

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 運営方針

練馬区高齢者保険福祉計画に基づき、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・連絡調整等を図り、区民の方が安心して暮らしていけるように支援します。

II 組織運営体制

(1) 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、職員全員が計画を共有、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、達成状況を確認します。

(2) 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こと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います。

(3) 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は、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います。また、各専門職における職種会を行い、情報共有・課題の抽出を図ります。

(4) 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。

また年2回の職員教育を行います。

(5) 苦情処理体制

利用者や家族、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

対応を相談することとします。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 総合相談支援

高齢者やその家族等に対して、個々の相談に応じて心身状況および生活状況の把握に努めるとともに、困りごとへの対応を的確に行えるように、センター内ミーティングにて情報を共有し支援方針を確認していきます。また、困難事例に対しては、3職種で協働して取り組んでいく体制とします。

相談については、地域包括支援システムへ迅速に記録し、主担当が不在時にも対応できる体制をとります。

② 地域包括支援ネットワークの構築

個別ケースに関して、継続的な支援が必要なケースについては、サービス事業所や関係機関、民生委員、町会・自治会を含め、対応の検討や社会資源の活用および新たな社会資源を生み出すことができるように、構築された関係を深めていきます。

③ 実態把握・安否確認

高齢者世帯実態把握表の活用や、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。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

在宅で介護を受ける高齢者は長期化、重度化してきており、かつ増加傾向にあるため、高齢者虐待の問題が起こりやすい状況があります。高齢者虐待の早期発見に繋がるよう、センター職員の研修参加やサービス事業所、関係機関等と勉強会を開催します。

通報を受けた場合は48時間以内に事実確認を行い、高齢者支援係へ報告しコアメンバー会議に出席、継続的な支援を行っていきます。

② 成年後見制度等の利用支援

認知症等により判断能力が十分ではない高齢者が、金銭や財産の管理、契約などの手続きが困難になった場合に、適切な制度利用ができるよう、親族等が判断できるように働きかけや説明を行い、関係機関と連携して利用に向けた支援を行います。また、親族等が不在の場合は高齢者支援係と相談して支援を進めます。

③ 消費者被害の防止

消費者被害や権利侵害を受ける恐れのある高齢者が安心して地域で生活が続けられるように、サービス事業所や民生委員等の関係者と連絡会を開催し、消費者被害防止に努めます。

また、消費者被害を確認した場合は、警察や消費生活センターと連携し対応にあたり、再発防止を図ります。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務**① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備**

圏域の介護支援専門員のネットワークを深められるよう定期的な連絡会や勉強会を開催し、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。

② 介護支援専門員への支援

個別ケースの相談から、介護支援専門員が自身の課題に気づき、ケース対応を通じて自らの課題解決ができるように、支持的機能を用いて、また地域の主任介護支援専門員の協力を得ながら、利用者支援やケアプラン作成を支援します。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 介護予防ケアマネジメント**

健康チェックリストを実施し、高齢者が自分らしくはつらつとした暮らしが続けられるように、地域にある活動や集まりの場等、介護予防生活支援サービスの情報提供を行い、利用の支援や支援計画の作成など、継続的な支援を行います。

② 介護予防サービスの利用支援

介護予防給付の利用が必要な高齢者に対して、要介護要支援認定申請の支援や利用のための支援計画の作成および居宅介護支援事業所との連携を図り、継続的な支援を行います。

2 地域ケア会議**(1) 地域ケア個別会議の開催**

地域の介護支援専門員やセンターで受け付ける相談等から、サービス事業所・民生委員・専門機関等と個別ケースの課題解決に向けた会議を月1回開催します。会議開催後においては、ケースの課題に対して話し合われた内容の実施状況を、介護支援専門員から聞き取りや同行訪問支援等で確認します。また、個別ケースの課題分析を重ね、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へつなげていきます。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議で明確になった地域課題に対して、地域住民・町会自治会・民生委員や介護サービス事業所等と、課題解決のための地域資源の開発や地域づくりを目的とする会議を年2回開催します。実践や取り組みに向けて、会議で話し合われた内容をまとめ、共通認識を図ります。

(3) 地域ケア予防会議の開催

ケアマネジメント力の向上や地域資源の利用、開発につなげることを目的に、高齢者支援課が主体で開催する地域ケア予防会議へ、介護予防・生活支援サービスの支援が自立支援に向けた計画書作成に向けて、検討するケアプランを選定します。会議での意見を参考に継続的な自立支援に資する計画書の作成を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療等に関する相談支援

高齢者が自宅で安心して暮し続けるために、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、専門的な機関や地域の関係者との連携体制の構築を図ります。

(2) 地域の医療資源の把握と連携強化

病院・医院・クリニック、薬局、訪問看護ステーション等の窓口となる担当者を把握し、顔の見える関係から連携を強化していくため、日頃よりセンターが把握する地域課題や医療機関からの情報を交換し、共有していきます。

(3) 普及啓発・研修

センターのパンフレットを作成し、町会自治会や民生委員、医療機関等へ配付し、医療と介護の相談窓口設置の啓発を図ります。

また、地域の医療機関の勉強会や研修へ参加し、高齢者とその家族等の支援や療養生活の環境整備に活かします。

4 認知症施策の総合支援

(1) 認知症に関する相談支援

認知症の方やその家族、近隣住民や民生委員、介護支援専門員等から寄せられる相談に対して、認知症専門相談員を中心に、専門の医療機関への受診や介護等の必要なサービスへつなげる支援や、住み慣れた自宅で暮し続けるための支援を行います。また、家族等に対しては、家族会や地域団体の情報提供を行い、必要な場合は社会福祉士と連携し成年後見制度の活用支援を行います。

早期発見と包括的・集中的な対応を必要とする場合は、認知症初期集中支援推進事業を活用して、医療機関への受診につなげるなどの支援を行います。

(2) 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等の情報収集を行いながら、会へ参加して参加者へ情報提供や相談支援を行い、家族が悩みを話せる場を必要とされる方へつなげていきます。

(3) 普及啓発・研修

センターのパンフレットを作成し、町会自治会や民生委員、医療機関等へ配付し、医療と介護の相談窓口設置について啓発を図ります。

また、地域の医療機関の勉強会や研修へ参加し、高齢者とその家族等の支援に活かすとともに、初期集中支援チーム員として、月1回プレミーティングに参加します。

<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>「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。また、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。(いずれも年2回参加)</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>地域ケア個別会議を開催し、ケース課題の分析から地域課題を明確にするとともに、地域ケアセンター会議にて、町会自治会・民生委員等と課題解決に向けて検討されたことや、各町会自治会が取り組んでいる課題に対して、地域の方々が取り組んでいる仕組みづくりについて支援を行います。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>区からの名簿を基に、ひとり暮らし高齢者等の世帯を訪問し、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た支援につなげていきます。また、高齢者在宅生活あんしん事業等の福祉サービスの利用につなげて、安心して生活できるよう見守りの体制を作っていきます。</p>
<p>(2) 訪問支援協力員との連携</p> <p>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等に対して、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。また、連絡会を年2回開催し、地域ケアセンター会議への参加を呼びかけるとともに、必要な場合は地域ケア個別会議への参加を呼びかけます。</p>
<p>(3) 高齢者を見守る地域づくり</p> <p>町会自治会の活動への参加や民生委員との情報交換会、介護支援専門員等との連絡会等を継続して行うとともに、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るような取り組みを続けていきます。</p>

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 運営方針

桜台地域包括支援センターは、練馬区高齢者保険福祉計画・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が営めるよう、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していけるように支援してまいります。

II 組織運営体制**(1) 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、センター内ミーティング等にて設定目標を職員全員が常に意識できるように努めます。また、その進捗状況を定期的に確認してまいります。

(2) 職員の資質向上のための取組み

職員の機能強化を図るため、初任者および現任者向け研修に参加します。また、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的に研修や講演会に積極的に参加し、保有する専門性のさらなる向上を図ります。

あわせて、各職員が学んだ知識や技術については、センター全職員に伝達し、センター全体のスキルアップを図ります。

(3) 練馬区および他センターとの連携

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを目指す地域包括ケアシステムの確立のためには、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ています。

個別ケースに関する相談支援や困難なケースについては、協働して対応していくことが不可欠であることから、定期的な連絡会を開催し意見交換を行うなど、報告・連絡・相談を徹底し情報共有を図ります。

(4) 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のセンター内全職員への研修を実施します。

「情報システムにかかる委託契約などにおける受託情報の取り扱いに関する特記事項」に基づき、情報システムで取り扱う電子的に記録された情報および当該システムから出力された印刷物の情報を適切に管理することについての研修を行います。

個人情報に記載された印刷物等について処分する場合は、その都度シュレッダーを使用して廃棄します。

また、電子媒体の利用についてはパスワードを設定し、年2回の職員教育を行います。

(5) 苦情処理体制

苦情対応についての取り組みについて、センター内で周知を図り、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うよう努めます。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 総合相談支援

相談窓口の周知を積極的に行い、地域のコンビニ・医療機関等と密に連携し情報交換を行うなど、高齢者の困り事について、適切な制度へつなげていきます。

② 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ます。

③ 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、他のセンター職員と連携し支援を行います。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

