

令和2年度

事業計画書

社会福祉法人
ふきのとうの会

令和2年度 法人本部 事業計画書（案）

基本方針

介護保険制度の報酬改定や、介護の人材不足により、通所介護部門では収益を生み出しにくい構造となっている。こうした事態に対応するために、本年度の通所介護の事業計画は各拠点でロジックモデルの手法を用いて、それぞれサービスの質の向上を目標に計画を策定した。初めての取り組みであるが、各施設で定めた優先課題の解決を図るための戦略と進捗状況の管理方法についても計画している。

こうした取り組みが職員のスキルアップとサービスの質の向上、しいては施設の安定的な運営につながることを期待される。また、人材不足の対応については、法人のHPに新たに法人職員等身大が反映されるような求人サイトに改訂された。これを機会に、ふきのとうで働くということの魅力を社会に広報する。

世田谷区の配食サービス制度の廃止に伴い、各施設の新規利用の申し込みは終了した。これに伴い、現行の利用者には老人給食協力会ふきのとうの配食サービスをご希望に応じてご紹介している。在宅支援を充実させるためにも、老人給食協力会ふきのとうが実施している会食会、配食サービス、男性料理教室などの食支援活動やホームヘルプサービスなどのインフォーマルサービスとの連携を深める。

さらには法人本部の中間支援機能を充実させ、各地の実践団体や関係機関とのネットワークを推進しながら、住民参加型の地域福祉社会の醸成に寄与できるように事務局機能の充実を図りたい。

事業内容

1. 介護保険事業

- (1) デイホーム赤堤 (通所介護・総合事業通所介護・認知症対応型通所介護)
- (2) デイホーム桜丘 (通所介護・総合事業通所介護・認知症対応型通所介護)
- (3) ふきのとうケアプランセンター (居宅介護支援)
- (4) ふきのとうデイホーム (通所介護・総合事業通所介護)

2. 世田谷区委託事業

- (1) 世田谷区松沢地域包括支援センターの運営受託
- (2) 世田谷区経堂地域包括支援センターの運営受託

- (3) 高齢者住宅生活協力員業務
(世田谷区営赤堤1丁目アパート)

3. 公益事業

- (1) 社会福祉を目的とする事業に関する調査、研究及び指導
食フェスタ（仮称）の開催、他
- (2) アンジェリカハイツ（サービス付き高齢者向け住宅）の運営

4. 評議員会、理事会の開催と民主的運営の実施。

- ・ 定時評議員会1回、理事会3回実施予定。
- ・ 状況の変化に対応し、臨時の評議員会、理事会を開催する。
- ・ 必要に応じて、評議員選任・解任委員会を開催する。

5. 法人設立の主旨とその事業について、広く住民の理解と援助が得られるよう、「老人給食協力会ふきのとう」との連携協力体制をさらに強めながら、次の事業を実施する。

- ・ 老人給食協力会ふきのとうが取り組む、地域福祉活動に対する支援
(毎日型食事サービス・ホームヘルプサービス・支部活動他)
- ・ デイホーム事業をはじめとした当法人の事業を応援し、支えていくボランティアの募集及び組織化（介護、調理、配食、プログラム）
- ・ 在宅福祉の広報
- ・ 人材の育成（学習、研修、交流機会の提供）
- ・ アンジェリカハイツの地域交流室を活用した、コミュニティカフェの運営支援
- ・ 多様な地域福祉、ネットワーク形成支援を中心にした、「ふきのとう学習会」を開催する。
- ・ 一社）全国食支援活動協力会との連携を深める（事務局支援並びに事業支援）

令和2年度 公益事業 事業計画書（案）

基本方針

「地域は一つの家族」という基本理念に基づく実践活動と、食を通じた居場所づくり活動の普及と推進に向けたセミナーや学習会を開催する。また、法人機能の強化とネットワーク活動を充実させる。

サービス付き高齢者向け住宅「アンジェリカハイツ」は、高齢者の住まいと在宅福祉機能が付加された都市型のモデルとして運営している。

事業内容

1. 社会福祉を目的とする事業に関する調査、研究及び指導等

(1) 食でつながるフェスタ全国集会in東京2020開催案

開催日：9月12日（土）・13日（日）を予定 ※予備日：9月26日・27日

会場：ジョンソン・エンド・ジョンソン日本法人グループ（千代田区西神田）調整中

内容：1日目実務編：安心して活動を継続するために

2日目応用編：地域での連携を広げる

*希望者向けに、別日に活動見学会を実施予定。

対象：住民参加型在宅福祉サービス活動従事者、食支援活動団体、福祉施設関係者、行政・社協等、120名程度

主催：一社）全国食支援活動協力会、老人給食協力会ふきのとう

共催：東京食事サービス連絡会、社会福祉法人ふきのとうの会

協賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン日本法人グループ※予

(2) 事務局支援

一般社団法人全国食支援活動協力会が担う、「広がれ、こども食堂の輪！」推進会議、「こども食堂サポートセンター設置プロジェクト」、「こども食堂サポート機能設置事業」の運営を支援する。

2. 社会福祉を目的とする事業の広報及び出版

上記の事業等を当法人の目指す「地域住民自らが担う地域福祉」を積極的に広報する機会と捉え、その観点から取り組む。また、まちづくりや地域福祉をベースに多様な講師による講義と交流機会を通じたネットワークの機会である「ふきのとう学習会」を本年度も複数回開催する。

3. 福祉器具の研究開発協力及び紹介

昨年度と同様に、必要とされる方の的確な福祉器具に関する情報の提供を続けていく。

4. サービス付き高齢者向け住宅の設置並びに運営

基本方針

高齢者単身、高齢者夫婦世帯を対象としたバリアフリー構造の専用賃貸住宅を運営する。高齢者が安全かつ安心して主体的に生活を継続できる住まいの充実をはかるために、日中は職員が常駐し(*)、夜間や休日は警備会社に委託して通報機による遠隔操作の見守りサービスを行うことで、生活支援サービスを提供する。ただし、1部屋が開いたら本部の事務機能の強化を目的に事務所として使用することを検討する。

(*)年末年始・5月の連休を除く

●賃貸借の目的物

建物名称：アンジェリカハイツ

所在地：東京都世田谷区上用賀6丁目19番21号

建て方：2階建の2階部分 鉄筋RC造 平成24年築

住戸部分：間取り1k (30.00㎡) 5戸

設備等：居室は加齢対応構造

1. 電気・都市ガス・上下水道完備
2. 居室内設備 (専用トイレ・浴室・シャワー・収納設備・給湯設備・電磁調理器・冷暖房完備・非常通報装置)

