

第3章 地域支援事業の取組 地域ビジョンⅠ,Ⅱ,Ⅲ,Ⅳ

被保険者が要介護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し、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。

施策の検討に当たっては、国から提供される介護シセプトや要介護認定情報のデータ等を活用し、個人情報の取扱いにも配慮しつつ、今後これらの関連データの活用促進を図れるよう努めることとする。

また、事業の実施に際しては、保険者機能強化推進交付金等を活用し、事業効果をより一層高める取組を強化する。

なお、地域支援事業の見込量については、第5章第3節に記載している。

【地域支援事業の構成】



第1節 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）**地域ビジョンI**

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は市町村が中心となって、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にすることを目指すものであり、本市においては、平成29（2017）年度から事業開始となった。

生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進、関係者間の意識共有と自立支援に向けたサービス等を推進していくために、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業について新規事業の創設を検討しつつ、引き続き実施することとする。

大田原市の介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

- ・ 介護予防訪問介護相当サービス
- ・ 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

通所型サービス

- ・ 介護予防通所介護相当サービス
- ・ 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
- ・ 通所型サービスC（短期集中型サービス）

介護予防ケアマネジメント

一般介護予防事業

介護予防把握事業

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

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

1. 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

（1）事業内容

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、要支援認定を受けた方、「基本チェックリスト（※）」で該当とされた方（事業対象者）を対象に、介護予防ケアマネジメントのもと、訪問型サービスや通所型サービス、その他の生活支援サービスを提供し、在宅高齢者の支援を行う。

※基本チェックリスト：65歳以上の高齢者に対して、本人の状況を確認するために使用するもの。

①訪問型サービス

要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援及び生活機能低下予防・改善のため、従来の介護予防訪問介護に相当するサービスとそれ以外の多様なサービスを提供する。

②通所型サービス

要支援者等に対し、機能訓練や集いの場等日常生活上の支援及び生活機能低下予防・改善のため、従来の介護予防通所介護に相当する生活機能向上型のサービスとそれ以外のサービスを提供する。

③介護予防ケアマネジメント

要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントするもので、要支援者等の状態や置かれている環境に応じて、本人が自立した生活を送ることができるよう適切なケアプラン作成を支援する。

（2）サービスの構築

平成29（2017）年4月から開始した総合事業サービスについては、介護サービス事業者、社会福祉協議会、地域包括支援センター、国際医療福祉大学等の意見を収集し協議を経てサービスを構築した。

今後、認定者数や認定率、予防給付額や後期高齢者数の伸び率等を集計・分析し、生活支援コーディネーターや第1層・第2層協議体、今後設置を検討する就労的活動支援コーディネーター等の活動によって把握した地域課題や地域資源を踏まえて、住民主体の介護予防活動の推進、生活支援の充実及び高齢者の社会参加促進に努める。

また、サービスの評価・開発・見直し等に当たっては、今後も多方面からの意見収集や協議をしながら、国のガイドラインに基づいて進めるとともに、サービス種別に応じて事業対象者及び報酬単価の弾力化について検討することとする。更に、将来的に不足が懸念される人材確保については、地域医療介護総合確保基金の活用も視野に入れながら、NPOやボランティア、地縁組織等の支援強化を図ることとする。

【介護予防・生活支援サービス事業】

◇訪問型サービス

サービス種別	介護予防 訪問介護相当サービス (ホームヘルプ)	訪問型サービスA1 (えぷろんサービス) ※訪問介護事業所 が実施	訪問型サービスA2 (まごのてサービス) ※訪問介護事業所 以外が実施
基本方針	利用者がその居宅において、要支援状態の維持もしくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、生活の支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の向上を目指すもの。		
サービス内容	従来の介護予防訪問介護員による身体介護、生活援助	部屋の掃除やゴミ捨て等、簡易な生活援助に限る。	
対象者	事業対象者、要支援1、要支援2の方	事業対象者、要支援1、要支援2の方 ※高齢者のみの世帯。敷地内に親族がいた場合は対象としない。	
サービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース 身体介護が必要なケース 	<ul style="list-style-type: none"> 支援が必要とされるケースで介護予防訪問介護相当サービスを使う必要がない方 	<ul style="list-style-type: none"> 左記より軽微で限定的な生活援助
サービス提供時間	事業所による	1回1時間未満	
報酬単位	1回当たりの単価を設定		



【介護予防・生活支援サービス事業の様子】

◇通所型サービス

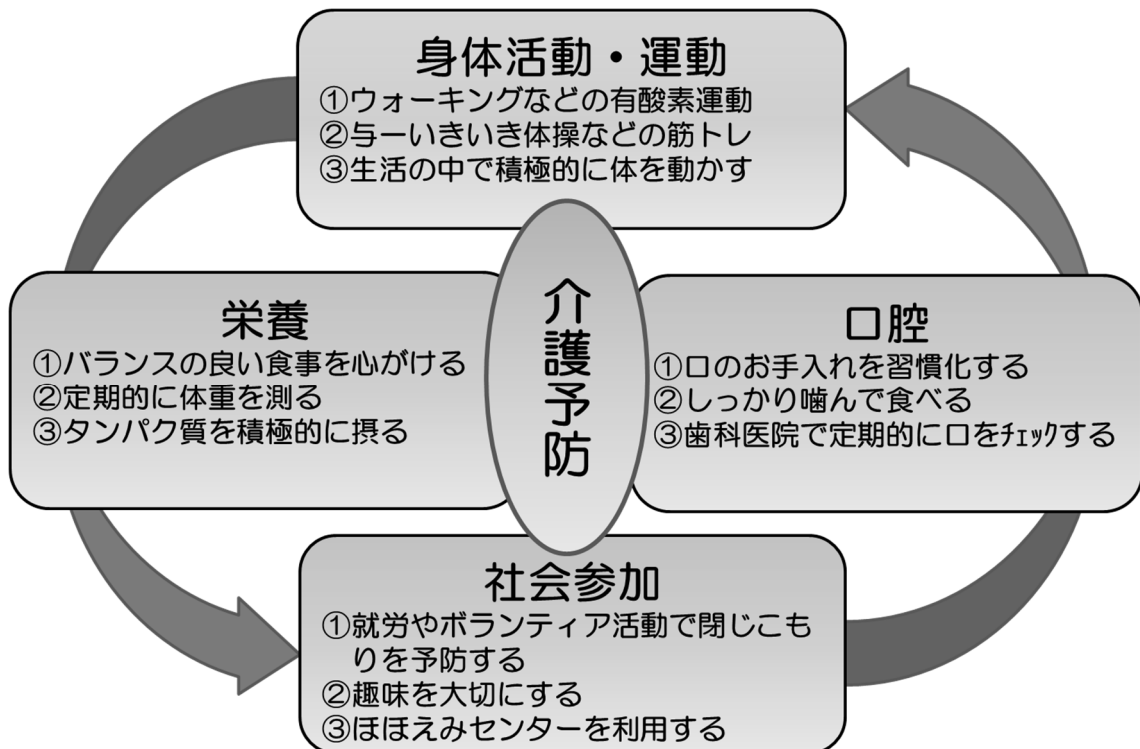
サービス種別	介護予防通所 介護相当サービス (デイサービス)	通所型サービスA (はつらつ デイサービス)	通所型サービスC (短期集中リハビリ教室)
基本方針	従来の介護予防通所介護と同様 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すもの。		利用者に対して、要介護状態等への予防を促し、地域での自立した日常生活を営むことができるよう、事業所への通所によるリハビリテーション専門職(理学療法士や作業療法士等)が支援する「日常生活に支障のある行為の改善(自立)プログラム」を行うことにより、介護保険を「卒業」し、日常生活での自立はもとより、地域活動に参加するための支援を短期集中的に行うものとする。
サービス内容	従来の介護予防通所介護に相当する通所型サービス	介護予防拠点施設(高齢者ほほえみセンター)と従来の介護予防通所介護との間の位置づけとなる簡易な通所型サービス	日常生活に支障のある行為の改善(自立)を目的に、リハビリテーション専門職が行う短期集中型の新しいタイプのデイサービス。 具体的には、利用者の状況に応じて、運動器の機能向上を柱とした次のプログラムを提供するもの。 ・運動器の機能向上 ・生活機能向上(ADL、IADLの改善) ・栄養改善 ・口腔機能の向上
対象者	事業対象者、要支援1、要支援2の方	事業対象者、要支援1、要支援2の方 ※対象者は一人で車の乗り降りができる方に限る。	事業対象者、要支援1、要支援2の方 (対象者は、ケアマネジメントにより次のような支援が必要な方に限る。) ・体力の改善に向けた支援 ・健康管理の維持、改善に向けた支援 ・ADLやIADLの改善に向けた支援
サービス提供の考え方	・既にサービスを利用しているケースでサービスの利用の継続が必要なケース ・通所型サービスAへの移行が難しいケース	・「運動器機能維持」や「閉じこもり予防」を目的としたデイサービス ・食事・入浴の提供は基準上要しない。 ・通所型サービスAのみでサービスを提供する。(単独型)	・週1、2回程度、原則3か月とするが、当該介護予防ケアマネジメントの達成状況等により最大6か月まで延長可とする。 ・「日常生活における自立」が目的。そのため、家屋の状態と生活動線(対象者が生活で主に動く範囲)の評価を実施しながら提供する。 ・食事、入浴の提供は基準上要しない。
サービス提供時間	事業所による	3時間以上	1時間以上3時間以内
報酬単位	1回当たりの単価を設定		月額包括による単価設定【全対象者同一】

