

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
運営方針				
運営方針	区民や地域団体、医療・介護等の地域ネットワークづくりと支援の充実を図る。支援その他活動で得た情報を職員間で定期的に共有し地域活動の展開に活用する。	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、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う地域包括ケアシステムの中核的機関として運営を行う。	総合相談支援、権利擁護等の包括的支援事業や介護予防ケアマネジメント等一体的に実施し、地域包括ケアシステムの中核機関としてサービス実施機関等と連携・連絡調整を行う。	3つの視点（公益性、地域性、協働性）を軸に、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する。
組織運営体制				
職員の資質向上のための取組み	地域の医療機関、団体等が開催する会議、研修、事例検討会等に様々な職種の職員が参加し、その職員がセンター内で共有し地域支援に努める。	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。	定期的に勉強会を設ける。目標管理制度の運用にて、職員個々の現状と課題、その解決に向け上司・部下が面談にて確認しソーシャルワークスキル、接遇の向上等を図る。	区の高齢者保健福祉計画、個人情報取扱い、接遇、コンプライアンス等実践力へ繋がる研修を実施する。職員が専門職としての能力、意識及び業務に関連する能力を身に付ける。
区および他センターとの連携	生活困窮、障害、ヤングケアラー等複合的な課題を抱える方々への支援に当たり、福祉事務所、保健相談所等との連携を随時行う。センター間では、職種ごとの連絡会にて情報交換、課題の共有を図り、区への報告も行う。	基本地区連絡会等を通じ、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、困難ケースの後方支援として福祉事務所との連携を強化し、定期開催される連絡会や会議への参加を100%とする。職種ごとの会議体に伴う業務分担、持ち回り任務等について他センターと協働する。	必要に応じて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、他センターとも連携して情報を共有する。基本地区会議、地域包括支援センター長会、各種会議を通して連携を図る。
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	高齢者に係る相談は課題を複数併せ持つことが多く、相談の段階から各課題に着目し、職員間および他分野と連携して支援する。	家族構成や在り方の多様性に合わせて課題を早期発見し、共に支えられる地域を目指す。地域ケア会議を通して、多世代、多分野を支援する関係機関と課題を分析し解決策を検討する。	8050問題やヤングケアラー、老老介護、介護離職問題等に対し多角的に支援できるよう研修等に参加する。家族間に限らず、企業や関係機関と連携し出張講座等を開催し理解を深める。	課題が複合化し分野別の支援では適切な解決策を講じることが難しいケース等が必要な支援につながるよう、地域ケア会議を充実し地域の関係団体等とのネットワーク構築を推進する。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	制度説明や申立等の支援を行い、必要に応じて検知擁護センターや関係機関につなぐ他、申立人不在の場合は、福祉事務所と連携する。	ご本人の表出されない困りごとや生活課題等を把握し、権利擁護の視点から対策を講じる。職員は権利擁護の研修を受講し、ご本人の意思確認、尊重に基づく意思決定支援を行う。	練馬区高齢者成年後見申立マニュアルに沿って相談内容から適切な申立て支援を行う。必要に応じ権利擁護センターほっとサポートねりまやリーガルサポート、弁護士会等を案内する。	適切な介護サービスに加え、金銭管理、法的行為等への支援のため成年後見制度の活用を図る。地域権利擁護事業と連携する他、各種の団体等とネットワークを構築する。
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	個別ケースの対応相談、計画作成や担当者会議等の相談に応じる。研修や会議の運営支援等により、地域ネットワークへの関わりを継続する。	相談対応、助言、支援チーム構築とチーム全体、所属組織やサービス事業所へのサポートを行う。区主任介護支援専門員協議会活動や研修へ参画し、区全体の資質向上を図る。	随時相談対応を行い、必要に応じ同行訪問やサービス担当者会議への参加、あるいは地域ケア個別会議の題材として多職種連携を踏まえて実施する。	日常的業務の実施に関し個別の相談に応じる。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				
地域ケアセンター会議・協議体の開催	年2回の開催を計画しより地域連携を求めた開催に努め、身近なテーマを取り上げ、会議結果を地域に報告、共有する。	民生・児童委員、自治会・町会や介護保険事業者などへ働きかけ、地域課題の解決に向け地域ケアセンター会議を実施し、生活支援の協議体を一体的に開催、運営を行う。	石神井地域の協議体を立上げる協力者を募る。開催回数も参加者同士で話し合い、防災等の取り組みも含めて地域の輪を広げる等、石神井地域のネットワーク構築を深める。	ケース検討による課題解決の支援と共に、地域の課題を把握しネットワーク構築を図る。個別会議では多職種による検討を通じて課題解決を支援し地域支援ネットワークを構築する。
