

地域包括支援センター業務マニュアル

平成１７年１２月１９日（月）

厚生労働省 老健局

はじめに

このたびの介護保険制度の見直しにおいては、「地域包括ケア」の考え方が基本方向として提起されました。この地域包括ケアという考え方は、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにすることを目指すもので、その実現のためには、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保するとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される、「包括的かつ継続的なサービス体制」を確立する必要があります。

新たに導入された「地域包括支援センター」は、こうした地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談支援・権利擁護、②包括的・継続的ケアマネジメント支援、③介護予防ケアマネジメントといった機能を担うことが期待されています。そして、どのようなサービスを利用すべきか分からない住民に対して、そのニーズに適切に対応できる「ワンストップサービス」の拠点としての役割も求められています。

このマニュアルは、こうした重要な機能を担う地域包括支援センターに配属される保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が業務を行う際にどのようなことに留意する必要があるかを示すことを目的にしています。

この中で特に強調している第一点は、「地域包括支援ネットワークの構築」です。地域包括ケアを実現するためには、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、インフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される人的なネットワークを構築する必要があります。このため、センター職員全員が、共通的な業務としてネットワークの構築に取り組む必要があります。

第二点が、「チームアプローチ」です。センターの職員は、3人の専門職がすべての業務を担当し、包括的に高齢者を支えているという意識を常に持つことが求められています。

今後我が国において、真の意味での地域包括ケアが実現するかどうかは、地域包括支援センターがその設置目的のとおり十分に機能するかどうかにかかっていると言っても過言ではありません。このマニュアルが、地域包括支援センターに配属される各専門職の業務遂行のための一助となることを期待しています。

目次

第1章	地域包括支援センター運営の基本方針	1
第1節	介護保険制度の改正の考え方	1
1.1	介護保険制度改正の背景	1
1.2	地域包括ケアとは	2
1.3	設置目的と基本機能	5
1.2.1	地域包括支援センター設置の目的	5
1.2.2	地域包括支援センターの基本機能	5
第2節	地域包括支援センターの運営体制と共通の基盤業務	9
2.1	運営に当たっての基本的考え方	9
2.2	「地域包括支援ネットワーク」の構築	18
2.3	地域包括支援センター運営協議会との関係	21
2.4	地域包括支援センターの人材	22
2.5	個人情報保護	22
2.6	地域住民に対する広報	25
第3節	総合相談支援業務	26
3.1	基本的な視点	26
3.2	業務内容	26
第4節	権利擁護業務	28
4.1	基本的な視点	28
4.2	業務内容	28
第5節	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	30
5.1	基本的な視点	30
5.2	業務内容	30
第6節	介護予防ケアマネジメント業務	31
6.1	基本的な視点	31
6.2	業務内容	32
第2章	総合相談支援業務	34
第1節	全体の視点	34
第2節	地域におけるネットワーク構築業務	36
2.1	地域におけるネットワーク構築業務	36
2.2	地域の社会資源やニーズの把握	37
2.3	地域におけるネットワークの構築	40
2.4	地域住民への啓発活動	47
2.5	高齢者虐待防止ネットワークの構築	49
第3節	実態把握業務	52
3.1	実態把握の必要性	52
3.2	実態把握に関する業務	53
3.2.1	地域住民の実態把握（リアルタイム把握）	53
第4節	総合相談業務	58
4.1	総合相談の必要性	58
4.1.1	地域の中での安心できる拠点としての役割	58
4.1.2	様々な内容について総合的に相談できる仕組み	58
4.2	総合相談業務	60
4.2.1	初期段階での相談対応	60
4.2.2	継続的・専門的な相談支援	65
第3章	権利擁護業務	71
第1節	権利擁護業務の考え方	71

第2節 権利擁護業務の具体的内容	73
2.1 成年後見制度の活用	73
2.2 老人福祉施設等への措置	80
第3節 虐待への対応	84
第4節 困難事例への対応	89
第5節 消費者被害の防止	96
第4章 包括的・継続的ケアマネジメント	98
第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点	98
1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方	98
1.2 包括的・継続的ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの役割	102
1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	103
第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施	104
2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方	104
2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築	104
2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援	106
1) 介護支援専門員が行うケアマネジメントが現在抱えている課題	106
2) 介護支援専門員を支援し、ケアマネジメント力を高める取組	107
3) 関係機関等への働きかけを行い、ケアマネジメント力を高める取組	107
2.2 具体的な業務の進め方	108
第3節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容	112
第4節 実施体制	128
第5章 介護予防ケアマネジメント	134
第1節 介護予防の仕組みと事業・サービス	134
1.1 介護保険制度の基本的考え方	134
1.2 介護予防の基本的考え方	139
1.3 介護予防に関する事業・サービス	141
1.4 介護予防の対象者	142
1.4.1 対象者	142
1.4.2 予防給付の対象者	142
1.4.3 介護予防事業の対象者	146
1.5 予防給付について	151
1.5.1 予防給付のサービス	151
1.5.2 サービス別の内容	152
1.6 地域支援事業における介護予防事業について	155
1.6.1 地域支援事業	155
1.6.2 地域支援事業における介護予防事業	157
1.6.3 介護予防特定高齢者施策	159
1.6.4 介護予防一般高齢者施策	167
第2節 介護予防ケアマネジメントの進め方	169
2.1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	169
2.2 介護予防ケアマネジメントの流れ	171
2.3 アセスメント	173
2.4 介護予防ケアプランの作成	174
2.5 サービス担当者会議	178
2.6 モニタリングと評価	180
2.6.1 モニタリング	180
2.6.2 評価	181
2.7 関係機関との連携	183
2.7.1 サービス事業者との連携	183
2.7.2 主治医との連携	183

2.8	指定居宅介護支援事業者への業務委託	184
第3節	介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法	185
3.1	様式作成の背景	185
3.2	関連様式の特徴	186
3.3	利用者基本情報	187
3.4	介護予防サービス・支援計画表	193
3.5	介護予防支援経過記録	205
3.6	介護予防支援・サービス評価表	207
第4節	介護予防ケアマネジメントの事例	209

第1章 地域包括支援センター運営の基本方針

第1節 介護保険制度の改正の考え方

1.1 介護保険制度改正の背景

《介護保険制度創設の背景》

■人口の急速な高齢化が進展する中で、介護を必要とする高齢者も増加しています。高齢者介護の問題については、1963年(昭和38年)に老人福祉法が制定されて以降、時代時代の要請に応じて、諸制度の整備充実、地方自治体の積極的な取組が続けられてきました。一方で、要介護高齢者の状態像は多様で、生活環境や社会経済状態も異なっており、こうした人々が住み慣れた地域で暮らし続けられるためには、生活上の様々な課題を総合的に支えることが求められることになります。こうした需要への対応をすべて高齢者本人やその家族の努力に帰すことはもとより困難であり、これに加えて、要介護高齢者の急増と社会環境の変化が制度疲労をもたらすと同時に、その社会現象として、家族の介護疲れ、社会的入院など様々な問題を生み出しました。そこで高齢者介護の問題を社会全体で支え、問題解決する新しい仕組みが強く求められることとなったのです。

■そこで、1997年(平成9年)に、従来の保健・医療・福祉の個別施策に分かれていたサービスを一体化し、身近な市町村を保険者として、「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択(自己決定)」を基本理念に、利用者が自ら主体的に事業者を選択し、直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして構築されたものが介護保険制度です。

■介護保険制度は、従来にない新しい仕組みであったため、法律上、要介護者等にかかる保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、法律の施行後5年を目処としてその全般に関して検討が加えられ、必要な見直しを行うことがあらかじめ定められました(介護保険法 附則第二条)。

《改正法の概要》

■こうした経緯を踏まえ、介護保険法の施行後の実績を踏まえるとともに、一方で、戦後第1次ベビーブーム世代が利用者となり始める2015年、さらにはこうした方々が高齢者となる2025年という高齢化の推移を念頭におきつつ、これから求められる高齢者の将来の生活や介護の姿を見据えながら、介護保険制度の抱える課題への対応をはかるために行われた改正が、2005年(平成17年)の介護保険法の改正です。

この改正(2005年(平成17年)6月29日に改正法(平成17年法律第77号)成立)では、要介護高齢者の変化に対応したケアの改革、制度の持続可能性と給付の効率化・重点化、地域生活の継続性を支える包括的ケアシステムを進めるために、「明るく活力ある超高齢社会の構築」、「制度の持続可能性」、「社会保障の総合化」の3点を基本的視点にして、以下の内容を中心に全体的な改革を目指しました。

1) 予防重視型システムへの転換

- ・予防給付の見直し、地域支援事業の創設

2) 施設給付の見直し

- ・居住費用・食費の見直し、低所得者等への措置

3) 新たなサービス体系の確立

- ・地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実(有料老人ホームの見直し等)、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設

4) サービスの質の確保・向上

- ・情報公表制度の創設、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し

5) 負担の在り方・制度運営の見直し

- ・第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、サービスの適正化・効率化

6) 被保険者・受給者の範囲

- ・社会保障制度の一体的見直しと併せて検討、その結果を踏まえて、2009年度を目途として所要の措置

■この改正は、施設入所費用の見直しが2005年(平成17年)10月から施行され、その他の改正部分は2006年(平成18年)4月からの施行となっています。今回の改正は、全体として「地域」というものを重視したものとなっており、地域包括ケアを推進するための道具立てとしてつくられた地域包括支援センターは、改正の理念を具現化するために大きな役割を果たすことになります。

1.2 地域包括ケアとは

■要介護高齢者の生活を住み慣れた地域でできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする多様な支援を継続的かつ包括的に提供する仕組みが必要となります。

■こうした仕組みを、利用者の立場に立って円滑に機能させる調整役として、介護保険制度においては、介護支援専門員制度が導入されています。介護支援専門員によるケアマネジメントが適切に実施されるよう介護支援専門員自身が介護保険サービスを利用者の自立した生活の実現を支援するために、適切に組み合わせることは言うまでもありません。

■もとより、地域での生活は介護保険制度をはじめ各種制度による公的なサービスだけで支えられるものではありません。これは、自助努力を基本にしながら家族の助け合い、公的なサービスや非公的なサービス、地域の支え合いなどを活用しながら、地域福祉の多様なつながりの中で実現されるものです。例えば、重篤な医療ニーズを有する事例、高齢夫婦二人暮らしで介護者の精神的負担が大きい事例、目が不自由である等の身体障害を併せ持つ事例、家族関係に問題を抱える事例など、高齢者の抱える社会的支援のニーズは多種多様です。こうした事例を考えてみるだけでも介護保険制度による適切なケアマネジメントだけでは高齢者の生活を支えきれものではないことが良く分かります。

■高齢者の地域での生活を支える技法として、ケアワークと同時にソーシャルワークによる関わりが必要となります。例えば、民生委員を通して家族との接触、身体障害者福祉センターの相談員と一緒に居宅訪問

しての日常生活上のニーズの把握、保健所の保健師や精神保健センター職員の協力で精神面でのケアなど、近隣住民や専門機関と連携した協働のアプローチも必要となります。

■また、入院患者の退院の際には、家族に加えて、入院先の医療機関、かかりつけ医、介護支援専門員、訪問看護ステーション、訪問介護員、社会福祉士などの関係者が必要に応じて参加し、高齢者の心身の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院後の在宅でのケア内容やサービスの提供体制について話し合うことにより円滑な在宅復帰を支援することも可能になります。

■さらに、高齢者夫婦世帯で要介護状態にある夫が妻以外からの介護を拒否している場合などの事例については、当該夫婦が親しくしている近隣住民や民生委員などとともに当該夫婦との関係を徐々に作り、介護保険サービスなどの利用を少しずつ進めていくなどの手法も考えられます。

■繰り返しになりますが、要介護高齢者の生活を支えるということは、在宅サービスの調整のみならず、在宅から施設入所、あるいは施設や病院からの退所・退院過程でのサービスの連続性・一貫性の確保など、時系列あるいは空間的に、様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが不可欠といえます。

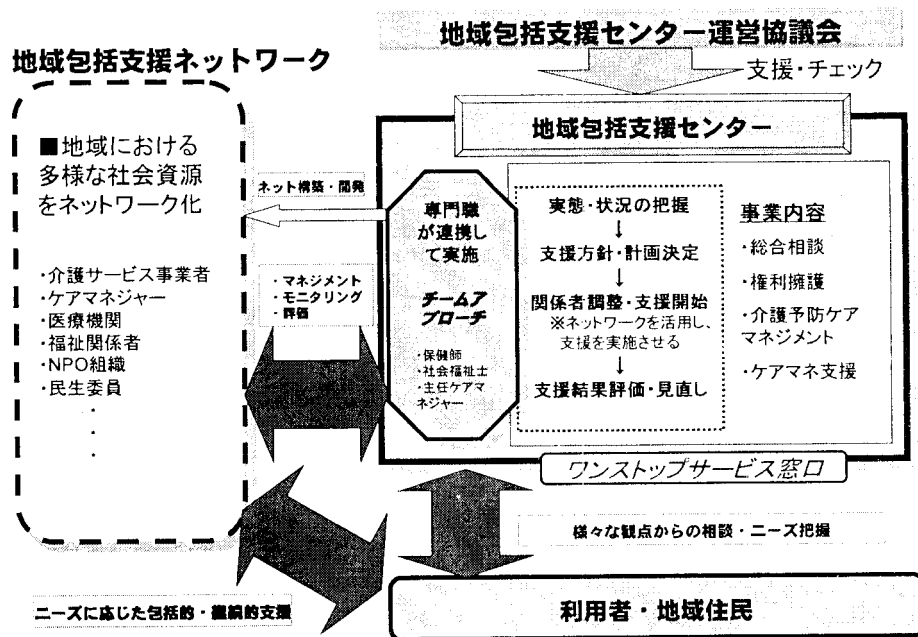
■このように、地域包括ケアの提供に当たって重要なことは、個々の職員の高い能力と同時に、何よりも、保健・福祉・医療の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な社会資源の統合、ネットワーク化だといえます。

■地域包括支援センターは、生活圏域で地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士といった専門職種を配置し、多職種が力を合わせ、その専門知識や技能を互いに活かしながら、地域での各種のサービスや住民活動を結びつけ、地域のネットワークを構築あるいは再生するなどの取り組みを第一の柱としながら、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されるものです。

■さらに、地域包括支援センターは、どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して1ヶ所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮するいわばワンストップサービスの拠点として機能することも期待されています。

■このように、地域において高齢者の抱える様々な生活課題を柔軟な手法を用いて解決し、地域での尊厳あるその人らしい生活を継続させる「地域における問題解決システム」と言い換えることができます。

地域包括支援センターを中核とした包括的・継続的マネジメントの全体像



1.3 設置目的と基本機能

1.2.1 地域包括支援センター設置の目的

■地域包括支援センターは、その活動を通じて地域包括ケアを実現するものですが、そのためには、次の3点を主な視点とする「地域包括支援体制」を確立する必要があります。

①総合性

高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐこと。

②包括性

介護保険サービスのみならず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつけること。

③継続性

高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供すること。

■このため、地域包括支援センターは、「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（介護保険法第115条の39第1項）」を目的として設置される、いわば「地域包括ケア」の中核機関として位置づけられています。

1.2.2 地域包括支援センターの基本機能

■地域包括支援センターは、上記の「地域包括支援体制」の実現を目指し、以下の基本機能を担います。

①共通の支援基盤構築

地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。

②総合相談支援・権利擁護

- ・高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。
- ・虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。

