

センター名称	やすらぎミラージュ	大泉北	大泉学園	南大泉
運営方針				
運営方針	地域の医療・介護等の多職種、様々な活動団体、区の関係機関等と協働し、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たす。	高齢者のみの世帯や認知症高齢者など、住みなれた地域での支援体制の構築は喫緊の課題である。きめ細やかな相談対応を運営の根本としつつ、地域における社会資源等の把握、連携を図る。	1 チームオレンジ事業のボランティアを増やし地域への定着を目指す。若い世代を巻き込んだ地域づくり。 2 団地コミュニティづくりの支援、町会との更なる関係強化	地域包括ケアシステムの中核的機関として、公正・中立な運営を行う。 生活支援コーディネーターの配置により、地域の分析と共に地域住民や関係機関とのつながりを大切にする。
組織運営体制				
職員の資質向上のための取組み	区や東京都等から提供される研修情報や研修センターの情報を推奨し研修に参加できるよう調整する。研修終了後、センター内で共有し他の職員の資質向上も図る。	採用時から6か月以内に職務遂行に当たり必要な研修機会を設け、各職種に応じた研修機会を確保する。また、高齢者虐待の防止に関する研修も定期的に設定する。	練馬福祉人材・育成センター主催の研修を中心に虐待防止、個人情報保護等を受講する。再学習する機会の創出と月1回の定期ミーティングにて伝達研修を行う。	法人内や外部での研修等に職員がバランスよく参加できるよう調整する。また、参加した研修について、職員内で共有する。
区および他センターとの連携	基本地区連絡会議に参加し、区の高齢者施策・介護保険施策等の情報を得るとともに、他センターの業務の実際について情報共有を図り、平準化に努める。	福祉事務所をはじめとする関係機関との緊密な連携により、協働的な支援を実施する。また、基本地区の他センターとの情報共有を積極的に行い、サービス向上と平準化を図る。	基本地区連絡会において、福祉事務や基本地区内地域包括支援センターと情報・意見交換を行い連携を図る。職種ごとの基本地区連絡会においても同様に行う。	基本地区会議等の中でセンターの設置目的の達成に向けた課題解決を行うとともに、区とセンターの相互連携を推進し、合わせて業務の標準化を図る。
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	ヤングケアラー、障害、生活困窮、難病等複合的な課題を持つ世帯等の支援では包括的支援連携推進事業につなげ、複数の関係機関と役割分担し課題解決に取り組む。	複合的な困難や悩みを抱える相談者の相談内容を包括的に受け止め、適宜福祉事務所や保健相談所、子ども家庭支援センターに支援の協働を働きかける。	家族介護者の会等と連携する。8050等の課題があり多領域からの支援が必要な場合、保健相談所や生活サポートセンター等と連携し地域ケア個別会議等を活用し支援する。	各々が抱える課題に真摯に向き合い、各関係機関と連携を図りながら、課題解決に向けて働きかける。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	制度説明や申立の支援の他、権利擁護センターほっとサポートねりま、法テラスの案内等を行う。申立人が不在である場合、福祉事務所と連携し成年後見申立てを求める。	社会福祉協議会権利擁護センター等関係機関の案内を行い、また「成年後見検討支援会議」への参加により専門職等の連携だけでなく、職員の制度理解を深める。	親族がいない本人申立等は、福祉事務所主催の会議に諮り方針決定する。年6回の成年後見支援検討会議にて関係機関とネットワークも構築し成年後見に限らず活用する。	成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等に関する相談受付、制度説明、申立支援を行う。
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	居宅・介護予防・施設サービス計画の作成に関しての助言、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な立場からの個別指導、相談への対応を行う。	サービス担当者会議への参加により悔過マネジメント力強化や協働した支援に努める。また、地域ケア個別会議にて個々の課題解決と地域課題としての共有を図る。	計画作成の相談対応、サービス担当者会議の開催支援を行う。複合的な課題を抱える世帯への支援等に対し、多職種で相談、助言や面談同席、関係機関への橋渡しを行う。	日常的業務の実施に関し様々な観点から相談対応や助言を行う。区や地域の介護支援専門員と協働し研修を企画・運営することで、人材育成に努める。
