

令和6年度 事業計画・達成評価表

センター名	西部	センターの 重点目標	①地域住民が自らの健康を維持し、積極的にフレイル予防などに取り組めるような環境づくり ②各職種の対応力を強化し、地域住民がその人らしく生活できるよう、関係機関と協働する ③個人情報保護に関する取り組みの継続と業務の効率化 ④地域の介護事業所との連携を意識した総合福祉訓練への参画	<b>【達成度の目安】</b>  S : 目標を上回る A : 目標通り B : 目標をやや下回る C : 目標を大きく下回る
	西部高齢者総合相談センター			

1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	医療・ケア・介護サービス・支援者への支援	認知症の方、認知症介護者の方への支援はさらに増加が予想される。現行の事業の有効利用や多職種での協働が必要な支援に繋げていく必要がある。	①困難事例は所内で課題や方向性を共有しながら、介入の時期を見極める。関係機関と連携し、相談3事業を活用する(8件)。 ②状態の変化に応じた対応として、「認知症ケアパス」を活用し医療機関の情報提供等を行う。「認知症初期集中支援事業」(4件)や、「もの忘れ相談」(5件)を利用する。 ③必要な方へ「認知症介護者の会」の周知をすすめ、参加者には継続的に会の参加の声掛けを行う(毎月)。 ④「まちの相談室」の実施時、連携を図り地域住民に周知を行う。	①相談3事業を活用していく(4件)。 ②認知症初期集中支援事業(2件)、もの忘れ相談(2～3件)の活用。 ③「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、介護者や地域CMIに対して周知する(随時)。 ④「まちの相談室」の予定を把握し、周知をする(随時)。	①相談3事業を活用していく(4件)。 ②認知症初期集中支援事業(2件)、もの忘れ相談(2～3件)の活用。 ③「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、介護者や地域CMIに対して周知する(随時)。 ④「まちの相談室」の予定を把握し、周知をする(随時)。	①相談3事業の活用(7件)。 ②・認知症初期集中支援事業(4件)。困難事例も含め多機関で協働して取り組めた。 ・もの忘れ相談(定例3件、随時0件)。西部圏域の利用者の相談タイミングに合わせ、アトリエ村包括のもの忘れ相談定例会に繋げた。 ③「認知症介護者の会」は定着利用者2名。随時新規の家族介護者の利用があるが継続しての利用にはならない。 ④「まちの相談室」について、来所・訪問時に積極的に周知し、2件の利用に繋がった。  <b>【課題】</b> ・困難事例の対応が増えている。件数の増加だけでなく、重層的課題を抱えるケースが増えており、他機関との連携がより重要となる。	A
2	施策2. 生活支援の充実	見守り支援事業担当による活動一専門的な見守り	・見守り広報誌を年に2回発行し、関係機関や訪問先で配布している。高齢者のニーズを反映した情報を提供するため、訪問活動等で更なる情報収集をする必要がある。 ・実態調査や熱中症対策事業で得た情報をもとに、状態像に応じたアウトリーチ対象者名簿の整理・分類を行い、個別に必要な支援に繋げる。	①熱中症対策事業、実態調査を実施し、見守り体制を整える。 ・対象者について、訪問から得られた情報を元に見守り体制を確認し、アセスメントを行い必要な支援に繋げる。 ・上記で得られた情報をもとに、優先順位ごとに分類、アウトリーチ対象者名簿を更新し、見守り体制を整える。 ②孤立しがちな高齢者や、情報弱者の高齢者に向けて、ニーズに合った情報が提供できるようにする。	①・熱中症対策事業、実態調査の実施。 ・訪問等でアセスメントをし、必要な支援に繋げる。 ②・訪問等で高齢者のニーズを把握する。 ・広報誌の作成(1回) ・窓口相談、戸別訪問、地域の集まり等に向いて社会資源の情報収集をし必要な情報提供を行う。	①・訪問等の情報を元に見守り体制の確認、優先順位の分類を行い、アウトリーチ対象者名簿を更新する。 ・訪問等でアセスメントをし、必要な支援に繋げる。 ②・広報誌の作成(1回) ・窓口相談、戸別訪問、地域の集まり等に向いて社会資源の情報収集をし必要な情報提供を行う。 ・情報収集の成果を一覧表にする。	①・熱中症対策事業1020件訪問。相談対応し、内容によっては関係機関に繋げた。 ②・実態調査992件実施。調査の内容を元にアウトリーチ対象者名簿を順次更新している。 ③・豊島区施策や給水機スポットなど地域の高齢者に役立つ情報を掲載した広報誌を作成(年2回)し、区民ひろばや町会の行事などで配布した。 ・火災リスクが高い4世帯に対し、池袋消防署による防火防災診断を実施した。署員から具体的な火災予防などを伺ったことで、今後の生活に役立つことが出来た。  <b>【課題】</b> ・必要な支援にスムーズに繋がられるよう、関係機関と引き続き連携する必要がある。	A
3	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	・認知症についての理解者を増やすため、幅広い地域住民に向けて継続的に働きかけを行っていく必要がある。 ・圏域で一体型支援についての取り組みがまだ行われていない。	①多世代に向けて認知症の理解を広げるため、地域住民に向けて認知症サポーター養成講座を開催(2回)。内1回は若い世代が参加しやすい日時を工夫する。 ②本人ミーティングについて、チームオレンジと協力し、参加希望者への声掛け、事業内容のすり合わせ、方向性の確認を行う(実施時毎回参加)。 ③「認知症本人と家族の一体型支援」の話し合いに参加し、地域での取り組みを考えていく。	①「認知症サポーター養成講座」開催(地域住民に向けて1回、他1回)。 ②本人ミーティングの事業を認知症対策Gと協働し、継続的に運営する(実施時毎回参加)。 ③「認知症本人と家族の一体型支援」の会議に出席し、地域での取り組みについて考え、所内で共有する。	①「認知症サポーター養成講座」開催(地域住民に向けて1回、他1回)。 ②本人ミーティングを定期的に実施した(12回)。定期開催としたことで参加者が6～7名で定着してきている。今年度最後の会では、地域連携型認知症疾患医療センターである豊島長崎クリニックのスタッフに参加を依頼し、来年度の実施について助言を頂いた。 ③「認知症の人と家族の一体型支援プログラム」1回実施。西部圏域からは本人のみの参加となったが、その後も開催場所となった小学校と繋がりをもち、定期的に利用していることを把握している。  <b>【課題】</b> 認知症の人・本人の声を聴くための各種の取り組みを継続する。	S	