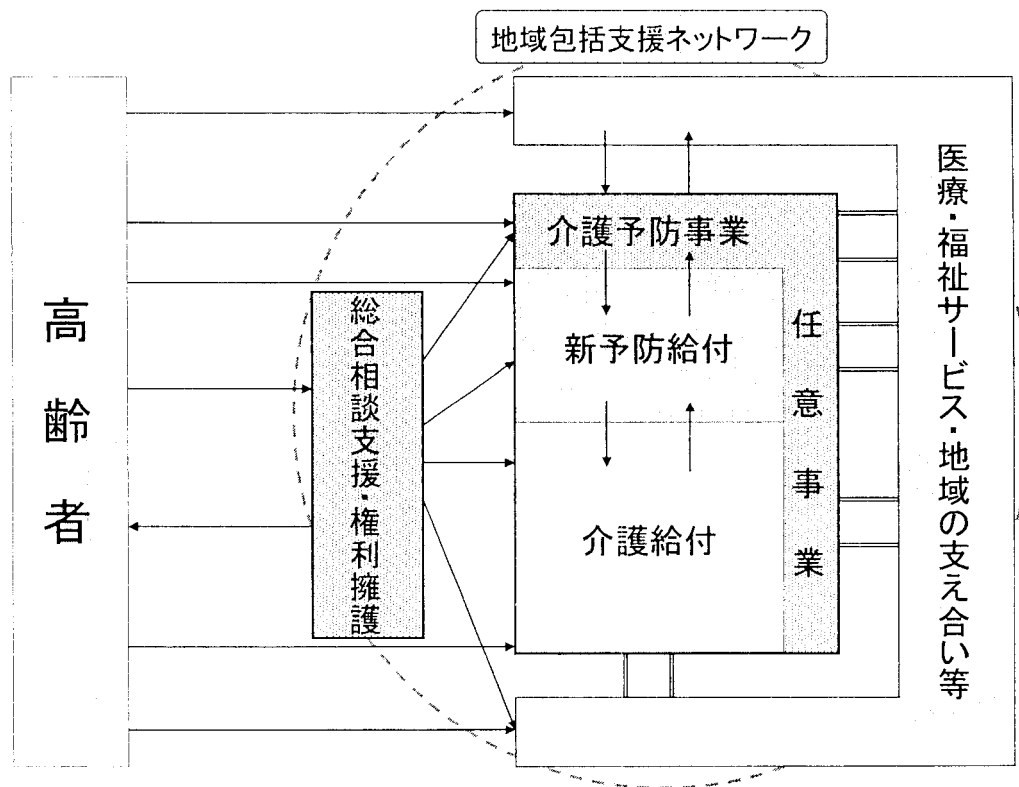
③包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。

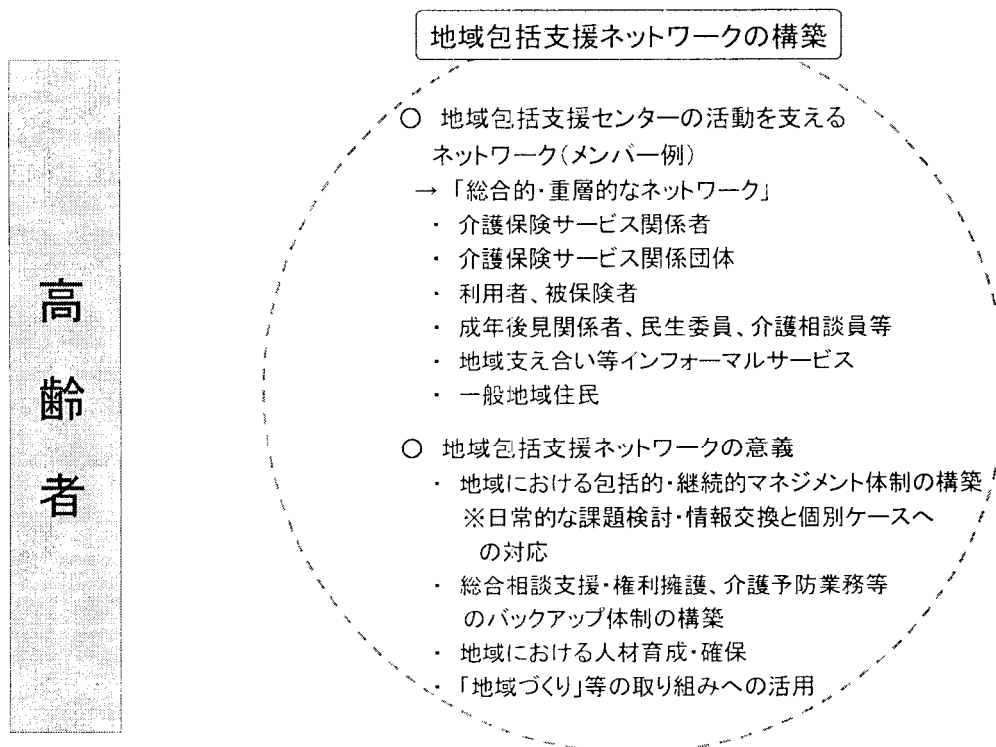
④介護予防マネジメント

介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なマネジメントを行うこと。

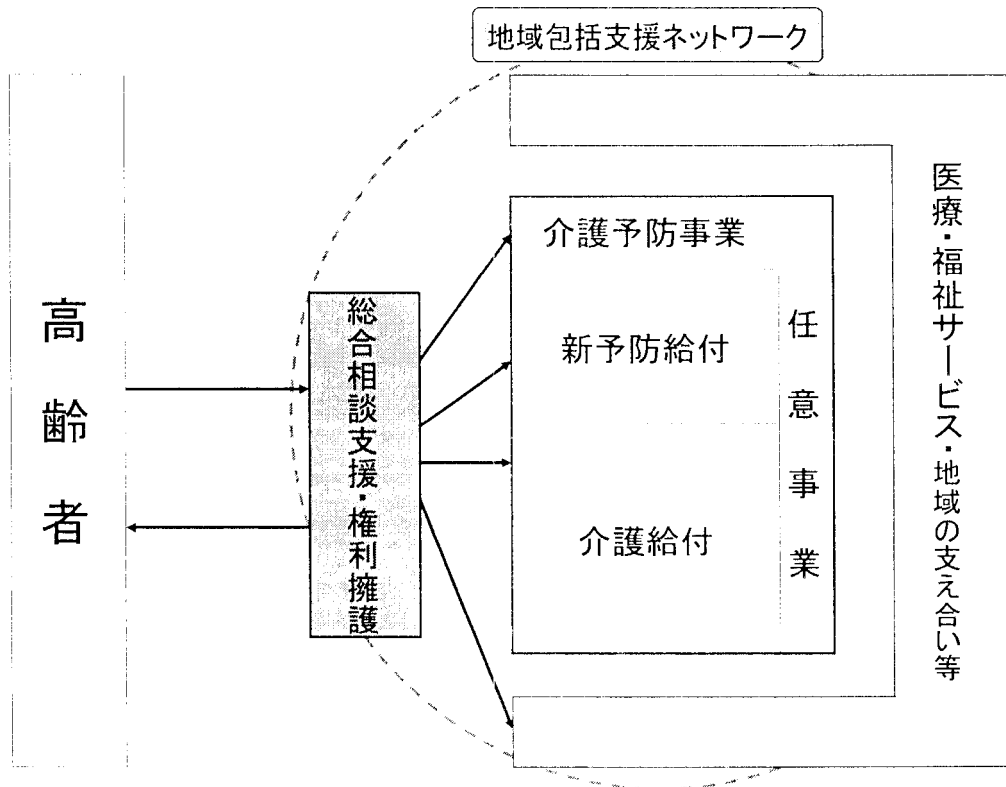
■また、地域包括支援センターは、このような基本機能を的確に果たすために、複数の専門職を置くこととしており、これらが多職種連携により、時に協働し、時に一体となって、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たすこととなります。



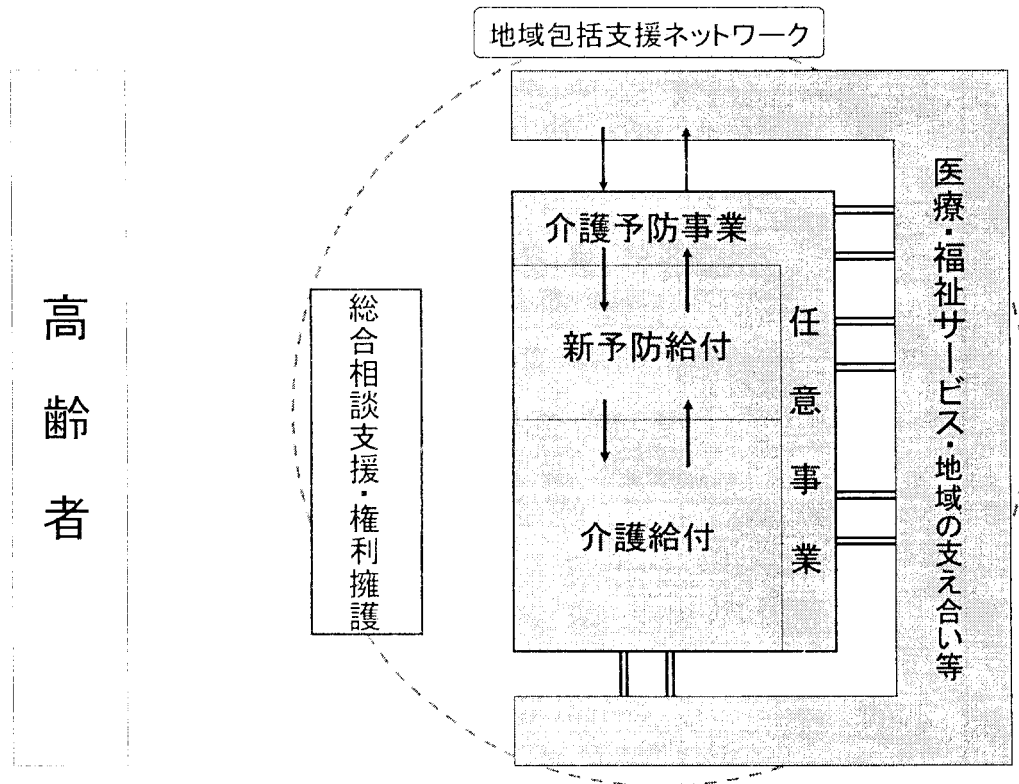
共通の基盤整備



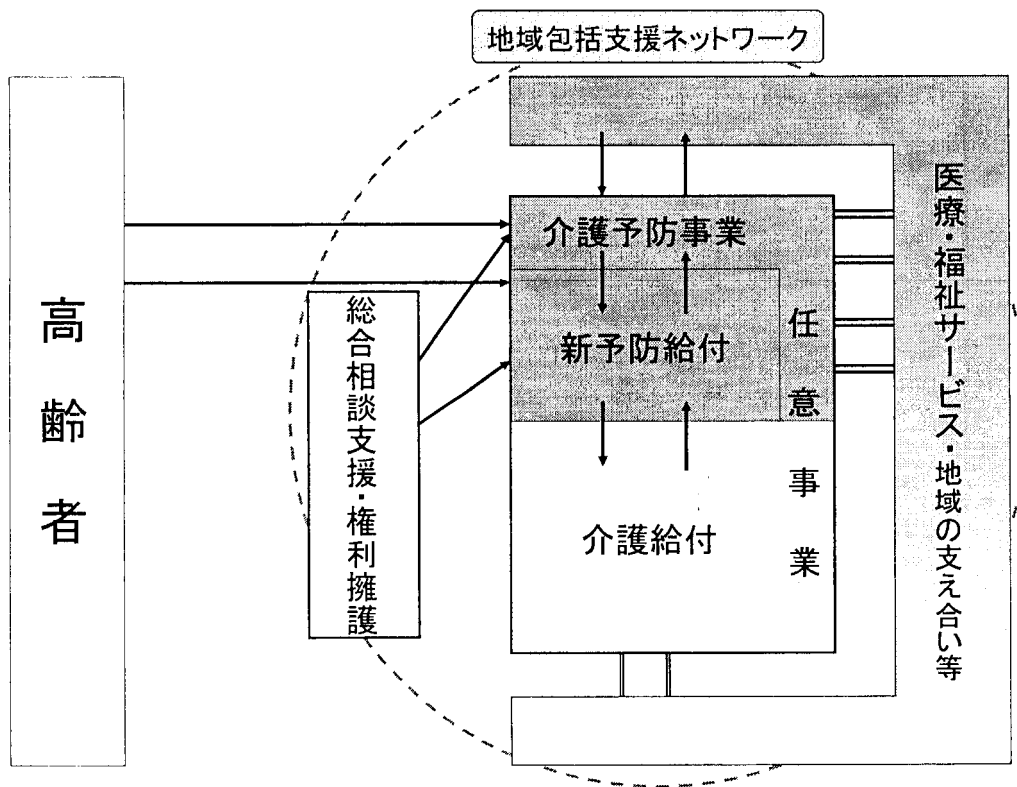
総合相談支援・権利擁護業務



包括的・継続的ケアマネジメント業務



介護予防マネジメント業務



第2節 地域包括支援センターの運営体制と共通的基本業務

2.1 運営に当たっての基本的考え方

《運営における基本的な視点》

■地域包括支援センターについては、その設置目的と基本機能に即し、以下のような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

地域包括支援センターは、介護保険制度をはじめとする市町村の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行う必要があります。かりそめにも、特定の事業者等に不当に偏ったような活動はあってはなりません。それゆえに、地域包括支援センターの運営費用が、国民の介護保険料や国・地方公共団体の公費によってまかなわれていることを十分に認識した上での活動が求められます。センターに求められる「公益性」の視点は、市町村直営のみならず、法人委託のケースにおいても全く変わりありません。

2) 「地域性」の視点

地域包括支援センターは、地域の介護サービス提供体制を支える中核的な存在であり、それだけに各地域の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行う必要があります。

このため、後述する「地域包括支援センター運営協議会」をはじめ様々な場や機会を通じて、地域のサービス利用者や事業者、関係団体、一般住民等の意見を幅広く汲み上げ、それらをセンターの日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組んでいくことが重要です。

また、センターと地域とのつながりを確保する観点から、センターの職員も長期にわたって固定せず、「できる限り地域から有為な人材を広く登用し、一定期間後には地域に送り出す」ような人材育成・供給センターを目指すことが望まれます。

3) 「協働性」の視点

地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員をはじめ多くの専門職種の職員が配置されていますが、各職員が自らの担当業務を狭く捉え「縦割り」に陥るようなことがあってはなりません。職員相互が常に情報を共有し、互いの業務の理念・基本的な骨格といったものを理解した上で、連携・協働の事務体制を作り上げ、地域包括支援センターの業務全体を「チーム」として支えていくこと（チームアプローチ）が必要です。

また、センター内にとどまることなく、地域の中に積極的に入って問題の発見に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生委員など地域福祉を支える様々な関係者と密接な連携を創り、保つことが重要です。さらに、一般住民に対して認知症への理解を広げ、認知症高齢者を包み込んで支える「住民の輪」を作り上げるような活動も求められます。

《地域包括支援センター職員としての基本的な視点》

■地域包括支援センターで業務に従事するに当たっては、次のような視点を常に認識する必要があります。

1) 高齢者が自分らしい生活を継続するための支援であること

地域包括支援センターにおける業務はすべて、地域に暮らす高齢者が、住み慣れた環境の下で、自分らしい生活を継続するためになされる支援です。そのことを念頭に置き、地域包括支援センターの職員は、常に当事者の最善の利益を図るための支援をする必要があります。このことは、たとえ、当事者である高齢者自身が自分の意思を十分に表出することができない状況にあっても同様です。

2) 「権利擁護」の視点に基づくものであること

地域包括支援センターにおける支援は、地域の高齢者の生活を支えていく上で生じうる様々な権利侵害を防止するとともに、高齢者の「権利擁護」「権利実現」を行うための支援でもあります。そのため、地域包括支援センターの職員は高齢者の様々な権利実現の方法、権利侵害やこれらが発生する状況についての知識と理解を深めていく必要があります。

3) 相談者等のプライバシーを尊重すること

地域包括支援センターの職員は、相談者等のプライバシーを最大限に尊重することが必要です。相談や情報収集においては当事者及び関係者の様々な情報を得ることとなりますが、その範囲はあくまでも支援をする上で必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負う者であることを自覚する必要があります。

また、支援においては個人情報保護法や各自治体の定める個人情報保護条例を踏まえ、適切な手続に則った業務を行わなければなりません。ただし、虐待等であって、高齢者の生命、身体の保護のために必要であると判断される場合には、守秘義務や個人情報保護に優先した迅速な支援が必要な場合があることも認識する必要があります。

4) 地域や家族の特性に応じて「包括的かつ継続的に」支援すること

地域住民が抱える生活上の課題には、地域特性やその家族の状況による影響がその背景にある場合があります。高齢者自身の課題としてとらえた事柄が、地域性に大きく影響を受けている場合や、他の家族構成員との関係において生じている場合があります。

地域包括支援センターの職員は、これらの状況を把握した上で、地域の実情を踏まえつつ、介護保険サービスだけではなく、保健、医療、福祉、その他の生活支援サービスなどを含め、地域における様々な資源を活用し、高齢者に対して「包括的かつ継続的に」支援を行っていくことが必要です。

このためには、後述の(2)で述べるように、地域包括支援センターが、地域の様々な社会資源を把握し、地域包括支援ネットワークを重層的に構築していくことが、極めて重要になります。

5) 「チームアプローチ」であることを十分に理解すること

「地域包括ケア」を実現するためには、地域包括支援センターの職員がそれぞれの専門に係る業務のみを担当するのではなく、「3人の専門職」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考え方が、地域包括支援センターの基本であるということを認識することが必要です。

6) 専門性の向上を図ること

業務の進め方は、「3人の専門職」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考え方に基きますが、地域包括支援センターにおける支援は、専門的な知識、技術に基づいて行われることが必要です。保健師等