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にて把握した課題を共有し、解決に向け地域ケアセンター会議を年2回開催する。会議結果について文書で関係者に送付、次回の会議で報告する。	年2回開催。個別・予防の各会議を通じて把握した課題とニーズを関係者で共有し対応を検討する。生活支援体制整備事業の役割を意識し、関係者のネットワーク化に資する。	一体的に開催する場合は、地域ケア個別会議で顕在化した地域課題を取上げ、介護保険事業所・民生委員・町会自治会・ボランティア・その他関係機関と意見交換を行う。	個別会議で挙げられた課題はセンター会議で共有を図る。課題は福祉事務所開催の地区会議に報告し、地域機関を連携を図りながら課題解決に向けた検討を行う。
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	各種会議・研修等への参加を通して地域の医療・福祉資源の把握に努め、情報を収集する。医療・介護関係者間の連携等や相談時の情報提供等に活用する。	地域の医療・保険資源の把握と共に、他センターとの協働により情報のリスト化に努める他、共催により在宅医療・介護連携に係る研修を計画的に開催する。	医療介護連携推進員と生活支援コーディネーター、基本地区内医療職で協働し地域の医療資源を把握する。情報を最新化し情報提供ができるようセンター内で共有する。	地域の医療・福祉資源の把握や情報の最新化に努め、地域の医療・介護関係者間の連携に活用する。
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	家族・認知症サポーター、地域住民と共に本人ミーティングを継続する。また、チームオレンジ活動や認知症サポーター養成講座・N-impro等を通じ認知症の理解普及啓発に努める。	街かどケアカフェ等で本人や家族が気軽に参加できる場を創出する。チームオレンジ活動の推進、認知症サポーター養成講座を開催し地域の方に認知症の理解を深める。	認知症サポーター養成講座を近隣の商店等での開催を目指す。2年に1回大泉図書館職員向けの講座を開催する。本人ミーティングを大泉図書館で月1回開催する。	認知症サポーターの養成やチームオレンジ活動の基盤づくりを行う。街かどケアカフェ等を活用し、認知症高齢者本人や家族のニーズを聞き取る場所づくりに努める。
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	担当地域の特性や社会資源、課題等の把握を行い問題提起する。地域内にて不足する介護予防サービス・生活支援サービス等の資源開発と創出を目指す。	生活支援コーディネーターが把握した情報から地域に不足する支援等課題を抽出し前述の会議体にて地域の関係者と共有し課題解決を図る。	生活支援コーディネーターと地域の社会資源把握と地域アセスメントを行う。町会や関係機関の協力を得るなど連携を深める機会を作り、協働して地域のネットワークづくりを進める。	生活支援コーディネーターを地域の方に知ってもらう、地域を改めて知ってもらうことから始める。その上で課題を整理し、センターでの事業の見直し等につながるよう取り組む。
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に応じた支援	生活実態の把握により、必要に応じて介護予防事業や街かどケアカフェ等活動の情報を提供する。訪問支援協力員の交流や資質向上のため、連絡会を年2回程度開催する。	自宅訪問により生活状況の把握や健康長寿チェックリストを実施する。状況により見守り活動との連携や高齢者保健指導員との同行訪問など適切な支援につなぐ。	訪問を通じて支援が必要な方の発見や見守りができる近隣関係の構築、元気な方が参加できる地域活動の紹介、チームオレンジや訪問支援協力員として活動できる高齢者の発掘も行う。	リストを用いて生活状況を把握し福祉サービスや見守りサービスにつなげる。地域と連携し社会活動に参加できるような支援の他、高齢者みんな健康プロジェクトと連携を図る。

センター名称	大泉	やすらぎシティ
運営方針		
運営方針	高齢者が住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、職員が連携して地域の医療・介護等の多職種、様々な団体、関係機関と協働し地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たす。	地域の医療・介護等の多職種、様々な活動団体、区の関係機関等と協働し、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割を果たす。
