

令和8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高齢介護課

令和8年4月1日

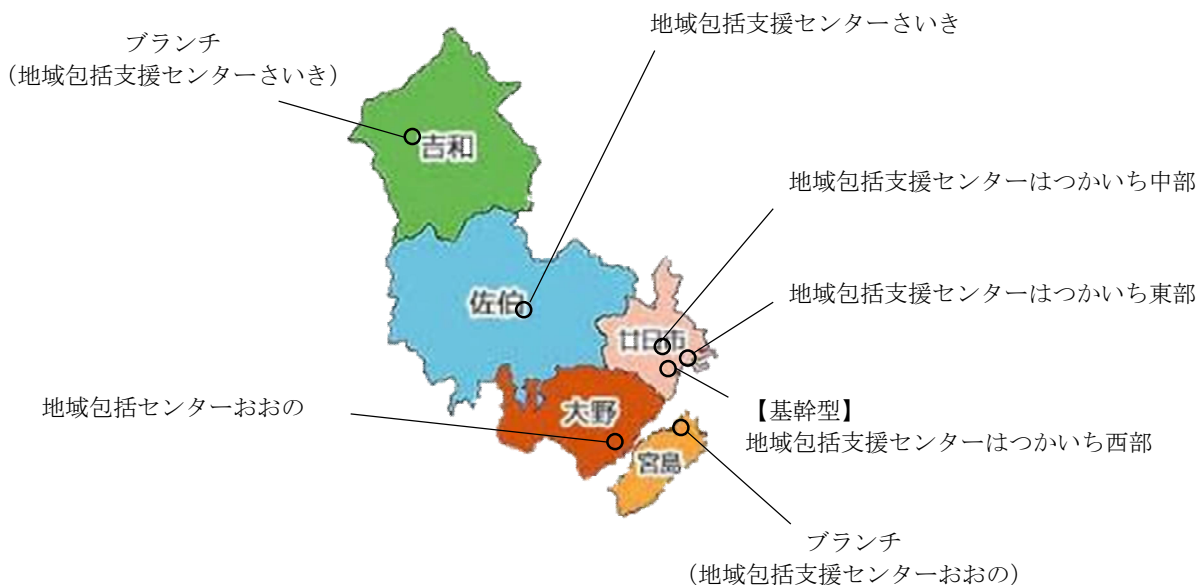
1 運営方針策定の趣旨

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、「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」に掲げる基本方針や施策の方向性に基づいたセンター事業の円滑かつ効果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4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。

3 組織・運営体制



センター名	運営方式	第1号被保険者数 (R7.9.30 時点)
地域包括支援センターはつかいち東部	委託	7,739 人
地域包括支援センターはつかいち中部	委託	7,981 人
地域包括支援センターはつかいち西部	直営	7,269 人
地域包括支援センターさいき	直営	4,163 人
地域包括支援センターおおの	直営	9,515 人

4 基本的な運営方針

(1) 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

地域生活課題を的確に把握し、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、地域資源の把握と多様な関係機関とのネットワークを形成しながら、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、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取り組む。

(2) 担当圏域のニーズ等に応じた業務の実施

日常的な地域活動及び地域ケア会議等を通じて、担当圏域における高齢者の実情や利用者のニーズを把握し、地域特性にあわせて業務を実施する。

(3) 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク構築

高齢者が介護サービスや保健・医療・福祉サービス、インフォーマルサービス等を一体的に利用できるよう、専門的な多職種や住民主体による地域の様々な活動と連携・協働し、ネットワーク構築を推進する。

(4) 第1号介護予防支援事業の実施

高齢者が自身の持つ能力を最大限に活かし、住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、自立を目標とするケアマネジメントを行い、利用者自らの積極的な介護予防の取組を促す。

(5) 介護支援専門員への支援及び指導並びに地域住民への包括的継続的な支援の環境整備の実施

多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保に努めるとともに、定期的な研修の実施及び外部研修等への参加の機会を設けることで職員の資質向上を図る。

地域住民の支援にあたっては、常に住民の最善の利益を図るために、自己研鑽に努める。併せて、地域の関係機関等とのネットワーク構築の観点から、情報共有、業務協力、交流等に努める。

3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）のチームアプローチや、地域の保健・医療・福祉・介護の専門職及びボランティア等との多職種連携を意識した取組を進める。

(6) 地域ケア会議の運営

医療、介護に留まらず、地域づくりに資する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ともに、個別課題の検討で把握された地域課題を地域づくりや政策形成につなぐ。

(7) 市との緊密な連携

適正かつ効果的な運営のため、市が開催する定期的な連絡会、所長会議、その他各種会議・研修会へ出席するとともに、それらを通じて市と緊密な連携を図り、関係機関と連携するためのネットワークを構築する。

(8) 公正・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が求められる。また、センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料や国・県・市の公費によって賄われていることを十分理解し、適切な事業運営を行う。

