

重点事業取り組みシート

菊かおる園 地域包括支援センター				
平成30年度 実績	1、 平成30年度に 最も力を入れて取り組んだこと 「地域版認知症ケアパス」の作成	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>1. 地域包括ケアシステム構築のため、より一層地域関係者との連携推進に取り組む必要性を感じ、29年度末に住民代表を含むコアメンバーで構成する多職種連携会議立ち上げに至った。</p> <p>2. 認知症が進行した状況で相談されることが多くあり、この地域において「適時・適切な医療・介護」や「認知症に対する理解を促進するための普及啓発」「本人・家族支援」「見守り等の互助の推進」などの取り組みが特に必要であると、包括職員間で共通の認識があった。</p>	<p>多職種連携会議を包括主催で年4回開催した。30年度のテーマは「地域版認知症ケアパス」を作成することである。</p> <p>この会議は多職種（医療介護等の専門職）9名と住民代表（地域で介護予防の実践を担う介護予防リーダーや民生児童委員、NPO職員）7名、包括職員で構成されている。</p> <p>具体的には住民と多職種で構成された3つのグループ（認知症やその対応などをわかりやすく伝えるコラム担当、地域資源のマップ担当、全体の構成担当）で取り組んだ。</p>	<p>1. コアメンバーが認知症への理解を深め、認知症の人にやさしい地域づくりを意識する機会になった。</p> <p>2. ケアパスを協働で作成する過程でコアメンバー間の関係性がより深まった。会議体の位置づけを再確認する必要性や、この会議の関係者・関係機関を拡充する要望等もあった。</p> <p>3. 高齢者福祉課の協力で2019年6月に「地域版認知症ケアパス」を1000部製本いただき、この圏域における認知症対策として、1つのツールが完成した。</p>
令和元年度 計画	2、 令和元年度に 力を入れたいと考えていること 「地域版認知症ケアパス」を圏域内に広く周知するとともに、菊かおる園多職種連携会議を拡充し、地域包括ケアシステム構築の推進機関と位置づける。	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>1. 「地域版認知症ケアパス」を活用した圏域内全体への普及啓発はこれからである。認知症関連の地域課題（上記30年度①-2）については、元年度も継続して取り組む必要がある。</p> <p>2. 菊かおる園多職種連携会議は地区懇談会機能を併せ持ち、住民とともに地域の課題に多面的に取り組む会議体との位置づけであるが、現在はコアメンバー中心の活動となっている。</p> <p>地域性を踏まえ、住民と関係機関のつながりを強化し、地域づくり推進の会議体の1つとして周知・拡充が必要である。</p>	<p>1. 関係機関でのケアパス展示や出前講座を推進する。関係者の協力をいただき、年度末までに約100か所に当たる。今年度は認知症等の身近な相談窓口を地域に周知することを到達点とする。</p> <p>2. 認知症をともに学び合う研修を住民代表や関係機関に広く呼びかけ実施する。この研修を通じて、多職種連携会議のコアメンバーや協力機関拡充、及び会議体の周知を到達点とする。</p> <p>地域課題に対する取り組みを多職種連携会議にて年4回検討し、関係者の連携強化を図る。</p>	<p>1. 「地域版認知症ケアパス」の周知活動を圏域内の様々な関係機関や住民層に行い、出前講座での聞き取り調査や量的調査も可能な範囲で行う。住民が集う関係機関についてはケアパス展示を依頼する。</p> <p>2. 年度当初、多職種連携会議コアメンバーの拡充や会議体の位置づけについて関係者で共有する。夏には「VR認知症プロジェクト（研修会）」を民生児童委員や介護予防リーダー、地域の医療・介護・福祉の関係者等を対象に行い、認知症の理解を深めるとともに住民・関係機関のつながりを強化する。</p>

重点事業取り組みシート

東部地域包括支援センター				
平成30年度 実績	<p>1、平成30年度に最も力を入れて取り組んだこと</p> <p>「地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくり推進の為に人と人の繋がり、地域と繋がる事、地域の強みを生かす事」</p>	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>支え合いの仕組みや東部圏域のネットワーク構築は長期的かつ継続的な取り組みが重要である。高齢者総合相談センターが主役ではなく、少しずつ支え合いやネットワークの主体である地域住民や地域機関に移行する事を念頭に置いた。</p>	<p>4つの地区懇談会の開催。駒込地区、巣鴨・南大塚地区、ケアマネ、豊島区東部医療介護事業所学習交流会の実施。地域課題や地域住民の支援について、共有し、ネットワークを活用した問題解決を行った。</p>	<p>防災チラシ作成、認知症サポーター養成講座の開催、区民参加型「安心した生活を支えます」の開催。地域高齢者への「おたより」作成配布。</p>
令和元年度 計画	<p>2、令和元年度に力を入れたいと考えていること</p> <p>①各関係機関の顔の見える地域ネットワークを強化する。 ②地域の個別課題からの地域課題の抽出と共有をする。</p>	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>①単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加、（家族支援が受けられない高齢者）や認知症や孤立高齢者は自ら相談窓口に来られない。また他者の支援を拒み、支援が入り辛い高齢者もいる。発見からサービス導入までに時間が要する。</p> <p>②高齢者の相談は医療介護以外に住宅・経済・家族課題等を抱えている。医療・介護サービスだけでは生活課題が解決しない。問題が複雑化し、高齢者総合相談センターだけでは解決できない。他機関との協働が必要。</p>	<p>①地域からの情報が入り易い顔の見えるネットワークの強化。</p> <p>②関係機関と課題を共有し協働できる関係作り。</p> <p>③個別課題から見える地域課題・社会課題の明確化と共有。</p>	<p>①地区懇談会の開催。町会・民生委員・関係機関との顔の見える関係づくり。</p> <p>②個別ケースを通じて行政機関や介護事業所・医療機関等の関係機関とのネットワーク強化。個別ケースから地域課題の共通事項を見つけ出す。</p> <p>③地域ケア会議の開催。</p>

重点事業取り組みシート

		—— 中央 —— 地域包括支援センター		
平成30年度 実績	1、平成30年度に最も力を入れて取り組んだこと 認知症を含む介護予防の普及啓発	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>これまでは、認知症や孤立など、すでに発生している問題に対応することが多く、そこから地域の課題解決に取り組んできた。</p> <p>そのような中で、地域住民等から、認知症になる前にできることはないか、介護問題は他人ごとではなく、我が事として早めの備えや知識が大切である等の意見が聞かれたことで、認知症や要介護状態になる前からの取り組みの必要性に気がついた。</p>	<p>介護サービス利用を前提とせず、自立支援と予後予測を意識したアセスメントを行ったり、積極的に地域の社会資源の紹介や基本チェックリストを実施した。</p> <p>誰でも参加可能な「出前カフェあったか」で、介護予防のミニ講座の開催やとしまる体操の紹介など、介護予防を発信した。</p> <p>地区懇談会を小地域で開催し、高齢者団体や介護予防の関係者が参加し、介護予防について話し合った。</p>	<p>地域に対し、今から介護予防に取り組む大切さを発信することで、地域の気づきにつながった。また、介護サービスにとらわれずに地域の活動や介護予防の提案を実践し、多職種との連携を図ることで早期改善・悪化予防となり、結果的に高齢者の望む生活の実現を目指した支援を行った。しかし、地域における介護予防の重要性の理解を深めるためには継続的な普及啓発が必要であり、今後も様々な社会資源の活用や多職種との連携強化が欠かせない。</p>
令和元年度 計画	2、令和元年度に力を入れたいと考えていること 介護予防の実践と充実、普及啓発の強化	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>地域への関心が薄い方や他者との関わりに拒否的な方に対して、活動の参加や関わりを促し、いかに介護予防活動に繋ぐことができるかが、継続した課題となっている。</p> <p>圏域内に「東池袋フレイル対策センター」がオープンしたことを受けて、地域の介護予防拠点として、どのように有効活用していくかも課題と感じている。</p>	<p>前年度に普及啓発してきたことを活かして、実際に介護予防活動の参加者を増やし、健康寿命の延伸や早期改善・悪化予防を推進する。</p> <p>介護予防に関心の高い住民を中心とする地域の輪を徐々に広げながら、個人のみならず地域で介護予防に取り組めるような意識づけと風土を育む。</p>	<p>出張相談（出前カフェあったか）や町会や高齢者クラブ等を通じた介護予防講座の開催や地域への働きかけを行う。</p> <p>引き続き、地区懇談会で介護予防をテーマに話し合い、より具体的な活動や体験談の紹介などを行い、認識を深める。</p> <p>利用者に対し、自立支援に着目したアセスメントを行い、基本チェックリストの実施や「東池袋フレイル対策センター」の利用により介護予防の実現を目指す。</p>

重点事業取り組みシート

ふくろうの杜地域包括支援センター				
平成30年度 実績	1、 平成30年度に 最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>様々な包括が関わる事業や会議において、包括のみで準備を行ったりすることが多く、課題と考えていた。そのため、平成30年度は、関係者とできるだけ事前準備から一緒に検討し、事業や会議を開催するようにした。それにより、事業や会議の共通理解が得られたり、ネットワークの拡大も期待された。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の主任ケアマネジャーと「研修企画運営委員会」を発足し、6回委員会を開催し、3回研修会を開催した。 ・多職種連携会では、コアメンバーを募り、圏域内の様々な職種から24名の参加をいただき、皆で、全体会を開催できた。 ・高田で開催した、おとこのサロンでは、何度も参加者と内容について話あいを持ったり、中心となる方に役割持ってもらい活動した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のケアマネジャー間の共通理解が深まり、他機関とのネットワーク構築も図れた。また、事例検討の企画にそれぞれが主体的に参加することで、実践力や問題解決力の向上が図れた。 ・多職種連携会内に「個別会議小グループ」を発足。平成30年度は勉強会を開催し、その後2か月に1回個別会議を開催中。メンバーは、医師・歯科医師・デイサービス管理者・ケアマネジャーだが、個別会議の意義への理解が深まっている。
令和元年度 計画	2、 令和元年度に 力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>地域の専門職、関係機関との連携は密になってきていると感じるが、次は、そのネットワークと地域（住民や地域の団体等）をどうつないでいくか？が課題と考えている。</p>	<p>地域（住民や地域の団体等）と共に考える機会をできるだけ設けていくことで、圏域全体のネットワークが広がる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「個別会議」にはテーマに沿って、専門職だけでなく、ご本人の同意を経て関係者である地域住民への参加も依頼し、横のつながりを強化する。 ・今年度の多職種連携会は「防災」をテーマに開催予定だが、専門職だけでなく、町会や地域住民も参加してもらい、一緒に検討をすることで地域で防災の意識を向上する。 ・高田介護予防センター、CSW、地域福祉サポーター1名と包括で毎月広報に関する検討会を開催しながら、地域住民と一緒に活動する機会を設ける。

重点事業取り組みシート

		_____地域包括支援センター		
平成30年度 実績	1、 平成30年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		平成30年度の課題として、前年度にサロンは立ち上げたが、独居率が高く、活動範囲には限りがあるため、支え合って集まれる場所が少ないと感じている。具体的な取り組みに地域ケア会議を開催し地域の特性にあった見守りや支え合いの体制づくりを行うと挙げていた。	地域ケア会議にて「みんなが集まりつながりのある地域社会の実現に向けて」高齢者の困りごとから、地域の課題を考えまじょうとしグループワークにて地域課題をあげてもらい整理をした。整理した地域課題を3つ選びその中でアンケートにて「防災」をテーマとし災害時をイメージし災害発生時の心配事、困る事や備えて知っておくべき事は何かを話し合った。	地域ケア会議で困りごとのがあったときの相談窓口の周知のためにマグネットの作成を行った。内容や色などを検討して多くの意見を取り入れることができ周知のきっかけがくれた。「防災」のテーマは、引き続き参加者の皆様と考えて、共に学んでいく体制づくりを行っていく。
令和元年度 計画	2、 令和元年度に力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		高齢者及びその家族の抱えている問題に対し、個別に解決をしているが、解決できない問題が多くネットワークを広げ日々の業務を整理していく体制づくりをしたい。	防災に関する情報を提供し、地域での心構えやマップ作りなど関係者の方々と共有していく。形として残したい。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議や多職種連携の会の開催。 ・西池サロンの年単位での人数調整、その後の居場所の提供と後追いで近況連絡。

重点事業取り組みシート

アトリエ村 地域包括支援センター				
平成30年度 実績	1、 平成30年度に 最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>一昨年度の地区懇談会で、地域の様々な機関・団体が高齢者に対する支援活動やイベントについて情報共有をしたが、そうした情報が、当事者である高齢者に十分に行き届いていない現状があることが課題としてあがった。</p>	<p>地区懇談会において、地域の高齢者に届けるためにどのような方法がとれるか、各機関・団体にて取り組めることを協議した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・町会(5団体)が、掲示板と回覧板の活用を了承。 ・薬局、介護ショップ、居宅事業所・銀行・新聞販売店・区民ひろば・社協が広報活動（ビラの提示等）の協力を了承。 ・介護ショップより、各団体の印刷（ビラ等）の対応可との申し出あり。 ・介護施設、薬局より休憩所スペース(トイレ)の提供についての申し出あり。 ・民生委員サロンにて、医療機関の講演が実現。
令和現年度 計画	2、 令和元年度に 力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>総合事業を対応してくれる事業所が減少しており、調整が難しくなっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員各自のアセスメント力を向上させ、サービスが適切に提供できるようにする。 ・インフォーマルも含め社会資源の情報を増やしていく。 ・現在の総合事業の課題を明らかにし、区民にとってよりよい制度にしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所内カンファ、「元気はつらつ報告会」等、アセスメントやサービスの適正について協議する場をつくる。 ・地域の社会資源情報の整理と、共有できるシステム作り。 ・センター長会議等にて全包括や担当課と協議の機会を作っていく。

重点事業取り組みシート

		いけよんの郷 地域包括支援センター		
平成30年 実績	1、 平成30年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>これまでは地域ケア会議であった情報や地域課題を参加者にフィードバックして、さらには課題解決に向けた取り組みにつなげていくことが十分にできなかった。地域ケア会議の参加者からも課題解決や実現に向けた取り組みにつなげてほしいという要望も聞かれた。</p>	<p>前年度にあがった地域課題（高齢者の食事支援に必要な財源・人材・場所などの検討）を深めていくための準備会をおこない、配食サービスや地域の食事場所について聞きたいという希望が出され、6/29に地域ケア会議を開催した。そこで上がった地域課題を具体化するために、1/24に2回目の地域ケア会議をおこない、地域の食に関する情報交換と高齢者が実際に使える食のマップ作りをおこなった。</p>	<p>グループワークで地域の食に関する情報をマップに落とし込み、包括でとりまとめて「いけよん食のマップ」を作成し、参加者をはじめ地域住民に配布した。</p>
令和元年 計画	2、 令和元年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>6月に施設移転したことにより、これまでセンターに來所されていた方や場所を認知していた方々にこれまで同様の相談支援がおこなえる体制を作っていくとともに、新たな拠点での相談支援体制も同時に構築する必要がある。</p>	<p>いけよん地区で包括的な相談体制を構築するため、多職種他機関や地域住民とのネットワークを拡大して、地域包括ケアシステムを構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> これまで以上に地域の高齢者、ケアマネジャー、民生委員、関係機関等へアウトリーチ活動をおこない、困りごとや地域の課題を早期に発見し、対応をおこなっていく。 池袋地区での相談拠点としてのいけよん出前相談（月1回）や池2・3の会出張相談会、ミニ講座（年6回）、などを実施する。 相談拠点の拡大のため、多職種連携の取り組みや地域の会議、行事などでのPR活動や介護予防の取り組みなどをおこなう。

重点事業取り組みシート

西部 地域包括支援センター				
平成30年度 実績	1、 平成30年度に 最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		地域各種団体への働きかけとネットワーク作り。 1) アパート大家が高齢の場合本人の変化に気づきにくい、また、相談窓口が周知されていないことが分かった。認知症などの取り組みはこれまで地域の商店等への働きかけを中心に行ってきたが、地域住民や高齢の大家等へも広げる必要があった。 2) 町会や老人会など地縁団体とのつながりはできてきたが、通常地域住民が活動している目的別団体などとの情報共有が十分でなかった。	1) 「介護者支援講座」の実施。認知症の対応に困っている大家などの地域住民に向けて認知症かかりつけ医より「認知症の人と共に暮らすために」の講義とそれぞれが行っている工夫について意見交換をした。町会の協力を得て、回覧版等で相談窓口の周知を図った。 2) 地縁団体の他、目的別団体とゆるやかにつながり、会議体への参加などを通して情報共有した。ボランティア団体の一つとは互いに協力し合える関係となっている。	1) 相談窓口が周知されたことから、包括の役割を理解した上での相談が増えた。地域に向けて認知症の理解を深める取り組みを行ったが、実際には直接的な介入を求められることがあった。 2) 今年度は「認知症カフェ」をテーマとした。研修会ではテーマに沿った資料を作成し発表した。一連の取り組みを通して目的別団体と他機関のつなぎ役を担った。
令和元年度 計画	2、 令和元年度に 力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		「高齢者の自立支援」について地域の理解を深める。 「居場所につながらない人たち」への支援を考える中で、地域には、どこにもつながっていない虚弱な人（要介護・要支援未満の人たち）が多くいることが分かった。こうした人たちへ紹介できる具体的な案がなかった。	1) 「フレイル」について知る。知っている人を増やし、広げてもらう。 2) フレイル予防として社会参加の継続はもちろん、フレイルになっても「外出と交流」の機会を失わず、活動を続けていけるように地域の力をつけていく。	1) 地区懇談会等を通じてフレイル・介護予防に関する情報提供し、考え方を共有する。 2) 窓口や訪問等で生活状況（活動状況、居場所等）を聴き取り、社会資源の活用や自立支援に向けたサービスの利用につなげていく。

重点事業取り組みシート

		いけよんの郷 地域包括支援センター		
平成 30年 実績	1、 平成30年度に最も力を入れて取り組んだこと	①取り組んだ背景、経緯	②具体的な取り組み	③結果と評価
		<p>これまでは地域ケア会議であった情報や地域課題を参加者にフィードバックして、さらには課題解決に向けた取り組みにつなげていくことが十分にできなかった。地域ケア会議の参加者からも課題解決や実現に向けた取り組みにつなげてほしいという要望も聞かれた。</p>	<p>前年度にあがった地域課題（高齢者の食事支援に必要な財源・人材・場所などの検討）を深めていくための準備会をおこない、配食サービスや地域の食事場所について聞きたいという希望が出され、6/29に地域ケア会議を開催した。そこで上がった地域課題を具体化するために、1/24に2回目の地域ケア会議をおこない、地域の食に関する情報交換と高齢者が実際に使える食のマップ作りをおこなった。</p>	<p>グループワークで地域の食に関する情報をマップに落とし込み、包括でとりまとめて「いけよん食のマップ」を作成し、参加者をはじめ地域住民に配布した。</p>
令和元年 計画	2、 令和元年度に向けて力を入れたいと考えていること	①課題として感じていること	②目指すべき到達点	③具体的な取り組み案
		<p>6月に施設移転したことにより、これまでセンターに來所されていた方や場所を認知していた方々にこれまで同様の相談支援がおこなえる体制を作っていくとともに、新たな拠点での相談支援体制も同時に構築する必要がある。</p>	<p>いけよん地区で包括的な相談体制を構築するため、多職種他機関や地域住民とのネットワークを拡大して、地域包括ケアシステムを構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで以上に地域の高齢者、ケアマネジャー、民生委員、関係機関等へアウトリーチ活動をおこない、困りごとや地域の課題を早期に発見し、対応をおこなっていく。 ・池袋地区での相談拠点としてのいけよん出前相談（月1回）や池2・3の会出張相談会、ミニ講座（年6回）、などを実施する。 ・相談拠点の拡大のため、多職種連携の取り組みや地域の会議、行事などでのPR活動や介護予防の取り組みなどをおこなう。

(平成30年度)地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない
- 1 ~ できていない

自己評価の合計
103 / 120
点

センター名: 菊かおる園

1. 地域包括支援センター運営体制				合計 15 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	センターが公正・中立な対応となるように、職員会議や日々のミーティングの中で確認している。個別の相談対応時に偏りがでないよう職員間で注意しあっている。また、事業者の選定は希望を聞きながら複数の事業所案内をするようにしている。	4	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	定型業務は基本的に分担し、担当の業務とセンター長の責任において期日と分担内容を遂行している。会議参加などでは自主性を高めるため分担を明確にしないものもあった。日々の予定はミーティングと全職員共通のスケジュール表にて把握している。		
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	職員会議は計画的に月1回開催した。補助的に必要な事は必要都度、また毎朝のミーティング時にも行っている。また共通認識の確認には、日々のミーティングや回覧、申し送りノートも活用している。		
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	毎朝のミーティングや職員会議、回覧等による情報提供、個別の事例検討やOJT、また外部研修にも積極的に参加するようにしている。	4	
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	職務上求められる事だけでなく、関連した研修にも出来るだけ参加するよう、研鑽の心を持つようになっている。東京都8回、豊島区11回、その他の外部研修に21回、延べ50人参加した。		
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	書類は簡潔明瞭な内容となるよう心掛け、期日内提出に努めている。事業に関する提出期限は適切に実施できたが、細かい提出物において一部期限を越して提出することがあった。	3	
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	職員の資格と有効期限、受講状況は毎年度初めに職員に確認をしている。異動に伴う書類はその都度速やかに提出している。		
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	書類は、個人情報に留意し管理年数ごとに箱にまとめ、鍵のかかる倉庫にて管理・保管している。毎年度初めに保管年限を越した書類(基本的に5年間)の廃棄手続きを確認し行っている。		
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情相談は記録に残しセンター内や区とも協議・検討し、慎重な対応をしている。苦情に繋がる可能性のある相談は、相談者に意思を確認した上で、必要であれば苦情として対応している。	4	

	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	三職種は適切に配置されている。(社会福祉士を二名体制とし合計4名)土曜日の営業においても三職種が最低一名は出勤する体制としている。
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	職員には使用理由を伝えたくうえで連絡先を一覧にしており、緊急時だけでなく災害時にも連絡先を確保できるように整備している。
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報マニュアルに則り、利用者に関わる情報は鍵のかかるキャビネットに保管、パソコンにはセキュリティソフト、盗難防止の鍵、個人情報データは各PCには保管せず持ち出し禁止。また、館内のセンター入口に鍵がかかり、施設にはセコムが監視している。

2. 総合相談業務				合計 15 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	センター内にはパンフレットやチラシ等の整備を行い、相談や訪問・行事参加等においても必要な案内を行っている。地域へ丁寧に対応し、相談しやすい周知環境を作るようにしている。	4	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	該当する利用者や家族の希望や権利にも配慮して関係機関に経過報告を行い、出来るだけ適切かつ速やかに対応できるように努めている。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	土曜日や状況により時間外を含め、家族の事情をできるだけ考慮し、訪問も含めた対応をしている。また、認知症カフェとは別に介護者カフェを毎月第四火曜日に実施し、継続的な支援が必要と思われる介護者に声を掛け、介護者同士が相談できる場を設けている。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	地域住民や各関係機関等と協力し合い、必要に応じて積極的に訪問を行い、地域や個々の実情を把握し支援するようにしている。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	困難ケースや緊急対応など、全職員共有が求められる相談等は、朝のミーティング時や、その都度センター長及び各職種との協議・対応・報告を行うようにしている。	3	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	記録作成においては簡潔明瞭な内容とし、情報開示を求められる事を前提に、個人情報や言葉遣いにも配慮するように心掛けている。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	相談の内容により豊島区とも意見交換している。方針決定の際に専門的な意見が必要と判断された場合には区の相談事業も活用している。(こころの相談3件、援助スタッフ相談2件、専門ケア相談2件、もの忘れ相談4件)		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	支援が必要な高齢者の情報収集ができるよう、見守り担当や地域の民生委員、自治会、CSW、サロン、その他関係機関等との連携を行い、地域や個々の実態把握に努めている。	4	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	高齢化率などのデータから地域特性を把握、相談の内容ごとに分類した情報や聞き取りから課題の抽出検討を行っている。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	介護医療関係の事業者だけでなく、地域の民生委員や自治会、CSWやNPO、介護予防リーダーも合同で地域課題等に対する意見交流を行っている。	4	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	H30年度は年4回、多職種連携会議で「認知症ケアパス」の作成を通して、地域のコアメンバーが集まり、社会資源を整理していった。		

3. 権利擁護業務		合計	11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	公的機関だけでなく、地域の事業者、民生委員、CSWなどとの連携を図り、心配な高齢者は相談するように啓発している。H30年度には地域のケアマネを対象に3度の研修を行った。	3
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	通報(相談)を受けた時には、緊急性を話し合い、出来る限り当日中に本人への面接を行うようにしている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	高齢者個人の権利が守られるよう、成年後見制度や他の制度、専門相談を含めた提案を行うようにしている。成年後見制度の利用には情報収集を行い慎重に検討し、必要と判断された場合、速やかに繋がるようにしている。	4
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の必要性があると判断された場合でも、本人、家族、関係機関等から聞き取り、制度等の説明を行い親族内でも十分に話し合ってもらった上で、最善の関係機関を紹介するようにしている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	成年後見制度が必要となっている高齢者で協力者がいない時でも、本人や親族の意思を確認、他に方法がなく必要と判断した場合には、高齢者福祉課に相談し区長申立てに繋げるようにしている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害に関し被害が疑われる場合には、消費生活センターや警察に繋げ、ケアマネとも連携し、被害の防止、最小となるよう心掛けている。予防相談には、防犯機能を備えた電話機の紹介や啓発チラシ等を紹介、最新被害情報を職員間で共有している。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務		合計	13 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	育成委員として主任介護支援専門員育成環境整備における協議に参加した。8包括合同で介護支援専門員向けの研修を企画し、地域の介護支援専門員と協働で1回開催した。	3
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	菊おたる園ケアマネ研修企画運営委員会を立ち上げ、年4回の研修を開催した。地域の介護支援専門員に企画・運営への参加の機会を提供し、企画運営委員には「実績証明書」を発行している。	
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	元気はつらつ報告会、従来型の地域ケア個別会議等で地域課題の抽出を行った。他、前年度の菊おたる園ケアマネジメント課題から事例を抽出し個別ケア会議を2回開催し、内容の整理を行った。月報で担当課に報告している。	3
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	多職種連携会議のコアメンバーとして介護支援専門員2名参加。個別ケア会議や隣接の包括と合同開催の自立支援地域ケア会議に地域の介護支援専門員も参加できるよう傍聴席を準備し、関係機関と連携できるよう努めている。	4
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	認知症支援や精神疾患を持つ方の在宅復帰などが地域のケアマネジメント課題として懸案事項になっている。地域の主任介護支援専門員や介護支援専門員と共に検討し、個別ケア会議を2事例開催し、介護支援専門員と関係機関が連携するシステム構築に取り組んでいる。	

介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	支援困難ケースにおける対応については、介護支援専門員が自ら気づき解決できるよう、専門相談等も活用し、直接的・間接的に支援している。	3
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	支援困難ケースなど三職種が二職種以上で対応し、様々な視点で再アセスメントを行ったり、具体的な支援方法を検討するなど、介護支援専門員自身の課題解決能力が高まるよう努めている。	
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	前年度抽出した課題を中心に研修企画運営委員で研修会を企画し、共有する取り組みを行っている。	

5. 総合事業 合計 10 / 12点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	基本チェックリストは年間2件程度。地域住民の意向として総合事業の入口である基本チェックリストを行うことから始めるよりも、地域の元々のつながりもしくは介護保険申請を望む方が多いため、事業対象者になるメリットが伝わりにくい状況がある。	3
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	総合事業をできるだけわかりやすく説明し理解を深めてもらえるよう努力した。同時に、社会資源などを利用するメリットについても提案することができた。	3
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	新規でサービス必要と判断し調整する際やサービス担当者会議にて、総合事業制度の趣旨説明や実務についての情報提供などを行った。不明点など気軽に質問してもらえるような関係づくりに努めた。	
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	「いきいきクラブinとしま」や区民ひろば等の活動の紹介を継続している。「まちづくり検討会議」に参加し介護予防リーダーが運営しているクラブの活動状況を把握している。多職種連携会議の住民代表として介護予防リーダー4名が参加した。	4

6. 認知症高齢者及び家族への支援 合計 7 / 8点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	若年性認知症の普及啓発を兼ねて認知症支援講座にて基礎知識の講座を区民向けに1回開催した。	3
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活を送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	認知症初期集中支援事業2件、もの忘れ相談事業4件、専門相談を活用し支援をおこなった。	4
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	多職種連携会議(地区懇談会)のコアメンバーにて地域版認知症ケアパスの作成に取り組み、コアメンバー間で交流することができた。今後はケアパスを活用し圏域内の多職種連携を図っていく。	

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計	12 / 16点	
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価			
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	左記の基準に基づき、契約書・重要事項説明書の改正を法人チームで行い、事業所内でも周知した。基準に沿って、本人の身体状況や生活状況等を把握し、意向を確認し介護予防・自立支援の視点で、効果的に介護予防サービスや地域資源を導入するように努めた。	3			
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者で役割分担が明確化されている。	左記の項目において、担当者と役割分担を明確化し、介護予防支援介護予防ケアマネジメント業務が適正に効率よく行えるような体制づくりに努めている。	3			
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	地域とのつながりをできるだけ継続できるように、本人の身体状況・生活歴・社会参加・家族近隣の協力等をアセスメントした上で、本人の意向・意欲に沿ったインフォーマルサービスを有効に取り入れることができた。	3			
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施において、介護予防・自立支援に向けたケアプランに基づき各種サービスを調整し、一体的に行っている。				
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	再委託中の事業所の介護支援専門員の活動状況を随時把握している。新規に再委託する場合は、必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業所であることを担当圏域の包括等に確認している。	3			
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	再委託事業所の選定においては、公平性・中立性に留意し、圏域内に限らず他圏域の事業所との関わりを継続し、利用者の意向に沿って幅広く選択できるように配慮している。また、本人家族との信頼関係を構築できる介護支援専門員の選定となるよう事前アセスメントにおいても留意している。				
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	本人家族にとって適切なケアマネジメントが行われているか、新規作成・ケアプラン更新・認定更新等のタイミングで確認している。内容の妥当性については、必要時、複数の職員で協議し方針を決定している。				

8. 地域ケア会議				合計	9 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価		
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	多職種連携会議(地区懇談会)を開催し、この会議が目指すもの等は包括内で検討し、PowerPoint等で各委員へプレゼンし了解を得ている。また、開催回数等も委員全体で協議し決定している。	3		
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	30年度は2回開催。地域の介護支援専門員より抽出された課題に対する事例を地域の介護支援専門員が提供し、専門職の他、行政、民生委員、自治会等地域住民も参加した。また傍聴席を設け次年度に事例提供者や助言者として参加いただける様、地域の介護支援専門員や多職種連携会議のメンバーにも参加を促した。地域住民の参加を踏まえ、個人情報の取り扱いの原則に基づき開催していく予定である。	3		
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	事前に案内を交付している。			

	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個別ケア会議においては事前にインフォメーションをする他、当日受付にて「個人情報誓約書」を記入後、入室の対応としている。	3
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	会議の終盤で確認している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	記録を関係機関に送付している。	

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)			合計	11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	熱中症対策事業や実態調査の情報等を元に、既存の台帳の情報を肉付けし、情報が不足している高齢者については、再訪問し情報の充足に努めた。情報不足や孤立が懸念される高齢者については、リスト化し対応状況・対応方針を把握できるようにしている。	4	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	孤立または閉じこもりがちな高齢者に対し、どんな見守りの形が適するか検討し、既存の見守り機関を紹介して繋げたり、地域の集まりやサロンと一緒に参加し、自発的な参加に繋がるよう支援した。既存の見守り機関に適さない高齢者に対しては、積極的に接触して良い関係を継続すると共に、適した新たな見守り体制の構築を検討している。	3	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	在宅高齢者・家族からの相談に対し、要望に応じて訪問・電話・面談等柔軟に対応し、可能な限り顔を合わせて相談できる方法を取るよう心がけた。複雑かつ困難な相談事案については、包括三職種その他、必要な機関との連携・引き継ぎを行った。	4	

