1 第９期計画の振返り

（１）各施策の進捗状況

第９期計画（令和６（2024）～８（2026）年度）では計８施策（「介護予防・健康づくりの推進」、「生活支援の充実」、「高齢者総合相談センターの機能強化」、「自分らしく安心して暮らせる地域づくり」、「在宅医療・介護連携の推進」、「高齢者の住まいの充実（介護サービス基盤の整備）」、「人材の確保およびサービスの質の向上」、「介護給付適正化の取組（介護給付適正化計画）」）により体系を整理しました。

半年ごとに進捗管理を実施し、施策の達成状況に応じて目標や指標の修正を行う等、地域包括ケアシステムの構築に向けて、施策を推進しました。

【各施策の進捗状況】

施策体系		目標			実績		
		2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）
１．介護予防・健康づくりの推進							
１－１　介護予防の推進							
活動	通いの場や住民主体の活動への専門職による支援回数（人）	1,055	1,100	1,100	1,368	1,066	
活動	フレイルチェック実施者数(しっかり＋かんたんコース)（人）	1,200	1,200	1,200	1,080	401	
活動	保険事業と介護予防の一体的実施事業での相談支援者数(延べ)（人）	280	280	280	285	270	
成果	高齢者のうち、外出頻度が週１回以下の方の割合（%）	5.0	5.0	5.0	5.8	5.3	
成果	フレイルについての認知度（%）	50.0	50.0	50.0	40.8	46.9	
成果	本区の１人あたりの医療費（千円）	985	985	985	945	941	
１－２　総合事業の推進							
活動	短期集中通所型サービス実施人数（件）	120	120	120	103	131	
活動	短期集中訪問型サービス実施人数（人）	190	205	220	198	140	
活動	つながるサロン登録団体数（団体）	48	49	50	50	51	
活動	総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の修了者数(累計)（人）	600	700	800	666	713	
活動	基本チェックリスト実施数（件）	230	250	270	145	108	
成果	短期集中通所型サービス利用者により身体状況が改善した人数（※TUG の結果）（人）	75	85	100	67	86	
成果	短期集中訪問型サービス利用者により主観的健康観が上がった人の数（人）	65	67	70	54	40	
成果	総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の修了者の就労率（%）	30.0	31.0	31.0	15.0	32.0	
成果	介護サービス提供事業所数（年度内に給付実績あり） ①訪問リハビリテーション（事業所）	10	11	12	11	11	
成果	介護サービス提供事業所数（年度内に給付実績あり） ①通所リハビリテーション（事業所）	8	8	8	6	6	

施策体系		目標			実績		
		2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）
2．生活支援の充実							
2-1　在宅生活の支援							
活動	ささえあいの仕組みづくり協議会（回）	3	3	3	3	3	
活動	フレイルチェック実施者数（しっかり＋かんたんコース）（１回あたりの参加者数）（人）※令和７年度よりかんたんコースは廃止	1,200	400	400	1,080	401	
活動	紙おむつ等支給事業延支給者数（人）	18,000	18,000	18,000	18,784	17,863	
活動	おむつ購入費等助成事業延助成者数（人）	900	900	900	991	960	
活動	出張理美容費助成事業延実施数（件）	450	450	450	794	837	
活動	補聴器購入費助成事業助成件数（件）	300	300	300	260	273	
活動	スマートフォン講座等の実施回数（回）	8	8	8	14	4	
成果	地域資源情報の把握数（件）	970	1,000	1,000	912	984	
成果	フレイルについての認知度（施策 1-1 再掲）（%）	50.0	50.0	50.0	40.8	46.9	
2-2　見守りと支え合いの地域づくり							
活動	見守り協定締結団体数（団体）	40	40	40	32	32	
活動	見守り訪問対象者数（世帯）	300	300	300	194	194	
活動	見守り支援事業担当への相談件数（件）	23,000	23,000	23,000	31,676	21,291	
活動	熱中症予防訪問人数（世帯）	6,000	6,000	6,000	8,268	6,315	
活動	高齢者あんしん位置情報サービスの利用者数（人）	25	25	25	19	22	
活動	救急通報システム設置数（基）	350	350	350	334	349	
成果	「地域の中で高齢者や障害者の権利が守られ、質の高いサービスが提供されている」の質問項目で、「そう思う」から「そう思わない」を引いた割合（%）	10.0	10.0	10.0	－	－	
成果	「支援を必要とする人に適切で良質な福祉サービスが提供されている」の質問項目で、「そう思う」から「そう思わない」を引いた割合（%）	10.0	10.0	10.0	2.1	0.2	
成果	「地域の中で高齢者等を見守り、支え合うような人と人とのつながりがある」の質問項目で、「そう思う」から「そう思わない」を引いた割合（%）	5.0	5.0	5.0	－	－	
成果	「地域の中で、支援を必要とする人を見守り、支え合うような人と人とのつながりがある」の質問項目で、「そう思う」から「そう思わない」を引いた割合（%）	5.0	5.0	5.0	-6.8	-9.6	

施策体系			目標			実績		
			2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）
3．高齢者総合相談センターの機能強化								
	活動	センター相談件数（件）	46,000	48,000	50,000	43,003	42,542	
		センター相談内容延べ件数（件）	69,000	72,000	75,000	65,684	66,359	
		センター主催元気はつらつ報告会（件）	20	20	20	23	24	
		センター主催の個別会議（回）	170	170	170	139	152	
		区・センター主催の地域ケア推進会議（回）	33	33	33	39	40	
		職種別部会（件）	25	25	25	25	25	
		ケアマネジメントB・Cの年間実績値（件）	B：500 C：50	B：500 C：50	B：500 C：50	B：400 C：24	B：433 C：17	
	成果	高齢者総合相談センターの認知度（%）	61.1	62.0	63.0	55.7	59.3	
		要支援認定者等の主観的健康観（%）	52.0	52.5	53.0	50.9	53.5	
		居宅介護支援事業所管理者の主任ケアマネジャー取得状況（%）	86.0	93.0	100.0	84.4	90.6	
		ケアマネジャーとセンターとの連携状況（%）	63.5	64.2	65.0	－	66.9	
4．自分らしく安心して暮らせる地域づくり								
	4－1　認知症になっても安心して暮らせる体制整備							
	活動	認知症サポーター養成者数（累計）（人）	17,800	17,800	17,800	20,212	21,957	
		認知症初期集中支援チームにおける支援相談人数（件）	35	35	35	19	12	
		認知症検診受診者数（件）	100	100	100	129	62	
		認知症カフェ参加人数（人）	1,000	1,000	1,000	2,522	3,384	
	成果	認知症に関する相談窓口の認知度（%）	30.0	30.0	30.0	26.6	27.2	
		主介護者が「認知症への対応」に不安を感じる割合（%）	26.5	26.5	26.5	－	25.6	
	4－2　高齢者の権利擁護							
	活動	認知症・虐待対応専門事業件数（回）	70	70	70	59	58	
		区長申立件数（件）	55	55	55	51	37	
	成果	高齢者の虐待に関する受理件数（件）	60.0	60.0	60	64.0	84.0	
		区長申立による後見人選任件数（件）	55	55	55	45	40	
5．在宅医療・介護連携の推進								
	活動	在宅医療相談窓口相談件数（件）	6,157	6,179	6,200	4,180	4,150	
		歯科相談窓口相談件数（件）	1,236	1,268	1,300	966	704	
		区民公開講座開催回数（回）	4	4	4	4	4	
		専門職向け研修（回）	10	10	10	12	13	
	成果	在宅療養を希望する区民の割合（%）	－	－	41.0	－	37.2	
		在宅療養が実現可能と思う区民の割合（%）	－	－	34.5	－	32.5	
		豊島区多職種ネットワークの登録機関数（機関）	183	201	220	177	177	
		在宅医療相談窓口コーディネート数（件）	1,746	1,773	1,800	908	1,091	
		歯科相談窓口コーディネート数（件）	191	195	200	143	121	

施策体系			目標			実績		
			2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）
6．高齢者の住まいの充実（介護サービス基盤の整備）								
	活動	小規模多機能型居宅介護の拠点数／登録定員数（事業所／人）	4/108	5/134	6/160	3/82	3/82	
	活動	認知症高齢者グループホームの施設数（施設）	17	17	18	17	17	
	活動	特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム等)の定員数（人）	426	526	626	376	376	
	成果	第１号被保険者千人当たりの小規模多機能型居宅介護の登録定員数（人）	1.4	1.4	2.7	1.4	1.4	
	成果	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における医療的ケアが必要な待機者数（人）	45	35	25	81	74	
7．介護人材の確保およびサービスの質の向上								
7－1　介護人材の確保								
	活動	介護に関する入門的研修の回数／受講人数（回／人）	3/90	3/90	3/90	3/68	3/44	
	活動	介護職員実務者向け研修の実施（回）	5	5	5	5	－	
	活動	介護職員宿舎借り上げ事業の助成金交付件数（件）	4	8	8	4	8	
	成果	介護職員初任者研修の費用助成人数（人）	20	20	20	12	7	
	成果	生活援助従事者研修等の費用助成人数（人）	42	42	42	28	46	
	成果	入門的研修で「介護の仕事に就く不安が払拭された」と回答する割合（%）	83.0	85.0	87.0	85.5	69.2	
7－2　介護サービスの質の向上								
	活動	介護事業者向け研修の実施（回）	5	5	5	5	7	
	活動	介護相談員の訪問回数（回）	50	50	50	44	50	
	活動	福祉サービス第三者評価受審費用助成件数（回）	31	32	33	34	31	
	成果	介護事業者向け研修のテーマや講義内容に「満足した」と回答した割合（%）	67.0	68.0	70.0	57.4	94.2	
	成果	介護相談員事業利用者の相談後「満足した」と回答した割合（%）	70.0	70.0	70.0	74.0	90.0	
	成果	豊島区多職種ネットワークの登録機関数（施策５再掲）（機関）	183	201	220	177	177	
	成果	ケアプランデータ連携システム導入事業所数（事業所）	－	－	30	90	8	
8．介護給付適正化の取組（介護給付適正化計画）								
	活動	合議体間の平均重度変更率の乖離（%）	15.0 以内	15.0 以内	15.0 以内	13.6	14.6	
	活動	ケアプラン点検実施回数（回）	200	200	200	117	259	
	活動	医療情報との突合・縦覧点検件数（回）	1,500	1,500	1,500	1,570	1,518	
	成果	区と都の平均重度化率の乖離（%）	2.0 以内	2.0 以内	2.0 以内	0.6	1.0	
	成果	医療情報との突合・縦覧点検を行った件数のうち、誤っている給付実績の割合（%）	1.0	1.0	1.0	3.2	2.4	

※ 令和８年度の実績は、令和８年９月末現在の実績

（２）第９期計画における主な取組

各施策の９期の取組内容は、資料編（P●）に掲載しています。

２ 2040 年の将来像と地域包括ケアシステムの姿

（１） 地域包括ケアシステムとは

高齢者が尊厳を保ち、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、「医療・介護・介護予防・住まい・日常生活の支援」の５つの要素を一体的に提供する体制です。単なる介護サービスの提供に留まらず、地域の包括的な支援体制を構築することを目指しています。

○高齢化が一層進展していく中で、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能とするため、各区市町村の実情に応じて推進してきたところです。

○今後は、地域によって高齢化の状況や介護需要も異なっていくことが想定されるため、各地域が目指す方向性を明確にし、自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて推進していくことが求められています。

○また、「地域包括ケアシステム」の構築は、地域で暮らすすべての人が、生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会（※１）」の実現に向けて、中核的な基盤となるものです。

○国は、「地域共生社会」の実現が「地域包括ケアシステム」の目指す方向であるとしています。

○本区においても、介護保険制度の持続可能性を確保しつつ、高齢者が有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、本システムの構築に取り組んできました。第 10 期計画においては、これまでの進捗や高齢者人口の推移を精査し、これまでの取組をさらに一歩進め、システムのさらなる深化を図ります。

○また、令和５（2023）年度より、本区では重層的支援体制整備事業（※２）を本格実施しています。本計画の上位計画である『豊島区地域保健福祉計画』において、本事業を踏まえた本区ならではの「地域共生社会」の実現を掲げていることから、その基盤となるよう、「地域包括ケアシステム」を推進していきます。

