

千葉県あんしんケアセンター運営方針 新旧対照表（案）

新	旧
<p>令和7年度 千葉県あんしんケアセンター運営方針</p> <p>I あんしんケアセンター設置の目的 (略)</p> <p>II あんしんケアセンターの位置づけ (略)</p> <p>III 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み</p> <p>1 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の促進</p> <p>「セルフケアの推進」、「閉じこもりの防止」、「主体的な社会参加」等の視点を持ち、各保健福祉センターや、地域の関係者（団体）等の多様な主体と連携し、地域毎に効果的な方法を用いて介護予防に取組むとともに、高齢者が安心して生活ができるよう支え合い体制の構築等を推進する。</p> <p>特に、地域住民（主に高齢者）が歩いて通える範囲に、活躍・社会参加できる「通いの場・交流の場」などの多様な地域資源が展開されていくよう、行政・民生委員・町内自治会・社協地区部会などの関係者や民間企業、生活支援コーディネーターやコミュニティソーシャルワーカーと密に連携を図る。その上で多様な地域資源情報を把握するとともに、効果的に活用するなどして資源の充実をはかり、高齢者が主体的に利用できるよう情報発信に努める。</p>	<p>令和6年度 千葉県あんしんケアセンター運営方針</p> <p>I あんしんケアセンター設置の目的 (略)</p> <p>II あんしんケアセンターの位置づけ (略)</p> <p>III 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み</p> <p>1 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の促進</p> <p>「セルフケアの推進」、「閉じこもりの防止」、「<u>自主活動グループの育成</u>」等の視点を持ち、各保健福祉センターをはじめ、地域の関係者（団体）と連携して、地域毎に効果的な方法で介護予防の取組みや、高齢者が安心して生活ができるよう見守り体制の構築等を推進する。</p> <p>特に、地域住民が歩いて通える範囲に、<u>人と人の繋がりによる「住民主体の通いの場・交流の場」</u>が展開されていくよう、行政・民生委員・町内自治会・社協地区部会などの関係者（<u>団体</u>）及び、生活支援コーディネーターやコミュニティソーシャルワーカーと密に連携し、<u>情報収集及び情報発信に努めるとともに</u>、<u>市民の自主的な活動が活発に行われるよう働きかけを行う。</u></p>

【資料 2-2】

新	旧
<p>2 在宅医療・介護連携の推進 (略)</p> <p>3 認知症施策の推進</p> <p>「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」<u>(以下「認知症基本法」という。)</u>の理念及び<u>認知症基本法に基づき策定した「認知症施策推進基本計画」により</u>、本市の策定する「認知症施策推進計画」に基づき、認知症の人やその家族が希望をもって地域の中で暮らし続けられる社会を目指し、次の(1)～(6)の取組みを行う。</p> <p><u>なお、これらの取組みを行うにあたっては、増加を続ける認知症高齢者の実情に鑑み、総合相談等において把握した認知症高齢者及びその家族について、認知症施策推進計画に掲げる各施策について確認するとともに、認知症地域支援推進員が把握する地域資源や関係機関との連携体制の積極的な活用に努める。</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>認知症の早期発見・早期対応を推進する観点から、認知症初期集中支援チームを積極的に活用するとともに、もの忘れチェック事業について相談者等に必要に応じ情報提供する。</u></p> <p>(3) <u>認知症カフェについて、認知症高齢者の日中の居場所をつくるとともに、認知症サポーターステップアップ講座修了生等の地域活動を希望する者の活躍の場にもなり得ることを踏まえ、認知症カフェの推進に向けた支援を行う。</u></p> <p>(4)～(5) (略)</p>	<p>2 在宅医療・介護連携の推進 (略)</p> <p>3 認知症施策の推進</p> <p>「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念及び本市の策定する「認知症施策推進計画」に基づき、認知症の人やその家族が希望をもって地域の中で暮らし続けられる社会を目指し、次の(1)～(6)の取組みを行う。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 認知症初期集中支援チームをはじめとする関係機関との協働により、認知症の早期発見・早期対応を推進する。</p> <p>(3) 認知症カフェの推進に向けた支援を行う。</p> <p>(4)～(5) (略)</p>