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画		計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題  どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)			
4	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	訪問型・通所型サービスの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合事業の対象者の把握が不十分である。適切なサービスに繋げるために基本チェックリストの実施機会を増やす。</li> <li>制度が複雑なため、利用者は制度理解が難しい場合がある。自立支援の理念のもと適切なサービス利用に繋がるよう、制度の説明・提案を行う。</li> <li>訪問型・通所型サービス(つながるサロン等)を地域ケアマネが積極的に利用できるよう、包括ケアマネがサービス内容を把握し地域ケアマネへ伝達する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・窓口相談・出張相談等で基本チェックリストを実施する(30件)。</li> <li>②・相談対応時、機能回復が望める利用者には積極的に区独自基準型サービスや短期集中型サービスの利用を勧める(20件)。</li> <li>③・地域ケアマネ等に向けて総合事業やサービス利用の周知を図る(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・基本チェックリストの実施(15件)。</li> <li>②・利用者の状態像を把握し、区独自基準型サービスや短期集中型サービスの利用に繋げる(10件)。</li> <li>③・CM連絡会等で総合事業の内容を周知する(1回)。</li> <li>④・地域ケアマネへ短期集中型サービス等の提案を行う(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・基本チェックリストの実施(15件)。</li> <li>②・利用者の状態像を把握し、区独自基準型サービスや短期集中型サービスの利用に繋げる(10件)。</li> <li>③・地域ケアマネへ短期集中型サービス等の提案を行う(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・窓口や出張相談等で基本チェックリストを実施し(前期24件、後期9件)、短期集中サービス(訪問C、通所C)に繋がった(12件)。</li> <li>②・総合事業のパンフレット等を活用し、利用者の状態像にあわせたサービスを提案した(A8・通所Cの利用促進29件)。</li> <li>③・ケアマネ連絡会にて総合事業について案内した。昨年度に比べ、地域ケアマネによる訪問Cの利用が増えた。また地域ケアマネに「ポールdeウォーク」や「高齢者の生活支援推進員」が関わっているサークル等を紹介し、利用に繋がった(2件)。</li> </ul> <p>【課題】 今後も積極的に訪問型・通所型サービス(つながるサロン等)を活用し、適切なサービスに繋げる。</p>	A	
5	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	高齢者虐待防止の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>虐待受付件数は増加傾向にある。関係機関と連携しての対応がより一層求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①虐待通報時には高齢者福祉課と協働し速やかに事実確認を行い、対応の方向性を確認する。課題の整理や未然防止のため、成年後見制度や各種相談事業を活用する(随時)。</li> <li>②伴走型支援事業にて精神疾患の方への対応を学び、支援に活かす。</li> <li>③消費者被害等を把握した際、MCSを活用し圏域内の居宅介護支援事業所へ情報共有を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①相談3事業の活用(4件)。成年後見制度の利用支援および関係機関における相談事業の利用(随時)。</li> <li>②伴走型支援事業への参加(2回)および事例提出(1件)。</li> <li>③消費者被害等を把握した際、MCSを活用し圏域内の居宅介護支援事業所へ情報共有を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①相談3事業の活用(7件)。成年後見制度の利用支援(新規12件)。虐待(疑)相談受付(14件)。身障センターでの個別支援会議(1件)、健康長寿医療センターアウトリーチ事業(1件)、保健所相談事業(2件)。所内で判断し、必要時は行政など関係機関に相談することで、ケースごとに適切な事業の活用ができた。</li> <li>②伴走型支援事業への参加(2回)。事例提出(1件)。「精神症状への対応の前に身体症状への介入が必要になることもある」という助言や生育歴・家族歴聴取の重要性を再確認し、所内で共有した。</li> <li>③・地域ケアマネより、圏域内で詐欺疑いや被害に遭った事例について連絡を受けた。包括から目白警察へ情報提供し、MCSにて居宅介護支援事業所へ注意喚起を行った(2件)。</li> <li>④・火災リスクが高い利用者を池袋消防署による防火防災診断に繋がった(2件)。</li> </ul> <p>【課題】 ・子世代や孫世代の抱える課題から高齢者への虐待に至っているケースについて、どのように対応するか。本人の認知症状等の疾病への支援や環境調整では対応しきれない。他機関との連携も重要だが、包括自体の相談対応も底上げしていく必要がある。</p> <p>・身寄りのない高齢者の意思決定支援や金銭管理が増えている。後見制度等に繋がるまでのマンパワー不足が生じている。</p>	A		
6	施策2. 生活支援の充実	ささえあいの仕組みづくり(地域資源の充実)	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の生活を支える社会資源の発掘が十分でない。新たな社会資源の情報収集を行い、必要に応じて情報提供する。</li> <li>既存の居場所に参加できない高齢者に向けて、新たな居場所を提供する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「高齢者の生活支援推進員」やCSWと連携し、地域のニーズに合った出張講座やサロンを運営し、新たな居場所づくりを目指す。</li> <li>②高齢者の生活を支える社会資源を収集し、一覧にまとめ、必要な人に提供する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・地域住民や関係機関に向けて「見守り支援講座」を開催(2回)。</li> <li>②・既存の「誰でも食堂」等のサロン運営の後方支援を行う。</li> <li>③・「高齢者の生活支援推進員」やCSWと連携し、新たなサロンや出張講座の開催について検討する。</li> <li>④・高齢者の生活に関わる情報(移動手段や買物など)を収集し一覧にまとめ、必要な人に提供する(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・地域住民や関係機関に向けて「見守り支援講座」を開催(2回)。</li> <li>②・既存の「誰でも食堂」等のサロン運営の後方支援を行う。</li> <li>③・「高齢者の生活支援推進員」やCSWと連携し、新たなサロンや出張講座の開催について検討する。</li> <li>④・高齢者の生活に関わる情報(移動手段や買物など)を収集し一覧にまとめ、必要な人に提供する(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・「見守り支援講座」を開催(4回)。区民ひろばや町会の役員会等で実施し、地域住民の見守りへの意識が向上するように働きかけた。</li> <li>②・「豊島区でサロンをやってみる会議」のイベントを利用者に紹介した。包括職員が実際にイベントに参加することで、利用者へ紹介する際に伝え方を工夫することが出来た。</li> <li>③・こもれび千早(高齢者向け優良賃貸住宅)にて出張講座を開催(10月)し、包括の役割、介護保険や区の高齢者向け施策等を説明した。圏域内2か所の福祉住宅では毎月サロンを開催した(各12回)。また、ケアハウスや都営団地(R7.4開催)での出張講座開催に向けてCSW等と検討した。</li> <li>④・「孤独・孤立」をテーマにアウトリーチ連絡会を開催。民生委員に情報提供を行い、地域の高齢者の孤独・孤立に対し、自分たちができることを話し合った。</li> <li>⑤・高齢者のお役立ち情報について、1年を通して情報収集を行った。年度末から次年度にかけて一覧(西部版Ayamu)を作成している。</li> </ul> <p>【課題】 多世代に向けて地域団体と連携し出張講座を実施する。</p>	A	

