

令和 6 年度 伊丹市地域包括支援センター事業実施計画

伊丹市内地域包括支援センター（以下「包括」という。）は、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする」（介護保険法第 115 条の 46）に基づき、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう、地域における包括的かつ継続的な支援を行うため、今年度、以下の内容について重点的に取り組みます。

●地域型包括支援センターの機能

包括的支援事業

機能 1：【総合相談】 担当圏域における総合相談窓口

機能 2：【権利擁護】 担当圏域の高齢者虐待、支援困難ケース等への対応並びに必要なに応じた基幹型包括支援センターとの連携対応

機能 3：【包括的・継続的ケアマネジメント】

各包括圏域の支援ネットワークの構築

ケアマネジャー等への支援（個別ケア会議の開催等、個別支援中心）

任意事業

機能 4：【家族介護支援事業】（家族介護者教室の実施）

指定介護予防支援事業及び第一号介護予防支援事業

機能 5：【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務】

要支援認定者等に対する介護予防ケアプラン作成等

機能 6：【介護予防の推進】

●基幹型包括支援センターの機能

機能 1：地域型包括支援センターの統括・センター間の連絡調整

機能 2：市全域の支援体制・支援ネットワークの構築

機能 3：支援困難ケース、権利擁護を必要とするケースのスーパーバイズを含めた後方支援並びに地域型包括支援センターとの連携対応

機能 4：ケアマネジャー等、支援者への支援（研修会、連携会、人材育成等中心）

機能 5：介護予防の推進

機能 6：認知症ケア施策の推進

機能 7：行政機関とのパイプ役

1. 包括的支援事業

(1) 総合相談 (介護保険法第115条の45第2項第1号)

地域の高齢者等のワンストップの相談窓口として、利用者の視点に立ち、高齢者等の心身の状況、居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行います。

① 相談内容への対応と実態把握

多様かつ複合的な相談に対し、高齢者等の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行い、抱える問題やニーズの早期発見、早期対応に努めます。また相談内容の積み重ねを分析し、各包括圏域における相談状況と課題把握に努めます。

② 高齢者実態調査後のフォロー

伊丹市社会福祉協議会が委託を受け、伊丹市民生委員児童委員連合会の協力を得て実施している高齢者実態調査の結果を基に、地域の高齢者の状況を共有し支援を必要とする高齢者等の把握に努め、民生委員児童委員との連携のもと必要な支援につなげます。

③ 地域住民への周知・啓発活動

包括支援センターの機能の周知及び適切な介護サービス利用等の普及啓発活動を行い、地域住民が必要とする情報提供を行います。また、各包括圏域の各種会議、事業への参加等により、相談窓口の周知を図ります。

④ 地域の関係者会議、地域活動等への参加を通じた積極的な支援

各包括圏域における民生委員児童委員をはじめとする地域住民の会合やサロン等の地域の活動、地域密着型サービス事業所運営推進会議等の参加など、積極的なアウトリーチを行い、地域の関係者等との連携強化と支援を必要とする高齢者の早期のニーズキャッチに努めます。

⑤ 伊丹市独自施策における相談及び利用支援

市独自の在宅支援施策（救急情報安心キット、高齢者等位置情報通知サービスの申請 等）の利用における地域の身近な相談を受け、ケアマネジャーと連携をしながら、本人の状況把握を行ったうえで必要性を判断し、適切な利用につなげます。

⑥ センター業務全般における資質の向上

・基礎研修会の実施

多岐にわたる相談支援を実践する包括職員のスキルアップを図るため、職員向けに幅広い制度や仕組みなど研修会等の開催に取り組み、業務力向上に努めます。

(2) 権利擁護 (介護保険法第115条の45第2項第2号)

地域住民や民生委員児童委員、介護支援専門員等の支援だけでは生活が困難な状況にある高齢者が、地域において安心して尊厳ある生活ができるよう、専門的な視点から支援を行い

