

令和6年度 第3回地域包括ケア推進協議会 議事次第

日時：令和7年3月26日（水）15：00～16：30

場所：山形市庁舎 11階 大会議室

- 1 開会
- 2 あいさつ
- 3 報告
 - (1) 地域包括支援センターの活動状況について 資料1 (P1)
 - (2) 令和6年度山形市地域ケア調整会議での協議内容等について 資料2 (P5)
 - (3) 高齢者個別避難計画作成事業の今後の取組について 資料3 (P7)
- 4 協議
 - (1) 第9期介護保険事業計画及び一般介護予防事業評価事業の評価方法の見直しについて 資料4 (P9) 参考資料4-1～4-3 (P11)
 - (2) 令和7年度地域包括支援センターの運営について 資料5-1～5-2 (P51)
 - (3) 町内会が属する地区の変更に伴う地域包括支援センターの圏域の変更について 資料6 (P67)
 - (4) 山形市ケアマネジメントに関する基本方針の修正及びケアマネジャーへの周知方法について 資料7-1～7-2 (P69)
 - (5) 地域包括支援センターにおける指定介護予防支援事業等の委託先の承認について 資料8 (P87) 参考資料8-1 (P89)
 - (6) 指定介護予防支援事業者の指定更新について 資料9 (P91)
- 5 その他
 - (1) 情報の提供
 - ・ 山形市・介護事業所におけるハラスメント対策マニュアルについて その他資料1-1～1-2 (P93)
 - (2) 資料の配布
 - ・ 山形市高齢者保健福祉計画（第9期介護保険事業計画）に基づく介護サービスの基盤整備の状況等について その他資料2 (P197)
 - ・ 介護保険事業の実施状況について（令和6年12月時点） その他資料3 (P199)
 - ・ 令和6年度地域包括支援センター運営状況調査結果表 その他資料4 (P205)
 - ・ 山形市生活お役立ちガイドブックナビについて その他資料5 (P209)
- 6 閉会

<資料>

資料 1	地域包括支援センター相談実績等（４月～１月）	P1
資料 2	令和 6 年度山形市地域ケア調整会議での協議内容等について	P5
資料 3	高齢者個別避難計画作成事業の今後の取組について	P7
資料 4	第 9 期介護保険事業計画及び一般介護予防事業評価事業の評価方法の見直しについて	P9
参考資料 4－1	山形市高齢者保健福祉計画（第 9 期介護保険事業計画） 令和 〇年度 評価結果	P11
参考資料 4－2	山形市高齢者保健福祉計画（第 9 期介護保険事業計画） 令和 〇年度 進捗状況及び評価	P13
参考資料 4－3	山形市高齢者保健福祉計画（第 9 期介護保険事業計画） 令和 〇年度 各施策の取組状況	P37
資料 5 - 1	令和 7 年度地域包括支援センターの運営について	P51
- 2	山形市地域包括支援センター運営方針（令和 6 年度～令和 8 年度）（案）	P55
資料 6	町内会が属する地区の変更に伴う地域包括支援センターの圏 域の変更について（案）	P67
資料 7 - 1	山形市ケアマネジメントに関する基本方針の修正及びケアマ ネジャーへの周知方法について	P69
- 2	山形市ケアマネジメントに関する基本方針（令和 6 年度～令 和 8 年度）（案）	P71
資料 8	地域包括支援センターの設置者が指定介護予防支援等に係る 業務の一部を委託することができる指定居宅介護支援事業者 の承認について	P87
参考資料 8－1	指定介護予防支援事業等の受託可能事業所一覧	P89
資料 9	指定介護予防支援事業者の指定更新について	P91
その他資料 1－1	山形市・介護事業所におけるハラスメント対策マニュアル 概要版	P93
その他資料 1－2	山形市・介護事業所におけるハラスメント対策マニュアル 本編	P101
その他資料 2	山形市高齢者保健福祉計画（第 9 期介護保険事業計画）に基づ く介護サービスの基盤整備の状況等について	P197
その他資料 3	介護保険事業の実施状況について（令和 6 年 12 月）	P199
その他資料 4	令和 6 年度地域包括支援センター運営状況調査結果表	P205
その他資料 5	山形市生活お役立ちガイドブックナビについて	P209

地域包括ケア推進協議会協議会委員（任期 令和6年度から令和7年度まで）

	職 名	氏 名
1	山形市社会福祉協議会 会長	今野 厚志
2	山形市自治推進委員長連絡協議会 副会長	田中 教仁
3	山形市民生委員児童委員連合会 副会長	長瀬 武久
4	山形市医師会 理事	高橋 邦之
5	山形市歯科医師会 副会長	池野 士功
6	山形市薬剤師会 会長	筒井 伸
7	山形県看護協会 常任理事	菅野 弘美
8	山形県老人福祉施設協議会 副会長	細谷 健一
9	山形県介護支援専門員協会 副会長	丹野 克子
10	認知症の人と家族の会山形県支部 世話人代表	五十嵐 元徳
11	山形県社会福祉士会 理事長	大江 祥子
12	山形市老人クラブ連合会 会長	藤澤 睦夫
13	山形市健康づくり運動普及推進協議会 副会長	松田 幸子
14	富の中いきいき百歳体操 代表	滝口 明子
15	宮城学院女子大学教育学部教育学科 名誉教授	熊坂 聡
16	暮らしの保健室やまがた 会長	大竹 まり子

事務局（福祉推進部）

	職 名	氏 名
1	福祉推進部長	松浦 雄大

（長寿支援課）

	職 名	氏 名		職 名	氏 名
1	課長	阿部 伸也	2	課長補佐	佐藤 恵美子
3	管理係長	奥山 賢一郎	4	計画推進係長	稲村 好胤
5	人材確保推進係長	山口 貴洋	6	地域包括支援係長	鈴木 壽幸
7	ようご支援係長	進藤 義悦	8	長寿福祉係長	鈴木 育子
9	予防推進係長	船山 由紀子			

（介護保険課）

	職 名	氏 名		職 名	氏 名
1	課長	森 俊	2	課長補佐	寒河江 良治
3	管理係長	井上 奈々	4	認定第一係長	栗原 典子
5	認定第二係長	沼澤 春樹	6	給付係長	五十嵐 奈美
7	介護保険料係長	楨 さおり			

（指導監査課）

	職 名	氏 名		職 名	氏 名
1	課長	加藤 明彦	2	課長補佐	阿部 浩一
3	高齢福祉指導係長	浅井 和江			

地域包括支援センター相談実績等(4月～1月)

資料 1・差替

1. 総合相談支援業務

【地域包括支援センターごとの相談件数】

	R5	R6	増減	増減率
なでしこ	350	377	27	8%
大森	121	89	▲ 32	▲26%
敬寿会	293	302	9	3%
たきやま	314	347	33	11%
ふれあい	281	255	▲ 26	▲9%
山形西部	470	385	▲ 85	▲18%
さくら	343	345	2	1%
かがやき	421	370	▲ 51	▲12%
霞城北部	334	441	107	32%
霞城西部	438	476	38	9%
蔵王	334	376	42	13%
愛らんど	309	289	▲ 20	▲6%
南沼原	305	290	▲ 15	▲5%
金井	295	350	55	19%
計	4,608	4,692	84	2%

過去の件数計

R1 : 4,282
R2 : 4,148
R3 : 4,291
R4 : 4,244

【相談内容】

	R5	R6	増減	増減率
一般介護予防	106	139	33	31%
総合事業	439	370	▲ 69	▲16%
介護保険	2,574	2,575	1	0%
認知症	583	620	37	6%
市保健福祉	149	172	23	15%
障がい福祉	69	51	▲ 18	▲26%
生活保護・生活困窮	85	93	8	9%
医療	387	325	▲ 62	▲16%
住まい	174	192	18	10%
権利擁護	130	117	▲ 13	▲10%
民間サービス	294	328	34	12%
地区行事・サロン	151	131	▲ 20	▲13%
安否確認	111	155	44	40%
苦情全般	27	20	▲ 7	▲26%
仕事と介護の両立	7	23	16	229%
ごみ問題	17	22	5	29%
多頭飼育	4	2	▲ 2	▲50%
8050問題	14	12	▲ 2	▲14%
ダブルケア	2	2	0	0%
65歳未満の方	76	62	▲ 14	▲18%
その他	301	327	26	9%
計	5,700	5,738	38	1%

過去の件数計

R1 : 5,220
R2 : 5,209
R3 : 5,500
R4 : 5,276

【地域包括支援センターごとの相談内容内訳】

		一般介護予防	総合事業	介護保険	認知症	市保健福祉	障がい福祉	生活保護	医療	住まい	権利擁護	民間サービス
なでしこ	R5	7	26	234	36	6	5	1	26	12	7	19
	R6	31	25	234	50	8	0	2	15	10	9	15
大森	R5	2	2	93	8	2	0	2	3	3	4	0
	R6	5	7	66	7	2	1	1	1	2	3	0
敬寿会	R5	0	42	194	52	9	3	3	13	9	5	5
	R6	0	38	191	55	6	0	6	11	9	9	7
たきやま	R5	7	45	159	24	1	3	2	12	23	7	7
	R6	3	32	188	42	6	3	6	17	28	8	17
ふれあい	R5	17	15	137	31	6	3	6	17	5	3	8
	R6	3	10	134	21	15	2	4	6	5	2	9
山形西部	R5	13	40	205	57	16	8	6	75	12	11	5
	R6	36	22	163	31	19	2	5	21	3	2	1
さくら	R5	7	15	214	59	8	2	4	30	16	15	9
	R6	4	19	214	75	6	3	7	19	11	7	7
かがやき	R5	23	86	270	82	26	7	15	75	26	18	16
	R6	14	82	224	69	12	9	17	60	26	14	10
霞城北部	R5	0	30	152	51	17	12	4	13	4	8	42
	R6	1	15	209	50	12	5	14	32	21	12	70
霞城西部	R5	4	22	219	22	16	5	15	40	19	22	121
	R6	14	19	219	41	24	6	14	40	28	17	112
蔵王	R5	0	30	212	34	4	6	11	33	14	5	27
	R6	1	29	218	65	21	5	4	28	10	6	29
愛らんど	R5	13	23	188	41	4	3	5	22	10	15	16
	R6	5	14	184	41	7	4	2	28	5	8	10
南沼原	R5	2	25	184	37	17	7	6	21	13	4	9
	R6	3	22	173	25	16	4	7	19	12	6	11
金井	R5	11	38	113	49	17	5	5	7	8	6	10
	R6	19	36	158	48	18	7	4	28	22	14	30

		行事	安否確認	苦情全般	仕事と介護	ごみ問題	多頭飼育	8050	ダブルケア	65歳未満	その他	計
なでしこ	R5	16	9	8	1	0	0	2	0	4	4	423
	R6	16	4	0	7	2	0	1	0	5	21	455
大森	R5	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	124
	R6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	96
敬寿会	R5	0	6	0	0	0	0	1	0	4	47	393
	R6	1	8	0	0	1	1	1	0	8	38	390
たきやま	R5	17	4	2	0	0	0	0	0	3	5	321
	R6	24	11	0	1	1	0	2	1	4	4	398
ふれあい	R5	12	8	4	0	4	1	1	0	10	42	330
	R6	4	13	8	0	5	0	1	0	11	39	292
山形西部	R5	43	26	0	3	2	1	4	0	12	28	567
	R6	22	55	0	3	1	0	2	1	4	21	414
さくら	R5	2	19	3	0	1	0	1	1	12	12	430
	R6	0	10	1	0	1	0	1	0	4	18	407
かがやき	R5	6	10	4	1	8	2	0	1	19	48	743
	R6	0	16	2	2	1	0	2	0	13	47	620
霞城北部	R5	2	5	1	0	0	0	0	0	1	12	354
	R6	13	4	1	0	1	1	1	0	1	15	478
霞城西部	R5	30	9	1	0	0	0	3	0	0	8	556
	R6	22	17	1	1	2	0	0	0	2	13	592
蔵王	R5	5	3	0	0	2	0	0	0	6	38	430
	R6	1	2	1	2	1	0	0	0	3	36	462
愛らんど	R5	6	5	3	1	0	0	1	0	2	16	374
	R6	7	4	3	1	3	0	0	0	5	22	353
南沼原	R5	1	3	0	0	0	0	0	0	1	15	345
	R6	3	0	2	0	0	0	1	0	1	16	321
金井	R5	11	2	1	1	0	0	0	0	1	25	310
	R6	18	10	1	6	3	0	0	0	1	37	460
										R5	5,700	
										R6	5,738	

【相 談 経 緯】

	R5	R6	増減率
本人	550	645	17%
家族等（家族等介護者以外）	554	600	8%
家族等介護者	1, 174	1, 138	▲3%
民生委員・福祉協力員・近隣住民・町内会	667	677	1%
ケアマネジャー・サービス事業所・医療機関	1, 067	1, 065	▲0%
行政機関（福祉関係部署）	197	232	18%
行政機関（その他）	21	25	19%
労働局・ハローワーク	0	0	－
警察交番	50	58	16%
地域包括支援センター	78	61	▲22%
認知症初期集中支援チーム	16	14	▲13%
認知症地域支援推進員	1	3	200%
在宅医療・介護連携室	5	0	▲100%
生活支援コーディネーター	27	36	33%
成年後見センター等	10	6	▲40%
障がい者相談支援センター	46	43	▲7%
住宅関連事業所	8	5	▲38%
民間事業者	18	13	▲28%
福祉まるごと相談員・CSW	56	43	▲23%
その他	75	63	▲16%
計	4, 620	4, 727	2%

過去の件数計

R1 : 4, 265
R2 : 4, 146
R3 : 4, 348
R4 : 4, 252

【相談後の連絡・調整件数】

	R5	R6	増減率
本人・家族等	34, 647	37, 086	7%
民生委員	1, 685	1, 845	9%
福祉協力員	405	388	▲4%
地区社協・町内会	718	529	▲26%
近隣住民	217	267	23%
ケアマネジャー	8, 346	9, 652	16%
各種介護サービス事業者	18, 014	19, 873	10%
医療機関・薬局	4, 289	4, 490	5%
行政機関（福祉関係部署）	5, 824	6, 294	8%
行政機関（その他）	377	460	22%
労働局・ハローワーク	3	1	▲67%
警察・交番	253	203	▲20%
地域包括支援センター	669	674	1%
認知症初期集中支援チーム	456	799	75%
認知症地域支援推進員	166	194	17%
在宅医療・介護連携室	63	84	33%
生活支援コーディネーター	892	760	▲15%
成年後見センター等	421	287	▲32%
障がい者相談支援センター	382	316	▲17%
住宅関連業者	290	288	▲1%
民間事業者	337	385	14%
福祉まるごと相談員・CSW	609	689	13%
その他	359	375	4%
計	79, 422	85, 939	8%

過去の件数計

R1 : 83, 970
R2 : 84, 266
R3 : 87, 908
R4 : 81, 066

【実態把握の状況】

	R5	R6	増減率
高齢者実態把握等	2,682	2,818	5%
元気あつぷ終了者実態把握	55	50	▲9%
重層の支援対象者実態把握	52	52	0%

※R5年度重層の支援対象者実態把握の対象者内訳（第2号被保険者59人、若年者3人）重複あり
内容（障がい26件、介護保険15件、就労11件、生活困窮10件、暴力・虐待5件、ひきこもり・不登校3件、ゴミ問題3件、その他5件）延べ件数

【介護予防教室の開催状況】

	R5	R6	増減率
自主開催	89	89	0%
共催	178	203	14%
依頼	178	185	4%

【担当地区内で開催された会議等への参加状況】

	R5	R6	増減率
民生委員が主催する会議等への参加	182	176	▲3%
その他の地域関係者・団体が主催する会議等への参加	318	392	23%

【各地域ケア会議の開催状況】

	R5	R6	増減率
個別地域ケア会議	65	72	11%
自立支援型地域ケア会議	52	57	10%
圏域ネットワーク連絡会	31	8	▲74%
地区ネットワーク連絡会	45	17	▲62%

【認知症サポーター養成講座の開催状況】

	R5	R6	増減率
実施回数（回）	40	52	30%
受講人数（人）	1,070	1,085	1%

2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

【介護支援専門員に対する研修会等の開催状況】

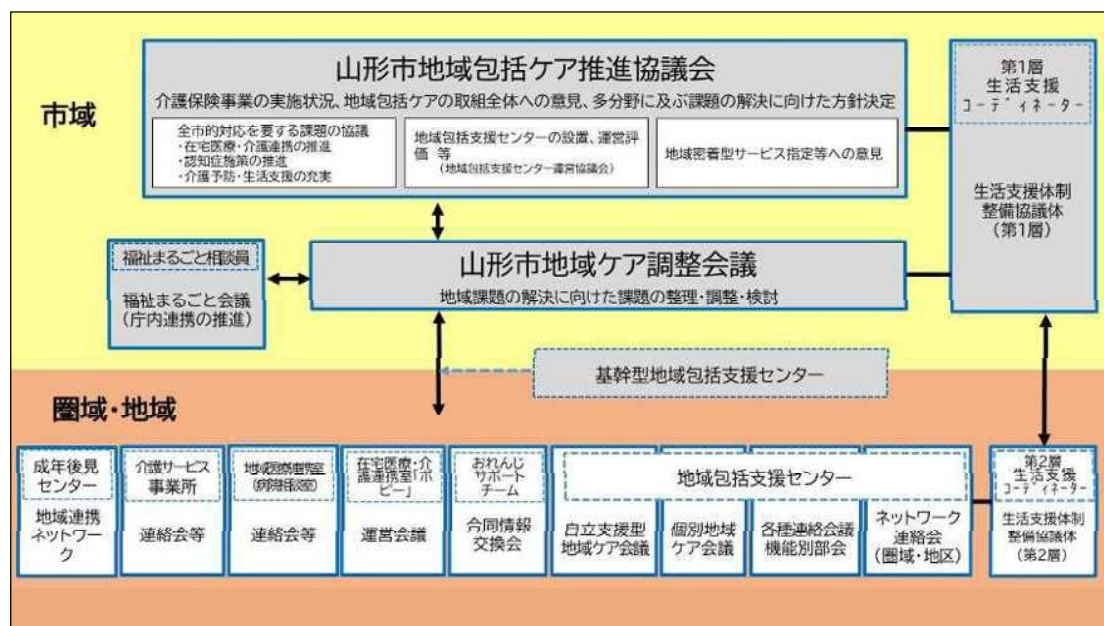
	R5	R6	増減率
介護支援専門員のネットワーク構築・活用に係る会議等の開催	35	26	▲26%
介護支援専門員に対する事例検討会や研修会の開催	30	22	▲27%

