

平成28年度長久手市地域包括支援センター運営方針

I 運営の基本事項

1 地域包括支援センター設置の目的

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、高齢者の状態に応じた介護・予防・医療などの様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じて切れ目なく提供し、「地域包括ケアシステム」の構築の実現に向けて取り組んでいくことを目的とします。

すなわち、地域包括支援センターは地域の高齢者的心身の健康の維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、地域の介護・予防・医療の向上を包括的に支援する中核機関として設置されています。

地域包括支援センターの設置主体である長久手市は、その運営業務を委託して実施するものとします。市は、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する必要があります。

2 基本機能

地域包括支援センターは、介護保険法第115条の45第2項に定められた包括的支援事業を担います。

- (1) 介護予防ケアマネジメント業務 [II]
- (2) 総合相談支援業務及び権利擁護業務 [III]
- (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 [IV]

3 基本的な方針

(1) 地域包括ケアの推進について

地域包括支援センターは、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな地域の様々な社会資源を活用できるよう、包括的かつ継続的なケア（地域包括ケア）を実施します。

(2) 地域ケア会議の推進について

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていくことを目的とし、地域ケア会議を積極的に実施します。

介護等の必要な高齢者の生活を地域全体で支援していくため、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会、ボランティアなど、地域の多様な関係者が適宜協働できるよう、地域ケア会議の全体的な流れ及び枠組みを整理し、会議の効果的な実施を目指します。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

地域包括ケアシステム実現のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要となります。介護支援専門員を支援する機能を持つ地域包括支援センターが果たす役

割は大きいと考えられるため、電子連絡帳等を活用し、病院や診療所、訪問看護ステーション・介護保険事業所等と連携して、在宅高齢者を支える在宅医療・介護連携ネットワークの充実に努めます。

(4) 生活支援サービスの体制整備について

高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくためには、医療・介護サービスの充実だけでなく、日常生活を支える生活支援サービスの体制整備が必要です。地域の中で役割を持って活動・生活することが生きがいとなり、介護予防にもつながります。

生活支援サービスや社会参加に対する地域住民のニーズを把握するとともに、総合相談等の内容を分析して得た地域の課題について生活支援コーディネーターへ情報を提供し、連携して生活支援サービスの体制整備に取り組みます。

(5) 認知症に関する取り組み

早期診断・早期対応等により、認知症になっても安心して住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりを目指して認知症施策を推進します。

小中学生及び一般市民等への認知症サポーター養成講座や、認知症高齢者の方への支援等を行うとともに、平成28年度は、平成30年4月に設置予定の認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員について、それぞれ具体的な設置の方法や活動内容等の検討を行います。

(6) 効果的なセンター運営のための取り組み

地域包括支援センターと市で定期的な連絡会を開催し、事業計画の進捗状況の確認や、圏域ごとに抱える課題などについて情報交換をします。両者で定期的に情報を共有することにより、効果的な取り組みを取り入れたり、不十分な点を改善したりすることができ、地域包括支援センターの機能強化につながります。また、新しい総合事業への移行に向け、地域包括支援センターと市の連携体制を強化していきます。

4 業務推進の指針

(1) 事業計画の策定

地域包括支援センターは、担当地区ごとのニーズや課題を日ごろの地域包括支援センターの活動を通じて把握し、地域の実情に応じて重点的な業務や取組みを設定し、各地域での特色ある創意工夫した事業計画の策定に努めます。

この事業計画は、地域包括支援センターの基本姿勢を示すものとして、住民に対しても分かりやすく広報します。

(2) 公正・中立性の確保

地域包括支援センターの運営については、運営協議会が承認や協議、評価する機関として役割を發揮し、長久手市の適切な意思決定に関与して適切、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。

(3) 設置場所等

地域住民や介護支援専門員、サービス事業者等の多様な関係者がアクセスし

やすい場所に事務所を設置します。

(4) 職員の姿勢

地域包括支援センターの業務は、地域に暮らす高齢者が住み慣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。