ます。高齢者虐待の防止及びその早期発見のための事業、その他金銭の管理や契約等に不安のある方への成年後見制度等の手続き支援等、権利擁護のため必要な支援を行います。

① 高齢者虐待への対応

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に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、市、基幹型、地域型が連携して「コアメンバー会議（方針決定会議）」を開催し、必要な対応の協議、具体的な支援を進めていくうえでの情報共有、支援方針、役割分担の共通認識を図り、居宅介護支援事業所や福祉権利擁護センター等の関係機関と連携して適切な支援を行います。

・権利擁護業務報告・レビュー会議の開催（月1回）

高齢者虐待の防止・予防等、権利擁護推進に向けた取り組みの進捗状況の共有と情報交換、市における一体的な権利擁護推進に向けた活動の検討を行うとともに、各包括が対応している虐待ケースの中で、緊急対応等が予測されるケースや全体で共有すべき課題のあるケースに関する支援状況や対応の評価、虐待対応の終結が可能と考えられるケースについて、虐待解消要因の確認を行い、終結の判断を行います。

② 高齢者虐待防止ネットワークの強化

R6 重点事項

・伊丹市高齢者虐待防止ネットワーク会議の開催（年2回）

地域住民、関係機関との連携のもと、高齢者虐待の防止、虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び養護者に対する支援を行うため、地域住民及び関係機関との連携強化、虐待に関する課題を検討し、課題解決に向けた体制整備につなげることを目指します。また、「伊丹市高齢者虐待防止（予防）対応マニュアル」の見直しを行うとともに、早期発見・早期対応に努め関係機関の役割の明確化を図ります。

③ 高齢者虐待の防止に向けた地域への普及啓発

高齢者虐待の早期発見・早期対応のみならず、防止に向けた取り組みを推進します。

・高齢者虐待の防止を目的とした啓発活動の実施

高齢者虐待に関する知識や高齢者虐待（疑いを含む）を発見した際の通報等について、地域での講座等を地域の実情に応じて（小学校区ごとに年1回以上）実施し、高齢者虐待の理解と見守りの強化を行うことで高齢者虐待の防止に向けた普及啓発を行います。また、圏域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと高齢者虐待対応について情報共有を行う機会（各包括圏域ごとに年1回以上）を設け、高齢者虐待の防止に向けた共通認識を図ります。

④ 支援困難事例への対応

R6 重点事項

支援困難事例（複合的な課題がある、支援拒否、既存のサービスでは対応が困難、継続的な見守りが必要等）に対し、速やかに実態把握したうえで、必要な関係機関と連携し対応策の検討を進め、適切な支援を行います。

⑤ 権利擁護支援（成年後見制度の申立て支援等）

心身の状況等により自立した金銭管理が困難等、権利擁護支援が必要なケースに対し、福祉権利擁護センター等の関係機関と連携し、金銭管理、法的行為等の支援が必要な場合には、福祉サービス利用援助事業や財産保全・管理等サービス、成年後見制度の活用を検討し

権利擁護支援を進めます。

⑥消費者被害防止

消費生活センター・警察等との連携のもと、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達や必要な対応により被害を未然に防ぐよう支援するとともに、被害の回復のための関係機関との連携を図ります。

⑦権利擁護支援における資質の向上

・権利擁護業務研修会の実施（年1回）

「権利擁護業務」について、各包括が共通認識を持ち、ケース状況に応じて効果的で質の高い支援を行うことができるよう、権利擁護業務に必要な知識・技術を高めるなど、支援力の向上に努めます。

（3）包括的・継続的ケアマネジメント（介護保険法第115条の45第2項第3号）

個々の高齢者等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、個々のケアマネジャーへのサポートを行うとともに、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築等、地域における連携・協働の体制づくりに努めます。

