

大崎上島町地域包括支援センター運営方針

令和7年4月

大崎上島町健康福祉課

大崎上島町地域包括支援センター

I 方針策定の趣旨

この「大崎上島町地域包括支援センター運営方針」は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的考え方や理念、業務推進の指針等を明確にするとともに、地域包括支援センター業務の円滑かつ効率的な実施に資することを目的に策定します。

II 地域包括支援センター等の意義・目的

センターは、地域の高齢者等の心身の健康保持及び生活の安定のための必要な援助を行うことを業務とし、地域の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する中核機関として設置します。

センターの設置責任主体は大崎上島町（以下「町」という）であることから町はセンターの設置目的を達成するための体制整備等に努め、その運営について適切に関与します。

具体的には、地域の関係機関の連携体制の構築など重点的な取組み方針について、町とセンターが共通認識のもと、協働して適正な運営に努めます。

町が設置する地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という）は、センターの運営に関する事項について、承認や協議、評価に関する機関として役割を発揮することにより、町の適切な意思決定に関与し、もって、適切、公正かつ中立な地域包括支援センターの運営を確保します。

III 運営上の基本的考え方・理念

1 公益性の視点

(1) センターは、町の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行います。

(2) センターの運営費用は、町民の負担する介護保険料や国・県・町の公費によって賄われていることを十分理解し、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所を紹介した経緯の記録等を行い、不当に特定の事業所等に偏らない等の適切な事業運営を行います。また、運営協議会への報告、説明等も行います。

2 地域性の視点

- (1) センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関です。担当圏域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。
- (2) 地域ケア会議（地域ケア個別会議）の場を通じて地域住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取組みます。
- (3) センターの運営に当たっては、保健・福祉・医療の専門職及びボランティア等の関係者がそれぞれの能力を生かしながら相互に連携することにより提供される介護・医療サービス、ボランティア活動その他近隣住民同士の助け合いに至るまでの地域における様々な社会資源を活用した継続的かつ包括的なケアが行われるよう、総合的なケアマネジメントを行うことが不可欠です。

このため、地域包括支援センターが中心となり、地域の関係者と連携を図るためのネットワーク形成に努めるとともに、その調整役を果たします。

3 協働性の視点

- (1) センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職種が相互に情報を共有し、理念・運営方針を理解した上で、連携・協働の運営体制を構築し、業務全体を「チーム」として支えます。
- (2) 地域の保健・福祉・医療の専門職や各種ボランティア、老人クラブ、民生委員、一人暮らし巡回相談員、警察等その他の関係者と連携を図りながら活動します。

IV 業務推進の指針

1 共通事項

- (1) 事業計画の策定

センターは、地域の実情に応じて必要となる重点課題・重点目標を設定した事業計画を策定し、センターの基本姿勢を表すものとして、

住民に対しても分かり易く広報します。その際、前年度明らかになったセンターの抱えている課題や地域状況などをもとに、センター職員全員で協議することとします。

また、センターの年間計画や目標について、達成に向けた進捗管理を行うとともに、事業を継続的に改善していくために、PDCAサイクルの考えで業務計画と評価を繰り返しながら質の向上に努め、計画及び評価を町に提出します。

(2) 職員の姿勢

センターの職員は、地域に暮らす高齢者が住みなれた環境で自分らしい生活を継続させるための支援であることを念頭に置き、常に当事者に最善の利益を図るために業務を遂行します。

また、医療・介護等の多職種が集まる研修会へ積極的に参加し、職員の意識統一とスキルアップに努めます。

また、センターの職員はセンターの設置目的と基本的機能を理解したうえで業務を遂行し、抱えている事例や対処方法を共有し、3職種全員が地域課題に対する共通認識を持ち協力して業務を実施します。

(3) 町との連携

町とセンター相互の理解が不可欠であるため、支援困難ケースにも迅速に対応できるよう、町の関係部署と日常的な連携強化を図り町が設置する地域ケア推進会議においても、緊密に連携し、役割分担を行いながら取組を推進していきます。

(4) 地域との連携

運営協議会や地域ケア会議の場を通じて、地域住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向け積極的に取り組む。また住民や高齢者を含め地域の関係者を集めて、地域ケア会議で把握した地域の課題を共有するための勉強会やワークショップを開催します。

(5) 個人情報の保護

センターは、高齢者の心身の状況や家庭の状況を幅広く知り得る立

場であるため、個人情報の取り扱いについては、個人情報保護の重要性を常に意識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、適正に取り扱います。

(6) 広報活動

センターの業務を適切に実施するとともに、業務への理解と協力を得るためにパンフレットや広報誌等を作成し、様々な場所や機関への配布等を行うなど、地域住民及び関係者へ積極的に広報します。

(7) 苦情対応

センター（指定介護予防支援事業所）に対する苦情について、適切に対応し、苦情内容及び対応等を記録し、2年間保存しておきます。

(8) 窓口機能の強化等

センターの業務全般を効果的に推進するためと住民の利便性を考慮し、十分な実績のある居宅介護支援事業所をセンターのブランチとして位置づけ、在宅介護支援センターと称します。在宅介護支援センターは、住民からの相談を受け付けて集約しセンターにつなぐ窓口とします。相談後、明らかに要介護者であると判断した場合は、地域包括支援センターに連絡後、直接健康福祉課保険係に申請を行う事ができます。

また包括的支援事業の総合相談支援事業を効果的に推進するため、在宅介護支援センターは、センターが行う総合相談支援業務の一部である実態把握や初期段階の相談対応業務をセンターと協力、連携のもとに実施します。

2 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、必要な支援等を幅広く把握し、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行います。

