

令和 8 年度
印西市地域包括支援センター運営方針

印西市福祉部高齢者福祉課

目 次

目次	1
I 方針策定の趣旨	2
II 地域包括支援センターの意義・目的	2
III 運営上の基本理念	2
1 公益性の視点	
2 地域性の視点	
3 協働性の視点（チームアプローチ）	
IV 業務の実施方針	2
1 基本的事項	
2 包括的支援事業	
3 介護予防ケアマネジメント業務	
4 介護予防・日常生活支援総合事業	

I 方針策定の趣旨

この「印西市地域包括支援センター運営方針」は、介護保険法第115条の47第1項に基づき、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的な考え方や理念、業務推進の方針等を明確にするとともに、センター業務の円滑で効果的な実施に資することを目的に策定する。

II 地域包括支援センターの意義・目的

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、設置する。高齢者等の地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的及び継続的な支援を行い、地域包括ケアを推進するとともに、地域包括ケアシステム構築の中心的役割を果たしていく。

III 運営上の基本的理念

1 公益性の視点

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」であり、その運営費は、介護保険料や国・地方公共団体の公費によって賄われていることを十分認識し、公正かつ中立的な事業運営を行う。

2 地域性の視点

センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であるため、担当する日常生活圏域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行う。

民生委員の定例会、社会福祉協議会支部の会議や、地域行事への参加を通じて地域住民や関係団体と連携体制を構築するとともに、地域が抱える課題を把握し、協議体や地域ケア会議を通じて、解決に向けて積極的に取り組む。

3 協働性の視点（チームアプローチ）

センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、および生活支援コーディネーターは、それぞれの知識や専門性を発揮しながら対応する。相互に連携・協働しながらチームとして、多様な観点から効果的な支援を行い、問題の解決を図る。

IV 業務の実施方針

1 基本的事項

（1）組織体制

センターは、委託方式により5か所設置する。センターは、担当する圏域内に居住する65歳以上の高齢者及び介護保険第2号被保険者のうち要介護認定を受けている者または受ける可能性のある者とその家族を対象に、「総合相談支援業務」、「権利擁護業務」などの相談支援を行う。また、日ごろの業務や地域ケア会議から日常生活圏域内の課題

を把握し、生活支援体制整備事業における協議体や地域のネットワークを活用しながら諸課題の解決を図るとともに、全ての圏域で共有すべきことや政策に反映すべきことについては、市レベルの地域ケア会議へと結び付けていく。

高齢者福祉課包括支援係は、各センターの統括及び指導監督、後方支援を行うとともに、行政機関として包括的支援事業の「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」を主体となって実施する。

（２）設置場所と担当地区

センター名	設置場所	担当地区
印西北	大森 2551-4	木下・木下南・竹袋・別所・宗甫・木下東・平岡・平岡官堤・小林・小林官堤・小林官堤腹・小林北・小林浅間・小林大門下・大森・鹿黒・鹿黒南・亀成・発作・相嶋・浅間前・大森官堤・浦部・浦部村新田・白幡・浦幡新田・小倉・和泉・牧の台
印西南部	中央南 1-4-3 コスモスパレットⅡ	小倉台・大塚・牧の木戸・木刈・武西学園台・戸神台・中央北・中央南・内野・原山・高花
船穂	草深 924 そうふけふれあいの里内	武西・戸神・船尾・松崎・松崎台・結縁寺・多々羅田・草深・東の原・西の原・原・泉・泉野
印旛	美瀬 1-25 印旛支所分庁舎	瀬戸・山田・平賀・平賀学園台・吉高・萩原・松虫・岩戸・師戸・鎌苅・大廻・造谷・つくりや台・吉田・美瀬・舞姫・若萩
本埜	笠神 2587 本埜支所内	中根・荒野・角田・竜腹寺・惣深新田飛地・滝・物木・笠神・行徳・川向・下曾根・中萩埜・桜野・押付・佐野屋・和泉屋・甚兵衛・立埜原・松木・中田切・下井・長門屋・酒直ト杭・安食ト杭・将監・本埜小林・滝野・みどり台・牧の原

（３）開所日・開所時間

開所日は、月曜日から金曜日まで（ただし、国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）に規定する休日及び 1 2 月 2 9 日から翌年の 1 月 3 日までを除く）とする。

