

	北町	練馬キングス・ガーデン	田柄	練馬高松園
運営方針				
運営方針	地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行う。	センターが、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たし、地域に住まう人々が安心して暮らしていけるように支援する。	地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行う。	地域で生活する高齢者等の健康保持・生活の安心のために必要な相談支援を実施する。利用者に対して、各事業の実施時に、適宜事業内容を周知する。
組織運営体制				
区および他センターとの連携	圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行う。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、連携する。	圏域連絡会などを通じて職種間での情報共有やそれぞれの地域の特性に合わせた課題解決を検討し、共に地域への支援を強化できるように連携する。	圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行う。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、連携する。	圏域会議・地域包括支援センター長会・各職種会議を通して、区や他のセンターとの連携を図る。街かどケアカフェ事業などについては、他センターとの共催も検討する。
各事業の実施方針				
1 包括的支援事業				
総合相談支援業務 総合相談支援	相談内容に応じて専門職が担当し、ケースカンファレンスをセンター内で行いながら課題の早期解決を図る。	専門職として対応できるように職員研修の充実、区や介護保険関連事業所との連携強化を図る。	相談内容の記録はできる限り迅速に行い、どの職員でも対応ができるような体制をとり、記録の安全な保管に努める。	毎週のミーティング時などに、各職員が担当しているケースについて報告や相談を行うことで、支援内容や方向性の確認、情報の共有を図る。
権利擁護業務 高齢者虐待への対応	総合福祉事務所が開催するコアメンバー会議で事実確認の結果を報告し、会議で示された支援方針に沿って、複数の関係部署と連携をとりながら計画的に支援を実施する。	実態把握や安否確認を行い、コアメンバー会議への参加、支援方針の協議を行うなど、関連機関と協力しながら対応、再発防止の支援を行う。	定期的なモニタリング・評価を行い、終結を目指し、高齢者の生活が安定するまで支援をすると共に再発防止に向けた相談支援を行う。	ケース検討会やコア会議を通じて支援方針を決定し、経過観察を行うとともに、再発防止に向けた相談支援を行う。
包括的継続的ケアマネジメント 支援業務 介護支援専門員への支援	担当地域の介護支援専門員が相談しやすい体制を作るため、地域の主任介護支援専門員とともに勉強会を企画・開催し、日ごろから顔の見える関係を構築する。	介護支援専門員への相談内容を整理・分析し、経年的に把握することにより、区、センター等が実施する介護支援専門員の資質向上を目的とした取組に活用する。	地域包括ケアシステムの深化・推進に向け介護支援専門員との勉強会等を開催し、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行う。	地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方法を検討し、指導助言を行う。
介護予防ケアマネジメント 介護予防ケアマネジメント	介護予防把握事業業務である「はつらつシニアクラブ」参加者への相談にて、地域団体とのマッチングや社会参加の機会を増やすようなはたらきかけを行う。	介護予防・生活支援サービス、予防給付サービスの他、地域住民による自発的な活動も含め、その人に合った適切なサービスが包括的に提供されるように支援する。	出来る限り在宅で自立した日常生活を継続するために「介護予防サービス」や「介護予防・生活支援サービス事業」の利用に向けた支援を実施する。	介護予防に資する保健医療サービスまたは福祉サービスの適切な利用により、自立支援に向けた介護予防サービス計画を作成する。
2 地域ケア会議				
地域ケアセンター会議の開催	事業計画や事業報告を行なうとともに、地域ケア個別会議で抽出された地域課題についてその解決に向けての話し合いを行う場とする。	地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題について、その解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合いを行う。	地域ケアセンター会議を年2回開催し、地域ケア個別会議等にて抽出された地域課題の解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合う。	地域ケア個別会議・地域ケア予防会議やその他の委託業務を通じて把握した地域課題について、検討された内容・結果については、関係者にフィードバックする。
3 在宅医療・介護連携の推進				
地域の医療資源の把握と 連携強化	地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用して医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行う。	地域の医療機関との連携を図るために、個々の医療機関へ訪問しセンターの周知を行い、連携をとれる体制を作る。	震災時における医療の確保などをテーマに社会資源の確認を行い、震災時事業継続計画やマニュアルを再確認し災害に備える。	相談支援の実施を通じて地域資源を把握し、リストを作成する。リストの情報は最新のものを掲載するように随時更新する。
4 認知症施策の総合支援				
認知症に関する相談支援	認知症の早期対応を目的とし、必要に応じて専門相談である認知症初期集中支援事業の利用を視野に入れ支援する。	認知症地域支援推進員が中心になって、認知症専門医または認知症サポート医およびチーム員にて共有化を図ると共に、対応を検討し個別課題の早期解決を図る。	本人を中心に考え、具体的な困りごと、心身の状況、家族の状況などを聞き取るなかで、必要に応じて専門相談である認知症初期集中支援推進事業の利用を視野に入れ支援する。	医療と介護の相談窓口認知症地域支援推進員を置き、認知症高齢者・若年性認知症の方やその家族、医療・介護関係者からの相談を受ける。
5 生活支援体制整備				
資源開発	地域包括支援センターの強みでもある介護支援専門員からの意見なども集約し、資源開発の推進役となる。	ボランティア団体等の活動団体への働きかけや情報共有を行い、地域住民への社会参加への意欲の向上を図る。	地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行う。	地域ケア会議の実施などを通して、担当区域内の地域団体の活動を支援する。また、不足していることが把握できた生活支援サービスの創出等に努める。
