

令和8年度 釧路市地域包括支援センター運営方針（案）について

1 運営方針の概要について

（1）運営方針の策定根拠

介護保険法第115条の47（市町村は、包括的支援事業の実施を委託する場合、委託先に対して当該事業の実施に係る方針を示さなければならない）

（2）介護保険事業計画との関係

- ・運営方針は釧路市介護保険事業計画（3年を1期とする計画期間）に基づき策定
- ・国の制度改正や介護保険法の改正、新たな事業の創設・廃止等があった場合は、計画期間中であっても運営方針を変更する可能性あり

2 令和8年度の運営方針（案）について

（1）令和7年度からの変更内容

- ① 年度表記の更新（令和7年度→令和8年度）
- ② 統計データ等の時点更新（令和6年〇月→令和7年〇月）

（2）運営方針の内容について

運営方針の基本的な内容に変更なし

令和8年度

釧路市地域包括支援センター運営方針 (案)

令和8年3月

釧路市福祉部介護高齢課

目 次

1	策定の概要	3
2	釧路市の現状	3
3	地域包括支援センターの運営	4
4	地域包括支援センター事業実施方針	4
	釧路市における地域包括ケアシステムの構築方針	
	(1) 医療と介護の連携の推進	
	(2) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	
	(3) 認知症施策の推進	
5	運営における基本視点	8
	(1) 「公益性」の視点	
	(2) 「地域性」の視点	
	(3) 「協働性」の視点	
6	業務推進の指針	8
	(1) 事業計画の策定	
	(2) 設置場所	
	(3) 職員の姿勢	
	(4) 地域との連携	
	(5) 個人情報の保護	
	(6) 守秘義務	
	(7) 広報活動	
	(8) 苦情対応	
	(9) 公正・中立性の確保	
	(10) 適正な業務の実施	
7	包括的支援事業の業務について	11
	(1) 総合相談・支援業務	
	1) 総合相談	
	2) 実態把握	
	3) 地域包括支援ネットワークの構築	
	(2) 権利擁護業務	12
	1) 基本姿勢	

2)	成年後見制度等の推進	
3)	老人福祉施設等への措置	
4)	高齢者虐待（疑い含む）への対応	
5)	困難事例への対応	
6)	消費者被害の防止	
(3)	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	14
1)	関係機関との連携体制の構築支援	
2)	介護支援専門員同士のネットワークの構築支援	
3)	介護支援専門員の実践力向上支援	
4)	支援困難事例等への指導・助言	
5)	地域全体をターゲットとするケアマネジメント支援	
(4)	在宅医療・介護連携推進事業	15
(5)	生活支援体制整備事業	16
(6)	認知症施策の実施	17
1)	認知症施策推進事業	
2)	認知症高齢者地域サポート事業	
(7)	地域ケア会議推進事業	18
8	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて	19
(1)	セルフケアマネジメントの推進	
(2)	多職種との連携	
(3)	従事職員の要件	
(4)	総合事業における介護予防ケアマネジメントの類型	
1)	訪問型/通所型サービス、訪問型/通所型サービス・活動Aを利用する場合	
2)	短期集中予防サービスを利用する場合	
3)	住民等主体の通所サービスを利用する場合	
9	その他	22
(1)	地域包括支援センター全体に関すること（スキルアップ等）	
(2)	市及び地域包括支援センター間の連携	
1)	市の関係部署との連携	
2)	釧路市地域ケア会議との連携	
3)	地域包括支援センター代表者会議の開催	
4)	専門職会議の開催	
(3)	感染症および災害時の対策	
1)	感染症対策の強化	
2)	感染症及び災害に係る業務継続計画の策定	
3)	要介護者情報の共有	

1 策定の概要

地域包括支援センターは、様々な高齢者の課題に対応する地域の拠点として位置づけられ、釧路市では7か所の地域包括支援センターが設置されています。

地域包括支援センターの業務が公平で効果的に行われるために、地域包括支援センターを所管する保険者としての役割として、包括的支援事業の実施に係る事業実施方針を策定し、提示することとしています。(介護保険法第115条の47)

2 釧路市の現状

釧路市の高齢者数は年々増加していましたが、令和3年度以降減少に転じています。しかし、若年人口も減少しているため高齢化率については、令和7年12月末現在**36.34%**と上昇しています。また、後期高齢者数等は増加しており、単身高齢者、要介護・要支援認定者、認知症高齢者等、支援の必要な高齢者等も増加しているため、引き続き地域全体で高齢者を支えるケア体制の整備が求められています。

高齢者のだれもが、いきいきと健やかに安心して暮らせるまちづくりに向けて令和6年度からの3年間を計画期間とする第9期の釧路市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画「いきいき健やか安心プラン2024～2026」（以下、「第9期計画」という）を策定しています。

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築を第5期以降の計画の柱として位置づけており、第9期計画では、第8期計画に引き続き、市と地域包括支援センターが中心となり、各関係機関等とのネットワークを強化しながら、「医療と介護の連携の推進」、「認知症施策の充実」、「生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」について重点的に取り組みます。

