

印西市地域包括支援センター事業計画（案）

1 総合相談支援業務

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
総合相談業務	○相談に対し、3職種がチームとなって必要な方策の検討とそれに基づく速やかな初期対応を行い、適切な機関・制度・サービスへつなげる。 ○疾病、経済、認知症、家族関係等、複数かつ多様化する問題を抱えた相談が増えていることから、多機関・多職種との連携を活用しながら適切に支援していく。	○経済・家族関係、疾病・認知症、介護などの相談に対して、生活面（権利擁護含む）の課題を社会福祉士、医療面（認知症含む）の課題を看護師、介護面（介護保険サービス含む）の課題は主任介護支援専門員が中心となり、3職種がチームとなって支援していく。 ○複雑かつ多様化する問題を抱えた相談が増えているため、相談者の生活習慣、価値観などを考慮した上で、多機関・多職種相談者と連携を図り、相談者自身が現状・課題に向き合えるよう適切な機関・制度・サービスへつなげていく。	○相談内容を整理し課題分析し3職種で検討、スピーディな、時期を逃さない、フレキシブルな対応に努めていく。 主は当事者と家族であり、自己決定を可能にするよう十分な情報提供や説明を行う。 ○適切な機関や制度、サービス等フル活用しながら対応に当たれるよう、日頃からの関係づくりに重点をおく。 ○窓口では、他機関に積極的に相談をするなど通して相互理解でき、連携の基盤づくりができるよう努めていく。	○毎日朝礼を行い、三職種間で情報共有を行う。困難事例等も専門性を生かしてチームで支援方針を随時話し合い終結に向けて対応していく。 ○高齢分野だけでなく複雑多様化する相談に対し、他相談支援機関と研修等を通じて顔の見える関係作りを行っていく。 ○高齢化率が低く前期高齢者が多い圏域であることから、「困りごとの早期発見、早期対応、予防的対応ができる地域づくり」を目指し、業務を行っていく。	○困りごとを抱えた方が相談にたどり着けるよう、センターの周知を図るための取り組みを継続する。またどのような相談も受け付ける「断らない相談支援」を徹底する。 ○センター便りの発行や掲示物等による周知、また地域の様々な場に参加してセンターの周知活動を行う。 ○相談対応をスムーズに行うための情報や資料の整理などの環境整備を行う。 ○職員の相談技術向上のための研修受講やスーパービジョンを実施する。 ○複合化・複雑化した相談ケースに対し、関係機関と協働し支援を展開する。顔を合わせたケース検討を積極的に実施する。	○ワンストップサービスをもっととし、制度を横断するような幅広い問題に対しての相談を受け付け、総合相談のプロセスに基づき、必要な支援に繋げる。 ○3職種がチームとなって対応できるよう、毎朝の申し送りで情報共有し、困難ケース等については、チームで支援方針を決める等、専門性を生かした対応をしている。
実態把握	○圏域の実情に合わせた手段により地域の高齢者の心身状況や家庭環境等について実態把握を行い、要援護高齢者の早期対応が可能となるよう、日頃から地域の関係者間で情報共有を行うなどネットワークの構築を図る。	○高齢化率33%を超え、担当圏域の高齢者数7千人以上で、木下駅と小林駅周辺に低価格の入所できるアパートが多くあることから、低所得の住民が引っ越してくる地域特性もあり、複雑かつ多様化する相談が続いている。 そのため気軽に相談できる雰囲気を意識して、相談者の考え方や価値観を傾聴して理解を示す時間を十分に設けるよう心掛けていく。	○地域での見守りを担う方々との定期的な関りの中で地域の情報を共有し、引き続き地域での見守りの重要性を伝えていく。必要時実態把握を行う。 ○「健やかチェック」集計結果の共有によりハイリスク者を拾えるよう、必要と判断したケースへの実態把握調査を行う。	○民生委員、支部社会福祉協議会やちよきん運動等、地域住民との顔の見える関係作りを進展させ、地域作りを協働する関係を目指していく。 ○センターの広報紙を2か月に1回発行する。圏域の実情に合わせ、地域の集まりに参加したり、ポスティングをする等し、センターの周知、ネットワークの構築を行っていく。	○感染予防対策をしながら出張相談会や出前講座を実施し、アウトリーチを意識しながら要援護高齢者の早期発見・早期対応を目指す。 ○地域の集まりの場に積極的に出向き、地域からの気づきから始まる支援の重要性を伝え地域包括支援センターの周知をする。 ○各関係機関からの情報提供を迅速、丁寧に把握し、適切な対応が出来るよう関係者との良好な関係づくりを心掛ける。	○本埜地区民生委員児童委員定例会、社会福祉協議会本埜支部理事会の出席をはじめ、医療機関など関係する機関と連携を図り、ネットワークの構築に努め、情報収集や実態把握調査を行い、要援護高齢者への早期対応に努める。 ○市で実施する「健やかチェック」実施対象者の実態把握調査を行う。