6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援				
地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援	できるだけ社会参加ができるよう、街かどケアカフェなど交流の場を情報提供し、生活の質の向上や介護予防を図っていく。	区が作成した訪問対象者名簿に基づき戸別訪問を行い、生活実態の把握や必要な支援へつなぐための相談支援を行う。	定期的な見守りが必要と思われる方、および見守り希望者には定期訪問に繋ぎ、ボランティアによる見守り体制の構築を目指す。	必要に応じて介護保険サービスや区の高齢者サービス等必要な支援につなげるほか、介護予防事業やサロン活動等への参加を促す。

	光が丘	高松	第3育秀苑
運営方針			
運営方針	地域共生社会実現の視点の下、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う中核機関として運営を行う。	地域の特性を生かし、地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、中核機関として運営を行う。	練馬区等の関係行政機関、サービス実施機関等と連携・連絡調整をとり、区民の方が安心して暮らしていけるように支援する。
組織運営体制			
区および他センターとの連携	圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行う。また、圏域連絡会などで職種間の情報共有やそれぞれの地域特性に合わせた課題解決を検討し、連携する。	圏域を面としてとらえ、包括的な連携を行う。また、圏域連絡会などを通じ職種間での情報共有や課題解決を検討し、共に地域への支援力を強化できるよう連携する。	定期的な連絡会を開始し、情報の共有や検討事項、問題点について意見交換を行う。また、各専門職における職種会を行い、情報共有・課題の抽出を行う。
各事業の実施方針			
1 包括的支援事業			
総合相談支援業務 総合相談支援	多職種の意見を支援に活かしチームアプローチを実践する。専門職として対応できるよう職員研修の充実、区や介護保険関連事業所との連携強化を図る。	ワンストップの相談窓口として、多様な相談についての的確に把握し課題を明確にする。多くの支援を必要とする人に多職種の意見を支援に活かし、チームアプローチを実践する。	相談窓口の周知を積極的に行い、民生委員・医療機関などと緊密に情報交換や連携を行い、適切な制度へ繋げる。
権利擁護業務 高齢者虐待への対応	コアメンバー会議で示された支援方針に沿って、個別ケース会議へ出席するなど、関係機関と連携しながら対応、再発防止の支援を行う。	高齢者の権利を守るため、高齢者虐待に関する研修を職員が受講し、適切に対応。地域ケア会議などで、地域に向けて虐待防止に関する啓発と通報先の周知を行う。	通報等があった場合、早急な現状把握および情報収集を行なう。被虐待者の安全等を一番に考え、適切な対応をチームで考え行っていく。
包括的継続的ケアマネジメント 支援業務 介護支援専門員への支援	地域の介護支援専門員が円滑な業務が実施されるよう、「けあまねひろば ひかり」「主任ケアマネ ひかり」などを通じ、介護支援専門員のネットワーク推進を図る。	本人や家族の意向を確認するとともに自立支援のための潜在的なニーズを把握し、「野中方式」の事例検討会に参画し、地域の介護支援専門員への支援に活かす。	圏域内の地域包括支援センターと連携し、介護支援専門員向け研修を共同で開催する。
介護予防ケアマネジメント 介護予防ケアマネジメント	住み慣れた地域で本人の有する力を発揮しながら自立した生活を継続できるように適切なケアマネジメントを行う。	総合事業の利用に際し、本人の意向や状況に適したサービスを効果的かつ効率的に利用し、自立した生活を継続できるように適切なケアマネジメントを行う。	地域の高齢者が明るく、自分らしい生活が送れるように、自立支援を念頭にケアプランを作成する。
2 地域ケア会議			
地域ケアセンター会議の開催	地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題について、その解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合いを行う。	地域ケア個別会議と地域ケア予防会議を通じて抽出された地域課題についてその解決に向け、地域で暮らす・働く・活動する関係者で話し合いを行う。	社会資源のマップを地域の関係者と作成し、活用できるような体制を作る。地域の関係者との情報共有から地域課題を見だし、地域の住民の支援を包括的にいえるようにする。
3 在宅医療・介護連携の推進			
地域の医療資源の把握と 連携強化	地域の医療機関等が開催する勉強会・多職種交流会等に参加し、連携の強化を図る。	地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用し、医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行う。	地域の医療機関との連携を図るために、個々の医療機関への訪問で地域包括支援センターの周知を行い、連携が取れる体制を作っていく。
4 認知症施策の総合支援			
認知症に関する相談支援	認知症の早期対応を目的とし、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて専門相談(認知症初期集中支援推進事業)の利用を支援する。	圏域内における認知症ケースの対応について、認知症専門医または認知症サポート医およびチーム員にて共有化を図る。	認知症地域支援推進員を中心に、地域の相談を行っていく。また、地域の認知症への理解を深めるためのミニ講演会等を開催する。
5 生活支援体制整備			
資源開発	資源開発においては、地域の関係者が活動しやすいよう、社会福祉協議会や行政および関係機関と連携し、環境整備を進める。	地域ケア個別会議等を通して地域の状況や不足しているサービスについての情報を収集し、必要と考えられる資源の開発を行う。	ボランティア団体等の活動団体への働きかけや情報共有を行い、地域住民の社会参加への意欲向上を図る。
6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援			
地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援	訪問支援員は事業対象者名簿に基づき、年1回以上ひとり暮らし高齢者の自宅を戸別訪問。戸別訪問による実態把握の結果に応じ、対象者を必要な支援につなげる。	訪問支援員は事業対象者名簿に基づき、年1回以上ひとり暮らし高齢者の自宅を戸別訪問。戸別訪問による実態把握の結果に応じ、対象者を必要な支援につなげる。	法定3職種と毎月末に共有の場を持ち、各月に訪問した訪問支援対象者の情報共有を図るとともに、今後の支援方針の確認などを行う。