

令和7年度 札幌市地域包括支援センター運営方針（案）

1 基本方針

- この運営方針は、「札幌市高齢者支援計画 2024」（以下「計画」という。）を踏まえ、札幌市地域包括支援センターが、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けて取り組むべき業務に係るものであり、重点的に取り組む事項、留意すべき事項等について示している。
- ~~地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進にはさまざまな機関が関わっているが、地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けた課題解決と調整を担う中核的機関としての役割を求められていることを意識して、以下の4業務を実施する。~~
 - 1—総合相談支援業務
 - 2—権利擁護業務
 - 3—包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
 - 4—介護予防ケアマネジメント業務
- 地域包括支援センターの運営及び上記業務は、関係法令、国通知、本市条例、関係要綱・要領に基づいて実施するとともに、本運営方針に示す、各取組項目について、継続的かつ着実に実施することにより、以下の計画に掲げる基本目標の実現を目指す。

札幌市高齢者支援計画 2024（計画年度 2024～2026 年度）

【基本目標】

『いくつになっても 住み慣れた地域で 希望と生きがいを持って
自分らしく暮らし続けることができるまちづくり』

- 国及び市が示す地域包括支援センターの評価指標に基づき、自センターの運営体制、業務の現状を明らかにし、未達成の項目については、改善に向けて取り組むとともに、達成とした項目についても効果的かつ効率的な実施に留意すること。（文中の（＊）印はセンター指標、市は市町村指標、★は令和6年度インセンティブ交付金の指標）
- 業務の実施においては、チームアプローチを常に意識するとともに、専門職 3 職種がそれぞれの専門性を発揮し得るよう体制を整えるとともに、対応力の向上を図ること。（＊）
- センター長は、自センターにおける業務・人材管理（離職防止、人材育成）を行うとともに、特定の職員に業務が偏らないように、業務分担のルールや仕組みづくりを行うよう努めること。また、地域の関係組織や団体との連携窓口機能を担うとともに、例えば、センターでの業務量を把握した上で、専門職でなくても対応可能な業務は事務職員に分担する、タブレット端末や音声入力による記録作成といった ICT の活用など、地域包括支援センターの効率的な運営・機能強化に向けた取組を本市とともに進めること。（＊）

2 取組項目

前記1の基本方針に基づき、地域包括支援センターが、令和7年度に取り組む項目を、次の(1)～(4)とする。

新型コロナウイルス感染症が、令和5年5月に5類感染症に移行したところであるが、コロナ禍で高齢者が自宅に閉じこもりがちとなり、生活不活発による健康への影響（フレイルの進行等）が継続的な課題となっていることから、

札幌市では、今後、高齢者の中でも75才以上の後期高齢者が増加することが見込まれている。また、高齢者を取り巻く環境の変化などにより、高齢者やその家族が抱えている課題は複雑化、多様化しており、地域包括支援センターの総合相談窓口としての機能強化のほか、高齢者を介護する家族等介護者へ地域包括支援センターの周知を強化していくことも必要。さらに、札幌市では、要支援認定者の割合が全国に比べて高く、要支援認定者のサービス未利用率も39.7%（令和4年度）と高く、要支援認定を受けているサービス未利用者がフレイル改善マネジャーがフレイルチェックを実施した対象者のうち、半数はフレイル状態であるという結果である。そのため、医療機関等の関係機関や地域組織とのネットワーク構築を通じ、そうした高齢者を早期に発見し、適切な支援要支援から自立に向けた支援やセルフケアにつなげるための取組を重点的に進めていく必要がある。

また、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行されたことも踏まえ、認知症の方が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができるよう、共生社会の実現を推進する取組がより一層重要となる。本市においては、認知症に係る相談件数が伸び、重症化してから相談に至る事例も増加している現状があり、また、今後後期高齢者数の伸びが顕著となり認知症高齢者の増加が推測されることから、自立支援・重度化防止及び地域における認知症高齢者への支援体制の強化が必要である。

そのため、令和7年度においては、取組項目のうち、特に重点取組項目として設定した取組について計画的に実施すること。

【取組項目】

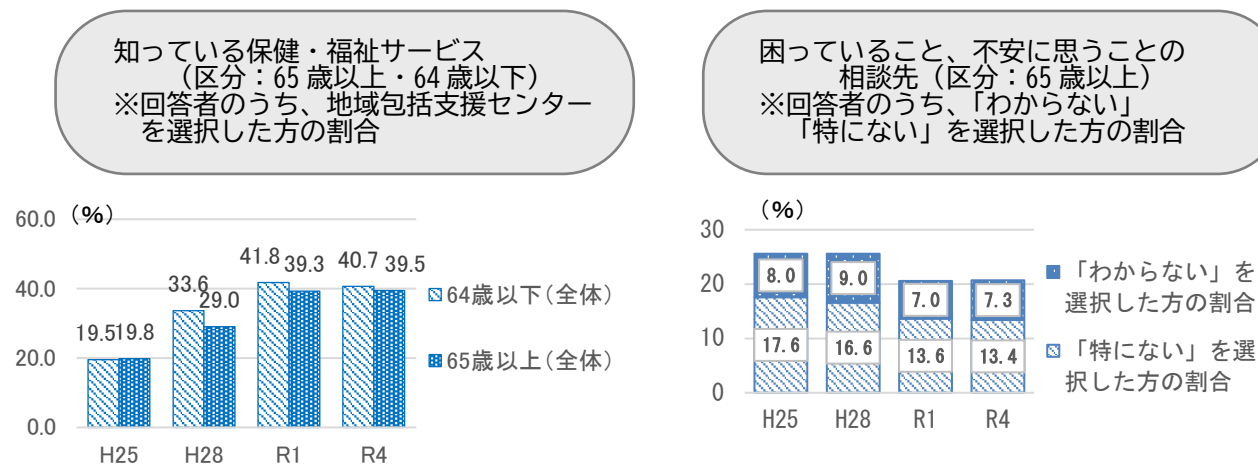
- (1) 総合相談窓口としての機能・周知強化及び権利擁護支援体制の充実
- (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化
- (3) 自立支援・重度化防止の推進に向けた地域ケア会議の促進
- (4) 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施及び地域住民、関係機関との介護予防・自立支援に関する意識の共有

取組にあたっては、項目ごとに担当エリアの地域特性を把握し、課題分析を行った上で、関係機関等との連携や各取組間の連動を意識しながら、効果的・効率的に実施すること。(＊)

(1) 総合相談窓口としての機能・周知強化及び権利擁護支援体制の充実

【現状・課題】

- ・本市が実施した「高齢社会に関する意識調査」において、「知っている保健・福祉サービス」の項目で、地域包括支援センターを選択した方の割合は、65 歳以上、64 歳以下とも、平成 25 年度の約 2 割から平成 28 年度は約 3 割、令和元年度には約 4 割と年々増加し、令和 4 年度は約 4 割で横ばい。を維持している。地域包括支援センターの日ごろの活動が認知度向上に着実に繋がっている。
- ・上記調査における、「困っていること、不安に思うことの相談先」の項目では、「わからない」「特にない」を選択した高齢者の割合についても、平成 25 年度及び平成 28 年度の 25.6%から令和元年度は 20.6%と減少傾向であったが、令和 4 年度は 20.7%で横ばい。と減少傾向であり、改善が見られる。
- ・支援が必要な高齢者等の早期発見・早期支援につなげるために、高齢者や家族介護者の中から「相談先がわからない」「特にない」という方をさらに減らすことを目指し、地域包括支援センターが高齢者やその家族介護者等の身近な総合相談窓口であることなどについて、住民への普及啓発に加え、医療機関等の関係機関や地域組織とのネットワーク構築を通じて、引き続きセンターの周知を図っていくことが必要である。
- ・特に早期の支援が必要な対象者としては、「支援により自立が可能な高齢者」や「閉じこもり等により身体機能等の低下が懸念される高齢者」、「ハイリスクな高齢者が含まれる可能性が高いサービス未利用者」、「重度化してから問題が表面化することが多い認知症高齢者及び高齢者虐待ケース」などが考えられる。



資料：平成 25 年度、平成 28 年度、令和元年度、令和 4 年度 高齢社会に関する意識調査

【認知症施策】

- ・認知症施策に関しては、令和元年 6 月に「認知症施策推進大綱」が示され、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を両輪として下記の具体的な施策を推進することとされた。さらに、令和 5 年 6 月に成立、令和 6 年 1 月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことが

できるよう、共生社会の実現を推進することとされた。また、国の認知症施策の基本計画として、令和6年12月に「認知症施策推進基本計画」が閣議決定され、認知症の方本人の声を尊重し、「新しい認知症観」に基づき、施策を推進することなどが明記され、今一度認知症施策について考える重要な過渡期とされている。認知症の方本人の希望を聞き、意思を発信できる場を設けることや、市民一人一人が自分ごととして理解できるよう、「新しい認知症観」を啓発することが重要とされている。そのため、普及啓発や早期発見・早期対応の仕組みづくり、地域支援体制の強化等については、これまでも地域包括支援センターが行ってきたところであり、引き続き取組を進めていくことが求められている。

- ・さらに、認知症地域支援体制の強化及び共生社会の推進に向けては、現在の取組を基盤とし、札幌市におけるチームオレンジの体制構築を図る必要がある。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法における基本的施策（関係部分抜粋）

(1) 認知症の人に関する国民の理解の増進等

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

(2) 認知症の人の社会参加の機会の確保等

認知症の人が生きがいや希望をもって暮らすことができるようにするための施策

(3) 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

(4) 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

認知症の人に対し良質かつ適切な保険医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策

(5) 相談体制の整備等

認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備

認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

(6) 認知症の予防等

早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

チームオレンジの取組の推進

出典）厚生労働省 HP

◆「チームオレンジ」とは

認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーター（※）を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組み。

（※）認知症地域支援推進員を活用しても可

【事業名】認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（地域支援事業交付金）

【認知症施策推進大綱：KPL目標】2025（令和7）年
・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備



認知症当事者も地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押しするとともに、認知症サポーターの更なる活躍の場を整備

【サービス未利用者支援】

- ・ サービス未利用者については、現状では一部に対するアプローチに留まっている。令和5年度はモデル事業として1区（北区）にフレイル改善マネジャーを配置し、未利用者全数にアプローチを行うことで未利用者の自立支援・重度化防止を図った。令和6年度はモデル事業の実施区を5区（北区、豊平区、清田区、南区、西区）に拡大してさらに未利用者支援を強化するとともに、都度活動の評価を行い、より効果的な支援方法について検討を進めていく。

【家族介護者支援】

- ・ 家族介護者支援については、北海道でケアラー支援条例が制定され、「関係機関は、支援を必要とするケアラーに対し、情報の提供、他の関係機関への取次ぎその他の必要な支援を行うよう努めるものとする。」とされている。また、札幌市では、高齢の家族の介護に関する相談先として地域包括支援センターを周知している。引き続き、地域包括支援センターでは、ケアラー支援の必要性について理解を深めるとともに、高齢者の介護を担う家族（家族介護者）の意向を尊重しつつその健康状態、生活環境等について確認し、必要な支援を行うよう努めること。また、家族介護者が自らのおかれている状況について正しく理解し必要な支援を求めることができるよう、家族介護者支援の必要性について普及啓発を行うよう努めることが求められている。

