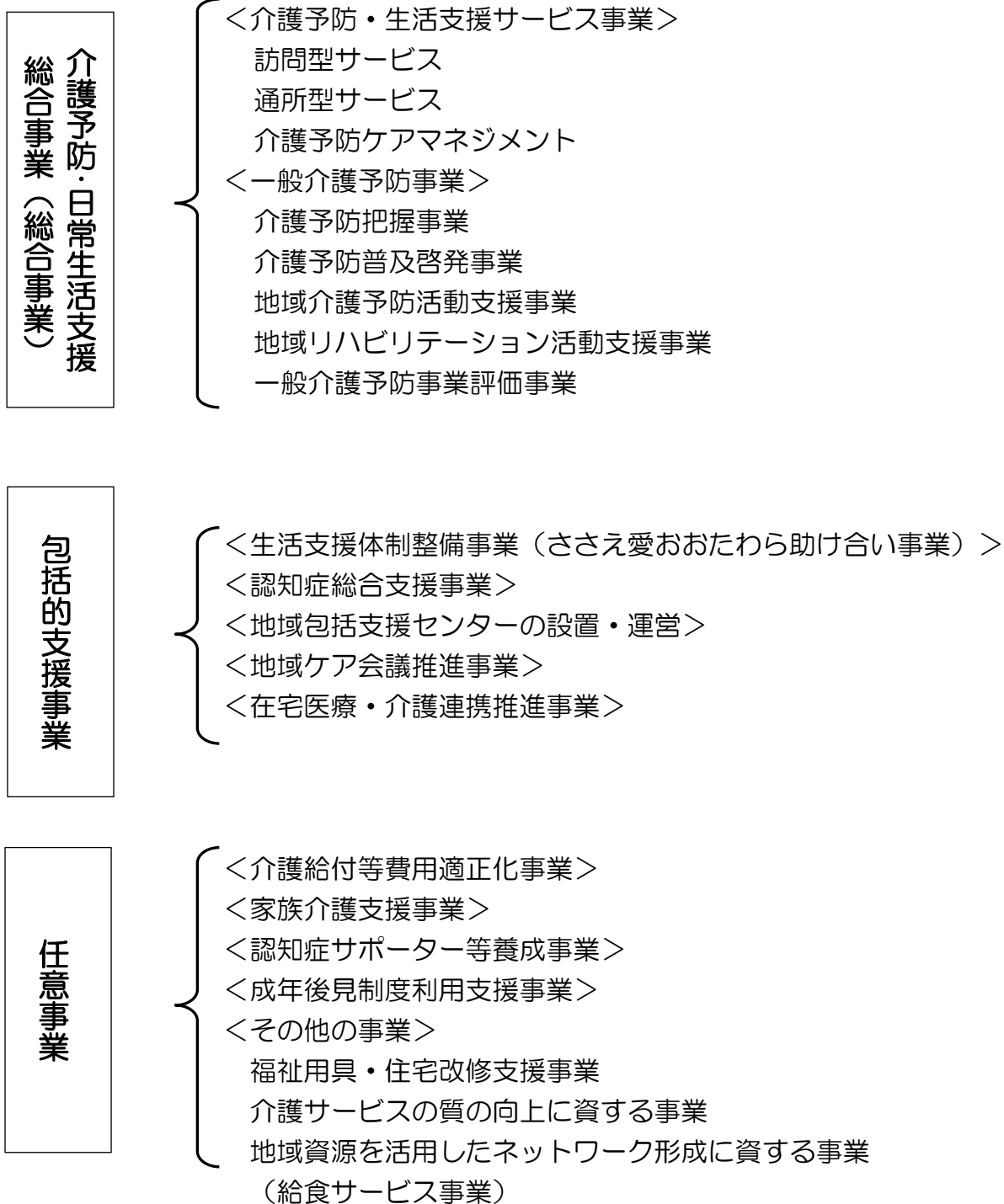


第2章 地域支援事業の取組

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。

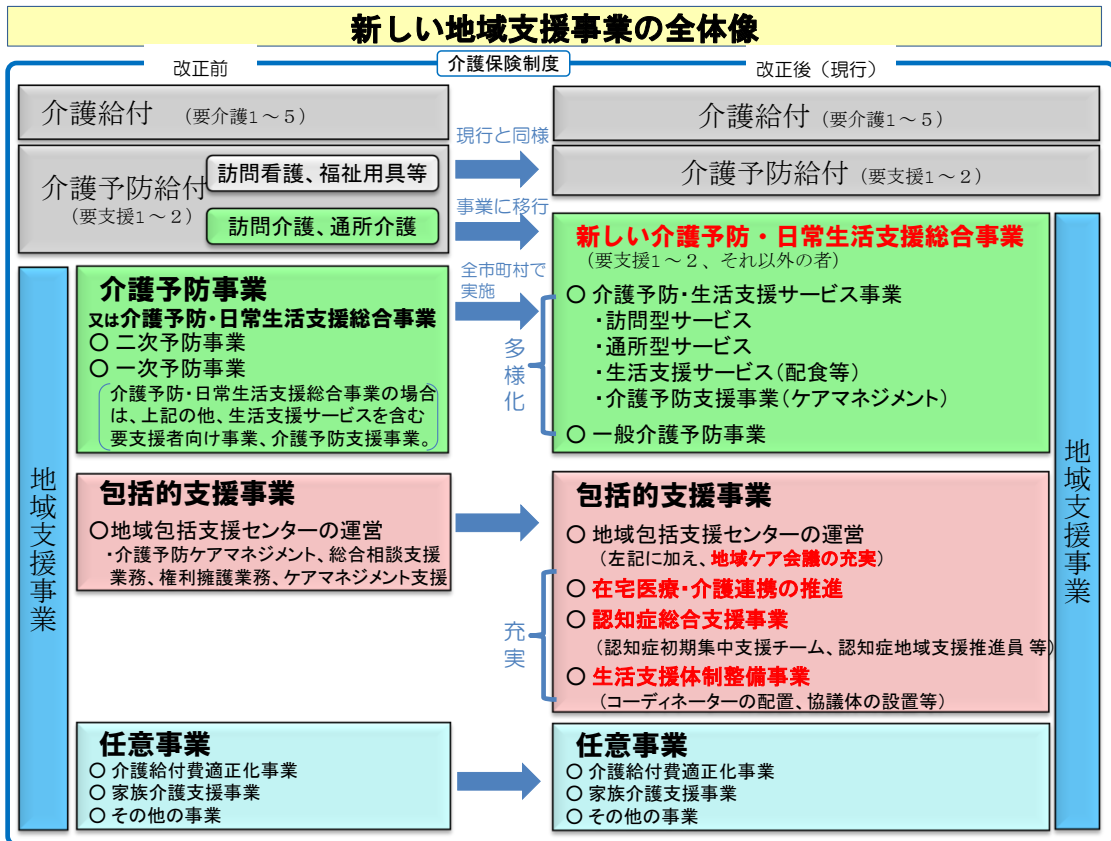
【地域支援事業の構成】



第1節 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

介護保険制度の改正に伴い、これまで国で一律に決められていた要支援1～2の者への訪問介護・通所介護サービスが、市の独自事業として位置づけられた。要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供し、新しいサービスの提供体制を構築していく。

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推進等を基本に、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業を推進する。



1 介護予防・生活支援サービス事業

(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人や「基本チェックリスト（※）」で該当とされた人（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する。

※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。（51頁）

○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。

○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。

○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出来るようケアプラン作成を支援する。

(2) サービスの構築

2017(平成29)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の伸び率等を集計・分析し、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・見直し等にあたっては、今後も多方面からの意見収集や協議を行って進める。