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
7	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議による地域包括ケアシステムの推進	地域ケア個別会議、自立支援地域ケア会議、地区懇談会を通して地域課題を抽出し、地域ケア全体会議に向けて意見集約を行う。	①地区懇談会の開催(3回)。 ②包括主催で「元気はつらつ報告会」を開催(アトリエ村包括合同1回、「包括・見守り・CSW・2層定例会」1回)。 ③地域ケア個別会議を実施し、チームで問題解決が出来るようにする(14件)。 ④地域ケア全体会議に向けての意見集約。	①地区懇談会開催(1回)。 ②地域ケアマネ参加による「元気はつらつ報告会」アトリエ村包括合同開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、地域ケア個別会議を実施(7件)。 ④地域課題について意見を集約し、地域ケア会議全体会議にて報告する。	①地区懇談会開催(2回)。 ②「元気はつらつ報告会」包括・見守り・CSW・2層定例会開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、地域ケア個別会議を実施(7件)。 ④地域課題について意見を集約し、地域ケア会議全体会議にて報告する。	①地区懇談会の開催(3回)。 ケアマネ連絡会:「高齢者の生活支援推進員の活動報告・事例を交えた意見交換」 包括:「地域の防災について考える」 見守り支援事業担当:「孤独と孤立を考える」 ②包括主催で「元気はつらつ報告会」を開催し、3事例について検討した(アトリエ村包括合同1回、単独開催1回)。 ③地域ケア個別会議実施(25件)。チームで問題解決が出来るようにするという目的が達成できた。一人でケースを抱え込まないよう、所内で事例提出について推薦するなど工夫した。 ④地域課題について意見を集約し、地域ケア会議全体会議(住民主体の支え手)にて報告した。  【課題】 重層的課題を抱えるケースが増えており、他機関との連携がより重要となる。	A
8	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大	・圏域の「つながるサロン」が3か所であるため選択肢が限られ、新規利用に繋げる機会が少ない。 ・圏域の各サロンのコーディネーターと連携を図り、利用者(特に要支援者)の対応等の支援を引き続き行う必要がある。 ・「高齢者の生活支援推進員」等と協働し、高齢者の居場所づくりに取り組んだが、「つながるサロン」としての機能を持つまでには至っていない。	①「つながるサロン」の利用に適時繋げられるよう、近隣の圏域のサロンを見学し、情報収集する(4件)。 ②圏域各サロンのコーディネーターと連携を図り、サロンの後方支援を行う(定期的に訪問、各サロン年3回程度)。 ③サポーターや「高齢者の生活支援推進員」等と共に、福祉住宅でのサロンや有志で行う集まりを継続する。	①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(2件)。 ②各サロンを巡回訪問し、実施状況の把握や利用者からの相談対応を行う(毎月1回、各サロン年3回程度)。 ③居場所づくりの取り組みを継続し、後方支援する(随時)。	①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(2件)。 ②各サロンを巡回訪問し、実施状況や利用者からの相談対応を行う(毎月1回、各サロン年3回程度)。 ③居場所づくりの取り組みを継続し、後方支援する(随時)。	①「つながるサロン」の見学(西部圏域及び周辺のサロン8か所)。サロンの特徴を実際に確認し、コーディネーターから詳細を聞き取ることで相談者に勧めやすくなった。 ②圏域内のつながるサロン訪問5回、うちモニタリング訪問2回。圏域1か所のサロンが活動を縮小した。サロン紹介の選択肢を増やすため、情報収集に注力した。 ③サポーターと共に、福祉住宅でのサロンや有志で行う集まりが継続できるよう支援した。福祉住宅2か所でのサロンは月1回程度開催し、参加者のニーズをもとに内容を組み立てた。  【課題】 「高齢者の生活支援推進員」の取り組みの結果、高齢者の居場所づくり自体は成果が出ている。サポーターの担い手が足りないことから、新たな「つながるサロン」への移行が出来ていない。	A
