



本物力こそ桑名力

桑名市地域包括支援センター 事業運営方針（案）

【令和 6 年度～令和 8 年度】



令和 6 年 4 月

（令和 7 年 月 日改訂）

【桑名市介護高齢課 介護予防支援室】

<目 次>

第1章

1. 地域包括支援センター

- (1) 位置付け
- (2) 運営方針
- (3) 管轄区域
- (4) 職員体制

2. 基本業務

3. 実績の評価

4. 情報の公開

5. 留意点

- (1) 職員の健康管理
- (2) 個人情報の取扱い
- (3) 事故発生時の対応
- (4) 24時間対応
- (5) 兼務の禁止
- (6) 提供資料・帳簿等の保全等
- (7) 身分証明書

第2章

1. 包括的支援事業

- (1) 総合相談支援事業
- (2) 権利擁護事業
- (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- (4) 地域ケア会議推進事業
- (5) 在宅医療・介護連携推進事業
- (6) 生活支援体制整備事業
- (7) 認知症総合支援事業

2. 介護予防・日常生活支援総合事業

- (1) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援業務）
- (2) 介護予防・生活支援サービス事業
- (3) 一般介護予防事業

3. 任意事業

(1) 介護給付適正化事業

(2) 家族介護支援事業（SOSステッカー）

(3) 成年後見制度利用支援事業

4. 感染症対策・防災対策

【第1章】

1. 地域包括支援センター

(1) 位置付け

地域包括支援センターは、介護保険法第115条の46第1項で「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されるもの」と定義されており、地域の高齢者の「総合相談支援」、「権利擁護」、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」、「介護予防ケアマネジメント」など、高齢者の自立した生活の支援のために、必要な業務を総合的にを行います。

言い換えれば、地域包括支援センターは、市の委託を受けた準公的機関として市の地域包括ケアシステムの中心に位置付けられ、地域包括ケアシステムの深化・推進にあたって中心的役割を果たすとともに、重要な役割を担う機関であると言えます。

公正・中立的な立場で様々な協働を目指す地域包括支援センターは、信頼される立場になることを忘れてはいけません。

また、災害時においては、準公的機関である地域包括支援センター職員として、管轄区域に関わらず、高齢者の命を守ることを優先するものとします。

(2) 運営方針

(i) 地域包括支援センターとしての自覚の徹底

地域包括支援センターは、介護保険の保険者である市の委託を受けて事業を運営する準公的機関として、公正で中立性の高い事業運営を行います。地域包括支援センターの職員は、常にこの事を自覚し職務に従事します。

事業の運営にあたっては、「規範的統合」（自治体が進める地域包括ケアの基本方針が、地域内の専門職や関係者に共有される状態）を推進する一環として、市と一体となって、地域の関係者や、介護保険の被保険者である高齢者及びその家族、介護保険サービスを提供する介護サービス事業者及び医療機関に対し、桑名市地域包括ケア計画の基本目標等について、様々な機会を通じて周知するとともに、地域の課題等の解決に向けた地域包括ケアシステムの今後の方向性を市とともに検討します。

(ii) 「チームプレー」の励行

地域包括支援センターの職員は、様々な業務を効果的に実施するため、介護事業者や医療機関等地域の関係機関等と連携を図ることはもちろんのこと、業務を適切に実施するため、地域包括支援センターにおける組織マネジメントを通じて、保健師または看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種をはじめとするセンターの職員全員が、地域の課題に対する共通認識を持ち、目的を共有化し協力して事業を実施しなければなりません。

(iii) 地域づくりの推進のための「プレーヤー」から「マネージャー」への転換

高齢者がいきいきと暮らし続けられる地域包括ケアシステムの深化・推進のためには、地域全体で問題意識の共有をしなければなりません。

地域包括支援センターの職員は、自らサービスを提供する「プレーヤー」から、地域の関係者と協働し、地域住民が自発的に活動や参加ができるよう働きかける「マネージャー」へ役割を転換することが必要です。

具体的には、介護サービス事業者が実施する運営推進会議への出席等その他様々な機会を通じ、地域の関係者等に対して、主に下記の事項を共有します。

主な内容	主な周知の機会
健康づくりと介護予防の推進	・各種研修会・講演会 ・「介護・医療連携推進会議」 または「運営推進会議」 ・「健康・ケアアドバイザー」 ・戸別訪問等による 総合相談支援 ・地域もしくは 「協議体」の勉強会等
セルフケアマネジメント（養生）の推進	
社会参加・住民主体の活動の促進	
リエイブルメント（再自立）について	
在宅医療やACP（アドバンス・ケア・プランニング）	
認知症の「共生」と「予防」 ～共生社会の実現を推進するために	
医療と介護、認知症を支える関係者のネットワークづくり	
高齢者虐待の防止・権利擁護	

なお、「プレーヤーからマネージャー」への役割転換は重要ですが、地域包括支援センター職員は、経験豊富な職員から経験の浅い職員まで様々であり、まず「プレーヤー」としての経験を踏まえたうえで「マネージャー」への転換を成し遂げていくことが大切です。

また、介護予防及び日常生活支援に資する地域づくりの推進には、市が実施する下記の事業と連携し、取り組むことが重要です。

① 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

これまでも保健医療課の健康増進事業と、地域包括支援センターの介護予防事業が一体的に展開され、その効果を十分に発揮してきました。今後も保健医療課等と引き続き連携し、高齢者の健康保持及び介護予防に取り組みます。

② 高齢者運転免許自主返納者支援事業・特殊詐欺防止機器設置補助事業

運転免許証自主返納支援事業を受けた方の情報を市と共有し、免許返納後の不安や心配事を軽減するため、支援を受けた方の訪問等を行います。

また、特殊詐欺被害が後を絶たず、特に高齢者が被害に遭いやすいことから、補助を受けた方の訪問等を行い、被害の防止と高齢者の不安等に対する支援を行います。

(iv) 業務の効率化

2025年は団塊の世代が後期高齢者となり、リスクを抱えた高齢者の増加、また複雑な課題を抱えるケースの増加等により、地域包括支援センター職員の業務負担が増えています。

そのため、現在の事業の継続や、さらに新しい事業を進めていくために、スクラップ＆ビルドの視点を持ちながら、事業やケースの優先度を総合的に検討・判断し、計画的・効率的に取り組むことが重要です。

(v) その他

地域支援事業実施要綱等の関係法令・通知等及び一般財団法人長寿社会開発センター発行の『地域包括支援センター運営マニュアル3訂（令和4年4月発行）』を参考に業務に取り組みます。

(3) 管轄区域

地域包括支援センターの管轄区域は、日常生活圏域等を勘案して市が設定しています。

ただし、区域ごとの高齢者人口の平準化と地域の実情等を勘案し、地域のつながりを守り、それを活かすことができる区域となるよう必要に応じて見直しを行います。

(4) 職員体制

(i) 管理責任者

地域包括支援センターには、管理責任者（センター長）を必ずしも定める必要はありませんが、指定介護予防支援事業所には、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準により、常勤の管理者をあらかじめ定める必要があります。

(ii) 職員の配置

地域包括支援センターには次の職種の職員を配置します。

- ・保健師その他これに準ずる者※1) 2名
- ・社会福祉士その他これに準ずる者※2) 2名
- ・主任介護支援専門員その他これに準ずる者※3) 2名
- ・介護支援専門員 2名（認知症初期集中支援チーム員または認知症地域支援推進員として活動する者）

各職種は常勤専従であることが望ましいが、確保が困難である等やむを得ない場合は、主要な3職種（保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員）の各2名の内1名を常勤専従とし、残る1名は非常勤も可とします。

※1) 保健師または地域ケア、地域保健等の経験のある看護師（主に、介護予防ケアマネジメントを担当）

※2) 社会福祉士または介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者（主に、総合相談支援・権利擁護を担当）

※3) 主任介護支援専門員または実務経験を有する介護支援専門員であって、ケアマネジメントリーダー研修修了者でケアマネジメントリーダー実務（相談、地域の介護支援専門員への支援等）に従事している者（主に、包括的・継続的ケアマネジメントを担当）

さらに、管轄区域ごとの高齢者人口を基に、職員配置の加減が可能となることから、下記の【職員配置加配表】を参考に、地域包括支援センターの職員配置の充実に努めるものとします。

【職員配置加配表】

第9期地域包括ケア計画における 地域包括支援センターの設置 R6.9月末現在高齢者人口			
高齢者数の増減を見据えて、職員数の配置基準が柔軟にできる			
地域包括 支援センター	高齢者数	基本の職員配置	職員配置の加減
東部	6,990人	8	+1
西部	7,799人	8	+1
南部	5,822人	8	
北部西	10,599人	8	+3
北部東	6,955人	8	+1

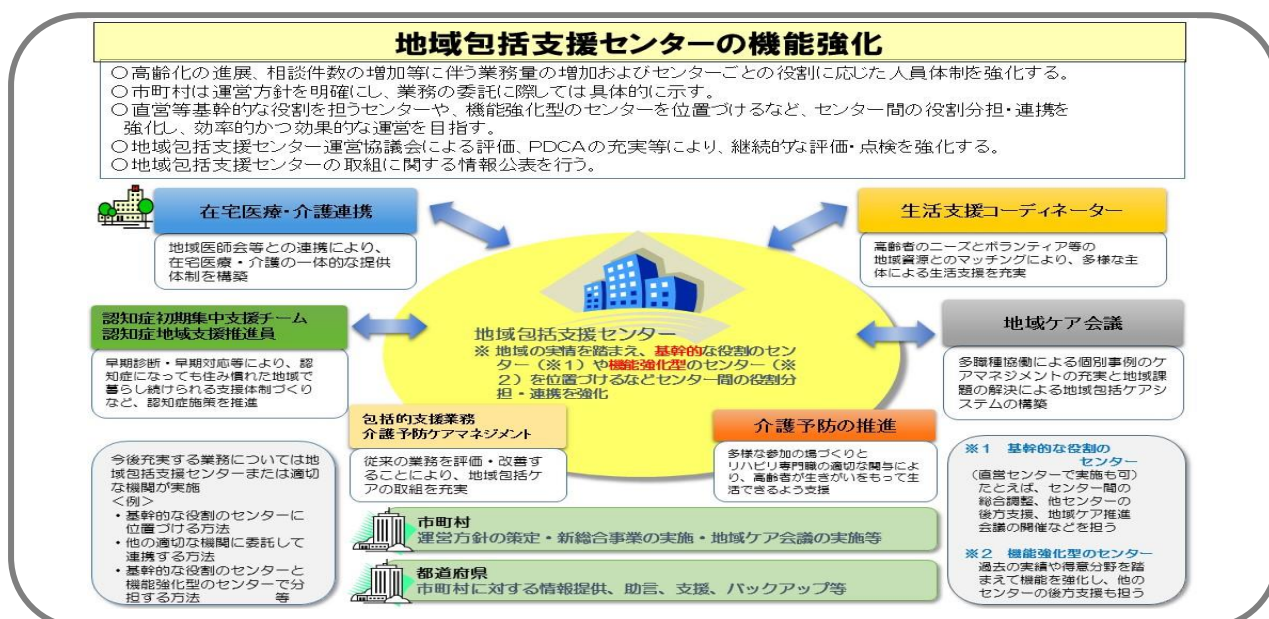
・高齢者人口に応じて職員の加配を可能とします

・加配分の職員は非常勤でも可。ただし常勤換算で常勤配置とします。

高齢者数 6,000人～8,000人につき職員を+1人、8,000人～10,000人につき+2人、10,000人～につき+3人、基本の8人配置した上で、加配分の人員配置を可能とします。

