重点事業取り組みシート

	東　部　地域包括支援センター			
平成29年　実績	**１、平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと** 「地区懇談会のネットワークを活用した主体的な取り組みを推進する。」 １）駒込地区 高齢期に必要な情報の収集と発信～災害に備える(自助）チラシ～ ２）巣鴨・南大塚地区 認知症をテーマに地域の介護サービス学習会を開催。 ３）豊島区東部医療介護事業所学習交流会（ととか) 区民参加型企画。	①取り組んだ背景、経緯 **＜３つの地区懇談会の経過＞** **平成27年度**・・・地域データや日々の活動から見えてきた地域課題について、多くの地域関係者・関係機関で検討し共有した。 **平成28年度**・・・さまざまな地域課題の中で地域関係者・関係機関の関心・優先度が高いテーマを抽出し、活動を始動。 **平成29年度**・・・顔の見える関係が徐々に構築されてきたことを受け、左記１）～３）の活動が地域や関係者にとって有益で継続的な取り組みとなるような基盤づくりを丁寧に行っていくことへ。	②具体的な取り組み 活動の推進役として、地域関係者・関係機関の代表で構成されたチームを結成し、企画や情報配信において協力をいただいた。 ＜３つの地区懇談会PT＞ １）こまごめ高齢者対策チーム 自助を中心とした防災チラシを作成。民生児童委員や事業所 の協力をいただき、独居・高齢者世帯に600部配布。支援者マップ作成。 ２）おおつかスマートプロジェクト 認知症の方が利用できる介護サービス学習会に地域の５事業所協力。 ３）ととか運営委員会	③結果と評価 １）地域のネットワークを活用させていただき、今まで以上に必要な方々に情報を届けることができた。自助を目的とした防災チラシの取り組みから、駒込地域の強みを生かして、防災の視点を地域づくりで活用していくヒントをいただいた。 ２）地域関係者・関係機関の皆様に企画の中心を担っていただき、取り組んだ内容については参加者の満足度が高かった。 ３）ネットワークが拡充され、運営における負担を分配し、継続可
平成30年　計画	**２、平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること** 「地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくりの推進のために～人と人のつながり、地域とつながること、地域の強みを生かすこと～」	①課題として感じていること 「支え合いの仕組みづくり」は、優先度を踏まえた長期的な視点での取り組みとなる。主役は地域住民・地域の関係機関であることを念頭に置き、効果的に推進したい。 ※今年度の課題は・・・ １）関係者間のつながりの強化。 ２）地域の強みを生かしたテーマや方法の選択。 ３）高齢者のみならず他世代の地域関係者や新たな関係機関とのつながりをいかに構築するか。	②目指すべき到達点 １）今年度も地域関係者・関係機関と協働しての取り組みを継続し、事業計画表重点目標１にも記載した５つのプロジェクトを企画・運営していく。特にその過程を大切にし、関わる一人一人が「参加して良かった。つながりが広がり深まった。」と思っていただけることが重要であり、到達点である。 ２）日々の活動を通じて地域とつながり地域を知り、地域の強みを生かした地区懇談会のテーマ設定。 ３）他世代の関係者や新たな関係	③具体的な取り組み案 事業計画表の重点目標１の１）～５）に具体的な取り組み案を記載。 １）おおつかスマートプロジェクト ２）こまごめ高齢者対策チーム ３）ととか運営委員会 ４）おたより作成委員会 ５）住民が主体となって介護予防・ 自立支援を推進する活動の場づく

重点事業取り組みシート

	中央　地域包括支援センター			
平成２９年　実績	１、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと 自立支援を意識したケアマネジメントの実施	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		豊島区から示された地域包括支援センター事業実施方針からも、介護予防や在宅生活の限界点を高める支援により、利用者の尊厳保持や自立支援の実現を目指すことが明確となった。 また、多職種との連携の必要性が高まっており、要支援者においても多面的な視点で支援をすることで、マネジメントの幅を広げることが可能であると考えた。	区主催の自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）にプランナーを中心に、各回の参加を計画的に行った。複数回の参加をすることで、自立支援のためのアセスメント重要性についての理解を深めると共に、日ごろ意見を聞くことの少ないリハビリ専門職や管理栄養士などの専門的見地からの助言を共有することで、アセスメントのスキル向上にも役立てた。	要支援者の支援では、本人ができることも多く、その点は本人に任せることで、実は、できることのアセスメントが十分ではないケースがあることに気づくことができた。同時に、問題解決だけではなく、その人の望む生活とは何か、生活の幅を広げる支援とは何かという視点に気づくことができた。 反面、プラン作成件数は増加傾向にあり、一般相談も増えているなかで、介護予防ケアマネジメントにかかる時間を十分にとることが難しく、全ケースへの反映には課題が残った。
平成３０年　計画	２、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること 認知症を含む介護予防の普及啓発	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		相談件数が増加しているのは、それだけ本人家族を含む地域が認知症や介護についての理解が深まったためと考え、これからは、認知症や介護の状態にならないような予防についての周知や取り組みの提案が必要であると感じている。	これまでの地域ケア会議での検討を中心に振り返り、なんらかの困りごとを抱えても、住み慣れた地域で暮らせるためにできることは続け、同時に、予防の重要性を伝えることで、高齢になる前からできることや、高齢になってもできること（活躍の場・役割の再獲得）を地域で共有する。	地域ケア会議を小地域で開催することで、地域の特性に合った話し合いの場を持つ。 出張相談や地域のサロン等で介護予防の普及啓発を行う。 自立支援地域ケア会議や介護予防ケアマネジメントを通じて、その人らしい自立した生活の実現を支援する。

重点事業取り組みシート

	ふくろうの杜 地域包括支援センター			
平成29年 実績	1、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		包括の仕事が多種多様になってきているため、包括職員自身が「何屋」なのか住民へ説明が難しくなっている。また、少し目先が未来を見すぎて抽象的になってきているのではないか？という思いもあり。 街づくりや資源開発、住民の活動等・・・しかし、私達包括の身近にあるのは、やはり「事例」なので、忙しさに振り回されずに、平成29年度は所内検討レベルでなく、事例をきちんと検討する場をつくりたいということになった。	毎月第3金曜日の午前に、包括の常勤職員5名（3職種と見守り）で事例検討会を開催した。方式は実践力UP事例検討会（平成25年度保健指導事業　保健指導技術開発事業　報告書）に則って行った。 事例は包括だけでなく、ケアマネジャーから相談のあった事例についても行った。	現在動いている困難ケースを提出することが多かったため、包括全体での事例への理解を深め対応することができた。3職種+見守り職員が事例を時間をとって検討することで、地域性や地域の状況も情報交換される場となり、日々の事例への対処に地域性の視点も持てるようになった。平成29年度は8事例を検討し、うち7事例が認知症関連、金銭問題が5事例（うち3事例が経済的困窮）だった。
平成30年 計画	2、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		様々な事業を行う際に、まず包括が、または、包括のみでセッティングしたり、動いてしまったり・・ということが多く、課題と考えていたが、関係者と共に動けば、共通理解も得られて、ネットワークも広がると考えられるため、そういった活動に長けていく必要がある。	様々な活動を関係者（ケアマネジャー、地域の事業所、医師等）、住民と共に考え行うことで、より、ネットワークを強固にでき、地域課題や地域保健福祉計画の内容の共通理解が図れる。	・ケアマネジャー地区懇談会や研修会を地域の主任ケアマネジャーや主任ケアマネジャー研修受講希望者と企画運営する。 ・医師会と共同で開催している、他職種連携の会もコアメンバーを募って（ケアマネ、事業者、医師等）企画運営する。 ・包括主催のサロンも企画、運営を徐々にサポーターさんへ移行。（包括が一歩ひくと、参加者も積極的に協力してくれる） ・としまる体操の普及や男性の誘いだしを高田介護予防センターや地域住民と協力して開催していく。

重点事業取り組みシート

	豊島区医師会　地域包括支援センター			
平成２９年　実績	1、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		平成２９年度の課題として、認知症の理解を職員及び地域の関係者の皆様とともに深める、認知症についての相談時の対応を適材、適所につなぐことができるとした。 具体的な取り組みとして、地域ケア会議の開催、いけぶくろ多職種連携の会の開催、認知症初期集中チームのモデル事業への取組を挙げていた。	地域ケア会議のテーマを「みんなが集まりつながりのある地域社会の実現に向けて」として年度内に２回開催した。認知症カフェについての理解を深めるため区内6ヶ所のカフェの実際を説明してもらい、具体的な取り組みを聞くことができイメージできた。また、各認知症カフェの事例を発表してもらい、参加者それぞれの立場で認知症カフェにどのように関わっていけるか（どのように繋がっていけるか）、望むことやこんなカフェだったらいいなということについて話し合った。	地域ケア会議の参加者とともに認知症カフェの実際や利用者へのかかわり方、認知症に関わることのできる人材の確保の難しさやカフェの周知方法など考える機会となった。参加者の中では、まず自分が参加してみたい、気になった人にすすめてみたい等の感想が聞かれた。様々な職種や立場の方とグループワークにより顔のみえる関係づくりができ今後の連携につながっていくと思われる。
平成３０年　計画	2、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		サロンなどの立ち上げは行ったが、独居率は高く、活動範囲は限られているため、支え合って集まれる場所は少ない。	圏域の関係者の方々と地域の困りごとについて再確認し考えていく。具体的な企画を今年度中に１つでも実施する。	地域ケア会議を行い地域の特性に合った見守りや支え合いの体制づくりを行う。

重点事業取り組みシート

	いけよんの郷　地域包括支援センター			
平成２９年　実績	1、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		池袋地区では社会資源開拓をおこない、ネットワーク化を図っていくことを目標にした。 また、本町地区では地域住民から困りごとや地域の課題や問題を聞き取り、地域ケア会議などで包括が主体となって集約し、ネットワークの中で解決していくシステムをつくることを目標にした。	２９年度は池袋・池袋本町地区合同での地域ケア会議をおこない、食事支援に関する事業所やケアマネジャー、町会、民生委員、コンビニ、サロン等の関係者などを招集し、地域における食事支援の社会資源情報の共有、ネットワーク作り、地域課題の把握ができた。また、今後につなげたい課題や提案等も話し合いやアンケートの回答から拾い出すことができた。	社会資源情報の共有と地域のネットワーク構築、顔の見える関係作りができた。また、ネットワークを活用して諸課題を解決していくための仕組み作りが徐々にできている。
平成３０年　計画	2、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		これまでは地域ケア会議であがった情報や地域課題を参加者にフードバックして、さらには課題解決に向けた取り組みにつなげていくことが十分にできなかった。地域ケア会議の参加者からも課題解決や実現に向けた取り組みにつなげてほしいという要望も聞かれた。	地域包括ケアシステム構築のための社会資源開発、地域づくりという部分で地域の組織や活動団体や医療機関、介護施設などのネットワーク化を図る。 それにより、それぞれの地域のニーズが地域の社会資源同士の取組みによって解消できるようなシステムづくりをフォローアップしていく。	前年度にあがった地域課題（高齢者の食事支援に必要な財源・人材・場所などの検討）を深めていくための準備会をおこなう（上期・下期で１回ずつ）。 準備会で社会資源情報を共有し、課題や提案を具体化していくための地域ケア会議を開催して検討する（年2回）。

重点事業取り組みシート

	アトリエ村 地域包括支援センター			
平成２９年　実績	1、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		人事異動により職員が9名中、6名の変更があり、地域を知らない職員や包括での勤務が初めての職員も多くなった。 こうした状況から、職員間のコミニュケーションの機会を多くし、情報共有していくことに取り組んでいくことにした。 あわせて地域を知っていくことをテーマに各種業務に取り組んでいくことにした。	定例の職員会議を増やしたり、朝のミーティングの時間を充実し、コミニュケーションの機会を確保し、各業務についても副担当を置き、複数で協議しながら実施していくようにした。 地区懇談会も地域資源の情報共有をテーマに実施、多職種連携の会では、地域の介護事業所も含めて大規模な交流の機会となった。	職員間の連携が強化され、業務に関して協力しながら取り組めるようになってきた。 各種懇談会を通して、関係団体やそれぞれの役割について知ることができ、地域包括ケアシステム構築に向けた一歩を踏み出すことができたように感じる。
平成３０年　計画	2、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		①昨年実施の懇談会の中でも、情報が当事者である高齢者に届いていないとの課題があった。 ②多職種連携の会、ステッカー委員会等、事務局として包括も参加しているが、どうしても主導的な立場になり、通常業務を圧迫してしまうことが多くあった。	①高齢者支援の社会資源の情報を発信できる仕掛け作りのために動いてくれる人材や協力機関を探していきたい。 ②各会とも自主的な運営ができるよう企画委員を中心とした運営体制に移行していきたい。	①地区懇談会の中で発信方法について協議。 ②これまでの包括として取り組んでいた役割の中で、企画委員で対応できるものは積極的にお願いしていく。

重点事業取り組みシート

	西部　地域包括支援センター			
平成２９年　実績	1、 平成29年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		300件超のケアプランの中には、自立支援の方向とは言い難いプランがあったが、プランの再検討をするも利用者家族からはサービスの低下とみられ、事後の修正が難しいことが続いた。 「ケアマネジャーがついて、ヘルパーが入っていればとりあえず安心」という意識が地域にも関係者機関にも根強くあり、自立支援に向けた地域全体の意識の転換が必要であった。	丁寧なアセスメントに基づいて、利用者・家族に自立支援の意識と理解を促し、介護サービスに拘らない介護予防支援を展開する。 １）自立度が高いと見受けられる高齢者については、総合相談の時点でサービスの紹介のみを優先としない多角的な支援ができるよう検討していく。 ２）自立支援への考え方の幅を広げ、意識を転換するために、全職員が自立支援ケア会議に参加する。複数の事例の提出を行い、ケアマネジメントの見立てや手立て等を具体化していく。	１）原則2名体制にてアセスメント訪問を実施。短絡的に介護保険サービスを導入せず社会資源の活用ができた他、緊急度の判断にも役立った。 元気はつらつ訪問にて、リハビリ専門職と共にアセスメントができた（4件）。 ２）全職員が元気はつらつ報告会に参加し、多職種の見解をケアマネジメントに役立てる手法について、実践的に学ぶことができた。 栄養士やリハビリ専門職など、連携先が増えたことを実感できている。
平成３０年　計画	2、 平成30年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		地域各種団体への働きかけとネットワーク作り。 １）アパート大家が隣に住んでいたが、異変に気づかず、孤独死があった。大家自身も高齢であるなどアパート住民の見守りについて実態を把握する必要がある。 ２）町会や老人会など地縁団体とのつながりはできてきたが、通常地域住民が活動している目的別団体や就労先への情報提供ができていない。	１）大家としての関わりの実態を把握する（見守りの役割・機能があるか、アパートで心配な方がいるときにどのように対応しているか、包括を知っているかなど）。 戸配業者へは、日頃の活動の中で異変の気付きから相談・通報まで協力し合える関係づくりを継続する。 ２）区内で活動している地縁団体に包括を周知する。 上記団体の課題を共有する。	１）アパート大家や新聞配達店等への働きかけを計画的に行う。 圏域への配達を担当している地区外の販売店への働きかけを工夫する。 ２）地縁団体の他、目的別団体と「早い段階からの包括との連携の必要性」について検討する。

資料2

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計
89／100点

センター名：　菊かおる園地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計　17 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	職員会議やミーティングなどを通じて職員が包括の役割を確認し、常に中立・公正に対応するよう努めている。	4
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	特定の事業所に偏らないよう注意しながら、事業者を選択できるよう案内し、自己決定を促す配慮をしている。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	共有の予定表で全職員のスケジュールを把握できるようにしている。業務に関して報告・周知することを徹底している。職員会議等で職務分担を明確にしている。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	毎月の職員会議と毎朝のミーティング、随時の話し合いで周知・検討し方針等を確認して、共通認識が持てるようにしている。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	毎朝のミーティングや随時の話し合いにおいて複数の職員で検討し判断するようにしていて、必要に応じて他機関とも連携して対応するよう努めている。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	毎朝のミーティングと職員会議を毎月１回実施し、回覧や申し送りノートも活用して情報共有に努めている。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修への参加、職員会議やミーティングで制度解釈等の確認や事例検討、OJTにより職員の資質向上を図っている。	5
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	国1回、都6回、区10回、他8回で延べ41人が研修に参加している。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	簡潔明瞭に作成することを心がけ、期日内に提出するよう努めている。	4
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	年度初めに全職員の資格と有効期限を再確認している。職員の異動等があった場合は速やかに報告、手続きするよう努めている。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	分類ごとに整理して特に個人情報の漏洩がないよう留意し管理・保管している。間違えて廃棄してしまうことがないよう同じ保管期限ごとに書類をまとめて保管している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	必ず記録して所内で周知・協議し、必要に応じて法人や区とも協議して慎重に対応するよう努めている。	4
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	時間外でも施設長や法人事務局を通じてセンター長に連絡が入る体制を整えている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いに関して判断に迷った時は所内で協議し、必要に応じて区にも相談して慎重に対応するよう努めている。キャビネットの施錠を徹底している。	

2. 総合相談業務

合計　17 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	チラシを作成し区民ひろばでの出前講座や町会行事等へ参加した時に配布するなどして周知を図っている。	4
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	区の情報から圏域内の町丁別の高齢者人口や高齢者割合、世帯人数割合など算出し傾向を把握している。地区懇談会の開催や社協主催の区民ミーティング、区民ひろばや町会の行事、介護予防リーダーを支援するまちづくり検討会議に参加して地域の状況や課題等について意見交換してニーズ把握に努めている。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	地区懇談会で民生児童委員とケアマネの具体的な連携方法について懇談した。2回目の地区懇談会は地域のインフォーマル機関も含めて多職種連携会議としてネットワークの必要性を認識するきっかけとした。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	判断に迷う時は複数職員で対応、検討し適切な社会資源につなげられるようにしている。適切に案内できるよう社会資源の把握に努め最新の情報を整理している。	5
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	迅速かつ適切に対応するよう努めている。すぐに返答できない相談の場合は曖昧な対応にならないよう十分に確認してから返答している。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	困難ケースや緊急の対応が想定されるケースについては相談記録を全職員で回覧し、毎朝のミーティングでも周知して担当者が不在でも対応できるようにしている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	関係機関や地域住民から情報提供してもらえるよう見守り、気づきの必要性を啓発している。気になるケースでは必要に応じて関係機関や地域住民から積極的に情報収集している。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	地域ごとの高齢化率や世帯人数割合など算出し特徴や課題を把握している。また、地域の社会資源について所内で情報共有し地域ごとの課題を確認している。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	スーパーの移動販売や大正大学の出前定期便などインフォーマルなサービスも含めて活用し支援調整している。	4
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	地域の社会資源について把握に努め活用できるよう情報共有している。社会資源の情報は分野ごとにファイリングし活用しやすくしている。	

3. 権利擁護業務

合計　13 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	虐待ケースに限らず気になる方がいたら包括に情報提供するよう関係機関や地域住民に啓発し、早期に対応できるよう努めている。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	その都度、迅速に対応、所内で検討し地域ケアグループや関係機関と連携して適切に対応できるよう努めている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	本人、家族だけでなく、ケアマネや医師など関係機関からも十分に情報収集し、必要に応じてケア会議等で検討した上で必要かどうかを慎重に判断している。	5
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	親族等に十分に説明した上でよく検討してもらい、必要に応じて申立支援する関係機関を紹介している。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	必ず親族の有無や親族の意思を確認し、申立できる親族がいなくて本人申立もできない場合は地域ケアグループに相談し区長申立を調整している。	

	消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費生活センターや警察、ケアマネなどと連携して対応している。警察や区からの消費者被害に関する最新の情報を全職員で回覧して把握するよう努めている。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　15 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	地区懇談会では特に民生児童委員とケアマネとの連携強化を目的に開催し具体的な連携方法について懇談した。2回目の地区懇談会では多職種連携会議として地域のインフォーマル機関も含めて連携強化を図った。ケアマネ地区懇談会ではサービス提供機関と共に事例検討をして連携した対応を学んだ。ケース対応では必要に応じて包括が間に入って連携を支援している。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	地域の関係機関が連携するシステムの構築を目的にケアマネ、医療職、サービス提供事業者、民生児童委員、インフォーマル機関などのコアメンバーによる多職種連携会議を開催した。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	必要に応じて同行訪問での対応やケア会議の開催支援、専門ケア会議の活用を調整するなどの支援をしている。	5
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	ケアマネジメントに関する相談に対して共に考えたり助言したり、必要に応じて同行訪問するなどしてケアマネの問題解決能力が向上するよう支援している。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	アンケートをとったり、主任ケアマネや主任ケアマネ取得を目指しているケアマネと話し合う機会を設け地域のケアマネの課題やニーズを把握し、ケアマネ勉強会やケアマネ地区懇談会で情報共有している。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	単独で4回、東部包括と合同で1回の事例検討を含む勉強会を開催し、特に課題分析について学んだ。ケアマネ地区懇談会ではサービス提供事業者と共に事例検討を行った。	5
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	ケアマネの資質向上とネットワーク構築を目的に圏域内の複数事業所の主任ケアマネらとの企画会議を実施した上で上記の勉強会を開催している。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		

		事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
	地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　13 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	区社協主催の区民ミーティングで地域住民や民生児童委員、CSWらと共に認知症理解の啓発方法について検討し勉強会も開催している。区民ひろばでの出前講座などで認知症を理解するための啓発を行っている。	5
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	積極的にもの忘れ相談の利用を勧め8回11名が利用し、健康長寿医療センターのアウトリーチ事業も2回活用し、医療、介護サービスに適切につなげて継続的に支援している。	4
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	実態把握し本人や家族にアプローチして早期に医療につなげて必要な支援が受けられるよう継続的に支援している。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	区民ひろばでの出前講座などを通じて地域住民に対して見守りや気づきの必要性を周知している。必要に応じて関係者と連携して対応するよう努めている。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　9 ／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	介護保険サービス以外の社会資源も把握して、利用者の自立支援に適したサービスを選択、利用できるよう支援、調整している。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	全職員で制度や事業の内容をよく確認、把握した上で一体的な予防ケアマネジメントができるようにしている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	これまでの実績や関わる中で信頼できる事業者かどうか、適切な対応ができるケアマネかどうかを確認、見極めて委託先を決めている。	5
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	一部の事業所に偏らないよう、また、利用者に不利益を与えないよう、常に公平性・中立性を考えて委託先を選定している。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	委託ケースの担当者会議には包括職員が必ず出席するようにして、評価や計画の内容が適切かどうかを確認し、適切に支援されるようにしている。	

8. 地域ケア会議

合計　5 ／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	必ず最初に目的を確認し、共通の認識で地域ケア会議を実施できるようにしている。	5
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	必ず守秘義務について説明し確認するようにしている。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	最後に話し合った結果と今後の役割分担などについて共通の認識が持てるよう必ず確認するようにしている。	

平成２９年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（菊かおる園）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムを構築するため、特に多職種連携の推進を図る。
地域住民の介護予防や見守りの意識が向上するよう啓発などを続けて互助の推進を図る。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
職員の心身の健康維持	職員の業務負担や精神的負担が過剰に増えないよう複数職員で連携して対応できる体制を維持したり、外部の理解も得ながら業務調整していく。	4	ほぼ１年間、三職種の保健師が欠員だったため他の職員で協力して担い、特に予防プランナーの非常勤看護師がその職の大半を補ったが、業務量も増える中で職員の負担は大きかった。	c	適切な人員配置をして業務負担が偏らないよう協し合う。
多職種連携の推進	今年度の地区懇談会は、医療と介護の連携だけでなく、民生委員や地域住民も含めた多職種連携の推進を目的とする。	1･2･3	２月に開催した地区懇談会は、圏域内で開催する１回目の多職種連携会議として医療職、介護保険事業者、民生児童委員、介護予防リーダーをコアメンバーとして多職種連携を認識し、今後の会議の方向性を確認することができた。	b	コアメンバーによる多職種連携会議を定期的に開催して連携を推進していく。
介護支援専門員の質の向上	圏域内のケアマネを対象としたアセスメントと課題分析の勉強会を４回開催する。企画運営は圏域内の主任ケアマネと主任ケアマネ取得希望者と協働して行う。	1･2･3･4	圏域内の主任ケアマネらと協働で企画しアセスメントと課題分析の勉強会を４回開催した。ケアマネ地区懇談会ではサービス提供事業者と共に事例検討をして地域の社会資	a	今後もケアマネの課題を確認し、質の向上と主任介護支援専門員の資格取得を支援できる研修を企画・開催すると共に事例

	ベテランと経験の浅いケアマネが共に		源からケアプランを作成することを学ぶ		検討会（個別ケア会議）
	学ぶことで、ネットワーク構築やベテ		ことができた。		を開催し地区懇談会と研
	ランケアマネの知識や技術を学べるよ				修会の明確化を図る。
	うにする。				
	ケアマネ地区懇談会において、ケアマ				
	ネ勉強会で得た知識や技術の振り返り				
	を行う。				
総合事業利用の適切な支援	総合事業に関する情報を整理して理解	１・４	情報の回覧と毎朝のミーティングや毎月	b	今後も全職員が情報を整
	を深め、関係機関への的確な情報提供		の職員会議などにおいて事業内容を再確		理、理解して適切に対応
	や利用者・家族にわかりやすく説明し		認し、理解と共通認識を深めて適切に利		できるようにする。
	適切に利用支援できるようにする。		用支援することができた。		
アウトリーチの推進	今年度実施される高齢者実態調査から	1･2･3	民生児童委員から実態調査の報告を受け	a	孤立状態を解消するため
	新たな孤立高齢者を把握し、地域住民		再確認し、新たな孤立状態の高齢者を把		本人、家族への働きかけ
	や関係機関と連携して見守り体制の構		握することができて、孤立状態解消のた		と社会資源の活用を推進
	築・孤立状態の解消を図る。		めの働きかけを行うことができた。		していく。
ＣＳＷや区民ひろば、地域住	ＣＳＷと協働して毎月区民ひろばで出	１・２	毎月、圏域内３ヶ所の区民ひろばで出前	a	今後もCSWと連携して
民と連携した活動	前講座を開催したり活動に参加協力し		講座などを開催できた。自治会の相談会		様々な機関、団体の活動
	て包括の周知や社会資源などの情報を		を継続して参加協力し、多数の町会行事		に参加協力していく。
	地域住民に提供する。		にも参加協力できた。包括の周知や社会		
	町会・自治会の行事や相談会に参加協		資源の紹介、認知症予防の啓発などを行		
	力し、顔の見える関係づくりや包括の		えた。		
	周知を行う。				
認知症の理解の推進・互助意	地域住民向けの気軽に学べる認知症講	１・２	出前講座やCSW主催の区民ミ-ティング	a	今後も様々な機会を通じ
識の向上	座を開催して認知症理解を啓発し、地		などにおいて認知症理解の啓発を行うこ		て認知症理解の啓発を図
	域での互助意識の向上を図る。		とができた。		っていく。
認知症高齢者の早期発見・早	もの忘れ相談や認知症アウトリーチ事	1･2･3	もの忘れ相談を８回１１人実施、アウト	b	次年度から実施する認知
期対応	業を随時活用して認知症高齢者の早期		リーチ事業を１回活用し、認知症高齢者		症初期集中支援事業を理
	発見・早期対応ができるようにする。		の早期発見と適切な医療や介護サービス		解し医療との連携で適切

			利用へつなげることができた。		な支援ができるようにする。
在宅介護の家族を支援	定期的に包括主催で介護者の会を開催し、在宅介護している家族の方々が懇談・交流することで介護のストレスを解消したり介護する活力が得られるような憩いの場にする。	1･2･3	１０月から計５回、包括主催で介護者の会を開催した。参加者は少なかったが、体操と茶話会をして介護者同士の懇親と交流を図ることができて好評だった。	b	これまでの取り組みを振り返り、今後どのような支援方法が望ましいのか検討する。
認知症カフェを支援	認知症カフェの運営に協力し、特に地域への周知と認知症高齢者や介護者の参加を促す。	１・２	出前講座などで紹介したりチラシの配布により周知を支援し、対象になる方や相談者には個別に案内し多くの方が参加した。そよかぜカフェかもんに見守り支援担当が参加協力した。	a	今後も広く周知し多くの方々が参加できるようにする。
介護予防リーダーの活動を支援	４月に発足した介護予防リーダーの組織「いきいきクラブｉｎ豊島」の取り組みに継続的に関わり、リーダーからの相談に対応したり地域住民への周知を支援する。２ヶ月毎に開催される「まちづくり検討会議」に参加し介護予防リーダーの活動と課題を把握し、地域の関係者等と連携して支援方法を検討していく。	1･2･3	まちづくり検討会議に毎回参加し関係機関と連携・協力して特に介護予防リーダーの活動課題の解決や活動意欲の維持向上を支援することができた。地域住民への周知を図り多くの方に参加してもらうことができた。	a	介護予防リーダーの活動が継続・発展できるよう今後も関係機関と連携・協力して支援していく。
職員の資質向上	外部各種研修への参加や毎月所内で行う職員会議と自立支援地域ケア会議、職員同士の助言や意見交換で、制度や対応方法等の理解・知識・技術の向上を図る。	４	国１回、都６回、区１０回、他８回で延べ４１人が研修に参加した。毎朝のミーティングや毎月の職員会議で事例検討や制度について意見交換して対応方法や制度の理解を深めることができた。	a	今後も研修に参加できる機会と事例検討や制度について意見交換できる時間を確保する。
相談窓口の環境整備	５月２８日に包括の場所が施設内で移動するため、来所者にわかりやすいよ	４	移転についてチラシを配布したり掲示して、なるべく利用者や関係者に迷惑をか	b	より良い相談窓口になるよう、これまでの状況を