2 権利擁護業務

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
成年後見制度の活用促進	○判断能力の低下がみられる高齢者やその家族等からの契約や金銭管理等の相談に対して、印西市成年後見支援センターと連携し、日常生活自立支援事業、成年後見制度の説明を行う。 ○市は必要に応じて市長申し立てを行う。	○お金の管理や契約などの不安を感じている高齢者には「日常生活支援事業」や「成年後見制度」について情報提供等を行い、印西市社会福祉協議会や印西市成年後見支援センターと連携をしていく。 ○判断能力の低下がみられるが、第三者による金銭管理を受け入れられない高齢者に対しては、家計相談として、いんざいワークライフサポートセンターと連携していく。	○通常の総合相談においても、今後必要となると思われる場合、事前に対応しておけるよう積極的に「日常生活自立支援事業」「成年後見制度」について情報提供していく。 ○高齢者自身が最期まで自分の意思が尊重されるよう、自分ごととして前もって取り組めるよう、権利擁護に関連した住民向け勉強会の開催に努める（1回/年）。	○日常生活自立支援事業や成年後見制度が必要な高齢者等を把握し、制度利用の支援をしていく。 ○市長申し立てが必要な高齢者については、速やかに市と連携を図り対応をしている。	○高齢化や、認知症等判断能力の低下により生活に困難を生じる高齢者が増加していくことが想定され成年後見制度を必要とする人が増加すると考えられる。制度の周知に努めているものの普及等に課題がある。 ○個々の権利を守り、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう成年後見制度の普及啓発、制度利用のための相談支援体制を強化し事業を推進する。また、印西市成年後見支援センターとも連携を保持する。	○独居世帯や高齢世帯が増えており、対象者だけでは適切な判断ができないような場面もある。そのため、高齢者の不利益になることがないように、日常生活自立支援事業や成年後見制度が必要な方に対し、説明を行い、必要に応じて申請支援を行う。 ○成年後見制度の必要性を感じていないことが課題ととらえているので、後見センターで開催する相談会の紹介や、地域の集まりで出前講座を行う等、制度の周知啓発に務める。
高齢者虐待への対応	○地域のネットワークを活用して、虐待防止及び早期発見に努めるとともに、虐待通報や相談があった場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」及び「印西市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、速やかに事実確認を行い、市と連携を図りながら適切な支援を行う。 ○虐待の通報や相談があった際に、情報収集やアセスメントが速やかにかつ的確に行えるよう、研修などを通して虐待対応に関するスキルの向上を図る。	○高齢者虐待の通報・相談を受けた際は、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」及び「印西市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき市と連携しながら速やかに事実確認を行い、適切な対応を行う。 ○ケアマネジャー、介護事業所、民生委員、支部社協、警察などの関係機関と連携を図り、情報収集やアセスメントを行い、高齢者虐待の「早期発見・早期対応」に努めていく。	○相談・通報窓口であることを周知していく。 ○相談・通報の初動対応時、正確な情報収集と整理、アセスメントをしっかりと3職種で行う。 ○ハイリスクと判断した場合は、「虐待」が発生しないよう介護負担軽減が図れるよう関わりを継続していく。	○虐待通報があった際は、「印西市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、緊急性の判断、三職種間での協議、市への報告を迅速に行う。対応については可能な限り2名体制を取り、養護者支援や介入の期限等について、市と継続的に連携を図っていく。 ○虐待を未然に防げる状況での関与ができるよう、虐待通報窓口の周知を行っていく。 ○虐待対応に関する研修に積極的に参加していく。	○高齢者を介護している人たちが社会で孤立しないよう、地域包括支援センターと地域の関係団体や地域住民が虐待に対する理解を深め、虐待を未然に防ぐ地域づくりに取り組む。 ○虐待への対応については「印西市高齢者虐待マニュアル」に基づき情報収集や段階に応じた支援を図りながら、市等の関係機関と情報共有しながら対応に留意する。 ○虐待の発見、通報や連絡に対して適切かつ迅速な対応が出来るよう、市、関係機関、関係者と連携しながら高齢者虐待防止を推進する。	○高齢者虐待防止の目的を正しく認識できていない人や虐待の認識のない人が多いため、地域住民や関係機関に地域包括支援センターが相談窓口であることや、出前講座を実施する等の周知に努め、早期発見につなげる。 ○虐待の通報を受けた際には、「印西市高齢者虐待マニュアル」に基づき、市と連携・協働して適切に対応する。 ○高齢者虐待の研修に積極的に参加する。
消費者被害の防止	○民生委員や介護支援専門員、訪問介護事業所、消費生活センターとの連携のもと、消費者被害情報の収集に努め、被害を未然に防ぐために必要な支援を行う。	○経済振興課が開催する消費者安全確保地域協議会に参加し、被害を未然に防ぐために必要な支援を一緒に検討していく。 ○高齢者の防犯意識を高め、被害を防げるよう、消費生活センターや民生委員、介護事業所等と圏域の消費者被害に関する情報を共有していく。	○消費者被害防止として地域に出向き周知活動を行う他、広報誌への掲載を継続していく。 ○対応では、積極的に消費生活センターや警察と連携を図る。	○消費生活センターや警察等と連携を図り、消費者被害防止についての支援を行っていく。 ○地域住民等が集まる場において、消費生活センターの講座や警察の講話等の機会を作り普及啓発に努める。	○高齢者を狙った悪質商法や詐欺被害の防止を図るため、出前講座などを活用し被害に合わない対応策の普及を図る。また、消費生活センターとも連携を図り、介護サービス従事者や地域の民生委員等に対して情報提供を行い、被害の防止に努める。	○新たな手法の消費者被害が予測されるので、消費生活センターや警察と連携し、消費者被害防止の周知啓発に努める。 ○地域の集まりや包括で開催するイベント等を活用し、寸劇等、分かりやすい方法で出前講座等を開催する。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
包括的・継続的なケア体制の構築	○在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関や関係機関との連携体制を構築し、介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。	○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療機関や関係機関との連携や調整を行っていく。 ○ケアマネジャー、地域の介護事業所、生活困窮者自立支援などの関係機関と連携を図り、多職種と協働して、高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実施していく。	○関係機関や関係者同士の連携体制構築へつながるよう、様々な会議や意見交換会開催時は多種多様な支援者が集まれるように工夫したり、相互理解できるような内容に努めていく。 ○5包括保健師・看護師協働で医療機関や医療系の事業所との連携がしやすいように働きかけを検討し、引き続き行っていく。	○介護支援専門員に対して地域ケア会議への参加を促し、医療機関や民生委員等関係機関との顔の見える関係作りを行い、連携を促進する。 ○重層的支援体制整備事業を見据え、介護支援専門員が他相談支援機関と連携が図りやすい関係を作ることが出来るよう支援を行っていく。	○高齢者に対し、包括的・継続的な支援を提供するために多職種・他機関が連携してシステムを構築し、相談内容・緊急度に応じた的確な情報提供を行い、介護支援専門員が活動しやすい環境を整える・	○介護援専門員が抱える個別ケースで、対象者だけではなく同居している家族や関わる家族にも問題があり支援困難となるケースが増えている。また、介護支援専門員に求められる役割も増えており、介護支援専門員の負担が大きくなっていることが課題なので、介護支援専門員が困難ケースに対応ができるよう地域の社会資源の把握に努め、また、地域ケア会議等を活用し、関係機関や地域の民生委員等と顔の見える関係性を作れるよう連携を図る。
介護支援専門員に対する支援	○介護支援専門員が業務を円滑に行えるよう、入退院時の医療機関との連携、支援困難事例への指導・助言など、専門的な見地からの総合調整や後方支援を行う。 ○介護支援専門員の資質向上を図るため、事例検討会や研修会等を実施する。	○入退院時 医療機関との連絡調整を行い、円滑に介護保険サービスが利用できるようケアマネジャーを支援していく。 ○市及び5包括協働による介護支援専門員対象の研修会等の企画、運営を実施していく。 ○いんばケアネットワーク、主任ケアマネ会議の活動協力等、ケアマネネットワーク構築に関する後方支援の役割を担う。 ○ケアマネジャーからの相談対応、支援困難事例等への指導・助言、ケアマネジャーの後方支援等を行っていく。	○介護支援専門員へ幅広い情報提供や声かけ、他機関との連携を行えるようサポート、思いやりケア会議を開催するなどの後方支援に努める。 ○5包括協働による介護支援専門員対象の研修会等企画、運営。 ○いんばケアネットワークへの活動協力ならび主任介護支援専門員会議運営協力。	○5包括協働による介護支援専門員対象の研修会等の企画、運営。 ○いんばケアマネネットワークの活動協力、市内主任介護支援専門員会議の運営等、介護支援専門員のネットワークの構築。 ○個別地域ケア会議の実施、支援困難事例対応等介護支援専門員への後方支援。	○高齢者がどのような状態になってもスムーズかつ継続的な支援が受けられるよう、介護支援専門員とその他関係機関との連携体制を整えるとともに、介護支援専門員に対する支援を行う。 ○介護支援専門員とその他の関係機関がともに参加で着る機会を開催する。(研修や事例検討会、情報交換会など) ○介護支援専門員に対する法定研修等に関する情報提供及び必要な支援を行う。 ○介護支援専門員からの相談に応じ、支援困難ケース等の対応について協働する。必要に応じ「個別ケア会議」を開催する。	○5包括協働による介護支援専門員対象の研修会等の企画、運営。 ○いんばケアマネネットワークの活動協力、市内主任介護支援専門員会議の運営等、介護支援専門員のネットワークの構築。 ○地域思いやりケア会議の実施や支援困難事例の対応等、介護支援専門員の後方支援を行う。