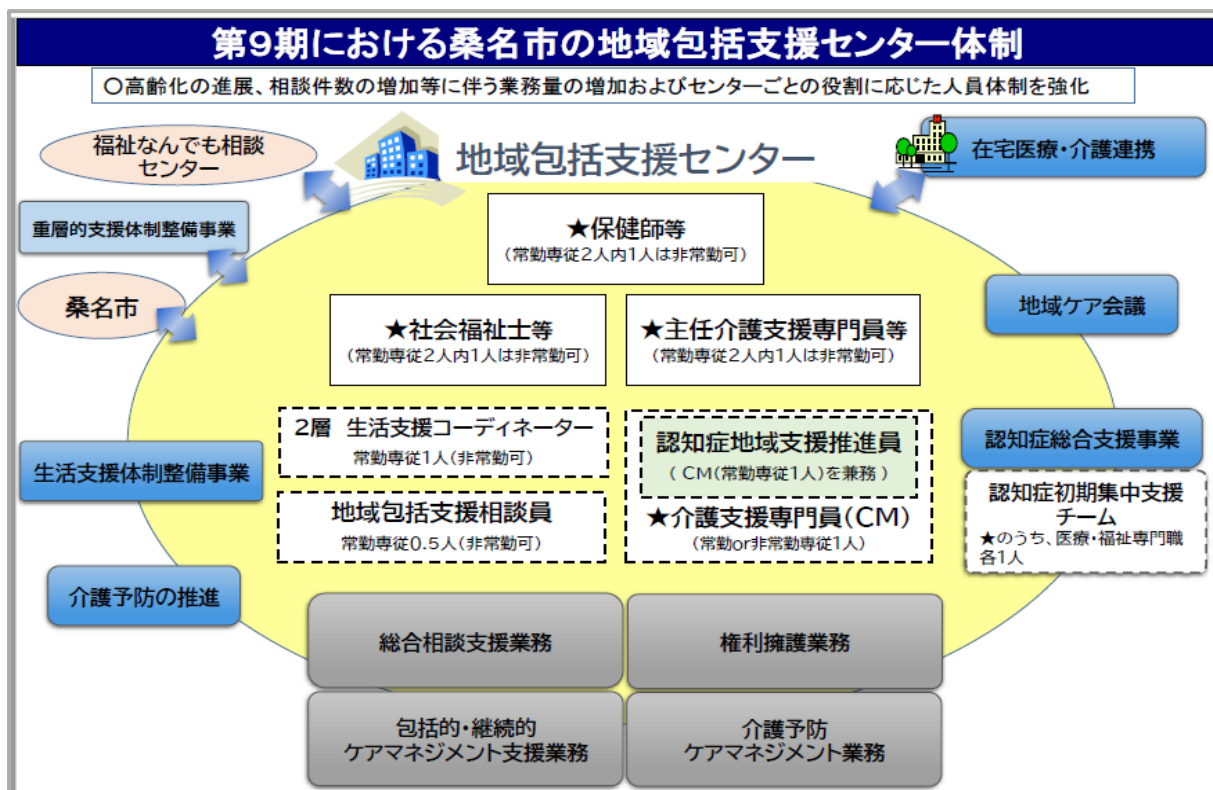
職員の配置に当たり、下図のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業や在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業等多岐にわたる業務を遂行しなければならないこと、さらに、高齢者だけでなく子ども、障害者等全ての人が地域や暮らしの中で生きがいをつくり高め合うことができる地域共生社会の実現に向けて取り組むに当たり、その果たすべき役割及び重要性がますます高まっています。

このことから、地域包括支援センターの職員は相当のスキルや資質を持つ職員の配置が望ましく、かつ地域との連携やつながりを継続するためには、長期間の配置が望ましいと考えます。



<出典> 厚生労働省

また、主要な3職種以外に、地域包括支援相談員、生活支援コーディネーターを配置し、地域包括支援センターの体制強化を図っています。



上記それぞれを構成員として、桑名市と地域包括支援センターとの間での連絡調整を円滑に実施するための会議を定期的開催します。

(iii) 職員の人材育成

「地域包括ケアシステム」の深化・推進のためには、介護保険の保険者である市職員のみならず、市の委託を受けて事業を運営する準公的機関である地域包括支援センターの全ての職員は、セミナー及びシンポジウム等の研修会に積極的に参加し、自ら一定の専門性や能力を研鑽し自らの資質向上に努めることが重要です。

(iv) 認知症施策推進のための職員配置

すべての地域包括支援センターに、下記の①、②の要件を満たした認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員を配置します。

① 認知症初期集中支援チーム

桑名医師会の推薦を受けた医師のほか、国が定める要件※₄を満たす専門職で構成します。

地域包括支援センターのチーム員は医療系専門職、介護・福祉系専門職各1名以上を含む2名以上とします。

② 認知症地域支援推進員

国が定める要件※₅を満たし、国が実施する「認知症地域支援推進員研修」を受講した者、または伝達研修等で受講内容を共有する等、推進員の活動を行う上で有すべき知識を修得した者（今年度中に受講見込みの者を含む）とします。

※ 4 「地域支援事業実施要綱」（厚生労働省）（抄）

（認知症初期集中支援チーム員の構成）

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下のアを満たす専門職 2 名以上、イを満たす専門医 1 名の計 3 名以上の専門職にて編成する。

ア：医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員またはこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの

イ：認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に 3 年以上携わった経験がある者、または国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

※ 5 「地域支援事業実施要綱」（厚生労働省）（抄）

（認知症地域支援推進員の配置）

認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）は、地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に配置することとし、以下のいずれかの要件を満たす者を 1 人以上配置するものとする。

ア：認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴

覚

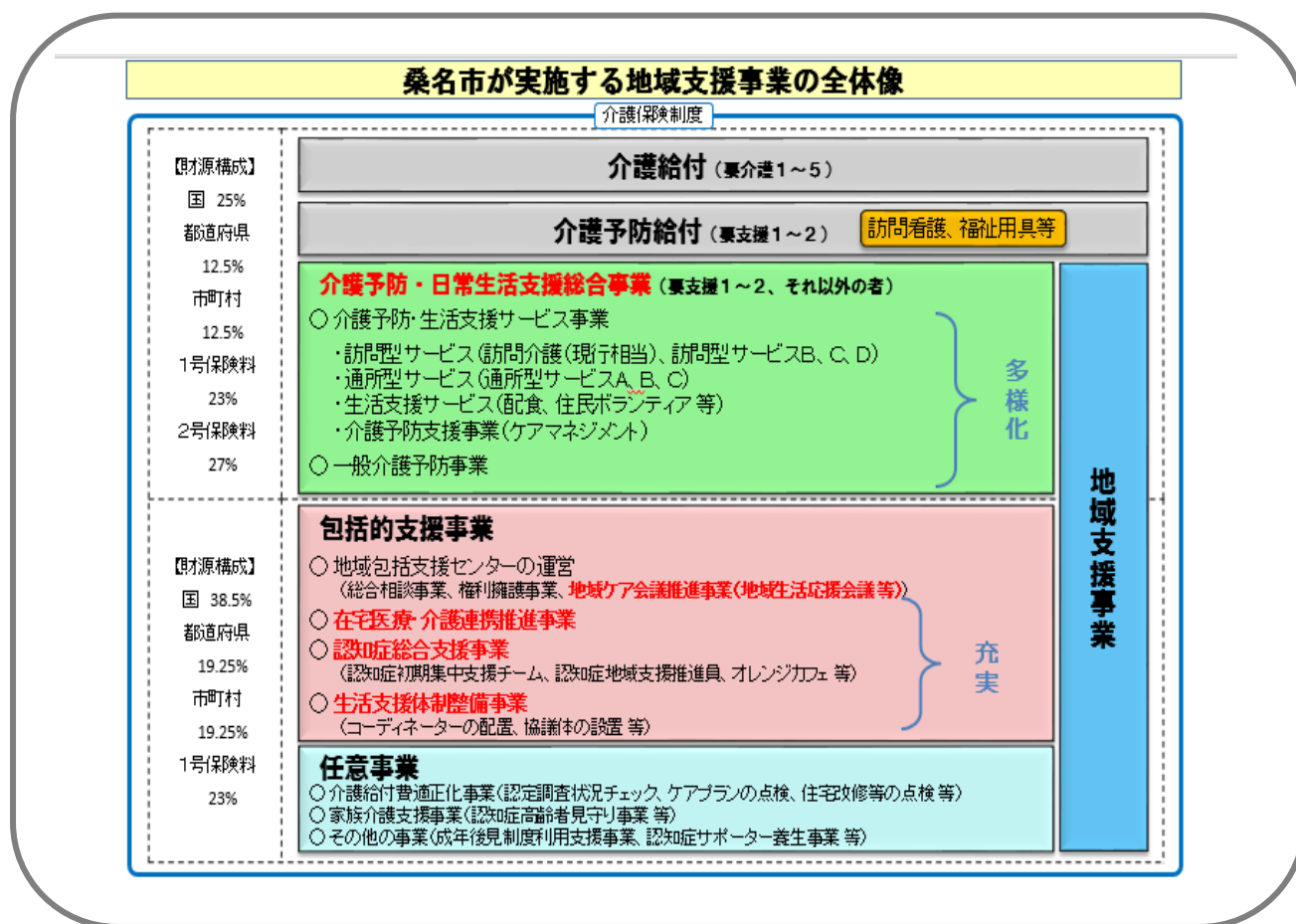
士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士または介護支援専門員

イ：ア以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）

2. 基本業務

地域包括支援センターは、介護予防給付（詳細は『地域包括支援センター運営マニュアル3訂（令和4年4月発行）』を参照）及び「地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業及び任意事業（詳細は「第2章」を参照）」を実施します。

また、地域包括支援センターは、管轄区域における地域課題や地域資源を把握することはもちろん、地域に出向くことで実情を十分に把握し、適宜、個別訪問等の相談業務を行うことで事態が複雑化する前に対応するように努め、保険者にその報告を行います。



3. 実績の評価

地域包括支援センターにおける事業評価は、地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）において、市町村や地域包括支援センターは地域包括支援センターの事業について評価を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされており、法第115条の46条第4項及び第6項の条文の趣旨に則り、実施をします。

地域包括支援センター評価指標の構成

■地域包括支援センター指標■

領 域	活動目標
1. 地域包括ケアシステムの構築・推進	1 市町村全体を踏まえた担当圏域の現状および将来像やニーズを把握する
2. 組織・運営体制	1 市町村の実施方針に従って、地域包括支援センターの機能強化に向けた事業計画を作成し、必要に応じて業務改善を図る
	2 センターが効果的に運営できるように、組織マネジメントを行う
	3 センター職員の人材確保および育成を図る
	4 市町村が示している個人情報の取扱方針や苦情対応方針に従い、センターにおいて適切に対応する体制を整え実践する
3. 総合相談支援事業	1 地域包括支援ネットワークを構築する
	2 市町村と相談事例を共有・分析し、支援に活かす
	3 家族介護者支援に取り組む
	4 複合的な課題を持つ世帯の相談に適切に対応する
4. 権利擁護事業	1 高齢者等の権利擁護のための普及啓発や対応を行う
5. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	1 担当圏域の居宅介護支援事業所の状況を把握し、地域のケアマネジャーの支援ニーズに基づいた対応を行う
	2 市町村の方針に則り、介護予防サービス計画の検証を行う
6. 地域ケア会議	1 センター主催の個別ケースを検討する地域ケア会議において、多様な視点から個別事例の検討を行い、対応策を講じる
	2 地域ケア会議において、地域課題を把握し、適切に対応する
7. 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援	1 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を適切に実施する
8. 包括的支援事業(社会保障充実分)	1 事業間連携を推進する

令和6年6月7日厚生労働省老健局振興課長通知「「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化 について(通知)」の一部改正について」より抜粋

4. 情報の公開

地域包括支援センターは、厚生労働省が運用する「介護サービス情報公表システム」を活用し、事業運営状況等の情報を公開します。

また、地域包括支援センターは、毎月、担当区域における地域資源及び取り組みをメールマガジン「健康・ケア情報」として発信します。

5. 留意点

(1) 職員の健康管理

地域包括支援センターは、その職員の健康状態について必要な管理を行わなければならないことから、関係法令に基づき職員の健康診断を定期に行う等の健康管理を行います。

(2) 個人情報の取扱い

地域包括支援センターでは、日頃から多くの個人情報を取り扱うため、個人情報保護法及び委託契約書の個人情報の取扱いに関する特記事項を遵守しなければなりません。特に、次に掲げる事項に留意しなければなりません。

(i) 地域包括支援センターにおける各事業の実施に当たり、各職種が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることを鑑み、個人情報の取得及び利用目的について、あらかじめ本人から了解を得なければなりません。