2. 一般介護予防事業

介護予防を進めるに当たり、高齢者の心身の状態が自立、フレイル、要支援・要介護、またその状態が可逆的であるというように、連続的に捉え支援するという考えに立って行われることが重要である。

令和元（2019）年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果、介護・介助が必要になった主な原因は高齢による衰弱が最も多かった。これは、身体を動かさないことだけでなく、人との交流が減少するなど、不活発な生活が原因で起こりやすくなる。また、平成30（2018）年度に新規で要介護認定を申請した主な原因は、認知症が最も多く、次いで関節疾患であったことから、フレイル対策の取組を更に充実させ、筋力の低下などの身体的側面だけでなく、認知機能の低下や意欲の低下などの精神・心理的側面や、家に閉じこもりがちとなり人と接する機会が減少する社会的側面など、高齢者へのアプローチを多面的に捉え幅広く考えていく必要がある。つまり、介護予防は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、生活の質の向上を目指すことが求められる。

については、介護予防への積極的な取組が、高齢者自身の心身機能向上や生活の質の向上だけでなく、健康寿命の延伸、介護保険料の基となる介護給付費全体の抑制に影響することを踏まえ、引き続き関係機関と連携しながら一般介護予防事業としての充実を図る。



(1) 介護予防把握事業

基本チェックリストから、何らかの支援を要する可能性のある高齢者を早期に把握し、介護予防に資する情報提供を行う。更に、必要に応じて介護予防活動へつなげる。70歳、75歳の各年度到達者には基本チェックリストによる把握を中心とした実態調査を毎年実施し、介護予防の課題や、地域の課題把握を併せて行う。

【基本チェックリスト該当判定基準】

- ・うつ予防・支援関係の項目を除く1～20項目のうち10項目以上該当する者
- ・運動器の機能向上5項目のうち3項目該当する者
- ・栄養改善2項目該当する者
- ・口腔機能の向上3項目のうち2項目以上該当する者
- ・閉じこもり予防・支援の16に該当する者
- ・認知症予防・支援の18～20のいずれかに該当する者
- ・うつ予防・支援の21～25のうち2項目以上該当する者

① 介護予防実態調査

1) 実施状況

項目	70歳			75歳		
	平成30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度	平成30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和2 (2020) 年度
配布数	1,169枚	1,168枚	1,274枚	703枚	604枚	497枚
回収数	791枚	817枚	930枚	558枚	497枚	389枚
回収率	67.7%	69.9%	73.0%	79.4%	82.3%	78.3%
基本チェックリスト該当者	249人	257人	312人	233人	226人	173人
基本チェックリスト該当率	40.2%	39.7%	42.0%	47.0%	50.2%	49.6%

2) 基本チェックリスト該当状況

わけもなく疲れたような感じがするなどのうつの項目(25.5%)、もの忘れなどの認知機能の項目(22.2%)、固い物が食べにくいなどの口腔機能の項目(14.3%)、転倒に対する不安などの運動器の項目(11.3%)の順で該当が多い。これは、高齢者への介護予防アプローチとして、筋力の低下などに対する運動機能向上だけでは不十分であることを示している。特に本市では、与一いきいき体操を中心に平成18(2006)年度から運動機能向上についての普及啓発に力を入れてきたこともあり、運動器の該当割合は、例年10%前後に抑えられている現状がある。

3) 生活問診票の治療中の病気上位疾患の結果

順位	70歳 令和2(2020)年度	75歳 令和2(2020)年度
1位	高血圧症	高血圧症
2位	脂質異常症	目の病気
3位	糖尿病	糖尿病
4位	目の病気	脂質異常症
5位	心臓病	心臓病

4) BMI (肥満度を示す体格指数) (適正：18.5～25未満)

【令和2(2020)年度 70歳年度到達者】

BMI	18.5未満	18.5以上 22.0未満	22.0以上 25.0未満	25.0以上 30.0未満	30.0以上 40.0未満	40.0以上	判定不能
男性	3.9%	25.7%	43.6%	22.1%	4.1%	0.0%	0.6%
女性	6.0%	33.9%	32.5%	22.6%	2.9%	0.0%	2.1%
全体	5.0%	29.9%	38.0%	22.3%	3.5%	0.0%	1.3%

【令和2(2020)年度 75歳年度到達者】

BMI	18.5未満	18.5以上 22.0未満	22.0以上 25.0未満	25.0以上 30.0未満	30.0以上 40.0未満	40.0以上	判定不能
男性	1.2%	22.8%	45.6%	26.9%	0.6%	0.0%	2.9%
女性	7.3%	29.8%	30.3%	27.0%	2.8%	0.0%	2.8%
全体	4.3%	26.4%	37.8%	26.9%	1.7%	0.0%	2.9%

【令和2(2020)年度 70歳、75歳年度到達者 BMI20以下の方の割合】

項目	70歳	75歳
男性	9.4%	8.2%
女性	16.8%	16.9%
全体	13.2%	12.6%

5) 今後の展開

70歳、75歳の各年度到達者への基本チェックリスト（介護予防実態調査）を経年的に実施し、地域課題の把握を行っていく。その課題を踏まえ、介護予防事業の組立てを検討していく。また、適正体重維持の必要性の普及啓発が重要であると考え、これらの結果を保健福祉部内で共有しながら、高齢期に入る前の段階においても適正体重維持の啓発に力を入れていく。

更に、基本チェックリストの該当状況から、運動機能向上の身体的側面への取組を継続しながら、精神・心理的側面や社会的側面へのアプローチを多面的に実施できるよう、フレイル対策や認知症対策を充実させていく必要がある。

【評価指標】 介護予防把握事業

介護予防実態調査における調査票回収率	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	74.2%	75%	75%	75%

(2) 介護予防普及啓発事業

①おたっしゃクラブ及びその他の取組

高齢者ほほえみセンター等を拠点に、要介護状態になることを予防するため、介護予防に関する知識の普及活動を実施する。なお、多様な専門職が介護予防に関与できるよう、国際医療福祉大学や、栃木県リハビリテーション専門職協会おたわらリハビリテーションネットワーク（通称「おたわらリハネット」）の協力を得ながら実施する。

【健康相談】

一人ひとりの健康問題を明らかにし、自己管理の支援を行う。

【与一いきいき体操の実践】

筋力低下を予防し、運動器機能の維持向上のための運動（与一いきいき体操）の普及に努める。

【健口体操の実践】

口腔機能の重要性について啓発し、口腔機能の低下予防や維持向上のための健口体操の普及に努める。

【知識の普及】

フレイル予防を始めとした、運動器機能向上の重要性、栄養改善、口腔ケア、認知症予防、排尿トラブルの予防、目の健康管理等、様々な介護予防に関する知識の普及を、医療専門職が関わり、多面的に推進する。更に、血圧管理や水分摂取等の重要性についても適宜周知に努める。

【評価指標】介護予防普及啓発事業

		基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
おたっしゃクラブ	実施回数	112 回	110 回	110 回	110 回
	延べ人数	1,785 人	1,600 人	1,600 人	1,600 人
出前おたっしゃ クラブ等	実施回数	11 回	15 回	18 回	21 回
	延べ人数	215 人	250 人	300 人	350 人

②介護予防普及啓発事業の今後の展開

高齢者ほほえみセンター等を拠点に、各地域において介護予防に関する基本的な知識を普及・啓発するための介護予防普及啓発事業「おたっしゃクラブ」を、それぞれの地域性を考慮しながら実施する。

また、各地区組織・公民館等や、住民主体の通いの場等、高齢者による集いの活動を行っている地域には、その活動を支援するため「出前おたっしゃクラブ」を実施していく。

更に、おたっしゃクラブ参加者等には「健康・介護予防手帳」を配布し、関係資料・健康管理表・体力測定結果表等を保存することで、より一層の介護予防に関する意識と意欲の向上を図り、効果的に介護予防を行えるよう支援することとする。

