

令和4年度 札幌市地域包括支援センター運営方針



1 基本方針

- この運営方針は、「札幌市高齢者支援計画 2021」（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、地域包括ケア体制の構築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。
- 地域包括ケア体制の構築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、地域包括ケア体制の構築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 2021（計画年度 2021～2023 年度）

【基本目標】

『いくつになっても住み慣れた地域で

安心して暮らし続けることができるまちづくり』

- 国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（*）印は評価指標項目）
- 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こと。
- センター長は、自センターにおける業務・人材管理及び地域の関係組織や団体の窓口機能を担うとともに、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4年度に取り組む項目を、次の（1）～（4）とする。

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。

また、長引く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）が課題となっていることから、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。そのため、令和4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。

なお、新型コロナウイルス感染症の拡大期においては、対面での地域活動が制限される場面も想定されるが、その場合においても、電話や文書、オンライン会議等を通じて随時状況の把握や課題整理、情報提供等に努め、可能な限り取組が継続されるよう柔軟に対応すること。

【取組項目】

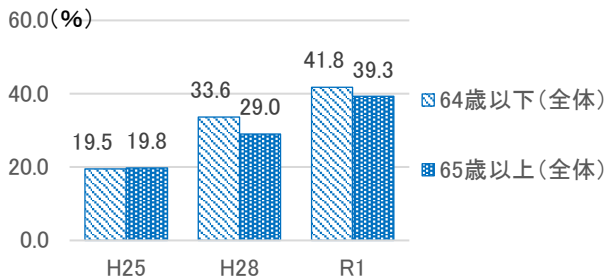
- (1) 総合相談窓口としての機能強化及び権利擁護支援体制の充実**
- (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化**
- (3) 自立支援・重度化防止の推進に向けた地域ケア会議の促進**
- (4) 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施及び規範的統合**

(1) 総合相談窓口としての機能強化及び権利擁護支援体制の充実

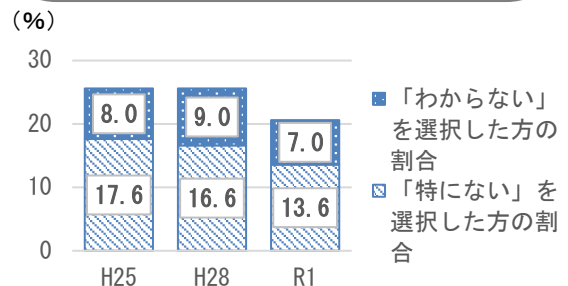
【現状・課題】

- ・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割と年々増加しており（図1参照）、地域包括支援センターの日ごろの活動が認知度向上に著実につながっている。
- ・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%と減少しており、改善が見られる（図2参照）。

【図1】知っている保健・福祉サービス
（区分：65歳以上・64歳以下）
※回答者のうち、地域包括支援センター
を選択した方の割合



【図2】困っていること、不安に思うこと
の相談先（区分：65歳以上）
※回答者のうち、「わからない」
「特にない」を選択した方の割合



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

- ・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。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。

認知症施策推進大綱で示された具体的な施策（一部抜粋）

- (1) 普及啓発・本人発信支援
認知症に関する理解促進（認知症サポーター養成の推進、子どもへの理解促進）、相談先の周知等
- (2) 予防
認知症予防に資する可能性のある活動の推進（「通いの場」の拡充）等
- (3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
早期発見・早期対応、医療体制の整備（スーパーや金融機関等と包括との連携、認知症初期集中支援チームの取組強化）、認知症の人の介護者の負担軽減の推進等
- (4) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
地域支援体制の強化（認知症サポーターが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み（「チームオレンジ」）の構築）、成年後見制度の利用促進、消費者被害・虐待防止施策の推進等
- (5) 研究開発・産業促進・国際展開

- ・家族介護者支援については、北海道でケアラーの支援に関する条例の制定に向けて取組を行っているところであり、地域包括支援センターはケアラーを支える地域のネットワークの1つとされている。引き続き、地域包括支援センターでは、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、支援の必要性の把握に努めること、また、支援を必要とする家族介護者に対しては、情報の提供及び関係機関へ引き継ぐなど必要な支援を行うよう努めることが求められている。

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。また、高齢者本人のみならず家族介護者の支援においても地域包括支援センターによる積極的な支援が望まれている。地域包括支援センターにおいては、これらの対象者が早期発見されるよう関係機関等との連携や、地域包括支援センターの対応力の向上が必要である。