●入居対象者

①単身高齢者世帯

②高齢者+同居者 (配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)

●契約

建物賃貸借契約は2年契約。但し、双方同意の元に契約を更新することが出来る。

また生活支援サービスの契約期間も2年。

入居には建物賃貸借契約と、生活支援サービス契約の双方の契約が必要。

※賃貸借契約には身元引受人、連帯保証人が必要。

●生活支援サービスについて

①緊急対応

各住居の緊急ボタンをインターホン設備に接続、管理室表示と共に、各種警報を委託

先の警備会社（総合警備保障株式会社）に24時間自動送信（通報機による遠隔監視）する。

②安否確認

- ・朝10時までに住居の方は玄関扉に安否確認用のマグネットを取り付け、当会スタッフが10時過ぎに確認のため訪問する。マグネットが玄関扉にあれば安否確認の終了。マグネットを確認後に各戸のポストに戻す。
- ・希望者には住戸を訪問し、対面にて安否確認をする。

③入居者への支援

9時～17時まで当会スタッフ1名が常駐し相談に応じる。夜間及年末年始等休業日は通報機による遠隔操作にて警備会社（総合警備保障株式会社*予）が対応する。

●費用について

- ・家賃8万、敷金16万（家賃2ヶ月分）
- ・生活支援サービス費3.5万、共益費1万 月額合計12.5万円（敷金含まず）

令和2年度 デイホーム赤堤 事業計画書

事業内容

1. 通所介護事業（介護保険事業）

(1) 利用定員 一般通所介護（含む総合事業通所介護） 1日35名

認知症対応型通所介護（予防含む） 1日12名

(2) 事業実施日 月～土（日、年末年始を除く）

(3) 利用料 介護報酬の1～3割 自己負担分+昼食代750円

(4) 重点項目

- ① 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者や他の介護保険サービス提供事業者、地域の医療機関、介護保険以外のサービス提供団体等との連携を密にするよう努める。
- ② 利用者個々の興味関心に応じた複数のアクティビティ・プログラムを常に用意する。
- ③ ケアボランティアと職員の連携を密にし、これまで通り全ての利用者への個別対応を保証し、きめの細かい介護を目指す。また、利用者個々の特性や希望に応じたプログラムを実施する。
- ④ 季節感を味わい、利用者が家族や地域住民と一緒に楽しめるような行事的プログラムを工夫する。
- ⑤ 法人独自に開発した健康体操を活用した、利用者個々のニーズに合わせた機能訓練を実施する。
- ⑥ 送迎はドア・ツー・ドア方式とする。送迎時に、きめ細かい対応を行うことで、アクセスを保証する。
リフト付き小型バス2台（東京福祉バスへ運行管理委託、添乗は施設職員）
普通乗用車1台（施設職員運転）
軽乗用車 1台（施設職員運転）
- ⑦ 調理ボランティアによる食事の提供は従来通りであるが、食事のづくり手と利用者との直接の交流の中で利用者の声を聞き、サービスの質を高めるよう努める。
- ⑧ 利用者・家族との情報交換を密に行っていく。日常生活全般に関する相談には積極的に対応し、居住環境の整備、福祉用具の選定、具体的介護方法の指導等を目的とした家庭訪問を必要に応じて実施する。
- ⑨ アセスメントの情報、居宅サービス計画、通所介護計画等の利用者の生活状況や支援の方針に関する情報とあわせて、サービス利用状況や目標の達成状況についても記録し、利用者個々のケースファイルを作成する。
- ⑩ 利用者、家族の生活状況を常に把握するように努め、時期を逃すことなく対応で

きるよう、介護支援専門員、地域包括支援センターとの連携を密にする。

2. 高齢者住宅生活協力員業務（世田谷区委託）

当施設に併設の区立高齢者住宅における生活協力員業務を、世田谷区より受託する。

13戸（13名）。

(1) 入居者及び住宅への日常的な対応（日・年末年始を除く）

安否確認、入院等の入居者情報の把握、日常生活の簡易な生活指導、建物点検、等

(2) 緊急時の対応

(3) 入居者への訪問相談等（入居者懇談会の開催を含む）

(4) 区及び福祉関連機関との連携及び実績報告書提出

戦略目標

現状分析	認知症対応施設としての実績が上がっており、他認知症専門デイと比べ認知症でない利用者との共存ができるところに特徴がある。認知症予防から認知症ケアまで包摂的に地域高齢者の在宅支援ができる施設としてサービスの質を向上が必要だと考えている。
中長期目標	デイホーム赤堤が認知症ケア施設としてのサービスの質が向上し、地域住民へも認知症予防・ケアを波及的に推進できるようになる。
単年度目標	1. 利用者の認知症状が安定し、利用者がいつも安心して楽しく毎日を過ごせるようになるため、全職員が専門的スキルを習得する。また、認知症利用者の家族が本人に適切な対応ができるための支援を行う。 2. 家族やケアマネジャーが認知症ケアの効果を実感できるように、成果を数値などで具体的に報告できるようになる。
目標達成のための具体的な取り組み	<ul style="list-style-type: none">・職員が他施設へ見学したり、認知症在宅生活サポートセンターと連携を図る・外部研修の他、職場内での研修会機会を増やす。・年2回の家族会を開催し、利用者家族との信頼関係を深める。・定期的に認知症利用者のご家族へ電話によるモニタリングを実施し、日々の介護にまつわる相談を受けられる環境を整備する。・ケアマネジャーや家族に対してアンケート調査を実施する。
期待される成果	<ul style="list-style-type: none">・認知症への理解が深まり、利用者、家族、ケアマネジャーも満足するサービスが提供できる。・職員のスキルが上がり、意欲的に取り組めるようになる。・依頼が増え、実績が上がる。