地域包括支援センターは平成18年4月に6か所、平成22年4月には、さらに1か所設置し、現在7か所の体制となっており、第9期計画においても設置数は変わりません。

地域包括支援センターの機能を強化するために、平成24年度に高齢者支援における地域のネットワークづくりを行う「地域支援コーディネーター」及び認知症の地域支援体制の構築を図る「認知症地域支援推進員」等、釧路地区の地域包括支援センターに専門職を増員しました。

また平成28年度には、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築の役割を担う「生活支援コーディネーター」を増員しました。

阿寒・音別地区においては、地域包括支援センターの事業を担当している行政職員が兼務で役割を担っています。

「地域包括支援センター実態調査事業」や「介護予防継続教室」等、各種事業においては、感染予防対策を講じながら高齢者の実態把握や介護予防の推進等に取り組んでいきます。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、市と地域包括支援センターが協働し、平成29年度から開始された「おたっしやサービス」や、「認知症初期集中支援チーム」、「釧路市つながり手帳」の利用普及等を通し、地域の関係者と連携しながら、地域に定着した高齢者の相談窓口としての機能を確実に果たしています。

3 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、高齢者が地域で安心して暮らすことができるよう介護サービスをはじめ、保健・福祉・医療・健康等、様々な相談に応じ、高齢者の生活を総合的に支えるための地域の中核機関として、設置されています。

地域包括支援センターは、センターの管理者が中心となり、センター機能を効果的に発揮できるよう努めなければいけません。

地域包括支援センターの設置責任主体は釧路市であり、地域包括支援センターの適切な運営、公正・中立性の確保その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、地域包括支援センター運営協議会を設置しています。

運営協議会では、各法人からの専門職の配置計画等の提出を受け、専門職の配置基準に基づき、地域包括支援センターの運営に関する事項等について、協議や評価、承認を行っています。

4 地域包括支援センター事業実施方針

《釧路市における地域包括ケアシステムの構築方針》

地域包括支援センターの事業方針は、第9期計画の釧路市における地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた方針に基づき実施されます。

釧路市では、「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けて、市と地域包括支援センターが中心となり、各関係機関等とのネットワークを強化しながら、

- ◆切れ目のないサービスの提供に向けた「医療と介護の連携の推進」
- ◆増加する認知症の高齢者等を支える「認知症施策の推進」
- ◆高齢者の安心・安全な在宅生活を支える「生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」

の3項目について重点的に取り組みます。

～いきいき健やか安心プラン 2024～2026（第9期計画）より抜粋～

(1) 医療と介護の連携の推進

① 医療・介護関係者の情報共有

高齢者本人の思いを交えた医療や介護の情報を関係者が共有し、在宅生活などに対する切れ目のない支援を行うため、引き続き「釧路市つながり手帳」の普及に努めるとともに、さらなる活用の促進に向けた検討を行います。

② 医療・介護関係機関とのネットワークの構築

市内の医療・介護関係者が参画する釧路市地域ケア会議等において、医療・介護連携の現状と課題を抽出し、対応策の検討を行います。

地域の医療・介護関係者の連携を促進するため、多職種での研修会を開催します。

③ 在宅医療等に関する普及・啓発

市民及び医療・介護関係者を対象とした講演会の開催等を通じて、在宅医療・介護連携の理解の促進に努めます。

また、アドバンス・ケア・プランニング（将来の治療・療養について本人・家族と関係者が事前に話し合うプロセス）等については、本人の意思を丁寧にくみ取った決定ができるよう、関係者等の理解を促進するとともに普及・啓発に努めます。

④ 在宅医療・介護連携に関する相談支援体制の整備

地域の医療・介護関係者の相談窓口として設置した「釧路市在宅医療・介護連携相談支援窓口」について、具体的な相談内容の周知を図るなど、より相談しやすい窓口となるよう努めます。

また、窓口の相談員は、医療と介護に精通していることが求められるため、適切な人材の配置・育成に努めます。

⑤ 看取りに関する取り組みの推進

切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、ライフサイクルの中で起こる様々な場面や状況を意識した取り組みが必要と考えられます。

「看取り」に関する実態調査結果を基に必要な取り組みを推進します。

(2) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

高齢者の安心・安全な在宅生活を支えるため、各地域包括支援センターと市に配置している生活支援コーディネーターが中心となり、多様な社会支援・介護予防サービスが利用できる地域づくりを進めます。

① 協議体の開催

関係機関の定期的な情報共有や連携、協働、ネットワーク機能の充実を図る協議体を開催し、地域の課題や社会資源を把握しながら、必要な生活支援・介護予防サ

サービスの整備に向けた取組みを進めます。

② 地域に必要なサービスの創出

把握した地域のニーズや社会資源を基に、「おたっしやサービス」を含む地域に必要なサービスの創出を行うとともに、リハビリテーション専門職等と連携し、サービスの充実を図ります。

③ 高齢者の社会参加の促進

元気な高齢者が支援の担い手として活躍できるよう「ご近所ボランティア講座」等への参加を促すとともに、介護サービス事業所や「おたっしやサービス」など、地域の通いの場等で活動できるようコーディネートを進めます。

④ 支援を必要とする高齢者とサービスのマッチング

「高齢者実態調査事業」等を通じて把握された支援を必要とする高齢者が、その有する能力をできる限り発揮し、自立した生活を営むことができるよう適切に支援します。

(3) 認知症施策の推進

① 認知症の理解と周知

認知症の人を地域で支えるために重要な「認知症の正しい知識や理解」について、地域・職域・学校等での「認知症サポーター養成講座」や、「市民向け認知症講座」を開催し、普及・啓発に努めます。

