

令和5年度における地域包括支援センター等の運営方針について

I 令和5年度の重点取組方針について

1 地域包括支援センター

センターの活動の方向性を明確にするため、第8期高齢者施策推進プランの重点施策に沿って、令和5年度に重点的に取り組む方針を定め、全てのセンターが地域の実情に応じた実施方法で取組を進める。

(1) 介護予防の促進

- ・ 誰もが介護予防に取り組むことができる地域づくりを目指し、週1回以上、筋力向上の効果が期待できる「いきいき百歳体操」を取り入れた地域介護予防拠点を、高齢者が歩いて通える場所に地域の偏りなく整備する。
- ・ 地域介護予防拠点においては、リハビリ専門職と連携し、適切な重りの使用方法やバランス機能向上へのアプローチ等、運動が効果的な取組となるように支援する。また、「かみかみ百歳体操」や「しゃきしゃき百歳体操」、栄養・口腔・認知機能等の介護予防教室など、フレイル予防として、運動だけでなくバランスよく効果的に介護予防活動が展開されるよう支援する。
- ・ 地域介護予防拠点づくりや介護予防教室の開催、高齢者地域支え合い事業等の地域団体と連携した取組をはじめとする様々な機会を活用し、事業対象者を把握するネットワークを形成し、必要な高齢者を適切に介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業につなげる。
- ・ 地域介護予防拠点の取組内容の充実や活動継続のため、区と連携し、地域介護予防拠点の運営責任者やリーダー等を対象とする連絡会や研修会の開催などの支援を行う。
- ・ 高齢者は、フレイル状態に陥りやすいとともに、複数の慢性疾患を持ち、介護予防と疾病予防の両面にわたるアプローチが必要であるため、通いの場等を活用して、医療専門職がポピュレーションアプローチ（健康な人を含めた全ての人に働きかけること）を行うことで、疾病予防・介護予防を一体的に提供できるよう、区地域支えあい課の地区担当保健師と連携し、支援が必要な高齢者を適切に介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業につなげる。

(2) 自立支援と重度化防止（介護予防ケアマネジメントの質の強化）

- ・ 利用者が、可能な限りその居宅において自立した生活を送ることができるよう、心身の状況や生活環境等に応じて、利用者の自立のための目標を達成するために適切なサービスが多様な事業者等から総合的かつ効果的に提供されるよう介護予防ケアマネジメントを行う。
- ・ 困りごとに対して、ただ単にそれを補うサービスを当てはめるだけでなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチする。
- ・ 自立支援・重度化防止に資するケアプランの作成のため、疾病管理や予後予測を立てた支援ができるよう、主治医との連携を適切に行うとともに、生活不活発や生活環境による生活機能低下を起こしているケースについては、効果的に機能改善が図られるよう、

短期集中型サービスを積極的に導入する。また、本人の強みや地域との繋がりを大切にしながら自立支援を行うことができるよう、住民主体型サービスや一般介護予防事業の活動を積極的にケアプランに盛り込む。

- ・ ケアプランを有効に活用し、利用者の目標や目標達成に向けた具体的なサービス内容を、本人・家族のみならず関係する多様な事業者等が共有し、連携した支援を展開することで、自立支援・重症化防止につなげる。
- ・ 市が保健事業として実施する「糖尿病性腎症重症化予防事業」「ポリファーマシー対策事業」「アウトリーチ型オーラルフレイル予防事業」等の対象者へのハイリスクアプローチ（疾病又は要介護状態となる危険性が高い人を対象に絞り込んで、その危険性を下げるように働きかけること）が、健康寿命の延伸に資するとともに、医療・介護の連携により効果的なものとなるよう、区地域支えあい課の地区担当保健師と連携する。
- ・ 地域ケアマネジメント会議に参加し、担当ケース以外についても地域包括支援センターの立場から積極的に助言するとともに、会議出席後は会議で出された助言や報告ケースを通じて見えてきた介護予防ケアマネジメントの留意点などをセンター内で共有し、センター全体で介護予防ケアマネジメントの質の底上げを図る。
- ・ 地域ケアマネジメント会議においてセンターの主任介護支援専門員が日頃のケアマネジメント支援の視点を生かしファシリテーターの一部を担うことで、より地域の現状を踏まえた検討を行う。
- ・ サービス利用により機能改善が図られた場合には、本人の意向も踏まえつつ、サービス利用を終了した上で、地域介護予防拠点などの地域の自主的な介護予防の取組を継続することで機能を維持できるよう、「卒業に関する介護予防ケアマネジメント」に積極的に取り組む。
- ・ 居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象とした連絡会や研修会において、総合事業の趣旨を踏まえた介護予防ケアマネジメントをテーマとして取り上げるとともに、居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを委託した場合には、自立支援に資する介護予防ケアマネジメントが実施できるよう、適宜、指導助言する。

