

令和8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*印は全国一律のセンター指標又は選択的項目（中間アウトカム・アウトプットやインセンティブ交付金の指標を除く）、★印は中間アウトカム・アウトプット指標又はインセンティブ交付金の指標、「市」は市町村指標）
- 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8年度に取り組む項目を、次の(1)～(4)とする。

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。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、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。

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、今後後期高齢者数の

伸びが顕著となり介護給付費も増加が推測されることから、半数はフレイル状態であるサービス未利用の要支援認定者へアプローチしていくことが重要となる。一方、令和6年度の介護保険法改正において、居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所の指定を受けられることとなったことを踏まえ、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務や地域ケア会議を活用した居宅介護支援事業所の介護支援専門員の支援、関係機関や地域組織とのネットワーク構築等を通じ、高齢者の自立に向けた取組を重点的に進めていく必要がある。

そのため、令和8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

重点 ア 地域における認知症高齢者への支援の体制強化

イ サービス未利用者等への支援

ウ 総合相談支援の充実・周知

基本 ア 高齢者の権利擁護の推進

イ 認知症初期集中支援推進事業の活用

ウ 家族介護者支援の強化

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化

重点 ア 介護支援専門員のニーズに基づく**環境整備に向けた取組の実施**

基本 ア 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携

イ 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

ウ 介護支援専門員との医療機関の連携強化に向けた取組の実施

(3) **地域ケア会議を活用した地域づくりの促進**

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推進に向けた取組

イ **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**

基本 ア 自立支援型個別地域ケア会議の積極的な実施

イ 個別地域ケア会議の目的に沿ったケース選定

ウ 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

(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

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

基本 ア 利用者のセルフケアの推進に向けた支援

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

(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。
- 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。
- 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。

【認知症施策】

- 認知症施策に関しては、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」において、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、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。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をするため、**令和8年度からすべてのセンターにオレンジコーディネーターを配置し、全市でチームオレンジの体制構築を図る。**

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

【サービス未利用者支援（フレイル改善マネジャーの配置）】

- ・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年度から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、サービス未利用者のうち約半数はフレイル状態であることが明確となった。**要介護状態となることを防ぐため、令和8年度からすべてのセンターにフレイル改善マネジャーを配置し、未利用者支援を強化する。**

【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）
- ・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）

【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、地域のキャラバン・メイトを有効に活用しながら、認知症介護指導者等とも連携し、認知症サポーター養成講座の実施を働きかけること。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」の体制を構築し、担当エリア内の認知症高齢者の支援体制の整備に努めること。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。

※以下の基準を目安に、**地域の実情やニーズに応じて、柔軟に実施することとする。**

(1)ステップアップ講座の企画・開催

年1回以上、地域住民等を対象に開催し、オレンジサポーターを養成。

(2)スマイルオレンジチームの運営

原則週1回、認知症の方、家族、サポーター、地域の方等の活動拠点として開催し、活動内容については、認知症の方の希望を聞き、チームメンバーで話し合いながらニーズに応じた活動を実施する。また、必要に応じて、認知症の方のニーズとサポーターをつなぐ個別マッチングを実施する。

(3)関係機関との連携等

医療機関や介護保険事業所、認知症カフェ、企業や町内会、民生委員等地域の関係機関にチームオレンジの活動内容について周知を図り、関係機関と連携しながら、認知症の方の支援体制の構築につなげる。

【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（市★）
- ・ 認知症の方と家族の支援ニーズの把握状況
- ・ 認知症サポーターの活動実態及びニーズの把握状況
- ・ 認知症サポーターの活動意向を確認し、チームオレンジなどの活動につなげた件数（市★）

【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
住民が多く訪れる商業施設において、チームオレンジのメンバーとともに認知症普及啓発イベントを開催してチームオレンジの活動紹介など普及啓発を実施。
- 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と認知症サポーターステップアップ講座をシリーズ化して開催し、チームオレンジの活動の中で、どのような活動ができればよいか意見交換を行い、スマイルオレンジチームの開設に向けて、意欲的なサポーターと、立ち上げに向けての準備会議を開催するに至った。
- 認知症の方のニーズに応じた活動
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。
- 地区内の医療機関や薬局、スーパー、飲食店等を周り、「認知症の方にもやさしいお店・事業所」登録事業について周知を行い、登録を機に認知症サポーター養成講座の開催につなげ、認知症の方の困りごとや要望などを伝え、認知症の方が暮らしやすい地域づくりに向けて、考えてもらう機会を作った。**

重点 イ サービス未利用者等への支援

- ・フレイル改善マネジャーを配置し、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。（フレイル改善マネジャーの活動内容は別途提示予定の活動マニュアルを参考に実施すること）
- ・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。