通報等があった場合、早急な現状把握および情報収集を行ないます。被虐待者の安全等を一番に考え、適切な対応をチームで考え行なっていきます。

また、練馬区および関係機関とも連絡を密にし、さらなる連携を図ってまいります。

② 成年後見制度等の利用支援

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、制度自体の周知を行なっていきます。

また、相談等があった場合は個々のケースに合わせた制度を紹介し、共に考えながら支援を行います。

③ 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」に関係するワードを拾い出し、被害を未然に防げるようにします。

また、地域の高齢者が集う場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・啓発活動を行います。

さらに、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います。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務**① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備**

地域ケア個別会議や地域ケア予防会議を行い、ケアマネジメントの包括的継続的支援を行います。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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を念頭にケアプランを作成してまいります。

② 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行うことで、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。

2 地域ケア会議**(1) 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。

(2) 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。

また、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。

(3) 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。

また、会議を通じてケアマネジメントの平準化と質の向上を図ります。

3 在宅医療・介護連携の推進**(1) 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、地域住民への周知を行います。

また、医療関係機関との顔の見える関係づくりの一環として、事例検討会への参加や研修等を積極的に行ってまいります。

<p>(2) 地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関との連携を図るために、個々の医療機関への訪問を通じて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。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>センター内で作成している冊子を配布し、カフェ事業などの利用促進が行えるような体制を作っていきます。</p> <p>また、地域医療機関が開催する事例検討会等へ積極的に参加します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 認知症に関する相談支援</p> <p>認知症地域支援推進員を中心に、認知症に関する地域の相談対応を行っていきます。</p> <p>また、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うとともに、認知症カフェを定期的で開催し、身近に相談できる居場所づくりを行います。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>個別ケース検討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。</p> <p>また、認知症カフェにて地域課題を収集し、認知症予防の取り組みを行っていきます。</p>
<p>(3) 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を開催します。</p> <p>また、地域の小学生を対象に車椅子体験教室を行い、幼少期より高齢者との関わりの中から理解を深めていけるような環境を整備します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>社会福祉協議会をはじめ関係機関と連携を図りながら、地域支援活動を行っていきます。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>地域ケア個別会議等の開催を通じて、地域課題を抽出しながら地域に必要な社会資源を確認、把握してまいります。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 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に基づき戸別訪問を行い、生活実態の把握や必要な支援等の相談を行います。</p>
<p>(2) 訪問支援協力員との連携</p> <p>定期訪問による実態把握を継続し、状況変化に合わせ必要な支援等につなげます。</p> <p>また、協力員に対しての研修への奨励、訪問支援員連絡会の開催等を通じて、スキルアップや</p>

情報共有の場を設定します。

(3) 高齢者を見守る地域づくり

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ともに、地域住民への情報提供も行い、さらなる居場所づくりを目指します。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。

II 組織運営体制**(1) 事業計画の明確化と職員への共有**

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み⑥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。
- ② 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、進捗管理を行います。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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・サービスなどにつながります。

② 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。

③ 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、本人の様子の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、安否確認及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。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

虐待の通報を受けた際は「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・情報収集を行います。高齢者支援係と協働し、早急にケース検討会議を開催し支援方針を定め、方針に沿った支援対応を多機関と協働し実践します。その後は、ケース検討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、経過観察を行うとともに、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つなげます。

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。

② 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。成年後見制度の申し立て人が不在である等、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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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児童委員、自治会などと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。

多様な課題を抱えていても地域で継続して生活ができるよう地域ケア会議などを活用し、高齢者の生活を支えるネットワークを構築し、包括的・継続的ケアマネジメントを実践します。

街かどケアカフェ事業を豊玉地域および中村地域で年 18 回以上実施します。

② 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・事例検討会・情報交換会等を年 3 回開催します。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・カンファレンス等を通じて後方支援を行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の方及び介護予防・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。介護予防ケアプランの作成を行い、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。

② 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。

要支援認定の場合は、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。

2 地域ケア会議

(1) 地域ケア個別会議の開催

医療機関・居宅介護支援事業所・関係機関等と連携し、年12回以上地域ケア個別会議を開催し、本人及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・介護支援専門員等の支援を行います。

(2) 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等で伝え、内容の共有を行います。

(3) 地域ケア予防会議の開催

区で開催する地域ケア予防会議に出席します。個別事例の提出も併せて行い、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・介護支援専門員等の支援を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 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、身体状況の確認及び緊急性の確認等を行い、必要な医療につなぎます。

(2) 地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療機関等に地域包括支援センターのチラシ等配布し、窓口の機能を周知し、医療資源の情報収集を実施します。

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。

(3) 普及啓発・研修

民生児童委員協議会や地域の集まり等に参加し、高齢者の方々へ窓口の機能を周知する機会を作ります。

職員は医療及び医療連携に関する研修を受講します。

4 認知症施策の総合支援**(1) 認知症に関する相談支援**

本人および家族からの、物忘れや認知症等に関する相談に応じて、適切な医療機関・介護サービス等につながります。また、物忘れや認知症等により、生活に支障が出ている高齢者について、訪問等実態把握を行い、適切な医療機関・介護サービス等につながります。

物忘れや認知症等により、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）対象者に位置付け、チーム員による支援を実施し、適切な医療機関・介護サービス等につながります。

認知症専門医および近隣の地域包括支援センターと協働し、物忘れや認知症に悩む本人および家族の集いの場、地域の介護支援専門員等が気軽に相談できる場を作ります。

(2) 地域の社会資源の把握と連携強化

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、地域の社会資源の把握及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。

(3) 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、窓口の機能を周知します。

認知症サポーター養成講座を1回以上開催します。

職員は認知症及び関係機関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作りに取り組みます。

5 生活支援体制整備**(1) 生活支援コーディネーターとの連携**

社会福祉協議会の生活支援コーディネーターおよび「はつらつセンター豊玉」と2か月に1回会議を開催し、協議の上、豊玉地域で行方不明者捜索訓練（仮）を1回実施します。

(2) 資源開発

行方不明者捜索訓練を通じて地域で必要な社会資源の発見、および連携体制を構築し、資源開発に取り組みます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援**(1) 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ともにアセスメントを行い、必要に応じて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には定期訪問につながります。

(2) 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につながります。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、ボランティアを募ります。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。

(3) 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、高齢者の活動拠点等に出向き、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（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 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。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。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。

② 地域包括支援ネットワークの構築

介護支援専門員、介護保険事業所、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、地域活動支援センター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ます。「地域ケア会議」などで地域の課題を共有します。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。

③ 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、支援が必要かを見極めて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。

(2) 権利擁護業務

① 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、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。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に対する啓発と通報先を周知します。

② 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。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、権利侵害の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。

③ 消費者被害の防止

消費生活センター、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、民生児童委員協議会などで地域の高齢者や民生委員に伝え、注意喚起を行います。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。多様な課題を抱えていても地域で継続して生活ができるよう地域ケア会議などを活用し、高齢者の生活を支えるネットワークを構築し、包括的・継続的ケアマネジメントを実践します。

② 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の同行、地域ケア個別会議を開催し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活動に参画し、地域同行型研修等の受講や地域の人材育成

に積極的に取り組みます。

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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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（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の同行を通じて適切なケアマネジメントを行います。

② 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

(1) 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。必要に応じて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。

(2) 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の結果は、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。

(3) 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地域づくりに活用します。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 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。

<p>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と関係機関との連携を実施します。</p>
<p>(2) 地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>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整理し、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。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>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、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。医療・介護連携推進員が、多職種による事例検討会や勉強会を年一回以上実施し、在宅医療・介護連携の取り組みを推進します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 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、認知症施策の総合支援に取り組みます。</p> <p>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共に対応を検討し、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。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>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。</p> <p>医療機関、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。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>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、外出の機会を促し健康リテラシーの向上に努めます。認知症ケア推進委員会が開催する研修などに年1回以上参画し、センター方式を活用したケアマネジメントを実践します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>練馬区社会福祉協議会の生活支援コーディネーターの開催する「練馬地域生活支援サービス</p>

の充実に関する協議体」のメンバーとして、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、一人一人が活躍できるよう社会参加や生活支援の充実に取り組みます。

(2) 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を行います。

障がいの施設などでも利用者と利用者の親の高齢化が進み、新たな課題となっています。

障がい者施設に向けて地域包括支援センターの機能を周知し、地域包括支援センターで支援する利用者の中で家族間の多様な課題を抱える方々の相談機関として連携し、相互に社会資源として協働します。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

(1) 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基に高齢者宅を訪問し、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。

(2) 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や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、見守りの意義や地域の課題を共有します。

(3) 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。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、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の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」の紹介ならびに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（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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、資質向上に取り組めます。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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。

③ 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、本人の様子を確認および情報収集を実施します。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。

(2) 権利擁護業務

① 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します。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、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。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。

② 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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。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めます。

② 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、「練馬地域ケアマネジャーよりあいひろば」を年4回開催し、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勉強会等を実施します。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。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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、生活の仕方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。

② 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勧奨を行います。

2 地域ケア会議**(1) 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。

(2) 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。

(3) 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**(1) 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。

(2) 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。

(3) 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**(1) 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・介護サービス等につなぎます。

(2) 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、支援者との共同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。

(3) 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。

5 生活支援体制整備**(1) 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。

(2) 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。個別の支援の中から、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を行います。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援**(1) 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。

(2) 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つながります。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。

(3) 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（平成30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

I 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、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、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、日常業務の中で報・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公表していくことを想定しています。

II 組織運営体制**(1) 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、既に法人の事業計画発表会にて共有しています。

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。

(2) 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勉強会を設けています。そのことは、法人内職員同士のつながりを深め、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。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の向上を図ります。