3. 介護予防ケアマネジメント業務

【介護予防サービス・支援計画書作成数】

		R5	R6	増減率
介護予防支援	包括	1,353	1,255	▲7%
	委託	296	349	18%
ケアマネジメントA	包括	895	860	▲4%
	委託	102	113	11%
ケアマネジメントB	包括	58	72	24%
	委託	1	3	200%
ケアマネジメントC	包括	14	12	▲14%
	委託	0	0	—
合計	包括	2,320	2,199	▲5%
	委託	399	465	17%

令和6年度山形市地域ケア調整会議での協議内容等について



今年度、標記の会議を3回開催（R6.8.23、R6.11.28※書面開催、R7.2.21）し、以下の地域課題について協議しましたので報告します。

1 会議構成

介護保険事業所連絡会、地域包括支援センター（機能別部会代表）、基幹型地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携室ポピー、おれんじサポートチーム、多機関協働支援センター、山形市介護保険課、山形市長寿支援課

2 協議内容の詳細

(1) 山形市におけるアドバンスケアプランニング（人生会議）普及啓発及び「いっぶぐカード」の活用について

在宅医療・介護連携室ポピー

R7.2.21 協議終了

人生会議について、支援者および地域住民への理解促進を目的として動画作成や地区講座の開催を行ってきたが、人生会議についての重要性は理解しながらも、他者に自身の人生について話をするには抵抗があるため、人生会議を行うことが難しいという課題があり、その解決手段として、在宅医療・介護連携室ポピーと山形西部地域包括支援センターが協働で作成した住民から好評を得ている、「いっぶぐカード」の市全域での活用について検討してきた。

住民講座やサロン、社会福祉協議会の貸し出し等を通じて住民や支援者から意見を募り、カードに記載する内容や言葉の表現を見直ししながら、大学の先生や医師による医療介護関係者向けの研修会での活用や情報提供など、普及啓発以外の活用も広がっており、手段としての対応が進んでいることから、今後はこの改訂版の具体的な普及先や方法、利用拡大に向けた増刷など市と基幹型、ポピーの3者で相談しながら進めていくとともに、令和8年度に実施予定の高齢者実態調査の結果を中長期的な成果指標とし、進捗や新たな検討事項があれば報告することとして、協議を終結とした。

<「いっぶぐカード」とは？>

手作業で作成したトランプのセット。通常のトランプの形式（スートと数字）に加えて、各カードには、それぞれ異なる質問が記載されている。

通常のババ抜きルールと同じように、他の参加者からカードを一枚引き、自分の手札に同じ数字のカー

ドがあれば、それら二枚を捨てる際に、二枚のカードに記載された質問のうち一つの質問について話をすることが大きな特徴である。他者に自身の人生について話すハードルが下がるため、人生会議の入り口の取組といえる。

(2) 担い手養成講座後の活動へつなげるための協力

第1層・2層生活支援コーディネーター

協議継続

【現状】

市内で様々な担い手養成講座を開催し、活動の担い手が養成されているが、希望する活動につながってならず、支援する側と支援を受ける側双方のニーズを把握することの重要性が確認された。

令和6年度は、生活支援コーディネーターにより、なでしこ圏域の居宅介護支援事業所等研修会で「ニーズ把握票」を実際に記入し、そこから挙げたニーズを参考に、生活支援コーディネーターが必要性の高い活動(①家具の移動や片づけ、②水回りの掃除、③庭の草むしりや手入れ)を整理し、令和7年2月に「目的別担い手養成講座」として、支えあい活動の実践につながりやすい講座を企画した。

【今後】

○生活支援コーディネーターが地域のサロンや体操の場において、その都度、上記①～③や買い物時などの移手段に関するテーマを設定し、そのテーマに沿ったニーズ把握(助けてほしい人・活動したい人両者のニーズ)を行う。

○ニーズ把握票による個別支援のニーズ把握を進めていく。

○担い手養成研修ステップアップミーティングを開催し、担い手養成研修受講生のフォローアップ及び新たな担い手を確保するとともに、仲間づくり、個別支援や介護事業所のニーズに応じた活動に繋げていく。

(3) がん末期の方の迅速な介護保険サービスの利用について

基幹型地域包括支援センター・山形市居宅介護支援事業所連絡会

協議継続

【現状】

がん末期の診断を受けた方が自身の最期を安心して過ごせるよう、適切で迅速な介護認定等の対応が求められるなか、「認定が軽く出てしまい十分なサービスが受けられない」、「認定調査前に死亡し自己負担が多額になってしまう」等の不利益が生じているという問題提起があり、検討を行っている。検討の中で、がん末期者への特例的な対応等について、関係者が知らない場合もあることが判明したため、より迅速な認定調査につなげるためのフローを作成し関係者に共有することや審査における介護度の情報提供等について、協議を進めてきた。フロー図案の作成が進んでおり、引き続きブラッシュアップしながら、完成に向けて取り組んでいく。

(4) 自助と共助をすすめる「避難行動支援制度」のために

基幹型地域包括支援センター

R7.2.21 新規協議

【現状】

令和3年の災害対策基本法改正により、障がい者や高齢者などの避難行動要支援者の「個別計画の作成」が自治体の努力義務となり、山形市は居宅介護支援事業所等との委託契約のもと、介護支援専門員による要支援者の個別避難計画の作成支援を令和5年度よりモデル事業として実施し、令和7年度より本格実施することとしているが、避難行動要支援者の個別計画の作成のみを先行させて進めることで「自助」「共助」を阻害することが懸念されるとの問題提起があり、一般市民の自助共助の理解を深めた上で取り組んでいく必要性について協議された。また、個人情報の取扱いに不安や拒否のある本人や地域の理解を促していくことの必要性、共助の意識があるためにあえて計画が必要ないという方への対応等、様々な意見があり、令和7年度の事業にあたり、意見を踏まえ、随時課題を共有しながら進めていくこととなった。

(5) その他

山形市長寿支援課

R7.2.21 新規協議

【現状】

訪問型サービスAが山形市内で普及しない現状について、基幹型地域包括支援センターで聞き取りを行った結果見えてきた課題として、訪問型サービスAの対象者像が分かりにくい、地域住民が担い手(従事者)として参画するにはハードルが高い、訪問型サービスAのメリットが分かりづらいなどがあり、令和7年度以降実施する総合事業の見直しと併せて課題を深掘りして検討していくこととした。

高齢者個別避難計画作成事業の今後の取組について

1 これまでの経過と取組内容

山形市においては、自治推進委員をはじめとする地域の支援者の皆様の多大なご理解とご協力をいただきながら、災害時要支援者名簿の提供や個別避難計画の作成などの取組を進めてきました。

災害時の避難行動をまとめた個別避難計画（以下「計画」という。）については、地域住民との日頃の関わりの中で、地域の支援者から、計画作成の必要性についてご周知いただくなどして作成を進めているところです。また、地区においても様々な独自の取組が行われていますが、市における計画の作成率は避難行動要支援者（以下「要支援者」という。）全体の約5%という状況となっています。

そのような中、令和3年度災害対策基本法の改正により、要支援者の計画作成が市町村の努力義務とされ、優先度の高い要支援者の計画について令和3年度から概ね5年程度で作成するよう国から示されました。

地域共生社会の実現に向けた地域づくりを推進している山形市においては、高齢者や障がい（児）者が地域において安全で安心な暮らしを継続できるようにするためには、日頃から災害に備え、本人及び避難支援者等関わる方々が、それぞれの役割を共有し、支え合っていく体制づくりが重要であると考え、計画作成をさらに推進するための検討を行ってきたところです。

その一環として、令和5年度に計画の作成支援を行うモデル事業を実施し、本人の日頃の状態をよく知る要介護者の介護サービス計画の作成を行う居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）が、地域の支援者の皆様からのご協力をいただきながら、個別避難計画の作成の支援を行いました。

2 令和7年度事業について

(1) 個別避難計画作成の取組

- ① 要支援者全員の計画作成を目指してまいりますが、令和7年度は特に自力での避難が著しく困難であると想定される方（在宅の要介護3以上の方）を優先的に計画を作成する対象者とし、モデル事業と同様に居宅介護支援事業所等への業務委託により計画作成を進めます。

【実施概要】

対象地域	山形市内
対象者	山形市に居住する在宅の要介護3以上の認定者（約2,100人）
実施方法	業務委託により実施
契約の相手方	対象者を担当する居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等
契約期間	令和7年5月1日～令和8年2月28日
主な業務内容	（1）対象者への取組説明 （2）避難行動要支援者名簿提供の同意確認 （3）避難支援等関係者との情報共有及び連携 （4）個別避難計画の作成 （5）避難支援者や介護保険サービス事業所との調整・情報共有 （6）作成した個別避難計画の市への提出・管理・保管 （7）業務の実績報告

- ② 制度や取組の内容及び計画作成のメリット等を、市報や出前講座などの機会を通じて市民へ周知します。

(2) その他の取組

福祉避難所等の受入体制を強化します。

3 今年度の取組と今後の予定

- | | |
|-------|--|
| 令和6年度 | ・ R6.10.16 居宅介護支援事業所等研修会
・ R6.11 自治推進委員、民生委員の代表者会議での説明
※地域への個別の説明は出前講座等に対応
・ R7.2.17 居宅介護支援事業所等向け業務説明会
・ R7.3 集団指導 |
| 令和7年度 | ・ R7.5.1 居宅介護支援事業所等と業務委託契約
・ 契約締結後順次 優先対象者とする要支援者(在宅の要介護3以上の方)の計画作成
・ 年度末 実績報告、委託料の請求及び支払
・ 市民への周知、普及啓発 |
| 令和8年度 | ・ 令和7年度に未作成の方及び新規の対象者等の計画作成
・ 市民への周知、普及啓発 |

4 自治推進委員、民生委員・児童委員に依頼している事項

(1) 令和7年度の取組についての依頼事項

- ① 居宅介護支援事業所等が個別避難計画を作成することについてのご理解
- ② 計画作成にあたって要支援者本人やケアマネジャー等から相談があった際のご対応
例) ・ 地域の役員のご紹介
・ 避難時の声かけや直接の支援を行う避難支援者の選定などに関するご助言
・ 防災に関する地域での取組のご紹介

(2) 引き続きの依頼事項

- ① 災害時要支援者名簿や個別避難計画の共有と、有事の際の計画に基づく避難支援へのご協力
- ② 地域における様々な機会を捉えて、避難行動支援に関する普及啓発や周知の取組へのご協力
- ③ 優先的に計画を作成する対象者以外の方でも、計画の作成が望ましいと思われる方に対する制度の紹介などのご支援

第9期介護保険事業計画及び一般介護予防事業評価事業の評価方法の見直しについて

1 第8期の評価方法の課題等

- ① 数値や数量により判断できる「定量的な評価」により評価を行ったが、コロナ禍による影響など数値や数量から読み取れない特殊な事情を説明する仕組みがなかった。
- ② 数値や数量での評価は、結果がわかりやすい反面、数値目標を達成したかどうか注目がいきやすく、その時々状況や事情について、説明が必要な部分もあった。

※第8期までの評価方法

- 「計画の目標」や「介護給付費」では、評価基準を設け、目標の数値に対しどれくらい達成したか、どれくらい乖離があったかを評価する定量的な評価を行った。
- 「一般介護予防事業評価事業」では、①同様に評価基準を設け、前年度の値と比較や、前期(R2)との変化率を比較し、定量的な評価を行った。
- 保険者として様々な取組の達成状況を評価できるよう、国の保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標を活用した。
- 各施策については、評価とは別に、資料として施策の体系ごとに具体的に取組んだ内容等や課題をまとめた「各施策の取組状況」を作成した。

2 第8期の評価方法の課題等を踏まえ、第9期の評価方法を見直した点

「Ⅰ 計画の目標等」

目標値に対し、「数値や数量によって判断する」定量的な評価を継続しつつ、その背景や状況を記載する補足欄を設け、数値や数量だけでは読み取れない事情等を把握できるようにする。

「Ⅱ 介護サービス種別ごとの量の見込み等」

計画値と実績値の乖離状況を評価する評価方法を継続しつつ、実績値が計画値より大きく増減した場合に、背景や分析を記載する欄を設け、その理由等を把握できるようにする。

「Ⅲ 一般介護予防事業評価事業」

一般介護予防事業は事業の実施体制を評価する「ストラクチャー指標」、事業の実施過程を評価する「プロセス指標」、事業の効果を評価する「アウトカム指標」から構成される。ストラクチャー指標・プロセス指標など、数値や数量で表せない体制や実施過程を評価する定性的な項目は、自己評価を行い、その理由を記載する。

アウトカム指標など、数値・数量を用いる定量的な項目は、様々な視点により成果の捉え方が変わるため、年度毎や個別の評価はしないが、総括を記載する。

「Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価」

インセンティブ交付金の評価項目を活用しているが、第9期以降は、保険者として様々な事業に取り組んでいる状況を把握する参考資料とする。

山形市高齢者保健福祉計画(第9期介護保険事業計画) 令和○年度 評価結果

I 数値目標等の進捗状況及び評価

※評価 A:80%以上達成、B:79-60%達成、
C:59-30%達成、D:29%以下

1 計画の目標 (達成した割合(%)によって評価)

(1) 全体の目標

健康に生活している高齢者の割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
%		A	スライド3

(2) ビジョンの目標

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／370点		B	スライド4～16

(3) 給付費適正化の取組目標

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／50点		A	スライド17～18

(補足等)

II 介護給付費等対象サービスの種類ごとの量の見込みの進捗及び評価 (乖離差を評価)

1 要介護(要支援)認定者数の推移

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／60点		B	スライド19

2 介護給付費等総額の推移

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／30点		C	スライド20

(補足等)

III 一般介護予防事業評価事業定量的指標評価項目の進捗状況及び評価

1 総合事業(全体)

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／110点		D	スライド21～28

2 総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／70点		C	スライド29～32

3 総合事業(一般介護予防事業)

満点に対する割合	評価結果	前年度	「資料4-2」該当スライド
／110点		D	スライド33～36

(補足等)

IV 【参考】施策の進捗状況(インセンティブ交付金の評価指標)

満点に対する割合	前年度	「資料4-2」該当スライド
／380点		スライド36～47

山形市高齢者保健福祉計画 (第9期介護保険事業計画)

令和●年度 進捗状況及び評価

評価方法

1

第9期介護保険事業計画は、計画の目標値や介護給付等サービスの種類ごとの量の見込みのほか、一般介護予防事業評価事業の評価項目を活用し評価する。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等により、3年ごとに実績値がわかる項目は、令和7年度(計画2年目)分の評価の際に評価する(評価時期は令和8年度中になる)。保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金(以下、インセンティブ交付金)の評価項目を施策の進捗状況を表す参考資料として添付する。

I 計画の目標等

目標値と、目標値に紐づく取組(小目標など)の進捗状況について、次の1(1)～(3)を評価する。

1(1) 全体の目標

●評価する年度の推計値※や目標値に対して、実績値を下表①より評価する。

※ 推計値は、計画に記載する認定率の推計を基に算出

(2) ビジョンの目標(項目数 37)、(3) 介護給付の適正化にかかる取組目標(項目数 5)

●目標値に対する実績値の達成割合を下表②より評価する。

●評価を点数化する場合には、A=10点、B=7点、C=3点、D=0点とする。複数の項目を合計して評価する場合は、その合計点が満点に占める割合について①により評価する。

●目標値の達成割合の理由や目標値に紐づく取組について、補足等を記載する。

①	実績値	A:目標値に到達（とても良い）	B:推計値に到達(良い)	C:推計値に未達(改善を要する)	
②	達成割合	A:80%以上達成	B:60%～79%達成	C:30%～59%達成	D:29% 以下

II 介護サービス種別ごとの量の見込み等

計画値と実績値の乖離状況について、次の1及び2を評価する。

1 要介護(要支援)認定者数の推移(項目数 6)

2 介護給付費等総額の推移(A:保険給付費、B:地域支援事業費、C:保健福祉事業費)(項目数 3)

●計画値に対する実績値の乖離状況を下表③により評価し、乖離状況が大きいもの(Dに該当した項目)については、要因等を記載する。

●評価を点数化する場合には、A=10点、B=7点、C=3点、D=0点とする。複数の項目を合計して評価する場合は、その合計点が満点に占める割合について①により評価する。

③ 乖離状況	A:±2%未満	B:±6%未満	C:±10%未満	D:±10%以上
--------	---------	---------	----------	----------

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

山形市が実施している介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防や生活支援等の事業)について、実績値を踏まえながら、事業を実施するための体制や実施状況等について、次の1～3を評価する。

- 1 総合事業(全体).....(1)ストラクチャー指標、(2)プロセス指標、(3)アウトカム指標 (評価項目数 11)
- 2 総合事業(介護予防・生活支援サービス事業).....(1)ストラクチャー指標、(2)プロセス指標、(3)アウトカム指標 (評価項目数 7)
- 3 総合事業(一般介護予防事業).....(1)ストラクチャー指標、(2)プロセス指標、(3)アウトカム指標 (評価項目数 11)

- (1)ストラクチャー評価、(2)プロセス評価など自己評価するもの(定性的指標)は、下表④により自己評価し、その理由を記載する。
- 1～3の各アウトカム指標から読み取れることを、それぞれ補足として記載する。
- アウトカム指標など定量的な指標は、年度毎や個別に評価を行わないが、総括を記載する。
- 評価を点数化する場合には、A=10点、B=7点、C=3点、D=0点とする。複数の項目を合計して評価する場合は、その合計点が満点に占める割合について先の表①により評価する。

【山形市の介護予防や生活支援等の事業】

介護予防・生活支援サービス事業

【対象者】要支援認定を受けた方・事業対象者

通所型・訪問型サービス
 ・従前相当(H28.2月まで提供のサービスに相当する支援)
 ・サービス・活動A(緩和した人員基準によるサービス)
 ・サービス・活動B(地域支え合い活動による支援)
 ・サービス・活動C(元気あつま教室・おいしく栄養あつま訪問)
 ・サービス・活動D(訪問型のみ、地域支え合い活動による支援)

一般介護予防事業

【対象者】全ての高齢者の方

・住民主体の通いの場の立ち上げ・運営支援
 ・介護予防講座
 ・お口若がり講座
 ・介護予防手帳(やまがた人生備えの書)
 ・75歳、80歳節目アンケート
 ・リハビリテーション専門職等の派遣 等

④	自己評価	A:できている	B:ある程度できている	C:あまりできていない	D:できていない
---	------	---------	-------------	-------------	----------