【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。
- ・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。

【重点取組項目】

重点 ア 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。
- ・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すること。

【活動指標】

- ・サービス未利用者にアプローチした件数、そのうち地域の介護予防活動やインフォ

一マルサービスを紹介した件数及び短期集中予防型サービス事業等につなげた件数

(参考) 短期集中予防型サービス事業について

【目的】

要支援者等が生活機能の維持・改善を図り、要介護状態となることを予防し、自立した生活を送ることができるよう支援する。

【対象者】

事業対象者及び要支援認定者のうち、地域包括支援センターが行う介護予防支援または介護予防ケアマネジメントにより当該事業の利用が適当と認められた者。

【事業内容】

(1) 短期集中予防型訪問指導事業

保健師または看護師による訪問で、健康管理に関する助言及び指導、介護予防に対する動機づけや日常生活における活動性向上に向けた支援、多様なサービスや地域資源の活用に向けた支援、家族への助言及び指導等を行う。

(2) 短期集中予防型訪問生活動作指導事業

理学療法士または作業療法士等による訪問で、生活動作や運動の方法に関する指導、住環境の整備及び福祉用具の活用に関する助言、家族及び関係職種への技術的指導及び助言等を行う。

(3) 短期集中予防型訪問栄養指導事業

管理栄養士による訪問で、食生活及び栄養状態に関するアセスメントの実施、食生活改善に向けた具体的な助言及び指導等を行う。

【実施期間】

3～6か月

【取組参考例】

- 未利用者へのアプローチの必要性を複数の専門職で分析。認定情報をもとにアプローチを実施し、介護予防活動やインフォーマルサービスにつながった。自立度の高い未利用者については短期集中サービス等の活用を働き掛け、自立に向け支援していく。
- 総合相談の相談者に対しアセスメントを実施。インフォーマルサービス及び介護予防活動の提案を実施。
- 未利用者へのアプローチ支援方法の統一や分析を強化するためにマニュアルを作成。毎月、マニュアルに沿って要支援認定を受けている未利用者へ連絡し、実態把握や介護予防活動の紹介等アプローチを実施。
- センター内研修にて、未利用者・自立認定者へのアプローチについて職員で確認・共有し、要支援認定者へのアプローチを実施。介護予防活動やインフォーマルサービスの情報提供を実施。
- コロナ禍でも活用できる介護予防活動等の情報の整理を実施。毎月介護予防センターと新しい情報を共有し更新し、アプローチを実施。
- 介護サービス未利用の要支援認定者にアプローチしたところ、夫を亡くし独居になってから閉じこもり傾向であり、意欲低下により別居家族に家事を任せている状態にあることを把握。介護予防の必要性について説明するとともに動機づけを行い、短期集中予防型訪問指導事業につなげた。専門職より指導を受けることにより、自宅で運動を行ったり、体重コントロールを実施することとなり、閉じこもりになる前の状態に戻り精神的にも前向きになった。
- 短期集中予防型サービスについて、事前に各サービス提供実施機関に活動状況を確認して資料を作成の上、包括内で勉強会を実施。

重点 イ 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、地域包括支援センターが関係機関と連携し行う直接支援の他に、抱えている課題により、専門機関に引継ぎを行うこと。

※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】

- ・家族介護者に関する相談支援実施状況

【取組参考例】

- 家族介護者から、介護保険制度・認知症・住まいに関する相談が多いことを把握し、相談内容に応じた支援、関係機関への引継ぎ等を実施。
- 家族からの相談の内訳では、娘からの相談が多く、夫や息子からの相談は半分以下であることを把握。引き続き、各地区での男性介護者支援についての周知活動を実施。
- 家族介護者が気軽に相談できるよう、地区のお祭りや商業施設等で健康チェック・相談会を実施するなど、アウトリーチ活動を実施。
- 家族介護者のつどいを隔月で開催。情報交換や勉強会を通じて家族介護者支援を実施。
- 介護離職防止をテーマに、区在宅ケア連絡会及び札幌市介護支援専門員協議会区支部と共催で、支援者の資質向上と支援者間の意識共有を目的に、支援者のための研修会を開催。
- 居宅介護支援事業所へのアンケートや訪問を通じて課題等を把握。結果を踏まえ、家族介護者支援や介護離職防止をテーマとした事例検討会及び研修会を検討。