【活動指標】

※令和8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（又は基本チェックリスト）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）

（参考）状態増に合わせた案内基準の目安

状態像に合わせた案内基準（目安）

	予防給付 従前相当サービス	短期集中型サービス	介護予防教室・通いの場（介護予防センターの関与が必要）	インフォーマル セルフケア （情報提供）
日常生活自立度 （寝たきり度）	A以上	J2、J1	J2、J1、自立	J1、自立
日常生活自立度 （認知機能）	Ⅱ以上	I、自立	I、自立	自立
現病歴		骨・筋肉・ 関節の痛み	骨・筋肉・関節の痛み	
フレイル状態 （赤・黄・青）	赤	赤・黄	黄・青	青 ハイライト無し
認定申請した理由				「いざという時のためにとりあえず申請」に該当
サービスを利用しない理由				「いざという時のためにとりあえず申請」に該当 「サービスを利用しなくても自分で生活できる」に該当
31～29の質問項目			12「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が「①はい」に該当	7「椅子に座った状態から何もつかまらずにたちあがっていますか」が「①はい」に該当
その他		改善に対して意欲がある	改善に対して意欲がある	

※あくまでアセスメントする際の参考目安です。上記に必ず一致させるものではなく、個々の特性等を応じた支援をお願いします。

【取組参考例】

- 介護予防センターと包括の定例会議（月1回）にフレマネも参加し、フレマネの活動についても情報共有。お守り認定を減らすために、介護予防教室でも介護保険の現状とフレマネ業務についての説明をフレマネから実施することとなった。
- フレマネからのアプローチで体力測定や介護予防教室等に興味をもった対象者については、介護予防センターも一緒に訪問してもらい、顔つなぎをした上でつないだ。
- 更新2か月前のサービス未利用者に、介護保険の申請はサービス利用が必要になった時で間に合うことや相談先として包括があることを周知するチラシを送付。

重点 ウ 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。
- ・初回に他機関が相談を受けたものも速やかに引き継いで対応すること。
- ・高齢者の処遇困難事例については、支援内容や支援方法等を組織的に検討し、行政のバックアップを要すると判断した場合は、区保健福祉課相談支援係に相談すること。（★）
- ・ケース支援の進捗管理や終結の際においても、担当者個人ではなく組織として管理、判断できる体制を整えること。なお、支援の終結の目安は下記のとおり。（★）
- ・今後、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を把握し、相談されることが増加すると考えられるため、相談内容を分析するとともに、日頃から高齢保健福祉分野以外の関係者や関係機関との情報交換の機会を設けるなど分野横断的な支援ネットワークの構築を意識し（＊）、研修を開催するなど対応力の向上を図ること。（★）
- ・地域包括支援センターが総合相談窓口であることを高齢者のみならず、高齢者の介護者世代（就労世代や子育て世代など）に対しても幅広く周知するよう努めること。（＊）
- ・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（★）。

【活動指標】

- ・総合相談件数の増加（★）
- ・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★）
- ・8050世帯など複合的な課題をもつ世帯について区保健福祉課と共有した事例数

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

【取組参考例】

○対応力向上に向けた取組
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

て学んだことを反省点、他機関と連携したこと等を踏まえて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付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 高齢者の権利擁護の推進

- ・ 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・早期対応に努め、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（★）。
- ・ 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（*）。

【活動指標】

- ・ 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（★）

【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。

基本 イ 認知症初期集中支援推進事業の活用（★）

- ・ **別に定める札幌市認知症初期集中支援推進事業マニュアルを参考に**、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。区認知症地域支援推進員や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。
- ・ 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、年間1センター1件を目安に活用すること。

- ・認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修へ積極的に参加し、区内のサポート医との連携に努めること。

【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
- ・区認知症地域支援推進員と会議等により認知症のケア体制構築に向けて検討を行った回数

基本 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したり、家族会等と連携し、介護者支援を行うこと（★）。

