

令和7年度 三条市介護保険運営協議会
第4回地域包括支援センター運営部会次第

日時：令和8年3月23日(月)全体会終了後

場所：三条市役所 第二庁舎 301会議室

1 開 会

2 議 題

(1) 令和8年度 地域包括支援センター運営方針（案）[協議事項] …資料1

(2) 令和8年度 地域包括支援センター事業計画・収支予算（案）
[報告事項] …資料2

3 閉 会

令和8年度 地域包括支援センター 運営方針(案)について

1 令和8年度 地域包括支援センター運営方針（案）について

◆ 令和8年度 地域包括支援センター運営方針（案）の主な変更点等

5 組織・運営体制に関する方針

- 項目を新たに追加
- 厚生労働省が示す地域包括支援センターの事業評価指標に関する改正に伴い、**センター長の役割、苦情対応方針を追加**（厚生労働省 通知「『地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について』の一部改正について」に基づく修正）
- 令和7年度実施した地域包括支援センターの事業評価において、**カスタマー・ハラメントに対応する体制整備が不十分であったことから、苦情対応方針に明記**

【内容】

(1) 事業計画の作成

本運営方針や担当圏域の地域課題等を踏まえ、各地域包括支援センターが事業計画を作成し、事業を実施する。

(2) センター長の役割

各職員がチームアプローチを実行できるよう留意するとともに、各職員及びセンター全体の業務を把握し、円滑な実施に向けた業務管理を行う。職員間の目的・目標の共有、課題認識の共有、職員の資質向上などの組織マネジメントに努めるとともに、市と共に制度・施策の課題解決に向けた政策マネジメントに努める。また、職員のメンタルヘルス対策や次項(3)のとおり職員の人材育成を行う。

(3) 職員の人材育成の実施方針

（軽微な修正のみのため省略）

(4) 苦情対応方針

苦情等に対応する体制を整備した上で、誠実かつ適切に対応し、再発防止に努める。センターに対する苦情を受けた場合は、その内容及び対応等を記録し、全職員で共有するとともに、必要に応じて速やかに市に報告する。

また、**センターに対する利用者等からのカスタマー・ハラメントに適切に対応するため、判断基準の共有、相談窓口など組織的な対応体制を整備する。**

6 具体的な業務実施方針

(1) 介護予防の推進

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業の見直しに伴い、修正
- ・ 通所型サービスCの体制強化を行うため、**通所型サービスC等のサービス利用終了者へのモニタリング実施を行う**ことを明記

【内容】

ア 介護予防が必要な高齢者の把握

(中略)

通所型サービスC等のサービス利用を終了した者に対し、終了後概ね6か月を経過した時点で心身機能の変化や社会参加の状況などの実態把握を行い、適切な地域資源等につなげる。

【参考】通所型サービスC（短期集中介護予防教室）の概要

事業目的

要介護状態になるおそれのある高齢者に対し、保健・医療の専門職が、**居宅や地域での生活環境における課題を踏まえ、短期間集中的にサービスを提供することで、生活機能を改善するとともに、日常生活の活動性を高め、社会活動への参加につなげる**ことを目的とする。

対象者

市内に在住で65歳以上の生活機能の低下が見られる方
(基本チェックリストのいずれかの基準（運動機能、口腔機能、低栄養等）に該当又は要支援認定者)

主な要件

- ☑ **ここ一年で、入院等で外出回数が減り、筋力、体力が低下した。**
- ☑ **洗濯ものが干せない、掃除機が掛けるのがおっくう、長距離歩けず買い物に行けなくなった、好きな趣味ができなくなったなど生活が不便になった。**
- ☑ **新規に認定を受けた方や認定1年以内で介護サービス未利用の方**

事業内容

リハビリテーション専門職が作成する運動器の機能向上の個別プログラムを中心に、栄養改善、口腔機能向上の個別プログラムを併せて提供する。(提供期間3か月間、週1回の教室)

【運動器の機能向上プログラム】

理学療法士、作業療法士の指導の下、下肢筋力向上等を目的とした運動を実施

【栄養改善プログラム】

管理栄養士による食生活状況の評価及び食生活指導を実施



【口腔機能向上プログラム】

歯科衛生士による口腔機能の評価及び生じた課題に対する助言、歯科保健指導を実施

【セルフケアマネジメント定着支援】

自宅でも介護予防に向けた取組が継続できるよう、セルフマネジメント手帳の活用促進とモチベーションの向上、維持に向けた働き掛け

(2) 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等）

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業の見直しに伴い、修正
- ・ 別に定める「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき実施するものとし、（要領の改正内容は次ページ）
令和8年度は通所型サービスCの利用促進を図るものとして明記
- ・ 「居宅介護支援事業所に委託等をする場合のセンターの関与」、「介護予防サービス・支援計画書の検証方法」について、市の方針を明確に記載

【内容】

介護予防ケアマネジメントは、「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき実施する。利用者の状態像に応じて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。**特に、フレイル状態（事業対象者相当）で機能訓練が適すると判断される方は、本人及び家族への説明を行い、理解と合意を得た上で、通所型サービスCの利用につなげる。**

また、利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっているか、自立支援型地域ケア個別会議等により、定期的にケアマネジメントを振り返る。

ア 居宅介護支援事業所に委託等をする場合のセンターの関与

居宅介護支援事業所に委託する場合は、アセスメントやサービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与する。

なお、居宅介護支援事業所が指定を受けて実施する介護予防支援について、これまでと同様、十分に情報共有するなど連携を図ることとする。

イ 介護予防サービス・支援計画書の検証方法

委託するケアマネジメントについて、介護支援専門員が作成した介護予防サービス・支援計画書を確認、検証する。**検証する視点として、利用者の状態像に応じたサービスの選択となっているか、自立支援に資する内容となっているか、地域資源の活用も含めた検討がなされているか、医療情報が適切に記載されているかなどを確認し、必要に応じて計画作成の助言等を行う。**また、市の給付適正化の取組と連携し、必要な検証を行う。

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業の見直しに関する地域包括支援センター向け説明会資料 抜粋

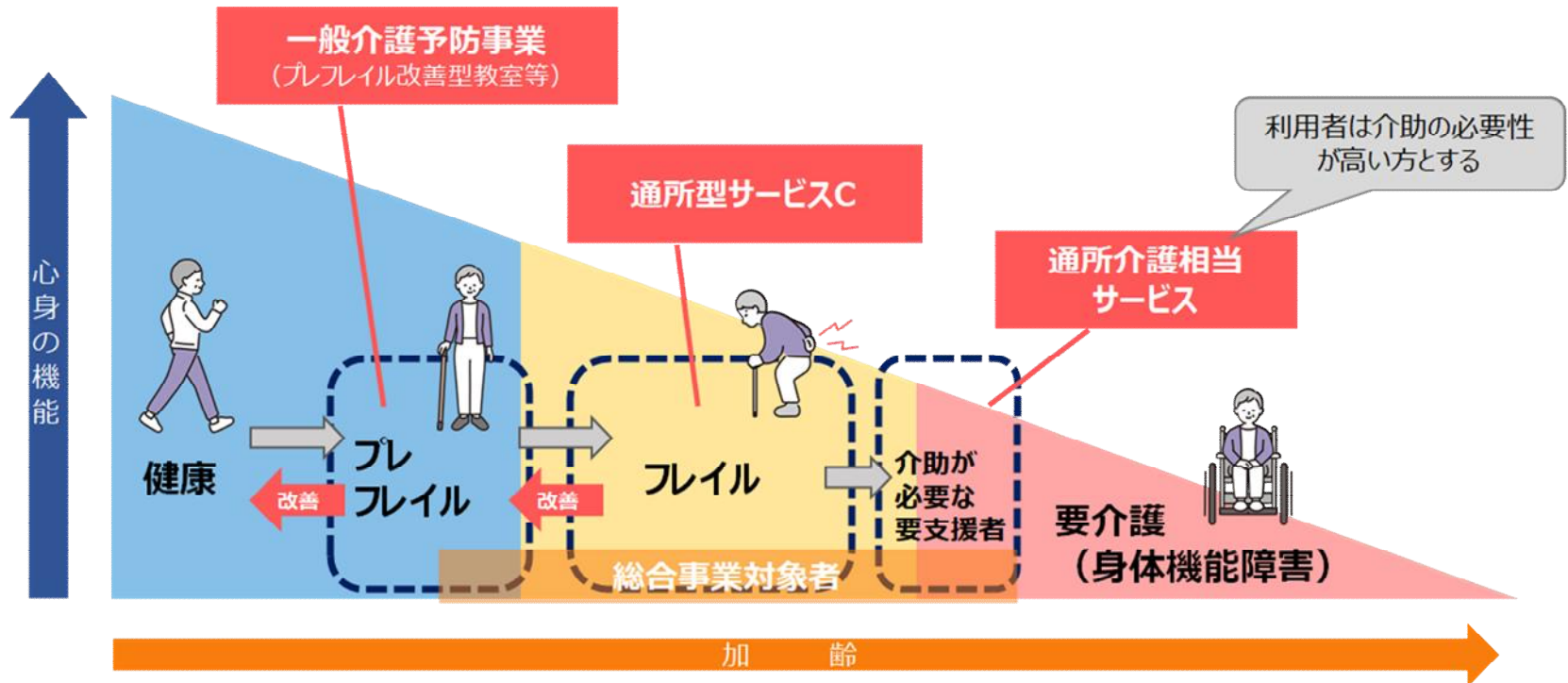
下記の内容に基づき三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領を改正予定

● サービス利用開始時に、通所介護相当サービスなどの対象者像を明確化

- ・ 高齢者の状態に応じた適正利用を図るため、**利用開始時にサービス区分を明確化**する。
- ・ プレフレイル・フレイルの方は状態の改善を目的に、原則通所型サービスC等の対象とする。
- ・ 通所介護相当サービスは、要介護認定者になる可能性の高い進行性疾患の方、認知機能の低下がある方や、既に介助が必要となっている方など、介助ニーズが高い方を対象とする。
- ・ 個々のニーズに対応できる通所型サービスA・Bは、軽度の認知症やうつ症状、障がいのある方を主な対象とする。

※ 現行の利用者については、現在のサービス利用が継続できるよう一定の経過措置期間を設ける。

【高齢者の心身の状態像と利用できるサービスのイメージ】



(6) 地域ケア会議の実施

- 令和7年度実施した地域包括支援センターの事業評価において、個別ケア会議で検討したケースのモニタリングする仕組み等が明確になっていないセンターがあったことから、全てのセンターで適切に検討ケースのモニタリングができるよう明記

【内容】

ア 個別ケア会議の実施

地域の多様な関係者が、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的に実施する。

高齢者が抱える課題について直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が効果的な支援策を検討し、課題解決を支援するとともに、日頃から多職種が協働するためのネットワーク構築を図る。

また、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めるため、自立支援型地域ケア個別会議を開催する。

会議の開催に当たっては、個別事例の検討の積み重ねにより、地域に不足する資源等、地域の課題を把握する。また、**検討した個別ケースについて、別途定める方法によりモニタリングを行う。**

