

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】 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	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。	
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。	・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 ・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。	・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(月1回) ・認知症検診後フォロー(随時) ・チームオレンジ(適宜)	・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(月1回) ・認知症検診後フォロー(随時) ・チームオレンジ(適宜)	・認知症初期集中支援チーム:1件実施 ・もの忘れ相談:4件実施 ・青空の会は各サポーターの対応も慣れているが、専門的な助言が必要な場合もあるため三職種が交代でオブザーバーとして参加した。(10回/年) ・健康長寿アウトリーチ事業:1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治療や支援につなげることが出来た。 ・若年型認知症の相談に対して高齢者福祉課・東京都若年型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。 ・地域のサロンで認知症講座を実施し、サロンがチームオレンジとして認知症高齢者の受け皿として活動ができるように啓発活動を実施した。 ・認知症支援講座「～認知症新薬 レカネマブってどんな薬～」を訪問診療医を講師に招き開催した。(3月実施:参加者29名)	A
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。	・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。	・関係機関挨拶廻り(4月) ・体操イベント(5月) ・くらしの出張相談会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(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)	・体操イベント(11月) ・くらしの出張相談会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)	・地域住民の集まりに参加したり関係者と定期的に顔合わせを行うことによって、いつでも相談できる関係性を築けた。特に民生委員やCSWとは密に連絡を取り合い、支援が必要な高齢者の情報を共有した。また、2層コーディネーターと、月1回の定例会にて地域の社会資源の共有を行いネットワーク構築に努めた。 ・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、定期的な連絡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することができた。 ・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(年2回/5.11月)と出張相談会(年6回/奇数月)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。実際に体操イベントに参加された高齢者が、定期開催する地域の集まりに参加するようになった。 ・医師会圏域のCSWと合同で行っている”ラルゴdeよりみち”や”よりみちカフェ”が2年目を迎えた。継続的な声かけによって地域住民に開催が浸透しはじめ、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が提供できた。また、一人暮らしや日中独居、高齢者のみ世帯の方達が地域で繋がりを持って生活ができるきっかけ作りの一助となった。 ・今までキーパーソンがいない目白地域で今年度(11月～)新たに”めじろdeよりみち”を開催することができた。これにより、地域住民にとって身近な相談窓口が設けられ、新たな社会資源を創出できた。キーパーソン不在の中、元民生委員の協力を得て、短期間で多数の地域住民が参加することができた。 参加人数:延べ62名、相談件数:48件 ラルゴdeよりみち(月1回)/よりみちカフェ(年3回/6.10.2月)/めじろdeよりみち(月1回/11～3月全5回) ・今年度新たにCSWと2層コーディネーターと協働し、暑い夏の外出支援を目的とした”すずめるマップ”を作成した。外出時に熱中症対策できるクールスポットの提供を地域のお店や公共施設など全17箇所に協力を呼びかけ実施した。それにより、新しい社会資源の開拓に繋がりが関係構築ができた。課題点としては開催までの準備期間が短く、周知が難しかったことがあげられる為、次年度以降は余裕を持って準備できるよう努める。	S

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	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。	
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。	・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	・短期集中型サービスの利用推進（適宜）	・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	・衰えてきたと実感している高齢者やその家族からの相談に応じて、訪問Cや通所Cを状態によって案内した。実施後本人の意欲にも変化が生じ、さらにそれ以前に行っていたことにチャレンジしようという効果もみられた。特に通所Cは他の参加者もいるため、よい刺激となり介護予防に関する意識も高まり効果があるが、場所と時期が決まっており、条件が合わず利用に繋がらないケースも数件あった。今後も地域の高齢者の自立支援の促進の為に、通所Cを積極的に活用したいと考えている為、圏域での通所C開催を増やしてもらいたい。 ・通所Cには繋がりにくい高齢者には訪問Cの活用を積極的に勧め、介護予防の促進を図った。（24件/年） ・委託のケースも積極的に短期集中型サービスを活用し、ケアマネへの周知につながった。 ・単発での訪問を希望する利用者には元気はつらつ訪問を案内し利用に繋がった（5回/年実施）	A
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。	・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。	・つながるサロン訪問（適宜）	・つながるサロン訪問（適宜）	・地域での交流や活動を希望する高齢者の相談に応じ、自宅から通えそうなサロンを紹介した。利用に不安のある場合には同行してサロンの活動の様子を把握し、コーディネーターとの情報交換を行った。さらに年度末には活動の様子を見学し、コーディネーターと意見交換を行った。 ・短期集中型サービス修了者にサロンの情報提供を行い、継続的な社会参加を促した。 次年度も介護予防の視点からサロンへの参加や交流の場としての活用を普及していく。	A