Ⅳ 【参考】【参考】施策の進捗状況

インセンティブ交付金の自己評価の項目について該当するものに“○”を付け、保険者としての取組状況の参考資料とする。

I 計画の目標等

1 計画の目標

(1) 全体の目標

以降、評価の値、文章等はサンプル・記載例です。

目標値		R6推計値 ※	R6実績値	評価
要介護(要支援)認定を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合を維持・改善する。	83.2%	83.1%	83.1%	B
		R7推計値 ※	R7実績値	評価
		83.0%		
		R8推計値 ※	R8実績値	評価
		82.9%		

※各評価年度の推計値は、第9期介護保険事業計画において、各年度毎に推計した認定率を基に算出したもの。
 要介護(要支援)認定を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合=100%-評価年度の認定率(推計値)

I 計画の目標等

4

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

記載例

	項目		令和6年度					前年度
1	取組	短期集中の運動機能向上プログラムにより、生活行為を改善し、生活を継続できるよう、通所型サービスCの利用を促進する(視点Ⅰ・Ⅱ)						
	目標値	総合事業の通所型サービス新規利用者に占める通所型サービスCから始める利用者の割合	60.0%	評価	B	実績	45.7%	48.3%
						達成率	76.2%	-
				補足等	サービスCの実施体制の見直しがあり、受入期間が前年度より短かったため利用者が減少した			
2	取組	通所型サービスCの利用後に地域の居場所や様々な地域活動に参加できるよう支援する(視点Ⅰ・Ⅱ)						
	目標値	通所型サービスC利用後に様々な社会参加につながった高齢者の割合	75.0%	評価	B	実績	55.4%	70.4%
						達成率	73.9%	-
				補足等	新型コロナの影響により社会参加につながった利用者が少なかった			

I 計画の目標等

5

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

記載例

	項目		令和6年度					前年度
3	取組	「住民支え合い活動」の立ち上げと活動の継続を支援する(視点Ⅰ)						
	目標値	総合事業訪問型・通所型サービスB及び、訪問型サービスD並びに移動支援に関するモデル事業の活動数						
		訪問B(生活支援)	10か所	評価	B	実績	7か所	6か所
						達成率	70%	—
		通所B(居場所づくり)	16か所	評価	C	実績	9か所	9か所
						達成率	56.3%	—
		訪問D及びモデル事業(移動支援)	6か所	評価	C	実績	3か所	4か所
						達成率	50%	—
	補足等	通所Bや訪問Dの活動数が伸びていないが、来年度は〇〇地区、〇〇地区でモデル事業を開始できるよう地区や関係者調整を図っている						

I 計画の目標等

6

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

記載例

	項目	令和6年度					前年度
4	取組	「住民主体の通いの場」の立ち上げと活動の継続を支援するとともに、リハビリテーション専門職の派遣等による充実を図る(視点Ⅰ・Ⅱ)					
	目標値	通いの場の箇所数	128か所	評価	A	実績	104か所
						達成率	81.3%
		通いの場の参加者数	2,214人	評価	A	実績	1,862人
						達成率	84.1%
	補足等	令和〇年度はリハ専門職を●回派遣するなど、活動継続の支援を図ったが、主催者の高齢化などを理由に開催場所が減少したため利用者も減少した					
5	取組	地域活動やボランティア、就労等を支援する(視点Ⅰ)					
	目標値	シルバー人材センターの会員数	1,521人	評価	A	実績	1,500人
						達成率	98.6%
		介護支援ボランティアの登録者数	150人	評価	D	実績	16人
						達成率	10.7%
	補足等	介護支援ボランティアの登録者増のため、広報周知について検討が必要					

I 計画の目標等

7

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

	項目	令和6年度					前年度
6	取組	社会参加や日常生活の継続に有効な移動支援や外出支援を進める(視点Ⅰ・Ⅱ)					
	目標値	訪問型サービスD及び移動支援に関するモデル事業の活動数	6か所	評価		実績	4か所
						達成率	-
		福祉有償運送の実施団体数	12団体	評価		実績	10団体
						達成率	-
	補足等						

I 計画の目標等

8

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

	項目		令和6年度					前年度
7	取組	自立支援型地域ケア会議の効果の拡大を図る(視点Ⅱ)						
	目標値	自立支援型地域ケア会議の助言内容に関する居宅介護支援事業所等内での共有の割合	70.0%	評価		実績		52.7% (R4)
						達成率		-
				補足等				
8	取組	閉じこもりを防止するための介護予防事業を実施する(視点Ⅱ)						
	目標値	75歳・80歳節目アンケート調査において、「週1回以上外出している」高齢者の割合						
		75歳節目アンケート調査	97.0%	評価		実績		92.0% (R4)
						達成率		-
		80歳節目アンケート調査	95.5%	評価		実績		89.6% (R4)
						達成率		-
		補足等						

I 計画の目標等

9

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目			令和6年度			前年度	
1	取組	介護支援専門員に対して、質の高いケアマネジメントに向けた研修を定期的実施する(視点Ⅰ)						
	目標値	居宅介護支援事業所等研修						
		開催回数	5回	評価		実績		5回
						達成率		-
		参加者数	650人	評価		実績		565人
						達成率		-
	補足等							

I 計画の目標等

10

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目		令和6年度					前年度
2	取組	多機関連携による在宅医療・介護の一体的提供を図る(視点Ⅰ)						
	目標値	介護支援専門員による						
		入院時情報の収集率	100.0%	評価		実績		
						達成率		-
		退院時情報の収集率	94.5%	評価		実績		
						達成率		-
		退院後の状況報告率	75.0%	評価		実績		
						達成率		-
		補足等						

I 計画の目標等

11

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目		令和6年度					前年度
3	取組	本人に対して、人生会議(ACP)や在宅療養について普及啓発を図る(視点Ⅰ) 訪問系サービスを活用した在宅生活の継続に関する効果的な周知を行う(視点Ⅰ) 家族や地域住民に対して、人生会議(ACP)や在宅療養についての普及啓発を図る(視点Ⅱ)						
	目標値	人生会議や在宅療養についての講座等の開催回数	60回/年	評価		実績		62回
						達成率		-
				補足等				
4	取組	認知症サポーターの活動支援や認知症カフェ等の場所づくりへの支援を行う(視点Ⅱ)						
	目標値	チームオレンジの構築に向けたステップアップ講座の開催回数	4回	評価		実績		2回
						達成率		-
		認知症カフェの箇所数	25か所	評価		実績		24か所
						達成率		-
		補足等						

I 計画の目標等

12

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目			令和6年度				前年度
5	取組	認知症の早期発見・早期対応に向けた支援体制の構築を推進する(視点Ⅰ)						
	目標値	認知症に関する相談件数	770件	評価		実績		663件
						達成率		-
		初期集中支援チームの介入件数	77件	評価		実績		27件
						達成率		-
	補足等							
6	取組	地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等において、仕事と介護の両立に向けた支援を行う(視点Ⅱ)						
	目標値	介護者の仕事と介護の両立に関する相談件数	180件	評価		実績		8件
						達成率		-
		補足等						

I 計画の目標等

13

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目			令和6年度				前年度	
7	取組	地域の高齢者の生活を支える多様な活動を支援する(視点Ⅲ)							
	目標値	生活支援の担い手養成 研修の受講者数	50人	評価		実績		99人	
						達成率		-	
		訪問B(生活支援)の活 動数	10か所	評価		実績		6か所	
						達成率		-	
		通所B(居場所づくり) の活動数	16か所	評価		実績		9か所	
						達成率		-	
		訪問D及びモデル事業 (移動支援)の活動数	6か所	評価		実績		4か所	
						達成率		-	
		介護支援ボランティア の登録者数	150人	評価		実績		16人	
						達成率		-	
		補足等							

I 計画の目標等

14

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ②介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

	項目			令和6年度				前年度
8	取組	介護の魅力発信に関するイベントを開催する(視点Ⅲ)						
	目標値	イベントの参加者数	350人	評価		実績		324人
						達成率		-
				補足等				
9	取組	シルバー人材センター等との連携による高齢者の雇用促進を図る(視点Ⅲ)						
	目標値	連携事業により介護施設等への就業または従事する高齢者数	20人	評価		実績		0人
						達成率		-
				補足等				
10	取組	介護サービス事業所の業務改善を図り、介護ロボット・ICT等の導入を促進する(視点Ⅲ)						
	目標値	介護ロボット・ICTを導入した法人の割合	50%	評価		実績		33.8%
						達成率		-
				補足等				

I 計画の目標等

15

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ③ 介護現場の革新に関するビジョン

	項目		令和6年度				前年度	
1	取組	「介護人材の確保・定着」 ①介護の魅力発信、②外国人材の受入環境整備、③高齢者の雇用促進、④若年者の雇用促進 ⑤潜在介護福祉士等の復職支援、⑥ハラスメント対策 「生産性の向上による業務の効率化・質の向上」 ①業務改善、ロボット・ICTの活用、②文書量削減、③事業所間の連携						
	目標値	山形市内の介護サービス事業所・施設職員の離職率	10.7%	評価		実績		12.7% (R4)
					達成率		-	
				補足等				

I 計画の目標等

16

1 計画の目標

(2) ビジョンの目標 ④ リハビリテーションサービス提供体制に関するビジョン

記載例

	項目		令和6年度				前年度	
1	取組	「リハビリテーションの提供体制」 ①医療・介護関係者間の理解促進、②サービス関係者間の連携強化 「リハビリテーションの利用促進」 ①利用者・家族等への普及啓発・理解促進						
	目標値	訪問リハビリテーションの利用率	1.0%	評価	A	実績	1.0%	0.8%
						達成率	100.0%	-
				補足等	訪問リハビリの事業者が前年度に比べ増加したため。			

I 計画の目標等

17

1 計画の目標

(3) 給付費適正化の取組目標

記載例

	項目			令和6年度			前年度	
1	取組	【要介護認定の適正化】 認定調査を委託する施設・事業所等を対象に検証調査を実施する。						
	目標値	検証調査実施数	概ね40か所	評価	A	実績	40か所	-
				達成率		100%	-	
				補足等	目標どおり、検証調査を実施した。			
2	取組	【ケアプラン等の点検】 居宅介護支援事業所を対象に、介護支援専門員が作成したケアプラン等の記載内容について、訪問調査等による点検を実施する。						
	目標値	ケアプラン点検実施数	10か所 (被保険者50人分)以上	評価		実績		-
				達成率			-	
				補足等				
	取組	【住宅改修等の点検】 必要性に疑義のある住宅改修や福祉用具購入・貸与について、訪問調査等やケアプランとの整合性の観点からの点検を実施する。						
	目標値	住宅改修等の点検実施数	5件以上	評価		実績		-
				達成率			-	
				補足等				

I 計画の目標等

18

1 計画の目標

(3) 給付費適正化の取組目標

	項目		令和6年度					前年度
3	取組	【医療情報と突合・縦覧点検】 山形県国民健康保険団体連合会で審査する全ての介護給付費の請求を対象に、医療情報との突合・縦覧点検を実施する。						
	目標値	医療情報との突合実施率	100%	評価		実績		-
						達成率		-
		縦覧点検実施率	100%	評価		実績		-
						達成率		-
		補足等						

II 介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み等

19

1 要介護(要支援)認定者数の推移

※計画値と実績値の乖離状況の評価

記載例

(単位:人・%)

	令和6年度				令和7年度				令和8年度			
	計画値	実績値	乖離状況(%)	評価	計画値	実績値	乖離状況(%)	評価	計画値	実績値	乖離状況(%)	評価
(1)総人口	236,833	238,731	▲0.8%	A	234,858		100.0%	D	232,852		100.0%	D
(2)65歳以上人口	73,647	73,365	0.4%	A	73,853		100.0%	D	73,876		100.0%	D
前期高齢者	32,269	33,326	▲3.3%		31,204		100.0%		30,460		100.0%	
後期高齢者	41,378	40,039	3.2%		42,649		100.0%		43,416		100.0%	
(3)1号被保険者数	73,343	73,077	0.4%	A	73,538		100.0%	D	73,550		100.0%	D
(4)認定者数	12,415	12,284	1.1%	A	12,536		100.0%	D	12,575		100.0%	D
うち1号被保険者	12,229	12,098	1.1%		12,350		100.0%		12,389		100.0%	
(5)認定率	16.9%	16.8%	0.6%		17.0%		100.0%		17.1%		100.0%	
(6)チェックリスト該当者	815	703	13.7%	D	818		100.0%	D	819		100.0%	D

乖離状況が大きいものに関する要因分析(評価Dに該当した場合)

項目	令和6年度
(1)総人口	
(2)65歳以上人口	
(3)1号被保険者数	
(4)認定者数	
(5)認定率	
(6)チェックリスト該当者	例)住民主体の通いの場の設置箇所数や参加人数が増加していることから、社会参加・健康づくりが推進され介護予防(事業対象者の減)につながっていると思われる。

Ⅱ 介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み等

20

2 介護給付費等総額の推移

※計画値と実績値の乖離状況の評価

記載例

(単位:千円)

	令和6年度					令和7年度					令和8年度				
	計画値	実績値	対計画比(%)	乖離状況(%)	評価	計画値	実績値	乖離状況(%)	評価		計画値	実績値	乖離状況(%)	評価	
(A)保険給付費 =(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)	21,982,016	21,532,473	98.0%	▲2.0%	B	22,156,666	0	▲100.0%	D		22,282,631	0	▲100.0%	D	
介護給付サービス費(1)	20,066,888	19,774,425	98.5%	▲1.5%		20,223,347	0	▲100.0%			20,344,151	0	▲100.0%		
在宅サービス	10,506,883	10,296,508	98.0%	▲2.0%		10,734,876		▲100.0%			10,882,178		▲100.0%		
居住系サービス	2,558,185	2,517,735	98.4%	▲1.6%		2,551,430		▲100.0%			2,601,562		▲100.0%		
施設サービス	7,001,820	6,960,182	99.4%	▲0.6%		6,937,041		▲100.0%			6,860,411		▲100.0%		
予防給付サービス費(2)	630,794	616,081	97.7%	▲2.3%		634,855	0	▲100.0%			635,977	0	▲100.0%		
在宅サービス	531,472	522,608	98.3%	▲1.7%		535,408		▲100.0%			538,412		▲100.0%		
居住系サービス	99,322	93,473	94.1%	▲5.9%		99,447		▲100.0%			97,565		▲100.0%		
特定入所者介護サービス費等(3)	673,109	534,408	79.4%	▲20.6%		680,529		▲100.0%			682,646		▲100.0%		
高額介護サービス費等(4)	510,718	503,242	98.5%	▲1.5%		516,448		▲100.0%			518,055		▲100.0%		
高額医療合算介護サービス費等(5)	78,613	81,899	104.2%	4.2%		79,379		▲100.0%			79,626		▲100.0%		
審査支払手数料(6)	21,894	22,418	102.4%	2.4%		22,108		▲100.0%			22,176		▲100.0%		
(B)地域支援事業費 (重層含む)	1,255,500	1,194,890	95.2%	▲4.8%	B	1,260,629		▲100.0%	D		1,275,250		▲100.0%	D	
(C)保健福祉事業費	63,226	46,323	73.3%	▲26.7%	D	63,865		▲100.0%	D		64,510		▲100.0%	D	
合計 (D)=(A)+(B)+(C)	23,300,742	22,773,686	97.7%	▲2.3%		23,481,160	0	▲100.0%			23,622,391	0	▲100.0%		

乖離状況が大きいものに関する要因分析(評価Dに該当した場合)

項目	令和6年度
(A)保険給付費 (1)～(6)	
(B)地域支援事業費 (重層含む)	
(C)保健福祉事業費	例)紙おむつ支給事業について、地域支援事業における上限金額が定められていることから、保健福祉事業費からの支出を計画したが、予想より利用者が増加しなかったため

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

21

1 総合事業(全体)

(1)ストラクチャー指標(事業の実施体制)

記載例

項目(定性的指標)	評価	評価の理由等
① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的について、分かりやすく説明することのできる職員の養成や、説明資料の整備ができていますか。	B	説明職員の養成は、人事異動等に左右されるが、新任職員研修等にて使用可能な説明資料は整備済みであるため、ある程度できていると考える。
② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有(規範的統合)し、総合事業を実施する上で、介護保険、高齢者福祉、地域福祉、健康増進、市民活動推進、自治会支援、社会教育、スポーツ振興、産業等の担当部署と広く連携する体制を構築できているか。	A	福祉部門や関係団体との連携体制は構築できているが、スポーツ振興や産業等、まだまだ連携が未構築の部門がある。
③ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有(規範的統合)し、総合事業を実施する上で、地域包括支援センターと連携する体制を構築できているか。	B	介護予防モデル再構築事業を実施し、元気あつが教室を中心とした地域支援事業が、より効果的に有機的につながるようモデル事業を行い検証している。
④ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有(規範的統合)し、総合事業を実施する上で、協議体を設置し、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参加する住民主体の活動団体、NPO法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、医師会、医療法人、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター、介護サービス施設・事業所、老人クラブ、商工会、民生委員等の多様な主体による多様なサービス・活動の提供体制を構築できているか。	B	介護予防モデル再構築事業を実施し、元気あつが教室を中心とした地域支援事業が、より効果的に有機的につながるようモデル事業を行い検証している。

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

22

1 総合事業(全体)

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

項目(定性的指標)	評価	評価の理由等
① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有(規範的統合)できるよう、総合事業の企画・実施・評価のプロセスの中で、地域住民の意見収集や協議への住民参画が行われているか。		
② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有(規範的統合)できるよう、介護サービス施設・事業所、医療機関、民間企業、地域運営組織、NPO法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、医師会、医療法人、地縁組織、協同組合、シルバー人材センター、老人クラブ、商工会、民生委員、住民等のあらゆる関係者に働きかけを行っているか。		
③ 自治会、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、ボランティア、NPO法人、社会教育関係者の活動状況等について、地域資源として適切に把握できているか。		

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

23

1 総合事業(全体)

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

項目(定性的指標)	評価	評価の理由等
④ 介護予防の推進、生活支援の充実に関する行政課題を整理できているか。		
⑤ 介護予防の推進、生活支援の充実を図っていく上で、長期的な視点をもって具体的な戦略を立てられているか。		
⑥ 総合事業に関する苦情や事故を把握しているか。		
⑦ 関係機関(地域包括支援センター、医療機関、民生委員等)において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法及び活用方法に関する取り決めをしているか。		

