

令和3年度田村市地域包括支援センター運営協議会及び
田村市地域密着型サービス運営委員会次第

日 時 令和3年7月2日（金）
午後1時30分～
場 所 田村市役所 201会議室

1. 開 会

2. あいさつ

3. 委員及び職員紹介

4. 協議事項

- (1) 令和2年度田村市地域包括支援センター事業報告・・・・・・・・（地域包括支援センター）
- (2) 令和2年度地域支援事業報告・・・・・・・・・・・・・・・・（高齢福祉課）
- (3) 令和3年度田村市地域包括支援センター事業計画（案）・・・・・・・・（地域包括支援センター）
- (4) 令和3年度地域支援事業実施計画（案）・・・・・・・・・・・・・・・・（高齢福祉課）
- (5) 第8期介護保険事業計画について・・・・・・・・・・・・・・・・（高齢福祉課）
- (6) その他

5. 閉 会

令和2年度田村市地域包括支援センター事業報告

I 事業計画基本視点

全国的に、少子高齢化が急速に進む中で、田村市においても単身世帯、高齢者世帯、認知症高齢者の増加が深刻な課題となってきた。介護や生活支援のニーズが高まる一方、その担い手となる介護専門職だけで支えることが困難な状況となっている。平成30年度介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの深化・推進が示されたところである。高齢者が尊厳を保ちながら、できる限り自立した生活をおくることができるように、「自助・互助・共助・公助」の視点を踏まえ、田村市から示された田村市地域包括支援センター基本方針・運営方針に基づき業務を行う。

II 職員配置状況

職種	人数	備考
看護師（保健師に準ずる者）	1	
社会福祉士	5	
主任介護支援専門員	2	
介護支援専門員	1	
保健師	1	令和2年10月採用

III 活動計画

1. 包括的支援事業

1) 認知症総合支援事業【重点業務】

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暮らし続けることができるように、新オレンジプランに基づき、認知症の状態にあわせた支援体制づくりを行う。

①認知症地域支援推進員の配置（4名）

●活動実績

内容	回数	備考
認知症サポーター養成講座	7	サポーター数 59名
高齢者おかえり支援事業	17	新規登録者数17名（登録者実数31名）
おかえりねっと模擬訓練	1	滝根町天地人大学（参加者15名）
ふれあいカフェ「ひまわり」	8	大越町ふるさと館（参加者延べ47名）
認知症サポーターステップアップ講座		中止

②認知症初期集中支援チーム員配置（2名）

●活動実績

内 容	件数
認知症相談件数	31件
医療・介護サービスにつながったケース	7件
チーム員会議回数	1回

2) 総合相談支援業務

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続して行くことができるように、どのような支援が必要かを把握し、関係機関や適切な保健・医療・福祉サービス・制度の利用につなげる支援を行う。

●新規総合相談件数

平成30年度	令和元年度 (H31.4.1~R2.3.31)	令和2年度
268件	242件	282件

●新規総合相談内訳

内 容	件数
介護及び制度に関すること	166
生活全般に関すること	19
認知症に関すること	38
医療に関すること	30
施設入所に関すること	9
その他	20

3) 権利擁護業務

認知症や精神疾患、身体的能力の低下等により、権利が侵害されている高齢者が、尊厳のある生活が続けられるように支援する。

●権利擁護相談内容内訳

内 容	件 数	備 考
虐待相談件数	15件	虐待と認定14件、分離支援4件
虐待個別ケア会議開催	48回	継続事例も含む
消費者被害の相談対応	0件	

●成年後見制度に係るネットワーク中核機関活動状況

- ①相談対応 2件
- ②相談対応事例をもとに、研修会を開催
- ③市が開催する田村市虐待等防止・権利擁護連絡会に協力
 - ・成年後見制度利用促進基本計画策定
 - ・市民対象：成年後見制度利用促進に関する研修会

4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

地域の高齢者が、住み慣れた地域で暮らすことができるように、包括的・継続的なケアの体制構築を図る。また、地域における介護支援専門員のネットワーク構築への支援や支援困難事例等への指導・助言を行う。