①ケアマネジャーへの支援

1) ケアマネジャー支援会議（月1回）の開催

地域におけるケアマネジャーの後方支援と連携体制の強化、資質向上を図ることを目的に開催します。

2) 個々のケアマネジャーへの相談・助言

個々のケアマネジャーの相談に応じた専門的な助言・指導、支援困難ケースにおける地域の関係者、関係機関との連携によるケアマネジメント支援など、担当するケースや業務の悩み、困りごとについて、必要な対応を行います。

3) 市内居宅介護支援事業所への巡回訪問相談の実施（年1回）

各担当地域の居宅介護支援事業所を訪問し、情報の共有と、業務、運営における相談及び助言指導を行い、地域の居宅介護支援事業所との連携強化を図ります。

4) ケアマネジャー同士のネットワーク強化

伊丹市内のケアマネジャー同士が情報共有、資質向上等を図るためのネットワーク強化を目的に、意見交換会、制度説明会、勉強会等を主な内容とした「介護支援専門員連携会・連絡会」を開催します。また、地域のケアマネジャー同士の顔の見える関係づくりや情報共有を目的に、包括圏域ごとのケアマネジャーのネットワーク構築を図ります。

5) ケアマネジャーを対象とした研修会の実施（年4回）

ケアマネジャーを中心とした専門職を対象に、研修会を企画、検討して定期的に開催し、制度理解や専門性の向上を図り、市全体の支援力の向上等を図ります。

6) 「自立支援ケア会議」の開催（月1回）

リハビリテーション専門職、栄養士、等の専門職（アドバイザー）の専門的視点からの意見、提案、助言を受けつつ、ケアマネジャーがケアプランを振り返ることにより、要支援者等の自立とQOLの更なる向上、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力を高めることを目的とした地域ケア会議である「自立支援ケア会議」を市と協働して進めます。

7) 「ケアマネジメント支援会議」の開催（年6回）

各包括と地域の居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーが連携・協働し、兵庫県介護支援専門員協会が推進する「気づきの事例検討会」を参考とした支援者支援（スーパービジョン）実践の場として「ケアマネジメント支援会議」を実施します。

「ケアマネジメント支援会議」は、地域ケア会議として市内4エリアで開催し、ケアマネジメントの振り返りを通じて、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントに向けたアセスメント力の向上とケアマネジメントしやすい地域づくり、連携体制の構築につなげます。また、開催前後の手続きや当日の運営等の会議に係る業務は地域包括センター職員と主任ケアマネジャーが協働で行い、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが事例提供をできる場にします。

また、制度の変更に合わせて今後の「ケアマネジメント支援会議」のあり方について検討を進めます。

8) ケアマネジャーと地域とのつながりづくり

ケアマネジャーが、住民同士の関係性や地域の特性、地域で取り組まれている活動等の理解を深め支援に活かすこと、民生委員児童委員とケアマネジャーが顔と顔を合わせ、意見交換し地域の情報を共有することを目的に、民生委員児童委員との地区懇談会（年1回）や研修会を生活支援コーディネーターと協働して開催します。

②ケアマネジャー支援における資質の向上

・ケアマネジャー支援業務研修会の実施（年1回）

「ケアマネジャー支援業務」について、各包括が共通認識を持ち、効果的で質の高い支援を行うことができるよう、ケアマネジャー支援に必要な知識・技術を高め、支援力アップに努めます。

③地域ケア会議の推進

1) 「個別ケア会議」の積極的な開催

個別事例の課題解決と支援の方向性の検討、支援ネットワークの構築をめざした多職種協働による「個別ケア会議」の開催を積極的に進めます。また、開催前後の手続きを柔軟に行うためにマニュアルを見直す等、「個別ケア会議」を開催するにあたり目的の明確化と開催に係る資料等の負担軽減を目指します。

また、他の地域包括支援センターの取り組みと結果について情報を共有し、会議の役割と今後の実施について検討を行う機会を設けます。

2) 地域福祉ネット会議（小学校区ごと）の開催

地域住民を主体として、福祉関係機関、行政等、地域の幅広い関係者が一堂に会し、地域における様々な福祉課題の共有や情報交換、課題解決に向けた調整や協議を行うことを目的に、「地域福祉ネット会議」を、生活支援コーディネーターとともに事務局として開催します。

