

令和8年度地域包括支援センター 運営方針(案)の概要



令和8年3月11日

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課



基本方針

P1

- 各取組を通じ、「札幌市高齢者支援計画2024」の基本目標『いくつになっても住み慣れた地域で希望と生きがいを持って自分らしく暮らし続けることができるまちづくり』の実現を目指す。
- 国や市が示す評価指標に基づき、業務の現状を明らかにするとともに、効果的かつ効率的な実施に留意する。
- チームアプローチと専門職の専門性の発揮し得る体制を整備し、対応力の向上を図る。
- センター長は、センター内の業務・人材管理(離職防止、人材育成)、地域の関係組織や団体との連携窓口機能を担うとともに、センターの効率的な運営・機能強化に向けた取組を市とともに進める。

取組項目

P2~

- (1) 総合相談窓口としての機能・周知強化及び権利擁護支援体制の充実
- (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化
- (3) 地域ケア会議を活用した地域づくりの推進
- (4) 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施及び地域住民、関係機関との介護予防・自立支援に関する意識の共有



それぞれの取組項目において実施する内容を「重点取組項目」と「基本取組項目」に分類し、札幌市として特に重点的に取り組んでいただきたい内容を明確化



取組項目(1) 総合相談窓口としての機能・周知強化及び権利擁護支援体制の充実 P 3～

重点 ア 地域における認知症高齢者への支援の体制強化

すべてのセンターにオレンジコーディネーターを配置

札幌市における「チームオレンジ」の体制を構築

- ・ステップアップ講座の企画・開催～オレンジサポーターを養成。
- ・スマイルオレンジチーム(常設の拠点活動の場)の運営～認知症の方の希望を聞きながら、ニーズに応じた活動を展開。
- ・拠点的ない個別マッチングの実施～認知症の方の個別のニーズとサポーターをつなぐ。
- ・関係機関との連携等～医療機関や介護保険事業所、認知症カフェ、企業や町内会、民生委員等地域の関係機関にチームオレンジの活動内容について周知を図り、関係機関と連携しながら認知症の方の支援体制構築を図る。



重点 イ サービス未利用者等への支援

- ・要支援認定を受けているサービス未利用者に対しアプローチを行い、介護予防活動等に積極的につなぐ

すべてのセンターにフレイル改善マネジャーを配置

要支援認定を受けているサービス未利用者へのアプローチを実施

- ・区から要支援者の認定情報の提供を受けた者のうち、未利用者に対して、訪問や電話等によりフレイル状態を確認。
- ・状態像に応じた介護予防活動の紹介やセルフケアを促す等、支援を行う。





取組項目(1) 総合相談窓口としての機能・周知強化及び権利擁護支援体制の充実 P 3~

重点 ウ 総合相談支援の充実・周知

高齢者の総合相談窓口としてワンストップサービスに努める

高齢保健福祉分野以外の関係者や関係機関との情報交換の機会を設けるなど、分野横断的なネットワークの構築や複合的な課題を持つ世帯の相談への対応力向上を図る

相談者、相談経路、相談内容等の分類化、経年分析等を行い、分析結果に応じた実践力の向上に向けた取組を実施

基本 ア 高齢者の権利擁護の推進

センター内での取組みにより、高齢者虐待の対応力向上を図る



基本 イ 認知症初期集中支援推進事業の活用

認知症高齢者の早期支援体制を構築

基本 ウ 家族介護者支援の強化

家族介護者からの相談を分析、関係機関や地域組織からの積極的な情報収集、専門機関への引継ぎ
男性介護者のつどい(ケア友の会)や家族交流会の開催の実施



取組項目(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援の強化

P10～

重点 ア 介護支援専門員のニーズに基づく環境整備に向けた取組の実施

介護支援専門員から受けた相談事例の内容を経年的に把握・分析を行った上で、研修会や地域ケア会議等を開催
多様な関係機関・関係者との意見交換の場の設定
実践力向上に向けた研修及び事例検討会の実施