【2017（平成29）年4月開始の総合事業サービス】

◇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 (えぶろんサービス) ※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、また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	現行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（調理を除く）	
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現行の訪問介護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回あたりの単価を設定		

◇通所型サービス

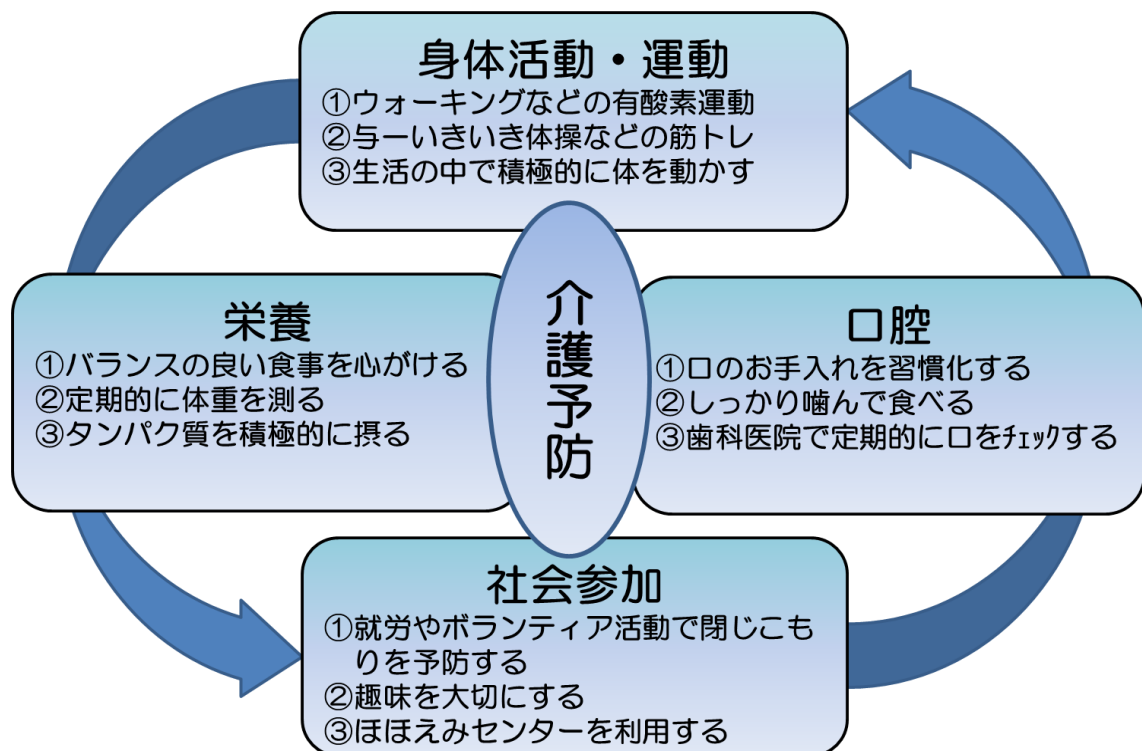
サービス種別	介護予防通所 介護相当サービス (デイサービス)	通所型サービスA (はつらつ デイサービス)	通所型サービスC (短期集中リハビリ教室)
基本方針	現行の介護予防通所介護と同様 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すもの。		利用者に対して、要介護状態等への予防を促し、地域での自立した日常生活を営むことができるよう、事業所への通所によるリハビリテーション専門職(理学療法士や作業療法士等)が支援する「日常生活に支障のある行為の改善(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	現行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)と現行の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回あたりの単価を設定		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

