

令和5年度松川町地域密着型サービス運営委員会及び  
松川町地域包括支援センター運営協議会 次第

令和5年6月12日(月) 午後6:30～  
役場大会議室

1. 開会

2. あいさつ

3. 自己紹介

4. 正副会長の選任

5. 協議事項

〈地域密着型サービス運営委員会〉

(1) 地域密着型サービス等の指定等について……………別紙1

(2) 質疑応答

〈地域包括支援センター運営協議会〉……………別紙2

(1) 令和4年度実績報告……………P. 2

(2) 令和5年度事業計画……………P. 8

(3) 収支概要について……………P. 9

(4) 質疑応答

6. 閉会

松川町地域密着型サービス運営委員会  
松川町地域包括支援センター運営協議会

	所 属	氏 名
学識経験者	松川町議会議員	松井 悦子
	松川町議会議員	坂本 勇治
	松川町議会議員	米山 義盛
地域包括ケア	松川町医歯会	宮澤 豊
	松川町医歯会	中塚 龍也
	松川町民生児童委員協議会	北原 ますみ
	松川町身体障害者福祉協会	小木曾 茂
被保険者代表	住民代表	幸村 美佐江
	住民代表	森永 悦子
	住民代表	清水 祐一
事業者代表	松川町社会福祉協議会	栗畑 孝弘
	下伊那赤十字病院	細江 久子
	医療法人コスモス	棚田 淳史
事務局	保健福祉課長	塩倉 智文
	係長(高齢者係)	田中 裕香
	係長(地域共生・包括支援係)	米山 兼敏
	主任ケアマネジャー( 〃 )	下澤 尚子
	社会福祉士( 〃 )	宮下 恵里
	保健師( 〃 )	宮島 千嘉子
	看護師( 〃 )	大場 道子
	係長( 〃 )	伊藤 遼太
	主任( 〃 )	原 涼太

\*任期 令和5年4月1日～令和8年3月31日

## 松川町地域包括支援センター運営協議会資料



〈地域包括支援センター業務分担〉

塩倉 智文	センター長 (課長)	地域包括支援センター総括/老人福祉センター長 南信州在宅医療・介護連携推進協議会
米山 兼敏	社会福祉主事 (係長)	庶務/事業対象者のケアマネジメント/介護保険制度 介護予防事業(温水プール健康教室・自主サークル) 事業者連絡会/認知症施策/認知症キャラバンメイト
下澤 尚子	主任 ケアマネジャー (主査)	要支援者・事業対象者のケアマネジメント ケアプラン委託先への指導/ケアマネジャーへの助言・指導 保険者ケアプラン点検・事業所実地指導への協力 認知症キャラバンメイト
宮下 恵里	社会福祉士 (主査)	要支援者・事業対象者のケアマネジメン 権利擁護(虐待防止・成年後見支援・消費トラブル) 地域ケア会議
宮島 千嘉子	保健師 (会計年度任用)	保健と介護予防の一体的実施事業 65歳・75歳説明会/ハイリスク者訪問
大場 道子	看護師 (会計年度任用)	要支援者・事業対象者のケアマネジメン 医療相談・助言
〈オレンジカフェ〉	直営	
何原 弓絃	指導員(パート)	保健師
幸村 美佐江	〃	ケアマネジャー
松田 慶子	〃	看護師
久保 美恵子	〃	ケアマネジャー
	運転手(パート)	山内 起見 榎原 繁 北林 昇 稲垣 行康 安藤 俊光 川原 茂
〈オレンジチーム〉	日赤委託	認知症初期集中支援チーム
網野 章由	認知症サポート医	チーム員への指導助言、専門医への紹介状作成
牧内 明美	チーム長(看護部長)	チーム総括
今村 佳奈子	チーム員 (精神保健福祉士)	相談受付 初期集中支援
黒川 優子	〃 (看護師)	(訪問/かかりつけ医・専門医・薬剤師・介護事業所等連携) 認知症ハイリスク者訪問
下平 洋子	〃 (社会福祉士)	
〈オレンジ推進員〉		認知症地域支援推進員
不在		認知症サポーター養成講座/町出前講座対応 認知症ファイブ・コグ検査(脳の健康度測定)の実施 認知症キャラバンメイト

