

南幌町地域保健医療福祉連携推進会議



住み慣れた地域で最期まで  
自分らしく生活するために



南幌町地域包括ケア推進会議 (介護保険法)

介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される  
「地域包括ケアシステム」の構築及び推進

地域包括支援センター事業  
(設置・運営・事業評価)

地域密着型サービス事業  
(指定・事業評価)

地域支援事業～地域包括ケア～  
(介護予防・生活支援)

■保健福祉医療サービス調整推進会議  
・個別ケース連絡・情報交換  
構成員↳ 医療・介護関係者・専門職



■南幌町地域ケア個別会議 ・困難ケース  
構成員↳ 当事者の関係者・専門職

■認知症対応型共同生活介護  
・福音の家 ・鶴城の郷  
・なかま ・みどり野の郷

■認知症対応型通所介護  
・小規模デイサービスみどり野

○認知症総合支援事業  
・認知症初期集中支援チーム  
構成員↳ 医師・保健師・社会福祉士

■包括的支援事業 ■任意事業  
○在宅医療介護連携推進事業  
○生活支援体制整備事業  
・生活支援コーディネーター

■介護予防・日常生活支援事業  
(新しい総合事業)



南幌町高齢者虐待防止  
ネットワーク会議  
(高齢者虐待防止法)

- ・見守り・早期発見・介入
- ・防止の啓発活動・連携
- ・高齢者と養護者の支援

■「コアメンバー会議」  
・虐待を受けた高齢者や養護者への対応方針  
構成員↳ 保健福祉課

認知症初期集中支援チーム検討委員会 (介護保険法)

## 高齢者数・認定者数等の推移①

※人口・認定者数：令和6年4月1日現在 / 外国人含む

	R2.4.1	R2.10.1	R3.4.1	R3.10.1	R4.4.1	R4.10.1	R5.4.1	R5.10.1	R6.4.1
<b>総人口</b>	<b>7,464人</b>	<b>7,445人</b>	<b>7,416人</b>	<b>7,387人</b>	<b>7,366人</b>	<b>7,469人</b>	<b>7,610人</b>	<b>7,730人</b>	<b>7,838人</b>
対前年同時点増減	-165人	-142人	-48人	-58人	-50人	82人	244人	120人	228人
<b>64歳以下</b>	<b>4,922人</b>	<b>4,883人</b>	<b>4,847人</b>	<b>4,808人</b>	<b>4,777人</b>	<b>4,849人</b>	<b>4,965人</b>	<b>5,055人</b>	<b>5,137人</b>
対前年同時点増減	-255人	-237人	-75人	-75人	-70人	41人	188人	206人	172人
構成比	65.9%	65.6%	65.4%	65.1%	64.9%	64.9%	65.2%	65.4%	65.5%
<b>高齢者数</b>	<b>2,542人</b>	<b>2,562人</b>	<b>2,569人</b>	<b>2,579人</b>	<b>2,589人</b>	<b>2,620人</b>	<b>2,645人</b>	<b>2,675人</b>	<b>2,701人</b>
対前年同時点増減	90人	95人	27人	17人	20人	41人	56人	55人	56人
<b>65～74歳</b>	<b>1,242人</b>	<b>1,259人</b>	<b>1,255人</b>	<b>1,268人</b>	<b>1,265人</b>	<b>1,277人</b>	<b>1,296人</b>	<b>1,309人</b>	<b>1,301人</b>
対前年同時点増減	58人	58人	13人	9人	10人	9人	31人	32人	5人
構成比	16.6%	16.9%	16.9%	17.2%	17.2%	17.1%	17.0%	16.9%	16.6%
<b>75歳以上</b>	<b>1,300人</b>	<b>1,303人</b>	<b>1,314人</b>	<b>1,311人</b>	<b>1,324人</b>	<b>1,343人</b>	<b>1,349人</b>	<b>1,366人</b>	<b>1,400人</b>
対前年同時点増減	32人	37人	14人	8人	10人	32人	25人	23人	51人
構成比	17.4%	17.5%	17.7%	17.7%	18.0%	18.0%	17.7%	17.7%	17.9%
<b>高齢化率</b>	<b>34.06%</b>	<b>34.41%</b>	<b>34.64%</b>	<b>34.91%</b>	<b>35.15%</b>	<b>35.08%</b>	<b>34.76%</b>	<b>34.61%</b>	<b>34.46%</b>
対前年同時点増減	1.92%	1.90%	0.58%	0.50%	0.51%	0.17%	-0.39%	-0.47%	-0.30%

## 高齢者数・認定者数等の推移②

※人口・認定者数：令和6年4月1日現在 / 外国人含む、第2号被保険者含めない

	R2.4.1	R2.10.1	R3.4.1	R3.10.1	R4.4.1	R4.10.1	R5.4.1	R5.10.1	R6.4.1
<b>認定者数</b>	<b>440人</b>	<b>442人</b>	<b>449人</b>	<b>451人</b>	<b>454人</b>	<b>471人</b>	<b>496人</b>	<b>489人</b>	<b>490人</b>
対前年同時点増減	10人	5人	9人	9人	5人	20人	42人	18人	-6人
<b>認定率</b>	<b>17.31%</b>	<b>17.25%</b>	<b>17.48%</b>	<b>17.49%</b>	<b>17.54%</b>	<b>17.98%</b>	<b>18.75%</b>	<b>18.28%</b>	<b>18.14%</b>
対前年同時点増減	-0.23%	-0.46%	0.17%	0.24%	0.06%	0.49%	1.22%	0.30%	-0.61%
<b>要支援1～2</b>	<b>108人</b>	<b>106人</b>	<b>115人</b>	<b>112人</b>	<b>114人</b>	<b>107人</b>	<b>127人</b>	<b>140人</b>	<b>130人</b>
構成比	24.5%	24.0%	25.6%	24.8%	25.1%	22.7%	25.6%	28.6%	26.5%
対前年同時点増減	1人	-5人	7人	6人	-1人	-5人	13人	33人	3人
65～74歳	12人	14人	17人	13人	10人	9人	12人	13人	16人
75歳以上	96人	92人	98人	99人	104人	98人	115人	127人	114人
<b>対高齢者割合</b>	<b>4.25%</b>	<b>4.14%</b>	<b>4.48%</b>	<b>4.34%</b>	<b>4.40%</b>	<b>4.08%</b>	<b>4.80%</b>	<b>5.23%</b>	<b>4.81%</b>
<b>要介護1～5</b>	<b>332人</b>	<b>336人</b>	<b>334人</b>	<b>339人</b>	<b>340人</b>	<b>364人</b>	<b>369人</b>	<b>349人</b>	<b>360人</b>
構成比	75.5%	76.0%	74.4%	75.2%	74.9%	77.3%	74.4%	71.4%	73.5%
対前年同時点増減	9人	10人	2人	3人	6人	25人	29人	-15人	-9人
65～74歳	21人	19人	22人	20人	28人	31人	26人	22人	21人
75歳以上	311人	317人	312人	319人	312人	333人	343人	327人	339人
<b>対高齢者割合</b>	<b>13.06%</b>	<b>13.11%</b>	<b>13.00%</b>	<b>13.14%</b>	<b>13.13%</b>	<b>13.89%</b>	<b>13.95%</b>	<b>13.05%</b>	<b>13.33%</b>

## 介護保険状況（令和6年6月末までの状況）

介護度	要支援1	要支援2	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	合計
認定者総数	81	55	136	128	86	78	49	32	373	509
第1号被保険者	80	55	135	127	85	76	48	30	366	501
第2号被保険者	1	0	1	1	1	2	1	2	7	8
居宅サービス受給者数	44	36	80	88	63	16	9	7	183	263
地域密着型サービス受給者数	0	0	0	15	18	18	7	6	64	64
施設サービス受給者数（介護老人福祉施設）				0	0	27	19	12	58	58
施設サービス受給者数（介護老人保健施設）				9	7	8	7	6	37	37

## 町内の介護保険サービス状況

### 【居宅サービス】

- 通所リハビリテーションゆう（定員60人） ■南幌みどり苑デイサービスセンター（定員25人）
- 訪問看護ステーションマーガレット ■訪問介護ステーションおひさま
- 訪問リハビリテーションRe：ハッスル ■訪問リハビリテーション（町立病院）

### 【地域密着型サービス】

- グループホーム（4ヶ所）：福音の家（定員9人）、鶴城の郷（定員18人）、なかま（定員9人）、みどり野の郷（定員9人）
- 認知症対応型通所介護：デイサービスセンターみどり野（定員12人）

### 【施設サービス】

- 特別養護老人ホーム：南幌みどり苑（定員70人） ■介護老人保健施設ゆう（定員70人）

# 令和5年度 一般会計決算書

〈地域包括支援センター運営事業分〉

## 【収入】

(単位：円)

項目	補正後予算額	本年度決算額	増減	説明
介護サービス事業収入	4,631,000	3,986,160	△644,840	介護予防サービス計画費収入 ・新規：26件 ・更新：857件
合計	4,631,000	3,986,160	△644,840	

## 【支出】

(単位：円)

項目	補正後予算額	本年度決算額	増減	説明
地域包括支援センター事業費				
役務費	113,000	101,640	△11,360	
委託料	3,791,000	3,142,860	△648,140	
合計	3,904,000	3,244,500	△659,500	
収支差額	727,000	741,660	14,660	

# 令和5年度 介護保険特別会計決算書

〈別紙①+別紙②〉

## 【収入】

※ ※

(単位:円)

項目	補正後予算額	本年度決算額 (次年度未除外)	次年度返還額	本年度決算額	増減	説明
地域支援事業交付金 (国)	11,216,000	11,270,736	888,992	10,381,744	△834,256	国庫補助金
地域支援事業交付金 (支)	3,623,000	3,640,000	444,939	3,195,061	△427,939	社会保険診療報酬支払基金
地域支援事業交付金 (道)	4,249,000	4,220,636	484,925	3,735,711	△513,289	道補助金
繰入金	4,249,000	3,735,711	0	3,735,711	△513,289	町繰入金
雑入	33,000	31,200	0	31,200	△1,800	利用者負担
第1号被保険者保険料	3,476,000	721,242	0	2,540,098	△935,902	第1号保険料
<b>合計</b>	<b>26,846,000</b>	<b>23,619,525</b>	<b>1,818,856</b>	<b>23,619,525</b>	<b>△3,226,475</b>	

## 【支出】

(単位:円)

項目	補正後予算額	本年度決算額 (次年度未除外)		本年度決算額	増減	説明
<b>地域支援事業</b>						
介護予防・日常生活支援総合事業	13,453,000	11,866,160	0	11,866,160	△1,586,840	
包括の支援・任意事業	13,393,000	11,753,365	0	11,753,365	△1,639,635	
<b>合計</b>	<b>26,846,000</b>	<b>23,619,525</b>	<b>0</b>	<b>23,619,525</b>	<b>△3,226,475</b>	

# 令和5年度 介護保険特別会計決算書

〈別紙① 介護予防・日常生活支援総合事業分〉

## 【収 入】

項 目	補正後予算額	※		本年度決算額	増 減	説 明
		本年度決算額 (次年度未除外)	次年度返還額			
地域支援事業交付金 (国)	3,355,000	3,475,149	323,437	3,151,712	△203,288	国庫補助金
保険者努力支援交付金 (国)	1,557,000	1,557,000		1,557,000	0	予防・健康づくりの取り組みを拡充した場合への交付金
地域支援事業交付金 (支)	3,623,000	3,640,000	444,939	3,195,061	△427,939	社会保険診療報酬支払基金
地域支援事業交付金 (道)	1,677,000	1,681,343	202,148	1,479,195	△197,805	道補助金
繰 入 金	1,677,000	1,479,195		1,479,195	△197,805	町繰入金
第1号被保険者保険料	1,564,000	33,473		1,003,997	△560,003	第1号保険料
<b>合 計</b>	<b>13,453,000</b>	<b>11,866,160</b>	<b>970,524</b>	<b>11,866,160</b>	<b>△1,586,840</b>	

## 【支 出】

項 目	補正後予算額	※		本年度決算額	増 減	説 明
		本年度決算額 (次年度未除外)	次年度返還額			
<b>介護予防・生活支援サービス事業費</b>						
役 務 費	23,000	19,824		19,824	△3,176	審査支払手数料
負担金補助及び交付金	7,429,000	6,635,867		6,635,867	△793,133	訪問型・通所型サービス事業負担金
<b>介護予防ケアマネジメント事業費</b>						
需 用 費	20,000	0		0	△20,000	消耗品費
役 務 費	19,000	15,216		15,216	△3,784	介護給付費単位数標準マスタ許諾料：13,800円 審査支払手数料：1,416円
委 託 料	783,000	514,680		514,680	△268,320	介護予防ケアマネジメント業務：382,680円 システム保守：132,000円
負担金補助及び交付金	173,000	106,212		106,212	△66,788	住所地特例者分負担金
<b>一般介護予防事業費</b>						
報 償 費	90,000	62,616		62,616	△27,384	講師・指導員等謝礼（水中運動・地域リハ）
需 用 費	295,000	219,615		219,615	△75,385	消耗品費：119,548円 燃料費：46,952円 修繕料：47,833円 賄材料費：5,282円
役 務 費	15,000	12,850		12,850	△2,150	自動車損害保険料
委 託 料	4,599,000	4,272,680		4,272,680	△326,320	運動指導業務：3,199,680円 一般介護予防事業委託：1,073,000円
公 課 費	7,000	6,600		6,600	△400	自動車重量税
<b>合 計</b>	<b>13,453,000</b>	<b>11,866,160</b>		<b>11,866,160</b>	<b>△1,586,840</b>	

★財源内訳：利用者負担金、対象外経費を除く、 国25.0%、支援交付金（2号保険料）27.0%、道12.5%、町12.5%、1号保険料23.0%

# 令和5年度 介護保険特別会計決算書

(別紙② 包括的支援事業・任意事業分)

## 【収 入】

※ ※

(単位：円)