2017（平成29）年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における介護予防・生活支援サービスが開始となり、高齢者を年齢や心身の状態等によって分け隔てることなく、全ての高齢者を取り巻く環境へのアプローチを含めた一般介護予防事業が始まった。

第7期のニーズ調査の結果、介護・介助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。そこで、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り組みを支援して、生活の質の向上を目指していく必要がある。

ついでに、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、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っていく。



(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。さらに、必要に応じて介護予防活動へつなげる。65歳、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っていく。

○基本チェックリスト該当判定基準

- | |
|--------------------------------------|
| ①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 |
| ②運動器の機能向上5項目のうち3項目該当する者 |
| ③栄養改善2項目該当する者 |
| ④口腔機能の向上3項目のうち2項目該当する者 |
| ⑤閉じこもり予防・支援の16に該当する者 |
| ⑥認知症予防・支援の18～20のいずれかに該当する者 |
| ⑦うつ予防・支援21～25のうち2項目以上該当する者 |

【介護予防実態調査】

①実施状況

項目	2016（平成28）年度			2017（平成29）年度		
	65歳	70歳	75歳	65歳	70歳	75歳
年齢区分	65歳	70歳	75歳	65歳	70歳	75歳
配布数	1,253枚	911枚	661枚	495枚	1,204枚	607枚
回収数	791枚	684枚	515枚	321枚	867枚	491枚
回収率	63.1%	75.1%	77.9%	64.8%	72.0%	80.9%
基本チェックリスト該当者	98人	110人	139人	38人	123人	89人
基本チェックリスト該当率	7.8%	16.1%	21.0%	7.7%	17.5%	20.8%

※ 2017（平成29）年度の65歳年度到達者の実施状況については、2017（平成29）年8月末日現在の実績

②基本チェックリスト該当状況

転倒に対する不安等の運動器の項目、固い物が食べにくいなどの口腔機能の項目、わけもなく疲れたような感じがするなどのうつの項目に該当が多い。

③生活問診票の治療中の病気上位疾患の結果

順位	65歳 2016（平成28）年度※	70歳 2017（平成29）年度	75歳 2017（平成29）年度
1位	高血圧症	高血圧症	高血圧症
2位	糖尿病	脂質異常症 糖尿病	目の病気
3位	脂質異常症		糖尿病
4位	目の病気	目の病気	脂質異常症
5位	心臓病	心臓病	心臓病

※ 2017（平成29）年度の65歳は調査中のため、2016（平成28）年度のデータを使用

④BMI（肥満度を示す体格指数）（適正：18.5～25未満）

【2016（平成28）年度：65歳年度到達者】

項目	18.5未満	18.5～22未満	22～25未満	25～30未満	30以上
男性	3.3%	23.7%	43.6%	26.6%	2.9%
女性	5.2%	34.3%	34.3%	22.3%	4.0%
計	4.4%	29.8%	38.2%	24.1%	3.5%

【2014（平成26）～2016（平成28）年度：65歳年度到達者のうちBMI20以下の方の割合】

項目	2014（平成26） 年度	2015（平成27） 年度	2016（平成28） 年度
男性	13.8%	8.7%	9.1%
女性	18.0%	18.1%	22.8%
計	15.3%	13.6%	13.6%

※BMI20以下の低栄養傾向にある方

【今後の展開】

65歳、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、特に65歳の時点で、肥満傾向にある者や低栄養傾向にある女性が増加していることから、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。

(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。

【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】

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、服薬管理等、様々な介護予防に関する知識の普及を推進する。
さらに、水分摂取や血圧管理等の重要性についても周知に努める。

【実施状況及び目標値】

(各年度末現在)