9	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	介護予防ケアマネジメンツの推進	・総合事業等について、地域ケアマネの情報未確認を防ぐため、MCS等により包括が情報を発信していく必要がある。 ・ケアマネ連絡会(勉強会)の担当を担う地域ケアマネが負担を感じているため、地域ケアマネのバックアップを行う。参加の声掛けを包括が担い連絡会運営の支援をする。	①「西部ケアマネ連絡会」を開催(4回)。 ・地域ケアマネへ総合事業の最新の情報提供を行う(随時)。 ・地域ケアマネを対象とした事例検討会を開催する。複合的課題をもつケースについて意見交換を行い、関係機関との連携の在り方を学ぶ(7月)。 ・地域ケアマネや関係機関、医療機関等と共にテーマを検討し、重度化防止に資する勉強会を企画、開催する(10月、1月)。 ②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。 ・ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。 ・地域ケア個別会議の利用(14件)、自立支援地域ケア会議の開催(2回)。	①「西部ケアマネ連絡会」の開催(2回)。 ・総合事業について情報提供を行う(随時)。 ・ケアマネジメント資質向上のため、事例検討会を実施する(7月)。 ②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。 ・ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。 ・地域ケア個別会議の利用(7件)、自立支援地域ケア会議の開催(1回)。	①「西部ケアマネ連絡会」の開催(2回)。 ・総合事業について情報提供を行う(随時)。 ・地域ケアマネや医療機関等との協働による勉強会の開催(10月)。 ・防災や重層的支援体制等について、勉強会を開催(1月)。 ②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。 ・ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。 ・地域ケア個別会議の利用(7件)、自立支援地域ケア会議の開催(1回)。	①「西部ケアマネ連絡会」を年4回開催し、顔の見える関係づくりと地域ケアマネの育成に努めた。連絡会各回に包括担当を付け、運営の後方支援を行った。 ・総合事業について情報提供を行い、地域ケアマネと共に企画会議を開催した(4月)。連絡会以外でも、総合事業の変更点・注意点等を地域ケアマネに個別に周知した(随時)。 ・事例検討会では訪問看護STや医療機関の専門職を交え、多角的な視点での検討ができ、ケアマネジメント力向上に繋がった(7月)。 ・在宅医療機関との意見交換では訪問診療の医師を講師に迎え「医師の立場から考えるケアマネ像」について話をしていただき、医療職と介護職側の相互理解が深まった(10月)。 ・ヤングケアラー研修では子ども家庭支援センター職員を講師に迎え、豊島区の取組や課題が共有できた(1月)。 ②・ケアマネ地区懇談会を開催(1回)。「高齢者の生活支援推進員」の活動報告と事例を交えた意見交換ができ、地域課題について地域ケアマネと共有できた。 ・地域ケア個別会議の利用(25件)。地域ケアマネが困難事例等を一人で抱え込まないよう、多職種で検討した。 ・自立支援地域ケア会議の開催(2回、3事例)。  【課題】 ケアマネ連絡会(勉強会)について包括内の担当者も役割分担したが、地域ケアマネは勉強会の役割を担うこと自体を負担に感じている。負担感を減らしつつ、ケアマネ連絡会への参加を包括が積極的に担い、連絡会運営の支援をする。	S

