（資料１　浜手）

貝塚市浜手地域包括支援センター事業実績報告書

令和6年度

1 総合相談支援業務

年度	相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
	実人数（新規）	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護サービス事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
R6	516（142）	1344	219	421	20	284	91	85	14	183	2	25
R5	613（159）	1570	242	486	45	370	44	98	11	220	4	50

年度	相談方法件数（延べ）			相談内容（重複回答可）									
	電話	訪問	来所	介護保険	福祉ｻｰﾋﾞｽ	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	介護離職	その他
R6	826	383	135	875	50	914	430	175	220	93	87	161	0	50
R5	930	505	135	1063	106	943	443	188	216	61	214	199	0	64

2 権利擁護業務

年度	虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
	実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
R6	36（10）	93	76	53	0	0	0	4
R5	24（6）	61	37	54	0	0	0	15

年度	権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
	実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
R6	41（2）	87	7	60	0	25	3
R5	69（8）	214	54	163	0	6	8

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

年度	ケアマネジャー支援数（延べ）	相談方法件数（延べ）					相談内容（重複回答可）						
		電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ｹｱﾌﾟﾗﾝ	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
R6	284	149	94	21	20	0	19	112	69	142	73	16	55
R5	370	201	113	24	30	2	41	146	90	187	106	20	77

4 介護予防ケアマネジメント業務

年度	介護予防プラン作成数	内訳	
		包括	委託
R6	3862	540	3322
R5	3780	578	3202

5 実態把握等業務

年度	介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）								
		紙オムツ	緊急通報	配食	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットワーク	その他
R6	88	17	2	0	0	0	40	4	11	14
R5	128	31	1	0	0	1	55	21	16	3

6 介護予防・認知症等教室

年度	教室内容			
	介護予防普及啓発教室（単発）	介護予防地域活動組織育成教室（つげさんお元気自主体操グループ支援）	家族介護教室	認知症サポーター養成講座
R6	16	0	0	4
R5	15	0	0	6

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

年度	研修内容				
	介護予防に関する研修	高齢者虐待に関する研修	認知症に関する研修	地域包括ケアに関する研修	その他（権利擁護、在宅医療等に関する研修）
R6	1	0	2	2	3
R5	1	0	1	3	2

8 地域密着型運営推進会議

年度	事業所名				
	地域密着型特別養護老人ホーム	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	定期巡回型随時対応型訪問介護看護	認知症対応型通所介護
R6	6	5	11	1	3
R5	5	6	8	2	2

9 地域連携推進活動

年度	会議名	
	地域団体との情報交換（ふれあい喫茶、サロン等）	その他
R6	0	46
R5	1	34

10　地域包括支援センター合同連絡会（泉州地区分含む）

会議名	年度（開催回数）	
	R6	R5
貝塚はっぴいネットワーク会議（三包括定例会）	12	12
貝塚はっぴいネットワーク会議（実務者会）	9	9
貝塚市生活支援・介護予防サービス協議体	3	3
職種別会議	1	1
総合事業個別ケース検討会議	8	6
泉州地区連絡会	0	0
その他	2	3

11　地域ケア会議

年度	会議名						
	こつこつネット会議		地域の輪会議		拡大地域ケア会議		
	開催回数	個別課題（件）	開催回数	地域課題（件）	開催回数	個別課題（件）	地域課題（件）
R6	1	—	—	—	112	431	30
R5	—	—	—	—	113	571	9

介護予防ケアプラン委託事業者及び委託件数(浜手)

◎ 介護予防ケアプラン

委託件数 280件(49事業所)

令和7年3月実績

委託事業者(市内)		委託件数
1	ライフサポートあいわ	18
2	あいわ園ケアプランセンター貝塚	7
3	ALPS ケアプランセンター	3
4	安心して老いるための会	35
5	ケアプランセンターえにし	14
6	居宅介護支援事業所・貝塚誠心園ケアプランセンター	3
7	ケアプランセンター　開夢	15
8	かつらぎ介護支援事業所	2
9	河崎病院ケアプランセンター	1
10	ココロ・ケアプラン	15
11	ジェイサポートケアプランセンター	7
12	ケアプランしえる	14
13	ケアプランセンター新心	2
14	ケアプランセンターつなぐ	2
15	ケアプラン　なぎさ	9
16	二色の浜　ヒューマンケアプランセンター	8
17	パートナー恵	12
18	ケアプランセンターピース	21
19	ふらっとケアプランセンター	2
20	ケアプランセンターふれあい二色の浜	32
21	ケアプランセンターまごのて	1
22	まんじゅケアプランセンター加神	7
23	ももの木ケアプランセンター貝塚	5
24	ケアプランりんご	1

委託事業者（市外）		委託件数
25	居宅介護事業所・愛101	1
26	あいわ園ケアプランセンター岸和田	1
27	あまみん　ケアプランセンター	1
28	歩むケアプランセンター	1
29	ケアプランセンター泉佐野たんぽぽ	1
30	彩りケアプランセンター	1
31	ケアプランセンターOlive	1
32	岸和田居宅介護支援事業所	2
33	ケアプランセンターくぷな	1
34	ケアプランここわ	2
35	ケアセンターSAP	1
36	柔整介護ステーション	1
37	すまいるズケアプランセンター	2
38	ケアプランセンター　たいよう	1
39	つながるケアプランセンター	1
40	高石介護相談所　なないろ	1
41	なないろぷらす	1
42	のばな	3
43	はーぶケアセンター	1
44	ばらの木	3
45	居宅介護支援事業所　藤の華	3
46	有限会社マエダケアサービス指定居宅介護支援事業所	1
47	みしらず柿介護相談来らん所	6
48	ケアプランセンターみやび	6
49	ゆずケアプランステーション	1
合　　計		280

介護予防ケアプランにおけるサービス提供事業者及び利用件数(浜手)

地域包括支援センター職員による介護予防ケアプラン作成件数	44件

◎ 訪問型サービス （ 6事業所　　9 件 ）

令和7年3月実績

	サービス提供事業者	利用件数
1	ケアサポートあいわ	1
2	アルテ介護センター	2
3	布亀株式会社 家庭生活応援事業部 岸和田地区サービス相談窓口	3
4	訪問介護パートナー恵	1
5	ホームケアサポート響	1
6	ケアセンターレン	1
合　　計		9

◎ 通所型サービス （ 5事業所　　29 件 ）

令和7年3月実績

	サービス提供事業者	利用件数
1	デイサービスつるかめリハビリ処	7
2	機能特化型施設フィジオ・ラボ	1
3	老人デイサービスセンター ふれあい二色の浜	6
4	デイサービスセンター ふれあい二色の浜 敏庵	14
5	舞ルーム健康体操クラブ	1
合　　計		29

（資料１　中央）

貝塚市中央地域包括支援センター事業実績報告書

令和6年度

1 総合相談支援業務

年度	相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
	実人数（新規）	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護ｻｰﾋﾞｽ事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
R6	1047（351）	1958	252	525	141	411	27	136	53	352	10	51
R5	789（342）	1743	281	409	110	367	14	141	53	325	2	41

年度	相談方法件数（延べ）			相談内容（重複回答可）									
	電話	訪問	来所	介護保険	福祉ｻｰﾋﾞｽ	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	介護離職	その他
R6	1401	348	209	1381	263	841	447	218	217	89	81	185	14	317
R5	1304	286	153	1247	260	648	429	129	200	63	61	209	29	315

2 権利擁護業務

年度	虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
	実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
R6	28（18）	89	76	17	7	0	12	2
R5	29（20）	63	37	41	10	0	11	4

年度	権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
	実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
R6	36（20）	81	58	34	2	1	4
R5	31（14）	60	42	15	4	3	4

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

年度	ケアマネジャー支援数（延べ）	相談方法件数（延べ）					相談内容（重複回答可）						
		電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ｹｱﾌﾟﾗﾝ	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
R6	411	260	126	3	22	0	27	126	114	122	40	62	41
R5	367	260	78	5	19	5	31	118	79	70	43	70	11

4 介護予防ケアマネジメント業務

年度	介護予防プラン作成数	内訳	
		包括	委託
R6	4685	606	4079
R5	4527	641	3886

5 実態把握等業務

年度	介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）							
		紙オムツ	緊急通報	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットワーク	その他
R6	268	45	10	0	5	97	23	21	67
R5	234	50	5	0	12	93	14	21	39

6 介護予防・認知症等教室

年度	教室内容			
	介護予防普及啓発教室(単発)	介護予防地域活動組織育成教室(つげさんお元気自主体操グループ支援)	家族介護教室	認知症サポーター養成講座
R6	26	0	―	6
R5	39	0	1	7

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

年度	研修内容				
	介護予防に関する研修	高齢者虐待に関する研修	認知症に関する研修	地域包括ケアに関する研修	その他(権利擁護、在宅医療等に関する研修)
R6	1	3	2	3	16
R5	0	1	3	0	11

8 地域密着型運営推進会議

年度	事業所名				
	地域密着型特別養護老人ホーム	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
R6	－	5	－	3	2
R5	－	6	－	0	0

9 地域連携推進活動

年度	会議名	
	地域団体との情報交換(ふれあい喫茶、サロン等)	その他
R6	38	39
R5	46	29

10 地域包括支援センター合同連絡会(泉州地区分含む)

会議名	年度(開催回数)	
	R6	R5
貝塚はっぴいネットワーク会議(三包括定例会)	12	12
貝塚はっぴいネットワーク会議(実務者会)	9	9
貝塚市生活支援・介護予防サービス協議体	3	3
職種別会議	1	1
総合事業個別ケース検討会議	7	6
泉州地区連絡会	0	0
その他	2	2

11 地域ケア会議

年度	会議名						
	こつこつネット会議		地域の輪会議		拡大地域ケア会議		
	開催回数	個別課題(件)	開催回数	地域課題(件)	開催回数	個別課題(件)	地域課題(件)
R6	1	0	0	0	116	1147	40
R5	0	0	0	0	109	825	31

介護予防ケアプラン委託事業者及び委託件数(中央)

◎ 介護予防ケアプラン

委託件数 354件(62事業所)

令和7年3月実績

委託事業者(市内)		委託件数
1	ライフサポートあいわ	19
2	あいわ園ケアプランセンター貝塚	8
3	有限会社ALPS	3
4	安心して老いるための会	11
5	ケアプランセンターいこいの家	7
6	ケアプランセンターえにし	15
7	お福さんケアサービス	2
8	居宅介護支援事業所・貝塚誠心園ケアプランセンター	10
9	ケアプランセンター開夢	9
10	ケアプランセンター薫	6
11	かつらぎ介護支援事業所	32
12	河崎病院ケアプランセンター	6
13	ジェイサポートケアプランセンター	6
14	ケアプランしえる	19
15	ケアプランセンター新心	7
16	ケアプランセンターつなぐ	10
17	ケアプランなぎさ	34
18	二色の浜ヒューマンケアプランセンター	4
19	にじいろケアプランセンター	1
20	パートナー恵	16
21	ケアプランセンターピース	12
22	ふらっとケアプランセンター	5
23	ケアプランセンターまごのて(貝塚)	1
24	まんじゅケアプランセンター貝塚	4
25	まんじゅケアプランセンター加神	18
26	ケアプランりんご	6

委託事業者（市外）		委託件数
27	居宅介護支援事業所・愛101	4
28	あいかむケアプランサービス	2
29	あいケアプランセンター	1
30	あらたケアプランセンター	1
31	ケアプランセンター泉佐野たんぽぽ	1
32	犬鳴ケアプランセンター熊取	1
33	犬鳴ケアプランセンター日根野	1
34	ケアプランいろは	1
35	ケアプランセンター大阪緑ヶ丘	4
36	ケアプランセンターOlive （オリーブ）	2
37	居宅介護支援事業所　万年青	1
38	関西メディカルサポート居宅介護	1
39	ケアサポートくまとり	1
40	ケアワークスタジオ	3
41	ケアプラン心栄	1
42	ケアプランここわ	1
43	ケアプランセンターシンシア	1
44	すいめい介護支援センター	1
45	ケアプランセンター聖和	1
46	ケアプランセンターたいよう	6
47	ケアプランセンターてとてと泉佐野	1
48	寺田萬寿病院指定居宅介護支援事業所	3
49	のばな	8
50	ケアプランセンターハッピーロード	1
51	居宅介護支援事業所　華	1
52	花水木ケアプランセンター	2
53	ばらの木	2
54	ケアプランセンタープラスワン	1
55	ケアプランセンターホワイト東岸和田	9
56	ケアプランセンターHOPE （ホープ）	1
57	（有）マエダケアサービス指定居宅介護支援事業所	2
58	真ケアステーション	1
59	ケアプランセンターまごのて（和歌山）	2
60	特別養護老人ホーム萬寿園	1
61	ケアプランセンターみやび	11
62	和笑輪	2
合　　計		354

介護予防ケアプランにおけるサービス提供事業者及び利用件数（中央）

地域包括支援センター職員による介護予防ケアプラン作成件数	51件

◎ 訪問型サービス （　9事業所　　24 件 ）

令和7年3月実績

サービス提供事業者		利用件数
1	ケアサポートあいわ	3
2	風・福祉会　Viento	1
3	ヘルパーステーション・さわやかフレンド	1
4	ヘルパーステーション新心	3
5	訪問介護事業所 Dreamケア	3
6	訪問介護ノア	4
7	ヘルパーステーション花ことば	5
8	特別養護老人ホーム萬寿園	2
9	在宅訪問介護まんじゅ貝塚	2
合　　計		24

◎ 通所型サービス （　7 事業所　17 件 ）

令和7年3月実績

サービス提供事業者		利用件数
1	デイサービス貝塚駅前	1
2	デイサービスグリースマイル2号館	1
3	白ゆりデイサービス	2
4	デイサービスつるかめ	7
5	デイサービス花水木　二色の浜	2
6	デイサービスセンター ふれあい二色の浜 敏庵	2
7	ほっとデイサービス	2
合　　計		17

貝塚市山手地域包括支援センター事業実績報告書

令和 6年度

1 総合相談支援業務

年度	相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
	実人数（新規）	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護サービス事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
R6	554（241）	1063	255	435	17	160	15	67	14	49	1	51
R5	570（225）	1094	313	396	14	92	28	92	41	95	3	20

年度	相談方法件数（延べ）			相談内容（重複回答可）									
	電話	訪問	来所	介護保険	福祉サービス	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	介護離職	その他
R6	601	338	124	671	56	168	186	76	166	7	27	52	0	49
R5	523	470	101	775	92	296	189	69	164	31	22	82	1	21

2 権利擁護業務

年度	虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
	実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
R6	7（6）	7	4	3	1	0	1	1
R5	13（5）	31	21	6	6	0	6	0

年度	権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
	実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
R6	21（14）	27	11	16	1	7	0
R5	18（9）	22	10	12	0	1	1