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。	・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。	・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）	・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）	・地域ケア推進会議：2回開催（6月、2月） 第1回は防災について考えることを主題に、「私の緊急連絡先シート」の利用促進、「AEDの説明」の他、「防災時の調理や避難所での栄養管理」を管理栄養士による講義の後にグループワークで意見交換を行った。 第2回は「高齢者の交通事故防止」を主題として新たな道路交通法改正を警察署担当者から説明を受け、グループワークで情報交換を行った。 ・ふくろうの杜包括との2包括合同元気はつらつ報告会：1回開催（6月） ・包括単独元気はつらつ報告会：2回開催（9月、12月） それぞれの会で自立に向けて多種専門職からの助言を受けた。 ・区主催元気はつらつ報告会：事例提供（9月） 多職種から出たアドバイスを利用者にフィードバックし、介護予防に対する取り組みを進めることが出来た。 ・医師会圏域ケアマネ研修会：2回開催（6月、3月） 参加するCMが担当するケースで事例検討を実施。また、昨年度CMを対象に実施したアンケート結果をまとめた『豊島区におけるケアマネジメントの現状と課題 報告書』から、「ケアマネと包括間で解決すべき事項」について説明し、意見聴取した。その中で、権利擁護に関する包括との連携については、リーガルサポートの地区担当司法書士による講座や意見交換会を実施した。 ・CM地区懇談会：1回開催（1月） 社会資源の把握や連携を目的に地域担当のCSW、2層コーディネーターによる講座と意見交換を実施。 次年度も地域のケアマネのニーズを考えながら、懇談会の開催や事例検討を実施していく。	S

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	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。	・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、個人情報取扱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。	・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)	・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)	高齢者虐待の対応は、早期相談から早期介入に繋げることが重要と考えており、その基本姿勢に基づいて速やかに高齢者福祉課に連絡を入れ、関係機関と連携を図ることに努めている。通報後の介入は、深刻度を高齢者福祉課と一緒に早めに見極め、関係機関と連携しながら対応に努めた。 ・相談3事業の活用:「要介護高齢者援助スタッフ専門相談」を2件活用(5月、1月) 「認知症・虐待専門ケア会議」を1件活用(2月) ・措置対応の事例に関して、高齢者福祉課職員が実施した高齢者虐待コアメンバー会議に参加した。1回(2月) ・所内カンファレンスを利用して事例検討会を行い、担当者ひとりが問題を抱え込まず、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。 ・高齢者虐待防止委員会を開催した。(5月、2月) ・成年後見等利用促進協議会に委員として参加した。 ＜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
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。	・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。	・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)	・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)	・熱中症対策事業における見守り支援事業担当訪問件数: 153件/598件 後追い訪問 90件 ・高齢者実態調査における見守り支援事業担当訪問件数: 153件/598件 後追い訪問 90件 上記の両事業のまとめとして、民生委員さんに集計資料を作成し、個別にフィードバックを行った。 ・見守り体制なしの高齢者や認知症など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、制度へ繋がったケースがあった。 ・高齢者クラブ等、地域の活動にて熱中症啓発のための寸劇を行い、熱中症への理解を深めていただく講座を開催した。(計3回)	S
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。	・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) ・つなげ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げ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。	・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) ・つなげるシートの活用(適宜) ・つなげるシートの医療機関やCMへの周知活動(適宜)	・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) ・つなげるシートの活用(適宜) ・つなげ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)	・夜間、休日対応に備え、電話2台を交代で各職員が携帯し備えた。 ・早朝の電話対応を7件行った。 ・出張相談:みらい館大明(10回/年)、区民ひろば西池袋(6回/年)開催した。 ・地域密着型サービスの運営推進会議に参加した。(10回/年) ・つなげるシートの運用上のルールを定め、8包括で共有。9月以降の下半期で6件のケースに活用。8包括全体では30件の運用があった。 特に当包括は使用の同意を得られた入院患者や医療機関から書面で事前に情報提供が行われ、速やかに関係者と連絡調整を行い在宅サービスの利用にスムーズに繋げることが出来た。 今後も、みらい館大明の出張相談では、医師会館まで足を運べない地域の高齢者を対象に月1回の開催を継続予定。 ・いけぶくろ多職種連携の会を「ACP」をテーマにして開催した。(1月)	S

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてブ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	8	回
2	つながるサロン訪問(回数)	13	回	15	回	10	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	4	件	4	件	4	件
4	地区懇談会(回数)	4	回	3	回	3	回
5	出張講座・出張相談(回数)	1	回	16	回	19	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	2	回	1	回	2	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4	回	3	回	1	回
8	もの忘れ相談(回数)	6	回	4	回	4	回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	12	回	12	回	10	回
10	相談3事業(回数)	1	回	2	回	3	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	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。	
1	職員の資質向上	●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。	・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)	・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)	・東京都や豊島区等が実施する研修に積極的に参加し、専門性を高める努力を行った。(合計26回/年参加) ・伴奏型支援6, 8, 10月 ・全体のカンファレンスや3職種のカンファレンスで虐待案件や困難事例に関して、ひとりで抱え込まずに適切な対応を行えるように適宜検討を行った。	A