【基本取組項目】

基本 ア 総合相談支援の充実

- ・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。
- ・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（*）。
- ・他機関やインフォーマルサービス等を紹介した場合は、必要に応じて状態確認等の

アプローチをすること。

- ・ 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、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、個別地域ケア会議の開催を検討した件数及び開催に至った件数

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】

- 権利擁護を含めた多角的な視点を持って相談を受け、支援の要否をスクリーニングできるよう、相談受付票に項目を追加。
- 相談受付後、継続支援・終結の判断を全職員が統一した基準で行えるよう、対応の流れを整理したスクリーニングのためのシートやマニュアルを作成。早期対応が可能となった。
- 組織的に終結の判断を行えるよう、センター内の専門職会議等、複数の職種で最終判断を行う体制を整備。

基本 イ 地域における認知症高齢者への支援の体制強化

- ・ 日ごりの活動から得た情報や、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。具体的には行方不明の認知症高齢者捜索模擬訓練の開催支援や認知症サポーター及び認知症支援ボランティアの活動の場の調整等を行うこと。
- ・ 上記の他にも、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。取組にあたっては、各区保健福祉課の認知症地域支援推進員と情報共有・連携すること。

【取組参考例】

- 認知症サポーター養成講座受講者を対象に、デイサービスで接し方や対応方法について学ぶ現場体験を含むフォローアップ講座を開催し、受講者のボランティア登録につながった。また、デイサービスとのネットワークを新たに作る事ができた。
- 認知症サポーター及び認知症支援ボランティアの活動希望を把握し、認知症カフェやケア友の会でのボランティア活動につなげた。

基本 ウ 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。困難ケース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、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及び活用件数

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

【取組参考例】

- 相談受付票へのアセスメント項目の追加、事業概要等の理解を深めるためのセンター内研修の実施、定例のセンター内会議を活用した協議等、センター内で統一してスクリーニングを行えるよう、体制整備を実施。
- 支援が必要な高齢者を事業につなげられるよう、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所等に事業の周知を実施。
- 総合相談から、事業の基準に該当する対象者を抽出。事業の活用を通じて、チーム員医師（精神科医）から本人の心身機能に対する評価をいただき、医療につなぐ判断を明確にすることができた。
- 認知症状による家族介護負担を強く感じているケースでは、事業の活用により、環境の改善、医療・内服調整にて症状緩和が図られ家族の介護負担軽減につながり、活用の有効性を体感することができた。

基本 エ 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。

【取組参考例】

- 区内の地域包括支援センターが共同で弁護士との虐待対応研修を実施。
- センター内の専門職会議にて、実際に対応した虐待ケースを用いて、初回相談からコアメンバー会議までの流れや虐待対応時の注意点等を全職員で共有。

基本 オ 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を行うとともに、各関係機関と連携して対応すること（*：消費者被害についての情報提供）。

【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

【取組参考例】

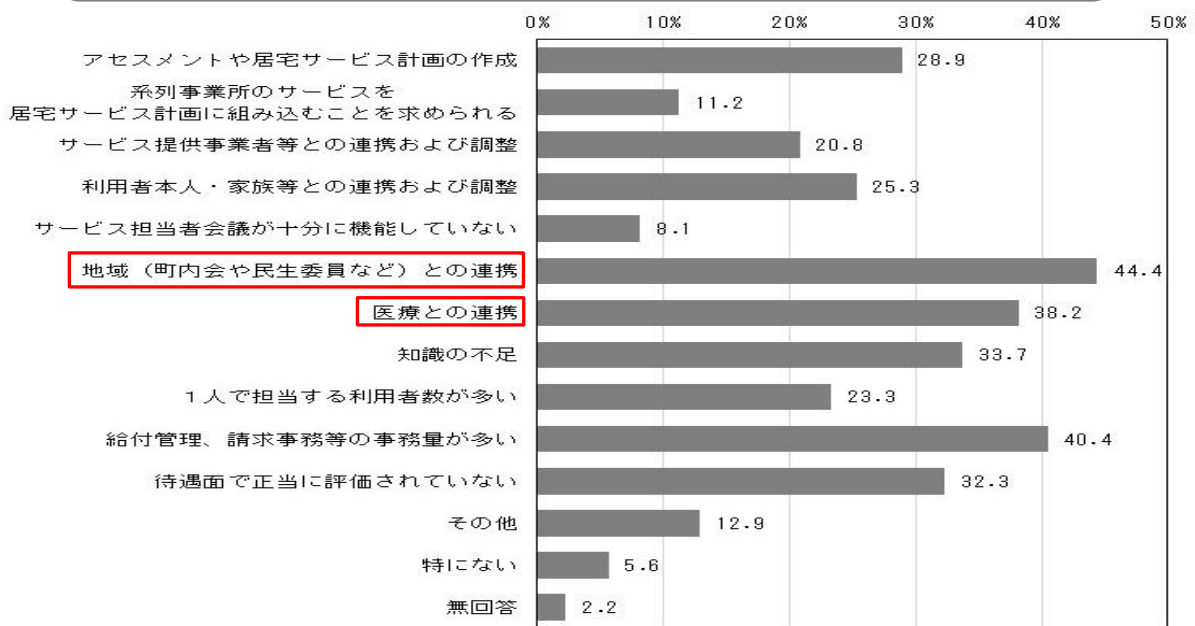
- 弁護士及び介護支援専門員との権利擁護勉強会を開催。成年後見人制度と本人情報シートについて理解を深めた。
- 札幌消費者協会と連携し、最新の消費者被害情報や対策を共有するとともに、消費者被害をテーマに講話等を実施。
- 消費者被害防止の啓発かるたを作成。介護予防センターと企画し、警察の講話に合わせてかるたを実施。
- 消費者被害や特殊詐欺について相談があり、複数の職員で状況確認の上、消費生活に関する相談窓口や警察等へ情報提供及び支援を実施。