事業内容

1. 通所介護事業（介護保険事業）

- (1) 利用定員 一般通所介護（含む総合事業通所介護） 1日30名
認知症対応型通所介護（予防含む） 1日12名

(2) 事業実施日 月～土（日、年末年始を除く）

(3) 利用料 介護報酬の1～3割 自己負担分+昼食代750円

(4) 重点項目

- ① 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者や他の介護保険サービス提供事業者、地域の医療機関、介護保険以外のサービス提供団体等との連携を密にするよう努める。
- ② 利用者個々の興味関心に応じた複数のアクティビティ・プログラムを常に用意する。
- ③ ケアボランティアと職員の連携を密にし、これまで通り全ての利用者への個別対応を保証し、きめの細かい介護を目指す。また、利用者個々の特性や希望に応じたプログラムを実施する。
- ④ 季節感を味わい、利用者が家族や地域住民と一緒に楽しめるような行事的プログラムを工夫する。
- ⑤ 法人独自に開発した健康体操を活用した、利用者個々のニーズに合わせた機能訓練を実施する。
- ⑥ 送迎はドア・ツー・ドア方式とする。送迎時に、きめの細かい対応を行うことで、アクセスを保証する。
リフト付き小型バス2台（東京福祉バスへ運行管理委託、添乗は施設職員）
法人所有 乗用車1台（施設職員運転）。
- ⑦ 調理ボランティアによる食事の提供は従来通りであるが、食事のづくり手と利用者との直接の交流の中で利用者の声を聞き、サービスの質を高めるよう努める。
- ⑧ 利用者・家族との情報交換を密に行っていく。日常生活全般に関する相談には積極的に対応し、居住環境の整備、福祉用具の選定、具体的介護方法の指導等を目的とした家庭訪問を必要に応じて実施する。

- ⑨ アセスメントの情報、居宅サービス計画、通所介護計画等の利用者の生活状況や支援の方針に関する情報とあわせて、サービス利用状況や目標の達成状況についても記録し、利用者個々のケースファイルを作成する。
- ⑩ 利用者、家族の生活状況を常に把握するように努め、時期を逃すことなく対応できるように、介護支援専門員、地域包括支援センターとの連携を密にする。

2. 居宅介護支援

(1) サービス指針

居宅サービス計画作成に際しては、世田谷区保健福祉課、地域包括支援センター、及び他の居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等との密接な連携のもと、利用者の選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮する。

(2) 事業内容

要介護認定を受けた方から依頼を受け、居宅サービス計画の作成を行う。又状況に応じて、介護予防支援計画を作成する。

実施予定件数：50件

ケアマネージャー数 2名

(3) 事業実施地域

通常の事業実施地域は、世田谷区内とする。

戦略目標

現状分析	長年アクティビティや外出機会、入浴サービスの提供など介護度に関わらず多様な利用者の受入れに対して柔軟に取り組んできた。しかし、近年の人手不足を背景に入浴提供機会を増やせていない現状やボランティアの減少、高齢化によるアクティビティプログラムの減少が課題となっている。新しい職員への育成、スキルの向上やチーム連携の強化を通じて、ボランティアや地域資源を活かし提供できるサービス量の向上が必要である。
中長期目標	利用者がやりたいことが出来るだけ実現できるデイサービスとして、少しでも長く在宅での生活を続けるための支援を行う。
単年度目標	1. 職員が利用者のニーズを的確に把握するためのアンケート調査やアセスメントに対応したプログラムの提供ができるよう職員間の連携度を高める 2. ボランティアとの連携を深め、アクティビティの幅を広げたり、新規ボランティアを確保する
目標達成のための具体	・新しく入った職員や、若手職員を中心に人材育成を強化する ・相談員に限らず全職員が利用者の生活・身体状況や家族構成等について

的取り組み	<p>常に最新の状況を把握している。</p> <ul style="list-style-type: none">・定期ミーティングにて他施設の好事例や地域状況等の情報収集・共有機会を作り、運営方法やプログラム内容の検討に活かす・ボランティアが行う活動プログラムへの積極的関わりやボランティアとのコミュニケーション機会を全職員が増やせるようにする。
期待される成果	<ul style="list-style-type: none">・利用者のニーズに合わせたケアプログラムを提供できるようになる。・ボランティアが気持ちよく活動を続けることができ、口コミで新しいボランティアが増える。

事業内容

1. 通所介護事業（介護保険事業）

（1）利用定員 一般通所介護（含む総合事業通所介護）

月・火・金曜日は25名 水・木・土曜日は20名

（2）事業実施日 月～土（日、指定された祝日、年末年始を除く）

（3）利用料 介護報酬の1割、2割または3割の自己負担分+昼食代750円

（4）重点項目

- ① 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者や他の介護保険サービス提供事業者、地域の医療機関、介護保険以外のサービス提供団体等との連携を密にするよう努める。
- ② プログラム会議を毎月実施することで、利用者個々の興味関心に応じた複数のアクティビティ・プログラムを常に用意する。
- ③ ケアボランティアと職員の連携を密にし、これまで通り全ての利用者への個別対応を保証し、きめの細かい介護を目指す。また、利用者個々の特性や希望に応じたプログラムを実施する。
- ④ 季節感を味わい、利用者が家族や地域住民と一緒に楽しめるような行事的プログラムを工夫する。
- ⑤ 法人独自に開発した健康体操を活用した、利用者個々のニーズに合わせた機能訓練活動を実施する。
- ⑥ 送迎はドア・ツー・ドア方式とする。送迎時に、きめの細かい対応を行うことで、アクセスを保証する。
リフト付き小型バス1台（施設職員が運転及び管理を行う）
法人所有 乗用車1台（施設職員運転）。
- ⑦ 昼食は既に厨房がある拠点から食事の提供を受ける。また、祝祭日の場合は、外食等の活動イベントも含めて行う。
- ⑧ 利用者・家族との情報交換を密に行っていく。日常生活全般に関する相談には積極的に対応し、居住環境の整備、福祉用具の選定、具体的介護方法の指導等を目的とした家庭訪問を必要に応じて実施する。
- ⑨ アセスメントの情報、居宅サービス計画、通所介護計画等の利用者の生活状況や支援の方針に関する情報とあわせて、サービス利用状況や目標の達成状況についても記録し、利用者個々のケースファイルを作成する。
- ⑩ 利用者、家族の生活状況を常に把握するように努め、時期を逃すことなく対応で

