

野洲市地域包括支援センター運営方針

令和6年3月策定

野洲市

目 次

I	方針策定の趣旨	1
II	センターの意義・目的	1
III	運営上の基本理念	1
	1 公益性	
	2 地域性	
	3 協働性	
IV	地域包括支援センターで行う事業の実施方針	
	1 総合相談支援業務	1
	2 権利擁護業務	2
	3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	3
	4 認知症総合支援事業	4
	5 在宅医療・介護連携推進事業	4
	6 生活支援体制整備事業	4
	7 地域ケア会議推進事業	5
	8 一般介護予防事業	5
	9 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務	5
V	事業計画の作成	7

I 方針策定の趣旨

この「野洲市地域包括支援センター運営方針」は、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ことにより、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に策定します。

II センターの意義・目的

センターは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して生活が継続できるよう、その有する能力に応じた自立した日常生活の支援、要介護状態等とならないための予防、個々の状況や変化に応じて介護・医療等の様々なサービスを継続して提供することで、地域包括ケアシステムを推進し、地域共生社会の実現をめざします。

III 運営上の基本理念

1 公益性

センターは、本市の介護・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います。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念頭に置き、適切に事業運営を行います。

2 地域性

センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であることから、各圏域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。また、介護保険運営協議会や地域ケア会議等の場を通じて、地域の住民や関係団体、サービス利用者や事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日常の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組みます。

3 協働性

センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職種が業務の理念・方針を理解した上で、常に相互に情報を共有し、連携・協働の運営体制を構築し、チームで業務を遂行します。

地域の介護・保健・福祉・医療等の専門職や民生委員・児童委員等の関係者と連携を図り、課題解決に向けて取り組む。

IV 地域包括支援センターで行う事業の実施方針

1 総合相談支援業務

高齢者等に関する様々な相談に応じ、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、関係機関又は制度の利用につなげるとともに、高齢者の実態把握や専門的・継続的な支援のために必要となるネットワークの構築を行います。

(1) 総合相談支援

- ・高齢者の総合相談の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総合的かつ迅速な対応に努めます。

- ・介護保険サービスのほか、様々な社会資源を把握し、相談者へ適切な情報提供を行います。
- ・相談者と協働しながら自己決定を支援し、本人の状況に応じた適切な機関・制度・サービスにつなげます。
- ・年齢や属性を問わず、地域住民が気軽に相談でき、適切な保健・医療・福祉サービス等につなげるワンストップの総合相談の拠点としての機能を果たします。

(2) 実態把握

- ・日々の活動を通じて、地域の高齢者の心身の状況や生活実態等を積極的に把握し、顕在化していない地域のニーズや課題を明らかにし、早期に対応できるよう努めます。

(3) ネットワークの構築

- ・高齢者の生活を支えるために、行政機関、医療機関、介護サービス提供事業者、民生委員・児童委員や地域の関係者等とのネットワークを強化し、高齢者の状況に合ったサービスや地域の活動につなげられるよう、きめ細やかな相談・支援、継続的な見守り等を実施します。

2 権利擁護業務

高齢者が尊厳ある生活を維持し、安心して生活することができるよう、専門的・継続的な視点から権利擁護のために必要な支援を行います。

(1) 権利擁護の推進

- ・高齢者虐待等の権利擁護に関する相談・支援を関係機関と連携して行うとともに、未然防止に向け、高齢者への周知・啓発活動に努めます。
- ・認知症等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利用や金銭管理、法律行為などができるよう、成年後見センターもだまや関係機関と連携し、成年後見制度等の活用に向けた支援を行います。

(2) 高齢者虐待の防止

- ・高齢者虐待の早期発見・早期対応を行うため、市民、民生委員・児童委員及び介護サービス提供事業者等に虐待防止の普及啓発を継続して行います。
- ・地域型地域包括支援センターと基幹型地域包括支援センターが連携し、虐待への適切かつ迅速な対応に努めます。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

健康、身体機能、認知機能、住環境等、様々な課題を抱えている高齢者の個々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、介護支援専門員、主治医、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連携する体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援を行います。

(1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- ・高齢者一人ひとりの状態に応じた支援ができるよう、地域の保健・医療・福祉サービス提供機関、民生委員・児童委員協議会及びインフォーマルサービス等の様々な社会的資源が有機的に連携できるよう環境整備に取り組みます。

(2) 介護支援専門員に対する支援

- ・介護支援専門員が抱える事例等について、関係機関と連携し専門的見地から助言等を行い、実践力向上の支援を行います。
- ・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を活用できるように情報提供を行う

とともに、ケアマネジメント技術の向上等を目的とした研修を行います。

- ・介護支援専門員が日常的に円滑な業務を実施できるよう、介護支援専門員同士のネットワークの構築を支援します。

4 認知症総合支援事業

認知症になっても本人の意思が尊重され、希望をもって、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族の意思を生かした支援に取り組みます。