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供			

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 菊かおる園 ）高齢者総合相談センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
 ①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
 ②医療・介護の連携推進
 ③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
総合事業の取り組み	制度改正について利用者や家族へ適切に社会資源の活用を含め、内容説明ができるようミーティング等を活用し理解や業務の点検を職員全員でおこないます。必要に応じて基本チェックリストを活用していきます。	1・4	利用者や家族には、サービス担当者会議や必要時に適切な利用が出来るように事業内容の説明を行った。介護支援専門員よりの問い合わせにも十分に理解できるよう、何度でも行った。所内では情報の共有を行い理解を確認し深めた。	b	訪問介護だけでなく通所介護事業も展開されていくため、今後も全職員が制度を十分に理解し適切に対応できるようにする。
介護予防ケアマネジメントのインセンティブ推進	個別ケア会議等で利用者自らが積極的に介護予防に取り組みめるよう、アセスメントを中心に利用者の心身の状態改善に向けた取り組みを検討していきます。	1・3・4	個別ケア会議（元気はつらつ報告会）等でアセスメントの重要性を再認識し、利用者のニーズだけではなく不足する社会資源についても幅広く把握、検討していく事ができた。	b	個別ケア会議等を有効に活用し、利用者のニーズに合わせた社会資源の把握や普及に努める。
多職種連携の推進	・ 専門職だけではなく、地域で介護予防の実践をおこなう介護予防リーダー、民生委員を交え多職種連携会議を開催し地域共生社会の実現に向けた課題抽出をおこないます。	2・3	「地域版認知症ケアパス」を共同して作成することにより、事業者間や立場の壁を越え関係がより緊密に深まった。地域がまとまりを持つ一歩となった。	a	認知症ケアパスを、効果的に活用していく。必要に応じて第二版の作成を検討する。
	・ 介護医療の連携の一環として多職種連携会議	3・5	医療職・介護保険事業者・民生委員・介護予防	a	メンバーの枠を拡大、定期

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 菊かおる園 ） 高齢者総合相談センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
 ①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
 ②医療・介護の連携推進
 ③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
	にて「地域版認知症ケアパス」の作成を行い 認知症への理解や地域づくりをコアメンバー と共に年に4回検討していきます。		リーダー・NPOをメンバーとして、4回に渡り 圏域における「地域版認知症ケアパス」の作 成を行った。		的に行うことで地域連携を 推進していく。
介護支援専門員の資質向上	・地域の主任介護支援専門員と共に個別ケア 会議について年2回開催にむけ議論し、自立 支援・重度化防止・看取り等地域課題を抽出 していきます。	2・3・4	モデル事業として個別ケア会議を2事例開催。 多職種の他、地域住民の参加もあり、認知症支 援や精神疾患を持つ方の在宅復帰など個別ケー ス検討と地域課題の抽出ができた。	a	包括主催元気はつらつ報告 会にて継続していく。
	・地域の介護支援専門員との関係構築に努め 個別支援において総合事業や介護給付の適正 化をサービス担当者等で共に検討し利用者・ 家族へ提案できる体制を作ります。	1・4	介護・予防ケアプランに関わらず支援困難事例 に対し、社会資源の活用やサービスの見直しを 担当介護支援専門員と検討し自立支援を推進す る事ができた。	b	介護保険サービスだけでは なく他の社会資源を活用し たケアプランの作成を今後 も地域の介護支援専門員と 検討していく。
主任介護支援専門員の育成支援	地域の介護支援専門員と共に新たなケアマネ ジメントの課題を議論し、それに伴う研修会 の企画・運営を年2回開催し、研修会を年2回 開催します。講師、ファシリテーターは地域 の主任介護支援専門員がおこないます。	4	新たな研修企画運営会議を立ち上げ「高齢者の 権利擁護」について、講師を所内、高齢者福祉 課、外部講師と3回に渡り研修会を開催した。 ファシリテーターは地域の主任介護支援専門員 が担当し資質向上を図った。	a	来年度も地域の介護支援専 門員と研修会について検討 していく。
認知症高齢者の早期発見・早期対応	認知症初期集中支援チーム、もの忘れ相談、 こころの相談、東京都高齢者往診班等適切な アセスメントにより、認知症の早期発見と 早期対応をします。	5	認知症高齢者やその取り巻く状況に応じて、認 知症初期集中支援チーム2回、もの忘れ相談4 回、こころの相談4回利用し、地域における認 知症高齢者の支援を行った。	b	今後も各種相談事業の利用 を活用し、認知症の適切な 対応を速やかに行っていく ようにする。
認知症カフェの支援	認知症カフェ（かもん）の運営に協力し、 特に地域の認知症高齢者や介護者のへの周知	5	毎月区民ひろばで開催周知を行う他、個別にも声 かけを行い、参加者やボランティアとして定期参	a	参加者が固定化されてきて いるのでより幅広い参加者

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 菊かおる園 ） 高齢者総合相談センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
 ①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
 ②医療・介護の連携推進
 ③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
	を行い参加を促します。		加に繋がった。情報提供の場としてのみならず、ケアハウスやグループホームの入所者との交流の場ともなり、「菊かおる園ってどんなところ？」を知ってもらう最適な場にもなった。		の開拓のため、周知先・声かけ先の検討。（担当者の要望があれば）内容への協力（講座開催等）。
介護予防リーダーの活動を支援	「まちづくり検討会議」及び「いきいきクラブin豊島」に継続的に参加し介護予防リーダーや地域関係者等と連携していきます。	2・5	毎月実施される「まちづくり検討会議」に参加し、地域関係者との連携を行った。介護予防リーダーの活動における課題等の支援を行った。	b	介護予防リーダーの活動がより展開できるよう、関係機関と協力支援していく。
若年性認知症の理解	<ul style="list-style-type: none"> 都や区等の研修へ参加し、若年性認知症の知識や情報収集をおこないます。 研修で得た知識や情報は職員間で共有できるように、職員会議等で周知していきます。 	5	研修開催そのものが少なく、区で実施の研修に1回予定したが中止となり翌期繰越しとなった。包括主催にて専門の医師を講師とした区民公開講座を2月に実施した。	b	研修などを通じて広く知識と対応力を研鑽していく。
在宅介護の家族支援	概ね月1回第4火曜に「介護者Cafe」を開催し介護者同士が気軽に話し合いをすることで在宅介護の継続ができるよう介護者同士のネットワークの構築を図ります。	2・5	包括主催にて毎月第4火曜日に計12回実施した。占いや手品など趣向を凝らしてみたが参加者は多くはなかった。固定して利用される方もおりカフェの必要性は感じた。	b	継続していくために運営方法や周知方法を工夫していく。
アウトリーチの推進	高齢者実態調査の後追いや、熱中症対策事業を通じて孤立高齢者を把握し、関係機関や地域住民と連携して見守り体制の構築を図ると共に、地域の社会資源を活用し、閉じこもりの解消に繋げていきます。	2・5	熱中症対策事業では、欠員分と平行して、対象外の孤立等高齢者世帯を訪問し実態を把握した。寒冷期に改めて様子伺いとして後追い訪問し、公的サービスや地域での見守りの輪の中に繋ぐことができた。	a	熱中症対策事業等の実態把握事業に載らない高齢者世帯のアウトリーチ方法の検討。孤立予防のための受皿の発展と開拓を行う。
関係機関や地域住民との活動の継続・推進	CSWと協働し、毎月圏域内3カ所の区民ひろばを拠点とした出前講座の開催や活動に参加・協力し、事業周知や情報提供による「転ばぬ先	2・5	圏域内3カ所の内、2カ所については、毎回違う活動に参加し、より広い事業周知と情報提供を行えた。区民ひろば清和にて、東部見守り担当・	a	ひろばでのより幅広い事業周知と情報提供のための活動の場の精査。出前講座の

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 菊かおる園 ） 高齢者総合相談センター

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり
 ①介護予防における自立支援と重度化防止の取り組み
 ②医療・介護の連携推進
 ③地域共生社会の実現に向けた取り組みをおこないます。

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
	の杖」の役割を担います。町会・自治会や運協		CSWと共同開催した出前講座は、全3回とも		内容に関する希望やニーズ
	の行事や相談会への参加を継続します。特に		40名前後の参加があり好評を得た。自治会役		の収集。
	高齢化が深刻な都営住宅の自治会役員と連携		員・CSWとの連携により、北大塚都営の相談		西巣鴨都営住宅のスムーズ
	し、隔月の相談会（北大塚都営）のイベント		会（隔月）ではイベント・講座を持ち回りで		な転居のための支援。北大
	化・活性化させ、互助・共助の意識向上を図り		実施し、常に30名前後の参加があった。自治		塚都営住宅の相談会参加者
	ます。		会・住民・関係機関の相互の繋がりが密にな		の新規開拓（出て来ない人
			り、個別相談も増加した。		に出て来てもらう仕掛けづ
					くり）。

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供			

地域包括支援センターの重点目標 名称（菊かおる園）高齢者総合相談センター

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

1. 「菊かおる園圏域 認知症ケアパス」を活用し、支え合いのネットワークを推進する。
2. 地域特性を踏まえた介護予防・自立支援・重度化防止の取り組み
3. ケアマネジメントの資質向上や医療介護福祉の連携で、地域の相談支援体制の充実に努める。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度	(1～4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a～d)	
支え合いのネットワークの推進 (人にやさしい地域づくり)	・30年度多職種連携会議（地区懇談会） で作成した「菊かおる園圏域認知症ケアパス」の周知活動を通じて、様々な世代の地域住民・関係機関との交流を促進し、地域の支え合いネットワークの一步とする。	2			
	・具体的には初回の多職種連携会議で周知方法等を検討し年度末に取り組みと成果の検証。ケアパスで取り上げた関係機関には趣旨説明と展示の依頼をする。	3			
	・多職種連携会議のメンバーを拡充し、認知症の理解を深める勉強会やケアパスの普及啓発などをともに取り組んで	5			
多職種連携の推進		2			
		3			
		5			

	いく中で、民生委員や介護予防リーダー				
	CSW、NPO、多職種（医療介護福祉の				
	専門職）等のネットワーク構築を図る。				
孤食、低栄養、閉じこもりの	・「一緒に食べる」機会を通じて、交流や	1			
予防・改善のための取り組み	情報交換の場を提供する。菊かおる園	3			
「仮・みんなの食堂」	施設に協力を依頼し、月1回の定期	5			
	的な開催を目指す。施設スタッフと包括				
	職員が協働し、民生委員他有志を募り、				
	今年度の実現に向けて準備を進める。				
	・多職種連携会議のメンバーに協力を依頼				
	するにあたり、健康長寿医療センター研究				
	所の調査から導き出された健康に関する				
	地域特性を確認し、この活動の必要性を				
	関係者で共有し取り組みをスタートする。				
在宅介護の家族支援	・概ね月1回第4火曜に「介護者Cafe」を	2・5			
	開催し、介護者同士の気軽な話し合いが				
	でき、悩みや相談、情報交換の場として				
	介護者同士のネットワーク構築を図る。				
	・年1回デイサービス家族懇談会との				
	合同開催を検討。参加者の要望を踏まえ、				
	1時間は懇談、30分は自由な企画。				
	・次年度には「仮・みんなの食堂」を多				
	目的に活用していく方向を模索する。				
認知症カフェの支援	・認知症カフェ（かもん）の運営に協力。	2・5			
	参加者が固定されているため、地域の				
	認知症高齢者や介護者への周知を行い、				
	要望があれば出前講座を行う。				

総合事業の取り組み (新たな通所型サービスの開始)	<ul style="list-style-type: none"> ・通所C型・B型など新たな通所型サービス 開始に伴い、アセスメントを再確認し、本人の意向・状態に見合った選択ができるようケアマネジメントを適正に行う。 そのためにも、所内で適宜ミーティングを行い、標準的に対応できるようにする。 ・それぞれの通所型の特徴について理解し利用者・家族にわかりやすく説明する。 ・介護サービスにとらわれず地域資源が有効活用されるよう、幅広い視点で検討する。そのためにも、継続的に地域の社会資源の発掘・把握に努める。 ・必要時に基本チェックリストを活用し総合事業の周知や介護予防の視点に立った提案を行う。 	1・4			
介護予防ケアマネジメントの インセンティブ推進	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援・介護予防・重度化予防のため自立支援地域ケア会議を2包括合同で2回実施し、利用者自らが望む生活に向けて前向きに具体的に取り組めるよう、多職種 の視点で協議する。地域の介護支援専門員も参加・傍聴し、視点の共有や地域に不足している社会資源等も検討する。 	1 3 4			
介護予防リーダーの活動支援 および活躍の場づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・「まちづくり検討会議」や「いきいきクラブin豊島」の活動を周知し地域関係者との連携を深め、地域づくりにおいて継続的に活躍できるような環境整備を行う。 	1 2 5			

アウトリーチの推進	・高齢者実態調査の情報や熱中症対策事業を通じて、孤立高齢者の早期発見と地域高齢者の実態把握を行い、人的・物的社会資源を活用し、見守り体制の構築等必要な支援を行う。	2・5			
関係機関や地域住民との活動の継続・推進	・CSWと協働し、毎月担当圏域内3か所のひろばにて出前講座の開催や活動への参加協力を継続し、事業周知・情報提供を行う。町会・自治会・連協での行事や相談会への参加も継続し、いずれも高齢化が進む参加者との「顔の見える関係」の強化、自助・互助・共助の意識向上を図る。	2・5			
介護支援専門員の資質向上	・前年度の個別ケア会議及び介護支援専門員研修より抽出された課題について、主任介護支援専門員や介護支援専門員とともに解決に向けての取り組みを検討し検討内容に沿った研修を年3回開催する。	3・4			
主任介護支援専門員の育成支援	・上記のとおり、新たな研修企画運営会議を立ち上げ、研修会を開催。ファシリテーター等は地域の主任介護支援専門員が担当し資質の向上を図る。	3・4			
高齢者虐待防止の啓発	・地域のケアマネージャーや介護事業所に対して、高齢者虐待防止の啓発を行っていく。研修や出前講座の機会をもうける	4・5			
権利擁護の推進	・成年後見制度等の権利擁護事業の適切な支援のために、支援関係者の交流・意見交換の場を設けネットワーク構築を推進	4・5			

	する。				
認知症高齢者の早期発見・早期 対応。適時、適切な医療・介護 等の提供。	・認知症疑いや困難な状況にある方に ついては特にケース情報を共有し、適切な 相談事業を活用し多職種チームで対応 していく。（認知症初期集中支援チーム・ もの忘れ相談・地域ケアの専門相談等。） ・適時、適切な医療・介護等が提供できる 体制を目指す。	4・5			
若年性認知症の理解と関係機関 との顔の見える関係構築	・都や区等の研修に参加し、広く知識と 対応力を研鑽する。所内伝達研修を行い、 窓口対応の整備を行い、関係者の顔合わせ 等の機会を確保する。	4・5			
スムーズな転居のための支援	・建替えのため、夏頃までに全戸転居予定の 西巢鴨2丁目都営アパートの高齢者につい て、JKK・自治会・CSW・ケアマネ等と 連携し、滞りなく安全に転居できるよう支 援する。	2			
災害に備えたセンター内の 体制整備	・区の災害対策PTの進捗状況に合わせて、 センター内における災害に備えての体制 整備を行う。 ・昨年実施している災害伝言板171 のデモンストレーションの実施。 ・災害時の参集状況の確認。 ・圏域内の災害要援護高齢者リストに ついて、対象者基準・優先順位等の検討。 ・非常持ち出し袋や災害備品の確認。 ・法人および菊かおる園BCPの再確認。				

(平成30年度) 地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない
- 1 ~ できていない

自己評価の合計
110 / 120
点

センター名: 東 部

1. 地域包括支援センター運営体制				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	センターの役割を包括運営マニュアルや関係法令等により職員に周知し、日々の業務において中立・公正な立場を意識して対応するよう努めている。利用者・家族の自己決定を尊重し、特定の事業者に偏らないよう配慮し情報提供している。	4	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	年度当初の職員会議にて職務分担を明確にしている。毎月の職員会議や毎日2回実施しているミーティングにて報告・周知を徹底し、各業務の進捗状況の把握や助言、見直しができる態勢をとっている。		
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	センターの目的と基本的な視点、センター重点目標等について、職員会議で確認・周知し、全職員が共通認識が持てるよう努めている。新入職者・異動者については、4・5月に重点的に所内研修を行い、業務や役割を確認しサポートしている。		
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修(38回)、所内研修(16回)、職員会議(25回)、所内ケース検討(164回)などで、職員の資質向上に努めている。	4	
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	都、区等主催の研修に積極的に参加するよう努め、延べ65名が参加している。また研修報告を全員回覧、必要時は所内伝達研修も行っている。		
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	簡潔明瞭に作成することを心掛け、すべて期日内に提出している。	4	
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	年度当初、職員の資格の有効期限を確認し、更新手続きに必要な研修等の進捗状況を随時確認している。職員の変更があった場合は速やかに高齢者福祉課に報告している。また、関係機関にも速やかに周知している。		
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	相談記録台帳や個人情報に記載された文書関係等は決められた保管年数を遵守し、全て鍵のかかるキャビネットに保管・管理している。チラシや申請書などは、分野ごとに整理し、毎日点検し補充している。		
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情があった場合は必ず記録し、所内で周知・協議し、速やかに区に報告している。必要に応じて法人や区とも協議して対応するよう努めている。	4	
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	包括必置の三職種を適切に配置している。三職種については、平日2名以上、土曜日は1名以上出勤する勤務体制を整えている。		
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	時間外でも、区や法人事務局を通じてセンター長に連絡が入る体制を整えている。緊急時や災害時用連絡網を整備している。		
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いについてはマニュアルを職員に周知している。新入職者・異動者には情報セキュリティ研修を行い、また全職員が毎年セキュリティセルフチェックシートを活用した自己点検を行っている。		

2. 総合相談業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	医療関係や商店会、町会掲示板などに、包括ポスター掲示が継続、拡大している。民生児童委員有志等により、広報紙「おたより」を地域高齢者に個別に配布。関係者・関係機関の協力で情報が届きにくい方にも周知が拡大している。	4	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	関係機関からの相談に対し、丁寧・適切に対応し速やかに報告するなど、信頼関係の構築・維持に日々努めている。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	介護者が就労されている場合は、就労継続のための社会資源や介護サービス利用を案内し、センターの対応としては平日夕方や土曜日の対応等、家族事情に配慮している。担当するケアマネジャーにも介護離職を防ぐ視点を共有するよう努めている。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	包括三職種、見守り支援事業担当、プランナーの5職種による訪問を積極的に行い、生活実態やニーズ等を把握し、必要時、新たな制度・サービス・地域資源等につなげ、在宅生活を支援している。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	毎日2回のミーティングで報告し、必要に応じて検討する体制をとっているため、職員間で共有し検討する体制ができている。特に困難ケースや緊急の対応が想定されるケースに関しては、速やかにセンター長に報告し、相談記録を作成・回覧している。	4	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	相談記録作成の研修を行い、リスクマネジメントを意識した記載方法となるよう努めている。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	必要に応じて、把握した情報を整理した上で所内ミーティングにかけ、多職種で検討して支援方針を定めている。支援困難な場合は、都区の専門相談にかけ、専門的見地からの判断・助言により方針等を決定している。		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	民生児童委員、町会関係、介護予防サロン、出前講座参加の地域住民や区民ひろば、医療介護福祉等の関係機関から、支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	4	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	地域データや事業月報報告から総合相談内容を分析し、また地域関係者から地域特性や住民のニーズを把握した上で、地域の課題を抽出している。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	4つの地区懇談会(駒込地区、巣鴨・南大塚地区、ケアマネ、豊島区東部医療介護事業所学習交流会)の関係者・関係機関と、地域の課題や地域住民への支援について共有し、ネットワークを活用した問題解決を行っている。具体的には、防災チラシ作成、みんなで作る認知症サポーター養成講座開催、区民参加型の在宅医療介護福祉サービス体験会、地域高齢者への「おたより」作成配布など。	4	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	日々の訪問や地区懇談会等を通じて、地域関係者・関係機関から地域の社会資源を把握している。機能役割を整理し、窓口で地域情報を得られるように展示している。また、地域資源データベースAyamu!に入力を開始した。		

3. 権利擁護業務				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	虐待についての意識や認識向上を目的とした研修をケアマネカフェで行い、介護支援専門員20名が参加した。介護支援専門員から早期に相談・通報がなされる体制づくりに向けて継続的に取り組んでいく。	3	

	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	30年度の虐待受付は10件であった。その都度、センター内で緊急性を話し合い、通報者や関係機関と連携を取り、安全確認・事実確認と今後の対応策を検討した。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	高齢者の判断能力や生活状況を把握するため、職員2名体制で関わるようにし、必要時には関係機関と連携し本人に接見。その都度、本人の権利が守られるよう成年後見制度を利用する必要性について関係機関と協議した。	3
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	必要時には、その都度、制度説明し、申し立てに当たっての関係機関の紹介をしている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	左記の状況の高齢者に対して、可能な限り、本人の認識状況や本人親族の意思を確認した上で、区に相談・報告し、区長申立てにつなげている。30年度の区長申立ては4件。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	介護予防サロンやケアマネカフェにて、消費生活センターと連携して講座を開催し、消費者被害防止の啓発や早期発見・対応のネットワークづくりを行っている。個別ケースについては警察等と連携して対応している。防犯機能を備えてた電話機の紹介を継続している。	4

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 14 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	介護支援専門員向け研修開催計画の検討に参画した。また、8包括合同の介護支援専門員向け研修を企画し地域の介護支援専門員と協働で開催した(年1回)	3	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	8包括合同研修、及び、東部圏域で実施した介護支援専門員向け研修(年3回)や東部包括圏域の地区懇談会(年9回)において、企画運営への協力を募り、参加の機会を提供している。参加状況を管理し担当課に報告している。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	介護支援専門員から相談を受け、包括主催で地域ケア個別会議を実施。課題を整理、分類し、毎月高齢者福祉課に報告している。	3	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	包括のネットワークを活用し、地区懇談会等を通じて、介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	4	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	地区懇談会の運営委員や豊島区東部医療介護事業所学習交流会(ととか)への参加を促し、医療機関やサービス事業所のみならず、民生児童委員や町会や地域の方々との関係構築を支援している。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	介護支援専門員からの相談事例を通し、課題解決の為に直接的・間接的支援を、三職種協働で実施している。	4	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	日常的に介護支援専門員が課題と感じている相談に応じ、自ら課題に気づき、どのような対応が望ましいか、自ら解決できるような支援となるよう努めている。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	介護支援専門員が抱える共通の課題を抽出し、地域の介護支援専門員全体に向け、気づき、学びの場として、ケアマネカフェを年4回(研修会3回、地区懇談会1回)を実施している。		

5. 総合事業				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	介護保険申請かチェックリストかを見極め、年16件実施した。	3	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	窓口相談時等に総合事業制度説明、その他のサービスの情報の提供を行い、利用者が選択できるようにし、必要な支援につなげることが出来ている。短期集中訪問型サービス21件(リハビリ13件、栄養6件、口腔2件)、生活支援お助け隊6件、元気はつらつ訪問2件など総合事業を活用した。	4	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	主にサービス担当者会議でサービス内容や実務についての情報提供や相談に応じ、協議を行い適切な支援につなげている。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	圏域内の介護予防サロンや町会・自治会・高齢者クラブのサロン、としまる体操の会等の案内を継続的に実施し、要望に応じ、出前講座を行っている。	3	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 8 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	認知症サポーター養成講座を、地区懇談会のコアメンバーである民生児童委員、町会関係者、介護予防サポーター、介護支援専門員等の関係者が包括と協働で企画運営を行い、区民ひろば登録団体の責任者や地域関係者、金融機関を含めた関係機関に向けて実施した。他、圏域内の関係機関には出前講座等を通じて、啓発活動を実施している。 豊島区東部医療介護事業所学習交流会(ととか)では、8月に出前認知症カフェを関係者協働で行い多くの方に啓発することができた。2月にはVR認知症プロジェクトを圏域内の関係者77名が体験し、認知症理解を深める良い機会となった。	4	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	安定した在宅生活や生活課題の解決のために、地域ケア個別会議(自立支援地域ケア会議を除く)を延31件実施し、60%強が認知症のケースであった。初期の相談や支援のために、もの忘れ相談12件、初期集中支援チーム活用2件、区の専門相談6件、都の往診班2件、長寿アウトリーチ事業1件等、さまざまな事業を活用し支援している。	4	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	上記のとおり、適時適切なサービスや関わりが行えるように、本人の容態の変化に応じて関係機関が集まり検討し、医療介護等の連携を強化している。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	6月に開催された高齢者福祉課からの総合事業説明会に職員5名が出席し、説明を受け、契約書、重要事項説明書の改正を実施した。契約書、重要事項説明書の改正に基き、事業所内で重点事項を周知・確認し、基準に沿って対応が来ている。	4	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者や役割分担が明確化されている。	契約から実績管理までの一連の流れにおいて担当者の役割分担を明確化している。1日2回のミーティングで担当者選定、進捗状況の確認、把握を行っている。毎月の実績については各担当が入力を行い、給付管理、委託事業所管理、報酬の管理については特にプランナー中心に行っている。請求業務マニュアルを作成した。		

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	介護予防サロンに7名参加している。その他、リボンサービス、区民ひろば等の介護保険外のサービスなど、必要性に応じ案内し、ケアプランに位置付けている。	4
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	サービス担当者会議や日々の連絡調整により、事業所との共通認識のもと、自立支援に向けたケアプランに沿ってサービスを実施している。	
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を在宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	新たに再委託をする場合は高齢者福祉課基幹型センターグループに受託の確認を行っている。また、他の包括への問い合わせを行い、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であるか確認をしている。	4
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し、個々の事業所の再委託件数を確認し、また集合住宅等と同じ事業所が集中しないよう選定している。しかし、委託を承諾いただける事業所が少なく、偏りが生じている。	
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	担当者会議前に現状の確認を行い、可能な限り担当者会議前に原案の確認を行っている。検討事項が生じた場合は担当者が所内検討に上げ複数の職員で方針を決定している。	

8. 地域ケア会議 合計 10 / 12点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	年度当初にセンター内や関係機関と協議し、4つの地区懇談会(駒込地区、巣鴨・南大塚地区、ケアマネ、ととか)の開催計画を立案し、事業計画に可能な限り具体的に記載した。30年度は地区懇談会を年9回実施している。従来型地域ケア個別会議については個別ケースの必要性に基づき行ったため、随時開催となったが、年31回実施した。自立支援地域ケア会議については、基幹型センター主催の会議にはすべての担当が参加し、包括主催は隣接圏域の包括と合同で1回、包括内及び訪問型で4回開催した。	4
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	基幹型センター主催の自立支援地域ケア会議における事例に係る報告書はすべて提出している。包括主催の会議については、従来型の報告方式で報告している。31年度からは、報告シートの形態が確定し提出が必須となったため、左記の評価の視点で提出していく。	3
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	目的については開催時の案内文や会議開始時に参加者に確認している。	3
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	すべての参加者は、守秘義務の取扱いに係る誓約書に同意の署名をしてから入室する。会議冒頭で再度説明し確認している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	話し合いがまとまった時点や終了前に、本日の会議のまとめや今後の役割分担等について、再度、参加者全員で確認している。	
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	地域ケア推進会議については会議の報告書を作成し、関係機関に送付している。個別会議については記録を作成し、必要に応じて、参加者にフィードバックしている。	

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)

合計 10 / 12点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	熱中症対策事業や日々の業務を通し、台帳を作成・記入している。訪問等により、アセスメントを行い、ケースに応じて訪問頻度等を検討し、対応している。30年度は三職種と個別ケースについて協議し、アセスメントの視点を強化した。また、「気になる人リスト」を作成し、情報を共有した。	3
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	マンション管理人や区民ひろば職員、戸配業者等には訪問しての声掛けを行い、見守り機関との連携や調整の機会としている。また、個別ケースの情報を提供いただく機会となっている。孤立傾向にある方に男性限定サロン参加に向けて継続的に声掛けし、30年度は男性新規12名の方が参加した。30年度は民生児童委員等の協力が拡充し「おたより」の配布先が拡大。情報が届きにくいところに身近な情報を伝えるツールとなっている。	4
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	包括三職種と定期的なミーティングを持ち、ケースの共有を行っているため、認知症の見立てや緊急性の判断など、必要時に三職種と同行訪問を行うことができている。さまざまな相談事業や関係機関に包括を通して連携できている。	3

平成30年度 事業計画表

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		b 目標どおり c 目標をやや下回る
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d 目標を大きく下回る		

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 東部高齢者総合相談センター ）

1. 安心して暮らせる地域づくりのために、地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくりを推進する。
2. 適時、適切な医療・介護等の提供のために、認知症初期の相談・支援の充実に取り組む。
3. 相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメントの資質向上を図る。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題	
項目	なにを（簡条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	(1~5)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)
重点目標1		1. 安心して暮らせる地域づくりのために、地域のネットワークを活用した東部圏域の支え合いの仕組みづくりを推進する。				
1) 巣鴨・南大塚地区での	1) 巣鴨・南大塚地区懇談会の取り組み	2	1) 巣鴨・南大塚地区懇談会の取り組み	a	1) 巣鴨・南大塚地区では	
地区懇談会を活用した地域課題	①6月頃、地区懇PT「おつかスマート	3	①6月・8月に地区懇PT「おつかスマ		地域の方々や関係機関の	
への取り組み	プロジェクト」のメンバーとともに、	5	ートプロジェクト＝地域の方々や関係		代表が協働して、地域に	
	認知症の理解や関係者間のつながりを	4	機関の代表」で、今年度の地区懇談会の		とって有益な情報を配信	
・28・29年度からの引き続きの	深めるための企画（前回からの要望：		テーマを「認知症の方への接し方」に決め、		する取り組みを行っている。	
テーマ「つながりと支え合い	声かけ訓練、MCIと予防の勉強会、		企画から一緒に取り組むことができた。		左記「みんなで作る認知症	
～認知症になっても住み慣れた	権利擁護の学びと連携、施設見学等）		②11月に認知症サポーター養成講座と		サポーター養成講座」や	
地域で自分らしく暮らしていく	から選択いただき、内容を検討する。		して、地元の介護者の話や本人の気持ちに		「住民参加型の医療介護	
ために～」	②11月頃、テーマに沿った関係者・関係		近づくロールプレイなどの企画・運営を		福祉サービス体験会」	
	機関が集い、学びや連携を深められる		プロジェクトチームで行い、地域関係者		「おたより」など。	
	形態での地区懇談会を実施する。適宜		48名が参加。自主サークルの代表者が		・次年度は、このつながりを	
	認知症サポーター養成講座等の開催。		9名新たに参加されるなど啓発できた。		強化し、継続できる態勢を	
			③要望に基づき、圏域内の金融機関等で		整えることが課題である。	
			認知症サポーター養成講座を1回開催した。			
2) 駒込地区での地区懇談会を	2) 駒込地区懇談会の取り組み	2	2) 駒込地区懇談会の取り組み	a	2) 駒込地区では来年度は	
活用した地域課題への取り組み	①1年を通し、地区懇PT「こまごめ高齢	3	①29年に作成した防災チラシについて、		30年度作り上げた「防災	
	者対策チーム」にて、29年度作成した	4	こまごめ高齢者対策チームで話し合いを		チラシ」「私の情報」を、	
・28・29年度からの引き続きの	防災チラシやその配信方法について		行い、内容を拡充した。災害時や見守りの		高齢者だけでなく、多く	