きるよう、介護支援専門員、地域包括支援センターとの連携を密にする。

戦略目標

現状分析	<p>設立以後、デイサービスとしての実績を作り用賀あんしんすこやかセンターを始め地域機関との信頼関係が構築されつつあるが、未だ発展途上である</p> <p>用賀地域におけるふきのとうの認知度を高めデイサービス利用者に限らず子どもから高齢者まで地域資源として貢献できる施設運営を目指したい。</p>
中長期目標	デイサービスとしてだけでなく、地域に開かれた居場所として貢献できる施設になる
単年度目標	<ol style="list-style-type: none">1. 地域住民向けの講習会を主催できるようになるため人材育成を行う。高齢者福祉分野だけではなく、地域ニーズ把握に努める2. 地域のケアマネージャーが安心して利用者を紹介することができるよう信頼関係を深める <p>※上記の目標を年間スケジュールカレンダーに沿って実行する</p>
目標達成のための具体的取り組み	<ul style="list-style-type: none">・ケアマネージャーに最新の活動情報や空き情報を発信し最適な提案を行っていく・ケアマネージャー向けにデイサービス体験会を実施する・職員間で2ヶ月に1回テーマを決め勉強会を開き、互いの技術を高める・現在参加している防災マップ作り等、出来るだけ地域の集まりに参加し地域情報の収集に努める・敷地内のコミュニティスペースを地域活性の居場所として活用できる機会を増やせるか可能性を検討する
期待される成果	<ul style="list-style-type: none">・地域の各機関と信頼関係を築ける・用賀地域における、ふきのとうデイホームに対するの評価及び認知度が高まる・幅広い世代が関わることで、より多くの人達へ当法人を知ってもらい、利用者獲得へ繋げる事ができる

令和2年度 地域包括支援センター 事業計画書

基本方針

本年度は次年度以降の地域包括支援センターの受託運営の更新を迎える年になる。より一層地域と共に、地域に貢献できるようなセンター運営を進めたい。昨年度から引き続き地域ケア会議の開催により地域課題を抽出し、地域の課題を包括的に解決できるようなくみづくりを進めたい。さらには松沢・経堂間での職員の異動もあり、両包括支援センターの業務や効率化の共有を図りつつ、まちづくりセンターや社会福祉協議会、関係機関とのネットワークを推進しながら、地域包括ケアの充実を図りたい。

窓口開設時間 月～土（日祝年末年始は除く）午前8時30分～午後5時
窓口開設時間以外は携帯電話へ転送することで、24時間365日連絡や相談に応じられる体制とする。

担当地域 松沢地域包括支援センター 赤堤、桜上水
経堂地域包括支援センター 桜丘、経堂、宮坂

職員配置 松沢 主任ケアマネ1名
看護師1名
社会福祉士7名（うち1名兼務職員、1名常勤職員） 計9名

経堂 主任ケアマネ2名
看護師1名
社会福祉士6名 計9名

I. 地域包括支援センター事業（世田谷区委託事業）

1. 介護予防ケアマネジメント業務

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者（以下この項において「事業対象者」という）に対し、自立した日常生活の支援を行うため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行う。

(1) 総合事業のケアマネジメント事業

①要支援認定者及び事業対象者に対するケアマネジメントの実施

- ア. 要支援認定者及び事業対象者に対して、基本チェックリストの結果等から情報を把握し、当該高齢者と面接を行う。なお、面接の際、相談受付票及び二次アセスメントシートを活用し、支援ニーズを特定したうえで課題を分析し、適切に利用すべきサービスを紹介し、本人及び家族が選択できるよう支援する。
- イ. 総合事業のみを利用する要支援認定者や事業対象者に対し、アの分析結果や本人や家族の意向により利用すべきサービスを選択し、目標や具体策を決定しケアプランを作成する。
- ウ. 利用するサービスにより、ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）、ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）、ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）の3類型に実施方法が異なるため、各々の様式を利用し、ケアプランを作成し、本人の同意を得る。ケアマネジメントの詳細な実施方法については、「介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」に従う。
- エ. サービスを利用する前に、サービスの提供者へ連絡し、情報の共有を図る。またサービスの提供者から事業参加後の評価の報告を受け、サービスの提供による効果や目標達成状況の評価を行い、今後の援助方針を決定する。
- オ. ケアマネジメントの実施について、指定介護保険事業者によるサービスを利用する場合（ケアマネジメントA）は毎月（初回加算あり）、委託事業者によるサービスのうち、支えあいサービス、専門職による訪問指導事業及び介護予防筋力アップ教室を利用する場合（ケアマネジメントB）は3か月に1回（初回加算あり）、地域デイサービス事業及び口腔機能向上プログラム利用する場合（ケアマネジメントC）は初回のみ（初回加算なし）を1件として計上する。
- カ. 国保連払いマネジメントの実績は各支援センターごとに取りまとめ、毎月区が指定する期日までに提出する（区を経由し、国保連に提出する）。
- 財調対応マネジメントの実績の提出は四半期毎とする（国保連には提出しない）。

②予防給付を併用する要支援認定者に対するケアマネジメントの実施

要支援認定者に対するケアマネジメントについて、介護保険の予防給付のみ、又は、予防給付と総合事業を併用するプランを作成する場合は、介護予防支援としてのケアプランを作成し、総合事業としてのケアマネジメント実施件数には計上しない。

- (2) 予防給付から総合事業への移行や、状態の悪化に伴う介護給付への移行等を一貫・継続したケアマネジメントのもとに実施する。

- (3) その他詳細については、「介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」及び「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」により実施する。

2. 総合相談支援業務

高齢者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握を行うとともに、保健医療、公衆衛生、社会福祉等の関連施策に関する総合的な情報を提供する。また、関係機関との連絡調整、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う。

(1) 地域包括支援ネットワークの構築及び推進

- ①支援を必要とする高齢者を把握し、保健・福祉・医療サービスをはじめとする適切な支援に繋ぎ、継続的な見守りを行う。また、更なる問題の発生を防止するため、一般区民、民生・児童委員、保健・福祉・医療サービス事業者、地域における支え合い活動、ボランティア及び各種行政機関等、地域における様々な社会資源が有機的に連携し合えるような地域包括支援ネットワークを構築する。
- ②地域の関係者間における顔の見える関係づくりを進め、地域における支援体制づくりや、地域における自助体制の醸成等を目的とした地域のネットワークづくりを進めるなど、地域づくりの推進に積極的に取り組む。
- ③ネットワークの構築にあたっては、地区包括ケア会議を開催するとともに、まちづくりセンターや社会福祉協議会とも連携して、社会資源マップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握を行い、地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。
- ④まちづくりセンターや管轄の区総合支所保健福祉課（以下「保健福祉課」という）、社会福祉協議会と連携しながら、地区包括ケア会議を活用するなどして、地域における見守りのためのネットワークづくりに取り組む。

(2) 実態把握

- ①地域におけるネットワークの活用のほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集により、担当区域における高齢者の心身の状況及び家族の状況等の実態を把握する。なお、必要に応じて、基本チェックリストへの記入を求める。
- ②担当区域の高齢者の基礎的事項、把握した内容等を利用者基本台帳に記録し、整備する。
- ③担当区域における生活実態が未把握の高齢者へ訪問活動を行い、利用者基本台帳を整備し、必要に応じてモニタリングを実施する。
- ④高齢者への戸別訪問 年間実施目標件数 松沢 880件
経堂 1540件

