

令和6年度

長野市地域包括支援センター 設置運営方針

令和6年度 長野市地域包括支援センター設置運営方針

I 方針策定の趣旨

この方針は、長野市における地域包括支援センター（以下「支援センター」という。）の運営上の基本的な考え方と業務推進の方向性を明確にするとともに、支援センター業務の円滑かつ効果的な実施に資することを目的に策定します。

II 支援センターの設置目的・意義

支援センターは、地域の高齢者等の保健医療の向上及び福祉の増進を総合的・包括的に支援することを目的として、必要な相談・援助を行うとともに、介護保険法で求められている包括的支援事業を地域において一体的に実施する機関として高齢者人口に応じて設置します。

運営体制は、市直営の基幹型支援センター1か所、委託支援センター19か所、サブセンター1か所とします。

また、「あんしんいきいきプラン21（第10次長野市高齢者福祉計画・第9期長野市介護保険事業計画）」の基本理念、重点項目及び基本的な政策目標を踏まえて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、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の深化・推進を図り、地域共生社会の実現を目指します。

III 運営上の基本的視点

1 公益性

支援センターは、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。

支援センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料、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います。

2 地域性

支援センターは、地域の介護・福祉サービスの体制を支える中核的な機関として担当圏域の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。

地域ケア会議、民生児童委員協議会などの地域で行われている活動を通じて、地域住民や関係機関、サービス利用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、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

支援センターの保健師（看護師）、社会福祉士及び主任ケアマネジャー等の専門職（以下「専門3職種等」という。）が相互に情報を共有し、連携・協働の実施体制を構築し、業務全体をチームとして支えます。

効果的な事業実施のため、地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生児童委員等の関係者と連携を図りながら活動します。

IV 基本的な運営方針

1 共通事項

(1) 事業計画の作成

支援センターは、本運営方針に基づき、担当圏域の実情やニーズに応じて重点的に取り組むべき業務を設定し、具体的な年間事業計画を作成します。

(2) 支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口として、その存在や事業内容を広く市民に浸透させるため、様々な機会を捉えて、広報・周知活動を行います。

(3) 職員の姿勢

支援センターの職員は、公正・中立な立場であることを認識し、その設置目的と基本的機能を念頭に置き、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。

(4) 職員の資質向上

支援センターの職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、事業の実施に必要な知識・技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加するとともに、学んだ知識・技術については全職員に伝達、共有することにより、支援センター全体の資質向上に努めます。

(5) 法令の遵守

支援センターの運営等にあたっては、関係法令等の遵守を徹底します。

(6) 個人情報の保護

支援センターが有する相談記録及び関係文書等の情報を適切に管理、保管するとともに、業務の遂行にあたり知り得た個人情報について、漏えい及び目的外利用の防止に向けた管理体制（責任者の配置、管理簿への記載等）を整備し、厳重な取り扱いを徹底します。

(7) 苦情対応

支援センターに関する苦情を受けた場合は、その内容を記録し、迅速かつ適切に対応するとともに、再発防止に努めます。

2 重点的に行うべき業務の方針

(1) 総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は、8050 問題、世帯の経済的な問題等、複雑化・複合化した問題が増えています。相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

(2) 家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対する支援が重要視されています。介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図ります。

また、ICTを活用した家族介護者への支援についても検討します。

(3) ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例の中には、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。

管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネジャーを支援します。

(4) 高齢者を支える地域の体制づくり

生活支援が必要な高齢者の増加と、社会全体で担い手が減少する中で、地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実と連動し、生活課題の抽出、社会資源の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進します。

住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出します。

3 介護事業者・医療機関・民生児童委員・地域福祉ワーカー・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会及び専門職との連携）の構築方針

地域において、行政機関、介護サービス事業者、医療機関、住民自治協議会や民生児童委員など地域の関係者、ボランティア等とのネットワークを構築し、その調整役として、高齢者一人ひとり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かな相談・支援を実施します。

4 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業等）の実施方針

第1号介護予防支援事業により、地域で暮らす高齢者の自立支援及び介護予防を積極的に進めるため、介護予防サービス事業所の活用のほか、担当地区内の住民主体の場、地区公民館、民間事業所等が提供しているインフォーマルサービスの活用を推進します。

5 ケアマネジメント支援の実施方針

支援センターが主体となり管内ケアマネ連絡会を開催し、情報共有や勉強会を実施することで、ケアマネジャーのスキルアップを図ります。

高齢者が抱える様々な問題への解決に向けて、地域のケアマネジャーが、自身の役割や解決方法を整理し、主治医や地域の関係機関との連携・調整を図り、自ら問題解決ができるよう、具体的な支援方法の検討及び助言などの支援を行います。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業」における自立支援に向けたケアマネジメント支援に取り組みます。

6 地域ケア会議の運営方針

個別ケア会議及び地域ネットワーク会議は、地区を担当する支援センターが中心となって開催します。

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付けます。

7 市や関係機関との連携方針

支援センターは、市及び関係機関との連携を図り、効率的に業務運営を行うため、次の会議に参加します。

(1) 「長野市地域包括支援センター運営協議会」

支援センターの設置、業務の方針、運営、職員の確保及び地域包括ケア等に関することを所掌し、支援センターが行う業務の評価を行って意見を述べ、適切、公正かつ中立な運営の確保を目指します。

(2) 「地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議」

支援センター運営の基本方針、介護予防事業及び包括的支援事業等の事業方針など、センターの運営に係る事項及び地域包括ケアシステムの深化・推進に関することについて、市と地域包括支援センターとの合意形成を図ります。

また、担当区域を越えた課題や重点事業について、支援センター間の連携及び情報交換を図り、課題の解決に向けた検討を行います。

8 公正・中立性確保のための方針

支援センターは、当該年度の事業計画書、収支予算書並びに前年度業務の評価指標の結果、事業報告書及び収支決算書等を市が設置する長野市地域包括支援センター運営協議会に提出します。

支援センターは、長野市地域包括支援センター運営協議会の意見等を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保します。

9 チームアプローチによる業務方針

専門3職種等が、多様化・複雑化した相談に対して、相互に情報を共有し、それぞれの専門性を活かし、連携・協働しながら多様な視点から問題の解決を図り、包括的に高齢者を支える“チームアプローチ”の考え方を基本として、業務を行います。

また、常に各種サービスの最新情報を把握するとともに、チームアプローチを円滑、確実に行うために、高齢者や地域に関する情報の共有化を図り、相談・支援のスキルアップに努めます。

V 個別事業の実施方針

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善を図り、状況を踏まえた目標を設定するとともに、本人の意欲に働きかけながら、効果的な介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるよう、ケアプランを作成します。

また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

専門3職種等が高齢者等の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、包括的、継続的に支援します。

高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、隠れた問題やニーズを発見できないため、民生児童委員等の協力を得ながらアウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家族環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげます。

担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組めます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援に努めます。

高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関

や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害を未然に防止するため、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。

長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室との連携を密にし、成年後見制度等の普及や啓発を図るとともに、制度の利用に向けた支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ケアマネジャー業務の円滑な実施を支援するため、ケアプランの作成についての相談や複雑化・複合化したケースの相談などについて、専門3職種等がその専門性を活かし具体的な援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議や支援センターが開催する管内ケアマネ連絡会も活用しながら、ケアマネジャーへの支援・助言を行います。

また、ケアマネジャー同士のネットワークを通じて、地域の社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるよう、地域の様々な関係機関とのネットワークの構築を図ります。

(4) 認知症総合支援事業

認知症の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の視点を踏まえ、普及啓発の推進を図るとともに地域での見守り・支援体制づくりを進めます。

また、保健・医療・介護の各種専門機関や認知症疾患医療センターとの連携の充実を図り、できるだけ早い段階で必要な医療・介護等につなげ、安心して暮らせるように、相談支援の充実を図ります。

(5) 地域ケア会議の充実

個別ケア会議では高齢者等個人の課題への対応を、本人や家族、専門職、民生児童委員、自治会役員、ボランティア、行政職員などの参加者によって、多様な視点から検討し、地域におけるその人らしい生活の継続を支援します。「本人が地域で暮らしていけるために、地域でどう支援していくか」という視点で課題解決のための議論を行い、個人の課題解決、ネットワークの構築及び、地域課題の発見機能を強化します。

自立支援型個別ケア会議においても、ケアマネジャーの実践力向上とともに、地域課題の把握及びネットワークの構築に努めます。

個別ケア会議等の積み重ねによる地域課題の抽出を踏まえ、「地域ネットワーク会議」を開催することで、課題解決に向けた調整や推進、支え合いの仕組みの創出につなげます。

(6) 生活支援体制整備事業

総合相談業務などから得られる地域課題を抽出・分析し、高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、住民自治協議会に配置された地域福祉ワーカー

一、支所及び住民自治協議会と連携するなど地域の地域福祉活動計画や住民活動と連動し、地区の特性や実情に応じた住民同士による「生活支援」や「集い・通いの場」、「移動支援」などの「支え合い活動」の創出に向けた取り組みを行います。

また、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している高齢者の実状や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めるため、医療機関等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の充実を図ります。

支援センターは、長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用、多職種連携研修会への参加、人生会議（ACP）の啓発に協力します。

VI 基幹型支援センターの主な役割

1 統括・運営・総合調整に関すること

- (1) 「地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議」の企画及び開催
- (2) 支援センター業務評価での自己評価に対する、業務の平準化・効率化や向上のための助言
- (3) 市関係各課及び関係機関との連携調整
- (4) 制度改正等の周知及び各種マニュアルや手順書の整備、更新

2 委託地域包括支援センターの後方支援

- (1) 支援困難ケースの後方支援、同行訪問、関係機関との連絡調整等
- (2) 災害時の被災状況の把握、業務継続のための判断及び支援

3 地域ケア会議の開催支援

- (1) 個別地域ケア会議の助言、及びネットワーク構築への支援
- (2) 地域ネットワーク会議の開催支援（関係機関との連携支援、情報交換会や研修等）
- (3) 地域づくり・資源開発・政策形成に向けた長野市ケア会議の開催

4 認知症施策の推進

相談支援体制や関係機関（認知症疾患医療センター含む）との連携体制の充実

5 権利擁護業務の支援

- (1) 高齢者虐待ケースの相談窓口、事実確認、コアメンバー会議等の調整、立入調査、進行管理及び介入（役割分担に基づいた対応）

- (2) 高齢者虐待防止のためのネットワーク会議や関係機関とのネットワーク強化
- (3) 消費者被害未然防止のための広報・啓発、関係機関との連携

6 人材育成の支援

- (1) 各種研修会（外部研修への参加推奨も含む）、各専門職の情報交換、事例検討会の開催による支援センター職員の資質向上
- (2) 介護予防に係るケアマネジメント支援のための研修、情報提供、助言等

令和6年度

長野市地域包括支援センター
事業計画

FEEL NAGANO, BE NATURAL

この街で、わたしらしく生きる。長野市

目次

地域包括支援センター(担当地区)	ページ
中部(戸隠・鬼無里)	1
コンフォートにしつるが(第一・第三・第四・第五)	6
博愛の園(第二・浅川・芋井)	12
芹田(芹田)	16
ニチイケア高田(古牧)	22
ケアポート三輪(三輪)	24
吉田(吉田)	29
富竹の里(古里・柳原・長沼)	37
コンフォートきたながいけ(大豆島・朝陽)	42
若槻ホーム(若槻)	45
安茂里(安茂里・小田切・七二会)	51
篠ノ井総合病院(篠ノ井(中央・信里))	57
桜ホーム(篠ノ井(川柳・塩崎)・信更))	59
やすらぎの園(篠ノ井(東福寺・西寺尾・横田・合戦場))	63
星のさと(篠ノ井(共和)・川中島)	66
長野松代総合病院(松代)	75
ケアプラザわかほ(若穂)	82
インターコート藤(更北(青木島・真島))	88
コスモス(更北(小島田・稲里))	96
豊野サブセンター(豊野)	99
新町病院(信州新町・大岡・中条)	102

令和6年度 長野市中部地域包括支援センター事業計画

I 計画の趣旨

長野市中部地域包括支援センターは、戸隠・鬼無里地区に居住する高齢者等が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、専門職種（社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師等）を配置し、保健・医療・福祉に関する相談・支援等を包括的かつ継続的に実施します。

II 基本的な運営方針

1 事業計画

長野市の運営方針に基づき、担当圏域の実情やニーズに応じて重点的に取り組むべき業務を盛り込んで作成します。

2 支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口として、その存在や事業内容を広く市民に浸透させるため、様々な機会を捉えて、広報・周知活動を行います。

3 職員の姿勢

支援センターの職員は、公正・中立な立場であることを認識し、その設置目的と基本的機能を念頭に置き、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。

4 職員の資質向上

支援センターの職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、事業の実施に必要な知識・技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加するとともに、学んだ知識・技術については全職員に伝達、共有することにより、支援センター全体の資質向上に努めます。

5 法令の遵守

支援センターの運営等にあたっては、関係法令等の遵守を徹底します。

6 個人情報の保護

支援センターが有する相談記録及び関係文書等の情報を適切に管理、保管するとともに、業務の遂行にあたり知り得た個人情報について、漏えい及び目的外利用の防止

に向け、責任者を所長とし、個人情報を持ち出す際は「機密（個人）情報外部持出管理簿」で管理し厳重な取り扱いを徹底します。

7 苦情対応

支援センターに関する苦情を受けた場合は、その内容を記録し、迅速かつ適切に対応するとともに、再発防止に努めます。

Ⅲ 重点的に行うべき業務の方針

1 総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は、8050 問題、世帯の経済的な問題等、複雑化・複合化した問題が増えています。相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、戸隠・鬼無里地区の在宅介護支援センターと連携し、高齢者実態把握を含めた相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

2 家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、在宅介護支援センターと連携し、介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図ります。

3 ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例の中には、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。

管内ケアマネ連絡会を2回開催し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネジャーを支援します。

4 高齢者を支える地域の体制づくり

生活支援が必要な高齢者の増加（高齢化率は戸隠地区51.6%、鬼無里地区 60.1% R6. 3月現在）と、若い世代が減少する中、山間地であるため地域の社会資源が乏しいという課題があります。また、公共交通機関が少なく、高齢になって運転免許返納をした後の移動手段が無くなる課題もあります。

戸隠・鬼無里地区の住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出します。

IV 包括的支援事業の方針

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善を図り、状況を踏まえた目標を設定するとともに、本人の意欲に働きかけながら、効果的な介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるよう、ケアプランを作成します。

また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

専門3職種等が高齢者等の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、包括的、継続的に支援します。

高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、隠れた問題やニーズを発見できないため、民生児童委員等の協力を得ながらアウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家族環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげます。担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組めます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援に努めます。

高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害を未然に防止するため、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。

長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室との連携を密にし、成年後見制度等の普及や啓発を図るとともに、制度の利用に向けた支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ケアマネジャー業務の円滑な実施を支援するため、ケアプランの作成についての相談や複雑化・複合化したケースの相談などについて、専門3職種等がその専門性を活かし具体的な援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議や支援センターが開催する管内ケアマネ連絡会も活用しながら、ケアマネジャーへの支援・助言を行います。

また、ケアマネジャー同士のネットワークを通じて、地域の社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるよう、地域の様々な関係機関とのネットワークの構築を図ります。

(4) 認知症総合支援事業

認知症の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人や、その家族の視点を踏まえ、普及啓発の推進を図るとともに地域での見守り・支援体制づくりを進めます。

また、保健・医療・介護の各種専門機関や認知症疾患医療センターとの連携の充実を図り、できるだけ早い段階で必要な医療・介護等につなげ、安心して暮らせるように、相談支援の充実を図ります。

(5) 地域ケア会議の充実

個別ケア会議では高齢者等個人の課題への対応を、本人や家族、専門職、民生児童委員、自治会役員、ボランティア、行政職員などの参加者によって、多様な視点から検討し、地域におけるその人らしい生活の継続を支援します。「本人が地域で暮らしていけるために、地域でどう支援していくか」という視点で課題解決のための議論を行い、個人の課題解決、ネットワークの構築及び、地域課題の発見機能を強化します。

自立支援型個別ケア会議においても、ケアマネジャーの実践力向上とともに、地域課題の把握及びネットワークの構築に努めます。

個別ケア会議等の積み重ねによる地域課題の抽出を踏まえ、戸隠地区については既存の「そばの郷ネット」、鬼無里地区については「鬼無里地区福祉熱人ワーク会議」を活用し、地域ネットワーク会議を開催します。

(6) 生活支援体制整備事業

総合相談業務などから得られる地域課題を抽出・分析し、高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、住民自治協議会に配置された地域福祉ワーカー、支所及び住民自治協議会と連携するなど地域の地域福祉活動計画や住民活動と連動し、地区の特性や実情に応じた住民同士による「生活支援」や「集い・通いの場」、「移動支援」などの「支え合い活動」の創出に向けた取り組みを行います。

また、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している高齢者の実状や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めるため、医療機関等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の充実を図ります。鬼無里地区で毎月開催されている「鬼無里在宅医療介護連携推進会議」を継続実施していきます。

支援センターは、長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用、多職種連携研修会への参加、人生会議（ACP）の啓発に協力します。

令和6年度 地域包括支援センターコンフォートにしつるが事業計画

地域包括支援センターにしつるがは、第一・第三・第四・第五地区地域の高齢者等の保健医療の向上及び福祉の増進を総合的・包括的に支援する事を目的として、必要な相談・援助を行うとともに、介護保険法で求められている包括的支援事業を地域において一体的に実施します。

地域に住まう高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、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、個々の状況変化に応じた介護・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の深化・推進を図り、地域共生社会の実現を目指します。

I 運営上の基本的視点

1 公益性

支援センターは、市の介護・福祉行政を担う公益的機関の一つとして、公正で中立性の高い事業運営を行います。

2 地域性

支援センターは、地域の介護・福祉サービスの体制を支える中核的な機関として、担当地区の特性や実状に適切に応じた事業運営をします。

地域住民や関係機関、サービス利用者等の意見を汲み取り、地域が持つ課題の把握や解決に向け取り組みます。

3 協調性

支援センターの保健師（看護師）、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の専門職が相互に情報を共有し、連携・協働し業務に従事します。

地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生児童委員等の関係者と連携・協働します。

II 基本的な運営方針

1 共通事項

(1) 事業計画の作成

支援センターは、長野市地域包括支援センター設置運営方針に基づき、担当地域の実状やニーズに応じた業務を設定し、年間事業計画を作成します。

(2) 支援センターの周知活動

地域の高齢者福祉の総合相談窓口として、その存在や事業内容を広く地域住民に周知できるよう、地域の会議や集まりに参加し広報・周知活動を行います。

(3) 職員の姿勢

支援センターの職員は、公正・中立な立場であることを認識し、センターの設置目的と機能を

念頭に置き、常に相談者の利益に資するため業務に従事します。

(4) 職員の資質向上

支援センターの職員は対人支援者として、知識・技術の習得・向上を目的とした研修等に参加するとともに、学んだ研修内容を全職員に伝達し、共有する事で支援センター全体の資質向上に努めます。

(5) 法令の遵守

支援センターの運営にあたり、関係法令等を遵守します。

(6) 個人情報の保護

支援センターが有する相談記録及び関係文書等の情報を適切に管理・保管するとともに、業務を行うにあたり知り得た個人情報について、漏洩及び目的外利用の防止への管理体制を整備し、厳重に取り扱います。

(7) 苦情対応

支援センターが苦情を受けた際は、その内容を記録し、適切に対応するとともに再発防止に努めます。

2 重点的に行うべき業務

(1) 総合相談支援体制への取り組み

地域の高齢者が抱える複雑化・複合化した問題に対し、各分野と連携を図りながら総合相談支援を行います。

高齢者等が判断力や心身機能の低下により介護が必要な状態になっても、生命や財産が守られ、住まう地域において安心して暮らせるよう権利擁護支援を行います。

(2) 家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対する支援を行います。介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援に取り組みます。

また、ICTを活用し家族介護者への支援に努めます。

(3) ケアマネジメント支援への取り組み

管内等のケアマネジャーが担当する複雑化・複合化した困難な事例に対し、相談や同行訪問、会議等への参加及びケアマネジャー連絡会、個別ケア会議やネットワーク会議の開催により支援をしていきます。

(4) 認知症高齢者とその家族への支援

認知症に関する正しい知識を持てるよう教室を開催し、認知症になっても尊厳を保ちながら安心して暮らせるよう地域と各種専門機関との支援体制づくりに取り組みます。

(5) 高齢者を支える地域の体制づくり

地域の特性や高齢者の生活実態を把握し、課題の抽出や解決に向けた取り組み、社会資源の把握や創出につなげます。

地域福祉ワーカーや住民自治協議会、民生児童委員やボランティア等との連携・協働を図り、住民主体による支え合い活動の推進に取り組みます。

3 介護事業者・医療機関・民生児童委員・地域福祉ワーカー・ボランティア等の関係者とのネットワークの構築方針

地域において、行政機関、介護サービス、医療機関、住民自治協議会や民生児童委員など地域の関係者、ボランティア等と連携し、地域の高齢者の状況に適したサービス利用や地域活動参加へつなげる事ができるよう支援をします。

4 介護予防に係るケアマネジメントの実施方針

第1号介護予防支援事業により、地域で暮らす高齢者の自立支援及び介護予防を積極的に進めるため、介護予防サービス事業所の活用のほか、担当地区内の住民主体の場、地区公民館、民間事業所等が提供しているインフォーマルサービスを活用します。

5 ケアマネジメント支援の実施方針

支援センターは管内ケアマネジャー連絡会を主催し、情報共有や勉強会を実施する事でケアマネジャーの資質向上を図ります。

高齢者が抱える様々な問題の解決に向けて、ケアマネジャーが主体性を持ち医療や地域の関係機関と連携・協働を図り、自ら問題解決が出来るよう支援を行います。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業」における自立支援に向けたケアマネジメント支援に取り組みます。

6 地域ケア会議の運営方針

個別ケア会議及び地域ネットワーク会議を、支援センターが主催します。

支援が必要な高齢者等への適切な支援を行うため、多職種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つなげます。

7 公正・中立性確保のための方針

支援センターは、当該年度の事業計画書、収支予算書並びに前年度業務の評価指標の結果、事業報告書及び収支決算書等を市に提出します。

支援センターは、適切・公正かつ中立に運営をします。

8 チームアプローチにより業務方針

専門職3職種等が、多様化・複雑化した相談に対して相互に情報を共有し、それぞれの専門性を活かし連携・協働をしながら多様な視点によるチームアプローチを基本とし、問題解決を図ります。

また、常に各種サービスの最新情報を把握するとともに、高齢者の実態と地域の状況を把握し、支援に役立てるよう努めます。

Ⅲ 個別事業の実施方針

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、アセスメントの実施により生活機能の維持・向上を図り、状況に応じた目標を設定するとともに、本人が意欲を持って達成に取り組めるよう介護予防・生活支援サービス事業等の利用を検討し、ケアプランを作成します。

また、長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

専門3職種等が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや制度の利用、関係機関や地域等へつなぎ、継続的な支援します。

高齢者や家族等からの相談を待つだけではなく、隠れた問題やニーズも把握できるよう民生児童委員等と連携しながら地域に出ていくアウトリーチにより、地域の高齢者の状態や環境、地域状況等を把握することで、早期対応や予防的対応に努めます。

基本チェックリストを活用し、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供支援の必要性を判断し、介護予防ケアマネジメントにつなげます。

センター職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワーク強化に取り組みます。

(2) 権利擁護支援

高齢者の権利を守るため、地域等に向けた高齢者虐待防止の啓発と、早期発見に取り組みます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援に努めます。

高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援を行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者の悪質商法や特殊詐欺等の消費者被害を未然に防げるよう、消費生活センターや警察等の関係機関と連携して最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。

長野市成年後見センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室と連携し、成年後見制度等の啓発や普及を図るとともに、制度活用に向けた支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

ケアマネジャー業務の支援を支援するため、ケアプラン作成や複雑化・複合化したケースの相談等について、専門3職種等が専門性を活かし援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議やケアマネジャー連絡会も活用しながら、ケアマネジャーへの支援を行います。

連絡会や個別ケア会議を開催し、ケアマネジャーの実践力向上及びより主体的に問題解決に向かう事ができるよう支援します。

ケアマネジャーと地域の社会資源の情報を共有し、地域の様々な関係機関とのネットワーク構築にも取り組みます。

(4) 認知症総合支援事業

認知症の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の支援を踏まえ、啓発普及の推進を図るとともに地域における見守りや支援体制づくりに取り組みます。

また、保険・医療・介護の各専門機関や認知症疾患医療センターとの連携を強化し、早期段階で医療や介護等につなげ、支援を継続していきます。

認知症相談会の周知、安心おかえりカルテ作成、認知症見守り SOS ネット事業の活用、若年性認知症への支援、認知症初期集中支援チームとの連携をします。

認知症地域支援推進委員会を中心に、地域や地域福祉ワーカーと協働し認知症サポーター養成講座、認知症学びの会を開催します。

第三地区で開催中の認知症カフェへ協力を続けます。チームオレンジとも協働し、認知症啓発活動に取り組んでいきます。

(5) 地域ケア会議の開催

個別ケア会議では高齢者等個人の課題に対し、本人や家族、専門職、民生児童委員、自治会役員、ボランティア、行政職員などの参加者による多様な視点で解決支援を検討し、地域における本人が望む生活を支援します。

個別ケア会議を随時開催します。

介護予防のための個別ケア会議を、管内ケアマネジャーの実践力の向上も目指す包括的継続的支援の目的と合わせ、年1回以上開催します。

地域包括支援ネットワーク構築及び地域課題の発見・把握に努めます。

(6) 生活支援体制整備事業

総合相談業務等から地域課題を抽出・分析し、地域に応じた高齢者の支援体制を構築するため住民自治協議会及び配置された地域福祉ワーカー等と連携し、地域の福祉活動や住民運動とも力を合わせ、住民同士による生活支援や集い・通いの場、移動支援等の支え合い活動の創出へも取り組みます。

高齢者の生活課題に対するごとの支援体制を構築するため、各住民自治協議会に配置された生活支援コーディネーターや、各住民自治協議会と連携し、地区の地域福祉計画や住民活動と連動し、住民同士による支え合い活動創出に取り組む。

第一・第三・第四・第五地区と、地域課題の発見・把握及び地域づくりと資源開発を目的とした地域ネットワーク会議を年1回以上開催する。

(7) 介護予防把握事業

総合相談支援業務として、高齢者実態把握を行います。

市で実施する介護予防普及啓発事業等において情報提供された、ハイリスク対象者へ連絡、訪問を行います。

民生児童委員等地域住民や、関係機関等とも連携し高齢者及び地域の実態把握を行います。

(8) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めるため、医療機関等との連携を強

化しながら、地域の関係機関の連携体制の充実も図ります。

支援センターは長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用、各研修会への参加、人生会議（ACP）の啓発と運用に取り組みます。

IV その他

1 介護者教室の開催

高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族等に対して、必要としている介護知識や介護技術、サービスの利用方法習得とともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を目的とした介護者教室を開催します。

