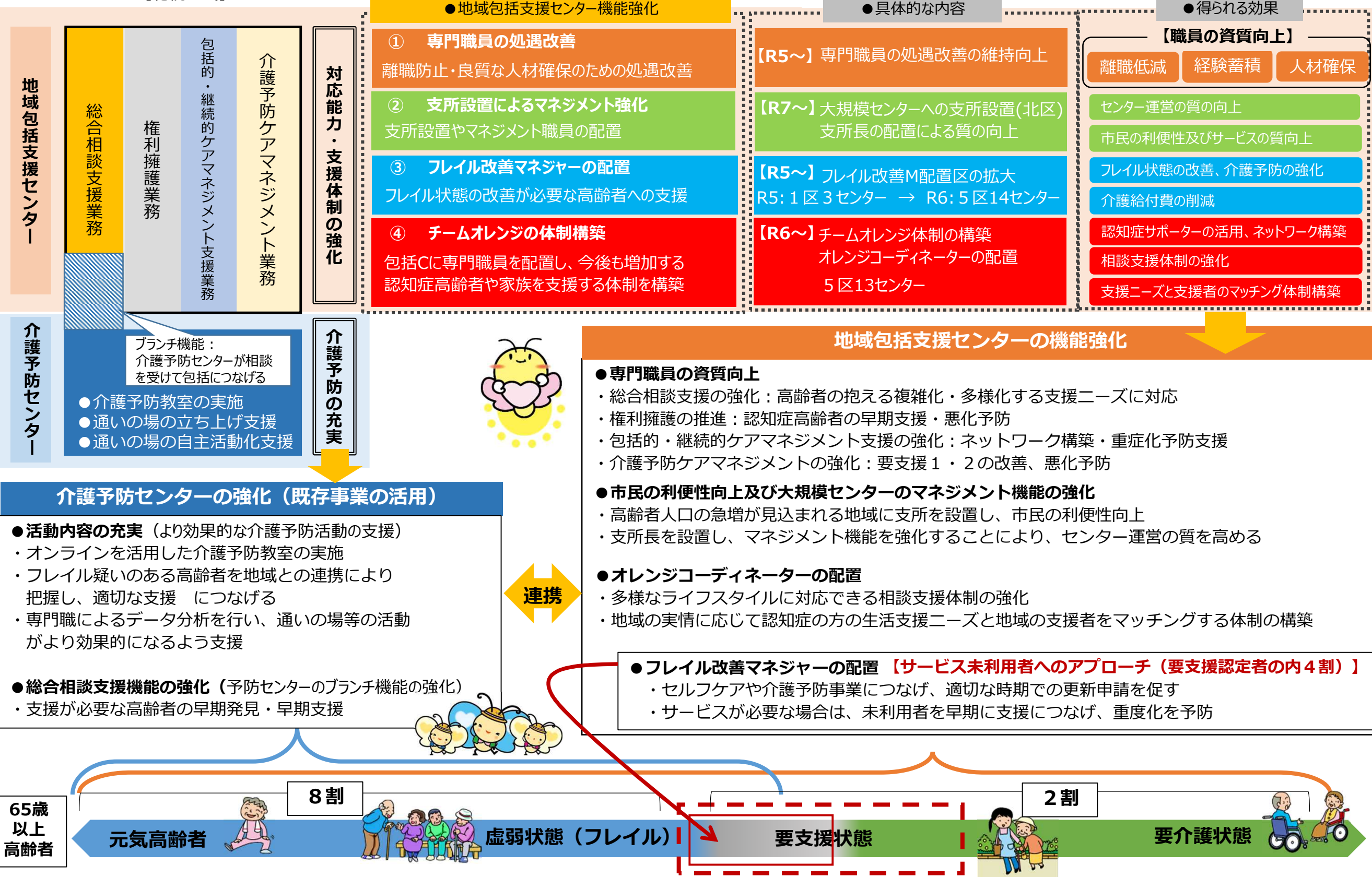


【基本目標】 いくつになっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまちづくり

【札幌方式】



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

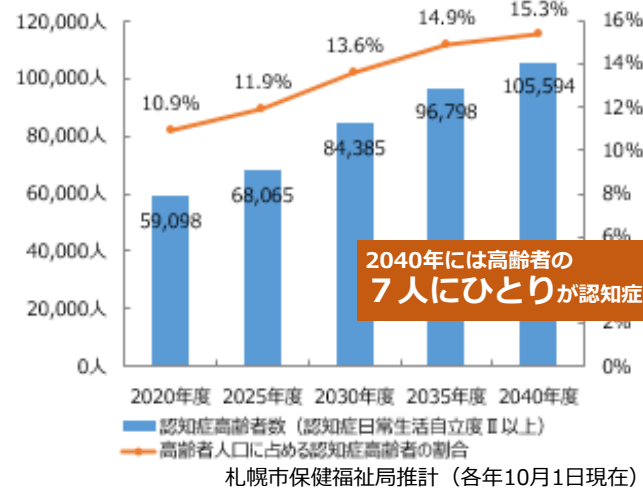
【市長公約】

「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



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

チームオレンジ三つの基本 (厚労省HPより)