※１ 地域共生社会
高齢者、障害者、児童、生活困窮者等の制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会

※２ 重層的支援体制整備事業
高齢・障害・子ども・生活困窮といった分野別の支援体制では対応しきれないような“地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズ”に対応するため、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する包括的な支援体制を整備する事業

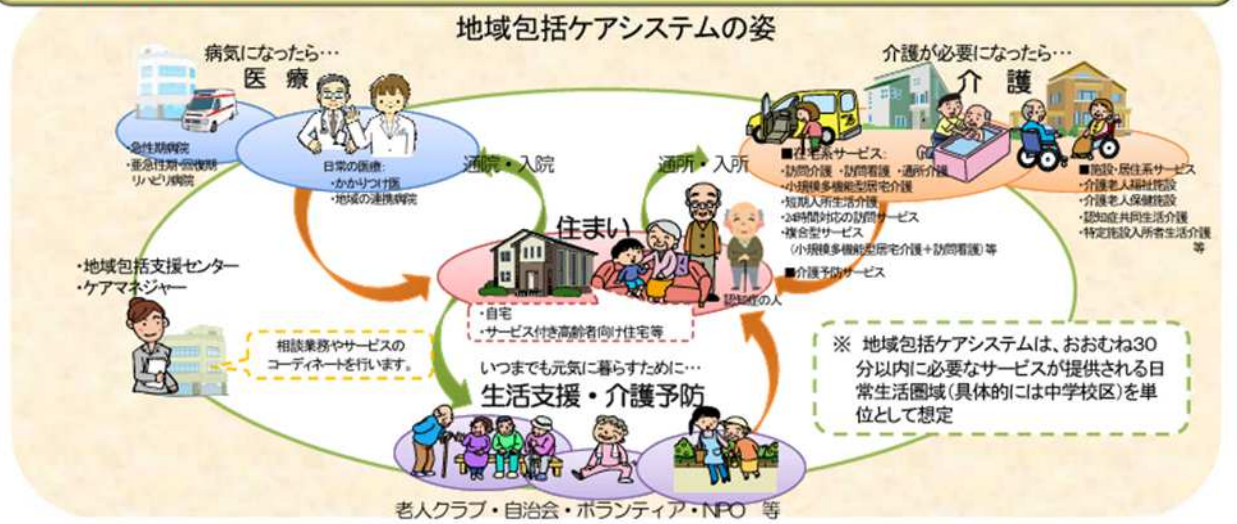
地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

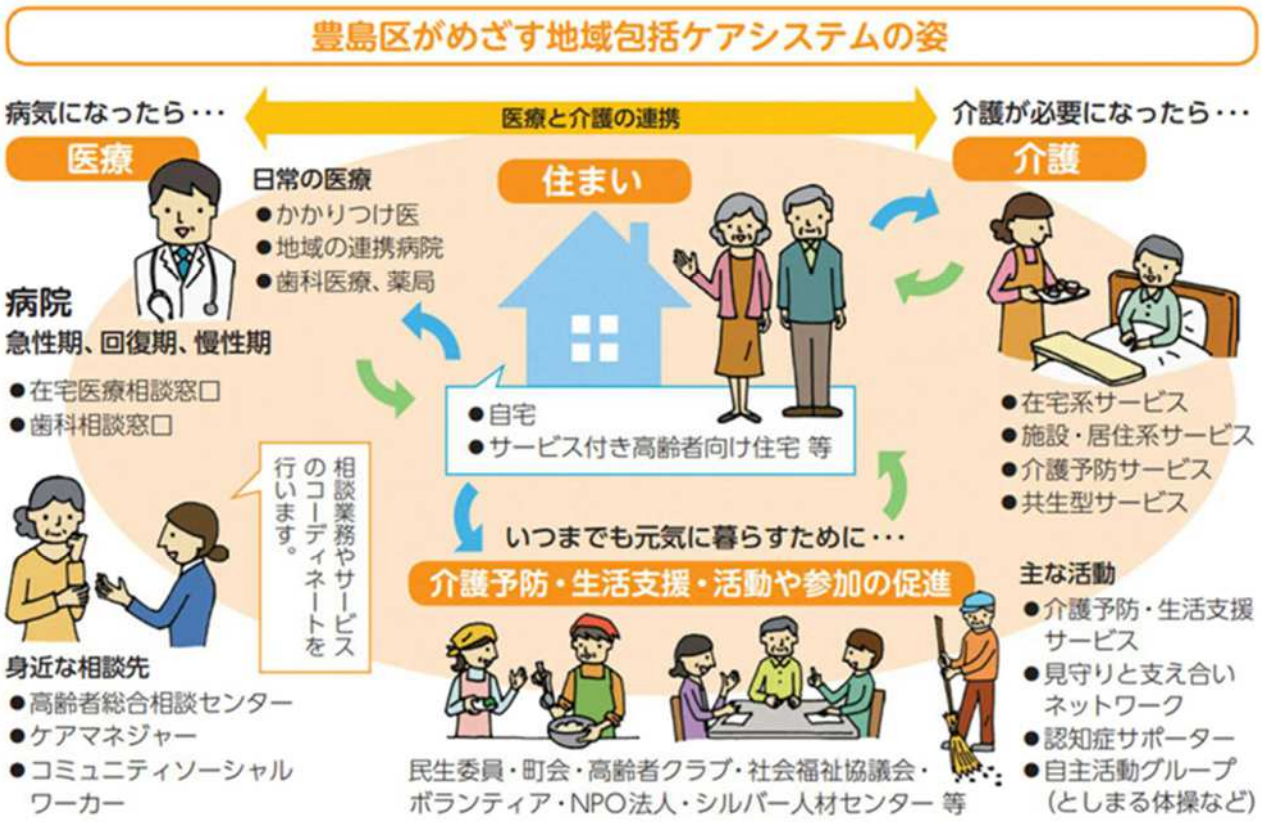
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



厚生労働省「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf

（２）豊島区が目指す地域包括ケアシステム

第 10 期は、豊島区基本構想・基本計画の理念をより一層反映させ、中長期的な視点に立って令和 22（2040）年を見据えた将来像を新たに設定しました。また、これらを８つの施策により体系化し、関係部門や多職種の連携・参画により、各施策を横断的かつ一体的に展開していきます。



〔施策１，２〕

住み慣れた地域で生活を続けていくために、健康づくりや生きがいづくり、介護予防等の活動へ積極的に参画する高齢者を支援するとともに、高齢者が活躍する場を増やすことで、支え合いの輪を広げます。

〔施策３，４，５〕

高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）が核となって、地域との連携により高齢者を支援することで、安全・安心な暮らしと可能な限り自宅での生活を支える、包括的な支援を続けます。

〔施策６〕

高齢者が孤立することなく、地域とつながりをもって生活できる住環境を整え、高齢者の心身の状況に応じた多様な住まい方を支援します。

〔施策７，８〕

地域における多様な担い手によるサービスや、介護保険等の公的なサービスを適切に組み合わせ、高齢者の心身を支えるサービスの充実と質の高いサービスの提供を進めます。

3 第 10 期計画の施策体系

2040 年の将来像

誰もが地域の中でつながり、支え合い、
生涯にわたり健康で、自分らしく暮らせるまち

施策１　介護予防・健康づくりの推進
- １-１　介護予防および疾病重度化防止の推進
- １-２　総合事業の推進

施策２　生活支援の充実
- ２-１　在宅生活の支援
- ２-２　見守りと支え合いの地域づくり

施策３　住み慣れた地域で安心して暮らしていくための支援
- ３-１　複合的な課題や支援ニーズへの対応強化
- ３-２　高齢者の権利擁護の推進

施策４　共生社会に向けた認知症施策の推進【認知症施策推進計画】
- ４-１　安心して認知症とともに暮らせるための体制整備

施策５　在宅医療・介護連携の推進
- ５-１　在宅医療の充実および在宅医療・介護連携を推進するための体制整備

施策６　高齢者の住まいの充実
- ６-１　介護サービス基盤の整備

施策７　介護人材の確保およびサービスの質の向上
- ７-１　介護人材の確保・定着・育成
- ７-２　介護サービスの質の向上

施策８　介護給付適正化の取組【介護給付適正化計画】
- ８-１　要介護認定の適正化
- ８-２　適正な介護サービスの提供

施策１　介護予防・健康づくりの推進

目指す姿

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと生活できるよう、健康寿命の延伸を目指して介護予防やフレイル対策が充実し、区民が主体的に介護予防に取り組んでいる。

基本計画（３-①-４）　年齢や障害にかかわらず、いきいきと生活し続けるための支援

現状と課題

要介護になるリスクの高い後期高齢者人口は、令和 22（2040）年度に向けて増加することが見込まれ、フレイル状態の早期発見と介護予防の推進が健康寿命延伸に不可欠です。

高田、東池袋に続いて令和７（2025）年度には長崎に新たな介護予防活動の拠点を整備し、介護予防の取組を推進してきましたが、フレイルの認知度は 45.4%に留まっています。

今後は総合事業を推進するとともに地域との連携を進め、疾病の重度化予防と高齢者の自立支援を図ることが重要です。

施策の取組方針

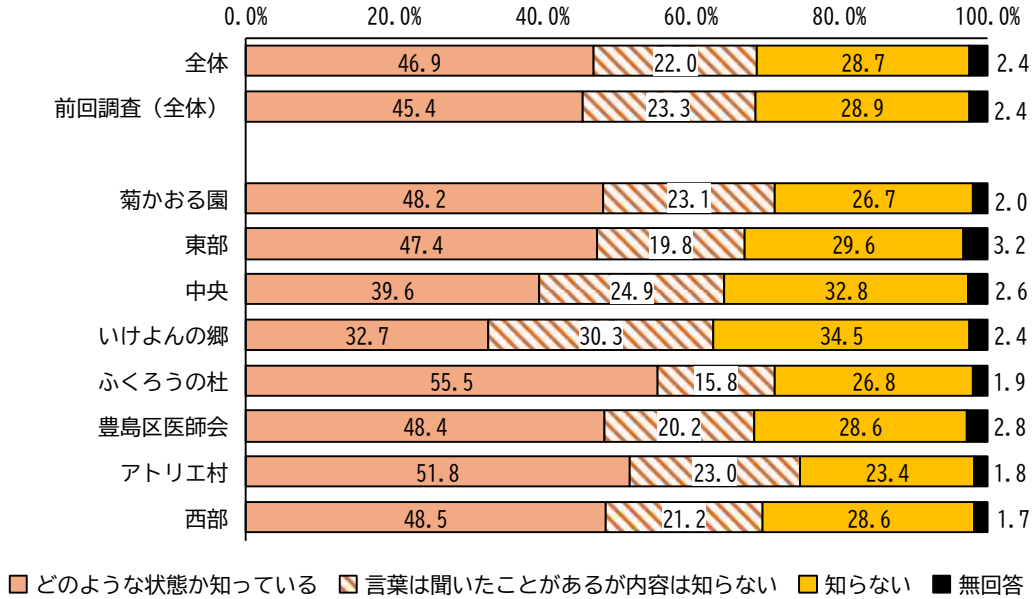
施策１-１
介護予防および疾病重度化防止の推進

（１）フレイル対策の推進
（２）高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大
（３）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

施策１-２
総合事業の推進

（１）多様なサービス・活動の充実
（２）総合事業の弾力化への対応
（３）多様な担い手の育成と確保

フレイルについての認知度



施策１の進捗状況を測る参考指標

〇成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
1－1 フレイルについての認知度（３年に１回ニーズ調査により評価）	46.9%	50.0%
1－1 「高齢者や障害者等が、社会参加し、交流しながら、いきいきとした生活を送っている」について肯定的な回答をする区民の割合（区民意識調査）	18.0%	21.0%
1－1 本区の１人あたりの医療費	941,076 円	985,000 円
1－2 短期集中通所型サービスにより身体状況が改善した人の割合	64.7%	70.0%
1－2 短期集中訪問型サービスにより主観的健康観が維持・改善された人の割合	68.6%	70.0%

