

センター名称	第2育秀苑	桜台	豊玉	練馬
運営方針				
運営方針	地域特性を踏まえ、高齢者が地域で自立した生活が営めるよう支援を行い、介護・医療・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の中核機関として役割を果たす。	「高齢者の尊厳を大切にする、高齢者の自立と自己決定を尊重する、高齢者の社会参加と地域の支えあいを促進する」ため「安心安全で快適な暮らし作り」に向けた地域団体や関係機関との連携・共同に努める。	地域の特性を活かし地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制を構築する地域包括ケアシステムの中核的機関として運営を行う。	地域の特性を活かし地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制を構築する地域包括ケアシステムの中核的機関として運営を行う。
組織運営体制				
職員の資質向上のための取組み	区や都などの研修を積極的に参加し知識や技術を強化、受講後は資料の回覧や伝達研修等にて知識の定着を図る。毎日・月1回の定例ミーティングを活用し資質向上に取り組む。	研修に参加し専門性の向上を図る。伝達研修にて職員全体の知識・技術等の向上を図る。専門職が研修に参加できるよう業務調整等を行う。連絡会等を開催し業務を平準化する。	計画的に研修などを受講し資質向上に取り組む。職種別担当者会におけるスキルアップ研修の他、OJTマニュアル等を活用し標準的な知識や技術を獲得する。	計画的に研修などを受講し資質向上に取り組む。職種別担当者会におけるスキルアップ研修の他、OJTマニュアル等を活用し標準的な知識や技術を獲得する。
区および他センターとの連携	区の動向や最新情報の共有を行い、必要に応じ他センター等との意見交換、連携、協働を行う。各専門職における職種会を行い、情報共有や専門性の向上を図る。	個別事例・困難事例等について、協同し対応できるように定期的な連絡会や意見交換を行う。担当の地域を超えて専門職の事例検討会や事例提出を行い関係性を深める。	基本地区連絡会等を通し、職種間での情報共有や課題解決を検討し地域への支援力を強化する。勉強会等の企画実施、近隣のセンターと定期的な情報共有および連携強化を図る。	基本地区連絡会等を通し、職種間での情報共有や課題解決を検討し地域への支援力を強化する。勉強会等の企画実施、近隣のセンターと定期的な情報共有および連携強化を図る。
各事業の実施方針				
1 包括的支援事業				
総合相談支援業務 家族介護や複合的な課題を持つ世帯への支援	ケアマネジャー、サービス事業所、町会、民生委員などから情報提供があった場合は、家庭の事情や環境に配慮し、区、関係機関等と協力し支援を行う。	当センターだけの対応では難しいケース等は関係機関との連携・情報共有を行い、スピーディーな解決に向けて取り組む。情報収集・アプローチ方法等の知識や技術を深めるよう事例検討会や研修会へ参加する。	複合的な課題を抱えながら支援が行き届かない世帯を早期に発見できるよう自治会、町会、民生委員等と連携を図り、情報収集、把握を行う。地域ケア個別会議等で関係機関と連携を図り、課題解決を図る。	複合的な課題を抱えながら支援が行き届かない世帯を早期に発見できるよう自治会、町会、民生委員等と連携を図り、情報収集、把握を行う。地域ケア個別会議等で関係機関と連携を図り、課題解決を図る。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	個々の状況に応じて権利擁護センター等と連携し成年後見・権利擁護支援事業等に繋ぐ。成年後見検討支援会議での事例検討により他センターと知見を深めながら対応力を高める。	申立親族がいない場合や事務能力に不安がある親族が申立人となる等、個々に応じて細やかな援助を行う。様々なケースに対応できるよう成年後見検討支援会議にて知識を深める。	成年後見制度などの利用支援を行う。実態把握などを通じてご本人の表出されない困りごとや生活課題などを観察し、権利侵害の予防の視点から対応を講じる。	成年後見制度などの利用支援を行う。実態把握などを通じてご本人の表出されない困りごとや生活課題などを観察し、権利侵害の予防の視点から対応を講じる。