テーマ「高齢期に必要な情報の収集と発信～高齢者自身が準備できる防災チラシと支援者向けマップ～」について、内容を拡充し地域との連携を深める。	自助・互助が推進され、見守りツールとしても活用できるように、見直しや検討を行う。 ②地域の防災活動に参加し、他世代の地域関係者や関係機関とのつながりを深める。		ツールにもなる「私の情報」の形態を見直し、個人が自分の情報を管理し携帯しやすい方法とした。駒込地区の自治会や民生児童委員から、普及啓発目的の出前講座の依頼があり実施した。巣鴨・南大塚の民生児童委員からも防災訓練時に防災チラシ配布の要望があり、次年度配布する。 ②地域の防災活動に参加し、状況を把握。地域で活動している他世代の方とつながり、PTに参加いただいた方もいた。		の方に自助の意識を高めてもらうツールとして配信。 ・他世代の方とのつながりを絶やさず、今後も連携し、災害に備えて自助互助の意識を高め、高齢者の見守りにも繋がるよう働きかけていく。 ・方法としては、出前講座の継続的な開催。
3) 豊島区東部医療介護事業所学習交流会（ととか）の取り組み	3) 30年度ととかの活動計画	2	3) 30年度ととかの活動報告	a	3) 「ととか」の課題
・東部圏域のネットワークを活かした医療と介護の実践的な学びと連携の推進。	ととか運営委員は地域の事業所から28名拡充（特にケアマネジャー・ヘルパーが参画）され、48名登録へ。今年度は、2つの勉強会の運営をグループ担当制とし負担を分配し、継続可能な態勢作りを目指す。	3 4 5	①2つの勉強会の運営を2グループに分けたことで、勉強会の規模は拡充しつつも運営委員の負担は軽減された。 ②5月運営委員会兼交流会には48名参加。 ③8月第2弾「地域での安心の暮らしをささえます」は、運営委員を含め約200名が参加。今回は小中学生の保護者の参加があり、参加される世代が多少であるが徐々に広がってきている。障害関係機関からの出店や、出張「認知症カフェ」を介護者の会・認知症カフェ・ととか運営委員で運営するなど、区民への啓発や関係者同士の交流を深めることができた。		①組織および開催規模の拡大に伴い、年8回の運営委員会の開催となり、事務局の負担が大きくなった。 ・圏域内のMCSの普及により、情報配信および共有においての負担は軽減へ。 ・次年度「ととか」の企画運営において、5つの機能別のグループを設置。自主的な活動への後押しをする。
・29年度に引き続き、在宅での安心の暮らしをサポートする地域情報や資源を、地域住民や関係機関にわかりやすく提供する。	5月 運営委員会兼交流会 8月 第2弾「地域での安心の暮らしをささえます！」区民参加型で、昨年同様、西巣鴨中学校の生徒・保護者や地域住民向けの案内周知も行い、夏休み期間中に開催。今回は障害の関係機関も加わる。大学生ボランティアに協力依頼。		④2月には「VR認知症プロジェクト」というバーチャルリアリティの技術を活用した認知症一人称体験に多職種77名が参加。前後のアンケートより、専門職でも認識が大きく変わり、感謝の声が多く寄せられた。		②巣鴨・南大塚地区懇談会の課題である「継続性」がととかの課題でもある。 ・8月開催の住民参加型の体験会はおおつかスマートプロジェクトメンバーが参画し、住民の視点を取り入れ、一体的に行う方向で検討していく。
4) 「おたより」の取り組み	4) 「おたより」の作成・配布	2	4) 「おたより」の作成・配布の状況	a	4) おたよりの課題
・関係者の連携で、地域の高齢	①巣鴨・南大塚地区の民生児童委員有志とサロンサポーターの協力でおたより	1 5	①・②民生児童委員だけでなく、サロンサポーターや商店街、薬局、ラジオ体操の		・年4回で1回40分の話し合いで決定し、企画

者を見守るシステムが継続的に機能するようにサポートする。	作成委員会を6・9・12・3月の年4回開催し、季刊号として配布。地域の高齢者約250名に民生児童委員		集まり等、配布先が拡充し、計480部配布へ。民生児童委員に町会掲示板への掲示に協力いただき拡充できた。おたより		編集等の役割が明確になっているので無理なく参加できていると伺っている。
・必要な生活支援につながる情報配信ツールとしても活用する。	②関係機関の協力で、商店会や町会掲示板、薬局等に掲示いただく。		③駒込地区では民生児童委員の店舗にて配布いただけることになった。		・左記の要望に基づいて、現状の内容・回数で継続しながら、高齢者や関係者の意見を集約し活かしていく。
	③30年度は駒込地区の民生児童委員から「おたより」についてのご意見も伺い、今後の対応を検討する。		④熱中症対策事業報告会で民生児童委員に紹介したところ、「おたより」を訪問時の会話の糸口にしたいとの要望があり、次年度の熱中症訪問（約600件）の配布資料とすることになった。		
	④「おたより」に総合事業の案内や活動の場などの地域情報を掲載し、情報が届きにくい高齢者への配信ツールとして有効利用する。		④地域住民の目線で記事を検討し、また大学所属の医師・リハ職から医療的な助言もあり、高齢者の方にとって役に立つ内容を拡充できた。配布時の反応も良好とのこと。		
5) 介護予防サロン企画運営における参加者・サポーターの主体性を活かした取り組み	5) 「スマートエイジング倶楽部」や「おおつかサロン」の企画運営	2 1	5) 介護予防サロンの取り組み・成果	b	5) サロンの課題
・さまざまな関係機関との連携を強化し、住民が主体となって介護予防・自立支援を推進する活動の場（介護予防サロン）づくりを支援する。	①全員参加型のサロンの運営 ②「としまる体操」の導入 ③体操の効果を感じ、効果的で安全に行うスキルを高めるため、豊島区リハビリテーション連絡会の協力を得る。 ④地区懇談会参加者による周知や活動への協力。大学生ボランティアの参加により、世代間交流や参加者の主体性に働きかけるきっかけとする。 ⑤区民ひろばの「としまる体操自主G」等と連携し、地域の通いの場につなげる。 ⑥閉じこもりがちやうつ傾向にある方の緩やかなつながりの場として位置づけしており、声かけやチラシ配布を継続。 ⑦地域につながるファーストステップとして男性限定サロン活用を継続する。		①物品の運搬・会場設営・計画立てをサロンサポーターだけでなく、参加者も交え全員で行った。参加者の意欲が高まり次年度は2名の方がサポーターへ移行。豊島区主催のフレイル研修にサロンサポーター4名が参加された。 ②サロンの前半部分はサポーターをリーダーとして、としまる体操を行った。 ③④大学のリハ職や学生ボランティアの参加により、世代間交流ができ、サロンの活性化や参加者の主体性をひきだす効果があった。 ⑤としまる体操自主Gの周知を、介護予防サロン内で継続的に行っている。 ⑥⑦窓口や訪問時に必要に応じてサロンや地域につながる活動の場の情報提供や声かけを行い、おおつかサロン新規9名、スマートエイジング倶楽部新規12名の利用につながった。		・サロン参加者の主体性が高まり、サポーターのリーダーシップも見られるが活動の自主化を双方が望んでいない。 ・学生ボランティアは次年度も継続となり、学生企画の講座を年1回引き続き行うことになった。 ・すべての参加者が無理なく集い合い、楽しく体に良い活動ができる態勢を継続しながら自主性を高めていく。 ・閉じこもりがちやうつ傾向の方がつながりを持つことは難しいが、継続的な関わりでその方にあったつながりが見えてくる。

6) 多様な主体による見守り体制の構築に向け、関係者の顔の見える関係づくりの推進	①平成29年度の実態調査より抽出したアウトリーチ対象者の実態把握の際、地域の関係者・関係機関からの個々の情報を収集しつつ、見守り体制の構築も視野に置く。個々の集積から見守りに関わる関係者の顔の見える関係を推進。	2 5	①民生児童委員やマンション管理人、区民ひろば推進員、戸配業者等と関係づくりを推進。通報を受け人命救助につながったケースがあった。民生児童委員対象に熱中症対策事業報告会を行い、訪問後の連絡から、対象の高齢者が必要な支援につながったことを報告したところ、事業に関わるモチベーションにつながったと感想いただく。	b	6) について ・多様な主体による見守り体制の構築に向け、関係者の顔の見える関係づくりを推進していく。見守りにかかわる関係機関のネットワークの構築。 ・町会等とつながりのない家屋等もあり、戸配業者やマンション管理人等との更なる連携構築を図る。
	②熱中症による孤立死を防止するため、マンション管理人、新聞業者、戸配業者などへの事前の呼びかけを行い、連携を強化する。		②熱中症対策事業が始まる前の5月に、戸配業者9件への訪問を行った。マンション管理人へは131件中109件の訪問を実施。		
	③孤立傾向にある対象者への継続的なアプローチとして、「おたより」「トモニー通信」「介護予防サロン」「区民ひろばの行事」等の効果的な活用。		③介護予防サロンへの声かけやおたより配布等を通し、継続的なアプローチを行った。		
	④包括・区民ひろば・CSW等との連携を強化し、認知症初期の対応など、支援の必要な方々が適切なサポートを受けられるように初動を的確に行う。「気になる人リスト」の作成と共有化。		④包括三職種と月1回アウトリーチミーティングで情報を共有。必要時、特に認知症初期対応等は包括と同行訪問し、初期集中支援やもの忘れ相談等の事業につなげた。アウトリーチ対象者名簿「気になる人リスト」作成し包括と共有した。		
	⑤地域の活動の場に積極的に出かけ、地域のニーズを収集し、包括や見守り活動の周知を行う。地域でのつながりと支え合いの意義を、出前講座等の機会を捉えて行う。		⑤区民ひろばには月1回訪問、巣鴨クリーンキャンペーンに7回参加するなど、心配な高齢者等情報や地域資源を収集し、包括や見守り活動の周知を継続的に行った。		
7) 安心生活のために権利擁護の推進および成年後見制度等の利用促進	①高齢者虐待や不適切ケア防止、権利擁護の推進について、ケアマネカフェなどの場を利用し、普及・啓発に努めていく。	2 4 5	①1月にケアマネカフェにて、虐待・不適切ケア防止に関する研修を行い、20名が参加した。高齢者虐待防止の啓発を行えたとともにケアマネ同士の良い意見交換ができた。	b	7) について ①年に1回程度は、ケアマネ向けに虐待・不適切ケアについての研修を行うことにより、権利擁護の推進・連携を強化していく。
	②関係機関と連携し、成年後見制度等の利用を引き続き支援していく。		②関係機関と連携し、4名の方を成年後見制度につなげた。		
	③消費生活センターや警察生活安全課と連携を密にとり、介護予防サロン等で振り込め詐欺防止や悪徳商法の注意喚起等の出前講座の開催をする。		③高齢者の消費生活トラブルをテーマに消費生活センターと連携して、ケアマネ向け出前講座や介護予防サロン参加者向け講座を開催した。		②引き続き関係機関と連携し必要な方は、成年後見制度につなげられるよう

					支援する。
8) 地域住民に対し、介護予防・自立支援の意識を高めるために、基本チェックリストの活用促進や総合事業、認知症ケアパスの周知に取り組む。	①基本チェックリストを活用した状態把握やセルフプラン作成のツールとしても活用するなど、介護予防・生活支援サービス事業の利用以外でも活用を推進し、地域住民にも周知する。 ②具体的には、介護予防サロンや区民ひろば・都住等での出前講座で実施。 ③認知症のそなえや予防の視点からも、ケアパスを併用し①②を推進する。	1 5	①基本チェックリスト16件実施。 窓口相談時に、状況によっては総合事業を案内し、介護保険制度申請以外にも選択肢があり、本人に選択できることを伝えている。 総合事業である短期集中訪問型サービス21件（リハビリ13件、栄養6件、口腔2件）実施。 ②③認知症のそなえや予防の視点からの出前講座では、認知症ケアパスを活用し認知症のチェックリスト等も行っている。	b	8) について ・住民に対する介護予防・自立支援の意識を高めるために基本チェックリストを活用することは、区や包括の積極的な周知がないと理解が広がらない。 ・認知症ケアパスについては徐々に周知が進んできた。
重点目標2	2. 適時、適切な医療・介護等の提供のために、認知症初期の相談・支援の充実に取り組む。				
1) 認知症初期集中支援チームの円滑な運営に協力し、認知症初期の相談・支援の充実に向け協働していく。	①認知症の人の思いに寄り添い、介護者に早期の時点から丁寧な関わりができる認知症初期集中支援。この事業が効果的に実施できるように、年4件の対象者の選定を適切に行い、チームの円滑な運営に協力する。 ②周知活動：30年1月ととか勉強会にて圏域内の医療介護事業所対象に研修を行った。相談者や地域住民に対しては、今年度、新しい認知症ケアパス等を活用し周知していく。 ③必要な支援につなげられるように、介護サービスだけでなく、近隣住民等人的な資源も含めた地域資源の把握に努める。（地域資源マップの検討。） ④認知症の疑いから困難ケースまで効果的で適切な相談対応ができるよう包括5職種の連携、専門的相談事業等の活用、関係機関との連携、必要により地域ケア個別会議を開催し、チームアプローチを強化する。	4 5	①認知症初期集中支援チーム初年度であったため、3件ケース検討し2件実施。適切な対象者の選定が行え、運営に協力できた。 ②認知症ケアパスについては、窓口対応時はもちろん、訪問時や地域住民向けの講座、多職種連携会議等でも活用した。 1) 巣鴨・南大塚地区懇談会の活動 3) 豊島区東部医療介護事業所学習交流会（ととか）の活動 8) 出前講座・・・など各ページ参照。 ③生活支援の視点から、日々の業務を通じて地域資源の把握に努め、新たな情報は所内周知し窓口に展示するなど、相談者等が入手できるように整理している。 ④月1回の三職種ミーティングやアウトリーチミーティングを通じて、チームアプローチを強化した。地域ケア個別会議（従来型）を延31件実施し、60%強が認知症のケースであった。初期の相談や支援のため、もの忘れ相談12件、区の専門相談6件、都の往診班2件、長寿アウトリーチ1件活用。	a	1) について ・今後も適時適切なサービスや関わりが行えるように本人の容態の変化に応じて関係機関が集まり検討し、医療介護等の連携を強化する。 ・地域での見守り期間が長いことを踏まえ、地域住民と関係機関との連携が図れるような態勢を構築していくことが課題である。

2) 認知症の人や介護者の支援	①認知症介護者の会「たんぼぼの会」や認知症カフェ（4か所）の参加を継続し、地域の社会資源として有効に活用されるように、周知や支援も継続していく。	4 5	①については、定例の会に参加し、個別ケース相談や30年度立ち上がったカフェの相談、窓口相談時の必要に応じての周知を行った。巢鴨・南大塚地区懇談会のPTメンバーに参画いただき、関係者同士の交流を促進。豊島区東部医療介護事業所学習交流会の8月の体験会では、出前認知症カフェを関係者で運営いただき、さらに様々な関係機関との交流が図れたこともあり、モチベーションがアップしたとの感想をいただいた。	b	2) について ・本人・介護者支援という目的を共有している関係機関がスキルアップできるように情報共有し連携が図れるような機会を提供することは必要と思われる。
	②個別性に合わせて、①の会以外でも本人の活躍の場を検討できるように、地域のさまざまな情報・資源を、CSWや民生児童委員、町会役員、高齢者クラブ等の関係者から収集し、「〇〇さんのための地域資源マップ」（ネットワーク）を作れるような取り組みを検討していく。 (31年度末まで)		②現在、地域情報データベースAyamuに地域情報入力を開始した。		・若年性認知症支援における制度理解やスキルがまだ充分ではないため、包括職員など関わる関係者の顔の見える関係やスキルアップにつながる研修の機会を確保する。
	③若年性認知症の人とその家族の支援に向けて、窓口体制の整備を行う。 (30年度末まで)		③若年性認知症支援については外部研修に参加。得られた情報を所内周知し、窓口にてアセスメント表など整備した。		
重点目標3	3. 相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメントの資質向上を図る。				
1) ケアマネジメントの資質向上および主任介護支援専門員の育成支援	①東部介護支援専門員連絡会運営委員会にオブザーバーとして参加し、ケアマネの地域活動のバックアップを行う。	3 4	①左記運営委員会に、計2回オブザーバーとして参加。必要な情報提供、活動のバックアップを行った。	b	①東部介護支援専門員連絡会の基盤ができていることにより、包括の関わりについて見直しを検討していく。
	②中堅層のケアマネの資質向上・主任ケアマネ育成の機会として、ケアマネ地区懇談会（年4回）の企画運営を行う。主任ケアマネを目指している方には、推薦要件の情報提供や地区懇談会やととかの運営に参画を促す。		②③中堅層のケアマネジャーに参画してもらい、ケアマネ地区懇談会「日ごろの業務で困ったこと」をテーマに1回、ケアマネ勉強会を「消費者被害」「選択的介護」「不適切ケア」をテーマに3回実施した。ケアマネと一緒に企画運営を行ったことで、包括とケアマネ、ケアマネ同士の距離が狭まり、連携が強化された。		②③④継続 ・専門相談等を活用するケアマネが少ない為再度周知をしていく必要がある。
	③経験の少ないケアマネへの支援として情報交換、相互学習の場であるケアマネカフェを有効活用しケアマネ間のネットワークをより強化していく。		④ケアマネが困難と感じていることを察知しアドバイスをしたり、ケアマネが相談しやすいように心がけ、迅速な対応に努めたことで、今まで相談		・居宅介護支援事業所内での新人育成・後輩への指導体制について現状を把握し、一緒に取り組む必要がある
	④困難ケース対応については、ケアマネの状況に合わせて、専門相談等や地域ケア個別会議を有効活用し、多角的な視点で				

	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業の所内学習会の継続。 ・ケース対応や関連情報を共有し、各自が標準的に対応できるようにする。 ・制度上の対応困難な事例が生じた際は基幹型センターGに相談し、適切な判断・対応が行えるようにする。 ・契約についてマニュアル化する。 			<ul style="list-style-type: none"> ・検討を行い認識が共通化された。 ・基幹型センターGや総合事業Gに相談をする体制ができており、適切な対応が出来た。 ・給付管理のマニュアルの見直しを行い給付管理マニュアルは完成したが、契約についてはマニュアル化ができなかった。 		<ul style="list-style-type: none"> ・確実に推進できている。 ・また、個々人のスキルアップもなされ、他の担当ケースの進捗状況もある程度は把握され、担当者不在でもサポートできている。
	③困難度が高いケースの増加への対応として、3職種との連携を強化する。月2回所内事例検討を行い課題解決に向けたチームアプローチを行う。関係機関とも積極的に連携し、都・区の専門的な相談事業も引き続き活用する。			③④⑤については左記のとおり行い、外部研修38回で延65名参加、所内研修16回、所内ケース検討 延164件行った。都区の専門相談は、重点目標2の1)で記載したように事例に見合った専門相談を活用し、課題解決に向けて取り組んだ。		
	④見守り支援事業担当のスキルアップのため、3職種とアウトリーチ合同の事例検討を月1回実施。支援方針の明確化、役割分担等を行い連携を強化する。					
	⑤所内外の研修の機会を確保し、職員のスキルアップに努める。今回の制度改正の重要な情報等は所内で共有し、各種変更等についても迅速に対応する。					
4) 災害に備えて、圏域内の災害要援護高齢者リストの作成(要支援担当者・サービス未利用の要援護独居高齢者中心)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害に備えて、月更新の左記リストを作成する。法人主催のBCP訓練時にも活用し内容を精査するが、リストは通常業務から抽出できるものとする。 		4) について	b	4) について	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は区の災害対策PTの進捗状況に合わせて検討。 ・法人BCPに位置付けられた包括の初動と区災害時対応における整理と連携。
			<ul style="list-style-type: none"> ・月更新の給付管理リスト「要支援担当者」やアウトリーチの「気になる人リスト」包括3職種の把握の「サービス未利用の要援護独居高齢者」などから優先順位をつけて圏域内の災害要援護高齢者リストを作成するところまで検討したが、区の災害体制PTが立ち上がったため、現在保留中。 ・法人BCPに基づき、災害時や緊急時の連絡網は整備されており、災害伝言板171のデモンストレーション等も実施した。 			
5) 健康的な働き方に向けた業務のスリム化	<ul style="list-style-type: none"> ①業務内容をスリム化し、残業を減らす。 ②残業の主な原因である、記録や地区懇談会・各種運営委員会準備、対応 		5) について	b	5) について	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な重要な課題として次年度以降も業務の効率化
			<ul style="list-style-type: none"> ・28年度や29年度と比較し、残業は減少しているが、求められる業務量が確実に 			

	ケースの増加など、効率化適正化に向けて、職員会議で更なる検討を行う。		増加しており、効率化適正化に向けて、更なる検討を行う必要がある。		スリム化を職員会議等で検討していく。
	③年3回の職員個人面談は継続し、仕事への取り組みや職場環境、健康管理など		• 年度途中より非常勤プランナー1名欠員		• プランナーの確保と事務
	状況を確認。意見を生かし、生き生きと働くことのできる職場を目指して職員		に加え、ケアプラン再委託が難しい状況になったため、H31年1～3月は業務量が急増した。地区懇談会等に係る事務・調整や		職員の配置を法人に要望し
	全員で改善していく。		記録作成が時間外業務となっている。		次年度は配置されることになった。

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供			

地域包括支援センターの重点目標 名称（東部高齢者総合相談）センター

- 1、地域住民（特に単身・高齢者世帯）が安心して暮らせる為に、医療機関、介護サービス事業所等、または民生委員・町会を中心とした地域の社会資源と連携する。
- 2、相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメントの資質向上を図る。
- 3、認知症の人が適切な医療・介護が受けられるよう初期の相談・支援に取り組む。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	
				(a~d)	
1、地域住民（特に単身・高齢者世帯）が安心して暮らせる為に、医療機関、介護サービス事業所等、または民生委員・町会を中心とした地域の社会資源と連携する。					
(1)	駒込地区懇談会の開催。	・新年度で職員体制が変わった為、顔	2・3		
	(年1回開催)	の見えるネットワークを再構築する。			
		・H30年度に作り上げた「防災チラシ」			
		「私の情報」を、自助の意識を高めても			
		らうツールとして配信するため、出前			
		講座等を継続的に開催。また見守り			
		ツールとできるように配信方法等の見			
		直しをする。			
		・今後も多世代との繋がりを絶やさず			
		災害に備えての意識を高めるため、			
		地域の防災活動に参加する。			

別記様式第1号 重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	内容・達成基準	(1~4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
2、相談支援体制を充実させ、地域のケアマネジメンの資質向上を図る。					
(1) 地区懇談会を年1回、 ケアマネ向け研修を年4回、 地域のケアマネと協働で企画 運営していく。	<ul style="list-style-type: none"> ・専門相談等をケアマネが有効活用できるように周知をしていく。 ・居宅介護支援事業所内での新人育成、後輩への指導体制について現状を把握し、一緒に課題に取り組み、個々のケアマネのスキルアップにつなげる。 ・ととかの企画運営を通し、ケアマネと多職種連携を強化していく。 ・主任ケアマネ研修受講希望者がその要件を満たす為の取り組みの機会を、提供していく。 	4			
(2) センター職員の育成と 相談体制の強化。	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕のミーティングの開催し、ケースの情報共有し、各自が標準的に対応できるようにする。 ・毎月、包括内で三職種ミーティングを開催する。多職種視点でケース検討をする。 ・外部研修に参加し、最新情報を把握し専門性を高める。 ・困難ケースや虐待ケースは地域ケアGとの連携・情報共有を図る。また専門 	4			

別記様式第1号 重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題	
項目	なにを(箇条書きで記入)	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	(1~4)		どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか
		機関への専門的相談を受ける。				
		・毎月、3職種と見守り支援担当との				
		ミーティングを開催し、役割分担や支援				
		方針を確認する。				
(3)総合事業の円滑な運営体制の継続。		・1日2回のショートカンファレンス	1・4			
		で情報共有を行う。				
		・総合事業の所内学習会の継続。				
		・契約についてマニュアル化をする。				
(4)介護予防、日常生活支援総合事業への取り組み。		・自立支援型地域ケア会議を開催し、	1・3			
		地域の介護予防の課題の抽出。隣接				
		包括との連携を図る。(年2回)				
		・本人・家族が介護予防や自立支援				
		へ向けた意識に転換していけるよう				
		ケアマネ自身の意識転換とスキルアップ				
		が課題となるため、まず所内での共有化				
		を重視する。				
		・生活支援関連の地域情報や資源等を				
		有効に活用できるケアプランを標準				
		的に作成できるように、情報の集約に				
		努め、委託ケアマネにも情報提供する。				

別記様式第1号 重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題	
項目	なにを(箇条書きで記入)	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	(1~4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)
3、認知症の人が適切な医療・介護が受けられるよう初期の相談・支援に取り組む。						
(1) 認知症当事者への支援。	<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームの円滑な運営に協力し、認知症の初期相談や支援に向けて協働する。年4件の対象者の選定を行う。 認知症の疑いのある方へ初期相談を受け、適切な医療・介護サービスへ繋げる。 消費者被害等で権利擁護が必要な方へ成年後見制度の利用へ繋げる。 若年性認知症への理解を深める為の研修参加。適切な相談機関へ繋がられる関係機関の把握。 	2・3・5				
(2) 認知症の介護者への支援。	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の人と介護者の支援として、「認知症カフェ」(4か所)や「たんぼぼの会」への参加。地域の社会資源として活用されるよう、周知を行う。 	2・5				
(3) 地域の認知症事業所へとの連携。	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内にあるグループホーム・小規模多機能・地域密着型通所介護の運営推進会議に参加。(年22回) 	2・3				

(平成30年度) 地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない
- 1 ~ できていない

自己評価の合計

108 / 120点

センター名: 中央高齢者総合相談センター

1. 地域包括支援センター運営体制				合計 14 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	常に複数事業所の提案を行い、利用者が選択できるような説明を行っている。	4	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	センター長が一元管理をし、職員に応じた業務分担を行っている。		
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	毎日の朝礼や定期職員会議・所内勉強会を通じて情報共有を行い、職員間の共通認識ができるように取り組んでいる。		
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	個別のOJTや全職員を対象とした所内勉強会を開催している。また、外部研修の参加を計画的に行い、所内の伝達研修の実施により全体の資質向上を図っている。	4	
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	職員全体が各種研修に参加できるように調整をしている。		
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	提出物は期限内に提出を心がけている。提出物の作成にあたっては、内容が適切で分かりやすいものになるよう心がけている。	3	
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	職員の資格証の管理や移動の際の届け出は適切に行っている。		
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	各種書類の管理方法を明確にし、職員に周知することで適切に管理されている。		
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情を受けた際は、速やかにセンター長に報告後対応し、記録に残している。また、必要に応じて区への報告を行っている。	3	
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	看護師の育児休暇中の欠員期間があったが、速やかな配置を行った。勤務体制については、適切に三職種の出勤体制を整えている。		
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	電話を転送し、センター長が対応する体制をとっている。		
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いに対しての勉強会を実施し、外部の持ち出しや保管について適切に行っている。		

2. 総合相談業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	区民ひろば等の関係機関にパンフレットを配置、出張相談会の開催、地域のサロン等に訪問する等により周知を行っている。	4	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	相談に対しては速やかに対応し、可能な範囲でフィードバックを行っている。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	公的サービスのみではなく、自費や地域の取り組みなどの情報提供も行き、仕事と介護の両立が検討できるように意識している。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	見守り支援事業担当と連携し、個別訪問を行っている。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	判断に迷うケースは速やかにセンター長に報告するように体制を整えている。必要に応じて即時、または朝礼で全体への周知を行っている。	4	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	個人情報の管理や開示請求等も視野に入れた記録作成を心がけている。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門の見地から判断した内容によって支援方針を定めている	事実と相談員の判断を明確にし、情報の整理を心がけている。		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	匿名相談に対しても対応できるようにすることで、地域の情報収集を心がけている。関係機関に対しては適切なフィードバックにより情報提供を得やすい関係作りを行っている。	4	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	全体の分析には至らないが、職員会議等で相談から把握した課題等の共有を行っている。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	地域の関係機関の情報を整理することで、ネットワークを活用した問題解決を心がけている。	4	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	把握した地域の社会資源についてはファイル等で分類整理をしている。		

3. 権利擁護業務				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	疑いの段階で相談が入るように、日ごろから連携を図っている。	4	
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	連絡が入ったら速やかに所内で情報共有をし、区及び関係機関との連携をして状況確認及び対応を行っている。		
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	関係機関や医療職と連携をしてアセスメントを行い、成年後見制度等の利用の必要性の検討を行っている。	4	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の利用が必要と判断した際に、区や関係機関と連携し、親族等に情報提供や必要な支援を行っている。		
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	成年後見制度の利用が必要な高齢者で申立て者がいない場合には速やかに区に相談をして、区長申立てにつなげている。		
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者センターや警察等と連携して支援を行う体制を作っている。	3	

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	としケア、地域のケアマネ、高齢者福祉課等と相談をして研修計画を作成している。	4	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	地域のケアマネと一緒に研修の企画や運営を行っている。実績報告を毎月の事業報告にて行っている。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	毎月の事業報告にて行っている。	4	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	ケアマネ勉強会を通じて関係機関と連携できる支援を行っている。また、個別支援において関係機関との連携支援を行っている。	4	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	ケアマネ勉強会を司法書士会と共同開催する等、ケアマネと相談しながら計画的に取り組んでいる。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	個別ケースの相談を通じて、課題分析やケアマネ自身の課題整理等を一緒に行い、必要に応じて同行訪問等を行い支援を行っている。	4	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	問題の答えを伝えず、ケアマネ自身が課題に気づくように促し、問題解決の方法を支援することで、自らが解決するように働きかけている。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	個別相談から把握された課題を、ケアマネ勉強会の場で他のケアマネと共有することで全体で取り組めるようにしている。		

5. 総合事業				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	介護予防マネジメントの実施が有効と思われる事例の共有を行い、基本チェックリストの実施を心がけている。	4	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	総合事業の活用や介護予防ケアマネジメントの実施で問題解決が図れそうなケースの理解を職員間で深めることで、相談者等に適切な提案ができるように心掛けている。	3	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	地域の事業所に制度の適切な利用と理解を促すよう個別相談に応じている。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	地域のサロン・サークル等の運営に係る方に介護予防をテーマにした地域ケア会議の参加を案内する等、働きかけている。	3	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 8 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	個別相談の際に、地域住民への理解を促している。また、認知症サポーター養成講座の開催等を行っている。	4	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	初期集中支援チームやもの忘れ相談事業を活用し、適切な医療や支援につなぐ支援を行っている。	4	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	個別ケースを通じた関係機関とのネットワーク構築とともに、他職種連携の会で関係機関との共通理解や関係作りを行っている。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	法改正の内容を職員に周知するとともに、重要事項の変更等を適切に行い、利用者への対応ができていることをセンター長が一元管理している。	4	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者と役割分担が明確化されている。	担当職員が適切なマネジメントを実施していることをセンター長が一元管理するとともに、給付管理等の担当職員を設けて適切に運営している。	4	
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	ケアプランをセンター長が担当職員とともにチェックすることで、自立支援のために保険外サービスの利用の検討も適切に行っている。	4	
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	職員の共通認識を図るための勉強会を開催することで、適切に行っている。		
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	委託に必要な知識や能力があるかを介護支援専門員の従事状況を確認し、必要に応じて伝達研修を実施している。	4	
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	一部の事業所に偏ることなく、公平・中立性を心がけて利用者にあった再委託先の提案を行っている。		
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	ケアプランの内容や進捗管理について適切に行われているかを確認し、ケアマネと包括で相談をして計画作成が行われるように取り組んでいる。		

8. 地域ケア会議				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	地域ケア会議の開催について事業計画に盛り込み、実施した内容については記録に残している。	4	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	センター主催の元気はつらつ報告会は実施できなかった。	2	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	地域ケア会議の開催目的は参加者に対して事前に説明をおこなっている。	4	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	参加者への守秘義務については開催前に説明をしている。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	話し合った内容(方針や役割分担について)を会議終了時に確認をしている。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	話し合った内容は記録に残しているが、参加者へのフィードバックは行っていないケースもある。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 9 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	相談にて把握した内容は相談記録台帳に整理をして記録し、アセスメントの結果個別訪問等の支援が必要だと判断された場合は、適切な手段で対応している。	3	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	利用者のニーズ等に応じて適切な見守り機関の情報提供や利用の提案を行うとともに、地域に不足する支援の把握を行っているが、職員体制が整わず開発等の支援までは行っていない。	3	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	相談に応じた適切な対応を行っている。専門的な支援等が必要と判断した場合には、関係機関に円滑につなぐ支援を行っている。	3	

