

令和 5 年度 札幌市地域包括支援センター運営方針



令和4年度からの変更箇所は「赤字」にしております

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）及び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、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 5 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。

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

(案)

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。

また、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、今後本市において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5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**

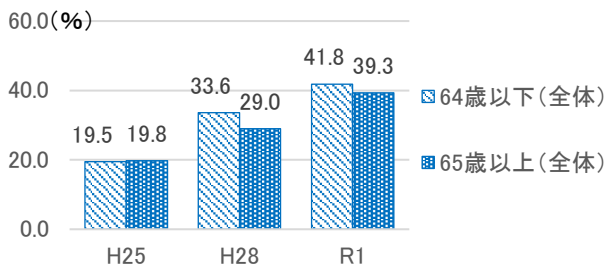
(案)

(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

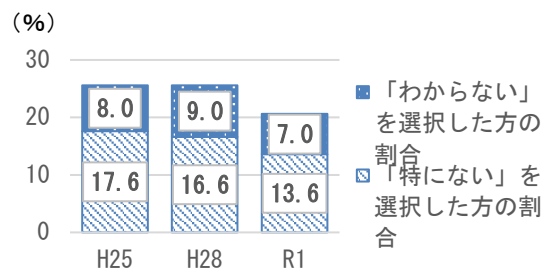
【現状・課題】

- ・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ら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%と減少しており、改善が見られる(図2参照)。
- ・必要な高齢者が確実に相談につながるよう、より一層認知度が向上するよう取組を行う必要がある。

【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(関係部分抜粋)

(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※下図参照)、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

(案)

- ・認知症地域支援体制の強化に向けて、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在り方について検討していく必要がある。

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リポーター（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：KPI/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

- ・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。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られ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。

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

(案)

症高齢者及び高齢者虐待ケース」などが考えられる。このうち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年度はモデル的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自立支援・重度化防止を図るとともに、都度活動の評価を行い、より効果的な支援方法についても同時に検討していく必要がある。

【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。
- ・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。
- ・チームオレンジの取組推進に向けた地域の基盤づくりを行い、認知症高齢者の支援体制を強化する。
- ・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。

【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。
- ・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すること。
- ・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。

(案)

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、サービス未利用者全員

【活動内容】

- ・対象者全員に電話や訪問等で、別に定めるチェック項目の確認等により状況把握を実施。
- ・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行う。
- ・フレイル状態の改善が見込まれる対象者に対しては、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の連携に留意すること。
- ・サービス利用が必要な方を早期に適切なサービスにつなげる。

【期待される成果】

- ・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。
- ・サービスが必要な未利用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。
- ・お守り認定者の対象者が不必要な更新申請をせず、必要に応じて包括に相談することができる。

（参考）短期集中予防型サービス事業について

【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

(案)

【活動指標】

(全センター)

- ・ 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）

(フレイル改善マネジャー配置センター)

※令和5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、チェック項目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

- サービス未利用者に対し行うべき情報提供の内容について、各地区連絡会議で協議し、介護予防センター、区社協、生活支援推進員との連携をはかりリーフレットを作成。お守り認定者への郵送等により活用。
- 介護予防教室、サロン等のインフォーマルサービスについて、Google マップを使い資源の整理を行い、総合相談等に活用。
- 来所や電話での相談対応時に全職員がインフォーマルサービスを含めて情報提供を行えるよう、センター内で把握しているインフォーマルサービスの情報一覧を随時更新するとともに、定期的にチーム会議等で職員全員に周知。
- 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職員への意識付けを実施。週1回のミーティングにて総合相談や担当利用者に対して介護予防活動やインフォーマルサービスにつなげた支援を共有。

○アプローチする対象者の選定と方法

- 全てのサービス未利用者に対して認定調査をもとに電話にてアプローチし、その翌月に、地域の介護予防活動やインフォーマルの情報提供を行った後の利用有無についての確認を実施。
- 認定情報について、新規入手及び更新のタイミングでセンター独自のチェックシートを活用し各地区毎に複数の専門職でスクリーニングを行い対象者を選定し、アプローチを実施。
- 運動特化型デイサービス利用者へのアンケート実施結果を参考に、勧奨の対象者を「79歳以下の新規で要支援1の認定を受けた方」とし、地域の介護予防事業やインフォーマルサービス、短期集中予防事業等の紹介を実施。
- センター内会議において支援の終結判断を行う際、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要支援認定者等に対して、短期集中予防型サービス事業等の活用を検討し、必要な対象者を事業活用につなげる支援を実施。