1 総合事業(全体)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

(総括) 1 総合事業(全体)のアウトカム指標について

--

1 総合事業(全体)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画	第9期計画		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①	65歳以上新規認定申請者数及び割合(申請者は2号含む)				
	新規認定申請者数	3,844			
	新規認定申請者割合 (新規認定申請者数／高齢者数)	5.2%			
②	65歳以上新規認定者数及び割合				
	新規認定者数	3,385			
	新規認定者割合 (新規認定者数／高齢者数)	4.6%			
③	65歳以上要支援・要介護認定率				
	認定率 (認定者数／第1号被保険者数)	16.5%			
④	健康寿命延伸の実現				
	要介護2以上の年齢調整後認定率	9.1%			

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

26

1 総合事業(全体)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画	第9期計画		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
⑤	介護予防・日常生活支援総合事業の費用額				
	介護予防・日常生活支援総合事業の事業費(円)				
	費用額の伸び率(対 前年度比)(%)	99.9%			
	後期高齢者数(人)				
	後期高齢者数の伸び率(%)	102.1%			
⑥	予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用の総額				
	介護予防サービス費及び介護予防・日常生活支援総合事業費の総額(円)				
	総額の伸び率(対 前年度比)(%)	101.5%			

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

27

1 総合事業(全体)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画調査結果	第9期計画調査結果	第10期計画調査結果
⑦ の 1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による健康に関連する指標の状況(社会参加の状況)			
	A ボランティアのグループ	15.0%	13.9%	
	B スポーツのグループ	23.4%	20.2%	
	C 趣味のグループ	30.9%	26.4%	
	D 学習サークル	10.4%	7.9%	
	E 通いの場	11.9%	8.4%	
	F 老人クラブ	8.1%	4.7%	
	G 町内会	38.5%	33.0%	
	H 収入のある仕事	25.5%	27.6%	

1 総合事業(全体)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画調査結果	第9期計画調査結果	第10期計画調査結果
⑦の2	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による健康に関連する指標の状況(高齢者の機能低下等のリスク出現率)			
	運動器の機能低下	11.50%	12.50%	
	口腔機能の機能低下	19.70%	22.20%	
	低栄養の傾向	0.90%	1.00%	
	閉じこもりの傾向	8.80%	33.60%	
	認知機能の低下	51.00%	52.30%	
	うつ傾向	44.00%	45.10%	
⑧	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による住民の幸福感及び健康感の向上			
	主観的幸福感 (とても幸せを10点とした場合の平均点)	7.1点	7.0点	
	主観的健康観 (「とてもよい」「まあよい」を選んだ方の割合)	78.80%	79.00%	

2 総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)

(1)ストラクチャー指標(実施体制)

項目(定性的指標)		評価	評価の理由等
①	介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び介護サービス事業提供者が、総合事業の趣旨や自立支援の重要性を共有し、連携できる体制を構築できているか。		

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

項目(定性的指標)		評価	評価の理由等
①	窓口相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続方法について十分な説明を行っているか。		
②	介護予防ケアマネジメントに関する様式が統一されているか。		
③	介護予防・生活支援サービス事業の実施状況を把握しているか。		
④	介護予防・生活支援サービス事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。		
⑤	介護予防・生活支援サービス事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の取り組み等の見直しを行っているか。		
⑥	要支援者及び事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ているか。		

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

31

(3) アウトカム指標(事業の効果)

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

32

2 総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)

(3) アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画	第9期計画		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①	サービス・活動Cの利用者の主観的健康感				
	主観的健康感の維持・改善割合 (主観的健康感が維持・改善された者の数／サービスC利用者数)	91.6%			
②	サービス・活動C利用後の利用者の状況				
	介護サービス(※)以外の地域資源等につながった利用者の割合 (介護サービス利用なしの終了者／サービス終了者)				

※介護サービス……介護予防・生活支援サービス事業の従前相当、サービス・活動A

Ⅲ 一般介護予防事業評価事業における評価項目

33

3 総合事業(一般介護予防事業)

(1)ストラクチャー指標(実施体制)

項目(定性的指標)		評価	評価の理由等
①	一般介護予防事業の実施に当たり、市役所内の関係課と一般介護予防事業の重要性を共有し、効果的・効率的な事業実施のために、連携する体制を構築できているか。		

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

項目(定性的指標)		評価	評価の理由等
①	行政内部での連携 (関係部署と連携して介護予防の取組を進める体制(会議等)がある、関係部署と連携した取組(イベントの開催等)がある、関係部署が実施する通いの場や、参加状況を把握している 等)		
②	地域の多様な主体との連携 (町内会や医療・介護の関係機関、NPO法人、民間企業、大学等も含めた多様な主体と連携して介護予防の取組を進める体制(会議・取組等)がある、多様な主体が行う通いの場や、参加状況を把握している 等)		
③	保健事業との一体的な実施 (介護予防と保健事業の一体的な実施をしている 等)		
④	関係団体との連携による専門職の関与 (運動・口腔・栄養分野等の関係団体と連携している(会議の実施等)、専門職が介護予防の取組に関与している 等)		

3 総合事業(一般介護予防事業)

(2)プロセス指標(企画立案・実施過程)

項目(定性的指標)		評価	評価の理由等
⑤	通いの場への参加促進(ポイント等) (通いの場の参加促進に向けたポイント等の取組を実施している 等)		
⑥	通いの場への参加促進のためのアウトリーチの実施 (対象者把握の取組がある、参加促進に向けたアウトリーチの取組を実施している 等)		
⑦	担い手としての参加促進 (通いの場やボランティアなどの担い手としての参加を促進するための取組(研修等)がある 等)		
⑧	介護予防の企画・検証等を行う体制の整備 (介護予防の企画や検証等を行う協議体の設置がある、協議会における検証や改善を実施している 等)		
⑨	データの活用に係る取組の推進 (人口や認定率、通いの場の設置状況、介護レセプト等のデータを分析している 等)		
⑩	通いの場に参加する高齢者の状態の把握の実施 (通いの場に参加する高齢者の状態を把握する取組を実施している 等)		

3 総合事業(一般介護予防事業)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

(総括) 3 総合事業(一般介護予防事業)のアウトカム指標について	

3 総合事業(一般介護予防事業)

(3)アウトカム指標(事業の効果)

		第8期計画	第9期計画		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①	住民主体の通いの場をはじめとする社会参加の拡大(通いの場の実施状況)				
	通いの場(週1回以上)の参加率 (参加者数/65歳以上人口)	2.6%			
	通いの場(週1回以上)の箇所数の伸び率 (対 前年度比)	103.8%			

		第8期計画 調査結果	第9期計画 調査結果	第10期計画 調査結果
②	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による通いの場に参加する高齢者の状態の変化 (「通いの場に月1回以上参加する高齢者」の機能低下等のリスク出現率)			
	運動器の機能低下	10.50%	9.40%	
	口腔機能の機能低下	1.10%	0.80%	
	低栄養の傾向	19.80%	20.30%	
	閉じこもりの傾向	5.40%	29.70%	
	認知機能の低下	51.40%	49.90%	
	うつ傾向	44.10%	46.90%	
	IADL	2.10%	1.90%	

Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価

保険者機能強化推進交付金 評価指標

1 持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

(i)体制・取組指標群

評価欄には○・×を記入

評価指標			評価
①	地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。	ア 「地域包括ケア「見える化」システム」を活用し、サービス資源や給付費等の現状把握・分析等を行っている	
		イ 日常生活圏域別の特徴を把握・整理している	
		ウ 地域の介護保険事業の特徴を踏まえ、相談窓口やサービスの種類・内容、利用手続などについて、住民に周知を行っている	
		エ 地域の介護保険事業の特徴を公表している	
②	介護保険事業計画の進捗状況(計画値と実績値の乖離状況)を分析しているか。	ア 毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている	
		イ モニタリングの結果を外部の関係者と共有し、乖離の要因やその対応策について、外部の関係者を含む議論の場で検証を行っている	
		ウ モニタリングの結果やイの検証を踏まえ、サービス提供体制について必要な見直しを行っている	
		エ モニタリングの結果を公表している	

Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価

38

1 持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

評価指標				評価
③	自立支援、重度化防止等に関する施策について、実施状況を把握し、必要な改善を行っているか。	ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理している	① 介護予防・生活支援サービス	
			② 一般介護予防事業	
			③ 認知症総合支援	
			④ 在宅医療・介護連携	
		イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている	① 介護予防・生活支援サービス	
			② 一般介護予防事業	
			③ 認知症総合支援	
			④ 在宅医療・介護連携	
		ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている	① 介護予防・生活支援サービス	
			② 一般介護予防事業	
			③ 認知症総合支援	
			④ 在宅医療・介護連携	
		エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している	① 介護予防・生活支援サービス	
			② 一般介護予防事業	
			③ 認知症総合支援	
			④ 在宅医療・介護連携	

Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価

39

1 持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

評価指標				評価
④	保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。	ア 年に1回以上、評価結果を庁内の関係者間で説明・共有する場がある		
		イ アの場には、庁内のみならず、外部の関係者が参画している		
		ウ アの場における意見を、施策の改善・見直し等に活用している		
		エ 市町村において全ての評価結果を公表している		

2 公正・公平な給付を行う体制を構築する

評価指標				評価
①	介護給付費の適正化に向けた方策を策定しているか。	ア 地域のサービス資源や給付費等の動向を把握し、他の地域とも比較・分析の上、介護給付費の適正化方策を策定している		
		イ 介護給付費の適正化方策に基づく取組の効果を検証するための評価指標を定めている		
		ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている		
		エ イの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		

2 公正・公平な給付を行う体制を構築する

評価指標			評価
②	介護給付費適正化事業を効果的に実施しているか。	ア 介護給付費適正化事業のうち、いくつを実施しているか	① 要介護認定の適正化
			② ケアプランの点検
			③ 住宅改修等の点検
			④ 縦覧点検・医療情報との突合
			⑤ 介護給付費通知
		イ 絨毯点検10帳票のうち、効果が高いと期待される4帳票をいくつ点検しているか	① 居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表
			② 重複請求縦覧チェック一覧表
			③ 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表
			④ 単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表
		ウ ケアプラン点検の実施に当たって、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に係るものも含めている	
		エ 福祉用具の貸与後に、リハビリテーション専門職等が用具の適切な利用がなされているかどうかを点検する仕組みがある	
		オ 福祉用具購入費・住宅改修費の申請内容について、リハビリテーション専門職等がその妥当性を検討する仕組みがある	

3 介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

評価指標			評価
①	地域における介護人材の確保・定着のため、都道府県等と連携しつつ必要な取組を実施しているか。	ア 地域における介護人材の現状や課題を把握し、これを都道府県や関係団体と共有している	
		イ 都道府県や関係団体の取組と協働した取組を行っている	
		ウ 市町村としての独自事業を実施している	
		エ イ又はウの取組の成果を公表している	
		オ 地域における介護人材の将来的な必要数の推計を行い、これを公表している	
②	地域におけるサービス提供体制の確保や、自立支援・重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における関係者との連絡体制が確保されているか。	ア 介護・福祉関係部局や医療、住まい、就労関係部局など、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた庁内の連携を確保するための場又は規程がある	
		イ 都道府県や事業者、関係団体、専門職等外部の関係者との連携を確保するための場がある	
		ウ ア及びイの連携体制を、次の施策分野ごとの取組に活用している	① 介護予防・生活支援サービス
			② 一般介護予防事業
			③ 認知症総合支援
			④ 在宅医療・介護連携
			⑤ 介護人材確保等
		エ ア及びイによる連携体制を活用し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援に関する取組を実施している	
		オ ア及びイによる連携体制を、重層的支援体制整備事業の実施や地域の誰もが参画できる場づくりなど、介護保険事業に留まらない地域づくりにも活用している	

IV【参考】施策の進捗状況及び評価

42

介護保険保険者努力支援交付金 評価指標 1 介護予防／日常生活支援を推進する			
評価指標			評価
①	介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。	ア 介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認している	
		イ KDBや見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用している	
		ウ 毎年度、ア又はイのデータを活用して課題の分析を行っている	
		エ データに基づく課題分析等の結果を施策の改善・見直し等に活用している	
②	通いの場やボランティア活動その他の介護予防に資する取組の推進を図るため、アウトリーチ等の取組を実施しているか。	ア 通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している	
		イ 通いの場に参加していない者の健康状態や生活状況、医療や介護サービスの利用状況等を定量的に把握し、データとして整理している	
		ウ 通いの場を含む介護予防に資する取組に対して、次のような具体的なアプローチを行っている	① 通いの場に参加していない者の居宅等へのアウトリーチに関する取組
			② 医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みの構築
			③ 介護予防に資する取組やボランティアへの参加に対するポイント付与の実施
			④ ③のポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化
		エ ウの取組の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている	
③	介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。	ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している	
		イ 通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入（個別支援）につなげる仕組みを構築している	
		ウ 現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している	
		エ 一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている	

IV【参考】施策の進捗状況及び評価

43

1 介護予防／日常生活支援を推進する			
評価指標			評価
④	通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。	ア 通いの場の参加者の健康状態を継続的・定量的に把握する体制が整っている	
		イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている	
		ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている	
		エ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している	
⑤	地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。	ア 国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用し、リハビリテーションに関する目標を市町村介護保険事業計画に設定している	
		イ 郡市区医師会等の関係団体と連携して協議の場を設置し、介護予防の場や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている	
		ウ リハビリテーション専門職を含む医療専門職を介護予防の場や地域ケア会議等に安定的に派遣するための具体的な内容を議論するなど、イの協議の場を活用している	
		エ 取組内容の成果を分析し、改善・見直し等を行っている	
⑥	生活支援コーディネーターの活動等により、地域のニーズを踏まえた介護予防・生活支援の体制が確保されているか。	ア 地域における介護予防・生活支援サービス等の提供状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向、高齢者の地域の担い手としての参画状況等を把握し、データとして整理している	
		イ アで整理したデータを、地域住民や関係団体等に提供・説明している	
		ウ アで整理したデータを踏まえ、生活支援コーディネーターとともに、協議体を活用しながら、地域の課題を分析・評価している	
		エ ウの分析・評価を踏まえ、市町村として、介護予防・生活支援サービスの推進方策を策定し、関係者に周知している	
		オ エで策定した市町村としての推進方策を定期的に見直し、関係者に周知する仕組みがある	

IV 【参考】施策の進捗状況及び評価

44

1 介護予防／日常生活支援を推進する

評価指標		評価
⑦	多様なサービスの活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。	ア 介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの実施状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向のほか、現状では対応が困難な地域の困り事等を把握し、データとして整理している
		イ アで整理したデータを踏まえ、多様なサービスの推進に向け、地域の課題を分析・評価している
		ウ イの分析・評価を踏まえ、多様なサービスの推進に向け、市町村としての推進方策を策定し、関係者に周知している
		エ ア～ウのプロセスを踏まえ、ウで策定した市町村としての推進方策を定期的に改善・見直し等を行う仕組みがある

2 認知症総合支援を推進する

評価指標		評価
①	認知症初期集中支援チームが定期的に情報連携する体制を構築し、必要な活動が行えているか。	ア チームが円滑に支援を実施できるよう、医師会等の関係団体、かかりつけ医、認知症疾患医療センター等や介護支援専門員、地域包括支援センター等とあらかじめ情報連携を行っている
		イ 医療・介護サービスにつながない認知症と思われる高齢者に対し、チームが関係機関と連携して、支援対象者に対する主な支援機関を早急に明確にする検討ができるよう、会議体など具体的な情報共有の場や機会がある
		ウ 対象者の状況に応じて、他機関連携等により、支援対象者が抱える複合的課題に対して、具体的かつ多様な支援を実施している
		エ チームの活動について、過去の実績等との比較等も行いつつ、事業運営の改善・見直し等の検討を行っている

IV 【参考】施策の進捗状況及び評価

45

2 認知症総合支援を推進する

評価指標		評価
②	認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。	ア 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている
		イ 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の医療機関と連携した取組を行っている
		ウ 情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している
		エ アからウまでを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、実際に運用を図っている
③	認知症サポーター等を活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援が行えているか。	ア 認知症の人の声を聞く機会(本人ミーティング、活動場所への訪問など)を設けている
		イ 成年後見制度利用支援事業に関し、対象を市町村長申立や生活保護受給者に限定しない要綱等を整備している
		ウ 認知症サポーター等による支援チーム等の活動グループ(チームオレンジなど)を設置している
		エ 認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、イによる活動グループを含む地域の担い手とのマッチングを行っている
		オ 認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している

Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価

46

3 在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価指標			評価
①	地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータ等に基づき、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。	ア 今後のニーズを踏まえ、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの4つの場面ごとに、在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を設定している	
		イ 在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を介護保険事業計画に記載している	
		ウ 地域の人口推計を踏まえた今後のニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報、住民の意向等を定量的な情報も含めて把握している	
		エ アとウの差の確認等により抽出された課題を踏まえ、地域の特性を踏まえた目標の設定、具体的な対応策を立案している	
		オ 評価指標等に基づき事業の検証や必要に応じた見直しを行う仕組みを設けている	
②	患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。	ア 医療・介護関係者の情報共有の実施状況を把握している	
		イ 実施状況等を踏まえ、在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者の情報共有ツールの作成等情報共有円滑化のための取組を実施している	
		ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている	
		エ 課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて情報共有ツール等の改善・見直し等を行っている	
③	在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	ア 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している	
		イ 医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。	① 医療・介護関係者に対する相談窓口の設置
			② 定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有
			③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施
		ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている	
		エ 課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて取組の改善・見直し等を行っている	

Ⅳ 【参考】施策の進捗状況及び評価

47

3 在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価指標			評価
④	在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	ア 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している	
		イ 医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。	① 医療・介護関係者に対する相談窓口の設置
			② 定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有
			③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施
		ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている	
		エ 課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて取組の改善・見直し等を行っている	

山形市高齢者保健福祉計画 (第9期介護保険事業計画)

令和○年度 各施策の取組状況

記載例

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1

第5章
施策の展開
見出しより

1 地域包括支援センターによる支援体制の充実

(1) 地域包括支援センターの充実

取組状況	課題や今後の対応
①日常生活圏域の設定 例)○日常生活圏域の人口動態、地域の特性等を考慮しながら、適切な日常生活圏域の検討を継続。 ②地域包括支援センターの適切な人員体制の確保 例)○3職種の増員配置について、市独自の配置基準を継続。 ○リスク発生時の対応フロー図を作成。 ○専門職の負担軽減のため、事務職配置を継続。 ③地域包括支援センター業務の効果的な実施 例)○センター長会議や機能別部会など、オンラインで開催した。 ○地域包括支援センターの役割について、市ホームページ、SNSでの周知を継続。 計画に記載されている内容に対して、 評価年度の取組状況等や実績を記載する。	① ○人口動態や地域特性を注視しながら、適切な圏域設定について検討を続ける。 ② ○専門職の配置基準や委託料について検討を続ける。 ③ ○諸手続きの簡略化や効率化を検討する。 各項目について、課題や今後の対応を記載する。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