3) 多職種連携会議（包括圏域ごと）の開催（年2回）

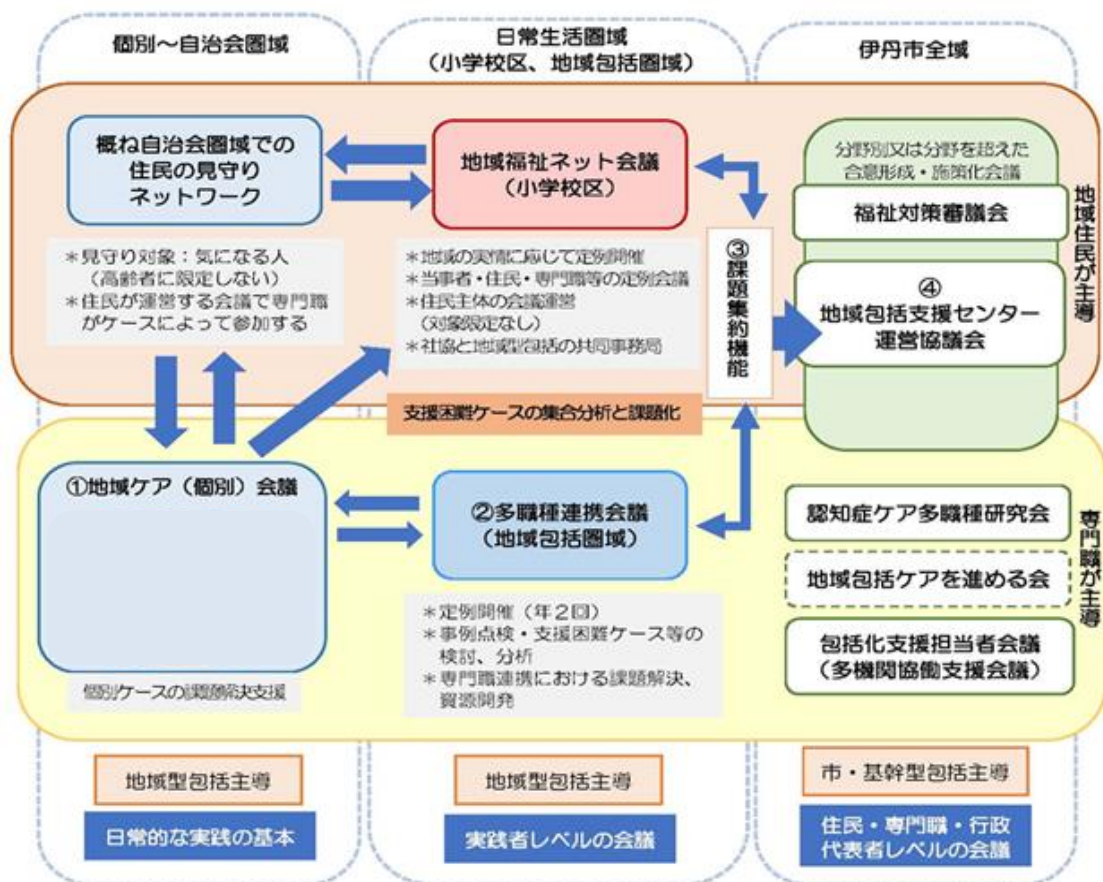
個別ケア会議の積み重ねや日々の相談業務等から把握された地域課題について、医療と介護の専門職を中心とした多職種が協働し、課題解決に向けた情報共有と連携強化を図り、支援ネットワークを構築することを目的に「多職種連携会議」を生活支援コーディネーターと協働し包括圏域ごとに開催します。