認知症の状態に応じたケアやサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」を活用し、利用できる社会資源等を含めた情報発信に努めます。

また、介護サービス従事者向けの研修会を開催し、対応力向上に努めます。

② 認知症の人の社会参加、意思決定支援

認知症の人の意思を尊重し、本人が望む社会参加や活動ができるよう本人発信の機会・場所の整備を進めるとともに、「認知症ケアパス」を使用し、情報提供に努めます。

また、認知症の人の意思決定が適切に行われるように支援します。

医療や介護の支援を適切に受けられるための情報提供、消費者被害にあわないために成年後見制度の利用など、本人の状態に応じた支援を行います。

③ 若年性認知症の人への支援

若年性認知症の人とその家族等(ケアラー)からの相談を適切に受ける体制を強化するとともに、若年性認知症の人が地域から孤立しないよう社会参加を支援するため、「認知症ケアパス」を活用した情報提供を行います。

また、状況に応じて、北海道若年性認知症コーディネーターなど、関係機関との連携を図ります。

④ 認知症の早期発見

「認知症初期集中支援チーム」の活動などを通じて、認知症の早期診断・早期対応等の初期対応を進めるとともに、「脳の健康度テスト」や、健康まつり等での「タブレット式のわすれ相談プログラム」の実施、「高齢者実態調査事業」等により、認知症に移行するおそれのある高齢者を把握し、必要な支援を行います。

⑤ 予防事業の充実

老人福祉センター等の身近な場所で、認知症予防や認知機能の維持向上を盛り込んだ「介護予防継続教室」や「脳の健康度テスト」等の介護予防事業を推進するとともに、広報紙等を通じて事業の周知を図る際には具体的な取り組み内容を記載するなど、利用者にわかりやすく伝えるよう努めます。

⑥ 相談体制の整備

各地域包括支援センターに配置している認知症地域支援推進員が中心となり、認知症疾患医療センターやかかりつけ医、認知症疾患に係る専門医療機関、介護事業所等と連携し、身近なところで継続的な相談ができる体制の整備を推進します。

⑦ 家族等（ケアラー）への支援

認知症の人を介護する家族等（ケアラー）の負担軽減のため、「認知症高齢者家族やすらぎ支援事業」や「家族介護者交流事業」「家族介護教室」「若年性認知症の人と家族の集い」を継続実施するとともに、認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人や家族等（ケアラー）の支援等を行う「認知症初期集中支援チーム」や「SOSネットワーク事前登録制度」「認知症地域支援推進員」「認知症カフェ」等について、さらなる周知を進め、必要な人が利用できるよう努めます。

認知症の人と家族等（ケアラー）が孤立しないよう、家族介護者の会である「釧路地区障害老人を支える会（たんぽぽの会）」や「阿寒町おひさまの会」等と連携し、情報提供や助言を行います。

⑧ 行方不明高齢者等への支援

関係機関で構築する「釧路市SOSネットワークシステム」について、隣接町村との連携や高齢者情報の事前登録による機動性の向上等の機能強化を進めながら、早期発見・保護につなげるとともに、その後の本人及び家族等（ケアラー）への支援に努めます。

また、「SOSネットワーク模擬訓練」を継続的に開催し、地域の見守りネットワークの強化に努めるとともに、幅広い世代への認知症に対する啓発を行います。

⑨ 支援のネットワーク化

認知症地域支援推進員を中心に、「認知症サポーター養成講座」等の受講者をはじめとする地域住民とサービス事業所等の関係機関をつなぎ、ネットワークをさらに強化しながら、認知症に関する様々な取り組みを総合的に進めることにより、認知症の人やその家族等（ケアラー）が地域で安心して暮らすための支援体制の拡充に努めます。

5 運営における基本視点

地域包括支援センター業務を実施するにあたり、以下の基本的な視点に立脚した運営を行うことが求められます。

(1) 「公益性」の視点

市の介護・福祉行政の一翼を担う公益的な機関として、法令の遵守を基本とし、公正で中立性の高い事業運営を行います。

(2) 「地域性」の視点

地域のサービスの提供体制を支える中核的な存在であるため、担当地域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。

(3) 「協働性」の視点

保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員等の専門職種の職員が配置されていますが、常に情報を共有し、協議して業務を遂行するチームアプローチ体制を構築します。

6 業務推進の指針

(1) 事業計画の策定

地域包括支援センターは、実施した事業について自ら評価を行い、評価等から明らかとなった担当地域の住民ニーズや課題をもとに、地域包括支援センター内及び市と協議、共通認識の上、事業計画の作成に当たり、必要となる重点目標の設定、地域での特色ある創意工夫により、事業の運営に努めます。

(2) 設置場所

担当地域内の地域住民や介護支援専門員、サービス事業者等の多様な関係者がアクセスしやすい場所に事務所を設置し、周知を行います。

また、地域包括支援センターが釧路市立地適正化計画における誘導施設として設定されていることから、地域の高齢化や需要等を踏まえつつ、必要に応じ

て長期的な視点でセンターの移転を含め設置場所について検討をしていきます。

(3) 職員の姿勢

地域包括支援センターの業務は、地域に暮らす高齢者が尊厳を持ち、自分らしい生活を継続させるための支援であることを念頭に置き、常に当事者に最善の利益を図るために業務を遂行します。