2

1 地域包括支援センターによる支援体制の充実

(2) 地域ケア会議の効果的な実施

取組状況	課題や今後の対応
①個別地域ケア会議 ②自立支援型地域ケア会議 ③地域ケア調整会議 ④地域包括ケア推進会議	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

3

1 地域包括支援センターによる支援体制の充実

(3) 介護者支援

取組状況	課題や今後の対応
①地域包括支援センター等による相談支援 ②家族介護者支援の推進	

(4) 重層的な支援体制の構築

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

4

2 介護予防・生活支援・地域づくりの推進

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

取組状況	課題や今後の対応
①介護予防・生活支援サービス事業 ②一般介護予防事業 ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

5

2 介護予防・生活支援・地域づくりの推進

(2) 生活支援体制整備事業の推進

取組状況	課題や今後の対応
①生活支援コーディネーター ②生活支援の体制整備に向けた協議隊	

(3) ケアマネジメントの質の向上

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

6

2 介護予防・生活支援・地域づくりの推進

(4) インフォーマルサービスの充実と支援のマッチング

取組状況	課題や今後の対応
①地域におけるインフォーマルサービス ②山形市が実施する介護保険外サービス ③インフォーマル支援や地域資源の見える化の推進	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

7

2 介護予防・生活支援・地域づくりの推進

(5) 社会参加・健康づくりの推進

取組状況	課題や今後の対応
①社会参加の推進 ②健康づくりの推進	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

8

3 医療と介護の連携推進

(1)在宅医療・介護連携推進事業の推進

取組状況	課題や今後の対応
①現状分析・課題抽出・施策立案 ②対応策の実施	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

9

4 認知症施策の総合的な推進

(1)普及啓発・本人発信支援

取組状況	課題や今後の対応
①認知症に関する理解促進 ②相談先の周知 ③本人発信支援	

(2)予防

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

10

4 認知症施策の総合的な推進

(3)医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

取組状況	課題や今後の対応
①地域のネットワークの構築(早期発見・早期対応) ②医療・介護サービス体制の整備 ③認知症カフェの推進 ④介護者への支援(再掲のため略 2.(3)介護者支援)	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

11

4 認知症施策の総合的な推進

(4)認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

取組状況	課題や今後の対応
①チームオレンジの構築に向けた取組の推進 ②見守り体制や搜索ネットワークの構築 ③地域における支え合いの推進 ④権利擁護の取組の推進(再掲のため略 7(1)成年後見制度の利用促進) ⑤若年性認知症の人への支援	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

12

5 介護現場の革新

(1)介護人材の確保・定着

取組状況	課題や今後の対応
①介護の魅力発信 ②外国人材の受入環境整備 ③高齢者の雇用促進 ④若年者の雇用促進 ⑤潜在介護福祉士等の復職支援 ⑥ハラスメント対策	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

13

5 介護現場の革新

(2)生産性の向上による業務の効率化・質の向上

取組状況	課題や今後の対応
①業務改善、ロボット・ICTの活用 ②文書負担軽減に向けた取組 ③小規模事業所間の連携推進	

(3)安全性の確保及びリスクマネジメントの推進

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

14

6 介護サービスの基盤整備と高齢者向け住まいの確保

(1)介護サービス・高齢者向け住まいの整備・管理等

取組状況	課題や今後の対応
①施設・居住系サービス ②居宅サービス ③高齢者向け住まい	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

15

6 介護サービスの基盤整備と高齢者向け住まいの確保

(2)介護サービス・高齢者向け住まいの質の向上

取組状況	課題や今後の対応
①介護サービス事業者への適切な指導・監督 ②高齢者向け住まいの適切な指導・監督 ③医療ニーズへの対応力の向上 ④介護サービス相談員の積極的活用 ⑤事業者における情報交換等の自主的な取組の推進 (再掲のため略 1.(1)⑤帰還形地域包括支援センターの役割の充実)	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

16

6 介護サービスの基盤整備と高齢者向け住まいの確保

(2)介護サービス・高齢者向け住まいの質の向上

取組状況	課題や今後の対応
⑥障がい福祉サービスと介護サービスの連携推進 ⑦サービス情報の提供	

(3)山形市設置施設(公の施設)等における介護サービス提供体制のあり方検討

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

17

7 権利擁護の推進

(1)成年後見制度の利用促進

取組状況	課題や今後の対応
①地域連携ネットワークの強化 ②周知・広報 ③相談対応 ④成年後見制度利用促進 ⑤後見人支援の推進	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

18

7 権利擁護の推進

(2)高齢者虐待の防止

取組状況	課題や今後の対応
①広報・普及啓発 ②多機関によるネットワーク構築・連携体制の整備 ③相談・支援	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

19

8 安全・安心な暮らしができる環境づくり

(1)移動手段の確保

取組状況	課題や今後の対応
①路線バス、コミュニティバスの利用促進 ②高齢者外出支援事業、運転免許証自主返納者タクシー券交付事業の推進 ③地域住民による移動支援の推進 ④社会福祉法人による移動支援の推進 ⑤高齢者移動サービス事業、福祉有償運送の推進 ⑥新たな移動支援サービスの構築 ⑦安全性の向上に向けたバリアフリー化等の推進	

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

20

8 安全・安心な暮らしができる環境づくり

(2)見守り・声かけの推進

取組状況	課題や今後の対応

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

21

8 安全・安心な暮らしができる環境づくり

(3)防災対策の推進

取組状況	課題や今後の対応
①地域の防災ネットワークの構築 ②山形市避難行動支援制度 ③高齢者の避難体制の確保 ④介護サービス事業所等における災害対策の推進	

(4)感染症対策と継続的なサービス提供

取組状況	課題や今後の対応
①感染防止対策の徹底と正しい知識の普及・啓発 ②感染症発生時の対応	

Ⅱ 介護保険制度の運営

22

1 要介護認定体制の確保

(1) 認定調査

取組状況	課題や今後の対応

(2) 介護認定審査会

取組状況	課題や今後の対応

(3) 認定についての相談体制

取組状況	課題や今後の対応

Ⅱ 介護保険制度の運営

23

2 要介護認定体制の確保

(1) 国の主要3事業等の推進

取組状況	課題や今後の対応
①要介護認定の適正化(国の主要事業) ②ケアプラン等の点検(国の主要事業) ③医療情報との突合・縦覧点検(国の主要事業) ④介護給付費通知(保険者任意事業)	

(2) 適正化事業の推進方策

取組状況	課題や今後の対応
①指導監督の推進 ②適正化の推進に役立つツールの活用	

2 要介護認定体制の確保

(1) 国の主要3事業等の推進

取組状況	課題や今後の対応
①要介護認定の適正化(国の主要事業) ②ケアプラン等の点検(国の主要事業) ③医療情報との突合・縦覧点検(国の主要事業) ④介護給付費通知(保険者任意事業)	

(2) 適正化事業の推進方策

取組状況	課題や今後の対応
①指導監督の推進 ②適正化の推進に役立つツールの活用	

2 要介護認定体制の確保

(3) 計画的な取組の推進

取組状況	課題や今後の対応
①山形県の取組との連携 ②体制の整備 ③PDCAサイクルによる事業展開 ④受給者の理解の促進 ⑤事業者等との目的の共有と協働	

3 保険料の公平化

(1)負担能力に応じた所得段階別保険料

取組状況	課題や今後の対応

(2)保険料の収入率の向上

取組状況	課題や今後の対応
①保険料の給付啓発 ②口座振替制度の利用促進 ③コンビニ・キャッシュレス納付の導入 ④被保険者の状況に応じた納付相談 ⑤資力がある滞納者への対応	

4 利用者負担の公平化

(1)負担能力に応じた介護サービス利用者負担割合

取組状況	課題や今後の対応

(2)利用者負担軽減制度等の利用促進

取組状況	課題や今後の対応
①高額介護サービス費 ②高額介護サービス費貸付事業 ③高額医療・高額介護合算制度 ④特定入所者介護サービス費にかかる負担限度額認定 ⑤社会福祉法人による利用者負担軽減制度 ⑥介護保険利用者負担助成事業 ⑦福祉用具購入と住宅改修の受領委任払い	

令和7年度地域包括支援センターの運営について

令和7年度については、以下の内容で地域包括支援センターの運営を行います。

※市議会議決前のため、現時点の案ですので、情報の取扱いにはご注意くださいようお願いいたします。

1 運営体制

(1)基幹型地域包括支援センター 1箇所(変更なし)

(2)地域包括支援センター 14箇所(変更なし)

センター名称	住所	電話	担当地区
済生会なでしこ地域包括支援センター	長町751番地	681-7450	出羽・大郷・明治・千歳
地域包括支援センター大森	大字大森2139番地1	685-1224	楯山・高瀬・山寺
地域包括支援センター敬寿会	五十鈴三丁目6番17号	634-2309	鈴川
たきやま地域包括支援センター	大字岩波5番地	622-4577	滝山
地域包括支援センターふれあい	桜田西四丁目1番14号	628-3988	第六
山形西部地域包括支援センター	すげさわの丘46番地	646-1165	南山形・本沢・大曽根・西山形・村木沢
篠田好生会さくら地域包括支援センター	桜町2番68号	635-4165	第一・第二
地域包括支援センターかがやき	旅籠町一丁目7番23号	631-8020	第三・第四・第九
山形市社会福祉協議会 霞城北部地域包括支援センター	城西町二丁目2番22号	645-9070	第七
山形市社会福祉協議会 霞城西部地域包括支援センター	城西町二丁目2番22号	647-8010	第十・飯塚・榎沢
蔵王地域包括支援センター	蔵王半郷79番地7	688-8099	蔵王
済生会愛らんど地域包括支援センター	大字妙見寺4番地	679-3611	第五・第八・東沢
南沼原地域包括支援センター	大字沼木1129番地1	664-3080	南沼原
金井地域包括支援センター	陣場903番地	664-2181	金井

(3)センター職員の配置要件について(変更なし)

5人目の専門職について、次の表に掲げる資格及び実務経験を有する者を配置することを可能とします。
また、同様に5人目の専門職について、3職種(保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員その他これらに準ずる者)2名により1名分の常勤換算を行うことを可能とします。

資格		必要と想定される経験年数
介護支援専門員	かつ	福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上 又は、介護支援専門員の業務経験が5年以上
精神保健福祉士	かつ	福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上(※) 又は、介護支援専門員の業務経験が3年以上
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
管理栄養士		
歯科衛生士		

※この要件によりセンター職員となる場合は、介護支援専門員の資格がなければ介護予防ケアマネジメント業務を行うことはできない。

2 業務委託料

(1)基本委託料(増額)

これまでの、地域包括支援センター経営者会議での協議等を踏まえ、専門職1人当たり基本委託料を450万円から460万円に、10万円増額します。

令和7年度包括的支援事業業務委託

- ・専門職4人配置＋事務職等のセンター(10ヶ所) 21,872,000円(+40万円)
- ・専門職5人配置＋事務職等のセンター(4ヶ所) 26,722,000円(+50万円)
- ・専門職3人配置のセンター(基幹型)(1ヶ所) 14,550,000円(+30万円)

※委託料が算定される事務職等は、事務職又は専門職とします。

(2)加算委託料

- ① 高齢者実態把握加算 3,000円/件(変更なし)
- ② 介護予防教室等実施加算 30,000円/回(変更なし)
 - ・1センター当たり上限6回/年
 - ・センターが各種教室や講座等を開催した場合に加算します。
- ③ 地域ケア会議開催加算 10,000円/事例(変更なし)
 - ・1センター当たり上限10事例/年
 - ・支援困難事例等に対しセンターが個別地域ケア会議を開催した場合や、センター主催で自立支援型地域ケア会議を開催した場合に、事例数に応じて加算します。

※自立支援型地域ケア会議については、センターとの協議により市とセンターの役割をより明確にし、センターの負担軽減と市での課題解決や会議のバックアップを目的に、会議の質を担保しながら市主催を年7回、センター主催を14回実施します。
- ④ 重層的支援対象者実態把握加算 3,000円/回(変更なし)

・センターにて65歳未満の方々の対応を行い、利用者基本情報を作成し、他支援機関に情報提供・共有を行った際に加算します。(情報提供・共有ができない又は行わない場合はその理由を利用者基本情報に記載します。一対象者につき年4回まで)

(3) その他委託料

- ① 住宅改修理由書作成業務委託料 2,037 円/件(税込)(変更なし)
- ② 要介護認定調査業務委託(在宅) 3,873円/件(税込)(増額)(+37 円/件)
- ③ 介護予防ケアマネジメント業務委託料(介護予防・日常生活支援総合事業)

類 型	単 価	根 拠
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)	基本単価:4,420 円 初回加算:3,000 円	介護予防支援費相当
ケアマネジメントB (簡略化した 介護予防ケアマネジメント)	基本単価:2,210 円 初回加算:3,000 円	ケアマネジメントAの基本単価から、担当者会議＋モニタリングに相当する割合を差し引いた額。 ※モニタリング及び担当者会議を実施した月は ケアマネジメントAを請求
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)	基本単価:4,420 円	初回月のみの算定
委託連携加算	3,000 円	委託時初回のみ算定

※審査支払業務については、引き続き国民健康保険団体連合会へ委託。

3 山形市地域包括支援センター運営方針の一部変更(案)について

この度、山形市地域包括支援センター運営方針について、①令和6年8月5日 国通知「地域包括支援センターの設置運営について」の改正に伴う修正、②令和6年度から始まった事業及び作成ツールの追記、③その他、軽微な字句の修正を行いました

詳しくは、別紙資料5-2の山形市地域包括支援センター運営方針の一部変更(案)をご覧ください。

4 組織改正による係の異動及び事務の変更について

組織改正に伴い、長寿支援課の人材確保推進係が、新設される地域共生社会課へ業務を含めて異動となります。

また、長寿支援課の介護予防支援事業者の指定について業務が指導監査課へ移管されます。

詳しくは、別紙資料5-3(当日配布)の山形市行政組織新旧対照表をご覧ください。

山形市地域包括支援センター運営方針（令和 6 年度～令和 8 年度）

※下線部が主な改正箇所です。

令和 6 年 3 月 山形市 長寿支援課
令和 7 年 月 改正

1 運営方針策定の趣旨

本運営方針は、地域包括支援センターの運営上の基本的な考え方や業務推進の方針等を明確にするとともに、地域包括支援センター業務の円滑かつ効果的な実施に資することを目的として策定するものです。

2 地域包括支援センターの目的

地域包括支援センターは、包括的支援事業及び介護予防支援事業等を実施し、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た施設です。（介護保険法第 115 条の 46）

山形市では、高齢者保健福祉計画に基づき日常生活圏域を定め、当該圏域毎に地域包括支援センターを設置し、運営を受託した社会福祉法人や医療法人が、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を実施します。

3 基本的な運営方針

高齢化が進展し、認知症高齢者や高齢者のみの世帯、8050 世帯、ダブルケア、社会的孤立等、複雑化・複合化した課題を抱える高齢者が増加するとともに、2040 年には団塊の世代が 90 歳以上となり、後期高齢者の人口がピークを迎えることが見込まれます。

こうした中、山形市では、高齢者保健福祉計画に基づいて、中長期的な視点に立ち、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が個人としての尊厳を保ち、自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域でともに支え合い、自分らしくチャレンジできるまちづくりを進め、これまで取り組んできた地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの確立に向けた取組を更に深化・推進していきます。特に、高齢者の社会参加・介護予防・地域支え合いの推進、医療介護連携、認知症の早期発見・早期対応に向けた取組を重点的に進めながら、介護が必要になっても、住み慣れた地域の中で、本人の希望と選択に基づいて必要なサービス・支援が受けられるような地域づくりを行います。

地域包括支援センターでは、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う機関として、日頃から高齢者の生活状況や地域ニーズを的確に把握し、地域団体や関係機関と連携して対応します。管理責任者であるセンター長を中心に、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が、それぞれの専門性を発揮するとともに、事務職員等が文書管理等の庶務業務を担う等、効果的かつ効率的な業務体制のもと、「チームアプローチ」による包括的な支援を行います。

また、山形市では、地域の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、重層的支援体制整備事業を推進し、相談者の属性に関わらず包括的に相談を受け止め、相談者の課題を整理し、利用可能なサービス等の情報提供等を行うほか、地域包括支援センターだけでは解決が難しい事例は、適切な支援機関と連携を図りながら支援を行います。

さらに、基幹型地域包括支援センターが地域包括支援センターの後方支援と地域包括ケアシステムの総合調整を行うことにより、地域包括支援センターが抱える課題の解決や関係機関との連携構築、地域包括支援センター職員の資質向上を図り、多職種連携を推進し、対話を行いながら介護・介護予防・保健・医療・地域が一体となった支援を目指します。

4 重点的に取り組む事項

(1) 介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの推進

高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、要支援・要介護状態になってもその状態の改善を図り、又はその状態をそれ以上悪化させないようにするため、適切な介護予防ケアマネジメントを行います。

要支援者等への支援にあたっては、まず「元気あっぷ教室」（通所型サービスC）を利用することを基本とし、身体機能や意欲の向上を目指します。この「元気あっぷ教室」を通し、利用者がしたい活動を見つけたり、地域の居場所や住民主体の通いの場、老人クラブ活動、就労的活動等につながっていく山形市の介護予防モデルの構築を進めます。

このようなサービス事業の構築に向けて、「山形市介護予防モデル再構築事業」を実施し、第9期計画期間において、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、サービス事業所との連携を強化しながら、支援の入口から出口まで有機的につながり、より効果的な支援が展開されるよう取り組みます。

あわせて、生活支援コーディネーターと協働し、担い手養成講座の開催や活動の場づくり、担い手と活動とのマッチングを進めます。

(2) 多機関協働による総合的な相談対応の推進

高齢者の自立した生活を支援するとともに、複合化・複雑化した相談に対応するため、地域包括支援センターの専門職によるチームアプローチを強化し、居宅介護支援事業所等と連携するとともに、圏域内の関係機関によるネットワークの形成に努めます。

また、地域ケア会議を適時開催することにより、高齢者への適切な個別ケアの実現、介護支援専門員への支援、高齢者を取り巻く地域課題の把握、地域ネットワークの構築を進めます。地域ケア会議の開催を通じて明らかになった地域課題については、地域の関係機関において課題解決に向けての検討や対応を進めるとともに、山形市と基幹型地域包括支援センターが連携し、地域づくりや政策の検討につなげていきます。