(案)

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、**世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら**、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】

○早期相談・支援につなげるための取り組み

- 働く介護者やダブルケアの方などが開設時間以外でも相談が出来るようにSNSやオンラインで相談出来るよう環境整備を実施。
- 商業施設において介護相談会を開催し、介護負担軽減に向けた介護保険、認知症診断・受診先、介護予防に関する啓発チラシを配架。
- 包括が家族介護者のための相談機関でもあることを周知徹底するためのリーフレットを作成し、地域への回覧や、病院・薬局等への配布を実施。

○家族介護者のニーズ分析およびニーズに応じた取り組み

- 定期的に家族会を開催。開催にあたっては、幅広い家族が参加できるよう工夫（曜日・テーマ・対象者等）
- 介護者通信を定期的に発行し、居宅介護支援事業所や医療機関に配布し、介護をしている方に渡していただくよう依頼。
- 実施したニーズ調査の結果、介護者に何かあった時に不安があることが分かり、もしもの時に備えたチラシを作成し、全戸配布とアンケート回答の協力いただいた家族へ配布。

○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

- 家族へのアセスメント力・対応力向上を目的に「ケアラーのアセスメント、支援方法」の内部研修を実施。
- エリア内の関係機関と協働してケアラー支援実行委員会を立ち上げ、研修会を実施。
- 本人が精神科疾患や認知症の進行、アルコール問題を抱えていたり、家族が障がいを抱えることで介護負担が増大しているケースが増加していることから、障がい支援事業所や、精神科病院と事例検討会を実施。

(案)

重点 ウ 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进行分析の上、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。また、養成した認知症サポーターのうちボランティアに意欲的な方等を対象として、区認知症地域支援推進員と連携してフォローアップ講座の開催について検討し、実施に努めること。
- ・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の実施や、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。
- ・認知症高齢者の支援体制を強化するため、地域における「チームオレンジ」（地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための仕組みづくり）の取組を推進するため、区認知症地域支援推進員と共に以下のような取組を行うこと。

チームオレンジの取組推進について

- (1) 認知症の人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、認知症の人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) 把握した認知症の人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検討する。
- (6) 区において「チームオレンジ」の立ち上げ可能なエリア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する。
(※既にフォローアップ講座を実施しているセンターにおいては、その実績も踏まえて検討する)

- ・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。

【活動指標】

- ・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
- ・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
- ・認知症の人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

(案)

【取組参考例】

- 認知症サポーター養成講座の開催
 - 認知症フォローアップ研修を2日間にわたり開催。1日目は包括職員その他、関係機関職員等も講師を担い、認知症の知識や対応の他、ボランティア活動等についても講話。2日目はロールプレイやグループワークを取り入れて実践的な内容を実施。
 - 就労者も受講することができるよう、オンラインで実施したり、夜間や休日に開催。
- サポーターの活動の場の調整
 - サポーターが気軽に取り組める活動について、受講者に配布できるようにツールを作成。
 - 講座を受講した学生にボランティア活動の協力を依頼し、地域活動への参加につながった。
- 地域のニーズや課題に応じた取り組み
 - 認知症地域支援推進員や区内包括と連携し、病院・認知症カフェ・家族会の協力を得て、地域住民に向けた認知症パネル展・相談会を商業施設で開催。
 - 早期に認知症の相談や受診に繋がるようスーパーやタクシー会社等の協力を得て、認知症医療機関マップや認知症カードの配布、認知症サポーター養成講座開催の案内を実施。

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）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】

- 消費者被害の現状把握や関係機関とのネットワーク構築のため、区内包括と協働し、弁護士会、社会福祉士会、消費者協会、警察などとの会議を実施。
- 介護支援専門員向けに弁護士による成年後見制度等の講義と意見交換の場を持つことで、弁護士との連携や制度活用を促進。
- 警察署と連携し、消費者被害啓発講話や特殊詐欺防止の街頭啓発を実施。
- 虐待の「気づきのチェックポイント」とともに、相談窓口としての周知チラシを作成し圏域内の医療機関に配布。

【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。

(案)

- ・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、**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
 - └ 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**

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

- **自立支援・重度化防止や家族介護者支援、権利擁護の視点に基づいた支援となっているか、センター内会議で確認。**
- **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。**
- **センター内会議でケース支援の進捗確認を行い、終結の目安に照らし支援終結を検討。**

基本 イ 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

(案)