項目		2015 (平成27) 年度	2016 (平成28) 年度	2017 (平成29) 年度	2018 (平成30) 年度 (目標値)	2019 年度 (目標値)	2020 年度 (目標値)
おたっしゃ クラブ	実施回数	131回	94回	68回	96回	96回	96回
	延べ人数	2,212人	1,503人	1,039人	1,530人	1,530人	1,530人
出前おたっ しゃクラブ	実施回数	35回	37回	23回	40回	40回	40回
	延べ人数	533人	991人	467人	1,000人	1,000人	1,000人
講演会等	実施回数	1回	2回	1回	1回	1回	1回
	延べ人数	158人	336人	220人	250人	250人	250人

※2017（平成29）年度については、2017（平成29）年10月末日現在

【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していく。

また、各地区組織・公民館等からの要請や、独自に高齢者による集い活動等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。

なお、大田原保健センターや黒羽保健センターにおける「おたっしゃクラブ」では、市内全域に向けた開放の場となることを考慮して毎月開催する。

さらに、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、効果的に行えるよう支援していく。

②お口の健康相談

市民健康診査結果説明会に参加した高齢者を対象に、口腔の健康が高齢者の生活の質（QOL）に大きく関与するものであることを啓発し、口腔の健康に関する意識の向上を図るために、お口の健康相談を開催した。

しかし、健康相談の参加者が年々減少傾向にあったため、2017（平成29）年度から、個別相談だけでなく口腔機能向上に関するチラシを配布し口腔ケアの重要性の普及啓発を図っている。

【実施状況及び目標値】

（各年度末現在）

項目	2015 （平成27） 年度	2016 （平成28） 年度	2017 （平成29） 年度 （見込み）	2018 （平成30） 年度 （目標値）	2019 年度 （目標値）	2020 年度 （目標値）
実施回数	74回	70回	55回	50回	50回	50回
参加人数	151人	87人	584人	600人	600人	600人

【今後の展開】

現在は、市民健康診査の結果説明会参加者のみを対象としているため、特定の高齢者のみの関わりになっている。

今後は、より多くの高齢者に対し口腔機能の重要性を普及啓発するため市民健康診査当日の参加者を対象としていく。

③チャレンジスポーツジム

65歳から69歳までの年度到達者（要介護認定申請者除く）に対し、生活の中に運動を習慣化するきっかけ作りを支援するため実施する事業を、市内スポーツジムへ委託し、事業にかかる費用の一部助成を行っている。

【実施状況及び目標値】

（各年度末現在）

項目	2015 （平成27） 年度	2016 （平成28） 年度	2017 （平成29） 年度 （見込み）	2018 （平成30） 年度 （目標値）	2019 年度 （目標値）	2020 年度 （目標値）
申請者	79人	46人	58人	70人	70人	70人
修了者	79人	46人	58人	70人	70人	70人
運動習慣 有の割合	申請時	63%	—	—	—	—
	終了後6か月	77%	※	※	80%	80%

※アンケート調査集計中

【今後の展開】

対象者への個別通知と市広報への掲載を通して幅広く周知を行っていく。

さらに、申請時と終了後半年経過時点での運動の習慣化を確認するアンケートを行い比較することにより、事業の効果を確認していく。

④幸齢者スクール

元気な前期高齢者を中心とした方を対象に、高齢者に多い症状と予防について知識や理解を深め、更に脳の柔軟体操や調剤等に挑戦して医療福祉の世界を楽しく学び、かつ、様々な体験学習を通じて健康チェックを行い、今後の健康維持や介護予防に取り組むことを目的として、国際医療福祉大学と共催で実施している。

【実施状況及び目標値】

項目	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度	2017 (平成 29) 年度	2018 (平成 30) 年度 (目標値)	2019 年度 (目標値)	2020 年度 (目標値)
参加人数	73 人	81 人	95 人	104 人	104 人	104 人

※参加者への効果的な対応とするため、目標値を 13 班（1 班 8 人）の 104 人とした。

【今後の展開】

当初から実施してきた講演会については、健康セミナーが定着し、より多くの市民への介護予防等の普及啓発が行われていることから、当スクール独自での開催は 2016（平成 28）年度以降実施しないこととした。今後は、大学だからこそできる、より実践的に楽しく医療福祉の世界を学ぶために効果的な医療福祉体験学習を中心とした事業展開を目指していくことにより、参加者の健康維持や介護予防につなげていく。

⑤脳きり講座

認知機能に関する正しい知識の理解を支援し、認知症予防につながる活動を推進することを目的とし、加齢に伴い低下しやすい認知機能の検査の実施と、認知症についての正しい理解と認知症予防についての講座を行った。

【今後の展開】

2015（平成 27）年度要介護認定新規申請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一位が認知症で、全体の 21.6%を占めていた。そのため、正しく認知症を理解することや、認知症予防に取り組む動機づけとして、今後も継続していく。

(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養成してきたが、2015（平成 27）年度を最後に養成講座は終了した。2016（平成 28）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いく。