4 地域ケア会議推進事業

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
地域ケア会議の開催	○センターは、介護支援専門員等が抱える困難事例等について思いやりケア会議を開催し、ケースに関する関係者を集め、地域住民や関係機関による個別ネットワークの構築を図るとともに支援方針を検討する。 ○センターは、思いやりケア会議で把握した、地域で不足している社会資源や取り組むべき課題について関係者で共有し、検討を行う。 ○市は、地域ケア推進会議では解決に至らなかった課題や、市全体での検討が必要な課題について情報共有し、社会資源の開発や施策の提言に結び付けていく。 ○市は、多職種の専門的な視点に基づく自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント支援を行うとともに、地域資源の把握や多職種の連携体制の構築に努める。 ○市およびセンターは、各地域ケア会議の開催において地域課題を見出す視点をもって取り組み、生活支援コーディネーターと連携してその解決策等について検討していく。	○地域課題の解決のために、地域思いやり会議を開催し、関りのある関係者一同で課題解決に向け話し合い、あらゆる社会資源を適切に活用できるようケアマネジャーの支援を行う。 ○「地域課題」に基づいて、一緒に課題解決に向け取り組んでくれる地域住民や関係機関等と連携・協力を図り、課題解決に向けて、地域ケア推進会議を年1回以上開催していく。 ○思いやり会議及び地域ケア推進会議で解決に至らなかった地域課題に関しては、印西市へ報告し、市レベルの地域ケア会議で検討してもらうよう提言していく。 ○自立支援型地域ケア会議で、多職種の専門的な視点から利用者への助言・情報を頂き、利用者自身が問題解決に向けた判断ができるような支援を目指していく。	○3職種並びに生活支援コーディネーターそれぞれの専門性を活かしながら、自立支援型地域ケア会議への開催協力。 ○介護支援専門員が抱える困難事例については、事例検討する機会を持ち、場合によっては多種多様な関係者を含めた地域思いやりケア会議の調整を行う。 ○日々の相談対応や思いやりケア会議から抽出分析した地域課題に注目し地域ケア推進会議を年間計画に基づき開催。地域包括ケアシステムに繋げていくためにも、できるだけ多種多様な出席者が揃うような開催に努める。 会議での取り組むべき具体策を挙げ、時には他機関や住民と協力しながら取り組み、会議でフィードバックをすることを繰り返ししていく。	○介護支援専門員が困難事例等を相談しやすい関係作りを行うとともに、個別地域ケア会議の開催により高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう支援していく。 ○個別地域ケア会議の開催に至らなくても、日々の相談内容の中から対応が困難であった事例を分析し、地域課題を把握していく。解決にあたっては、生活支援コーディネーターと連携を図っていく。 ○これまでの地域ケア推進会議で取り組んだ地域課題である「認知症」や「男性介護者支援」の課題に対して、「認知症サポーター養成講座」・「見守り声掛け訓練」、「男性介護教室」を継続的に実践していく。	○地域包括ケアシステムの推進体制の構築のため、市と一体となり地域ケア会議を行う。多職種連携と市民の参画を得てネットワークの構築を図りながら、地域の福祉課題の解決が図れるよう取り組みを推進する。 ○市内のケアマネから個別に事例検討を要するケースを抽出し、随時、地域包括支援センターが会議を招集し事例検討を開催する。 ○地域包括支援センターが主体となり、保健、医療、福祉の関係者や民生委員、支部社協関係者、生活支援コーディネーターなどの関係者と連携して、印旛圏域、地区単位でケア会議を開催できるよう努める。 ○個別会議などで取り上げられた意見、課題を取りまとめ統合し、ネットワークの構築や資源開発に努める。	○2025年問題に向けて、地域包括ケアシステム構築が急務であることから、重層的支援体制や体制整備につなげられるよう、印西市地域ケア会議マニュアルに基づいて「印西市地域思いやりケア会議」、「印西市本埜地区地域ケア推進会議」を開催する。 ○生活支援コーディネーターと連携し、地域ケア会議から抽出された課題について検討や取り組みに努める。