※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。

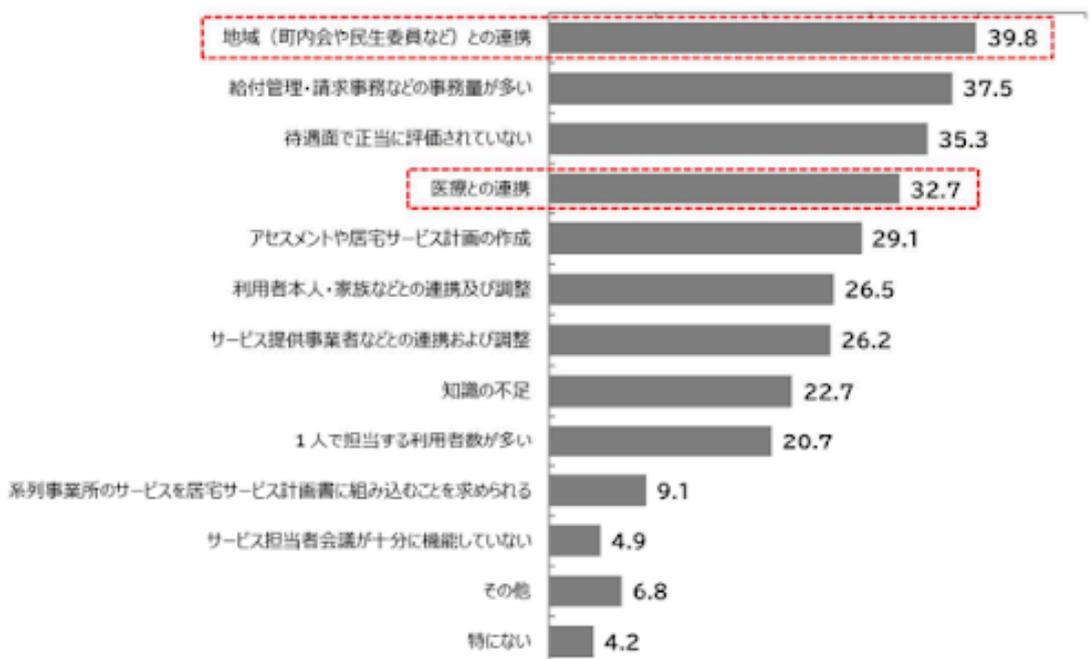
- ・栗山町のケアラー支援室より助言を受けて作成したケアラーを対象としたアンケートを、居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも協力していただき実施し、ケアラーの悩みやニーズ等について把握。
 - ・家族介護者のニーズに基づいた情報を掲載した介護者通信を定期的に発行。居宅介護支援事業所や医療機関等に配布し、介護をしている方に渡していただくよう依頼。
 - ・介護者のつどいを定期開催し、参加者の自主的なつどいの場づくりの動機づけを継続的に実施
 - ・総合相談票で家族介護負担、就労の有無、介護者の年齢を聞き取り、リストを作成。リストから必要な方をピックアップして家族介護者支援の取組に関する情報提供等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

(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4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

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
 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援
 介護支援専門員等の実践力向上支援
 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環境整備に向けた取組の実施

- ・介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握するとともに、介護支援専門員の実態やニーズを把握、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（★）。
- ・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、事業計画を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（★）
- ・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
 - ・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

【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。
 - ・介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類。日頃の業務からの気づきとしてヘルパー不足があることを地区連絡会議で共有し、区レベルや市レベルの地域課題として整理するか4者で検討
- 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。

【基本取組項目】

基本 ア 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。

基本 イ 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 ウ 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。
- ・札幌市在宅医療・介護連携に関する相談窓口（通称：在宅医療・介護・認知症サポートセンター）の積極的な活用を介護支援専門員に周知すること（★）。

【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企画。
- ・在宅ケア連絡会と連携し、事例検討会を企画。「退院時の事例を多職種で考えよう」をテーマに、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が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