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、2006（平成 18）年度から 2015（平成 27）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。

【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、交流を深め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していく。

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。

また、いきいき活動を行う「与一いきいきメイト」を養成し、より安定した活動につなげるため、与一いきいきメイト養成講座を実施している。

【与一いきいきメイト登録状況及び目標値】

（各年度末現在）

項目	2016 （平成 28） 年度 （養成開始）	2017 （平成 29） 年度 （見込み）	2018 （平成 30） 年度 （目標値）	2019 年度 （目標値）	2020 年度 （目標値）
総登録者数	79 人	95 人	115 人	120 人	120 人

【今後の展開】

与一いきいきメイトについては、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受入施設との調整を行いながら、継続的に養成していく。

(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。

【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、通所介護サービスを提供する事業所を対象とし、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。

(5) 一般介護予防事業評価事業

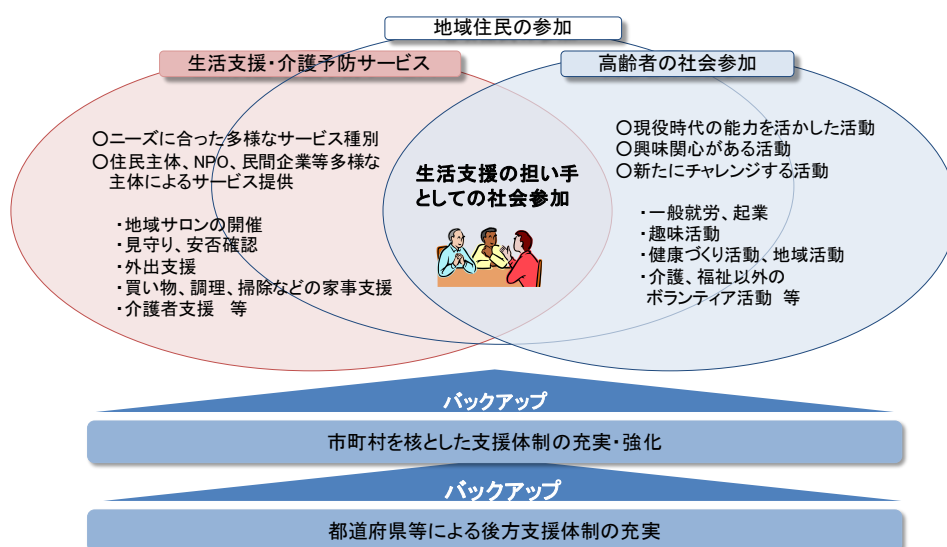
介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの視点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき一般介護予防事業全体の改善につなげていく。

第2節 包括的支援事業

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）

単身や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・強化及び高齢者等の社会参加の推進を一体的に図っていく。

<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：2015（平成27）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。あわせて、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。