※参考：主な介護者の続柄としては、「子（子の配偶者を含む）」が35.4%と最も多い（令和4年度）

【活動目標】

- ・ 地域に住む高齢者等に関する様々な相談を一旦全て受け止め、必要に応じて地域包括支援センターの各業務につなげる。または、適切な機関と調整し確実に引き継ぐ。
- ・ 総合相談、サービス未利用者へのアプローチ等の相談支援の際は、自立支援の考えに基づき積極的に地域の介護予防活動やインフォーマルサービスにつなげる。
- ・ 家族介護者のニーズに基づいた取組等を実施し、家族介護者支援を充実する。
- ・ 様々な機関と連携し、家族介護者及び高齢者の権利擁護の支援体制を充実する。
- ・ 札幌市におけるチームオレンジの体制を構築し、認知症の方の社会参加や家族の負担軽減につなげる。（オレンジコーディネーター配置センター）
- ・ 要支援認定を受けているサービス未利用者全数にアプローチを実施し、アセスメント結果に応じた適切な支援を行うことで、未利用者の自立支援・重度化防止を図る。（フレイル改善マネジャー配置センター）

【重点取組項目】

重点 ア 地域における認知症高齢者への支援の体制強化

- ・ 地域アセスメントの結果や認知症サポーター養成講座の実施状況等を分析の上、ターゲット（地域、対象者等）を絞り込み、認知症サポーター養成講座の実施を働きかけること。実施にあたっては、地域のキャラバン・メイトや認知症介護指導者、札幌認知症の人と家族の会等と連携すること。
- ・ 認知症高齢者の支援体制の強化及び地域共生社会の実現推進のため、**認知症の人の社会参加の確保や、認知症の方本人の希望や意向を聞く機会を設け、認知症の方本人の声が発信される機会を創出すること。**オレンジコーディネーター配置センターについ

ては、オレンジコーディネーターを中心に、下記及び別に定める「札幌市チームオレンジ活動の手引き」「札幌市認知症サポーターステップアップ講座の手引き」に基づき、札幌市における「チームオレンジ」の体制を構築すること。なお、オレンジコーディネーター非配置センターにおいても、**「札幌市チームオレンジ活動の手引き」「札幌市認知症サポーターステップアップ講座の手引き」に基づき、を参考に、下記に示すチームオレンジの体制構築に向けた基盤整備を進めること。**

- ・地域アセスメントの結果を踏まえ、担当エリア内または区内の認知症高齢者の支援体制の整備に積極的に取り組むこと。また、認知症高齢者支援に関する地域住民等による主体的な活動への支援を行うこと。取組にあたっては、区認知症地域支援推進員と情報共有・連携すること。

チームオレンジの体制構築に向けた基盤整備

- (1) 認知症の方と家族の支援ニーズの把握
- (2) 地域住民や関係機関等への地域で支える仕組みに関する理解を深めるための啓発
- (3) 認知症カフェの実態把握と、認知症の方と家族を支える地域づくりを行うことを目的とした意見交換
- (4) 認知症支援ボランティアや認知症サポーターへの活動ニーズの把握
- (5) 把握した認知症の方と家族の支援ニーズに対し、地域でどのような活動が可能であるか、認知症支援ボランティアや認知症カフェなど既存の資源との連携や、新たな取組の必要性についての検討を実施。

チームオレンジの体制構築 (オレンジコーディネーター配置センター)

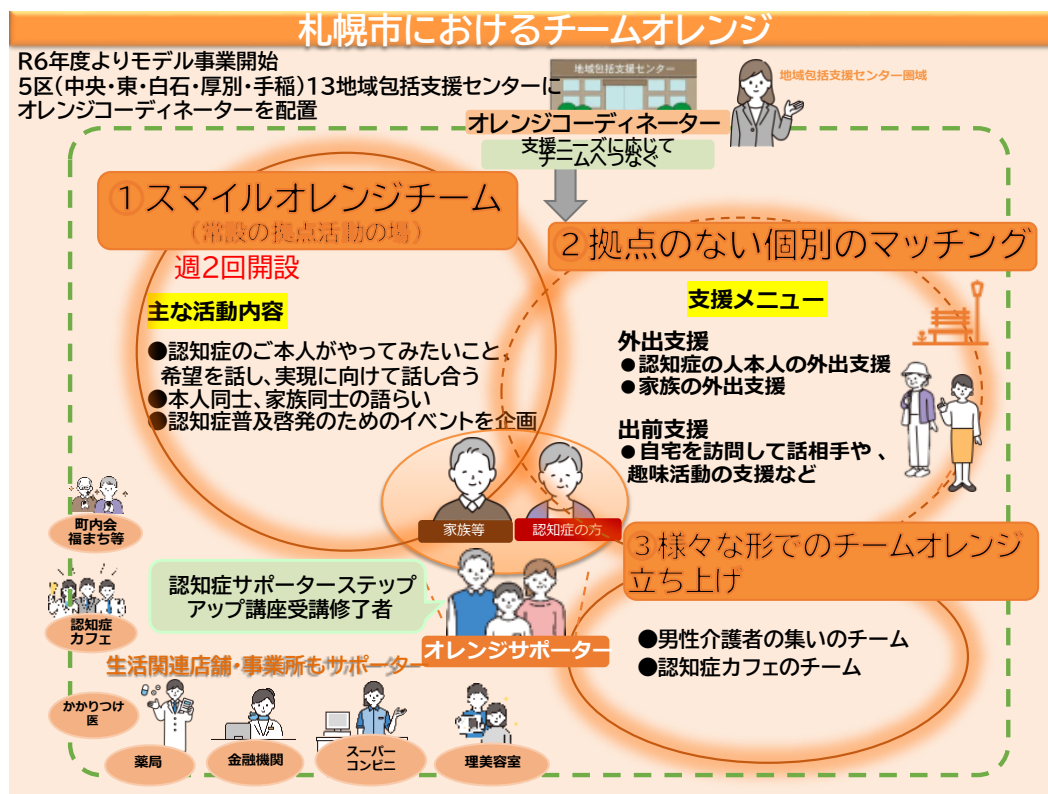
- (1) ステップアップ講座の企画・開催
認知症支援ボランティアや、認知症サポーターのうち活動意欲のある方を対象として、ステップアップ講座を年**3回**以上開催し、オレンジサポーターを養成。
- (2) スマイルオレンジチーム（常設の普及啓発活動の場拠点活動の場）の設置・運営 ※週2回（常設週2回、もしくは週1回は常設、およびサテライト等で週2回開催とするなど、柔軟に開催して可とする）
認知症の方や家族の社会参加や、**認知症の方の意思発信**認知症に関する普及啓発のための場としてスマイルオレンジチームを週2回設置し、認知症普及啓発のためのパネル展示や講演会などを、認知症の方の**希望を聞きながら、活動内容を検討し**、家族、サポーターと一緒に取り組むことができるよう企画、運営。
- (3) 拠点のない個別のマッチング
別に定める支援メニューの項目について、認知症の方・家族の支援ニーズとオレンジサポーターの個別マッチングを実施。
- (4) 様々な形での複数のチームの立ち上げ支援
認知症カフェ、ケア友の会、通いの場等におけるチームオレンジの立ち上げ支援を実施。
- (5) 地域への普及啓発
地域の各関係機関等に対して、チームオレンジの活動についての周知を行う。また、地域住民、関係団体、事業者等との連携体制を構築する。

チームオレンジの体制構築に向けた基盤整備の推進 (オレンジコーディネーター非配置センター)

- (1) 活動意欲のある認知症支援ボランティアやサポーターに対して、**状況に応じて、認知症サポーターステップアップ講座の手引きを参考に、フォローアップ講座を年2回以上開催する。**
- (2) サポーターの**活動意向を確認し**、認知症カフェやケア友の会、通いの場、**認知症普及啓発イベント等**その他地区の実情に応じた活動の場につなげる取組を**年3回以上実施。活動の場がない場合は、地域のニーズに応じた活動の場立ち上げに向けて検討する**
- (3) **「チームオレンジ」の立ち上げ可能な場やチームオレンジメンバーとなり得る対象者などを想定し、どのようにステップアップ講座を実施するか検討。**
認知症の方本人の希望、意向を聞き、サポーターの協力を得ながら、実現できることを考え、取り組む。

チームオレンジの体制構築により期待される成果

- (1) 認知症の方の孤立を防ぎ、機能低下を予防する。
- (2) 早期から相談機関につながることで、悪化を防ぎ、住み慣れた地域で長く生活できる。
- (3) 認知症の本人からのニーズ発信の機会が増えて、尊厳を保持しつつ希望をもって生活が続けられる。
- (4) 家族の負担が軽減され、ケアラー支援が推進される。
- (5) オレンジサポーター（高齢者）の生きがい、介護予防につながる。



【活動指標（全センター）】

- ・ 認知症サポーター養成講座の実施回数および養成したサポーターの人数 (★)
- ・ フォローアップ講座の開催数及び受講人数（オレンジコーディネーター非配置センターのみ）
- ・ 認知症高齢者やその家族を地域で支える仕組みに関する理解を深める啓発を行った回数
- ・ 認知症の方と家族の支援ニーズの把握状況
- ・ 認知症支援ボランティア、認知症サポーターの活動実態及びニーズの把握状況
- ・ 認知症サポーターをの活動意向を確認し、認知症カフェやケア友の会、通いの場、認知症普及啓発イベント等その他地区の実情に応じた活動につなげた件数の増加 (市*)

【活動指標（オレンジコーディネーター配置センター）】

- ・ ステップアップ講座の開催数及び受講人数及び養成したオレンジサポーターの人数 (★)

- ・スマイルオレンジチーム参加者（認知症の方、家族、サポーター）の状態変化（※「札幌市チームオレンジ活動の手引き」参照）
- ・認知症の方・家族の支援ニーズとサポーターの個別マッチングの実施件数（★）
- ・立ち上げたチームオレンジの箇所数、開催回数

【取組参考例】

○認知症の方と家族の支援ニーズの把握

- 札幌認知症の人と家族の会及び関係機関の従事者を対象にアンケートを実施し、家族が介護をする上での困りごとやボランティアに望むことについて把握。

○認知症の理解を深めるための普及啓発

- センター広報誌に地域で認知症の方を支える仕組みについて掲載して周知。認知症の方の声や「新しい認知症観」について掲載し市民一人一人が自分ごととして考えられるように啓発。
- 住民が多く訪れる商業施設において認知症パネル展を開催して普及啓発を実施。

○ボランティア認知症サポーターの活動ニーズの把握および活動支援

- 認知症サポーター養成講座実施後に受講者にアンケートでボランティア実施の意向について具体的な活動内容について確認し、認知症カフェやケア友の会、認知症普及啓発イベント等活動の場をマッチングし、役割を発揮してもらう。ボランティアの希望がある方のリスト化を実施

- 認知症サポーター養成講座等で、サポーターとして活躍している方が活動紹介する機会を設定し、活動に賛同する方を増やす。

- 認知症支援ボランティアにアンケートを実施し、勉強会や交流会参加のニーズがあることを把握。

○ボランティア認知症サポーターの活動支援

- 認知症サポーター交流会を実施し、参加者に対してボランティア活動の情報提供を実施。
- 社会福祉協議会がボランティアに広報誌を送付する際に、認知症サポーター養成講座のチラシも同封していただくよう調整を実施。