## 1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	A8、通所C利用促進(回数)	22回	20回	29回
2	つながるサロン訪問(回数)	11回	9回	10回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	5件	3件	3件
4	地区懇談会(回数)	3回	3回	3回
5	出張講座・出張相談(回数)	66回	20回	33回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	4回	3回	5回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	4回
8	もの忘れ相談(回数)	8回	5回	3回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	-回	10回	16回
10	相談3事業(回数)	9回	8回	7回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所内研修について年間計画を立て、実施する。また積極的に外部研修にも参加する。</li> <li>・「個人情報」、「接遇と記録」、「安否確認」「虐待」「感染症」「災害時の対応」については職員全員に法人内にて研修を行い、標準化を図る。</li> <li>・「セキュリティセルフチェック」を実施(年2回)。パスワードについては職員異動時に変更している。「情報セキュリティ実施マニュアル」に基づいて研修を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。</li> <li>②「セキュリティセルフチェック」を実施(4月)し、振り返ることによって今後の実践に活かす。</li> <li>③パスワード変更(5月。職員異動時等)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。</li> <li>②「セキュリティセルフチェック」を実施(10月)し、振り返ることによって今後の実践に活かす。</li> <li>・「情報セキュリティ実施マニュアル」に基づいて研修を行う。</li> <li>③パスワード変更(職員異動時等)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①職員の資質向上のための所内研修(6回)。関係機関からの研修案内は回覧し、推薦することで参加を促した。各職種で必要となる専門的な外部研修には各自で受講している(随時)。</li> <li>②「セキュリティセルフチェック」を実施(2回)。振り返りを行うことで、セキュリティ対策の意識づけと日々の対応に活かした。</li> <li>・「情報セキュリティ実施マニュアル」に基づいて研修を行った(1回)。</li> <li>③4月職員異動時、職員退職時にパスワード変更を行った。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「情報セキュリティ実施マニュアル」等を活用して研修を行い、知識の標準化を図る。</li> <li>・所内研修について、年間計画を立てて行う。</li> </ul>	A
2	事故防止・コンプライアンスの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの事故発生時およびヒヤリハットの事例を所内で共有し事故防止に努めている。</li> <li>・個人情報漏洩に関して、事故発生時の対応フローを作成している。</li> <li>・法改正等に伴い、BCPや運営規定等を適宜更新する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法改正等に伴い、必要な規定や書類等を更新する(随時)。</li> <li>・転入職員向けのOJTチェックシートを作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法改正等に伴い、必要な規定や書類等を更新する(随時)。</li> <li>・過去の事例以外で発生し得る事故やヒヤリハットを検討し、事故防止の意識づけを行う(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法改正等に伴い、必要な規定や書類等を更新した。</li> <li>・職員向けにOJTマニュアルを作成した。分野ごとに作成を分担したことで、業務の流れを再確認することができた。</li> <li>・事故及びヒヤリハット報告を検討し、事故防止の意識づけを行った(1回)。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同様の事故及びヒヤリハット報告が起こらないよう、新規職員入職時には特に留意する。</li> </ul>	A
3	業務改善・ICTの利活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会資源用のラックを3台活用し、「イベント」「パンフレット」「ひろばチラシ」など項目別に配置した。窓口時間外でも来所者が情報を得られるようにラックを廊下に置き、情報提供している。</li> <li>・難聴や失語症の方、遠方の親族等に対しメールでやり取りを行う。医療や多職種連携が必要な利用者の個別支援ではMCSを活用し、医師や事業所との連携を行う。</li> <li>・伝送業務についてシステムPTからの情報を加えたマニュアルを作成し、随時見直ししながら行っている。伝送業務以外のマニュアル整備も順次行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①社会資源整理(週1回)。</li> <li>②ICTの活用(随時)。</li> <li>③マニュアル整備(通年)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①社会資源整理(週1回)。</li> <li>②ICTの活用(随時)。</li> <li>③マニュアル整備(通年)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①社会資源整理を週2回実施し、複合施設来所が最新の情報を手に取れるよう配架した。</li> <li>②ICTの活用(随時)。MCS患者タイムラインのほか、相談対応時に事業所のスマートフォンを活用し、迅速に情報提供した。また難聴者や窓口への来所が負担となる方々、遠方の親族等とはメールにて連絡調整を行った。</li> <li>③OJTマニュアルを作成し開架した。分野ごとに職員でマニュアル作成を分担したことで短期間で完成させることができた。作成過程で既存職員も業務の流れを再確認できた。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>業務負担の平準化のため、役割分担の見直しが必要である。</li> </ul>	A