(3) 高齢者地域支え合い事業の推進

- ・ 本事業は、日常生活圏域における生活支援体制整備事業として位置付けており、様々な活動主体（民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会、町内会・自治会、老人クラブ等）の連携強化及び見守り活動情報の一元化・共有化を図ることができるネットワークについて、より広い地域での構築に取り組む。
- ・ 既に見守りの取組が開始されている地域においては、地域介護予防拠点整備促進事業や認知症地域支援体制づくりなどの他事業との連動を意識し、市・区社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと連携し取り組む。また、見守り協力員に対する情報交換会や研修会等の開催に加え、見守り活動を通じて把握した地域課題やニーズに応じた生活支援の創出に向けての支援に発展するよう取り組む。
- ・ 日常生活圏域を越えた広域で解決すべき課題等の解決に向け、広島市生活支援体制整備 市域協議体・区域協議体に参画する。

(4) 在宅医療・介護連携の推進

- ・ 区及び日常生活圏域内において、医療関係者と介護関係者の相互の顔の見える関係づくりとサービスの質向上を図るため、市及び区の在宅医療・介護連携推進委員会に参画

し、事業の一翼を担うとともに、日常生活圏域単位で、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職、介護支援専門員等多職種や地域住民による研修会・情報交換会や事例検討会を開催する。研修会等の開催に当たっては、広島市の「在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進方策」並びに在宅医療・介護連携推進事業における区ごとの重点テーマを踏まえつつ、担当圏域の実態に即した内容とするとともに、地域の多様なサービス提供事業者の参画を得るよう留意する。

- ・ また、事業実施を通じて把握した担当圏域の課題は、区在宅医療・介護連携推進委員会で検討するなどにより、区レベルでの課題解決につなげる。
- ・ 専門職及び市民に対するACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）の普及・啓発を推進するため、区医師会や広島県ACP普及推進員等と連携し、圏域内の多職種情報交換会や地域住民向け研修会などにおいて、計画的に取り組む。
- ・ 摂食嚥下障害の予防と早期発見の普及・啓発を推進するため、広島市連合地区地域保健対策協議会が令和4年度に作成した摂食嚥下・口腔ケアに関する市民向けパンフレット「知っておきたい口から食べることの大切さ」の概要版及び詳細版を活用し、地域住民向け研修会を開催するなど、様々な機会を捉えてパンフレットを説明することにより、地域住民の摂食嚥下・口腔ケアの理解促進を図る。
- ・ 区医師会等が実施する在宅医療の充実のための事業に協力する。

(5) 認知症地域支援体制づくりの推進

- ・ 認知症になっても安心して暮らすことのできる地域社会づくりを推進するため、地域住民や学校、企業等を対象にした認知症サポーター養成講座の開催に取り組む。特に、高齢者地域支え合い事業に関わる地域団体のほか、本市の連携協定締結企業をはじめとする金融機関・交通機関・スーパーマーケット等小売店など日常的に高齢者と接する機会の多い事業所に対して、講座開催を積極的に働きかける。その際、受講後希望する事業所には掲示用ステッカーを配付し、認知症サポーター養成講座を受講した事業所であることを地域住民にも可視化する。なお、養成講座開催に当たっては、受講者を地域での活動につなげるための育成支援を念頭に置く。
- ・ 認知症地域支援推進員や地域の認知症アドバイザーと連携し、区レベル又は圏域レベルでの認知症サポーターステップアップ講座の開催による支援者の育成や、「認知症カフェ」の取組の普及・定着を図る。その際、認知症の人やその家族が一員として参画する機会もつくりながら、認知症サポーターステップアップ講座修了者の活躍の場づくりやマッチングに取り組むなど、チームオレンジとしてのプラットフォームをセンターが担い、認知症の人などを支える地域支援体制づくりを進める。
- ・ 認知症地域支援推進員を中心に認知症疾患医療センター等の専門医療機関や認知症サポート医等と連携し、地域における認知症の在宅医療・介護連携を推進するとともに、市が作成する「認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）」の医療・介護資源等情報の更新など、内容の充実に協力するとともに、同ガイドブックを活用して、認知症の進行段階に応じて受けられる支援の流れについて普及を図る。
- ・ 個別ケースに対応した支援体制を協議する地域ケア会議を開催し、認知症の人と家族等に対する支援を行う。
- ・ 認知症初期集中支援チームの支援対象となりうるケースは、早期に適切な支援につながるよう、積極的につなぐ。また、チーム員会議に参加するとともに、認知症初期集中支援チームと連携して安定した医療・介護サービスにつながるよう支援を行う。

