

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、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、地域に繋がると共に、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)	【取組と成果】 ・地域住民の集まりに参加したり関係者との定期的な顔合わせにより、いつでも相談できる関係性を築けた。特にCSWと2層コーディネーターとは、連絡を密に取り合い、情報共有をした。 ・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。熱中症の時期に注意喚起を行い、グッズを配布することで窓口周知にもつながった。 ・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。暮らしの出張相談会では、豊島区居住支援協議会の方と連携し、住まいの問題にも対応できた。 ・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3年目、“めじろdeよりみち”が2年目を迎えた。今年度より新たに“ニチイdeよりみち”という地域の有料老人ホームでの相談会を始めた。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。 “めじろdeよりみち”では、参加者の特技を披露できる場(歌)にもなり、さらには外部の施設でも活動できるよう支援することができた。 “ラルゴdeよりみち”では、民生委員のリクエストから、配食弁当の試食会を初めて開催することができた。次年度も住民の声を形にできるよう取り組んでいきたい。 参加人数:ラルゴdeよりみち(月1回) 50名/ よりみちカフェ(年3回) 10名/ めじろdeよりみち(月1回) 92名 / ニチイdeよりみち(11月～3月 5回) 11名 ・昨年度より引き続き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。外出時の熱中症対策としてクールスポットの提供を地域のお店や公共施設など全19箇所(昨年度より3店舗増)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れ関係構築ができた。次年度もこの取り組みの継続をしていく。 ・プランナーと見守り支援事業担当が連携することで、高齢者の要望をフィードバックすることができた。 【課題】 ・新聞配達業者や郵便局、金融機関などの生活に密着した機関への周知を次年度の課題とする。 ・“ラルゴdeよりみち”で行った配食弁当の試食会の反省点として、次回開催時は、常温もしくは温かい状態で提供できるよう、配食弁当の業者と調整が必要。	S
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)	【取組と成果】 ・認知症初期集中支援チーム:2件 ・もの忘れ相談:4件実施 ・健康長寿アウトリーチ事業 1件 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・多職種と連携して支援出来た。 【課題】 ・健康長寿アウトリーチ事業が終了するため、他の事業を活用し認知症の困難事例に対応する必要がある。 ・初期集中支援チームを利用する際に、0次訪問を経ての開始になり、早期の介入が難しい。 ・認知症検診・物忘れ相談を有効に活用し、早期に認知症を予防する。	A