項 目	補正後予算額	本年度決算額 (次年度未除外)	次年度返還額	本年度決算額	増 減	説 明
地域支援事業交付金 (国)	5,144,000	5,078,587	565,555	4,513,032	△630,968	国庫補助金
保険者機能強化推進交付金 (国)	1,160,000	1,160,000		1,160,000	0	予防・健康づくりの取り組みを拡充した場合への交付金
地域支援事業交付金 (道)	2,572,000	2,539,293	282,777	2,256,516	△315,484	道補助金
繰 入 金	2,572,000	2,256,516		2,256,516	△315,484	町繰入金
雑 入	33,000	31,200		31,200	△1,800	利用者負担金
第1号被保険者保険料	1,912,000	687,769		1,536,101	△375,899	第1号保険料
<b>合 計</b>	<b>13,393,000</b>	<b>11,753,365</b>	<b>848,332</b>	<b>11,753,365</b>	<b>△1,639,635</b>	

## 【支 出】

(単位：円)

項 目	補正後予算額	本年度決算額 (次年度未除外)	次年度返還額	本年度決算額	増 減	説 明
<b>包括的支援事業費</b>						
需用費	133,000	122,711		122,711	△10,289	消耗品費：49,720円、燃料費：72,991円
使用料及び賃借料	279,000	278,052		278,052	△948	自動車リース料
負担金補助及び交付金	116,000	23,000		23,000	△93,000	
<b>在宅医療介護連携推進事業費</b>						
報償費	49,000	15,000		15,000	△34,000	
<b>生活支援体制整備事業費</b>						
委託料	3,995,000	3,995,000		3,995,000	0	生活支援体制整備事業委託料
<b>認知症総合支援事業費</b>						
報償費	204,000	85,000		85,000	△119,000	認知症サポート医謝礼
需用費	49,000	14,456		14,456	△34,544	
負担金補助及び交付金	126,000	116,000		116,000	△10,000	認知症地域支援推進員研修負担金
<b>地域ケア会議推進事業費</b>						
報酬	81,000	74,400		74,400	△6,600	地域包括ケア推進会議委員報酬
報償費	63,000	62,848		62,848	△152	講師謝礼
旅費	6,000	1,480		1,480	△4,520	地域包括ケア推進会議委員費用弁償
<b>任意事業</b>						
需用費	60,000	24,792		24,792	△35,208	消耗品費 (LSA管理棟)：8,360円 介護者のつどい食糧費：16,432円
役務費	635,000	198,329		198,329	△436,671	通信運搬費：28,413円 LSA携帯電話：24,716円 GPS通信料：138,600円 住宅改修理由書作成手数料：6,600円
委託料	7,261,000	6,742,297		6,742,297	△518,703	配食サービス事業：2,666,421円 シルバーハウジング生活援助員派遣事業：4,075,876円
扶助費	336,000	0		0	△336,000	
<b>合 計</b>	<b>13,393,000</b>	<b>11,753,365</b>		<b>11,753,365</b>	<b>△1,639,635</b>	

★財源内訳：利用者負担金、対象外経費を除く、 国38.5%、道19.25%、町19.25%、1号保険料23.0%



# 令和6年度 一般会計予算書

〈地域包括支援センター運営事業分〉

## 【収入】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
介護サービス事業収入	4,631,000	4,788,000	157,000	介護予防サービス計画費収入 ・新規：36件 ・更新：1,008件
合計	4,631,000	4,788,000	157,000	

## 【支出】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
地域包括支援センター事業費				
役務費	113,000	99,000	△14,000	
委託料	3,791,000	3,791,000	0	
備品購入費	0	79,000	79,000	
合計	3,904,000	3,969,000	65,000	
収支差額	727,000	819,000	92,000	

# 令和6年度 介護保険特別会計予算書

(別紙①+別紙②)

## 【収 入】

(単位：円)

項 目	前年度予算額	本年度予算額	増 減	説 明
地域支援事業交付金 (国)	12,273,000	11,988,000	△285,000	国庫補助金
地域支援事業交付金 (支)	4,126,000	4,295,000	169,000	社会保険診療報酬支払基金
地域支援事業交付金 (道)	4,778,000	4,896,000	118,000	道補助金
繰 入 金	4,778,000	4,896,000	118,000	町繰入金
雑 入	31,000	91,000	60,000	利用者負担
第1号被保険者保険料	4,258,000	4,976,000	718,000	第1号保険料
合 計	30,244,000	31,142,000	898,000	

## 【支 出】

(単位：円)

項 目	前年度予算額	本年度予算額	増 減	説 明
地域支援事業				
介護予防・日常生活支援総合事業	15,313,000	16,002,000	689,000	
包括的支援・任意事業	14,931,000	15,140,000	209,000	
合 計	30,244,000	31,142,000	898,000	

# 令和6年度 介護保険特別会計予算書

(別紙① 介護予防・日常生活支援総合事業分)

## 【収入】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
地域支援事業交付金(国)	3,820,000	3,976,000	156,000	国庫補助金
保険者努力支援交付金(国)	1,557,000	1,470,000	△87,000	予防・健康づくりの取り組みを拡充した場合への交付金
地域支援事業交付金(支)	4,126,000	4,295,000	169,000	社会保険診療報酬支払基金
地域支援事業交付金(道)	1,910,000	1,988,000	78,000	道補助金
繰入金	1,910,000	1,988,000	78,000	町繰入金
第1号被保険者保険料	1,990,000	2,285,000	295,000	第1号保険料
<b>合計</b>	<b>15,313,000</b>	<b>16,002,000</b>	<b>689,000</b>	

## 【支出】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
<b>介護予防・生活支援サービス事業費</b>				
役務費	23,000	24,000	1,000	審査支払手数料
負担金補助及び交付金	9,289,000	9,424,000	135,000	訪問型・通所型サービス事業負担金
<b>介護予防ケアマネジメント事業費</b>				
需用費	20,000	127,000	107,000	消耗品費
役務費	19,000	19,000	0	介護給付費単位数標準マスタ許諾料：16,000円 審査支払手数料：3,000円
委託料	783,000	783,000	0	介護予防ケアマネジメント業務：651,000円 システム保守：132,000円
負担金補助及び交付金	173,000	226,000	53,000	住所地特例者分負担金
<b>一般介護予防事業費</b>				
報償費	90,000	90,000	0	講師・指導員等謝礼(水中運動・地域リハ)
需用費	295,000	335,000	40,000	消耗品費：144,000円 燃料費：49,000円 修繕料：70,000円 賄材料費：72,000円
役務費	15,000	13,000	△2,000	自動車損害保険料
委託料	4,599,000	4,954,000	355,000	運動指導業務：3,534,000円 一般介護予防事業委託：1,420,000円
公課費	7,000	7,000	0	自動車重量税
<b>合計</b>	<b>15,313,000</b>	<b>16,002,000</b>	<b>689,000</b>	

★財源内訳：利用者負担金、対象外経費を除く、国25.0%、支援交付金(2号保険料)27.0%、道12.5%、町12.5%、1号保険料23.0%

# 令和6年度 介護保険特別会計予算書

〈別紙② 包括的支援事業・任意事業分〉

## 【収入】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
地域支援事業交付金(国)	5,736,000	5,816,000	80,000	国庫補助金
保険者機能強化推進交付金(国)	1,160,000	726,000	△434,000	予防・健康づくりの取り組みを拡充した場合への交付金
地域支援事業交付金(道)	2,868,000	2,908,000	40,000	道補助金
繰入金	2,868,000	2,908,000	40,000	町繰入金
雑入	31,000	91,000	60,000	利用者負担金
第1号被保険者保険料	2,268,000	2,691,000	423,000	第1号保険料
合計	14,931,000	15,140,000	209,000	

## 【支出】

(単位：円)

項目	前年度予算額	本年度予算額	増減	説明
<b>包括的支援事業費</b>				
需用費	133,000	134,000	1,000	消耗品費：64,000円、燃料費：70,000円
使用料及び賃借料	279,000	279,000	0	自動車リース料
負担金補助及び交付金	116,000	110,000	△6,000	介護支援専門員更新研修負担金
<b>在宅医療介護連携推進事業費</b>				
報償費	49,000	49,000	0	
<b>生活支援体制整備事業費</b>				
委託料	3,995,000	4,810,000	815,000	生活支援体制整備事業委託料
<b>認知症総合支援事業費</b>				
報償費	204,000	204,000	0	認知症サポート医謝礼
需用費	49,000	44,000	△5,000	
負担金補助及び交付金	126,000	126,000	0	認知症地域支援推進員研修負担金
<b>地域ケア会議推進事業費</b>				
報酬	81,000	81,000	0	地域包括ケア推進会議委員報酬
報償費	63,000	63,000	0	講師謝礼
旅費	6,000	3,000	△3,000	地域包括ケア推進会議委員費用弁償
<b>任意事業</b>				
需用費	60,000	60,000	0	消耗品費(LSA管理棟)：30,000円 介護者のつどい食糧費：30,000円
役員費	635,000	635,000	0	通信運搬費：38,000円 LSA携帯電話：24,000円 GPS通信料：180,000円 成年後見開始申立作成手数料：349,000円 住宅改修理由書作成手数料：44,000円
委託料	8,799,000	8,206,000	△593,000	配食サービス事業：3,912,000円 シルバーハウジング生活援助員派遣事業：4,294,000円
負担金補助及び交付金	0	0	0	
扶助費	336,000	336,000	0	
合計	14,931,000	15,140,000	209,000	

★財源内訳：利用者負担金、対象外経費を除く、国38.5%、道19.25%、町19.25%、1号保険料23.0%

## 地域支援事業



高齢者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、住み慣れた地域で日常生活を送れるよう支援する

### ◎介護予防 日常生活 支援事業

#### ●介護予防・ 生活支援サービス

→ 市区町村が中心となり地域の実情にあわせて、地域住民や民間企業などと連携してサービスを提供することで、多彩なサービスを充実させることで、地域の支えあいの体制を整備し、高齢者に対して適切な支援を行う

・訪問型サービス

→ 自宅にホームヘルパーなどが訪問して、家事など日常生活の支援が受けられるサービス

・通所型サービス

→ デイサービスセンターなどの施設に通い、入浴や食事などのサービス、機能訓練、レクリエーションなど日帰りで支援を受けられるサービス

・訪問型（B）サービス

→ 高齢者事業団による日常生活家事支援サービス

・介護予防支援  
ケアマネジメント

→ 利用者の方の状況にあった適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センターが介護予防ケアプランの作成を行うサービス

#### ●一般介護予防事業

→ 介護予防に関する教室や地域住民が主体となった体操教室など、高齢者の心身機能の低下を防ぎ、健康づくりや暮らしの向上を目的

・介護予防把握事業

→ 高齢者の健康状態やニーズの情報を基に支援が必要な高齢者を把握して介護予防活動へ繋げる事業で、高齢者自身が自分の健康状態を把握・管理できるようにサポートするとともに、その情報から必要な支援を判断していく（保健事業と介護予防の一体的実施・日常生活圏域ニーズ調査・健康教室・家庭訪問）

・介護予防  
普及啓発事業

→ 老人会のイベントなどで介護予防についての普及啓発活動を行ったり、市町村の保健師とリハビリ専門職が一緒になり実施する予防事業（水中運動・男の料理教室・快足シャキット倶楽部・健康マーじゃん・フレイル予防講演会）

・地域介護予防  
活動支援事業

→ 地域において住民が主体的に取り組む介護予防のための活動（カフェサロン・ふまねっと・介護支援ボランティアポイント・ボランティア養成講座）

・地域リハビリテー  
ション活動支援事業

→ 骨折・転倒予防のための運動教室や筋力向上トレーニングなど地域を中心とした自主活動への取り組みの支援（地域リハビリテーション活動支援事業）

・一般介護予防  
事業評価事業

→ 介護予防事業の評価を行い、高齢者の状況の把握を行う（第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画において取組目標を設定し、達成状況の検証を通じ評価）

#### ●地域包括支援セン ターの運営事業

→ 高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続するために、地域高齢者の心身の健康維持、介護予防や福祉など、必要な援助・支援を包括的に実施

・介護予防ケアマネジメント

→ 要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成

・総合相談支援業務

→ 高齢者本人、またはその家族からの各種相談に対応し、適切な機関やサービスに繋げる（総合相談窓口）

・権利擁護業務

→ 消費者被害の防止・対応、高齢者虐待の早期発見、成年後見制度の手続きの支援など、高齢者の権利を守るための支援（職員向け勉強会・住民向け講演会）

・包括的・継続的マネジメント支援業務

→ 地域ケア会議を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談・支援困難事例等への指導・助言

### ◎包括的 支援事業

#### ●在宅医療・介護 連携推進事業

→ 地域の医療・介護関係者による会議を開催したり、在宅医療・介護関係者の研修等を行うなど、在宅医療と介護サービスを一体的に提供（保健福祉医療サービス調整推進会議・地域保健医療福祉連絡会議）

#### ●認知症総合支援事業

→ 初期集中支援チームの関与により認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域づくりの推進

・認知症初期集中  
支援チーム

→ 認知症高齢者やその家族を訪問し、初期の支援を行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療や支援に繋げる（認知症初期集中支援チーム）

・認知症地域推進員

→ 認知症高齢者とその家族を支援するため、関係者の連携強化や支援体制の構築を目的として、社会福祉協議会や地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置

・認知症ケアの推進

→ 認知症支援の関係機関の現状について情報交換を行い、認知症ケアにおける課題の共有や連携を強化し支援の充実に向けた意見交換の実施（グループホーム連絡会議）

・認知症サポーター養成

→ 認知症に対する正しい知識と理解の促進（認知症サポーター養成講座・認知症ステップアップ講座）

#### ●地域ケア会議推進事業

→ 多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を行う

・地域包括ケア推進会議

→ 保健、医療、福祉等の関係者が連携し、地域の課題について情報交換を行い、課題解決に向けた話し合いや政策立案を行う場として設置（地域包括ケア推進会議）

・地域包括ケア個別会議

→ 支援困難な事例を地域の関係者や専門職が集まり、個別課題の解決や地域課題の発見、資源開発などを検討するため、必要時に開催（地域包括ケア個別会議）

・自立支援型地域個別会議

→ 高齢者の自立支援・QOLの向上に向けたケアマネジメントやケアの充実を目指し、住み慣れた地域でその能力に応じて自立した日常生活を営むための検討を実施

#### ●生活支援体制整備 事業（社協に委託）

→ 生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により地域の連携体制を構築し、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加や生活支援の充実を図る