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	地域の主任介護支援専門員と共に介護支援専門員が抱える課題に対して、ケース対応を通じて自らの課題解決が行えるように継続的に支援する。	個別ケースの相談に対応し、関係機関と連携を取りながら支援を行う。バーンアウトを防ぐため相談できる環境を構築する。困難事例等には同行訪問など後方支援を行う。	勉強会や事例検討会などを開催する。同行訪問や地域ケア個別会議、カンファレンスなどを通じて支援を行う。「けあまねりま」などを通じ、ネットワークを構築する。	サービス計画の作成の指導、サービス担当者会議の開催・研修の運営支援等、専門的な見地から指導助言、相談への対応を行う。けあまねりま等を通じてネットワークを構築する。
2 地域ケア会議				
地域ケアセンター会議・協議体の開催	地域ケア個別会議等で抽出された課題等に対して、関係者で共有し地域ケアセンター会議にて地域資源の開発や地域づくりの具体策について検討する。会議録にて情報共有を図る。	高齢者被害や個別事例から地域課題について、地域で暮らす・働く・活動する方々と共に解決のための意見交換や検討を行う。開催報告を行い課題と実践を可視化する。	自治会、町会、民生委員等、介護保険事業者、社会福祉協議会等へ働きかけ地区協議体・地域ケアセンター会議を開催する。個別会議から抽出された地域課題の解決に向け、社会資源の把握や地域のネットワークの構築を図る。	地域課題について、その解決に向け地域の関係者で話し合う地域ケアセンター会議を年2回、生活支援体制整備事業の協議体と一体的に開催し、運営を行う。
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	個々の医療機関への訪問を行い、地域包括支援センターの周知を行う。また、本人及びその家族のニーズを把握し、支援の場に繋ぐ。	地域の医療機関との連携、関係性を強化するため、個々の医療機関への訪問等を行い、センターの役割・連携等の周知を図る。本人及びその家族に対してはニーズを把握し繋ぐ。	地域の医療機関等にセンターのチラシを配布し、窓口の機能の周知、医療資源の情報収集を行う。医療機関等が開催する勉強会やオレンジカフェ等に参加し連携の強化を図る。	地域の医療・福祉資源の把握に努め、最新の情報を高齢者や家族等に提供できるよう努める。医療・介護の関係機関等の多職種による在宅医療・介護連携に関する研修等を開催する。
4 認知症施策の総合支援				
認知症のご本人・ご家族を支える取組みの推進と理解普及啓発	本人や家族のニーズを把握し様々な支援の場に繋ぐ。本人ミーティングをボランティア等と協力し月1回開催する。パンフレット等を作成し図書館・郵便局・コンビニなどに周知活動を行う。	オレンジカフェや家族会等と連携を図る。地域ケア会議等にて関係者との情報共有と関係作りに努める。コンビニや薬局と連携、早期対応し認知症の理解が深まる地域を目指す。	地域の認知症サポーターなどと共にチームオレンジ活動を展開する。本人ミーティングを担当地域で定期的開催する。	地域住民および地域団体に対し 講座を開催し認知症サポーターを養成、認知症ガイドブックやN-impro(ニンプロ)を活用した勉強会等を開催、本人ミーティングを開催する。
5 生活支援体制整備				
生活支援コーディネーターと地域との連携	高齢者を地域で支えるためのネットワークを作る。活動団体や集いの場を把握し、地域で必要とされている支援や活動を始めたい方を繋ぐ。活動のための新しい団体立上げを支援する。	「地域の高齢者支援のニーズ」及び「地域資源の把握と問題提起」に努める。関係部署等と連携し社会資源に繋がるような資源開発と創出を行う。	地域の集いの場や活動団体など社会資源の状況を把握・整理し、地域の高齢者と社会資源を繋ぐことで、地域包括支援センターのコーディネート力を強化する。	地域の集いの場や活動団体など社会資源の状況を把握・整理し、地域の高齢者と社会資源を繋ぐことで、地域包括支援センターのコーディネート力を強化する。