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
- └ ・ 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

【取組参考例】

- 認知症初期集中の様式の一つである DBD13 を総合相談の際に活用し、チェックがついた方については初期集中の利用を検討。
- 「認初期初回相談受付票」を作成したケースについて2ヶ月後にモニタリングを実施し、未受診やサービス未利用等支援の必要な方について、再度認知症初期集中支援推進事業活用について3職種で積極的に検討
- 事業活用好事例を掲載した資料を作成し、下半期に包括職員、居宅ケアマネに対して事業の周知。

基本 ウ 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】

- 区内の包括が共同で弁護士との虐待対応研修を実施。
- 虐待の初期相談時に、センターで作成した聞き取りシートを活用。社会福祉士が情報の不足や判断要素を精査した上で適切に組織としての判断、対応を行える体制を整えた。

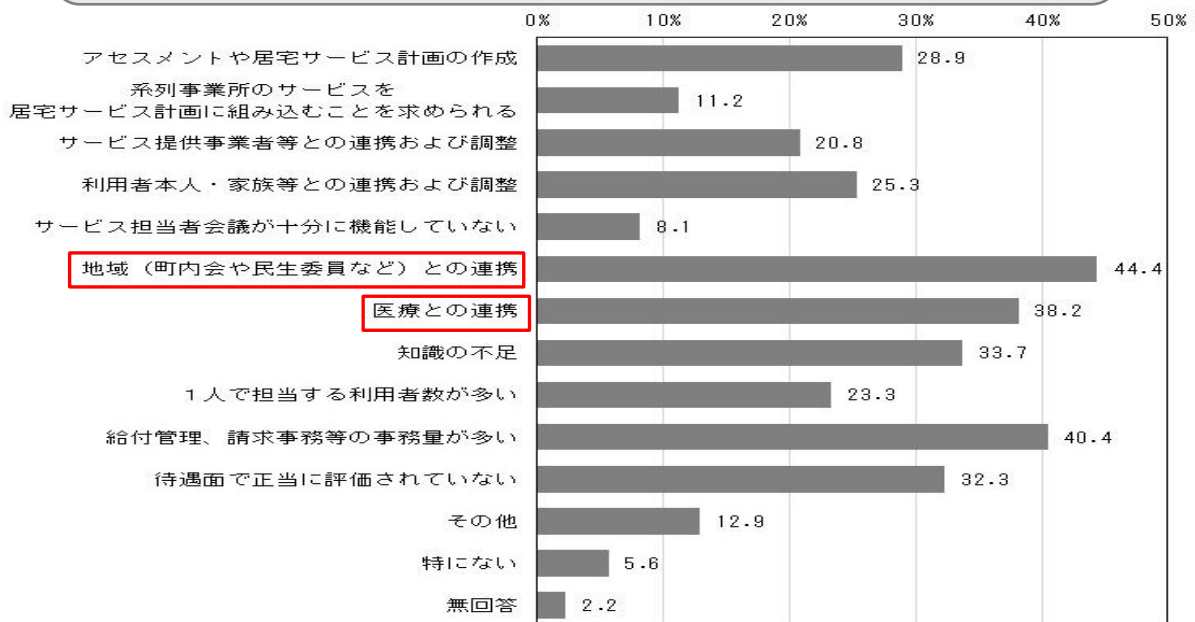
(案)

(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）。**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。**

【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、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。**

(案)

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。

(案)

- ・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】

・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
- ・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

【取組参考例】

○ニーズ把握

- 3職種合同で居宅介護支援事業所訪問（zoom）を行い、事業所の体制等居宅の現状を把握。また、3職種から「高齢者虐待」「権利擁護」「介護予防」等の情報を発信し、意見交換を実施。
- 経験年数3年未満の介護支援専門員を対象に座談会を開催し、ニーズを把握。

○実践力向上に向けた取組

- センター内の事例検討会への介護支援専門員参加を可能とし、事例への対応方法等についての協議を実施。
- 介護支援専門員の「社会資源を知る機会がない」との声より、第1層コーディネーターを講師とした研修を実施。
- 精神疾患についての研修を希望する声が多かったため、医療機関との連携やケアマネジメントの質の向上につなげていくことを目的に、訪問看護事業所の看護師と精神科病院の医療相談員を講師に研修会および事例検討を実施。