(3) 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、他センターとの協働に及ぶ部分はしっかりと責任を果たします。

(4) 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があった場合は、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。

(5) 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つなげます。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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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

② 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、地域ケア会

議等への参加につなげるように図ります。

③ 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、緊急訪問を行います。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。

②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。

(2) 権利擁護業務

① 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、対応は高齢者支援係になることを理解し、「養介護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を図ります。

② 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、高齢者支援係と連携を図ります。

③ 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。特に今年度開始当初から、担当地域の被害件数および被害総額が異常な増加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図ります。

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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

従来より活動してきた「中村橋ケアマネ会」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ってきましたが、今年度は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 2 回を予定します。

練馬地域主任介護支援専門員連絡会（通称：ねりっしゅ）に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、運営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。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

② 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ます。

2 地域ケア会議

(1) 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します。あらかじめ地域ケア会議と位置付けていない会議であって、「練馬区地域ケア会議運営マニュアル」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なかで合議を図ります。

(2) 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」に該当するか否かを判断し、地域の関係者で共有およびその解決に向けて話し合いを行います。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。

(3) 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、包括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**(1) 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、スピーディーに解決につなげる等の対応を図ります。

(2) 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。

(3) 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**(1) 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。

(2) 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

<p>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>(3) 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あります。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>(1) 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>(2) 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>将来的に多世代支援を念頭に置き、中高生のボランティア活動に触れる機会があり、こうした活動内容があらたな資源につながることも支援していきます。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 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、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、働きかけます。</p>
<p>(2) 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します。</p>
<p>(3) 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。従来からご協力いただいている民生・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ことが期待できるため、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（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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。

- ① 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。
- ② 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0JT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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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包括内で行いながら課題の早期解決を実施します。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。

② 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。

③ 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、ご家族の隠れた問題や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。

(2) 権利擁護業務

① 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。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。

② 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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

② 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、「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。

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ともに勉強会を企画・開催し、日ごろから顔の見える関係を構築します。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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働きかけを行います。

② 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**(1) 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、本人及び家族の支援、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。

(2) 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。

(3) 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、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**(1) 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

<p>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。</p>
<p>(2) 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を行います。</p>
<p>(3) 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を学ぶ講演会を開催し、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。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 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、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 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・介護サービス等につなぎ、個別課題の早期解決を図ります。</p>
<p>(2) 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・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。</p>
<p>(3) 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、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。</p>

5 生活支援体制整備

(1) 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。

(2) 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。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

(1) 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 640 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。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。

(2) 訪問支援協力員との連携

現在、訪問支援協力員の登録が2名のため、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間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。

(3) 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。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。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し、地域に住まう人々が安心して暮らしていけるように支援してまいります。

II 組織運営体制

(1) 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。

(2) 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、職場外研修を実施します。

(3) 練馬区および他センターとの連携

平成30年度25カ所の地域包括支援センター体制に再編されました。圏域連絡会などを通じて職種間での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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

情報セキュリティポリシーについて、法人全体に周知を図るとともに、情報管理の強化に取り組めます。個人情報の運用管理を徹底します。

(5) 苦情処理体制

苦情については真摯に受け止め法人に報告します。法人内の苦情事故対策委員会活動に取り組めます。情報の共有化、事故報告の分析による予防管理に取り組めます。

他サービスに関して寄せられた苦情は練馬区に報告するとともに適切な手続きを行います。

III 各事業の実施方針**1 包括的支援事業**

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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。

③ 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。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

高齢者虐待通報に際し、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、コア会議への参加、支援方針の協議を行うなど、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。

② 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、成年後見制度の利用支援を行います。

③ 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回復支援のため、関係機関を紹介し再発防止に取り組みます。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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、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。

また、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。

② 介護支援専門員への支援

地域包括ケアシステムの推進に向けて、地域の介護支援専門員との勉強会を開催します。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。

また、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、事例検討会を開催します。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス、予防給付サービスの他、一般介護予防事業や区の高齢者福祉サービス、民間団体により提供され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、その人に合った適切なサービスが包括的に提供されるように支援します。

② 介護予防サービスの利用支援

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等に合わせ、適切な方法で介護予防サービスが利用できるようにプラン作成します。

2 地域ケア会議

(1) 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。

(2) 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、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行います。

また、地域の課題の把握・解決やネットワークの構築を図り、関係者とも情報共有していきます。

(3) 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、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。

また、会議開催後、定期的にモニタリングを実施します。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 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、地域住民へ必要な情報の周知を行います。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

<p>機関との連携を図ります。</p>
<p>(2) 地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療機関との連携を図るために、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、連携をとれる体制を作ります。</p> <p>また、医療資源の情報収集を行うとともに、災害時における災害時事業計画の整理を行います。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>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。また実際の在宅医療を知る講演会や在宅療養の事例検討会、研修等を計画的に開催します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 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事業の活用を図ります。</p> <p>認知症地域支援推進員が中心になって、毎月行われるチーム員会議に参画し、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ともに、対応を検討し個別課題の早期解決を図ります。</p>
<p>(2) 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、支援者の共同体制をつくります。また、多職種による在宅医療・介護連携を行うとともに、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>(3) 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を開催し、認知症の人が住みやすい地域づくりを支援します。また、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>(1) 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>地域ケア会議等への出席を積極的に依頼し、連携強化を図ります。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>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、地域住民への社会参加への意欲の向上を図ります。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 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に基づき戸別訪問を行い、生活実態の把</p>

握や必要な支援へ繋ぐための相談支援を行います。

(2) 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。

(3) 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地域で見守っていきます。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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。

③ 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、安否確認及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。

(2) 権利擁護業務

① 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。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します。

② 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します。また、本人・家族等に情報提供を行い、適切な機関へつなぎ、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を受講し、資質の向上を図ります。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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。

② 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**(1) 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。

(2) 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。

(3) 地域ケア予防会議の開催

練馬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・生活支援サービス事業の活用により、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**(1) 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。

(2) 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の整理を行います。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。

(3) 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、出張型ケアカフェ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**(1) 認知症に関する相談支援**

本人及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・介護サービス等につなぎ、個別課題の早期解決を図ります。

(2) 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・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。

(3) 普及啓発・研修

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「認知症サポーター養成講座」を1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**(1) 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。

(2) 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**(1) 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りリストを精査し、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 610 件の高齢者宅を個別に訪問し、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つなぎ、ボランティアによる見守り体制の構築を目指します。

(2) 訪問支援協力員との連携

みまも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をつなぎます。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な支援を行います。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。

(3) 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、田柄地区区民館、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。見守りネットワーク会議を年 1 回開催します。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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、はつらつシニアクラブ業務を実施します。

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。

II 組織運営体制

(1) 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します。また、適宜事業計画の実施状況や進捗状況について確認を行います。

(2) 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。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。

(3) 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、必要に応じて練馬区の関係部署と連携を取ります。また、圏域連絡会議・地域包括支援センター長会・各職種会議を通して、練馬区や他のセンターとの連携を図ります。

(4) 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、関係法令及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。

パソコンにはパスワード付きスクリーンセイバーを設定するなどの対策をとります。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。

(5) 苦情処理体制

相談・苦情に対応する窓口を設置するとともに、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。

Ⅲ 各事業の実施方針**1 包括的支援事業**

(1) 総合相談支援業務

① 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ことで、支援内容や方向性の確認、情報の共有を図ります。

② 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。

③ 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。

地域の会合などに参加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、安否確認を行います。

(2) 権利擁護業務

① 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、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。また、ケース検討会やコア会議を通じて支援方針を決定し、経過観察を行うとともに、再発防止に向けた相談支援を行います。

② 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。

③ 消費者被害の防止

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なう

ことで、被害を未然に防ぐように支援するとともに、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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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・助言を行います。

② 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

(1) 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、モニタリングを行います。

<p>(2) 地域ケアセンター会議の開催</p> <p>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。</p>
<p>(3) 地域ケア予防会議の開催</p> <p>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。</p>
<p>3 在宅医療・介護連携の推進</p>
<p>(1) 在宅医療等に関する相談支援</p> <p>「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。</p>
<p>(2) 地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>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に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。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>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。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 認知症に関する相談支援</p> <p>「医療と介護の相談窓口」に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。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>医療機関だけではなく、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・近隣商店などとともに、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。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>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</p>

<p>るよう、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。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 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を図ります。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>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。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>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ことの無いように、生活実態の聴取と、基本チェックリストを実施することにより、介護予防事業などへの参加を促し、必要に応じて介護保険サービスや区の高齢者サービスの利用を支援します。訪問対象者名簿に基づき訪問を行い、実態把握の結果必要な場合は、支援につなげます。</p>
<p>(2) 訪問支援協力員との連携</p> <p>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。</p> <p>また、定期的に連絡会を行い、訪問支援協力員同士の交流・資質向上を図るとともに、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。</p>
<p>(3) 高齢者を見守る地域づくり</p> <p>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ともに、支援を要する高齢者の情報等を収集します。</p> <p>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。</p>

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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。

③ 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。

(2) 権利擁護業務

① 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、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。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。

② 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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

② 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」などを通じ、介護支援専門員のネットワーク推進を図ります。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

② 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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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

(1) 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の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。

(2) 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の整理を行います。

(3) 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**(1) 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、圏域内における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。

(2) 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。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。

(3) 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。

5 生活支援体制整備**(1) 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。

(2) 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及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**(1) 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。

(2) 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。

(3) 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（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

- ① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。
- ② 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。

(2) 職員の資質向上のための取組み

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。

- ① 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。
- ② 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 0JT 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。

(3) 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。

- ① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 人権尊重の理念のもと、個人情報を適切に取り扱います。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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。

③ 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、早期の課題解決につなげます。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。

(2) 権利擁護業務

① 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、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。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。

② 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、権利が擁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きます。

③ 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。悪質商法高齢者被害防止ネットワーク連絡会議に出席し、消費者被害の実際を把握すると共に、光が丘圏域連絡会にて情報を共有します。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

② 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」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。研修での交流を通し介護支援専門員のネットワーク構築推進を図ります。

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」の事例検討会に参画し、地域の介護支援専門員への支援に活かします。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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。

② 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。

2 地域ケア会議**(1) 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、地域に共通する課題を明確化し、必要に応じ、資源開発や政策提言等につなげます。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。

(2) 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。

(3) 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**(1) 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行います。相談内容に応じて、適切なサービスにつなげると共に、専門的な機関や地域の関係者と連携して対応します。

(2) 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の整理を行います。

(3) 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**(1) 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（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）の利用を視野に入れ支援します。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、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。

(2) 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、支援者と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。

(3) 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「環境づくり」研修の受講や施設点検・見学へ参加します。

5 生活支援体制整備**(1) 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。

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。

(2) 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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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（平成30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

I 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・連絡調整を図り、区民の方が安心して暮らしていけるように支援します。

II 組織運営体制**(1) 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、職員全員が計画を共有し、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、達成状況を確認します。

(2) 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こと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図ります。

(3) 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います。

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。

(4) 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。また、年2回の職員教育を行います。

(5) 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図ります。

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。

Ⅲ 各事業の実施方針	
1 包括的支援事業	
(1) 総合相談支援業務	<p>① 総合相談支援 相談窓口の周知を積極的に行い、民生委員・医療機関等などと密に情報交換や連携を行い、適切な制度へつなげます。</p> <p>② 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・各種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開催し、支援体制を構築します。</p> <p>③ 実態把握・安否確認 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。 また、訪問時に支援が必要なケースについては、適切な機関と連携し支援を行います。</p>
(2) 権利擁護業務	<p>① 高齢者虐待への対応 通報等があった場合、早急な現状把握および情報収集を行ないます。被虐待者の安全等を一番に考え、適切な対応をチームで考え行っていきます。また、練馬区および関係機関とも連絡を密にし、連携を図ります。</p> <p>② 成年後見制度等の利用支援 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制度自体の周知を行なっていきます。また、相談等があった場合は個々のケースに合わせた制度を紹介し、共に考えながら支援を行います。</p> <p>③ 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、被害を未然に防ぐよう努めます。また、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・啓発活動を行います。 さらに、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に対応します。</p>
(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務	<p>① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備 対応困難なケースに随時関わりながら、関係機関と協働し、必要に応じて地域ケア個別会議などを利用し支援を図ります。</p> <p>② 介護支援専門員への支援 サービス担当者会議への出席、同行訪問等を行うことで個別ケースの相談に対応し、関係機</p>

関と連携を図りながら支援を行います。

圏域内の地域包括支援センターと連携し、圏域内の介護支援専門員向け研修を共同で開催します。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

地域の高齢者が明るく、自分らしい生活が送れるように、自立支援を念頭にケアプランを作成します。

② 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や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。

2 地域ケア会議

(1) 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の発見や開発を図ります。また、会議での効果を評価するため、個別会議開催後3ヶ月を目途に介護支援専門員と同行訪問を行います。

(2) 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把握し、地域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、周知を図ります。

(3) 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行っていきます。また、地域ケア予防会議を通じて要支援高齢者等の介護予防と重度化防止を図ります。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 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機能を果たすため、地域住民への周知を行います。また、医療関係機関との顔の見える関係づくりの一環として、事例検討会への参加や研修会等を積極的に行っていきます。

(2) 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図るために、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。

<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>センター内で作成している冊子を配布し、ケアカフェ事業などの利用促進が行えるような体制を作っていきます。</p> <p>また、地域の医療機関が開催する事例検討会等へ積極的に参加します。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 認知症に関する相談支援</p> <p>認知症地域支援推進員を中心に、認知症等に関する地域の相談対応を行っていきます。</p> <p>また、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開催します。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>個別ケース会議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。</p> <p>また、民生委員との情報共有会を活用しながら地域課題を収集し、認知症予防の取り組み行っていきます。</p>
<p>(3) 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を開催します。</p> <p>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関しての普及啓発を図ります。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 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、連携強化を図ります。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>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ります。</p>
<p>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</p>
<p>(1) 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に基づき戸別訪問を行い、生活実態の把握や必要な支援につなぐための相談等を行います。</p>
<p>(2) 訪問支援協力員との連携</p> <p>定期訪問による実態把握を継続し、状況変化に合わせ必要な支援等につなげます。</p> <p>また、協力員に対しての研修への参加奨励、訪問支援員連絡会の開催等により、スキルアップや情報共有の場を確保します。</p>
<p>(3) 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、さらなる居場所づくりを目指します。</p>

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 運営方針

体制の変更を踏まえ、これまで展開してきた地域包括支援ネットワークの強化は継続しつつ、新たに委託された事業の着実な展開を図ります。

また、介護老人保健施設と認知症病棟を有する精神科病院を併設していることを強みとして、初期認知症の方の掘り起こしと普及啓発も行っていきます。

II 組織運営体制

(6) 事業計画の明確化と職員への共有

地域ケア会議や各種の連絡会に関しては、4月の時点で年間の予定表を策定しました。担当を決めての計画的な開催に努めていきます。新規事業についても、受託内容通りの実施に努めながら、運営ノウハウの蓄積と技術向上を図っていくことを部署内で周知していきます。

(7) 職員の資質向上のための取組み

高齢者虐待に関するもの、認知症に関するものを中心に外部研修への参加を進めます。具体的には、都福祉保健財団や中部精神保健センターなどから案内されるものを主とする予定です。

(8) 練馬区および他センターとの連携

練馬区とは、区が主催する地域包括センター長会・圏域連絡会等の会議に参加し、情報交換・共有を進めます。また、石神井圏域の他センターとも連携を密にし、職種別・役割別の定例会を開催して、情報交換を行なっていきます。

(9) 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り、スタッフ教育を徹底していきます。現状でも紛失しにくいバッグを選択する、自転車のカゴにネットを取り付ける等を実施しています。

(10) 苦情処理体制

区民が相談に来やすくなるように、地域活動を通じてPRしていきます。また、職員へはマニュアルの周知を図り、苦情があった場合には、円滑かつ迅速な対応をもって、区へも速やかに報告していきます。

III 各事業の実施方針**1 包括的支援事業**

(5) 総合相談支援業務

① 総合相談支援

昨年度の相談延べ人数は5,238件、実人数は2,329件となっています。実人数を受け持ち圏

域内の高齢者人口数 6,946 人（H27. 6. 1 現在）で割ると、3割強の方が利用された計算となります。高齢者人口の伸びに並行して、この利用率を維持・向上させつつ、関係機関や各制度につなげる等の適切な支援に努めます。

② 地域包括支援ネットワークの構築

日常業務を通じて、地域の様々な関係者・関係機関とのネットワーク構築を継続して図っていきます。合わせて、地域に於ける様々な関係者が開催する会議等にも、可能な限り参加していきます。

③ 実態把握・安否確認

上記②のネットワークを活用するほか、平成 30 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」の担当者と地域の情報を共有して、他の職員へもフィードバックし、必要に応じて安否確認も区とも連携しつつ実施していきます。

(6) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

今年度からの体制変更により、相談件数は増加していくものと見込まれます。個別ケースの支援を通じて、高齢者支援係・病院・保健所・警察等々の地域関係機関との連携強化を進めます。

② 成年後見制度等の利用支援

今後利用者は増加していくものと予想されますが、相談があった場合には、ニーズに合わせた関係機関の案内も含め、可能な限りスピーディーな支援を行えるよう努めます。

③ 消費者被害の防止

昨年度は、総合相談中に延べ 92 件の経済的な相談があり、この中に消費者被害的な内容も含まれていると思われませんが、詳細は分析できていません。消費者被害は、詐欺などで連続するケースが多いと想定されるため、手口などで共通項があるかどうかといった分析を丁寧に行うよう努めます。被害防止の啓発活動も行なっていきます。

(7) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

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 4 回程度実施します。また、石神井圏域では、主任介護支援専門員を中心に、地域の介護支援専門員との定期連絡会を組織し、月 1 回のペースで開催を計画しています。

② 介護支援専門員への支援

上記の定期連絡会を活用するほか、個別ケース等の相談にも応えていきます。

(8) 介護予防ケアマネジメント

① 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分を含め、200 件超の給付管理を行っています。今年度はこの数を維持しつつ、プランの精査と質の向上を図っていきます。

② 介護予防サービスの利用支援

街かどケアカフェ等の機会を通じ、地域住民への予防サービス浸透に努めます。

2 地域ケア会議

(4) 地域ケア個別会議の開催

年間 12 回(月 1 回程度)の開催を計画しました。精神疾患を抱えている等で支援の困難なケースを中心に取り上げていく予定です。また、一度取り上げたケースはセンター内の定例ミーティングで経過報告するなどして継続して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せん。