【別途・地域ケア会議開催計画にモニタリング方法を記載】

■ 個別ケース検討をした場合のモニタリング方法

(1) 自立支援型地域ケア個別会議

- 包括の主任ケアマネを中心に、事例提供したケアマネジャーに検討後の状況を確認。必要時、ケアマネを支援
- 生活支援コーディネーターが地域資源を紹介、マッチング。つなぐだけではなく、個別ケースに合わせた取組となるよう既存の資源を連携し、新たな取組を生み出す。
- 概ね3か月後に、主任ケアマネがモニタリングで状況を確認。必要時、次の会議でフィードバック（事例の変化や、事例提供したケアマネの意識の変化など）を共有する。

(2) 個別ケア会議（困難ケース等）

- 包括のケアマネ支援の延長で会議を開催するケースが多いことから、主任ケアマネを中心に、概ね1か月後に事例提供したケアマネジャーに検討後の状況を確認。
- 必要な場合は、継続的にケアマネを支援

(8) 生活支援体制の構築支援

- 三条市高齢者等見守り事業の見直しに伴い、生活支援コーディネーター業務として行う取組がなくなったことから、記載を削除
- 厚生労働省が示す「地域支援事業実施要綱」の改正に伴い、修正。これまでも実施しているセンター各職員と連携した個別対応等の取組を明記

【内容】

- エ 生活支援・介護予防サービスの担い手の把握、組織化、具体的な活動とのマッチング
- 引きこもりや障がい者、学生など多世代の多様な生活支援の担い手となり得る人材を把握し、具体的な活動とマッチングする。
 - 必要に応じてセカンドライフ応援ステーションと情報を共有するとともに、担い手を支援活動につなげる。
 - 「三条市高齢者等見守り事業の手引き」に基づき、見守り対象者と訪問員とのマッチング等を行う。(削除)
- ク 生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業
- 複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組むため、**センター各職員と連携し、個別の対応から地域課題の把握を行うとともに、地域の多様な主体とともに課題解決に向けた対応を行う。**

(9) 認知症施策の推進

- 実際の活動内容に合わせて一部文言を修正

【内容】

- ア 認知症の方が安心して生活できる地域づくり
- 小・中学校等に対し、認知症サポーター養成講座の開催を働き掛け、**認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等とともに講座を企画・実施**する。また、地域住民に対して認知症を正しく理解するための普及啓発活動を行う。

令和8年度 地域包括支援センター運営方針（案）

この運営方針は、地域包括支援センター業務委託契約に基づく業務の実施に当たり、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発第0609001号）、「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日老計発第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号）、「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき、「三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」を踏まえ、取り組むべき事業の実施に係る方針について示すものである。

~~具体的な事業内容については、この方針に基づき各地域包括支援センターが事業計画を作成し、事業を実施するものとする。~~

1 三条市の地域包括ケアシステム構築方針（三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）

(1) 目指す姿

「生涯にわたり住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまち」

(2) 基本目標「地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化」

地域共生社会の実現に向けて、これまで構築してきた地域包括ケアシステムを深化・推進させ、障がい福祉・児童福祉など他分野との連携を一層強化し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための包括的な支援体制づくりを進める。

2 ニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針

地域包括支援センターは、活動を通じて担当圏域の特性や地域が抱えるニーズの把握に努め、課題解決に向けて重点的に取り組む業務を明らかにする。

3 地域、専門職等の関係者とのネットワーク構築方針

複合的な課題を抱えた個別事例の支援や、地域の課題解決に向け、地域の医療、介護、障がい福祉、生活支援のサービス関係機関のほか、司法の専門職、民生委員・児童委員、自治会役員等の地域住民、インフォーマルサービス等、様々な資源を把握した上で、ネットワーク構築が必要な機関や関係者を明らかにし、日常的に連携が図られるよう、担当圏域におけるネットワークを構築する。

4 介護支援専門員に対する支援及び指導並びに被保険者に対する包括的かつ継続的な支援の環境の整備の実施方針

介護支援専門員が抱える支援困難事例を早期に把握し、事態の深刻化を防ぐため、情報交換の場の設定や、困難事例への支援を行っていることの周知に努める。

また、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付に係るケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化

に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行う。

具体的な実施方法は、6(5)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に記載のとおり実施する。

5 組織・運営体制に関する方針

(1) 事業計画の作成

本運営方針や担当圏域の地域課題等を踏まえ、各地域包括支援センターが事業計画を作成し、事業を実施する。

(2) センター長の役割

各職員がチームアプローチを実行できるよう留意するとともに、各職員及びセンター全体の業務を把握し、円滑な実施に向けた業務管理を行う。職員間の目的・目標の共有、課題認識の共有、職員の資質向上などの組織マネジメントに努めるとともに、市と共に制度・施策の課題解決に向けた政策マネジメントに努める。また、職員のメンタルヘルス対策や次項(3)のとおり職員の人材育成を行う。

(3) 職員の人材育成の実施方針

~~地域包括支援センター~~の各職員が、それぞれの職種の専門性を活かして連携した相談対応ができるよう、また、介護支援専門員の実践力向上を図ることなどを目的とした地域ケア会議や事例検討等を行うことができるよう、職員の資質向上のための研修を市と共に実施する。

(4) 苦情対応方針

苦情等に対応する体制を整備した上で、誠実かつ適切に対応し、再発防止に努める。センターに対する苦情を受けた場合は、その内容及び対応等を記録し、全職員で共有するとともに、必要に応じて速やかに市に報告する。

また、センターに対する利用者等からのカスタマー・ハラスメントに適切に対応するため、判断基準の共有、相談窓口など組織的な対応体制を整備する。

6 具体的な業務実施方針

(1) 介護予防の推進

高齢者が、加齢による生活機能の低下を予防又は改善するとともに慢性疾患の適切な管理を行うことにより、生活の質の向上及び健康寿命の延伸を目指すため、高齢介護課及び健康づくり課と連携し、自立支援・重度化防止に向けた支援を行う。

ア 介護予防が必要な高齢者の把握

圏域内の高齢者が集まる集いの場等でフレイルチェック又は基本チェックリストを実施するなどフレイル状態にある高齢者を早期に把握する。その際、生活機能低下と合わせて生活習慣病の罹患状況、発症リスクについてもアセスメントを行う。その状態を改善させるため、介護予防・日常生活支援総合事業や保健事業・介護予防一体化事業（栄養改

善個別訪問指導や口腔機能向上個別訪問指導)などの各事業を組み合わせることで効果的なフレイル対策につなげるとともに、必要に応じて健康相談等の生活習慣病予防の取組につなげる。

また、保健事業等他事業により把握した情報や地域住民からの情報により、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者の情報を積極的に収集・把握し、ニーズに応じた活動の場へつなげる。

さらに、事業対象者及び要支援1、2認定者のうち、介護サービス等未利用者の実態把握を年1回以上行い、適切なサービス等につなげる。

通所型サービスC等のサービス利用を終了した者に対し、終了後概ね6か月を経過した時点で心身機能の変化や社会参加の状況などの実態把握を行い、適切な地域資源等につなげる。

イ 地域住民への普及啓発

集いの場等で介護予防講座を実施し、自立支援の考え方の理解促進に努めるとともに、フレイルや認知症予防など介護予防につながる取組等を啓発する。併せて市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識の向上を図るため、介護予防講座等においてセルフマネジメントツール(介護予防手帳等)の活用を推進する。

啓発の実施に当たっては、生活支援コーディネーターを中心に、啓発を行ったことがない又は頻度が低い集いの場等へ優先的に働き掛けを行う。

(2) 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等)

~~居宅要支援被保険者等に対し、介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに、一般介護予防事業、市の保健福祉サービス、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援サービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。~~

~~実施に当たっては、適切なアセスメントにより利用者の状況を踏まえた生活目標を設定し、利用者がその目標を理解した上で主体的にサービスを利用し、介護予防の取組を生活の中に取り入れ、目標達成のために自ら実施、評価できるよう、ケアマネジメントの結果等を介護予防・在宅療養手帳等に保管するとともに、利用者と定期的に共有し、目標に向かった行動がとれるよう支援する。ケアプランにおいても利用者が自ら取り組めることを具体的に記載する。~~

~~また、生活の困りごとに対し、単にサービスを当てはめるだけでなく、心身機能の改善に加え、利用者が地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、地域の資源を把握しながら、「活動」「参加」の視点も踏まえて支援する。~~

~~アセスメントの際には、利用者の服薬状況や口腔機能、栄養状態等の医療的な視点での把握に努めるとともに、介護サービス事業所等から利用者の医療に関する情報提供を受けたときには、利用者の同意を得て主治医、~~

~~歯科医師、薬剤師に提供する。~~

介護予防ケアマネジメントは、「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき実施する。利用者の状態像に応じて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。特に、フレイル状態（事業対象者相当）で機能訓練が適すると判断される方は、本人及び家族への説明を行い、理解と合意を得た上で、通所型サービスCの利用につなげる。

~~さらに、また、~~利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっているか、自立支援型地域ケア個別会議の活用や研修等により、定期的にケアマネジメントを振り返る。

ア 居宅介護支援事業所に委託等をする場合のセンターの関与

居宅介護支援事業所に委託する場合は、アセスメントやサービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与する。

なお、居宅介護支援事業所が指定を受けて実施する介護予防支援について、これまでと同様、十分に情報共有するなど連携を図ることとする。

イ 介護予防サービス・支援計画書の検証方法

委託するケアマネジメントについて、介護支援専門員が作成した介護予防サービス・支援計画書を確認、検証する。検証する視点として、利用者の状態像に応じたサービスの選択となっているか、自立支援に資する内容となっているか、地域資源の活用も含めた検討がなされているか、医療情報が適切に記載されているかなどを確認し、必要に応じて計画作成の助言等を行う。また、市の給付適正化の取組と連携し、必要な検証を行う。

(3) 総合相談支援業務

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、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切な保健、医療、福祉サービス又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

なお、安心して相談ができるよう可能な限りプライバシーが確保できる場所を設定し、本人や家族等のプライバシーを守るための配慮をする。

ア 地域包括支援センターの周知

地域包括支援センターが、高齢者の保健、医療、福祉、介護予防などの様々な相談窓口であることを住民に周知する。医療機関やスーパー、商店等の民間事業所等との関係づくりを行い、相談窓口であることを周知する。

イ 相談対応

初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。相談に当たっては、職種の専門性を活かし連携しながら対応する。

また、相談対応に必要な関係者のネットワークを構築し対応する。

ウ 介護家族の支援

高齢者の在宅生活を支えるために、高齢者本人のみならず、介護を行う家族等に対する支援も行う。ヤングケアラーや育児と介護を同時期に

担う方などにも配慮しつつ、次項エのとおり他の相談支援機関と連携して支援などを行う。

エ 他の相談支援機関との連携

複合化・複雑化した課題を抱える高齢者やその世帯への適切な支援・対応を行うために、重層的支援体制整備事業における包括的相談支援事業として、相談者の属性・相談内容に関わらず、包括的に相談を受け止め、相談者の抱える問題を整理し、利用可能な福祉サービス等の提供のための調整及び適切な支援機関へのつなぎ等を実施する。また、単独の支援機関だけでは対応が困難な場合は、ICTによる情報連携システムや多機関協働事業（重層的支援会議、支援会議等）を活用するなどして、各支援機関等と連携を図りながら支援を行う。

オ 実態把握

独居高齢者等の家庭訪問や、民生委員・児童委員や自治会長等の地域のネットワークを通じ、支援が必要な高齢者の把握に努める。

(4) 権利擁護業務

高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう、専門的・継続的な視点から高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。