5 在宅医療・介護連携推進事業

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
医療と介護の連携推進	○医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業者との協働・連携を推進する。 ○「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」を開催し、各施策の推進の取組強化を図る。 ○高齢者と家族が療養生活について我が事として意思決定できるよう、市民への周知啓発に努める。市民啓発講演会等を開催をする。 ○介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしノート）等の内容を検討する。 ○介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしノート）などを活用し、市民の、在宅医療や介護に対する意識の向上を図る。	○医療依存度の高い在宅介護ケースが増加している傾向にあるため、医療機関と介護事業所等が円滑に協働・連携できるよう支援していく。 ○「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」に出席して、在宅医療及び認知症施策への取組強化に協力していく。 ○市が開催する市民啓発講演会や5包括が連携して行う講座が開催された際には、市民への周知啓発などの協力をしていく。 ○在宅療養ガイドブック、介護と医療サポートガイド、終活ノート等の見直しに協力する。	○在宅生活継続のための知識や自己決定について役に立つ内容の出前講座を「介護と医療のサポートガイド」を活用しながら実施していく。 ○在宅医療での役割を担う訪問看護ステーション連絡会へ出席し、相互理解が進み連携体制が構築できるよう努める。 ○「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」「在宅医療・介護市民講演会」「多職種連携研修会」等への実施協力。 ○住み慣れた地域で生活を続けていくためにも緊急時の備えは重要であり、救急医療情報キットの整備、消防署との連携に向けて協働して取り組みを行っていく。また、同課題のある圏域とも連携していく。	○在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議や多職種協働研修会の実施協力をし、医療と介護の連携推進を図る。 ○市民啓発講演会や出前講座の実施協力、介護と医療サポートガイド、終活ノートを活用し、在宅療養について市民への普及啓発を図る。 ○5包括協働で、訪問看護ステーション連絡会に出席、また訪問看護事業所一覧表を作成・配布することで顔の見える関係作りを推進していく。 ○消防署と連携を図り、救急医療情報キットの普及啓発、実用的な活用を目指していく。	○高齢者が病気、それに伴う介護で迷ったときにどんなサービスが受けられることができるか（通所か訪問か泊まりかなど）理解することで適切なサービスを適切な時期に利用することができる考える。 ○高齢者に起こりうる心身の変化、配偶者の死により起こりうる心身の不調、どんな病気が多いのかを理解することで自分にとって必要な介護が何か、みえてくると考える。 以上のことを達成するために勉強会を開催する。医療機関や訪問事業所とも連携した開催内容を実施する。 ○訪問看護事業所一覧、介護と医療サポートガイド、わたしノートの活用。 ○独居世帯の高齢者も増えており、救急医療キットの普及で緊急時、医療に素早く繋ぐ事ができると考える。 ○印西市訪問看護ステーション会議に参加している。高齢者福祉課の職員、包括支援センターの医療職が参加することで印西市の在宅で介護を受けている方の全貌が掴みやすい。サービスを調整する立場のケアマネ、ケアマネのケアプランに基づいて訪問を行う訪問看護事業所が連携を図ることで必要なケアが何なのか共有できる。今後も課題は多い。	○医療と介護の連携を目的とした「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」や、多職種協働交流会の実施協力。 ○在宅医療に関心を持つ市民が増えていたため、訪問看護ステーション会議に定期的に出席する等、多職種協働のネットワークの構築や市民向けの講演会の普及啓発等、市が実施する事業への協力と、保健師、看護師による市民向け勉強会の開催をする。 ○介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしのノート）等を活用し、市民への周知啓発を行う。

6 生活支援体制整備事業

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
生活支援コーディネーターと協議体との連携	○地域にある様々な社会資源を活用し、生活支援や介護予防、高齢者の社会参加等に資するサービスの提供体制を整えるため、第1層（市全域）及び第2層（日常生活圏域）生活支援コーディネーターを配置する。 ○第1層・第2層生活支援コーディネーターと地域の実情や課題を整理し、協議体の設置について検討を行う。必要に応じて、協議体の設置運営にともに取り組む。 ○センターは、第1層および第2層生活支援コーディネーターと協働して高齢者の生活支援や介護予防、社会参加を推進する。 ○包括等への相談者や通所型サービスC利用者のニーズ把握を行い、自立支援のために必要な支援との各種マッチングや必要に応じて資源の開発を行う。	○地域住民との話し合いの場等に参加し、地域における一体的な生活支援体制整備が構築できるよう地域ニーズの把握に努めていく。 ○地域課題の把握及び地域資源を共有して、高齢者の生活支援・介護予防の体制整備ができるよう、必要な社会資源の情報収集及び発掘や必要に応じて開発に取り組む。 ○圏域の高齢者に対して、在宅生活を継続するのに必要な生活支援や介護予防、社会参加の情報提供などを行う。 ○包括の相談者や通所型サービスC利用者に対して、自立支援のために必要な社会資源とのマッチングを行う。	○センター職員は第2層生活支援コーディネーターと協働し、地域資源を積極的に取り入れながら相談者や利用者の支援にあたる。 ○上記積み上げやニーズ把握作業より、地域課題やニーズを特定する段階につなげていく。	○総合相談、自立支援型地域ケア会議、サービスC等を通し、マッチング支援に力を入れていく。また、ニーズ把握シート等を活用し、地域の実情を整理し課題を把握をする。 ○圏域の民生委員、支部社会福祉協議会活動やちょきん運動、サロン活動等の支援を通して、協議体につながるような関係作りを行い、必要に応じて設置運営を行う。	○地域の資源把握の為、地域のイベントへの参加を積極的に行う。 ○地域づくりを行い求められるニーズを理解し、解決のための連携体制を強化する。 ○SC移動サロンを通し、地域住民へのSCの周知を広げ、SC間の結びつきを強める。 ○各地域でセンターと共同でワークショップを開催し、地域ごとに求められるサービスの傾向を把握し、個々の利用者からのニーズを取り入れながらサービス提供主体との連携体制づくりに努める。	○集まり等に参加されない方のニーズを把握することができていないため、地域の実情や課題を抽出するために、民生委員や支部社協との連携を図り、多様な手法で地域の方の声を聞く場を作るように努める。 ○総合相談、自立支援型地域ケア会議、地域ケア推進会議、通所型サービスC等から、ニーズ把握シートを活用し、地域の実情や課題を整理する。

