令和7年度札幌市地域ケア会議の開催実績について

資料6-1

○地域ケア会議は、多職種の連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見、地域に必要な資源開発や地域づくり、政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールのひとつとして、平成27年度から介護保険法に位置付けられた。
○札幌市では、平成27年度から既存の会議を市・区・地区・個別レベルに再編。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、地域包括ケアの実現を目指している。
○個別地域ケア会議には、専門職のアドバイザー派遣を受けられる仕組みを設け、多角的な視点での検討を行うことが可能となっている。個別課題解決型の他、令和4年度からケアマネジャー等が多職種のアドバイザーから助言を受けることで効果的な支援に活かす「自立支援型」個別地域ケア会議を実施。
○令和6年10月から、個別地域ケア会議を活用した、介護予防サービス計画の検証を開始。

＜他事業との連携＞

- 生活支援体制整備事業
  - 生活支援コーディネーター協議体
- 認知症施策
- 在宅医療・介護連携推進事業

連携

個別のケアマネジメント

事例提供

支援

＜地域ケア会議の種別＞

札幌市地域ケア推進会議
運営主体：札幌市介護保険課
■市レベルの地域課題の協議・好事例等の共有・普遍化

区地域ケア推進会議
運営主体：地域包括支援センター・介護予防センター・区保健福祉課
■区レベルの地域課題の協議・好事例等の共有

地区地域ケア会議
運営主体：介護予防センター・地域包括支援センター・区保健福祉課
■地区レベルの地域課題の協議・好事例等の共有

個別地域ケア会議
運営主体：地域包括支援センター
■医療・介護・福祉の専門職、民生委員、地域関係者などの連携による個別事例の総合的な検討、地域課題の把握

アドバイザー派遣

＜会議の機能＞

- 政策形成
- 地域づくり・資源開発
- ネットワーク構築
- 個別課題解決
- 地域課題発見
- ネットワーク構築

＜バックアップ機能＞

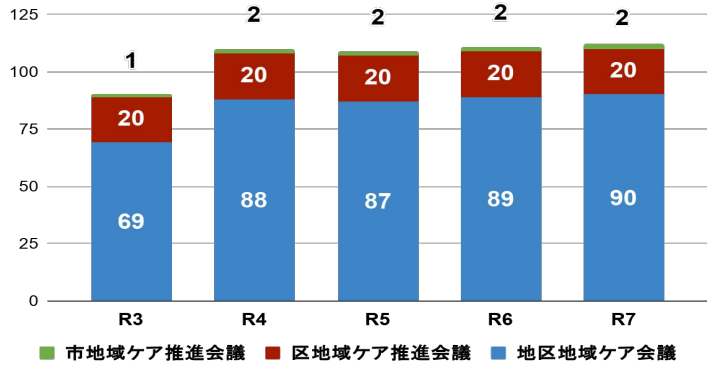
区連絡会議
地区連絡会議

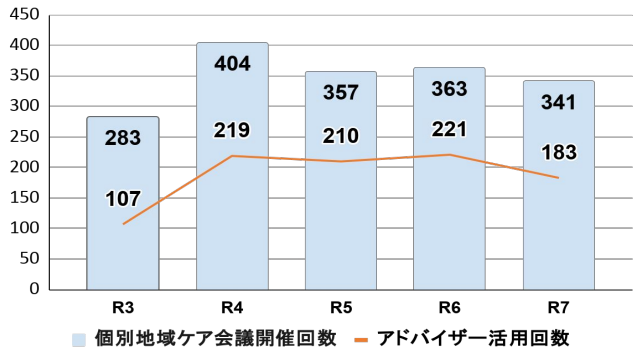
■地域ケア会議で検討する地域課題の選定

■地域課題の検討を行う地域ケア会議の運営準備

■残された課題、好事例、有効な解決手法などを整理。各階層の地域ケア会議相互で共有

【実績・評価】
・令和4年度からは、市、区、地区地域ケア会議の開催数はほぼ同数で推移。
・個別地域ケア会議の開催数は令和5年度からほぼ横ばいだが、1回の会議で複数事例の検討及び多職種のアドバイザー活用をする事例が増加している。自立支援型個別地域ケア会議は全体の44.2%。令和6年10月から開始した介護予防サービス計画の検証は、48件実施。