〇活動指標

活動指標	現状	目標
1－1 通いの場や住民主体の活動への専門職による支援回数	1,066 人	1,100 人
1－1 フレイルチェック参加者数	401 人	500 人
1－1 保険事業と介護予防の一体的実施事業における相談支援者数（延べ）	270 人	300 人
1－2 短期集中通所型サービス実施人数	131 人／年	180 人／年
1－2 短期集中訪問型サービス実施人数	140 人／年	160 人／年
1－2 つながるサロン利用登録者数	1,242 人	1,400 人

施策の取組内容

１－１－（１）フレイル対策の推進

1 地域におけるフレイル予防の取組促進	区内３か所にある介護予防活動の拠点である「フレイル対策・介護予防センター」を中心に、デジタルツールを活用した介護予防事業等、先進的な取組を行います。アウトリーチ型事業の展開も継続します。
2 フレイルチェック参加機会の拡大	節目年齢の区民へフレイルチケットを送付し受診を促すほか、参加者のうち高リスク者を確実にフォローする体制を継続します。同時にフレイル予防の担い手を養成し、区民自らがフレイル対策を普及できる仕組みを構築します。

コラム

「としま de かきま」～フレイルサポーターの
「ともに学び伝え合い、広げる」介護予防の取組例

フレイルサポーターは、フレイルチェックを実施し、フレイル予防について住民同士で伝え合うために活動しているボランティア組織です。

その活動の一つとして、「としま de かきま（海藻、きのこ、まめ）」というスローガンを掲げ、免疫力向上に繋がる食物繊維の摂取を推奨し、栄養フレイル予防の普及啓発に取り組んでいます。また、これまで積み重ねた学びの成果として、令和８（2026）年度は、タニタ食堂と協働し【フレイルの日＝２月１日】にタニタ食堂で提供するスープの開発を行いました。

区は、フレイルサポーターの自主性と強みを最大限に活かしながら伴走支援を行い、新たなフレイルサポーターの養成と活躍の機会を拡げていきます。


フレイルチェックの様子


メニュー開発の様子

１－１－（２）高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大

1	介護予防に資する通いの場への支援	区民が主体的に介護予防に取り組む機会の増加や、場の創出、活動の継続支援を目的として、介護予防に資する自主グループへの補助を拡大し、一層の活動支援を行います。
2	通いの場への介護予防の視点を持った専門職の関与	地域の様々な通いの場に、介護予防の視点を持った保健師やリハビリ専門職等が出向き、希望に応じて介護予防教室を実施するなど、介護予防や健康づくりに関する助言を行います。
3	介護予防の担い手の育成と活動の場へのマッチング充実	介護予防の担い手の育成とともに、活動の継続を支援するために、フォローアップ体制の充実を図るとともに、活動の場とのマッチングを進めていきます。

１－１－（３）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1	後期高齢者の疾病重症化防止	後期高齢者は、疾病の管理と重度化予防が重要であるため、健診結果を踏まえ、集団指導と個別指導を組み合わせた多職種による相談支援を行います。
2	健康状態不明者の把握および専門職によるチームアプローチ	数年間健診を受診していない「健康状態不明者」については、多職種によるチームアプローチを行うとともに、関係機関につながるように早期から高齢者総合相談センターや見守り支援担当と連携して対応します。
3	まちの相談室の充実	「まちの相談室」において KDB システム（※）から明らかになったハイリスク高齢者に対し、個別の課題に焦点を当てた保健指導を保健師等が継続的に行うことで、疾病の重症化予防と健康状態の改善を図ります。
4	事業評価と効果的なプログラム内容の検討	医療および介護の内容分析から区民の健康課題を明らかにし、効果的な支援プログラム内容を検討するとともに、分析結果を健診担当部署や区内の医師会に共有します。

※ KDB システム

国民健康保険医療・健診・介護等のデータを一元的に集約・分析し、自治体等、保険者の保健事業を支援するためのデータシステムです。

これにより地域の健康課題が「見える化」されるため計画立案や実施に活用ができます。

１－２－（１）多様なサービス・活動の充実

1 短期集中通所型サービスの充実	リハビリ専門職との連携強化を図り、個々の状態に応じたプログラムの組み立てや日常生活動作等の改善状況のモニタリングにより、サービスの質の向上を目指します。サービス終了後は地域活動への移行支援を行い、これからの生活を見据えた継続的な支援体制を構築します。
2 地域のささえ合い活動の場の継続支援	地域のささえ合い活動の場である「つながるサロン」の新設・運営を支援し、代表者やコーディネーターへの研修や交流会を実施し、サロン活動の発展と安定化を図ります。
3 住民による生活支援サービスの充実	NPO やボランティア団体、シルバー人材センター等の多様な主体との連携を深め、掃除等の簡易的な生活支援を行う「生活支援お助け隊」の担い手の層を広げて、高齢者を地域全体で支える体制を強化します。
4 自立の視点を持った支援の推進	利用者の心身の機能を向上させる効果の高いリハビリ特化型の「としまリハビリ通所サービス」や、令和８（2026）年度から区内全域に対象を拡大した入浴特化型の「としま入浴通所サービス」を通して、本人の望む在宅での生活が続けられるよう支援します。



つながるサロンの様子



短期集中通所型サービスの様子

１－２－（２）総合事業の弾力化（※）への対応

1 要介護者への総合事業サービス適用に向けた環境整備	要介護者が「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」のサービスを利用する際のルールを整備し、要介護者の受け入れに対応したサービス水準の確保と事業者の理解の促進を図ります。また、実施主体の拡大に向け、NPO・ボランティア団体・住民グループ等の多様な主体が総合事業に参入しやすい環境を整備します。
2 事業の評価と効果的なプログラムの構築	日常生活動作や主観的健康観等､指標による継続的な評価を通じて事業効果を検証し、重度化防止に効果的なプログラムを構築します。

※ 総合事業の弾力化

令和３（2021）年度の介護保険法改正により、これまで要支援者・事業対象者に限定されていた総合事業について、要介護認定を受けた方も一定の条件のもとで住民主体によるサービス活動を利用できるように対象者が拡大されました。

令和６（2024）年度の法改正では、さらにその範囲が拡大され、緩和された基準のサービスについても、それまで要支援者・事業対象者として継続利用していた要介護の方に限り、利用が可能になりました。

１－２－（３）多様な担い手の育成と確保

1 研修機会の拡充と就労支援の強化	研修後のフォローアップと活動機会のマッチング支援を充実させ、就労率の向上に向け取組を進めるとともに、多様な世代が参加しやすい研修日程・形式等を企画・実施し、担い手の裾野を広げます。
2 多様な主体の参入促進	指定事業者のほか、NPO・ボランティア団体・シルバー人材センター・企業・地域の住民グループ等、新規参入を希望する地域団体等に対して情報提供や立ち上げの支援を行います。

施策２　生活支援の充実

目指す姿

いつまでも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するため、互いに助け合う仕組みがある。

基本計画（３-①-３）
基本計画（３-①-５）
基本計画（３-①-６）

社会とのつながりや参加を支える仕組みづくり
暮らしやすく、社会につながる環境の整備
共に支え合い、思いやりあふれる地域づくりの推進

現状と課題

本区では、地域での暮らしを継続していくため、生活支援や見守り体制の整備、デジタルデバイドの解消に向けた支援等、NPO、企業等と連携した取組を強化しています。

一方で、生活を支える担い手の確保や地域資源の偏在、支援を必要とする方への情報提供のあり方等に課題があり、生活を支える取組をより広く周知し、利用を促進する仕組みを構築する必要があります。

施策の取組方針

施策２－１
在宅生活の支援

（１）支え合いの仕組みづくり
（２）デジタルデバイドの解消

施策２－２
見守りと支え合いの地域づくり

（１）地域との協働―緩やかな見守り
（２）様々な主体による見守り活動
　　―担当による見守り
（３）見守り支援事業担当による活動
　　―専門的な見守り
（４）見守り活動への ICT の活用



ささえあいの仕組みづくり協議会の様子

施策２の進捗状況を測る参考指標

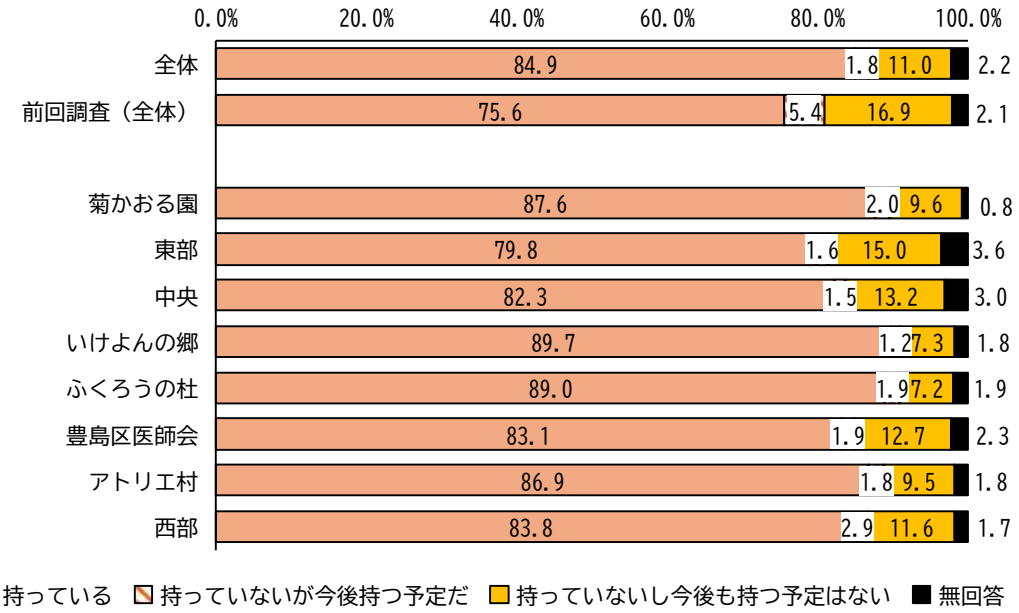
○成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
2－1 「高齢者のための誰でも食堂」の開催数	153 回/年	360 回/年
2－1 フレイルについての認知度（施策１－１再掲）	46.9%	50.0%
2－2 見守り支援事業担当への相談件数	21,291 件/年	23,000 件/年
2－2 見守り訪問件数	2,217 件/年	2,880 件/年

○活動指標

活動指標	現状	目標
2－1 ささえあいの仕組みづくり協議会	３回/年	３回/年
2－1 スマートフォン講座等の実施回数	20 クール	20 クール
2－2 見守り協定締結団体数	32 団体	40 団体
2－2 熱中症予防訪問世帯数	6,315 世帯	6,500 世帯
2－2 高齢者あんしん位置情報サービスの利用者数	22 人	25 人
2－2 救急通報システム設置数	342 基	350 基

スマートフォンの所持率



スマホ教室の写真

施策の取組内容

２－１－（１）支え合いの仕組みづくり

1 地域の中での生活支援体制の充実	高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるよう、「生活支援コーディネーター」を中心に、多様な主体が連携し地域の支え合い体制を充実させます。協議会による課題共有や ICT を活用した情報発信を推進するとともに、「高齢者のための誰でも食堂」等交流の場の拡充を図るため、開設のサポートや周知活動等の支援を継続していきます。
2 生活支援コーディネーターの機能強化	「生活支援コーディネーター」の専門性と実践力の向上に向けて継続的に研修を実施し、活動の質・量を高め、機能強化を図ります。第１層（区全域）・第２層（各圏域）コーディネーターが連携し、地域資源の開発やネットワークづくりを推進するとともに、住民が主体的に参加できる地域活動の創出につなげます。
3 多様な担い手の確保と支援	地域の支え合いを持続可能なものとするため、ICT 等デジタルツールを活用した担い手の発掘やマッチングを進め、多様な世代が担い手として参加できる仕組みを検討します。「高齢者のための誰でも食堂」や介護予防リーダー・サポーターの活動の機会を拡充し、継続的な地域の支え合い活動の充実を図ります。