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

年度	ケアマネジャー支援数（延べ）	相談方法件数（延べ）					相談内容（重複回答可）						
		電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ケアプラン	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
R6	159	86	41	2	22	8	23	31	37	29	10	26	0
R5	92	45	29	2	12	4	24	21	33	25	12	10	8

4 介護予防ケアマネジメント業務

年度	介護予防プラン作成数	内訳	
		包括	委託
R6	2725	411	2314
R5	2588	521	2067

5 実態把握等業務

年度	介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）							
		紙オムツ	緊急通報	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットワーク	その他
R6	104	16	5	0	0	63	0	9	11
R5	149	28	3	0	1	88	2	13	14

6 介護予防・認知症等教室

年度	教室内容			
	介護予防普及啓発教室(単発)	介護予防地域活動組織育成教室(つげさんお元気自主体操グループ支援)	家族介護教室	認知症サポーター養成講座
R6	24	0	1	7
R5	30	0	0	5

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

年度	研修内容				
	介護予防に関する研修	高齢者虐待に関する研修	認知症に関する研修	地域包括ケアに関する研修	その他(権利擁護、在宅医療等に関する研修)
R6	1	1	3	8	10
R5	2	0	6	3	2

8 地域密着型運営推進会議

年度	事業所名				
	地域密着型特別養護老人ホーム	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
R6	5	16	6	7	6
R5	0	7	6	4	8

9 地域連携推進活動

年度	会議名	
	地域団体との情報交換(ふれあい喫茶、サロン等)	その他
R6	110	28
R5	51	21

10 地域包括支援センター合同連絡会(泉州地区分含む)

会議名	年度(開催回数)	
	R6	R5
貝塚はっぴいネットワーク会議(三包括定例会)	12	12
貝塚はっぴいネットワーク会議(実務者会)	9	9
貝塚市生活支援・介護予防サービス協議体	3	3
職種別会議	1	1
総合事業個別ケース検討会議	8	6
泉州地区連絡会	0	0
その他	2	4

11 地域ケア会議

年度	会議名						
	こつこつネット会議		地域の輪会議		拡大地域ケア会議		
	開催回数	個別課題(件)	開催回数	地域課題(件)	開催回数	個別課題(件)	地域課題(件)
R6	0	0	0	—	69	188	65
R5	0	0	0	—	63	106	53

介護予防ケアプラン委託事業者及び委託件数(山手)

◎ 介護予防ケアプラン

委託件数　196件(41業所)

令和7年3月実績

	委託事業者(市内)	委託件数
1	ライフサポートあいわ	10
2	あいわ園ケアプランセンタ貝塚	4
3	ALPSケアプランセンター	3
4	ケアプランセンターいこいの家	1
5	ケアプランセンターえにし	4
6	ケアプランセンター開夢	4
7	ケアプランセンター薫	3
8	かつらぎ介護支援事業所	20
9	河崎病院ケアプランセンター	11
10	ココロ・ケアプラン	2
11	ジェイサポートケアプランセンター	6
12	ケアプランしえる	5
13	ケアプランセンター新心	2
14	貝塚誠心園ケアプランセンター	10
15	ケアプランなぎさ	3
16	にじいろケアプランセンター	4
17	二色の浜ヒューマンケアプランセンター	1
18	パートナー恵	2
19	居宅介護支援事業所花	1
20	ケアプランセンターピース	1
21	ケアプランセンターフィット・貝塚	1
22	ふらっとケアプランセンター	20
23	ケアプランセンターまごのて	1
24	まんじゅケアプランセンター加神	1
25	水間ヶ丘ケアプランセンター	23
26	ももの木ケアプランセンター	2
27	りぶり～居宅介護支援事業所	7

	委託事業者(市外)	委託件数
28	あいのわケアステーション	2
29	歩むケアプランセンター	15
30	ケアプランセンター大阪緑ヶ丘	9
31	きぼうの輪	1
32	ケアプランセンターSAP	1
33	ケアワークスタジオ	2
34	ケアプランセンターたいよう	1
35	ケアプランセンターてとてと泉佐野	1
36	ケアプランセンターながやま	1
37	ケアプランセンターねがい	1
38	ケアプランセンターHOPE	1
39	ケアプランセンターホワイト東岸和田	4
40	真ケアステーション	2
41	ケアプランセンターみやび	3
合　　計		196

介護予防ケアプランにおけるサービス提供事業者及び利用件数(山手)

地域包括支援センター職員による介護予防ケアプラン作成件数	41件

◎ 訪問型サービス（ 8事業所 15件 ）

令和7年3月実績

サービス提供事業者		利用件数
1	ありすライフサポート	1
2	大阪緑ヶ丘ヘルパーステーション	2
3	ケアサポート心音	2
4	ケアサポートレン	1
5	ＳＡＰ	4
6	布亀（株）家庭生活応援事業部	1
7	訪問介護ノア	3
8	訪問介護夢きらら	1
合　　計		15

◎ 通所型サービス（ 10事業所 18件 ）

令和7年3月実績

サービス提供事業者		利用件数
1	白ゆりデイサービス	2
2	デイサービスつるかめリハビリ処	1
3	デイサービス花水木二色の浜	1
4	デイサービスセンターふれあい二色の浜敏庵	4
5	デイサービスセンターふれあい二色の浜	2
6	プライマリーリハビリ・デイサービス貝塚	2
7	プラチナフィットネスM&S	1
8	リハビリ特化型ふらっと	3
9	舞ルーム健康教室	1
10	わたなべリハセンター	1
合　　計		18

（資料 2）

令和７年度　貝塚市地域包括支援センター運営方針

１．設置目的

高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護や医療などの様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じて切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」を実現するため、高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定に必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

２．実施方針

（１）人員体制

地域包括支援センターが本来の機能を十分に発揮できるよう、包括的支援事業や多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の三職種各１名（常勤換算）の人員を地域包括支援センターへ配置し、職員の資質向上のための研修等を行いながら適正な運営に努める。また、指定介護予防支援事業には別に介護予防サービス計画作成件数が 50 件につき１名の割合を目安で職員を配置する。

（２）地域包括ケアシステムの構築

重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築のためには「地域住民の相互支援」「高齢者の社会参加」と「生活支援・介護予防サービスの充実」が重要となる。

地域包括支援センターは地域で高齢者のニーズとボランティア等のマッチングを行うことにより、生活支援サービスを充実させるための仕組みづくりに努める。

また、地域の実情を確認しながら、地域ケア会議を開催し、地域住民の声を聞くなどして、個別課題、地域課題を把握し、解決に向けて必要な支援を行う。

在宅医療・介護においては、その連携が効率的・効果的に提供できる体制構築や認知症施策推進大綱、認知症基本法に基づく認知症施策を推進する。

（３）公正・中立性の確保

地域包括支援センターは、介護保険制度をはじめとする介護・福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正で中立性のある事業運営を行う。また、運営委員会に介護予防支援を委託する指定居宅介護支援事業所の一覧等の資料を提出し、評価を受ける。

（４）市と地域包括支援センターとの連携

市が地域包括支援センターに委託している業務については、最大限に業務の目的を達成できるよう、日頃から密に連携を行う。

地域包括支援センターが業務を円滑に実施するためには、個人情報の収集と共有が不可欠となる。個人情報の共有の方針や、共有する情報の範囲については適宜、市と地域包括支援センターで協議していく。

また、地域包括支援センターに対する苦情を受け付けた場合、速やかにその内容及び対応等を記録し、必要に応じて市に報告する。

３．基本的な事業内容

（１）包括的支援事業

①　第１号介護予防支援業務

第１号介護予防支援業務は、要支援者等に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第１号訪問事業)、通所型サービス（第１号通所事業)、その他生活支援サービス（第１号生活支援事業）等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業務である。

介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事をできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送ることができるように支援を行う。

②　総合相談支援業務

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、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、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

③　権利擁護業務

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳ある生活と人生を維持することができるよう、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を専門的に行う。

④　包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者の状況の変化に対応できる包括的･継続的なケアマネジメントを実現するために、介護支援専門員や医療機関などの様々な職種や地域の関係機関等の連携体制の構築を行う。また、個々の介護支援専門員に対して、法の理念や貝塚市介護予防マネジメント基本方針等に基づき、支援・指導を行う。

（２）多職種協働による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には、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などの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備が重要となり、こうした連携体制を支える共通的基盤として多職種協働による「地域包括支援ネット

ワーク」を構築することが必要となる。

地域包括支援ネットワークの構築にあたっては、㋐センター単位のネットワーク、㋑市町村単位のネットワーク、㋒市町村の圏域を越えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるように留意して実施する。

（3）地域ケア会議の実施

① 地域ケア会議の目的

個別ケースの支援内容の検討を通じた、地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握等を目的とする。

また、地域づくり、資源開発並びに政策形成など、地域の実情に応じて必要と認められる事項についても検討する。

② 地域ケア会議の推進

地域ケア会議においては、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じていく。

地域包括支援センターは、市の開催する地域ケア会議に積極的に参加するとともに、センターが開催する会議で、個別ケース（困難事例等）を検討することにより、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援を行う。また、個別支援の取り組みを積み重ねることにより、高齢者を支援する地域のネットワークの構築や、地域課題の把握に努める。

③ 地域ケア会議の留意点

地域ケア会議において、個別ケースの検討については、対象者本人の意思を尊重し、あらかじめ本人の同意を得ることが望ましい。なお、同意を得ることが困難であり、かつ、日常生活を支援するために、特に必要がある場合は、本人の同意なく構成員間で必要な情報を共有することができることになっている。地域ケア会議の参加者は、知り得た秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。守秘義務の取り扱いには十分留意する。

（4）指定介護予防支援について

介護保険における予防給付等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等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等の関係機関との連絡調整などを行う。また、介護予防、自立支援の観点からインフォーマルサービスや地域住民の自主的な集いの場等、多様なサービスを積極的に活用するように支援を推進する。

4．重点的に取り組む事項

（１）地域におけるネットワーク構築

① 総合相談支援業務を効果的に実施するため、民生委員や地区福祉委員会等との連携を図り、要援護高齢者を見出し、適切な支援や継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域包括支援センター毎に地域におけるネットワークの構築に努める。

② 地域共生社会の構築をめざし、地域の実情に応じた個別課題の解決のための拡大地域ケア会議に出席する。住民が主体的に検討できるよう、可能な限り、町会・自治会単位でコミュニティソーシャルワーカーや民生委員・児童委員が参加して、定期的な会議開催を支援する。

③ 在宅医療・在宅介護について、病院入退院時に切れ目ないサービスが受けられるよう、医療と介護の連携を推進していく。また、貝塚市医師会をはじめとする医療機関等との連携を強化し、支援体制の構築を図る。

④ 地域ネットワーク構築のため、地区福祉委員会の事務局や、日常生活自立支援事業等の権利擁護事業、コミュニティソーシャルワーカーの配置を行うなど、地域福祉活動の中心的な役割を担っている社会福祉協議会との連携の強化を図る必要がある。また、多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供ができる体制を整備するための生活支援・介護予防サービス協議体に参画するとともに生活支援コーディネーターと連携し、地域のネットワーク構築を推進する。

（２）高齢者の実態把握

総合相談支援業務を適切に行うために、高齢者や家族等からの相談を待つのではなく、地域に埋もれている問題やニーズを発見するため、積極的に戸別訪問を行う。対象者は、地域住民からの相談や、緊急時連絡票配布者、医療や介護保険未利用の高齢者等、様々な機会をとらえて実態把握を行い、圏域の高齢者を最大限把握できるよう努める。

（３）虐待や困難事例への対応

虐待の事例を把握した場合には、「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、速やかに当該高齢者の状況を確認し、事例に則した適切な対応をとる。また、高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合等の困難事例を把握した場合は、地域包括支援センターの専門職種が相互に連携し、センター全体で対応を検討する。

（４）認知症高齢者及び家族への支援

① 認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らすことができる社会の実現のため、地域包括支援センターは、認知症高齢者や家族の一番身近な相談窓口として、認知症疾患医療センターや医療機関と連携を図りながら支援を行う。

特に、平成 28 年度に設置された初期集中支援チームとの連携に留意し、支

援を強化する。

② 地域住民や関係機関等が、認知症高齢者やその家族を地域で支え、見守り体制を構築するために、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する正しい知識等の普及を行う。また、認知症ケアパスや、認知症カフェを有効に活用する。

③ 徘徊高齢者等見守りネットワークや認知症高齢者等個人賠償責任保険を市民に広く周知し、安心安全な暮らしを守る体制を強化する。

（5）介護予防・日常生活支援総合事業について

① 地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指した「介護予防・日常生活支援総合事業」の円滑な実施に向けて、既存の社会資源を把握するとともに、地域課題を発見して、地域づくり・資源開発に向け、検討する。

② 地域において継続した介護予防が行えるよう、住民主体の体操グループづくりの支援等、介護予防の動機づけや活動の支援を行う。また、介護予防教室の開催等で介護予防に資する社会資源の情報を地域住民に提供し、介護予防活動への参加を勧める。

③ 総合事業が円滑に実施できるよう、事業の趣旨を十分理解し、対象者や介護支援専門員、介護事業者等への周知を行う。

④ 総合事業における、介護予防ケアマネジメントを適切に実施し、介護予防サービスのみならず、住民主体の集い等多様な社会資源をケアプランに組み入れることができるよう、介護支援専門員への働きかけも強化し資質向上に努める。

（6）感染症や自然災害等に対する取組みへの協力

市が主催する災害等に対する高齢者への取組みに協力し、感染症や自然災害等発生時においては、総合相談で把握している、またはサービスを利用している高齢者等の安否確認や必要な支援を行い、市と協議して指示に従う。

5．事業の留意点

（1）指定介護予防支援について

① 指定介護予防支援に係る責任主体は、指定介護予防支援事業者たる地域包括支援センターであり、委託を行った場合であっても、委託先の指定居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画の原案を作成する場合には、当該評価の内容について確認を行い、当該評価を踏まえ今後の指定介護予防支援の方針等を決定する。

② 指定介護予防支援を委託するにあたっては、正当な理由なしに特定の指定居宅介護支援事業者に偏らないようにする。

（２）地域包括支援センター職員の連携について

地域包括支援センターにおける各業務を適切に実施するために、人員基準の対象となる職員は、指定介護予防支援事業所の職員以外の業務と兼務することはできない。また、地域包括支援センター職員は、組織マネジメントを通して、保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種をはじめとするセンターの職員全体が、地域の課題に対する共通認識を持ち、目的を共有化し、連携及び協力して業務を実施する。