開所時間は、印西市福祉部高齢者福祉課の窓口対応時間と同様とする。

また、開所日・開所時間に関わらず、緊急の相談・支援が必要な場合を想定し、電話転送等により 2 4 時間の対応が可能な体制を確保すること。

（４）人員配置基準

「印西市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に係る職員等の基準を定める条例」に基づき、センターに 3 職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）の職員を配置する。また、地域包括ケアシステムの構築をさらに推進するため、認知症地域支援推進員（兼務）、生活支援コーディネーターを配置する。

令和8年度センター人員体制

センター名	市が示す人員配置（人）					生活支援 コーディネーター	認知症地域 支援推進員 （兼）
	実職員数（人）						
	保健師	主任介護 支援専門員	社会福祉士	事務職員	その他		
印西北部	4			1		1	3
	1 [1]	1	2 [1]				
印西南部	6			1		1	3
	2 [1]	1	3 [1]		1		
船穂	3			1		1	3
	1 [1]	1	1				
印旛	3			1		1	3
	1 [1]	1	1				
本埜	3			1		1	3
	1 [1]	1	1				

[] は うち準ずる者

（５）職員の姿勢

センターの業務は、地域で暮らす高齢者が住み慣れた環境で自分らしい生活を継続させるための支援であることを念頭に置き、常に当事者に最善の利益を図るために業務を遂行する。

（６）職員のスキルアップ

地域包括支援センターの職員は、相談援助技術やケアマネジメント技術の向上、業務を遂行するに必要な知識や技術の習得を目的に研修等に積極的に参加し、自己研鑽に努めること。また、研修で得た知識や情報については職員間で共有することにより、職員全体のスキルアップに努めること。

市は、包括職員向けの研修を企画・開催する。内容については包括職員と協議し決定する。

（７）個人情報の保護

地域包括支援センターは運営上、多くの個人情報を取り扱うことから、個人情報の取り扱いについては、関係法令（ガイドラインを含む。）等を遵守し、厳密に取り扱うこと。また、ファイルの保管やシステムの操作制限などセキュリティ管理に十分留意し、情報が漏洩した際の対策についても取り決めを行っておく。

（８）苦情対応

地域包括支援センターに対する苦情を受けた場合の対応の流れや責任者を定め、その内容及び今後の対応策について職員で協議し、市に報告すること。

市は、すべての地域包括支援センターの資質向上のためその情報について共有・検討する機会を設ける。

（９）事業計画・評価

センターは、市の運営方針と地域の特性等を考慮した年間の事業計画を策定し市に提出する。また、各年度の業務終了後には年間事業報告を市に提出する。市が定める方法により、各事業についての評価を自ら行うとともに、この自己評価について運営協議会において点検・評価を受けるものとする。

（１０）市とセンターの連携

① センター長会議

月１回開催し、センターに関わる各事業についての協議や情報共有、市からセンターへの連絡等を行う。

② 会議への出席

市が開催する「地域包括支援センター運営協議会」、「地域ケア会議」、「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク連絡協議会」等の会議へ出席し、必要に応じて事業の報告・説明等を行う。

③ 市関係部局との連携

センターの業務を推進する上で市の関係部署との密接な連携が必要となることから、支援が困難なケースに迅速に対応できるよう日常的に連携を図るとともに相互協力関係を深めていく。

２ 包括的支援事業

（１）総合相談支援業務

３職種がチームとなって必要な方策の検討とそれに基づく速やかな初期対応を行い、適切な機関・制度・サービスへつなげる。疾病、経済、認知症、家族関係等、複数かつ多様化する問題を抱えた相談が増えていることから、生活支援コーディネーター、多機関・多職種との連携を活用しながら適切に支援していく。また、要援護高齢者の早期対応が可能となるよう、日頃から地域の関係者間で情報共有を行うなどネットワークの構築を図る。

ア 地域におけるネットワークの構築

支援を必要とする高齢者を適切な支援へつなぎ、継続的な見守りを行い、さらなる問題の発生を防止するため、地域の関係者（介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等）のネットワークの構築を図る。

イ 実態把握

高齢者世帯への戸別訪問や地域住民からの情報収集など、圏域内の地域特性に合わせた方法により、高齢者や家族状況等についての実態把握を行う。

ウ 総合相談支援

① 初期段階の相談対応

本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク等からの様々な相談に対し、的確な状況把握等を行い、適切なサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 専門的・継続的な相談支援