○フォローアップ講座の開催

- 生活支援コーディネーター開催の「暮らしのサポーター養成講座」の参加者に認知症サポーター養成講座を実施し、その後さらにフォローアップ講座を実施。

- 認知症サポーター養成講座受講後、意欲的なサポーターを集め、フォローアップ講座を開催。認知症の方の声などを紹介し、サポーターとして地域でどのような活動ができればよいか話し合いを行う。

- 認知症サポーター、認知症支援ボランティアを対象に、区社協や予防センターと連携してフォローアップ講座を開催。さらに講座終了後に認知症カフェ見学会を実施。

- 一人で買い物が困難な認知症の方の希望を聞いて、サポーターを募って一緒に買い物に行くスローショッピングの日を作る。

○地域のニーズや課題に応じた取り組み

- 認知症と診断されてから支援に結び付くまでの期間を短くするために「医療機関で活用できる区版ケアパス」を関係機関と協働して作成中。
- 医療機関と協働で認知症医療機関マップを作成し、医療機関との連携体制の構築につなげた。

重点 イ サービス未利用者等への支援

- ・総合相談や認定情報から把握したサービス未利用者等に対しアプローチを行い、地域の介護予防活動やインフォーマルサービス等に積極的につなげること。
- ・退院直後やフレイルの懸念のある方など、**早期に支援することで自立した生活の継続が見込まれる事業対象者及び要支援認定者**（新型コロナウイルス感染症の影響でサービス利用を休止している高齢者を含む）に対しては、短期集中予防型サービス事業等の活用も検討し、**事業利用終了時には地域の介護予防活動やインフォーマルサービス等に積極的につなげること。**
- ・フレイル改善マネジャーをモデル的に配置するセンターについては、下記のとおり目的に沿った活動を行うとともに、活動内容を評価すること。

フレイル改善マネジャーについて（未配置センターは参考）

【配置の目的】

フレイル状態である可能性が高いサービス未利用の事業対象者・要支援認定者に適切な支援を行うことで、対象者の自立支援・重度化防止を図る。（モデル実施）

【対象者】

- ・区保健支援係より情報提供を受けた要支援認定者のうち、ハイリスク者を除くサービス未利用者**全員**
※ハイリスク者：認知症自立度Ⅱb以上、癌末期、ゴミ屋敷 等

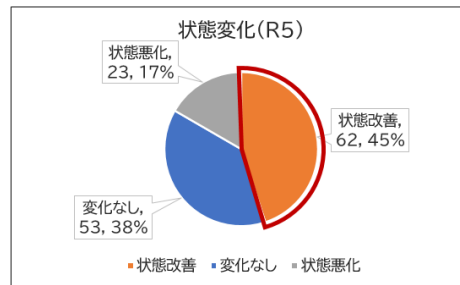
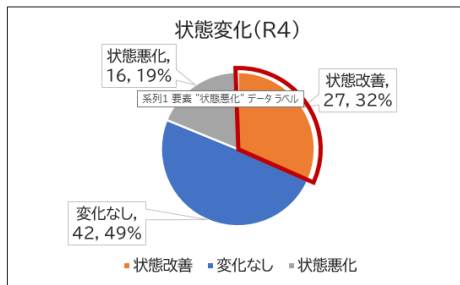
【活動内容】

- (1) 対象者全員に電話や訪問等で、フレイル状態チェックシートの確認等により状況把握を実施。
- (2) 対象者の状態に応じて、自立支援・重症化予防の観点から、セルフケアや制度活用の情報提供を行うなどの適切な支援を実施。
- (3) フレイル状態の改善が見込まれる対象者に対しては、原則訪問により(2)の支援及び動機づけを行い、積極的に介護予防事業や短期集中予防型訪問指導事業の活用につなげ、適宜モニタリングを実施する。なお、介護予防事業につなげる際には、介護予防センターと連携の上、確実につながるよう支援を実施。
- (4) サービス利用が必要な対象者方を早期に適切なサービスにつなげる。
- (5) (1)で状況把握を実施した対象者については、介護予防給付につながった対象者を除いて、年に1回はフレイル状態チェックシートにより状況把握及びモニタリングを実施。

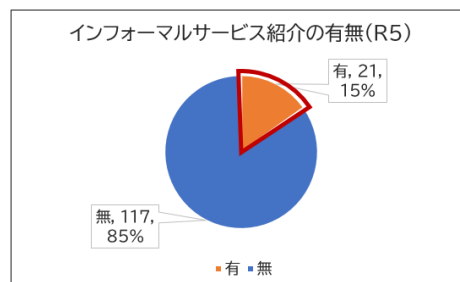
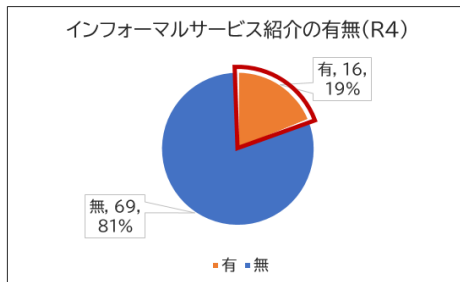
【期待される成果】（※活動指標は次頁以降参照）

- ・フレイル状態の対象者が適切なセルフケアを身につけたり介護予防の取組を行うことで、フレイル状態を改善することができる。
- ・更新の必要性が低いお守り認定の対象者が更新申請をせず、介護予防・自立支援に関する意識をもち、必要な時に包括に相談することができる。
- ・サービスが必要な対象者が早期に支援につながり、重症化を予防することができる。

（参考）短期集中予防型サービス事業について



短期集中予防型サービスを利用すると、約4割の方が**状態改善**状態維持も含めると8割以上



利用終了後のインフォーマルサービス紹介率は2割程度

【活動指標】

（全センター）

- ・ サービス未利用者のうちアプローチした件数の割合（市*）
 - そのうち地域の介護予防活動やインフォーマルサービスを紹介した件数
 - そのうち短期集中予防型サービス事業につなげた件数
 - そのうち更新前のアプローチの際に、お守り認定者より「更新しない」意向を確認できた件数
 - そのうち介護予防給付等の公的サービスにつなげた件数（短期集中予防型サービスを除く）
- ・ 短期集中予防型サービス事業につなげた対象者のうち状態が維持または改善した人の増加（市*）

（フレイル改善マネジャー配置センター）

※令和7年度に情報提供を受けた未利用者に対するアプローチに係るものに限る

- ・ サービス未利用者にアプローチし、フレイル状態チェックシートにより状況把握を実施した件数
 - そのうち地域の介護予防活動やインフォーマルサービスにつなげた件数
 - そのうち短期集中予防型サービス事業につなげた件数
 - そのうち支援によりお守り認定者が更新申請をしなかった件数
 - そのうちセルフケア等について情報提供などの支援を実施した件数（上記3項目を除く）
 - そのうち介護予防給付等の公的サービスにつなげた件数（短期集中予防型サービスを除く）

【取組参考例】

○情報提供すべき内容の整理・共有および職員の意識づけ

- 介護予防活動やインフォーマルサービスを積極的に活用できるよう、地区毎に情報の整理を行うとともに、それらにつなげることができた好事例について、支援方法や要因についてセンター内で共有。
- 未利用者に情報提供するための、介護予防事業の活動写真などを掲載した資料を作成。

○アプローチする対象者の選定や方法等

- 認定情報の記述から介護予防が必要と判断した未利用者に対し、電話でフレイルについて説明の上、札幌市フレイル予防リーフレットを郵送。
- 認定後2週間を経過しても包括に相談がない方にアプローチし、状況把握を実施。聞き取り内容が統一されるようフロー図や相談受理シートを整備。
- 要支援1、骨・関節疾患や生活習慣病が要因で申請した未利用者等に対し、地域の介護予防活動やインフォーマルサービスを紹介するためのチラシを郵送。
- 未利用者の認定が切れる1か月前に電話かけを行い、更新の有無やサービス利用の意向を確認。必要に応じて自立支援につながるよう資料送付を行い、サービス利用希望時に備えて包括の連絡先も周知。約半数の方が更新しないことに繋がった。
- 認定期間中に1度もサービス利用がなかった方に対して、有効期間が切れる月に電話かけを行い、更新しない方や今すぐサービス利用がない方に対して包括支援センター・介護予防センターのチラシや体操のリーフレット等を送付し、必要な情報提供を実施。

重点 ウ 家族介護者支援の強化

- ・家族介護者からの相談について、相談件数、相談内容及び対応結果をとりまとめること（*）。集計結果を分析し、ニーズに基づいた取組等を実施すること。
 - ・直接相談を受ける以外にも、介護予防センターや居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、医療機関等をはじめとした関係機関及び地域組織等から家族介護者に関する情報収集を積極的に行い、必要に応じて相談支援を行うこと。
 - ・相談支援にあたっては、**家族介護者に対するアセスメントを行い**、世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら、適切な社会資源に関する情報を提供すること。
（*）また、抱えている課題により、関係機関と連携及び専門機関への引継ぎを行うこと。
 - ・認知症の方を介護する男性**家族**を対象に、介護や家事を行う上での役に立つ知識や技術を身に着けるとともに、互いの悩みを語り合える「男性介護者のつどい（ケア友の会）」や**家族交流会等**を、**必要に応じて区とともに実施することしたり、家族会等と連携し、介護者支援を行うこと**。なお実施にあたっては、~~上記相談分析結果を踏まえて、介護に係る適切な知識や技術について情報提供できるよう努めること。~~
- ※具体的な支援方法については、厚生労働省発行の「市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル」及び令和元年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業として実施された「介護離職防止のための地域包括支援センターと労働施策等との連携に関する調査研究事業報告書」を参考にすること。

【活動指標】

- ・家族介護者からの相談の分析結果に応じた取組の状況及び相談支援実施状況（★相談件数や内容の記録等を取りまとめているか ＊家族介護者に対する予防的な取組を行っているか）

【取組参考例】

○早期相談・支援につなげるための取り組み

- センター広報誌に介護者の介護予防について掲載し、介護を抱え込まずに相談して欲しいことや相談先も明記。この広報誌を全戸回覧した他、民生委員にも周知。
- 男性介護者が自ら相談行動をとることの少なさを踏まえ、周囲の地域住民や企業からの相談や男性介護者への相談促しにつながるよう、「見守り気づきのポイント集」の金融機関やスーパー、ドラッグストア等への配架を通じて相談窓口を周知。

○家族介護者のニーズ分析およびニーズに応じた取組み

- 居宅介護支援事業所を訪問し、家族介護者支援の実施状況等についてアンケートを実施。その結果を分析の上、介護支援専門員への情報提供内容等について検討。
- 栗山町のケアラー支援室より助言を受けて作成したケアラーを対象としたアンケートを、居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも協力していただき実施し、ケアラーの悩みやニーズ等について把握。
- 家族介護者のニーズに基づいた情報を掲載した介護者通信を定期的に発行。居宅介護支援事業所や医療機関等に配布し、介護をしている方に渡していただくよう依頼。
- 介護者のつどいを定期開催し、参加者の自主的なつどいの場づくりの動機づけを継続的に実施。
- 総合相談票で家族介護負担、就労の有無、介護者の年齢を聞き取り、リストを作成。リストから必要な方をピックアップして家族介護者支援の取組に関する情報提供等を実施。

○相談対応のスキルアップ、関係機関の連携強化に向けた取り組み

- 介護離職に資するアセスメント能力向上を目的に、ワークサポートケアマネジャーを講師に内部研修を実施。
- 家族介護者から相談を受ける際にはケアラー度チェック表を使用してアセスメントを実施。
- エリア内の児童・障がい・高齢の各分野の関係機関と協働してケアラー支援実行委員会を運営し、定期的に研修会を実施。

