地域包括支援センター機能強化事業

資料５

【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

【札幌方式】

地域包括支援センター

- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- 介護予防ケアマネジメント業務

対応能力・支援体制の強化

ブランチ機能：
介護予防センターが相談を受けて包括につなげる

介護予防センター

- ●介護予防教室の実施
- ●通いの場の立ち上げ支援
- ●通いの場の自主活動化支援

介護予防の充実

【アクションプラン2023】
●地域包括支援センター機能強化

	●具体的な内容
① **専門職員の処遇改善** 離職防止・良質な人材確保のための処遇改善	【R5～】専門職員の処遇改善の維持向上
② **支所設置によるマネジメント強化** 支所設置やマネジメント職員の配置	【R7～】大規模センターへの支所設置(北区) 支所長の配置による質の向上
③ **フレイル改善マネジャーの配置** フレイル状態の改善が必要な高齢者への支援	【R5～】フレイル改善M配置区の拡大 R5: １区３センター → R6: ５区14センター
④ **チームオレンジの体制構築** 包括Cに専門職員を配置し、今後も増加する認知症高齢者や家族を支援する体制を構築	【R6～】チームオレンジ体制の構築 チームオレンジコーディネーターの配置 ５区13センター

●得られる効果

【職員の資質向上】

- 離職低減
- 経験蓄積
- 人材確保

- センター運営の質の向上
- 市民の利便性及びサービスの質向上
- フレイル状態の改善、介護予防の強化
- 介護給付費の削減
- 認知症サポーターの活用、ネットワーク構築
- 相談支援体制の強化
- 支援ニーズと支援者のマッチング体制構築

介護予防センターの強化（既存事業の活用）

●活動内容の充実（より効果的な介護予防活動の支援）
- ・オンラインを活用した介護予防教室の実施
- ・フレイル疑いのある高齢者を地域との連携により把握し、適切な支援　につなげる
- ・専門職によるデータ分析を行い、通いの場等の活動がより効果的になるよう支援

●総合相談支援機能の強化（予防センターのブランチ機能の強化）
- ・支援が必要な高齢者の早期発見・早期支援

連携

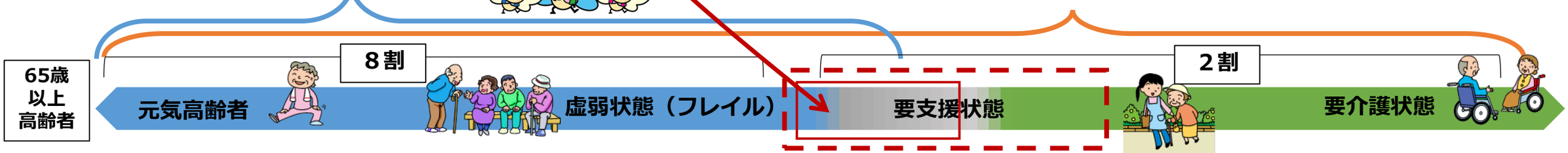
地域包括支援センターの機能強化

●専門職員の資質向上
- ・総合相談支援の強化：高齢者の抱える複雑化・多様化する支援ニーズに対応
- ・権利擁護の推進：認知症高齢者の早期支援・悪化予防
- ・包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化：ネットワーク構築・重症化予防支援
- ・介護予防ケアマネジメントの強化：要支援１・２の改善、悪化予防

●市民の利便性向上及び大規模センターのマネジメント機能の強化
- ・高齢者人口の急増が見込まれる地域に支所を設置し、市民の利便性向上
- ・支所長を設置し、マネジメント機能を強化することにより、センター運営の質を高める

●チームオレンジコーディネーターの配置
- ・多様なライフスタイルに対応できる相談支援体制の強化
- ・地域の実情に応じて認知症の方の生活支援ニーズと地域の支援者をマッチングする体制の構築