(5) 個人情報の保護

地域包括支援センターでは、高齢者等の様々な情報を得ることになるため、その情報管理には、万全を期することが求められます。

個人情報の取り扱いについては、関係法令（ガイドライン等を含む。）を遵守し、厳重に取り扱うこととし、その保護に遺漏のないよう十分に留意します。

地域包括支援センターが保有する高齢者等の情報が、業務に関係のない目的で使用されたり、不特定多数の者に漏れることのないように情報管理を徹底します。

各事業の実施にあたり、担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることに鑑み、あらかじめ本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了解を得ておくものとします。

(6) 広報活動

地域包括支援センターの業務に対する理解と協力を得るためにパンフレットや広報紙等を作成し、様々な施設への配布を行うなど広報に努めるものとします。

(7) 苦情対応

地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）に対する苦情対応窓口を設置します。

II 介護予防ケアマネジメント業務

1 基本的な視点

介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようになるため、本人ができるることはできる限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参加意欲を高めることを目指します。

このため、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は所期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、① 地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、シニアクラブ活動、ボランティア活動など、地域における介護保険以外の様々な社会資源の活用② 介護予防の効果を高める観点から、要支援・要介護の非該当者から、要支援者に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントの実施に留意します。

いずれの業務も、保健師等が中心となって実施することとなります、地域包括支援センターの他の職種はもちろん、地域の関係機関等との連携にも留意します。

2 業務内容

(1) 介護予防事業に関するケアマネジメント業務

自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、二次予防事業対象者把握事業において、市が把握・選定した二次予防事業対象者（要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる者）について、地域包括支援センターが、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。なお、市は、必要な経費を負担することで、二次予防事業対象者把握事業を地域包括支援センターに行わせ、介護予防事業に関するケアマネジメントと一体的に行うことも可能であるが、この場合、二次予防事業対象者の判定結果については、市に通知する等の連携を図ります。

① 対象者の把握

市と連携し、介護予防事業への参加に同意した者を把握します。必要に応じて訪問での把握も行います。

② 一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行います。

③ 介護予防ケアプランの作成

一次アセスメントの結果、介護予防ケアプランの作成が必要な場合には、高齢者との面接によりその心身の状態を把握しつつ、介護予防ケアプランの目標、利用する事業内容などを決定します。その際に、家族や介護予防事業実施者などとも共通認識を得るため、必要に応じてサービス担当者会議を開催します。

④ 事業の実施

介護予防事業実施者は、介護予防ケアプランに基づき介護予防事業を実施し、地域包括支援センターは、事業の実施状況を適宜モニタリングし、必要に応じて事業実施者間の調整を行います。

また、事業実施者に対し、事業の実施の前後に対象者の目標達成度や状態の改善の評価を行わせ、適宜、その結果の報告を受けます。

⑤ 評価

一定期間経過後、地域包括支援センターでは、事業実施者からの報告を参考にしつつ、各高齢者の状態を再度アセスメントし、必要に応じて介護予防ケアプランを変更します。

- ・地域包括支援センターは、個々の対象者ごとに、定期的に目標達成状況を管理します。
- ・地域包括支援センターとして行う総合相談・支援事業などの過程で介護予防事業の対象者とすべき者を把握した場合は、適宜、二次予防事業対象者把握事業と連携を図ります。

⑥ 業務管理

業務の進捗状況や二次予防事業対象者の経過について、担当課及び介護予防事業実施者と定期的な連絡調整（二次予防事業連絡会）の機会を持ちます。

(2) 新予防給付に関するケアマネジメント業務

新予防給付に関するケアマネジメントは、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。

① 利用申込みの受付

介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を交付して説明後、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい、市に届け出ます。

② 契約締結

利用申込者と契約を締結します。

③ アセスメント

市から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行います。

④ 介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。

⑤ サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。

⑥ 介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付します。

⑦ サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

⑧ モニタリング

少なくとも、サービスの評価月、サービスの評価期間終了月及びサービスの提供開始月の翌月から起算して3月に1回は、利用者の居宅を訪問し、面接をする。利用者の居宅を訪問しない月は特段の事情がない限り、サービス事業所を訪問しての面接や電話等により利用者と接触し、モニタリングを実施する。なお、状況の変化があった場合等必要な場合については、必ず利用者宅を訪問して面接を行なう。