	うにし、相談しやすい窓口とする。		けないようにした。相談者に配慮した相		検証し、場合によっては
			談窓口と相談室を設けることができた。		レイアウトの変更も検討
					する。

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（菊かおる園）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
②医療・介護の連携推進
③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
総合事業の取り組み	制度改正について利用者や家族へ適切に社会	1・4			
	資源の活用を含め、内容説明でがきるよう				
	ミーティング等を活用し理解や業務の点検を				
	職員全員でおこないます。必要に応じて基本				
	チェックリストを活用していきます。				
介護予防ケアマネジメントの	個別ケア会議等で利用者自らが積極的に介護	1・3・4			
インセンティブ推進	予防に取り組めるよう、アセスメントを中心				
	に利用者の心身の状態改善に向けた取り組み				
	を検討していきます。				
多職種連携の推進	・専門職だけではなく、地域で介護予防の実	2・3			
	践をおこなう介護予防リーダー、民生委員を				
	交え多職種連携会議を開催し地域共生社会の				
	実現に向けた課題抽出をおこないます。				
	・介護医療の連携の一環として多職種連携会議	3・5			
	にて「地域版認知症ケアパス」の作成を行い				
	認知症への理解や地域づくりをコアメンバー	2・3・4			

地域包括支援センターの重点目標　名称（菊かおる園）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
②医療・介護の連携推進
③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	と共に年に４回検討していきます。				
介護支援専門員の資質向上	・ 地域の主任介護支援専門員と共に個別ケア				
	会議について年2回開催にむけ議論し、自立				
	支援・重度化防止・看取り等地域課題を抽出				
	していきます。				
	・ 地域の介護支援専門員との関係構築に努め	１・４			
	個別支援において総合事業や介護給付の適正				
	化をサービス担当者等で共に検討し利用者・				
	家族へ提案できる体制を作ります。				
主任介護支援専門員の育成支援	地域の介護支援専門員と共に新たなケアマネ	４			
	ジメントの課題を議論し、それに伴う研修会				
	の企画・運営を年2回開催し、研修会を年2回				
	開催します。講師、ファシリテーターは地域				
	の主任介護支援専門員がおこないます。				
認知症高齢者の早期発見・早期対応	認知症初期集中支援チーム、もの忘れ相談、	５			
	こころの相談、東京都高齢者往診班等適切な				
	アセスメントにより、認知症の早期発見と				
	早期対応をします。				
認知症カフェの支援	認知症カフェ（かもん）の運営に協力し、	５			
	特に地域の認知症高齢者や介護者のへの周知				
	を行い参加を促します。				

地域包括支援センターの重点目標　名称（菊かおる園）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
②医療・介護の連携推進
③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
介護予防リーダーの活動を支援	「まちづくり検討会議」及び「いきいきクラ	2・5			
	ブｉｎ豊島」に継続的に参加し介護予防リー				
	ダーや地域関係者等と連携していきます。				
若年性認知症の理解	・都や区等の研修へ参加し、若年性認知症の	5			
	知識や情報収集をおこないます。				
	・研修で得た知識や情報は職員間で共有でき				
	るよう、職員会議等で周知していきます。				
在宅介護の家族支援	概ね月1回第4火曜に「介護者Cafe」を開催	2・5			
	し介護者同士が気軽に話し合いをすることで				
	在宅介護の継続ができるよう介護者同士の				
	ネットワークの構築を図ります。				
アウトリーチの推進	高齢者実態調査の後追いや、熱中症対策事業を	2・5			
	通じて孤立高齢者を把握し、関係機関や地域住				
	民と連携して見守り体制の構築を図ると共に、				
	地域の社会資源を活用し、閉じこもりの解消に				
	繋げていきます。				
関係機関や地域住民との	CSWと協働し、毎月圏域内３カ所の区民ひろ	2・5			
活動の継続・推進	ばを拠点とした出前講座の開催や活動に参加・				
	協力し、事業周知や情報提供による「転ばぬ先				
	の杖」の役割を担います。町会･自治会や運協				
	の行事や相談会への参加を継続します。特に				
	高齢化が深刻な都営住宅の自治会役員と連携				
	し、隔月の相談会（北大塚都営）のイベント				
	化･活性化させ、互助･共助の意識向上を図り				
	ます。				

（平成29年度）　　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計

92 ／100点

センター名：　東部高齢者総合相談センター

1．地域包括支援センター運営体制　　合計　19 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	包括業務マニュアルや関係法令を周知して、センターの役割を理解し、日々の業務の中でも常に中立・公正に対応するよう努めている。	5
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	利用者・家族の自己決定を尊重し、中立・公正な立場を意識して、特定の事業者に偏らないよう配慮し情報提供している。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	年度当初の職員会議にて職務分担を明確にし、毎月の職員会議や毎日3回実施しているミーティングにて報告・周知を徹底し、各業務の進捗状況の把握や助言、見直しができる態勢をとっている。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	センターの目的と基本的な視点、センター重点目標等について、職員会議で確認・周知し、全職員が共通認識が持てるよう努めている。新入職異動者については、4・5月に所内研修を行い、果たすべき役割を確認している。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	困難ケースの場合は複数の職員で検討し判断するという共通認識がある。毎日のミーティングや随時の話し合いを持ち、支援方針とチーム内役割分担をタイムリーに行い、さらに外部関係機関とは積極的に連携を図り対応している。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	1日3回のミーティング内容や業務の申し送り事項は「申し送りノート」に記載し、共通認識・情報共有に努めている。時差出勤者は「申し送りノート」を確認し朝の窓口担当者から申し受けるよう業務化されている。ケース情報については、台帳の回覧や所内検討、毎日のミーティングで共有している。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修（45回）、OJT（21回）、職員会議（28回）、所内ケース検討（124回）などで、職員の資質向上に努めている。	5
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	都、区等主催の研修に積極的に参加するよう努め、延べ80名が参加している。また研修報告を全員回覧、必要時は所内伝達研修も行っている。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	簡潔明瞭に作成することを心掛け、期日内に提出するよう努めている。	5
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	職員の変更があった場合は速やかに高齢者福祉課へ報告している。また、関係機関にも速やかに周知している。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	相談記録台帳や個人情報が記載された文書関係等は全て鍵のかかるキャビネットに保管・管理している。チラシや申請書などは、分野ごとに整理し、毎日点検し補充している。	

	その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情があった場合は必ず記録し、所内で周知・協議し、速やかに区に報告している。必要に応じて法人や区とも協議して対応するよう努めている。	4
		センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	時間外でも、区や法人事務局を通じてセンター長に連絡が入る体制を整えている。	
		個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	マイナンバーの記載された文書の取扱いなど、個人情報の取り扱いについてはマニュアルを職員に周知し適切に対応するよう努めている。判断に迷うときは所内協議や区に相談し適切に対応している。	

2. 総合相談業務

合計　18 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	包括職員と見守り支援事業担当が一体的にセンター周知活動を行っている。地区懇談会や各種会議を通じて、医療関係や商店会、町会掲示板などに、包括案内ポスター掲示の協力が継続されている。広報紙「おたより」をサロンサポーターの協力のもと作成し、巣鴨・南大塚地区の民生児童委員有志の協力で地域の高齢者約250名に配布。関係者の協力で周知が進んでいる。	5
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	29年度は駒込地区と巣鴨・南大塚地区に、それぞれの関係者・関係機関を代表するプロジェクトチームが立ち上がった。それぞれの活動から、地域特性や住民のニーズを把握し、地区懇談会の開催内容に反映できるよう努めている。また、日々のケース対応や民生児童委員や区民ひろばとの情報共有の機会、介護予防サロンや出前講座参加の地域住民から、意見の聴き取りなどを通じてニーズ把握を継続している。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	地域住民や関係機関が出席した地区懇談会（12回/年実施）においてネットワークの必要性について働きかけを行い、参加者同士のネットワークが広がってきている。またケース対応や地域ケア個別会議（49回/年実施）を通じて、関係機関とのネットワーク構築に努めている。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	窓口担当制を導入し全職員が初期対応できる機会を確保し、資質向上につながっている。1日3回のミーティングや相談記録等で相談状況を早期に確認し、初期対応が適切か確認するようにしている。日頃から関係機関や制度などの情報把握や周知に努め、適切な機関・制度・サービス等につなげられるようにしている。	5
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	関係機関との連携は重要という共通認識があるので、丁寧・適切に対応し、信頼関係の構築・維持に努めている。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	特に困難ケースや緊急の対応が想定されるケースに関しては、申し送りノートの活用や毎日のミーティングでの周知、複数担当、相談記録の回覧など、担当者が不在でも対応できるようにしている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	主に見守り支援事業担当の活動を通じて関係機関や地域住民に見守りの必要性と気になる高齢者がいたら包括へ通報してもらうよう働きかけをしている。マンション訪問時は管理人へのアプローチを継続している。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	相談内容から地域の課題を把握し、予防策の検討が必要であるとの認識を高め、所内会議を積極的に実施している。29年度は、地域ケア個別会議49件中で自立支援地域ケア会議を11件行い、予防的視点で地域の課題について意見交換する場として位置づけることにした。	

	地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	インフォーマルな関係機関も含めて必要に応じて多様な関係機関と連携・協働して地域住民への支援を行っている。	4
		地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	地域で利用できる各種サービスなどをテーマ毎にファイリングやマップにして窓口に展示し、地域住民や関係機関が必要な情報を入手できるよう工夫している。地域包括ケアシステムの構築に向けて、さらなる地域情報の把握を進めている。	

3. 権利擁護業務

合計 13 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	個別ケースを通じてのリスクマネジメントとして、早期に相談・通報してもらえるように関係機関との連携ができている。新人のケアマネ等も増えてきたので、包括圏域内で虐待防止と早期発見について学ぶ機会を作ることが今後の課題である。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	その都度、所内で検討し迅速に対応している。高齢者福祉課や関係機関と連携して適切な対応に努めている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	本人、家族、ケアマネや医師など関係機関などから十分に情報収集し、必要に応じてケア会議も開催して慎重に判断している。	5
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	親族等に十分に説明した上でよく検討してもらい、必要に応じてリーガルサポートなど関係機関を紹介している。29年度はサポートとしま等との連携が強化され、成年後見制度申立て支援9件実施。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	地域ケアGやリーガルサーポートなどに相談して区長申立が必要かどうか慎重に判断している。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	必要に応じて消費生活センターや警察等と連携して啓発活動やケース対応をしている。巣鴨警察生活安全課や消費生活センターとの連携を密にして、介護予防サロンや認知症カフェなどで、高齢者の交通安全・振り込め詐欺防止や悪徳商法等の注意喚起を行った。区関係機関と連携し自動通話録音機設置に協力した。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計 14 ／ 15

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	包括のネットワークを活用し、地域ケア個別会議や地区懇談会などの開催を通じて、ケアマネと関係機関が連携できるよう支援している。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	豊島区東部医療介護事業所学習交流会（ととか）を年3回開催。医療関係および介護事業所職員との連携を強化することができた。29年度は東部包括圏域で居宅介護支援事業所や他関係機関の約50事業所がつながりを持つことができた。	

介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	困難ケースの相談に3職種が協働して対応。必要に応じてサービス担当者会議への参加や地域ケア個別会議を開催し支援している。	5
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	地域ケア個別会議やケアマネ地区懇談会においてスキル向上を図っている。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネ地区懇談会やケアマネカフェの開催にあたり、居宅の主任介護支援専門員とも協働している。アンケート等により、ケアマネが抱える課題やニーズを把握し、全体で共有する取り組みを推進している。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	ケアマネ地区懇談会やケアマネカフェにて研修を実施している。また、隣接包括との協働でりアセスメント研修会を実施した。	4
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	居宅の主任介護支援専門員や東部介護支援専門員連絡会との協働でネットワーク構築を進めている。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　13　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知症高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	・地区懇談会・多職種連携の会・出前講座などさまざまな機会を通じて、認知症高齢者の理解やかかる各種サービス・制度などの理解や周知に取り組んでいる。 ・ケース対応時に地域ケア個別会議を開催するなどして、関係者の理解が得られるよう取り組んでいる。 ・認知症の理解を推進するために、新しい「認知症ケアパス」作成への協力を行った。	5

継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	・継続的な支援が必要と判断される場合は、所内会議や相談記録台帳回覧により状況を共有しチームで支援している。支援を強化する必要性がある際は、包括職員が受診同行、認知症アウトリーチ事業・もの忘れ相談等の事業の活用、後見申立て支援など継続的な対応を行っている。しかし、認知症のケースが多く、マンパワー不足でもある。 ・家族に対して認知症カフェや介護者の会等も情報提供している。 ・認知症介護者の会「たんぽぽの会」や29年度開設の認知症カフェ「さくらカフェ」には職員が交代で毎月参加し支援している。	4
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	地域住民や民生児童委員、ケアマネなどから相談を受け、継続的な支援に努めている。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	消費生活センターと協働で出前講座を開催。関係者との情報を密にして継続的に当事者、家族への支援に努めている。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　9 ／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	総合事業に移行後、介護予防サロン等の地域のサービス活用の幅が広がったため、必要性でケアプランに位置づけている。包括直営のケアプランだけではなく、再委託のサービス担当者会議に参加の際は、地域の社会資源情報の周知も始めている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援は共に、利用者の意思を尊重し、介護予防・自立支援を目的としたケアプランを作成していく。実施にあたっては共通の考え方に基づき一体的に行っている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	介護予防ケアプラン等を委託する場合、委託に必要な条件を満たすケアマネであるか、事業所として必要な研修を行っているか等を、様々なケースを通じて確認している。	5
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	委託の選定にあたっては同じ事業所に偏らないように、、適正な委託先に順番に委託していくような配慮をしている。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	委託先の計画原案については、必要なアセスメントに基いて計画が適切に作成されているか、サービス担当者会議等を通じて確認している。また、実施後のモニタリングを確認しケアプランが妥当であったか判断し今後の方針を決定している。	

8. 地域ケア会議

合計　5 ／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	地域ケア会議（地区懇談会）の開催にあっては、その目的が達成されるように、参加者には事前に趣旨説明のある依頼文を送付し周知している。地域ケア個別会議においても開催時にその目的を参加者に対し明確にしている。	5
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	地域ケア個別会議等、個人情報に係る内容について協議する場合は、関係者等への守秘義務の取り扱いについて、参加者に事前に説明を行っている。	

		地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地域ケア会議において協議した内容が共有され、それぞれの担当者が役割を担っていかれるように、協議内容について、まとめの確認と今後の役割についても確認するよう努めている。	

平成２９年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（東部）地域包括支援センター

1．介護予防・日常生活支援総合事業の相談やケアマネジメントにおいて、介護予防・自立支援を基盤とした円滑な運営ができる。

2．地域包括ケアシステム構築に向けて、地域関係者や関係機関とのネットワークを活用した主体的な取り組みの推進。

3．認知症施策については、関係機関との連携で、早期発見・早期対応・介護者支援・地域づくりを重点的に推進する。

4．センター職員の育成・相談体制の強化。

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a～d）	次年度の課題（方向性）
重点目標１について	①適切な対応が迅速かつ標準的に行なえ	１・４	①業務が固定されている請求業務に	b	１）について
１）総合事業（介護予防支援・	るように、所内業務のマニュアル化を		ついてはマニュアルを作成し、目標に		・適切で標準的な
介護予防ケアマネジメント）	推進する。（年度末まで）		達した。その他の業務については変更点		対応が効率よく
における包括内の円滑な			も多かったため、次年度に持ち越した。		行えるように、
運営体制の構築。	②２８年度開始した、報告・相談・担当	１・４	②毎日のカンファレンスで情報共有し	a	業務によっては
	決めなど1日3回のショートカンファ		連携強化した結果、29年度新規ケースは		マニュアル化を
	レンスを継続する。		職員間で協力的に対応でき、30年度		検討する。
	職員個々の動きを把握し、互いに協力		訪問型独自サービス移行の約120名に		・職員の連携強化や
	的に動ける態勢を継続するため。		おいても、利用者の同意のもと、29年度		スキルアップに
			中に適切に移行できた。		有益であったカン
	③介護予防ケアマネジメントマニュアル	１・４	③区の説明会での情報を職員会議やカン	b	ファレンス等を
	学習会の継続や関連情報・ケース対応		ファレンスで共有し、不明な点は必ず		さらに効果的に
	を共有し、職員のスキルアップを図る。		確認したため、統一した対応ができた。		活用していく。

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
2)介護予防・自立支援に基づく、利用者の意欲や地域のサポートを引き出すケアマネジメントに向けた取り組み。	①利用者の介護予防・自立の意欲を引き出すケアプラン作成を目指す。 ・毎月、区主催の自立支援地域ケア会議に参加し学びの機会とする。 ・毎月の職員会議に自立支援地域ケア会議を位置づけ、職員個々のケアプランを振り返る機会とする。	1・4	①区主催の自立支援地域ケア会議には極力出席。月1回は職員会議時に包括で自立支援地域ケア会議を実施した。個々のケアプランを振り返り、多職種の意見を取り入れ、介護予防・自立の意欲を引き出すケアプランを目指し検討した。ケースを通じて必要な地域の社会資源が不足していることが見えてきた。	b	2）について ・包括主催の自立支援地域ケア会議を拡充。本人の望む生活・自立支援を目指したケアプラン作成や地域課題の抽出を行い事例を集積する。
	②介護予防や生活支援に関わる地域情報を収集し、地域資源として活用できるように管理し、ケアプランに活かす。 ③上記情報を地域住民や関係機関が入手出来るように整理・展示し、関係機関ネットワークを活用し発信していく。	1・4 1・4	②③ 地区懇談会等で情報収集し、社会資源大型マップ等を作成。多職種連携の会（ととか）、地区懇談会、ケアマネカフェ等で、住民・関係機関に配信・周知した。所内での展示としては、地域情報や社会資源ごとの項目に分け、整理・展示をしたため、わかりやすいと好評であった。	b b	・利用者の個別性・必要性を考慮した社会資源の導入や検討を目的として、①地域の社会資源の収集。②サービス担当者会議での情報提供を行う。
3）地域住民・対象者・家族等に対して、総合事業への理解が得られるよう努め、また関係機関への支援態勢を継続する。	①契約やサービス担当者会議などの機会を捉えて、対象者・家族だけでなく、委託の担当CMやサービス提供事業所等に対しても、個々の状況を踏まえた具体的でわかりやすい説明を継続する。 ②制度上の対応困難な事例が生じた際は、基幹型センターGに相談し、適切で迅速な対応がとれるようにする。	1・4 1・4	①豊島区独自サービスへの移行に合わせて訪問し、利用者・家族・関係機関に対し、個々のケースに合わせた説明を行った。区境の圏域のため他区事業所のサービス利用割合が高く、区内外に対し必要な情報をケアマネや介護事業所にタイムリーに配信した。その結果として全ケースがスムーズに移行できた。 ②基幹型センターGへの連絡担当職員を決め情報を集約したことで、包括内で統一した見解を出し適切な対応ができた。	a b	3）について ・３０年度訪問型のサービスについては理解のばらつきがみられる。個々のケースを通して、所内外の具体的な支援を継続する。 ・区民へのチェックリスト活用の周知が今後の課題である。
重点目標２について 1）地区懇談会のネットワークを	1)ーA　巣鴨・南大塚地区懇談会 ①「認知症や介護サービス等の知識や	1・2 3	1)ーA　巣鴨・南大塚地区懇談会 ①上半期に地区懇ＰＴ「おおつかスマート	a	1)ーA　について ①30年度以降は、地区

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
活かした主体的な取り組みを推進する。 1)ーA ２８年度巣鴨・南大塚地区懇談会「つながりと支えあい」で表出された課題・要望に対する２９年度の取り組み。	地域情報を得たい。」との要望に対して、具体的には地区懇ＰＴで企画や周知について検討し、認知症講座・施設見学会を上半期に実施する。 ②「高齢化や認知症のことを高齢者だけの問題とせず、若い世代とのつながりを持ちたい。」との要望については、今年度は関係機関と協議し、具体化に向けての準備期間とする。		プロジェクト」を開催。地域活動の推進役の方々や医療福祉関係者が集い、認知症の勉強会や介護サービス施設の見学会等について検討。その結果11月開催の地区懇談会では地域の事業所の方々が講師役となり、認知症の方が利用できる介護サービスについて、対話形式の勉強会を行い、60名が学びを深めた。「ととか」で地元の事業所との連携が強化されたことが、介護事業所の地域貢献の場を作るきっかけとなり、参加者同士の交流を深めることもできた。 ②上記のＰＴには、区民ひろばの児童担当者も参加。また、地区懇談会には地域の金融機関・商店会・町会・ボランティアの方々にも多数参加いただき、高齢化や認知症の事を高齢者だけの問題ではなく、地域の問題として他の世代も交え考える場を持つことができた。	b	懇談会での意見・要望を踏まえ、おおつかスマートプロジェクトのメンバーとともに、下記の認知症関連の内容を検討していく。 ＜検討内容＞ ・声かけ訓練 ・権利擁護勉強会 ・MCIの勉強会 ・施設見学会 など。 ②共生型社会の実現に向けて、安心に暮らせるまちづくりの視点で、広い世代で有益な取り組みを検討していく。
1)ーB　２８年度駒込地区懇談会「情報が伝わりやすいチラシ」情報発信について、２９年度の取り組み。	1)ーB　駒込地区懇談会 地区懇ＰＴで、左記チラシについて具体的に協議。今年度は「高齢者が準備できる（自助）防災のチラシ」を作成し配信する。その後の展開を今年度の駒込地区懇談会にて検討する。	1	1)ーB　駒込地区懇談会 地区懇PT「こまごめ高齢者対策チーム」を立ち上げ、防災チラシ「災害に備えての心構え～いざというときに～」を作成。民生児童委員や事業所の協力を得て、高齢者に約６００部配布することができた。 また、支援者向けの情報ツール「支援者向けマップ」を作成し、地区懇談会の参加者34名に配布した。駒込の防災施設や地域資源のウォークラリーを実施し、	a	1)ーB　について ・防災チラシの内容及び配信方法の拡充や効果判定を地区懇PTにて行う。 ・地域の防災活動との連携。 ・災害の備えを見守りツールとしても活用

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
			防災意識を高めることができた。		する方向で検討。
1)ーC　豊島区東部医療介護事業所学習交流会（愛称：ととか）「東部圏域のネットワークを活かした医療と介護の実践的学びと連携」機能を拡充していく。（医師会共催）（圏域の４５事業所が参加）	1)ーC　２９年度ととかの活動計画 ①ととか運営協議会が、圏域内の医療介護事業所からのアンケート結果を基に、学習交流会の企画運営を行う。 ５月　スキンケアと保清 ８月　最新福祉用具の体験会 （参加対象を区民にも広げる。） １１月　認知症関連 その他　事例検討（医療と介護の連携） ②講師は管内事業所の医療職・介護職の協力を得て実施。	２・３	1)ーC　２９年度ととかの活動報告 ・「実践的学びと連携」をコンセプトにスキンケア・認知症をテーマとした学習交流会を5月、1月に実施。医療職が講師となったことで、医療職の参加者も増え、互いの職種の理解が深まった。 ・8月に開催した住民参加の体験型学習会「地域の安心の暮らしをささえます」は、高齢期に必要な情報をわかりやすく得られる場として住民から高評価をいただいた。当日スタッフ６５名を含め参加者相互で学び合う良い機会となり、１７名の学生ボランティアの活躍も光っていた。 ・5月83名、8月158名、1月75名の参加があり、運営を拡充するため委員を募集し48名が登録。情報配信ツールとしてMCSを活用し、約40の事業所が登録。	a	1)ーC　について ・ととかの活動として地域住民が参加できる企画は、地域包括ケアシステム等を周知するよい機会にもなる。 ・参加者から若い世代でも活用できる情報配信の要望があった。 ・業務量の増大が課題となるが、MCSの活用や運営における多職種協働、学生ボランティア等の協力を期待したい。
1)ーD「おたより」作成 関係者の連携で、地域の高齢者を見守るシステムが継続的に機能するようにサポートする。	1)ーD　おたより作成・配布 民生委員有志による手作りのおたよりが、２８年度中に終了することへ。 サロンサポーター有志が作成を引き継いだ。配布は民生委員有志が継続し、配布先も拡大へ。 ２９年度は地区懇談会の関係機関の協力をいただき、商店会や町会掲示板等で幅広く活用できるよう、また季刊号にするなど負担なく継続できる方法	１・２	1)ーD　おたより作成・配布 ・南大塚・巣鴨で別々に発行していた「おたより」を統合。発行は負担なく継続できるよう季刊号とした。 ・サロンサポーターと民生児童委員の有志、包括が中心となって作成した。 ・「おたより」を独居や高齢者世帯の方々が楽しみにされていると、配布に協力くださる民生児童委員の方が増えた。現在、約２５０部配布いただいている。	a	1)ーD　について ・民生児童委員から、「おたより」の活動を駒込地区にも拡大することを提案いただいた。駒込地区の民生児童委員の意向を伺いながら相談していく。

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
	を関係者で検討する。		・商店街にも置いてもらうことができ、配布先が拡がった。		
1)ーE　介護予防サロン企画運営におけるサポーターの主体性を活かした関わり。 地域の活動の場や関係機関との連携強化。	1)ーE　スマートエイジング倶楽部やおおつかサロンの企画運営 ①サロンサポーターの主体的な関わりをサポートする。 ②としまる体操の導入。 ③地域の介護予防活動の場や関係機関との連携を強化し、サロン参加者やサポーターの活動の場を広げていく。 ④閉じこもりがちやうつ傾向にある方の地域参加の一歩として活用する。	1・2	1)ーE　スマートエイジング倶楽部やおおつかサロンの企画運営 ①随時サポーターを増やし、計１２名のサロンサポーターが運営に協力された。サロン終了後にも意見を伺い、次回の運営に活かした。 ②③「としまる体操」を体験できる企画や、地域のとしまる体操自主Gの紹介等も行い、自主的な活動につながる機会を増やした。 ④介護サービスにつながらないが心配な方の受け皿としてサロンが機能した。しかし、孤立傾向の方が地域につながる難しさがあった。 ⑤豊島区リハビリテーション連絡会メンバーや大学生ボランティア、地区懇談会関係者の協力で、男性の参加者は継続・微増している。	b	1)ーE　について ・さらに住民主体の活動へ推進するために、全員参加型のサロンの運営を目指し「としまる体操」を本格的に導入する。 ・参加者・サポーターがその効果を体感するとともに、効果的で安全に行うスキルを高める必要性があるので、地域のリハ職の協力を継続いただく。 ・孤立傾向の方への声かけや情報配信を今後も継続する。
2）見守り活動の強化、顔の見える関係作りの構築、及び活動の場との連携を強化。	①実態調査の年であるため、これまで把握できていなかった孤立傾向のある新たな対象者の掘り起しを行う。 ②熱中症による孤立死を防止する意味を含め、マンション管理人、新聞業者、戸配業者などへ事前に呼びかけを行う。 ③実態調査訪問や熱中症訪問を通し聞き取り、新たな社会資源を発掘する。	1・2 1・2 1・2	①民生児童委員と協力し、1,044件実態調査を実施。見守り支援事業の対象者として(155件)の抽出ができた。 ②5月・12月に戸配業者の訪問を行った。マンション管理人へは188件中73件の訪問をおこなった。 ③民生児童委員よりマンション理事会の情報提供あり、理事会に参加した。	b c b	2)について ①面会できないケースが57件と多く、孤立傾向のある対象者の抽出作業を継続して行う必要がある。 ②新しいマンションも