介護支援専門員等の支援者が必要な時期に適切な権利擁護支援につなげられるよう、中核機関と連携して高齢者の支援に当たるとともに、研修会等を開催して知識の向上を図る。併せて、高齢者の生命、財産を守るための支援となるよう、個別ケア会議等で弁護士等の専門職からの助言を受け、迅速かつ適切な支援につなげる。

ア 成年後見制度の活用促進

住民や関係機関からの相談に対応し、必要に応じて家庭訪問、情報提供、連絡調整等の直接支援や三条市成年後見支援センター等関係機関との連携を行い、適切な時期に成年後見制度等を利用できるように支援する。

イ 老人福祉施設等への措置の支援

身体的・精神的な理由や、経済・家庭環境などの理由によって自宅で生活することが困難であると判断される高齢者に対し、養護老人ホーム等への措置入所の支援を行う。

ウ 高齢者虐待の対応

住民や関係機関から高齢者虐待に関する相談・通報を受理したときは、高齢者虐待対応フローチャートに基づき、高齢介護課と連携して事実確認を行う。その後、受理会議の結果を踏まえ、高齢者の保護や養護者支援、加えて関係機関等への迅速な情報提供等、高齢者の安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する。

また、疑いの段階で早期に通報することを介護サービス事業所に周知し、養護者や介護者に対する負担軽減等の支援を行い、虐待の防止を図る。

エ 消費者被害の防止

住民や関係機関からの相談に対して、直接的な支援や関係機関への取次ぎを行い、被害防止のための支援を行う。また、圏域内で被害防止の啓発活動や相談窓口の紹介を行う。

オ 権利擁護啓発活動

家庭訪問や地域の集いの場などを活用して、圏域内の高齢者に対する権利擁護意識の向上を図るための啓発活動を行う。

なお、地域の集いの場等で行う啓発活動の企画に当たっては、社会福祉士が中心となり、市と協働で実施に向けた取組を行う。

(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域における多職種との連携により協働したケアマネジメント支援を行う。

ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築

多様な生活課題を抱えた高齢者を支援するため、多様な構成員による支援チームが地域の様々な資源を活用し、包括的な支援が提供されるための地域における連携体制の構築や調整を行う。

特に、地域の介護支援専門員が、介護保険サービス以外の地域における様々な資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

また、高齢者の心身の状況や生活環境の変化等、状態に応じて適切な支援が切れ目なく提供できるよう、継続的ケアマネジメントの実践を支援する。

イ 個々の介護支援専門員に対する支援

- ・ 自立支援に資するケアマネジメントの支援となるよう、自立支援型地域ケア個別会議の開催、サービス担当者会議での助言を行うとともに、必要に応じて居宅サービス計画、介護予防サービス計画等の検証など、個別指導、相談への対応を行う。
- ・ 介護予防支援専門員からの支援困難事例の相談に対しては、地域住民や専門機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、指導助言を行う。必要に応じて、同行訪問や個別ケア会議、多機関協働事業（重層的支援会議、支援会議等）につなげる。
- ・ 介護支援専門員からの相談に応じながら、圏域の介護支援専門員の実情や抱えている課題を把握し、介護支援専門員連絡会と連携して事業所の枠を超えた介護支援専門員相互のネットワーク構築や、事例検討会、研修会等の必要な取組を実施する。
- ・ 上記の取組を進めるに当たっては、必要に応じて、市の給付適正化の取組と連携する。

(6) 地域ケア会議の実施

包括的・継続的ケアマネジメント支援の業務の効果的な実施を図るため、圏域の介護支援専門員、保健、医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員・児童委員その他の関係者等により構成される地域ケア会議

を実施し、介護等が必要な高齢者への適切な支援に必要な検討を行うとともに、高齢者が地域で自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行う。

また、地域に共通した課題を把握し、地域に必要な資源を開発するための検討を行う。

会議の構成員は、会議の目的に応じ、必要に応じて調整する。

ア 個別ケア会議の実施

地域の多様な関係者が、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的に実施する。

高齢者が抱える課題について直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が効果的な支援策を検討し、課題解決を支援するとともに、日頃から多職種が協働するためのネットワーク構築を図る。

また、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めるため、自立支援型地域ケア個別会議を開催する。

~~さらに~~、会議の開催に当たっては、個別事例の検討の積み重ねにより、地域に不足する資源等、地域の課題を把握する。また、検討した個別ケースについて、別途定める方法によりモニタリングを行う。

イ 圏域地域ケア会議の実施

高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等との連携を促進し、ネットワークを構築する。

個別支援等を通じて把握した地域課題を整理し、課題解決に向けた資源の調整や、地域に必要な新たな資源の開発につなげる。

(7) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し、次の活動を行う。

- ア 圏域内の医療と介護、障がい福祉等の多職種協働の推進を図るとともに、個別ケア会議等に医療職を招集するなど連携においては特に医療的視点に留意して活動を行う。
- イ 在宅医療・介護に関する住民向けの啓発講座の開催について、地域で活動する様々な集まりに対して開催を働き掛ける。

(8) 生活支援体制の構築支援

生活支援体制整備事業を行うため、生活支援コーディネーターを配置する。

高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、総合事業の各事業や、地域住民を含めた多様な主体による介護予防等に資する活動などについて、事業間での連動を図りながら実施できるよう、市（第1層生活支援コーディネーター）とともに、多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援し、地域の支え合い体制づくりを推進する。

地域住民や多様な主体との対話やネットワークの構築を行うことを通じ、関係者の間で地域の現状や将来像の共有を図るとともに、地域住民や多様

な主体ごとの多様な価値判断を尊重しながら地域での共創を推進するため、次に掲げるコーディネート業務を実施する。

なお、コーディネート業務の実施に当たっては、高齢者が自身の関心や選択を踏まえ、自分事として地域の多様な活動に主体的に参加することを促すように取り組む。

ア 高齢者等の支援ニーズ・関心事や地域住民を含む多様な主体の活動の状況の情報収集及び可視化

- ・総合相談支援業務や相談支援機関との連携により、高齢者、障がい者、生活困窮者等の支援が必要な対象者のニーズ等を把握する。
- ・地域住民による集いの場や地域活動、民間企業等の多様な主体の生活支援や介護予防に資する活動などを情報収集し、見える化する。

イ アを踏まえた、地域住民や多様な主体による生活支援・介護予防サービスの企画・立案、実施方法の検討に係る支援

- ・市とともに総合事業での各事業を含む多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの検討を行う。
- ・地域住民や民間企業等の活動の担い手または支援者たり得る多様な主体との調整を行う。
- ・高齢者を含む多世代の地域住民、多様な生活支援・介護予防サービスの実施者、市などをつなげ、既存の取組やサービスを活かしてそれぞれの取組等を連携させ、協働しながら活動を行うことで新たな価値を創造する（共創）を推進する。

ウ 地域住民・多様な主体・市の役割の整理、実施目的の共有のための支援（地域住民が主体的に行う内容を含む。）

- ・地域ケア会議等を活用し、各主体とともに役割の整理、実施目的の共有などを行い、連携を推進する。
- ・地域の団体、企業等に地域の支え合いの必要性を啓発し、地域住民などの役割等を共有する。

エ 生活支援・介護予防サービスの担い手の把握、組織化、具体的な活動とのマッチング

- ・引きこもりや障がい者、学生など多世代の多様な生活支援の担い手となり得る人材を把握し、具体的な活動とマッチングする。
- ・必要に応じてセカンドライフ応援ステーションと情報を共有するとともに、担い手を支援活動につなげる。

~~「三条市高齢者等見守り事業の手引き」に基づき、見守り対象者と訪問員とのマッチング等を行う。~~

オ 支援ニーズと生活支援・介護予防サービスとのマッチング

- ・個々の支援ニーズに基づき、既存の活動やサービスにつなぐだけではなく、地域資源や地域活動等を生かした生活支援・介護予防サービスの事業化や活動の立ち上げ・継続の支援を行う。

カ 生活支援コーディネーター協力員（第2層協議体）の組織化

- ・生活支援コーディネーターの活動の支援、協力をするコーディネーター協力員を組織化するため、座談会やワークショップ等を実施する。

- キ 重層的支援体制整備事業における地域づくり事業等の実施
 - ・高齢・障がい・子ども・生活困窮等の各分野の取組を活かしつつ、世代や属性を超えて市民が交流、参加できる場づくりを行うとともに、個々のニーズに合わせて居場所や活動につなぐコーディネートを行う。
 - ・市の重層コーディネーターが実施する重層的支援会議等が必要に応じて出席し、多様な主体の活動、サービス等を共有し、上記のコーディネートを行う。
- ク 生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業
 - ・複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組むため、センター各職員と連携し、個別の対応から地域課題の把握を行うとともに、地域の多様な主体とともに課題解決に向けた対応を行う。

(9) 認知症施策の推進

- ア 認知症の方が安心して生活できる地域づくり
 - ~~認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等と連携し、~~小・中学校等に対し、認知症サポーター養成講座の開催を働き掛け~~る~~、**認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等とともに講座を企画・実施する。**また、地域住民に対して認知症を正しく理解するための普及啓発活動を行う。
- イ 認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保、家族支援
 - 認知症地域支援推進員とともに、生活支援コーディネーターを中心に、認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、本人の意思を尊重した参加、活動の場の整備や、既存の資源への参加調整、マッチングを行う。
 - また、家族のニーズに応じ、認知症カフェ等の支援につなぐ。
- ウ 認知症の方（疑いがある方含む）の早期相談、早期対応
 - 認知症の方や認知症の疑いのある方が、早期に的確なアセスメントに基づいた支援につながるよう、適宜、認知症初期集中支援チームにつなぐ。介入が困難なケースにおいては、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターと連携して支援を行う。
- エ 若年性認知症の方又はその家族からの相談に対し、若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と連携して対応する。

7 市町村との連携方針

地域包括支援センター長会議や包括ケア推進会議等で、市の方針等を共有するとともに、必要により活動の進め方等について協議する。

また、各センターの活動状況の情報交換、研修の復命等により、効果的な活動方法を検討するとともに、センター職員自らの資質の向上を図る。

8 公正・中立性確保のための方針

市の高齢者保健・福祉・介護行政の一翼を担う機関として、居宅介護支援事業所や介護サービスの紹介など支援の実施に当たっては、その経緯を記録するなど明確にし、公正・中立性を確保した事業運営に努める。

各センターは、年1回自己評価を実施し、市はそれを基に総合的に評価した結果を介護保険運営協議会地域包括支援センター運営部会に報告する。
評価基準は、別に定める。

令和8年度地域包括支援センター事業計画・収支予算（案）について

センター名	資料ページ	
	事業計画（案）	収支予算（案）
三条市地域包括支援センター嵐北	2～5 ページ	6 ページ
三条市地域包括支援センター嵐南	7～12 ページ	13 ページ
三条市地域包括支援センター 東	14～19 ページ	20 ページ
三条市地域包括支援センター 栄	21～25 ページ	26 ページ
三条市地域包括支援センター下田	27～30 ページ	31 ページ

令和8年度 三条市地域包括支援センター嵐北事業計画

1 重点活動（担当圏域の特性や地域が抱えるニーズを踏まえて設定）

- (1) フレイル状態にある高齢者を早期に把握し、通所型サービスCにつなげて生活機能の改善と社会参加の促進を図る。
- (2) 複合化・複雑化した課題に対し、他機関協働と相談支援連携体制を強化し、切れ目のない支援を推進する。

