

令和 8 年度

第 1 回

春日部市地域包括支援センター運営等協議会

令和 8 年 7 月 28 日（火）午後 1 時 3 0 分～
春日部市役所 ひだまりホール

目 次

審議事項

- 2 日常生活圏域について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 地域密着型サービス事業者の選定計画について・・・・・・・・ 4
- 4 春日部市地域包括支援センター運営方針について・・・・・・・・ 5

報告事項

- 1 地域密着型サービス事業所等の指定状況について・・・・・・・・ 6
- 2 令和8年度地域包括支援センター事業計画及び収支予算について・・・・ 9
- 3 認知症初期集中支援チームの活動について・・・・・・・・・・ 26

審議事項 2

日常生活圏域について

1 本市の現状について

介護保険事業計画の策定において、人口や交通事情などの社会的条件などから、住民が日常生活を営み、行政サービスを提案するための日常生活圏域を定めることになっていきます。本市の日常生活圏域の設定は、国の目安として示された人口3万人程度を基に8圏域で設定され、各圏域に地域包括支援センターを設置しました。その後も8圏域での体制が維持されています。

(1) 日常生活圏域



圏域	地区
第1生活圏域	粕壁、粕壁1～4丁目、中央1～8丁目、浜川戸1～2丁目、粕壁東1～6丁目、南1～3丁目
第2生活圏域	梅田、梅田1～3丁目、梅田本町1～2丁目、内牧、南栄町、八丁目、小渕、不動院野、樋籠、樋堀、栄町1～3丁目
第3生活圏域	八木崎町、西八木崎1～3丁目、増富、増戸、下蛭田、花積、道口蛭田、上蛭田、道順川戸、南中曽根、新方袋、豊町1～6丁目
第4生活圏域	備後西1～5丁目、武里中野、薄谷、大場、増田新田、谷原新田、上大増新田、下大増新田、谷原1～3丁目、大沼1～7丁目
第5生活圏域	緑町1～6丁目、南4～5丁目、備後東1～4丁目、一ノ割、一ノ割1～4丁目
第6生活圏域	備後東5～8丁目、武里団地1～9街区、大畑、大枝(武里団地以外)、千間1丁目
第7生活圏域	牛島、新川、赤沼、銚子口、藤塚、六軒町、本田町1～2丁目、豊野町1～3丁目、水角、赤崎、永沼、下柳、上柳
第8生活圏域	飯沼、米崎、米島、東中野、新宿新田、上金崎、金崎、西金野井、大衾、神間、榎、立野、櫛、小平、下吉妻、上吉妻、西宝珠花、西親野井、塚崎、倉常、芦橋、木崎

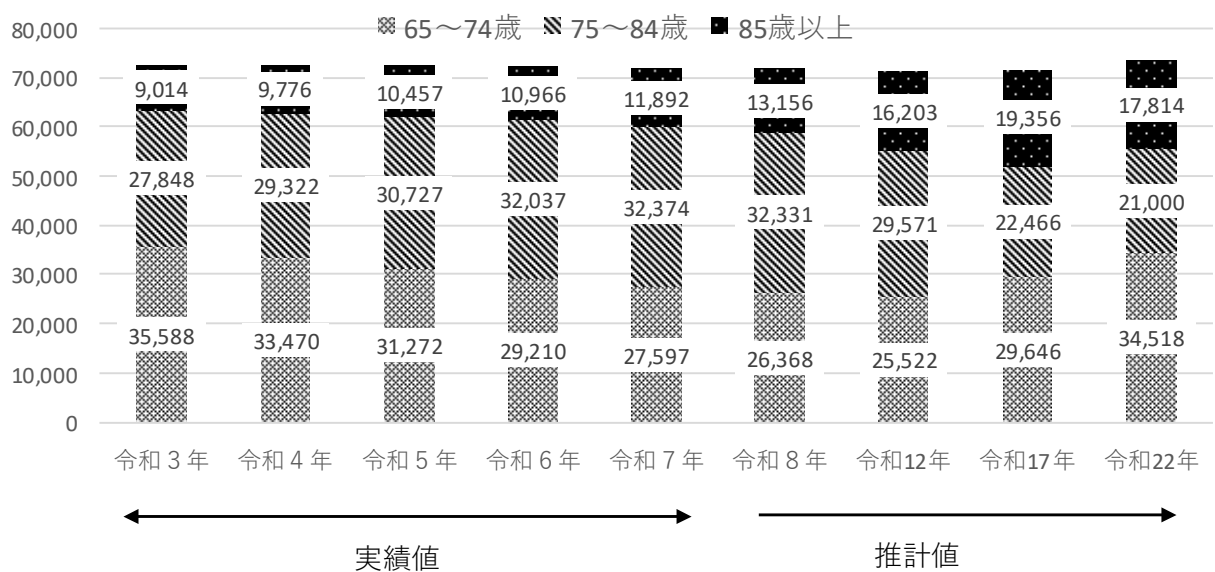
(2) 人口の推移

各圏域の総人口・高齢者数・高齢化率

令和8年4月1日現在

項目	第1圏域	第2圏域	第3圏域	第4圏域	第5圏域	第6圏域	第7圏域	第8圏域
人口	31,839	30,653	28,913	28,616	26,233	22,933	26,463	32,972
高齢者数	8,931	8,957	9,391	8,717	8,170	8,250	8,311	11,034
高齢化率	28.1%	29.2%	32.5%	30.5%	31.1%	36.0%	31.4%	33.5%

年齢3区分別人口構成比の推移



資料：住民基本台帳 各年度10月1日時点

(令和8年度以降は推計(第9期春日部市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画より))

(3) 地域包括支援センターの体制

地域包括支援センターは、高齢者人口6,000人につき「保健師」、「社会福祉士」、「主任介護支援専門員」の3職種(3人)を配置することになっており、高齢者数の増加に伴い、職員の配置を増やして対応してきました。

地域包括支援センターの職員体制

令和8年7月1日現在

	第1地域 包括支援 センター	第2地域 包括支援 センター	第3地域 包括支援 センター	第4地域 包括支援 センター	第5地域 包括支援 センター	第6地域 包括支援 センター	第7地域 包括支援 センター	第8地域 包括支援 センター
職員数	6人	6人	6人	5人	6人	6人 (含事務1人)	5人	6人

2 今後の対応について

現在の8圏域の体制を維持していきます。

本市における各日常生活圏域における高齢者人口は、現在約8,200人から11,000人となっており、推計では次期計画期間となる令和12年度まで、同様の水準で移行するものと考えられます。一方、3区分別人口構成の推移については、令和17年度に向けて65歳から84歳までの人口が減少し、85歳以上人口が増加する推計となっています。

これらを踏まえ、総合的に判断した結果、第10期計画においては現行の日常生活圏域を維持することが適当であると考えております。

【理由】

- 1 センターは設置以来、それぞれの担当圏域において、自治会、民生委員・児童委員、医療機関、介護サービス事業所、社会福祉協議会、民間事業者など、多様な関係機関との連携体制を構築し、地域の実情に応じた支援を積み重ね、地域支援ネットワークを構築している。
- 2 これまでに地域住民の理解や協力を得ながら関係性が醸成され、センターの活動がより地域に密着したものとなり、高齢者を取り巻く健康や介護、生活支援などの地域の課題をとらえ、地域住民との連携のもと、地域の実情に応じた支え合いの体制作りが構築されてきた。
- 3 今後地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けて、認知症施策の推進や介護予防、生活支援体制の充実、複合化・複雑化する課題への対応など、地域における関係機関との連携がこれまで以上に重要となり、圏域を変更した場合、これまで培われてきた地域との信頼関係やネットワークに影響を及ぼす可能性があり、継続的かつ効果的な支援体制の維持する観点からも慎重な対応が求められる。

以上のことから、第10期介護保険事業計画における日常生活圏域については、これまで構築してきた地域ネットワークを活かしながら、地域包括ケアシステムのさらなる推進を図るため、現行の圏域設定を維持することとしたいと考えております。