令和7年度　個別地域ケア会議実施結果（一部抜粋）①

目的	検討テーマ	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題 地域課題
自立支援	疾患を抱えながらも活動的に生活するために	70代夫婦世帯、要支援1。パーキンソン病、過敏性腸症候群の疾患があり、便秘傾向。服薬により改善傾向にあるが、服薬に頼らず、食事や運動で改善していきたいとの意向。	理学療法士・管理栄養士	≪アドバイザー≫ 〇理学療法士：運動量が多くカロリーを消費しすぎるため、適切な運動量について助言。 〇管理栄養士：適切な食事摂取量について助言。	包括：本人、家族へ現状の運動量、食事量について聞き取り。 本人：適切な運動量、食事量を意識しながら生活。	・便秘症状は継続しているが、デイサービス通所時にアドバイザーからの助言をデイサービス職員と共有できており、意識した生活を送ることができている。	・気軽に無料で健康相談ができる窓口の模索
自立支援	フレイル予防につながるオーラルケアの方法	要支援2、単身世帯。リウマチによる痛み、握力、嚥下能力の低下がある。歯周病も指摘されているが、手の痛みがある日は自身で歯を磨くことが難しい。	言語聴覚士・歯科衛生士	≪アドバイザー≫ 〇言語聴覚士：むせこみはリハビリで回復が望めるため、日頃からの自身の状況把握が大切である旨を助言。 〇歯科衛生士：継続通院や本人に合った歯ブラシ選択が必要な旨を助言。	CM：歩行時の負担軽減のための用具を提案。通院の必要性を本人へ説明。 歯科衛生士：治療状況の確認。本人への歯磨きの指導。	・アドバイザーの助言を取り入れ、本人が磨き方を工夫。	・近くに医療機関がなく、公共交通も少ないため、移動手段の確保が必要
個別課題解決	認知症疑いで視覚障がいのある方の支援	要介護2、単身世帯。糖尿病による通院を自己中断し、高血糖状態により入院。カードローン等により支払いが難しいが、視力の低下により収入に見合った買い物ができていない。	弁護士	≪アドバイザー≫ 〇弁護士：債務整理により利息カットの可能性が高く、支払いが早く終わる。 生活費に余力が生まれれば、必要なサービス利用につなげることができる。	本人：友人や弁護士の協力のもと、債務整理を実施。 包括：認知症専門医の受診方法を検討。	・カードローンについて、利息なしの返済に変更できた。 ・認知症初期集中支援チームを活用し、認知症支援専門医の初回訪問診療を実施。	・視覚障がいがある方も活用可能な制度等についての情報が不足している
個別課題解決	これからも人とのかかわりや集まりに参加したい	要支援1、単身世帯。脊柱管狭窄症を起こし、下肢が動きにくくなっており、歩行不安定で転倒もある。他、遺伝性痙性対麻痺、高血圧、高脂血症、頻尿で通院あり。	理学療法士・管理栄養士・薬剤師	≪アドバイザー≫ 〇理学療法士：簡単な運動の継続、歩行時の注意点について助言。 〇管理栄養士：食事の注意点、カロリーの減らし方について助言。 〇薬剤師：服薬時の注意点について助言。	CM：アドバイザーからの助言を本人及び関係機関へ共有。	・本人がアドバイザーからの助言を取り入れた服薬や運動を行うようになった。 ・地域での集まりに積極的に参加できるようになった。	・地域でのタクシー以外の交通機関で会合や集まりに1人でいける手段がない