## 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	多職種連携の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、介護、福祉関係の専門職が集い、地域医療・介護ネットワーク構築のための勉強会を企画、実施する(1回)。</li> <li>・コアメンバー会議を開催する(3回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバー会議を開催する(2回)。</li> <li>・多職種連携の会を開催(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバー会議を開催する(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバー会議準備会を開催(5回)。</li> <li>・多職種連携の会を開催(1回)。テーマを「災害時の対応」として、安否確認について行政の動き方を共有した。圏域内の多職種が共通認識を持てるよう対面にて開催し、グループワークで理解を深めた。参加者からは各職種ごとに訓練等は行っているが、実際の発災時に地域でどのように行政・他機関と連携するのか等不明点が解消できたとの感想があった。</li> </ul>	S

令和7年度 事業計画・達成評価表

センター名	<b>西部</b>	センターの 重点目標	①地域住民が自らの健康を維持し、積極的にフレイル予防などに取り組めるよう、インフォーマルサービスも含めた環境づくり ②認知症になってもその人らしく生活できるよう、各職種の対応力、アセスメント力を強化し、関係機関と協働する ③個人情報保護に関する取り組みの継続と業務の効率化を図る
	<b>高齢者総合相談センター</b>		

**【達成度の目安】**

S : 目標を上回る  
 A : 目標通り  
 B : 目標をやや下回る  
 C : 目標を大きく下回る

1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	・認知症についての理解者を増やすため、幅広い地域住民に向けて継続的に働きかけを行っていく必要がある。 ・西部地区での一体的支援プログラムについてより多くの人の参加を目指していく。	①多世代に向けて認知症の理解を広げるため、地域住民に向けての認知症サポーター養成講座を3回開催(うち1回は若い世代に向けて行う)。 ②「本人ミーティング」はチームオレンジと協力し、参加希望者への声掛けと運営を行う。 ③「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」の話し合いに参加し、地域での取り組みを考えていく。	①「認知症サポーター養成講座」を開催する(地域住民向け:ひろば千早1回、小学生向け:スキップ1回、他) ②「本人ミーティング」の事業を認知症対策Gと協働し、継続的に運営する(実施時毎回参加)。 ③「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」の会議に出席し、実施に向けて検討を重ねると共に参加者の掘り起こしをする。	①「認知症サポーター養成講座」を開催する(地域住民向け:ひろば要1回、他)。 ②「本人ミーティング」の事業を認知症対策Gと協働し、継続的に運営する(実施時毎回参加)。 ③「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」の会議に出席し、新たに西部包括圏域でも実施できるか検討する。		
2	施策2. 生活支援の充実	見守り支援事業担当による活動一専門的な見守り	①実態調査や熱中症対策事業で得られた情報を元にアウトリーチ対象者名簿の更新を行っている。また必要な支援にスムーズに繋がれるよう、訪問などにより関係性を築く必要がある。 ②地域の心配な高齢者や世帯の情報が得られるよう民生委員や関係機関等と連携を継続する。	①アウトリーチ対象者について、訪問などにより関係性を築き、アセスメントを踏まえて支援が必要な人は包括や関係機関に繋げる。 ②・民生委員、地域住民や事業者と協力しながら、見守りの視点や関わるポイントなどを共有できるようにする。 ・消防、町会、マンション管理人などと連携し、見守りのネットワークの拡大を図る。	①・熱中症対策事業の実施。 ・アウトリーチ対象者で優先順位が高い方への訪問。 ②熱中症訪問などで心配な方の情報を所内で共有する。 ・広報誌を作成(1回)し、地域住民や事業者に配布する。 ・地域住民などに向けて、見守り講座(2回)を実施し、「高齢者の見守りハンドブック」を配布する。	①・アウトリーチ対象者の訪問。 ・アウトリーチ名簿の情報更新。 ②・熱中症訪問などで心配な方の情報を所内で共有する。 ・広報誌を作成(1回)し、地域住民や事業者に配布する。 ・地域住民などに向けて、見守り講座(2回)を実施し、「高齢者の見守りハンドブック」を配布する。		
3	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	高齢者虐待防止の取り組み	・子世代や孫世代の抱える課題から高齢者への虐待に至っているケースについて、どのように対応するか。本人への環境調整や認知症状等の疾病への支援では対応しきれない。他機関との連携も重要だが、包括自体の相談対応を底上げしていく必要がある。 ・長年DV関係にある世帯が高齢期に入ったことで、相談窓口に繋がり、包括で把握することになるケースが多々ある。支援に困難が生じることもあるため、早期に関係機関と連携を図っていく。 ・身寄りのない高齢者の意思決定支援や金銭管理が増えている。後見制度等に繋がるまでの間の支援においてマンパワー不足が生じている。	①虐待(疑)相談受付時、速やかに事実確認を行い、コアメンバー会議にて対応の方向性を確認する。課題の整理や未然防止のため、成年後見制度や相談3事業を利用する(随時)。 ②関係機関との連携をより密にするため、地域ケア個別会議や他機関の事業を積極的に活用する(20件)。 ③伴走型支援事業にて精神疾患の方への対応を学び、支援に活かす。	①虐待(疑)相談受付時、速やかに事実確認を行い、コアメンバー会議にて対応の方向性を確認する。課題の整理や未然防止のため、成年後見制度や地域ケアG相談事業を利用する(随時)。 ②関係機関との連携をより密にするため、地域ケア個別会議や他機関の事業を積極的に活用する(10件)。 ③伴走型支援事業にて精神疾患の方への対応を学び、支援に活かす。	①虐待(疑)相談受付時、速やかに事実確認を行い、コアメンバー会議にて対応の方向性を確認する。課題の整理や未然防止のため、成年後見制度や相談3事業を利用する(随時)。 ②関係機関との連携をより密にするため、地域ケア個別会議や他機関の事業を積極的に活用する(10件)。 ③伴走型支援事業にて精神疾患の方への対応を学び、支援に活かす。		