２－１－（２）デジタルデバイドの解消

1 地域の中でのデジタルデバイド解消事業の支援	スマートフォンを初めて利用する方向けの教室や個別相談会に加え、自主グループの活動を支援していきます。また、ネットリテラシー向上のための教室を開催し、高齢者のインターネットを介した詐欺被害等の防止に努めます。
2 デジタルツールを組み合わせた介護予防活動の充実	介護予防・フレイル対策においてデジタルツールを有効活用し、介護予防体操「としまる体操」をはじめとする、自宅で簡単にできる介護予防メニュー動画の発信を行うことで介護予防活動の充実を図ります。

高齢者の生活支援推進員について（生活支援コーディネーター）

豊島区全域（第1層）

協議体

地域のささえあいの仕組みづくり協議会（第1層協議体）

高齢者の生活支援に関わる区全域の共通課題抽出や対応策を検討。区全域での取組や小地域（第2層）での実践につなげる。

第1層生活支援コーディネーター

＜区内全域の地域課題の把握・取組提案＞
地区懇談会や関係機関などから得られた情報等を活用して、第1層協議体と共有し課題提起や課題解決のための取組を提案する。

＜第2層圏域の活動支援＞
第2層生活支援コーディネーターなどと連携・協働しながら、圏域での地域活動や取組などについて支援・助言行う。　など

第1層協議会等で検討した、課題解決に向けた活動を提案



小地域（第2層）で把握した地域生活課題を共有・検討

区内8つの圏域（第2層）

第2層生活支援コーディネーター

＜地域課題・生活支援ニーズの把握＞
地区懇談会などの協議の場や、高齢者総合相談センター・CSWなどの関係機関との情報共有などを通じて、高齢者の生活支援に関する課題やニーズを把握する。

＜地域資源の構築＞
高齢者の通いの場などの地域資源の構築を行い、地域課題解決に取り組む。

＜担い手の養成・活躍の場の確保＞
高齢者の社会参加を促進・実現するための支援・調整を行う。
など



２－２－（１）地域との協働 ―緩やかな見守り―

１ 民間事業者等との協働	多種多様な事業者と「見守りと支え合いネットワークに関する協定」を締結し、意見交換会等を通じて高齢者に対する見守りへの意識を高めることで、地域における見守り体制をより一層強化していきます。
２ 町会・自治会による見守りの継続的な支援	地区懇談会等で見守りに関する情報交換や見守り支援事業担当による出前講座を適宜行い、効果的な見守り活動の継続を支援します。

２－２－（２）様々な主体による見守り活動 ―担当による見守り―

１ 民生委員・児童委員による見守りの充実	一人暮らし高齢者を継続して見守るため、熱中症リスクの高い方への啓発を行う「熱中症予防訪問」や、生活状況や健康状態、地域とのつながりなどを調査・把握する「高齢者実態調査」の結果を共有し、地域での見守り活動を支援します。
２ 高齢者クラブ、サロン活動団体による見守りの継続的な支援	見守り活動を実施している「高齢者クラブ」への補助金の交付、見守りの方法や異変への気づきなど、活動の参考になる資料の提供等により、見守り活動をする団体の支援を強化します。
３ 見守り訪問の充実	見守りを必要とする単身世帯へ定期的に訪問するとともに、老老世帯や日中独居で特に支援を必要とされる方への訪問を行うなど、見守り訪問の充実を図ります。

２－２－（３）見守り支援事業担当による活動 ―専門的な見守り―

１ 見守り相談窓口の強化	高齢者の見守りを支援する相談窓口を設置するとともに、困りごとを抱えている見守りが必要な高齢者を継続して訪問し、介護保険サービスなどの適切な支援につなげていきます。
２ 地域での見守りネットワーク構築	地域での見守りネットワークを広げていくため、第２層生活支援コーディネーター等と連携し、サロン活動の立ち上げ等新たな高齢者の居場所づくりを進めます。

２－２－（４）見守り活動への ICT の活用

1	ICT 機器を活用した見守りの推進	高齢者の居場所を家族等が把握することができる「高齢者あんしん位置情報サービス」、緊急時に警備会社へ簡単に通報できる「救急通報システム」の普及など、見守り活動への ICT 機器の活用に継続して取り組みます。

※図表・コラム等掲載予定

施策３　住み慣れた地域で安心して暮らしていくための支援

目指す姿

高齢者総合相談センターを中核に、孤立や複雑化・複合化した課題を包括的に受け止め、本人の意思と尊厳を守る質の高い支援体制を確立する。

基本計画（３-①-１） どんな悩みごとでも受け止める相談体制の強化
基本計画（３-①-２） 住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制の強化

現状と課題

本区では、単身や身寄りのない高齢者が増える中、権利擁護や複合的な課題へのより丁寧な対応が求められており、個別ケースから見えた地域課題を解決につなげるため、地域ケア会議の運営方法の見直しを進めていく必要があります。

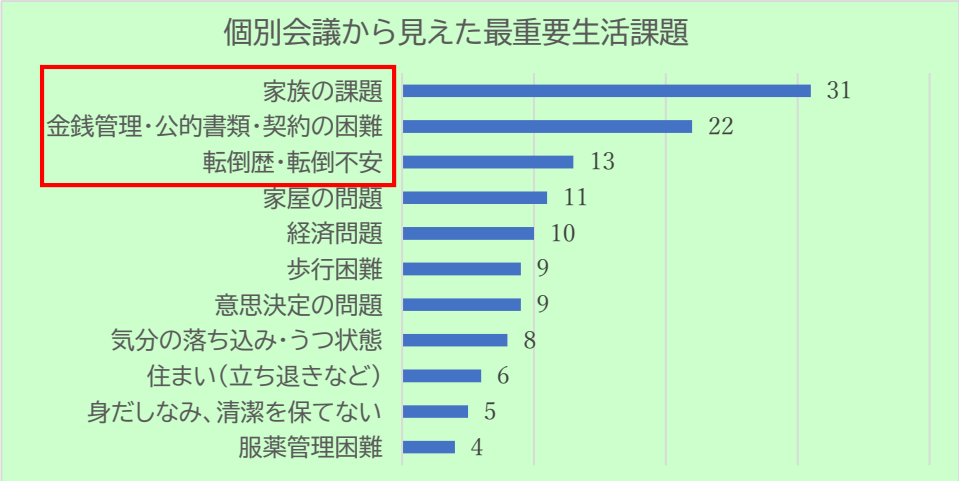
また、介護の現場では、ケアマネジャーの業務負担が深刻化している状況があり、介護の長期化で社会から孤立しがちな家族も少なくなく、包括的に支える仕組みづくりが求められています。

施策の取組方針

■施策３－１
複合的な課題や支援ニーズへの対応強化
（１）高齢者総合相談センターの支援の充実
（２）地域ケア会議の充実
（３）介護予防ケアマネジメントの推進およびケアマネジャーの育成支援
（４）介護を担う家族等への支援の充実

■施策３－２
高齢者の権利擁護の推進
（１）高齢者虐待防止の一層の推進
（２）成年後見制度の利用促進
（３）頼れる身寄りがいない高齢者等への支援

【令和７（2025）年度「本区および高齢者総合相談センター主催個別会議（※）」】
※ 支援困難ケースの課題検討、ケアマネジャー等の関係者支援を行う地域ケア個別会議



施策３の進捗状況を測る参考指標

○成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
3－1 高齢者総合相談センターの認知度	作成中	作成中
3－1 ケアマネジャーとセンターとの連携状況	作成中	作成中
3－2 高齢者の虐待に関する受付件数	作成中	作成中
3－2 区長申立てによる後見人選任件数	作成中	作成中
3－2 終活あんしんセンターの相談延べ件数	作成中	作成中

○活動指標

活動指標	現状	目標
3－1 センター相談件数	作成中	作成中
3－1 センター相談内容延べ件数	作成中	作成中
3－1 センター主催元気はつらつ報告会	作成中	作成中
3－1 センター主催の個別会議	作成中	作成中
3－1 区・センター主催の地域ケア推進会議	作成中	作成中
3－2 認知症・虐待対応専門事業件数	○○件	○○件
3－2 区長申立件数	○○件	○○件
3－2 終活情報登録数	○○件	○○件



自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）の様子



高齢者総合相談センターでの相談の様子

施策の取組内容

３－１－（１）高齢者総合相談センターの支援の充実

1 センター職員の専門性向上と人材育成	相談内容の複雑化に伴い、専門知識の習得と実践的な対応力強化が必要です。専門職部会を活用し、事例検討や情報共有を推進します。また、段階に応じた研修や継続的な人材育成を通じて、相談援助技術の向上を図ります。
2 相談窓口の多角化と業務効率化	複合的な課題を抱える高齢者を早期に支援へつなぐため、相談機会を確保します。来所・電話相談に加え、出張相談・出張講座、夜間緊急・休日相談窓口を実施します。さらに、ICT 導入による相談記録の共有や関係機関との迅速な情報連携を進め、業務の効率化を図ります。
3 地域包括支援ネットワークの強化	医療・介護・福祉関係機関との連携をさらに深め、複雑な課題へ包括的に対応する「重層的支援体制」の構築を推進します。さらに、民生委員や地域住民等との協働により、孤立しがちな高齢者を見守り、早期に適切な支援へつなげるネットワークを広げていきます。
4 センターの認知度向上と周知拡大	パンフレットやホームページ、SNS を活用し情報発信を強化するとともに、地域行事や出張講座等を活用してセンターの役割や機能を住民に直接伝え、必要な時に迷わず相談できる環境を整えます。
5 災害・感染症発生時の業務継続体制の整備	災害や感染症の発生時においても相談支援を継続できるよう、業務継続計画（BCP）の定期的な見直しと運用徹底を図るとともに、関係機関との連携確認や実効性のある訓練を実施します。平時から緊急時の対応手順を職員で共有し、有事においても相談支援機能を維持・継続します。





多様な専門職が専門性を活かし、
チームで協働しながら対応しています。

３－１－（２）地域ケア会議の充実

1 各会議体の役割整理と機能強化	個別会議で発見した地域課題を、具体的な施策検討へ確実に連動させるため、会議の運営方法を見直します。地域ケア会議が持つ「地域課題発見」や「地域づくり資源開発」などの『５つの機能』が効果的に発揮できるよう、各会議体の役割と位置づけを整理します。
2 地域課題の分析と解決に向けた連携の促進	会議を通じて把握した課題について蓄積や分析を行い、本区の地域課題として明確化・可視化します。顕在化した課題に対しては、医療・介護関係者やボランティア、民間企業等の多様な主体と連携し、具体的な解決策の検討を進めます。

３－１－（３）介護予防ケアマネジメントの推進およびケアマネジャーの育成支援

1 自立支援型ケアマネジメントの推進	「自立支援・重度化防止」の基本方針に基づく研修を実施し、高齢者本人の強みやできることを生かした支援につなげます。これにより、住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。
2 ケアマネジャーの専門性およびケアマネジメントの質の向上	「自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）」等を活用し、多職種による専門的な助言や視点をケアプランに生かすことで、ケアマネジメントの質を高めます。あわせて実践的な研修を行い、ケアマネジャーの対応力を底上げします。
3 ケアマネジャーへの支援強化と業務負担の軽減	ケアマネ地区懇談会等を通じてケアマネジャー同士のネットワーク形成を進め、センターによる相談援助や関係機関との連携により、困難事例への対応を支援します。また、シャドウワークの実態を調査・把握し、ケアマネジャーが安心して働き続けられる就業環境の整備や業務負担の軽減策を検討します。



地域ケア会議の検討会で作成した「介護支援専門員のお仕事とは」

3－1－（4）介護を担う家族等への支援の充実

1 家族を含めた相談体制の強化	介護を担う家族等が孤立せず必要な支援につながるよう、センターを中心に、関係機関が一体となった丁寧な相談対応に努めます。高齢者本人と家族を一体的に捉え、それぞれの状況に応じた支援を行うことで、介護負担の軽減や不安の解消に取り組みます。さらに、関係機関と連携し、誰もが初期段階から相談しやすい環境を整えます。
2 介護者の実態・ニーズ、地域資源の把握	地域ケア会議やアンケートを活用し、介護者の就労状況や生活環境の変化といった実態と支援ニーズの把握に努めます。また、介護者の孤立や負担に関する課題を分析するとともに、負担軽減に役立つ民間サービスや公的な支援制度等の情報を整理し、状況に応じた適切な窓口やサービスへつなぎます。
3 介護者同士のつながりづくりと精神的ケアの推進	家族の心身の健康を保ち家族自身の QOL を維持するために、地域における支えあいの仕組みとして活動している認知症の介護者サポーターの活動を支援します。
4 介護離職を防ぐための普及啓発の強化	要介護認定申請の窓口受付や高齢者総合相談センターでの相談の際に、介護を担う家族に対し、介護離職防止のためのパンフレット等を用いて案内します。また、産業振興部局とも連携し、企業側にも仕事と介護の両立支援について啓発していきます。