(3) 地域介護予防活動支援事業

地域での介護予防の目的やその特徴に応じ、ボランティアの養成を行っている。介護予防リーダーは、高齢者ほほえみセンター等を拠点に介護予防に関する知識の普及を図り、更に自主活動を推進する担い手として平成18（2006）年度から養成してきたが、平成27（2015）年度を最後に養成講座は終了した。平成28（2016）年度からは新たに介護支援ボランティアポイント制度が開始となり、与一いきいきメイトを養成している。

これらのボランティアが一体となって介護予防活動を推進し、住み慣れた地域で尊厳のあるその人らしい生活を維持することができるように地域と協働して進めることとする。

①介護予防リーダーの活動支援

高齢者ほほえみセンター等を拠点とした地域の介護予防に資する組織の活動支援のため、平成18（2006）年度から平成27（2015）年度までに、449名の介護予防リーダーを養成し、その活動支援を行っている。

【評価指標】介護予防リーダーの活動支援

	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
介護予防リーダーの人数	242 人	242 人	242 人	242 人

【今後の展開】

介護予防リーダーの養成は終了したが、今後も介護予防リーダーのレベルアップを図るなど、交流を続けるための研修会を開催するとともに、他の組織とも連携を図りながら地域の介護予防事業を推進できるよう支援することとする。

②介護支援ボランティアポイント制度

高齢者が、介護予防に資するボランティア活動やその他社会的活動（いきいき活動）を通じて、高齢者自身の社会参加及び介護予防の推進を図り、健康でいきいきとした地域社会づくりを推進していくために介護支援ボランティアポイント制度を実施している。

【評価指標】介護支援ボランティアポイント制度

与一いきいきメイトの 総登録者数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	102 人	120 人	130 人	140 人

【今後の展開】

当該制度が安定して継続的に行えるよう、いきいき活動を行う与一いきいきメイトを養成し、活動継続のための支援を行っていく。

また、令和元（2019）年度に高齢者ほほえみセンター24か所全てで受け入れ可能となったため、調整を行っていくとともに、活動受入れ施設の拡大を検討する。

（4）地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を強化するために、リハビリテーション専門職を活用し、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議及び住民運営の通いの場等において介護予防の取組を総合的に支援する。なお、本事業については、おおたわらリハネットの協力を得て実施する。

【今後の展開】

介護職員等のスキルアップを目的とした介護予防に関する技術的助言を行う。当面は、通所介護サービスもしくは、通いサービスを提供する小規模多機能型居宅介護などの事業所を対象とし、今後、更に他のサービス事業所へ広げていくことを検討する。また、ささえ愛サロン等の地域の通いの場へのリハビリテーション専門職の派遣についても、今後検討する。

(5) 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの視点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき一般介護予防事業全体の改善につなげ、PDCAサイクルに沿って推進する。

3. 高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施

人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくために、高齢者一人ひとりに対するきめ細やかな介護予防と高齢者保健事業の実施の重要性は益々高まっている。「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」による改正後の介護保険法等に基づき、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、介護予防・重度化防止や疾病予防・重症化予防の促進を目指すことが重要である。関係部局との連携を一層深め、従来から行われている生活習慣病の重症化を含めた予防を主な内容とする保健事業と連携し、通いの場における医療専門職の関わり方を検討しながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進することとする。

本市においても、従来から行われている介護予防事業と生活習慣病の重症化を含めた予防を主な内容とする保健事業の更なる連携が重要である。令和4（2022）年度の高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて、関係部局と連携し内容を検討する。

一体的実施を行うに当たっては、介護・医療・健診情報等の活用を含め国民健康保険担当部局等と連携して取組を進める。

4. リハビリテーションサービス提供体制の構築について

高齢化の進展に伴い、医療では限られた医療資源の中で、急性期から慢性期、在宅医療や介護まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携が進められており、医療と介護の連携がますます重要になってきている。リハビリテーションにおいても、要介護者が必要に応じてリハビリテーションを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期のリハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められる。

生活期リハビリテーションの対象となる高齢者に関わる保険者、介護サービス事業所、地域包括支援センター等の関係者間で、介護保険の基本理念である自立支援・介護予防・重症化防止を共有し、更に、高齢者が住民主体の通いの場の活動等に参加している場合があることから、介護サービスだけでなく、他のサービスや活動との連携も重要になってくる。

生活期のリハビリテーションは、単なる心身機能等向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加を可能にし、自立を促すことが重要である。このため、心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけはもとより、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上

を目指すため、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制の構築を検討していく。

また、リハビリテーションサービス指標については、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護老人保健施設の受給による加算算定者数等になっているが、リハビリテーションサービス提供体制を考える上では、地域リハビリテーション活動支援事業との連携が重要になってくる。特に、本市においては、リハビリテーションサービス指標として示されている加算算定状況が、すでに栃木県を上回っている項目が多くある（地域包括ケア見える化システムより）。

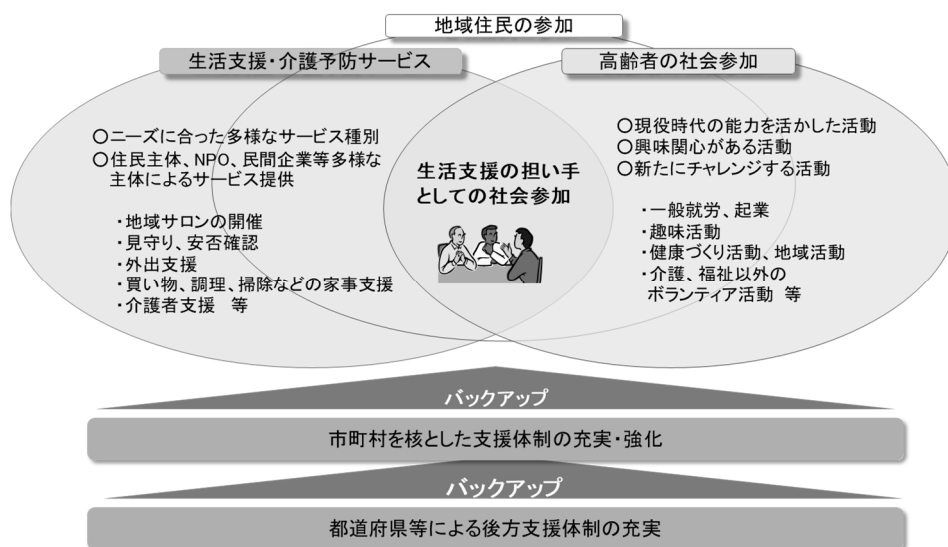
本市としては、訪問介護サービスや通所介護サービス等の、リハビリテーション専門職が多く従事していない事業所職員へ自立支援に資する研修等を実施し、職員のスキルアップが図れるよう支援することが重要であるため、平成29（2017）年度から地域リハビリテーション活動支援事業における、通所介護サービス事業所職員等に対する研修の講師派遣事業を行っている。こうした実情も踏まえ、リハビリテーション等を通じた高齢者本人への取組に加えて、高齢者を取り巻く環境への取組を検討し、要介護状態になっても地域・家庭の中で生きがい役割を持って生活できる地域を目指す。

第2節 包括的支援事業 **地域ビジョンⅠ,Ⅱ,Ⅲ,Ⅳ**

1. 生活支援体制整備事業（ささえ愛おたわら助け合い事業） **地域ビジョンⅠ**

単身又は夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者等が増加する中、医療、介護のサービス提供のみならず、地域住民に身近な存在である市が実施主体となって、生活支援サービスを担う多様な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・強化及びボランティア活動や就労的活動を始めとした高齢者等の社会参加の推進を一体的に図ることとする。

＜生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加＞



※引用：平成 27（2015）年 5 月厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて」

市域（第1層）及び日常生活圏域（第2層）において、生活支援コーディネーター及び協議体を配置し、高齢者の生活支援・介護予防サービス（生活支援等サービス）の体制整備を推進していく。併せて、地域課題・資源の把握やネットワーク化、担い手養成等に努める。

また、市においては、居場所における多世代交流のための子ども担当部局との連携、外出支援のための交通担当部局との連携等、関係する担当部局との連携を密にし、地域支援の体制構築を図ることとする。

