

令和7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、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
	高齢者総合相談センター		

【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	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期（4月～9月）	後期（10月～3月）	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	施策4. 自分らしく 安心して暮らせる 地域づくり	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。	【取組と成果】 ①職域向け（企業2回・区職員2回）、地域住民向け（区民ひろば2回、子どもスキップ1回）に計7回実施し、認知症の理解を広げる機会を持つことができた。生活福祉課での講座はアトリエ村包括と共催した。 ②月1回包括主催にて開催（暑さのため8月のみ休会）した。定期的に4～6人の方が参加され、新規の方も加わるようになった。区報で周知した際は数名の新規問い合わせがあったが、実際には1名が1回のみ参加となった。ミーティングでは顔見知りの関係となった参加者がリラックスした雰囲気の中で回想法や日頃の生活での困りごとなどが話し合われた。 ③会議に2回出席し、5、11月に西側地域で「わくわくオレンジプロジェクト」を2回開催した。小学校の農園作業（ラディッシュや大根等の収穫や草取り）、区民ひろばでは絵手紙、編み物などの手作業を行った。 【課題】 ・本人ミーティング参加者から「より多くの人に参加してもらいたい」と希望があり、区民ひろば千早内での周知や参加したくなるような広報の工夫が必要。認知症初期集中チーム会議と実施日が重なっているため、実施日の変更を検討する必要がある。 ・「わくわくオレンジプロジェクト」は本人のみの参加が多いため、家族と一緒に参加していただけるような工夫が必要。	S
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－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。	【取組と成果】 ①・熱中症対策事業779件訪問。相談対応し、内容によっては関係機関に繋げた。 ・アウトリーチ名簿（約120名）を元に対象者の訪問を行い、名簿情報を更新した。 ・熱中症訪問から心配な方を支援につなげたり、アウトリーチ名簿に反映し、対応を継続している。 ②・広報紙を年2回作成し、熱中症訪問や出張講座時などに合わせて配布した。 ・見守り支援講座を2回開催（高三長寿会、ひろば要）。 ・アウトリーチ連絡会はテーマを『「独居高齢者」・『同居高齢者』それぞれの課題について考える』とし、民生委員などの関係機関と高齢者の見守りポイントを確認した。 【課題】 ・気になる高齢者（75歳未満や75歳以上の同居高齢者）の情報収集。 ・見守りアプリの活用 ・地域の関係機関や町会への働きかけ継続。	S

