

令和 2 年度

練馬区地域包括支援センター事業計画書

練馬区 高齢施策担当部 高齢者支援課

目 次

第2 育秀苑地域包括支援センター	1
桜台地域包括支援センター	5
豊玉地域包括支援センター	11
練馬地域包括支援センター	17
練馬区役所地域包括支援センター	23
中村橋地域包括支援センター	29
北町地域包括支援センター	36
練馬キングス・ガーデン地域包括支援センター	43
田柄地域包括支援センター	48
練馬高松園地域包括支援センター	54
光が丘地域包括支援センター	59
高松地域包括支援センター	65
第3 育秀苑地域包括支援センター	71
練馬ゆめの木地域包括支援センター	76
高野台地域包括支援センター	82
石神井地域包括支援センター	88
フローラ石神井公園地域包括支援センター	94
第二光陽苑地域包括支援センター	100
関町地域包括支援センター	106
上石神井地域包括支援センター	111
やすらぎミラージュ地域包括支援センター	117
大泉北地域包括支援センター	123
大泉学園地域包括支援センター	128
南大泉地域包括支援センター	133
大泉地域包括支援センター	138

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 育秀会
センター名称	第2育秀苑地域包括支援センター

運営方針

練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、介護・医療・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を実現するように高齢者支援を行います。各種の保険・医療・福祉サービスが総合的に受けられるように、練馬区等の関係行政機関、サービス実施機関等と連携・連絡調整等を取り、区民の方が安心して暮らしていけるように支援してまいります。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

地域の実情に応じた、実現可能な具体的な目標を設定します。センター内会議で職員全員が計画・目標を共有し、事業計画の内容や進捗状況を管理し、達成状況を確認します。

職員の資質向上のための取組み

職員の相談援助、課題解決支援、自立支援重度化防止の支援、ケアマネジメント等の知識や技術の機能強化を図るため、東京都や練馬区等の研修に参加します。また、伝達研修を実施し、センターの体制強化を行っていきます。

練馬区および他センターとの連携

地域の高齢者を支援する体制づくりや圏域内の実情を把握するために、連携や協働が不可欠です。困難事例等の個別ケースについても、専門職との連携を図りながら対応していくことが必要となるため、定期的な連絡会で情報の共有や検討事項、問題点について意見交換を行っていきます。また、各専門職における職種会を行い情報共有・専門性の向上を図ります。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区個人情報に関する基本方針に基づき、年2回の職員教育を行います。
書類および記録簿の管理およびキャビネットによる施錠管理を徹底し、電子媒体ではパスワードを設定します。申請受付業務は、受付簿で管理します。

苦情処理体制

利用者や家族等、また関係機関等からの苦情相談内容を聞き取り、記録票を作成します。問題の整理や原因の解明に努めます。問題の解決に向けては、センター内で対応方法の検討を行い、他関係機関等と調整を行います。また、対応が必要な場合には、管轄の総合福祉事務所高齢者支援係へ対応を相談します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

総合窓口の周知を町会、商店会、住民主体の活動、民生委員、医療機関、家族会など高齢者やその家族等に対して、積極的に行っていきます。職種間で共有し対応方針を検討、緊急事態に関わらず対応できる体制を構築して適切な制度や機関へ繋がります。

地域包括支援ネットワークの構築

介護保険事業者や医療関係の公的機関と地域団体、町会・自治会、民生委員と顔の見える関係を深めて、地域でお互いを支え合う体制を構築します。

実態把握・安否確認

高齢者世帯実態把握表の活用、民生委員との連絡会議を開催し、地域の高齢者の日常生活の把握および緊急時の対応に備えます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

通報を受けた際は総合福祉事務所へ報告し「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」に基づき、48時間以内の事実確認、情報収集を行います。また、サービス事業所や関係機関へ働きかけ、高齢者虐待の早期発見に繋がります。

成年後見制度等の利用支援

適切な制度利用ができるよう、利用者に寄り添いながら練馬区社会福祉協議会、総合福祉事務所と相談し支援を行います。また、住民へ制度の説明を行う場を設定し、制度の周知活動を行います。

消費者被害の防止

高齢者や、高齢者と関わる機会が多いサービス事業所や民生委員等の関係者などへ、消費者被害の実際や傾向、防止策、相談先などの知識を学ぶ勉強会を開催します。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議、練馬圏域介護支援専門員の活動を通して、地域全体で介護支援専門員の質の向上の取り組みを行っていきます。

介護支援専門員への支援

地域の主任介護支援専門員と共に、介護支援専門員が抱える課題に対して、ケース対応を通じて同行訪問やサービス担当者会議開催支援などを行い、自らの課題解決ができるように継続的に支援します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

自分らしく楽しみを持って暮らしが続けられるように、また自立支援に資するようケアマネジメントを行います。

<p>介護予防サービスの利用支援</p> <p>地域の高齢者の個々の状態から、重度化防止に資するようなサービスの利用につなげます。また、元気な時からできる取り組みの紹介や活動の場づくりを進めます。</p>
<p>2 地域ケア会議</p>
<p>地域ケア個別会議の開催</p> <p>個別ケースを通じて、課題解決に向けた会議を月1回実施します。会議後は課題への取り組み実施状況の確認と継続的に後方支援を行います。また、地域に共通する課題を明確にし、地域資源の開発や地域づくり、地域ケアセンター会議へ繋がります。</p>
<p>地域ケアセンター会議の開催</p> <p>地域ケア個別会議と地域ケア予防会議で抽出された地域課題に対して、地域の関係者で地域資源の開発や地域づくりを目的とする話し合いを行います。会議録にて共有します。</p>
<p>地域ケア予防会議の開催</p> <p>訪問介護の回数が多いケアプランや介護予防・生活支援サービスのケアプランを、多職種で検討し、利用者の楽しみにつながる自立支援に資する支援を考えていきます。会議後は、本人および関係者への伝達と援助の実施状況の確認、継続的な後方支援を行います。</p>
<p>3 在宅医療・介護連携の推進</p>
<p>在宅医療等に関する相談支援</p> <p>高齢者が自宅で安心して暮し続けることを目的に、医療と介護が連携して在宅療養を支えられるように、医療・介護連携推進員が中心となり、医療と介護の相談窓口として、高齢者やその家族・医療機関・介護支援専門員等から相談を受け、入退院や在宅療養生活の相談支援を行います。また、適切なサービスにつなげることができるように、専門的な機関や地域の関係者との連携体制を構築していきます。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関等への地域包括支援センターの機能の周知を図ります。医療機関等の情報を整理して、連携できる体制を作ります。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>パンフレットと年2回センター便りを作成し、町会自治会や民生委員、医療機関等へ、医療と介護の相談窓口設置を啓発します。地域の医療機関の勉強会や多職種勉強会へ参加し、高齢者とその家族等の支援や療養生活の環境整備を強化します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>認知症専門相談員を中心に、生活環境の整備や地域団体の協力、医療機関や介護等の必要なサービスへ繋げ、住み慣れた自宅で暮し続けるための支援を行います。必要な場合は社会福祉士と連携し成年後見制度等の活用支援を行います。</p>

<p>地域の社会資源の把握と連携強化 地域で活動する介護家族会や町会の取り組み等の情報収集を行い、支援に繋がります。</p>
<p>普及啓発・研修 パンフレットと年2回センター便りを作成し、町会自治会や民生委員、医療機関等へ、医療と介護の相談窓口設置を啓発します。地域の医療機関の勉強会や多職種勉強会へ参加し、高齢者とその家族等の支援や療養生活の環境整備を強化します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携 練馬地域生活支援サービスの充実に関する協議体に参加し情報交換を行います（年2回参加）。豊玉練馬地区地域密着型連携事業の連絡会に参加し情報交換を行います（年2回参加）。</p>
<p>資源開発 地域の方の「やりたい、やってみたい。あったらいいな。」の声を引き出し、地域情報と繋げて実現していけるように後方支援を行います。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援 高齢者支援課からの名簿を基に、実態の把握、趣味・関心を引き出して地域の活動の情報提供、健康促進や介護予防等の個々の状況に応じて支援に繋がります。</p>
<p>訪問支援協力員との連携 定期的な見守りを希望する方や、支援を要するが積極的なサービス利用は希望されていない方などに対して、高齢者の日頃の様子を確認し状況の変化に応じて対応できるよう、月1回の報告書提出時に情報共有を行います。</p>
<p>高齢者を見守る地域づくり 町会自治会の活動へ参加、民生委員との情報交換会、介護支援専門員等との連絡会を継続し、また地域で活動する方々との交流を通じて、顔の見える関係をより深めて取り組みを続けます。</p>

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 育秀会
センター名称	桜台地域包括支援センター

運営方針

桜台地域包括支援センターは、練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を実現するように高齢者支援を行います。各種の保険・医療・福祉サービスが総合的に受けられるように、練馬区等の関係行政機関、サービス実施機関と連携・連絡調整等を取り、区民の方が安心して暮らしていただけるように支援してまいります。

常設型街かどケアカフェ事業を基に多世代の交流が行えるような取り組みを行い、「我が事丸ごと、自分の事」と意識できるような体制作りを行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

地域の実情に応じた、実現可能な具体的な目標を設定します。センター内会議で職員全員が計画・目標を共有し、事業計画の内容や進捗状況を管理の上、達成状況を確認します。

職員の資質向上のための取り組み

法人理念に沿った「安心・安全で快適な暮らし作り」を基に専門知識・技術・実践能力の向上を図り、「サービスの充実・信頼される実践・専門職としての資質の向上」に取り組んでいきます。そのために、次のことに取り組みます。

専門職としてのスキル向上のため、初任者および現任者研修へ参加する。

医療や認知症に関する知識や相談援助技術、ケアマネジメント技術等、業務に必要な技術の習得を目標に研修や講演会へ積極的に参加し専門性のさらなる向上を図る。

各職員が学んだ知識や技術については全職員へ伝達しセンター全体のスキルアップを行う。

法人内での職種別担当者会を行い、業務の平準化と課題解決における情報共有等を行う。人事考課制度に基づき、個々の目標を定め、達成に向けたブラッシュアップをセンター内で取り組んでいく。

練馬区および他センターとの連携

「住み慣れた地域でいつまでも暮らし続ける事ができる」を目指し、地域包括ケアシステムの確立のため、練馬区と地域包括支援センターが連携し、地域の高齢者を支援する体制を構築することが求められます。個別ケースに関する相談支援、困難ケース等については協働しながら、定期的な連絡会にて意見交換等を行い、報告・連絡・相談を徹底して行い情報共有に努めます。他の地域包括支援センターとの点と点のつながりを強化し、大きな面に変化させていくながら、職種間の情報共有や地域特性に合わせた課題解決に向けて支援力が最大限にいかせるようにしていきます。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区個人情報に関する基本方針に基づき、年2回の職員教育を行います。書類および記録の管理は徹底し、鍵のかかる保管対応を取り、電子媒体ではパスワードを設定し管理します。

苦情処理体制

相談・苦情に対する窓口の設置、苦情解決の責任者・受付方法を明確にします。

苦情対応の取り組みについて、センター内で周知を行い、理解を深めるとともに、苦情対応についての振り返りや研修参加についても検討します。また、対応が必要な場合には、管轄の総合福祉事務所高齢者支援係へ対応を相談します。記録表については期日内での作成を行います。法人内への事案と改善方法をすみやかに報告します。

常に、苦情のワンストップを心がけると共に、公正中立の立場で対応を行っていきます。

各事業の実施方針**1 包括的支援事業****総合相談支援業務****総合相談支援**

ワンストップの相談窓口として多様な相談に的確な対応が出来るようにしていきます。

相談窓口の周知を積極的に行い、地域のコンビニエンスストア・医療機関・郵便局・銀行・スーパー等と密に連携し情報交換を行い、高齢者や地域のお困り事について適切な制度へ繋げていきます。

相談が解決した後も経過を確認しながら、支援が切れ目なく行えるようにしていきます。また、各職員が担当しているケースについてはセンター内で共有することで、支援内容や方向性の確認を行いながら、担当以外の職員でも同じ視点での相談業務が行えるように努力を重ねます。

地域包括支援ネットワークの構築

地域団体や介護保険事業所・医療機関・社会資源等と連携し、住み慣れた地域でいつまでも暮らして行けるような支援体制を構築していきます。

社会資源マップを活用し担当地域の発展と開発に努めます。

実態把握・安否確認

高齢者の心身の状況や家庭環境について実態把握を行い、隠れた問題やニーズに対して早期対応ができるように努めます。地域からの情報提供や心配情報に敏速な対応を行い、支援を必要とする高齢者を見落とすことなく施策へと繋げていきます。

ひとり暮らし高齢者訪問事業と併せて、訪問を行い、実態を確認し安否の確認を行います。

権利擁護業務**高齢者虐待への対応**

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待の通報を受けた場合は48時間以内（可能な限り24時間以内）に事実確認を行い、緊急性を判断しながら課題を明らかにします。合わせて、通報・初期対応・虐待モニタリング・終結に至るまで適切な支援を行います。

また、総合福祉事務所や保健所等と緊密に連携し、ケース検討会やコアメンバー会議を踏ま

えて支援方針を決定していきます。

職員は高齢者虐待に関する研修を受講し、虐待の早期発見に努め高齢者の人権を尊重し尊厳を守ります。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力が欠ける状況にある方に対して、その人らしい生活を維持するために生活全般のアセスメントを行い、成年後見制度・地域福祉権利養護事業等に繋げて行きます。

また、申立親族がいない場合や事務能力に不安がある親族が申立人となるケースについては、きめ細やかな援助を行うと共に、区長申立が妥当と思われるケースは、総合福祉事務所と連携します。

職員は高齢者の権利養護に関する研修を受講し、高齢者の権利擁護について理解すると共に、成年後見制度や権利養護事業に関する情報提供の場を確保し、地域住民等への普及啓発に努めます。

消費者被害の防止

消費者被害の早期発見・早期対応のため「消費者被害の疑い」の段階でも、消費生活センター等関係機関と連携し対応します。

地域団体や関係機関と連携し消費者被害情報の把握を行い、情報の伝達と適切な対応を行います。あわせて、街かどケアカフェ等のプログラムを利用し、地域住民等へも情報発信を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域ケア予防会議や地域ケア個別会議を行い、ケアマネジメントの包括的継続的支援を行います。センター内で検討会議を行いながら、様々な視点で支援が行える体制を整えていきます。また、近隣の主任介護支援専門員や圏域の地域包括支援センターと協働し、ネットワーク作りやケアマネジメント力の向上に向けた研修や事例検討会の開催支援に取り組みます

介護支援専門員への支援

事例検討会の開催や個別ケースの相談に対応し、関係機関と連携を行いながら支援を行います。また、「けあまねりま」、「ネリッシュ」等の地域の活動の支援を行っていきます。

地域の介護支援専門員が介護保険以外の様々な社会資源が活用できるように地域の連携や顔の見える関係作りに努めていきます。

社会資源マップを適宜更新していき、地域に不足している資源については介護支援専門員と情報交換会を行い、共に作り上げていけるような体制を考えていきます。

医療依存度の高いケースや困難事例への対応など多職種での解決が計れるようにチーム形成が図れるように支援をしていきます。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

地域の高齢者が明るく楽しい生活が送れるように、介護予防と自立支援・重度化防止を念頭にケアプランを作成していきます。また、住み慣れた地域で本人の有する能力を活かすことが出来るようなケアマネジメントを行います。

居宅介護支援事業所への委託プランについては、アセスメント・ケアプランの内容・介護予

防の視点を共に考え、サービス担当者会議への同行を通じて適切なケアマネジメントと利用者の自立支援・重度化を防止できるように支援を行っていきます。

介護予防サービスの利用支援

個々のケースに必要な制度への導きと専門的機関への案内をすることで、介護予防につながるサービスへの利用を推奨していきます。本人の望む生活・自立を目指した支援を行っていただくためにフレイルや重度化を防止する為の情報提供を行っていきます。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別の事例について検討会議を行い、地域に不足している社会資源や地域課題を引き出せるような評価を行っていきます。ケース検討を通じて課題解決を支援すると共に、抽出した地域課題を継続的に把握し、支援・モニタリングを実施していきます。

地域での顔の見える関係を強化することで、多職種のチーム体制が確立でき、支援体制の脆弱さを補えるようなプロセスを作っていきます。

地域ケアセンター会議の開催

社会資源のマップを地域の関係者と作成し、活用できるような体制を作ります。

地域の関係者との情報共有から地域課題を見だし、地域の住民の支援を包括的に行えるようにしていきます。

また、日々のタイムリーな事案に沿った会議を開催し、地域の関係者や住民が共に考える機会を持つことで、地域課題や災害、水害等、身近な事案に啓発ができるようなアプローチを行っていきます。

地域ケア予防会議の開催

介護予防ケアマネジメントの個別事例を会議にて検討し、自立支援に向けたケアマネジメントを行っていきます。地域ケア予防会議を通じてケアマネジメントの平準化を図り介護予防事業の推進について取り組みます。

個別ケースについての継続的なモニタリングにおいては、センター内での事例検討も重ねながら様々な視点を持って評価していきます。地域の個別事例においても多職種協働により各々の専門的視点を活かしながら、個々の状況を踏まえて適切なケアマネジメントへ発展できるような支援を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療と介護の相談窓口としての機能を果たすため、地域住民へ窓口の周知を行って行きます。医療関係機関との顔の見える関係作りの一環として、事例検討会への参加や研修等に積極的な参加を行っていきます。病院からの事案に対しては、懇切・丁寧に対応を心がけ、できる限り在宅で生活が実現できるよう社会資源も含めた情報提供を行います。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関との連携を行うために、個々の医療機関への訪問で地域包括支援センターの

周知を行い、連携が取れる体制を作っていきます。相談支援の実施を通じて地域の医療機関の機能を把握し、気になるケースの連絡や連携がスムーズに行えるよう図ります。

把握した機能情報については地域の医療・介護関係者間での連携や相談に応じて情報提供ができるようにしていきます。また、更なる医療機関や介護サービス事業所との多職種による、在宅医療・在宅介護に関する事例検討会や研修に積極的に参画します。

普及啓発・研修

センター内で作成している情報紙（「桜台地域包括支援センター通信 桜ひらひら」）を届けて、街かどケアカフェ事業などの利用促進が行えるよう体制を作っていきます。民生委員、町会・自治会、老人会の協力を頂き配布し、また地域の介護支援専門員・介護事業所へも広報紙を届けて、顔の見える関係と地域包括支援センターの機能について普及・啓発が行えるようにしていきます。常設型街かどケアカフェ事業では、区民の健康意識を高めるために、在宅療養や栄養・口腔ケア・お薬などについて予防的視点も含めた講座を行い普及啓発に努めます。

地域医療機関が開催する事例検討会へ積極的に参画し、相談支援が適切に行えるようにスキルアップに努めます。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症地域支援推進員を筆頭に、地域の認知症やMCIの相談に対応していきます。認知症の早期対応を目的に、適切な医療機関との連携を行い、本人の尊厳と意向を優先的に考慮しながら、具体的な問題や心身の状況・ご家族の状況等を確認し、必要に応じて認知症初期集中支援推進事業等につなげます。DASC 21を活用したアセスメントを実施し、チーム員会議で支援方針を図りながら、適切な医療機関・介護サービスへ繋ぎ、個別課題の早期解決へと導きます。

地域の認知症への理解を深めて行けるようなミニ講演会等を行い、認知症カフェを定期的で開催し、身近に相談できる場を作っていきます。センターが認知症の事案に対して身近な相談窓口になれるように家族会や当事者の居場所作りを行っていきます。

地域の社会資源の把握と連携強化

個別ケースや地域ケア会議等を活用して、関係者間の情報共有と連携強化に努めていきます。オレンジカフェを定期的で開催し、地域の認知症の方を支える団体と顔の見える関係を築き支援者との協働体制を確立します。地域課題を収集し、認知症予防の取り組みのため、コンビニエンスストアや薬局と連携し、地域作りを行っていきます。

普及啓発・研修

認知症を理解していただき、「認知症になっても安心して暮らせる街づくり」のために、地域の関係者を対象に認知症サポーター養成講座を開催します。銀行・郵便局・スーパー・コンビニエンスストアなど協力体制が必要と思われる関係者との連携を密にしていきます。

また、地域の小学生を対象に車椅子体験教室を行い、認知症や物忘れについて小さいころから理解を深めて行けるような環境を整備します。

「ぼけたっていいんだよ・・・」を地域の合い言葉にできるような街づくりに努めます。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

「練馬地域生活支援サービスの充実に関する協議体」へ参加し情報交換を行っていきます。また、「豊玉練馬地区地域密着連携事業」の連絡会に参加し情報共有を行います。

担当の生活支援コーディネーターとの協力体制がとれるように、平素から地域ケア個別会議などへの参加をお願いしてまいります。

資源開発

地域ケア会議により抽出された地域課題に対して積極的な解決にむけたアプローチを行ってまいります。元気高齢者の方と共に活動できるような企画を検討していき、元気高齢者が支援側になり、生きがいある暮らしを行っていただくことで明るく元気な地域を作れるようにしていきます。

認知症サポーター修了者や介護サポーター修了者と共に活動ができるような方策を図ってまいります。地域に不足している資源を情報収集しボランティア活動などの開発に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

区から提供された訪問対象者名簿や、地域関係者からの情報提供を基に自宅訪問し、状況確認を行い、常設型街かどケアカフェも含めた地域活動の情報提供等に努めます。また、年齢や家族構成から優先順位を決め、今年度内での訪問を実現し、実態の把握に努めます。

訪問時に支援が必要なケースについては、地域包括職員と連携し支援を行ってまいります。地域の高齢者が、孤独を感じることを少なくなるように「地域の和」へと広げてまいります。

訪問支援協力員との連携

定期的な見守り活動報告の他、協力員連絡会を開催し、協力員同志の情報共有・学びの場がもてるよう支援してまいります。

高齢者を見守る地域づくり

民生委員との定期的な情報交換会や町会自治会への参画等の他、地域の介護サービス事業所とも連携が図れるように、更なる顔の見える関係作りに努めます。

地域の高齢者の方々が歩いて通える場所に集える居場所作りに努めます。地域でのゆるやかな見守りができるような、住民の意識を変革させていけるように周知活動を行ってまいります。

「明日は我が身」であることの意義を伝えてまいります。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	豊玉地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。

法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を作成し仕様書に沿った事業展開を行います。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、目標達成に向けて役割分担を行い、進捗管理をします。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア) 人事考課制度に基づき個々の目標設定を行い、達成に向けて業務管理を行い専門職としての成長と事業所全体の事業の質の向上を図ります。

イ) 職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア) 「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種毎に必要な研修を計画的に受講します。

イ) 新任職員 OJT マニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面として捉え、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などを通じ職種間での情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、ともに地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会などの企画実施

ア) 近隣の地域包括支援センターと共に勉強会などを企画開催し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会への参加や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

個人情報の保護および適正な管理

相談支援業務において、「個人情報はその人そのもの」として、個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取り扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は「お客様の声、それは私たちの宝物です」という法人の方針の下、法人が苦情受付窓口および苦情解決責任者を選任しています。苦情を受けた時は、苦情受付担当者が直接ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに、苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情に関しては、課内、法人のサービス向上担当課で検討し、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情を受け付ける際には、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。

適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けていけるよう、地域のワンストップの相談拠点として機能し、本人や家族、地域住民からの相談に対して、適切な制度や機関・サービスなどに繋がります。

地域包括支援ネットワークの構築

地域の自治会や町会、民生児童委員、医療機関、介護支援専門員、介護保険事業所、その他関係機関との連携を目的とした「地域ケアセンター会議」を年2回開催し、地域の課題発見・課題解決に向けた取り組みを実施します。

実態把握・安否確認

実態把握のために自宅や関係機関を訪問し、本人の様子を確認および情報収集に努めます。安否が確認できない高齢者に関しては、必要に応じて医療機関・警察署・消防署等と連携を図り、安否確認および本人の安全確保に努め、適切な支援を実施します。

多職種での対応を原則とし、多角的な視点で対応を行い、緊急時における事故を防止します。

本人、家族の潜在的な課題やニーズを発見し、適切に対応します。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報を受けた際は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、48 時間以内に事実確認・情報収集を行い、高齢者支援係と早急にケース検討会議（コア会議）を開催し、方針を定め、方針に沿った支援対応を多機関と協働し実践します。ケース検討会議（コアメンバー会議）で定めたモニタリング期間に沿ってモニタリングを実施し、経過観察を行うと共に、再発防止に向けた相談支援を行います。

地域の居宅介護支援事業所等に向けて、虐待の視点を伝え、早期発見に繋がります。職員は高齢者虐待に関する研修を受講し、虐待の早期発見に努め、高齢者の人権を尊重し尊厳を守ります。

成年後見制度等の利用支援

高齢者の権利を守り、適切なサービスを利用して安心してご本人の望む生活が継続できるよう成年後見制度などの利用の支援を行います。

実態把握などを通じてご本人の表出されない困りごとや生活課題などを観察し、権利侵害の予防の視点から対応を講じます。

成年後見制度の申立人が不在であるなど、区長申し立ての必要がある場合は、区長による成年後見申し立てを求めます。

職員は権利擁護に関する研修を受講し、ご本人の意思確認、意思尊重など本人本位の視点を学び支援します。

消費者被害の防止

権利侵害を受けている方へ、練馬区消費生活センターや法テラス、警察署などの関係機関と連携し、権利侵害からの早期回復と再発予防支援を行います。

権利侵害が疑われる方については、見守り体制を構築し、必要に応じて地域福祉権利擁護事業や成年後見制度を活用します。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源などを活用したケアマネジメントの体制を構築します。

住み慣れた地域で安心して暮らせるように、介護支援専門員、医療機関など専門職の連携と民生児童委員、自治会などと地域連携を実践します。

地域のフォーマル、インフォーマルの多様な社会資源を利用して、地域でのゆるやかな見守りから専門職の支援に至るまで切れ目のない支援を実現します。

介護支援専門員への支援

地域の居宅介護支援事業所に向けた勉強会や事例検討会などを開催します。内容については介護支援専門員からの要望を踏まえて検討し実施します。

地域の介護支援専門員が抱える、多くの支援が必要な事例について、同行訪問や地域ケア個別会議、カンファレンスなどを通じて後方支援を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

要支援 1・2 の方および介護予防・生活支援サービス事業対象者の方が、本人の有する力を発揮し、できる限り在宅で自立した日常生活を継続するために、「介護予防サービス」や「介護予防・生活支援サービス事業」の利用に向けた支援を実施します。

介護予防サービス支援計画書の作成を行い、自立を目指す働きかけを行います。居宅介護支援事業所委託分についても、介護予防の視点を踏まえて、ケアプラン内容の確認、サービス担当者会議などへの同行訪問を行います。介護支援専門員と協力して、自立を目指す働きかけを行います。

介護予防サービスの利用支援

健康長寿チェックシートを実施し、介護予防・生活支援サービス事業対象者の可否について確認し、事業対象者の場合はアセスメントを行い、適切な支援を実施します。要支援認定の場合も、アセスメントを行い適切な支援を実施します。

居宅介護支援事業所委託分について、介護予防の視点を踏まえてケアプラン内容の確認、サービス担当者会議などへの同行訪問を行います。介護支援専門員と協力して自立を目指す働きかけを行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

医療機関、居宅介護支援事業所、関係機関などと連携し、年 12 回以上地域ケア個別会議を開催し、本人および家族の支援を実施します。

1 か月目および 3 か月目にモニタリングを実施し、継続的・包括的に本人および家族、介護支援専門員などの支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域の自治会、町会、民生児童委員、介護保険事業者、社会福祉協議会等へ働きかけ、地域ケアセンター会議を年 2 回開催します。開催結果については文書又は次回地域ケアセンター会議にて報告を行う等で内容の共有を図ります。

地域ケア予防会議の開催

練馬区で開催する地域ケア予防会議に出席します。

個別事例の提出も行き、開催後 1 か月目および 3 か月目にモニタリングを実施し、継続的・包括的に本人および家族、介護支援専門員などの支援を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療が必要な高齢者のために、疾病に関すること、医療機関に関すること、その他在宅療養に関する相談を受け、適切な支援と関係機関との連携を実施します。

必要に応じて訪問を行い、身体状況の確認および緊急性の確認などを行い、必要な医療に繋がります。

<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関などに地域包括支援センターのチラシなどを配布し、窓口の機能を周知し、医療資源の情報収集を実施します。</p> <p>地域の医療機関などが開催する勉強会などに参加し、連携の強化を図ります。地域の医療機関が開催するオレンジカフェに参加し、連携の強化を図ります。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>民生児童委員協議会や地域の集まりなどに参加し、高齢者の方々へ窓口の機能を周知します。職員は医療および医療連携に関する研修を受講します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>本人および家族からの、物忘れや認知症に関する相談に応じ、適切な医療機関や介護サービスに繋がります。また、物忘れや認知症により、日常生活に支障が出ている高齢者について、訪問など実態把握を行い、適切な医療機関や介護サービスなどに繋がります。</p> <p>物忘れや認知症により、認知症専門医・サポート医による医療的な所見、助言を必要とする方については、認知症専門相談（認知症初期集中支援推進事業）対象者に位置づけ、チーム員による支援を実施し、適切な医療機関や介護サービスなどに繋がります。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関等が開催する勉強会などに参加し、社会資源の把握および連携の強化を図ります。地域ケアセンター会議を活用し、地域の社会資源の把握と連携強化を図ります。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域の自治会、町会、関係機関などに地域包括支援センターのチラシなどを配布し、窓口の機能を周知します。</p> <p>認知症サポーター養成講座を1回以上開催します。</p> <p>職員は認知症および関係機関との連携に関する研修を受講し、認知症の方が暮らしやすい地域づくりに取り組みます。また、「本人ミーティング」の開催を通じ、認知症の本人の声を聴き、本人支援の取り組みを実施します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと定期的に会議を開催し、担当地域内の地域特性や社愛資源、地域課題等の把握を行います。</p>
<p>資源開発</p> <p>地域ケアセンター会議等の実施を通じて、担当地域内の地域団体の活動支援や不足する生活支援サービスの創出に努めます。</p>

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

練馬区より提供されたリストを精査し、対象者宅に訪問し相談窓口であることを周知します。事業の紹介をすると共にアセスメントを行い、必要に応じて適切なサービスを紹介します。定期的な見守りが必要と思われる方、および見守り希望者は定期訪問に繋がります。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員と連携し見守り体制を整えます。訪問支援協力員の募集についてはチラシを活用し、地域の拠点に配布します。認知症サポーター養成講座修了者に事業を周知し、訪問支援協力員を募ります。

訪問支援協力員などの会議を年2回以上開催し、意見交換を行い課題の発見と評価を行います。

高齢者を見守る地域づくり

民生児童委員、居宅介護支援事業所、練馬区高齢者見守りネットワーク協定業者、薬局、コンビニエンスストア、高齢者の活動拠点などに出向き、異変が見受けられる高齢者を発見した際に、情報を提供していただける体制を構築します。

情報を提供していただいたときは、他機関と協働し早期に対応を行います。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	練馬地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。
 法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を立案し、練馬区の仕様に合わせて事業を実施します。
 年度初めに職員全員で計画内容を確認し、役割分担を行い目標達成に向けて進行管理を行います。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。
 人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み
 ア)人事考課制度に基づき個々の目標を定め、達成に向けて業務管理を行い、専門職としての成長と事業所全体の資質向上を図ります。
 イ)職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。
 研修等の実施
 ア)「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を計画的に受講します。
 イ)新任職員OJTマニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。
 勉強会等の企画実施
 ア)近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画実施し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。
 地域資源を活用して担当地域に関わらず高齢者等の寄り合える場を確保します。

個人情報の保護および適正な管理

人権尊重の理念のもと、「個人情報はその人そのもの」を相談支援業務の基本とし、個人情報を適切に取り扱います。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取り扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の基本方針のもと、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情は組織として解決に導きます。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が速やかに、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情は、課内で検討および分析し、法人のサービス向上担当課でさらに検証を行い、法人全体の会議である「経営会議」で共有、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情受け付けは、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

地域の相談窓口としてワンストップで対応します。

多くの支援を必要とする人に対し、多職種の意見を支援に活かしたチームアプローチを実践します。

相談者の抱える課題を整理し問題解決の糸口を探り、各専門職の多角的な視点から支援方針を検討し適切な支援を行います。

地域包括支援ネットワークの構築

介護サービス事業者、医療機関、民生児童委員、社会福祉協議会、消費生活センター、警察、消防など地域の関係機関と連携し、課題を抱える高齢者の早期発見や地域での見守りサポート体制を構築し、地域の課題を共有します。