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
	④孤立傾向にある対象者への個別ちらしや民生委員の「おたより」、地域関係機関でのポスター掲示による包括の周知。	1・2	④「おたより」活動は、重点目標２－１)－Dに記載。 10の町会に町会掲示板にポスター掲示を依頼し約80枚掲示していただき、周知活動を行うことができた。	a	増えているため、管理人への訪問を引き続き行っていく。
	⑤アウトリーチ対象者等へ声かけを行い介護予防サロンや区民ひろば行事への参加を促す。	1・2	⑤サロンや区民ひろばを継続的に案内。	b	③社会資源の発掘だけでなく、包括内外で共有するツールを検討する。
	⑥包括との情報共有を強化し、介護保険サービス終了者・未利用者への見守り体制を強化する。	1・2	⑥アウトリーチミーティングを月1回実施し、情報共有を行った。アウトリーチ対象ではないが、サービス利用の必要そうな方も「気になる人リスト」に32件登録し、見守りを行っている。	b	⑤つながりがない方に地域活動の利用を促すときは、必要時同行等を検討する。
	⑦区民ひろば、ＣＳＷと情報共有を行い協働していく。	1・2			
	⑧区民ひろば(駒込、仰高、清和第一、南大塚)の関係行事等にも参加し包括の周知、利用者情報の共有を行う。	1・2	⑦⑧区民ひろばにて、気になる利用者の情報収集を行い、実際に個別に訪問を行った。区民ひろば清和第一では出前講座を行い、包括の周知活動を行った。	b	⑥「気になる人リスト」を包括職員と共有できるツールに作成する。
	⑨自治会の活動G・町会行事・鍼灸師会の体操教室等で出前講座を行うなど協力を継続する。	1・2	⑨・高齢者クラブでの出前講座１回 ・２つの町会での新たに出前講座２回 ・なかよし桜会1回 ・巣鴨クリーンキャンペーン5回	b	⑦⑧区民ひろばやCSWとの情報共有や連携を重視し、働きかけを継続する。
３）地域包括ケアシステムの拡充と地域の介護力強化のためのケアマネ支援。	①昨年に続き、東部介護支援連絡会運営委員会にオブザーバーとして随時参加。	1・3	①オブザーバーとして勉強会・運営委員会に計５回参加し、ケアマネの地域活動のバックアップを行った。	b	４）について ①今後、包括としてどうバックアップをしていくべきかを再考する。
	②主任ケアマネと共催し、地域のケアマネの抱える課題を共有・抽出していく場として、地区懇談会を開催する。（年1回）	1・4	②主任ケアマネと地域のケアマネに対してどのような支援をすべきかを踏まえ、ケアマネカフェを企画運営。ケアマネの資質向上に役立った。	b	
	③情報交換、相互学習の場として昨年発足した「ケアマネカフェ」を継続しケアマネ間のネットワークをより強化	4	②と③を合わせ４回開催。 選択的介護や総合事業などケアマネが直面しているテーマでの開催が日々の	b	②主任ケアマネの活躍の場が多くなっていることより、今年度は中堅層のケアマネの

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
	していく。開催頻度はケアマネと協議し、年４～６回程度。		業務に生かせたと好評価を得た。		資質向上の機会や主任ケアマネの育成に重点をおく。
	④地域のケアマネの実態把握を行い課題の抽出を行う。	4	④アンケートにより、実態把握を行い経験の浅いケアマネ層が多いことが把握できた。	b	
	⑤経験の少ないケアマネへの支援を重点的に行う。	4	⑥主任ケアマネを目指しているか意向を確認し、推薦要件について情報提供を行ったり、地区懇談会やととかへの運営等への参画を促した。	b	⑤経験の少ないケアマネへの支援を継続する。
	⑥主任ケアマネを目指すケアマネへの支援を行う。	4			
重点目標３について １）認知症施策の推進 関係機関との連携で、早期発見・早期対応・介護者支援・地域づくりを重点的に推進。	①民生委員・町会役員・関係機関等との連携を強化し認知症の早期発見を推進。適切な診立てを行い、必要な支援に繋げていく。	２・３	①以前に比べて、関係機関と顔の見える関係が構築され、民生児童委員や町会関係者はもとより、医療機関、金融機関などからも認知症を疑う相談が増えている。相談時点から早期に適切な医療や介護、生活支援等につながるように努めているが、ケースが多く業務量が増大へ。	b	①②　ケース増大に伴う課題解決に向けて、地域の関係者・関係機関同士の連携をさらに強化し、適時・適切な医療・介護・生活支援が提供できるようにしていきたい。
	②認知症の疑いから対応困難なケースまで効果的で適切な相談対応ができるように努める。（定時随時型もの忘れ相談事業認知症アウチリーチ事業、区の３相談、都往診班、個別ケア会議などの活用）	２・３	②適切な診立てを行い、必要な支援に繋げることができるように、地域ケア個別会議を３８件実施したが、2/3が認知症等のあるケースで、区の専門相談７件、都往診班２件、認知症アウトリーチ事業２件、定時随時型もの忘れ相談事業６件など、専門的な相談を活用し、多職種によるチームアプローチで対応した。	a	左記の専門相談に加え３０年度スタートの認知症初期集中支援チームの円滑な運営を目指す。この事業を通じて、包括５職種と関係機関とのネットワークを強化する。
	③地域づくりの視点から、地区懇談会での要望「認知症や介護サービスの知識や地域の情報を得たい。」に応える目的で、認知症サポーター養成講座等の出前講座の開催など各関係機関と調整し実施する。	２・３			
	④認知症介護者支援のため、認知症介護者の会や認知症カフェへの１ヶ月に１回の参加を継続する。29年度は新規２ヶ所が立ち上がり全５ヶ所になる。	2	③④⑤地域の多くの関係機関の協力をいただき、地区懇談会のうち下記３回は、重点目標３の目的で開催し、総勢２９３名参加。 ・8月「地域の安心の暮らしをささえます！」	a	③地域の社会資源がつながり合い、さらに支え合いネットワーク

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
	地域の社会資源として有効活用されるように、カフェの周知と支援に努める。 ⑤徘徊高齢者の安全確保のため、区と協議しネットワークを活用した捜索を検討。	2	認知症コーナーも設置。サポーターや事業所、業者の協力のもと「認知症カフェ」「介護者の会」の紹介や、見守りグッツの展示・体験など、住民参加型で行った。 （介護者の会や新規カフェには毎月参加し、周知や必要な支援を継続している。） ・１１月「認知症の方を支える地域の介護サービス」重点目標２－１)―Aに記載。 ・１月「平成３０年度スタート！認知症初期集中支援チームの実際に学ぶ」は事業を知り実践からの学びを専門職間で共有した。		として効果的に機能していくように、年１回はお互いの交流の機会が必要である。 ④認知症の当事者やご家族の視点を大切にした取り組みの推進。 ⑤若年性認知症の人とご家族の支援として窓口対応の整備。
２）権利擁護の推進及び成年後見制度等の利用促進。	①関係機関と連携し、成年後見制度等の利用を支援していく。 ②高齢者虐待防止や権利擁護の推進、成年後見制度の利用について、関係事業者等に、ケアマネカフェなどの場を利用し、普及・啓発に努めていく。 ③消費生活センターや警察生活安全課と連携を密に取り、介護予防サロン等で振り込め詐欺防止や悪徳商法の注意喚起、高齢運転者の交通安全対策等の出前講座を開催する。	２・４ ２・４ ２・４	包括３職種間、見守り支援事業担当、及び関係機関との連携により、下記のとおり推進できた。 ①成年後見制度については9件利用支援（区長申し立て7件・リーガルサポートと連携２件）地域福祉権利擁護事業３件社協専門相談等に８件繋いでいる。 ②ケアマネカフェにリーガルサポート司法書士３名参加し、成年後見制度についての講話及び意見交換会を実施した。ケアマネジャー１６名参加。制度の普及啓発を推進し、職種間の連携も深められた。 ③鍼灸会館の元気でいきいき教室にて成年後見制度についての出前講座を３回実施し地域住民に対する普及啓発活動を行った。 消費生活センターへの相談支援（１件）	a b b	①引き続き関係機関と連携し成年後見制度等の利用を支援していく。 ②権利擁護の推進について、関係機関への普及啓発に努めていくとともに、昨年は実施しなかった虐待や不適切ケア防止についてのケアマネ等への普及啓発活動を行う。

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
			介護予防サロンにて、消費生活講座を実施し、35名参加。実態調査の際に、振り込め詐欺防止電話の啓発のチラシを民生児童委員と協力し約500部配布。		③特殊詐欺被害等を防げるよう引き続き関係機関と連携を図る。
重点目標４について					
１）職員の育成・相談体制の強化	①地域課題への取り組みや業務遂行におけるチーム制を継続し、全職員が一体的に協力的に取り組んでいく。	4	①重点目標１～３において、チーム制を継続し、全職員が一体的協力的に取り組んだ成果として、１つ１つの事業が効果的に運営できた。	a	１）について ①３０年度もチーム制を継続し、全職員が一体的に協力的に様々な課題に取り組んでいく。
	②２９年度は見守り支援事業担当者を対象としたケース検討や業務の見直しなどを定例化し、スキルアップを図る。	4	②２９年度は見守り支援事業担当者が２名ともに相談員として１年目であったため、月１回アウトリーチミーティングを行い、日々の業務の確認やケース対応を学ぶ場としたことは、必要なことであった。	b	②困難度が高いケース対応のスキルアップや包括専門職の連携強化が重要となっている。３職種での事例検討（月２回）や３職種・見守り支援事業担当の事例検討(月１回）を行っていく。
	③１日３回のミーティングや職員会議で情報共有や仕事の見える化を推進する。	4	③１日３回短時間であっても必要なことをタイムリーに配信したため、情報共有が図れた。重要なことは月２回の職員会議で協議したため、所内の標準化ができた。	b	
	④関係機関とも積極的に連携。個別ケア会議や区相談事業等も活用し、専門的継続的に支援できるようにする。	4	④重点目標３の１）２）に記載。	a	
	⑤内外の研修に積極的に参加できるように、研修の機会を確保する。さらに所内での伝達を徹底し、職員全体のスキルアップに努める。特に相談が急増している認知症対応については幅広く研修の機会を確保する。	4	⑤外部研修４５回（延べ８０名）、OJT２１回、所内ケース検討１２４回実施。認知症や精神疾患、権利擁護の研修については、幅広く研修の機会を確保した。２名が新入職者であったため、包括研修やケアマネ研修、それぞれの専門性や状況に合った研修を受講し重要なことは共有した。	a	③３０年度は、日々のミーティングは朝夕の２回とし、今までの効果の継続を図る。 ④⑤制度改正にかかる重要な情報は所内で共有し対応する。
２）センター展示コーナーの工夫	①テーマ別展示を行い、必要な情報が	4	①②センター内のパンフレットや掲示物を	b	

項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～4）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a~d）	次年度の課題（方向性）
相談しやすい空間づくり	簡単に得られるような、わかりやすい		テーマ別ごとに整理し、来所者が必要		
	配置を検討する。		な情報を探しやすいように工夫している。		
	②明るい和やかな雰囲気づくりの工夫。	4	また、地域の介護事業所マップを作成・		
			掲示し、わかり易い情報提供を心がけている。		

別記様式第1号

平成 30 年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（東部）地域包括支援センター

1．安心して暮らせる地域づくりのために、地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくりを推進する。
2．適時、適切な医療・介護等の提供のために、認知症初期の相談・支援の充実に取り組む。
3．相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメントの資質向上を図る。

重点目標に基づく項目 項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	実施方針（1～5）	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度（a～d）	次年度の課題
重点目標１	１．安心して暮らせる地域づくりのために、地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくりを推進する。				
１）巣鴨・南大塚地区での	１）巣鴨・南大塚地区懇談会の取り組み	2			
地区懇談会を活用した地域課題	①6月頃、地区懇PT「おおつかスマート	3			
への取り組み	プロジェクト」のメンバーとともに、	5			
	認知症の理解や関係者間のつながりを	4			
・28・29年度からの引き続きの	深めるための企画（前回からの要望：				
テーマ「つながりと支え合い	声かけ訓練、MCIと予防の勉強会、				
～認知症になっても住み慣れた	権利擁護の学びと連携、施設見学等）				
地域で自分らしく暮らしていく	から選択いただき、内容を検討する。				
ために～」	②11月頃、テーマに沿った関係者・関係				
	機関が集い、学びや連携を深められる				
	形態での地区懇談会を実施する。適宜				
	認知症サポーター養成講座等の開催。				

２）駒込地区での地区懇談会を	２）駒込地区懇談会の取り組み	２			
活用した地域課題への取り組み	①１年を通し、地区懇PT「こまごめ高齢	３			
	者対策チーム」にて、29年度作成した	４			
・28・29年度からの引き続きの	防災チラシやその配信方法について				
テーマ「高齢期に必要な情報の	自助・互助が推進され、見守りツール				
収集と発信～高齢者自身が準備	としても活用できるように、見直しや				
できる防災チラシと支援者向け	検討を行う。				
マップ～」について、内容を	②地域の防災活動に参加し、他世代の				
拡充し地域との連携を深める。	地域関係者や関係機関とのつながりを				
	深める。				
３）豊島区東部医療介護事業所	３）30年度ととかの活動計画	２			
学習交流会（ととか）の取り組み	ととか運営委員は地域の事業所から	３			
	28名拡充（特にケアマネジャー・ヘル	４			
・東部圏域のネットワークを	パーが参画）され、48名登録へ。	５			
活かした医療と介護の実践的	今年度は、２つの勉強会の運営を				
な学びと連携の推進。	グループ担当制とし負担を分配し、				
	継続可能な態勢作りを目指す。				
・29年度に引き続き、在宅での	5月　運営委員会兼交流会				
安心の暮らしをサポートする	8月 第２弾「地域での安心の暮らしを				
地域情報や資源を、地域住民や	ささえます！」区民参加型で、				
関係機関にわかりやすく提供	昨年同様、西巣鴨中学校の生徒・				
する。	保護者や地域住民向けの案内周知				
	も行い、夏休み期間中に開催。				
	今回は障害の関係機関も加わる。				
	大学生ボランティアに協力依頼。				
	1月　医療介護連携を目的とした専門				
	職向けの学習交流会を開催予定。				

４）「おたより」の取り組み	４）「おたより」の作成・配布	２			
	①巣鴨・南大塚地区の民生児童委員有志	１			
・関係者の連携で、地域の高齢	とサロンサポーターの協力でおたより	５			
者を見守るシステムが継続的に	作成委員会を６・９・１２・3月の				
機能するようにサポートする。	年4回開催し、季刊号として配布。				
	地域の高齢者約250名に民生児童委員				
・必要な生活支援につながる	有志の協力で個別に配布いただく。				
情報配信ツールとしても活用	②関係機関の協力で、商店会や町会掲示				
する。	板、薬局等に掲示いただく。				
	③30年度は駒込地区の民生児童委員から				
	「おたより」についてのご意見も伺い、				
	今後の対応を検討する。				
	④「おたより」に総合事業の案内や活動の				
	場などの地域情報を掲載し、情報が				
	届きにくい高齢者への配信ツールとして				
	有効利用する。				
５）介護予防サロン企画運営に	５）「スマートエイジング倶楽部」や	２			
おける参加者・サポーターの	「おおつかサロン」の企画運営	１			
主体性を活かした取り組み	①全員参加型のサロンの運営				
	②「としまる体操」の導入				
・さまざまな関係機関との連携	③体操の効果を体感し、効果的で安全に				
を強化し、住民が主体となって	行うスキルを高めるため、豊島区リハ				
介護予防・自立支援を推進する	ビリテーション連絡会の協力を得る。				
活動の場（介護予防サロン）	④地区懇談会参加者による周知や活動				
づくりを支援する。	への協力。大学生ボランティアの参加				
	により、世代間交流や参加者の主体性				
	に働きかけるきっかけとする。				
	⑤区民ひろばの「としまる体操自主G」等				

	と連携し、地域の通いの場につなげる。				
	⑥閉じこもりがちやうつ傾向にある方の				
	緩やかなつながりの場として位置づけ				
	ており、声かけやチラシ配布を継続。				
	⑦地域につながるファーストステップと				
	して男性限定サロン活用を継続する。				
６）多様な主体による見守り	①平成29年度の実態調査より抽出した	２			
体制の構築に向け、関係者の	アウトリーチ対象者の実態把握の際、	５			
顔の見える関係づくりの推進	地域の関係者・関係機関からの個々の				
	情報を収集しつつ、見守り体制の構築				
	も視野に置く。個々の集積から見守りに				
	関わる関係者の顔の見える関係を推進。				
	②熱中症による孤立死を防止するため、				
	マンション管理人、新聞業者、戸配				
	業者などへの事前の呼びかけを行い、				
	連携を強化する。				
	③孤立傾向にある対象者への継続的な				
	アプローチとして、「おたより」「トモ				
	ニー通信」「介護予防サロン」「区民				
	ひろばの行事」等の効果的な活用。				
	④包括・区民ひろば・CSW等との連携				
	を強化し、認知症初期の対応など、				
	支援の必要な方々が適切なサポートを				
	受けられるように初動を的確に行う。				
	「気になる人リスト」の作成と共有化。				
	⑤地域の活動の場に積極的に出かけ、				
	地域のニーズを収集し、包括や見守り				

	活動の周知を行う。地域でのつながり				
	と支え合いの意義を、出前講座等の				
	機会を捉えて行う。				
7）安心生活のために権利擁護	①高齢者虐待や不適切ケア防止、権利	2			
の推進および成年後見制度等の	擁護の推進について、ケアマネカフェ	4			
利用促進	などの場を利用し、普及・啓発に努め	5			
	ていく。				
	②関係機関と連携し、成年後見制度等の				
	利用を引き続き支援していく。				
	③消費生活センターや警察生活安全課と				
	連携を密にとり、介護予防サロン等で				
	振り込め詐欺防止や悪徳商法の注意				
	喚起等の出前講座の開催をする。				
8）地域住民に対し、介護予防・	①基本チェックリストを活用した状態	1			
自立支援の意識を高めるために、	把握やセルフプラン作成のツールと	5			
基本チェックリストの活用促進や	しても活用するなど、介護予防・生活				
総合事業、認知症ケアパスの	支援サービス事業の利用以外でも活用				
周知に取り組む。	を推進し、地域住民にも周知する。				
	②具体的には、介護予防サロンや区民				
	ひろば・都住等での出前講座で実施。				
	③認知症のそなえや予防の視点からも、				
	ケアパスを併用し①②を推進する。				
重点目標２	２．適時、適切な医療・介護等の提供のために、認知症初期の相談・支援の充実に取り組む。				
1）認知症初期集中支援チーム	①認知症の人の思いに寄り添い、介護者	4			
の円滑な運営に協力し、認知症	に早期の時点から丁寧な関わりができる	5			
初期の相談・支援の充実に向け	認知症初期集中支援。この事業が効果的				
協働していく。	に実施できるように、年4件の対象者の				
	選定を適切に行い、チームの円滑な				

	運営に協力する。				
	②周知活動：30年1月ととか勉強会にて				
	圏域内の医療介護事業所対象に研修を				
	行った。相談者や地域住民に対しては、				
	今年度、新しい認知症ケアパス等を				
	活用し周知していく。				
	③必要な支援につなげられるように、				
	介護サービスだけではなく、近隣住民等				
	人的な資源も含めた地域資源の把握に				
	努める。（地域資源マップの検討。）				
	④認知症の疑いから困難ケースまで				
	効果的で適切な相談対応ができるよう				
	包括5職種の連携、専門的相談事業等				
	の活用、関係機関との連携、必要により				
	地域ケア個別会議を開催し、チーム				
	アプローチを強化する。				
2）認知症の人や介護者の	①認知症介護者の会「たんぽぽの会」や	4			
支援	認知症カフェ（4か所）の参加を継続	5			
	し、地域の社会資源として有効に活用				
	されるように、周知や支援も継続して				
	いく。				
	②個別性に合わせて、①の会以外でも				
	本人の活躍の場を検討できるように、				
	地域のさまざまな情報・資源を、				
	CSWや民生児童委員、町会役員、				
	高齢者クラブ等の関係者から収集し、				
	「〇〇さんのための地域資源マップ」				
	（ネットワーク）を作れるような取り				

	組みを検討していく。				
	（３１年度末まで）				
	③若年性認知症の人とその家族の支援に				
	向けて、窓口体制の整備を行う。				
	（３０年度末まで）				
重点目標３	３．相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメントの資質向上を図る。				
１）ケアマネジメントの資質	①東部介護支援専門員連絡会運営委員会	３			
向上および主任介護支援専門員	にオブザーバーとして参加し、ケアマネ	４			
の育成支援	の地域活動のバックアップを行う。				
	②中堅層のケアマネの資質向上・主任				
	ケアマネ育成の機会として、ケアマネ				
	地区懇談会（年4回）の企画運営を				
	行う。主任ケアマネを目指している				
	方には、推薦要件の情報提供や地区				
	懇談会やととかの運営に参画を促す。				
	③経験の少ないケアマネへの支援として				
	情報交換、相互学習の場であるケア				
	マネカフェを有効活用しケアマネ間の				
	ネットワークをより強化していく。				
	④困難ケース対応については、ケアマネの				
	状況に合わせて、専門相談等や地域ケア				
	個別会議を有効活用し、多角的な視点で				
	課題解決に向け検討し、スキルアップ				
	を図る。				
２）介護予防・自立支援に基づく	①リハ職種の参加を調整するなど、包括	１			
利用者の意欲や地域のサポートを	主催の自立支援地域ケア会議の態勢を	３			
引きだすケアマネジメントに	整え、本人の望む生活・自立支援を				
向けた取り組み	目指したケアプランに向けての見直し				

	の機会とする。また、事例から地域				
	課題の抽出を行い集積する。				
	区主催の会議体は、会議の平準化と				
	ケアマネジメント向上、地域課題から				
	区全体の課題抽出の機会と捉える。				
	包括主催・区主催双方とも、基幹型				
	センターGと協働し、検討していく。				
	②本人・家族が介護予防や自立支援へ				
	向けた意識に転換していく過程を、				
	ケアマネがいかに支援できるかが重要				
	であり、①の会議体でケアマネ自身の				
	意識転換とスキルアップが課題となる				
	ため、まず所内での共有化を重視する。				
	③生活支援関連の地域情報や資源等を				
	有効に活用できるケアプランを標準				
	的に作成できるように、情報の集約に				
	努め、委託ケアマネにも情報提供する。				
	④対象者・家族の総合事業に対する理解を				
	深められるよう介護予防・自立支援を				
	踏まえた丁寧な説明を継続する。				
	委託ケアマネやサービス提供事業所等				
	関係機関には個々の状況を踏まえた				
	具体的な支援態勢を継続する。				
３）センター職員の育成と	①地域課題への取り組みや業務遂行に	４			
相談体制の強化	おけるチーム制を継続し、全職員が				
	一体的に協力的に取り組んでいく。				
	②総合事業の円滑な運営体制の継続。				
	・1日2回のショートカンファレンスに				

	変更。窓口業務の見直し。				
	・総合事業の所内学習会の継続。				
	・ケース対応や関連情報を共有し、各自が				
	標準的に対応できるようにする。				
	・制度上の対応困難な事例が生じた際は				
	基幹型センターGに相談し、適切な				
	判断・対応が行えるようにする。				
	・契約についてマニュアル化する。				
	③困難度が高いケースの増加への対応と				
	して、3職種の連携を強化する。月2回				
	所内事例検討を行い課題解決に向けた				
	チームアプローチを行う。関係機関				
	とも積極的に連携し、都・区の専門的				
	な相談事業も引き続き活用する。				
	④見守り支援事業担当のスキルアップの				
	ため、3職種とアウトリーチ合同の事例				
	検討を月1回実施。支援方針の明確化、				
	役割分担等を行い連携を強化する。				
	⑤所内外の研修の機会を確保し、職員の				
	スキルアップに努める。今回の制度				
	改正の重要な情報等は所内で共有し、				
	各種変更等についても迅速に対応する。				
４）災害に備えて、圏域内の	・災害に備えて、月更新の左記リストを				
災害要援護高齢者リストの作成	作成する。法人主催のBCP訓練時にも				
（要支援担当者・サービス未利用の	活用し内容を精査するが、リストは				
要援護独居高齢者中心）	通常業務から抽出できるものとする。				

５）健康的な働き方に向けた	①業務内容をスリム化し、残業を減らす。				
業務のスリム化	②残業の主な原因である、記録や地区				
	懇談会・各種運営委員会準備、対応				
	ケースの増加など、効率化適正化に				
	向けて、職員会議で更なる検討を行う。				
	③年3回の職員個人面談は継続し、仕事への				
	取り組みや職場環境、健康管理など				
	状況を確認。意見を生かし、活き活きと				
	働くことのできる職場を目指して職員				
	全員で改善していく。				

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計

85 ／100点

センター名：　中央地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計　15 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	区の相談窓口として中立・公正である必要性について理解できている。	3
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	利用者の意向やニーズに合わせて事業者選定の情報を提供するよう心掛け、特定の事業所に偏らないように配慮しているが、職員によってはやや偏りがちであった。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	業務分担表を作成しているが、センター長が網羅的に把握する点は十分ではなかった。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	センターの目的は共通認識できているが、基本的視点については職員によって差が生じることがあり、対応にばらつきがみられた。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	個別ケースの検討や複数職員でのチームアプローチを行う時間を取ることが難しく、担当職員が中心で動くことが多かった。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	月1回の職員会議と毎日の朝礼で情報共有を図った。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	研修の案内を所内に周知して積極的な参加を促し、研修に参加をした職員からの伝達研修を実施した。	4
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	勤務の調整をして、区主催研修に交代で参加をした。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	期日内の提出ができるように心掛けた。	4
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	職員の変更があった場合、速やかに書類の提出を行った。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	個人情報を含む書類は鍵のかかるキャビネットに収納することを徹底している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情相談に対する書式の整備が十分ではなかったが、区への報告はしている。	4
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	携帯電話に転送をしてセンター長が対応している。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いについての共通認識や活用について、職員間で共有を図っているが十分でではない。	

2. 総合相談業務

合計　17　／　20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	関係機関への周知はできているが、住民に対する周知はやや不足している。	5
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	地区懇談会や区民ミーティング等により把握している。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	出前カフェあったかやステッカー委員会、多職種連携の会などを通じて関係機関・地域住民に対して働きかけており、顔の見える関係作りができ、連携が取れ始めた。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	初期の相談における課題の把握や提案助言に留意をしているが。職員による対応の差があり課題が残る。	4
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	相談があった際には速やかに対応を行なっている。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	記録の作成が遅れがちであるが、朝礼時に報告をすることで、職員全体への周知と対応についての共有を図っている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	地域のサロン活動に参加をしたり民生委員を含む関係機関や住民からの個別相談において、地域の高齢者の情報収集を行っている。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	個別相談等の内容から抽出した地域の課題を地区懇談会のテーマに設定し、地域で取り組める課題解決のための取り組み等について話し合いを実施している。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	ネットワークを活用して見守りを行うことで、早期の発見と対応につながっている。	4
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	地域の社会資源の把握と情報の蓄積は行っているが、情報活用のための整理までは十分に行えていない。	

3. 権利擁護業務

合計　13　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	ケアマネ・サービス提供事業所・医療機関・民生委員等と連携をして、気になることがあれば連絡をもらう体制ができている。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	相談を把握した際は速やかな対応を行っているが、職員によって受け止め方に差があるため、所内の理解を深める必要がある。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	本人対するアセスメントと関係者からの情報をもとに状況を把握し、成年後見制度の利用の必要性について検討をしている。	5
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	親族がいる場合は、制度の説明や関係機関の情報提供を行っている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	申立者がいない場合や、必要があるのに親族の支援が受けられない場合などは、速やかに区に報告をして、必要に応じて区長申し立てにつなげている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害が疑われる事案を把握した場合、必要に応じて関係機関に連絡をとるようにしており、所内でも情報を共有している。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　15　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	ケアマネ地区懇談会において、関係機関に講師の依頼をするなど、連携の取れる関係構築を図っている。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	地区懇談会や他職種連携の会を通じて、地域や医療・介護事業者等が連携をして地域の課題に対応する仕組みづくりに取り組んでいる。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	ケアマネからの相談内容をリスト化して、三職種の打合せにおいて情報共有を行い、継続的な支援体制をとっている。	5
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	ケアマネの経験や能力に応じて、気づきを促す働きかけを行い、問題解決能力を高めるように支援している。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネ地区懇談会において情報交換を行い、課題やニーズの把握と解決のための検討を行っている。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	主任ケアマネを中心に、8包括合同で研修会の企画及び開催を実施。単独では、圏域内の主任ケアマネを中心に研修を計画的に開催した。	5
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	研修ではグループワークの時間を設け、ケアマネ同士の連携強化を図った。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　12　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	出前カフェあったか（認知症カフェ）を毎月開催し、地域住民に対して認知症の理解を深める働きかけを行った。	4
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	認知症が疑われる相談を受けた際には、本人状況の確認をして、必要に応じて継続的な支援を行っている。件数が多く、対応が後手に回ることもあった。	4
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	本人及び家族の状況確認を行い、地域や関係機関と連携を取りながら継続的な支援を行っている。件数が多く、対応が後手に回ることもあった。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	個別の相談に対応したり、地区懇談会で検討する等の取り組みは行っているが、地域への啓発等、新たな取り組みまでは行えなかった。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　9　／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	本人や家族、地域の取り組みなども含めて、目標達成のための効果的な取り組みを位置付けるようにしている。	5
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	所内での情報共有のための勉強会等を行い、共通認識をもって行っている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	委託にあたっては研修の受講確認を行い、必要に応じて伝達研修等も実施することで、必要な知識を有する事業所に委託している。	4
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	事業所の選定にあたっては、特定の事業所に偏ることなく、利用者の選択ができるように情報提供することを心掛けている。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	ケアプラン作成にあたっては支援内容の妥当性の確認をしている。必要に応じて自立支援の視点を助言し、プランの見直しの提案も行っているが、指導的な方針決定まではしておらず、改善の必要が見込まれるケースも残る。	

8. 地域ケア会議

合計　4　／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	会議の開催通知を送る際に周知を図り、参加を依頼している。	4
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人情報の守秘義務について説明をし、同意の上で参加を依頼しているが、参加者が専門職の場合には署名を取るなどは行っていない。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	個別会議においては検討した内容のまとめや役割分担を確認しており、地域課題検討の場では検討内容のまとめを後日お便りにまとめて配布している。	

平成２９年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（２７年度～２９年度）介護保険事業計画における		達成度
	１	介護予防の推進	a　目標を上回る
	２	認知症施策の推進	b　目標どおり
	３	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	４	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（中央）地域包括支援センター