(ii) 相談業務を行う際には相談者はもちろんのこと、相談関係者のプライバシーには十分配慮をしなければなりません。

(3) 事故発生時の対応

地域包括支援センターは、運営上事故が発生した時は、速やかに市及び利用者とその家族等の関係者に連絡を行うとともに、下記の措置を講じなければなりません。

(i) 事故の状況及び事故に際して取った処置について常に記録し、組織で対応します。

(ii) 前項に規定する措置を講じる旨及びその実施方法をあらかじめ定めておきます。

(4) 24時間対応

緊急時の対応等の場合を想定し、地域包括支援センターの職員に対して速やかに連絡が取れ、24時間相談に応じられるような相談体制を整備し、内線機能・転送機能を持つ専用の電話回線を1回線以上設置します。

(5) 兼務の禁止

地域包括支援センターの職員は、各その業務を適切に実施するために、地域包括支援センター以外の業務との兼務は原則禁止となっています（指定介護予防支援業務との兼務は可）。

（６）提供資料・帳簿等の保全等

地域包括支援センターの運営に当たり、市から提供された資料については、安全かつ確実に保全し、第三者に提供または使用させることはできません。また、運営に係る経費と他の事業と経理を明確に区分した上でその収入及び支出の状況を明らかにしておくとともに、帳簿及び支出についての証拠書類を事業終了の年度の翌年度から５年間保管します。

（７）身分証明書

地域包括支援センター職員は、勤務に服するときは、身分証明書を必ず携帯します。

また、その職を解かれたときは、直ちに身分証明書を返還します。

【第2章】

地域包括支援センターの事業内容

1. 包括的支援事業

(1) 総合相談支援事業

総合相談支援事業は、地域に住む高齢者等に関するさまざまな相談をすべて受け止め、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローするとともに、必要に応じて地域包括支援センターの各業務につなげていくことが目的です。つまり、地域包括ケアとしての継続支援の入り口となるのが総合相談です。これは、地域包括支援センター及び市の福祉なんでも相談に相談をすると、あらゆるサービスの調整まで可能となるといった「ワンストップサービスの拠点」としての機能を果たします。

本事業は、初期段階での適切な相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築及び、地域の高齢者の状況把握等を行うものです。

地域における高齢者の在宅生活を支えるためには、高齢者本人のみならず、本事業の実施を通じて介護を行う家族等（ヤングケアラーを含めた家族介護者）に対する支援を行うことも重要です。（「地域包括支援センターの職員等を対象とした家族介護者支援に関する研修カリキュラム及び家族介護者のつどいの場を立ち上げるためのマニュアルについて（周知）」（令和5年6月5日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡等を参考にしてください）。

また、複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、地域包括支援センターを含む相談支援を担う事業者は、相談等を通じ、自らが解決に資する支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合には、必要に応じて適切な支援関係機関につなぐことが努力義務とされています（社会福祉法（平成26年法律第45号）第106条の2）。

これらを踏まえ、総合相談支援事業の実施にあたっては、市の福祉なんでも相談の他、相談支援を実施する他の機関と連携するとともに、必要に応じて引き続き相談者とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら相談支援に当たってください。（下段の※6「重層的支援体制整備事業」も参照してください）

なお、地域包括支援センターにおいては、適宜、介護予防把握事業等の各種データを活用し、地域包括支援相談員による個別訪問等のアウトリーチからの総合相談支援を実施することにより、早期発見・早期対応に努め、ケースの重度化・困難を予防する視点が重要視されます。

※6 「重層的支援体制整備事業」

- ・属性や世代を問わない相談を受け止める「包括的相談支援事業」
 - ・社会とのつながりを回復するため既存の取り組みに加え既存の取組では対応できない狭間のニーズに対応する「参加支援事業」
 - ・住民同士の顔の見える関係性の育成を支援する「地域づくり支援事業」
- 上記3つの事業を一体的に行うことで、重層的支援体制（属性、世代を問わない相談・地域づくりの実施体制）の構築を進める事業。

（２）権利擁護事業

地域包括支援センターは、権利擁護事業として、高齢者等に対する虐待の防止とともに虐待の早期発見、早期対応及び、養護者の支援、その他高齢者等の権利擁護全般に必要な事業を実施します。

そのため、権利擁護事業では、地域の住民や民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において安心して尊厳のある生活ができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行います。なかでも、一定のリスクを抱える高齢者については可能な限り早期に問題を把握し、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられるよう支援し、これら**リスクを抱える高齢者の把握を早期に行うために、介護事業所・住民に対する周知をより一層推進**していくことが重要です。

（い）高齢者虐待の防止と対応

高齢者虐待防止のためには、地域の関係者へ周知を行い、理解を求めることと、相互に連携して対応することが重要です。

① 地域の関係者が自ら、虐待の早期発見・早期通報をしていただけるよう、地域包括支援センターは高齢者の権利擁護・虐待防止について周知を行います。特に、「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」に基づくデータを活用し、虐待等に関するリスクを抱える高齢者の早期発見のため、戸別訪問を実施します。

② 虐待の情報を受けた場合には、迅速かつ適切に事実を確認した上で、通報票を作成し市へ提出します。この際の留意点としては、虐待者（養護者）、被虐待者双方の主張をよく聞き、客観的に事実を確認し、思い込みや不確実な情報に惑わされないよう、丁寧な対応が求められます。

③ 必ず担当地域包括支援センター内外の多職種で対応策を協議し、市と連携した上で適切に対応します。必要に応じて、地域支援調整会議を開催し、関係者との情報共有と支援方針の協議を行い、合意と意思統一を図ります。

なお、やむを得ず分離措置を取る場合は、「桑名市高齢者虐待防止ネットワーク委員会」等を活用し、多職種でより良い対応方法を協議した上で対応を進めます。

④ 高齢者虐待に関する事例検討等を内容とする「桑名市高齢者虐待防止ネットワーク委員会」を市が開催するにあたり、地域包括支援センターはこれに協力します。

⑤ 「８０５０問題」のような複合課題の場合、地域包括支援センターのみで抱え込まず、他機関と協力し、養護者支援の視点をいれて対応を進めていくこととします。

⑥ 市の立入調査、措置、市長による成年後見申立て等の公権力の行使が適切かつ円滑に行われるよう、地域包括支援センターは協力します。

(ii) 成年後見制度

「桑名市第2期成年後見制度利用促進基本計画」に基づき適切な対応を行います。

① 成年後見相談

地域包括支援センターは、認知症高齢者等の成年後見制度の利用を促進するため、市が桑名市社会福祉協議会に委託している「桑名市福祉後見サポートセンター」が開催する成年後見相談に同席し協力します。

② 法務と福祉の連携

「桑名市第2期成年後見制度利用促進基本計画」において掲げる「地域連携ネットワーク」の構築の重要性に鑑み、法律専門職との連携を図ります。

③ 市民後見人の育成

地域包括支援センターは、「桑名市福祉後見サポートセンター」が行う及び市民後見人の育成事業等の研修の企画・運営に協力します。

また、福祉後見サポートセンターから依頼を受け、同運営委員会の委員を推薦します。

(iii) 身寄りがない人への支援について

身寄りの有無にかかわらず、住み慣れた場所で安心して生活できる仕組みづくりが必要です。

① エンディングノートの活用

急な病気や事故、認知症等で意思疎通が困難になった場合やお亡くなりになった場合に、家族や周囲の支援者がご本人の希望や想いを確認することができず、支援困難なケースが増えています。

独居高齢者や高齢者のみの世帯や身寄りがない人を発見した際には、桑名市が作成したエンディングノートを活用し、お元気なうちに事前に備えておくことの大切さを啓発します。

また、同時にノートの保管場所についても大切な人に伝えておくことを周知します。「エンディングノート書きましたカード」の活用についても促します。

② 終活登録事業（R7年度開始予定）

特に身寄りがない、または親族の支援が受けられない高齢者については、市の終活登録事業の登録を勧めます。

これは、高齢者自身が「終活」に関する情報を市に登録し、万が一の際に事前に登録した緊急連絡先等の情報を、警察や消防署、医療機関等からの照会に対して、市が本人に代わってお伝える事業です。

年1回の更新の際には、地域包括支援センターが訪問し、登録の更新についてお知らせする等協力をします。

③ 支援シートの活用

身寄りがない高齢者が何らかの支援が必要な状態となり、親族や知人等の支援が受けられない場合には、支援シートの活用を検討します。

このシートの目的は、本人及び支援者間で協議をし、支援が見える化することで、役割を押し

付け合うものではありません。チーム支援を原則とし、負担が偏らないように意識します。協議にあたっては、地域支援調整会議等を活用して行います。見直し時期についても予め定めておきます。最終的に作成されたシートは、本人署名の上、本人、支援者全員がコピーを共有し、万一（入所、入院時等）の際に備えて各自保管をします。

（３）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

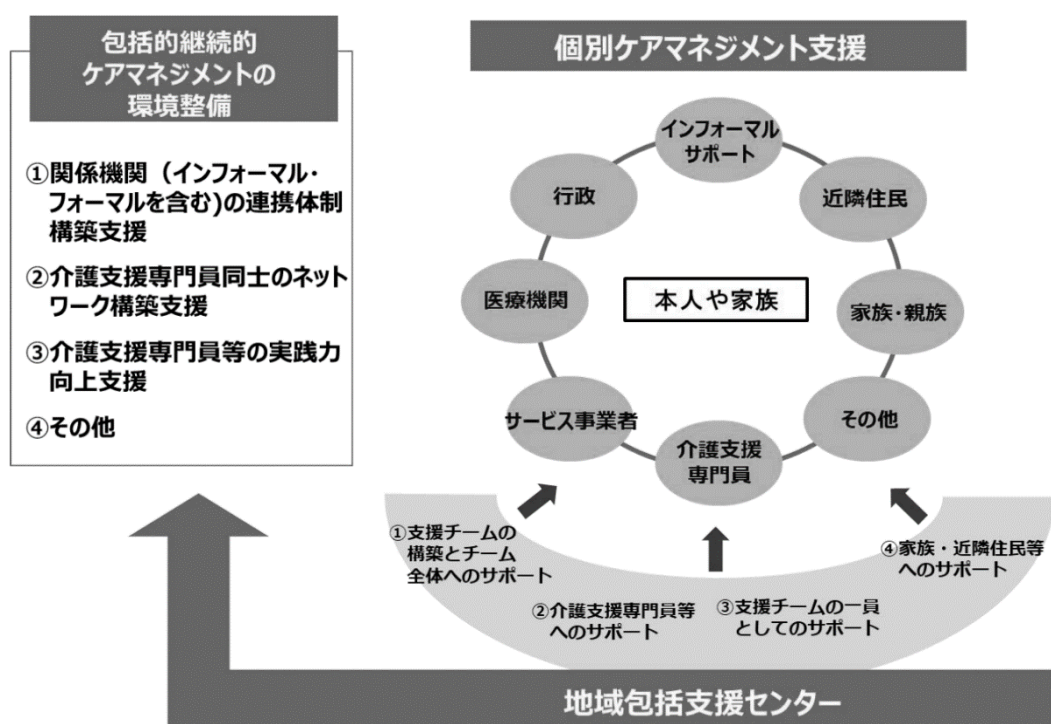
地域の高齢者等が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた「包括的・継続的なケアマネジメント」※７を介護支援専門員が実践することができるように、地域の環境・基盤を整える（「面」の業務）とともに、個々の介護支援専門員等の実践のサポート等（「点」の業務）を行います。

※ ７ 「包括的・継続的ケアマネジメント」とは

高齢者が本人の機能や能力を最大限に活かす、その人らしい自立した生活を継続するために、本人の意欲や適応能力等の維持や回復を援助するとともに、課題の解決に有効だと考えられる、あらゆる社会資源を自己決定に基づきコーディネートし、本人や家族が必要な時に必要な社会資源を切れ目なく活用できるように援助していくケアマネジメントのこと