（３）地域包括支援センター職員の専門性の向上について

地域包括支援センターの業務の進め方は、専門職が業務をチームアプローチの考え方に基づき実施するが、専門的な知識、技術に基づいて行われることが必要であり、保健師等は介護予防ケアマネジメント業務に、社会福祉士は総合相談支援業務や権利擁護業務に、主任介護支援専門員は包括的・継続的マネジメント業務に専門性を有するものとして、他の職員に適切な助言が行えるよう、研修等に積極的に参加することにより常に専門性を高めることに努める。

（４）地域包括支援センターの運営に対する評価と点検

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険等の一部を改正する法律(平成29 年法律第 52 号)において、市町村や地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業について評価を行うとともに、必要な措置を講じなければならないとされた。

このため、国において、全国で統一して用いる評価指標が策定されたので、これを活用して市による評価及び地域包括支援センターの自己評価と、運営委員会による定期的な点検を行う。

令和７年度　貝塚市浜手地域包括支援センター事業計画

１．総合相談支援業務

〔目標 1〕

高齢者やその家族が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、高齢者の心身の状況や生活の実態を把握して、多様な相談に的確な対応が出来るようにしていく。

〔実施計画〕

①地域における総合相談の中核的機関として、本人・家族・近隣住民・地域の関係機関より様々な相談を受け、的確に状況把握を行い迅速に対応する。また社会的孤立への対応も含めて、伴走支援を行い適切な支援機関へ繋げる。

②来所相談や電話相談、家庭訪問などから高齢者やその家族の心身状況・家庭状況等の生活実態を把握する事で隠れた問題やニーズなどを発見して、介護保険のサービスに留まらず、地域における保健・医療・福祉などの関係機関や諸制度へつなげる。

③多問題が存在する支援困難事例においては、チームアプローチを基本に、関係機関との連携を強化して、ケース会議で適宜支援方針の検討を重ね、多方面からのアプローチによる協働での支援を行う。

④複雑で多様な相談への対応能力の向上のために、各団体等が開催する研修会・連絡会などへの参加の機会を確保して、相談援助技術や支援困難事例への対応力など、職員の専門性や資質向上に向けて研鑽に努める。

〔目標 2〕

支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉関係機関等の利用に繋げ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を予防するために、地域における関係者とのネットワークの構築を図る。

〔実施計画〕

①要援護高齢者への早期対応が可能となるよう、拡大地域ケア会議での要援護者の情報収集や、緊急時連絡票配布者、医療・介護保険未利用者に関する実態把握などを通して、支援を必要とする高齢者の早期発見・早期対応をして、圏域の高齢者を把握できるように努める。

②高齢者世帯への戸別訪問、家族・親族や近隣住民、民生委員からの情報、介護予防教室などで地域に出向いた際の情報などにより、支援が必要な世帯及び家族介護者（ダブルケア、ヤングケアラー）の実態を把握し早期に対応する。

③高齢者の総合相談窓口として、地域の関係機関や各種相談部局と日頃より介護・福祉・保健・医療・要援護者情報など、様々な情報のやり取りや適宜情報の共有を行いネットワークの構築を図る。

２．権利擁護業務

〔目標 1〕

高齢者が生活にさまざまな困難を抱えても、住み慣れた地域で尊厳のある生活を維持し、安心して暮らすことができるよう、関係機関と連携を図り専門的・継続的に支援を行う。

〔実施計画〕

①認知症等で判断能力の低下が見られる高齢者には、適切な介護サービスの利用や金銭管理・法律的行為などの支援のため、心身の状態に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業などの制度紹介や情報提供をして、適切な権利行使に向けた意思決定支援を関係機関と連携・協働で行う。

②適切な権利擁護支援の実施に向けて今後、権利擁護サポートセンターとの連携強化を図り支援の対応をする。法定後見制度の利用にあたり、本人や親族による申し立てが困難な場合は、権利擁護サポートセンターと連携をしつつ申し立て事務が円滑に進むよう、審判の申し立て要請など市長申し立てを含めて高齢介護課と連携対応する。

③関係機関との情報共有、成年後見制度や権利擁護支援に関する普及啓発、地域での認知症サポーター養成講座の実施など通して、認知症介護に対しての理解と、地域全体で高齢者や家族を見守る地域づくりを行う。

〔目標 2〕

高齢者の権利侵害を未然に防止して、安心して暮らし続ける為の支援体制の構築や相談対応をする。

〔実施計画〕

①高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援などに関する法律に基づき、市担当部局と連携を図り、速やかに当該高齢者の状況を把握して適切な対応を行う。また虐待事例については、「高齢者の安全確保」と「養護者の支援」の視点に留意して、速やかに市に報告して、市担当部局と緊密な連携を図りながら解決に向けた取り組みを行う。

②高齢者虐待の防止のために、地域住民・医療機関・介護支援専門員などの関係機関に対して啓発活動を行い予防的支援に努める。

③高齢者を狙う悪質商法が多様化・巧妙化していることから、警察や消費生活センターなどの関係機関と連携して、介護支援専門員や民生委員などに適切な情報提供や注意喚起を行い防止に努める。

〔目標 3〕

高齢者やその家庭に重層的な課題が存在する支援困難事例に対して、関係機関との連携対応をもとに各専門職の専門性を生かしてチームで対応する。

〔実施計画〕

①介護者・家族を含めた経済的な問題や精神疾患等、多様化・混在化する課題を把握した際に、実態把握やケース会議などを行い、支援の糸口を探りつつ他機関との連携に対応する。

②ケースの内容に応じて、保健所（精神・難病チームなど）、精神科病院の Dr.や PSW、障害者基幹相談支援センター、社協 CSW、生活困窮者自立支援相談員、司法書士などの法務関係の専門職の関係機関とチームアプローチや認知症初期集中支援チームの活用などを図り様々な課題を抱えた方々の支援を行う。

③ 関係機関での連絡対応や情報共有、支援者の役割分担など様々な視点から検討を重ね、困難状態の緩和が図れるように支援の糸口を探り連携対応をする。

３．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標 1〕

高齢者が住み慣れた地域で切れ目なく、医療・介護の適切なサービスを受けられるように介護支援専門員・主治医・地域の関係機関等の多職種協働による連携の基盤強化を図る。

〔実施計画〕

①施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、つげさん在宅ネットの参加を通して、三師会・医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。

②在宅医療・在宅介護について、入退院をはじめとする状態や状況の変化に応じて、主治医、介護支援専門員、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において多職種相互の協働による包括的かつ継続的な支援が受けられるように連携の基盤強化を図る。

③介護保険事業者連絡会の運営支援や居宅介護支援専門員間のネットワークづくり、地域の介護支援専門員に対して、医療関係者との連携支援や、介護保険サービス以外の様々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など、介護支援専門員の実践力向上の支援を行い、包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための後方支援をする。

〔目標 2〕

地域の介護支援専門員へ必要な連携・協力・支援を作り出せるような実践力の向上につながる後方支援を行う。

〔実施計画〕

①圏域の介護支援専門員に対して情報交換の場を設ける等相談しやすい関係づくりを行う。

②地域の介護支援専門員が抱える支援困難ケースについて、同行訪問・ケース会議の開催、関係機関との連携対応の支援などを通して具体的な支援方針を検討して、実践力や問題解決能力の向上につながるように後方支援を行う。

③高齢者の自立支援に資するケアマネジメント（利用者の意向・意欲をふまえた主体性のある目標の設定や働きかけ）や地域の社会資源の情報を個別のケアマネジメントで活用できるように、個々のケアプランを通じてアドバイスや相談を行う。

④地域の介護支援専門員に、介護保険サービスだけでなく、地域のサロン・老人会活動・自主体操グループなどの地域の多様な社会資源を活用して、利用者の在宅生活を支援できるように、情報を提供したり民生委員や関係機関との連携支援など地域の関係者との橋渡しやつながりができるように支援する。

4．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

〔目標 1〕

地域ケア会議（はっぴぃネットワーク、拡大地域ケア会議など）の参加を通して、個別ケースや地域課題の抽出など、現状の課題と求められる役割を検討して、地域包括ケアシステムづくりに取り組む。

〔実施計画〕

① 22 ヶ所（26 町会）で定期開催している拡大地域ケア会議の開催を通して、個別ケースの発見や支援を必要とする要援護者情報の収集と把握、個別ケースの振り返り、そこから見えてくる地域課題などを検討する。

②各関係機関（行政関係部署・社協 CSW・障害者基幹型相談支援センター・その他相談機関）とお互いの役割や専門性などの理解と共通認識を深め合い、連携体制の基盤強化を目的とした関係づくりを重ねる。

③各種会議を通して、抽出された課題を関係者と整理・分析して、地域共生社会に向けての課題と解決のための役割を検討する。

〔目標 2〕

認知症高齢者とそのご家族が安心して生活を継続してできる様に支援を行う。

〔実施計画〕

①認知症疾患医療センターをはじめ、認知症の人と家族を支援する関係機関との連携を図り、早期の受診や治療に向けた医療機関への橋渡しの支援や、介護サービスの相談対応など、当事者や家族に寄り添った支援を行う。

②受診や介入拒否などのケースは状況に応じて、認知症初期集中支援チームの活用や医療機関・精神科 PSW との連携で、早期の受診・治療に向けて医療機関へ繋げていく。

③徘徊高齢者等見守りネットワーク、認知症高齢者等個人賠償責任保険、認知症に関する相談窓口、認知症ケアパス等、貝塚市の取り組みを市民や地域の関係機関へ周知して、「予防」・「共生」に重点を置き安心して暮らし続けられる地域づくりに努める。

④認知症サポーター養成講座や介護予防教室の実施、地域での各種リーフレットの配布を通じて、相談窓口・認知症施策・社会資源について、地域や関係機関へ積極的に情報提供を行う。

5．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標 1〕

介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な事業実施及び適切な自立支援に向けたケアマネジメントの実施に取り組む。

〔実施計画〕

①自立支援、重度化防止の視点を持ち、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に支援する。また、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事を出来る限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しない様にする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援や必要な情報提供を行う。

②介護支援専門員・介護サービス事業者・地域住民に対して、総合事業に関する事業の趣旨・内容・目的を継続して周知・説明して、適切かつ円滑な事業実施に向けて取り組む。

③総合事業の利用に際し、要支援者・事業対象者に対して、心身の状況・取り巻く環境など利用者の状態と主体性を尊重して、自立支援を促すケアマネジメントを行う。また、介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する場合は、必要に応じて助言や連携を図り、包括的かつ効果的に委託業務が適切に実施されるように支援を行う。

④第 1 号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して、介護予防及び日常生活支援を目的に心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービスなどが包括的かつ効果的に提供されるよう支援する。

〔目標 2〕

住み慣れた地域において健康で生きがいや役割を持った生活が継続出来る様に、介護予防の普及啓発活動を行う。

〔実施計画〕

①地域で自主的な活動を行っている団体（澤のつげさん健康体操・津田北町のいこいの広場・二色浜荘園のブロッコリーなど）や今後立ち上げを検討している団体などと連携を図り、介護予防や認知症予防の体操やレクリエーションに関する情報を発信する事で、介護予防に対する動機付けの向上と活動の発展に向けての後方支援などを行う。

②生活支援コーディネーターや社協 CSW と地域の様々なインフォーマル資源を協働で収集・把握して、自宅や集いの場で出来るセルフケアや介護予防の取り組みに関する情報を発信する。

③介護予防に資する社会資源の情報を必要とする方々へ情報提供して、地域の中で生きがい・役割・居場所があり健康的な生活を送れるように、地域住民が行う自主的活動の推進を進める。

貝塚市浜手地域包括支援センター年間事業計画書

令和7年度

1 総合相談支援業務

相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
実人数	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護サービス事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
530	1350										

相談方法件数(延べ)			相談内容（重複回答可）									
電話	訪問	来所	介護保険	福祉ｻｰﾋﾞｽ	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	その他

2 権利擁護業務

虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
40	100						

権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
40	100					

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

ケアマネジャー支援数（延べ）	相談方法件数(延べ)					相談内容（重複回答可）						
	電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ｹｱﾌﾟﾗﾝ	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
280												

4 介護予防ケアマネジメント業務 （総合事業を含む）

介護予防プラン作成数	内訳	
	包括	委託
3900	600	3300

5 実態把握等業務

介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）								
	紙オムツ	緊急通報	配食	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットワーク	その他
100									

6 介護予防・認知症等教室

内　　容	回 数 （回）
介護予防普及啓発教室（単発）	20
介護予防地域活動組織育成教室(つげさんお元気自主体操グループ支援)	6
家族介護教室	－
認知症サポーター養成講座	10

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

研　修　内　容	受 講 人 数 （人）
介護予防に関する研修	5
高齢者虐待に関する研修	5
認知症に関する研修	5
地域包括ケアに関する研修	5
その他	10

8 地域密着型運営推進会議

事　業　種　別	参 加 回 数 （回）
地域密着型特別養護老人ホーム	6
認知症対応型生活介護（グループホーム）・2箇所	12
小規模多機能居宅介護・2箇所	12
地域密着型通所介護（デイサービス）・3箇所	3
認知症対応型通所介護・1箇所 定期巡回型随時対応型訪問介護看護・1箇所	2

9 地域連携推進会議

会　　議　　名	開 催 回 数 （回）
地域団体との情報交換（ふれあい喫茶、サロン等）	20
その他	40

10 地域包括支援センター合同連絡会（泉州地区分含む）

会　　議　　名	開 催 回 数(回)
貝塚はっぴいネットワーク会議（三包括定例会）	12
貝塚はっぴいネットワーク会議（実務者会）	9
生活支援・介護予防サービス協議体	3
職種別会議	3
総合事業個別ケース検討会議	15
泉州地区連絡会	1
その他	5

11 地域ケア会議

会　　議　　名	開 催 回 数(回)		
こつこつネット会議	5		
地域の輪会議	5		
拡大地域ケア会議	120	個別件数（延）	地域課題取扱数
		―	―

令和７年度　貝塚市中央地域包括支援センター事業計画

１．総合相談支援業務

〔目標 1〕
地域における様々な関係者や各種関係機関とのネットワークの構築を図り、高齢者が住み慣れた地域での暮らし続けていけるよう支援していく。
〔実施計画〕
① 社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー（以下「社協ＣＳＷ」）、生活支援コーディネーター、町会、老人会、校区福祉委員会、民生・児童委員（以下「民生委員」）、地域団体等々と様々な機関との連携を図り、支援を必要とする高齢者の早期発見や見守り、支えあい活動の体制づくりの支援を行う。
② 地域包括支援センターの３職種が、各分野に応じて専門的な活動を行い、自助・互助を尊重しつつ、直接的な支援と並行して適切な機関や制度につなげていく事が可能となる窓口となる。