関係機関が開催する会議などに参加し、高齢者関係機関に限らず、障がい・児童分野も含めた、支援ネットワークの構築に取り組みます。

実態把握・安否確認

総合相談の内容から適宜自宅を訪問し生活実態の確認を行い、緊急性を判断しながら専門職による支援や地域での見守りなど継続的な支援につなげていきます。

住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、地域の見守りの目を増やします。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待通報に際し、48時間以内に事実確認を行い、緊急性を判断しながら情報収集などを行っていきます。福祉事務所が開催するコアメンバー会議で協議検討された支援方針に沿って、関係機関と連携しながら継続的にモニタリング・評価を行い、高齢者の生活が安定するまでの支援および再発防止のための支援を行います。高齢者の権利を守るため、高齢者虐待に関する研修を職員が受講し適切な対応方法を学びます。地域ケア会議などで地域に向けて虐待の早期発見や予防に向けた啓発と通報先を周知します。

成年後見制度等の利用支援

高齢者の権利を守り、適切なサービスを利用して安心してご本人の望む生活が継続できるよう成年後見制度などの利用支援を行います。成年後見制度の申立人が不在であるなど、

区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めます。実態把握などからご本人の表出されない困りごとや生活課題を観察し、権利侵害予防の視点から対応を講じます。職員は権利擁護に関する研修を受講しご本人の意思確認、意思尊重など本人本位の視点を学び支援します。

消費者被害の防止

消費生活センター、警察など関係機関と連携し早期解決と再発予防を行います。地域包括支援センターが生活実態を把握し関係機関と協働することが高齢者の権利を守ることに寄与することから、消費者被害の手口などを訪問時や出張型街かどケアフェなどで地域の高齢者に情報を提供し注意喚起を行い、また地域ケア会議などで関係機関への周知、啓発活動を行い予防に努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源などを活用したケアマネジメントの体制を構築します。

多様な生活課題を抱えている高齢者が地域で継続して生活ができるよう、地域の主任介護支援専門員および介護支援専門員に対して、関係機関との連携体制の構築の支援、介護支援専門員同士のネットワークの構築の支援、介護支援専門員の実践力向上の支援を行い、包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるよう環境を整備します。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の活動への支援を行います。

地域の介護支援専門員が抱える多くの支援を必要とする事例に対する助言、サービス担当者会議への同行などを通じ課題の解決を図ります。

練馬区主任介護支援専門員協議会の研修受講や活動の参画および地域の介護支援専門員に対する人材育成に積極的に取り組みます。また、主任介護支援専門員の新規・更新要件を満た

すことができるよう、地域ケア会議の参画を依頼し、地域での課題解決力の向上の支援を行います。

地域の介護支援専門員との勉強会を年1回以上開催します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の利用に際し、多様なサービス形態の中から本人の意向や状況に適したサービスを効果的かつ効率的に利用し、住み慣れた地域で本人の有する力を発揮しながら自立した生活を継続できるように適切なケアマネジメントを行います。

自主的に介護予防活動に取り組んでいかれるよう一般介護予防活動の紹介を行います。

介護予防把握事業で定められた、「はつらつシニアクラブ」での相談（年4回）により、地域の高齢者の実態を把握し、個別の状況に適した地域活動参加への勧奨を行います。

居宅介護支援事業所への委託プランは、ケアプランの内容の確認、サービス担当者会議への同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談に対し、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等について説明し、サービス利用のための支援を行います。

本人の望む生活など地域で自立した生活を継続するために、適切なサービスを利用できるよう支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

医療機関・居宅介護支援事業所・関係機関などと連携し、年12回以上地域ケア個別会議を開催します。地域ケア個別会議では多様な課題を抱えるケースの解決を図り、本人および家族を支援します。また、モニタリングを実施し、継続的・包括的な支援を行います。年間の地域ケア個別会議を通じて地域の課題を抽出し、関係機関、地域と共有して連携を深めます。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年に2回開催し、地域に向けて地域包括支援センターの機能を周知します。会議で勉強会やグループワークを通じ地域包括支援ネットワークの深化と地域課題の共有を図ります。地域ケア個別会議の開催結果は関係者に周知を図るとともに、次年度の取り組みに活かします。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。

会議の内容は職員間で報告し地域の課題を共有して地域づくりに活用します。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

入院時より医療機関と連携しながら在宅医療と介護に関する支援を行い、退院後速やかに本

人の身体状況に応じた生活が送れるよう支援します。

医療依存度の高い高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療機関、介護保険事業所と連携し適切な支援を行い、関係機関との連携を実施します。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の専門医、訪問診療と医療機関ごとに対応できる検査などの情報を更新し、地域の医療資源の把握および連携強化を図ります。医療機関と連携し、情報交換を行い地域のネットワークを構築します。また、震災時における医療の確保などをテーマに社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画の整理を行います。

普及啓発・研修

地域の自治会・町会・関係機関等に地域包括支援センターのチラシ等を配布し、窓口機能を周知します。医療・介護連携推進員が、多職種による事例検討会などを年1回以上実施し、在宅医療・介護連携の取り組みを推進します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症地域支援推進員を中心に認知症施策の総合支援に取り組みます。

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症専門医、関係専門職と協働し適切な支援を行います。認知症になってもその人の有する能力を活かせるよう、認知症初期の受診や生活環境の整備、家族支援（認知症の理解と本人への関わり方など）を行います。圏域内における認知症の人への支援について、認知症専門医または認知症サポート医およびチーム員にて共有化を図るとともに対応を検討し、個別課題の早期解決を図ります。多様な課題を抱える場合においても、認知症初期集中支援チームへつなぎ適切な支援を行います。

地域の社会資源の把握と連携強化

地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などに参画します。

医療機関、街かどケアカフェ、介護保険事業所、家族会、認知症介護家族による「介護なんでも電話相談」などの地域の社会資源を把握し連携の強化を図ります。

また、関係機関と連携を図り、地域で認知症の本人の声を聴きより良い暮らしを共に考える機会をもちます。（本人ミーティングの開催）

普及啓発・研修

地域の自治会・町会・関係機関等に地域包括支援センターのチラシ等を配布し、窓口機能を周知します。出張型街かどケアカフェなどで認知症に対する正しい知識の啓発、認知症予防体操を開催し、外出の機会を促すなど健康リテラシーの向上に努めます。

認知症の方が住み慣れた地域で安心して暮らしていける地域づくりに向けて、認知症サポーター養成講座を開催し、講座ではN-impro（ニンプロ）を活用します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

「練馬地域生活支援サービスの充実に関する協議体」「豊玉・練馬地区地域密着型連携支援事業における情報交換会」に参加し、担当地域の地域特性や課題等を協議会メンバーと共有します。高齢者など地域住民が多様な生活支援等のサービスを一人ひとりのニーズに合わせて利用できる体制の整備に向けて協議を行い、一人ひとりが活躍できるよう社会参加の推進や生活支援の充実に取り組みます。

資源開発

地域の会議などを通じて既存の活動団体との連携および活動の支援を行います。

地域ケアセンター会議等で、地域特性、社会資源、地域課題を協議、共有し地域に不足する生活支援サービスの創出に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

練馬区より提供されたリストに基づき高齢者宅を訪問し、高齢者本人と対面し生活上の困りごとがないかを伺うほか生活環境を確認し、必要な支援が提供できるように関係機関と連携します。訪問時に高齢者の住む地域の環境などを確認し、地域特性や地域の社会資源の情報を収集し地域アセスメントを行います。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員と連携して「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」を適切に行います。

年2回の連絡会を開催し、訪問支援協力員と情報の共有をはかり協力員同士の交流を通じて訪問支援協力員の確保や養成を行うとともに、見守りの意義を確認し、地域の課題を共有します。

高齢者を見守る地域づくり

民生児童委員、介護サービス事業者、練馬区高齢者見守りネットワーク協定業者、薬局、高齢者の活動拠点等から異変が見受けられる高齢者の早期発見につながる情報提供が、スムーズに行われる体制を構築し、他機関と協働し対応を行います。地域ケアセンター会議などで民生委員、町会、自治会などと地域の社会資源、地域アセスメントの結果や、地域の課題を共有します。ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業における訪問や総合相談支援を通じ、必要と思われる高齢者に訪問支援協力員の定期訪問を紹介し利用を促します。また、元気な高齢者の集う場所などで「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の紹介をするほか訪問支援協力員を募ります。町会や自治会などの地域団体からの依頼による「介護勉強会」などに積極的に講師を派遣し、社会資源の役割を果たします。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	練馬区役所地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。

人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を立案し、練馬区の仕様に合わせて事業を実施します。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、役割分担を行い目標達成に向けて進行管理を行います。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア) 人事考課制度に基づき個々の目標を定め、達成に向けて業務管理を行い、専門職としての成長と事業所全体の資質向上を図ります。

イ) 職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア) 「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を計画的に受講します。

イ) 新任職員 OJT マニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会等の企画実施

ア) 近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画実施し、担当地域の介護支援専門員

の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

個人情報の保護および適正な管理

人権尊重の理念のもと、「個人情報はその人そのもの」を相談支援業務の基本とし、個人情報を適切に取り扱います。

法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った業務遂行により、個人情報保護の徹底を図ります。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の基本方針のもと、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情は組織として解決に導きます。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が速やかに、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情には、課内で検討および分析し、法人のサービス向上担当課でさらに検証を行い、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情の受け付けは、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けていけるよう、地域のワンストップの相談窓口として、多様な相談内容を的確に把握し課題の明確化を図り、多職種の意見を支援に活かしてチームアプローチを実践します。事業所の特性として、担当地域外の高齢者からの相談についても、適切な制度、機関、サービスにつなぎます。

地域包括支援ネットワークの構築

関係機関との情報交換や連携を強化し、適切な支援を行います。担当地域の民生児童委員協議会、担当地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などに参画します。地域の自治会や町会、民生児童委員、介護保険事業所、その他関係機関との連携を目的とした「地域ケアセンター会議」を年2回開催し、地域の課題発見・課題解決に向けた取り組みを実施します。その他、社会福祉協議会などが開催する会議などに参画し、高齢者関係機関に限らず、障がい・児童分野も含めた、支援ネットワークの構築を目指します。

実態把握・安否確認

本人や地域住民・関係機関などからの情報に基づき、実態把握や安否確認のために自宅や関係機関に訪問または電話等をし、本人の様子の確認および情報収集を実施する。必要に応じて医療・介護関係機関・警察署・消防署等と連携を図り、本人の安全確保に努め適切な支援を実施します。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

高齢者虐待の防止・高齢者の養護者に対する支援等に関する法律および練馬区の高齢者虐待の防止・養護者支援マニュアルに基づき、高齢者の状況を把握し、関係部署と連携を取り適切な対応を図ります。虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、総合福祉事務所高齢者支援係に報告し、48時間以内に事実確認・情報収集を行います。総合福祉事務所が開催する、コアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、会議で示された支援方針に沿って、個別ケース会議に出席するなど、関係機関と連携しながら継続的にモニタリング・評価を行い、高齢者の生活が安定するまでの支援を行います。また、再発防止の支援を行います。高齢者の虐待防止に関する研修を受講し、虐待の早期発見に努め、高齢者等の尊厳を守ります。

成年後見制度等の利用支援

判断能力が低下し自己決定が難しい方の権利が擁護され、適切な介護サービス利用等が図れるよう、練馬区高齢者成年後見申立マニュアルを活用し、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の利用支援を行います。成年後見制度の申立人が不在であるなど区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めます。高齢者の権利擁護に関する研修を受講し、高齢者の権利を守ります。受講者が事業所内で伝達研修を行います。

消費者被害の防止

消費生活センターや法テラス・警察などの関係機関と連携し、消費者被害の情報を把握し被害を未然に防ぐよう支援します。悪徳商法高齢者被害防止ネットワーク情報マニュアルに基づき、情報を共有し、再発を防止します。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

高齢者の方が地域で安心してその人らしい生活を続けられるよう、関係機関との連携を構築し途切れのない一貫した支援を行います。練馬区主任介護支援専門員協議会活動への参画、練馬地域主任介護支援専門員連絡会や圏域の地域包括支援センターと協働し、ネットワーク作り、ケアマネジメント力向上に向けた研修や事例検討などの取り組みを行ないます。出張型街かどケアカフェ事業等を年18回以上実施し、高齢者の介護、認知症予防、居場所づくりなどの活動を周知し、区民の健康リテラシーの向上に取り組みます。

介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの深化・推進にむけ、地域の介護支援専門員との勉強会を計画的に開催し、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行います。また、地域の介護支援専門員が担当する多くの支援が必要な事例についての相談に応じ、同行訪問・カンファレンス等を通じて介護支援専門員とともに支援を検討します。

介護予防ケアマネジメント**介護予防ケアマネジメント**

高齢者等が健康でいきいきと暮らし続けられるように、生活のしかたやサービスの利用などについて助言・紹介するなど、高齢者の方の意欲や能力を踏まえた健康づくりや介護予防を支援します。地域の介護支援専門員に委託しているケアプランの内容を確認し、適切なアセスメントやサービス提供が行われているか確認します。

介護予防サービスの利用支援

介護予防サービスの利用を支援するために、希望するサービスの内容や心身の状況などに合わせ、適切な方法で介護予防サービスが利用できるよう、健康長寿チェックシートまたは、要介護認定の実施を支援します。「はつらつシニアクラブ」の相談により、介護予防把握事業業務および地域活動に関する勸奨を行います。

2 地域ケア会議**地域ケア個別会議の開催**

個別の課題の検討を通して地域の課題を抽出し、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図ります。地域ケア個別会議を年 12 回開催し本人および家族の支援を行います。個別事例は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人やご家族、担当の介護支援専門員などの支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域の自治会・町会・民生児童委員・介護保険事業者・社会福祉協議会、練馬区関係各課係等へ働きかけ、地域ケアセンター会議を年 2 回実施します。事業計画の説明や事業報告を行なうとともに、地域ケア個別会議で抽出された地域課題についてその解決に向けての話し合いを行う場とします。話し合った結果については開催報告書により内容を共有します。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議（練馬区主催：年 1～2 回）に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。

3 在宅医療・介護連携の推進**在宅医療等に関する相談支援**

地域に暮らす高齢者が住み慣れた環境のもとで、医療や介護が適切に受けられ、自分らしい生活を継続できるように、高齢者本人の意思を十分に把握した上で相談対応や支援を行います。相談内容に応じて、適切なサービスにつなげ、専門的な機関や地域の関係者と連携して対応します。さらに、医療・介護連携の連携方法として ICT の活用を進め、効率的な連携方法の検討を地域関係者と共に進めます。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用して医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行います。地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参加し、連携の強化を図ります。また、震災時における医療の確保などをテーマ

に社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画の整理を行います。

普及啓発・研修

医療・介護連携推進員は、年1回以上多職種による事例検討会や研修等を実施し、在宅医療・介護連携の取り組みを推進します。地域の自治会・町会・関係機関等に地域包括支援センターのチラシ等の配布を行い、窓口機能を周知し行動変容につながるような、地域包括ケアシステムの選択と心構えを支える啓発活動を行います。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症の早期発見・早期対応を目的とし、総合相談支援として具体的な困りごと(主訴)、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて専門相談(認知症初期集中支援推進事業)の利用を支援します。認知症専門医・サポート医による医療的な所見・助言を必要とする方については、認知症専門相談(認知症初期集中支援推進事業)対象者としてチーム員による支援を実施し、適切な医療機関・介護サービス等に繋がります。

地域の社会資源の把握と連携強化

地域の認知症の方を支える支援をしている団体と顔が見える関係を築き、支援者との協働体制をつくるとともに、共催による勉強会を開催し、社会資源の把握および連携の強化を図ります。

普及啓発・研修

認知症サポーター養成講座や認知症の理解を促す講座等を年1回以上開催します。
また、「本人ミーティング」の開催を通じ、認知症の本人の声を聴き、本人支援の取り組みを実施します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

地域の高齢者の日常生活ニーズ調査および地域資源の状況を把握するため、生活支援コーディネーターと連携します。

資源開発

地域特性に合わせた地域包括支援ネットワークを構築します。個別の支援のなかから、不足している資源情報を収集し、必要と考えられる資源の開発に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

地域内で民生児童委員が実施したひとり暮らし、高齢者のみ世帯実態把握表を基に、介護保険・自治体の見守りサービス未利用者をリストアップし、対象高齢者宅を訪問支援員(主任介護支援専門員、社会福祉士)が年1回以上個別に訪問し、生活実態の把握、課題へのアセスメ

ントを行います。必要に応じ、地域包括支援センターや定期訪問事業等へつないでいきます。老人クラブや町会自治会、集合住宅の管理組合・コンビニエンスストア・薬局などへの事業周知を行い、訪問活動がスムーズに行えるようにします。

訪問支援協力員との連携

個別訪問の結果、見守り訪問事業やゆるやかな見守りの希望者は、ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業に係る訪問支援協力員や見守り訪問ボランティアに繋がります。訪問支援協力員の確保、養成を行い、年2回、訪問支援協力員同士の交流・資質向上などを目的とした連絡会を開催します。

高齢者を見守る地域づくり

民生児童委員、サービス事業所、練馬区高齢者見守りネットワーク協定業者、薬局、高齢者の活動拠点等から異変が見受けられる高齢者の早期発見につながる情報提供が、スムーズに行われる体制を構築します。情報提供があった際は他機関と協働し対応を行います。各関係機関から気になる高齢者等の情報を収集し、見守りにつなげます。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 奉優会
センター名称	中村橋地域包括支援センター

運営方針

「地域に暮らすご利用者ひとり一人のその方らしい暮らしを大切にする」をモットーに、3年目となった第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の理念「高齢者の尊厳を大切に、自立と自己決定を尊重し、社会参加と地域の支え合いを促進する」を踏まえ、その計画目標である地域包括ケアシステムの確立を目指し、中核機関としての地域包括支援センターを深く認識して運営にあたります。

その周知については、職員間では所内会議での共有、日常業務のなかで報・連・相を通して、区民の皆様にはホームページや区民向け講座の開催日時等を公表していきます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画は運営方針に基づき、法人の事業部計画に沿って立案し、練馬区の仕様に合わせて実施する具体的内容を明らかにしています。

到達目標を明確にし、その達成に必要と思われる自分たちの業務や事業の開催時期等を記し、紙面にて確認できるようにし、所内会議に公表。その後は保管。毎月の事業等実績報告にて進捗を確認、職員間で共有します。

職員の資質向上のための取組み

専門職勉強会と目標管理制度

職員が専門職としての自覚をもちスキルを高めていくために、法人では専門に応じて勉強会を設けています。そのことは、法人内職員同士の繋がりを深め、情報交換や共有の機会としても有効に機能しています。また、「目標管理制度」を運用し、年2回の人事考課では職員一人ひとりの現状と課題、それに対する解決に向けてのゴールを上司・部下で目標面接を通して確認し、ミッションを達成することを目的としています。

研修システム

法人内の4大表彰制度のなかで、特に成果を組織内で報告し共有する機会となっている事例研究発表や新任職員研修、現任管理者研修ほか事業部主催の時事研修があり、外部研修への参加機会を積極的に設けています。これらを通じ、地域包括支援センター職員としてのソーシャルワークスキルの向上を図ります。

練馬区および他センターとの連携

虐待ケースの対応、困難ケースの後方支援として総合福祉事務所高齢者支援係との連携は必須であり、定期開催される連絡会やコアメンバー会議への参加は100%とします。また、職種ごとの会議体やそれに伴う業務の分担、特に持ち回り任務等への積極的な姿勢を持ち、他センターとの協働に及ぶ部分はしっかりと責任を果たします。

個人情報の保護および適正な管理

「練馬区個人情報保護条例」ならびに「練馬区個人情報保護条例施行規則」に基づいて帳票やデータ管理における明確な方法を定め、施錠管理やID、PW管理等、日常業務遂行において細心の注意を払います。個人情報の開示請求をされた場合は、身分証明書を提示していただくなど、ルールを定め対応します。職員は少なくとも年に1度はセキュリティ教育として「特定個人情報等の保護および管理に関する特記事項」の内容を区より配信される教材をもとに学習する機会を設け、実施報告書を提出します。

また、自己点検の機会を所内運営の中で設け、「社会福祉法人奉優会 個人情報保護規定」を浸透させて、就業期間は勿論のこと退職後も守秘義務に関する誓約書を提出することで、適切な個人情報の保護に努め、個人情報の紛失および漏えい等の事故を防止します。

苦情処理体制

当センターあてに苦情が発生した場合は、的確に内容を把握・分析し、組織内にて重層的に対応することで解決へと繋げます。当法人では『苦情・事故対応管理規程』を設けており、苦情・事故発生からは是正予防策の完了、水平展開までのルールを設定しているため、苦情対応フローに基づき、受付対応窓口はセンター長が務めます。対応の進捗については適宜、対応終了後は総合福祉事務所高齢者支援係ならびに主管課へ速やかに報告します。

利用者からの苦情処理対応については、中立・公正な立場にて事実確認を行い、必要と判断される解決に向けた支援を行います。介護保険サービスに関わるものは、介護保険課への定期報告を規定通りに行います。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等、個々の相談に応じ、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援にあたっては、三職種の中で主担当者を決め、協働します。アセスメントや支援方針については合議で決定。緊急レベルの低いケースにおいても適切な支援を行うことができるよう、「総合相談対応リスト」を作成し、毎月確認作業を行うことで見落としを予防します。地域包括支援センターとしての支援が終了となる目標を設定し、「ケース対応終結」を合議にて確認します。

窓口開設時間帯の対応者を当番制にて定め、下記の対応を行います。

- ・高齢者（介護保険対象外）にかかる区のサービスについての「高齢者生活ガイド」等を用いた情報提供
- ・介護予防に関する相談、指導、助言、各種制度・施策等の説明
- ・要介護認定の申請の代行
- ・保健福祉サービス等の相談、申請代行・受理、関係機関との連絡調整

地域包括支援ネットワークの構築

日々業務の実施を通じ、また街かどケアカフェつつじでの活動を通じて、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るため、顔の見える関係を重視していきま

す。

民生児童委員協議会は、2つの協議会に毎月参加させていただき、タイムリーな情報提供を行うことで、センターの活動について広報を行います。地域密着型サービス事業者が実施する運営推進会議へは積極的に出席します。

町会・自治会、商店街へは、行事への参加等で先行してきた関係性を活かして、地域ケア会議等への参加に繋げるようにします。

実態把握・安否確認

高齢者の安否（所在）確認が取れない等、高齢者の異変に関する通報があった場合、入手した情報から、生死にかかわる深刻な事態である可能性があれば、緊急訪問します。同時に対象者に関する可能な限りの緊急連絡先となり得る方の情報を収集し、連絡を試みます。強制立入が必要か否か等、「高齢者の安否確認マニュアル」に沿った行動を行います。で構築したネットワークを活用しての実態把握や、訪問支援員の報告から、高齢者や家族の状況についての事態把握を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に沿った行動がとれるよう、マニュアルの内容については職員間で繰り返し学習します。初期対応としての事実確認は48時間以内、可能な限り24時間以内とし、また、対応にあたっては、三職種でのチームで協働することとし、主担当者を決めます。モニタリング対応の管理は、見落とし防止を兼ね、相談対応リストに追加し、進捗を確認。コアメンバー会議にて報告します。

また、虐待者が施設職員であった場合、対応は総合福祉事務所になることを理解し、「養護者施設従事者等による高齢者虐待受付票」の作成等対応します。コアメンバー会議への参加はプレミーティングを含め可能な限り2名で参加し、会議内容について三職種にて共有します。

成年後見制度等の利用支援

「練馬区高齢者成年後見申立マニュアル」に沿って相談内容から適切な申し立て支援を行います。申し立て人の候補立てや申し立て人の意思確認を踏まえて、必要に応じ権利擁護センターほっとサポートねりまや第三者申し立て委託機関（リーガルサポート、弁護士会等）の案内を行います。

ケースによっては、区長申し立てが必要と認められる場合もあり、その際は「マニュアル」に沿った動きで、総合福祉事務所と連携します。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センターや練馬警察署防犯係等と情報交換を行い、日常的に消費者被害に関する情報を収集し、被害防止を目的とした住民および関係機関への周知や啓発活動を行います。

貫井地区の被害件数および被害総額が増加傾向である旨を十分認識して、個別訪問に伴う注意喚起としてチラシの配布や、集客度の高い行事に啓発を行う等関係機関の調整を行います。

消費者被害に関する相談を受け付け、被害に遭った高齢者の被害回復および再発防止のための支援を行います。担当ケアマネジャーがいれば、連携して必要な助言、協働を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

管轄地域のケアマネジャーが自主的に世話人として協力運営する「中村橋ケアマネ会」は、今年度も同様に毎月の開催に準備会を含め、年4回の地域に向けた勉強会が開催できるよう活動します。こうした活動を通して、多様な課題を抱えた方々が安心して住み慣れた地域で暮らせるように、時と場所を変えてもシームレスな支援が実施されるようケアマネジメント体制を整えていきます。

練馬地域主任介護支援専門員連絡会（通称：ねりっしゅ）やCMAN（練馬区主任介護支援専門員協議会）に主任介護支援専門員として参加し、区のケアマネジメント体制強化事業としての研修について、役割分担の上しっかり協力、任務を果たすことで、介護支援専門員向け研修の運営支援を実施します。

一方、ケアマネジャー連絡会練馬班ならびに介護サービス事業者連絡協議会居宅部会をはじめとした関係機関の主催する研修会、事例検討会へ積極的に参加します。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的業務のなかで、相談対応は随時行ないます。その際、介護支援専門員の所属する組織に十分配慮し、事業所における相談や検討が行われたかあるいは、ひとりケアマネジャーであるかに留意して対応します。対応は、必要に応じ同行訪問やサービス担当者会議への参加で、あるいは地域ケア個別会議の題材として多職種連携を踏まえて実施します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象者のケアマネジメントは、基本対応はマニュアルに沿って介護支援専門員が中心となり、事業所内担当件数もバランスを考えて行います。また、他の包括支援業務とのバランスで直接契約プランと委託プランの件数を検討し、委託プランのマネジメントは利用者ごとの担当を明確にし、法令遵守を基本に対応します。

区民の皆さんが自主的に介護予防に取り組めるよう、フレイル予防の普及啓発を行います。はつらつシニアクラブでの相談活動（年4回）もその貴重な機会と捉え、個別相談の対応で健康相談を希望される方について専門職が相談に応じられるよう配慮し、介護予防、認知症予防、フレイル予防の情報提供を行い、地域活動の把握に努めます。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談では、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業についての説明を行い、利用の希望に応じて要支援認定の申請、基本チェックリストを行い、利用支援に必要な手続きを案内し、受け付けます。その際には極力現実に活動する場所（事業所）の案内ができるよう、日頃から資源についての情報収集をしておき、地域での本人の望む自立した生活を継続するために、適切なサービスを利用できるよう支援します。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

当センターの担当区域で個別の高齢者のケース検討として、その課題解決を支援するとともに課題解決に向けた社会資源の把握や地域包括支援ネットワークの構築を図ることを目的と

して、毎月1回程度開催します。年間12回の開催を管理者が一元管理を行ない、あらかじめ地域ケア会議と位置づけていない会議であっても、「練馬区地域ケア会議実施マニュアル」に従って条件を満たすものであるか否か、管理者が判断し、報告をあげます。

一方、会議開催準備の意識づけとして、職員間でも知り得た高齢者のケースが、地域ケア個別会議の活用が有効であろうことが推測できるよう、共通認識を持ちます。

また、開催後のモニタリングについても予測をもって会議の中で合議して置きます。既定の記録シートに落とし込みます。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議また他の委託業務において把握した当地域内の地域課題について、「困難ケース等の地域生活を阻害する地域課題」や「要支援者等の自立を阻害する地域課題」に該当するか否か判断し、地域の関係者で共有およびその解決に向けて話し合います。年度の前半と後半で各1回の開催を予定。開催結果の共有については、少なくとも議事録の配布を行い、話し合いの継続について意見を聞くこととします。

地域ケア予防会議の開催

多職種協働により個別ケースを検討し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実施を支援します。年度の前半と後半で各1回の開催を予定。

会議の性質上、検討の中でケースワークに活かせるアドバイス等が期待できるので、その後の支援結果をモニタリングしていくことも決定しておき、地域包括支援センターとしてバックアップしていきます。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

在宅医療コーディネーターとして「医療・介護連携推進員」を配置。当該職員が不在時でも相談を受け、対応の緊急度を測り必要な行動（病院や利用者宅への訪問）を起こすことができる体制をとります。医療機関情報については、整理し、ファイリングすることはもとより、即時にインターネット利用で調べることで、スピーディーに解決につなげる等の対応を行います。

地域の医療資源の把握と連携強化

担当地域の医療資源については、リスト作成し、随時更新をして窓口相談等の情報提供に活用します。また、地域外においても区民が利用する頻度の高い総合病院等の情報は同じ様に収集し、特に医療相談窓口の利用の仕方において、個々に留意点がある場合に助言を行います。

さらにこれらの医療機関、介護サービス事業者等を対象に事例検討会や研修会の開催に協力し、共催の形がとれるようにします。その際に可能な範囲でICTの活用を図り、効果的な方策をとるように努めます。

普及啓発・研修

一般住民向けに、薬局等の協力を得て在宅療養に関する区民講座を開催予定としています。また、お薬手帳に貼って活用を促す「医療・介護連携シート」は最新版の普及をケアマネジメ

ントの活動場面で実践していきます。所内で共通認識を図り、協力を要請します。

区が取り組んでいる、退院連携推進事業退院連携ガイドラインの活用やシートについて、可能な限りの協力を行います。区が主催する、隔月開催の医療・介護連携推進員会議へは推進員が毎回出席できるよう、配慮します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症の疑いのあるケースの相談では、専門医受診をしているか否かを聞き取り、アセスメントしていきます。区の認知症専門相談につなぐか、近隣の専門医につなぐか介護者の状況を踏まえて選択します。前者は総合福祉事務所との連携をしっかりとっていき、また、場合によって認知症初期集中支援チームの活用を提案します。

地域の社会資源の把握と連携強化

3 - (2) 同様、認知症の相談窓口を設けている医療機関や診断できる医師についての情報（認知症研修医やかかりつけ医）を正確に提供できるようにしておきます。

個々のケースによる連携は勿論、これらの医療機関等とサービス事業者を対象に勉強会や研修会の開催に協力し、共催の形がとれるようにします。

普及啓発・研修

認知症医療について、一般区民向けにオレンジカフェを活用して行うことが可能です。区民講座や介護サービス事業者向け勉強会の開催を検討します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

生活支援コーディネーターとの連携を半期ごとに取り、情報交換を行います。訪問支援員の任務として行い、その情報をセンター内で共有します。

資源開発

年間を通じて地域ケア会議の実施により、担当地域内に存在する地域団体の活動支援を行います。また、不足する生活支援サービスを把握し、その創出等に協力します。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

区より受け取っている訪問対象者リストの自宅等を訪問支援員はマニュアルに沿って訪問対応します。今年度は上半期中に一巡し、その中で介護予防に積極的に取り組む必要があると判断されたり、複雑な問題を抱えているケースを早期に把握することを優先します。その解決に向け、適切なサービス利用につなぐ支援を必要に応じてセンター内で情報共有し、動きます。

訪問支援協力員との連携

見守りケースで訪問支援協力員による定期的な訪問が必要と判断されたケースでは、申請支

援を行うとともに、申請者と協力員とのマッチングを行います。その際、スムーズなマッチングとなるよう、十分配慮して行います。

訪問支援協力員の募集は、必要に応じて行います。また、訪問支援協力員同士の交流や資質の向上のため、年2回の連絡会を開催するほか、安心してボランティア活動を継続できるように常に配慮し、必要な助言を行いません。

高齢者を見守る地域づくり

高齢者を見守る仕組みを地域でつくっていくことは、喫緊の課題です。従来から協力してくださっている民生・児童委員はじめ、町会・自治会、老人クラブのその他高齢者の見守りに関わりのあるものとしてマンション等集合住宅の管理人へも働きかけていき、地域の見守りネットワークと連携し、名簿には載っていない支援対象者の発見に努めます。

見守り強化の為、回覧板の活用をお願いし、地域包括支援センターや行政、警察、消防署などからの情報を効率よくお知らせすることに取り組みます。

N-impro(ニンプロ)は今年度も普及に取り組めます。一般区民の方へも馴染める形として、認知症サポーター養成講座に組み入れた形は、実施後アンケートでも好評であったので、推奨していきます。また、コンビニエンスストアの見守り協力がさらに得られるよう、店舗ごとに定期訪問等を実施することによって積極的に啓蒙活動を行ない、連携を図ります。また、必要に応じて高齢者実態把握調査等に協力した活動を行います。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	北町地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を作成し仕様書に沿った事業展開を行います。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、目標達成に向けて役割分担を行い進捗を管理します。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア)人事考課制度に基づき個々の目標設定を行い、達成に向けて業務管理を行い専門職としての成長と事業所全体の事業の質の向上を図ります。

イ)職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア)「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を、年間を通して計画的に受講します。

イ)新任職員 OJT マニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会や担当者会などを通じ職種間での情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会等の企画実施