(1) 地域におけるネットワークの構築

センターは、支援を必要とする高齢者を見つけ出し、保健・医療・

福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図ります。

(2) 実態把握

地域におけるネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行います。

特に地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な問題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげるために、年度当初に町とセンターで協議の上、対象者を選定し計画的な実態把握を行います。

(3) 総合相談支援

① 初期段階の相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断し、適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

② 継続的・専門的な相談支援

①の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定し、支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行います。

③ 家族等の介護離職防止の相談ができることを周知し、家族等の介護離職防止に向けた、家族介護者への相談支援を行います。

④ 町への報告

センターは、①②③の相談支援について月ごとに集計し、翌月の10日までに、別記様式1により町へ報告します。

3 権利擁護業務

地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のための必要な支援を行います。

また、センターは（１）～（５）の活動実績を月ごとに集計し、翌月の10日までに、別記様式1により町へ報告します。

（１）成年後見制度の活用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、成年後見制度の説明や申立てに当たっての関係機関の紹介等を行います。

申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見の利用が必要と認める場合、速やかに町担当課に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげます。

（２）老人福祉施設等への措置の支援

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、町担当課に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めます。

（３）高齢者虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、町担当課とも連携を図り適切な対応をとります。

（４）困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身

が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、センターに配置されている専門職が相互に連携するとともに、センター全体で対応を検討し、必要な支援を行います。

(5) 消費者被害防止

消費者センター等関係機関との連携のもと消費者被害情報の把握を行い、情報伝達および適切な対応により、被害を未然に防ぐための支援を行います。

また、被害が発生したときは、消費生活センター及び法律関係機関の助言を受けながら被害を受けた高齢者の保護に努めるとともに、被害回復のため関係機関を紹介します。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

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、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが重要であり、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行います。

また、センターは(3)(4)の活動実績を月ごとに集計し、翌月の10日までに、別記様式1により町へ報告します。

(1) 包括的・継続的なケアマネジメント体制の構築

施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関間の連携を支援します。

また、地域の介護支援専門員が、介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源（地域の力）を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

(2) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定する等介護支

援専門員のネットワークを構築し、その活用を図ります。

(3) 日常的個別指導・相談

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行います。

また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じてセンターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行います。

(4) 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。

5 地域ケア個別会議

センターは、個別課題の解決、ネットワークの構築、地域課題の発見等を中心に、包括的支援事業を効率的・効果的に行うために、多職種で個別ケースの課題解決へ向けた支援内容を検討する地域ケア個別会議を行います。個別事例について専門職や地域の関係者と連携して対応していくことが重要であり、その中で抽出された地域課題について、支え合う地域づくり協議体（以下「協議体」とする）や町に報告します。

また、地域ケア会議の開催を通じて共有された地域課題について、地域づくりや政策形成に着実に結び付けていきます。

(1) サービス提供者以外の第三者の参加

「包括的支援事業」の一環として、センターが中心となり、サービス提供者以外の第三者を含めて実施します。

(2) 課題の抽出等

個別課題だけでなく、住民ニーズ、サービス資源及びケアの質の課題の可能性も判断します。

(3) 自立支援型地域ケア個別会議の開催

会議のケースは、困難事例に偏ることなく、自立支援のケースについても、町と対象ケースの基準を決定し計画的に実施します。

6 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を対象に、介護予防ケアマネジメント事業を実施します。

その際、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるようにするため、本人ができることはできるかぎり本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と生活の質の向上を高めることを目指します。

また、具体的な目標を明確にしつつ、個々の利用者に応じた総合的かつ効果的なケアマネジメントを作成するとともに、一定期間経過後は、達成度を評価し、地域活動が可能になるように計画を見直します。

なお、介護予防ケアマネジメント時には、インフォーマルサービスができる限り活用します。また、計画書作成時に地域に足りないサービスがある場合は、随時、町と協議し地域ケア推進会議や協議体での地域課題解決の検討へつなげます。

介護予防ケアマネジメントと予防給付ケアマネジメントは制度としては別ですが、その実施に当たっては共通の考え方に基づき一体的に実施します。

センターは活動実績を月ごとに集計し、翌年の5月10日までに、別記様式2により町へ報告します。

7 予防給付ケアマネジメント（指定介護予防支援）

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービスや地域の様々な主体によるインフォーマルサービス等の社会資源の適切な利用等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス・インフォーマルサービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者・インフォーマルサービス等の関係機関との連絡調整などを行います。

なお、介護予防サービス計画作成時には、インフォーマルサービスができる限り活用します。また、計画作成時に地域に足りないサービスが

ある場合は、随時、町と協議し地域ケア推進会議や協議体での地域課題解決の検討へつなげます。また、センターは活動実績を月ごとに集計し、翌年の5月10日までに、別記様式2により町へ報告します。

8 介護予防の推進

すべての高齢者を対象として、介護予防に資する地域づくりを推進します。住民運営の通いの場を充実させ、通いの場が継続的に拡大して行くような地域づくりを推進するとともに、地域において専門職等を生かした自立支援に資する取り組みを推進します。

なお、センターは(1)～(3)の活動実績を月ごとに集計し、翌月の10日までに、別記様式1により町へ報告します。

- (1) 通いの場に積極的にかかわることにより、又は、戸別訪問等により、可能な限り、早期に一定のリスク（虚弱、栄養、航空、認知症等）を抱える高齢者を把握し、介護予防に資するサービスの提供（短期集中リハビリ教室等）を実現します。
- (2) 健康増進や介護予防について啓発を行い、身近な「通いの場」の必要性を訴え、住民が必要性に気づき、住民自ら行動を起こせるよう取り組みます。
- (3) 介護予防に資する地域づくり活動の中で見つけた課題解決に必要な場合は、町と協議の上、センター独自の一般介護予防事業等を実施します。