３－２－（１）高齢者虐待防止の一層の推進

1 高齢者虐待対応の推進	支援者が専門家に助言を得られる「認知症・虐待専門対応事業」による専門相談や、単独の部署では対応が難しい困難事例に対しては「福祉包括化推進部会」で関係する支援機関と連携し対応していきます。また、65 歳以上の夫婦間での暴力や、成人した子の世話をしている高齢者がその子から受ける暴力、セルフネグレクト等についても、高齢者虐待防止に準じた対応を行っていきます。

３－２－（２）成年後見制度の利用促進

1 成年後見制度の円滑な利用の促進	後見人等の候補者調整や支援方針の検討のために「豊島区権利擁護支援方針検討会議」を活用するとともに、区長申立による審判請求、成年後見制度に係る費用助成等を活用し、成年後見制度の適正な利用を支援します。 令和８年の民法改正による成年後見制度の見直しに伴い、本人の意向に寄り添った権利擁護体制の整備に取り組みます。
2 消費者被害の防止	認知症の高齢者や一人暮らしの高齢者が消費者被害や特殊詐欺等の経済的な被害に遭わないよう、高齢者総合相談センターや消費生活センター、警察、金融機関等の関係機関と連携し、被害の予防および防止を行います。

３－２－（３）頼れる身寄りがいない高齢者等への支援

1 終活への支援	「豊島区終活あんしんセンター」において、区民が終活に関する不安や悩みを解消し、より豊かで充実した生活を送ることができるよう、更なる相談体制の強化や普及啓発を図ります。
2 頼れる身寄りのいない高齢者等への支援の充実	令和８年の社会福祉法改正により頼れる身寄りがいない高齢者等への支援の充実が図られたことから、当事者が地域で安心して暮らしていけるよう、豊島区民社会福祉協議会（社協）が実施する「備えてあんしん支援事業『はれやか』（日常の見守り、入院支援、死後事務委任等）」を周知・啓発するとともに、社協と連携し新たな相談支援体制を構築します。

施策４　共生社会に向けた認知症施策の推進【認知症施策推進計画】

目指す姿

・全ての認知症のある人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活および社会生活を営むことができる。
・認知症のある人が孤立することなく、必要な支援につながるとともに、多様な社会参加の機会を確保することによって、生きがいや希望を持って暮らすことができる。

基本計画（３-①-６）　**共に支えあい、思いやりあふれる地域づくりの推進**

現状と課題

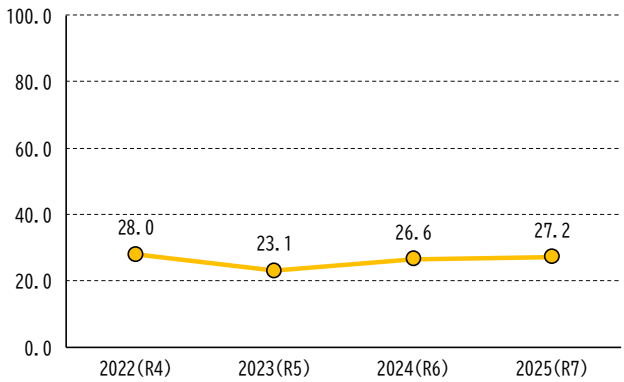
認知症の有病率は令和 22（2040）年には約 20%と見込まれ、年齢が高くなるほど有病率が増加することが分かっています。

一方、認知症の相談窓口の認知度は、30%程度と低いため、誰もが認知症について自分ごととして受け止め、安心して認知症とともに暮らせる地域の体制を整備することが求められています。また、認知症になっても地域の一員としての権利の享受と、社会参加の機会を継続して確保することが必要となっています。

施策の取組方針

施策４-１
安心して認知症とともに暮らせるための体制整備

（１）認知症のある人の生活におけるバリアフリー化の推進
（２）認知症のある人の尊厳の尊重と意思決定支援
（３）認知症のある人の社会参加支援
（４）認知症についての相談体制の充実



認知症の相談窓口の認知度

施策４の進捗状況を測る参考指標

〇成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
4－1 主介護者が認知症への対応に不安を感じる割合	25.6%	22.0%
4－1 認知症に関する相談窓口の認知度（ニーズ調査）	27.2%	30.0%
4－1 地域の中で支援を必要とする人を見守り、支え合うような人と人とのつながりがある」について肯定的な回答をする区民の割合（区民意識調査）	14.7%	20.0%

〇活動指標

活動指標	現状	目標
4－1 認知症サポーター養成者数（累計）	21,957 人	作成中
4－1 認知症初期集中支援チーム支援相談件数（年間）	12 人	20 人
4－1 認知症のある人の社会参加活動の回数	12 回	24 回
4－1 認知症カフェの参加人数	3,384 人	3,400 人
4－1 意思決定支援研修を受講した人の数	作成中	作成中

コラム

認知症基本法と新しい認知症観について

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和６（2024）年１月１日に施行されました。

この法律において、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することが目的として掲げられています。

これに基づき、国の基本計画として「認知症施策推進計画」が令和６（2024）年12月に閣議決定されました。この計画の中で「新しい認知症観＝（認知症になったら何もできなくなるという従来のイメージを改める考え方）」がうたわれています。

新しい認知症観とは

これまでの見方

「できなくなったこと」に注目
「保護、管理の対象」とみなす
「社会からの孤立、役割の喪失」

これからの見方

「できること、強みに注目」
「希望をもって暮らす本人」が主役
「社会の一員として参加・貢献」

施策の取組内容

４－１－（１）認知症のある人の生活におけるバリアフリー化の推進

1 「新しい認知症観」に基づく認知症の理解と普及啓発	共生社会の実現に向けて様々な媒体を活用し「新しい認知症観」を普及啓発します。また、「新しい認知症観」を反映した地域づくりを目指し、若年層に向けての「認知症サポーター養成講座」の実施を促進します。
2 情報発信ツールの充実	「ケアパス」は認知症になったときに利用できる支援の体制や道筋を示したもので、改訂の過程では認知症のある人本人の声を活かし、認知症のある人の身近な相談先である高齢者総合相談センターや保健医療関係機関と協同で作成します。また、区内の各地域に積極的にアウトリーチを行い、さまざまな世代や集団の人に届くよう、多様な周知に取り組みます。
3 認知症検診の推進	認知症検診が、外国籍の方も含めて受けやすい検診となるよう、案内の工夫や関係機関との連携を強化します。検診後のフォローを強化し、その後の生活支援や相談に確実につなげるための体制づくりを推進します。

中学生を対象とした認知症サポーター養成講座の感想文（抜粋）

どんな人だったとしても認知症のリスクはあるわけだし、身近な人がそうなったとしたら、否定せずに一緒に生活できるようにサポートをしたい。

自分の祖父が認知症の恐れがあって、この授業を希望しました。
祖父が認知症になってもこの授業を振り返って適切に対処しようと思いました。

（認知症を）自分事としてとらえられたら広がると思います。
人にやさしくするには、まず自分にやさしくしなれないと難しいと思います、、、。
「支え合う」社会を目指したいです。



認知症月間の取組



４－１－（２）認知症のある人の尊厳の尊重と意思決定支援

1 意思決定支援ガイドラインの普及	認知症のある人誰もが自身の意思が尊重されることについて理解が深まるように、継続的に保健医療関係機関職員や区民を対象とした「意思決定ガイドライン研修」を実施し、普及啓発を行います。
2 認知症のある人の意思発信支援	「本人ミーティング」を定期的に開催し、本人の希望や意思をくみ取って認知症があっても地域の中でその人らしく生活することができる仕組みや場の充実を図ります。さらに、認知症のある方の声や、家族の思いを地域の仕組みづくりに活かせるよう、取り組んでいきます。

発信から協働へ
～認知症の人とともにつくるケアパス～

ケアパスの作成においては、認知症のある人が自らの経験と知見を生かし、当事者ならではの意見が反映され、真に当事者のニーズに合ったケアパスにすることを目指しているため、作成委員会のメンバーに認知症のある人が参加をしています。

また、ケアパス策定後も認知症のある人と定期的に会合を開催し、内容の見直しと改善を行います。

支援する側、される側という枠を超えて、認知症のある人と協働する取組を他の事業にも広げ浸透させることを目指します。

４－１－（３）認知症のある人の社会参加支援

1 認知症のある人の社会参加の場の創出	令和８（2026）年度から新規に「社会参加促進コーディネーター」を設置し、「認知症のある人の社会参加事業」を実施します。社会参加コーディネーターは、認知症のある人が本人の希望に合わせた社会参加が実現するように本人と地域をつなぐ役割として活動するほか、新たな社会参加の場を創出し、認知症のある人の社会参加を促進します。
2 認知症になっても安心して過ごせる地域の集いの場の充実	認知症のある人が安心して地域で過ごせる場が増えるよう地域の通いの場や認知症カフェの内容の充実を図ります。
3 認知症のある人を理解し支える地域の担い手の活動支援	「チームオレンジ活動」は、認知症のある人と、認知症について理解がある区民が一体となって、認知症のある人の希望する活動を実践する取組です。今後も本人の希望に沿った活動が実現できるようにサポーター活動の支援を行い、必要時に認知症地域支援推進員が伴走支援を行います。

コラム

【認知症のある人の社会参加促進事業（令和８年度開始）】

IKE サンパーク、豊島区立高田介護予防センター長崎活動室では、定期的に認知症のある人が参加する園芸ボランティアの活動が行われています。

本活動は、「体を動かす機会が欲しい」「ボランティア活動がしたい」という認知症のある人の希望から、認知症のある人、その家族、認知症サポーターが中心となって開始しました。

令和８（2026）年度から、区ではこうした取り組みを強化するため、新たに社会参加促進コーディネーターを創設し、現在行っている活動の伴走支援をするとともに、新たな社会参加の場の創出を行っています。