ア)近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画開催し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

街かどケアカフェ事業を隣の地域包括支援センターと共同開催し、地域資源を活用して担当地域に関わらず高齢者等の寄り合える場を確保します。

個人情報の保護および適正な管理

相談支援業務において、「個人情報はその人そのもの」として個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の方針の下、法人が、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が直接、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情に関しては、課内、法人のサービス向上担当課で検討し、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情を受け付ける際には、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

相談者に関わる課題を明らかにし、支援方針を立てチームアプローチを実施します。相談内容に応じて専門職が担当し、ケースカンファレンスをセンター内で行いながら課題の早期解決を図ります。必要時、他機関へも相談を実施し、多面的なアプローチを行います。相談内容はできる限り迅速に記録を行い、その情報を共有することでどの職員でも随時対応ができるような体制をとります。

地域包括支援ネットワークの構築

地域の多様な生活課題を解決するために、多機関との連携を持って対応を進めます。特に介護支援専門員と協働し、地域の社会資源の活用を検討しながら、地域の支援者のネットワーク構築を図ります。そのため、地域の自治会や町会、民生児童委員、介護保険事業所、その他関係機関との連携を目的とした「地域ケアセンター会議」を年2回開催し、地域の課題発見・課題解決に向けた取り組みを実施します。また、担当地域の地域密着型サービス事業所の運営推

進会議などに参加し、地域ならではのネットワークの構築を図ります。

実態把握・安否確認

地域住民や関係機関からの相談内容に応じて緊急性を判断し、実態に合わせて支援方針を話し合い、ご本人、ご家族の潜在化されたニーズを発見し適切に対応します。多職種での対応を原則とし、多角的な視点で対応を行い、緊急時における事故を防止します。また、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、地域の見守りの目を増やしていきます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待の通報を受けた場合は48時間以内に事実確認を行い、緊急性を判断しながら、課題を明確にします。総合福祉事務所が開催するコアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、コアメンバー会議で示された支援方針に沿って、複数の関係部署と連携をとりながら計画的に支援を実施します。支援中には定期的なモニタリング・評価を行い、終結を目指し、高齢者の生活が安定するまで支援をします。あわせて、地域へ向けて、高齢者の虐待の統計なども用い、虐待の早期発見や予防についての普及を行います。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力が欠ける状況にある方に対して、自分らしい生活を維持するために生活全般のアセスメントを行い、権利が養護されるよう成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等につなげていきます。成年後見制度の申立人が不在であるなど区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めます。職員は権利擁護に関する研修を受講し、高齢者の人権を尊重し尊厳を守るよう活動します。

消費者被害の防止

消費者被害の早期発見・早期対応のため、消費者被害であるかはっきりしない場合でも、練馬区消費生活センター等関係機関と連携をし、被害を未然に防ぎます。また、再発防止として見守り体制を敷き、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度を活用します。地域の警察署とも連携を図り、地域の現状や事例を共有し、街かどケアカフェ参加者等の地域住民への情報発信も担います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

多様な生活課題を抱えている高齢者の方が地域で安心してその人らしい生活を続けるために、その担い手の中心である介護支援専門員に対して、関係機関との連携体制構築の支援、介護支援専門員同士のネットワーク構築の支援、介護支援専門員の実践力向上の支援を行い、包括的・継続的なケアマネジメントを実践できるよう環境を整備します。また、地域で行われる事例検討会などへも参加し、発言・提案を行うことで、ケアマネジメントの深化を促進します。

介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、「けあまねひろば ひかり」を通じて、地域の介護支援専門員のネットワーク推進を図るとともに圏域の地域包括支援センターと協働し年4回の勉強会等を実施します。さらに、練馬区ケアマネジメント体制強化事業の運営へ参画し、練馬区全体での介護支援専門員の資質の向上を図るため、専門的な相談対応を行います。

担当地域の介護支援専門員が相談しやすい体制を作るため、地域の主任介護支援専門員と共に勉強会を企画・開催し、日ごろから顔の見える関係を構築します。また主任介護支援専門員の新規・更新要件を満たすことができるよう、地域ケア個別会議での協働および参画を依頼し、地域での課題解決力の向上の支援を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

高齢者の方ができる限り地域で自立した日常生活を継続できるよう、要介護状態になることをできる限り防ぎ、要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないよう、お一人お一人の意欲や能力を踏まえた目標を設定し、主体的に目標の達成に取り組めるよう介護予防計画書を作成します。また、居宅介護支援事業所委託分についても、介護予防の視点を踏まえて介護支援専門員と協力し、自立支援を目指す働きかけを行います。

さらに、介護予防把握事業業務である「はつらつシニアクラブ」参加者への相談にて、地域団体とのマッチングや社会参加の機会を増やすようなはたらきかけを行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防サービスの利用相談を受けた際には、希望するサービスの内容や心身の状況などに合わせ、適切な方法で介護予防サービスが利用できるよう、健康長寿チェックシートまたは、要介護認定の実施を支援します。また、できるだけ自立した生活を高齢者が送ることができるよう、介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスもコーディネートし、生活環境の整備を図ります。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別の課題の検討を通して地域の課題を抽出し、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図ります。地域ケア個別会議を年 12 回以上開催し、本人および家族の支援課題解決を行います。また、個別事例は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人やご家族、担当の介護支援専門員などの支援を行います。そして、個別支援から地域全体の課題としてとらえ、地域の課題解決力の向上も図ります。会議開催事例においては関係機関と定期的に情報を共有し、適宜必要な支援を提供できるような体制を構築していきます。

地域ケアセンター会議の開催

民生児童委員、自治会・町会、地域で活動している NPO、介護保険事業者、練馬区関係各課係等へ働きかけ、地域ケアセンター会議を年 2 回実施します。そこでは事業計画や事業報告を行なうとともに、地域ケア個別会議で抽出された地域課題についてその解決に向けての話し合いを行う場とします。話し合った結果については開催報告書により内容を共有します。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議（練馬区主催：年 2 回）に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。会議で出された専門的な助言を基に、適切な介護予防ケアマネジメント計画を作成し、介護予防・生活支援サービス事業の利用により、利用者の日常生活の自立に向けた支援を行い、要介護状態への移行を予防していきます。また、必要に応じて事例のモニタリングを行い、自立支

援・重度化防止に資するケアマネジメントの継続を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

高齢者が住み慣れた地域で医療や介護が適切に受けられ、できる限り自分らしい生活ができるよう、高齢者本人や家族、医療機関、介護支援専門員、民生委員からの入院・退院・在宅療養に関する相談に対応し、必要に応じて医療や介護サービス、手続きの支援を行います。支援に関わる関係機関の連携が十分に行われるよう、相談および支援を行います。必要時、医療機関などへ出向き、多職種カンファレンスへ参加して高齢者が不安なく在宅での生活を送ることができるよう協働します。

光が丘圏域7センターと協働し、医療と介護の連携を促進する上での必要な事項をテーマに光が丘圏域の医療機関・介護事業所を対象に多職種連携会議を開催します。また、区民や地域団体を対象に医療・介護に関する勉強会の開催を行います。

さらに、医療・介護連携の連携方法として、ICTの活用などを進め、効率的な連携方法の検討を地域関係者とともに進めます。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用して医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行います。情報収集では関係機関の特徴を把握し、利用者個々の事情に合わせた社会資源のマッチングを行っていきます。さらに、地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参加し、連携の強化を図っていきます。また、震災時における医療の確保などをテーマに社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画の整理・確認を行います。

普及啓発・研修

出張型街かどケアカフェ事業等で熱中症、インフルエンザ予防、フレイル対策などについての講座を開き、健康リテラシーの啓発を行います。また実際の在宅医療やACPを学ぶ講演会を開催し、在宅療養を促進する役目を担います。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症の早期対応を目的とし、本人を中心に考え、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取るなかで、必要に応じて専門相談である認知症初期集中支援推進事業の利用を視野に入れ支援します。認知症専門医・サポート医による医療的な助言・見解を必要とする方については、認知症初期集中支援推進事業対象者に位置付け、DASC-21やセンター方式を活用したアセスメントを実施し、チーム員会議にて方針検討を行ったうえで、支援を行い、適切な医療機関・介護サービス等に繋ぎ、個別課題の早期解決を図ります。

地域の社会資源の把握と連携強化

地域の認知症の方を支える団体と顔が見える関係を築き、支援者との協働体制をつくります。地域の多職種交流会や勉強会に参加するとともに、医療機関・街かどケアカフェ・介護保

険事業所・家族会・認知症介護家族による介護なんでも電話相談・地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などの社会資源の把握および連携の強化を図ります。

また、本人の声をお聞きし、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、本人とともに地域関係者が話し合い考える機会を持ちます。（本人ミーティングの開催）

普及啓発・研修

認知症を理解し、認知症の方が安心して暮らせる地域を作るため、地域からの要望により認知症サポーター養成講座を開催し、講座ではN-i m p r o（ニンプロ）を活用する機会を設けます。また、認知症サポーター養成講座を一度受講した方へ向けてフォローアップ講座の開催を行います。さらに、認知症の方の支援に関わる会議体への参加や研修を受講して認知症に関わる情報発信などを行い、地域で認知症の方が生活しやすい地域づくりを行っていきます。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

光が丘ボランティア・地域福祉推進コーナー主催の高齢、障がい、保健福祉サービス事業所間の連絡会「グリーンリボンネットワーク」に参加して各資源の情報共有を行いつつ、支援者ネットワークを構築します。また、地域ケア個別会議への参加も依頼し、地域支援の方法を検討します。

資源開発

地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行います。開発においては地域の関係者が活動しやすいよう、社会福祉協議会や行政および関係機関と連携を行い、環境整備を進めます。また、地域包括支援センターの強みでもある介護支援専門員からの意見なども集約し、資源開発の推進役となります。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

高齢者実態把握調査をもとに、介護保険・自治体の見守りサービス未利用者をリストアップすることで抽出された約600件の高齢者宅を個別に訪問し、生活実態の把握、アセスメントを実施し、介護保険、区の福祉サービス等の紹介と共に地域の活動団体につなげていきます。また、生活範囲の縮小が予測される方には健康管理や介護予防などの啓発を行い、健康が維持できるように支援をいたします。できるだけ社会参加ができるよう、街かどケアカフェなど交流の場を情報提供し、生活の質の向上や介護予防を図っていきます。

訪問支援協力員との連携

現在、訪問支援協力員の登録は4名ですが、さらなる事業の深化を図るために、訪問支援協力員を増員し見守り体制を築きます。訪問支援協力員同士の交流や資質向上のため、訪問支援協力員連絡会を年2回開催し、必要に応じて訪問支援協力員に対する相談支援を行います。希望する高齢者に対して、見守り訪問員での活動を説明し、地域での活動の幅を広げ、地域に密

着したゆるやかな見守りの基盤を作ることが出来るような支援を行っていきます。

高齢者を見守る地域づくり

高齢者および地域住民の交流、相談、介護予防の拠点として、北町地区区民館、氷川台地区区民館等において出張型街かどケアカフェ事業を年 18 回以上実施します。地域のネットワークづくりとして民生児童委員と情報交換を目的とした連絡会を地区別に開催し、必要に応じて共に個別訪問をするなど連携体制を構築します。また、ゆるやかな見守りとして練馬区見守り協定参加事業者、薬局、商店街、コンビニエンスストア等と連携をしていきます。さらに、今年度は地域の薬局やコンビニエンスストアに協力を依頼して、街かどケアカフェ事業における高齢者の方へ向けた介護相談や介護予防の機会を増やします。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 キングス・ガーデン東京
センター名称	練馬キングス・ガーデン地域包括支援センター

運営方針

練馬区地域包括支援センター業務の円滑な実施、および適切、公正かつ中立な運営に資することを目的とします。また当法人の基本理念である「夕暮れ時に、光がある」に則り、増加するひとり暮らし高齢者への対応や、在宅医療等の医療と介護の連携推進を強化し、相談の充実を図るなどセンターが地域包括ケアシステムの中核的機関としての役割を果たし、地域に住まう人々が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように支援してまいります。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。キャリアパス制度に則した個別人材育成シートを活用し個別面談を行い共有していきます。

職員の資質向上のための取組み

職員一人ひとりの資質、モラルの向上を図り、能力を最大限に生かします。キャリアパス制度に則した個別人材育成シートを活用します。法人のステップアップ研修、職場内研修（事例検討会等）、職場外研修を実施します。

練馬区および他センターとの連携

圏域連絡会などを通じて情報共有やそれぞれの地域の特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援を強化できるように連携します。

個人情報の保護および適正な管理

「練馬区委託事業者等向け情報セキュリティ教材」を利用して研修を実施します。職員間で日頃から個人情報の保護に対し注意を怠らないようにし、情報管理の強化に取り組みます。個人情報の運用管理を徹底します。

苦情処理体制

介護保険に関する苦情報告は区に報告します。他苦情については真摯に受け止め、早急に対策を検討し対応します。また、法人内の苦情事故対策委員会にも報告します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者人口や医療・介護資源等の状況を把握し、総合相談支援を電話、訪問、来所等により

行います。ワンストップの相談窓口として多様な相談について内容を的確に把握し課題を明確にします。多くの支援を必要とする人に多職種の意見を支援に活かしチームアプローチを実践します。専門職として対応できるように職員研修の充実、区や介護保険関連事業所との連携強化を図ります。

地域包括支援ネットワークの構築

相談支援の実施等を通じ、町会・自治会、民生・児童委員、医療機関、介護事業者、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図ります。また、地域ケア会議を活用します。

実態把握・安否確認

高齢者の身近な地域において実態把握・安否確認を一体的に実施することにより、地域包括ケアシステムの確立に向けた中核機関としての役割を果たします。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、総合福祉事務所高齢者支援係に報告し 48 時間以内に事実確認・情報収集を行います。実態把握や安否確認を行い、コア会議にも参加し、支援方針を協議し、関連機関と協力しながら対応、再発防止の支援を行います。

成年後見制度等の利用支援

高齢者の人権尊重に取り組み、問題を抱える人に多職種で連携し、必要である場合は中核機関である社会福祉協議会と連携を取り、日常生活支援事業を勧め、或いは成年後見制度の利用支援を行います。

消費者被害の防止

警察や消費生活センターなどの関連機関と連携し、消費者被害の情報を把握します。被害を未然に防ぐように支援していきます。被害を受けている方の支援のため関係機関を紹介し再発防止に取り組みます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源を活用し、地域包括ケアシステムを構築します。住み慣れた地域で安心して暮らせるように、介護支援専門員、医療機関等専門職の連携と民生委員、自治会などの地域連携を実践します。地域のフォーマル、インフォーマルの多様な社会資源を利用し、地域でのゆるやかな見守りから専門職の支援に至るまで切れ目のない支援を実施します。

介護支援専門員への支援

良質なケアマネジメント普及向上のために地域の介護支援専門員との勉強会を開催し、必要な情報収集、情報提供を行い、同一の日常生活圏域内の介護支援専門員と共に専門的技能向上への支援に向けて取り組みます。介護支援専門員への相談内容を整理・分析し、経年的に把握することにより、区、センター等が実施する介護支援専門員の資質向上を目的とした取組に活用します。介護支援専門員のネットワーク構築および資質向上のための連絡会、事例検討会を企画し開催します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象となる高齢者が、要介護状態等になることの予防および改善を支援するため、心身の状況等を把握し、対象者自らの選択とケアマネジメントに基づき自立支援を目指した介護予防サービス計画を作成し、介護予防サービスやその他の適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援を行います。そのために地域の社会資源を把握し、活用できるように努めます。

プランの委託を行った居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画の内容を確認し、必要であれば指導や助言を行い、適切に給付管理を行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談を受け付けた際には、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等についてわかりやすく丁寧に説明を行います。また、高齢者がこれらのサービス利用を希望する場合には、要支援認定の申請、基本チェックリストの実施、介護予防サービス計画作成依頼届出等、各事業の利用支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別ケース検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、問題解決に向けた社会資源の把握や地域課題の発見、ネットワークの構築を図ります。地域ケア個別会議を年 12 回実施します。個別会議後は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人や家族、担当の介護支援専門員などの支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年 2 回開催します。地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題について共有およびその解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する視点で関係者間での話し合いを行います。参加者が地域課題を「我がこと」としてとらえ、新たなネットワークの構築を図り関係者と共に情報共有していきます。会議後議事録を作成し、アンケート結果と共に関係者に個別に配布し、情報共有します。

地域ケア予防会議の開催

介護予防事業の推進に取り組みます。会議で抽出された助言を基に、適切な介護予防ケアマネジメント計画を作成し、利用者の日常生活の自立に向けた支援を行い、要介護状態、重度化防止を図り、地域資源の有効活用等の観点からサービスの見直しを行います。会議後の助言を基に計画し、モニタリングを実施します。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

センター内に「医療介護連携推進員」を配置し、医療と介護の相談窓口として機能を果たすため、地域住民への周知を行っていきます。高齢者が住み慣れた地域で医療や介護が適切に受けられ、出来る限り自分らしい生活ができるように本人や家族、介護支援専門員、医療機関、民生委員、介護事業者等の相談に応じ、関係機関の連携が十分に行われるように、相談および

<p>連携を図ります。また、医療機関および介護サービス事業者地域団体等の多職種による在宅医療介護連携に関する事例検討会または研修等を計画的に開催します。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化 地域の医療機関との連携強化のために、個々の医療機関へ訪問し地域包括支援センターの周知を行い、地域ケア会議にお誘いし連携をとれる体制をつくります。</p>
<p>普及啓発・研修 出張型街かどケアカフェ事業の中で健康リテラシーの啓発を行います。医療と介護の相談窓口として、在宅医療および在宅医療連携に関する会議体や研修等に適宜参加します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援 センター内に「認知症地域支援推進員」を配置し、認知症の高齢者および若年性認知症の方やその家族、医療介護関係者からの相談を受け、アセスメントを実施します。また、必要に応じて「認知症専門相談・初期集中支援チーム員合同カンファレンス」を開催し認知症の方の支援について認知症専門医または認知症サポート医およびチーム員にて共有化を図ると共に対応を検討し個別課題の早期解決を図ります。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化 地域の認知症の方の支援をしている団体と顔が見える関係を築き、支援者の協働体制をつくります。多職種による在宅医療・介護連携を行います。交流会や勉強会に参加し、社会資源の把握および連携の強化を図ります。</p>
<p>普及啓発・研修 地域の関係者を対象に認知症サポーター養成講座の開催やニンプロ、DASC-21 の活用を行い、認知症の人が住みやすい地域づくりを支援します。事例検討会や研修等を計画的に開催します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携 地域の社会資源の発掘や利用者の困りごとの相談をさせていただき、連携を図ります。地域ケア会議への出席を依頼し、連携強化を図ります。</p>
<p>資源開発 ボランティア団体等の活動団体を発掘し、働きかけ、情報共有を行い、地域住民への普及に努めます。社会参加への意欲の向上を図っていきます。また、地域ケアセンター会議等の実施を通じ、担当地区内の地域団体の活動支援や不足する生活支援サービスの創出に努め、生活支援コーディネーターとの情報共有を図ります。</p>

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

高齢者実態調査を基に区が作成した訪問対象者名簿に基づき戸別訪問を行い、地域で孤立することのないよう生活実態の把握および介護予防等の必要な支援へつなぐための相談を行います。

訪問支援協力員との連携

訪問支援員は訪問支援協力員と連携し見守りを行い、訪問支援協力員同士の交流や資質向上の為、訪問支援協力員連絡会を年2回実施します。また、必要に応じて訪問支援協力員に対する相談支援を行います。

高齢者を見守る地域づくり

民生委員・地域団体や事業者等による会議体へ参加し情報収集を行います。地域住民と連携しひとり暮らし高齢者を孤立させずに、住み慣れた地域で生活できるように見守っていきます。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	田柄地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を作成し、仕様書に沿った事業展開を行います。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、目標達成に向けて役割分担を行い、進捗管理をします。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取組

ア)人事考課制度に基づき個々の目標設定を行い、達成に向けて業務管理を行い専門職としての成長と事業所全体の事業の質の向上を図ります。

イ)職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア)「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を年間通して計画的に受講します。

イ)新任職員OJTマニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などを通じ職種間での情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会等の企画実施

ア)近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画開催し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

個人情報の保護および適正な管理

相談支援業務において、「個人情報はその人そのもの」として個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の方針の下、法人が、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が直接、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情に関しては、課内、法人のサービス向上担当課で検討し、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情を受け付ける際には、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けていけるよう、地域のワンストップの相談拠点として機能し、本人や家族・地域住民から相談に対して適切な制度や機関・サービスなどに繋いでいきます。相談内容の記録はできる限り迅速に行い、どの職員でも対応ができるような体制をとり、記録の安全な保管に努めます。

地域包括支援ネットワークの構築

地域の自治会や町会、民生児童委員、介護保険事業所、その他の関係機関との情報交換や連携を強化し、地域全体へ向けた支援力の向上を図ります。また、「地域ケアセンター会議」を年2回開催し、地域の課題発見・課題解決に向けた取り組みを実施します。担当地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などに参加するなどして、地域の社会資源やニーズを把握し相談者に適切な情報を提供します。

実態把握・安否確認

実態把握のために自宅や関係機関に訪問をし、本人の様子確認および情報収集を実施します。安否の確認ができない高齢者に関しては、自宅や関係機関に訪問・連絡をし、情報収集を

行います。必要に応じて医療機関・警察署・消防署等と連携を図り、安否確認および本人の安全確保に努め適切な支援を実施します。また、高齢者の方々が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、関係機関や区民と協力し、地域の見守りの目を増やしていきます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待の通報を受けたら 48 時間以内に事実確認・情報収集を行います。総合福祉事務所高齢者支援係と共にコアメンバー会議に参加して支援方針を定め、方針に沿った支援対応を多機関と協働し実践します。その後、ケース会議で定めたモニタリング期間に沿ってモニタリングを実施し、定期的なモニタリング・評価を行い、終結を目指し、高齢者の生活が安定するまで支援をすると共に再発防止に向けた相談支援を行います。

また、地域の居宅介護支援事業所に向けて、虐待の視点を伝える機会を持ち、早期発見に繋がります。職員は高齢者虐待に関する研修を受講し、虐待の早期発見に努め、高齢者の人権を尊重し尊厳を守るよう支援をします。

成年後見制度等の利用支援

自己決定が難しい状態にある方について、生活全般についてアセスメントを実施し高齢者の権利を擁護できるよう支援をします。また、本人・家族等に情報提供を行い、適切な機関へ繋ぎ、成年後見制度の利用に向けた支援を実施します。成年後見制度の申立人が不在であるなど区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めます。さらに、職員は、権利擁護に関する研修受講や権利擁護事業に関する連絡・調整・相談者の資質向上を目的とした連絡会に参加し、資質の向上を図ります。

消費者被害の防止

消費生活センターや法テラス・警察署などの関係機関と連携し、被害が未然に防げるよう支援します。権利侵害を受けている方の支援については、関係機関と連携し、早期に権利侵害からの回復支援を行い、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度を活用していくなど、再発を防止していきます。そして、地域の警察署とも連携を図り、地域の現状や事例を共有し、街かどケアカフェ参加者等の地域への情報発信も担います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

多様な生活課題を抱えている高齢者の方が地域で安心してその人らしい生活を続けるために、その担い手の中心である介護支援専門員に対して、関係機関との連携体制構築の支援、介護支援専門員同士のネットワーク構築の支援、介護支援専門員の実践力向上の支援を行い、包括的・継続的なケアマネジメントを実践できるよう環境を整備していきます。また、地域で行われる事例検討会など計画的に実施し、介護支援専門員の職能団体等が開催する事例検討会に参画、発言・提案を行うことで、ケアマネジメントの深化を促進します。

介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの深化・推進に向け介護支援専門員との勉強会等を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行います。地域の介護支援専門員が円滑な業務が実施できるよう「けあまねひろば ひかり」などを通じ、介護支援専門員のネットワーク推進を図っていきます。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

要支援 1・2 の方および介護予防・生活支援サービス事業対象者の方が、出来る限り在宅で自立した日常生活を継続するために「介護予防サービス」や「介護予防・生活支援サービス事業」の利用に向けた支援を実施します。居宅介護支援事業所委託分についても、介護予防の視点を踏まえて介護支援専門員と協力して自立支援を目指す働きかけを行います。

介護予防サービスの利用支援

基本チェックリストを実施し、介護予防・生活支援サービス事業対象者の可否について確認し、事業対象者・要支援者の場合は、アセスメントを行い適切な支援を実施します。また、介護保険サービスによる支援だけでなく、地域の社会資源を活用し、支援内容を充実させます。介護予防把握事業業務である「はつらつシニアクラブ」参加者への相談にて、地域団体とのマッチングや社会参加の機会を増やすような働きかけを行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別ケースの検討を通じ、高齢者の課題解決を支援すると共に、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図ります。地域ケア個別会議を年 12 回以上開催し、会議において個別支援から地域全体の課題としてとらえ、地域の課題解決力の向上も図ります。個別事例は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人やご家族、担当の介護支援専門員等の支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年 2 回開催し、地域ケア個別会議等にて抽出された地域課題の解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合います。話し合った結果については開催報告書により内容を参加者と共有します。

地域ケア予防会議の開催

区が開催する地域ケア予防会議に出席し、会議で出された助言を基に、適切な介護予防ケアマネジメント計画を作成します。介護予防・生活支援サービスの活用により、利用者の日常生活の自立に向けた支援を行い、要介護状態への移行を予防します。必要に応じて事例のモニタリングを行い、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの継続を行い、出席した職員は、専門職の資質の向上を図るため、参加していない職員に会議内容を報告し共有します。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

在宅療養のコーディネーターとして、医療・介護連携推進員を配置し地域に暮らす高齢者が住み慣れた環境の下で、医療や介護が適切に受けられ自分らしい生活を継続できるように、高齢者本人およびご家族の意思を十分に把握した上で相談対応や支援を行います。相談内容に応じて適切なサービスや専門機関、地域の関係者と連携して対応します。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関等に出向き、地域包括支援センターのチラシ等を配布し「医療と介護の相談窓口」の機能を周知します。また、収集した医療資源の情報をセンター職員と共有し、関係機関の特徴を活かして、利用者個々の事情に合わせた社会資源のマッチングを行います。そして、震災時における医療の確保などをテーマに社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画やマニュアルを再確認し災害に備えます。地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参画し、連携の強化を図ります。

普及啓発・研修

区民の健康増進および疾病・介護予防に関するリーフレットを作成し、出張型街かどケアカフェ事業等でヘルスリテラシー向上につながる講話を実施します。年1回以上の多職種による事例検討会等を企画し、在宅医療・介護の連携の取り組みを推進します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

本人および家族からのもの忘れや認知症等に関する相談に応じて、適切な医療機関や介護サービス等につなげます。本人を中心に考え、具体的な困りごと、心身の状況、家族の状況などを聞き取るなかで、必要に応じて専門相談である認知症初期集中支援推進事業の利用を視野に入れ支援します。

また、認知症専門医・サポート医による医療的な助言・見解を必要とする方については、認知症初期集中支援推進事業対象者に位置付け、DASC-21を活用したアセスメントを実施し、チーム員会議にて方針検討を行ったうえで、支援を行い、適切な医療機関・介護サービス等に繋ぎ、個別課題の早期解決を図ります。

地域の社会資源の把握と連携強化

地域の認知症の方を支える活動をしている団体等と顔の見える関係づくりを実施します。地域の多職種交流会や勉強会に参加するとともに、医療機関・街かどケアカフェ・介護保険事業所・家族会・認知症介護家族による介護なんでも電話相談・地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などの社会資源の把握および連携の強化を図ります。さらに、地域の多職種交流会や勉強会に参加し、田柄地域ならではの社会資源の把握および連携の強化を図ります。

認知症の本人や家族が悩み等を共有できる「居場所づくり」として月1回茶話会をボランティアと開催します。そこでアクションミーティング（本人ミーティング）を実施し、認知症理解と本人本意の支援を推進します。ボランティアを増やし支援の実現に向け取り組みます。同時に家族会を開催し家族の支援にも取り組みます。

普及啓発・研修

地域ケアセンター会議等で認知症地域支援推進員の活動の周知等を行い、地域住民や関係者へN - i m p r o（ニンプロ）を積極的に活用した「認知症サポーター養成講座」を3回以上行います。センター職員は認知症ケアセンター方式を活用した事例検討会への参画、認知症初期集中支援チームに関する研修を受講します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

地域の高齢者の日常生活ニーズ調査および地域社会資源の状況を把握するため、生活支援コーディネーターと情報交換会を行い、連携します。

資源開発

地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行います。開発においては地域の関係者が活動しやすいよう、社会福祉協議会や行政および関係機関と連携し、地域の特性に合わせた地域包括支援ネットワークを構築します。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

練馬区より提供されたリストを精査し、介護保険・自治体の見守りサービス未利用者をリストアップすることで抽出された約 500 件の高齢者宅を個別に電話連絡や訪問し、相談窓口であることを周知します。対象者のアセスメントを行い、必要に応じてサービスの紹介をします。

できるだけ社会参加ができるよう、街かどケアカフェなど交流の場を情報提供し、生活の質の向上や介護予防を図ります。また、定期的な見守りが必要と思われる方、および見守り希望者には定期訪問に繋ぎ、ボランティアによる見守り体制の構築をめざします。

訪問支援協力員との連携

見守り訪問ボランティアや訪問支援協力員を募集し、見守り訪問事業やゆるやかな見守り希望者と繋がります。ボランティアの募集についてはチラシを活用し、地域の拠点に配布をします。認知症サポーター養成講座修了者に、事業の周知とボランティア募集を行って地域の活動の幅を広げ、地域に密着したゆるやかな見守りの基盤を作ることが出来るよう支援を行います。また、登録ボランティアの会議を年 2 回以上開催し、意見交換を行い、課題の発見と評価を行います。

高齢者を見守る地域づくり

高齢者および地域住民の交流、相談、介護予防の拠点として、田柄地域集会所、田柄特別養護老人ホームにおいて出張型街かどケアカフェ事業を年 18 回以上、コンビニエンスストアにおいて 3 回実施します。練馬区高齢者見守りネットワーク協定業者、薬局、高齢者の活動拠点などに出向き、異変が見受けられる高齢者の早期発見の際に、情報提供してもらえる体制を構築します。また、情報提供があった際は早期対応を行います。区で開催の高齢者見守り連絡総会に年 1 回参加します。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 東京福祉会
センター名称	練馬高松園地域包括支援センター

運営方針

地域包括支援センターは、地域で生活する高齢者等の健康保持・生活の安心のために必要な相談支援を実施します。

そのために、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、在宅医療や認知症に関する相談支援業務、ひとり暮らし高齢者等訪問支援業務、地域ケア会議推進業務、生活支援体制整備業務、出張型街かどケアカフェ業務、福祉用具貸与業務、はつらつシニア業務を実施します。

事業を行うにあたり、配属されている職員に対して、スケジュール等を示し事業内容を周知します。利用者に対しては、各事業の実施時に、適宜事業内容を周知します。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

各職員と協議を重ねつつ、センター内での合意形成を図りながら事業計画書を作成し職員と共有するとともに、該当年度初めの会議において年間スケジュールを含め周知します。

策定した事業計画は常に閲覧ができる場所に保管します。新任職員に対しては、事業計画の理解について確認をします。適宜事業計画の実施状況や進捗状況について確認します。

職員の資質向上のための取組み

住み慣れた地域で、安全で、自分らしい生活を継続させるための支援である事を踏まえて、常に当事者の最善の利益を図るために業務を遂行します。このため、職員は業務に必要な技術知識等の習得を積極的に行ないます。また、コンプライアンスの徹底を図り、各職員が遵守すべきルールの正しい認識などのため、外部研修等に積極的に参加します。

練馬区および他センターとの連携

定期報告に加え、虐待ケースなどでは、必要に応じて区の関係部署と連携を取ります。また、圏域会議・地域包括支援センター長会・各職種会議を通して、区や他のセンターとの連携を図ります。出張型街かどケアカフェ事業などについては、他センターとの共催も検討します。

個人情報の保護および適正な管理

個人情報保護規定やマニュアルなどを活用し、各職員の意識を高めます。各職員に対しては、個人情報保護に関する研修を年1回以上行います。個人情報保護法等、関係法令および厚生労働省のガイドラインを遵守し、収集した個人情報は、鍵のかかるロッカー等で保管します。また、パソコンにはパスワード付きスクリーンセ이버を設定するなどの対策をします。不要となった書類を破棄する場合はシュレッダーを使用します。

苦情処理体制

相談・苦情に対応する窓口を設置すると共に、苦情解決の責任者・受付方法等を整備し、利用者の要望・苦情に対し迅速に対応します。また、速やかに区の担当部署に連絡し、連携を取りながら対応します。