(5) 地域ケアセンター会議の開催

年 2 回の開催を計画しています。テーマは、医療連携関連・権利擁護関連といった内容を予定していますが、これまでもグループ演習の結果を全体発表で共有する・議事録を配布するという方法を実施してきましたが、参加者にアンケートを実施していくことも検討しており、こうした取り組みを継続していきます。

(6) 地域ケア予防会議の開催

多職種が集まる機会を活かして、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの実施を進めていきます。年 2 回の開催予定です。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、必要に応じて再度個別ケア会議につなげるなどの働きかけを続けます。

3 在宅医療・介護連携の推進

(4) 在宅医療等に関する相談支援

昨年度の総合相談で、「保健医療」に関しては 364 件の相談がありました。この件数を維持しつつ、より地域の医療機関との連携を深め、スムーズな入退院につなげられるよう支援を進めます。医療・介護連携推進員の配置についても、地域住民や医療関係者への周知を進め、ネットワークを拡げるよう努めます。

(5) 地域の医療資源の把握と連携強化

医師をはじめとした医療職が参加する多職種での勉強会の開催を年 1～2 回で計画しているので、その機会を活用して、より強固な医療・介護連携を進めていきます。また、並行して地域住民や医療関係者へ「医療・介護連携シート」の普及も図っていきます。

(6) 普及啓発・研修

総合相談の中で活用が可能なケースについては、随時利用を勧めていきます。また、街かどケアカフェ事業を年 18 回計画しているので、これらを活用しながら、地域住民への普及活動を進

めるとともに、居宅介護支援事業所の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。

4 認知症施策の総合支援

(4) 認知症に関する相談支援

本人やご家族からの相談だけではなく、警察や店舗などの、広く地域からの通報といったルートを通じての把握にも努めていきます。把握できたケースに関しては、併設の陽和病院とも連携して、可能な限りスムーズな受診と確定診断、その後の入院・入所や訪問等のサービスへのつなぎを進めていきます。

(5) 地域の社会資源の把握と連携強化

町内会や民生委員といった、地域でコアな見守りの役割を果たしている方々との連携をより強化していきます。また、地域の認知症サポート医などの情報を、利用者や居宅介護支援事業所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ます。

(6) 普及啓発・研修

地域住民向けの勉強会を、年1～2回計画しています。その他、街かどケアカフェや町内会の行事などの機会の利用や、併設の陽和病院と協力しての区民向け・事業者向け講座の開催なども検討します。

5 生活支援体制整備

(3) 生活支援コーディネーターとの連携

地域ケア個別会議に参加してもらうなど、生活支援コーディネーターとの連携・協力の強化に努めます。また、生活支援コーディネーター側で主催する会議やその他の機会にも参加していきます。定期的な情報交換を行うことも検討していきます。

(4) 資源開発

訪問支援協力員の募集、地域内の非営利団体の支援等に努めていきます。また、地域ケア会議で検討された課題について、生活支援コーディネーターと共有し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

(4) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

今年度からの新規事業となります。4月時点での登録者数は500人を超えており、今後も対象となる独居高齢者は増加していくことが見込まれるため、まず個別ケースごとに評価を行い、重点化すべき人を切り分けていくことを課題として取り組んでいきます。

(5) 訪問支援協力員との連携

年2回の定例会を計画しています。日常では電話でのやり取りを主にして、細かな状態像の変化も観察するよう努めます。

(6) 高齢者を見守る地域づくり

町会・自治会や民生児童委員を主に、郵便局・商店やコンビニエンスストアといった、地域住民に直接関わるサービス事業者などとも、顔の見える関係を広げて行けるよう働きかけを進めます。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。

② 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。

(2) 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。

① 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。

② 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。

(3) 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。

① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。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。

② 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為に、民生児童委員、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、状態が悪化する事の無いよう協力体制を整えます。

③ 実態把握・安否確認

「ひとり暮らしの高齢者等訪問事業」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、必要な支援につながります。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。

(2) 権利擁護業務

① 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、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。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高齢者支援係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。

② 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。

③ 消費者被害の防止

消費生活センター、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、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ケアカフェにおいて啓発活動を行います。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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、個別ケア会議などを行います。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

② 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い必要なサービスにつなげる支援を行います。

2 地域ケア会議

(1) 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。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

年度初旬に1回目を開催し、事業計画や地域の課題を話し合います。年度終わりには、その評価を地域の方と共有し、次年度の取り組み方向を決めます。

今年度「災害と地域連携」をテーマに、サービス事業所や民生児童委員、自治会町会、医療機関ボランティア関係者等に参加いただき、参加者が災害時の対策や連携の取り方など自助や互助に取り組めるような働きかけをします。

(3) 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

(1) 在宅医療等に関する相談支援

<p>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。適切なサービス関係者にコーディネートする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>(2) 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3か月に1回の勉強会等を行い、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>(3) 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目指し、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を行います。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 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・介護サービス等につなぎ、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、家族会や認知症の方の居場所作りなどを進めていきます。</p>
<p>(2) 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・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。認知症の方が安心して道に迷えるような地域になるために、「みちきいてつながろうプロジェクト」を立ち上げ、市民団体や介護サービス事業所、区民の方々とともにできるイベントの企画・運営をします。</p>

(3) 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、認知症サポーター養成講座を開催します。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により、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研修を受け、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**(1) 生活支援コーディネーターとの連携**

担当の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。

(2) 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**(1) 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。

(2) 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為に、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。

(3) 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（平成30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

I 運営方針

第7期練馬区高齢者保健福祉・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、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、高齢者支援係はじめ、福祉事務所等の関係行政機関、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公表していくことを想定しています。

II 組織運営体制

(1) 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、その達成に必要なと思われる自分たちの業務や事業の開催時期等を記し、既に4月8日の時点で法人の事業計画発表会にて共有しています。

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。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。

(2) 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勉強会を設けています。そのことは、法人内職員同士のつながりを深め、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るものです。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の向上を図ります。

(3) 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。

(4) 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があった場合は、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。

(5) 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つなげます。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。

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

② 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、会議への参加につなげるように働きかけます。

③ 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、緊急訪問を行います。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。②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。

(2) 権利擁護業務

① 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、進捗を確認し、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、対応は高齢者支援係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。

② 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）を案内します。

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、高齢者支援係と連携を図ります。

③ 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、担当地区の被害件数および被害総額が増加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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備

本年より活動を開始する「石神井ケアマネ会」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。今年度は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、下半期中に研修1回、地域とのコラボ研修を予定しています。

石神井地域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、運営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も積極的に行います。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

② 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

(1) 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します。

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ます。

(2) 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担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を行います。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。

(3) 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、包括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**(1) 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、スピーディーに解決につなげる等の対応を行います。

(2) 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。

(3) 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、可能な限り協力します。

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**(1) 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。前者は高齢者支援係との連携をしっかりとってまいります。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。

(2) 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

<p>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>(3) 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の開催を検討します。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 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>(2) 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>(1) 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、働きかけます。</p>
<p>(2) 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、十分に配慮します。</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します。</p>
<p>(3) 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作っていくことは、喫緊の課題です。従来から協力していただいている民生・児童委員はじめ、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マンション等集合住宅の管理人やコンビニエンスストアの店舗との協力を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（平成30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

I 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。

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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

センター内の掲示と併せて、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。

(2) 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および倫理規定、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、業務に必要な知識技術の習得・向上を積極的に行います。

(3) 練馬区および他センターとの連携

必要に応じて練馬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、他のセンターと連携し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。

(4) 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、施錠できる収納場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。

(5) 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会と連携します。

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・受け付け方法等の整備・徹底をし、誠実かつ迅速に対応いたします。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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行います。

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。

② 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。

③ 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出来るように取り組みます。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。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき、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。

ケース検討会やコア会議を踏まえて支援方針を決定していきます。

② 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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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をしていきます。

② 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、いわゆる困難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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

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。

② 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

(1) 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の構築を図ります。

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包括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。

(2) 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。

(3) 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、後期については訪問介護の生活援助中心型ケースについて練馬区と連携して検討します。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 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、およ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。

(2) 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。

(3) 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職員が積極的に参加します。

4 認知症施策の総合支援**(1) 認知症に関する相談支援**

「医療と介護の相談窓口」に認知症地域支援推進員を配置し、その者を中心に、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。

(2) 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。

(3) 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実施します。

併せて認知症に関する研修に職員は積極的に参加します。

5 生活支援体制整備**(1) 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。

(2) 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

(1) 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・介護サービスや練馬区の高齢者福祉サービスへの利用支援を実施します。

(2) 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。

(3) 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（平成30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

I 運営方針

地域包括支援センターとして一年目の年になります。初年度であり、手探りではありますが、区や他の包括とも連携し公正中立な業務運営を行い、一つ一つの業務を確実に実施してまいります。専門職としての在り方も、今まで以上に知識、技術を問われることを意識し、それぞれの強みを生かしながら、連携し業務に取り組みます。

地域の居宅介護支援事業所をはじめ、地域関係者とのより一層の信頼関係やつながりを構築していきます。そのために、各種連絡会や地域の催し物にも積極的に参加し、顔の見える関係づくりに努め、気軽に安心して相談できる地域の窓口を目指します。

