

| センター名称                                 | 練馬ゆめの木  | 高野台  | 石神井   | フローラ石神井公園  |
|--|---|--|---|--|
| I 運営方針                                 |   |  |   |  |
| 運営方針                                   | これまでも培っている、区民や地域団体・医療機関・介護事業者等との地域ネットワークはコロナ禍においても維持・継続に努めており、地域における高齢者や家族への支援の充実を図る。 | 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。              | 地域ケアシステムの確立ならび推進を目指し、中核機関としての地域包括支援センターを深く認識して運営に当たる。                             | 団塊の世代の方々が後期高齢者となる時代に向けて、センターが練馬区地域包括ケアシステムの中核的機関として役割が果たせるように努めていく。                  |
| II 組織運営体制                              |   |  |   |  |
| (3) 区および他センターとの連携                      | 生活困窮、障害、子ども、難病等、複合的な課題を抱える方々への支援が少なくないことから、行政等との連携を随時行なっていく。                          | 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。  | 虐待ケースの対応、困難ケースの後方支援として区との連携は必須であり、定期開催される連絡会やコア会議への参加は100%とする。                    | 高齢者虐待対応や、成年後見の区長申立等においては、総合福祉事務所高齢者支援係と緊密に連携し、迅速かつ適切な支援を実施する。                        |
| (6) 感染症や災害への対応力強化の取組み                  | 感染症や災害が発生しても、高齢者に必要な支援が、安定的継続的に提供できる体制づくりを行うため、業務継続計画を策定し、研修や訓練を行っていく。                | 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。   | 法人内に感染症対策委員会が設置され、「新型コロナウイルス感染症マニュアル」を作成。また防災対策・訓練運営における常任委員会も設置し、日頃からの訓練を定期的に行う。 | 法人のBCPを踏まえ対応。感染症対策は、医療職を中心に委員会を随時開催し、必要な対応を策定する。災害については、要援護者名簿の安否確認を踏まえ避難拠点と連携を検討する。 |
| 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<br>①総合相談支援                | 高齢者等からの個々の相談に応じ、必要な支援を把握して適切な機関や各種制度につないでいる。引き続き区民のニーズに応えられるような体制を維持していく。             | ワンストップの相談窓口として相談を受ける。街かどケアカフェを利用されるお客様や担当地域外の方の相談にも応じ、必要時担当の地域包括支援センターにつなげる。 | 緊急レベルの低いケースにおいても適切な支援を行えることができるよう、「総合相談対応リスト」を作成し、毎月確認作業を行うことで見落としを防止する。          | 生活上の様々な相談を受け、的確な状況判断を行い、緊急対応の必要性を判断しつつ、適切な情報提供や関係機関の紹介を行う。                           |
| (2) 権利擁護業務<br>①高齢者虐待への対応               | 高齢者虐待に係る相談、通報、事実確認、継続しての支援等、総合福祉事務所をはじめ医療機関、保健相談所、介護保険事業所等関係機関との連携を密に対応する。            | 通報時にはセンター内で情報共有し、高齢者支援係等と連携し事実確認、情報収集を行う。地域ケア会議などで地域に向けて虐待に対する啓発と通報先を周知する。   | コアメンバー会議への参加は可能な限り2名以上で参加し、会議内容について三職種にて共有する。                                     | 総合福祉事務所や保健相談所等ケースに応じて緊密に連携し、ケース検討会やコアメンバー会議を踏まえて支援方針を決定し対応を図る。                       |
| (3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務<br>②介護支援専門員への支援 | 個別ケースへの対応相談、計画作成等の相談に応じる。また研修や会議の運営支援、情報提供等を行い、地域ネットワークや地域福祉の充実につながるよう支援していく。         | 地域のケアマネジャーへの相談内容を整理・分類し、経年的に把握・分析することで地域のケアマネジャーの資質向上に活用する。                  | 介護支援専門員の所属する組織を十分配慮し、事業所における相談や検討が行われたか、あるいは「ひとりケアマネジャー」であるかに留意して対応する。            | 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開催する。                                      |
| 2 地域ケア会議                               |   |  |   |  |
