

令和 6 年度 第 1 回大野城市地域包括支援センター
運営協議会 次 第

日 時 令和 6 年 7 月 23 日（火） 15：20～16：20

会 場 大野城市役所本館 3 階 災害対策本部室（旧 311・312 会議室）

1. 令和 5 年度地域包括支援センター業務報告 【資料①】
2. 地域包括支援センター運営方針について 【資料②】
3. 令和 6 年度第 1 回感染症検討委員会 【資料③】
4. 大野城市地域包括支援センターの包括的支援業務の実施に関する
基準を定める条例の改正について 【資料④】
5. その他

大野城市地域包括支援センター運営協議会委員名簿

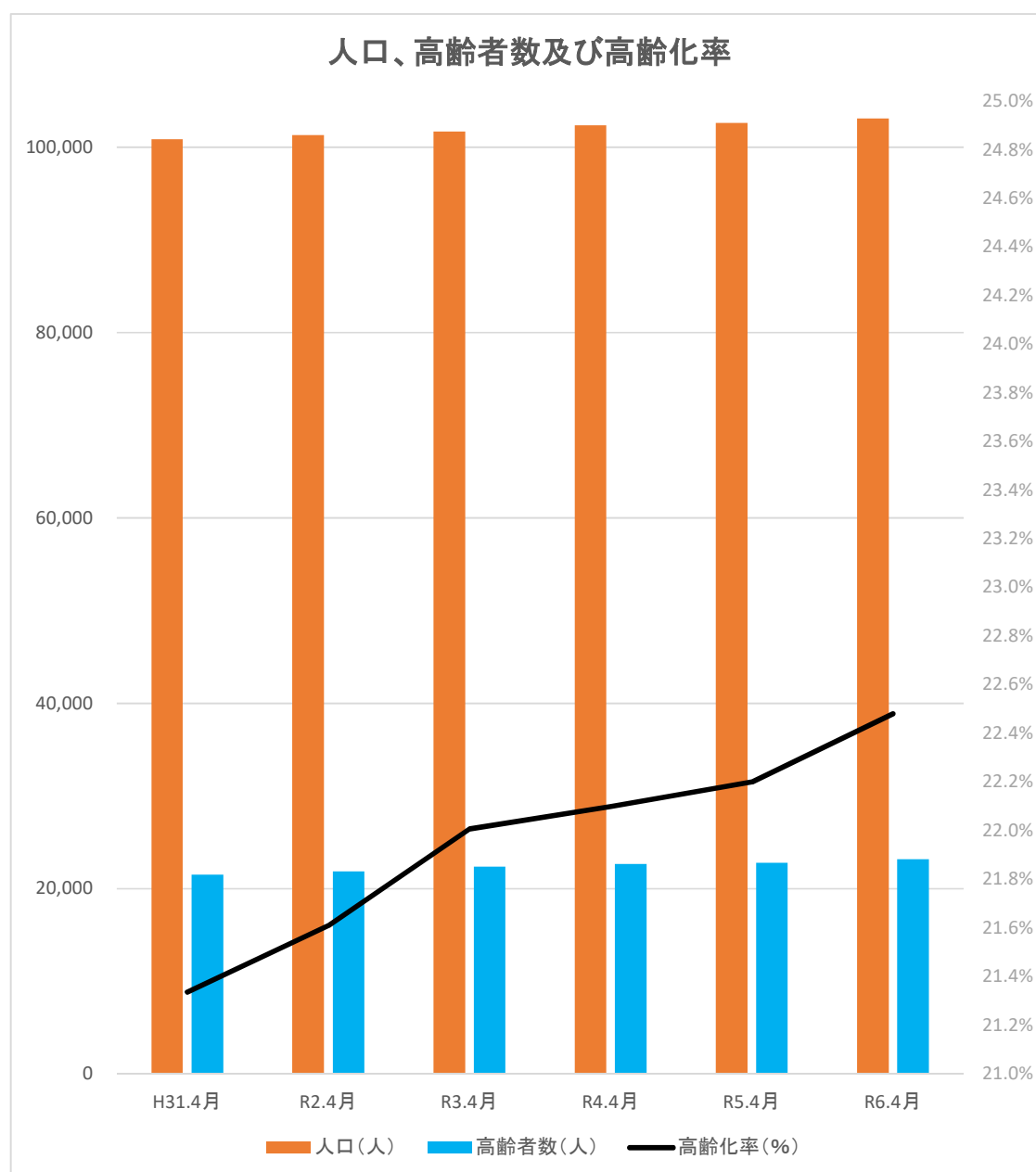
No.	役職	団体区分		団体での役職等	氏名	任期	介護保険運営協議会委員兼務
1	会長	介護に関する識見を有する者 (3名以内)	識者	元大野城市男女平等推進センター長 元福岡県介護保険課長	はらだ こ 原田 ゆみ子	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	兼務
2	副会長		識者	ゆう心と体のクリニック 院長 筑紫医師会会員	せと ゆうじ 瀬戸 裕司	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	兼務
3	委員		識者	福岡県司法書士会 地域包括支援センター窓口委員	かわさき ひろき 川崎 寛季	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
4	委員	福祉等関係者 (4名以内)	行政区長	栄町区行政区長	たいら こ 平 ヒロ子	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
5	委員		民生委員・児童委員 連合協議会	会長	さいとう ゆうじ 齊藤 裕治	令和5年3月27日から 令和6年8月31日まで	兼務
6	委員		シニアクラブ連合会	副会長	とよなが らんこ 豊永 蘭子	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
7	委員		社会福祉協議会	会長	くすばやし よしはる 楠林 義治	令和5年3月27日から 令和6年8月31日まで	兼務
8	委員	介護サービスに関する事業者関係者 (4名以内)	社会福祉法人悠生会	事業長	しのはら かずたか 篠原 和孝	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	兼務
9	委員		社会福祉法人仁風会	理事	なかむら やすひさ 中村 泰久	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
10	委員		社会福祉法人恩賜財 団済生会支部福岡県 済生会	デイサービスセンター南風 管理者	あべ まゆみ 安部 まゆみ	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
11	委員		特定医療法人社団 三光会	管理部長	ふるの とよき 古野 豊樹	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	兼務
12	委員	職能団体関係者 (2名以内)	筑紫歯科医師会	こんどう歯科医院	こんどう あきら 近藤 明	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
13	委員		筑紫薬剤師会	常務理事	たけした ようへい 竹下 洋平	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
14	委員	市民代表 (4名以内)		市民代表	せのお ようこ 妹尾 洋子	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	
15	委員			市民代表	よしつぐ やすお 吉次 康雄	令和6年3月8日から 令和6年8月31日まで	
16	委員			市民代表	はちくぼ ともしこ 八久保 ともし子	令和3年9月1日から 令和6年8月31日まで	兼務
17	委員			市民代表	おかもと れいこ 岡本 禮子	令和5年8月4日から 令和6年8月31日まで	

大野城市地域包括支援センター運営協議会資料（令和6年7月23日開催分）

＜人口及び高齢者数＞

	H31.4月	R2.4月	R3.4月	R4.4月	R5.4月	R6.4月
人口（人）	100,849	101,295	101,677	102,361	102,617	103,079
高齢者数（人）	21,518	21,890	22,377	22,667	22,778	23,173
高齢化率（％）	21.3%	21.6%	22.0%	22.1%	22.2%	22.5%

県内高齢化率⇒粕屋町：18.21% 新宮町：19.73% 福岡市：22.35% 春日市：23.63% ※R6年4月1日現在（県HPより）



<基幹型地域包括支援センター職員配置>

令和5年4月1日 時点		令和6年4月1日 時点	
センター長（管理者）	1	センター長（管理者）	1
社会福祉士	2	社会福祉士	2
主任介護支援専門員	3	主任介護支援専門員	3
介護支援専門員	2	介護支援専門員	2
保健師	3	保健師	3
生活支援コーディネーター 認知症地域支援推進員	2	生活支援コーディネーター 認知症地域支援推進員	2
事務	3(うち事務補助2)	事務	3(うち事務補助2)
計	16	計	16

<基幹型地域包括支援センター職員名簿>

◆ すこやか長寿課（基幹型地域包括支援センター）		
課長	チバ 千葉 ヒデミ 秀美	基幹型地域包括支援センター 管理者
係長	タガワ 田川 ユウキ 勇気	社会福祉士等
係長	ユクタク 行武 カオリ 果織	主任介護支援専門員 保健師
主査	ハヤマ 鳩山 ケンシ 剣志	事務職 (中央地区担当)
保健師	アマノ 天野 ミチ子 美智子	保健師 (北地区担当)
※	サトウ 佐藤 ヨウ子 洋子	主任介護支援専門員 (東地区担当)
※	マブチ 馬淵 カエ 加恵	主任介護支援専門員 (南地区担当)
※	ウエジ 上治 ヒデト 英人	社会福祉士
※	キムラ 木村 サユリ 小百合	保健師
※	ハシノ 橋野 みのり	保健師
※	ウチダ 内田 ワカ子 和加子	生活支援コーディネーター兼 認知症地域支援推進員
※	ナカゾノ 中園 イクヨ 郁代	生活支援コーディネーター兼 認知症地域支援推進員
※	イワタケ 岩武 ケイ子 恵子	介護支援専門員
※	ヨジマ 児島 ヒサエ 久枝	介護支援専門員

※会計年度任用職員

大野城市地区地域包括支援センター 職員名簿

令和6年6月4日時点

南地区地域包括支援センター		中央地区地域包括支援センター	
管理者	ウメガネ 埋金 けい子	管理者	タカオ ヒロユキ 高尾 弘行
主任介護支援専門員	ウメガネ 埋金 けい子	主任介護支援専門員	シライシ リサ 白石 梨紗
	ウエキ ヒロアキ 植木 洋明	社会福祉士	ツバキヤマ カズヒコ 椿山 和彦
社会福祉士	ナミマツ ヒデクニ 並松 秀邦		タカオ ヒロユキ 高尾 弘行
保健師 (保健師に準ずる者を含む)	フカガワ ユリエ 深川 百合恵	保健師	アンドウ ツカサ 安藤 ツカサ
	オバタ アケミ 尾畑 明美		
SC/認知症地域支援推進員	サカイ ミカ 酒井 美香	SC/認知症地域支援推進員	マシマ ダイスケ 眞島 大輔
介護支援専門員	タケトミ サチヨ 武富 幸世	介護支援専門員	タケモト ユミ 竹本 由美
	ハヤシダ マリ 林田 真理		マチダ リエ 町田 理恵
	マキノ マキコ 牧野 牧子		
事務職	オバタ アケミ 尾畑 明美	事務職	ホアシ リカ 帆足 里香
東地区地域包括支援センター		北地区地域包括支援センター	
管理者	ヤマサキ カナ 山崎 加奈	管理者	ウチノ ナルミ 内野 奈留美
主任介護支援専門員	カワヤマ ナオコ 川山 尚子	主任介護支援専門員	ウチノ ナルミ 内野 奈留美
社会福祉士	ヤマサキ カナ 山崎 加奈	社会福祉士	サカエシ コウタ 坂西 佑太
			マエダ ミヤコ 前田 都
保健師	ハセベ リナ 長谷部 里奈	保健師	ウチノ アスカ 内野 明日香
SC/認知症地域支援推進員	イ リョウコ 井 良子	SC/認知症地域支援推進員	マエダ ミヤコ 前田 都
介護支援専門員	シノハラ ナオミ 篠原 奈緒美	介護支援専門員	コマツ ヨウコ 小松 容子
	エトウ リョウ 江藤 遼		フルサワ ユウコ 古澤 裕子
	カワカミ ミカ 川上 美香		
	ノダ カヨコ 野田 香代子		
事務職	オオノ ミキ 大野 美貴	事務職	フキタ ケイスケ 脇田 佳祐

SC…生活支援コーディネーター

包括的支援事業

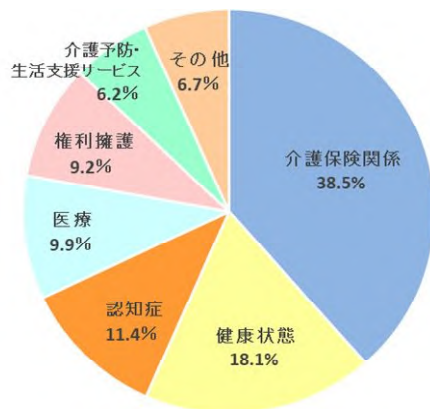
1. 総合相談支援事業

【相談受付件数（延件数）】

R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
10,130件	11,250件	15,401件	16,620件	19,277件