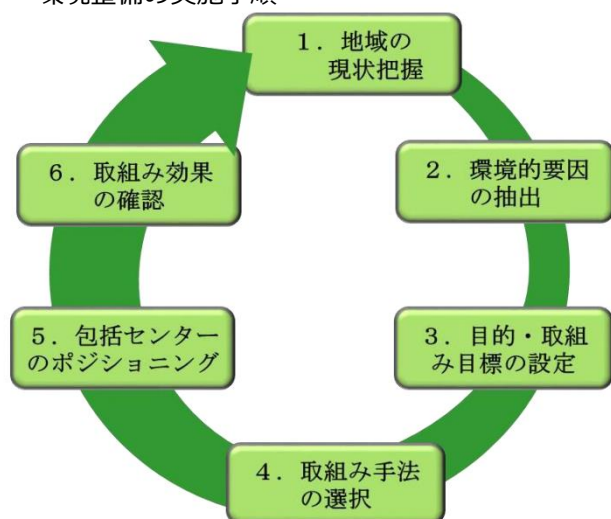
一般財団法人長寿社会開発センターが発行する『地域包括支援センター運営マニュアル ３訂（令和４年４月発行）』 P209 参照

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のイメージ



（出典：『地域包括支援センター運営マニュアル ３訂（令和４年４月発行）』 P210）

包括的・継続的ケアマネジメント支援における環境整備の実施手順



(出典：『地域包括支援センター運営マニュアル 3訂 (令和4年4月発行)』P212)

図「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のイメージ」及び「包括的・継続的ケアマネジメント支援における環境整備の実施手順」についての詳細は、『地域包括支援センター運営マニュアル 3訂 (令和4年4月発行)』P209-211を参照。

事業の内容は、地域ケア会議等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うことです。

また、地域包括支援センターと指定介護予防支援を行う指定居宅介護支援事業者とが、地域の高齢者の自立支援・介護予防に資する援助を一体的に行うことができるよう、市では本事業の適切な実施のために介護予防サービス計画等の提出を求めており（包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における「介護予防サービス計画の検証」（法第115条の45第2項第3号））、センターは指定介護予防支援を行う指定居宅介護支援事業者の求めに応じて助言を行うこと、とされています（法第115条の30の2）。

なお、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ります。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ための啓発等の働きかけが重要です。ケアマネジメント支援の具体的な手法については、「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務におけるケアマネジメント支援の具体的な手法について」（平成30年7月4日老振発0704第2号厚生労働省老健局振興課長通知）を参考にしてください。

さらに、三重県介護支援専門員協会桑員支部、地域の主任介護支援専門員等と有機的な連携を図り、効率的かつ計画的に地域の介護支援専門員の質の向上に向けて取り組んでください。

地域の介護支援専門員の助言・指導については、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が中心となり取り組んでいます。地域包括支援センターはチーム支援を行うことから、地域包括支援センター内の他職種と協働しながら行うこととします。

加えて、生活支援コーディネーター等と協働し、地域資源の紹介を行うなど、地域の介護支援専門員の資質の向上を支援することとします。

<ケアミーティング（届出制）について>

自立支援に資するケアマネジメント支援として、地域包括支援センターが届出の内容を確認・受理します。また「ゆめはまミーティング（地域ケア個別会議）」と連動させ、地域課題・資源開発等に向けても効果的に活用してください。この自立支援に資するケアマネジメント支援が、結果的にケアプラン・給付の適正化につながることを目指しています。

○対象：認定結果が出る前に介護保険サービスの利用を開始する場合

ただし、以下は対象外

- ・他市町村の被保険者（桑名市に住居票あり）が住所地特例で桑名市のサービスを利用する場合
- ・桑名市の被保険者が住所地特例で他市町村のサービスを利用する場合
- ・他市町村の被保険者（桑名市に住居票なし）が、桑名市のサービスを利用する場合
- ・がん末期等、治癒困難（余命が概ね6か月程度）と判断されるケース
- ・福祉用具レンタル及び購入のみ、または住宅改修介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）のみのケース

○流れ：ケアミーティング（届出制）に係る書類を、ケースの担当地域包括支援センターへ提出

→ 地域包括支援センターの確認を受けて、サービスの利用を開始

（４）地域ケア会議推進事業

（い）「ゆめはまミーティング（地域ケア個別会議）」

この会議は、多職種協働による自立支援に資するケアマネジメントを実践するための場であるとともに、利用者の有益性及びサービス利用の適正化を図る期待も含まれます。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の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり等の政策形成につなげることを期待されています。

「ゆめはまミーティング」には、すべての（介護予防）居宅事業所が、年1回程度ケースを提供することにより、ケアマネジメント支援を受ける機会※8とします。

要支援のケースについては、多職種によるケースカンファレンス形式、司会進行は介護予防支援室及び地域包括支援センターが行います。また、要介護のケースについては、ケアプラン点検方式で行い、三重県介護支援専門員協会桑名支部とともに、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が、地域の介護支援専門員の助言・指導を行う立場として市に協力するものとします。

いずれにしても、より多くの介護支援専門員に自身のケアプランの振り返りの機会となることと、多職種によるディスカッションや、主任介護支援専門員の助言によるケアマネジメント支援の機会を持つことを目的とします。

なお、「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」において、司会者・助言者として出席する地域包括支援センター職員は、**主任介護支援専門員に限らず、様々な職種とし**、提出されたケースに対して自立支援に資するコメントや、**多職種の視点**を十分に発揮し、ケアマネジメントの質を高め合うための**ＯＪＴの場である**ことを十分に踏まえ、積極的にディスカッションに参加してください。また、地域包括支援センターは地域の介護支援専門員の**助言・指導を行う立場**であり、自らのケアプランの振り返りに活用するなど、この機会を活かし、市と協働していきます。

※ 8 地域支援事業実施要綱 （参照：法第115条の45）

（2）地域ケア会議の実施について

市町村は、2の(4)の包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下「関係者等」という。）により構成される会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置に努めなければならないこととされている。（法第115条の48第1項）

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。なお、介護支援専門員の資質向上に資するよう、市町村内の全ての介護支援専門員が必要に応じて地域ケア会議での支援が受けられるようにする等、その効果的な実施に努めること。

（ii）地域支援調整会議

困難事例の解決のため、関係機関との連携を図りながら、地域包括支援センターが開催します。

開催する地域包括支援センターは、事前に地域包括支援センター内の多職種でアセスメントを行い、一定の支援の方向性を検討した上で開催します。

しかし、初期段階から困難が想定される場合は、今後起こりうるリスクや対応のヒントを得るため、早期に関係者から支援に係る情報を得るために開催することも考えられます。

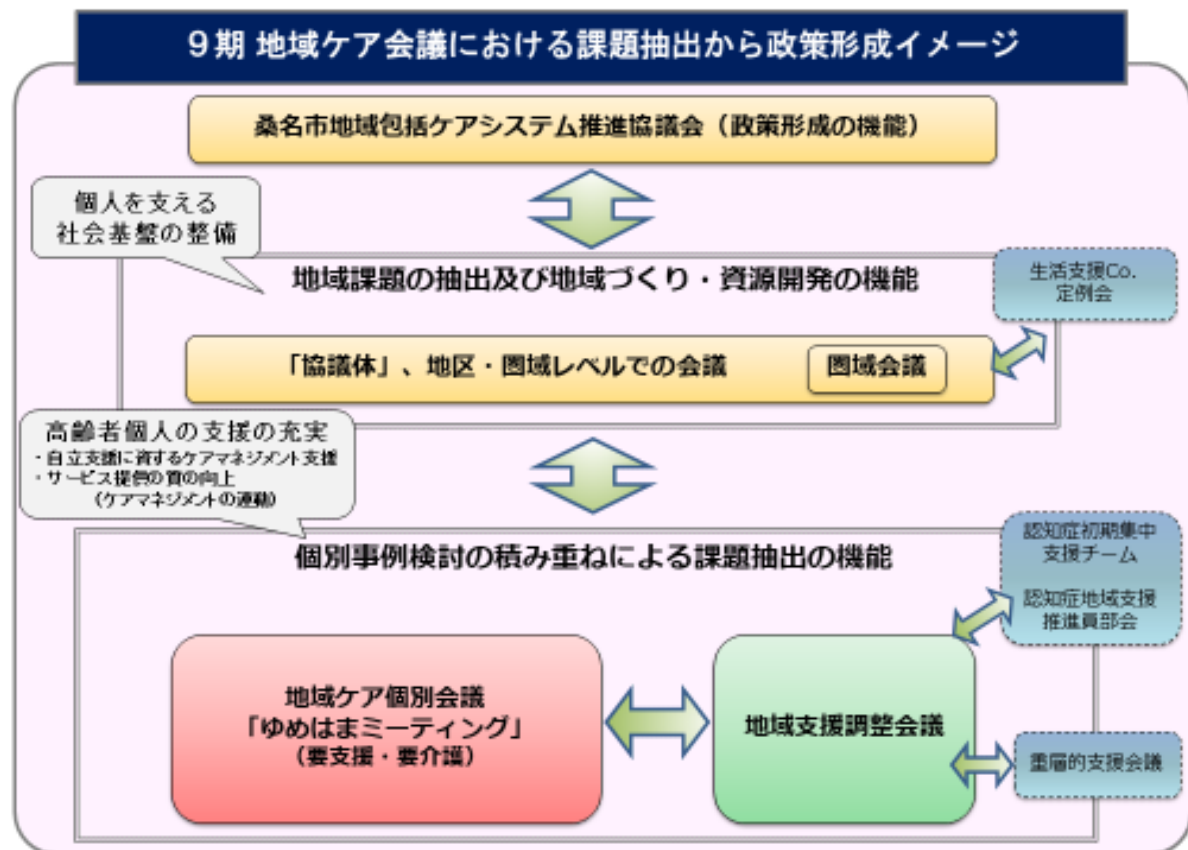
また、開催する際の出席者については、必要に応じて、高齢者施策に係る支援者以外にも関係機関や関係者に出席を広く呼びかけ、この会議を**より良い支援方針を協議する場**とします。

さらに、近年増加している、「8050問題」に表されるような複合課題の相談対応の会議の際には多職種・他機関の協力を得て、役割分担等を提案していくことで地域包括支援センターの負担の軽減を図ります。

（iii）圏域会議

各圏域単位で生活支援コーディネーターが中心となり、地域包括支援センター、保健医療課等の参加者において、地域活動等の情報共有を行い、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発等に向けた取組を行っています。しかし、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発等に向けた議論の内容が、多様化する課題やニーズに十分対応できていない可能性があり、地域で起きている多様化する課題や個別ケースから見えてくる課題の解決のために、より有効性のある会議の場となることが求められています。

今後、「ゆめはまミーティング（地域ケア個別会議）」や総合相談等における個別ケースの課題分析の積み重ねにより地域課題を分析・抽出し、地域づくり・資源開発等に向けた取組の充実を図るため、「圏域会議」を有効に活用できるよう、生活支援コーディネーター等と協働して進めていきます。



（５）在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のあるべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的としています。多職種協働により医療・介護を一体的に提供できる体制の構築のため、医師会等と連携しながら、地域の関係機関との連携強化にもつなげていく必要があります。こうしたことから、市では、2015（平成27）年度から、「在宅医療・介護連携推進事業」を桑名医師会へ委託し、「桑名市在宅医療・介護連携支援センター」として設置し、実施しています。

地域包括支援センターとして、入退院時の普段からの連携に際して、医療関係者等とケアマネージャーが迅速に情報交換を図るための「くわな入退院の手引き」の周知や利用促進、ワーキンググループにおける改訂作業等に協力します。また、認知症の人も住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう、医療と介護の連携体制の強化等に向けた多職種連携研修会への参加・協力や、人生の最終段階においても住み慣れた場所で最期を迎えたいという本人の意志の尊重に向けて、ACP（Advance Care Planning：人生会議）への意識の醸成など、連携支援センターとともに引き続き取組を充実させていきます。

さらに、急変時にも本人の意思が尊重された適切な対応が行われるために、ACPの周知に加え、緊急時の情報連絡票や救急医療情報キットの啓発を実施します。

（６）生活支援体制整備事業

市は、第１層、第２層の全圏域において、生活支援コーディネーターの配置と協議体を設置することとしています。

生活支援体制整備事業は地域包括支援センターの機能強化でもあり、地域包括支援センターに生活支援コーディネーターを配置し、高齢者の多様なニーズと地域資源とのマッチングに向けて、多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制構築を目指します。