・コーディネーター配置

→ 多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進（資源開発のためのネットワークを構築）社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置

・協議体の設置

→ 多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

◎任意事業

- 介護給付適正化事業
  - 利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業の実施
  - ・認定調査状況の適正化 → 要介護・要支援認定における訪問調査の保険者職員等による実施及び委託訪問調査に関するチェック等の実施
  - ・ケアプランの点検 → 居宅介護（介護予防）サービス計画の記載内容について、事業所から資料の提出や事業所への訪問等により、保険者の視点から確認結果に基づく指導の実施
  - ・住宅改修等の点検 → 住宅改修費の給付に関する利用者宅の実態調査や状態等の確認及び施工状況の確認や福祉用具購入・貸与に関する必要性の確認
  - ・医療情報との突合・縦覧点検 → 介護情報と医療情報との突合帳票（入院期間中の介護サービスの利用等）による請求内容のチェック・縦覧点検帳票（複数月の請求における算定回数の確認等）による請求内容の確認
  - ・介護給付費通知 → 介護サービス利用者（又は家族）に対する利用サービスの内容と費用総額の内訳を通知
- 家族介護支援事業
  - 介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のために必要な事業の実施
  - ・介護教室の開催 → 要介護被保険者の状態の維持・改善や介護知識・技術を学ぶ目的として学習会などの開催（家族介護者のつどい）
  - ・家族介護継続支援事業 → 認知症高齢者などを支える家族を対象とし、介護者同士の交流・気分転換を目的として開催、参加者同士の情報交換などを実施（家族介護者のつどい）
  - ・認知症高齢者見守り事業 → 外出などにより自宅に戻れなくなる恐れがある高齢者に探知機（GPS）を貸与し、高齢者の行方不明時に早期発見を図る（認知症高齢者等位置情報機器貸与支援・SOSネットワーク）
- その他の事業
  - 介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援を行うための事業
  - ・成年後見利用支援事業 → 認知症などの理由で判断能力が不十分なため、施設入所等の契約締結等が困難である場合、制度の相談及び申立て費用や成年後見人の報酬の助成を実施
  - ・福祉用具・住宅改修支援事業 → 居宅介護支援又は介護予防支援を受けていない（ケアプランを作成していない）被保険者に、介護支援専門員等が「住宅改修に必要な理由書」を作成した場合、申請により理由書の作成者が所属する事業所に手数料を交付（令和4年度より実施）
  - ・シルバーハウジング生活援助員派遣事業 → 生活指導や相談、安否の確認、一時的な家事援助、緊急時の対応などを必要に応じてサポートを行い、自立した生活を営むことができるよう生活援助員を派遣
  - ・地域自立生活支援事業 → 認知症・障がい・退院時の虚弱等の理由により、食事の仕度が困難な高齢者に対して、管理栄養士のアセスメントに基づき、お弁当を配達（配食サービス）

高齢者福祉事業

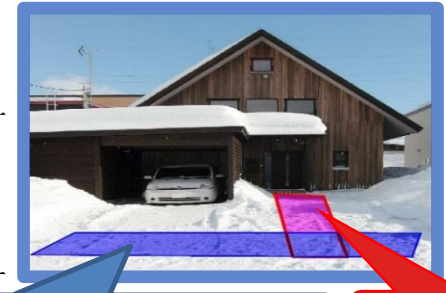
高齢者が尊厳を保ちながら暮らし続けることができる社会

◎高齢者在宅支援事業

- 安心キット見守り事業
  - 一人暮らしの高齢者及び高齢者のみの世帯などに緊急連絡先や主治医情報を記入した用紙を入れて保管ができる【あんしんキット】容器を配布し、急病などで救急隊が駆け付けた際に、かかりつけ医療機関などを素早く確認し、迅速な救急対応を行うことができるよう体制を整えています
- 緊急通報設置事業
  - 日常生活上の不安などの軽減や生活の安全確保を目的に、一人暮らしの高齢者及び高齢者のみの世帯の自宅に緊急通報装置を設置し、24時間体制で南幌消防と連絡がとれ、緊急時における急病等などの救急救助体制が整っています。
- 除雪サービス
  - 高齢者のみの世帯又は障がい者のみの世帯などで疾病や身体障がいにより自力での除雪が困難な方を対象として、身体的、精神的な軽減や緊急時における避難路の出入り口の確保を目的として、公道除雪が行われた日に公道から自宅まで、又は公道除雪が終わった後の自宅間口に残る雪を、町で委託契約した業者が行い、町が費用を負担しています
- 高齢屋根の雪下ろし助成事業
  - 高齢者世帯などの冬の暮らしの安全確保を目的に、自力での雪下ろしが困難な高齢者などの住宅屋根の雪下ろしにかかる費用の一部を町が助成しています
- 福祉用具相談・福祉用具レンタル事業
  - 介護保険適用外の高齢者もしくは要支援・要介護認定者で退院したばかりの方に福祉用具（車いす・ポータブルトイレ・シャワーチェア・四点杖など）の貸出しや相談を行っています



南幌町あんしんキット情報	
氏名	(男・女) 生年月日
住所	南幌町 丁目 番 号
世帯状況	一人暮らし ・ 65歳以上の夫婦世帯
医療情報	
かかりつけ医療機関①	
病 院 名	
科名・担当医	
所 在 地	
電 話 番 号	
かかっている病気	
飲んでいる薬	
特 記 事 項	
緊急連絡先	
緊急連絡先①	
氏名	続柄
電話番号	携帯
住所	
備考	
勤務先等	



②間口除雪(玄関口と車庫)

幅1.2m程度

災害等発生時要援護者安否確認・避難行動要支援者名簿整備



# 地域支援事業

## 【目的】

地域支援事業は、介護保険法に基づき、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。

## 1. 一般介護予防事業

### ■介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業）

高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりと要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域づくりを推進する。

事業名	【介護予防普及啓発事業】快足シャキッと倶楽部		
目的	外出の機会を多く持ち、寝たきりの原因となる転倒骨折を予防し、自ら生きがいをみつけ、自立した生活を維持する。		
対象	65歳以上の方		
令和5年度 実績			
場所	あいくる、夕張太ふれあい館		
スタッフ	健康運動指導員、保健福祉課職員		
内容	体操（基礎、筋力アップ）		
実績	○あいくる： 74回（延べ人数1,515人） ※令和4年度：55回（延べ人数1,059人） 1回平均： 20.5人／実人数64人 新規13人 ○夕張太： 38回（延べ人数374人） ※令和4年度：32回（延べ人数364人） 1回平均： 9.8人／実人数21人 新規1人		
評価	通年で予定どおり事業を実施することができた。 実施内容は、準備体操から始まり、椅子に座っての運動、筋力トレーニング、ストレッチを行った。 あいくるでは、ふれあいホールはコロナワクチン接種の会場となっていたことから、火曜日と金曜日で参加者を分けて実施したが、参加者からは週に2回参加したいという声が出ていた。次年度は、会場の状況をみながら要望に応じていく方向でいきたい。 夕張太は、少人数ではあるが参加者同士の交流の場にもなっており介護予防に繋がっていると思われる。		
令和6年度 計画			
日程	あいくる	月に5～7回	ふれあい館 月に3～4回
場所	あいくる、夕張太ふれあい館		
内容	例年とおりの運動を提供する。参加者に対しては健康の保持増進のために、適宜、健康や生活面での情報提供を行う。あいくるでは週2回参加の要望があることから夏季はふれあいホールにて全員で行えるようにする。		

事業名	【介護予防普及啓発事業】 男の料理教室
目的	男性が買い物、料理などの手段的日常生活動作の自立を目指し、さらに運動、趣味の発見の機会とすることをねらいとする。
対象	概ね65歳以上の男性
令和5年度 実績	
内容	バランスのよい献立・調理方法、健康講話
スタッフ	管理栄養士、保健師、保健福祉課職員、ボランティア（各回3～6人）
実績	5回 延べ人数66人 実人数17人 新規6人
評価	新型コロナウイルス感染症の流行により、調理実習を行うことが難しく開催できなかったが、本年7月から再開した。従来からの参加者に加えて新規参加者が6人入った。 管理栄養士による講話や調理実習や試食により、男性が栄養や調理に興味を持つだけでなく交流の場にもなっている。
令和6年度 計画	
日程	年6回 奇数月
内容	管理栄養士の栄養講話、バランスのよい献立による調理実習・試食を行う。

事業名	【介護予防普及啓発事業】 高齢者水中運動教室
目的	高齢者に対して水中運動を行うことにより、介護の重度化を予防し、自立と生きがいのある生活を助長する。
対象	65歳以上の方 ※令和6年度より40歳に変更とする。
令和5年度 実績	
内容	ストレッチ、水中運動
場所	南幌町町民プール
実績	16回 延べ人数114人 実人数10人（うち新規3人） 1回平均7.1人
評価	例年、参加者が減少傾向にあるため本年は、週1回で5月～9月まで1コースで実施した。 本年度も参加者希望者が少なかったが、参加者からは来年度も継続してほしいとの声が多かった。 対象年齢を引き下げることで、比較的若い年齢から水中運動を取り組めるよう検討する。
令和6年度 計画	
日程	水曜日コース 5月～9月（全16回）
内容	ストレッチ、水中歩行運動 ※対象年齢を40歳からに変更する。



事業名	【介護予防普及啓発事業】高齢者いきいき健康マーシャン
目的	健康マーシャンを通じて、高齢者の仲間づくり、生きがいづくりを図りいきいきと暮らせる高齢者の健康づくりを目的とする。
対象	60歳以上の方等
令和5年度 実績	
内容	「賭けない、吸わない、飲まない」健康マーシャン
スタッフ	地域のボランティア（講師）
場所	あいくる（13時～16時まで）
実績	月2～5回開催 ※火曜日開催  46回実施 延べ人数1,331人 1回平均：29人／平均7卓 ※参加登録実人数 120人（男53人／女57人）、講師5人 新規登録者 11人 大会の開催：実施なし
評価	開催時間を延ばしたことや初心者向けのコースを設け、講師の方から指導を受けることができ参加者から好評を受け、口コミで新規登録者や再開された方が増えた。今後も住民の自主的活動の場としていきたい。
令和6年度 計画	
内容	同上。令和2年度より社会福祉協議会へ事業を委託。場所を教養娯楽室とし、開催場所を確保し定期開催とすることで自主的活動の場を増やす。講師や参加者を中心にお手伝いを募り、マーシャン大会を実施し、参加者同士の交流の機会を設ける。

事業名	【健康教育・健康相談】
目的	介護予防、疾病予防に関する正しい知識を普及する。
対象	単位老人クラブなど
令和5年度 実績	
内容	介護予防・健康づくりに関する講話
日程	随時
場所	各地域の会館等
実績	20回 延べ人数422人 （内訳） 老人クラブ 17回（延べ人数368人） その他 2回（延べ人数37人） フレイル講演会（岡田しげひこ講師）令和5年11月29日実施（16名）
評価	健康教育は、感染予防対策や救急車の利用、フレイル予防、町の介護予防事業周知、熱中症予防、あんしんキットの更新など、知っておいてほしい情報を伝えることができる場（ポピュレーションアプローチ）となっている。何度も依頼のある老人クラブもあれば、コロナ感染拡大してから依頼がなくなってしまった老人クラブもあるため、今後はこちらからの働きかけも必要である。
令和6年度 計画	
内容	生活習慣病の重症化予防と介護予防（特にフレイル予防）の必要性を合わせて伝えていく。地域リハビリテーション活動支援事業と合わせながら勧めていく。

事業名	地域リハビリテーション活動支援事業
目的	地域での介護予防・自立支援を促進するため、身近な場所での介護予防の取り組みを支援する。
対象	単位老人クラブ・カフェサロン等地域で活動する団体
令和5年度 実績	
内容	地域での元気高齢者の集まりにリハビリ専門職員等を派遣し、介護予防に資する知識の普及や技術への助言、レクリエーションなどを行い、地域での介護予防の取り組みを支援する。
スタッフ	町内医療機関・介護事業所のリハビリテーション専門職等、保健師
実績	10回（延べ参加者数 159人） <ul style="list-style-type: none"> <li>・町立病院専門職3回、やわらぎ専門職4回、みどり苑専門職3回</li> <li>・老人会5回（8区、15区、12区、東町）、社協事業1回（ボランティア学習会）            カフェサロン（ゆい・西町・寿） 町事業1回（介護者サロン）</li> </ul>
評価	今年度はカフェサロンにも勧奨し、新たにカフェサロン3カ所での実施があった。メニュー一番人気は「肩こり・腰痛・膝痛 痛いところと付き合うために～自宅でできる簡単体操～」であり、参加者のニーズと合っていたものと思われる。講師を担う町内のリハビリ専門職からは、元気な地域の高齢者と触れ合う機会となり、地域の声を聞ける大変貴重な場であるとの声をいただいております、今後も広く地域で活動できるよう広めていく。
令和6年度 計画	
内容	周知に努め、事業を促進し介護予防における意識高揚を図る。老人クラブ連合会や社会福祉協議会生活支援コーディネーターとの連携の上、実施に取り組む団体を増やしていく。