(4) 地域との連携

地域におけるケア会議等を通じて、地域の住民や関係団体、サービス利用者や事業所等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向け積極的に取り組みます。

(5) 個人情報の保護

地域包括支援センターでは、高齢者等の様々な情報を得ることになるため、その情報管理には万全を期することが求められます。地域包括支援センターが有する高齢者等の情報が、業務に関係のない目的で使用されたり、不特定多数の者に漏れることのないように情報管理を徹底します。また、併設する事業所の職員から閲覧されることがないように、情報の管理を行います。

今後においても、今まで以上に個人情報の取り扱いに注意し、確実に管理する体制を整えます。災害時にも同様に個人情報の保護を徹底します。

(6) 守秘義務

地域包括支援センターの設置者（設置者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしません。

(7) 広報活動

地域包括支援センターの業務を適切に実施していくために、また、業務への理解と協力を得るために広報紙等を作成し、様々な場所や関係機関への配布等を行う等、地域住民関係者へ積極的に広報します。

(8) 苦情対応

地域包括支援センターに対する苦情については、地域包括支援センター及び市の介護高齢課にて受付し、対応します。利用者には、センター内における苦情受付の担当者・責任者がわかるように表示します。

(9) 公正・中立性の確保

公正・中立性の確保のために、センターの責務として、以下の項目に留意し業務を行います。

- ① 要介護者への介護支援専門員等の紹介を公正・中立に行うこと。
- ② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託先が、特定の指定居宅介護支援事業所に偏らないこと。
- ③ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する場合、委託先の業務に支障のない範囲で委託すること。
- ④ 指定介護予防サービス等の紹介を行う際には、特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に偏らないよう公正・中立に行うこと。

(10) 適正な業務の実施

地域包括支援センターは、釧路市地域包括支援センター運営事業実施要綱、関係法令、関係要綱、関係通知、地域包括支援センター運営マニュアル（一般財団法人長寿社会開発センター発行）、釧路市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等の基準等に関する条例、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントマニュアル、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）の各種マニュアル等に基づき、高齢者の自立支援に配慮します。

また、包括的支援事業を円滑に実施するため、地域包括支援センター職員は介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に従事するにあたり、指定介護予防支援事業所に専任配置された介護支援専門員よりも担当件数を上回らないこととします。

さらに、センター長は地域包括支援センター及び指定介護予防支援事業所の業務を把握し、業務指導及び管理に努めるため、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務は担当しないことを基本とし、処遇困難ケース等をやむを得ず担当する場合であっても、月5件程度を上限とします。

○保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

（介護保険法第2条第2項）

○被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。

（介護保険法第2条第3項）

○国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（介護保険法第4条第1項）

7 包括的支援事業の業務について

(1) 総合相談・支援業務

1) 総合相談

総合相談は、地域に住む高齢者に関する様々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業務に継続していくことが目的です。

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あり、地域包括支援センター1か所に相談をすると、あらゆるサービスの調整まで可能になるワンストップサービス拠点としての機能を果たすこととなります。

- ① 地域において安心して気軽に相談できる拠点としての役割を果たすため、関係機関との連携のもと、総合的に相談できる体制をつくります。本人からの相談のみならず、介護離職の防止など介護に取り組む家族等(ケアラー)に対する相談・支援体制の強化に努めます。
- ② 地域包括支援センターは、介護高齢課や福祉等関係機関と情報交換を密にし、いつでも相談対応できる体制をつくります。
- ③ 社会資源リスト等を作成・更新し、地域の社会資源を把握し、総合相談等に活用します。
- ④ 総合相談事例の終結条件として、以下を目安とします。
 - 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
 - 適切な機関・制度・サービスにつなぎ、適切に引き継ぎされた場合虐待事例に関しては「釧路市高齢者虐待防止対応マニュアル」に基づき終結すること。

2) 実態把握

実態把握とは、担当する地域における高齢者の状況を把握することで、支援が必要な人を顕在化させ、支援することが目的です。

また、地域ごとの福祉的生活ニーズや、介護予防に関するニーズを把握することで、地域課題の抽出にもつながります。

高齢者や家族等(ケアラー)からの相談を待っているだけでは、地域に潜在する問題やニーズを発見することはできません。地域包括支援センターは、様々な手段により地域の高齢者の心身状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。

- ① 地域包括支援センターは、地域包括支援センター実態調査事業や介護高齢課から提供される高齢者の情報、地域活動等により把握した情報を活用し、実態把握を行います。
- ② 民生委員児童委員協議会・町内会・老人クラブ・医療機関・金融機関・調剤薬局等に出向く等し、情報が寄せられやすい体制づくりを行います。

- ③ 実態把握を行った後、高齢者及び家族等（ケアラー）の状況に応じて、必要時、継続して相談・支援を行います。

3) 地域包括支援ネットワークの構築

① 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

地域包括ケアシステムの構築を実現するために、介護保険等の公的サービスや地域住民等によるインフォーマルな活動等を有機的に連携・連結させ、包括的・継続的なサービス提供を支えるコーディネート機能を果たします。