令和6年度は「男性介護者のつどい」「人生会議（ACP）」「認知症ケア」「その他」をテーマとし各地区で開催します。

2 地域での介護予防活動支援

住民自治協議会や各種団体と協働して、お茶のみサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の充実を図るとともに、運動教室や集い等へ住民が主体的に参加、取組めるよう支援します。

また、集い・交流の場の情報を集約し、高齢者や家族への情報提供や、高齢者の社会参加の推進を図るため、生活支援コーディネーターと情報共有をしながら、通いの場台帳を活用します。

3 フレイル予防の推進

閉じこもり高齢者の基礎体力の低下、社会活動への不参加などによる認知機能の低下等に対し、民生児童委員や地域とも連携し、支援が必要な高齢者を早期に発見し、医師や管理栄養士等、療法士とも連携し必要な支援をします。

フレイル予防のためのチェック&ガイド、フレイル予防講座を紹介するなどの取り組みを行います。

4 地域福祉関係者連絡の会

保健・医療・福祉関係者による協議の場を年3回設け、地域包括ケアシステム構築に努めます。

令和6年度 長野市地域包括支援センター博愛の園 事業計画

1 目的

長野市地域包括支援センター設置運営方針に基づき、地域で暮らす高齢者の心身の健康保持、生活の安全、生きがい作り及び介護予防のために必要な相談・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継続して支援します。

また、地域や関係機関等とのネットワークを構築し、地域住民の医療・保健・福祉サービスへの糸口となるような、高齢者福祉の地域における拠点となり住民組織と連携した地域づくりを目指します。

2 職員体制

職名	氏名	性別	資格	備考
所長兼看護師	北野 恵利子	女	看護師・主任介護支援専門員	指定居宅介護予防事業兼務 管理者：北野兼務
社会福祉士	内川 史子	女	社会福祉士・主任介護支援専門員	
主任介護支援専門員	馬場 綾	女	認知症地域支援推進員・主任介護支援専門員・介護福祉士	
主任介護支援専門員	武田 佳津子	女	主任介護支援専門員・認知症地域支援推進委員・介護福祉士	
事務	酒井 美幸	女		法人事務兼務

3 市との連携

直営包括支援センター、地域包括ケア推進課、高齢者活躍支援課、介護保険課、生活支援課、障害福祉課、保健所、保健センター、他包括支援センター等と密接な関係を図りながら、公正で中立性の高い業務運営を行います。

4 個人情報の取り扱い

社会福祉法人「博愛会」の個人情報取り扱い基本方針に基づき、守秘義務の遵守と個人情報の取り扱いには厳重な注意のもと実施していきます。

5 事業内容

1) 総合相談支援

重点項目	実施方法	留意事項
主軸をなす 相談支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ○ 相談主訴の明確化及び相談支援台帳の作成と職員間での協議により支援方法の明確化を行い、関係機関との連携による、医療・保健・福祉サービス関係者との協働を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行う。 ○ 対応が困難な事例については、関係機関との連携や重層的支援体制整備事業等の活用する。 ○ 認知症相談については、包括としての支援で対応できない状況と判断した場合には、相談サポート事業の活用につなげていく。 ○ 民生委員との同行訪問によるセルフネグレクト等支援困難者の相談支援 ○ お茶のみサロン等に出向き、相談を迷っている者に対する、個別相談を受けていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問は2人体制 緊急対応は一人ではしない。 ・多様な視点から問題の解決を図り チームアプローチの考え方を基本とする。 ・日常生活で利用する店舗等との連携による相談窓口の周知を図る。

2) 権利擁護事業

重点項目	実施方法	留意事項
高齢者虐待予防と早期発見・早期介入	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の介護支援専門員・サービス事業者・民生委員・福祉推進委員等の協力のもと対応していくことで、地域での必要な相談にタイムリーに対応していく。 ○ 高齢者虐待防止マニュアルに沿って三職種で迅速かつ適切な対応をしていく。 	施設における処遇状況等については、運営推進会議の機会を活用し、啓発活動の場としつつ、職員の相談に応じていく。
成年後見制度の利用支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域住民に対しては、お茶のみサロン等を活用し、啓発活動を実施する。 ○ 介護支援専門員には、ケアマネ連絡会を活用し、アセスメントの権利擁護の具体的な視点とできるように啓発活動を実施する。 ○ 長野市成年後見センターやおひとりさまあんしんサポート相談室との連携 	権利擁護が必要な者ができた時には、同行訪問等を実施して、制度活用ができるように、速やかに対応をしていく。
消費者被害の防止	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問を主体として活動している、民生委員、訪問介護員、介護支援専門等の活動の中で、消費者被害を防ぐために、訪問時の視点を、会議等の席で周知していく。 	消費者センターや警察などと連携し最新情報の収集に努める。

3) 包括的・継続的ケアマネジメント

重点項目	実施内容	留意事項
介護支援専門員へのサポート	<ul style="list-style-type: none"> ○ 年に4回、介護支援専門員連絡会を実施 ○ 支援困難事例へのスーパー・バイスの実施と個別ケア会議の開催 ○ 介護支援専門員の地域の社会資源活用支援としての知識の共有化及び地域の様々な関係機関とのネットワーク構築を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題解決に向けて必要時、必要な関係者と連携が取れるように参加者召集をする。 ・知識の共有と活用レベルでの意見交換会を心がける。

4) 認知症総合支援

重点項目	実施内容	留意事項
認知症地域推進委員としての支援活動	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関への受診にもつながらない方の支援困難化の実状を踏まえ、相談サポート事業の活用をしていく。また、啓発活動を実施して、早期受診へのシステム作りに何が必要であるのかを、かかわった事例分析していく。また保健・医療・介護の各専門機関や認知症疾患医療センターとの連携を図る。 ○ 介護者教室・お茶のみサロン活用して、認知症ケアの学習の機会を提供し、生活の中での認知症の早期発見・早期受診につなげていく。 ○ 認知症サポーター養成講座の実施 ○ チームオレンジの認知症サポーター養成協力と支援 ○ 認知症啓発月間における地域への発信 ○ 行方不明者の早期発見する取り組み ○ 認知症カフェの設立及び継続支援を各関係 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアパスを職員が理解し、ケアパスに沿った対応ができるスキルを身に付ける。 ・安心おかえりカルテ作成 ・見守り SOS ネット事業の行方不明者への捜査協力（業務の範囲内で） ・働き世代の家族への支援

	機関と連携を行う。	
--	-----------	--

5) 在宅医療、介護連携推進事業

重点項目	実施内容	留意事項
	○ 医療関係との連携については、多職種連携シート、入退院時における連携、情報収集の手引き、ACP 啓発パンフレット等の活用をする。	

6) 生活支援体制整備事業

重点項目	実施内容	留意事項
生活支援体制整備事業へのサポート	○ 地域福祉ワーカーや支所、住民自治協議会と連携し、地域の社会資源の構築と有効に利用できるよう支援していく。 ○ 住民組織とのつながりを活用して、住民組織やボランティアの主体的な支え合い活動を育成していく。	・ 地域福祉活動計画や住民活動と連動し、地域の実情に応じていく。 ・ 地域ネットワーク会議等の機会を活用。

7) 地域ケア会議開催

重点項目	実施内容	留意事項
ケア会議の活用	○ 支援困難時の個別ケア会議の開催 ○ 地区ケア会議への出席により、地域での課題への早期相談支援 ○ 個別ケア会議の積み重ねによる地域課題の抽出 ○ 地域ネットワーク会議の開催	・ 支援困難なケースワークは個別ケア会議を開催して、関係者で協働して対応できるよう調整役を担う。

8) 第一号介護予防支援事業

重点項目	実施内容	留意事項
介護予防ケアプランの作成	○ 介護予防・日常生活支援総合事業の利用に対して、自立支援に即したケアプランを、利用者自身の目標設定ができるように支援をしていく。 ○ 重度化防止の取り組みを推進	目標が達成可能なものであること。 本人の活力資産・変形資産を社会資源のひとつとして活用できること。 ・ 訪問型短期集中予防サービスの活用

9) フレイル予防・対策の推進への協力

重点項目	実施内容	留意事項
フレイル予防の推進	○ 民協、お茶のみサロン等パンフレット活用し啓発	

10) 介護者教室開催

重点項目	実施内容	留意事項
	○ 地域の実情に合わせて開催	

11) 介護予防把握事業

重点項目	実施内容	留意事項
	<ul style="list-style-type: none">○ 早期把握に向けて、民協会議、お茶のみサロンを活用し啓発○ 情報提供されたハイリスク対象者の対応	

各種会議等

- 1) 地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議への参加
- 2) グループホーム及び地域密着型施設での運営推進会議への参加と運営支援

職員研修

- 1) 介護支援専門員としての法定研修の受講（更新研修・主任介護支援専門員更新研修）
- 2) 長野県及び長野市主催の包括的支援事業に関する研修の受講
- 3) 長野県及び国保連合会主催の個人情報、苦情対応関係研修の受講
- 4) スキル・知識など仕事の生産性を高めるための職員研修を月1回開催する。

令和6年度 長野市地域包括支援センター芹田 事業計画

1 運営の方針

高齢者が住み慣れた地域で、人格を尊重され、自分らしく健やかで生きがいを持って安心して日常生活を続けられるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図る中核的な役割を果たす機関として、関係機関と連携を図りながら公正・中立な立場で事業運営を行います。

なお、長野市地域包括支援センター設置方針に掲げられた「運営上の基本的視点」及び「基本的な運営方針」を踏まえながら、次の事業を実施します。

2 事業内容

◇ 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（平成27年6月5日付け通知）及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、利用者の状態にあったサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、適切な介護予防ケアマネジメントを行い、高齢者の自立を促進し、元気な高齢者の社会参加につなげます。

◇ 包括的支援事業

（1）総合相談支援事業

ア 総合相談支援

（ア）認知症高齢者、家族介護者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用など、円滑に支援できるよう、各職員の資質向上を図ります。

（イ）複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、専門3職種の専門性を生かしながら連携・協働体制により、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ぐことができるよう支援します。

（ウ）身近な相談窓口として、高齢者の生活について総合的に相談を受けるために、担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークを強化します。

（エ）介護保険サービス利用の相談者に対して、「基本チェックリスト」を実施し、介護予防・生活支援サービス利用の対象者の選定を行います。

（オ）同一事業所内に併設する障害者相談支援事業所の専門職（精神保健福祉士・相談支援専門員）との連携により、「高齢障害者」や「障害領域と高齢領域の複合的なニーズを持つ世帯」等への包括的な相談支援を行います。

イ 高齢者実態把握

地域の集いの場や店舗等に出向いて地域の情報収集と相談対応を行うとともに、

市と協働して支援が必要な人の実態を把握し、誰もがいつでも必要な時に適切なケアを受けられる体制を整備します。

(ア) 市が実施する介護予防普及啓発事業等において情報提供されたハイリスク対象者の実態を把握します。

(イ) 地域に根ざした支援体制を作り上げるために、住民自治協議会や民生児童委員など地域における様々な関係機関からの情報提供により、地域ニーズを把握します。

(2) 権利擁護業務

ア 高齢者虐待に関する啓発活動

高齢者虐待について正しく知ってもらうために、出前講座・パンフレットなどを活用し、地域及び関係者への啓発活動に取り組みます。

イ 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

虐待の防止と早期発見に取り組むとともに、係わりが必要と判断される場合には長野市や警察等の関係機関と連携し、高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速かつ適切に対応します。

ウ 成年後見制度等の利用支援

(ア) 高齢者が自己の判断のみでは意思決定に支障のある場合、一人暮らし高齢者で日常生活上の金銭管理に支障をきたす場合などの相談に応じるとともに、成年後見制度や社会福祉協議会の日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業等必要な支援につなげます。

(イ) 特に、長野市社会福祉協議会に設置された成年後見支援センターとの連携を強化し、成年後見制度の利用に向けた支援を行います。

エ 消費者被害の防止

(ア) 民生児童委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と連携して、高齢者への周知・啓発活動を行い、被害を未然に防止します。

(イ) 警察や消費生活センター等と連携して情報収集を行うとともに、諸制度を活用し高齢者の生活の維持を図ります。

オ 職員の日常的なスキルアップ

高齢者虐待の相談・支援や成年後見制度活用は、極めて高度の判断を要する事例があることから、直営地域包括支援センター主催の「弁護士会訪問相談」を活用し、様々な事例に的確に対応できるよう、日常的にスキルアップを図ります。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア 予防給付ケアマネジメントの支援

要支援認定者の予防給付ケアマネジメントについては、業務の一部を居宅介護支援事業所に委託していることから、個別に指導を行い適正な業務が行われるよう調整します。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

ア ケアマネジャーへの支援

- (ア) ケアマネジャーが気軽に地域包括支援センターに相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。
- (イ) 主任ケアマネジャーが中心になり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネジャー連絡会を必要に応じ開催します。
- (ウ) 支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし、協力しながら支援します。
- (エ) 支援困難事例等を通して、地域ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。

イ 包括的・継続的ケア体制の構築

- (ア) ケアマネジャーと医療等地域の関係機関が顔を合わせる機会を増やし、連携体制を強化します
- (イ) 住民自治協議会、老人クラブやボランティア団体等が提供する有償・無償の在宅福祉サービス情報を民生児童委員やケアマネジャーに提供し、社会資源を有効に利用できるように支援します。
- (ウ) ケアマネジャー支援業務から発見する問題を、地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの提言等を行い、ケアマネジャー支援に活かします。

(5) 地域ケア会議の充実

高齢者世帯の増加に伴い複雑多様化した個別・地域課題を抽出し、関係機関・地域住民と連携しながら、より良い支援と地域づくりを行います。

ア 個別ケア会議（随時開催）

【目的】

○対象者の課題の把握とその解消を目指した支援内容の検討

本人、親族等地域の関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民自治協議会組織等会議の目的に応じた関係者を参集します。

○対象者の支援に係る地域の課題の把握

対象者への支援だけでなく、個々の課題から見える地域課題を抽出・予測し、地域ケア会議に繋がります。

イ 自立支援型個別ケア会議（年1回以上）

【目的】

○対象者の課題の把握とその解消を目指した支援内容の検討

○ケアマネジャーの資質向上とネットワーク構築

本人、親族等地域の関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専

門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民自治協議会組織等会議の目的に応じた関係者を参集します。

各関係者との連携を図るとともに、課題に応じた専門職からの助言を通してケアマネジャーの資質向上を目指します。

ウ 地域ネットワーク会議（年1回以上）

【目的】

○個別ケア会議において行ったケース検討の状況

○個別ケア会議や日々の総合相談業務で把握した地域課題の集約、分析及び検討
民生児童委員協議会代表者、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、医師（医師会推薦）、歯科 医師（歯科医師会推薦）、薬剤師会（薬剤師会推薦）、居宅介護支援事業所代表者、行政（福祉事務所、保健センター等）、その他介護保険事業所、警察・消防関係等会議に応じた関係機関で行います。

エ 長野市ケア会議

必要に応じて、長野市ケア会議へ地域の課題等を提出します。

オ 地域の社会資源の掘起こしと活用

インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、その活用に向けて関係者間で地域のサービス情報を共有します。

カ 地域での見守り支援

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加していることから、高齢者等を地域全体で見守り支え合うネットワークの一員として中心的な役割を果たします。

(6) 認知症総合支援

ア 地域包括支援センターが相談窓口であることを明確にし、民生児童委員や事業者等、また必要に応じ認知症初期集中支援チームと連携を図りながら支援していきます。

イ 認知症地域支援推進員を配置し、相談しやすい環境の整備など、認知症でも生活できる地域づくりを進めます。

ウ 地域のケアマネジャーの対応が困難なケースについて、専門3職種が持つ知識や技術を積極的に提供し、ケアマネジメント支援を行います。

エ 認知症高齢者の家族や親族から認知症に係る相談を受け、必要に応じて「認知症疾患医療センター・かかりつけ医（認知症相談医等）によるもの忘れ相談」等へつなぎ、地域のもの忘れ相談医との連携体制を構築し、早期対応、認知症高齢者とその家族介護者の日常生活を支援します。

オ 関係機関と連携し、認知症の正しい知識と介護方法を知るための認知症予防講座を開催するなど、認知症に関する正しい知識を普及します。

カ 直営の地域包括支援センターと連携し、かかりつけ医への相談や専門医への受

診、認知症初期集中支援チーム、認知症相談会等、必要な支援につなげます。

キ 「認知症サポーター」を養成するとともに、キャラバンメイトの継続的な活動を支援します。

ク 地域の見守り体制構築への協力や、当事者・家族を支える交流会や自主グループ等の継続的な活動を支援します。

ケ 認知症カフェの開催により、認知症高齢者とその家族を支援し、より効果的な運営についても検討します。

コ 「安心おかえりカルテ」の作成を支援し、家族が改めて本人の状態を理解することや相談できる場、人との繋がり、行方不明時の早期発見に役立てます。

サ 誰もが認知症になる可能性があることを啓発するとともに、認知症があっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、「予防」の推進と、支え合いながら「共生」できる地域づくりに取り組みます。

(7) 生活支援体制整備の推進

住民による支え合い体制づくり、生活支援の担い手づくりを行う、生活支援コーディネーターの役割を担う住民自治協議会の「地域福祉ワーカー」と連携し、地域のネットワークを活用しながら、地域資源の把握、高齢者の生活支援ニーズの把握に努め、不足するサービスの創出や担い手の養成などの「資源開発」に協力して取り組み、住民による「支え合い活動」につなげていきます。

(8) 在宅医療・介護連携の推進

ア 直営地域包括支援センターの取組みに協力し、事業実施に向けて市内各医師会と意見・情報交換等の連携を図ります。

イ 地域住民への普及啓発等、実施可能な事業に着手し、継続的な実施を図ります。

ウ 地域ケア会議や日々の情報交換を通じて連携を深め、在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

◇ その他

(1) 介護者教室の開催（家族介護継続支援事業）

高齢者を介護している家庭や近隣の援助者等に、適切な介護の知識、介護の技術の習得や介護予防又は身体的・精神的負担の軽減や介護者の健康管理等に資するため、「男性介護者のつどい」、「人生会議（ACP）」、「認知症ケア」、「その他」をテーマとして介護者教室を開催します。

(2) 高齢者を支える地域の体制づくり

ア 住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶飲みサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図ります。「はつらつ体操等（介護予防クラブ支援事業）」等の自主的な介護予防の取組みを支援するとともに、住民への周知・啓発及び訪問によるフレイル予防対策を推進します。

イ 芹田ネットワークミーティング事業を開催し、住民が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を目指します。

月に1回、構成員（芹田地区住民自治協議会、地域福祉ワーカー、生活支援コーディネーター、芹田地区社会福祉協議会、たすけあい事業コーディネーター、芹田支所地区活動支援担当、包括支援センター芹田）で話し合いを行います。地域に新たな社会資源の創設を目指します。

(3) 地域包括支援センター全体のスキルアップ

ア 地域社会の様々なニーズに応えられるよう、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等へ積極的に参加します。

イ 職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達し共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

(4) 地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の身近な総合相談窓口としてその機能を十分に果たすよう、様々な機会を設けて、地域包括支援センターの役割等を地域で周知します。

(5) 法令の遵守

地域包括支援センターの事業運営等に当たっては、関係法令等及び法人関係規程等の遵守を徹底します。

(6) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。法人規程に基づき個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行います。

(7) 苦情対応

地域包括支援センターの事業運営に関する苦情を受けた場合は、法人規程に基づき、迅速かつ適切に対応し、再発防止に努めます。

令和6年度 事業計画

センター名称	長野市地域包括支援センターニチイケア高田			
運営法人名	株式会社 ニチイ学館			
併設施設	ニチイケアセンター高田（通所介護・訪問介護・居宅介護支援）			
実施期間	令和6年4月1日～令和7年3月31日			
職員体制	風間 麻奈	社会福祉士 介護支援専門員	専任	8:30～17:30
	久米田 真貴	看護師 介護支援専門員	専任	8:30～17:30
		認知症地域支援推進員		
	小野澤 由美子	主任介護支援専門員	専任	8:30～17:30
	上條 有紀	主任介護支援専門員	専任	8:30～17:30
	加藤 美由紀	事務員	専任	9:00～15:00
	事業種目	事業の実施内容		
事業内容	総合相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・古牧地区 高齢者 6262 人の健康と暮らしを守るため、各専門職が 365 日相談を受ける。自宅訪問を原則として迅速に対応し、専門性を発揮した包括的な支援ができるよう関係機関・各制度へ繋ぐ役割を果たす ・民生児童委員との連携のもと、地域の高齢者の実態把握を行い、支援を要する高齢者や家族へ予防を含めた早期の対応を図る。地区別の相談担当を設けて窓口とする ・的確なアセスメントを実施し、制度案内や地域資源の情報提供を行うとともに必要に応じてフォーマル・インフォーマルサービスに繋げる ・複合的な課題を抱えるケースについて、関係機関との協働により世帯全体の支援に繋がられるよう連携を深めていく 		
	権利擁護業務	<p>【高齢者虐待への対応と啓発活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期発見の為、事業所へ啓発を行うと共に相談しやすい関係づくりに取り組む ・虐待予防の観点から、ケアマネジャーの支援困難ケースの後方支援に努める ・相談、通報があった際は、包括内で協議し対応マニュアルに沿った迅速な対応を行う <p>【消費者被害への対応と啓発活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消費生活センター・長野中央署生活安全課、民生児童委員等との連携をはかる ・広報誌や各地区サロン等の講話などで注意喚起し、「地区で被害を防ぐ」ことを目標に地区住民と連携する ・消費者被害防止見守りネットワークの情報を居宅と共有し、見守り強化に努める <p>【成年後見制度利用支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の判断能力や生活状況に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用おひとりさまサポートの案内等、市社会福祉協議会と連携をはかっていく 		
	包括的・継続的ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーに対する個別支援の実施 ・ケアプランチェックを介した、自立支援に資するケアマネジメントの啓発 ・管内、委託ケアマネジャーを対象とした勉強会・研修会の開催 ・支援困難事例への3職種の専門性を活かした助言対応、ケアマネジャーの後方支援 ・地域の社会資源を共有できるよう、管内居宅向けに情報を発信する ・居宅に共有すべき情報は、事業所向け通信を活用する 		

介護予防ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業サービス利用者の介護予防及び自立支援を目的として、心身の置かれている環境その他の状況に応じて、インフォーマルを含めた適切なサービスへ繋ぐ ・支援を要する高齢者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動や介護予防ケアマネジメントに繋げるとともに介護予防の啓発をはかる
認知症総合支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員が中心となり、初期集中支援チーム、認知症相談会を有効活用し、適切な医療に繋げていく ・介護者教室として認知症啓発講座の開催、適切な対応に向けた家族教育の実施 ・認知症サポーター養成講座の開催と地域へ講座の広報を行う ・地区内オレンジカフェの後方支援、包括主催オレンジカフェこまふくの適宜開催 ・「安心おかえりカルテ」の作成支援、見守り SOS ネット事業への協力 ・包括職員のキャラバンメイト養成講座の受講、研修会参加
地域ケア会議・ネットワーク会議開催	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケースの課題解決に向け多職種、地域住民が連携し、地域での生活が継続できるよう支援する ・個別の課題を地域課題として集約し、地域ネットワーク会議の場で、地域住民、関係機関等と新たな資源創出に向け取り組んでいく ・全地区で足問題を取り上げ、ケア会議を企画。小地区レベルで課題の共有や啓発をはかり、資源づくりを目指す ・地域福祉ワーカー、住民自治協議会、地域住民、関連事業所との連携強化を図る
生活支援体制整備事業	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーターの役割を担う地域福祉ワーカー等と連携し、不足するサービスの創出や担い手の発掘、育成など「資源開発」に協力して取り組む ・地区ケア会議を通じて把握した個別・地域課題を軸に住民同士の支え合い活動の創出に向け、ワーカーや地域に働きかけていく
在宅医療介護連携	<ul style="list-style-type: none"> ・病院からの退院時支援に対し、適切に対応する ・医療介護連携票を活用し、切れ目のない医療・介護連携を行う ・地区ケア会議、地域ネットワーク会議を活用し、医療と介護の連携を推進していく ・ACPについて、介護者教室や地区サロン等で啓発を行う ・バイタルリンクを活用し、医療的ニーズが高い高齢者が安心して在宅生活を送れるよう支援していく
その他	<p>【介護者教室の開催】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACP、認知症、住自協共催の「介護者のつどい」を開催予定 <p>【地区サロンの支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サロン事業等へ参加し、様々な情報の発信と啓発を行う ・包括専門職及び地区内事業所と連携し、提供可能な講座をリスト化し、地区に配布事業所の地域貢献を促進し、地区との繋がりを創出していく <p>【民生児童委員】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の定例会の参加、定例会内の研修企画、高齢者部会向けの研修会の開催 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の資源発掘や集いの場づくり、互助・自助活動の啓発など、地域で培った関係性を活かして、地域全体の活性化に努める ・専門職の研修会参加によるスキルアップと報告共有、毎朝のミーティングによるケース検討により包括全体の底上げをはかる ・地域で活動中の団体向けに専門的な見地からの助言を行い、連携強化を目指す ・年間計画の他、ニーズに応じて新しい企画を発案、実践していく

令和6年度地域包括支援センターケアポート三輪事業計画

運営方針

高齢者が住みなれた地域で、安心して、その人らしい生活を続けるために、その方のニーズや状態に応じて福祉や保健・医療・権利擁護などの様々なサービスが利用できるよう、地域の課題をふまえ、地域の関係機関とのネットワークを構築し、「地域包括ケアシステム」構築の中心となる機関として、地域の高齢者福祉の拠点となることを目指します。介護予防のための必要な相談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。

<令和6年度 基本方針>

1. 地域ケアシステムの深化・推進

市が重点的に進める「あんしんいきいきプラン 21」に基づき、地域包括支援センター運営体制の強化・包括支援事業の推進等に取り組む。また、高齢者が地域の中で生きがいや役割を持って生活できるように、高齢者の自主的な介護予防の取り組みの促進に努める。高齢者の自立した生活支援のため、介護予防・日常生活支援総合事業を効果的に実施できるよう第1号介護予防支援事業、介護予防普及啓発事業等に取り組みます。

2. 重点的に行う業務方針

(1) 総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は複雑化・複合化しており、関係機関との共同による世帯全体へのチーム支援が求められています。相談内容により各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

(2) 家族介護者への支援

高齢者等の在宅生活を支えるため、家族に対する支援が重視されています。介護に関する相談窓口を周知し、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保を図ります。

(3) ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例は、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。ケアマネ連絡会の活用、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討により、ケアマネジャーを支援します。

(4) 高齢者を支える地域の体制づくり

地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて総合相談支援体制を充実させ、

生活課題の抽出、社会資源の把握により地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進していきます。

住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働や地域ネットワーク会議等の活用により、住民主体による支えあい活動創出を支援していきます。

3. 地域におけるネットワーク構築

介護事業者、医療機関、民生児童委員、住民自治協議会、地域福祉ワーカー、ボランティア等の地域の関係者とのネットワークを構築し、高齢者の状況にあったサービスや地域の活動につなげられるように、相談・支援を行う。地域の関係機関との連携により地域課題の解決に向けて取り組み、個別ケースの検討を通じてケアマネジャーへの支援にも取り組んでいく。