●連携会議等の開催及び出席状況

内 容	回 数	備 考
介護支援専門員との定例会開催	2	研修・行政説明など
介護支援専門員対象の事例検討会開催	1	
認知症対応型グループホーム ・小規模多機能型運営推進会議参加	3	グループホーム 10か所 小規模多機能型 2か所
民生児童委員定例会に参加	2	滝根町・大越町
一人暮らし会食会に参加 (社協主催)	0	中止
老人クラブ・その他出前講師	2	

5) 地域ケア会議推進事業

フォーマル・インフォーマルの多様な関係者が協同し、地域全体で支援していくしくみづくりや、ケアマネージャーのサポートを行う。又、個別ケア会議で検討された地域課題から、資源開発、政策形成につなげる。

●連携会議等の開催及び参加状況

内 容	回 数	備 考
困難事例個別ケア会議開催	24回	継続事例も含む
地域包括ケア推進担当会議開催	2回	
自立支援型地域ケア会議参加 (市開催)	23回	事例提出
都路地区支援者会議参加 (市主催)	10回	

6) 医療介護連携事業

在宅医療と介護が一体的・効果的に提供できるようなシステムが構築できるように、関係機関・各専門職との連携を図る。

●連携及び参加状況

内 容	回 数	備 考
市内医療機関・薬局訪問実施	全域	随時実施
医師会・歯科医師会・薬剤師会等研修会に参加	0回	
公立小野町地方総合病院モニター会議参加	0回	中止

2. 介護予防・日常生活支援サービス事業

1) 介護予防ケアマネジメント事業

高齢者が要介護状態となることをできるかぎり防ぐために、その心身の状況に応じて、主体的・包括的にサービス等が利用できるように支援する。

●要支援1・2、事業対象者のサービス利用者実数

	平成30年度 (H31.3.31現在)	令和元年度 (R2.3.31現在)	令和2年度 (R3.3.31現在)
介護予防サービス利用者数	377	337	352
包括担当	244	207	217
居宅介護支援事業所へ委託	133	130	135
委託率	35%	39%	38%

◎上記サービス利用者実数請求内訳

●介護予防支援

※要支援認定者で、予防給付のみ利用する場合

要支援認定者で、予防給付と総合事業を利用する場合

ケアプラン作成件数（実数）（令和3年3月31日現在）

	認定	包括作成（実人数）	委託（実人数）
介護予防支援	要支援1	33	14
ケアマネジメント	要支援2	61	58
	総 数	94	72

●介護予防ケアマネジメントA

※要支援認定者・事業対象者で、①訪問型サービス（従前相当の訪問介護）・②通所型サービス（従前相当の通所介護）・③通所型サービスC（短期集中型予防サービス）のみを利用する場合、もしくは①～③のサービスとその他のサービスを併用する場合。

ケアプラン作成件数（実数）（令和3年3月31日現在）

	認定	包括作成（実人数）	委託（実人数）
介護予防 ケアマネジメント A	要支援1	21	17
	要支援2	66	44
	事業対象者	29	2
	総数	116	63

●介護予防ケアマネジメントB

※要支援認定者・事業対象者で訪問型サービスB（隣隣サポーター）・通所型サービスB（地域住民主体の通所型サービス）・訪問型サービスD（移動支援サービス）のみ利用する場合。

ケアプラン作成件数（実数）（令和3年3月31日現在）※現在委託無し。

	認定	包括作成（実人数）
介護予防 ケアマネジメント B	要支援1	2
	要支援2	3
	事業対象者	2
	総数	7

●介護予防ケアマネジメントC

※要支援認定者・事業対象者で、初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施した場合。（現在、一般介護予防事業のみ（通所型サービス終了後3カ月経過時に、モニタリングを実施した場合）

ケアプラン作成件数（実数）（令和3年3月31日現在）※現在委託無し。

	認定	包括作成（実人数）
介護予防 ケアマネジメント C	要支援1	0
	要支援2	0
	事業対象者	0
	総数	0

令和3年3月期において実績は無いが、その他の月においては数件実績あり。

2) 生活支援体制整備事業

地域課題や個々のニーズに合わせた適切なサービスが包括的・効率的に提供されるしくみづくりを行う。(介護予防・日常生活総合支援事業の充実)