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供		

地域包括支援センターの重点目標 名称（中央高齢者総合相談センター）

誰もが安心して暮らせる地域づくりのため、地域住民や関係機関と連携をして、地域の課題を整理し、地域でできることの実現のための取り組みを支援する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度	(1~4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
認知症を早期に発見し、悪化を予防	認知症が疑われる相談に対し、初期集中支援チームやもの忘れ相談事業等を活用し、早めに医療につなげ、悪化を予防する。（年3件ずつ実施） 同時に、地域ケア会議の活用により、その人らしく暮らせるような地域の支え合いの体制づくりを働きかける。	2 ・ 3 ・ 5	認知症初期集中支援チームを4件、もの忘れ相談事業を4件、こころの相談事業を1件活用した。本人状況のアセスメントを医療面からも行うことで課題の整理ができ、認知症の見立てをしてもらうことで適切な専門医につなぐ支援ができた。 また、必要に応じて地域ケア会議個別会議を活用（計14回開催）し、多職種（医療・介護・権利擁護など）での支援方針の検討や役割分担を行うことで、チームでの支援が実践できた。	a	認知症初期集中支援チームやもの忘れ相談事業など、適切な支援アプローチを行うために有効な事業であるが、活用するための提出書類や準備に時間を要するため、対象ケースが増えた場合に対応が遅れることが懸念される。

<p>地域ケア会議の実施による情報の蓄積・分析</p>	<p>圏域内を3つの地域（東池袋・上池袋・北大塚）に分け、地域の特徴や課題に合わせた地域ケア会議を、各地域で1回ずつ開催する。（合計年3回開催） 総合相談や地域ケア会議で把握された特性や社会資源の情報を集積し、同時に地域課題の分析と課題解決のための取り組みの支援を行う。</p>	<p>2 ・ 3 ・ 5</p>	<p>介護予防をテーマに、3地域で各1回、地域ケア会議を開催した。区の保健師による「豊島区における介護予防について」を講演後、小グループで意見交換を行った。 地域のサークル活動団体やサロン、高齢者クラブ、介護予防に関連のある介護事業所（訪問看護、訪問リハ）、地域のケアマネ、歯科衛生士、帝京平成大学の理学療法学科講師、スポーツクラブ等の専門職に参加していただき、「健康で元気な生活を続けるために、出来ること・必要なこと」を話し合った。 現在の活動状況やこれから地域でできそうなこと、必要だと思うことなどを話し合うことで、介護予防の大切さに気づき、課題の共有や今後の活動のヒントが得られた等の意見が聞かれた。</p>	<p>a</p>	<p>3つの地域に分けて地域ケア会議を開催したが、活動の特徴や課題に地域差はあまり見られなかった。 次年度も継続性をもった地域ケア会議を開催し、同様のテーマで話し合うことで、地域の特徴や課題を把握し、課題解決のための取り組みを具体化する。</p>
<p>介護予防ケアマネジメントの充実</p>	<p>早期の介入で改善が見込める高齢者に対して、基本チェックリストの実施や介護予防ケアマネジメントの提案を適切に行う。職員の共通認識のために、職員会議での情報共有や、研修会の参加・所内への伝達、勉強会の開催等を行う。（勉強会を年2回開催） 地域住民や関係機関に対し、介護予防・日常生活支援総合事業の周知を、出張相談や地区懇談会（地域ケア会議）を活用して行う。</p>	<p>1 ・ 3 ・ 4</p>	<p>所内勉強会を2回実施。また、区が主催する介護予防関係の研修の参加や職員会議での情報共有、ケースを通じた検討を適宜複数職員で行った。介護予防を意識したアセスメントや取り組みの提案や制度の共通認識ができるようになり、年度の後半は基本チェックリストの実施による早期介入の件数も増えた（計16件）。</p>	<p>b</p>	<p>新しい職員も入り、介護予防や制度の理解、アセスメント力の向上の取り組みが必要。 介護予防・日常生活支援総合事業の周知について、地域の高齢者クラブやサロン参加者等への働きかけを予定。</p>
<p>初回相談でのアセスメント強化</p>	<p>初回の相談で、利用者本人と環境における強みや課題の分析を行い、自立に向かう取り組みの提案ができるように、所内でのOJTや勉強会を計画的に実施する。（勉強会を毎月2回同じ内容で開催）</p>	<p>1 ・ 2 ・ 5</p>	<p>所内勉強会を7回実施。アセスメントや個人情報取り扱い、関係機関との連携など知識や理解の向上を図った。 また、経験の浅い職員には、ケースを通じて制度や理論を学ぶ時間を適宜持つことで、アセスメント力の向上を図った。</p>	<p>b</p>	<p>新しい職員も入り、介護予防や制度の理解、アセスメント力の向上の取り組みが必要。</p>

<p>自立に資するケアマネジメントの実践を支援</p>	<p>地域の主任ケアマネを中心に、自立支援やケアマネジメントの質の向上のための研修会を企画・開催する。同時に、ケアマネ同士が課題解決のための相談・支援する体制を地域につくるための働きかけをケアマネ地区懇談会を活用して行う。(ケアマネ向けの勉強会を年6回開催)</p>	<p>3 ・ 4</p>	<p>ケアマネ向けの研修会を6回開催。全体の企画を地域のケアマネと一緒に企画することで、ケアマネの抱える課題を把握できた。 6回の研修の中で、地域ケア会議とケアマネの関わりや地域ケア会議個別会議を通じてできること、本人の意思決定支援に基づく後見人等との連携の仕方などについて、体系的な研修を開催し、課題解決のための取り組みができるような支援が行えた。</p>	<p>b</p> <p>年度末に地域のケアマネと一緒に年間計画を作成。事業所で取り組めること、包括や区で取り組む必要がある事を整理し、計画的に実施することが求められている。</p>
<p>権利の侵害が疑われるケースを早期に発見し、解決を図る</p>	<p>地域住民や関係機関、ケアマネ等に対して、権利侵害に関する啓発と、相談窓口の周知により、早期の発見と相談につながるよう働きかける。相談があった際は、所内で情報を共有し、関係機関と連携を取りチームで問題解決にあたることで早期の解決を図る。地域ケア会議や出張相談、地域の集まり等で、パンフレット等を活用して周知活動を行う。</p>	<p>2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</p>	<p>「出前カフェあったか」で特殊詐欺についての出前講座を1回実施。介護予防サロン（東池サロン）や地域のサロン（ほがらか）でも特殊詐欺についての講座を1回ずつ実施した。 また、地域住民やケアマネからの相談の際に、パンフレットを用いた啓発や注意喚起を行った。 権利侵害の疑われる相談について、朝礼や職員会議等で職員間の情報共有を図ることで、各職員が共通した対応ができるようになり、早期発見・対応につながった。支援にあたっては、関係機関と情報共有・支援方針の一致や役割分担を行うことでチームで取り組むことができた。</p>	<p>b</p> <p>消費者被害や老々介護による不適切介護などが増えているため、介入により大事に至らずに済むケースを見逃さないように、日頃から地域や関係機関との関係づくりや周知が必要。</p>

<p>介護予防の啓発</p>	<p>元気うちからセルフマネジメントに取り組む重要性や高齢者の活躍の場についての周知を、地域のサロンや自主活動の場、熱中症予防訪問や地区懇談会（地域ケア会議）等において、住民や関係機関に対して行う。また、出張相談（出前カフェあったか）においてミニ講座を1回開催し、基本チェックリストの実施や介護予防手帳の活用を提案する。</p>	<p>1 ・ 2 ・ 3</p>	<p>地域住民に対して、地域ケア会議を3回、「出前カフェあったか」で出前講座を1回実施した（テーマ：始めよう！介護予防！～簡単な体操と介護予防の話）。元気うちからセルフマネジメントに取り組む重要性が伝わり、自分事としてできることを考える場になった。また、介護予防サロン（東池サロン）や地域のサロン（ほがらか）の場においても、介護予防の必要性等の働きかけを行った。</p>	<p>b</p> <p>地域の高齢者クラブやサロン等への働きかけを予定。定期的な周知活動を行うことで理解を深めることが必要。</p>
----------------	--	----------------------------------	---	--

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供			

地域包括支援センターの重点目標 名称（中央高齢者総合相談センター）

その人らしい生活の実現のために、地域住民と関係機関が連携し、地域でできる取り組みを実践できるよう支援する。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)
介護予防事業・日常生活支援総合事業の積極的活用を推進する。	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストの実施を通じて、介護予防に取り組むきっかけを提供する。（年間50件実施） 自立度が比較的高い方の要介護認定を受け付ける際には、「介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票」を活用して、適切な制度の利用を促す。 フレイル対策センターや高田介護予防センターを会場とした、31年度開始の「短期集中通所型サービスC」を積極的に活用し、孤食・ひきこもりによる鬱や認知症、ADLの低下を防ぎ、健康寿命を延ばす。 地域で活動しているサロンやサークルに通所型サービスBの登録を促すことで多様な担い手を発掘する。 	1 2 5			

<p>介護予防の継続的な啓発と地域の意識向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトリーチ事業や高齢者クラブを通じて、元気なうちからセルフマネジメントに取り組む重要性を伝え、圏域内にできたフレイル対策センターの事業を紹介し、利用を促す。 ・出張相談（出前カフェあったか）において、介護予防に関する講座を1回開催し、基本チェックリストの実施や介護予防手帳の活用を提案する。 ・熱中症対策訪問などを通じて、新たな孤立高齢者を把握し、地域住民やCSW等と連携しながら見守り体制を構築する。 ・高齢者クラブや介護予防サポーターと協働し、町会や自治会等へ介護予防の出前講座（年3回）を行い、意識の高い個人の活動から、地域の関心事（地域にとっての我が事）へと展開させていく。 ・介護予防サロンが安定した運営を行なえるよう、スタッフの支援や参加者の相談に対応する。（年12回） 	<p>1 ・ 2</p>			
--------------------------------	---	----------------------	--	--	--

別記様式第1号 重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目 なにを(箇条書きで記入)	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度	(1~4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
地域ケア会議の実施における情報の蓄積・分析。	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年に引き続き「介護予防」をテーマに圏域を3つの小地域に分け、地域の特徴や課題を把握するための地域ケア会議を開催する。 (年3回開催) ・男性も参加しやすい場の在り方や取り組み、既存の活動と専門職との交流、新たに介護予防に取り組もうとする方が参加しやすい仕組みづくりなど、昨年度抽出された課題を中心に検討を深めていく。 ・地域ケア会議で共有した地域の特性や社会資源を活かし、課題解決のための具体的な取り組みを検討する。 	1 ・ 2 ・ 3 ・ 5			
認知症の早期発見と、より適切な介入のため、多職種連携による実践強化。	<ul style="list-style-type: none"> ・随時型、定例型の物忘れ相談を活用した認知症の方の介入事例を、職員会議や所内検討会議で共有することで、早期発見・早期対応による重度化防止を図る。 (もの忘れ相談 年2件ずつ実施) ・年6回予定している認知症初期集中支援チームのチーム員会議において、積極的に事例を提出し、課題解決を図る。 (年間6件提出) ・中央圏域多職種連携の会では、年2回の研修会を開催し、圏域内の医療・介護・福祉等の従事者によるネットワークの構築と連携強化を図る。 (研修：年2回、コアメンバー会議 年6回程度) 	1 ・ 2 ・ 3 ・ 5			

	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症に関するミニ講座の開催や、気軽に相談できる場を定期的に設けて、早期発見だけでなく、認知症の正しい知識に触れる機会を地域に提供する。 (出前カフェあったか 年12回) ・認知症介護者の会(すみれ)に参加し、専門職としての意見を求められた際に適切な助言を行う。また、医療機関をはじめ、適切な機関へのつなぎを行う。 (年12回) 				
<p>自立に資するケアマネジメントの実践を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括主催の自立支援ケア会議(元気はつらつ報告会)を開催(年間2事例)し、地域のケアマネと地域に不足する社会資源や行政・医療・民間の関係機関との連携における課題の共有と解決に向けた意見交換を行う。 ・地域の主任ケアマネを中心に、研修会や勉強会を企画・開催し、区民への適切なケアマネジメントが実践されるよう資質向上を図る。(年5回) ・8包括合同で、豊島区主任介護支援専門員連絡会と協働し、区内のケアマネジャーを対象にした研修会を開催する。(年1回) ・職員の質的向上を図るため、職員個々の経験や職種に合った外部研修へ積極的に参加する。 	<p>3 ・ 4</p>			

<p>高齢者の権利を守り、高齢者自身とその家族が安心して生活が送れるよう支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所内で、支援困難者、ケアマネ支援、虐待対応事例、申立支援、徘徊高齢者等の情報共有を徹底し、迅速且つ適切な対応が可能な体制を作るため、三職種会議を定期開催する。 (定例：月1回、緊急時：随時) ・ 三職種以外の職員が相談を受けても適切に対応ができるように、継続支援中ケースの一覧表を作成して随時更新を行う。 ・ 早期発見のための信頼できる相談窓口として、地域ケア会議（地区懇談会）や出張相談（年12回の出前カフェあったか、年12回の認知症介護者の会）を活用し、関係機関や地域住民と顔の見える交流を行う。 ・ 対応困難事例については、「認知症・虐待専門ケア会議」「要介護者援助スタッフ専門相談」の活用や本人・家族のほか、包括職員や地域のケアマネ等の支援者も利用できるサポートとしまの「専門相談」を紹介・活用して解決を図る。 	<p>2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</p>			
---	--	--	--	--	--

(平成30年度)

地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
 3 ~ ある程度できている
 2 ~ あまりできていない
 1 ~ できていない

自己評価の合計
 105 / 120点

センター名:

ふくろうの杜地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制				合計 15 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	常に中立、公正に努め、業者の選定にあたっては数社提示し、利用者の選択のために、それぞれの説明を行っている。	4	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	週1回のミーティングを活用し、職務分担を理解し業務を行っている。		
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	事業計画作成や、地域ケア会議立案・開催時、日々の業務での必要時、目的と基本的視点を確認し、職員間で共通認識を持って業務を行うようにしている。		
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	苑内の人事考課では、個人の目標を設定・評価の取組を行っている。また、内部、外部研修に参加する等資質向上に努めている。	4	
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	例年通り、区や都、国等の主催する研修には参加するようにしている。		
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	ほとんどの提出物に関して期日内提出が行えた。	3	
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	確認、届出は確実、速やかに行っている。		
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	専用ロッカー・ファイルなどを活用し保管・管理できている。		
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	区の担当部署に報告、相談し、是正に努めている。	4	
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	整えている。		
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	連絡体制、連絡網とも整備している。		
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	研修、確実な施錠、データの持ち出し禁止、パソコン上のウイルス対策ソフトの徹底等を行っている。		

2. 総合相談業務 合計 15 / 16点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	職員それぞれの日々の広報活動に加え、町会へは涼み処開設時や地区懇談会の出席依頼時などに広報を行った。圏域内3か所の区民ひろばまつりに参加し住民へ広報を行った。包括内のふらっと文庫のスペースを活用しての広報も行っている。	4
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	関係機関とは左記を行い、横の連携に努めている。	
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	総合相談時や家族会を通して、介護離職防止に努めている。	
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	見守り支援事業担当者は気になる世帯(独居に限らず)を定期的に訪問している。包括担当者も必要時訪問可能なことを、住民に周知するよう努めている。	
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	相談記録は、必ず包括3職種が回覧し、情報の共有に努め、担当者が不在時も対応可能な体制をとっている。	4
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	気になるケースは日々のショートミーティングにて共有し、リスクマネジメントに配慮した記録を残すよう心掛けている。	
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	上記同様、情報の共有に努める事で、1人でなく、皆で支援方針を定めるようころがけている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	民生児童委員、区民ひろば推進員、クリニック、高田介護予防センターその他から気になる高齢者の情報が入るようになっている。	4
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	地域に長い職員が多いため、1年でなく何年にも渡る総合相談の内容から、地域の課題を抽出し検討している。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	地域課題として、「自分の家のことは他人に迷惑かけられない」や「地域内のことは地域内で解決」と思っている住民が多く、逆に支援はどのように行えるのか？が課題。	3
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	地域の社会資源の把握には努めていて適宜、その内容を住民に情報提供している。	

3. 権利擁護業務 合計 9 / 12点

評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	介護支援専門員や民生委員等の関係者機関から相談・通報がなされる体制はできている。	3
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	通報・相談を受けた場合は速やかに事実確認を行い、関係機関と連携している	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	包括内でのミーティングや関係機関への相談を通して判断に努めている。	3
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の説明や関係機関の紹介を行って、申立につなげている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	適宜区へ報告・相談し、必要時区長申立につなげている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費生活センターからの紹介ケースに対応し、また、警察とも情報交換や相談などで連携を行っている。	3

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 13 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員の協議に出席し、計画立案に携わり、研修を実施した。	4	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	圏域内のケアマネジャーで研修企画運営委員会(10名)を組織し、研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行った。参加状況については高齢者福祉課に報告した。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	個別の地域課題について、月報実績にて、整理、分類したものを報告した。	3	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	研修会に関係機関を招へいし、連携強化のための事業説明等の機会を持った。個別の相談等にも対応を行った。	3	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	多職種連携会議の場やコアメンバーミーティング会議などを定期的に行い、連携を深めるシステム作りに取り組んでいる。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	地域の介護支援専門員と協働して困難事例に対応し、適宜、会議や相談支援しつつ、課題解決に取り組んでいる。	3	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	相談時のアドバイスや、必要時同行訪問など行い、問題解決能力を高められるように側面的に支援している。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	地域の介護支援専門員と事例検討にあたって、委員で事例選定について話し合い、全体として課題やニーズを共有している。		

5. 総合事業				合計 8 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	必要な利用者にチェックリストをすすめて行ったが、まだまだ数は少なかった。	2	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	相談者に総合事業制度の趣旨を周知し、適切な支援につなげた。	3	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	ケアマネジャーとの勉強会などを通して、総合事業制度の趣旨を周知情報提供や相談に応じている。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	地域で活動している組織との交流を通して、実施している。	3	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 7 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	地区懇談会などを通して、住民や関係者に向けて、理解や啓発活動を行った。地域の認知症カフェや家族会への参加も促して広報している。	4	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	安定した在宅生活のために、活動への参加を促したり、家族の相談を継続して受けて、支援を行っている。	3	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	日頃から医療機関や介護関係者とのネットワークを密にして、容態変化時はスムーズに連携できるように努めている。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 16 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	基準を確認し、改正時には内容を回覧し、研修伝達を行い、全員に周知し、不安な部分はその都度相談、確認して対応している。	4	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者や役割分担が明確化されている。	各管理簿等利用し、担当者の業務の把握や役割を明確化している。新任者には、その都度業務説明を行い、役割分担が明確化できるよう対応している。	4	
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	趣味・サークルや介護予防の教室、関係機関など、介護保険以外のサービスをケアプランに位置付けている。	4	
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	説明会や連絡会に出席し、情報は共有している。自立支援に基づいて一体的に共通の考え方で実施している。		
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	予防研修を受講しているかどうか確認し、必要に応じて予防研修を伝達している。	4	
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	基本は複数の事業所より選択して頂くが、委託可能な圏域の全事業所に委託している。		
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	サービス担当者会議に出席し、内容の妥当性を確認している。評価の内容を確認し、その後のケアプラン作成の方針を決めている。		

8. 地域ケア会議				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	地区懇談会、自立支援型個別会議の開催計画を事業計画に記載し、実施した。内容、や構成員、開催頻度、時期等を記載した。	3	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議を実施した。地域課題等報告書を作成し、高齢者福祉課に提出した。	4	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	参加者(地域住民、民生委員、関係機関等)へ会議の目的について開催通知書を配布、また、会議の中でも確認している。	3	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	会議の中では個人情報の取り扱いに注意し、個人情報が特定できるような内容がないように説明を行っている。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地域ケア会議の中で話あった内容についてまとめの確認は行っているが、終了後の役割分担までは話をすすめていない。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	地域ケア会議の内容について記録を作成し、次の開催時にフィードバックを行っている。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 12 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	見守り対象者名簿を整備しており、それによって要見守りの強度を判別し、日々の個別訪問によって、高齢者等の生活実態のアセスメントを行っている。そして、それらを再度対象者名簿にフィードバックしている。	4	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	区民ひろばや介護予防センターと随時情報交換を行い、ネットワークを構築している。情報により、心配な高齢者の早期発見、対応も行っている。対象者宅訪問時は様々な見守り機関への参加を推奨している。	4	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	在宅高齢者の各種相談対応時、複雑・困難な相談事案に関しては、随時、高齢者総合相談センター内で事例検討を行うなどして円滑な対応を行っている。また、その後必要時はその機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	4	

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		b 目標どおり c 目標をやや下回る
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d 目標を大きく下回る		

地域包括支援センターの重点目標 名称（ ふくろうの杜 ）センター

地域住民、サービス事業者、関係者の交流の機会を増やし、皆で地域の課題に取り組めるような地盤作りを行う。

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか (a~d)	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
1 (1) 介護予防生活支援サービス 事業を理解し、効果的な利用に つなげることができる。	①包括、地域のケアマネジャー・サービス 事業所で勉強会を開催する。 1~2回/年 ②ケアマネ地区懇や地域の多職種連携の会等 活用し情報伝達を行う。 ③包括の新規直営プランは、全て、包括 ミーティングで（見守り職員も含めて）検討し 自立支援の観点からプランが立案できているか チェック、アドバイスを行う そうすることで、事業の適切な利用につなげる と共に、包括のプランのレベルアップをはかる ④基本チェックリストが有効な方へ、基本 チェックリストを実施していく	1	①②6月に包括、地域のケアマネジャー、訪問型 サービス事業者で勉強会を開催し担当部署との 質疑応答の機会設け、好評だった。 ②常にルールの確認を行い、コンプライアンスに 努めた。委託ケースのサービス担当者会議には 出来る限り参加し、ケアマネジャーと情報共有 に努めた ③年度当初は行えたが、業務の繁忙さでミー ティングの時間の確保も難しく、確保できても 情報共有事項やその他の検討事項が多く、とても 事例に割く時間を確保できなかった。ただし、 行えた6ケースで分ったことは、ICFの記入を 通して自分の情報収集が十分かどうか良く 分るということだったため、適宜ICFを活用	b	総合事業は、包括職員でさえ ルールの正しい理解、運用に 苦労している。どうしたら、 ケアマネジャー、サービス事業 所にも正しく理解してもらえる かが課題。理解の不足がサー ビス受け入れを渋る原因の一 つとなっていると思われる。 ICFの活用や、元気はつつ 報告会への参加を通して プランのレベルアップを はかっていく。 基本チェックリストの意味、 活用方法をもう一度見直して

		していくこととした。		対象者に効果的に介護予防の活動を行ってもらうことが必要。
		④基本チェックリストの件数は、のびなかった。		
(2) 地域住民へ介護予防の普及啓発を行い、社会参加や場づくりを行う	①としまる体操の広報や実施場所の確保 ・おとこのサロン（毎月第3（木）開催）での実施（おとこのサロンでは、今年も福祉専門学校OBによるパズルの会を隔月で開催。豊島区健康に関する意識調査を参考に「食事と栄養のバランス」に該当する講義も開催予定） ・ふくろうの杜サロン（毎月第2（土）開催）での実施（昨年まで行っていた区→NPO委託サロンが場所の都合で一旦終了となってしまったが、その予防サポーター中心に、本年度は自主グループへの助走の1年として、場所を確保し開催。そのグループ活動へ伴走） ・高田介護予防センターで、区と共催でおとこのサロンを開催（8月頃）1回 （その後、参加者の意向に沿って、自主グループとしておとこのサロンin高田で継続、もしくは、毎日の高田介護予防センターのとしまる体操に吸収を援助）	①おとこのサロン、ふくろうサロンとも閉じこもり気味、初期の認知症が疑われる方を誘い出す、良いツールとして機能している。認知症の方などは、ご家族（ご夫婦）でサロンに参加後、デイサービスにつながったり高田介護予防センターへの通所につながったりなどしている。坂上と坂下で、住民の移動が分断気味のため坂下でもおとこのサロンを立ち上げた。	b	地域コミュニティへ、参加が容易な方だけではないため、閉じこもりの方を誘い出すツールとして今後もサロンを活用予定。サロンの内容としては、パズルサークルOBだけでなく、多世代交流を続けていきたい。周囲には、大学、専門学校も多いため要検討。
	②広報の方法 ・坂上の地区（南池袋、雑司が谷、目白）は7月～9月まで、ふらっと文庫に今年も涼み処を設置し、麦茶を提供予定のためその広報時に一緒に行く ・坂下の地区（高田）は区民ひろば祭りの	サロンは、閉じこもりがちの方の場づくりや、介護予防の場としての働きあるため、左記のように町会へのアプローチやアウトリーチの個別訪問で広報を行ったが、それらの効果や有効性はなかなか検証できないでいる。様々な活動や事業を行っている包括としては		次年度、サロンサポーターの男性が左記テーマに関わっていただけることになったので、同じ問題を抱える、高田介護予防センター、CSW、包括で、定期的に「広報」の内容

	実行委員会に町会長が揃うため、それらを 活用する ・熱中症事業のやり取り時活用し、民生委員へ 広報		広報の方法や誰にどのように情報を届けるか というテーマは課題。	や方法を検討していくことにな った。	
2. アウトリーチ活動により地域 の実態を把握し、データ化、 見える化することで、支え合いの 仕組みづくりにいかす	①熱中症対策事業から情報をすいあげる。 今年度も8地区が民生委員欠員地区のため、 包括が実施予定 (既に欠員が多くなってから、数年が経過して いる。対象地区への包括職員の把握は深まった ものの、地域内とのつながりの弱さが課題) ②地区3か所の区民ひろばとの毎月1回の 情報交換に加え、CSWともミーティングを 定期的に開催。それにより多職種、多機関の 連携を強化する ③昨年度の実態調査から抽出された対象者への 訪問活動の継続 まだ、元気に活動している人は地域への思い や課題を感じていること多いため、困り事など 含めて項目のデータ化、マップ等の活用で 見える化していく。 →今年度のふくろうの見守り担当職員は、 H23から同ポジションで8年目を迎える職員と 昨年度まで包括3職種として12年この地域 をみてきた職員(兼務)の体制となったため、 アウトリーチからの地域課題を吸い上げ、まと め、見える化が目標	2	①欠員地区は包括職員で実施。情報把握は深まり 何か相談があった際の繋がりが円滑になってい るが、地域内との繋がりの弱さは課題。 ②ひろばの推進員さんが減少し、「月1回定期 的」から「状況に合わせて随時」に変化している イベント参加時に情報交換する。また、気になる 方の情報があった時には連絡をもらえるなど、 必要な時には相互に連絡を取り合うことができて いる。 ③実態調査から抽出された対象者への訪問活動 は継続中。 また、困り事のデータ化をすすめている。	b	今後もイベント時に顔をだし ながら、継続的に情報交換 できるようにし、ひろば職員 だけでなく、ひろば利用者 とも関係づくりや情報交換 をできるようにしていく。

3. (1) 個別会議・自立支援地域 ケア会議の開催	①区主催の自立支援地域ケア会議へ参加し、自立支援のための援助方法確認。会議の持ち方の確認。	3	①区主催の自立支援地域ケア会議へ、毎回参加した。(年間4回)	b	次年度も会議への参加を通して自立支援に則ったプランの作成スキルをあげる。
	②包括主催自立支援地域ケア会議の開催 ・同日常生活圏域の包括(医師会包括)との共同開催により概念の共有や標準化をはかる 2回/年		②同日常生活圏域の包括(医師会包括)と合同で自立支援地域ケア会議を3月に開催した。地域のケアマネジャーは、初めての自立支援地域ケア会議への参加だったため、包括がデモンストレーションを行う形で開催した。		包括主催の自立支援地域ケア会議では、地域のケアマネジャーと共に、上記を検討
	・新規直営プランの検討を包括3職種、プランナー、見守り職員参加ミーティングにて行う ケアマネジャーからの相談ケース等適宜開催		1(1)③と同様		
	③ケアマネ地区懇にて、事例検討を行った ケースを対象に必要時個別会議開催。 毎月1回行っている包括内部の事例検討を 必要時個別会議として開催		1(1)③と同様 事例検討は今年は4回のみ開催。		
(2) 地区懇談会の開催 (ふくろうの杜では、H28～ テーマを「認知症」にセットして 開催中。H28は圏域全体を対象に 「認知症について知る」をテーマ に開催)	H29は圏域内のある一つの地域に焦点をあてて1回目は意見集約を行い、2回目はそれをもとに声掛け訓練を開催(参加者は地域住民、コンビニ、信用金庫、マンション関係、CSW ケアマネ、福祉コーディネーター等) H30は声掛け後どうしたら良いか?地域資源としてあるものを参加者と考え、マニュアルの ようなものにまとめる 2回/年 さらに、並行して、他地域でも意見集約の 段階からはじめる地区懇を開催検討 1回/年		平成30年度第1回は、「声かけ後、どうしたら よいか?」というテーマで、目白警察の生活 安全課係長にも参加いただき、地域の協力機関 や自分達でできることについて話し合った。 第2回は、目白ペットクラブの活動について 参加者で共有し、地域での見守りについて話合う 場を持った。 時間はかかったが、小地域での開催を重ねた ところ「認知症」への知識も増え、意識も高まり 普段の見守りに活かされていく様子があった。	b	目白地区での成果を他地域 でも応用していく。 目白地区ではこの2年の懇談 会の成果のまとめの会を行う (小さい地域で、少ない人数 だったが、それゆえ、町会 長でもなく、民生児童委員 でもない方だが、その地域 の中心人物となっている方 が分った)
4. (1) H32年度までに圏域内 の事業者の希望ケアマネジャーが	①ふくろうの杜圏域で主任ケアマネを中心 として主任ケアマネ取得、主任ケアマネ更新を	4	①②主任ケアマネジャー中心に「研修企画運営 委員会」を発足し、本年度は6回委員会を開催	a	年度末に一年の振り返りから ケアマネジャーの課題を検討

主任ケアマネ資格を取得できる	支援する会を設置		した。地域のケアマネジャーの課題抽出を行い、	する機会がしっかり作れな
	②それに、今年度取得希望者4名を加え		実践に活かせる内容で、研修を行えるよう企画	ったため、次年度は年間計画
	ふくろうの杜圏域のケアマネ地区懇の企画		検討出来た。参加委員も年度末で13名となって	作成前に話し合いを持つ。
	運営を行う		いる。	
	③今年度のケアマネ地区懇開催は4回／年予定		②③前記の研修企画運営委員会での検討を	
	6月に総合事業勉強会		経て9月、12月、3月にケアマネジャー	
			研修会を開催した。	
			認知症の方のサービス利用に関すること（拒否	
			が強い方へのアプローチ、上手くサービスに	
			つながらなかった事例）、問題解決が難しい	
			クレームを受けて対応に困った事例等を検討	
			した。それと共に関連した事業や部署から	
			情報提供などを各回いただいた。	
			認知症家族介護者の会（認知症サポーター）	
			認知症カフェ（仄々、MeMo担当者）	
			認知症初期集中支援チーム（認知症対策G	
			認知症初期集中支援チーム員）	
			チームでの関わりテーマのお話し（基幹型G）	
			各種相談事業について（地域ケアG）	
			事例と関連づけての情報提供は、好評だった。	
	時期未定だが、事例検討 2回		6月に予定どおり総合事業勉強会を開催した。	
	勉強会 1回 予定		（28名参加）	
			新任から主任までメンバー内で活発に意見交換	
			が行え、各々の気付きにつながった。	
(2) ケアマネジメントの資質向上	①(1)の①を定期的で開催し、圏域内の		①「研修企画運営委員会」（年6回開催）や	a
のために圏域内の主任ケアマネと	ケアマネジャーへ必要時、勉強会や情報提供		研修会（年3回）、懇談会（年1回）の場で	