重点 エ 高齢者の権利擁護に関する普及啓発及び関係機関との連携の強化

- ・介護支援専門員、介護サービス事業者、医療機関等の地域の医療・介護の関係機関や地域住民を対象に、高齢者虐待の発生予防および高齢者虐待を含む権利擁護が必要な高齢者の早期発見・早期対応に向けた普及啓発（講話や普及啓発物の作成・配布等）を行うとともに、各関係機関と連携して成年後見制度の申立て支援を行うなど対応すること（＊：消費者被害についての情報提供）。
- ・消費者被害に関する情報を民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ情報提供する取組を行うこと（＊・★）。
- ・消費者被害に関し、センターが受けた相談内容について、必要に応じて消費生活に

関する相談窓口または警察等と連携の上、対応すること（＊・★）。

【活動指標】

- ・ 高齢者虐待及び消費者被害等の権利擁護に関する普及啓発回数

- ・ 権利擁護に関する相談件数（＊・★）

- ・ 成年後見制度の申し立て支援件数（＊・★）

→ 消費者被害に関する相談について、消費生活相談窓口又は警察等と連携して対応した回数

【取組参考例】

- 高齢者虐待の相談窓口周知を目的に、コンビニ、スーパー、商業施設、医療機関、郵便局、警察署等に虐待防止啓発のカード配布、トイレへのステッカー貼付を実施。
- 警察署と連携し、消費者被害啓発チラシの配布や特殊詐欺防止の街頭啓発を実施。
- 障がい相談支援事業所と合同で定期的に研修会や事例検討会を開催。札幌市引きこもりセンターの専門職を交えての検討も実施。
- 介護支援専門員を対象に高齢者虐待の研修を実施。前年度に行ったアンケート結果から、虐待対応時の連携に焦点をあてて実施。
- 成年後見申し立ての診断書作成が可能な医療機関と連携を図り一覧表を作成し、センター内で共有。

【基本取組項目】

重点 オ 総合相談支援の充実・周知

- ・ 総合相談支援においては、地域における第一次的な高齢者の相談窓口として、一旦全て受け止め、ワンストップサービスに努めるとともに、自立支援・重度化防止や家族介護者支援、権利擁護（高齢者虐待、セルフ・ネグレクト、他者からの権利侵害等）等の視点に基づいたスクリーニングを全職員が共通して取り組むことができる体制を整えること。
- ・ 初回に他機関が一旦相談を受けたものも速やかに引き継いで対応すること。また、区保健支援係保健師の役割はバックアップであるため、バックアップを受ける必要がある処遇困難事例等については、まずセンター内でバックアップを受ける必要性や内容を組織的に検討した後に区への相談を行うこと（＊・★）。
- ・ 相談者、相談経路、相談内容等の類型化、経年分析等を行い、その結果を区、介護予防センター、生活支援コーディネーター等と共有し、地域支援に活用すること（＊）。また、**特に**、多様化する課題や複合的課題を有する事例に対して適切な支援を実施するため、**8050 問題、ダブルケア、ヤングケラーなど複合的な課題を持つ世帯の相談内容を整理し、複合的な課題を持つ世帯の相談内容の分析結果に応じて、**高齢者福祉分野以外の関係機関・関係者と意見交換する機会を設けるなど分野を横断した新たなネットワークを構築するとともに、対応ルールの作成や内部研修の開催等を行い、実践力の向上を図ること。（＊）
- ・ また、新たなネットワークを活用して、**高齢者のみならず高齢者を介護する世代（就労世代、子育て世代など）にも地域包括支援センターが高齢者に関する総合相**

談窓口であることを周知するよう努めること。

→ 他機関やインフォーマルサービス等を紹介した場合は、確実につながったかどうかを確認するように努めること。

- ・ ケース支援の進捗管理及び支援を終結する場合は、担当者個人ではなくセンターとして組織的に管理・判断を行うことができる体制を整えておくこと。なお、支援を終結する場合は、下記を目安とし、根拠に基づき組織的に判断すること（＊・★）。

【活動指標】

- ・ 総合相談支援件数の増加（市＊・★）

└→ そのうち地域の介護予防活動及びインフォーマルサービスを紹介した件数

- ・ 総合相談についての経年分析の実施状況

└・ 分析結果についての関係機関との共有状況

- ・ 地域包括支援センターの認知度4割以上（市＊）

総合相談支援における終結の目安

- (1) 相談者の主訴が解決し、主訴以外の困難な問題がない場合
- (2) 心身の状況や介護体制が安定しており、支援の必要性がないと判断された場合
- (3) 他機関に引継ぎを行い、他機関による適切な支援が確認された場合
- (4) 転居又は死亡した場合（転居の際は、必要時応じて転居先の関係機関に引継ぎを行う）
- (5) その他、複数の職員（職種）で検討し、終結が妥当と判断した場合

※終結の判断に迷う場合は、区保健福祉課に相談し判断すること。

【取組参考例】

○対応力向上に向けた取り組み

- 対応終結に至るまでに自立支援・重度化防止や権利擁護等の視点を含めてケース支援を通して学んだことや反省点、他機関と連携したこと等を定期的に職員間で共有。
- 自立支援や重度化防止、家族介護支援や権利擁護等に結びつけた好事例を職員間で共有。

○組織的な判断・対応

- 各機関やインフォーマルサービスの情報提供を行ったケースについては、相談受付票にて状態等をセンター内で確認し、情報提供後の状況確認の必要性を検討。
- 総合相談で継続支援が必要と判断したケースは、進捗管理表を用いてセンターで進捗を管理。

【基本取組項目】

基本 ア 認知症初期集中支援推進事業の積極的活用（＊・★）

- ・ 下記認知症初期集中支援推進事業の基準に該当する対象者について相談を受けた場合に、事業の活用についてセンター内で統一してスクリーニングを行えるよう体制を整えること。初期相談のケースにとらわれず、BPSDが強いケース、複雑で多問題を抱え多職種連携が必要な困難ケースなども積極的に活用を検討し、認知症サポート医と地域の課題を検討し、よりよい認知症のケア体制構築に努めること。医療と

の連携がに偏ることがないように、初期相談のケースや本人及び家族が病識に乏しいケース、家族の負担感が増しているケースなど、センターごとにターゲットを絞ることも可。

- ・ 認知症初期集中支援推進事業の活用は、個別の課題解決に加え、認知症のケアの向上、市民理解の推進、介護支援専門員やかかりつけ医等の関係者の連携等を進めることによって、認知症高齢者の早期支援体制を構築することを目的としており、認知症サポート医との連携体制の構築という側面からも、目的の達成に向けて1センター1件以上の活用を目標とする。

【活動指標】

- ・ 認知症に関する相談のうち認知症初期集中支援推進事業の活用を検討した件数
- ・ そのうち活用した件数

認知症初期集中支援推進事業の対象者

<対象者の基準>

40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下の①、②のいずれかの基準に該当する者

- ① 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
 - ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - イ 継続的な認知症の医療サービスを受けていない者
 - ウ 介護サービスが必要でありながら結び付いていない者
 - エ 介護サービスが中断している者
- ② 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

【事業を活用した事例（実際の活用事例を一部加工）】

- 同居家族への被害妄想の症状や、自宅に帰れなくなり警察に保護されたことがある事例。通所介護の利用も休みがちであり、配偶者の介護負担が大きい。事業の活用により、サポート医の病院に定期受診でき、認知症の診断を受け治療が開始された。また、サポート医とケアマネのネットワーク構築につながった。
- 別居家族に対する被害妄想がある事例。サポート医の同行訪問時に受診勧奨を行い、受診・介護認定申請につながる。介護保険サービスの利用を開始し、支援を受けながら独居での生活を継続することができている。

基本 **イ** 高齢者虐待のアセスメント能力の向上に向けたセンター内での取組及び体制の強化

- ・ 高齢者虐待（疑い含む）の適切な支援に向けて、地域包括支援センター内で一連の流れについての共有や振り返り、研修等を行い、担当職員以外も含めたアセスメント能力の向上に取り組むこと。また、初期相談時点での虐待の疑いの有無の判断をはじめ、組織として判断、対応を行う体制を強化すること。
- ・ 高齢者虐待の対応力向上を図るため、積極的に研修を受講するとともに、受講した内容についてセンター内で共有すること。

【取組参考例】

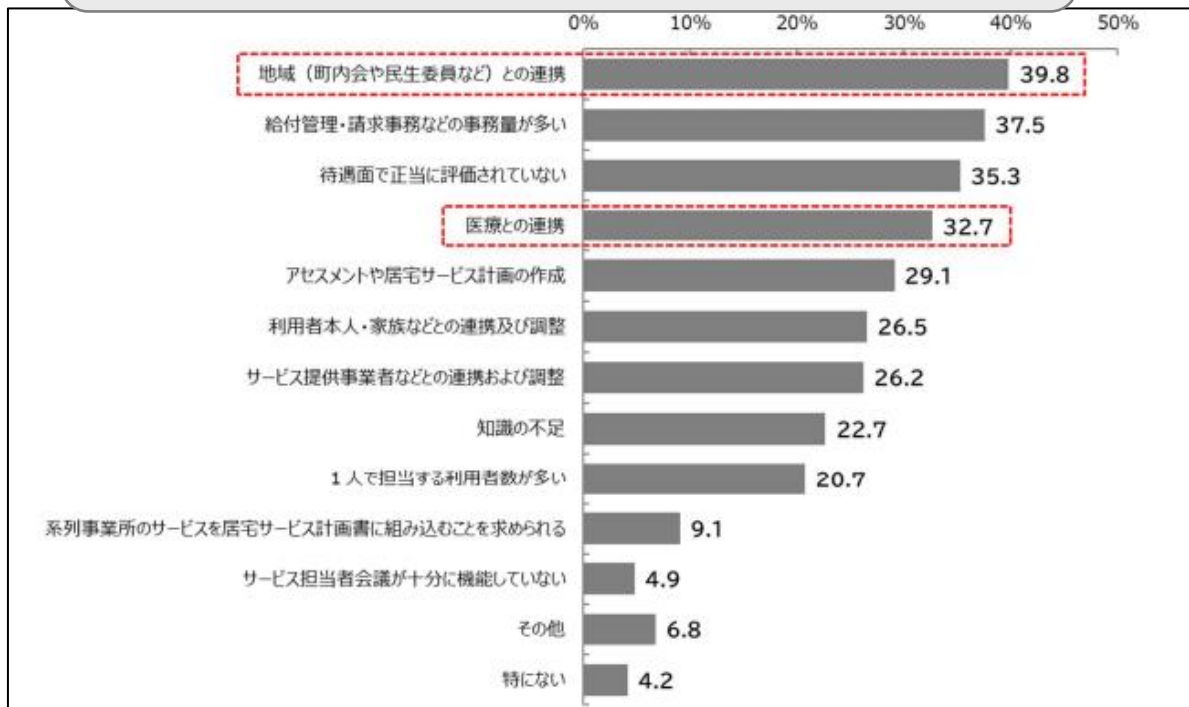
- 虐待相談受理時のセンター内協議では、3職種その他、半数以上の職員で実施。また、全職員が複数回協議に参加し、アセスメント能力、相談対応の質を向上・平準化。
- 虐待対応終了後は「振り返りシート」を活用し、虐待発生要因の抽出や今後類似したケースに対応する際の支援のポイント・注意点等についてセンター内で全件共有し、対応力を向上。
- 区内の包括との共催で、高齢者虐待アセスメント研修を実施。