事業名	ふまねっと事業
目的	地域での介護予防・自立支援を促進するため、身近な場所での介護予防の取り組みを支援する。
対象	町内在住の方や老人クラブ、カフェサロンなど地域で活動する団体
令和5年度 実績	
内容	歩行機能の改善やバランス機能の向上、さらに認知機能にも効果的であり、各サロンや老人会での集まりで実施している。手拍子や音楽に合わせて歩く運動であることから、参加者みんなで楽しめる運動である。
実績	自主練習教室 19回（延べ参加者数 209人） 運動促進事業 4回（延べ参加者人数 63人） フォローアップ研修会 10月2日（月） 参加人数 11人 講師：NPO法人ふまねっと 代表理事 北澤 一利 （延べ回数 24回、延べ参加者数 283人）
評価	令和5年度からふまねっとサポーターの要望により、自主練習教室に町民の方の参加を募り、月平均3人ほど参加した。また運動促進事業によるサポーターの協力を得ながら、老人会や介護保険施設等でふまねっとを行いました。またサポーター対象のフォローアップ研修会を行い、町民の参加を増やす為の対策をサポーター自身が考える良い機会となりました。
令和6年度 計画	
内容	令和6年度もふまねっとサポーターからの要望により、広報等で周知を行いながら参加者を募り、月2回の自主練習教室を継続する。また町外のふまねっと教室を見学し、運営の参考にするとともにNPO法人ふまねっとと協力しながらフォローアップ研修会を行っていく。

事業名	介護支援ボランティアポイント事業
目的	ボランティア活動を通じて、社会参加や社会貢献を促進し、住民自身の健康増進及び介護予防を促進することを目的とする。
対象	南幌町に居住する18歳以上の者
令和5年度 実績	
内容	介護施設や社会福祉業議会、地域包括支援センターが行う介護予防事業等でボランティア活動に参加した高齢者等にポイントを付与し、高齢者自身の社会参加や社会貢献を促し、自身の健康増進や介護予防を推進します。
実績	登録者数 101人（新規登録者数 5人） ポイント転換品引換実績 69名 205,000円（前年比 58名 155,000円） 意見交換会 令和6年3月1日（金） 参加人数32名 「肩こり・腰痛・膝痛 痛いところと付き合うために～自宅でできる簡単体操～」 講師：老人保健施設ゆう 作業療法士 稲場 大幸 通所リハ係長 和田 涼太
評価	ボランティア養成講座や意見交換会などを通じて、ボランティア活動の効果、活動の場所や種類など情報を発信することで、登録者数が増えている。意見交換会も、ボランティア活動者が参加しやすい内容をテーマとしたことで、多くの方の参加があった。
令和6年度 計画	
内容	対象年齢を18歳以上とし、幅広い年齢層の方々にもボランティア活動に興味をもって頂くような情報を発信していくとともに、高齢者個人を対象とするボランティア活動への要望も増えていることから仕組みを整えていく。

事業名	【地域介護予防活動支援事業】地域づくりサロン運営費（なんぼろカフェサロン）補助金		
目的	地域の自主グループが開催運営する高齢者が気軽に集まることのできる地域づくりサロンの活動に要する経費に対して補助することで、高齢者の生きがいづくりと介護予防を図るとともに、社会的孤立感の解消や地域での支え合い体制を推進する。		
対象	65歳以上の方		
令和5年度 実績			
交付対象	目的の活動を実施しようとするグループ		
場所	地域の会館、公共施設等		
内容	補助金の交付 運営費～7ヶ所（シルバー、夕張太、北町、15区、西町、8区、スマイル）		
意見交換会	令和6年3月12日	カフェサロンボランティアスタッフ14人	
	令和6年3月12日	介護支援専門員 社協	
	今年度は、NPO法人防災しっけの鴨崎裕介防災士をお迎えし、災害が起こった際の備えと自助と共助について講義を行った。		
各サロン運営実績	①ゆい（シルバー）	平成27年6月立上 全24回	延べ人数 226人
	②桜（夕張太）	平成27年10月立上 全21回	延べ人数 292人
	③ひまわり（北町）	平成28年7月立上 全20回	延べ人数 246人
	④寿（15区）	平成29年3月立上 全20回	延べ人数 223人
	⑤西町	平成29年3月立上 全24回	延べ人数 317人
	⑥鶴城	平成30年12月立上 全10回	延べ人数 258人
	⑦スマイル（14区）	令和2年7月立上 全23回	延べ人数 357人
	（合計全142回 延べ人数1,919人）		
	※みどり（緑町）	平成29年4月立上、令和2年度未解散	
評価	現在7か所が開設している。地域性を活かした活動を継続し、地域の集い場としての認知度は高まっている。また、令和4年度に実施した「認知症サポーターステップアップ講座」を受講したボランティアスタッフは、チームオレンジの役割を担っている。今後の課題としては、農家地区のカフェサロン等を含め、特に男性の居場所作りが課題である。そのため、未開設地域への働きかけや周知活動の促進が必要であると考え。		
令和6年度 計画			
内容	令和2年度より社会福祉協議会へ事業を委託。令和4年度に「認知症サポーターステップアップ講座」を実施。チームオレンジの役割について理解を深めたところであり、令和6年度は地域との連携の中で、カフェサロンの役割、効果を周知し、研修会を定期的で開催する。生活支援コーディネーターと連携をとり、気軽に参加できる集いの場として町民への周知を図っていく。		

## 2. 介護予防・生活支援サービス事業

### ■介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）

平成29年度から介護予防・日常生活支援総合事業を開始し、従来の訪問介護（ホームヘルプサービス）、通所介護（デイサービス）を介護予防・生活支援サービス事業として実施した。地域の実情に応じて住民等多様な主体が参画し多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合い体制づくりを推進していく。

事業名	介護予防・生活支援サービス事業	
目的	地域の実情に応じて、住民等多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合い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を行う。	
対象	要支援認定の方・チェックリスト実施対象の方	
令和5年度	実績	
内容	予防給付の訪問介護・通所介護の既存サービスに加え、住民主体による訪問型サービスを展開し、要支援者や事業対象者に清掃、洗濯等の日常生活支援を提供。	
実績	登録事業者数 9事業所（うち町内 2事業所） 利用者実人数 37人（うちチェックリスト実施対象者 1人）	
評価	昨年度より利用者実人数は1人増となった。利用者の重度化を防ぎ自立を目指す支援を行っていく。	
令和6年度	計画	
内容	介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの充実 ※高齢者事業団へ委託する住民主体の訪問型サービスの実施、支援 ※新たな多様なサービス実施への検討	

### 3. 包括的支援事業

地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援を実施する。

#### <包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）>

事業名	家庭訪問
対象	65歳以上の方
令和5年度 実績	
内容	家庭を訪問し健康や生活に関する相談・指導を行う。介護予防給付にかかる支援を行う。後期高齢者の健康状態不明な者や生活習慣病等の重症化予防対象者へ訪問し、相談や指導を行う。
実績	785件（新446件、再339件） （内訳） 保健師 ～ 448件（新239件、再209件） 管理栄養士 ～ 64件（新 45件、再 19件） 認定調査員・介護支援専門員 ～ 252件（新141件、再111件） 看護師 ～ 21件（新 21件、再 0件）
評価	新規で支援を必要とする方の訪問や認知症に伴う支援の訪問など、何度も訪問して調整が必要なケースが増えてきている。健康状態不明な方や生活習慣病等の重症化予防対象者への訪問も継続し実施し、必要な支援につないでいる。
令和6年度 計画	
内容	訪問により、要介護認定を受け必要なサービス利用に至っていない方の支援や支援困難事例など介護支援専門員の後方支援としての訪問活動を行う。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する取り組みのハイリスクアプローチとしての訪問活動（アウトリーチ）を、KDBデータを利用し、生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導、健康状態が不明な高齢者の実態把握、必要なサービスへの接続等の支援を行う。

事業名	総合相談窓口
対象	65歳以上の方やその家族等
令和5年度 実績	
場所	あいくる内地域包括支援センター
内容	サービスに関する情報提供等の初期相談対応や、継続的・専門的な相談支援（様々なサービス等の利用へのつなぎ）を実施する。
実績	電話相談614件、来所相談302件、その他115件
評価	相談は年々増加している。ご家族からの相談が一番多く、在宅介護に係る相談や介護申請、医療機関についての相談が多くあった。認知症に関する相談も年々増加しており昨年104件のところ、今年度は195件の相談となっている。
令和6年度 計画	
内容	サービスに関する情報提供等の初期相談対応や、継続的・専門的な相談支援（様々なサービス等の利用へのつなぎ）を実施する。また、民生委員児童委員、人権擁護委員、老人クラブ会長を在宅高齢者相談協力員として委嘱し、地域で広く高齢者の相談に応じる体制を整備し、連携を図る。



事業名	高齢者虐待防止ネットワーク事業	
根拠・通知	介護保険法、高齢者虐待防止法	
目的	高齢者虐待の予防・早期発見・早期対応・再発防止を図り、高齢者の平穏な生活を確保する。	
令和5年度	実績	
内容	虐待防止ネットワーク事業実施要綱に基づき、高齢者虐待の正しい理解の普及に努めると共に、通報・相談があった時は迅速に連携を図り対応していく。	
実績	高齢者虐待疑い対応数～1件、虐待対応数～2件	
評価	町内関係者及び町民への高齢者虐待防止周知・普及 今年度はケアマネや警察からの通報があった。早期に対応し2件は虐待として家族等との調整をはかり、1件は虐待の事実はないものと判断し、その後の支援調整をはかっていった。	
令和6年度	計画	
内容	関係機関との連携を密にすることで今後も迅速な対応に努める。	

事業名	地域包括ケア推進会議	
目的	住み慣れた地域で自分らしく生活できるように、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を推進するために開催する。	
令和5年度	実績	
日程	令和5年8月23日、令和6年2月27日 2回実施	
場所	あいくる	
内容	高齢者が、できるだけ住み慣れた地域で、自分らしく生活できるように、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進するため、年2回会議を開催する。また、この会議体は、地域包括支援センター業務に関しての評価の場であり、南幌町高齢者虐待防止ネットワーク会議と南幌町認知症初期集中支援チーム検討委員会も兼ねて行う。	
会議委員	15人	
評価	地域包括ケアシステムの推進に係る地域包括支援センター事業、地域支援事業、地域密着型サービス事業を協議し、併せて高齢者虐待防止ネットワーク会議及び認知症初期集中支援チーム検討委員会を開催した。令和5年度の地域密着型サービス事業所の指定更新が1事業所あり、更新における協議の結果、各委員からの同意を得て更新が受理された。この会議において、介護保険関係者や人権擁護委員、区長会会長、社会福祉協議会会長、民生委員児童委員協議会会長、ボランティア団体代表、生活支援コーディネーターといった地域に関わりのある方の意見を反映するよう努めている。	
令和6年度	計画	
内容	高齢者の実態把握や地域課題を把握するため、地域の関係機関等との連携を高め、地域に必要な取組などを明らかにするなど、適切な支援体制に関する検討を行っていく。	

事業名	地域包括ケア個別会議
対象	支援困難高齢者（支援者が困難と感じている高齢者、支援が必要だがサービスにつながっていない高齢者、権利擁護が必要な高齢者、地域課題に関する課題を抱えた高齢者）
令和5年度 実績	
①地域ケア個別会議の実施	
内 容	支援困難高齢者に対して課題を解決するため、地域や多職種の協働により個別の支援内容の検討を行う。
会議ケース	0件
評 価	今年度は支援困難ケースの個別会議開催はなかった。
②自立支援型地域ケア個別会議の実施	
内 容	多職種での検討による自立支援に向けたケアマネジメントの支援を行う。
会議ケース	6件（内、2件はスーパーバイザーによる助言あり）
出席者	87人
主な検討	6件中3件は独居、2件は夫婦、1件は夫と息子の3人暮らしという事例であった。その人らしさについて考え、ご自宅でその人らしく自立して生活するための手段について検討していった。
評 価	町内の専門職に助言者として事例ごとに専門職ごとのアドバイスをもらい、事例を深めることができた。
令和6年度 計画	
内 容	さまざまな課題を抱えて生活する支援困難事例が増えており、会議を通じた地域の資源の利活用や他職種の協働により、自立した日常生活を営めるよう支援を行う。本会議の機能を発揮することおよび町全体の介護予防ケアマネジメントの質の向上を目指して自立支援型地域ケア会議を実施していく。



## <包括的支援事業（社会保障充実分）>

事業名	在宅医療・介護連携推進事業
目的	高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する。
令和5年度 実績	<p>切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進及び関係者間での連携の推進</p> <p>①保健福祉医療サービス調整推進会議</p> <p>内 容 個別ケースに関する情報交換や支援内容を確認している。介護サービスのみならず、介護予防事業、高齢者福祉サービス、健康づくり事業や地域の活動情報の提供を行っている。</p> <p>実 績 月1回定期開催で、12回実施 ※内、1回は書面会議</p> <p>参加者数 延べ158人（同日開催の自立支援型地域ケア個別会議出席者を含む）</p> <p>ケース数 延べ155件</p> <p>参集者 居宅介護支援事業所介護支援専門員、介護保険事業所スタッフ、町内医療機関スタッフ等</p> <p>②保健福祉医療連絡会議</p> <p>内 容 町立病院と保健福祉課との情報交換・事例検討・学習を通じて連携強化を図る。</p> <p>実 績 今年度、実施なし。日頃より密な連携をおこなっており、情報交換ができていたため、今後は実施しないこととする。</p> <p>参集者 町立病院（院長、副院長、看護師長、看護主任、理学療法士、管理栄養士） 保健福祉課（保健師、管理栄養士、生活支援コーディネーター）</p> <p>医療・介護関係者の研修</p> <p>①在宅医療・介護連携推進事業</p> <p>南空知南部在宅ケア連絡会（通称：けあれん） 南幌、由仁、栗山、長沼を中心にZoom研修を開催 令和5年9月26日（火）</p> <p>内容：『言語聴覚士とは～地域多職種で取り組む誤嚥性肺炎～』</p> <p>講師：訪問リハビリテーションRe・ハッスル 言語聴覚士 橋本亜矢子 氏</p> <p>評 価 定例で町内の介護・医療・福祉関係者が集い、顔がわかる関係性が構築できていることで、個別支援を一体的に行うことができる医療介護の連携が深まっている。研修では日頃聞くことができない言語聴覚士との連携について学ぶことができた。</p>
令和6年度 計画	<p>内 容 ①連携会議の定例実施 保健福祉医療サービス調整推進会議</p> <p>②医療・介護連携を推進するために、関係者向けの研修会を開催する</p>