2	事故防止・コンプライアンスの強化	●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	・人事考課(5月) ・セルフチェックシートの実施	・人事考課(11月、2月)	・人事考課に加え、R6年度の下半期より自己申告書を用いた面談を行い、各々の仕事の取組みに関しての確認や目標設定を行い、適正な評価に繋げるように取り組んだ。 ・セルフチェックシートを実施し、同時に個人情報保護の遵守が適切に守られているかどうかを確認した。 ・職員全員でBCPを確認し、感染症対策研修を行った。(3月)	A
3	業務改善・ICTの利活用	●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)	・zoomによるweb会議の開催 ・Ayamuの活用(適宜) ・MCS活用(適宜)	・zoomによるweb会議の開催 ・Ayamuの活用(適宜) ・MCS活用(適宜)	・シフト制及び窓口当番の設定により業務の効率化を図った。 ・法人内での業務報告をWeb会議にて積極的に行った。 ・対応が難しいケースに関してMCSを活用して多職種間での連携を効率よく図った。	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	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。	
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。	・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。	・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)	・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)	・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、各々の活動報告を行うことで情報共有や連携の強化に努めた。 ・圏域の2層コーディネーターが1年で交代となり、情報共有や連携作りを最初からやり直すこととなった為、初年度に比べて多様な取り組みを広げていくことは難しかったが、見守り支援事業担当者の努力により、目白地区に新しく地域住民が集まれる場所として「めじろdeよりみち」を立ち上げることが出来た。	A
2	継続的な防災への取り組み	・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。	・地区懇談会開催(6月)	・「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)	・地区懇談会で防災をテーマに取り上げ、地域住民と共に学びながら防災に対する意識を高めた。 ・「私の緊急連絡シート」の活用を地区懇談会で地域住民に周知したり、担当CMとして関わっている高齢者に活用を勧めた。 ・2層の担当者が年度始めに交代となり、新任の担当者となった為、防災マップ作りに向けての話し合いを行う余裕はなかった。 ・法人の事務方と共同で防災訓練を行い、災害時の対応や備品の確認を行った。(3月)	A

令和7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】 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	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。	
1	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。	・地域住民や関係機関(民生委員、町会役員、CSW、2層コーディネート、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、金融機関、銭湯等)との更なる連携を目指し、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、活動マップを作成することによって、孤立しがちな高齢者の繋がりを支援する。(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) また、体操イベント(2回/年)を開催し、相談窓口周知を行うと共に、多世代が交流できる場としての役割を担っていく。 ・医師会圏域のCSWと合同でラルゴdeよりみち・よりみちカフェ・めじろdeよりみちを実施。より身近な場所で気軽に相談できる場を作り、要見守り高齢者を発見し、地域に繋げると共に、CSWとの連携を強化する。(ラルゴdeよりみち・めじろdeよりみち：各12回/年、よりみちカフェ：3回/年) ・熱中症のリスクの軽減やフレイル予防のため、公共施設や地域のお店・レンタルスペース等クールシェアできそうな場所を地図(すずめるマップ)にし、高齢者の外出場所の一つとして役立てる。昨年度よりも周知を強化し、より取組の認知度を広めていく。この活動によって、更なる地域の社会資源の開発やネットワーク強化につなげていく。	・関係機関挨拶廻り(4月) ・体操イベント(5月) ・くらしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(5、7、9月) ・ラルゴdeよりみち(4～9月) ・めじろdeよりみち(4～9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) ・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(6～8月) ・クールシェアマップ作成(4～5月)	・体操イベント(11月) ・くらしの出張相談会inみんなのえんがわ池袋(11、1、3月) ・ラルゴdeよりみち(10～3月) ・めじろdeよりみち(10～3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)		
2	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。	・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」にオブザーバーとして参加し、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。包括職員は6回/年参加予定) ・認知症検診の普及啓発と受診後のフォローを行う。	・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(隔月1回) ・チームオレンジ(適宜)	・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(隔月1回) ・認知症検診後フォロー(随時) ・チームオレンジ(適宜)		
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。	・介護予防・健康づくりの推進の視点から、適切なアセスメントで状態を把握し、状態像に最も適したサービスの利用を推奨していく。 ・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	・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(5月～)	・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(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	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。	・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。	・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(7月)	・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)		