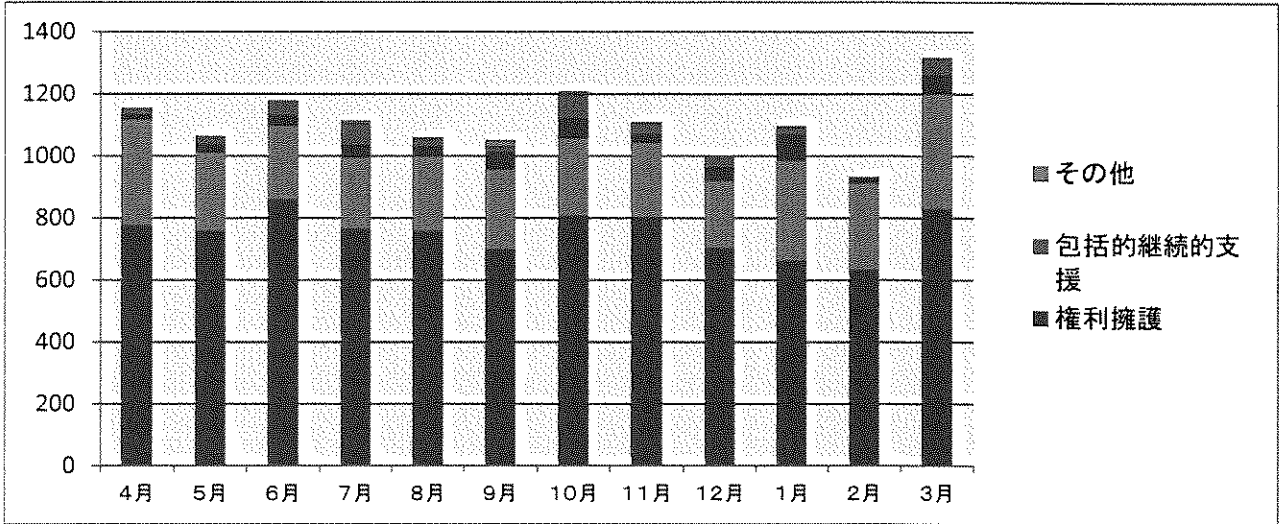
●連携及び参加状況

内 容	回 数	備 考
田村市支え合う地域づくりを考える協議体参加	11回	

令和2年度地域包括支援センター実績

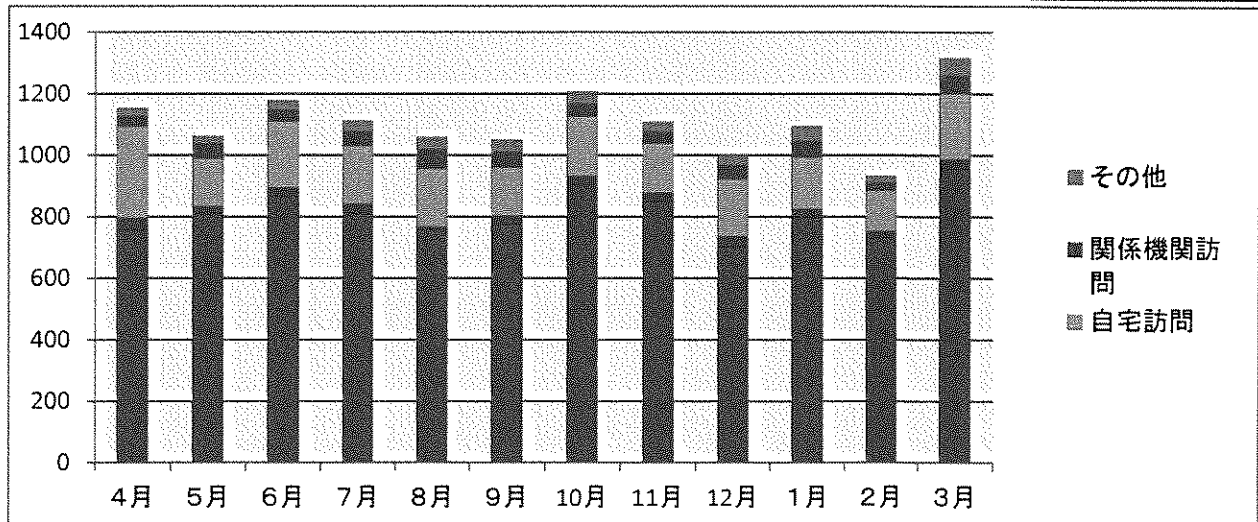
1. 令和2年度相談数報告(相談内容別)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
介護予防支援業務	776	758	861	765	756	701	806	804	704	663	633	830	9057
総合相談	342	255	238	233	244	256	253	240	216	323	282	372	3254
権利擁護	15	23	32	36	30	56	62	28	42	83	15	57	479
包括的継続的支援	20	25	46	70	25	16	79	33	40	21	1	55	431
その他	0	1	0	9	4	21	6	3	0	4	1	2	51
計	1153	1062	1177	1113	1059	1050	1206	1108	1002	1094	932	1316	13272