4. 介護支援専門員に対する支援

主治医や関係機関と連携を図り、ケアマネジャーのスキルアップを目指し、ケアマネジャー自身の役割や解決方法の整理、自ら問題解決ができるよう日常的な支援を行う。また、「介護予防・日常生活支援総合事業」における自立支援に向けたケアマネジメント支援に取り組む。

5. 地域ケア会議の運営方針

日常生活を営むのに支障がある高齢者等が地域で自立した生活を営むために最も適切な支援をするため、保健医療福祉関係者・司法関係者のほか、地域の多様な関係者とも連携しながら、地域ケア会議の充実に努める。日常生活圏域において、行政職員・ケアマネジャー・介護サービス事業者・保健医療関係者・民生児童委員・住民組織代表等と連携し、総合的に地域全体で高齢者の状況にあった支援につなげられるように調整する。

6. 市との連携方針

市の関係機関（介護保険課、地域包括ケア推進課、高齢者活躍支援課、福祉政策課、生活支援課、障害福祉課、保健所、保健センター等）及び直営地域包括支援センター、成年後見センターなど様々な行政機関と密接に連携を取り、課題解決に向け公正中立な立場で業務を実施する。

また、市が開催する研修会に参加し、事業への理解を深める。

7. チームアプローチによる業務の方針

保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの資格を持った専門職員が互いに連携・協働し、多様な視点から包括的に高齢者を支える「チームアプローチ」を基本とし、高齢者の様々な相談に応じる。高齢者や地域の情報の共有化を図り、相談支援のレベルアップに努める。また、高齢者虐待対応体制の整備・構築の体制につなげ、市と連携した取り組みを行う。

8. 公正・中立性確保のための方針

「長野市地域包括支援センター運営協議会」の意見をふまえた業務の評価等

を行うことで、自らの業務を適切・公正・かつ中立な運営を確保する。

上記の方針をもとに、以下の業務を行う。

＜包括的支援事業＞

I 第1号介護予防支援事業

介護保険サービス利用の相談者に対して、適切なアセスメントの実施により、本人の意欲に働きかけながら目標を設定し、必要なサービスを主体的に利用して目標達成に取り組めるように利用を検討し、ケアプランを作成する。

厚生労働省の定める地域実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施する。

II 包括的支援事業

1. 総合相談支援

3職種が高齢者からの相談に応じるとともに、身近な相談窓口として各専門職の専門性を生かし、適切な保健・医療・福祉サービス、機関・制度の利用につなげ、継続的に支援を行う。民生児童委員等の協力のもと、地域の高齢者のニーズや心身の状態を把握することにより問題の予防的対応や早期対応を図り、必要な時に適切な支援を受けられるようにする。「基本チェックリスト」の活用によりサービス提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげる。

2. 権利擁護

高齢者虐待の防止、早期発見・早期対応ができるよう、関係機関と連携を強化に努める。成年後見制度等の普及や啓発を図り、積極的に活用する。また、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して消費者被害に遭わないように広報・啓発活動をおこなう。また、長野市成年後見センターやおひとりさま安心サポートセンターとの連携を行い、制度の普及や啓発・活用に向けた支援を行う。

3. 包括的・継続的ケアマネジメント

地域のケアマネジャーの支援として、困難事例と感じる個別ケースについて3職種が専門性を生かした相談を行い、ケアプラン作成相談やケア会議等を活用しながらケアマネジャーが主体的に利用者への援助を行うことができるように支援する。併せて、ケアマネジャー同士の連携・主治医や地域の関係機関との連携体制を構築していく。また、ケアマネジャー連絡会を開催し情報交換や事例検討、スキルアップを図る。

4. 認知症高齢者支援

認知症相談員・かかりつけ医による物忘れ相談や認知症初期集中チー

ムを活用しながら認知症高齢者やその家族を地域で支える体制作り・早期発見・早期診断・対応に努め、市との連携により支援制度を活用し、継続的な支援を行う。

認知症高齢者とその家族を地域で見守り支える体制作りのため、認知症サポーターの養成講座や活動、認知症カフェを支援する。地域の認知症カフェに参加し、認知症の理解を啓発、地域と協力した支援を行う。

5. ケア会議の充実

保健・医療・福祉関係者の他、必要に応じ司法関係者とも連携しながら複雑多様化した課題を持つ高齢者の課題解決に向け、「地域でどう支援していくか」を視点とした個別ケア会議において、多様な関係者により検討する。民生委員協議会に合わせた地区ケア会議、介護支援専門員等の支援に合わせた自立支援型個別ケア会議、地域ネットワーク会議の開催により地域課題の把握に努め、課題解決力を強化していく。

6. 生活支援体制整備事業

地区住民自治協議会に配置した生活支援コーディネーターの役割を担う地域福祉ワーカーや支所、住民自治協議会と連携し、住民同士による「支え合い活動」を創出していく。地域ネットワーク会議等の機会を利用して高齢者の実状を伝え、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制構築に向けた取り組みの提案などを推進していく。

7. 在宅医療・介護連携の推進

直営包括支援センターが行う医師会との連携に協力し、市で設置する長野市在宅医療・介護連携支援センターと連携し、市内関係機関との連携強化、市民への啓発推進を図る。

- ア 地域の医療・介護サービス資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題と抽出
- ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- エ 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及啓発

市で設置する長野市在宅医療・介護連携支援センターと連携し、市内関係機関との連携強化、市民への啓発推進を図る。

Ⅲその他

1. 介護者教室の開催

高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族等に対して、適切な介護知識・介護技術やサービスの利用方法の習得や身体的・精神的負担軽減を目的

として必要時に介護者教室を開催する。

令和5年度は「男性介護者の集い」「人生会議（ACP）」「認知症ケア」「その他」をテーマとする。

2. 地域での介護予防活動支援

地域の実情に応じて、住民自治協議会や各種団体と共同して、お茶のみサロン・高齢者の集い・ボランティアセンター等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、地域での自主的な介護予防の取り組みを支援するなど、介護予防活動の推進に努める。

また、地域福祉ワーカーと情報共有しながら、「通いの場台帳」を整備・運用していく。

3. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議

市や地域包括支援センター間との連携及び情報交換を図り、課題解決に向けた検討を行う。センターの運営に係る事項及び地域包括システムの深化・推進に関することについて、市と地域包括支援センターとの情報を共有する。

4. 地域包括支援センターのスキルアップ

業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等への積極的に参加し、相談技術やケアマネジメント技術の向上を図るとともに、各職員が学んだ知識・技術を職員間で共有する。

5. 地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口としてその機能を十分果たすよう様々な機会をとらえて、地域包括支援センターの役割等を地域で周知するように努めます。

6. 個人情報の保護

個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行う。

7. 業務継続計画

業務継続計画を作成し、業務継続のための対応や手順・資源確保を図る。

令和6年度 長野市地域包括支援センター吉田 事業計画

1 事業方針

長野市地域包括支援センター吉田は、「長野市地域包括支援センター設置運営方針」及び「長野市地域包括支援センター運営事業仕様書」に基づき、公正・中立な機関として、地域で暮らす高齢者等の心身の健康保持と生活の安定、生きがいつくり及び介護予防のための相談・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継続支援します。

さらに地域や関係機関（住民活動やボランティア等）とのネットワークを構築し、介護や医療、福祉などの様々な面から地域で暮らす高齢者を支えるための総合相談窓口として、住み慣れた地域で安心して生活を送れるように支援します。

令和元年からの自然災害や感染症のパンデミックにより生活に大きく変化した時期もありました。今後の地域包括支援センターの活動は、今後も起こりうる災害や感染症対応等のリスク管理も想定した支援体制と準備が必要です。

2 担当地区

吉田地区

3 地区の現状及び課題

(1) 吉田地区

地区の北端には浅川が東西に流れ、長野電鉄長野線と相ノ木通り（旧北国街道）及び長野県道 374 号北長野停車場中俣線が並行して東西に横切る地域です。北東部を信越本線及び北陸新幹線が南西から北東へ通過しています。長野電鉄の桐原駅・信濃吉田駅と JR 北長野駅が利用でき、地区内には多くの路線バスが走る交通至便な地域であり長野市の近郊住宅地として急速に発展しました。古くは北国街道（現 相ノ木通り）沿いを中心に発展し、北国街道が屈折する付近が吉田村の中心地でありこのあたりには今でも歴史を感じさせる古い商家が見られます。地区北部の SBC 通り沿いには店舗が軒を連ね、賑わいを見せています。2022 年（令和 4 年）には吉田地区を南北に縦断するように都市計画道路高田若槻線が開通し、2020 年代までには地区内に高層マンションが複数作られています。また、駅周辺地区では両駅の中間に、大型商業施設があり、鉄道利用者・自動車利用者ともに多くの買い物客が訪れています。1997 年（平成 9 年）には信濃吉田駅直結の高層マンション「ノルテながの」が作られ、低層階に長野市役所吉田支所・公民館・保健センター・児童センターなどが入居し、公共施設の集積が図られています。

利便性が高い地域ですが、高齢者率が 28.9%（令和 6 年 3 月）となりました。一人暮らしの高齢者や重複する問題のある世帯など現状を把握し地域福祉をどのように展開するかが課題となっています。

4 事業内容

(1) 総合相談支援業務

吉田地区に居住するおおむね65歳以上の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるようにするために、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。

高齢者等の心身の状況、その居住における生活の実態、その他の必要な実情の把握、保健医療、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の高齢者等の保健医療の向上及び福祉の増進を図るために総合的な支援を行います。

(1) 総合相談

吉田地区内に居住する要援護者及びその家族に対し、各種相談及び関連機関との各種調整等を行います。

(ア) 在宅介護、自立支援、介護予防等に関する各種相談に対し、電話、面接、訪問等により総合的に応じます。

(イ) 介護保険をはじめ各種公的保健福祉サービスのほか、地区内のインフォーマルサービスについて広報及び利用について紹介、調整を行います。

(ウ) 要援護高齢者及びその家族について、各種公的保健福祉サービスの利用申請手続の便宜を図る等その適用の調整を行います。

(エ) 要援護高齢者及びその家族、民生児童委員、近隣者からの連絡に対し、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供及び関係機関の紹介等を行います。

(オ) 介護ニーズや支援のあり方について検討し、必要に応じ関係機関と連携を図り、適切な措置を講じます。

(カ) 相談支援内容の分析・評価を行うとともに、把握した地域課題については、地域ケア会議と連動して、課題の集約及び検討等を行います。

(2) 地域におけるネットワークの構築

包括的支援事業を効率的・効果的に実施するため、住民自治協議会をはじめとする地域の団体、地域福祉ワーカー、民生児童委員、介護サービス事業者、医療関係者、行政機関、地区内のインフォーマルサービス、民間事業者、NPO法人等のほか、様々な関係者からなる他職種協働によるネットワークの構築を図ります。

ネットワークの構築、活用が効果的に行われるために、市の福祉・保健担当者や他の地域包括支援センター、医療機関等とも連携し、情報を共有します。

(3) 実態把握

地域におけるネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者等世帯への個別訪問、同居していない家族や近隣者等からの情報収集により、担当区域内の高齢者等の心身の状況や家族の状況等の実態を把握し、援護が必要な高齢者等に適切な助言とサービス提供を行います。

(ア) 支援が必要な人を発見するとともに、地域ごとの課題やニーズを把握することで、誰もがいつでも必要な時に適切なケアを受けられる地域を作ります。

(イ) 特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者等や家族への支援及び自立支援、

介護予防、孤立防止のため通いの場等につなげます。

(4) 困難事例への対応

総合相談において、既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合など、その対応が困難な事例については、地域包括支援センターの職員が協力し、対応策の検討を行い、関係機関と連携や重層的支援体制整備事業者等の活用を図り、必要な措置を講じます。更に、当事者やその家族、当該関係機関等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。支援するにあたり他機関との連携等が必要な場合は、個別ケア会議を開催し、支援の方向性の決定や、地域課題の抽出を通して、よりよい支援に結び付けます。

(5) 基本チェックリストの実施

介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの利用者者を特定するために、ADL、IADLに支障のある相談者に国が定める基本チェックリストを実施します。

(2) 権利擁護業務

地域包括支援センター吉田は、高齢者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業、その他高齢者等の権利擁護のため必要な援助を行います。

(1) 成年後見制度に関する対応

高齢者や、家族、関係機関等からの相談や実態把握によって、その高齢者等の判断能力や生活状況等を把握した結果、医療機関の受診や福祉サービス利用等の契約に関して支援が必要な場合、経済的被害を現に受けている又はその可能性がある場合、預貯金等の財産管理、遺産管理等の支援が必要な場合など、成年後見制度を利用する必要があると判断した場合は、市又は長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室との連携を図り、必要な支援を行います。

(2) 老人福祉法による措置に関する対応

高齢者が養護者等による虐待を受けている場合、認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を代理する家族がない場合など、契約による介護サービスの利用や要介護認定の申請を期待しがたい場合等において、在宅における日常生活を営むのに支障があり、老人福祉法に基づく福祉の措置が必要であると判断した時は、市と連携を図り、必要な支援を行います。

(3) 高齢者に対する虐待の防止及び養護者の支援に関する対応

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、高齢者虐待を受けた高齢者及び養護者の支援に関し、次の業務を行うとともに、地域におけるネットワークを積極的に活用し、高齢者等に対する虐待の早期発見、対応並びに防止に努めます。また、高齢者虐待防止法第27条第1項に規定する財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談もしくは関係機関の紹介等の支援を行います。

ア 養護者による高齢者虐待の防止のため、高齢者及び養護者等に対して、相談、助言並びに啓発活動を行います。また、養護者の負担を軽減するため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講じます。

イ 養護者による高齢者虐待に係る通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受理し、速やかにセンター内での協議後、「虐待の疑い」又は「虐待としての対応が必要」と判断した場合は、市とその対応について協議を行うとともに、当該高齢者の安全確認、その他当該通報又は届出に係る事実確認のための措置を講じます。

ウ イによる事実確認に基づき、市と地域包括支援センターにおいて、養護者による高齢者虐待として判断した場合は、虐待の解消に向けて、高齢者及び養護者の支援方針を協議し、必要な支援を行います。

エ 高齢者虐待対応法第16条の規定に基づき設置する長野市高齢者虐待防止ネットワーク運営協議会に出席し、協力します。

オ 高齢者虐待対応に係る対応を適切に行うため、長野県等が主催する高齢者虐待対応研修に出席し、職員の資質向上に努めます。

カ 高齢者虐待防止法第3条の規定に基づき市が開催する高齢者虐待に係る研修に出席し、協力します。

(4) 困難事例への対応

高齢者等やその家族に重層的な課題が存在している場合、高齢者等自身が支援を拒否している場合、既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合など、その対応が困難な事例を把握した場合には、地域包括支援センターの職員が連携し、対応策の検討を行い、関係機関と連携を図り、必要な支援を行います。さらに、当事者やその家族、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。

(5) 消費者被害の防止に関する対応

民生児童委員、介護支援専門員、訪問介護員等に消費者被害の情報提供を行い、消費者被害を未然に防止するとともに、高齢者等やその家族、関係機関等からの相談や実態把握によって、消費者被害に関する問題が発生している又はそのおそれがあると認められる場合には、関係機関と連携を図り、必要な支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者等が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、様々な職種との協働や地域の関係機関との連携を図るとともに、高齢者やその家族、世帯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の環境整備と介護支援専門員等に対する助言等の支援を行います。

(1) 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

高齢者やその家族、世帯に対して包括的かつ継続的な支援を提供していくために、次に掲げる必要な支援を行います。

ア 関係機関との連携体制構築支援

地域におけるネットワークの構築により、担当区域の介護支援専門員に対して必要な支援を行うこと。

イ 介護支援専門員同士のネットワーク構築の支援

ウ 介護支援専門員等の実践力向上支援

- (ア)介護支援専門員等への情報提供と研修の実施(センター管内ケアマネ研修・連絡会等)
- (イ)多職種協働による個別支援困難事例検討会の開催
- (ウ)支援困難ケース等の対応についての支援
- (エ)介護予防のための自立支援ケア会議の開催

(2) 個々の介護支援専門員へのサポート

吉田地区の介護支援専門員等に対して、その専門性とケアマネジメント実践力、及び複雑化し・複合化した困難ケース等の支援について、資質を向上させていくよう次に掲げる必要な支援を行います。

業務内容

- (ア)サービス担当者会議の開催支援や、入院・退院時の連携など必要な支援
- (イ)支援困難事例を抱える介護支援専門員等への個別ケア会議等を活用した具体的な支援方法の検討及び助言
- (ウ)担当地区内のインフォーマルサービス、通いの場、認知症カフェ等の情報提供

(4) 認知症総合支援事業

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の支援を踏まえ、認知症になっても尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、認知症に関する知識の普及・啓発を行い、市と連携を図りながら保健・医療・福祉等の各種専門機関の連携及び地域での支援体制づくりを行います。

(1) 認知症本人・家族への支援

適切な医療や介護のサービスが受けられるための相談やサポートの充実を図ります。

- ア 認知症初期集中チームの活用及び認知症相談会の案内
- イ 若年性認知症支援コーディネーターとの連携、若年性認知症の人への支援
- ウ 安心おかえりカルテの作成支援
- エ 長野市認知症見守りSOSネット事業等の行方不明者発見への捜査協力
- オ 認知症地域支援推進員活動

(2) 認知症啓発

認知症の症状で、一部出来ないことがあっても、つながりと役割を持ち笑顔で暮らせることの発信を行います。

- ア 認知症サポーター養成講座の実施、本人メッセージ発信の機会の増加
- イ チームオレンジの認知症サポーターの養成協力と支援
- ウ 認知症啓発月間における地域への発信

(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、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らせるように、地域における医療・介護サービスを一体的に推進します。

業務内容

- ア 「他職種連携シート」、「入退院時における連携・情報収集の手引き」、ACP啓発パンフレット等を活用し、切れ目のない医療・介護連携を推進します。

イ 多職種連携推進研修会等に積極的に参加します。

(6) 生活支援体制整備事業

総合相談業務などから得られる地域課題を抽出・分析し、高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、地域福祉ワーカー（生活コーディネーター）、吉田支所及び吉田地区住民自治協議会と連携するなど、吉田地区の地域福祉活動計画や住民活動と連携する形で、住民同士による「生活支援」や「通い・集いの場」、「移動支援」などの「支え合い活動」の創出に向けた取り組みを行います。

また地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している高齢者の実情や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

(7) 地域ケア会議開催

(1) 個別ケア会議の開催

長野市における「地域ケア会議」ガイドライン及び「令和6年度 長野市に地域ケア会議の実施方針について」に基づき、次のとおり行います。

ア 目的

- (ア) 個別課題の解決、地域包括支援ネットワーク構築及び地域課題の発見・把握
- (イ) 事例提供をした介護支援専門員への気づきの支援や資質の向上

イ 担当する区域

吉田地区

ウ 会議の庶務

個別ケア会議の庶務は地域包括支援センターが行う

エ その他

- (ア) 個別ケア会議は随時開催
- (イ) 介護予防のための個別ケア会議は、管内介護支援員の包括的継続的支援の目的と合わせて、年に1回以上開催する

(2) 地域ネットワーク会議の開催と地域課題の整理

長野市における「地域ケア会議」ガイドライン及び「令和6年度 長野市地域包括ケア会議の実施方針について」に基づき、次のとおり行います。

ア 目的

地域包括支援ネットワーク構築、地域課題の発見・把握及び地域づくり・資源開発

イ 担当する区域

吉田地区

ウ 会議の庶務

地域ネットワーク会議の庶務は地域包括支援センターが行う

エ その他

地域ネットワーク会議は、年1回以上開催する

(8) 第1号介護予防支援事業

長野市介護予防・日常生活総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、要支援者に対して、介護予防及び日常生活支援による自立支援を目的として、心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の状態にあった適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

適切なアセスメントの実施により、生活機能の維持・改善を図り、状況を踏まえた目標を設定するとともに、本人の意欲に働きかけながら、効果的なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるよう、ケアプランを作成します。

(9) フレイル予防・対策の推進への協力

フレイルは、適切な運動、栄養、社会参加等の取組により、予防や改善が図られ再び健康な暮らしに戻れることから、市民への周知・啓発及び訪問による栄養・歯科相談や保健指導への協力等、フレイル予防・対策の推進に協力します。

(10) 介護者教室開催(家族介護継続支援事業)

介護方法や介護予防又は介護者の身体的・精神的負担の軽減を目的に、地域の実情に合わせて可能な範囲で「介護者教室」を開催します。令和5年度のテーマは「男性介護者のつどい」「人生会議」「認知症ケア」「その他」とします。

(1) 利用対象者

高齢者を介護している家族や近隣の援助者等

(2) 事業実施にあたっての留意点

ア 講義や実技体験だけでなく、当事者同士で介護体験の共有や情報交換ができ、介護者支援につながる学習の場として実施する

イ 教材費等の実費負担については過重な負担とならないように配慮する

ウ 介護者のつどいと共催については、単なる茶話会で終わることなく、介護に関する知識・技術の習得や介護者の健康管理等を指導する機会を持つ

(3) その他

介護者教室の内容については今年度のテーマから選択し、開催します。

(11) 介護予防把握事業

(1) 目的

地域の実情に応じ、効果的・効率的に収集した情報等を活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつながることを目的とします。

(2) 把握方法

ア 民生委員等地域住民や関係機関等からの情報提供による把握

イ 地域包括支援センターの総合相談支援業務（高齢者実態把握）との連動による把握

ウ 介護予防、予防給付対象者一覧表に記載の要支援認定者のうち、地域包括支援センターの関りがない要支援認定者

(3) 対応

アセスメントを実施し、本人の生活の希望を踏まえて、住民主体の介護予防活動につなげることでフレイル予防・介護予防を図ります。

なお、ウについては、予防給付対象者の支援状況を踏まえて、地域包括支援センターから連絡を行い実施します。また、介護予防ケアマネジメントの実施が必要と判断された場合は、手続きの必要な支援を行います。

(4) その他

「住民主体の介護予防活動」の範囲は、地域住民がボランティアにより運営している自主グループに限らず、非営利活動団体等が実施している介護保険以外の事業等も含めます。対応する際は幅広くインフォーマルサービスを活用する視点で実施します。

5 その他

(1) 地域包括支援センターの周知活動

地域包括支援センターの認知度を上げるため、店舗等との連携やホームページの充実による周知を図ります。

(2) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知りうる立場にあります。個人情報の管理を徹底し、セキュリティ管理を含め、個人情報保護の万全な対策を行います。このため、鍵のかかる事務室に書類を保管する等、社会福祉法人長野市社会福祉協議会個人情報に関する方針(プライバシーポリシー)に基づき個人情報の管理を徹底します。

(3) 地域包括支援センター全体のスキルアップ

長野市地域包括支援センター吉田は、高齢者の総合相談窓口であるとともに、地域における権利擁護やケアマネジャー支援等の中核機関です。職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等に積極的に参加するとともに、各職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達する会議を設け、共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

(4) 法人内の連携強化

長野市地域包括支援センター吉田は、長野市より社会福祉法人長野市社会福祉協議会が受託しています。本会で策定した長野市社会福祉協議会総合計画の使命に基づき活動を展開します。長野市社会福祉協議会の役割である「地域福祉の推進を図るため、中核的役割を担う団体」として誰でも安心して暮らすことができる福祉のまちづくりを推進する使命を達成するために事業を行う事を常に意識しながら、地域包括支援センターの役割を果たせるよう地域福祉課と連携を強化し、広報活動や新たなサービスの創設など、地域課題に柔軟に対応できるよう取り組みます。

令和6年度 長野市地域包括支援センター富竹の里事業計画

1. 総合相談支援業務

地域の高齢者やその家族等の世帯全体を把握し、関係機関と連携し支える事で、課題を解決するため、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら効果的なサービスを提供できるよう体制の充実を図ります。

(1) 総合相談

地域に居住する要援護高齢者及びその家族に対し、各種相談及び関連機関との各種調整を行います。

①在宅介護、自立支援、介護予防等に関する各種相談に対し、電話、面接、訪問等により総合的に対応いたします。

②認知症高齢者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用などを支援していく上で、専門職の資質向上を図ります。

③複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー等が適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、継続的に支援します。

④身近な相談窓口である事を地域住民の方の周知する機会を多く設け、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。相談の内容、相談者の状況、希望に応じて、相談受付当日に訪問する等、実情に即した早期対応を行います。

⑤地域に根ざした支援体制を作り上げるために、民生児童委員など地域における様々な関係者と連携し、地域のニーズの把握・分析に努めます。把握した地域課題については、地域ケア会議と連動して、課題の集約及び検討等を行っていきます。

⑥総合相談業務を行った際は、適切な記録を残し、月毎に「長野市地域包括支援センター相談実績・個別ケア会議等月間報告書（様式4）」にまとめて、地域包括ケア推進課へ提出を行います。

(2) 地域におけるネットワークの構築

3 地区それぞれの住民自治協議会、民生児童委員、地域福祉ワーカー、関係機関との連携を図り、多職種協働による支援が可能となるように、ネットワークの構築を図ります。ネットワーク会議の開催により、顔の見える関係が作られるようにしていきます。

(3) 実態把握

地域におけるネットワークの活用、様々な社会資源との連携、高齢者等世帯への戸別訪問、関係者からの情報収集により、高齢者等の心身状況や家族の状況等の実態は把握し、援護が必要な高齢者に適切な助言とサービス提供が行われるようにします。民生児童委員定例会への参加により、情報の収集、共有が図りやすい体制を作ります。

(4) 困難事例への対応

①総合相談において、対応が困難な事例については、3 職種協働での支援を行うと共に、関係機関との連携、重層的支援体制整備事業等の活用を図り、必要な措置を講じます。

②状況により、他機関との連携等が必要な場合は、個別ケア会議を適宜開催し、支援の報告制の決定や地域課題の抽出を行い、よりより支援となるようにしていきます。

(5) 基本チェックリストの実施

「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげます。高齢者の閉じこもりにより基礎体力の低下、社会活動への不参加などによる認知機能の低下等が心配されるため民生児童委員等との連携により支援が必要な高齢者を早期に把握し支援体制を強化していきます。また地域でのフレイル予防に取り組み、フレイル高リスク対象者の方の個別支援や医師からフレイル予防相談会へ誘導をしてもらうなど予防の推進に努めます。

(6) 介護予防手帳の活用

介護予防の啓発、セルフマネジメントの方法・活動記録の資料として、介護予防手帳を活用し、ニーズに応じた内容の紹介を行っていきます。

2. 権利擁護業務

(1) 高齢者虐待に関する啓発活動

民生児童委員定例会やケアマネジャー連絡会等を通じて民生委員やケアマネジャーに対し高齢者虐待対応についての講習会や勉強会を開催し、啓発活動を積極的に行い、関係者間で高齢者虐待に対するアンテナを高められるよう意識向上に努めます。又地域住民に対しては「お茶のみサロン」や「介護者の集い」等に職員が参加し、パンフレットやDVDを活用し啓発活動に努めます。