ただし、今後令和17年度から団塊ジュニア世代が後期高齢者となる令和32年に向けた高齢化率の推移と医療・介護ニーズの変化を見極め、日常生活圏域の検討を継続的に行っていく必要があると考えております。

審議事項 3

地域密着型サービス事業者の選定計画について

1 整備方針

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、「第9期春日部市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」に基づき、地域密着型サービスの整備を進めます。

なお、「第9期春日部市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」では、中長期的な観点から整備を進めるため、令和6年度から令和11年度までの整備計画を定めています（令和9年度から令和11年度までは第10期計画分になります。）。

2 事業所等の選定予定

令和9年度に計画している地域密着型サービスについて、令和8年度に選定をするものです。なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護につきましては、5事業者を整備していますが、そのうち3事業者において利用者が少ないことから、選定を見合わせます。

		第9期地域密着型 サービス整備計画			第10期地域密着型 サービス整備計画		
		6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	事業者数	1			1		
小規模多機能型居宅介護	施設数		1		1		
	登録定員数		29		29		
認知症対応型共同生活介護	施設数		1				
	定員数		18				
看護小規模多機能型居宅介護	施設数			1			
	登録定員数			29			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	施設数		1				
	定員数		29				

3 選定方法

サービスの質の確保や適正な提供体制の確立を目指し、公募を実施し、よりよい地域密着型サービスを提供できる事業者を公平・公正に選定します。

審議事項 4

春日部市地域包括支援センター運営方針について

1 審議内容

市町村は、地域包括支援センターが行う事業（包括的支援事業）の全てを一括して委託する場合、当該事業の実施の方針（地域包括支援センター運営方針）を示すものとされています（介護保険法施行規則第140条の67の2）。

また、地域包括支援センター運営協議会は、その所掌事務として、「センターの行う業務に係る方針に関すること」について意見を述べるものとされています（「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知））。

令和7年度に行った国の全国統一指標に基づくセンターの事業評価において、評価指標に一部変更が生じたことから、新たに追加された評価指標に基づき「春日部市地域包括支援センター運営方針」を一部改正し、別添資料1の（案）とおりに定めてよいとお諮りするものです。

2 春日部市地域包括支援センター運営方針（案）

別添資料1 参照

3 主な変更点

（1） 評価指標に基づく変更点

① センター長の設置（別添資料1 P.4 4（3））

センター長の設置、センター長の役割及び職員への周知について明記した。

② 人材確保及び育成（別添資料1 P.4 （5））

人材確保及び育成に係る体制整備について明記した。

③ 業務継続計画（BCP）の策定（別添資料1 P.5 （10））

感染症及び自然災害発生時における業務継続計画の策定について明記した。

④ 居宅介護支援事業所の状況把握（別添資料1 P.8 イ i）

担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ把握について明記した。

（2） その他の変更点

① プロジェクト会議（別添資料1 P.12 6（4））

地域課題の解決や、包括の運営に関する課題に等ついて、関係機関との連携を密にし、集中的に検討していく必要があることから、必要に応じてプロジェクト会議を開催することについて、新たに記載した。

報告事項 1

地域密着型サービス事業所等の指定状況について

地域密着型サービス

<市内>

新規指定

	サービス種別	事業所名称	所在地	指定(更新)年月日	定員
1	地域密着型通所介護	ヒラックス春日部	一ノ割 1-11-1	令和 8 年 1 月 14 日	10 人

更新指定

	サービス種別	事業所名称	所在地	指定(更新)年月日	定員
1	地域密着型通所介護	デイサービスありがとう	西金野井 1822-2	令和 7 年 12 月 1 日	10 人
2	認知症対応型共同生活介護	グループホームみんなの家・春日部やなか	大場 675-1	令和 8 年 2 月 1 日	18 人
3	認知症対応型共同生活介護	グループホームなごみ米島	米島 350 番 1 号	令和 8 年 3 月 1 日	18 人

廃止

	サービス種別	事業所名称	所在地	廃止年月日	定員
1	認知症対応型共同生活介護（市外）	あしすとホーム蓮田	蓮田市藤ノ木 4-53	令和 8 年 1 月 29 日	18 人
2	地域密着型通所介護	お泊りデイサービス越谷	越谷市弥栄町 3-43-196	令和 8 年 3 月 31 日	10 人
3	地域密着型通所介護	あおぞら整骨院デイサービス	越谷市千間台東 1-15-5	令和 8 年 6 月 9 日	10 人

<参考：R8.7.1 現在の地域密着型サービスの指定状況>

サービス名	市内事業者	市外指定	計
認知症対応型共同生活介護	15		15
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5		5
小規模多機能型居宅介護	3		3
認知症対応型通所介護	2		2
看護小規模多機能型居宅介護	2		2
地域密着型通所介護	27	2	29
計	53	5	58

介護予防支援

新規指定

	サービス種別	事業所名称	所在地	指定(更新)年月日	定員
1	介護予防支援	らいとおん	備後東 1-28-18	令和8年5月1日	—

<参考：R8.7.1 現在の介護予防支援の指定状況>

サービス名	包括	市内事業者	計
介護予防支援	8	3	11

令和 8年 4月24日

介護保険法に基づく指定地域密着型(介護予防)サービス事業者の 指定の一部の効力停止処分について

春日部市は、介護保険法の規定に基づき、4月24日付けで以下の指定地域密着型(介護予防)サービス事業者の行政処分を行いましたのでお知らせします。

1 対象事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名称 | 株式会社大起エンゼルヘルプ |
| (2) 法人所在地 | 東京都荒川区東尾久一丁目1番4号5階 |
| (3) 法人代表 | 代表取締役 小林 由憲 |

2 対象事業所

- | | |
|------------|-------------------------------|
| (1) 事業所名称 | グループホームなごみ米島 |
| (2) 事業所所在地 | 春日部市米島350番地1 |
| (3) サービス種別 | 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| (4) 指定日 | 令和2年3月1日 |
| (5) 事業所番号 | 1190600302 |

3 行政処分の内容

- | | |
|----------------|----------------------------------|
| (1) 行政処分の内容 | 指定の一部の効力停止 |
| (2) 処分年月日 | 令和8年4月24日 |
| (3) 指定の効力の一部停止 | 令和8年5月1日から同年7月31日まで(3か月)(新規受入停止) |

4 行政処分の理由

人格尊重義務違反(介護保険法第78条の10第6号及び第115条の19第6号に該当)

令和5年1月から令和7年7月までの期間において、介護従事者2人による以下の人格尊重義務違反が確認された。

- ・入居者に対して威圧的な態度を取ったり、暴言による心理的虐待を行った。
- ・入居者に対して頬をつねる身体的虐待を行った。

5 その他

入居者が安心して生活ができるように、不適切な行為を許さない環境を構築するよう指導した。

問い合わせ先

健康保険部 介護保険課
担当：島田 直通 048-796-8285

報告事項 2

令和 8 年度地域包括支援センター事業計画及び収支予算について

1 事業計画

(1) 総合相談支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるように、地域の相談窓口として地域における関係機関とのネットワークを構築し、支援が必要な高齢者に対して、適切なサービス、機関及び制度の利用につなげる等の支援を行う。

《主な内容》

- ・ 地域の高齢者の様々な相談に対し、適切な情報提供や関係機関の紹介等を行う。また、関係機関との連携を図り、定期的に情報収集を行う。
- ・ 高齢者や家族の状況等について実態を把握し、適切な支援へつなぎ、更なる問題発生の防止・早期発見のために地域関係者のネットワーク構築を図る。