(9) 事業計画の策定と評価・改善

地域の特性や実情を踏まえた重点目標及び事業計画を年度当初に策定し、各圏域での特色ある事業運営に努めるものとする。その進捗状況については半年に一度確認するものとし、地域の状況に応じてアップデートしながら、より一層適正な運営に努めるものとする。

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。

(10) 個人情報の保護

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

(11) ICTの活用

日常的な情報交換や各種会議開催等、業務の効率化を図るために、積極的にICTを活用する。

5 基本業務

(1) 総合相談支援業務（法第115条の45第2項第1号）

ア 総合相談支援

高齢者に限らず属性や世代を問わない相談窓口として、まずは相談を受け止め、相談内容に即したサービスや制度の情報の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、より詳細な情報を収集し、課題を明確にした上で適切なサービス等につなぎ、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へ適切な対応を行うにあたり、センターのみで解決が困難な地域生活課題を把握した場合、次のことを検討する。

- (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。
- (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^{*1}のケース会議につなぐ。

※1 本市においては、市健康福祉部、地域振興部、建設部、教育部等から選出されたフィールドマネー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仕組みをいう。

- (ウ) 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。

イ 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き、介護等予防支援活動へと展開していく取組を行う。特に、介護を含めた複合的な課題を抱えている世帯等には多角的なアウトリーチにより実態を把握し、適切な支援につなげる。

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。

ウ 地域におけるネットワークの構築

適切な支援や継続的な見守り等のため、高齢者以外の他の分野を含めた関係機関・関係者（介

護サービス事業者、医療機関、民生委員、自治会、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、ボランティア等)との会議や研修会を通じて、地域におけるネットワークを構築する。

エ 家族介護者への相談支援体制の充実

介護する家族の経済的・精神的負担の緩和や介護による離職防止のため、適切な支援につながることができるよう、日頃からサービスや地域資源等の情報収集を行う。

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判断する。

- 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
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
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
④ 転出又は死亡した場合
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（法第115条の45第2項第2号）

地域の関係機関と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、または対象になりやすい、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、権利行使の支援を通じて、地域における尊厳のある生活が維持できるよう支援する。

ア 高齢者の虐待防止、早期発見

虐待事案を把握した場合は、「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、適切に対応する。また、介護支援専門員等が高齢者虐待の発生リスクに気づき、早期に対応できるよう研修を行う。

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くと思われる場合や、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

出前講座やセンターだより、SNS、ホームページ等を活用し、権利擁護に関する周知啓発を行う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（法第115条の45第2項第3号）

個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを介護支援専門員一人ひとりが実践できるよう、主治医や地域の関係機関、在宅と施設等と連携し、介護支援専門員に対する直接的・間接的な支援や協働の体制づくりに取り組む。

ア 包括的・継続的なケア体制の構築

在宅及び施設を含む包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関等の関係機関との連携体制を構築し、介護支援専門員との連携を支援する。また、地域住民主体の健康づくりやサロン、老人クラブやボランティア活動といった介護保険サービス以外のインフォーマル・サービスも活用できるよう支援する。

イ 地域における介護支援専門員のネットワークの構築

介護支援専門員による日常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ができる場を設定するなど、ネットワークを構築する。

ウ 相談支援及び困難事例等への指導・助言

介護支援専門員が抱える日常業務に関する困りごとの相談を受け、困難事例に対する具体的な支援方針を共に検討し、指導・助言を行う等、介護支援専門員の資質向上を図る。

(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

（法第115条の45第1項第1号・法第8条の2第1項）

介護予防・日常生活支援総合事業対象者（基本チェックリスト該当者）及び要支援に対して、本人の心身の状況や自らの選択に基づき、自立支援に向けたケアマネジメントを行う。

ア 多様なサービスの活用

事業対象者及び要支援者に対し、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、地域資源を活用したインフォーマルサービス等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

「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」に沿い、本人の意欲や能力を高め、また、本人を取り巻く環境や地域へもアプローチできるよう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

「廿日市市入退院連携ガイドライン」に基づき、在宅から病院、病院から在宅への移行を円滑に行うとともに、病院と連携し、本人や家族等の意向を踏まえた自立支援・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（法第115条の48第1項）

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ともに、それを支える社会基盤の整備を進める。

ア 地域課題の把握

自立支援に向けた個別事例の検討から地域課題を把握・検討し、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。

ウ 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踏まえ、高齢者の生活課題を明確にし、多職種による専門的な助言を反映させる等、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。

(6) 一般介護予防事業（法第115条の45第1項第2号）

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意識を醸成する。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一体的に推進し、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よう支援する。

ア 住民意識の醸成

孤立や閉じこもり等により住民主体の活動（通いの場や生活支援等）に参加したくてもできていない高齢者等の見守りや社会参加につなげるため、民生委員やボランティア、自治会、老人クラブ等からのアプローチなど、様々な手段・機会を活用して働きかける。

イ 通いの場への支援

高齢者元気確認シート^{※2}を活用してフレイル状態の高齢者を把握し、短期集中型サービスの利用につなげる等、介護予防に取り組む。また、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、認知症予防、多世代交流や就労的活動等、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させる。