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
3	施策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。	【取組と成果】 ①・虐待(疑)相談受付し、事実確認は48時間以内に実施した(14件)。コアメンバー会議(3件)開催し、対応の方向性を確認した。 ・成年後見制度利用支援は新規7件(内3件後見確定、1件申し立て中に逝去)。家族がいても申立人となれず、区長申し立てとなるケースが多かった(3件)。 ・相談3事業を活用したことで、課題が明確となり、役割分担が出来た(5件)。 ②地域ケア個別会議実施(17件)。一人でケースを抱え込まず、チームで問題解決が出来るよう、話し合うことが出来た。 ③伴奏型支援事業への参加(2回)、事例提出(1件)。専門職のアドバイスから認知症初期集中支援事業に繋いだ。 【課題】 ・身寄りのない認知症高齢者の意思決定。 ・金銭確認が必要な時は複数名で訪問しており、成年後見制度に繋がるまでの業務負担が大きい。 ・伴走型支援事業の事業内容について本年は支援に生かすことはできなかった。来年度の事業内容で検討していく必要あり。	A
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	・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。 ・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。	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)。 ・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)。 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)。	①・基本チェックリストの実施(15件)。 ・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)。 ②・CM連絡会等で総合事業の内容を周知する(1回)。 ・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)。	①・基本チェックリストの実施(15件)。 ・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)。 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)。	【取組と成果】 ①窓口や訪問、出張相談時に利用者・家族などへ周知し、実施した。基本チェックリスト実施(26件)し、うち通所Cには10件繋がった。通所Cの利用については全部で29件繋がった。 ②CM連絡会にて地域CMへ通所C開催の案内を行う他、サービス担当者会議においても状態に応じ通所C、訪問C、つながるサロンのサービス利用を提案した。またCM地区懇談会では「暫定ケアプラン作成時における運用について」を配布し、情報提供を行った。 【課題】 地域住民や地域CMへの周知方法について工夫が必要。	S
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	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。	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」(定例3～4件、随時適宜)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)。	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)。 ・相談3事業を活用する(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、介護者や地域ケアマネに対して周知する(随時)。	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)。 ・相談3事業を活用する(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、介護者や地域ケアマネに対して周知する(随時)。	【取組と成果】 ①月2回三職種ミーティングを開催、情報共有と支援方針の統一を図り支援を行った。支援対応が複雑・長期化していることが多いため、都度の支援方法を確認することが有効だった。 ②認知症初期集中支援事業(5件)、物忘れ相談(定例5件、随時1件)を実施し、認知症に関する支援や医療につなげることができた。 ③・窓口相談やケアマネ連絡会にて、随時案内を行った。 ・介護者の会講演会「知っておこう！認知症の介護が始まったら」にて、8包括の代表として包括の役割について発表した。講演会を通して「認知症介護者の会」について情報提供した結果、新しい方の参加に繋がった。 【課題】 ・「認知症介護者の会」について、新規の方が参加継続できていない状況がある。周知方法にさらなる工夫が必要。	S
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	・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。 ・重層的支援における他機関との連携を強化する。	①「西部ケアマネ連絡会」を開催(2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)。 ・地域ケアマネや関係機関等と共にテーマを検討し、勉強会を企画、開催する(2回)。 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、3事例)。	①「西部ケアマネ連絡会」の開催(1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(1回)。 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。 ・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(1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、勉強会を実施する(1回)。 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)。	【取組と成果】 ①・顔の見える関係作り、ネットワーク強化を目的に「事例検討会～本人・家族の意向を実現するために、ケアマネとできること～」を開催(5月)。事例提出者の悩みを参加者全員で共有し、ケアマネジメント力の向上を目指した。 ・「カスハラ」の理解と対応～リスクマネジメントで職員を守る～」をテーマに勉強会を開催(1月)。カスハラはケアマネが一人で抱え込まず、事業所として取り組む課題であることが理解できた。またリスクマネジメントによりカスハラを防止することができることに気づくことが出来た。 ②・「ケアマネ地区懇談会」を開催(12月)。豊島区における地域福祉権利擁護事業、成年後見制度についてグループワークを行った。 ・自立支援地域ケア会議を開催(6・10月)、3事例について多職種が自立支援や地域課題について検討した。 ・地域ケア個別会議実施(17件)。 【課題】 地域CMへ連絡会等の参加を募るなど、開催の周知について工夫が必要。	A

優先順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
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	・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」には至っていない。	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) 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) 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。 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)	①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(4～5件) 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) 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。	①他圏域の「つながるサロン」の見学、情報収集(4～5件) 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) 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。	【取組と成果】 ①他圏域のサロン(5か所)を見学。利用状況を確認し、希望者に情報提供した。 ②圏域内全てのサロンを訪問し、新規利用者(5名)の利用に繋がった。モニタリング訪問4回実施。 ③④高齢者住宅で毎月サロンを開催し、フレイル予防の活動を実施。住人同士の交流が深まった。 ・通所Cの卒業生や閉じこもりがちな方を合唱サロンなどに紹介した。 【課題】 通所C卒業生などに対し、通いの場のニーズ把握や後追いを継続しないと次の居場所に繋がらない。	S
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検討会にて報告する。	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検討会にて報告する。	【取組と成果】 ①地区懇談会の開催(3回)。 ・地区懇談会:「消費者被害を防ぐために」 ・ケアマネ地区懇談会:「豊島区民社会福祉協議会における単身高齢者への主な支援サービス」 ・アウトリーチ連絡会:「『独居高齢者』『同居高齢者』それぞれの課題について考える」 ②包括単独開催及びアトリエ村包括合同開催にて、3事例の検討を行った。地域課題として幹線道路で地域が分断されている等の発見があった。 ③地域ケア個別会議実施(17件)。長期的な対応を要する困難ケースは重複して行った。 ④「住民主体の担い手」について、検討した内容を包括で共有し、日々の業務で活用できるようにした。 【課題】 ・元気はつらつ報告会の事例に沿った助言者が参加できるよう事例の選定は早めに行う。	S
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。	【取組と成果】 ①社会資源情報を適宜更新し、訪問などで必要な人に情報提供した。見守り支援担当が「西部版Ayamu」を作成し、情報提供がスムーズに行えるようになった。 ②訪問時や出張講座にて防災や防犯の注意喚起を行った。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した(5件)。 ・地域と交流がない気になる高齢者について第2層生活支援コーディネーターやCSWと同行訪問し、居場所などに繋がった。 【課題】 ・社会資源情報のさらなる充実。 ・男性や通所Cの卒業後の居場所の不足。	S