(2) 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

- ①通報：民生委員やケアマネジャー、医療従事者と日頃から関係作りに取り組み、些細な疑惑でも早期に相談できる開かれた窓口であるよう努めます。
- ②連携：行政や医療・福祉・地域関係者等と連携を密にし、情報共有を重要とします。
- ③支援体制の構築：通報があった際は、速やかにセンター内で協議を行い、「虐待の疑い」又は「虐待としての対応が必要」と判断した場合は、市とその対応について協議を行うと共に、当該高齢者の安全か買う人、その他当該通報又は届出に係る事実確認のための措置を講じます。関係機関と連携を図りながら対応計画に基づいた支援を行い、高齢者虐待対応における終結を目指します。

(3) 成年後見制度等の利用支援

- ①金銭管理や契約行為等に際し、判断能力に不安があり日常生活に支障がある方の相談にのり状況に応じて長野市成年後見支援センターやおひとりさま安心サポートセンターと連携を密にし、制度普及や啓発を図ります。暮らしのあんしんサービス事業・日常生活自立支援事業・成年後見支援制度活用に向けた支援を行います。
- ②長野市成年後見支援センターや法テラス等関係機関との連携を強化し、成年後見制度活用に向けた支援に努めます
- ③介護者教室、ケアマネ連絡会等を活用し、権利擁護・成年後見制度の周知、啓発活動に努めます
- ④地区ケア会議、個別ケア会議において状況に応じて成年後見制度の利用支援に努めます

(4) 消費者被害の防止

- ①毎月の民協定例会において長野市や警察署からの「消費者被害情報」や国民生活センターから配信される「新鮮見守り情報」を周知し、消費者被害の未然防止に努めます。
- ②ケアマネジャー、介護サービス事業所と連携を図り、高齢者の消費者被害に対する情報収集及び共有し、高齢者に啓発活動を行い、早期発見・未然防止を図ります。

(5) 職員の日常的なスキルアップ

- ①権利擁護に対する専門職研修会・勉強会に積極的に参加し、専門的知識・技術を習得し、様々な相に対応し、適切な権利擁護支援実践が行えるよう自己研鑽に努めます。
- ②毎月直営地域包括支援センターが主催する「弁護士会訪問相談」へ相談事例提出や相談会に出席し、他専門職の知識や見解等を学びながら、高齢者虐待対応・支援や成年後見制度活用における的確な対応が出来る様スキルアップに努めます。

3. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

(1) ケアマネジャーへの支援

- ①ケアマネジャーとの連携を強化し、気軽に相談できるセンターを目指します。ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。必要に応じて医療や民生委員、その他関係機関との連携が図れるように支援を行います。
- ②連絡会の開催により、管内のケアマネジャーのスキルアップを図ります。1事業所1事例を持ち寄り、より良いケアマネジメント業務が行えるように事例検討会を行います。ケアマネジャーからの相談や事例検討の中から、必要に応じてケース会議、地域ケア会議に繋げていき、地域の課題解決となるようにし

ていきます。地域のあらゆる社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要な時に必要な援助を切れ目なく受けられるように調整します。

③支援困難事例等、ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、同行訪問等により、3職種がその専門性を生かし、協力しながら支援が行えるようにします。

④支援困難事例を通して、地域ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。

⑤介護予防のための自立支援ケア会議の開催を行い、ケアマネジャーの実践力向上に向けた支援を行います。

(2) 個々の介護支援専門員へのサポート

①ケアマネジャーと病院等地域の関係機関が顔を合わせる機会を増やし、連携体制の強化に努めます。長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用により、医療との連携がスムーズに行えるように支援を行い、状況に応じて個別の支援を行っていきます。

②包括的支援事業の生活支援体制整備事業を推進し、住民自治協議会、老人クラブやボランティア団体等が提供する有償・無償の在宅福祉サービス情報を提供し、社会資源を有効に利用できるように支援します。

③ケアマネジャー支援業務から発見する問題を、ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの提言等、ケアマネジャー支援に活かします。

④相談しやすい窓口となるように、丁寧な対応を心掛けます。支援困難事例の場合は、サービス担当者会議への同席、個別ケア会議の開催、入院（所）・退院（所）時の連携の支援を行っていきます。

4. 認知症総合支援事業

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の支援を踏まえ、認知症になっても尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心してくらせるよう、認知症に関する知識の普及・啓発を行い、市と連携を図りながら、保険・医療・福祉などの各種専門機関の連携及び地域での支援体制づくりを行います。

(1) 認知症の本人・家族への支援

①地域包括支援センターが相談窓口であることを周知し、相談しやすい場になるよう努めます。状況に応じて、認知症初期集中支援チームの活用、認知症相談会の案内を行っていきます。

②認知症地域支援推進員として連絡会に参加し、認知症地域支援・ケア向上事業推進を実践します。地域のケアマネジャー、福祉・医療関係者、他職種支援者などで支援するサポート体制を構築しケアパスの地域版を作成・活用して認知症でも地域で生活できる地域づくりを進めていきます。

③年性認知症支援コーディネーターと連携し若年性認知症の人との接点を増やし意見を得て支援策に映していきます。

④地域のケアマネジャーの対応が困難なケースについては、3職種の知識・技術の積極的な提供及び関係機関と連携を図るなどケアマネジメント支援に努めます。行方不明になる危険のある方に関しては、安心おかえりカルテの作成支援を行っていきます。

⑤認知症高齢者の家族や関係者から認知症に係る相談を受け、必要に応じてかかりつけ医や認知症相談医との連携体制を構築し、早期対応、認知症高齢者とその家族の日常生活の支援に努めます。

⑥長野市認知症見守り SOS ネット事業等からの情報が出された際には、行方不明者の捜査協力を行います。

(2) 認知症啓発

①認知症の正しい知識と介護方法を知る為の認知症予防講座を開催する等、認知症に関する正しい知識の普及に努めます。

②認知症サポーターの養成に於いて、地域からの講座開催依頼に積極的に応じると共にキャラバンメイトの継続的な活動支援を行い、認知症に対する理解を深め、地域ぐるみの支援体制を進めます。

(3) 通いの場の充実・参加促進

①認知症カフェ活動の支援を継続し、新たなオレンジカフェ設立を支援していきます。チームオレンジ

への展開、認知症啓発月間の活動にも取り組みます。

②介護離職を防ぐことができるように、相談ができる機会を持ち、必要な情報が得られるようにしていきます。

5. 在宅医療・介護連携推進事業

(1) 業務内容

- ①多職種連携推進研修会等への参加を行い、市内各医師会、関係機関と意見・情報交換を行います。地域の医療介護サービス資源の把握に努めます。
- ②長野市在宅医療・介護連携支援センター（長野市民病院・篠ノ井総合病院）の周知を行い、医療と介護関係者の連携を促進します。
- ③「多職種連携シート」「入退院時における連携・情報収集の手引き」、ACP 啓発パンフレット（2種類）を活用し、切れ目のない医療・介護連携を推進します。

6. 生活支援体制整備事業

住民による支え合い体制作り、生活支援の担い手づくりを行う、住民自治協議会の「地域福祉ワーカー」（生活支援コーディネーターの役割を兼任）や各支所、住民自治協議会と連携し各地域の地域福祉計画や、住民活動と連動する形で、住民同士による「支えあい活動」を創出します。地域ネットワーク会議などから抽出された地域資源、高齢者の生活支援ニーズを把握し、不足するサービスの創出や担い手の養成などの「資源開発」に協力して取り組みます。

また一般介護予防事業地域介護予防活動支援事業の活用により、介護予防の自主的活動作りを推進するに当たり、地域福祉ワーカーが開く「ふくしネットワーク会議」（柳原地区・年4回予定）に参加します。直営地域包括支援センター、地区の介護施設事業者、住民自治協議会と連携してネットワーク構築に取り組みます。

7. 地域ケア会議開催

1人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯の増加や複雑多様化した課題を持つ高齢者等へ適切な支援をするため、保健・医療・福祉関係者のほか、成年後見制度の活用・消費者被害への対応には司法関係者とも連携しながら「地域ケア会議」を充実していきます。

また地区民生・児童委員協議会定例会に併せて開催している「地域ケア会議」については、情報提供や地域課題を把握する有効な機会として捉え継続実施し民生児童委員との情報共有を図っていきます。

(1) 個別ケア会議

要支援者ごとの支援内容の検討、要支援者の支援に係る地域の課題の把握を目的に「個別ケア会議」を開催します。会議開催に際し、本人、親族等地域の関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民組織等会議の目的に応じた関係者を参集し検討を行います。

(2) 地域ネットワーク会議

個別ケア会議において行ったケース検討の状況、個別ケア会議において把握した地域の課題を集約及び検討を目的に「地域ネットワーク会議」を開催します。

会議開催に際し、民生児童委員協議会代表者、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、医師（医師会推薦）、歯科医師（歯科医師会推薦）、薬剤師（薬剤師会推薦）、居宅介護支援事業所代表者、行政（福祉事務所、保健センター等）、その他介護保険事業所、警察・消防関係等会議に応じた関係機関で行います。

各地区年1回以上の開催を行います。

8. 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善が図れるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人の意欲に働きかけながら、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいただけるよう具体的に介護

予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。

また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

9. フレイル予防・対策の推進への協力

地域住民が適切な運動、栄養、社会参加等の取り組みにより、予防や改善が図られるよう、パンフレット等を活用し、市民への周知・啓発および訪問によるフレイル予防・対策の推進に協力します。

10. 介護者教室開催（家族介護継続支援事業）

高齢者を介護している家族や近隣の援助者等を対象に、適切な介護知識・技術を習得するための介護者教室を開催します。令和6年度は「男性介護者のつどい」「人生会議（ACP）」「認知症ケア」「その他」をテーマとして開催します。

介護者教室開催について地域住民に広く周知するため、住民自治協議会の協力を得て地区内全戸回覧、介護保険フレッシュ情報掲載、かがやきひろば東北へチラシ配布、民生児童委員への情報提供等、広報活動を行います。

11. 介護予防把握事業

情報を効果的・効率的に収集し、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、地域で行われている活動や必要なサービスに繋げていきます。

総合相談業務での把握、民生児童委員など地域住民や関係機関からの情報による把握の他、介護保険予防給付対象者一覧表を活用し、支援を必要とする方の把握を行っていきます。

把握後は、アセスメントを実施し、ご本人の希望や必要に応じて、地域で行われている体操教室やサロン、かがやきひろば東北での活動等のご案内を行い、フレイル予防、介護予防に繋がるように支援します。

12. その他

(1) 地域での介護予防活動支援

地域の実情に応じて住民自治協議会や各種団体と協働して、お茶飲みサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、自主的な介護予防の取組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努めます。また集い・交流の場の情報を集約し、高齢者（家族）への情報提供や高齢者の社会参加の推進を図るため、地域包括支援センターと地域福祉ワーカーが定期的に情報共有しながら「通いの場台帳」を整備・運用します。

(2) 地域包括支援センター全体のスキルアップ

相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等への積極的な参加に努めます。参加した職員は伝達研修を行い、包括支援センター全体でその能力が向上するようにしていきます。

(3) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場である為、個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行います。マニュアルを遵守すると共に、個人情報保護に関する研修を受け、全職員が徹底した管理が行えるようにしていきます。

令和6年度 地域包括支援センターコンフォートきたながいけ事業計画

朝陽・大豆島地区で暮らす高齢者の心身の健康保持、生活の安定、生きがいきづくり及び介護予防のために必要な相談・助言・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継続して支援していく必要があります。

多職種が連携し、柔軟な対応ができる地域の支え合い体制が構築され、要支援者等が、地域での社会参加の機会が増え、役割や生きがいを持って生活することができるよう地域の関係機関や保健医療福祉専門機関、行政機関とネットワークの構築を目指します。

I 事業方針と重点事項

(1) 総合相談体制の充実

相談者の属性や世代に関わらず、ワンストップで相談を受け付け、相談内容を分析し、各分野の専門機関や関係機関と連携を図り、総合相談や権利擁護の支援を行う。

(2) 家族介護者への支援

介護に関する相談窓口の周知、介護に関する情報や知識提供、家族介護者同士の支え合いの場づくりを行う。

(3) ケアマネジメント支援の充実

管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議により、困難事例を抱えたケアマネジャーを支援する。

(4) 高齢者を支える地域の体制づくり

住民自治協議会に配置された生活支援コーディネーターと連携し、住民の困り事から地域課題を捉え、住民主体サービス、生活支援、介護予防の自主活動グループなど、高齢者を含めた地域の支え合いの仕組みづくりの推進を図る。

II 活動方針

1. 総合相談支援

地域包括支援センターの役割を地域住民、他機関へPRし、地域のコミュニティとの連携を図り、住み慣れた地域で安心して暮らせるように、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関または制度の利用につなげる支援に努める。

- ・センター広報誌「ほっとだより」の発行（年4回、全戸地区回覧、医療機関等への設置）
- ・地域サロンへの積極的な参加と長野市の事業紹介
- ・速やかな相談対応、積極的なアウトリーチで早期対応、適切な支援につなぐ
- ・民生委員と連携し、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、実態把握を行い適切な支援につなぐ。

2. 権利擁護支援

- ・日常生活自立支援事業、成年後見制度の活用についての紹介や活用方法の周知活動
- ・高齢者虐待を未然に防げるネットワーク構築（警察、基幹型包括支援センターとの連携）

3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援

利用者の立場に立った柔軟で、本人の意欲に働きかけ行動変容につなげられる目標指向型ケアプラン作成ができるよう個々の介護支援専門員へのサポートやケアマネ連絡会を開催し、自立支援型個別ケア会議を行い、多職種連携や地域資源の情報共有を図り、暮らしを支える視点での議論を行う機会を設ける。また、勉強会や研修会を開催し、介護支援専門員の資質向上を図る。

4. 認知症総合支援

- ・認知症サポーター養成講座の開催、介護者教室の開催
- ・「認知症カフェ」の継続支援、アフターコロナに伴う再開支援、開設促進
- ・「認知症のある親を介護する働き盛り世代の交流会」を開催（奇数月）

5. 在宅医療・介護連携推進事業

疾病を抱えても住み慣れた生活の場での療養生活が続けられるよう介護と医療、その他多職種と連携し、横断的で柔軟な対応ができるようにネットワークの構築に努める。

6. 生活支援体制整備事業

各地区の住民自治協議会に配置された地域福祉ワーカー（生活支援コーディネーター）、各支所及び住民自治協議会と連携し、各地区の地域福祉活動計画と連動する形で、地区の特性や実情に応じた住民同士による「生活支援」や「居場所」、「移動支援」などの「支え合い活動」の創出に向けた取り組みを行う。

7. 地域ケア会議の開催

(1) 個別ケア会議の開催

自立支援型個別ケア会議、個別ケア会議（困難支援ケース）を開催し、個別課題の解決、地域包括支援ネットワーク構築及び地域課題の発見・把握を行う。

(2) 地域ネットワーク会議の開催と地域課題の整理

地域包括支援ネットワーク構築、地域課題の発見・把握及び地域づくり・資源開発を目的として、各地区で開催する。

8. 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

介護予防把握事業より把握した対象者に対して、「長野市介護予防ケアマネジメント手順書」に則り、適切なアセスメントを実施し、活動の再開や新たな社会参加の目標を一緒に考え、具体的に医療や介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、期間を決めてケアプランを作成する。サービス事業所と目標の達成状況を確認しながら利用者の状態に応じた社会資源と円滑につながるように、利用者自身の力を強め、環境を変えたり、補ったりしながら自立支援を行う。

また、対象者を支えていた元々の社会資源を把握して、住民主体サービスやインフォーマルサービスにつなげるケアマネジメントを積極的に行う。

9. フレイル予防・対策の推進への協力

地区サロン、はつらつ体操倶楽部等へ出向き、「粋いきライフ手帳」等を利用し、フレイル予防（運動、栄養、社会参加）の周知・啓発を行う。また、訪問による栄養・歯科相談や保健指導への協力を行う。

10. 介護者教室の開催（家族介護継続支援事業）

高齢者を介護している家族や近隣の援助者を対象に、「人生会議（ACP）」をテーマとして各地区で連続講座を開催する。

11. 介護予防把握事業

総合相談業務（高齢者実態把握）に加え、「介護保健 予防給付対象者一覧表」に記載の要支援認定者のうち、関わりがない要支援認定者に対しては、電話連絡を行い、実態把握訪問につなげ、課題を早期に発見する。また必要に応じて、住民主体の介護予防活動につなげる。

12. 専門職（センター職員）のスキルアップ

包括支援センター業務の理解、介護保険の理解を深めるため自己研鑽に励むとともに、積極的に研修に参加し、専門性を高める。

令和6年度 地域包括支援センター若槻ホーム事業計画書

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善が図れるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人の意欲に働きかけながら、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいただけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成するものとします。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

ア 総合相談支援

①認知症高齢者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用などを支援していく上で、地域包括支援センターの専門職の資質向上を図ります。

②複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、各専門職の専門性を生かし、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支援に努めます。

③身近な相談窓口として総合的に相談を受付けるために担当職員の資質向上を図り、住民自治協議会をはじめとする地域の団体・地域福祉ワーカー・民生児童委員など地域における様々な関係者とのネットワークの構築・強化に努めます。

④「基本チェックリスト」を活用し、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに結びます。

⑤民生児童委員など地域における様々な関係者と連携し、収集した情報を活用して要援護高齢者や家族への予防的対応・早期の対応を図ります。

(2) 権利擁護業務

ア 高齢者虐待に関する啓発活動

①健康長寿講座・地域のお茶のみサロン・自主グループ活動等の場を活用し高齢者虐待に関する啓発活動に取り組みます。

イ 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

①虐待の防止と早期発見に取り組むとともに市、警察、高齢者虐待防止ネットワーク運営協議会等、関係機関との連携が円滑に行えるよう日常的な関係づくりに努めます。虐待防止の観点から養護者（家族）への支援

に努めます。

- ②高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行なえるよう、市・直営包括との連携強化に努め、組織的に対応します。

ウ 成年後見制度等の利用支援

- ②リーフレットなどを活用し成年後見制度の啓発に努めるとともに成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室等、相談窓口の周知・連携を積極的に行い、制度に向けた支援を行います。
- ③金銭管理や消費者被害等の課題に対応するため、成年後見制度や社会福祉協議会の日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業等の紹介・相談を行い高齢者の権利擁護を図ります。

エ 消費者被害の防止

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害に遭わないように、直営包括、警察、消費生活センター等からの最新情報を収集し、民生児童委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と共有して、高齢者への周知・啓発活動を行い被害の未然防止に努めます。

オ 職員のスキルアップ

直営地域包括支援センターで主催する「弁護士会訪問相談」の活用や、高齢者虐待対応に係る対応を適切に行うため、高齢者虐待対応研修・長野市高齢者虐待防止ネットワーク運営協議会に出席し、様々な事例に的確に対応できるようスキルアップに努めます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

ア ケアマネジャーへの支援

- ①ケアマネジャーが気軽に地域包括支援センターに相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。
- ②地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネジャー連絡会・介護予防のための自立支援ケア会議を開催します。連絡会や自立支援ケア会議を通じ社会資源の情報の共有や、介護支援専門員同士のネットワークの構築が図れるよう支援します。
- ③支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし、個別ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。

イ 包括的・継続的ケア体制の構築

- ①在宅医療・介護連携推進事業において、ケアマネジャーと病院等地域の関係機関との連携体制強化に努めます。
- ②包括的支援事業の生活支援体制整備事業を推進し、住民自治協議会、地域福祉ワーカー、支所職員等と連携・協働しながら地域の社会資源を有効に利用できるような支援します。
- ③ケアマネジャー支援業務から発見する問題は地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの検討等により、ケアマネジャー支援に活かします。

(4) 認知症総合支援事業

ア：認知症相談会・認知症初期集中支援チームとの連携や活用、安心おかせりカルテの作成支援、認知症高齢者やその家族に関わり、安心して地域で暮らせるように支援に努めます。

イ：認知症となっても自分らしく暮らし続けられる地域作りを進めるために、認知症地域支援推進員を中心に、地域において認知症の人を支援する関係者との見守り・支援体制の構築に努めます。又、市が開催する「推進員連絡会議」等への出席及び研修会開催の協力を行います。

ウ：健康長寿講座として男性介護者の集いや若年性認知症当事者が発信できる場の開催、認知症サポーター養成講座、お茶のみサロン等において、認知症の正しい知識の普及・啓発を行い地域の見守り・支援体制を構築します。

エ：認知症の方の居場所作りとしてオレンジカフェなどの新たな運営を検討します。

オ：長野市認知症見守りSOSネット事業、市又は消防局等の情報提供・協力依頼時は業務の範囲内で発見協力を努めます。

(5) 地域ケア会議の充実

長野市「地域ケア会議」ガイドラインに基づき、複雑多様化した課題を持つ高齢者等へ最も適切な支援をするため、保健・医療・福祉関係者・地域の関係機関と連携しながら、地域ケア会議の充実に努めます。

日常生活圏域において、行政職員、ケアマネジャー、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民組織等の中から、会議の目的に応じた関係者が参加する会議の運営に努めます。

ア 個別ケア会議

【目的】

- 要支援者ごとの課題解決・支援内容の検討
- 要支援者等の支援に係る地域の課題の発見・把握
- 保健、福祉及び医療の担当職員等の連携を通じたネットワークの構築・推進
- 事例提供した介護支援専門員への気づきの支援や資質の向上
- *本人、親族等地域の関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民組織等会議の目的に応じた関係者を参集します。

イ 地域ネットワーク会議（地域包括支援センター若槻ホーム管轄エリアで開催）

【目的】

- 地域の課題の発見・把握及びその解決に向けた検討・資源開発・地域包括支援ネットワークの構築
- *民生児童委員協議会代表者、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、医師（医師会推薦）、歯科医師（歯科医師会推薦）、薬剤師会（薬剤師会推薦）、居宅介護支援事業所代表者、行政（福祉事務所、保健センター等）、その他介護保険事業所、警察・消防関係等会議に応じた関係機関で行います。
地域ネットワーク会議を開催した際、内容や課題などを長野市担当課に報告を行い、長野市ケア会議へつなぐ協力をします。

ウ 地域の社会資源の掘起こしと活用

インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、活用に向けて関係者間で地域のサービス情報を共有し、高齢者の社会参加への推進に努めます。

エ 地域での見守り支援

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加していることから、高齢者等を地域全体で見守り支え合うネットワークの一員として支援に努めます。

(6) 生活支援体制整備事業

地域福祉ワーカーや支所及び住民自治協議会等と連携・協働をはかり、地区の地域福祉計画や住民活動と連動する形で、住民同士による支え合い体制や生活支援の担い手の創設、介護予防の自主活動作り等、活動支援を行います。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

ア：直営地域包括支援センターの取り組みへの協力とともに、「入退院時における連携・情報収集の手引き」、ACP啓蒙パンフレット等を活用し、在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

イ：長野市在宅医療・介護連携センターなどとの連携や協力、多職種連携推進研修会等に積極的に参加します。

3 その他

(1) 介護者教室（健康長寿講座）・介護の集いの開催

住民自治協議会福祉健康部健康部会・福祉部会と協力し、高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族に対して、適切な介護知識・介護技術等の習得を目指すとともに、人とのつながりを通じ家族の身体的・精神的負担の軽減に努め介護者支援につながるよう推進します。

(2) 地域での介護予防活動支援

住民自治協議会等と協働しお茶のみサロンや健康福祉部研修会等に積極的に参加し、情報発信をするとともに地域活動の支援を行います。また自主的な介護予防の取組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努め、情報提供や社会参加の推進を図ります。

(3) フレイル予防・対策推進への協力

地域住民への周知・啓蒙及び訪問による栄養・歯科相談や保健指導への協力等、フレイル予防・対策の促進に努めます。

(4) 地域包括支援センター職員のスキルアップ

地域包括支援センター業務に必要なスキルの習得のために研修や講演会等への積極的な参加に努め、全職員での共有を図ります。

(5) 職員の姿勢

公正・中立な立場であることを認識し、その設置目的と基本的機能を念頭に置き、つねに当事者に最善の利益を図るために業務を遂行します。

(6) 地域包括支援センターの周知活動

若槻地区の高齢者福祉の総合相談窓口としての存在や役割を地域に広く浸透するよう様々な機会を捉えて広報・周知活動に努めます。

(7) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行います。

(8) 苦情対応

苦情を受けた場合は、その内容を記載し、迅速かつ適切に対応するとともに、再発防止に努めます。

令和6年度 長野市地域包括支援センター安茂里 事業計画書

1 事業方針

長野市地域包括支援センター安茂里は、「長野市地域包括支援センター設置運営方針」及び「包括的支援事業等業務委託仕様書」に基づき、公正・中立な機関として、地域で暮らす高齢者等の心身の健康保持と生活の安定、生きがいつくり及び介護予防のための相談・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継続支援します。さらに地域や関係機関とのネットワークを構築し、地域住民の様々なニーズに応えることができる高齢者福祉の地域における拠点となることを目指します。高齢者が安心して健康で自分らしい生活を継続することが出来るように支援します。

2 重点目標

○総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は、8050問題、世帯の経済的な問題等、複雑化・複合化した問題が増えています。相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

○家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対する支援が重要視されています。介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図ります。

○ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例の中には、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。

管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネジャーを支援します。

○高齢者を支える地域の体制づくり

生活支援が必要な高齢者の増加と、社会全体で担い手が減少する中で、地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実と連動し、生活課題の抽出、社会資源の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進します。

住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出します。

3 担当地区

安茂里・七二会・小田切

4 各地区の現状及び課題

(1) 安茂里地区

地域東端を裾花川、南端を犀川が流れ、北は山並みに囲まれた地域です。地域の南部に信越線・長野新幹線と国道19号線が通過し、住宅などは南部の国道19号沿線から犀川・裾花川の間密集しています。裾花川を隔てて長野市街地の西側に接しており、18区から成り立っています。ベッドタウンとして戦後人口が急増し、杏花台・宮沖・園沖・伊勢宮・犀北などの団地が造成されました。当時転入されて

きた方々の高齢化が進み、公共交通機関での外出が困難になり、日常の家事支援が必要とされる方が増加しています。人口は19,774人、このうち65歳以上の高齢人口は6,282人、高齢化率は31.8%（前年比0.5%増、R6.4.1現在）となっています。今後さらに高齢人口は増加を続けると見込まれます。人口は多いが、近所とのつながりが希薄になりつつある現状がみられることから、地域住民の福祉に対する関心があまり高くないため、これから高齢化社会に向けて地域住民の横のつながりが必要なことが大きな課題となっています。生活支援体制整備に向けて住民自治協議会を中心とした検討会では、地域におけるニーズや課題について話し合いを重ねながら地域での助け合いの仕組み作りに取り組んでいるところです。