7 認知症施策推進事業

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
認知症初期集中支援推進事業	○認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、対象者をできるだけ早期に適切な医療や支援機関に結び付け、地域での生活に向けた支援体制を構築する。 ○センターは「認知症初期集中支援チーム」役割の周知や相談受付を行い、必要に応じて同行訪問や情報共有など連携に努める。	○認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続できるよう、医療機関や介護事業所といった関係機関と協働して対処していく。 ○医療機関への受診拒否が強いケースにおいては、認知症初期集中支援チームと連携して、まず認知症を理解してもらうため家族との話し合いの機会を設け、家族間の援助方針の調整を図っていく。 次 に認知症初期集中支援チームから主治医へ認知症の症状を正確に伝えてもらった上で、専門機関へ受診する機会を作り、家族・医師・支援機関とが連携して援助していくといった支援体制の構築を目指していく。	○介護支援専門員からの認知症が要因となった困難なケースの相談が入った場合、包括での後方支援以外に認知症初期集中支援チームの活用によって、認知症初期集中支援チームの周知に繋がる他、対応能力の向上も目指す。 ○認知症の相談対応の中で、もう一つの相談窓口として活用するよう認知症家族に窓口の案内をするなど行っていく。	○認知症の方ができるだけ早期に適切な医療や支援機関に結びつくことができるよう、必要な方の早期発見に努める。また、支援が困難となっている対象者についても、相談ができるよう介護支援専門員等へ事業の周知を行っていく。 ○支援の目的や方向性をチームとセンターで共有し、スムーズな支援が実施できるよう連携を図る。	○早期に包括の介入、認知症初期集中支援チームへの相談を行う。実際には、認知症が進行してしまい、すぐに入所をしたいという相談も多く初期集中支援チームに相談する間もなく、専門機関に受診もすることなく短期入所や施設入所に至ケースが増えている。	○認知症に対しての認識の不足等から、受診に繋がられないことが多いことが課題なので、認知症初期集中支援チームと連携し、早期に適切な医療や支援につなげる。 ○認知症初期集中支援チームや市と、情報、支援方針を共有し、チームで支援できる体制をとる。
認知症地域支援・ケア向上事業	○地域の実情を把握し、相談に応じることができ体制を整えるとともに認知症当事者と家族の支援を地域で円滑に推進することができるよう、認知症地域支援推進員を配置し、認知症の相談等を専門的に対応できる体制づくりに努める。 ○認知症地域支援推進員および認知症コーディネーターが、日頃の相談対応などから地域の課題やニーズ、当事者の思いをくみ取り、認知症支援に必要な施策を企画・提案・実践していけるための支援を行う。 ○センターは地域の特性を生かした認知症カフェを開催し、認知症当事者を支えるつながりの支援と家族の介護負担の軽減を図る。 ○認知症に対する正しい理解を促進し、地域での支援者の育成を図るよう関係機関と協力しながら周知啓発のためのイベント等を行う。	○認知症当事者と家族の支援を地域で効果的に支援することができるよう、関係機関との連携を心掛け、認知症の人に対する地域住民の理解を促進していく。 ○認知症の当事者、その家族、地域住民に対して、認知症に関する情報等を提供し、住み慣れた地域で生活で暮らしていけるよう認知症の理解・周知を図っていく。 ○認知症にかかわる人が交流できるよう、年6回 認知症カフェを開催して、地域で支え合う基盤づくりを行う。 ○周知啓発のためのイベントに参加・協力をしていく。	○認知症地域支援推進員及び認知症コーディネーターは、日々の相談対応から認知症支援に必要な事柄を抽出し、積極的に取り組んでいく。また、他包括との協働で必要な企画をし実践していく。 ○認知症カフェは、認知症当事者と家族の思いやニーズが尊重されるような内容になるよう努め、少しずつ参加者に主体性がおかれるような進め方で安定した開催を図っていく。 ○認知症理解のための出前講座の開催や広報誌へ掲載の継続。	○認知症カフェは、当事者や家族の参加が増え、その思いを反映できるよう内容等を検討していく。当事者の方が生き生きと活動できる、家族の方が安心して過ごせる、相談できる場とする。 ○地域ケア推進会議の課題でもある、「認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続できること」の解決のために、「認知症サポーター養成講座」、「見守り声掛け訓練」を圏域内の各地域単位(ちよきん運動等)で実施していく。	○MCIの時点で包括が対象の住民を把握できお互いの存在を知っていれば、認知症となり支援が必要な時に拒否が少なく介入ができる可能性がある。また、認知症になる前の状況を知る事ができれば、比較ができ、出来なくなってしまった部分が見える化できると考える。 ○認知症カフェに当事者の参加はまだなく、参加して頂けると本人の居場所にも繋がりがり、認知症が身近な病気と感じることができると考える。	○地域の実情を把握するために、認知症地域支援推進員を配置し、民生委員や関連する機関と連携をして、早期に相談に繋がられるように努める。 ○認知症施策人材育成会議等に参加し、認知症ケアパスの作成やイベントの企画、開催、当事者や家族ニーズに沿って検討していく。 ○認知症についての正しい理解と、当事者、家族の居場所となるよう、オレンジカフェ本埜(6回/年)、しあわせ農園(9回/年)を開催する。 ※しあわせ農園は、平成30年度に開催したオレンジカフェを支部社協の事業に移行し協働開催した事業。
普及啓発・見守り体制の構築	○認知症に対する理解の促進のため、認知症サポーター養成講座やイベント等の周知啓発を行い、認知症になっても安心して住み続けられる地域づくりを推進する。 ○圏域のセンターとともに、小学生における認知症サポーター養成講座を実施する。 ○成人、職域での実施については積極的に周知し実施する。養成したサポーターと認知症地域支援推進員、認知症コーディネーター、生活支援コーディネーターを結び付け、ボランティアなど、地域で認知症の人を見守り支える体制を構築していく。 ○認知症基本法の理念に基づき、当事者の意見が事業に反映されるよう、あらゆる機会を活用して当事者の意見を聞く場とし、認知症に関する事業への当事者の参画を促進する。	○地域住民に認知症の高齢者に対する理解を深めてもらえるよう周知活動に取り組んでいく。 ○市が主催する認知症サポーター等養成講座にキャラバンメイトとして参加・協力して、小学校向けの認知症サポーター養成講座を実施していく。 ○成人、職域での認知症サポーター養成講座の周知をしていき、依頼があれば適時 開催していく。 ○認知症基本法の理念に基づき、相談業務やオレンジカフェなどで当事者の意見を聞くよう心掛け、その意見を事業の改善に反映させていく。	○成人向け認知症サポーター養成講座について引き続き周知し、地域の特徴を含んだ内容で開催する(年1回以上)。 ○養成したサポーターが活動の場に繋がるよう働きかけを第2層生活支援コーディネーターと共に行う。 ○普及啓発については、当事者の意思や思いを取り入れながら、自分事として身近に感じられるよう工夫して行う。	○認知症サポーター養成講座、見守り声掛け訓練の実施を積極的に地域に呼びかけ、認知症の人を見守り支える地域づくりを構築していく。また、見守り声掛け訓練の実施にあたっては、当事者の参加や、サポーター養成講座受講者、ボランティアが協力者となって、地域で実施ができるよう企画をしていく。	○今後重層の支援も課題であり、小学生から高齢者まで認知症サポーターが増える様にサポーター養成講座を実施する。 ○「他人事」ととらえてしまう住民も多いように感じる、見守りとして住民の集まる場に訪問する事で住民自身も相談できる場所があると認識し、相談しやすい雰囲気を作る事が出来ると考える。 ○コンビニ、郵便局、スーパー、駅など誰もが利用する場所に認知症サポーターがいると地域で見守る事が出来ると考える。	○市で開催する認知症サポーター養成講座の実施協力。 ○認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域での生活が続けられるような体制が構築できるように、チームオレンジと協働し、認知症サポーターのイメージキャラクターであるロバ隊長を作成してもらい、認知症サポーター養成講座開催の周知をする。