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・福祉資源と関わり情報収集に努め活用する。医療・介護等の多職種と計画的に事例検討会を行い相互の連携強化を図る。	地域の医療機関にセンターのチラシ等を活用して医療と介護の相談窓口機能の周知を図り、医療資源の情報収集を行う。その情報を基に利用者に応じた社会資源のマッチングを行う。	地域の医療資源のリストを作成し、随時更新の上窓口相談等の情報提供に活用する。医療機関、介護サービス事業者等を対象に事例検討会や研修会の開催に協力し、ICTも活用する。	相談通じて医療機関等の機能を把握し、リストを作成、ケースの連絡等で相互の連携を図る。リストは随時更新し地域の医療、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	街かどケアカフェ等を活用し、認知症サポーターの養成や勉強会にて地域で支える体制づくりの他、地域の中で気軽に話せる場を築く。	本人ミーティングやチームオレンジ活動の他、出張型街かどケアカフェ等で知識の啓発を行う。自治会等に相談窓口の周知、認知症サポーター養成講座やN-impro講座を開催する。	認知症サポーター養成講座を開催し、認知症カフェなど地域の活動・連携にサポーターを活用する。認知症ガイドブックやN-improを活かした勉強会を開催し、理解普及に努める。	ケアカフェ事業を有効活用する他、認知症カフェや町会・自治会とも協働する。新オレンジプランの「学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の促進」に向け取り組む。
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	コーディネーターを通じた多方面の方とのつながることで、高齢者支援のニーズや地域資源、介護予防サービスの開発創出への実情把握に努める。	地域ケアセンター会議と協議体を一体的に開催し、地域課題の解決及び資源開発の創出について検討することで、地域で高齢者が参加・活躍するためのネットワークを構築する。	半期毎に生活支援コーディネーターとコンタクトを取り、情報交換を行う。その情報をセンターで共有する。認知症医療に関する講座や介護サービス事業者向け勉強会開催を検討する。	自治会等へ参画し集会室の有効活用となる講座、ミニ体操、茶話会等を提案すると共に、食材や買物の利便性について調査を実施し、課題に対する社会資源の誘致、開発に努める。
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 生活実態の把握とその環境等に応じた支援	訪問支援員や地域とも連携し対象者の生活実態の把握と、その環境等に応じた支援を、地域の協力機関と連携しながら行う。	訪問により生活実態の把握、アセスメントを実施し、介護保険、区の福祉サービスなどの紹介と共に地域の活動団体につなぐ。社会参加のため、街かどケアカフェ等の情報提供を行う。	対象者名簿外でも複雑な課題を抱えているケースを把握する。解決に向け適切なサービス利用他支援を、必要に応じてセンター内で情報共有する。	実態把握やチェックシートの実施により介護予防事業や地域活動への参加につなげ、福祉・介護サービスへの利用支援を実施する。リストに無い対象者の発見し事業の利用につなぐ。

センター名称	第二光陽苑	関町	上石神井
運営方針			
運営方針	関係機関とも連携・協力し、包括的に地域で支援や見守りが行えるよう、温かみのある街づくり・ネットワーク構築に努める。多職種の専門性を活かしたチームケアを行う。	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、切れ目のないサービス提供体制の構築を行う地域包括ケアシステムの中核的機関として運営を行う。	地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する。
組織運営体制			
職員の資質向上のための取組み	法定研修、都・区の研修や専門職連絡会への参加を通じ、資質向上に取り組む。毎日のミーティングやケース検討で多職種で協議し、多角的な視座でチームのスキルアップを図る。	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。	目標管理制度の導入により、身に付けるべき能力と求められる行動(役割)を掲げ面談にて確認することで、センター職員としてのソーシャルワークスキル、接遇の向上を図る。
区および他センターとの連携	介護保険課、福祉事務所や他管轄の地域包括支援センターとの各種会議で、報連相や情報共有を図る。医療機関・民生委員・サービス事業所等と連携し包括的に見守りや支援を行う。	基本地区連絡会等を通じ、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。	必要に応じて区へ報告相談し、対応を図る。職種毎の連絡会に積極的に参加し、他センターとも連携して情報を共有する。基本地区連絡会、地域包括支援センター長会、各種会議を通して連携を図る。