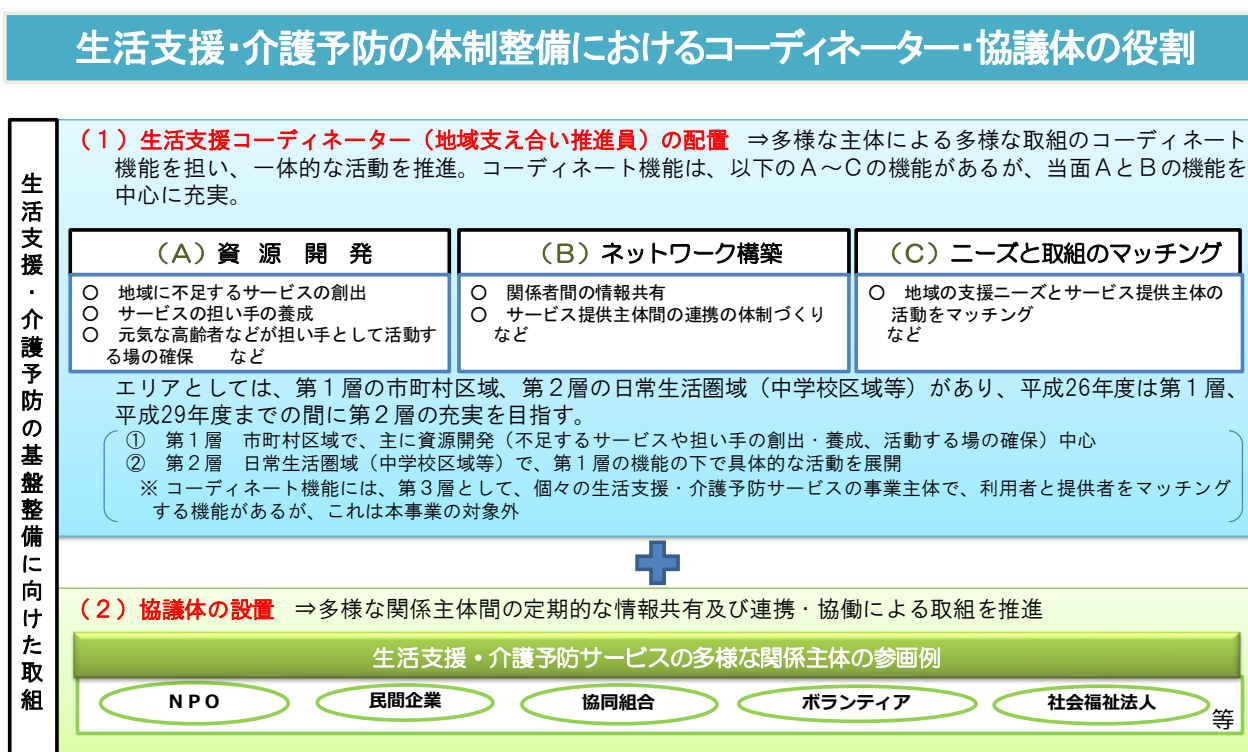
○生活支援コーディネーターの配置

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。

○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>



※ 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：2015（平成27）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」

2 認知症総合支援事業

我が国における認知症の人の数は、2012（平成24）年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計される。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上の約4人に1人が認知症又はその予備軍とも言われている。

本市においては、2017（平成29）年10月現在、人口72,071人であり、そのうち高齢者数は前年同月に比して579人増え19,877人となっており、高齢化率は27.6%である。

2017（平成 29）年4月1日現在、要介護認定者 3,677 人の内、2,046 人（55.6%）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 10.4%である。これは、厚労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、実際には厚労省の調査と同等の 15%程度の有病率であると推測される。

また、2015（平成 27）年度要介護認定新規申請者 732 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 21.6%を占めていた。

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求められている。

そこで、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（以下「認知症の人等」という。）に対する支援強化を目的とし、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、2017（平成 29）年 11 月、高齢者幸福課に認知症初期集中支援チームを 1 チーム設置した。

（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 2017（平成 29）年度から配置した。

①認知症ケアパスの作成・普及

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の作成と普及を推進する。

②認知症カフェの開催

認知症の人等が語り合える場、主体的に行動できる場になること及び認知症を正しく知ること、集いの場作りを目的とし、国際医療福祉大学と協働し、2017（平成 29）年 6 月から認知症カフェを開催している。

③ひなげしの会の開催

認知症高齢者等を介護する家族の介護負担軽減のため、介護相談や家族同士の交流を図ることを目的とし、毎月1回（4月～2月）第3日曜日、「ひなげしの会（大田原市認知症の人と家族の会）」を開催している。

なお、介護期間が長期化するにつれ、年々、介護者自身の高齢化とともに心身の負担や経済的負担が増大してきている状況にあり、今後も積極的に支援するとともに、現在、参加者が少ないため、ケアマネジャー等を通じて周知していく。

また、改めて認知症を学び、介護者同士の交流を目的とした「介護者研修会」を年1回開催している。

④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、すべ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2005（平成17）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、話を聴いたり、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、2005（平成17）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、2017（平成29）年10月1日現在9,745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。今後は、各自治会、企業、小中学校に加え、警察署や消防署、商工会等幅広く呼びかけ、継続的に認知症サポーターを養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指していく。

⑤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83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、あわせて認知症サポーター等養成講座の円滑な実施に寄与していく。

【認知症サポーター及びキャラバン・メイトの養成状況と目標値】

(各年度末現在)

項目	2015 (平成27) 年度	2016 (平成28) 年度	2017 (平成29) 年度 (見込み)	2018 (平成30) 年度 (目標値)	2019 年度 (目標値)	2020 年度 (目標値)
認知症サポーター実数	1,907人	1,322人	1,425人	1,400人	1,400人	1,400人
認知症サポーター延べ数	7,153人	8,475人	10,000人	11,300人	12,700人	14,100人
キャラバン・メイト 延べ数	71人	77人	83人	90人	95人	100人

◎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用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、地域での活動の支援を行う。

3 在宅医療・介護連携推進事業

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ことを目的に実施する。

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組

在宅医療についてのニーズ調査の結果、「病气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53.0%、「希望しない」は41.1%であった。希望しない理由としては72.1%が「家族に負担をかけるから」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。そのため、以下の取組を推進していく。

①地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、連絡先、機能等を把握し、今までに把握している情報と合わせて、今後も活用する。

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

③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

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要となる具体的取組を企画・立案する。

④医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営を行い、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。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整を行う。

⑥医療・介護関係者の研修

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。

⑦地域住民への普及啓発

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。

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

複数の関係市町が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

※①～⑧の取組の中で、那須在宅医療圏内で活動した方が効果的なものについては、県や那須郡市医師会と連携しながら、那須地区在宅医療圏で協力し推進していく。

(2) 市での具体的な取組

①大田原市地域包括ケアを考える会

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、地域課題を抽出し必要なサービスにつなげられるよう、多職種連携のきっかけとなる会として開催している。

(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、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実施している。

③大田原市地域医療福祉連絡会研修会

在宅医療・介護連携の推進のための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。

④大田原市医療・介護顔の見える関係会議

地域包括ケアシステムの構築を進めていく中で、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、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、多職種間の相互理解と連携体制を構築するための場として実施している。