独居高齢者が多い都営団地や、当事業所から遠方でセンターの認知度が低い地域を中心に広報活動を行っていきます。

II 組織運営体制**(1) 事業計画の明確化と職員への共有**

毎朝のミーティング、定例会議等を活用し、職員間での情報共有、周知を図ります。

また、事業計画に基づき業務の遂行が計画的に実施出来ているかどうか、毎月の定例会で業務遂行状況の確認と共有、評価を行い、必要に応じて修正を行っていきます。

(2) 職員の資質向上のための取組み

積極的に外部研修に参加し、事業所内へのフィードバック体制を整え、専門性の向上に努めていきます。

区や国の動向の迅速な情報収集と共有、日々の実践の振り返りや研修を通して、職員個々の能力の向上を目指します。また、職員間で、お互いの動きを把握し、困難事例へのチーム対応力や効率的な業務遂行を図ります。

(3) 練馬区および他センターとの連携

圏域のセンター連絡会、専門職ごとの会議、区主催の会議等を通して、区や他センターと情報の共有を行います。他のセンターの取り組みを知るとともに、業務の標準化の取り組みも意識し意見交換を行います。

また、練馬区の各担当課、他のセンターと共に行う業務もあり、密な連携をとりながら業務の実施をしていきます。

総合相談の対応でも虐待、精神疾患の方の対応等もあり、保健所との連携も今年度も継続し行っていきます。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

練馬区のセキュリティー教材を活用し、個人情報保護の意識を高めます。センター内の会議

でも適切に対応できているか話し合いを行い、日々改善に努めます。

書類はカギのかかる棚に保管するなど、決められた対応の徹底を図ります。

(5) 苦情処理体制

苦情については、誠意をもった迅速な対応が望まれます。謝罪ももちろんであります。状況確認と共に、各関係機関への報告も迅速に行います。

苦情対応については、苦情対応マニュアルを作成し、その内容に沿って対応します。また、部署内だけでなく、管理者および法人へも報告・助言のもと、再発防止に取組みます。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 総合相談支援

地域包括支援センターの事業を展開するための最初の基盤的機能であると認識し、相談に対して、真摯に受け止め次のような対応を行っていきます。また、相談内容をミーティングで情報共有し、各専門職の意見を相互助言しながら対応します。

- ・ 高齢者の方やご家族からの相談に応じ、必要なサービスの紹介および各種制度の利用につなげる。
- ・ 訪問支援員事業や、出張型街かどケアカフェ事業などを通し、支援が必要な方を把握する。
- ・ 高齢者の方は様々なお困りごとを抱えていることも多いが、ワンストップ相談窓口として、相談がたらいまわしにされることが無いようにする。
- ・ 総合相談が適切に実施することが出来るように、国や区の動向の把握、多種多様な相談に対応できるよう、各専門職の集まりを基礎に、研修や勉強会への積極的な参加を行い、知識や技量の向上と所内での共有に努める。
- ・ 相談者に対し、サービスマナーに即した適切な対応ができるよう、研修や日々の振り返りを通して職員個々のスキルアップを図る。

② 地域包括支援ネットワークの構築

個別相談への対応を通じて、介護サービス事業者、医療機関、民生委員等、地域における様々な関係者とのネットワーク構築を図ります。

訪問支援協力員との連携を図り、NPO等による住民の居場所づくりを担っている団体や、金融機関、不動産会社、J K K、町会・自治会、清掃事務所、宅配弁当、コンビニ等、高齢者が日常接する機関と連携しやすい関係を作ります。

民生委員協議会、地域密着型サービス事業所が実施する運営推進会議、医療機関が開催する会議等に計画的に参加します。

③ 実態把握・安否確認

訪問支援員等を中心に、高齢者の方のお宅に訪問し、支援が必要な方の把握に努めます。

見守り協定の事業所や地域の関係機関と密に連絡を取り、心配な高齢者の方の情報を把握し、協力を頂きながら安否確認を行います。

生命の危険が疑われる場合は、高齢者支援係や警察とも連携し、迅速に対応していきます。

(2) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

早期発見や予防の為に、相談先として、地域住民や民生児童委員、ケアマネジャー等のサービス事業所へ地域包括支援センターの役割を周知していきます。また、顔が見える関係づくりを行い、日頃から情報共有がスムーズに行えるように努めます。

高齢者虐待防止に関する研修への積極的な参加や出張型街かどケアカフェ事業等で、地域住民への啓発に努めます。

虐待疑いのある相談内容について、3職種での速やかな共有と、高齢者支援係と協力し迅速に対応できるよう努めます。

② 成年後見制度等の利用支援

他職種が主担当のケースで成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用が見込まれるケースについては、社会福祉士が協働し支援をしていきます。

ほっとサポート練馬とも協力し制度の啓発・利用促進を図ります。また、圏域の社会福祉士会（月1回）に参加し、他のセンターや高齢者支援係と情報共有し、地域へ情報を発信していくように努めます。

成年後見制度についておよび申立手続きに関するセンター内での勉強会を実施し、他職種でも申立支援ができるようにしていきます。

③ 消費者被害の防止

消費者被害防止のために、地域住民やケアマネジャー、民生児童委員等へ、出張型街かどケアカフェ事業や地域ケアセンター会議等で、普及啓発に努めます。

消費者被害を疑われる内容の相談があった際には、速やかに消費生活センターへの連絡と所内での情報共有に努め、未然の防止に努めます。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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。

制度改正等での地域の介護支援専門員の困りごとなどを把握し、勉強会の実施、共に成長できるように取り組んでいきます。

今年度から組織された「ケアマネ石神井」に於いて、石神井圏域のケアマネジャーを対象に、勉強会を開催するとともに、隣接している他の地域包括支援センターと合同で、事例検討会等を開催します。

② 介護支援専門員への支援

担当地域のご利用者様を担当いただい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からの個別の相談を通じて、状況に応じ、サービス担当者会議開催支援やリ・アセスメントの実施を行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

包括センターの体制変更に伴い、指定介護予防支援事業所として新たにケアプランチェックを行うことになったため、給付管理等の知識の把握を行います。

ケアプランについては、地域のケアマネジャーの方と協力し共に考えながら、より良いプラン作成に向けて取り組みます。その為にも地域のケアマネジャーとの信頼関係の構築を図ります。

また、他のセンターとの対応の違いに混乱させることが無いよう、石神井管轄の情報交換をしながら進めていきます。

あわせて、自立支援、重度化防止につながっているかの視点で、プランの見直しも行っていきます。

② 介護予防サービスの利用支援

訪問支援員と協力し、健康長寿チェックリストを実施し、サービスの必要な方の把握を行います。

また、要介護認定の申請や、介護予防サービス計画作成依頼の届け出など各事業の利用支援を行います。

2 地域ケア会議

(1) 地域ケア個別会議の開催

独居高齢者世帯が多く、生活上の課題がある地域において、地域ケア個別会議として実施することで地域課題をより深め、改善に結びつけていきます。

地域のケアマネジャーから相談があった個別ケースに於いても、内容に応じて個別会議を実施していきます。

医療連携に課題のあるようなケースの検討を行い、個別の課題改善、地域課題の把握に努めます。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

昨年度から取り組んでいる防災についての地域の課題解決に向けた会議を今年度も継続し行っていきます。

また、地域ケア個別会議で上がって来た地域課題についても解決に向けて会議を実施します。

(3) 地域ケア予防会議の開催

介護予防ケアプランミーティングを実施し、状況を把握し、地域ケア予防会議で検討すべきケースの把握を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療等に関する相談支援

本人や家族からの相談だけでなく、地域の事業所や医療機関などの相談に関して、円滑に対応できるように、常に最新の情報提供ができる体制を整えます。また、医療依存度が高い方や独居高齢者の在宅生活の調整等の増加が予想されるため、本人、家族の希望やニーズに添えるようなチーム作りの一端を担います。

(2) 地域の医療資源の把握と連携強化

相談業務や研修を通じて医療機関に関する体制の把握や職員との情報交換を行い、関係作りや職種、役割に応じた相互理解に取り組みます。また、得た情報を医療機関連携情報シートなどに入力し、事業所内や相談時の情報提供等に活用します。

(3) 普及啓発・研修

地域の医療連携室や医療相談窓口を構える病院、後方支援病床等を有する病院の職員等と協力し、事例検討会や地域住民を交えた交流会などを行います。

4 認知症施策の総合支援**(1) 認知症に関する相談支援**

本人や家族、介護・医療関係者等から認知症や疑いに関する相談を受ける際には、相談者の困りごとや本人状態を踏まえ、医療機関や社会資源の情報提供だけでなく、DASCの活用や必要に応じて認知症初期集中支援推進事業などにつなげるなど、早期の段階から予防や対応に取り組めるように働きかけます。

(2) 地域の社会資源の把握と連携強化

認知症専門相談の窓口がある慈雲堂病院や陽和病院、地域の認知症外来をもつ病院と必要時相談や連絡を行うことで、体制や職員配置等の情報を集めます。また、そこで得た情報を利用者や事業所からの相談時に活用します。

(3) 普及啓発・研修

「しあわせ福祉ネット関」や地域の小学校、敬老館等で認知症サポーター養成講座を実施し普及活動に努めます。

5 生活支援体制整備**(1) 生活支援コーディネーターとの連携**

地域ケアセンター会議や地域ケア個別会議に参加いただき、地域課題について共有し連携強化に努めます。また、生活支援コーディネーター主催の会議等で参加依頼のある場合は、積極的に参加します。

(2) 資源開発

日頃の相談や地域ケアセンター会議、地域ケア個別会議等で抽出した地域課題や不足する資源の把握、分析を行い、そこから見えてくる地域のニーズを生活支援コーディネーターや関係者で共有し地域ケア推進会議につなげていきます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援**(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援**