〔目標 2〕
地域の高齢者の心身の状況や生活の実態を把握し、個人や地域の問題点を把握する。
〔実施計画〕
① 個別の訪問や地域の催し参加、拡大地域ケア会議、各機関と連携し情報収集を行う。
② 高齢者福祉サービスでの実態把握業務を通じ、問題点や課題、ニーズを発見すると共に高齢者自身やその家族がＳＯＳを発信できる手段を提案していく。
③ 地域のより詳しい実態や重曹的な問題を把握するために中央圏域（東・中央・南校区）において、全町会での拡大地域ケア会議開催を目指す。

〔目標 3〕
高齢者自身が安心して気軽に相談できる機関として専門的な分野での視点で支援できる総合的な相談体制を整え、またセンターの周知も行う。
〔実施計画〕
① ふれあい喫茶や地域の催し等を通じて地域包括支援センターの役割・機能について啓発し、来所、訪問、電話相談において、懇切丁寧な対応に努める。
② センターで相談を待つだけでなく、現在、ふれあい喫茶 2 か所（府営久保住宅・東）で行っている血圧測定ブースのような定期的に出向いて相談を受ける機会を作る。

２．権利擁護業務

〔目標 1〕
判断能力を欠いた状況にある方が、安心して生活が送れるよう支援を行う。
〔実施計画〕
① 認知症の方が地域で安心して住み続けられるよう、住民の認知症に対する理解の浸透を促進する手段として『認知症サポーター養成講座』を開催し、地域での見守り

体制作りに協力する。
② 成年後見制度・日常生活自立支援事業・生活困窮者自立支援事業等の適切な制度につなぎ権利を損なうことなく、安心した生活が営めるよう支援する。

〔目標 2〕
自らの権利を理解し行使できるよう虐待対応等において専門性に基づいた支援を行う。
〔実施計画〕
① 地域の委員会や催しに参加し、高齢者虐待防止の啓発、通報窓口の周知を行う。
② 高齢者虐待の大きな要因となる可能性の高い 8050 問題等の早期発見やその対応を拡大地域ケア会議等において協議し、虐待に至る可能性の未然防止に努める。
③ 包括職員自身が積極的に研修等に参加し、自己研鑽に努め、行政機関等との速やかな連携対応と早期の終結を目指す。

〔目標 3〕
特殊詐欺・消費者被害の防止および注意喚起の啓発を行う。
〔実施計画〕
① 積極的にふれあい喫茶等の地域での催しに参加し、具体的な事例を示し、わかりやすい説明で身近なことに感じてもらい、注意を促す。
② 市消費者センターおよび、市民相談室、警察、高齢介護課等と連携し地域への素早い情報提供を行う。

3．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標 1〕
高齢者の状況の変化に対応するために地域、介護、医療等が連携して切れ目のないシームレスなケアがなされるよう支援する。
〔実施計画〕
① 在宅医療・介護連携推進懇話会（つげさん在宅ネット）に 2 ヶ月に 1 度、参加し多職種連携、情報の共有を図り、多職種合同研修会を開催して連携の構築を図る。
② 高齢者が状況によって適切な場での生活が支障なく営めることを目標に自宅と病院間のスムーズな入退院を円滑にするため介護支援専門員が、医療機関、地域、介護サービス事業所等と連携を図ることができるように支援を行う。

〔目標 2〕
介護支援専門員に対して知識、アセスメント能力、実践力などの向上のための研修や指導、助言を行うと共に、地域共存社会の実現に向けてネットワーク構築を支援する。
〔実施計画〕
① 介護支援専門員育成の為、居宅支援専門部会と連携し事例検討や交流会等の開催、また主任介護支援専門員を対象として法定外研修の開催を行う。
② 日常業務を通して介護支援専門員から相談しやすい環境を作りながら個々の介護支援専門委員への個別指導や相談を受け、支援する。

③ 介護支援専門員が、地域包括ケアシステムをより理解し、困難事例にも対応できる能力の向上につなげるため地域との橋渡し役となる。また介護支援専門員と地域との連携をより一層、強化するため、必要時には、拡大地域ケア会議のメンバーとして参加を促し、貝塚市介護予防マネジメント基本方針を実践できるよう支援する。

4．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み。

〔目標 1〕

はっぴぃネットワーク、協議体、こつこつネット会議、拡大地域ケア会議等を積極的に開催し、現状の課題や今後求められる役割を把握する。

〔実施計画〕

① はっぴぃネットワーク会議（定例会・実務者会）を月１回、定期的に開催。
行政、社協ＣＳＷ、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の参加により、行政、専門職等の視点で重層的な問題等の検討を重ね地域の意見もリンクさせ、より良い方向性を探っていく。

② 民生委員との会議に加え、拡大地域ケア会議については全町会での開催を目指し、社協ＣＳＷと共に拡大地域ケア会議の意義について啓発し開催箇所拡大を図る。

〔目標 2〕

認知症高齢者及び家族への支援

〔実施計画〕

① 地域住民や認知高齢者の家族等の理解を深め、地域ぐるみで支援できるような体制をつくるため市民や企業、公共機関に向けた認知症サポーター講座を開催し認知症への理解を深めると共に認知症予防の啓発も行っていく。

② 認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム等を活用し早期発見、早期治療のための医療機関に繋げていく。

③ 徘徊ネットワーク等の実態調査を通じて認知症高齢者とその家族が抱えている問題点を把握し、解決や負担の軽減に向けて支援する。

〔目標 3〕

地域に自助、互助の果たす役割を理解してもらい、地域力向上を図る。

〔実施計画〕

① 生活支援コーディネーター、社協の地区担当ＣＳＷ等との情報共有や各地区の住民と共に情報収集する仕組みを検討し、既存の社会資源の発掘や再開発に向けて検討、協議していく。

② つげさんお元気体操や介護予防教室を開催し、地域での催しや勉強会を自分達で継続していくノウハウを習得していただく。

③ 住民主体のふれあい喫茶や小地域ネットワーク等に参加し助言、提案を行う。

〔目標 4〕

医療と介護の連携の強化

〔実施計画〕

① 必要な医療・介護サービス等が一体的に受けられるよう医療関係者や在宅支援関係者との連絡調整、カンファレンスへの参加など、連携を図る。

③ 地域において、在宅療養についての情報を発信し、住民に選択肢の提供を行う。

5．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標 1〕

介護予防日常生活支援総合事業の円滑な事業実施及び､適切な自立支援に向けたケアマネジメントの実施に取り組む。

〔実施計画〕

① 地域住民や地域の高齢者に対して地域の集まり等で日常生活支援総合事業について周知活動を引き続き行うと共に自立支援の重要性を啓発する。

② 第 1 号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して介護予防及び日常生活を目的として、その心身の状況、置かれている環境やその他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第 1 号訪問事業)、通所型サービス（第 1 号通所事業）等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。

③ 介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事をできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援を行い、健康寿命の意識を高めるための活動の支援を行なう

〔目標 2〕

住みなれた場所でその人らしい暮らしが継続できるよう地域の方々と協働して地域力向上の支援を行う。

〔実施計画〕

① 「つげさんお元気体操自主グループ」立ち上げ支援など、介護予防の理解と健康に対する意欲を高める地域住民主体の活動を支援する。

② 地域のサロンや会議、催し等に積極的に参加し話すことで、地域住民、各関係者と共に協働して「するべきこと」「できること」の実現に向けて行動していく。

③ 住民の自主的な集い場において介護予防の動機づけとなる活動として介護予防教室回開催に励み、新規開催の地区を増やす。

貝塚市中央地域包括支援センター年間事業計画書

令和7年度

1 総合相談支援業務

相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
実人数	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護サービス事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
1200	2000										

相談方法件数(延べ)			相談内容（重複回答可）									
電話	訪問	来所	介護保険	福祉ｻｰﾋﾞｽ	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	離職問題	その他

2 権利擁護業務

虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
30	90						

権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
30	90					

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

ケアマネージャー支援数（延べ）	相談方法件数(延べ)					相談内容（重複回答可）						
	電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ｹｱﾌﾟﾗﾝ	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
420												

4 介護予防ケアマネジメント業務 （総合事業を含む）

介護予防プラン作成数	内訳	
	包括	委託
4800	600	4200

5 実態把握等業務

介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）								
	紙オムツ	緊急通報	配食	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットﾜｰｸ	その他
300									

6 介護予防・認知症等教室

内　　容	回 数 （回）
介護予防普及啓発教室（単発）	50
介護予防地域活動組織育成教室(つげさんお元気自主体操グループ支援)	5
家族介護教室	－
認知症サポーター養成講座	10

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

研　修　内　容	受 講 人 数 （人）
介護予防に関する研修	5
高齢者虐待に関する研修	5
認知症に関する研修	5
地域包括ケアに関する研修	5
その他	10

8 地域密着型運営推進会議

事　業　種　別	参 加 回 数 （回）
特別養護老人ホーム・0箇所	－
認知症対応型生活介護（グループホーム）・2箇所	12
小規模多機能居宅介護・0箇所	－
地域密着型通所介護（デイサービス）・5箇所	5
認知症対応型通所介護・1箇所	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・0箇所	－

9 地域連携推進会議

会　　議　　名	開 催 回 数 （回）
地域団体との情報交換（ふれあい喫茶、サロン等）	50
その他	30

10 地域包括支援センター合同連絡会（泉州地区分含む）

会　　議　　名	開 催 回 数(回)
貝塚はっぴぃネットワーク会議（三包括定例会）	12
貝塚はっぴぃネットワーク会議（実務者会）	9
生活支援・介護予防サービス協議体	3
職種別会議	3
総合事業個別ケース検討会議	15
泉州地区連絡会	1
その他	5

11 地域ケア会議

会　　議　　名	開 催 回 数(回)		
こつこつネット会議	10		
地域の輪会議	―		
拡大地域ケア会議	120	個別件数（人）	地域課題（回）
		―	―

令和７年度　貝塚市山手地域包括支援センター事業計画

１．総合相談支援業務

〔目標１〕
地域におけるネットワークを構築し、地域で高齢者の生活を支える。
〔実施計画〕
① 自治会、民生・児童委員、老人会、ボランティア団体、貝塚市社会福祉協議会コミュニティーソーシャルワーカー以下「社協 CSW」）等との連携を図り、支援が必要な高齢者等の早期発見・見守りを行う。
② 高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしく生活できるようにしていくにはどのような支援が必要かを把握し、自助・互助を尊重しながら適切な医療・介護・福祉サービスや機関制度の利用に繋げていく。

〔目標２〕
住み慣れた地域で生活を継続できるよう、高齢者の生活の実態や身体状況の把握を行う。
〔実施計画〕
① ふれあい喫茶（15 か所）や地域の集まりに参加し、地域住民と一緒に地域の問題点や個別の問題を早期発見・検討し、問題解決へと取り組む。
② 高齢者福祉サービス、徘徊高齢者ネットワーク等の実態把握を行う。
③ 緊急時連絡票配付者、医療や介護保険未利用の高齢者等の実態把握を行い、圏域の高齢者を最大限把握できるよう努める。
④ 山手圏域内において拡大地域ケア会議を 12 町会での開催を目指し、個別課題、地域課題を把握し、社協ＣＳＷと協力し解決に向けた支援を行う。

〔目標３〕
高齢者の様々な相談内容に対し専門的な分野で支援し総合的に対応できる体制をつくる。
〔実施計画〕
① 支援が必要な高齢者、家族に対し電話、訪問、来所相談において丁寧な対応に努める。
また、対象高齢者のみならず介護者をはじめ取り巻く環境にも目を向け隠れている課題の発見に努め、他職種と連携を図る。
② 介護、福祉、医療に関する相談事に対しての窓口である事をふれあい喫茶や地域のイベント等で、情報提供や周知を働きかける。

２．権利擁護業務

〔目標１〕

判断能力の低下により財産管理ができない高齢者の支援を行う。

〔実施計画〕

① 成年後見制度、日常生活自立支援事業、生活困窮者自立支援事業等を活用し権利を損なうことなく生活していけるように支援する。

② 地域住民や介護支援専門員対象に周知を働きかけ、専門職との協働を行う。

〔目標２〕

高齢者虐待を防止し、高齢者の尊厳を保持する。

〔実施計画〕

① 事実確認、行政と共に高齢者の安全の確保、協議、対応方針の決定等迅速に対応する。

② 養護者への助言・支援を行う。

③ 地域住民・介護従事者の方々に対して高齢者虐待防止の啓発、通報窓口の周知を図る。

④ 総合相談に移行してからも、継続的に見守り等を行う。

〔目標３〕

消費者被害を未然に防止する事ができるよう取り組む。

〔実施計画〕

① ふれあい喫茶、地域の集まりの場や催し、介護予防教室等での消費者被害防止・再発防止の為の啓発活動を行う。

② 被害にあった場合の通報・相談体制を整える。

③ 警察・行政・消費生活センターと連携を図る。

３．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標１〕

地域の高齢者が安心してその人らしい生活を継続するために、途切れることなく支援できるように、多職種協働・連携を図る。

〔実施計画〕

① 医療機関・認知症疾患医療センター・介護サービス事業所・地域のケアマネージャーとの連携を図り、入退院時の円滑な対応を行う。

② 介護保険サービスだけでは、高齢者、家族を支えることが困難なケースに対し、本人や家族が自己決定に基づき、切れ目なく支援を受けられるよう課題の解決のために社会資源を最大限活用する。

〔目標２〕

地域における介護支援専門員の資質向上を目指す。

〔実施計画〕

① 在宅医療・介護連携推進懇話会（つげさん在宅ネット）に２ヶ月に１回参加し、多職種連携・情報交換・共有を図る。また、つげさん在宅ネット主催の多職種合同の研修会を開催する。

② 貝塚市地域包括支援センター主催、介護支援専門員の資質向上の為の研修会を開催する。

⑤ 山手地域包括支援センター主催にて圏域の居宅介護支援事業所、介護支援専門員に対し、勉強会や情報交換の場を開催することで、相談しやすい関係、連携体制を作っていく。

④ 個々の介護支援専門員に対して自立支援に向けたケアマネジメントや、困難事例において、同行訪問や関係機関との連携に取り組みサポートしていく。

４．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

〔目標１〕

拡大地域ケア会議、こつこつ会議、地域の輪会議の開催を通じ、現状の課題を発見し解決に向けて必要な支援を行う。

〔実施計画〕

① 貝塚はっぴぃネットワーク会議～毎月実施。行政、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター出席。介護保険制度、困難事例について行政、専門職と議論や検討等を行う。また、地域の実情等についても把握していく。

② 拡大地域ケア会議を通じ地域の個別課題の掘り起こしを行い、問題解決に向けて整理し他職種と連携し対応していく。

③ こつこつネット会議～適宜開催。本人・家族・医療・介護関係者・地域住民・担当介護支援専門員・山手地域包括支援センター参加。

困難事例、虐待、認知症高齢者等の抽出・検討。地域の高齢者を地域で支えていけるよう検討・支援し、個別のケースから地域課題の検討も行う。

④府営三ツ松団地の集約事業（再編成）が行われている。転居に伴う様々な問題に対し、地域の方や関係機関と協力しながら、問題の早期発見に努め適切な対応が行えるように支援する。