共生社会の実現に向けて、認知症のある人やその家族が、地域とのつながりを保ち、本人の希望に基づいた社会参加を継続できるような取組を促進していくことが重要です。

イケ・サンパークにおける活動風景



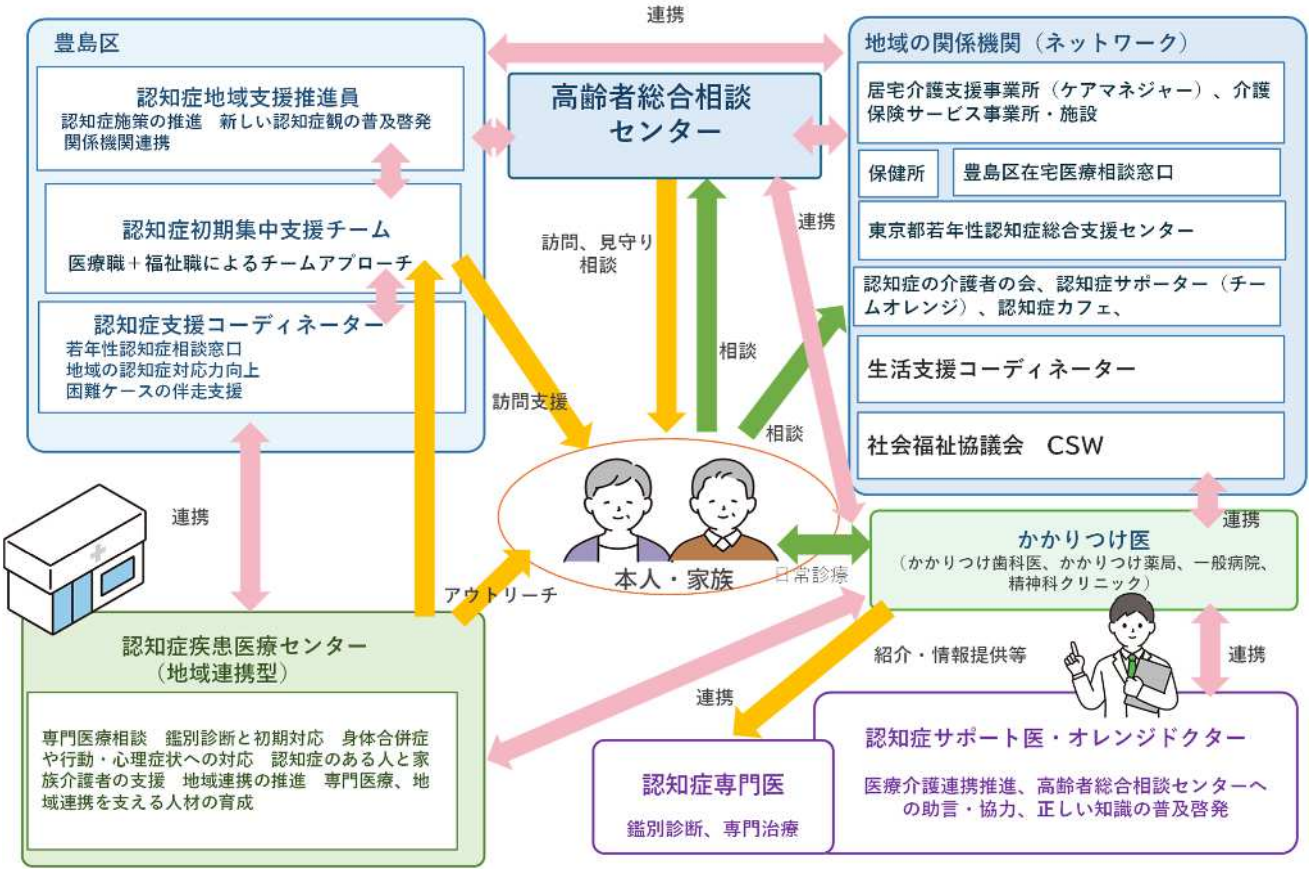




４－１－（４）認知症についての相談体制の充実

1	若年性認知症への支援	認知症支援コーディネーターが本人や家族の相談を受け、伴走型の支援を行います。また、早期に適切な支援につながるように多機関連携を強化し支援体制の充実を図ります。
2	認知症初期からの相談支援体制の充実	「もの忘れ相談」や多職種がチームで支援を行う「初期集中支援チーム」等の事業を実施しながら、認知症の初期から必要な支援に繋がるための体制を強化します。また、支援の困難な事例にも対応できるように、高齢者総合相談センターがオレンジドクターや認知症疾患医療センターとの連携を強化します。

認知症の人を支える地域連携体制



施策５　在宅医療・介護連携の推進

目指す姿

多職種連携の在宅医療提供体制により、区民が住み慣れた地域で、自分らしく健康に暮らし続けることができている。

基本計画（３-②-４）　地域医療体制の充実

現状と課題

本区は人口約 29 万人に対し、医療と介護の両方のニーズが高まる 75 歳以上後期高齢者が約２万７千人で人口の 9.3%にのぼります。

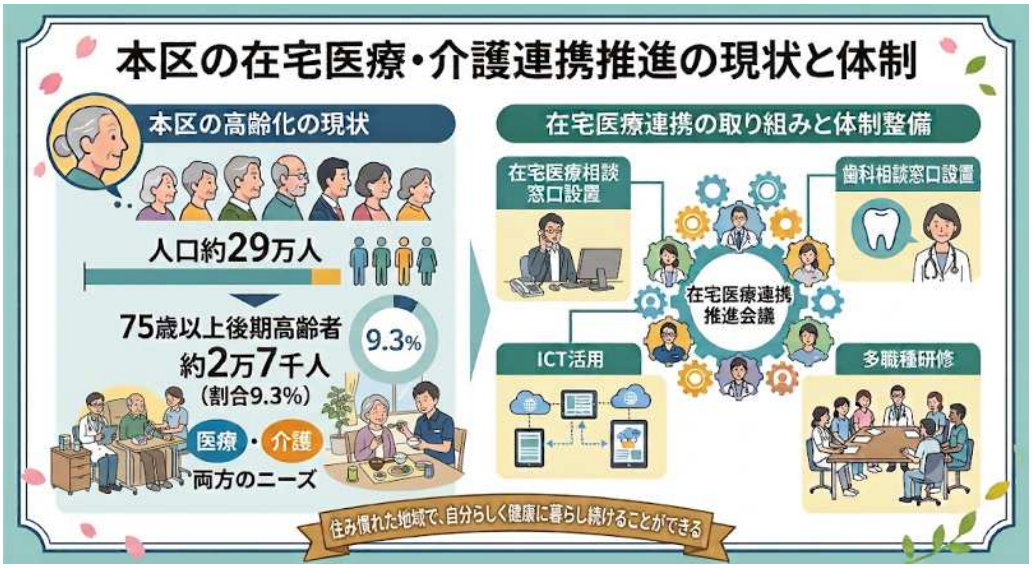
在宅医療連携推進会議を中心に、在宅医療相談窓口や歯科相談窓口の設置、ICT 活用や多職種研修により体制は整備されています。

区民意識調査（令和７年度）によると、在宅療養希望者は 37.0%でしたが、それが実現可能と答えた方は 32.0%にとどまっています。在宅医療・介護連携の更なる推進と人材育成、区民認識の向上が課題です。

施策の取組方針

施策５-１
在宅医療の充実および在宅医療・介護連携を推進するための体制整備

（１）医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進
（２）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
（３）在宅医療・介護に関わる従事者の能力向上
（４）在宅医療の理解促進に向けた普及啓発



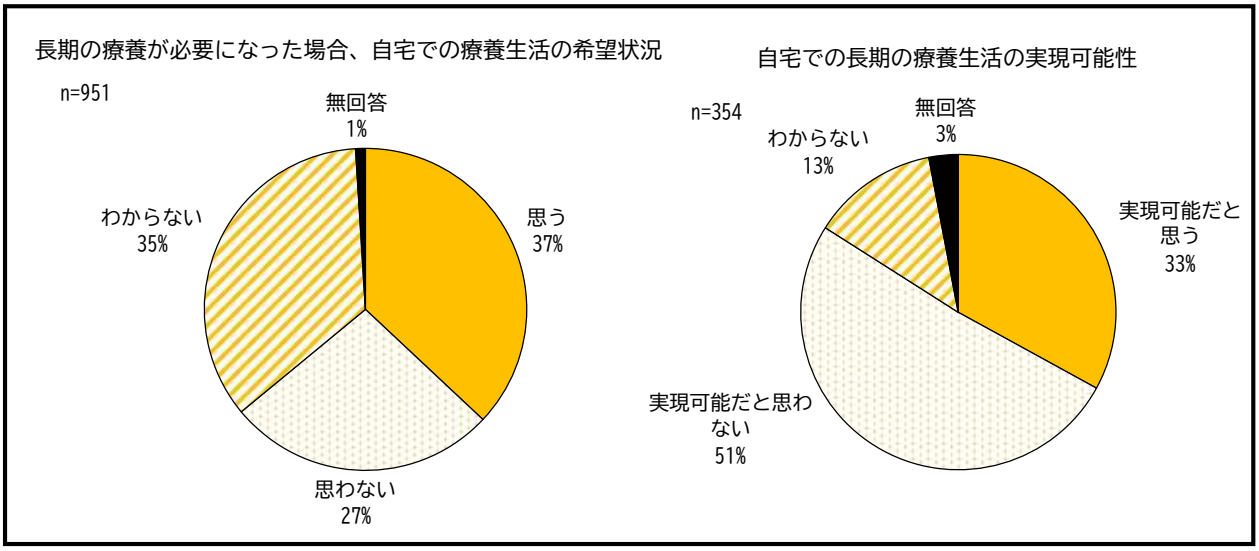
施策５の進捗状況を測る参考指標

○成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
5－1 在宅療養を希望する区民の割合	37.0%	40.0%
5－1 在宅療養が実現可能と思う区民の割合	32.0%	33.0%

○活動指標

活動指標	現状	目標
5－1 在宅医療相談窓口相談件数	201 件	200 件
5－1 在宅医療相談窓口コーディネート数	1,091 件	1,100 件
5－1 歯科相談窓口相談件数	189 件	200 件
5－1 歯科相談窓口コーディネート数	121 件	128 件
5－1 区民公開講座開催回数	４回／年	４回／年
5－1 専門職向け研修	13 回／年	11 回／年
5－1 在宅医療 24 時間診療体制登録医療機関数	14 機関	17 機関



施策の取組内容

５－１－（１）医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進

1 在宅医療連携推進会議を軸にした在宅医療・介護連携の推進	学識経験者、地域医療関係者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会、リハビリテーション職、介護職、高齢者総合相談センター、区民、行政から構成される「在宅医療連携推進会議」を年に３回開催します。 地域の課題を、医療と介護の円滑な連携により解決していきます。
2 医療機関と介護事業所等との協働・連携推進	各「高齢者総合相談センター圏域」で、連携強化のための研修会等を開催します。日頃から顔の見える関係作りを構築することで、多職種連携を円滑に進めます。
3 日常の療養支援の充実	在宅医療相談窓口では、医療ソーシャルワーカーが、病院から在宅への円滑な移行や、在宅医療を続けるための相談支援を行っています。 本区では ICT を活用した多職種連携を推進しており、日頃から多職種連携による患者支援を進めていきます。

５－１－（２）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

1 安心できる在宅療養体制の整備	在宅療養者が、病状の悪化・急変等のため一時的に入院を必要とする場合に、入院治療を受けるための病床を、区内病院の協力により確保します。
2 在宅医療推進の強化	在宅療養者が、安心して在宅医療を受けられるよう、豊島区医師会と看護師会と連携し、夜間緊急時でも診察を受けられる 24 時間診療体制を構築します。
3 在宅療養に必要な薬品の提供体制の確保	豊島区薬剤師会では、薬局間の連携を通じて、医療機器・医薬品（医療用麻薬）等の円滑な供給を確保し、在宅医療患者支援を進めていきます。
4 入退院支援および円滑な情報連携	在宅医療と区内および近隣区病院の連携促進のため、連絡会を開催します。退院前から連携機関と ICT を用いて情報共有し、患者が希望する場所で望んだ生活を送れるように支援します。

５－１－（３）在宅医療・介護に関わる従事者の能力向上

1 医療的知識を持ったケアマネジャーの育成	在宅医療コーディネーター研修を実施し、患者・家族の意思決定支援と関係者の合意形成を積極的に担う役割ができる人材を育成します。
2 医療・介護職の質の向上	在宅医療連携推進会議の各部会が中心となって、専門職の視点で各課題に基づいた実践的な研修会を企画します。
3 多職種連携に理解ある人材の充実	各高齢者総合相談センター圏域にて、コアメンバーによるミーティングを重ねて地域課題に沿った「多職種連携の会」を企画します。多職種連携を学ぶと同時に、連携のための関係性を培っていきます。 併せて、８圏域すべてが一同に介する「多職種連携の会全体会」を開催します。
4 ICT 活用の支援による情報連携の推進	情報連携によるネットワークを広げるために、ICT を導入していない事業所に対して、活用のための説明会や研修会を開催します。

５－１－（４）在宅医療の理解促進に向けた普及啓発

1 医療・介護資源の公開	在宅医療機関・介護事業者情報を区ホームページで公開しているほか、三師会（医・歯・薬）のホームページでも公開しています。
2 在宅医療に関する普及啓発	日常の健康管理に努め、いざという時に相談できる体制として、かかりつけ医・歯科医・薬剤師（薬局）制度を活用できるように、区民公開講座を開催します。
3 在宅医療相談窓口および歯科相談窓口の普及啓発	区ホームページの充実に努めるほか、広報や区ホームページ、SNS 等の媒体を通じて周知啓発を図ります。