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	福祉事務所、社会福祉協議会等と連携し、カンファレンスや地域ケア個別会議等を実施する。日頃の関係構築のため、他分野間の研修や会議等にも積極的に参加する。	家族介護と仕事の両立や虐待・生活困窮化等リスクの早期発見に努め、地域ケア会議等を開催し支援を検討する。複合的な課題を抱える世帯に対し、関係機関と連携し課題解決を図る。	課題が複合化し分野別の支援では適切な解決策を講じることが難しいケース等が必要な支援につながるよう、地域ケア会議を充実し地域の関係団体等とのネットワーク構築を推進する。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	成年後見制度・権利擁護事業の利用に向けた支援を行う。ほっとサポートねりまとの連携や成年後見検討支援会議にて情報を共有し、住民や介護支援専門員への情報発信に努める。	区高齢者成年後見申立てマニュアルに則り、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の利用支援を行う。成年後見検討支援会議への出席やガイドラインの活用、研修を受講する。	適切な介護サービスに加え、金銭管理、法的行為等への支援のため成年後見制度の活用を図る。地域権利擁護事業と連携する他、各種の団体等とネットワークを構築する。
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	担当地域のケアマネジャーに対し、困難ケースの同行訪問やカンファレンス参加等を通じ、後方支援やアドバイスを行う。	相談等により、ケアマネジメントが滞っている状況が明らかになった際、緊急性や優先度を勘案しチームの一員として機能する、チーム全体への支援を行う、所属する組織へ働きかける。	日常的業務の実施に関し個別の相談に応じる。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			
地域ケアセンター会議・協議体の開催	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開催する。地域の介護支援専門員と生活支援コーディネーターと参画会議を企画する。	地域ケアセンター会議を協議体と一体的に開催し、地域の特性・地域の力・地域の課題を把握する。個別会議で見えてきた地域に共通する課題について話し合い、課題解決を目指す。	個別会議、予防会議等にて把握した課題の解決に向けて関係者で検討する。地域で協働する基盤づくりとして協議体(支え合い会議)を立上げ、推進役で地域づくりについて議論する。
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	地域内の各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等の情報集約を行う。周辺病院やクリニックとの連携を強化し、顔が見える関係作りに取り組む。	医療機関が開催する勉強会や多職種交流会に参加し連携強化を図る。地域内のセンターと協働し、医療機関や介護サービス事業者等を対象に多職種による事例検討会等を開催する。	相談通じて医療機関等の機能を把握し、リストを作成、ケースの連絡等で相互の連携を図る。リストは随時更新し地域の医療、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	認知症サポーター等と街かどカフェ事業や個別会議を通して、チームオレンジ活動の普及啓発、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等を敬老館や区民館で行う。	認知症疾患医療センター慈雲堂病院との連携を深め、認知症専門相談や認知症専門病院の相談利用が円滑に行われるよう関係構築を強化する。	ケアカフェ事業を有効活用する他、認知症カフェや町会・自治会とも協働する。新オレンジプランの「学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の促進」に向け取り組む。
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	介護予防サービスの資源について、介護予防運動指導員が行う体操教室のコラボを検討する。町会等の行事の他、しあわせ福祉ネット関の参加を継続し社会資源の活用を図る。	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。	高齢者が参加している活動や利用しているサービス等の実施主体や活動拠点を把握し、地域ケア会議や支え合い会議等で地域課題の整理と分析を行い、関係各所へ引継ぐ。
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	訪問支援対象者との関係構築に努め、実態把握の中で一人でも多くの声のあげられない方を見つけ、介護サービス利用や医療機関受診等の支援や見守りにつなげられるよう努める。	対象者の訪問、生活実態のアセスメント実施結果に基づき、はつらつセンター関で行われているサークル活動や介護予防事業の紹介、出張型街かどカフェ事業への参加を促進する。	実態把握やチェックシートの実施により介護予防事業や地域活動への参加につなげ、福祉・介護サービスへの利用支援を実施する。リストに無い対象者の発見し事業の利用につなぐ。