【相談内訳】

	R4年度 (上段：延件数)	(再掲)				
		基幹型	南	中央	東	北
1. 介護に関すること (介護保険に関すること含む)	7,429 38.5%	398	2,035	2,095	2,159	742
2. 健康状態に関すること	3,493 18.1%	129	1,043	733	816	772
3. 認知症に関すること	2,197 11.4%	150	680	397	873	97
4. 医療に関すること	1,920 9.9%	61	606	496	662	95
5. 権利擁護に関すること	1,766 9.2%	456	499	158	633	20
6. 介護予防・生活支援サービス に関すること	1,189 6.2%	70	282	474	314	49
7. その他	1,283 6.7%	342	100	166	537	138
計	19,277	1,606	5,245	4,519	5,994	1,913



○総合相談の受付件数は、年々増加している。
○相談内訳から、令和5年度は「介護に関する相談」が38.5%と最も多かった。
○基幹型地域包括支援センターでは、高齢者虐待や成年後見制度など、「権利擁護」に関する相談が全体の約3割を占めており、各地区地域包括支援センターでは、要介護認定やケアプランに関することなど、「介護（介護保険）」に関する相談が全体の約4割～5割を占めている。
○「認知症に関する相談」は、令和元年度～令和3年度までは年間約300件で推移していたが、令和4年度は1,403件、令和5年度は2,197件と大幅に増加している。
○複合的課題をもつ困難事例などは、基幹型及び各地区包括が情報共有し関係機関と連携しながら随時対応しており、毎月開催している包括連絡会議にて、包括全体での情報共有や支援調整などを行っている。

2. 権利擁護事業

【高齢者虐待】

(単位：件)

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
①相談・通報件数 (疑い、DV含む実件数)	27	16	29	32	31
②高齢者虐待ありと判断 した件数 (DV含む実件数)	21	12	19	20	19

【成年後見制度】

(単位：件)

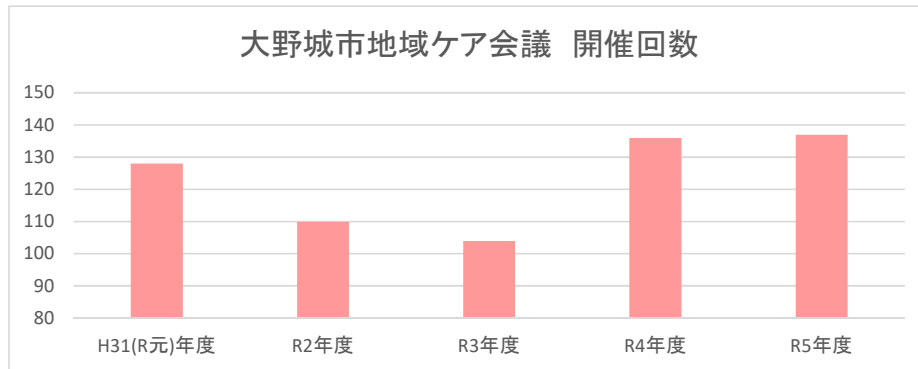
	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
①市長申立て	1	6	2	1	5
②報酬助成	2	なし	なし	なし	1

※成年後見制度の利用促進に係る中核機関設置(令和4年6月)
(すこやか長寿課、福祉サービス課、大野城市社会福祉協議会による協働型の中核機関として設置)

※成年後見運営協議会設置(令和5年6月)

包括的・継続的ケアマネジメント支援

【地域ケア会議】(地域住民との情報交換・情報共有・見守り)



<各区の開催回数>

区名	H31(R元)年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
牛頸	7	7	7	7	7
若草	6	6	6	6	6
平野台	4	4	3	6	6
月の浦	3	3	2	2	1
南ヶ丘1	6	5	5	6	6
南ヶ丘2	6	4	5	6	6
つつじヶ丘	5	4	4	5	5
南地区計	37	33	32	38	37
上大利	5	5	5	5	4
中大利					2
下大利	6	5	6	6	6
東大利	5	5	4	6	6
下大利団地	6	5	5	6	6
白木原	5	5	4	6	6
瓦田	6	5	5	6	6
中央地区計	33	30	29	35	36
釜蓋	3	4	2	4	4
井の口	8	3	2	4	4
中	6	4	4	6	6
乙金	4	5	3	6	6
乙金台	4	4	3	4	4
乙金東	5	5	4	6	6
大池	3	4	3	4	4
東地区計	33	29	21	34	34
上筒井	6	5	5	6	6
下筒井	3	2	2	4	4
山田	3	3	4	4	4
雑餉隈町	4	3	4	4	4
栄町	6	4	6	6	6
仲島	1	0	1	3	3
畑詰	2	1	0	2	3
北地区計	25	18	22	29	30
全地区合計	128	110	104	136	137
開催区	27	26	26	27	28

【地域包括ケアネットワーク協議会】

	H31(R元)年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
事例検討件数(件)	6	4	8	5	4
臨時開催(回)	0	0	0	1	0

※定例で年4回開催。令和2年度は新型コロナウイルスの影響で年間2回の開催

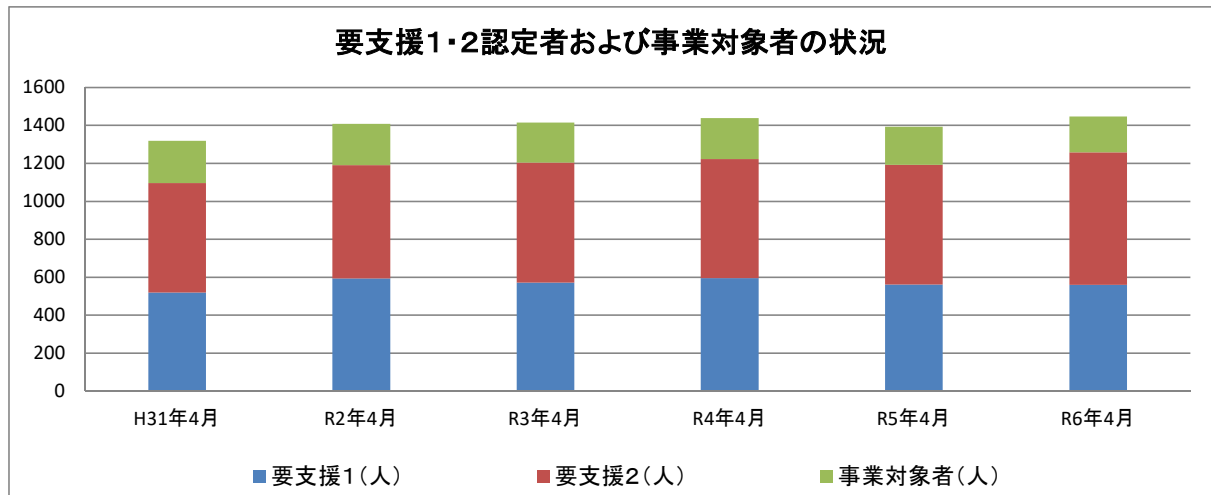
4. 介護予防ケアマネジメント

① 要支援1・2認定者および事業対象者の状況

認定区分	H31年4月	R2年4月	R3年4月	R4年4月	R5年4月	R6年4月
要支援1（人）	518	593	572	596	561	560
要支援2（人）	579	597	631	626	632	698
事業対象者（人）	222	218	212	216	199	189
計(人)	1,319	1,408	1,415	1,438	1,392	1,447

事業対象者とは、介護認定がない人であっても、基本チェックリストに該当した場合に総合事業サービス（訪問系・通所系）の利用ができるというもの。

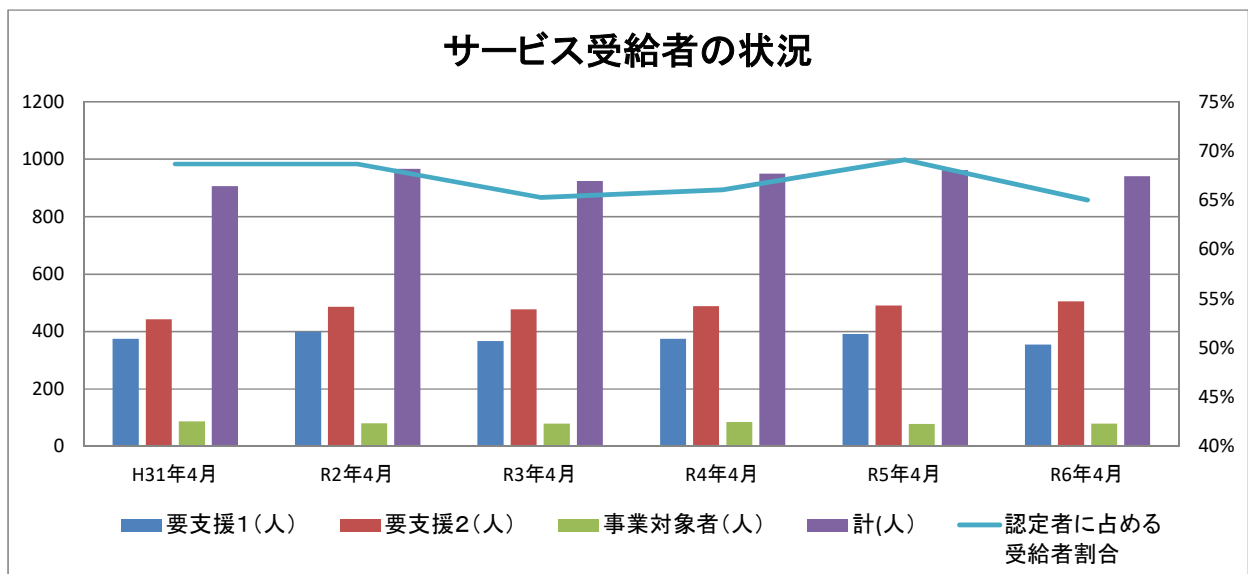
昨年度に比べ、要支援2の人数が増加している。



② サービス受給者の状況

認定区分	H31年4月	R2年4月	R3年4月	R4年4月	R5年4月	R6年4月
要支援1（人）	375	400	367	375	392	355
要支援2（人）	443	486	477	489	491	506
事業対象者（人）	88	81	80	86	79	80
計(人)	906	967	924	950	962	941
認定者に占める受給者割合	68.7%	68.7%	65.3%	66.1%	69.1%	65.0%

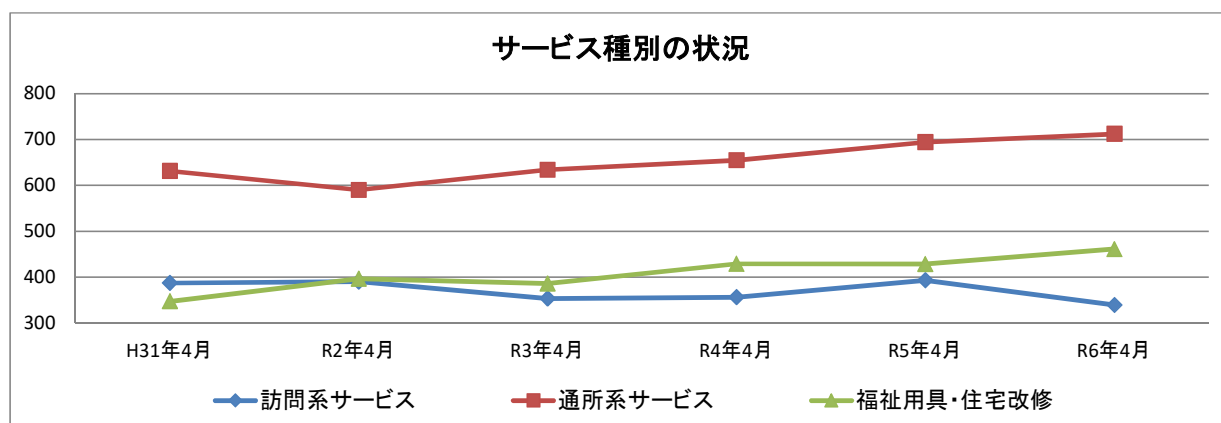
認定者に占める受給者割合は、昨年度と比べ減少している。この割合は概ね65～70%の範囲で推移している。