事業名	生活支援体制整備事業
目的	生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図る。
令和5年度 実績	
内容	<p>①生活支援コーディネーターによる生活支援活動</p> <p>老人会やカフェサロンはじめ、高齢者が集う介護予防事業や社会福祉協議会の行事、町内で活動する団体に積極的に参加し、地域支援ニーズの把握やネットワークの構築に努めている。研修参加や先駆的に活動している他市町村のコーディネーターとも連携し活動を行っている。</p> <p>●ゴミ出しで困っている方への支援</p> <p>ゴミステーションまで運ぶのが大変な方がいるという地域のニーズに対し、地域にいるボランティアとつなぐことで、ボランティアポイント事業と合わせてゴミ出し支援をおこなった。</p> <p>市街地区 5件実施 / 農家地区 1件希望あり調整中に施設入所となり未実施</p> <p>②協議体の設置</p> <p>生活支援コーディネーターと生活支援サービスの提供主体等が参画し、情報共有、連携及び協働による体制整備の推進を行う。</p>
評価	町内で活動するボランティア団体やカフェサロンのスタッフなどから現状や課題を聞き取り、課題解決に向け新規事業を進めてきた。高齢者等への生活支援としてゴミ出し支援ボランティアを5件コーディネートした。町の情報を活かし生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことができています。
令和6年度 計画	
内容	令和2年度より社会福祉協議会へ事業を委託。引続き連携を図り住民の活動の場へ赴き、住民とともに地域づくりを念頭に置いた活動の推進を図っていく。令和6年度は、子ども食堂開催によるシニア世代の役割の創出や多世代間交流の場を確保する。

事業名	【認知症総合支援事業】認知症初期集中支援推進事業
目的	認知症になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるために、効果的な支援が行われる体制を構築する。
令和5年度 実績	
内容	<p>認知症初期集中支援チーム</p> <p>事業対象者：実6件延べ13件（前年度からの継続5件）</p> <p>認知症が疑われ、介護・医療サービスを受けていない、または中断している方。サービスを受けているが症状が顕著で対応に苦慮している方。</p> <p>認知症サポート医：ポロナイクリニック 高塚直裕精神科医師</p> <p>チーム員：保健師2人、介護福祉士1人</p> <p>チーム員会議：5回開催（対象者がいないため開催しない月もあった）</p> <p>認知症初期集中支援チーム検討委員会の開催 2回 ※地域包括ケア推進会議と同時開催</p>
評価	医療にも介護にもつながっていなかった方をチーム員の関わりにより専門医に繋いだり、介護サービスに繋ぐことができた。認知症サポート医による専門的な助言により、広い視点で対象者や家族を支援することができたと思われる。
令和6年度 計画	
内容	<p>認知症初期集中支援チームでの支援</p> <p>複数の専門職で、認知症が疑われる人、認知症の人とその家族に対し、初期の支援を包括的・集中的に行い支援する。</p> <p>チーム員会議 月1回開催予定</p> <p>認知症初期集中支援チーム検討委員会の開催 年2回</p>

事業名	【認知症総合支援事業】認知症地域支援・ケア向上事業
目的	認知症になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるために、効果的な支援が行われる体制を構築する。
令和5年度 実績	
実績	<p>認知症地域支援推進員の配置：社会福祉士1名、保健師1名、介護福祉士1名</p> <p>医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症の方やその家族を支援する相談業務を行った。認知症地域支援推進員として新任1名（保健師）、現任1名（介護福祉士）が研修を受講し推進員としての役割や活動について学びを深めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●認知症カフェ～なんぼろカフェサロン7カ所を認知症カフェとしている。 認知症があっても元から参加していたり、認知症になってもそのまま継続して参加することができ、地域の中で認知症のあるなしにかかわらず、参加できる場となっている。</li> <li>●チームオレンジ（R5年3月より）～カフェサロンスタッフと認知症支援推進員で、チームオレンジとして実践している。</li> <li>●普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和5年9月 アルツハイマーデー、世界アルツハイマー月間に合わせ実施。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・広報9月号への掲載</li> <li>・パネル展実施（あいくる）</li> <li>・ぼろろ図書室での認知症本コーナー設置</li> </ul> </li> <li>・『認知症あんしんガイド（認知症ケアパス）』の内容検討</li> <li>・認知症サポーター養成講座の周知</li> </ul> </li> </ul>
令和6年度 計画	
内容	<p>地域の実態に応じた認知症施策の推進にむけ研修等参加し学びを深める。また、医療機関や介護サービス等地域の支援機関との連携を図り、認知症の方やその家族を支援していく。</p> <p>認知症についての理解を普及していくことを目的に普及啓発に向けて具体的に検討、実践していく。</p>

## 4. 任意事業

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にするため、地域の実情に応じた必要な支援を行うことを目的とする。

事業名	介護給付費等費用適正化事業
目的	利用者に適切なサービス提供とケアプラン作成の向上を図り介護給付費の適正化につなげる。
令和5年度 実績	
内容①	居宅介護支援事業所のサービス提供状況において、適切なケアマネジメントが行われているか確認を行う。
実績	要介護1または要介護2で認知度Ⅱ以上の利用者または、新規に要介護認定となった利用者、サービス付き高齢者住宅入居者のケアプランについて適切なケアマネジメントが行われているかを確認を行った。(1事業所 5件)
内容②	住宅改修等の点検
実績	被保険者の身体状況や工事見積り、写真や図面で適正な改修であるか確認を行い、不適切な改修の防止に努めた。また、福祉用具購入では、必要に応じて介護支援専門員等の関係者に確認を行うなど、申請理由の内容から用具の必要性の確認も行った。
内容③	縦覧点検と医療情報との突合(年12回 月1回)
実績	介護給付と医療給付の情報を突合し、不適正な請求がないかサービスの整合性等を点検する。
内容④	介護給付費通知(年1回 2月頃)
実績	サービスの利用実績について通知を郵送することで、サービス利用の意識啓発を図る。
評価	介護給付費の適正な執行のため、保険者として本事業に取り組んでいく必要がある。
令和6年度 計画	
内容	町の介護給付の動向を把握した上で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員とケア計画やサービス提供状況など情報交換や計画とサービス内容の検討を行う。 また、医療給付情報突合リストの確認も引き続き行う。

事業名	成年後見制度利用支援事業
対象	市町村申立に係る低所得の高齢者
令和5年度 実績	
内容	成年後見制度の申立に要する費用や成年後見等の報酬の助成を行う。
実績	申立件数 0件
評価	高齢者の増加に伴い、認知症高齢者も増えてくることが予想され、成年後見制度(権利擁護)の支援が必要となる方も増えてくることから、適正な利用に繋がるよう支援を行う必要がある。
令和6年度 計画	
内容	成年後見制度において職員間で知識を深めることを目的に職員向け研修会を実施し、必要な方や家族に対して情報提供できるための包括的支援を適切に行える体制づくりを図る。 成年後見制度等の普及啓発に努め、制度利用事業の支援を行っていく。

事業名	【家族介護支援事業】介護者サロン
目的	介護者が高齢者に関する正しい知識を得ることができ、介護者同士が交流することにより心身のリフレッシュを図る。
対象	要介護者を介護する家族等
令和5年度 実績	
内容	知識の習得、情報交換、介護者同士の交流
場所	あいくる
実績	年12回（毎月開催） 実人数10人 延べ人数31人 ●交流会 令和5年10月27日（金） 10名参加 『介護負担を軽減できる道具たち』、福祉用具のお試し体験、会食 講師 マルベリー 児玉光氏、阿木芳則氏
評価	令和5年度より毎月開催としたが、1～2名の月が多く1回の参加者が少ない状況であった。10月開催した交流会は参加者が10名と多く、テーマがある方が参加者が参加しやすい様子が見受けられたため、来年からは毎回テーマを設けて2ヶ月ごとの開催とする。介護している方同士での情報交換はお互いに励みになっている。
令和6年度 計画	
内容	参加者が参加しやすいよう負担にならない程度の開催として2か月に1回の開催に変更し、毎回テーマを設けて介護知識の習得、サービス利用に向けての情報提供、介護者同士の情報交換や交流を行う。10月には会食を含めた交流会を開催し、介護者にリフレッシュしてもらうこととする。 更新認定時の結果に日程お知らせ文章を同封し新規参加者の勧奨を行う。

事業名	【地域自立生活支援事業】認知症高齢者見守り事業
目的	認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進を図る。
令和5年度 実績	
内容	<p>&lt;認知症サポーター養成講座&gt; 南幌中学校27人（9月25日）、はれっば・ドトール職員11人（10月16日） 稲穂新生会20人（2月27日） （延べ3回、延べ58人）</p> <p>&lt;認知症サポーターステップアップ養成講座&gt; 今年度実施なし</p> <p>&lt;安全安心見守りネットワーク事業&gt; 高齢者や障害者、子どもの見守りを必要とする方を町と民間事業所等が連携し、異変の早期発見、必要な援助をし、住み慣れた地域で安全安心に生活できるようにする。</p> <p>&lt;認知症高齢者等SOSネットワーク事業&gt; 所在不明となった認知症高齢者を関係機関の連携で速やかな発見・保護とその後の予防、登録を行い、見守りを整備する。 登録者数 39人（うち新規登録者数～9人）</p> <p>&lt;認知症高齢者等見守り機器貸与支援事業&gt; 徘徊行動のみられる（または恐れのある）認知症高齢者等やご家族にGPS端末機（パソコンや携帯電話から位置情報を確認できるもの）を貸与し、安心な生活を支援する。SOSネットワークへの登録を必須とする。 貸与数 8人（うち新規貸与数～0人、返還数～1人）</p>
評価	認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、本事業を実施し地域づくりを進めていく必要性が高い。
令和6年度 計画	
内容	認知症に関する正しい知識の普及・啓発、地域全体で見守りをすすめる認知症サポーターの養成等を行っていく。



事業名	【地域自立生活支援事業】配食サービス
目的	高齢者の地域における自立した生活を継続できるよう推進するための事業を実施する。
対象	低栄養や認知症、退院時の虚弱等の理由により食事の支度が困難な65歳以上のひとり暮らし・高齢者夫婦世帯。
令和5年度 実績	
内容	管理栄養士のアセスメントにより配食サービスを実施する。 また、自立を促進するために管理栄養士による訪問を実施する。
実績	実人数：39人（令和4年度27人） 新規利用者：11人（令和4年度12人） 食数：延べ5,274食（令和4年度6,673食）
評価	前年度と比較すると実人員や食数に変化がみられるも、新規利用者は例年並みである。 新規利用者はケアマネジャーや保健師を通じての申請が多く見受けられている。 申請時の栄養状態の把握は管理栄養士が中心に行っており、バランスの良い食事摂取による低栄養の回避が在宅生活維持に繋がっている。 また、定期的な配送員の訪問により安否確認になっており高齢者の見守りとしても必要な事業となっている。
令和6年度 計画	
内容	申請受理時、また定期的に管理栄養士による食のアセスメントを行っていく。

事業名	【地域自立支援支援事業】シルバーハウジング生活援助員配置事業
対象	道営シルバーハウジングに居住している高齢者
令和5年度 実績	
内容	生活援助員を派遣して生活指導・相談・安否確認、一時的な家事援助、緊急時の対応等のサービスを提供し、入居者が自立し、安全かつ快適な生活を営むことができるよう在宅生活を支援する。また、集会場で実施する介護予防事業にも参加協力し、入居者が事業に参加しやすい環境づくりを進める。
実績	居住数20件 ■生活相談：延べ174件（健康相談、介護サービス相談、日常生活相談） ■生活援助：延べ249件（身の世話、ゴミ回収、服薬確認、体調不良対応） 集会所で行われている「なんぼろカフェサロン」の事業協力をいただいた。
評価	日常の相談事に迅速に対応し入居者支援となっている。
令和6年度 計画	
内容	生活援助員の派遣を継続し、安心して在宅生活ができる環境づくりに努める。

# 高齢者福祉事業

## <高齢者在宅支援事業>

事業名	あんしんキット見守り事業
根拠・通知	事業実施要領（町単独）
目的	かかりつけ医や服薬の内容、緊急連絡先を記入し容器に入れ冷蔵庫に保管することにより、緊急時、本人が話せない状態であっても救急隊員、医療従事者等に必要な情報伝達と迅速な対応を図り、人命の安全を確保する。
対象	65歳以上の単身世帯、高齢者夫婦世帯、その他世帯（高齢者のみの世帯等） ※4月1日現在で、新たに65歳になった方を訪問 ※転入された世帯やこれまでの未設置世帯（70歳・75歳到達者）
令和5年度 実績	
内容	訪問により「あんしんキット」を配布する。
配布	保健福祉課職員、民生委員
配布状況	配布者数 91人/用紙回収 91人 【内 訳】 単身：21人、夫婦・その他：70人 ※令和5度末実績 設置数 1,138人/用紙回収 962人 ※75歳以上の設置 人口1,398人中、設置者数 760人（54.4%）
情報更新 評価	広報により、情報更新を促すとともに、保健師の活動の中で確認をする。 新規配布については、民生委員を中心に配布を行い、民生委員と地域の高齢者との顔つなぎにもなっている。 あんしんキットは主に救急時の連携に使用されているが、広報等で情報用紙の確認を促しているものの内容の更新が行われていないことが懸念されるため、平成30年以前から更新がされていない一人暮らし世帯を対象に民生委員にご協力をいただいた。
令和6年度 計画	
内容	新規対象者に訪問により「あんしんキット」を配布する。70歳・75歳で以前、配布を希望しなかった方に再勧奨を行う。 情報用紙の更新は、令和元年度以前から更新が行われていない方を中心に実施する。ケアマネジャーが担当している方は居宅介護支援事業所に協力を得る。