(3) 総合相談

- ①電話、来所（面接）、訪問、ファクシミリ等の手段により、高齢者、家族、近隣住民、地域のネットワーク等を通じ様々な相談を受け、的確な状況把握等を行うとともに、専門的または緊急の対応が必要かどうかを判断し、必要な情報を提供し、適切で専門的な機関やサービスに繋げるなど総合的に対応する。
- ②総合相談において、支援を必要とする高齢者がいた場合は、適切な医療、介護、生活支援、予防等のサービスに繋げる。
- ③総合相談において、緊急の対応が必要な場合は、保健福祉課、健康づくり課、生活支援課等関係機関と連携を図り、問題の解決に向けて迅速な判断を行う。
- ④総合相談を実施した際には、高齢者の基礎的事項、把握した内容、相談内容、支援及び対応結果等を利用者基本台帳、経過記録表に記録する。
- ⑤苦情等を受付・対応した場合には、保健福祉課へ速やかに報告する。
- ⑥高齢者に関する相談のみならず、その家族等に関する相談についても傾聴し、適宜、必要な支援に結びつける。
- ⑦安否確認の相談や連絡が入った場合は、保健福祉課とも連携しながら、他の業務に優先して、その確認業務に取り組む。

(4) 地域住民に対する広報

支援センターの業務を適切に実施するため、広報紙を発行するなど地域において支援センターの役割等を周知する。

(5) 見守り体制の構築

民生・児童委員、町会・自治会、高齢者クラブ、社会福祉協議会等地域の団体や地域で活動する人々と連携し、ひとり暮らし高齢者等で援助を必要とする者を地域全体で見守る体制を整える。

(6) 食の自立支援に向けたアセスメントの実施（食のアセスメント）

保健福祉課等からの依頼により、担当区域内の高齢者配食サービス継続利用対象者（継続利用開始から1年経過する者）に対し、食の自立支援に向けた健康状況や食に関する状況（アレルギーの有無等）について把握することを目的としたアセスメント（訪問調査）を実施する。

(7) 介護予防・日常生活支援総合事業の利用

- ①介護予防に関するサービスの利用相談を受け付けた場合は、介護予防・生活支援サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業等について説明を行う。この場合において、介護予防・生活支援サービス事業については、その目的や内容、手続等について、十分説明を行うとともに、次に掲げる事項について、説明を行う。
ア. 介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合は、要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）を省略して、基本チェックリストを用いて

事業対象者の要件を確認することにより、迅速な介護予防・生活支援サービス事業の利用が可能であること。

イ 事業対象者となった後、又は介護予防・生活支援サービス事業の利用の開始後においても、必要なときは要介護認定等の申請が可能であること。

②基本チェックリストによる事業対象者の要件の確認を受けようとする者に対しては、基本チェックリストを実施する。

③前号の確認は、原則として本人との面接により行うこと。ただし、本人が入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等の場合は、電話又は家族の来所による相談に基づき、本人の状況及び相談の目的等を聞き取る。

④要支援認定者（指定介護予防支援の対象者を除く）又は基本チェックリスト該当者が介護予防ケアマネジメントを受けることを希望する場合は、別に定める介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届を提出させる。

3. 権利擁護業務

高齢者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業、その他高齢者の権利擁護のための必要な支援を行う。

(1) 高齢者に対する虐待の防止及び養護者の支援に関する対応

高齢者に対する虐待の防止及び養護者（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）第2条第2項に規定する養護者をいう。以下同じ）の支援について、次の業務を実施する。

①養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して相談、指導及び助言を行う。また、養護者の負担軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずる。

②養護者または介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等を受けた場合は、速やかに保健福祉課に報告し、その指示に従う。報告にあたっては、高齢者虐待事例発見・支援シート等の別途定める書類を提出する。

③養護者による高齢者虐待に係る通報または高齢者から養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、前号の規定によるほか、保健福祉課の指示により速やかに当該高齢者の安全及び当該通報または届出に係る事実を確認し、虐待防止等の対応を図る。

④虐待を早期に発見するための手段として、地域における様々なネットワークを積極的に活用する。

(2) 成年後見制度に関する対応

高齢者、家族、関係機関等からの相談や実態把握により、その高齢者の判断能力が不十分で、独力では下記の行為が困難な場合には、成年後見制度に関する情報提供や

申立支援を行い、必要に応じて成年後見センターに繋ぐ。

- ①医療機関の受診や入所契約等の福祉サービス利用の契約
- ②預貯金の管理や公共料金の支払等の財産管理
- ③悪質な訪問販売、電話セールスによる本人にとって不利益となる契約の取消し
- ④遺産相続等の法律的な手続き 等

さらに、成年後見制度の利用が必要であっても、申立てについて下記のような問題がある場合には、状況等を整理し保健福祉課に報告する。

- ①申立てを行える親族がいないと思われる場合
- ②親族がいても申立を行う意思がない場合
- ③虐待等により親族による申立てが適切ではない場合 等

(3) 消費者被害の防止に関する対応

- ①消費者被害を未然に防止するため、消費生活課や消費生活センター、地域生活安全課と随時情報交換を行う。
- ②高齢者、家族、関係機関からの相談や実態把握により、消費者被害に関する問題が発生しているまたはそのおそれがあると認められる場合には、消費生活課、消費生活センターと連携を図り、必要な支援を行う。
- ③必要に応じて、民生・児童委員、介護支援専門員等に情報提供を行う。
- ④支援センターが把握する見守り高齢者等の中から特殊詐欺対策用自動通話録音機が必要な方を抽出し、本人等へ説明等調査し、必要と判断した場合等は、導入の支援を図り、被害の未然防止に取り組む。

(4) 困難事例への対応

高齢者やその家族に重層的な課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合、既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合等、その対応が困難な事例を把握した場合には、支援センターの職員が連携し、対応策の検討を行い、保健福祉課等関係機関と連携を図り、必要な措置をとる。

4. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う。

(1) 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築

支援が必要な高齢者に対して包括的、継続的な支援を提供していくために、日頃から、地区包括ケア会議の開催その他の方法により、地域の医療機関、介護保険のサービス事業所、介護保険施設、区が行う保健・福祉・医療サービスの担当課、地域住民による自主的なボランティア活動やインフォーマルなサービスを実施する機関等の多職種・多機関との連携を図るとともに、サービス担当者会議の開催支援や、入院（入