包括	事業計画（概要）
第 1	・ 支え合い会議やしゃべる場、高齢者サロンへのアンケート実施等により地域課題を把握する。 ・ コープ春日部東口店（年 3 回）及び春日部郵便局（年数回）で出張相談会を実施する。 ・ 介護者支援としてパーキンソン病患者会を開催する。 ・ 年に 3 回包括だよりを発行する
第 2	・ 高齢者サロンでの意見交換により地域の困りごとや介護者の実態把握をする。 ・ 幸楽荘で出張相談会を実施する（毎月第 2 金曜日）。 ・ オレンジカフェにて介護者と交流を図る。 ・ 年 2 回包括だよりを発行する。
第 3	・ 豊春ささえあいミーティングにて地域の実態把握、情報共有を図る ・ オレンジカフェ、ふれあいウォーキング及び豊春市民センター・豊春第二公民館文化祭にて介護相談コーナーを設置する。 ・ 介護者支援として認知症家族会「麦わらぼうし」（月 1 回）を開催すると共に、介護者の勉強会を開催する（年 2 回）。 ・ 「第 3 包括かわら版」を発行する。
第 4	・ 支え合い会議やしゃべる場により地域課題を把握する。 ・ 高齢者福祉センター「寿楽荘」で健康相談会を実施する（毎月第 2 火曜日）。 ・ オレンジカフェにおいて、相談コーナーを設置する。 ・ 豊春第二公民館にて介護者交流サロンを開催する（毎月第 4 木曜日）。 ・ 年に 2 回「あおぞら通信」を発行し、包括の周知を
第 5	・ 支え合い会議やしゃべる場により地域課題を把握する。 ・ 大池憩の家で出張相談会を実施する（毎月第 3 水曜日）。また、オレンジカフェ、ふれあいウォーキングにて相談コーナーを設置する。 ・ ハーモニー春日部主催の介護者支援講演会に協力参加する。

	・ 年に2回包括だよりを発行する。
第6	・ 介護者サロン『福』を開催し、介護者の実態を把握する。 ・ 武里団地自治会主催のふれあい喫茶（月2回）及び武里東急自治会主催の陽だまりカフェ（月1回）にて出張相談会を実施し、高齢者の実態把握を行う。 ・ 備後東急武里自治会ひだまりカフェにて地域を対象に介護の勉強会を開催する。 ・ 民生委員児童委員の勉強会に参加し学習会の講師を行い包括周知をする。
第7	・ 高齢者サロンでの意見交換により、地域の困りごと等を把握する。 ・ イオン薬局（毎月第3水曜日）及び薬師沼憩いの家（毎月第3金曜日）で出張相談会を実施する。また、オレンジカフェ、ふれあいウォーキングで相談対応を行う。 ・ 地域を対象に介護の勉強会を開催する。 ・ 包括のチラシを全戸配布する。また、高齢者サロン訪問を行い、包括の周知及び各事業の普及啓発を行う。
第8	・ 高齢者の集いでの意見交換により、地域の困りごと等を把握する。 ・ 庄和総合支所で介護相談会を実施する（毎月第一開庁日）。また、オレンジカフェにて相談コーナーを設置する。 ・ 随時包括だよりを発行する。

（２） 権利擁護事業

成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応、支援困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図る。

《主な内容》

- ・ 虐待の疑いを含めた事例を把握した場合は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」等に基づき、市と連携を図りながら速やかに事例に即した適切な対応をとる。
- ・ 支援困難事例について対応を検討し、必要な支援を行う。
- ・ 消費者被害を防止するため、地域の高齢者及び関係機関等に必要な情報提供を行う。

包括	事業計画（概要）
第1	・ 地域包括支援センターだよりを活用し、成年後見制度及び高齢者虐待に係る知識の普及を図る。 ・ 消費者被害の情報について、関係団体との会議場や、地域サロンへの訪問等により、地域の高齢者への注意喚起を積極的に行う。
第2	・ 成年後見制度に係る相談については、速やかに関係機関と連携し、必要に応じて市長申し立てにつなげる。 ・ 高齢者虐待防止のため、関係団体との会議場や、地域サロンへの訪問等により、高齢者虐待に関する知識の普及を図る。 ・ 消費者被害防止のため、関係機関との連携により消費者被害に関する情報収集を行い、地域の高齢者への注意喚起を行う。

第 3	・ 身寄りがないなど困難な事例に当たっては、速やかに関係機関と連携し必要な対策を検討する。 ・ 高齢者虐待防止のため、広報紙や高齢者サロンへの訪問などの機会を活用し高齢者虐待に関する知識の普及を図る。 ・ 消費者被害の情報について、関係団体との会議場や、オレンジカフェ、地域サロンへの訪問等により、地域の高齢者への注意喚起を積極的に行う。
第 4	・ 成年後見制度に係る相談については、速やかに関係機関と連携し、必要に応じて市長申し立てにつなげる。 ・ 高齢者虐待に関する通報に対し、関係機関と連携しながら迅速な対応を行う。 ・ 消費者被害の情報について、地域の活動団体や地域サロンへの訪問等により、地域の高齢者への注意喚起を行う。
第 5	・ 成年後見制度の利用促進を図るため、関係者向け研修会などに参加し制度の理解を深める。 ・ 高齢者虐待防止のため、地域包括支援センターだよりを活用し、高齢者虐待に関する知識の普及を図る。 ・ 高齢者の消費者被害の相談については、速やかに関係機関へつなげると共に、被害防止対策について検討し、必要な支援を行う。
第 6	・ 経済的困窮者や身寄りのないケースなど困難な状況にある高齢者が安心して生活できるように、様々な機関と連携し、必要に応じて制度の支援体制を整える。 ・ 高齢者虐待対応については、コア会議を積極的に行政担当課になげかけ、命を守る行動を迅速に行う。 ・ 消費者被害の情報について、関係団体との会議場や、地域サロンへの訪問等により、地域の高齢者への注意喚起を積極的に行う。
第 7	・ 成年後見制度に係る相談については、速やかに関係機関と連携し、必要に応じて市長申し立てにつなげる。 ・ 高齢者虐待に関する通報に対し、関係機関と連携しながら迅速な対応を行う。 ・ 消費者被害防止のため、関係機関との連携により消費者被害に関する情報収集を行い、地域高齢者への注意喚起を積極的に行う。
第 8	・ 成年後見制度の利用促進を図るため、地域包括支援センター周知チラシを活用し、制度の周知を図る。 ・ 高齢者虐待に関する通報に対し、関係機関と連携しながら迅速な対応を行う。 ・ 消費者被害の情報について、関係団体との会議の場や、高齢者の集いの場へ訪問し、県や警察から届くチラシを配布する等、地域の高齢者へ積極的に注意喚起を行う。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

高齢者が、住み慣れた地域で暮らすことができるように、主治医と介護支援専門員との連携をはじめ、多職種との協働や地域の関係機関との連携を図るとともに、介護支援専門員に対する支援等を行う。

《主な内容》

- ・ さまざまな社会資源を活用できるように地域の連携・協力体制を整備する。
- ・ 市内の居宅介護支援事業所等に対する研修や情報交換を定期的に行い、介護支援専門員の資質向上を図る。
- ・ 地域における介護支援専門員のネットワークを構築し、活用する。
- ・ 介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行う。

包括	事業計画（概要）
第1	・ 介護支援専門員研修会（年3回）、介護支援専門員情報交換会（年5回）、困難事例に係る事例検討会（年2回）、認知症支援に係る研修会（年1回）を開催する。 ・ 居宅介護支援事業所を訪問し、相談会を実施する。（年1回）
第2	・ 介護支援専門員研修会（年1回）、介護支援専門員情報交換会（年4回）、困難事例に係る事例検討会（年1回）、認知症支援に係る研修会（年1回）を開催する
第3	・ ケアマネサロンを開催し、事例検討や情報交換（年8回）、ミニ講座（年2回）を開催する。 ・ 対応困難な事例について、ケース会議を開催し、関係機関を招集、情報共有と対応の検討を図る（随時）。
第4	・ 介護支援専門員研修会（年2回）、介護支援専門員情報交換会（年9回）、困難事例に係る事例検討会（随時）認知症支援に係る研修会（年1回）、情報交換会（年1回）を開催する。 ・ 介護支援専門員相談会を実施する（年9回）。
第5	・ 介護支援専門員研修会及び情報交換会（年4回）、認知症支援に係る研修会を開催する（年1回）。 ・ 居宅介護支援事業所を訪問し、相談会を実施する（年1回）。
第6	・ 介護支援専門員研修会（年1回）、介護支援専門員情報交換会（年7回）、認知症支援に係る研修会（年1回）、困難事例 PICAGIP 事例検討会（年7回）を開催する。 ・ 居宅介護支援事業所同士で行う他法人勉強会へ参加する。 ・ にこにこケアマネ訪問（居宅介護支援事業所・介護施設）を実施する（年2回）。
第7	・ 介護支援専門員研修会（年4回）、認知症支援に係る研修会（年1回）、困難事例に係る事例検討会を開催する。 ・ 宅介護支援事業所を訪問し、相談会を実施する。
第8	・ 介護支援専門員研修会（年4回）、介護支援専門員情報交換会（年1回）、困難事例に係る事例検討会（随時）、認知症支援に係る研修会（年1回）開催する。 ・ 居宅介護支援事業所を訪問し、相談を実施する（随時）。