事業名	福祉用具相談・福祉用具レンタル事業
根拠・通知	なし（町単独）
対象	介護保険適用外の高齢者、又は要介護認定者で一時的な退院等で福祉用具を必要とする者
令和5年度 実績	
内容	退院に向けての在宅生活への移行のための外泊期間中に自立を支援するための福祉用具一時的な貸し出しを実施する。
実績	13件 ポータブルトイレ（3件）、歩行車又は歩行器（1件）、4点杖（1件）、シャワーチェア（6件）、バスグリップ（2件）
評価	介護認定が出るまでの期間に一時的に福祉用具を利用し、認定後介護保険給付による貸与に切り替える利用者が増えている。
令和6年度 計画	
内容	介護給付が始まる前の方や介護保険サービスで対応できない方等へ必要時貸出しを行い、安全な環境づくりに努める。

事業名	緊急通報装置設置事業
根拠・通知	事業実施要綱（町単独） ※ふるさと応援寄付金活用事業
対象	①75歳以上の1人暮らしの方 ②概ね65歳以上の1人暮らしの方で、健康状態、身体状況又は日常生活動作に支障がある方 ③65歳以上の高齢者夫婦のみの世帯で、次のいずれかに該当する方がいる世帯（ア 重度障がい者 イ 要介護3以上の認定者）
令和5年度 実績	
内容	緊急通報装置（端末機、ペンダント式発信機）の無償貸与 （★利用者負担：発信に係る通話料）
実績	■設置件数 76件（令和4年度：86件） 【内訳】①シルバーハウジング 20件 ②一般住宅 56件（新規設置3件） ■撤去件数 15件（施設入所3、死亡3、転出2、シルバー入所0件、その他7）
評価	昨年より設置件数は減少しているが、今後も必要な方は増えていくものと思われる。
令和6年度 計画	
内容	サーバーの耐用年数を考慮し、機種変更を含め今後検討を行う。 引き続き設置が必要な高齢者へ事業の内容を説明し設置を勧め、安心した住まいを提供できる環境づくりに努める。

事業名	除雪サービス事業
根拠・通知	事業実施要綱（町単独） ※ふるさと応援寄付金活用事業
対象	疾病、身体障がい等により除雪作業が困難な70歳以上の高齢者のみの世帯、又は身体障害者手帳の交付を受けた者のみの世帯
令和5年度 実績	
内容	①公道から住宅まで（おおむね距離10m、幅1.2m程度）の除雪 （※人力、又は除雪機による除雪） ②公道除雪が終えた後の自宅間口に残る雪の除雪（※除雪作業車による除雪） 利用料金1シーズン 4,000円～6,000円 （公道除雪期間：12月1日～3月31日）
実績	①申請件数 99件（新規利用者：23件 / 継続利用者：76件） ②利用決定 89件のうち 除雪①37件 / 除雪②52件（うち農業法人8件） ※令和4年度利用決定者数：94件
評価	対象年齢を70歳以上に引き上げたことで、利用決定人数が若干減少したが事業のニーズは高く、継続して利用できる体制が必要である。
令和6年度 計画	
内容	農家地区の作業事業者が少ないことが課題となっている。今後の方針について検討を行う。



事業名	高齢者等住宅屋根雪下ろし助成事業
根拠・通知	事業実施要綱（町単独） ※ふるさと応援寄付金活用事業
対象	町内に住所を有し、一戸建て住宅（借家を含む。）に居住する世帯全員の町民税が非課税で、次のいずれかに該当する世帯 ①65歳以上の高齢者のみの世帯 ②障がい者が属する世帯（身体障害者手帳1級及び2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級と判定された者） ③ひとり親世帯（18歳以下の子とで構成する世帯）
令和5年度 実績	
内容	1回の雪下ろしに要した費用の3分の2の額に対し、3万円を上限とし、助成対象期間（1～3月）に2回まで助成する。
実績 評価	登録者 16件、助成件数 11件 ※令和4年度：登録者 12件、助成件数 8件 降雪量によって助成件数の増減に影響があり、昨年度と比較して登録者数、助成件数ともに増加した。
令和6年度 計画	
内容	高齢者の安全な住まいの確保に向けて、住民に周知し事業を行っていく。

# 地域密着型介護サービス事業所・居宅介護支援事業所について

## 1 事業所指導について

### ① 運営指導

運営指導とは、介護保険法及び南幌町指定介護保険事業者等指導及び監査実施要綱の規定に基づき、町が指定権限のある介護事業所へ町職員の介護担当者が事業所へ出向き、適正な事業運営（ケアマネジメントやコンプライアンスに則った業務）が行われているか定期的に確認するものです。

国では原則として指定期間内（6年）に1回実施することが望ましいとされていますが、本町では、各施設2年に1回の割合で実施していましたが、令和5年度より事業所等の負担を考え3年に1回実施することといたしました。

現在、町が指定権限をもっている介護サービス事業所は本資料次ページに記載の、4事業所指定更新状況についての表にあります7つの介護サービス事業所となっています。

#### 【開催実績】

令和5年度 グループホーム「鶴城の郷」、デイサービスセンター「みどり野」

令和6年度 グループホーム「なかま」、南幌みどり苑居宅介護支援事業所

### ② 集団指導

実地指導が個別で行なわれるのに対し、対象となる事業者を一定の場所に集めて行なう指導を集団指導といいます。

【実施日】 令和6年3月26日（火） 15時00分～16時00分

【対象施設】 地域密着型サービス事業所（5事業） 管理者5名

【主な内容】（1）令和6年度介護報酬改定について

（2）高齢者虐待防止・身体拘束廃止について

（3）条例改正の概要について

## 2 各事業所の運営推進会議の実施状況について（令和5年度）

運営推進会議とは、利用者、町職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービスの内容等を地域に公表することで、サービスの質を確保することを目的として実施されています。

開催頻度は、おおむねグループホームは2か月に1回、通所介護では半年に1回とされており、各施設における報告事項や協議などを行っています。

事業所名	実施年月日
みどり野の郷	令和5年4月27日、6月22日、8月24日、10月26日、12月21日 令和6年2月22日
福音の家	令和5年9月28日、11月30日、12月27日 令和6年1月31日、2月28日、3月28日
鶴城の郷	令和5年4月20日、6月20日、8月21日、10月20日、12月20日 令和6年2月20日
なかま	平成5年5月26日、7月21日、9月21日、11月24日 令和6年1月29日、3月22日
DSみどり野	令和5年7月12日、令和6年1月31日

### 3 グループホーム連絡会議について

認知症ケアなどにおける介護の実践報告を通して、ケアの質の向上を図るとともに介護従業者の情報交換の場として年2回実施。

#### 【開催日及び内容】

令和5年度については、施設の立ち入り制限等に伴い、令和5年5月18日1回のみ実施。

### 4 事業所指定更新状況について

#### ■指定更新時期（指定更新は6年ごと）

事業所名	指定年月日	期間満了日	事業所の状況
グループホーム みどり野の郷	平成30年 12月19日	令和6年 12月18日	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
グループホーム 福音の家	令和2年 9月1日	令和8年 8月31日	
グループホーム 鶴城の郷	令和3年 9月30日	令和9年 9月29日	
グループホーム なかま	令和3年 11月28日	令和9年 11月27日	
デイサービスセンター みどり野	令和5年 8月31日	令和11年 8月30日	認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護
居宅介護支援事業所 アザレア	令和2年 4月1日	令和8年 3月31日	居宅介護支援事業所
南幌みどり苑 居宅介護支援事業所	令和2年 4月1日	令和8年 3月31日	居宅介護支援事業所

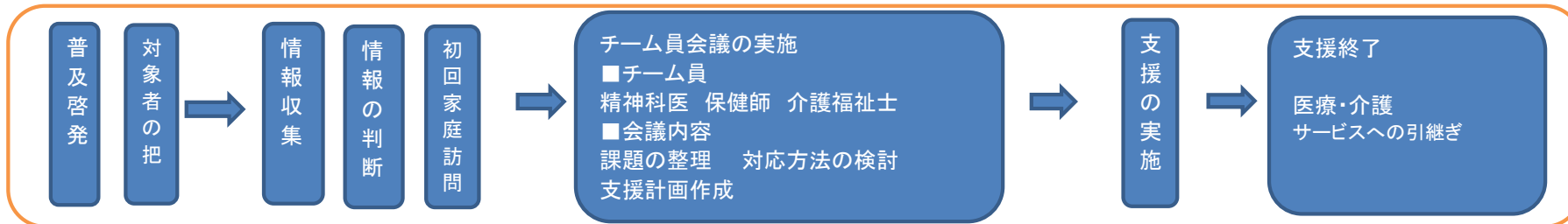
## 令和6年度 地域密着型サービス事業所

### 「グループホームみどり野の郷」の指定更新スケジュール

- 1 事業所の種類 認知症対応型共同生活介護  
介護予防認知症対応型共同生活介護
- 2 指定期間満了日 令和6年12月18日（水）
- 3 更新業務スケジュール（予定）
  - （1）9月下旬 事業所へ指定更新案内及び申請書等の提出依頼通知
  - （2）10月下旬 町への申請書等提出期限  
※申請書等書類審査
  - （3）11月中旬 事業所に対する実地確認  
※書面協議資料作成
  - （4）11月下旬 地域包括ケア推進会議委員への指定更新書面協議
  - （5）12月上旬 地域包括ケア推進会議委員からの書面協議回答報告期限
  - （6）12月18日 事業所へ指定更新決定通知書の送付

# 令和5年度認知症初期集中支援チーム 活動実績

対応件数実 6件(前年度からの継続 5件)延べ 8件 チーム員会議開催数 5回



支援対象者の状況				認知症の診断		対象者の把握経路	支援開始時		本人の状況(上段) 主な支援(下段)	支援開始後			
年齢	性別	世帯状況	介護度	認知症自立度※1	専門医の受診		病名※2	医療の有無		介護サービスの利用	医療の有無	介護サービスの利用	
①	82歳	女	独居	要支援1	自立	あり	不安症	本人からの相談	あり(専門医)	なし	すでに通院しているが不安が強い。精神科に通院しているが病気の受け止めができず、不安の訴えが強い。家族との関係も悪くなってしまっている。	あり(専門医)	なし
②	86歳	女	息子夫婦との3人暮らし	要介護2	Ⅱb	あり	③ 混合型	息子からの相談	あり(内科)	なし	意欲低下と物忘れがみられてきている。相談内容により専門医受診を勧めその受診に同行した。医師の説明をわかるように家族に伝え理解を深めていただいた。認定後通所サービスにつなげていく。	あり(専門医)	なし
③	83歳	男	息子との2人暮らし	要介護1	Ⅱb	あり	① アルツハイマー	息子からの相談	あり(内科)	なし	認知症が進んできて車の運転が心配。専門医への受診を促し、「認知症」という診断がついたことにより、家族の理解が進み、介護サービスへと結びついた。	あり(専門医)	あり
④	77歳	女	夫との2人暮らし	要支援1	Ⅱb	あり	④ 前頭側頭型	夫からの相談	あり(内科)	なし	「家に帰る」と落ち着かない。家族のこともわからない。専門医への受診を促し、受診したことにより適切な診断と治療や今後の方向性が明確になった。	あり(専門医)	なし
⑤	75歳	女	独居	要介護2	Ⅲa	なし	認知症	本人からの相談	あり(内科)	なし	足が痛い介護相談の電話をくれる。施設に入りたい。介護保険申請をおこない、疎遠であった家族とも連絡をとった。本人、家族の希望により入院から施設入所へと意向していった。	あり(内科)	あり
⑥	76歳	女	夫と息子2人と4暮らし	要介護2	Ⅱb	あり	③ 混合型	近所からの相談	なし	なし	認知機能低下あり、ゴミ分別できず近所から苦情あり。夫や息子の家族と連絡をとることにより、少しずつ家族へ状況を伝えていき、家族の支援のもと医療受診に結び付くことができた。	あり(内科)	なし

※1 認知症高齢者の日常生活自立度 ランクは6段階に分かれます。(自立・Ⅰ・Ⅱab・Ⅲab・Ⅳ・M)

※2 病名 ①アルツハイマー病 ②レビー小体型認知症 ③混合型(アルツハイマー型+脳血管性型) ④前頭側頭型認知症

令和5年度高齢者虐待防止ネットワーク事業 活動実績  
 (経年の相談・通報対応状況)

年度	件数	内訳	件数	虐待の状況	対応
R3	3件	虐待疑いと判断した事例	3件	夫からの身体的虐待 1件  夫からの身体的虐待 1件 妻からの身体的虐待 1件	虐待をした者は事案発生直後専門医に入院となった。その後施設介護での生活に至った。  夫婦での諍いから暴力に至ってしまった。警察が妻からの通報受け介入する。直後、妻は家を出たが、現在は元の生活に戻っている。
R4	0件	虐待通報なし・対応なし	—	—	—
R5	3件	虐待を受けたと判断・対応した事例  虐待疑いと判断した事例	2件  1件	息子からの放棄放任 2件 (夫婦のため、夫と妻で2件)  妻から身体的虐待疑い 1件	認知症が進んでいる高齢者夫婦が劣悪な環境で生活しており体重も減少してきたが息子に連絡しても連絡が取れないとケアマネから相談が入ったケース。放棄放任と判断し対応した結果、家族と連絡がとれるようになり、訪問サービスを追加し在宅生活を調整していったため、虐待対応としては終結とした。  事実確認を行ったが、虐待の事実は確認できず。今後もケアマネと必要なサービスの調整等図る。