\* 認知症キャラバンメイトとは、認知症サポーターの講師役で専門研修を受けた者

# (1)令和4年度 実績報告

## 活動実績

業務内容	具体的な業務内容		実績
介護予防事業・生活支援サービス	介護予防教室・生活支援サービス	コミュニティ・カフェ(社協委託)	延 2,591 人
		体しなやか体ひきしめ体操教室	未実施
		温水プール健康教室	延 654 人
	介護予防把握事業	ハイリスク者訪問	延 290 人
	介護予防啓発事業	65・75歳説明会	実 166 人
介護予防ケアマネジメント事業	要支援者・事業対象者のケアマネジメント		実 220 人
	給付管理		延 1,939 件
総合相談・支援事業	総合相談対応(介護相談含む)※下表を参照		
権利擁護事業	高齢者虐待対応		2 件
	成年後見制度利用支援		2 件
	まいさぼ飯田との連携(家計・就労等支援)		1 件
	消費者被害対応		1 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	認知症関連	オレンジチーム(日赤委託) 初回相談	42 件
		訪問	延 160 人
		オレンジ推進員地域学習会	0 回
	RUN伴in松川		未実施
	入退院調整		128 件
	他ケアマネへのサポート(ケアマネ変更)		2 件
	地域ケア会議(福祉懇談会、集会、民協定例会除く)		3 回
	事業者連絡会		0 回
任意事業	家族介護者支援	緊急通報装置利用者	53 人
		位置検索システム(GPS)	7 人
		おかえり協力隊登録者数(本人)	16 人
		行方不明捜索	実 2 人
		やすらぎ支援員訪問(社協委託)	延 14 回
		町独自福祉用具購入・住宅改修	12 件
		水洗ポータブルトイレ購入費助成	0 件
		介護者リフレッシュ事業(社協補助)	0 回
		介護者教室(社協補助)	1 回
		介護給付等適正化事業(ケアプラン点検)	1 回
配食サービス(社協委託)	延 2,041 食		
その他	ふれあい広場(実施)・福祉を考える集会(放映)		参加
	出張、研修、その他事務		

## 相談実績

相談内容	相談件数		相談経路							相談方法			
	合計	うち新規	本人	家族	民生委員	町関係者	事業所	医療機関	その他	来所	電話	訪問	その他
介護予防事業	9	9	4	1	1	2	1			2	4		3
介護予防ケアマネジメント事業													
総合相談・支援事業	158	140	23	86	2	6	6	27	8	70	77	2	9
(うち介護相談)	85	69	4	56		4	5	13	3	44	35		6
権利擁護事業	2	2	1						1		2		
(うち高齢者虐待)	1	1							1		1		
(うち成年後見制度)													
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	7	5		1	1	1		3	1	1	6		
任意事業													
その他	7	7	2	4			1			3	3		1
計	183	163	30	92	4	9	8	30	10	76	92	2	13