（1）生活支援コーディネーターの配置

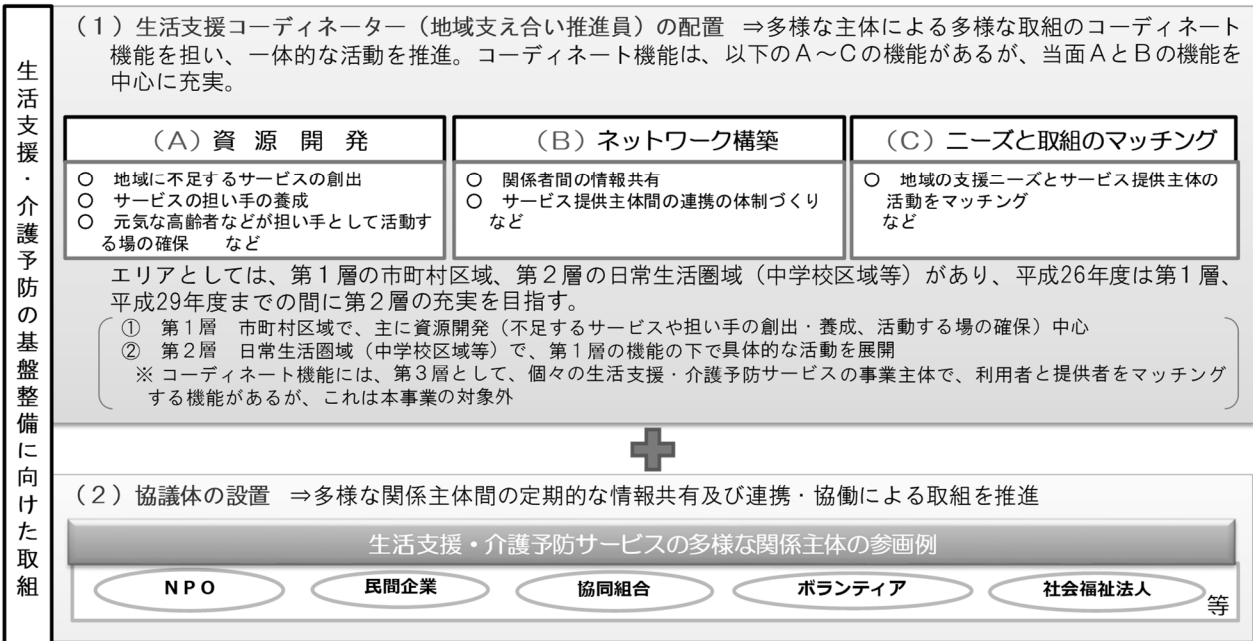
第1層及び第2層において、協議体の機能を活用して、多様な主体による多様な取組のコーディネート業務を行う。

(2) 協議体の設置

コーディネーターと生活支援等サービスの多様な提供主体が参画する、定期的な情報の共有・連携強化の場を設置する。

【生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割】

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

※引用：平成 27（2015）年5月厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて」

第1層協議体においては、平成29（2017）年開始の「介護予防・生活支援サービス事業」及び令和元（2019）年度開始の「ささえ愛サロン事業費補助金」について検討・提案を行った。今後も進捗状況確認や評価を行うこととする。

また、地域の課題を大きく①広報活動、②人材育成、③居場所・通いの場、④地域づくりの拠点の4項目に分類し、課題解決策についての検討を行う。

第2層協議体は、従来より市全域に整備されている「安心生活見守り事業（地域大家族制度）」を始め、各地区社会福祉協議会、自治公民館、民生委員、活動実践団体等により構成されており、既存の取組の情報共有、課題や住民ニーズの洗い出し等が進められている。中には、すでに住民主体サービスの創出・提供に取り組んでいる地区もある。

今後も第1層と第2層、関係機関相互の連携・情報を密にしながら事業を推進するとともに、地域における高齢者の就労的活動の支援について、重要性が高まることが予想されることから、就労的活動支援コーディネーターの配置についても検討することとする。

【評価指標】生活支援体制整備事業

	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
協議体が設置されている 日常生活圏域の割合	100%	100%	100%	100%
コーディネーターが配置 されている協議体の割合	100%	100%	100%	100%
生涯活躍のまち 形成事業計画 策定地区数	1 地区	2 地区	2 地区	3 地区

2. 安心生活見守り事業（地域大家族制度） **地域ビジョン I**

安心生活見守り事業とは、ひとり暮らし高齢者、高齢者世帯や障害者等を始めとする何らかの手助けを必要とする方が、地域の中で生活に不安なく、「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせるような社会」を目指し、地域住民と市、社会福祉協議会、地域包括支援センター、協力関係機関・事業所等が連携しながら、声かけなどの見守りと生活支援等の体制づくりを行う事業である。

対象者はひとり暮らし高齢者（日中ひとり暮らしも含む）、高齢者世帯、障害や病気などがあり生活に不安がある方で、声かけによる安否確認等の見守りとゴミ出し等の生活支援等を行う。

この事業は、平成21（2009）年度から厚生労働省のモデル事業として実施され、市内12地区社協単位で事業を展開し、平成26（2014）年度までに全地域で地域住民を中心とした見守り組織が発足し、活動している。平成29（2017）年からは、生活支援体制整備事業（ささえ愛おたわら助け合い事業）と連携して実施している。

【評価指標】安心生活見守り事業

	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
見守り活動件数	96,524 件	97,000 件	97,500 件	98,000 件

【見守り組織の概要】

地区名	黒羽地区	佐久山地区	紫塚地区	親園地区
隊(会)の名称	黒羽見守り 助け合い隊	佐久山 おもいやり隊	紫塚地区 見守り隊	ちかその 思いやり隊
発足日	平成 22 (2010)年 3月 16 日	平成 23 (2011)年 2月 8 日	平成 23 (2011)年 7月 24 日	平成 24 (2012)年 11月 30 日
隊(会)員数	96 名	122 名	77 名	126 名
見守り利用者数	101 名	157 名	96 名	122 名
自治会数	12 自治会	17 自治会	7自治会	10 自治会
隊(会)の構成	総隊長1名	総隊長1名	総隊長1名	総隊長1名
	副総隊長3名	副総隊長4名	副総隊長3名	副総隊長3名
隊(会)員は自治会長、公民館長、民生委員、福祉委員、ボランティア、班長等				
地区名	西部地区	須賀川地区	湯津上地区	東部地区
隊(会)の名称	西部地区あつた か思いやりの会	須賀川地区 見守り隊	ゆづかみ 見守り隊	東部地区 見守り隊
発足日	平成 25 (2013)年 2月 4 日	平成 25 (2013)年 10月 29 日	平成 25 (2013)年 11月 8 日	平成 25 (2013)年 11月 19 日
隊(会)員数	118 名	101 名	229 名	564 名
見守り利用者数	180 名	115 名	103 名	113 名
自治会数	9自治会	11 自治会	13 自治会 (11 地区隊)	26 自治会
隊(会)の構成	会長1名	総隊長1名	総隊長1名	総隊長1名
	副会長2名	副総隊長2名	副総隊長3名、 顧問1名	副総隊長5名
隊(会)員は自治会長、公民館長、民生委員、福祉委員、ボランティア、班長等				
地区名	両郷地区	川西地区	金田地区	野崎地区
隊(会)の名称	両郷地区 見守り隊	川西地区 見守り隊	金田地区 おもいやり隊	野崎地区 見守り隊
発足日	平成 26 (2014)年 6月 25 日	平成 26 (2014)年 11月 19 日	平成 26 (2014)年 1月 28 日	平成 27 (2015)年 2月 19 日
隊(会)員数	178 名	251 名	387 名	232 名
見守り利用者数	120 名	130 名	155 名	116 名
自治会数	12 自治会 (9地区隊)	15 自治会 (18 地区隊)	26 自治会 (32 地区隊)	11 自治会
隊(会)の構成	総隊長1名	総隊長1名	総隊長1名	総隊長1名
	副総隊長3名	副総隊長3名	副総隊長5名	副総隊長4名
隊(会)員は自治会長、公民館長、民生委員、福祉委員、ボランティア、班長等				

※令和 2 (2020) 年 9 月現在

3. 認知症総合支援事業 **地域ビジョンⅡ**

平成29（2017）年度から認知症総合支援事業を開始し、認知症となっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域での生活を続けていくために、医療と介護の連携強化や認知症の人及びその家族に対する支援強化を図ってきた。

令和2（2020）年4月1日現在、要介護認定者3,668人の内、2,249人（61.3%）が「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上で、高齢者人口比率は10.8%である。これは、厚生労働省の調査による認知症の全国有病率推定値15%と比較すると低率であるが、要介護認定者以外にも、認知症が疑われる高齢者がいると思われ、実際には厚生労働省の調査と同等の15%程度の有病率であると推測される。

また、平成30（2018）年度要介護認定新規申請者746人の認定情報を分析すると、介護が必要となった主な原因の1位が認知症で21.8%を占めていた。

このように、認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

今後、認知症高齢者の数は高齢化の進展に伴い更に増加が見込まれ、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともにより良く生きていくことができるよう、環境整備を行っていくことが強く求められている。