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。	・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)	【取組と成果】 ・初回相談時の生活援助のデマンドに対し、アセスメントと丁寧な説明をおこない、短期集中型サービスを先に導入することで、専門職との面接機会を通じて本来の能力の回復や自覚を促し、結果として生活援助の利用をすることなく支援を終了した。 ・総合相談面談時に通所C対象となりそうな方に対し事業を案内しておき、センターでは声掛けリストを作成。詳細が分かり次第声をかけることで利用促進につながった。 【課題】 ・生活援助は不要となっても、緩やかな見守りによるつながりは必要と思われる方が希望する参加先が見つからず、短期集中やA8サービス終了後に繋がれる社会資源が多様多様になるとよい。	A
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) ・ケアマネ研修会(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) ・ケアマネ研修会(1回) ・ケアマネ地区懇談会開催(1回) ・包括単独元気はつらつ報告会(2回)	【取組と成果】 ・地域ケア推進会議を2回開催。「認知症高齢者が自分らしく地域で暮らし続けるには」をテーマに豊島区内でのチームオレンジの活動を紹介するとともに、医師会圏域において不足している資源、創出できそうな資源、について地域住民、事業所と共に話し合った ・全体会議でケアマネジャーのシャドーワーク負担軽減につながる社会資源や利用方法について調査まとめを行った。内容の更新と継続が必要だと提案し、年1回の更新方法についても検討を行った。 ・ケアマネ懇談会においては、新たな課題抽出を目的に開催し、11名が参加。圏域内ケアマネの共通する課題の一つとして、これまで同様のシャドーワークが挙げられている。具体的には、資源ごみの出前ゴミがないことで、多くのケアマネが支援せざるを得ないとの意見であった。また、ケアマネ研修会では前期14名が出席し、権利擁護に関する事例検討と社会福祉協議会ご担当者による講義を受講した。後期には17名が出席し、高齢者と家族への支援に関する事例検討を行った。 ・ふくろうの杜包括と2包括合同元気はつらつ報告会:1回開催(12月) ・包括単独元気はつらつ報告会:2回開催(6月、10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。 【課題】 ・管轄内のケアマネ事業所は複数人が所属するところもあるが、一人で事業所を管理しているところもある。昨年度は1事業所が閉鎖した。どの事業所においても存続していくためには情報や知識の共有は必要となる為、事例検討によって知識の共有や資源内容の把握、活用などを理解する機会、意見交換の場は必要。次年度も圏域内のケアマネのニーズの把握や地域の課題抽出を踏まえた会の開催を行う。 元気はつらつ報告会の圏域居宅介護支援事業所のケアマネの聴講者が少なかった。聴講参加への積極的な働きかけにも努めた。	A
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)	【取組と成果】 ・高齢者虐待(疑)相談受付票【第1・2・3報】提出10件 ・所内での虐待関連個別検討会議27件実施し様々な視点からの見立て方を共有した。 ・社外オブザーバーとして司法書士を講師で招き、法定後見制度の見直しの概要について改正ポイントを学ぶと同時に、進行形の事例2件を検討し、対応方法のアドバイスを受けた。(2月) ・高齢者権利擁護研修(5月、7月、9月、10月)受講 ・認知症・虐待専門ケア会議1件(2月)活用 ・援助スタッフ専門相談2件(4月、7月)活用 ・極めて専門的な回答が求められる事案に対しては、専門家からのアドバイスが利用者には有効だった。 ・こころの相談3件(5月、10月、3月)活用 ・高齢者虐待防止委員会2回(8月、2月)開催 ・高齢者虐待コアメンバー会議参加(5月) ・高齢者虐待対応マニュアルPTに参加し、東京都高齢者・障害者権利擁護支援センターの専門相談員の方々のアドバイスを受けながら、高齢者虐待対応フローの作成や帳票の見直し等を行った。 【課題】 ・虐待対応に関する手引書は次年度作成予定。 ・限られた人数の職員で虐待対応をしていくことが年々難しくなっている。 ・成年後見人制度の改正などが今後予定されており、制度を正しく理解し運用していくために今後も専門家を交えた勉強会や意見交換の場は必要だと考える。	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。	
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)	【取組と成果】 ・地域の高齢者を運動サロンの講師として、立ち上げ・運営を支援し、今年度より他圏域のサロン1回/月定期実施できることになった。 ・適宜アセスメントを行い、対象となる高齢者に対しては意向を確認しサロン活動を案内した。また、介護認定者の利用するサロンには年1回以上の訪問と情報共有を行い、利用者の状況を把握することに努めた。 【課題】 ・開催場所の制限もあり、活動中のサロンの所在地は偏りがある。サロンの利用を希望していても交通機関もなく歩いていけない場合もあった。圏域内でも定期的に実施できるサロンの立ち上げを目指すと共に、活動できる場の発掘は継続していく必要がある。 ・またサロンでは月1～2回という開催頻度が多く、毎週の通所CやA8から移行する高齢者が状態を維持していくためには、つながるサロンだけでは活動の場が不足していると感じる。	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) ・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) ・アウトリーチ連絡会(10・11月周知(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)	【取組と成果】 ・熱中症対策事業における見守り支援事業担当訪問件数： 258件/657件 後追い訪問 128件 上記のまとめとして、民生委員さんをお呼びし、アウトリーチ連絡会を開催。報告・事例紹介・意見交換等を行った。区の担当職員にも参加してもらい情報共有ができた。 ・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2回) 【課題】 複雑かつ困難な相談に関しては、包括などの関係機関へ円滑につないでいくことが課題である	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。 ・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(適宜)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	【取組と成果】 ・センター長連絡会で区及び他圏域の包括と情報共有や情報交換が行えることで、区民に平等なサービスを提供することが出来た。 ・みらい館大明出張相談を10回開催した。 ・地域住民や圏域のケアマネの協力を得て、出張講座を2回(2月、3月)開催し、介護予防の啓発を行った。 ・地域密着型サービス事業所の運営推進会議に参加し連携を深めた。5事業所、計13回出席。 ・いけぶくろ多職種連携の会に向けての準備としてコアメンバーミーティングを5回開催。1月の全体会では「多問題家族の支援を考える」をテーマに、池袋保健所職員、包括職員、CSWがそれぞれテーマに沿った講演を行い、講演後に多職種同士でグループディスカッションで意見交換を行った。それぞれ異なる職種の視点の違いがあり、活発な意見交換により多職種連携の重要さを学べる場となった。全体会後に振り返りのコアメンバー会議(1回)も開催した。 ・夜間救急、休日相談に対応するため、2台の携帯電話を交代で所持し、緊急対応に備えた。 【課題】 ・つなげるシートの活用がなかなか進まなかった。1つの要因として、コロナ禍から時間も経過し、病院の面会制限も緩和されてきたので、対面による退院前カンファレンスの開催が可能となってきた。つなげるシート自体の意義や役割の見直しが必要。	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。