③ サービス種別の状況（要支援１・２認定者および事業対象者）

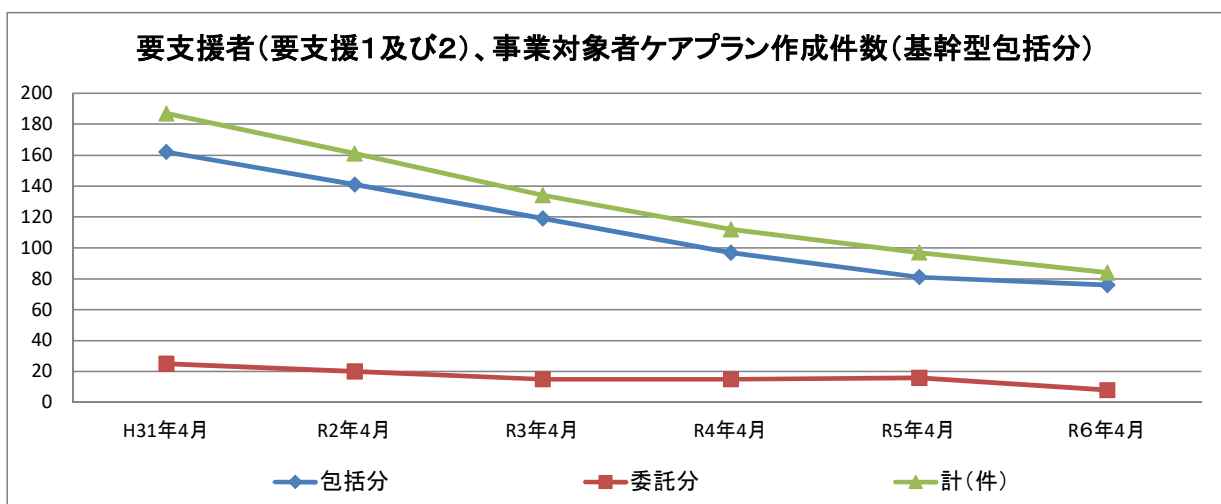
種別		H31年4月	R2年4月	R3年4月	R4年4月	R5年4月	R6年4月
要支援１	訪問系サービス	160	144	120	131	152	134
	通所系サービス	248	235	244	249	260	267
	福祉用具・住宅改修	121	145	127	143	149	165
要支援２	訪問系サービス	210	225	216	213	230	202
	通所系サービス	304	284	318	329	357	370
	福祉用具・住宅改修	226	251	259	286	279	296
事業対象者	訪問系サービス	17	21	17	12	11	3
	通所系サービス	79	71	72	77	77	75
計（人）	訪問系サービス	387	390	353	356	393	339
	通所系サービス	631	590	634	655	694	712
	福祉用具・住宅改修	347	396	386	429	428	461

昨年度と比べ、訪問系サービスは減少、通所系サービスは福祉用具・住宅改修増加している。



④-1 要支援１・２認定者および事業対象者へのケアプラン作成件数（基幹型包括分）

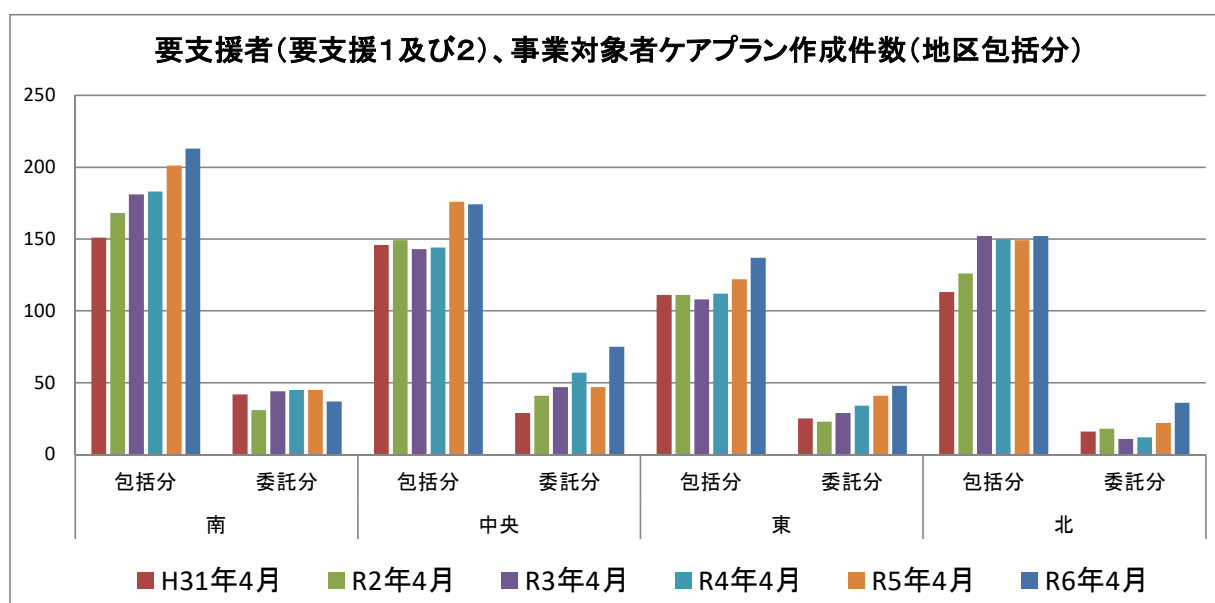
区分	H31年4月	R2年4月	R3年4月	R4年4月	R5年4月	R6年4月
包括分	162	141	119	97	81	76
委託分	25	20	15	15	16	8
計（件）	187	161	134	112	97	84



H29年10月から、各地区包括においてケアプラン作成を開始したことから、基幹型包括のケアプラン作成件数は減少傾向である。

④-2 要支援1・2認定者および事業対象者へのケアプラン作成件数（地区包括分）

区分		H31年4月	R2年4月	R3年4月	R4年4月	R5年4月	R6年4月
南	包括分	151	168	181	183	201	213
	委託分	42	31	44	45	45	37
中央	包括分	146	149	143	144	176	174
	委託分	29	41	47	57	47	75
東	包括分	111	111	108	112	122	137
	委託分	25	23	29	34	41	48
北	包括分	113	126	152	150	149	152
	委託分	16	18	11	12	22	36
計（件）		633	667	715	737	803	872



ケアプラン作成件数は、高齢者数の増加に伴い年々増加傾向にある。

【参考】各地区高齢者数（R6.4月末現在）

南地区：8,077人、中央地区：7,083人、東地区：4,327人、北地区：3,686人

在宅医療・介護連携推進事業

1 事業概要

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の連携を推進する。

平成 30 年度から筑紫地区 5 市が筑紫医師会に事業を委託し実施している。

2 令和 5 年度の実績

【重点事項】在宅医療・介護連携推進事業の手引き (Ver. 3) に示す 4 つの場面ごとに取組んだ。

日常の療養	相談方法確認表の活用を図り、主治医との連携をしやすいとする。 →調査：多職種間の患者情報の共有について「できている」が 87% と高い。
急変時の対応	救急搬送時における患者情報の共有の方法について検討する。 →調査：急変時「医療・介護・消防(救急)との連携がスムーズにできている」が 53% と低く、急変時の情報提供の仕方についてルール化が必要。
入退院支援	入退院時には医療機関、ケアマネジャーが速やかに情報提供する。 →調査：「入退院時の連携ができている」が入院時 75%、退院時 71% と十分でなく、突然退院となり在宅療養への調整が大変なケースもある。
看取り支援	多職種、住民の ACP の理解を深めていく。 →調査：「支援者全員で ACP を行い共有している」が 19% と低く、研修会等を通じて理解を深める取組が必要。

表中「調査」：令和 5 年度筑紫地区在宅医療・介護連携推進の実績に関するアンケート調査結果

【研修会等】

多職種多機関連携研修会	多職種がお互いの仕事内容や専門性を理解し連携を推進するための研修 ・第 1 回：講演「ACP の基本と多職種連携」※Web 研修 ※7/28、参加者 199 人 ・第 2 回：事例検討会「がん末期、独居高齢者の看取り」※11/16、参加者 65 人
医療・介護共有シート学習会	入退院時の連携を確実にするためのツールである共有シートの学習会 ※6/20、参加者 64 人
医師・ケアマネ相談会	ケアマネが医師に対し、連携に関する疑問を直接質問する機会として実施 ※2/2、参加者 26 人
ソーシャルワーカー集会	医療機関のソーシャルワーカー同士の連携を密にするための情報交換会 ※2/7 参加者 28 人
市民公開講座	「最期まであなたらしく～人生会議と医療と介護がある在宅生活～」をテーマに医師講話と映画鑑賞。※12/2、参加者 82 人

【会議等】

在宅医療・介護連携推進検討会議	4 回開催。委員は、医療機関（連携室含む）や介護事業所等の代表者等で構成。R5 は消防署も含み救急搬送時の情報共有に関する課題の抽出を行った。
-----------------	---

【その他】

在宅医療・介護資源ガイドブック	筑紫医師会 HP に掲載
とびうめネットの活用	登録数(管内)：37 医療機関、患者数 589 人
市民や関係機関からの相談	令和 5 年度相談件数：55 件(本市 13 件)

3 令和 6 年度の主な取組み

- ・救急搬送時の情報共有の仕組みについて、小委員会を立ち上げ、必要な情報と伝達方法等を検討する。
- ・施設看取りに先駆的に取組む 2 施設より情報収集し、施設看取りの課題を整理する。
- ・ACP について、引き続き研修、講座を通じて理解の促進を図る。
※ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：終末期の医療やケアについて、患者、家族、医療・介護従事者などが、繰り返し話し合い、望む最期の実現を目指す取組み

生活支援体制整備事業

1. 事業概要

高齢者の在宅生活を支えるため、社会福祉法人や NPO 法人・ボランティアなど、生活支援活動の担い手となる団体相互の情報共有と協働を働きかけ、互助活動が活性化した地域づくりを推進する。

※H28.6 月より大野城社協に委託

2. 具体的取り組み

(1)生活支援コーディネーター（SC）の配置

（単位：人）

配置場所	H31(R 元)年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度
基幹型包括（兼務）	2	2	2	2	2	2
地 区 包 括（兼務）	4	4	4	4	4	4
社 協（専任）	1	1	1	1	1	1

※兼務は、認知症地域支援推進員

(2)令和 5 年度活動実績

①大野城市生活支援体制整備第 1 層協議体会議

【メンバー】有識者、区長会、民児協、福祉委員等 14 人で構成

【協議内容】 開催回数：3 回（7 月、10 月、3 月）

- ・第 2 層協議体の運営推進に係る協議(各地区の進捗、各地区への助言など)
- ・第 3 層協議体の設置に関する協議・整備状況の確認
- ・市全域に係る高齢者の課題解決に向けた協議

②生活支援体制整備第 2 層協議体（各地区）の進捗

<南地区：H31 年 3 月設置>

【メンバー】南地区コミュニティ運営協議会・福祉部会、NPO 南地区事業部、民生委員・児童委員、シニアクラブ、基幹型包括、南包括、社協

【活動概要】 開催回数：3 回（6 月、9 月、2 月）

○高齢者移動支援

- ・ふれあい号の利活用について、「ふれあい号運行外車両活用」実施要項と利用状況の報告。

○詐欺被害防止チラシ配布

- ・R 3 に詐欺防止チラシを作成して高齢者へ配布した際に出た意見を踏まえ、改善したものを民生委員が R 5 歳末あいさつ訪問時に配布。（R 3 から継続）

○あんしんまどか（高齢者 ICT 見守り）事業

- ・多くの利用申込みがあっている。引き続き周知を図る。

<中央地区：R 3 年 1 月設置>

【メンバー】中央地区コミュニティ運営協議会、区長、民生委員・児童委員、基幹型包括、中央包括、社協

【活動概要】 開催回数：4 回（5 月、8 月、11 月、2 月）

○気軽に通える交流の場、集いの場について

・公民館ごとに誰もが立ち寄り気軽に話せる場所ができないかとの提案から、地域カフェの取組を中央地区全体で行うこととなり、他地区のカフェの視察等で協議を深め、令和6年度立ち上げに向けて各区で準備することになった。

＜東地区：R2年3月設置＞

【メンバー】東コミュニティ運営協議会、地区委員（区長、民生委員・児童委員、福祉部員）、
NPO法人共同のまち、行政センター、基幹型包括、東包括、社協

【活動概要】 開催回数：1回開催（5月）

・東コミュニティ運営協議会より認知症SOSネット検索訓練体制に、令和5年度よりすこやか長寿課が開始した「高齢者福祉サービス」を活かせないか提案があり、東コミュニティ全体で広く周知していくことが今後の訓練で有効になると判断し、所管課によるサービスの内容や運用状況について説明を行い周知を図った（11月、3月の計2回）