専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定し、適切なサービスや支援につなぐ。

(2) 権利擁護業務

ア 成年後見制度の利用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、制度の説明や申立てにあたっての成年後見支援センター等の関係機関の紹介等を行う。

申立てを行える親族がいなかったと思われる場合や親族がいても申立てを行う意思がない場合で制度の利用が必要と認める場合、速やかに市に報告する。必要に応じて市とともに関係会議に出席し、事例についての検討や協議を行う。

イ 老人福祉施設等への措置の支援

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市に当該高齢者の状況を報告し、措置入所の実施を求める。

ウ 高齢者虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の要援護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号）等に基づき、速やかに情報収集及び事例に即した適切な対応を行う。なお、業務の詳細については、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と要援護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）及び「印西市高齢者虐待対応マニュアル」を参照すること。

また、市が開催する高齢者虐待事例検討会、高齢者虐待防止ネットワーク連絡協議会に出席し、事例についての検討や協議を行う。

エ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、3職種で対応を検討し必要な支援を行う。

オ 消費者被害の防止

消費者被害を未然に防止するため、市消費生活センターと定期的な情報交換を行うとともに関係機関に情報提供を行う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ア 包括的・継続的なケア体制の構築

医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の連携を支援する。

イ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換を行う場を設定するなどネットワークを構築しその活用を図る。

ウ 介護支援専門員に対する指導・助言

介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、専門的な見地からの指導、助言を行う。
また、資質向上を図る観点から市との協働で事例検討会や研修会を開催する。

(4) 地域ケア会議推進事業

① 個別地域ケア会議（地域思いやりケア会議）

センターは、介護支援専門員等が抱える困難事例等について地域思いやりケア会議を開催し、ケースに関する関係者を集め、地域住民や関係機関による個別ネットワークの構築を図るとともに支援方針を検討する。

② 圏域地域ケア会議（地域ケア推進会議）

センターは、地域思いやりケア会議で把握した、地域で不足している社会資源や取り組むべき課題について関係者で共有し、検討を行う。

③ 市地域ケア会議

市は、地域ケア推進会議では解決に至らなかった課題や、市全域での検討が必要な課題について情報を共有し、社会資源の開発や施策の提言に結び付けていく。

④ 自立支援型地域ケア会議

市は、多様な視点に基づく自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを検討するため、自立支援型地域ケア会議を開催し、地域資源の把握や多職種の連携体制の構築に努めます。

⑤ 市およびセンターは、各地域ケア会議に地域課題を見出す視点をもって取り組み、生活支援コーディネーターと連携して、個人や地域の問題解決について検討していく。

(5) 在宅医療・介護連携推進事業

医療や介護を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業者との協働・連携を推進する。

① 市が開催する「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」や市民への周知啓発のための講演会、多職種を対象とした研修会等の事業に関して、協力及び支援を行うなど市と協働して取り組む。

② 市民講演会の開催や介護と医療サポートガイド、終活ノート（わたしノート）などを活用し、市民の在宅医療や介護に対する意識の向上を図っていく。

(6) 生活支援体制整備事業

地域にある様々な資源を活用し、生活支援や介護予防、高齢者の社会参加等に資するサービスの提供体制を整えるため第2層（圏域）生活支援コーディネーターを配置する。

① 生活支援コーディネーターは、市および他圏域の生活支援コーディネーターと連携して地域のニーズと資源の把握を行い、地縁組織等とのネットワークを構築する。必要に応じて協議体の設置運営に取り組む。

② センターは、市全域を担当する第1層生活支援コーディネーターおよび各圏域を担当する第2層生活支援コーディネーターと協同して高齢者の生活支援や介護予防、社会参加を推進する。

③ 包括等への相談者や通所型サービスC利用者のニーズ把握を行い、自立支援のために必要な各種支援とのマッチングを行う。

(7) 認知症施策推進事業

① 認知症初期集中支援推進事業

市は認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けるために、認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、地域での生活に向けた支援体制を構築する。