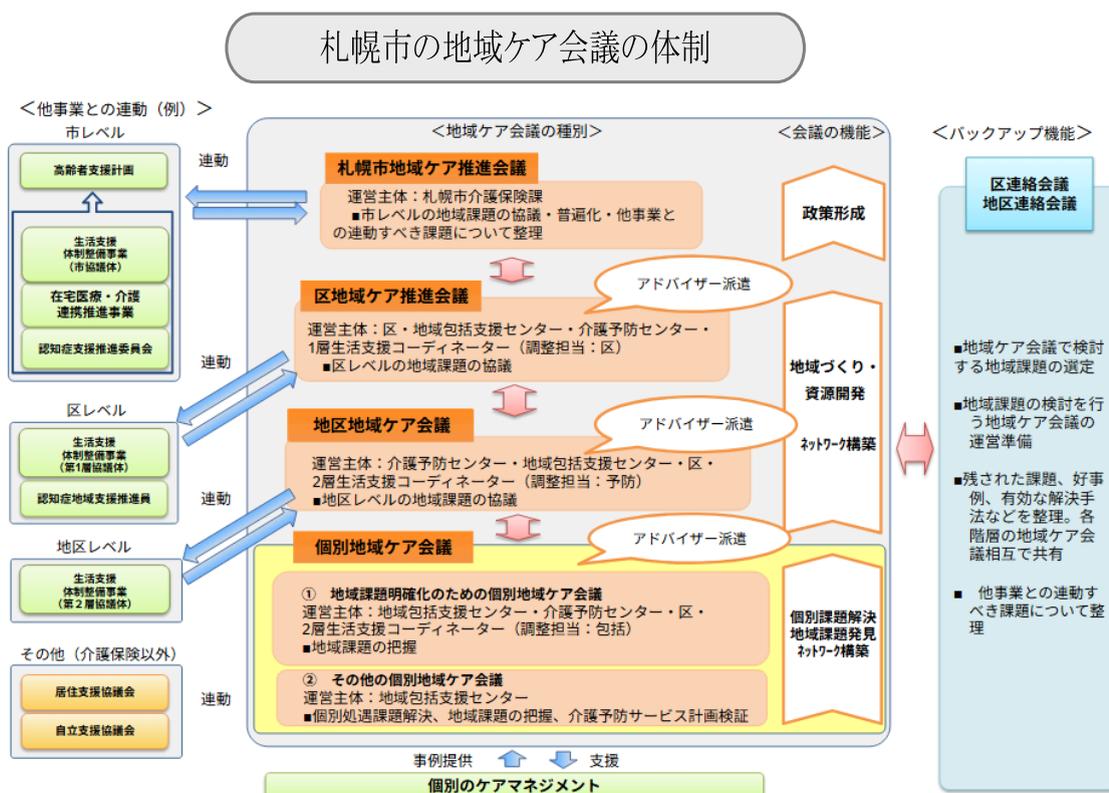
ページとの連動も可能となるよう作成。

- ・「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。

(3) 地域ケア会議を活用した地域づくりの促進

【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。
- ・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。
- ・今後は、個別地域ケア会議からの地域課題の抽出に加え、総合相談支援業務や包括的・継続的ケアマネジメント業務、介護予防ケアマネジメント業務等、日頃の業務から把握した地域課題を地域ケア会議を活用して解決することで、地域づくりにつなげていくことを強化する。

【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、**区健康・子ども課、介護予防センター、生活支援コーディネーターの4者で協働し**、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、事業計画を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7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、**地域課題明確化のための個別地域ケア会議に、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地域課題の解決につながることを実感してもらえ**るとともに、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（★）
 - └ **地域課題明確化のための個別地域ケア会議開催数**
 - └ 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。会議の冒頭で、必ず会議の目的や機能や活用のメリットを説明して理解してもらい、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。

重点 **イ** 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（**地域課題明確化のための個別地域ケア会議開催時は原則参加**）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。（★）
- ・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（★）
- ・地区ごと、包括エリアごとの地域課題について整理し、地区レベル、区レベルの地域課題についても、区健康・子ども課、介護予防センター、生活支援コーディネーターとともに抽出した地域課題の数の増加
- ・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。

【基本取組項目】

基本 **ア** 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

- ・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
- ・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 イ 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 ウ 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

- ・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）（★）
- ・センター内で振り返りを行い、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。
- ・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。

(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

自立支援や重度化予防、尊厳の保持等の意識の醸成
的確な情報収集と情報の提供
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
医療介護連携の促進
生活支援体制整備事業との関連
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（★）。
- ・センター職員のみならず、指定介護予防支援事業所として指定を受けている居宅介護支援事業所や再委託先の居宅介護支援事業所の介護支援専門員も対象とした研修に開催等により、再委託先も含めた介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を行うこと。
- ・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や再委託先等、要支援者のケアプラン作成を担っている居宅介護支援事業所に伝達を行うことに努めること。

【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
- ・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（★）

【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。

【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。

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

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

目標やセルフケアの取組の記録についての推進

セルフケアの取組状況の承認及び励まし

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）

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

高齢期におけるもしもの時（急病・災害等）の備え

基本 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。

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、**区健康・子ども課**、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、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、センター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。
- センターに対する利用者や家族からのカスタマー・ハラスメントに適切に対応できるように、法人やセンター内で研修を実施する等、カスタマー・ハラスメントに対する対応を整備すること。（＊）

(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）。全市的な共有や協議が必要と判断される場合は、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、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、**区健康・子ども課**、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）
- ・地域ケア会議の実績

（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。（＊）
- 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。
- **重点**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（＊）。
- 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
- ・フレイル改善マネージャ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30件/人（目安）とする。※再委託を除く
- ・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
- ・フレイル改善マネージャーとオレンジコーディネーターを兼務す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10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。

（なお、フレイル改善マネージャーやオレンジコーディネーターの業務を複数の職員で分担して実施する場合は、業務配分に合わせ、柔軟に対応して差し支えない）

【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。