所)・退院(退所)時の連携等必要な支援を行う。

(2) 介護支援専門員に対する個別支援

担当地区の介護支援専門員に対して、そのケアマネジメント力を高めるために次に掲げる必要な支援を行う。必要に応じて、保健福祉課等と協働し対応する。

- ①担当地域の介護支援専門員や指定居宅介護支援事業所の把握及び必要に応じた援助
- ②施設・病院と在宅との連携、他制度を円滑に利用するための関係機関との連携体制の構築
- ③指定居宅介護支援事業所や介護保険施設等の介護支援専門員に対する相談対応、研修の実施及びサービス担当者会議の開催支援
- ④支援困難事例に対する事例検討会開催等の支援
- ⑤介護支援専門員同士のネットワーク組織の育成
- ⑥個別のケアプランの作成指導

5. 一般介護予防事業

(1) 介護予防対象者の把握業務

戸別訪問等の実態把握をはじめとした総合相談支援の対象者、85歳以上(88歳を除く)のひとり暮らし及び高齢者のみ世帯で区が提供するリストの掲載者、介護予防普及啓発講座(いきいき講座、はつらつ介護予防講座等)参加者など、様々な対象者と面接し、その中から閉じこもり等支援を要する者を把握し、介護予防活動へとつなげる。上記により把握した者の中に日常生活上の支援が必要と思われる者がいたときは、適宜、基本チェックリストを実施し、必要に応じて総合事業の利用について勧奨する。

(2) 介護予防普及啓発講座の実施

- ①介護予防対象者の早期発見及び介護予防の推進のため、主に高齢者の生活に密着した問題の解決方法等の講義を行う介護予防普及啓発講座(いきいき講座等)や介護予防活動支援を実施する。なお、いきいき講座は年度内3回以上実施する。
- ②まちづくりセンター等において、主に簡単な運動を行うことによる介護予防普及啓発講座(はつらつ介護予防講座)を事業委託先である事業者と協力して実施する(必要に応じて、福祉相談を実施する)。
- ③その他、様々な機会を通じて、区民に対して介護予防の普及啓発を行う。

(3) あんしんすこやかセンターボランティアの活用

- ①あんしんすこやかセンターボランティア(介護予防ボランティア)に関する登録及びはつらつ介護予防講座等で活動する際に必要な調整を行う。
- ②シニアボランティアポイント事業として、Vスタンプの管理や介護予防ボランティアに対するポイントの付与等必要な業務を行う。

(4) 介護予防に取り組む住民主体の活動への支援

- ①はつらつ介護予防講座の修了者等、地域の高齢者からの要請や地域の必要性に応じて、「世田谷いきいき体操」及びその他の運動等による介護予防を目的とした自主グループの立ち上げを支援する。また、第2層生活支援コーディネーター（社会福祉協議会地区担当職員）が実施する住民主体の通いの場づくり等の地域資源開発事業に協力するほか、支援を必要とする区民や場づくりの担い手となる区民を第2層生活支援コーディネーターと連携して通いの場等へつなげる。
- ②自主グループ、高齢者クラブ及び自治会・町会等の団体が開催する介護予防に関する講座において、当該団体の要望に応じて、介護予防に関する講話を行う。また、必要に応じて、区に運動指導員等の派遣を依頼する等、当該講座を効果的に行うための調整を行う。

6. 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携推進担当者が中心となって、在宅医療・介護連携の推進に関する業務を次のとおり実施する。

(1) 在宅医療の普及・啓発

療養生活のあり方を患者本人や家族が選択した上で安心して在宅での生活を継続できるよう、また、人生の最終章の過ごし方について区民がイメージできるよう、入院や通院ではなく在宅で療養生活をおくるという新たな類型の「在宅医療」について様々な機会を通して普及啓発を図る。

(2) 在宅療養相談窓口

区が発行する「世田谷区在宅療養資源マップ」等を活用し、区民や事業者等から寄せられる在宅療養に関する相談支援を行う。

- ①各あんしんすこやかセンターが区民等に対して行う医療情報の提供や説明等について支援が必要な場合は、在宅療養相談サポート担当等に助言を求め、対応する。
- ②在宅療養相談窓口業務等を通じて各あんしんすこやかセンターが得た医療情報や困難事例の対応等については、在宅医療・介護連携推進担当者連絡会で情報共有を図る。

(3) 地区連携医事業

医療職と介護職のネットワークの構築及び推進その他医療及び介護の連携を必要とする業務を円滑に推進するため、世田谷区地区連携医事業実施要綱に基づく地区連携医と協働して、毎月1回以上、2時間程度の取組みを行う。（地区連携医と協働する取組みに関する企画等の調整、複数の地区で合同開催する会議、区が地区連携医事業として開催する全地区での会議等を含む）

(4) 医療・介護の情報共有の支援

在宅で療養生活を送る区民に適切な医療と介護を提供するため、医療と介護の連携シートや口腔ケアチェックシートの周知・活用を図るとともに、すこやか歯科検診事業、ICTを用いた多職種ネットワーク構築事業（医師会運営）を通して医療職・介護職の情報共有を支援すること。

7. 認知症ケアの推進

認知症専門相談員（すこやかパートナー）が中心となって、認知症在宅生活サポートセンター（以下「認サポセンター」という）と連携しながら、次のとおり認知症専門相談（もの忘れ相談）業務を実施する。