基本ア 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携

地域全体のケアマネジメントの質の向上のため、主任介護支援専門員と連携
主任介護支援専門員同士のネットワーク構築に向けた場の設定や研修会の開催

基本イ 指定介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所の支援

自立支援に資する適切な介護予防サービス計画を作成できるよう、介護予防サービス計画の検証を実施

基本ウ 介護支援専門員と医療機関の連携強化に向けた取組の実施

連携がよりスムーズになるよう、介護支援専門員の支援に資する取組を行う
札幌市在宅医療・介護連携に関する相談窓口の積極的な活用を介護支援専門員に周知する





取組項目(3) 地域ケア会議を活用した地域づくりの推進

P14~

重点 ア 介護支援専門員等に対する個別地域ケア会議の活用促進に向けた取組

センターごとに個別地域ケア会議の運営方針及び年間計画を作成、開催回数は介護予防サービス計画の検証の回数の含め年7回以上、会議開催のメリットや成果等を共有し、積極的な活用を促す

重点 イ 地域づくり・資源開発に向けた事例選定、及び地区・区地域ケア推進会議、生活支援体制整備事業との連動に向けた取組

地区地域ケア会議・区地域ケア推進会議の開催に向けた検討、生活支援体制整備事業における取組につなげる検討を実施

基本 ア 自立支援型個別地域ケア会議の積極的な実施

多様な専門職の助言を踏まえて高齢者 1人1人の支援方法を検討
介護支援専門員やサービス事業者等に積極的に参加を依頼し、自立支援・重度化防止に向けた意識の共有を図る

基本 イ 個別地域ケア会議の目的に沿ったケース選定

会議で取り上げることが有効だと考えられる事例をセンター内で協議の上、選定

基本 ウ 地域課題の抽出に向けた個別地域ケア会議開催後の対応・評価の実施

議事録や検討事項の共有、モニタリングのフィードバックを実施
会議後は振り返りを行い、当該会議が担った機能の確認や地域課題の抽出に向けた検討を実施





取組項目(4) 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施及び地域住民、関係機関との介護予防・自立支援に関する意識の共有 P19～

重点 ア 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

適切なアセスメントを行い、自立支援の考えに基づきプランを作成

予防給付等対象サービス以外をプランに位置付け

指定介護予防支援事業所として指定を受けている居宅介護支援事業所や再委託先も含めた研修会の開催等

基本 ア 利用者のセルフケアの推進に向けた支援

センター内で重点的に取組を行う内容や手法を検討し、センター全職員が共通して取組を実施

基本イ 地域住民や関係機関との自立支援に向けた課題や意識の共有

介護予防ケアマネジメントを通じて把握した利用者ニーズや課題を地域住民や関係機関と共有

介護予防・自立支援に関する意識の共有を図るための出前講座や地域ケア会議等による普及啓発

市地域ケア推進会議で作成されたリーフレット等を関係機関等と連携して有効活用



地域包括支援センターの運営における留意事項

P22～

(1) 行政機関としての責務等

(2) 職員の資質向上・定着支援

全ての職員の外部研修への参加、センター内での研修や事例検討会等資質向上に向けた取組の実施

(3) 個人情報の管理

個人情報保護マニュアルの準備、管理簿による情報管理、漏えい時の対応

(4) 保険の加入



(5) 利用者の満足度向上

苦情対応の体制整備、各センターのホームページにおいて夜間・早朝や平日以外の相談受付先を周知

(6) 関係機関とのネットワーク構築

在宅医療・介護連携推進事業における窓口との連携、医療関係者との合同の事例検討会や講演会等に参加

(7) 地域アセスメントの実施

(8) 地域包括支援センターの事業計画と評価

事業計画の策定及びセンター内での共有・取組の確認、最重点取組項目の選定、期末の評価と改善の実施

(9) 公正・中立性の確保

運営協議会での意見を踏まえ、適切な運営に関する評価を行うための資料提出や報告の実施
下記に示すケアプラン担当上限数、再委託要件、占有率に基づき、適正に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施

【介護予防ケアプラン(総合事業ケアプラン含む)担当上限数】

専門職員:平均40件以下/人※再委託を除く

センター長:30件以下/人(目安)

フレイル改善マネジャー(専任):30件以下/人

オレンジコーディネーター(専任):20件以下/人

フレイル改善マネジャー及びオレンジコーディネーターを兼務する場合:10件以下/人

(なお、フレイル改善マネジャーやオレンジコーディネーターの業務を複数の職員で分担して実施する場合は、業務配分に合わせ、柔軟に対応して差し支えない)

※職員それぞれの担当件数は、毎月確認