さらに、「我が事・丸ごと」の相談支援をはじめとするこれまで構築してきた相談支援体制を基盤に加えて、他分野の支援機関との連携や役割分担が必要な場合は、適時、情報共有を行い、適切な支援機関と対応します。各支援機関との通常の連携だけでは解決が難しい場合は、多機関コーディネーターと連携し、課題の解きほぐしを行った上で、適切な支援を行います。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療と介護サービス等が途切れなく包括的・継続的に提供される体制を推進するため、在宅医療・介護連携室ポピー（以下、「ポピー」という）と連携しながら、病院・かかりつけ医、歯科医、薬局、MSW等の医療機関・医療関係者と介護関係機関の顔の見える関係づくりや在宅療養・意思決定支援に関する理解促進を図ります。

また、介護支援専門員に対して自立支援型地域ケア会議への参加を促すとともに、ポピーが中心となって、地域包括支援センター、介護支援専門員、医師、看護師、リハビリテーション専門職等の多職種が参画する情報交換会を実施し他機関連携によるチーム支援を推進します。

病院等から退院する高齢者の円滑な地域生活への移行と医療・介護連携の更なる推進を目指して作成した「村山地域入退院支援の手引き」、「山形市入退院支援フロー（地域版）」について、介護支援専門員等における活用促進に向けた周知を進めます。

普及啓発にあたっては、引き続きポピーと地域包括支援センターを中心に、在宅医療と介護の連携促進に向けた会議や研修、在宅療養に関するセミナー、地域への出前講座を活用します。

あわせて、広報やまがた、介護予防手帳「やまがた人生備えの書」、認知症サポートブック、人生会議（ACP）や在宅療養に関する理解促進に向けた啓発を気軽に話し合いを行うことができるツール「いっぶぐカード」等を活用し、在宅療養と意思決定支援等に向けた積極的な周知啓発を行います。

（４）認知症高齢者とその家族への支援

認知症基本法の理念を踏まえ「共生」と「予防」を両輪として、多様な関係機関と連携しながら、教育、地域づくり等の総合的な取組をより一層推進していきます。

具体的には、認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員（以下、「おれんじサポートチーム」という）、認知症疾患医療センターやかかりつけ医等の医療機関と連携を強化するとともに、認知症の人やその家族の一番身近な相談窓口として、認知症の方本人やその家族の視点を大切にしながら、早期発見・早期対応に向けた総合的な相談支援を行います。

また、認知症の早期発見、早期の専門的治療・適切な認知症ケア及び認知症状に応じた介護サービスの利用がより効果的に行われるよう、認知症医療ネットワークを構築するとともに、認知症は、早期治療による進行抑制や治療可能な認知症の原因疾患を見逃さないことが重要であるため、かかりつけ医の診療や医療連携に向けたガイドブック「認知症早期発見・早期対応ガイドブック（山形市認知症医療ネットワークの手引き）」を活用し、医療と介護の連携による適切な支援を進めます。

地域包括支援センターは、おれんじサポートチームと連携し、早期発見、早期の適切なケア、本人家族の一体的支援に向けた総合的な相談対応やネットワークづくりを進めます。

５ センターの４つの機能

（１）総合相談支援業務

地域包括支援センターは、地域の高齢者の身近なワンストップ窓口として、介護・介護予防・生活支援・権利擁護・社会参加・ボランティアサービス等に関する様々な相談支援やサービス調整、助言、情報提供を行います。

その際、地域包括支援センターの専門職がチームアプローチにより対応します。障がい者・生活困窮者等の多世代・多問題におよぶ相談には、障がい相談支援事業所や他の支援機関等と連携し対応します。また、各支援機関との通常の連携だけでは解決が難しい場合は、多機関コーディネーターと連携し、課題の解きほぐしを行った上で、多機関協働による包括的な支援を行います。

さらに、介護を含めた重層的な課題を抱える世帯を把握し、家族への支援を含む世帯全体への支援を行います。

○ 実態把握

関係機関とのネットワークにより、気になる高齢者や地域の課題等の情報が寄せられやすい関係をつくり、積極的に高齢者の実態を把握します。

あわせて、山形市の介護予防把握事業とも連携し、必要な世帯に対し、訪問による実態把握を行います。

また、高齢者以外の方に関する相談についても、包括的に相談を受け止め、必要に応じ、その実態把握を行い、適切な支援機関につなげます。

○ 地域ネットワークの構築

日頃から民生委員・児童委員や福祉協力員等の地域関係者、介護サービス事業所、医療機関との間で信頼関係を構築し、見守りや早期発見・早期対応につながる地域づくりを進めます。

○ 社会資源の把握と活用

生活支援コーディネーター及びおれんじサポートチームと連携し、高齢者ニーズや高齢者の介護、介護予防、生活支援、社会参加等に有効な多様な社会資源を把握します。

また、「山形市生活お役立ちガイドブック」の活用や、情報技術（IT）を活用して一人一人にあったサービスを検索できるシステム「山形市生活お役立ちガイドブックナビ」等を通じて、地域住民や介護支援専門員等と情報を共有することで、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように支援します。

○ 介護者支援

要介護者が在宅生活を継続するにあたって、家族に介護者としての大きな負担がかかってしまうことがあります。そのため、要介護者が安心して在宅生活が継続できるよう、地域包括支援センターや介護支援専門員、医療機関、労働局、教育機関、ヤングケアラーを含む介護者を支援している

関係機関と連携し、引き続き、家族介護者のニーズを捉えた効果的な支援を行います。

あわせて、家族介護支援事業とも連携し、適切な支援を行います。

また、介護離職の防止に向けて、介護者の相談先の一つである地域包括支援センターを広く周知するとともに、企業における介護への理解促進を図ります。

○ 介護予防や地域支え合い意識の普及

生活支援コーディネーター及びおれんじサポートチームと連携・協働し、地区毎の生活機能低下リスクの実態や住民ニーズを踏まえた教室や講座を開催するとともに、健康ポイント事業ＳＵＫＳＫ（スクスク）や「やまがた人生備えの書（山形市介護予防手帳）」等を効果的に活用することにより、地域における介護予防意識の高揚や住民主体の支え合い活動の普及促進を図ります。

また、地域における住民主体の居場所づくりや新たな生活支援サービスの創出、既存の活動の継続に向けた支援等を効果的に行うため、地域包括支援センターネットワーク連絡会や地域の会議等を活用しながら、生活支援コーディネーターを中心に関係機関と検討を進めます。

(2) 権利擁護業務

高齢者が安心して尊厳のある生活を継続できるよう、高齢者虐待の防止や虐待事例への対応、病気や判断能力の低下等将来に備えるため「もしもシート」等のツールの活用、成年後見制度の利用支援、消費者被害の防止に係る普及啓発等の権利擁護に関する相談支援を行います。

また、関係機関が連携し、迅速かつ適切に虐待事例等に対応できるよう、「高齢者虐待対応ハンドブック」、「権利擁護活用ハンドブック」の活用を進めます。

○ 関係機関との連携

高齢者虐待の恐れがある場合は、事実確認等の必要な対応を行い、速やかに山形市に連絡するとともに、山形市や警察と連携を図りながら的確に対応します。

また、高齢者が特殊詐欺や悪質商法の被害にあわないように、山形市消費生活センターや警察等の専門機関と連携を図り、情報の収集や提供に努めるとともに、地域包括支援センターネットワーク連絡会や地域の会議等において、成年後見制度の周知や事例検討を行うこと等により、関係機関等との連携を一層強化します。

総合相談支援や関係機関との情報交換にて、生活困窮者や権利擁護が必要な高齢者等を把握した場合は、問題が深刻化しないよう、専門相談機関と速やかに連携した上で、支援を行います。

圏域内の介護サービス事業所等が高齢者虐待や成年後見制度の利用が必要な方を早期に把握し、的確に対応することができるよう、相談支援や助言、理解促進に向けた研修機会の提供等を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

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するためには、本人や家族が必要なときに必要なサービスを切れ目なく活用できるよう、包括的・継続的なケアマネジメントを行うことが必要です。

○ 関係機関とのネットワーク構築

地域包括支援センターネットワーク連絡会や地域の会議等や個別地域ケア会議の開催等を通じて、介護支援専門員、介護サービス事業所、医療機関、インフォーマルサービスを提供する民間企業等の様々な機関や地域関係者との連携強化に努め、高齢者を包括的・継続的に支えていく体制づくりを進めます。

また、山形市とともに、自立支援型地域ケア会議を強化・拡大し、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの推進や多職種間の連携構築を進めます。

○ 制度横断的・包括的な支援

生活困窮者・身体障がい者・精神障がい者・知的障がい者・難病患者・身寄りのない高齢者等、制度横断的な対応を必要とする方が抱える課題については、個別地域ケア会議を通じた連携協働や、多機関コーディネーターとの連携により、支援に係る役割分担を明確にした上で、多機関協働による包括的な支援を行います。

○ 介護支援専門員に対する支援

個々の介護支援専門員への支援に加え、個別地域ケア会議や圏域内での情報交換会、事例検討会等の開催を通じて、介護支援専門員が困難な課題を抱えたときに地域包括支援センターに相談しやすい体制を構築します。

また、特定事業所加算を取得する居宅介護支援事業所の増加等を目指し、圏域内の勉強会や情報交換会等を進めます。

さらに、基幹型地域包括支援センターによる居宅介護支援事業所連絡会や研修会の開催支援、ICTを活用した事業所間の情報共有、ケアマネジメント力の向上支援、医療機関等との多機関連携の推進等を行うことで、介護支援専門員がケアマネジメントしやすい環境づくりを行います。

(4) 介護予防ケアマネジメント業務

介護予防・自立支援の考えに基づいた適切なアセスメントの実施により、高齢者が抱える課題と原因を明確化し、その課題解決のための具体的な目標を設定します。「このまちで 私らしく チャレンジ！」をスローガンに、その目標を利用者本人及び関係機関と共有し、その目標達成に向け、必要なサービスを主体的に利用していけるよう、具体的な介護予防サービス計画を作成します。その際、インフォーマルサービスを含む介護予防・生活支援サービス等を効果的に利用していけるよう、適切なケアマネジメントを行います。元気あっぷ教室の利用前及び利用終了者のフォローアップ時においても、本人が主体的に活動にチャレンジできるよう、支援の入口から出口まで元気あっぷ教室事業者及び生活支援コーディネーターと有機的につながりながら適切な支援を行います。

また、介護予防サービス計画を居宅介護支援事業所に委託する場合(指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援を実施する場合を含む。)でも、地域包括支援センターが必要な助言等を行い、介護予防・自立支援に資するケアマネジメントを進めます。

あわせて、就労等の多様な活動につなげるため、シルバー人材センターや老人クラブ活動との連携を強化します。

6 防災対策の推進と感染症への対応

(1) 防災対策の推進

山形市地域防災計画及び山形市避難行動要支援者の避難行動支援全体計画に基づき、平常時からの備えや災害発生時の迅速な対応につなげられるよう、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所連絡会と連携しながら、個別避難計画に基づいた備えを進めます。

また、平常時から地域包括支援センターが関わっている本人や家族と地域の支援者による災害時を想定した話し合いを促します。

(2) 感染症対策の徹底

国が示すマニュアルや手引き等を活用しながら、感染防止対策を万全にした上で、効率的に業務を行う体制や生活に必要なサービスを継続して提供できる体制を構築します。また、ICTを活用したオンラインによる会議や勉強会の開催、住民主体の通いの場等の地域活動に対する感染予防に向けた支援を進めます。

7 市や関係機関及び他地域包括支援センターとの連携

(1) 山形市との連携

山形市は、本運営方針を策定し、地域包括支援センターの設置目的を達成するための体制整備等に努めるとともに、業務ヒアリングや会議等を通じて、その運営に適切に関与します。

地域包括支援センターは、山形市が目指す地域包括ケアシステムの深化・推進のため、高齢者保健福祉計画に定める施策の実現に向けて、効果的に業務を遂行するとともに、各種調査や介護保険制度の円滑な運営に協力します。

(2) 基幹型地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターの業務が年々増大・多様化する中で、各地域包括支援センターがその機能を十分に発揮できるよう、基幹型地域包括支援センターは、ヒアリングや機能別部会の開催等を通じて、地域包括支援センター間の連絡調整、地域包括支援センターが抱える課題の把握と当該課題の解決に向けた支援、業務上の課題集約と分析、研修の開催支援等を行います。

また、基幹型地域包括支援センターは、介護サービス事業所連絡会の開催支援を通じて、地域において質の高いサービスが効果的に提供される体制の構築を進めます。

一方、地域包括支援センターは、基幹型地域包括支援センターと連携し、地域ケア会議や多機関連携の会議等の開催を通じて、介護・保健・医療・地域等の関係機関によるネットワークの構築を進めます。

(3) 関係機関との連携促進

ポピー、おれんじサポートチーム、生活支援コーディネーター等の包括的支援事業実施機関、多機関コーディネーター、福祉まると相談員、障がい相談支援センター、成年後見センター、生活困窮者自立相談支援員、医療関係機関

（歯科、薬局含む）、その他の相談支援機関の機能を十分に理解し、対話を行いながら効果的な連携を図ります。

（４）山形市社会福祉協議会との連携

社会福祉協議会は、地域における福祉活動や、地域団体との連携において数多くの実績を蓄積しており、地域における福祉活動の中心的な役割を担っています。

一方、地域包括支援センターは、各種専門職が配置されており、高齢者に対する個別支援や問題解決に高い機能を有します。

個別事例の積み重ねから明らかになった地域課題や複合化・複雑化する相談に対応していくためには、多機関協働による包括的な相談支援（福祉まるごと相談）、権利擁護、成年後見センター、生活支援、地域福祉の推進等の機能を有する山形市社会福祉協議会との協働が不可欠であり、一層の連携強化を進めます。

（５）専門職種ごとの連携

保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員 及び事務職員等 のそれぞれが共通課題の解決や職員の能力向上を図るため、必要に応じて基幹型地域包括支援センターの支援を受けながら、専門職種ごと又は機能ごとの部会や情報交換会を開催します。

（６）多機関連携による課題解決

山形市の高齢者に関する課題解決に向けた具体的な対応について、山形市、基幹型地域包括支援センター、地域包括支援センターや各関係機関が地域ケア調整会議等にて議論を行い、課題の整理や調整を行います。

また、生活支援サービスの創出等の課題については、生活支援コーディネーターと協働し、地域包括支援センターネットワーク連絡会や地域の会議等や生活支援体制整備協議体、各種協議の場で、幅広い視点と関係者間の連携による解決を目指します。

8 センターの運営にかかる共通事項

（１）職員の資質向上

地域包括支援センターの業務は、常に公平中立な立場で専門的な視点から業務を遂行していく必要があります。地域包括支援センターでは、職員の専

門性向上に資する研修の実施や外部研修への参加、参加後の受講内容の共有等を積極的に行います。

(2) 個人情報の保護

各種法令及びガイドラインを遵守し、個人情報が業務に関係のない目的で使用されたり、外部の者に漏れることのないように、相談記録や関係書類を適切に管理するとともに、守秘義務を厳守し、個人情報の保護を徹底します。

(3) 業務継続に向けた取組

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な業務が継続的に遂行できる体制を構築するため、地域包括支援センターの運営法人や基幹型地域包括支援センター等の協力のもと、業務継続に向けた計画の策定、研修・訓練の実施等の必要な取組を行います。

また、専門職の人員確保が困難になってきている状況を踏まえ、業務の専門性と質を確保した上で、専門職の資格要件の拡大の検討結果を踏まえた人員の適正配置を行うとともに、リスク発生時の対応フロー等を作成する等、地域包括支援センターの機能や課題を踏まえたリスクマネジメントの実施や、「介護事業所におけるケアハラスメント対策マニュアル」の活用等、働きやすい環境づくりを進めていきます。

9 事業計画の作成

各地域包括支援センターにおいては、これまでの取組状況と今後の地域包括ケアシステム推進の方向性をふまえ、地域の実情に応じて重点課題・重点目標を設定し、具体的な年間事業計画を作成します。その際、山形市、基幹型地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、山形市社会福祉協議会等と調整を行います。

地域包括支援センターの年間事業計画については、地域包括支援センターネットワーク連絡会や地域の会議等で関係機関と共有しながら取り組みます。

10 自己点検・市による運営評価

本運営方針を踏まえて、地域包括支援センターの業務が適切かつ効果的に運営されているか等について、関係機関と共有しながら、地域包括支援センター職員全体で自己点検・評価を行います。山形市は、地域包括支援センターの自己評価を受け、ヒアリングを実施するとともに、地域包括ケア推進協議会の意見を踏まえ、各地域包括支援センターの業務や体制を評価します。

各地域包括支援センターは、一連の評価の取組を通じて、改善に向けた必要な対応を行います。

山形市行政組織新旧対照表

新		旧	
福祉推進部	長寿支援課 ①管理係 ②計画推進係 (地域共生社会課へ) ③地域包括支援係 ④ようご支援係 ⑤長寿福祉係 ⑥予防推進係	福祉推進部	長寿支援課 ①管理係 ②計画推進係 ③人材確保推進係 ④地域包括支援係 ⑤ようご支援係 ⑥長寿福祉係 ⑦予防推進係
	(1) 所管に係る福祉相談の実施 (2) 福祉計画及び実施計画の策定 (3) 福祉施設の整備及び維持管理 (4) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）の施行（指導監査に係るものを除く。） (5) 菅沢荘、あたご荘、漆山やすらぎ荘、大曾根さわやか荘、黒沢いこい荘及びデイスアービスセンターに関すること (6) 一般財団法人山形市健康福祉医療事業団の指導監督 (7) 所管に係る社会福祉事業及び社会福祉団体の (8) 生活支援事業の推進 (9) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (10) 地域包括ケアの推進 (11) 高齢者の権利擁護の推進 (12) 福祉有償運送に関すること (指導監査課へ) (13) 所管に係る税外収入金の調定及び徴収		(1) 所管に係る福祉相談の実施 (2) 福祉計画及び実施計画の策定 (3) 福祉施設の整備及び維持管理 (4) 介護人材の確保及び定着の推進 (5) 避難行動要支援者の避難支援 (6) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）の施行（指導監査に係るものを除く。） (7) 菅沢荘、あたご荘、漆山やすらぎ荘、大曾根さわやか荘、黒沢いこい荘及びデイスアービスセンターに関すること (8) 一般財団法人山形市健康福祉医療事業団の指導監督 (9) 所管に係る社会福祉事業及び社会福祉団体の (10) 生活支援事業の推進 (11) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (12) 地域包括ケアの推進 (13) 高齢者の権利擁護の推進 (14) 福祉有償運送に関すること (15) 介護予防支援事業者の指定 (16) 所管に係る税外収入金の調定及び徴収