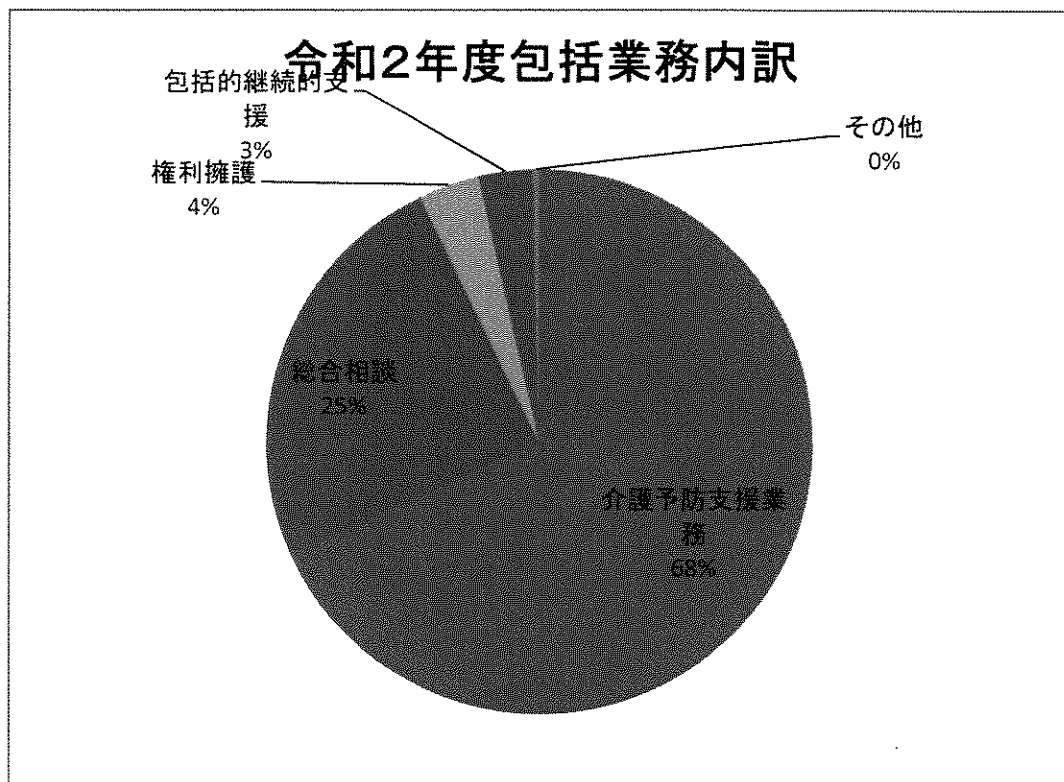


2. 令和2年度相談数報告(手段別)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
電話	757	810	866	811	758	775	901	849	703	799	730	955	9714
来所	40	24	30	32	10	28	30	30	33	27	22	33	339
自宅訪問	298	154	212	190	190	159	195	162	186	169	134	212	2261
関係機関訪問	32	50	39	43	60	49	41	34	45	51	26	58	528
その他	26	24	30	37	41	39	39	33	35	48	20	58	430
計	1153	1062	1177	1113	1059	1050	1206	1108	1002	1094	932	1316	13272