●フレイル改善マネジャーの配置　【サービス未利用者へのアプローチ（要支援認定者の内４割）】
- ・セルフケアや介護予防事業につなげ、適切な時期での更新申請を促す
- ・サービスが必要な場合は、未利用者を早期に支援につなげ、重度化を予防



高齢者の健康課題解決や自立支援、介護予防の推進に寄与する地域づくり　⇒　健康寿命の延伸、共生社会の実現

フレイル改善マネジャーによる要支援認定を受けているサービス未利用者へのアプローチ（モデル事業）

【目標】フレイルが疑われる方の自立支援・重度化防止を図り、健康寿命の延伸に寄与する。

背　景（札幌市の課題）

- 全国と比較して要支援認定者が多く、サービス未利用者も多い。
- 要支援認定を受けているサービス未利用者への支援が十分ではない。（現状の体制では、全体の３割程度のアプローチに留まっている）
- コロナの影響を受け、フレイル状態の高齢者が増加している。
- 高齢者人口の増により要介護・要支援認定者が増加する一方、サービス提供人材は不足しており、介護予防が重要。

課題解決に向けた施策

- 地域包括支援センターに**フレイル改善マネジャー**として専門職員を１名追加配置
- 現状の体制ではアプローチすることができていない**要支援認定を受けているサービス未利用者に支援**を行い、自立支援・重度化防止を図る。

【主な支援内容】
- セルフケア能力向上のための動機づけや情報提供
- 必要な介護予防事業についての情報提供や利用支援
- サービスが必要な方には、早期に適切なサービスにつなげる。

期待される効果

- サービス未利用者がフレイル状態を改善し、**自立した生活を継続**することができる。（健康寿命の延伸）
- 自立支援・重度化防止の推進により、**介護給付費を削減**することができる。

効果分析の実施

- 札幌市様式の「フレイル状態チェックシート」により、アプローチを実施した対象者の状態と、フレイル改善マネジャー非配置区の未利用者の状態を経年的に把握し、この比較をしながら学識経験を有する専門職等の知見を踏まえた分析、効果検証を実施。

令和５年度モデル実施（北区）

実績（R5.12月末時点）

対象者(1,479人)の**約７割**に、電話、訪問、文書送付によりアプローチを実施　※アプローチした人数：1,004人

対象者の実態

- 障害高齢者の日常生活自立度がJの方が７割強
- 認知症高齢者の日常生活自立度が自立・Ⅰの方が９割強
- 何も活動をしていない方が５割弱
- 高血圧、骨・筋肉・関節の痛みを有する方がそれぞれ４割強
- 認定を申請した理由は「いざという時のためにとりあえず申請」が最多
- サービス未利用の理由は「サービスを利用しなくても自分で生活できる」が最多
- 指輪っかテストで隙間ができる方が３割弱
- フレイル状態の方が５割強（後期高齢者の質問票による）
- 孤独感ありの方が２割弱（基本チェックリストによる）

支援内容・結果（重複あり）

- 介護予防活動について紹介した(69.3%)
- セルフケア等について情報提供した(14.0%)
- 介護予防給付等の公的サービスにつなげた(3.6%)
- 介護予防活動につなげた(1.1%)
- インフォーマルサービスにつなげた(0.4%)
- 短期集中予防型サービス事業につなげた(0.2%)

アプローチ方法

- 電話と文書(87.9%)
- 電話のみ(7.0%)
- 電話と訪問(4.2%)
- 訪問のみ(0.8%)

成果

- 今までアプローチすることができなかった未利用者に対して、広く介護予防やセルフケアについて情報提供を行った。
- 要支援認定を受けているサービス未利用者の実態について把握することができた。

課題

- ３センターのみのモデル実施では対象者が少なく、効果分析の実施が困難。
- 対象者の全員にアプローチすることができていない。
- 訪問実施の件数が少なく、介護予防事業につながった割合も少ない。