各事業の実施方針**1 包括的支援事業****総合相談支援業務****総合相談支援**

多様な相談に対応できるよう職員研修を行い、窓口体制等を充実します。また、関係機関と情報交換を行い、相談窓口の広範な連携強化を図ります。毎週のミーティング時などに、各職員が担当しているケースについて報告や相談を行う事で、支援内容や方向性の確認、情報の共有を図ります。

地域包括支援ネットワークの構築

地域における関係機関のネットワーク構築を図り、保健・医療・福祉をはじめとする適切な支援を実施します。また、地域ケア会議等を通じて情報交換を図ります。

実態把握・安否確認

高齢者の心身状況や家庭環境等についての実態把握を行い、隠れた問題やニーズを発見し早期対応できるように取り組みます。地域の会合などに出席した際は積極的に声かけを行い、支援を必要とする高齢者の情報を収集します。ひとり暮らし高齢者等訪問事業と併せて、必要と思われる世帯を訪問し、安否確認を行ないます。

権利擁護業務**高齢者虐待への対応**

高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、関連部署等と連携を図り適切に対応します。虐待防止のための相談支援を実施し、事実確認を行います。ケース検討会やコアメンバー会議を通じて支援方針を決定し、経過観察を行うと共に、再発防止に向けた相談支援を行います。

成年後見制度等の利用支援

対象者に認知症などによる判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスに加え、金銭的管理、法律的行為などへの支援のため、成年後見制度の活用を図ります。申し立てに必要な書類の準備などについて支援します。また、利用促進のため、地域ケア会議などを通して制度の説明などを行います。

消費者被害の防止

地域団体や関連機関と連携し消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応を行なうことで、被害を未然に防ぐように支援すると共に、被害を受けている方の支援を行い、関係機関と連携し、権利侵害からの回復を図ります。また、情報提供用シートなどを用いて関連機関に情報提供を行うことで、再発防止に努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務**包括的継続的ケアマネジメントの環境整備**

地域における包括的継続的ケアマネジメントを実施するため、関係機関との連携を構築し、地域の介護支援専門員と関連機関との連携を支援します。また、地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう地域の連携・協力体制を整備します。

介護支援専門員への支援

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行います。

介護支援専門員の資質向上を図る観点から、関係機関と連携を取り情報提供や事例検討会等を行います。

地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方法を検討し、指導助言を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

対象者が介護予防に資する保健医療サービスまたは福祉サービスの適切な利用により、現在の状態の維持・改善が図れるように、自立支援に向けた介護予防サービス計画を作成します。居宅介護支援事業所に委託した場合にも、適切なサービスの実施が図れるよう、指導・助言します。

介護予防サービスの利用支援

対象者の自立した生活を目指し、要介護状態となることの予防や改善に資する支援を行います。

当該計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、事業者との連絡調整を行います。実施に当たっては、区、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体と連携を図るとともに、公正中立を確保するため、サービス事業者を選定した経緯等を記録するなどの取り組みを行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

地域ケア個別会議では、高齢者個人のケースに対する多職種による検討を通じて、高齢者の課題解決を支援すると共に、問題解決のための地域支援ネットワークの構築を目的としています。また同時に、検討のプロセスを通じて、支援体制の脆弱点、社会資源や人材の課題等といった地域課題の把握を目的としています。検討したケースについては、必要に応じて継続的に支援し、モニタリングします。

平成 31 年度においては、継続して個別会議を実施するなどにより課題解決につなげました。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議・地域ケア予防会議やその他の委託業務を通じて把握した地域課題について、解決に向け地域の関係者で検討します。検討された内容・結果については、関係者にフィードバックします。

平成 31 年度においては、地域ケアセンター会議で検討した結果を参加者それぞれが持ち帰り、事業所などで共有していただきました。

地域ケア予防会議の開催

個別ケースについて、多職種協働により自立支援に向けた協議・検討を行います。検討された内容については、必要に応じて継続的に支援し、モニタリングします。

平成 31 年度においては、地域ケア予防会議での助言を基に利用者の状態に合わせて支援を行いました。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療と介護の相談窓口において、医療機関や本人・家族などからの相談に対し、介護サービス事業所などと連携して支援に当たります。また、介護サービス事業所への情報提供や助言を行うことにより、医療介護の連携を進めます。

地域の医療資源の把握と連携強化

相談支援の実施を通じて地域資源を把握し、リストを作成します。リストの情報は最新のものを掲載するように随時更新します。把握した情報については、地域の医療・介護関係者間の連携や相談時の情報提供に活用していきます。また、地域ケア会議などを通じ、地域の医療・介護サービス事業所等との連携を図ります。

普及啓発・研修

地域住民・事業所などに向けて、在宅医療や医療・介護連携に関する理解を深めてもらえるよう研修会などを実施します。また、在宅医療、医療介護連携に関する研修等に積極的に参加します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

医療と介護の相談窓口で認知症地域支援推進員を置き、認知症高齢者・若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者からの相談を受けます。適切なサービス、関連機関や各種制度の利用、認知症専門病院の助言を受けるなどにより、認知症高齢者が地域で安心して暮らしているように支援します。

地域の社会資源の把握と連携強化

医療機関だけでなく、地域で認知症の方を支援する活動を行っている団体を把握します。また、老人クラブ・町会・近隣商店などと共に、コンビニエンスストアなどとも連携を強化し、地域での協力体制を作っていきます。

普及啓発・研修

介護サービス事業所だけでなく、地域の住民向けにも認知症について理解を深めてもらえるよう、N-impro(ニンプロ)などのツールを使い認知症に関する勉強会を開催します。また、認知症に関する研修会などに積極的に参加します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

生活支援コーディネーターと連携し、地域の特性や社会資源、課題等を把握していきます。また、地域ケア会議などで、生活支援サービス等が不足している状況を把握した場合は、生活支援コーディネーターと情報共有します。

資源開発

地域ケア会議の実施などを通して、担当区域内の地域団体の活動を支援します。また、不足していることが把握できた生活支援サービスの創出等に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

ひとり暮らし高齢者および高齢者のみ世帯の高齢者が地域で孤立する事のないように、対象者名簿に基づいて自宅を戸別訪問し、生活実態の聴取と基本チェックリストを実施します。必要に応じて介護保険サービスや区の高齢者サービス等必要な支援につなげる他、介護予防事業やサロン活動等への参加を促します。

訪問支援協力員との連携

円滑な訪問支援活動に向けて、民生委員や地域の方々と連携します。定期訪問が必要と判断された場合、訪問支援協力員と連携し、定期訪問（見守り訪問）を実施します。そのために、訪問支援協力員の募集を行うなどにより体制を整えます。また、定期的に連絡会を行い、訪問支援協力員同士の交流・資質向上を図ると共に、新任研修・フォローアップ研修など、区が実施する研修を案内し参加を促します。

高齢者を見守る地域づくり

民生委員、町会・自治会・老人会などに働きかけ、高齢者を見守るための地域づくりを行います。地区の民生・児童委員協議会や町会・自治会の会合など、関連団体の会議に積極的に参加し、顔の見える関係を築くと共に、支援を要する高齢者の情報等を収集します。また、練馬区高齢者見守りネットワーク事業協定を締結している事業者とも連携を取り、地域全体で高齢者を見守る体制づくりを図ります。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	光が丘地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、地域より信頼されるサービス提供を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を作成し仕様書に沿った事業展開を行います。

年度初めに全職員で計画内容を確認します。目標達成に向け役割を分担し進捗を管理します。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア)人事考課制度に基づき個々の目標設定を行い、達成に向けて業務管理を行い専門職としての成長と事業所全体の事業の質の向上を図ります。

イ)職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア)「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を計画的に受講します。

イ)新任職員OJTマニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ包括的な連携を行います。圏域連絡会等を通じ職種間での情報共有や地域特性に合わせた課題解決を検討、連携し地域への支援力を強化します。令和3年度、圏域内担当区域の再編成に向け、地域の混乱を最小限にするために連携を強化します。

勉強会等の企画実施

ア)近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画開催し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

個人情報の保護および適正な管理

相談支援業務において、「個人情報はその人そのもの」として個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の方針の下、法人が、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が直接、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情に関しては、課内、法人のサービス向上担当課で検討し、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情を受け付ける際には、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

ワンストップの相談窓口として、多様な相談について内容を的確に把握し課題を明確にします。多くの支援を必要とする人に多職種の意見を支援に活かしチームアプローチを実践します。専門職として対応できるよう職員研修の充実、区や介護保険関連事業所との連携強化を図ります。

地域包括支援ネットワークの構築

関係機関との情報交換や連携を強化し、適切な支援を行います。地域の社会資源やニーズを把握し相談者に適切な情報を提供します。担当地域の民生児童委員協議会、地域密着型サービス事業所の運営推進会議などに参画します。地域の自治会や町会、民生児童委員、介護保険事業者、その他関係機関との連携を目的とした「地域ケアセンター会議」を年2回開催し、地域の課題発見・課題解決に向けた取り組みを実施します。

実態把握・安否確認

地域住民や関係機関からの相談内容に応じて緊急性を判断し、訪問および電話等で実態把握や安否確認など早急な対応を行い必要な支援につなぎます。多職種での対応を原則とし、多角

的な視点で対応を行い、緊急時における事故を防止します。本人、家族の隠れた課題やニーズを発見し、適切に対応します。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、総合福祉事務所高齢者支援係に報告し、48時間以内に事実確認・情報収集を行います。総合福祉事務所が開催する、コアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、コアメンバー会議で示された支援方針に沿って、個別ケース会議へ出席するなど、関係機関と連携しながら対応、再発防止の支援を行います。

高齢者の権利を守るため、高齢者虐待に関する研修を職員が受講し適切に対応します。

地域ケア会議などで地域に向けて虐待に対する啓発と通報先を周知していきます。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力が欠ける状況にある方に対して、自分らしい生活を維持するために生活全般のアセスメントを行い、権利が養護されるよう成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等につなげます。成年後見制度の申立人が不在であるなど区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めていきます。

消費者被害の防止

警察や消費生活センター、法テラスなどの関係機関と連携し、消費者被害の情報を把握し被害を未然に防ぐよう支援します。被害を受けている方の回復支援のため関係機関を紹介し再発の防止に取り組みます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源などを活用したケアマネジメントの体制を構築します。

住み慣れた地域で安心して暮らせるように、介護支援専門員、医療機関等専門職の連携と民生委員、自治会などの地域連携を実践します。地域のフォーマル、インフォーマルの多様な社会資源を利用して、地域でのゆるやかな見守りから専門職の支援に至るまで切れ目のない支援を実現します。

介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域の介護支援専門員との勉強会を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行います。地域の介護支援専門員が円滑な業務が実施されるよう、「けあまねひろば ひかり」「主任ケアマネ ひかり」などを通じ、介護支援専門員のネットワーク構築の推進を図ります。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

総合事業の利用に際し、多様なサービス形態の中から本人の意向や状況に適したサービスを効果的かつ効率的に利用し、住み慣れた地域で本人の有する力を発揮しながら自立した生活を継続できるように適切なケアマネジメントを行います。

自主的に介護予防活動に取り組んでいかれるよう一般介護予防活動の紹介を行います。

介護予防把握事業で定められた、「はつらつシニアクラブ」での相談により、地域の高齢者の

実態を把握し、個別の状況に適した地域活動参加への勧奨を行います。

居宅介護支援事業所への委託プランは、ケアプランの内容の確認、サービス担当者会議の同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

介護予防サービスの利用支援

要支援認定者に対し、自立した生活を継続するために、本人の望む生活、自立を目指した支援を行います。アセスメントのもと適切なサービスを利用できる様に調整し介護予防支援を実施します。居宅介護支援事業所への委託プランは、ケアプランの内容の確認、サービス担当者会議の同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別ケースの検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図ります。地域ケア個別会議を年 12 回実施します。個別事例は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人やご家族、担当の介護支援専門員などの支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年 2 回開催します。地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題（認知症の方が暮らしやすい街づくり、地域の居場所づくりなど）についてその解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合いをします。話し合った結果については参加された関係者と共有します。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議(練馬区主催：年 1 ~ 2 回)に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。会議で出された助言を基に、適切な介護予防マネジメント計画を作成し、介護予防・生活支援サービス事業の利用により、利用者の日常生活の自立に向けた支援を行い、要介護状態、重度化を予防します。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

高齢者が住み慣れた地域で医療や介護が適切に受けられ、できる限り自分らしい生活ができるよう、高齢者や本人、家族、医療機関、介護支援専門員、民生委員からの入院、退院、在宅療養に関する相談に対応し、必要に応じて医療や介護サービス、手続きの支援を行います。支援に関わる関係機関の連携が十分に行われるよう、相談および連携を図ります。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用し、医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行います。情報収集では関係機関の特徴を把握し、利用者個々の事情に合わせた社会資源のマッチングを行います。地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参加し、連携の強化を図ります。また、震災時における医療の確保等をテーマに社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画に沿って行動します。

普及啓発・研修

出張型街かどケアカフェ等で熱中症、インフルエンザ等感染症予防、フレイル対策等についての講座を開き、健康リテラシーの啓発を行います。また、実際の在宅医療を知る講演会を開催し、本人・家族の情報提供を行うことで、在宅療養を促進する役目を担います。

4 認知症施策の総合支援**認知症に関する相談支援**

認知症の早期対応を目的とし、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて専門相談(認知症初期集中支援推進事業)の利用を支援します。

認知症地域支援推進員が中心となって、毎月行われるチーム員会議に参画し、認知症専門医、認知症サポート医、チーム員で事例を共有、検討し個別課題の早期解決を図ります。

認知症の人やその家族の視点を重視した支援を行います。

地域の社会資源の把握と連携強化

地域で認知症の人を支援している団体と顔が見える関係を築き、支援者の協働体制をつくります。地域の多職種交流会や勉強会に参加し、社会資源の把握および連携の強化を図ります。

普及啓発・研修

地域の関係者へ「認知症サポーター養成講座」を行い、認知症の方の住みやすい地域づくりを支援します。また、「本人ミーティング」の開催を通じ、認知症の本人の声を聴き、本人支援の取り組みを実施します。

5 生活支援体制整備**生活支援コーディネーターとの連携**

光が丘ボランティア・地域福祉推進コーナー主催の高齢・障害・保健福祉サービス事業所間の連絡会「ひかりのかけはし」に参加して、各資源の情報共有を行いつつ、支援者ネットワークを構築します。また、地域ケア個別会議への参加も依頼し、地域支援方法を検討します。

資源開発

地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行います。開発においては、地域の関係者が活動しやすいよう、社会福祉協議会や行政および関係機関と連携し、環境整備を進めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援**地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援**

訪問支援員は事業対象者名簿に基づき、年1回以上ひとり暮らし高齢者の自宅を戸別訪問します。戸別訪問による実態把握の結果に応じ、対象者を必要な支援につなげます。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員同士の交流や資質向上のため、訪問支援協力員連絡会を年2回開催します。

必要に応じて訪問支援協力員に対する相談支援を行います。具体的にどのような方法により対象者を見守るかを訪問支援員と対象者と協議決定します。月1回程度の戸別訪問を選択した場合、訪問支援員は訪問支援協力員と対象者との初回訪問のマッチングを行います。

高齢者を見守る地域づくり

練馬区高齢者見守りネットワーク協定業者、薬局、高齢者の活動拠点などに出向き、異変が見受けられる高齢者の早期発見の際に、情報提供してもらえる体制を構築します。情報提供があった際は早期対応を行います。地域の関係者との連絡会を年1回以上開催します。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	高松地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を作成し仕様書に沿った事業展開を行います。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、目標達成に向けて役割分担を行い、進捗管理をします。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア) 人事考課制度に基づき個々の目標設定を行い、達成に向けて業務管理を行い専門職としての成長と事業所全体の事業の質の向上を図ります。

イ) 職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア) 「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を計画的に受講します。

イ) 新任職員 OJT マニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などを通じ職種間での情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会等の企画実施

ア) 近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画開催し、担当地域の介護支援専門員の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを

行います。

個人情報の保護および適正な管理

相談支援業務において、「個人情報はその人そのもの」として個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。

人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った行動により、個人情報保護の徹底を図ります。

苦情処理体制

1) 事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の方針の下、法人が、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が直接、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情に関しては、課内、法人のサービス向上担当課で検討し、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

2) 他サービスに関して寄せられた苦情

苦情を受け付ける際には、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

ワンストップの相談窓口として、多様な相談について内容を的確に把握し課題を明確にします。多くの支援を必要とする人に多職種の意見を支援に活かしチームアプローチを実践します。専門職として対応できるよう職員研修の充実、区や介護保険関連事業所との連携強化を図ります。

地域包括支援ネットワークの構築

関係機関との情報交換や連携を強化し、適切な支援を行います。担当地域の民生児童委員協議会、地域密着型サービス事業所の運営推進会議などに参画します。民生児童委員・自治会・町会・介護保険事業所等、関係機関との連携を目的とした地域ケアセンター会議を年2回開催し、支援ネットワークの構築および強化を図ります。その他、毎月行われる「ひかりのかけはし」に参画し、高齢者関係機関に限らず、障がい・児童分野も含めた、支援ネットワークの構築を目指します。

実態把握・安否確認

地域住民や関係機関からの相談内容に応じて緊急性を判断し、訪問および電話等で実態把握や安否確認など早急な対応を行い必要な支援につなぎます。当該地域は、来所相談に比べ電話

相談から訪問による実態把握が多い地域特性であることから、初回面接にて適切なアセスメントを実施し、早期の課題解決に繋がります。また、必要に応じ、介護保険事業所や医療機関・警察署・消防署等と連携を図り支援を行います。多職種での対応を原則とし、多角的な視点で対応を行い、緊急時における事故を防止します。本人、家族の隠れた問題やニーズを発見し適切に対応します。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、総合福祉事務所高齢者支援係に報告し、48時間以内に事実確認・情報収集を行います。総合福祉事務所が開催するコアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、コアメンバー会議で示された支援方針に沿って、個別ケース会議へ出席するなど、関係機関と連携しながら対応、再発防止の支援を行います。

高齢者の権利を守るため、高齢者虐待に関する研修を職員が受講し、適切に対応します。

地域ケア会議などで、地域に向けて虐待防止に関する啓発と通報先を周知します。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力が欠ける状況にある方に対して、自分らしい生活を維持するために生活全般のアセスメントを行い、権利が養護されるよう成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等につなげていきます。成年後見制度の申立人が不在であるなど区長申立ての必要がある場合は、区長による成年後見申立てを求めています。また、今年度から開始する成年後見検討支援会議へ年6回出席し、中核機関と連携を図りながら、成年後見制度に関わる専門職や関係機関との地域連携ネットワークを強化し、多くの支援を必要とする事例等の支援方針の検討や後見人候補者のマッチングを行います。

消費者被害の防止

警察や消費生活センター、法テラスなどの関係機関と連携し、消費者被害の情報を把握し被害を未然に防ぐよう支援します。被害を受けている方の回復支援のため関係機関を紹介し、再発の防止に努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源などを活用したケアマネジメントの体制を構築します。

住み慣れた地域で安心して暮らせるように、介護支援専門員、医療機関等専門職の連携と民生委員、自治会などの地域連携を実践します。地域のフォーマル、インフォーマルの多様な社会資源を利用して、地域でのゆるやかな見守りから専門職の支援に至るまで切れ目のない支援を実現します。

介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの深化・推進にむけ、地域の介護支援専門員との勉強会を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行います。地域の介護支援専門員が円滑な業務が実施されるよう、「けあまねひろば ひかり」「主任けあまね ひかり」など地域の主任介護支援専門員と協働し、研修を開催します。研修での交流をとおり介護支援専門員のネットワーク推進を図ります。

本人や家族の意向を確認するとともに自立支援のための潜在的なニーズを把握し、「野中方

式」の事例検討会に参加し、地域の介護支援専門員への支援に活かします。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

総合事業の利用に際し、多様なサービス形態の中から本人の意向や状況に適したサービスを効果的かつ効率的に利用し、住み慣れた地域で本人の有する力を発揮しながら自立した生活を継続できるように適切なケアマネジメントを行います。

自主的に介護予防活動に取り組んでいかれるよう一般介護予防活動の紹介を行います。

介護予防把握事業で定められた、「はつらつシニアクラブ」での相談により、地域の高齢者の実態を把握し、個別の状況に適した地域活動参加への勧奨を行います。

居宅介護支援事業所への委託プランは、ケアプランの内容の確認、サービス担当者会議への同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防サービスの利用相談を受けた際には、希望しますサービスの内容や心身の状況などに合わせ、適切な方法で介護予防サービスが利用できるよう、健康長寿チェックシートまたは、要介護認定の実施を支援します。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別ケースの検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図ります。また、地域に共通します課題を明確化し、必要に応じ、資源開発や政策提言等に繋げます。地域ケア個別会議を年 12 回実施します。個別事例は必要に応じてモニタリングを実施し、継続的・包括的にご本人やご家族、担当の介護支援専門員などの支援を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年 2 回開催します。地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題（認知症の方が暮らしやすい街づくり、地域の居場所づくりなど）についてその解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合いをします。話し合った結果については参加された関係者と共有します。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議（練馬区主催：年 1 ～ 2 回）に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。会議で出された助言を基に、適切な介護予防マネジメント計画を作成し、介護予防・生活支援サービス事業の利用により利用者の日常生活の自立に向けた支援を行い、要介護状態、重度化を予防します。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

地域に暮らす高齢者が住み慣れた環境の下で、医療や介護が適切に受けられ、できる限り自分らしい生活を継続できるように、高齢者本人の意思を十分に把握した上で相談対応や支援を

<p>行います。相談内容に応じて、適切なサービスに繋がると共に、専門的な機関や地域の関係者と連携して対応します。また、医療・介護関係者との連携に際しては、ICTの活用を図る等により、効果的な方策をとるよう努めます。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用し医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行います。情報収集では機関の特徴を把握し、利用者個々の事情に合わせた社会資源のマッチングを行います。地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参加し、連携の強化を図ります。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>出張型街かどケアカフェ等で熱中症、インフルエンザ予防、フレイル対策等についての講座を開き、健康リテラシーの啓発を行います。また、実際の在宅医療やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を知る講演会を開催し、本人・家族の情報提供を行うことで、在宅療養を促進します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>認知症の早期対応を目的とし、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて専門相談（認知症初期集中支援推進事業）の利用を視野に入れ支援します。</p> <p>認知症地域支援推進員が中心となって、毎月行われるチーム員会議に参画し、圏域内における認知症ケースの対応について、認知症専門医または認知症サポート医およびチーム員にて共有化を図ると共に、対応を検討し、個別課題の早期解決を図ります。また、「本人ミーティング」の開催を通じ、認知症の本人の声を聴き、本人支援の取り組みを実施します。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>地域の認知症の方の支援をしている団体と顔が見える関係を築き、支援者と共同体制をつくります。地域の多職種交流会や勉強会に参加し、社会資源の把握および連携の強化を図ります。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域の関係者へ「認知症サポーター養成講座」や「N-impro（ニンプロ）」等の活用を行い、認知症の方の住みやすい地域づくりを支援します。また「環境づくり」研修の受講や施設点検・見学に参加します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>光が丘ボランティア・地域福祉推進コーナー主催の高齢・障害・保健福祉サービス事業所間の連絡会「ひかりのかけはし」に参加して各資源の情報共有を行いつつ、支援者ネットワークを構築していきます。また、地域ケア個別会議への参加も依頼し、地域支援方法を検討します。</p> <p>地域の高齢者の日常生活ニーズ調査および地域資源の状況を把握するため、生活支援コーディネーターと連携します。</p>

資源開発

地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行います。開発においては、地域の関係者が活動しやすいよう、社会福祉協議会や行政および関係機関と連携し、環境整備を進めます。

地域特性に合わせた地域包括支援ネットワークを構築します。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

訪問支援員は事業対象者名簿に基づき、年1回以上ひとり暮らし高齢者の自宅を戸別訪問します。戸別訪問による実態把握の結果に応じ、対象者を必要な支援につなげます。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員同士の交流や資質向上のため、訪問支援協力員連絡会を年2回開催します。必要に応じて訪問支援協力員に対する相談支援を行います。具体的にどのような方法により対象者を見守るかを訪問支援員と協議決定します。月1回程度の戸別訪問を選択した場合、訪問支援員は訪問支援協力員と対象者との初回訪問のマッチングを行います。

高齢者を見守る地域づくり

訪問支援員は社会福祉士と協働し、地域アセスメントを行い、地域特性に応じた地域づくりを推進します。街かどケアカフェ事業などを年18回以上実施し、高齢者の介護、認知症予防、居場所づくりなどの活動を周知します。地域資源マップの更新を行い、地域に住む高齢者のニーズに即した情報提供を行います。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 育秀会
センター名称	第3育秀苑地域包括支援センター

運営方針

練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、介護・医療・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を実現するように高齢者支援を行います。

各種の保健・医療・福祉サービスが総合的に受けられるように、練馬区等の関係行政機関、サービス実施機関等と連携・連絡調整をとり、区民の方が安心して暮らしていけるように支援してまいります。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

実現可能な具体的な目標を設定し、職員全員と計画を共有し、内部センター会議で合意形成を図りながら、事業計画の内容や進捗状況を管理し、達成状況を確認していきます。

職員の資質向上のための取組み

自分自身の実践を振り返る事で得た気づきを質の向上に生かすため東京都や練馬区から提供される研修情報や練馬区介護人材育成・研修センターの情報を確認することで、外部研修の参加や、それを受けての伝達研修および資料の回覧を行っていきます。

また、職員会議等で職場内研修を実施することで、センターの体制強化を行っていきます。

練馬区および他センターとの連携

地域の高齢者を支援する体制づくりや圏域内の実情を把握するために、連携や協働が不可欠であり、困難事例等の個別ケースについても専門職との連携を図りながら、対応していくことが必要となるため、定期的な連絡会を開催します。情報の共有や検討事項、問題点について意見交換を行っていきます。

地域包括支援センター運営協議会などへの参加を行い、そこで得た結果を圏域内の地域包括支援センターと共有していきます。

また、各専門職における職種会を行い情報共有・課題の抽出を行います。

個人情報の保護および適正な管理

個人情報に関する基本方針に基づき、書類および記録簿の管理およびキャビネットによる施錠管理の徹底、電子媒体ではパスワードを設定し定期的に変更します。年2回の職員教育を行います。（2回の内1回は、法人の個人情報研修と合同）

苦情処理体制

利用者や家族等、また関係機関等からの苦情相談内容を聞き取り、記録票を作成します。問

題の整理や原因の解明に努め、問題の解決に向けてはセンター内で対応方法の検討を行い、他関係機関等と調整を行います。

また、対応が必要な場合には、管轄の総合福祉事務所高齢者支援係へ対応を相談します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等、相談者に関わる問題を明らかにし、支援方針を立て、チームアプローチを実施します。個々の相談内容に応じて専門職が担当し、センター内でカンファレンスを実施しながら問題の早期解決を図ります。また、必要時には他機関にも相談を行い、多方面からのアプローチを行っていきます。

地域包括支援ネットワークの構築

相談支援の実施を通し、地域の地域団体や介護保険事業所・医療機関・社会資源等と連携し、住み慣れた地域でいつまでも暮らして行けるような支援体制を構築していきます。

担当圏域内で活動している民生委員と町名ごとに情報共有会を年1回開催し、顔の見える関係性、支援体制を構築していきます。

実態把握・安否確認

年齢や家族構成から優先順位を決め、年度内での訪問を実現し、実態の把握に努めます。また、訪問時に支援が必要なケースについては、多職種での対応を基本とし、必要時は適切な機関と連携し支援を行っていきます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

通報等があった場合、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援などに関する法律」に基づき、通報を受けた場合は48時間以内に事実確認を行い、早急に現状把握および情報収集を行います。被虐待者の安全等を第一に考え、総合福祉事務所高齢者支援係が開催するコアメンバー会議で支援方法を検討し、その支援方針に沿って練馬区および関係機関と密に連携を図り、終結を目指していきます。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により自身で判断する事が困難な状況にある方に対し、自分らしい生活を維持するために生活全般のアセスメントを行い、権利擁護が行えるよう成年後見制度等に繋げていきます。支援困難な相談等があった場合は、中核機関である権利擁護センターほっとサポートねりまと連携し支援を行っていきます。成年後見制度の申立人がおらず区長申立てが必要な方へは、管轄の総合福祉事務所高齢者支援係と連携し区長申立てを行っていきます。

成年後見支援検討会議へ年6回参加し、専門職からの意見をもとに支援方針を検討していきます。

また、成年後見制度等を知って頂くため、地域の高齢者が集う場を利用し制度の説明等を行

ない、成年後見制度自体の周知を行なっていきます。

消費者被害の防止

高齢者との会話の中に見え隠れする、「悪質商法等」に係るワードを拾い出し、被害を未然に防げるようにしていきます。地域の高齢者が集う場等にて消費者被害の具体例等を示し、防止のための周知活動・啓発活動を行っていきます。

また、練馬区消費生活センターとの連携を密にし、個々の事例に対して早急な対応を行っていきます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域の多様な社会資源などを取り入れたケアマネジメント体制を構築します。

住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう、介護支援専門員、医療機関、専門職等との連携、民生・児童委員、町会、自治会などの地域連携を実践していきます。

フォーマル、インフォーマルの多様な社会資源を利用し、地域でのゆるやかな見守りから専門職の支援に至るまで、切れ目ない支援を実現していきます。

事例検討会の実施

対応困難なケースの支援が終了した際は、振り返りや、ケアマネジメントの質の向上を図る為に、地域の介護支援専門員と事例検討会を開催していきます。

介護支援専門員への支援

担当者会議への出席、同行訪問等を行う事で個別ケースの相談に対応し、関係機関と連携を行いながら支援していきます。

地域の介護支援専門員が円滑な業務が実施していけるよう、「けあまねひろば ひかり」など、地域の主任介護支援専門員と協働し、研修を行っていきます。また、研修開催を通して、介護支援専門員のネットワーク構築の促進を図ります。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

地域の高齢者が住み慣れた地域、在宅で自分らしく生活が送れるように、介護予防サービスおよび介護予防・生活支援サービス事業の利用に向けた支援を行っていきます。

介護予防サービスの利用支援

自立支援に資するサービスを案内できるよう、個々のケースに必要な制度、専門機関を確認し、心身の状況に合わせたサービスが行えるように支援していきます。

また、社会資源の利用を積極的に行い、介護予防サービスの終了を目指していきます。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

地域ケア個別会議を年 12 回実施していきます。個別の事例について検討会議を行い、高齢者の課題解決を支援すると共に、課題解決に向けた社会資源の把握やネットワークの構築を図

ります。

また、会議での効果を評価する為、個別会議開催後3ヶ月を目途に、介護支援専門員へ電話や訪問などでモニタリングを実施していきます。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議を年2回開催します。地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通して把握した地域課題について、「我が事」として地域で暮らす、活動する関係者と話し合いを行い、地域の住民の支援を包括的に行えるようにしていきます。

また、会議の結果は、会議参加者からの合意を得た上で、町会の回覧などを利用し、共有を図っていきます。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議へ事例を提出し、多職種からのアドバイスをもとに自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを行っていきます。

また、地域ケア予防会議を通じて、ケアマネジメントの平準化を図れるようにしていきます。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

地域の高齢者が住み慣れた土地で医療や介護を適切に受けられ、できる限り自分らしい生活を継続できるように、本人の意思を確認しながら相談や支援を行っていきます。

また、医療関係機関との顔の見える関係作りの一環として、事例検討会や多職種連携会議、研修へ積極的に参加していきます。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関との連携を行うために、個々の医療機関への訪問で地域包括支援センターの周知を行っていきます。また、圏域内にある他の地域包括支援センターと医療資源情報の共有を行っていきます。

普及啓発・研修

出張型街かどケアカフェ事業のチラシを届け、街かどケアカフェ事業などの利用促進を行い、フレイル予防に努めていきます。

また、地域医療機関が開催する事例検討会へ積極的に参加していきます。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症の早期対応を目的として、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて認知症初期集中支援チームの利用も視野に入れ支援を行っていきます。認知症地域支援推進員を中心に毎月行われるチーム員会議に参画し、光が丘圏域内における認知症ケースの対応について認知症専門医・チーム員にて共有を図り、個別課題の早期解決を図ります。また、地域の認知症への理解を深めて行けるようミニ講演会等を行っていきます。