生活支援コーディネーターの役割は、**資源開発**（地域に不足する生活支援・介護予防サービスの創出（既存の活動を地域とつなげることを含む。）、生活支援・介護予防サービスの担い手（ボランティア等を含む。）の養成、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として活動する場の確保等）、**ネットワーク構築**（多様な主体を含む関係者間の情報共有、生活支援・介護予防サービス提供主体間の連携の体制づくり等）、**ニーズと取組のマッチング**（地域の支援ニーズと生活支援・介護予防サービス提供主体の活動のマッチング等）です。

第９期介護保険事業計画では、生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置における現状と課題を踏まえて方針を策定し、地域の支え合いの体制づくり推進を目的としています。

（い）生活支援コーディネーターの配置

個別支援の積み重ねから地域課題を発見し資源開発につなげていくことや、人生の最期まで自分らしい暮らしを送るための生活課題を解決するためには、より多くの選択肢（資源）を地域に見出し、高齢者にコーディネートすることが必要です。より多くの選択肢を地域に見出すには、各圏域（各地域包括支援センター）に配置された生活支援コーディネーターとの連携強化が必須になります。さらに多様化するニーズに対応するため、認知症地域支援推進員、地域包括支援相談員等地域包括支援センターの多職種との連携を強化します。

なお、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）は、コーディネート業務を担う者であり、資源開発においては、資源開発そのものではなく、高齢者を含む多世代の地域住民、生活支援・介護予防サービスの実施者、地域包括支援センター及び市町村をつなげ、**それらの連携・共創を推進する役割**を担います。したがって、地域包括支援センターは、市と共に地域包括支援センターに配置された生活支援コーディネーターと緊密な連携のもとで、サービス・活動事業としての事業化等を協力して進めます。また、コーディネート業務の実施に当たっては、**高齢者が、単に地域の生活支援・介護予防サービスを楽しむだけでなく、自身の関心や選択を踏まえ、自分事として地域の多様な活動に主体的に参加することを促す**よう取り組んでください。

さらに、生活支援コーディネーターが行う高齢者の「就労的活動支援（役割のある形での高齢者等の社会参加の促進等）と連動するよう取り組みます。

（ii）協議体の設置

「協議体」が未設置である地区においては、地区社会福祉協議会やまちづくり協議会、NPO法人や民間企業等の多様な主体による設置の実現に向けて、地域包括支援センターは協力します。

「協議体」が地域の共通する課題や有効な支援策について検討・連携できる場になるように、

生活支援コーディネーターが積極的に地域住民等に働きかけを行う上で、地域包括支援センターにおいても地域ケア会議等で抽出された課題の共有や、日常の個別支援や地域のデータから分析した結果等を、地域課題の解決につながるよう、生活支援コーディネーターや「協議体」に伝え、話し合いに協力することが求められます。

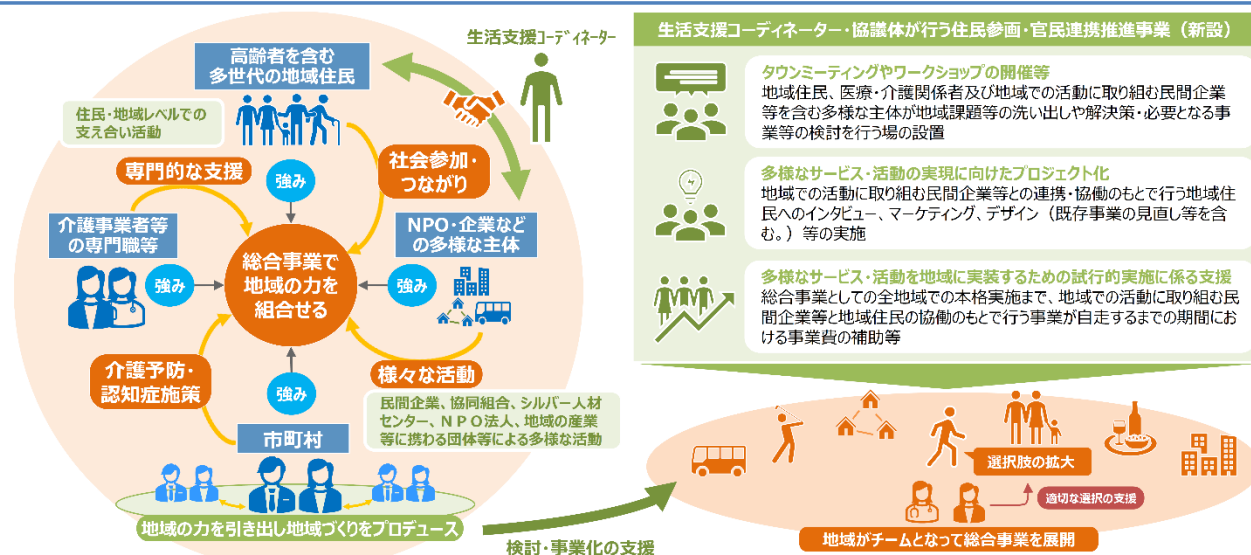
生活支援コーディネーターによる地域住民と地域の多様な主体との連携の推進

(令和6年度要綱改正：生活支援体制整備事業における住民参画・官民連携推進事業の創設)

○高齢者の目線に立ち、地域で一層の多様なサービス・活動の充実を図るためには、生活支援体制整備事業を活用し、地域住民の関心事項を引き出し、高齢者の日常生活を取り巻く様々な活動とをつなげていくことが重要。

○このため、生活支援体制整備事業について、住民や地域での活動に取り組む民間企業等とをつなげるための活動についての評価を拡充する。

生活支援体制整備事業の活性化を図るため、生活支援コーディネーターが、その活動や協議体運営を通じ、地域住民の活動とそれ以外の多様な主体の活動とをつなげる活動を評価するなどの検討が必要である。



(7) 認知症総合支援事業

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために、市では、平成27年度から、「認知症総合支援事業」を実施しています。

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、認知症基本法)が令和6年1月に施行され、この法に基づく「認知症施策推進基本計画」が令和6年12月に策定されました。

認知症基本法は、認知症になっても尊厳を保持しつつ、希望を持って日常生活を過ごせる共生社会の実現を目指し、施策を進めることを基本的な考え方としており、さらに、認知症施策推進基本計画に盛り込まれた「新しい認知症観※9」に国民一人一人が立ち、認知症の人が自らの意思によって、多様な主体と共に、日常生活及び社会生活を営むことができる共生社会を創り上げていく必要があるとされたことから、市及び地域包括支援センターはこの考えを踏まえ、引き続き「共生」と「予防」に重点を置きながら、取組を進めていきます。

※9 新しい認知症観

認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方。

桑名市の認知症総合支援事業の全体像

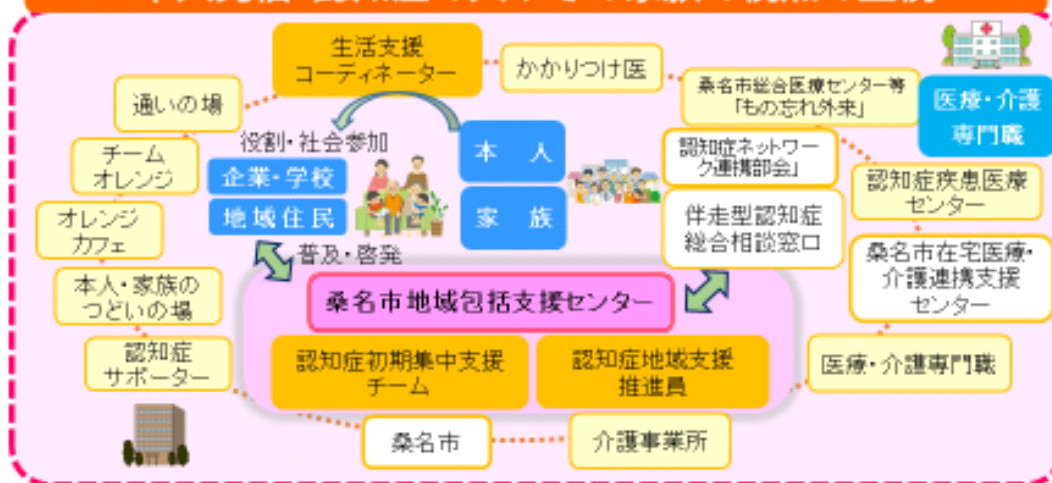
共生 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり

- 普及啓発・本人発信支援
「認知症サポーター養成講座」の実施
認知症月間に係る周知・啓発
- 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援
「チームオレンジ」の推進、「みんなが安心声掛け訓練」の実施
「オレンジカフェ」・「本人・家族のつどいの場」の開催

予防 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 予防
「初期集中支援」の実施
- 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
「伴走型認知症総合相談窓口」・「認知症地域支援推進員」の設置
「多職種連携研修会」の実施
「くわな認知症安心ナビ(認知症ケアパス)」の更新

本人発信・認知症の人やその家族の視点の重視



(i) 普及啓発・本人発信支援

認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、そして認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる「共生社会」の実現のためには、認知症に対する正しい知識と理解が必要です。

しかし、認知症に対しては画一的で否定的なイメージが根強く、早期受診や支援を受け入れにくい状況があります。

令和6年12月に示された「新しい認知症観」に基づき、認知症の疾患に対する正しい理解や早期発見・早期対応の重要性を普及するとともに本人、家族の声の発信も積極的に行います。

(ii) 予防

「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」といった「予防」について、以下の取組を行います。

①「認知症初期集中支援チーム」

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるよう、複数の専門職が、認知症の人及び家族の訴え等により認知症が疑われる人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」により、早期診断、早期対応に向けた支援を行います。

また、チームで支援した困難事例等のケースを認知症地域支援推進員と共有し、地域課題の把握及び課題解決に向けた取組を行います。

※詳細は「認知症初期集中支援チーム員活動マニュアル」参照

②普及啓発

認知症及び軽度認知障害（MCI）の発症遅延や進行予防のため、予防に関する啓発及び知識の普及や地域における活動の推進等を行うとともに、早期発見・早期対応を推進するため医療機関、地域の団体等との連携体制の構築に取り組みます。

(iii) 医療・ケア・介護サービス、介護者支援

①「認知症地域支援推進員」の設置

地域包括支援センターは、医療・介護等の連携強化や、認知症の人とその家族を支援する相談業務、さらに地域において「生きがい」を持って生活できるよう、社会参加活動ができる体制整備等を行う「認知症地域支援推進員」を配置します。

認知症地域支援推進員は「認知症地域支援推進員研修」等を修了した保健・福祉専門職1～2名を配置し、認知症に関する次のアからウの事業及び、認知症を取り巻く地域課題の解決に向けて実施する事業の企画立案及び実施を主として担当します。

ア： ネットワークの構築・認知症対応力の向上

・ 認知症多職種連携研修会の開催

地域包括支援センター及び認知症地域支援推進員は市及び桑名市在宅医療・介護連携支援センターと一体となって「認知症多職種連携研修会」を開催し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を学ぶ機会を創出します。

・ 関係機関との連携体制や支援体制の構築

認知症の人とその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう、認知症初期集中支援チームと連携し、地域課題の把握に取り組むとともに、関係機関との連携体制や支援体制の構築に取り組みます。

イ： 本人・家族支援

・ ニーズの把握

オレンジカフェや個別の相談支援等さまざまな機会を通じて認知症の人とその家族の声やニーズを把握し、蓄積・共有に努めます。さらに、そのニーズを施策に反映させる仕組みを市及び認知症伴走型総合相談窓口の認知症地域支援推進員とともに検討します。

・ 「くわな認知症安心ナビ」の普及

認知症の本人とその家族が、受診や相談、その他必要な支援をいつでも受けることができるよう、「くわな認知症安心ナビ」を普及させる取組を行い、必要に応じ内容を見直します。

・ 「社会参加支援」

若年性認知症の方を含め認知症の人が、社会での役割ややりがいを継続したり、改めて取り組めるような支援の体制の構築や、居場所づくり等の資源の後方支援に取り組みます。

また、チームオレンジ等本人・家族のニーズを支援につなげる仕組みづくりに取り組みます。

・ 「本人・家族のつどい」の開催及び開催支援

地域包括支援センター及び認知症地域支援推進員は、認知症の人とその家族が安心して集える場、本人が社会参加できる場、気持ちを話し共有できる場である「本人・家族のつどい」を開催し、また介護事業所等での開催の支援を行います。（介護事業所等での実施も予定しています。）