事業の周知をしながら対象者との関係構築に努め、地域包括支援センターを活用して頂けるように取り組みます。また、地域包括支援センターがどのような役割を果たせるのか、分かりや

すく説明します。

訪問はリスクの高い高齢の方から訪問させて頂くこととし、状態の把握に努めます。

(2) 訪問支援協力員との連携

対象者の異変に早期に対応できるよう、気になったことを気軽に包括に報告していただける関係づくりを行います。

活動の不安や戸惑いを共有、解消できる、活動への意欲が維持できるよう、連絡会を通じて協力員同士が話をできる場を設定します。

(3) 高齢者を見守る地域づくり

個別ケースの支援や地域ケア会議を通じてNPO等による住民の居場所づくりを図っている団体や、金融機関、不動産会社、J K K、町会・自治会、清掃事務所、民生児童委員、宅配弁当、コンビニ等、高齢者が日常接する機関と情報共有しやすい関係を作ります。

また、地域で見守りし合える仕組み作りができるよう訪問支援協力員の募集や、この事業の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（平成30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

I 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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

① 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（①人権尊重の取り組み、②サービス品質向上への取り組み、③地域との連携および地域貢献への取り組み、④効率的な運営と事業基盤の安定への取り組み、⑤人材確保および育成への取り組み、⑥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。

② 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。

(2) 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。

① 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。

② 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 0JT 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。

(3) 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。

① 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。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

(5) 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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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。

② 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、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。

③ 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。また、必要に応じ、介護保険事業所や医療機関、警察、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。

(2) 権利擁護業務

① 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、虐待通報に際し、センター内で情報を共有し、緊急性を判断、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。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高齢者支援係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。

② 成年後見制度等の利用支援

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。

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。

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、意思の尊重など本人本位の視点を学び支援します。

③ 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ために、警察や弁護士につなげる支援を行います。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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）の活動および総会、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。

② 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。

(4) 介護予防ケアマネジメント**① 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、ケアプランの内容確認、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 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た際は、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**(1) 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。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

地域ケアセンター会議は、「高齢者虐待」と「認知症について」をテーマに2回開催します。高齢者支援係から地域の特性や具体的な支援事例について周知・情報共有する機会をつくり、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。

(3) 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、要介護状態を予防します。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ます。

3 在宅医療・介護連携の推進**(1) 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、可能な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。「医療と介護の相談

<p>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、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>(2) 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>(3) 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>(1) 認知症に関する相談支援</p> <p>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、家族に対し認知症の正しい知識と本人への関わり方などの支援を行います。多様な課題を抱え受診を拒む場合には、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。「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>(2) 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・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。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します。</p>
<p>(3) 普及啓発・研修</p> <p>地域住民や団体に対し、地域ケアセンター会議等で認知症に関する勉強会等を開催し、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」等を受講し、認知症の本人を中心とした支援に結び付けます。</p>
<p>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 生活支援コーディネーターとの連携</p> <p>担当の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</p>

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。

(2) 資源開発

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

(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援

対象者宅を年に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、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。

(2) 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。

(3) 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、高齢者を見守りに関わりや関心のある方々と協働して、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（平成30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

I 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、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。

II 組織運営体制**(6) 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。

(7) 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および倫理規定、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、業務に必要な知識技術の習得・向上を積極的に行います。

(8) 練馬区および他センターとの連携

必要に応じて練馬区へ報告相談し、対応を図ります。職種ごとの連絡会に積極参加し、他のセンターと連携し情報を共有していきます。特に、圏域連絡会、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。

(9) 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、施錠できる収納力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。

(10) 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会と連携します。

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・受け付け方法等の整備・徹底をし、誠実かつ迅速に対応いたします。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(9) 総合相談支援業務

① 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行います。

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。

② 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。

③ 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出来るように取り組みます。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。

(10) 権利擁護業務

① 高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき、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。ケース検討会やコア会議を踏まえて支援方針を決定していきます。

② 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。

③ 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。

(1) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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をしていきます。

② 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、いわゆる困難ケースへの対応支援や同行訪問、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。

(2) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

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。

② 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

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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、後期については訪問介護の生活援助中心型ケースについて練馬区と連携して検討します。

3 在宅医療・介護連携の推進

(7) 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、相談の受け付けおよ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。

(8) 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。

(9) 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職員が積極的に参加します。

4 認知症施策の総合支援

(7) 認知症に関する相談支援

「医療と介護の相談窓口」に認知症地域支援推進員を配置し、その者を中心に、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。

(8) 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。

(9) 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実施します。

併せて、認知症に関する研修に職員は積極的に参加します。

5 生活支援体制整備

(5) 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。

(6) 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**(7) 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・介護サービスや練馬区の高齢者福祉サービスへの利用支援を実施します。

(8) 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。

(9) 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（平成30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

I 運営方針

やすらぎミラージュ地域包括支援センターは、担当地域の高齢者が住み慣れた地域で住み続けられるよう、職員が連携して支援を行ない、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すよう努めます。

また、地域に根ざし、地域の方々の福祉向上に貢献出来るセンターを目指します。

II 組織運営体制**(1) 事業計画の明確化と職員への共有**

事業計画策定にあたっては、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。また、職員会議において、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。

(2) 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異なる向上を目指し、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確認することで、区内研修およ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なう機会を持ち、資料の回覧を行ない他の職員の資質向上も図ります。

(3) 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。3職種による各専門職職種別分科会と総合事業連絡会等を毎月実施し、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、3職種を中心として連携を図りながら対応していきます。

(4) 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やマニュアル、セキュリティ教材を活用して研修を行なう機会を設けます。

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います。

(5) 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行な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。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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ます。

② 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ない、ネットワークの構築へつなげるよう努めます。

③ 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、今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。

(2) 権利擁護業務

① 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高齢者支援係と密に連携を図ります。

対応については「練馬区高齢者虐待防止・養護者支援マニュアル」に則って行います。

② 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、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。

③ 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、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図ります。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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の話し合いの場を持ちます。

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。

② 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、相談への対応を行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

ケア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、支援が行なえ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。

② 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

(1) 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。

(2) 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で話し合う、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。

(3) 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

(1) 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。

(2) 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努めます。

(3) 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

<p>加します。</p> <p>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。また、単に技術を学ぶのではなく、高齢者を真に理解し、地域包括支援センターの役割等を学ぶことを主眼とします。</p>
<h4>4 認知症施策の総合支援</h4>
<p>(1) 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。</p> <p>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等の支援を行います。</p> <p>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、大泉総合福祉事務所高齢者支援係とケース検討を行い、相談利用時の参加やその後の支援、モニタリングを行います。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>認知症の高齢者や若年性認知症の方、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。</p>
<p>(3) 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。また、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。</p>
<h4>5 生活支援体制整備</h4>
<p>(1) 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提供します。</p> <p>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。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>地域ケア会議等の開催を通じ、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ます。</p>
<h4>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</h4>
<p>(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>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。</p>

(2) 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、配布を行います。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。

(3) 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います。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 運営方針

今後、到来する「超」超高齢社会に向け、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強化等、地域包括ケアシステム確立において、地域の中核的機関としての役割を果たすため、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。

II 組織運営体制

(1) 事業計画の明確化と職員への共有

本計画の策定後において、全職員への内容確認を行なうとともに、事業所内での閲覧により、共有化を行ないます。

また、半期終了時において、事業の進捗状況の確認に努めるものとします。

(2) 職員の資質向上のための取組み

各職種に応じた必要な研修受講の機会を確保するとともに、その内容を全職員に共有する機会を適宜設定するものとします。

(3) 練馬区および他センターとの連携

困難事例の対応等においては、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、圏域センター連絡会等による情報共有を行なうことで、センター間の連携および運営の質の向上とサービスの平準化を目指します。

(4) 個人情報の保護および適正な管理

業務の運営において受託法人が作成する個人情報保護規程を厳密に遵守するとともに、指定介護予防支援事業実施においては、利用契約に付随する個人情報使用同意の範囲内での個人情報使用を厳守します。

また、個人情報を含む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。

(5) 苦情処理体制

指定介護予防支援における苦情処理措置に準じた適切な対応を行なうとともに、必要に応じ、関係機関に情報提供を行ないます。

また、適宜職員に対して、苦情対応に関する研修の機会を設けるよう努めます。

III 各事業の実施方針**1 包括的支援事業**

(1) 総合相談支援業務

① 総合相談支援

個々の相談支援が、事業の中核を構成するものと理解し、高齢者およ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、センター全体での情報共有と支援方針検討によるチームアプローチを図るとともに、圏域の総合福祉事務所ほか関係機関との連携による協働支援を行なっていきます。

② 地域包括支援ネットワークの構築

介護サービス事業者、民生児童委員、医療機関、民間事業者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を行ないます。

③ 実態把握・安否確認

関係者との情報共有、連携により、担当区域の高齢者及び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。

(2) 権利擁護業務

① 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、地域ケアセンター会議等において、高齢者虐待防止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。

② 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。

③ 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、助言を得ることにより、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。

併せて、「出張型街かどケアカフェ事業」等においても、事業に参加する地域の高齢者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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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（主任も含む 以下同じ）のネットワーク構築や資質向上を図ることにより、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。

② 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、計画作成の技術的支援やサービス担当者会議への参加等個別的対応を行ない、ケアマネジメント力の強化を支援します。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 介護予防ケアマネジメント