<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>個別ケースや地域ケア会議等を活用して、関係者間の情報共有と連携強化に努めます。民生委員との情報共有会を利用しながら地域課題を収集し、認知症予防の取り組みを行っていきます。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域の関係者を対象に、認知症サポーター養成講座、N-impro(ニンプロ)等の講座を開催していきます。また、地区祭などへ積極的に参加し、地域住民に対して認知症についての普及を行っていきます。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>地域ケアセンター会議、地域ケア個別会議への出席を積極的に依頼し、連携強化、地域の特性や課題などの情報共有を図り、地域支援の方法を検討していきます。</p>
<p>資源開発</p> <p>地域ケアセンター会議、地域ケア個別会議等を通して地域の情報や不足しているサービスを収集し、必要と考えられる社会資源の開発を行います。また、ボランティア団体等の活動団体への働きかけや情報共有を行い、地域住民の社会参加への意欲向上を図れるように努めます。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>高齢者実態調査を基に区が作成した訪問対象者名簿、民生委員などからの情報提供に基づき戸別に訪問を行い、生活実態の把握や必要な支援へ繋ぐために相談を行っていきます。</p> <p>また、法定3職種と毎朝実施するミーティングにて共有の場を持ち、前日に訪問した訪問支援対象者の情報共有ならびに、今後の支援方針の確認を行っていきます。</p>
<p>訪問支援協力員との連携</p> <p>定期訪問による見守りを希望される方や、支援が必要だが積極的にサービス利用を希望されない方などに対して、日頃の様子を確認し状況の変化に対応できるよう、月1回の報告書提出時に情報共有を行います。また、協力員に対しての研修への奨励、年2回の訪問支援員連絡会等でスキルアップや情報共有の場を設けていきます。</p> <p>対象者が定期訪問を選択した場合は、訪問支援協力員と対象者とのマッチングを行います。</p>
<p>高齢者を見守る地域づくり</p> <p>民生委員・地域団体や事業所等による会議体へ参加し情報収集を行うと共に地域住民への情報提供も行い、更なる居場所作りを目指します。</p> <p>また、担当地域のコンビニエンスストア、スーパー等への周知活動や働きかけをより一層行い、地域を点では無く面として見守れる地域作りを行っていきます。</p>

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	医療法人社団 翠会
センター名称	練馬ゆめの木地域包括支援センター

運営方針

これまで展開してきた、区民や地域団体・医療機関・介護事業者等との地域ネットワークの強化は継続しつつ、身近な地域における高齢者や家族への支援の充実を図ります。活動で得た情報については、掲示・回覧・ミーティングなど職員間で定期的に共有する機会を持ち、次なる地域活動の展開に活用していきます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画は、昨年度の実績に基づいて職員間で意見交換し作成、年間の予定表を作成しており、地域ケア会議など、担当を決めての計画的な開催に努めていきます。これまで積み上げてきた地域とのつながりも十分に活用しつつ、質の向上も図っていきます。進捗管理については週1回のミーティングで行い、年度途中で適宜更新します。

なお、令和2年度は開始当初から新型コロナウイルス感染症の拡大により、各種事業がほぼ停止の状態にあるため、今後の事態の展開に合わせ、年度途中でも迅速な計画の見直しを行なっていきます。

職員の資質向上のための取組み

引き続きニーズの高い認知症対応に関連したもの等、外部研修への参加を進めていきます。中部精神保健福祉センターや都保健福祉財団研修センターなどの年間予定も参考にしながら、職員間での情報共有を行ない、可能な限り参加を促していきます。

練馬区および他センターとの連携

職種ごとの会議（連絡会）にて実務的な情報交換を月1回から隔月といったペースで行っているほか、日常的な情報共有も行っています。また石神井圏域では、定例の圏域連絡会に合わせて各包括での合同会議を行い、責任者レベルで圏域内の課題の共有や整理を行っています。あがってきた課題については、センター長会をはじめとする区全体での会議体にて報告や提言をしていけるよう討議を行っています。また、通常の会議以外でも支援困難なケースについての話し合いを持つなど、機会を作って連携を進めていきます。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区からのマニュアルに則って業務を実施できるように、定期的に日常業務の振り返りを行っています。特に外出時には資料の携行を最小限にします、バッグは紛失しにくいものを使う等々の注意を徹底していきます。

苦情処理体制

昨年度は当事業所が関わっているケースで、対処の難しいケースがありました。今後こうしたケースについては、地域ケア個別会議や認知症相談などのネットワークを活用しつつ対応を進めていきます。また、区民の窓口としての役割の浸透を、引き続き外部および内部で取り組んでいきます。

各事業の実施方針**1 包括的支援事業****総合相談支援業務****総合相談支援**

昨年度の相談延べ件数は4,851件で、前の年度からは約150件強増加しました。電話相談が7割以上を占める状況は変化がありません。また、システムから集計した概算の実人数は2,500件弱となり、約400件の大幅な増加でした。センターの役割が地域に浸透してきたものと考えており、引き続き区民のニーズに応えられるよう、相談に来やすい体制を維持していきます。

地域包括支援ネットワークの構築

昨年度は地域ケアセンター会議でN-impro（ニンプロ）を活用したグループワークを行うなど、より（専門職と一般住民という）多様な参加者が交流しやすくなるような企画を試みしました。おおむね参加者からも好評価を得ており、今年度もこうした取り組みを継続していきます。

民生委員や町会・自治会、地域の医療機関や薬局、郵便局やコンビニエンスストア等の関係者とは、日常的なつながりに加え、上記のような会議への参加も依頼しています。地域住民向けにも、街かどケアカフェ事業などの場を通じて、各種地域資源と住民との接点を増やしていきます。

実態把握・安否確認

ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業では、昨年に続いて約500名への訪問を実施しました。一部訪問を完了できない世帯も残っていますが、カーテンの開閉その他状況観察から安否確認を行なっています。また、定期的に巡回することで（個人情報取り扱いには留意しつつ）近隣からの情報を得やすくなってきており、間接的な実態把握は以前より進んできました。ただし高層マンションなど、観察も物理的接触も難しい建物へのアプローチは引き続き課題となっています。これまでの情報をもとに、より支援の必要度の高い世帯へのアプローチを進めていきます。

権利擁護業務**高齢者虐待への対応**

年間の延べ相談件数は49件と、前年度からは大きく減少しました。継続支援となっていたケースが完了に向かったものが多かったと考えています。家族それぞれの問題が複合的に絡み合っているケースが多く、引き続き保健所など関係機関との連携強化に努めます。多くの場合で施設入所という結末になっているが、できる限り本人の意思を尊重した解決を図っていきます。

成年後見制度等の利用支援

昨年度は延べ26件の相談がありました。虐待対応に伴っての利用案内や支援が多くなっています。判断能力が限定されている方でも、本人申請も活用しつつ支援を進めていきます。

消費者被害の防止

昨年度は、消費生活センターからの緊急の通報により、急遽訪問して被害を防止できたケースがありました。軽度認知症レベルの方が標的になりやすいため、特に後期高齢者に入りつつある年齢層の被害に注意していく必要があります。引き続き啓発活動と、民生委員や近隣での見守りや情報収集に努めます。単なる注意喚起では被害防止につながらない場合も多いと想定されるため、郵便局との連携や、詐欺被害防止用自動通話録音装置の案内なども行なっていきます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

石神井圏域で運営されている「ケアマネ石神井」（地域の主任介護支援専門員と介護支援専門員で構成）で、月1回の定期連絡会の開催と、年4回程度の勉強会・研修会を実施していく計画です。この組織を通じて居宅介護支援事業所および施設の介護支援専門員への後方支援・質の向上の機会提供を行なっていきます。また、事業所の枠を超えて“顔の見える”関係を深めつつ、地域課題を抽出し、地域福祉の充実に繋がっていけるよう、関わりを継続します。

介護支援専門員への支援

昨年度は255件の相談があり、前年から大きな変動はありませんでした。一昨年度同様、個別ケースでのケアマネ支援が137件と過半数を占めています。支援困難なケースも増加していますが、その中で地域の居宅介護支援事業所数は減少傾向にあり、担当者の負荷も大きくなっているものと推測されます。「ケアマネ石神井」の活動等を通じて地域の居宅介護支援事業所の情報を共有しつつ、個別の事業所の相談・連携を行なっていきます。また、地域の主任介護支援専門員と連携し、介護支援専門員への支援・情報提供・勉強会の企画などを検討して、ケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

居宅介護支援事業所への委託は177.8件/月で、センター作成の約48件/月と合わせ、合計220～230件の給付管理を継続して行っています。しかし、居宅介護支援事業所の閉鎖やケアマネジャーの退職等により、直接担当のケースが増加しつつある状況にあります。個別のケアプランの質の向上に関しては、地域ケア予防会議等の機会を通じて事例やノウハウの蓄積に努めます。

介護予防サービスの利用支援

日頃より介護予防の考え方やサービスの適正利用について、地域住民への啓発を行います。利用相談を受けた際には、各予防事業の説明や利用支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

年間12回の開催を計画しており、昨年度に引き続いて個別事例に関連して地域住民や関係機関などの社会資源と協力して解決すべき課題を取り上げていく予定です。また、一度取り上げたケースについては、センター内の定例ミーティングで経過報告する等のモニタリングを行

い、課題解決の進捗状況に応じて方針の見直しを行います。

地域ケアセンター会議の開催

今年度も年2回を計画しており、医療連携関連・権利擁護関連・意思決定支援といったテーマをもとにした地域課題を、小グループで話し合って共有するという形式で進めていきます。結果については、全体発表で共有する・議事録を配布する・参加者にアンケートを実施してフィードバックする等の取り組みを行っており、これを継続していきます。

地域ケア予防会議の開催

勉強会等の多職種が集まる機会を活用し、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの実進を進めるべく開催を予定します。会議後には、検討された支援計画の進捗状況をセンター内の定例ミーティング等でモニタリングし、場合によっては再度地域ケア個別会議につながるといった活動を続けます。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療・在宅療養の相談が380件となり、前の年度からは200件近く増加しました。家族とケアマネからの相談が大半であることは変わりありませんが、医療機関からの相談も102件となり、昨年より増加しつつあります。障害を持っている方、本人又は家族の精神疾患がある方への支援も多くなっているため、より緊密な連携が必須になってきています。引き続き連携強化に努めながら、医療が必要となっても在宅での生活が続けられるよう、適切な機関につなげられるよう支援していきます。本人や家族だけでは対応が難しい場合には、医療機関へ同行する支援も行なっていきます。

地域の医療資源の把握と連携強化

適切なサービス・機関へと利用者をつなげられるよう、地域資源の把握に努めます。定期的な医療機関への挨拶回りや、圏域の保健師会を通じての情報収集などを行っていきます。また、医療職やケアマネジャーを交えた個別ケースの事例検討会や、医師が参加しての意見交換の場を作るなどの活動を通じて、相互の理解を深めていけるよう努めます。

普及啓発・研修

街かどケアカフェ事業を年18回計画しており、こうした機会を活用して地域住民への普及啓発活動を進めるとともに、居宅ケアマネジャーなどの関係者への浸透も図っていきます。

また、今年度は以下のような会合を計画中です。

多くの地域関係者が集まる地域ケアセンター会議にて地域の医療機関（医師・薬剤師）の方々にも地域支援の一員として参加を依頼。テーマに添ってグループワーク等を行ない、相互連携を深める

圏域の保健師会にて、医療と介護の連携推進に向けた会議の開催を年1回計画

居宅ケアマネジャーと医師とが身近に相談し合える場として「医師と語ろう」という会を開催

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

昨年度の認知症相談は87件と、前年度から30件ほど増加しました。家族やケアマネジャーからの相談が約64件（重複あり）、医療機関・サービス事業者から14件、民生委員を含めた地域住民からの相談（警察を含む）となる「その他」は9件でした。相談件数は多いとは言えず、相談のあったケースもかなり深刻化した後からの介入になることが多々あるため、より早期段階での把握 相談支援という流れを作っていくことが課題となっています。また、相談があっても実際にサービス導入にまでつながらないことも少なくなく、そうした際に地域で集まる場や見守り体制（介護サービス以外で）も必要とされています。

地域の社会資源の把握と連携強化

町内会や自治会、民生委員といった地域でコアな見守り役を果たしている方々との連携をより強化するよう努めます。また、地域の認知症サポート医などの情報を、利用者やケアマネジャーに正確に提供できるよう情報収集に努めるほか、認知症の家族会などにも積極的に参加していきます。また、圏域の認知症推進員との情報交換を行い、社会資源の把握に努めます。

普及啓発・研修

昨年度は認知症サポーター養成講座のほか、地域ケアセンター会議や街かどケアカフェの場を活用してのN-impro（ニンプロ）も計3回開催しました。参加者の反応はおおむね好意的で、今後も機会をみて実施を計画していきます。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

昨年度も、具体的な連携実績はなく終了しました。圏域連絡会で活動紹介をしてもらうなど、徐々に情報交換も進みつつあり、今年度は定期的な情報共有などの連携強化を圏域内で図っていきます。

資源開発

訪問支援協力員の募集、地域内の非営利団体との協力関係の強化などに努めます。また、地域ケア会議で検討された課題について、資源開発につなげられるよう努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

昨年度は、リストに掲載されている560名弱に対し、82%の訪問を完了することができました（面会できていないのはおおむね仕事を持って活動されている方）。また、民生委員などの地域関係者から、リストにない方の状況確認や訪問を依頼される機会も増えてきています。引き続き包括3職種や他機関との連携を強化するとともに、未了の世帯を現状把握できるよう努めます。

訪問支援協力員との連携

昨年度同様に、報告書や協力員からの連絡をもとに適宜対応を行いながら、年2回の連絡会で共通課題を把握・周知していくよう努めます。

高齢者を見守る地域づくり

町会・自治会や民生児童委員・老人クラブのほかにも、敬老館・郵便局・商店やコンビニエンスストアといった、一般高齢者と接する民間事業者とのネットワークづくりを進めます。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	高野台地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。

人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、「地域から信頼されるサービス提供」を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人理念に沿った事業計画の立案と職員への周知徹底により、事業目標を達成します。法人の事業計画の柱である6区分（人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組み）に沿って地域包括支援センター事業計画を立案し、練馬区の仕様に合わせて事業を実施します。

年度初めに職員全員で計画内容を確認し、役割分担を行い目標達成に向けて進行管理を行います。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして計画的に研修等を実施し、資質向上に取り組みます。

人事考課制度と職種別担当者会等による資質向上への取り組み

ア) 人事考課制度に基づき個々の目標を定め、達成に向けて業務管理を行い、専門職としての成長と事業所全体の資質向上を図ります。

イ) 職種別担当者会においてスキルアップ研修を実施します。

研修等の実施

ア) 「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿って、職種ごとに必要な研修を計画的に受講します。

イ) 新任職員 OJT マニュアルに沿って、業務を適切に遂行できる職員を育成します。

練馬区および他センターとの連携

圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携します。

勉強会等の企画実施

ア) 近隣の地域包括支援センターと共に勉強会等を企画実施し、担当地域の介護支援専門員

の支援につなげます。

イ) 担当地域周辺の多職種事例検討会の共同開催や、地域に向けた「認知症勉強会」などを行います。

個人情報の保護および適正な管理

人権尊重の理念のもと、「個人情報はその人そのもの」を相談支援業務の基本とし、個人情報を適切に取り扱います。

法人内で、個人情報保護管理責任者・取扱責任者を定め、個人情報保護マニュアルに沿った業務遂行により、個人情報保護の徹底を図ります。

介護保険要介護・要支援認定等申請に係る個人番号の取扱いに関しては、定められたルールのもと適切に取り扱いを行います。

苦情処理体制

事業所への苦情

苦情は、「お客様の声、それは、私たちの宝物です」という法人の基本方針のもと、苦情受付窓口、苦情解決責任者を選任しています。苦情は組織として解決に導きます。苦情を受け付けたときは、苦情受付担当者が速やかに、ご本人などの申出を伺い、苦情解決責任者、課内の長に報告するとともに苦情解決責任者が解決を図ります。寄せられた苦情には、課内で検討および分析し、法人のサービス向上担当課でさらに検証を行い、法人全体の会議である「経営会議」で共有され、サービス向上のために活かしていきます。

他サービスに関して寄せられた苦情

苦情の受け付けは、公正中立の立場で社会性や客観性を保持するとともに、高齢者の権利擁護の視点を中心に考え、緊急性を判断し、練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。適切な手続き・対応を行うために苦情対応研修を受講し、苦情受付窓口としての役割を果たします。報告を確認し、適切な苦情対応について所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

ワンストップの相談窓口として相談を受けます。街かどケアカフェを利用されるお客様や担当地域外の方の相談にも応じ、必要時担当の地域包括支援センターにつなげていきます。また、多くの支援を必要とする人に多職種の意見を支援に活かし、チームアプローチを実践します。お元気な方には、老後に対する区民意識の向上・行動変容のための健康リテラシーの向上、健康寿命延伸のための予防的視点の相談をします。苦情対応や各種の申請も適切に行います。

地域包括支援ネットワークの構築

高齢者の方がいつまでも住み慣れた街で暮らし続けることができる街づくりのために、児童民生委員、地域の市民団体、ボランティアグループや医療機関、介護サービス事業所等の専門職の協力体制を作ります。地域での介護・認知症予防や居場所作りを進めます。また、各連携施設に集う元気高齢者に支援が必要になった場合、速やかに必要な支援につなげ、状態が悪化することの無いよう協力体制を整えます。

実態把握・安否確認

「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の実施や地域住民・連携施設などからの情報に基づき、実態把握や安否確認をし、必要な支援に繋がります。また、必要に応じ、介護保険事業所や医療機関・警察・消防等と連携を図り支援を行います。多職種による、多角的な視点で対応を行い、緊急時における事故を防止します。ゆるやかに見守られている方の情報も集まるようネットワークを構築します。安否確認ができない高齢者については、区と連携を持ち確実に安否確認を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、総合福祉事務所高齢者支援係に報告し、48時間以内に事実確認・情報収集を行います。総合福祉事務所が開催する、コアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、コアメンバー会議で示された支援方針に沿って、個別ケース会議へ出席するなど、関係機関と連携しながら対応、再発防止の支援を行います。定期的なモニタリングを実施し、異常の早期発見と対応を総合福祉事務所と連携を持ちながら支援し、必要時措置に関する事務を行います。

高齢者の権利を守るため、高齢者虐待に関する研修を職員が受講し虐待の早期発見に努め適切に対応します。

地域ケア会議などで地域に向けて虐待に対する啓発と通報先を周知していきます。

成年後見制度等の利用支援

高齢者の権利を守り、適切なサービスを利用して安心してご本人の望む生活が継続できるよう成年後見制度などの利用を支援します。実態把握などを通じて、ご本人の表出されない困りごとや生活課題を観察し、権利侵害の予防の視点から対応を講じていきます。職員は、権利擁護に関する研修を受講しご本人の意思確認、意思尊重など本人本位の視点を学び支援します。

消費者被害の防止

消費センター、法テラス、警察など関係機関と連携し、早期の解決と再発の予防を行います。地域包括支援センターが生活実態を把握し関係機関と協働することが高齢者の権利を守ることに寄与することから、事例を通じて消費者被害の手口などを訪問時や地域ケア会議等で共有します。また、消費生活センター等関係機関と情報の交換や連携し、権利侵害に会わないよう関係機関への周知や街かどケアカフェにおいて啓発活動を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

近隣の主任介護支援専門員や圏域の地域包括支援センターと協働し、ネットワーク作り、ケアマネジメント力向上にむけた研修や事例検討会などに取り組みます。

地域の介護支援専門員からの相談に応じ、スーパービジョンを展開するとともに、サービス計画書作成の指導、サービス担当者会開催を支援します。

多くの支援を必要とする方への支援や、医療依存度の高い方への支援など、多職種で支援の方向が検討できるよう、地域ケア個別会議などを行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

「練馬区介護予防ケアマネジメントマニュアル」に基づき、予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象者となる高齢者の心身状況等を把握し、介護予防に資する適切なケアマネジメントを実施します。主任介護支援専門員や保健師を中心に勉強会の開催や研修等を企画・実施し、介護予防ケアマネジメントの資の向上を図ります。

居宅介護支援事業所への委託プランは、アセスメント、ケアプランの内容、サービス内容等介護予防の視点で作成されているか確認するとともに、サービス担当者会議の同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

介護予防サービスの利用支援

高齢者がいつまでも住み慣れた街で暮らし続けられるよう、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業、一般介護予防事業等について説明を行い、各事業の利用支援を行います。

健康リテラシーの向上・筋力向上・低栄養の予防や栄養の知識・口腔歯科の知識など街かどケアカフェ等を通じて行き、必要なサービスに繋げる支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

医療機関・居宅介護支援事業所・関係機関などと連携し、年 12 回以上地域ケア個別会議を開催します。地域ケア個別会議では多様な課題を抱えるケースの解決を図り、本人および家族を支援します。定期的にモニタリングを実施し、継続的・包括的に本人および家族・介護支援専門員等の支援を行います。年間の地域ケア個別会議を通じて地域の課題を抽出し、関係機関、地域と共有して連携を深めます。

地域ケアセンター会議の開催

1 回目には前年度の取り組みを報告し、事業計画や地域の課題を共有します。2 回目には、地域ケア個別会議での評価を地域の方と共有し、区民意識の向上を目指して取り組めるような働きかけをします。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議（練馬区主催：年 1～2 回）に事例を提出し、予防事業の推進に取り組みます。会議で出された助言を基に、適切な介護予防ケアマネジメント計画を作成し、介護予防・生活支援サービス事業の利用により、利用者の日常生活の自立に向けた支援を行います。必要に応じて事例のモニタリングを行い、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの継続を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療機関を退院する方や在宅医療を継続する医療依存度の高い方に対し、本人家族や支援者と協働し、療養生活が安心して行えるように支援します。高齢者が住み慣れた地域で医療や介護が適切に受けられ、可能なかぎり自分らしい生活ができるよう、高齢者や本人、家族、医療機関、介護支援専門員、民生委員からの入院、退院、在宅療養に関する相談に対応し、必要に

<p>応じて医療や介護サービス、手続きの支援を行います。</p> <p>支援に関わる関係機関の連携が十分に行われるよう、相談および連携を図ります。在宅医療コーディネーター研修を修了した職員2名を「医療・介護連携推進員」として配置し、「医療と介護の相談窓口」において、高齢者やその家族および医療・介護関係者からの相談を受け付けて、必要な支援を把握して、適切なサービスや関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>医療と介護の社会資源の情報の把握と更新、リスト化し情報の最新化を図り、支援に活用できるようにします。</p> <p>地域の医療機関や専門職・介護職の方と勉強会等を行い、顔の見える関係を築き、気軽に相談できる関係づくりをします。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>街かどケアカフェ事業等で、区民の健康リテラシー向上をめざし、在宅療養や栄養・口腔ケア・薬剤についてなど予防的視点も含めた講座等を行い、啓発に努めます。行動変容につながる、地域包括ケアシステムの選択と心構えを支える啓発活動や予防支援を行います。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>認知症地域支援推進員を配置します。認知症の早期対応を目的とし、本人を中心に考え、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取るなかで、必要に応じて専門相談である認知症初期集中支援推進事業の利用を支援します。認知症専門医・サポート医による医療的な助言・所見を必要とする方については、認知症初期集中支援推進事業対象者に位置付け、DASC-21を活用したアセスメントを実施し、チーム員会議にて方針検討を行ったうえで、支援を行い、適切な医療機関・介護サービス等に繋ぎ、個別課題の早期解決を図ります。</p> <p>家族、医療、介護関係者の相談を受けアセスメントを実施し、適切なサービス、関係制度、医療機関につなぐ支援、情報提供を行います。また、本人ミーティングや家族会、認知症の方の居場所作りなどを進めていきます。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>地域の認知症の方を支える団体と顔が見える関係を築き、支援者との協働体制をつくりまします。地域の他職種交流会や勉強会に参加するとともに、医療機関・街かどケアカフェ・介護保険事業所・家族会・認知症介護家族による介護なんでも電話相談・地域の地域密着型サービス事業所の運営推進会議などの社会資源の把握および連携の強化を図ります。また、認知症ですと言える街づくりのために、「みちきいてつながろうプロジェクト」(行方不明探索訓練など)を、市民団体や介護サービス事業所、区民の方々とともに行えるイベントの企画・運営をします。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>認知症を理解し、認知症の方が安心して暮らせる地域を作るため、認知症サポーター養成講</p>

座やN-impro(ニンプロ)講座、また2つを合わせた講座を開催します。また、認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバンメイト養成研修やニンプロ講師の養成講座を受講します。さらに認知症の方の支援に関わる会議体への参加や研修の受講し、認知症理解に関する情報発信などを行い、地域で認知症の方が生活しやすい地域づくりを行います。また、若年性認知症に関する知識を増やし、相談支援が適切に行えるようスキルアップに努めます。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

担当の生活支援コーディネーターと協力体制が取れるようにします。地域特性や社会資源、地域課題の把握に努めます。地域ケア個別会議等で明らかになった地域課題や不足している社会資源の情報を生活支援コーディネーターに提供します。必要時生活支援体制整備に関する会議に参加します。

資源開発

地域ケア個別会議等で地域に不足している社会資源の情報を明らかにします。介護保険になじまない方などから不足している情報を集め、傾聴ボランティアや有償ヘルパーボランティアなど資源の開発をします。また、元気高齢者が支援側になるような資源の開発にも努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

地域内で民生児童委員が実施したひとり暮らし、高齢者のみ世帯実態把握表を基に、介護保険・自治体の見守りサービス未利用者をリストアップし、対象高齢者宅を訪問支援員が年1回以上個別に訪問し、生活実態の把握、課題へのアセスメントを行います。必要に応じ、地域包括支援センターや定期訪問事業等へつないでいきます。老人クラブや町会自治会、集合住宅の管理組合などへの事業周知を行い、訪問活動がスムーズに行えるようにします。

訪問支援協力員との連携

年に2回訪問支援協力員と連絡会を開催し、交流や資質向上を目的とした勉強会を開催します。訪問支援協力員の確保や養成のために、年1回以上、地域活動の場等で周知活動や勉強会を開きます。

高齢者を見守る地域づくり

高齢者の方が歩いて15分圏内に寄りあえる居場所作りの開発に努め、その場所と連携し、緩やかに見守り、見守られている地域を作ります。民生委員、町会、自治会、サービス事業所、医療機関とも連携し、高齢者を見守る地域づくりを促進します。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 奉優会
センター名称	石神井地域包括支援センター

運営方針

第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の理念「高齢者の尊厳を大切にする、高齢者の自立と自己決定を尊重する、高齢者の社会参加と地域の支え合いを促進する」を踏まえ、その計画目標である地域包括ケアシステムの確立を目指し、25か所の地域包括支援センター体制に再編されたことを十分に再認識して運営にあたります。増加するひとり暮らし高齢者への対応や、在宅療養等の医療と介護の連携に関する相談の充実など、センターが地域包括ケアシステムの中核的機関としての役割を果たせるよう、総合福祉事務所高齢者支援係をはじめ、関係行政機関、サービス実施機関等と連携・連絡調整をとりながら支援します。

上記の運営方針について職員や利用者への周知方法については、所内会議での共有、日常業務のなかで報・連・相を通して、さらにホームページや区民向け講座の開催時等に公表していくことを想定しています。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画は運営方針に基づき、年度ごと具体的な実施内容を明らかにしています。到達目標を明確にし、その達成に必要と思われる自分たちの業務や事業の開催時期等を記し、共有しています。今後の計画内容については、先ず紙面にて確認できるようにし、所内会議にて公表します。その後は保管し、毎月の事業等実績報告にて進捗を確認、職員間で共有します。

職員の資質向上のための取組み

職員が専門職としての自覚をもちスキルを高めていくために、法人では専門に応じて定期的に勉強会を設けています。そのことは、法人内職員同士の繋がりを深め、情報交換や共有の機会としても有効に機能しています。この研修システムのほか、法人では「目標管理制度」の運用を開始しています。これは、専門職の資質向上を図るための仕組みであり、職員一人ひとりの現状と課題、それに対する解決に向けてのゴールを上司・部下で面談を通して確認し、目標を達成することを目的としています。これらの運用を通じ、地域包括支援センター職員としてのソーシャルワークスキル、接遇の向上を図ります。

練馬区および他センターとの連携

虐待ケースの対応、困難ケースの後方支援として総合福祉事務所高齢者支援係との連携は必須であり、定期開催される連絡会やコアメンバー会議への参加は100%とします。また、職種ごとの会議体やそれに伴う業務の分担、特に持ち回り任務等への積極的な姿勢をもち他センターとの連携協働に及ぶ部分はしっかりと責任を果たします。

個人情報の保護および適正な管理

「練馬区個人情報保護条例」ならびに「練馬区個人情報保護条例施行規則」に基づいて帳票やデータ管理における明確な方法を定め、施錠管理やID、PW管理等、日常業務遂行において細心の注意を払います。自己情報の開示請求をされた場合は、身分証明書を提示していただくなど、ルールを定め対応します。職員は少なくとも年に1度はセキュリティ教育として「特定個人情報等の保護および管理に関する特記事項」の内容を区より配信される教材をもとに学習する機会を設け、実施報告書を提出します。

また、自己点検の機会を所内運営のなかで設け、「社会福祉法人奉優会 個人情報保護規定」を浸透させて、就業期間は勿論のこと退職後も守秘義務に関する誓約書を提出することで、適切な個人情報の保護に努め、個人情報の紛失および漏えい等の事故を防止します。

苦情処理体制

当センターあてに苦情が発生した場合は、的確に内容を把握・分析し、組織内にて重層的に対応することで解決へと繋げます。当法人では『苦情・事故対応管理規程』を設けており、苦情・事故発生からは是正予防策の完了、水平展開までのルールを設定しているため、苦情対応フローに基づき、受付対応窓口はセンター長が務めます。対応の進捗については適宜、対応終了後は総合福祉事務所高齢者支援係ならびに主管課へ速やかに報告します。

利用者からの苦情処理対応については、中立・公正な立場にて事実確認を行い、必要と判断される解決に向けた支援を行います。介護保険サービスに関わるものは、介護保険課への定期報告を規定通りに行います。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等、個々の相談に応じ、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援にあたっては、三職種の中で主担当者を決め、協働します。アセスメントや支援方針については合議で決定します。緊急レベルの低いケースにおいても適切な支援を行うことができるよう、「総合相談対応リスト」を作成し、毎月確認作業を行うことで見落としを予防します。地域包括支援センターとしての支援が終了となる目標を設定し、「ケース対応終結」を合議にて確認します。

窓口開設時間帯の対応者を当番制にて定め、下記の対応を行います。

- ・高齢者（介護保険対象外）にかかる区のサービスについての「高齢者生活ガイド」等を用いた情報提供
- ・介護予防に関する相談、指導、助言、各種制度・施策等の説明
- ・要介護認定の申請の代行
- ・保健福祉サービス等の相談、申請代行・受理、関係機関との連絡調整
- ・医療と介護の相談窓口として入退院時を含めて医療機関や専門機関等と連携した身近な地区における福祉の相談支援

地域包括支援ネットワークの構築

日々業務の実施を通じて、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図るため、顔の見える関係を重視していきます。

民生児童委員協議会は、2つの協議会に参加させていただき、タイムリーな情報提供を行うことで、センターの活動について広報を行います。地域密着型サービス事業者が実施する運営推進会議の出席依頼は100%の出席とします。

町会・自治会、商店街へは、行事への参加等で先行してきた関係性を活かして、会議への参加に繋げるようにします。

実態把握・安否確認

高齢者の安否（所在）確認が取れない等、高齢者の異変に関する通報があった場合、入手した情報から、生死にかかわる深刻な事態である可能性があれば、緊急訪問します。同時に対象者に関する可能な限りの緊急連絡先となり得る方の情報を収集し、連絡を試みます。強制立入が必要か否か等、マニュアルに沿った行動を行います。で構築したネットワークを活用しての実態把握や、訪問支援員の報告から、高齢者や家族の状況についての事態把握を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に沿った行動がとれるよう、マニュアルの内容については職員間で繰り返し学習します。初期対応としての事実確認は48時間以内、可能な限り24時間以内とします。また、対応にあたっては、三職種でのチームで協働することとし、主担当者を決めます。モニタリング対応の管理は、見落とし防止を兼ね、相談対応リストに追加し、進捗を確認。コアメンバー会議にて報告します。

また、虐待者が施設職員であった場合、対応は総合福祉事務所になることを理解し、対応します。コアメンバー会議への参加は可能な限り2名以上で参加し、会議内容について三職種にて共有します。

成年後見制度等の利用支援

「成年後見支援マニュアル」に沿った対応を行います。相談内容から適切な申し立て支援を行います。申し立て人の候補立てや申し立て人の意思確認を踏まえて、必要に応じ「権利擁護センターほっとサポートねりま」や第三者申し立て委託機関（リーガルサポート、弁護士会等）の案内を行います。

ケースによっては、区長申し立てが必要と認められる場合もあり、その際は「マニュアル」に沿った動きで、総合福祉事務所と連携します。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センターや石神井警察署防犯係等と情報交換を行い、日常的に消費者被害に関する情報を収集し、被害防止を目的とした住民および関係機関への周知や啓発活動を行います。特に今年度開始当初から、石神井地区の被害件数および被害総額が増加している旨を十分認識して、個別訪問に伴う注意喚起としてチラシの配布や、集客度の高い行事に啓発を行う等関係機関の調整を行います。消費者被害に関する相談を受け付け、被害に遭った高齢者の被害回復および再発防止のための支援を行います。担当ケアマネジャーがいれば、連携して必要な助言・協働を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