なお、開催内容は本人ミーティングや介護者のつどい、本人と家族の一体的支援等の手法を参考にし、本人・家族のニーズや地域課題に応じてそれぞれの趣旨に則り企画、開催します。また、地域包括支援センターで主催する以外にも、必要に応じて協働による開催やボランティア、専門職の協力を得ながら開催できるように取り組みます。

・ その他

地域の実情や認知症の人とその家族のニーズに応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制の構築に取り組みます。

ウ：普及啓発・認知症バリアフリーの推進

・「オレンジカフェ」の開催及び開催支援

地域包括支援センター及び認知症地域支援推進員は、認知症の本人とその家族や、地域住民、専門職等誰もが参加でき、集う場である「オレンジカフェ（認知症カフェ）」を開催し、また介護事業所、地域の団体等での開催の支援を行います。（地域包括支援センター以外にも介護事業所等での開催も予定しています）

内容は、いわゆるサロンや「通いの場」とは異なるものとし、認知症に対する理解の普及及び認知症の人とその家族等が安心して参加できる場となるよう努め、本人とその家族及び地域のニーズに応じて開催するものとし、地域包括支援センター以外にも多様な実施主体やボランティア、専門職の協力を得ながら開催できるよう取り組みます。

・「普及啓発・本人発信支援」

図書館での展示等「認知症月間」における啓発、「認知症市民公開講座」等認知症に対する理解を広める取組を市と一体となって行います。



（iv）認知症バリアフリーの推進・社会参加支援・若年性認知症の人への支援

①「認知症サポーター養成講座」

地域で暮らす認知症の人やその家族を温かく見守り、それぞれができる範囲で支援を実施する「認知症サポーター」を養成するための「認知症サポーター養成講座」を開催します。

開催に当たっては、地域包括支援センターに所属するキャラバンメイト以外にも、介護事業所等の専門職やボランティア等のキャラバンメイトの協力を得るとともに、認知症サポーターがその後の具体的な支援活動に結びつくことを想定して、対象や内容等を検討し実施します。

また、ステップアップ講座を活用し、「チームオレンジ」等、認知症の人とその家族のニーズと、それに合った具体的な支援につなげる仕組みづくりにも取り組みます。

②地域での見守り体制の整備

認知症による場所に関する見当識障害で行方不明となることを防止するための、「徘徊SOS緊急ネットワーク」事業を市と協力して取り組みます。

また、地域で認知症の人及びその家族を支援、見守る環境を整備するため、「認知症声掛け訓練」（徘徊模擬訓練）に取り組みます。

(v) 「認知症伴走型総合相談窓口」との連携

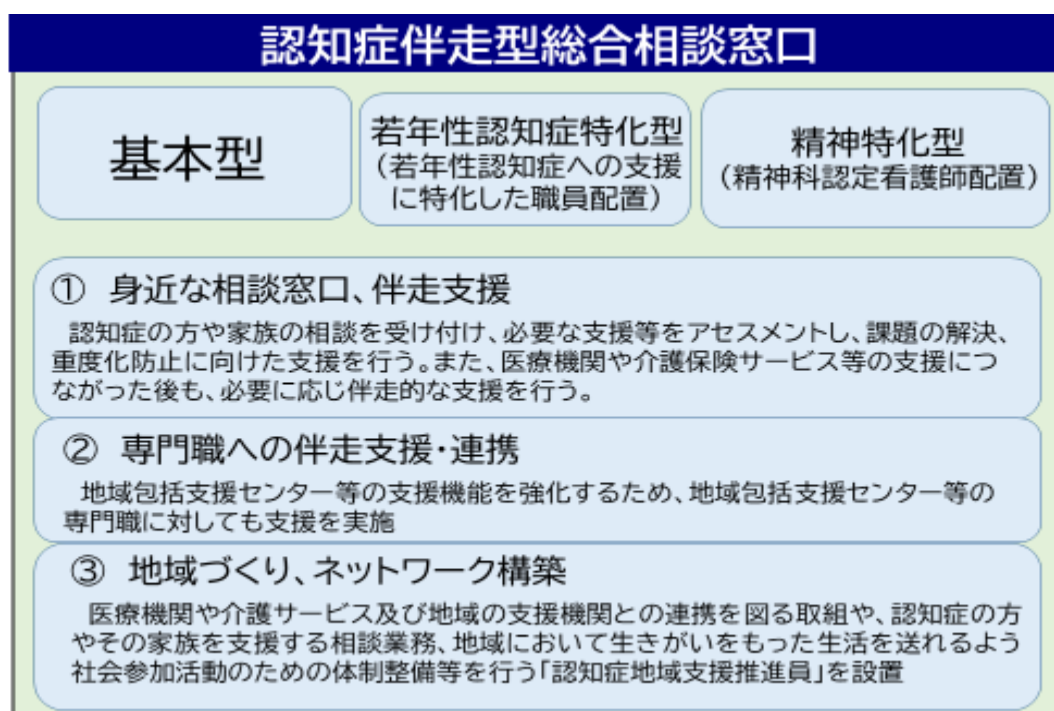
地域包括支援センターは、身近な地域において課題を感じた早い段階から相談ができる認知症の専門相談窓口である「認知症伴走型総合相談窓口」と連携し、切れ目のない支援体制を構築します。

また、若年性認知症については、就労や経済的な問題、家族への影響等特有の課題を抱えやすく、相談内容や活用できる社会資源等、高齢者の認知症とは異なる専門的な知識が必要となります。そこで、若年性認知症に特化した認知症伴走型総合相談窓口と連携し、若年性認知症の本人とその家族に寄り添い、若年性認知症の支援の充実に取り組みます。

また、認知症以外の精神疾患との判別が困難な人の対応やアセスメント、課題の解決等を支援する精神特化型の認知症伴走型総合相談窓口とも連携し、支援の充実に取り組みます。

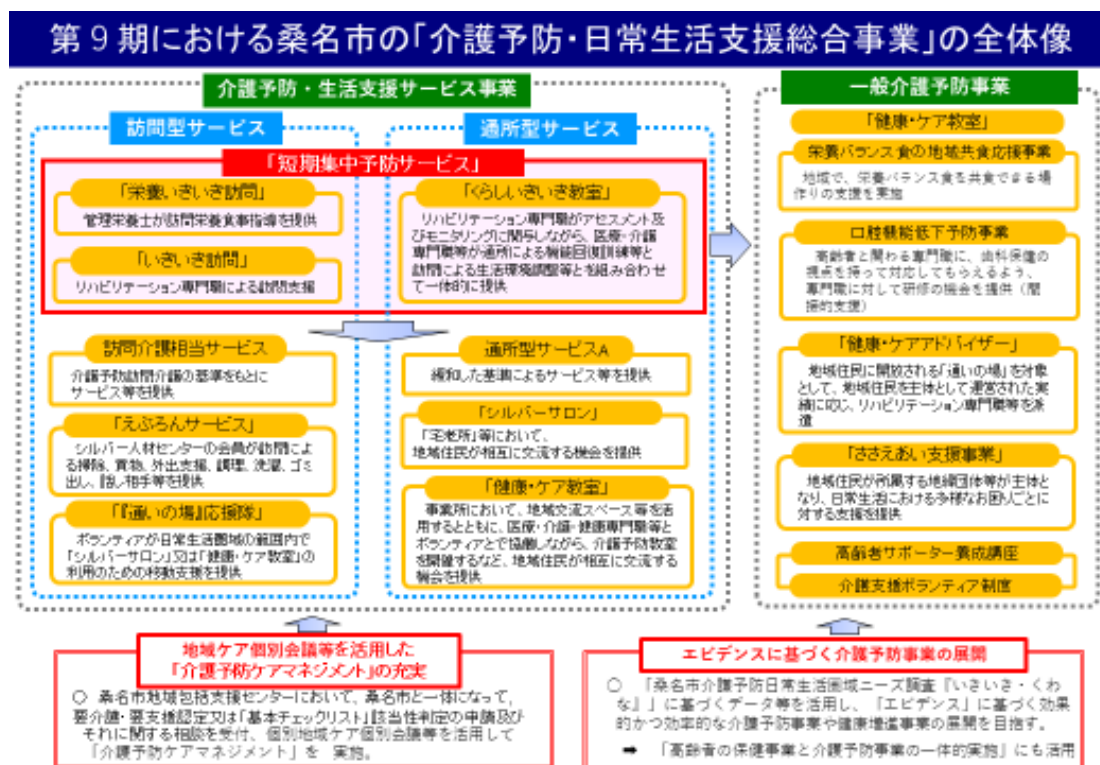
そして、認知症伴走型総合相談窓口に配置された「認知症地域支援推進員」と地域包括支援センターの「認知症地域支援推進員」が協働することで、それぞれの強みを活かしたネットワークの構築、認知症対応力の向上につなげていきます。

そのほか、地域包括支援センターは、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーターとともに認知症の人とその家族等の声、地域の課題を把握するよう努め、認知症になっても暮らしやすい地域づくりを進めます。



2. 介護予防・日常生活支援総合事業

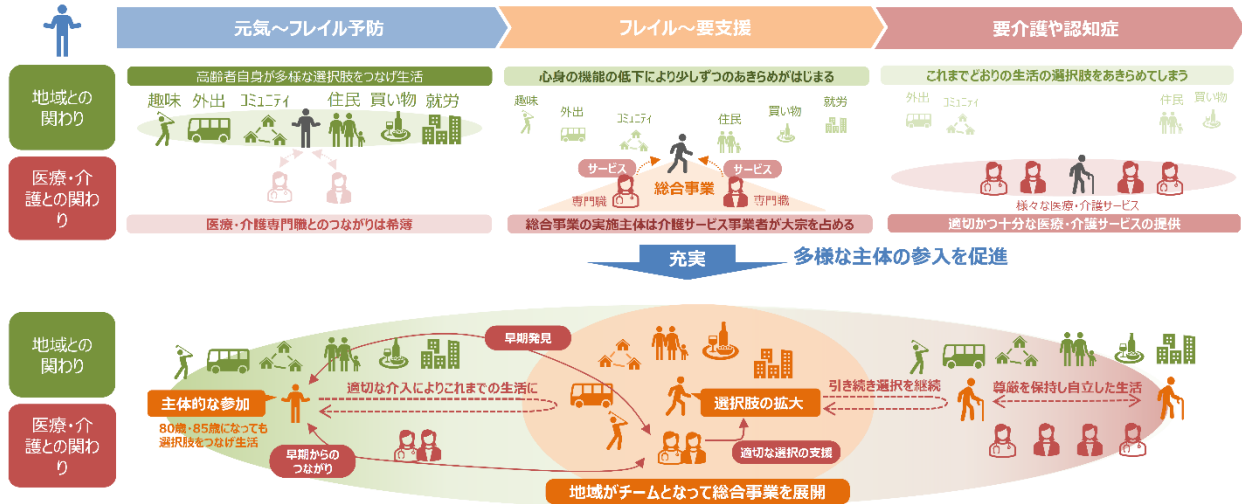
平成27年4月から、「介護予防・日常生活支援総合事業」が地域支援事業の1類型として創設されました。高齢者にとって必要なサービスは、地域、年齢、利用者等、実に様々であるため、多様な生活支援のニーズに対応できるよう、市では下図のような事業構成となっています。



なお、令和6年8月5日厚生労働省老健局長老発 0805 第3号「「地域支援事業の実施について」の一部改正について」が発出され、様々な改正が行われました。改正を受けて、令和7年度以降に、地域包括支援センターをはじめとした様々な関係機関とともに、市の地域デザインに向け、より効果的な「介護予防・日常生活支援総合事業」の在り方を協議していく予定です。

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要②）

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

13

多様なサービス・活動の交付金上の分類（令和6年度要綱改正）

○国が示す総合事業の類型について、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であること、**多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものであることを明確化。**