そのため、令和元（2019）年6月に「共生」と「予防」を車の両輪として取りまとめられた「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方に基づき必要な取組を行うこととする。

ここでいう「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。更に「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味である。

こうした考え方のもと、次の5つの柱に沿って、全ての認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて実施していくことが基本となる。

【認知症に関する普及啓発・本人発信の支援】

- 認知症に対する理解促進
- 相談先の周知
- 認知症の人本人からの発信支援

【認知症の予防】

- 認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- 予防に関するエビデンスの収集の推進
- 民間の商品やサービスの評価・認証の仕組みの検討

【医療・ケア・介護サービス・介護者への支援】

- 早期発見・早期対応、医療体制の整備
- 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進
- 医療・介護の手法の普及・開発
- 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

【認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援】

- 「認知症バリアフリー」の推進
- 若年性認知症の人への支援
- 社会参加支援

【認知症の研究開発・産業促進・国際展開の連携】

- 認知症の予防、診断、治療、ケア等のための研究
- 研究基盤の構築
- 産業促進・国際展開

上記を踏まえ、認知症になってもできる限り地域の良い環境で自分らしく暮らしていくために、認知症の容態に応じた適切な医療と介護を受けられる体制を構築することと、認知症への理解が深く、認知症の人やその家族にやさしい地域とすることを目的とし、相談や支援の体制整備や様々な施策の普及啓発等を実施していく。

（1）認知症初期集中支援推進事業

認知症の人への早期診断及び認知症の人等への早期対応等の初期支援を包括的かつ集中的に行い、自立生活のサポートを行うため、平成29（2017）年11月、高齢者幸福課に認知症初期集中支援チームを1チーム設置し、訪問支援対象者に対し、支援を行っている。

また、医療・保健・福祉に携わる関係者から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置した。毎年1回検討委員会を開催し、関係機関・団体等と一体的に事業を推進していけるよう努めることとする。

【評価指標】認知症初期集中支援推進事業

認知症初期集中支援チームによる支援数	基準年度 (令和元年度)	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	令和5(2023) 年度
	1件	1件	1件	1件

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、全ての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが連携したネットワークを形成し、効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要である。

このため、認知症の人と医療機関や介護サービス及び地域をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を平成29（2017）年度から高齢者幸福課に1名配置し、業務に当たっていた。その後、相談件数の増加や困難さに対応するため、令和元（2019）年7月から1名増員の2名体制とし、更に認知症ケア向上に取り組んでいる。

認知症の状態に応じて受けられるサービスや相談機関等、適切なケアの流れを明らかにした認知症ケアパスを作成し、認知症の人やその家族及び医療・介護従事者等への普及を推進する。

①もの忘れ相談の実施

令和2（2020）年度から、毎月1回、認知症地域支援推進員によるもの忘れ相談を開催し、認知症が心配な人やその家族等の相談に対応している。また、もの忘れ相談について広報や認知症ケアパス等を活用し、普及啓発に努めることとする。

また、必要に応じ、市の地域包括支援センターやかかりつけ医、オレンジドクターや認知症疾患医療センター等と連携をし、認知症の人やその家族の支援を進める。

【評価指標】もの忘れ相談

	基準年度 (令和2年度)	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	令和5(2023) 年度
もの忘れ相談登録者数	15人	15人	20人	20人

②認知症カフェの開催

国際医療福祉大学と協働し、平成29（2017）年6月から毎月1回、認知症カフェを開催している。参加者は、大学の専門教員に相談したり、参加者同士でつながりを持つことで、大切な集いの場となっている。また、介護者同士がお互いの経験を語り合い、支え合う場所となっている。

現在、市内には、高齢者ほほえみセンターやささえ愛サロンなど高齢者の集いの場は整備されており、認知症の人やその家族が参加しているところもあるが、市内の認知症カフェは1か所である。

今後は、認知症の人やその家族の意見を取り入れながら、さらなる設置について検討が必要である。

【評価指標】 認知症カフェ

認知症カフェ参加延人数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	90 人	90 人	100 人	110 人

③介護者研修会の開催

認知症について正しく学び、認知症の人やその家族が安心して暮らせる地域づくりを目指すために、介護者同士の交流を目的とした「介護者研修会」を年1回開催する。介護者研修会では、さらなる認知症の普及啓発と介護者の思いを共有するなど、介護者支援のための取組を進める。

【評価指標】 介護者研修会

介護者研修会の開催数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	1 回	1 回	1 回	1 回

④認知症要配慮高齢者等事前登録制度

認知症により行方不明になるおそれがある高齢者等や家族等の情報を事前に登録し、市と各地域包括支援センター及び大田原警察署で情報を共有しておくことで、登録のある高齢者等が行方不明になった際に、早期に発見して保護することを目的として平成30（2018）年7月から開始となった制度である。今後は広報や認知症ケアパス等を活用し、普及啓発に努めることとする。

【評価指標】 認知症要配慮高齢者等事前登録制度

認知症要配慮高齢者等 事前登録制度登録者数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	9 人	10 人	10 人	10 人

⑤若年性認知症の人への支援

認知症について正しく知ってもらうための普及啓発を行っていく中で、65歳未満で診断される「若年性認知症」があるということを広く知ってもらい、県の若年性認知症支援コーディネーターとともに、本人とその家族等について支援していけるよう努めることとする。

⑥認知症の研究開発・産業促進・国際展開

認知症は未だ発症や進行の仕組みの解明が不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分に確立されていないが、現在、様々な研究がなされているところである。したがって、認知症の予防や診断・治療、ケア等の最新情報を事業に役立てていけるよう情報収集に努めることと

する。

(3) 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みを整備し、「共生」の地域づくりを推進する。

① 認知症サポーター等の養成 ～認知症を学び、地域で支えよう～

国は、「認知症を理解し、支援する人（認知症サポーター）が地域に数多く存在し、全てのまちが認知症になっても安心して暮らせる地域になっている」ことを到達目標として、「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想を平成17（2005）年度からスタートさせ、認知症施策への様々な取組を推進している。その取組の一環として、地域や職域において認知症を理解し、認知症の人等を支援する者等を養成する「認知症サポーター等養成事業」が実施されており、認知症サポーターが令和2（2020）年度末に1,200万人となることを目標としている。

認知症サポーターは、認知症について正しい知識を習得し、認知症の人等を温かく見守り、話を聞いたり、相談窓口を紹介したりするなど、自分のできる範囲で協力、活動している。

以上のことから、本市でも、平成17（2005）年度から、各自治会、企業、小中学校等を中心に認知症サポーター養成講座を開催し、令和2（2020）年10月1日現在13,559人の認知症サポーターが養成され、おおよそ高齢者2人に対し認知症サポーター1人の割合で、地域における支援の輪が広がっている。今後も各自治会、企業、小中学校に加え、警察署や消防署、商工会等、更に子供・学生の認知症に関する理解促進のために幅広く呼びかけ、継続的に認知症サポーターを養成し、認知症になっても自分らしく安心して暮らせるまちづくりを目指す。

② キャラバン・メイトの活動支援

認知症サポーター等養成講座の講師を担うのが「キャラバン・メイト」であり、本市でも、県が主催するキャラバン・メイト養成研修を受講した、市、地域包括支援センター、認知症対応施設等の各職員等99人が登録されている。

なお、本市の取組として、協力体制の強化及びスキルアップを目的としたキャラバン・メイト連絡会を定期的に行い、継続的な活動を支援している。

また、今後もキャラバン・メイトを継続して育成し、併せて認知症サポーター等養成講座の円滑な実施に努めることとする。

【評価指標】 認知症サポーター養成講座

		基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
認知症サポーター の人数	受講者数 (単年)	1,391 人	1,000 人	1,000 人	1,000 人
	受講者数 (累計)	13,402 人	14,400 人	15,400 人	16,400 人

【評価指標】 キャラバン・メイト

		基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
キャラバン・メイト延べ人数		99 人	102 人	105 人	108 人

③認知症サポーターステップアップ講座の開催

認知症に関する知識について、更なる向上や地域での活躍を希望する認知症サポーターに対し、活動のきっかけづくりとして講座を実施し、地域での活動をするための支援を行う。

【評価指標】 認知症サポーターステップアップ講座

		基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
認知症サポーター ステップアップ講座 受講延べ人数		24 人	34 人	44 人	54 人

④チームオレンジの整備について

認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みを整備する役割を担うのが、チームオレンジコーディネーターである。

チームオレンジコーディネーターは、認知症の人やその家族の支援ニーズと、認知症サポーターステップアップ講座の修了者を中心としたボランティアを担い手とした支援の関係を構築し、その運営を支援するものである。