2 個別の事業

項目	取組内容	実施時期
(1) 介護予防の推進		
ア 介護予防の必要な高齢者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等で基本チェックリスト等を実施し、フレイル状態又はリスクの高い高齢者を早期に把握する。併せて、生活習慣病の罹患状況や発症リスクを含めたアセスメントを行い、必要に応じて効果的なフレイル対策や生活習慣病予防の取組につなげる。 ・ 閉じこもりなど、何らかの支援を必要とする高齢者の情報を積極的に収集・把握し、ニーズに応じた活動の場へつなぐ。 ・ 事業対象者および要支援認定者のうち、サービス未利用者については、年1回以上の実態把握を行い、適切なサービス等につなげる。 ・ 通所型サービスC等の利用終了後は、概ね6か月経過した時点で実態把握を行い、心身機能や社会参加の状況を確認したうえで、必要に応じて適切な地域資源等につなぐ。 	随時
イ 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等で介護予防講座を実施し、自立支援の考え方の理解促進に努めるとともに、フレイルなど介護予防につながる取組について啓発する。 ・ 地域住民の介護予防・健康づくりの習慣化やセルフマネジメント意識の向上を図るため、啓発講座や介護予防教室等において、セルフマネジメントツール（介護予防手帳）の活用を推進する。 ・ 生活支援コーディネーターを中心に、これまで啓発を行っていない、又は実施頻度が低い集いの場等へ優先的に働きかけを行う。 	随時
(2) 介護予防ケアマネジメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき、利用者の状態像に応じて適切なサービスが提供されるよう支援する。フレイル状態で機能訓練が適すると判断した場合は、本人・家族へ説明し、理解と合意を得たうえで通所型サービスCにつなぐ。 ・ 利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっているか、自立支援型地域ケア個別会議等を活用し、定期的にケアマネジメントの振り返りを行う。 ・ 居宅介護支援事業所に委託する場合は、アセスメントの確認やサービス担当者会議への同席等を通じて適宜関与する。また、居宅介護支援事業所が実施する介護予防支援についてもこれまで同様に情報共有 	通年

項目	取組内容	実施時期
	<p>と連携を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託したケアマネジメントについては、ケアプランを確認・検証し、サービス選択や自立支援の視点、地域資源の活用状況、医療情報の記載などを踏まえて評価し、適宜助言を行う。また、市の給付適正化の取組と連携し、必要な検証をすすめる。 	
(3) 総合相談支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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できるよう、必要に応じて他の支援機関と連携し、地域における適切な保健・医療・福祉サービスや制度の利用につなぐ支援を行う。 ・ ヤングケアラーや育児と介護の同時期負担など、複合化・複雑化した課題を抱える高齢者や世帯については、相談内容や属性にかかわらず包括的に相談を受け止め、課題を整理したうえで利用可能な福祉サービスや適切な支援機関につなぐ。必要に応じてICTによる情報連携システムや多機関連携（重層的支援会議、支援会議等）を活用し、関係機関と連携して支援をすすめる。 ・ 当センター独自のパンフレットや広報誌（年2回発行）を医療機関、スーパー、商店等に配布し、民間事業所等との関係づくりを進めることで、身近な相談窓口であることを周知する。 	<p>通年</p> <p>随時</p> <p>9月、3月</p>
(4) 権利擁護業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員等の支援者が適切な権利擁護支援につなげられるよう、中核機関と連携して高齢者の支援にあたるとともに、研修会等を開催して知識の向上を図る。また、個別ケア会議等で弁護士等の専門職から助言を受け、高齢者の生命・財産を守るため迅速かつ適切な支援につなぐ。 ・ 住民や関係機関からの相談に対応し、必要に応じて訪問等の直接支援や三条市成年後見支援センター等との連携を行い、適切な時期に成年後見制度等を利用できるよう支援する。 ・ 高齢者虐待に関する相談・通報を受理した場合は、高齢者虐待対応フローチャートに基づき、高齢介護課と連携して事実確認を行う。受理会議の結果を踏まえ、高齢者の保護や養護者支援、関係機関への迅速な情報提供等を行い、安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する。 ・ 権利擁護意識の向上を図るため、社会福祉士を中心に市と協働して集いの場等で啓発活動を行う。 	<p>随時</p>
(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施		
<p>ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複合化・複雑化した課題を抱える高齢者を支援するため、多職種が地域の多様な資源を活用し、包括的な支援を提供できるよう連携体制の構築と調整を行う。 ・ 高齢者の心身の状況や生活環境の変化に応じ、重度化防止と自立支援の視点を持って、適切なサービスが切れ目なく提供されるようケアマネジメントの質 	<p>随時</p>

項目	取組内容	実施時期
	<p>の向上と実践を支援する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域内の介護支援専門員等のネットワークを強化し、情報交換会等を通じて困難事例を早期に把握・共有することで迅速かつ組織的に対応できる支援体制を整える。 	5月
イ 個々の介護支援専門員に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が抱える困難事例を早期に把握するため、日頃から積極的な働きかけを行い、信頼関係を構築するとともに課題の深刻化を防ぐための迅速な助言・支援体制を維持する。 ・ 介護支援専門員からの相談に対しては、必要に応じて同行訪問や個別ケア会議を実施し、重層的支援体制整備事業等の多機関連携と連動しながら解決に向けた伴走型の支援を行う。 	随時
(6) 地域ケア会議の実施		
ア 個別ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援困難事例を抱える介護支援専門員等に対して、多職種が専門的知見に基づき助言を行う個別ケア会議を開催し、適切な支援策の検討を通じて課題解決を図るとともに支援者の心理的・実務的負担の軽減を推進する。 ・ 高齢者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力向上を図るため、主任介護支援専門員を中心に自立支援型個別ケア会議を継続開催し、事例検討を通じて専門職の視点向上と圏域全体の支援の質を高める。 ・ 会議では個別事例の検討を重ねることで地域の課題や不足する資源を把握し、検討した事例について概ね3か月後を目途にモニタリングを行い、状況を確認する。 	随時 9月、2月
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員と介護支援専門員の相互理解と連携を促進するための会議を開催する。 ・ 民生委員児童委員協議会定例会に参加し、情報や課題を共有するとともに地域の実情把握に努め、支援体制強化に向けたネットワークを構築する。 	8月、10月 4月、5月
(7) 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し、圏域内の多職種協働を推進するとともに、個別ケア会議等に医療職を招集するなど、医療的視点を踏まえた支援を行う。 ・ 集いの場等において在宅医療・介護に関する啓発講座の開催を働きかける。 	随時
(8) 生活支援体制の構築支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の自立した日常生活を地域で支えるため、市と連携し、総合事業や地域住民等による多様な介護予防・生活支援活動が連携して実施できるよう支援し、地域の支え合い体制づくりを推進する。 ・ 高齢者等の支援ニーズや地域住民を含む多様な主体の活動状況について、情報収集と可視化を行う。 ・ 総合相談支援業務や相談支援機関との連携により、高齢者、障がい者及び生活困窮者等の支援ニーズを把握する。 	随時

項目	取組内容	実施時期
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多世代の生活支援の担い手となり得る人材を把握し、市やセカンドライフ応援ステーションと情報共有しながら、活動とのマッチングを行う。 ・ 生活支援コーディネーターの協力員を組織化し、活動支援や座談会・ワークショップ等を実施する。 ・ 重層的支援体制整備事業における地域づくり事業を実施し、世代や属性を超えて市民が交流・参加できる場づくりや個々のニーズに応じた居場所・活動へのコーディネートを行う。 ・ 市の重層コーディネーターが実施する重層的支援会議等に参加し、多様な主体の活動やサービスを共有し、コーディネートを行う。 ・ 生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業としてセンター職員と連携し、個別支援を通じて地域課題を把握し、多様な主体と協働して課題解決に取り組む。 	随時
(9) 認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小・中学校等に対して認知症サポーター養成講座の開催を働きかけ、認知症地域支援推進員やキャラバン・メイトと連携して企画・実施するとともに、地域住民に対する認知症理解の普及啓発を行う。 ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らせるよう本人の意思を尊重した参加・活動の場の整備や既存資源への参加調整・マッチングを行い、家族のニーズに応じて認知症カフェ等につなぐ。 ・ 認知症の人（疑いを含む）の早期相談・早期対応を図り、適切なアセスメントに基づく支援につなげるよう必要に応じて認知症初期集中支援チームにつなぐ。介入が困難なケースは、認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センターと連携して支援する。 ・ 若年性認知症の本人または家族からの相談に対しては、若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と連携して対応する。 	随時

令和8年度地域包括支援センター業務・指定介護予防支援事業収支予算総括表

施設名	三条市地域包括支援センター嵐北	事業者名	社会福祉法人県央福祉会
		代表者名	理事長 碁石 學
		センター長氏名	高井 久恵

1 収入

単位:円

収入	予算額	内 訳
地域包括支援センター運営業務委託料	30,320,600	
介護予防ケアマネジメント支給費	12,148,500	
介護報酬(介護予防支援費)	10,024,000	
利息配当金・雑収入	0	
その他	0	
収入合計	52,493,100	

2 支出

支出	予算額	
人件費	31,654,000	
(内訳) 給料	15,626,100	
職員手当等	11,585,523	
共済費	387,000	
賃金	0	
法定福利費	4,055,377	
物件費	20,839,100	
(内訳) 報酬	0	
報償費	0	
旅費	28,500	
(内訳) 普通旅費	28,500	研修旅費等
費用弁償	0	
需用費	1,208,000	
(内訳) 消耗品費	379,000	事務用品等
医薬材料費	0	
燃料費	341,000	ガソリン等
印刷製本費	11,000	印刷代
光熱水費	181,000	電気料金等
修繕料	296,000	自動車等修繕
福利厚生費	161,000	健康診断等
役務費	897,000	
(内訳) 通信運搬費	672,000	電話、携帯電話
広告料	2,000	広報誌等
手数料	20,000	振込手数料等
保険料	203,000	自動車保険料等
	0	
委託料	15,755,039	
(内訳) 居宅介護支援事業所への委託	15,297,000	
その他の委託	458,039	清掃業務委託料等
使用料及び賃借料	1,621,000	パソコン、システム等リース
建物取得	5,000	
備品購入費	3,000	
負担金	1,125,561	諸会費等
租税公課	35,000	消費税
支出合計	52,493,100	

令和8年度 三条市地域包括支援センター嵐南事業計画

1 重点活動（担当圏域の特性や地域が抱えるニーズを踏まえて設定）

- (1) 高齢者の健康寿命延伸と主体的な社会参加を促す、予防から社会参加までの包括的な支援体制を強化する
- (2) 認知症の方が地域で尊厳を持って暮らし家族も孤立しないよう、認知症の正しい理解と見守り・支え合いに基づく地域支援体制を構築する