・高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）できるサービス、高齢者の日常生活支援を行うサービスなど、高齢者の目線に立ったサービスのコンセプトを軸とする多様な事業のあり方の例示
・予防給付時代の制度的分類にとられない、訪問と通所、一般介護予防事業、高齢者の保健事業や保険外サービスなどを柔軟に組み合わせた新たなサービス・活動モデルの例示
など、高齢者がその選択と参加の際にわかりやすく、また、市町村がこれまで国が示してきたサービス類型に縛られず総合事業を弾力的に展開できるような事業のあり方を検討することが必要である。

実施手法	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)		サービス・活動B、 サービス・活動D（訪問型のみ） (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
		指定	委託			
	実施手法	指定事業者が行うもの（第1号事業支給費の支給）	委託費の支払い		活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い
想定される実施主体	● 介護サービス事業者等 (訪問介護・通所介護等事業者)	● 介護サービス事業者等以外の多様な主体 ● (介護サービス事業者等)		● ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ● 当該活動を支援する団体	● 保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等	
基準	国が定める基準※1を例にしたもの	サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの				
費用	国が定める額※2（単位数）		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額			
	額の変更のみ可					
対象者	● 要支援者・事業対象者	● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者		● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	● 要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が拡大すると認められる者	
	サービス内容（訪問型）	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ横断的に各計10号の範囲内で実施することが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により各計10号の範囲を超えてサービス・活動を行うことも可能 ● 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）			ガイドライン改正箇所
サービス内容（通所型）	旧介護予防通所介護と同様* * 運動型機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ● 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など ● 送迎の実施				
支援の提供者	国が定める基準による	市町村が定める基準による				
支援の提供者	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	● 地域の多様な主体の従事者 ● 高齢者を含む多世代の地域住民 (有償・無償のボランティア)		● 有償・無償のボランティア ● マッチングなどの利用調整を行う者	● 保健医療専門職	

これらによらないもの

(委託と補助の組み合わせなど)

1

14

介護給付等対象サービスを利用する必要がない場合に、念のため要介護・要支援認定申請をするということではなく、必要な人が必要な時にサービスが適切に利用できるようにすることが大切です。高齢者にとって、状態に応じた的確なケアマネジメントに基づいて必要な介護給付等対象サービスの利用が可能となることと、介護給付等対象サービスを利用する必要が生じた段階で、速やかに、要介護・要支援認定の申請をすることが適切です。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業」では、要支援と認定を受けなくても、「基本チェックリスト」※10該当と判定されれば、介護予防・生活支援サービスを利用することが可能です。この点に関しても、桑名市及び地域包括支援センターにおいて、医療・介護専門職団体と連携しながら、地域住民に対し、様々な機会を通じて引き続き周知していくことが大切です。

※10「基本チェックリスト」

基本チェックリストは、サービス事業のみを利用する場合、必ずしも要介護認定等を受けなくても、必要なサービスを利用できるよう本人の状況を確認するツールで、迅速なサービスの利用が可能です。地域包括支援センター等において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して実施します。

（１）介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援業務）

地域包括支援センターは、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を対象として、介護予防ケアマネジメントに基づき、多様なニーズに応じた多様なサービスを提供する介護予防ケアマネジメント事業を実施します。

地域包括支援センターは、桑名市と一体となって、要介護・要支援認定または「基本チェックリスト」該当者か否かの判定による申請及びそれに関する相談を受け付けます。

なお、その際には、**介護保険制度に関する申請や相談を受け付ける窓口で介護保険制度の基本理念の説明を行います。これは委託する場合においても同様に居宅介護支援事業所に適切な指導・助言を行います。**

本事業においては、運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者に対して介護予防ケアマネジメントを実施することにより、利用者・家族との合意形成を適切に図り、多様な社会参加の場につなげるなど、**その人らしい「参加」「活動」を目指すことに留意**し、利用者の状況を踏まえた目標を設定、その利用者に最も適したサービス計画を作成します。また、生活機能が低下した高齢者に対しては、心身機能を改善するために「短期集中予防サービス」を一定期間提供し、可能な限り元の生活に近づけ（**リエイブルメント※11の視点**）、その後も、活動や参加を促すために、多様な社会参加の場につなげるといった視点も重視します。

ケアマネジメントにおいては、「短期集中予防サービス」を重点的に活用することとし、通所サービスを新規に利用しようとする際には、「くらしいきいき教室」（通所C）を最初に利用することを推奨します（ただし、十分なケアマネジメントの結果、その他の通所型サービスが有効であると認められる場合にはこの限りではありません）。また、ケアマネジメントにおいては地域包括支援センター内の多職種の視点を協働させ、十分なアセスメントを行います。引き続きアセスメント

支援として、「いきいき訪問」（訪問型サービスC）を効果的に活用してください。

なお、指定介護予防支援と、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援業務）は制度としては別ですが、共通の考え方にに基づき一体的に実施します。

※11 リエイブルメント（再自立）とは

「Re-Ablement（再び自分でできるようにすること）」とは高齢者が自立した在宅生活を継続するために能力の回復・改善・維持を図る支援

（i）ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

「現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。」

（「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋）

「ケアマネジメントA」に関しては、貴重な地域の専門職と協働して、オール桑名で高齢者を支えるという視点から、可能な範囲で地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託することとします。

（ii）ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

「ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（『本人の生活の目標』『維持・改善すべき課題』『その課題の解決への具体的対策』『目標を達成するための取り組み』等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげ、その後は、モニタリング等を行わない。」（「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋）

桑名市においては、介護保険サービスを利用しなくても地域活動に参加したり、元の生活を取り戻した高齢者（「『通いの場』応援隊」、「シルバーサロン」または「健康・ケア教室」を利用するものだけでなく、ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となった場合も含む。）を対象として、地域包括支援センターまたはその委託を受けた居宅介護支援事業所で「介護予防ケアマネジメントC」を実施します。

「ケアマネジメントC」に関しては、対象者が介護保険を利用しなくても地域活動に参加したり、元の生活を取り戻した場合における「セルフマネジメント（養生）」に対する支援を、地域包括支援センターまたはその委託を受けた居宅介護支援事業所が、実施するものとします。その際「元気アップ計画書」を活用します。「元気アップ計画書」を提出した対象者については一定期間、状況の把握や、必要に応じたフォローを行います。

ケアマネジメント	サービス事業名	サービス種別
A	現行相当訪問介護	訪問型サービス
	通所型サービスA	通所型サービス
	くらしいきいき教室	通所型サービスC
	いきいき訪問	訪問型サービスC
	栄養いきいき訪問	訪問型サービスC
	えぶろんサービス	訪問型サービスB
C	シルバーサロン※12	通所型サービスB
	健康・ケア教室※13	通所型サービスB
	「通いの場」応援隊	訪問型サービスD
	一般介護予防事業や民間事業等	

※12「シルバーサロン」における基本チェックリストの実施について
通所Bとしての対象者把握のため実施が必要となることから（概ね2年毎）、「シルバーサロン」運営団体からチェックリスト実施に対する支援の依頼があった場合は、支援を行います。

※13「健康・ケア教室」について
9期から「健康・ケア教室」は一般介護予防事業へ移行します。ただし、送迎を伴う場合は、「送迎加算」のみ通所Bとしての実施となります。対象の方が送迎を利用する場合、基本チェックリスト実施 → 事業対象者としての申請等の手続きが必要となることから、申請手続き等の支援を行います。

※12「シルバーサロン」、※13「健康・ケア教室」とともに、事業対象者の申請を行った上で、ケアマネジメントCの実施→請求が可能です。

なお、介護予防ケアマネジメントについても、令和6年8月5日厚生労働省老健局長老発0805第3号「「地域支援事業の実施について」の一部改正について」により、様々な改正が行われました。改正を受けて、令和7年度以降に、地域包括支援センターをはじめとした様々な関係機関とともに、より効果的な「介護予防ケアマネジメント」に向けて協議していく予定です。

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進（令和6年度要綱改正）

- 介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切ななかかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、個別のケアプラン作成から地域における包括的なケアマネジメントの実施への重点化を図るため、
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
 - ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化する。

		ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
改正前	考え方	指定介護予防支援と同様に行われるもの	サービス担当者会議の省略や必要に応じてモニタリング時期を設定するなど簡略化が可能	初回のみ実施し、住民主体の支援等につなげ、その後はモニタリング等は行わない。
	対象のサービス	・ 従前相当サービス ・ 指定事業者によるサービスA ・ サービスC	・ 多様な主体による緩和型サービスA	・ サービスB・D ・ その他生活支援サービス
	費用	ケアプラン作成 1 件当たり	ケアプラン作成 1 件当たり	初回のケアプラン作成 1 件当たり
	件数等	499,232件（1,455市町村）	39,005件（327市町村）	2,258件（267市町村）

個別の計画の策定 → 高齢者の選択と継続的な活動・参加支援の充実

		ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
実施要綱改正後	考え方	ケアプランの策定が制度上必須となるもの（介護予防支援と同様に行う必要があるもの）	ケアプランの策定の可否やケアマネジメントプロセスの簡略化などについて、市町村の判断のもとで柔軟に行うもの	専門職のゆるやかな関わり合いのもとで、地域の多様な主体との連携を図りながら実施するもの
	対象のサービス	・ 従前相当サービス ・ サービス・活動A ・ サービス・活動C ※ケアプランと第1号事業費が活動する場合 ※ケアプランで利用期間を定める場合	・ サービス・活動A ・ サービス・活動C	・ サービス・活動B・D（サービス・活動A） ・ その他生活支援サービス
	業務の性質に応じた費用等の考え方	・ ケアプラン作成 1 件当たり ※1 ※額の変更のみ可能	・ ケアプラン作成 1 件あたり ※2 ※独自の評価（加算）設定が可能	・ 初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2 ※独自の評価（加算）設定が可能
		ケアマネジメントB・Cについては、 ・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク ・ 孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ ・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ ・ リハ職などとの連携による支援 など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では評価しづらい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費（実施に当た者の人件費等）を、別途、包括的に支払うことが可能とする	① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携 ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等 ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等 ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること（利用者や事業実施者への助言等を含む） ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助 ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等） ※市町村は、事前に都道府県・市区医師会等や地域の医療機関等との調整の上、連携等の体制を整備	

※1：ケアプランの作成は必須（内容は省令の規定による）

※2：ケアプランの作成要否・内容等を含め市町村の判断による

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

詳細は、桑名市地域包括ケア計画（第9期介護保険計画等）をご参照ください。

第9期で内容等の変更があった事業について、以下に一部掲載します。

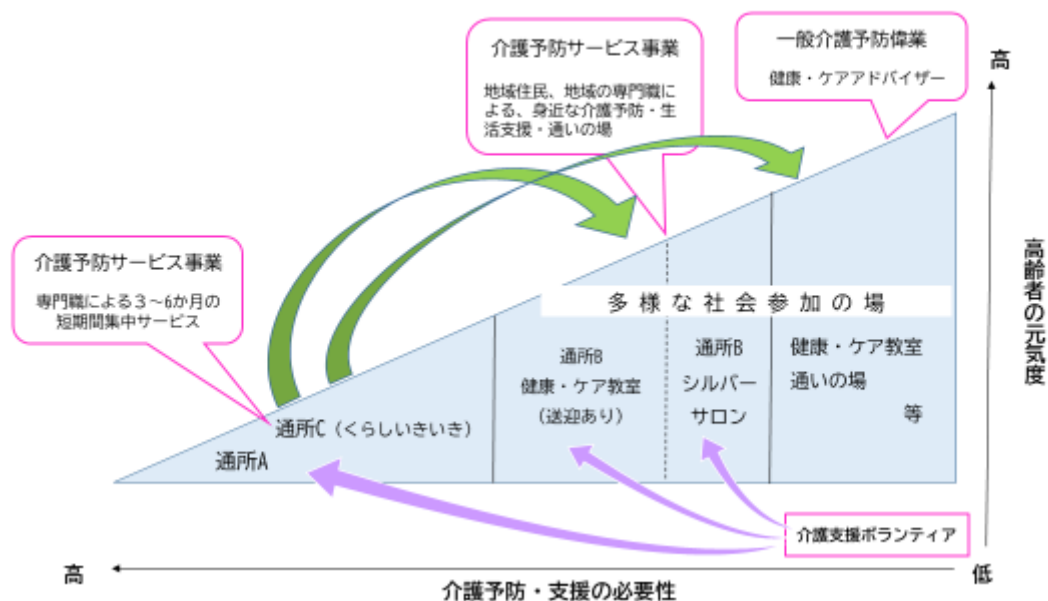
(i) シルバーサロン

位置付け	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「通所型サービスB（住民主体による支援）」
内 容	・ 茶話、体操、レクリエーション、認知症予防等 【必須項目】運動・認知症予防に関する内容を毎回実施 【選択項目】栄養・口腔機能・多世代交流に関する内容を年1回以上実施
助成の必須条件	・ 月1回以上 補助上限は年間100回 （多度・長島地区においては合わせて年間400回）まで ・ 開催時間は1時間以上 ・ 参加人数は1回当たり5人以上 1月当たり30人以上
助 成 金	・ 運営費補助金額 基本：1月4回迄3,000円／1回 5回目以降1,500円／1回 ・ 各種加算それぞれで算定 加算：1月4回迄500円／1回 5回目以降250円／1回 ＜加算＞ ○チェックリスト該当者等加算 年度当初時点で登録者として確認できる者のうち、チェックリスト該当者・居宅要支援被保険者の占める割合が5割以上であった場合、当該年度の年間を通して運営費補助金額に加算 ○新規受け入れ加算 利用者または介護支援ボランティアを新規で受入れに応じて運営費補助金額に加算 ○移動支援加算 「通いの場」応援隊の実施に応じて運営費補助金額に加算