また、他の地域包括支援センターの取り組みと結果について情報を共有し、会議の役割と今後の実施について検討を行う機会を設けます。

4) 各地域ケア会議から抽出した地域課題等の検討

開催した個別地域ケア会議、多職種連携会議、ケアマネジメント支援会議等から抽出した日常生活圏域ごとの地域課題は、基幹型地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等と課題の共有・検討を行います。

■ 地域ケア会議の体系図



④生活支援コーディネーターと連携した地域資源の把握

生活支援コーディネーターと連携協働し、地域資源の情報を共有・活用することにより、地域とのネットワーク構築、地域の状況に応じた介護予防・日常生活支援の充実につなげます。

2. 任意事業

(1) 家族介護支援事業 (介護保険法第115条の45第3項第2号)

地域の高齢者及び要介護高齢者を現に介護する者等に対し、地域の実情に応じた必要な支援を行います。

①家族介護者教室の開催(年2回)

要介護者等を現に介護する家族等を対象に、ニーズに基づいて、介護を行ううえで必要な知識や介護技術、認知症等、高齢者の疾患に関する基本的な知識、関係制度の理解等に関すること等をテーマとした教室を開催します。

3. 指定介護予防支援事業及び第一号介護予防支援事業

(介護保険法第115条の22及び第115条の45第1項第1号ニ)

(1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

R6重点事項

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、その心身の状況、置かれている環境等を勘案し、介護予防ケアプランを作成するとともに、当該ケアプランに基づいた適切な支援が確保されるよう、介護予防サービス事業者、居宅介護支援事業所等の関係機関と連絡調整等を行います。

また、令和6年度の改正介護保険法の施行に伴い、介護予防支援の指定対象が拡大されます。介護保険課と協働しながら、必要な事項を地域包括支援センター、各居宅介護支援事業所と共有し、制度の適切な運用が行えるよう支援を行います。

①「要支援認定者」及び「事業対象者」への個別支援

1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務

介護保険認定による「要支援1・2」の認定者及び基本チェックリストによる「事業対象者」のうち、介護予防サービス等の利用を希望する高齢者と介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約を締結し、包括的かつ効果的に生活機能の状況や課題に即した介護予防サービスを提供できるよう支援します。

2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務について、指定居宅介護支援事業所(市外事業所含む)への一部委託契約を、包括受託法人と社会福祉協議会が委任契約を締結し、社会福祉協議会(基幹型)が一括して契約締結を行います。

当該業務を一部委託した場合は、公平・公正及び中立性を確保し、ニーズに即した適切な自立支援に資するケアマネジメントが行われるよう、介護予防ケアプラン、支援評価、支援経過記録等の確認を行い、指定居宅介護支援事業所に対して必要に応じた助言、指導を行います。

また、包括的支援事業の業務に支障をきたさないよう、三職種（主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師等）は、原則、介護予防ケアプランを作成しないこととします。

（２）介護予防の推進

フレイル予防・介護予防を目的とした住民主体の通いの場に対して、住民の主体的な活動を尊重した上で、活動の支援を継続して行います。さらに、身近な地域の中にあるフレイル予防に活用できる資源について情報提供を図ることで、フレイル予防に取り組むきっかけづくりや、介護予防を推進するための取り組みを支援します。

また、市が行う介護予防を目的とした啓発事業等に協力し、住民のフレイル予防を推進します。

①一体的な介護予防の推進

・介護予防事業連絡会議（隔月１回）の開催

介護予防推進に向けた取り組みの進捗状況の共有と情報交換、市における一体的な介護予防推進に向けた活動の検討、実施を目的に開催します。

②介護予防の普及啓発

・介護予防の普及啓発に資する講座、教室等の開催

地域の住民等に、フレイル予防や介護予防、健康増進に関する情報提供や啓発を実施します。

③地域における介護予防活動の支援

1) 「いきいき百歳体操」の推進と地域活動支援

フレイル予防の主要な柱である「運動」と「社会参加」の要件を満たすことができる「いきいき百歳体操」を、地域に普及するとともに、活動を継続できるように支援します。特に、従前より継続して活動している団体においては、活動内容のマンネリ化が課題となっているため、各団体の必要性に合わせてリハビリテーション専門職等から体操指導を受けることができるように支援を行います。