（2）七二会地区

七二会地区は集落が点在する人口1,306人、このうち65歳以上の高齢人口は713人、高齢化率54.6%（前年比0.8%増、R6.4.1現在）の中山間地であり、過疎・核家族化により独居や高齢者夫婦の世帯が多い地域です。一人亡くなると世帯が一つ減少する現状があります。農業活動は衰退しているものの、現在も田畑の仕事を担う高齢者が多いです。また、従来から培われてきた地縁関係等は依然として保たれており、近くに住む子供達が買い物や受診等日常生活に必要な支援を行う世帯が多く、近所の人々が善意で外出の送迎を引き受けている世帯もあります。しかし、一方でこれら従来から行われてきた隣人による支え合いの関係では高齢化が進み対応が困難なケースも年々顕在化してきています。

こういったことから、平成28年度に地域住民の助け合いによる家事援助サービスが組織化されましたが、令和3年12月に地域たすけあい事業再編に伴い総合事業に移行となりました。配食による見守り活動月2回（独居高齢者）も行われています。

また同平成28年度に生活支援コーディネーターが中心になり住民主体の活動の場が立ち上がり、月3回「かがやき健康サロン」が開催されており、当センターも講話や介護予防活動などの協力体制をとっているところですが、コロナ禍において活動を中止せざるを得ない状況となっており、高齢者においては閉じこもりや活動量の低下による体調の変化等には十分留意していく必要性があります。

（3）小田切地区

山間地にあり地すべり地帯が多く、人口747人、このうち65歳以上の高齢人口は438人、高齢化率58.6%（前年比同率、R6.4.1現在）の地域です。市内32地区で最も人口が少ない地域ですが、地域のつながりが強く地域コミュニケーションは都市部より形成されています。しかし、高齢化率が高くなるにつれ近所同士で助け合いたくても難しくなりつつある現状にあります。

こういったことから、小田切地区においてはH30年度より中部地域包括支援センターの支援を受けながら、当センターも関わりながら住民自治協議会を中心に生活支援整備に取り組み、R元年5月に住民自治協議会と地域住民を主体とした検討会『和・輪・話の会』が立ち上がりました。その後も活発な話し合いを重ね、R2年4月より小田切地区独自の家事援助事業がスタートしましたが、地域助け合い事業再編に向けたモデル地区として、R3年7月長野市全地区に先駆けて総合事業に移行しました。

福祉活動の担い手が限られている中では互助・共助で対応できる事柄は他地域に比べ制限があります。介護保険のサービスも事業所が限られており、インフォーマルな社会資源の開発は不可欠となっています。

5 事業内容

【主要事業No.1】第1号介護予防支援事業

長野市地域包括支援センター安茂里は、厚生労働省の定める地域支援事業実施要項、介護予防・日

常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善を図り、状況を踏まえた目標を設定するとともに、本人の意欲に働きかけながら、効果的な介護予防・生活支援サービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるよう、ケアプランを作成します。

【主要事業No.2】 包括的支援事業

長野市地域包括支援センター安茂里は、高齢者の総合相談窓口であるとともに、地域における権利擁護やケアマネジャー支援等の中核機関です。職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等に積極的に参加するとともに、各職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達する会議を設け共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

(1) 総合相談支援

長野市地域包括支援センター安茂里では、地域が抱える高齢者・障害者福祉等に関する課題、複雑多様化した相談に対して関係機関や制度につなげる支援に努めます。

- ① 認知症高齢者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用などを支援していく上で、専門職としての資質向上に努めます。
- ② 複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、各専門職の専門性を生かし、地域における適切な保険・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる支援に努めます。
- ③ 身近な相談窓口として、高齢者の生活を軸として総合的に相談を受け付けるために、担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。
- ④ 介護保険サービス利用の相談者に対して、「基本チェックリスト」を実施し、介護予防・生活支援サービス利用の対象者の選定を行います。

(2) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組めます。虐待

を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から擁護者（家族）への支援に努めます。

高齢者虐待応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害を未然に防止するため、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。

長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室との連携を密にし、成年後見制度等の普及や啓発を図るとともに、制度の利用に向けた支援を行います。

【主要事業No.3】 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

地域のケアマネジャーから困難ケース等の個別相談が増加していることから、ケアマネジャーのスキルアップのためのケアマネジメント支援をする必要があります。また、高齢者が抱えるさまざまな問題への解決に向けて、ケアマネジャーが自身の役割や解決方法を整理し、主治医や地域の関係機関等との連携・調整を図り、自ら問題解決ができるよう支援を行います。

(1) ケアマネジャーへの支援

- ①ケアマネジャーが気軽に長野市地域包括支援センター安茂里に相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが主体的に利用者への援助ができるよう支援を行います。
- ②支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし協力しながら支援します。
- ③支援困難事例等を通して、ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。
- ④年1～2回の研修会（ケアマネ連絡会）を通して、ケアマネジャーのスキルアップとケアマネジャー同士のネットワークの構築を支援します。
- ⑤介護予防のための自立支援ケア会議を年1～2回開催し、多職種からの助言等を受けることにより、自立支援を目指した視点でケアマネジメントに取り組めるよう支援します。

【主要事業No.4】 地域ケア会議の充実

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯の増加や複雑多様化した課題を持つ高齢者等への支援について、関係機関（者）と連携しながら、地域ケア会議の充実を図ります。

(1) 個別ケア会議の開催

- ①地域課題の解決、地域包括支援ネットワーク構築および地域課題の発見・把握
・担当地区の利用者を受け持っているケアマネジャーからの相談を受け、関係機関等と連携し随時ケア会議を開催します。
- ②事例提供したケアマネジャーへの気づきの支援や資質の向上
・管内のケアマネジャーに事例を提供していただき、介護予防のための自立支援ケア会議を年1～2回開催します。

(2) 地域ネットワーク会議の開催と地域課題の整理

- ①地域包括支援ネットワーク構築、地域課題の発見・把握および地域づくり・資源開発
・安茂里・小田切・七二会地区でそれぞれ年1回以上、合計3回以上開催します。

【主要事業No.5】 認知症総合支援事業

- ①認知症について地域住民の理解が深まるよう、昨年度作成した地域版認知症ケアパスを活用しながら啓蒙活動を展開します。
- ②認知症の方とその家族の支援についての啓発のため、管内小学校・中学校・高等学校を対象に認知症サポーター講座を受講していただけるよう働きかけていきます。
- ③認知症高齢者の家族や親族から認知症に係る相談を受け、必要に応じて「認知症相談会」に繋げ、早期対応や日常生活の支援に努めます。
- ④「認知症サポーター養成講座」を年1回以上予定し、サポーターやキャラバンメイトの継続的な活動に対する支援に努めます。

- ⑤地域の見守り体制構築や、当事者・家族を支える交流会や自主グループの継続的な活動支援、また安茂里地区での認知症カフェの活動の支援を行ないます。
- ⑥「安心おかえりカルテ」の作成の支援・普及に努め、家族が改めて本人の状態を理解することや相談できる場、人との繋がり、行方不明時の早期発見に役立てます。

【主要事業No.6】生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターの役割を担う住民自治協議会の「地域福祉ワーカー」や地区に設置している検討会と連携し、地域資源の把握、高齢者の生活支援ニーズの把握に努め、不足するサービスの創出や担い手の養成などの「資源開発」に協力して取り組みます。

生活支援体制整備を推進するに当たり、地域福祉ワーカーが開く関係者会議に出席するなど、直営地域包括支援センター、たすけあい事業コーディネーター、住民自治協議会等と連携して「支え合い活動」の創出に取り組みます。

【主要事業No.7】在宅医療・介護連携の推進

- ① 長野市地域包括支援センター安茂里は直営地域包括支援センターの取組への協力を努めます。
- ② 長野市在宅医療・介護連携支援センター（長野市民病院・篠ノ井総合病院内）と連携し、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を推進するとともに、医療・介護連携の課題の把握に努めます。
- ③ 長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用、多職種連携研修会への参加、人生会議（ACP）の啓発に協力します。

【主要事業No.8】その他

（1）介護者教室の開催

長野市地域包括支援センター安茂里では、介護方法や介護予防または介護者の身体的・精神的負担の軽減を目的に介護者教室を開催します。令和5年度は「認知症ケア関連」2回、「その他」について1回実施します。

（2）地域での介護予防活動支援

長野市地域包括支援センター安茂里では、地域の実情に応じて住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶飲みサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、七二会地区で行われている「わくわく運動塾」等の自主的な介護予防の取組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努めます。

（3）地域包括支援センター全体のスキルアップ

長野市地域包括支援センター安茂里は、高齢者の総合相談窓口であるとともに、地域における権利擁護やケアマネジャー支援等の中核機関です。職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等に積極的に参加するとともに、各職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達する会議を設け、共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

（4）地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口としてその機能を十分に果たすよう様々な機会を捉えて、長野市地域包括支援センター安茂里の役割等を地域で周知するよう努めます。

(5) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。地域の方々から信頼され利用される機関となるためには、相談した内容がしっかりと守られ、信頼を得ていくことが重要です。このため、鍵のかかる事務室に書類を保管する等、社会福祉法人長野市社会福祉協議会個人情報に関する方針(プライバシーポリシー)に基づき個人情報の管理を徹底します。

令和6年度 事業計画

長野市地域包括支援センター篠ノ井総合病院

1. 総合相談支援事業

- ① 在宅介護、自立支援、介護予防等に関する各種相談に対し、電話、面接、訪問等により総合的に応じる。相談には3職種での協議を経て適切な支援に繋げる。
- ② 民生委員児童委員との連携のもと、アウトリーチにより高齢者や家族環境の課題を把握し、予防的対応や早期対応に努める。
- ③ 相談内容は指定された様式に記録し、センター内での情報共有に努める。

2. 権利擁護業務

(1) 成年後見制度に関する対応

- ① 成年後見制度を利用する必要があると判断した場合は、福祉政策課篠ノ井分室または長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室と連携を図り、必要な支援を行う。

(2) 高齢者に対する虐待の防止および養護者の支援に関する対応

- ① 虐待の疑いがあれば、高齢者虐待対応マニュアルに沿って迅速で適切な支援が行なえるように関係機関との連携強化に努める。
- ② 長野市高齢者虐待防止ネットワーク運営協議会に出席し、協力する。
- ③ 職員の資質向上に向け、研修会に参加し虐待対応力の強化を図る。

3. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

- ① 担当地域の介護支援専門員からの相談に応じる。困難事例はセンター内での情報の共有を行い3職種が協働し、具体的な援助の方法を検討する。
- ② 困難事例等で必要があれば、個別ケース会議を開催し検討する。
- ③ ケアマネ連絡会を年間3回計画（障害サービス、意思決定支援、ヤングケアラー）し、ケアマネジャーの資質向上、連携に努める
- ④ 介護予防のための個別ケア会議を年間8回計画。事例提供を居宅介護支援事業所に依頼し助言、検討する。

4. 認知症総合支援事業

- ① 徘徊等がある認知症高齢者に対して安心おかえりカルテの作成を家族に促す。
- ② 認知症初期集中支援チームとの連携を図る。
- ③ 南部地区認知症地域支援推進員と定期的な連絡会議を通し情報共有を行なう。

5. 在宅医療・介護連携推進事業

- ① 「多職種連携シート」、「入院時における連携・情報収集の手引き」、ACP 啓発パンフレットなどを活用し、医療・介護連携を図る。
- ② 多職種連携推進研修会等に参加する。

6. 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターと連携し、地域課題の共有を行う。

7. 地域ケア会議開催

- ① 必要に応じ、困難事例等に対し個別ケア会議を開催。課題を整理し、地域の課題抽出に繋げる。
- ③ 地域ネットワーク会議を年間 2 回計画（信里地区、中央地区）実施する。

8. 第 1 号介護予防支援事業

- ① 長野市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ② 職員のアセスメント能力の向上、自立支援のためのケアマネジメントの実施のため、月 1 回、事業所内で事例検討会を実施する。

9. 介護予防把握事業

- ① 予防給付対象者一覧から、関わりのない要支援認定者を把握し、電話連絡をする。
- ② 電話連絡により支援が必要な人を発見し、必要な支援を行う。

3、その他

(1) 地域包括支援センターの周知活動

民生委員児童委員定例会、パンフレットの活用等で地域包括支援センターの役割等を地域で周知するように努める。

(2) 個人情報の保護

- ① 法人で行なわれる研修への参加を行い、個人情報保護についての学びを深める。
- ② 個人情報外部持ち出しの管理を徹底する。

(3) 業務継続計画

BCP に基づき、年 1 回、利用者一覧表や優先順位の高い利用者の情報を共有し、災害時の安否確認の机上訓練を行う。

令和6年度 長野市地域包括支援センター桜ホーム事業計画書

1 基本方針

- (1) 長野市地域包括支援センター桜ホーム（以下「センター」という。）は、介護や医療、福祉などの様々な面から地域で暮らす高齢者を支えるための総合相談窓口として、住み慣れた地域で安心して生活を送れるように支援します。
- (2) 高齢者を地域全体で支えるための体制整備、認知症になっても自分らしく暮らせる支援、高齢者の権利擁護の推進、相談・支援体制の充実・強化等に取り組みます。

2 重点的に取り組む事項

項目	取り組み	内容
総合相談支援体制の充実	地域の高齢者やその世帯への支援 関係機関と連携をとりながら総合相談や権利擁護の支援を行う	相談があった場合、電話・面接・訪問により対応する 公的サービス・医療・インフォーマルサービスと総合的に支援する 関係機関との連携・チーム支援 地区で相談会の開催を企画し包括支援センターを知ってもらう取り組みを行う
家族介護者への支援	在宅生活を支える介護者への支援 介護に関する相談窓口として介護に関する情報・知識の提供	介護者教室の開催 地区での相談会の開催を介護の相談窓口とし周知を図る
ケアマネジメント支援の充実	近年増えている複雑化・複合化した困難な事例を研修会・事例検討会・個別ケア会議等の開催によりケアマネジャーの後方支援を行う	管内ケアマネ連絡会の開催により情報共有や勉強会でのスキルアップ 個別ケア会議の実施 困難ケースへの適切な対応を充実する（個別ケア会議による多職種での課題抽出と支援を行う）
高齢者を支える地域の体制作り	生活支援が必要な高齢者の把握・地域の事情・特性に合わせた生活課題の抽出 社会資源の把握	民生児童委員等との連携により、支援が必要な高齢者の早期把握、必要な支援を行う 住民自治協議会・地域福祉ワーカー・社会福祉協議会との連携によ

	地域の通いの場の把握	りボランティア等の支え合い活動の体制作り
高齢者への虐待防止対策の充実	センター内で3職種での情報共有を図り、市・関係機関と連携する	相談・通報のあった場合は3職種で情報を共有し、市と連携した取り組みを進めるなど、虐待対応体制の整備の構築を推進する

(1) 第1号介護予防支援事業

長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

介護予防・日常生活支援総合事業のサービス利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善が図れるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいただけるよう、ケアプランを作成します。

フレイル予防・対策の推進の為、訪問による周知・啓発を進めます。

(2) 包括的支援事業

i) 総合相談支援業務

専門3職種が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、継続的に支援します。

また民生児童委員との連携のもと、アウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに繋がります。

「介護予防手帳」の活用により、介護予防の啓発に努めます。

研修等により担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

ii) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組めます。また、虐待防止の観点から養護者(家族)への支援に努めます。

高齢者虐待対応マニュアルに沿って、適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害に遭わないように、被害の未然防止のため、中部包括支援センターや消費生活センターなどの関係機関から悪質

商法等の情報提供を受け、高齢者宅を訪問する際や民生児童委員協議会定例会などで情報提供する等啓発活動を行います。

長野市成年後見支援センターやおひとりさま安心サポート相談室との連携を図り、成年後見制度の普及や啓発を図り制度の活用に向けた支援を行います。

iii) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

地域のケアマネージャーの業務の円滑な実施を支援するため、ケアマネージャーからの相談などについて、専門3職種がその専門性を活かして具体的な援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議の場等も活用しながら、ケアマネージャーの実践力向上及びケアマネージャーが主体的に利用者への援助を行うことが出来るよう支援を行います。

また、主任ケアマネージャーが中心となり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネージャー連絡会を開催します。

併せて、ケアマネージャー同士のネットワークを通じて、地域のあらゆる社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるように調整します。

iv) 認知症総合支援事業

保健・医療・介護の各種専門機関や認知症疾患医療センターとの連携の充実を図り、出来るだけ早い段階で必要な医療・介護につなげ安心して暮らせるように事業を活用しながら相談支援体制の充実を図ります。

認知症の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、地域での見守り・支援体制づくりを進めます。

v) 地域ケア会議の充実

個別地域ケア会議を開催し多様な視点から検討し、地域におけるその人らしい生活の継続を支援します。個人の課題解決、ネットワークの構築及び地域課題の発見機能を強化します。

自立支援型個別ケア会議においてもケアマネージャー実践力向上とともに地域課題の把握及びネットワークの構築に努めます。

vi) 生活支援体制整備事業

高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、各住民自治協議会に配置されている地域福祉ワーカー（生活支援コーディネーターの役割を兼任）や各支所、住民自治協議会と連携するなど地域の地域福祉活動計画や住民

活動と連動し地区の特性や実情に応じた住民同士による支え合い活動の創出に向けた取り組みを行います。

併せて、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している地域高齢者の実状・地域の特性から地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを地域に向けて積極的に行います。

vii) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めるため、医療機関と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の充実を図ります。
多職種連携研修会への参加、人生会議(ACP)の啓発に協力します。

(3) その他

i) 介護者教室の開催(家族介護継続支援事業)

高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族等に対して、適切な介護知識・介護技術やサービスの利用方法を習得してもらうと共に家族の身体的・精神的負担の軽減を目的とした介護者教室を開催します。

令和6年度は、「男性介護者」「認知症ケア」「その他」をテーマとして開催します。

ii) 介護予防把握事業

民生児童委員・医療機関等との連携により支援が必要な高齢者を早期把握をし、介護予防活動への支援や・必要な医療へつなげる等行う

介護保険 予防給付対象者一覧表に記載の要支援認定者のうち、地域包括支援センターの関わりがない要支援認定者へ連絡と支援

iii) 地域包括支援センター全体のスキルアップ

相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の取得を目的とした研修や講習会等に積極的に参加し、各職員が学んだ知識・技術については、全職員に伝達し共有することによりセンター全体のスキルアップを図ります。事業所での虐待防止研修の実施、法人と連携しハラスメント研修・業務継続にむけた災害・感染症の予防及びまん延防止の為の研修と訓練の実施をします(机上訓練も含む)

iv) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行います。

令和6年度地域包括支援センター やすらぎの園事業計画書

地域包括支援センターとしての役割を十分に果たすべく、地域への更なる周知を行う。また、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していく事ができるよう、地域課題の把握に努め、地域ネットワークの構築を目指す。

1. 重点的に行う業務

(1) 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)

介護予防・日常生活支援総合事業の対象者に対し、第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)を実施する。介護予防及び自立支援を目的として、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サービスが提供できるよう支援する。

(2) 総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因の(8050問題、世帯の経済的は問題等)複雑化・複合化した問題に対して、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら世帯全体へのチーム支援を行う。

(3) 家族介護者への支援

介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図る。

(4) ケアマネジメント支援の充実

管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関を連携した研修や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネージャーを支援する。

(5) 高齢者を支える地域の体制づくり

地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実と連動し、生活課題の抽出、社会支援の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進する。

住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・共同・地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動の創出を目指す。

(6) 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、疾病を抱えても自宅等の住み慣れた場所で療養、生活が送れるよう在宅医療と介護の関係機関が協働、連携できる体制作りを行う。

2. 活動方針

(1) 総合相談支援

・専門3職種が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービス、制度を利用し、関係機関や地域へつなげ、継続的に支援していく。

・民生委員や地区役員、関係機関と連携を図り、高齢者の心身の状況や家庭環境等を把握

し、支援を必要とする高齢者や家族への早期対応を図り、予防的支援に努める。

- ・地域への周知活動を継続して行う。

(2) 権利擁護支援

- ・高齢者の虐待防止と啓発、早期発見できる体制の構築及び、家族への支援にも努める。
- ・高齢者等が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害に合わないよう、最新情報を収集し、広報・啓発活動を行う。また、消費生活センターや警察などの関係機関と連携し消費者被害を未然に防止できるよう努める。

- ・成年後見制度、日常生活自立支援事業、まいさぼ、「おひとりさま」あんしんサポート等の制度の利用の支援、周知を行う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・地域のケアマネージャーのケアプラン作成、困難事例ケースの相談、対応方法等の検討を行い、必要に応じて同行訪問し支援する。

- ・個別、地域ケア会議を開催し、会議を通してケアマネージャーの実践力向上を図る。

また、連絡会を開催する事で、情報交換、事例検討を行いケアマネージャーの資質の向上を目指す。

(4) 認知症総合支援

- ・「認知症相談会」、「認知症初期集中チームによる支援」「安心おかえりカルテ」事業を活用する。

- ・認知症カフェ（オレンジカフェ）の共同開催をし、相談や支援を行う。

- ・認知症サポーター養成講座や介護者教室を開催し、認知症を正しく理解し、地域の支援体制づくりを進め、地域での暮らしが続けていけるよう取り組んでいく。

- ・認知症ケアパスの作成に取り組む。

- ・認知症疾患医療センターと連携し、連絡会や研修へ参加する。

(5) 地域ケア会議の開催

- ・個別ケア会議を随時開催する。

- ・自立支援に向けた個別ケア会議を、年1回以上開催する。

- ・個別ケア会議の開催を通し、地域課題の抽出・把握を行い、地域ネットワーク会議を年1回以上開催し、地域ケアシステムの構築を目指す。

(6) 介護予防実態把握事業

- ・高齢者の実態把握を継続して実施する。

- ・市が提供する高齢者台帳の情報、民生委員、関係機関、近隣住民からの情報等により高齢者等の自宅を訪問、連絡を実施する。

3. その他

(1) 介護者教室の開催

- ・高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族等に対して、適切な介護知識・介護技術や

サービスの利用方法の習得を図ると共に、家族の身体的、精神的負担の軽減を目的とした介護者教室を開催する。

「人生会議（ACP）」、「認知症ケア」「男性介護者の集い」「その他」等をテーマとして開催する。

（２） 地域での介護予防活動支援

・住民自治協議会や各種団体等と協働してお茶のみサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の充実を図ると共に、住民主体の介護予防の取り組みを支援し、地域での介護予防活動の推進に努める。

・地域包括支援センターと地域福祉ワーカーが情報を共有し、集い・交流の場を高齢者（家族）へ情報提供すると共に、通いの場の整備・運用に取り組む。

（３） 地域包括支援センターの周知活動

・高齢者福祉の総合相談窓口としての機能を十分果たせるよう、集いの場や会議等への参加を積極的に行い、地域への周知に努める。

（４） 災害時等の対応準備

・BCP（事業継続計画）の策定と必要な研修、訓練を実施する。

・BCPの定期的な見直しと、必要に応じて変更を行う。

（５） 感染症対策

・コロナウイルスを含めた感染症の感染予防のため、職員の感染予防対策を図り、状況により、職員の出勤・外出の自粛を実施する。

令和6年度長野市地域包括支援センター星のさと 年間事業計画

1. 令和6年度 重点的に行うべき事業

(1) 総合相談支援体制の充実

- ① 身近な相談窓口として、電話・訪問・来所により総合的に相談を受ける。その後相談者等の同意を得た上で、適宜ICTも活用し、相談しやすい環境作りに努める。
- ② 複合化・複雑化した相談、権利侵害が疑われる相談等は、専門三職種で検討し、適切なサービスや機関・制度等につなぎ、継続的に支援する。
- ③ 高齢者及びその家族、民生児童委員、近隣者等からの相談に対し、高齢者の心身状況や家族の状況の実態を把握し、サービスや制度に関する情報提供及び関係機関の紹介、繋ぎを行う。また、アウトリーチにより継続的支援や早期対応を図る。
- ④ 総合相談支援業務を行う上で必要な担当職員の資質向上を図ると共に、関係機関と地域のネットワーク強化に努める。
- ⑤ 基本チェックリストの活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス利用が必要な対象者を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげる。
- ⑥ ホームページの活用により、地域包括支援センターの認知度を上げる。また、生活支援事業所との連携により、相談窓口の周知を図る。

(2) 家族介護者への支援

- ① 常泉寺カフェ（年3回、男性介護者のつどい）、圓成寺カフェ（年3回、介護者のつどい）、認知症カフェ（月1回）、出張認知症カフェ等の介護者支援の取り組みについて、川中島住民自治協議会と共催し企画・広報・参加協力をする。
- ② 就労している世代や若年層も相談しやすいように情報通信機器を活用した相談受付の整備を図る。
- ③ 仕事と介護の両立が図られるように、相談受付や支援機関との連携を図り、介護離職を予防する。
- ④ 令和5年度に実施した篠ノ井地区介護者アンケートの結果から、令和6年度 共和地区ネットワーク会議を開催する。介護者支援のための社会資源のアイデアを出してもらおう。

(3) ケアマネジメント支援の充実

- ① ケアマネジャーからの相談を受け、三職種がその専門性を活かして具体的な支援方法の検討と助言を行う。
- ② 地域ケア会議を活用し、ケアマネジャーの実践力向上と課題解決を図るため後方支援を行う。

- ③ 管内ケアマネジャー連絡会において、気づきの事例検討、勉強会、研修会を実施する（2ヶ月に1回の開催）。
- ④ 自立支援のための地域ケア会議に、管内ケアマネジャーに事例提供を依頼する。また、管内主任ケアマネジャーには助言者としての協力を得る。
- ⑤ 複雑化・複合化した困難事例に対して、地域ケア会議の開催や医療・介護・福祉の専門職との連携が図られるよう支援する。
- ⑥ 連絡会の開催により、ケアマネジャー同士の情報交換の場を提供する。

（4）高齢者を支える地域の体制づくり

- ① 地域福祉ワーカー、支所職員、住民自治協議会と連携・協働し、地域福祉活動計画や住民活動と連動した高齢者の生活支援体制を構築する。
- ② 不足しているサービスの創出、担い手の養成などの資源開発の取り組みに協力する。
- ③ 住民主体サービス、生活支援・介護予防の自主活動グループ作りなど高齢者を含めた地域の支え合い体制作りにも協力する。
- ④ 様々な支え合い活動が生まれ、住民同士が支え合う意識が高まり、住民主体型サービスが創出されるよう協力する。
- ⑤ 創出された社会資源が持続的に提供されるように、移動販売車やお買物サポートカー事業など買い物支援の周知に協力する。

2. 第1号介護予防支援事業

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントを実施し、介護予防・生活支援サービス事業の他、住民主体の活動、地区公民館や民間事業所が提供するインフォーマルサービスも活用し、目標達成に向けたケアプランを作成する。
- ② 厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ③ 介護予防ケアマネジメントは、自立に向けた支援である事を利用者に周知し理解を求めていく。
- ④ 高齢者の自立を促進し、元気な高齢者の社会参加につなげる。
- ⑤ 介護予防の啓発やセルフケアマネジメントの方法・活動記録として、粋いきライフ手帳を活用する。
- ⑥ 委託先の居宅介護支援事業所が、適正かつ円滑な業務が行えるように、相談受付、ケアプランチェック、同行訪問等を行う。