(ii) 健康・ケア教室

位置付け	「一般介護予防事業」中の介護予防普及啓発事業」 「通所型サービスB（住民主体による支援）」
趣 旨	重要な地域資源である医療機関及び介護事業所等が、医療・介護・健康等の専門職及び地域住民等のボランティアと協働し、高齢者やその家族が気軽に立ち寄り相談できる包括的な生活支援の拠点としての役割を果たすことで、対象者の社会的孤立感を解消し、生きがいづくり及び健康保持を図り、要介護状態等となることを予防し、または要支援状態を軽減するとともに地域における自立した日常生活を支援することを目的とする。
内 容	医療機関及び介護事業所等において、その空きスペース等を活用するとともに、医療・介護・健康等の専門職とボランティアとで協働しながら、介護予防教室を開催するなど、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を含む地域住民が相互に交流する機会を提供する。 なお、事業所等以外の場所でも、専門職を派遣することによって定期開催が可能であれば、健康・ケア教室として実施することもできる。
助 成 金	事業を実施した月において、参加人数に比例した補助金の支給とした上で、予算の範囲内で交付する。 ただし、補助金の交付対象となる事業は、1回当たりの開催時間が1時間以上であり、利用者負担が500円以内とする要件を満たすこと。 また、送迎加算として、送迎実施日数に1,000円を乗じた額を、予算の範囲内で交付する。
利用者負担	実費（500円／回以内）

9期桑名市の総合事業（通い系）対象者イメージ図



（３）一般介護予防事業

高齢者が自分の健康は自分で守るという意識のもと、主体的に「セルフマネジメント（養生）」に取り組む環境を整えます。そこで、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく参加できる多様な社会参加の場の充実を図ります。「通いの場」※の充実に加え、高齢者の多様な関心（ニーズ）等に応じた活動・場といった社会参加の選択肢を拡充していくような地域づくりを、生活支援コーディネーター等とともに推進します。

また、地域のリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進することにより、要介護状態となっても生きがい・役割を持って生活できる地域の実現（介護予防に資する地域づくりの推進）を目指します。

加えて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組とも連動し、高齢者の健康づくりや介護予防をより効果的・効率的に推進します。

※「通いの場」の類型（主目的で分類）

通いの場の類型(令和2年12月) 主目的で分類	
「運営」がなされていない活動	
タイプⅠ 住民を取り巻く多様なつながり	例) 月1回未満の住民の集まりや、月1回以上であっても、挨拶程度の関係性（喫茶店やファミレス、フィットネスジムや銭湯、犬の散歩など顔なじみ同士の関係） 
「運営」がなされている活動 行政が、通いの場として、把握することが望ましい活動の場・機会	
タイプⅡ 共通の生きがい・楽しみを主目的にした活動	例) 趣味活動（運動系、文化系活動等）、総合型地域スポーツクラブ、就労的活動、ボランティア活動の場等の社会貢献活動など。 
タイプⅢ 交流（孤立予防）を主目的とする活動	例) 住民組織が運営するサロン（補助金の有無に関わらず）、地域の茶の間、老人クラブなど 
タイプⅣ 心身機能維持・向上などを主目的とした活動	例) 住民組織が運営する体操グループ 

注) 運営手法（屋内外、料金の有無、多世代の参加、民間企業等の関与の有無等）は問わない

出典：東京都健康長寿医療センター（東京都介護予防・フレイル予防推進センター） R5.3.9 「令和5年度介護予防活動推進計画PDCAサイクルに資する取組の推進に関する研究会」 議決書 資料

一般介護予防事業は、以下から構成されます。地域包括支援センターはこれらの事業に適宜協力を行うものとし、これらの事業を活用しながら高齢者の要支援状態への移行の予防及び健康増進に向けて取り組みます。

事業種別	主な事業・サービス
介護予防把握事業	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
	地域包括支援相談員配置
介護予防普及啓発事業	栄養バランス食の地域共食応援事業（令和6年度～）
	口腔機能低下予防事業（令和6年度～）
	健康・ケア教室（事業区分の追加）
地域介護予防活動支援事業	ささえあい支援事業 ＊「介護予防・生活支援サービス事業」から事業区分の変更
	高齢者サポーター養成講座
	桑名市介護支援ボランティア制度
地域リハビリテーション活動支援事業	健康・ケアアドバイザーの派遣

詳細は、桑名市地域包括ケア計画（第9期介護保険計画等）をご参照ください。

第9期から変更があった事業等について、以下に一部掲載します。

（i）介護予防把握事業

地域の実情に応じて、ニーズ調査等収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者、要するリスクのある者に対して、地域包括支援相談員等が戸別訪問等を行うことで把握し、介護予防につながる活動を促進します。

（ii）介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及啓発を行います。

①栄養バランス食の地域共食応援事業（令和6年度から実施）

主に概ね65歳以上の高齢者の団体を対象に、当該団体が栄養バランス食を地域で共食する場を創出する際の支援を行う事業です。栄養バランス食を実際に食べて実感し、普段の食習慣の参考にしてもらえよう、団体へ事業の周知啓発を行います。

②口腔機能低下予防事業（令和6年度から実施）

桑名歯科医師会が、高齢者と直接関わる専門職である地域包括支援センター職員等に、歯科口腔に関する研修の機会を提供します。地域包括支援センター職員は、高齢者の支援においてこれらの研修で得た知識等を活用し、歯科保健の視点を持って対応します（間接的支援）。

③健康・ケア教室（事業区分の追加）

33ページ「介護予防・生活支援サービス事業」を参照

3. 任意事業

(1) 介護給付等費用適正化事業

地域包括支援センターは、市が掲げる下記の「介護給付等費用適正化事業の実施目標」に対し協力します。

特に、市が要介護者等のケアプランの点検について取り組むに当たり、地域の居宅介護支援事業所の助言指導を行うべき立場である地域包括支援センターの役割を認識し取り組みます。

① 市が掲げる「介護給付適正化事業の実施目標」

- ・ 要介護・要支援認定の適正化
- ・ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の適正化（ケアプラン点検）
- ・ 福祉用具貸与・購入及び住宅改修の点検

② その他介護給付等費用適正化事業

- ・ 縦覧点検及び突合点検
- ・ 介護サービス事業者等への適正化支援事業

(2) 家族介護支援事業（SOSステッカー）

認知症の症状により、場所に関する見当識障害から行方不明となる恐れがある場合、市に登録を行い、希望者にはナンバリングされたステッカーを配布し、靴や杖等の持ち物に貼り、行方不明となった際に発見しやすくなる事業で、この事業を実施することにより地域包括支援センターは市や地域とともに認知症の人の家族を支援します。

(3) 成年後見制度利用支援事業

地域包括支援センターは、認知症高齢者等に対し、成年後見制度の利用が適切と判断される場合、本人、配偶者及び4親等内の親族の申立てが円滑に行うことができるよう具体的な相談、調整、支援等を実施します。

① 本人、配偶者及び4親等内の親族が申立てを行う場合

成年後見制度を利用する際は、原則、本人による申立てが可能かどうかを検討します。本人申立てが困難または不可能な場合は、配偶者及び4親等内の親族による申立てを検討します。その際は成年後見制度の内容と必要性を理解できるよう丁寧な説明を行い、必要な制度につながるよう支援します。

本人、配偶者及び4親等内の親族が自ら書類を作成して申立てを行う場合、地域包括支援センターは相談に応じ、遺言、相続、債務整理等の法律相談に該当する部分は弁護士等適切な専門職と連携します。書類作成の専門職への委任を希望する場合は、相当の専門職につなぐことを支援し、申立て及び書類作成委任に伴う費用負担に関して課題がある場合は、日本司法支援センター（法テラス）の民事法律扶助等の制度を適切に活用するとともに、それらが困難な場合は成年後

見制度利用支援事業の利用を検討します。

申立てに当たっては、必要な専門職団体等（家庭裁判所、医療・介護機関、桑名市社会福祉協議会、弁護士会等）の関係者と適切に連携し、成年後見人等の選任後は必要に応じて成年被後見人等の支援を行います。

② 市長が申立てを行う場合

地域包括支援センターは、本人、配偶者及び4親等内の親族による申立てが困難または不可能な場合は、市長申立てを検討します。

市長申立てが必要になった場合、市と連携し、市長申立ての妥当性検討するために必要な情報の収集等に協力します。市において市長申立てが必要と判断された場合、申立てに必要な書類の作成や提出、親族等への説明、桑名市成年後見制度利用支援事業審査会に係る資料の作成など、必要な情報収集・協力を行います。

申立てに際しては成年後見人等を受任する候補者の調整の協力、選任後は連携して成年被後見人等の支援に当たることとします。成年被後見人等の財産状況では成年後見人等の報酬を見込むことが困難な場合は成年後見制度利用支援事業の利用を検討します。

また、担当地域に住所地がなくとも、申立てに関する支援が必要な場合は適切に対応することとし、市の取組に協力します。

なお、他の市区町村長が申立てを行う場合も必要があれば協力を行います。

4. 感染症対策・防災対策

（1）感染症対策

地域包括支援センターの職員は、感染症から高齢者の生活を守るため、また協働・連携して支援に当たる仲間のためにも、日ごろから感染予防に努めます。

しかし、対策を行っていても感染症に感染する場合もあり得ることから、その場合に備えた業務継続計画（BCP）※12を作成し、定期的な研修や訓練を実施しなければなりません。

また、指定介護予防支援事業所として、感染症対策のための委員会の設置、指針の整備や、研修及び訓練を実施することが義務付けられました。

いざという時のために、常に危機意識を持ち、法令・通知を意識し、随時確認を怠らず、そして、準公的機関である地域包括支援センターの職員として対応にあたることが重要です。

（2）防災対策

近年大規模災害が日本各地で起こっています。幸い桑名市では大規模災害は起こっていないものの、線状降水帯による大雨や、近い将来東南海地震が起きることが予測されています。そのため、大規模災害に備え、自然災害に対する業務継続計画（BCP）と実行性のある避難確保計画を作成し、定期的な研修や訓練を実施することが必要です。

普段から、非常時の連絡体制、業務の優先順位をつけておくこと、地域への支援をどのように継続するのかを想定し、業務を整理しておくことが必要です。地域包括支援センターは準公的機

関として通常業務に加えての役割を果たすことが期待されます。また、非常時の備えに関して地域ごとの特性に留意し、関係機関等との防災意識の共有を進めます。

なお、感染症対策及び自然災害対策における業務継続計画の策定に当たっては、厚生労働省の示すガイドライン等を参考に、地域包括支援センター内や市及び関係機関との連絡体制の確立、優先する業務を整理するなど、実効性がある計画を整備するとともに、連絡体制の訓練や机上訓練を1年に1回以上定期的に行い、有事に備えておかなければなりません。

※12 BCP「Business Continuity Plan」の略

事業継続計画というのは、自然災害や大火災等の緊急事態に遭遇した際に、損害を最小限に抑えつつ事業の継続や復旧を図るための計画のこと