| (2) 地域ケアセンター会議の開催                      | 地域からの要望にも沿い、対面開催の実施を目指し、地域単位の小単位で開催を計画し、身近な現状をテーマに行う会議結果を、地域にも報告共有する。                 | 1回目には前年度の取り組みを報告し、事業計画や地域の課題を共有。2回目は、地域ケア個別会議での評価を地域の方と共有し、区民意識の向上を目指す。      | 年度の前半と後半で各1回の開催を予定。開催結果の共有については、少なくとも議事録の配布を行い、話し合いの継続について意見を聞くこととする。             | 各種の会議で検討された地域の課題を様々な関係者と共有し解決に向けて検討する。検討結果は報告書等を作成し参加者で共有する。                         |
| 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                    | 医療・介護等の多職種と計画的に事例検討会や研修を行ない、相互理解と連携力の強化を図る。   | 医療と介護の社会資源の情報把握と更新、リスト化し、情報の最新化を図り、支援に活用できるように資源開発をする。                       | 今年度の多職種連携連絡会は年2回の開催を目標とし、オンラインも活用しながら、地域で活動する医師や薬剤師、ケアマネジャーなどと連携強化を図っていく。         | 相談支援の実施を通じて地域の各種医療機関等の機能を把握し、リストの作成とともに気になるケースの連絡等で相互の連携を図る。                         |
| 4 認知症施策の総合支援                           |   |  |   |  |
| (1) 認知症に関する相談支援                        | 日常の総合相談において、認知症高齢者や若年性認知症の方、その家族、医療・介護関係者からの相談を受け、必要な支援や制度、専門病院の受診等へつないでいく。           | 家族、医療、介護関係者の相談を受けアセスメント実施し、適切なサービス、関係制度、医機関につなぐ支援、情報提供を行う。                   | もの忘れ検診対象者には必要に応じてチェックリストの実施や検診に関する相談支援、ならびに検診の結果に基づいた受診者へのサポートを行っていく。             | 適切なサービス、関連機関等や各種制度の利用、認知症専門病院との連携を行い、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                               | 地域ケア会議等で抽出された地域課題等から不足の資源を把握するなどし、地域連携の中で今後の資源開発につなげられるよう努めていく。                       | 地域ケア個別会議等で、地域に不足している社会資源の情報を明らかにする。元気高齢者が支援側になれるような資源開発に努める。                 | 年間を通じて地域ケア会議の実施により、担当地域内に存在する地域団体の活動支援を行う。また、不足する生活支援サービスを把握し、その創出等に協力する。         | 地域ケア会議等で把握された地域課題の検討を通じて、地域団体への活動支援や不足している生活支援内容を検討する。                               |
| 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                 | 地域のひとり暮らし高齢者等の自宅を年1回以上訪問し、訪問支援協力員や地域とも連携しながら対象となる高齢者の把握および名簿の管理を行っていく。                | 老人クラブや町会自治会、集合住宅の管理組合などへの事業周知を行い、訪問活動がスムーズに行えるようにする。                         | ひとり暮らし訪問対象者リストを基に訪問支援員は訪問し、リスト外でも複雑な問題を抱えているケースも把握する。センター内で共有し、サービスに繋ぐ支援を行う。      | リストにない対象者の発見に努め、事業の利用につなげられるよう努める。また、町会・自治会の定例会や各種団体の会合に積極的に参加し、事業の周知と協力に努める。        |

| センター名称 |  | 第二光陽苑   | 関町   | 上石神井   |
|--------|--|---|--|--|
| I      | 運営方針                                   |   |  |  |
|        | 運営方針                                   | 当法人の強化目標である、生きかたを尊重した「サービスの提供」、心の通った「丁寧な対応」の2つを軸に、事業運営をしていく。                      | 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。                  | 地域住民の心身の健康の保持、および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上、および福祉の増進を包括的に支援する。             |
| II     | 組織運営体制                                 |   |  |  |
|        | (3) 区および他センターとの連携                      | 圏域連絡会や各種専門職の会議・連絡会に積極的に参加し、情報共有に努める。また、業務の取り組みや相談支援についても、区民の方に公正なサービス提供ができるよう努める。 | 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。      | 必要に応じて練馬区へ報告相談し対応を図る。職種ごとの連絡会に積極的に参加し、他のセンターとも連携して情報を共有していく。                   |
|        | (6) 感染症や災害への対応力強化の取り組み                 | 法人のBCPに沿って対応。災害に関しては、関係機関からの情報収集、避難行動要支援者名簿の整理を行う。感染症については、委員会を開催し、情報共有、業務改善を図る。  | 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。       | 法人内のBCPを踏まえ、同法人のフローラ石神井公園地域包括支援センターと連携し、事業継続に対応する。計画については法人本部と連携して策定する。        |