予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業対象の高齢者が、状態の改善や要介護状態になることの予防を支援するため、適切な介護予防サービス計画を作成し、効果的、効率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っていきます。

② 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施行等により、適切なサービス利用支援を行ないます。

2 地域ケア会議

(1) 地域ケア個別会議の開催

個別の事例についての検討を年12回（月1回を基本的な頻度とする）行ないます。

開催においては、事例の課題解決を図るなかで、地域課題の抽出やネットワークの構築の視点により行ないます。

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。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

地域の関係者間で、地域ケア個別会議で抽出された、または他の業務遂行において把握した地域における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。

(3) 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（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**(1) 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、医療機関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。

(2) 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、情報のリスト化を検討します。

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。

(3) 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。

4 認知症施策の総合支援**(1) 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。

(2) 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。

(3) 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認知症に関する勉強会や研修の機会を設けます。

5 生活支援体制整備**(1) 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。

(2) 資源開発

地域の関係者と連携のうえ、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**(1) 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。

また、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つなげる支援等、高齢者の見守りに資する適切な支援を実施します。

(2) 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および支援を行ない、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。

(3) 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ともに考える基盤作りに努めます。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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。

なお、この方針は、年度初めの法人練馬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。

II 組織運営体制**(1) 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。

(2) 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。

(3) 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、直ちに管轄の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うなど、連携のあり方を探ります。

(4) 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。

(5) 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。苦情を受けた場合は直ちに区に報告します。

Ⅲ 各事業の実施方針	
1 包括的支援事業	
(1) 総合相談支援業務	<p>① 総合相談支援</p> <p>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の代行を行います。</p> <p>② 地域包括支援ネットワークの構築</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 実態把握・安否確認</p> <p>「ひとり暮らし高齢者訪問支援事業」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。</p> <p>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。</p>
(2) 権利擁護業務	<p>① 高齢者虐待への対応</p> <p>虐待通報の受付機関として、区民およ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業務を通じて、虐待と思われるケースを発見します。該当ケースについては、虐待連絡票を作成して、総合福祉事務所高齢者支援係主催の虐待コア会議にて支援方針の検討を行い、継続支援を行います。</p> <p>② 成年後見制度等の利用支援</p> <p>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は、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と連携します。</p> <p>③ 消費者被害の防止</p> <p>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、高齢者自身および高齢者を支援する関係者の意識啓発を行います。</p>
(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務	<p>① 包括的継続的ケアマネジメントの環境整備</p>

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、「大泉ほっとケアマネット」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4回程度実施します。

② 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技術の指導、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。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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。

② 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

(1) 地域ケア個別会議の開催

昨年度の年間テーマ「ゴミ屋敷」を中心に、接近困難ケース・多問題ケースについて、関係者と協議します。インフォーマルな資源の活用に着目し、福祉関係者以外の出席も検討し、その視点を生かして考察を深めるとともに、提出された事例のモニタリングを行います。

(2) 地域ケアセンター会議の開催

地域ケア個別会議の報告を行い、その中から考察を深めたいテーマを選定してグループワークを行います。地域ケア個別会議について、地域での理解が浸透し、来年度以降は地域から自主的に事例が提出されることを目指します。地域の特性上、参加者が60名程度と大規模な会議になることから、グループ内での意見交換を通して、顔の見える関係の構築を図ります。

(3) 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・重度化防止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

(1) 在宅医療等に関する相談支援

次の支援を行います。

- ・ 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および医療・介護関係者等からの相談受付
- ・ 必要な支援の把握、適切なサービス、関係機関及び各種制度の利用につなげる等の支援

(2) 地域の医療資源の把握と連携強化

地域の医療・福祉資源を把握し、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。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。

(3) 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。

4 認知症施策の総合支援

(1) 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。

総合福祉事務所高齢者支援係とのケース検討を行い、相談利用等の参加やその後の支援、モニタリングを行います。

(2) 地域の社会資源の把握と連携強化

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、適切なサービスを実施します。

関係機関および各種制度の利用につなげ、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。

(3) 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。

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

(1) 生活支援コーディネーターとの連携

関係者のネットワークや既存の取組・組織等を活用しながら、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備をコーディネート・推進していきます。

(2) 資源開発

地域の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組を推進していきます。

6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援

(1) 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住所順に訪問します。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。

(2) 訪問支援協力員との連携

年2回以上の訪問支援協力員会を通して支援員、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。

(3) 高齢者を見守る地域づくり

訪問支援員が積極的に地域の自治会、町内会などの集まりに顔を出し、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いでいきます。

地域包括支援センター事業計画書（平成30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

I 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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的・継続的に提供される地域包括ケアシステムの確立に寄与します。

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、切れ目のないサービス提供を構築していきます。

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。

II 組織運営体制**(1) 事業計画の明確化と職員への共有**

各職員と協議し、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。

(2) 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調整します。

(3) 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、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、練馬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。

(4) 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練馬区の情報セキュリティ教材、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。

(5) 苦情処理体制

練馬区に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。

Ⅲ 各事業の実施方針	
1 包括的支援事業	
(1) 総合相談支援業務	<p>① 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。</p> <p>② 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けやき」の活用により、地域における様々な関係者とのネットワーク構築を図ります。</p> <p>③ 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実態把握を行います。 高齢者の安否確認が取れない等の通報があった場合は、練馬区や協力機関と連携し、対応します。</p>
(2) 権利擁護業務	<p>① 高齢者虐待への対応 センター内で共有の上、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、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。 総合福祉事務所と緊密に連携し、適切な支援を行います。</p> <p>② 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、申し立て支援を行います。必要に応じ、権利擁護センターほっとサポートねりま等、関係機関の案内等を行います。 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。</p> <p>③ 消費者被害の防止 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。 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の情報や手口等について確認します。</p>
(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務	<p>① 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、事例検討会等を実施します。</p>

<p>② 介護支援専門員への支援</p> <p>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。</p>
<p>(4) 介護予防ケアマネジメント</p> <p>① 介護予防ケアマネジメント</p> <p>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。</p> <p>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ご家族の理解を促すための啓発を行います。</p> <p>② 介護予防サービスの利用支援</p> <p>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。</p>
<p>2 地域ケア会議</p>
<p>(1) 地域ケア個別会議の開催</p> <p>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。</p>
<p>(2) 地域ケアセンター会議の開催</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>(3) 地域ケア予防会議の開催</p> <p>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地域ケア予防会議を練馬区と連携し開催します。</p>
<p>3 在宅医療・介護連携の推進</p>
<p>(1) 在宅医療等に関する相談支援</p> <p>「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>
<p>(2) 地域の医療資源の把握と連携強化</p> <p>地域の医療・福祉資源の把握に努め、情報の最新化を図り、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>(3) 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。</p> <p>練馬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。</p>
<p>4 認知症施策の総合支援</p>
<p>(1) 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。</p> <p>相談内容等より、各種制度の利用や認知症専門相談、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>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>地域の認知症専門病院を把握し、円滑な相談利用に努め、連携を強化します。</p>
<p>(3) 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>5 生活支援体制整備</p>
<p>(1) 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>(2) 資源開発</p> <p>地域ケア会議等の実施を通じ、担当区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>(1) 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、生活実態を聴取します。</p> <p>「街かどケアカフェやき」や練馬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勧奨を行います。</p> <p>相談内容や生活状況により、必要な福祉サービスや見守りサービスにつなげます。</p>
<p>(2) 訪問支援協力員との連携</p> <p>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。</p> <p>訪問支援協力員連絡会等を通じ、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。</p>

(3) 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、介護事業者、常設型街かどケアカフェやき協力団体、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（平成30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

I 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すよう努めます。

II 組織運営体制**(1) 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。事業計画の実施や達成については、半期毎の9月および3月の職員会議で進捗状況を確認します。

(2) 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、積極的に区内研修およ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つことで、他の職員の資質向上も図ります。

(3) 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係、地域包括支援係、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、および訪問支援員、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。

(4) 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。

個人情報 の 保管 については適切に管理します。

(5) 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、解決等について協議します。

Ⅲ 各事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

① 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、他包括との連携を十分に図ります。

② 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に参加します。

③ 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、今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、「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。

(2) 権利擁護業務

① 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管轄の総合福祉事務所高齢者支援係と密に連携を図ります。

② 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。

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。

③ 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。

(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

① 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、資質向上等を目的に、連絡会、事例検討会等を、「大泉ほっと・ケアネット」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、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の連絡会等を他の包括支援センターの主任介護支援専門員と協力し定期的に開催します。

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、事例検討会等に参加します。

② 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、相談への対応を行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント

① 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、活用できるように努めます。

ケア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。

② 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

(1) 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、必要があれば再検討を行います。

(2) 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で話し合う、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。

(3) 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

(1) 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。

(2) 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、地域に医療・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作ります。

(3) 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。

<h4>4 認知症施策の総合支援</h4>
<p>(1) 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。</p> <p>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。</p> <p>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に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。</p> <p>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。</p>
<p>(2) 地域の社会資源の把握と連携強化</p> <p>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。</p>
<p>(3) 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>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。</p>
<h4>5 生活支援体制整備</h4>
<p>(1) 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提供します。</p>
<p>(2) 資源開発</p> <p>地域ケア会議等の実施、大泉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。</p>
<h4>6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援</h4>
<p>(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援</p> <p>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。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。</p>

(2) 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うとともに、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。

出張街かどケアカフェ等の事業等、地域のよりあ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。

(3) 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います。