令和7年度　個別地域ケア会議実施結果（一部抜粋）②

目的	検討テーマ	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題 地域課題
個別課題解決	認知症が疑われるが医療に繋がっていない方の支援	要支援2の母と同居。同居の母から包括へ、物の置き場所を忘れる、運転時に道がわからなくなる等の相談がある。本人は受診をする気がなく、母が困っている状況。	医師	≪アドバイザー≫ 〇医師：受診を拒否する方への受診の促し方、病院受診が難しい場合は訪問診療を検討するよう助言。	本人：訪問診療の受け入れ。 CM：訪問診療の調整、介護保険の申請。	・本人が訪問診療を受け入れ、受診は順調に経過。 ・ルールを設けた運転を取り入れ、母の買い物支援等、本人が役割を持つことができた。	・地域での認知症状があるが、必要な医療に繋がっていない方の支援方法の模索
ネットワーク	認知症で行方不明になったことのある方についてマンション内で理解を求める	要介護1、息子、夫と同居。認知症の症状により易怒性が高く、サービス調整が進まない。家族や自治会役員等との情報共有の場が必要。	無し	・本人が家族と離れて過ごすことが難しく、サービス調整が進んでいなかった。 ・日中同居家族が不在にする時間があるが、夫が1年後に退職のため、現状のまま過ごしたい。 ・行方不明時を想定し、身元確認シールを活用してはどうか。	CM：引き続きサービスの提案を行う。身元確認シールの活用を促す。 包括：マンション内の状況を確認し、関係機関と情報を共有する。	・本人の認知症状やサービス利用状況について、家族の理解が得られた。 ・身元確認シールを活用している。	・認知症への住民理解の促進
ネットワーク	CMとオレンジサポーターのネットワーク構築	要介護1、単身世帯。オレンジコーディネーターを兼任していたCMが支援していたが、要介護認定の更新により、担当CMが変更。本人が望む生活のため、ネットワーク構築の機会を設ける。	無し	・オレンジサポーターが行っている支援について共有。 ・外出支援でチームオレンジの個別マッチングが社会資源として活用できる。	本人：スマイルオレンジチーム ・認知症カフェへの参加継続。 CM：外出支援の調整。 包括：個別マッチングの調整。 オレンジサポーター：チームオレンジでの支援。	・オレンジサポーターが同行できない場合も、本人は認知症カフェに参加。 ・本人が困った際もCMへ連絡が入る関係性が構築できた。	・認知症の方のニーズの把握やマッチング、オレンジサポーターの数の育成が不十分
ネットワーク	将来への不安を抱えている方が住み慣れた地域で暮らし続けるために	要支援1、単身世帯。娘がいるが頼ることは難しい。身の回りのことは概ね自立しており、サービスの利用なし。家族との関係や経済面で漠然とした不安を抱えている。	無し	・早期の支援体制を整えられるよう、地域の方とのつながりを作る。 ・本人に介入している関係機関を共有し、情報の集約方法を検討。	包括：地域の方に包括の役割を説明し、気になることがあった際の連絡を依頼。 地域住民：日々の見守りを継続。	・地域の方が協力姿勢を示しており、日々の見守りを継続できている。 ・サービスの調整を行い、見守り機関を増やすことができた。	・地域で住民同士の互助が強い地域のため、専門機関の支援につながるまでに時間を要する

令和7年度　各地区地域ケア会議実施結果（一部抜粋）

地区	検討テーマ	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取組	成果、今後に向けて
山鼻	町内会における高齢者の外出の機会の創出	・町内会主催の様々なイベントが開催されているが、高齢者の参加率が低い。マンションが多く、近隣との関係も希薄で、困りごとの相談先がわからないとの声が多い。	・葬儀会社と連携し、高齢者向けの継続したイベントを計画。 ・地域の集会所を活用し、子どもから高齢者まで集まれる集いの場を創設することを検討。	・終活イベントを実施。初回は 15名の参加となった。今後は定期的に開催し、高齢者の外出の機会の一助としていく。 ・子どもから高齢者まで参加できるサロンの立ち上げを計画、SNSやチラシを使って参加者の募集を呼びかける。
白石	認知症の人もそうでない人も支え合う集いの場づくり	・利便性が高い反面、町内会や近所付き合いが希薄な傾向にあり、孤立から認知症リスクも高まる。住民の高齢化により、集いの場の担い手も不足している。	・認知症の方を受け入れるアイデアについて話し合い、サロンの開始に向け、住民への周知やサポーターの役割について調整。	・全10回のサロン立ち上げに向けた介護予防教室を実施。毎回15名程度が参加し、集いの場として地域に定着しつつある。 ・住民主体の運営に向けて、関係機関も介入しながら連携していく。
藻岩下	家族や地域住民の早期相談や早期発見へ繋がるために	・公的機関と繋がらない住民が多いほか、各町内会の見守り活動に差があり、重症化するケースが見られる。	・見守り活動や見守りツールを紹介し、各町内会で実施している見守り方法を共有。 ・活動の普及啓発の機械が少なく、地域住民に見守り活動が浸透していないため、周知方法について検討。	・見守りツールについて連合町内会会長へ紹介し、今後の地区活動で活用。 ・活動の普及啓発のため、チラシを印刷し、地区への回覧を実施。 ・地区組織への情報共有方法について、引き続き検討。
西野	町内会の現状把握と課題の共有、今後の方向性の確認	・単身世帯や要支援・要介護世帯認定を受けた見守りや支援が必要な住民が多いが、住民が見守りの必要性を十分理解していない。町内の交流会も高齢化により活動が続いていない。	・除雪や庭の手入れなどのニーズが多くなっているため、ニーズの調査が必要。 ・魅力的な活動を計画し、町内活動について興味を持ってもらえるような情報発信方法を検討。	・生活支援コーディネーターが中心となり、町内会へのニーズ調査を実施する。 ・活動が中止となっていた町内の交流会を復活させ、見守りの場として活用。 ・地区連絡会を活用し、心配な高齢者の情報共有を継続。