2 個別の事業

項目	取組内容	実施時期
(1) 介護予防の推進		
ア 介護予防の必要な高齢者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が集まる集いの場等でフレイルチェック又は基本チェックリストを実施しフレイル状態にある高齢者を早期に把握する。 ・ 生活機能低下と合わせて生活習慣病の罹患状況、発症リスクについてもアセスメントを行う。その状態を改善させるため、介護予防・日常生活支援総合事業や保健事業・介護予防一体化事業などの各事業を組み合わせる効果的なフレイル対策につなげるとともに、必要に応じて健康相談等の生活習慣病予防の取組につなげる。 ・ 保健事業等他事業により把握した情報や地域住民からの情報により、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者の情報を積極的に収集・把握し、ニーズに応じた活動の場へつなげる。 ・ 介護サービス等未利用者の実態把握を年1回以上行い、適切なサービス等へつなげる。 ・ 通所型サービスC等のサービス利用を終了した者に対し、終了後概ね6カ月を経過した時点で心身機能の変化や社会参加の状況などの実態把握を行い、適切な地域資源等につなげる。 	<p>随時</p> <p>年1回</p>
イ 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等で介護予防講座を実施し、自立支援の考え方の理解促進に努めるとともに、フレイルや認知症予防など介護予防につながる取組等を啓発する。 ・ 市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフケアマネジメントの意識の向上を図るため、介護予防講座等におけるセルフマネジメントの意識向上を図るため、介護予防講座等においてセルフマネジメントツールの活用を推進する。啓発を行ったことがない、頻度が低い集いの場等へ優先的に働き掛けを行う。 	随時
(2) 介護予防ケアマネジメントの実施	<p>介護予防ケアマネジメントは、「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要項」に基づき実施する。利用者の状態像に応じて適切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。特にフレイル状態で機能訓練が適すると判断される方は、本人及び家族への説明を行い、理解と合意を得たうえで、通所型サービスCの利用につなげる。利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっているか、自立支援型地域ケア個別会議によ</p>	通年

項 目	取組内容	実施時期
	<p>り、定期的にケアマネジメントを振り返る。</p> <p>ア 居宅介護支援事業所に委託等をする場合のセンターの関与</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所に委託する場合は、アセスメントやサービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与する。 ・ 居宅介護支援事業所が指定を受けて実施する介護予防支援について、これまでと同様、十分に情報共有するなど連携を図る。 <p>イ 介護予防サービス・支援計画書の検証方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託するケアマネジメントについて、介護支援専門員が作成した介護予防サービス・支援計画書を確認、検証する。検証する視点として、利用者の状態像に応じたサービスの選択となっているか、自立支援に資する内容となっているか、地域資源の活用も含めた検討がなされているか、利用情報が適切に記載されているかなどを確認し、必要に応じて計画作成の助言等を行う。また市の給付適正化の取組と連携し、必要な検証を行う。 	
<p>(3) 総合相談支援業務</p>	<p>ア 地域包括支援センターの周知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが、高齢者の保健、医療、福祉、介護予防などの様々な相談窓口であることを住民に周知する。 ・ 医療機関やスーパー、商店等の民間事業所等との関係づくりを行い、相談窓口であることを周知する。 <p>イ 相談対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。相談に当たっては、職種の専門性を活かし連携しながら対応する。 ・ 相談対応に必要な関係者のネットワークを構築し対応する <p>ウ 介護家族の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の在宅生活を支えるために、高齢者本人のみならず、介護を行う家族等に対する支援も行う。ヤングケアラーや育児と介護を同時期に担う方等などにも配慮しつつ、他の相談支援機関と連携して支援を行う。 <p>エ 他の相談支援機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 複合化・複雑化した課題を抱える高齢者やその世帯への適切な支援を行うために重層的支援体制整備事業における包括的相談支援事業として相談者の属性・相談内容に関わらず包括的に相談の受け止め、相談者の抱える問題を整理し、利用可能な福祉サービス等の提供のための調整及び適切な支援機関へのつなぎ等を実施する。 ・ ICTによる情報連携システムや多機関協働事業を活用するなど各支援機関等と連携を図りながら支援を行う。 	<p>通年</p>

項目	取組内容	実施時期
	オ 実態把握 <ul style="list-style-type: none"> 独居高齢者等の家庭訪問や、民生委員・児童委員や自治会長等の地域ネットワークを通じ、支援が必要な高齢者の把握に努める。 	
(4) 権利擁護業務	ア 成年後見制度の活用促進 <ul style="list-style-type: none"> 住民や関係機関からの相談に対応し、必要に応じて家庭訪問、情報提供、連絡調整等の直接支援や三条市成年後見支援センター等関係機関との連携を行い、適切な時期に成年後見制度等を利用できるように支援する。 	随時
	イ 老人福祉施設等への措置の支援 <ul style="list-style-type: none"> 身体的・精神的な理由や経済・家庭環境などの理由によって自宅で生活することが困難であると判断される高齢者に対し、養護老人ホーム等への措置入所の支援を行う。 	随時
	ウ 高齢者虐待の対応 <ul style="list-style-type: none"> 高齢者虐待に関する相談・通報を受理した時は高齢者虐待対応フローチャートに基づき、高齢介護課と連携して事実確認を行う。その後、受理会議の結果を踏まえ、高齢者の保護や養護者支援、加えて関係機関等への迅速な情報提供等、高齢者の安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する 虐待疑いの段階で早期に通報することを介護サービス事業所に周知し、養護者や介護者に対する負担軽減等の支援を行い、虐待の防止を図る。 	随時
	エ 消費者被害の防止 <ul style="list-style-type: none"> 相談に対して直接的な支援や関係機関への取次ぎを行い、被害防止のための支援を行う。また被害防止の啓発活動や相談窓口の紹介を行う。 	随時
	オ 権利擁護啓発活動 <ul style="list-style-type: none"> 家庭訪問や地域の集いの場などを活用して、高齢者に対する権利擁護意識の向上を図るための啓発活動を行う。 地域の集いの場等で行う啓発活動の企画にあたっては社会福祉士が中心となり、市と協働で実施に向けた取組を行う 	随時
(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施		
ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 多様な生活課題を抱えた高齢者を支援するため、多様な構成員による支援チームが地域の様々な資源を活用し包括的な支援が提供されるための地域における連携体制の構築や調整を行う。 地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。 高齢者の心身の状況や生活環境の変化等、状態に応じて適切な支援が切れ目なく提供できるよう、継続的なケアマネジメントの実施を支援する。 	随時

項目	取組内容	実施時期
イ 個々の介護支援専門員に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアマネジメントの支援となるよう、自立支援型地域ケア個別会議の開催、サービス担当者会議での助言を行うとともに、必要に応じて居宅サービス計画、介護予防サービス計画等の検証など、個別指導、相談への対応を行う。 介護支援専門員からの支援困難事例に対しては、地域住民や専門機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、指導助言を行う。必要に応じて、同行訪問や個別ケア会議、多機関協働事業につなげる。 介護支援専門員相互のネットワーク構築や事例検討会、研修会等の必要な取組を実施する。 	随時 随時 年5回
(6) 地域ケア会議の実施		
ア 個別ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者が抱える課題について直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が効果的な支援策を検討し、課題解決を支援するとともに日頃から多職種が協働するためのネットワーク構築を図る。 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めるため、自立支援型地域ケア個別会議を開催する。 会議の開催に当たっては、個別事例の検討の積み重ねにより、地域に不足する資源等、地域の課題を把握する。また、検討した個別ケースについてモニタリングを行う。 	年2回
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等との連携を促進し、ネットワークを構築する。 個別支援等を通じて把握した地域課題を整理し、課題解決に向けた資源の調整や地域で必要な資源開発につなげる。 	年3回 (6/5、11、12) 随時
(7) 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し、圏域内の医療と介護・障がい福祉等の多職種協働の推進を図るとともに、個別ケア会議等に医療職を招集するなど連携においては特に医療的視点に留意して活動を行う。 在宅医療・介護に関する住民向けの啓発講座を開催する住民向けの啓発講座の開催について、地域で活動する様々な集まりに対して開催を働きかける。 医療機関（歯科、薬局を含む）へ地域包括支援センターの周知を行う。 	通年 随時 随時
(8) 生活支援体制の構築支援	<ul style="list-style-type: none"> ア 高齢者等の支援ニーズ・関心事や地域住民を含む多様な主体の活動の状況の情報収集及び可視化 総合相談支援業務や相談支援機関との連携により、高齢者、障がい者、生活困窮者等の支援が必要な対象者のニーズを把握する。 地域住民による集いの場や地域活動、民間企業等の多様な主体の生活支援や介護予防に資する活動など情報収集し、見える化する。 	通年

項目	取組内容	実施時期
	<p>イ 地域住民や多様な主体による生活支援・介護予防サービスの企画・立案・実施方法の検討に係る支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 市とともに総合事業での各事業を含む多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの検討を行う。 まんなかテラス（対象を問わない地域づくり）の活動を軸として既存の取組やサービスを活かしてそれぞれの取組を連携させ、協働しながら活動を行うことで新たな価値を創造する（共創）を推進する。 <p>ウ 地域住民・多様な主体・市の役割の整理、実施目的の共有のための支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議等を活用し、各主体とともに役割の整理、実施目的の共有などを行い、連携を推進する。 地域の団体、企業等に地域支え合いの必要性を啓発し、地域住民などの役割等を共有する。 <p>エ 生活支援・介護予防サービスの担い手の把握、組織化、具体的な活動とのマッチング</p> <ul style="list-style-type: none"> 引きこもりや障がい者、学生など多世代の多様な生活支援の担い手となり得る人材を把握し、具体的な活動とマッチングする。必要に応じセカンドライフ応援ステーションと情報を共有するとともに、担い手を支援活動につなげる。 <p>オ 支援ニーズと生活支援・介護予防サービスとのマッチング</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域資源や地域活動等を生かした生活支援・介護予防サービスの事業化や活動の立ち上げ・継続支援を行う。 <p>カ 生活支援コーディネーター協力員（第2層協議体）の組織化</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの活動の支援、協力をするコーディネーター協力員を組織化するため、座談会やワークショップ等を実施する。 <p>キ 重層的支援体制整備事業における地域づくり事業等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> まんなかテラスの活動を軸として高齢・障がい・子ども・生活困窮と各分野の取組を活かしつつ、世代や属性を超えて市民が交流、参加できる場づくりを行う。 市の重層コーディネーターが実施する重層的支援会議等に必要に応じて出席し、多様な主体の活動、サービス等を共有し、コーディネートを行う。 <p>ク 生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業</p> <ul style="list-style-type: none"> 複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組むため、センター各職員と連携し、個別の対応から地域課題の把握を行うとともに、地域の多様な主体とともに課題解決に向けた対応を行う 	
(9) 認知症施策の推進	ア 認知症の方が安心して生活できる地域づくり	随時

項 目	取組内容	実施時期
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小・中学校等に対し、認知症サポーター養成講座の開催を働き掛け、認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等とともに講座を企画・実施する。 ・ 地域住民に対して認知症を正しく理解するための普及啓発活動を行う。 <p>イ 認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保、家族支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症地域支援推進員とともに、生活支援コーディネーターを中心に、認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、本人の意思を尊重した参加、活動の場の整備や、既存の資源への参加調整、マッチングを行う。また、家族のニーズに応じ、認知症カフェ等の支援につなぐ。 <p>ウ 認知症の方（疑いがある方含む）の早期相談、早期対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の方や認知症の疑いのある方が、早期に的確なアセスメントに基づいた支援につながるよう、適宜、認知症初期集中支援チームにつなぐ。介入が困難なケースにおいては、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターと連携して支援を行う。 <p>エ 若年性認知症の方又はその家族からの相談に対し、若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と連携して対応する。</p>	<p>随時</p> <p>随時</p> <p>随時</p>