（２） 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化

【現状・課題】

- ・本市が実施した「介護保険サービス提供事業者調査」において、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が業務を進める上で困難や不安を感じることにについての設問で、「地域（町内会や民生委員など）との連携」を選択した方の割合は、平成 25 年度調査では 51.9%であったが、平成 28 年度調査では 48.3%、令和元年度調査では 44.4%、令和 4 年度調査では 39.8%と、年々減少傾向にある。なお、「医療との連携」は平成 25 年度調査では 51.9%であったが、平成 28 年度調査では 39.7%、令和元年度調査では 38.2%、令和 4 年度調査では 32.7%と着実に減少している。これらは地域包括支援センターの運営方針に基づいた取組の成果とみられる。今後も地域の介護支援専門員が抱える課題やニーズの把握を行い、それに対応した取組を行う必要がある。

介護支援専門員が業務を進める上で困難や不安を感じていること



資料：令和 4 年度 介護保険サービス提供事業者調査（札幌市）

- ・地域や医療との連携については、平成 30 年に出された国通知（「地域包括支援センターの設置運営について」平成 30 年 5 月 10 日通知）においても、「高齢者の自立支援・

介護予防を推進するためには、地域においてケアマネジメントが適切に実施される必要がある。そのためには、介護支援専門員への直接的な支援のみならず、住民や介護サービス事業者など、地域の主体全体を対象とした適切なケアマネジメントの働きかけが重要となる。」と、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における環境整備について追記されており、具体的な内容については、地域包括支援センター運営マニュアル3訂（一般社団法人長寿社会開発センター発行、以下「運営マニュアル」という。）に下記のように記載されている。環境整備の必要性が一層求められているため、地域の実情に応じた取組を行う必要がある。

包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

- (1) 関係機関（インフォーマル・フォーマルを含む）の連携体制構築支援
- (2) 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援
- (3) 介護支援専門員等の実践力向上支援
- (4) その他（住民をはじめとする地域資源との関係づくり、地域ケア会議の活用）

- ・また、包括的・継続的ケアマネジメント支援においては、地域包括支援センターとともに居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員にもその役割が期待されており、その役割について、「運営マニュアル」に下記のように記載されている。

包括的・継続的ケアマネジメントに関して、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員に期待される役割

- ・包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働
- ・介護支援専門員のニーズ等の把握
- ・介護支援専門員に対する身近な相談対応
- ・介護支援専門員への継続的サポート
- ・介護支援専門員と地域包括支援センター職員との調整

地域包括支援センターは、引き続き、包括的・継続的ケアマネジメント支援を通じて、介護支援専門員と地域をつなげ、多職種による多角的な視点を取り入れながら、高齢者の状態に応じた自立支援に資するケアマネジメントの推進に取り組んでいくことが必要であり、個々の介護支援専門員へのサポートと併せて、環境面の整備を強化していくことが求められている。また、包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化にあたっては、市内の居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携も重要な要素となり得る。

【活動目標】

- ・介護支援専門員が、包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるようニーズに基づいた支援を行う。
- ・介護支援専門員の実践力向上に向け、主任介護支援専門員との連携を強化する。

【重点取組項目】

重点 ア 介護支援専門員のニーズに基づく支援

- ・地域の介護支援専門員の実態やニーズを把握し、それに基づく支援を行うこと。取組にあたっては、多様な関係機関・関係者（医療機関、地区組織、その他様々な社会資源等）との意見交換の場の設定（＊・★）、実践力向上に向けた研修及び事例検討会（ケアプランの振り返り、好事例の共有、感染症予防、疾病理解、医療との連携、地域やインフォーマルサービスとの連携等）の実施（＊・★）、介護支援専門員同士のネットワーク構築に向けた支援を行うこと。
 - ・年度当初に研修及び事例検討会等の開催計画を作成し、地域内の指定居宅介護支援事業所に示すとともに、事業計画と併せて区保健福祉課を通じて介護保険課に提出すること（＊）。
- ※区内の地域包括支援センターとの共同開催や介護支援専門員連絡協議会の活動と連携しての開催、在宅医療・介護連携推進事業として開催される意見交換の場**医師会など他の関係機関が主催する場**に、地域包括支援センターが関与して実施することも可。ただし、地域ケア会議は含まない。

【活動指標】

- ・ **介護支援専門員からの相談受付件数の増加（市＊・★）**
- ・ 介護支援専門員の実態やニーズの把握状況
 - ・ 上記に基づき、多様な関係機関・関係者との意見交換を開催した回数及び参加人数・関係機関数の**増加（市＊・★）**
 - ・ 上記に基づき、介護支援専門員を対象とした研修会、事例検討会を実施した回数及び参加人数の**増加（市＊・★）**
- ・ 構築されたネットワークにより、介護支援専門員同士の自主的な活動につながった数

【取組参考例】

○ニーズ把握と実践力向上に向けた取組

- 居宅介護支援事業所、小規模多機能居宅介護支援事業所等を訪問し、「生活保護」や「民生委員との連携」、「障害分野との連携」についての研修希望が多いことを把握したため、区内包括で連携・役割の上、各テーマで研修会を開催。
- エリア内の介護支援専門員全員に対して、民生委員などの地区組織との連携についてのアンケートを実施し、民生委員などの連絡先がわからない、個人情報の取扱等の課題があり連携が困難と感じている等の実態を把握したため、課題解決及び連携強化に向けた研修会を企画。
- 管理者交流会でニーズとして把握した「新人職員育成におけるスーパーバイザーの心得」をテーマとした研修会を開催。

○ネットワーク構築

- 区内介護支援専門員交流会を開催。グループワークを実施し、業務上の課題や自立支援重度化防止の取組等について共有。
- 包括主催の事例検討会を、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や医療機関、弁護士等にも参加を依頼して定期的に実施。
- 居宅介護支援事業所の事例検討会の開催状況を把握し、他の居宅介護支援事業所に情報提供を実施。

重点 イ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携

- ・地域全体のケアマネジメントの質の向上を目的とし、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携を行うこと。上記アの取組に主任介護支援専門員が関与する他、主任介護支援専門員同士のネットワーク構築に向けた場の設定や研修会の開催等、手法は地域包括支援センターごとに選択すること。

※区内の地域包括支援センターや札幌市介護支援専門員連絡協議会等との共同開催も可。

【活動指標】

- ・主任介護支援専門員と連携して上記アの取組を行った回数
- ・主任介護支援専門員同士のネットワーク構築に向けた取組を行った回数

【取組参考例】

- エリア内居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員とともに管理者サロンを開催。参加者同士の意見交換等を通じて顔の見える関係を構築。
- 「区内の主任介護支援専門員の会」に、包括は事務局として運営に協力し、事例検討会、経年別研修会、主任介護支援専門員向け研修会の企画や運営を実施。
- 区内主任介護支援専門員が抱える課題として新人育成があげられるため、主任介護支援専門員が教育的機能・支持的機能など役割を発揮できるよう、区内主任介護支援専門員有志の会と札幌市介護支援専門員連絡協議会との協働による事例検討会や資質向上研修を開催。

重点 ウ 指定介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所の支援

- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員が自立支援に資する適切な介護予防サービス計画を作成できるよう担当エリア内の居宅介護支援事業所が作成する新規の介護予防サービス計画の確認を行い、札幌市保健福祉局高齢保健福祉部認知症支援・介護予防担当課長通知「地域包括支援センターにおける介護予防サービス計画の検証の実施について」に基づき、検証対象となる介護予防サービス計画については検証を実施すること。（＊）

【基本取組項目】

基本 ア 介護支援専門員と医療機関の連携強化に向けた取組の実施

- ・介護支援専門員と医療機関との連携がよりスムーズになるよう、ニーズに基づき情報を可視化する等、介護支援専門員の支援に資する取組を行うこと。取組の結果、連携が強化されたかを定期的に確認、分析し、必要に応じて情報の更新や取組の見直しを行うこと。

【取組参考例】

- 医療ソーシャルワーカー協会、札幌市介護支援専門員連絡協議会と協働し、スムーズな入退院に向けた連携を行うための意見交換会を開催。
- 在宅ケア連絡会と協働連携し、医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員の連携強化を目的とした地域の課題に応じたテーマの研修会を実施企画。令和5年度はACPと看取りをテーマとした講話及びシンポジウムを実施。
- 在宅ケア連絡会との共催で連携し、事例検討会を開催企画。「退院時の事例を多職種で考えよう」をテーマに架空事例を用いて、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー、訪問看護、薬剤師、理学療法士等で事例検討を実施できるように架空事例を提案。
- 紙ベースで配布していた医療機関リストを、条件検索可能なデータ形式に改変。各医療機関のホームページとの連動も可能となるよう作成。
- 「区内医療機関連絡先一覧（連携しやすい時間帯や医師との面談時間等について記載）」や、「ケアマネ必携～医療連携ヒント集～」の活用促進のため、居宅介護支援事業所に改めて周知。

基本 イ 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備に向けた取組の実施

- ・環境整備に向けて、介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握し、分析を行った上で研修会や地域ケア会議等を開催すること（＊・★）。
- ・上記の取組と並行し、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備の強化に向けて、PDCA サイクルに基づき区内の地域包括支援センターで協働して取り組むこと。複数年にまたがる取組も可。
※具体的な方法については、「地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における環境整備の取組に関する実践マニュアル」を参考にすること。

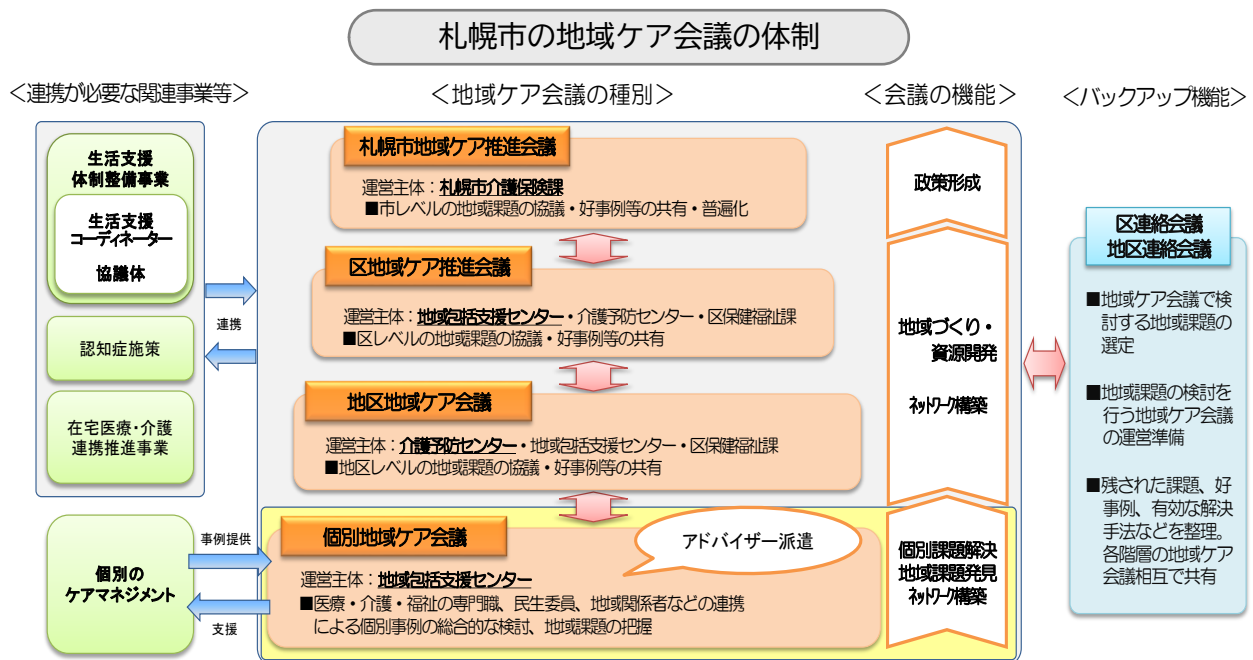
【取組参考例】

- 介護支援専門員相談票、個別地域ケア会議、居宅介護支援事業所訪問や研修会開催時のアンケート結果等を経年的に分析し、それらの結果を根拠とした研修や意見交換会を実施。
- 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類。分析は居宅の主任介護支援専門員有志の会と区内包括間で連携して行い、解決方法に向けた取り組みについて協議。
- 居宅介護支援事業所を訪問する際には、区内包括共通の聞き取り項目を活用して実態やニーズを把握して分析を実施。