## 総合相談・支援の事例①（主任ケアマネジャー）

No.	対象者情報／関係機関	内容／状況
1	<p><b>【高齢者 2 人暮らし】</b>            80 歳女性・82 歳男性            30 年以上の内縁関係            男性のみ介護申請            借家（男性名義）公共料金税の滞納あり。            娘が 2 人いるが疎遠            I 町に女性所有の住宅がある。            松川町から出たいと言うが引越す気配はない。</p> <p>長野県庁／警察／弁護士事務所            福祉事務所／県女性相談員            町社協／銀行複数・郵便局            近隣 4 市町村／自動車工場／大家            民生委員／日赤病院／町議員            役場各部署・心理士</p>	<p>R4.3 同居男性の介護が大変になってきた。長い間金銭負担や暴力行為、女遊びもありもう家で診たくないと入院した男性の引き取りを拒否。男性親族も長年一緒にいた女性に任せてあるからと同じく拒否。行き場を失った男性のみ介護申請後、措置入所。            男性の金銭を守るため女性へ説明後通帳等預かるが、「役場が夫のお金を奪った、私は暮らせない」と言った内容の苦情相談を様々な機関へ話したことからそれらの機関への経緯説明と協力をもらえるよう対応している。            内縁と夫婦のとらえ方が各機関違う、また女性の話を利用する機関もある。本人は果樹の手伝い等で生計を建てている。年金日前に電話や不意の来庁が多い。            同じ話でも毎回内容が違う。偽りが多く発する言葉に整合性がなく対応は極めて困難ではあるが男性の後見人が決まったタイミングで後見人との交渉や引越しの協力等、女性が自宅で住むことができるよう全面的支援を行う予定。自宅のある I 町から「お前らは来るな」と男の声で何度も電話が入ると本人は言っているが I 町側も困惑中。協力体制をとっている。</p>
2	<p><b>【4 人暮らし（複合世帯）】</b>            76 歳男性・在宅            長年障害就労 B 型事業所利用            92 歳の姉・兄娘とその息子            親族皆知的レベル低い。            預貯金あり</p> <p>〇〇会代表者            近隣住民            就労 B 型事業所            下伊那 N 病院            介護デイサービス            ケアマネ            役場各部署</p>	<p>R5.1 通っていた B 型事業所から福祉係へ作業中ぼうっとすることが多くなり作業の手順を忘れてしまう。失禁や便汚染もある。着替えもできておらず今後の受け入れは困難になると相談。            本人の状態確認後、親族に介護保険へ移行する旨の承諾と受診同行を依頼。主治医より「知的レベルは 3 歳、よく体がもったほうだよ、良く頑張ったね」と。本人発語ないが頷きあり。理解力はかなり乏しいが通う場所が変わることを説明理解得る。家屋訪問（プレハブ）にて匂いや多くのゴミ室内に砂等があり劣悪な環境を確認。近隣の公共トイレ内のおむつの詰まりと便汚染が酷いと関係者から環境係へ相談。本人が長年そのトイレを使用していたことを把握する。地域の厳しい意見もあるが理解ある関係者代表の方が先頭となり近隣有志と家族の力で毎朝と夕方のトイレ掃除が継続中。障害を持つ方への温かい気持ちと介護サービスの支えもあり何とか在宅生活は送れている。将来的なことを見据え通所を毎日利用しながら 92 歳の姉も含め申し込みを行った施設の入所を待っている。</p>
3	<p><b>【施設入所者】</b>            71 歳女性            ダウン症候群・精神遅滞            S45～町外救護施設入所            町内に兄夫婦</p> <p>救護施設            下伊那福祉事務所            広域連合            特別養護老人ホーム            下伊那南部 A 病院            役場高齢者係</p>	<p>R4.1 救護施設縮小のため介護の手間のかかる高齢で症状の重い方は別の施設へ移行してもらいたいと希望。3 年前にも同じように話があったが福祉事務所、施設、家族との折り合いがつかず話は断ち切れとなっていた。            家族の思いとして「51 年前の入所時に最期まで診てくれると約束してある」と施設変えを当初は拒否。施設側は縮小工事が始まるまでの 3 か月程の期間で移行指定。本人に面会、介護の重さを確認した後、今後の本人の居場所と特養にかかる費用等について家族へ説明。特養決まるまでは救護側で診ていただけよう交渉。一時入院となったが無事早い段階での特養入所することができた。家族には本人を撮影したビデオを見てもらい松川へ帰って来られたことを伝えた。救護入所中は固まったように座ったまま眠る、うなり声が出る等の症状があったが現在は穏やかに過ごされており家族も日々の面会ができるようになっている。兄も高齢であり要支援認定、包括で支援に入っている。</p>

No.	対象者情報／関係機関	内容／状況
4	<p>【4世代世帯】 93歳男性・在宅 長男夫婦、孫夫婦、ひ孫2人</p> <p>町社会福祉協議会 オレンジチーム 主治医 次男 孫夫婦 福祉用具業者</p>	<p>R2.6 5年程前に匿名で家族からの虐待があると手紙で通報。S県の次男から相談。兄家族からの虐待がある当時対応した職員の対応が適切ではなかったことへの怒りがなかなか収まることなく今後の支援方法について幾度かの電話やりとりと来庁された際に慎重に話をため、90歳以上の方の生活実態把握と称し本人長男へ説明し訪問を開始することに同意をもらう。加えて随時の報告を約束した。</p> <p>家族との会話はなし、自室とトイレお風呂と土間貼りの作業休憩所の部屋だけが本人の使える場所。運転は続けており買い物や受診にはいける。作業部屋の半屋外スペースに小さなコンロがありそこで料理をして一人で食べている。写真が趣味でクラブに所属していた当時の友人との付き合いはある。自身を悲観し眠れない夜があると話されることが多く看護師や社協ボラも交えて2ヶ月1回の訪問を続けている。当初は施設入所も考えたが「ここは俺の家だ」との思いが強く在宅生活を希望。銀行は信じておらず預金は全て自身で部屋に管理。（次男把握）2回入院があったものの身体的に大事には至っていない。訪問を続けることで長男家族への抑止へも繋がり現在は暴力を受けていない。最近になり嫁に出た孫娘とその夫が福祉業者であったことから支援者として加わってくれた。下肢筋力の衰えがあり転倒防止から主治医へ相談。介護申請に至った。長く行き過ぎた自身の人生の最後が不安であると口にする人が多いが特例制度も視野に入れながら身近な支援者が増えたことで本人の望む自宅で最期までが実現できるのではないか。次男からもありがとう、頼むとの言葉が聞かれ町との関係修復に至っている。</p>
5	<p>【8050（親子）世帯】 56歳男性・80歳女性 本人：療育手帳・健診受診 母親：発達遅滞、要介護認定 父死亡、姉疎遠、妹は障害施設入所中。 自宅から県営住宅へ転居</p> <p>県住宅公社 保健所 銀行 ガス・中電・町ケーブルテレビ クリーンセンター 町内タクシー事業所 妹の障害施設 民生委員・近隣住民／自治会長 町社会福祉協議会 下伊那N病院 飲み屋 役場各部署／保健師</p>	<p>R3.2 障害者を支援してくれる方のもとで働いていたが支援者が他界したことから自宅へ戻る。山間部での母子2人暮らし。家屋は老朽化が進み室内はゴミであふれ、屋外や他人の山にも生活ゴミが放置されており、加えて猫が20匹以上住みついて匂いもきつい。風呂は破損、トイレ前に猫のし尿が山積みとなっている程の劣悪環境。</p> <p>「バカにされている仕事は一生したくない」と言い母親と父親の遺族年金と自身の障害年金で暮らしている。朝から飲酒もあり母親に声を荒げることもあり。母親が介護認定を受けたことから「町場で住みたい」と希望。本人は名前を書くことしかできず県営住宅の申し込みを始め転居引っ越しに関わる全ての手続きを支援員住くじ引きにも同席。幸い1階に入所が決まる。他人敷地内のゴミ拾い猫対策を役場環境係含め5名。片付けから引っ越しを福祉課9名が出動1日かけて全て行った。</p> <p>県住生活後は今後のために預金を目標にするが金銭管理ができずここでの生活も不可能となる可能性があった。日事支援は頑なに拒否。包括ケアマネ以外の人を拒む傾向にある。年金日に銀行付き添いから生活費の封筒分けをして生活を見守っている。</p> <p>封筒分けした以外の金銭の引き出しが多く町場にきてから頻繁に飲み屋に通っていることが判明。つけ飲みや朝帰りもある。飲み屋側からの誘いも多い。母親への言動もきついことがあり虐待予防と分離も視野に入れながら金銭トラブルを回避できるよう支援を継続中。</p>