は介護予防ケアマネジメント業務に、社会福祉士等は総合相談支援業務及び権利擁護業務に、主任介護支援専門員は包括的・継続的マネジメント業務に専門性を有するものとして、他の職員に適切な助言が行えるよう、常に専門性を高めていくことも必要です。

《チームアプローチの実行》

- 地域包括支援センターには、様々な悩み、課題を抱えた高齢者についての相談が寄せられます。それは、高齢者自身に関するものであったり、家族関係にかかわるものであったり、内容、解決の難易度、背景の深浅などいずれをとっても多岐にわたります。
- こうした悩みや課題を、地域包括支援センターの4つの業務（総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント及び介護予防ケアマネジメント）ごとの視点から切り分け、地域包括支援センターの各専門職がそれぞれの専門分野に関わる課題にのみ対応したのでは、専門の狭間に置かれ、抜け落ちる課題も生じるし、高齢者全体を見て継続的に一貫した支援を行っていくことが難しくなります。これでは、「地域包括ケア」が提供されていることにはなりません。
- 高齢者に対して「地域包括ケア」を提供するためには、それぞれの専門職が「縦割り」で業務を行うのではなく、地域包括支援センター全体で、高齢者に対して、情報の共有や相互の助言等を通じ、各専門職が支援の目標に向かって連携して対応することが必須となります。これが、地域包括支援センターにおける「チームアプローチ」の考え方です。
- 地域包括支援センターで働く各専門職は、保健師等が介護予防ケアマネジメント、社会福祉士等が総合相談支援・権利擁護、主任介護支援専門員が包括的・継続的マネジメントを担当しているということではなく、「3人の専門職」が「4つの業務」を担当し、包括的に高齢者を支えているという意識の上で職務に従事しなければなりません。

《チームアプローチを実行するための方法》

- チームアプローチを実行するためには、以下の4点に留意することが重要です。

- 1) 各業務の趣旨及び内容、進め方に関する理解
- 2) 高齢者に関する情報の共有化
- 3) 高齢者に対する責任体制の明確化
- 4) 各専門職の連携の「場」づくり

- 1) 各業務の趣旨及び内容、進め方に関する理解

- 地域包括支援センターに寄せられる相談や情報は多岐にわたります。地域包括支援センターの職員は、まずは、そうした相談や情報に適切に対応することが必要となります。

- 当然、自分の専門以外の業務に関する相談内容が含まれていることはありますが、そのような場合に、その相談内容に対応する専門職に回して、関わりを断ってしまったのでは、相談や情報に係る高齢者がどの

ような背景の下で、どのような悩みや課題を抱えているのかについて、全体として理解することができません。

また、例えば、保健師等が外出、休暇のときに介護予防マネジメントに関わる相談を受けた場合に、「担当者は今日は不在なので明日にお願いします」といった対応をしてしまうと、地域包括支援センターは「お役所的」で相談をワンストップで受け止めてくれるところではないのだ、という印象を住民にもたれてしまいますし、信頼を醸成することにつながりません。

■これでは、「地域包括ケア」を担う中核機関としての地域包括支援センターの存在意義を、高齢者や地域住民に理解してもらうことが難しくなります。

■こうしたことがないよう、自分の専門とする業務について、専門的な知識を有していることは当然のこととして、その上に、自分の専門以外の業務の趣旨、内容、進め方について十分理解していることが、地域包括支援センターの職員としては最低限必要です。

2) 高齢者に関する情報の共有化

■高齢者についての基礎情報や行った支援内容について、それぞれの専門職種でばらばらに情報を管理していたのでは、「チームアプローチ」を実行することは困難です。

したがって、高齢者に関する情報については、個人ごとに、センターの職員が共通で使用できる様式に情報を蓄積し、どの職員でも常に一覧することができる管理方法をとることが必要です。

■このため、次のような構成の個人ファイルを作成して管理する方法が考えられます。

(a) 個人に関する基礎情報シート（利用者基本情報）

- ・初めて相談等を受けた際の基本情報の内容を記載します。
- ・別紙に掲載した様式例に示す情報項目は、利用者の状況を把握するために最低限必要な情報であり、いずれの地域包括支援センターでも共通の項目とすることが必要です（なお、すでに利用者基本情報を記載する様式を作成している市町村においては、現に利用しているシートと本様式例で示した項目を比較し、不足している項目を加えて利用することができます。）

(b) 支援・対応経過シート

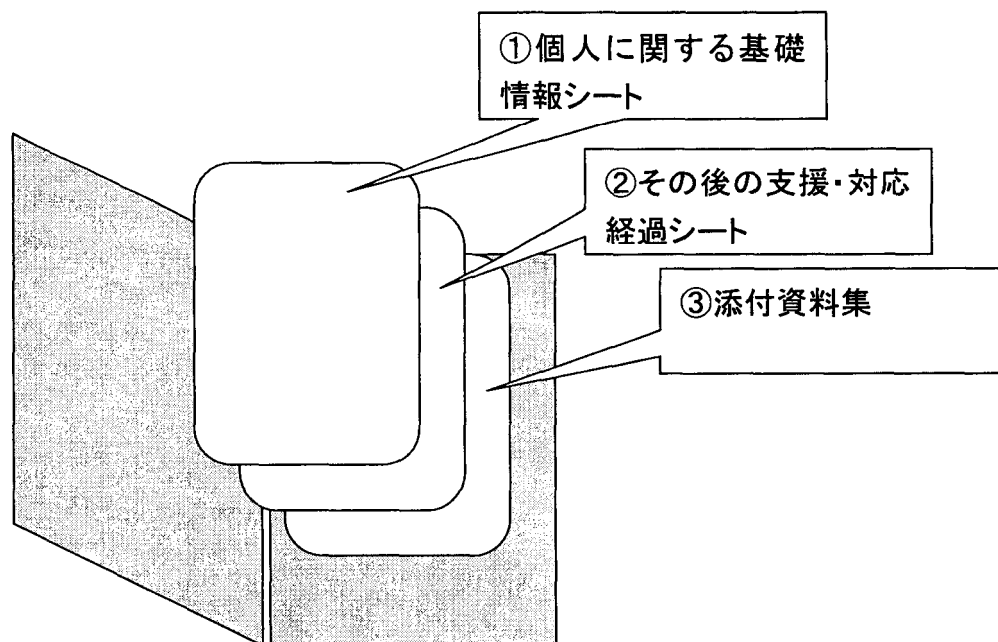
- ・時系列で、支援・対応を行った経過を簡潔に記入します。各職員が、自由に書き込めるような、自由度の高い様式にすることが必要です。

(c) 添付資料

- ・介護予防ケアマネジメントで作成したケアプランの写し、詳細の相談応答メモ、要介護認定の申請書等の写しなどを、支援・対応経過シートの項目に対応して添付します。
- ・この個人ファイルに記載される内容は、支援の基礎となる情報であり、支援を行うに当たり必要と

なる関係者に、情報を提供しなければならないことがあります、こうした場合を想定し、関係者に情報を提供してよいか否かについて、あらかじめ、あるいは必要な際に、本人の同意を得ておく必要があります。

《個人ファイルの整理例》



例

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)			
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ 本人氏名		男・女	M・S・T 年 月 日生 () 歳			
住 所		Tel () Fax ()				
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)					
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()					
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無					
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・					
来 所 者 相 談 者	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)					
住 所 連 絡 先						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先
家族関係等の状況						

《相談内容と対応》

相談経路	〇〇からの紹介		
相談内容			
他機関での相談状況			
対 応	緊急・通常・継続 (回目)・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談継続	つなぎ先： 担当者： 内容： 日時： 年 月 日 () 時 / TEL・Fax・Mail	
	相談継続	次回予約日：あり 月 日 () 時 / ・なし 担当：	
	モニタリ ング	不要 必要 ⇒ 年 月 日頃：確認先 [福祉保健センター] 1～2ヶ月後	

利用者基本情報（裏面）

例

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することと同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

支援・対応経過シート

例

年月日	対応	対応者

3) 高齢者に対する責任体制の明確化

■個々の高齢者に対して包括的に支援を行うに当たっては、高齢者に対する責任体制を明確化するため、高齢者ごとに「主担当」職員を決め、その職員が自分の専門以外の業務も含めて継続して支援する体制にすることが望ましいと考えられます。

■例えば、介護予防の必要性和同時に、家庭内の課題を抱え権利擁護の観点からの支援が必要な高齢者がいた場合、その高齢者の抱える課題の大きさや背景等を勘案して、どの専門職が主担当になるのが適当かを個別に判断することが必要です。

■この事例のような高齢者に対して、介護予防の観点を重視して保健師が主担当になった場合には、保健師は、権利擁護の観点からの支援についても検討し、必要に応じて適宜社会福祉士に権利擁護の観点からの対応について相談する（場合によっては、訪問や相談の際に同席してもらうなど）一方、社会福祉士は、自らの専門分野である権利擁護の観点から「主担当」である保健師をフォローし、地域包括支援センター全体として十分な対応が行われるようバックアップしていくことが必要です。

4) 各専門職の連携の「場」づくり

■地域包括支援センターでは、様々な悩みや課題を抱える高齢者に対し、常に相互にフォローしながら、「地域包括ケア」を提供していくことが必要です。

■地域包括支援センターとして抱えている事例や対処方法について相互に報告しあい、チームとして検討を進めていくことで、事例や経験を積み上げていくことが可能となります。

例えば週1回、センター内で短時間の「定期カンファレンス」を実施したり、ケースに応じて随時開催したりして、相互に業務内容を報告しあったり、助言しあったりする「場」を設けてみてはどうでしょうか。

■こうした「定期カンファレンス」をベースに、職員同士の相談やアドバイスをしやすい雰囲気をつくっていくことが必要です。

2.2 「地域包括支援ネットワーク」の構築

《「地域包括支援ネットワーク」とは》

■地域包括支援センターが設置目的に沿って期待される機能を果たし得るかどうか、その成否を決めるのは、センターの活動を支える「地域包括支援ネットワーク」の構築にかかっていると言っても過言ではありません。

■地域包括支援センターが担う「包括的・継続的なケアマネジメント支援」はもちろんのこと、「総合相談支援・権利擁護」や「介護予防マネジメント」の機能は、介護サービスにとどまらず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、地域支え合いサービスなどの様々な社会資源が有機的に連携し合うようであれば、実現できません。「地域包括支援ネットワーク」は、こうした連携体制を支える関係行政機関はもとより、地域のサービス利用者・家族やサービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、介護相談員、地域支え合い等のインフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される「人的資源」からなる有機体を言います。

【「地域包括支援ネットワーク」として連携が必要な関係者の例】

- 行政機関との関係（市町村本庁、福祉事務所、保健センター、警察、消防署 等）
- 医療機関との関係（病院、診療所、歯科診療所 等）
- 介護保険サービス事業者との関係（居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、介護保険施設 等）
- 地域のサービス利用者・家族や住民との関係（老人クラブ、自治会、NPO団体 等）
- 職能団体との関係（医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、介護福祉士会、介護支援専門員連絡協議会 等）
- 民生委員等との関係（民生委員、介護相談員、保護司 等）
- その他関係団体との関係（社会福祉協議会、消費者協会等）

《共通の支援基盤構築業務としての「地域包括支援ネットワーク」の構築》

■こうした地域包括支援ネットワークの構築は、センターの基盤整備のために各職員に共通する業務として明確に位置づける必要があります。センターの職員全員が情報を共有し、ネットワークに参加するメンバー相互の関係づくりや連携の継続性の維持に取り組むことが求められます。

もし、現状において活用できる社会資源がなければ、既存の社会資源を地域のニーズに応じて改善したり、新しく社会資源を開発することに向けた取組も必要となります。

①地域包括支援センター単位のネットワーク

《担当圏域包括ケア会議（仮称）》

- それぞれの地域包括支援センターごとの担当圏域においては、支援を必要とする高齢者に関する情報交換や支援方法について、高齢者に対して行った支援について報告、検討等を行ったりする「場」として、地域包括支援センターの各専門職に加え、地域の保健医療福祉の関係者等からなる「担当圏域包括ケア会議（仮称）」を、例えば月1回など、定期的に開催することが必要です。

②市町村単位のネットワーク

《市町村包括ケア会議（仮称）》

- また、担当圏域を越えた市町村単位で取り組むべき課題を議論したり、市町村内の地域包括支援センター間の情報交換、連携を図ったりする「場」として、市町村又は直営の地域包括支援センターが中心となり、市町村内の地域包括支援センターで、定期的に「市町村包括ケア会議（仮称）」を開催することが考えられます。こうした場合には、地域包括支援センター運営協議会と連携するとよいでしょう。
- この会議は、市町村全体を単位とするとともに、各業務固有の課題についての情報交換を行う意味で専門職種ごとに会議を持つことも有効です。

③市町村の圏域を越えたネットワーク

- さらに、市町村内では解決できない課題などについて議論する観点から、都道府県全域や、都道府県内の圏域などを範囲として、より広範囲の地域包括支援センターが連携することも考えられます。こうした場を設ける場合には、都道府県が主導して取り組むことが必要になります。
- 地域包括支援センターは、こうした次元の異なる多様な場を活用するなどして、地域の様々な関係者との関係性を築き、その関係者を中心とするネットワークの協力を得なければ、4つの業務を円滑に行うことはできません。
- 地域包括支援センターの職員は、それまでの業務経験を生かしつつ、地域の実情に応じ、様々な関係者との関係を築いていくことが重要になります。そして、個別の高齢者の支援のため、このようにして築いた関係者との関係性が柔軟に機能してこそ、地域包括支援センターの本来の目標が達成できることになるのです。
- 地域包括支援ネットワークの構築方法や組織形態は、地域の特性等によって多様です。典型的な例としては、後述するような（１）地域包括支援センター単位のネットワーク、（２）市町村単位のネットワーク、（３）市町村の圏域を越えたネットワークの「三層構造」が考えられますが、地域によってはメンバーの規模や広がりも異なってきますので、これに拘らず、地域の特性に応じた柔軟な仕組みを構築することが肝要です。要は、単なる「名簿づくり」ではなく、センターの業務遂行にあたって真に必要なとされる関係者を広く網羅しつつ、日常的に密接な連携が取れるような、しっかりとした結びつきのある「ネットワークづくり」を目指すことです。このため、各テーマごとの情報交換や課題検討などに取り組む組織体、例

えば「連携会議」や「実務委員会」などを設置することが考えられます。

2.3 地域包括支援センター運営協議会との関係

■地域包括支援センターの運営を、地域の関係者全体で協議、評価する場として、市町村に地域包括支援センター運営協議会が置かれます。地域包括支援センターの職員は、その運営が、常に地域包括支援センター運営協議会の関与、すなわち、地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておくことが必要です。

《運営協議会の所掌事務》

■地域包括支援センターの運営にあたっては、その方針について、地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）の議を経ることとし、公正・中立を確保しつつ、その円滑かつ適正な運営を図らなければなりません。そうした観点から、運営協議会が協議の対象とする主な事項としては、以下のものがあげられます。

①センターの設置に関すること

- ・センターの担当する圏域の設定
- ・センターの業務の法人への委託
- ・センターの業務を委託された法人による予防給付に係る業務の実施
- ・センターが予防給付のマネジメント業務を委託できる居宅介護支援事務所

②センターの公正・中立性の確保に関すること

- ・運営協議会は、次に掲げる点を勘案して必要な基準を作成した上で、定期的に又は必要な時に、センターの事業内容を評価します。
- ・センターが作成するケアプランにおいて、正当な理由がなく特定の事業者が提供するサービスに偏りがないか。
- ・センターにおけるケアプランの作成の過程において、特定の事業者が提供するサービスの利用を不当に誘引していないか。
- ・その他運営協議会が地域の実情に応じて必要と判断した事項

③センターの職員の確保に関すること

運営協議会は、センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や地域の関係団体等の間での調整を行います。センター職員については任期を「原則2～3年程度、再任可」とした上で、採用・再任には運営協議会が関与することが求められます。

《運営協議会の積極的な活用》

■地域の様々な関係者が参画する運営協議会は、地域包括支援センターと地域社会の間をつなぐという重要な役割も担っています。したがって、必要に応じ随時開催するとともに、上記の事項に限らず、地域の介護サービス体制の確立のために必要とされる施策や事項については、積極的に運営協議会の協議に附し、関係者との意見・情報の交換や合意形成の場として活用することが望まれます。

さらに、必要によっては、個別テーマに関する情報交換や検討を行うために、運営協議会の下に、地域の関係者をメンバーとする「ワーキングチーム」といった下部組織を置くことも有用です。