新	旧
<p>IV 具体的な事業運営について (略)</p> <p>1 第1号介護予防支援事業</p> <p>介護予防・日常生活支援総合事業の利用者の<u>状態改善を図る、またはその状態の悪化を防止するとともに、対象者の生活機能や意欲の向上を目的として、</u>その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行う。</p> <p>あわせて、より自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを目指し、<u>高齢者自らがセルフマネジメントを実施し、さらに継続することができるよう、生活支援コーディネーターと連携しながら、「通いの場・交流の場」を含めたあらゆるインフォーマル資源を効果的に活用するなどして、自らが選択し取り組めるよう支援する。</u></p> <p><u>本事業の実施にあたっては</u>「孤立や閉じこもり予防」「社会参加」「生きがいつくり」等についても配慮する。</p> <p>2 総合相談支援事業</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 総合相談支援事業を適切に行うため、<u>高齢者及び家族への個別訪問や地域関係者から情報を収集するなどにより、身体面のみならず、生活面や家族関係等、高齢者を包括的に捉える。</u></p>	<p>IV 具体的な事業運営について (略)</p> <p>1 第1号介護予防支援事業</p> <p>介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対し、<u>介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行う。</u></p> <p><u>また、指定介護予防支援事業所に対し、適宜必要な支援を行う。</u></p> <p>あわせて、より自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを目指し、<u>「地域コミュニティの中での孤立や閉じこもり予防」「社会参加」「生きがいつくり」等についても配慮し、住民主体の通いの場・交流の場やその他のインフォーマルサービス等も、生活支援コーディネーターと連携し、個々のニーズに合わせて活用する。</u></p> <p><u>なお、ケアマネジメント実施にあたっては、介護予防支援と一体的に実施するとともに、住民主体の通いの場・交流の場の利用を推進する。</u></p> <p>2 総合相談支援</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 総合相談支援事業を適切に行うため、包括3職種の専門性を活かしたチームアプローチや地域におけるネットワークを活用するとともに、<u>様々な社会資源との連携、高齢者への戸別</u></p>

新	旧
<p><u>また</u>包括3職種の特長を活かしたチームアプローチや地域におけるネットワークを活用し、<u>生活支援コーディネーターとも連携しながら、インフォーマル資源も効果的に活用して個々の状況に適した</u>支援を行う。</p> <p>(4) <u>支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、</u>更なる問題の発生を防止するため、地域の様々な関係者とネットワーク構築を図る。</p> <p>(5) (略)</p> <p>(6) 終活に関する相談については、人生の最後まで自分らしく暮らし続け<u>られるよう</u>、高齢者自身やその家族が<u>終活を</u>自分事として考え、心構えを持てるよう支援するとともに、内容に応じて、専門的な知識を持つ民間企業と協働し、幅広いニーズに対応する。</p> <p>(7) (略)</p> <p>3 権利擁護事業 (略)</p> <p>4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 (略)</p> <p>(1) 関係機関との連携体制構築・強化 (略)</p> <p>(2) 地域ケア会議の実施 (略)</p>	<p><u>訪問、地域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、個々の状況に応じた支援を行う。</u></p> <p>(4) 更なる問題の発生を防止するため、<u>適切な支援と継続的な見守りを行うとともに、地域の様々な関係者とネットワーク構築を図る。</u></p> <p>(5) (略)</p> <p>(6) 終活に関する相談については、人生の最後まで自分らしく暮らし続ける<u>ために</u>、高齢者自身やその家族が自分事として考え、心構えを持てるよう支援するとともに、内容に応じて、専門的な知識を持つ民間企業と協働し、幅広いニーズに対応する。</p> <p>(7) (略)</p> <p>3 権利擁護 (略)</p> <p>4 包括的・継続的ケアマネジメント支援 (略)</p> <p>(1) 関係機関との連携体制構築・強化 (略)</p> <p>(2) 地域ケア会議の実施 (略)</p>