【課題】

・相談件数は減少傾向にあるが、一つひとつ問題が複雑化、複合化してきているため、多くの労力を費やし、多くの機関と連携しなければならないケースが増えてきている。多機関とスピーディーに連携することが急務となっている。

→後述する、「重層的支援体制整備事業」を参照



## 総合相談・支援の事例②（社会福祉士）

### 権利擁護に係る事案

\* 権利擁護＝認知機能低下、知的・精神障がいなどのために自分で判断する能力が不十分で、意思や権利を主張することが難しい人たちのために、代理人が本人に代わって権利を擁護したり表明したりする活動のこと。

No	対象者情報	状況	経過・支援内容
1	【ひとり暮らし】 92歳 男性 自立(介護未申請) 身障2種4級 医療機関未受診	平成28年より、警察から振り込め詐欺の被害に多数あっていると情報あり。逆探知の電話などの設置を警察が対応する。生活は自立しているものの身寄りがなく、認知機能低下があり近隣ともトラブルになっている。1回目の役場の訪問では、身の上話をしたが、根掘り葉掘り聞かれたという理由で以降の訪問を拒否。自分の敷地との境界線で建設課ともトラブル。関係当初は対応できるが、その後「だまされそうだ！」という理由で対応を強く拒否してくるパターンが数回続いている。	役場の訪問には拒否があり、生家の甥の連絡先を聞くこと、生活状況の確認のために社会福祉協議会の生活コーディネーターに定期訪問し甥の連絡先を聞き取る(3年)。医師に不定期訪問依頼し、万が一の時の対応。甥に状況を説明し、万が一のときの引受人を依頼するが、生活や介護は対応できないとのことでチームを作っていく。
2	【高齢2人暮らし】 73歳 女性 自立～要介護1 幻覚妄想状態 夫と2人暮らしから養護老人ホームへ	身寄りのない夫と2人暮らしで県営住宅に住んでいたが、隣の部屋からの幻聴に悩み、自身の体調が悪化から入院。兄弟が支援を拒否し、隣のいところに入院の身元保証人を依頼できた。退院後、夫の介護はできず別々の生活をしていく支援方針となった。	養護老人ホームへ措置入所。県営住宅時代から生活困窮で入院費の滞納がかさむ。養護入所後も精神状況は安定せず施設と病院との入退院をしている。いところは加齢を理由に身元保証を拒否し、町長が身元引受人になっている。夫はがんの末期で在宅から入院となり病院で死去。町営墓地に埋葬。
3	【施設入所者】 92歳 女性 要支援2～要介護2 夫の死別から施設入所	夫と死別し、住宅型有料老人ホームへ隣市から入居した。入居を支援した親族と関係が悪く、本人は納得していなかったため自殺企図を起こした。本人は預貯金を自身で管理したかったが、施設での決まりとして通帳は管理できない。お金を下しにいけない。本人は通帳を不仲な親族へ預けることを断固拒否する。また、亡くなった夫の名義の土地を義妹や姪に相続したいと希望した。	血縁の親族との関係が悪いため、夫の親族である姪に代理人を依頼する。姪との関係が悪くならないように、金銭については成年後見制度を利用する。本人の判断能力は低下しているものの、主治医と相談して、本人申し立てし、本人に納得してもらいながら支援した。預金1,000万円以上あること、土地の相続についての希望があるため、専門家に後見人を依頼していく。
4	【ひとり暮らし】 75歳 男性 要介護2 脳梗塞後遺症 身障1種2級	脳梗塞を発症し、失語等後遺症が残った。介護保険サービスで在宅サービスを整えたが、入院を支援した兄弟は高齢で、身元保証人の支援はできないと表明。隣の家との関係は良く、生活支援はしてくれるが、入院などの対応はできない。離縁した元妻との間に子どもがいたが、30年以上会っていない状況。	本人の判断能力があるということで、民間の身元保証会社とケアマネ、本人と隣人の支援者と何度も話し合いを重ね、緊急時の対応と入院時の身元保証、手術の同意、死後事務は身元保証会社と本人が契約して対応していくこととなった。