○ネットワーク構築

- 高齢者支援を通じた地域ネットワークの構築を目的に、民生委員と担当エリア内の介護支援専門員、学生団体との交流会を開催。
- 居宅介護支援事業所の事例検討会の開催情報をメールで周知し、事業所同士の相互交流を促した。
- 区内居宅介護支援事業所の管理者のつどいをオンライン（Zoom）で開催。グループワークにより日頃の疑問点等についての情報交換を実施。

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。

(案)

※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】

- 区内の包括と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員とで協働し、区内の主任介護支援専門員向けの事例検討会を実施。
- 「主任介護支援専門員の会」の事務局の運営に協力。事務局内で役割分担の上、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を実施。
- エリア内主任介護支援専門員と生活支援推進員、包括職員との交流会・意見交換会を開催し、主任ケアマネ同士のネットワークを構築。連携強化のため、企画から主任介護支援専門員に参加を要請。

【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】

- 介護支援専門員と医療機関の連携強化に向けて、利用者の受診が多い医療機関の地域医療連携室の協力を得て、介護支援専門員との連携に求めることなどについて意見交換会を実施。
- 区内の包括で協働し、医療機関、居宅介護支援事業所双方に連携に向けた課題やニーズを調査。調査結果を元に、「在宅生活を支えるための医療と介護の連携について」をテーマに研修会を開催。
- 地域包括ケア連絡会と共催で事例検討会を実施。入退院支援について多職種で検討を行いそれぞれの役割を再確認できる場となった。
- 「認知症専門外来」「精神科」「訪問診療」に特化した医療機関リストを居宅介護支援事業所に周知し、医療連携の場面での活用を促す。

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

(案)

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】

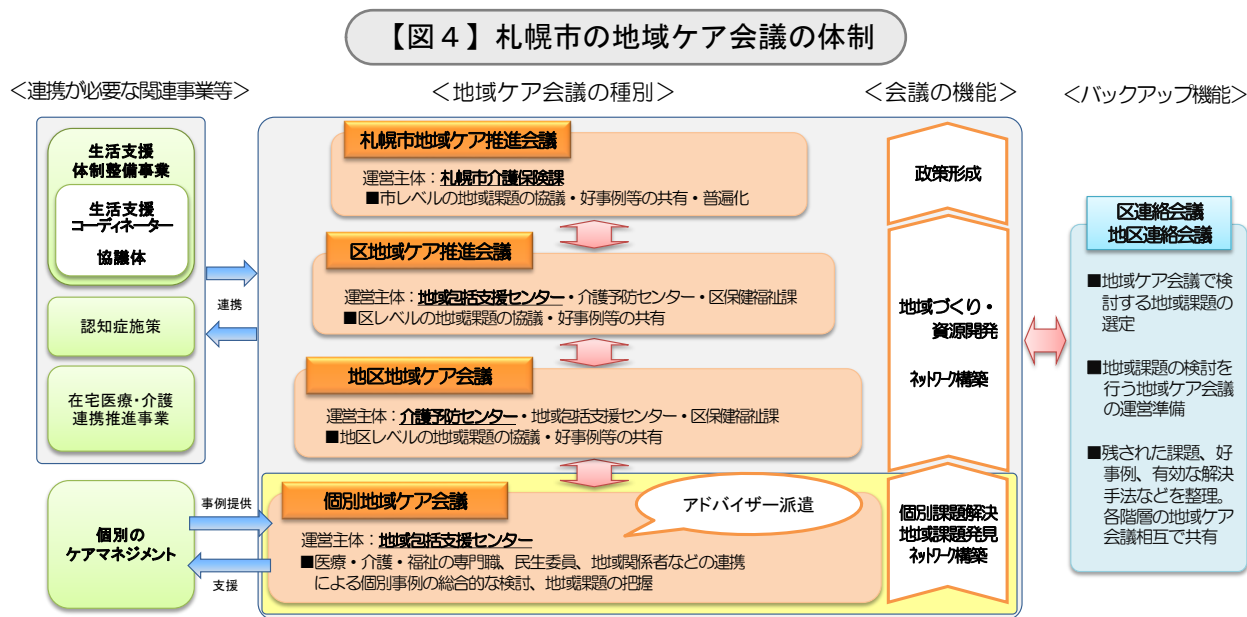
- 介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類する。分析は居宅の主任介護支援専門員有志の会と区内包括間で連携して行い、解決方法に向けた取組みについて協議していく。
- インフォーマルサービスを組み合わせることでケアマネジメントを展開できるように、生活支援体制整備事業でまとめた「配達・訪問サービス一覧」を介護支援専門員に周知し、活用状況の他に地域で不足する資源や困りごとについて研修会等の場を活用しアンケート等で把握。
- 職員一人ひとりが包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備に向けた取組について理解し職員間で共通認識を図ることができるように、月1回のセンター内専門職会議の中で、「地域包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みに関する実践マニュアル」の読み合わせを実施。