令和8年度地域包括支援センター業務・指定介護予防支援事業収支予算総括表

施設名	三条市地域包括支援センター嵐南	事業者名	社会福祉法人恩賜財団済生会
		代表者名	吉田 俊明
		センター長氏名	佐藤光美

1 収入

単位:円

収入	予算額	内 訳
地域包括支援センター運営 業務委託料	35,796,000	
介護予防ケアマネジメント支 給費	18,286,200	
介護報酬(介護予防支援費)	13,705,440	
利息配当金・雑収入	15,000	
その他	0	
収入合計	67,802,640	

2 支出

支出	予算額	内 訳
人件費	38,047,000	
(内訳) 給料	24,721,000	
職員手当等	7,346,000	
共済費	1,164,000	本部共済・県社協
賃金	0	
法定福利費	4,816,000	
物件費	29,755,640	
(内訳) 報酬	0	
報償費	0	
旅費	350,000	
(内訳) 普通旅費	350,000	交通宿泊費等
費用弁償	0	
需用費	2,535,640	
(内訳) 消耗品費	858,640	事務用品等
医薬材料費	0	
燃料費	360,000	ガソリン代等
印刷製本費	17,000	封筒代等
光熱水費	1,150,000	電気料金等
修繕料	150,000	自動車等修理
福利厚生費	423,000	
役務費	1,148,000	
(内訳) 通信運搬費	726,000	電話料金等
広告料	200,000	広報
手数料	66,000	振込手数料等
保険料	106,000	自動車保険料、火災保険料
会議費	50,000	地域ケア会議、在宅サービス協議会等
委託料	23,534,000	
(内訳) 居宅介護支援事業 所への委託	23,000,000	
その他の委託	534,000	業務委託・保守
使用料及び賃借料	1,652,000	リース料
備品購入費	0	
負担金	0	
租税公課	113,000	自動車税等
支出合計	67,802,640	

令和8年度 三条市地域包括支援センター東事業計画

1 重点活動（担当圏域の特性や地域が抱えるニーズを踏まえて設定）

- (1) 介護予防、自立支援に向けた地域住民の意識づくりを広める。
- (2) 高齢者が適切に活動を選択し、住み慣れた地域で暮らし続けることができる支え合いと、支援のネットワークづくりを進める。

2 個別の事業

項目	取組内容	実施時期
(1) 介護予防の推進		
ア 介護予防の必要高齢者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が、加齢による生活機能の低下を予防又は改善するとともに慢性疾患の適切な管理を行うことにより、生活の質の向上及び健康寿命の延伸を目指すため、高齢介護課及び健康づくり課と連携し、自立支援・重度化防止に向けた支援を行う。 ・ 集いの場等で、基本チェックリストを実施し、フレイル状態にある高齢者を早期に把握する。アセスメントを行い、状態改善を図るため、介護予防・日常生活支援総合事業や効果的なフレイル対策事業や保健事業・介護予防一体化事業（栄養改善や口腔機能向上の個別訪問指導）などの各事業を組み合わせる効果的なフレイル対策につなげるとともに、必要に応じて健康相談等の生活習慣病予防の取組につなげる。 ・ 事業対象者及び要支援認定者のうち、サービス未利用者の実態把握を年1回以上行い、必要時は適切なサービス等につなげる。 ・ 通所型サービスC等のサービス利用を終了した者に対し、終了後概ね6か月を経過した時点で心身機能の変化や社会参加の状況などの実態把握を行い、適切な地域資源等につなげる。 	随時
イ 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等で介護予防講座を実施し、自立支援の考え方の理解促進に努めるとともに、フレイルや認知症予防など介護予防につながる取組等を啓発する。 ・ 市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識の向上を図る為、介護予防講座等においてセルフマネジメントツール（介護予防手帳等）の活用を推進する。 ・ 啓発の実施については、生活支援コーディネーターを中心に、未実施や実施頻度が低い集いの場等へ優先的に働きかける。 	随時
(2) 介護予防ケアマネジメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要領」に基づき実施する。利用者の状態像に応じて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。特に、フレイル状態（事業対象者相当）で機能訓練が適すると判断される方は、本人及び家族への説明を行い、理解と合意を得た上で、通所型サービスCの利用につなげる。 ・ 利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっている 	通年

項目	取組内容	実施時期
	<p>か、自立支援型地域ケア個別会議等により、定期的にケアマネジメントを振り返る。</p> <p>ア 居宅介護支援事業所に委託をする場合のセンターの関与</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントやサービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与する。 ・ 居宅介護支援事業所が指定を受けて実施する介護予防支援についても十分に情報共有するなど連携を図る。 <p>イ 介護予防サービス・支援計画書の検証方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託するケアマネジメントについて、検証の視点としては、利用者の状態像に応じたサービスの選択となっているか、自立支援に資する内容となっているか、地域資源の活用も含めた検討がなされているか、医療情報が適切に記載されているかなどを確認し、必要に応じて計画作成の助言等を行う。また、市の給付適正化の取組と連携し、必要な検証を行う。 	
<p>(3) 総合相談支援業務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切な保健、医療、福祉サービス又は制度の利用につなげる等の支援を行う。 ・ 本人や家族等のプライバシーを守り、安心して相談ができる場の設定について配慮する。 <p>ア 地域包括支援センターの周知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが、高齢者の保健、医療、福祉、介護予防などの様々な相談窓口であることを住民に周知する。 ・ 医療機関やスーパー、商店等の民間事業所等との関係づくりを行い、相談窓口であることを周知する。 <p>イ 相談対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行う。相談に対しては、職種の専門性を活かし連携しながら対応する。 ・ 対応に必要な関係者のネットワークを構築する。 <p>ウ 介護家族の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者のみならず、介護を行う家族、ヤングケアラーや育児と介護を同時期に担う方などにも配慮しつつ他の相談支援機関と連携して支援などを行う。 <p>エ 他の相談支援機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 複合化・複雑化した課題を抱える高齢者やその世帯への適切な支援・対応を行うために、重層的支援体制整備事業における包括的相談支援事業として、相談者の属性・相談内容に関わらず、包括的に相談を受け止め、相談者の抱える問題を整理し、利用可能な福祉サービス等の提供のための調整及び適切な支援機関へのつなぎ等を実施する。また、単独の支援機関だけでの対応が困難な場合は、ICTによる情報連携システムや多機関協働事業（重層的支援会議、支援会議等）を活用するなどして、各支援機関等と連携を図りながら支援を行う。 	<p>通年</p>

項目	取組内容	実施時期
	オ 実態把握 <ul style="list-style-type: none"> 独居高齢者の家庭訪問や、民生委員・児童委員や自治会長等の地域のネットワークを通じ、支援が必要な高齢者の把握に努める。 	
(4) 権利擁護業務	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の尊厳ある生活維持のために、専門的・継続的な視点から権利擁護のため必要な支援を行う。 介護支援専門員が必要な時期に適切な権利擁護支援につなげられるよう、中核機関と連携して高齢者の支援にあたりると共に、研修会等を開催して知識の向上を図る。高齢者の生命、財産を守るための支援となるよう、個別ケア会議等で弁護士等専門職からの助言を受け、迅速かつ適切な支援につなげる。 ア 成年後見制度の活用促進 <ul style="list-style-type: none"> 住民や関係機関からの相談に対応し、必要に応じて、家庭訪問、情報提供、連絡調整等の直接支援や三条市成年後見支援センター等関係機関と連携を行い、適切な時期に成年後見制度を利用できるように支援する。 イ 老人福祉施設等への措置の支援 <ul style="list-style-type: none"> 身体的・精神的な理由や、経済・家庭環境などの理由によって自宅で生活することが困難であると判断される高齢者に対し、養護老人ホーム等への措置入所の支援を行う。 ウ 高齢者虐待の対応 <ul style="list-style-type: none"> 住民や関係機関から高齢者虐待に関する相談・通報を受理したときは、高齢者虐待フローチャートに基づき、高齢介護課と連携して事実確認を行う。その後、受理会議の結果を踏まえ、高齢者の保護や養護者支援、加えて関係機関等への迅速な情報提供等、高齢者の安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する。 また、疑いの段階で早期に通報することを介護サービス事業所に周知し、養護者や介護者に対する負担軽減等の支援を行い、虐待の防止を図る。 エ 消費者被害の防止 <ul style="list-style-type: none"> 住民や関係機関からの相談に対して、直接的な支援や関係機関への取次ぎを行い、被害防止のための支援を行う。 オ 権利擁護啓発活動 <ul style="list-style-type: none"> 権利擁護関係（虐待の防止や、特殊詐欺の防止など）の啓発を行い、住民の意識向上を図る。 啓発活動の企画にあたっては、社会福祉士が中心となり、市と協働で実施に向けた取組を行う。 	随時
(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施		
ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 包括的な支援が提供されるよう、地域関係機関との連携・協働体制づくりを図る。 介護支援専門員が、地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制づくりに努める。 	随時

項目	取組内容	実施時期
イ 個々の介護支援専門員に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアマネジメントの支援となるよう、自立支援型地域ケア個別会議の開催、サービス担当者会議での助言、必要に応じて介護支援専門員が作成した居宅サービス計画、介護予防サービス計画等の検証など、個別指導、相談への対応を行う。 介護予防支援専門員からの支援困難事例の相談に対しては、地域住民や専門機関等と連携して具体的な支援方針を検討し、指導助言を行う。必要に応じて、同行訪問や個別ケア会議、多職種協働事業（重層的支援会議、支援会議等）につなげる。 介護支援専門員相互のネットワーク構築や事例検討会、研修会等必要な取組を実施する。 必要に応じて、市の給付適正化の取組と連携する。 	随時 年2回 6月、10月 年1回
(6) 地域ケア会議の実施		
ア 個別ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 圏域の介護支援専門員、保健、医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員・児童委員その他の関係者等により構成される地域ケア会議を開催する。 多職種が専門性をいかした視点で課題の整理と解決策を検討し、日頃から多職種が協働するためのネットワーク構築を図る。 高齢者が自立した生活を営むために必要な支援体制構築ができるよう介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めていけるよう支援する。 	随時
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 会議の開催にあたっては、個別事例の検討の積み重ねにより、地域に不足する資源等、地域の課題を把握する。また、検討した個別ケースについて、別途定める方法によりモニタリングを行う。 	随時
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員児童委員協議会の定例会に参加し、地域の実情、気になる高齢者の把握等、課題を集約し情報共有、ネットワークを構築する。 	年3回 4～6月
(7) 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し、活動する。 ア 圏域内の医療と介護、障がい福祉等の多職種協働の推進を図るとともに、個別ケア会議等に医療職を招集するなどし、医療的視点にも留意して活動を行う。 イ 在宅医療・介護に関する住民の理解を促進するため啓発講座を実施する。 	随時
(8) 生活支援体制の構築支援	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、総合事業や地域住民を含めた多様な主体による介護予防に資する活動などについて、事業間での連動を図りながら実施できるよう、市と共に、多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援し、地域の支え合い体制づくりを推進する。 	通年