＜北地区：R2年11月設置＞

【メンバー】北地区コミュニティ運営協議会・福祉部会、民生委員・児童委員、パートナーシップセンター、
地域行政センター、基幹型包括、北包括、社協

【活動概要】 開催回数：6回（5月、7月、9月、11月、1月、3月）

・R3に作成した高齢者が不在時に使用する「訪問時見守りカード」の配布・活用を継続。
・認知症について知識の深化、理解の輪を広げるため研修会を実施した。

講師：吉尾幸治氏（社福そよかぜの会 特別養護老人ホームりんごの丘施設長）

テーマ：「認知症介護の実際と実践」（1月24日）

③SC活動

- ・第2層協議体の運営補助
- ・社会資源調査：各コミュニティセンター、公民館等での催しや民間事業所の取組みなどを把握するため、現地での情報収集を実施。【R5年度：延べ30件】
- ・暮らしののめり帳（第5版）発刊に向けた協議、スケジュール等の確認を実施。
- ・SC連絡会（毎月）の開催：社会資源調査結果の報告や第2層協議体運営推進に向けた協議を実施。

(3)令和6年度事業計画

①協議体の運営

- ・第1層協議体において、第2層協議体の運営推進に向けた協議を行っていく。また、第2層協議体の会議と連携を行い、全市的な高齢者に関する課題について協議を行う。
- ・第2層協議体において、協議体の継続的開催をサポートし、日常生活圏域（各コミュニティ）毎の協議を進めていく。
- ・第3層協議体設置に関して、第2層協議体での合意形成を図り設置に向けた取り組みを進める。

②SC活動

- ・社会資源調査の継続及び地域ニーズとのマッチング。
- ・生活支援の担い手の養成や資源・サービス開発の補助。
- ・第2層協議体運営への参画及び運営推進。

認知症対策

I 認知症地域支援推進員活動

1 認知症地域支援推進員の配置

平成 29 年度以降、基幹型包括 2 人、地区包括 1 人ずつ(4 人)、合計 6 人配置

2 令和 5 年度活動実績

(1) 相談・個別支援 認知症初期集中支援チーム(※Ⅱ. 認知症初期集中支援チーム事業参照)

(2) 認知症の正しい理解の普及啓発

①認知症サポーター養成講座 **講座回数 16 回、養成人数 435 人** (令和 4 年度 30 回、540 人)

	対象者(団体)	日時	参加者数		対象者(団体)	日時	参加者数
1	大野城市母子寡婦福祉会	R5. 6. 4	12	9	ランドセルクラブ 大野北小学校①	R5. 8. 22	45
2	大野城市民(心のふるさと館)	R5. 10. 7	23	10	ランドセルクラブ 大野北小学校②	R5. 8. 22	36
3	大野城市民(北コミ)	R5. 10. 23	14	11	ランドセルクラブ 大野北小学校③	R5. 8. 23	23
4	大野城市民(南コミ)	R5. 10. 25	14	12	ランドセルクラブ 大野北小学校④	R5. 8. 23	31
5	大野城市民(まどかびあ)	R5. 11. 22	7	13	ランドセルクラブ 平野小学校①	R5. 9. 15	20
6	青バト乗務員(南地区運営協議会)	R5. 12. 11	21	14	ランドセルクラブ 平野小学校②	R5. 9. 29	19
7	大野城市民(まどかびあ)	R5. 12. 16	15	15	大野南小学校 5 年生①	R5. 11. 28	65
8	シルバー人材センター	R6. 3. 1	26	16	大野南小学校 5 年生②	R5. 11. 28	64
16 回・435 人							

※認知症サポーター数 4,898 人(R6.3 月末時点)

②ここふるオレンジカフェ(第 2 月、心のふるさと館で開催) **開催回数 12 回、参加延人数 113 人**

開催日	4/10	5/8	6/12	7/18	8/7	9/19	10/10	11/13	12/11	1/9	2/13	3/11
参加人数	6	11	8	12	6	8	9	5	9	7	15	17

3. 令和 6 年度活動方針

活動テーマ	「住み慣れた地域で共に支え合い、すこやかに暮らせるまちづくり」を目指し、「認知症への正しい理解についての普及啓発」「認知症のある方及びその家族を支えるネットワークの構築」を図ると共に、今年度より始動する「チームオレンジ活動」に重点的に取り組む。
目標 1	「チームオレンジ事業の円滑なスタートを図る」 ①チームオレンジの構築：まどかオレンジ協力隊を発足させ、認知症の人やその家族のニーズと協力隊をマッチングし、個別支援や居場所づくりを行う。 ②個別支援：協力隊がご自宅等を訪問し、話し相手等の支援を行う 【目標】実人数：75 人 支援件数：360 件 ③居場所づくり：ここふるオレンジカフェのような認知症カフェを増やし、誰もが気軽に通える居場所づくりを行う。 【目標】カフェの開設 4 区
目標 2	「認知症の正しい理解を普及啓発する」 ①認知症サポーター養成講座：市民やランドセルクラブ等を対象に講座を開催 【目標】R8 年度末 実人数 2,000 人(第 9 期介護保険事業計画の目標値) ②認知症啓発イベント 【目標】認知症啓発事業の参加者 100 人 ③認知症ケアパス改定 【目標】「大野城市認知症ケアパス第 5 版」発行 ④認知症情報発信 【目標】「おれんじかわら版」年 2 回発行
目標 3	「認知症の方及びその家族を支えるネットワークを構築する」 ①関係機関とのネットワーク構築 地域密着型事業所については、チームオレンジの取組みへの協力を依頼する。医療機関及び薬局については、認知症ケアパスを持参し認知症事業の周知を図る。

Ⅱ 認知症初期集中支援チーム事業

1 事業概要

認知症初期集中支援チームは、4ヶ月にわたり認知症初期(病状の初期だけでなく関わりの初期も含む)の対象者とその家族に対し、継続的に対象者宅を訪問し、適切な医療や介護サービスの導入、介護者へのアドバイス等を行う。

2 令和5年度活動実績

(1) 支援者数の推移(人数)

	男性	女性	計	うち支援終了者	うち中断
H31	10	19	29	27	2(入院 2)
R2	11	22	33	33	0
R3	12	16	28	27	1(入院)
R4	9	27	36	33	3(入院)
R5	6	22	28	27	1(中止)

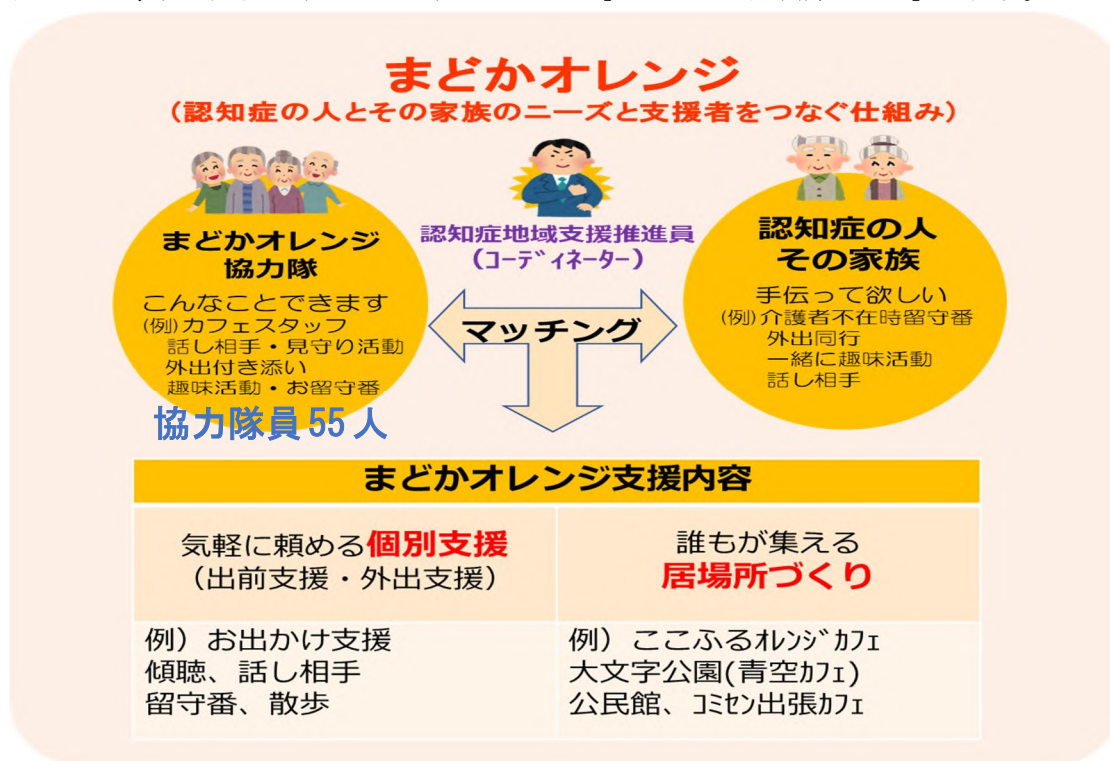
(2) 支援例

- ・独居女性。短期記憶の低下が著しく、認知症専門医への受診同行、介護保険申請を行い、小規模多機能型居宅介護のサービスに繋がった。所有する空き家や車の売却を行政書士とともに支援した。
- ・高齢夫婦世帯。妻は意欲・食欲低下、不眠や幻視、睡眠中の夫を起こすなどで、夫が疲弊していたケース。専門医への受診の結果「認知症」の診断がでて内服治療開始。同時に介護保険も申請し、介護保険サービス導入となり、夫婦とも穏やかな生活を送れるようになった。
- ・70代独居女性。自宅が分からなくなっているところをコンビニ店員が通報し、警察に保護。2017年にアルツハイマー型認知症の診断有り。支援開始時は症状が進行しており、家族の顔も曖昧な様子。キーパーソンの長男はその様子を楽観視していたが、低栄養や熱中症の危険もあり、長男に状況説明を続けながら本人の安否確認、介護保険サービス導入を行った。

(3) 目標支援者数 40人(第9期介護保険事業計画の目標値)

Ⅲ チームオレンジ事業における「まどかオレンジ」の開始(令和6年度新規事業)

認知症サポーターステップアップ講座を修了した者が支援者となり、認知症の人やその家族のニーズに合わせ、見守り、話し相手、外出同行、介護者不在時の留守番などの「個別支援」と認知症の人やその家族の交流の場である「認知症カフェ」などの「居場所づくり」を行う。



通所型・訪問型サービス C 事業(まどかスクール)

1 まどかスクール概要

近い将来要介護状態等となるおそれが高いと認められる 65 歳以上の高齢者を対象として、要介護状態又は要支援状態となることを予防し、生活の質(QOL)の向上及び健康寿命の延伸を目的とし、以下の 2 種類を開催している。

【通所型サービス C 運動器の機能向上プログラム】

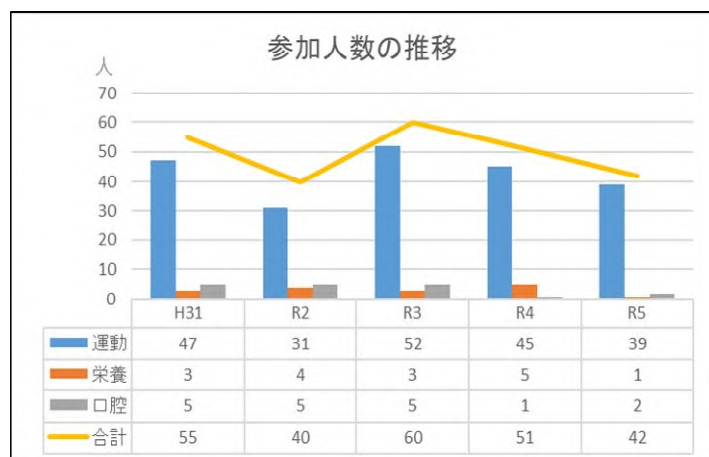
市内のデイサービスセンターやスポーツクラブなどに委託して実施。健康運動指導士、理学療法士、看護師等の指導により転倒の予防及び加齢に伴う運動器の機能低下の予防・改善を目指す。(実施事業所数 R2:13→R3:10→R4:11→R5:11→R6:10)

【訪問型サービス C 栄養改善・口腔機能向上プログラム】

管理栄養士の指導により低栄養状態の予防・改善や高齢期におけるバランスの良い食生活を目指す「栄養改善プログラム」と歯科衛生士の指導により摂食や嚥下機能の維持向上や口腔清掃の自立を目指す「口腔機能向上プログラム」を実施する。