(案)

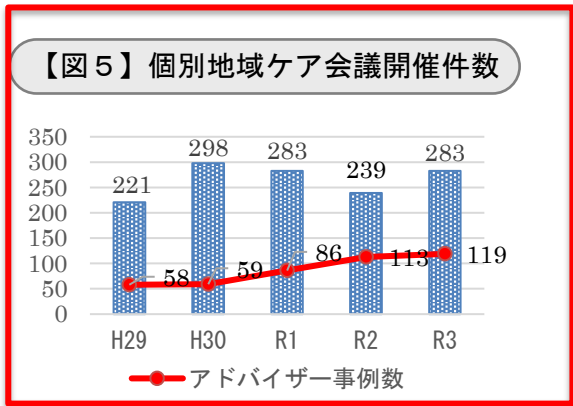
(3) 自立支援・重度化防止の推進に向けた地域ケア会議の促進

【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。
- ・本市では、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。
- ・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9職種による助言を受けられるアドバイザーの体



(案)

制を整えている。加えて、令和5年度は法テラスの「ケース会議支援制度」を利用し、弁護士の会議への派遣が可能となっている。

【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、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
 - └ ・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】

○周知の工夫

- 毎月エリア内居宅介護支援事業所へメールで翌月の次月開催予定のチラシで会議を周知。
- 個別地域ケア会議を2カ月に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、開催前にオブザーバー参加の声掛けを実施。

○会議の機能等についての理解促進

- 会議開催のメリットや成果などの共有を図るため、参加した主任介護支援専門員の声をチラシに掲載。
- 個別地域ケア会議の開催対象となるケースをイメージできるように、理学療法士や言語聴覚士等のアドバイザーの機能や役割の理解促進につながるための研修会を区内の介護支援専門員向けに実施。
- 介護支援専門員が会議に持ち込む事例数が増加するよう、会議の機能やメリット等を理解してもらうため、介護支援専門員への積極的なオブザーバー参加を依頼。

○センター内の取組

- 介護支援専門員から総合相談があった場合、各地区担当にてスクリーニングを個別地域ケア会議の開催を検討する。

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

(案)

きるよう、利用者自身の生きがいづくりや役割づくりに寄り添う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

- センター内で個別地域ケア会議のプロジェクト担当を選出し、効率的かつ有効的に会議を開催できるようマネジメントを実施。
- センターのチーム会議を活用し介護保険の更新のタイミングの利用者の中から自立支援・重度化防止検討に資する利用者を選定。
- 「介護保険サービス卒業」をテーマに事例検討を行い、その中から自立支援型の個別地域ケア会議へ繋げられるケースがないか検討。
- 個別ケア会議の事例集などを活用し、自立支援・重度化防止に資する個別ケア会議の対象者の選定や、会議開催イメージが深まるための内部研修を実施。

○効果的な会議を開催するための取組

- 会議内で自立支援・重度化防止が視覚化できるように、ICF を活用。
- 会議後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。

○職員の実践力向上に向けての取組

- 会議において多角的な視点からの助言を受け、支援対象者の課題の明確化、目標の見直し、優先順位の確認、支援内容やモニタリング方法の検討を実施。

(案)

【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】

- 3職種による検討シートを活用し、会議開催に向けて課題の明確化や、アドバイザー活用の有効性、参加者の選定を実施。
- 個別地域ケア会議実施の判断指標を作成し、相談票受付時やマネジメントケースから、指標をもとに実施ができそうな事例を抽出し、センター内で協議。
- 市やセンターで作成した個別ケア会議の事例集を参考に、個別地域ケア会議のケース選定の要点をセンター全体で共有化を図る。

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を参照）（*）

【取組参考例】

- 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。
- 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に生活が変わったかについてアドバイザーに報告。

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】

- 会議の運営を振り返るためのシートを用い、改善点や会議が担った機能の確認を実施。
- 会議開催後は必ず全職員が参加するMT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。
- 開催後、センター内会議や専門職会議等で振り返りを実施。その際、検討はしたが会議には至らなかったケースの情報共有も行い、地域課題をセンター全体で共有。
- 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。

(案)

基本 **エ** 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、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。（*：生活支援体制整備事業との連携）

