

# 令和 6 年度 廿日市市地域包括支援センター 運営方針

廿日市市健康福祉部地域包括ケア推進課

令和 6 年 4 月 1 日

## **1 運営方針策定の趣旨**

本運営方針は、「廿日市市高齢者福祉計画・第9期廿日市市介護保険事業計画」に基づき、廿日市市内に設置する地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的な考え方や理念、業務推進の方針等を明確にするとともに、センター業務の円滑で効率的な実施に資することを目的として策定する。

## **2 センターの目的**

センターは介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の46第1項の規定に基づき、地域住民の心身の健康の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、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置する。

センターは、市が目指す地域包括ケアシステムの深化・推進のため、廿日市市高齢者福祉計画・第9期廿日市市介護保険事業計画に定める施策の実現に向けて、効果的に業務を遂行するとともに、各種調査や介護保険制度の円滑な運営に協力する。

## **3 基本的な運営方針**

### (1) 公益的な機関として公正性・中立性の確保

市の介護・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う。

### (2) 地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

地域住民が抱える課題を把握し、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるよう、地域の社会資源と連携を図り、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域共生社会の実現を目指しながら、地域包括ケアシステムにおける中核機関としての役割が果たせるように取り組む。

### (3) 地域の実情や地域のニーズ等を踏まえた活動

地域の高齢者の自立支援を図ることを念頭に、各地域の特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行う。

高齢者の支援にかかわる地域の社会資源及び住民ニーズの把握や個別ケースの検討から、地域の課題を抽出し、解決に向けた取組を推進する。

### (4) 関係機関との連携・ネットワークづくり

関係機関と連携しながら地域における社会資源を相互につなげていく地域のネットワーク構築機能を果たす。

### (5) 個人情報の保護

職務上知り得た個人情報の保護に努めるとともに、個人情報の保護に関する法律及び関係法令を遵守する。

### (6) 重点目標及び事業計画の策定

地域の特性や実情に応じて、センターの基本姿勢を表すものとして、年度当初に本運営方針の内容に沿って重点目標及び事業計画を策定し、各地域での特色ある創意工夫をした事業運営に努める。また、半年毎に一度進捗状況を確認するものとし、適正な運営に努める。

※重点目標については、第2層生活支援コーディネーターと地域課題について協議の上具体的なアプローチ方法を検討するなど、現状に即した目標を策定する。

#### (7) 事業評価と改善

センターは、市が定める方法により事業評価を行うとともに、この評価結果と廿日市市地域包括支援センター運営協議会における事業についての点検・評価結果を踏まえて、必要な業務改善を行う。

## 4 重点的に取り組む事項

今年度は、以下の6点を重点的に取り組むものとします。

- (1) 包括的及び重層的な相談対応の推進
- (2) 介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの推進
- (3) 自立支援型個別ケア会議の充実
- (4) 認知症の本人・家族等からの情報発信の支援
- (5) 人生会議（ACP）の普及
- (6) 災害や感染症等対策

#### (1) 包括的及び重層的な相談対応の推進

高齢者の自立した生活を支援するとともに、認知症や8050問題、ヤングケアラー、ダブルケア等の分野や制度を超えた相談に対応するため、センターの専門職によるチームアプローチを強化する。

##### ア 重層的な相談支援

地域における複合化・複雑化した困難事例への対応にあたっては、高齢者の支援のみではなく、世帯の課題に気づき、適切な関係機関に繋ぎ、連携して相談支援等を行う。センターと居宅介護支援事業所が連携するとともに、関係機関によるネットワークの形成に努める。他分野と連携した支援については、子育て分野・障害福祉分野・生活困窮者分野・高齢者分野の各フィールドマネージャー<sup>※1</sup>や住民主体の話し合いの場（協議体）を構築しながら生活支援体制を整備する生活支援コーディネーターと協働しながら、多機関協働事業<sup>※2</sup>を視野に入れ、包括的な支援体制を強化する。

##### イ 孤立化防止

セルフネグレクト、ひきこもり等の支援困難者について、民生委員等と協力して見

守りを継続するなど地域から孤立しないように支援を行う。また、支援方法については、多機関協働事業でのケース会議も活用する。

- ※1 フィールドマネジャーとは、子育て・障害福祉・生活困窮者・高齢者・地域づくり・学校教育における分野において、各事業や制度間におけるマネジメントを行う市職員等のことをいう。
- ※2 本市の多機関協働事業とは、フィールドマネジャーによる定期開催の相談支援ネットワーク会議（重層的支援体制整備事業の構築及び進捗管理、等）や随時開催のケース会議（重層的支援会議、支援会議）での、分野横断的な支援調整機能のことをいう。