3. 包括的支援事業

(1)、総合相談支援業務

『令和6年 重点的に行うべき事業（1）総合相談支援体制の充実』の通り

(2) 権利擁護に関する取り組み

<高齢者虐待防止の啓発活動>

- ① 高齢者の権利が守られる地域とする為、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組む。
- ② 高齢者虐待について正しく知ってもらうため、パンフレットなどを活用し、地域住民及び関係者への啓発活動や相談窓口の周知に努める。
- ③ 民生児童委員定例会において、高齢者虐待防止と早期発見に向けた啓発を行う。
- ④ 介護者の集い、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、常泉寺カフェ（男性介護者の集い）、圓成寺カフェ（介護者の集い）に参加協力し、気軽に相談できる環境を整える。

<高齢者虐待への対応>

- ① 高齢者虐待対応を適切に行うため、研修への参加や事例検討により職員の資質向上に努める。
- ② 虐待が疑われる案件が発生した際は、高齢者虐待対応フローをもとに帳票を活用し、速やかに三職種による協議を行い、篠ノ井駐在に報告、関係機関との連携を図っていく。
- ③ 個別ケース会議の開催や包括的継続的ケアマネジメントにより、虐待解消後も継続的な対応を行う。
- ④ 虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者支援にも努める。
- ⑤ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるように関係機関との連携強化に努める。

<成年後見制度等の利用支援>

- ① 講座の広報やリーフレット等を活用し、成年後見制度の普及や啓発に努める。
- ② 判断能力が不十分な高齢者や将来に不安を抱えた高齢者等を把握した場合は、長野市成年後見支援センターとの連携を図り、法定後見制度や任意後見制度の活用に向けた支援を行う。
- ③ 日常生活において財産管理や保全が困難な高齢者について、地域福祉課みなみ出張所と連携を図り、日常生活自立支援事業や暮らしのあんしんサービス事業に繋げる。
- ④ 身寄りのない「おひとりさま」から相談を受けた際は、おひとりさまあんしんサポート相談室と連携を図り、成年後見制度等の普及や啓発を図ると共に、制

度の活用に向けた支援を行う。

<消費者被害防止>

- ① 市や県からの消費者被害防止に向けた情報を活用し、本人・家族・民生児童委員・サービス事業所・ケアマネジャー等へ周知、啓発を行い、被害を未然に防ぐように努める。
- ② 警察、銀行や消費生活センターと連携して情報収集を行うと共に、諸制度を活用し高齢者の生活を守る。
- ③ 消費生活サポーターとして地域において消費者被害防止の啓発に努める。

<弁護士会訪問相談の活用>

- ① 「弁護士会訪問相談」にて当センターのケースを相談し、法的な見解のもとの確な対応ができるよう努める。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

<包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備>

- ① ケアマネジャー業務の円滑な実施を支援する為、ケアプラン作成についての相談や複雑化・複合化したケースの相談について、3職種がその専門性を活かし、具体的な援助方法の検討を行う。
- ② 医療・介護関係者の研修に参加し、医療関係者と顔の見える関係を作り、連携強化に努める。
- ③ 地域のインフォーマルサービスが有効に活用できるように、生活支援コーディネーター、住民自治協議会、ボランティア団体等と連携を図り、ケアマネジャーへの情報提供を行う。
- ④ 地域ケア会議や管内ケアマネ連絡会を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの検討、社会資源の創出を目指す。

(4) 認知症総合支援事業に関する取り組み

<認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進>

- ① 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念を基に、認知症の人やその家族の視点を踏まえた地域づくりを進める。
- ② 認知症の状態に応じて適切なサービスへつなげるための「認知症ケアパス」を認知症の人やその家族、医療・介護関係者間で共有し、切れ目のないサービス提供を行う。
- ③ 川中島地区ネットワーク会議において、認知症の方やその家族にやさしい地域づくりを目指し、そのために必要な社会資源を考える。
- ④ 川中島地区のキャラバンメイト オレンジフラワーズの協力を得て、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の正しい理解と暮らしやすい地域づくりを

目指す。

- ⑤ 認知症カフェの継続的な支援を行う。具体的には、カフェ当日の包括職員参加、管内介護保険サービス事業所のネットワーク作りと参加依頼、ボランティアスタッフのフォローアップ研修の支援、ミニ講座の開催。
- ⑥ 本人メッセージ発信の機会の増加や働き世代の家族支援について検討する。

<認知症の早期診断、早期対応への支援>

- ① 医療機関、介護サービス事業者、生活支援事業者、住民主体の団体、若年性認知症支援コーディネーター、認知症サポーター、チームオレンジ川中島など、地域において認知症の人を支援する関係者と連携を図る。
- ② 認知症相談会、認知症初期集中支援チームによる支援、認知症疾患医療センターを積極的に活用し、認知症の本人と家族を支援する。
- ③ 認知症についての身近な相談窓口が地域包括支援センターであることを住民に周知していく。
- ④ 「若年性認知症支援コーディネーター」や「本人ミーティングながの」の事業に協力する。そして、当事者の意見を聴く場を持つ。
- ⑤ 地域のキャラバンメイトや認知症サポーターが活躍できる場を地域福祉ワーカーや関係機関と検討する。

<行方不明者を早期に発見する取り組み>

- ① 家族、ケアマネジャー、関係機関からの相談に応じ、「安心おかえりカルテ」の作成を支援する。
- ② 認知症見守り SOS ネット事業等の行方不明者発見の為、警察や消防局からの依頼を受けた場合は、業務範囲内で発見協力をする。

<認知症地域支援推進委員について>

認知症地域支援推進委員を配置し、推進員連絡会議への出席、研修会やネットワーク会議開催の協力をする。関係機関との連携を図りながら、認知症に関するケア会議を積み重ね、地域課題を把握する。

(5) 地域ケア会議の充実

<個別ケア会議の開催>

- ① 専門職に限らず、本人に関わる家族、隣人、地域のキーパーソン等の出席を得て、本人が地域で暮らしていくために地域を巻き込んで開催する。
- ② 会議の目標や目的を明確にするため、ジェノグラムやエコマップを活用し、事前に包括内で事例共有及び開催に向けた検討をする。
- ③ 本人、家族、地域の関係者、行政職員、ケアマネジャー、介護保険サービス事業者、障害・保健・医療関係者、民生児童委員、司法関係者、住民組織等、会

議の目的にあった関係者を参集する。その為のネットワーク構築に努める。

- ④ 自立支援のための地域ケア会議は、管内ケアマネジャーから事例提供を受け、年2回の開催を目指す。
- ⑤ 自立支援のための地域ケア会議は、ケアマネジャーの実践力向上と共に、ネットワークの構築、地域課題の把握を意識しながら検討する。
- ⑥ 支援困難事例の地域ケア会議については、当方が参加者を招集し、適宜開催をする。また、継続ケースについては定期的を開催する。

<地域ネットワーク会議の開催と地域課題の整理>

- ① 地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の発見・把握及び地域づくり・資源開発を目的に、共和地区・川中島地区それぞれにおいて年1回以上開催する。
- ② 篠ノ井地区住民自治協議会が開催する研修会への参加協力。
- ③ 共和地区では、令和5年度の介護者アンケート結果を通して、介護者の実情を知り、介護者を支えるための社会資源について検討する。
- ④ 川中島地区では、「認知症に優しい地域づくり」をテーマに、認知症に優しい川中島の町づくりに必要な社会資源について考える。
- ⑤ 地域住民代表、民生児童委員、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、たすけあい事業コーディネーター、医師、歯科医師、薬剤師、居宅支援事業所、介護保険サービス事業所、行政（支所・福祉事務所等）、保健センター、障害者相談支援センター、警察・消防関係、生活支援事業者等、会議の目的に応じた関係機関を招集し実施する。

(7) 在宅医療、介護連携の推進

- ① 直営包括支援センターが行う医師会との連携に協力する。
- ② 市が設置した長野市在宅医療・介護連携支援センター（長野市民病院・篠ノ井総合病院内）の周知を行い、医療と介護の連携強化に協力する。
- ③ 長野市在宅医療・介護連携支援センターが主催する研修会について協力すると共に、管内居宅介護支援事業者や介護サービス事業者への周知を行う。
- ④ 「多職種連携シート」「入退院時における連携・情報収集の手引き」ACP啓発パンフレット（2種類）を活用し、切れ目のない医療・介護連携を推進する。
- ⑤ 管内ケアマネジャー研修会において、訪問診療医や訪問看護師と共に、看取りにおけるケアマネジャーの役割を学ぶ。

<介護予防把握事業>

- ① 民生委員等地域住民、関係機関、高齢者実態把握、介護保険予防給付対象者一覧表の要支援者のうち、包括の関わりがない要支援認定者から、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげ

ることを目的とする。

- ② ①で把握した高齢者宅を訪問し、利用者基本情報・基本チェックリスト・アセスメントシート等を活用し、アセスメントを実施する。
- ③ アセスメントの結果、本人の意向を踏まえ、住民主体の介護予防活動につなげフレイル・介護予防を図る。
- ④ 予防把握事業により介護予防ケアマネジメントの実施が必要と判断された場合は手続きに必要な支援を行う。
- ⑤ 予防把握事業を通して地域のニーズや課題を捉え、地域関係者と協働した介護予防の取り組みやインフォーマルサービスの開発につなげる。
- ⑥ 予防把握事業により、支援困難な高齢者やその家族を発見した場合は、適切な機関につなぎ、必要に応じて地域ケア会議を開催する。

(8) 介護者教室等の開催

<介護者教室の開催（家族介護継続支援事業）>

- ① 介護者の適切な介護知識・技術やサービスの利用方法を習得してもらう為、3講座を開催する。
- ② 令和6年度は、「人生会議（ACP）」「認知症サポーター養成講座」「施設の種類の選び方」を予定している。「施設の種類の選び方」については、高齢社会において、突然施設選びを迫られる場面があるが、施設の種類の多岐に亘り、家族は選ぶことが難しい状況がある。ある程度の知識を持って、準備をしていけるように計画した。
- ③ 介護者教室を通して、介護をすること、介護を受けること、年を重ねることを考えるきっかけとしたい。

<地域での介護予防活動支援>

- ① 会食会、シニアクラブ、お茶のみサロンへの講師派遣協力と講師紹介。（講師派遣は月1件までとする。）
- ② フレイル予防を中心とした内容で、地域の介護予防活動の推進に努める。
- ③ つどいや交流の場の情報を集約した「通いの場台帳」を整備する。また、高齢者やその家族、ケアマネジャー等への情報を提供し積極的に運用する。

<長野市との連携強化>

- ① 運営調整会議に出席する。また、要請により運営協議会へ出席する。
- ② 運営方針など、センターの運営に係る事項及び地域包括ケアシステム構築に関することについて、市と合意形成を図る。
- ③ 担当区域を超えた課題や重点事業について、地域包括支援センター間の連携及び情報交換を図る。
- ④ 虐待や支援困難ケース等、迅速に対応が出来る様、市の関係機関と連携強化を

図る。公正・中立性の確保、適切な業務運営の調整を図る。

- ⑤ 公正・中立性の確保、適切な業務運営の調整を図る。
- ⑥ 今井原団地内シルバーハウジングの入居者に対する支援体制について高齢者住宅等安心確保協議会に出席し、管理人や生活相談員との連携が図りやすい体制を整える。

<地域包括支援センターの周知活動>

お茶飲みサロン・シニアクラブ・認知症サポーター養成講座・介護者教室などの機会を捉えて、センターの周知を図る。

<地域密着型施設の運営推進会議へ参加>

- ① 地域密着型特養、グループホームの運営推進会議に参加する。
- ② 定期巡回 24 訪問介護サービスの運営推進会議に参加する。
- ③ 地域密着型通所介護の運営推進会議に参加する。

<法令の遵守>

センターの運営にあたっては、関係法令等の遵守を徹底する。

<個人情報の保護>

- ① 個人情報の管理を徹底し、セキュリティ管理を行い、個人情報保護に万全の対策を講じる。
- ② 個人情報、パソコンは鍵のかかるキャビネットに保管する。
- ③ 毎年、個人情報保護に関する研修に参加し、個人情報の取り扱いについてセンター内で共有する。
- ④ 個人情報外部持ち出し管理簿により、ケース記録等の個人情報の持出先や使用目的を記載し、持出と返却の管理を行う。

<苦情対応について>

- ① 苦情を受けた場合は、その内容を記録し、迅速かつ適切に対応すると共に再発防止に努める。
- ② 苦情は、職員全体のものとして捉え、協議の上、再発防止に努める。
- ③ 毎年、苦情処理に関する研修に参加し、苦情処理の取り扱いについてセンター内で共有する。

<事故・ヒヤリハット対応について>

事故やヒヤリハットは記録し、職員全体のものとして捉え、協議の上、再発防止に努める。

<包括職員のスキルアップ>

- ① 医療・権利擁護・認知症・個人情報・ケアマネジメント・介護予防等、オンライン研修を含め積極的に研修へ参加する。殊に主務を担う研修には積極的に参加する。
- ② 各職員が学んだ知識技術については、全職員に伝達・共有する事で全体のスキルアップを図る。

<民生児童委員協議会定例会への出席>

川中島、篠ノ井(共和)地区で毎月開催される民生児童委員協議会定例会に出席し、民生児童委員との連携を図る。

<各事業に対する感染症等感染対策>

- ① 事業を開催する際は、感染防止マニュアル等に基づき、十分な感染対策を図る。
- ② 感染状況を鑑み、事業の実施の可否について判断する。

(9) その他

<指定介護予防支援事業所として業務継続計画（BCP）の策定と研修>

- ① 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な支援が継続的に提供できるように、業務継続計画の見直しを図る。
- ② 管内ケアマネジャーと共に机上訓練を実施する。

<指定介護予防支援事業所としての高齢者虐待防止に関わる対応>

- ① 虐待防止委員会の定期開催（6カ月に1回）と研修の実施。
- ② 管内ケアマネジャーと高齢者虐待防止研修を共催する。

<指定介護予防支援事業所としての感染症の予防及びまん延防止のための措置>

- ① 感染対策委員会の定期開催（6カ月に1回）と研修及び訓練。
- ② 管内ケアマネジャーと共に感染症予防研修を実施する。
➡管内ケアマネジャー事業所と協働して研修を行うことで、資質向上や協力体制の強化を図る。

長野市地域包括支援センター長野松代総合病院

令和6年度事業計画

長野市地域包括支援センター長野松代総合病院（以下「センター」）は、支援困難者等の生活支援に重点をおき、民生委員、住民自治協議会の地域福祉ワーカー（生活支援コーディネーター）等関係機関と緊密な連携を図ります。地域ケア会議の充実化により、介護予防推進や不足するサービスの創出、担い手の養成など地域住民主体の生活支援体制の構築に協力して取り組みます。

高齢者に対する権利擁護業務では、地域のネットワークを積極的に活用し、虐待の対応、防止及びその早期発見に努め、安心して生活できる地域づくりを目指していきます。

認知症地域支援・ケア向上事業推進のため、認知症地域支援推進員を中心に、相談しやすい環境の整備や他職種で支援する体制の整備等充実を努めます。認知症でもいきいきと生活できる地域づくりを進めます。

基本的な運営方針および事業方針は以下の通りです。

I. 基本的な運営方針

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、介護や支援が必要になっても、一人ひとりの状態に即した適切で効果的なサービスを総合的に提供できる体制を整備するため、「あんしんいきいきプラン21」に基づき、高齢者を地域全体で支えるための体制整備、認知症になっても自分らしく暮らせる支援、高齢者の権利擁護の推進、相談・支援体制の充実・強化等に取り組みます。

地域での高齢者の自立した生活を支援するために、介護予防・日常生活支援総合事業を効果的に実施できるよう第1号介護予防支援事業、介護予防普及啓発事業等に取り組みます。

2 重点的に行う業務

(1) 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）を実施します。

総合事業のサービス利用者の介護予防及び自立支援を目的として、心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じたメリハリのある対応に努め、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供できるように実施します。

(2) 総合相談支援体制の充実・高齢者の権利擁護の推進

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は、8050問題、世帯の経済的な問題等、複雑化・複合化した問題が増えています。相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

高齢者が認知症などにより判断力の低下や心身機能の低下により介護が必要な状態になっても、生命や財産が守られ、地域において安心して生活を送ることができるよう権利擁護支援体制を充実します。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるよう、包括的かつ継続的に在宅医療・介護が一体的に提供できる体制を構築します。

長野市在宅医療・介護連携支援センターと連携し、医療と介護関係機関の多職種協働による連携体制の構築を促進します。ケア会議や日々の情報交換を通じて関係機関との連携を深め、在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

(4) 家族介護者への支援・認知症高齢者とその家族への支援

認知症に関する正しい知識と理解を持てるよう、普及・啓発を行うとともに、認知症になっても尊厳を保ちながら安心して暮らせるように、保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強

化、地域での見守り・支援体制づくりを推進します。

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対する支援が重要視されています。介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図ります。また、ICTを活用した家族介護者への支援についても検討します

(5) 住民組織と連携した高齢者を支える地域の体制づくり

今後の生活支援が必要な高齢者の増加と、社会全体の担い手の減少に備えて、地域の生活課題に対する地域の「支え合い」活動を創出します。地域福祉ワーカーや住民自治協議会との連携・協働により、住民主体による地域福祉活動への支援、地域ネットワーク会議などの「協議の場」の活用、地域包括ケアシステムを通じた社会資源の活用などにより、必要な生活支援体制整備を推進します。

生活支援が必要な高齢者の増加と、社会全体で担い手が減少する中で、地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実と連動し、生活課題の抽出、社会資源の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進します。住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出します。

3 介護事業者・医療機関・民生児童委員・地域福祉ワーカー・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築

地域の関係者・関係団体等とのネットワークを構築し、地域で暮らす高齢者の生活を支えます。

地域ケア会議の充実を図るとともに、地域において、行政機関、医療機関、介護サービス事業者、住民自治協議会や民生児童委員など地域の関係者、ボランティア等とのネットワークを構築し、その調整役として、高齢者一人ひとり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かな相談・支援を実施します。

高齢者が生活する上での地域課題は、各地区の地域福祉ワーカー、住民自治協議会等と連携し、住民主体による地域福祉活動との伴走支援により解決を図ります。また個別ケースの支援内容の検討を通じたケアマネジャーへの支援に取り組みます。

4 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業等）

第1号介護予防支援事業により、地域で暮らす高齢者の自立支援及び介護予防を積極的にすすめるために、介護予防サービス事業所の活用の他、担当地区内の住民主体の活用の場の他、地区公民館、民間事業所等が提供しているインフォーマルサービスの活用を推進します。

5 ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例の中には、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネジャーを支援します。

ケアマネジャーのスキルアップを図るため、ケアマネジメント支援を行います。高齢者が抱えるさまざまな問題への解決に向けて、地域のケアマネジャーが、自身の役割や解決方法を整理し、主治医や地域の関係機関との連携・調整を図り、自ら問題解決ができるよう日常的な支援を行います。また、「介護予防・日常生活支援総合事業」における自立支援に向けたケアマネジメント支援に取り組みます。

6 地域ケア会議の運営

個別ケア会議及び地域ネットワーク会議は、センターが中心となって開催します。

医療、介護等の専門職をはじめ、民生児童委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなど地域の多様な関係者が協働し、ケアマネジャーのケアマネジメント支援を通じて、日常生活を営むのに支障がある高齢者が自立した生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるよう調整して、地域全体で高齢者の生活を支援します。また、ケアマネジャーの資質向上に資するよう、地域のケアマネジャーが年に1回は地域ケア会議での支援が受けられるようにするなど、その効果的な実施に努めます。

7 長野市との連携

長野市（地域包括ケア推進課、高齢者活躍支援課、介護保険課、福祉政策課、生活支援課、障害福祉課、保健所、保健センター等）及び長野市直営地域包括支援センター（以下「直営センター」）、成年後見支援センターなど様々な行政機関と密接な連携を図りながら、公正・中立な立場で業務を実施します。総合相談支援事業等を実施する上での課題解決等、相互連携を推進するため、直営センターが主催する「地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議」に参加します。

センター職員が事業や業務への理解を深められるよう、特に、包括的支援事業（社会保障充実分：在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業）、介護予防・日常生活支援総合事業等に関する研修会に参加できるように努めます。

8 公正・中立性の確保

長野市が設置する「長野市地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」）」の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保します。

センターは前年度業務の評価指標の結果、事業報告、収支決算及び次年度予算を市に提出します。センターが直面する課題等に対応するため、必要の際は運営協議会にセンター職員も出席します。

9 チームアプローチによる業務

介護保険法施行規則に定める保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門職（以下、「専門3職種等」という。）が、高齢者に関する様々な相談に応じます。さらに、多様化・複雑化した相談に対して、それぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら多様な視点から問題の解決を図り、包括的に高齢者を支える“チームアプローチ”の考え方を基本として、高齢者に関する様々な相談に応じます。

また、常に各種サービスの最新情報を把握するとともに、チームアプローチを円滑、確実に行うために、高齢者や地域に関する情報の共有化を図り、相談・支援のレベルアップに努めます。

II. 個別事業の実施方針

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善が図れるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人の意欲に働きかけながら、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいただけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

専門3職種等が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、継続的に支援します。高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、隠れた問題やニーズを発見できないため、民生児童委員との連携のもと、アウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家族環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに繋がります。担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

ア 総合相談支援

- ① 身近な相談窓口として、高齢者の生活を軸として総合的に相談を受け付けるために、担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。
- ② 認知症高齢者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用などを支援していく上で、センターの専門職の資質向上に努めます。
- ③ 複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、各専門職の専門性を生かし、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支援に努めます。
- ④ 市と連携を図り、令和元年東日本台風災害で、被災された高齢者及びそのご家族の支援を進める。

イ 介護予防把握事業

- ① 困難ケースへの適切な対応を充実するほか、早い段階での介護予防への支援ができるように、介護予防手帳の活用、介護予防・日常生活支援総合事業の各種事業との連携で自立支援・重度化防止の取組みを進めていきます。
- ② 地域に根ざした支援体制を作りあげるために、民生児童委員など地域における様々な関係者と連携し、地域のニーズの把握・分析に努めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と高齢者虐待の防止と早期発見に取り組みます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援にも努めます。高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害に遭わないように、被害の未然防止のため、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して悪質商法や特殊詐欺などの最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。さらに、長野市成年後見支援センターとの連携を密にし、成年後見制度等の普及や啓発を図るとともに、制度の活用に向けた支援を行います。

ア 高齢者虐待に関する啓発活動

- ① 関係機関等の協力により、高齢者虐待防止講座を開催し、権利擁護の啓発と相談（通報）窓口の更なる周知に努めます。パンフレット等も活用し、地域及び関係者への啓発活動に積極的に取り組むように努めます。

イ 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

- ① センターの専門3職種等が情報を共有し、市と連携した取り組みを進めるなど、虐待対応体制の整備の構築を推進する。
- ② 居宅介護支援事業所やサービス提供事業所のネットワークを駆使し、早期発見・早期対応に努めるとともに、関係機関との役割分担の適正化、スムーズな情報共有など、顔が見える連携体制の構築に努めます。
- ③ 高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

ウ 成年後見制度等の利用支援

- ① 講座やパンフレット等を通じて成年後見制度の更なる啓発に努めるとともに、長野市社会福祉協議会に設置された成年後見支援センターなど相談窓口の周知を図ります。
- ② 成年後見支援センターとの連携し、より円滑な支援を実施します。
- ③ 高齢者が自己の判断のみでは意思決定に支障のある場合、一人暮らし高齢者で日常生活上の金銭管理に支障をきたす場合など成年後見制度全般の相談に応じるとともに、成年後見制度や長野市社会福祉協議会の日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業等必要な支援に繋がります。

エ 消費者被害の防止

- ① 高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害にあわないように、民生児童委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と連携して、高齢者への周知・啓発活動を行い、被害の未然防止に努めます。
- ② 警察や消費生活センター等と連携して最新の情報を共有し、広報活動を行うとともに、見守り活動を通じて被害の未然防止を図ります。

オ 職員の日常的なスキルアップ

- ① 高齢者虐待の相談・支援や成年後見制度活用は、極めて高度の判断を要する事例があることから毎月、直営センターで主催する「弁護士会訪問相談」を活用し、様々な事例に的確に対応できるよう、日常的にスキルアップに努めます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

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、ケアプランの作成につ

いての相談や困難事例とを感じる個別ケースの相談などについて、専門3職種等がその専門性を活かして具体的な援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議の場等も活用しながら、ケアマネジャーの実践力向上及びケアマネジャーが主体的に利用者への援助を行うことができるように支援を行います。また、ケアマネジャーと主治医や地域の関係機関との連携体制を構築します。センターの主任ケアマネジャーが中心となり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネジャー連絡会を開催します。併せて、ケアマネジャー同士のネットワークを通じて、地域のあらゆる社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるように調整します。

ア ケアマネジャーへの支援

- ① ケアマネジャーが気軽にセンターに相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。
- ② センターの主任ケアマネジャーが中心になり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネジャー連絡会を開催します。
- ③ 支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし、協力しながら支援します。
- ④ 支援困難事例等を通して、ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。

イ 包括的・継続的ケア体制の構築

- ① 在宅医療・介護連携推進事業において、ケアマネジャーと病院等地域の関係機関が顔を合わせる機会を増やし、連携体制の強化に努めます。
- ② 包括的支援事業の生活支援体制整備事業を推進し、住民自治協議会、生活支援コーディネーター（地域福祉ワーカー）・松代地区介護予防・生活支援推進委員会、老人クラブやボランティア団体等と連携しながら地域の社会資源を有効に利用できるように支援します。
- ③ ケアマネジャー支援業務から発見する問題は、地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの検討等により、ケアマネジャー支援に活かします。
- ④ コロナ禍において、高齢者の閉じこもりによる基礎体力の低下、社会活動への不参加などによる認知機能の低下等が心配されるため、民生児童委員等との連携により、支援が必要な高齢者を早期に把握し、必要な支援を行う体制を強化する。

(4) 認知症総合支援事業

認知症の様態の変化に応じた全ての期間を通じて適切な医療・介護を受けられるとともに、行動・心理症状を予防しながら安心して暮らせるように、保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強化、相談支援体制の充実を図ります。また、認知症ケアパスの作成、安心おかけりカルテ作成支援、認知症見守りSOSネット事業、若年性認知症への支援、認知症初期集中支援チームによる支援等を行います。

認知症の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、国策定の「認知症施策推進大綱」に基づき、地域で暮らす認知症の人とともに普及啓発の推進を図り、地域での見守り・支援体制づくりを進めます。併せて、認知症サポーター養成講座、認知症地域支援推進員による活動、認知症カフェの支援、チームオレンジへの展開、認知症啓発月間の活動等にも取り組みます。

ア 必要な支援を受けて生活を送るため認知症の一人一人ひとりの目標を、認知症の人やその家族及び支援者に共有できるようにケアパスを生かした支援をします。

イ 早期診断の重要性や認知症初期集中支援チームの活動を関係者、市民に周知するとともに、市民にセンターが相談窓口であることを周知していきます。

ウ 認知症に関する啓発活動や相談しやすい環境の整備等充実に努めます。研修会の開催等により支援者の対応力の向上を図ります。

エ 若年性認知症への支援として、認知症初期集中支援チームによる活動を通じての個別相談や、県が配置する「若年性認知症支援コーディネーター」と連携し、若年性認知症の人との接点を増やし、意見を得て支援策に反映していきます。