項目	取組内容	実施時期
	<p>キ 重層的支援体制整備事業における地域づくり事業等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象問わず各分野の取組を活かしつつ、世代や属性を超えて市民が交流、参加できる場づくりを行うとともに、個々のニーズに合わせて居場所や活動につなぐコーディネートを行う。 市が実施する重層的支援会議等に必要に応じて出席し、多様な主体の活動、サービス等を共有し、支援する。 <p>ク 生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業</p> <ul style="list-style-type: none"> 複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりの推進を目指すため、センター内の連携を図り、地域課題の把握や地域の多様な主体とともに課題解決に取り組む。 	
(9) 認知症施策の推進	<p>ア 認知症の方が安心して生活できる地域づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> 小・中学校等に対し、認知症サポーター養成講座の開催を働きかけ、認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等とともに講座を企画・実施する。地域住民に対して認知症を正しく理解するための普及啓発活動を行う。 未実施の大島地区の学校に対して、実施の働きかけを行う。 <p>イ 認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保、家族支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員とともに、生活支援コーディネーターを中心に、認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、本人の意思を尊重した参加、活動の場の整備や、既存の資源への参加調整、マッチングを行う。また、家族のニーズに応じ、認知症カフェ等の支援につなぐ。 <p>ウ 認知症の方（疑いのある方含む）の早期相談、早期対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症や認知症の疑いのある方が早期に的確なアセスメントに基づいた支援につながるよう、適宜、認知症初期集中支援チームにつなげるとともに、介入が困難なケースにおいては、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターと連携して支援を行う。 若年性認知症の方又はその家族からの相談に対し、若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と連携して対応する。 	通年

令和8年度地域包括支援センター業務・指定介護予防支援事業収支予算総括表

施設名	三条市地域包括支援センター東	事業者名	社会福祉法人県央福祉会
		代表者名	理事長 碁石 學
		センター長氏名	西丸 恵理子

1 収入

単位:円

収入	予算額	内 訳
地域包括支援センター運営 業務委託料	30,320,600	
介護予防ケアマネジメント支 給費	11,287,700	
介護報酬(介護予防支援費)	9,081,600	
利息配当金・雑収入	0	
その他	0	
収入合計	50,689,900	

2 支出

支出	予算額	
人件費	32,765,019	
(内訳) 給料	16,893,900	
職員手当等	11,212,379	
共済費	384,500	
賃金	0	
法定福利費	4,274,240	
物件費	17,924,881	
(内訳) 報酬	0	
報償費	0	
旅費	11,800	
(内訳) 普通旅費	10,000	研修旅費等
費用弁償	1,800	
需用費	1,164,000	
(内訳) 消耗品費	300,000	事務用品等
医薬材料費	0	
燃料費	450,000	ガソリン等
印刷製本費	0	
光熱水費	193,000	電気料金等
修繕料	221,000	自動車修理等
福利厚生費	127,000	健康診断等
役務費	813,000	
(内訳) 通信運搬費	510,000	電話、携帯電話
広告料	2,000	広報誌等
手数料	11,000	振込手数料等
保険料	290,000	自動車保険料等
	0	
委託料	13,887,553	
(内訳) 居宅介護支援事業 所への委託	13,546,800	
その他の委託	340,753	清掃業務委託等
使用料及び賃借料	431,000	パソコン、システム等リース
負担金	1,420,528	諸会費等
租税公課	70,000	消費税
支出合計	50,689,900	

令和8年度 三条市地域包括支援センター栄事業計画

1 重点活動

- (1) 住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域の実態を把握し、課題解決に向け、スピード感を持って対応する。
- (2) 多職種と連携し、自立支援・重度化防止に向けた支援を行う。

2 個別の事業

項目	取組内容	実施時期
(1) 介護予防の推進		
ア 介護予防の必要な高齢者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域内の高齢者が集まる集いの場等でフレイルチェック又は基本チェックリストを実施するなどフレイル状態にある高齢者を早期に把握する。その際、生活機能低下と合わせて生活習慣病の罹患状況等についてもアセスメントを行い、その状態を改善させるため、介護予防・日常生活支援総合事業や保健事業・介護予防一体事業などの各事業を組み合わせ効果的なフレイル対策につなげる。 ・ 民生委員・児童委員や地域住民からの情報により、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者の情報を積極的に収集・把握し、ニーズに応じた活動の場へつなげる。 ・ 事業対象者及び要支援1、2認定者のうち、介護サービス等未利用者の実態把握を年1回以上行い、重度化防止を図る。 ・ 通所型サービスC等のサービス利用を終了した者に対し、終了後概ね6か月を経過した時点で心身機能の変化や社会参加の状況などの実態把握を行い、適切な地域資源等につなげる。 	随時
イ 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等で介護予防講座を実施し、自立支援の考え方の理解促進に努めるとともに、フレイルや認知症予防など介護予防につながる取組等を啓発する。 ・ 介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識の向上を図るため、介護予防講座等においてセルフマネジメントツール(介護予防手帳等)の活用を推進する。 ・ 啓発の実施に当たっては、生活支援コーディネーターを中心に、啓発を行ったことがない又は頻度が低い集いの場等へ優先的に働き掛けを行う。 	随時

項目	取組内容	実施時期
(4) 権利擁護業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう、専門的・継続的な視点から高齢者の権利擁護のために必要な支援を行う。また、介護支援専門員等の支援者が必要な時期に適切な権利擁護支援につなげられるよう、中核機関と連携し高齢者の支援に当たり研修会等で知識の向上を図る。併せて、個別ケア会議で弁護士等の専門職からの助言を受け、迅速かつ適切な支援につなげる。 <p>(成年後見制度の活用促進)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民や関係機関からの相談に速やかに対応し、必要に応じて家庭訪問、情報提供、連絡調整等の直接支援や三条市成年後見支援センター等関係機関との連携を行い、利用促進を図る。 ・ 三条市が作成した「わたしの安心ノート」「救急医療情報カード」を啓発活動や地域ケア会議で活用し、老後の備えの意識づけを行い、権利擁護の意識向上を図る。 <p>(高齢者虐待の対応)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民や関係機関から高齢者虐待に関する相談・通報を受理したときは、高齢者虐待対応フローチャートに基づき、高齢介護課と連携して事実確認を行う。その後、受理会議の結果を踏まえ、高齢者の安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する。 ・ 介護サービス利用の際は、介護支援専門員やサービス事業所と連携を図り、疑いの段階で早期に通報することを周知し虐待の防止を図る。 <p>(消費者被害の防止)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民や関係機関からの相談に対して、直接的な支援や関係機関への取次ぎを行う。また、被害防止の啓発活動や相談窓口の紹介を行う。 	随時
(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施		
ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括的な支援が提供されるため、地域における連絡体制の構築や調整を行う。 ・ 介護支援専門員が介護保険サービス以外の地域における様々な資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。 	通年
イ 個々の介護支援専門員に対する支援	<p>(施設ケアマネ情報交換会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域内の施設ケアマネを中心としたネットワーク作りを継続し、情報交換会や事例を活用した事例検討会を行う。 <p>(居宅介護支援事業所情報交換会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員相互のネットワーク構築を目的とした情報交換会を開催し、介護支援専門員が抱える支援困難事例を早期に把握し、必要であれば同行訪問や個別ケア会議、多機関協働事業(重層的支援会議等)につなげる。 	10月 3月

項目	取組内容	実施時期
(6) 地域ケア会議の実施		
ア 個別ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援型個別ケア会議を開催し、専門職を助言者として招き、自立に資するケアマネジメントの実践力を高める。会議の開催に当たっては、地域に不足する資源等、地域の課題を把握する。また、検討した個別ケースについて、別途定める方法によりモニタリングを行う。 	12月
	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員から相談を受け、地域の多様な関係者や専門職からの視点による検討が必要と判断した際は、速やかに個別ケア会議を開催し課題解決を支援する。 	随時
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員・児童委員が出席している定例会にて地域の実情と課題を集約・情報共有しネットワークの構築を図る。 	年2回 4月、1月
	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員・児童委員と居宅介護支援事業所、相談支援事業所、こもりびと支援センター等専門職の顔つなぎを行い「地域での見守り体制」をテーマにした事例検討会を開催する。 	7月
	<ul style="list-style-type: none"> ふれあい・いきいきサロンに登録しているサロン間のネットワーク作りと、地域の実情を共有することを目的に地域ケア会議を開催する。 	7月
	<ul style="list-style-type: none"> 更なる高齢化や認知症が増加することが見込まれる中、自分らしく希望を持って暮らし続けられる社会を目指す「新しい認知症観」に基づき民生委員・児童委員、自治会長や多職種と地域住民を対象に「住民参加型地域ケア会議」を開催する。 	10月
(7) 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し圏域内の医療と介護、障がい福祉等の多職種協働の推進を図り、個別ケア会議等に医療職を招集するなど医療的視点に留意して活動を行う。 	随時
(8) 生活支援体制の構築支援	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、総合事業の各事業や、地域住民を含めた多様な主体による介護予防等に資する活動などについて市とともに、地域の支え合い体制づくりを推進する。 対象を問わない地域づくりの一環としてかんきょう庵をベースに行なっている「失敗しても良い畑づくり」の実行委員と連携を図り高齢者、障がい者のみならず多世代が自主的に集う居場所として捉え、活動の輪を広げていく。また、食推と連携しながら収穫した野菜で共食し更なる連携を図っていく。 地域ケア会議等を活用し、各主体とともに役割の整理、実施目的の共有などを行い、連携を推進する。 地域の団体、企業等に地域の支え合いの必要性を啓発し、地域住民などの役割等を共有する。 引きこもりや障がい者、学生など多世代の多様な生活支援の担い手となり得る人材を把握し、具体的な活動 	通年

項目	取組内容	実施時期
	<p>とマッチングする。その際は、必要に応じてセカンドライフ応援ステーションと連携を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの活動の支援、協力をするコーディネーター協力員を組織化するため、座談会やワークショップ等を実施する。 複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組むため、センター各職員と連携し、個別の対応から地域課題の把握を行うとともに、地域の課題解決に向けた対応を行う。なお、必要に応じ市の重層的支援会議等に参加する。 	通年
(9) 認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の方や認知症の疑いがある方が、早期に的確なアセスメントに基づいた支援につながるよう、適宜、認知症初期集中支援チームにつなぐ。介入が困難なケースにおいては、認知症地域支援推進員、認知症疾患センターと連携して支援を行う。 若年性認知症の方又はその家族からの相談に対し、若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員と連携して対応する。 <p>(認知症普及啓発)</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員と連携を図り、地域に出向き認知症の人の理解や地域で支え合う意識を高める。 <p>(認知症サポーター養成講座)</p> <ul style="list-style-type: none"> 小・中学校当に対し、認知症サポーター養成講座の開催を働き掛け、認知症地域支援推進員やキャラバンメイトとともに講座を企画・実施する。 <p>(あやめ会との連携)</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターが中心となり、月1回開催しているあやめ会に参加し、本人の意向を尊重した活動機会の確保につなげる。また、支援が必要な当事者やその家族に対し情報発信していく。 	<p>年数回</p> <p>年数回</p> <p>月1回</p>

令和8年度地域包括支援センター業務・指定介護予防支援事業収支予算総括表

施設名	三条市地域包括支援センター栄	事業者名	社会福祉法人さかえ福祉会
		代表者名	理事長 坂田 光子
		センター長氏名	小柳 朋子

1 収入

単位:円

収入	予算額	内 訳
地域包括支援センター運営業務委託料	22,068,200	
介護予防ケアマネジメント支給費	3,552,320	
介護報酬(介護予防支援費)	4,987,680	
利息配当金・雑収入		
その他	38,000	
収入合計	30,646,200	