ひとり暮らし高齢者の孤立の問題や、認知症の疑いがあり早期診断・早期対応が必要なケース等へ、地域の様々な関係者と連携し地域全体で支えるネットワークの構築を目指す。
介護予防や認知症に関する啓発活動を地域住民に対しておこない、地域ケア会議等で明らかになった地域課題を具体的な解決へ向けた取り組みとして開始していく。
また介護予防に対する取り組みを強化し、自立支援を意識したケアマネジメントをおこなう。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
自立支援を意識したケアマネジメントを実施する。	介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントを作成するにあたり自立支援を意識したプランを作成し質の向上を図る。また自立を促進するために初回アセスメントを強化する。 ・元気はつらつ報告会への参加（年１２回） ・元気はつらつ訪問の実施（随時） ・包括主催の自立支援地域ケア会議の開催（随時）	1	元気はつらつ報告会の参加はローテーションを組み、全ての回に計画的に参加をした。特に、プランナーは事例の提出や複数回の参加をしたことで、自立支援のためのアセスメントの重要性について理解が深まった。 元気はつらつ訪問と包括主催の自立支援地域ケア会議を1回実施。	a	プラン作成件数も増加傾向にあり、一般相談も増えている中で、介護予防ケアマネジメント等にかける時間を十分にとることが難しく、全体への反映には課題が残る。
自立支援ケアマネジメントを強化する。	アセスメントの結果、必要性があれば事業対象者を選定する為の豊島区基本チェックリストを実施し、職員間で情報を共有。また、認定区分の改善やサービスの卒業を実現した事例を蓄積し、年度ごとに分析を実施する。	1	インテーク時のアセスメントで介護予防の取り組みの必要性を把握した際にも、要支援認定により継続的な支援が有効と思われるケースが多く、基本チェックリストを実施する機会は少なかった。そのため、事例の蓄積や職員間での共有、分析までは至らなかった。	c	基本チェックリストにより事業対象者と判定すべき利用者のイメージと支援の状況のマッチが難しく、区が想定している事業対象者と職員のイメージのすり合わせが課題。

地域ケア会議（地区懇談会）を開催する。	・認知症や孤立の予防等をテーマに、地域で活動する住民や関係機関が参加する地域ケア会議開催。（年2回） ・個別ケースから出る個別課題を地域ケア会議（個別）等で検討、抽出し、地域課題として積み重ねていく。発見された地域課題については、地域課題の整理や具体的な解決に向けて、地区懇談会準備会の開催を予定。 （年2回） ・昨年度、地区懇談会から派生した、「お年寄り１１０番ステッカー普及委員会」とより緊密に連携を取り、懸案となっている地域課題を丁寧に検討し、地域の取り組みを模索していく。その内容を、地区懇談会に還元して、新たな問題提起と課題の抽出に繋げていく。 （2か月に1回）	１ ２ ３	「認知症の方が地域で安心して暮らせるために」を共通のテーマに地区懇談会を継続して2回開催。地域住民や関係機関が顔の見える関係を作り、地域で取り組めることを検討することができた。 また、昨年から開始した、「おとしより110番ステッカー委員会」を隔月で開催し、地域の課題抽出や新たな相談窓口（ステッカー登録者）の拡大につながった。 企画運営については、地域のケアマネを中心としたコアメンバーとともに検討を行い、地域の関係機関とともに地域ケア会議の開催に取り組んでいる。	a	地区懇談会の開催規模を小学校区（3地域）に分けるなど、検討の規模を小さくすることで、より具体的な取り組みにつなげることが課題として残る。 「おとしより110番ステッカー委員会」を地域の活動として自立できるような働きかけが今後の課題。
地域ケア会議（個別）を開催する。	個別課題解決のための地域ケア会議を随時開催する。同時に、地域課題の抽出を行い、課題解決のための取り組みにつなげる。 発見のポイント、適切な医療やケアにつなぐための働きかけ等について意見交換することで、関係機関が連携して早期発見・対応が実現できるようにする。	１ ２ ３	個別ケースで必要時に開催。（年42回開催） 個別課題の解決にはつながっても、地域課題の抽出や検討、他のケースへの応用までは至らなかった。	b	日々の相談業務の時間が増大しており、計画的な会議の開催や課題の蓄積・検討をする時間が十分に取れないのが課題。
地域の高齢者の引きこもりや孤立予防のための啓発活動をおこなう。	地域住民、区民ひろばや町会、CSW、関係機関と協力し、引きこもりや孤立している高齢者を見守るネットワークの構築をめざし、引きこもっている高齢者等が参加しやすいサロンの立ち上げ支援をおこなう。 ・サロン立ち上げのための会議（3回）	１ ２ ３	民生委員や町会、区民ひろば等で開催している地域のサロン活動に参加をして、ネットワーク構築や早期の相談につなげる取り組みを行った。 サロン立ち上げの支援ができることをアウトリーチ訪問や地域の活動に参加した際に広く周知をおこない、支援の相談が１件あったが,具体的な立ち上げにはいたらなかった。	c	サロン立ち上げの支援は相談があった際に対応とし、現状の活動の継続やネットワークを活用した啓発活動の展開が今後の課題。

「出前カフェへあったか」の展開。（認知症カフェ）	認知症当事者の方やそのご家族が、「ご自分の役割を実感できる場」として提供できるような展開を試みる。また、参加者以外にも地域住民や関係機関などの多様な担い手に向けて「若年性認知症や精神疾患のある方など、高齢者施策や介護サービスに馴染まない方の社会資源」を考えるきっかけ作りを呼び掛ける。（月１回開催）	2	月1回の定期開催により、当時者の継続的な参加につながった。また、認知症当事者だけではなく、その家族や精神疾患の疑われる方などの参加も促し、個別支援の中で役割の創出につながった。同時に、高齢者に限らず、多世代の方が参加でき、それぞれが居場所として実感できる場として定着した。	b	ミニ講座に参加する方が多く、その時間帯は自由に出入りする雰囲気がやや得られなかったため、今後の講座開催については課題が残る。
予防サロンの充実を図る。	閉じこもりや機能低下を防ぐために、毎月１回の介護予防サロンを開催する。 同時に、サロンサポーターが中心になって企画運営ができるように支援することで、元気高齢者の活躍の場づくりも行う。	1	毎月1回開催し、参加者の心身機能の低下予防に取り組んだ。 サロンサポーターを中心に活動の企画運営ができるように働きかけ、自発的な取り組みができてきた。	b	包括主体ではない高齢者の活躍の場や閉じこもり防止の通いの場づくりの支援が今後の課題。
ケアマネジャーや介護事業所向けの懇談会や勉強会を開催する。	地域のケアマネジメント力向上と、地域課題の抽出を目的とした「ケアマネジャー地区懇談会」を年６回開催します。昨年に引き続き、2名の世話人に企画・運営の協力を要請、ケアマネジャーの主体性を尊重しつつ、主任ケアマネの推薦を受ける為に必要な環境を提供する。	2 3	年度当初に地域のケアマネと開催回数や内容を計画し、5回開催。 同時に、主任ケアマネ取得のための活躍の場として積極的に取り組んでもらう支援を行った。 ケアマネ自身が感じている課題をケアマネ同士で話し合うことで解決に向かう取り組みになってきた。	b	地域のケアマネが参画する会議体も増えており、地域包括ケアシステムの構築のための連携と、過度な負担にならず実践できるような体制づくりが課題。
地域で安心して在宅医療を受けられるようにするため医療・看護・介護の専門職の連携づくりをおこなう。	・医療、看護、介護の連携による「顔の見える連携づくり」の構築を促進する （中央圏域多職種連携の会、2回開催） ・多職種連携の会で検討するテーマ設定、関係者の協議の場としてコアメンバー会議を開催（年4回程度）	2 3	多職種連携の会に2回参加。事務局として協力し、コアメンバー会議にも出席。 地域の医療・介護等関係者の連携の場として機能し始めている。	b	地域の介護事業者や医療関係者による連携が図れるようになっており、当センターのかかわり方についての整理が今後の課題。

認知症介護者の会を支援する。	今年度は、認知症サポーターと連携し情報交換会や勉強会の企画を検討する。地域ケア会議（地区懇談会）、認知症カフェ、介護予防サロン等で広く普及啓発に努める。	2	毎月1回、介護者の会に参加をして、必要に応じて個別相談に対応。 地区懇談会や認知症カフェ等で情報提供は行ったが、積極的な普及啓発までは至らなかった。	b	認知症サポーターが主体的に企画運営できるような働きかけについて、もう少し具体的な取り組みをどのように行っていくかが課題。
在宅高齢者の生活実態の把握及び見守りの強化を図る	高齢者実態調査・熱中症対策事業からの情報をもとにアウトリーチによる安否確認・社会資源等の情報提供をおこない、地域のネットワークを駆使し孤立しないように地域社会の参加につなげていく。	1 2 3	高齢者実態調査の結果をもとに、アウトリーチ対象者の抽出を行った。対象者については、見守り支援事業担当職員が個別に訪問をして、相談窓口の周知や孤立等のリスクに対応する社会資源として、地域のサロンや区民ひろば、見守り声掛け事業等の活用を提案した。	b	アウトリーチ対象者に対する継続的な支援をどのように実施するか、計画的な取り組みの検討が課題。また、早急な対応が必要なケースのスクリーニングとセンター内の情報共有が十分に行えなかったため、今後の体制の検討が課題。

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る b　目標どおり c　目標をやや下回る d　目標を大きく下回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	

地域包括支援センターの重点目標　名称（中央）地域包括支援センター

誰もが安心して暮らせる地域づくりのため、地域住民や関係機関と連携をして、地域の課題を整理し、地域でできることの実現のための取り組みを支援する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
認知症を早期に発見し、悪化を予防	認知症が疑われる相談に対し、初期集中支援チームやもの忘れ相談事業等を活用し、早めに医療につなげ、悪化を予防する。（年3件ずつ実施） 同時に、地域ケア会議の活用により、その人らしく暮らせるような地域の支え合いの体制づくりを働きかける。	2・3・5			
地域ケア会議の実施による情報の蓄積・分析	圏域内を３つの地域（東池袋・上池袋・北大塚）に分け、地域の特徴や課題に合わせた地域ケア会議を、各地域で1回ずつ開催する。（合計年3回開催） 総合相談や地域ケア会議で把握された特性や社会資源の情報を集積し、同時に地域課題の分析と課題解決のための取り組みの支援を行う。	2・3・5			

介護予防ケアマネジメントの充実	早期の介入で改善が見込める高齢者に対して、基本チェックリストの実施や介護予防ケアマネジメントの提案を適切に行う。 職員の共通認識のために、職員会議での情報共有や、研修会の参加・所内への伝達、勉強会の開催等を行う。（勉強会を年２回開催） 地域住民や関係機関に対し、介護予防・日常生活支援総合事業の周知を、出張相談や地区懇談会（地域ケア会議）を活用して行う。	１・３・４			
初回相談でのアセスメント強化	初回の相談で、利用者本人と環境における強みや課題の分析を行い、自立に向かう取り組みの提案ができるように、所内でのOJTや勉強会を計画的に実施する。（勉強会を毎月２回同じ内容で開催）	１・２・５			
自立に資するケアマネジメントの実践を支援	地域の主任ケアマネを中心に、自立支援やケアマネジメントの質の向上のための研修会を企画・開催する。 同時に、ケアマネ同士が課題解決のための相談・支援する体制を地域につくるための働きかけをケアマネ地区懇談会を活用して行う。（ケアマネ向けの勉強会を年６回開催）	３・４			
権利の侵害が疑われるケースを早期に発見し、解決を図る	地域住民や関係機関、ケアマネ等に対して、権利侵害に関する啓発と、相談窓口の周知により、早期の発見と相談につながるように働きかける。相談があった際は、所内で情報を共有し、関係機関と連携を取りチームで問題解決にあたることで早期の解決を図る。 地域ケア会議や出張相談、地域の集まり等で、パンフレット等を活用して周知活動を行う。	２・３・４・５			

介護予防の啓発	元気なうちからセルフマネジメントに取り組む重要性や高齢者の活躍の場についての周知を、地域のサロンや自主活動の場、熱中症予防訪問や地区懇談会（地域ケア会議）等において、住民や関係機関に対して行う。また、出張相談（出前カフェあったか）においてミニ講座を１回開催し、基本チェックリストの実施や介護予防手帳の活用を提案する。	１・２・３			

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計

81／100

センター名：　ふくろうの杜地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計　17／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	中立、公正に努めている	5
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	常に利用者の利益を第一に考えるとともに、ある一定の事業者に偏ることがないよう配慮している	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	週1回のミーティングを活用し、職務分担を理解し業務を行っている	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	事業計画作成や、地域ケア会議立案・開催時、日々の業務でも必要時、目的と基本的視点を確認し、職員間で共通認識を持って業務を行うようにしている	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	支援困難ケースや動きのあるケースは毎日ショートミーティングを行ったり伝達ノートを活用し、情報を共有し職員の意見が支援に反映できるようにしている	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	週1回毎週金曜日にミーティングを行う。また、適宜ショートミーティングを開催している	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修に参加する等資質向上に努めている	4
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	例年通り、区や都、国等の主催する研修には参加するようにしている	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	ほとんどの提出物に関して期日内提出が行えた	4
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	変更時は速やかに提出するようこころがけている	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	専用ロッカー、ファイルなどを活用し保管・管理できている	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	区の担当部署に報告、相談し、是正に努めている	4
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	連絡体制、連絡網ともに整備している	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	確実な施錠、データの持ち出し禁止、パソコン上のウイルス対策ソフトの徹底等行っている	

2. 総合相談業務

合計　16 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	職員それぞれの日々の広報活動に加え、町会へは涼み処開設時や地区懇談会の出席依頼時などに広報を行った。圏域内3か所の区民ひろばまつりに参加し住民へ広報を行った。包括内のふらっと文庫のスペースを活用しての広報も行っている。	4
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	区民ミーティングや区民ひろばまつりへの参加、関係機関との連携や地区懇談会の開催を通して、地域特性や住民のニーズの把握に努めている。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	地区懇談会や、サロン、他職種連携の会等様々な機会を使って働きかけを行っている。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	初期対応をした職員がなるべく関わりを継続できるようにしている。関わりだしたケースに関しては、ミーティングで速やかに共有し専門職がアドバイスを行っている。	4
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	速やかな対応と報告に努めている。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	相談記録とともに、ミーティングでの共有により担当者が不在でも対応できるように努めている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	見守り支援事業担当者が月に1回区民ひろばに訪問したり、民生委員やサロンのサポーター、参加者等地域住民から情報収集を行っている。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	総合相談に加え、事例検討を毎月行い地域課題の抽出に努めた。予防策の検討には至っていない。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	地域に長い職員が多いため、その課題に関して、誰にアプローチするのがいいのか？を考え、ネットワークの活用に努めている。	4
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	包括としては、把握が進んできたが、いかにそれを関係者に伝達するかが課題と考えている。	

3. 権利擁護業務

合計　12／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	介護支援専門員や民生委員等の関係者機関から相談・通報がなされる体制はできている。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	通報・相談を受けた場合は速やかに事実確認を行い関係機関と連携している	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	包括での判断が難しい場合はサポートとしまなどへ相談し権利擁護に努めている。	4
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の説明や関係機関の紹介を行って、申立につなげている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	適宜区へ報告・相談し、必要時区長申立につなげている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費生活センターからの紹介ケースに対応し、また、警察とも情報交換や相談などで連携を行っている。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　11 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	ケアマネ地区懇談会、個別ケア会議を通し継続的に支援している。	4
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	平成29年度も多職種連携の会を開催するなど構築に取り組んでいる。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	継続的な関わりや同行訪問を行い、必要時、区の相談事業につなげた。	3
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	日々の相談時に解決への支援を行い、できるだけ様々な制度や資源も紹介するようにしている。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	相談時に把握した課題やニーズはできるだけ、伝達するようにしているが、全体で共有するような会議やシステムをつくれていない	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	ケアマネ地区懇談会を年に2回開催した	4
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	横のつながりを深め、悩みや課題を共有できる場づくりを行っている。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　13 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	地区懇談会のテーマを「認知症」に設定し、住民や関係者に向けて、理解や啓発活動を行った。地域の認知症カフェや家族会も住民や関係者に広報している。	5
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	必要時自宅訪問、専門医への受診勧奨、介護保険の申請等を行い、その後も状況確認行っている。	4
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	相談後速やかに状況を確認し、必要時は適切な援助結びつけるよう支援を行っている。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	家族や関係機関と連携し、取り組みを行った。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　8 ／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	地域のサービスや活動をプランに反映させるように努めている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	一体的に行っている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	確認している。	4
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	事業所選定時は利用者利益を考慮すると共に、公平・中立を心がけている。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	委託先のプラン・評価は確認し次回の委託につなげている。	

8. 地域ケア会議

合計　4 ／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	会議の最初に参加者と確認している	4
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	今年度は地区懇談会では個人が特定されるケースはだしていない。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地域ケア会議の中でまとめはある程度行っているが、役割分担まで決めるところまでの話し合いには至っていない。	

平成29年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（ふくろうの杜）地域包括支援センター

1．地域住民が継続して介護予防に取り組める地域づくりを行う。
2．認知症に対する理解を深め、安心して住める街づくりを行う
3．多職種が連携しやすい環境を作る。
4．個別の事例の検討を重ね、相談支援体制の強化につなげる。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
1．（1）総合事業の円滑な活用	・地域住民へ、総合事業関連の正しい情報の提供を行う ・包括ミーティング等活用し、包括職員の理解の統一をはかり、適切なアセスメントを行う ・区の主催する、自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）を通して自立支援のポイントに沿った、検討やケアプランの実施を行う	1	・包括ミーティング（1/W）や日々のショートミーティングを活用し、包括内部での理解の統一をはかり、関係者や地域住民へ説明行えた。大きな混乱なく経過できた。 （問題点） ・包括内部で理解した内容でも、特に訪問型Bの利用方法の理解が難しかった ・H30～始まる区独自の訪問型サービスは包括が思っている以上に、事業者が正しく理解されていなかったことで混乱した ・元気はつらつ報告会へ出席し、自立支援につながるプランの作成への意識は高まった	c	区独自の訪問型サービスに関して、包括は訪問介護の基準等の理解が弱かったが、左記により、未だ積極的な受け入れには各事業者消極的。理解度が高い業者のみが受け入れしている状況のため、ケアマネ地区懇使い、区の担当部署へ協力依頼し勉強会を行う。
（2）地域のサロンの継続発展への援助	・包括主催の「おとこのサロン」については、今年度も月1回定期的に開催し、運動、講座やレクリエーションを行い、参加者が積極的に		・福祉専門学校のパズルサークルＯＢとの2か月に1回のコラボはうまくいっている。しかし、参加者の総数の伸びは今一つだった。	b	どうしても場所の狭さがネックで、参加者を増やす活動が今一つだった。視点をかえて場所を増やすことを検討必要

	介護予防活動を実践できる		・運営は徐々にサポーター主体へ移行中。		（高田介護予防センター活用
	(昨年度福祉系専門学校が、2か月		参加者推薦の、地域で活動中の紙芝居＆尺八の		等）
	に1回パズルを行った。好評だった		方のプログラムも開催		依頼していた体操の講師の
	ため、今年も専門学校卒業生と				引っ越しに伴い4月～おとこの
	企画を検討し、継続予定)				サロンでとしまる体操を活用
	・広報や誘いだしを積極的に行い				開始。包括だけでプログラムを
	高田の介護予防センターも活用する				考えるのでなく、参加者と
	・地域の各種サロンの情報収集				プログラムを考えていく会に
	を行い、参加者やサポーター確保等				していきたい
	協力していく				
	・昨年度介護予防リーダー養成講座				
	卒業生やその他のサロン活動希望者				
	に協力していく				
（３）地域資源の把握	・地域内の介護予防に関連した、ジム		・介護予防Gより話をいただき、地域のマンショ	b	地域内では高齢者が多い古い
	体操教室、サークル、区民ひろば活動		ン住人のマンション内のスペースを活用した		マンションも多い。他の
	等の情報収集に努め、住民へその		サロン立ち上げ（としまる体操）に協力できた		マンションにも情報提供して
	情報を提供する				この動きを広めたい
２．（１）地域へ認知症	・H28年度から地区懇談会のテーマ	２	・認知症への理解を深めるために、目白地区限定	b	次年度は実際に認知症の
の理解をさらに深める	を「認知症」にセットし開催		で地区懇談会を開催。		人をどうつなげていくか？を
	今年度は地域住民の認知症への		1回目は意見集約を行い、2回目はそれをもとに		同じ地域で行い、同様の流れ
	理解をさらに深めることを目的に		声掛け訓練を開催した。地区を狭めることで		を他地域でも行っていきたい
	開催する（2回以上）		一般的な課題としてでなく、自分のこととして		
	・認知症マップ作りを通して、		何をしていくか？が考えやすい		
	地域をさらに把握し、認知症高齢者		・相談マップを作成し、地区懇で配布した		
	の見守り活動につなげる				
	・地域住民へ認知症に対する理解		・包括内4名のキャラバンメイトで3回（うち2回		・キャラバンメイトとして
	を深めるために、キャラバンメイト		は2人1組で開催）行った		講師をする度にテキストを読み

	4名で区民ひろばなどを会場に		（男のサロン、福祉専門学校の学園祭の行事、		込み、知識を再確認する機会
	認知症サポーター養成講座を開催する		消費生活センター関係者の集まり）		になっている。キャラバン
	可能であれば、地域住民のキャラ		福祉専門学校では、学生が「家族の気持ち」の		メイトでは講師をしながら、
	バンメイトにも講師を依頼予定		一人芝居を行ったり、場面設定した寸劇を行っ		生の声などを学べるため、次
	（年3回以上）		たりしたが受講者の共感を呼ぶ良い催しだった。		年度も継続していきたい
			消費生活センターは、講座後の質問が非常に切実		
			で具体的で、こちらも勉強になったため、地区懇		
			に活かすことができた。		
（２）認知症初期集中支援	・モデル地区として、認知症高齢者		・認知症モデル地区として3件依頼した。	b	次年度は本格実施となるため
チームモデル事業	にチームで関わる（3件／年）		３件共、包括で数年関わりながらこれといった		適宜ケース依頼しながら
			打開策が打てず困っていたケースだったが、		家族への支援も課題として
			それぞれに動きがあり、医療やサービスにつなが		検討していく
			ったり支援者間のネットワークが密になったり		
			できた。モデルに参加してわかったのは、ご本人		
			の対応で行き詰ると、家族への支援も滞って		
			しまうということだった。		
（３）認知症家族会の活用	・包括職員の家族会参加の継続		・今年度も包括職員がほぼ毎回参加できた。	b	すべての人に家族会が対応
	・家族会の広報は具体的に行い、		話せる場として来てる人にとっていい場、横の		できればいいが、ここ数年その
	ケアマネジャーなどに、よりイメージ		つながりもある会として定着している		難しさも感じている
	を持って家族を誘ってもらう				１．男性介護者
					２．「家族会」の響きが重い
					のか参加につながらない方
					３．1度は参加するが続かない
					方・・・対応を区と話し合って
					いきたい
（４）各種事業、相談会	・もの忘れ相談、こころの相談		もの忘れ相談・・定期型１件、随時型１件	b	次年度も活用する
認知症ケアパスの効果的活用	アウトリーチ事業を適時活用、		こころの相談・・１件、専門相談・・１件		
	地域のもの忘れ相談医の情報提供		援助スタッフ相談・・１件等平成29年度も		
	を家族、本人へ行い早期診断、対応		各種相談会を活用した。		
	がはかれる				

	・認知症ケアパスを活用し、本人		認知症ケアパスの改定に関わり、次年度活用		
	家族が必要な援助を必要な時に受け		への意識づけができた。		
	られる				
（５）虐待への対応力、知識	・都、区、各種団体主催の研修へ参加		・今年度も各種研修へ参加した。	b	包括職員の知識、意識向上の
意識を向上させるため、研修	・区の関係部署と連携し、区の専門		ミーティングでのテキストの読み合わせは		ため年に数回の包括内の
に参加し、事例検討、勉強会	相談を活用する		ミーティングで行う他のボリュームが多く		勉強会を行う。
を行う	・包括ミーティングで行っている		今年度はなかなかできなかった。		
	テキストの読み合わせを継続				
３．（１）ケアマネジャー	・ケアマネジャーからの情報や意見	３	・毎月、地域内の居宅介護支援事業所は訪問でき	c	次年度は圏域内の主任ケアマネ
の懇談会等を行い、スキル	をもとにケアマネ向けの懇談会や		意見は集約したが、区の勉強会や主任ケアマネ		地域のケアマネへの関わりが
アップや多職種連携の	勉強会等を開催するために、毎月		研修の作業が包括、圏域の主任ＣＭ共に多忙で		更に重要となると共に、各
方策を皆で共有する	地域内の居宅介護支援事業所を		ケアマネ地区懇を予定回数開催できなかった		事業所への主任ケアマネ配置が
	訪問する。				必須となってくることから
	⇒訪問時、地域で気になること				地域の主任ケアマネと話し合う
	足りないサービス等の情報集約				場を設定し、主任ケアマネ取得
	家族会やサロン、介護予防センター				希望者と共に、地区懇を企画
	認知症cafｅ の情報提供				していくシステムをつくる
	１人ケアマネのフォロー　を行う				
	・ケアマネ向けの懇談会等の内容				
	⇒アセスメント力アップのための				
	事例検討（3～4回）				
	多職種連携について（2回）				
４．（１）事例検討を重ねて	・自立支援地域ケア会議（区主催）	４	・自立支援地域ケア会議（区主催）	b	事例検討は、まだスキルアップ
地域課題の抽出、ネット	で学んだスキルを、包括主催の		に参加し、包括内で自立支援への意識向上を		していかなければならない

ワークづくりにつなげる	自立支援地域ケア会議で実践。		更にはかれた		レベルと皆が考えているため
	・忙しさに流され、なかなか納得の		・月に1回所内検討会議を継続して行うことが		次年度も継続して取り組む
	いく所内検討会議ができていない		できた。現在動いている困難ケースを提出する		自立支援会議（区主催）へ
	ため、月に1回、困難事例、虐待		ことが多かったため、包括全体での事例への理解		出席し、包括開催も開始する
	ケース、終了ケースの振り返りの		を深め対応することができた。3職種＋見守り		
	検討を行う		職員が事例を時間をとって検討することで、地域		
	・地域のケアマネジャーのアセス		性や地域の状況も情報交換される場となり、日々		
	メント力向上や、事例を通した		の事例への対処に地域性の視点も持てるように		
	ネットワーク形成のために、個別		なってきた。		
	会議を開催		今年度8事例検討し、うち7事例が認知症関連、		
	・事例は、まさに地域で起こって		金銭問題関連が5事例（うち3事例が経済的困窮）		
	いることなので、事例検討を重ねて		だった。		
	包括職員や関係者に地域課題				
	抽出の意識付けを行う				
（２）実態調査での個別	・民生委員欠員は９地区にのぼる。		・見守り担当職員中心に、包括も協力して欠員	b	次年度も町会、区へ民生委員
訪問を通し、地域を把握	今年度の実態調査は見守り支援		9地区の実態調査を行うことができた。		欠員の状況訴えていく。
	事業担当、包括職員も上記9地区		高田地区民協正副会長会に呼ばれて意見を求め		（欠員が続く地区の民生委員
	をまわる予定。活動を通して、		られた		の在り方を検討いただきたい）
	さらに地域を把握し、包括の広報を				
	行う				
（３）ふらっと文庫を活用	・ワークショップの開催や、涼み処		ふらっと文庫も地区に定着してきた（確実に利用	b	まだまだ、建物に入りづらい
した包括の広報の継続	を通して来所者増をはかる		されている）		雰囲気はあるため、法人と
			また、併設しているパンフレット、ちらしコー		地域に開かれた施設を今後も
			ナーも来所し、見ている方が確実に増えて		検討予定
			いるため情報の発信として機能しだしている。		

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（ふくろうの杜）地域包括支援センター

地域住民、サービス事業者、関係者の交流の機会を増やし、皆で地域の課題に取り組めるような地盤作りを行う。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
１（１）介護予防生活支援サービス	①包括、地域のケアマネジャー・サービス	1			
事業を理解し、効果的な利用に	事業所で勉強会を開催する。　1～2回／年				
つなげることができる。	②ケアマネ地区懇や地域の多職種連携の会等				
	活用し情報伝達を行う。				
	③包括の新規直営プランは、全て、包括				
	ミーティングで（見守り職員も含めて）検討し				
	自立支援の観点からプランが立案できているか				
	チェック、アドバイスを行う				
	そうすることで、事業の適切な利用につなげる				
	と共に、包括のプランのレベルアップをはかる				
	④基本チェックリストが有効な方へ、基本				
	チェックリストを実施していく				
（２）地域住民へ介護予防の普及	①としまる体操の広報や実施場所の確保				