オ 直営センターが定期的に開催する、専門医による認知症相談会を活用し、認知症の早期発見と適切な医療に結びつくよう図ります。

また、かかりつけ医への相談や専門医への受診、認知症初期集中支援チーム、認知症相談会の活用等必要な支援に努めます。

カ 「認知症サポーター」の養成及び松代オレンジキャラバン等の継続的な活動に対する支援に努めます。

キ 地域の見守り体制構築への協力や、当事者・家族を支える交流会や自主グループ等の継続的な活動支援、また、認知症カフェ等の設置・活動の支援に努めます。

また、認知症カフェ（オレンジカフェまつしろ）の活動支援に努め、会合への参加や専門的な情報の提供等を通じて、認知症対策の充実と地域との連携強化に努めます。

ク 「安心おかえりカルテ」の作成を支援し、民生児童委員やケアマネジャー等の協力を得ながら、利用者の増加を図ります。

(5) 地域ケア会議の充実

保健、医療及び福祉の担当職員が相互に協力し、日常生活を営むのに支障のある高齢者が自立した生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるよう調整する地域ケア会議の充実に努めます。「個別ケア会議」、「地域ネットワーク会議」を主催し、支援ネットワークの構築や地区課題の把握に努め、課題解決力を強化していきます。

ア 個別ケア会議

- ① 個別課題の解決を通じて、ケアマネジャーによる自立支援に資するケアマネジメントの支援、担当者レベルでの支援ネットワーク構築、個別ケースの積み上げによる地域課題の把握を行ないます。地区民生委員協議会定例会に併せ、地域課題の把握、課題解決に向けた事例検討、情報提供や研修等を行ないます。
- ② 本人、親族等地域の関係者、行政職員、センター職員、ケアマネジャー、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、行政（支所、福祉事務所、保健センター等）等会議の目的に応じた関係者を参集します。

イ 地域ネットワーク会議

- ① 年2回を目途に、前述アの会議での課題を総括センター管内の課題等を検討及び長野市ケア会議への報告、地域課題に関する研修等を行ないます。
- ② 民生児童委員協議会代表者、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、居宅介護支援事業所代表者、行政（福祉事務所、保健センター等）、その他介護保険事業所、警察・消防関係等会議に応じた関係機関で行います。

ウ 地域の社会資源の掘起こしと活用

インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、活用に向けて関係者間で地域のサービス情報を共有します。

エ 地域での見守り支援

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加していることから、高齢者等を地域全体で見守り支え合うネットワークの一員として支援に努めます。

(6) 生活支援体制整備事業

住民自治協議会に配置された地域福祉ワーカー（生活支援コーディネーターの役割を兼任）や各支所、住民自治協議会と連携し、各地域の地域福祉計画や、住民活動と連動する形で、住民同士による「支え合い活動」を創出します。併せて、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している地域高齢者の実状や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

(7) 在宅医療・介護連携の推進

直営センターが行う医師会との連携に協力し、以下の事業に取り組みます。

- ア 地域の医療・介護サービス資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及啓発
市が設置する長野市在宅医療・介護連携支援センターと連携し、市内関係機関との連携強化、市民への啓発推進を図ります。

3 その他

(1) 介護者教室の開催

協力医療機関（長野松代総合病院）と連携して講師を確保し、教室を開催します。高齢者及び在宅で高齢者を介護している家族等に対して、適切な介護知識・介護技術やサービスの利用方法を習得してもらうとともに家族の身体的、精神的負担の軽減を目的とした介護者教室を開催します。

(2) 地域での介護予防活動支援

地域の実情に応じて住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶飲みサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、自主的な介護予防の取り組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努めます。また、集い・交流の場の情報を集約し、高齢者（家族）への情報提供や、高齢者の社会参加の推進を図るため、地域包括支援センターと地域福祉ワーカーが定期的に情報共有しながら、「通いの場台帳」を整備・運用します。

（３） 地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議

センター職員の代表者及び市(地域包括ケア推進課ほか)で構成される、地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議に参加し、センターの運営の基本方針、介護予防事業及び包括的支援事業等の事業方針など、センターの運営に係る事項及び地域包括ケアシステム構築に関することについて、市との合意形成を図ります。また、担当区域を越えた課題や重点事業について、センター間の連携及び情報交換を図り、課題の解決に向けた検討を行います。

長野市地域包括支援センター運営協議会の意見等について情報共有し、公正・中立性の確保、適切な業務運営の調整を図ります。

（４） センター全体のスキルアップ

ア 相談技術やケアマネジメント技術の向上等、センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等への積極的な参加に努めます。

イ 直営センターが開催する研修会や高齢者の自立支援に資する個別ケア会議には、職員間で日程調整するなど、全職員が参加するよう努めます。

（５） センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口としてその機能を十分に果たすよう様々な機会を捉えて、センターの役割等を地域で周知するよう努めます。

（６） 個人情報の保護

センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。個人情報の管理を徹底し、セキュリティ管理を含め、個人情報保護の万全な対策を行います。

令和6年度地域包括支援センター事業計画

地域包括支援センターケアプラザわかほ

1 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善が図れるよう、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人の意欲に働きかけながら、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいただけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。

また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要項、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援事業

- ①専門3職種等が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、継続的に支援します。民生児童委員等と連携し、アウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。
- ②「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに繋がります。
- ③担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。
- ④身近な相談窓口として、高齢者の生活を軸として総合的に相談を受け付けるために、地域包括支援センターの周知や関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

(2) 権利擁護業務

ア 高齢者虐待に関する啓発活動

- ①高齢者虐待について正しく知ってもらうためのミニ講座や出前講座を開催するとともに、パンフレットや紙芝居等も活用し、地域及び関係者への啓発活動に積極的に取り組むように努めます。

イ 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

- ①虐待の防止と早期発見に取り組むとともに、市福祉事務所や警察、高齢者虐待防止ネットワーク運営協議会等、関係機関の関わりが必要と判断される場合に連携がスムーズに行えるよう、日常的な関係づくりに努めます。
- ②高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。

- ③専門職間での相談・対応に加え、虐待ケースの進捗状況について毎月の会議で定期的に経過や対応方法について検証し方向性を決定していきます。
- ④虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援にも努めます。

ウ 成年後見制度の利用支援

- ①講座やリーフレットなどを通じて成年後見制度の更なる啓発に努めるとともに、長野市社会福祉協議会に設置された成年後見支援センターなど相談窓口の周知を図ります。
- ②成年後見支援センターやおひとりさま安心サポート相談室と連携し、制度の活用に向けて、より円滑な支援を実施します。
- ③高齢者が自己の判断のみでは意思決定に支障のある場合、一人暮らし高齢者で日常生活上の金銭管理に支障をきたす場合など成年後見制度全般の相談に応じるとともに、成年後見制度や社会福祉協議会の日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業等必要な支援に繋がります。

エ 消費者被害の防止

- ①高齢者が悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害に遭わないように、民生児童委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と連携して、高齢者への周知・啓発活動を行い、被害の未然防止に努めます。
- ②警察や消費生活センター等と連携して最新の情報を共有し、見守り活動を通じて被害の未然防止を図ります。
- ③お茶のみサロンや講座等で高齢者や住民向けに消費者被害防止の注意喚起を行い、高齢者が消費者被害に遭わないよう、地域への啓発活動を行います。

オ 職員の日常的なスキルアップ

- ①高齢者虐待の相談・支援や成年後見制度活用は、極めて高度の判断を要する事例があることから、市や長野県等が主催する高齢者虐待に係る研修に出席し、職員の資質向上に努めます。また、毎月、直営地域包括支援センター主催で行われる「弁護士会訪問相談」事業を活用するなど、様々な事例に的確に対応できるよう、日常的にスキルアップに努めます。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア 予防給付ケアマネジメントの支援

- ①要支援認定者の予防給付ケアマネジメントについては、業務の一部を居宅介護支援事業所に委託していることから、個別に指導を行い、適正な業務が行われるよう調整します。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者等が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、様々な職種との協働や地域の関係機関との連携を図るとともに、高齢者やその家族、世帯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の環境整備と介護支援専門員等に対する助言等の支援を行います。

ア ケアマネジャーへの支援

- ①ケアマネジャーが気軽に地域包括支援センターに相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。
- ②主任ケアマネジャーが中心になり情報交換や事例検討、スキルアップのためのケアマネジャー連絡会を開催します。
- ③ケアプランの作成についての相談や支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし、協力しながら支援します。
- ④複雑化・複合化した支援困難事例等を通して、地域ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるよう支援します。

イ 包括的・継続的ケア体制の構築

- ①ケアマネジャーと病院等地域の関係機関が顔を合わせる機会を増やし、連携体制の強化に努めます。
- ②高齢者やその家族が必要な援助を切れ目なく受けられるように、インフォーマルサービス、通いの場、認知症カフェ等地域のあらゆる社会資源の情報を提供します。
- ③ケアマネジャー支援業務から発見する問題を、地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの提言等、ケアマネジャー支援に活かします。

(5) 認知症総合支援

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の支援を踏まえ、認知症になっても尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、認知症に関する知識の普及・啓発を行い、長野市と連携を図りながら保健・医療・福祉等の各種専門機関の連携及び地域での支援体制づくりに努めます。

ア 認知症の様態の変化に応じた全ての期間を通じて適切な医療・介護を受けられるとともに、行動・心理症状を予防しながら安心して暮らせるように、保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強化、相談支援体制の充実を図ります。

イ 早期診断の重要性や認知症相談会、認知症初期集中チームの支援等の相談サポート事業等を関係者、地域に周知するとともに、地域に地域包括支援センターが相談窓口であることを周知していきます。

ウ 認知症地域支援推進員を中心に、地域において認知症に関する啓発活動や相談しやすい環境の整備等充実努めます。また、研修会の開催等により支援者の対応力の向上を図ります。

- エ 若年性認知症への支援として、県が配置する「若年性認知症支援コーディネーター」「本人ミーティングなごの」等と連携し、若年性認知の人との接点を増やし、意見を
得て支援に反映していきます。
- オ 「認知症サポーター」の養成及び近隣の認知症サポーター等によるチームオレンジ
への展開により、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等に取り組みま
す。
- カ 地域の見守り体制の構築への協力や、当事者・家族を支える交流会や自主グループ
等の継続的な活動支援、また、本人の社会参加、地域の支援の輪を広げるための場
としての「わかほオレンジカフェ」および「おれんじドアなごの」の活動の継続支
援に努めます。
- キ 「安心おかえりカルテ」の作成を支援し、民生児童委員やケアマネジャー等の協力
を得ながら、利用者の増加を図ります。

(6) 地域ケア会議の充実

長野市における「地域ケア会議」ガイドライン及び「令和6年度 長野市地域ケア会
議の実施方針について」に基づき、保健、医療及び福祉の担当職員が相互に協力し、日
常生活を営むのに支障のある高齢者が自立した生活を営むために最も適切な支援が総
合的に受けられるよう調整する地域ケア会議の充実に努めます。

ア 個別ケア会議

【目的】

○個別課題の解決、地域包括支援ネットワークの構築及び地域課題の発見・把握

○事例を提供した介護支援専門員への気づきの支援や資質の向上

*個別ケア会議は随時開催します。

*介護予防のための個別ケア会議は管内介護支援専門員の包括的支援の目的と合わせ
て、年1回以上開催します。

イ 地域ネットワーク会議

【目的】

○地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の発見・把握及び地域づくり・資源開
発

*地域ネットワーク会議は年1回以上開催します。

ウ 地域の社会資源の掘り起こしと活用

ケアマネジメントを行う上で必要な地域のサービス情報を把握・提供します。

エ 地域での見守り支援

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加していることから、高齢者等を地域全体で見守り支え合うネットワークの一員として支援に努めます。

(7) 生活支援体制整備の推進

高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、生活支援コーディネーターの役割を担う住民自治協議会の「地域福祉ワーカー」と連携し、地域資源の把握、高齢者の生活支援ニーズの把握、地域福祉計画や住民活動と連携する形で、「通い・集いの場」や「生活支援」、「移動支援」といった、住民同士による「支え合い活動」を創出します。

併せて、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している地域高齢者の実状や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

(8) 在宅医療・介護連携の推進

ア 直営地域包括支援センターの取り組みへの協力に努めます。

イ 地域ケア会議や日々の情報交換を通して連携を深め、在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

ウ 長野市で設置した、長野市在宅医療・介護連携支援センター(長野市民病院・篠ノ井総合病院)の周知を行い、医療と介護関係者の連携を促進します。

長野市在宅医療・介護連携支援センターが企画する研修会の開催について協力するとともに、関係機関への周知を行います。

3 その他

(1) 介護者教室の開催(第3金曜日の午前10:30~12:00)

ア 介護者を対象に適切な介護知識・技術を習得するための介護者教室を開催します。令和6年度は、「男性介護者のつどい」「人生会議(ACP)」「認知症ケア」「その他」をテーマとして開催します。

(2) 地域での介護予防活動

ア 地域の実情に応じて住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶のみサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、「お達者なまちづくり(介護予防クラブ支援事業)」等の自主的な介護予防の取り組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努めます。また、地域福祉ワーカーとの情報共有や「通いの場台帳」の活用等により、高齢者(家族)への情報提供や、高齢者の社会参加の推進に努めます。

- イ 介護予防の啓発やセルフマネジメントの方法・活動記録の資料として、介護予防手帳を活用します。
- ウ 65 歳以上の高齢者を対象に、生活習慣病予防、介護予防、フレイル予防の周知・啓発を図るため、健康講座を開催します。また、栄養・歯科相談や保健指導への協力等、フレイル予防・対策の推進に協力します。

(3) 職員のスキルアップ

- ア 相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等への積極的な参加に努めます。
- イ 各職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達し共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

(4) 地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口としてその機能を十分に果たすよう様々な機会を捉えて、地域包括支援センターの役割等を地域で周知するよう努めます。

- ア 地域包括支援センターケアプラザわかほ独自のチラシ・マグネットを地域での集いの場や、お茶のみサロン等の高齢者が集まる場などで配布し、地域に向けてより一層の周知に努めます。
- イ 地域包括支援センターケアプラザわかほ独自の広報誌を発行し、センターの PR や介護予防等の情報を発信します。
- ウ 高齢者が日常生活で利用する店舗等へ包括支援センターのチラシやポスターの掲示を働きかけ、相談窓口の周知に努めます。

(5) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。個人情報の管理を徹底し、セキュリティ管理を含め個人情報保護の万全な対策を行います。

令和6年度長野市地域包括支援センターインターコート藤 事業計画

I 基本的な運営方針

1 共通事項

長野市地域包括支援センターインターコート藤は、「長野市地域包括支援センター設置運営方針」及び「長野市地域包括支援センター運営事業仕様書」に基づき、高齢者等(以下「利用者」という。)に対し、適正な介護予防支援を提供することを目的に、担当圏域の実情やニーズに応じて重点的に取り組むべき業務を設定し、具体的な年間事業計画を作成する。

(1) 地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口として、その存在や事業内容を広く担当圏域の住人に浸透させるため、実態把握・お茶のみサロン・通いの場・民生児童委員協議会等で周知活動を行う。

(2) 職員の姿勢

センターの職員は、公正・中立な立場であることを認識し、その設置目的と基本的機能を念頭に置き、常に利用者に対して最善の利益を図るために業務を遂行する。

(3) 職員の資質向上

センターの職員は、法人理念に基づき、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、事業実施に必要な知識・技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加するとともに、学んだ知識・技術については全職員に伝達、共有することにより、センター全体の資質向上に努める。

(4) 法令の遵守

センターの運営等に当たっては、関係法令等の遵守を徹底する。

(5) 個人情報の保護

センターが有する相談記録及び関係文書等の情報は、個人情報保護法に基づき、鍵付きキャビネットへの保管、PCのセキュリティ管理、個人情報を持ち出す際の管理表への記載等により適切に管理、保管する。

業務の遂行にあたり知り得た個人情報について、守秘義務を守り、漏えいの防止に努め、目的外では利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意をあらかじめ書面により得るものとする。

(7) 意見・苦情対応

センターに関する意見・苦情に迅速かつ適切に対応するため、意見・苦情受

付窓口を設置し、必要な措置を講じ、再発防止に努める。

苦情の処理にあたっては、状況に応じて、市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導助言を受けた場合においては、その指導助言に従って必要な改善を行う。

2 重点的に行うべき業務の方針

(1) 総合相談支援体制の充実

相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、相談内容を分析し、専門3職種の職員が、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行う。

(2) 家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対し、介護に関する相談窓口の周知を図り、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を行う。

(3) ケアマネジメント支援の充実

管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援等によりケアマネジャーを支援する。

(4) 高齢者を支える地域の体制づくり

地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実、更北地区支え合いネット会議、地域ネットワーク会議等と連動し、生活課題の抽出、社会資源の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進する。

住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出する。

II 事業計画

1 第1号介護予防支援事業

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により、生活機能の維持・改善が図れるよう利用者の状況を踏まえた目標を設定し、介護予防・生活支援サービス事業の他、公民館活動や民間事業所が提供するインフォーマルも活用し、利用者の選択に基づき、目標達成に向けたケアプランを作成する。

- (2) 厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施する。
- (3) 介護予防ケアマネジメントは自立に向けた支援であることを周知し、利用者に理解を求めていく。
- (4) 委託先の居宅介護支援事業所が、適正かつ円環な業務が行えるように、相談受付・ケアプランチェック・必要時の同行訪問等を行う。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

■ 総合相談

- ① 地域の身近な相談窓口として、電話、面接、訪問等により総合的に相談を受ける。
- ② 介護保険をはじめ各種公的保健福祉サービスのほか、更北地区内のインフォーマルサービスについて広報及び利用について紹介、調整を行う。
- ③ 重層的な課題を抱えた相談に対し、専門3職種等で検討し、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、包括的、継続的に支援する。
- ④ 民生児童委員、近隣者、関係機関等との連携のもと、アウトリーチにより高齢者の心身の状況や家族環境等を把握し、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を行う。
- ⑤ 「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに繋げる。
- ⑥ 担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努める。

■ 介護予防把握事業

民生児童委員等地域住民や関係機関からの情報提供、市で実施する介護予防普及啓発事業等において収集された情報を活用し、何らかの支援を要するハイリスク対象者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動や適切なサービス・機関へと繋げる。

(2) 権利擁護に関する取り組み

■ 高齢者虐待防止の啓発活動

- ① 高齢者虐待の啓発と早期発見のため、高齢者虐待防止啓発パンフレット等を活用し、関係者及び地域住民への相談窓口の周知や啓発活動に努める。
- ② 介護者教室、出前講座、オレンジカフェ等の地域活動を活用し、専門職に相談しやすい環境を整える。

■ 高齢者虐待への対応

- ① 高齢者虐待対応を適切に行うため、研修参加や事例検討により、職員の資質向上に努める。
- ② 虐待が疑われる案件が発生した場合は、高齢者虐待マニュアルと対応フローをもとに帳票を活用し、速やかに専門3職種による協議を行い、長野市中部包括篠ノ井駐在に報告する。以後、関係機関と連携しながら対応していく。
- ③ 個別ケース会議の開催や包括的継続的ケアマネジメントにより、虐待解消後も継続的な対応を行う。
- ④ 利用者の人権擁護、虐待防止の観点から、センターの担当職員が法人内の虐待防止委員会に出席すると共に、定期的に虐待防止研修に参加する。

■ 成年後見制度等の利用支援

- ① 広報やリーフレット等を活用し、成年後見制度の普及・啓発に努める。
- ② 判断能力が不十分な高齢者や将来に不安を抱えた高齢者等を発見した場合は、長野市成年後見支援センターとの連携を図り、法定後見制度や任意後見制度の活用に向けた支援を行う。
- ③ 日常生活において財産管理や保全が困難な高齢者等を発見した場合は、市社協地域福祉課みなみ出張所と連携を図り、日常生活自立支援事業や暮らしのあんしんサービス事業の活用に向けた支援を行う。
- ④ 身寄りのない独身の高齢者等から相談を受けた場合は、おひとりさま安心サポート相談室と連携を図り、成年後見制度等の制度活用に向けた支援を行う。

■ 消費者被害防止

- ① 市や県からの消費者被害防止に向けた情報を活用し、利用者・家族・民生委員・ケアマネジャー・介護サービス事業所等へ周知・啓発を行い、被害の未然防止に努める。

- ② 消費者被害を発見した場合は、家族、関係機関等と連携して対応に当たり、長野市消費者被害防止見守りネットワークへの情報提供を行う。

■ 弁護士会訪問相談の活用

- ① 弁護士会訪問相談にて、当センターのケースを相談し、法的な見解のもと、適切に対応できるよう努める。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

■ 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

- ① 医療・介護関係者の研修会に参加し、医療関係者等との関係づくりや連携強化に努める。
- ② 地域のインフォーマルサービスが有効に活用できるように、生活支援コーディネーター、住民自治協議会、ボランティア団体等と連携を図り、ケアマネジャーへの情報提供を行う。
- ③ 地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの検討、社会資源の創出を目指す。

■ ケアマネジャーへの支援

- ① 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、ケアプランの作成についての相談や困難事例等の個別ケースの相談を受け、3職種等がその専門性を活かして具体的な援助方法の検討と助言を行う。
- ② 地域ケア会議等を活用し、ケアマネジャーの実践力向上及び課題解決に向けて利用者への支援を行う事ができるように後方支援を行う。
- ③ 地域ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの検討、社会資源の創出を目指す。
- ④ 管内ケアマネ連絡会において、事例検討・勉強会等において、スキルアップが図れるように、管内主任ケアマネジャーの助言・協力を得ながら開催する。
- ⑤ 管内ケアマネジャー連絡会の開催により、ケアマネジャー同士の情報交換の場を提供する。

(4) 認知症総合支援事業

■ 適切な医療・介護等の支援を継続的に受けられるための取り組み

- ① かかりつけ医、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム等と連携を図り、早期診断と早期対応への支援を行う。
- ② 医療機関、サービス事業所、若年性認知症コーディネーター、認知症サポーター、民生児童委員等と連携し、地域での見守り体制の構築を図る。
- ③ 家族、ケアマネジャー、関係機関からの相談に応じ、「安心おかえりカルテ」の作成を支援する。
- ④ 若年性認知症コーディネーターとの連携、本人ミーティングながの、おれんじドアながの、オレンジカフェ等の活動を活用し、専門職への相談の機会や当事者同士の関わりが持てるよう支援する。

■ 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

- ① キャラバンメイト養成研修を受け、認知症サポーター養成講座の実施を通して、認知症の正しい理解の普及と地域住民で見守ることができる地域づくりを目指す。
- ② オレンジカフェ更北ひとつきりの開催を継続し、認知症の方や家族が気軽に相談できる場、地域交流の場となるよう活動する。
- ③ 認知症地域支援推進員を配置し、認知症地域支援推進員連絡会主催で行われる認知症の理解における普及・啓発活動に参加する。
- ④ 認知症地域支援推進員が得た知識や情報をセンター内で共有し、職員の資質向上を図る。

(5) 地域ケア会議開催

■ 個別ケア会議の開催

管轄区域内において、地域の関係機関(者)が相互に連携し、高齢者が自立した日常生活を営むために適切な支援を総合的に受けられるよう当該支援を総合的に調整及び推進していくとともに、地域福祉の推進を図るため、個別ケア会議を実施する。

- ① 管内の支援困難事例において、支援者等の関係者を招集し、課題の共有や解決のため随時行う。
- ② 自立支援型の個別ケア会議は、管内ケアマネジャーの包括的継続的支援の目的と合わせて、年1回以上開催する。
- ③ 個別ケア会議の開催を通じて、行政機関、社会福祉協議会、保健医療福祉関係機関、民生児童委員、介護支援専門員、介護保険サービス事業者等との連携強化を

図る。

- ④ 個別ケア会議の開催を通じて、地域課題の把握を行う。

■ 地域ネットワーク会議の開催と地域課題の整理

地域課題を解決し、地域福祉の推進を図るため、地域ネットワーク会議を実施する。

- ① 青木島地区・真島地区それぞれの地域課題の抽出、課題解決について地域住民とともに考える機会をつくるため、地域ネットワーク会議を年1回以上開催する。
- ② 更北防災イベント等の更北地区の活動に参加し、地域住民、民生児童委員、住民自治協議会、社会福祉協議会、行政機関、保健医療福祉関係機関、障害者相談支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所、地区内インフォーマルサービス、民間事業者、NPO法人、警察・消防等の関係機関(者)とのネットワーク強化に努める。
- ③ 更北地区支え合いネット会議に参加し、支援ネットワークの構築や地域課題の把握に努め、課題解決力の強化を目指す。

(6) 生活支援体制整備

- ① 総合相談業務などから得られる地域課題を抽出・分析し、高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、地域福祉ワーカー、支所職員、住民自治協議会、社会福祉協議会等と連携・協働する。
- ② 地域福祉ワーカーとお茶のみサロンや通いの場等へ訪問し、住民同士による活動の場における実態の把握や課題の抽出を行い、「集い・通いの場」、「生活支援」、「移動支援」といった住民同士による「支え合い活動」が持続可能なものとなるよう支援する。
- ③ 更北地区支え合いネット会議に参加し、不足しているサービスの創出や担い手の養成等の「資源開発」、第四次更北地区地域福祉活動計画の作成に協力する。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

- ① 直営地域包括支援センターの取り組みへの協力に努める。
- ② 長野市在宅医療・介護連携支援センターが主催する研修会について協力するとともに、管内居宅介護支援事業者や介護サービス事業者へ周知を行う。
- ③ 「多職種連携シート」「入退院時における連携・情報収集の手引き」ACP啓発

パンフレット（2種類）を活用し切れ目のない医療・介護連携を推進する。

3 その他

（1）介護者教室の開催

- ① 介護方法や介護予防又は介護者の身体的・精神的負担の軽減を目的に、介護者教室を開催する。
- ② 令和6年度は「男性介護者の集い」「人生会議」「認知症ケア」等のテーマの中から、地域の実情に合わせて開催を検討していく。

（2）地域での介護予防活動支援

- ① 住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶のみサロンや通いの場等、地域住民主体の交流の場の充実を図る。
- ② お茶のみサロンや通いの場等の地域活動へ出前講座として、講座の開催とインターコート藤から講師の派遣協力（各団体年1回まで）を行い、地域の介護予防活動の推進に努める。

（3）地域密着型施設の運営推進会議への参加

- ① 地域密着型特定施設・地域密着型通所介護の運営推進会議に参加する。

（4）業務継続計画（BCP）の策定

- ① 感染症や災害が発生した場合に、必要な支援が継続的に提供できるよう業務継続計画を策定する。

（5）地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議

- ① 担当区域を越えた課題や重点事業について、地域包括支援センター間の連携及び情報交換を図り、課題の解決に向けた検討を行う。
- ② 長野市地域包括支援センター運営協議会の意見等について情報共有し、公正・中立性の確保、適切な業務運営の調整を図る。