(4) 地域包括支援ネットワークの構築

包括的支援事業を効果的に実施するため、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービス等の様々な社会資源が有機的に連携する環境整備を行う。

《主な内容》

- ・ 地域の特性に応じて、地域の関係者とのネットワークを構築し、日常的な連携を図る。

包括	事業計画（概要）
第1	・ 粕壁地区まちづくり協議会へ出席する（年3回）。 ・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ 春日部市高齢者見守り支援ネットワーク推進会議へ出席する（年1回）。 ・ 粕壁地区自治会・民生委員への出前講座を実施する。 ・ そらまめふれ愛クラブを開催する（月1回）。
第2	・ 支部社協理事会へ参加する。 ・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ ツクイ運営推進会議へ出席する（随時）。 ・ 関係機関・関係先の連絡先等をリスト管理する。
第3	・ 豊春支部社協理事会へ参加する。 ・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどい、お助け隊情報交換会等へ出席する。 ・ 第4包括と豊春地区活動についての打ち合わせを実施する（月1回）。 ・ 地域密着型サービス事業所運営推進会議へ出席する（随時）。 ・ 春日部市高齢者見守り支援ネットワーク推進会議へ出席する（年1回）。
第4	・ 支部社協理事会へ参加する。 ・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ 第4圏域内事業所の運営推進会議へ出席する（随時）。 ・ 地域の活動団体での出前講座を開催する（随時）。
第5	・ 粕壁地区、武里地区支部社協役員会へ参加する。 ・ 愛の家春日部一ノ割運営推進会議へ出席する（年6回）。 ・ ハーモニー春日部主催 介護者支援講座へ協力する。 ・ 高齢者支援につながる活動を実施する企業や事業所へ、埼玉県プラチナ・サポートショップへの登録を勧奨する。
第6	・ 大枝市民センター地域づくり推進協議会第8条委員として参加する。 ・ かすかべ未来研究所 武里団問課題解決事業案による会議へ参加する。 ・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどい、お助け隊情報交換会等へ出席する。 ・ ふれあいの家備後運営推進会議へ出席する（随時）。 ・ 自費サービスや企業サービス等も含めた地域資源マップを作成する。

第 7	・ 市社会福祉協議会主催地域活動者のつどい、お助け隊情報交換会等へ出席する。 ・ 豊野地区災害対策協議会へ参加する。 ・ 地域密着事業所(DS・GH・小多機事業所) 運営推進会議へ出席する(随時)。 ・ 介護施設見学ツアーを企画する。 ・ 春日部ロイヤルケアセンター・春日部中央病院との共催による医療公開講座を開催する。 ・ 通所サービス作品展を企画する。 ・ イオンモール春日部との共催イベントを企画する(ウォーキング・フレイル・認知症・地域交流)。
第 8	・ 地域密着型サービス事業所の運営推進会議へ出席する(随時)。 ・ 地区防災訓練へ参加する(年1回)。 ・ 庄和図書館と連携する(年1回)。 ・ 高齢者支援につながる活動を実施する企業や事業所へ、埼玉県プラチナ・サポートショップへの登録を勧奨する。

(5) 地域ケア会議の開催

月に1回程度地域ケア会議を開催し、医療・介護等の専門職をはじめ多職種連携による個別事例の検討及びモニタリングを通じて、ケアマネジメントの資質向上を図り、併せて地域ネットワークの構築、地域課題の把握を図る。

《主な内容》

- ・ 地域の介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントを支援する。
- ・ 高齢者の実態把握や問題解決のための地域支援ネットワークを構築する。
- ・ 個別ケースの課題分析等により地域課題を把握する。

包括	事業計画(概要)
第 1	・ 個別ケースの検討会議(年5回)、モニタリング報告会(年4回)、まとめ会議(年1回)を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う(年5事例)。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する(年6回)。
第 2	・ 個別ケースの検討会議(年5回)、モニタリング報告会(年5回)、まとめ会議(年1回)を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う(年5事例)。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する(年6回)。
第 3	・ 個別ケースの検討会議(年5回)、モニタリング報告会(年5回)、まとめ会議(年1回)を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う(年5事例)。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する(年6回)。

第 4	・ 個別ケースの検討会議（年 5 回）、モニタリング報告会（年 5 回）、まとめ会議（年 1 回）を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う（年 5 事例）。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する（年 6 回）。
第 5	・ 個別ケースの検討会議（年 5 回）、モニタリング報告会（年 4 回）、まとめ会議（年 1 回）を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う（年 5 事例）。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する（年 6 回）。
第 6	・ 認知症をテーマとした個別ケースの検討会議（年 5 回）、モニタリング報告会（年 5 回）、まとめ会議（年 1 回）を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う（年 5 事例）。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する（年 6 回）。
第 7	・ 個別ケースの検討会議（年 5 回）、モニタリング報告会（年 5 回）、まとめ会議（年 1 回）を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う（年 5 事例）。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する（年 6 回）。
第 8	・ 個別ケースの検討会議（年 5 回）、モニタリング報告会（年 4 回）、まとめ会議（年 1 回）を開催する。 ・ 個別ケースの検討のあたり事例提供者との事前調整、フォローアップを行う（年 5 事例）。 ・ 地域ケア推進会議へ出席する（年 6 回）。

（６）認知症地域支援・ケア向上推進業務

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築する。

各地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を 1 名以上配置し、認知症の人などの相談・支援及び認知症の人に適切なサービスが提供されるよう、認知症疾患医療センター等関係機関との連携を図り、地域の支援体制の構築と認知症ケアの向上を図る。

《主な内容》

- 地域におけるネットワークの構築
 - ・ 認知症疾患医療センターを含む医療機関等と連携を図りながら、連絡調整などの支援を行う。
 - ・ 多職種が参加する認知症の人の支援のための研修会や事例検討会、情報交換会を開催する。
 - ・ 地域住民に対して、認知症に関する情報提供や講話等を行い、認知症

への理解や関心を深めるための普及啓発を行う。

- ・ 「チームオレンジコーディネーター」を1名以上配置し、認知症の人やその家族の支援ニーズを地域支援につなぐチームオレンジの立ち上げに向けた情報収集や支援を行う。
- 認知症の人やその家族への支援
 - ・ 認知症の人やその家族等からの相談支援を行う。
 - ・ 「認知症初期集中支援チーム」と連携を図り、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整する。
 - ・ 認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加できる「認知症カフェ」を圏域内において開催するために関係機関と連携を図る。