8 介護予防ケアマネジメント業務・指定介護予防支援業務

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
介護予防ケアマネジメント業務 指定介護予防支援業務	○要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者、サービスC利用者に対して、自立支援を目的に主体的な取り組みができるよう、介護予防サービスに加えて住民主体の通いの場等の地域資源の活用も視野に入れたケアマネジメントを行う。 ○3職種については、包括的支援事業に影響が生じないよう市が定めた上限件数(12件)の範囲内で業務を行う。 ○業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、適切なケアマネジメントが実施されているか責任をもって関与するとともに正当な理由なしに特定の事業者に偏らないよう配慮する。 ○総合事業ガイドラインの趣旨に基づき、住み慣れた地域でそれぞれの人における自立した生活が続けられるよう包括的にケアマネジメントを行う。外部委託した場合においてもその理念を共有していく。	○日常生活を営む上で、困難に直面している高齢者が、自らの意思に基づいて自立した生活が送れるよう支援していく。 ○ケアマネジャー不足により、介護予防マネジメント及び介護予防支援の委託受けられない背景がある中、市が定めた上限件数の範囲内で介護予防ケアマネジメント業務を行えるよう、プランナー(ケアマネジャー)を法人からの出向での配属・配置を継続する。 ○業務の一部をケアマネ事業者へ委託をする際には、利用者のニーズを整理して、問題点を明確した上で、ケースを引き継ぐよう取り組んでいく。 正当な理由なしに特定の事業者に偏らないよう配慮を行う。	○利用者が自立支援のためのセルフケア能力を高められるよう「地域で活動する」「社会参加する」という視点を持ちケアマネジメントを行う。 ○業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、適切なケアマネジメントの実施が確認できる表を基に書類と内容を管理するとともに、委託先についても偏りが無いよう一覧表を作成し管理にあたる。	○利用者が自立支援を目的とした主体的な取り組みができるようセルフマネジメントの意識を持つことが出来るよう関わる。 また、プランの中に地域資源を位置づけるよう「地域で活動する」・「社会参加する」という視点を持ちケアマネジメントを行う。 ○適切なケアマネジメントの実施が確認できる表を作成し管理するとともに、委託先についても偏りが無いよう一覧表を作成し管理をしていく。	○要支援認定者及び総合事業対象者の「その人が目指す自立した生活」を個別的に捉え、利用者本人が主体的に取り組めるケアプランを作成する。一部業務委託をしている居宅介護支援事業所についても同様とする。 ○センター内におけるケース検討の機会やOJTを通じた自立支援型ケアマネジメントを徹底する。 ○居宅介護支援事業所からケアプラン原案の提出を受けたときに自立支援の視点についての確認を行う。 ○サービス担当者会議を通じ、自立支援が確実に実践できる為のサービス事業者へのアプローチを行う。	○要支援者、事業対象者の方が、本人の望む生活を送れるよう、住民主体の通いの場をはじめ、地域の多様な資源を提案する等、重度化防止に向けたケアマネジメントを実施する。 ○通所型サービスC対象者のケアマネジメントの実施。 ○市の定めた上限件数を超えないように、介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント利用者一覧を作成し、毎月の件数を把握し管理する。 ○原案委託先の一覧を作成し管理すると共に、複数の居宅介護支援事業所と情報を共有し、サービス利用を必要とする対象者に対して、スムーズにサービス提供ができるよう努める。