令和7年度　各区地域ケア推進会議実施結果①

区	検討課題	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取り組み	成果、今後に向けて
中央	**自分らしく暮らせる中央区を目指して**	チラシ等で相談先を周知しているが、情報量が多く紙面だと廃棄され必要な時に手元にない等の課題がある。また、窓口探しが当事者の自助頼みとなり情報獲得に差が生じている。	・高齢者相談窓口の周知にあたり、捨てられずに手元に残る媒体（マグネットクリップやカード等）の活用を検討。 ・包括の電話番号を記載したマグネットクリップを作成。	・民生委員、薬局、銭湯、中学校等へ配布を依頼し、依頼を通じて 新たな地域とのつながりを獲得。 ・効果検証はR8実施予定。効果的な周知方法を引き続き検討していく。
北	**若年層・元気高齢者に対し、認知症の方を早期発見するための気づきの視点を普及、啓発するには**	認知症の早期発見・早期支援の重要性が区民に十分浸透しておらず、重度化してからの相談となることが多い。各機関が取り組むものの、若年層や元気高齢者に関心を持ってもらえる取り組みができていない。	・商業施設や児童会館等、若年層・元気高齢者が多く立ち寄る場所へ協力依頼し、資料配架・掲示場所を拡大。 ・企業連携や地域のお祭りを活用した啓発活動を展開。	・企業や商業施設へ協力を依頼し、今後早期発見に関する資料配架の場を設ける方針。 ・次年度以降も認知症普及啓発へ継続して取り組む。
東	**介護予防の更なる普及推進に向けて**	介護予防センター等の活用に至らず重度化するケースが散見。従来の手法・周知では参加に結びつかない「無関心層」への新たなアプローチ方法が必要。	・北海道リハビリテーション 専門職協会東区支部、ケアマネ等にアンケート実施。 ・介護予防センターの 広報誌を作成し、地域活動のほか病院外来看護師、リハ職、 MSW、ケアマネへ周知活動を実施。	・病院MSWより「介護認定より介護予防」との相談が入り活動へ つなぐことが できた。 ・今後は「介護予防」を継続課題と捉え、定期的な広報誌の 更新や病院等への周知を継続。
白石	**白石区の見守りネットワークの強化に向けて**	支援が必要な方で、地域や職能団体と関わりがあるにもかかわらず、相談に繋がらないケースがある。	・北海道SW協会、相談支援事業所と交流・研修会を実施。 ・3年間の総括として相談件数推移や事例報告を行い、「枠を超えた繋がり」の進展を報告。	・北海道SW協会との研修・交流会を継続開催し、医療機関からの相談数が増加。 ・事例検討会に包括と居宅が参加し、互いの役割に対する相互理解が深まった。
厚別	**認知症の方がその人らしく地域で暮らすために**	・今年度第1回の区地域ケア推進会議にて、認知症と分かりにくい方や困り感のない方への支援の困難さ等の課題が判明。 ・認知症や共生社会に関する普及が重要。	・本人の生活習慣や想いを継続するために配慮すべき点、区市体制、地域の居場所・見守り、効果的媒体の 4視点を検討。相談窓口の 一元化、福まちサロン活用、紙媒体や口コミの有効性 等の意見が挙がった。 ・悪天候のため書面開催。	・専門職と地域住民が連携し、当事者ができることを伝えられる場・機会を創出する必要性を確認。 ・集約した意見を今後の事業展開に反映予定。

