

センター名称		北町	北町はるのひ	田柄	練馬高松園
I	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。	法人の基本理念である「夕暮れ時に、光がある」に則り、増加するひとり暮らし高齢者への対応や、高齢者虐待防止、感染予防、防災への意識を地域に対して喚起することに努める。	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。
II	組織運営体制				
	(3) 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、圏域連絡会や担当者会などを通じ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。	連絡会や会議などを通して情報共有やそれぞれの地域の特性に合わせた課題を検討し、ともに地域への支援を強化できるように連携します。	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。
	(6) 感染症や災害への対応力強化の取組み	法人の「災害時BCPマニュアル」「感染症対応指針」「感染症対応マニュアル」等に基づき、発災時に備えるとともに、感染症蔓延防止のための行動を徹底する。	BCPを策定。1か月ごとにケアマネジメント利用者における災害時における要安否確認者リストを作成する。感染症については、感染防止委員会を月1回開催する。	法人の「災害時BCPマニュアル」「感染症対応指針」「感染症対応マニュアル」等に基づき、発災時に備えるとともに、感染症蔓延防止のための行動を徹底する。	事業継続計画を基に、併設の特別養護老人ホーム・デイサービスセンターと連携して、定期的に避難訓練や安否確認訓練を行う。また、感染症に係る委員会にも適宜出席する。
III	各事業の実施方針				
	1 包括的支援事業				
	(1) 総合相談支援業務 ①総合相談支援	相談者に関わる課題を明らかにし、支援方針を立てチームアプローチを実施する。必要時、他機関に相談および情報共有を行い、多面的なアプローチを行う。	ワンストップの相談窓口として、多様な相談の内容を的確に把握し、課題を明確にする。他職種の意見を生かし、チームアプローチを実践する。	地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けていけるよう、ワンストップ相談窓口として、相談に対し、適切な制度や機関・サービス利用につなぐ。	多様な相談に対応できるよう職員研修を行い、窓口対応を充実させる。関係機関と情報交換を行い、相談窓口の広範な連携強化を図る。
	(2) 権利擁護業務 ①高齢者虐待への対応	コア会議で示された支援方針に沿って、関係部署と連携し支援を行う。地域に向けて調査報告を用いて、虐待の早期発見や予防について普及・啓発活動を行う。	実態把握や安否確認を行い、コア会議にも参加し、支援方針を協議し、関連機関と協力しながら、対応、再発防止の支援を行う。	地域の居宅介護事業者に向け、虐待の視点を伝える勉強会を開催し、早期発見につなげる。職員は研修を受講し、人権尊重・尊厳を守る支援を実施する。	ケース検討会やコアメンバー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。
	(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務 ②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共に勉強会を企画・開催し、日頃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て取組に活用する。	地域の介護支援専門員の相談内容を整理・分類し、経年的に把握することにより、介護支援専門員の資質向上を目的とした取り組みに活用する。	介護支援専門員の資質向上を図る観点から、関係機関と連携を取り、情報提供や事例検討会を行う。
	2 地域ケア会議				
	(2) 地域ケアセンター会議の開催	地域ケアセンター会議において、家族介護者支援について実態を確認し、情報を共有することで家族介護者を地域で支える基盤を整える。	参加者が地域課題を「我がこと」としてとらえ、新たなネットワークの構築を図り、関係者と共に情報共有をしていく。	地域ケアセンター会議を年2回開催し、家族介護者支援（介護離職防止等）や地域ケア個別会議等で抽出された地域課題の解決に向け、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、解決に向けて検討する。検討結果については、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				
	(2) 地域の医療資源の把握と連携強化	地域の医療機関に地域包括支援センターのチラシ等を活用して医療と介護の相談窓口の機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行う。	地域の医療機関との連携強化のために、個々の医療機関へ訪問し、地域包括支援センターの周知を行い、ケア会議にお誘いし、連携をとれる体制をつくる。	医療資源の情報を職員で共有し、関係機関の特徴を生かして、利用者個々の事情に合わせたマッチングを行う。	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				
	(1) 認知症に関する相談支援	「もの忘れ健診事業」において、検診対象者に対し、必要に応じてチェックリストの実施や健診に関する相談の支援を行う。	認知症の方の支援について、専門医、サポート医および認知症専門相談・初期集中支援チーム員にて共有化を図るとともに、対応を検討し個別課題の早期解決を図る。	本人や家族からももの忘れや認知症に関する相談に対して、アセスメントに基づき、関係機関や各種制度に繋ぎ、専門的な相談・助言が受けられるよう支援する。	適切なサービス、関係機関や各種制度の利用、認知症専門病院の助言を受けるなどにより、認知症高齢者が地域で安心して暮らしていけるように支援する。
	5 生活支援体制整備				
	(2) 資源開発	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。	ボランティア団体等の活動団体を発掘し、働きかけ、情報共有を行い、地域住民への普及に努める。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				