令和６年度モデル実施（北区・豊平区・清田区・南区・西区）

①モデル区の拡大

令和５年度　北区（３センター）

↓

令和６年度
北・豊平・清田・南・西区（14センター）
より多くの対象者にアプローチを行い、効果分析を継続

②効果的・効率的な実施

効果的・効率的に支援を行い、**限られた人員で最大限の効果を出すことができるよう検討**を進める。

- ハイリスクの基準を明確化し、基準に該当した未利用者はフレイル改善マネジャーではなく他の職員が通常支援としてアプローチを実施する。
- **フレイル状態でアプローチが必要な対象者の基準を明確化**し、基準に該当した対象者には**優先的に訪問**を実施し、介護予防活動につなげる支援を積極的に行う。
- **要支援認定の更新の必要性が低いと考えられる対象者の基準を明確化**し、基準に該当した対象者には**更新時期に原則訪問**の上、認定をお守り代わりにするのではなく、介護予防・自立支援に関する意識を持つことができるよう必要な動機づけや、サービス必要時に申請するよう情報提供を行う。

チームオレンジの体制構築

【目標】認知症の方が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

根　拠

●取組の必要性の根拠

【認知症施策推進大綱】

（令和元年6月認知症施策推進関係閣僚会議決定）

2025年度までにチームオレンジの整備が求められている。

【共生社会の実現を推進するための認知症基本法案】

（令和５年６月成立）

急速な高齢化の進展に伴い、認知症の方の増加を鑑みて、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

【市長公約】

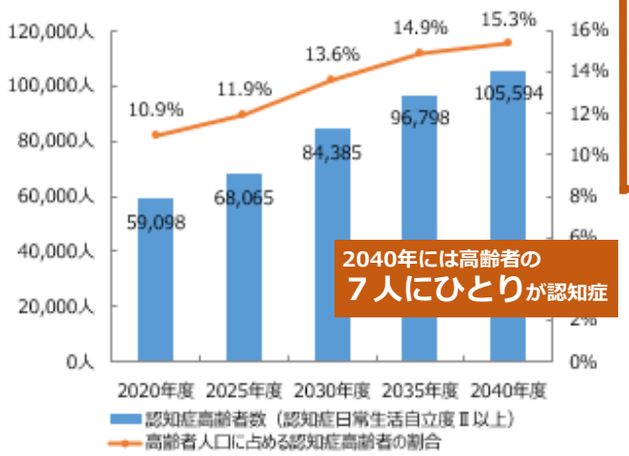
「認知症に関する相談体制の強化など、認知症のご本人やサポートする方に対する支援を充実させます。」と明示

背　景

●札幌市の現状と課題

・高齢化の進行と認知症高齢者の増加

・「支え手」となる生産人口の減少



札幌市保健福祉局推計（各年10月1日現在）

課　題

●認知症の人と家族を取り巻く課題

認知症の人とその家族

・認知症の人の孤立→機能低下

・早期からの支援につながらずに悪化

・認知症の人本人からのニーズ発信の機会の不足

・家族が抱え込み、介護負担の増大、虐待へ発展する恐れ

地域の中の担い手

・「何かしたい！」と思っている人がいるが活動の機会が少ない。

認知症サポーター養成講座修了者
136,775人
（うち、認知症支援ボランティア　643人）

課題解決に向けた施策

「疑い」の段階または診断時から介護サービスにつながるまでの空白期間から継続して支援につなぐ

認知症について正しく理解する認知症サポーターが個性と能力を発揮しながら認知症の人とその家族を支援する

チームオレンジ
支援をつなぐ仕組み

札幌市の目指すチームオレンジ

●チームオレンジとは　⇒　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オレンジコーディネーターが繋ぐ仕組み