センターは「認知症初期集中支援チーム」の役割の周知や相談受付を行い、必要に応じて同行訪問や情報共有など連携を行う。

② 認知症地域支援・ケア向上事業

地域の実情を把握し、相談に応じることができる体制を整えるとともに認知症当事者と家族の支援を地域で円滑に推進することができるよう、認知症地域支援推進員を配置し、認知症の相談等を専門的に対応できる体制を整える。

センターは地域の特性を活かした認知症カフェ等を開催し、認知症当事者を支えるつながりを支援するとともに家族の介護負担の軽減を図る。また、認知症に対する正しい理解を促進し、地域での支援者の育成を図るよう周知啓発のためのイベント等に協力する。

③ 普及啓発・見守り体制の構築

地域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターの養成講座の開催や理解促進のための取り組みを積極的に行う。

認知症に対する理解の促進のため、認知症サポーター養成講座やイベント等の周知啓発を行い、認知症になっても安心して住み続けられる地域づくりを推進する。

④ 認知症基本法の理念に基づき、当事者の意見が事業に反映されるよう、あらゆる機会を活用して当事者の意見を聞くことに注力し、認知症に関する事業への当事者の参画を促進していく。

3 介護予防ケアマネジメント業務（第1号介護予防支援事業）

指定介護予防支援業務

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるように、その心身、置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに指定介護予防サービスの提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者との連絡調整を行う。

計画の作成にあたっては、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえて、介護保険サービスのみでなく、多様な主体のサービスを取りいれて支援を行う。

業務の実施にあたっては、法第115条の22の規定に基づく指定介護予防支援事業者及び生活保護法第54条の2第1項の規定に基づく指定事業者の申請をし、指定を受ける。

また、「印西市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成26年条例第22号）を遵守して運営すること。

ア 担当件数

3職種については、相談支援等の包括業務に支障が出ないよう、指定介護支援業務（介護予防ケアマネジメントを含む。）の1人当たりの担当件数は、月20件を上限とする。

イ やむを得ない理由（虐待や困難ケース等）により、担当件数が、上限を超えることが見込まれる場合は、担当する前に市と事前に協議すること。

ウ 指定居宅介護支援事業所への一部委託

指定介護予防支援業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合、以下の事項に留意すること。

- ・運営協議会の議を経ていること。
- ・特定の指定居宅介護支援事業所に偏ることがないよう公正・中立性の確保に努めること。
- ・介護予防サービス計画が適切に作成されているか、内容が妥当かなどについて確認を行うこと。

4 介護予防・日常生活支援総合事業

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」に基づき、支援が必要な高齢者に対して、介護予防の視点から一律に要介護認定等を勧めるのではなく、明らかに要介護認定が必要な場合を除いて、介護予防・日常生活支援サービス事業や一般介護予防事業を紹介し、自立支援を目的に、利用者の状態等を踏まえながら、段階的なサービスの利用を推進していく。

介護予防把握事業や相談支援の中で把握したハイリスク者を、各種介護予防事業や、対象者にあった場への参加へつなげ、住み慣れた地域での自立した生活が続けられるよう支援を行う。

（１）介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービスD（移動支援）

センターは市と共同し、必要な対象者に対し、関係者間でサービス調整を行う。

② 通所型サービスC（短期集中予防サービス）

サービスCについては、事業の内容や効果を十分把握し、対象者にわかりやすく説明を行うことで、必要な対象者が確実に利用につながるようにする。

センターは市と共同し対象者を選定する。また、通所型サービスCの対象者に対して、リハビリテーション専門職の同行訪問を行う。

（２）一般介護予防事業

① 介護予防把握事業

市は基本チェックリストを主としたアンケートを、介護認定を受けていない 75 歳以上の対象者に送付し、ハイリスク者を把握する。把握したハイリスク者はセンターと情報共有し必要な介入を行う。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防把握事業で把握したハイリスク者や必要な対象者に対し、情報提供や、事業参加につなげる等、セルフマネジメント力を身につけ、自ら介護予防活動に取り組めるよう支援する。

③ 地域介護予防活動支援事業

高齢者の体力の維持・向上と地域の仲間づくりを目的とした住民主体の活動「いんぎ

い健康ちょきん運動」の充実をはかるため、地域において住民の活動継続のための支援を行うとともに、生活支援コーディネーターと連携して事業の普及・啓発、新規グループの立ち上げ、参加者の増加に取り組み、地域の支え合いづくりを推進する。