センター名称	長野市地域包括支援センターコスモス
担当地区	更北地区(稲里・小島田地区)
理念	<p>①身近な相談窓口として各種の相談に応じ、住民自治協議会や社会福祉協議会や地域福祉ワーカーや各種団体等と協力して介護予防を進めていきます。</p> <p>②高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活していけるように、関係者と連携をとりながら支援していきます。</p>
1. 総合相談支援体制の充実	
<p>(1) 身近な相談窓口として、高齢者の生活を軸として総合的に相談を受け付けるために、保健・医療・福祉の関係者に留まらず警察、消防、司法の関係者などとも連携を図りながら、相談ネットワークの強化を図ります。</p> <p>(2) 身寄りのない独居世帯や高齢者のみ世帯の増加に伴い、相談内容も介護保険の利用に限らず、医療、虐待、就労、住まい、消費者問題等多岐にわたっているため、地域包括支援センターの認知度の向上やアウトリーチによる積極的かつ継続的な相談支援に努めることで総合相談支援体制を充実させていきます。</p> <p>(3) ヤングケアラー、重層支援、精神疾患など支援ニーズも複合的・複雑になっているため、職員の資質向上及び関係機関との連携強化を図り、地域の支援機関へ繋ぐハブ的役割を果たしていきます。</p> <p>【具体的な取り組み】</p> <p>1-1 個別ケア会議や地域ネットワーク会議、介護者教室などの活動強化</p> <p>1-2 権利擁護業務の強化</p> <p>1-3 認知症相談支援の強化</p> <p>1-4 各種の研修会や地域のサロン活動、福祉・防災イベント等への積極的参加による広報活動促進</p> <p>1-5 リーフレット見直し・ポスター作製＝地区への配布、地域の医療機関や薬局、施設、店舗等への設置</p> <p>1-6 出張コスモスサロン活動（出張相談・地域懇談会）</p> <p>1-7 職員の相談援助スキルの向上・所内での情報共有体制の強化</p> <p>1-8 高齢者実態把握の実施</p> <p>1-9 24時間連絡体制</p>	
2. 家族介護者への支援	
<p>(1) 介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護者の介護に関する知識、技術の習得や身体的、精神的負担の軽減を目的として介護者教室を開催します。</p> <p>(2) 家族介護者同士の支え合いの場を確保していく観点から、参加者同士が活動・意見交換できる体感型の介護者教室を展開するなど、介護者教室の内容や実施方法に工夫を行っていきます。</p> <p>(3) 地域のイベントや他の企業、福祉関係者、ボランティア団体など様々な関係機関とコラボレーションしながら、住民の身近な場所で介護相談ができる場や機会を設け、気軽に相談できるような体制づくりを行っていきます。</p> <p>【具体的な取り組み】</p> <p>2-1 介護者教室を年3回開催予定 [6月：音楽療法、11月：男性介護者の集い、12月：ACP]</p> <p>2-2 出張コスモスサロン活動による出張相談</p>	
3. ケアマネジメント支援の充実	
<p>(1) 地域の主任介護支援専門員と協働しながら、ケアマネジャー対象の研修会を開催し、質の向上、ケアマネジャー同士の情報交換機会の確保に努めます。</p> <p>(2) 在宅医療ニーズ、身寄り、独居、災害支援などケアマネジメントが対象とする範囲も広がっているため、ケアマネジャーと地域の医療関係者や民生委員等との連携促進にむけ、顔の見える関係づくりの構築を図ります。</p> <p>(3) 事業所内1人のケアマネジャーに対しては、気軽に相談できるよう体制づくりを行っていきます。</p> <p>(4) ケアマネジャーが解決困難な事例に直面した時は3職種がその特性を活かし協力しながら、随時、個別ケア会議を開催して支援に結び付けていきます。</p> <p>(5) 自立支援にむけた適切なケアマネジメントの支援にむけ、自立支援型個別ケア会議を開催し、質の向上に努めていきます。</p> <p>【具体的な取り組み】</p> <p>3-1 管内ケアマネジャー連絡会を年4回予定 [医療連携、疾病の理解及び看取り、ACP、他]</p> <p>3-2 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員と協働して事例検討会や研修会の企画開催（2025年度にむけた体制作り）</p> <p>3-3 自立支援型個別ケア会議の開催によるケアマネジメント支援 [7月・9月・12月の計3回予定]</p>	

<p>4. 高齢者を支える地域の体制づくり</p> <p>(1) 民生委員、地域福祉ワーカー、住民自治協議会、社会福祉協議会、医療関係者等と連携して、高齢者の心身の状況や家族環境等を把握し、支援が必要になる高齢者や家族への対応をします。</p> <p>(2) 地域ネットワーク会議の開催等を通じて、地域の課題を関係者（民生委員、住民自治協議会、地域福祉ワーカー、医療関係者、保健センター、障害相談センター等）と検討します。検討内容によっては支え合いの会や民生委員や区長会へ伝え検討します。</p> <p>(3) 小島田・稲里地区のゴミ収集場所、状況、課題等を可視化し、地域での情報共有や課題把握のツールとして活用できるように、ゴミ出しマップの作成を行います。</p> <p>【具体的な取り組み】</p> <p>4-1 小島田・稲里地区の要支援者・要介護者のゴミ出しの実態把握・地区のゴミ出しマップの作成</p> <p>4-2 地域ネットワーク会議開催 [年1回：8月頃予定] により地域課題の共有・解決にむけた協議の場づくり</p>
<p>5. 地域ケア会議の充実</p> <p>(1) 自立支援型個別ケア会議</p> <p>ケアマネジャーの実践力向上とともに、地域課題の把握及びネットワークの構築に努めます。</p> <p>年3回（7月・9月・12月）に開催を予定します。</p> <p>(2) 地域ネットワーク会議</p> <p>個別ケア会議等の積み重ねによる地域課題の抽出も踏まえ、地域ネットワーク会議を開催することで、課題解決に向けた調整や推進、支え合いの仕組みの創出に繋がります。</p> <p>年1回（8月）に開催を予定します。</p>
<p>6. 権利擁護業務</p> <p>(1) 成年後見制度活用促進に関する対応</p> <p>リーフレットなどを通じて成年後見制度の活用促進に努めます。成年後見支援センターやおひとりさま安心サポートセンターとの連携を図り支援します。</p> <p>高齢者が自己の判断のみでは意思決定に支障のある場合、1人暮らし高齢者で日常生活上の金銭管理に支障をきたす場合など、成年後見制度全般の相談に応じると共に社会福祉協議会の日常生活自立支援、暮らしのあんしんサービス事業等必要な支援に繋がります。</p> <p>(2) 高齢者虐待の防止及び養護者の支援に関する対応</p> <p>高齢者虐待の防止について、説明やチラシ等を通して啓発活動に取り組み、関係者と連携していきます。また地域の集まりでもパンフレットを活用し地域への啓発活動に取り組むよう努めます。</p> <p>虐待に関する通報を受け付けた時は、市の高齢者虐待対応マニュアルに沿って3職種が連携して対応にあたり、虐待の早期解消を目指します。</p> <p>対応を適切に行うため県や市が開催する研修会に出席して職員の資質向上に努めます。</p> <p>(3) 消費者被害の防止</p> <p>民生委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と連携して、高齢者への周知、啓発活動を行い、被害の防止に努めます。警察や消費生活センター等と連携して情報収集を行うと共に諸制度を活用し高齢者の生活の維持を図ります。問題が発生した恐れがある時は関係機関と連携を図り、必要な支援を行います。</p>
<p>7. 認知症総合支援事業</p> <p>(1) 徘徊の恐れや不安がある家族やケアマネジャーに「安心おかえりカルテ」や徘徊GPSを紹介、説明し、行方不明時の早期発見に役立てます。</p> <p>(2) 必要時、初期集中支援チームや認知症疾患医療センターに相談し、一緒に相談者の支援、受診付き添い等を行います。</p> <p>(3) 相談を受け、必要に応じて「かかりつけ医によるもの忘れ相談」等へつなぎ支援していきます。</p> <p>(4) 地域の見守り体制構築への協力や、当事者・家族を支える交流会や自主グループ等の継続的な活動支援、また、「オレンジカフェひとつきり」の活動の支援に努めます。</p> <p>(5) 認知症地域推進員として連絡会議等への出席及び研修会開催の協力をします。</p>

8. 生活支援体制整備事業

(1) 更北地区生活支援体制整備事業を推進し、住民自治協議会、社会福祉協議会、地域福祉ワーカー、福祉推進員、民生委員、ボランティアセンターの人達と連携していきます。生活支援体制整備事業の「更北ささえあいの会」のメンバーとして、計画に沿って誰もが安心して生活できる地域になるように活動します。

9. 在宅医療・介護連携推進

(1) 長野市在宅医療・介護連携センター主催の研修会に参加し、医療と介護関係者の連携を促進します。地元の更級医師会、更級歯科医師会や更埴薬剤師会と連携をとり、薬剤師会等が計画する研修会に積極的に出席します。

10. その他

(1) 介護予防活動支援

1人暮らし高齢者の集まり、お茶のみサロン、老人クラブ、はつらつ運動講座等の交流の場へ参加し、介護予防活動を支援します。更北地区福祉推進計画に基づき、はつらつ運動講座を広げていきます。既に活動中のグループへも出向いて支援していきます。

(2) 個人情報の保護

個人情報の管理を徹底します。

(3) 職員のスキルアップ

各種研修会等に参加して、職員のスキルアップに努めます。

(4) 学生実習受け入れ

看護師や社会福祉士を目指す学生の実習を受け入れて指導を行い専門職として、包括支援センターの役割を学んでもらいます。

令和 6 年度 長野市地域包括支援センター豊野サブセンター事業計画

1. 事業方針

長野市地域包括支援センター豊野サブセンターは「長野市地域包括支援センター設置運営方針」、「包括的支援事業等業務委託仕様書」に基づき、豊野地区における地域包括ケアシステム構築の中核的な機関として、あらゆる関係機関と連携しネットワークの強化を図り、高齢者を地域全体で支える仕組みづくりや認知症になっても自分らしく暮らし続けられる「わがまち豊野」の体制づくりに取り組みます。

2. 地域の現状と課題

豊野町は R1.10 月台風 19 号で、県道長野豊野線南側の南郷から浅野にかけて広範囲にわたり家屋や商業施設、診療所、保育園、医療福祉施設などが浸水、また収穫前のリンゴ畑や水田など農地も冠水し甚大な被害を受けました。豊野地区被災家屋は 1041 棟に及びます。長野市関係では豊野支所、豊野保健センター、豊野体育館、豊野公民館、豊野中学校、豊野老人福祉センターなどの福祉施設、地域包括支援センター豊野サブセンターが浸水し、地域住民の交流の場や各種講座が今までのように開催できず日常生活を送ることが困難となりました。

R2.10 に老人福祉センター、豊野体育館が再開し、豊野中学校も R2.12 に使用開始となりました。公民館は R2.4.1 に一部再開し、今後は豊野防災交流センターとして市営住宅沖団地跡地へ移転新築される予定です。また、R3.12 に災害公営住宅美濃和田団地が完成しました。

人口 9,120 人、65 歳以上の高齢者は 3,101 人で高齢化率は 34.0%となり、台風被害による地区外への転出もあり人口の減少と高齢化がさらに進んでいる状況です。

3. 事業計画

1 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）

長野市が作成した手順書に基づき、各種アセスメントシートも活用しながら、本人の持つ力や意欲に視点を置き、本人が望む暮らしがイメージできるように自立に向けた支援を行い適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援事業

2 職種がそれぞれの専門性を高める為、必要な研修に年 1 回以上は参加し資質の向上に努めると共に、問題解決にむけて 2 職種が専門性を発揮しチームアプローチで支援方針を検討、情報共有し、一人で問題を抱え込むことがない体制を維持していきます。新規の要支援者等については初期段階において適切なアセスメント等を行い、重度化を抑制できるよう支援します。また、民生児童委員等の協力を得ながらアウトリーチにより地域の高齢者の心身の状態や家庭環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

また、台風 19 号で被災された高齢者やその家族への支援として、各種支援団体と連携を密にし世帯状

況に応じた生活再建に向けた支援を進めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者虐待については、居宅介護支援事業所やサービス提供事業所と顔の見える関係を構築し、早期発見・早期対応に努めます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく養護者支援の視点を持ち、2職種で情報を共有し、長野市虐待対応マニュアル・フローチャートに沿って直営包括・福祉事務所と連携して対応します。成年後見制度や日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業の利用が必要と判断されるときには成年後見センターやまいさぼ長野市と連携し支援を行います。また、高齢者が悪徳商法や特殊詐欺などの消費者被害に遭わないよう、民協や地域の福祉関係者の集まる機会に最新情報の周知を図っていきます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

豊野地区内には3か所の居宅介護支援事業所があり8名のケアマネジャーが業務にあたっています。豊野サブセンターが主催する自立支援に資する個別ケア会議の開催や2職種による個別ケースへの具体的な援助方法の検討を共に行うことでケアマネジャーの実践力向上及び高齢者やその家族に必要な援助を受けられるよう支援します。

ケアマネ連絡会を年2回開催し、関係機関との連携体制を構築します。

(4) 認知症総合支援事業

認知症に対する相談窓口として地域包括支援センターの周知を行います。医療機関や介護サービス事業者、認知症サポーター等、認知症を支援する関係者との連携を図り、長野市の相談サポート事業等も活用しながら、早めの相談や適切な医療、専門的な支援が受けられるように取り組みます。認知症への理解を深めるための取り組みとして、本人・家族の安心につながるような「豊野版認知症ケアパス」の作成や、豊野地区内の小中学校で「認知症サポーター講座」を継続開催できるよう学校関係者等と連携します。またオレンジカフェ（おれん家カフェ）の運営協力や、様々な機会を得て地域のキャラバンメイトが活躍できるよう支援していきます。

(5) 地域ケア会議の充実

豊野サブセンター主催の自立支援のための個別ケア会議を年1回開催し、助言者として専門職が参加することで介護支援専門員、一人一人が自立支援の意識を持つこと、「家庭・地域の中で暮らす本人」をイメージしながら現場に戻り実践できることを目指します。個別ケア会議を随時開催し、積み重ねにより地域課題を抽出し地域ネットワーク会議に繋げます。地域ネットワーク会議を年1回以上開催し、地域の支援ネットワークの構築や地区課題の把握に努め、課題解決力を強化していきます。

(6) 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターや支所、住民自治協議会と連携・協働し、高齢者の生活課題に対する地域支援体制が構築できるよう支援します。また、包括が主催する地域ケア会議、ネットワーク会議に生活支援コーディネーターに出席してもらうことで、地域ニーズの共通認識を持ち、生活支援体制の構築に向け

た取り組みの提案を行います。

(7) 在宅医療・介護連携の推進

直営包括支援センターが行う医師会等との連携に協力します。また、市が設置する長野市在宅医療・介護連携支援センターと連携し、市内関係機関との連携強化、市民への啓発推進を図ります。豊野サブセンターでは地域ケア会議を通じ、地域の医療機関と顔の見える関係構築を目指し、地域への切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を推進していきます。

3 その他

(1) 介護者教室の開催（家族介護継続支援事業）

介護者等の身体的、精神的負担の軽減や適切な知識の取得のため、「認知症ケア」「人生会議（ACP）」「男性介護者のつどい」「その他」の中からテーマとして年3回教室を開催します。認知症ケアでは、災害時の認知症ケアや災害復興住宅で住民の顔つなぎをしながら認知症の理解を深められる教室を開催します。

(2) 地域での介護予防活動支援

住民自治協議会や各種団体と協働して、新型コロナウイルスの影響で開催出来なかった、お茶のみサロン、福祉交流会などが再開し継続できるよう情報を収集し活動支援を行います。はつらつクラブ等の自主的な取り組みが継続できるよう生活支援コーディネーターや各種団体等と協働して支援します。社会参加のための様々な情報が提供できるよう生活支援コーディネーターと情報共有を行いながら「通いの場台帳」を整備します。

(3) 地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議

地域包括支援センター運営の基本方針、介護予防事業及び包括的支援事業等の事業方針など市と地域包括支援センターとの合意形成を図ります。

また、長野市地域包括支援センター運営協議会の意見等について情報共有し、公立・中立性の確保、適切な業務運営の調整を図ります。

(4) 地域包括支援センターの周知活動

サロンなど高齢者の集まりで講座を開催したり、民生委員定例会や福祉関係者での集まりなどの機会に、包括支援センターの紹介を行います。広報紙を作成し地区回覧や地域の商店や事業所に配置させていただくことで地域住民に広く相談窓口として周知していきます。

(5) 個人情報の保護

豊野サブセンターでは社会福祉法人長野市社会福祉協議会が定める個人情報保護規定に基づき個人情報の管理を徹底し、個人情報保護について万全な対策を行ないます。

令和6年度 長野市地域包括支援センター新町病院

事業計画

長野市地域包括支援センター新町病院は、次に掲げる事項に留意するとともに、公正・中立を確保しながら、病院理念である『私たちは、人のいのちと心を大切にする医療を実践します』のもと、地域の高齢者ができる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう運営を行います。

1 基本的な運営方針

(1) 事業計画の作成

長野市の示す運営方針に基づき、担当圏域の実情やニーズに応じて重点的に取り組むべき業務を設定し、具体的な年間事業計画を作成します。

(2) 支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口として、その存在や事業内容を広く地域住民に浸透させるため、担当地区内における様々な機会を捉えて、広報・周知活動を行います。

(3) 職員の姿勢

支援センターの職員は、公正・中立な立場であることを認識し、その設置目的と基本的機能を念頭に置き、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。

(4) 職員の資質向上

支援センターの職員は、相談技術やケアマネジメント技術の向上等、事業の実施に必要な知識・技術の習得を目的とした研修等に積極的に参加するとともに、学んだ知識・技術については全職員に伝達、共有することにより、支援センター全体の資質向上に努めます。

(5) 法令の遵守

支援センターの運営等にあたっては、関係法令等の遵守を徹底します。

(6) 個人情報の保護

支援センターが有する相談記録及び関係文書等の情報を適切に管理、保管するとともに、業務の遂行にあたり知り得た個人情報について、漏えい及び目的外利用の防止に向けた管理体制（責任者の配置、管理簿への記載等）を整備し、厳重な取り扱いを徹底します。

(7) 苦情対応

支援センターに関する苦情を受けた場合は、その内容を記録し、迅速かつ適切に対応するとともに、再発防止に努めます。

2 重点的に取り組むべき業務の方針

(1) 総合相談支援体制の充実

高齢者が抱える課題や高齢者虐待の要因は、8050問題、世帯の経済的な問題等、複雑化・

複合化した問題が増えています。相談者の属性や世代に関わらない受け止めや関係機関との協働による世帯全体へのチーム支援が求められていることから、相談内容を分析し、各分野と連携を図りながら総合相談や権利擁護の支援を行います。

(2) 家族介護者への支援

地域における高齢者等の在宅生活を支えるため、介護を行う家族に対する支援が重要視されています。年2回開催する介護者教室を通じて介護に関する相談窓口の周知を図るとともに、介護に関する情報や知識の提供、家族介護者同士の支え合いの場を確保する等の支援を図ります。また、ICTを活用した家族介護者への支援についても検討します。

(3) ケアマネジメント支援の充実

ケアマネジャーが対応する事例の中には、複雑化・複合化した困難な事例が増えています。管内ケアマネ連絡会を活用し、各分野の関係機関と連携した研修会や事例検討会、個別ケア会議による個別支援の検討等により、ケアマネジャーを支援します。

(4) 高齢者を支える地域の体制づくり

生活支援が必要な高齢者の増加と、社会全体で担い手が減少する中で、地域の特性や実情、暮らしぶりに合わせて、総合相談支援体制の充実と連動し、生活課題の抽出、社会資源の把握を行い、地域包括ケアシステムを通じた生活支援体制整備を推進します。住民自治協議会や地域福祉ワーカーとの連携・協働、地域ネットワーク会議などの活用により、住民主体による支え合い活動を創出します。

3 介護事業者・医療機関・民生児童委員・地域福祉ワーカー・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会及び専門職との連携）の構築

地域において、行政機関、介護サービス事業者、医療機関、住民自治協議会や民生児童委員など地域の関係者、ボランティア等とのネットワークを構築し、その調整役として、高齢者一人ひとり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かな相談・支援を実施します。

4 介護予防に係るケアマネジメント（第1号介護予防支援事業等）の実施

第1号介護予防支援事業により、地域で暮らす高齢者の自立支援及び介護予防を積極的に進めるため、介護予防サービス事業所の活用のほか、担当地区内の住民主体の場、地区公民館、民間事業所等が提供しているインフォーマルサービスの活用を推進します。

5 ケアマネジメント支援の実施

支援センターが主体となり管内ケアマネ連絡会を開催し、情報共有や勉強会を実施することで、ケアマネジャーのスキルアップを図ります。高齢者が抱える様々な問題への解決に向けて、

地域のケアマネジャーが、自身の役割や解決方法を整理し、主治医や地域の関係機関との連携・調整を図り、自ら問題解決ができるよう、具体的な支援方法の検討及び助言などの支援を行います。また、「介護予防・日常生活支援総合事業」における自立支援に向けたケアマネジメント支援に取り組みます。

6 地域ケア会議の運営

個別ケア会議及び地域ネットワーク会議は、支援センターが中心となって開催します。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付けます。

7 市や関係機関との連携方針

支援センターは、市及び関係機関との連携を図り、効率的に業務運営を行うため、次の会議に参加します。

(1) 「長野市地域包括支援センター運営協議会」

支援センターの設置、業務の方針、運営、職員の確保及び地域包括ケア等に関することを所掌し、支援センターが行う業務の評価を行って意見を述べ、適切、公正かつ中立な運営の確保を目指します。

(2) 「地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議」

支援センター運営の基本方針、介護予防事業及び包括的支援事業等の事業方針など、センターの運営に係る事項及び地域包括ケアシステムの深化・推進に関することについて、市と地域包括支援センターとの合意形成を図ります。また、担当区域を越えた課題や重点事業について、支援センター間の連携及び情報交換を図り、課題の解決に向けた検討を行います。

8 公正・中立性確保のための方針

支援センターは、当該年度の事業計画書、収支予算書並びに前年度業務の評価指標の結果、事業報告書及び収支決算書等を市が設置する長野市地域包括支援センター運営協議会に提出します。支援センターは、長野市地域包括支援センター運営協議会の意見等を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保します。

9 チームアプローチによる業務方針

専門3職種等が、多様化・複雑化した相談に対して、相互に情報を共有し、それぞれの専門性を活かし、連携・協働しながら多様な視点から問題の解決を図り、包括的に高齢者を支える“チームアプローチ”の考え方を基本として、業務を行います。また、常に各種サービスの最新情報を把握するとともに、チームアプローチを円滑、確実にを行うために、高齢者や地域に関する情報の共有化を図り、相談・支援のスキルアップに努めます。

個別事業の実施方針

1. 第1号介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、適切なアセスメントの実施により生活機能の維持・改善を図り、状況を踏まえた目標を設定するとともに、本人の意欲に働きかけながら、効果的な介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組めるよう、ケアプランを作成します。また、厚生労働省の定める地域支援事業実施要綱、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン及び長野市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防ケアマネジメント手順書に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントを実施します。

2. 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務

専門3職種等が高齢者等の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、包括的、継続的に支援します。民生児童委員等の協力を得ながらアウトリーチにより地域の高齢者の心身の状況や家族環境等を把握することで、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。「基本チェックリスト」の活用により、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントにつなげます。担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者の権利が守られる地域とするため、高齢者虐待防止の啓発と早期発見に取り組みます。虐待を受けている高齢者の支援だけでなく、虐待防止の観点から養護者（家族）への支援に努めます。高齢者虐待対応マニュアルに沿って、迅速で適切な支援が行えるよう、関係機関や関係団体との連携強化に努めます。悪質商法や特殊詐欺などの消費者被害を未然に防止するため、消費生活センターや警察などの関係機関と連携して最新情報を収集し、広報・啓発活動を行います。長野市成年後見支援センターや「おひとりさま」あんしんサポート相談室との連携を密にし、成年後見制度等の普及や啓発を図るとともに、制度の利用に向けた支援を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ケアマネジャー業務の円滑な実施を支援するため、ケアプランの作成についての相談や複雑化・複合化したケースの相談などについて、専門3職種等がその専門性を活かし具体的な援助方法の検討を行うとともに、地域ケア会議や支援センターが開催する管内ケアマネ連絡会も活用しながら、ケアマネジャーへの支援・助言を行います。また、ケアマネジャー同士のネットワークを通じて、地域の社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるよう、地域の様々な関係機関とのネットワークの構築を図ります。

(4) 認知症総合支援事業

認知症の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念に基づき、認知症の人やその家族の視点を踏まえ、普及啓発の推進を図るとともに地域での見守り・支援体制づくりを進めます。また、保健・医療・介護の各種専門機関や認知症疾患医療センターとの連携の充実を図り、できるだけ早い段階で必要な医療・介護等につなげ、安心して暮らせるように、相談支援の充実を図ります。

(5) 地域ケア会議の充実

個別ケア会議では高齢者等個人の課題への対応を、本人や家族、専門職、民生児童委員、自治会役員、ボランティア、行政職員などの参加者によって、多様な視点から検討し、地域におけるその人らしい生活の継続を支援します。「本人が地域で暮らしていけるために、地域でどう支援していくか」という視点で課題解決のための議論を行い、個人の課題解決、ネットワークの構築及び、地域課題の発見機能を強化します。自立支援型個別ケア会議においても、年1回は開催しケアマネジャーの実践力向上とともに、地域課題の把握及びネットワークの構築に努めます。個別ケア会議等の積み重ねによる地域課題の抽出を踏まえ、「地域ネットワーク会議」を開催することで、課題解決に向けた調整や推進、支え合いの仕組みの創出につなげます。

(6) 生活支援体制整備事業

総合相談業務などから得られる地域課題を抽出・分析し、高齢者の生活課題に対する地域ごとの支援体制を構築するため、住民自治協議会に配置された地域福祉ワーカー、支所及び住民自治協議会と連携するなど地域の地域福祉活動計画や住民活動と連動し、地区の特性や実情に応じた住民同士による「生活支援」や「集い・通いの場」、「移動支援」などの「支え合い活動」の創出に向けた取り組みを行います。また、地域ネットワーク会議等の機会を利用して、地域包括支援センターが把握している高齢者の実状や、専門的見地から、地域課題の抽出、支援体制の構築に向けた取り組みの提案などを、地域に向けて積極的に行います。

中条地区においては「むしくらネットワーク」とその企画運営にかかる会議を月1回ずつ開催。信州新町地区においてはコアメンバーにて「地域ケア会議企画会議」を年7回程度開催し、地域ネットワーク会議につなげる。大岡地区においては3カ月に1度コアメンバーで情報共有を行い、「大岡地域福祉連携会議」につなげていきます。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを進めるため、医療機関等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の充実を図ります。支援センターは、長野市在宅医療・介護連携支援センターの活用、多職種連携研修会への参加、人生会議（ACP）の啓発に協力します。