活動を開始した「ケアマネ石神井」は、担当地域のケアマネジャーを対象に勉強会や情報提供、意見交換および交流会を行なうことにしています。今年度も有志に世話人を依頼し、共に活動の企画・運営を行います。毎月の開催に準備会を含め、上半期中に事例検討1回、研修1回、下半期中に研修1回、地域とのコラボ研修、質の向上ガイドライン研修2回を予定しています。

石神井地域の主任介護支援専門員にも呼びかけ、主任介護支援専門員として参加、役割分担のうえ、活動に協力します。またCMAN（練馬区主任介護支援専門員協議会）へは、研修委員としての委員会参加および活動を行います。

一方、ケアマネジャー連絡会石神井班ならびに介護サービス事業者連絡協議会居宅部会をはじめとした関係機関の主催する研修会、事例検討会への参加は積極的に行います。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的業務のなかで、相談対応は随時行います。その際、介護支援専門員の所属する組織を十分配慮し、事業所における相談や検討が行われたかあるいは、ひとりケアマネジャーであるかに留意して対応します。相談支援は極力面談が望ましいが、電話による対応も行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象者のケアマネジメントは、基本対応はマニュアルに沿って介護支援専門員が中心となり、事業所内担当件数もバランスを考えて行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談では、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業についての説明を行い、利用の希望に応じて要支援認定の申請、基本チェックリストを行い、利用支援に必要な手続きを案内し、受け付けます。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

当センターの担当区域で個別の高齢者のケース検討として、その課題解決を支援するとともに課題解決に向けた社会資源の把握や地域包括支援ネットワークの構築を図ることを目的として、毎月1回程度開催します。少なくとも年間12回の開催を管理者が一元管理を行います。

職員間でも知り得た高齢者のケースが、地域ケア個別会議の活用が有効であろうことが推測できるよう、共通認識を持ちます。また、開催後のモニタリングについても予測をもって会議のなかで合議しておきます。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議また他の委託業務において把握した当地域内の地域課題について、その解決に向け地域の関係者で話し合います。年度の前半と後半で各1回の開催を予定します。開催結果の共有については、少なくとも議事録の配布を行い、話し合いの継続

について意見を聞くこととします。

地域ケア予防会議の開催

多職種協働により個別ケースを検討し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実施を支援します。年度の前半と後半で各1回の開催を予定します。

会議の性質上、検討の中でケースワークに活かせるアドバイス等が期待できるので、その後の支援結果をモニタリングしていくことも決定しておき、地域包括支援センターとしてバックアップしていきます。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

在宅医療コーディネーターとして「医療・介護連携推進員」を配置します。当該職員が不在時でも相談を受け、対応の緊急度を測り必要な行動（病院や利用者宅への訪問）を起こすことができる体制をとります。医療機関情報については、整理し、ファイリングすることはもとより、即時にインターネット利用で調べることで、スピーディーな解決につなげる等の対応を行います。

地域の医療資源の把握と連携強化

担当地域の医療資源については、リストを作成し、随時更新をして窓口相談等の情報提供に活用します。また、地域外においても区民が利用する頻度の高い総合病院等の情報は同じ様に収集し、特に医療相談窓口の利用の仕方において、個々に留意点がある場合に助言を行います。

さらにこれらの医療機関、介護サービス事業者等を対象に事例検討会や研修会の開催に協力し、共催の形がとれるようにします。多職種連携連絡会を近医の医師や薬剤師などと協力して定期開催を行います。

普及啓発・研修

一般住民向けに区民講座等として、在宅療養について知ってもらうという企画が可能です。また、お薬手帳に貼って活用を促す「医療・介護連携シート」は最新版の普及をケアマネジメントの活動場面で実践していきます。所内で共通認識を図り、協力を要請します。

区が取り組んでいる、入退院連携のガイドラインの活用やシートについて、可能な限りの協力を行います。区が主催する、隔月開催の介護・医療連携推進員会議へは推進員が毎回出席できるよう、配慮します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

認知症の疑いのあるケースの相談では、専門医受診をしているか否かを聞き取り、アセスメントしていきます。区の認知症専門相談につなぐか、近隣の専門医につなぐか介護者の状況を踏まえて選択します。前者は総合福祉事務所高齢者支援係との連携をしっかりとっていきます。また、場合によって認知症初期集中支援チームの活用を提案します。

<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>3 - (2) 同様、認知症の相談窓口を設けている医療機関や診断できる医師についての情報（認知症研修医やかかりつけ医）を正確に提供できるようにしておきます。</p> <p>個々のケースによる連携は勿論、これらの医療機関等とサービス事業者を対象に勉強会や研修会の開催に協力し、共催の形がとれるようにします。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>認知症医療について、一般区民向けにオレンジカフェを活用して行うことが可能です。区民講座や介護サービス事業者向け勉強会開催を検討します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>生活支援コーディネーターとのコンタクトを半期ごとにとり、情報交換を行います。訪問支援員の任務として行いまた、その情報をセンター内で共有します。</p>
<p>資源開発</p> <p>年間を通じて地域ケア会議の実施により、担当地域内に存在する地域団体の活動支援を行います。また、不足する生活支援サービスを把握し、その創出等に協力します。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>区より受け取っている訪問対象者リストの自宅等を訪問支援員はマニュアルに沿って訪問対応します。その中で、介護予防に積極的に取り組む必要があると判断されたり、複雑な問題を抱えているケースがあれば、その解決に向け、適切なサービス利用につなぐ支援を必要に応じてセンター内で情報共有し、動きます。</p>
<p>訪問支援協力員との連携</p> <p>見守りケースで訪問支援協力員による定期的な訪問が必要と判断されたケースでは、申請支援を行うとともに、申請者と協力員とのマッチングを行います。その際、スムーズなマッチングとなるよう、十分配慮します。</p> <p>訪問支援協力員の募集は、年間を通して行います。また、協力員同士の連絡会を年2回、年度の前半と後半で開催します。その際、勉強会の要素を含む協力員同士が交流できるよう企画する。</p>
<p>高齢者を見守る地域づくり</p> <p>高齢者を見守る仕組みを地域でつくっていくことは、喫緊の課題であります。従来から協力してくれている民生・児童委員をはじめ、町会・自治会、老人クラブ、その他高齢者の見守りに関わりのあるものとしてマンション等集合住宅の管理人や、最近ではコンビニエンスストアの店舗ごとの協力を得られる期待ができるため、働きかけていきます。</p>

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬豊成会
センター名称	フローラ石神井公園地域包括支援センター

運営方針

フローラ石神井公園地域包括支援センターは、地域で生活する高齢者等の健康保持・生活の安心のために必要な相談支援を実施します。

そのために総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、在宅医療や認知症に関する相談支援業務、ひとり暮らし高齢者等訪問支援業務、地域ケア会議推進業務、生活支援体制整備業務、出張街かどケアカフェ業務、福祉用具一時貸与業務、はつらつシニアクラブ業務を実施します。

また、地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援します。また、団塊の世代の方々が後期高齢者となる時代に向けて、当センターが練馬区地域包括ケアシステムの中核的機関として役割が果たせるように努めていきます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画書をセンターへの掲示と併せて職員に配布し、各自が必ず確認するよう徹底します。また、練馬区の高齢者保健福祉行政の一翼を担う機関として、公正・中立な運営を確保します。

職員の資質向上のための取組み

住み慣れた地域と環境で、自分らしい生活が継続できるための支援であることを踏まえて、常に当事者に最善の利益を図るために業務を遂行します。

そのために法人における職員心得、及び倫理規定、また行動指針を徹底します。また職種ごとの研修に積極的に参加し、その資質向上に努め、業務に必要な知識や技術の習得・向上を積極的に行います。

練馬区および他センターとの連携

必要に応じて区へ報告相談し、対応を図ります。職種ごとの連絡会に積極的に参加し他のセンターとも連携して情報を共有していきます。

特に圏域会議、地域包括支援センター長会、各種の会議を通して連携を図ります。さらに高齢者虐待対応や、成年後見の区長申立等においては、総合福祉事務所高齢者支援係と緊密に連携し、迅速かつ適切な支援を実施します。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区個人情報保護条例に則り、法人の個人情報保護に関する基本方針を遵守します。また第三者が個人情報を確認できないように環境を整備します。

職員各自が個人情報の重要性を認識し、上記の関連法令および厚生労働省のガイドラインを遵守します。訪問時に止むなく個人情報を持ち出す場合は、開口部が閉じられる鞆を使用し、必ずたすき掛けで常に身に付けることを徹底します。また、収集した個人情報は、施錠できる収納箇所で管理します。パソコンにはパスワードを設定し、外部に持ち出せぬようワイヤーロックを徹底し不用意に記録媒体を接続しません。

不要となった個人情報を含む書類は、情報が確認できないようにシュレッダー処理を必ず実施し、外部に漏洩しないように細心の注意を払います。

苦情処理体制

速やかに区の担当部署へ連絡し報告相談の上で適切な対応を図ります。また、必要に応じて練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局と連携します。併せて法人の相談・苦情の窓口を常設し、苦情解決の責任者およびその受付方法等の整備徹底をし、誠実かつ迅速に対応します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

生活上の様々な相談を受け、的確な状況判断を行い、緊急対応の必要性を判断しつつ、適切な情報提供や関係機関の紹介をします。

また、多様な相談に対応できるような職員研修を行い、窓口体制の充実を図ります。さらに関係機関との情報交換を行い、相談窓口の広範な連携を強化していきます。

地域包括支援ネットワークの構築

地域における様々な社会資源や関係機関とのネットワークを構築します。また、民生委員や見守り訪問ボランティアとともに地域ケア会議等での情報交換を図ります。

以上を踏まえて保健・医療・福祉をはじめとする適切な支援を行います。

実態把握・安否確認

高齢者の身心状況や家庭環境について実態把握を行い、隠れた問題やニーズを発見し早期に対応できるよう取り組みます。ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業と併せて、必要と思われる世帯を訪問します。

総合相談に続けて継続的な相談や支援が必要な場合には、関係者と連携を図りながら実態把握をしていきます。また、安否確認の情報があつた際は、早急な対応に努めます。

こうした対応を積み上げて、担当地域のニーズや課題を整理し地域ケアセンター会議や圏域会議と有機的に連動していきます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する支援に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握します。虐待防止のための相談支援を実施し、情報の受付と事態確認に努めます。また、総合福祉事務所や保健相談所等とケースに応じて緊密に連携し、ケース検討会やコアメンバー会議を踏まえて支援方針を決定し対応を図ります。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力の低下がみられる場合には、適切な介護サービスに加え、金銭的な管理、法的行為等への支援のため成年後見制度の利用を図ります。また、申し立てに必要な書類の準備等についても支援します。

さらに制度の啓発や利用促進につなげ、社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業と連携していきます。また、後見に関する各種団体等とのネットワークを構築します。

消費者被害の防止

被害に関する相談を受け付け、被害の回復と再発防止を支援します。そのため練馬区消費生活センターや警察と連携していきます。地域団体や関係機関と連携し消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応を行うことで被害を未然に防ぐよう支援するに努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域における包括的・継続的ケアを実施するため、関係機関との連携を構築し地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援します。

また、地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう地域の連携・協力体制を構築していきます。

介護支援専門員同士のネットワークの構築および実践力向上を目的とした連絡会や事例検討会を開催、もしくは他のセンターと共催していきます。

介護支援専門員への支援

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地から個別指導や相談への対応を行います。介護支援専門員の資質向上を図る観点から、関係機関と連携をとり情報提供や事例検討会を開催していきます。

さらに、いわゆる対応が難しいケースへの対応支援や同行訪問、サービス担当者会議への出席、サービス計画作成に関する指導・助言を実施します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

対象者が介護予防に資する保健医療サービス、または福祉サービスの適切な利用により現在の状態の維持・改善が図れるように自立支援に向けた介護予防サービス計画を作成します。その際には、一般介護予防事業や区の高齢者福祉サービス、民間団体による生活支援サービス、地域住民による自発的な活動も含め、その方らしい生活が送れるような適切なサービスが提供されるよう留意します。また、事業対象者を含めて、プロセスに基づき適切に実施します。居宅介護支援事業所に委託した場合にも適切な実施が図れるよう指導・助言をします。

介護予防サービスの利用支援

当該計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、事業者との連絡調整を行います。実施にあたっては練馬区、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体と連携を図るとともに、公正中立を確保するため、サービス事業者を選定した経緯等を記録する等の取り組みを行います。さらに対象者の自立した生活を目指し、要介護状態になることの予防や改善に資する支援を実施します。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

ケース検討を通じて課題解決を支援するとともに地域の課題を把握しネットワーク構築を図ります。検討したケースを継続的に把握し、そして支援しモニタリングを実施していきます。

地域ケア個別会議では、高齢者個人のケースに対する多職種による検討を通じて高齢者の課題解決を支援するとともに、問題解決のための地域支援ネットワークの構築を目的とします。そうした検討のプロセスを通じて、支援体制の脆弱点、社会資源や人材の課題等といった地域課題の把握を目的とします。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議、その他の委託業務を通じて把握した地域課題について解決に向け地域の関係者で検討します。

各種の会議で検討された地域の課題を様々な関係者と共有し解決に向けて検討します。検討結果は報告書等を作成し参加者で共有します。

地域ケア予防会議の開催

センター内での情報共有およびケース検討を踏まえた上で、個別ケースについて多職種協働により自立支援に向けたマネジメントの向上を図り、継続的に評価しモニタリングを実施します。

また、基準を超えて生活支援が必要なケースについて、区と連携して専門職との検討を図り、個々の状況を踏まえて適切なサービス利用を図ります。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療と介護の相談窓口として、病院や施設から在宅療養へスムーズに移行できるよう、相談の受け付け、及び適切な機関への紹介や引継ぎを実施します。

また、介護サービス事業者への情報提供や助言を行うことにより、医療と介護の連携を進めていきます。

地域の医療資源の把握と連携強化

相談支援の実施を通じて地域の各医療機関の機能を把握し、リスト作成とともに気になるケースの連絡等で相互の連携を図ります。リストの情報は最新のものを掲載するように随時更新します。

把握した情報については、地域の医療・介護関係者間の連携や相談時の情報提供に活用していきます。また、地域ケア会議等を通じて、地域の医療と介護サービス事業者との連携を図ります。

さらに医療機関や事業者等の多職種による在宅医療・介護連携に関する事例検討会や研修に積極的に参画します。

普及啓発・研修

様々な会議や地域ネットワーク構築の中で医療との連携を推進します。そうした環境で各種

の勉強会の開催等で医療知識の向上を図ります。

地域に在住の方や事業者等に向けて、在宅医療や医療・介護連携に関する勉強会等、理解が深められる研修会を開催します。併せてそうした内容に資する専門的な研修に積極的に参加します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

医療と介護の相談窓口認知症地域支援推進員を配置し、ご本人のみならずご家族や関係者からの相談を受け付けます。

適切なサービス、関連機関等や各種制度の利用、認知症専門病院との連携を行い、認知症高齢者が地域で安心して暮らしていけるように支援します。また、必要に応じて認知症初期集中支援チームと連携を図ります。

地域の社会資源の把握と連携強化

医療機関だけでなく、地域で認知症の方を支援する活動を行っている団体等を把握していきます。特にコンビニエンスストア等とも連携を強化し地域での協力体制を構築していきます。

また認知症おたがいさまマップ作成や、各関係者が主催のオレンジカフェ等を通じて地域のネットワークと連携を強化していきます。特にN-impro（ニンプロ）活用促進事業を通じて、認知症への理解と対応力の向上を図ります。

普及啓発・研修

介護サービス事業者だけでなく、地域の各種活動との連携にて認知症への理解を深めていただけるよう専門の講師を招いた講座等を開催し、また地域の見守りといった面での普及啓発をN-impro（ニンプロ）事業と含めて実施します。併せて認知症に関する研修に積極的に参加します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

生活支援コーディネーターと連携し、地域の特性や社会資源、課題等を把握していきます。地域ケア会議等にコーディネーターにも参画いただき、地域に不足している生活支援サービス等や地域が抱えている課題を共に把握し連携を深めていきます。また、地域ごとの協議体開催に向けて準備します。

資源開発

地域ケア会議等で把握された地域課題の検討を通じて、地域団体への活動支援や不足している生活支援内容を検討していきます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

実態把握やチェックシートの実施にて介護予防事業や地域活動への参加につなげ、必要な福

社・介護サービスや区の高齢者福祉サービスへの利用支援を実施します。さらにリストにない対象者の発見に努め、事業の利用につなげられるよう努めます。また、自治会の定例会や各種団体の会合に積極的に参加し、事業の周知と協力を努めます。

訪問支援協力員との連携

対象者とのマッチングやコーディネートを実施し、協力員の円滑な活動を支援します。また協力員と定期的な連絡会を開催し情報交換や意見交換を実施します。引き続き協力員の募集に努め、お互い様の関係が地域で築けるように図ります。

高齢者を見守る地域づくり

認知症おたがいさまマップ作成や民生委員、地域の商店街、自治会、老人クラブ、また民間NPO団体等との連携を通して、地域全体で高齢者を見守る体制づくりを進めます。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 泉陽会
センター名称	第二光陽苑地域包括支援センター

運営方針

高齢者人口の増加、独居高齢者世帯の増加、認知症や複雑な家庭環境により支援が困難な世帯の増加など高齢者を取り巻く社会環境の変化に伴い、より一層の多職種・多機関との連携が必要となっています。

地域包括ケアシステムの推進が求められる中、地域包括支援センターとして、地域課題の把握、地域関係者や行政機関とのさらなる信頼関係の構築と連携、それらが持続的となる関係性構築を図り、福祉・医療・介護が必要な高齢者に対し、切れ目のない支援体制づくりを行うとともに、地域から信頼され地域に根差した身近な相談窓口を目指します。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

施設内他部署と共に行う職員全体会にて、計画内容の共有を図ります。また、毎月開催する事業所内の定例会では、事業計画に基づき業務の遂行状況を確認、共有し必要に応じて、協議、修正を行います。

職員の資質向上のための取組み

外部研修へ参加し、個々の専門性の向上に努めると共にフィードバックを行い、事業所全体の力量向上にもつなげます。区や国の動向にも目を向け情報収集に努めます。各種専門職の集まりにも積極的に参加しネットワークの構築にも努めます。

練馬区および他センターとの連携

圏域連絡会、専門職の会議などを通じて他のセンターの取り組みを共有し、業務の標準化、連携を図りながら、地域住民に必要な支援を提供できるよう努めます。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区の情報セキュリティ教材を使用した学習の機会を年1回以上実施します。また、法人内の個人情報保護に関する勉強会へも参加し、個人情報の取り扱いについて意識を高めていきます。個人情報の書面等を保管する際は施錠できるキャビネットへ保管し、パソコンには持ち出しができないようワイヤーロックを徹底し、終業後は確実に電源を落として退勤するなど、確認票をもとに管理していきます。

苦情処理体制

法人のマニュアルに沿って、適切かつ迅速に対応できるようにクレームが挙がった際は、速やかに事業所内で共有し、法人および関係機関への報告を行います。また、状況確認と関係機関への報告も迅速に行い、事業所として検証、改善策を立案し再発防止に努めます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

迅速かつ真摯に対応し、実態の把握と今後の支援につなげられるよう信頼関係の構築に努めます。ミーティング等を活用し情報共有、相互助言しながらよりよい対応を検討し対応していきます。また、必要時に適切な社会資源の情報提供ができるように、地域の社会資源の把握を進めていきます。

地域包括支援ネットワークの構築

地域ケア会議、専門職等の会議、地域関係機関との会議などを通じて、ネットワークのさらなる強化とスムーズな連携方法を検討していきます。

地域の見守り協定締結機関との連携を図るため、コンビニエンスストアや薬局、配食事業者や高齢者の集う施設などとの顔の見える関係づくりを引き続き実施していきます。

また、地域密着型サービス事業所が開催する運営推進会議や医療機関の開催する勉強会などへも積極的に参加し関係強化を図ります。

実態把握・安否確認

見守り協定事業者や地域の関係機関と密に連携をとり、生活に心配のある高齢者の情報を把握し、協力を得ながら安否確認を行います。

緊急対応の必要がある際には、事業所内でも声を掛け合い、役割分担の上、迅速に対応するとともに、区や警察などとも報告・連絡・相談を実施します。また、安否確認方法を地域で共有し、地域の関係機関とも協力して安否確認対応ができるように努めます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

圏域の社会福祉士会や権利擁護関係の研修に参加し、高齢者虐待防止に対応するための必要な知識、情報を集め、区のフローチャートに沿って迅速に対応していきます。早期発見と予防のために、地域の関係機関、特に民生児童委員や医療機関とのさらなる連携を図ります。また、高齢者虐待防止に向け、介護サービス事業所などに対し啓発活動に取り組みます。

成年後見制度等の利用支援

成年後見制度や地域福祉権利擁護事業について、制度の理解を深め、制度を必要とする方へ適切に案内できるように努めます。また、練馬区の成年後見制度利用促進の中核機関である「ほっとサポートねりま」とも連携を強めながら対応していきます。

消費者被害の防止

消費生活センター、警察等の情報を参考に、地域関係者や街かどケアカフェ事業の参加者へ情報発信や注意喚起を図ります。消費者被害が疑われる内容の相談があった場合は、速やかに区と消費生活センターへフローチャートに則り報告しさらなる被害防止に努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備。

地域の介護支援専門員の連絡会等に参加し地域で顔が見える関係を作っていきます。

石神井圏域の活動団体である「ケアマネ石神井」に於いて、ケアマネ石神井運営委員会へ参

加（毎月1回）し石神井圏域のケアマネジャーを対象に勉強会等の企画開催を実施します。

地域の居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員と連携して、地域の介護支援専門員向けの研修、事例検討会等を計画的に開催します。（3ヶ月に1回）

石神井圏域包括代表CMAN（練馬区主任介護支援専門員協議会）運営委員として、会議体に参加し、石神井圏域の主任介護支援専門員にフィードバックを行い、練馬区4圏域の平準化が図れるようにしていきます。

介護支援専門員への支援

担当地域の利用者を担当している介護支援専門員にサービス導入時等、同行訪問を行い顔が見える関係を築き相談しやすい環境をつくります。

地域のケアマネジャーの個別の相談を通じて、状況に応じて、サービス担当者会議開催支援や個別指導、相談への対応を行います。必要に応じて「リ・アセスメントシート」「課題整理総括表」の活用を伝え、ケアマネジャー自身の気づきを促せるよう支援していきます。

CMAN（練馬区主任介護支援専門員協議会）運営委員の練馬区ケアマネジメント体制強化事業「質の向上ガイドライン」研修の班長として、主任介護支援専門員向け研修の運営支援を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

自立支援、重度化防止に繋がっているかという視点で、介護予防ケアマネジメントを実施します。

月1回開催されるセンター内でのプランナーミーティングにおいて、職員間でケースを共有、検討を行います。また「介護予防ケアマネジメント担当者連絡会」および「介護予防ケアマネジメント担当者連絡会全体会」に参加し、介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方、および介護予防ケアマネジメント実施の手順の標準化を図ります。

委託先の居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対しては、「練馬区介護予防ケアマネジメントマニュアル」に沿って対応します。介護予防および自立支援に繋がる介護予防ケアマネジメントが行えるよう、必要な指導および助言を実施します。

介護予防サービスの利用支援

総合相談、出張型街かどケアカフェ、はつらつシニアクラブ等の場面において、必要に応じて基本チェックリストを用いた介護予防のスクリーニングを実施します。介護予防の取り組みが必要とされた方に、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等について、説明を行います。サービスの利用を希望される場合には、速やかに事業の利用を支援します。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

支援者が困難を感じているケース、支援につながっていないケース、地域のケアマネジャーから相談があった個別ケース等について、随時、個別会議を開催します。

地域の介護支援専門員と個別会議開催の企画を行い、地域課題の発見を行います。

会議目的の実現に向けた目標設定を行い、目標達成の為の支援方針・役割分担を決定していきます。会議終了後は、支援方針に沿って、モニタリングを実施します。

地域ケアセンター会議の開催

地域の住民から認知症高齢者に対しての相談が多い石神井台地区に於いて、住民の認知症高齢者理解促進、見守りネットワーク構築を目的とした、地域ケアセンター会議を開催。（6月）発見された地域課題を参加者にフィードバックし、課題解決に向けた具体策な方法について検討をしていきます。なお、開催については、地域の介護支援専門員と会議を企画していきます。

地域ケア個別会議から地域課題を整理し、地域課題解決に向けた検討を行うための地域ケアセンター会議を開催。（場所、参加者、テーマは未定。10月頃開催予定）会議終了後、会議の実施結果・議事録等により、会議の参加者に共有を図っていきます。

地域ケア予防会議の開催

地域ケア予防会議（年2回開催）で検討されるケアプランの選定を行い、会議参加にあたっては、不足する社会資源等を把握した上で会議に参加します。

会議で検討された課題について、専門職からのアドバイスを参考にしながら、課題解決の為の支援を行い、達成状況について、モニタリング・評価を行います。

訪問介護多回数プランについて、参加依頼があった際は、ケアマネジャーと同行訪問し、利用者の状態をアセスメントし、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止等の視点から、必要に応じ、サービス内容の変更がなされるよう支援していきます。会議終了後は、ケアマネジャーに状況を確認し、必要に応じ、助言等行っていきます。

3 在宅医療・介護連携の推進**在宅医療等に関する相談支援**

在宅療養の相談窓口として、利用者やその家族、医療機関などからの相談を受け必要な支援や制度を提案します。また、必要に応じて医療機関や利用者宅を訪問し、カンファレンス等に参加することで在宅療養を支える一端を担います。

地域の医療資源の把握と連携強化

同圏域内の地域包括支援センターの医療職と協働して、地域の医療機関や事業所の情報収集を行います。また、区のICTモデル事業として、タブレットを活用することで、効率的に在宅医療のチームとの連携を図ります。

普及啓発・研修

地域の医療機関等が主催する研修に参加し、在宅医療の傾向の把握に努めます。また、各医療機関の情報を地域に発信し、地域のネットワーク構築を図ります。また、他の地域包括支援センターと協働し、医療機関や地域の事業所との連絡会を開催することで、意見交換や役割など相互理解ができる場を設けます。

4 認知症施策の総合支援**認知症に関する相談支援**

利用者家族や近隣住民、医療機関からの相談は年々増加傾向にあります。また、身寄りのいない独居高齢者や精神疾患、先天性の疾患がある子供と同居している高齢者等ケースも多様化

している傾向にあります。そのため、必要に応じて保健相談所や社会福祉協議会、認知症初期集中支援事業などにも支援の協力を仰ぎながら対応していきます。

地域の社会資源の把握と連携強化

認知症専門相談を行っている慈雲堂病院や陽和病院と連携を図る際に、利用者家族と病院間の相談を円滑に進められるように支援を行い、適切・安全に受診や入院を行えるようにします。また、オレンジカフェや家族会にも参加や連携を行い、情報収集や情報の周知を行っていきます。

普及啓発・研修

敬老館や小学校などで認知症サポーター養成講座やN-impro（ニンプロ）を行うことで、認知症の理解や対応などについて周知を行います。また、地域の薬局やコンビニエンスストア等とも積極的に連携を図ることで、事業開催の時や認知症高齢者の見守りなどの協力依頼を行っていきます。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

顔の見える地域の福祉づくりを共通の目的として毎月開催されている地域団体の集まり『しあわせ福祉ネット・関』への参加を継続し、世代を超えた地域課題などの情報交換や共有を図ります。また、日頃より個別事例や地域社会資源の情報・活用状況についても、生活支援コーディネーターとの連携を図り情報交換を行っていきます。

資源開発

地域ケアセンター会議の報告や地域ケア個別会議を通して抽出された地域課題について、生活支援コーディネーターや地域の関係者と共有し、今後の実践活動につなげていきます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

地域に『ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業』のさらなる周知を図り、訪問対象者との関係構築に努めるとともに、地域包括支援センターを主体的に活用していけるよう努めます。また区の方針も確認（75歳以上の高齢者のみ世帯の高齢者実態調査票回収等）を行い、訪問の優先順位を検討し対応していきます。

訪問支援協力員との連携

訪問対象者の異変に早期に気づき適切に対応できるよう、訪問支援協力員が気になったことを気軽に報告・相談していただける関係づくりに努めていきます。

また、訪問支援協力員の訪問活動の不安・戸惑いを共有し、不安の解消に努めるとともに活動への意欲を持ち続けられるよう、訪問支援協力員連絡会を通じ協力員同士の交流が図れる場の確保に取り組んでいきます。

高齢者を見守る地域づくり

地域ケア会議や日頃の相談業務・地域の高齢者見守りネットワーク構築のための会議体等への参加（はつらつシニアクラブや出張型街かどケアカフェ事業等）を通じて、地域の高齢者の見守りを担う民生・児童委員をはじめとした関係機関と顔のみえる関係づくりを行い、情報の共有化を図ります。

また、地域における高齢者の見守り体制を構築できるよう、訪問支援協力員の募集や事業の周知・啓発を行っていきます。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬区社会福祉事業団
センター名称	関町地域包括支援センター

運営方針

地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行います。人権尊重を理念とし、公正かつ中立な運営を行い、地域より信頼されるサービス提供を目標に活動を行います。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

法人では、人権尊重の取り組み サービス品質向上への取り組み 地域との連携および地域貢献への取り組み 効率的な経営と事業基盤の安定への取り組み 人材確保および育成への取り組み 事業領域の充実および拡大への取り組みの6つの柱に合わせ事業計画を作成し、仕様書に沿った事業展開を計画しています。職員の共通理解をするために年度当初に職員全員で役割分担を実施し、確実に事業が遂行できるよう管理します。

職員の資質向上のための取り組み

福祉サービスの中核は対人援助であり、その担い手としての職員の育成はサービスの質に直結するものとして、計画的に研修を受講しています。新任職員のOJTマニュアルの実施に加え、「介護支援専門員人材育成ガイドライン」に沿った人材育成や、職種別担当者会においてスキルアップ研修を行っており、職域に応じた資質向上を図っています。また、年間を通じて人材育成ができるよう、人事考課制度を通じた職員の育成を行っています。

練馬区および他センターとの連携

地域の介護支援専門員の支援を近隣地域包括支援センターと共に行い、勉強会などを計画しています。担当区域周辺の多職種事例検討会の共同開催や地域に向けた「認知症勉強会」などを行い、圏域を面としてとらえ包括的な連携を行います。また、圏域連絡会などを通じ、職種間での情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題を検討し、解決に向けて共に地域への支援力を強化出来るよう連携を持ちます。

個人情報の保護および適正な管理

相談業務は個人情報なくしては成立しないため、個人情報を適切に扱うことを最重要課題としています。法人理念の人権尊重の下に、個人情報を適切に取り扱い、業務を遂行します。個人番号に関しても収集できない体制を保持し、マニュアルに沿った行動を図り、個人情報の保護を徹底します。

苦情処理体制

苦情を受け付ける際には公正中立の立場で社会性や客観性を保持すると共に、利用者の権利擁護を中心に考え、適切に苦情解決手続きを行います。そのために苦情対応研修の実施や苦情担当責任者を決定し、苦情解決の取り組みのルールを確認します。過去の苦情解決を学ぶ機会として練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局の報告書から、苦情の背景などについて学び所内で話し合う機会を持ちます。

各事業の実施方針**1 包括的支援事業****総合相談支援業務****総合相談支援**

高齢者やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、個々の相談に応じ必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。また、地域の身近な相談窓口としてワンストップ・サービスを心がけ、介護サービスの苦情や各種申請の受付等を行います。

地域包括支援ネットワークの構築

委託業務の実施を通じて、介護サービス事業者、介護保険施設、医療機関、薬局、コンビニエンスストア、民生児童委員、地域福祉を考える住民団体「しあわせ福祉ネット・関」、認知症の理解啓発に取り組むボランティア団体「おたがいさまの会」、地域密着型サービス事業者が開催する運営推進会議、関町防災ネットワーク連絡調整会議等に定期的に参加し、地域におけるさまざまな関係者と更なるネットワークの構築を図ります。

実態把握・安否確認

関町地域のネットワークを活用し、高齢者や家族の状況等について実態把握を行います。また、高齢者の安否（所在）確認が取れない等、高齢者の異変に関する通報が地域の事業者や関係者等からあった場合は、練馬区と連携し、当該高齢者の安否確認を行います。

権利擁護業務**高齢者虐待への対応**

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」及び「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に則り、虐待の通報があった場合には、情報共有・緊急性の判断等を協議し、総合福祉事務所高齢者支援係に報告します。また、総合福祉事務所と協働して情報収集・事実確認・初期対応・支援方針の決定等を実施します。