新	旧																
<p>ア (略)</p> <p>イ 自立支援を強化するための地域ケア会議（自立促進ケア会議）</p> <p>高齢者が住み慣れた住まいで生活し続けられるよう、介護<u>予防</u>サービス<u>利用者</u>等の支援内容について、多職種が<u>専門職の視点・生活者の視点</u>で検討し、介護支援専門員等のケアマネジメントの実践力を高める。<u>あわせて、高齢者のセルフマネジメント及び社会参加を促進するとともに、地域課題を見出す。</u></p> <p>ウ (略)</p> <p>エ 地域課題の分析及び解決のための地域ケア会議</p> <p>個別事例の地域ケア会議、自立支援を強化するための地域ケア会議の結果を<u>活用し</u>、統計・調査結果・総合相談の傾向等のデータ等も<u>踏まえながら</u>、地域課題を関係者と共有し課題解決に向けた検討を行う。必要に応じ、地域包括ケアシステムの深化・推進に必要なサービスや支援等を抽出し、社会資源開発や政策形成への提言を行う。</p> <p>開催にあたっては、保健福祉センター高齢障害支援課と事前に協議し、<u>また、生活支援コーディネーターによる協議体と協働するなどして</u>効果的な運営を図る。</p>	<p>ア (略)</p> <p>イ 自立支援を強化するための地域ケア会議（自立促進ケア会議）</p> <p>高齢者が住み慣れた住まいで生活し続けられるよう<u>地域全体で支援することを目指し、介護サービス等の個別ケースへ提供される支援内容について、多職種が、高齢者の自立支援という観点から検討し、課題解決を図るとともに、介護支援専門員等の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。</u></p> <p><u>自立支援を強化するための地域ケア会議は、地域包括ケア推進課及び保健福祉センター高齢障害支援課と協働して開催する。</u></p> <p>ウ (略)</p> <p>エ 地域課題の分析及び解決のための地域ケア会議</p> <p>個別事例の地域ケア会議、自立支援を強化するための地域ケア会議の結果や統計・調査結果・総合相談の傾向等のデータ等を<u>活用し</u>、地域課題を関係者と共有し課題解決に向けた検討を行う。必要に応じ、地域包括ケアシステムの深化・推進に必要なサービスや支援等を抽出し、社会資源開発や政策形成への提言を行う。</p> <p>開催にあたっては、保健福祉センター高齢障害支援課と事前に協議し、効果的な運営を図る。</p>																
<p>表 1</p> <table border="1" data-bbox="378 1233 1084 1391"> <thead> <tr> <th>地域ケア会議の内容</th> <th>開催頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個別事例の検討</td> <td>必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td>自立促進ケア会議</td> <td><u>年 2 回程度</u></td> </tr> <tr> <td>生活援助中心型サービス</td> <td>必要に応じて随時</td> </tr> </tbody> </table>	地域ケア会議の内容	開催頻度	個別事例の検討	必要に応じて随時	自立促進ケア会議	<u>年 2 回程度</u>	生活援助中心型サービス	必要に応じて随時	<p>表 1</p> <table border="1" data-bbox="1252 1233 1957 1391"> <thead> <tr> <th>地域ケア会議の内容</th> <th>開催頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個別事例の検討</td> <td>必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td>自立促進ケア会議</td> <td>各区年 3 回程度</td> </tr> <tr> <td>生活援助中心型サービス</td> <td>必要に応じて随時</td> </tr> </tbody> </table>	地域ケア会議の内容	開催頻度	個別事例の検討	必要に応じて随時	自立促進ケア会議	各区年 3 回程度	生活援助中心型サービス	必要に応じて随時
地域ケア会議の内容	開催頻度																
個別事例の検討	必要に応じて随時																
自立促進ケア会議	<u>年 2 回程度</u>																
生活援助中心型サービス	必要に応じて随時																
地域ケア会議の内容	開催頻度																
個別事例の検討	必要に応じて随時																
自立促進ケア会議	各区年 3 回程度																
生活援助中心型サービス	必要に応じて随時																

