

令和 7 年度

磐田市地域包括支援センター事業運営方針

磐田市健康福祉部福祉政策課

【基本的事項】

1 背景

すべての団塊の世代が後期高齢者となる令和7年を迎え、令和22年に向けて総人口・生産年齢人口が減少する中で、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれます。また、要介護（要支援）認定者数も増加傾向にあり、令和5年からの介護度別には令和17年まで要支援1・2・要介護1と軽度の区分で伸び率が大きくなると見込まれています。高齢者のみで暮らす世帯も増加傾向にあり総世帯に占める割合はこの15年で2倍となっています。

そのような状況の中で、第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画では「やさしさ、ふれあい、支え合いのまちづくり」を基本理念とし、地域住民が支え合い、高齢者、障がいのある人など、すべての人が、いつまでも可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる「地域共生社会」の実現を目指しています。その実現に向けて、市民自らが運動・食生活・社会参加に着目した健康づくりに取り組む環境の整備など、しあわせな最期（健康長寿）を迎えられることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を進めます。

2 方針策定の趣旨

この方針は、介護保険法第115条の47第1項の規定に基づき、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画における基本理念・基本目標の実現に向けてセンターの担う役割を明確にするとともに、円滑で効率的な事業の実施に資することを目的とします。

3 市の役割

市は、実施主体としてセンター運営について体制整備及び機能強化に努め、適切に関与するため、主に以下の役割を担うこととします。

- ・センターの運営方針の明確化と継続的な評価・点検に関すること
- ・センターの運営体制の確保に関すること
- ・地域ケア会議の運営・総合調整に関すること
- ・生活支援体制整備事業の推進に関すること
- ・在宅医療・介護連携の推進に関すること
- ・介護予防の推進に関すること
- ・認知症施策の推進に関すること
- ・虐待や困難事例等に対する支援、関係機関との連携支援に関すること

4 介護保険運営協議会の役割

介護保険運営協議会は、センター運営について公正・中立に実施できる者への業務委託や担当地区の設定、センターの事業実施方針等について審議します。市は、介護保険運営協議会に対し、センターの運営状況等を報告し評価・助言を求めます。

【事業実施方針】

I 基本方針

センターは、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、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援します。また、地域包括ケアを推進するため、Ⅱ・Ⅲに掲げる事業を一体的に実施し、医療・介護・福祉等の関係機関や多様な社会資源の連携拠点として中核的な役割を担います。

センターに配置する専門職は、各々の知識を活かしながらチームで活動し、地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートを行います。

Ⅱ 包括的支援事業

1 センターの運営

(1) 総合相談支援業務

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、どのような支援が必要かを把握し、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 総合相談窓口としての機能

ア 地域住民の身近な相談先として、高齢者一人ひとりの相談に対し、丁寧かつ迅速な対応を心掛けます。

イ ワンストップ相談窓口として、相談者に必要な情報を収集及び提供し、適切な機関又はサービスへつなぎます。また、相談内容に応じて継続的な支援を行います。

ウ 継続支援が必要な相談には、十分なアセスメントを行い、支援計画を作成します。

② 実態把握のための活動

ア 個別的支援が必要な対象者を訪問し、心身の状況や生活環境等について実態を把握し、個別課題（ニーズ）への早期支援を行います。

イ 個別課題と地域との関係性を明らかにし、一体的に支援する視点を持って地域アセスメントを行います。

③ 地域包括支援ネットワークの構築

ア 関係機関、民生委員、地域住民等と、個別課題や地域課題の解決に向け連携して取り組むネットワークを構築します。

イ 相談内容について、正確な状況把握や緊急性の判断を行い、関係機関と連携を図ります。

ウ 家族支援の視点を持ち、事前対応を含め関係機関との連携を図ります。

(2) 権利擁護業務

地域住民や民生委員、介護支援専門員など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、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行います。

① 成年後見制度の活用

- ア 制度の普及と利用促進に努めます。
- イ 関係機関と連携を図り制度利用の支援を行います。
- ウ 「磐田市成年後見支援センター（中核機関）」と連携を図り、相互に協力し合い権利擁護の充実を図ります。

② 高齢者虐待の防止及び対応・困難事例等への対応

- ア 磐田市高齢者虐待対応実務者マニュアルに基づき、迅速な状況把握、市との連携により適切な対応を行います。
- イ 必要な情報収集と適切なアセスメントの上、緊急性の判断や関係機関との連携を図り、ケース会議等で対応を協議し問題解決を図ります。
- ウ 高齢者虐待の防止のための啓発活動及び関係機関との地域包括支援ネットワークの構築により、未然に防ぐことに努めます。

③ 消費者被害の防止

- ア 必要な情報を収集し、地域の高齢者への情報提供・予防活動を市民相談センター・民生委員児童委員等と協力して被害防止に努めます。
- イ 消費者被害の被害者に対しては、事実確認後、関係機関と連携して救済支援を行います。

(3) 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、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、多職種相互の協働等により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実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや個々のケアマネジャーに対する支援、介護予防サービス計画等の検証等を行います。

① 関係機関との連携体制構築

- ア 医療・介護・福祉のサービス機関を把握し、連携体制を深化させます。
- イ 交流センターや生活支援コーディネーターと地域づくりの連携体制を構築し、地域資源（インフォーマルサービス等）の把握に努めます。

② 介護支援専門員に対する支援

- ア 介護支援専門員と相互協力できるネットワークの構築を図ります。
- イ 多職種連携会議の活用と地域ケア会議の効果的な実施により、介護支援専門員の資質向上に資する支援を行います。