9 一般介護予防事業

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
介護予防把握事業	○基本チェックリストを主としたアンケートを、介護認定を受けていない75歳以上の対象者に送付し、ハイリスク者を把握する。把握したハイリスク者はセンターと情報共有し、必要な介入を行う。	○市が把握したハイリスク者に該当した利用者の中で、特に訪問が必要と思われるケースにおいては、市と連携を図り、本人宅へ伺い実態把握に努めるなどの早期介入を行う。	○把握事業から得られた情報から、ハイリスク者の早期発見・対応に努める。	○市と連携し、必要に応じてハイリスク者への介入を行っていく。	○市、医療機関、住民、家族、様々な方からの相談に対して実態把握訪問を行う。過去、訪問があった住民の場合、実際に介入する際に警戒心が少なく感じる。そのためサービスに繋ぎやすい。	○市が実施したアンケートでのハイリスク者は、支援が必要になる頻度が高いことから、対象者の実態把握調査を実施し、包括との関りを持つことと、早期に介入が必要な対象者に対し支援を行い、市と情報共有する。
介護予防普及啓発事業	○介護予防把握事業の結果を踏まえ事業の展開方法を検討していく。 ○介護予防把握事業で把握したハイリスク者や必要な対象者を参加につなげ、ケアマネジメント力を身につけ、介護予防活動に取り組んでもらう。	○介護予防把握事業のハイリスク者の中で、まだ介護認定を受けていない高齢者においては、介護予防や心身状況の軽減・悪化を防止できるような情報を提供していく。 ○閉じこもり等 何らかの支援を要する者を把握した際は、その人の状態や必要性に合わせた支援をしていく。☒	○窓口や地域において、社会参加、役割を担うことが介護予防において重要であることを周知し、第2層生活支援コーディネーターと共に働きかけていく。 ○介護予防につながる圏域における取り組みについて市担当者と協議し、圏域単独あるいは5圏域協働で試行する。	○特にこれから介護が必要になる前期高齢者に対して、介護予防についての関心を高めるため、セルフマネジメントや社会参加、介護予防の必要性について広報誌や出前講座等により、普及啓発を行っていく。	○介護予防事業で把握したハイリスク者に対しては、適宜電話で困りごとの確認をしたり、訪問を行い実態把握調査を行っている。	○体制整備や総合事業促進のためにも、介護予防に関する基本的知識の普及啓発を図るため、市で開催する介護予防普及啓発講演会や、介護予防教室の周知、開催協力に努める。
地域介護予防活動支援事業	○高齢者の体力の維持・向上と地域の仲間づくりを目的とした「いんざい健康ちょきん運動」の活動を通して、住民が主体となった通いの場の充実を図る。 ○センターは、地域において住民の活動支援を行うとともに、生活支援コーディネーターと連携して事業の普及・啓発に取り組む、地域の支え合いづくりを推進する。	○地域住民が主体となって取り組んでいる「いんざい健康ちょきん運動」の紹介や後方支援を担うなど住民主体の地域活動の場が継続していけるよう協力していく。 ○生活支援コーディネーターと連携し、地域住民の活動の場を普及・啓発していき、地域住民が交流できる居場所作りを推進していく。	○相談対応時積極的に「いんざい健康ちょきん運動」の紹介を行っていく。 ○年間1回は各ちょきん運動グループに訪問し、地域で運動を行う意義について再度説明しながら運動の後方支援、高齢者に必要な情報提供を行う。	○「いんざい健康ちょきん運動」は、介護予防だけではなく、地域づくりに資するものと考え、生活支援コーディネーターによる関りを積極的に行い、住民主体の活動の充実を図る。	○いんざい健康ちょきん運動の後方支援を行う。発足したのが古い地域では歌詞カードの破損、CDの不具合が多く高齢者だけでは解決が難しい場合があり適宜支援する。 ○介護保険外の集まりの場としてサークル、習い事、サロンなどの実態を知り、希望のある住民にすぐに案内ができるようにする。	○住民が主体となった通いの場を充実させるために、新たな通いの場を増やせるように、生活支援コーディネータと連携し、「いんざい健康ちょきん運動」等の事業の普及啓発や、すでに立ち上げているグループにも、活動を継続していけるように後方支援をしていく。