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

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

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	45回
2	つながるサロン訪問(回数)	10回	8回	4回
3	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	3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)	33回	30回	31回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	5回	4回	7回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	5回
8	もの忘れ相談(回数)	3回	4回	6回
9	認知症の地域づくり推進(回数)	16回	17回	26回
10	相談3事業(回数)	7回	8回	5回

2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	職員の資質向上	・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。 ・「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。 ・「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。	①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。 ②「セキュリティセルフチェック」を実施(4月)し、振り返ることので今後の実践に活かす。 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)。	①職員の資質向上のための所内研修(3回)、外部研修(随時)。 ②・「セキュリティセルフチェック」を実施(10月)し、振り返ることので今後の実践に活かす。 ・「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。 ③法人PCのパスワード変更(職員異動時等)。	【取組と成果】 ①職員の資質向上のため、虐待関連(「高齢者虐待とストレス」「セルフネグレクト」)、感染症関連(「熱中症」「感染症予防研修」)、災害時の対応、個人情報、安否確認などについて所内研修実施(7回)。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、回覧等で伝達研修を行っている(随時)。 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。 ・「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)。 ③職員異動時、職員退職時にパスワード変更を行った。 【課題】 ・「個人情報保護」「情報セキュリティ」等の研修を継続し、知識の標準化を図る。 ・所内研修について、年間計画を立てて行う(継続)。	A
2	事故防止・コンプライアンスの強化	・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。 ・法改正等に伴い、BCPや運営規程等を適宜更新する。 ・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)。 ・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)。	・法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。 ・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)。	・法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。 ・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)。	【取組と成果】 ・法改正等に伴い、必要な規定や書類等を更新した。 ・職員向けにOJTマニュアルを作成し、随時更新を行っている。マニュアルがあることで新入職員、異動職員に限らず、業務の流れを再確認することが出来た。 ・事故及びヒヤリハット報告については回覧し、情報共有を行った(随時)。特に事故防止の意識づけが必要な事柄については所内で話し合った(随時)。 【課題】 ・同様の事故及びヒヤリハット報告が起こらないよう、新入職員及び異動職員の入職時には特に留意する。	A
3	業務改善・ICTの利活用	・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。 ・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。 ・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。	①マニュアル整備(通年)。 ②社会資源整理(週1回) ③ICTの活用(随時)。	①マニュアル整備(通年)。 ②社会資源整理(週1回)。 ③ICTの活用(随時)。	【取組と成果】 ①OJTマニュアルを作成し、随時更新している。異動職員だけでなく、既存職員もマニュアルを活用し、業務の流れを再確認している。 ②施設来所者が最新の情報を手に取れるよう、社会資源整理を実施した(週2回)。「イベント」「パンフレット」「西部版Ayamu」など目的別に整理しているため、必要な情報が提供できるよう、工夫している。 ③ICT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。 【課題】 ・対応を継続していくことが必要。	A

3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	多職種連携の取り組み	・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)。 ・コアメンバー会議を開催する(3回)。	・コアメンバー会議を開催する(2回)。 ・多職種連携の会を開催(1回)。	・コアメンバー会議を開催する(1回)。	【取組と成果】 ・コアメンバー会議準備会の開催(5回)。 ・多職種連携の会を開催(1回)。「臨床倫理のアプローチ～医療・ケアにおける『意思決定』の作法～」をテーマとし、多職種で関わった事例をもとに四分割表用いてグループワークを行った。 【課題】 臨床倫理について継続して欲しい声も多かったため、継続した研修の企画を行っていく。また倫理に触れることが少ない方でも理解がすすめられるような事例選定も必要。	A