施策６　高齢者の住まいの充実

目指す姿

高齢者や要介護者の住まいが確保され、在宅サービス等で生活を継続でき、困難な場合は希望に応じて、その状態に見合った介護保険施設等に入所できる。

基本計画（３-①-２）　住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制の強化

現状と課題

要介護認定率が急増する 85 歳以上の人口は令和 17（2035）年にピークを迎えた後、１万３千人程で推移する見込みです。

今後も、在宅系、居住系、施設系の各サービスを中長期的な視点で、総合的かつ効果的に提供する必要があります。

施設系の特養ホームは、申請の有効期限設定等、待機者の適正管理を進めています。居住系の認知症高齢者グループホーム等は近年増設が進んでいます。在宅サービスの基盤となる高齢者の住宅については、入居相談や住宅改修助成等の支援を行っています。

施策の取組方針

６－１　介護サービス基盤の整備

（１）介護保険施設等の基盤整備

（２）高齢者の住まいの確保

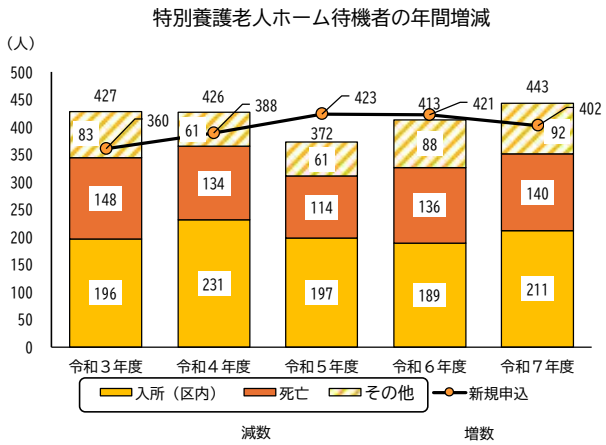
要介護認定者推計

推計中

介護保険課推計（仮）

要介護３～５の認定者数は 2040 年にピークを迎え減少

特別養護老人ホーム待機者の年間増減



区特養待機者名簿より集計

令和７年度は、年間で 41 名の減

施策６の進捗状況を測る参考指標

〇成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
6－1 被保険者千人当りの各種小多機定員	4.4 人	8.1 人
6－1 セーフティネット専用住宅の登録件数	67 戸	70 戸

〇活動指標

活動指標	現状	目標
6－1 認知症高齢者 GH 定員総数	237 人	273 名
6－1 各種小多機定員総数	106 人	193 名
6－1 特定施設定員総数	376 名	800 名
6－1 セーフティネット専用住宅における家賃低廉化補助件数（累計）	45 件	57 件
6－1 居宅介護住宅改修費（介護給付）	589 件 （R6 年度）	○○
6－1 居宅介護福祉用具購入費（介護給付）	337 件 （R6 年度）	○○

要支援・要介護者千人当たり定員（令和７年度）

	特養ホーム	老人保健施設	認知症GH	特定施設（指定有料老人ホーム等）
豊島区	63	29	18	31
近接６区平均	63	28	18	107
東京都平均	77	31	19	89

＊豊島区の特定施設は、整備中の２施設を含めた数値

「地域包括ケア「見える化」システム」（令和8年7月）

要支援・要介護と認定された千人当りでの定員数を比べると、特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症高齢者グループホームは、東京都平均よりやや少ないものの、近接区と同等です。一方、特定施設（介護保険の指定を受けた有料老人ホーム等）は、他の自治体より少ない状況です。

施策の取組内容

６－１－（１）介護保険施設等の基盤整備

1 介護保険施設の誘致	特養ホームは入所者数と待機者数が均衡している状況です。 入所対象の要介護３～５の認定者数は、令和 22（2040）年にピーク見込みのため、入所待機者の推移や在宅サービスの利用状況等を踏まえ、誘致の有無や時期等を検討していきます。
2 地域密着型サービス（居住系サービス等）の整備支援	認知症高齢者グループホーム（既存 16 施設）は、２施設の増加を目標に補助により整備を支援します。各種小規模多機能居宅介護（既存４か所）も、３施設の増加を目標に補助により整備を支援します。 特定施設（指定有料老人ホーム等、既存定員 376 名）は、近隣自治体の整備状況を踏まえ、定員総数 800 名を計画値とします。
3 既存施設の修繕支援	認知症高齢者グループホームおよび各種小規模多機能居宅介護の大規模修繕に対し、国の交付金や東京都の間接補助を活用して、事業費補助の支援を行います。

６－１－（２）高齢者の住まいの確保

1 高齢者の入居支援	住み慣れた地域で暮らし続けられるように、入居前から入居中、入居後までの一貫した相談支援の充実を図ります。
2 高齢者の住まいの支援	セーフティネット住宅等住宅確保要配慮者に対する住まいの確保に向け、オーナーや管理会社への理解促進を図るため、不動産関係団体や居住支援協議会等との連携を強化します。
3 高齢者の多様な住まい	特養ホーム等の大規模施設整備等の際には、都市型軽費老人ホームの併設等も検討します。

※図表・コラム等掲載予定ページ

施策７　介護人材の確保およびサービスの質の向上

目指す姿

多様な福祉人材が誇りを持って働き続け、利用者が質の高いサービスを受けることができる。

基本計画（３-①-７）　福祉人材の確保・支援と福祉サービスの質の向上

現状と課題

高齢化の進展に伴い令和 22（2040）年には本区で深刻な介護職員不足が見込まれ、若年層の確保難等の課題も生じています。こうした状況に対応するため、DX 推進や業務の協働化・効率化を通じて事業者の持続可能な経営基盤づくりを支援していく必要があります。

現場の生産性向上と支援体制の強化を一体的に進めることで、質の高い介護サービスを安定して提供できる体制を構築することが求められています。

施策の取組方針

施策７-１
介護人材の確保・定着・育成

（１）介護人材の確保に向けた支援
（２）介護人材の定着・育成に向けた支援

施策７-２
介護サービスの質の向上

（１）サービスの提供体制を維持するための事業者支援
（２）サービスの質の維持・向上に向けた事業者支援

イメージ図
課題・現状の根拠資料となる図表

施策７の進捗状況を測る参考指標

〇成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
7－1 「就職相談会」参加者の就職マッチング数（※１）	11 件	作成中
7－1 「介護分野で働くことの不安が全てまたは少しは払拭された」と回答する割合	69.2%	87.0%
7－1 介護事業者研修の内容が「役に立った」と回答した人の割合	94.2%	作成中
7－2 「支援を必要とする人に適切で良質な福祉サービスが提供されている」にどちらかというとそう思うに回答する割合	15.4%	21.0%
7－2 介護サービス相談員事業利用者の満足度	90.2%	95.0%
7－2 ケアプランデータ連携システム導入事業所数	106 事業所	作成中

※１ 介護に関する入門的研修・総合事業基準緩和サービス従事者育成研修と一体的に実施する「就職相談会」を含む

〇活動指標

活動指標	現状	目標
7－1 介護職員の研修受講・資格試験受験費用への助成件数	53 件	56 件
7－1 介護に関する入門的研修の修了者の人数（※２）	62 人	120 人
7－1 介護護職員宿舎借り上げ事業の助成金交付件数	８件	作成中
7－2 福祉サービス第三者評価受審費用助成件数	31 回／年	作成中
7－2 介護サービス相談員の訪問回数	50 回／年	80 回／年

※２ 総合事業基準緩和サービス従事者育成研修含む

施策の取組内容

７－１－（１）介護人材の確保に向けた支援

1 新規人材の確保と就労マッチング支援の強化	関係機関との連携を強化し、潜在的な求職者と事業所のニーズをきめ細かく結びつけることで、実効性の高いマッチング体制を構築します。介護未経験者等が安心して入職できるよう、入門的な研修や就職相談会を継続的に提供します。
2 「介護の仕事・魅力発信」の多世代展開	小中高生から現役世代、アクティブシニアまで、幅広い層に向けて介護の仕事への理解を深める啓発活動を推進します。区内事業所の魅力や働きがいを多角的に発信し、職業選択肢としての認知度を高めることで、人材確保に向けた担い手の裾野を広げます。
3 多様な人材の参入に向けた取組	柔軟な働き方での就労を希望する層やセカンドキャリアを歩む層、外国人材等、多様な背景を持つ人材の参入を促進します。介護助手の活用促進や外国人材の受け入れ環境整備を支援することで、介護職員が本来の業務に専念できる体制を整えるとともに、地域の多様な労働力を活用した安定的なサービス提供体制を構築します。

コラム

【入門的研修と就職相談会】

介護の仕事に関心がある方や就労にあたり不安を抱えている方を対象に、入門的研修を実施しています。介護の基礎知識や実技をプロから学べるほか、最終日には区内事業者との就職相談会も開催します。

介護未経験者の知識習得や就労の第一歩として幅広い層にご参加いただいています。



入門的研修の様子



就職相談会の様子



就職相談会の様子

ハローワークと連携し就職相談会の単独開催も行っています。

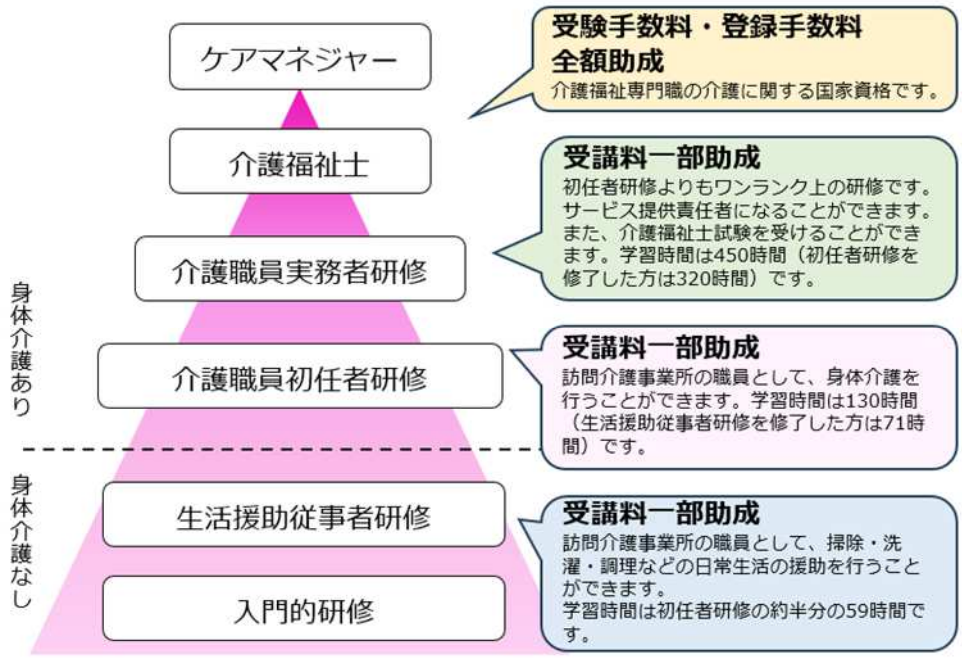
7－1－（2）介護人材の定着・育成に向けた支援

1	介護職員の資質向上に向けた資格取得支援の充実	職員が段階的にステップアップし、専門性を高められるよう、資格取得や法定研修に係る費用助成を継続・拡充します。研修を通じて個々のスキルアップを支えることで、職員のモチベーションの維持とキャリアアップを目指し、長期的な定着を図ります。
2	介護職員向け居住支援の充実	災害時における初期対応体制の強化や、都市部の高い居住コストを踏まえ、介護職員が安定して生活し、長く働き続けられるよう居住支援を充実させます。住宅確保の負担軽減を図ることで、地域に根差した人材の定着を図ります。
3	キャリアパス・多様なニーズに対応した人材育成支援	職層や経験に応じた共同研修を実施し、事業所規模に関わらずキャリア形成が可能な環境を整備します。離職防止に向けたハラスメント対策やメンタルケアを強化するとともに、短時間勤務等の多様な働き方の導入を支援し、個々のライフステージに応じた働きやすい職場環境づくりを促進します。