2) フレイル予防についての情報収集と提供

通いの場の活動に登録して定期的に参加するのではなく、思い立った時に気軽にフレイル予防に取り組むことができるための地域の情報を収集・集約し、高齢者に提供します。また、個々の高齢者の健康状態や、興味関心に応じて情報を活用できるように、多くの地域の情報を集約・提供し、フレイル予防につながることを目指します。

④介護予防推進における資質の向上

・介護予防推進研修会の実施（年１回）

介護予防の推進について、地域の実情に応じた効果的な支援を行うことができるよう、

必要な知識・技術を習得し、支援力の向上に努めます。

4. 認知症ケアの推進 (介護保険法第115条の45第2項第6号)

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、認知症の状態に応じ、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、医療・介護及び生活支援を行う機関と有機的に連携し、必要な支援を行うとともに地域の認知症ケアの向上を図るための取り組みを進めます。また、市民向け・専門職向けなどそれぞれの立場に応じた研修会や会議を実施し、認知症のさらなる理解を深め、認知症の本人や家族を支援するとともに、認知症の人も、そうでない人も共に繋がり支え合う地域を目指します。

①認知症地域支援推進員と行う地域活動への支援、関係機関との連携

1) 地域で認知症の人を支えるための活動の充実

地域で認知症の人を支えるための活動(認知症カフェ、当事者会、家族会、地域住民、ボランティアグループ)と連携し、活動についての周知を積極的に行い、必要な人を活動につなげる支援を行うことや、活動の内容が認知症の本人及びその家族のニーズに沿った活動になるようサポートします。

また新たに認知症カフェ等の立ち上げを希望される方への相談、支援を行います。

2) 関係機関(専門職)との連携

認知症の本人及びその家族を支えていくため、地域活動等について関係機関と共有を行います。居宅介護支援事業所等の介護の専門職や、医師や歯科医師、薬剤師等の医療の専門職と意見交換が出来る場において情報提供・共有をすることで、各専門職が地域のあるインフォーマルな資源を把握し、状況に応じて対象者に情報提供ができることを目指します。

②地域の認知症対応力向上のための支援

R6重点事項

1) 認知症サポーター養成講座の実施(包括圏域で開催)

地域住民へのサポーター養成講座を通じて、認知症についての理解を深め、地域の支援力強化を目指します。また、高齢者に接することの多い民間企業、あるいは児童、学生等、若い世代にも認知症について正しい理解を広め、地域全体への認知症に対する正しい知識の普及に努めます。また、認知症サポーター養成講座の実施にあたっては、認知症地域支援推進員とも協議の上、包括だけでなく、地域のキャラバンメイトの活動の拡充など、関係機関と連携・協働して実施します。

2) 認知症サポーター養成講座受講者ステップアップ講座の実施(市全域で年1回)

包括が開催する認知症サポーター養成講座受講者の中から更に理解を深め、ボランティア活動等の活動に興味関心がある方を抽出し、その方々に対してステップアップ講座を認知症地域支援推進員および基幹型包括がボランティア・市民活動支援センターと実施します。

③認知症初期集中支援チームと連携した早期発見・早期対応につなげる相談支援

認知症にかかる専門的な知識・技能を有する医師の指導のもと、複数の専門職が家族の

訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」と連携し、早期発見・早期対応につなぐことのできる相談支援を行います。

④チームオレンジ設置に向けた動き

認知症サポーターが中心となり、認知症の本人やその家族を支える「チームオレンジ」の設置を目指します。伊丹市の特性に合わせてチームの基本的方針を固め、2025年度中の設置を目指し、各圏域の包括や市内の認知症サポーターと連携を図りながら具体的な活動内容を検討します。