2 まどかスクール実績

【令和 5 年度】実人数 42 人(男性 14 人、女性 28 人)



※R5 参加者平均年齢 75.1 歳
(男性 75.6 歳・女性 74.8 歳)

【参加者の内訳】

	運動	栄養	口腔	合計
前年度からの引継	9	0	0	9
今年度からの参加	30	1	2	33
合計	39	1	2	42

【参加状況】

	運動	栄養	口腔	合計
終了	27	0	1	28
中断	7	0	0	7
次年度へ引継	5	1	1	7

※中断理由：体調不良 5 人、自己都合 2 人

プログラム	気をつけるようになったこと
運動	- よく眠れるようになり、くよくよ考え込む事がなくなった - 歩く姿勢が改善された - ウォーキングの習慣化ができ、健康意識が高まった - 活動の場が広がった(ケアトランポリン、水中ウォーキング参加) - 減量に成功(2.5~3kg)した - 自宅でのストレッチを継続している - 体操の継続や歩いて買い物に行くようになった
栄養	- 減塩食品や減塩調味料を取り入れるようになった - 間食をとりタンパク質を取り入れるようになった - 食欲低下時には、アイスクリームやヨーグルトなど摂取した
口腔	- 夜 1 回のみの歯磨きが、朝も磨くようになった - 発声、発音の練習が習慣化し、むせが改善した

一般介護予防事業（＝健康づくりミニデイ、足元気教室、音楽サロン、ケア・トランポリン）

1 健康づくりミニデイ事業 ※地区地域包括支援センターへ委託

一人暮らし高齢者や虚弱高齢者に対して、健康づくりサービスを提供し、寝たきり・介護予防及び社会的孤立の解消や生きがいづくりを目的として実施。地域の要望に応じて、健康づくりの講話や実技を行う講師を派遣する。

◎R5 年度実績：18 区、1 団体 78 回 延参加人数 1,623 人（男 170 人 女 1,453 人）

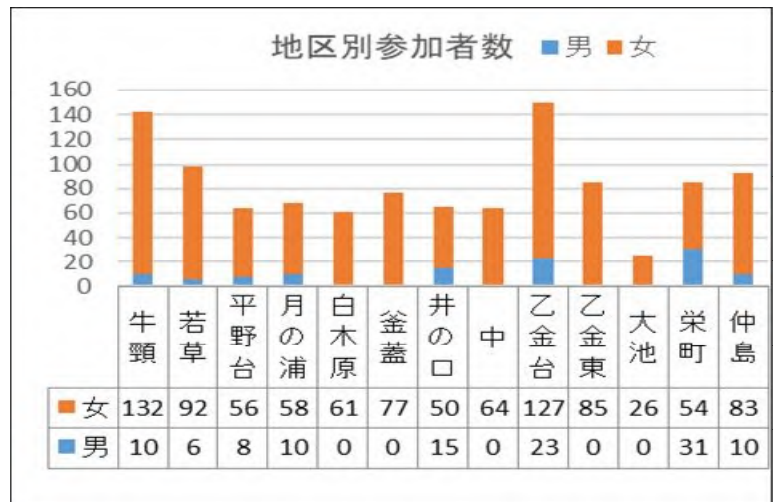
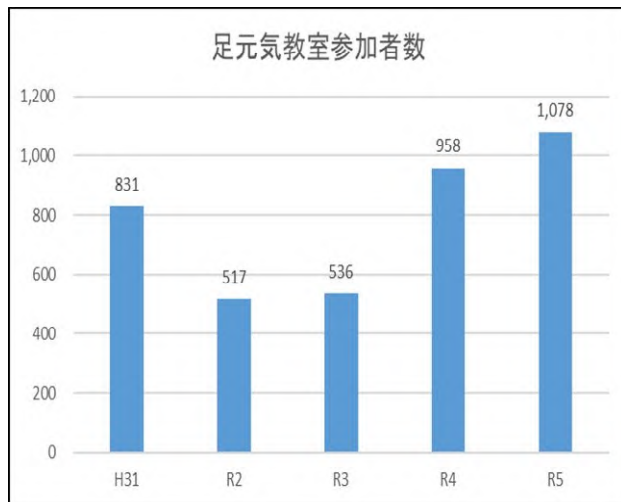
実人員 698 人（男 85 人・女 613 人） 参加者平均年齢 81.5 歳

2 足元気教室 ※（公財）福岡労働衛生研究所へ委託

転倒予防を目的とした、4～8 回（毎月 1 回）の教室。健康運動指導士などの講師が、ストレッチ体操、下肢筋力向上トレーニング、膝・腰痛予防体操などの講話と実技を行う。

◎R5 年度実績：13 区、70 回、延参加人数 1,078 人（男 113 人 女 965 人）

実人員 286 人（男 35 人、女 251 人） 参加者平均年齢 80.4 歳

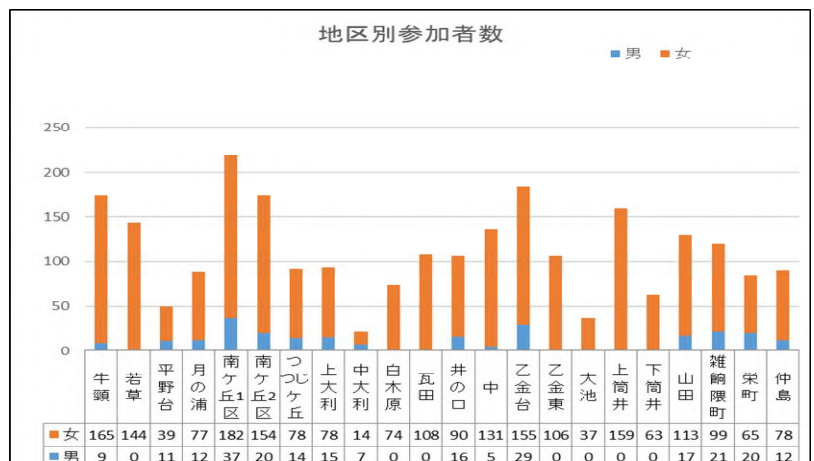
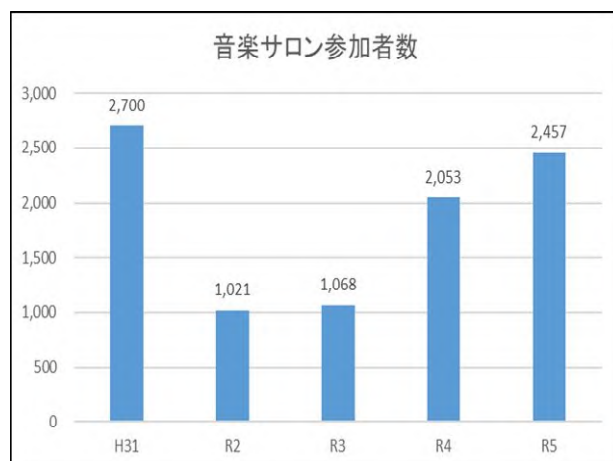


3 音楽サロン ※（株）フカノ楽器店へ委託

歌を歌う・楽器を演奏する・呼吸法・発声練習などの音楽活動を通じて、高齢者の健康増進、外出機会の拡大、地域住民との交流を図り、「閉じこもり」「高齢期うつ」「認知症」を予防するとともに元気高齢者を増やすことを目的とした 4～8 回（毎月 1 回）の教室。

◎R5 年度実績：22 区、132 回、延参加人数 2,457 人（男 245 人 女 2,212 人）

実人員 553 人（男 55 人、女 498 人）



4 ケア・トランポリン教室 ※（一社）日本ケア・トランポリン協会へ委託

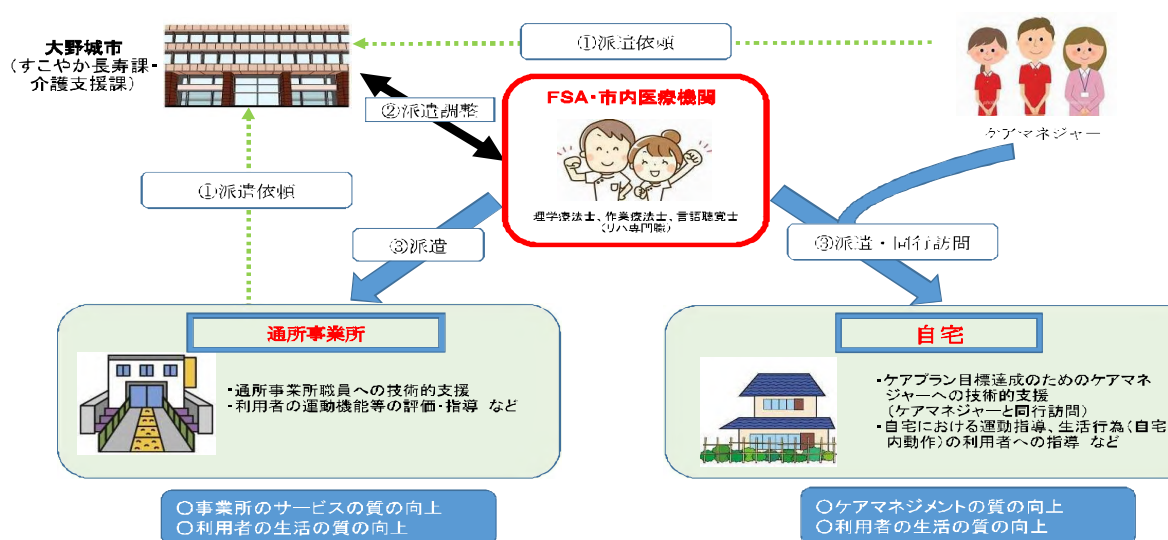
福岡県地域における運動習慣定着促進補助事業として令和3年度から開催した。

参加状況		男女	参加者の声
回数	36回	男性 6人 女性 38人	・足が軽くなった ・食欲が出た ・姿勢が良くなった ・片足立ちが伸びた ・下半身に筋肉がついたように感じる ・歩く速度が速くなった
実人数	44人		
延人数	564人		

5 地域リハビリテーション活動支援事業(令和6年度新規事業)

理学療法士等のリハビリテーション専門職が、自宅や通所事業所等を訪問し、専門的知見を生かした技術的助言を行うことにより、地域における介護予防の取組の機能強化と高齢者の自立支援を図るもの。

地域リハビリテーション活動支援事業



【実施団体】NPO 法人 FSA、誠愛リハビリテーション病院、筑紫南ヶ丘病院 ※協定により実施

(1) 訪問事業

実施場所	理学療法士等のリハビリテーション専門職が自宅を訪問
内容	身体機能の評価、効果的な運動（セルフエクササイズ）の指導等
対象者	概ね 65 歳以上の市民でリハビリ専門職による指導が必要な高齢者 ・事業対象者、要支援 1・2、要介護 1・2 の者（比較的軽度者を想定） ・フレイルの進行がみられる虚弱高齢者（介護認定なしも対象）
対象者数	15 人（地域包括支援センターが把握している対象者数）

(2) 通所事業

実施場所	理学療法士等のリハビリテーション専門職が、通所介護事業所を訪問
内容	運動等の実技指導、安全な介助方法等を指導
対象者	市内の通所事業所（通所介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所）
対象者数	6 事業所（市内通所介護事業所 20 事業所を 3 年間ですべて訪問）

【南地区地域包括支援センター】

1. 包括運営状況について(昨年度の取組状況)

総合相談の件数は一昨年度と比べて増加し、認知症に関することや、精神疾患に関することが多かった。また、相談対象者の年齢が若年化してきており、70歳代の方の相談も多くみられた。

虐待案件などは、課題が様々あり複雑化していることが多いため、多職種が連携して関わり、解決に向けて取り組みを行った。相談対応では、民生委員や地域の方から今困っておられる高齢者の情報提供をいただくことがある。可能な限り迅速に対応し、課題の早期解決に努めた。

2. 今年度の方針について

引き続き民生委員や地域の方との関係性を大事にしながら、相談対応は迅速に行い、今以上に専門性を生かしたアドバイス等を行っていきたい。また実態把握訪問を継続し、高齢者の状況を把握することで、何かあった時に迅速に対応できるようにする。

地域の活動がコロナ禍前に戻ってきており、新しい活動を始めている地域もある。新たな活動の場に福祉サービスの案内や、地域包括支援センターの紹介などの情報を提供し、地域包括支援センターの役割を果たしていきたい。

【中央地区地域包括支援センター】

1. 包括運営状況について(昨年度の取組状況)