啓発を行い、社会参加や場づくり	・おとこのサロン（毎月第3（木）開催）で				
を行う	の実施（おとこのサロンでは、今年も福祉				
	専門学校ＯＢによるパズルの会を隔月で開催。				
	豊島区健康に関する意識調査を参考に「食事と				
	栄養のバランス」に該当する講義も開催予定）				
	・ふくろうの杜サロン（毎月第２（土）開催）				
	での実施（昨年まで行っていた区→ＮＰＯ委託				
	サロンが場所の都合で一旦終了となって				
	しまったが、その予防サポーター中心に、				
	本年度は自主グループへの助走の1年として、				
	場所を確保し開催。そのグループ活動へ伴走）				
	・高田介護予防センターで、区と共催でおとこ				
	のサロンを開催（8月頃）1回				
	（その後、参加者の意向に沿って、自主グル				
	ープとしておとこのサロンin高田で継続、もし				
	くは、毎日の高田介護予防センターのとしまる				
	体操に吸収を援助）				
	②広報の方法				
	・坂上の地区（南池袋、雑司が谷、目白）は				
	7月～９月まで、ふらっと文庫に今年も涼み				
	処を設置し、麦茶を提供予定のためその広報時				
	に一緒に行う				
	・坂下の地区（高田）は区民ひろば祭りの				
	実行委員会に町会長が揃うため、それらを				
	活用する				
	・熱中症事業のやり取り時活用し、民生委員へ				
	広報				

２．アウトリーチ活動により地域	①熱中症対策事業から情報をすいあげる。	２			
の実態を把握し、データ化、	今年度も8地区が民生委員欠員地区のため、				
見える化することで、支え合いの	包括が実施予定				
仕組みづくりにいかす	（既に欠員が多くなってから、数年が経過して				
	いる。対象地区への包括職員の把握は深まった				
	ものの、地域内とのつながりの弱さが課題）				
	②地区３か所の区民ひろばとの毎月1回の				
	情報交換に加え、ＣＳＷともミーティングを				
	定期的に開催。それにより多職種、多機関の				
	連携を強化する				
	③昨年度の実態調査から抽出された対象者への				
	訪問活動の継続				
	（まだ、元気に活動している人は地域への思い				
	や課題を感じていること多いため、困り事など				
	含めて項目のデータ化、マップ等の活用で				
	見える化していく。				
	→今年度のふくろうの見守り担当職員は、				
	H23から同ポジションで8年目を迎える職員と				
	昨年度まで包括３職種として１２年この地域				
	をみてきた職員（兼務）の体制となったため、				
	アウトリーチからの地域課題を吸い上げ、まと				
	め、見える化が目標				
３．（１）個別会議・自立支援地域	①区主催の自立支援地域ケア会議へ参加し、自	３			
ケア会議の開催	立支援のための援助方法確認。会議の持ち方の				
	確認。				
	②包括主催自立支援地域ケア会議の開催				
	・同日常生活圏域の包括（医師会包括）との				

	共同開催により概念の共有や標準化をはかる				
	2回／年				
	・新規直営プランの検討を包括3職種、プラン				
	ナー、見守り職員参加ミーティングにて行う				
	ケアマネジャーからの相談ケース等適宜開催				
	③ケアマネ地区懇にて、事例検討を行った				
	ケースを対象に必要時個別会議開催。				
	毎月1回行っている包括内部の事例検討を				
	必要時個別会議として開催				
（２）地区懇談会の開催	H29は圏域内のある一つの地域に焦点をあて				
（ふくろうの杜では、H28～	て1回目は意見集約を行い、2回目はそれを				
テーマを「認知症」にセットして	もとに声掛け訓練を開催（参加者は地域住民、				
開催中。H28は圏域全体を対象に	コンビニ、信用金庫、マンション関係、ＣＳＷ				
「認知症について知る」をテーマ	ケアマネ、福祉コーディネーター等）				
に開催）	H30は声掛け後どうしたら良いか？地域資源				
	としてあるものを参加者と考え、マニュアルの				
	ようなものにまとめる　　2回／年				
	さらに、並行して、他地域でも意見集約の				
	段階からはじめる地区懇を開催検討　1回／年				
４．（１）H32年度までに圏域内	①ふくろうの杜圏域で主任ケアマネを中心	４			
の事業者の希望ケアマネジャーが	として主任ケアマネ取得、主任ケアマネ更新を				
主任ケアマネ資格を取得できる	支援する会を設置				
	②それに、今年度取得希望者4名を加え				
	ふくろうの杜圏域のケアマネ地区懇の企画				
	運営を行う				
	③今年度のケアマネ地区懇開催は4回／年予定				
	6月に総合事業勉強会				

	時期未定だが、　事例検討　　２回				
	勉強会　　１回　予定				
（２）ケアマネジメントの資質向上	①（１）の①を定期的に開催し、圏域内の				
のために圏域内の主任ケアマネと	ケアマネジャーへ必要時、勉強会や情報提供				
協働する	を行う				
	②地区懇談会へは（１）の②のスタッフに				
	主にファシリテーターを依頼する。				
５．（１）効果的に制度を活用し	①認知症初期集中支援チームへの依頼	５			
認知症の方と家族を支える	４ケース程度				
	②もの忘れ相談の活用　　４ケース程度				
	③地域ケア推進Ｇとの協働、各種相談会の活用				
	④家族会への参加　　１回／月				
（２）多職種が連携できるネット	多職種連携会議の開催（医師会担当Ｄｒと相談				
ワークづくり	調整）（今年度は、話し合いは包括だけでなく				
	ケアマネやサービス事業者有志も参加して				
	もらう）				
	今年度は昨年よりすでにテーマを「認知症」に				
	セットし講演Ｄｒに依頼済　　１～２回／年				
（３）ケアパスの活用	①包括内部で活用のための勉強会開催				
	②ケアパス内の各種社会資源について、ふく				
	ろうの杜圏域の情報が具体的に載っている				
	ものを別途作成し、相談時活用する。				

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計
92 / 100 点

センター名：　豊島区医師会地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計 18 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	中立・公正な立場にたち、区民の利益を優先する対応を心がけた。	5
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	利用者及び家族の特性を把握した上で、その特性に合う適切な事業所やサービスを提案した。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	負担が多い職員には配慮し、協力し合って業務を行っている。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	定期的にカンファレンスを行い、共通認識を持って業務が行えるようにしている。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	支援困難ケースはカンファレンスにて多職種による支援の検討を行い、緊急時は必ず複数職員で対応するようにしてチームアプローチを行っている。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	定期的にカンファレンスを開催し、記録を職員全員で確認し情報共有が図れるようにしている。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	所内研修を行ったり、時間を作り区や他機関の研修に参加するように努めた。	4
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	実務に必要な研修は日程調整を行い可能な限り参加した。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	担当業務の状況にもよるが、できるだけ期日内の提出を念頭に努力した。作成にあたっては、簡潔明瞭に努めている。	4
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	平成29年度には職員の変更はなかったが、変更があれば速やかに提出できる。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	個人情報の含まれる書類は鍵のかかるキャビネット保管し整理している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情受付票があり、記録に残し対応を速やかに区に報告している。	5
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	時間外は携帯電話への転送により随時相談をうける体制をつくっている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いに関しては、随時対応方法や管理について職員間で確認を行い管理している。	

2. 総合相談業務

合計　18　／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	地域住民や関係機関に対して周知活動に努め、体操イベントや資源マップ、銭湯ホームページ活用を行う。パンフレットや基幹型作成のチラシも配布している。	5
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	ケース対応や地域ケア会議開催により地域の関係者との情報共有ににより、地域の特性やニーズの把握に努めている。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	定期的な地域ケア会議の開催や個別ケース対応を通じて民生委員，町会、地域福祉サポーター、CSW,地域の事業所職員等に働きかけを行っている。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	アセスメントを丁寧に行うことで相談者のニーズの把握発見に努め必要な支援に適切に繋げるようにしている。	5
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	個人情報の取り扱いに留意しながら、相談のあった関係機関にフィードバックするよう努めた。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	職員が速やかに情報把握ができるよう記録は速やかに作成し台帳回覧を行い、担当者以外でも対応できる体制としている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	関係機関や地域住民に早期対応の重要性を伝え、些細なことでも気になる高齢者がいればすぐに連絡をもらい、周囲の様子など情報収集に努める。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	個別の相談や地域ケア会議により地域の課題を抽出している。把握した課題を関係機関で共有することにより問題の解決、予防に努めている。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	他機関との連携や、社協区民ミーティング参加により課題解決に向けた取り組みに関わるよう努めている。	4
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	地域の資料をマップにまとめ情報提供できるようにしている。一覧にして職員全員がみれるようにし活用できている。	

3. 権利擁護業務

合計　15　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	関係機関に対して早めの情報提供を依頼し少しでも気になる事案があれば、すぐに連絡をいれてもらうようにし、同時に高齢者福祉課に相談している。	5
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	通報・相談を受けた場合は速やかに事実確認を行い、高齢者福祉課に報告をして対応を協議している。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	アセスメントや関係者への聞き取りにより高齢者の判断能力や生活状況を把握し、総合的な観点から成年後見制度の利用が適切かどうか判断している。	5
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	必要性があると判明した時点で、速やかにサポートとしまやりーガルサポート等の関係機関の紹介を行っている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	該当する高齢者に関しては、高齢者福祉課に連絡し、迅速な制度利用に繋げてもらうよう依頼し協力している。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	定期的に入る消費者被害の事例には必ず目を通し、必要に応じて関係機関と連携するよう心掛けている。H29年度には警察とのやり取りも増えた。	5

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　14　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	CMとの関係構築を図り中間的立ち位置を取りながら連絡調整を行った。地域ケア会議においては、グループワーク時司会や書記など役割についてもらった。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	ケアマネ地区懇談会を隔月で開催しCM間での関係づくり、関係機関の情報交換を行い、地域ケア会議や多職種連携の会に積極的に参加し役割分担ができた。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	困難事例に対しては、チームアプローチの視点でCMの負担軽減を図るため、同行訪問やケア会議の開催、専門ケア会議の活用も働きかけている。	5
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	ケアマネ地区懇談会を通じ、ケース対応を事例検討という形で発表、グループワークを行い業務に活かせるよう取り組んだ。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	隔月開催のCM地区懇談会により、CMの抱える状況から多くのCMに共通することがらについては解決できるよう支援に取り組んだ。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	センター独自では隔月にて、事例検討会を行っている。29年度にはセンター合同での研修会も行えた。	4
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	グループワークを主に検討を行い互いを理解する機会となっている。また企画に参加するCMは毎月出席することとなるためネットワークの一助となっている。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　13　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	地域ケア会議で認知症カフェについて取り上げ認知症高齢者の理解を深めた。またサポーター養成講座を住民向けに行った。家族会は月1回行っている。	4
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	認知症高齢者に対する対応方法をアドバイスしたり、専門医や物忘れ相談、家族会を紹介して継続的に支援を行っている。	5
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	民生委員や近隣住民等から相談が入ったら、早めに訪問し情報収集を行い関係者と連携を取りながら適切な支援を検討する。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	必要に応じて消費生活センターや法律家などの専門職に繋ぎ、認知症高齢者の権利擁護に努めている。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　9　／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	アセスメントによりインフォーマルなサービスも検討事項に入れて本人の意思確認を行っている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	自立支援としての考えや必要性をもとに一体的にとらえ実施している。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	ケアプラン研修や伝達研修などを確認し必要書類の作成や進行を確認し委託している。	5
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	特定の事業所に偏らないように公平・中立性に気を配って選定している。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	原案作成前にケースの状況の変化の有無を確認しそれに対するサービス内容の妥当性を確認し、評価時は内容を確認し次回以降の支援や方針を決定している。	

8. 地域ケア会議

合計　5　／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	参加者に対して地域ケア会議開催の事前通知と開催当日に目的説明を行っている。	5
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人が特定されるような情報は地域ケア会議の場で出さないように、守秘義務の取り扱いに関して気を遣うように周知している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地域ケア会議終了後に振り返りを行い、内容や反省点の確認を行っている。	

平成２９年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における				達成度
	1	介護予防の推進			a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進			b　目標どおり
	3	医療と介護の連携			c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化			d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（豊島区医師会）地域包括支援センター

地域住民と共に地域との連携を強化し、高齢者が安心して自立した生活を継続していけるように、見守りや支え合いの体制作りをする。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
1.地域での介護予防活動の支援及び介護予防の普及啓発	①地域の高齢者を対象にした介護予防推進の為、介護予防サロン（西池サロン）を引き続き実施する。 昨年度も毎回趣向を凝らした内容が好評であり、楽しみながら介護予防啓発が出来たので、今年度も同様に皆が参加しやすいような会を心がけて実施していく。 参加希望者が増えた為、開催回数は変更しないが、隔週毎に参加者を変えて、より多くの人に参加してもらえる体制を整えるようにする。 引き続きサポーターが主体的に運営しやすいような後方支援も行う。 2回／月、24回／年開催予定。	1	①開催回数の変更はせず月2回隔週ごとに参加者を変えてより多くの人に参加していただいた。1人月1回の利用で毎回介護予防体操とミニ講座（口腔体操、しゃもじや鈴を利用しての体操、マジックの体験、お手玉教室、漫才やコント、絵本読み聞かせ、音楽療法、ツボについての講座、盲導犬について知ろう、折り紙、テーマを決めての茶話会）は参加しやすく楽しみながら介護予防啓発ができた。サポーターの方々の、主体性にもつながり運営が定着してきた。 1／23のみ大雪で中止をしたため、年間23回開催した。参加者は10名～20名。 サポーター7名。	a	30年度は外出や運動の機会が少ない虚弱な高齢者を対象とする予定。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	②西池サロンを通じて、閉じこもりがちな高齢者が外出するきっかけ作りや地域住民同士で交流が持てる機会を提供できることにより、介護予防の普及啓発に繋げていく。	1	②西池サロンを通じて高齢者が自主的に、H29.7よりとしまる体操の実施を希望。場所提供として毎月第３火曜日医師会館４階講堂にて約２０名ほどの参加で行っている。	a	場所の提供は職員の配置をし見守っていく。職員の確保。
2.介護予防・日常生活支援総合事業	①個々のニーズに合った介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを自立支援の視点で作成する。	1	①アセスメントにおいては基本を踏まえ生活に支障をきたしているだけでなく自立に向けたプラン作成に取り組んだ。	b	自立に向けたケアプランの作成に努める。
	②利用者及び各介護サービス事業所に対し、介護予防・日常生活支援総合事業の正しい理解を促すと共に適切な利用に繋げるようにしていく。	1	②利用者やその家族、関係機関に対しサービス担当者会議や状況に応じて事業に対する説明行い、利用者自身が自立を目指し生活できるように働きかけた。	b	引き続き説明をして理解を得ていく。
3.住み慣れた地域で認知症高齢者やその家族が安心して暮らし続けていけるように支援すると共に、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症高齢者に対して優しい社会となるような普及啓発を行う。	①認知症介護者の会「青空の会」を今年度も引き続き開催する。認知症サポーターとの連携を強化し、参加した家族が悩みや不安を軽減できるような会になるように働きかけていく。また、周知の方法も、サポーターによるちらしの作成や声かけなどで、より多くの人に会の存在を知ってもらえるように工夫を心がける。1回／月、12回／年開催予定。	2	①毎月第4木曜日、年間12回開催した。認知症サポーターによるちらしの作成は、引き続き行ってもらい、区の掲示板へは包括職員が貼る。また総合相談時に必要に応じて会の紹介をした。毎回1人以上の参加者があり、自分の事を話して表情が穏やかになり帰っていかれる、この場所に来ることが楽しみとの感想が聞かれた。サポーターは4名。	a	引き続き掲示や広報活動を行う。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	②初回相談時から本人の状態を見極め、受診、診断、治療に早めに繋げることにより認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る。 その一環として、H30年度に本格始動予定の認知症初期集中支援チームのモデル事業に、目白チームの圏域担当包括として、年に3ケースの事例提出やチーム員会議への出席などで協力をする。	2	②初回相談時の状態の見極めを行い、必要時、受診、診断、治療につなげることができた。認知症初期集中支援チームのモデル事業では、2事例提出を行った。 チーム員会議への出席に協力し、30年度の本格実施に向けて、関係性の強化と協力ができた。	a	職員全員、事例提出ができるよう総合相談の見極めを行う。
	③年2回の「もの忘れ相談」の活用と、必要に応じて「随時対応型もの忘れ相談」の利用も積極的に勧めていく。	2	③もの忘れ相談は年2回、3件の利用があった。随時は今回対象がなかった。	b	認知症初期集中支援チームとしての対象者を考えていく。
	④認知症ケアパスの有効的な利用により本人や家族の認知症発症時の適切な対応を支援する。 また、包括職員が研修に参加して認知症地域支援推進委員の資格を取得し、認知症ケアパスの修正や更なる普及に専門家として協力をしていく。	2	④包括職員が認知症地域支援推進委員の資格を取得し認知症ケアパスの改訂に、協力できた。本人や家族の相談時にケアパスを利用して説明を行うことができた。	b	資格取得者のみでなく職員全員で普及に協力していく。
	⑤区と連携して作成した認知症地域支援資源マップを普及啓発し、有効的に活用して認知症の予防に役立ててもらう。	2	⑤認知症地域支援資源マップは、外に出るきっかけづくりとして防災訓練の日を町会別に載せて配布できた。	b	資源マップを活動マップとして更新し配布できる。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	⑥キャラバンメイト取得済の職員による認知症サポーター養成講座を引き続き開催し、地域の支え手になる人材育成と認知症の普及啓発を行う。	2	⑥認知症サポーター養成講座を年2回行った。7月、目白三紫町会の住民23名2月、区民ひろば職員22名、メイトのCMと他地域の包括職員と協働し行った。	a	引き続き対象者をかえて講座の開催をする。
4.医療と介護の連携を強化するように努める。	①在宅医療相談窓口や歯科相談窓口を積極的に利用し、連携を深める。	3	①事例により、在宅医療相談窓口を紹介し情報共有できた。窓口からの相談もあり身近な連携が図れた。	b	関係機関として連携を深める。
	②介護予防・生活支援サービス事業の短期集中訪問型サービス事業の利用を通して、リハビリテーション専門職等の専門職との情報交換や連携を図る。	1.3	②短期集中訪問型サービス事業は利用者の状況に合わせ利用ができた。担当の理学療法士との連携もとれ利用者の自立支援に向け関係づくりができた。	b	基本チェックリストの実施、アセスメント力の強化
	③いけぶくろ多職種連携の会を開催し、医療と介護の多職種間の情報共有を進めていく。	3	③12/11にいけぶくろ多職種連携の会を開催。出席者は、医師10名、歯科医師4名、薬剤師6名、CM13名、サービス事業所7名、CSW2名、MSW4名、包括職員7名。多職種による事例検討を行い顔の見える関係つくりができ、共通認識の確認ができた。今回、コアメンバーにより内容、流れの検討ができ終了後の報も参加者の皆様へお渡しすることができた。	a	コアメンバーの協力を引き続きお願いし多職種連携の会をより良いものにする。
5.自立支援ケアマネジメントの視点を強化する。	①リハビリテーション専門職をはじめ、多職種との連携を、自立支援地域ケア	1.3	①自立支援ケアマネジメントの視点の強化として区で行う自立支援地域ケア会議（元	b	豊島区の特性に合った開催方法の検討を

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	会議や個別会議、元気はつらつ訪問		気はつらつ報告会）で予防プラン担当の職		する。
	などを通して図り、総合事業対象者等		員により事例提出及び司会進行を務めた。		
	の利用者の自立した生活を支援して		また他包括の会議には職種別に参加し、		
	いくように努める。		目標に向けての助言をすることができた。		
6.職員のスキルアップを図る。	①月2回のカンファレンスを基本に、	4	①月2回のカンファレンスで所内検討を	a	それぞれの職種が
	随時カンファレンスも含めて所内検討		行った。職種の専門性を活かし利用者の		共通認識の上対応
	会議を行い、困難ケースや担当外ケース		立場にたち対応をする。担当以外でも、		ができる。
	について情報共有を行い、適切な対応が		所内での共通認識ができた。		
	行える体制を強化していく。				
	②引き続き専門家のアドバイザーを招き	4	②司法書士の先生と他包括の職員ととも	a	他の包括との交流
	事例検討による勉強会を開催することで		に勉強会を8/25に行った。各包括の困難		の場となるため引
	困難事例への対応方法や権利擁護、個人		事例に対しそれぞれの職種で意見交換が		き続き勉強会を行
	情報の取扱いな等に関する知識を深め、		でき交流も深められた。		う。
	実践力を高める。３回／年程度開催予定				
7.包括的支援事業の充実を図り	①総合相談内容を見極め、３職種の専門	4	①職種の専門性を活かし継続的に支援を	a	早期対応で適切な
継続的、専門的な相談支援が	性を活かせるような適切な役割分担を		している。事例に対し多職種との連携を		対応を心掛ける。
滞りなく行える体制を強化する。	行いながら、協働して対応していく。		取りながら解決できている。		
	②地域の介護支援専門員との連携を図	4	②ケアマネ地区懇談会を5回/年開催した。	a	主任介護支援専門員
	り、支援過程における疑問点を共有しな		5回とも事例検討を行う。３Gに分かれて		を目指すCMに対し
	がら問題解決に結び付けられるような		その人らしさや自立支援に向けてのグルー		資質向上を図り、育
	援助を行っていく。		プワークを行い、事例提出者は今後の手が		成を行える体制づく

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	その一環として、ケアマネ地区懇談会を		かりとなる意見が参考になるとのこと。		りができる。
	開催する。		地域のインフォーマルな部分の情報収集		
	１回／２ヶ月、６回／年開催予定。		もでき有効な会となっている。		
	③みらい館大明にて、出張相談や認知症	1.4	③みらい館大明では、11回/年の出張相談	a	いけよんの郷包括
	予防体操講座を行い、相談の窓口を広げ		を行った。相談者はなかったが、7月には		とともに「池２・３
	ると共に、地域包括支援センターの周知		座って出来る認知症予防体操講座を行う。		の会」を開催する。
	に努める。		一般区民の方12名出席あり。参加者よりの		
	１１回／年開催		楽しく体操できたとの感想が聞かれた。		
8.地域の住民や関係機関との連	①地域ケア会議を開催し、地域の問題	2.3.4	①地域ケア会議は2回/年開催した。	b	職員ともども参加者
携をより一層深め、見守りや支	抽出や解決に向けての話し合いが出来る		第1回目：みんなが集まりつながりのある		の方と認知症の理解
え合いの体制作りをする。	場を作ることで、地域住民や各関係機関		地域社会の実現に向けてというテーマで		を深めていく。
	との連携を図っていく。		認知症カフェについて理解を深めること		
	３回／年開催予定。		ができた。グループワークを行い、自身		
			の立場からどのようなことができるか？		
			を考えてもらった。認知症の理解が深め		
			られた。（8/1）		
			第2回目：前回に引き続き認知症カフェに		
			ついて出席者を替えて行う。認知症カフェ		
			に望むこと・こんなカフェだったらいいな		
			についてグループワークを行った。		
			（3/12）		

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	②地域の高齢者が気軽に集まれる場として立ち上がったサロンが、地域に根付いて継続していくような支援を地域住民や関係機関の人達と連携して一緒に行う。	1.2.4	②「気ままにラルゴ」は毎月、月末の金曜に開催されており、毎回３～８名の参加者があり、体操やゲーム、おいしいコーヒーを飲みながら話をする。看護師による健康相談も行っている。毎回包括職員も参加をしており、情報提供を行っている。	a	引き続き後方支援として動いていく。
	③見守り支援事業担当と共に、関係機関（民生委員、町会役員、CSW、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者等）との連携を図ることで、地域で気になるひとの情報収集や地域の課題抽出を継続的に行っていく。		③昨年度と同様に定期的に訪問し、ネットワークづくりを行っている。CSWとの連携も図っており、熱中症の注意喚起のために寸劇を実践した。またビデオ作成をして気ままにラルゴで上映したり、豊島区の銭湯組合のホームページに動画を掲載してもらった。ネットワークづくりは地域活動として、職員全員が把握できるよう記録を残している。	a	引き続きセンターの周知を行い、関係機関との連携を深める。

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（豊島区医師会）地域包括支援センター

〇地域住民や多職種との連携を深め、高齢者が認知症になっても住み慣れた場所で安心して生活を継続出来るように、地域の特性に合った見守りや支え合いの体制作りを更に進める。
〇高齢者が要介護状態にならずに自立した生活を維持出来るように、介護予防の視点にたった支援を強化していく。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
１.地域での介護予防活動の支援及び介護予防の普及啓発を行う。	①地域の高齢者の介護予防推進の為に介護予防サロン（西池サロン）を継続して開催する。 本年度は主に外出や運動の機会が少ない虚弱な高齢者を対象とする。 西池サロンを通じて、閉じこもりがちな高齢者が外出するきっかけ作りや、地域住民同士で交流が持てる機会を提供することにより、楽しみながら介護予防啓発が出来るように毎回趣向を凝らした内容を提供する予定である。 また、サポーターが主体的に運営しやすいよう後方支援も引き続き行う。 2回／月、22回／年開催予定。 （8月、12月は1回／月）	1			

	②有志が集まり、元気な高齢者向けに開催される‘としまる体操’の会場を提供し、運営を見守りながら後方支援を行うことで、地域での介護予防活動の支援及び普及活動を行っていく。 1回／月、12回／年開催予定。	1			
	③みらい館大明での出張相談の時間を利用し、いけよんの郷高齢者総合相談センター及びCSWとの共催で体操講師を呼んで介護予防健康体操教室を開き幅広い地域の高齢者に介護予防の啓発を行っていく。「池2・3の会」 ２回／年開催予定。	1,2			
2.介護予防・日常生活支援総合事業の推進。	①個々のニーズに合った介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを自立支援の視点で作成する。	1			
	②利用者及び各介護サービス事業所に対し、介護予防・日常生活支援総合事業のチラシを活用し理解を促すと共に適切な利用にて介護予防に取り組む。	1			
	③対象になりそうな高齢者には積極的に声かけを行い、基本チェックリストの実施を促していくように心がける。 2件／月	1			

3.地域住民や関係機関との連携により、見守りと支え合いの地域づくりを推進する。	①見守り支援事業担当と共に、関係機関（民生委員、町会役員、CSW、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者等）と綿密な連携を図るアウトリーチ活動により、地域で気になる人の情報収集や地域の課題抽出を継続的に行い、皆で見守りや支え合いの体制作りを考え実践していく。 随時対応。 ・熱中症対策事業：１回／年 ・高齢者クラブの活動状況を確認し、活動マップを更新して配布する。 1回／年	2			
	②地域住民運営の「気ままにラルゴ」に継続的に参加して支援することで、地域住民であるスタッフや参加者との交流を深め、地域の支え合いの体制作りを行っていく。 １回／月、１１回／年開催予定。 （８月は休み）	2			
4.チームアプローチの視点をを常に忘れず、専門的かつ継続的な相談支援が滞りなく行える体制を強化し充実させる。	総合相談内容を見極め、3職種の専門性を活かせるような適切な役割分担を行いながら、協働して対応していく。 適宜対応。				

5.地域ケア会議機能の強化と充実を図る。	①自立支援地域ケア会議をふくろうの杜高齢者総合相談センターと合同で開催し、個別事例の検討を行うことで、自立支援・介護予防の観点での問題の捉え方を学び地域課題を探していく。会議には高齢者福祉課所属のリハビリ職にも参加してもらい、様々な職種による視点から事例検討を行うことで多職種との連携を深めるようにする。 2回／年開催予定。	2,3			
	②区主催の自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）に出席し、区職員及び八包括職員と共に豊島区の特性に合った開催方法を検討する。 事例2例／年開催予定。	3			
	③地域ケア会議を開催し、地域の問題抽出や解決に向けての話合いが行える機会を作ることで、地域住民や各関係機関との関係作りを強化し、更なる連携を図っていく。 2回／年開催予定。	3			

6.ケアマネジメントの資質向上を図り、主任介護支援専門員の育成を支援する。	①地域の介護支援専門員と定期的に集まって情報交換や事例検討を行い、支援過程における疑問点を共有しながら問題解決に結び付けていけられるようにケアマネ地区懇談会を開催する。 1回／2ヶ月、5回／年開催予定。	4			
	②主任介護支援専門員を目指すケアマネジャーには、ケアマネ地区懇談会において、積極的に事例の提出や、事例検討会での司会を行ってもらうことで資質向上を図り、育成を行っていく。 随時対応。	4			
7.権利擁護及び虐待事例への取り組みを強化する。	①専門家のアドバイザーを招き、事例検討の勉強会を開催することで困難事例への対応方法や権利擁護、個人情報の取扱い等に関する知識を深め、実践力を高めてスキルアップを図る。 2回／年程度開催予定。				
	②虐待の疑いの通報が入ったら、早急に事実確認を行い、直ちに高齢者福祉課に報告を入れてコアメンバー会議の開催を求めて連携を図ることにより、対応の遅れが発生しないように努める。また、地域住民や介護支援専門員等の福祉従事者に対して、日頃から虐待防止の普及啓発を行っていく。	2,4			

