

佐渡市地域包括支援センターの運営方針（案）

I 方針の策定

この「佐渡市地域包括支援センター運営方針」は、介護保険法第115条の47に基づき、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の考え方や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かつ効果的な実施に資するために策定する。

II センター設置の目的

地域共生社会の実現を目指し、高齢者をはじめ、児童、障がい者、生活困窮者等を含むあらゆる住民が住み慣れた地域で、安心した生活ができるように「医療・介護・介護予防・住まい・生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進し、一人ひとりに合ったサービスや地域資源を活用することにより、いつまでもその人らしい生活を支援する必要がある。

センターは、その目的を達成するため、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うとともに、地域の保健医療の向上及び福祉の推進を包括的に支援するための中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

III 運営上の基本的な考え方**1 地域包括ケアシステムの深化・推進**

地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等に関し、地域包括支援センターは、生活課題が複合化する高齢者への対応をはじめ、地域住民の相談を包括的に受け止める相談機関としてその強化が求められている。

今後も地域包括ケアシステムの構築に向けた中核的な機関として、機能強化を図るため、子ども若者支援、障がい福祉、生活困窮、保健業務に精通した職員との連携をしながら機能強化を図る。

2 地域におけるネットワークの活用

地域の住民や関係団体、サービス利用者や介護サービス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、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協働で、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟なセンターの運営を行う。

高齢者が介護サービスや保健・福祉・医療サービス等を適切に利用できるよう、センターは生活支援コーディネーターと協働で、介護サービス事業者、医療機関、民生委員児童委員、日常生活支援に携わるボランティア、その他地域における関係者と連携し、高齢者支援のためのネットワークの構築を推進するものとする。

3 チームアプローチによる推進

センターの保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等はそれぞれの専門性を発揮

するとともに、連携・協働しながら、相談者等の個々の事情や思いを十分に把握した上で検討・協議を行い、個別課題や地域課題の解決や活動の推進に努める。

4 市関係機関との連携

地域の高齢者の総合相談に対して、適切に保健福祉の推進が図れるよう市関係機関と連携し、相談支援等を行うものとする。

5 公正・中立性の確保

センターは、市の介護・福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正かつ中立性を確保した事業運営を行うものとする。

6 センター運営評価等

市は、佐渡市地域包括支援センター運営協議会において、センターの運営に対する評価等を審議し、常にセンターの機能強化が図れるよう支援を行うものとする。

IV 運営方針

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、各地域での特色ある創意工夫した事業運営に努める。

2 設置場所

(1) 市は、圏域内で利便性が良い場所にセンターを設置する。

佐渡東地域包括支援センター 佐渡市春日 1150 番地 20 (両津福祉センターしゃくなげ内)

佐渡西地域包括支援センター 佐渡市河原田本町 394 番地

(佐渡市役所佐和田行政サービスセンター内)

佐渡中地域包括支援センター 佐渡市畑野甲 531 番地 2 (畑野母子健康センター内)

佐渡南地域包括支援センター 佐渡市羽茂本郷 550 番地 (佐渡市役所羽茂支所内)

(2) 相談窓口「ランチ」の設置

相川ランチ 佐渡市相川羽田町 57 番地 1 (佐渡市社会福祉協議会相川支所内)

新穂ランチ 佐渡市新穂瓜生屋 501 番地 (佐渡市社会福祉協議会新穂地域センター内)

真野ランチ 佐渡市長石 211 番地 2 (真野老人福祉センター寿楽荘内)

小木ランチ 佐渡市小木町 1949 番地 4 (佐渡市社会福祉協議会小木地域センター内)

赤泊ランチ 佐渡市赤泊 2207 番地 19 (佐渡市社会福祉協議会赤泊地域センター内)

3 職員体制

職員体制は、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種及び高齢者人口に合わせて加配職員を置く。

配置基準については「佐渡市地域包括支援センターの人員及び運営に関する基準を定める条例」に基づき、職員を配置する。なお、職員体制については、今後の業務量に

より見直していくこととする。

4 センターの職務

- (1) 地域包括ケアシステムの構築のため、その中核機関としての役割を常に意識し、担当圏域のニーズ・課題の把握に努める。
- (2) 圏域の実情に応じた重点課題・重点目標を設定し、各圏域の特性に応じた事業運営に努める。
- (3) 各年度の目標を設定し、目標達成に向けての事業運営に努めるとともに、年度毎に目標に対する事業の評価を行う。
- (4) 自己評価により課題を見出し、次年度に向けて課題解決方法を検討する。