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
4	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	訪問型・通所型サービスの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問型・通所型サービス(つながるサロン等)を地域ケアマネが積極的に利用できるよう、包括ケアマネがサービス内容を把握し地域ケアマネへ伝達している。</li> <li>総合事業の変更点を理解し、利用者に不利益とならないように相談対応する。所内で再確認したうえで地域ケアマネとも共有し、必要時は助言を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①窓口相談・出張相談等で基本チェックリストを実施する(30件)。</li> <li>②地域ケアマネ等に向けて総合事業やサービス利用の周知を図る(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①基本チェックリストの実施(15件)。</li> <li>②CM連絡会等で総合事業の内容を周知する(1回)。</li> <li>③地域ケアマネへ短期集中型サービス等の提案を行う(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①基本チェックリストの実施(15件)。</li> <li>②地域ケアマネへ短期集中型サービス等の提案を行う(随時)。</li> </ul>		
5	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	医療・ケア・介護サービス・支援者への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の方、認知症介護者の方への支援(特に困難事例、重層的支援が必要な方)はさらに増加が予想される。現行の事業を有効活用し、多職種、他機関で協働しながら必要な支援に繋げていく必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①困難事例は所内で課題や方向性を共有しながら、介入の時期を見極める。関係機関と連携し、相談3事業を活用する(8件)。</li> <li>②状態の変化に応じた対応として、「認知症ケアバス」を活用し医療機関の情報提供等を行う。「認知症初期集中支援事業」(4件)や、「もの忘れ相談」(定例3～4件、随時適宜)を利用する。</li> <li>③必要な方へ「認知症介護者の会」の周知をすすめ、参加者には継続的に会の参加の声掛けを行う(毎月)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①定期的に三職種ミーティングを行い、方向性を確認する(月2回程度)。</li> <li>②認知症初期集中支援事業(2件)、もの忘れ相談(2～3件)の活用。</li> <li>③「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、介護者や地域ケアマネに対して周知する(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①定期的に三職種ミーティングを行い、方向性を確認する(月2回程度)。</li> <li>②認知症初期集中支援事業(2件)、もの忘れ相談(2～3件)の活用。</li> <li>③「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、介護者や地域ケアマネに対して周知する(随時)。</li> </ul>		
6	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	介護予防ケアマネジメントの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネ連絡会(勉強会)について、地域ケアマネが運営担当をすることに負担を感じている。地域ケアマネの負担を減らすため、包括が積極的に参加の声掛けをし、連絡会運営の支援をする。</li> <li>重層的支援における他機関との連携を強化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「西部ケアマネ連絡会」を開催(2回)。</li> <li>②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。</li> <li>③ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。</li> <li>④地域ケア個別会議の利用(14件)、自立支援地域ケア会議の開催(2回、3事例)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「西部ケアマネ連絡会」の開催(1回)。</li> <li>②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。</li> <li>③ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。</li> <li>④地域ケア個別会議の利用(7件)、自立支援地域ケア会議の開催(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「西部ケアマネ連絡会」の開催(1回)。</li> <li>②多職種が参加する会議を活用し、ケアマネの実践力向上を図る。</li> <li>③ケアマネ地区懇談会の開催(1回)。</li> <li>④地域ケア個別会議の利用(7件)、自立支援地域ケア会議の開催(1回)。</li> </ul>		
7	施策1. 介護予防・健康づくりの推進	高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>圏域の「つながるサロン」が3か所であるため選択肢が限られ、新規利用に繋げる機会が少ない。</li> <li>圏域の各サロンのコーディネーターと連携を図り、利用者(特に要支援者)の対応等の支援を引き続き行う必要がある。</li> <li>「高齢者の生活支援推進員」等と協働し、高齢者の居場所づくりに取り組んだが、「つながるサロン」には至っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「つながるサロン」の利用に適時つなげられるよう、近隣の圏域サロンも見学し情報収集する(圏域3件+周辺)。</li> <li>②圏域各サロンのコーディネーターと連携を図り、サロンの後方支援を行う(定期訪問は各サロン1～2回)。</li> <li>③サポーターや高齢者の生活支援推進員等と共に、福祉住宅でのサロンや有志で行う集まりを継続する。</li> <li>④区民ひろばのサークルの方達に「つながるサロン」についての紹介を行い、移行を希望するサークルには支援を行う(高齢者の生活支援推進員と協働して支援する)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(4～5件)。</li> <li>②圏域の各サロンを定期的に訪問し、実施状況の把握や利用者からの相談対応を行う(各サロン1回)。</li> <li>③④居場所づくりの取り組みを継続し、圏域のつながるサロンが増えるように支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(4～5件)。</li> <li>②圏域の各サロンを定期的に訪問し、実施状況の把握や利用者からの相談対応を行う(各サロン1回)。</li> <li>③④居場所づくりの取り組みを継続し、圏域のつながるサロンが増えるように支援する。</li> </ul>		