協働する	を行う		地域のケアマネジャーが意見交換、情報伝達の機会が増えて共通認識や連携が深まった。		
	②地区懇談会へは（１）の②のスタッフに主にファシリテーターを依頼する。		②地区懇談会にケアマネジャーの代表として参加いただき、地域課題を共有した。		
5.（１）効果的に制度を活用し 認知症の方と家族を支える	①認知症初期集中支援チームへの依頼 4ケース程度	5	①今年度は4ケース依頼。若年性認知症の方、家族への関わり方へアドバイスいただいた。	b	次年度も、各種の相談事業を通して、地域のケアマネジャー、利用者の援助にいかす。
	②もの忘れ相談の活用 4ケース程度		②もの忘れ相談は 定期3件 随時1件 依頼		
	③地域ケア推進Gとの協働、各種相談会の活用		③援助スタッフ会議へ1件、専門ケア会議へ1件参加した。		
	④家族会への参加 1回/月		④家族会へは毎回参加した。		
（２）多職種が連携できるネット ワークづくり	多職種連携会議の開催（医師会担当Drと相談調整）（今年度は、話し合いは包括だけでなくケアマネやサービス事業者有志も参加してもらう）		平成30年度はコアメンバーを募ったところ、3師会から7名、サービス事業者4名、ケアマネジャー（主マネ会のメンバー）10名、包括含め24名の参集をいただき、小部会も3グループ	a	次年度は「防災」をテーマに最終的には、各事業所、団体のBCPや町会とのすりあわせ行っていく予定のため、
	今年度は昨年よりすでにテーマを「認知症」にセットし講演Drに依頼済 1～2回/年		たちあげて、1/18のふくろうの杜圏域多職種連携の会には77名の参加があった。		年度、早めに始動予定。
（３）ケアパスの活用	①包括内部で活用のための勉強会開催		窓口での相談時に活用はしたが、地域の資源は	c	引き続き、資源の収集などに
	②ケアパス内の各種社会資源について、ふくろうの杜圏域の情報が具体的に載っているものを別途作成し、相談時活用する。		収集途上のため、圏域版のケアパス作成には至らなかった。		努め、認知症の方の相談に活用していく。

<p>(2) 地域住民へ、介護予防の普及啓発を行い、社会参加や場づくりを行う。</p>	<p>①基本チェックリストを行い、地域住民へ、介護予防の啓発を行い、非該当の方でもセルフマネジメントに結びつける等適切な資源、事業へつなぐ。 10件程度/年</p>			
	<p>②包括主催のサロンを通して、閉じこもりがちな住民を誘い出し、社会参加の場をつくり、地域の中でのなじみの関係を作る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ふくろうの杜サロン 1回/月 (毎月第2(土)開催、池袋敬心苑) サポーター5名による運営。としまる体操、その後レクリエーションを行う ・おとこのサロン 1回/月 (毎月第3(木)開催、区民ひろば目白) としまる体操後、隔月でパズル(福祉専門学校OB)等レクリエーションを行う ・おとこのサロンin高田 1回/月 (毎月第2(木)開催、高田介護予防センター) <p>地理的に住民の行動範囲が、坂上と坂下に分断気味のため、坂下の住民対象に昨年より開催。高田介護予防センターの定時のとしまる体操に引き続き開催中。今年度は、「防災」をテーマに様々な活動を行う。</p>			
	<p>③普及啓発のための広報の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年の介護予防リーダー養成講座卒業生と今年度、「届けたい対象者に、いかに効果的に広報するか」をテーマに内容、方法を検討する。 <p>その際、広報は各事業担当者の永遠のテーマであるため、包括だけでなく、高田介護予防センター、CSWも一緒に検討し横の連携をはかる。 1回/1~2か月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度も、7~9月にふらっと文庫に涼み処を設置するため、各町会長へ知らせるちらしにサロン情報も追加する。 			

	④高齢者クラブ等へはたらきかけ、出前講座を行い、自立支援や消費者被害防止の啓発を行う 1回/年			
2. 支え合いの仕組みづくり (1) 生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議を行う	①1(2)③のリーダー養成講座卒業生は地域福祉サポーターでもあるため、この会を通して、CSW、生活支援コーディネーターとふくろう圏域の協議を行っていく。CSWや生活支援コーディネーターは3(3)の地区懇談会には出席を依頼する。 4回/年	2		
(2) アウトリーチ活動により地域の実態を把握し、データ化、見える化することで、支え合いの仕組みづくりにいかす	①熱中症対策事業から情報を吸い上げる。今年度も8地区が民生委員欠員地区のため、包括が実施予定。 ②高齢者クラブに対して、熱中症の普及啓発活動を行い、地域の困りごとを聞く機会を設ける。また、活動状況を把握し、今後の連携強化の基盤づくりを行う。 ③地区の3か所の区民ひろばと定期的に情報交換を行う ④1(2)③参照 上記①～④に加え日頃の民生児童委員や関係機関とのやりとりから、地域の実態を把握しデータ化等して支え合いの仕組みづくりにいかす。			
3. 地域ケア会議機能の強化と充実 (1) 自立支援地域ケア会議への参加、開催	①区主催の自立支援地域ケア会議へ参加し、自立支援のための援助方法確認、会議の持ち方の確認を行う。 2回/年 ②包括主催自立支援地域ケア会議の開催 (1(1)②参照)	3		

<p>(2) 個別ケア会議の開催</p>	<p>①昨年度の多職種連携会のコアメンバー会で「個別ケア会議」を検討する小部会を設置。(メンバーは医師1名、歯科医師1名、ケアマネジャー5名、通所介護事業所1名、包括2名の10名) 今年度は個別会議と部会を定期的に行い、個別会議の開催に様々な職種が慣れて、ケースを積み重ね、地域課題を検討していくことになった。 1回/2か月</p> <p>②適宜、相談が入ったケースについても個別会議開催や地域ケアGの相談事業につなげ、課題の検討、解決に結びつける ①②あわせて 10回程度/年開催</p>												
<p>(3) 地区懇談会の開催 ・認知症の方にやさしい街づくりのために、小地域で懇談会を開催し検討を深める</p>	<p>①目白地域・・・H29,30年度の地区懇談会で深まった意識と、蓄積した情報をまとめて皆で共有する。 1回/年</p> <p>②未定地区・・・目白地区で行った方式を他地区でもひろげてみる 2回/年</p>												
<p>・ケアマネジャーと地域の関係者との懇談会を通して、連携を深める</p>	<p>③ここ数年、小地域での会が多かったため、ケアマネジャーより圏域全体の民生児童委員等との懇談会の希望があり、実施予定。(今年は多職種連携会方面からも町会等との懇談会の可能性あり) 1回/年</p>												
<p>4. ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援</p>	<p>①研修企画運営委員会を開催し、地域の課題に即したテーマにてケアマネジャーの研修を企画運営していく 4回/年</p>	4											
<p>(1) 地域の介護支援専門員が研修会や交流の機会を持ち、より良い介護支援が行えるよう、地域で助け合い研鑽する</p>	<p>②事例検討を中心に、ケアマネジメントについてグループ討議を行い、地域の介護支援専門員の実践力の向上を目指す 3回/年</p>												

(平成30年度) 地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない
- 1 ~ できていない

自己評価の合計
108 / 120
点

センター名: 豊島区医師会地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制 合計 15 / 16点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	常に中立・公正な立場にたち、区民の利益を優先する対応を行うよう心がけながら、利用者及び家族の特性を把握した上で、その特性に合う適切な事業所やサービスを提案した。	4
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	個々の相談内容によってセンター内の3職種及び、プランナー、見守りで分担し、専門職が効率よく当たれるような体制に配慮している。	
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	月に2回行うカンファレンスでは全職員が出席し、検討を要する事業に対して意見を取りまとめている。検討の内容によっては、臨時に話し合いをもち情報共有や共通認識に努めている。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	保有する資格に関する資質向上を目的とする研修の他、支援に必要な研修への参加等、新しい情報の取得にも視点をもち、研修参加に努めている。	3
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	区や都等が主催する高齢者支援に要する研修には、日程調整して参加した。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	期日内の提出を守るように心がけた。	4
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	資格の有効期限には常に注意をはらい確認している。 H30年度には職員異動はなかった。	
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	個別の記録や契約書は施錠できる保管庫で保管している。保管年数も定期的にチェックしている。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	対応に苦慮するような場合はすぐに区に話をして、記録に記載し速やかに報告している。	4
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	三職種は適切に配置され、土曜日でも三職種のうち1名は必ず出勤している。	
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	時間外は携帯電話への転送にて電話対応を行っている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報の取り扱いに関しては、漏洩のないように適切に管理をしている。	

2. 総合相談業務				合計 14 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	医師会主催の講演でセンターの広報活動を行ったり、チラシ配布、出張相談等を行ってセンターの周知に努めている。来年度マグネットの配布の検討をしている。	4	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	個人情報の取り扱いに留意しながら、相談のあった関係機関にフィードバックするように心がけている。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	介護と仕事の両立に悩む家族の相談も増えており、介護離職をしないで済むように家族の気持ちを確認しながら保険サービスだけでなく社会資源の利用も促している。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	積極的に個別訪問のアウトリーチを行い、地域の高齢者の生活実態やニーズを把握するよう努めている。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	相談記録は必ず作成し、速やかに回覧することでセンター内での情報共有を行っている。また必要に応じてセンター長への報告も早い段階で行っている。	4	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	相談内容を客観的に捉え記録すべき内容を吟味し記載している。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	相談、記録作成後は、その後の支援体制を踏まえ、職員間で情報共有し優先順位明らかにして方針決定をしている。		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	住民の集まりや関係機関の集まる所に積極的に参加し、顔の見える相談しやすい体制づくりに努めている。	3	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	近年、総合相談の内容が多岐に渡り複雑化している為、地域課題も多種多様であり、まずは優先順位をつけることから始めている。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	民生委員や住民によるゆるやかな見守りを行ってもらいながら、定期的な情報交換を行い、支援のネットワークを作っている。	3	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	フォーマル、インフォーマルを含めて、地域の社会資源の把握に努め、地域住民との話し合いで定期的に見直しや追加を行っている。		

3. 権利擁護業務				合計 12 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	関係機関に対して早めの情報提供を依頼して少しでも気になる事案があれば、すぐに連絡を入れてもらうことで早期発見に努め高齢者福祉課に相談を入れる。	4	
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	通報・相談を受けた場合は速やかに事実確認を行い、高齢者福祉課に報告をして情報共有を行い、対応を協議している。		
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	アセスメントや関係者への聞き取りにより高齢者の判断能力や生活状況を把握し、総合的な観点から成年後見制度の利用が適切かどうかを判断している。	4	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	必要性があると判明した時点で、サポートとしま、リーガルサポート等の関係機関の紹介を行っている。		
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	該当する高齢者に関しては、高齢者福祉課に連絡をいれ、迅速な制度利用に繋げてもらうように依頼している。		
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	定期的に入る消費者被害の事例には必ず目を通し、必要に応じて関係機関と連携を取るよう心がけている。	4	

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 13 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	定期的に介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施している。	3	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	管轄内の介護支援専門員に対しては、隔月で開催するケアマネ研修会の企画メンバーを選任し、事業参画への場を提供している。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	提出している報告により、内容整理、分類を行っている。	3	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	地域の介護支援専門員が速やかに高齢者支援ができるよう、関係する諸機関の情報提供や連携への一助を担っている。	3	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	連携するシステムの構築は、介護支援専門員に地域ケア会議や多職種連携の会への参加を促し、関係する機関との連携に努めている。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	地域の介護支援専門員が担当する事例に対し、困難とされている状況を客観的にとらえられるように状況整理をともに行いながら支援の再構築と一緒に検討している。	4	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	介護支援専門員が自ら問題解決ができるよう、多角的な視点を示唆・情報提供し間接的な支援に努めている。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	経験年数の差異、一人事業所の環境を考慮し、気兼ねなく相談できる環境を隔月開催するケアマネ研修会時に設けている。		

5. 総合事業				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	総合相談をきっかけに、対象者を見極めるために基本チェックリストの実施を行うよう努めている。	4	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	自立支援に向け、総合事業に関する趣旨を説明するとともに、自己決定のもと支援内容の決定に努めている。	3	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	高齢者が総合事業サービスを円滑に利用できるよう居宅介護支援事業所やサービス事業所には情報提供や相談に応じている。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	予防を目的としたサロンの場を提供し、西池サロンやとしまる体操サポーターの後方支援をしている。	4	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 6 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	医師会主催の講演会(2回)で幅広い聴講者に対して認知症の説明を行うことで啓発運動を行ったり、認知症に関する個別相談を通じて、家族や近隣住民に認知症高齢者の理解を深めてもらうように努めた。	3	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	認知症の初期段階から認知症高齢者に対する対応方法をアドバイスしたり、専門医や物忘れ相談、家族会を紹介して継続的に支援を行っている。	3	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	認知症の進行に応じて生じる様々な問題に対して、介護職と医療職の連携がとれる役割を包括心がけた。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 14 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	区から提供される資料や厚労省の介護保険最新情報をチェックすることで、常に基準を確認し職員間で周知するよう心がけている。	3	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者で役割分担が明確化されている。	センター長の統括のもと、事業の遂行は担当者決めから一連のケアマネジメントの手続きは速やかに役割分担し明確化されている。	3	
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	担当する高齢者に関して、インフォーマルなサービスの利用も含め、総合的な支援を把握するため、ケアプランへの位置づけやサービス担当者会議においての説明も付け加えている。	4	
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	支援の実施にあたっては、共通の考えをもち対応するよう心がけている。		
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	委託する場合を踏まえ、必要な研修を受講しているか、あるいは研修が予定されている場合には予め情報提供に努め、個々の事業所内の介護支援専門員の状況把握にも努めている。	4	
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	特定の事業所に偏らないように公平・中立に気を配り選定している。		
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	再委託した事業所が作成した介護予防サービス計画書は必ず内容を確認して利用者のニーズにあった適切な計画書になっていることを確かめ、評価の内容を確認して次回以降の支援と一緒に検討している。		

8. 地域ケア会議				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	地区懇談会の計画予定は2回とたてられるが、地域ケア個別会議に関しては、頻度の目安が確定しないため問題が生じた時点での開催となってしまふ。	3	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	2包括合同で元気はつらつ報告会形式の地域ケア会議個別会議を開催し、多職種参加によるコンサルテーションの場とし、支援に活かすとともに地域課題の抽出につなげ報告した。	4	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	参加者に対して、地域ケア会議の目的を事前通知に記載し、開催当日にも口頭で再度説明を行い確認している。	4	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人が特定されるような情報は地域ケア会議の場では出さないように等、守秘義務の取扱いに関して気を遣うように説明して周知している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地域ケア会議終了後に振り返りを必ず行い、内容や見直し等の確認を行い次回に繋げている。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	地域ケア会議のまとめを作成し、次回の地域ケア会議開催時に参加者に渡してフィードバックをしている。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 12 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	高齢者実態調査や熱中症事業、その他通報等相談から、支援が必要な高齢者は名簿を作成し、優先度をつけて相談対応している。生活実態を把握した際は台帳に記入をし、必要時には関係機関や適切な支援に繋げている。	4	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	見守りが必要な高齢者に対して、すでに活動しているサロンや見守り事業などの利用を促し、孤立防止につとめている。新たな見守り資源をつくる為に、関係機関と協力をし、地域の居場所確保などに向けた繋がり作りに努めている。	4	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	各所からの相談に対して速やかに対応するようにしている。見守り対応だけでは不十分で、継続的且つ包括的な支援が必要なケースは、内容に応じて適切な職種に引き継ぐことに努めている。	4	

第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における		達成度		
重点的 実施方針	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	
	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 豊島区医師会高齢者総合相談 ）センター

○地域住民や多職種との連携を深め、高齢者が認知症になっても住み慣れた場所で安心して生活を継続出来るように、地域の特性に合った見守りや支え合いの体制作りを更に進める。

○高齢者が要介護状態にならずに自立した生活を維持出来るように、介護予防の視点にたった支援を強化していく。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題	
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
1.	地域での介護予防活動の支援及び介護予防の普及啓発を行う。	①地域の高齢者の介護予防推進の為に介護予防サロン（西池サロン）を継続して開催する。	いつまでに・どのように・どの程度	①今年度は主に外出や運動の機会が少ない虚弱な高齢者を対象に月2回行った。毎回趣向を凝らし、サポーター主体のもと内容の検討を行った。特にミニ講座は、ボランティアによる（ツボの話、ウクレレ演奏、落語で笑う、二胡演奏会、折り紙教室、歌、福祉用具説明会、ケーナ演奏、音楽療法）内容を施行した。22回/年。各回、男性2～5名、女性10～20名の参加があり、最高26名の回もあった。サポーターの積極性を引き出し、学生のボランティア参加が延べ26名あった。申込時に目標をたて、達成度を自己評価し卒業のタイミングを図った。3名卒業でき、その後の居場所の提供を行い後追いの連絡をし近況確認をしている。	a	身体的な状況を見ながら年単位での人数調整をしていく。
		本年度は主に外出や運動の機会が少ない虚弱な高齢者を対象とする。				
		西池サロンを通じて、閉じこもりがちな高齢者が外出するきっかけ作りや、地域住民同士で交流が持てる機会を提供することにより、楽しみながら介護予防啓発が出来るように毎回趣向を凝らした内容を提供する予定である。				
		また、サポーターが主体的に運営しやすいよう後方支援も引き続き行う。				
		2回/月、22回/年開催予定。				
		（8月、12月は1回/月）				

	②有志が集まり、元気な高齢者向けに開催される‘としまる体操’の会場を提供し、運営を見守りながら後方支援を行うことで、地域での介護予防活動の支援及び普及活動を行っていく。 1回/月、12回/年開催予定。	1	②医師会館4F講堂にて西池サロンのサポーターを中心に毎回20名ほどの参加者があり、としまる体操と体力測定会、歌を歌う。運営を見守りながら後方支援を行った。 年間12回開催。	a	後方支援のための職員の確保。
	③みらい館大明での出張相談の時間を利用し、いけよんの郷高齢者総合相談センター及びCSWとの共催で体操講師を呼んで介護予防健康体操教室を開き幅広い地域の高齢者に介護予防の啓発を行っていく。「池2・3の会」 2回/年開催予定。	1,2	③「池2・3の会」はいけよんの郷包括とCSWと共に5/10と11/8に体操講師による介護予防健康体操教室を行った。 参加者は5月22名、11月17名。	a	介護予防の啓発のため、引き続き行う。
2.介護予防・日常生活支援 総合事業の推進。	①個々のニーズに合った介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを自立支援の視点で作成する。	1	①ご本人の強みを把握し、生活に支障をきたしている部分の援助だけではない、自立に向けたプラン作成に取り組むことができた。	b	自立に向けたケアプラン作成に努める。
	②利用者及び各介護サービス事業所に対し、介護予防・日常生活支援総合事業のチラシを活用し理解を促すと共に適切な利用にて介護予防に取り組む。	1	②利用者自身が自立を目指し生活できるよう、関係機関や本人に対しサービス担当者会議の際に対応すべき状況に応じてパンフレットを用い事業に対する説明を行った。	b	引き続き説明をして理解を得ていく。
	③対象になりそうな高齢者には積極的に声かけを行い、基本チェックリストの実施を促していくように心がける。 2件/月	1	③基本チェックリストの施行は、年間26件であった。事業対象者としてのサービス利用は、6名であった。	b	初回面接時にチェックリストの実施を心がける。

3.地域住民や関係機関との連携により、見守りと支え合いの地域づくりを推進する。	<p>①見守り支援事業担当と共に、関係機関（民生委員、町会役員、CSW、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者等）と綿密な連携を図るアウトリーチ活動により、地域で気になる人の情報収集や地域の課題抽出を継続的に行い、皆で見守りや支え合いの体制作りを考え実践していく。随時対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熱中症対策事業：1回/年 ・高齢者クラブの活動状況を確認し、活動マップを更新して配布する。 <p>1回/年</p>	2	<p>①昨年度と同様に定期的に訪問し、ネットワークづくりを行っている。</p> <p>熱中症対策事業では、民生委員の協力を得てアウトリーチ連絡会にて11月28, 29日に報告と情報交換ができた。</p> <p>特に紹介すべき5事例をあげ、情報共有したその後のフォローアップとして訪問をしている。高齢者クラブの活動状況を確認し、活動マップの更新を春と秋に行い、配布している</p>	a	引き続き包括及び見守りの周知を行い、関係機関との連携を深める。
	<p>②地域住民運営の「気ままにラルゴ」に継続的に参加して支援することで、地域住民であるスタッフや参加者との交流を深め、地域の支え合いの体制作りを行っていく。</p> <p>1回/月、11回/年開催予定。 (8月は休み)</p>	2	<p>②平成29年度より開始した「気ままにラルゴ」も順調に運営されており、年間8月を除く11回開催された。民生委員、町会長、CSW、包括職員、地域のCMの参加あり。利用者は、毎回10名ほど参加。熱中症の寸劇や、場所をかえてポッチャを体験した。</p>	a	引き続き後方支援を行う。
4.チームアプローチの視点を常に忘れず、専門的かつ継続的な相談支援が滞りなく行える体制を強化し充実させる。	<p>総合相談内容を見極め、3職種の専門性を活かせるような適切な役割分担を行いながら、協働して対応していく。適宜対応。</p>	2	<p>職種の専門性を活かし継続的に支援をしている。事例に対し多職種との連携を取りながら解決出来ており、役割分担をおこなっている。</p>	a	早期対応で職員間のチームワークをもとに役割分担していく。

5.地域ケア会議機能の強化と充実を図る。	①自立支援地域ケア会議をふくろうの杜高齢者総合相談センターと合同で開催し、個別事例の検討を行うことで、自立支援・介護予防の観点での問題の捉え方を学び地域課題を探していく。会議には高齢者福祉課所属のリハビリ職にも参加してもらい、様々な職種による視点から事例検討を行うことで多職種との連携を深めるようにする。2回/年開催予定。	2,3	①3/29に1事例ずつ持ち寄り、地域の介護支援専門員を呼び、2包括合同元気はつらつ報告会を開催した。目的である高齢者の「本人らしい生活」の実現に向けて、事例提出者が多様な専門職等と高齢者の生活課題の対応について検討した。地域の介護支援専門員から、事例を出し検討してみたいとの声が聞かれた。2包括地域の介護支援専門員は10名の出席あり。	a	2包括で役割分担を行い開催する。
	②区主催の自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）に出席し、区職員及び8包括職員と共に豊島区の特性に合った開催方法を検討する。事例2例/年開催予定。	3	②区主催の元気はつらつ報告会にすべての包括職員が出席できた。本人の自立支援につながる会議となり包括主催の地域ケアのイメージがついた。事例は2事例検討できた。	a	引き続き事例提出など協力をする。
	③地域ケア会議を開催し、地域の問題抽出や解決に向けての話合いが行える機会を作ることで、地域住民や各関係機関との関係作りを強化し、更なる連携を図っていく。2回/年開催予定。	3	③今年度は7/31と2/13に実施した。2回ともテーマを「みんなが集まりつながりのある地域社会の実現にむけて」とし地域のCM、介護サービス事業所、区民ひろ場職員、CSW、在宅医療相談窓口職員、民生委員、町会関係者でグループワークを行う。1回目は地域の困りごととして地域課題をあげ、解決できそうな課題に対し解決方法を具体的に話し合った。2回目は、あがった地域課題を3つに絞り（防災、買い物難民、ゴミ問題）アンケートにて防災関連でグループワークを行った。	a	地域課題からでた防災に関して協議する。

6.ケアマネジメントの資質向上を図り、主任介護支援専門員の育成を支援する。	①地域の介護支援専門員と定期的に集まって情報交換や事例検討を行い、支援過程における疑問点を共有しながら問題解決に結び付けていけられるようにケアマネ地区懇談会を開催する。1回/2ヶ月、5回/年開催予定。	4	①年間5回開催した。包括職員とコアメンバーによる事前打ち合わせとして事例の内容確認を行い、企画の段階より準備をした。3グループに分かれ5人で事例検討をするが、役割分担あり、皆が意見しやすい雰囲気がつくれている。	a	スキルアップを図り資質向上をめざしていく。
	②主任介護支援専門員を目指すケアマネジャーには、ケアマネ地区懇談会において、積極的に事例の提出や、事例検討会での司会を行ってもらうことで資質向上を図り、育成を行っていく。随時対応。	4	②豊島区医師会圏域の介護支援専門員は、積極的に主任CMを目指しており、研修会には事例提出や司会を行い、資質向上を図っている。	a	引き続き主任CMの育成を行える体制作りをしていく。
7.権利擁護及び虐待事例への取り組みを強化する。	①専門家のアドバイザーを招き、事例検討の勉強会を開催することで困難事例への対応方法や権利擁護、個人情報の取扱い等に関する知識を深め、実践力を高めてスキルアップを図る。2回/年程度開催予定。	4	①他包括の職員と共に司法書士の先生と事例検討を行った。それぞれの職種で意見交換ができ事例を考えアドバイスをもらうことができた。	a	他包括との交流の場となっており意見交換の場としていく。
	②虐待の疑いの通報が入ったら、早急に事実確認を行い、直ちに高齢者福祉課に報告を入れてコアメンバー会議の開催を求めて連携を図ることにより、対応の遅れが発生しないように努める。また、地域住民や介護支援専門員等の福祉従事者に対して、日頃から虐待防止の普及啓発を行っていく。	2,4	②通報が入ったら、事実確認を行い、高齢者福祉課に報告、連携を図るよう努めた。虐待の防止という点においては難しい課題である。速やかな対応は職員間でもこころがけている。	b	関係機関との連携を深める。

<p>8.住み慣れた地域で認知症高齢者やその家族が安心して暮らし続けていけるように支援すると共に、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症高齢者に対して優しい地域となるような働きかけを行っていく。</p>	<p>①初回相談時から本人の状態を把握し、受診、診断、治療に早めに繋げることにより認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る為、下記の社会資源を活用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム *チーム員会議：定例6回／年出席 *チーム員会議：随時2回位／年出席 *事例提出：概ね4件／年提出予定 *チーム員連絡会：2回／年出席 ・もの忘れ相談：定期2回／年、随時 ・認知症・虐待専門ケア：12回／年 ・高齢者こころの相談：12回／年 ・認知症疾患医療センター：随時 ・認知症アウトリーチ：随時 ・認知症ケアパス：随時 	<p>5</p>	<p>①初回相談時の状態の見極めを行い、必要時、受診、診断、治療に繋げることができた。認知症初期集中支援チームのチーム員会議は6回出席、随時は件数なし。事例提出は3件、チーム員連絡会は2回出席した。</p> <p>もの忘れ相談も2件、随時はなし。認知症・虐待専門ケア1件、高齢者こころの相談は2件お願いした。認知症ケアパスの利用は初回相談時説明用に使用した。</p>	<p>b</p>	<p>認知症高齢者に対して理解し見守りや支え合いの社会資源の発掘をする。</p>
	<p>②認知症の人が安定した生活を送れるように、病態に応じた適切な介護の提供が行えるように支援していく。随時対応。</p>	<p>5</p>	<p>②認知症ケアパスを利用し、相談に応じた。職員間でも情報共有をしながら、利用者の状態を確認し支援している。</p>	<p>b</p>	<p>初回相談時の対応の確認</p>
<p>③認知症介護者の会「青空の会」を今年度も引き続き開催する。認知症サポーターとの連携を強化し、参加した家族が悩みや不安を軽減できるような会になるように働きかけていく。周知の方法も、サポーターによるちらしの作成や声かけなどで、より多</p>	<p>③「青空の会」は毎月第4木曜日に開催。認知症サポーターとの連携にて協力できた。サポーターによるちらしの作成もお願いしており包括職員で掲示板に貼っている。5/24には「がんばらない介護」の講義を山根Drよりあった。参加者は男性2名女性12名。講義はとてもわかりやすく</p>	<p>5</p>	<p>③「青空の会」は毎月第4木曜日に開催。認知症サポーターとの連携にて協力できた。サポーターによるちらしの作成もお願いしており包括職員で掲示板に貼っている。5/24には「がんばらない介護」の講義を山根Drよりあった。参加者は男性2名女性12名。講義はとてもわかりやすく</p>	<p>b</p>	<p>引き続き掲示や広報活動を行う。</p>

	くの人に会の存在を知ってもらえるように工夫を心がける。 1回/月、12回/年開催予定。		話しやすい先生だったとの感想あり。 年に一度は今後も開催したいとサポーターの声があった。		
	④キャラバンメイト取得済の職員が、引き続き認知症サポーター養成講座を開催し、地域の支え手になる人材育成と認知症の普及啓発を行っていく。随時対応。	5	④今年度は、認知症サポーター養成講座は日時の調整ができず開催にいたらなかった。	c	調整を行い開催する。
9.医療と介護が連携できる体制作りを強化していく。	①在宅医療相談窓口や歯科相談窓口を積極的に利用し、連携を深める。	2,5	①事例により、在宅医療相談窓口を紹介し情報共有できた。窓口からの相談もあり身近な連携が図れた。	b	関係機関として連携を深める。
	②いけぶくろ多職種連携の会を開催し、医療と介護の多職種間の情報共有の場を提供し、連携出来る体制作りの支援を行う。 1回/年開催予定。	2,5	②1/10に多職種の連携の会を行った。事前にコアメンバーで集まり会議を行い認知症のVR体験を行い多職種で体験を通じたグループワークを行い理解が深められた。 コアメンバーの協力により、スムーズな会の開催となった。(14名)	a	コアメンバーの協力を引き続きお願いする。

別記様式第1号 **平成31年度 事業計画表**

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		b 目標どおり c 目標をやや下回る
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d 目標を大きく下回る		

地域包括支援センターの重点目標 名称（ 豊島区医師会高齢者総合相談 ）センター

○地域住民や多職種との連携を深め、高齢者が認知症になっても住み慣れた場所で安心して生活を継続出来るように、地域の特性に合った見守りや支え合いの体制作りを行っていく。
 ○高齢者が要介護状態にならずに自立した生活を維持出来るように、介護予防の支援を強化していく。

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	
1.	地域での介護予防活動の支援及び介護予防の普及啓発を行う。	①地域の高齢者の介護予防推進の為に介護予防サロン（西池サロン）を継続して開催する。対象者は外出や運動の機会が少ない虚弱な高齢者とする。西池サロンを通じて、閉じこもりがちな高齢者が外出するきっかけ作りや、地域住民同士で交流が持てる機会を提供することにより、楽しみながら介護予防啓発が出来るように毎回趣向を凝らした内容を提供していく。また、サポーターが主体的に運営しやすいよう後方支援も継続的に行う。2回/月、20回/年開催予定。（8月、10、12、2月は1回/月）	1		

	②有志が集まり、元気な高齢者向けに開催される‘としまる体操’の会場を提供し、運営を見守りながら後方支援を行うことで、地域での介護予防活動の支援及び普及活動を行っていく。 1回/月、12回/年開催予定。	1			
	③みらい館大明での出張相談の時間を利用し、いけよんの郷高齢者総合相談センター及びCSWとの共催で体操講師を呼んで介護予防健康体操教室を開き幅広い地域の高齢者に介護予防の啓発を行っていく。「池2・3の会」 2回/年開催予定。	1,2			
2.介護予防・日常生活支援 総合事業の推進。	①面接時に対象となる高齢者に声かけを行い、基本チェックリストの実施を促していくように心がける。 随時施行予定。	1			
	②制度の周知を行い、区民の皆様に東池袋フレイル対策センターや高田介護予防センターの利用を推進する。随時対応予定。	1			