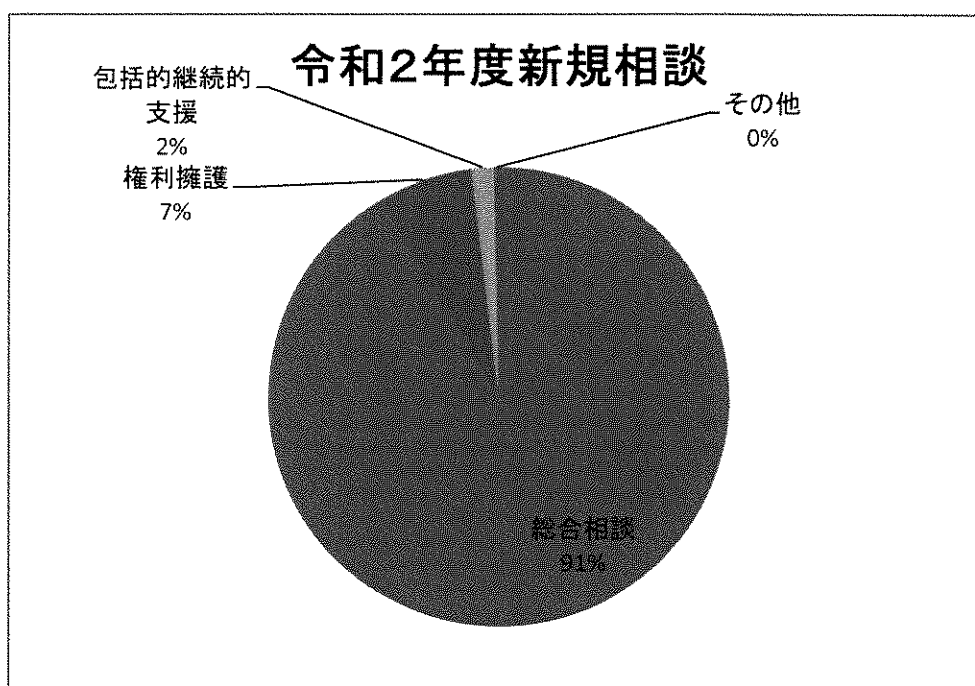


3. 令和2年度包括業務内訳



4. 令和2年度 新規相談

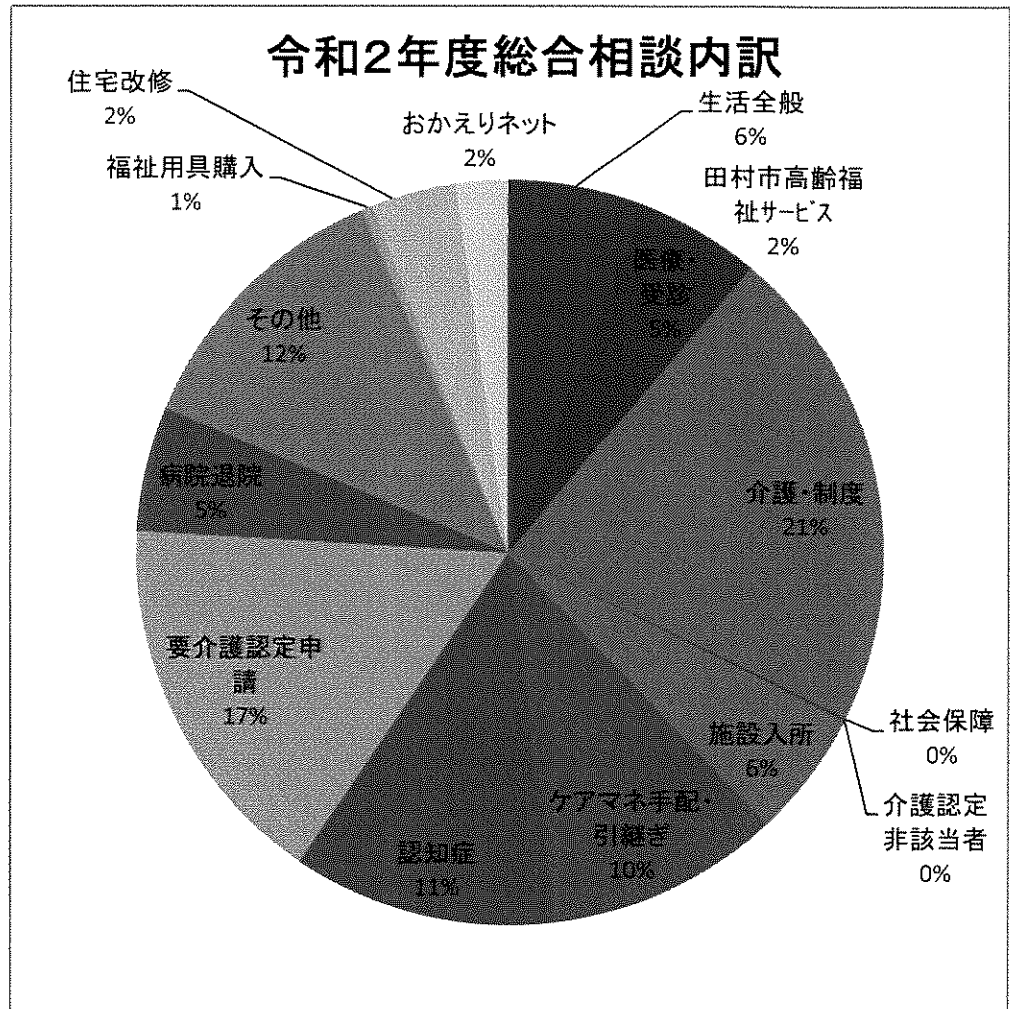
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
総合相談	24	16	24	19	15	23	19	22	23	32	33	32	282
権利擁護	1	2	2	2	1	2	3	0	1	1	4	2	21
包括的継続的支援	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	5
その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