(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%と、年々減少傾向にあるものの、依然として最も高い割合を示している。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%と、運営方針に基づく地域包括支援センターの取組もあり、着実に減少している（図 3 参照）。

【図 3】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：令和元年度 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、その必要性が一層求められている。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 2 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。

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・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】

- ・多様な関係機関・関係者との意見交換の場の開催回数及び参加人数・関係機関数
- ・介護支援専門員を対象とした研修会、事例検討会の実施回数及び参加人数

【取組参考例】

- 区内の地域包括支援センターで共同作成した調査用紙を用い、居宅介護支援事業所を訪問しニーズ調査を実施。把握したニーズに基づき意見交換会を開催。
- 地域包括支援センター主催の研修会の際に、一人ケアマネジャーのグループを作り意見交換の場を設定するなど、ネットワーク構築に向けた支援を実施。
- 区内全ての居宅介護支援事業所を訪問し、ニーズ調査を実施。把握した結果に基づき、「個別地域ケア会議の活用」、「ICF」、「アセスメント」をテーマとした事例検討会を実施。
- 日々の活動の中から、介護・障害分野相互につながりたいというニーズを把握。相互の制度理解及び顔の見える関係の構築を目指し、介護・障害分野共同による研修会を実施。
- 区内の地域包括支援センターで広報紙を作成。居宅介護支援事業所に研修案内・消費者被害・個別地域ケア会議・年間計画等の情報提供を実施。
- コロナ禍においても介護支援専門員への支援が途絶えないよう、アンケートや研修会の開催等においてオンラインを活用した新しい手法を積極的に取り入れ、居宅介護支援事業所等の垣根を超えたスキルアップやネットワーク構築に向けた支援、介護支援専門員のニーズ把握と分析による実践力向上支援を実施。
- 感染状況に合わせて、集合形式とオンラインを活用して勉強会等を実施。オンラインでの勉強会や事例検討会のノウハウを蓄積する事ができたため、活用が不得手な事業所に対しても積極的に事例検討会等への参加を促し、必要時には操作方法等の情報提供を行う事により、徐々にオンラインを活用できる事業所が増えてきた。

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

- ・介護支援専門員のニーズ把握や実践力向上に向けて、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との共同開催も可。

【活動指標】

- ・主任介護支援専門員との連携回数

【取組参考例】

- 主任介護支援専門員同士のネットワーク構築と求められる役割の理解促進を目指し、区内の地域包括支援センターと共同で、主任ケアマネカフェなど意見交換の場を設定。
- 区内の地域包括支援センターと共同で新人介護支援専門員向け事例検討会を開催。区内の主任介護支援専門員とともに内容を検討したことで、介護支援専門員・主任介護支援相談員双方が抱えるスーパーバイズに対する課題を反映し実施することができた。
- 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の実践力向上のため、個別地域ケア会議開催時に出席を依頼。会議で介護支援専門員へ助言を行っていただくとともに、会議の有効性等について事業所内へ伝達を依頼。