包括	事業計画（概要）
第1	・ 認知症地域支援推進員を1名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを2名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年2回）。 ・ オレンジカフェを開催する（月1回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年1回以上）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（随時）。 ・ 介護支援専門員向け研修会を開催する（年1回）。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（2団体 各月1回）。
第2	・ 認知症地域支援推進員を2名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを2名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年2回）。 ・ オレンジサポーター座談会を開催する。 ・ オレンジカフェを開催する（月1回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年2回）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年1回）。 ・ 脳の健康フェスタを開催する（年1回）。 ・ チームオレンジ立ち上げ支援を行う（1団体）。
第3	・ 認知症地域支援推進員を2名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを2名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年2回）。 ・ オレンジカフェを開催する（月4回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年2回）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年1回）。 ・ チームオレンジ活動支援を実施する（3団体）。 ・ 圏域内グループホームとの連携する。
第4	・ 認知症地域支援推進員を2名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを2名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年2回）。 ・ オレンジカフェを開催する（月1回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年2回）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年1回）。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（1団体 月1回）。 ・ チームオレンジ立ち上げ支援を行う。

第 5	・ 認知症地域支援推進員を 1 名以上置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを 1 名以上置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する。 ・ オレンジカフェを開催する（3 箇所月 1 回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年 2 回）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年 1 回）。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（1 団体 各月 1 回）。 ・ 圏域の介護事業所と連携する。
第 6	・ 認知症地域支援推進員を 2 名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを 2 名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年 2 回）。 ・ オレンジカフェを開催する（3 か所 月 1 回）。 ・ 認知症サポーター養成講座の開催（年 2 回）及び随時。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年 1 回）。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（1 団体 各月 1 回）。 ・ チームオレンジ立ち上げ支援を行う（1 団体）。
第 7	・ 認知症地域支援推進員を 1 名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを 1 名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年 2 回）。 ・ オレンジカフェを開催する（月 1 回）。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年 3 回）。 ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年 1 回）。 ・ 脳の健康フェスタを開催する。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（1 団体） ・ チームオレンジ立ち上げ支援を行う。
第 8	・ 認知症地域支援推進員を 2 名置き、認知症ケア相談室を設置する。 ・ チームオレンジコーディネーターを 2 名置く。 ・ 認知症疾患医療センター医療連携協議会へ出席する（年 2 回）。 ・ オレンジカフェを開催する（2 箇所 月 1 回） ・ 認知症サポーター養成講座を開催する（年 2 回） ・ 認知症サポーターステップアップ講座（地域型）を開催する（年 1 回）。 ・ チームオレンジ運営支援を行う（2 団体 随時）。 ・ チームオレンジ立ち上げ支援を行う（1 団体）。 ・ 庄和図書館との連携し、認知症に関する図書展示を企画する（年 1 回）。

（7）生活支援体制整備業務

元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO 法人、民間企業、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、共同組合、地縁組織、高齢者クラブ、民生委員等の多様な主体と連携しながら、高齢者を支える地域の支援体制の充実及び高齢者の社会参加の推進を図る。

高齢者の生活支援体制整備を推進するため、各地域包括支援センターに「第 2 層生活支援コーディネーター」を 1 名以上配置する。

《主な内容》

- ・ 地域の社会資源やニーズ等の情報を収集・集約し、地域のニーズと資源の見える化を図る。
- ・ 自治会や民生委員など、地域の各種団体など多様な主体へ事業の説明をし、理解・協力が得られるように努める。
- ・ 生活支援の実施主体となる関係者間のネットワークを構築し、関係者間における意識の統一、情報の共有を図る。
- ・ 生活支援の担い手の養成や、地域に不足するサービスの創出を行う。
- ・ 圏域内において生活支援コーディネーターと生活支援の実施主体等が参画し、定期的な情報共有・連携強化を図るための協議体（地域支え合い会議）を開催する。

包括	事業計画（概要）
第1	・ 第2層生活支援コーディネーターを1名置く。 ・ 支え合い会議やしゃべる場により地域課題を把握する。 ・ 第2層 粕壁地区支え合い会議を開催する(年1回)。 ・ 粕壁地区しゃべる場を開催する(年1回)。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ えんJOYトレーニング（3団体）、お助け隊活動支援（1団体）、地域サロン運営支援（1団体 月1回）、ふれあいウォーキング開催支援（1会場 月1回）を行う。
第2	・ 第2層生活支援コーディネーターを2名置く。 ・ 第2層内牧地区・幸松地区支え合い会議を開催する（各年2回）。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ ボランティアの学習会を開催する（年1回）。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う（2団体）。 ・ 広報誌『幸せのまつ』編集会議（月1回）、広報誌『内牧支部社協』編集会（随時）へ出席する。 ・ 地域サロン運営支援を行う（1団体 月1回）。 ・ 内牧・幸松地区ふれあい会食会へ協力する（8カ所）。 ・ ふれあいウォーキングイベント開催支援を行う（随時）。 ・ 内牧地区体育祭への協力（年1回）、内牧地区公民館文化祭への参加（年1回）を行う。
第3	・ 第2層生活支援コーディネーターを1名置く。 ・ 第2層 豊春地区支え合い会議を開催する（年2回）。 ・ 豊春ささえあいミーティングを開催する(年1回)。 ・ 社協主催地域活動者のつどい、お助け隊情報交換会等へ出席する。 ・ ふれあいウォーキング花積健康講座等イベントを開催する（年3回）。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う（3団体）。 ・ 豊春地区広報誌編集会議へ出席する。 ・ 豊春西地区ふれあい会食会へ協力する（年1回）。 ・ 花積ふれあいウォーキング開催支援を行う。 ・ 豊春セカンドライフ大作戦の企画・運営支援を行う。
第4	・ 第2層生活支援コーディネーターを3名置く。 ・ 第2層 豊春地区支え合い会議を開催する（年2回）。 ・ 2層武里地区支え合い会議を開催する（武里支部社協理事会の開催に

	準ずる)。 ・ 武里中野地区しゃべる場を開催する。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ 地域の活動団体へ出前講座を開催する（随時）。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う（5団体）。 ・ 豊春セカンドライフ大作戦活動支援を行う（随時）。 ・ 地域サロン運営支援を行う（随時）。 ・ 武里地区ふれあい会食会（年2回）、豊春地区ふれあい会食会（年1回）へ協力する。 ・ ふれあいウォーキング立ち上げを検討する。
第5	・ 第2層生活支援コーディネーターを1名以上置く。 ・ 第2層 粕壁地区、武里地区支え合い会議を開催する。 ・ 粕壁地区、武里地区支部社協役員会へ参加する。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う（4団体）。 ・ 武里地区ふれあい会食会へ協力する（年2回）。 ・ ふれあいウォーキング開催支援を行う（2会場 各月1回）。 ・ 一ノ割地区防災訓練へ参加する（年1回）。
第6	・ 第2層生活支援コーディネーターを3名置く。 ・ 第2層武里団地地区支え合い会議を開催する（年3回）。 ・ 第2層武里地区支部支え合い会議を開催する（年5回）。 ・ 3層でのしゃべる場の開催を検討する。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する（年1回）。 ・ 男のセカンドライフ大学校武里団地校を開催する（毎月）。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う（4団体）。 ・ 大枝東自治会高齢者支援室支え合い活動運営支援を行う。 ・ 武里団地自治会主催ふれあい喫茶、力になり隊の運営支援を行う。 ・ 武里地区ふれあい会食会へ協力する（年2回）。 ・ ふれあいウォーキング開催支援を行う（武里団地近隣公園会場手配申請）。 ・ 武里団地地区体育祭（年1回）、武里団地大枝市民センターのけやきフェスティバル（年1回）へ協力する。 ・ 武里団地地区防災訓練へ参加する（年1回）。
第7	・ 第2層生活支援コーディネーターを1名置く。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する。 ・ 豊野地区災害対策協議会へ参加する。 ・ 支部社協情報交換会へ出席する。 ・ 男のセカンドライフ大学校を開催する（年6回）。 ・ えんJOYトレーニング見守り支援を行う。 ・ 豊野おたすけ隊、モーモーあいランド活動支援を行う。 ・ 地区広報誌編集会議（幸せのまつ）、地区広報誌編集会議（Myタウンとよの）へ出席する。 ・ 地域サロン運営支援、ふれあい会食会協力、ふれあいウォーキング開催支援を行う。 ・ 豊野支部社協主催健康を考える集いへ参画する。 ・ 豊野地区防災訓練へ参加する。 ・ 孝楽園フードパントリーへ協力する。

