適正化計画」として位置づけ、主体的・積極的に取り組んでいきます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度（実績）	R4年度（実績）	R5年度（実績）
平均重度化率（都平均との差の縮小）	都平均より1.1%高い（令和元年度）	都平均に近づける	△0.8%	△1.6%	0.5%
ケアプラン点検の実施件数	171件	拡大	34件	288件	139件

第8期の具体的な取組

○要介護認定の適正化では、合議体間の差を縮小し、平準化を目指す。また、認定調査員研修を充実させ、現任研修は参加率100%を目指す。
○ケアプラン点検の意義をケアマネジャーと共有し、点検を通じて利用者の自立支援に資するケアプランとなるようケアマネジメントの質の向上を図る。
○住宅改修等点検では、利用者の心身の状況、住宅の状況に合わせた改修が行われるよう、事業者に普及啓発を図る。
○縦覧点検・医療費突合では、事業者への照会・確認から過誤処理までの一連の業務を実施するとともに、より効果的な点検手法について情報を収集し、点検内容の拡充を図る。
○給付費通知は、継続して、年2回給付費通知を発送する。

評価指標

		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の対象	対象の指標	サービス利用の被保険者数(3月末時点)	人	8,398	推計	8,718	8,926	9,117
					実績	8,561	8,714	8,792
		指定居宅介護支援事業所	箇所	83	推計	80	80	80
					実績	79	74	68
					推計			
					実績			
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業の取組実績	活動指標	ケアプラン点検の実施件数(再掲)	件	171 (令和元年度実績)	目標	100	250	250
					実績	34	288	139
		住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数	件	1,570	目標	1,500	1,500	1,500
					実績	1,414	1,423	1,390
		住宅改修・特定福祉用具購入に関する現地調査件数	件	9	目標	2	10	10
					実績	2	2	0
		医療情報との突合・縦覧点検件数	件	1,577	目標	1,600	1,600	1,600
					実績	1,199	1,463	1,763
		ヒアリングシートの送付件数	件	20	目標	20	25	30
					実績	32	32	31
		指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
事業目標の達成状況	成果指標	合議体の平均重度変更率	%	15.8	目標	15.6	15.3	15.0
					実績	13.2	14.2	14.6
		合議体の平均軽度変更率	%	2.1	目標	2.0	1.9	1.8
					実績	1.0	1.4	0.9
		認定調査員現任研修参加率	%	94.1	目標	100.0	100.0	100.0
					実績	90.7	93.0	98.3
		申請から認定までの日数	日	35.7	目標	36	35	35
					実績	36.3	39.3	36.3

目標の評価方法

活動指標については、主に主要5事業の取組件数を把握し、評価することとした。
成果目標としては、利用者に対する適切な介護サービスの確保、不適切な給付の削減を行うことが成果となるが、直接図ることができる指標の作成は困難なため、上記の指標を目標として設定した。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート	
令和5年度	8　給付適正化の取組み（第5期介護給付適正化計画）

前期（中間見直し）

●実施内容

①事例検討会・合議体長の会実施。調査員経験値やテキスト等の理解度に合わせた新規研修を実施
②指導計画に基づきケアプラン点検方針を周知し、運営指導とケアプラン点検を順次開始
③住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数679件
④縦覧点検等925件、過誤件数12件　⑤給付費通知4,000通　⑥ヒアリングシート作成・送付10件
⑦実地指導16件

●自己評価結果【○】

①事例検討会では軽度変更できる理由について意見交換し、長の会にて報告、平準化につなげた。
研修の内容を細分化し、経験値に合わせ受講内容を調整したり、反復受講できるような形式で実施した。
②指導計画に基づき例年より早く5月から運営指導およびケアプラン点検を開始した。
③福祉用具については、支給申請時に「購入が必要な理由」の点検を行い、利用の適正化を図った。
④⑤⑥計画通りの実施ができている。
⑦新型コロナウイルス感染症のクラスタ発生等影響により延期が相次いだものの16事業所に対して実地指導を実施した。