【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】

- 居宅介護支援事業所の訪問時に、札幌市医師会作成の在宅医療・介護連携手帳や訪問診療等について情報提供。
- 前年度作成した医療機関連携リストの更新時に、医療機関から担当介護支援専門員や利用者サービス名が分からないとの意見を受け、それらの情報を記載でき、介護保険被保険者証サイズで携帯できる医療連携シートを作成。居宅介護支援事業所へ配布。
- 区在宅ケア連絡会や札幌薬剤師会、訪問看護師等と連携し研修会を実施。介護支援専門員と協働したケースについての視点や役割の違い、看取りの考え方等をテーマに実施。
- 札幌市医師会区支部の協力を得て、医療機関による介護支援専門員向け疾病理解研修を毎年開催。介護支援専門員と医療機関がスムーズに連携を取ることができるよう、研修内容には連携時に必要な事項についても説明いただくことや、可能な場合はホームページ上にも掲載していただくことを依頼。

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、分析を行うこと（*）。
- ・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。

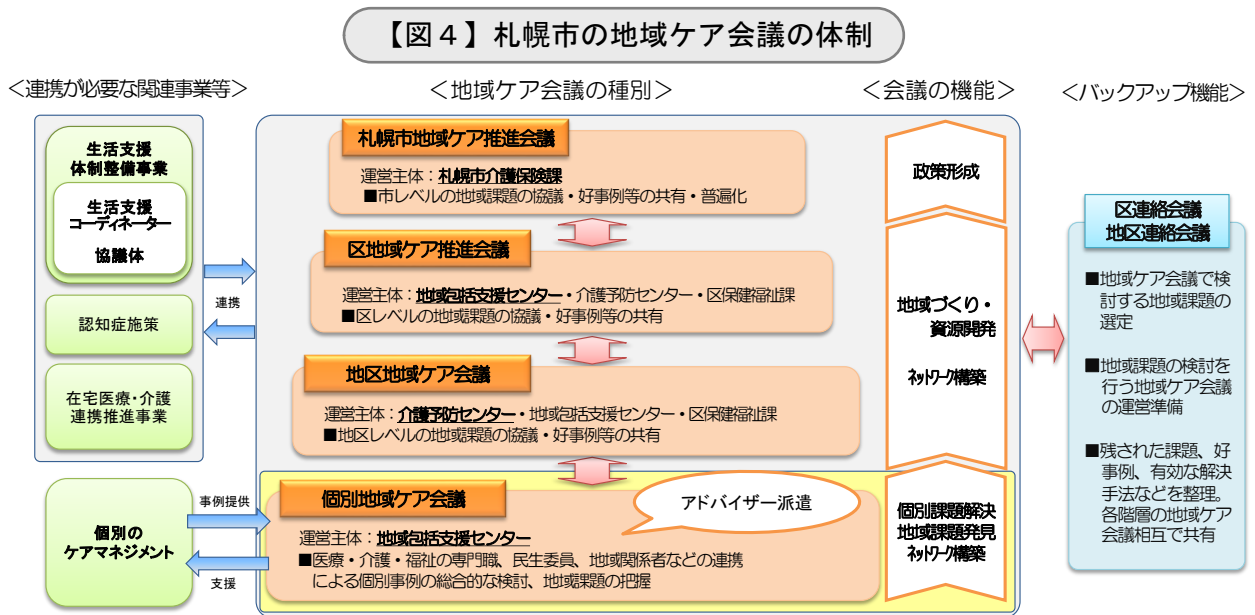
【取組参考例】

- 介護支援専門員からの相談内容を整理分析するための、主任介護支援専門員更新研修の手引き等を活用しながら、区内の地域包括支援センターが共同で分類項目を決定。情報共有・分析に向けて相談事例を蓄積中。
- 直近4年間の介護支援専門員からの相談ケースの内容を整理分類。現状と環境的要因を把握した上で、区内の地域包括支援センターと共同で経年的に取組を計画していく。
- 介護支援専門員からの相談内容として、ケアプランや困難事例、インフォーマルサービス等社会資源に関するものが多いことを把握。
- 介護支援専門員に不足する資源や困りごとについてのアンケート調査を実施。生活支援コーディネーターとの連携等、環境整備の強化に向けた取組を検討。
- コロナ禍における支援状況やサービス等の利用自粛による影響を区内の介護支援専門員にアンケート調査を実施。結果をもとに環境整備に係る取組を検討。