### 【課題】

・社会の希薄化で身元引受人・身元保証人などの代理人を探すことが非常に困難になっている。

→民間の身元保証会社の活用

ここ数年、民間で身元保証会社が飯田下伊那でも設立され始めている。入院や施設入所時の身元保証人、死後の「万が一の支援」「葬儀納骨支援」を、判断能力のあるうちに契約を交わし支援に必要な金銭を預ける。

## 介護予防の状況

### ①後期高齢者健診事後指導

総合健診にて 312 人、人間ドックにて 33 人が受診。受診率 13.7%。糖尿病・高血圧の方を中心に保健指導を実施した。

### ②65 歳、75 歳への介護予防説明会

65 歳の介護保険証、75 歳の後期高齢保険証交付時に合わせて介護予防について学習した。町の介護保険の原因疾患の状況で、脳血管疾患と認知症が多いことから、脳卒中予防と認知症予防について学習した。40 歳から 74 歳までの、介護保険利用の原因疾患は、脳血管疾患が多く、特に男性の脳出血が多いことから、脳の血管の特徴を知り血圧管理について学習し血圧記録手帳を配布し、家庭血圧測定を勧めた。フレイルになりやすい疾患(心不全・認知症・骨折)から介護保険へ移行しやすい。

認知症は、アルツハイマー病が多い。軽度認知機能低下の段階で、生活習慣の改善により進行予防ができることから、高血圧・高血糖・歯周病の予防、食事や運動について学習した。また、高齢者は心原生脳梗塞の発症も増加することから、検脈や心電図検査の必要性・健診を勧めた。

#### 65・75 歳説明会

	対象者	説明会	来庁	総計
65 歳	146 人	51 人(35%)	8 人(5%)	59 人(38%)
75 歳	211 人	115 人(56%)	6 人(3%)	121 人(59%)

### ③重症化予防

後期高齢者糖尿病管理台帳を基にした糖尿病腎症重症化予防を実施。対象者 95 人中 76 人、延 216 人実施。糖尿病管理台帳以外の健診受診者・人間ドック受診者の訪問と来庁相談を延 74 人実施。医療中断や内服しない人 5 人。過去の特健診後医療未受診の人 2 人。医療中断する人や、血糖コントロールが高い人には、重点的に関わった。

医療中断しやすい人は、薬への不信感や、認知機能低下がある。定期的な働きかけや家族を巻き込んで、継続的な受診ができるように支援した。インスリン注射や低血糖を起こしやすい内服薬の利用は、低血糖からの認知機能低下も注意が必要になる。インスリン治療者は、視力・手指や認知機能低下の状況で、インスリン治療が適切に行えなくなり、他者の支援も必要になってくる。また人工透析治療になると医療や介護の負担も大きくなる。これらのことから、若いころからの適切な血糖コントロール及び自己管理が大切になる。