新		旧	
の検証		の検証	
地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上) ※対象とする地域の選 定にあたっては、優 先順位・必要性の検 討を十分に行う	地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上) ※対象とする地域の選 定にあたっては、優 先順位・必要性の検 討を十分に行う
<p>(3) (略)</p> <p>(4) 生活支援コーディネーターとの連携 <u>地域の多様なインフォーマル</u>資源の情報収集、不足する<u>資源</u> や担い手の発掘・養成といった資源開発、関係者間のネットワ ーク構築にあたり、第1層・第2層生活支援コーディネーター と連携し、かつ協議体の仕組みを積極的に活用する。</p> <p>(5) 介護支援専門員に対する支援 ア・イ・ウ (略) <u>エ センターは指定介護予防支援を行う指定居宅介護支援事 業者の求めに応じて助言を行う</u></p> <p>5 一般介護予防事業 (略)</p> <p>(1) 介護予防普及啓発 元気なうちから積極的に健康づくりや介護予防に取り組 むきっかけとなるように、高齢者だけでなく、その家族や 様々な関係者への働きかけや連携により、地域全体への介護</p>		<p>(3) (略)</p> <p>(4) 生活支援コーディネーターとの連携 <u>社会資源</u>の情報収集、不足する<u>サービス</u>や担い手の発掘・養成 といった資源開発、関係者間のネットワーク構築にあたり、第1層・ 第2層生活支援コーディネーターと連携し、かつ協議体の仕組みを 積極的に活用する。</p> <p>(5) 介護支援専門員に対する支援 ア・イ・ウ (略)</p> <p>5 一般介護予防事業 (略)</p> <p>(1) 介護予防普及啓発 元気なうちから積極的に健康づくりや介護予防に取り組 むきっかけとなるように、高齢者だけでなく、その家族や 様々な関係者への働きかけや連携により、地域全体への介護</p>	

新	旧
<p>予防の普及啓発に努め、<u>セルフマネジメントの推進を図る。</u></p> <p>また、<u>セルフマネジメントの推進を図る手段として</u>基本チェックリストやいきいき活動手帳等を活用し、<u>高齢者自らが意欲的に目標を設定し、取り組み、評価できるよう支援する。</u> <u>あわせて、社会</u>参加や生きがいがいづくりにつながるよう、各保健福祉センターや生活支援コーディネーター、コミュニティソーシャルワーカーなどと協力し、<u>「交流の場・通いの場」も含めた多様な</u>情報を提供できる体制を整備する。</p> <p>(2) 地域介護予防活動支援</p> <p>地域において、介護予防<u>及びセルフマネジメントに</u>向けた取り組みが主体的に実施されるよう、各保健福祉センターやコミュニティソーシャルワーカー、<u>生活支援コーディネーター</u>などと<u>協働</u>し、地域活動組織の<u>発掘、</u>育成、支援を行う。</p> <p>特に、<u>支援が必要になっても役割を持ちながら参加し続けられるよう、</u>高齢者が歩いて通える範囲に<u>持続可能で多様な活動</u>の場が展開<u>される</u>よう、ネットワークを活用しながら地域づくりに取り組む。</p> <p>V～X (略)</p>	<p>予防の普及啓発に努め、<u>広く介護予防事業への参加を促す。</u></p> <p>また、基本チェックリストやいきいき活動手帳等を活用し、高齢者が自身の状況を知り自ら<u>積極的に</u>介護予防に取り組めるように「セルフケア・セルフマネジメント」の手法を伝えるとともに、<u>地域参加や生きがいがいづくりにつながるよう、</u>各保健福祉センターや生活支援コーディネーター、コミュニティソーシャルワーカーなどと協力し、<u>地域のサロンや自主グループなどの情報を市民に</u>提供できる体制を整備する。</p> <p>(2) 地域介護予防活動支援</p> <p>地域において、介護予防に向けた取り組みが主体的に実施されるよう、<u>第2層生活支援コーディネーターを中心に、</u>各保健福祉センターやコミュニティソーシャルワーカーなどと<u>協力</u>し、<u>介護予防に資する地域活動組織を</u>発掘し、<u>育成及び</u>支援を行う。</p> <p>特に、<u>地域住民が歩いて通える範囲に、人と人の繋がりによる多種多様な「住民主体の通いの場・交流の場」が展開され、活動が継続するよう、</u><u>地域における</u>ネットワークを活用しながら地域づくりに取り組む。</p> <p>V～X (略)</p>