(1) 高齢者、区民等に対し、次に掲げる認知症に関わる相談（もの忘れ相談）を実施する。

①医療・受診に関すること。

②本人や家族への支援（適切なケア、福祉サービス等の相談・助言等）

③孤立・ひとり暮らし高齢者等地域からの相談（実態把握・見守り支援等）

④相談業務を通し、地域の関係者との連携を深めると共に、地区包括ケア会議その他の機会を活かし、もの忘れ相談の周知を行う。

(2) もの忘れチェック相談会の実施

※相談会の実施にあたっては個人情報の取り扱いに留意し、参加者への配慮を適切に行う。

※区及び認サポセンター、相談医師や他の支援センターとよく連携・連絡をとりながら相談会を進める。

※当日の従事者が事業利用者の状況により、認知症専門相談員以外の職員になる場合は、事前に認サポセンターへ連絡する。

①啓発型・もの忘れチェック相談会

各地域年1回、啓発型もの忘れチェック相談会を実施する。

ア. 対象者 概ね65歳以上の世田谷区民及びその家族

イ. 対象人数 1回50人（5地域で計250人）

ウ. 実施方法

(ア) 形態 完結型の医師による講座と個別相談会を合わせた形式

(イ) 時間 1回3時間程度（会場設営等の事前準備・事後カンファレンスを含む）

(ウ) 実施日 区が別途指示する。

エ. 年間実施回数 1回（各地域ごとに開催する）

オ. 認知症専門相談員の業務内容

医師による講座と個別相談会に従事し、事業終了後に事後カンファレンスを行う

こととし、事業利用者本人や家族に対し、介護予防や認知症等に関する事業を活用して支援を行う。

②地区型・もの忘れチェック相談会

各地区年1回、あんしんすこやかセンターで地区型もの忘れチェック相談会を実施する。

ア. 対象者 概ね65歳以上の世田谷区民及びその家族

イ. 対象人数 1回3人

ウ. 実施方法

(ア) 形態 1回完結型の個別相談会形式

(イ) 時間 1回3時間程度（会場設営等の事前準備・事後カンファレンスを含む）

(ウ) 事前・事後の事務処理（事前予約や事後の報告書作成など）

(エ) 実施日 区と協力しながら実施日の調整を行う。

(オ) 実施会場 各あんしんすこやかセンターが確保する。

エ. 年間実施回数 各地区年1回

オ. 認知症専門相談員の業務内容

(ア) 相談会の運営（事前予約、当日の医師相談と相談後の個別指導等）及び事業終了後のモニタリングを行う。

(イ) 事業利用者本人や家族に対し、介護予防や認知症等に関する事業を活用して支援を行う。

カ. 提出物及び提出先 地区型・もの忘れチェック相談会実施報告書

相談会終了後1週間以内に認サポセンターへ提出する。なお、提出方法等の詳細については、区より別途指示を受けること。

前項のほか、区の指示に従い、必要な報告を行う。

(3) 認知症初期集中支援チーム事業

①認知症専門相談員または事業利用者の担当職員は、認知症初期集中支援チーム事業の対象者を把握（年間4名程度）した場合は、所定の様式により事例を区に提出するとともに、「チーム員会議」に出席する。

②認知症初期集中支援チーム事業の円滑な実施に向けて、保健福祉課や認サポセンターとの連携を図る。

(4) 認知症高齢者の家族支援を実施する。

(5) 認知症や認知症予防活動に関する普及啓発を図る。

(6) 認知症に関する事業の活用による医療機関や認サポセンター等関係機関との連携を充実させる。

(7) 認知症サポーター養成講座で使用する認知症ケアパス、オレンジリングの在庫管理を行う。

(8) その他詳細については、「認知症・うつに関する事業マニュアル」により実施する。

8. あんしん見守り事業

見守りコーディネーターが中心となって、地域の中で社会的孤立のおそれのある高齢者や見守りを希望する高齢者に対し、次のとおり実施する。

(1) 見守り訪問及び見守り相談を行う。

(2) 見守りコーディネーターは、次に掲げることを行う。

①見守り訪問及び見守り相談の実施管理。

②地区の見守りサービスに関する情報を集約し、活用する。

③見守りが必要な高齢者のフォローリストを作成する。

④見守りボランティア事業として、見守りボランティアの登録及び訪問派遣等の活動に必要な調整を行う。

⑤シニアボランティアポイント事業として、Vスタンプの管理や見守りボランティアに対するポイントの付与等、必要な業務を行う。

⑥あんしん見守り事業や見守りボランティア事業の円滑な実施に向けて、管轄のまちづくりセンター、保健福祉課及び関係機関等との連携を図る。

⑦その他見守りに関する業務の進行管理を行う。

⑧区が実施するシニアボランティア研修について、必要に応じて運営協力を行う。

(3) その他詳細については、「あんしん見守り事業マニュアル」「見守りボランティアの手引き」により実施する。

9. 住宅改修相談業務

高齢者向けに居室等の改良を行おうとする者に対して、住宅改修に関する相談・助言を行うとともに、介護保険制度の利用に関する助言を行い、専門的な観点からの助言が必要と認められる場合は、他の専門職も含め対応を検討し、必要な助言を行う。

なお、担当介護支援専門員及び介護予防支援の担当職員がいない要支援認定者について、住宅改修が必要であると判断した場合は、事前に身体状況の確認・家屋の調査を行い、施工事業者と十分に連絡調整をしたうえで、介護予防住宅改修費の支給の申請に係る理由書を作成する。

10. 福祉用具購入・貸与相談業務

介護保険福祉用具の購入・貸与を行おうとする者に対して、福祉用具利用に関する相談・助言を行うとともに、介護保険制度の利用に関する助言を行い、専門的な観点からの助言が必要と認められる場合は、他の専門職も含め対応を検討し、必要な助言を行う。

1 1. 介護保険制度に関する相談・申請受付及び区保健福祉サービスの申請受付業務

- (1) 区保健福祉サービスの申請受付（代行）、申請内容確認、利用調整を行う。
- (2) 介護保険制度による要支援・要介護認定、更新、区分変更申請及び介護予防・生活支援サービスに係る諸手続きを行う。
- (3) その他詳細については、「地域包括支援センター申請代行マニュアル」及び「介護保険事務マニュアル」により実施する。

1 2. 障害者等、子育て家庭、生活困窮者等に係る相談支援業務

- (1) 障害者や難病・精神疾患の者（以下「障害者等」という）、子育て家庭（妊娠中の者がいる家庭を含む。以下同じ）、生活困窮者その他身近な困りごとを抱えた者からの相談を受け付け、一次相談窓口として、相談内容に応じた適切な情報提供、支援等を行う。

上記相談を受けた場合は、適宜、相談対象者のアセスメントを行うとともに、必要な支援が受けられるよう情報提供を行い、又は相談内容に応じた相談支援先（保健福祉課、生活支援課、子ども家庭支援センター、健康づくり課、まちづくりセンター、社会福祉協議会、地域障害者相談支援センター等）に繋ぎ、必要に応じてこれらの支援先と連携、分担をして支援を行う。

上記相談支援業務（以下この項において「本業務」という）の対象となる相談は、次のとおりとする。なお、本業務の詳細については、あんしんすこやかセンター相談対応マニュアルによる。