## 介護保険の状況

R5.4.1 現在

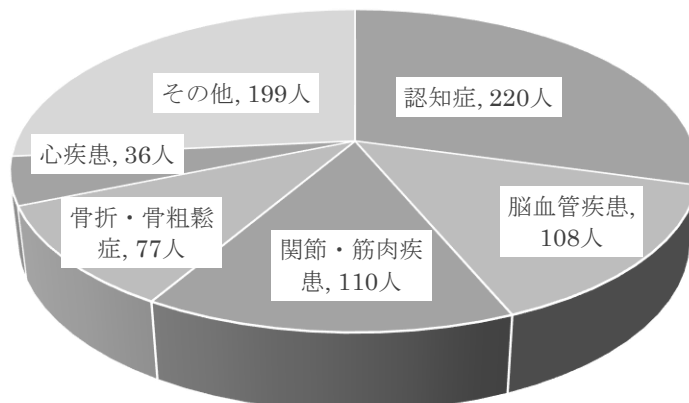
人口	高齢者	うち前期高齢(65~74 歳)	うち後期高齢(75 歳~)
12,231 人	4,482 人(35.1%)	1,868 人(15.3%)	2,426 人(19.8%)

〈介護サービス利用状況〉

R5.3 月末

受給者数	うち 2 号(40~64 歳)	うち 1 号(65 歳~)
715 人	11 人	704 人(高齢者のうち 16.2%)

〈介護認定の原因疾患〉 R4 年度



認知症、脳血管疾患、心疾患の生活習慣病と関係がある人は、約 50%である。

〈原因疾患詳細(1号被保険者)〉 ※主治医意見書診断(第一疾病)／各年度10月1日現在

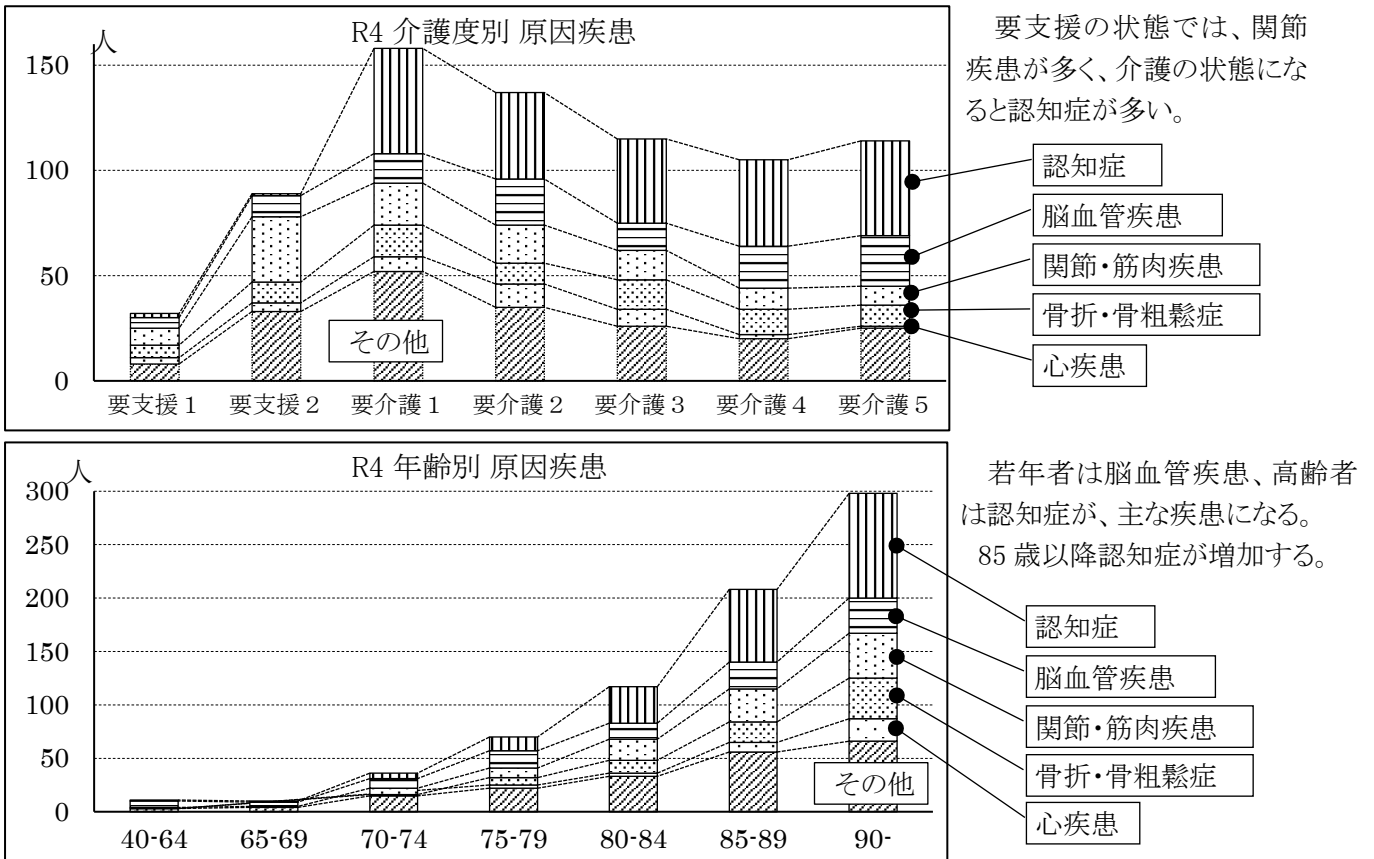
	認知症	脳血管疾患	筋関節	骨折	パーキンソン	心血管系	がん	その他	総計
R2年度	204 (28.9%)	118 (16.7%)	97 (13.8%)	64 (9.1%)	13 (1.8%)	39 (5.5%)	16 (2.3%)	154 (21.8%)	705
R3年度	194 (27.8%)	105 (15.1%)	96 (13.8%)	70 (10.0%)	13 (1.9%)	36 (5.2%)	20 (2.9%)	163 (23.4%)	697
R4年度	219 (29.6%)	102 (13.8%)	109 (14.7%)	77 (10.4%)	15 (2.0%)	36 (4.9%)	21 (2.8%)	160 (21.7%)	739