令和8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地域住民が積極的にフレイル予防などに取り組み、自らの健康を維持していけるような環境づくりを行う ②関係機関と協働し、各職種の対応力、アセスメント力を強化し、認知症になってもその人らしい生活が送れるよう、支援する 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	【達成度の目安】 S：目標を上回る A：目標通り B：目標をやや下回る C：目標を大きく下回る
	高齢者総合相談センター			

1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先 順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	・独居高齢者が多く、認知症になっても周囲に気づかれず進行し、適切なケアが受けられないことがある。 ・本人ミーティング参加者から「より多くの人に参加してもらいたい」と希望があり、区民ひろば千早内での周知や参加したくなるような広報の工夫が必要。 ・「わくわくオレンジプロジェクト」は本人のみの参加が多いため、家族と一緒に参加していただけるような工夫が必要。	①認知症になっても暮らしやすい地域づくりを進めるため、認知症についての知識の啓蒙活動(認知症サポーター養成講座・認知症支援講座)を行う。 ②認知症本人が孤立しない関係作りを図る(本人ミーティング月1回、8月は除く)。 ③窓口相談等にて「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」を案内し、ご家族と一緒に参加できるような取り組みを考える(2回)。	①「認知症サポーター養成講座」を地域や多世代に向け開催する(1回以上)。 ②・「本人ミーティング」の運営(月1回、8月は除く)。 ・開催場所の区民ひろば職員とも協力体制を構築する。 ・区民ひろば利用者、近隣住民に向けて開催を通知し新規参加者を増やす。 ③「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」の実施(1回)。	①・「認知症サポーター養成講座」を地域や多世代に向け開催する(1回以上)。 ・「認知症支援講座」の開催。 ②・「本人ミーティング」の運営(月1回)。 ・開催場所の区民ひろば職員とも協力体制を構築する。 ・区民ひろば利用者、近隣住民に向けて開催を通知し新規参加者を増やす。 ③「認知症本人と家族の一体的支援プログラム」の実施(1回)。	【取組と成果】 【課題】	
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―専門的な見守り	・アウトリーチ対象ではない気になる高齢者(75歳未満や75歳以上の同居高齢者)の情報把握が難しい。 ・地域の関係機関や町会への働きかけ継続。	①アウトリーチ訪問や熱中症訪問対象でない気になる高齢者の掘り起こしと、継続的な関わりを持つ。 ②自分で情報を入手しづらい方が区の施策など必要な情報を得られるようにする。広報誌の作成(年2回程度)。 ③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(見守り講座4回)。	①熱中症訪問などで得られた気になる高齢者の情報を収集し、後追い訪問などで継続的に関わる。 ②・広報誌(1回)作成し、地域住民や関係機関に配布する。 ・出張講座や地域のイベントで区の施策などを伝える。 ③地域住民などに向けて、見守り講座の開催(2回)。	①・熱中症訪問などで得られた気になる高齢者の情報を収集し、後追い訪問などで継続的に関わる。 ・地域の商店など高齢者が利用する場所を訪問し、包括、見守りの周知をする。 ②・広報誌(1回)作成し、地域住民や関係機関に配布する。 ・出張講座や地域のイベントで区の施策などを伝える。 ③地域住民などに向けて、見守り講座の開催(2回)。	【取組と成果】 【課題】	
3	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	高齢者総合相談センターの相談支援の充実	・困難事例、重層的支援対応の増加や長期化している傾向がある(特に認知症高齢者、認知症の方を介護する家族への支援)。 ・多くの人が相談できるようにセンターの周知をさらに行う必要がある。	①困難事例は所内で課題や方向性を確認しながら、介入時期、介入方法を見極める。 ②介護、医療、予防、住まい、生活支援など複合的な課題に対応する(物忘れ相談4件、認知症初期集中支援事業4件)。 ③・地域住民に高齢者総合相談センターや区の催しなどの周知を継続的に行う。 ・必要な方へ「認知症介護者の会」について情報提供し、参加者には継続的に会への参加声掛けを行う(毎月)。	①・困難事例については定期的に3職種ミーティングを行い、進捗や方向性を確認する(2回/月) ・相談3事業の活用(3件) ②認知症支援事業を活用し、適切な医療、介護に繋げる(もの忘れ相談、認知症初期集中支援事業) ③・区民ひろば等の出張相談や見守りだより等を通じて周知を図る。 ・「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、地域ケアマネに対して周知する(随時)。	①・困難事例については定期的に3職種ミーティングを行い、進捗や方向性を確認する(2回/月) ・相談3事業の活用(3件) ②認知症支援事業を活用し、適切な医療、介護に繋げる(もの忘れ相談、認知症初期集中支援事業)。 ③・区民ひろば等の出張相談や見守りだより等を通じて周知を図る。 ・「認知症介護者の会」について、包括での窓口相談の他、地域ケアマネに対して周知する(随時)。	【取組と成果】 【課題】	