令和5年度 地域ケア個別会議からみえてきた地域課題 個別事例の検討 6件

	自立支援に向けた事例	自立支援に向けた事例	自立支援に向けた事例	自立支援に向けた事例	自立支援に向けた事例	自立支援に向けた事例
対象者	Aさん 90歳 要支援2 女性 夫と息子の3人暮らし 農家地区	Bさん 81歳 要支援1 女性 独居 市街地在住	Cさん 78歳 要支援2 男性 妻と2人暮らし 市街地在住	Dさん 72歳 要介護2 女性 夫と2人暮らし 市街地在住	Eさん 86歳 要介護1 女性 独居 市街地在住	Fさん 86歳 要支援1 女性 独居 市街地在住
主な課題	■廃用が進行し、歩行が困難になってきているが、リハビリなどのサービス利用については否定的でサービス導入が難しいケース	■自分の意思で日常を送るが不安や混乱を招く。今していること、できていることをどこまで尊重したらよいか。	■自分の病気を理解しているが、生活を改善しようとしていない方の支援	■在宅生活を希望しているが、医療機関からは療養型病院への転院を勧められており、在宅への道はないのか検討したい。	■認知症があっても地域で支えてもらいながら独居生活を継続できる方法はないか。	■運動や活動の低下を自覚しているが改善のための一歩を踏み出せないケース
個別会議での検討	『リハビリ』ということに固執しない支援はないか、主治医との連携はとれないか、本人と家族との思いの差は何か、今後の支援とした。	薬の飲み忘れについて、必要性を本人、家族と共に確認し服薬が抜けてしまう理由を確認する。認知機能が低下しつつある時期が一番不安をもちやすいため不安を話せる関係性をもつことを今後の支援とした。	本人の思いなど確認しながら、やりたいことを見出し、生活を整える支援を継続、本人の行動が結果として現れた時には一緒に確認していくことを今後の支援とした。	医師の考えと本人家族の思いを一つずつすり合わせして、介護力はあるのか、サービス等を調整しても家に帰れないのか、納得のいく形がとれると良いのではないかと検討した。	現状の生活が見えない部分が多いため、医師に伝わっていないことも多い。訪問看護が入ること専門的な視点から排泄面、栄養面が医師に伝わることで今後の支援も見えてくるのではないかと検討した。	訪問看護が入れているので、訪問看護を通じて身体の変化と本人のやりたい事の差異を見出し、タイミングをはかるのも一つではないかと検討した。
対応・事後	本人より「90歳過ぎの老人はやりたくてもできない」と言われるが、現状家の中での主婦としての役割はできていることを確認し、リハビリでなくても本人と家族にとって現状維持が自立であることの確認ができた。	薬の必要性を伝えた上で、「自分で頑張りたい」という本人の意思を尊重し、できる支援から実施している。周囲のサポートを活用しながら、独居生活をサポートしていくことを確認できた。	医師からの言葉で病状に対する意識が変わり、生活改善に取り組む気持ちになった。運動する一歩までは踏み出せていないが、気持ちは少し出てきたようであるので少しでもできた時は称賛して確認できた。	確認する前に容体が悪化し在宅は難しいということで家族も同意。その後、病院で亡くなった。	現在支援を継続中である。	現在支援を継続中である。



個別事例の検討より明らかになった地域課題

- ① 自立に向けて検討した事例を通して、ご本人の『やりたいこと』を確認し、本人のやりたい事に近づけるためにはどうするか、「ご本人の自立とは何か？」を考え続けることが、在宅での生活を支える上での支援に繋がっていくことを地域にいる職種で共通認識していく。
- ② 地域の課題として、男性介護者は介護者同士のつながりをもちづらく、孤立しやすい傾向にあるため、男性介護者のニーズを今後丁寧に確認していくことも必要である。

# 令和6年度高齢者包括係保健師地区分担表

(令和6年4月1日現在)

担当者名	担当区	世帯数	人口			65歳以上 高齢者数	高齢化率	老人会 加入率	老人会名
			男	女	合計				
紺野	9区	52	64	53	117	48	41.03%	82.14%	晩盛会
	10区	58	71	75	146	65	44.52%	63.75%	翠和会
	11区	102	104	110	214	116	54.21%	50.75%	喜楽会
	12区	65	76	74	150	76	50.67%	/	老盛会(休会H31.1.1)
	稲穂	190	175	208	383	157	40.99%	21.54%	稲穂新生会
	美園	212	351	332	683	23	3.37%	/	老人会なし
	北町	517	471	503	974	410	42.09%	2.75%	北町そよ風会
	緑町	519	543	572	1,115	320	28.70%	6.13%	緑町大地の会
	15区	232	191	230	421	195	46.32%	37.44%	緑南会
	中央	48	47	42	89	26	29.21%	/	老人会なし
	中樹林	51	53	50	103	49	47.57%	80.33%	喜寿会
	合計	2,046	2,146	2,249	4,395	1,485	/	19.95%	
佐藤	6区全体	277	166	269	435	156	/	/	
	6区	221	143	235	378	136	35.98%	21.88%	六友会
	みどり苑	15	3	13	16	15	/	/	
	めぐみ学園	41	20	21	41	5	/	/	
	7区	42	39	51	90	36	40.00%	/	福寿会(休会H30.4.1)
	8区	83	96	109	205	93	45.37%	57.98%	歳鶴会
	13区	36	44	53	97	43	44.33%	/	柳盛会(休会R2.4.1)
	14区	218	147	187	334	159	47.60%	28.02%	健老会
	東町	288	377	342	719	93	12.93%	4.46%	東寿会
	西町	563	550	610	1,160	441	38.02%	7.22%	西町みどり会
	青葉	94	117	115	232	113	48.71%	48.00%	親和会・長生会・湧泉会
	三重	72	83	88	171	82	47.95%	32.61%	親交会 交友会(休会R2.4.1)
	合計	1,673	1,619	1,824	3,443	1,216	/	19.44%	
<b>総計</b>	<b>3,719</b>	<b>3,765</b>	<b>4,073</b>	<b>7,838</b>	<b>2,701</b>	<b>34.46%</b>	<b>19.73%</b>		
令和5年4月1日	3,595	3,647	3,963	7,610	2,645	34.76%			
令和4年4月1日	3,477	3,518	3,848	7,366	2,589	35.15%			
令和3年4月1日	3,486	3,530	3,886	7,416	2,569	34.64%			
令和2年4月1日	3,457	3,542	3,922	7,464	2,542	34.06%			
平成31年4月1日	3,457	3,569	3,969	7,538	2,505	33.23%			
平成30年4月1日	3,446	3,607	4,022	7,629	2,452	32.14%			
平成29年4月1日	3,421	3,669	4,068	7,737	2,388	30.86%			
平成28年4月1日	3,451	3,746	4,145	7,891	2,353	29.82%			
平成27年4月1日	3,449	3,831	4,220	8,051	2,244	27.87%			

※4月1日現在の老人会加入者(60歳以上)を対象として加入率を算出。



# 資料編

- 1.南幌町地域包括支援センター運営方針
- 2.南幌町ケアマネジメントに関する基本方針
- 3.南幌町認知症初期集中支援事業実施要綱
- 4.南幌町高齢者虐待防止ネットワーク事業実施要綱
- 5.南幌町地域包括ケア推進会議設置要綱

# 令和6年度 南幌町地域包括支援センター運営方針

## I 運営方針策定の趣旨

この「南幌町地域包括支援センター運営方針」は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的な考えや理念、業務推進の方針等を明確にするとともに、南幌町とセンターとの役割分担及び連携方針を明確にすることにより、センター業務の円滑で効率的な実施に資することを目的に策定します。

## II 地域包括支援センターの意義・目的

南幌町は、第9期南幌町介護保険事業計画・高齢者福祉計画（令和6年度～令和8年度）の基本理念である「高齢者が住み慣れた地域でいつまでも健康で自分らしい生活を最期まで送ることができるまち」の実現に向けて、令和22年（2040年）を念頭に地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの段階的な構築を目指すため、中心的役割を果たす機関としてセンターを設置します。

センターの設置責任主体は南幌町であることから、南幌町はセンターの設置目的を達成するための体制整備等に努め、その運営について適切に関与する必要があります。

具体的には、地域の関係機関の連携体制の構築など重点的な取り組み方針について、南幌町の各部局とセンターが共通認識のもと、協働して適正な運営に努めます。

南幌町が設置する南幌町地域包括ケア推進会議は、センター運営協議会の役割を果たしセンターの運営に関する事項について、承認や協議、評価する機関として役割を発揮することにより、南幌町の適切な意思決定に関与し、もって、適切・公正・中立なセンター運営を確保します。

## III 基本方針

地域包括ケア体制の構築にはさまざまな機関が関わっているが、センターは、南幌町の包括的支援事業を担う機関であることを常に意識して、以下の事業を効果的に駆使し、業務を行います。

- ①総合相談支援業務
- ②権利擁護業務
- ③包括的・継続的ケアマネジメント業務
- ④介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務
- ⑤認知症施策推進業務
- ⑥在宅医療・介護連携業務
- ⑦地域ケア会議

## IV 重点取組項目

基本方針に基づき、センターが令和6年度に重点的に取り組む事項を次の項目とします。

### 1 地域ケア会議を通じた地域づくり

地域ケア会議等を通じて多職種と地域の支援者における地域のネットワーク強化を図ります。  
また、地域ケア会議や総合相談業務等で発見された地域課題について生活支援コーディネーターと情報共有し住民主体の地域づくりに努めます。

### 2 認知症の人やその家族への支援

認知症に対する正しい理解が地域社会に広がり、認知症になっても住み慣れた地域で安心した生活を送ることが出来るよう、地域の中で支え、見守る体制づくりを進めていきます。

また、かかりつけ医や関係機関等との連携を図りながら、認知症の人や家族の身近な相談窓口として認知症の人や家族を支援します。

### 3 高齢者の権利擁護の推進

高齢者の人権や個性が尊重され、尊厳を保持した生活を送ることが出来るよう、高齢者虐待防止対策や権利擁護に関する取り組みを推進します。

## V 各事業の運営方針

### 1 総合相談支援業務

#### (1) 総合相談支援の実施

高齢者本人や家族、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、職員が情報を共有し、総合的に対応できる体制とします。

具体的には寄せられた多様な相談の内容や実態把握をもとに、専門性、継続性、または緊急性があるかどうかの判断を行い、相談内容に即したサービスや制度に関する情報提供や関係機関への紹介などにより、自ら解決できるように支援を行います。

また、継続的、専門的な相談が必要な場合は支援計画を作成し、適切なサービスや制度につなぐなど継続的な支援を行います。

#### (2) ネットワークの構築

地域の関係者と信頼の置ける関係を作り、情報・相談が寄せられやすい、身近なセンターの運営に努めます。支援を必要とする高齢者を早期に見出し、適切な支援につなぐとともに、継続的な見守りや更なる問題の発生防止に努めます。

### 2 権利擁護業務

#### (1) 高齢者虐待の相談対応

ケアマネジャーや介護サービス事業所、医療機関などの関係者または民生委員児童委員などの地域の関係者などからのさまざまな相談の中から、高齢者の権利侵害を見落とさないよう、情報を共有し、早期発見に努めます。

また、虐待事例については、速やかに南幌町に通報し、その現状から深刻な事態に陥らないよう問題解決を図ります。

#### (2) 高齢者虐待の防止・啓発

地域において民生委員児童委員等、関係者に対し相談窓口の周知のための啓発活動を行います。

また、高齢者虐待防止のための啓発を南幌町と連携して行います。

#### (3) 高齢者の権利擁護にかかる制度の周知と利用支援

認知症の人や独居高齢者、高齢者のみの世帯の増加など、自分では権利を守ることの困難な高齢者が、成年後見制度などを積極的に活用できるよう支援します。

#### (4) 消費者被害の防止

関係機関との連携のもと、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応により被害を未然に防ぐよう支援します。

### 3 包括的・継続的ケアマネジメント業務

#### (1) ケアマネジャーに対する支援

ケアマネジャーの日常業務の実施に関して、専門的な見地からの個別指導や相談への対応を行います。

また、ケアマネジャーが受け持っている支援困難事例について、ケアマネジャーが問題解決に対処できるよう、多面的な後方支援を行います。

#### (2) ケアマネジャー同士のネットワークづくり

ケアマネジャー同士のつながりを構築することで、ケアマネジャーがやりがいを感じて仕事を続けていくことができるよう支援を行います。

### 4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務

対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、対象者の意欲を引き出し、自主的に取り組みを行えるように支援します。

また、ケアマネジメント実施については、積極的に地域の様々な社会資源を活用し、対象者が地域において、生きがいや役割を持ち、活動性が高められるよう努めます。

なお、居宅介護支援事業所に委託している要支援認定者等のケアマネジメントについては、ケアマネジャーからの報告・相談を受けながら、ケアマネジャーの作成したプランを元にサービス担当者会議等で自立支援を促すプランの共有を行っていきます。

### 5 認知症施策推進業務

センターを中心に南幌町と連携し、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために、次の事業並びに生活支援コーディネーターとともに住民主体の地域づくりの活動を行います。

#### (1) 認知症の正しい理解に関する普及啓発

地域住民や関係機関等が認知症の人やその家族を地域の中で支え、関係機関との見守り体

制を構築するために、認知症に対する正しい知識の普及を行います。

また、認知症キャラバン・メイトと連携・協力し、認知症サポーター養成講座を活用した取り組みを行います。

## (2) 認知症の人やその家族への支援

認知症の進行状況に合わせ、適切なサービスが提供できるよう南幌町の作成する認知症ケアパスを用いて支援を図ります。

また、センターの相談窓口の周知を行い、相談に対しては迅速に必要な支援を行います。

今年度は、地域の中での支援充実を図るため、南幌町・社会福祉協議会・地域で活動する民生委員やボランティアと連携を図りチームオレンジとして認知症カフェでの取り組みを検討していきます。

## (3) 認知症初期集中支援チーム員活動

認知症の人やその家族が抱える多様な問題を解決するため、南幌町が設置する認知症初期集中支援チームのチーム員として活動します。かかりつけ医や関係機関とのネットワークの構築のための取り組みを行います。

## 6 在宅医療・介護連携業務

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、町民への意識の醸成や、医療機関と介護事業所等の関係者との連携強化に協力します。

また、多職種による情報交換会や研修会に参加し、高齢者が人生の最後まで住み慣れた地域で暮らし続けるための医療・介護連携における問題解決のための連携に努めます。

## 7 地域ケア会議

今後、高齢者の一人暮らしや高齢夫婦のみ世帯、重度の要介護者、認知症の人など、支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる中、医療と介護そして地域が連携して高齢者を支援していく地域包括ケアシステムの深化・推進が重要であり、その実現に向けての方法として地域ケア会議を進めていきます。