自己評価の合計
47 / 50点

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	16 回
2	つながるサロン訪問(回数)	10 回	10 回	12 回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	4 件	3 件	3 件
4	地区懇談会(回数)	3 回	3 回	3 回
5	出張講座・出張相談(回数)	19 回	11 回	12 回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	2 回	2 回	1 回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	1 回	2 回	2 回
8	もの忘れ相談(回数)	4 回	4 回	4 回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	10 回	6 回	5 回
10	相談3事業(回数)	3 回	4 回	6 回

2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	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。 ●各部会に参加する。 ●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。	・各部会や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)	・各部会や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)	【取組と成果】 ・全職員が各部会やPTに参加した。 ・新しく立ち上がった高齢者虐待対応マニュアルPTに参加し、養護者による高齢者虐待対応フローや帳票について見直しを図り、皆で協議して作成した。(5回/年) ・全職員が積極的に研修に参加した結果、年間28回の研修参加となり、専門性を高めることが出来た。 【課題】 ・虐待対応に関する手引書の作成はR8年度に持ち越しで行う予定。 ・高齢者支援を考える上で、高齢者以外の取り巻く環境や関係者が状況を作っていることを理解し、幅広い視点を持って対応していかなければならない。その為には、他法、他支援の理解は極めて重要であり今後も継続的に学んでいく必要がある。	S
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)	【取組と成果】 ・所長及び管理者がそれぞれ職員面談を実施。個人面談の際に自己申告書を用いることにより、個々の仕事への取組みや目標、将来の方向性を確認することが出来て、有意義な面談を行うことが出来た。また、その内容を人事考課に反映させやすくなった。 ・セルフチェックシートを実施し、個人情報取り扱いの確認を行った。 ・包括主催で事例を検討する場面では匿名化を徹底し、個人が特定されないように対策を講じた。 ・法人で「トビラフォン」システムを導入し、カスタマーハラスメント対策を講じた。 【課題】 ・個人情報の取り扱いは、年々センシティブさが増しており、定期的に取り扱いや対応について確認を行う必要があると再認識した。	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)	【取組と成果】 ・業務遂行のためのシフト体制や転送電話の当番など偏ることなく実施した。 ・会議や研修にはzoomやMCSを活用して積極的に参加することができ、時間を有効的に活用できた。 ・個別ケースの支援では、医療機関(特に在宅診療)からの提案からMCSの活用は定着し、関係機関で速やかに情報共有することが可能になった。 ・新たに2026.1にケアプランデータ連携システムを導入し、既に同システムを導入している事業所と協力してデータの送受信に取り組んだ。 【課題】 ケアプランデータ連携システムはうまく活用できれば仕事の時短に繋がりが有効だと感じるが、豊島区のシステム上、ネットに繋がられない為、手間がかかり、現状ではシステムを有効活用できていない。次年度は定着するための仕組みを検討していく必要がある。	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)	【取組と成果】 ・月1回の定例会にて、各担当者がその月に行った地域活動を報告し、情報共有や連携強化に努めた。その結果、得意分野のある高齢者と外部施設のレクリエーションをつなげることができたり、演劇の会やボクシング教室を立ち上げてもらうことができた。 次年度も地域住民の声を聴きながら、新たな活動の立ち上げに協力していく。 【課題】 ・地域の課題として場が必要と把握していても、核となる人を見つけることが難しく実現できていないことがある。	S
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)	【取組と成果】 ・防災のテーマは通年を通じて検討課題となるため、今年度は圏域内の事業所と共同し初動を考えるために訓練を実施した。CM事業所2箇所、デイ1か所の他、個別にデイ1ヶ所からは防災に関する聞き取りを実施した。 【課題】 ・防災は規模や時間帯、被害状況によって取り組みの優先性も変わってくることを考えると、他事業所との合同訓練は有意義だった。災害時の対応の流れなどをお互いに共通認識する必要がある。	A