優先 順位	施策	重点事業	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
4	施策4. 自分らしく安心して暮らせる地域づくり	高齢者虐待防止の一層の推進	・継続した職員研修が必要。 ・虐待に至る状況を未然にキャッチし、早期発見と報告の仕組みの強化。	①高齢者虐待防止に関する正しい知識を身につける(虐待研修2回)。 ②豊島区の「養護者による高齢者虐待対応フロー」を職員全員が理解し、適切に行動できるようになる。 ③豊島区地域ケア個別会議や相談3事業の活用により、他機関連携を図る。 ④ケアマネ連絡会やサービス担当者会議への出席等により地域CMとのネットワーク強化を目指す。	①職員向け研修の実施(1回)。 ②「養護者による高齢者虐待対応フロー」を活用し、早期発見・迅速な対応・再発防止に取り組む。 ③関係機関との連携をより密にするため、豊島区地域ケア個別会議や相談3事業を活用し、他機関の事業等も積極的に利用する。 ④ケアマネ連絡会やサービス担当者会議への出席。	①職員向け研修の実施(1回)。 ②「養護者による高齢者虐待対応フロー」を活用し、早期発見・迅速な対応・再発防止に取り組む。 ③関係機関との連携をより密にするため、豊島区地域ケア個別会議や相談3事業を活用し、他機関の事業等も積極的に利用する。 ④ケアマネ連絡会やサービス担当者会議への出席。	【取組と成果】 【課題】	
5	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議による地域包括ケアシステムの推進	・地域ケア会議を通して課題を抽出し、全体会議に向けて意見集約を行う。 ・地域ケア会議をより有効に運営するため、事例に適した助言者を依頼する。	①地区懇談会を開催し、地域課題の課題抽出を行う(3回)。 ②「元気はつらつ報告会」を開催し、様々な職種に助言者として参加してもらう。(包括単独1回、いけよん包括合同1回、区主催1回)。 ③重層的課題を抱えるケースや困難ケース等について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地域課題について意見集約し、「地域ケア会議全体会に向けた検討会」にて報告することで、区全体へ問題提起を図る。	①地区懇談会開催(1回)。 ②包括単独「元気はつらつ報告会」開催(1回)。区主催「元気はつらつ報告会」への事例提出(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のため、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検討会にて報告する。	①地区懇談会開催(2回)。 ②いけよん包括合同「元気はつらつ報告会」開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のため、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検討会にて報告する。	【取組と成果】 【課題】	
6	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	訪問型・通所型サービスについて、地域住民へ周知が広く行われていない。	①窓口相談・出張相談等で積極的に区独自基準型サービスの利用を勧める(20件程度)。 ②地域住民や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)。	①利用者の状態像を把握し、区独自サービス(通所B・C、としま入浴サービス)の利用に繋げる。 ②CM連絡会や研修等で総合事業や一般施策の内容を周知する(随時)。	①利用者の状態像を把握し、区独自サービス(通所B・C、としま入浴サービス)の利用に繋げる。 ②CM連絡会や研修等で総合事業や一般施策の内容を周知する(随時)。	【取組と成果】 【課題】	
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	高齢者が社会参加や通いの場の情報に繋がっていない。	①「つながるサロン」の利用に適時繋がられるよう、圏域内外のサロンを見学し情報収集する(圏域4件＋周辺)。 ②圏域内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)。 ③地域住民のニーズを情報収集し、希望を第2層生活支援コーディネーターに繋げ、通いの場が拡大するように働きかける。	①圏域内外の「つながるサロン」の見学、情報収集(4件)。 ②圏域内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回程度)。 ③居場所づくりの取り組みを継続し、圏域内につながるサロンが増えるように支援する。	①圏域内外の「つながるサロン」の見学、情報収集(4件)。 ②圏域内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回程度)。 ③居場所づくりの取り組みを継続し、圏域内につながるサロンが増えるように支援する。	【取組と成果】 【課題】	
8	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)	・高齢者の生活を支える社会資源情報のさらなる整備が必要。 ・男性や通所Cの卒業後の居場所の不足。	①第二層生活支援コーディネーター・CSW等と協働し、後方支援を行う。 ・地域資源把握と開発 ・社会資源の情報整備 ・地域のニーズや課題に対し解決に向けて取り組む。 ②防災、防犯に関する注意喚起を行う。	①・社会資源一覧(西部版アヤム)を情報更新し、必要な時にすぐ情報にアクセスできるように整備する。 ・定例会への参加(4回)、随時情報交換を行う。 ②出張相談で防災、防犯等に関する注意喚起を行う。	①・社会資源一覧(西部版アヤム)を情報更新し、必要な時にすぐ情報にアクセスできるように整備する。 ・定例会への参加(3回)、随時情報交換を行う。 ②出張相談で防災、防犯等に関する注意喚起を行う。消防署と連携し、戸別訪問を行う(防火防災訪問5件程度)。	【取組と成果】 【課題】	