●オレンジコーディネーターとは

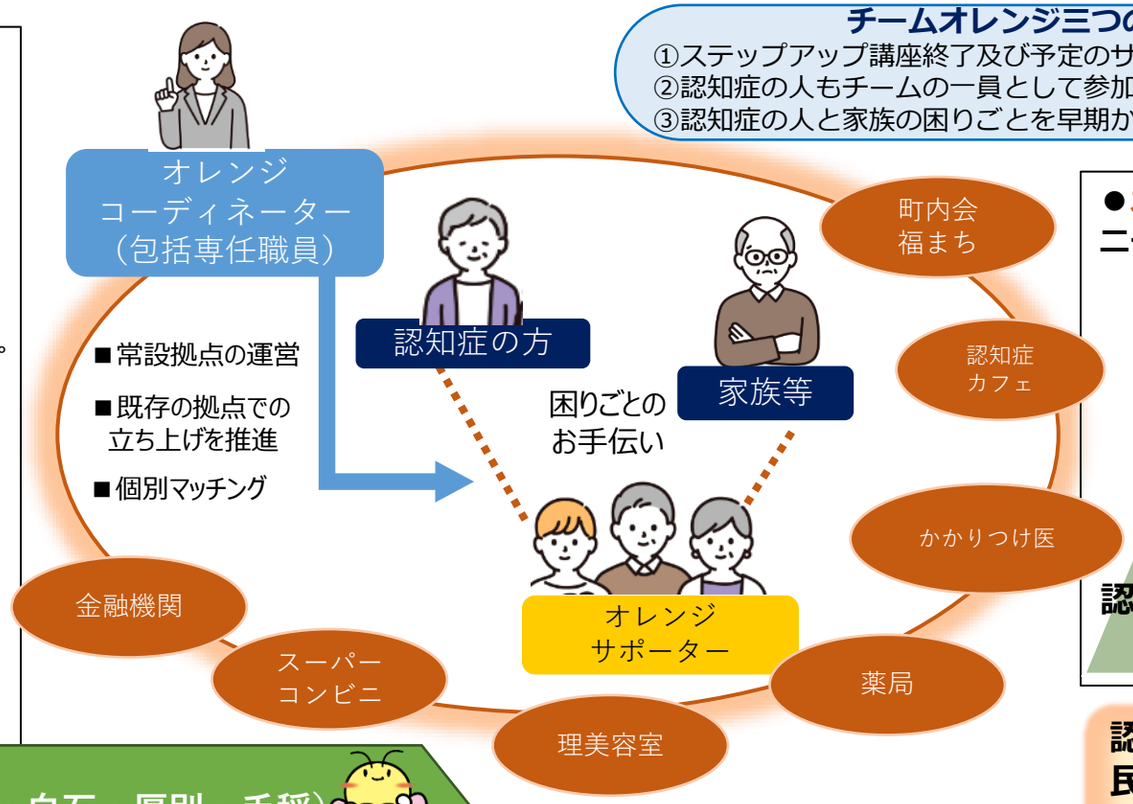
認知症の人の支援ニーズと認知症サポーターの活動ニーズを把握して、個別マッチング等を行う役割。また、地域の住民や事業者等との連携体制を構築する。

本人・家族のニーズを総合相談支援業務で把握でき、認知症サポーター養成講座の8割で講師を担っている地域包括支援センターにオレンジコーディネーター（専任の専門職員）１名を段階的に配置する。