③ 支援困難事例等への指導・助言

- ア 支援困難事例に対し、助言や同行訪問などの支援を行い、介護支援専門員自身が主体的に問題解決能力を高めるための指導・助言を行います。
- イ 必要に応じて地域ケア会議を活用できるようサポートします。

④ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携

- ア 介護支援専門員の資質向上、支援困難事例への指導助言において、連携、協働を図ります。

(4) 介護予防ケアマネジメント業務

介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行います。

① 要支援者、事業対象者の自立に資する適切な支援を行います。

- ア 地域リハビリテーション活動支援事業を有効に活用し、自立に向けた支援を行います。
- イ 短期集中予防事業(いきいきトレーニング・いきいきライフ)について、関係者と連携して効果的な運用を図ります。
- ウ 多職種連携会議の実施に協力するとともに、自立支援について関係者間での共通理解を通して、全ての利用者が本人らしい暮らしを送れるよう支援します。
- エ 自立支援の理念を踏まえた市民への周知啓発に努めます。

2 社会保障の充実分

(1) 在宅医療と介護連携の推進

- ① 地域の医療・介護の資源や課題を把握します。
- ② 地域の医療・介護の関係機関との連携ネットワークを構築します。
- ③ 地域住民に対して在宅医療と介護についての知識や理解を深めるための普及啓発を図ります。

(2) 生活支援体制整備事業の推進

- ① 個別や地域のニーズを生活支援コーディネーターの共有し地域課題の解決を図ります。
- ② 生活支援体制整備事業(第2層)協議体と小地域ケア会議との連携を図ります。
- ③ 新たな地域資源創出(通いの場・居場所・生活支援等)に向けて、キーパーソン等地域資源の把握に取り組みます。
- ④ 個別の支援を通して本人らしい暮らしのため多様な社会参加の方法を検討・推進します。

(3) 認知症総合支援事業の推進

- ① 地域住民に対して認知症の理解や共生についての普及啓発を図ります。
- ② 認知症地域支援推進員の活動に取り組みます。

(4) 地域ケア会議の実施

- ① 「磐田市地域ケア会議設置の基本的考え」及び「磐田市地域ケア会議運営マニュアル」により、地域の実情に合わせて実施します。
- ② 個別ケースの検討及び支援を進めるため、個別地域ケア会議を開催します。
- ③ 個別地域ケア会議の積み重ねを通じて、日常生活圏域レベルでの地域課題について整理・解決策の検討を行うため、小地域ケア会議を開催します。

Ⅲ 介護予防・日常生活支援総合事業

1 指定介護予防支援事業

- (1) 要支援1・2の認定者に対して、現在の状態の維持・改善が図れるように利用者や家族と共に目標を定め、自立支援に向けた介護予防プランを作成します。また、利用者のアセスメントを十分に行い、適切なケアマネジメントのもと生活機能向上の実現を目標に掲げ、本人がセルフマネジメントの実践ができるよう多職種と連携し支援を行います。
- (2) 包括的支援事業との業務を考慮し、居宅介護支援事業所への再委託を検討し

適正なプラン数を担当します。

- (3) 再委託しているプランについて、3職種が関わり責任を持って担当介護支援専門員に対し指導や支援を行います。また、同一法人の実施するサービス利用については、抱え込みとならないよう公正・中立性に留意します。

2 一般介護予防事業

- (1) 将来的な介護需要の高まりを見据え、フレイル・介護予防に重点的に取り組みます。
- (2) 市民への「自助」「互助」を促す介護予防の取組の啓発及び支援を行います。
- (3) 健康増進課地区担当保健師や第2層生活支援コーディネーター、交流センター、地域づくり協議会をはじめとした地域活動団体等との連携を図り、地域における介護予防活動の浸透を目指します。

IV 運営体制

1 運営の基本的視点

センターは、以下の3つの視点を持って運営にあたります。

(1) 公益性

介護・福祉行政の一翼を担う「公益的機関」であり、公正で中立性の高い事業運営を行います。

(2) 地域性

地域のサービス提供体制を支える中核的な存在であり、地域の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行います。

(3) 協働性

各専門職が「縦割り」で業務を行うことなく、業務の理念・基本的な骨格を理解した上で、常に相互に情報を共有し、協議して業務を遂行するチームアプローチでの事業運営を行います。

2 職員の配置

保健師（地域ケア・地域保健等に経験のある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を適正に配置します。

3 地域住民への周知

地域住民がセンターの場所や業務内容について理解できるよう周知を行います。

4 個人情報の保護

個人情報は、関係法令を遵守して適正に管理します。訪問者との相談の際は、施設構造に応じてプライバシーへの配慮を適切に行います。

5 苦情対応

対応マニュアル等を整備し、誠意をもって対応するとともに記録を残します。また、担当者や責任者を定め、利用者から見やすいところに掲示します。

6 人材育成

職員の資質向上を図るため、内外の研修に積極的に参加すると共に、参加しなかった職員に対しても研修で得た知識や情報の共有を図ります。

7 センターのマネジメント

センター長は、センターのマネジメントを行うと共に、職員全員が目標や年間

計画を共有できる体制を整えます。また、P D C Aサイクルに基づき継続性のある事業計画を策定します。年に1回以上、業務の質に対する中間評価を行い、事業の質の向上に努めます。

また、災害や感染症等によりセンターの運営が滞らないよう、あらかじめ策定された業務継続計画に基づき、市と連携して事業の継続に取り組みます。

8 市との連携

センターは、センター長会議等の機会を通じて、市と連携して包括的支援事業の運営に努めます。

また、専門職種等の職員で構成する会議等への参加を通して情報交換を進め、課題を共有し、解決に向けて主体的に取り組みます。