令和8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	高齢者が安心して健康で自分らしい生活を継続できるような支援を行うと同時に、地域とつながり支えあえるようなネットワークづくりを行っていく。	【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。	・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)	・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)	・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)	【取組と成果】 【課題】	
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)	地域の高齢者が孤立せず、様々な機関と連携し、見守り体制のネットワークづくりが必要	・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、金融機関、薬局、コンビニ、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・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) ・医師会圏域のCSWと2層と合同で施設と地域の交流づくりを目指し、ニチイdeよりみちを開催。(12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、涼んで休める場所を地図(すずめるマップ)として作成し、高齢者の外出場所の一つとして役立てる。昨年度よりも休める場所を増やし、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(6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) ・ニチイdeよりみち(4～9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(5～7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(1～2回/半年) ・サロン寿(1～2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(6～9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) ・ニチイdeよりみち(10～3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(11～1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(1～2回/半年) ・サロン寿(1～2回/半年) ・自治会サロン(1回/半年) ・民児協(1回/月)	【取組と成果】 【課題】	

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	認知症高齢者に対し、家族への支援も含めて多職種や住民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。 ・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kebizにて開催出来るように支援する。(1回/4ヶ月包括職員同席、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。 ・認知症支援講座を開催し、地域住民の認知症への理解と普及に繋げていく。 ・認知症サポーター養成講座を開催し、幅広い年代の住民に対し、認知症の理解を深めてもらう活動を行う。	・チーム員会議(4、6、8月) ・チーム員連絡会(5月) ・もの忘れ相談(5月) ・もの忘れ連絡会(4月) ・青空の会(毎月) ・チームオレンジ(適宜) ・認知症サポーター養成講座(6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) ・認知症検診後フォロー(随時) ・チームオレンジ(適宜) ・認知症支援講座(後期) ・認知症サポーター養成講座(適宜)	【取組と成果】 【課題】	
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	地域住民主体の通いの場の充実や活動支援、つながるサロンの立ち上げ支援が必要。 介護予防支援を終了した高齢者が自身の足で歩いて行ける場所にやりたい活動がない。	・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。 ・利用者の状態把握の為に、必要に応じてサロンを訪問すると同時にサロンの主催者との連携を深める。 ・新たな居場所(サロン)の立ち上げ支援 ・参加が中断している高齢者に対し、訪問や電話による状況把握を継続。 ・「支援される側」ではなく、専門知識や経験を活かせる「役割(教える、手伝う)」がある場への繋ぎを重点的に行う。 ・地域住民特にフレイル高齢者の社会参加に対するニーズの情報収集と地域資源とのマッチングのために2層コーディネーターとの連携が必要。	・つながるサロン訪問(適宜) ・2層コーディネーターと連携をとりながら新しい活動の場の創生に務める。(適宜)	・つながるサロン訪問(適宜) ・2層コーディネーターと連携をとりながら新しい活動の場の創生に務める。(適宜)	【取組と成果】 【課題】	
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ケアシステムの推進	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。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。 様々な関係機関との協議により地域課題を発掘・検討する	・地域ケア推進会議(地区懇談会)の開催により、圏域内における地域課題の発見や解決に向けて取り組む。(2回/年予定) ・全体会に向けた検討会に参加し、地域課題の継続的な協議を行い、区全体の地域課題可否かを精査し問題提起につなげていく。 ・自立支援地域ケア会議を開催し多様な職種、事業所の参加から多角的な視点からの検討を行い自立支援の視点を身につけていく。(単独2回/年予定、アトリエ村高齢者総合相談センター合同1回/年予定) ・ケアマネ地区懇談会を開催し、ケアマネジャーの立場からみる課題抽出や情報交換、共通認識を行う場として活用する。(1回/年開催予定)	・地域ケア推進会議(7月) ・全体会に向けた検討会 ・2包括合同元気はつらつ報告会(6月) ・包括単独元気はつらつ報告会(1回) ・単独ケアマネ研修会(5月)	・地域ケア推進会議(12月) ・全体会に向けた検討会 ・全体会議 ・ケアマネ地区懇談会(1回) ・包括単独元気はつらつ報告会(1回) ・単独ケアマネ研修会(1回)	【取組と成果】 【課題】	