② 釧路市高齢者地域安心ネットワーク事業の推進

釧路市高齢者地域安心ネットワーク事業は、高齢者が地域や社会から孤立せず、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域ぐるみで見守り・支え合うためのシステムです。支援の必要な高齢者の把握に努めるとともに民生委員児童委員、地域関係者（協力員・協力機関）との密な連携により支援体制を整備し、地域づくりを推進します。

(2) 権利擁護業務

1) 基本姿勢

権利侵害行為の対象となっている高齢者や権利侵害の対象になりやすい高齢者、あるいは自ら権利主張や権利行使をすることができない状況にある高齢者に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を専門的に行います。

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点から支援が必要と判断した場合には、関係機関と連絡調整等を行い、適切な対応を行います。

2) 成年後見制度等の推進

認知症等により判断能力の低下がみられる場合に、生活、権利、財産を守り、本人の希望に沿った支援をすることにより、地域で安心して生活できるよう、釧路市権利擁護成年後見センター、釧路市社会福祉協議会、釧路弁護士会、法テラス釧路と連携、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用を促進します。

3) 老人福祉施設等への措置

高齢者を虐待等から保護するため、老人福祉法上の措置が必要な場合は、介護高齢課と連携を図り支援します。

4) 高齢者虐待（疑い含む）への対応

高齢者虐待の事例を把握した場合には「高齢者虐待の防止、高齢者の養護

者に対する支援等に関する法律」及び釧路市高齢者虐待防止対応マニュアルに基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握するとともに、事実を確認し、介護高齢課と連携を図り、コアメンバー会議並びに個別ケース検討会議等を開催する等、適切な支援を行います。

なお、高齢者虐待への対応は、関係様式にて記録し、介護高齢課に報告します。

対応の終了後は、対応についての振り返りを地域包括支援センター内で行い、対応力とその質の向上に努めます。

また、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、令和6年4月1日より指定介護予防支援運営基準において、虐待の発見またはその再発を防止するための措置を講じることが義務化されたことに伴い、以下の取り組みを行っております。

- ① 虐待を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底をはかる
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 職員を対象に虐待防止に関する研修を定期的に実施する
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置く

※指定介護予防支援運営基準とは「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」(平成18年厚生労働省令第37号)をいう。

5) 困難事例への対応

重層的課題がある、支援拒否、既存サービスでは適切な対応ができない、法的問題を抱えている等の困難事例を把握した場合は、地域包括支援センターの専門職全体で適切な対応を検討するとともに、ケース検討会議を開催する等関係機関と連携し支援します。

【「ケース検討会議」に弁護士の参加を依頼する場合について】

高齢者や介護者等の抱える法的問題（財産管理、債務整理、賃貸借契約、経済的虐待、家族間トラブル、近隣トラブル等）に対し、法的観点からの助言を受け早期解決に結び付けるため、必要に応じてケース検討会議に弁護士の参加を依頼します。

●依頼方法及び流れ

- ① 各地域包括支援センターから弁護士へ依頼。

※希望する弁護士（法テラスのスタッフ弁護士含む）がいる場合は、その弁護士に直接参加を依頼する。

※希望する弁護士がいない場合または希望する弁護士が参加できない場合は、法テラス釧路事務局へ参加弁護士の調整を依頼する。

法テラス釧路が調整後、地域包括支援センターへ担当する弁護士名等を回答する。

- ② 弁護士が1回1時間以内の「ケース検討会議」に参加。報償費の支払方法（口座情報等）を確認。
- ③ 参加を受けた各地域包括支援センターが、参加した弁護士が指定する口座へ報償費を支払う（法テラス釧路が参加弁護士の調整をした場合であっても同じ）。

・報償費（参加1回につき）：	釧路地区	5,500円
	阿寒地区	11,000円
	音別地区	16,500円
	オンライン参加の場合	
	全地区	5,500円

6) 消費者被害の防止

消費生活センター等の関係機関と連携し、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応により被害を未然に防ぐように支援するとともに、被害への適切な対応を行う釧路弁護士会、法テラス釧路等の関係機関を紹介します。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

地域包括支援センターには、多様な生活課題を抱えている高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、包括的かつ継続的なケアマネジメントにより高齢者を支援する介護支援専門員に対するサポートを行うとともに、地域におけるさまざまな資源の整備や多職種連携の推進により、地域の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを行いやすい環境を整えることが求められます。

1) 関係機関との連携体制の構築支援

医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援します。また、地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のための老人クラブ活動、サークル、ボランティア活動等介護保険サービス以外の様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

2) 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員連絡会議等の開催により、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定する等介護支援専門員のネットワークを構築し、その活用を図ります。

3) 介護支援専門員の実践力向上支援

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別のケアマネジメント支援、居宅（介護予防）・施設サービス計画の作成に関する検証や指導助言、サービス担当者会議の開催支援等、専門的な見地から、介護支援専門員の実践力向上のための個別指導、相談への対応を行います。

また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、介護給付等費用適正化事業と連携を図るとともに、必要に応じて、関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、介護保険制度や高齢者福祉サービスに係る意見交換、各種制度や施策等に関する情報提供等を行います。