第 8	・ 第 2 層生活支援コーディネーターを 3 名置く。 ・ 支部社協理事会へ参加する。 ・ 社協主催地域活動者のつどいへ出席する（年 1 回）。 ・ えんトレ全体会を開催する（年 1 回）。 ・ 介護者教室を開催する。 ・ えん JOY トレーニング見守り支援を行う（10 団体）。 ・ 地区広報誌編集会議に出席する（随時）。 ・ 高齢者の集い運営支援、ふれあい会食会協力を行う（随時） ・ ふれいあいウォーキング開催支援を行う（月 1 回） ・ 地区防災訓練へ参加する（年 1 回）
-----	---

（８）フレイル予防普及啓発業務

高齢者の加齢に伴うフレイル状態への早期の気づきを促すため、フレイルチェック測定会を実施するとともに、市民ボランティアであるフレイルサポーターの養成を行い、地域に根付いたフレイル予防を普及啓発する。

《主な内容》

- ・ 地域包括支援センターが有する様々な人的ネットワークを活用し、フレイルサポーターの担い手を発掘する。
- ・ フレイルサポーター養成講座を開催し、フレイルサポーターを養成する。
- ・ フレイルサポーターが中心となって運営するフレイルチェック測定会の開催やフレイル予防普及活動を支援し、フレイル予防に係る普及啓発を実施する。
- ・ フレイルリスクが高い者に対し、必要なアプローチを行う。

包括	事業計画（概要）
第 1	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年 1 回）。 ・ フレイル予防勉強会（柏フレカフェ）を開催する（年 3 回）。 ・ フレイルチェック測定会を開催する（年 4 回）。 ・ フレイルサポーター活動支援を行う（連絡会・練習会等）（年 5 回）。
第 2	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年 1 回）。 ・ フレイル予防勉強会・説明会を開催する（3 団体）。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年 6 回）。 ・ 市主催フレイルサポーターフォローアップ講座へ参加する（年 1 回）。
第 3	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年 1 回）。 ・ 保健センター主催「いきいきシニアライフ応援事業」への協力する（年 4 回）。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年 6 回）。 ・ フレイルサポーター活動支援（連絡会・練習会等）を行う（年 6 回）。
第 4	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年 1 回）。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年 6 回）。 ・ フレイルサポーター活動支援（連絡会・練習会等）を行う（年 6 回）。 ・ 市主催フレイルサポーターフォローアップ講座へ参加する（年 1 回）。

第5	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年1回）。 ・ フレイル予防勉強会・説明会を開催する（年2回程度）。 ・ フレイルチェック測定会を開催する（年4回）。 ・ フレイルサポーター活動支援（連絡会・練習会・研修会等）を行う（年6回）。
第6	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年1回）。 ・ URと連携したフレイルチェック測定会体験会を開催し、サポーターの発掘を行う。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年6回）。 ・ フレイルチェック参加者アプローチ（春フレカフェ）を実施する（年11回）。 ・ フレイルサポーター活動支援（連絡会・練習会等）を行う（年11回）。 ・ 地域のイベント等にサポーターが出演し、フレイル予防啓発を行う。 ・ 大枝東自治会フレイル予防研究会の事業として行っているフレイルサポーターの活動をバックアップする。
第7	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年1回）。 ・ フレイル予防勉強会・説明会を開催する。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年9回）。 ・ フレイルチェック測定体験会を開催する（年2回）。
第8	・ フレイルサポーター養成講座を開催する（年1回）。 ・ フレイル予防勉強会・説明会を開催する（年1回）。 ・ フレイルチェック測定会開催支援を行う（年3回）。 ・ フレイルチェック参加者アプローチ（春フレカフェ）を実施する（年1回）。 ・ フレイルサポーター活動支援（連絡会・練習会等）を実施する（随時）。

（9）重点課題及び重点実施事項

地域包括センター運営方針に基づき、各域包括支援センターは地域の実情に応じて必要とする重点課題・重点目標を設定し、各地域において特色ある事業運営に努める。

また、事業計画の重点目標に基づいて達成状況を分析し、必要な業務改善を行う。

包括	重点課題	重点目標
第1	・ マンション、地域から孤立している要援護高齢者、重層的な課題を抱える高齢者への支援 ・ 地域の繋がり希薄化 ・ 相談支援体制の充実 ・ 地域住民や医療・介護・行政・協力企業との顔の見える関係づくり ・ 介護予防やフレイル啓発周知 ・ 認知症に関する相談周知	・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続していくことができるよう、必要な支援や地域社会資源を把握し、実情に沿った地域ネットワークの構築により、ワンストップサービスで相談できる体制づくりに取り組む。 ・ 認知症やフレイルに関する啓発や周知を図る。

第 2	・ 内牧地区におけるフレイルチェック測定会の開催	・ 内牧地区でフレイルサポーター養成講座を開催すると共に、フレイル予防勉強会・説明会を開催する。 ・ フレイルチェック測定会の周知を図る。
第 3	・ 地域のサポーター(オレンジサポーター、フレイルサポーター、えんトレサポーター等)や、地域活動者の活動の定着及び継続支援	・ サポーター、活動者との意見交換や交流の機会をつくり、活動が円滑に行えるよう支援する。 ・ オレンジカフェボランティアの定例会を事前事後開催し、オレンジカフェの運営に主体的に関われるよう支援する。 ・ フレイルサポーター連絡会、測定会事後反省会等を実施し、サポーターの意見を確認しながら活動にあたる。 ・ 包括かわら版や豊春ささえあい通信などで活動を地域に周知をする。
第 4	・ 地域包括支援センターの機能と業務に係る整理・発信及び、住民の理解促進 ・ 関係機関との連携強化	・ 地域住民や関係機関に向けて地域包括支援センターの機能と業務内容をわかりやすく伝える資料を整備する。 ・ 相談窓口としての認知向上と関係機関との連携強化を図る。
第 5	・ ボランティア(オレンジカフェ)やサポーター(えん JOY トレーニングサポーター、フレイルサポーター等) 主体の活動における継続支援	・ ボランティアやサポーター主体の活動について、活動に関する相談対応や新たな情報提供を定期的に行い、活動の維持・発展を図る。
第 6	・ 認知症当事者支援 ・ 認知症を正しく理解する広報活動の強化及び認知症になっても安心して暮らせるまちづくり ・ 地域の様々な団体の後継者問題についての検討	・ 認知症を正しく理解してもらう普及活動と同時に認知症当事者支援に力を入れていく。 ・ 地域ケア会議のテーマを認知症とし、課題分析・整理により次年度につなげる。 ・ 地域づくり推進会議(大枝市民センター)のイベント(8月)やかすかべ未来研究所による国際交流イベント(11月)を通して各種団体の参画による地域活性化を図り、次世代の担い手について検討する

第 7	・ フレイル予防・疾病予防の普及啓発の促進 ・ 認知症予防・新しい認知症観の普及啓発 ・ 地域住民の困りごとの早期発見・解決 ・ 民間企業との連携	・ 保健センターと連携し、保健事業と介護予防の一体的実施を推進する。 ・ 地域の医療機関・認定看護師と連携し、医療公開講座を開催する。 ・ 圏域内の医療機関・薬局へフレイル測定会のチラシ配布・掲示依頼を行う。 ・ 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を集中的に開催し、普及啓発を図る。 ・ 地域包括支援センター・相談会の名刺サイズチラシを作成し、圏域内の薬局・金融機関等で配布する。 ・ イオンモール春日部との連携により、ウォーキングイベント、脳の健康フェスタ、フレイル予防、地域の居場所づくりを実施する。 ・ 金融機関、薬局、ドラッグストア、スーパー、宅配業者との関係構築を図る。
第 8	・ これまでに立ち上がった圏域の各団体との連携強化による、支援体制の構築	・ 圏域内のえん JOY トレーニング 10 団体とフレイル予防事業との連携の機会をつくり、介護予防事業参加者の湧活を促進し、地域の活性化を目指す。