### (1) 地域ケア個別会議の開催

個別事例の検討を通して、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活が継続できるよう、専門職や地域の支援者が協力して個別課題解決に向けた協議をする場として個別地域ケア会議を開催します。

支援困難ケース等の支援内容を検討する地域ケア個別会議と、自立支援に資するケアマネジメントの検討を行う自立支援型地域ケア個別会議との実施により、自立支援・重度化防止に向けた機能拡充を図ります。

### (2) 地域包括ケア推進会議への報告

個別地域ケア会議を通じて把握された地域課題について、地域包括ケア推進会議にて報告を行います。また、明らかになった地域課題に対し、これを解決するための政策を南幌町に提言を行います。

## VI 個人情報の保護と公正・公平、中立性の確保

### (1) 個人情報の保護とプライバシーの確保

センターの職員は、介護保険法第115条の46第8項の規定により、正当な理由なく、その業務に関して知りえた秘密を洩らしません。

相談支援に必要な個人情報については、町が管理する健康管理システムにより管理します。センターの高齢者等の情報はパスワードによって管理するとともに、台帳類は鍵のかかるロッカーに保管し、センター職員以外が取り扱うことはできません。

個人情報並びにシステムの取り扱いにあたっては、南幌町個人情報保護条例（平成12年12月13日条例第34号）を遵守します。

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。

### (2) 公正・公平、中立性の確保

センターは、南幌町の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」であることから、公正で中立性の高い事業運営を行います。

南幌町はセンターの運営が適切に行われているかを常に把握するとともに、適切な運営についての評価を地域包括ケア推進会議に諮ります。

## 1. 作成の根拠

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組が制度化され、これに対する評価指標が示されている。様々な評価指標のうち、ケアマネジメントについては、高齢者の自立支援、重度化防止等に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、保険者が介護支援専門員に対して基本方針を指し示すことが明記されている。

このため、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有し、より良い介護保険事業の運営を目指すために基本方針を作成するものである。

## 2. 法の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。（介護保険法第1条）保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められている（同法第2条第2項）とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり（同法第2条第3項）、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

### ※介護保険法第1章総則第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

### ※介護保険法第1章総則第2条（介護保険）第2項

〈略〉保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

### ※介護保険法第1章総則第2条（介護保険）第3項

〈略〉被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

## 3. ケアマネジメントについて

- 介護保険制度の理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたものが「ケアマネジメント」である。
- 高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。
- 「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、介護支援専門員が中心となって、次の手順により実施される。



## 【ケアマネジメントの手順】

①要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析する。（アセスメント）



②総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる。（プランニング）



③ ①及び②について、支援に関わる専門職間で検証・調整し（サービス担当者会議）、認識を共有した上でケアプランを策定する。



④ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況変化等を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

### 4. 本町におけるケアマネジメントの基本方針について

これまでに示した、介護保険法の理念に基づき、「自立支援」を『加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により、要支援・要介護状態になっても、主体的な選択により、介護サービスやその他の支援を利用しながら、自分が望む生活の質が保たれた自分らしい生活を営むことに対する支援』と定義する。

自立支援のためのケアマネジメントを行っていくためには、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから、「自立支援型地域ケア個別会議」「給付実績を活用した医療情報との突合・縦覧点検等」「実地指導」等のあらゆる機会を通じて、保険者として介護支援専門員への支援を行うこととする。

## 5. 本町におけるケアマネジメントの取組方針について

ケアマネジメント業務においては、介護支援専門員は下記に留意して取り組むこととし、町はこれに対して支援を行うこととする。

### [総合事業対象者のケアプラン]

#### 重点留意事項

- 高齢者自身が地域において自立した日常生活が送られるよう支援するものとなっているか。
- 生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめることなく、自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしているか。
- 状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業などの利用について検討し作成されているか。
- 利用者本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成しているか。
- 地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になることを目指したものであるか。

### [要支援者のケアプラン]

#### 重点留意事項

- 利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活を営めるよう配慮されているか。
- 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービスと福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的・効率的に提供されるよう配慮されているか。
- 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類や事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に作成されているか。
- インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。
- 多職種からの助言を取り入れているか。
- 状態改善、重度化予防に資するケアマネジメントが行われているか。

## [要介護者のケアプラン]

### 重点留意事項

- 利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を行っているか。
- 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。
- 専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況（介護力、家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について情報収集を行っているか。
- 利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているか。
- 支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族ができること（ストレングス）をアセスメントしているか。
- 困っていることのみを把握するのではなく、予後予測（危険性の予測）にたった視点でアセスメントしているか。
- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。
- 自立に向けた支援、利用者のQOL を高める視点で分析をしているか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- 個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者の目指すその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識しているか。
- どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点があるか。
- 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされているか。
- 自立支援を目標とするものになっているか。
- 多職種からの助言を取り入れているか。
- 利用者本位のサービスが位置づけられているか。
- インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。
- 利用者自身は、どのような生活を目指したいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているか。
- 個別性のあるものとなっているか。（生活に本人の意向を取り入れ、漫然と利用者全員が同じ生活となっていないか。）
- 機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立支援、重度化防止のものとなっているか。
- 地域との交流について地域資源を利用し、環境の充実を図っているか。

**改正**

令和2年3月31日告示第40号

南幌町認知症初期集中支援事業実施要綱

(目的)

**第1条** この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第2項及び南幌町附属機関設置に関する条例（令和元年南幌町条例第18号）第7条の規定に基づき、認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

**第2条** 事業の実施主体は、南幌町とする。ただし、この事業の全部又は一部について、町長が適当と認める団体等に委託することができる。

(対象者)

**第3条** 事業における訪問支援の対象者は、原則として40歳以上で、在宅で生活しており、かつ、認知症が疑われる者又は認知症の者であって、次のいずれかに該当する者（以下「訪問支援対象者」という。）とする。

(1) 医療及び介護サービスを受けていない者又は中断している者で、次のいずれかに該当する者とする。

- ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- イ 継続的な医療サービスを受けていない者
- ウ 適切な介護サービスに結び付いていない者
- エ 介護サービスが中断している者

(2) 医療及び介護サービスを受けているが、認知症の行動及び心理症状が顕著なため、その家族等が対応に苦慮している者

(支援チームの構成)

**第4条** 支援チームは、専門職2人以上及び専門医1人をもって構成する。

2 専門職は、次の各号を全て満たす者とする。

(1) 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又は

これらに準ずるものであり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

(2) 認知症ケアや在宅ケアの実務及び相談業務等に3年以上携わった経験がある者

(3) 国が別途定める認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、必要な知識及び技能を修得する者。ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が同研修を受講していないチーム員に受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

3 専門医は、日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師とする。

4 前項に定める医師の確保が困難な場合には、当分の間、次の各号のいずれかの医師も認めることとする。

(1) 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のある者

(2) 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有する者  
(認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。)

(支援チームの活動)

**第5条** 支援チームは、次の各号に掲げる活動を行うものとする。

(1) 支援チームの役割や機能についての広報活動に関すること。

(2) 訪問支援対象者及びその家族に対する情報収集や訪問支援、アセスメント等の認知症初期集中支援に関すること。

(3) 認知症初期集中支援における関係機関等との連携に関すること。

(チーム員会議の開催)

**第6条** 支援チームは、訪問支援対象者に医療及び介護サービスが円滑に導入されるように、専門医を含めたチーム員会議を開催し、支援の方向性を決定する。

2 チーム員会議の所掌事務は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 訪問支援対象者の課題や必要な支援についてアセスメントをする。

(2) アセスメント内容に応じて、支援方針、支援内容や支援頻度等を検討する。

3 チーム員会議において、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医や介護支援専門員、関係

課職員等の参加を依頼するものとする。

(検討委員会の設置)

**第7条** 町長は、認知症初期集中支援チーム検討委員会を設置し、支援チームの設置状況及び活動状況について報告及び検討するものとする。

2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の委員は、南幌町地域包括ケア推進会議の委員をもって構成する。

3 委員の任期は2年とし、欠員が生じた場合の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(報酬及び費用弁償)

**第8条** 委員の報酬及び費用弁償は、特別職の職員で非常勤のもの報酬及び費用弁償に関する条例(昭和45年南幌町条例第7号)に基づき支給する。

(秘密の保持)

**第9条** この事業に関係した者は、職務上知り得た個人情報その他の秘密を漏らしてはならない。その職務を退いた後も同様とする。

(その他)

**第10条** この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

#### 附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

#### 附 則 (令和2年3月31日告示第40号)

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

**改正**

平成27年3月31日告示第26号

南幌町高齢者虐待防止ネットワーク事業実施要綱

(趣旨)

**第1条** この要綱は、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（平成17年法律第124号。以下「法」という。）第2条第1項に規定する高齢者への虐待（以下「虐待」という。）からの適切な保護、支援等を図るため、法第3条第1項に基づき実施する南幌町高齢者虐待防止ネットワーク事業（以下「ネットワーク事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(事業の内容)

**第2条** ネットワーク事業の内容は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 早期発見・見守りに関すること
- (2) 保健医療福祉サービス介入に関すること
- (3) 専門機関介入に関すること
- (4) 虐待を受けた高齢者や養護者への支援等に関すること
- (5) 虐待防止の啓発活動に関すること
- (6) 前各号に掲げるもののほか、虐待の諸問題等について必要な事項に関すること

(高齢者虐待防止ネットワーク会議の設置等)

**第3条** ネットワーク事業の実施状況を管理するとともに、前条に基づく事業全体の評価及び見直しを行うため、高齢者虐待防止ネットワーク会議（以下「ネットワーク会議」という。）を設置する。

- 2 ネットワーク会議の委員は、南幌町地域包括ケア推進会議の委員をもって構成する。
- 3 ネットワーク会議に会長、副会長を1人置き、委員の互選によりこれを定める。
- 4 会長は、会務を総理する。
- 5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときには、その職務を代理する。

(コアメンバー会議の設置等)

**第4条** 虐待を受けた高齢者や養護者への対応方針を検討するために、南幌町コアメンバー会議（以下「コアメンバー会議」という。）を設置する。



- 2 コアメンバー会議は、虐待に関する通報又は相談があった際に、迅速に開催し緊急性や保護の必要性等の対応方針を協議する。
- 3 コアメンバー会議の構成員は、保健福祉課職員をもって充てる。
- 4 コアメンバー会議に対応方針を決定するため、必要に応じて関係者を会議に出席させ、意見を求めることができる。
- 5 コアメンバー会議には、必要に応じて個別ケース会議を設けることができる。

(虐待ケースへの介入方法等)

**第5条** 虐待ケースへの介入にあたっては、南幌町地域包括支援センター（以下「包括支援センター」という。）における相談並びにサービス利用調整及び居宅介護支援(ケアマネジメント)における業務手続等によるほか、次の各号に掲げる手順により行うものとする。

- (1) 虐待ケースの発見
- (2) 包括支援センター等への相談及び通報
- (3) 虐待ケースの事実確認
- (4) コアメンバー会議において緊急対応等の必要性の判断
- (5) 支援担当者等による個別ケース会議による対応評価

(立入調査)

**第6条** 法第11条第1項により職員が立入調査の必要がある場合には、同条第2項に基づき立入り及び調査又は質問を行う場合において該当職員は立入証票（様式第1号）を携帯し、関係者の請求があるときはこれを提示しなければならない。

(庶務)

**第7条** ネットワーク事業の庶務は、包括支援センターにおいて処理する。

(秘密の保持)

**第8条** ネットワーク事業に関係する者は、会議等を通じ知り得た秘密を正当な理由なく、漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(その他)

**第9条** この要綱に定めるもののほか、事業の実施その他必要な事項は、町長が別に定める。

#### 附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

#### 附 則（平成27年3月31日告示第26号）

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

**改正**

令和2年3月30日告示第36号

南幌町地域包括ケア推進会議設置要綱

(目的)

**第1条** この告示は、南幌町附属機関設置に関する条例（令和元年南幌町条例第18号）第7条の規定に基づき、南幌町地域包括ケア推進会議（以下「推進会議」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(所掌業務)

**第2条** 推進会議は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 地域包括支援センターについて
  - ア 地域包括支援センターの設置に関すること。
  - イ 地域包括支援センターの運営・評価に関すること。
  - ウ 地域包括ケア個別会議に関すること。
- (2) 地域密着型サービスについて
  - ア 地域密着型サービス事業所の指定及び取消しに関すること。
  - イ 地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬の設定に関すること。
  - ウ 地域密着型サービス事業所の運営・評価に関すること。
- (3) 地域包括ケアについて
  - ア 新しい総合事業（介護予防事業）に関すること。
  - イ 包括的支援事業及び任意事業に関すること。
  - ウ 在宅医療介護連携事業に関すること。
  - エ 認知症施策推進事業に関すること。
  - オ 生活支援体制整備事業に関すること。
- (4) その他推進会議が必要と認める事項に関すること。

(組織)

**第3条** 推進会議は、委員15名以内をもって組織する。

2 委員は次の各号に定める者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 学識経験者

- (2) 医療関係者
- (3) 介護保険サービス事業者
- (4) 各種関係団体
- (5) 町民

(委員の任期)

**第4条** 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

**第5条** 推進会議に、会長及び副会長を1人置き、委員の互選によりこれを定める。

- 2 会長は、会務を総理する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議等)

**第6条** 推進会議は、会長が招集し、会長が議長となる。

- 2 推進会議の議事は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。
- 3 推進会議の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
- 4 会長は、その所掌事務について必要があると認めるときは、委員以外の者の推進会議への出席を求め、その意見を聞くことができる。

(庶務)

**第7条** この会の庶務は、南幌町保健福祉課において処理する。

(報酬及び費用弁償)

**第8条** 委員の報酬及び費用弁償は、特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例（昭和45年南幌町条例第7号）に基づき支給する。

(その他)

**第9条** この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関し必要な事項は、会長が推進会議に諮って定める。

#### 附 則

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

#### 附 則（令和2年3月30日告示第36号）

この告示は、令和2年4月1日から施行する。