2.4 地域包括支援センターの人材

- 地域包括支援センターに置かれる専門職については、単に資格要件を満たすのみではなく、地域包括ケアについての高い知識を有した者でなければならないことは言うまでもありません。そのため、地域から有能な人材を幅広く集めるよう、特定の団体等から人材を派遣させるようなことがないよう留意しなければなりません。したがって、上記（1.3）③のとおり、専門職の採用に当たっては、運営協議会の活用が求められます。

2.5 個人情報保護

1) 地域包括支援センター職員としての守秘義務

- 介護保険法第115条の39第5項には、地域包括支援センター職員には守秘義務が規定されています。

【条文】介護保険法第115条の39第5項

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てはならない。

- 地域包括支援センター職員は、高齢者の心身の状況や、家族の状況等を幅広く知りうる立場にあります。その情報管理には、万全を期することが求められます。
- 特に、地域包括支援センターや、全国在宅介護支援センター協議会の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」において示された「サブセンター」のような地域包括支援センターの支所を、地域包括支援センター設置法人の他の事業所（在宅介護支援センター等）と併設させていたりする場合などでは、地域包括支援センターの有する高齢者に関する情報が、当該併設する他の事業所の職員からはアクセスしたり閲覧することができないような措置を講じておく必要があります。
- 業務用のコンピュータを地域包括支援センター職員と他の事業所職員との間でオンラインで結んだり、地域包括支援センター職員が休みの場合等に併設事業所の職員に手伝わせたりすることは禁物です。また、事務所をパーティション等で仕切ったり、個人ファイルを鍵のかかる書棚に保存しておくことなどにより、個人情報の管理の徹底を図ることが必要不可欠です。

【コラム】「サブセンター」方式

在宅介護支援センター協議会の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」（平成17年8月）においては、市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援センターの職員を地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を、在宅介護支援センターに併設する地域包括支援センターの支所で勤務させるような形態を「サブセンター」と呼んでいます。

■こうした形態については、本所、支所を併せたセンター全体として人員配置基準を充足し、本所が統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所（サブセンター）が4業務を適切に行うことができるということであれば、認められることとなっています。

■こうした形態では、在宅介護支援センターに地域包括支援センターの支所が併設されることになりますので、個人情報の管理に極めて注意を要します。

2) 地域包括支援センター及び地域包括支援センターに情報提供する地域の関係者における個人情報の取り扱い

①地域包括支援センターにおける個人情報保護

■地域包括支援センターでは、高齢者からの相談などにより高齢者に関する様々な情報を得ることとなります。

これらを基に、地域包括支援センターでは、本節 2.1《チームアプローチを実行するための方法》の2)に示すような個人ファイルを作成します。

この個人ファイルの情報は、関係機関等を通じて高齢者に支援を行う際の基礎となるものであり、支援に必要な範囲の関係者に対して、これらの情報を提供してもよいかどうかについては、あらかじめ、本人の同意を得ておく必要があります。（具体的には、個人ファイルの様式を参照してください。）

②地域包括支援センターに情報提供する地域の関係者における個人情報保護

■地域包括支援センターで介護予防事業の対象者の把握を行ったり、高齢者や家族の実態把握を行ったりする際には、地域包括支援センターの職員が直接高齢者へ出向くだけでなく、医療機関、民生委員、在宅介護支援センター、自治会、社会福祉協議会等、地域包括支援センターを取り巻く地域の様々なネットワークを通じて行うことが必要となります。

■すなわち、これらの者が、まず高齢者の状況について把握をし、地域包括支援センターに対して、当該高齢者に対する情報提供を行うこととなります。

■これらの者の中には、個人情報保護法の適用対象となる者とそうでない者がいますが、いずれにせよ、高齢者等に記入してもらった書類や、高齢者等から聞き取った内容等について、「第三者」である地域包括支援センターに提供する可能性が出てくることになります。したがって、そうした情報提供を行うことがある旨をあらかじめ高齢者等に伝え、同意を求めておくことが必要となります。

■こうした同意については、トラブルを防止する観点からも書面で求めておくことが望ましいと考えられます。

③本人の同意を得ることなく情報提供できる場合

■なお、以下の場合には、個人情報保護法上、あらかじめ本人の同意を得ることなく第三者に個人情報を提供することが認められています。

(i) 法令に基づく場合

- (ii) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- (iii) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- (iv) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

■虐待事例や消費者被害の事例を発見したような場合には、(ii)に該当するものとして、本人の同意を得なくても、必要な関係機関や地域包括支援センターへの情報提供が可能となります。(むしろ、できる限り迅速な対応が必要になります。)

2.6 地域住民に対する広報

- 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は、地域住民にも、地域包括支援センターの存在を知ってもらうことも必要不可欠です。

- このため、パンフレットを作成し様々な機関へ置いたり配布したりすること、広報誌やホームページの作成、マスコミ媒体や地域の回覧等の活用などを通じて広報する方法が考えられます。

- また、自治会等に地域包括支援センターについて分かりやすく伝え、自治会、運営協議会の構成団体等を通じて各地域の住民に周知してもらうことも考えられます。

- 広報を行う際には、事業内容だけでは共感が得られにくいので、住民にとってどのようなメリットのある機関であるのかについて、具体的な活動内容を示すなどしながら、わかりやすく伝えることが大切です。分かりやすいキャッチコピーを使ったパンフレットを作成することも一つの方法です。

- また、パンフレットや名刺等にも、イラストや地図、似顔絵を書き込みする等の工夫も考えられます。

- 自治会等を通じて広報を行う場合には、こちらの意向を示すばかりでなく、その自治会等にとってはどのような情報があると活動がしやすいのか、そこに地域包括支援センターとの接点を見つけて理解を深めてもらうことも有効です。

第3節 総合相談支援業務

3.1 基本的な視点

- 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものです。

3.2 業務内容

1) 地域におけるネットワーク構築

- 効率的・効果的に地域包括支援センターの業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、保健医療福祉サービスを始めとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のサブネットワークの構築を図ります。
- こうしたネットワークは、言うまでもなく、地域包括支援センターの共通支援基盤構築業務の一環として構築されるものであり、多面性を有することに留意する必要があります。
- ネットワーク構築に当たっては、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行います。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む必要があります。
- 地域包括支援センターでは、地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要です。

2) 実態把握

- 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行います。

3) 総合相談

総合相談業務として、次の業務を行います。

①初期段階での相談対応

- 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断します。
- 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

②継続的・専門的な相談支援

- 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定します。

- 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認します。

第4節 権利擁護業務

4.1 基本的な視点

■高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合には、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できなかったり、適切なサービス等につながる方法が見つからなかったりして、問題を抱えたまま生活している場合があります。権利擁護業務は、このような困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものです。

4.2 業務内容

■地域包括支援センターの職員は、支援を行う過程で、特に「権利擁護」の視点に基づいて係わることが重要です。その中で、社会福祉協議会が行う地域福祉権利擁護事業などの権利擁護を目的とするサービスや仕組みを有効活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っていくことになります。

■さらにその過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用します。

1) 成年後見制度の活用

①高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行います。

- ・高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援します。
- ・申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげます。

②また、成年後見制度の円滑な利用に向けて、

- ・市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。
- ・鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保します。
- ・高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介します。なお、地域包括支援センターの業務として、地域包括支援センターの職員自身が成年後見人となることは想定していません。

2) 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めます。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援します。

3) 虐待への対応

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」（平成17年法律第124号）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとります。

4) 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの専門職種が相互に連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討します。

5) 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行います。

第5節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

5.1 基本的な視点

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、介護支援専門員との多職種協働と、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行うものです。

5.2 業務内容

1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- 施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、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サークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における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。

- 地域包括支援ネットワークが、これらの役割を果たすことになります。

2) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- 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、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定するなど介護支援専門員のネットワークを活用します。

3) 日常的個別指導・相談

- 地域の介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、日常的業務の実施に関し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの個別指導、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、必要に応じて、地域包括支援センターの各専門職種や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供を行います。

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種や地域の関係者、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。

5) その他

- 地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントと介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図るものとします。

第6節 介護予防ケアマネジメント業務

6.1 基本的な視点

■介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指します。

■このため、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は所期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

■介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、

- ①地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など、地域における介護保険以外の様々な社会資源の活用
- ②介護予防の効果を高める観点から、要支援・要介護の非該当者から、要支援者に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントの実施に留意します。

■なお、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、介護予防事業に関するケアマネジメント業務及び新予防給付に関するケアマネジメント業務は、下記2業務内容のとおり制度上は別のものでありますが、その実施に当たっては、共通の考え方にに基づき、共通の様式で実施することとしておりますので、その点について留意する必要があります。詳細については、第5章を参照してください。

6.2 業務内容

1) 介護予防事業に関するケアマネジメント業務

■自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、特定高齢者把握事業において、市町村が把握・選定した特定高齢者（虚弱高齢者）について、地域包括支援センターが、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。なお、市町村は、必要な経費を負担することで、特定高齢者把握事業を地域包括支援センターに行わせ、介護予防事業に関するケアマネジメントと一体的に行うことも可能ですが、この場合、特定高齢者の判定結果については、市町村に通知する等の連携を図るものとします。

①対象者の把握

市町村と連携し、介護予防事業への参加に同意した者を把握します。

②一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行います。

③介護予防ケアプランの作成

一次アセスメントの結果を基に、高齢者との面接により、その心身の状態を把握しつつ、介護予防ケアプランの目標、利用する事業内容などを決定します。その際に、家族や介護予防事業実施者などとも共通認識を得るため、必要に応じてサービス担当学会議を開催します。

④事業の実施

介護予防事業実施者は、介護予防ケアプランに基づき介護予防事業を実施し、地域包括支援センターは、事業の実施状況を適宜モニタリングし、必要に応じて事業実施者間の調整を行います。また、事業実施者に対し、事業の実施の前後に対象者の目標達成度や状態の改善の評価を行わせ、適宜、その結果の報告を受けます。

⑤評価

一定期間経過後、地域包括支援センターでは、事業実施者からの報告を参考にしつつ、各高齢者の状態を再度アセスメントし、必要に応じて介護予防ケアプランを変更します。

■地域包括支援センターは、個々の対象者ごとに、定期的に目標達成状況を管理します。

■なお、地域包括支援センターとして行う総合相談・支援事業などの過程で介護予防事業の対象者とすべき者を把握した場合は、適宜、特定高齢者把握事業と連携を図るものとします。

2) 新予防給付に関するケアマネジメント業務

■新予防給付に関するケアマネジメントは、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。

①利用申込みの受付

介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を交付し、説明し、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい、市町村に届け出ます。

②契約締結

利用申込者と契約を締結します。

③アセスメント

市町村から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行います。

④介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。

⑤サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。

⑥介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付します。

⑦サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

⑧モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握します。

⑨評価

3～6ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行います。

⑩給付管理

介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載します。

⑪介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領します。

■地域包括支援センターは、上記事務のうち①、②及び⑪に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業所に委託することができます。この場合、介護予防サービス計画原案が作成された段階で、地域包括支援センターはその内容が適切であるかを確認します。業務委託をする場合も、当該業務の最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。なお、委託に当たっては、運営協議会の承認を得なければなりません。

3) その他

■地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントと介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図らなければなりません。

第2章 総合相談支援業務

第1節 全体の視点

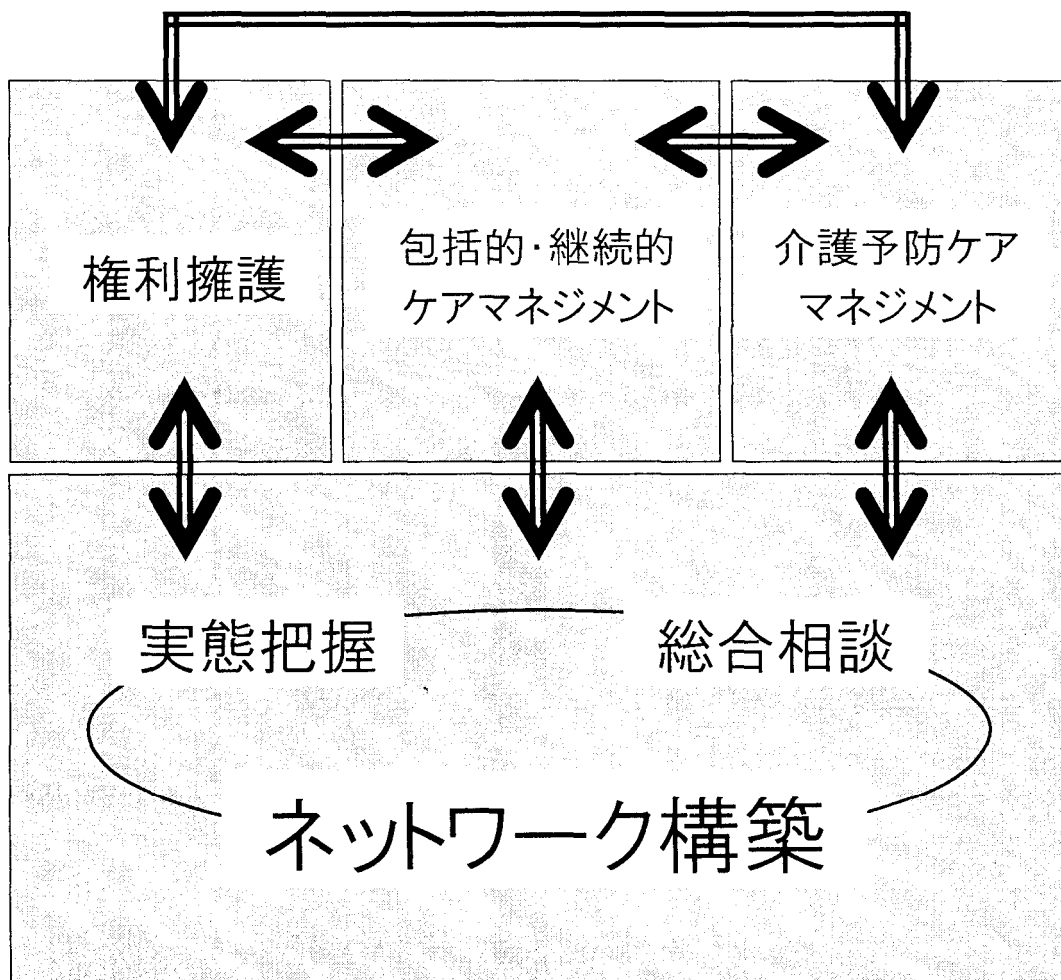
■第1章第1節において述べたとおり、地域の住民が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を実現するためには、個々の高齢者の状況やその変化に対応して、介護保険サービスを中核としつつも、医療をはじめとした様々な支援、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めて、地域の様々な資源を統合し、住民の生活全般にわたり24時間365日の支援を行うケア、すなわち「地域包括ケア」を提供することが必要不可欠です。「地域包括支援センター」は、地域包括ケアを支える中核機関として、ケアの継続性や包括性の確保等を担います。

■地域包括支援センターでは、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを幅広く把握し、相談を受け、介護保険サービスにとどまらず、適切なサービス、機関又は制度の利用につなげていく等の支援を行うことになります。これが、地域包括支援センターの総合相談支援の業務です。

第1章第2節において述べたことですが、地域包括支援センターの職員は、総合相談支援業務を行うにあたり、地域包括支援センターの業務は、高齢者が自分らしい生活を継続するための支援であること、「権利擁護」の視点に基づくものであること、地域や家族の特性を踏まえ、高齢者に対して「包括的に」支援することであることを、常に念頭に置く必要があります。

■総合相談支援等業務は、①地域におけるネットワーク構築業務、②実態把握業務、③総合相談業務に分けられます。

総合相談支援業務及び権利擁護業務の全体像



【地域包括支援センター職員としての視点】

- ①高齢者が自分らしい生活を継続するための支援
- ②「権利擁護」の視点に基づく支援
- ③高齢者に対する「包括的な支援」(地域包括ケア)
- ④チームアプローチ

第2節 地域におけるネットワーク構築業務

2.1 地域におけるネットワーク構築業務

- ここで述べる地域におけるネットワーク構築とは、福祉サービスや社会資源の状況を把握したうえで、総合相談や実態把握から見えてくる、圏域に必要なもしくは不十分なネットワークを再構築したり新たに構築することです。

《地域のネットワーク構築の必要性》

- 地域包括支援センターは、効率的・効果的に住民の実態把握を行い、地域から支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するために、地域における様々な関係者のネットワークを構築していくことが必要です。地域に必要なネットワークが構築されていれば、必要な情報を収集したり提供するとともに、多種多様なニーズの相談をつないだり、継続的な支援が容易になります。
- また、地域に必要なネットワークが構築されていれば、初期から多職種・多機関が有機的に連携して支援ができ、支援の客観性や専門性を高めることが可能となるとともに、地域包括支援センターの職員が業務をひとりで抱え込むことなく、継続的に支援していくことが容易になります。
- ネットワークを活用して顕在化した課題に対応していく中で、その解決に必要な施策や制度の改善につなげることも可能となります。
- ネットワークを活用して、地域のニーズや課題に対して地域住民自身が取り組むことは、「地域住民による見守り → 地域住民のネットワーク強化（地域への関心の高まり） → 予防」へと機能していくこととなります。