(6) センターの運営をより効果的に実施するための取組

- ・ 第8期広島市高齢者施策推進プランに掲げた地域包括支援センターの活動に関連する数値目標等を基に、各センターでの定量的な目標を設定し計画的に実施するなど、年次計画、年間計画等を立てながらPDCAサイクルを回す。
- ・ PDCAサイクルを回す上で必要となる地域分析の基礎資料として、日常生活圏域シート及び担当圏域分析シートのデータ更新を随時行う。
- ・ 個々の高齢者等の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現し、地域で暮らす高齢者へのケアマネジメントの質の向上につなげるため、個別ケアマネジメント支援はもとより、地域における連携体制の構築等の環境整備に取り組む。
- ・ 近年、高齢者虐待に関する相談が増加傾向にあることから、区地域支えあい課と共に、医師会、弁護士会、社会福祉士会等の関係団体や民生委員・児童委員、介護サービス事業者等と連携して高齢者虐待防止ネットワークの強化を図り、高齢者虐待の防止及び早期発見と保護、養護者の支援に取り組む。
- ・ 令和5年度においても、新型コロナウイルス感染症対策の動向に留意した上で、高齢者のフレイル予防や見守り、生活支援等、地域団体や関係機関と共に、高齢者が安心して生活できる地域づくりに取り組む。また、コロナ禍で進んだICTの活用などの取組を引き続き行うとともに、個別事案や地域活動に対する支援を行うに当たっては、地域の実情把握に努め、場面に応じた多様な手段や方法を検討する。

2 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員の活動の方向性を明確にするため、第8期高齢者施策推進プランの重点施策（認知症施策の推進）に沿って、令和5年度に重点的に取り組む方針を定め、全ての認知症地域支援推進員が共通の目標の下、各区の実情に応じた実施方法で取組を進める。

(1) 認知症に関する正しい知識の普及と本人発信支援

- ・ 区内地域包括支援センターの認知症サポーター養成講座の開催状況を把握・分析し、計画的かつ戦略的な開催に向けた支援を行う。
- ・ 区内の認知症アドバイザーのネットワークづくりや市民への認知症アドバイザー活動の周知に取り組み、認知症アドバイザーの活動の活性化と底上げを図る。
- ・ 認知症の人が希望や生きがいを持って暮らしている姿を自ら発信することで、認知症に関するイメージの変化や早期の受診につながるよう、認知症の本人が、認知症のことを語るなどの機会の創出を支援する。

(2) 認知症の容態に応じた切れ目のない良質な医療・介護の提供

- ・ 「認知症あんしんガイドブック」（認知症ケアパス）の普及に取り組むとともに、各区の医療・介護資源等情報（ケアパス別冊）を年1回以上更新する。また、「認知症あんしんガイドブック」等の内容の充実を積極的に提案する。
- ・ かかりつけ医の相談役や認知症医療に係る正しい知識の普及を図る役割を持つ認知症サポート医に対して、年1回以上は訪問等を行い、地域の認知症の支援体制の現状を共有する（更新した認知症ケアパス別冊の情報提供を含む。）。
- ・ 認知症初期集中支援チームと連携して医療・介護関係者、民生委員等への事業の周知を図り、チームへの積極的なケースの紹介・つながりを促す。また、積極的にチーム員会

議に参加し、支援対象者が安定的な医療・介護サービスにつながるよう、また、家族の介護負担軽減が図れるよう、必要な助言等を行う。

- ・ 圏域毎の認知症の人の数を経年的に分析した上で、区内の地域包括支援センターと連携して、地域介護予防拠点や地域高齢者交流サロン等で、計画的に認知症予防教室等を開催し、地域住民の認知症予防に対する取組を推進する。
- ・ 認知症疾患医療センターと連携して開催する事例検討会等を通じて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャー等を含めた医療・介護関係者の認知症ケアのスキルアップを図る。