(3) 自立支援・重度化防止の推進に向けた地域ケア会議の促進

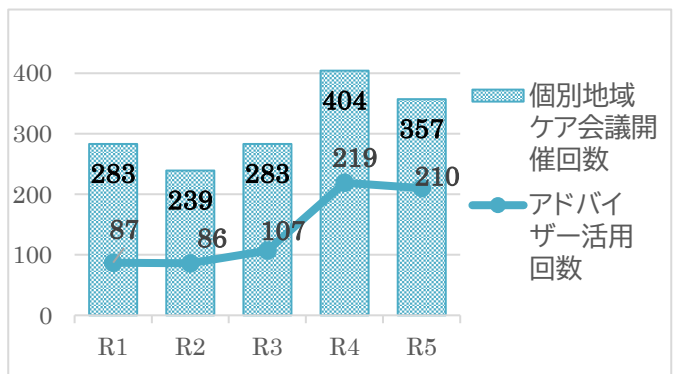
【現状・課題】

- ・取組項目（2）と連動し、包括的・継続的ケアマネジメントの実現に向けては、地域ケア会議の開催が求められている。
- ・当市では、下記の実施体制により、運営主体が一体となり各階層（レベル）ごとの地域ケア会議を実施することにより、それぞれの会議の機能を連動、循環させるとともに、関連事業と連携し、地域包括ケアの実現を目指すこととしている。



- ・個別地域ケア会議の開催にあたっては、個別課題の検討から地域課題を抽出し、地区地域ケア会議、区地域ケア推進会議での検討に結び付けている事例もあるなど、各階層との連動、循環を意識した取組が進んでいる。
- ・令和元年度末より、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため対面での会議の開催を中止する期間が断続的にあり、計画通りの開催が困難な状況が続いているが、オンラインでの開催など新たな実施方法を進めた結果、開催件数はコロナ禍前の水準まで回復した。
- ・個別地域ケア会議におけるアドバイザーの活用は年々増加しており、多職種連携による検討や自立支援、重度化防止に資する観点からの開催が進んできている。
- ・さらなる自立支援と介護予防の推進に向けた取組の一つとして、令和4年度から自立支援型個別地域ケア会議を開始したことから、複数の専門職が参加する自立支援に資するケアマネジメントの実施に向けた会議の開催が増加している。

個別地域ケア会議開催回数



- ・なお、札幌市の個別地域ケア会議については、多角的な視点で検討を行いより効果的な支援につなげられるよう、専門職 10 職種を会議に派遣し助言を受けられるアドバイザーの体制を整えている。加えて、令和6年度からは弁護士の派遣も可能とした。

【活動目標】

- ・多職種連携による個別地域ケア会議の開催を通じ、自ら自立支援に資するケアマネジメントを実施する。
- ・個別地域ケア会議から地域課題を抽出し、地区地域ケア会議や区地域ケア推進会議につなげる（＊・★）。

【重点取組項目】

重点 ア 介護支援専門員等に対する個別地域ケア会議の活用促進に向けた取組

- ・個別地域ケア会議の運営方針及び年間計画を作成し、地域の居宅介護支援事業所及び関係機関・団体に年度当初に周知を行う（＊・★）とともに、事業計画と併せて区保健福祉課を通じて介護保険課に提出すること。開催回数は、**介護予防サービス計画の検証の回数も含め**年 12 回以上とする。
- ・地域の介護支援専門員をはじめとした高齢者を支援する関係機関に対し、個別地域ケア会議の趣旨や目的に加え、開催のメリットや成果等を共有し、積極的な活用を促すこと。また、多職種連携による検討の意義を説明し、アドバイザーの活用の効果についても普及啓発を行うこと。
- ・上記のほか、担当外の事例について、本人の同意を得て個別地域ケア会議へ主任介護支援専門員・介護支援専門員にオブザーバーとして参加していただくことも積極的に検討するなど、居宅介護支援事業所・小規模多機能居宅介護支援事業所の介護支援専門員が相談事例を持ち込みやすい環境を整えること。

【活動指標】

- ・個別地域ケア会議の開催事例数（★）
 - └ ・アドバイザー活用事例数
 - └ ・地域の介護支援専門員からの事例数
- ・居宅介護支援事業所・小規模多機能居宅介護支援事業所の介護支援専門員が参加した個別地域ケア会議の開催事例数及び参加人数

【取組参考例】

○周知の工夫

- 年間計画、会議の効果、事例集をエリア内の居宅介護支援事業所等に配布するとともに、会議参加意向アンケートを実施。介護支援専門員等の会議参加につながった。
- 会議開催後にアドバイザー活用事例集を更新して居宅介護支援事業所に配布し、会議の活用を啓発。
- 個別地域ケア会議を 2 か月に 1 回定期開催し、広報誌を通じてスケジュールを地域の介護支援専門員に周知。また、開催 2 週間前にもメールで周知して会議参加につなげている。

○会議の機能等についての理解促進

- 実施した個別地域ケア会議の事例概要やアドバイザーからの助言内容、効果等を広報誌に掲載の上、居宅介護支援事業所にメールで送付し会議の機能を周知。
- 居宅介護支援事業所を訪問する際に、会議の機能や効果について掲載した啓発チラシを用いて周知。
- 介護支援専門員に対して積極的なオブザーバー参加を依頼。参加することで会議の機能やメリット等を理解してもらい、介護支援専門員が会議に持ち込む事例数の増加につなげている。

○センター内の取組

- 介護支援専門員から相談を受けた際に、各地区担当にてスクリーニングを行い個別地域ケア会議の開催を検討。

重点 イ 自立支援型個別地域ケア会議の積極的な実施

- ・自立支援・重度化防止に資する観点から検討が必要な事例を選定し、開催を行うこと。（＊・★）多様な専門職の助言を踏まえて高齢者1人1人の支援方法を検討することで、本人や支援者間の認識共有や支援者の資質向上につながることから、複数職のアドバイザーより助言を受けるなど、多角的な視点に基づき検討すること。
- ・アドバイザーの参加の際には複数の事例について検討する等、効果的・効率的に実施するよう努めること。
- ・上記会議においては、多職種から受けた助言等を活かし、以下の対応策を講じること。（＊）
 - 課題の明確化
 - 長期・短期目標の確認（見直し）
 - 優先順位の確認
 - 支援や対応及び支援者や対応者の確認等
 - モニタリング方法の決定
- ・地域包括支援センター職員の実践力・資質向上のため、担当するケースについて各職員が1事例選定し、個別地域ケア会議を行うことを目標とする。
- ・自立支援・重度化防止に向けた意識の共有を図るため、介護支援専門員やサービス事業者等に積極的に参加依頼を行うこと。
- ・短期集中予防型サービス事業の利用（予定）者を対象者として個別地域ケア会議を実施する場合は、訪問指導員へ会議の出席を依頼することができる。なお、個別地域ケア会議は、短期集中予防型サービス事業終了後に自立した生活を送ることができるよう、利用者自身の生きがいや役割づくりにつながる支援の検討及び事業終了後の目標の策定や、介護予防教室等の一般介護予防事業への参加などの事業終了後のつながり先を検討する場としても活用が望まれる。

【活動指標】

- ・自立支援・重度化防止を目的に開催した事例数
 - └・そのうち複数職のアドバイザー活用事例数
 - └・参加した介護支援専門員数及びサービス事業者数

自立支援・重度化防止の観点から、アプローチが必要と思われる事例の一例

- ・環境整備や動作指導による生活行為拡大が見込まれる事例
- ・能力と行為のアセスメントから、意欲の喚起により ADL 及び IADL の改善が見込まれる事例
- ・専門医受診の必要性の検討が必要な事例
- ・セルフケアや必要なサービスの不足などにより、重度化が懸念される事例
- ・退院後支援などの医療的な配慮や環境整備、家族への介護指導が必要な事例
- ・利用者の意向によるサービス提供が、自立を阻害し、重度化が懸念される事例
- ・福祉用具貸与を利用中の軽度認定者の事例
- ・住宅改修・福祉用具購入等の事例（専門職による利用者の能力と行為のアセスメントを実施）

【取組参考例】

○会議の開催や事例選定に向けてのセンター内の取組

- センター内の個別地域ケア会議担当が随時自立支援型会議の実施状況について把握し、全職員が計画的に開催できるようマネジメントを実施。担当者が会議未経験の職員のフォローも実施。
- 好事例を共有することで、事例の選定基準やアドバイザー活用について職員の理解が深まった。
- 定例開催でスケジュールを立て、会議2か月前に事例選定を行い、独自の計画リストを使用しながら計画的に準備を実施。

○効果的な会議を開催するための取組

- 会議後に独自の振り返りシートを活用し、自立支援・重度化防止の視点で会議が展開できたかを確認。
- 職員が外部研修を受講し、会議の効果や手段、方法についての理解を深めて会議を開催。

○実践力向上に向けての取組

- 会議に居宅介護支援事業所の介護支援専門員に積極的に参加してもらい、自立支援・重度化防止の意識の共有を図る。また、会議に参加していない介護支援専門員にも意識の共有を図るため、会議の内容等について広報誌に掲載して周知。
- 事例の選定等の準備段階から会議開催まで、事例を提供しない職員も主体的に関わることで自身の事例の振り返りの機会にもなり、実践力向上につながっている。

【基本取組項目】

基本 ア 個別地域ケア会議の目的に沿ったケース選定

- ・ 個別地域ケア会議においては、その目的に沿って、会議で取り上げることが有効だと考えられる事例をセンター内で協議の上、選定すること。また開催にあたっては、専門職3職種による課題分析や開催目的の明確化、参加者の選定等、十分な準備を行うこと。

【取組参考例】

- 独自の「個別地域ケア会議事例提出シート」を活用して3職種で事例選定を実施。事例の課題や会議の開催目的、アドバイザーの活用について検討を実施。
- 事例選定の際には3職種が札幌市地域ケア会議運営マニュアルのスクリーニング例を参考に検討。参加者の選定、会議開催の目的、課題の明確化等について3職種がそれぞれの視点から検討を実施。
- 相談受付票作成時に個別地域ケア会議開催の可能性有無を記載。可能性ありの事例について、個別地域ケア会議担当職員を中心にセンター内で開催について検討を実施。