4) 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職や関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。必要に応じて、地域ケア個別会議やケース検討会議を開催し、居宅介護支援事業所が作成した居宅（介護予防）・施設サービス計画について検証します。

5) 地域全体をターゲットとするケアマネジメント支援

地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援は、介護支援専門員に対する直接的支援だけでなく、住民やサービス事業所等への働きかけ等、地域における適切なケアマネジメント環境の整備も重要となります。

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

地域支援コーディネーターを中心に、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者へ、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療や介護、福祉等の関係機関団体とのネットワークづくりを進めます。

令和8年度は、市と協働で以下の事業内容を実施します。

- ① 地域の医療・介護資源の継続的な把握および、「ケアマネタイム」の運用
- ② 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築の推進
- ③ 市内の医療・介護関係者の「釧路市つながり手帳」の利用支援等を通じた、関係者の情報共有体制の構築を推進
- ④ 釧路市在宅医療・介護連携相談支援窓口との連携による、地域の医療・介護関係者の相談対応に関わる支援の実施
- ⑤ 市民および医療・介護関係者を対象とした医療・介護連携に関する研修会や事例検討会等の開催・参加等により、在宅医療・介護連携に関する市民の理解お

よび関係者の連携を促進

⑥ 在宅医療・介護連携に関する未解決課題の検討

(5) 生活支援体制整備事業

生活支援体制整備事業は、生活支援コーディネーターを中心に地域包括支援センター全体で生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けた関係機関・団体間の連携を強化し、高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実させる等、介護予防・日常生活支援総合事業における生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を図ります。

生活支援コーディネーターは研修や会議等の機会を通し、活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとします。

なお、生活支援コーディネーターは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（従来型）に従事しないこととします。

令和8年度は、市と協働で以下の事業内容を実施します。

① 「釧路市介護予防継続教室」の運営

釧路市公認介護予防サポーターと協働し、運営の支援を行う。

② 生活支援・介護予防サービスの把握

既存の地域資源を整理・確認した上で、連携していく組織や団体、利用できるサービスや活動、協働していく人材を把握する。

③ 生活支援・介護予防ニーズの把握

④ おたっしゅサービス等、地域に不足しているサービスの創出

住民主体の通いの場、高齢者等が担い手として活動する場の確保等も含む。

⑤ 関係者間のネットワークの構築

⑥ サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成

介護予防サポーターの育成や「高齢者支援ボランティア人材育成事業」への協力を含む。

⑦ 事業の評価や効果測定

介護予防継続教室やおたっしゅサービスの評価や効果測定も含む。

⑧ ニーズとサービスのマッチング

介護予防ケアマネジメント（初回のみ）を実施し、必要なサービスへつなげることを含む。

⑨ 地域ケア会議に関する業務

課題や検討方針が「住民等主体の通いの場やサービスの創出等」に関わるケースを対象とした場合の地域ケア会議の開催を行う。

⑩ 協議体に関する業務

多様なサービス提供主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組みを推進するため、協議体を年2回以上開催・運営する。

(6) 認知症施策の実施

各地域包括支援センターに配置した「認知症地域支援推進員」を中心に、医療機関や介護サービス、地域の支援機関等の連携強化や、地域における認知症の人が自分の希望や意思を発信・決定できる支援体制の構築を図ります。

具体的には、認知症サポーター養成講座の開催や、SOSネットワーク模擬訓練等を通じ、地域における認知症に対する正しい知識の普及・啓発、また、認知症対応力の向上を図ります。また、認知症初期集中支援チーム員を配置し、認知症の早期診断、早期対応に努めます。

認知症地域支援推進員は、関係する研修や関係者によるネットワーク会議等の機会を通じ、活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとします。なお、認知症地域支援推進員は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（従来型）に従事しないこととします。

令和8年度は、市と協働で以下の事業内容を実施します。

1) 認知症施策推進事業

- ① 認知症の正しい知識と理解の普及啓発を図るために、「認知症ケアパス」を使用した情報提供を行います。また、「認知症ケアパス」は適宜内容の見直しを行い、更新します。
- ② 認知症の人やその家族（ケアラー）へ適切な支援を行うために、地域資源の精査や、関係機関との連携等を積極的に行い、認知症地域支援推進員としての資質向上を図ります。（研修や会議への出席、先進地への視察研修等の参加）
- ③ 困難ケースについて、情報交換やケース検討会議を開催し、関係者間での情報共有や適切な支援体制の協議を行います。
- ④ 認知症の人やその家族等（ケアラー）が地域で安心した生活ができるよう、市民および在宅サービス従事者等に対する認知症研修を開催し、認知症に関する正しい知識の普及・啓発を図ります。
- ⑤ 「もの忘れ受診連携シート」を活用し、認知症疾患医療センターを中心に市内医療機関及び介護支援事業所等と円滑な連絡調整を図ります。
- ⑥ 「認知症初期集中支援チーム員」を配置し、地域関係者や、認知症の本人、その家族等（ケアラー）からの相談に速やかに対応します。
- ⑦ 地域密着型サービス事業所等関係機関、認知症サポーターやその他地域住民と連携し認知症の人や家族等（ケアラー）が集まる「認知症カフェ」等の設置推進に努めます。