成年後見制度等の利用支援

成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の利用が必要な高齢者に対して、制度の説明および申し立ての支援を行います。また、必要に応じて「権利擁護センターほっとサポートねりま」等の関係機関を案内します。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センター等と情報交換を行い、消費者被害の防止を目的とした関係機関への周知や啓発活動を行います。また、消費生活被害に関する相談を受け付けた際には、被害にあった高齢者の権利回復および再発防止の為に、警察や弁護士につなげる支援を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務**包括的継続的ケアマネジメントの環境整備**

地域の主任介護支援専門員および介護支援専門員のネットワーク構築や資質向上等を目指し、「関ケアマネ連絡会」を開催します。また、圏域の介護支援専門員の組織「ケアマネ石神井」の活動支援を行います。その他に、練馬区主任介護支援専門員協議会（CMAN）総会、練馬ケアマネジャー連絡会石神井班の活動「しゃべり場」等に積極的に出席します。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的業務の相談に応じ、ケアプランの作成に関する助言・指導やサービス担当者会議の開催を支援する等、必要に応じて個別の支援を行います。

介護予防ケアマネジメント**介護予防ケアマネジメント**

「練馬区介護予防ケアマネジメントマニュアル（平成31年4月改定）」に基づき、予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象者となる高齢者の心身状況等を把握し、介護予防に資する適切なケアマネジメントを実施します。主任介護支援専門員や保健師等を中心に勉強会の開催や研修等を企画・実施し、介護予防ケアマネジメントの資質向上を図ります。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する相談を受け付けた際には、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業について説明を行い、各事業の利用支援を行います。また、保健師等が練馬区介護予防事業「はつらつシニアクラブ」に出席し健康相談や一般介護予防の周知・案内を行います。

2 地域ケア会議**地域ケア個別会議の開催**

個別の高齢者のケース検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決に向けた社会資源の把握や、地域包括支援ネットワークの推進を目指します。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議は「アルコール依存症と高齢者支援」と「地域防災」をテーマに2回開催します。地域住民、介護サービス事業者、医療機関、ボランティア組織、生活支援コーディネーター等で地域の共通課題について話し合い課題解決を目指します。また、閉会後にアンケート調査を実施し、会議の効果を図り次回開催に活かします。

地域ケア予防会議の開催

練馬区の開催計画に沿って、自立支援・介護予防に資するケアマネジメントの実施に向けて、多職種連携の事例を提出する等、協力と連携を図ります。

3 在宅医療・介護連携の推進**在宅医療等に関する相談支援**

「医療と介護の相談窓口」において、高齢者やその家族および医療・介護関係者からの相談を受け付けて、必要な支援を把握して、適切なサービスや関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。

<p>ICT を活用した医療・介護連携モデル事業において、在宅で暮らす高齢者の支援をより効果的・効果的に行うため、タブレット端末を活用し医療・介護従事者との連携を図ります。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>圏域保健師会等での情報共有や地域の医療・福祉資源の把握に努め、最新情報をリスト化し活用します。また、他の地域包括支援センターと協働し、地域の医療機関や介護サービス事業者等を対象に多職種による在宅医療・介護連携に関する事例検討会や研修等を計画的に開催します。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域住民や団体等に対し、在宅療養や医療・介護連携に関する勉強会を他の地域包括支援センターと協働し開催、理解普及に努めます。また、練馬区が主催する在宅療養、医療介護連携に関する会議や研修に積極的に参加します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>「認知症専門相談（認知症初期集中支援推進事業）実務マニュアル」に則り、認知症の高齢者および若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者からの相談を受け付けて、適切なアセスメントを実施します。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>地域にある認知症疾患医療センター「慈雲堂病院」との日頃の連携を深め、認知症専門相談や認知症専門病院の相談利用が円滑に行われるように関係構築を強化します。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域住民や団体に対し、コンビニエンスストアを会場とした出張型街かどケアカフェ事業を開催し、認知症の理解普及に努めます。また、練馬区が圏域で主催する「認知症専門相談」や「認知症初期集中支援チーム員研修」「若年性認知症研修」等の研修に出席し、認知症と診断された本人を中心に質の高い支援に結び付くよう努めます。また、「本人ミーティング」の開催を通じ、認知症の本人の声を聴き、本人支援の取り組みを実施します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>地域ケア個別会議等の実施を通じて、担当地域内に不足する生活支援サービス等に関する情報を把握した場合は、生活支援コーディネーターと情報共有するように努めます。</p>
<p>資源開発</p> <p>地域ケア個別会議・地域ケア予防会議・地域ケアセンター会議の実施等を通じて、担当地域内の町会・自治会・老人会等の地域住民のニーズを把握します。また、地域福祉を考える地域住民の団体「しあわせ福祉ネット・関」、認知症の理解啓発に取り組むボランティア団体「おた</p>

がいさまの会」等の活動支援を行います。そのなかで、地域に不足する生活支援サービスの創出等に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

対象者宅を年1回以上訪問し、生活実態のアセスメントを実施します。その結果に基づき、「はつらつセンター関」で行われているサークル活動や一般介護予防事業の紹介、「フリフリグッパ」「脳いきいきアート」等の出張型街かどケアカフェ事業への参加を促進し、生活の質の向上につながる支援を実施します。また、必要に応じて、元気高齢者が集える場所の紹介や介護保険サービスまたは練馬区高齢者福祉サービスの利用支援を行い、対象者が地域で孤立しないような地域づくりを目指します。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員同士の交流や、活動に役立つ情報交換、活動の意欲喚起につながる連絡会を計画的に開催し、訪問支援協力員の資質向上等に取り組みます。

高齢者を見守る地域づくり

地域ケアセンター会議の開催を通して、民生・児童委員、町会・自治会、老人クラブ、地域住民、その他、高齢者の見守りに関わりや関心のある方々との協働により地域の共通課題と解決策を模索し、高齢者を見守るための地域づくりに取り組みます。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 練馬豊成会
センター名称	上石神井地域包括支援センター

運営方針

地域包括支援センターは、地域で生活する高齢者等の健康保持・生活の安心のために必要な相談支援を実施します。

そのために、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、在宅医療や認知症に関する相談支援業務、ひとり暮らし高齢者等訪問支援業務、地域ケア会議推進業務、生活支援体制整備業務、出張型街かどケアカフェ業務、福祉用具一時貸与業務、はつらつシニア業務、高齢者実態把握業務を実施します。

また、地域住民の心身の健康の保持、及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上、及び福祉の増進を包括的に支援します。

本計画書やスケジュールはセンターに掲示し、職員に対して事業内容の周知を図ります。ご利用者に対しては、各事業の実施ごとに適宜事業内容をご案内いたします。さらに団塊の世代の方々が後期高齢者となる時代に向けて、センターが練馬区地域包括ケアシステムの中核的機関としての役割が果たせるように努めていきます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

センターへの掲示と併せて、事業計画書を職員に配布し、各自が必ず確認するよう徹底します。また、練馬区の高齢者保健福祉行政の一翼を担う機関として、公正・中立な運営を確保します。

職員の資質向上のための取組み

住み慣れた地域と環境で、自分らしい生活が継続できるための支援であることを踏まえて、常に当事者の最善の利益を図るために業務を遂行します。

そのために法人における職員心得、及び倫理規定、また行動指針を徹底します。また、職種ごとの研修に積極的に参加し、その資質向上に努め、業務に必要な知識や技術の習得・向上を積極的に行います。

練馬区および他センターとの連携

必要に応じて区へ報告相談し対応を図ります。職種ごとの連絡会に積極参加し他のセンターとも連携して情報を共有していきます。

特に圏域会議、地域包括支援センター長会、各種の会議をとおして連携を図ります。さらに高齢者虐待対応や成年後見の区長申立て等においては、総合福祉事務所高齢者支援係と緊密に連携し、迅速かつ適切な支援を実施します。

個人情報の保護および適正な管理

練馬区個人情報保護条例に則り、法人の個人情報保護に関する基本方針を遵守します。また第3者が個人情報を確認できないように環境を整備します。職員各自が個人情報の重要性を認識し、上記の関連法令、及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

訪問時にやむなく個人情報を持ち出す場合は、開口部が閉じられるバッグを使用し、必ずたすき掛けで常に身につけることを徹底いたします。

収集した個人情報は、施錠できる収納箇所で管理いたします。パソコンにはパスワードを設定し、外部に持ち出せないようにワイヤーロックを徹底し、不用意に記録媒体を接続しません。

不要となった個人情報を含む書類は、情報が確認できないようにシュレッダー処理を必ず実施し、外部に漏洩しないように細心の注意を払います。

苦情処理体制

速やかに区の担当部署へ連絡し報告相談の上で適切な対応を図ります。また必要に応じて練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局と連携します。

併せて法人として相談・苦情の対応窓口を常に設置し、苦情解決の責任者・受付方法等の整備・徹底をし、誠実かつ迅速に対応いたします。

各事業の実施方針**1 包括的支援事業****総合相談支援業務****総合相談支援**

生活上の様々な相談を受け、的確な状況判断を行い、緊急対応の必要性を判断しつつ、適切な情報提供や関係機関の紹介をします。

また多様な相談に対応できるよう職員研修を行い、窓口体制の充実を図ります。さらに関係機関との情報交換を行い、相談窓口の広範な連携を強化していきます。

地域包括支援ネットワークの構築

地域における様々な社会資源や関係機関とのネットワークを構築します。また民生委員や見守り訪問ボランティアとともに地域ケア会議等での情報交換を図ります。

以上を踏まえて保健・医療・福祉をはじめとする適切な支援を行います。

実態把握・安否確認

高齢者の心身状況や家庭環境等について実態把握を行い、隠れた問題やニーズを発見し早期に対応できるように取り組みます。ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業と併せて、必要と思われる世帯を訪問いたします。

総合相談に続けて継続的な相談や支援が必要な場合には、関係者と連携を図りながら実態把握をしていきます。また安否確認の情報があつた際は、早急な対応に努めます。

こうした対応を積み上げて、担当地域のニーズや課題を整理し、センター会議や圏域会議と有機的に連動していきます。

権利擁護業務**高齢者虐待への対応**

高齢者虐待防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律に基づき、速やかに当該高齢

者の状況を把握します。虐待防止のための相談支援を実施し、情報の受付と事実確認に努めます。また、総合福祉事務所や保健相談所等ケースに応じて緊密に連携し、ケース検討会やコアメンバー会議を踏まえて支援方針を決定し対応を図ります。

成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力の低下がみられる場合には、適切な介護サービスに加え、金銭的管理、法律的行為等への支援のため成年後見制度の活用を図ります。また申し立てに必要な書類の準備等についても支援します。

さらに制度の啓発や利用促進につなげ、社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業と連携していきます。また後見に関する各種の団体等とネットワークを構築します。

消費者被害の防止

被害に関する相談を受け付け、被害の回復と再発防止を支援します。そのため練馬区消費生活センターや警察と連携していきます。

地域団体や関係機関と連携し消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応を行うことで被害を未然に防ぐように支援することに努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域における包括的・継続的ケアを実施するため、関係機関との連携を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援します。

また地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう地域の連携・協力体制を構築していきます。

介護支援専門員同士のネットワーク構築、及び実践力向上を目的とした連絡会や事例検討会を開催、もしくは他のセンターと共催をしていきます。

介護支援専門員への支援

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地から個別指導や相談への対応を行います。介護支援専門員の資質向上を図る観点から、関係機関と連携を取り情報提供や事例検討会を開催します。

さらに、いわゆる対応が難しいケースへの対応支援や同行訪問、サービス担当者会議への同席、サービス計画作成に関する指導・助言を実施します。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

対象者が介護予防に資する保健医療サービス、または福祉サービスの適切な利用により、現在の状態の維持・改善が図れるように自立支援に向けた介護予防サービス計画を作成します。

その際には一般介護予防事業や区の高齢者福祉サービス、民間団体による生活支援サービス、地域住民による自発的な活動も含め、その方らしい生活が送れるよう適切なサービスが提供されるよう留意します。

また、事業対象者を含めて、プロセスに基づき適切に実施します。居宅介護支援事業所に委託した場合にも適切な実施が図れるよう指導・助言をします。

介護予防サービスの利用支援

当該計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、事業者との連絡調整を

行います。実施にあたっては練馬区、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体と連携を図るとともに、公正中立を確保するため、サービス事業者を選定した経緯等を記録する等の取り組みを行います。

さらに対象者の自立した生活を目指し、要介護状態となることの予防や改善に資する支援を実施します。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

ケース検討を通じて課題解決を支援するとともに、地域の課題を把握しネットワーク構築を図ります。

検討したケースを継続的に把握・支援し、モニタリングを実施していきます。地域ケア個別会議では、高齢者個人のケースに対する多職種による検討を通じて、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決のための地域支援ネットワークの構築を目的とします。

そうした検討のプロセスを通じて、支援体制の脆弱点、社会資源や人材の課題等といった地域課題の把握を目的とします。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議、その他の委託業務を通じて把握した地域課題について解決に向け地域の関係者で検討します。

各種の会議で検討された地域の課題を様々な関係者と共有し解決に向けて検討します。検討結果は報告書等を作成し参加者で共有します。

地域ケア予防会議の開催

センター内での情報共有、及びケース検討を踏まえた上で、個別ケースについて圏域ごとの多職種協働による地域ケア予防会議を開催します。自立支援に向けたマネジメントの向上を図り、継続的に評価しモニタリングを実施します。

また基準を超えて訪問介護の生活援助が必要なケースについて、練馬区と連携して専門職との検討を図り、個々の状況を踏まえて適切なサービス利用を図ります。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

医療と介護の相談窓口として、病院や施設から在宅療養へスムーズに移行できるよう、相談の受け付け、及び適切な機関への紹介や引き継ぎを実施します。

また介護サービス事業者への情報提供や助言を行うことにより、医療と介護の連携を進めていきます。

地域の医療資源の把握と連携強化

相談支援の実施を通じて地域の各種の医療機関等の機能を把握し、リストの作成とともに、気になるケースの連絡等で相互の連携を図ります。リストの情報は最新のものを掲載するように随時更新します。

把握した情報については、地域の医療・介護関係者間の連携や相談時の情報提供に活用して

いきます。また地域ケア会議等を通じて、地域の医療と介護サービス事業者との連携を図ります。

さらに医療機関や事業者等の多職種による在宅医療・介護連携に関する事例検討会や研修に積極的に参画します。

普及啓発・研修

様々な会議や地域ネットワーク構築の中で医療との連携を推進します。そうした環境で各種の勉強会の開催等で医療知識の向上を図ります。

地域にお住まいの方や事業者等に向けて、在宅医療や医療・介護連携に関する勉強会等、理解を深めていただくような研修会を開催します。

併せてそうした内容に資する専門的な研修にセンター職員が積極的に参加します。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

医療と介護の相談窓口認知症地域支援推進員を配置し、ご本人のみならずご家族や関係者からの相談を受け付けます。

適切なサービス、関連機関等や各種制度の利用、認知症専門病院との連携を行い、認知症高齢者が地域で安心して暮らしていけるように支援します。

また、必要に応じて認知症初期集中支援チームと連携を図ります。

地域の社会資源の把握と連携強化

医療機関だけでなく、地域で認知症の方を支援する活動を行っている団体等を把握していきます。特にコンビニエンスストア等とも連携を強化し地域での協力体制を構築していきます。

また、認知症お互いさまマップ作成や、各関係者が主催のオレンジカフェ等を通じて地域のネットワークと連携を強化していきます。特にN i m p r o（ニンプロ）活用促進事業を通じて、認知症への理解と対応力の向上を図ります。

普及啓発・研修

介護サービス事業者だけでなく、地域の各種活動との連携にて認知症への理解を深めていただけるよう、専門の講師を招いた講座等を開催し、また地域の見守りといった面での普及啓発を上記のN i m p r o（ニンプロ）事業と含めて実施します。併せて認知症に関する研修にセンター職員は積極的に参加します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

生活支援コーディネーターと連携し、地域の特性や社会資源、課題等を把握していきます。地域ケア会議等にコーディネーターも参画いただき、地域に不足している生活支援サービス等や地域が抱えている課題をともに把握し連携を深めていきます。また圏域ごとの協議体開催に向けて準備します。

資源開発

地域ケア会議等で把握された地域課題の検討を通じて、地域団体への活動支援や不足している生活支援内容を検討していきます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

実態把握やチェックシートの実施にて介護予防事業や地域活動への参加につなげ、必要な福祉・介護サービスや区の高齢者福祉サービスへの利用支援を実施します。さらにリストにない対象者の発見に努め、事業の利用につなげられるよう努めます。また自治会の定例会や各種団体の会合に参加し、事業の周知と協力を努めます。

訪問支援協力員との連携

対象者とのマッチングやコーディネートを実施し、訪問支援協力員の円滑な活動を支援します。また協力員と定期的な連絡会を開催し情報交換や意見交換を実施します。

引き続き協力員の募集に努め、お互いさまの関係が地域で築けるように図ります。

高齢者を見守る地域づくり

認知症お互いさまマップ作成や民生委員、地域の商店街、自治会、老人クラブ、また民間NPO団体等との連携を通じて、地域全体で高齢者を見守る体制づくりを進めます。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 章佑会
センター名称	やすらぎミラージュ地域包括支援センター

運営方針

やすらぎミラージュ地域包括支援センターは、地域の高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らし続けられるように、包括的支援事業を実施します。また、地域の医療・介護等の多職種、様々な活動団体、区の関係機関等と協働し、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たすよう努めます。職員は常に緊密に連携して職務に臨み、地域に根ざした高齢者及び地域住民の福祉向上に貢献できるセンターを目指します。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画策定には全ての職員が参加し合意形成を図って策定します。策定した事業計画は文書で明確に示すことで職員に周知し、常に閲覧できる場所に保管することで共有化を図ります。職員定例会議においては、計画のスケジュール管理や進捗状況の確認が行えるようにします。

職員の資質向上のための取組み

各職員の資質の向上や専門性の向上を目指し、練馬区・東京都福祉保健局等から提供される研修情報や練馬介護人材育成・研修センターの情報を推奨することで区内研修及び外部研修等に参加できるよう調整します。研修終了後、センター内で伝達研修を行う機会を持ち資料の回覧を行うことで他の職員の資質向上も図ります。

練馬区および他センターとの連携

毎月開催される大泉圏域連絡会議に参加し、区の高齢者・介護保険等施策の情報を得るとともに、他センターの業務の実際についての情報共有を図り、平準化に努めます。三職種による各専門職職種別分科会、総合事業連絡会、訪問支援員勉強会等をほぼ毎月実施し情報共有や課題の抽出等を行います。困難事例等の個別ケースについても地域を越えての支援が必要となることもあり三職種を中心として連携を図りながら対応していきます。

個人情報の保護および適正な管理

各職員が個人情報保護の意識を高めるため、定期的に個人情報保護規定やマニュアル、セキュリティ教材を活用して研修を行う機会を設けます。

個人情報が記載された印刷物等の持ち出し管理の記録を徹底するとともに適切に管理できているか確認を行っていきます。

苦情処理体制

高齢者及びその家族等から介護サービス等に関する苦情を受け付け、解決に向けた支援を行

います。

受け付け後、関係機関へ報告し、事業所内でその情報共有を行い、支援について協議します。万が一、苦情申出人が満足する解決が図れなかった場合には、苦情解決機関（練馬区介護保険課・練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局・東京都国民健康保健団体連合会苦情相談窓口・消費生活センター等）へつなげます。なお、やすらぎミラージュ地域包括支援センターに対する苦情については、法人で定める規定に沿って対応すると共に迅速に総合福祉事務所高齢者支援係に報告を行い、苦情についての早期解決を図ります。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等の個々の相談に応じ、必要な支援を把握して、適切なサービス、必要な関係機関及び各種制度の利用につなげる支援を行います。担当区域内の高齢者等に限らず相談に応じます。

地域包括支援ネットワークの構築

委託事業の実施を通じて、地域で行われている行事や活動に協力し、関係を深めると共に介護サービス事業者、医療機関、民生委員、町会、商店、警察署、消防署、地域で活動するボランティア等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図ります。

民生児童委員協議会、地域密着型サービス事業者が実施する運営推進会議等、地域における様々な関係者が開催する会議等に参加します。

地域内での研修の企画・参加、地域ケア個別会議の開催、他団体の勉強会等への協力・出席等、地域住民への啓発活動を行いネットワークの構築へつなげるよう努めます。

実態把握・安否確認

高齢者の実態把握については、委託業務の実施で構築したネットワークを活用するほか、一昨年度から開始された「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の実施を通じて行います。

高齢者の安否が確認できない等、高齢者の異変に関する通報が、関係機関、ご家族、地域の方等からあった場合、マニュアルに従い、区と連携し、当該高齢者の安否確認を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」第 17 条第 1 項の規定に基づき、高齢者虐待に係る相談、指導および助言、通報または届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報または届出に係る事実の確認のための措置ならびに養護者の負担軽減のための措置に関する事務を行います。支援方法、役割分担等については総合福祉事務所高齢者支援係と密に連携を図りながら、対応についても「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に則って総合福祉事務所高齢者支援係と協働します。

成年後見制度等の利用支援

成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等に関する相談を受け付け、制度の説明および申立ての支援を行います。また、必要に応じ「権利擁護センターほっとサポートねりま」、法テラス等、関係機関の案内等を行います。

申立人が不在であるなど、区長による成年後見等の申立ての必要があると認められる場合は、区に練馬区長による成年後見申立てを求めます。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センターと情報交換を行うなど、日常的に消費者被害に関する情報を収集し、消費者被害の防止を目的とした関係機関への周知や啓発活動を行います。ケアマネジャーにも情報提供し、地域行事の際には、情報発信していきます。

消費者被害に関する相談を受け付け、被害に遭った高齢者の被害状況を確認し、その回復および再発防止のため、警察や弁護士等につなげる支援を行います。また、「悪質商法高齢者被害防止ネットワーク情報提供用シート」を活用し練馬区内関係各所へ発信し、管轄の警察署や消費生活センター等の関係機関と情報の共有を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

大泉圏域における主任介護支援専門員および介護支援専門員のネットワーク構築、資質向上等のために、連絡会、事例検討会等を、「大泉ほっと・ケアマネット」の運営・企画の支援を通して、他の地域包括支援センターと協力し年6回程度実施します。その企画・運営の支援を行うために、定期的に地域の主任介護支援専門員および介護支援専門員の代表と他の地域包括支援センターの主任介護支援専門員と話し合える機会を持ちます。

区や介護支援専門員の職能団体等が開催する、介護支援専門員のネットワーク構築または資質向上を目的とした連絡会、研修会、事例検討会等に参加します。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的な業務の実施に関し、介護支援専門員に対する居宅・介護予防・施設サービス計画の作成に関しての指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な立場からの個別指導、相談への対応を行う。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象となる高齢者が、要介護状態等になることの予防および改善を支援するため、心身の状況等を把握し、対象者自らの選択とケアマネジメントに基づき介護予防サービス計画を作成し、介護予防サービスやその他の適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援を行います。そのために地域の社会資源を把握し、利用できるように努めます。

プランの委託を行って居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画を確認し、適切なサービスが提供され支援を実施できているか適宜助言や支援を行います。必要に応じてサービス担当者会議等へ出席します。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談を受け付けた際には、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等についてわかりやすく説明を行います。また、高齢者がこれらのサービスの利用を希望する場合には、要介護認定の申請、基本チェックリストの実施、介護予防サービス計画作成依頼届出等、必要な各事業の利用支援等を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別の高齢者のケース検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決に向けた社会資源の把握や地域包括支援ネットワークの構築を図る地域ケア個別会議を月1回程度開催します。

個別会議で検討したケースについては、個別会議での助言等に基づき支援を行った結果について期間を定めモニタリングを行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議または他の委託業務において把握した担当地域内の地域課題についてその情報を共有し、その解決に向けて地域の関係者間で話し合い、地域ケアセンター会議を年2回開催します。

会議の開催結果については文書で地域の関係者に送付、または地域で開催される様々な会議体で周知します。

地域ケア予防会議の開催

多職種協働により個別ケースを検討し、自立支援・介護予防に資するケアマネジメントの実施を支援する地域ケア予防会議を、区と連携して開催します。

地域ケア予防会議で検討したケースについては、会議での助言等に基づき支援を行った結果について期間を定めモニタリングを行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、病院や介護保険施設等から在宅療養への移行、または在宅医療開始・継続に関する高齢者やその家族等および医療・介護関係者等からの相談を受け付け、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。

地域の医療資源の把握と連携強化

各種会議・研修等への参加を通して地域の医療・福祉資源の把握に努め、それらに関する情報を収集します。医療・介護関係者間の連携等や相談時の情報提供等に活用できるようにします。

普及啓発・研修

地域住民、団体等に対し、在宅療養や医療・介護連携に関する勉強会等を開催し、理解普及に努めます。区からの依頼に応じて、区が主催する在宅療養、医療介護連携に関する会議体や研修等に参加します。

看護学校等からの実習生受け入れを行ない地域の将来の福祉を担う人材育成につなげます。単に技術を学ぶのではなく、高齢者を真に理解し、地域課題や地域包括の役割等を学ぶことを主眼とします。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、認知症の高齢者および若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者からの相談を受け付け、アセスメントを実施します。

相談内容およびアセスメントの結果に基づき、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなぐことや、認知症専門相談や認知症専門病院の助言を受ける機会等の支援を行います。

認知症専門相談や認知症専門病院の相談利用にあたっては、総合福祉事務所高齢者支援係とケース検討を行い、相談利用者の参加やその後の支援、モニタリングを行います。

地域の社会資源の把握と連携強化

認知症の高齢者や若年性認知症の方やその家族を支援する地域の団体等の社会資源を把握し、地域ケア個別会議や地域ケアセンター会議等を利用し連携を図ります。運営推進会議への参加も含み、必要な制度へとつなぎます。

普及啓発・研修

地域住民、団体等に対し、認知症に関する勉強会等を開催し、理解普及に努めます。区からの依頼に応じて、区が主催する認知症に関する会議体や研修等へ参加します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

生活支援コーディネーターとの連携により、担当区域内的の地域特性や社会資源、地域課題等の把握を行います。地域ケア会議の実施などを通じて担当地域内において不足する生活支援サービス等に関する情報を把握した場合は、生活支援コーディネーターに情報提供します。

生活支援コーディネーターの依頼に応じて、生活支援体制整備に関する会議体に参加します。

資源開発

地域で行われている行事に参加したり地域ケア会議等の実施を通じ、地域課題を把握します。その課題に則り、担当地区内の地域団体の活動支援や不足する生活支援サービスの創出に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の自宅を年1回以上訪問し、生活実態の聴取や基本チェックリストを実施します。社会との接点が少ない方には介護予防事業や地域の街かどケアカフェ等のサロン活動に参加を促し、必要があれば介護保険サービスや区の高齢者福祉サービスの利用支援を行います。

訪問支援協力員との連携

ひとり暮らし高齢者等の訪問の結果、支援を要すると判断された高齢者に対し、訪問支援協力員と連携して見守り体制を整え、民生・児童委員、地域のボランティア団体などの見守り協力機関につなげる支援を行います。

「高齢者在宅生活あんしん事業」により定期訪問の登録をした高齢者に対し、訪問支援協力員と連携して、定期訪問を実施します。必要に応じ、訪問支援協力員の募集チラシ等の作成、配布をします。また、訪問支援協力員に対し研修等の情報を提供し参加を促します。

訪問支援協力員の活動を管理し、必要に応じて相談支援を行います。必要に応じ、他の専門職と連携し支援します。

訪問支援協力員同士の交流、資質向上、区や地域包括支援センターからの情報提供等を目的とした連絡会を年2回実施します。

高齢者を見守る地域づくり

民生・児童委員、町会・自治会、老人クラブ、商店、その他高齢者の見守りに関わりのある団体や区民に働きかけ、センター職員と協力し、高齢者を見守るための地域づくりを行っています。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	医療法人社団 翔洋会
センター名称	大泉北地域包括支援センター

運営方針

増加する高齢者のみ世帯への見守り体制の強化や、医療・介護の連携強化により安心した在宅療養環境の構築などに取り組むことにより、地域包括ケアシステムの構築を図り、地域の中核の機関としての役割を果たします。

介護保険法に規定される包括的支援事業、その他受託事業について、公正中立な立場で適切に事業を実施します。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

全職員に対して本計画の交付による周知を行なうとともに、定期的(おおむね6か月に1度)に計画の進捗確認に努めるものとします。

職員の資質向上のための取組み

職制に応じた必要な研修機会を確保し、その内容によっては伝達する機会を適宜設定するものとします。

練馬区および他センターとの連携

支援に困難を要する場合は、圏域の総合福祉事務所高齢者支援係と緊密な連携を図るとともに、適宜関係所管課所との情報共有を行ないます。

また、圏域の地域包括支援センターとの情報共有などにより、圏域センターにおけるサービスの質の向上及び平準化に努めます。

個人情報の保護および適正な管理

運営においては、受託法人の個人情報保護規程を厳密に遵守します。

指定介護予防支援事業提供においては、利用契約時に締結する個人情報使用同意の範囲内の個人情報使用を厳守します。

個人情報を含んだ書類の保管等については、施錠可能なキャビネットにて適切に管理します。また、相談時のプライバシー保護については、相談スペースに仕切りを設置するなどして、配慮するものとします。

苦情処理体制

指定介護予防支援における苦情処理規程に準じた適切な対応を行なうとともに、必要に応じて関係機関への情報提供を行ないます。

また、適宜職員に対する研修機会の確保に努めます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

個々の相談支援は事業の中核を成すものであり、高齢者及びその家族等からの相談に応じ、必要な支援を把握することにより、適切な支援方針の決定を行ないます。

また、困難性の高い事例や多問題が存在する事例においては、チームアプローチを基本に、関係機関との連携による協働での支援を行なっていきます。

地域包括支援ネットワークの構築

民生児童委員、町会、老人会、介護サービス事業者、医療機関等地域で高齢者を支援する関係者(以下、「関係者」という。)との効果的なネットワーク構築を図るため、地域ケア個別会議や地域ケアセンター会議等の開催により、地域で共通する課題の把握や個別事例に対する支援の検討を行ないます。

実態把握・安否確認

関係者との情報共有や連携により、担当区域の高齢者やその家族の生活状況を把握するよう努めます。なお、把握には「6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」も活用していきます。

高齢者の安否(所在)不明や異変に関する通報が、関係者、地域住民等からあった場合は、「高齢者の安否確認マニュアル」に基づき対応するとともに、練馬区や圏域の総合福祉事務所高齢者支援係と連携し、迅速な安否の確認を行ないます。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

高齢者虐待に関する通報があった場合は、「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に基づき、相談・通報、初期対応、虐待モニタリング、終結に至るまで適切な支援を行ないます。なお、一連の支援においては、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の要旨である「高齢者の安全確保」と「養護者の支援」を理解しつつ支援を行ないます。また、対応技術の向上のため、職員に対し研修等の機会を確保するとともに、早期発見、予防のために、地域住民等への普及啓発に努めていきます。

成年後見制度等の利用支援

金銭管理等権利擁護の相談においては、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)等の制度の説明を行ない、練馬区社会福祉協議会権利擁護センター等の関係機関の案内を行ないます。

また、必要に応じ、申し立てや利用申請支援を行なっていきます。なお、成年後見制度申し立ての支援を行なう際には、「練馬区高齢者成年後見申立マニュアル」によるものとします。

対応技術の向上のため、職員に対し研修等の機会を確保するとともに、地域ケアセンター会議等において、成年後見制度や権利擁護事業に関する情報提供の場を確保し、地域住民等への普及啓発に努めていきます。

消費者被害の防止

高齢者の消費者被害を認知した場合は、ただちに練馬区消費生活センターに情報提供するとともに、その助言を得てクーリングオフ制度の利用等により被害回復を図るよう努めます。

また、消費生活センター、関係者等との連携により、被害の予防に取り組みます。

<p>併せて、地域ケアセンター会議等において、地域住民に対する情報提供や被害防止に関する意識啓発を行ないます。</p>
<p>包括的継続的ケアマネジメント支援業務 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備 担当区域における介護支援専門員のネットワーク構築や資質向上を図ることにより、質の高いケアマネジメントの提供の実現を目指します。 日常生活圏域内の他の地域包括支援センターと連携し、介護支援専門員との事例検討会等を実施するとともに、介護支援専門員の職能団体が開催する研修会、会議等への参加、協力を努めます。 介護支援専門員への支援 担当区域の介護支援専門員からの相談に応じ、サービス担当者会議への参加等技術的支援を行ない、ケアマネジメント力強化の支援を行ないます。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント 介護予防ケアマネジメント 介護予防ケアマネジメント対象の高齢者が、状態の改善や要介護状態になることを防止するため、適切な介護予防サービス計画を作成し、効果的な支援を提供します。 介護予防ケアマネジメントに関する連絡会や勉強会を圏域単位で開催し、支援の質の向上を図ります。 介護予防サービスの利用支援 介護予防サービスに関する相談があった場合は、介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業の情報提供や説明を行なうとともに、介護保険申請や基本チェックリストの実施等により、適切なサービス利用支援を行ないます。</p>
<p>2 地域ケア会議</p>
<p>地域ケア個別会議の開催 年 12 回(月 1 回を基本とする)開催します。開催においては、事例の問題解決を図るとともに、地域課題の抽出やネットワークの構築の観点を併せ持ちます。 検討内容の検証を開催後おおむね 6 か月以内に、関係者への確認等により実施します。</p>
<p>地域ケアセンター会議の開催 地域ケア個別会議で抽出された地域課題についての理解を共有し、対応方法を検討する機会として、年 2 回以上開催します。 また、必要に応じて、高齢者にかかる権利擁護等個別の地域によらず課題となるテーマに関する理解深化の機会としても活用します。 なお、会議の内容、議事などについては、文書記録を作成し参加者に提供する等により、共有化を図ることとします。</p>
<p>地域ケア予防会議の開催 リハビリ専門職や保健師など多職種協働により、個別の事例を検討し、自立支援・介護予防</p>