●課題と対応策

【課題】

①認定結果通知の早期送付を可能とすべく、審査会での審査件数の柔軟な対応。
理解度が低い調査員に対しどのような形で研修を進めていくかが課題。
②区と事業所におけるケアプラン点検実施の意義の共有。
③適正な給付を図るために、申請内容のチェックを強化する必要がある。
④縦覧点検の質の向上及び効率化
⑥より効果的なヒアリングテーマの抽出
⑦新型コロナウイルス感染症予防対策を踏まえた実地指導の実施。

【対策（見直した対策など）】

①審査件数が少ない場合でも、審査会を開催することで結果通知早期送付の対応をとる。
理解度が一定以上に満たない場合は、区調査員の調査に同行させ実践形式で対応した。
②事業者連絡会を通して事業所に対し、ケアプラン点検と点検を実施する意義を共有。
③マニュアルやチェックシートを用いて、職員間で事例の共有と点検を行った。
④縦覧点検・医療費突合のマニュアルをより充実・共有化させ、係全体での理解度の向上を図った。
⑥実地指導担当者と定期的にミーティングを実施し、ヒアリングテーマを選定した。
⑦感染予防対策に配慮した指導と事前資料等のオンライン（電子申請）での提出を導入した。

後期（実績評価）

●実施内容

①審査委員全体会で軽度変更をテーマとした動画配信を実施。調査員向けに現任研修、習熟度に合わせた新規研修を参集方式により実施。調査員研修について総まとめと次年度準備。
②運営指導と一体的点検55件、単独では84件、合計139件を実施。事業者連絡会および集団指導のほか、区内事業所主催による区内全事業所ケアマネに対しての居宅介護支援事業の研修会に参加し、点検での指摘内容の指導として共有を行った。
③住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数1,390件
④縦覧点検等1763件、過誤件数54件　⑤給付費通知8,000通　⑥ヒアリングシート作成・送付31件

●自己評価結果【○】

①軽度変更をテーマとした動画配信は、委員からの質問をもとに講師説明があり理解を深めることができたと好評だった。また、3年ぶりに参集・対面方式で調査員現任研修実施し、情報共有の場としても好評であった。
②事業者連絡会、集団指導ほか新たに区内事業所主催による区内全事業所ケアマネに対しての研修会でケアプラン点検と点検を実施する意義を共有した。
③福祉用具については、支給申請時に「購入が必要な理由」の点検を行い、利用の適正化を図った。また、住宅改修の事前申請時に見積もり等の内容を精査することで、適正な給付費の運用に繋がった。
④⑤⑥計画通りの実施ができた。

●課題と対応策

【課題】

①合議体間における平準化の意識向上。研修方式の検討と講義内容の充実。
②区内事業所ケアマネとの点検の意義を共有する機会を更に増やしていくことが求められる。
③福祉用具貸与及び購入が選択できる品目の購入理由について精査が必要。
④縦覧点検の質の向上及び効率化
⑥ヒアリング内容のブラッシュアップ

【対策】

①業務分析データの重軽度変更率を活用し、傾向を提示していく。オンライン型研修と対面型研修双方の良さを取りこむ。
②区内事業所主催による区内全事業所ケアマネに対する研修会参加を試験的に行ったが、今後も定期的に継続して機会を設ける必要がある。
③事例について、東京都国民健康保険団体連合会から提供される資料や事業所からの問合せ内容を係のミーティング等で情報共有し、職員のスキルアップを図る。
④東京都国民健康保険団体連合会主催の研修会などを通じ、係全体の理解度を向上させる。
⑥実地指導担当者とのミーティングを通して、多角的な視点からテーマを検討する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

①事例検討会や合議体の長連絡会にて引き続きデータを活用し平準化を図っていく。調査員向け研修についても、引き続き受講しやすい形式を模索しながら、重要ポイントを確実に習得できる研修内容を検討する。
②点検の意義をケアマネジャーと共有しケアマネジメントの質の向上と給付適正化を継続して実施していく。
③④⑥東京都国民健康保険団体連合会主催研修等への参加を通じて令和6年度制度改正に即した給付適正化を着実に実施する。