5	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。	・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。(1～2回/年開催予定) ・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。 ・高齢者虐待マニュアルの作成を虐待対応マニュアルPTの参加メンバーとして進めていく。	・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) ・高齢者虐待コアメンバー会議への参加(適宜) ・高齢者虐待対応マニュアルの作成(虐待対応マニュアルPTにて通年)	・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) ・高齢者虐待コアメンバー会議への参加(適宜) ・高齢者虐待対応マニュアルの作成(虐待対応マニュアルPTにて通年)		
6	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。	・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。	・つながるサロン訪問(適宜)	・つながるサロン訪問(適宜)		
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。	・熱中症対策事業(1回/年) ・熱中症啓発のための講座を高齢者クラブ等で開催。 ・見守り体制のない人等への個別訪問(通年) ・地域住民や関係機関への窓口周知(通年)	・熱中症対策事業(5～8月) ・見守り体制のない人等への個別訪問(通年) ・地域住民や関係機関への窓口周知(通年)	・熱中症事業後追い調査(随時) ・見守り体制のない人等への個別訪問(通年) ・アウトリーチ連絡会(10・11月頃) * 熱中症対策事業報告を兼ねる ・地域住民や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。	・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。 ・センター長連絡会にて周知された情報等を速やかにセンター職員全員に周知して情報共有することで、職員間の対応差をなくし、区民の相談に柔軟に対応できる体制作りを行う。 ・みらい館大明での出張相談(10回/年)を開催し、センターから離れた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。 ・地域密着型サービス事業所の開催する運営推進会議に参加し、それぞれの事業所の特徴や課題を把握し、より良い介護サービスが提供できるような話し合いを行いながら連携を図っていく。 ・いけぶくろ多職種連携の会を開催する。(1回/年開催) ・つなげるシートの活用の件数を増やし、ブラッシュアップを図りながら医療機関との連携の効率化をより一層進めていく。	・センター長連絡会出席(1回/月) ・みらい館大明出張相談(1回/月) ・地域密着型サービス運営推進会議参加(概ね1回/2～3ヶ月) ・いけぶくろ多職種連携の会コアメンバーミーティング(1回/2～3ヶ月) ＜つなげるシート＞ ・つなげるシートの活用(適宜) ・つなげるシートの医療機関やCMへの周知活動(適宜) ・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	・センター長連絡会出席(1回/月) ・みらい館大明出張相談(1回/月) ・地域密着型サービス運営推進会議参加(概ね1回/2～3ヶ月) ・いけぶくろ多職種連携の会コアメンバーミーティング(1回/2～3ヶ月) ・いけぶくろ多職種連携の会開催(1月) ＜つなげるシート＞ ・つなげるシートの活用(適宜) ・つなげるシートの医療機関やCMへの周知活動(適宜) ・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		

※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)	8 回	8 回	回
2	つながるサロン訪問(回数)	10 回	10 回	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	4 件	3 件	件
4	地区懇談会(回数)	3 回	3 回	回
5	出張講座・出張相談(回数)	19 回	11 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)	1 回	2 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)	10 回	6 回	回
10	相談3事業(回数)	3 回	4 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	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。	
1	職員の資質向上	●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。	・各部署やPT及び研修への参加(通年) ・伴走型支援(7月) ・事例検討会(1回/月)	・各部署やPT及び研修への参加(通年) ・伴走型支援(9月+1回) ・事例検討会(1回/月)		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	●自己申告書を用いた面談を行うことで各々の仕事の取組みに関しての確認や目標設定を行い、適正な評価に繋げるように取り組む。 ●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	・個人面談(4月) ・人事考課(5月) ・セルフチェックシートの実施	・個人面談(10月) ・人事考課(11月、2月)		
3	業務改善・ICTの利活用	●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)	・zoomによるweb会議の開催 ・Ayamuの活用(適宜) ・MCS活用(適宜)	・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	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。	
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。	・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。	・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)	・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	防災については、継続的に検討していく必要があり、2層コーディネーターや各種圏域の事業所を巻き込みながら実践的な検討を行うことが求められている。 ・上記のことを踏まえた上で、今年度は圏域の介護事業所と共に防災訓練を行うことで、共通認識を持って災害時の対応に臨めるような準備をしていく。また、問題点が発見された場合は皆で改善策を検討していく。 ・災害体制PTに参加し、発災時の対応や備えについて区と情報を共有し、包括の体制も整えていく。 ・法人事務方と共同で防災訓練を行う。	・災害体制PT参加(6月)	・介護事業所との防災訓練(下半期1回) ・災害体制PT参加(2月) ・法人事務方との共同防災訓練(2月もしくは3月)		