(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

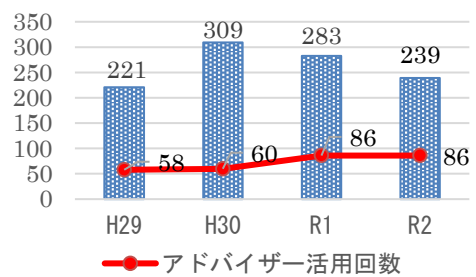
【現状・課題】

- ・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。(図4)



- ・個別地域ケア会議の開催にあたっては、個別ケースの課題を検討する他の会議との違いが不明確でケース選定が難しい、事前準備が大変等の課題が各センターから多く聞かれていたが、それぞれのセンターで検討を重ね、工夫をする中で開催件数も増加し、開催による成果を感じているセンターもある。また、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。

【図5】個別地域ケア会議開催件数



- ・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。開催回数が減少傾向にあることから、オンラインでの開催など新たな実施方法を進めている。
- ・一方、個別地域ケア会議におけるアドバイザー(個別地域ケア会議においては、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9職種による助言を受けられるアドバイザー体制を整えている。)の活用割合は増加しており、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、多職種連携による個別地域ケア会議の実施が求められており、本市においても複数の専門職が参加する会議を積極的に行い、自立支援に資するケアマネジメントの実施に向けて、今後も取組を強化していく必要がある。

【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、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、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、地域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、そのうち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
- ・地域の介護支援専門員が参加した会議の開催事例数及び参加人数

【取組参考例】

- センターの広報紙や居宅介護支援事業所への訪問により、個別地域ケア会議の年間計画・開催目的や意義・アドバイザー活用事例・好事例等について周知。
- センター内で地域ケア会議のプロジェクト担当を選出。会議で取り扱う事例選定やスケジュール管理等役割を決め、定例開催及び随時開催できるようマネジメントを実施。準備から会議まで効率的に実施することができ、職員の協力体制、達成感につながった。
- 居宅介護支援事業所向けに、好事例や自立支援の視点を含めた個別地域ケア会議に関するリーフレットを作成し、エリア内の居宅介護支援事業所、小規模多機能居宅介護事業所に配布。会議のイメージや事例が具体化され、介護支援専門員からの相談につながった。
- 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の実践力向上のため、個別地域ケア会議開催時に出席を依頼。会議で介護支援専門員へ助言を行っていただくとともに、会議の有効性等について事業所内へ伝達を依頼。（再掲）
- アドバイザーが参加する日程を予め決めて定期開催にすることで、地域の介護支援専門員が参加しやすい環境を作り出すことができた。

重点 イ 自立支援・重度化防止に資する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。

【活動指標】

- ・自立支援・重度化防止を目的に開催した事例数及び複数職のアドバイザー活用事例数
- ・自立支援・重度化防止を目的に開催した会議に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】

- 3職種で会議開催の有効性を検討。相談ケースについて、フレイル・転倒骨折・関節疾患に着目しアプローチしたことで、自立支援・重度化防止の個別地域ケア会議の開催につながった。
- センター内の専門職会議にて福祉用具の活用に関する事例を選定し、アドバイザーを活用した個別地域ケア会議を開催。手すりの必要性や代替できるものについて具体的に助言をいただくことができ、利用者にも理解をいただくことができた。
- 複数職のアドバイザーが参加する会議を開催。1事例に対し複数のアドバイザーによる視点から助言を得ることができたことで、より具体的な対応方法の習得につながった。
- アドバイザーの参加月を予め設定し、複数の事例を検討できるよう事例を選定。
- 自立支援の観点から、アプローチが必要と思われるケースを指定介護予防支援担当職員が1人1件選定し、チーム会議にてプレゼンを実施。自立支援についてのアプローチを考え直す機会を設け、個別地域ケア会議の開催につなげている。
- 会議開催1か月前より専門職3職種と指定介護予防支援担当職員でケース選定を実施。自立支援の観点からアプローチの必要性を確認し、アドバイザーの活用について毎回検討を実施。
- 新型コロナウイルス感染症予防のため対面での会議が制約されたが、オンライン活用や、アドバイザーへ事前に本人の状況をまとめた情報提供（ADLの事前動画・写真撮影等）の工夫をすることで具体的なアドバイスを獲得することができた。

重点 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、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られることを検討すること。（*：生活支援体制整備事業との連携）