町内会が属する地区の変更に伴う地域包括支援センターの 圏域の変更について（案）

楯山地区内の青柳 4 区町内会について、令和 7 年 4 月 1 日に、当該町内会の地域（以下、「編入対象地域」という）を楯山地区から分割して、千歳地区に編入したい旨の申出が、令和 6 年 12 月 16 日に、地区振興会長から山形市長あてありました。

これを受けて、地域包括支援センターが担当する日常生活圏域（以下、「圏域」という）について、以下の取り扱いとすることを提案します。

1 申出内容

青柳 4 区町内会は、楯山地区に属しながら学区のみが千歳小学校（第四中学校）となっており、町内会活動と学区に基づく活動に様々な支障があることから、令和 7 年 4 月 1 日に、当該町内会を楯山地区から分割して千歳地区に編入したい。

2 編入対象地域の概要

場所は次の地図のとおり



編入対象地域の大まかな位置（黒い円の内）

出典：国土地理院の電子地形図（タイル）に円を追記して作成

3 今般の地域包括支援センターの担当圏域に関する対応

(1) 基本的な方針

- ・編入対象地域が属する圏域については、地域組織との関係から見直しが必要であると判断し、第2圏域（楯山、高瀬、山寺）から第1圏域（出羽、大郷、明治、千歳）に変更する。
- ・編入対象地域を担当する地域包括支援センター（以下、「センター」という）を、令和7年4月1日から、「地域包括支援センター大森」から、「済生会なでしこ地域包括支援センター」に変更する。
- ・編入対象地域の人口規模が小さいことから、各センターの担当圏域及びセンターの人員配置の見直しは行わない。

(2) 対応

令和7年4月1日から、変更後の担当センターで各種相談対応及びケアマネジメントを行う。ただし、変更前の担当センターでケアマネジメントを行っている方や何らかの継続的な支援を行っている方の引継ぎなどについては、利用者の意向を十分に考慮し、両センターにおいて協議の上で引継ぎ前後においてもそれぞれ個別に対応する。

(3) 今後の日程

令和7年3月 編入対象地域の住民に向けた案内文書の回覧
地域包括ケア推進協議会で圏域の設定について協議
地域包括支援センター大森から済生会なでしこ地域包括支援センターへの引継ぎ

(4) その他

編入対象地域では、担当の民生委員児童委員が所属する地区にも変更が生じる見込みです。

山形市ケアマネジメントに関する基本方針の修正及びケアマネジャーへの周知方法について

山形市ケアマネジメントに関する基本方針（以下「方針」という。）は、保険者である市と関係機関が共通認識を持つため、また介護支援専門員や地域包括支援センター（以下「センター」という。）が適切かつ効果的なケアマネジメントを実施し、介護保険法の理念を実現していくために策定しており、介護保険事業計画の期間に合わせて見直しを行っています。

現在、令和6年度～令和8年度の方針を作成しているところであり、前回までの地域包括ケア推進協議会において委員よりご意見をいただき、再度見直しを行いました。ケアマネジャーへの周知方法についてご意見をいただいておりますので、あわせて報告いたします。

1 見直しに係る経緯

- (1) 令和6年1月 地域包括ケア推進協議会
- (2) 令和6年7月 居宅介護支援事業所（以下「居宅」という。）及びセンターとの意見交換会
- (3) 令和6年10月 居宅、センター、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所といったケアマネジメントを実施する事業所からの意見聴取
- (4) 令和6年12月 地域包括ケア推進協議会
- (5) 令和7年1月 山形県介護支援専門員協会山形地区支部の支部長及び副支部長との意見交換会

2 主な修正内容

主な修正内容については以下のとおりです（全編は、[資料 7-2](#) 参照）。

- (1) 方針の一部に過度に具体的な部分があるため、別紙「具体的な支援の場面による活用ツール等」として集約
- (2) 方針の一部に過度に限定的な表現があるため削除
- (3) 市の事業や活用できるツールを別紙に集約
- (4) 国で作成している「適切なケアマネジメント手法の手引き」や「課題整理総括表・評価表活用の手引き」について、活用できるツールに追加

3 ケアマネジャーへの周知方法について

地域包括ケア推進協議会等におけるご意見を踏まえ、方針完成後における周知方法等について、以下のとおり進めていきます。

- (1) チェックリストの作成
居宅介護支援及び介護予防支援のチェックリストを修正後の方針に沿って作成し、活用する。
- (2) 研修会の実施
方針に基づいたケアマネジメントを行うことができるよう、方針の内容に加えて実践的な内容も盛り込んだ居宅介護支援事業所等研修会を企画する。
- (3) 自立支援型地域ケア会議での活用
会議の場で方針を配布し、助言者となる薬剤師やリハビリ専門職等の助言者にも周知する。
- (4) 集団指導等での周知
集団指導や事業所向け研修、地域ケア会議等の機会を捉えて、方針について説明又は周知する。

山形市ケアマネジメントに関する基本方針（令和6年度～令和8年度）

令和7年 月 山形市 長寿支援課

1 基本方針策定の趣旨

介護支援専門員・地域包括支援センター職員（以下「介護支援専門員等」という。）が行うケアマネジメントは、介護保険法の理念である高齢者の尊厳の保持、自立支援、介護予防、重度化防止に資するものであることが必要です。

本基本方針は、ケアマネジメントに関して、山形市（保険者）と介護支援専門員等が共通認識を持つために策定するものであり、「山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」及び「山形市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等を定める条例」（以下「市条例」という。）に基づき、ケアマネジメントの基本的な考え方や取扱いを明確にするとともに、多様なサービスとの関わりや多機関・多職種との連携等に関する山形市の考え方を示し、ケアマネジメントの質を向上させ、介護保険法の理念の実現を目指すものです。

なお、本基本方針の対象期間は、第9期介護保険事業計画期間である令和6年度から令和8年度までの3か年とします。

2 介護保険法の理念

- (1) 介護保険制度の目的：要介護状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うこと。（第1条）
- (2) 介護保険の保険給付を行う際の観点（第2条）
 - ① 要介護状態又は要支援状態の軽減や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うこと。
 - ② 心身の状況や環境等に応じ、利用者の選択に基づいて、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・施設から総合的・効率的に提供されること。
 - ③ 保険給付の内容及び水準は、要介護状態となった場合であっても、可能な限り、居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮すること。
- (3) 国民の努力義務：介護予防を通じた健康の保持増進、及びリハビリテーションサービス等を通じた有する能力の維持向上に努めること＝ 元気でいる努力（第4条第1項）

3 山形市の基本理念 <山形市高齢者保健福祉計画(第9期介護保険事業計画)より>

基本理念 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進
～ 自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で共に支え合い、
自分らしくチャレンジできるまちづくり ～

上記の基本理念を踏まえ、山形市が目指す高齢者の未来像として（1）及び（2）のビジョンを、リハビリテーションサービス提供体制に関して（3）のビジョンを掲げます。

（1）健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、いきいきとした暮らしができている

(2) 介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

要介護者が住み慣れた地域で安心して自らの意思で望む暮らしができています

(3) リハビリテーションサービス提供体制に関するビジョン

利用者及び医療・介護関係者が自立支援の意識を持ち、利用者が主体的に状況に応じた適切なリハビリテーションを積極的に行うことで、住み慣れた地域で自らの意思で望む暮らしができています

4 ケアマネジメントの基本的な方針

ケアマネジメントは、介護保険法の理念である「利用者の尊厳の保持」、「能力に応じた自立した日常生活」、「利用者本位のサービスの提供」の実現を図るために導入されたもので、介護保険制度の中核をなす機能です。

実施にあたっては、以下の(1)及び(2)の市条例で定めた基本方針を遵守するとともに、(3)のケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点を踏まえ、適切なアセスメントによるニーズ(生活課題)の把握と課題解決に向けた具体的な目標設定、及び効果的なサービス利用につなげ、利用者の自立に資するケアマネジメントとしてください。

(1) 居宅介護支援の基本方針

「山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」第3条(基本方針)に定める内容は以下のとおりです。

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮する。
 - ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する。
 - ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行う。
 - ④ 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努める。
 - ⑤ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。
 - ⑥ 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。

(2) 介護予防支援の基本方針

「山形市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等を定める条例」第3条(基本方針)に定める内容は以下のとおりです。

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮する。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- ④ 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努める。
- ⑤ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。
- ⑥ 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。

(3) ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点

次の①から⑤の事項に留意し、ケアマネジメントを行ってください。

- ① 利用者と課題解決に向けた具体的な目標設定と共有を行い、利用者に対し十分な理解を促した上で、認知症の症状や医療の必要性等、利用者の状態に応じ、在宅生活の継続に向けた適切なサービスの主体的な利用を促進してください。

また、利用者の家族や介護サービス事業者とも具体的な目標とサービス提供の方針を共有するほか、自立支援に向けた効果的なケアマネジメントを行ってください。

- ② 利用者が望むその人らしい暮らしが実現できるよう、将来を見据えて繰り返し周囲の人と話し合えるよう配慮し、本人の意思・選択にもとづくよりよいサービス利用や社会参加につなげてください。

- ③ 心身機能の維持・改善、健康づくりには、個々の能力を活かして主体的に活動することが効果的であるため、利用者が単にサービス・支援の受け手になるのではなく、地域に関わったり就労したりできるよう、担い手として活躍できる場としての地域資源（住民主体の通いの場等）やボランティア活動等の把握及び情報提供を心掛けてください。

また、近所付き合いや仲間同士の付き合い等、日常の暮らしの中から生まれる支え合いを活かしながら過ごせるよう心掛けてください。

- ④ 在宅生活の継続に有効な訪問系サービス、機能維持・改善に資するリハビリテーションサービス、認知症への適切な対応や介護者のレスパイト等の家族介護者支援に有効なサービス等についての理解を深め、効果的なサービス利用につなげてください。
- ⑤ 医療依存度の高い利用者への支援にあたっては、主治医との連携及び、訪問看護や定期

巡回サービスの活用と連携を十分に図ってください。

- ⑥ 総合的なケアマネジメントとなるよう、運動、栄養、口腔、疾病管理等の多分野が関連しあうことでそれぞれの機能向上及び改善につながることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等と連携してください。
- ⑦ 住み慣れた地域での生活の支援につなげていくため、地域支え合いボランティア活動（通所型・訪問型サービスB、訪問型サービスD）や住民主体の通いの場をはじめとした地域における多様な主体によるサービス、民間企業のサービス等のインフォーマルサービスを積極的に活用してください。
- ⑧ 一般介護予防事業（介護予防教室、地域リハビリテーション活動支援事業等）や介護予防・日常生活支援総合事業（元気あつぷ教室、栄養あつぷ訪問等）について、利用者の生活課題や意欲に沿って、積極的に活用してください。
- ⑨ 利用者とその家族が安心して在宅生活を継続できるよう、必要に応じて、家族介護者の仕事と介護の両立のための制度（介護休暇・休業制度等）の紹介を行ってください。また、家族介護者の負担や悩みに傾聴し、適切かつ効果的なサービス利用に向けた調整等を行ってください。
- ⑩ 疾病発症直後や退院直後等、専門的な医学的管理下でリハビリテーションが必要とされる場合は、医療との適切な連携のもと、適切な介護保険の認定申請及びリハビリテーションサービスの活用により、状態の改善等を図ってください。

5 具体的な取扱方針

居宅介護支援等の具体的な取扱方針及び留意事項は、以下の市条例を遵守するとともに、（１）から（６）までの事項に留意したケアマネジメントを行ってください。

- ① 山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例
＜第１５条、第１６条各号 本基本方針８～１１ページ参照＞
- ② 山形市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等を定める条例
＜第３２条、第３３条、第３４条各号 本基本方針１１～１４ページ参照＞

（１）多機関・多職種連携による支援

利用者の自立支援を実現するためには、介護支援専門員等だけではなく、サービス事業者や医療機関、インフォーマルサービスを提供するNPOや民間企業等、利用者支援に関わる多機関・多職種との連携・協働が必要となります。利用者に対するチームアプローチ（多職種協働）を実践するために、サービス担当者会議や地域ケア会議、各種研修、その他日頃からの情報交換を通して、専門職が幅広い視点から連携・協働し効果的な支援につなげることが大切です。

また、利用者が医療系サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の意見を求める等、医療的視点をケアプランや支援に反映させるための連携を図ってください。その際は、当該ケアプランを主治医等と共有する等、フィードバックも大切な連携となります。

さらに、利用者が病院等へ入院する際は病院等へ情報提供を行い、退院する際は地域での生活に向け、医療や介護サービス等の必要な支援が切れ目なく受けられるよう、退院前カンファレンスへ参加するようにしてください。加えて、退院後には病院等へフィードバックを行ってください。

また、支援困難事例への対応に係る連携に限らず、介護予防の推進の観点においても連携による効果的な支援を行うため、居宅介護支援事業者は地域包括支援センターからの介護予防ケアマネジメント等に関する依頼に協力してください。

【連携や情報把握のための機関】

・業務全般、地域資源等	…地域包括支援センター
・多機関ネットワークの構築、事業所連絡会の開催支援	…基幹型地域包括支援センター
・在宅医療・介護連携	…在宅医療・介護連携室ポピー
・認知症高齢者への支援	…おれんじサポートチーム（えがお・こころ）
・地域資源、支え合い活動等	…生活支援コーディネーター
・成年後見制度	…成年後見センター
・高齢者虐待の防止、早期発見・早期対応	…地域包括支援センター、市長寿支援課
・生活困窮	…生活サポート相談窓口、生活困窮者自立相談支援員
・精神保健福祉	…市健康増進課（市保健所）
・障がい福祉サービス	…障がい福祉制度の相談支援専門員、市障がい福祉課
・多世代多問題事例、制度の狭間	…福祉まるごと相談員、多機関協働支援センター

（２）地域ケア会議の活用（自立支援型地域ケア会議／個別地域ケア会議）

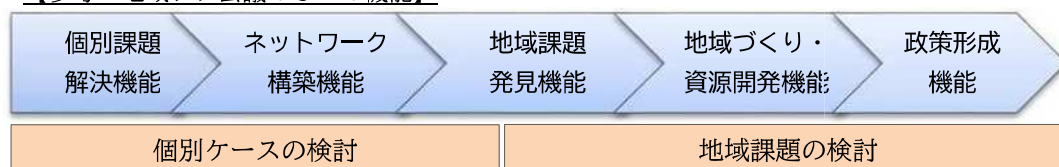
山形市では、高齢者の自立した生活を支援するため、地域ケア会議を推進しています。

この地域ケア会議には、支援困難事例等に対して地域包括支援センター等が開催する「個別地域ケア会議」と、リハビリ専門職等が利用者の自立支援に向けたアドバイス等を行う「自立支援型地域ケア会議」があり、いずれの会議も、高齢者の課題解決、ＱＯＬの向上に加え、参加者のスキル向上、地域課題の把握等につながります。

介護予防と自立支援をより推進していくために、市内すべての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所及び地域包括支援センターにおいては、積極的に自立支援型地域ケア会議に参加してください。（※）

※「山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」において、居宅介護支援事業者は地域ケア会議への参加・協力が義務化されています。

【参考：地域ケア会議の５つの機能】



（３）ケアマネジメントの質の向上と人材育成

介護支援専門員等は、質の高いケアマネジメントにより介護保険法の理念を実現するため、日頃からケアプランの自己点検や自己研鑽に努め、自らその質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

地域包括支援センター等による圏域毎の情報交換会、自立支援型地域ケア会議、介護支援専門員等を対象とした研修会への参加や、特定事業所加算の対象となる取組を通じて、ケアマネジメントの質の向上に努めてください。

（４）高齢者の避難体制の確保

災害発生時の迅速な対応につなげられるよう、利用者や家族等と災害時を想定した話し

合いを行い、日頃から備えることが望ましいとされています。介護保険サービスの利用等、災害時に行うべき必要な支援について、日頃から利用者や家族、地域の関係者等と共有するとともに、災害発生時には関係機関と連携し、迅速な支援を行ってください。

避難支援を要する者（避難行動要支援者）のうち、特に在宅の要介護3以上の認定者について、計画作成が進むよう必要に応じて支援してください。

(5) 感染症・災害対策と継続的なサービス提供

感染症や非常災害の発生時においてもサービスを継続的に提供するため、また、非常時の体制で早期の業務回復を図るための業務継続計画（BCP）に基づき、支援体制の構築等必要な措置を講じてください。

また、ICTを活用したオンラインによる会議や研修会への参加、さらに、市条例によるサービス担当者会議の開催（※）を行う等、感染予防に留意し、効果的な実施に努めてください。

- ※ ・山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例
＜第16条第1項第9号 本基本方針9ページ参照＞
・山形市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等を定める条例
＜第33条第1項第9号 本基本方針12ページ参照＞

○ケアマネジメントの実施にあたっては、別紙（具体的な支援等の場面における活用ツール等）もご参照ください。

6 その他、参照すべき主な基準、通知、計画等

- 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）
- 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出における留意点について（平成12年3月8日老企第41号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年3月31日厚生労働省告示第196号）
- 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日老振発0605第1号）
- 山形市高齢者保健福祉計画／第9期介護保険事業計画（令和6年度～令和8年度）
- 山形市地域包括支援センター運営方針（令和6年度～令和8年度） 等

○山形市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（抜粋）

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第15条 指定居宅介護支援は、要介護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、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第16条 指定居宅介護支援の方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方

針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (1) 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。
- (2)の2 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- (2)の3 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- (3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- (4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- (5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- (6) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- (7) 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。
- (9) 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- (10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- (11) 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- (12) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、

- 訪問介護計画（山形市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 30 年市条例第 57 号。以下この号において「指定居宅サービス等基準条例」という。）第 25 条第 1 項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準条例において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。
- (13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、当該居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて当該居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (14) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。
- (15) 介護支援専門員は、第 13 号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
- ア 少なくとも 1 月に 1 回、利用者に面接すること。
- イ アの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも 2 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。
- (ア) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- (イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- a 利用者の心身の状況が安定していること。
- b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- c 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握することができない情報について、担当者から提供を受けること。
- ウ 少なくとも 1 月に 1 回、モニタリングの結果を記録すること。
- (16) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- ア 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- イ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (17) 第 3 号から第 12 号までの規定は、第 13 号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。
- (18) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。
- (19) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。
- (20) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に規則で定める回数以上の訪問介護（規則で定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。
- (20)の 2 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第 43 条第 2 項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が規則で定める基準に該当する場合であつて、かつ、市町村からの求めがあった場合に