2 令和8年度 地域包括支援センター 予算額一覧

(歳入)

項 目	第1包括	第2包括	第3包括	第4包括	第5包括
1 地域包括支援センター運営業務委託料	28,500,000	28,500,000	28,500,000	28,500,000	28,500,000
2 認知症地域支援・ケア向上推進業務委託料	950,000	950,000	950,000	950,000	950,000
3 生活支援体制整備業務委託料	654,000	654,000	654,000	654,000	654,000
4 地域ケア会議開催業務委託料	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000
5 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費	4,837,000	7,000,000	10,000,000	6,590,000	9,800,000
6 チームオレンジコーディネーター業務委託料	480,000	480,000	480,000	480,000	480,000
7 フレイル予防普及啓発業務委託料	409,000	409,000	409,000	409,000	409,000
8 法人繰入金	3,825,000	706,000	0	0	197,000
9 その他収入	16,000	82,000	44,000	108,000	16,000
計	40,031,000	39,141,000	41,397,000	38,051,000	41,366,000

(歳出)

項 目	第1包括	第2包括	第3包括	第4包括	第5包括
1 人 件 費	37,959,000	32,900,000	33,159,000	33,921,000	35,261,000
2 消耗器具備品費	10,000	100,000	900,000	215,000	108,000
3 保健衛生費	0	1,000	50,000	20,000	30,000
4 車 輛 費	124,000	400,000	300,000	523,000	515,000
5 光 熱 水 費	0	1,200,000	900,000	220,000	788,000
6 燃 料 費	0	0	0	0	0
7 福利厚生費	62,000	400,000	550,000	62,000	144,000
8 旅費交通費	4,000	10,000	10,000	5,000	12,000
9 研 修 費	66,000	10,000	20,000	5,000	46,000
10 通信運搬費	134,000	300,000	112,000	267,000	130,000
11 事務消耗品費	73,000	80,000	50,000	30,000	252,000
12 印刷製本費	24,000	80,000	250,000	105,000	5,000
13 広 報 費	0	100,000	100,000	5,000	9,000
14 会 議 費	8,000	0	20,000	82,000	10,000
15 修 繕 費	0	50,000	450,000	100,000	322,000
16 委 託 費	0	1,500,000	3,300,000	713,000	1,636,000
17 ケアプラン作成委託料	53,000	0	50,000	174,000	0
18 賃 借 料	1,419,000	1,200,000	421,000	1,088,000	1,057,000
19 保 険 料	47,000	350,000	140,000	64,000	72,000
20 租税公課	21,000	60,000	50,000	21,000	12,000
21 諸 謝 金	20,000	0	20,000	0	0
22 手 数 料	7,000	30,000	45,000	193,000	76,000
23 保 守 費	0	350,000	475,000	219,000	856,000
24 負担金支出	0	0	0	0	0
25 雑 支 出	0	20,000	25,000	19,000	25,000
計	40,031,000	39,141,000	41,397,000	38,051,000	41,366,000

(歳 入)

(単位:円)

項 目	第6包括	第7包括	第8包括	計	内 容
1 地域包括支援センター運営業務委託料	28,500,000	28,500,000	28,500,000	228,000,000	
2 認知症地域支援・ケア向上推進業務委託料	950,000	950,000	950,000	7,600,000	
3 生活支援体制整備業務委託料	654,000	654,000	654,000	5,232,000	
4 地域ケア会議開催業務委託料	360,000	360,000	360,000	2,880,000	
5 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費	9,456,800	5,000,000	8,000,000	60,683,800	要支援1・2、事業対象者のプラン代
6 チームオレンジコーディネーター業務委託料	480,000	480,000	480,000	3,840,000	
7 フレイル予防普及啓発業務委託料	409,000	409,000	409,000	3,272,000	
8 法人繰入金	0	0	0	4,728,000	
9 その他収入	180,000	16,000	16,000	478,000	学生実習費、いきいきシニアライフ応援事業謝礼 等
計	40,989,800	36,369,000	39,369,000	316,713,800	

(歳 出)

(単位:円)

項 目	第6包括	第7包括	第8包括	計	内 容
1 人 件 費	35,200,000	30,532,000	35,347,000	274,279,000	給与、賞与、法定福利費、退職給与引当金、法人事務人件費包括負担分等
2 消耗器具備品費	1,030,000	100,000	600,000	3,063,000	備品、事務用器具、償却費
3 保健衛生費	30,000	0	0	131,000	室内消毒、感染症対策用品、検便等
4 車 輛 費	250,000	434,000	350,000	2,896,000	車検、ガソリン代、車輛保険、自動車税、車輛修繕費
5 光 熱 水 費	500,000	140,000	300,000	4,048,000	電気、水道、ガス代
6 燃 料 費	0	0	0	0	
7 福利厚生費	630,000	468,000	150,000	2,466,000	職員への慶弔見舞金、福利厚生、健康診断、予防接種、職員駐車場等
8 旅費交通費	5,000	240,000	200,000	486,000	出張旅費・宿泊費、出張手当等
9 研 修 費	80,000	50,000	100,000	377,000	職員研修・講習会参加費等
10 通信運搬費	700,000	360,000	650,000	2,653,000	電話・電報・FAX使用料、インターネット接続料、郵送料、ハガキ代等
11 事務消耗品費	100,000	360,000	50,000	995,000	事務用品購入費
12 印刷製本費	150,000	0	0	614,000	パンフレット・機関誌等の印刷製本費、コピー代
13 広 報 費	50,000	201,000	0	465,000	求人広告、ホームページ等
14 会 議 費	40,000	360,000	10,000	530,000	会場利用料、会議での飲食費
15 修 繕 費	150,000	0	500,000	1,572,000	建物・建物付属設備、機械設備、機器備品等の資産の修繕費
16 委 託 費	520,000	828,000	550,000	9,047,000	清掃業務委託、警備委託、職員給食委託等
17 ケアプラン作成委託料	0	0	50,000	327,000	県外委託プラン料
18 賃 借 料	1,030,200	1,848,000	10,000	8,073,200	土地・建物、機械・車両借上料、パソコン・コピー機等借上料
19 保 険 料	18,000	43,000	90,000	824,000	建物火災保険、賠償・任意・行事用保険等
20 租税公課	25,000	400,000	23,000	612,000	控除対象外消費税、印紙代
21 諸 謝 金	30,000	0	0	70,000	講師謝礼
22 手 数 料	50,000	5,000	100,000	506,000	振込手数料、証明書発行手数料、ソフト使用手数料等
23 保 守 費	400,000	0	250,000	2,550,000	建物や設備機器、ソフトウェア等の点検・調製・補修費(修理費・取換え費・潤滑油等の消耗品費を含む)
24 負担金支出	0	0	0	0	
25 雑 支 出	1,600	0	0	90,600	渉外費、加入協会年会費、共助会会費、自治会費
計	40,989,800	36,369,000	39,330,000	316,674,800	

報告事項 3

認知症初期集中支援チームの活動について

1. 認知症初期集中支援チームの配置

春日部市では、平成27年度より、認知症疾患医療センターである武里病院に「認知症初期集中支援チーム」（以下、「チーム」という）を配置した。

2. 対象者の選定

地域包括支援センターが、市民や関係機関等から相談を受けた事例のうち、チームによる支援が必要と思われる方を対象者として選定し、チームと連携を図りながら支援をしている。