組織運営体制		
職員の資質向上のための取り組み	研修計画に基づき研修等に職員が積極的に受講できるよう調整する。研修終了後、ミーティングや職員会議等で伝達する他、資料を回覧しセンター内職員の資質向上を図る。	区や東京都等から提供される研修情報や研修センターの情報を推奨し研修に参加できるよう調整する。研修終了後、センター内で共有し他の職員の資質向上も図る。
区および他センターとの連携	基本地区連絡会に参加し、区の高齢者・介護保険等施策の情報を得るとともに、他センターの業務の実際についても情報を共有し包括業務の標準化に努める。	基本地区連絡会に参加し、区の高齢者・介護保険等施策の情報を得るとともに、他センターの業務の実際についても情報を共有し包括業務の標準化に努める。
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	複合的な課題に対し、子ども・子育て、高齢者介護、障害、生活困窮その他の福祉・保健に関する関係機関等と連携し、課題解決のため役割分担を行い支援する。	地域の高齢者の心身状況や家庭環境等の実態把握を行い、家族介護者や複合的な課題を持つ世帯に対し保健、医療、福祉サービス等の適切な支援、関係機関等につなぐ。
権利擁護業務 成年後見制度等の利用支援	相談、制度の説明の他、関係機関の案内、調整等を行う。成年後見ねりま地域ネットワーク会議に参加し専門職からのアドバイスを業務に役立て、関係者間のネットワーク構築に努める。	制度説明や申立の支援の他、権利擁護センターほっとサポートねりま、法テラスの案内等を行う。申立人が不在である場合、福祉事務所と連携し成年後見申立てを求める。
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	計画作成の指導・助言、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な立場からの個別指導、相談への対応を行う。また、その相談内容を地域課題として共有し、ともに問題解決に努める。	計画作成の指導・助言、サービス担当者会議の開催支援等、個別指導、相談への対応を行う。その相談内容を地域の課題としても共有し、一緒に問題解決できるように努める。
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は一体的に開催し、地域の高齢者のニーズや資源の状況を把握し、支援者のネットワーク化や活動の支援を協議する機会とする。	個別・予防会議または他の委託業務において把握した担当地域内の地域課題について情報を共有し、その解決に向けて地域ケアセンター会議を年2回以上開催する。
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、リストを作成し最新化を図る。地域の医療・介護関係者間の連携の他、相談時の情報提供にどの職員でも扱えるよう活用する。	地域の医療・福祉資源の把握に努め、リストを作成し最新化を図る。地域の医療・介護関係者間の連携の他、相談時の情報提供にどの職員でも扱えるよう活用する。
4 認知症施策の総合支援		
認知症のご本人・ご家族を支える取り組みの推進と理解普及啓発	地域住民、団体等に対し、認知症に関する勉強会（認知症サポーター養成講座・N-impro）等を開催しその理解普及に努める他、本人ミーティングを開催する。	地域住民、団体等に対し、認知症に関する勉強会（認知症サポーター養成講座・N-impro）等を開催しその理解普及に努める他、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	地域特性や社会資源、課題を蓄積し不足の資源に対して新しい資源開発に取り組む。元気高齢者の活躍の場を創出、地域団体の活動につなぐ等、介護予防の視点で活動する。	生活支援サービス団体へのマッチング 地域ネットワークの構築、強化 地区協議体の開催、運営 資源開発
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に応じた支援	社会との接点が少ない方には介護予防事業や街かどケアカフェ等を促す他、介護保険や福祉サービスの利用支援を行う。高齢者みんな健康プロジェクト事業では同行訪問を行う。	元気な方には介護予防事業や街かどケアカフェ等の活動、地域のボランティア活動への参加を促す。支援の必要な方には、介護保険サービスや区の高齢者福祉サービスの利用支援を行う。