(重度化防止)に資するケアマネジメントの実施を図ります。

また、検討内容の検証を開催後おおむね6か月後以内に、事例を担当する介護支援専門員等、事例を支援する関係者からの聞き取り等により実施するものとします。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、高齢者やその家族、医療・介護関係者等から在宅療養への移行やそのための介護サービスの導入等に関する相談を受け付け、適切なサービス調整や制度利用等の支援を行ないます。

地域の医療資源の把握と連携強化

担当区域の医療・福祉資源に関する情報の把握に努めるとともに、圏域のセンターとの協働により、情報のリスト化を行ないます。

また、圏域のセンターとの協働により、在宅医療・介護連携に関する研修等を計画的に実施します。

普及啓発・研修

地域の関係者や医療関係者等と連携し、地域住民や団体を対象とした在宅療養に関する勉強会や研修の機会を設けます。

連携に際しては、ICTの活用等、効果的な方策によることに努めます。

4 認知症施策の総合支援

認知症に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、認知症の高齢者および若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者等から、認知症に関する相談を受け付け、適切なサービス調整や制度利用等の支援を行なうとともに、認知症専門相談や認知症専門の医療機関の情報提供や案内を行ないます。

相談内容により、認知症専門相談や認知症専門病院の利用が適切と判断される場合には、圏域の総合福祉事務所高齢者支援係と連携のうえ、認知症初期集中支援チームの対象として支援します。

地域の社会資源の把握と連携強化

担当区域の認知症支援にかかる医療・福祉資源に関する情報の把握に努めるとともに、圏域のセンターとの協働により、情報のリスト化を検討します。

また、圏域のセンターとの協働により、認知症に関する研修等を計画的に実施します。

普及啓発・研修

地域住民や団体を対象とし、認知症サポーター養成講座等認知症に関する勉強会等を開催し、認知症の理解普及を行ないます。

勉強会等の開催に際して、N-impro(ニンプロ)を活用します。

5 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターとの連携

担当区域内の地域特性や社会資源を把握したうえで、地域課題の抽出を生活支援コーディネーターとの情報共有や連携により行なうよう努めます。

また、生活支援体制整備に関する会議の開催についての協力依頼があった場合には、その開催に協力します。

資源開発

地域の関係者と連携のうえ、地域包括支援センターの業務遂行において把握した不足する社会資源の創出に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の自宅を年1回以上訪問し、生活状況の確認や基本チェックリストを実施します。また、その高齢者の状況に応じ、介護保険サービス等の利用支援、介護予防事業の利用勧奨等を行ないます。

定期的な見守りが必要と判断される高齢者に対して、訪問支援協力員との連携による見守り活動や、民生・児童委員等の見守り協力機関に繋げる支援等、高齢者の見守りに資する適切な支援を実施します。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員の見守り活動の管理及び支援を行ない、訪問支援協力員との情報交換や資質向上を目的とした連絡会を、年2回以上実施します。

高齢者を見守る地域づくり

民生・児童委員、町会・自治会、老人クラブ等高齢者を見守りに関係する地域関係者と連携し、訪問支援業務についての普及促進を図ります。

あわせて、高齢者を見守る地域づくりをともに考える基盤作りに努めていきます。

地域包括支援センター事業計画書（令和2年度）

法人名称	社会福祉法人 福音会
センター名称	大泉学園地域包括支援センター

運営方針

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制を構築していきます。また、総合相談や権利擁護等の包括的支援事業や、介護予防ケアマネジメント等を高齢者の身近な地域において一体的に実施することにより、地域包括ケアシステムの確立に向けた中核機関としての役割を果たしていくことを旨とします。

尚、この方針は、年度初めの法人地区職員全体会で示すとともに、事業所エントランスに掲示し、利用者へ周知します。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画の策定にあたっては、センター職員が協議して策定し、その中でセンターの目標や課題、業務に関する役割分担を明確にし、業務の進捗状況を会議において共有します。

職員の資質向上のための取組み

職種の如何に係らず、練馬区主催または関係機関が実施する研修に参加する機会を公平に設けるとともに、それらの研修で得た知識や技術を職員間で共有します。

練馬区および他センターとの連携

高齢者支援において、高齢者虐待や不測の安否確認など緊急性の伴うものは直ちに総合福祉事務所高齢者支援係へ報告するとともに、関係する他センターの専門職種と情報共有・連携を図り対応を協議します。また、医療・介護連携、認知症初期集中支援など、専門職種間チームで区と各センター相互に情報共有や事例検討を行い、抽出された課題について地域ケア圏域会議において課題解決に向けた検討を行い、連携のあり方を探ります。

個人情報の保護および適正な管理

法人内初任者研修において、年1回個人情報保護に関する研修を実施します。練馬区仕様の情報セキュリティー教材を基に研修を実施します。区との委託契約における「受託情報の保護および管理に関する特記事項」および「特定個人情報等の保護および管理に関する特記事項」を遵守します。

苦情処理体制

苦情対応マニュアルを職員に周知するとともに、それに基づき、利用者からの苦情に際し、苦情解決責任者が処理を行います。苦情があった場合は、直ちに区に報告します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等、個々の相談に応じ必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。また、苦情解決のための支援や介護サービス等に係る各種申請の受付、または要介護認定等の申請代行を行います。

地域包括支援ネットワークの構築

地域ケアセンター会議等を通じて、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、町会・自治会、その他関係機関等と顔のみえる関係づくりを行い、高齢者支援のためのネットワークの構築を図ります。

運営推進会議等、地域における様々な関係者の会議に参加します。

実態把握・安否確認

「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の実施などを通じ、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行います。

安否確認が取れない等の通報があった場合は、区と連携し当該高齢者の安否確認を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

虐待通報の受付機関として、区民及び関係者からの虐待通報を受理し、事実確認を行います。また、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務や、ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業を通して、虐待が疑われるケースを発見すると共に、区民及び関係者の虐待に対する意識啓発を行います。該当ケースについては、虐待連絡票を作成して、総合福祉事務所主催の虐待コアメンバー会議にて支援方針の検討を行い、総合福祉事務所高齢者支援係と連携しながら継続支援を行います。

成年後見制度等の利用支援

関係機関と連携しながら、成年後見申立の支援を行います。特に、申立親族がいない本人申立のケースや、事務能力に不安がある親族が申立人となるケースについて、きめ細かな援助を行います。区長申立が妥当と思われるケースについては、総合福祉事務所高齢者支援係主催の会議にて方針決定します。また、年6回の「成年後見支援検討会議」に出席して、適宜事例を提供し、関係機関とのネットワークを構築します。

消費者被害の防止

出張型街かどケアカフェ事業や、地域ケアセンター会議の終了後に、消費者被害の実態や対応方法について情報提供を行い、高齢者自身及び高齢者を支援する関係者の意識啓発を行います。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

大泉地域における主任介護支援専門員および介護支援専門員のネットワーク構築、資質向上等のために、大泉ほっとケアネットにおいて、主任介護支援専門員および介護支援専門員の

連絡会、事例検討会等を年7回程度実施します。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する居宅(介護予防)サービス計画の作成への指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地からの個別指導・相談への対応を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象となる高齢者が、要介護状態等となることの予防および改善を支援するため、心身の状況等を把握し、対象者自らの選択とケアマネジメントに基づき介護予防サービス計画を作成し、介護予防サービスその他の適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援を行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談を受けた際には、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業について説明を行い、高齢者がこれらのサービスの利用を希望する場合には、要支援認定の申請、基本チェックリストの実施、介護予防サービス計画作成依頼の届出等、各事業の利用支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

接近困難ケース・多問題ケースについて、関係者と協議し、地域課題を明らかにします。特に、多世代に渡る課題があるケースや、制度の狭間の課題があるケースについて積極的に取り上げます。モニタリングを継続し、その後も必要に応じて会議を開催します。後述の地域ケアセンター会議で会議内容を報告することによって、地域から自主的に事例が提出されることを目指します。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議で明らかになった地域課題の中から考察を深めたいテーマを選定します。または、防災など、定期的に繰り返し地域の意識啓発を行うべきテーマを選定します。参加者が50～60名程度の大規模な会議になることから、グループワークを通して顔見える関係の構築を図ります。開催結果については、協力機関には参加者からのフィードバックを伝え、地域関係者には次回の会議で報告します。

地域ケア予防会議の開催

区の指針に基づいて開催し、自立支援の観点から事例検討を行うとともに、提出された事例のモニタリングを行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

病院や介護保険施設等から在宅療養への移行、高齢者やその家族等及び医療・介護関係者等からの相談を受け付けます。必要な支援の把握を行い、適切なサービス、関係機関及び各種制

<p>度の利用が行えるよう支援していきます。</p>
<p>地域の医療資源の把握と連携強化 地域の医療・福祉資源の把握を行い、それらに関する情報の最新化を図り、必要な方への情報提供を行います。 多職種による在宅医療・介護連携に関する事例検討会や研修等を計画的に開催します。</p>
<p>普及啓発・研修 地域住民・団体等に対し在宅療養や医療・介護連携に関する勉強会等の開催、理解普及に努めます。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援 認知症の高齢者及び若年性認知症の方やその家族、医療関係者からの相談を受け付け、アセスメントし支援していきます。 認知症初期集中支援チーム員会議を活用し、支援の見通しを立て実施、モニタリングを行います。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化 相談内容及びアセスメントの結果に基づき、必要な支援を把握、適切なサービスを実施します。 関係機関及び各種制度の利用に繋げ、認知症専門相談や認知症専門病院の助言を受ける等の支援を行います。</p>
<p>普及啓発・研修 地域住民・団体に対し、認知症に関する勉強会等を開催し理解普及に努めます。認知症に関する会議体や研修会等へ参加し、職員の資質向上を図ります。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携 「生活支援サービスの充実に関する協議体」(年4回)に参加し、協議体内での地域ネットワーク構築を行うと共に、高齢者の生活支援・介護予防サービスを整備するための協議を行います。 ボランティア・地域福祉推進コーナーの地域福祉コーディネーターと連携し、個別ケース支援や出張型街かどケアカフェ事業における地域団体との協働を行います。</p>
<p>資源開発 ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業や町会自治会長等との連携を通して、地域の資源を発掘します。ボランティア・地域福祉推進コーナーの活動に協力し、生活支援・介護予防サービスを創出するための取り組みを支援します。</p>

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

対象者リストをもとに訪問します。更にリストにのっていない人に関しても随時追加して訪問します。地域包括支援センターの周知を図るとともに、支援の必要な高齢者の発掘、地域活動の紹介などを行っていきます。

訪問支援協力員との連携

年2回以上の訪問支援協力員連絡会を通して支援員、協力員同士の繋がりを深めるとともに知識技術の研鑽に努める勉強会を行います。

高齢者を見守る地域づくり

町会、商店街、民生委員などと顔の見える関係づくりに努め、高齢者の見守りに関する協力体制を強化していきます。また、訪問支援事業で見守りが必要な高齢者を発見した場合は見守りネットワークにつなぎます。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 泉陽会
センター名称	南大泉地域包括支援センター

運営方針

センターは、総合相談支援や権利擁護等の包括的支援事業、介護予防ケアマネジメント等を高齢者の身近な地域において一体的に実施します。また、区民や地域団体、医療機関、介護事業者等との連携・協力を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目ないサービス提供体制の構築に努めます。いわゆる地域包括ケアシステム確立に寄与します。

練馬区の高齢者保健福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正・中立な運営の確保に努めるとともに、適切な事業運営を行います。また、自らその実施する事業の質の評価を行うことにより、その実施する事業の質の向上に努めます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

全職員と協議し、センター内の合意形成を図りながら計画を策定します。事業計画書については、常に閲覧できる場所に保管し、確認を行えるようにしていきます。

職員の資質向上のための取組み

各職員の資質向上や、専門性のさらなる向上を目指し、法人内の研修や外部研修等に参加できるようにバランスよく調整を図ります。

練馬区および他センターとの連携

総合福祉事務所が開催する地域包括支援センター圏域連絡会や、高齢者支援課が開催する地域包括支援センター長会、その他各専門職における会議体等の中で、センターの設置目的の達成に向けた課題解決を行うとともに、区とセンターの相互連携を推進し、かつ業務の平準化を図ります。

個人情報の保護および適正な管理

法人の個人情報保護規定や、区の情報セキュリティ教材やマニュアル等を活用し、個人情報保護に関する情報を共有し、適正な管理に努めます。

苦情処理体制

区へ報告や情報共有するとともに、関係機関と連携しながら迅速かつ適切に対応するよう努めていきます。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等、個々の相談に応じ、必要な支援を把握して、適切なサービス・関係機関および各種制度につなげる等支援を行います。各専門職が協働し、チームでアプローチしながら支援を行います。

地域包括支援ネットワークの構築

委託業務の実施や常設型街かどケアカフェの活用により、地域における町会・ボランティア団体・老人クラブ・介護事業者・社会福祉協議会等との更なるネットワーク構築を図ります。また、民生委員協議会、地域密着型サービス事業者が実施する運営推進会議等、地域における様々な関係者が開催する会議に適宜参加するよう努めます。

また、地域住民が主体となる避難拠点連絡会や催しへ参画することで、より顔の見える関係づくりに努めていきます。

実態把握・安否確認

「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の実施や地域住民の情報提供などを通じ、高齢者や家族の状況等について実態把握を行います。また、適切な支援や対応等を継続していきます。

高齢者の安否確認が取れない等通報があった場合は、区や協力機関と連携し、迅速に対応します。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

センター内で共有のうえ、高齢者虐待に係る相談、指導および助言、通報または届出の受理、高齢者の安全確認、養護者の負担軽減のための措置等迅速な支援を行います。また、総合福祉事務所と緊密に連携し、適切な支援を行います。

成年後見制度等の利用支援

成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等に関する相談受付、制度説明、申し立て支援を行っていきます。必要に応じ、「権利擁護センターほっとサポートねりま」等、関係機関の案内を行います。

区長申し立てについては、総合福祉事務所と緊密に連携し、適切な支援を行います。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センターと情報共有を行うなど、日常的に消費者被害に関する情報収集に努め、消費者被害防止を目的に地域住民や関係機関への周知や啓発活動を行います。また、悪質商法高齢者被害防止ネットワーク連絡会からの情報を共有し、消費者被害に関する最新情報を確認していきます。必要にあわせ、警察等との連携に努めます。

出張型街かどケアカフェ事業やひとり暮らし高齢者等訪問支援事業等でも消費者被害防止の普及啓発に努めます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

地域における主任介護支援専門員および介護支援専門員のネットワーク構築や資質向上等のため、地域の主任介護支援専門員および介護支援専門員の連絡会、事例検討会、研修等の実施を支援します。地域の主任介護支援専門員（特定事業所）の会議体と連携し、ケアマネジメントの質の向上に努めていきます。また、練馬区ケアマネジメント体制強化事業への企画運営

支援の中で、区における主任介護支援専門員の質の向上や人材育成に協力していきます。

介護支援専門員への支援

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、様々な観点からの相談対応や助言を行います。地域同行型研修等の実施を通じ、介護支援専門員の育成・支援に取り組みます。地域の介護支援専門員と協働し研修を企画・運営することで、地域の中核を担う介護支援専門員の人材育成につながるよう努めていきます。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

要介護状態等の予防および改善を目的に、対象者自らの選択とケアマネジメントに基づき、介護予防サービスその他適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援を行います。また、介護保険制度の趣旨や自立支援・重度化防止（介護予防）の考え方、サービスの適正利用について、介護サービス利用者やその家族の理解を促すための啓発を行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防生活支援サービス事業、一般介護予防事業等について説明を行い、基本チェックリストの実施や要支援認定の申請等、各事業の利用支援を行います。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別の高齢者のケース検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決を目的とした社会資源の把握・発掘や地域包括支援ネットワークの構築を図るため、地域ケア個別会議を開催します。また、個別会議開催後も適宜、担当介護支援専門員や関係機関等とケースについて共有を行い、継続支援に努めていきます。

地域ケアセンター会議の開催

担当地域内の地域課題について、解決に向けた意見交換や地域ケア個別会議等の開催結果について共有する地域ケアセンター会議を開催します。また、地域ケアセンター会議で把握された地域課題は、総合福祉事務所が開催する地域ケア圏域会議に報告し、地域の関係機関と課題解決に向けた検討を行います。

地域ケア予防会議の開催

多職種協働により個別ケース検討を行い、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実施を目的とした区が主催する地域ケア予防会議の開催支援に努めます。また、予防会議開催後も担当介護支援専門員とケース共有を継続し、3ヶ月もしくは6ヶ月程度経過したところで評価、今後の方針を見直すよう努めます。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、在宅療養等に関する相談を受け付け、必要な支援を把握して、適切なサービスや各種制度の利用につなげる等の支援を行います。

<p>地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療・福祉資源の把握や情報の最新化に努め、地域の医療・介護関係者間の連携に活用していきます。</p> <p>ICT活用による練馬区モデル事業を試行し、医療・介護関係者との円滑な連携に努めます。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域住民、団体等に対し、在宅療養や医療・介護連携に関する勉強会等を開催し、理解普及に努めます。区が主催する在宅療養、医療介護連携に関する会議体や研修等に適宜参加します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>認知症に関する相談支援</p> <p>「医療と介護の相談窓口」において、認知症高齢者および若年認知症の方やその家族・医療・介護関係者からの相談を受け付け、アセスメントを実施します。相談内容等により、各種制度の利用や認知症専門相談や認知症専門病院の助言を受ける等の支援を行います。</p>
<p>地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>認知症支援のため、地域の医療機関をはじめ関係機関を把握し、円滑な相談利用に努め、連携を強化します。</p>
<p>普及啓発・研修</p> <p>地域住民・団体等に対し、認知症に関する勉強会等を開催し、理解普及に努めます。</p> <p>認知症サポーター養成講座やN-impro（ニンプロ）研修プログラムを活用し、認知症高齢者への地域見守り体制構築に努めていきます。区が主催する認知症に関する会議体や研修等に適宜参加します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>生活支援コーディネーターとの連携により、担当区域内的の地域特性や社会資源、地域課題等の把握に努めます。</p>
<p>資源開発</p> <p>地域ケア会議等の実施を通じ、担当区域内的の地域団体の活動支援や不足する生活支援サービスについて創出できるよう努めます。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>高齢者宅へ訪問し、基本チェックリスト等を用いて生活状況を聴取、相談対応するとともに、状況により必要な福祉サービスや見守りサービスにつなげていきます。</p> <p>社会的に孤立した高齢者の支援だけでなく、元気で意欲のある高齢者が地域の担い手として生きがいを持ち社会活動に参加できるよう支援します。また、はつらつシニアクラブ・街か</p>

どケアカフェ事業・区の各種介護予防事業・地域団体によるサロン活動等への参加勸奨等を行います。

訪問支援協力員との連携

訪問支援協力員（区民ボランティア）と連携し、必要な高齢者に対し、定期訪問や簡易見守りを実施します。元気で活躍できる区民へ訪問支援協力員としての活動勸奨も行います。

訪問支援協力員連絡会実施のほか、必要に合わせ訪問支援協力員に対する相談支援を行います。

高齢者を見守る地域づくり

相談支援の実施等を通じ、町会・自治会、民生児童委員、老人クラブ、医療機関、介護事業所、常設型街かどケアカフェけやき協力団体、地域のボランティア等に働きかけ、相談し合える顔の見える関係を構築し、「見守りあえる」地域づくりを行います。

地域包括支援センター事業計画書（令和２年度）

法人名称	社会福祉法人 章佑会
センター名称	大泉地域包括支援センター

運営方針

大泉地域包括支援センターは、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、職員が連携して支援を行い、区民とともに、地域の医療・介護等の多職種、様々な活動団体、区の関係機関等と協働し、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たします。

新型コロナウイルス感染予防の対策を講じ、事業の継続に努めます。

組織運営体制

事業計画の明確化と職員への共有

事業計画策定には全ての職員が参加し合意形成を図って策定します。策定した事業計画は文書で明確に示し、回覧することで職員に周知・共有を図ります。常に閲覧できる場所に保管し、事業計画の実施や達成については、半期毎の９月及び３月の職員会議で進捗状況を確認します。

職員の資質向上のための取組み

職員の資質向上や専門性の更なる向上を目指し、研修計画に基づき、積極的に区内研修及び外部研修等に参加できるよう調整します。研修終了後、毎日のミーティングや毎月開催する職員会議等で伝達研修や研修資料の回覧を行うことでセンター内での共有を図り、他の職員の資質向上も図ります。

練馬区および他センターとの連携

毎月開催される大泉地域圏域連絡会に参加し、区の高齢者・介護保険等施策の情報を得るとともに、他センターの業務の実際についても情報共有を図り、支援の平準化に努めます。

委託業務に関して、適時、関係部署である高齢者支援課・介護保険課等に報告を行い、連携を図ります。

大泉総合福祉事務所併設という環境から担当地域外の来所相談も多いが、相談者の主訴を聴き取り、その後、速やかに担当の地域包括支援センターに報告し、対応を依頼する等の連携を図ります。

主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師等の専門職、及び訪問支援員、介護予防プラン作成担当の介護支援専門員は、他地域包括支援センターのそれぞれの職種等と定期的に連絡会を開催し、情報共有と連携を図ります。

個人情報の保護および適正な管理

センター職員が個人情報保護の意識を高めるため、定期的に個人情報保護規定のマニュアルやセキュリティ教材を活用して研修を行う機会を設けます。

個人情報の持ち出し、退出時の保管庫の施錠、パソコン電源を切る等のチェック表を作成し、

日々の個人情報の保護に努めます。

苦情処理体制

高齢者およびその家族等から介護サービスに関する苦情を受け付け、解決に向けた支援を行います。受け付け後、関係機関へ報告し、事業所内でその共有を図り、解決策等について協議します。

各事業の実施方針

1 包括的支援事業

総合相談支援業務

総合相談支援

高齢者やその家族等の個々の相談に応じ、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる支援を行います。担当区域内の高齢者等に限らず相談に応じ、他地域包括支援センターとの連携を十分に図ります。

地域包括支援ネットワークの構築

委託事業の実施を通じて、介護サービス事業者、医療機関、民生・児童委員、町会・自治会、商店、警察署、消防署、介護家族の会、地域で活動するボランティア等、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図ります。

民生児童委員協議会、地域密着型サービス事業者が実施する運営推進会議等、地域における様々な関係者が開催する会議に参加し、連携を図ります。

実態把握・安否確認

高齢者の実態把握については、委託業務の実施で構築したネットワークを活用するほか、昨年度から開始された「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の実施等を通じて行います。

高齢者の安否が確認できない等、高齢者の異変に関する通報が、関係機関、ご家族、地域の方等からあった場合、「高齢者の安否確認マニュアル」に則り、区と連携し、当該高齢者の安否確認を行います。

権利擁護業務

高齢者虐待への対応

「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に則り、高齢者虐待に係る相談、指導および助言、通報または届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報または届出に係る事実の確認のための措置ならびに養護者の負担軽減のための措置に関する事務を行います。支援方法の判断、役割分担等については総合福祉事務所高齢者支援係と密に連携を図ります。

成年後見制度等の利用支援

成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等に関する相談を受け付け、制度の説明および利用の支援を行います。また、必要に応じ「権利擁護センターほっとサポートねりま」、リーガルサポート、法テラス等、関係機関の案内、調整等を行います。

成年後見制度推進の中核機関となった「ほっとサポートねりま」が中心となって開催する「成年後見ねりま地域ネットワーク会議」に参加し、関係者間のネットワーク構築に努めます。

申立人が不在であるなど、練馬区長による成年後見等の申立ての必要があると認められる場合は、区に練馬区長による成年後見申立てを求めます。

消費者被害の防止

練馬区消費生活センターと情報交換を行うなど、日常的に消費者被害に関する情報を収集し、消費者被害の防止を目的とした関係機関への周知や啓発活動を行います。

消費者被害に関する相談を受け付け、被害に遭った高齢者の被害状況を確認し、その回復および再発防止のための支援を行います。必要があれば警察や弁護士等につなげます。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務

包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

区民福祉に資するため、大泉圏域における主任介護支援専門員および介護支援専門員のネットワーク構築、資質向上等を目的に、他の地域包括支援センターと協力し、「大泉ほっと・ケアマネット」で年7回程度行う研修や全体会等の運営・企画を支援します。

毎月「大泉ほっと・ケアマネット」の運営委員会を開催します。地域の主任介護支援専門員および介護支援専門員の代表と介護支援専門員関係団体の地域代表と情報共有を行うとともに、「大泉ほっと・ケアマネット」の運営について協議します。

区や介護支援専門員の職能団体等が開催する、介護支援専門員のネットワーク構築または資質向上を目的とした連絡会、研修会、事例検討会等に積極的に参加します。

区が実施するケアプラン点検事業に協力します。

区が実施する主任介護支援専門員対象の研修事業の運営・企画に参画します。共に運営・企画に参画する主任介護支援専門員の支援を行います。

介護支援専門員への支援

地域の個々の介護支援専門員の日常的な業務の実施に関し、居宅・介護予防・施設サービス計画の作成に関しての指導、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な立場からの個別指導、相談への対応を行います。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

予防給付または介護予防・日常生活支援総合事業の対象となる高齢者が、要介護状態等になることの予防および改善を支援するため、心身の状況等を把握し、対象者自らの選択とケアマネジメントに基づき介護予防サービス計画を作成し、介護予防サービスやその他の適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう支援を行います。そのために、区のリハビリテーション専門職等派遣事業で専門職の助言を積極的に受けたり、日頃から地域の社会資源を把握し活用できるように努めます。

プランの委託を行った居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス計画の内容を確認し、必要であれば指導や助言を行い、適切に給付管理を行います。

介護予防サービスの利用支援

介護予防に関する利用相談を受け付けた際には、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業等についてわかりやすく説明を行います。また、高齢者がこれらのサービスの利用を希望する場合には、要介護認定の申請、基本チェックリストの実施、介護予防サービス計画作成依頼届出等、各事業の利用支援を行います。

新型コロナウイルス感染予防のため、在宅で過ごされることが多くなった高齢者に対して、在宅でも行える感染症予防の対策や介護予防の取り組みについての情報を積極的に提供しま

す。

2 地域ケア会議

地域ケア個別会議の開催

個別の高齢者のケース検討を通じ、高齢者の課題解決を支援するとともに、課題解決に向けた社会資源の把握や提案、地域包括支援ネットワークの構築を図るための地域ケア個別会議を月1回程度開催します。

個別会議で検討したケースについては、個別会議での助言等に基づき支援を行った結果について期間を定めモニタリングを行い、必要があれば再検討を行います。

地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議、地域ケア予防会議または他の委託業務において把握した担当地域内の地域課題について、情報を共有し、その解決に向けて地域の関係者で協議する地域ケアセンター会議を年2回以上開催します。

会議の開催結果については会議録や資料等をまとめ、文書で地域の関係者に報告します。また、地域で開催される様々な会議体等で周知を行います。センター会議の内容について運営推進会議等に報告します。

地域ケア予防会議の開催

多職種協働により個別ケースを検討し、自立支援・介護予防に資するケアマネジメントの実施を支援する地域ケア予防会議を、区と連携して開催します。

地域ケア予防会議で検討したケースについては、会議での助言等に基づき支援を行った結果について期間を定めモニタリングを行い、必要があれば再検討を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療等に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」において、病院や介護保険施設等から在宅療養への移行、または在宅医療開始・継続に関する高齢者やその家族等および医療・介護関係者等からの相談を受け付け、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行います。

在宅医療や介護に繋がり難い新型コロナウイルス感染症に関する相談にも応じ、地域のサービス事業所と連携を図りながら支援を行います。

地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療・福祉資源の把握に努め、それらに関するリストを作成し、情報の最新化を図ります。把握した情報については、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用するとともに、相談時の情報提供に活用できるようにします。

地域の医療系サービスの事業所とより連携が図れるよう、連絡会等を開催します。また、医療・介護に従事する職員が互いに連携が図れる機会をつくります。

区のモデル事業である「ICTを活用した医療・介護関係者の連携」に協力し、その効果について関係者と共に検証を行います。

普及啓発・研修

地域住民、団体等に対し、在宅療養や医療・介護連携に関する勉強会等を開催し、理解普及に努めます。

区からの依頼に応じて、区が主催する在宅療養、医療介護連携に関する会議体や研修等に参加します。

4 認知症施策の総合支援**認知症に関する相談支援**

「医療と介護の相談窓口」において、認知症の高齢者および若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者からの相談を受け付け、アセスメントを実施します。

相談内容およびアセスメントの結果に基づき、必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげます。また、認知症専門相談や認知症専門病院の助言を受ける等の支援も行います。

認知症専門相談や認知症専門病院の相談利用にあたっては、総合福祉事務所高齢者支援係と事例検討を行い、必要があれば定期的開催される認知症専門相談（合同会議）に事例として上げ、専門医、医療・介護の専門職から助言をいただき支援します。また、認知症初期集中支援チームをつくり、継続的な支援を行う等、認知症の高齢者が安心して在宅生活を送れるよう支援します。

地域の社会資源の把握と連携強化

認知症の高齢者や若年性認知症の方やその家族を支援する地域の団体等の社会資源を把握します。また、それぞれの団体の会合への参加、地域ケア個別会議や地域ケアセンター会議等を利用して連携を図ります。

普及啓発・研修

地域住民、団体等に対し、認知症に関する勉強会（認知症サポーター養成講座・N-impro（ニンプロ））等を開催し、理解普及に努めます。

区からの依頼に応じて、区が主催する認知症に関する会議体や研修等へ参加します。

5 生活支援体制整備**生活支援コーディネーターとの連携**

生活支援コーディネーターとの連携により、担当区域内的の地域特性や社会資源、地域課題等の把握を行います。地域ケア会議の実施などを通じて担当地域内において不足する生活支援サービス等に関する情報を把握した場合は、生活支援コーディネーターに情報提供します。

ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業の訪問支援員と定期的に情報共有する機会を作り、更なる連携を図ります。

資源開発

地域ケア会議等の実施、地域生活支援サービスの充実に関する協議体への参加を通じて地域団体と連携し、活動支援や不足する生活支援サービスの創出に努めます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

訪問支援員等が地域のひとり暮らし高齢者等の自宅を年1回以上訪問し、生活実態の聴取や基本チェックリストを実施します。社会との接点が少ない方には介護予防事業や地域の街かどケアカフェ等のサロン活動に参加を促し、必要があれば介護保険サービスや区の高齢者福祉サービスの利用支援を行います。

新型コロナウイルス感染予防のため実情の把握が困難であるが、地域の関係者からの情報提供を受け、心配なケースを見逃さないよう努めます。必要があれば予防対策を講じた上で訪問も行い、必要な支援を行います。

訪問支援協力員との連携

ひとり暮らし高齢者等の訪問の結果、支援を要すると判断された高齢者に対し、訪問支援協力員と連携して見守り体制を整え、民生・児童委員、地域のボランティア団体などの見守り協力機関につなげる支援を行います。

「高齢者在宅生活あんしん事業」により定期訪問の登録をした高齢者に対し、訪問支援協力員と連携して、定期訪問を実施します。

必要に応じ、訪問支援協力員の募集チラシ等の作成、配布をします。また、訪問支援協力員に対し研修等の情報を提供し参加を促します。

訪問支援協力員の活動を管理し、必要に応じて相談支援を行います。必要に応じ、他の専門職と連携し支援します。

訪問支援協力員同士の交流、資質向上、区や地域包括支援センターからの情報提供等を目的とした連絡会を年2回以上実施します。

出張型街かどケアカフェ等の事業等、地域の寄り合える場所づくりの運営・企画についても訪問支援員と協力して行います。

高齢者を見守る地域づくり

民生・児童委員、町会・自治会、老人クラブ、商店、高齢者・障害者施設、NPO 団体、その他高齢者の見守りに関わりのある団体や区民に働きかけ、新しく寄り合える場所を作る等、高齢者を見守るための地域づくりを行います。