- は、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。
- (21) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。
- (22) 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。
- (23) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に、訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。
- (24) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。
- (25) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。
- (26) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。
- (27) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（同項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。
- (28) 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。
- (29) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 23 第 3 項の規定に基づき、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業所から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。
- (30) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、同条第 1 項に規定する会議から、同条第 2 項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力しなければならない。ただし、正当な理由がある場合は、この限りでない。

○山形市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等を定める条例（抜粋）

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

- 第 3 2 条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防（法第 8 条の 2 第 2 項に規定する介護予防をいう。以下同じ。）に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- 2 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- 3 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定介護予防支援の具体的取扱方針)

第33条 指定介護予防支援の方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (1) 指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。
- (3) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- (4) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付（法第18条第2号に規定する予防給付をいう。以下同じ。）の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- (5) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- (6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及びその家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

エ 健康管理

- (7) 担当職員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (8) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。
- (9) 担当職員は、サービス担当者会議（担当職員が介護予防サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- (10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- (11) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- (12) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書（山形市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指

- 定介護予防サービス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等を定める条例（平成30年市条例第58号。以下「指定介護予防サービス等基準条例」という。）第57条第1項第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。）等指定介護予防サービス等基準条例において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。
- (13) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準条例において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取しなければならない。
- (14) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (15) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- (16) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該介護予防サービス計画の目標の達成状況について評価しなければならない。
- (17) 担当職員は、第14号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
- ア 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準条例第78条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
- ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- (18) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- ア 要支援認定を受けている利用者が法第33条第2項に規定する要支援更新認定を受けた場合
- イ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合
- (19) 第3号から第13号までの規定は、第14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。
- (20) 担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。
- (21) 担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うものとする。
- (22) 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（次号及び第24号において「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。
- (23) 前号の場合において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。
- (24) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付

- ける場合にあっては、当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。
- (25) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。
- (26) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を当該介護予防サービス計画に記載しなければならない。
- (27) 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。
- (28) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による指定に係る介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（同項の規定による指定に係る介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成しなければならない。
- (29) 担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。
- (30) 指定介護予防支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から、同条第2項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力しなければならない。ただし、正当な理由がある場合は、この限りでない。
- （介護予防支援の実施に当たっての留意点）
- 第34条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。
- (1) 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- (2) 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- (3) 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- (4) 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- (5) サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- (6) 地域支援事業（法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第18条第1号に規定する介護給付をいう。）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- (7) 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- (8) 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

山形市ケアマネジメントに関する基本方針（令和6年度～令和8年度）

別紙 具体的な支援等の場面における活用ツール等

※必ず本紙に沿って対応しなければならぬということではありませんので、参考としてご覧ください。

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業等
2	4 ケアマネジメントの基本的な方針	ケアマネジメントの質の向上を図る	・[国] 適切なケアマネジメント手法の手引き ・[国] 課題整理総括表・評価表活用の手引き
3	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点①	・自立支援に向けた効果的なケアマネジメントの実施 ・課題解決に向けた具体的な目標を設定する ・認知症の症状や医療の必要性等、利用者の状態に応じた在宅生活の継続に向けた適切なサービス利用を促進する ・加齢による聴力低下の早期発見及び早期対応等	・介護保険と高齢者保健福祉の手引き ・やまがた人生備えの書(介護予防手帳) ・認知症ケアパス (認知症の相談先が分かるサポートブック) ・聴こえくつきり事業 (聴こえのフレイル対策) ・[市民向け]在宅療養リーフレット ・[支援者向け]在宅療養事例集 ※ポピー及び山形市長寿支援課にて配布
3	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点②	・人生会議を実施する ・希望するケアや支援について話し合う ・利用者の望む暮らしが実現できるように支援する	・やまがた人生備えの書(介護予防手帳) ・[国] 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業
3	4 (3) ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点③	・ 社会参加先を見つける ・ 地域資源（住民主体の通いの場、地域での支え合い等）やボランティア活動等の情報提供を行う	・ 山形市生活お役立ちガイドブック ・ デジタルによる地域資源集・マップ ※第9期計画期間中に整備予定 
4	4 (3) ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑥	運動・栄養・口腔機能低下のリスクがある利用者に対し、管理栄養士や歯科衛生士・作業療法士等によるアセスメントを取り入れる	・ 専門職（管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士等）訪問事業（地域リハビリテーション活動支援事業）
4	4 (3) ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑦	地域における多様な主体によるサービスや民間企業のサービスのインフォーマルサービスを活用する	・ 介護保険と高齢者保健福祉の手引き ・ 山形市生活お役立ちガイドブック 
4	4 (3) ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑧	・ フレイル状態の方に対するサービス調整を行う ※総合事業の通所型サービスの利用にあたっては、適切なアセスメントのもと、医師から制限されている場合等を除き、まずは元気があつぷ教室からの利用を基本としてください。元気があつぷ教室（通所型サービスC）や栄養あつぷ訪問（訪問型サービスC）等を利用して心身状態の改善が図られた利用者には、これまで参加してきた地域活動や継続していた日常生活に戻っていただくほか、新たに地域の居場所（通所型サービスBなど）や老人クラブ活動に参加する等、利用者の意欲や目標に応じた活動等につなげてください。	・ 山形市元気があつぷ教室（通所型サービスC） ・ 山形市栄養あつぷ訪問（訪問型サービスC） ・ 山形市介護予防モデル再構築事業

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業
4	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点③	家族介護者の仕事と介護の両立のための制度（介護休暇・休業制度等）を紹介する	・相談先：各自の職場、山形労働局 ・厚生労働省 HP： 「介護休業制度に関するリーフレット」   ・厚生労働省 HP： 「そのとぎのために、知っておこう。介護休業制度」
4	5 具体的な取扱方針 (1)多機関・多職種連携による支援	利用者が医療系サービスを希望している場合等に医師等との連携による支援を行う 例) 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報共有の上ケアプランや支援に反映させる	・認知症早期発見・早期対応ガイドブック ・〔市医師会〕紹介状(認知症) 
4	5 具体的な取扱方針 (1)多機関・多職種連携による支援	病院等から退院・退所する利用者に対し、地域での生活に向けて医療や介護サービスの切れ目ない支援を調整する	・村山地域入退院支援の手引き ・山形市入退院支援フロー（地域版）   ・在宅療養事例集 ※ポピー及び山形市長寿支援課にて配布
6	5 具体的な取扱方針 (4)高齢者の避難体制の確保	・災害発生時の安全・迅速な対応につなげるための利用者や家族との話し合い、日頃の備えをする ・個別避難計画を作成する	・山形市避難行動支援制度 ・高齢者個別避難計画作成事業 

**地域包括支援センターの設置者が指定介護予防支援等に係る業務の一部を
委託することができる指定居宅介護支援事業者の承認について**

【追加事業所（２事業所）】

●市内 １事業所

事業所情報	事業所名		ケアプランセンターつどい
	事業所番号		0670105113
	所在地		山形市大字漆山１８４１番地９
	指定年月日		令和６年１０月１日
事業者情報	事業者名		株式会社つどい
	所在地		山形市大字漆山１８４１番地９
	介護保険事業	サービスの種類 (居宅介護支援以外)	介護予防支援
	介護保険以外の事業		福祉タクシー事業

●市外 １事業所

事業所情報	事業所名		ケアプランセンター天童敬寿園
	事業所番号		0671601169
	所在地		天童市北目四丁目１７番１２号
	指定年月日		令和６年１１月１日
事業者情報	事業者名		社会福祉法人敬寿会
	所在地		山形市諏訪町二丁目１番２５号
	介護保険事業	サービスの種類 (居宅介護支援以外)	・訪問介護 ・通所介護 ほか
	介護保険以外の事業		・軽費老人ホームケアハウスの経営 ・生計困難者に対する相談支援事業の経営 ほか

指定介護予防支援事業等の受託可能事業所一覧

参考資料 8 - 1

県内

令和7年2月1日現在

山 形 市		
1	山形市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	36 エ・アロール コンストラクション・マネジメント
2	さくらバレス指定居宅介護支援事業所	37 居宅介護支援事業所 けやきの森
3	蔵王やすらぎの里指定居宅介護支援事業所	38 ライフサポートセンターめだか
4	指定居宅介護支援事業所愛日荘	39 居宅介護支援事業所さくらホーム山形
5	総合福祉施設いきいきの郷	40 居宅介護支援事業所檜の木
6	指定居宅介護支援事業所すげさわ	41 あんずの家居宅介護支援事業所
7	篠田指定居宅介護支援事業所	42 楽聖ケアプランセンター
8	ニチイケアセンター山形	43 ゴールデンスタッフ山形居宅介護支援センター
9	みこころの園指定居宅介護支援事業所	44 居宅介護支援事業所 福寿乃郷
10	株式会社あつるのケアサービス	45 ケアプランセンターEMIO
11	とかみ共生苑指定居宅介護支援事業所	46 至誠堂ケアプランセンターみらい
12	敬寿園居宅介護支援事業所	47 ケアプランセンターすみれ
13	サンシャイン大森居宅介護支援センター	48 居宅介護支援事業所 くるみ
14	指定居宅介護支援事業所ながまら荘	49 指定居宅介護支援事業所 虹
15	あかねヶ丘ケアセンターあかねヶ丘居宅介護支援事業所	50 セントケア訪問看護ステーション山形
16	指定居宅介護支援事業所サニーヒル菅沢	51 グラシアスケアプランセンター
17	指定居宅介護支援事業所サニーヒル山寺	52 ほほえみ介護
18	なごみの里指定居宅介護支援事業所	53 SOMPOケア山形あかねヶ丘居宅介護支援
19	愛和ケアセンター	54 居宅介護支援事業所結いの和
20	居宅介護支援事業所訪問看護ステーションやまがた	55 萬屋薬局ケアプランセンター松の実
21	湖山病院ケアプランセンター	56 訪問看護ステーションなないろ
22	指定居宅介護支援事業所済生会山形訪問看護ステーション	57 居宅介護支援事業所かけはし
23	笠原整形外科居宅介護支援センター	58 ふくふくケアプランセンター
24	居宅介護支援事業所六日町あいあい	59 いちまる居宅介護支援事業所
25	居宅介護支援事業所くろさわ	60 居宅介護支援事業所わが家
26	いずみケアセンター居宅介護支援事業所	61 居宅介護支援事業所心音
27	居宅介護支援事業所 馬見ヶ崎	62 スマイルプランセンター心意気
28	山形徳洲会介護センター	63 居宅介護支援事業所あいら
29	指定居宅介護支援事業所たきやま	64 あすなる居宅介護支援事業所
30	居宅介護支援事業所つばさ	65 居宅介護支援事業所つばさ北町
31	介護福祉施設 燦燦	66 居宅介護支援事業所ゆうじん
32	アエル介護サービス	67 居宅介護支援事業所いろは
33	山形ケアセンターそよ風	68 ライフサポートセンターめだか山形南
34	ソーレケアセンター花楸	69 ケアコンサルティングオレア山形
35	指定居宅介護支援事業所よつば	70 居宅介護支援事業所ちとせ
		市内 計 70 件

＜参考＞介護予防支援事業所の指定を受けた指定居宅介護支援事業所

山 形 市		
1	楽聖ケアプランセンター	8 指定居宅介護支援事業所サニーヒル菅沢
2	とかみ共生苑居宅介護支援事業所	9 介護福祉施設 燦燦
3	指定居宅介護支援事業所愛日荘	10 居宅介護支援事業所ちとせ
4	さくらバレス指定居宅介護支援事業所	11 ほほえみ介護
5	医療法人徳洲会山形徳洲会介護センター	12 指定居宅介護支援事業所たきやま
6	ゴールデンスタッフ山形居宅介護支援センター	13 指定居宅介護支援事業所すげさわ
7	指定居宅介護支援事業所サニーヒル山寺	14 ケアプランセンターつどい
		計 14 件

天 童 市	南 陽 市
1 指定居宅介護支援事業所あこがれ	1 公德ほのぼの居宅支援センター
2 多田木工製作所指定居宅介護支援事業所	2 南陽市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
3 居宅介護支援事業所つばさ天童	米 沢 市
4 SOMPOケア天童居宅介護支援	1 サンブラザ米沢居宅介護支援センター
5 B & Gケアマネジメントサービス	2 楽らくケアセンター居宅介護支援事業所
6 居宅介護支援事業所たかだま	3 ケアプランセンターなごみ
上 山 市	4 成島園ケアプランセンター
1 指定居宅介護支援事業所ケアサポート蔵王(みゆき会)	5 サンファミリア米沢居宅介護支援センター
2 指定居宅介護支援事業所みずほ	6 スマートライフ かいごの窓口
3 医療法人社団須田医院須田整形外科医院	鶴 岡 市
4 居宅介護支援事業所はらだ	1 瑞穂の郷 ケアプランセンター
5 上山市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	2 支援センター温寿荘
6 居宅介護支援事業所 ながすず	3 ケアプランセンターひだまり
7 SOMPOケア上山居宅介護支援	4 永寿荘居宅介護支援センター
8 いちまる上山居宅介護支援事業所	川 西 町
山 辺 町	1 在宅介護支援センターそよ風の森
1 メルヘン指定居宅介護支援事業所	河 北 町
2 スマイルやまのべ居宅介護支援事業所	1 社会福祉法人河北町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所
中 山 町	小 国 町
1 ケアプランセンターぶらむ	1 ケアプランセンターくるみ
寒 河 江 市	酒 田 市
1 寒河江やすらぎの里指定居宅介護支援事業所	1 サン・シティ指定居宅介護支援事業所
2 寒河江市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	2 ニチイケアセンター酒田
3 居宅介護支援事業所つつじ	高 畠 町
4 長岡観音福祉相談センター西村山介護計画室	1 オフィス山形居宅介護支援事業所
新 庄 市	長 井 市
1 医療法人徳洲会 新庄徳洲会介護センター	1 寿泉荘居宅介護支援事業所
朝 日 町	
1 ふれあい荘指定居宅介護支援事業所	市外 計 42 件

県外

北 海 道	茨 城 県
1 はるとりの里居宅介護支援事業所	1 指定居宅介護支援センターかさまグリーンハウス
2 清幌園居宅介護支援事業所	2 居宅介護支援事業所 瀧病院
青 森 県	東 京 都
1 介護相談所テラ	1 有限会社白鷺介護サービス
岩 手 県	2 多摩済生ケアセンター
1 松園第一病院指定居宅介護支援事業所	3 なでしこプランセンター
2 あったかいごセンター指定居宅介護支援事業所	神 奈 川 県
宮 城 県	1 ケアセンターあさひ
1 セントケア仙台	2 指定居宅介護支援事業所かけはし
2 総合福祉ツクイ太白	3 介護老人保健施設ほほえみの丘
3 エバーグリーンシティ・寺岡居宅介護支援事業所	千 葉 県
4 すみれ居宅介護支援事業所	1 ケアサポートたちばな
5 みちのく介護支援センター	2 ひばりサービス船橋センター
6 エムツー居宅介護支援事業所仙台長町	3 ケアプランすみれ
7 アルバイン川崎	4 居宅介護支援事業所星の子
秋 田 県	5 医療法人社団淳英会 おゆみの居宅介護支援事業所
1 秋田市社協居宅介護支援秋田事業所	長 野 県
2 秋田けやき会居宅介護支援事業所	1 老人保健施設あららぎ
福 島 県	愛 知 県
1 指定居宅介護支援事業所かまた	1 山田外科内科居宅介護支援事業所
2 社会福祉法人郡山市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	富 山 県
3 ケアプランセンターらこぼ	1 居宅介護支援事業所ひより
4 JA会津よつば福祉支援センターみどり	
栃 木 県	
1 ケアプランゆう	県外 計 36 件
2 大田原市在宅介護支援センター椿寿荘	

指定介護予防支援事業者の指定更新について

介護保険法第79条の2の規定により、指定介護予防支援事業者の指定有効期間は6年と定められています。また市が指定・更新を行うにあたっては、山形市地域包括ケア推進協議会設置要綱第2条第11号により推進協議会において協議することとされています。

令和7年4月1日に3事業所の指定更新を予定しており、その実施体制は以下のとおりです。

		1				2				3				
(事業申請者)	名称		社会福祉法人妙光福祉会				社会福祉法人恩賜財団済生会支部 山形県済生会				社会福祉法人山形市社会福祉協議会			
	所在地		山形市蔵王上野920番地				山形市沖町79番地の1				山形市城西町二丁目2番22号			
	代表者の職氏名		理事長 柳生 法雄				理事長 濱崎 允				会長 今野 厚志			
事業所	名称		蔵王地域包括支援センター				済生会愛らんど地域包括支援センター				金井地域包括支援センター			
	所在地		山形市蔵王半郷79番地7				山形市大字妙見寺4番地				山形市大字陣場903番地			
	指定年月日		平成19年4月1日				平成19年4月1日				平成31年4月1日			
	指定満了日		令和7年3月31日				令和7年3月31日				令和7年3月31日			
	指定更新日		令和7年4月1日				令和7年4月1日				令和7年4月1日			
	管理者	氏名	金子 のり子				富士 尚美				榎 沙智世			
		指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無	有(主任介護支援専門員)				有(保健師)				有(保健師)			
		地域包括支援センターの従業者との兼務の有無	有(主任介護支援専門員)				有(保健師)				有(保健師)			
	従業者の員数等(管理者含)(人)		担当職員※		その他の職員 (事務職員等)		担当職員※		その他の職員 (事務職員等)		担当職員※		その他の職員 (事務職員等)	
	※兼務は地域包括支援センター又は併設事業所等の従業者としての兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
			0	5	0	0	0	5	0	1	0	4	0	1
	内訳	保健師(等)	0	2			0	2			0	1		
		社会福祉士	0	2			0	2			0	1		
		(主任)介護支援専門員	0	1			0	1			0	2		
		事業の利用者数の実績(月あたり)		200人				200人				182人		
営業日		月曜日～金曜日 (12月31日～1月3日及び国民の祝日を除く)				月曜日～金曜日 (10月15日、12月29日～1月3日、及び国民の祝日を除く)				月曜日～金曜日 (12月29日～1月3日及び国民の祝日を除く)				
営業時間		8:30～17:30				8:30～17:30				8:30～17:30				
事業実施地域		蔵王地区				第五・第八・東沢地区				金井地区				
併設施設等(主なもの)		・通所介護事業所 ・居宅介護支援事業所 等				・特別養護老人ホーム ・居宅介護支援事業所 等				なし				