<p>3.地域住民や関係機関との連携により、見守りと支え合いの地域づくりを推進する。</p>	<p>①見守り支援事業担当と共に、関係機関（民生委員、町会役員、CSW、高齢者クラブ、サロン、地域福祉サポーター、マンション管理人、新聞配達業者、戸配業者等）と綿密な連携を図るアウトリーチ活動により、地域で気になる人の情報収集や地域の課題抽出を継続的に行い、皆で見守りや支え合いの体制作りを考え実践していく。</p> <p>随時対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熱中症対策事業：1回／年 ・高齢者クラブの活動状況を確認し、活動マップを更新して配布する。 <p>2回／年（春、秋）</p>	<p>2</p>			
	<p>②地域住民運営の「気ままにラルゴ」に継続的に参加して支援することで、地域住民であるスタッフや参加者との交流を深め、地域の支え合いの体制作りを行っていく。</p> <p>1回／月、11回／年開催予定。 （8月は休み）</p>	<p>2</p>			

4..地域ケア会議機能の強化と充実を図る。	<p>①自立支援地域ケア会議をふくろうの杜高齢者総合相談センターと合同で開催し、個別事例の検討を行うことで、自立支援・介護予防の観点での問題の捉え方を学び地域課題を探していく。会議には高齢者福祉課所属のリハビリ職にも参加してもらい、様々な職種による視点から事例検討を行うことで多職種との連携を深めるようにする。2回／年開催予定。</p>	2,3			
	<p>②区主催の自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）に出席し、区職員及び8包括職員と共に豊島区の特徴に合った開催方法を検討する。事例2例／年開催予定。</p>	3			
	<p>③地域ケア会議を開催し、地域の問題抽出や解決に向けての話合いが行える機会を作ることで、地域住民や各関係機関との関係作りを強化し、更なる連携を図っていく。2回／年開催予定。</p>	3			

5.ケアマネジメントの資質向上を図り、主任介護支援専門員の育成を支援する。	①地域の介護支援専門員と定期的集まって情報交換や事例検討を行い、支援過程における疑問点を共有しながら問題解決に結び付けていけるようにケアマネ地区懇談会を開催する。 5回／年開催予定。	4			
	②主任介護支援専門員を目指すケアマネジャーには、ケアマネ地区懇談会において、積極的に事例の提出や、事例検討会での司会を行ってもらうことで資質向上を図り、育成を行っていく。 随時対応。	4			
6.権利擁護及び虐待事例への取り組みを強化する。	①専門家のアドバイザーを招き、事例検討の勉強会を開催することで困難事例への対応方法や権利擁護、個人情報の取扱い等に関する知識を深め、スキルアップを図る。 2回／年開催予定	2,4			
	②虐待の疑いの通報が入ったら、早急に事実確認を行い、高齢者福祉課に報告し、コアメンバー会議の開催等により、連携を図る。 また、地域住民や介護支援専門員等の福祉従事者に対して、日ごろから虐待防止の普及啓発を行っていく。	2,4			

<p>7.住み慣れた地域で認知症高齢者やその家族が安心して暮らし続けていけるように支援すると共に、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症高齢者に対して優しい地域となるような働きかけを行っていく。</p>	<p>①初回相談時から本人の状態を把握し、受診、診断、治療に早めに繋げることで、より認知症高齢者の早期発見や認知症の悪化予防を図る為、下記の社会資源を活用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム *チーム会議：定例6回／年出席 *チーム員会議：随時 適宜出席 *事例提出：3件／年提出予定 *チーム員連絡会：2回／年出席 ・もの忘れ相談：定期2回／年、随時 ・もの忘れ相談連絡会：1回／年出席 ・認知症・虐待専門ケア：適宜利用 ・高齢者こころの相談：適宜利用 ・認知症ケアパス：随時 	5			
	<p>②認知症の人が安定した生活を送れるように、病態に応じた適切な介護の提供が行えるように随時支援していく</p>	5			
	<p>③認知症介護者の会「青空の会」を今年度も引き続き開催する。 認知症サポーターとの連携を強化し、参加した家族が悩みや不安を軽減できるような会になるように働きかけていく。1回／月、12回／年開催予定。</p>	5			

(平成30年度) 地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない
- 1 ~ できていない

自己評価の合計
98/120点

センター名: いけよんの郷高齢者総合相談センター

1. 地域包括支援センター運営体制 合計 13 / 16点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正である意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	事業所の運営規程や重要事項説明書に明記し、各職員が理解したうえで利用者への説明をおこなっている。サービス事業所に関する情報を適切に利用者および家族に提供し、サービスの選択を求める旨を重要事項説明書に明記して説明している。	3
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	各事業に関して事業所内会議で職務分担し、事業に応じた主担当者を中心に他職員に役割分担して事業をおこなった。	
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	センターの目的と基本的視点について、豊島区の地域包括支援センター運営方針を年度初めに事業所内会議で確認し、各職員の総意により事業計画の策定をおこなった。月1回の定例会議で事業の進捗状況を確認している。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	外部研修への参加、事業所内での勉強会や伝達研修を実施した。	3
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	各専門職に応じた研修に参加するとともに、事業所内では伝達研修をおこなった。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	提出物の期日内提出を徹底するよう役割分担し、センター長へ集約する体制を取ることでおむね滞りなくおこなうことができた。	3
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	職員の変更があった場合には速やかに変更届を提出している。	
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	相談記録や関係文書は鍵の閉まるキャビネットに保管し、閉館時には事務所を施錠している。廃止台帳や終了した利用者台帳などは保存年限を順守して廃棄している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	相談苦情記録に記載し、速やかに区に報告する体制をとっている。	4
	包括配置の三職種を適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	社会福祉士・主任介護支援専門員・看護師を1名ずつ配置して、土曜もそのうち1名は出勤するように調整している。	
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	職員の緊急連絡網を作成しているとともに、輪番制で事業所専用の携帯電話(時間外転送)を所持し時間外対応にあたっている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	法人の個人情報保護規程に則り、適切に管理している。	

2. 総合相談業務				合計 12 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	豊島区地域包括支援センターのパンフや包括チラシを配布したり、地域の各種会議や行事などでセンターのPRをおこない、池袋・池袋本町地区への周知活動をおこなった。	3	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	民生委員、ケアマネジャーやサービス事業所、医療機関等からの相談に対して、速やかに対応するとともにその後の状況を報告した。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	家族の状況に合わせて平日18:30の閉所時間まで、また土曜日の来所や訪問による相談対応をおこなっている。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	見守り支援事業での実態把握や民生委員、ケアマネジャー、地域住民等から情報を収集し、必要に応じて適宜連絡や訪問などの対応をした。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	相談受付者が相談記録を作成し、緊急時や多職種での検討が必要なケースは随時センター長へ報告している。また、担当者が不在であっても経緯がわかるように毎日の申し送り支援経過を情報共有している。	3	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	客観的な事実に基づいて記録しており、対象者と相談者の状況に応じてそれぞれの関係性に配慮が必要な場合などはその旨を記載するようにしている。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	相談記録は区の書式を使用し、内容と対応方法に分けて記載している。多職種で所内検討した内容は要点をまとめて支援方針として記載している。		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	見守り支援事業での実態把握や民生委員、ケアマネジャー、地域住民等から情報を収集し、必要に応じて適宜連絡や訪問などの対応をした。コンビニや交番とも連携し見守りを行い、異変の早期発見につながった事例もあった。	3	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	総合相談や地区懇談会等で抽出した課題をまとめ高齢者福祉課へ報告し、当センター内でも地域課題の把握と解決方法を検討している。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	地域の課題や個別ケースへの支援は所内で方法を検討しながら、高齢者福祉課や民生委員、関係機関、ケアマネジャーなどと連携して解決を図った。	3	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	高齢者の食事支援をテーマに池袋・池袋本町地区の地区懇談会を開催し、地域の社会資源情報を収集し、社会資源マップや一覧表にまとめて関係者に情報提供した。		

3. 権利擁護業務				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	リーフレットなどを使用し地域の関係機関に窓口を周知して随時相談・通報がなされるようにしている。	4	
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	近隣住民やケアマネジャー、関係機関等からの通報で不適切ケアに陥っている高齢者の相談を受けた際には、区の地域ケアグループへの報告・初期対応、ケア会議の開催などによる支援方針の検討を速やかにおこなっている。		
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	ケアマネジャー等と同行訪問をおこない、生活状況や判断能力を把握するとともに本人や家族の要望を聞き取り、必要に応じてサポートとしまやリーガルサポート等の専門機関につなげている。	4	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	成年後見制度の利用が必要なケースについては、サポートとしまやリーガルサポート等との連携を通して、制度利用につながるよう支援している。		
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	該当ケースがある場合は、地域ケアグループやサポートとしまに連絡して状況把握を共におこない、区長申立てが必要なケースかどうか検討している。		
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害防止のポスターやリーフレットを設置し予防啓発に努め、個別の相談には必要に応じて訪問による状況確認をし、警察や消費生活センター等へ連絡して対応した。	3	

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 15 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	8包括、主任介護支援専門員連絡会と協同で研修の計画を行い実施した。	4	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	地域ケア会議や合同研修において企画から参加への声掛け、開催に関しての周知をおこない企画運営に携わっていただき、ケアマネジャーの参加状況をとりまとめて高齢者福祉課に報告している。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	毎月の事業実績にて個別ケア会議で共有した課題について高齢者福祉課へ報告を行っている。	3	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	主任ケアマネジャーを中心に、地域のケアマネジャーに対してケアマネジメントにおける関係機関との連携についても指導助言することができた。また、地域のケアマネジャー地区懇談会を開催し、インフォーマルなサービスや関係機関との連携を深めることができた。	4	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	ケアマネジャー地区懇談会やとしケア、育成委員会等を通じて、ケアマネジャーや関係機関との連携体制の構築に取り組んだ。さらに地域のケアマネが連携して地区懇談会や勉強会などがおこなえる仕組み作りをおこなった。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	個別相談や担当者会議、実際の支援において、具体的処遇についてのアドバイスやOJTをおこなった。	4	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的支援をしている。	担当者会議などでアドバイスするとともに、必要に応じてケア会議の開催や3事業などへの紹介を行い、困難事例に対するケアマネジャーへの側面的支援をおこなった。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネジャー対象の地区懇談会、研修の企画会等でケアマネジャー共通の課題を出し合い、全体で情報交換するなどの取り組みをおこなった。		

5. 総合事業				合計 8 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	介護予防ケアマネジメントをおこなう際にはアセスメントと同時に基本チェックリストの聞き取りをおこなっているが、事業対象者の選定に活用できていない。	2	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	総合事業のパンフを活用して、地域住民向けに介護予防日常生活支援総合事業のサービスについて説明をおこなった。	3	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	個別ケースの支援を通じて情報提供や相談に応じるとともに、ケアマネ向けの勉強会で周知活動をおこない、利用者支援につなげている。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	民生委員の班活動などで介護保険や介護予防・総合事業について寸劇で説明するなど、周知活動と普及啓発を行った。	3	

6. 認知症高齢者及び家族への支援 合計 6 / 8点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	地域住民向けの講座を1回開講した。アンケート結果「分かりやすかった」という感想をもたらした。	3
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	家族からの相談を受け、認知症初期集中事業に4件相談し2件事業に繋げた。もの忘れ相談でも随時・定期で4件の相談を受け付け、医療や介護保険認定申請に繋げた。	3
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	CSWや区民ひろばと連携し、地域住民の情報を共有した。また病院の相談員や生活福祉課とも連携し情報を共有しながら対応してきた。	

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務 合計 14 / 16点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	事業所内会議で制度改正にかかる通知を確認し、改正部分に関する項目は重要事項説明書に追記して利用者への説明をおこなった。	3
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者で役割分担が明確化されている。	介護予防支援にかかる担当者選定、担当者の進捗管理は基本的にセンター長がおこない、受付から契約・利用者情報の把握、実績管理と予定管理は担当者がおこなっている。給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬管理は担当者に分担しておこなっている。	4
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	利用者のニーズに応じて、区の一般施策や民間サービスなどの情報提供や利用をおすすめし、ケアプランに位置付けるようにしている。	3
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	介護予防・自立支援の視点に立ち、利用者の要介護状態へのリスクの軽減、介護予防を図るため、各事業の利用を十分検討してケアマネジメントをおこなうように努めている。	
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	委託先の事業所には、委託開始以前に区の研修受講歴や伝達研修の実施状況などを確認して委託契約等をおこなっている。	4
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	利用者の希望に応じて、ケアマネジャーの性別・事業所の特徴などを考慮して複数の事業所を紹介するようにしている。	
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	介護予防サービス計画を作成する際には前もってケアプランを確認し、担当者会議にて利用者の意向やサービス事業所の意見も含めて決定するように委託先のケアマネジャーに指導している。また、サービス利用後の評価についてもモニタリング等により確認して今後の方針を決定するように周知している。	

8. 地域ケア会議				合計 8 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、地域課題の内容や開催頻度も明記して年度内に開催した。個別の課題を抱えるケースについては地域のケアマネジャーからの相談に応じて、地域ケア個別会議を開催し、課題解決に向けてともに取り組んだ(年12回)。	3	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の見守り者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	包括主催の自立支援地域ケア会議は行えなかったが、区主催の会議においては直営プランから2ケースを選定し、多職種からの意見やアドバイスをもとに利用者の自立支援に資するケアマネジメントをおこなうことができた。助言を受けた内容については利用者にも提示して、その後の成果も把握したうえで報告書を提出している。	2	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	30年度のセンター主催の地域ケア会議は、ケアマネ地区懇談会2回と地区懇談会を2回のほか、個別ケア会議を12回開催した。地域ケア会議を開催する際には、自立支援に資するケアマネジメントの向上、個別課題解決や地域課題の把握、ネットワーク構築などの目的についても参加者に伝えて会議をおこなった。	3	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人情報の取扱いについて、守秘義務の取扱いについても参加者に説明するようにしている。利用者情報等の資料は会議終了後に回収している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	地区懇談会については話し合った内容などを取りまとめて書式化し、後日参加者に配布した。また、個別ケア会議についてはケアをすすめていく上で必要な役割分担をおこない、会議の中でモニタリングの時期を確認している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	地域ケア会議の中で話し合った内容やアンケート結果、社会資源情報などを記録にして参加者に送付するなどしてフィードバックしている。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ・相談記録および実態調査票は相談記録台帳として包括内で共有している。 ・熱中症対策事業での民生委員からの情報収集は、直接の報告と対象者リストの備考欄を活用して行い、その内容を相談記録台帳に記録するとともに後追いが必要な対象者をリストアップして訪問実施した。訪問による実態アセスメントから必要な支援につなげている。 ・民生委員、新聞販売店などからの通報により安否確認を行った。 ・アウトリーチ対象者名簿による訪問を行い、情報収集、実態アセスメントをおこなっている。 	3	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・見守り声かけ事業の新規対象者を選定している。30年度はすでに対象となっている方を訪問し、状況の再確認を行った。 ・一人暮らし高齢者の火災予防のため、消防との合同訪問を実施した。 ・見守りが必要な方へ配食事業の利用を推奨、利用開始の支援を行った。包括の地区懇談会では配食事業や移動スーパーなどの紹介に協力した。 ・マンション管理人、新聞販売店、薬局、不動産店など地域の事業者を訪問し、地域連携の依頼を行った。 ・拒否的な対象者への対応として、交番やコンビニ他事業者等に見守りを依頼し、異変の早期発見につなげた。 ・民生委員や関係機関を対象にアウトリーチ連絡会を開催した。見守りについての意識やノウハウの共有をはかった。 ・医師会見守り支援担当およびCSWと協力して、境界域(池2・池3)を対象に体操の会を開催した。閉じこもりがちな方の外出機会をつくり、包括や見守り支援事業の周知を行った。 ・地域の見守り活動(本町1丁目・ふれあいG)、民生委員の班活動(ひまわり・茜)、都営自治会、高齢者クラブなどへの協力、地域の自主活動(なかよし音楽隊など)への協力支援をおこなうとともに、孤立しがちな高齢者に対し個別に活動を案内し参加を促した。 	4	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員、区民ひろばなど関係機関や上記の地域連携依頼先などからの情報、相談に対し、訪問により実態把握を行った。相談事案の内容により、包括、CSW、生保など専門機関につなげ、また連携協力して支援を行った。 ・独居高齢者の支援から介護家族の支援、また多問題家族への対応から、包括やCSW、MSWなどとの連携をはかり、それぞれへの支援と一体的な支援が行われるよう、引き継ぎを行った。 	4	

別記様式第1号 平成30年度 事業計画表

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	
		4	ケアマネジメンの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供		

地域包括支援センターの重点目標 名称（ いけよんの郷高齢者総合相談 ）センター

I 地域共生社会の実現に向けたネットワークの拠点として、地域包括ケアシステムの充実を図るための牽引役としての役割強化
 II 支援を必要とする人が地域で生活できるように、地域の社会資源情報の収集とコーディネートを実施
 III 高齢者の介護予防と自立支援のための、介護予防支援事業とケアマネジメン支援業務の充実

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 <small>いつまでに・どのように・どの程度</small>	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
自立支援地域ケア会議、地域ケア個別会議の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・包括主催の自立支援地域ケア会議のケース選定のため、包括内で直営プランの個別ケース報告会を行う（年3回程度）。 ・多職種の視点を生かして自立支援に資するケアマネジメンをおこなうことを目的に、包括主催の自立支援地域ケア会議を行う（年3回）。 ・個別課題を抱えるケースについて地域のケアマネ等からの相談に応じ、地域ケア個別会議を開催して検討をおこない、地域課題の把握等をおこなう（年12回程度）。 ・在宅でリハビリなどの支援が必要な方について、元気はつらつ訪問事業を積極的に活用する（年3回）。 	3・4	<ul style="list-style-type: none"> ・区主催の自立支援ケア会議に参加して、包括主催でおこなう方法を検討したが包括主催でおこなうのには職員間で理解するのに時間がかかり開催には至らず、ケース選定のための報告会も未実施であった。区主催の自立支援地域ケア会議においては直営プランから2ケースを選定し、多職種からの意見やアドバイスをもとに利用者の自立支援に資するケアマネジメンをおこなうことができた。 ・個別の課題を抱えるケースについて地域ケアマネジャーからの相談に応じて、同行訪問や必要に応じて地域ケア会議を開催し、課題解決に向けてともに取り組んだ（年12回）。 ・リハビリの必要な方に関して、元気はつらつ訪問事業の利用に向けての支援をおこなった（年4回）。 	C	<ul style="list-style-type: none"> ・センター内で包括主催の自立支援地域ケア会議の目的や開催方法について共有する。そのうえで、他包括と合同開催していくための役割分担やスケジュールリングをおこなう。

<p>包括圏域での地域ケア会議を開催</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度にあがった地域課題（高齢者の食事支援に必要な財源・人材・場所などの検討）を深めていくための準備会をおこなう（上期・下期で1回ずつ）。 ・準備会で社会資源情報を共有し、課題や提案を具体化していくための地域ケア会議を開催して検討する（年2回）。 	<p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・H30年5月と6月に関係者を招集して準備会をおこない、配食サービスや地域の食事場所について聞きたいという希望が出され、6/29に地域ケア会議を開催した。そこで上がった地域課題を具体化するために、1/24に2回目の地域ケア会議をおこない、地域の食に関する情報交換と高齢者が実際に使える食のマップ作りをおこなった。 	<p>b</p>	<p>参加者中心の懇談会を継続する必要があるため、次年度の開催に向けての準備会をおこない、地域の課題としてあがった「住まい」をテーマに開催していく。</p>
<p>地域のケアマネジャーを対象にした研修会、地区懇談会の開催</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のケアマネジャー同士が話し合える場としての準備会を設定し、ケアマネジャーに研修会や地区懇談会の企画運営に協力してもらう（年3回）。 ・ケアマネジャー同士のネットワーク構築、ケアマネジメントの資質向上をめざして包括主催の研修会をおこなう（年2回程度）。 ・ケアマネ地区懇談会を開催し、自立支援のケアマネジメントをすすめていくために地域の関係機関との連携方法などを検討する（年2回）。 	<p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアマネジャーが企画運営にかかわり、準備会より参加することでケアマネジャー同士のネットワークの構築ができ相談のできる体制づくりをおこなった。研修会を年2回開催（準備会4回開催）し、資質向上のための支援を行った。 ・ケアマネジャー地区懇談会を年2回開催し、地域の医療ソーシャルワーカー、民生委員、インフォーマルのサービス事業者等とともに地域利用者の自立支援に向けたケアマネジメントを進めるための課題解決にむけて共に検討を行った。 	<p>a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のケアマネジャーを主に準備会を開催し、各包括から上がった課題を参考にしケアマネジャーの課題について検討した。その結果、少人数の事業所としてはケアマネジメントの質の向上を図るために他事業所のケアマネジャーとプランについての検討をしたいという要望が出されて、来年度は事例検討会を年4回、地区懇談会を年2回おこなうこととなった。 ・としケアとの合同研修を次年度も予定。
<p>多職種連携ネットワーク作り</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の団体との研修会の共同企画や地域活動への参加を通じて、地域包括ケアシステムに多職種が参加できるような仕組みづくりをおこなう。また住民との連携も密におこなえるようにする。 <p>⇒いけよんプロジェクト、ケアマネ連絡会、としケアの活動支援（通年）</p>	<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・としケアの合同研修の企画、運営協力をおこなった。また、いけよん地区ケアマネ連絡会やいけよんプロジェクトの活動支援（いけよん祭りや研修会などの行事企画や地域への周知活動、運営協力などをおこなった）をおこない、民生委員や住民との連携が図れるように調整した。 ・消防署と協働し、緊急の防火訪問および防火防災診断訪問（4件）を行なった。 	<p>a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の各団体との連携方法をその都度見直し、包括としてのネットワークづくりをどのように支援していくか検討する。

	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築のための社会資源開発、地域づくりという部分で地域の組織や活動団体や介護施設との連携を図る。(通年) ⇒地域交流スペースの活用検討 ⇒住み替えや住まい方の支援の情報収集 ⇒地域のボランティア活動等の支援(本町見守り検討会、ふれあいグループ、居住支援協議会など) ⇒アートカフェ、顔見て食べよう会の運営支援 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のボランティア活動支援として、本町見守り検討会(オブザーバー)、きずなサロン(食事会企画)、ふれあいグループ(会合・個別訪問同行など)などに出席し、企画・運営の支援をした。 ・民生委員との連携として、民児協議会西地区(オブザーバー)、民生委員班活動への協力(ひまわり班勉強会・あかね班サロン活動)を行った。 ・都営アパート自治会の要請にて、CSWおよびJKKとの協働により緊急通報システムの説明会や食事会を行った。 ・個別の利用者支援を通じて不動産屋と連携した結果、緊急時対応につながったケースもあった。 	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係機関との連携方法をふりかえり、包括として今後もネットワークづくりを継続していく必要がある。包括事業としては、茜の里での出前相談の実施、いけよんサロンの場所変更とほんちょうの郷でのとしまる体操グループ活動の立ち上げを検討していく。
	<ul style="list-style-type: none"> ・「我がこと丸ごと地域共生社会」をめざして、多職種・多機関のネットワーク形成と複合的な課題に対応するためCSWと連携する。 ⇒なかよし音楽隊(大学生、CSW、茜の里、包括、民生委員、介護施設、地域住民等の共同企画による音楽会)の企画・開催協力(11月開催)。 ⇒老障世帯など支援協力が必要なケースでの連携(随時)。 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・池袋なかよし音楽隊では大学生を中心にCSW、障害者施設、保育園、民生委員などとともにセンターが実行委員会のメンバーとして出席し、企画に協力。地域ボランティアの手作り品を参加者配布に繋いだ。また地域住民などへの参加募集呼びかけなどによって開催を支援した。 ・医師会見守り支援担当、CSWと協働で、熱中症予防啓発のための動画を作成し、医師会包括のHPで公開。 ・多問題家族(高齢者および問題を抱える家族)の支援を、CSWとの協力連携によって行った。(2件) ・本町見守り検討会やふれあいグループの活動に参加して、地域住民と関係機関の連携が図れるように支援をおこなった。また、アートカフェや顔みて食べよう会の開催支援をおこない、地域住民と施設がつながることで必要なときに必要な支援が受けられるようにした。 	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種、他機関との連携については、連携方法をその都度検討していく。

<p>高齢者総合相談センターの周知活動、見守りネットワークの構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括の周知活動のためのツールとして、包括通信（前期・後期1回ずつ発行）や事業などの案内チラシを作成し、地域住民の拠点やコンビニ、商店街など今後連携や情報提供が図れる場所に置く。 	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れ相談といけよんサロンのチラシを作製した。いけよんサロンのチラシは参加者が定員オーバーしている現状があり、積極的には配布しなかった。物忘れ相談のチラシは後半になってから、会議体などで配布した。 ・福寿会老人会に出席し、パンフレットの配布と説明により、包括・見守り支援事業のPRを行った。 ・アウトリーチ連絡会を開催し、民生委員や関係機関（警察・消防・区民ひろば・CSWなど）での懇談により、地域での見守りについての意識の共有をはかった。 ・周知活動については、センター独自の案内チラシは、基幹型センターが作成のため作らなかった。 ・包括通信は、12月に30年度上期の地域ケア会議の報告と職員体制の周知として発行、配布した。 ・池2・3の会（体操の会）で包括及び見守り支援についてPRの周知を図った。 ・新聞販売店、マンション管理室、郵便局、コンビニ、薬局などを訪問し、包括や見守り支援事業のPR、連携依頼を行った。 	<p>b</p> <p>31年度は移転後の活動方法や場所などについて周知のためのチラシを作成し関係各所に配布予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・30年度下期開催の地域ケア会議、ケアマネジャー地区懇談会、アウトリーチ連絡会などの報告として包括通信が年度内発行できなかったため、移転の告知と移転に伴う各活動の場所や時間の変更の周知と合わせて、31年度5月中に発行、配布の予定。
<p>介護予防の普及啓発</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サポーター主体の運営体制を作るため、30年度は年3回サポーター主催のサロンを開催する(6月・10月・2月)。サロンでとしまる体操を行い、地域活動の場での活用も含めて普及に努める。 	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いけよんサロンでは6月、10月、2月にとしまる体操と合唱を行った。サポーターは（サポーターと言われることに抵抗があるというため）実質的に不在であるがボランティアとして3名活動に協力している。毎回サロン終了後にはボランティアと講師と振り返りを行い質の向上に努めた。 ・サポーター交流会（5/16）をおこなった。 	<p>b</p> <p>移転のため、池袋地区での活動を継続していくためにいけよんサロンは区民ひろば池袋で行う。またサポーターを入れていくことを検討する必要がある。31年度はとしまる体操やフレイル対策についての知識を地域に広めるために、町会など地域の活動に参加することで周知する機会を作っていく。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・区民ひろば池袋本町での出前相談を月1回おこなう。そのなかで介護予防の普及を目的に来所者への介護予防に関するミニ講座をおこなう。 	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出前相談をきっかけに区民ひろば池袋本町とCSWとの共催で、「みなさん知っていますか？認知症のこと 睡眠のこと」という1時間半の講座を目白MMクリニックの内田暁彦先生に依頼し開講した。地域住民30名の参加があった。わかりやすかったという感想が多かった。 ・民生委員の班活動で地域向けの介護予防に関する説明会をおこない、寸劇をまじえて民生委員と一緒に周知活動をした。 	<p>a</p> <p>区民ひろば池袋本町・CSWと連携し、地域住民へのフレイル予防のための介護予防に関する講座等を行っていく。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・見守り支援事業と協力し、数人程の小規模のサロンを池袋地区と池袋本町地区に1か所ずつ開催する予定（年2回）。 ・池袋2、3丁目の圏域境界にお住いの高齢者を主対象に、医師会包括やCSWとの共催による体操の会「池2・3の会」を開催する（年2回）。 <p>地域の方への周知や参加の働きかけは区民ひろばや、高齢者の自主サークル、高齢者クラブ等におこなう。</p>	1	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模サロンは実現していないが、圏域境界地域を対象として池2・3の会として体操の会を2回開催し（5/10、11/9）、閉じこもりがちな高齢者の外出機会をつかった。 	b	<ul style="list-style-type: none"> ・「池2・3の会」では、内容をとしまる体操の体験とすることで、としまる体操の普及啓発もしていく予定。
介護予防・日常生活支援総合事業の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防と日常生活支援についての相談に応じ、総合事業パンフレットを活用して住民に周知を図る。また、基本チェックリストを活用し、事業対象者の選定をおこなっていく。 ・町内会や地域の会議や民生委員の班活動などで介護保険、介護予防や総合事業の事業案内・手続き方法などの周知活動や普及啓発活動をおこなう。（年5回程度） 	1	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員の班活動（ひまわり班）にて、介護保険や介護予防・総合事業について寸劇で説明するなど、周知活動と普及啓発を行った。 ・総合事業のパンフを活用して、介護予防日常生活支援総合事業のサービスについて説明をおこなった。ケアマネ向けの勉強会で周知活動をおこなった。 	b	<ul style="list-style-type: none"> ・豊島区基本チェックリストの活用方法と事業対象者のケアマネジメントについて、センター内で再度周知して計画的に活用していく。
認知症の方を支えるしくみ作り	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対策グループと連携し、担当地域のサポーターの方々と茶話会をおこない、顔合わせと情報交換を行う（年2回）。 	2・5	担当地域のサポーターとの茶話会は未実施であるが、アートカフェをボランティアと協力して行い、また情報交換を行った。	b	31年度からは介護予防リーダーの活動の場が必要となってくると考えられる。CSWと協力しながら介護予防リーダーとの情報交換を行い、活動の場の提供を模索する。
	<ul style="list-style-type: none"> ・所内で勉強会をおこない、物忘れ相談や認知症初期集中支援事業の理解を深め、対象者の選定をおこなっていく。（随時型は年間4名（三か月に一人程度）を目標とする。定期型は年間2件を目標とする。） また認知症初期集中支援はチーム員との協力体制を作り対応していく（年間4件）。 	5	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れ相談の内容についてワンポイント勉強会を行い、職員の理解を深めた。相談は上半期に随時相談2件・定例相談が1件あった。下半期はなかったが、相談に繋がる前に医療機関に受診したケースがあった。 ・認知症初期集中支援事業では、4事例をケースに挙げたが0次訪問に繋がったのは2件だった。内1件は途中でチーム員に負荷が掛かりすぎているという理由で包括が引き継いだ。 	b	初期集中支援事業の年間の目標が1事業所4事例であるが、チーム員の負荷を考慮しながら選択する必要がある。
	<ul style="list-style-type: none"> ・包括内でキャラバンメイトを増やし、独自開催もしくは講師を依頼して、他行事とのタイアップ方式で認知症サポーター講座をおこなう（年1回予定）。 	5	<ul style="list-style-type: none"> ・包括内ではキャラバンメイトの養成研修には参加できずサポーター養成講座の独自開催はなかったが、区民ひろばとCSWの協力を得て、認知症講座を主催した。 	b	地域住民の希望等を踏まえながら、講座を計画していく必要がある。

<p>相談支援体制の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・所内検討による支援方針決定から、支援経過の把握、支援終結に至るまでの確認を定期的におこなう仕組みをつくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・前日の申し送り記録を見て、毎朝ミーティングにて必要に応じて個々の支援方針を検討。役割分担をおこない、支援経過の把握と支援終結に至るまではその都度申し送りで報告していく体制を作った。 	<p>b</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・所内検討や地域ケア個別会議の開催にあたっては、開催方法や記録の仕方について体制的に行う必要があり、31年度は毎月計画的に実施していく。
	<ul style="list-style-type: none"> ・援助スタッフ専門相談や専門ケア会議を効果的に活用し、迅速に利用者支援につなげる。 ・申し送りなどでの随時の所内検討結果を記録に残し、継続的に支援していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所内検討を行い、対応方法について全員で検討し情報を共有した。また検討後に対応した結果についてもミーティングを通じて共有した。 ・個別課題を抱えるケースについては各種専門会議体へのつなげる支援を行った。 ・3事業の活用については随時地域ケアGに相談して、ケースによっては専門ケア会議などを活用して支援をおこなった。こころの相談につなげたケースもあった。 	<p>b</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースの状況に応じて高齢者福祉課の各種会議に事例提出して対応を検討していく。
	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の職員のキャリアアップに応じて、自身の目標に沿って各種研修等に参加し、参加した後は所内会議やミーティングで情報共有、伝達研修を実施する（随時）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員個別の研修計画に沿って、各種研修への参加を推奨した。参加した後は、定時のミーティングや研修報告等により他職員への伝達をおこなった。 	<p>b</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各職員の研修計画に沿って、キャリアアップに応じた研修参加状況などを見える化する。
	<ul style="list-style-type: none"> ・月単位の請求者名簿や個々の担当者が作成している利用者リスト一覧を活用し、直営/委託ともにケアマネジメントの実施状況や帳票の作成状況等を確認していく体制を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、各担当者の利用者名簿を作成し、担当件数や初回受入れ、入退院等・終了などの把握をおこなった。 	<p>b</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの実施状況や帳票の作成状況などを把握していくため、自己点検や所内チェックなどできる体制を作る。