SOSの声を上げられない高齢者を早期発見・対応するための実態把握訪問は、月平均75件ペースで地域を回ることができた。しかしながら、中央地区はマンション等の集合住宅が多く、訪問しても会えない事が多かった。その際は地域包括支援センターのチラシを投函する等の対応を行った。

総合相談では、身寄りがなく経済的な問題もある方が、医療や介護の課題を抱えるなど、課題が複合的にあるケースの対応が増え、訪問での関係性作りから始める等の対応に努めた。

認知症に関する相談には、必要に応じて認知症初期集中支援チームに繋げる等で支援を行った。

2. 今年度の方針について

総合相談業務では、引き続き、様々な課題を抱えた方や、社会的に孤立しがちな高齢者への早めのアウトリーチ（実態把握訪問等）に重点を置き、地域包括支援センターのことを知っていただくことと、困りごとに対して早期に関わり始める事で、気軽に相談しやすい環境を構築し、安心して生活できる地域づくりの取り組みを継続していく。

各地区の民生委員等、関係機関と連携、協働し、高齢者の介護予防や社会参加や生きがいづくり等、課題解決に向けて日々の業務にあたっていく。

【東地区地域包括支援センター】

1. 包括運営状況について(昨年度の取組状況)

昨年度も困難事例の対応件数が多く、経済的虐待、ネグレクト、精神疾患がある方の金銭管理問題、DV対応を行ってきた。それに加え、認知症の症状が進行しているが、本人の支援拒否により、対応が難しかったケースが非常に増えている。東地区は地域での見守りが盛んな地区であり、民生委員や福祉部で見守り活動を行われているが、見守る高齢者の数が増え、独居世帯や高齢者のみの世帯を優先して見守り活動を行っているため、家族同居世帯の高齢者の変化に気が付きにくく、困難事例に繋がることがあった。

民生委員や福祉部の方との連携は地域ケア会議を通じてこれまでも密に行っているが、会議の場以外でも多くの相談や地域の情報をいただけるようになった。対応についても東地区包括だけではなく、地域の方の協力も問題解決の重要な要素になっており、困難事例の問題解決に繋がるケースもあった。

2. 今年度の方針について

引き続き、東地区では困難事例の対応が続くと予想している。昨年度と同様に、地域との情報共有や協力体制を強固にし、問題の早期解決に努める。

地域では、高齢者の方の問題をどこに相談したらいいかまだ知らない方がいることを耳にする。東地区包括からの積極的なアウトリーチを図り、地域で孤立化、不安を抱える方を減らせるように対応を行っていく。

認知症に関する相談件数も増えてきているため、軽度から重度までそれぞれの段階にあった支援、専門的なアドバイスが提供出来る体制をつくっていく。また、認知症初期集中支援チームによる医療介護連携を活かし、本人や家族が安心して相談することが出来る窓口になるよう努めていく。

【北地区地域包括支援センター】

1. 包括運営状況について(昨年度の取組状況)

コロナによる長期自粛の影響で、筋力や体力、意欲低下が見られる高齢者が増え、三職種の介護予防プランの担当件数が増えた。それに伴い、実態把握の訪問は通常通り実施出来たが、新規の訪問については、当初の計画通りには出来なかった。

北地区は独居高齢者や高齢者のみの世帯、家族が居ても関係が希薄な高齢者が多く、家族等の支援者が少ないため、包括が中心となって支援を行うことが多い。複合的な課題を抱えたケースでは基幹型包括や他機関とも連携しながら、支援を行った。

2. 今年度の方針について

民生委員をはじめ、地域住民との連携を密に行い、様々な生活上の困りごとを把握することで、高齢者の社会的孤立を防止していく。

生活支援体制整備事業では、地域住民とともに、生きがいに繋がる社会参加の機会を充実させ、高齢者の介護予防や悪化予防に努める。

大野城市地域包括支援センター運営方針

長寿社会部 すこやか長寿課

本市の地域包括支援センターは、平成 29 年 10 月に、それまで市直営の地域包括支援センターを基幹型地域包括支援センター（以下、「基幹型包括」という。）として位置づけ、併せて大野城市コミュニティ条例に規定するコミュニティ地区ごとに、地区地域包括支援センター（以下、「地区包括」という。）を設置して機能強化を図り、各地域包括支援センターが一体となって地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んでいる。

この運営方針は、大野城市地域包括支援センターの運営の基本的考えや、理念、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で効果的な実施に資することを目的として策定する。

なお、当該方針の期間は、「大野城市高齢者保健福祉計画・第 9 期介護保険事業計画、第 2 期成年後見制度利用促進基本計画」に連動し、令和 9 年 3 月 31 日までとする。

§ 1. 地域包括支援センターで行う事業の実施方針

(法第 115 条の 47 第 1 項、介護保険法施行規則第 140 条の 67 の 2)

A 市の地域包括ケアシステムの構築方針

「大野城市高齢者保健福祉計画・第 9 期介護保険事業計画、第 2 期成年後見制度利用促進基本計画」の基本理念及び基本目標に基づき、医療、介護、予防、住まい、生活支援の一体的な提供を図る地域包括ケアシステムを推進していく。

また、「団塊ジュニア世代」が 65 歳以上の高齢者となる令和 22 (2040) 年度を見据え、地域の実情と特性に基づき、自助・互助・共助・公助の力を最大限に活用し、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、地域共生社会の実現に向けに取り組む。

全ての地域包括支援センターは、大野城市の包括的支援事業を担う機関であることを認識し、身近な場所ですばやく高齢者の課題を解決できるよう、事業を効果的に実施する。

地域包括支援センターの公正・中立性を保ち、円滑かつ効果的な運営を図るため、地域包括支援センターの役割と業務量に応じた人員体制を確保するとともに、大野城市地域包括支援センター運営協議会設置要綱により設置する「地域包括支援センター運営協議会」に当該年度の事業計画及び実績報告を行うことにより、本市の地域包括ケアシステム構築状況の点検等を行い、ワンストップで地域差のないサービス体制を継続的に提供できるよう努めるものとする。

B 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針

地区包括が重点的に取り組む事業は以下のとおりとし、各地区のその異なる実情に応じ取り組みを進める（別紙：各地区地域包括支援センターによる事業の実施方針参照）。

- (1) 地域ケア会議（地域ケア会議、地域包括ケアネットワーク協議会、ケアマネジメント調整会議）への参画による地域課題抽出と分析及び解決。
- (2) 各地区の高齢者の実態把握訪問や、一般介護予防事業の実施に関すること。
- (3) 住民主体で取り組む生活支援体制整備に関すること（協議体の運営補助、生活支援コーディネーターの活動等）。

- (4) 認知症施策に関すること（認知症地域支援推進員の活動や認知症初期集中支援チーム事業及び認知症カフェや個別支援等のチームオレンジ事業）。
- (5) 在宅医療・介護連携による支援の強化（医療機関と介護サービス事業所との連携推進、医療・介護・行政等多職種が連携する会議や研修への参画等）。
- (6) 高齢者虐待の早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援（相談窓口の周知、医療・介護・福祉・司法・警察など各関係機関との連携による対応、高齢者の権利擁護、職員に対する虐待防止研修、早期発見や再発防止のための体制強化等）。

C 介護事業者・医療機関・民生委員及びボランティアその他の関係者とのネットワーク構築の方針

Bで示した各重点項目の推進にあたり、介護事業者、医療機関、区役員、民生・児童委員、福祉委員、ボランティア団体等、関係する支援者とのネットワークを活用し、連携を図る。

D 介護予防に係るケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施方針

大野城市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第2条各号に定めるサービス（国基準サービス、介護予防・日常生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント）を積極的に活用し、高齢者の自立に資する介護予防ケアマネジメントとサービス提供を推進する。

E 介護支援専門員に対する支援

- (1) 各地域包括支援センターは、スーパーバイザーとしての役割を自覚し、介護支援専門員に対する研修の実施や、包括的・継続的ケアマネジメント業務を通じて、自立支援及び重度化防止に資するケアマネジメント能力の向上を目指す。
- (2) 介護支援専門員に対して日常的なサポートが受けられるように配慮し、ケアマネジメントにかかる改正情報等を得られ、情報交換の機会となる介護支援専門員の連絡会等への出席を促すほか、任意に開催するケース検討会議の開催や、Fに示す地域ケア会議への出席、必要に応じた高齢者宅への同行訪問、多職種や他機関との連携に必要な支援

を行う。また、主体的な勉強会の開催を支援するなど、技術と連携の強化に努める。

F 地域ケア会議の運営方針

本市の地域ケア会議は、平成 19 年度から各区で開催されている「地域ケア会議」、平成 26 年度に開始の「地域包括ケアネットワーク協議会」、及び平成 28 年度から開始の「ケアマネジメント調整会議」の三種を位置付けており、地域包括ケアシステムの推進に重要な役割を果たしている。これらを通して把握された地域の課題は、生活支援体制整備事業等と連携しながら、課題解決のための取組を検討するなど、地域包括ケアシステムの構築を推進していく。

- (1) 「地域ケア会議」は大野城市地域ケア会議設置要綱に基づき区が開催する会議であり、基幹型包括と地区包括は積極的に参画して、地域における高齢者の見守りと支援に協力する者との情報共有を行うなど、連携を図る。
- (2) 「地域包括ケアネットワーク協議会」は、大野城市地域包括ケアネットワーク協議会設置条例に基づき、解決困難な課題を抱える高齢者への対応及び養護者への支援等を検討するため、基幹型包括が開催し、地区包括はその円滑な運営に協力する。
- (3) 「ケアマネジメント調整会議」は、ケアマネジメント調整会議設置要綱に基づき、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援や、高齢者に関する地域課題の把握に関する事項等を協議する会議であり、基幹型包括と地区包括は積極的に参画し、介護支援専門員の資質向上を推進する。

G 市との連携方針

地域包括支援センターの業務は、地域に暮らす高齢者が住み慣れた環境で自分らしい生活を継続していくための支援であることを念頭に置き、基幹型包括と地区包括の専門職等が連携し、チームアプローチで高齢者に関する相談に応じ支援する。支援等の際に得られた情報は、常に基幹型包括と地区包括とで共有を図る。

基幹型包括は、特定の区域を持たず市全域を管轄し、地区包括の総合調整や後方支援の機能を有する。

地区包括は、日常生活圏域で機能する地域包括支援センターとして、地域で得られた情報等を活用しながら包括的支援事業（総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント業務、介護予防ケアマネジメント業務）を進める。

なお、基幹型包括と地区包括との連携は以下により行う。

- （１）基幹型包括は、地区包括との定期的な連絡会議を開催する。必要に応じ、臨時の連絡会議を開催する。
- （２）各種会議への参画（地域ケア会議、医療・介護連携に関する会議のほか、地域包括ケアシステムの構築に必要となる会議全般）。
- （３）全ての地域包括支援センターに配置されている三職種（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士）及び認知症地域支援推進員兼生活支援コーディネーターは、年に２回以上の勉強会を開催し、専門性の向上に努める。
- （４）高齢者虐待に関する対応マニュアルに定義する「コアメンバー会議」は、地区包括が開催し、基幹型包括のほか必要な関係者の出席を求め、議事進行及び議事録をまとめ、基幹型包括に提出する。

H 業務継続のための方針

感染症や災害が発生した場合においても、非常時の体制で早期に業務再開し、業務を継続的に実施するための「業務継続計画」を策定するとともに、研修及び訓練を通じて迅速に対応するための体制を整備する。