本市においては、平成29（2017）年度から認知症サポーターステップアップ講座を実施しており、講座修了者と認知症地域支援推進員で様々な機会を捉え、認知症を正しく知るための普及啓発活動を行っている。また、修了者の連絡会も開催し、地域での活動支援を行っている。

今後は、これらの活動に加え、チームオレンジコーディネーターと連携しながら、認知症の人やその家族のニーズに合った具体的な支援や柔軟な対応ができるようになることを目指す。

(4) 大田原市における認知症に関する相談窓口

センター名	住所	担当地区
中央地域包括支援センター	浅香3丁目3578-17	大田原地区 紫塚地区 金田地区
西部地域包括支援センター	浅香3丁目3578-17	西原地区 親園地区 野崎地区 佐久山地区
東部地域包括支援センター	黒羽田町848	湯津上地区 黒羽地区 川西地区 両郷地区 須賀川地区
高齢者幸福課地域支援係 (基幹型支援センター)	本町1-4-1	市内全域

4. 在宅医療・介護連携推進事業 **地域ビジョンⅢ**

平成30（2018）年度から、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し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、在宅医療・介護連携推進事業を実施してきた。

今後も「在宅療養を望んだ方が在宅療養を受けることができる地域に」というビジョンを掲げ、PDCAサイクルに沿った取組を進める。

（1）在宅医療・介護連携推進事業の取組

在宅医療についてのニーズ調査の結果、「病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合、自宅で療養したい」との回答が49.8%、「そう思わない」は42.1%であった。希望しない理由としては79.7%が「家族に負担がかかるから」と考えている。この調査結果から、住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けるためには、家族に負担をかけずに自宅で療養できる体制づくりを多職種協働で連携し事業体制を強化していくことが大切であることがわかる。そのため、以下の取組を推進することとする。

①現状分析・課題抽出・施策立案

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

○地域の社会資源、利用者の情報や利用状況、住民の意向等の情報収集（ア）

地域の医療機関、介護事業者の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握整理し、定期的に情報を把握し最新の情報に更新する。また、介護給付の動向、要介護認定者の推移、認知症日常生活自立度等、認知症に関する数値も注視していく。

医療・介護関係者が感じている課題、連携の実態、市民の在宅療養や介護に対する思いを把握し、医療・介護関係者の連携を支援する施策の立案等に活用する。

○地域の医療・介護の資源の情報整理（リストやマップ等の作成）及び活用（イ）

地域の医療・介護の資源の情報は、医療・介護関係者にとっては事業を行う上で、市民にとっては地域で生活をしていく上での基本情報である。定期的に見直ししながら、情報を整理していく。

○在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（ウ）

（ア）（イ）で共有された情報を元に医療・介護関係者と、市における強みや弱みを整理し、課題の抽出を行う。医療・介護関係者の多職種が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の課題と対応策について検討する。

②在宅医療・介護連携の対応策の実施

○在宅医療・介護連携に関する相談支援（工）

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、在宅医療・介護の連携を支援するコーディネーターを配置して、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談を受け付ける。コーディネーターは市が実施する会議に出席し、在宅医療・介護連携の観点から助言や情報提供を行うなど、在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与する。

○地域住民への普及啓発（才）

看取りや認知症に関する取組等の最近の動向を踏まえた内容で、在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。効果的・効率的な実施方法を検討し、医療・介護関係者と一緒に実施することや隣接する市町との広域連携、また、県と連携しながら実施する。

○医療・介護関係者の情報共有の支援（力）

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、広域連携で行うなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。また、情報共有ツールに関して、定期的な周知を行う。

○医療・介護関係者の研修（キ）

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種での様々な研修を行う。

③対応策の評価及び改善の実施

実施した対応策については、地域の実情に応じて設定した指標等を用いて評価を行う。その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について再度検討し、取組の選択と集中を繰り返しながら、さらなる改善を行う。

（２）市での具体的な取組

【多職種連携会議・研修会】

①大田原市地域包括ケアを考える会（おおたわらの会）

平成27（2015）年11月に医療・介護の代表者が集まり、「大田原市地域包括ケアを考える会」が発足し、通称「おおたわらの会」として多職種連携を推進するために開催している。

地域課題を抽出し、3つのワーキンググループでテーマごとに活動している。

（構成員）

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、基幹病院地域連携室職員、理学療法士、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、高齢者幸福課職員、他関係職種

②大田原市医療・介護顔の見える関係会議

「おおたわらの会」のワーキンググループで企画し、医療・介護サービス提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、多職種間の相互理解と連携体制を構築するための場として開催している。

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、居宅サービス・施設サービス事業所等、多職種が参加して事例検討も含むグループディスカッションを行っている。

③大田原市地域医療福祉連絡会（平成 24（2012）年度から開始）

1) 大田原市地域医療福祉連絡会

二次・三次救急指定病院であり、入院加療で多くの高齢者が利用している那須赤十字病院との連携がスムーズに行うことができるようにするため、連絡会を定期的の実施している。

2) 大田原市地域医療福祉連絡会研修会

大田原市地域医療福祉連絡会で抽出された課題等から、在宅医療・介護連携の推進のために医療的ケアの基礎知識、救急対応の方法、高齢者の病気の特徴等の研修会を実施している。

【在宅医療・介護連携に関する関係市町等の連携】

平成30（2018）年度から、那須在宅医療圏（大田原市・那須塩原市・那須町）で那須地区在宅医療・介護連携支援センター運営協議会を設置し、平成30（2018）年6月には、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談窓口として、「那須地区在宅医療・介護連携支援センター」を開所し、相談対応のほか、那須地区在宅医療圏で取り組むべき課題について取り組んできた。

今後も那須郡市医師会などの医療関係者や介護サービス施設・事業所等と協働しながら、県と緊密に連携し事業を推進していく。

【評価指標】在宅医療・介護連携推進事業

		基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
おおたわらの会 開催回数		5 回	5 回	5 回	5 回
医療・介護顔の 見える関係会議	開催回数	3 回	3 回	3 回	3 回
	参加延人数	244 人	244 人	244 人	244 人
入退院時情報連携加算の算 定回数(人口 10 万人対)		121.8 回	135 回	140 回	145 回
退院退所加算の算定回数 (人口 10 万人対)		468.9 回	500 回	510 回	520 回

(3) 看取りや認知症、感染症や災害時対応の強化

在宅医療・介護連携の推進のためには、看取りに係る取組や地域における認知症の方への対応強化を図っていく必要がある。また、感染症や災害発生時においても継続的に必要なサービスが提供されるように、地域における医療・介護の連携がより一層求められている。このような状況において、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制及び対応について検討を行う。

5. 包括的支援事業の充実（大田原市地域包括支援センターの設置運営）

地域ビジョンⅠ,Ⅱ,Ⅲ,Ⅳ

(1) 地域包括支援センターの体制

平成18（2006）年4月に創設された地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されている。

国が示す地域包括支援センターの人口規模等の設置基準から、日常生活圏域内の人口、高齢者人口及び地理的關係、コミュニティ形成の状況等を総合的に考慮し、本市においては3か所の地域包括支援センターを設置している。

また、高齢者が地域包括支援センターへの相談・支援を「生活の場により近い所」で受けられるよう、市内に6か所ある「在宅介護支援センター」（下表参照）を地域包括支援センターの総合相談・支援に係るサポートセンター、いわゆる「ランチ」として位置づけ、きめ細かい支援体制を確立している。

【在宅介護支援センターを設置している社会福祉法人等】

法人名	名称	所在
医療法人大田原厚生会	在宅介護支援センター椿寿荘	末広1丁目2番5号
社会福祉法人至誠会	在宅介護支援センター晴風園	下石上1258番地
社会福祉法人章佑会	在宅介護支援センターやすらぎ舎	北大和久1番地3
社会福祉法人同愛会	在宅介護支援センター藍	小滝17番地22
社会福祉法人京福会	在宅介護支援センターほのぼの園	湯津上5番地989
社会福祉法人安寧	在宅介護支援センター山百合荘	久野又804番地

地域包括支援センターは、「市町村が直営で設置する方法」と「在宅介護支援センターを設置している社会福祉法人等に委託して設置する方法」があるが、本市では在宅介護支援センターを設置している社会福祉法人等の協力を得て、委託方式で設置している。

なお、地域包括支援センターの設置については、前記の6法人のうち、至誠会、章佑会及び同愛会の3法人に委託し、専門スタッフについては社会福祉法人邦友会を加えた7法人からの出向により、次のとおり配置している。