5 職員の姿勢

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することができるよう支援することを念頭に置き、常に当該高齢者の最善の利益を図るために業務を遂行する。

6 職員の資質の向上

専門性の維持向上を目的に、研修会の企画・開催や参加、参加後の情報共有・伝達などを積極的に行う。

7 書類の整備

- (1) 事業計画・実績報告書等は期日内に市へ提出を行う。
- (2) 職員の変更があった場合は、速やかに市へ変更を届出る。
- (3) 相談記録や関係文書等の情報を適切に管理し、保管する。

8 苦情対応

苦情対応マニュアルを作成し、苦情を受けた場合は、その内容及び対応等を記録し、相談・報告など適切に対応する。

9 緊急時の体制

センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備し、適切に対応を行うものとする。

10 個人情報の保護

佐渡市情報公開条例及び佐渡市個人情報保護条例を遵守し、個人情報に業務に関係のない目的での使用や、不特定多数の者に漏れることのないように、相談記録や関係文書等を適切に管理するとともに、守秘義務を厳守し、個人情報の保護を徹底する。

11 法令の遵守

センターの運営等に当たっては、地方自治法及び福祉、介護、労働等関係法令を遵守する。

V 業務の実施方針

1 総合相談支援業務

(1) 実態把握

ア 地域の高齢者の心身状況や家庭環境等について、ブランチや在宅介護支援センターと連携し、実態把握を行い、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。

イ 地域住民や関係機関から、支援が必要な高齢者の情報収集を行う。

(2) 総合相談

ア 初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげる。

イ 関係機関からの相談に対して速やかに対応し、報告するなど、信頼関係の構築に努める。

ウ 相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制を整える。

(3) 地域におけるネットワークの構築

ア センターの業務を適切に実施していくために、また業務への理解と協力を得るために、パンフレットや広報紙を作成し、様々な場所や関係機関への配布等を行うなどにより、地域住民及び関係者へ積極的に啓発を行う。

イ 地域におけるネットワークを活用したニーズ発見機能、相談連絡機能、支援機能、予防機能が円滑に機能するよう、センターとしてのネットワークの構築及び整備を行う。

ウ 構築したネットワーク及び既存のネットワークについて、3職種で共有し、ネットワークが相互に連携できるよう意識した活動に取り組む。

エ 地域の課題や住民への支援については、担当圏域包括ケア会議を開催するなど地域の関係機関と連携を図り、ネットワークを有効に活用した解決方法に取り組む。

オ サービス事業所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う。

(4) 困難事例への対応

複雑な課題がある、また、支援拒否や既存のサービスでは適切なものがない等の困難事例を把握した場合は、実態把握のうえ、職員が連携して対応策を検討し、対策を講じるものとする（個別地域ケア会議の活用等）。

また、必要に応じて、市の関係機関とも連携を図り、適切に対応を行うものとする。

2 権利擁護業務

(1) 権利擁護に関する啓発

高齢者虐待の防止や成年後見制度の活用、消費者被害の防止等に関する権利擁護について、関係機関・地域団体・各種事業所や住民等が理解を深め、権利侵害を防止するための啓発活動に取り組む。

(2) 高齢者虐待への対応

ア 地域住民や関係機関等と連携を密にすることにより、早期発見及び虐待防止に取り組む。

イ 通報や相談等を受けた場合には、「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」に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、市の関係機関とも連携を図り、適切な対応を行う。

ウ 虐待等から保護するため、老人福祉施設への措置が必要な場合は、市の関係機関との連携を図り支援する。

(3) 成年後見制度

ア 認知症などにより判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭管理、法律的行為などを支援するため、成年後見制度の活用を支援する。

イ 成年後見制度の利用が必要と判断し、申立て可能な親族がいる場合には、関係機関の紹介等を行う。

ウ 成年後見制度の利用が必要と判断したが、申立て可能な親族がない場合等は市の関係機関と連携を図り、市長申立てへつなげる。

(4) 消費者被害防止

ア 消費生活相談員や警察等の他機関と連携して消費者被害事例に対応できる体制を整備する。

イ 地域団体・関係機関との連携のもと、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応により被害を未然に防ぐよう支援するとともに、被害の回復のための関係機関に通報する。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

(1) 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

ア 地域における包括的・継続的なケアを提供するため、地域の医療・リハビリテーション等多職種・他機関との関係性を構築し、介護支援専門員と関係機関等との連携を支援する。また、構築にあたり市とセンターは連携しながら取り組むものとする。