※2 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

(7) 在宅医療・介護連携推進業務（法第115条の45第2項第4号）

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築する。

ア 多職種連携強化

医療・介護関係機関の研修会・講演会等への積極的な参加等を通じて、医療関係機関とのネットワークを構築するとともに、市関係部署や医療・介護関係者との情報共有を図る。

イ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会の開催やパンフレットの配布、人生会議の出前講座等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

(8) 生活支援体制整備業務（法第115条の45第2項第5号）

各圏域に配置された生活支援コーディネーターと密に連携し、社会福祉法人や民間企業、ボランティア等が提供する生活支援サービスと、それを必要とする人とのマッチングや、不足する生活支援サービスの開発、また、高齢者が役割を持った形での社会参加（就労的活動）の促進を図る。

地域ケア会議において抽出された地域課題を生活支援コーディネーターと共有し、共に地域の実情に応じた生活支援体制の整備を推進する。

(9) 認知症総合支援業務（法第115条の45第2項第6号）

認知症施策推進基本計画（国）及び認知症施策推進計画（県・市）に基づき、認知症の人及びその家族への効果的な支援を行う。また、認知症の人を単に「支える対象」としてではなく、一人の尊厳ある個人として、その個性と能力を十分発揮し、経験や工夫を生かしながら共に支え合って生きる風土づくりに取り組む。

ア 早期発見・早期対応

市が設置する認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員と連携・協力し、認知症に関する普及啓発や地域住民からの情報収集、医療・介護との連携体制を構築する等、認知症予防や認知症の疑いのある人の早期発見・早期対応、医療へつなげる等の支援を行う。

一般介護予防事業等で地域住民と接する際は、参加者等の状況把握を行い、認知症が疑われる人がいる場合は、必要な支援につなぐ。

また、加齢による聴覚機能が低下することは、コミュニケーションの難しさから閉じこもりや認知症にもつながる可能性があることから、日常的な通いの場やもの忘れ相談、リエイブルメント教室、出前講座等で、生活状況の聞き取りをしながら「聞こえのチェックリスト」等を活用した支援を行うなど、難聴の早期発見に向けた取組を行う。

イ 地域住民への普及啓発

認知症施策が効果的に推進されるよう、医療・介護機関等の関係機関との連携や普及啓発のための企画・活動を行う認知症地域支援推進員と協力して普及啓発に取り組む。

「はつかいち見守り安心ネットワーク事業」の事前登録の普及啓発に努め、また、行方不明の連絡があった場合は、関係機関と連携を図り情報収集に努める。

(10) 災害や感染症等への取組

災害対応マニュアル及び感染症対応マニュアルに基づき、大規模災害や感染症発生等には、市関係部署や関係機関等と連携し、利用者の安否確認等を行う。

また、災害時や感染症発生を想定した訓練を定期的実施する。

6 重点的に取り組む事項

(1) 大野地域の担当圏域の二分化

大野地域の高齢者（65歳以上）人口は、令和7年9月30日時点で9,515人となっており、年々増加傾向にある。

以上を踏まえ、大野地域を担当する包括おおのについて、生活圏域を東部と西部の2つに分け、地域担当制の導入を検討する。

(2) 包括的及び重層的な相談対応の推進

近年顕在化している複合多問題（制度の狭間問題、8050問題、孤立、ダブルケア、ヤングケアラー等）への対応にあたっては、多様な分野の関係機関と連携したチームアプローチを行う。

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なく世帯全体の課題にも着目し、市関係部署や基幹型センター、関係機関と連携して包括的かつ重層的な支援を行う。ケースによっては、多機関協働事業により早期支援・解決を図り、同様の事案が発生した際の対応や予防に生かす等、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。

(3) ケアプランデータ連携システム等ICTの導入

介護人材の確保が喫緊の課題とされる中で、介護現場の負担軽減や職場環境の改善は重要であり、その取組の一環として、介護予防支援事業所と介護サービス事業所との間で、ケアプランに関する情報をオンラインでやりとりを行うケアプランデータ連携システムをセンターで導入する。

(4) 「新しい認知症観」※³に立った認知症施策の推進

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、認知症施策推進基本計画（国）において提唱された「新しい認知症観」の重要性を反映させた施策を推進する。

※³ 認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方。

ア 本人・家族等からの情報発信の支援

認知症の人が自らの意見を発信し、意思決定できるよう、当事者同士で集まり話し合う場や、本人だからこそその気づきや意見を地域に伝えていく機会をつくる。

イ 認知症の理解促進

認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等と連携・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、地域における認知症予防の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。

ウ 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た生活を送ることができるよう、人生会議（ACP）や在宅療養に関する理解促進のための出前講座等を実施する。NPO法人五師士会と連携し、通いの場、老人

クラブ、サロンの世話人、地域のボランティア活動団体等、様々な場に出向き、自分らしい暮らしを考えるきっかけづくりに取り組む。