- ⑧ 認知症サポーター養成講座受講者のボランティア活動に対する意識を確認し、必要に応じて地域密着型サービス事業者等関係機関や地域に対する情報提供を行います。
- ⑨ 若年性認知症の人やその家族等（ケアラー）が社会から孤立しないよう、社会参加を支援するとともに、認知症の人の意思決定を支援するための情報提供を行います。

2) 認知症高齢者地域サポート事業

① 認知症サポーター養成講座等の開催

地域包括支援センターは、認知症に対する正しい知識・理解を地域に広めるとともに、認知症の人や家族等（ケアラー）が地域で安心して暮らし続けることを支える人を育成するため、認知症サポーター養成講座及びスキルアップ講座を開催します。

② SOSネットワークにおける関係機関との連携

SOSネットワークは、関係者が協力し合い、行方不明高齢者を速やかに発見・保護し、その後の生活に必要なサービスを提供するネットワークです。地域包括支援センターは、SOSネットワークの一員として、行方不明高齢者の搜索や発見・保護後の支援や関係機関との連携に努めます。

また、地域住民や関係機関と連携を図り、幅広い世代を対象に「SOSネットワーク模擬訓練」を実施し、地域の見守りネットワークの構築に努めます。

さらに、行方不明になる可能性がある高齢者の情報を事前に登録しておく「釧路市SOSネットワーク事前登録制度」により、機動性の向上等の機能強化を図ることから、地域包括支援センターでも事前登録申請を受理するとともに、制度の活用を促進します。

(7) 地域ケア会議推進事業

地域包括支援センターは、「地域包括ケアシステム」の深化・推進のために、「地域ケア会議（個別会議・推進会議）」を開催します。地域ケア会議には5つの機能があります。

① 個別課題の解決

多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

② 地域包括支援ネットワークの構築

高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能

③ 地域課題の把握

個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

④ 地域づくり・資源開発

インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

⑤ 政策の形成

地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

これらの機能に沿った形で、個別事例に係る支援内容の検討や地域課題の把握・課題解決のためのネットワーク構築を行います。会議の参集メンバーは、行政職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等が考えられます。

開催回数は、推進会議年2回の実施を含め、年12回程度の開催とし、あらかじめ、地域ケア会議の運営方針とあわせて居宅介護支援事業所等に周知する等、計画的な開催に努めます。

会議終了後には、「やりっぱなしの会議」にしないためにも、包括支援センターとしての見解、方向性を確認し、参加者に対して、改めて議事、地域課題を共有する目的に、会議録としてフィードバックするとともに、関係者のみならず、地域住民等の協力や理解の状況も含め、会議後どのように状況が動き、変化しているのか、モニタリングを行います。

地域ケア個別会議において、自立支援・重度化防止・地域資源の有効活用の観点から、多職種における議論が行われることが重要です。年度内に1回はリハビリテーション専門職の参加する会議を実施するなど、個別ケースの検討の積み重ねを通じて自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に広げることにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化していきます。

なお、訪問介護（生活援助中心型に限る）の回数が多い居宅サービス計画については、市へ届出された後、地域ケア会議を活用し、多職種の視点から議論を行います。

個別会議：個別のケース検討を通して、ケアマネジャーの自立支援能力を向上し、地域の連携を高め、ネットワークを構築し、地域に共通する課題を明確にする目的で開催する会議

推進会議：個別ケースの検討等を通じて把握した地域課題を地域の関係者と共有し、課題解決に向けた検討を行うことを目的とした会議

8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が

要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるように支援するものです。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る責任主体は、指定介護予防支援事業者たる地域包括支援センターであり、委託を行った場合であっても、委託先の指定居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画等を作成する場合には、当該計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行います。

なお、「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」（平成18年厚生労働省令第37号）を遵守するものとします。

また、実施にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。

(1) セルフケアマネジメントの推進

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、興味・関心チェックシート等を用いた適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいくことが必要となります。

なお、日々の健康チェックや疾患に応じた自己管理の留意点など、利用者自身のセルフマネジメントに関する必要な情報提供を行いつつ、介護予防手帳を活用したり、サービス担当者会議に本人、家族等（ケアラー）が出席し、専門職の助言を受けることもセルフケアマネジメントの推進となります。

(2) 多職種との連携

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものであり、リハビリテーション専門職や医師、歯科医師、薬剤師等の視点を活用した多職種連携によるケアマネジメントを実施することが重要となります。

(3) 従事職員の要件

介護支援専門員実務研修の受講時期が平成16年度以前または平成28年12月以降の者が介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に従事する場合には、北海道もしくは釧路市が実施する介護予防支援従事者研修の受講を必要とします。

(4) 総合事業における介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型に従い、利用者の状

況に応じて実施するものとします。

いずれのケアマネジメントの場合にも、アセスメントにより、導き出した課題を利用者と共有しながら、本人の意欲を引き出し、目標を設定することが重要となります。

1) 訪問型/通所型サービス（訪問/通所介護相当）、訪問型/通所型サービス・活動Aを利用する場合・・・介護予防ケアマネジメント（従来型）

予防給付で実施しているケアマネジメントと同じ内容。

地域包括支援センターが、予防給付で実施しているケアマネジメントと同様に、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します。