④ 時計台カフェ（毎月第４水曜日）で、居場所を提供し、地域住民の参加・活動を支援する。

⑤ 子ども食堂（毎月第４土曜日）に、ボランティアの参加を促し、地域住民の生きがい・居場所を提供していく。

〔目標２〕

認知症高齢者の増加に伴い、地域での見守りや支援の体制づくり、及び認知症高齢者と家族に対する支援の充実を図る。

〔実施計画〕

① 認知症疾患医療センターや医療機関、保健所や初期集中支援チームの活用・連携を図り、認知症高齢者や家族の相談窓口となり、当事者や家族に合った支援を行うことで地域での生活を見守っていけるような体制作りを行う。
② 地域住民や大学、専門学校、企業等向けに認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する正しい知識、対応を身につけてもらい、できる限り住み慣れた環境で生活していけるよう支援を行う。
③ 認知症ケアパスの有効活用、オレンジカフェへの参加、周知・啓発活動を行い、認知症高齢者や家族の支援を行う。
④ 徘徊高齢者見守りネットワークの周知、徘徊高齢者の見守り等の支援を行う。

５．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標１〕
地域の中で心身ともに健康で生きがいや役割を持った生活ができるようにする。
〔実施計画〕
①　「つげさんお元気体操自主グループ」「ときめきの場」等、介護予防を理解し健康に対する意識を高める住民主体の活動の支援を行う。
② 65 歳以上の高齢者に対し、健康や介護予防への関心を高め、行動変容につなげるため講話や実技をとおして、啓発や取り組みへの勧奨などを積極的に行い、住民が主体的に参加できる機会を提供する。
・フレイル予防、認知症予防、栄養改善、口腔機能向上を図っていけるよう、介護予防教室の開催目標を年間 30 回とする。
③ 介護予防の知識に加え、社会資源の利用促進のため、正しい情報提供と啓発を行う。

〔目標２〕
介護予防・日常生活支援総合事業実施及び、適切な自立支援にむけたケアマネジメント実施に取り組む。
〔実施計画〕
① 総合事業に関して、事業の趣旨を十分理解し、対象者や介護支援専門員、介護支援事業所等への周知を行う。
② 地域住民・地域の高齢者に対して日常生活支援総合事業の周知を行う。
③ 第１号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して、介護予防及び日常生活支援を目的に心身の状況、おかれている環境その他の状況に応じて、訪問型サービス・通所型サービス・その他生活支援サービス等が包括的かつ効果的に提供されるように支援する。
④ 介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事をできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になってもそれ以上に悪化しないようにする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援や情報提供を行う。

貝塚市山手地域包括支援センター年間事業計画書

1 総合相談支援業務

相談件数		把握経路別相談件数（延べ）									
実人数	延べ件数	本人	家族	民生委員	ケアマネジャー	介護サービス事業所	医療機関	近隣住民	市関係部署	警察	その他
500	1000										

相談方法件数（延べ）			相談内容（重複回答可）								
電話	訪問	来所	介護保険	福祉サービス	保健・医療	認知症	施設	生活相談	虐待	権利擁護	経済問題	その他

2 権利擁護業務

虐待関係相談		虐待種別（重複回答可）					虐待担当者会議
実人数	延べ人数	身体的	心理的	経済的	性的	介護放棄	
20	30						

権利擁護相談		相談種別（重複回答可）				担当者会議
実人数	延べ人数	日常生活支援	成年後見	消費者被害	その他	
30	50					

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

ケアマネジャー支援数（延べ）	相談方法					相談内容（重複回答可）						
	電話	面談	担当者会議	同行訪問	その他	制度	ケアプラン	家族等の課題	医療	権利擁護	経済問題	その他
150												

4 介護予防ケアマネジメント業務（総合事業含む）

介護予防プラン作成数	内訳	
	包括	委託
3000	600	2400

5 実態把握等業務

介護福祉サービス実態把握訪問数	サービス内容（重複可）								
	紙オムツ	緊急通報	配食	愛の一声	日常生活用具	代行申請	住宅改修等	徘徊ネットワーク	その他
150									

6 介護予防・認知症等教室

内　　容	回 数(回)
介護予防普及啓発教室(単発)	30
介護予防地域活動組織育成教室(つげさんお元気自主体操グループ支援)	2
家族介護教室	0
認知症サポーター養成講座	10

7 地域包括支援センター職員　受講研修等

研　修　内　容	受 講 人 数(人)
介護予防に関する研修	5
高齢者虐待に関する研修	5
認知症に関する研修	5
地域包括ケアに関する研修	5
その他	10

8 地域密着型運営推進会議

事　業　所　名	参 加 回 数(回)
地域密着型特別養護老人ホーム（2ケ所）	6
認知症対応型共同生活介護 （3ケ所）	18
小規模多機能型居宅介護 （1ヵ所）	6
地域密着型通所介護 （6ケ所）	6
認知症対応型通所介護 （2ケ所）	2

9 地域連携推進活動

会　　議　　名	開 催 回 数(回)
地域団体との情報交換(ふれあい喫茶、サロン等)	100
その他	30

10 地域包括支援センター合同連絡会(泉州地区分含む)

会　　議　　名	開 催 回 数(回)
貝塚はっぴぃネットワーク会議(三包括定例会)	12
貝塚はっぴぃネットワーク会議(実務者会)	9
貝塚市生活支援・介護予防サービス協議体	3
職種別会議	3
総合事業個別ケース検討会議	30
泉州地区連絡会	1
その他	5

11 地域ケア会議

会　　議　　名	開催回数(回)		
こつこつネット会議	5		
地域の輪会議	－		
拡大地域ケア会議	80	—	—

（別紙１　浜手）

令和６年度　貝塚市浜手地域包括支援センター事業評価

１．総合相談支援業務

〔目標 1〕 地域の高齢者が住み慣れた地域で安心していけるように、各種制度や保健・医療・福祉関係機関等の利用につなげるなどの支援を行う。 〔実施計画〕 ①地域の身近な相談窓口として、本人・家族・近隣住民・地域の関係機関より様々な相談を受け、的確に状況把握を行い迅速に対応する。また必要に応じて伴走支援を行い、社会的孤立への対応も含めて適切な支援機関へ繋げる。 ②個々の相談について、相談内容や状況から的確な課題把握に努め、適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる。困難事例や重層的な課題のある事例の支援について、個別ケース会議を活用の上、適宜支援方針を検討する。 ③複雑で多様な相談への対応能力の向上のために、各団体等が開催する研修会・連絡会などへの参加の機会を確保して、相談援助技術や支援困難事例への対応力など、職員の専門性や資質向上に向けて研鑽に努める。	〔実績・評価〕 ●昨年度と比較して、総合相談の実人数は約 100 人、延べ件数は約 200 件減少。把握経路は、家族・ケアマネジャー・本人の順で多い。昨年度は介護サービス事業所や地域住民からの相談が増加した。 ●担当ケアマネをはじめとする支援関係者とのケース会議の開催件数は計 35 件で、ここ数年増加傾向にある。 ●ケース会議で検討する事例として、虐待ケースや本人と家族が複合的な問題を抱えている世帯に関する事例が多く、困難状態の緩和の糸口に向けてのポイントや、関係機関での役割の明確化を検討しつつ、関わる支援者が負担感により燃え尽きないようにする点も確認・協議している。
〔目標 2〕 地域における様々な関係者や関係機関とのネットワークの構築を図り要援護者に関する情報把握とその支援を行う。 〔実施計画〕 ①民生委員との連携、緊急時連絡票配布者や医療・介護保険未利用者に関する実態把握などを通して、支援を必要とする高齢者の早期発見・早期対応をして、圏域の高齢者を把握できるように努める。 ②要援護高齢者への早期対応が可能となるよう、拡大地域ケア会議での要援護者の情報収集や圏域の実情に合わせた手段で地域の高齢者の心身状況や家庭環境等について実態把握を行う等、日頃から地域の関係者間で情報共有を行うなどネットワークの構築を図る。 ③高齢者の総合相談窓口として、必要とする介護・福祉・保健・医療に関する様々な情報提供や、地域の関係機関や各種相談部局との連携体制の強	〔実績・評価〕 ●拡大地域ケア会議での個別ケース（特に支援者が就いていない方）の確認や、医療保険・介護保険未利用者の実態把握など、延べ 445 件の情報把握を行う。 ●医療保険・介護保険未利用者の実態把握で訪 問した際、身体機能の低下・衰弱が著しく、独居生活が困難な状態を発見して救急搬送を行う。身寄りもなくキーパーソンも不在のため、病院の MSW・社協 CSW・高齢介護課職員と支援のネットワークを構築して連携対応を行い、自宅の引き払いや居住型施設への移行に向けた支援を展開した。

化を図り、地域での自立した生活を送ることが出来る様に支援する。	

２．権利擁護業務

〔目標 1〕 認知症の発症で生活に様々な困難を抱えても、住み慣れた地域で尊厳ある生活を維持し、安心して暮らす事ができるよう、関係機関と連携しながら専門的・継続的に支援を行う。 〔実施計画〕 ①認知症等で判断能力の低下が見られる高齢者には、適切な介護サービスの利用や金銭管理・法律的行為などの支援のため、心身の状態に応じて成年後見制度や日常生活自立支援事業などの制度紹介や情報提供をして、財産管理や身上監護、また、適切な権利行使に向けた意思決定支援を行う。 ②法定後見制度の利用にあたり、事務能力に不安がある親族が申立人となる場合は、専門機関と連携をしてきめ細やかな支援を行う。また、申立親族や身寄りがない方へはその支援が円滑に進むよう、審判の申し立て要請など市長申し立てを含めて高齢介護課と連携対応する。 ③関係機関との情報共有、成年後見制度や権利擁護支援に関する普及啓発、地域での認知症サポーター養成講座の実施など通して、認知症介護に対しての理解と、地域全体で高齢者や家族を見守る地域づくりを行う。	〔実績・評価〕 ●権利擁護に関する相談として、前年度は一昨年度より件数が約 100 件減少、法定後見の申請支援は 1 人行なった。 ●権利擁護支援に関する相談内容として、従来の法定後見制度や日常生活自立支援事業の利用や申請の相談だけでなく、今まで関わってきた支援者と保佐人・後見人との関係づくりや連携の取り方に関する後方支援や、本人を交えた今後の医療や介護の受け方に関する本人の意向の聞き取りなど、選任後のスムーズな本人理解や支援者との関係づくりに向けた対応が増加した。 ●また意思を発出できない状態になった被保佐人の胃ろうの増設に関して、本人のこれまでの言動など推定意思に基づいて、病院関係者・補佐人・これまでの支援関係者と協議を重ねて尊厳ある生活に向けた意思決定支援の場面にも携わった。
〔目標 2〕 高齢者虐待や消費者被害などの権利侵害の防止に向けて、必要な予防的支援や相談対応を行う。 〔実施計画〕 ①高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援などに関する法律に基づき、「高齢者の安全確保」と「養護者の支援」の視点に留意して、虐待事例については速やかに市に報告して、市担当部署と緊密な連携を図りながら解決に向けた取り組みを行う。 ②高齢者虐待防止のために、地域住民・医療機関・介護支援専門員などの関係機関に対して啓発活動を行い予防的支援に努める。	〔実績・評価〕 ●高齢者虐待に関する相談件数は、実人数が約 10 人増加して 36 人、延べ件数は約 30 件増加して 93 件であった。 虐待類型として、日常的に暴力をふるう身体的虐待が 2 倍弱の 76 件に増加、日常的に暴言・恫喝をする心理的虐待は一昨年度と同程度の 50 件強で推移している。 ●虐待者（養護者）の傾向として、一昨年度は男性介護者が多かったが、昨年度は、同居の息子・娘・孫娘など、同居家族全般へと変化が見られた。

③消費者被害を未然に防止するため、市の消費生活相談員や警察などから情報を収集し、民生委員・介護支援専門員等に必要な情報を提供する。また、消費者被害の事例を把握した場合は、市へ報告し関係機関と連携して対応する。	●虐待の背景因子の１つに、幼少期からの不適切な親子関係がもとで家族機能が不全状態となり、分離入所をせざるを得ない虐待に至ったなど、家族の世帯構成員に多くの課題を抱えているケースが複数見られた。
〔目標 3〕 高齢者やその家庭に重層的な課題が存在する支援困難事例に対して、関係機関との連携対応をもとに各専門職の専門性を生かしてチームで対応する。 〔実施計画〕 ①重層的な課題を抱える世帯や高齢者自身が支援を拒否している場合など、困難事例を把握した際、実態把握を行いセンターの専門職が相互に連携するとともに市及び関係機関と連携して対応する。 ②ケースの内容に応じて、保健所（精神・難病チームなど）、精神科病院の Dr.や PSW、基幹型相談支援センター、社協 CSW、生活困窮者自立支援相談員、司法書士などの法務関係の専門職の関係機関とチームアプローチや認知症初期集中支援チームの活用などを図り様々な課題を抱えた方々の支援を行う。 ③関係機関での連絡対応や情報共有、支援者の役割分担など様々な視点から検討を重ね、困難状態の緩和が図れるように支援の糸口を探り連携対応をする。	〔実績・評価〕 ●同居家族に何らかの生活課題・支援上の課題を抱えている方が増えており、昨年度は 220 件の相談があり、ここ数年増加傾向が見られる。 ●同居家族の精神状態の不安定さ、アルコールの問題、経済困窮状態、高齢者と共依存状態などの要因で、支援者の介入やサービスの導入に苦慮するといった相談内容が増加している。 ●高齢者を含め世帯として支援を展開するため、障害分野の相談支援専門・精神科 Dr.や PSW・生活困窮者自立支援相談員と連携の取り方・共有する情報の擦り合わせなどを適宜行い、困難状態の緩和に向けて、複数のケースにおいて連携対応を実施している。

３．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標 1〕 地域の高齢者が安心してその人らしい生活を継続できるように、医療・介護が連携して切れ目なく適切なサービスを受けられるように多職種協働と連携の基盤強化を図る。 〔実施計画〕 ①施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、つげさん在宅ネットの参加を通して、三師会・医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援する。 ②在宅医療・在宅介護について、入退院における円滑な連携、主治医・介護支援専門員・地域の関係機関等の連携など、地域において多職種相	〔実績・評価〕 ●つげさん在宅ネットへの参加を通して、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制を検討した。特に、災害時の医療・介護・福祉の協働に向けてという視点から、非常災害時の対応という内容で、多職種連携の研修会を開催した。 ●入退院時における切れ目のない支援として、地域の拠点病院をはじめとする医療機関から、要援護者情報に関する問い合わせや退院時に支援者に繋がっていない入院患者の情報提供などの連携対応・情報共有が活発になった。