2 支出

支出	予算額	
人件費	24,029,200	
(内訳) 給料	16,406,000	
職員手当等	3,733,200	
共済費	600,000	
賃金	10,000	
法定福利費	3,280,000	
物件費	6,617,000	
(内訳) 報酬	0	
報償費	0	
旅費	0	
(内訳) 普通旅費	0	
費用弁償	0	
需用費	1,630,000	
(内訳) 消耗品費	60,000	
医薬材料費	0	
燃料費	160,000	ガソリン代
印刷製本費	200,000	名刺・封筒印刷他
光熱水費	1,060,000	電気・ガス・水道
修繕料	150,000	車輛修繕他
福利厚生費	120,000	健康診断他
役務費	510,000	
(内訳) 通信運搬費	370,000	電話・切手他
広告料	30,000	広報誌
手数料	10,000	振込手数料
保険料	100,000	自動車任意保険料他
	0	
委託料	3,650,000	
(内訳) 居宅介護支援事業所への委託	3,147,380	
その他の委託	502,620	清掃・ごみ収集他
使用料及び賃借料	620,000	ワイズマンシステム他
備品購入費	0	
負担金	67,000	各種負担金
租税公課	20,000	
支出合計	30,646,200	

令和8年度 三条市地域包括支援センター下田事業計画

1 重点活動

- (1) 地域に出向き高齢者等の実態把握に努め、介護予防、重度化防止の取組や生活支援体制構築を推進する。
- (2) 多職種および地域住民等との協働体制を強化し、複合的課題を抱えた個別支援や地域課題の解決に向けた連携を図り支援する。

2 個別の事業

項目	取組内容	実施時期
(1) 介護予防の推進		
ア 介護予防の必要な高齢者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場等でフレイルチェック又は基本チェックリストを実施し、介護予防・日常生活総合事業の各事業を組み合わせるフレイル対策や健康相談等の生活習慣病予防につなげる。 ・ 民生委員・児童委員等からの情報収集や高齢世帯の家庭訪問等により閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者を把握し、ニーズに応じた活動の場へつなげる。 ・ 事業対象者及び要支援1、2認定者のうち介護サービス等未利用者の実態把握を年1回以上行い、適切なサービス等につなげる。 	随時
イ 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集いの場で介護予防講座を実施し、フレイルや認知症予防など介護予防につながる取組や重度化防止のための取組等を啓発する。 ・ 啓発を行ったことがない又は頻度の低い集いの場へ優先的に働きかけを行う。 	随時
(2) 介護予防ケアマネジメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防ケアマネジメントは「三条市介護予防・生活支援サービス事業実施要項」に基づき実施する。利用者の状態像に応じて適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。特にフレイル状態で機能訓練が適すると判断される方は通所型サービスCの利用に繋げる。また利用者の自立に向けたケアマネジメントとなっているか、自立支援型地域ケア会議により、定期的にケアマネジメントを振り返る。 ・ アセスメントは医療的視点の把握に努め医療情報提供を受けた際には、利用者の同意を得て主治医等へ提供する。 ・ 居宅介護支援事業所に委託する場合は、アセスメントやサービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与する。なお、居宅介護支援事業所が指定を受けて実施する介護予防支援については、十分に情報共有し連携を図ることとする。 ・ 委託するケアマネジメントについて、介護支援専門員が作成した介護予防サービス・支援計画書が 	随時

項目	取組内容	実施時期
	<p>自立支援に資する内容となっているか、地域資源の活用も含めた検討がなされているか等を確認し、必要に応じて計画作成の助言を行う。</p>	
(3) 総合相談支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが高齢者の保健、医療、福祉、介護予防などの様々な相談窓口であることを、住民に周知する。また民間事業所等との関係づくりを行い、相談窓口であることを周知する。 ・ 相談に対しては職種の専門性を活かし連携しながら対応する。また高齢者本人のみならず介護を行う家族等への支援も行う。 ・ 複合化・複雑化した課題を抱える高齢者やその世帯への適切な支援や対応を行うために、包括的に相談を受け止め、相談者の抱える問題を整理し福祉サービス等の提供のための調整及び適切な支援機関へのつなぎ等を実施する。また ICT による情報連携システムや多機関協働事業（重層的支援会議、支援会議等）を活用するなどして、各支援機関等と連携を図りながら支援を行う。 ・ 独居高齢者等の家庭訪問や、民生委員・児童委員や自治会長等の地域ネットワークを通じ、支援が必要な高齢者の把握に努める。 	
(4) 権利擁護業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が地域において尊厳ある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的視点から高齢者の権利擁護のための必要な支援を行う。 ・ 介護支援専門員等の支援者が必要な時期に適切な権利擁護支援につなげられるよう、中核機関と連携をして高齢者の支援にあたる。併せて、高齢者の生命、財産を守るため支援になるよう、個別ケア会議等で専門職からの助言を受け、迅速かつ適切な支援につなげる。 ・ 高齢者虐待に関する相談・通報を受理した時は、高齢者虐待対応フローチャートに基づき、高齢介護課と連携し高齢者の安全確保と再発防止に向けて速やかに対応する。 ・ 家庭訪問や集いの場などを活用して、高齢者に対する権利擁護意識の向上を図るための啓発活動を行う。集いの場等で行う啓発活動の企画に当たっては、社会福祉士が中心となり、市と協働で取組む。 	随時
(5) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施		
ア 地域における包括的・継続的なケア体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多様な生活課題を抱えた高齢者を支援するため、多様な構成員による支援チームが地域の様々な資源を活用し、地域における連携体制の構築や調整を行う。 	随時

項目	取組内容	実施時期
イ 個々の介護支援専門員に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアマネジメントの支援となるよう、自立支援型地域ケア個別会議の開催、サービス担当者会議等での助言や、必要に応じ居宅サービス計画、介護予防サービス計画について、個別指導、相談への対応を行う。また、支援困難事例の相談に対しては地域住民や専門機関等と連携して支援方法を検討し、必要に応じ同行訪問や個別ケア会議、多機関協働事業につなげる。 圏域内の介護支援専門員の実情や抱えている課題を把握し、介護支援専門員連絡会と連携し、介護支援専門員相互のネットワーク構築や、事例検討会、研修等必要な取組を実施する。 	随時
(6) 地域ケア会議の実施		
ア 個別ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者が抱える課題について直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が支援策を検討し、日頃から多職種が協働するためのネットワーク構築を図る。 	随時
	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めるため、自立支援型地域ケア個別会議を開催する。 	9月
イ 圏域地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> 地域課題を整理し、地域の関係機関のネットワークを構築しながら、課題解決に向けた資源の調整や、地域で必要な新たな資源開発につなげる。 	随時
	<ul style="list-style-type: none"> 下田地区民生委員児童委員協議会と圏域内の支援関係者が、介護・障がい分野等が支援を行った事例の検討を行い、関係者間の理解を深めネットワークを構築する。 	8月
(7) 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進コーディネーターと連携し、圏域内の医療と介護、福祉等の多職種協働の推進を図るとともに、個別ケア会議等医療職を招集するなど連携においては特に医療的視点に留意して活動する。 在宅医療・介護に関する住民向け啓発講座を開催について、地域で活動する様々な集まりに対して開催を働きかける。 	随時
(8) 生活支援体制の構築支援	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくために、総合事業の各事業や、地域住民を含めた多様な主体による介護予防等に資する活動などについて、事業間での連動を図りながら実施できるよう、市（第1層生活支援コーディネーター）とともに、多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援し、地域の支え合い体制づくりを推進する。 地域住民や多様な主体との対話やネットワークの構築を行うことを通じ、関係者の間で地域の現状や将来像の共有を図るとともに、地域住民や多様 	随時

項 目	取組内容	実施時期
	<p>な主体ごとの多様な価値判断を尊重しながら地域での共創を推進するため、次に掲げるコーディネート業務を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネート業務の実施に当たっては、高齢者が自身の関心や選択を踏まえ、自分事として地域の多様な活動に主体的に参加することを促すように取り組むこととする。 <p>ア 高齢者等の支援ニーズ・関心事や地域住民を含む多様な主体の活動の状況の情報収集及び可視化する。</p> <p>イ アを踏まえた、地域住民や多様な主体による生活支援・介護予防サービスの企画・立案、実施方法の検討に係る支援を行う。</p> <p>ウ 地域住民・多様な主体・市の役割の整理、実施目的を共有のための支援（地域住民が主体的に行う内容を含む）をする。</p> <p>エ 生活支援・介護予防サービスの担い手の把握、組織化、具体的な活動とのマッチングを行う。</p> <p>オ 支援ニーズと生活支援・介護予防サービスとのマッチングを行う。</p> <p>カ 生活支援コーディネーター協力員（第2層協議体）を組織化する。</p> <p>キ 重層的支援体制整備事業における地域づくり事業等を実施する。</p> <p>ク 生活支援コーディネーターを中心にセンター各職員と連携しながら、複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組む。</p>	
(9) 認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小・中学校等に対し認知症サポーター養成講座の開催を働き掛け、認知症地域支援推進員やキャラバンメイト等とともに講座を企画・運営する。また地域住民に対して認知症を正しく理解するための普及啓発活動を行う。 ・ 認知症地域支援推進員とともに、認知症の方の意思を尊重した参加、活動の場の整備や既存の資源への参加調整、マッチングを行う。 ・ 認知症の方や認知症の疑いのある方が、早期に的確なアセスメントに基づいた支援につながるよう、適宜認知症初期集中支援チームにつなぐ。介入が困難なケースは認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターと連携し支援する。 ・ 若年性認知症の方又はその家族からの相談に対し、若年性認知症支援コーディネーター等と連携して対応する。 	随時

令和8年度地域包括支援センター業務・指定介護予防支援事業収支予算総括表

施設名	三条市地域包括支援センター下田	事業者名	社会福祉法人三条市社会福祉協議会
		代表者名	会長 外山 迪子
		センター長氏名	佐藤 真奈美

1 収入

単位:円

収 入	予算額	内 訳
地域包括支援センター運営 業務委託料	21,660,000	
介護予防ケアマネジメント支 給費	2,827,000	
介護報酬(介護予防支援費)	3,251,000	
その他	48,000	
収 入 合 計	27,786,000	

2 支出

支 出	予算額	
人件費	23,582,000	5人
(内訳) 給料	11,379,000	
職員手当等	6,066,000	諸手当・賞与
共済費	1,104,000	退職手当積立金掛金
賃金	1,829,000	賃金
法定福利費	3,204,000	社会保険料・労働保険料
物件費	4,204,000	
(内訳) 報酬		
報償費		
旅費		
(内訳) 普通旅費		
費用弁償		
需用費	420,000	
(内訳) 消耗品費	291,000	トナー・コピー用紙・文具 等
医薬材料費		
燃料費	129,000	ガソリン代
印刷製本費		
光熱水費		
修繕料		
福利厚生費	66,000	健康診断・予防注射
役務費	794,000	
(内訳) 通信運搬費	349,000	電話料・通信料・郵送料
広告料		
手数料		
保険料	248,000	傷害賠償責任保険料・自賠責保険料・自動車任意保険料
その他	197,000	自動車検査整備費
委託料	2,002,000	
(内訳) 居宅介護支援事業 所への委託	2,002,000	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料
その他の委託		
使用料及び賃借料	766,000	介護保険システム・自動車・電話機・複合機・ひめさゆりネット
備品購入費		
負担金		
租税公課	24,000	自動車税
その他	132,000	コピー機保守料
支 出 合 計	27,786,000	