令和６年度～
５区（中央・東・白石・厚別・手稲）
13センターでスタート

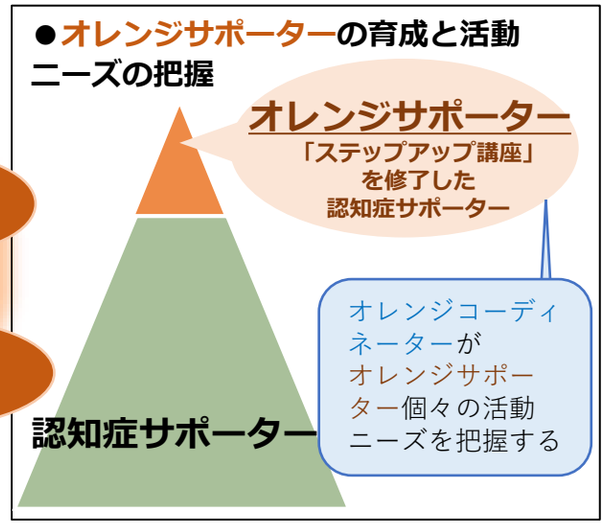
チームオレンジ三つの基本（厚労省HPより）

①ステップアップ講座終了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
②認知症の人もチームの一員として参加している。（認知症の人の社会参加）
③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる。



●オレンジサポーターの育成と活動

ニーズの把握



●チームオレンジの活動により、期待できる効果

◆認知症の人の孤立を防ぎ、機能低下を予防する（医療費・介護給付費の削減）

◆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（入院医療費、施設サービス給付費の削減）

◆認知症の人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。（QOLの向上）

◆家族の負担が軽減され、ケアラー支援が推進される。

◆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。

認知症の人の意思を尊重した社会参加、家族の負担軽減、地域住民の参画が一体的に提供される「チームオレンジ」の取組

⇒　地域全体の支えあいにつながる　⇒　共生社会の実現へ

札幌市におけるチームオレンジ

地域包括支援センター圏域

認知症の方・家族の
ニーズを集約

オレンジコーディネーター

支援ニーズに応じて
チームへつなぐ

地域包括支援センター

総合相談支援業務で、
本人・家族のニーズを把握
認知症の方の個性と能力をしっかり把握

オレンジコーディネーター

スマイルオレンジチーム（常設の普及啓発の場）

認知症普及啓発のためのパネル展示や講演会などを企画、開催

【認知症の方、家族、サポーターが一緒に取り組む】

- 本人も企画実践に参加できる内容をメンバーが主体的に計画する
- 啓発物や装飾の作成、企画など年間を通し活動を検討する。
- 本人・家族ミーティングを行う。
- 認知症予防の取組を実施

家族等　認知症の方

オレンジサポーター

町内会
福まち等

認知症
カフェ

かかりつけ
医

薬局

金融機関

スーパー
コンビニ

理美容室

拠点の利点

- 本人、サポーターの個性や能力を把握しやすく、個別マッチングにつながりやすい。
- 拠点を活用して家族が外出中の見守り支援や本人主体の活動支援ができる。
- オレンジサポーターの活動のきかっけとして参加しやすい。

活動ニーズに応じて
チームへつなぐ

オレンジコーディネーター

オレンジサポーターの
活動ニーズを把握

サポーターの個性と能力を把握する

拠点のない個別のマッチング

オレンジコーディネーター

支援メニュー

外出支援

- 認知症の人本人の外出支援
- 家族の外出支援

出前支援

- 認知症の人の自宅を訪れて話相手や、本人の趣味活動の支援など

その他

- 常日頃からの声掛けや見守り、単身高齢者への定期的巡回など

家族等　認知症の方

オレンジサポーター

修了

様々な形での複数のチームオレンジの立ち上げ

(例)男性介護者のつどいのチーム
(例)認知症カフェのチーム

家族等　認知症の方

オレンジサポーター

オレンジコーディネーター

ステップアップ講座の企画・開催

オレンジコーディネーター

チームオレンジの活動に協力の意向がある認知症サポーターに対して、ステップアップ講座の受講を働きかける

認知症サポーター

ステップ
アップ
講座

オレンジ
コーディネーター

プログラムと講師（案）一部抜粋

- 札幌市のチームオレンジについて（オレンジコーディネーター）
- 認知症の疾患の理解をさらに深める（認知症サポート医）
- 認知症の方と暮らす社会（認知症介護指導者）
- 当事者からのメッセージ（認知症の人と家族の会）
- グループワーク ～コミュニケーションのポイントと実際～（認知症介護指導者）
- 体験実習 ～認知症カフェ訪問等～