1号認定者の原因疾患は認知症が3割を占める。筋関節疾患が増え、脳血管疾患は減少している。

〈原因疾患詳細(2号被保険者)〉 ※主治医意見書診断(第一疾病)／各年度10月1日現在

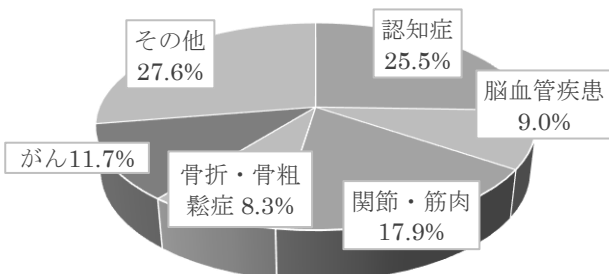
	総計	うち 脳血管疾患	病型		介護度		
			脳出血	脳梗塞	軽度 支援1~2	中等度 介護1~2	重度 介護3~5
H30年度	13	7 (53.8%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	- (-)	3 (42.9%)	3 (42.9%)
H31年度	12	6 (50.0%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)
R2年度	12	6 (50.0%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)
R3年度	13	6 (46.2%)	6 (100%)	0 (0%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)
R4年度	11	6 (54.6%)	6 (100%)	0 (0%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)

2号認定者の中で予防可能な疾患は、脳血管疾患6人55%で、全員が脳出血である。重症者も2人33%いる。R4年度新規認定者は2人で原因疾患は、脳出血とがんである。



〈新規認定者の原因疾患〉

	認知症	筋関節	脳血管疾患	骨折	パーキンソン	心血管系	がん	その他	総計
R2年度	20 (16.8%)	15 (12.6%)	17 (14.3%)	16 (13.4%)	1 (0.8%)	7 (5.9%)	2 (1.7%)	41 (34.5%)	119
R3年度	30 (20.5%)	20 (13.7%)	19 (13.0%)	13 (8.9%)	6 (4.1%)	6 (4.1%)	10 (6.8%)	42 (28.8%)	146
R4年度	37 (25.5%)	26 (17.9%)	13 (9.0%)	12 (8.3%)	0 (0.0%)	7 (4.8%)	17 (11.7%)	33 (22.8%)	145
R4平均年齢	86.4	84.1	79.7	85.9		84.9	83.8		



R4年度の新規申請原因疾患は、認知症・筋肉関節疾患・がんが増加し、脳血管疾患が減少している。

### (3)令和5年度 事業計画

○継続 ◆強化・重点 ★新規 △検討

区分	業務内容	
介護予防事業 生活支援サービス	○コミュニティ・カフェ(社協委託) △体しなやか体ひきしめ体操教室 ○温水プール健康教室 ○自主サークルの支援 ○65・75歳説明会 ○ハイリスク者訪問	
介護予防 ケアマネジメント事業	○事業対象者と要支援のケアマネジメント (ケアプランの作成、サービス調整会議、定期訪問、評価、給付管理)	
総合相談・支援事業	◆総合相談としてのワンストップ窓口機能	
権利擁護事業	○年後見制度の普及啓発活動及び対応(いいだ成年後見支援センターとの連携) ○高齢者虐待防止及び対応 ○消費者被害防止及び対応 ★身元保証制度(民間事業所との連携) ★終活・エンディング・人生会議	
包括的・継続的 ケアマネジメント 支援事業	認知症 施策	○オレンジカフェ(認知症カフェ)の運営 ○認知症初期集中支援チームによる支援(日赤委託) △認知症地域支援推進員による地域普及啓発活動 ◆認知症サポーター養成講座の開催
		○入退院時の連携(在宅介護・医療連携) ○他ケアマネの専門的なサポート ○地域ケア会議の開催 ○事業者連絡会の開催
任意事業	家族 介護者 支援	○緊急通報装置 ○GPS 位置検索システム ○やすらぎ支援事業 ○介護者教室・介護者リフレッシュ事業(社協補助) ◆高齢者等見守り SOS ネットワークの推進(おかえり協力隊) ○町独自福祉用具購入・町独自住宅改修費支給
		○介護給付費適正化事業への協力 △配食サービス(社協委託)
その他	○ふれあい広場への参画(10月) ○福祉を考える集会への参画(2月) ○機関紙“きずな”の発行	