令和7年度　各区地域ケア推進会議実施結果②

区	検討課題	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取り組み	成果、今後に向けて
豊平	**認知症高齢者のケアラー支援を考える**	・高齢者本人への支援は、地域住民の理解や意識も高まってきている。 ・一方で、ケアラーの実態が十分に把握できておらず、支援の必要性が見えにくい状況がある。	・家族の負担が深刻化する一方、地域や多職種の連携不足が浮き彫りとなった。 ・シールや認知症講座の統一アンケートを活用しケアラー支援の必要性周知と標準化を図るとともに、チームオレンジ等に取り組みを組み込み、地域全体で家族を支える継続的な体制を構築する。	・イベントや講座で実施するシール・認知症講座アンケートは半期ごとに集計する。 ・上半期分（9月末集計）の成果をプロジェクト会議で共有して改善策を検討し、下半期の取り組みに活かす。
清田	**住み慣れた地域で安心して暮らすために**	・個人情報保護に関する認識の違いにより、認知症支援や見守り活動における情報共有が滞り、適切な支援に支障が生じており、支援を要する対象者の早期発見や相談、各種活動への参加を促進するために、個人情報保護に関する共通認識を形成することが必要。	・「本人同意が不可欠」という思い込みを解消し、生命・身体の保護など法令に基づく例外ルールを正しく理解する重要性を共有できた。 ・今後は町内会・福まち・民児協が中心となり、各地区での周知方法を決定し、実践に向けた取り組みを進めていく。	・個人情報保護の学びの広げ方については地区組織間で検討状況に差があり、実施に向けた支援ニーズを把握していく。 ・法の知識を組織活動に活かそうとする意識の高まりが見られた。
南	**安心して認知症になれるまち　みなみ区へ**	・R5～6年度の個別・地区地域ケア会議では、認知症への理解不足や見守り体制の必要性が繰り返し挙がり、安心して暮らせる地域づくりが求められている。 ・住民の中には認知症に対して「隠したい」「なりたくない」といったネガティブなイメージが根強い。	・認知症の人の周辺で発生した徘徊やゴミ出し等の近隣トラブルがネガティブイメージを助長し、「迷惑をかける存在」という偏見が当事者や家族の社会参加を抑制し、地域交流が進まないとの意見あり。 ・「自分事」として捉える工夫、ポジティブな情報発信、体験・学習機会の充実、学校・企業との連携を促進。	・地区地域ケア会議で「新しい認知症観」を広げる具体的取り組みを検討・実施。 ・養成講座やパネル展で当事者のメッセージ・作品を紹介。 ・オレンジランプ上映会を開催し、認知症を自分事と捉える機会を創出。 ・今後、医療介護専門職への普及啓発と取組紹介を予定。
西	**認知症があっても、家族であっても、誰もが参加できる通いの場の周知を効果的かつ効率的に進めていく方法の実現**	・通いの場の参加率は市内で最も高いものの、認知度や参加率は十分とは言い難く、必要な方が参加につながる仕組み作りが必要。	・周知媒体を作成し、区内医療機関等の関係機関から必要な方に紹介する仕組みを作る。 ・仕組みづくりにあたり、高齢、障がい、児童分野を横断した連携を促進。	・西区介護予防マップを作成し、関係機関に通いの場への理解を深めてもらうとともに、必要な方を通いの場や介護予防センターにつなげる協力依頼を実施。
手稲	**認知機能の低下した高齢者が地域で生活を続けるために**	「認知機能の低下した高齢者のひとり歩き」について、未然に防ぐ方法や行方がわからなくなったときの早期発見の取り組み（ネットワークづくり含む）の検討。	・警察の統計やGPS等のツール有用性、実際の事例について共有、認知症高齢者の外出リスクを地域共通課題として定義。 ・KJ法を用いたグループワークにより身元判別グッズ、「高齢者版 110番の家」の構想、チラシ配布など住民主体のアイデアが多数創出された。	・KJ法のまとめをフィードバックし、警察資料を民児協全体で配布。 ・包括主催で認知症の方の見守りツール体験研修会を開催。