8.住み慣れた地域で認知症高齢者やその家族が安心して暮らし続けていけるように支援すると共に、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症高齢者に対して優しい地域となるような働きかけを行っていく。	①初回相談時から本人の状態を把握し、受診、診断、治療に早めに繋げることにより認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る為、下記の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 ＊チーム員会議：随時2回位／年出席 ＊事例提出：概ね4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 ・認知症・虐待専門ケア：12回／年 ・高齢者こころの相談：12回／年 ・認知症疾患医療センター：随時 ・認知症アウトリーチ：随時 ・認知症ケアパス：随時	5			
	②認知症の人が安定した生活を送れるように、病態に応じた適切な介護の提供が行えるように支援していく。 随時対応。	5			
	③認知症介護者の会「青空の会」を今年度も引き続き開催する。 認知症サポーターとの連携を強化し、参加した家族が悩みや不安を軽減できるような会になるように働きかけていく。周知の方法も、サポーターによるちらしの作成や声かけなどで、より多	5			

	くの人に会の存在を知ってもらえるよ				
	うに工夫を心がける。				
	1回／月、12回／年開催予定。				
	④キャラバンメイト取得済の職員が、	5			
	引き続き認知症サポーター養成講座				
	を開催し、地域の支え手になる人材				
	育成と認知症の普及啓発を行ってい				
	く。随時対応。				
9.医療と介護が連携できる体	①在宅医療相談窓口や歯科相談窓口を	2,5			
制作りを強化していく。	積極的に利用し、連携を深める。				
	②いけぶくろ多職種連携の会を開催し、	2,5			
	医療と介護の多職種間の情報共有の場				
	を提供し、連携出来る体制作りの支援				
	を行う。				
	1回／年開催予定。				

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計
86 ／100

センター名：　いけよんの郷地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計　15 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	事業所の運営規程や重要事項説明書に明記し、各職員が理解したうえで利用者への説明をおこなっている。	4
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	サービス事業所に関する情報を適切に利用者および家族に提供し、サービスの選択を求める旨を運営規程や契約書に明記して説明している。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	各事業に関して事業所内会議で職務分担し、主担当者を中心に他職員に役割分担して事業をおこなった。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	センターの目的と基本的視点について、豊島区の地域保健福祉計画や介護保険事業計画を年度初めに事業所内会議で確認し、各職員の総意により事業計画の策定をおこなった。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	支援困難や緊急性の判断が必要なケースは、随時所内検討をおこない多職種が連携を図りセンターとしての方針を決定し、課題の解決にあたった。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	月1回の事業所内会議と朝のミーティング、週1回程度のミーティングにより個人の業務やセンター事業の進捗状況などの情報共有ができた。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修への参加、事業所内での勉強会や伝達研修を実施した。	4
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	各専門職に応じた研修に参加するとともに、事業所内では伝達研修をおこなった。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	提出物の期日内提出を徹底するよう役割分担し、センター長へ集約する体制を取ることでおおむね滞りなくおこなうことができた。	3
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	職員の変更があった場合には速やかに変更届を提出しているが、一部期限を遅延したものもあったため提出期限を確認して処理するよう注意している。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	相談記録や関係文書は鍵の閉まるキャビネットに保管し、閉館時には事務所を施錠している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	相談苦情記録に記載し、速やかに区に報告する体制をとっている。	4
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	職員の緊急連絡網を作成しているとともに、3職種による輪番制で事業所専用の携帯電話（時間外転送）を所持し時間外対応にあたっている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	法人の個人情報保護要綱に則り、適切に管理している。	

2. 総合相談業務

合計　18　／　20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	豊島区地域包括支援センターのパンフや包括チラシを配布したり、地域の各種会議等でセンターのPRをおこない、池袋・池袋本町地区への周知活動をおこなった。	5
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	実態把握訪問やCSWと同行訪問したり、地域の各会議や区民ミーティング等に参加したり、ケアマネジャーや関係機関の地区懇談会などをおこない地域の実情を把握し、関係者間の顔の見える関係作りや情報共有ができた。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	地域活動への参加や担当地区の民生委員やCSWと連携し、町会等での見守り等のネットワークの必要性について説明したり、協働して行事に取り組む関係性ができている。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	電話・来所等での初回相談は必要に応じて三職種で対応し、状況把握のために見守りや多職種で同行訪問し、適切な関係各所につなげた。	4
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	民生委員、ケアマネジャーやサービス事業所、地域住民等からの相談に対して、速やかに対応するとともにその後の状況を報告した。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	相談受付者が相談記録を作成し、担当者が不在であっても経緯がわかるように毎日の申し送りで支援経過を情報共有している。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	見守り支援事業での実態把握や民生委員、ケアマネジャー、地域住民等から情報を収集し、必要に応じて適宜連絡や訪問などの対応をした。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	総合相談や地区懇談会等で抽出した課題をまとめ基幹型センターへ報告し、当センター内でも地域課題の把握と解決方法を検討している。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	地域の課題解決や個別ケースへの支援は所内で方法を検討しながら、高齢者福祉課や民生委員、関係機関、ケアマネジャーなどと連携して解決を図った。	5
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	高齢者の食事支援をテーマに池袋・池袋本町地区の地区懇談会を開催し、地域の社会資源情報を収集し、一覧表にまとめて関係者に情報提供した。	

3. 権利擁護業務

合計　13／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	社会福祉士を中心に虐待防止と早期発見を促す啓発をおこない、早期に相談・通報がなされるようになった。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	近隣住民やケアマネジャー、関係機関等からの通報で不適切ケアに陥っている高齢者の相談を受けた際には、区の地域ケアグループへの報告・初期対応、ケア会議の開催などによる支援方針の検討を速やかにおこなった。	

	成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	ケアマネジャー等と同行訪問をおこない、生活状況や判断能力を把握するとともに本人や家族の要望を聞き取り、必要に応じてサポートとしま等の専門機関につなげた。	5
		成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の利用が必要なケースについては、サポートとしまや司法書士会等との連携を通して、制度利用につながるよう支援ができた。	
		成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	該当ケースがある場合は、地域ケアグループやサポートとしまに連絡して状況把握を共におこない、区長申し立てを検討した。	
	消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害防止のリーフレットを設置し予防啓発に努め、民生委員等からの個別の相談には必要に応じて訪問による状況確認をし、警察や消費生活センター等へ連絡して対応した。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　14 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	主任ケアマネジャーを中心に、地域のケアマネジャーに対してケアマネジメントにおける関係機関との連携についても指導助言することができた。また、地域のケアマネジャー地区懇談会を開催し、事業所との連携を深めることができた。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	ケアマネジャー地区懇談会やとしケア、育成委員会等を通じて、ケアマネジャーや関係機関との連携体制の構築に取り組んだ。さらに地域のケアマネが連携して地区懇談会や勉強会などがおこなえる仕組み作りをおこなった。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	電話や来所、担当者会議などでアドバイスするとともに、必要に応じてケア会議を開催し困難事例に対するケアマネジャーの支援をおこなった。	4
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	個別相談や担当者会議、実際の支援において、具体的処遇についてのアドバイスやOJTをおこなった。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネジャー対象の地区懇談会でケアマネジャー共通の課題を出し合い、全体で情報交換するなどの取り組みをおこなった。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	センター単独では地区懇談会で自立支援のケアプラン作成などについて学んだ。また、他包括との合同でケアマネ向けの研修会の企画・運営を積極的におこなった。	5
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	地区懇談会や連絡会等の機会を通じて、ケアマネジャーのネットワーク構築を支援した結果、としケアの設立により地域のケアマネジャーや事業所間のつながりができケアマネジメントの質的向上にもつながっている。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		

		二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
		把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
	ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
		事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
		事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
	地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　14 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	いけよんの郷アートカフェを月２回開催し、認知症高齢者の理解を含めた啓発活動をおこなった。また、地域住民を対象に認知症サポーター養成講座を実施し身近なところで認知症高齢者の理解が深められるように取組んだ。	4
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	来所や電話等により家族からの相談に応じ、看護師を主として必要に応じてケアマネジャーや医療機関と同行訪問するなどして継続的に支援した。	5
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	CSWや町会、民生委員などの地域関係者から認知症と思われる高齢者の相談を受けた際は、３職種と見守り支援担当などが複合的に関わり訪問したり、多問題ケースについては地域ケアグループへ対応を相談しながら継続支援している。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	虐待や消費者被害等の可能性がある、または被害がある場合には、事業所内で対応を協議し、区の地域ケアグループへ報告してケア会議をおこない支援方法を検討した。それにより、サービス事業所等の介入により生活改善を図ることができたケースもあった。	5

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　8　／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	利用者のニーズに応じて、区の一般施策や民間サービスなどの情報提供や利用をおすすめし、ケアプランに位置付けるようにしている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	介護予防・自立支援の視点に立ち、利用者の要介護状態へのリスクの軽減、介護予防を図るためのケアマネジメントをおこなうように努めている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	委託先の事業所には、年度当初に区の研修受講歴や伝達研修の実施状況などを確認して委託契約等をおこなっている。	4
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	利用者のニーズに応じて、適性やサービス範囲などを加味して選定するようにしている。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	介護予防サービス計画を作成する際には前もってケアプランを確認し、担当者会議にて利用者の意向やサービス事業所の意見も含めて決定するように委託先のケアマネジャーに指導している。また、サービス利用後の評価についてもモニタリング等により確認して今後の方針を決定するように周知している。	

8. 地域ケア会議

合計　4　／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	29年度のセンター主催の地域ケア会議は、ケアマネ地区懇談会1回と地区懇談会を1回のほか、個別ケア会議を9回開催した。地域ケア会議を開催する際には、自立支援に資するケアマネジメントの向上、個別課題解決や地域課題の把握、ネットワーク構築などの目的についても参加者に伝えて会議をおこなった。	4
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人情報の取扱いについて、守秘義務の取扱いについても参加者に説明するようにしている。利用者情報等の資料は会議終了後に回収している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地区懇談会については話し合った内容を取りまとめて書式化し、後日参加者に配布した。また、個別ケア会議についてはケアをすすめていく上で必要な役割分担をおこない、会議の中でモニタリングの時期を確認している。	

平成２９年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（いけよんの郷）地域包括支援センター

Ⅰ「ＴＳＵＮＡＧＡＲＩ」を大切に地域と共生するネットワーク拠点として、地域包括ケアシステムの実施に向けた牽引役としての役割強化
Ⅱ支援を必要とする高齢者や認知症高齢者の生活を支えるため、必要な時期を見極めて支援できるよう、地域の社会資源への働きかけとコーディネートを実施
Ⅲ相談機能を充実するため、専門機関との情報共有と包括支援センター内の職員間の連携強化

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
Ⅰ．地域包括ケアシステムの実施に向けた牽引役としての役割強化					
地域ケア会議・地区懇談会の計画的実施	①総合事業・介護予防支援の対象者を中心に自立した生活を支援していく視点で、リハビリ職や多職種との連携により自立支援地域ケア会議を開催する。（年４回）	1・2・3	・高齢者福祉課主催の自立支援地域ケア会議に各職員が１回以上参加した。予防担当ケアマネは毎回参加し、事例提出も行なった。	b	・包括主催の自立支援地域ケア会議のケース選定のため、包括内で直営プランの個別ケース報告会を行う。 ・多職種の視点を生かして自立支援に資するケアマネジメントをおこなうことを目的に、包括主催の自立支援地域ケア会議を行う。 ・個別課題を抱えるケースについて地域のケアマネ等からの相談に応じ、検討をおこない、地域ケア個別会議を開催して地域課題の把握等をおこなう。 ・元気はつらつ訪問事業等を積極的に活用する。
	②個別ケースの支援内容を検討し、生活課題の把握・解決から、ネットワーク構築・地域課題の発見、地域づくり、自立支援に資するケアマネジメントの質的向上をめざし地域ケア会議（個別会議）を実施する。（随時）		・精神疾患を患う家族への支援についてや徘徊のある独居高齢者の夜間の見守りについて近隣住民への協力呼びかけ、近隣区警察、生活安全課への相談、夜間自費を利用しての定期的見守りの検討など、個別ケア会議を年間９回開催した。	b	・多課題ケースについては、所内会議で解決できない場合は支援時期を見極めたうえで随時、地域ケア個別会議を招集して行う。
	③日常生活圏域（池袋・池袋本町地区）での地域ケア会議（地区懇談会）を開催し、ネットワーク構築・地域課題の発見、地域づくりをおこない地域包括ケアの牽引役としての役割を果たす。（各地区にて年２回）		・２９年度は、池袋・池袋本町地区合同で開催した。食事支援に関する事業所やケアマネジャー、町会、民生委員、コンビニ、サロン等の関係者などを招集し、地域における食事支援の社会資源情報の共有、ネットワーク作り、地域課題の把握ができた。また今後につなげたい課題や提案等も話し合いやアンケートの回答から拾い出すことができた。	a	・社会資源情報の整理と分析をおこない、抽出した課題や提案を具体化していくための日常生活圏域（池袋・池袋本町地区）での小規模地域ケア会議（町会毎レベル）の開催等を検討する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	④ケアマネ懇談会を開催し、地域のケアマネジャーにより継続的包括的ケアマネジメント、自立支援に向けたケアマネジメントをおこなうための連携を強化する。（年2回）		・ケアマネ地区懇談会を開催し、地域のケアマネジャーを対象に自立支援の考え方などについて懇談し情報共有した。 ・地域ケアマネジャーへの個別ケースの自立支援に向けたプラン作成の相談や同行訪問などのバックアップ支援を行い、必要に応じて地域関係機関との連携への支援を行った。	b	・地域のケアマネジャー同士が共に地域での利用者支援を考え、気軽に相談のできる体制が取れるとよい。連携を深めるため地区のケアマネが話し合える場を設けるための準備をおこなっている。 ・自立支援のケアマネジメントをすすめていくために医療機関の相談員や民生委員など、地域関係機関と連携強化する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
地域の関係機関等との連携による地域共生型ネットワークを形成	①いけよんプロジェクト事務局としての機能を果たす。医療・介護・福祉関係者のさまざまな取り組みの連携や包括的かつ継続的なつながり・支え合いの仕組みづくりをサポートする。	1・3	・地域包括ケアシステム構築のため、介護医療連携プロジェクト（いけよんプロジェクト）の事務局を養浩荘事業部に設置し、包括としては各専門職の間で連携していくための仕組み作りを支援した。また、地域住民との協働も視野に入れて民生委員とのネットワーク作りにも協力した。	a	・多職種連携のネットワークを構築するため、多職種が参加できるような仕組みづくりと、住民との連携も密におこなえるよう包括での関わり方を検討する。
	②いけよん地区ケアマネ連絡会と連携を図り、居宅事業所とサービス事業所等とのネットワークづくりを支援する。		・いけよん地区の居宅支援事業所を始め、近隣の関係機関との連携体制を作るため勉強会や活動支援などをおこなった。	b	・居宅介護支援事業所やサービス事業所と地域住民との連携が図れるように支援する。また、居宅介護支援事業所同士の連携強化のための事業を検討する。
	③新型特養等の地域交流スペースを有効に活用するためプロジェクトチームに参加し地域に展開させる。（随時）		・地域交流スペースで想定される食事会やコミュニティカフェなどの立ち上げの準備段階として、地域ケア会議で情報収集等を行った。	C	・地域包括ケアシステム構築のための社会資源開発、地域づくりという部分で地域のボランティア等の人材活用と施設活用について検討する。
	④いけほんプロジェクト（池袋本町地域道路整備に伴う住宅困窮者対策）に参加する。（随時）		・ＣＳＷや豊島区居住支援協議会、道路整備にかかる相談窓口、あい権利擁護支援ネット等との連携会議に参加し、当該地域に住む住宅困窮者等の相談や支援をおこなうことができた。	C	・住宅困窮者支援についての情報が不足しているため、包括で具体的な支援をおこなっていくため住宅課や居住支援協議会から情報収集する。
	⑤ふれあいグループ（池袋本町地区での高齢者見守り等）の活動支援。		・ふれあいグループの会議や活動に参加し、池袋本町地区での地域住民による高齢者見守り支援などの活動をバックアップした。ＣＳＷや他包括とも協働して支援することで地域住民と関係機関との連携も充実しておこなえるようになった。	a	・地域活動参加の目的を包括の中で共有したうえで各職員が地域とのつながりを作れるように持ち回りで参加する。
	⑥ＣＳＷとの協働、定期連絡会を開催する。老障世帯や引きこもり、貧困世帯などへの対応を協議する。		・年間10件程度、ＣＳＷとの同行訪問やケア会議の開催などをおこない、高齢のみでなく精神疾患や貧困の問題を抱える家族支援なども密におこなうことができた。定期連絡会は未実施だったが、連絡は必要に応じてこまめに取り合うことができた。 ・7月25日、区民ひろば池袋のサロンにて、包括職員・見守り担当とＣＳＷが協力して「熱中症対策ミニ講座」を行った。	b	・世代や分野の垣根を越えて支援していくための「我が事丸ごと地域共生社会」をめざして、ＣＳＷと連携する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
見守りと支え合いの地域づくり	①見守り支援担当のみでなく、多職種が地域の会議体への参加しＰＲ活動や地域の実態把握をおこなう。（随時）	1	・町会、自治会他の会議体への参加は年間29回だった。 ・町会対抗運動会や防災訓練、夏休み会など町会行事への参加は行うことが出来た。 ・本町1丁目見守り検討会へは包括職員が持ち回りで継続出席している。	a	・町会や自治会等の会議体で計画的にＰＲ等活動をおこなっていくとともに、周知活動ツールを作成して必要に応じて参加する。
	②周知活動のツールとして包括パンフレットやいけよん包括通信などを活用する。		・高齢者福祉課発行の包括パンフは訪問時に利用して包括のＰＲをおこなった。いけよん包括のオリジナルパンフは作成せず、地区懇談会とアウトリーチ連絡会の内容を盛り込んで包括通信を発行した。	b	・包括通信（簡易なもので可）や事業などの案内チラシを作成し、地域住民の拠点やコンビニ、商店街など今後連携や情報提供が図れる場所に置く。 ・高齢者福祉課の包括チラシといけよん独自の通信との目的や内容を精査して作成する。
	③実態把握調査と熱中症予防訪問を実効性のある訪問活動になるように民生委員・所轄課と十分連携を図る。特に生活保護世帯についてはケースワーカーとの連携をこまめに行うように意識していく。		・アウトリーチ連絡会を2月19日に開催した。地域の民生委員、ひろば、社協などを対象に熱中症予防対策、実態調査の結果について報告し、来年の活動につながるよう意見や感想を出し合った。 ・熱中症、実態把握調査については無事完了、アウトリーチ連絡会で振り返りも行った。生活福祉課との連携は日常的には深まりつつある。 ・熱中症対策や実態調査への民生委員からの報告による後追い訪問、ケース対応を行った。	b	・生活福祉課、あんしん支援事業と連携を図る。 ・ケースワーカーによって対応に差が感じられる部分もあり、個別ケース以外に話す機会を設定し協力体制や役割分担などについて検討する。 ・制度についても双方の専門分野から情報を提供し合う。
Ⅱ．支援を必要とする高齢者や認知症高齢者の生活を支える					
介護予防サロンの運営体制づくり	①いけよんサロンの継続実施（月1回） サポーター主体の運営体制作りをおこなっていく。	1	いけよんサロンは毎月１回実施継続した。サポーター主体の運営を検討するため、１月から活動後にサポーターと包括職員で話し合いをおこない３０年度の運営方法について検討した。	b	・サポーター主体の運営体制を作るため、３０年度は年３回サポーター主催のサロンを開催する予定。(6月・10月・2月) サロンでとしまる体操を行い普及に努める。
	②ＣＳＷや医師会包括との連携により隣接エリアでの新たな予防サロン展開をおこなっていく。		11月に池袋2.3丁目の境界圏域を対象に、医師会包括といけよん包括の共同活動としてみらい館大明にて体操の会を開催した。予防サロンとしての開催とともに、隣接エリアの閉じこもりがちな方の外出の機会をつくった。	b	・見守り支援事業と協力し、数人程の小規模のサロンを池袋地区と池袋本町地区に１か所ずつ開催する予定。 ・体操の会は「池２・３の会」として来年度も継続し、年2回の開催をめざし、地域の方への周知や参加の働きかけを強化する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	③本町地区で男性サロン、介護予防ウォーキングクラブ立ち上げに向けて、ＣＳＷと協働する。		閉じこもりがちな男性の高齢者を支援するため、区民ひろばやコミュニティカフェ、地域行事への参加などを案内し活動に参加してもらうことができた。ＣＳＷと協働して様々な地域資源を活用して音楽会などの企画開催もおこない、社会参加の場を提供することができた。	b	・地域高齢者の介護予防や閉じこもり予防のため、社会資源情報を収集して、地域活動の場を広げていく仕組みづくりを行う。
	④サロンサポーターや認知症サポーターの育成、参加の機会をつくっていく。		サロンサポーターが主体的に関われるように役割分担や内容についての話し合いを持ち、活動支援をおこなった。また、認知症サポーター養成講座を開催して地域のサポーター育成をおこなった。	b	・認知症対策グループと連携し、担当地域のサポーターの方々と年2回を目標に茶話会を設け、顔合わせと情報交換を行う。
	⑤出前相談の実施（月1回）本町区民ひろばの他、池袋地区でも実施していく。（ひろば池袋、みらい館大明、公園などの青空相談会など）		月１回本町区民ひろばで、出前相談を継続して行った。相談件数は１回１～４名程度だった。池袋地区での出張相談としては、アートカフェでの相談をおおむね月２回おこなうことができた。	b	・区民ひろば池袋本町での出前相談は継続していき、池袋地区での定期的な出前相談の拠点としてアートカフェを再編し、ＣＳＷや障害者相談員と相談会などができるように連携する。
顔みて食べよう会の実施支援（地域高齢者の食事会）	①地域の高齢者の閉じこもり予防を目的に定期開催し、特養やデイサービスなどの特色を生かして介護予防の要素も　組み込んで一層の定着を図る。（月1回）	1	・養浩荘事業部主催の食事会の実施支援により、閉じこもりがちな地域高齢者が外出機会を確保し、栄養や介護予防等の知識を得られるように働きかけた。メンバーも定着してきている。 ・ボランティアからの意見をきき、事業部内での役割分担や運営上の改善につなげた。	b	・開催日や開催場所を変えて、本町地区での食事会の開催も検討する。 また、食をテーマに地区懇談会を行ったため、地域住民との協働で食事会などを企画する。
アートカフェの実施支援	①認知症支援も含め、さまざまな支援が必要な高齢者や家族の　拠り所となるようコミュニティカフェとして機能することを目指す。（年24回程度実施）出張相談の場として個別のケース相談にも応じることができるようにする。茜の里、養浩荘全体としての取り組みとして位置付け、第一四半期までに機能、方向性を確定する。	2	・いけよんの郷包括、いけよんの郷デイサービス、茜の里やCSWの間でコミュニティカフェとして機能することをめざして、出張相談や各種講座、歌や体操などの企画を用意して認知症高齢者や地域住民の拠り所となる活動をおこなうことができた（年16回実施）。	b	・３１年度の施設移転に伴い、池袋地区での出前相談の拠点を維持する必要があり、池袋地区での定期的な出前相談の拠点としてアートカフェを再編し、ＣＳＷや障害者相談員と相談会などができるように連携する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
認知症サポーター養成講座の開催	①認知症サポーター養成講座開催により、認知症について地域住民に理解を深め啓発する。（年2回程度）	2	・認知症サポーター養成は12月おたすけクラブ会員向けに実施した。（20名参加）	C	・キャラバンメイトの受講も含め、独自開催については検討していく。
認知症ライフサポート研修の実施	①すべての人がいつまでも住み慣れた場所で生活するために各専門職や民生委員、住民間との情報共有や支援のネットワークを構築する。（年2回程度）	2	・認知症ライフサポート研修は担当看護師の長期休養もあり未実施に終わったが、サポーター養成講座の実施等により地域の住民や民生委員から認知症高齢者の支援についての相談が増えてきている。	C	・認知症サポーター養成に力を入れ支援ネットワークの拡大を図っていく。
もの忘れ相談の実施	①身近な地域で気軽に相談できる機会を提供する。（年2回程度）	2	・定例および随時もの忘れ相談とも0件だったが、物忘れや認知症の相談については認知症かかりつけ医や物忘れ外来等の紹介をおこない、認知症高齢者の早期診断の支援をおこなった。物忘れ相談については他包括の実施方法についての情報交換をおこない今後の実施体制を検討した。	C	・職員間での物忘れ相談事業についての理解を深めて、対象者の選定をおこなう。リアルタイムで相談を受けられるように年間4名（三か月に一人程度）を目標とする。定例もの忘れ相談にも最低１人の相談を目標とする。 ・30年度からは認知症初期集中支援が開始されるため、チーム員との協力体制を作っていく。
介護者教室の開催	①介護者、または介護予防に役立つ情報を提供する。企画は関係諸機関と連携を取る。（年2回程度）	1	・町内会の集まりに出席し、包括のＰＲとともに介護保険についての説明を地域住民におこなった。	b	・介護者教室の開催が目的にならないように方法を見直す。介護予防についての情報の普及は他機関と連携しておこなっていく。
Ⅲ．相談機能を充実するため、職員間の連携強化と専門機関との情報共有					
総合相談体制の充実と相談対応のスキルアップ	①総合相談の流れを包括の全職員が理解し、適切な初期対応と相談受付をおこなう。受付票や相談記録を作成して、状況に応じ三職種と他職種により支援方針の決定、役割分担をおこない、関係機関や制度やサービスにつなげていく。 さらに、朝夕のミーティングで個別ケースの対応状況や支援方法の確認、再検討などを含めてこまめにおこなっていく。	4	・朝の申し送り時間を設定し、個別ケースの対応状況や支援方法の確認、役割分担、支援の再検討などを含めておこなうことができた。また、申し送り記録を毎日更新して、全体に相談の経過がわかるようにした。後追いリストを作成し、継続的支援が必要な利用者については毎月の把握状況を確認できるようにした。	b	・後追いリストを活用し、所内検討による支援方針決定から、支援経過の把握、支援終結に至るまでの確認を定期的におこなう仕組みをつくる。
	週1回、職員ミーティングを実施し事業運営上の課題を挙げ職員相互の問題点をしっかり解決していく。		・週１回程度の職員ミーティングを実施し、運営上の課題や役割分担、行事の企画などを定期的に確認することでセンター全体での業務遂行に効果があった。	b	・通常の包括業務に支障のない範囲で継続する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
	②全職員持ち回りで所内検討・事例検討会をおこなう。また、高齢者福祉課の援助スタッフ専門相談や専門ケア会議への事例提出によりケース対応のスキルアップを図る。		・持ち回りでの所内検討や事例検討会をおこなうことはできなかったが、課題が生じたときには随時所内検討できた。	C	・援助スタッフ専門相談や専門ケア会議を効果的に活用し、迅速に利用者支援につなぐ。 ・持ち回りで検討を行うのではなく、随時所内検討をおこない記録に残す。
	③各職員の研修の機会を確保し、ケアマネジメントや認知症ケア、権利擁護・虐待対応、記録の書き方、リスクマネジメント、個人情報保護、対人援助技術、接遇向上などの研修により相談対応のスキルアップを図る。		・各種研修への参加機会を確保し、各職員が習得したいことや業務に生かせる知識や技術によって相談対応のスキルアップを図った。	b	・研修等に参加した際には、所内会議やミーティングで情報共有、伝達研修を実施する。
	研修は、年度初めに全職員が各自の課題を設定し、研修計画を作成する。計画に沿って1年間で研修への参加と伝達研修を励行する。		・年度初めに人事考課の際に各職員の課題設定と研修計画を作成。それに基づき随時関係のある研修への参加を励行した。	C	上に同じ
	④ケアマネジメントのスキルアップのため、予防プランに必要な帳票類（アセスメント表、ケアプラン、担当者会議、利用票・利用票別表、評価表）の作成状況を確認し、毎月1回点検日を設けて管理簿によるチェックをおこなう。		・毎月１回点検日を設け、個々のケアマネジャーが自身のプランについて利用者リスト一覧を活用して毎月確認をおこなった。 ・委託先のケアマネジャーに対して担当者会議などでの利用者訪問の際、期間、記入方法などのについての指導・周知を行った。	C	・月単位の請求者名簿や個々の担当者が作成している利用者リスト一覧を活用し、直営/委託ともにケアマネジメント帳票の作成状況を確認していく体制を作る。

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（いけよんの郷）地域包括支援センター

Ⅰ.地域共生社会の実現に向けたネットワークの拠点として、地域包括ケアシステムの充実を図るための牽引役としての役割強化
Ⅱ支援を必要とする人が地域で生活できるように、地域の社会資源情報の収集とコーディネートを実施
Ⅲ高齢者の介護予防と自立支援のための、介護予防支援事業とケアマネジメント支援業務の充実

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
自立支援地域ケア会議、地域ケア個別会議の実施	・包括主催の自立支援地域ケア会議のケース選定のため、包括内で直営プランの個別ケース報告会を行う（年３回程度）。 ・多職種の視点を生かして自立支援に資するケアマネジメントをおこなうことを目的に、包括主催の自立支援地域ケア会議を行う（年３回）。 ・個別課題を抱えるケースについて地域のケアマネ等からの相談に応じ、地域ケア個別会議を開催して検討をおこない、地域課題の把握等をおこなう（年１２回程度）。 ・在宅でリハビリなどの支援が必要な方について、元気はつらつ訪問事業を積極的に活用する（年３回）。	３・４			