《地域のネットワーク構築のイメージ》

- 地域包括支援センターは、様々な地域のネットワークを通じて高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談等を通じて支援が必要と判断された高齢者に、必要に応じネットワークを通じたチームによる支援を行うことが必要です。
- また、認知症高齢者の見守り、消費者被害防止、閉じこもりや孤立予防等といったニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくことが必要です。
特に、高齢者の虐待防止については、
 - ・民生委員、地域住民、社会福祉協議会等からなる「早期発見・見守りネットワーク」
 - ・介護保険サービス事業者等からなる「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」
 - ・行政機関、法律関係者、医療機関等からなる「関係専門機関介入支援ネットワーク」で構成される「高齢者虐待防止ネットワーク」を構築していくことが必要です。

■地域におけるネットワーク構築に関する業務として次の業務があげられます。

- ①地域の社会資源やニーズの把握
- ②地域におけるネットワークの構築
- ③地域住民への啓発活動
- ④高齢者虐待防止ネットワークの構築

2.2 地域の社会資源やニーズの把握

■ネットワーク構築には、まず、地域の社会資源やニーズを把握することが必要です。社会資源の実態を把握することは、初期相談時に適切に情報を提供することができる等、相談活動を効果的・効率的に行うことができます。また、地域のニーズを把握することは、そのニーズに応じた的確な地域施策を講ずることが可能となります。

ここでは次の業務が考えられます。

- ①サービス提供機関や専門相談機関のマップ（もしくはリスト）の作成
- ②地域のニーズ把握手法とその実施

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① サービス提供機関や専門相談機関のマップ（もしくはリスト）の作成》

■担当する圏域においてどのようなサービス提供機関や専門相談機関があり、どのような機能や役割を担っているか、マップ（もしくはリスト）として整理することが必要です。

マップとしては、次のようなものが考えられます。

マップ（例）

- ・地区の高齢者マップ（どの地域で生活しているのか）
- ・施設マップ（施設名、連絡先、機能、利用状況等）
- ・医療機関マップ（病院名、連絡先、機能、利用状況等）
- ・人材マップ（専門相談機関・組織、交流できる場、ネットワーク） 等

■また、すでに機能しているネットワークも把握し整理することが必要です。その際、地域のネットワークに関する状況が一目で分かるよう、どのようなネットワークがあるのか、その構成、機能構築の状況等の情報を一覧にした資料を作成することも考えられます。また、作成後は、定期的に内容の更新を行うことが必要です。

■情報は、WAM-NE T、福祉担当課、保健担当課、社会福祉協議会等から入手します。マップ作成においては、市町村と協力し作成することが考えられます。

■例えば介護予防であれば、市町村が行う介護予防一般高齢者施策と連携して、地域の社会資源を把握しておく必要があります。

(業務の具体的な進め方(例))

【事例】

A地域では、地域住民やサービス利用者から地域の社会資源の分かりやすいマップやリスト作りの要望が出ていました。居住する地域のどこにどのような機関・団体が存在し、どのようなことをしてくれるのか良く分からないので情報がほしいという要望です。同様の意見がケアマネジメントを行う介護支援専門員からも提起されていました。

【地域の社会資源マップ作成の具体例】

社会資源マップやリスト作成には以下のような手法があります。各地域の地域特性や社会資源の状況により差異が出てきますので、地域に合わせた方法を工夫してみてください。

○地域ニーズに基づき、地域包括支援センター運営協議会や、市町村の地域包括支援センター及び関係機関・団体等が参加する「市町村包括ケア会議」などでマップ・リスト作成を提案し、内容を検討します。既に自治体や社会福祉協議会等でマップやリストを作成している場合は、既存のものを有効活用するとともに、内容の改善や新たな情報が必要だと判断できる場合は連絡調整し、具体的な提案や企画立案を行っていきます。

○自治体全体の社会資源マップ・リスト作成と地域包括支援センターの担当圏域ごとのマップ・リスト作成が考えられます。対象となる地域の特性や人口に合わせて、地域住民やケア関係者が必要とする情報は何かを見極めていきます。地域包括支援センターが作成する担当圏域のマップやリストは、より地域やサービス利用者の生活に密着したものとなります。例えば、サービス提供機関・専門相談機関のみではなく、高齢者が気軽に立ち寄れる食事場所マップや休憩場所リスト等も考えられます。

○地域住民によるボランティア活動や小地域福祉活動、ミニデイサービス、交流サロン等のリストは、地域の社会福祉協議会や市民活動・ボランティアセンターとのネットワーク構築のなかで情報提供を受け、内容を把握することが必要です。

○自治体の高齢者福祉担当課、地域包括支援センターの担当者からなるマップ・リスト作成のプロジェクトチームを結成し、掲載する内容や形式、デザイン、周知方法を検討することもできます。

○掲載する内容や形式が決定したら、マップ・リストに掲載する予定のサービス提供機関や専門相談機

関に作成の周知と併せて記載内容のアンケート調査を実施し、返送を依頼してまとめていきます。アンケート調査だけではなく、訪問しての聞き取り調査を行うこともネットワーク構築の方法となります。

○マップ・リストの作成にあたっては、地域住民や関係機関・団体、ボランティア・NPO団体、地域の介護支援専門員連絡協議会や事業者連絡会、担当地域の介護支援専門員等と協力して作成することもできます。その場合はマップ・リスト作成の過程そのものがネットワーク構築の過程となります。ある地域では、介護支援専門員の連絡会のなかで社会資源情報を持ち寄りグループワークでリストを作成したり、中学生の総合学習の取り組みと共同して社会資源マップを作成した事例もあります。

○自治体全体の社会資源マップ・リスト作成と担当圏域ごとのマップ・リスト作成を行い、サービス利用者や地域の関係者へ配布し、活用を促します。窓口での来所相談対応や訪問しての相談対応の際にも活用できます。

○地域包括支援センター内の各専門職が連携し、担当圏域内の介護支援専門員と社会資源についての情報交換会を持つことや、地域の介護予防資源マップを作成する等、センター内のチームワークでの社会資源マップ・リスト作成も必要となります。

《② 地域のニーズ把握手法とその実施》

■担当する圏域内でもエリアによってニーズは異なります。小区分エリア毎の情報把握(住宅密集エリア、集合団地エリア、商店街エリア、農地エリア、工場周辺エリア、下町、新興住宅地、等々)が必要です。

■各機関や施設が把握している利用者のニーズを調べることも地域のニーズを調べるうえで必要です。

■ニーズを把握するには、実態把握調査票を活用しアンケート調査を行ったり、戸別訪問が考えられます。また、調査実施にあたっては、住民の理解を得て協力を得ることが必要です。

■また、ニーズの把握には、高齢者やその高齢者と接する方から挙げられる声が大変重要です。そのような声を出し合える場に参画することも必要です。

2.3 地域におけるネットワークの構築

■地域におけるネットワークの構築では次の業務が想定されます。

- ①ネットワークの必要性の共通理解に向けた働きかけ
- ②ネットワークの構築
- ③作り上げたネットワークや既存のネットワークの有効活用（ネットワークの再構築）
- ④近隣の地域包括支援センターのネットワーク情報の把握と活用
- ⑤ネットワーク間の横断的組織の構築
- ⑥ネットワークの自発性・自立性を高めるための取組
- ⑦社会資源の開発

■これらの業務を遂行する上での共通項として、「顔の見える関係づくり」ということが挙げられます。ネットワークづくりの前提として、地域に積極的に出向き、かかわっていくことが重要です。「人脈とネットワークづくりは動いた分だけ広がる」と言えます。

■また、効率よく、効果的にネットワークを構築するためには、対象となる圏域のアセスメント（地域診断）をすることが必要となります。市町村の総合計画等の資料による事前把握や地域の実態を把握して、アセスメントすることが必要です。

それぞれの業務のポイントや留意点は次のとおりです。

《①ネットワークの必要性の共通理解に向けた働きかけ》

■ネットワークを構築するには、ネットワーク構築の必要性や目的を関係諸機関・団体、住民等が共通理解することが必要です。

■共通理解を得るには、本節 2.1 で示した地域住民のニーズや地域の社会資源の実態を明らかにすることが必要です。

■作ろうとするネットワークに関連する地域の会合に参加したり、関係者を集めた臨時会議を開催する等、積極的な働きかけが必要です。

■また、地域での閉じこもりや孤立予防のために地域住民のつながりを再構築するよう地域へ働きかけることも必要です。

《② ネットワークの構築》

■新たなネットワークづくりは、高齢者やその高齢者と接する方から挙げられる声が必要になって進むことが多々あります。地域包括支援センターの職員は、そのような声を出し合える場に可能な限り参画しネットワークを拡げることが必要です。

■ 作ろうとするネットワークによって、その範囲は異なります。担当する圏域内でネットワークを作る場合や、圏域を超えた広い範囲でネットワークを作る場合があります。ネットワークの範囲は、ネットワークの目的やニーズのあり方、社会資源の実態等から判断する必要があります。

■ ネットワークを構築するには、地域包括支援センター運営協議会や市町村包括ケア会議などの場を積極的に活用し、市町村行政、関係機関・団体、地域住民等へ働きかける必要があります。

【ワンポイントアドバイス】 ～地域福祉計画も視野にいて～

市町村地域福祉計画は社会福祉法の中で、地域福祉に関する事項として福祉サービスの適切な利用の推進や事業の健全な発達、住民の参加の促進に関する事項の計画を定めるとされています。市町村地域福祉計画には、その地域の様々な社会資源の開発等も含まれます。地域包括支援センターの職員は、自分たちの市町村の地域福祉計画を理解し、その活用も視野にいてネットワーク構築に取り組むと良いでしょう。

■ 地域の社会資源やつながり方は常に変化しています。一度ネットワークを作ったら終わりというのではなく、継続的にかかわっていく必要があります。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

B地域にある集合住宅では建築年代が古く、エレベーターが設置されていないため、上層階に居住する一人暮らしの要介護高齢者の毎週のゴミ出しが課題となっていました。同じ集合住宅に居住する近隣の人から「気になっているのだが、どのように支援したら良いかわからない」という相談が地域包括支援センターにありました。

【地域におけるネットワーク形成の具体的手順】

○ 地域住民からの相談は、当該地域でネットワークを形成していく機会ともなります。

○ 相談者からの情報により状況把握をするとともに、必要に応じて地域の担当民生委員とも連絡調整を行い、地域の現状やニーズの把握、情報の交換を行います。具体的には、

① 当該世帯が介護サービスを利用し、担当の介護支援専門員等がついている場合も想定できます。担当のケア関係者がいる場合は、連絡調整し、利用者世帯のニーズを確認していくことや必要となるケアができないかどうかの確認をしていきます。

②実際にゴミ出し等に困っている世帯と連絡をとりニーズの把握を行います。電話による相談対応や必要に応じて訪問による相談対応を行い、日常生活におけるニーズその他希望している事柄を把握していきます。同時に当該地域で活用できる社会資源がないかどうかの確認を行っていきます。自治会や老人クラブ等でも協力してくれる可能性があります。

③近隣住民による助け合いや支え合い活動等に発展する可能性もあります。実際に、ボランティアとして近隣住民によるゴミ出し等の助け合いが行える可能性がある場合は、手助けをする相手のプライバシーの保護にも留意し、近隣の人の助け合い活動を受け入れる意思があるかどうかの確認が必要となります。また、ゴミ出し等のニーズが明確であり、当該世帯が希望する場合は、民生委員や関係団体と連携をとりながら、近隣世帯に助け合い活動と呼びかけていくこともできます。実際の活動にあたっては、手助けをする相手のプライバシーの保護や基本的な対応方法等のアドバイスをする必要もあります。

④既に当該地域で助け合いグループや住民の福祉活動が存在している可能性もありますので、関係団体に確認していくことも必要です。既に住民によるネットワークや関係団体によるネットワークが構築されている場合は、ニーズに基づいて必要な連絡調整を行います。

○個別事例への対応だけではなく、当該地域にニーズが多くある場合や、今後のニーズ発生が予測できる場合は、市町村や関係団体の協力を得ながら、地域の自治会や老人クラブ等にも地域の課題として提起し、地域住民による支え合いによる協力や代行が可能かどうかの確認をしていきます。地域包括支援センターの役割の一つは、個別事例への相談対応を通して担当地域のニーズを把握し、必要となるネットワークを構築していくことにあります。

○地域の自治会や老人クラブ等による自主的な取組を支援するため、必要に応じて地域の集まりに顔を出し、プライバシーの保護に留意しながら、地域ニーズについての情報交換や、必要な取組についての情報提供を行います。この際、社会福祉協議会等の地域福祉関係団体に協力を依頼して共同で取り組むことや、民生委員と連携することもネットワーク構築の一環となります。話し合いや情報交換の中から、地域の自主的な助け合いや、支え合いの活動が作り出されていく可能性もあります。

○地域住民による自主的な助け合いでゴミ出し等の支援が行われる場合は、利用者の担当の介護支援専門員、民生委員、関係団体とも連携して、必要な活動のフォローを行っていきます。

○また、こうした取組の事例を、市町村包括ケア会議等に持ち寄り、市町村全体で有効な取組が出来るかどうかの検討を進めます。地域によっては、要介護高齢者世帯や障害者世帯に対する自治体の新しい施策や、関係団体による支援策に結びついていく可能性があります。ゴミ出しの事例を例にとれば、市町村による要介護高齢者世帯や障害者世帯に対するゴミの個別収集や、社会福祉協議会による小地域福祉活動の振興による住民ボランティアによる取組、地域の自治会、老人クラブによる支え合いの発展、シルバー人材センターによる取組、小中学生によるボランティア活動等、多様な展開が考

えられます。

《③ 作り上げたネットワークや既存のネットワークの有効活用（ネットワークの再構築）》

■実態把握で地域に出向いたり、個別ケースとのかかわりは、有効に活用できる既存のネットワークを知る機会にもなります。

■担当する圏域にどのような資源があり、どのようにネットワークが作られているかを知ること、どこにどのように働きかけていけば効果的に新たなネットワークが構築できるかを検討できます。

■ネットワークはあるが十分機能を発揮していない場合もあります。有効活用が期待できるネットワークであれば、阻害要因を取り除くことで、比較的容易に活性化できる場合があります。

《④ 近隣の地域包括支援センターのネットワーク情報の把握と活用》

■望むネットワークが担当圏域内になくても、隣接の圏域などより広い圏域には存在している場合があります。担当圏域だけではなく、近隣のネットワークも活用できるよう、市町村包括ケア会議等を通して情報を把握することも、視野にいれる必要があります。

■近隣の地域包括支援センター同士の定期的な連絡会や情報交換会を設定することも有効です。

《⑤ ネットワーク間の横断的組織の構築》

■一人の当事者にいくつかのネットワークが横断的、重層的にかかわるケースがあります。このような場合、各々のネットワークが効果的に機能しているか確認し、必要に応じて介入する必要があります。

■また、情報が各々のネットワークで共有できるとともに新しい情報がリアルタイムに関係者に伝わるよう、コーディネートすることも必要です。

《⑥ ネットワークの自発性・自立性を高めるための取組》

■地域に密着した小地域、中地域での住民のグループ活動を支援し、ネットワーク作りを推進・後押しすることが必要です。その際には、市町村社会福祉協議会や地区社会福祉協議会との連携も重要です。

■ネットワークを維持・後押しする際にあまり先導しすぎると各々の役割・責任感が薄れてきて依存的になりかねないので注意が必要です。

《⑦ 社会資源の開発》

■社会資源の開発には、既存の社会資源を有効に「活用」すること、既存の社会資源を相談者のニーズにあわせて「改善」すること、必要な資源が地域にない場合に「開発」すること、の3側面があります。

■相談者の地域生活を支援していくために、その地域の社会資源を開発していくことは、地域包括支援センターにとって重要な役割になります。社会資源の開発は相談者への個別支援にとどまらず、その地域のもつ福祉力を強化し、向上させていくことにもつながります。

■社会資源は以下の要素から構成されています。

- ①人的資源：専門家、ボランティア、親族、自治会 等
- ②物的資源：福祉用具、情報機器、建物、広場 等
- ③財務的資源：寄付金、助成金、委託金、会費 等
- ④時間的資源：休日、余暇時間、休業日、休館日 等
- ⑤情動的資源：資源マップ、広報誌に掲載された情報、インターネット情報 等