互の協働や他職種連携の仕組みづくりを図り、個々の高齢者の状況や変化に応じ切れ目のない支援が受けられるよう支援体制と連携体制の基盤強化を図る。 ③介護保険事業者連絡会の運営支援や居宅介護支援専門員間のネットワークづくり、地域の介護支援専門員に対して、医療関係者との連携支援や、介護保険サービス以外の様々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など、介護支援専門員の実践力向上の支援を行い、包括的・継続的ケアマネジメントを実践するための後方支援をする。	●昨年度は、貝塚市障害者自立支援協議会や貝塚市こども相談センターと協働して、介護支援専門員への法定外研修の回数を増やして実施したり、介護保険事業者連絡会の居宅介護支援部会での研修開催に向けて後方支援を行う等、各種運営支援に携わった。
〔目標 2〕 地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針を検討することを通して、介護支援専門員が自らの解決能力を高め、必要な連携・協力・支援を作り出せるように後方支援を行う。 〔実施計画〕 ①圏域の介護支援専門員に対して情報交換の場を設ける等相談しやすい関係づくりを行う。 ②地域の介護支援専門員が抱える支援困難ケースについて、いつでも気軽に相談に応じて、同行訪問・ケース会議の開催、関係機関との連携対応の支援などを通して、支援の見立て・手立て・働きかけなどの実践力や問題解決能力の向上につながるように後方支援を行う。 ③高齢者の自立支援に資するケアマネジメント（利用者の意向・意欲をふまえた主体性のある目標の設定や働きかけ）や地域の社会資源の情報を個別のケアマネジメントで活用できるように、個々のケアプランを通じてアドバイスや相談を行う。 ④介護支援専門員が介護サービスだけでなく、地域の多様な社会資源を活用して、利用者の在宅生活を支援できるように、地域の社会資源の情報提供や民生委員や関係機関との連携支援など地域の関係者との橋渡しやつながりができるように支援する。	〔実績・評価〕 ●介護支援専門員からの相談件数は、前年度より減少したが、相談件数の中では上位を占めている。また対応方法も、電話によるものと、顔を合わす面談・同行訪問もほぼ同比率で、多様な方法で相談に対応した。 ●障害分野から介護保険への制度移行を伴うケースに関する相談も増加して、障害特性をふまえたサービス利用や、判断能力が低下した身寄りのない認知症高齢者の権利擁護支援、本人と家族が複合的な生活課題を抱えたケースなどが、介護支援専門員から包括へ対応に苦慮するものとして相談が寄せられた。 ●支援者の介入を強く拒否する精神障害がある方の退院支援あたり、介護支援専門員とケース会議に適宜同席して、本人理解と病状悪化に向けた早期対応を目的とするクライシスプランの作成に携わるなど、支援困難事例に対して、役割を分担しながら連携対応・後方支援に携わった。

4．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

〔目標 1〕 地域ケア会議（はっぴぃネットワーク、拡大地域ケア会議など）の参加を通して、現状の課題と求められる役	〔実績・評価〕 ●昨年度の拡大地域ケア会議は、新たに開催箇所が 1 箇所増え、22 ヵ所（26 町会）で定期開催

割を検討して、地域包括ケアシステムづくりに取り組む。 〔実施計画〕 ① 21 ヶ所（25 町会）で定期開催している拡大地域ケア会議の開催を通して、個別ケースの発見や支援を必要とする要援護者情報の収集と把握、個別ケースの振り返り、そこから見えてくる地域課題などを検討する。 ②各関係機関（行政関係部署・社協 CSW・障害者基幹型相談支援センター・その他相談機関）とお互いの役割や専門性などの理解と共通認識を深め合い、連携体制の基盤強化を目的とした関係づくりを重ねる。 ③各種会議を通して、様々な相談機関の役割や多職種の専門的視点を把握して、洗い出された実情や抽出された課題について、関係者と整理・分析を行い、地域包括ケアシステムづくりを進める。	となった。112 回の会議で延べ 431 件の個別ケースに関する内容が取り扱われた。 ●会議内で、独居世帯や高齢世帯の増加、中でも身寄りが居ない方や居ても親族や家族の協力が難しい方が増えているなどの課題が多く上がった。 ●地域包括ケアシステムを含む地域共生社会の構築に向けて、身寄りのない高齢者が抱える生活上の課題として、身元保証・日常生活支援（手続代行・支払代行など）・死後事務の支援や、本人の意思決定が自己で完結できなくなった際の意思決定支援を保管する仕組みなど、非常に多岐にわたる支援が必要となる事を問題提起・検討した。
〔目標 2〕 認知症高齢者とそのご家族が安心して生活を継続してできる様に支援を行う。 〔実施計画〕 ①認知症疾患医療センター、医療機関、保健所など認知症の人を支援する関係機関との連携を図り、早期の受診や治療に向けた医療機関への橋渡しの支援や介護サービスの相談対応など、地域の相談窓口として当事者や家族に寄り添った支援を行う。 ②受診や介入拒否などのケースは状況に応じて、認知症初期集中支援チームの活用や医療機関・精神科 PSW との連携で、早期の受診・治療に向けて医療機関へ繋げていく。 ③徘徊高齢者等見守りネットワーク、認知症高齢者等個人賠償責任保険、認知症に関する相談窓口、認知症ケアパス等、貝塚市の取り組みを市民や地域の関係機関へ周知して、「予防」・「共生」に重点を置き安心して暮らし続けられる地域づくりに努める。 ④地域住民や教育機関や企業などに認知症サポーター養成講座を開催して、認知症についての理解を深める活動とともに各種リーフレットの配布など相談窓口・認知症施策・社会資源について、地域や関係機関へ積極的に情報提供を行う。	〔実績・評価〕 ●認知症に関する相談件数は毎年約 450 件弱、それに伴う保健・医療に関する件数も 900 件強で推移している。受診方法・サービス利用・関わり方・施設など、多岐にわたる内容が地域住民の相談の入り口として包括へ寄せられている。 ●早期受診のタイミングで鑑別診断を希望するご家族家族もふえつつあり、認知症疾患医療センターをはじめ、精神科 PSW やクリニックの開業医と連携を取り、受診に向けての連携対応をとる相談内容が増加した。 ●認知症に関する相談の際、認知症に関する相談窓口、貝塚市の認知症支援の取り組みなど、ケアパス冊子の配布をはじめ、必要とする方への情報支援を適宜行った。 ●昨年度も、地域住民をはじめ貝塚高校や中央小学校などの教育機関で、認知症サポーター養成講座を実施して、認知症についての理解をはじめ、相談窓口や貝塚市での取り組みなど、情報発信を行った。

５．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標 1〕 介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な事業実施及び適切な自立支援に向けたケアマネジメントの実施に取り組む。 〔実施計画〕 ①自立支援、重度化防止の視点を持ち、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に支援する。また、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事を出来る限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しない様にする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援や必要な情報提供を行う。 ②介護支援専門員・介護サービス事業者・地域住民に対して、総合事業に関する事業の趣旨・内容・目的を継続して周知・説明して、適切かつ円滑な事業実施に向けて取り組む。 ③総合事業の利用に際し、要支援者・事業対象者に対して、心身の状況・取り巻く環境など利用者の状態と主体性を尊重して、自立支援を促すケアマネジメントを行う。また、介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する場合は、必要に応じて助言や連携を図り、包括的かつ効果的に委託業務が適切に実施されるように支援を行う。 ④第 1 号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して、介護予防及び日常生活支援を目的に心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービスなどが包括的かつ効果的に提供されるよう支援する。	〔実績・評価〕 ●市内の居宅介護支援事業所と介護支援専門員への制度内容の周知は図れている。一方、他市の居宅介護支援事業所や新規委託先の介護支援専門員や、新たに介護サービスの利用を検討・希望する家族や地域住民の方々へも、貝塚市の総合事業・緩和型サービスなどの制度の説明を丁寧に行い制度内容と利用方法についての周知に努めた。 ●コロナ禍を経て、心身機能の低下を呈した方が増加したため、要支援認定者のプラン作成総数は増加傾向にある。新規プランでは、福祉用具貸与（手すりや歩行器のレンタルなど）や、リハビリデイの利用希望の方が多く見られた。 ●介護保険のサービスだけをケアプランに計画付けるのではなく、地域の集いの場を含むインフォーマルな資源やサービスも取り入れながら、自立支援に基づいて本人が希望する日々の暮らしが行えるようなケアマネジメントを行った。
〔目標 2〕 住み慣れた地域において健康で生きがいや役割を持った生活が継続出来る様に、介護予防の普及啓発活動を行う。 〔実施計画〕 ①地域で自主的な活動を行っている団体（澤のつげさん健康体操・津田北町のいこいの広場・二色浜荘園のブロッコリーなど）や今後立ち上げを検討している団体などと連携を図り、介護予防や認知症予防の体操やレクリエーションに関する情報を発信する事で、介護予防に対する動機付けの向上と活動の発展に向けての後方支援などを行う。	〔実績・評価〕 ●澤のつげさん健康体操教室・津田北町の憩いの広場・二色浜荘園のブロッコリーなどの自主体操グループとは、この数年介護予防教室を定期的に開催した。 ●その際、こちらが一方的に情報を提供するのではなく、自主的な運営をより活発にさせる為に必要な介護予防の情報を確認しながら後方支援に携わった。 ●以前との変化として、グループの方から、こ

②地域のインフォーマル資源や介護予防に資する社会資源の把握を生活支援コーディネーターや社協 CSW と協働で行い、必要とする人へ自宅でできる介護予防の取り組みの情報発信を行う。 ③介護予防に資する社会資源の情報を必要とする方々へ情報提供を行い、地域の中で生きがい・役割・居場所があり健康的な生活を送れるように、地域住民が行う自主的活動の推進を進める。	の内容を知りたいと言った自主性がより高くなり、昨年度の介護予防の内容として、認知症予防の取り組み・自宅での転倒防止の為の環境整備・健康づくりのためのウォーキングの方法・各種軽体操等の情報を提供したり、介護予防教室で実演するなど、活動の発展や介護予防の取り組みに対する動機付けを行った。

（別紙１　中央）

令和６年度　貝塚市中央地域包括支援センター事業評価

１．総合相談支援業務

〔目標 1〕 地域における様々な関係者や各種関係機関とのネットワークの構築を図り、高齢者が住み慣れた地域での暮らし続けていけるよう支援していく。 〔実施計画〕 ① 社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー（以下「社協ＣＳＷ」）、生活支援コーディネーター、町会、老人会、校区福祉委員会、民生・児童委員（以下「民生委員」）、地域団体等々と様々な機関との連携を図り、支援を必要とする高齢者の早期発見や見守り、支えあい活動の体制づくりの支援を行う。 ② 地域包括支援センターの３職種が、各分野に応じて専門的な活動を行い、自助・互助を尊重しつつ、直接的な支援と並行して適切な機関や制度につなげていく事が可能となる窓口となる。	ネットワーク構築のため地域の集まり（ふれあい喫茶や催し、老人会等）に積極的に参加し関係作りに努めた。 ① 積極的に地域に出て行くことにより地域の方々と交流し、状況把握や情報共有をより行なうことができた。地域の問題点において住民の協力も得ながら解消できた案件もあり地域自身が持つ力の再認識と、地域力向上の支援のため今後も関係作りに努める。昨今は高齢者のみならず同居家族の問題等、重層的な支援が必要なケースも多く、各機関とのより円滑な連携が重視されると考える。 ② 各職種の専門性を活かしつつ総合的な支援を行う中で、ネットワークを駆使しあらゆる相談に対応できようにしている。
〔目標 2〕 地域の高齢者の心身の状況や生活の実態を把握し、個人や地域の問題点を把握する。 〔実施計画〕 ① 個別の訪問や地域のネットワーク、社協ＣＳＷ等と連携し情報収集を行う。 ② 高齢者福祉サービスや徘徊ネットワーク等の実態把握業務を通じ、問題点や課題、ニーズを発見すると共に高齢者自身がＳＯＳを発信できる手段を提案していく。 ③ 地域のより詳しい実態や重曹的な問題を把握するために中央圏域（東・中央・南校区）において、全町会での拡大地域ケア会議開催を目指す。	総合相談や高齢者福祉サービスの実態把握訪問に加え、拡大地域ケア会議で個別課題が年間延べ 1047 件にのぼり様々な実態の把握を行なえている。 ① 重曹的支援が必要なケースについて各機関の役割を果たし、円滑な連携を図るよう心掛けている。 ② 実態把握業務で訪問すると、明らかに支援が必要なケースや、そうなりつつあるケースの発見のきっかけとなっている。 ③ 中央圏域全 38 町会中、現在 24 町会で開催中。
〔目標 3〕 高齢者自身が安心して相談できる機関として専門的な分野での視点で支援できる総合的な相談体制を整える。 〔実施計画〕 ① ふれあい喫茶や地域の催し等を通じて地域包括支援センターの役割・機能について啓発	センターとしての周知は深まっており相談内容も年々、多様化しており対応する各専門職の対応力や知識も要求されている。 ① ②ふれあい喫茶や介護予防教室での血圧測定ブース、相談ブースの設置を行ない

し、来所、訪問、電話相談において、懇切丁寧な対応に努める。 ② ふれあい喫茶や地域の催しへの参加を通じて相談の機会をつくり身体的な理由等で地域の催しや窓口まで出向いて来られない方に対しては個別訪問で対応していく。	気軽に相談できる状況を作っている。 コロナ以降、ふれあい喫茶や介護予防教室を休止していた地区でも再開の兆しがみられ、相談に出向く場が広がっている。