コラム

【介護職員の資格取得を応援します！】

豊島区内で介護の仕事を始めたい方、キャリアアップしたい方を応援するため、介護職員の資格取得費用を一部助成しています。



７－２－（１）サービスの提供体制を維持するための事業者支援

1 DX 推進による業務の効率化、生産性の向上	介護現場の負担軽減と質の高いサービス維持のため、ICT 等の活用による業務の効率化を推進します。電子申請の利用促進や介護情報基盤の支援を通じ、事務作業の負担を軽減することで、専門職が利用者と向き合う時間を確保し、生産性の向上を図ります。
2 中小介護事業者による連携、経営基盤の強化への支援	区内事業所の多くを占める中小規模事業者の経営安定のため、事業者間のネットワーク構築や情報交換の場を支援します。介護業務・事業所運営に役立つ情報の共有や協働化の取組等が促進される環境づくりを進めることで、地域全体におけるサービス提供力の向上を図ります。
3 介護事業者への情報提供と普及啓発	事業者向けの情報提供ツールを効果的に活用し、国や東京都の最新動向のほか、事業者にとって有用、参考となる各種情報を積極的に提供します。定期的に開催する介護事業者連絡会や動画配信等による集団指導等を通じ、適切な介護サービスの提供と事業所運営を支援します。
4 社会情勢の変動に伴う介護事業所の経営支援策の検討および支援	介護事業所を取り巻く急激な社会情勢の変化に対し、事業継続を図るための柔軟な支援策を検討・実施します。持続可能な運営を後押しする仕組みづくりを推進することで、将来にわたり安定したサービス提供体制を維持します。

第９期では、区が積極的にケアプランデータ連携システム※の導入支援を行った結果、早期に多くの事業所で導入が進み、周辺事業所への普及を促進しました。
第 10 期では、国が整備する介護情報基盤※の活用に向けて、支援していきます。



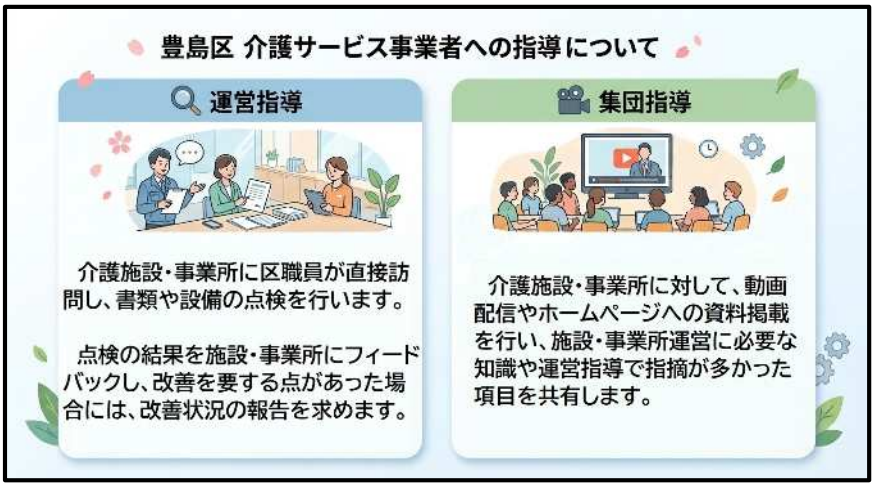
ケアプランデータ連携システム導入支援の様子

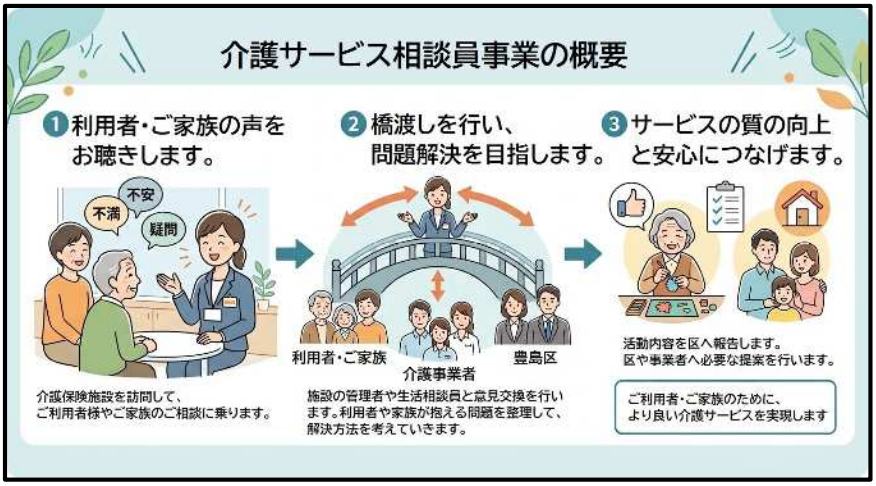
※ ケアプランデータ連携システム
居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間でケアプラン等を電子的に共有・連携し、従来の FAX や郵送による業務負担の軽減を進めるものです。

※ 介護情報基盤
行政や医療・介護関係者の間で要介護認定情報やケアプラン情報等を電子的に共有・連携する仕組みです。これを活用することで、事業者の情報収集や資料作成等の業務の効率化を図り、生産性向上を推進します。

7－2－（2）サービスの質の維持・向上に向けた事業者支援

1	福祉サービス第三者評価受審の促進	事業者が客観的な視点で自らのサービスを振り返る機会として、第三者評価の受審を促進します。受審に係る費用の全部または一部を助成することで、事業者の自発的な改善活動を支援し、透明性の高い良質なサービスの提供と利用者が安心して事業者を選択できる環境を整えます。
2	地域密着型サービスの指定に際して必要と認める条件の設定	地域密着型サービスの適正な運営を確保するため、指定にあたっての条件としてサービスの質の向上等に資する条件を付しています。指定の条件の内容に係る検討を継続するとともに、地域密着型サービス運営委員会の意見を反映しつつ、必要に応じた見直しを行います。
3	介護サービスの質の向上に向けた事業者指導	運営指導によって、事業者の運営状況やサービス提供状況を点検し、サービスの質の向上に繋がる指導・助言を行います。集団指導によって運営指導の点検項目のフィードバックを行い、事業者のサービス内容を見直す契機とします。
4	介護サービス相談員事業の充実	介護サービス相談員が区内介護施設を定期訪問し、利用者の日々の不安や要望を聞き取り、施設へフィードバックします。そして、施設利用者にとって、より良いサービスの提供がなされるよう働きかけ、質の高い介護環境を構築します。





施策８　介護給付適正化の取組【介護給付適正化計画】

目指す姿

適正な要介護認定と給付の適正化を徹底し、科学的根拠に基づき利用者の自立を支え、介護サービスが過不足なく提供されている。

現状と課題

要介護認定者数の増加に伴い、介護サービスへの需要が拡大しており、介護給付費の増加が大きな課題となっています。また、利用者や事業者の協力のもと、適正な給付を確保することが求められています。

介護給付の適正化については、科学的根拠に基づいたデータの活用や DX の推進が必要となっていますが、事業者の理解促進や協力体制の強化も引き続き重要な課題です。

施策の取組方針

施策８－１
要介護認定の適正化

（１） 要介護認定の平準化および期間短縮

施策８－２
適正な介護サービスの提供

（１） 運営指導・ケアプラン点検
（２）医療情報との突合・縦覧点検
（３）給付実績等の活用



施策８の進捗状況を測る参考指標

○成果指標

成果を測る参考指標	現状	目標
8－1 区と都の平均重度化率（※）の乖離	1.2%	2.0%以内

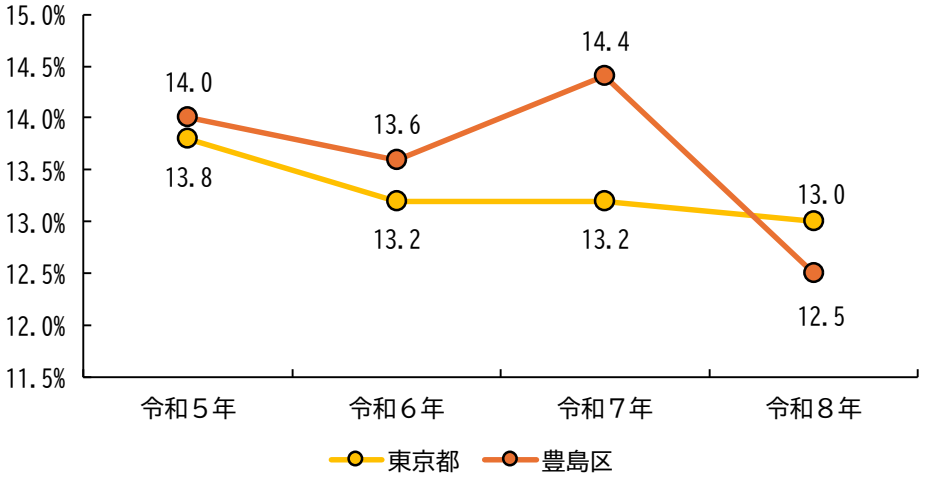
※ 重度化率

介護認定審査会での二次判定において一次判定の結果よりも重い介護度に変更される割合

○活動指標

活動指標	現状	目標
8－1 合議体間の平均重度変更率の乖離	14.2%	15.0%以内
8－2 ケアプラン点検実績回数	141 回/年	200 回/年
8－2 医療情報との突合・縦覧点検件数	1,463 回/年	1,500 回/年
8－2 国民健康保険団体連合会から提供される医療情報との突合・縦覧点検の実施率	100.0%	100.0%
8－2 運営指導実績回数	30.2 回/年（※令和３～７年度の運営実績の平均）	40 回/年

要介護度における重度変更率の東京都の比較



（「見える化」システム 令和８年８月７日時点）

区と都の重度変更率の乖離を少なくすることで、介護度の地域格差をなくし、適正な介護サービスの提供につなげます。

施策の取組内容

8－1－（1）要介護認定の平準化および期間短縮

1 認定調査の平準化	調査票を全件内容点検し、調査項目定義とのずれ等を調査員に個別指導するとともに、調査員研修を実施し、認定調査の平準化を図ります。
2 認定審査会の平準化	一次判定からの変更率について、「見える化」システムを用いて、国・東京都の平均値と区・合議体ごとの平均値を比較・分析し、客観的なデータを認定審査委員と共有することで、審査判定の平準化を図ります。
3 申請から認定までの期間短縮	要介護認定を遅滞なく適切に実施するため、認定事務の効率化を図るとともに、審査判定に必要な資料が期限内に提出されるよう取り組みます。介護認定審査会の簡素化についても引き続き検討します。

8－2－（1）運営指導・ケアプラン点検

1 指導方針の策定	国の指針や他自治体の動向、およびこれまでの事業実績を踏まえ、毎年度、区の指導方針と年間計画を策定します。また、指導方針やケアプラン点検を行う意義への理解を深めるため、ケアマネジャーを対象とした説明の機会を設け、目的意識の共有を図ります。
2 運営指導・集団指導	介護保険制度の適正な運営とサービスの質的向上を図るため、各事業者に対して計画的な運営指導および集団指導を実施します。また、指導にあたっては、法令遵守（コンプライアンス）の徹底を促すとともに、最新の法改正や留意事項について丁寧な周知・啓発を行い、事業者との健全な連携関係の構築に努めます。
3 ケアプラン点検	毎年度の指導方針に則り、ケアプラン点検を定期的・組織的に実施します。点検で得られた事例や分析結果は、ホームページ等での発信や各居宅介護支援事業所へのフィードバックに活用し、地域全体のケアマネジメントの質向上を図ります。
4 住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査	申請内容に疑義の生じたものについては、必要に応じ自宅等を訪問し実態を調査することにより、利用者の状態に沿った適切かつ必要なサービス提供を図ります。

８－２－（２）医療情報との突合・縦覧点検

1	医療費情報との突合・縦覧点検	国民健康保険団体連合会から提供される医療費情報との突合・縦覧点検リストの全件点検を行います。東京都や国民健康保険団体連合会の研修や個別支援を活用し職員のスキルアップを図り、点検の質の向上に努めます。

８－２－（３）給付実績等の活用

1	給付実績や申請情報等の活用	給付実績や申請・届出情報を活用し、疑義等がある場合には利用者または事業者へ個別指導を行います。必要に応じて過誤処理等を求めるとともに、指導結果をもとに事業者等への啓発を図ることで、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者等の指導育成を図ります。