(3) 若年性認知症施策の強化

- ・ 認知症地域支援推進員は本市における若年性認知症支援コーディネーターの役割を担っており、若年性認知症の本人・家族への相談支援、支援者への助言を行い、適切な支援につなぐとともに、各区の認知症地域支援推進員が相互に連携して、医療・介護・就労などの若年性認知症の特性に応じた支援者のネットワークづくりや当事者の社会参加支援に取り組む。また、若年性認知症の人がそれぞれの状況に合わせて参加できる居場所づくりなど、社会資源の創出に取り組む。
- ・ 若年性認知症の人への支援に当たっては、複合的な課題に対応できるよう、障害福祉サービスなど介護保険以外の制度の活用についても、医療・介護関係者への周知を行う。
- ・ 若年性認知症のパンフレット等を活用して、相談先の周知を図ることにより、若年性認知症の人や家族が相談しやすい環境づくりを進める。

(4) 認知症の人と家族等に対する生活支援・地域支援の充実

- ・ 認知症アドバイザーと協力して、区レベル・日常生活圏域レベルの認知症サポーターステップアップ講座やフォローアップ講座を企画・実施し、地域の実情に応じて活動を実践する認知症サポーターの養成に取り組む。また、認知症サポーターステップアップ講座を修了したサポーターの多くの人が、認知症カフェや施設等でボランティア活動ができるよう、サポーターと受入側のニーズとのマッチングを行い、地域の中で活躍できるよう支援する。さらに、認知症の人やその家族のニーズに合った支援につながる活動の実践が、より充実し継続する仕組みづくりを進める。
- ・ 区レベル及び日常生活圏域レベルで、認知症サポート医や認知症かかりつけ医、認知症対応力向上研修を修了した歯科医師や薬剤師、地域包括支援センター、介護事業所等のネットワーク化を図るとともに、認知症に関する事例検討会や情報交換会を開催することで、認知症に関する医療・介護の連携の推進を図る。
- ・ 各区の認知症高齢者等家族の会へ必要に応じて参加し、認知症に関する理解の促進や個別相談対応、認知症カフェ等の社会資源の紹介やカフェへのつなぎ等に取り組む。また、医療・介護関係者に、家族の会等の社会資源情報についての周知を図り、必要な人に認知症に関する情報が届くような環境づくりを進める。
- ・ 令和7年度までに全小学校区に1か所程度の認知症カフェ設置を目指して毎年度全市で8か所ずつ増加させるという目標を踏まえ、原則として日常生活圏域に3か所以上、小学校区の偏りなく設置されるよう、圏域内の医療・介護関係機関や地域団体に働き掛けを行い、立上げを支援する。
- ・ 既に活動を開始している認知症カフェに対しては、活動の継続と内容の充実に向けて必要な助言等を行う。

- ・ 各地域包括支援センターが実施する高齢者地域支え合い事業とも連携しつつ、行方不明になる恐れのある認知症の人の見守り体制づくり、はいかい高齢者等SOSネットワーク・認知症高齢者等保護情報共有サービスの普及・啓発に取り組むとともに、行方不明が発生した際の地域住民の対応力を向上するため、必要に応じて模擬訓練等の実施に取り組む。

(5) 推進員の活動をより効果的に実施するための取組

- ・ 第8期広島市高齢者施策推進プランに掲げた認知症施策の推進に関連する数値目標等を基に、各区において定量的な目標を設定し計画的に実施するなど、年次計画、年間計画等を立てながらPDCAサイクルを回す。

II 令和5年度における業務の委託先及び運営体制の強化について

センターが地域包括ケアシステムの要としての役割をしっかりと果たしていくことができるよう、引き続き、その効果的かつ効率的な運営を支援していく必要がある。このため、高齢者人口の増加に応じて配置職員を増員し運営体制の強化を図る。

1 委託先

- ・ 地域包括支援センター設置運營業務及び認知症地域支援推進業務ともに、令和4年度委託先法人と同一の法人に委託

※ 別紙7「令和5年度地域包括支援センター運營業務の委託先法人一覧」のとおり

2 運営体制の強化

- ・ 圏域の高齢者人口の増加に伴う増員【計1人増員】

圏域高齢者人口	職員体制	センター数		対象センター等
		令和4年度	令和5年度	
高齢者人口6,500人未満	4人	13か所	12か所 (▲1)	東原・祇園東が1人増員
高齢者人口6,500人以上 8,000人未満	5人	12か所	13か所 (+1)	
高齢者人口8,000人以上 1万人未満	6人	11か所	11か所	
高齢者人口1万人以上	7人	5か所	5か所	

※ 高齢者地域支え合い事業及び地域介護予防拠点整備促進事業の職員（各1人）は含まない。

※ 高取北・安西においては、圏域高齢者人口の減少により、職員配置基準上は1人減員（7人体制→6人体制）となるが、特例の適用により、今年度の職員体制は現行どおり7人体制とする。（詳細は資料5参照）