２．権利擁護業務

〔目標 1〕 判断能力を欠いた状況にある方が、安心して生活が送れるよう支援を行う。 〔実施計画〕 ① 認知症の方が地域で安心して住み続けられるよう、住民の認知症に対する理解の浸透を促進する手段として『認知症サポーター養成講座』を開催し、地域での見守り体制作りに協力する。 ② 成年後見制度・日常生活自立支援事業・生活困窮者自立支援事業等の適切な制度につなぎ権利を損なうことなく、安心した生活が営めるよう支援する。	認知症や精神障害の相談も近年、増加している。周囲の理解と協力が得られるようつなぎ役として努めている。 ① サポーター養成講座については市民向け、小学校、高校などの団体向けの開催を行えた一方、町会等の開催ができなかった。 ② 認知症の進行により、日常生活自立支援事業につなぐ相談が多く、困窮により社協と協働するケースも増加している。専門職のスキルアップが必要と考える。
〔目標 2〕 自らの権利を理解し行使できるよう虐待対応等において専門性に基づいた支援を行う。 〔実施計画〕 ① 地域の委員会や催しに参加し、高齢者虐待防止の啓発、通報窓口の周知を行う。 ② 高齢者虐待の大きな要因となる可能性の高い 8050 問題等の早期発見やその対応を拡大地域ケア会議において協議し、虐待に至る可能性の未然防止に努める。 ③ 包括職員自身が積極的に研修等に参加し、自己研鑽に努め、行政機関等との速やかな連携対応と早期の終結を目指す。	市や各機関関係者と連携しながら適切に対応を行い、解消に導くよう努めた。 ① 地域での催しに参加し情報収集することで虐待の芽に気が付けるよう努めた。 ② ③総合相談や拡大地域ケア会議等において発見に至るケースがあり。高齢者の問題は解決に導くことはできても養護者側である若年層の問題は時間がかかるケースも多く適切な機関での継続的な支援に繋ぐ必要があり努力している。
〔目標 3〕 特殊詐欺・消費者被害の防止および注意喚起の啓発を行う。 〔実施計画〕 ① 積極的にふれあい喫茶等の地域での催しに参加し、具体的な事例を示し、わかりやすい説明で身近なことに感じてもらい、注意を促す。	啓発できる場が不足し機会が少なかったが介護予防教室での講義等で啓発を行った。 ① ふれあい喫茶等でリーフレットによる注意喚起は行い、介護予防教室での具体例を示しながらの啓発を行った。 ② 関係者から提供される情報はいち早く

② 市消費者センターおよび､市民相談室､警察､高齢介護課等と連携し地域への素早い情報提供を行う。	高齢介護課に報告して情報共有している。

3．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標 1〕 高齢者の状況の変化に対応するために地域、介護、医療等が連携して切れ目のないシームレスなケアがなされるよう支援する。 〔実施計画〕 ① 在宅医療・介護連携推進懇話会（つげさん在宅ネット）に 2 ヶ月に 1 度、参加し多職種連携、情報の共有を図り、多職種合同研修会を開催して連携の構築を図る。 ③ 高齢者が状況によって適切な場での生活が支障なく営めることを目標に、在宅から病院、病院から在宅へスムーズな入退院を円滑にするため介護支援専門員が、医療機関、地域、介護サービス事業所等と連携を図ることができるように支援を行う。	開業医に相談する案件が増加。困難と思われるケースについては円滑な支援がなされるよう初期の段階から介護支援専門員と協働している。 ① つげさん在宅ネットに参加し、定例の多職種合同研修会も開催できた。 ② 医療機関からの相談数は増加している。支援が困難であることが予測されるケースについては、各関係機関と連携を図り退院後の生活が円滑に図れるよう調整したいが、退院準備期間がないに等しいケースは介護支援専門員も苦慮しているのが実情。後方支援に努めている。
〔目標 2〕 介護支援専門員に対して知識、アセスメント能力、実践力などの向上のための研修や指導、助言を行うと共に、地域共存社会の実現に向けてネットワーク構築を支援する。 〔実施計画〕 ① 介護支援専門員育成の為、圏域の介護支援専門員と、核となる主任介護支援専門員に対しての勉強会を主催する。 ② 日常業務を通して介護支援専門員から相談しやすい環境を作りながら個々の介護支援専門委員への個別指導や相談を受け、支援する。 ③ 介護支援専門員が、地域包括ケアシステムをより理解し、困難事例にも対応できる能力の向上につなげるため地域との橋渡し役となる。また介護支援専門員と地域との連携をより一層、強化するため、必要時には、拡大地域ケア会議のメンバーとして参加を促し、貝塚市介護予防マネジメント基本方針を実践できるよう支援する。	介護支援専門員からの相談数は増加しており、社会資源の助言や地域とのつなぎ役としての役割も果し介護支援専門員がアウトバーンしないよう後方支援に努めた。 ① 法定外研修は前年度より増えたが圏域ごとの勉強会の開催には至らず。 ② 制度、困難事例、プランニングの他、生活相談、また高齢者の同居家族の相談等、様々な相談を受け、助言、支援を行っている。 ③ 拡大地域ケア会議に介護支援専門員自らが参加を希望し参加に至ったケースもあり、地域に住み続けることの工夫や理解を共有する場とし、参加者が地域包括アシステムを担う一員としての自覚を再認識する機会を持つことができている。

4．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み。

〔目標 1〕 はっぴぃネットワーク、協議体、こつこつネット会議、拡大地域ケア会議等を積極的に開催し、現状の課題や今後求められる役割を把握する。 〔実施計画〕 ① はっぴぃネットワーク会議（定例会・実務者会）を月１回、定期的に開催。 行政、社協ＣＳＷ、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の参加により、行政、専門職等の視点で重層的な問題等の検討を重ね地域の意見もリンクさせ、より良い方向性を探っていく。 ② 民生委員との会議に加え、拡大地域ケア会議については全町会での開催を目指し、社協ＣＳＷと共に拡大地域ケア会議の意義について啓発し開催箇所拡大を図る。	拡大地域ケア会議においては、前年度と同様、24 町会、116 回の開催となっているが全 38 町会開催には至っていない。しかし個別相談数は増加傾向。開催数が増加するごとに社協・包括のマンパワーの問題が課題。 ① 重層的な支援が必要なケースに対し『繋ぐ』という事をこころがけ、縦割りでなく横の関係を重視しながら、各機関が問題解決に向けて協働に努めた。 ② 民生委員からの個別案件の相談数も多く案件を一緒に検討することで民生委員が抱え込まず負担を減らすことのメリットを実践し開催箇所拡大を目指している過程。
〔目標 2〕 認知症高齢者及び家族への支援 〔実施計画〕 ① 地域住民や認知高齢者の家族等の理解を深め地域ぐるみで支援できるような体制をつくるため市民や企業、公共機関に向けた認知症サポーター講座を開催し認知症への理解を深めると共に認知症予防の啓発も行っていく。 ② 認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム等を活用し早期発見、早期治療のための医療機関に繋げていく。 ③ 徘徊ネットワーク等の実態調査を通じて認知症高齢者とその家族が抱えている問題点を把握し、解決や負担の軽減に向けて支援する。	個別のケースの支援や団体向けの認知症サポーター養成講座の開催はできたが、開催数は少なかった。認知症初期集中支援チームに繋げたケースもなかった。 ① 認知症サポーター養成講座は定例の市民向けや学校関係の講座が行えた一方、町会住民向けの講座開催がない結果。 ② 個別で医療機関につなげるケースが多く、初期集中支援チームへのアプローチが不足していたと評価。 ③ 徘徊ネットワークの実態把握が個別相談に発展していくケースがあった。
〔目標 3〕 地域に自助、互助の果たす役割を理解してもらい、地域力向上を図る。 〔実施計画〕 ① 生活支援コーディネーター、社協の地区担当ＣＳＷ等との情報共有や各地区の住民と共に情報収集する仕組みを検討し、既存の社会資源の発掘や再開発に向けて検討、協議していく。 ② つげさんお元気体操や介護予防教室を開催	尽力して向上している地域もあれば、こちら側の支援に依存してくる地域もあり地域によっての差が見られた。 ① 拡大地域ケア会議等で課題を抽出し、役割分担を行ない協力しあう体制をもっと強化していく必要あり。 ② つげさんお元気体操は新規開催なし。た介護予防教室は昨年の 27 回から 41 回に

し、地域での催しや勉強会を自分達で継続していくノウハウを習得していただく。 ③ 住民主体のふれあい喫茶や小地域ネットワーク等に参加し助言、提案を行う。	増加。コロナ前の水準に戻りつつある。 ③ 参加できる機会は逃さず参加し、地域交流を心掛けた。
〔目標 4〕 医療と介護の連携の強化 〔実施計画〕 ① 必要な医療・介護サービス等が一体的に受けられるよう医療関係者や在宅支援関係者との連絡調整、カンファレンスへの参加など、連携を図る。 ② 地域において、在宅療養についての情報を発信し、住民に選択肢の提供を行う。	今年度も開業医との連携に力を入れた。 ① 地域のドクターに当センターの存在周知と情報共有の上で面談以外にも文書でのやり取りをしたりして工夫した。 ② 終末期医療に携わる機会は増加しているが情報発信とまではいかなかった。

5．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標 1〕 介護予防日常生活支援総合事業の円滑な事業実施及び､適切な自立支援に向けたケアマネジメントの実施に取り組む。 〔実施計画〕 ① 地域住民や地域の高齢者に対して地域の集まり等で日常生活支援総合事業について周知活動を引き続き行うと共に自立支援の重要性を啓発する。 ② 第 1 号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して介護予防及び日常生活を目的として、その心身の状況、置かれている環境やその他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第 1 号訪問事業)、通所型サービス（第 1 号通所事業）等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。 ③ 介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事をできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援を行い、健康寿命の意識を高めるための活動の支援を行なう	介護予防生活支援サービス事業の対象者が自立支援に向けた適切なケアマネジメントにつながる支援と一般介護予防の対象者が介護予防活動につながるよう普及、啓発に努めた。 ① 周辺他市とは違った貝塚市独自の緩和サービス導入はほぼ定着した。引き続き委託先事業所に対して制度や他市との取り組みの違いの説明を行い引き続き周知に努める。 ② 「自立支援」を念頭に置いた、自身の力が再認識できるようなケアマネジメントを心がけ、委託事業所にも周知した。 ③ コロナ禍により外出自粛した影響により高齢者の筋力の衰えや認知症の進行等が懸念はなおも続いている。徐々に地域活動も再開されつつあり、高齢者の集いの場に参加したり、介護予防教室の開催等で健康意識を高める啓発活動を行なうことで地域活動にも積極的にかかわることができた。 また地域情報の収集に努め、介護支援専門員のケアマネジメントに役立つような情報提供を心がけた。
〔目標 2〕 住みなれた場所でその人らしい暮らしが継続	包括として能動的に動く場面と、受動的に動く

できるよう地域の方々と協働して地域力向上の支援を行う。 〔実施計画〕 ① 「つげさんお元気体操自主グループ」立ち上げ支援など、介護予防の理解と健康に対する意欲を高める地域住民主体の活動を支援する。 ② 地域のサロンや会議、催し等に積極的に参加し話すことで、地域住民、各関係者と共に協働して「するべきこと」「できること」の実現に向けて行動していく。 ③ 住民の自主的な集い場において介護予防の動機づけとなる活動として介護予防教室回開催に励み、新規開催の地区を増やす。	場面を切り替えることで地域力の向上支援を行った。 ① ４箇所が、体操グループで継続活動ができている。今年度は新規のグループ立ち上げの地区はなく周知不足。 ② 地域のふれあい喫茶で血圧ブースを開設したり、講座を開いたり、地域との関係も徐々に構築できてきている。お互いが自身の役割りについてしっかりと認識し、分担できることができるようになりつつある。 ③ コロナ以降、休止していた各町会の活動が再開し介護予防教室の依頼が増えつつある。

令和６年度　貝塚市山手地域包括支援センター事業評価

１．総合相談支援業務

〔目標１〕 地域におけるネットワークを構築し、地域で高齢者の生活を支える。 〔実施計画〕 ①自治会、民生・児童委員、老人会、ボランティア団体、貝塚市社会福祉協議会コミュニティーソーシャルワーカー以下「社協 CSW」）等との連携を図り、支援が必要な高齢者等の早期発見・見守りを行う。 ②高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしく生活できるようにしていくにはどのような支援が必要かを把握し、自助・互助を尊重しながら適切な医療・介護・福祉サービスや機関制度の利用に繋げていく。	〔実績・評価〕 ●延べ件数に大きい変化はなし。新規相談は少しずつ増加している。足が弱ってきたので運動したい、転ばないように手すりを取り付けたい等の予防的に介護サービスを利用したいという内容が増加している。 ●相談経路は家族からの相談がやや増加。認知症に対する相談が多かった。内容は、デイサービス利用したい、対応方法に困っている等が目立った。 ●買い物支援の相談も多く、配食、移動販売、社協の移送サービス等の社会資源の利用について、情報提供を行った。
〔目標２〕 住み慣れた地域で生活を継続できるよう、高齢者の生活の実態や身体状況の把握を行う。 〔実施計画〕 ① ふれあい喫茶（15 か所）や地域の集まりに参加し、地域住民と一緒に地域の問題点や個別の問題を早期発見・検討し、問題解決へと取り組む。 ②高齢者福祉サービス、徘徊高齢者ネットワーク等の実態把握を行う。 ③緊急時連絡票配付者、医療や介護保険未利用の高齢者等の実態把握を行い、圏域の高齢者を最大限把握できるよう努める。 ④山手圏域内において拡大地域ケア会議を 12 町会での開催を目指し、個別課題、地域課題を把握し、社協ＣＳＷと協力し解決に向けた支援を行う。	〔実績・評価〕 ●ふれあい喫茶に参加し、介護相談や介護申請依頼を受けサービスへ繋いだり、介護予防教室の啓発を行った。また、拡大地域ケア会議の行われていない地域の状況の把握を行い、包括支援センターの周知に努めた。 ●高齢介護課をはじめ医療機関、近隣住民、民生委員等からの情報提供から、「お元気ですか訪問」による状況把握を行い、支援につながるケースもあった。 ●拡大地域ケア会議において、要援護者や課題のある家族の地域での状況の把握、情報交換を行った。担当 CM から、サービス内容の説明や、家族の状況について情報共有を行うケースもあった。
〔目標３〕 高齢者の様々な相談内容に対し専門的な分野で支援し総合的に対応できる体制をつくる。 〔実施計画〕 ①支援が必要な高齢者、家族に対し電話、訪問、来所相談において丁寧な対応に努める。 また、対象高齢者のみならず介護者をはじめ取り巻く環境にも目を向け隠れている課題の発見に努め、他職種と連携を図る。 ②介護、福祉、医療に関する相談事に対しての窓口である事をふれあい喫茶や地域のイベント等	〔実績・評価〕 ●相談に対し、可能な限り訪問による状況確認を行い、電話のみでは分かりにくい住環境や家族関係等を目視する事で、高齢者本人のみならず家族を含めた「一家丸ごと支援」を心がけた。 ●精神疾患や、偏りのある思考のため適切な判断が行えない家族に対しては、相手のペースに合わせわかりやすい説明を行う事を心がけ、基幹相談や障害福祉課等と協力し対応した。