	(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援	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る。	区が作成した訪問対象者名簿に基づき戸別訪問を行い、地域で孤立することのないよう、生活実態の把握および介護予防等の必要な支援へつなぐための相談を行う。	「高齢者みんな健康プロジェクト」において、医療や健診の情報がなく健康状態を把握できない高齢者に対して、健康状態の把握や受診勧奨等の必要な支援を行う。	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他、介護予防事業や出張型街かどケアカフェ等への参加を促す。

センター名称		光が丘	光が丘南	第3育秀苑
I	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、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。	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。	増加するひとり暮らし高齢者への対応や、医療と介護の連携に関する相談の充実など、地域の特性を踏まえ、地域包括ケアシステムの確立に向けた中核機関としての役割を果たす。
II	組織運営体制			
	(3) 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。	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。	毎月開催される圏域連絡会において区の動向や最新情報の共有を行い、必要に応じて他センター等との意見交換を行っていく。
	(6) 感染症や災害への対応力強化の取組み	法人の「災害時BCPマニュアル」「感染症対応指針」「感染症対応マニュアル」等に基づき、発災時に備えるとともに、感染症蔓延防止のための行動を徹底する。	法人の「災害時BCPマニュアル」「感染症対応指針」「感染症対応マニュアル」等に基づき、発災時に備えるとともに、感染症蔓延防止のための行動を徹底する。	併設の特別養護老人ホームと連携して定期的に避難訓練を行う。また、感染症に係る委員会に出席し、感染症対策の検討や情報共有などを図る。
III	各事業の実施方針			
	1 包括的支援事業			
	(1) 総合相談支援業務 ①総合相談支援	ワンストップの相談窓口として、多様な相談について内容を的確に把握し課題を明確にする。多くの支援を必要とする人に多職種の意見を活かし、チームアプローチを実践する。	多くの支援を必要とする人に、他職種の意見を支援に生かし、チームアプローチを実践する。研修を充実させ、専門職として関係者との連携強化を図る。	高齢者やその家族等、個々の相談に応じ必要な支援を把握して、適切なサービス、関係機関および各種制度の利用につなげる等の支援を行う。
	(2) 権利擁護業務 ①高齢者虐待への対応	コアメンバー会議で確認した事実を報告し、会議で示された支援方針に沿って関係機関と連携しながら対応を行い、再発防止に取り組む。	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を周知する。	虐待に係る相談・通報を受けた場合は48時間以内の早急な事実確認および情報収集を行い高齢者の安全の確認を行う。
	(3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務 ②介護支援専門員への支援	地域の介護支援専門員の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を構築する。	地域包括ケアシステムの確立に向け、地域の主任介護支援専門員と「けあまねひろば☆ひかり」を企画・運営し、ケアマネジメント力および質の向上を図る。	介護支援専門員が抱える課題に対して自らの課題解決ができるよう継続的に支援し、介護支援専門員のバーンアウトを防ぐために相談を持ちかけやすいセンターを目指す。
	2 地域ケア会議			
	(2) 地域ケアセンター会議の開催	地域ケアセンター会議を年2回実施。地域ケア個別会議で抽出された課題を地域の代表者や関係機関と共有し、課題解決に取り組む。	家族介護者支援(介護離職防止等)について取り扱うとともに、専門職や関係機関との連携に取り組む。	把握した地域課題や高齢者被害について、「我が事」として解決に向けた意見交換・話し合いを行い、開催結果は関係機関と共有していく。
	3 在宅医療・介護連携の推進			
	(2) 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。また、震災時における医療の確保等をテーマに社会資源の確認を行う。	医療機関の特徴を把握し、利用者個々の事情に合わせた社会資源のマッチングを行う。医療機関等が開催する勉強会に参加し、連携強化を図る。	地域の医療機関に訪問し、地域包括支援センターの周知を行い、連携を強化する。圏域内の他地域包括支援センターと、医療資源情報の共有を行う。
	4 認知症施策の総合支援			
	(1) 認知症に関する相談支援	認知症の早期対応を目的とし、具体的な困りごと、心身の状況、ご家族の状況などを聞き取り、必要に応じて専門相談(認知症初期集中支援推進事業)の利用を支援する。	認知症の早期発見を目的とし、具体的な困りごと、心身の状況、家族状況を聞き取り、認知症初期集中支援推進事業の活用につなげる。	検診対象者および家族からの「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」やもの忘れ検診についての相談対応を行う。
	5 生活支援体制整備			
	(2) 資源開発	資源開発においては、重層的支援体制整備を視野に、人の出会いの場、集える場、交流できる場を地域住民や関係機関と連携し開発に努める。	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の情報を収集し、必要な資源の開発を行う。	地域住民と昨年創立した「いきいき楽らく会」の参加者が増員できるよう周知を行い、住みなれた地域で安心した生活ができるよう新たな資源開発に取り組む。
	6 ひとり暮らし高齢者等訪問支援			
	(1) 地域のひとり暮らし高齢者等の訪問支援	訪問支援員は事業対象者名簿に基づき、年1回以上ひとり暮らし高齢者の自宅を戸別訪問する。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。	高齢者みんな健康プロジェクトにおける、高齢者保健指導専門員と連携して、高齢者の健康を支援する。	「高齢者みんな健康プロジェクト」の健康状態が不明な、ひとり暮らし高齢者等訪問支援対象者への同行訪問に同行する。