計	27	18	25	22	16	23	20	23	24	33	35	34	300



5. 令和2年度総合相談内訳(R2/4/1～R3/3/31)

※延べ件数

内容	件数
生活全般	191
医療・受診	171
介護・制度	688
社会保障	2
介護認定非該当者	2
施設入所	181
ケアマネ手配・引継ぎ	327
認知症	373
要介護認定申請	536
病院退院	176
その他	397
福祉用具購入	17
住宅改修	56
村市高齢福祉サセ	65
おかえりネット	72
合計	3254

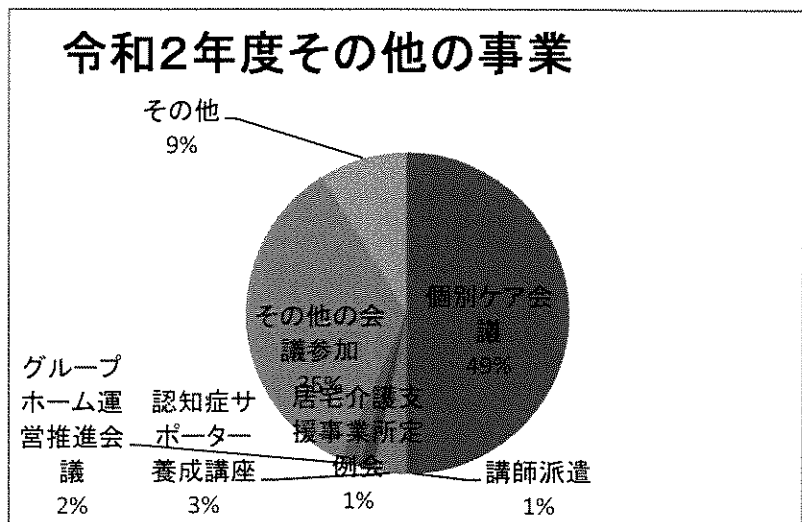


6. 令和2年度新規予防給付ケアプラン(R2/4/1～R3/3/31)