- ① 障害者等に係る次の相談
 - ア 各種手帳の取得方法等に係る相談
 - イ 障害者向けサービスの利用に係る相談
 - ウ 手当、年金、医療助成等に係る相談
 - エ 虐待や緊急対応に係る相談
 - オ 精神保健、難病等に係る相談
 - カ その他障害者に係る身近な相談
- ② 子育て家庭に係る次の相談
 - ア 母子保健や子育てに係る相談
 - イ 子育て家庭向けサービスの利用に係る相談
 - ウ 保育園の入園に関する相談
 - エ 手当、医療助成等に係る相談
 - オ 虐待や緊急対応に係る相談
 - カ その他子育て家庭に係る身近な相談
- ③ 生活困窮者等に係る次の相談

ア 生活困窮者による生活相談

イ その他の身近な生活相談

④ その他身近な困りごとを抱えた者からの相談

- (2) 区が行う研修等に職員を参加させるなど、業務の適切な履行に必要な人材育成を行う。
- (3) 本業務に係る相談対応に必要な人員を、開設時間中に常時1名以上事務所に置く。
- (4) 本業務の実施にあたっては、相談内容に応じた区の主管部署と、緊密に連携を取り、その指示に従う。
- (5) 本業務の効果的な実施に資するよう、区が行う本業務に係るマニュアル改善、評価、検証及び業務充実検討のための作業に協力する。

1 3. 大地震等の災害が発生した際の対応

- (1) 平常時から地区の高齢者（見守りが必要な高齢者等）のフォロー者リストを作成し、紙形式で保管するとともに、地域（まちづくりセンター、保健福祉課、民生・児童委員、町会、事業所等）の連携づくりに取り組む。
- (2) 災害時には、（1）により作成しているフォロー者リストに基づき、地区の高齢者（見守りが必要な高齢者、その他災害弱者等）について安否確認に努め、区に安否確認情報を報告する。
- (3) また、まちづくりセンターや社会福祉協議会と三者で連携して避難行動要支援者の安否情報等の集約・整理に協力する。

災対地域本部避難支援班から地区の拠点隊（まちづくりセンター）に派遣された避難行動要支援者情報確認担当から、避難行動要支援者の安否確認のため地区単位での対象者名簿との照合等への協力の要請があった場合は、これに協力する。
- (4) 安否確認が完了した場合は、避難所において、要配慮者の実態把握や必要な保健福祉サービス等のニーズを把握する。
- (5) 各支援センターは業務継続計画を作成する等、非常時の態勢を整備する。
- (6) 本業務の詳細は、世田谷区避難行動要支援者避難支援プランの定めるところに従うものとする。

1 4. 会議の開催業務

地区包括ケア会議（地区版地域ケア会議を含む）の開催

行政職員、支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生・児童委員、社会福祉協議会等から構成される次に掲げる会議（「地区包括ケア会議」という）を開催し、事例検討の積み重ね等によるケアマネジメント力の向上や地域課題の把握から解決に向けた取組みを行う。必要に応じて、他の支援センター等と合同で開催することがで

きる。

(1) 地区版地域ケア会議

①個別ケース検討及び個別ケースの検討の集積による地区の課題の分析・地域課題の抽出及び地域づくり・社会資源開発を目的とした会議を地区版地域ケア会議とする。

②個別ケース検討については介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的とした会議A及び地域包括支援ネットワーク構築やケアマネジメント支援を目的に、支援の困難な事例等の検討を行う会議Bを開催する。開催内容を区に報告し、地域版地域ケア会議につなげていく。

(2) 地区版地域ケア会議の開催方法等の詳細については、「世田谷区地域ケア会議マニュアル（あんしんすこやかセンター用）」に従う。

(3) その他地域づくりや地域資源の開発、地域包括支援ネットワークの構築のための会議など地域の実情に応じて必要と認められる会議を適宜、開催する。

1 5. 会議等の出席

(1) 介護予防・地域支援課が開催する区包括ケア会議（スキルアップ会議等）に出席する。

(2) 管轄の保健福祉課が開催する地域ケア連絡会（地域版地域ケア会議）に出席する。

(3) その他区等が開催する三者連携会議、障害者自立支援協議会、高齢者虐待、成年後見制度、認知症、あんしん見守り事業、医療・介護の連携及び地域密着型サービスの運営推進等に係る会議・研修・連絡会で、地域包括支援センター事業に関連するものについては、区等の要請に基づき出席する。

1 6. 事業計画書の作成

本事業を受託し実施するにあたり、区の指示により、各支援センターの事業計画書を作成し、介護予防・地域支援課へ提出する。

1 7. 実績報告等

(1) 法人実績報告書

法人は、事業運営にあたっては、毎月各支援センターの業務の実績を取りまとめ、別途定める様式により、翌月15日までに介護予防・地域支援課へ提出する。ただし、年度末は直ちに提出しなければならない。

(2) 各支援センターの報告

各支援センターは、別途定める「実績報告作成マニュアル」により委託業務に関する実績報告書を毎月作成し、翌月15日までに介護予防・地域支援課へ提出する。ただし、年度末は直ちに提出しなければならない。

(3) 特別報告

次の各号に該当する状況が発生したときは、応急措置を取るとともに、直ちにその状況を区に報告し、その指示に従わなければならない。

- ①非常災害その他の事故により、委託事業の遂行が困難になったとき。
- ②委託業務に際して、利用者その他住民等に事故があったとき。
- ③その他委託事業に支障をきたす事態が発生したとき。

(4) その他

- ①不審死等の報道機関における関心事の発生に関する情報は、速やかに介護予防・地域支援課へ報告する。
- ②前項のほか、区の指示に従い、必要な報告を行う。

II. 介護予防支援事業

介護予防支援事業所として、要支援の方のうち、介護保険の予防給付のみ、又は、予防給付と総合事業を併用する方を対象に、予防給付における介護予防サービス支援計画を作成する。

予定件数 松沢 月、約100件
経堂 月、約230件

なお、上記予定件数のうち一定程度を地域のケアマネジャーへ委託する予定である。

令和2年度 資金収支予算内訳表 (当初予算)

法人名: ふきのとうの会

(自)令和2年4月1日 (至)令和3年3月31日

(単位:円)

Table with columns: 科目, 会計区分, 法人合計, 社会福祉事業区分, 本部会計, デイホーム赤堤, デイホーム桜丘, ふきのとうデイホーム, 公益事業区分, 松沢地域包括, 経堂地域包括, アンジェリカハイツ. Rows include: 事業活動による収支, 施設整備等による収支, その他の活動による収支, 予備費支出 (10), 当期資金収支差額合計 (11=3+6+9-10), 前期末支払資金残高 (12), 当期末支払資金残高 (13=11+12).