## (2) 介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの推進

高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、要支援状態になってもその状態の改善を図り、又はその状態をそれ以上悪化させないようにするため、適切な介護予防ケアマネジメントを行う。

ケアマネジメントにあたっては、介護予防・日常生活支援総合事業における考え方を正確に理解し、適切なアセスメントにより課題とその原因を明確にし、利用者本人との間で課題解決のための具体的な目標の設定や共有を行った上で、専門的な視点から介護予防サービス計画を作成する。

要支援者等への支援にあたっては、まず短期集中型訪問・通所サービスの利用を基本として、状態を改善し、地域活動への参加につなげていくことを目指す。また、住民助け合い型サービスや甘らつサロン、住民主体の通いの場をはじめ、宅配や見守り等の地域における多様な主体によるサービスの活用により、孤立することなく住み慣れた地域での生活の支援につなげる。

## (3) 自立支援型個別ケア会議の充実

介護予防及び自立支援の観点から地域の状況等をふまえ、高齢者の生活課題を明確にし、多職種からの専門的な助言を得てケアマネジメントの資質向上を図る。また、高齢者がその有する能力に応じてその人らしい生活を送ることを目指した自立支援に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識や技術を習得する。

要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所も市からの指定を受けて実施できるようになることから、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントであるか、介護予防サービス計画書の検証を行う。

## (4) 認知症高齢者とその家族への支援

共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう支援を行う。また、地域の見守りや支え合い等も含めた認知症にやさしい地域を目指し、普及啓発や廿日市市社会福祉協議会

等との連携事業を実施する。

#### ア 認知症高齢者への支援

認知症の人に対し状態に応じた適切なサービスが提供され、認知症の人とその家族が孤立することがないように、医療機関、初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員など関係機関・団体と連携し、認知症の人又は家族が交流する活動に対する支援、及び相談支援を行う。

#### イ 本人・家族等からの情報発信の支援

認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意志に基づいた生活を送ることができるようにするため、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を行う。また、本人が感じていることや必要なことを自らの言葉で語り、発信したり、当事者同士の集まる機会を支援する。

#### ウ 認知症予防の推進

認知症に関する正しい知識を普及するとともに、認知症予防の実践及び早期発見早期診断及び早期対応への取組を行う。

#### エ 認知症の理解促進

生活支援コーディネーター及び認知症地域支援推進員と連携・協働し、地区ごとの生活機能低下リスクの実態や住民ニーズを踏まえた教室や講座を開催し、地域における介護予防意識の高揚や住民同士の支え合い活動の普及促進を図る。

#### オ 介護者への支援

家族介護者の負担や悩みを傾聴することを通じて、必要な支援につなぐとともに、仕事と介護の両立に向けた制度の周知を行う。また、介護離職の防止に向けて介護者の相談先の一つであるセンターを広く周知するとともに、企業の介護に対する理解促進を図る。

### (5) 人生会議（ACP）の普及

本人の希望と選択に基づいて暮らしができるように、人生会議（ACP）<sup>※3</sup>や在宅療養に関する理解促進に向けた出前講座等の啓発を進める。在宅介護・医療連携相談支援室と連携し、通いの場、老人クラブ、サロン運営者、地域のNPO等、様々な関係機関・団体の集まる機会を活用し、自分らしい暮らしを考えるきっかけとして、もしバナゲーム<sup>※4</sup>やエンディングノート等を用いて取組む。

※3 人生会議（ACP：Advance Care Planning）とは、もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のことをいう。

※4 もしバナゲームとは、人生の最期にどうありたいか、「どのようにケアしてほしいか」「誰にそ

ばにいてほしいか」「自分にとって何が大事か」等が書いてあるカードを用いて、4人程度のグループで話し合うゲームのことをいう。

## (6) 災害や感染症等への取組

大規模災害や感染症発生等には、市や関係機関等と連携し、安否確認等の業務に協力する。被災時には、避難所及び在宅避難者の実態把握に努め、生活上の困り事や健康面等へ総合的に支援し、孤立せず生活できるよう支援する。また、災害対応マニュアル及び感染症対応マニュアル等を備えておくこと。

### ア 市への報告

次の各号に該当する状況が発生したときは、応急措置を取るとともに、直ちにその状況を市へ報告し、市と連携して対応すること。

- (ア) 非常災害その他の事故により、業務の遂行が困難になったとき。
- (イ) 業務に際して、利用者その他住民等に事故又はトラブルが発生したとき。

### イ 災害時及び災害後の個別支援体制の構築

- (ア) 市役所内の関連部署及び関係機関との密接な連携
- (イ) 優先度の高い避難行動要支援者の個別避難計画の作成
- (ウ) 被災者への包括的な支援と早期の生活再建を支援