| 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<br>①総合相談支援                | 関係機関の連携を密にし、切れ目のない支援と引継ぎ後もさらなる課題が出ていないか確認することに努める、各相談員が専門性を発揮し、情報共有と多角的な検討を行う。    | 地域の身近な相談窓口として機能し、ワンストップサービスを心がける。課題抽出と必要な支援を見立て、チームアプローチで実践する。                   | 生活上の様々な相談を受け、的確な状況判断を行い、緊急対応の必要性を判断しつつ、適切な情報提供や関係機関の紹介を行う。                     |
|        | (2) 権利擁護業務<br>①高齢者虐待への対応               | 早期発見・高齢者虐待の予防のために地域包括支援センターの存在・役割を多くの方々に知っていただき、地域の関係機関と共に高齢者の生活の見守りを行っていく。       | 区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、関係機関と連携しながら継続的にモニタリングと評価を行う。          | 総合福祉事務所や保健相談所等ケースに応じて緊密に連携し、ケース検討会やコアメンバー会議を踏まえて支援方針を決定し対応を図る。                 |
|        | (3) 包括的継続的ケアマネジメント支援業務<br>②介護支援専門員への支援 | 介護支援専門員に、必要に応じて「リ・アセスメント支援シート」「課題整理総括表」の活用を伝え、介護支援専門員自身の気づきを促せるよう支援していく。          | 介護支援専門員からの相談には、チームの一員として機能し、チーム全体への支援を行い、所属する組織へ働きかけ、スーパービジョンを行う。                | 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開催する。                                |
|        | 2 地域ケア会議                               |   |  |  |
|        | (2) 地域ケアセンター会議の開催                      | 地域ケア個別会議から地域課題を整理し、課題解決に向けた検討を行うための地域ケアセンター会議を年2回以上開催。地域の介護支援専門員と会議を企画していく。       | 地域ケアセンター会議を年2回開催。過去3年間(計6回)の取り組みを振り返り、地域の特性・地域のカ・地域の課題を把握する。                     | 各種会議で検討された地域の課題を様々な関係者と共有し解決に向けて検討する。検討結果は報告書等を作成して参加者で共有する。                   |
|        | 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                    | 圏域内の地域包括支援センターの医療職と協働し、地域の医療機関や事業所の情報集約を行う。地域のクリニックとの連携を強化し、顔が見える関係を作れるよう取り組む。    | 地域の医療機関に「医療と介護の相談窓口」の機能を周知し、連携体制を強化する。収集した医療資源の情報は個別支援に適切に生かす。                   | 把握した情報については、地域の医療・介護関係者間の連携や相談時の情報提供に活用。また、地域ケア会議等を通じて、地域の医療と介護サービス事業者との連携を図る。 |
|        | 4 認知症施策の総合支援                           |   |  |  |
|        | (1) 認知症に関する相談支援                        | 「もの忘れ検診」について、対象者に必要に応じ、チェックリストの実施や検診に関する相談を行い、必要な支援につなげる。                         | 早期診断の必要性等本人や家族が認知症への理解を深め話し合うことで、今後の生活の備えをすることができるように支援する。                       | 適切なサービス、関連機関等や各種制度の利用、認知症専門病院との連携を行い、認知症高齢者が地域で安心して暮らしていけるよう支援する。              |
|        | 5 生活支援体制整備                             |   |  |  |
|        | (2) 資源開発                               | 地域ケアセンター会議等を通して抽出された地域課題について、生活支援コーディネーターや民生児童委員などの地域関係者と共有し、今後の実践活動に繋げていく。       | 地域住民の団体「しあわせ福祉ネット・関」や、認知症の普及啓発に取り組むボランティア団体「おたがいさまの会」等が地域で活動しやすいよう、区や関係機関と連携を図る。 | 地域ケア会議等で把握された地域課題の検討を通じて、地域団体への活動支援や不足している生活支援を検討していく。                         |
|        | 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                 | 地域の方に顔が見える相談窓口として活用して頂けるよう努める。実態把握の中で声のあげられない人を見つけ、社会資源を活用し、必要な見守りや支援に繋げられるよう努める。 | 「はつらつセンター関」の事業紹介、「フリフリグッパ」「脳いきいきアート」等の出張型街かどケアカフェ事業への参加を促進し、生活の質の向上につながる支援を実施する。 | 実態把握やチェックシートの実施にて介護予防事業や地域活動への参加につなげ、必要な福祉・介護サービスや区の高齢者福祉サービスへの利用支援を実施する。      |