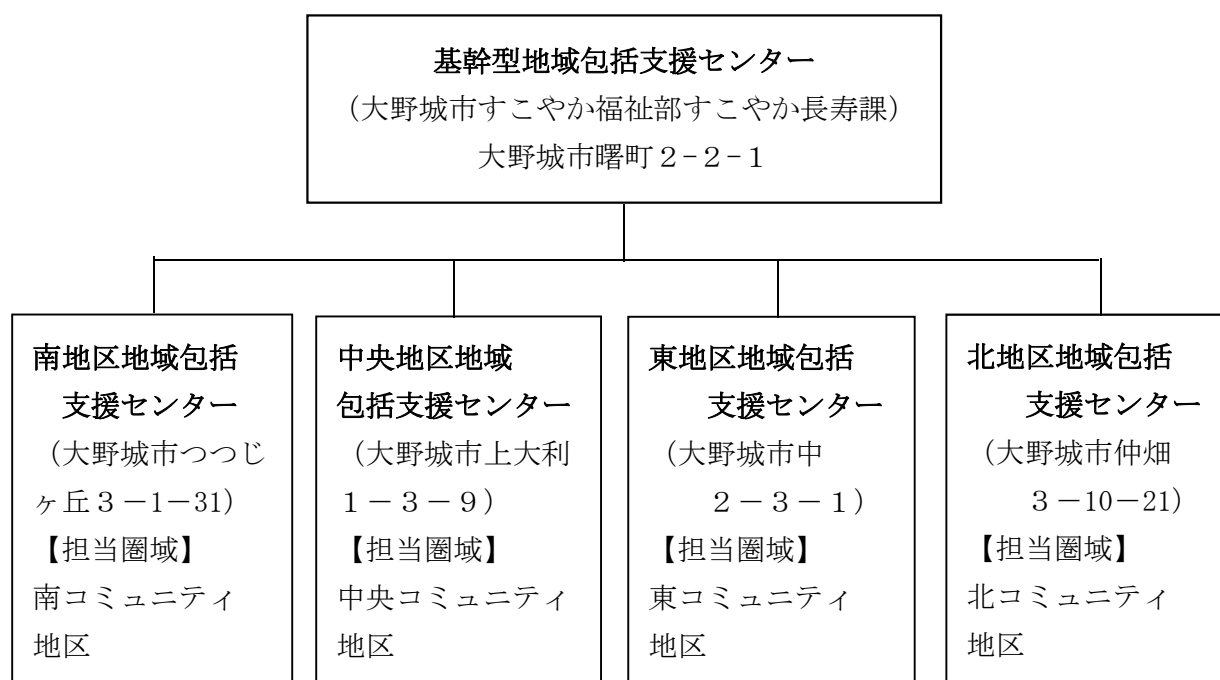
I 公正・中立性確保のための方針

「地域包括支援センター運営協議会」は、基幹型包括が開催し、地区包括は活動目標及び実績報告などを行い、全ての地域包括支援センターを対象として評価し公表する。これにより、PDCAの考え方に基づいた業務の効率化と改善を進め、適切、公正かつ中立な地域包括支援センターの運営を確保するものとする。

§ 2. 組織・運営体制

「大野城市地域包括支援センターの包括的支援事業の実施に関する基準を定める条例」に基づき、各地域包括支援センターに、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の三職種を配置する。

また、地域包括ケアシステムの推進のため、認知症地域支援推進員兼生活支援コーディネーター、介護支援専門員、事務職員を併せて配置する。



§ 3. 地域包括支援センターが実施する事業

基幹型包括並びに地区包括は、介護保険法に基づく包括的支援事業並びに介護予防・日常生活支援総合事業等を行う。

A 地域支援事業

(1) 包括的支援事業

(ア) 地域包括支援センターの運営

○総合相談支援業務（法 115 条 45 第 2 項第 1 号）

・初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実態に当たって必要となるネットワークの構築や地域の高齢者の実態把握を行う。

○権利擁護業務（法 115 条 45 第 2 項第 2 号）

・成年後見制度の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度の活用や関係機関との連携を通じて、高齢者の権利擁護に努める。

○包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（法 115 条 45 第 2 項第 3 号）

※地域ケア会議の実施（法 115 条 48）

・日常的に介護支援専門員や地域からの相談に対応し、ケース会議や三種の地域ケア会議を通じて課題解決を目指す。

○介護予防ケアマネジメント：第 1 号介護予防支援事業（法 115 条 45 第 1 項第 1 号ニ） 居宅要支援被保険者に係るものを除く。

・基本チェックリストにより総合事業対象者となった高齢者に対し、ケアマネジメント支援を行い、給付管理業務及び付随する業務を行う。

(イ) 在宅医療・介護連携事業（法 115 条 45 第 2 項第 4 号）

○筑紫医師会・歯科医師会・薬剤師会と連携し、在宅医療介護の推進を図る。

(ウ) 生活支援体制整備事業（法 115 条 45 第 2 項第 5 号）

○生活支援コーディネーターは、協議体の活動支援を行い、地域住民自ら主体的な地域包括ケア体制作りが出来るように支援を行う。

(エ) 認知症総合支援事業（法 115 条 45 第 2 項第 6 号）

○認知症地域支援推進員や認知症サポート医を含めた認知症初期集中支援チーム事業を推進して認知症高齢者の早期対策を図る。

○地域住民等を対象とした認知症サポーター養成講座を開催するとともに、認知症高齢者やその家族に対する個別支援や通いの場を拡大するなど、認知症施策の推進を図る。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

(ア) 介護予防・生活支援サービス事業（法 115 条 45 第 1 項第 1 号）

○通所 C、訪問 C（通称「まどかスクール」）の事業運営及び実施を行う。

○介護予防ケアマネジメント：第1号介護予防支援事業（法115条45第1項第1号ニ）

・基本チェックリストにより総合事業対象者となった高齢者に対し、ケアマネジメント支援を行い、給付管理業務及び付随する業務を行う。

(イ) 一般介護予防事業（法115条45第1項第2号）

○区や地域の福祉関係者等と協働し、住民に対する介護予防の普及啓発を行う。

B 多職種協働における地域包括支援ネットワークの構築(法115条46第7項)

○区単位、コミュニティ単位、市単位及び市を超えて、在宅医療・介護等地域の特性に応じたネットワークを構築し、地域の関係者の相互と繋がりを築き、日常的な連携が図れるようにする。

C 指定介護予防支援事業（法115条22）

○要支援認定者の介護予防支援や給付管理業務、及び付随する業務を行う。

§ 4. 各地域包括支援センターの具体的役割
(介護保険法に基づかないものも含む)

	事業項目	事業内容	基幹型包括と地区包括の役割
包括的支援事業	総合相談支援	・高齢者やその家族、支援者からの相談及び対応支援	・地区包括が区域ごとに完結 ・困難な場合は基幹型包括と協議
	権利擁護	・後見申し立て支援 ・高齢者虐待対応 ・地域包括ケアネットワーク協議会	・権利擁護や後見申し立て相談は区域毎に完結 ・虐待や地域包括ケアネットワーク協議会等については基幹型包括と協議
	包括的・継続的ケアマネジメント支援	・地域ケア会議 ・ケアマネジメント調整会議 ・地域密着型運営推進会議	・地域ケア会議及び地域密着型運営推進会議は地区包括が出席 ・ケアマネジメント調整会議は、基幹型包括は長寿支援課の運営協力と技術支援、地区包括は主に事例提供
	介護予防ケアマネジメント	・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント	・地区包括は原則として区域を担当し、基幹型包括は必要に応じ担当
在宅医療・介護連携		・多職種連携会議及び研修 ・筑紫医師会との在宅医療介護連携に関する協議 (緊急まどかコール事業)	・多職種連携会議と多職種連携研修には協働で出席 ・基幹型包括は関係部署とともに筑紫医師会との協議
生活支援体制整備		・生活支援コーディネーター(SC)配置 ・第1層及び第2層協議体への参画	・区域毎に設置された地区コミュニティが運営する第2層協議体に参画 ・基幹型包括は第1層担当のSCを配置、社協に事業委託し、地区包括のSCを含めた3者間で協働して活動
認知症総合支援		・認知症地域支援推進員配置 ・認知症初期集中支援チーム事業 ・チームオレンジ事業	・基幹型包括及び地区包括に推進員を配置 ・認知症初期集中支援チーム事業は基幹型包括が運営を行い、対象者を地区包括と共同で支援 ・認知症ケアパスは基幹型包括と合同で作成

一般介護予防事業	・足元気教室 ・音楽サロン ・健康づくりミニデイ事業 ・地域リハビリテーション活動支援事業	・基幹型包括が運営、地区包括は関与 ・健康づくりミニデイ事業は基幹型包括が地区包括を所有する法人に委託
多職種協働における地域包括支援ネットワーク構築	・地域包括ケアネットワーク協議会及びケアマネジメント調整会議 ・多職種会議及び多職種研修	・ケアネットワーク協議会は基幹型包括が運営し、地区包括は事例提供 ・ケアマネジメント調整会議は基幹型包括が事務局への技術支援を行い、地区包括は基幹型包括への協力と事例提供 ・多職種会議及び多職種研修は基幹型と地区包括が参加
包括運営	・地域包括支援センター運営協議会	・基幹型包括が招集し、地区包括と合同開催
指定介護予防支援事業	・要支援認定者の介護予防支援	・地区包括は原則として区域を担当し、基幹型包括は必要に応じ担当
任意事業	・家族介護教室（介護者教室）	・地区包括が実施し、基幹型包括に報告書を提出

《各地区地域包括支援センターによる事業の実施方針》

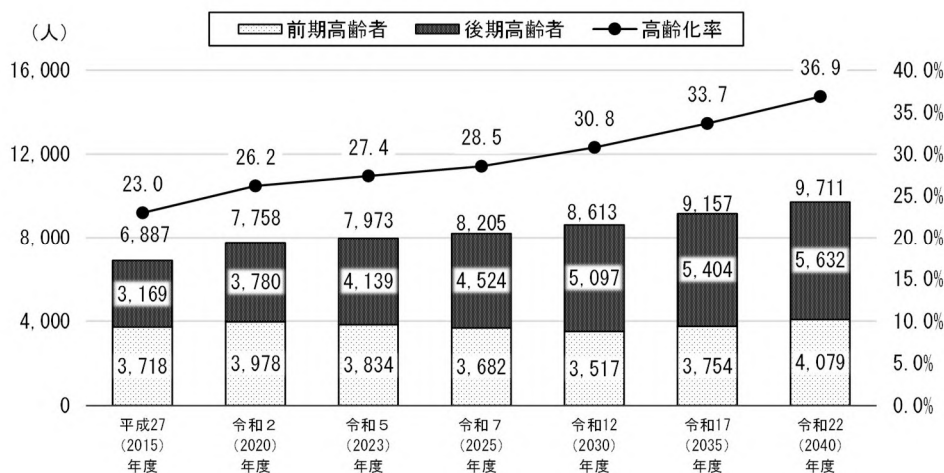
(参考：大野城市高齢者保健福祉事業計画・第9期介護保険事業計画)

南地区地域包括支援センター

【方針】

南コミュニティ地区は、他圏域と比較して高齢化率が高い傾向にあり、今後とも高齢者数、高齢化率ともに増加することが見込まれている。

【人口の推移と推計】



地区の特性として、経済的にゆとりがあると感じている高齢者が多い傾向にあり、趣味や生きがいをもって生活している高齢者も多い。一方で、要介護認定者数はここ数年横ばい傾向であるものの、1年前と比べて外出回数が減少している高齢者が多く、閉じこもりの状況は、市の平均をやや上回っている。

このような状況から、南地区地域包括支援センターは、地域ケア会議への参画をはじめ地域との関係づくりをさらに充実させ、支援を必要とする高齢者の実態把握を通じ、各種サービスの利用により閉じこもりや認知症予防等、心身の健康が維持できるように努める。

また、趣味活動や仲間との繋がりを継続してできるよう介護予防の積極的な啓発に努めるとともに、様々な社会資源を把握し、支援を必要とする高齢者への情報提供に努める。

【南地区地域包括支援センター独自の重点取組み事項】

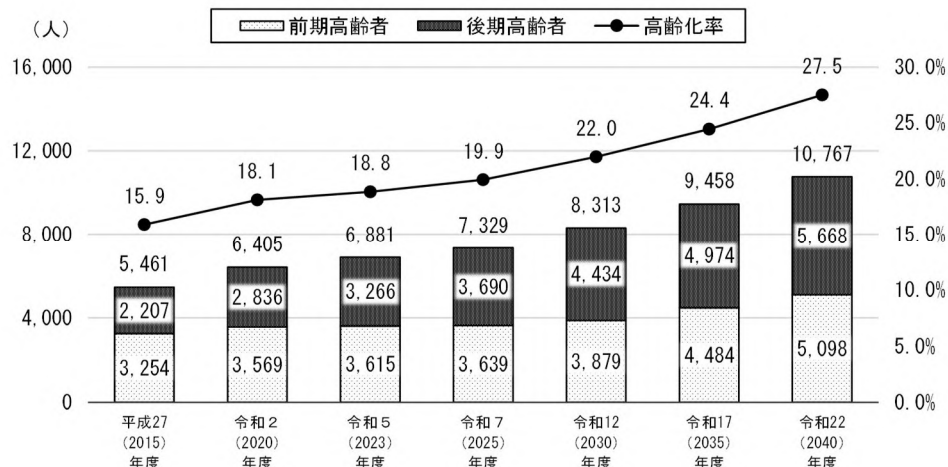
- 支援が必要な高齢者に適切な対応を行うため、独居高齢者や高齢者夫婦二人世帯を優先とした実態把握の訪問を積極的に進め、介護予防・社会資源の情報提供を行う。
- 支援が必要な高齢者の中には、複合的な課題を抱えた高齢者も少なくないことから、基幹型包括や関係機関等と連携し対応する。
- 地域の会やグループ活動等への参加意欲が参加者やお世話係ともに高いことから、生活支援体制整備事業との整合性を図り、地域住民と一緒に居場所づくりに取り組み、心身活動の活性化を図り生活の質を高める支援を行う。
- 認知症について正しい理解が広く浸透するよう、地域と連携しながら認知症に関する啓発活動を行い、認知症になっても地域で安心して生活できる環境を整備する。