で、情報提供や周知を働きかける。	

２．権利擁護業務

〔目標１〕 判断能力の低下により財産管理ができない高齢者の支援を行う。 〔実施計画〕 ①成年後見制度、日常生活自立支援事業、生活困窮者自立支援事業等を活用し権利を損なうことなく生活していけるように支援する。 ②地域住民や介護支援専門員対象に周知を働きかけ、専門職との協働を行う。	〔実績・評価〕 ●身寄りのない高齢者や家族と疎遠な高齢者に対し、市長申し立てによる申請支援を行った。また、後見制度について本人や、家族へ制度の理解を得る事は難しく、早期の段階で専門的機関と協働していくことが必要であると感じた。
〔目標２〕 高齢者虐待を防止し、高齢者の尊厳を保持する。 〔実施計画〕 ①事実確認、行政と共に高齢者の安全の確保、協議、対応方針の決定等迅速に対応する。 ②養護者への助言・支援を行う。 ③地域住民・介護従事者の方々に対して高齢者虐待防止の啓発、通報窓口の周知を図る。 ④総合相談に移行してからも、継続的に見守り等を行う。	〔実績・評価〕 ●身体的虐待ケースが、延べ７件、緊急を要する案件はなかったが、継続して見守りを行う必要のあるケースはあった。 ●CM からは、暴言、介護者による過度なケア、サービス利用料の遅れ等、今後虐待に発展する可能性があるケースについての相談を受けた。
〔目標３〕 消費者被害を未然に防止する事ができるよう取り組む。 〔実施計画〕 ①ふれあい喫茶、地域の集まりの場や催し、介護予防教室等での消費者被害防止・再発防止の為の啓発活動を行う。 ②被害にあった場合の通報・相談体制を整える。 ③警察・行政・消費生活センターと連携を図る。	〔実績・評価〕 ●消費者被害等の相談は無かった。 木積駐在所警官から、特殊詐欺の被害防止や防犯について、ふれあい喫茶、拡大地域ケア会議や時計台カフェ、オレンジカフェの場で啓発を受けた。

３．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

〔目標１〕 地域の高齢者が安心してその人らしい生活を継続するために、途切れることなく支援できるように、多職種協働・連携を図る。 〔実施計画〕 ①医療機関・認知症疾患医療センター・介護サービス事業所・地域のケアマネージャーとの連携を	〔実績・評価〕 ●本人や家族が、退院後の安心した在宅生活に向け病院との調整を行いスムーズに在宅生活に移行できるように支援を行った。 ●近隣の医療機関から、認知症の疑いによる介入依頼があり、支援が必要なケースが多かった。

図り、入退院時の円滑な対応を行う。 ②介護保険サービスだけでは、高齢者、家族を支えることが困難なケースに対し、本人や家族が自己決定に基づき、切れ目なく支援を受けられるよう課題の解決のために社会資源を最大限活用する。	●障がいサービスから介護保険への移行や、障害サービスとの併用が必要なケースが増えてきている。障がいサービスの理解や特性を踏まえた対応が必要となっていることから、障害福祉課や、障害者基幹相談との協労が増えた。 ●高齢者だけでなく、家族に課題があるケースに対しては、CSW や、行政機関（障害福祉課、福祉総務課）と協働し対応した。
〔目標２〕 地域における介護支援専門員の資質向上を目指す。 〔実施計画〕 ①在宅医療・介護連携推進懇話会（つげさん在宅ネット）に２ヶ月に１回参加し、多職種連携・情報交換・共有を図る。また、つげさん在宅ネット主催の多職種合同の研修会を開催する。 ②貝塚市地域包括支援センター主催、介護支援専門員の資質向上の為の研修会を開催する。 ③山手地域包括支援センター主催にて圏域の居宅介護支援事業所、主任介護支援専門員に対し、勉強会や情報交換の場を開催することで、相談しやすい関係、連携体制を作っていく。 ④個々の介護支援専門員に対して自立支援に向けたケアマネジメントや、困難事例において、同行訪問や関係機関との連携に取り組みサポートしていく。	〔実績・評価〕 ●２か月に１回の「つげさん在宅ネット」に参加し、医療・介護・福祉の情報交換を行った。多職種合同研修会では、「切れ目のない在宅医療を在宅介護の提供体制について」と「災害時の医療・介護・福祉の協働に向けて」の 2 つのテーマでグループワークを行い他職種との意見交換を行う事ができた。 ●R6 年 12 月に、主任介護支援専門員向けの法定外研修（意思決定支援について）を開催した。 ●認知症夫婦、身寄りのない高齢者、関りを持たない家族、多重問題を抱えた世帯が増え、対応に苦慮するケースが増えてきている。CM と共に考え、各関係機関へ橋渡しを行いより良い支援が行える様に後方支援を行った。

４．地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

〔目標１〕 拡大地域ケア会議、こつこつ会議、地域の輪会議の開催を通じ、現状の課題を発見し解決に向けて必要な支援を行う。 〔実施計画〕 ①貝塚はっぴぃネットワーク会議～毎月実施。行政、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター出席。介護保険制度、困難事例について行政、専門職と議論や検討等を行う。また、地域の実情等についても把握していく。 ②拡大地域ケア会議を通じ地域の個別課題の掘り起こしを行い、問題解決に向けて整理していく。	〔実績・評価〕 ●拡大地域ケア会議について、12 町会、葛城校区合同、開催回数が 69 回。個別課題が延べ 188 件と前年度より増加した。 継続的に会議に参加し、各町の地域課題をまとめ、山手地域の課題をまとめることができた。また、個別ケースについては、会議を通して民生委員等と情報共有を図り、本人が住み慣れた地域で生活できるためのシステムとして活用することができた。

③こつこつネット会議～適宜開催。本人・家族・医療・介護関係者・地域住民・担当介護支援専門員・山手地域包括支援センター参加。 困難事例、虐待、認知症高齢者等の抽出・検討。地域の高齢者を地域で支えていけるよう検討・支援し、個別のケースから地域課題の検討も行う。 ④府営三ツ松団地の集約事業（再編成）が行われている。転居に伴う様々な問題に対し、地域の方や関係機関と協力しながら、問題の早期発見に努め適切な対応が行えるように支援する。	●三ツ松団地の集約事業により、高齢になってからの移転は、認知症が進行したり、人とのつながりが途絶えることで、心身に変化をきたす高齢者も見られた。民生委員や地域ボランティアの方と連携を取りながら、問題の早期発見に努めた。 ●R7 年１月から始まった「は～もに～バス黄バス運行エリア（東山・葛城地区）でのデマンド交通の実証運行について、住民や、近隣 CM に対し啓発活動を行った。
〔目標２〕 認知症高齢者の増加に伴い、地域での見守りや支援の体制づくり、及び認知症高齢者と家族に対する支援の充実を図る。 〔実施計画〕 ①認知症疾患医療センターや医療機関、保健所や初期集中支援チームの活用・連携を図り、認知症高齢者や家族の相談窓口となり、当事者や家族に合った支援を行うことで地域での生活を見守っていけるような体制作りを行う。 ②地域住民や大学、専門学校、企業等向けに認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する正しい知識、対応を身につけてもらい、できる限り住み慣れた環境で生活していけるよう支援を行う。 ③認知症ケアパスの有効活用、オレンジカフェへの参加、周知・啓発活動を行い、認知症高齢者や家族の支援を行う。 ④徘徊高齢者見守りネットワークの周知、徘徊高齢者の見守り等の支援を行う。	〔実績・評価〕 ●認知症に関わる相談件数については大きい変化はないが昨年と同様７０歳台の相談が増加している傾向。また、専門医受診し診断結果が出てから、介護サービスについて相談するケースが多かった。配偶者の認知症に対する接し方に悩んでいる介護者へ専門医受診を勧めたり介護申請や、オレンジカフェ、認知症サポーター養成講座の紹介等を行った。 ●一般医療機関や認知症疾患センターとの連携を行い、本人や家族に合った支援に向かう様に適切な時期の受診を促していった。 ●認知症サポーター養成講座について、例年通り、市民向け、河﨑リハビリテーション大学、貝塚高校、中央小学校にて開催した。 グループワークや、実体験を取り入れた講義を行うことで、わかりやすく認知症を正しく理解してもらえるような講座を行った。 ●水間ヶ丘で開催されている、オレンジカフェに参加し、介護者や本人の話を聞きサービスに繋げたり、地域の方との交流を図る事もできた。今後は、介護者の方同志の話せる場が持てるように検討していく。

５．介護予防・日常生活支援総合事業について

〔目標１〕 新しい生活様式の下、地域の中で心身ともに健康で生きがいや役割を持った生活ができるようにする。 〔実施計画〕 ①「つげさんお元気体操自主グループ」「ときめき	〔実績・評価〕 ●予防教室は、12 地区で 24 回行った。 介護予防や自分の健康に関心を持ってもらい、自ら予防活動に取り組んでもらうため、同地区で１つのテーマを取り上げ、３回シリーズで講話や予防活動に関する運動等を繰り返し実施

の場」等、介護予防を理解し健康に対する意識を高める住民主体の活動の支援を行う。 ②新しい生活様式の下、地域において継続した介護予防が行えるよう支援する。 ・フレイル予防、認知症予防、栄養改善、口腔機能向上を図っていけるよう、介護予防教室の開催を目標年間 20 回とする。 ・住民主体の活動となるよう、介護予防に関する社会資源の情報提供を行う。 ③時計台カフェ（毎月第４水曜日）で、居場所を提供し、地域住民の参加・活動を支援する。 ④子ども食堂（毎月第４土曜日）に、ボランティアの参加を促し、地域住民の生きがい・居場所を提供していく。	した。 今後は教室内容が住民の生活につながっているかの評価を行い、より充実した内容になるよう検討していく必要があると考える。 ●時計台カフェ（地域貢献活動）については 12 回開催した。高齢者の集いの場として、レクレーションや体操、木積駐在所からの防犯指導等を行ない、様々な地域の方との交流場としての提供を行った。
〔目標２〕 介護予防・日常生活支援総合事業実施及び、適切な自立支援にむけたケアマネジメント実施に取り組む。 〔実施計画〕 ①総合事業に関して、事業の趣旨を十分理解し、対象者や介護支援専門員、介護支援事業所等への周知を行う。 ②地域住民・地域の高齢者に対して日常生活支援総合事業の周知を行う。 ③第 1 号介護予防支援業務は、「基本チェックリスト該当者」に対して、介護予防及び日常生活支援を目的に心身の状況、おかれている環境その他の状況に応じて、訪問型サービス・通所型サービス・その他生活支援サービス等が包括的かつ効果的に提供されるように支援する。 ④介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になる事をできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になってもそれ以上に悪化しないようにする」ために高齢者自身が、地域における自立した日常生活を送る事ができるように支援や情報提供を行う。	〔実績・評価〕 ●市内の介護支援専門員に対しての、緩和型サービスについての周知は行えている。他市の委託事業所に対しては、丁寧に制度の説明を行っていくことで周知を図る。 緩和型のヘルパーの受け入れ事業所が見つからず、選定に時間がかかることが多い。また、緩和型デイサービスについては、入浴が可能な事業所が限られているため、本人の状態に合わせその都度、事業所の検討が必要となっている。 ●介護保険サービスのみに頼るのではなく、インフォーマルサービス（地域活動、移送サービス、移動販売の活用等）も取り入れながら、「自分の事は自分で」「本人の望む暮らし」が行えるようにケアマネジメントを行った。 ●できている活動を続け、健康寿命を延ばすための生活習慣の指導や情報提供を行った。 また、新規相談時や「お元気ですか訪問」の際に、パンフレット等を利用して「フレイル予防」等の啓発を行った。

（別紙２）

貝塚市における高齢者虐待の現状について（報告）

○ 高齢者虐待件数（養護者によるもの）

	圏域	令和４年度		令和５年度		令和６年度	
通報件数	浜手	14	35	22	40	12	31
	中央	12		12		12	
	山手	9		6		7	
虐待と判断した件数	浜手	9	27	9	23	9	21
	中央	11		8		8	
	山手	7		6		4	

○ 虐待者、被虐待者の特徴（「貝塚市高齢者虐待件数推移」より）

- 虐待と判断した 21 人中、息子からの虐待が 11 件、娘 4 件、夫 3 件、孫 3 件、兄弟姉妹 1 件と R6 年度は夫によるものが少なく、娘によるものが多くなっていました。
- 被虐待者は 21 人中、女性 16 人、男性 5 人で、年齢は 65 歳から 69 歳と 70 歳から 74 歳がそれぞれ 1 人、75 歳から 79 歳が 5 人、80 歳から 84 歳と 85 歳から 89 歳がそれぞれ 6 人、90 歳以上 2 人と、75～89 歳にかけて
- が多かった。

⇒ 令和６年度は通報件数は減少しているものの、浜手・中央地域の通報件数増加は多い。また虐待と判断した件数 21 件中、息子が虐待者の事案が例年多い。虐待者側の要因で精神状態が安定していない、被虐待者との人間関係、他者との関係の取りづらさに問題のあるケースが多くみられる。

○ 終結及び継続について

- 令和 6 年度の被虐待者 21 人について、6 件は分離で終結。
- 残り 15 人については、現在も介護サービス（ヘルパー等）を利用しながらの見守り、または地域包括支援センターによる支援が継続している。

〈終結ケース〉

１．施設入所や長期入院で、在宅復帰見込みがない場合
２．親族等との別居による分離
３．養護者の入院
４．完全に解決したわけではないが、虐待の危険性がないと判断した場合。一旦終結し、介護サービスなどで見守り、支援していく。

貝塚市高齢者虐待件数推移　令和4年度～令和6年度

①通報・相談者

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
介護支援専門員	6	6	9
近隣住民・知人	1	0	0
民生委員	0	0	0
被虐待者本人	2	4	2
家族・親族	1	1	1
市職員	0	2	0
警察	23	23	16
病院関係	1	1	1
施設職員	0	1	0
コミュニティソーシャルワーカー	0	0	0
虐待者	0	1	0
その他	1	1	2
計	35	40	31

②被虐待者

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
女性	20	18	16
男性	9	7	5
計	29	25	21

③被虐待者の年齢

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
65～69歳	5	2	1
70～74歳	9	2	1
75～79歳	5	6	5
80～84歳	4	8	6
85～89歳	4	4	6
90歳以上	2	3	2
計	29	25	21

④虐待者

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
息子	13	12	11
娘	2	2	4
夫	7	6	3
妻	2	0	0
孫	2	4	3
その他	3	1	1
計	29	25	22

⑤分離の有無

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
分離有	17	9	6
分離無	10	16	15
計	27	25	21

⑥分離の対応内容

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
介護施設入所	2	4	1
介護サービス	1	1	0
養護老人ホーム措置	0	0	0
医療入院	3	2	1
親族宅等	0	1	0
養護者の入院・入所	7	0	0
その他	4	1	4
計	17	9	6

⑦被虐待者の介護認定

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
未申請	14	1	3
認定済み	15	24	15
申請中			1
自立			2
計	29	25	21

⑧認定済みの介護度

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
要支援1	0	1	0
要支援2	4	4	1
要介護1	4	3	2
要介護2	2	4	5
要介護3	4	2	6
要介護4	0	1	1
要介護5	0	0	0
計	14	15	15

⑨虐待の種類（重複あり）

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
身体的	21	20	17
介護・世話の放棄・放任	1	1	1
心理的	6	15	6
性的	1	0	0
経済的	3	5	0
計	32	41	24