基本 イ 地域課題の抽出に向けた個別地域ケア会議開催後の対応・評価の実施 参加者との情報共有

- ・ 議事録や検討事項をまとめ参加者間で共有すること。（＊・★）
- ・ モニタリングを行った際は、その内容について参加者にフィードバックすること。
※個人情報の取り扱いには、十分留意すること。（札幌市地域ケア会議運営マニユ

アルを参照) (*・★)

【取組参考例】

- 会議後は、議事録や検討事項のまとめを参加者と共有。アドバイザーが参加した会議は、対象者が助言を得てどのような変化が生じたかについてアドバイザーに報告を実施。会議内容や役割分担を共有することで、モニタリングの情報収集がスムーズに実施できている。

基本 ウ 地域課題の抽出に向けた個別地域ケア会議の評価の実施

- ・ 個別地域ケア会議開催後は、センター内で振り返りを行い、当該会議が担った機能の確認や地域課題の抽出に向けた検討等を行うこと。(*・★) また、今後の開催に向けて、会議の運営方法についても改善点等を確認すること。

【取組参考例】

- 会議開催後は振り返りシートを用いて会議の改善点や機能の確認、地域課題の抽出を行い、センター内での共有を実施。
- 会議開催後は必ず全職員が参加するミーティングで会議内容、会議の機能、地域課題等を共有し、地区担当職員が地区連絡会議で共有。
- モニタリング後に課題抽出シートにより、検討した課題、地域の課題、運営上の留意点等の整理・共有を実施。
- 会議開催後の参加者へのアンケートを元に包括内3職種で会議の運営手順・方法についての振り返りを行い、修正・改善点を検討。

基本 ウ 地域づくり・資源開発に向けた事例選定、及び地区・区地域ケア推進会議、生活支援体制整備事業との連動に向けた取組

- ・ フォーマルサービス以外のニーズを持つ事例や地域の互助で課題解決が期待できる事例を個別地域ケア会議にかけ、必要時、生活支援コーディネーターの参加も促し、地域資源の発掘や開発に向けた検討につなげること。(★) 開催事例数は、年1事例以上とする。
- ・ センター内での振り返り後に、地区連絡会議、区連絡会議等で共有を行い、地区地域ケア会議、区地域ケア会議の開催に向けた検討と生活支援体制整備事業における取組につなげることを検討すること。(*)

【活動指標】

- ・ 個別地域ケア会議（介護予防サービス計画の検証における地域ケア会議を除く）から抽出した地域課題の数の増加(市*)
- ・ 地域資源の発掘や開発に向けた検討及び関係機関との共有の実施状況

【取組参考例】

- 地域支援におけるアセスメントやニーズ把握について共通認識を持つため、大学の協力を得て学術的に学ぶ機会を作り、各連絡会議や各層の地域ケア会議を活用し社会資源の開発、地域づくりに向けた協議を実施。地域ニーズの発見や地域アセスメントからプランニングまでの一連の過程を各職員が再確認。
- 疾病により生活に支障があるものの「誰かの役に立ちたい」という対象者の思いを生かす方法について個別地域ケア会議で検討。生活支援コーディネーター等の参加者からの提案や調整により、対象者の趣味である手芸作品を、寄付や地域のカフェ、郵便局等への展示等により活用できることとなった。その後生活支援体制整備事業の協議体において手工芸の活用について地域内でニーズがあることがわかり、小学校においても展示会を実施することとなった。
- 個別地域ケア会議に生活支援コーディネーターや介護予防センターも参加し、サロンや体操教室、外出ボランティア、スクールガードによる見守り等、地域の社会資源の発掘や開発に向けての検討を実施。

（４）自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施及び地域住民、関係機関との介護予防・自立支援に関する意識の共有

【現状・課題】

- ・本市では、平成 29 年 4 月より介護予防・日常生活支援総合事業をスタートした。本事業の目的は、「要支援者等に対して、要介護状態になることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援する」、「高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の構築や介護予防を推進する」としている。
- ・総合事業の目的を達成するために、地域包括支援センターは、自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを着実に実施していく必要があり、介護予防ケアマネジメントに関する取組のなかで地域包括支援センターに求められることについて、「運営マニュアル」に下記のように記載されている。

介護予防ケアマネジメントに関する取組のなかで地域包括支援センター職員に求められること

- ① 自立支援や重度化予防、尊厳の保持等の意識の醸成
- ② 的確な情報収集と情報の提供
- ③ 総合相談や権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務との連動
- ④ 医療介護連携の促進
- ⑤ 生活支援体制整備事業との関連
- ⑥ 認知症施策の推進と連動

介護保険法の理念に基づき、自立支援・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントを推進していくとともに、引き続き制度の適切な活用について住民と支援者との規範的統合を図っていく必要がある。

また、サービス利用のみで重度化防止を図るのではなく、セルフケアを基本として、一般介護予防事業や様々な社会資源の活用を促進し、他業務、関連事業と連動させて、地域全体が主体的に介護予防に取り組めるよう支援していくことが重要である。

【活動目標】

- ・介護予防ケアマネジメントを通じ、自立支援に向けて地域住民、関係機関と意識の共有を図る。
- ・適切なアセスメント及び地域資源の情報収集等を行うことにより、自立支援に資する効果的なケアマネジメントを実施する。

【重点取組項目】

重点 ア 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

- ・高齢者の多様なニーズに対応することができるよう、介護予防センターや生活支援コーディネーター等関係機関と連携するなど、地域の多様な社会資源について常に最新の状況を把握すること。
- ・介護予防ケアマネジメントマニュアル等に基づき適切なアセスメントを行い、自立支援の考えに基づき、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮するとともに、予防給付等対象サービス以外（一般介護予防事業やインフォーマルサービス、多様な地域の社会資源、利用者本人の取組や家族が行う支援等）をプランに位置づけること（＊・★）。
- ・介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けて、センター全職員を対象とし、研修やケアプランを互いに確認しあう等の取組を行うこと。
- ・上記センター内での研修のほか、外部での研修にも積極的に参加し、参加した職員はセンター内で伝達を行うこと。

【活動指標】

- ・予防給付等対象サービス以外をプランに位置付けた件数

【取組参考例】

○関係機関との連携

- サービス利用により身体機能面の改善が見込まれるケースについては、改善によるサービス終了に向けた見通しを事業所と共有し、連携してアプローチを実施。
- センター内で行う事例検討会に生活支援コーディネーターや介護予防センターにも参加してもらい、介護予防事業や地域資源をプランに位置付けることについての意識付けを実施。

○地域の社会資源をプランに位置付ける取組

- 新規のケアプランについて、センター内でケアプランチェックを実施。インフォーマルサービスの活用やセルフケアの視点を意識して、プランの内容が妥当かどうか検討を実施。
- 長期間サービスを利用して状態変化が少ないケースについてケアプラン点検を実施し、インフォーマルサービスや社会資源を新たに位置付けられるよう検討を実施。
- 新たに把握した社会資源を分類ごとに整理して保存。データ、紙媒体の両方を準備し、必要時に情報を把握できるよう整備。

○ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

- 「その人の自立」に向けたアセスメントの視点の強化を図るため、ICF を用いた事例検討会を実施。半年後にも事例検討の中で振り返りを行い、効果や課題の確認を実施。
- 継続でサービスを利用しているケースについて、プランの目標や支援内容が自立支援につながっているか、センター内で検討を実施。

重点 イ 地域住民や関係機関との自立支援に向けた課題や意識の共有

- ・介護予防ケアマネジメントを通じて把握した、自立支援に資する介護サービスの提供のあり方や利用者のニーズ、社会資源等に関する課題を、地区地域ケア会議・協議体・各種研修会・会議等を通じて、地域住民、介護支援専門員、介護サービス事業者、医療機関等の地域の医療・介護の関係機関、生活支援コーディネーター等と共有し、必要に応じて協議を行うこと（*・★：生活支援体制整備事業との連携）。
- ・地域住民が介護予防に向けた取組を主体的に行うことができるよう、介護支援専門員の円滑な業務遂行のための環境整備や一般介護予防事業との連動についても留意し、介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座や地域ケア会議等による普及啓発を行うこと。（*・★）
- ・介護予防の取組が必要な高齢者の早期発見及び取組の動機づけを行う必要があることを関係機関と共有し、市地域ケア推進会議で作成されたリーフレット等を関係機関等と連携して有効に活用すること。

【活動指標】

- ・自立支援に資する介護サービスの提供の在り方や利用者のニーズ、社会資源に関する課題の把握状況
- └・上記についての関係機関との共有状況

- ・介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための地域住民に対する普及啓発回数

【取組参考例】

○介護予防ケアマネジメントを通じて把握した利用者のニーズや社会資源に関する課題

- ケアマネジメントを通じて得られた社会資源の情報や、不足していると思われる社会資源について、入力用ファイルに職員が随時入力し、集積した情報を生活支援コーディネーターや介護予防センターと共有。
- 総合相談等で抽出された社会資源ニーズ（道路にベンチが欲しい、送迎付きのカルチャースクールや銭湯、特技を生かせる場所等）について、地区毎やカテゴリーに分けて整理し、地区連絡会議で共有。
- 前年度の介護保険利用希望の相談内容を分析することでニーズを把握。また、80歳前後で体調の変化によりサービス利用が必要な状況をきたしやすいと推測。これを踏まえ、前期高齢者に対して予防的なアプローチを進めるための取組を検討。

○介護予防・自立支援に関する意識の共有

- 地域住民に対して、介護保険の正しい活用、介護予防、自立支援・重度化防止、セルフケアに関する講話を実施。
- 各地区地域ケア会議において「社会参加」や「自立支援」の視点で地区組織や関係機関と検討を実施し、意識の共有を図った。
- 居宅介護支援事業所向けの研修で、なるほど実になる介護保険補足ちらし「介護保険を利用する前に…」について説明し、自立支援についての考え方の意識を共有。
- フレイル予防には早期に取組を行うことや正しい知識を得てセルフケアを行う必要があることを広く周知するため、市地域ケア推進会議で作成されたリーフレットを医療機関や薬局等に協力依頼し配架。

【基本取組項目】

基本 ア 利用者のセルフケアの推進に向けた支援

- ・ **介護予防手帳等を活用し**利用者自ら介護予防、健康管理に取り組むよう働きかけること（*・★）。
- ・ 地域課題に応じて重点的に取組を行う内容や手法についてセンター内で検討し、センター全職員が共通して取組を行うこと（*）。

セルフケアの推進に向けた取組の一例

下記のうち、複数を組み合わせての実施が望ましい。

- (1) 短期集中予防型サービス事業や個別地域ケア会議のアドバイザー制度の活用等により本人及び家族が専門職から直接助言を受ける機会の設定
- (2) アセスメントの結果（基本チェックリスト、総合事業ケアプランのアセスメント項目、ICFシート等を活用）から、自ら機能維持・向上に取り組むべき内容等について提案
- (3) 目標やセルフケアの取組の記録についての推進
- (4) セルフケアの取組状況の承認及び励まし
- (5) 健康管理や疾病管理の必要性への理解の促進（健康診断の受診勧奨含む）
- (6) 介護予防教室や地域の介護予防に資する通いの場の参加勧奨
- (7) 高齢期におけるもしもの時（急病・災害等）の備え