地域の状況に応じて、また不足している要素に焦点化して、その開発に取り組みます。

■地域包括支援センターでは、既存の社会資源のどのような点を改善することが必要か、どのような社会資源の開発が必要かについて、各専門職が連携して把握していくことが必要です。

もし、行政の対応が必要なら、その必要性を的確に行政（市町村本庁）に対して伝えていく必要があります。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

C地域では、40歳から64歳の2号被保険者の要介護認定者について、外出希望や社会交流の希望があっても、高齢者中心のデイサービス等になかなか馴染めず、集まる場所の情報も無いために閉じこもりがちになる人が多く、何か良い方法がないかという相談がありました。

【社会資源開発の具体例】

（社会資源の把握）

<ニーズの把握>

○地域包括支援センターの総合相談窓口に持ち込まれる相談内容は、地域ニーズを把握し、新たな社会資源の開発につながるヒントに満ちているといえます。この事例の場合は、2号被保険者の要介護認定者の社会交流の場の必要性という地域ニーズの把握の機会ともなっています。

<地域包括支援センターにおけるチーム対応>

○2号被保険者に対する地域における取組を把握することは、地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントを行う場合や、ケアプランを立てる際に適切なサービスを見つけられずに困っている介護支援専門員への支援にもつながるため、地域包括支援センター内で相談内容を報告し、センター全体でのチーム対応による取組を行います。

<社会資源についての情報収集>

○既存の社会資源を有効に「活用」するため、担当圏域、市町村内（場合によっては近隣市町村）に、

- ・ 2号被保険者の受入れに積極的なサービス提供事業者、特定疾病や身体状況に合わせたリハビリテーションプログラムを提供している事業者があるかどうか、
- ・ 介護予防や健康増進に関する市町村事業において、2号被保険者の利用者が対象となる事業・プログラムがあるかどうか、
- ・ 2号被保険者の利用者が参加できる「友の会」等のセルフヘルプグループ、ボランティアグループ、NPO等の情報があるかどうか、について、保健所やボランティアセンター等とも連携をとりながら、情報を収集し、整理していきます。インターネットを使った情報収集も有効です。

<活用できる社会資源の把握と情報提供>

○集めた情報を分析して、2号被保険者の利用者が活用できる地域内の社会資源状況を把握します。

収集した情報は社会資源マップ・リストとしても活用できます。情報を整理・統合した上で、地域住民や地域の介護支援専門員等のケア関係者、2号被保険者のサービス利用者へ情報を提供していきます。整理された情報自体が社会資源の一つとなります。情報提供の方法は、介護支援専門員の連絡会や研修会、サービス事業者の連絡会、民生委員協議会の定例会、市町村や関係機関・団体の広報紙等の様々なルートを活用します。

（社会資源の改善、開発への取組）

○情報を集め、分析したなかで、現状において活用できる資源がないと判断した場合は、既存の社会資源を地域のニーズにあわせて「改善」することや新たに「開発」することに向けた取組を進めます。

○この事例の場合は、

- ・ サービス事業者の連絡会等を通じて、2号被保険者のサービス利用者に向けた新たなプログラム開発や取組を促すこと、
 - ・ 市町村事業において2号被保険者向けの新たなプログラムや取組の開発が可能かどうか、市町村包括ケア会議や実務担当者の会議で検討し、必要に応じて行政（市町村本庁）に必要性を伝えていくこと、
- が考えられます。

○また、保健所や社会福祉協議会等の関係団体とも協力して、当事者同士のセルフヘルプグループや、家族介護者の会の結成に向けた取組を進めることや、相談者のなかでリーダーシップを発揮できそうな人と協働して、当事者同士のNPOの結成に結びつけていくこともできます。

（※）ある地域では、脳血管障害による片麻痺の人たちがパソコンによるインターネットで情報交換を行いながら、定例でリハビリテーションに関する情報交換の場作りをすることを目的としてNPO法人を立ち上げた事例や、様々な障害をもつ40歳～60歳代前半の人たちが定例で集まり、書道や様々な体操を行う自主グループを立ち上げた事例もあります。

地域包括支援センターは、当事者や地域住民自身のこうした取組に対してバックアップしていくことが必要です。最終的には、当事者や地域住民自身が必要な情報やネットワークを得ることによって、自分たち自身での取組を進めていく力をつけていけるようにすること、つまりエンパワメントの視点も重要となります。

2.4 地域住民への啓発活動

■地域住民が主体となるネットワークでは、地域住民への啓発活動が重要です。ここでは、ネットワーク構築の前提として、地域住民が必要な情報を共有したり、互助的な地域連帯や個人の尊厳を尊重するために必要な啓発活動を挙げます。次の業務が想定されます。

- ①地域住民同士の互助・共助の啓発
- ②ネットワークに関する情報提供

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 地域住民同士の互助・共助の啓発》

■同じ地域に暮らす住民にとって、地域の生活課題はより具体的に現れてきます。住民同士が互助的にかかわることで解決する課題も多くあります。互助・共助により生活課題が解決された具体的な事例を広報等を用いて紹介したり、活動の核となるリーダーを支援することが考えられます。

《② ネットワークに関する情報提供》

■2.2《①》に示したネットワークに関する状況等を記載した資料について、公開、情報提供などを行うことで、住民に周知を図っていくことが必要です。IT媒体を活用した公開も考えられます。

(業務の具体的な進め方(例))

【事例】

認知症高齢者の徘徊への対応で家族が疲労困ぱいしているが、地域の理解がなく、家族も近隣には相談しづらい様子だという相談が、民生委員から入りました。

(高齢者本人への支援)

○当事者である高齢者に関しては、介護予防の視点からの取組にもつながるため、介護予防ケアマネジメントとも連携した取組が求められます。

介護保険制度を利用していない場合は、要介護認定の申請支援や介護保険サービスの利用契約支援の取組を進めます。同時に権利擁護の視点からの状況把握と取組が必要となることも考えられます。

○既に要介護認定を受け、担当の介護支援専門員がいる場合には、ケアプランの内容を把握し、再検討するとともに、担当介護支援専門員や民生委員とも連携して、本人や家族の了承が得られる場合は、近隣への徘徊時の見守りの依頼をしていくこともできます。

(地域住民への啓発への取組)

○この事例は、認知症高齢者に対する地域の理解がなかったという状況が把握された点で、認知症に関する地域住民への広報・啓発活動を進めるきっかけとなる相談です。

○地域包括支援センターを中心として、地域住民や家族介護者を対象とした「認知症の理解」や「認知症への対応」等をテーマとした教室の開催、自治会、老人クラブ、ボランティアグループと共催しての取組や出前講座の開催、パンフレットの作成・配布を通じての広報・啓発活動が考えられます。こうした活動は、担当圏域内で行う場合、市町村内の地域包括支援センターが共同して市町村とともに行う場合が考えられます。

(※) 地元の医師会と共同して認知症の予防や理解促進キャンペーンを行ったり、ケア関係者や地域団体のみならず自治会、老人クラブ、学校、消防署、警察等も参加して地域ぐるみで認知症高齢者の徘徊見守りネットワークを構築している事例もあります。

【ワンポイントアドバイス】 ～介護支え合い相談～

介護疲れの家族の悩みを解消する方法として、厚生労働省の助成で国際長寿センター（東京都杉並区）が実施している「介護支え合い相談」（無料電話相談 0120-070-608）があります。まわりに相談や悩みを打ち明ける人がいないなどで介護に困っている方に情報を提供することも考えられます。

（悪徳商法撃退キャラバン）

【事例】

D市では、地域の弁護士会、警察署、自治会連合会、社会福祉協議会が協力し、「悪徳商法撃退キャラバン実行委員会」を結成して、市民劇団による寸劇や警察官・弁護士による被害予防や撃退法等の講演を組み合わせたイベントを企画して市内各地を巡回し、地域の公民館等を会場として地域住民に消費者被害の防止を訴えて好評を得ました。このような取組に地域包括支援センターも参加することによって、地域や関係団体とのネットワークは強化されていきます。

○地域住民への啓発では、人が集まる工夫や理解されやすい工夫が必要となります。

○この事例では、専門職のネットワークによる専門的な説明のほかに、市民劇団による寸劇を組み合わせ、悪徳商法撃退に関する分かりやすい工夫を行っています。

さらに、自治会連合会、社会福祉協議会が協力することにより、地域住民への参加の呼びかけと周知の工夫がより綿密に行われています。

○地域住民向けのイベントのほかにも、介護支援専門員や訪問介護事業所のサービス提供責任者等の専門職向け勉強会開催も考えられます。

○地域包括支援センターによる地域住民への分かりやすい啓発の工夫として、関係団体との連携による取組が求められています。

2.5 高齢者虐待防止ネットワークの構築

■地域において高齢者虐待を防止するためのネットワーク構築には、まず、この問題に対して行政をはじめ関係諸機関・団体、各種事業所や住民等が理解を持ち、防止していこうという動きをつくることから始める必要があります。そして、虐待の早期発見や発生した虐待を止めるための具体的な介入、再び起きないための防止活動、予防のための見守り活動等を行う上でネットワークを活用していく必要があります。

■高齢者虐待防止のネットワーク構築のためには、次の業務が想定されます。

- ① ネットワークを結ぶ組織や団体等の高齢者虐待に関する共通理解を高めるための取組
- ② 「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築
- ③ 機能別のネットワークの構築
- ④ ネットワークの維持・発展のためのコーディネート
- ⑤ 高齢者虐待防止に必要な社会資源の開発
- ⑥ 地域住民への広報・啓発活動

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① ネットワークを結ぶ組織や団体等の高齢者虐待に関する共通理解を高めるための取組》

■高齢者虐待とは何か、何が発生要因か、どのような状況から発見したら良いか等々、高齢者虐待に関する基礎理解を得られるような情報提供や学習機会の提供が必要です。

■地域内における高齢者虐待の実態把握や意識調査等を通して、現状に対する共通理解を図ることが可能です。

■定期的なネットワーク会議や臨時の会議を開催することにより、つながりの形成の場を設けていくことが必要です。

《② 「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築》

■担当圏域若しくは複数の圏域又は自治体単位等ネットワークを構築する範囲を検討します。効果的に機能するために適切な規模の地域を対象とします。

■これまでに構築されてきたネットワークを活用し、必要に応じて再構築や新たなつながりを結び、高齢者虐待防止に必要な総合的な推進体制を構築します。

■ネットワークを構築する目的を明確にして、ネットワークに加わる関係機関や団体等の高齢者虐待防止のための役割を共通認識できるように働きかけ、チームで問題解決にあたるよう働きかけます。

■広域的なネットワークなので、関係機関や団体等が参加して組織されることが考えられます。

《③ 機能別のネットワークの構築》

■「高齢者虐待防止ネットワーク」の中に、地域の実情に応じた様々な規模での機能別のネットワークを構築することが必要です。

■必要なネットワークとしては、住民が中心となり早期発見や見守りを担う「早期発見・見守りネットワーク」、発見された虐待を止めるための「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」、そして、その介入が効果的に実行できるために他の関係機関や団体等が支援していく「関係専門機関介入支援ネットワーク」等があります。

■「早期発見・見守りネットワーク」は、民生委員や地域住民、社会福祉協議会等が中心となり、住民の生活に密着した位置から相談を受け止めたり、生活の変化に気付いてもらい、その情報が地域包括支援センターへ伝わるように働きかけます。

■「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」は、介護保険事業者等からなるネットワークで、今起きている虐待にどのように対応するかチームとして検討し、具体的な支援を行っていくものです。

■「関係専門機関介入支援ネットワーク」は、保健医療福祉分野の対応だけでは対応が難しい場合に協力を得るためのネットワークです。警察や消防等の行政機関、弁護士や家庭裁判所等の法律関係者、医療機関等が考えられます。

《④ ネットワークの維持・発展のためのコーディネート》

■ネットワークは構築して終わるものではありません。事例によって、状況の変化に合わせて支援内容を柔軟に変化させなければなりませんし、社会資源も変化します。また、担当者が異動することもあります。したがって、常にネットワークを維持するための連絡を取り合う必要があります。

■ネットワークを維持・発展させるためには、連絡や情報交換、情報提供や情報収集等を通して相互作用が繰り返されていること、つながっていく目的が認識されていることが重要となります。それらを意識したコーディネートが必要となります。

《⑤ 高齢者虐待防止に必要な社会資源の開発》

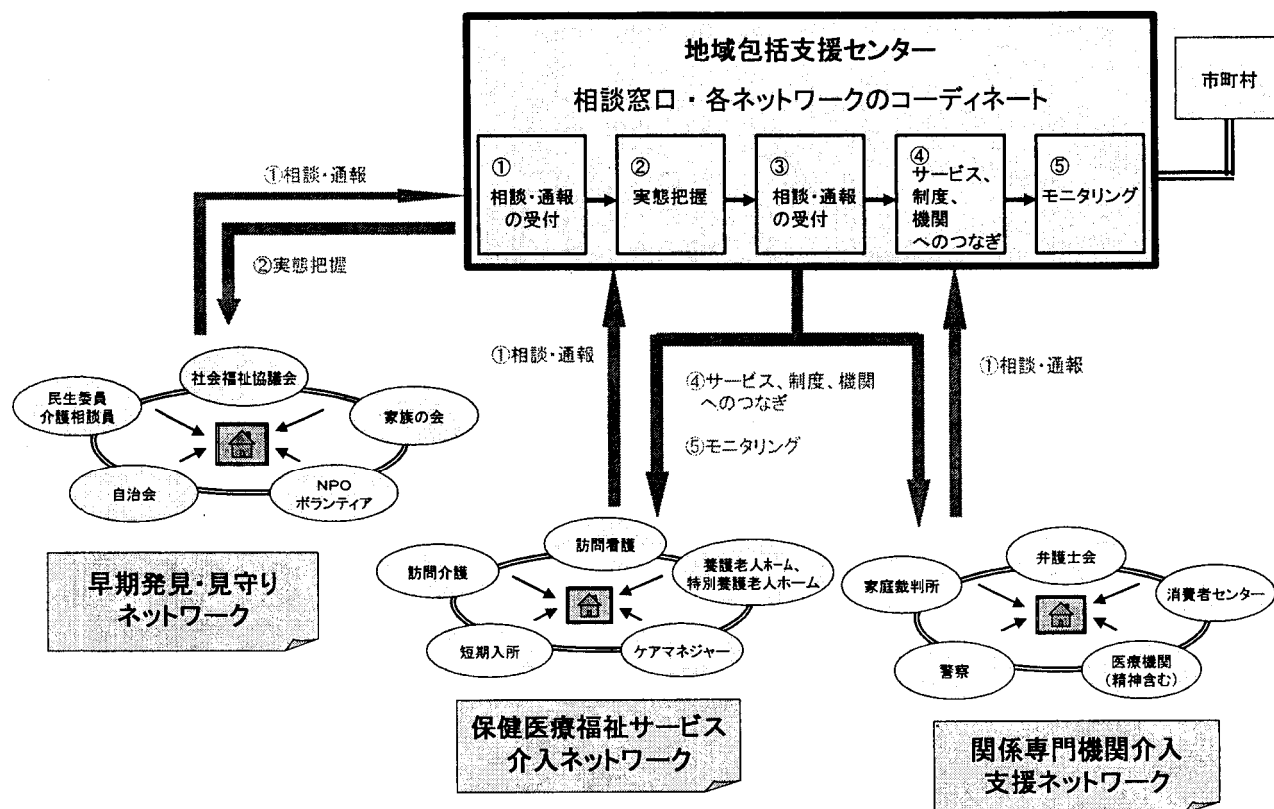
■高齢者虐待事例への介入や防止のためには、現在ある社会資源を活用するとともに、新たな社会資源の開発が必要な場合もあります。例えば、老人福祉法に基づく措置などの高齢者の緊急一時保護の場の確保や虐待者への教育的なプログラム等、それぞれの地域のニーズに基づいて行政をはじめとした関係機関に働きかけていく必要があります。

- 社会資源の開発の際には、「早期発見・見守りネットワーク」、「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」、「関係専門機関介入支援ネットワーク」等での検討、さらに広域的な「高齢者虐待防止ネットワーク」における検討を経て進められることも必要です。

《 ⑥ 地域住民への広報・啓発活動 》

- 家庭においては、虐待にあたる行為を虐待とは認識せずに行っている場合もあります。地域住民にとってどのような行為が虐待にあたるのか気づく機会は重要です。広報・啓発活動がその抑止効果を発揮することにもつながります。
- 高齢者虐待への地域住民の関心を高めていくためには、広報誌、パンフレット、ホームページの活用等を通して虐待に関する基本的な情報や相談窓口等の情報を提供していくことが必要です。
その際には、地域包括支援センターが高齢者虐待の窓口になっていることが住民にわかるようにするとともに、電話番号を明示することが必要です。
- 身近な地域に出向き、説明や学習会を開くことも予防につながります。関係機関や団体の協力を得てこのような場を設けていくことが必要です。