【活動指標】

- ・地域関係者が参加した会議の開催事例数及び参加人数

【取組参考例】

- 区社会福祉協議会、介護予防センター、第2層生活支援コーディネーターに個別地域ケア会議に参加していただき、地域の社会資源や地区課題について参加者と共有。また、個別地域ケア会議で解決が難しい地域課題については地区連絡会議で共有を行い、地区地域ケア会議に結びつけるように取り組んでいる。
- サービス未利用者から、フォーマルサービス以外のニーズを持つ事例を選定。区社会福祉協議会職員、第2層生活支援コーディネーターが出席する個別地域ケア会議を開催し、ボランティアによる支援につながった。
- 個別地域ケア会議にて医師や認知症介護指導者のアドバイザーから助言を受けることで、地域住民が精神的疾患や認知症の特性について理解し、入院・入所の希望から地域で見守る意識に変わる効果が見られた。
- コロナ禍における認知症予防や通いの場への参加を検討する事例を選定し、区社会福祉協議会、老人福祉センター、介護予防センター、区役所が出席する会議を開催することで、認知症予防教室と自主化運動教室への参加につながった。

【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】

- 相談受付票に個別地域ケア会議開催の可能性の有無を記載する項目を設け、「有」の場合は開催が適切かどうかセンター内で協議。
- センターで作成したフローチャート、実施要綱、事例集を活用し、再委託ケースや介護支援専門員支援ケース、内部の事例検討会の提出ケース、担当利用者などから、会議開催の可能性のあるケースを選定し適宜検討している。
- センター内で地域ケア会議のプロジェクト担当を選出。会議で取り扱う事例選定やスケジュール管理等役割を決め、定例開催及び随時開催できるようマネジメントを実施。準備から会議まで効率的に実施することができ、職員の協力体制、達成感につながった。

基本 イ 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ュアル）

ルを参照) (*)

【取組参考例】

- 会議でアドバイザーからいただいた助言を利用者に伝え取り組んだ結果について、アドバイザーに報告。アドバイザーからも会議後の取組が分かっていいと意見をいただいている。
- フィードバック状況を確認するためのシートを作成し、確実に実施するためのチェック体制を確立した。

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、センター内の専門職会議や各地区連絡会議の中で検討内容を共有。重症化してから相談に至るケースが多く、早期相談・対応できる体制づくりを課題として地区地域ケア会議を開催。地域や関係者と連携して住民向け福祉相談会の定例開催に至った。
- 個別地域ケア会議の開催を重ね、A地区では「認知症の見守り」、B地区では「情報が届かないマンション」、C地区では「認知症の早期発見のために相談する場がほしい」という地域課題を抽出、地区地域ケア会議の開催につなげた。
- 振り返り用のシートを作成したことで、同じ視点での項目評価が可能となり、会議後の振り返りが定着。会議運営の改善点も見えてきており蓄積を継続。

(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規範的統合

【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

- ・コロナ禍においては、休止している介護予防活動やインフォーマルサービスもある

ことから、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ができるよう努めること。

- ・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、一般介護予防事業やインフォーマルサービス等、多様な地域の社会資源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】

- ・介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援を通じ、一般介護予防事業やインフォーマルサービスにつなげた数

【取組参考例】

- 介護予防センターと毎月情報交換を行い、利用者等の相談内容の振り返りや自立支援・介護予防に向けた方策を検討。住民や関係機関に対し適切に情報提供できるよう、情報交換で得たコロナ禍での介護予防活動の状況についてセンター内で共有。
- 介護保険サービス以外で解決可能な住民の生活課題に対して、生活支援ボランティアを通じて調整を行い、ゴミ出しや簡単な家事支援等のボランティアにつながった。
- 介護支援専門員を対象に、通いの場等、介護予防センターの活動見学会を実施。実際に見学・参加することで事業の理解と連携が深まった。
- センター内でケアプランチェックを実施。本人の取組（セルフケア）が達成可能な目標につながっているか等、新規全ケース及び既存ケースで確認・点検を実施。
- センター全職員を対象とした事例検討会を実施し、インフォーマルサービスの活用可能性についても検討することで、職員のアセスメント力向上を図った。
- 第2層生活支援コーディネーターを講師とした、担当地域に不足している社会資源・使ってよかったサービスについて勉強会を実施。
- ICFを用いた事例検討会で「その人の自立」に焦点をあて「その人のできる」を阻害しない支援の意識の醸成を継続する。検討した事例について一定期間後に支援の経過を共有することで実践の現状と課題を把握している。自立に向けて達成できたことや新たな課題の把握が意識されケアマネジメント力の向上につながっている。