⑨ 評価

3～6か月に1回、計画の達成状況について評価を行います。

⑩ 給付管理業務

介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載します。

⑪ 介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領します。

地域包括支援センターは、上記事務のうち①、②及び⑪に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業所に委託することができます。この場合、介護予防サービス計画原案が作成された段階で、地域包括支援センターはその内容が適切であるかを確認します。業務委託をする場合も、当該業務の最終的な責任は地域包括支援センターが負うものです。なお、委託に当たっては、運営協議会の承認を得なければなりません。

また、委託先の指定居宅介護支援事業所においては、指定介護予防支援業務に関する研修を受講する等必要な知識・能力を有する介護支援専門員が従事する事務所である必要があります。

(3) その他

地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントとケアマネジャーが行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図ります。

3 新しい総合事業への移行

新しい総合事業への移行にともない、「介護予防ケアマネジメント業務」は「第1号介護予防支援事業（要支援者を除く）」に移行になります。

新しい総合事業の対象者をより正確に把握し、身体状況や生活環境の改善に向けて効果的なケアマネジメントを行えるよう、市と密に連携をとりながら移行の準備を行います。

III 総合相談支援及び権利擁護業務

1 基本的な視点

総合相談支援及び権利擁護業務は、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するために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行います。

本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなります、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意します。

2 業務内容

(1) 地域におけるネットワーク構築業務

効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、保健・医療・福祉サービスを始めとする適切な支援（状況に応じて地域包括支援センターの各専門職によるチーム支援）、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、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。

そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行い、また生活支援コーディネーターと連携して生活支援サービス体制の構築に取り組みます。

地域住民が必要な情報を共有し、互助的な地域の連帯や、個人の尊厳を尊重し理解するために必要な啓発活動に取り組みます。

地域の様々なニーズ（認知症高齢者の見守りや消費者被害防止、閉じこもりの予防など）に応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなります、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を構築することが必要です。

(2) 実態把握業務

総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)の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等により、高齢者的心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行います。

(3) 総合相談業務

総合相談業務を行うため、地域において安心できる拠点（中核機関）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、次の業務を行います。

また、地域包括支援センターは、市など関係機関と情報交換を密にし、24時間いつでも相談対応できる体制をつくるとともに、積極的に地域に出かけ、要支援者や地域の様々なニーズを見出すための出張相談を行います。

① 初期段階での相談対応

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、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断します。

適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能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

初期段階の相談対応で、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、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定します。

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、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認します。

(4) 権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、複数の問題を抱えたまま生活する高齢者が自らの権利を理解し、行使できるよう特に権利擁護の観点から専門性に基づいた支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用します。

また、行政としての権限行使は市の責務であり、適切に行政権限を行使することを含めて、地域包括支援センターの業務をサポートします。

① 成年後見制度及び尾張東部成年後見センターの活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要と思われる場合には、市が委託している尾張東部成年後見センターと連携し、高齢者の支援を行います。

なお、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、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市高齢福祉担当課に当該高齢者の状況等を報告し、市長申立てにつなげます。

また、成年後見制度の円滑な利用に向けて、市、尾張東部成年後見センター及び法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。

② 老人福祉施設等への措置

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、市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。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援します。

③ 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した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、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討します。

⑤ 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センターと定期的な情報交換を行うとともに、民生委員・児童委員、介護支援専門員、訪問介護員等との連携のもと、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応を行います。

IV 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

1 基本的な視点

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、ケアマネジャーとの多職種協働と、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための支援を行います。

本業務は、主任ケアマネジャーが中心となって実施することとなりますが、地域包括支援センターの他の職種はもちろん、地域の関係機関との連携にも留意します。

また、地域ケア会議を活用するなどして、市内の介護支援専門員に対する連携体制構築支援、介護支援専門員同士のネットワーク構築支援、実践力向上支援、サポート体制等を協議します。