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 生活実態の把握とその環境等に応じた支援	戸別訪問で実態把握し個々の状況に合わせた見守りと支援を行う。民生委員や町内会と見守り機能を強化し、名簿に記載がない方でも支援が必要を予測される方の早期発見に努める。	ひとり暮らし高齢者等の訪問支援事業の周知を図り、訪問対象者個々の状況に応じて時間をかけて関係性を構築し、必要に応じて包括専門職と連携し支援に繋げる。	対象者宅を訪問し地域包括支援センターの周知を行う。生活実態の把握と事業の紹介を行い適切なサービスにつなぐ。定期的な見守りが必要な人・希望する人を見守り訪問につなぐ。	訪問にて生活実態の聴取や基本チェックリストを実施する。必要に応じ介護予防事業や地域団体によるサロン活動への参加を促し、介護保険サービス等の利用支援を行う。

センター名称	練馬区役所	中村橋	中村かしわ
運営方針			
運営方針	地域の特性を活かし地域団体や関係機関との連携・協働を進め、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、切れ目のないサービス提供体制を構築する地域包括ケアシステムの中核的機関として運営を行う。	「高齢者の尊厳を大切に、自立と自己決定を尊重し、社会参加と地域の支え合いを促進する」を踏まえ、その計画目標である地域包括ケアシステムの深化を目指し、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する。	「高齢者の尊厳を大切にする、高齢者の自立と自己決定を尊重する、高齢者の社会参加と地域の支え合いを促進する」を踏まえ、その計画目標である地域包括ケアシステムの確立を目指す。
組織運営体制			
職員の資質向上のための取組み	計画的に研修などを受講し資質向上に取り組む。職種別担当者会におけるスキルアップ研修の他、OJTマニュアル等を活用し標準的な知識や技術を獲得する。	各職種で従事した年数に応じてグルーピング、参集、オンライン等使い分けながら勉強会を企画・実施する。月1回以上の伝達研修を実施し研修内容を共有する。	専門に応じて勉強会を開催し情報交換や共有の機会を設ける。医療職、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員の基礎及び応用研修を実施する。
区および他センターとの連携	基本地区連絡会等を通し、職種間での情報共有や課題解決を検討し地域への支援力を強化する。勉強会等の企画実施、近隣のセンターと定期的な情報共有および連携強化を図る。	虐待ケースの対応、困難ケースの後方支援として福祉事務所との連携は必須であり、定期開催される連絡会や虐待コアメンバー会議への参加は100%とする。	民生児童委員等の地域住民の会合やサロン等の地域活動や会議等の参加など、積極的にアウトリーチを行い、地域の関係者等との連携強化と支援のニーズ把握に努める。
各事業の実施方針			
1 包括的支援事業			
総合相談支援業務 家族介護や複合的な課題を持つ世帯への支援	複合的な課題を抱えながら支援が行き届かない世帯を早期に見つけるよう自治会、町会、民生委員等と連携を図り、情報収集、把握を行う。地域ケア個別会議等で関係機関と連携を図り、課題解決を図る。	若年性認知症やヤングケアラー、認知介護、老老介護ダブル介護、また引きこもりといった複合的な課題を持つ世帯に対応するため、調整困難ケース検討会議（支援会議）を活用し適切に対応する。	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。複合的な課題を持つ世帯にアセスメントを通して適切な支援、協働を図る。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	自己決定が難しい人に適切な介護サービス利用等が図れるよう、練馬区高齢者成年後見申立マニュアルを活用し、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の利用支援を行う。	練馬区高齢者成年後見申立マニュアルに沿って適切な申立て支援を行う。必要に応じ権利擁護センターや第三者申立委託機関（リーガルサポート、弁護士会等）を案内する。	練馬区高齢者成年後見申立マニュアルに沿って適切な申立て支援を行う。必要に応じ権利擁護センターや第三者申立委託機関（リーガルサポート、弁護士会等）を案内する。