### ウ 災害への備え・対応

委託先の居宅介護支援事業所とセンターの事業継続計画（BCP）の共有及び、訓練を通して協議をし、計画の修正、改善を行う。

### エ 感染症への備え・対応

平時より感染症対策の最新情報や感染症の動向を把握するほか、国や県並びに市、関係団体等の通知や各種マニュアル等の情報収集に努める。センターが収集した情報や市から提供された情報等を積極的に市民に提供する。

職員は、業務継続に向けて各種感染症対応マニュアル等を参照し、感染予防策を講じたうえで相談業務等に従事する。

## 5 センターの業務

### (1) 総合相談支援業務

地域において安心して生活できるように支援する拠点としての役割を果たすため、関係機関との連携のもと、様々な相談内容についてプライバシーを確保し、包括的に相談できる体制をつくる。またセンターに対する苦情について適切に対応する。

#### ア 実態把握

様々な手段により、担当圏域の高齢者の心身状況や家庭環境等についての実態把握を行うことで、地域に存在する隠れた問題やニーズを発見し、早期対応できるよう取り組む。また、地域住民や関係機関等から、支援が必要な高齢者の情報収集を行い、

把握した問題やニーズについて積極的に解決へと導くとともに、予防支援活動へと展開していく取組を行う。保健事業と介護予防の一体的実施の取組において、圏域担当の市保健師と連携し、把握した健康状態不明者の実態把握や必要な支援を行う。

#### イ 総合相談支援

高齢者等に関する様々な相談に対応し、相談内容に即したサービスや制度等の情報提供や関係機関へのつなぎを行う。専門的な関与や緊急対応が必要な場合には、より詳細な情報収集を行い、課題を明確にした上で適切なサービスや制度につなぎ、継続的な支援を行う。

複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、利用者等からの相談を通じて、自らの機関ではその解決に向けた支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合に、以下のとおり対応すること。

- (ア) 課題を抱えている地域住民の心身の状況や、置かれている環境、その他の事情を勘案し、重層的支援の必要性を検討すること。
- (イ) 支援の必要があると判断した場合には、多機関協働事業のケース会議につないでいくこと。
- (ウ) 課題がありながらも、支援の拒否や面接ができない等の事例について、継続したアウトリーチを行い、本人とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、相談支援にあたること。

#### ウ 地域におけるネットワークの構築

センターの業務を適切に実施し、業務への理解と協力を得るために、チラシやパンフレットを作成し、地域住民及び関係者へ積極的に周知する。

また、地域の様々な関係者のネットワークを構築し、支援が必要と判断された高齢者に対して、多職種が連携してチームとして支援を行う。

#### エ 家族介護者への相談支援体制の充実

介護する家族への経済的、精神的負担を緩和することができるよう、日頃から、地域資源等に関する情報収集を行う。また、家族介護者の離職防止に向けて、身近な相談機関として家族介護者の相談に応じ、適切な情報等の提供を行う。

#### オ 支援の終結

支援を終結する場合は、担当者個人ではなく、センターとして組織的に終結の判断をおこなうよう確認体制を整える。

- |  |
|--|
| 目安：① 相談者の課題が解決し、それ以外の問題がない場合<br>② 心身の状態や介護体制が安定し、センターによる支援の必要がないと判断される場合<br>③ 他機関に引継ぎを行い、他機関による適切な支援が確認された場合<br>④ 転出又は死亡した場合<br>⑤ その他、複数の職員で検討し、終結が妥当と判断した場合 |
|--|

## (2) 権利擁護業務

地域の関係機関との迅速かつ円滑な連携を図り、権利侵害行為の対象となっている、また対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使することができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を行い安心して尊厳のある生活を送ることができるよう支援する。

### ア 高齢者の虐待防止、早期発見

高齢者虐待の事例を把握した場合は、「廿日市市高齢者虐待対応マニュアル」に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、適切な対応を行う。介護支援専門員等が高齢者虐待の発生リスクに気づき、早期対応できるよう、研修機会の提供等を行う。

### イ 成年後見制度の利用促進

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係る支援を行う。

申立てができる親族がい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、成年後見制度の利用が必要と認められる場合は、「廿日市市成年後見制度利用マニュアル」に基づき、適切に市長申立てにつなぐ。

また、成年後見利用促進センターと連携し、圏域内の介護サービス事業所等が高齢者虐待や成年後見制度の利用が必要な方を早期に把握し、的確に対応することができるよう、相談支援や助言、研修機会の提供等を行う。