2 業務内容

(1) 日常的個別指導・相談業務

地域のケアマネジャーに対する相談窓口を設置し、日常的業務の実施に関し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、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、地域のケアマネジャーの資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの他の職種や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修、制度や施策等に関する情報提供を実施します。

(2) 支援困難事例等への指導・助言業務

地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの他の職種や地域の関係者、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。

(3) 包括的・継続的なケア体制の構築業務

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体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援します。

また、地域のケアマネジャーが、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、シニアクラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

(4) 地域におけるケアマネジャーのネットワークの形成業務

地域のケアマネジャーの日常的な業務の円滑な実施を支援するために、ケアマネジャー相互の情報交換等を行う場を設定するなどケアマネジャーのネットワークを構築します。

(5) その他

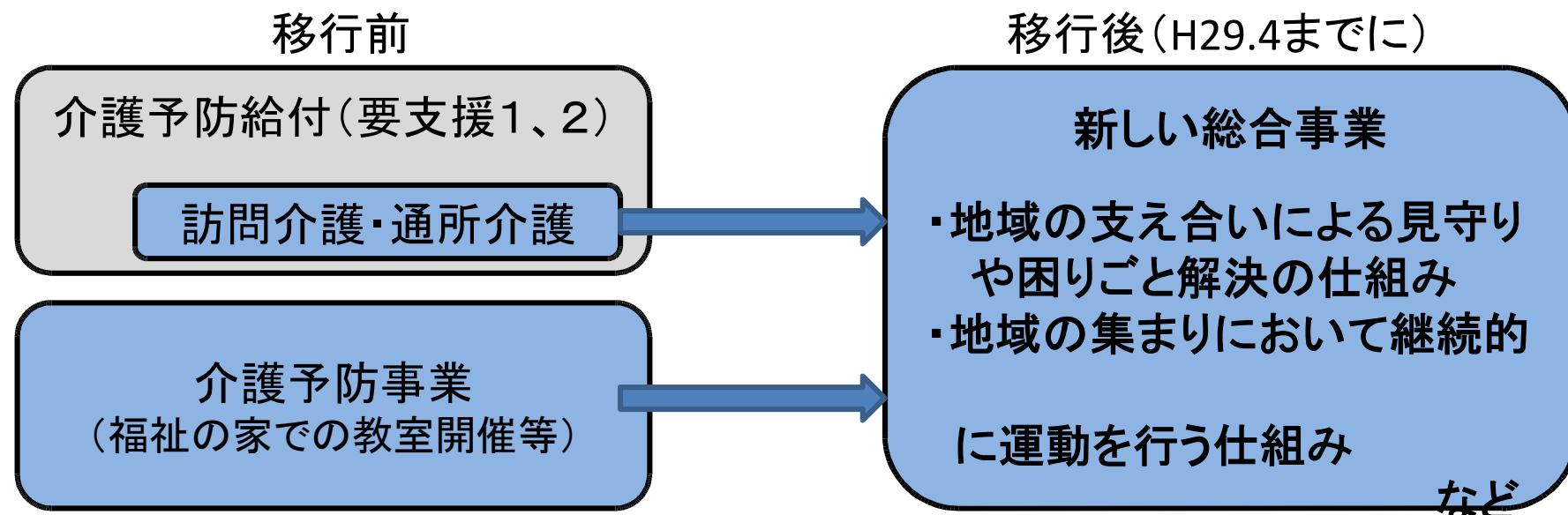
地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントとケアマネジャーが行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図ります。

①介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)

目的

介護保険制度において要支援認定者が受給できる**全国一律の訪問介護サービスと通所介護サービスを市町村が独自に行う事業に移行**させるとともに、**介護予防**のための取組をより効果的・効率的な形へと組み替えるものです。

市民をはじめ、たくさんの主体が参画して、地域での介護予防活動や支え合い活動を推進し、高齢者がいつまでも地域の中で健やかに暮らせるような仕組みを作つていきます。



「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