4 大田原市地域包括支援センターの設置運営

(1) 地域包括支援センターの体制

①地域包括支援センターの委託

2006（平成18）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、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的な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」として位置付け、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808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、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、上記の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大田原市社会福祉協議会を加えた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】

2017（平成29）年10月1日現在

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 (大田原保健センター内)	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、社会福祉協議会）	
		社会福祉士その他これに準ずる者 (章佑会、至誠会)	
		介護支援専門員（章佑会、社会福祉協議会）	
西部地域包括支援センター (大田原市福祉センター内)	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 (黒羽支所北側)	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、安寧）	
		社会福祉士その他これに準ずる者（同愛会）	

効果的な地域包括支援センター運営の継続のため、地域包括支援センター運営協議会と連携しながら検討していく。

②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（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恐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

③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。）を設置する。

○運営協議会は次に掲げる事項を所管する。

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

（２）地域包括支援センター事業内容

①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、指定居宅介護支援事業者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。

ア 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うものである。

イ 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、日常生活自立支援事業や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、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図る。

ウ 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を実現するため、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構築・活用、介護支援専門員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相談支援を行う。

エ 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。

オ 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に委託できる。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。

カ 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、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。

こうした連携体制を構築するため、「在宅医療・介護連携推進事業」「生活支援体制整備事業」「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。

②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

	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度
総合相談支援	1,039 件	1,093 件	1,131 件
権利擁護	453 件	494 件	599 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	284 件	419 件	532 件
介護予防ケアマネジメント	3,597 件	4,418 件	4,649 件
合 計	5,373 件	6,424 件	6,911 件

西部地域包括支援センター

	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度
総合相談支援	1,323 件	1,318 件	1,593 件
権利擁護	276 件	706 件	591 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	440 件	394 件	316 件
介護予防ケアマネジメント	1,999 件	2,312 件	2,207 件
合 計	4,038 件	4,730 件	4,707 件

東部地域包括支援センター

	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度
総合相談支援	1,489 件	1,581 件	1,325 件
権利擁護	393 件	481 件	900 件
包括的・継続的ケアマネジメント支援	417 件	361 件	565 件
介護予防ケアマネジメント	2,831 件	3,685 件	3,152 件
合 計	5,130 件	6,108 件	5,942 件

多くの問題を抱え支援が困難な高齢者、家族介護を期待できない単身・高齢者のみの世帯、認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者が年々増加し、その対応が重要な課題となる中、地域包括支援センターの役割は重要となっている。

(3) 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、独居（ひとり暮らし高齢者）世帯数、高齢者（高齢者のみ世帯）世帯数の状況は、次表のとおりである。

2017（平成29）年10月1日現在

名 称	日常生活圏域	圏域内人口 (人)	高齢者数 (人)	独居世帯数 (世帯)	高齢者世帯 (世帯)
中央地域包括 支援センター	大田原	8,541	2,348	220	180
	紫 塚	5,791	1,516	129	71
	金田北	8,535	2,221	107	33
	金田南	4,554	1,359	35	42
	小計	27,421	7,444	491	326
西部地域包括 支援センター	西 原	14,519	2,809	168	98
	親 園	4,927	1,247	33	30
	野 崎	6,108	1,818	138	213
	佐久山	2,459	914	52	42
	小計	28,013	6,788	391	383
東部地域包括 支援センター	湯津上	4,396	1,533	76	59
	黒 羽	3,850	1,308	84	49
	川 西	4,644	1,310	111	60
	両 郷	2,161	796	38	42
	須賀川	1,586	708	58	42
	小計	16,637	5,655	367	252
合 計		72,071	19,887	1,249	961

※「独居世帯」「高齢者世帯」・・・民生委員の高齢者実態調査により把握した数

5 地域ケア会議の推進

包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のため、「大田原市地域ケア会議設置要綱」を定め、ケアマネジャー、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

①地域ケア個別会議

個別ケースの支援内容の検討を通じた、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、課題解決のためのネットワークの構築、地域課題の把握

②地域ケア推進会議

地域づくり、資源開発、政策形成等

(2) 地域ケア会議の種類 (2017 (平成 29) 年度前半実施分)

①地域包括ケア担当者会議

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地域包括ケア会議

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・在宅介護支援センター・社会福祉協議会に出席を依頼し、地域の高齢者の情報を共有し、支援体制を強化している。

③自立支援型介護予防ケアマネジメント会議

要介護認定の軽度認定者（要支援1・2、要介護1）に、介護予防ケアマネジメントから個別課題を検討し、生活行為の現状評価と予後予測を行い、自立した生活を送るための支援について、事例を通してケアマネジメント業務に活かす場とする。

④地域ケア推進会議認知症部会

認知症総合支援事業開始に伴い、認知症初期集中支援事業について検討している。

6 大田原市基幹型支援センター

(1) 基幹型支援センターの役割

基幹型支援センターは、2000 (平成 12) 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。さらには、「おおむね 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付けられた。