イ 地域の介護支援専門員同士が情報の共有、実践に関する相互振り返り、やりがいの共有、精神的サポート等を可能にするために、介護支援専門員連絡会等を開催するなど、介護支援専門員同士のネットワーク構築に努める。

ウ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員と連携・協働し、介護支援専門員の

ニーズ等把握や継続的サポート体制の調整を行う。

エ 介護支援専門員の資質の向上を図る観点から、関係機関とも連携の上、情報提供や研修会等を実施する。また、研修会等を開催する際には、地域の介護支援専門員との協働で企画する等、地域の介護支援専門員が主体的に参画できる内容とする。

(2) 個別ケアマネジメント支援

ア 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。

イ 介護支援専門員の抱える課題やニーズを把握し、地域の介護支援専門員全体で情報を共有できるよう取り組む。

4 介護予防ケアマネジメント業務

(1) 第1号介護予防支援事業

要支援者及び基本チェックリストの記入内容が総合事業対象の基準に該当したもので、介護予防・生活支援サービス事業のみを利用するもの（事業対象者）に対して介護予防ケアマネジメントを実施する。

ア 地域の高齢者が可能な限り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、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、適切なアセスメントのもと、本人の主体的な活動と生活の質の向上を目指すための支援に努める。

イ 事業参加者に対しては、事業参加状況、目標達成度、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適切にモニタリングを行い、事業終了後も必要な支援を検討し、フォローアップを行う。

(2) 介護予防支援（予防給付）

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等の適切な利用ができるよう指定介護予防支援を実施する。

5 認知症高齢者及び家族への支援業務

高齢者が認知症になっても尊厳を保ち、地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の住民等に対して、認知症についての正しい知識の普及啓発を行うとともに、認知症に早期から関わり、必要な医療や適切なサービスなどにつなぐことにより、重症化の予防に努める。また、認知症初期集中支援チームの設置や認知症地域支援推進員の活動等をすすめ地域での支援・ケア向上について取り組みをすすめる。

(1) 関係機関との連携

ア 認知症高齢者やその家族を支えるため、関係機関と連携を取りながら継続的な支援を行う。

イ 市内の専門医療機関やかかりつけ医等、早期診断・早期対応に向けた医療との連携・協力体制を整備し、認知症高齢者やその家族に相談先の情報提供を行う。

(2) 地域の体制づくり

ア 地域住民や関係機関等が、認知症高齢者やその家族を地域で支え、見守ることができる体制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及啓発等を行う。

イ 地域のキャラバン・メイト（認知症に対するサポーターを育成する講師役）と連携・協力し、「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症サポーターを養成する。

(3) 認知症高齢者やその家族への支援

ものわすれ安心相談で認知症高齢者やその家族の介護相談に応じ、必要な知識や情報を提供することにより、介護負担を軽減し、在宅介護を継続できるよう支援を行う。

6 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

介護サービスに限らず、地域の保健、福祉、医療サービス及びボランティア活動、インフォーマルサービス（家族や友人、地域住民、ボランティアなどによる、制度に基づかない非公式な支援）などの様々な社会資源が有機的に連携する体制を構築するため地域ケア会議の開催及び市の事業に協力する。

(1) 地域ケア個別会議及び担当圏域包括ケア会議の開催

介護支援専門員が抱えている困難事例や、地域住民や関係機関による支援要請事例等について多職種による検討を行い、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域における課題の検討ならびに不足している社会資源の把握及び開発、施策の立案及び提言を行うため、センターは地域ケア個別会議及び担当圏域包括ケア会議を開催し、市はそれを支援する。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護を支える関係者など多職種の連携強化、在宅療養に向けての相談対応等及び在宅医療・介護の基盤整備の推進に協力する。

ア 市民への啓発

広報・講演等を通じて、在宅医療と介護に対する理解や医療・介護サービス等の普及啓発を推進する。

イ 関係者のネットワークづくり

地域の医師や歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、介護事業所等の多職種による情報交換会や研修会に参加・協力し、顔の見える関係づくりを推進する。

7 生活支援サービスの体制整備

高齢者の生きがいを持ちながら暮らしていくためには、日常生活を支えていく生活支援サービスの体制整備を図っていくことが必要不可欠であり、多種多様なサービスの充実を図るため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）やその活動を支える協議体等に参加し、その取り組みと連携し地域づくりの推進に協力する。