### ウ 消費者被害の防止

消費者被害から高齢者を守るために、民生委員や介護サービス事業者等、日頃から高齢者と接する機会が多い関係者から情報収集することに努める。

また、警察や消費生活センター等と連携を図り、被害の未然防止、問題の解決に当たり、蓄積された事例等は、民生委員や介護支援専門員等に情報提供を行う。

### エ 普及啓発

被害を最小限に抑え、再発を防止するため高齢者の権利擁護に関する出前講座やSNS、ホームページ等を活用した周知啓発を地域住民や高齢者の見守り活動を行う関係者に行う。

## (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者が地域において安心して生活を継続するために適切な社会資源を活用できるよう、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、地域の介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援を行う。

### ア 包括的・継続的なケア体制の構築

地域における包括的・継続的なケアを実施するため、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関、施設等との連携など、地域において多職種相互の協働等により連携体制を構築するとともに、介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。また、地域

の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源（地域の力）を活用できるように、生活支援コーディネーターと連携し、地域の協力体制を整備する。

#### イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築と活用

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機会を設定する等介護支援専門員のネットワークを構築し、その活用を図る。

#### ウ 相談及び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困難事例について、具体的な支援方針を検討し、指導・助言等を行うとともに、問題解決能力を高める支援に努める。相談事例の内容は整理、分類し経年的に把握する。また、介護支援専門員の資質向上を図る観点から、関係機関とも連携のうえ、ヤングケアラー、障がい者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する情報提供や事例検討会、研修会等を実施する。

### (4) 介護予防ケアマネジメント業務（第1号介護予防支援事業）・指定介護予防支援業務

要介護状態となることの予防、また、重度化防止のため、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送ることができるよう支援する。介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨に沿い、介護保険制度によるサービスのみならず、その他の公的サービスやインフォーマルサービスを活用し、自立支援を目標としたケアマネジメントを行う。

#### ア 多様なサービスの活用

介護予防・日常生活支援総合事業対象者及び要支援者に対し、自立支援に向けたケアマネジメントを行い、予防給付相当サービスに加え、短期集中型訪問・通所サービスや一般介護予防事業などの多様なサービスの活用を推進する。

#### イ 自立支援に向けたケアマネジメント

利用者を取り巻く環境から、個人を知り、利用者を中心に、家族、近隣住民等の支援者で共有し、利用者の尊厳を尊重するとともに、能力と意欲を最大限に引き出し、やりたいことができるよう環境を整え、「廿日市市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」に沿って、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを行う。

#### ウ 業務委託

居宅介護支援事業者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合、必要に応じて助言や利用者への支援等をサポートする。

#### エ 入退院時連携

高齢者が、可能な限り住み慣れた地域において継続した生活を送ることができるよう、日常の療養看護から医療と介護の連携を図る。また、入退院時の支援を行い、切れ目のない医療と介護の提供を推進する。退院時の支援にあたっては、病院と情報連携し、本人の意向をふまえて自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを行う。

#### (5) 地域ケア会議の運営

医療、介護等の関係機関や地域住民と連携を図りながら個別課題の解決を図ると共に、それを支える社会基盤の整備を進めるために、次の取組を行う。

##### ア 地域課題の把握

困難事例だけでなく、自立支援に向けた個別事例の検討から地域課題を把握・検討する地域ケア会議を計画的に運営し、地域に共通した課題を明確化する。

##### イ 資源開発・政策形成

地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

#### (6) 一般介護予防事業

介護予防の基本的な知識の普及啓発に努めるとともに、地域住民が主体的に介護予防活動に取り組むための地域づくりを推進する。また、地域においてリハビリテーション、口腔、栄養に関する専門職とも連携し、認知症予防や自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい、役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

##### ア 住民意識の醸成

住民主体の活動（通いの場や生活支援等）につなげていけるよう、住民意識に働きかけ、地域の福祉意識の醸成に取り組む。また、多様な課題を抱える者や閉じこもり等により通いの場に参加できていない高齢者を介護予防・見守りの取組につなげるために、民生委員・地域のボランティア、自治会・老人クラブ等からのアプローチなど、様々な手段・機会を活用した働きかけを推進していく。

##### イ 通いの場への支援

住民主体の通いの場を立上げ、運動による体力作りや交流を行うことで地域の中で介護予防を展開していく。また、高齢者元気確認シート<sup>※5</sup>により、フレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービス等の利用などにつなげる等、介護予防に取り組む。

また、通いの場については、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、誰もが一緒に参加し、認知症予防、多世代交流や就労的活動など、地域のニーズに応じた多様な機能を有する場として発展・拡充させていくことが重要である。

※5 高齢者元気確認シート：基本チェックリストと後期高齢者質問票を市独自でまとめたもの