中央地区地域包括支援センター

【方針】

中央コミュニティ地区は、高齢者数及び高齢化率は継続して増加傾向にあり、今後もその傾向は継続する見込みであり、令和7（2025）年度までに75歳以上の後期高齢者が前期高齢者を上回ることが想定されている。

【人口の推移と推計】



地区の特性として、鉄道の駅や行政施設・教育施設が集中しており、収入のある仕事をしている人が4圏域の中で最も多い。また、生活機能の低下状況は市の平均を下回っている。一方で、集合住宅や賃貸住宅で暮らす独居高齢者や高齢者夫婦二世帯が多く、地域活動への参加頻度の低さから、高齢者を含む住民同士のつながりの希薄化が課題である。

このような状況から、中央地区地域包括支援センターでは、社会的に孤立しがちな高齢者に対する実態把握の訪問を進めるとともに、高齢者の社会参加や生きがい、自立を図る取組みとして、生活支援体制整備事業の推進に努める。

【中央地区地域包括支援センター独自の重点取組み事項】

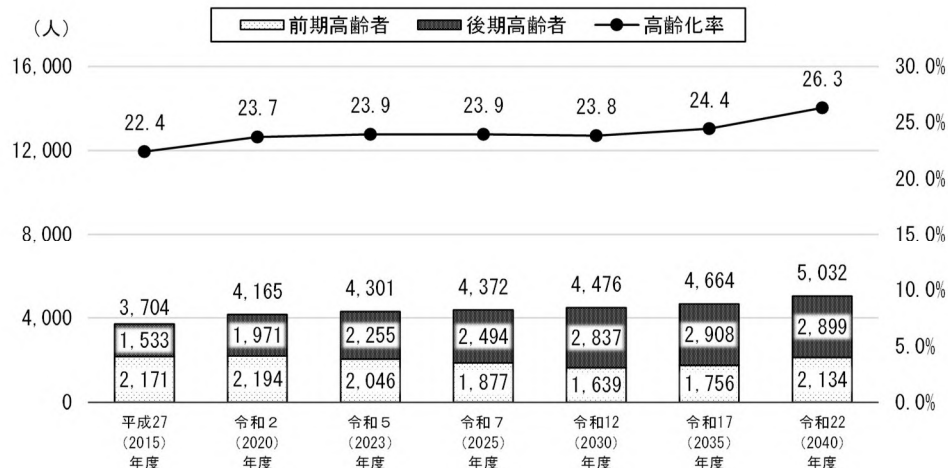
- 各区での地域ケア会議での情報共有と、日頃の民生委員等との連携を迅速丁寧に行い、早期対応と適切な手立てを実践する。
- 高齢者の実態把握訪問により、SOSの声を上げられない高齢者を早期に発見し支援につなげるとともに、前期高齢者宅へも積極的に訪問し、中央地区地域包括支援センターを周知することで、問題が顕在化する前から地域包括支援センターとの接点をつくる。
- 認知症初期集中支援チーム事業等の認知症地域支援推進員の活動を促進する。
- 在宅医療・介護連携を強化した支援体制を構築する。

東地区地域包括支援センター

【方針】

東コミュニティ地区は、住宅開発等により、若年層の人口が増加傾向にあることから、高齢化率は横ばいで推移しているが、高齢者数、高齢化率とともに、令和 22（2040）年度まで増加することが見込まれている。

【人口の推移と推計】



地区の特性として、地域活動への参加や介護予防・健康づくり等、外出の機会が他の圏域と比べて多い。一方で、高台の住宅地域は坂道が多いことから、買物や外出の移動手段に支障を抱える高齢者が多い。また、家族で高齢者を支えている家庭が多く、地域に家庭の問題を知られたくないと相談を躊躇し、問題が複雑化・困難化することもある。

このような状況から、東地区地域包括支援センターでは、高齢者の実態把握訪問と地域ケア会議からの情報を常に擦り合わせ、高齢者の変化を早期に把握し、対応することに努める。また、認知症高齢者についての相談も増加しているため、家族介護者教室や認知症サポーター養成講座、地域ケア会議を通じて、認知症の方に対する家族や地域の関わりについての情報発信を行っていく。

【東地区地域包括支援センター独自の重点取り組み事項】

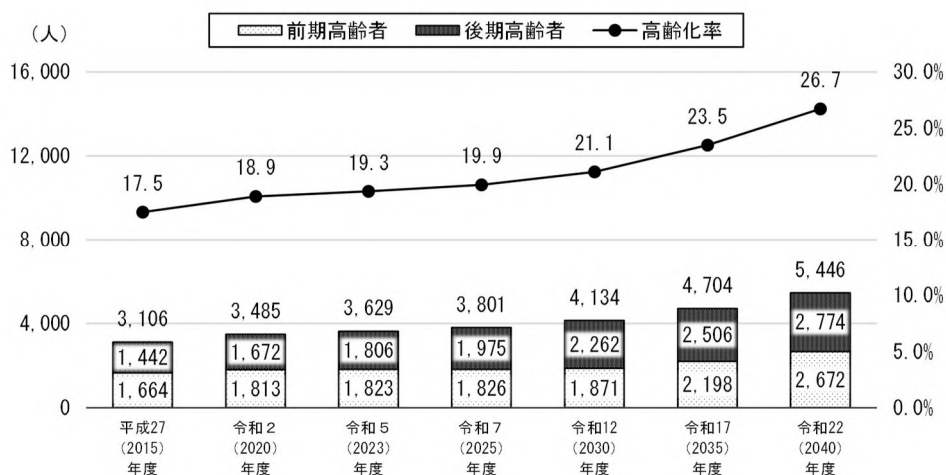
- 各區で開催される地域ケア会議での情報共有と高齢者の実態把握訪問により、問題を抱える高齢者を早期に発見し支援につなげる。
- 日頃からの7つの行政区の民生委員、福祉部員とのコミュニケーションと、相談時の丁寧な対応で、東地区の見守り体制の強化を行っていく。
- 認知症（MCI から重度者まで）高齢者の対応方法についての情報発信と安心できる相談窓口の体制を強化する。
- 在宅医療・介護連携を強化した支援体制を構築する。

北地区地域包括支援センター

【方針】

北コミュニティ地区は、今後も高齢者数、高齢化率ともに横ばい又は微増傾向で推移することが見込まれている。

【人口の推移と推計】



地区の特性として、趣味等のグループ活動、介護予防のための通いの場、シニアクラブなど、地域活動への参加頻度は多い傾向にある。一方で、一人暮らしの高齢者が多く、経済状況について苦しいと感じる割合は4圏域の中で最も高い。経済的に余裕がないことが社会的関わりや活動の抑制にもなり、人との交流の減少は認知機能の低下等の要因ともなっており、生活機能の低下状況では、転倒リスク、認知機能低下、うつ予防、知的能動性低下に該当する割合が4圏域の中で最も高い。

このような状況から、北地区地域包括支援センターでは、経済的な問題も含めた生活上の困りごとを把握し、速やかに支援していく。介護予防の取り組みも進めながら、認知症の予防や早期発見・早期対応、受診への取り組みにも努め、高齢者が安心して地域で暮らせるよう支援を行う。

【北地区地域包括支援センター独自の重点取り組み事項】

- 独居高齢者や高齢者のみの世帯などの社会的孤立を防止するため、民生委員をはじめとする地域との連携を強化する。
- 高齢者の実態把握訪問を通して、状況の把握に努めるとともに、随時必要な支援に繋げる。
- 地域住民と共に、生きがいにつながる社会参加の機会を充実させ、心身機能の活性化を図る支援を行う。
- 認知症の正しい理解を広く浸透させ、早期発見や対応、受診につながる支援に仕組み、本人らしい生活の維持や介護者の負担を軽減できるよう努める。

令和 6 年度第 1 回 感染症検討委員会

令和 6 年 7 月 23 日(火)

1 感染症検討委員会とは？

「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事業等に係る介護予防のために効果的な支援の方法に関する基準(運営等基準)」に位置づけられた、感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会のこと。

【第 20 条の 2】感染症の予防及びまん延の防止のための措置

指定介護予防支援事業所は、当該指定介護予防支援事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 当該指定介護予防支援事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する**検討委員会をおおむね 6 月に 1 回以上開催**するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ること。
- 二 当該指定介護予防支援事業所における**感染症の予防及びまん延の防止のための指針**を整備すること
- 三 当該指定介護予防支援事業所において、担当職員に対し、**感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練**を定期的実施すること。

2 地域包括支援センターの感染症対策

【基幹型包括・地区包括共通】

(1)感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備	令和 6 年度中に整備 ※BCP 感染症編は策定済み
(2)従事者自身の健康管理	・ 自宅又は事業所入口での検温
(3)事業所内の感染対策	・ マスク(窓口対応時は必ず)、換気、手洗い、清掃(机、ドアノブ等の消毒)
(4)ケアにかかる感染対策	・ マスク (必要に応じグローブ、ガウン) ・ 発熱している利用者に対しては、症状、感染症患者との接触を聞き取り、受診や介護サービス利用の調整
(5)研修訓練の実施	・ 保健師勉強会(包括合同)→7/12 介護職員のための感染対策マニュアル第 3 版をもとに勉強会 ・ 研修(各包括)→保健師勉強会の伝達講習 ・ 訓練(各包括)→利用者が感染したことを想定しての、対応訓練(報告、サービス調整等の訓練)
(6)感染流行状況の把握	・ 市(健康課)が、新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザの定点医療機関 1 医療機関あたり報告数を毎週確認しており、増加傾向の場合は注意喚起される。その情報を共有する。

大野城市地域包括支援センターの包括的支援事業の実施に関する基準を定める条例の改正について

1. 改正された国の規則等

- ① 介護保険法施行規則
- ② 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

2. 施行日 令和6年4月1日

3. 改正の概要（地域包括支援センターにおける職員配置の柔軟化）

- ① 地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）の配置人数について、地域包括支援センター運営協議会が必要と認める場合は、常勤換算方法によることを可能とする。
- ② 地域包括支援センター運営協議会が認める場合には、複数の地域包括支援センターが担当する区域ごとの高齢者数を合算した数について、おおむね3,000人以上6,000人未満ごとにセンターに配置すべき3職種の常勤の職員の員数を当該複数のセンターに配置することにより、当該地域包括支援センターがそれぞれ3職種の配置基準を満たすものとする。
- ③ この省令の施行日から1年間を経過措置期間とする。
(市町村の条例が制定施行されるまでの間は、改正前の条例の配置基準とする。)

4. 本市の対応（条例改正の概要）

介護保険法施行規則の改正に伴い、**地域包括支援センターにおける職員配置の柔軟化**に関する事項について、「大野城市地域包括支援センターの包括的支援事業の実施に関する基準を定める条例」を下記のとおり改正する。

① 3職種配置の常勤換算について

3職種の配置について、「常勤」として規定しているものを、「地域包括支援センター運営協議会が必要であると認めるときは、常勤換算方法によることができる」旨に改正する。

(現行条例)

第2条 一の地域包括支援センターが担当する区域における第1号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満ごとに置くべき専らその職務に従事する常勤の職員の員数は、原則として次のとおりとする。
(以下省略)

② 複数区域の高齢者数合算による３職種の配置基準の柔軟化

現行条例では当該規定がないことから、「地域包括支援センター運営協議会が必要であると認めるときは、複数区域を１つの区域として、３,０００人以上６,０００人未満ごとに規定の配置をすることで、配置基準を満たすことができる」旨の項目を追加する。

６．改正条例の上程時期 令和６年９月議会

７．参考（筑紫地区の改正時期）

大野城市	春日市	筑紫野市	太宰府市	那珂川市
令和６年 ９月議会	令和６年 ９月議会	令和７年 ３月議会	検討中	令和６年 ９月議会