3. チームの活動状況

令和7年10月から令和8年3月末までに初回訪問を実施した対象者は、5名。

訪問後は、必要に応じてチーム員会議を開催し、観察・評価内容の確認、支援方針の検討等を行っている。（地域包括支援センター及び市職員も出席）

No.	ケース概要	チームの支援状況
1	80代女性。独居。 令和3年頃から何度も鍵を無くして警察に行く、食事が作れない、掃除もできない、入浴もできない状態となり、家族（養女）が週に1回訪問しサポートしていた。家族は病院受診を検討したが、人との関わりを頑なに拒むため病院に連れていくことができずに経過していた。 令和7年9月に高度脱水となり、救急搬送。入院治療で脱水は改善したが、入院中に点滴の針を何度も抜いたり、院内を徘徊しては離棟するなど、認知症を疑う症状が強く見られた。今後の生活にはサポートが必須だが、かかりつけ医がなく、また、家族も遠方で頻回な支援も困難と考えられたため、鑑別診断と介護保険サービスの調整を目的として、チームへの介入依頼となった。	家族が在宅の中、地域包括支援センター職員と一緒に訪問。本人は終始穏やかだったが、年齢は70代と答え、先日まで入院していたことも覚えていなかった。また、退院後に食事は3食しっかり食べ、入浴もしていると話すが、実際はお菓子のみを食べ、入浴は全くできていなかった。 チーム員会議を開催。まずは本人の安全が最優先として、ショートステイへの入所を勧め、併せて鑑別診断をしていく方向とした。 チーム員会議の5日後にショートステイに入所し、安全の確保ができた後に武里病院を受診。中等度のアルツハイマー型認知症と診断され、ショートステイでの生活を継続しながら特別養護老人ホームへの入所を目指すことになった。その後、夜間の徘徊や介護拒否が出現し、ショートステイの利用継続が危ぶまれたが、投薬治療で症状はおおむね安定し、現在も外来への定期通院が継続できている。今後は外来で経過をみていくこととし、チームの介入は一旦終了とした。 【終了】 (訪問1回、チーム員会議3回)

No.	ケース概要	チームの支援状況
2	80代女性。夫と長男と同居。 令和元年頃よりもの忘れを認め、家族は病院への受診を検討していたが、本人が受診を拒否するため経過をみていた。 夫の体力的にも対応に疲れ、介護のサービスを受けたいと令和7年9月に社会福祉協議会へ相談。社会福祉協議会より地域包括支援センターへ繋ぎ、地域包括支援センターの職員が訪問。明らかに認知機能の低下がみられるが、病院への受診を勧めると頑なに拒否をする様子がみられた。そのため、鑑別診断と介護保険の申請を目的として、チームへの介入依頼となった。	夫が在宅の中、地域包括支援センター職員と一緒に訪問。訪問自体に拒否はなかったが、同じ話の繰り返しが頻繁にみられ、明らかに認知機能の低下が見受けられた。また、両側下肢に浮腫と痛みを認め、自宅内歩行もやつの状態であった。 チーム員会議を開催。初回訪問時の様子から身体面の心配もあるため、早急に病院受診を調整していく方向とした。 その後、武里病院を受診し、アルツハイマー型認知症と高血圧症と診断された。内服治療よりも介護保険サービスの導入を優先とし、下肢の浮腫と痛みに関しては整形外科への受診も検討するよう説明した。 その後、要介護3の認定を受け、通所介護の利用を開始。内科、整形外科へも通院することができ、血圧に関しては内服治療を開始した。下肢に関しては変形性股関節症の診断で入院し、手術となった。手術後退院し、現在は病院への通院と通所介護を続けながら、地域での生活が継続できている。そのため、チームの介入は一旦終了とした。 【終了】 (訪問1回、チーム員会議3回)
3	80代男性。夫婦2人暮らし。 令和6年頃から怒りっぽさが目立つようになり、令和7年10月頃からは長男へのもの盗られ妄想がひどくなり、自宅の中や外に長男に対する警告文を貼るようになった。日常生活では入浴したことを10分後に忘れてしまったり、妻に何度も同じことを確認したりする事が増えた。家族は今後に備えて介護認定を取得しておきたいと考えたが、本人が病院への受診を拒否するため受診できずに経過していた。地域包括支援	地域包括支援センター職員と一緒に訪問。妻が「市の方が健康の事で聞きに来てくれたんですか？」と室内にいる本人に聞こえるように芝居をしたが、中から「俺は会わないよ！」と怒鳴り声が聞こえた。妻が「顔を出すだけでも良いから」と誘ったが、本人は益々声を荒げて拒否をする状態であった。そのため、健康チェックシートを夫婦でやってみることを勧め、今回の訪問での面接は断念し、次回の訪問に備えることになった。 地域包括支援センターから長男に訪問時の様子を伝えたところ、本人の拒否が強かったことから初期集中支援チームの介入を無理に進めていく事を希望せず、タイミングがあればまた介入依頼をお願いしたいとの意向だった。

	センターに相談をしたところ、認知症初期集中支援チームの利用を提案され、鑑別診断と介護保険の申請を目的としてチームへの介入依頼となった。	チーム員会議を開催。家族の意向として無理な介入は望まないとのことで一旦終了することとした。 【終了】 (訪問 1 回、チーム員会議 2 回)
No.	ケース概要	チームの支援状況
4	90 代男性。独居。 すでに要介護 2 の認定を受けていたが、サービス利用には至っておらず、娘 2 人の援助を受けながらなんとか生活していた。 令和 7 年 12 月頃から電話中の会話が成り立たないことや一過性に意識を消失すること、また、外出先で転倒することなどを繰り返すようになった。併せて、認知機能の低下も著明にみられ、家族としては独居での生活の継続は近い将来困難になると考えていた。病院への受診を検討したが、もともとの拘りの強さやプライドの高さから拒否することが容易に推察されたため、認知症の鑑別診断と今後の環境調整を目的とし、チームへの介入依頼となった。	次女が在宅の中、地域包括支援センター職員と一緒に訪問。住所や氏名、生年月日などは問題なく回答できていたが、同じ話の繰り返しは何度も見受けられた。次女からは令和 7 年 11 月頃より金銭管理や服薬管理ができなくなったとの話があり、今後は施設入所を目指したいとの意向があった。 チーム員会議を開催。鑑別診断のために受診調整を行う方向となった。 後日武里病院を受診。軽度から中等度のアルツハイマー型認知症の診断となり、ショートステイを利用しながら特別養護老人ホームへの入所を目指す方針となった。しかし、入所したショートステイ先で杖を振り回したり、シルバーカーを投げつけるなどの興奮、暴力行為がみられるようになった。外来にて内服調整を行ったが改善がみられず、施設での対応が困難となり、武里病院に入院となった。現在も入院治療中だが、症状は消失し、家族も定期的に面会にきている。しばらくは入院下で経過をみていくこととして、チームの介入は一旦終了とした。 【終了】 (訪問 1 回、チーム員会議 3 回)

No.	ケース概要	チームの支援状況
5	80代男性。夫婦2人暮らし。令和7年5月頃から食事をしたことを忘れたり、食べ物と機械の区別がつかなくなったり、自転車に乗って徘徊するなど、認知症を疑うような様子が目立つようになっていたため、妻が地域包括支援センターに相談をしていた。妻が指摘をすると、本人は突然怒って電化製品を投げたり壊したりするため、病院受診の提案もできずに経過していた。頼れる身内もおらず、今後の生活が心配になり、まずは病院への受診と鑑別診断を目的とし、チームへの介入依頼となった。	地域包括支援センター職員と一緒に訪問。本人は「どうぞ入ってください」と受け入れが良かった。話の中で体調の悪さの訴えがあったため、病院への受診を勧めると、拒否することはなかった。妻も体調を崩しているとのことだったため、夫婦そろって病院へ受診をするように勧めたところ、承諾されたが、妻は終始金銭的な余裕がないことを話していた。 チーム員会議を開催。医師からは「通院治療は期待できないため、入院治療を検討すべきではないか」との意見が挙がった。そのため、経済的な問題に関しては生活保護の相談をすすめていく事とし、併せて介護保険の申請も行う方向とした。 後日、生活保護の相談に行ったが、年金等があることから申請はできず、また、妻が「お金がないから病院には行けない」と言い出し、受診を見送る形となった。その後も何度かタイミングをみながら受診勧奨をしているが、いまだ受診はできていない状態が続いている。 【継続中】 (訪問1回、チーム員会議1回)