【取組参考例】

○適切なサービス利用や情報提供支援

- 自立支援の考え方を共有するために、新規の利用者に対して介護保険補足ちらし「介護保険を利用する前に…」を用いて介護保険の正しい使い方を説明し、利用者自らが介護予防に取り組む必要があることの意識付けを実施。
- 介護予防教室や通いの場の一覧を持ち歩き、利用者に随時情報提供を実施。
- 基本チェックリストに該当した項目のセルフケアに関するリーフレットを訪問時に配布。
- 「札幌市高齢者のための食生活指針」を職員で共有し、低栄養の高齢者に活用。

○ケアマネジメントにおける工夫等

- ケアプランに位置付けたセルフケアの取組について、利用者への承認や励ましを随時実施。センター内会議でそれらを共有し有効性について確認するとともに、有効性のあるセルフケアについて共有して他の利用者でも活用できるか検討。
- 新規ケースについては全件、ケアプランチェックの際に短期集中予防型サービス事業や個別地域ケア会議のアドバイザー活用を検討。

3 地域包括支援センターの運営における留意事項

(1) 行政機関としての責務等

- 地域包括支援センターは、本市の包括的支援事業を実施する機関であり、行政機関の業務の一部を受託していることを常に意識すること。
- 担当エリアにおける高齢者支援について、自らの役割にとどまるだけでなく、目的志向型の問題解決を心がけ、区保健福祉課、介護予防センター、生活支援コーディネーター等関係機関と一体となって取り組むこと。

【取材対応について】

テレビ・新聞等の報道機関から取材を受ける場合、または他者が取材を受ける場合に同席する場合は、原則、事前に介護保険課及び区保健福祉課に報告すること。

【学会発表や講師の受諾等について】

地域包括支援センターの職員が学会発表や講演会講師等の活動を行う場合は、次の点に留意すること。

- 地域包括支援センター職員が、以下の活動を行う場合は、「法人職員」として参加すること。
 - ・学会発表
 - ・講演会講師
 - ・研究機関・関係団体の調査資料等への執筆等の協力 など
- 肩書にセンター名を使用する場合は、必ず法人名を併記すること。
このとき、当該学会・講演会等で使用する発表資料やチラシ・プログラム等における肩書の記載についても同様となるよう、主催者側に留意していただくこと。
※表記例：「社会福祉法人〇〇 △△区第1地域包括支援センター 保健師」等
- なお、以下の場合については、法人名は不要。
 - ・札幌市が委託するセンター運営事業の範囲内における事業への参加
(例：関係団体の事業にシンポジストとして参加、地域組織の研修会等への講師としての参加)
※全市的な立場で参加する場合は、事前に介護保険課まで連絡すること。
 - ・札幌市が行う調査への協力
 - ・札幌市以外の機関が行う調査で、介護保険課を通じて依頼するものへの協力
 - ・その他札幌市が認める場合
- 不明な点がある場合は、区保健福祉課を通じて事前に介護保険課に相談すること。

(2) 職員の資質向上・定着支援

- 地域包括支援センターの職員として必要な能力の維持・向上を目指し、センタ

一に在籍する全ての職員に対してセンターまたは受託法人が職場で研修を実施するとともに、全ての職員が計画的に職場での仕事を離れて研修（＊：Off-JT）に参加できるようにすること。取組状況について、介護保険課から求められた際に報告を行うこと。

- 専門職3職種の専門性を生かし、他職種との協議や助言をしようような体制を整えるとともに、各職種からのセンター内での取組の提案や研修開催等、センターごとに工夫した取組を行うこと。
- センター長や管理者などと職員の面談の機会を設ける、資格取得を保障するなどセンター又法人としても職員の人材確保や定着に努めること（＊）。
- センター又は法人として、すべての職員に対して、ストレスチェックを行うなど、メンタルヘルス対策を実施すること（＊）。

（３）個人情報の管理

- 実施要綱や委託契約書で示す個人情報取扱注意事項に基づき、個人情報保護マニュアル（個人情報保護方針）を整備すること（＊）。
- 個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行うこと（＊）。
- 個人情報が漏えいした場合、またその恐れがある場合は、速やかに区保健福祉課及び介護保険課に報告を行うこと（＊）。

（４）保険の加入

- 地域包括支援センターが主催する行事やイベント、チームオレンジの取組に係る活動等において、万一の際に職員の過失の有無に関わらず補償することができるよう、保険に加入して備えておくこと。

（５）利用者の満足度向上

- 利用者、その家族、及び地域住民等からの苦情を受けた場合は、その対応策を検討し、苦情内容及び対応結果、対応策を記録し、センター内で共有すること（＊）。また、苦情内容をもとに業務を改善すること（＊）。
- 介護サービスに関する相談について、その内容から区保健福祉課及び介護保険課に報告が必要と判断される場合は、随時報告を行うこと（相談受付票の提出等）。区内または全市的な共有や協議が必要と判断される場合は、区内で開催される会議や地域包括支援センター業務連絡会議の議題として取り上げることにについて、区保健福祉課及び介護保険課に相談すること（＊）。
- 家族介護者が相談しやすい環境整備のため、各センターのホームページに電子メールの掲載や入力フォームの設定を行い、夜間・早朝や平日以外の相談受付先を周知すること（＊・★）。

（６）関係機関とのネットワーク構築

- フォーマル、インフォーマルに関わらず、さまざまな職種、機関とネットワー

- クを構築し、センター内で共有すること。
- 地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をリストまたはマップで管理すること（＊）。
- 地域の住民組織等から必要な時に情報を得られるような体制づくりに日ごろから努めること。
- 在宅医療・介護連携推進事業における窓口（在宅医療・介護・認知症サポートセンター）に対し、必要に応じて相談を行うこと。また、医療関係者との合同の事例検討会、講演会、勉強会等に参加すること（＊）。

（７）地域アセスメントの実施

- 高齢者支援計画等から地域の高齢者に係る課題等を把握すること（＊）。
- 日常業務を通じて、区保健福祉課、介護予防センター、生活支援コーディネーターと協働して、現状やニーズ把握を行い、担当エリアの地域アセスメントを実施すること。実施にあたっては、地区連絡会議、区連絡会議等を通じて、各機関で役割分担をし、進捗管理を行うこと。
- 担当エリアの地区特性を把握し、将来目指すべき地域づくりについて予測を立てていくために、担当エリアの地域課題を分析すること。

【活用する統計やデータの例】

- ・ 担当エリア内の高齢者の統計情報（高齢者数、独居高齢者・高齢者のみ世帯数、高齢化率等）
- ・ 高齢社会に関する意識調査の結果や各種住民アンケート結果
- ・ 要介護等認定者数、新規認定者数、サービス利用状況等の介護保険に係る情報
- ・ 民生委員、町内会、老人クラブ、等地域の関係団体情報
- ・ 地域組織の特性（協力体制の程度、地域のキーパーソン等）
- ・ 地域の社会資源に関する情報
- ・ 介護予防事業及び通いの場の参加者の状況（参加者数・年齢・疾患の有無・生活状況等）
- ・ 介護予防事業（取組）による効果
- ・ 各機関における総合相談の実態（相談内容、対象者の状況等）

（８）地域包括支援センターの事業計画と評価

- 本運営方針に基づき、当該年度の事業計画を策定すること（＊）。
- 事業計画の策定に当たっては、前年度の事業評価における課題への対応策を入れること。また、区保健福祉課と協議し、区保健福祉課から受けた指摘がある場合は、事業計画に反映すること（＊）。
- 事業計画をセンター内で共有し、これに基づく職員個々の取組を確認すること。
- 取組項目ごとに実施計画を作成するとともに、運営方針及び把握した担当エリアの課題やニーズに基づき、センター内で協議のうえ当該年度の最重点取組項目を選定すること（＊）。
- 中間・期末にセンター内で評価を行い、必要な改善を行うこと（＊）。

(9) 公正・中立性の確保

- 地域包括支援センターとして、適切、公正かつ中立な運営を確保するため、地域包括支援センター運営協議会の意見を踏まえ、適切な運営に関する評価を行うために必要とする資料提出や報告を行うこと。
- 包括的支援事業を円滑に実施するため、以下に示すケアプラン担当上限数及び再委託要件、占有率に基づき、適正に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施すること（＊・★）。
- 要介護者に対する指定居宅介護支援事業所の紹介を行う際には（市民からの相談時、直営・再委託のケースが要介護になった時など）、正当な理由なしに特定の指定居宅介護支援事業所に偏らないよう、公正・中立性の確保に努めること。

【介護予防ケアプラン（総合事業ケアプラン含む）担当上限数】

専門職員：平均 40 件以下/人※再委託を除く

- ・ センター長は、自センターの業務・人材管理等の適切な実施及び緊急時の対応等をする必要があることから、極力担当ケアプランを持たないことが望ましい。なお、やむを得ない状況で担当ケアプランを持つ場合においても、最小限とすることとし、今年度については担当上限数を 30 件/人（目安）とする。※再委託を除く
- ・ フレイル改善マネジャー及びオレンジコーディネーターとして配置されている専門職員については、当該業務に専念することができるよう、担当上限数を 20 件/人（目安）とする。※再委託を除く
- ・ 職員それぞれの担当件数は、毎月の活動報告にて確認する。
- ・ 受託法人は、再委託の活用を図るほか、ケアプラン作成に係る報酬を活用して指定介護予防支援担当職員を配置するなどの対応に取り組むこと。

【同一法人内の居宅介護支援事業所への再委託】

- ① 受託法人が同一法人内の指定居宅介護支援事業所に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務を再委託することを認める。ただし、その場合の占有率（1月あたりの介護予防ケアプラン（総合事業ケアプラン含む）の委託による作成数のうち、同一法人の指定居宅介護支援事業所による作成数が占める割合）は 50%80%を上限とし、これを越える場合は指導の対象とする。受託法人ごとの占有率は、年1回の適正指導の際に確認する。
- ② 受託法人が同一法人内の事業所に再委託する際には、契約書に代え、覚書等の文書を取り交わすこと。

【介護予防ケアプラン（総合事業ケアプランを含む）に位置づける介護予防サービス事業所の占有率上限】

指定介護予防サービス事業所が提供するサービス（総合事業サービスを含む）について、紹介率最高法人（当該サービスで最も紹介件数の多い法人）の占有率（1月あたりのサービス種別ごとのケアプラン総数のうち、紹介率最高法人を位置付けたケアプラン数の割合）は 50%80%を上限とし、特定の法人がこれを越える場合は、指導の対象とする。ただし、以下の場合には上限を超える正当な理由が

あるとして、指導の対象とはしない。

- ・地域包括支援センターの担当地区内に、訪問介護サービス等が各サービスごとで見た場合に5事業所未満である場合。
- ・年度内において1月あたりの平均ケアプラン件数が20件以下である場合。
- ・年度内において1月当たりの当該サービスが位置付けられたケアプラン数が10件以下である場合。
- ・紹介率最高法人が受託法人と同一ではない法人の場合で、利用者に、紹介率最高法人が運営するサービス事業所以外に、紹介率最高法人と全く関連のない法人が運営するサービス事業所を少なくとも2つ以上紹介し、その上でなお利用者が、紹介率最高法人が運営するサービス事業所を希望していることが書面で確認できる場合。

※占有率は、年1回の適正指導の際に確認する。