【地域包括支援センターの専門職員の基本配置】

センター名 (設置場所)	設置法人	職員配置(所属)	日常生活圏域 (所管区域)
中央地域包括支援センター (浅香3丁目3578-17)	章佑会	保健師その他これに準ずる者 (大田原厚生会)	大田原地区 紫塚地区 金田北地区 金田南地区
		主任介護支援専門員(章佑会)	
		社会福祉士その他これに準ずる者 (至誠会、邦友会)	
		介護支援専門員(章佑会)	
西部地域包括支援センター (浅香3丁目3578-17)	至誠会	保健師その他これに準ずる者(章佑会)	西原地区 親園地区 野崎地区 佐久山地区
		主任介護支援専門員(至誠会)	
		社会福祉士(大田原厚生会)	
		介護支援専門員(至誠会)	
東部地域包括支援センター (黒羽田町848)	同愛会	保健師その他これに準ずる者(同愛会)	湯津上地区 黒羽地区 川西地区 両郷地区 須賀川地区
		主任介護支援専門員(京福会)	
		社会福祉士その他これに準ずる者 (同愛会)	
		介護支援専門員(同愛会、安寧)	

※令和2(2020)年10月1日現在

【地域包括支援センターの今後について】

効果的な地域包括支援センター運営の継続のため、市内の社会福祉法人に協力を依頼するとともに、地域包括支援センター運営協議会与連携しながら方向性を検討していく。また、地域包括支援センターの事業評価の結果に基づき、三職種以外の配置についても併せて検討する。

①在宅介護支援センター及び相談協力員の役割

市内に6か所ある「在宅介護支援センター」は、地域包括支援センターの窓口（ブランチ）としての役割を担い、介護予防や権利侵害等に関する各種の相談等を受けたときは、その内容、処理等を相談記録簿に記録するとともに、地域包括支援センターにその情報を提供している。

また、地域包括ケア及び総合相談支援業務の充実を図るため、市では民生委員全員を地域包括支援センター「相談協力員」として委嘱している。

「相談協力員」は、その担当する地域において、次の職務を行い、必要があると認めるときは、地域包括支援センターに情報を提供する役割を担う。

- ・高齢者及びその家族等の生活状況の把握。
- ・虐待や権利侵害を受けている疑いのある高齢者又は要介護状態になるおそれのある高齢者の情報収集。
- ・各種の保健福祉サービス等の広報と利用啓発。

②地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センターの公正、中立かつ適切な運営を確保するため、「大田原市地域包括支援センター運営協議会」（以下「運営協議会」という。）を設置し、次に掲げる事項を所管する。

- ・センターの設置等に関すること。
- ・センターの運営等に関すること。
- ・センターの事業内容の評価に関すること。
- ・センターの職員の確保に関すること。
- ・その他の地域包括ケアに関すること。



【地域包括支援センターによる地域活動の様子】

(2) 地域包括支援センター事業内容

【地域包括支援センターの業務】

地域包括支援センターでは、地域支援事業のうち、包括的支援事業と、指定介護予防支援事業所として要支援者を対象とする介護予防支援を実施している。

①総合相談支援業務

地域包括支援センターの全ての業務の入り口となるのが総合相談であり、地域包括ケアとしての継続支援の入り口となる。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、関係機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う。

業務の内容としては、初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態把握を行っている。

<地域共生社会の観点に立った包括的な支援の実施>

社会福祉法（平成26年法律第45号）が平成29（2017）年に改正され、複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、地域包括支援センターを含む相談支援を担う事業者は、相談等を通じて自らが解決に資する支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合は、必要に応じて適切な支援関係機関につなぐことが努力義務とされた。総合相談支援の実施に当たっては、他の相談支援を実施する機関と連携するとともに、必要に応じて引き続き相談者とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら相談支援に当たる。

【評価指標】総合相談支援業務

総合相談支援 年間相談件数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	5,518 件	5,500 件	5,500 件	5,500 件

②権利擁護業務

地域の住民や民生委員、ケアマネジャー等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を送ることができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行う。

業務の内容としては、成年後見制度等の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止等があり、高齢者の生活の維持を図っている。

【評価指標】権利擁護業務

権利擁護 年間相談件数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	519 件	520 件	520 件	520 件

③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、ケアマネジャー、主治医、地域の関係機関等との連携、在宅と施設との連携等、地域において、多職種相互の協働等による連携を推進するとともに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントの実現を目指し、地域における連携・協働の体制づくりや個々のケアマネジャーに対する支援等を行う。

業務の内容としては、包括的・継続的なケア体制の構築、地域におけるケアマネジャーのネットワークの活用、ケアマネジャーに対する日常的な相談・支援、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例等への助言を行う。

【評価指標】包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的 ケアマネジメント 年間相談件数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	2,248 件	2,250 件	2,250 件	2,250 件

④介護予防ケアマネジメント業務（第1号介護予防支援事業）

基本チェックリストによる事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、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等適切な事業が包括的・効率的に実施されるよう必要な介護予防ケアマネジメントを行う。

【評価指標】介護予防ケアマネジメント業務

介護予防 ケアマネジメント 年間相談件数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	10,149 件	10,150 件	10,150 件	10,150 件

⑤介護予防支援事業

「要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」という予防給付の基本的な考え方に基づき、要支援1・2と認定された高齢者に対する予防給付に係る介護予防ケアマネジメントを行う。また、予防給付の介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業者へ委託できる。利用者が従前利用していたケアマネジャーにも、予防給付に係る利用計画の作成を依頼できるようにすることで、予防給付への円滑な移行や介護給付に移行した場合の連携を確保するといった観点から、委託が可能となっている。

⑥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等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を行うことが重要である。このため、こうした連携体制を支える共通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であり、地域包括支援センターは、これらの関係者との連携に努めていくことが求められている。

こうした連携体制を構築するため、「生活支援体制整備事業」「在宅医療・介護連携推進事業」「認知症総合支援事業」等と連携し、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、日常的に連携を図れる体制を構築していく。

(3) 各地域包括支援センター業務の推移（相談延件数）

中央地域包括支援センター

	平成 29(2017) 年度	平成 30(2018) 年度	令和元(2019) 年度
総合相談支援	1,138 件	1,216 件	1,330 件
権利擁護	395 件	226 件	159 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	679 件	1,105 件	943 件
介護予防ケアマネジメント	4,649 件	4,038 件	4,259 件
合 計	6,861 件	6,585 件	6,691 件

西部地域包括支援センター

	平成 29(2017) 年度	平成 30(2018) 年度	令和元(2019) 年度
総合相談支援	1,648 件	1,686 件	2,024 件
権利擁護	368 件	298 件	207 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	228 件	201 件	541 件
介護予防ケアマネジメント	2,545 件	2,087 件	3,072 件
合 計	4,789 件	4,272 件	5,844 件

東部地域包括支援センター

	平成 29(2017) 年度	平成 30(2018) 年度	令和元(2019) 年度
総合相談支援	1,368 件	2,319 件	2,164 件
権利擁護	450 件	157 件	153 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	382 件	1,187 件	764 件
介護予防ケアマネジメント	3,431 件	2,949 件	2,818 件
合 計	5,631 件	6,612 件	5,899 件

(4) 地域包括支援センター別の状況

地域包括支援センター別の人口、高齢者数、高齢者ひとり暮らし世帯数、高齢者夫婦世帯数は、下表のとおりである。

名 称	日常生活圏域	圏域内人口 (人)	高齢者数 (人)	高齢者ひとり 暮らし世帯数 (人)	高齢者夫婦 世帯数 (人)
中央地域包括 支援センター	大田原	8,711	2,452	232	181
	紫 塚	5,891	1,588	129	88
	金田北	8,448	2,411	123	35
	金田南	4,369	1,435	29	45
	小 計	27,419	7,886	513	349
西部地域包括 支援センター	西 原	14,685	3,086	165	105
	親 園	4,660	1,348	30	33
	野 崎	6,105	1,923	149	220
	佐久山	2,294	927	49	40
	小 計	27,744	7,284	393	398
東部地域包括 支援センター	湯津上	4,181	1,602	86	46
	黒 羽	3,561	1,394	86	55
	川 西	4,281	1,360	106	61
	両 郷	1,969	789	43	29
	須賀川	1,419	690	62	39
	小 計	15,411	5,835	383	230
合 計		70,574	21,005	1,289	977

※令和2（2020）年10月1日現在

※高齢者ひとり暮らし世帯数、高齢者夫婦世帯数は令和元年度の民生委員の高齢者世帯実態調査により把握した数(令和2年度は未実施)

6. 地域ケア会議の推進 **地域ビジョン I**

地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たっては、民生委員や自治会長等の地域の支援者・団体や、専門的視点を有する多職種を交え、「個別課題の解決」、「地域包括ケアネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」及び「政策の形成」の五つの機能を有する地域ケア会議により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に行っていくことが重要である。