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策3・施策4はそれぞれ2項目を選択してください。
※重点事業は「留意事項」シートを参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	つながるサロン訪問(回数)	4回	4回	回
2	区・包括主催元気はつらつ報告会(事例件数)	3件	3件	件
3	地区懇談会(回数)	3回	3回	回
4	出張講座・出張相談(回数)	31回	30回	回
5	認知症サポーター養成講座(回数)	7回	4回	回
6	認知症初期集中支援事業(回数)	5回	4回	回
7	もの忘れ相談(回数)	6回	4回	回
8	認知症の地域づくり推進(回数)	26回	25回	回
9	相談3事業(回数)	5回	6回	回

2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	職員の資質向上	・東京都、豊島区等が実施する研修に積極的に参加し、それぞれの専門性を高めることで、包括の実務に活かす。 また、研修後はセンター内にて共有する。 ・「個人情報」「安否確認」「情報セキュリティ」「虐待」「感染症」「災害時の対応」については職員全員に法人内にて研修を行い、標準化を図る。	職員の資質向上のための研修参加及び伝達研修(随時)。	職員の資質向上のための研修参加(随時)。		
2	事故防止・コンプライアンスの強化	①・「豊島区情報セキュリティ実施マニュアル」について確認し、「セキュリティセルフチェックシート」を活用して自己点検を行う(年2回)。また、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。 ・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。 ②法改正等に伴い、BCPや運営規程等を適宜更新する。	①・「情報セキュリティ実施マニュアル」の確認(1回)。 ・「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。 ・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)。 ②法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。	①・「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。 ・法人PCのパスワード変更(職員異動時等)。 ②法改正等に伴い、必要な規程や書類等を更新する(随時)。		
3	業務改善・ICTの利活用	①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にラック1台を廊下に置き、情報提供する。 ②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図る。 ③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。 ④Web会議の活用。 ⑤業務負担の平準化のため役割分担を行う。必要時、業務マニュアルを改訂する。	①社会資源の整理(週1回)。 ②ICT(MCS)の活用(随時)。 ③随時。 ④ZOOM等によるWeb会議の開催(随時)。 ⑤マニュアル整備(通年)。	①社会資源の整理(週1回)。 ②ICT(MCS)の活用(随時)。 ③随時。 ④ZOOM等によるWeb会議の開催(随時)。 ⑤マニュアル整備(通年)。		

3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	
1	多職種連携の取り組み	・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、勉強会を企画、実施(1回)。 ・コアメンバー会議の開催(3回)。	・コアメンバー会議の開催(2回)。 ・「西部多職種連携の会」を開催(1回)。	・コアメンバー会議の開催(1回)。		