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	相談内容を整理・分類し、経年的に把握することにより区やセンターが実施するケアマネジャーの資質向上を目的とした取組みに活用する。勉強会を計画的に開催し支援を行う。	相談対応は随時行う。介護支援専門員の所属する組織を十分配慮する。相談内容の整理・分類を試み、傾向把握に努める。必要に応じ同行訪問やサービス担当者会議へ参加する。	相談対応は随時行う。介護支援専門員の所属する組織を十分配慮する。相談内容の整理・分類を試み、傾向把握に努める。必要に応じ同行訪問やサービス担当者会議へ参加する。
2 地域ケア会議			
地域ケアセンター会議・協議体の開催	地域ケアセンター会議と生活支援の協議体を一体的に年2回開催し、高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握するとともに、関係者のネットワーク化や担い手を支援活動に繋げる。	地域ケアセンター会議に集う地域の関係者が協議体として意見交換ができるよう設定する。前期は在宅医療をテーマとし、アンケートの集計を含めた会議録を参加者全員に配布する。	地域ケアセンター会議に集う地域の関係者が協議体として意見交換ができるよう設定する。前期は在宅医療をテーマとし、アンケートの集計を含めた会議録を参加者全員に配布する。
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・福祉資源の把握に努め、最新の情報を高齢者や家族等に提供できるよう努める。医療・介護の関係機関等の多職種による在宅医療・介護連携に関する研修等を開催する。	地域の医療資源についてリスト作成し、随時更新の上窓口相談等の情報提供に活用する。地域外においても区民が利用する頻度の高い総合病院等の情報は同様に収集し助言を行う。	地域の医療資源についてリスト作成し、随時更新の上窓口相談等の情報提供に活用する。地域外においても区民が利用する頻度の高い総合病院等の情報は同様に収集し助言を行う。
4 認知症施策の総合支援			
認知症のご本人・ご家族を支える取組みの推進と理解普及啓発	地域住民および地域団体に対し 講座を開催し認知症サポーターを養成、認知症ガイドブックやN-impro（ニンプロ）を活用した勉強会等を開催、本人ミーティングを開催する。	認知症サポーター養成講座でN-improを組み入れる形で実施開催し、認知症サポーターの養成を図る。可能な範囲でチームオレンジなど地域の活動・連携へと繋ぐ。	認知症サポーター養成講座でN-improを組み入れる形で実施開催し、認知症サポーターの養成を図る。可能な範囲でチームオレンジなど地域の活動・連携へと繋ぐ。
5 生活支援体制整備			
生活支援コーディネーターと地域との連携	地域の集いの場や活動団体など社会資源の状況を把握・整理し、地域の高齢者と社会資源を繋ぐことで、地域包括支援センターのコーディネート力を強化する。	地域貢献を求める有料老人ホームへ積極的に調整を図る。企業で会議室を所有する信用金庫や農協について民生委員から情報提供の上、利用について打診し講座を企画する。	地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、ネットワーク化する。目指す地域の姿・方針の共有、生活支援の担い手の養成やサービスを開発しニーズとマッチングを図る。
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 生活実態の把握とその環境等に応じた支援	訪問支援は事業対象者名簿に基づき、年1回以上一人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ぐ。	初回訪問の際の反応で個別計画に沿った実態把握に努める。更なる支援の必要性を見極め、専門職と情報共有しながら協働する。リスト外でも問題を抱えているケースを把握する。	訪問での基本チェックリストの実施、介護予防事業やサロン等、ケアカフェかしわの案内と参加を促す。リスト外でも複雑な問題を抱えるケースを把握し適切なサービス利用につなぐ。