包括圏域での地域ケア会議を開催	・前年度にあがった地域課題（高齢者の食事支援に必要な財源・人材・場所などの検討）を深めていくための準備会をおこなう（上期・下期で１回ずつ）。 ・準備会で社会資源情報を共有し、課題や提案を具体化していくための地域ケア会議を開催して検討する（年2回）。	3			
地域のケアマネジャーを対象にした研修会、地区懇談会の開催	・地域のケアマネジャー同士が話し合える場としての準備会を設定し、ケアマネジャーに研修会や地区懇談会の企画運営に協力してもらう（年３回）。 ・ケアマネジャー同士のネットワーク構築、ケアマネジメントの資質向上をめざして包括主催の研修会をおこなう（年２回程度）。 ・ケアマネ地区懇談会を開催し、自立支援のケアマネジメントをすすめていくために地域の関係機関との連携方法などを検討する（年2回）。	4			
多職種連携ネットワーク作り	・地域の団体との研修会の共同企画や地域活動への参加を通じて、地域包括ケアシステムに多職種が参加できるような仕組みづくりをおこなう。また住民との連携も密におこなえるようにする。 ⇒いけよんプロジェクト、ケアマネ連絡会、としケアの活動支援（通年）	2			
	・地域包括ケアシステム構築のための社会資源開発、地域づくりという部分で地域の組織や活動団体や介護施設との連携を図る。（通年） ⇒地域交流スペースの活用検討 ⇒住み替えや住まい方の支援の情報収集 ⇒地域のボランティア活動等の支援 （本町見守り検討会、ふれあいグループ、居住支援協議会など） ⇒アートカフェ、顔見て食べよう会の運営支援	2			

	・「我が事丸ごと地域共生社会」をめざして、多職種・多機関のネットワーク形成と複合的な課題に対応するためＣＳＷと連携する。 ⇒なかよし音楽隊（大学生、CSW、茜の里、包括、民生委員、介護施設、地域住民等の共同企画による音楽会）の企画・開催協力（11月開催）。 ⇒老障世帯など支援協力が必要なケースでの連携（随時）。	2			
高齢者総合相談センターの周知活動、見守りネットワークの構築	・包括の周知活動のためのツールとして、包括通信（前期・後期1回ずつ発行）や事業などの案内チラシを作成し、地域住民の拠点やコンビニ、商店街など今後連携や情報提供が図れる場所に置く。	1			
介護予防の普及啓発	・サポーター主体の運営体制を作るため、３０年度は年３回サポーター主催のサロンを開催する(6月・10月・２月）。 サロンでとしまる体操を行い、地域活動の場での活用も含めて普及に努める。	1			
	・区民ひろば池袋本町での出前相談を月1回おこなう。そのなかで介護予防の普及を目的に来所者への介護予防に関するミニ講座をおこなう。	1			
	・見守り支援事業と協力し、数人程の小規模のサロンを池袋地区と池袋本町地区に１か所ずつ開催する予定（年2回）。 ・池袋２、３丁目の圏域境界にお住いの高齢者を主対象に、医師会包括やCSWとの共催による体操の会「池２・３の会」を開催する（年2回）。 地域の方への周知や参加の働きかけは区民ひろばや、高齢者の自主サークル、老人会等におこなう。	1			

介護予防・日常生活支援総合事業の周知	・介護予防と日常生活支援についての相談に応じ、総合事業パンフレットを活用して住民に周知を図る。また、基本チェックリストを活用し、事業対象者の選定をおこなっていく。 ・町内会や地域の会議や民生委員の班活動などで介護保険、介護予防や総合事業の事業案内・手続き方法などの周知活動や普及啓発活動をおこなう。（年5回程度）	1			
認知症の方を支えるしくみ作り	・認知症対策グループと連携し、担当地域のサポーターの方々と茶話会をおこない、顔合わせと情報交換を行う（年2回）。	2・5			
	・所内で勉強会をおこない、物忘れ相談や認知症初期集中支援事業の理解を深め、対象者の選定をおこなっていく。 （随時型は年間4名（三か月に一人程度）を目標とする。定期型は年間２件を目標とする。） また認知症初期集中支援はチーム員との協力体制を作り対応していく（年間4件）。	5			
	・包括内でキャラバンメイトを増やし、独自開催もしくは講師を依頼して、他行事とのタイアップ方式で認知症サポーター講座をおこなう（年1回予定）。	5			

相談支援体制の充実	・所内検討による支援方針決定から、支援経過の把握、支援終結に至るまでの確認を定期的におこなう仕組みをつくる。				
	・援助スタッフ専門相談や専門ケア会議を効果的に活用し、迅速に利用者支援につなげる。 ・申し送りなどでの随時の所内検討結果を記録に残し、継続的に支援していく。				
	・個々の職員のキャリアアップに応じて、自身の目標に沿って各種研修等に参加し、参加した後には所内会議やミーティングで情報共有、伝達研修を実施する（随時）。				
	・月単位の請求者名簿や個々の担当者が作成している利用者リスト一覧を活用し、直営/委託ともにケアマネジメントの実施状況や帳票の作成状況等を確認していく体制を作る。				

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない

自己評価の合計
91 ／100点

センター名：　アトリエ村地域包括支援センター

1．地域包括支援センター運営体制

合計　19 ／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	地域包括支援センターが中立・公正な機関であることを理解し、事業運営をおこなっている。	5
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	保健・医療・福祉サービスが特定の業者に偏らないよう、また利用者・家族が自ら選択できるような情報提供をおこなっている。	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	相談記録台帳は職員全員が回覧し、センター長が決裁している。また各事業についても随時センター長ならびに定期開催の包括職員会議にて報告している。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	センターの事業目標の作成と評価について、全職員の合意を持っておこなっている。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	支援困難ケースは全職員で協議し、それぞれの専門機能を活かしながらチームアプローチをおこなっている。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	毎朝のミーティングと包括職員会議を月2回）開催し、日常業務内容等の情報を共有している。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	職種や適性に応じた研修への参加を偏りなくおこなっている。	4
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	区や都、国等公的機関がおこなう研修だけではなく、民間や他事業所がおこなう研修、法人内研修にも積極的に参加している。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	昨年度の反省を踏まえ、期日内提出が実施できた。	5
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	変更届を提出する案件はなかった。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	相談記録、関係文書等は鍵付きのキャビネットに保管し、事務室自体も施錠するなど適切な管理を実施している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情を受けた場合には記録に残し、速やかに高齢者福祉課、介護保険課に報告している。	5
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	アトリエ村施設職員全体およびセンター職員の緊急連絡網を整備し、緊急時の連絡に備えている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報に関する書類やサーバーは、鍵付きのキャビネットに保管している。パソコンはログインパスワードを設定している。	

2. 総合相談業務

合計　18　／　20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	区民ひろば、認知症カフェ、介護保険事業所等を通じ担当圏域全体への周知をおこなっている。さらに毎年開催している地区懇談会にて都度センターの周知をおこなった。	4
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	民生委員のサロン、地域の自主的なサロン、個別の相談や地区懇談会等を通じて、地域のニーズを把握している。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	関係機関の会議への参加、コミュニティーソーシャルワーカーとの連携、多職種連携の会、地区懇談会、ケアマネ地区懇談会を通じて、働きかけをおこなっている。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	輪番制の窓口担当を設け、担当より口頭もしくは記録により報告を受け、内容を検証し課題分析やサービスへの繋ぎを適切におこなっている。	5
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	個人情報保護に留意しながら関係機関と協同して速やかな対応を心掛け、さらに各事業所の会議体等に参加することで、信頼関係構築に努めている。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	相談記録台帳を速やかに記録、回覧し、さらに口頭や申送りノートを活用して、担当者不在時にも適切に対応できる体制を取っている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	民生委員、地域住民、ケアマネジャー、事業所、医療機関、区民ひろば、コミュニティーソーシャルワーカー等より情報収集をおこなえる体制をとっている。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	ケース検討、個別ケア会議、地区懇談会を通じ地域の課題を抽出している。把握した課題を関係機関で共有することにより、問題の解決、予防に努めている。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	認知症疾患センター、長崎健康相談所、在宅医相談窓口、地域医療機関などの保健医療機関や行政、警察署、消防署等とも連携し問題解決をおこなっている。	5
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	町会、商店会、地域での活動や民間機関の社会資源等について情報収集している。またその情報を今年度の地区懇談会にて共有した。	

3. 権利擁護業務

合計　13　／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	関係機関との連携により虐待の防止と早期発見に取り組んでいる。特に今年度は警察との連携も強化できた。	5
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	虐待（疑い）受付表を持って速やかに担当課に報告するとともに、速やかに実態把握のため、被虐待者と面接等を実施することで、安全確認・事実確認に努めている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	判断能力、金銭管理能力、生活全般の状況を把握し、成年後見人制度の必要性や緊急度について職員間で協議し判断している。	4
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	法テラス・サポートとしまの専門相談・リーガルサポート等関係機関に繋げる支援を行っている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	都度、担当である地域ケアGと協議を行い、区長申立てに繋げる支援をしている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	豊島区消費生活センター、目白警察署生活安全課との連携を深め、事例に対応できる体制を整えている。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　15 ／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	地区懇談会、ケアマネ地区懇談会、アトリエ村他職種連携の会等を活用し、介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	5
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	多職種連携の会・地区懇談会を通じて介護事業所、医療機関、関係機関との連携の輪が強化されている。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	個別の相談における専門的なアドバイスに加え、必要であれば個別ケア会議を開催し、困難事例への支援を協議した。	5
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	個別の相談への支援や個別ケア会議、三事業を活用し、介護支援専門員の問題解決能力向上を図っている。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネ地区懇談会を通じ、地域の課題、地域の介護支援専門員の課題を共有する取り組みをおこなっている。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	主任介護支援専門員の協力のもと、豊島区全域で共通内容の研修会を実施することができた。	5
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	事務局として豊島区主任介護支援専門員連絡会の立ち上げの支援を行った。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　13／　15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	地区懇談会や認知症カフェでの出前講座等、地域住民および関係機関に認知症高齢者とその家族の支援のための啓発活動をおこなっている。	4
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	初期支援集中チームのモデル事業を実施、チーム員ともに継続的に支援をおこなっている。	5
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	関係機関だけでなく、地域住民、サービス事業者、商店会等からの相談連絡を活け、個人情報に留意しながら連携し、継続的な支援をおこなっている。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	高齢者福祉課、目白警察署等と連携し、虐待防止への支援を行った。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　9　／　10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	区高齢者施策、民間サービス、家族や友人による支援等、介護保険以外のサービスをケアプランに位置付けている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	ともに自立支援のためのプランであることを鑑み、計画作成、モニタリング等を共通の考え方に基づき一体的におこなっている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	ワムネット等で運営状況、事業所概要等を調べ、委託の要件を満たしているかを確認している。	5
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	委託事業所選定は公平性・中立性を考慮しおこなっている。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	委託先事業者が計画原案を作成する場合は、計画の内容の確認をおこない、その後のモニタリングの報告を受け今後の方針を決定している。	

8. 地域ケア会議

合計　4　／　5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	目的については案内時と開催時に説明している。	4
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人情報の守秘について説明している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	結論とその後の役割分担等について確認をおこなっている。	

平成29度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（アトリエ村）地域包括支援センター

1．センターの役割・機能や今年度重点事項を、地域住民関係機関にわかりやすく周知する
2．地域包括ケアシステムの基盤整備を行う（地域住民・関係機関との連携を強化し、協働して解決するネットワーク構築に向けて、顔の見える関係づくりをさらに推進する）
3．認知症対策の推進（予防・早期発見・介護支援を重点的に行う）
4．センター職員の育成と相談体制の強化（包括職員と見守り支援事業担当が協力し、一体的に実施していく）

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
1．センターの役割・機能を地域住民関係機関にわかりやすく周知する。	・今年度末までに ①地区懇談会や地域イベントや認知症カフェでの出張相談（年４回）や出前講座（年２回）において包括の周知を図る。 ②長年取り組んでいるシニア支え合いステッカー委員会（月１回）にて作成予定の広報誌（年４回）を通して商店街や地域住民に周知を図る。	1	①出張相談で受けた相談は1件のみで、必要性の低さを感じた。出前講座は1回しか行わなかったが、地区懇談会、認知症カフェ、他機関との合同イベントにおいて包括の周知を図ることができた。 ②広報誌は３回発行。ステッカーを知っているという人が増えた。南長崎地域にも協力店が広がっている。また、アトリエ村バザーや認知症カフェ等で広報活動を行った。	b	①イベントの中での相談は難しい事がわかったので、方法について再検討していく。 ②南長崎地域を含めた委員拡大を図り、委員中心の活動自主化を目指す。

２.高齢者が意欲をもって日々の生活を主体的に過ごせるように介護予防を推進していく。	・今年度末までに。 ①介護予防サロン事業（アトリエクラブ）を実施（年24回） ②自立支援地域ケア会議（月１回）に参加、リハビリ専門職との連携により自立支援に向けたケアマネジメントを学び適切なプラン作成を行う。 ③新設した「いきいきプラン」、変更になる「すこやか生活プラン」の違いを意識し、より適切で、効率的なマネジメントを目指す。	1	①月２回、２４回実施した。体操や他者との交流、外出の機会の場所として、参加者も安定しており役割を果たせた。サポータによる脳トレは都度内容を検討して実施し好評であった。 ②事例を提出した時には、リハ職や栄養職の方から専門職としての意見を頂き参考になった。外周として参加したときも、他の方が立案した計画書を検討する事が出来、自身にない視点を持った計画書を作成しており参考になった。 ③各プランナーとも違いを意識してマネジメントしているが、サービスに繋がったのは1件にとどまった。	b	①大規模改修により休止を予定している。３１年度に向けてサロン内容の検討、参加が必要な方への促し等を行っていく。 ②地域ケア会議で学んだ多角的な視点を活かしたプラン作成を行う。 ③引き続き二つのプランの違いを意識し、効率的なマネジメントを目指す。
3.孤立予防に取り組み、地域とのつながりを持ちながら生活が継続ができるよう支援する。	・今年度末までに ①要見守り対象者のニーズを把握し、訪問や電話にて安否確認等の支援する。 ②つながりを持ちやすいように、訪問時のチラシ等の内容を工夫する。 ③ステッカー委員会や地域のサロン活動参加を通じて、関係機関や住民組織との連携をさらに深めていく。 ④互助的な地域連携のみでは対応が困難な要見守り対象者の状況を確認、抽出し、公的サービスにつながるよう支援していく。 ⑤地域活動や社会資源の情報を集め、状況に応じて案内できるようにする。	1	①民生委員欠員地区分の実態調査を行った分、要見守り対象者へのアウトリーチ活動ができない期間があった。 ②手書きでのメッセージを付けて、目に留まりやすいよう工夫をした。チラシを見たと連絡をくれるケースが増えた。 ③ステッカー委員会は9回開催、サロン活動へは毎月1回(計12回)参加した。自主グループ(元気！ながさきの会)との懇談会を開催し、一人暮らし高齢者の見守りについて意見交換を行い、関係づくりを行うことができた。 ④三職種や関係機関と連携し、介護保険サービスや医療、一般施策やその他サービスに繋げる支援を行えた。 ⑤上記③の連携を通し、区民ひろばやCSWと情報共有を定期的に行うことができた。	b	①実態調査の後追い訪問と並行して、見守りアウトリーチ活動を行っていく。 ②センターの役割や機能をより分かりやすく周知できるよう、工夫が必要。 ③⑤道路拡張計画により、商店街など地域の状況が大きく変わることが見込まれるため、適宜状況の把握や対応を行っていく。 ④要見守り対象者として抽出すべき条件(同居者の有無や年齢)について、柔軟に対応していく必要がある。

4.地域で認知症高齢者が安心して暮らしていけるように支援する。	・今年度末までに ①認知症初期支援チームモデル事業を関係機関と連携し、支援のシステム作りを行っていく（通年） ②もの忘れ相談を開催する。（年2回） ③圏域事業所が運営する認知症カフェ（現在３ヶ所）の運営を支援する。	2	①チーム員として参加。2事例を提出。同行訪問や会議に参加する事で事業の仕組みや流れを把握する事が出来た。 ②定例２件、随時２件実施。専門病院への受診に繋がったケースもあった。 ③出張相談を５回実施。包括を知ってもらう機会にもなった。夏季、冬季に応じた予防や感染対策の説明には質問も多くあった。	b	①チーム員として事業が円滑に遂行されるよう連携していく。 ②相談者の相談の機会を逸しない様に各方面と連携していく。 ③事業所と支援内容を検討して参加者に有意義な時間を提供していく。
5.医療と介護の連携をさらに進める。	・今年度末までに ①豊島区医師会と協働し、アトリエ村地区多職種連携の会にて学習交流会を実施する。（年３回） ②豊島区在宅医療相談窓口と連携する。 ②地域医療機関と、普段よりお互いの会議体等に参加する等、連携体制の強化を図り、在宅での療養・介護・生活が安心して開始・継続できるようにする。（随時）	3	①多職種が一堂に会し、専門職からの意見を参考にし各地域で連携して必要な方策を検討する事ができた。 ②③上記多職種連携の会でお互いに顔の見える関係となり、ケース対応の中で連携体制を強化していくことができた。	b	①多職種連携の会は開催ごとに参加者が多くなり業務量も増えてきている。企画委員（コアメンバー）を中心とした自主運営化を目指していきたい。
6. 地域包括ケアシステムの実現に向け、地域におけるネットワークを構築する。	・今年度末までに ①地区懇談会を開催する。（年2回） ②ステッカー掲示店・掲示者との連携を図るため、懇談会を開催する。（年1回） ③個別ケア会議を開催する。（随時） ④アトリエ村地区多職種連携の会の活動に参加する。	1.2.3	①アトリエ村地区を長崎地区、南長崎地区に分けて地区懇談会を実施。地域における様々な社会資源の周知を行い、ネットワーク作りの一歩となった。 ②懇談会は開催できなかったが、広報誌配布やアンケートにて協力店と意見交換を行った。 ③年間40件の個別ケア会議を実施、医療関係者等も含めを多くの関係者と連携をとることができた。 ④９月と２月に連携の会を実施し両日とも８０名程度の参加が有、特に参加の半数近くは、医療関係であった。内容としても事例検討・施設紹介後にグループワークの時間を多く設け介護関係と医療関係の連携を取る良い機会となった。	b	①多くの情報を、よりわかりやすく、より広く周知するためにはどうしたら良いか、課題が残った。 ②協力店が参加しやすい日時設定が難しいため、要望があれば少人数でも行いたい。内容は認知症サポーター養成講座のような研修様式としたい。 ④企画委員を中心にした自主運営化を目指していきたい。

7.地域の介護力強化のため、一翼を担うケアマネジャーの支援を行う。	・今年度末までに ①必要に応じ個別ケア会議を開催し、困難ケースの継続的支援を行い地域ケアマネジャーのレベルアップを図る。 ②ケアマネジの資質向上とネットワーク構築を目的に、ケアマネ地区懇談会（年１回）、勉強会（年１回）を、地域のケアマネや他包括とも協働し実施する。 ③地域を支えてもらう担い手を育成するため、主任介護支援専門員研修受講に向けた支援を行っていく。（随時）	１・２・３	①個別ケア会議が年間40件、虐待に関する会議が年間12件開催、そのほとんどにＣＭも参加、連携体制の構築と事例の積み上げによるＣＭのスキルアップの場として効果的に機能した。 ②③地区懇談会、勉強会とも各１回開催。懇談会は、特に総合事業の取り組みについて情報共有できた。勉強会は、西部包括との合同開催、企画準備、講師、ファシリティターと地域のＣＭの協力を得て開催することができた。 ③地区懇談会企画委員会（年４回開催）に地域活動へ積極的なＣＭが委員として参加、内１名が今年度主任ＣＭの資格を取得した。	b	①支援困難ケースの解決に向けて引き続き個別ケア会議を効果的に開催していきたい。 ②③主任ＣＭが居宅管理者の要件となったため、資格取得に向けての支援が重要になる。
8.センター職員の育成と相談体制の強化	・今年度末まで。 ①様々な相談に対し、的確で専門的な相談対応を行い多面的な支援を行うため、３職種、アウトリーチ担当、予防プランナーの連携を密にし、チームにて取り組む体勢を強化する。（随時） ②毎日のミーティングや台帳回覧を通し、ケースを全職員にて共有し、主担当が不在でも対応できる体制をづくりをしていく。（随時） ③職員会議（月２回）にて相談業務のスキルアップのための研修時間を確保していく。	４	①三職種、アウトリーチ担当、予防プランが連携して対応し、これまで継続していたケースや、緊急対応が必要な相談が、介護サービスや医療等へと速やかに繋がった。②各職員のスケジュールを共通フォルダで管理することでそれぞれの動きが把握でき、問い合わせ等に対応することができた。また、ミーティングや台帳回覧の他、随時情報共有を図ることで、主担当者が不在でも対応できることが増えた。　③月2回及び随時の職員会議を行うことができたが、今年度は伝達事項が多く研修の時間を確保するには至らなかった。	b	①引き続き各担当が連携しながら、的確な支援に繋げていく。 ②ケースによっては主担当でないと対応が難しいこともあるため、慎重に対応していきたい。 ③議題の中で優先順位の高い内容以外は回覧等で周知を図るなど工夫し、研修時間を確保できるようにしたい。

別記様式第1号

平成 30 年度　事業計画表

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（アトリエ村）地域包括支援センター

1.介護予防・日常生活支援事業の制度理解と周知
2.地域のネットワーク構築の深化（地区懇談会の開催・医療との連携強化）
3.介護支援専門員への支援強化（資質向上・ネットワーク構築）
4.認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～5）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
介護予防・日常生活支援総合事業の周知	・今年度中に ①包括主催による各種地区懇談会にて、総合事業の説明の時間を設け、周知を図る。（年４回） ②来所時やサービス担当者会議で区作成のパンフレットを活用し利用者の理解を深めていく（随時） ③総合事業の理解を深める為、区主催の説明会や包括職員同士の勉強会に積極的に参加する。（年２～3回）	1			

支え合いの仕組みづくり	・今年度末までに ①シニアささえあいステッカー委員会(月1回)に参加し、関係機関や地域住民との連携を深め、地域での緩やかな見守り活動の定着に繋げていく。 ②新聞販売店などの民間事業者やマンションの管理人を訪問し、相談窓口の案内や取組方法を伝え、事業の周知と協力を依頼する。（随時） ③見守りと支えあいネットワーク事業利用者の実態把握を実施、必要に応じて適宜他の事業や活動につなげていく。（随時） ④実態調査等で把握した要見守り対象者のニーズを確認し、地域活動や公的サービスに繋がるよう支援する。（随時）	2			
地域ケア会議機能の強化と充実	・今年度末までに ①前年度の地区懇談会で課題として挙がった地域情報の発信方法について検討するため、地区懇談会を長崎・南長崎の２地区にて開催する。（年2回） ②個別ケースの課題から地域の課題発見に繋げられるよう、個別ケア会議を開催する。また自立支援に向けた個別ケア会議についても開催方法を含め協議していく。（随時） ③昨年設立した豊島区主任介護支援専門員連絡会に事務局として運営の協力をしていく。（随時）	3			
医療と介護の連携強化	・今年度末までに ①豊島区医師会と協働し、アトリエ村地区多職種連携の会にて学習交流会を実施する。（年2回）	3			

ケアマネジメントの資質向上	・今年度中に ①必要に応じ個別ケア会議を開催し、困難ケースの継続的支援を行い地域ケアマネジャーの資質向上を図る。(随時) ②ケアマネジメントの資質向上とネットワーク構築を目的にケアマネ地区懇談会（年2回）や事例検討会（年１回）、また勉強会（年2～3回）を、地域の主任ケアマネや他包括と協働し実施する。	4			
主任介護支援専門員の育成支援	・今年度中に ①地域を支える担い手を育成するため、主任介護支援専門員受講に向けた支援（包括の活動への参加呼びかけ等）を行っていく。（随時）	4			
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	・今年度末までに ①もの忘れ相談を開催する。（年２回） ②認知症初期支援事業を利用する事が、在宅生活の継続に繋がる支援を行う。又、事業の円滑な運営にチーム員と連携して取り組む。ケースを抽出し、チーム員会議に参加する。（年４回） ③圏域事業所が運営する認知症カフェの運営を支援する。（随時） ④31年度再開の介護予防サロンの企画、参加者の抽出を行う。	5			

（平成29年度）　地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】
5 ～ かなりできている
4 ～ ある程度できている
3 ～ どちらともいえない
2 ～ あまりできていない
1 ～ できていない

自己評価の合計
85 ／100

センター名：　西部地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制

合計　18／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
職員の職務及び姿勢	職員がセンターは中立・公正でなければならないことを理解している。	介護保険法をはじめとする関係法令を遵守している。センター事務所が独立（併設サービス提供部門なし）しており、サービスに関しては、利用者本人・家族の選択を原則としている。居宅介護支援事業所を紹介する必要がある場合には、紹介歴を一覧にし、偏りがないようにしている。	5
	個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。		
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	職員会議において、業務分担を確認している。多角的な視点の導入と、担当者不在を避けるため、カフェの支援やサロンなどは2～3名の体制としている。	
	センターの目的と基本的視点について、職員間で共通認識を持って業務が行われている。	センターの目的と基本的視点に基づいた事業計画・評価は、必ず全員で複数回検討し作成。包括業務の研修には該当する全職員が参加し、又職員が共通認識から外れずに業務遂行できるよう、一日2回ミーティングを行っている。	
	支援困難ケースや緊急性の判断が必要な場合、多様な観点から支援できるようチームアプローチを実践している。	初回訪問はできる限り2名での対応としている。朝夕のミーティング時にケース報告を行う他、支援困難ケース等については、個別地域ケア会議・事例検討等で方針・役割分担等を検討し、チームでの対応を行っている。	
	所内会議等を計画的に開催し、職員間で日常業務内容等の情報を共有している。	職員会議（2回／月）、ミーティング（2回／日）、事例検討・個別地域ケア会議(随時)を行い、情報共有している。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	各職員の能力開発について年に2回管理職と面談し、目標設定と達成状況を確認している。	5
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	勤務調整し複数名の参加を努力している。特に高齢者福祉課主催の研修は、最大人数の参加ができるよう、勤務調整している。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	業務ごとに担当を決め、期日内提出を徹底すると共に、万一遅れが生じる場合には事前連絡を行っている。提出書類はメール機能を活用して所長が確認する他、回覧にて所内にも周知している。	4
	職員の変更等があった場合においても、変更届出書を速やかに提出している。	法人本部・同法人の地域包括支援センターと連携し、随時提出している。	
	相談記録、関係文書等の情報が適切に保管・管理できている。	相談記録台帳の有無はPCにて管理している。また決裁後はキャビネットにて保管・管理している。 関係文書等は回覧後種類別にファイリングしている。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情を受けた際には、所内での情報共有・対応策等の協議をはじめとし、必要時には法人内の第三者委員会にて報告・協議を行う他、区への報告を速やかに行っている。	4
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	開設時間外は携帯電話への転送により、24時間対応可能。職員連絡網を整備している。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	法人として受けた外部機関による情報セキュリティー診断・研修の結果を踏まえ、引き続き定期的に自己点検を実施。鍵の増設、キーボックスの設置の他、机上整頓を徹底し、個人情報等が不用意に他者の目に触れることを防止している。	

2. 総合相談業務

合計　17／ 20点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
地域におけるネットワーク構築	担当圏域全体へセンターの周知をしている。	日常の訪問活動や熱中症訪問等で、包括の広報誌などを配布し周知活動をした。ひろば祭り等の場では、包括のコーナーを設け、多世代が興味を持てるような企画をし、周知活動に努めた。	4
	地域特性や地域住民のニーズを把握している。	実態調査や熱中症訪問を通して、民生委員らと共に地域を回り、個人の課題にとどまらない地域の共通のニーズ把握に努めた。	
	ネットワークの必要性について地域関係機関・住民への働きかけを行っている。	地区懇談会やアウトリーチ連絡会などで「社会資源・居場所を知る」や「見守り対象者へのアプローチ」をテーマに、ネットワークの必要性とそれぞれの立場でできる事を検討した。	
相談受付での対応	初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげている。	来所相談の受付票の改定を行った他、初回訪問はできる限り2名で行い、アセスメントがスムーズにできるようにしている。	5
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、報告するなど信頼関係構築に努めている。	その都度 所内検討にて情報を共有し、対応方法や役割、相談元への報告などきめ細かく話し合い、関係機関との信頼関係の構築につながっている。	
	相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制となっている。	台帳は速やかに記載・確認を行い、キャビネット保管を原則としている。支援が長期に及ぶケースは複数の職員対応とし、支援停滞の予防と担当者の負担感軽減につながっている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	各関係機関への周知が進み、新聞販売店などの戸配業者やアパート大家などから早い段階での通報や相談が増えた。その後の訪問や家族への連絡などでも地域からの協力が得られた。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出し、予防に努めている。	孤立の心配や老障世帯、サービス未利用や未受診、介入拒否などサービスに繋がりにくい世帯を「気になる人のリスト」に搭載し、皆で情報共有しながら後追い訪問を行っている。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	複合的な課題を持つ世帯への支援のみならず元気高齢者への働きかけ等においても、CSWやひろば職員、民生委員等と連携しながら行っている。	4
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	社会資源整理の日（2回／週）を設定、情報を閲覧しやすくし利用者の便宜を図っている。訪問用社会資源ファイルも新たに整理した。	