利用者宅への訪問によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。また、訪問しない月においても、通所サービス事業所の訪問や利用者への電話等により、サービスの利用状況や利用者の状況の確認、その他新たなサービスの利用希望や困りごとの有無などについて確認し、必要に応じて訪問を行う等の対応をとります。

実施機関は地域包括支援センターとしますが、居宅介護支援事業所への委託も可とします。

2) 短期集中予防サービスを利用する場合

・・・介護予防ケアマネジメント（簡易型）

サービス担当者会議とモニタリングを必要時実施する簡易型ケアマネジメントアセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、介護予防ケアマネジメント（従来型）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化したケアマネジメントを実施します。

実施機関は地域包括支援センターとし、居宅介護支援事業所への委託は不可とします。

なお、介護予防ケアマネジメント（簡易型）の実施は、地域包括支援センターの医療職の対応を基本としますが、やむを得ず医療職以外が対応した場合は、医療職の確認を受けることを必須とします。

3) 住民等主体の通所サービスを利用する場合

・・・介護予防ケアマネジメント（初回のみ）

サービス担当者会議とモニタリングが原則不要な、初回のみのケアマネジメント。

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、住民等主体の通所サービスを利用する場合に実施します。

初回のみ、簡略化した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、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続します。その後は、基本的に地域包括支援センターによるモニタリングは行いませんが、利用者の状況悪化があった場合には、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行できるよう、サービスの利用状況等の把握に努めます。利用者からの相談があった場合も同様です。

実施機関は地域包括支援センターとし、居宅介護支援事業所への委託は不可とします。

ケアマネジメントの結果は、地域包括支援センターが発行する「介護予防手帳」を活用し、多様な支援者が本人の心身の状況を把握し、支援の方針や目標を共有化し、支援を行えるようにします。

9 その他

(1) 地域包括支援センター全体に関すること（スキルアップ等）

地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口であるとともに、地域における権利擁護や介護支援専門員の支援、地域包括ケアを推進する中核機関です。

職員は、相談技術やアセスメント・ケアマネジメント技術の向上、権利擁護、介護予防、地域連携等の地域包括支援センター業務に必要な研修や講習会等に積極的に参加するとともに、各職員が学んだことを他職員に伝達し共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

また、職員のスキルアップに向けて地域包括支援センターが主催する地域ケア個別会議への相互出席や、市との協働による研修会・ケース検討会議等の開催をすすめます。

さらに、適切な支援の提供のために、職場におけるハラスメントを防止するための方針を明確化する等の必要な対策を講じるものとします。

(2) 市及び地域包括支援センター間の連携

1) 市の関係部署との連携

地域包括支援センターの業務は多岐にわたり、市の多くの部署と関係しています。市の関係部署（社会援護課、障がい福祉課等）との日常的な連携強化のほか、支援困難ケース等については迅速に対応できるよう、高齢者の状況に合わせたチーム連携を図ります。

2) 釧路市地域ケア会議との連携

地域包括支援センター主催の地域ケア会議で共有された地域課題や、地域の高齢者の様々な課題の解決のため、医療・福祉関係者や地区組織団体等の構成員による当該会議へ参画し、地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、介護保険事業計画への反映等、市の政策形成につなげるための検討を行います。

さらに専門会議として「高齢者虐待対応ケア会議」への参画により、高齢者虐待対応・支援の向上を目指します。

3) 地域包括支援センター代表者会議の開催

地域包括支援センター代表者会議を毎月開催し、地域包括支援センターの運営における情報交換や取り組むべき課題等について協議・調整・検討します。

4) 専門職会議の開催

地域包括支援センターは、専門職ごとの会議を適宜開催し、各専門職が担う課題や役割について、市とともに施策を推進するための協議、検討を行うとともに、専門職間の連携及びスキルアップに努め、地域包括支援センターの運営に生かしていきます。

- ◆ 保健師等会議
- ◆ 社会福祉士会議
- ◆ 主任介護支援専門員会議
- ◆ 地域支援コーディネーター会議
- ◆ 認知症地域支援推進員会議
- ◆ 生活支援コーディネーター会議

(3) 感染症および災害時の対策

1) 感染症対策の強化

各種業務の実施に当たっては適切な感染予防対策を講じ、市と密接に連携をとりながら相談支援業務や実態把握、介護予防等、地域包括ケアの構築及び推進に積極的に取り組むものとします。

また、指定介護予防支援運営基準に基づき、感染症の予防及びまん延の防止のための措置が令和6年4月1日より義務化されたことから、以下のことに取り組み、感染症対策の強化に努めます。

感染症の予防及びまん延の防止のための

- ①対策を検討するための委員会の定期的な開催
- ②指針の整備
- ③研修及び訓練（シュミレーション）の実施

2) 感染症及び災害に係る業務継続計画の策定

指定介護予防支援運営基準に基づき、感染症及び災害に係る業務継続計画の策定等についての措置（業務継続計画の策定及び周知、研修及び訓練等の実施）については、令和6年4月1日より義務化されました。そのため、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護予防サービスを継続的に提供できる体制を構築します。

3) 要援護者情報の共有

災害発生時には、業務継続計画に基づき活動を行います。また、平時より要援護者の名簿を整備し、緊急時には速やかに対応します。