高齢者虐待防止ネットワーク運営事業イメージ



第3節 実態把握業務

- ここで述べる実態把握とは、担当する圏域における現在の高齢者の状況を把握することです。得られた情報が総合相談やネットワーク構築に活かされます。

3.1 実態把握の必要性

- 総合相談支援等業務を行う際は、高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、地域に存在する隠れた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の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。このような業務は、総合相談支援等業務を適切に行うための前提といえます。

- 圏域内の高齢者の実態を把握することで、予防的対応や未然防止的な対応を図ることが可能となり、高齢者の住み慣れた地域での生活の実現を果たします。
- 初めての相談者でも前もってその人の情報を得ていれば、的確で迅速な相談対応が可能となります。
- 常に圏域の高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となります。
- ニーズを予測することで、「早期発見」「早期対応」が可能となり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。

3.2 実態把握に関する業務

■実態把握に関する業務として次の業務があげられます。

- ・地域住民の実態把握（リアルタイム把握）

3.2.1 地域住民の実態把握（リアルタイム把握）

■地域住民の実態をリアルタイムに把握するためには、次の業務が想定されます。

- ①ネットワークを活用した、情報が寄せられやすい体制の構築
- ②ネットワークを活用した、地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集
- ③高齢者への戸別訪問
- ④当事者、家族、近隣者からの情報収集

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① ネットワークを活用した、情報が寄せられやすい体制の構築》

■日常的に高齢者と接触する事業所等から情報が得られるよう、情報ルートを作っておくことが必要であり、市町村社会福祉協議会、地区社会福祉協議会、民生委員等から情報を提供してもらうことが考えられます。そのためには常に関係性を築いておくことが重要です。

また、そうした機関からの情報のほか、例えば、高齢者が日常的に立ち寄る場所（調剤薬局、商店街、コンビニ等）や個別に配達または定期的に訪問する事業者（郵便局、新聞販売店、配食サービス事業者等）といった地域において多くの人とふれる立場にある人とは、関係性を構築しておき、気になる高齢者がいれば連絡してもらうようにします。

■社会福祉協議会や民生委員の人たちには、介護予防事業の特定高齢者施策の対象となる可能性のある者を見つけ出すことを目的として、25項目の「基本チェックリスト」を高齢者に回答してもらうことになっています。この「基本チェックリスト」に挙げられている生活機能低下の兆候を発見するほかに、高齢者やその家族の生活状況に関わる様々なサインを見つけ出してもらい、地域包括支援センターにつないでもらうことも重要です。

地域包括支援センターでは、これらの人たちに、「基本チェックリスト」に挙げられている事項のほかに、高齢者がどのような状態であれば連絡をしてもらいたいかを「気になる高齢者に気づく視点」を簡条書きにした一覧表を作成し、配布しておく有効です。

例えば、次のような事項が想定されます。

【気になる高齢者に気づく視点の項目例】

《本人に関するチェック項目》

○急に話をしなくなった

- 一方的に自分の事ばかり話す
- 尿臭がする
- 転倒、ケガ、事故にあった
- アザやコブができていた
- 急に顔色が悪くなった
- 長期間風呂に入っていない様子が見られる
- 同じものをずっと着ている 等

《周囲とのかかわりでのチェック項目》

- 本人や家族の行動・関係について、話題に挙がっている事柄がある
(例：「怒鳴り声が聞こえる」「頻繁に近所をふらふら歩いている」)
- 知る限りでは、救急車を呼ぶ回数が増えた
- お金のことで相談があった
- 訪問しても中に入れたがらない
- 近隣に電話を借りに来た
- 近隣に食事を求めてきた

《家族関係でのチェック項目》

- 本人は家族のことになるとふさぎ込むまたは感情的になる
- 家族環境が急変した(家族が出ていった、二人暮らしで何日も同居者が帰ってこない等)
- 子と同居や二世帯住宅(隣にいる等)なのに、まったく子と話をしていない様子が見られる
- 家族が知らない間に、ヘルパー等のサービスが入っていた
- 本人が緊急の場合の連絡先を言いたがらない
- 本人に何かあったときに、対応できる親族の方がいないようだ
- 本人が悪徳商法の被害に遭っているようだ
- 本人は配偶者と死別したばかり

※ これら以外にも、例えば、地域の医療機関等からは、次のような項目について情報収集することが考えられます。

- 本人に妄想的な訴えが見られる
- 本人または家族が服薬の管理ができていない
- 本人がいくつもの病院に同じような主訴で受診している
- 本人は定期的な受診が必要なにもかかわらず、定期的に受診していない
- 家族が薬だけを取りに来ている
- 本人の状況を家族が詳しく話したがない
- 家族が本人を連れてきているが、診察に同席しない
- 本人が病状説明を理解できないため家族を呼んでいるが来院しない
- 受診の際、本人に何らかの介助や付き添いが必要である

《② ネットワークを活用した、地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集》

■ 民生委員地区協議会、社会福祉協議会、老人クラブ等の小地域活動、インフォーマルな会議等の関係機関、団体等の集まり等への参加が挙げられます。会議を通しての情報収集だけでなく、地域包括支援センターが何をするとところかをアピールし、顔が見える関係づくりが必要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～いろいろな関係を使おう～

自ら地域活動や団体等に出向いていく一歩が踏み出しづらいこともあります。地域によって様々ですが、例えば、民生委員、福祉課、社会福祉協議会、老人クラブ、保健センター等関係の取りやすい機関を伝って徐々に深めていく方法も考えられます。

（民生委員地区協議会へ参加し情報収集する場合）

【事例】

地域包括支援センターの職員のAさんは、担当圏域で定期的に行われている「民生委員協議会」に参加しています。そこで「気になる高齢者に気づく視点」を読み上げ、該当する高齢者がいた場合、その場で民生委員に挙手してもらっています。

○地域のネットワークを活用し情報収集を行うためには、「気になる高齢者に気づく視点」を具体的に提示していくと効果があります。

○また、「気になる高齢者に気づく視点」の項目を提示することで、地域包括支援センターへの相談内容のイメージが付きやすくなります。

○この事例の場合は、担当圏域の民生委員協議会に参加し、「挙手による聞き取り」という方法で行いました。民生委員に一覧表を配布し会議の際に回収する方法もありますが、その場で挙手してもらい聞き取る方法が、民生委員にとって手間が少なくすみ効果的です。また民生委員同士が対象高齢者の把握方法に関する情報を交換できるというメリットもあります。

《③ 高齢者への戸別訪問》

■ 隠れた問題を早期発見する方法として、高齢者の戸別訪問を行い実態を把握することが考えられます。

しかし担当する圏域のすべての高齢者を訪問することは現実的に難しいことから、ある程度の抽出作業が必要となります。

例えば、次のような地域とのかかわりが少ないと思われる方の中から抽出することが考えられます。

個別訪問先（例）

- ・ 独居高齢者
- ・ 要介護（要支援）認定を受けながら、サービスを利用していない者
- ・ 地域活動への参加が見られない世帯

■例えば、日中の間、独居または高齢者夫婦のみになるような世帯（高齢者とその息子のような二世帯家族の場合等）は、書類上（住民基本台帳上）は家族がいますが、子は仕事をしておりほとんど高齢者とかかわらない可能性があります。このような世帯にも注意することが必要です。

■戸別訪問は、周囲の環境（交通の便、立地等）、家屋状況、身の回りの生活空間の状況等を把握することができます。個人の情報としては、家族の状況、通院の状況、外出の状況、地域との交流の状況、IADL、ADL等を聞くことが考えられますが、一度にすべてを聞くことは困難です。関係性を継続できるように訪問が必要です。

■また、事案によっては、本庁の高齢者担当課の職員とともに個別訪問をしたり、引き続き民生委員等を通じて、より詳細な情報を集める等の柔軟な対応が必要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～これからのつながりが大事～

戸別訪問の際に、特に支援の必要性が無い場合でも、「何かあったらご連絡ください」とはがき大の名刺（連絡先電話番号等を記載）を置いてくる等、今後につなげる工夫をすると良いでしょう。

《④ 当事者、家族、近隣者からの情報収集》

■高齢者本人や同居家族のほか、同居していない家族や近隣住民から電話やFAX等で気軽に情報を提供してもらえるようにすることが必要です。そのためには、広報活動を行い地域住民に地域包括支援センターを理解してもらうことや顔の見える関係づくりが必要です。

【事例】

担当地域の民生委員から、一人暮らし高齢者や高齢者同士の介護世帯の実態把握や安否確認の必要性が提起されました。最近、地域の一人暮らし高齢者数が増加し、緊急時の対応等、民生委員と関係機関が共同しての対応を希望しています。

【地域の実態把握の方法】

○地域包括支援センターが地域の実態把握を円滑に進めていくためには、前提として、①自治体全体の実態把握の取組方針を明確にし、センターが地域の高齢者等の実態把握を進めていくことを関係機

関・団体、地域住民に周知しておくこと、②各担当圏域の地域特性の把握と、特性に応じた実態把握の取組方針の確立、といった取組の前提となる基盤づくりが重要となります。

○地域包括支援センターの実務担当者、関係機関・団体の実務担当者が集まる連絡会議等において、地域住民の実態把握手法について検討し、アイデアを出し合い、取組方針を明確にして、関係機関・団体に周知していくとともに、実態把握調査票等の帳簿類についても、共通に把握すべき事項については自治体内で統一したものを使用するなどの工夫をすることが有効です。

○担当圏域内の高齢者人口や地域特性について、介護保険事業計画や地域福祉計画・地域福祉活動計画等の既存資料で把握されている場合は活用します。

○民生委員による地域の高齢者実態調査や、地域支援事業の介護予防事業による虚弱高齢者の実態把握、要介護認定調査等との連携も必要となります。ネットワークの中で、関係者から実態把握の必要性の連絡が入った世帯について、事前に連絡をとり訪問による実態把握調査を行います。

○自治会、老人クラブや社会福祉協議会による小地域福祉活動のネットワークとも連携をとり、必要な相談が地域包括支援センターに入るようにしておきます。

○高齢者の一人暮らし世帯、高齢者同士の介護世帯については、本人の承諾のもと、緊急時の連絡先や対応方法を確認しておく必要があります。

○消費者被害が疑われる高齢者等の世帯、閉じこもりが心配される世帯、2号被保険者の要介護認定者で閉じこもりが心配される世帯等についても、民生委員等とのネットワークの中で情報や相談が入るようにしておきます。

○担当圏域内の小区分エリア毎の情報把握（住宅密集エリア、集合団地エリア、商店街エリア、農地エリア、工場周辺エリア、下町、新興住宅地、等々）においては、例えば、「集合団地エリアで居住者全体の高齢化が進んでいるが、住民相互の買い物の助け合い活動が行われている」「古くからある商店街エリアだが、最近、電話やFAXでの一括注文受付・配達サービスを開始している」といった地域のもつプラスの特性も把握してネットワーク形成の取組を行います。

○地域包括支援センターとして把握した地域住民の実態やニーズを、実務担当者等による連絡会議、担当圏域ケア会議等に報告し、地域全体のケアシステム構築の参考としていくことが肝要です。

第4節 総合相談業務

■ここで述べる総合相談とは、地域に住む高齢者の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ことです。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」です。総合相談は、地域包括支援センターの重要な機能の一つです。

■地域包括支援センターは、高齢者に対するワンストップサービスの拠点としての役割も期待されています。限られた社会資源の中で地域包括支援センターが対応するためには、適切な機関等につないでいくことが大切です。ただし、ただつないで終わりではなく、その後の状況において適切にフォローアップしていくことが重要です。

4.1 総合相談の必要性

■総合相談は次のようなことが必要となります。

4.1.1 地域の中での安心できる拠点としての役割

4.1.2 様々な内容について総合的に相談できる仕組み

4.1.1 地域の中での安心できる拠点としての役割

■高齢者が地域において安心して暮らし続けるためには、生活不安をもたらす原因を探り、これに対処し、生活を支える基盤が身近にあることが必要です。身近なところに、信頼をもって継続的に相談できる拠点があれば、安心して生活できます。

■これまで既存の相談機関等において相談者は、例えば「ここは担当ではない」「ここではわからない」「契約していない」等の理由により、相談そのものを拒否されたり、他の機関へ行くように言われる等して、そうしている間に相談しようという意欲が低下し、諦めてしまうような例も少なからず見受けられました。

■これまでの制度は、その仕組みの特性上、医療、保健、福祉が個々別々に機能していました。しかし、高齢者にとっては、医療なのか保健なのか、福祉なのかと区分されるのではなく、生活を軸として総合的に相談できる仕組みが必要です。

■こうしたことから、生活上に何らかの問題が生じ始めた人、つまり、何らかの相談をしたいという意思のある人にとっては、どのような問題についても、地域で安心して相談することのできる仕組みが必要となります。

4.1.2 様々な内容について総合的に相談できる仕組み

■相談者（※1）、相談内容、相談状況、相談機関（連携機関）（※2）等は多種多様であり、またその相談内容は相談者の生活環境の様々な要因（※3）により変化します。

※ 1：多様な相談者（例）

高齢者本人（要介護、要支援、自立）、高齢者の家族・親族、近隣の住民、民生委員・介護相談員、自治会、老人クラブ、ボランティアグループ、介護サービス事業者、行政機関（種々の部局、福祉事務所、保健センター等）、医療機関 等

※ 2：多様な相談機関（例）

相談機能を持つ各機関（従来の相談機関、専門相談機関）
サービス提供を行う事業者（介護サービス事業者、医療機関等）
その他の私的機関等（薬局、インフォーマル組織、その他サービス機関）

※ 3：多様な生活環境の変化要因（例）

- ・加齢に伴う生活機能の低下
- ・家庭環境の変化
- ・施策やサービス提供体制の質量等の変化 等

■相談者の多様な状況に的確に対応していくためには、適切な専門機関やサービスにつなげていくことが必要です。例えば、介護保険制度の利用に関する相談窓口だけをあげても、市町村の担当窓口、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター等、多様です。さらに、介護保険制度以外の社会保障制度上に規定されている様々なサービスを利用しようとするれば、さらに多種多様な申請窓口／相談窓口がかかることになります。

「適切な機関等につながらない」「いくつもの機関の間をたらい回しされる」といったことが起こらないためにも、総合的に相談できる仕組みが必要になります。

<これまでの仕組み>

福祉 → 福祉事務所、在宅介護支援センター（社会福祉士、看護師、介護福祉士等）
保健 → 保健センター（保健師、看護師等）
医療 → 病院、診療所（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）
介護保険 → 居宅介護支援事業所（介護支援専門員）
介護保険外 → 福祉事務所、在宅介護支援センター等

<新しい仕組み（総合相談）>

福祉、保健、医療、介護保険、介護保険外
→ 地域包括支援センター（社会福祉士等、保健師等、主任介護支援専門員等）

4.2 総合相談業務

■総合相談に関する業務として次の業務があげられます。

4.2.1：初期段階での相談対応

4.2.2：継続的・専門的な相談支援

- 1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集
- 2) 支援計画の策定
- 3) サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ
- 4) 継続支援のためのモニタリング

4.2.1 初期段階での相談対応

■地域包括支援センターには、当事者、家族・親族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じて、様々な相談が持ちかけられます。

■具体的には次のような、様々な相談者から様々な方法で行われます。

相談者

相談者は多様であり、当事者から直接の相談もあれば、関係者からの間接的な相談もあると考えられます。

当事者／家族・親族／近隣の住民／支援関係者／関係機関／専門職 等

相談方法・手段

様々な手段、方法によって行われます。例えば、以下のような手段、方法が考えられます。

電話／来所／訪問／FAX／メール等のIT活用 等

■それぞれの相談形式に応じて、的確な対応が行えるよう、その対応方法や情報管理について検討しておく必要があります。

例えば、メールによる対応では、相談者との直接的な接触のないまま、メールのやりとり（文字による情報）だけで相談を続けてしまうと、相談者のニーズや思い等を適切に受け止められているか、的確な回答やアドバイスが行えているか、ということがわからなかったり、場合によっては、まちがった受け止め方をされてしまう可能性もあります。

■メールによる相談対応は、このようなリスクがあることをふまえ、最初のきっかけとしてメールを活用するが、電話や来所による相談受付や訪問による対応へ結びつけていくこと等ができるよう、対応時に的確に判断し、相談者と確認していく必要があります。