本市では、「大田原市地域ケア会議設置要綱」を定め、保健医療及び福祉に関する関係者、民生委員その他関係者等により構成される地域ケア会議を設置している。

(1) 地域ケア会議の機能

- ・ 個別課題解決のための多職種協働による検討及び支援に関すること。
- ・ 高齢者の実態把握及び課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築に関すること。
- ・ 個別課題の分析等による地域課題の把握に関すること。
- ・ 地域課題解決のための地域資源の開発に関すること。
- ・ 地域課題解決のための施策の立案及び提言に関すること。

(2) 地域ケア会議の種類

① 地域ケア個別会議

1) 地域包括ケア担当者会議（随時）

多様な問題を抱える高齢者の支援のため、高齢者・家族等に直接関わりを持つ関係者等が必要な調整を図り、適切な援助方針を確立するために、地域包括支援センターと協力してケース対応会議等を開催する。会議では、関係者からの情報提供を通して、課題の抽出と今後の支援について検討する。

2) 自立支援のための事例検討会（月1回）

要介護認定の軽度認定者（要支援1・2、要介護1・2）に対して、理学療法士、作業療法士、薬剤師等の多職種の助言を受け、高齢者の生活を支える検討をし、自立した生活を送ることができるようにするための支援を介護サービス事業所と一緒に検討する。また、介護支援専門員の資質向上に資するよう、地域ケア会議の支援が受けられるようにする。

3) 生活援助の訪問回数の多いケアプラン（生活援助ケアプラン）の検証（随時）

自立支援のための事例検討会において、利用者の自立支援・重症化防止や地域資源の活用を検討する。

②地域ケア推進会議

1) 地域包括ケア会議（各地区1回）

地区単位での地域包括ケアの総合調整を図るため、民生委員・駐在所員・在宅介護支援センター・介護サービス事業所・社会福祉協議会・安心生活見守り主任等に出席を依頼し、地域の実情に応じて事例報告やグループワークを実施する。

2) 自立支援のための事例検討会全体会（年1回）

月1回の検討会で検討された課題の整理をし、個別ケースの検討により抽出された地域課題を生活支援コーディネーターと共有して、生活支援体制整備事業との連携を図る。

3) 安心生活見守り事業推進会議（年1回）

日常的に家族の支援を受けることができないひとり暮らし等による高齢者等が、住み慣れた地域で安心した生活を安定的・継続的に送ることを目的に開催する。地域の活動を報告し、地域課題や今後の取組の検討や有識者による助言を受ける。

(3) 地域ケア会議と他事業との連携

認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業等と連携しながら開催する。

【評価指標】地域ケア会議の推進

地域ケア会議開催回数	基準年度 (令和元年度)	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	令和5(2023) 年度
地域ケア個別会議	73回	80回	80回	80回
地域ケア推進会議	8回	10回	10回	10回

7. 大田原市基幹型支援センター 地域ビジョンI

(1) 基幹型支援センターの役割

基幹型支援センターは、平成12（2000）年に老人福祉法第15条第2項に規定する老人介護支援センターとして設置された。更に、「概ね65歳以上の要援護高齢者及び要援護となるおそれのある高齢者、並びにその家族」の支援のため、連絡支援体制の基幹となる支援センターとして位置づけられた。

本市の地域包括支援センターは委託型であるが、包括的支援事業の実施に係る方針を示して委託することとされており、基幹型支援センターとしては地域包括支援センターの業務を支援していく役割を担う。

具体的には、地域住民の総合相談に応じつつ、地域包括支援センターと連携してその活動をサポートしていくとともに、行政責任において適切に権限を行使して地域住民の保健福祉の促進を担うものである。

① 基幹型支援センターの主な業務

1) 地域包括支援センターの総括及び支援

包括的支援事業に対する適切な支援を行うため、地域包括支援センター相互間その他関係機関団体間の総合的な調整に努める。

2) 総合相談支援

基幹型支援センターは、各種相談を受けたときは、その内容、処理等を相談等記録簿に記録し、適切に保管するとともに地域包括支援センターに連絡する。また、支援困難事例においては協力して処遇を検討する。

【基幹型支援センター相談件数】

（単位：件、人）

		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度
年間相談延件数		890	1,024	1,180	1,229	1,434
年間相談実人数		293	293	312	274	388
対応内訳	電 話	316	335	379	366	439
	面 接	113	77	110	125	103
	訪 問	79	100	121	130	88
	ケア会議	14	23	39	37	62
	虐待対応会議	58	44	17	42	19
	庁内他課連携	73	90	86	100	171
	その他	237	355	428	429	552

【評価指標】基幹型支援センターの総合相談支援

基幹型支援センター 年間相談件数	基準年度 (令和元年度)	令和 3(2021) 年度	令和 4(2022) 年度	令和 5(2023) 年度
	1,434 件	1,440 件	1,440 件	1,440 件

各地域包括支援センター・ケアマネジャー・病院・民生委員等からの相談が多いが、中には遠方に住む親族、近隣住民からの相談もある。支援困難ケースについては、地域包括支援センターと連携、協力して支援している。

なお、「その他」については、地域包括支援センターや各関係機関と連絡調整し、その対応について相談・検討した場合、各包括支援センターから支援結果等の情報受け取り、庁外の各種関係機関への情報提供等が含まれている。

様々な相談業務を通して、高齢者等の支援が円滑につながるまで連絡調整を図っている。

3) 高齢者実態調査

高齢者がより自立した生活を継続して送れるよう、それぞれの状態に合った保健・医療・福祉サービス等の提供を行うこと、更に、地域での高齢者見守り活動につなげることを目的として、当該調査を実施している。

なお、調査は民生委員に依頼し、ひとり暮らし高齢者世帯、高齢者のみの世帯、その他の要援護高齢者を対象に、健康状態や日常生活、緊急時の連絡先等の内容確認を毎年5月に実施している。

4) 大田原市ケアマネジャー連絡協議会への活動支援

ケアマネジャーの資質の向上を目的として、協議会の事務局を担当し、その活動を支援している。市内の介護保険事業所に勤務するケアマネジャー、地域包括支援センター相談員により構成されている。

(2) 高齢者の権利擁護

① 成年後見制度の利用促進

成年後見制度は、20歳以上の方が知的障害や精神障害、認知症などによって判断能力が不十分な場合、契約などで不利益を被ってしまうことを防ぐために保護・支援をする制度である。

令和元(2019)年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、成年後見制度を知っているかについては、全体では「制度はあることは知っている」が53.7%で最も高く、次いで「全く知らない」が31.4%、「制度の内容を理解している」が9.8%となっている。必要な人が、本人らしい生活を守るための制度として成年後見制度を利用できるよう、相談窓口を整備し権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築していく。

②成年後見制度利用支援

1) 判断能力に欠く状況にある人の発見

本人や家族・親族等、関係機関等からの相談や実態把握によって、権利擁護の観点から支援が必要であると判断した場合、その高齢者の判断能力や生活状況等を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断して、必要に応じて支援する。支援に当たっては地域ケア会議を利用して多職種で検討することとする。

2) 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度を利用したくても身近に申立を行う親族がいない、申立経費や後見人等への報酬を負担できない等の理由でこの制度を利用できない認知症高齢者等を支援するため、「大田原市成年後見制度利用支援事業」を実施している。具体的には、成年後見制度の利用が当該高齢者の福祉を実現するために、特に必要があると認められるにも関わらず、判断能力低下のため本人申立が困難であり、申立を行う親族がいない、親族がいても申立の意思がない、費用負担が困難である等の理由からこの制度を利用できないといった事態に陥らないようにするため、市は次の支援を行う。

- ・2親等内の親族がいない場合や虐待等の理由により親族等の申立が適当でない場合に、市長が親族に代わって家庭裁判所に申立を行うこと。
- ・活用できる資産、貯蓄等がなく、助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難な人（生活保護受給者、又はそれに準じる者）に対し、申立に要する費用（登記手数料、鑑定費用等）及び後見人等への報酬の全部又は一部を助成すること。

③高齢者虐待の防止及び対応

1) 高齢者虐待の啓発（早期発見・早期対応のための広報・普及啓発）

虐待を受けている高齢者自身は助けを求めにくい状況におかれていることが多いため、高齢者虐待に早期に対応していくためには、高齢者の身近にいる人々や、相談を受けやすい関係機関への啓発はかかせない。民生委員や安心生活見守り事業との連携、ケアマネジャー、サービス事業所、医療機関、社会福祉協議会等とネットワークを構築し、啓発していく。

2) 高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び養護者に対する適切な相談・支援を行う。また、多くの問題が複雑に絡みあった支援困難ケースについては、より専門的に支援するために栃木県高齢者虐待対応センターの助言を受け、対応について検討し支援している。