10 運営体制

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
職員の配置	○「印西市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に係る職員等の基準を定める条例」に基づき、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員(これらに準ずる者も可)の3職種を配置する。 ○認知症地域支援推進員(兼務)、第2層生活支援コーディネーターを配置する。	○包括的支援事業の業務を適切に実施するため、3職種＋1名(社会福祉士)の職員を配置する。 ○生きがい対策や、地域のニーズと社会資源とのマッチングなどの調整を行っていく生活支援コーディネーターを配置する。 ○認知症地域支援推進員は、3職種が兼務する。	○3職種6名職員配置、第2層生活支援コーディネーター配置。 ○認知症地域支援推進員、第2層生活支援コーディネーターを配置。 ○包括職員の業務の質が向上できるよう、事務職員を1名配置し職員の業務負担の軽減を行う。	○令和6年度職員の欠員期間が発生したため、3職種、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターの安定した配置を目指す。	○業務を適切に実施するため、担当圏域の高齢者人口に対応できるよう3職種及び事務職員を配置する。 ○高齢者の生活支援・介護予防の基盤の整備を進めていくことを目的とした、第2層生活支援コーディネーターを配置する。 なお、認知症地域支援推進員は、3職種が兼務する。	○3職種の有資格者を配置(3職種常勤各1名の計3名を配置)。 ○認知症地域支援推進員(兼務)と、第2層生活支援コーディネーター(常勤)を配置。 ※いずれも欠員が生じた場合は速やかに補充する。
職員の姿勢	○センターの保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、それぞれの専門性を発揮しながら相互に情報を共有し、連携・協働する「チームアプローチ」を実践し、多様な観点から効果的な支援を行う。	○チームアプローチを実践する上で、それぞれの専門性を活した多様な観点から効果的な支援が提供できるよう役割を分担していく。 ○第2層生活支援コーディネーターは、人とひとを「つなぐ」ことに重点を置き、地域の担い手を支援活動につなげるといった「ニーズ」と「サービス」のマッチング等を調整していく。	○全職員での毎日の朝礼、情報共有や事業展開の検討など職員数が多いためチーム体制が整えるようしっかりと行う。 ○それぞれの専門職の視点を出し合い、常に良好なコミュニケーションを図り、活発なチームアプローチを実施していく。また他包括との横の繋がりでの情報交換の機会を持ちながら専門性を活かしていけるよう努める。	○全職員で毎日の朝礼、月2回のセンター内会議を通してケース検討、事業計画の進捗状況等について情報共有し、チームアプローチを実践していく。	○相談内容に応じ、医療・介護保険・権利擁護など各職種の専門分野の経験や知識を考慮し、最適な担当者を選定して3職種の中から担当者を選定していく。 ○第2層生活支援コーディネーターは、人とひとを「つなぐ」ことに重点を置き、支援が必要な高齢者と支援活動をつなげるといったマッチング等を専属に行っていく。	○毎朝の朝礼にてタイムリーな情報共有と、職員会議における情報の共有を行い、それぞれの職種の専門性を活かし、課題の抽出、支援方針の検討を実施。ただし、緊急時には、朝礼に限らず随時実施する。
職員のスキルアップ	○センター職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上、業務に必要な知識、技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加し、各職員が学んだ内容を全職員に伝達・共有することにより、センター全体のスキルアップに努める。	○相談援助技術やケアマネジメント技術の向上、業務を遂行するのに必要な知識や技術の習得を目的に研修会等へ定期的に参加し、スキルアップできるよう研鑽に努める。 ○毎朝 ミーティングを実施して情報共有や認識の相互理解を図り、全職員の援助技術が向上できるよう取り組んでいく。	○外部研修には積極的に参加できるよう業務調整をしながら、偏りなく受講できるよう研修年間計画での管理と伝達講習の実施。 ○毎朝 ミーティングを実施して情報共有を図り、全職員のアセスメント能力、対応技術が向上できるよう取り組んでいく。	○外部研修には積極的に参加できるよう業務体制を整備する。研修参加後は、復命報告をし情報共有を行う。センター全体のスキルアップを目指し、研修をより具体的実践につなげていくことを意識していく。	○相談援助技術やケアマネジメント技術の向上、業務を遂行するのに必要な知識や技術の習得を目的に研修会等へ定期的に参加し、スキルアップできるよう研鑽に努める。 ○毎朝 ミーティングを実施して情報共有を図り、全職員の援助技術が向上できるよう取り組んでいく。	○地域包括支援センターの職員として必要な知識や技術の習得、また、専門職としてのスキルアップを図るため、外部研修の受講と、通常業務でのOJTの実施。

11 管理体制

項目	市の方針	印西北部 重点課題・目標	印西南部 重点課題・目標	船穂 重点課題・目標	印旛 重点課題・目標	本埜 重点課題・目標
個人情報の保護	○センターは、業務上多くの個人情報を知りえる立場にあることから、その取扱いにあたっては「個人情報の保護に関する法律」に基づき、情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守し、個人情報の保護に注意する。	○「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報は鍵のかかるキャビネットに厳重に保管するなど情報管理を徹底していく。	○「個人情報の保護に関する法律」に基づき、守秘義務を厳守し書類などの適切な保管・管理を行う。	○「個人情報の保護に関する法律」に基づき、適切に個人情報の管理をすると共に、事業所内研修を行い徹底を図る。 ○個人情報を含む書類は、鍵のある棚等に管理し、原則持ち出しは行わない。	○「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報は鍵のかかるキャビネットに厳重に保管する。	○「個人情報の保護に関する法律」に基づき、守秘義務を遵守し、書類等の適切な保管、管理を行う。
苦情対応	○センターに対する苦情を受けた場合は、迅速かつ適切に対応し、その内容及び対応等を記録し、必要に応じて市に報告する。	○センターに対する苦情を受けた場合は、苦情受付担当者(センター長)を含む2名以上の職員で対応する。 苦情内容を整理し、問題点を焦点化した上で、苦情解決責任者(施設長)に報告後、迅速かつ適切に苦情を解決できるよう対応していく。また、苦情の内容及び対応したことを記録に残し、必要に応じて市に報告する。	○苦情受付担当者(センター長)が苦情内容を整理し、迅速かつ適切に苦情を解決できるよう対応していく。また、苦情の内容及び対応したことを記録に残し、市に報告する。 ○苦情処理後にセンター内にて丁寧振り返りを行い、再発防止に努める。	○苦情については、苦情マニュアルに基づき、苦情受付担当者(センター長)・苦情解決責任者(施設長)により、迅速に対応し解決を図る。対応については記録を行い、再発防止に努め、市に報告する。	○センターに対する苦情を受けた場合は、苦情受付担当者(センター長)・苦情解決責任者(施設長)が、苦情内容を整理し、問題点を焦点化して、迅速かつ適切に苦情を解決できるよう対応していく。また、苦情の内容及び対応したことを記録に残し、必要に応じて市に報告する。	○苦情担当者、苦情解決責任者を決め、担当者がわかるようにセンター内に掲示する。 ○苦情を受付けた場合は、速やかに内容の確認、対応を行うとともに、原因の特定をし、是正処置を実施する。更に対応経過の評価を行い、記録の管理する。
緊急時対応	○センターは、緊急時の対応が必要になることを想定し、夜間休日を問わず24時間連絡を取ることができる体制を確保する。	○夜間休日は、事務所の固定電話から携帯へ電話を転送して、相談対応をする。緊急の訪問対応が必要な場合は、原則2人以上の職員で対応する。	○時間外連絡対応は、転送電話にて対応をする。長期閉所時は、主・副担当の2名体制とする。 ○対応内容をよく検討した上で、緊急の出動対応が必要な場合は、できるだけ2名職員で対応する。	○当番制により24時間転送電話にて対応できる体制を整える。	○夜間休日は、事務所の固定電話から携帯へ電話を転送して、相談対応をする。緊急の訪問対応が必要な場合は、3職種及び第2層生活支援コーディネーターが連携し、原則2人以上で対応する。	○夜間休日は、事務所の固定電話から携帯へ電話を転送して、24時間相談を受付けられる体制をとる。(当番制) 緊急の訪問対応が必要な場合は、できる限り2人以上で対応する。