3. 権利擁護業務

合計　12／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	警察からの情報提供はもとより、CM・ヘルパー等介護保険事業所からの相談などから対応につながったケースが多く、虐待通報の重要性の理解が進んでいる。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	29年度は7件の通報があり、区に報告したうえで48時間以内の安否確認と速やかな対応をしている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	アセスメントの情報を整理し、所内検討やサポートとしまへの相談、地域ケアグループの専門相談の機会を活用し、制度の必要性を判断している。	4
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	サポートとしま・法テラスなどへの相談、専門相談の利用などを提案しながら、専門機関への橋渡しを行っている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	29年度の区長申し立てはなかったが、関係機関と連絡調整し区長申し立てを検討する体制がある。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害防止のリーフレット等を設置し、予防啓発に努めるとともに、消費生活センターや警察等から情報提供には早急に対応して被害の拡大を防いでいる。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

合計　12／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
包括的・継続的 ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	西部地区CM連絡会を毎月実施し、勉強会企画の支援や総合事業等について情報提供を適宜行っている。	4
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	西部地区懇談会の企画協力や、当日の出席を通し、町会・民生委員等の地域住民、区民ひろば・介護保険事業所等と連携体制ができるよう支援している。	
介護支援専門員に対する 個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対する支援を行っている。	困難事例への同行訪問の他、専門会議体への事例提出の支援等を通じ、相談しやすい関係づくりに努めている。	4
	地域の介護支援専門員の問題解決能力を高める支援をしている。	地域の介護支援専門員が企画し、主体となっての勉強会を開催している。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	居宅訪問や相談で上がる内容のうち共通の課題に関しては連絡会で情報共有している。	
介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	センター単独又は複数センター合同で介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会を開催している。	8包括合同で、アセスメントに関するCM勉強会を4回実施した。必要に応じ介護予防支援業務受託のための伝達研修を行っている。	4
	上記研修会や事例検討会を通して、担当圏域の介護支援専門員のネットワーク構築を支援している。	上記研修やCM連絡会を通じ、CM同士のネットワーク構築を支援している。	

5. 介護予防ケアマネジメント業務

合計　／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
二次予防事業対象者把握	3職種それぞれが、さまざまな機会を捉えて、二次予防事業対象者の把握を行っている。		
	二次予防事業の啓発等、二次予防事業対象者の把握に向けた取り組みを主体的に行っている。		
	把握した二次予防事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行っているか。		
ケアマネジメントの実施	介護予防の目的を意識した二次予防事業対象者へのケアマネジメントを行っている。		
	事業参加状況、目標達成、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適格にモニタリングを行っている。		
	事業終了後も対象者に必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行っている。		
地域介護予防活動支援	地域の介護予防組織の育成・支援を実施している。		

6. 認知症高齢者及び家族への支援

合計　14／ 15点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
認知高齢者への理解	地域住民や関係機関に、認知症高齢者の理解のために、啓発活動を行っている。	町会や地域住民向けに、寸劇を交えるなど解りやすい認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解促進・認知症高齢者とその家族への支援につながる啓発活動を行っている。	5
継続的支援	家族から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	認知症ケアパスを活用しながら、状況に応じて、もの忘れ相談やこころの相談、介護者の会などをすすめたり、介護保険のサービスに繋がるための支援を行っている。	5
	地域関係者から認知症と思われる高齢者に関する相談を受け、継続的に支援を行っている。	地域住民、民生委員、銀行、商店、警察などから　相談を受ける機会が増加し支援につながった。	
認知症高齢者への権利擁護	認知症高齢者への虐待防止や消費者被害への取り組みを行っている。	地域のイベントなどで虐待、消費者被害防止のパンフレットを配布し啓発を促した。	4

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務

合計　8／ 10点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	元気はつらつ訪問事業や訪問型サービスB事業を活用した。地域の社会資源を再確認しケアプランに位置付けて実施している。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	自立支援に向けたケアマネジメント研修に出席し、内部研修も実施した。自立を意識し一定の共通理解を図って実施することに努めている。	
介護予防支援の委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に委託の場合、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	CM事業所及び、CM自身の経験・実績をも把握し、所内検討の上で依頼先を決定している。	4
	介護予防ケアプラン等の委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮している	事業所の空き情報を常に報告してもらい一覧表で管理。公平性・中立性を考慮した上で、利用者の状態も勘案し、選定・依頼している。	
	委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	サービス計画原案については、事前に提出してもらい、内容を確認し必要に応じて修正を行う。評価については、今後を予測し予防に基づいた視点が入っているかを確認し、介護予防支援方針を決定するようにしている。	

8. 地域ケア会議

合計　4／ 5点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠（実施方法、実施状況等）	自己評価
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	会議の目的については、所内検討にて決定し、会議開催を通知する際、口頭、及び書面で説明。さらに、当日開始時に参加者に周知している。	4
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	会議に先立ち、守秘義務の取り扱いについて説明。終了時も同様。また個人情報を含む資料については全て回収している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	終了時には参加者全員でまとめを行いし、今後の支援の役割分担、次回開催要件を確認した。	

平成29年度　事業計画表

重点的実施方針	第6期（27年度～29年度）介護保険事業計画における		達成度
	1	介護予防の推進	a　目標を上回る
	2	認知症施策の推進	b　目標どおり
	3	医療と介護の連携	c　目標をやや下回る
	4	高齢者総合相談センター職員育成・相談体制の強化	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（西部）地域包括支援センター

①自立支援の視点を明確にしながら、本人・家族・関係機関と共に考え、介護予防を実践していく。
②介護予防や認知症など高齢者の抱える問題について、高齢者自身の主体的な活動を基本とし、地域の様々な機関が共通の課題として取り組めるように、医療・介護の専門機関や多様な社会資源（町会、ボランティア、金融機関、商店、地元のグループ他）をネットワークに組み入れる。
③包括の周知活動を継続的に行いながら、地域の住民や各種団体と相互理解をして、互いの持てる力を高めていく。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a～d）	
1 自立支援に向けた考え方の転換と周知	丁寧なアセスメントに基づいて、利用者・家族に自立支援の意識と理解を促し、介護サービスにこだわらない介護予防支援を展開していく。 1）自立度が高いと見受けられる高齢者については、総合相談の時点で、サービスの紹介のみを優先としない、多角的な支援ができるよう検討していく。 2）自立支援への考え方の幅を広げ、意識を転換するために、全職員が自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）に参加する。複数の事例の提出を行い、ケアマネジメントの見立てや手立て等を具体化していく。 3）訪問型サービスBについて、研修や説明会を通して理解を深め、ケアマネジメントCを実践する。 4）所内検討を充実していく他、個別ケア会議を所内で開催する。地域CMや事業所等の多職種に参加を促し、自立支援に向けての取組みや考え方を共有する。合わせてケアマネジメントCについての説明を行う。	1	1）原則2名体制にてアセスメント訪問を実施。短絡的に介護保険サービスを導入せず社会資源の活用ができた他、緊急度の判断にも役立った。元気はつらつ訪問にて、リハビリ専門職と共にアセスメントができた（4件）。 2）全職員が元気はつらつ報告会に参加し、多職種の見解をケアマネジメントに役立てる手法について、実践的に学ぶことができた。栄養士やリハビリ専門職など、連携先が増えたことを実感できている。 3）訪問型サービスBの利用の適正を随時検討し、ケアマネジメントCを3件実施。シルバー人材センターと連携し介護予防サービスからの自立に繋げた。 4）CM連絡会にて、模擬自立支援ケア会議を2回実施。 ケアマネジメントCについての説明は未実施。	b	自立支援に向けた考え方について、関係機関を通じて地域への働きかけを行う。

2 地域における課題の把握と解決への取り組み	１）地区懇談会の開催　2回／年 これまでの取り組みを踏まえ、新たな課題に沿ったテーマを検討する。 地域が主体となって取り組めるよう、関係や繋がりを深めていく。 ２）多職種連携会議の開催 　　１～２回／年 今後の方向性について各機関と役割分担を検討する。 鍼灸マッサージ師の団体等、これまで関わりの少ない機関へも働きかける。 ３）地域で必要としている社会資源を、より利用しやすい情報としてまとめる。車椅子トイレを含むトイレ情報のマップ作りをする。	２ ３	１）地区懇談会の開催　３回 地域の社会資源と居場所作りをテーマとし、介護保険サービスのみに頼らない地域のあり方を、CMやインフォーマルサービスの担い手らと検討することができた。 ２）多職種連携会議の開催　2回 ①サービス提供事業所等の他、新たに鍼灸マッサージの事業所へ参加を勧めたことで、他の連携会議にもつながった。 ②認知症多職種連携研修を開催 GW参加によりドクターら医療機関と話がし易くなったとの声があがった。 ３）地域の社会資源を整理して窓口に設置、相談対応に活用した。訪問用の社会資源ファイルを一新した。	a	地域における先駆的な介護予防活動の実践者ら（吹き矢のグループなど）との連携。
3 認知症の方が暮らしやすい街づくり	１）認知症サポーター養成講座の開催・講師派遣　5回程度／年 講師役となるキャラバンメイトの増員に加え、地域のメイトとの連携により地域性を加味した内容の講座を開催。 認知症の方とその家族への応援者を増やす働きかけを継続する。 ２）認知症初期集中支援事業のモデル実施を通して、システムを効果的に活用できるよう取り組む。 3）介護者の会開催　１２回／年	２	１）認知症サポーター養成講座の開催・講師派遣　6回 講師役となるキャラバンメイトを増員した。法人内寸劇隊も活用し、参加者の認知症についての理解を深めた。地域のサポーターとの連携により地域性を加味した内容の講座を開催した。 ２）認知症初期集中支援事業のモデル実施にて事例を提出。多職種と連携しシステムを効果的に活用できるよう取り組んだ。 どのような事例が事業にふさわしいか検討した。 ３）介護者の会実施　１２回 サポーターと共に参加者増員の工夫を検討した。試みとしてマッサージ講師による勉強会を実施、大勢の住民に会の周知が図れたが、その後も新たな参加者は増えず毎回1～2名にとどまっている。	a	認知症サポーター養成講座の開催・講師派遣の継続 認知症初期集中支援事業を、相談者の選択肢の一つとして活用していく。 介護者の会の後方支援（参加がふさわしいと思われる方への声がけなど）を継続していく。

4 介護予防をより発展的に捉え実践するための支援	１）介護予防サロン開催　１２回／年 元気高齢者が、今後サロンを卒業できるよう、次の行き先を視野に入れたサロンの新たなあり方を考える。参加者の中からサポーターを募っていく。 ２）新たなサロンの立ち上げの中心になるボランティアを発掘し、実現に向けて動く。	1	１）介護予防サロン実施　１２回 サロンの元気利用者への働きかけとして他の活動場所を紹介した。 利用者が参加するだけでなく、サポーターの補助になるよう働きかけた。サポーターが2名増加。 今後のサロンのあり方を、サポーターと共に話し合い、前向きな取り組みに繋がっている。 ２）新たなサロン立ち上げのため、他地域のサロンを見学し情報収集した。	b	サポーターのみでのサロン実施のためのフォロー。 新たなサロンの立上げと新たにボランティアをしたい人への情報提供。
5 地域各種団体への働きかけとネットワーク作り	１）会議体や催しへの参加 担当地区の町会や高齢者クラブ、社協（CSW）、区民ひろば等で開催の会議やイベントに参加し、地域包括および見守り支援活動について周知を図る。互いに協力できそうな企画についても話し合い形にしていく。 ２）各町会との関係性をより深める。熱中症対策訪問の機会等を活用しながら、地域のアパート大家等への働きかけを工夫する。	4	１）小規模事業所の運営推進会議、地域貢献会議、区民ミーティング、医療介護合同会議、ほっとサロン、高齢者クラブの会議体、みみずくサロン等への参加を通してネットワークの拡大に努めた。 ２）団地自治会・CSW共催の懇談会（ゆったり茶の間）にて包括、見守りの啓蒙活動を行った。参加者と交流を持ち、関係機関と情報交換をした。	a	高齢者支援の担い手を増やす取り組みとして、アパート大家等への働きかけを継続し、計画的な訪問を行う。
6 地域包括と見守り支援事業の周知活動	１）包括広報活動の一環として、新聞販売店へ折り込みチラシ配布の協力依頼を継続する。 ２）多世代が集まる地域のイベント等に参加し、高齢者関連の事業紹介を通じ、包括の周知に努める。 ３）広報誌作成　2回程度／年 季節のイベントの紹介、クイズ等を盛り込み、なじみやすい広報誌とする。 ４）高齢者福祉課作成の包括広報誌や、法人広報誌も有効活用する。	4	１）新聞販売店と次回の折り込みチラシ配布の話し合いを継続している。 ２）区民ひろば要のひろば祭りにて包括コーナーを設置。参加者への元気の秘訣インタビューの他、「脳いきいきコーナー」では数字パズルを実施（70名参加）、結果と共に自宅でできる音読シートを配布し、世代を問わず好評だった。多世代交流の場（千川ふるさとひろば）にて活動についてのインタビューを行った。 ３･４）包括周知のため会議や地域イベントの他、訪問時に手渡しできる新しい情報として、高齢者福祉課作成の広報誌を活用している。	b	チラシ・広報誌の活用方法を考え、その効果を確認する。 地域文化創造館、図書館など元気な人がいる場所にも配布を試行する。

7 情報セキュリティーと 個人情報取り扱いについての 精度を高める	1）セキュリティー自己点検表を作成し、全職員で定期チェックを行う。 1回／1～2か月。 2）法人研修への参加と伝達研修。 3）個人情報を含む資料管理の徹底。 4）ＰＣ保管については、所定の鍵つき棚に変更する。 5）ＰＣパスワードの変更は、職員の異動・退職時の他、定期的に行う。 6）窓口・事務所等の鍵の管理方法を再検討する。	4	1）職員会議にて定期的にセキュリティー自己点検を行った。 2）全職員が参加した記録の書き方研修、外部のCM研修、見守り担当者向け研修にて個人情報取扱について学んだ。 3）台帳は鍵付キャビネットへの返却を徹底した。個人情報を含むメモや書類は、新たに設置したレターボックスを活用し、情報漏れ・伝達漏れがないようにした。 4）終業時PCを鍵付きの棚に保管。 5）PCパスワードを定期的に変更。 6）キーボックスを新たに設置、外部から鍵に接触できないようにした。	a	個人情報保護を意識した、継続的な記録研修の実施。 パスワードの管理方法を再検討。 廃棄書類の管理方法の検討。 退席時、書類・ＰＣ管理の徹底。 鍵管理簿の作成。
8 虐待ケースへの対応能力を 高める	1）継続している虐待ケースを整理し、支援方針を再確認する。 2）虐待受付表の書き方、活用方法を全員で確認する。虐待通報への初期対応が出来る職員を増やす。 3）専門相談の活用を地域CMにも働きかける。 4）虐待カンファレンスの研修での学びを、多職種との振り返りやカンファレンスにおいて試してみる。	4	1）虐待ケース一覧表を用いて定期的に進捗状況を確認、対応の空白を防いだ。 2）虐待受付表の書き方についてマニュアルを基に全員で確認。虐待通報への初期対応は第一報を受けた職員を中心に複数職員で行った。 3）専門相談の活用を地域CMなどに働きかけ、事例の検討につながった。 4）多職種と虐待カンファレンスを実施。機関ごとの捉え方の違いを実感し、それぞれの立場でできることを確認、対応したことで虐待の恐れが軽減した。 外部会議にて事例を報告し、会議の在り方の検証を行った。	a	虐待カンファレンスの研修での学びを実際の場面で生かし、その効果を検証する。
9 権利擁護への取り組み	1）消費者被害等に遭いやすい高齢者について、関わることのできる協力機関を増やしていく。 振り込め詐欺防止や消費者被害防止の啓発のため、高齢者本人と関係機関に向けて注意喚起を行う。 相談があった時は、消費生活センターや警察等と連携を取りながら、迅速に対応し被害拡大の防止に努める。 2）成年後見制度に関する初期の説明について、全職員で統一した対応が出	4	1）振り込め詐欺防止や消費者被害防止の啓発のため、要町サロンや地区懇談会にて目白警察署生活安全課と共に注意喚起を行った。 警察や金融機関等と連携を取りながら、迅速に対応し被害拡大の防止に努めた。 2）成年後見制度やその説明方法については、所内検討や実際の場面から対応を学ぶ機会を設けた	b	消費者被害等に遭いやすい高齢者への注意喚起の継続。 他包括と協働にて権利擁護研修（虐待・成年後見制度等）の機会を設ける。

	について、全職員で統一した対応が出来るよう、伝達研修や勉強会を継続する。		学ぶ機会を設けた。		
10 相談者の立場にたった 環境と機会の整備	1）相談者が気持ちよく相談できるように環境を整える。 ・窓口相談受付表活用の定着 ・近隣の公共機関に関する情報整理 （窓口開設時間・対応可能な内容等） ・環境整備と接遇の徹底 （季節の花・イベント情報の掲示他） 2）出張相談の継続 来所が難しい相談者への個別相談の機会を確保する。 　ひろば（高松・千早）各1回／月	4	1）相談者同士の個人情報に配慮し、窓口の相談スペースを変更した。相談受付表をより使いやすくバージョンアップした。接遇研修の継続実施が、電話の取次ぎや伝言ミスの軽減につながった。 2）出張相談では、相談者のみならず地域の気になる世帯について、ひろばの職員や民生委員と情報交換をし、その後の支援につなげた。	b	資料閲覧等、相談者目線の包括スペースの使い勝手について他包括を参考に改善する。 出張相談の拠点、回数などの見直しを検討する。
11 地域ケアマネジャーの 資質の向上と ネットワークの構築	1）ケア会議を通して、CMと関係機関が連携出来るようなシステムを構築していく。高齢者相談事業等を活用し、効果的な関わり方や良い結果へのアプローチ法などを蓄積し、地域のCMへフィードバックする機会を設ける。 2）他地区CMとの合同勉強会を開催し、CM間のより広いネットワーク構築を支援する。 3）西部地区CM連絡会開催　1回／月 地域のCMから選出された主体メンバーと共に、勉強会・懇談会・事例検討会等テーマを設定し学び合う事で、CM全体の質の底上げを図る。 4）CMに対し、地域のインフォーマルサービスの情報を提供し、見学・交流の場を作る他、集約し、共有する方法について共に検討する。	3 4	1･4）地域CMから受けた対応困難ケース等を高齢者相談事業に繋ぎ、問題解決の一助とすることができた。 模擬自立支援ケア会議は、自立支援を意識した具体的なプラン作成について、地域CMが考える機会となった。 地区懇談会については、地域CMが、企画のアイディア検討等初期段階から関わった。 共に社会資源の状況取材に赴き、地域のインフォーマルサービスについて具体的に学ぶことができた他、当日はファシリテーター役を担うことで、地域との連携が実践できた。 2）8包括合同のCM勉強会を4回実施。リ・アセスメントシートについての理解を深め、CM同士の交流の機会とすることができた。 3）地域CM主導にて勉強会を3回（「採尿器デモ」「定期巡回説明」「配食試食」）実施。 実際のケアプランの内容を深める機会とすることができた。	a	主任CM資格取得に関するアンケート、情報提供を行い資格取得を促し、西部地区の主任CM増員を目指す。 制度改正の内容を理解し、実務に結び付ける。 リハビリ専門職等と連携する機会について検討する。 選択的介護について学び、地域CMと共有し実践につなげる。 自立支援ケア会議を開催する。

12 アウトリーチ活動を通じて、困難な問題を抱える世帯の把握と必要な支援活動	１）医療や介護サービスの必要がありながら、支援が届いていない世帯の掘り起しを行い、それぞれ適切なサービスにつないでいく。 ２）「気になる人リスト」の継続活用では、個別の目標と到達点を確認しながら後追いを行う。	４	１）実態調査や熱中症訪問などの結果を基に、後追い訪問から適切なサービスにつないた。 ２）見落としが無いよう、リストの個別の目標に対する進捗状況を、職員会議にて全員で確認した。	b	気になる人リストの個別の到達目標を設定できるよう書式を検討する。
13 地域の関係機関と共に考える孤立予防への取り組み	アウトリーチ連絡会開催　１回／年 民生委員やCSWなどアウトリーチ事業に深く関わる関係機関が集い、それぞれの孤立予防の取り組みの紹介・意見交換・課題の共有を通じて共に学ぶ。実態調査等を通して、孤立している世帯や不現住世帯等の把握をしていく。	４	アウトリーチ連絡会開催 「実態調査から見えてきたこと」をテーマに話し合い、民生委員やCSW、区民ひろば等と見守り対象者のイメージが共有できた。 孤立予防の取り組みの中で、介入拒否がある方への対応など訪問時の具体的な工夫を共有できた。 それぞれの機関が共に学び成長したことで連携がとりやすくなった。	a	年度や担当者が代わっても援助手法が継承されるような仕組みづくり。
14 包括組織としての支援能力の向上	１）外部研修・先駆的実践からの学びの有効活用 外部研修や実践・研究発表の場等への参加者が得た学びを、所内で確実に伝達する。いつでも振り返ることができるよう、資料等をわかりやすく管理する。それぞれが学んだことを実践に繋げ、効果を共有することで、包括全体としての知識・技術の向上を目指す。 ２）実践の発表 包括での実践の効果や価値を外部にも発信できるよう、実践を振り返り、まとめ、様々な形で発表することに取り	４	１）個人別の研修記録簿を整備し、事業所としての管理がし易くなった。 ２）関東ブロック・老人福祉施設研究総会において東京都代表として実践研究報告を行った。 アクティブ福祉in東京‘１７にて、包括が地域に足を運び得られた効果について発表し、最優秀賞を受賞した。運営協議会で報告したことが、他包括の取り組みにも波及した。	a	記録に関する勉強会の定期開催。

	組む。				
15 働きやすい環境の整備	多様な働き方や業務負担のバランスを全員で考え、限られた職員、スペース、時間帯を最大限に活用し、より働きやすい環境になるよう工夫する。 １）継続支援が必要なケースや担当業務については、複数の職員が担当し負担の軽減を図る。 ２）個人の能力を活用した所内各種「推進委員」の試行。 ３）超過勤務については、事前申請の徹底を図り、時間内業務遂行と計画的休暇取得の推奨を継続する。 ４）地域イベント参加の休日出勤等、事業所閉所時間帯を有効活用し、滞りがちな業務の処理時間に充てる。 ５）デスク、ＰＣの共有化を図り、限られたスペースで気持ちよく働ける環境を整える。	４	１）支援が長期に渡るなど対応困難な事例や緊急時は必ず複数で関わることで、主担当者が不在でも対応がし易く、負担感も軽減した。 ＣＭミーティングを行い、業務の進捗状況等を情報共有し、ケースを抱え込まず相談できる体制ができた。担当ＣＭ不在でも対応できるように、予防プランファイルの保管方法を工夫した。 ２）「ごみ減量推進委員」など、それぞれの得意分野を生かした業務遂行ができた。 ３）超過勤務の事前申請と、休暇取得は概ね遂行できている。 ４）来客の少ない時間に集中して業務を行える体制をとることで、台帳記載の滞りが減少した。 ５）デスク、ＰＣの共有化により、作業スペースが広がり業務効率が向上した。職種ごとにデスクを配置することで、相談しやすくなった。	a	時間管理の徹底。 防災関係の再検討。 働きやすい環境の工夫。

別記様式第1号

平成３０年度　事業計画表

重点的実施方針	第7期（平成30年度～３２年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a　目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b　目標どおり c　目標をやや下回る
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d　目標を大きく下回る

地域包括支援センターの重点目標　名称（西部）地域包括支援センター

・地域住民が自身と周りの人の健康維持、自立促進に取り組める街づくりに向けた情報と機会の提供
・医療・介護等と協働し、認知症高齢者や家族を地域で支え認知症に関する取り組みをスムーズに行う体制の強化
・個人情報保護、リスク管理、業務の効率化を高めるための記録技術の向上

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目　なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準　いつまでに・どのように・どの程度	（1～4）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	（a~d）	
1 生活支援の充実 介護予防・日常生活支援総合事業の周知	１）介護予防・日常生活支援総合事業の動向を注視し、所内及び地域CMに適宜伝え、周知に努める。 ２）相談援助の段階から生活状況等の把握を開始し、本人の状況により合った情報が提供できるようにする。 ３）事業対象者に該当するかを意識し、基本チェックリストを活用する。上期10件を目標とする。	1			
2 生活支援の充実 支え合いの仕組みづくり	地区懇談会の開催　２回／年 １）昨年度、地域の社会資源について情報共有したことを踏まえ、参加者それぞれが何について具体的に取り組めるのかを考える機会とする。 ２）地区懇談会等におけるファシリテーターの役割・機能について今までの取り組みを振り返り、ステップアップする。	2			

3 相談支援体制の充実 　地域ケア会議機能の強化と充実	自立支援地域ケア会議を開催し、多職種と共に、自立支援・介護予防に資する会議の在り方を考える。	3		
4 相談支援体制の充実 　ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	１）主任CM資格取得に関するアンケートを実施し、情報提供を行い、西部地区の主任CM増員を目指す。 ２）豊島区の総合事業と選択的介護に関する情報を収集し、地域CMと共有する。 ３）地区懇談会の準備段階から、地域CMと共に地域課題について考える。	4		
5 認知症になっても安心して暮らせる街づくり 　適時、適切な医療・介護等の提供	１）認知症初期集中支援事業の活用 モデル事業での経験を踏まえ、認知症初期の人と家族へ事業利用を促し、活用のしやすさを探る。 ２）認知症サポーター養成講座の開催・講師派遣の継続　４回／年 ３）介護者の会（12回／年）の後方支援 参加が望ましい方への声掛け方法と参加の継続を促す工夫について、サポーターとともに考える。	5		
6 介護予防をより発展的に捉え実践するための支援	１）サポーター主体のサロン実施（３回／年）の後方支援 企画から運営まで、サポーターが主体で展開できるよう、必要時にのみアドバイスを行う。 ２）自主グループ発足の呼びかけの他、新たにボランティアをしたい人へ情報提供を行う。 ３）地域の閉じこもり高齢者へサロンを紹介し、参加を後押しする。			

7 地域各種団体への働きかけとネットワーク作り	1）見守りの担い手を増やす取り組み アパート大家や新聞配達店等への働きかけを計画的に行う。 2）地縁団体の他、目的別団体と「早い段階からの包括との連携の必要性」について検討する。 ３）会議体や催しへの参加 町会・高齢者クラブ・CSW・区民ひろば等が開催する会議やイベントへの参加。関係機関との交流から、互いに協力できそうな企画について更に話し合い、実現していく。			
8 地域包括と見守り支援事業の周知活動	チラシ・広報誌の活用方法の検討。 参加する会議体等で広報誌を配布し、その効果を確認する。 地域文化創造館、図書館など元気な人が利用する場所にも配布する。			
9 虐待ケースへの対応能力を高める	1）AAA方式でのカンファレンスを実施し、多機関がそれぞれの役割確認と実践ができるよう、中心的役割を担う。 2）継続している虐待ケースを整理し、支援方針・目標を定期的に確認する。			
10 権利擁護への取り組み	1）成年後見制度や虐待について職員及び地域CM向けに研修の機会を設け、早期に対応・介入できるようにする。 2）権利擁護関係の資料（医療機関、利用可能な施設等）を情報提供できるように整理する。			

11 相談者の立場に立った環境と機会の整備	１）相談者目線の包括づくり 他包括を見学し、参考にして資料閲覧方法等を改善する。 ２）出張相談の継続開催　2回／月 相談者が利用しやすい曜日・時間帯を区民ひろばと相談し、検討する。			
12 アウトリーチ活動を通じて、困難な問題を抱える世帯の把握と必要な支援活動	１）困難な課題を抱えているにも関わらず、支援が届いていない世帯の掘り起しを行い、関係機関とも協働し適切なサービスに繋いでいく。 ２）「気になる人リスト」について、個別の到達目標を設定できるよう書式を整える。			
13 地域の関係機関と共に考える孤立予防への取り組み	１）熱中症対策事業 1人暮らし高齢者などを訪問し、熱中症の啓発、見守り対象者の抽出を行う。 ２）アウトリーチ連絡会開催　１回／年 見守り対象者や介入拒否の方への対応等について、一貫した支援が行える関係を作る。			
14 情報セキュリティーと個人情報取り扱いについての精度を高める	１）定期的に読み合わせをしている個人情報チェックシートから、曖昧に感じているを項目を抽出し、確認根拠を明らかにしていく。 ２）鍵管理簿を作成する。 ３）各種パスワードを定期変更する。 ４）廃棄書類の管理方法を再検討する。 ５）退席時の、書類・ＰＣ管理を徹底する。			

15 包括組織としての支援能力の向上	１）個人情報保護、リスク管理、業務の効率性を高めるため、所内で記録研修を行う（12回）。 ２）各種講師、発表等への機会を有効活用し、包括としての取り組みの振り返りと伝達スキルの向上を目指す。				
16 効率性と働きやすさを向上させる環境の整備	１）所内掲示物とファイルをカテゴリー別に整理する。 ２）ホワイトボード再活用等により時間管理を徹底する。 ３）防災意識を向上させる。 （備品場所の確認・発災時の初動の視える化・ＢＣＰ確認・地図の確認など） ４）それぞれの事情に配慮した職務体制の継続。 （記録やミーティング等での伝達の徹底・超勤や休暇取得事前申請の徹底）				