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供			

地域包括支援センターの重点目標 名称（ いけよんの郷高齢者総合相談 ）センター

- ・施設移転に伴い、池袋地区の相談支援体制の強化と池袋本町地区の新たなネットワーク構築を図り、地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの拠点としての役割強化（地域住民やケアマネジャー、CSW、医療機関・介護関係機関との連携強化）
- ・支援を必要とする人が地域で生活できるように、対象者の掘り起しと見守り支援体制の充実、地域の社会資源情報の収集とコーディネートの実施強化
- ・高齢者の介護予防と自立支援のための、地域住民やケアマネジャーへの情報提供と情報共有、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務や地域ケア会議、研修会等の充実

重点目標に基づく項目		実施方針 (1～4)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a～d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
介護予防・日常生活支援総合事業の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民向けに各会議体や行事などで総合事業の制度理解や普及啓発のための説明をおこなう。また、地域のケアマネジャー向けに勉強会をおこなう。 ・豊島区基本チェックリストの活用方法と事業対象者のケアマネジメントについて、センター内で再度周知して計画的に活用していく。 	1			
高齢者総合相談センターの周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・包括通信を発行、配布により包括・見守り支援事業の周知を図る。また各種の情報提供など、地域のネットワーク作りのツールとして活用する。（1～2回） 	2			

見守りと支え合いの地域づくり、多様な主体への協力依頼の働きかけや関係者のネットワークによる見守り体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・包括や見守り支援事業の周知活動を行い、連携依頼をしていくとともに依頼先について一覧できるようにしていく。 (交番、マンション管理室、不動産店、金融機関、新聞販売店、薬局ほか地域の商店など) ・見守り活動、ボランティア活動などの地域活動への協力、支援を通じ、地域課題の把握と、見守り体制の充実を図る。 (本町一丁目見守り検討会、ふれあいグループ、民生委員班活動、なかよし音楽隊など) 	2			
アウトリーチ活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・熱中症対策を通じ、民生委員との連携により、アウトリーチが必要な方の情報収集を行い、緊急度に応じた対応、支援を行う。 ・アウトリーチ対象者名簿による訪問をすすめ、実態把握、必要な支援につなげる。 	2			
介護予防の普及啓発	<p>区民ひろば池袋でのいけよんサロンの周知のために、案内地図を作成し配布する。いけよんサロンの年間計画のチラシを作成し配布する</p> <p>区民ひろば池袋本町・CSWと協力し、介護予防またはフレイル等に関する講座等を行う(年1回)</p>	1			
	<ul style="list-style-type: none"> ・CSWと協力し介護予防リーダーやサポーターと情報交換を行う会を設ける(年2回)。 ・としまる体操を紹介してその普及・啓発を図り、新たなグループへの発展を目指す。 	2			
	<ul style="list-style-type: none"> ・池2・3の会による体操の会の実施により、閉じこもりがちな方の外出機会をつくる。 	2			

<p>相談支援体制の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・移転に伴う相談体制を再編し、池袋地区での相談拠点としての出前相談や相談会（月1回）、ミニ講座（年6回）などを実施する。 ・池袋地区での活動を継続していくためにいけよんサロンは区民ひろば池袋で行う。としまる体操やフレイル対策についての知識を地域に広めるために、町会など地域の活動に参加することで周知する機会を作っていく。 	<p>2</p>		
<p>自立支援地域ケア会議、地域ケア個別会議の実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・センター内で包括主催の自立支援地域ケア会議の目的や開催方法について共有する。そのうえで、他包括と合同開催していくための役割分担やスケジュールングをおこなう。 ・地域のケアマネジャー向けに自立支援型のケアプラン作成のための勉強会をおこない、自立支援地域ケア会議について周知していく。 <p>また、中央包括と合同で包括主催自立支援地域ケア会議を開催する（年2事例）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別課題を抱えるケースについて地域のケアマネ等からの相談に応じ、地域ケア個別会議を開催して検討をおこない、地域課題を把握していく。 	<p>3</p>		
<p>包括圏域での地域ケア会議を開催</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係機関等により地域ケア会議（地区懇談会）開催に向けての準備会をおこない、地域の課題としてあがった高齢者の住環境や転居問題を含む「住まい」をテーマに開催していく。開催時期2019年7月と2020年1月を予定。 	<p>3</p>		
<p>ケアマネジメントの資質の向上、およびネットワークの構築のため、地域の介護支援専門員を対象にした研修会、介護支援専門員地域ケア会議の開催</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の主任介護支援専門員主体の事例検討会を開催する（年4回）。 ・としケアと地域包括支援センター協同での研修会開催（年1回）。 ・地域介護支援専門員の課題の共有のための地域ケア会議を開催する（年2回）。 ・定期的に居宅介護支援事業所の訪問を行い個別ケースの相談しやすい関係づくりに努める（年4回）。 ・いけよんケアマネ連絡会へオブザーバーとして参加し開催の支援を行う。 	<p>3・4</p>		

<p>地域介護支援専門員の中心となり地域を支える主任介護支援専門員の育成支援を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 主任介護支援専門員研修受講のための研修協力、ファシリテータや地域ケア会議の企画への参加促し、情報提供を行う。 	<p>4</p>			
<p>多職種連携ネットワーク作り</p>	<ul style="list-style-type: none"> 区民ひろば池袋本町やCSWと協働し、としまる体操の実施を計画していく。(6月より) 2か月に1回のTMGH認知症地域カンファレンスに参加し、他施設の職員と交流を図る。 他施設等の勉強会や事例検討会に参加する。 消防との協働により防火防災診断訪問を実施する。(年4~5件) 	<p>2</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> 各種関連団体等の会議等に参加して連携を図る。 リハビリ関連会議 精神保健福祉連絡会(せいほれん) 高次脳機能障害者支援連絡 地域密着型サービス運営推進会議 いけよんプロジェクト いけよんケアマネ連絡会 としケア 	<p>2</p>			
<p>認知症の方を支えるしくみ作り</p>	<p>地域に向かってもの忘れ相談についてチラシを作成し、周知していく。集会などで物忘れ相談の説明を行っていく。認知症初期集中支援事業に相談する事例を提示していく(年4件)。</p>	<p>5</p>			
	<p>地域の住民等から講座等の開催の相談を受けていく。講座が開かれる際には参加しバックアップ体制をとる。</p>	<p>5</p>			

(平成30年度) 地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
- 3 ~ ある程度できている
- 2 ~ あまりできていない

自己評価の合計
101 / 120点

センター名: アトリエ村地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制 合計 14 / 16点			
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正でいる意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	地域包括支援センターが中立・公正な機関であることを理解し、保健・医療・福祉サービスが特定事業所に偏らないよう留意し、利用者・家族が自ら選択できるように情報提供をおこなっている。	4
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	各事業については役割分担し、各担当より随時や定期開催の包括職員会議にて進捗状況の報告がされている。	
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	センターの事業目標の作成と評価について、全職員の合意を持っておこなっている。毎朝のミーティング、職員会議等にて業務含め情報共有している。	
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	職種や適性に応じた研修への参加を偏りなくおこなっている。	3
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	区や都、国等公的機関がおこなう研修だけではなく、民間や他事業所がおこなう研修、法人内研修にも積極的に参加している。	
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	すべて指定期日内に提出できた。	4
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	資格については、年度当初に確認。変更届を提出する案件はなかった。	
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	相談記録、関係文書等は鍵付きのキャビネットに保管し、事務室自体も施錠するなど適切な管理を実施している。	
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情を受けた場合には記録に残し、速やかに高齢者福祉課、介護保険課に報告している。	3
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	職員配置ならび勤務体制については問題なし。	
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	アトリエ村施設職員全体およびセンター職員の緊急連絡網を整備し、緊急時の連絡に備えている。	
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	個人情報に関する書類やサーバーは、鍵付きのキャビネットに保管している。パソコンはログインパスワードを設定している。	

2. 総合相談業務		合計 12 / 16点	
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	区民ひろば、認知症カフェ、介護保険事業所等を通じ担当圏域全体への周知をおこなっている。さらに毎年開催している地区懇談会にて都度センターの周知をおこなった。	3
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	個人情報保護に留意しながら関係機関と協働して速やかな対応を心掛け、さらに各事業所の会議体等に参加することで、信頼関係構築に努めている。	
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	家族支援も視点に入れながら、相談対応しているが、社会資源の不足等の理由から十分な支援ができないこともあった。	
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	必要時はもちろん訪問している。さらに見守り担当が中心となり独居・高齢者のみ世帯に対しての訪問も実施している。	
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内での共有ができる体制をとっている。	相談記録台帳は職員全員に回覧、緊急時には、センター長を含む在席している職員にて支援方針についてカンファを実施している。	3
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	昨年度実施された「記録の書き方」研修に参加、リスクマネジメントに留意した記載方法を模索している。台帳回覧の際に職員間にてチェックしている。	
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	状況や利用者にもより、情報収集がうまくいかないこともあるが、職員にて都度協議して支援方針は決めている。	
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	民生委員、地域住民、ケアマネジャー、事業所、医療機関、区民ひろば、コミュニティーソーシャルワーカー等より情報収集をおこなえる体制をとっている。	3
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	ケース検討、個別ケア会議、地区懇談会を通じ地域の課題を抽出している。把握した課題を関係機関で共有することにより、問題の解決、予防に努めている。	
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	認知症疾患センター、長崎健康相談所、在宅医療相談窓口、地域医療機関などの保健医療機関や行政、警察署、消防署等とも連携し問題解決をおこなっている。	3
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	町会、商店会、地域での活動や民間機関の社会資源等について情報収集している。その情報を都度の地区懇談会等にて参加者と共有している。	

3. 権利擁護業務		合計 11 / 12点	
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	関係機関との連携により虐待の防止と早期発見に取り組んでいる。	4
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	虐待(疑い)受付表を以って速やかに担当課に報告するとともに、速やかに実態把握のため、被虐待者と面接等を実施することで、安全確認・事実確認に努めている。	
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	判断能力、金銭管理能力、生活全般の状況を把握し、成年後見人制度の必要性や緊急度について、区担当課の意見も聴取し、職員間で協議し判断している。	4
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行っている。	法テラス・サポートとしまの専門相談・リーガルサポート等関係機関に繋げる支援を行っている。	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	都度、区担当課である地域ケアGと協議を行い、区長申立てに繋げる支援をしている。	
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	各機関からの情報提供や共有は行っている。	3

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 15 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	年度当初の段階では計画の策定はできなかったが、研修会(事例検討会含む)・懇談会は開催できた。	3	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	CM地区懇談会の企画委員を年度当初に公募、研修含め企画や開催の協力してもらった。 地区懇談会についても、圏域内すべての居宅事業所へ参加要請した。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	毎月の月報にて報告、定期的職員会議で地域課題については都度協議した。	4	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	多職種連携の会や地区懇談会を開催し、交流・連携の機会を確保した。	4	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	多職種連携の会・地区懇談会を通じて介護事業所、医療機関、関係機関との連携の輪が強化されている。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	個別の相談における専門的な助言に加え、必要であれば個別ケア会議を開催し、困難事例への支援を協議した。	4	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	個別の相談への支援や個別ケア会議、三事業を活用し、介護支援専門員の問題解決能力向上を図っている。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	ケアマネ地区懇談会を通じ、地域の課題、地域の介護支援専門員の課題を共有する取り組みを行っている。		

5. 総合事業				合計 8 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	相談者のニーズが多岐にわたるため、介護申請になってしまうことが多かった。	2	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	パンフレット等を活用して周知ならびに情報提供している。	4	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	制度変更による混乱は見られたが、都度相談対応してきた。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	地域の自主グループである「元気ながさきの会」の活動を情報提供しているが、逆に包括がいろいろな面でグループに協力してもらっている。	2	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 7 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	認知症サポーター養成講座を開催し、地域住民および関係機関に認知症高齢者とその家族の支援のための啓発活動を行った。	3	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活が送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	初期集中支援チーム事業を実施、チーム員ともに継続的な支援を行っている。	4	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	認知症に限らず医療連携を目指し、多職種連携の会を年2回実施、また区認知症疾患医療センターの実施する研修会の企画に協力した。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 14 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	基準を遵守して対応している。	4	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者役割分担が明確化されている。	担当者選定については、朝のミーティングや急ぎの場合は随時で職員にて協議し決定。給付管理業務は、プランナーが中心となり行っている。	4	
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	区高齢者施策、民間サービス、家族や友人による支援等、介護保険以外のサービスをケアプランに位置付けている。	3	
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	自立支援のためのプランであることを鑑み、計画作成、モニタリング等を共通の考え方に基づき一体的におこなっている。		
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	都の介護事業所情報等で運営状況、事業所概要等を調べ、委託の要件を満たしているかを確認、さらにこれまでの包括との関り(相談状況等)も考慮して再委託先を決定している。	3	
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	委託事業所選定は公平性・中立性を考慮し行っている。		
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	委託先事業者が計画原案を作成する場合は、計画の内容の確認をおこない、その後のモニタリングの報告を受け今後の方針を一緒に決定している。		

8. 地域ケア会議				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	昨年度の懇談会を踏まえて検討議題は決定、開催時期等のおおまかな計画は立てた。	3	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の見守り者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	西部包括との合同で1回実施した。担当課より提示されたマニュアルに忠実に実施、顔見知りのメンバーでの協議だったこともあり、熱心な議論が展開できた。	3	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	目的については案内時と開催時に説明し、参加者と共有している。	4	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	個人情報の守秘について説明している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	結論とその後の役割分担等について確認を行っている。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	実施後に、記録を作成し参加者へ配付している。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	台帳を整備(包括共有)、熱中症訪問等の情報提供も踏まえてアウトリーチ対象者名簿を作成し、優先順位をつけて主に見守り担当が訪問対応している。	4	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	区民ひろば・としまる体操等の社会資源を情報提供しつなげる支援を行っている。特に今年度開催された地域懇談会にて孤立高齢者については課題として挙がっており、次年度以降の懇談会にて協議していく予定。	3	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	主に包括との協働にて対応、その他にも医療機関やCSW等の関係機関とも協働して対応している。	3	

101

14

15

8

10

10

平成 30 年度 事業計画表

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b 目標どおり c 目標をやや下回る
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d 目標を大きく下回る	

地域包括支援センターの重点目標 名称（アトリエ村）センター

- 1.介護予防・日常生活支援事業の制度理解と周知
- 2.地域のネットワーク構築の深化（地区懇談会の開催・医療との連携強化）
- 3.介護支援専門員への支援強化（資質向上・ネットワーク構築）
- 4.認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題	
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a~d)	
介護予防・日常生活支援総合事業の周知		<ul style="list-style-type: none"> ・今年度中に ①包括主催による各種地区懇談会にて、総合事業の説明の時間を設け、周知を図る。（年4回） ②来所時やサービス担当者会議で区作成のパンフレットを活用し利用者の理解を深めていく（随時） ③総合事業の理解を深める為、区主催の説明会や包括職員同士の勉強会に積極的に参加する。（年2～3回） 	いつまでに・どのように・どの程度	<ul style="list-style-type: none"> ①各種懇談会(年4回)において、時間を確保することが難しく、短時間で大卒の説明程度しか出来なかった。 ②来所者や関係機関の方に対してパンフレットを活用し、その都度総合事業について説明を行う事が出来た。 ③区主催の説明会や事業者連絡会に必ず出席し、後日職員会議の場で周知する事が出来た。 	b	総合事業も開始され数年たち、各担当で解釈や手順に微妙な差異が出てきているように感じられる。マニュアル等を再点検し、職員間で再確認する時間が必要と感じている。

<p>支え合いの仕組みづくり</p>	<p>・今年度末までに</p> <p>①シニアささえあいステッカー委員会(月1回)に参加し、関係機関や地域住民との連携を深め、地域での緩やかな見守り活動の定着に繋げていく。</p> <p>②新聞販売店などの民間事業者やマンションの管理人を訪問し、相談窓口の案内や取組方法を伝え、事業の周知と協力を依頼する。(随時)</p> <p>③見守りと支えあいネットワーク事業利用者の実態把握を実施、必要に応じて適宜他の事業や活動につなげていく。(随時)</p> <p>④実態調査等で把握した要見守り対象者のニーズを確認し、地域活動や公的サービスに繋がるよう支援する。(随時)</p>	<p>2</p>	<p>①行われた10回の会議に参加し、積極的に運営に携わることができた。認知症サポーター養成講座を1回主催、小学校での子供向けの認知症サポーター養成講座に1回参加し、幅広い世代の地域住民に対し認知症や見守り活動について理解を深めてもらうことが出来た。広報誌を1回発行し、地域の協力店舗との連携を強化することができた。</p> <p>②地区内の新聞販売店と分譲マンション(77棟)の管理人等を訪問し、事業案内と協力の依頼を行った。新聞販売店は2店舗、マンションは32棟の管理人等に会うことができ、21棟はポスティングをした。</p> <p>③事業登録者について、所内での管理方法の見直しを実施した。見守り体制が明らかでない登録者については、要見守り対象者名簿に組み込み実態把握や安否確認を行うことで、継続的な支援が行えるようになった。</p> <p>④地区懇談会等を通してできた多職種とのネットワークを活用し、要見守り対象者が支援が必要になった時にすみやかにサービスにつなぐことができた。</p>	<p>a</p> <p>①包括が主体とならず、できるだけ地域住民や協力店舗が自主的に活動に取り組んだり参加できるような働きかけが必要。</p> <p>②マンションの管理形態の違いにより、管理人が見守り活動の担い手に成り得るかどうかのおおまかな傾向をつかむことができたので、それぞれにあったアプローチ方法を検討し計画を立てていくことが必要。</p> <p>④訪問しても会えず実態が把握できない対象者も依然として多いので、民生委員等の関係機関との連携を取っていくとともに、対応方法について他包括と情報交換や協議をしていく必要がある。</p>
<p>地域ケア会議機能の強化と充実</p>	<p>・今年度末までに</p> <p>①前年度の地区懇談会で課題として挙げられた地域情報の発信方法について検討するため、地区懇談会を長崎・南長崎の2地区にて開催する。(年2回)</p> <p>②個別ケースの課題から地域の課題発見に繋がれるよう、個別ケア会議を開催する。また自立支援に向けた個別ケア会議についても開催方法を含め協議していく。(随時)</p> <p>③昨年設立した豊島区主任介護支援専門員連絡会に事務局として運営の協力をしていく。(随時)</p>	<p>3</p>	<p>①長崎地区、南長崎地区で地区懇談会を開催。地域情報の発信方法について無理なく取り組めることが複数の関係者から具体的な形で示された。</p> <p>②個別ケア会議は年間40件開催、多岐にわたる個別課題について協議、解決に向けた有意義な検討ができ、各機関との関係構築にも効果的だった。また西部包括と合同で元気はつらつ報告会を開催、当日は活発な意見交換が出来た。</p> <p>③主任介護支援専門員連絡会(としケア)については、8包括にて役割分担をしながら、運営に協力していくことができた。</p>	<p>a</p> <p>①地区懇談会では、住民による自主的・積極的な行動を促していけるよう今後も会運営やテーマ設定について協議していきたい。</p> <p>②個別ケースについては、年々複雑化・多様化しており、会議を通して各関係機関との役割分担を明確にしていきたい。</p>

<p>医療と介護の連携強化</p>	<p>・今年度末までに ①豊島区医師会と協働し、アトリエ村地区多職種連携の会にて学習交流会を実施する。（年2回）</p>	<p>3</p>	<p>8月には「最新福祉機器体験会」、1月には「介護現場の気づきの第一歩」をテーマに、嚥下障害・認知症それぞれの専門医より講義とグループでの討議を行う。各回とも医療・介護から多くの参加があり、専門的な見地から意見交換ができ、連携を深めることができた。今年度はコアメンバー（企画委員）が積極的に協力してくれ、包括の業務負担は軽減した。</p>	<p>a</p>	<p>コアメンバーによる自主運営化に向けて、包括の関わり方について検討していきたい。</p>
<p>ケアマネジメントの資質向上</p>	<p>・今年度中に ①必要に応じ個別ケア会議を開催し、困難ケースの継続的支援を行い地域ケアマネジャーの資質向上を図る。（随時） ②ケアマネジメントの資質向上とネットワーク構築を目的にケアマネ地区懇談会（年2回）や事例検討会（年1回）、また勉強会（年2～3回）を、地域の主任ケアマネや他包括と協働し実施する。</p>	<p>4</p>	<p>①個別ケア会議は、連携体制の構築と事例の積み上げによる介護支援専門員（以下CM）のスキルアップの場として、効果的に機能した。 ②4月・10月に地区懇談会、8月に西部包括、11月に8包括合同の研修会、1月に事例検討会を開催。各回とも多くの参加があり、資質向上の一助となった。</p>	<p>a</p>	<p>資質向上のための研修は多く、研修以外で資質向上できる方法について検討していきたい。</p>
<p>主任介護支援専門員の育成支援</p>	<p>・今年度中に ①地域を支える担い手を育成するため、主任介護支援専門員受講に向けた支援（包括の活動への参加呼びかけ等）を行っていく。（随時）</p>	<p>4</p>	<p>4月に、主任CM受講希望調査を実施、地域の実情を把握、受講が必要なCMへ適時情報提供した。 新任主任CMには、主任CM連絡会（としケア）等の職能団体について情報提供している。</p>	<p>a</p>	<p>地域には主任CMが不在の居宅事業所もあり、資格の取得が急務となっている。</p>

<p>認知症になっても安心して暮らせる地域づくり</p>	<p>・今年度末までに ①もの忘れ相談を開催する。(年2回) ②認知症初期集中支援事業を利用する事が、在宅生活の継続に繋がる支援を行う。又、事業の円滑な運営にチーム員と連携して取り組む。ケースを抽出し、チーム員会議に参加する。(年4回) ③圏域事業所が運営する認知症カフェの運営を支援する。(随時) ④31年度再開の介護予防サロンの企画、参加者の抽出を行う。</p>	<p>5</p>	<p>①3事例実施。1例は訪問対応、本人の抵抗も少なく、定期受診に繋ぐ事ができた。 ②3事例提出。連携する事で情報や対応の共有に繋がり対象者にとり尊厳を守り穏やかな生活に繋がる対応が出来た。 ③参加の要請はなく訪問はしなかった。 ④大規模改修の為31年度もサロンの開催が厳しい状況にて企画、参加者の抽出は行わなかった。改修の進捗状況から開催時期を見極めスムーズな対応に繋げていく予定</p>	<p>b</p>	<p>ケースにより関係機関との支援の方向性に相違が生じることもあったので、コミュニケーションの機会を増やしていきたい。</p>
------------------------------	---	----------	--	----------	---

平成 31 年度 事業計画表

重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	
		2	支え合いの仕組みづくり	
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実	a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援	b 目標どおり
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る	

地域包括支援センターの重点目標 名称（アトリエ村）センター

- 1.介護予防・日常生活支援事業の制度を理解し周知していく
- 2.地域のネットワークを構築し深化する（地区懇談会の開催・医療との連携強化）
- 3.介護支援専門員への支援を強化する（資質向上・ネットワーク構築）
- 4.認知症になっても安心して、継続して暮らせる地域を作る

重点目標に基づく項目		実施方針 (1~5)	取組と成果 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	達成度 (a~d)	次年度の課題
項目 なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準 いつまでに・どのように・どの程度				
介護予防・日常生活支援総合事業の周知	今年度末までに ①区主催の説明会や研修会に積極的に参加、参加した職員が所内で伝達研修を実施する事で職員全員が理解できるようにする。 ②窓口に来所された相談者やケアマネ等にパンフレット等を活用しながら地域の方々の理解を深めていく。 ③区担当課の協力も仰ぎ、包括主催の各種懇談会等（年3回程度）で説明する機会を設け、参加者の理解を深める。	1			

<p>支え合いの仕組みづくり</p>	<p>①（高齢者にやさしいまち・ソニアと さえあいステッカー活動） 商店でのステッカー掲示を通して地域 での緩やかな見守り活動が定着するよ う、広報誌を年2回発行し周知活動を 行う。今年度中に1回地域の住民向け の認知症関連講座を開催し、住民の理 解を深める。 ②（見守りと支えあいネットワーク事 業） 新聞販売店等戸配業者やマンション管 理人を訪問し、包括の事業内容の周知 と協力依頼を行い連携の強化を行う。 今年度末までに各1回訪問。 ③（地域資源情報の管理・活用） 今年度末までに。地域住民に社会資源 の情報をスムーズに提供できるよう、 業務においてAyamuを活用し社会資 源情報の管理を行う。併せて、CSW をはじめとする多職種との連携を深め ス</p>	<p>2</p>			
<p>地域ケア会議機能の強化と 充実</p>	<p>1.地区懇談会 今年度末までに ①「地域にでよう」をテーマに、前年 度の懇談会で課題として挙げた“引 きこもりがちな高齢者”に対するアプ ローチ方法について検討するため、地 区懇談会を長崎・南長崎の2地区にて 開催する。（年2回） 2.元気はつらつ報告会 今年度末までに ①包括主催の元気はつらつ報告会が区 主催の会と同等の内容でも実施出来る よう理解を深める。 ②参加者のマネジメント力が向上し、 地域の課題を顕在化出来るような元気 はつらつ報告会を西部包括との合同で 開催する。（年2回）</p>	<p>3</p>			

医療と介護の連携強化	<p>今年度末までに地域の医療職と介護職が各専門的見地から意見交換や共通認識を図り連携を強化するため、下記テーマにて多職種連携の会を年2回開催する。</p> <p>①認知症のVR体験を通し、認知症への理解を深める。</p> <p>②看取りケースを取り上げ多職種での連携過程やその重要性を再認識する。</p>	3			
ケアマネジメントの資質向上	<p>今年度末までに</p> <p>①介護支援専門員からの相談を受け、必要に応じ個別ケア会議を開催し、継続的支援を行い、地域の介護支援専門員の資質向上を図る。(随時)</p> <p>②ケアマネジメントの資質向上とネットワーク構築を目的にケアマネ地区懇談会(年1回)や事例検討会(年1回),また勉強会(年2~3回)を地域の主任介護支援専門員や他包括と協働して開催する。</p>	4			
主任介護支援専門員の育成支援	<p>今年度末までに</p> <p>①主任介護支援専門員研修の受講を促進するために、受講希望者の相談や情報提供を行い、地域を支える担い手を増やしていく。(随時)</p> <p>②主任介護支援専門員の職能団体と協働し、研修やネットワーク構築、地域貢献のための取り組みを行っていく。(随時)</p>	4			
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	<p>・今年度末までに</p> <p>①もの忘れ相談を開催する(定時、随時、年4ケース)</p> <p>②認知症初期集中支援事業のチーム員として連携し円滑な運営に努め、在宅生活の継続に繋がる支援を行う。(年4ケース)</p> <p>③圏域事業所が運営する認知症カフェの運営を支援する。</p> <p>④介護予防サロン再開に向け企画や参加者の抽出を行う。</p>	5			

(平成30年度)

地域包括支援センター業務自己評価表

【評価の目安】

- 4 ~ かなりできている
3 ~ ある程度できている
2 ~ あまりできていない

自己評価の合計
95 / 120点

センター名： 西部地域包括支援センター

1. 地域包括支援センター運営体制				合計 13 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
職員の職務及び姿勢	センターの職員は中立・公正でいる意識を持ち、個別支援にあたり、保健・医療・福祉サービスが特定事業者に不当に偏らないよう、また、利用者を不当に誘導しないように配慮している。	介護保険法をはじめとする関係法令を遵守している。各サービスに関しては、利用者本人・家族の選択を原則としている。居宅介護支援事業所を紹介する必要がある場合には、紹介歴を一覧にし、偏りがないようにしている。	4	
	日頃の業務内容をセンター長が網羅的に把握し、センター内で職務分担を設定し、かつ業務が行われている。	職員会議において、業務分担を確認している。多角的な視点の導入と、担当者不在を避けるため、多職種連携の会やサロンなどは2～3名の体制としている。		
	センターの目的や基本的視点について、所内会議の計画的な開催や、職員間での日常業務の情報共有などにより、共通認識を持って業務を行っている。	センターの目的と基本的視点に基づいた事業計画・評価は、必ず全員で複数回検討し作成。職員会議(2回/月)、ミーティング(2回/日)、事例検討・個別地域ケア会議(随時)を行い、方針・役割分担等を検討し、チームでの対応を行っている。		
職員の資質向上	職員の資質向上のための取り組みを適切に行っている。	各職員の能力開発について年に2回管理・監督職と面談し、目標設定と達成状況を確認している。	4	
	区や都、国等公的機関の主催する研修には参加するようにしている。	勤務調整し複数名の参加を努力している。特に高齢者福祉課主催の研修は、最大人数の参加ができるよう、勤務調整している。		
書類の整備	事業に関する提出物の期日内提出を実施し、提出物の作成にあたっては簡潔明瞭を心掛けている。	業務ごとに担当を決め、期日内提出を徹底すると共に、万一遅れが生じる場合には事前連絡を行っている。提出書類はメール機能を活用してセンター長が確認する他、回覧にて所内にも周知している。	3	
	職員の資格の有効期限を確認するとともに、職員の異動等があった場合には、変更届出書を速やかに提出している。	法人本部・同法人の地域包括支援センターと連携し、随時提出している。		
	契約書、相談記録、関係文書等の情報が適切に管理・保管できているか。決められた保管年数を守っている。	契約書については契約締結簿、相談記録台帳の有無はPCにて管理している。また決裁後はキャビネットにて保管・管理している。関係文書等は回覧後種類別にファイリングし、決められた年数保管している。		
その他	苦情を受けた場合には記録に残し、適切に対応している。また、その内容について速やかに区に報告を行っている。	苦情を受けた際には、所内での情報共有・対応策等の協議をはじめとし、必要時には法人内の第三者委員会にて報告・協議を行う他、区への報告を速やかに行っている。	2	
	包括必置の三職種の適切に配置するとともに、土曜なども必ず三職種のうち1名は出勤する勤務体制を整えているか。	センターの開設時間内においては必ず三職種1名は出勤している。10月以降法人内の人事異動に伴い、主任介護支援専門員の欠員が生じた。		
	センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備している。	開設時間外は携帯電話への転送により、24時間対応可能。職員連絡網を整備している。		
	個人情報の取り扱い等、情報管理を適切に行っている。	法人として受けた外部機関による情報セキュリティ診断・研修の結果を踏まえ、引き続き定期的に自己点検を実施。鍵の増設、キーボックスの設置の他、机上整頓を徹底し、個人情報等が不用意に他者の目に触れることを防止している。		