#### ★重層的支援体制整備事業【R5年度:移行準備 R6年度本格実施(予定)】

近年、地域や家族など共同体としての「つながり」が弱体化していく中で、生活課題を抱えながらも相談する相手がなく、また制度の谷間で孤立してしまい「生きづらさ」を感じている人が増えています。家族構造の変化と多様化により、生活課題も複雑化や複合化が進んでおり、単一の専門分野の制度利用や支援だけでは、十分に生活課題に対応できないケースも増加しています。(厚労省ガイドブックより)

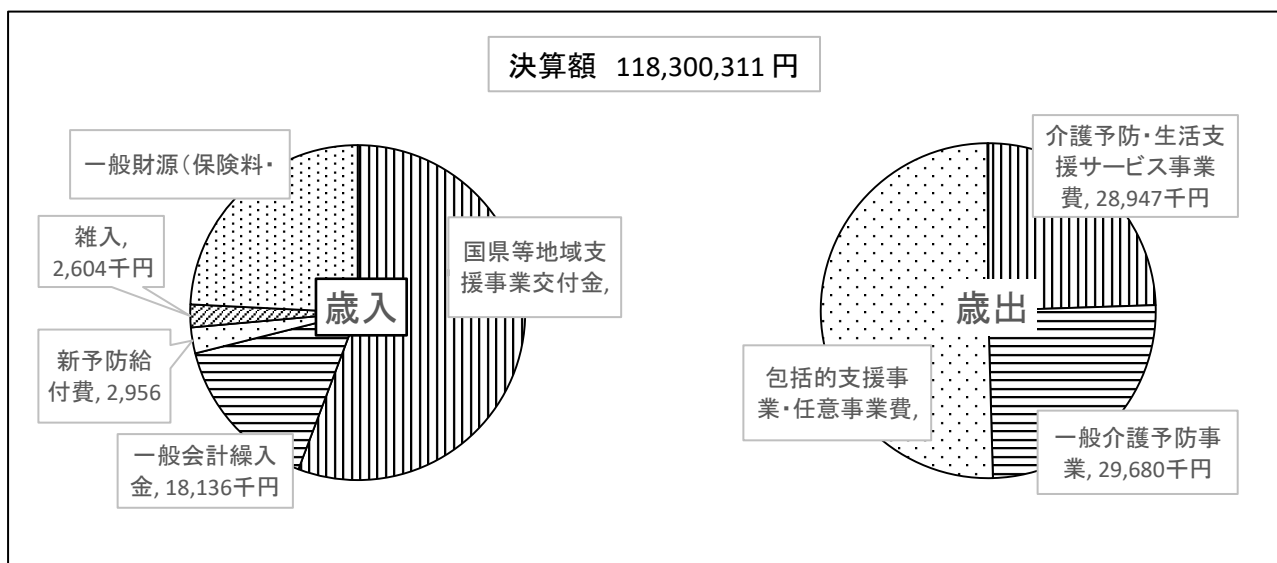
そこで町では、役場全庁あげて、既存の相談支援機能(福祉・高齢・子ども等)の連携を強化し、上記の諸問題に対応できる体制を整備するための重層的支援体制整備事業を行ないます。

#### 〈重層的支援体制整備事業のイメージ〉

現状	移行準備
課題が複雑化・複合化しているため、既存の相談窓口では対応に苦慮している。	・既存の相談窓口をつなげる仕組みづくり ・総合相談的な機能の検討
専門性と経験・機動性が必要となってきたり。	・中心となる相談支援員(重層的支援コーディネーター)の配置 ・相談支援者のスキルアップ研修
・事例を次につなげていくことが難しい。 ・まちづくりにつなげていく仕組みがない。	・重層的支援会議を通じて事例の検証・評価を行う。 ・情報共有のシステム化を図る。 ・足りない社会資源を提案していく仕組みづくり

### (3) 収支概要

令和4年度



令和5年度