【ワンポイントアドバイス】 ～地域へ出向いた初期相談～

誰もが悩み事や心配事等なく、日々生活していきたいと思っているでしょう。また、悩み事や心配事があっても、できれば他人には話したくない、と考える人も多いでしょう。

そこで、相談しやすい環境づくりを行うことが必要です。地域住民の身近なところで、近所のみなが集まり寄り合いのような場の中で、話しやすい環境が整っていれば、普段は人に話せないような相談事も話していただけるかもしれません。連絡・相談を受けた場合も、まず現地に出向くこと、その環境を知り問題や相談者の理解を進めることが必要です。

例えば、小学校区より小さい単位での「ミニ講演＆相談会」の開催（民生委員や、自治会、社会福祉協議会等との共催も考えられます）を、住民の集まりやすい時間帯に企画し、そこへ出向いていくことで相談に対応することもできるでしょう。

■ 初期段階での相談対応では次の業務が考えられます。

- ① 信頼関係の構築
- ② 的確な状況の把握
- ③ 緊急性の判断
- ④ 情報の提供
- ⑤ 記録

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 信頼関係の構築》

■ 相談の最初の段階では、相談者との信頼関係を構築することが最も重要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～漠然とした不安を受け止める～

当事者や家族は漠然とした不安や困惑を抱えていることがよくあります。信頼関係を構築するには、しっかりと話を聴き、不安や困惑の原因を一緒に整理していく姿勢が必要です。

《② 的確な状況の把握》

■ 特に最初の相談では、相談者がやっとの思いで電話をかけてきたりすることもあると考えられます。そこで、相談者の2度手間、3度手間とならないよう、専門機関として常に的確に状況の把握を行う体制を整えておくことが求められます。

■ このため、「利用者基本情報」シートを活用したヒアリング等が考えられます。

受付時の確認事項（例）

- ・相談者の氏名、住所、年齢、性別、連絡先、当事者との属性
- ・当事者の氏名、住所、年齢、性別、連絡先、心身の状況、病気や障害の有無
- ・要介護状態、生活状況や様子、主たる相談事項とその内容

■このほか、相談者が地域包括支援センターに来るまでにかかわった（相談した）機関があったのかどうかを確認し、必要に応じて当該機関に連絡をします。（連絡をとる前に本人の同意を得ることが必要です。）

また、相談者がどこで紹介を受けたのか（もしくは、地域包括支援センターをどのように知ったのか）ということも知っておくべきです。

【ワンポイントアドバイス】 ～紹介者等からの情報～

地域包括支援センターの紹介者を把握し、そこへ連絡することの了承が得られれば、「なぜ紹介者がその地域包括支援センターを紹介したのか」を確認できます。この場合2つのメリットが考えられます。

1つは、「その相談者に関する情報について、紹介者からの情報を得られる可能性がある」ということ、もう一つは、「その紹介者がどこで、その地域包括支援センターを知ったか、ということにより、地域包括支援センターの地域への浸透度等がわかり、その後の広報や周知活動へ反映できる」ということです。

《③ 緊急性の判断》

■初回相談では緊急性の判断が重要となります。的確に情報を把握したうえで、緊急性を判断し、適切な対応が必要です。

■緊急性の判断は例えば4つのレベルに分けて考えることができます。しかし、それぞれの判断を主観的な判断で行うのは危険が伴います。地域包括支援センター内で共通の基準を持つことが重要です。

緊急性の判断レベル（例）

- レベル1 一般的な問い合わせ
- レベル2 相談者の意思で主訴に対する対応が可能と判断される相談
- レベル3 継続的・専門的な関与が必要と判断される相談
- レベル4 緊急対応が必要と判断される相談

■緊急性のレベルにより、当然、対応が異なります。各レベルによって、次のような対応が考えられます。

各レベルへの対応（例）

レベル 1 一般的な情報提供

レベル 2 必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ

レベル 3 継続的な関与、訪問面接等

レベル 4 危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成

■緊急対応としての危機介入では、関係機関との連携が不可欠です。そのキーワードは、「即集合」「即行動」「適切な役割分担」「情報の共有」「守秘義務の遵守」です。介入方法はケースによってさまざまですので事例の蓄積が重要です。

■地域包括支援センターが関係機関との連携（会議招集や役割等）についてどこまで権限をもてるのか、またその手順等、別途、市町村へ確認するとともに市町村との連携が必要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～全ての相談をしっかりと聴く～

地域包括支援センターにはさまざまな相談が寄せられることが考えられます。例えば行政への不満やカラスの駆除等、一見高齢者の自立生活には関係のないと思われるような相談でも、地域住民との信頼関係を構築するうえでは、しっかりと聴くことが必要です。しっかりと主訴を受け止めた上で関係する行政や機関につなぎましょう。

【事例】

階段より転倒し脊髄損傷、四肢麻痺で重度要介護（介護度 5・身体障害者手帳 1 級）の 70 代前半の男性は、介護保険による訪問介護、訪問看護、入浴サービス、一時入所を利用しながら、妻（60 代後半）が介護者となって、在宅にて生活をしています。退院に際して、地域包括支援センターが中心となり入院先医療機関スタッフと支援体制について「地域における支援担当者会議」を開催、居宅介護支援事業者、各種サービス事業者を交え在宅生活について検討、10 ヶ月が経過しています。

妻から地域包括支援センターに電話があり、主人が、利用者が一人になった際にテレビや空調、電話等の操作ができる機器をテレビで知り、利用を希望していると、話されました。介護保険にはない用具であり、介護支援専門員や訪問介護員に尋ねても判らず、訪問看護師による助言で地域包括支援センターへの相談に至ったということでした。

【緊急性の判断とそれに応じた対応】

○妻との電話の中で、求めているものがどのようなものか等を聴き、必要な情報を得ます。妻または本人からの聞き取りを行った結果、今回の場合は、緊急性が高くない「レベル 1」程度であり、対応としては福祉用具関係か障害者福祉関係で対応可能と考えられましたので、それに適する対応を

検討することになりました。

○そこで、まず県の「介護実習・普及センター」へ尋ねてみたところ、あるリハビリテーション専門機関を紹介されました。地域包括支援センターから妻へ、そのリハビリテーション専門機関の名称及び連絡先を伝えました。これ以降の対応は、妻及び本人に任せることにしました。（その際、またいつでも相談に応じることを説明し、地域包括支援センターが在宅生活を支える拠点であることを伝えておくといよいでしょう。）

《④ 情報の提供》

■相談者が必要とする制度・施策やサービス機関の情報を的確に提供することは地域包括支援センターとして重要な役割になります。そのためには、常に最新の情報が地域包括支援センター内で保有、共有されていることが必要です。保有する情報は、行政からの通知や通達等のほか、実態把握やネットワークから得た地域の社会資源の情報等です。

■相談者に情報を正確に伝えるためには書面で行うことが有効です。

《⑤ 記録》

■相談者の記録は、継続的な支援のために、「利用者基本情報」シートや「支援・対応経過」シートに記録することが必要です。継続的な相談対応や相談者との信頼関係を構築するためにもすべての相談を記録に残します。

4.2.2 継続的・専門的な相談支援

■継続的・専門的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、次の支援を行います。また、独居の認知症高齢者に関する相談や虐待に関する相談等、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断される場合には、後述する権利擁護業務に示した支援を行います。

【具体的な流れ】

- 1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集
- 2) 支援計画の策定
- 3) サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ
- 4) 継続支援のためのモニタリング

1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集

■初期相談で継続的・専門的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合、その後の連絡を地域包括支援センターで待つのではなく、当事者宅や当事者の入院先での訪問による面接を速やかに行う必要があります。その際、当事者からだけではなく、家族や関連する機関からの情報を収集することも必要です。ここでは次の業務が想定されます。

- ①訪問による面接
- ②今後の対応の判断
- ③情報収集

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 訪問による面接》

■面接が行われる場面は、地域包括支援センターの相談室ではありません。当事者の生活拠点となる居宅、施設や病院のベッドサイドをはじめ、当事者の日常生活のさまざまな場面で面接の場になることがあります。当事者の日常生活の出来事とその環境や関係性に焦点をあて、日常生活に関わる場で行われる面接を生活場面面接と言います。

■面接室のように面接を目的とした空間ではなく、当事者の日常生活のなかで行われる生活場面面接では、当事者は面接であることを特段に意識せず、構えることなく面接に臨むことができます。当事者の日常の言動、生活環境、日常生活に即した必要な支援等を把握し、これらへの働きかけがしやすくなるという側面があります。

■一方、日常生活場面面接を行うには、事前に当事者自身及びその家族等の了解を得る必要があります。また適切な日時の設定等を含めて、プライバシーに十分配慮することも必要です。

■しかし、常に地域包括支援センターの職員による訪問が受け入れられるわけではありません。時にはこれが拒否されることもあります。訪問を拒否する理由はさまざまです。再訪問の頻度や回数の目安を設定し、アプローチ方法の検討や検証が必要です。また、最初は拒否されても、何らかの理由で可能となる場合があります。このような事例を蓄積することが重要です。

■危機介入が予想される場合（例えば虐待が予見される場合）は、単独で訪問するのではなく、複数人で訪問することが必要です。また、危機介入時の通報先は事前に決めておく必要があります（行政担当者、警察、保健所、児童相談所等）。後述する権利擁護業務も参照してください。

■また、訪問による面接が地域からの相談により行われた場合、地区担当者（民生委員）や既存の支援者との連携が必要です。例えば、訪問時に一緒に同行を依頼したり、地域における支援担当者会議の開催が考えられます。

《② 今後の対応の判断》

■訪問による面接によって、今後の対応を判断する必要があります。この場合の判断は初期相談での緊急性の判断と同様の対応が必要です。

《③ 情報収集》

■状況を把握するための情報収集先として、次が想定されます。

情報収集先（例）

- ・近隣者からの情報
- ・同居していない家族からの情報
- ・すでに利用しているサービス提供機関や専門相談機関からの情報
- ・市町村社会福祉協議会や地区社会福祉協議会からの情報
- ・市町村行政等の個人情報

2) 支援計画の策定

■他機関へつなぐ場合や継続的な支援をする場合、適切なアセスメントが必要です。初期相談で得た情報や訪問による面接等で得た情報に基づき、課題を明確にし、提供すべき情報やつなぐ先、さらには支援計画まで視野にいたれたアセスメントが必要です。

ここでは次の業務が想定されます。

①アセスメント

②アセスメントにもとづく支援計画の策定

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① アセスメント》

■アセスメントは地域包括支援センターの職員の重要なスキルの一つです。初期相談で得た情報や訪問面接等で得た情報に基づき、課題や主訴を明確にします。

《② アセスメントにもとづく支援計画の策定》

■地域包括支援センターの役割は、単に情報を提供したり他機関につなぐだけではなく、アセスメントに基づき支援計画を作ることが必要です。

3) サービス、制度、機関へのつなぎ

■支援計画に基づき、その内容を解決するにふさわしいサービス、制度、機関へつなぐことが重要です。ここでは次の業務が想定されます。

①サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ

②つないだ直後のフォロー

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ》

■つなぐ先は、前述した支援計画に基づき最適な機関等を選ぶことが必要です。そして、その場限り、その場しのぎのつなぎにならないようにします。

■つなぐ前に当事者及び相談者へつなぐ先の情報とその理由を説明し、了解を得ることが必要です。その際、どの程度の個人情報を伝えるか了解を得ることが必要です。

■つなぎ先となる機関と信頼関係を構築しておくことが重要です。つなぐ場合は、つなぐ機関がどのような情報を必要としているか、どのような連絡方法が良いか（電話、FAX、メール、訪問）、つなぐ前に確認することが必要です。

■つなぐときは、必要とされる情報を記載した紹介シートを作成し、必要に応じ当事者もしくは相談者と同行することが必要です。つないだ先は個人ファイルへ記載します。また、紹介シートは個人ファイルと一緒にファイリングします。

■紹介シートは、そのシートでつなげば地域の関係機関は何らかの対応をするという、コンセンサスを得ておくといでしょう。

【ワンポイントアドバイス】 ～自己決定を尊重～

つなぐかどうかについては、本人の自己決定が尊重される必要があります。説明→理解→納得→

了解、の確認という一連のプロセスを確認すると良いでしょう。

《② つないだ直後のフォロー》

- つないだ後は期待された効果があったかどうか、フォローする必要があります。特に、つないだ後には、当事者や家族へ連絡をとり、状況を確認することが必要です。
- また、つないだ先の関係機関に対しても、後日（1週間～1ヶ月内）何らかの方法で連絡を取り、どういう結果になったのかを確認します。他の業務や別件での紹介、連絡の際に依頼したケースについて照会することも考えられます。
- もし相談者が主治医等である場合には、つないだ先等について、当該主治医等に報告しておくことも必要です。
- なお、当事者や家族には、つないだ後のフォローのため、つないだ後も連絡等を行うことがある旨を事前にきちんと伝え、了解を得ておく必要があります。

4) 継続支援のためのモニタリング

- つないだ後も継続的なモニタリングが必要です。期待された効果があったかどうか確認するため、次の業務が想定されます。
- ① つないだ後のモニタリング
- ② 介入

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① つないだ後のモニタリング》

- つないだ後は、当事者もしくは相談者とつないだ先からの情報を定期的に収集することが必要です。そのためには次のような項目が想定されます。また、特に問題が無いと思われる場合でも、当事者に対する、定期的な声かけは必要です。

つないだ先の機関からの情報（例）

- ・ 紹介してどうなったか
- ・ 目的の達成・変化した点・新たなニーズの出現
- ・ 紹介元としての関与の必要性

当事者もしくは相談者からの情報（例）

- ・紹介してどうなったか
- ・機関の支援はうまく機能しているか
- ・気になることはないか

■これらの情報は個人ファイルに記録し、常に当事者の最新の情報を管理しておくことが重要です。

■これらの情報をどのように評価するか、また、次に述べる介入を円滑に行うための仕組みを考えることが別途必要です。

《② 介入》

■つないだ機関がうまく機能していないと判断できる場合、またはより当事者にとって適切な機関へつなげる場合は、当事者と機関の間に介入する必要があります。日頃から機関との関係性を築いておくことが重要となります。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

80代前半の元証券マンの男性、長年一人暮らしで定年後も株の売買にて生活を維持していました。自宅は地域で有名な老朽家屋で室内も散乱した家でした。10年前に妻を失ってから近隣との行き来もなく孤立しており、コンビニエンスストアでのたばこ・弁当等購入と時折正装しての外出以外は何をしているか不明でした。唯一懇意にしている新聞販売店主から、購読料の滞りがあったことから電話をしたが連絡がとれないため訪問したところ起床もままならない状態で寝込んでおり、どうしたらよいかとの相談がありました。

○新聞販売店主からの連絡を受けて、地域包括支援センターの職員が店主とともに自宅を訪問します。

（→訪問（アウトリーチ）による情報収集）

○本人は国民健康保険に加入しており、また、経済状況も年金に加え不労所得があることがわかりました。男性は寝込んでおり、食事もまともにできない様子でかなり衰弱した状態であったため、地域の総合病院へ急患として搬送し、即検査入院となりました。（→情報収集にもとづく緊急性の判断）

また、同病院のソーシャルワーカーへ連絡を行い、状況がわかったら連絡して欲しい旨を伝えました。

○入院2日目に、そのソーシャルワーカーから電話で報告があり、検査結果では肺の悪性腫瘍が確認され、手術を含め当分入院加療を要すること、また、認知症の初期で判断能力は不十分であるが地域福祉権利擁護事業の契約締結能力には問題はないこと、体力・気力ともに低下していることがわ

かりました。

こうした状況で、当面の課題は、今後の療養のために親族の有無を確認すること、本人が株式の配当等の金銭管理について心配していることからその管理に対応することであると判断し、次の支援計画を作成しました。

- ①親族の有無については、引き続き病院のソーシャルワーカーに聞き取り・連絡調整を依頼する。
- ②金銭管理については、本人の契約締結能力には問題がないことから、地域福祉権利擁護事業を利用するとともに、今後さらに判断能力が低下した場合に備え、任意後見契約の手続きを検討する。

(→支援計画の作成)

○本人に金銭管理の方法として、地域福祉権利擁護事業や任意後見契約の活用について説明し、そのことの了解を得ることが必要です。

○市内にある市社会福祉協議会が行っている地域福祉権利擁護事業の担当者に連絡し、状況を伝え、担当者とともに本人のもとに行き、地域福祉権利擁護事業へつなぎます。

(→サービス提供機関へのつなぎ)

○また、任意後見契約については、専門の相談機関に連絡し、その担当者とともに本人のもとに行き、成年後見制度へとつなぎます。

(→専門相談機関へのつなぎ)

○地域福祉権利擁護事業の担当者や成年後見制度の相談機関から契約が締結されたら報告してもらうようにします。また、地域包括支援センターの担当者からも期間を定めて、相談機関や本人に電話をいれるようにします。

(→継続支援のためのモニタリング)