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	増加傾向にある高齢者虐待への適切な対応や高齢者虐待防止を推進していく必要がある。	・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。 ・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。 ・虐待対応マニュアルPTに参加し手引書作成を進めていく。	・所内の事例検討会(適宜) ・高齢者権利擁護研修(5月参加) ・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) ・高齢者虐待対応手引書の作成(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) ・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) ・高齢者虐待対応手引書の作成(虐待対応マニュアルPTにて通年)	【取組と成果】 【課題】	
7	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	介護予防に対する取り組みを実践するため、各々の状態に応じて適切なサービスの利用を選択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。 ・「目的を持った外出」を支える個別ケアマネジメントの徹底に努め、本人の「やりたいこと(就労、公共交通機関を利用した遠出、趣味の再開)」を具体的に抽出し、本人の意欲に基づき、実用歩行トレーニングの助言や、福祉用具(歩行器等)の適切な選定支援を行う。 ・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、生活機能の改善を図っていく。 ・通所型サービスの利用を推進する。	・短期集中通所型サービスの利用を推進(適宜) ・短期集中訪問型サービスの利用を推進(適宜)	・短期集中通所型サービスの利用を推進(適宜) ・短期集中訪問型サービスの利用を推進(適宜)	【取組と成果】 【課題】	
8	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支援が必要な高齢者の早期発見が必要。夏場の熱中症注意喚起の必要性が高まっている。	・熱中症対策事業(1回/年) ・熱中症対策事業を通じて、民生委員と現状共有や理解を深める機会をもつ(1回/年) ・熱中症啓発のための講座を高齢者クラブや民生委員のサロン活動等で開催。 ・見守り体制のない人等への個別訪問。必要に応じて関係機関や制度につないでいく(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(5～7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) ・熱中症対策事業報告会&懇談会(10・11月頃) ・地域住民や関係機関への窓口周知(通年)	【取組と成果】 【課題】	

※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	つながるサロン訪問(回数)	12	回	8	回	回
2	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	3	件	3	件	件
3	地区懇談会(回数)	3	回	3	回	回
4	出張講座・出張相談(回数)	12	回	11	回	回
5	認知症サポーター養成講座(回数)	1	回	2	回	回
6	認知症初期集中支援事業(回数)	2	回	3	回	回
7	もの忘れ相談(回数)	4	回	4	回	回
8	認知症の地域づくり推進(回数)	5	回	4	回	回
9	相談3事業(回数)	6	回	3	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。 ●各部会に参加する。 ●精神保健福祉士等による精神ケースアセスメント強化事業に参加(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。 ●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つい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。	・各部会やPT及び研修への参加(通年) ・精神ケースアセスメント強化事業(7月) ・事例検討会(1回/月) ・個人面談(4月) ・人事考課(5月)	・各部会やPT及び研修への参加(通年) ・精神ケースアセスメント強化事業(9月+1回) ・事例検討会(1回/月) ・人事考課(11月、2月)		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	●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 ●カスタマーハラスメント対策	・セルフチェックシートの実施			
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とCSWと協働で、夏場のフレイル予防に取り組む 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。	・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。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。	・クールシェアマップ作成(4～5月) ・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組	・地域における防災対策を検討していく上で、包括職員及び見守り支援事業担当が、CSWや2層コーディネーター等の協力を得ながら、地域住民のニーズの情報収集を行い、ニーズに合った取り組みの準備を始める。	・町会や地域住民に聴き取りを行い、ニーズを確認する。(適宜) ・2層コーディネーターとの定例会にて、防災をテーマに話し合いを行う(適宜) ・介護予防プランで担当している利用者から、発災時の準備や対応のニーズを聴き取る。(適宜)	・町会や地域住民に聴き取りを行い、ニーズを確認する。(適宜) ・2層コーディネーターとの定例会にて、防災をテーマに話し合いを行う(適宜) ・介護予防プランで担当している利用者から、発災時の準備や対応のニーズを聴き取る。(適宜)		