

地域包括支援センターの相談電話対応実施要領

制 定 令和4年3月28日健地支第951号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 この要領は、横浜市地域包括支援センター運営事業実施要綱（平成18年3月福地第10540号）に基づき実施する地域包括支援センターにおける24時間、365日の相談体制の確立のため、地域包括支援センターの電話による相談受付（以下「地域包括支援センター相談電話」という。）の実施方法など必要な事項を定める。

（定義）

第2条 この要領における「地域ケアプラザ」とは、地域ケアプラザ及び特別養護老人ホーム併設地域包括支援センターをいう。

2 「地域ケアプラザ定型閉館時」（以下「定型閉館時」という。）とは、次のとおりとする。

- (1) 年末年始及び月1回の施設点検日
- (2) 月曜日から土曜日までの21時から翌9時まで
- (3) 日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日（以下「休日」という。）の17時から翌9時まで

3 「地域包括支援センター時間外」（以下「時間外」という。）とは、前項に定める定型閉館時及び月曜日から土曜日の18時から21時までをいう。

4 定型閉館時以外の閉館時を「臨時閉館時」という。

（地域包括支援センター相談電話の対応）

第3条 地域包括支援センター相談電話の対応は次のとおりとする。

- (1) 地域ケアプラザ開館時間のうち、月曜日から土曜日の9時から18時まで及び日曜日並びに休日の9時から17時までには、地域ケアプラザにおいて対応する。
- (2) 臨時閉館時は、地域ケアプラザを運営する指定管理者または受託法人が、同法人内における電話の転送等により、対応する。
- (3) 時間外は、第4条から第9条に定めるとおり対応する。

（時間外の地域包括支援センター相談電話の対応）

第4条 時間外の地域包括支援センター相談電話の対応として、電話の転送による相談事業（以下「時間外相談事業」という。）を実施する。

2 時間外相談事業は、横浜市が委託する事業者が、地域ケアプラザと相互に連携をとりながら実施する。

（時間外相談事業の対象者）

第5条 時間外相談事業の相談対象者は、原則として要援護高齢者等又はその介護者等とする。

（時間外相談事業の業務内容）

第6条 時間外相談事業において、横浜市が委託する事業者は次の業務を行う。

- (1) 時間外に地域ケアプラザの地域包括支援センターにかかる相談の電話（以下「相談電話」という。）から転送される電話に対応する。
- (2) 転送された電話相談への対応は、次のとおりとする。

ア 相談者の主訴を聞き、関係機関の紹介や適切な助言等を行う。なお、相談者が電話を架けた地域ケアプラザに、相談内容を連絡する必要がある場合は、その架電先の地域ケアプラザ名を、可能な範囲で聞き取る。

イ 緊急を要する相談の場合で、その場で関係機関に繋ぐことができない場合は、地域ケアプラザの緊急連絡先にその場で連絡する。ただし、相談者の架電先の地域ケアプラザ名が分からない場合は、この限りではない。

ウ 相談者が電話を架けた地域ケアプラザに、相談内容を連絡する必要がある場合は、総合相談票（様式1）に記録し、当該地域ケアプラザの開館後速やかに送付する。ただし、軽易な相談等については、総合相談票（様式1）を用いずに、当該地域ケアプラザに口頭等により連絡できる。

（時間外相談事業の相談従事者）

第7条 時間外相談事業の相談従事者は、要援護高齢者等又はその介護者等からの相談を受ける者として、次のいずれかの者とする。

(1) 地域包括支援センター職員の資格要件を満たす者として、次のいずれかの者

ア 保健師その他これに準ずる者（「その他これに準ずる者」とは、「経験のある看護師」）

イ 社会福祉士その他これに準ずる者

ウ 主任介護支援専門員その他これに準ずる者

(2) 社会福祉の相談援助業務の経験を有する者

(3) 社会福祉事業に対する熱意があり、上記と同等以上の能力を有すると認められる者

（時間外相談事業の相談従事者の資質の向上）

第8条 時間外相談事業の相談従事者について、受託事業者は相談従事者の資質向上に努める。

（時間外相談事業の業務実施報告）

第9条 時間外相談事業の実施報告は、月ごとに集計し、各四半期末の翌月10日までに定められた書式で市長に報告する。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、令和4年9月30日から施行する。

（廃止）

2 地域ケアプラザ等閉館時地域包括支援センター相談電話対応実施要領（令和2年12月2日健地支第628号）は施行期日に廃止する。

総合相談票（地域包括支援センターの相談電話対応実施要領第6条第1項第2号）

受電日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	対応者	
------	-----------------------	-----	--

(24時間標記で記載)

転送元地域ケアプラザ名等							
相談者	フリガナ氏名		住所 電話	区 電話 ()	対象者との関係		
対象者	フリガナ氏名		男女	生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
	住所 電話	区 電話 ()	所在		自宅・入院入所中 () その他 ()		
	居宅介護支援事業所（契約がある場合）						

相談目的	
相談内容	
援助内容	
引継事項	