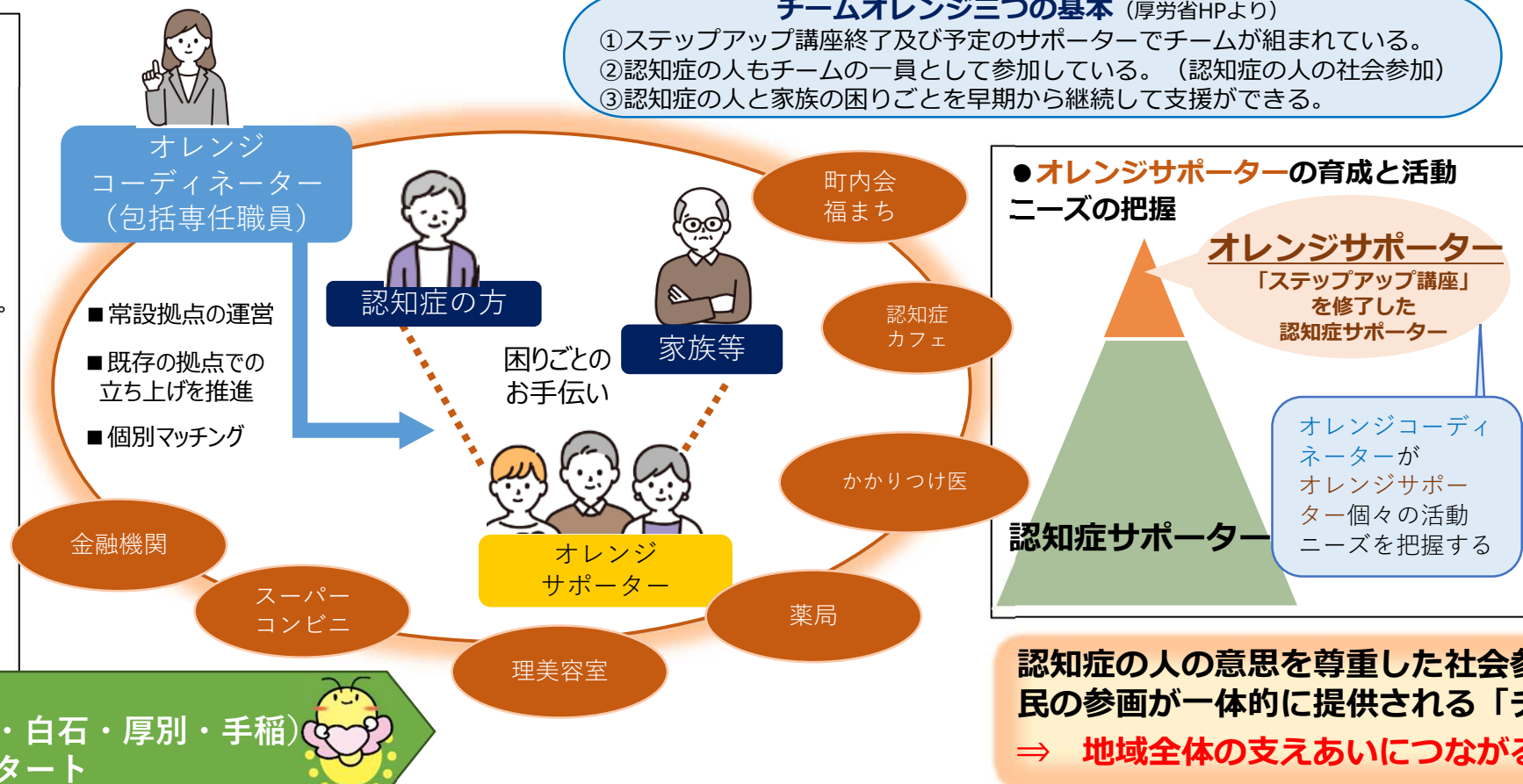
- ①ステップアップ講座終了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
- ②認知症の人もチームの一員として参加している。(認知症の人の社会参加)
- ③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる。

●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