【活動指標】

- ・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。
- 高齢者の認知症の進行や閉じこもりに関して地域から相談が続いた地区において、認知
症介護指導者をアドバイザーとして会議を開催し、担当民生委員も参加。その後、支援
が必要な高齢者を早期に支援につなげるための連携を図るため、民児協定例会において、
民生委員、介護支援専門員、地域包括支援センターが参加して研修会を実施。
- 個別地域ケア会議等から抽出された「あったらいいなこんな資源」の傾向を分析し、地
区地域ケア会議や生活支援体制整備事業の取組につなげることを検討。

(案)

(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。

(案)

【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、**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

- 毎月介護予防センターと情報交換を行い、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。また、情報交換で得た介護予防活動の状況についてセンター内で共有。
- 事例検討会に予防センター、第2層コーディネーターにも参加してもらい、介護予防事業や地域資源についての情報共有。

○地域の社会資源をプランに位置付ける取組

- 活用可能な資源についてセンター内で情報をまとめ、インフォーマルサービスや一般介護予防事業の活用をプランに記載したケースを計上する取組を実施。

○ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

- センター内研修にて「セルフケアを意識した目標設定」をテーマとした事例検討会を行い、デイサービスの卒業に向けたアプローチ方法や自立支援の方法について意見交換を実施。
- ケアマネジメントの適切な実施と多様な社会資源の位置づけに向けて、パートナー制によるケアプランの他己点検の実施。
- 初回作成のケアプランは担当者会議の前にセンター職員でケアプランチェックを行い、一般介護予防事業やインフォーマルサービス・セルフケアによる自立支援の視点を確保し、アセスメント力の向上を図る。
- 介護保険法における自立支援を再確認し、各事例における「その人にとっての自立」や不足する資源についても考える事ができるように事例検討を行い、半年後に支援の経過を共有。

(案)

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】

- 介護予防サービス利用に至った要因を分析した結果から、掃除等の生活支援が必要となる前の段階の方に向けた自立支援の意識付けが必要と判断。「生活動作と介護予防」「自立支援の考え方」について、自主サークルや介護予防教室参加者等に向けて周知。
- 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…」を地域の会議や研修会で活用し、自立支援について周知。
- 疾患別相談の傾向やコロナ禍での変化を地区別で分析し、分析結果を対象地区での講話の際に具体的に活用。
- インフォーマルサービスや不足している地区内の社会資源などの情報をセンター全職員がケアマネジメントを通じて把握することを心がけ、得られた情報を生活支援コーディネーター等と共有し、必要な資源(ボランティアなど)を検討。
- ケアマネジメントを通じて把握した利用者のニーズや不足する社会資源情報をセンター内会議で共有。一覧にして蓄積し、地区連絡会議にておいても共有。
- 学生や一般企業への介護保険講話や認知症サポーター養成講座、居宅介護支援事業所への包括支援センターの活動周知時に、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…」を活用し、地域での支え合いの必要性について周知し、ボランティア参加につなげた。

(案)

【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

- ・利用者自ら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。
- ・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】

- セルフケア提案ツール（基本チェックリストの該当した項目のパンフレットを1つのファイルにしたもの）を作成。ツールを基に利用者へ専門的かつ具体的なセルフケア方法を情報提供し自立支援に向けた意識の向上を図る。
- 各職員が利用者に対しケアプランに位置付けたセルフケアの取組状況の承認、励ましを随時行い、その有効性について確認する。センター内会議でそれらを共有し、有効性のあるセルフケアについて一覧表にして他の利用者での活用も検討。
- 介護保険利用者について分析した結果、基礎疾患で整形疾患が多い状況を把握。リハビリ職から助言を受け、膝・腰予防の動作や体操の助言を貰い、フレイル予防パンフレットを作成し、利用者等に配布。
- 利用者が自身の健康管理や重度化防止に取り組めるよう、生活習慣病を中心に疾患別リーフレットを作成し、取組の働きかけを実施。
- サービス利用休止中の方への、体調の変化等の把握と必要時介護予防に関するチラシを配布・郵送する。サービス休止後2か月後、セルフケアの継続についてモニタリングを実施。
- 職員が介護予防教室や地域の介護予防に資する通いの場の一覧を持ち歩き随時参加勧奨を行う。

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。

(案)

- 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。

(案)

【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

- ・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
- ・職員それぞれの担当件数は、毎月の活動報告にて確認。
- ・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。

(案)

【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マ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。