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、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や地域住民等と共有し、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）。

- ・地域住民に対し、介護予防・自立支援、セルフケアの推進について規範的統合を図るため、出前講座等による普及啓発を行うこと。実施にあたっては、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意識すること。（*）

【活動指標】

- ・上記重点取組項目の課題について共有した関係機関数
- ・介護予防・自立支援・重度化防止、セルフケア等に関する規範的統合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】

- 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの新規利用者に対し、疾患や受診・服薬状況の聞き取りを実施。各地区の傾向を分析後、関係機関と共有し、疾病の重症化予防に向けた取組を検討。
- インフォーマルサービスや社会資源に介護支援専門員等が容易にアクセスできるよう、生活支援コーディネーターと情報提供の仕組みづくりに向けて、継続的な話し合いを実施。
- 自立支援に資するケアマネジメントに向けて、訪問介護利用者へ実態把握を実施（支援内容、利用のきっかけ等）。利用者及び支援者（サービス事業所含む）の自立支援に向けた規範的統合を図るためのツールを作成・配布するとともに、個別地域ケア会議を開催。
- ケアマネジメントを通じて利用者のニーズや不足する社会資源を把握することができるよう集約シートを作成。不足する社会資源情報を蓄積するとともに毎月の地区連絡会議で情報を共有。
- 介護認定を受ける前から自立支援の意識付けを図るため、介護保険の目的やインフォーマルサービス、セルフケアについて介護予防教室参加者に情報提供を行う。
- 包括内で蓄積したデータやKDBデータを用い、地区の特性や課題の分析を地区担当や保健師が中心となり行う。分析結果を示すこと等により地域住民がより我が事として健康寿命の延伸に取組めるよう介護予防センターと連携しアプローチする。
- 身体的・経済的理由等により通院が困難な方への通院送迎支援を実施したい地域と、企業の社会貢献ニーズを生活支援コーディネーターが把握しマッチング。包括が地域等と連携し、その実現に向けた支援を実施。

【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

- ・介護予防や健康管理に自ら取り組むよう働きかけること。
- ・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】

- 短期集中予防型サービス事業や個別地域ケア会議でアドバイザーによる助言が必要な事例はないか、センター内会議で毎月検討。結果、短期集中予防型サービス事業及びアドバイザー活用につながり、利用者の自立支援に向けた活用を図ることができた。
- センター職員が担当する利用者に基本チェックリストと主観的健康観に関するアンケートを実施。主観的健康観は73%の方が「改善」「維持」であり、うち52%が運動習慣があると回答。通年で3か月ごとに実施しデータ化を行う。
- 介護予防と健康寿命延伸に向けた主体的な取組が必要であることを利用者に理解していただけるよう、介護保険の使い方に関する啓発資料を作成。センター全職員が理解し活用できるようセンター内研修を実施し、利用者に配布・説明することで、自立支援及びセルフケアを推進。
- 新型コロナウイルス感染症予防を理由にサービスを休止した利用者数やサービス内容、休止期間前後の体調変化の把握を行うとともに、介護予防の情報が必要な利用者には介護予防センターが作成した介護予防チラシを配布するなど、情報提供を行った。

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

- 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、各種研修には積極的に参加すること。また、センター内でも研修や事例検討会等資質向上を目指した取組を行うこと（*：Off-JT）。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あうような体制を整えけるとともに、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。

(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）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) 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（*）。
- 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（*）。

(5) 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（*）。
- 消費者被害に関し相談を受けた場合は、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（*）。

(6) 地域アセスメントの実施

- 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）

（7） 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、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（*）。
- 取組項目ごとに実施計画を作成するとともに、把握した担当エリアの現状やニーズに基づき、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。

（8） 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 : 40 件以下/人※再委託を除く

指定介護予防支援担当職員 : 78 件/人（目安）※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
- ・センター全体の件数は毎月の活動報告にて確認。
- ・職員それぞれの担当件数は、随時確認を行う。やむを得ない状況で上限件数を超

える場合は、介護保険課に報告すること。

- ・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%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%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、1月あ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件以下である場合など、上限を超える正当な理由が認められる場合においては指導の対象としない。

占有率は、年1回の適正指導の際に確認する。