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っていく。

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】

		2012 (平成 24) 年度	2013 (平成 25) 年度	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度
年間相談延件数		448 件	505 件	676 件	890 件	1,024 件
年間相談実人数		252 人	246 人	282 人	293 人	293 人
対応内訳	電話	202 件	233 件	324 件	316 件	335 件
	面接	175 件	193 件	119 件	113 件	77 件
	訪問	71 件	79 件	75 件	79 件	100 件
	ケア会議				14 件	23 件
	虐待対応会議				58 件	44 件
	庁内他課連携				73 件	90 件
	その他				237 件	355 件
(再掲) 庁内連携・調整		90 件	89 件	85 件		
(再掲) うち困難事例会議		22 回	20 回	28 回		

※ 2015（平成 27）年度から対応内訳を一部変更

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、2015（平成 27）年度から対応内訳を一部変更しており、上表「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、さらには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、その他の要介護高齢者を対象に、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。

⑤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) 安心生活見守り事業（地域大家族制度）

安心生活見守り事業とは、ひとり暮らしの高齢者、高齢者世帯や障害者等をはじ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基盤支援（見守りや買い物支援等）の体制づくりを行う事業である。

この事業の背景には、ひとり暮らし世帯が急増している中で、日常的に家族の支援を得られない方々を地域でどう支えるかという福祉課題がある。その中でも特にそのような高齢者や障害者等の孤立を防ぎ、地域で安心して暮らせるよう、安定的・継続的な仕組みづくりを試行しながら、地域のつながり力を回復させ、連帯の強化を深めることをねらいに事業展開している。

この事業は、2009（平成 21）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、2014（平成 26）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。

【見守り組織の概要】

2017（平成29）年9月現在

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	2010（平成22）年 3月16日	2011（平成23）年 2月8日	2011（平成23）年 7月24日	2012（平成24）年 11月30日
隊（会）員数	101名	121名	77名	131名
見守り利用者数	128名	163名	104名	160名
自治会数	13自治会	17自治会	7自治会	9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				
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	西部地区あったか 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	2013（平成25）年 2月4日	2013（平成25）年 10月29日	2013（平成25）年 11月8日	2013（平成25）年 11月19日
隊（会）員数	125名	111名	250名	519名
見守り利用者数	235名	147名	105名	145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				
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	2014（平成26）年 6月25日	2014（平成26）年 11月19日	2014（平成26）年 1月28日	2015（平成27）年 2月19日
隊（会）員数	174名	307名	377名	259名
見守り利用者数	148名	91名	190名	126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				

第3節 任意事業

1 介護給付等費用適正化事業

介護（予防）給付について真に必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証、本事業の趣旨や徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供、要介護認定を受けている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に取り組む。

※詳細は、第1章第3節「介護給付適正化事業の実施」（34頁）を参照。

2 家族介護支援事業

高齢者等紙おむつ等給付事業及び徘徊高齢者家族支援サービス事業を実施している。

※詳細は、第4章第4節「家族介護支援事業」（113頁）を参照。

3 その他の事業

（1）成年後見制度利用支援事業

成年後見制度とは、認知症や知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない成年者の権利を保護し、生活を支援するために民法上に定められた制度である。

判断能力が不十分な場合、本来、自分自身で判断して行うべきこと（物の売買、各種の契約、その他の法律行為）が十分にできないために、結果として本人の権利が侵害されてしまう恐れがある。

このようなことを防止するため、家庭裁判所が選任した成年後見人等が本人に代わって判断し、必要な手続等を行うことによって本人の権利を守るのが、成年後見制度であり、本人や4親等内の親族等当事者による申立に基づく利用が基本となる。

しかしながら、成年後見制度を利用したくても、身近に申し立てる親族がいない、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。

【今後の展開】

2016（平成28）年度末に国において、成年後見制度利用促進法に基づく基本計画が策定され、今後、家庭裁判所はもとより、弁護士・司法書士・社会福祉士の三専門職団体との連携をより一層深め、協働していく仕組み作りが必要であり、国や県、他自治体の状況を踏まえ制度の利用促進を図っていく。

また、今後の認知症高齢者増に伴い、後見人等の不足が懸念されるため、社会福祉法人による法人後見の導入（中核機関の設置等）についても継続検討していく。

（2）認知症サポーター等養成事業

地域や職域において、認知症の方とその家族を支える認知症サポーターを養成している。また、認知症に関する知識を活かして、地域での活動を希望する認知症サポーターに対し、その活動を支援している。

※詳細は、同章第2節「包括的支援事業」（57頁）を参照。

○介護サービス相談員派遣事業については、第1章第4節3「介護サービス相談員派遣事業」（37頁）を参照。

○給食サービス事業については、第4章第2節8「給食サービス事業」（110頁）を参照。

○住宅改修指導員派遣事業については、第4章第3節2「住宅改修指導員派遣事業」（112頁）を参照。