(1) 認知症に関する正しい知識の普及

- ・認知症は誰もがなり得る可能性がある身近な疾患として、幅広い年代を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への正しい理解を持った認知サポーターを養成します。

(2) 認知症への早期対応・早期診断への支援

- ・様々な機会を活用し、認知症の理解促進、早期対応・早期診断の必要性、相談窓口等の普及啓発を行います。
- ・認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携し、早期対応・早期診断に向けた支援を行います。
- ・介護保険サービス等を利用していない認知症高齢者の現状把握及び早期対応を継続して行います。

(3) 認知症の人や認知症の人を介護する家族への支援

- ・認知症地域支援推進員と連携し、認知症の相談業務、認知症カフェへの運営・活動支援、介護者家族の会の運営支援を行います。
- ・認知症の人の年齢や容態等に応じて、必要な制度やサービス等へつなぎます。
- ・認知症の人や家族の意見をさまざまな事業や活動に反映します。
- ・認知症による行方不明者を早期に発見できるように、野洲市見守りネットワーク事業活用の周知を強化します。

5 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしい生活を継続できるよう、市民への意識の醸成や、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス提供事業所等との連携強化を図ります。

(1) 市民への啓発

- ・人生の最終段階に自分が望む逝き方を選択できるよう、在宅療養や看取りに関する普及啓発を行います。

(2) 在宅医療と介護の連携

- ・医療・介護従事者等、専門職としての知識を生かした連携が深められるように、多職種参加の研修会や事例検討会を通じ、多職種連携による支援の実践につなげます。

6 生活支援体制整備事業

高齢者の生活支援及び介護予防の体制づくりに取り組む住民主体の活動団体等と連携しながら、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供体制の整備を図ります。

(1) 生活支援コーディネーターとの連携

- ・市域全体を担当する生活支援コーディネーター（第1層）や日常生活圏域等を担当する生活支援

コーディネーター（第2層）と連携を図り、既存の制度活用に向けた関わりや、高齢者の通いの場の創出、関係者間のネットワークの構築等に取り組み、住民が共に支え合う地域づくりを進めます。

7 地域ケア会議推進事業

支援が必要な高齢者等へ適切な支援を行うため、多様な関係者で検討を行うとともに、個別ケースの検討によって共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけます。

(1) 個別地域ケア会議（困難ケース型）の開催

- ・個別ケースについて地域の支援者を含めた多職種が多角的な視点から検討を行うことにより、個別課題の解決を図ります。

(2) 個別地域ケア会議（自立支援型）の開催

- ・高齢者が自分らしい生活を送れるように、多職種が、目標達成のための意欲的な行動につながる具体的な日常生活への助言を行い、自立支援に資するケアマネジメントへの支援を行います。

(3) 圏域ケア会議の開催

- ・地域課題の把握や解決に向けた検討及び支援体制の構築、ネットワークの構築を図ります。

(4) 地域包括連絡会議の開催

- ・市全体にかかわる課題解決に向けた関係組織の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、更には政策化を図ります。

8 一般介護予防事業

今後、後期高齢者人口の増加により、要支援・要介護認定の増加が見込まれることから、早期から高齢者自らが積極的な介護予防へ取り組めるように支援します。

(1) 介護予防の普及啓発

- ・健康教育の出前講座に取り組み、早期からの介護予防の必要性について積極的に普及啓発を行います。

(2) 介護予防の推進

- ・高齢者が地域の一員として役割を持ち、社会参加できるように支援を行います。
- ・「いきいき百歳体操」を用いた住民主体の介護予防の通いの場の立ち上げや、継続実施のための支援を行います。
- ・住民主体の介護予防の通いの場を活用して、閉じこもり予防やフレイル予防に取り組みます。
- ・身近な地域において、様々な身体状態の高齢者が参加できる通いの場を創出します。

9 介護予防ケアマネジメント業務及び指定介護予防支援業務

介護予防及び日常生活支援のため、高齢者の心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業、その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行います。

(1) 介護予防の推進

- ・高齢者の心身機能や環境の改善を行い、生活機能の向上や地域社会活動への参加を促し、生きがいのある生活や自己実現のための取組を支援します。
- ・地域におけるサービス提供体制の確保に努めるとともに、サービス利用にあたっては、高齢者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、自立支援の視点から、介護予防・生活支援サービス、介護予防給付サービス、一般介護予防事業、住民互助の支え合いや、民間企業等のサービスなどのインフォーマルサービスの組み合わせによる適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

(2) 自立支援・重度化防止

- ・要支援状態にある高齢者の生活機能の改善をめざし、リハビリテーション専門職と連携し、アセスメント力の向上・強化に努めます。
- ・目標志向型のケアプランを作成し、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチして支援します。
- ・要支援と要介護の移行が円滑にできるよう、居宅介護支援事業所との連携を密に行います。

V 事業計画の作成

各センターにおいては、これまでの取組状況、評価結果及び担当地域の特性や実情等を踏まえ、運営方針に基づいた具体的な事業計画を作成します。事業計画については、運営協議会にて報告します