2. 総合相談業務				合計 13 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
相談受付の方法	センターの認知度を向上させる取り組みを行っている	日々の訪問や熱中症予防、アウトリーチ訪問等で、パンフレットやチラシを配布し活用した。ひろばまつりや町会の活動にも参加し、センターの周知・啓発を行った。	3	
	関係機関からの相談に対し、速やかに対応し報告するなど信頼関係構築に努めている	必要に応じて所内検討し、対応方法や役割を確認するなどして速やかに対応できるようにしている。		
	働きながら介護をする家族等に対する相談・支援を行うことで、介護離職を防止している	介護負担の大きい介護者に対して、「介護者の会」の案内やサービス利用・社会資源の情報提供をするなどし、家族への支援もしている。		
	地域の高齢者の世帯を積極的に訪問して生活実態やニーズ等を把握し、在宅生活を支援している	熱中症訪問等を通じて、民生委員らと共に地域の特性、課題について把握するよう努めた。		
相談受付での対応	相談記録を作成するとともに、必要であればセンター長へ速やかに報告し、センター内の共有ができる体制をとっている。	台帳は速やかに記載、センター長が確認し、キャビネットで保管している。必要に応じてミーティングを行い、職員間で情報共有し、担当者が不在であっても対応できる体制をとっている。	3	
	相談記録の作成にあたっては、リスクマネジメントを念頭においた書き方がなされている	所内で記録の研修を行い、「個人情報の取り扱い」を周知。困難なケースについては、サービスの提案や今後の予測を踏まえ作成している。		
	相談記録の作成にあたっては、把握した情報を整理し、専門的見地から判断した内容によって支援方針を定めている	複合的な課題を抱えたケースは、所内検討の場で支援方針を決め、複数の職種で関わり、経過記録を基に継続的に対応している。		
地域の高齢者の実態把握	地域住民や関係機関から支援が必要な地域高齢者の情報収集を行っている。	新聞販売店、不動産会社、銀行など、地域の機関からの相談により、安否確認や権利擁護の支援が必要な方の早期対応につながった。	3	
	総合相談等の内容分析を行い、地域の課題を抽出している	日々の相談内容をふまえながら地域の課題を抽出し、地区懇談会などで地域の関係機関と共有している。		
地域におけるネットワーク活用	地域の課題や地域住民への支援について、ネットワークを活用した問題解決を行っている。	困難な課題を持つ世帯への支援のみならず、元気な高齢者を対象に、町会やCSW、ひろば職員、民生委員等と協力しながら、地域住民に向けた支援を行っている。	4	
	地域の社会資源の把握及び機能や役割の整理をしている。	社会資源整理の日(2回/週)を設定、情報の更新を適宜行っている。窓口の掲示物も期限切れの物がないようチェックしている。		

3. 権利擁護業務				合計 9 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者虐待への対応	関係機関との連携により、虐待の防止と早期発見に取り組み、早期に相談・通報がなされる体制ができている。	警察からの情報提供はもとより、CM・ヘルパー等介護保険事業所からの相談などから対応につながったケースが多く、虐待通報の重要性の理解が進んでいる。	3	
	通報・相談を受けた場合には、速やかに区及び関係機関と連携し、高齢者の安全確認・事実確認を行う等適切に対応している。	30年度は4件の通報があり、区に報告したうえで48時間以内の安否確認と速やかな対応をしている。対応継続1件については、区及び関係機関と連携し、訪問や連絡を密に行なった。		
成年後見制度に関する対応	高齢者の判断能力や生活状況を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断している。	アセスメントの情報を整理し、所内検討やサポートとしまへの相談、地域ケアグループの専門相談の機会を活用し、制度の必要性を判断している。	3	
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、申立てに当たった関係機関の紹介等を行っている。	サポートとしまなどへの相談、専門相談の利用などを提案しながら、専門機関への橋渡しを行っている。		
	成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者で、親族がいない場合や親族に申立ての意思がない場合は、区に報告し、区長申立てにつなげている。	30年度の区長申立てはなかったが、関係機関と連絡調整し区長申立てを検討する体制がある。		
消費者被害の防止	消費生活センターや警察等の他機関と連携して事例に対応または対応できる体制を整えている。	消費者被害防止のリーフレット等を設置し、予防啓発に努めるとともに、消費生活センターや警察等から情報提供には早急に対応して被害の拡大を防いでいる。	3	

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務				合計 12 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
ケアマネジメント支援を目的とした研修計画の作成・主任介護支援専門員の育成環境整備	高齢者福祉課・育成委員・研修企画委員と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成し実施する。	育成委員・研修企画委員会に出席し、高齢者福祉課と協議して介護支援専門員向け研修、事例検討会等の開催計画を作成した。	3	
	地域の介護支援専門員に、センターの共同開催研修の実施企画や運営への参加の機会の提供と地区懇談会の委員・オブザーバーとしての参加の機会の提供を行い、参加状況について管理し、高齢者福祉課に報告する。	センターの共同開催研修の企画運営を地域の主任介護支援専門員と協働して行った。地区懇談会のオブザーバーやファンリテーターとして地域の介護支援専門員に参加の機会の提供を行った。		
介護支援専門員からの相談事例の把握	包括が開催した地域ケア個別会議の、個別の地域課題について内容の整理、分類を行い高齢者福祉課に報告する。	介護支援専門員からの相談を受け、地域ケア個別会議へ繋げた。社会資源を活用できない世帯や認知症を抱える独居高齢者など孤立しがちな世帯を地域課題と捉え、内容を整理し、高齢者福祉課に報告した。	3	
包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	地域の介護支援専門員と関係機関が連携できるよう支援している。	西部地区CM連絡会を毎月実施し、総合事業の情報共有や選択的介護の事業所との勉強会等、連携できるよう支援した。	3	
	地域の介護支援専門員と関係機関が連携するシステムの構築に取り組んでいる。	西部地区懇談会の企画協力や当日の出席を通し、町会・民生委員等の地域住民、インフォーマルサービス等と連携体制ができるよう支援している。		
介護支援専門員に対する個別支援	地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対し、ケアマネジメントの課題と事例のニーズを把握し、課題解決のため直接的・間接的支援を行っている。	困難事例への同行訪問やサービス担当者会議への出席の他、専門会議体への事例提出の支援等、3職種と協働し相談に応じている。	3	
	地域の介護支援専門員のケアマネジメントの課題に対し、自ら問題解決能力を高めるように側面的な支援をしている。	西部地区CM連絡会の事例検討会にて、地域資源の活用ヒントを出し合い、それぞれが問題解決能力を高められるようアドバイスした。		
	個々の介護支援専門員が抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で共有できるような取り組みを行っている。	地区懇談会で検討した地域課題を、西部地区CM連絡会で共有した。CMからの相談内容や事例検討会での共通課題に関しては、CM連絡会で情報共有している。		

5. 総合事業				合計 11 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本チェックリストの実施	基本チェックリストを積極的に実施している。	窓口相談や訪問等でアセスメントを行い、基本チェックリストを実施した(31件実施)。	4	
制度の周知	相談者や地域住民に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、介護予防に資する社会資源や、総合事業のサービスなどの情報を提供し、適切な支援に繋げている。	地域住民に対して「健康教室」(介護サービス事業所主催)にて介護保険及び総合事業について説明した。利用者や家族、相談者に対し、総合事業及び地域の社会資源について適宜情報提供を行い支援に繋げた。	4	
	居宅介護支援事業所や介護サービス事業所に対し、総合事業制度の趣旨を周知するとともに、サービス内容や実務についての情報提供及び相談に応じている。	総合事業について区の説明会での情報を整理し、地域CMと共に制度理解を深めた。随時居宅介護支援事業所に情報提供・情報共有を行いサービス内容の確認や相談に応じた。		
地域介護予防活動支援事業	介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援を実施している。	地域の各種サークルやサロン等の場に出向き、介護予防の意識づけを行った。介護サービス事業所が開催する介護予防の活動の支援を行った。	3	

6. 認知症高齢者及び家族への支援				合計 6 / 8点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
認知高齢者に対する地域の支援者を増やす	認知症の人や家族を温かく見守り応援する認知症高齢者の理解のための啓発を行う。	「豊島区認知症支援講座」では、医師の講義と演習を通して、参加者が認知症の早期発見、専門医へ繋ぐことの重要性を再認識できた。認知症サポーター養成講座(年3回実施)は参加型の養成講座とした。	3	
認知症の状態に応じた相談・支援、認知症ケアの多職種連携	安定した在宅生活を送れるよう、認知症初期の相談や支援を行う。	状況に応じて初期集中支援事業やもの忘れ相談を利用を促し、未受診の方は専門医の受診をすすめた。結果、介護保険サービスの利用などに繋がり、本人や家族が安心できる体制ができた。	3	
	容態の変化に応じ、医療・介護等が提供される循環型の仕組みづくりとして多職種との連携を図る。	拒否が強く未受診な高齢者の支援では、東京都健康長寿アウトリーチ事業で見立てをした。防火防災の観点から、消防署との同行訪問を実施した。また、訪問診療との連携により、介護保険サービス等につながったケースが複数あった。		

7. 介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援業務				合計 7 / 16点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
基本的姿勢	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等にかかる介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、改正部分も含めて内容を事業所内で周知し、基準に沿って対応している。改正部分については重要事項説明書にて利用者に説明し同意を得ている。	3	
	介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの受付、契約、担当者選定、担当者の進捗管理、利用者情報の把握、毎月の実績管理と予定管理、給付管理、サービス請求、委託事業所管理、報酬の管理等について担当者と役割分担が明確化されている。	直営、委託とも契約から給付管理まで介護支援専門員と三職種が担当し、委託事業所管理、報酬管理についても役割分担をしている。	3	
自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント等の取り組み	介護保険以外のサービスを、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援のケアプランに位置付けている	元気はつらつ訪問事業や訪問型サービスB事業を活用した。有償ボランティアや区民ひろば等、地域の社会資源を再確認しケアプランに位置付けて実施している。	3	
	第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施にあたっては、共通の考え方に基づき一体的におこなっている	自立支援に向けたケアマネジメント研修に出席し、伝達研修も実施した。自立支援について一定の共通理解を持ち、第1号介護予防支援事業及び指定介護予防支援の実施に努めた。		
介護予防支援等の再委託について	介護予防ケアプラン等を居宅介護支援事業所に再委託する場合には、委託に必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事している事業者であることを確認している	介護支援専門員の経歴(基礎資格、困難ケース等の経験実績)を把握した上で、居宅介護支援事業所に再委託している。	3	
	介護予防ケアプラン等の再委託事業所選定は、公平性・中立性を考慮し特定の事業所に偏らないように配慮している	事業所の空き情報を一覧表で管理。利用者の状態や希望を踏まえつつ、公平性・中立性を考慮した上で、選定・依頼している。		
	再委託先の事業者が介護予防サービス計画原案を作成する場合には、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認をおこない、評価の内容の確認に基づき今後の指定介護予防支援の方針等を決定している	サービス計画原案の事前提出では、内容を確認し必要に応じて修正を行う。評価については、今後を予測し自立支援の視点が入っているかを確認、介護予防支援方針を決定している。		

8. 地域ケア会議				合計 9 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
地区懇談会及び地域ケア個別会議の開催計画作成	地区懇談会及び地域ケア個別会議(従来型及び自立支援型)の開催計画を事業計画に記載し、実施する。開催のきっかけとなった地域課題の内容、会議の機能、構成員、開催頻度、時期等を記載する	地区懇談会は年2回開催。テーマは地域の社会資源の確認と「地域の居場所にながりにくい高齢者」に着目し、民生委員や地域CM、区民ひろばなどの関係機関と「居場所につながらないリスク」の共有など地域課題について検討した。地域個別ケア会議は専門的な視点を持つ多職種で検討した。	3	
自立支援・重度化防止等に資する観点からの地域ケア個別会議の実施と対応	元気はつらつ報告会の形態を参考とした地域ケア個別会議(事例提出者以外に最低3職種の助言者によって構成すること)を実施し、地域課題、多職種から受けた助言への対応内容等の報告書を高齢者福祉課に提出する。	地域ケア個別会議は元気はつらつ報告会の形態を参考とし、延べ13回実施。弁護士、ケアマネ、医療機関等の多職種で役割を分担しながら対応した。内容等については毎月月報にて報告した。またアトリエ村包括と合同にて元気はつらつ報告会を実施した。	3	
センター主催の地域ケア会議の運営	地域ケア会議の目的について、開催時に参加者に確認をおこなっている	会議の目的については、所内検討にて決定し、会議開催を通知する際、口頭、及び書面で説明。さらに、当日開始時に参加者に周知している。	3	
	地域ケア会議の運営にあたっては、関係者等への守秘義務の取扱いについて参加者に説明を行っている	会議に先立ち、守秘義務の取り扱いについて説明。終了時も同様。また個人情報を含む資料については全て回収している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容についてまとめの確認と終了後の役割分担等について確認を行っている	終了時には参加者全員でまとめを行い、今後の支援の役割分担を確認している。		
	地域ケア会議の中で、話し合った内容について、記録を作成し参加者にフィードバックする。	地区懇談会では議事録作成、アンケート集計を行い、次回開催時に報告している。		

9. アウトリーチ事業(見守り支援事業)				合計 10 / 12点
評価項目	評価基準	自己評価の根拠(実施方法、実施状況等)	自己評価	
高齢者等の情報収集、生活実態アセスメント及び安否確認	高齢者及びその家族に関する基礎的事項・支援・サービス計画の内容及び実施状況並びにサービス利用意向及び今後の課題等を記載した台帳等を整備し、台帳等から支援すべき対象者を抽出し、地域高齢者等の心身の状況等生活実態のアセスメントを、対象者への戸別訪問等適切な手段により実施している。	熱中症訪問等から、生活状況をアセスメントし、支援が必要な方については、必要に応じて後追い訪問や関係機関を連携している。	3	
孤立対策事業への参加・支援(見守り支援活動)	見守りが必要な高齢者に対し、既存の見守り機関への参加を推奨するとともに、見守り機関との連携や調整を行い見守りネットワークとしての進展に資する支援を行っている。また、既存の見守り機関以外に、社会的に孤立している高齢者に対する新たな社会資源の開発やネットワークの構築を行っている。	アウトリーチ対象者の名簿を作成し、訪問等により介入のタイミングをみながら見守り機能のある社会資源を紹介、利用につなげる支援をしている。新たな地域活動などに出向き、ネットワーク構築に努めている。	3	
在宅高齢者及び家族等からの相談対応	在宅高齢者等の各種の相談に対し、訪問、電話、面談等により総合的に対応している。また、複雑かつ困難な相談事案であると判断された場合、必要な機関へ円滑に引き継ぎを行っている。	複雑な相談内容については複数で対応し、所内検討を重ねるなど支援方針を確認している。必要に応じて関係機関と連携しながら対応し、スムーズに支援できるようにしている。	4	

別記様式第1号		平成30年度 事業計画表					
重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における				達成度		
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知	a 目標を上回る b 目標どおり c 目標をやや下回る d 目標を大きく下回る			
		2	支え合いの仕組みづくり				
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実				
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援				
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供					
地域包括支援センターの重点目標 名称（西部高齢者総合相談）センター							
<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民が自身と周りの人の健康維持、自立促進に取り組める街づくりに向けた情報と機会の提供 ・医療・介護等と協働し、認知症高齢者や家族を地域で支え認知症に関する取り組みをスムーズに行う体制の強化 ・個人情報保護、リスク管理、業務の効率化を高めるための記録技術の向上 							
重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題		
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	(1～4)	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	(a～d)	
1	生活支援の充実 介護予防・日常生活支援総合事業の周知	1) 介護予防・日常生活支援総合事業の動向を注視し、所内及び地域CMに適宜伝え、周知に努める。 2) 相談援助の段階から生活状況等の把握を開始し、本人の状況により合った情報が提供できるようにする。 3) 事業対象者に該当するかを意識し、基本チェックリストを活用する。	いつまでに・どのように・どの程度	1	1) 区の研修に参加。研修の内容を地域CMと確認し、疑問点を共有することで、制度の理解ができ、サービスの標準化が図れた。CM中心に一般施策（今年度より開始の補聴器も含む）の研修会を開催した。 2) 窓口にて生活状況を聴き取りアセスメントを実施。社会資源の利用にも繋がった。 3) チェックリスト31件(直営事業対象者4件含む)実施。 4) 事業所の要望で地域住民対象者に介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業の説明会を一度開催した。	a 目標を上回る	窓口にて生活状況を聴き取り、自立支援に向けたサービスの利用に繋げる。
2	生活支援の充実 支え合いの仕組みづくり	1) 昨年度、地域の社会資源について情報共有したことを踏まえ、参加者それぞれが何について具体的に取り組めるのかを考える機会とする。 2) 地区懇談会等におけるファシリテーターの役割・機能について今までの取り組みを振り返り、ステップアップする。	いつまでに・どのように・どの程度	2	地区懇談会の開催（2回/年） 1) 「地域の居場所につながりにくい高齢者」に着目した。アウトリーチ連絡会との合同開催で、民生委員と地域CM、関係機関がリスクを共有し、それぞれができることを考えた。個別課題から地域課題に置き換え、予防的な観点から取り組みを考えることができた。 2) テーマに沿った進行ができるよう手順資料を活用した。ファシリテーターの役割を意識したことで、職員のスキルアップに繋がった。	b 目標どおり	社会資源の活用と新たな自主グループへの支援。
3	相談支援体制の充実 地域ケア会議機能の強化と充実	自立支援地域ケア会議を開催し、多職種と共に、自立支援・介護予防に資する会議の在り方を考える。	いつまでに・どのように・どの程度	3	地域ケア個別会議は元気はつらつ報告会の形態を参考とし、延べ13回実施。弁護士、ケアマネ、医療機関等の多職種で役割を分担しながら対応した。個別ケースの課題分析を行うことで地域の課題把握に繋がった。	b 目標どおり	地域づくりの担い手等による自立支援の実践がしやすい環境を整える。

<p>4</p> <p>相談支援体制の充実</p> <p>ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援</p>	<p>1) 主任CM資格取得に関するアンケートを実施し、情報提供を行い、西部地区の主任CM増員を目指す。</p> <p>2) 豊島区の総合事業と選択的介護に関する情報を収集し、地域CMと共有する。</p> <p>3) 地区懇談会の準備段階から、地域CMと共に地域課題について考える。</p>	<p>4</p>	<p>1) 西部地区のCMに働きかけ、主任CM資格取得に関する情報提供及びアンケートを実施。2名増員に繋がった。</p> <p>2) 豊島区の研修に参加し、CM連絡会にて総合事業と選択的介護の動向を地域CMと共有した。ICTの研修を実施した。</p> <p>3) CM連絡会では、地区懇談会に参加したCMを中心に伝達研修を行い、CM・事業所としての地域における課題や役割を確認し合った。</p>	<p>a</p> <p>目標を上回る</p>	<p>地域課題に関する意識を高め、地域CMが主体となって開催できるよう連携する。</p>
<p>5</p> <p>認知症になっても安心して暮らせる街づくり</p> <p>適時、適切な医療・介護等の提供</p>	<p>1) 認知症初期集中支援事業の活用モデル事業での経験を踏まえ、認知症初期の人と家族へ事業利用を促し、活用のしやすさを探る。</p> <p>2) 認知症サポーター養成講座の開催・講師派遣の継続 4回/年</p> <p>3) 介護者の会(12回/年)の後方支援</p> <p>参加が望ましい方への声掛け方法と参加の継続を促す工夫について、サポーターとともに考える。</p>	<p>5</p>	<p>1) 認知症初期集中支援事業の活用が家族や関係者の負担軽減に繋がった(4件)。</p> <p>2) 認知症サポーター養成講座の開催(3回/年)。町会への啓蒙および法人内職員のスキルアップに貢献した。地域住民の理解を深めるために「認知症家族支援講座」を開催し、地域住民のコミュニティ強化に繋がった。</p> <p>3) 「介護者の会」の後方支援。(年12回)参加者年間延べ13名。サポーターの提案によりチラシを区民ひろばに設置。ポスターを当日掲示するなど、広報活動に力を入れた。</p>	<p>b</p> <p>目標とおり</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「認知症初期集中支援事業」の対象者を幅広く考える。介護者の会は、潜在化されている家族の掘り起しを意図的に行う。 個別ケースを通して地域で問題解決出来るように働きかける。
<p>6</p> <p>介護予防をより発展的に捉え実践するための支援</p>	<p>1) サポーター主体のサロン実施(3回/年)の後方支援</p> <p>企画から運営まで、サポーターが主体で展開できるように、必要時のみアドバイスを行う。</p> <p>2) 自主グループ発足の呼びかけの他、新たにボランティアをしたい人へ情報提供を行う。</p> <p>3) 地域の閉じこもり高齢者へサロンを紹介し、参加を後押しする。</p>		<p>1) サポーター主体によるサロン(3回/年12回)の実施。利用者は年間延べ340名。企画から運営までサポーターが行い、会場確保などの後方支援を行った。初めての取り組みとして、ウクレレ鑑賞と体力測定会、基本チェックリストを実施。</p> <p>2) 自主グループ発足の呼びかけを行った。各種団体や介護予防教室等に参加し、フレイルの説明や介護予防の考え方などを発信した。</p> <p>3) 閉じこもりがち高齢者に対して、個別対応をしてサロン参加に繋がった。</p>	<p>a</p> <p>目標を上回る</p>	<p>サロン参加者の受入れ基準等を再確認し、生活や地域の活動状況を把握した上で自主グループへの移行を促す。</p>
<p>7</p> <p>地域各種団体への働きかけとネットワーク作り</p>	<p>1) 見守りの担い手を増やす取り組みアパート大家や新聞配達店等への働きかけを計画的に行う。</p> <p>2) 地縁団体の他、目的別団体と「早い段階からの包括との連携の必要性」について検討する。</p> <p>3) 会議体や催しへの参加</p> <p>町会・高齢者クラブ・CSW・区民ひろば等が開催する会議やイベントへの参加。関係機関との交流から、互いに協力できそうな企画について更に話し合い、実現していく。</p>		<p>1) 熱中症訪問の際に、本人と合わせてアパート大家宅も訪問し、高齢者の見守りに関する聞き取りを行った。地域内の新聞販売店(4事業所)を定期的に訪問した結果、安否確認について情報交換ができた。</p> <p>2) 地縁団体の他、目的別団体とゆるやかにつながり、お互いの会議体へ参加するなど情報共有を図った。</p> <p>3) 地域貢献検討会議や区民ミーティング等に参加し、地域課題の共有に努めた。ひろば祭りでは包括コーナーを設け、元気な高齢者向けの企画(BMI測定・元気の秘訣など)を実施。</p>	<p>b</p> <p>目標とおり</p>	<ul style="list-style-type: none"> アパート大家等による見守り体制の確認と不動産会社など、見守りの協力機関を増やす取り組み。 見守り支援事業を円滑に進めるため、地域の各種団体や介護事業所等への働きかけを継続し、互いに協力し合える関係を作る。

8	地域包括と見守り支援事業の周知活動	チラシ・広報誌の活用方法の検討。 参加する会議体等で広報誌を配布し、その効果を確認する。 地域文化創造館、図書館など元気な人が利用する場所にも配布する。	区民ひろば（3か所）に定期的に出向き、地域の活動の場や会議体に参加し、包括パンフ・見守りチラシを配布した。	b 目標どおり	会議体への参加や地域回りの際に高齢者や商店等へ包括チラシを配布し、包括、見守り支援事業の周知に努める。
9	虐待ケースへの対応能力を高める	1) AAA方式でのカンファレンスを実施し、多機関がそれぞれの役割確認と実践ができるよう、中心的役割を担う。 2) 継続している虐待ケースを整理し、支援方針・目標を定期的に確認する。	1) ・虐待ケースや困難事例で、AAA方式でのカンファレンスを実施した。 ・本人の意思と関係機関の役割を確認しながら、変化する状況に主体的に対応した。 2) 虐待ケース等については、職員会議等で進捗状況を確認し、随時、支援方針や目標を整理した。緊急場面においても、関係機関と協力しながら速やかに対応した。	b 目標どおり	継続しているケースの後追いを定期的に行い、状況に合わせて対応する。
10	権利擁護への取り組み	1) 成年後見制度や虐待について職員及び地域CM向けに研修の機会を設け、早期に対応・介入できるようにする。 2) 権利擁護関係の資料（医療機関、利用可能な施設等）を情報提供できるように整理する。	1) 成年後見制度や虐待について職員向けに情報共有や所内検討の機会を設けた。また、「成年後見申し立て等確認一覧」で動きのある方の把握をし各関係機関と対応・介入の連携を図った（9件）。 2) 権利擁護関係の資料（医療機関、利用可能な施設等）の整理を行い情報提供に役立てた。	b 目標どおり	判断能力の低下が生じている相談者への対応では、自己決定を尊重しつつ適切な段階での介入。
11	相談者の立場に立った環境と機会の整備	1) 相談者目線の包括づくり 他包括を見学し、参考にして資料閲覧方法等を改善する。 2) 出張相談の継続開催 2回/月 相談者が利用しやすい曜日・時間帯を区民ひろばと相談し、検討する。	1) 相談しやすい環境づくり。他包括を見学し、資料を見やすく、個人情報を守れるようスペースの工夫をした。 2) 出張相談の開催（2回/月）。区民ひろばの活動に合わせ、利用者が集まりやすい日時に開催。ひろば職員等との情報共有により継続した支援につながった。	b 目標どおり	・個人情報に留意し、相談しやすい環境づくりを随時工夫する。 ・出張相談の継続。
12	アウトリーチ活動を通じて、困難な問題を抱える世帯の把握と必要な支援活動	1) 困難な課題を抱えているにも関わらず、支援が届いていない世帯の掘り起しを行い、関係機関とも協働し適切なサービスに繋いでいく。 2) 「気になる人リスト」について、個別の到達目標を設定できるよう書式を整える。	1) 見守り支援事業の後追い訪問や包括への相談を基に、課題を抱えている世帯への積極的な訪問と情報収集に努め、適切な支援に繋がる道筋をつけている。 2) 「気になる人リスト」については、一人ひとりの到達目標を意識しながら関わり、職員会議等で進捗状況を確認している。	b 目標どおり	・困難な課題を抱える世帯の掘り起しを行い、スピード感を持って適切なサービスに繋げる。 ・「気になる人リスト」の活用の継続と、チームとしての関わりを意識する。
13	地域の関係機関と共に考える孤立予防への取り組み	1) 熱中症対策事業 1人暮らし高齢者などを訪問し、熱中症の啓発、見守り対象者の抽出を行う。 2) アウトリーチ連絡会開催 1回/年 見守り対象者や介入拒否の方への対応等について、一貫した支援が行える関係を作る。	1) 一人暮らしの高齢者は民生委員を中心に行ったが、その後の後追い訪問やアウトリーチ名簿登載者のリスト搭載等を中心に包括職員が熱中症訪問をした。（137件/865件） 2) アウトリーチ連絡会は第2回地区懇談会と同時間開催としたことで、広く地域の関係機関等に見守り支援事業担当の役割を周知できた。心配な高齢者への介入のタイミング、見極めのポイントなどについて意見交換ができた。	b 目標どおり	・熱中症対策事業では、熱中症の注意喚起に留まらず、介護予防や地域の社会資源の紹介等も行う。 ・アウトリーチ連絡会の開催を包括と合同で行う意義を確認しながら実施する。

<p>14</p> <p>情報セキュリティと個人情報取り扱いについての精度を高める</p>	<p>1) 定期的に読み合わせをしている個人情報チェックシートから、曖昧に感じている項目を抽出し、確認根拠を明らかにしていく。 2) 鍵管理簿を作成する。 3) 各種パスワードを定期変更する。 4) 廃棄書類の管理方法を再検討する。 5) 退席時の、書類・PC管理を徹底する。</p>	<p>1) 定期的に個人情報チェックシートを読み合わせ、職員の意識付けを図った。 2) 鍵管理簿を作成し、定期的に確認。鍵の紛失等を防いだ。 3) パソコン及びシステムのパスワードを定期的に変更した。 4) 保管期間を複数で再確認し、必要に応じてスキャンするなど管理方法を工夫した。 5) 退席時はPCを閉じ、書類を伏せ、個人情報が他者の目に触れないようにした。</p>	<p>b</p> <p>目標とおり</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報チェックシートを読み合わせを継続する。 「緊急時情報セキュリティ事故報告計画書」について周知する。
<p>15</p> <p>包括組織としての支援能力の向上</p>	<p>1) 個人情報保護、リスク管理、業務の効率性を高めるため、所内で記録研修を行う(12回)。 2) 各種講師、発表等への機会を有効活用し、包括としての取り組みの振り返りと伝達スキルの向上を目指す。</p>	<p>1) 外部研修を受け、所内でも記録研修を行った(5回実施)ことで各職員の意識が高まり、記録を含む業務の効率化に繋がった。 2) 法人内の初任者研修の講師、外部研修等のシンポジスト、町会への介護予防の案内、地域に向けた介護保険説明会などで、積極的に役割を担った。職員会議やミーティングで伝達することを習慣づけた。</p>	<p>b</p> <p>目標とおり</p>	<p>多種多様な相談に対応できるよう、それぞれの専門研修に加え、支援能力の向上につながる外部の研修に参加する。</p>
<p>16</p> <p>効率性と働きやすさを向上させる環境の整備</p>	<p>1) 所内掲示物とファイルをカテゴリ別に整理する。 2) ホワイトボード再活用等により時間管理を徹底する。 3) 防災意識を向上させる。 (備品場所の確認・発災時の初動の見える化・BCP確認・地図の確認など) 4) それぞれの事情に配慮した職務体制の継続。 (記録やミーティング等での伝達の徹底・超勤や休暇取得事前申請の徹底)</p>	<p>1) 社会資源整理の日(2回/週)を設け、定期的に情報を更新している。 2) ホワイトボードやマグネットを活用し、訪問予定及び事務所に戻る時間が把握でき、不在時の対応がしやすくなった。 3) 建物の総合防災訓練の他、法人の防災訓練にて、担当利用者の安否確認を徒歩で行い、地域の危険箇所を確認した。事業所内では、備品や設備の点検を行った。 4) それぞれの事情に合わせた職務体制を実施した。また、夜間帯の会議出席のため、参加しやすい勤務時間を新たに設定した。</p>	<p>b</p> <p>目標とおり</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全職員が業務に必要な情報の整理や保管場所が分かるようにする。 担当職員不在でも対外的な対応が不備なく行えるよう、スケジュールを把握する。

別記様式第1号		平成31年度 事業計画表			
重点的 実施方針	第7期（平成30年度～32年度）介護保険事業計画における			達成度	
	生活支援の充実	1	介護予防・日常生活支援総合事業の周知		
		2	支え合いの仕組みづくり		
	相談支援体制の充実	3	地域ケア会議機能の強化と充実		a 目標を上回る
		4	ケアマネジメントの資質向上・主任介護支援専門員の育成支援		b 目標どおり c 目標をやや下回る
認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	5	適時、適切な医療・介護等の提供	d 目標を大きく下回る		
地域包括支援センターの重点目標 名称（西部地域包括支援）センター					
<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民が自身と周りの人の健康維持、自立促進に取り組める環境づくり ・医療・介護等と協働し、認知症高齢者本人と家族を地域で支え、認知症に関する対応がスムーズに行える体制づくり ・個人情報保護、業務の効率化を図るための記録技術の向上と、職員会議・ケース会議等の充実 					
重点目標に基づく項目		実施方針	取組と成果	達成度	次年度の課題
項目	なにを（箇条書きで記入）	内容・達成基準	いつまでに・どのように・どの程度	どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか	
				(1～4)	(a～d)
1	生活支援の充実 支え合いの仕組みづくり	地区懇談会の開催 2回/年 テーマ：「高齢者の自立支援」について地域の理解を深める ・フレイル予防の考え方を共有する。 ・社会資源の活用と新たな自主グループへの支援。		2	
2	生活支援の充実 介護予防・日常生活支援総合事業の周知	1) 自立支援に向けたサービス利用の検討 チェックリストの活用や生活状況等をアセスメントし、本人に合った社会資源の活用やサービス利用に繋げていく。（6件/年） 2) 通所型サービスの周知 包括内で周知し、対象者や地域CMへ意識づけをし、利用への流れを作る。		1	
3	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	認知症高齢者本人と家族を地域で支え、認知症に関する対応がスムーズに行える体制づくり 1) 本人・家族に向けた取り組み 相談や訪問等で認知症対応が必要な方を把握し、「介護者の会」「認知症初期集中支援事業」等の利用へ繋ぐ。 2) 地域に向けた取り組み ・認知症の方が日頃利用する商店や関係機関に向けて、認知症に関する理解を深める取り組みを行う。 ・地域の理解を促す取り組みとして、町会等で認知症サポーター養成講座を開催する（2回程度/年）。		5	