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
8	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議による地域包括ケアシステムの推進	地域ケア個別会議、自立支援地域ケア会議、地区懇談会を通して地域課題を抽出し、地域ケア全体会議に向けて意見集約を行う。	①地区懇談会の開催(3回)。 ②包括主催で「元気はつらつ報告会」を開催(アトリエ村包括合同1回、「包括・見守り・CSW・2層定例会」1回)。 ③地域ケア個別会議を実施し、チームで問題解決が出来るようにする(14件)。 ④地域ケア全体会議に向けての意見集約。	①地区懇談会開催(1回)。 ②「元気はつらつ報告会」包括・見守り・CSW・2層定例会開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、地域ケア個別会議を実施(7件)。 ④地域課題について意見を集約し、地域ケア会議全体会議にて報告する。	①地区懇談会開催(2回)。 ②地域ケアマネ参加による「元気はつらつ報告会」アトリエ村包括合同開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、地域ケア個別会議を実施(7件)。 ④地域課題について意見を集約し、地域ケア会議全体会議にて報告する。		
9	施策2. 生活支援の充実	ささえあいの仕組みづくり(地域資源の充実)	①高齢者の生活を支える社会資源の把握が十分でない。社会資源の情報を更新し提供する必要がある。 ②生活の質の向上や不安の軽減ができるよう、関係機関と連携し対応する。	①地域の社会資源の情報収集をし、必要な方に提供できるようにする。 ②高齢者の生活推進員やCSW、消防署などと連携し、生活の質の向上や不安の軽減をはかる。	①昨年度から作成している社会資源一覧を元に、実際の活動場所に行き、状況を把握する。 ・戸別訪問時などに一覧の情報を活用し、居場所やサービスにつなげる。 ・アセスメントの中から新たなニーズを探る。 ②訪問時に防災、防犯の注意喚起をする。 ・CSWや高齢者の生活推進員と「高齢者を含む気になる世帯」の情報を共有しながら、関わっていく。	①昨年度から作成している社会資源一覧を元に、実際の活動場所に行き、状況を把握する。 ・戸別訪問時などに一覧の情報を活用し、居場所やサービスにつなげる。 ・アセスメントの中から新たなニーズを探る。 ②訪問時に防災、防犯の注意喚起をする。 ・防災の意識向上のため、消防署と連携し防火防災訪問を実施する。 ・CSWや高齢者の生活推進員と「高齢者を含む気になる世帯」の情報を共有しながら、関わっていく。		

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策3・施策4はそれぞれ2項目を選択してください。

※重点事業は「留意事項」シートを参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

## 1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	A8、通所C利用促進(回数)	29回	25回	回
2	つながるサロン訪問(回数)	10回	8回	回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	3件	3件	件
4	地区懇談会(回数)	3回	3回	回
5	出張講座・出張相談(回数)	33回	30回	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	5回	4回	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	回
8	もの忘れ相談(回数)	3回	4回	回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	16回	17回	回
10	相談3事業(回数)	7回	8回	回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所内研修について年間計画を立て、実施する。また積極的に外部研修にも参加する。</li> <li>・「個人情報」「接遇と記録」「安否確認」「情報セキュリティ」「虐待」「感染症」「災害時の対応」について研修を行い、標準化を図る。</li> <li>・「セキュリティセルフチェック」を実施(年2回)。法人PCのパスワードについては職員異動時、法人サーバーのパスワードについては年度初めに変更している。「情報セキュリティ実施マニュアル」に基づいて研修を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。</li> <li>②「セキュリティセルフチェック」を実施(4月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。</li> <li>③法人PCのパスワード変更(4月、職員異動時等)。法人サーバーのパスワード変更(4月)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。</li> <li>②「セキュリティセルフチェック」を実施(10月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。</li> <li>・「情報セキュリティ実施マニュアル」等に基づいて研修を行う。</li> <li>③法人PCのパスワード変更(職員異動時等)。</li> </ul>		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報漏洩に関して、事故発生時の対応フローを作成している。</li> <li>・法改正等に伴い、BCPや運営規程等を適宜更新する。</li> <li>・事故報告について、報告方法の変更を全職員に周知する(1回)。</li> <li>・同様の事故及びヒヤリハット報告が起こらないよう、過去の事例を検討する(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。</li> <li>・事故報告について、報告方法の変更を全職員に周知する(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。</li> <li>・過去の事例で発生し得る事故やヒヤリハットを検討し、事故防止の意識づけを行う(1回)。</li> </ul>		
3	業務改善・ICTの利活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務標準化を図るため役割分担を行う。必要時、業務マニュアルを改訂する。</li> <li>・社会資源用のラック3台にて、「イベント」「パンフレット」「ひろばチラシ」など項目別に情報提供する。窓口時間外でも来所者が手に取りやすいよう、ラック1台を廊下に設置し、情報提供する。</li> <li>・難聴や来所が負担となる方々、遠方の親族等とはメールでやり取りを行う。医療や多職種連携が必要な利用者の個別支援ではMCSを活用し、医師や各事業所と連携を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①マニュアル整備(通年)。</li> <li>②社会資源整理(週1回)</li> <li>③ICTの活用(随時)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①マニュアル整備(通年)。</li> <li>②社会資源整理(週1回)。</li> <li>③ICTの活用(随時)。</li> </ul>		

## 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	多職種連携の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、介護、福祉関係の専門職が集い、地域医療・介護ネットワーク構築のための勉強会を企画、実施する(1回)。</li> <li>・コアメンバー会議を開催する(3回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバー会議を開催する(2回)。</li> <li>・多職種連携の会を開催(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバー会議を開催する(1回)。</li> </ul>		