	滝根町	大越町	都路町	常葉町	船引町	その他	合計
介護予防支援給付費	5	7	8	3	37		60
ケアマネジメント費(※要支援者)	7	11	10	6	39	0	73
ケアマネジメント費(※事業対象者)	2	2	1	0	8	0	13
計	14	20	19	9	84	0	146

7. 令和2年度その他の事業(R2/4/1～R3/3/31)

個別ケア会議	72
講師派遣	2
認知症サポーター養成講座	5
居宅介護支援事業所定例会	2
グループホーム運営推進会議	3
その他の会議参加	51
その他	13
計	148



令和2年度地域包括ケア推進担当者会議報告について

1. 田村市地域包括ケア推進担当者会議

	日時	場所	出席者数	内容
第19回	10/1	市役所 301	23名	1) 地域包括支援センターから、令和元年～令和2年9月までの個別ケア会議の状況報告。 2) 委員の皆さんから、各自現場で感じている課題について伺う ↓ 今年度のテーマについては委員からの地域の課題、意見をまとめ、事務局で検討する。 3) その他 田村市高齢者おかえり支援事業について、警察担当者より、登録者情報について事前に市と警察署で共有しておきたいとの提案があった。
第20回	12/15	市役所 107	22名	1) 検討テーマ【田村市における8050問題について】 ※グループに分かれて事例検討を行い、課題と支援方法について話し合った。 2) その他 次回は研修会を予定。

2. 令和2年度 田村市高齢者おかえり支援事業徘徊模擬訓練 実施報告

	日時	場所	出席者数	内容
第1回	10/15	滝根町 天地人大学 ホール	15名	1) 田村市の高齢者の状況と認知症施策について 高齢福祉課 鈴木係長 2) 田村郡管内の徘徊者搜索の現状と搜索依頼の仕方、徘徊者発見時の通報の仕方 小野分署交通課 小林様 3) 寸劇「花ちゃんの日」DVD視聴 4) 声掛けのポイントとロールプレイ（会場内で2人一組で練習）

3. 田村市高齢者おかえり支援事業について

田村警察署と協議し、登録者の情報について事前に情報共有をし、行方不明者の搜索に早期対応できるようにした。

令和2年10月15日徘徊模擬訓練アンケート結果（一部抜粋）

1. 模擬訓練で声掛けしてみて、どう感じましたか？

- ・知っている事をできる事にする大切さがわかりました
- ・初めての訓練でしたがそのようなことがあったら恥ずかしくなく声かけしてみたいです。

- ・本人の立場に立って考えられれば相手の懐に入ることができるということを感じた
- ・実際にやるのは勇気がいったが、本当に実際の時に声を掛けられるようにしたい。

2. 模擬訓練の流れや資料等で改善した方が良いものがありましたら、ご意見をお聞かせください。

- ・寸劇「花ちゃんの日」でよい例悪い例の両方を見せて頂いてすごくよくわかりました。
- ・実際にやってみて気づくことがあったのでやってよかったです。
- ・田村市では Line 登録でも行方不明者のお知らせも届きます。メール登録よりも手軽なので、そちらも情報として提供してほしいです。

令和 2 年度 地域支援事業報告

1. 介護予防の推進（一般介護予防事業）

(1) 住民主体の通いの場（運動サロン）

元気な高齢者の社会参加を促進するために、市民との協働による、地域で支えあい安心して暮らせる地域づくりを目指し、ボランティア等の協力を得ながら「住民主体の通いの場」（運動サロン等）を重点事業としています。

1) 住民主体の通いの場（運動サロン）立ち上げ支援

新規運動サロングループ 2 グループ（令和 3 年 3 月末現在）

	内容	回数	参加人数
1	体験教室	5	66
2	その他のイベント等による普及啓発	2	14

2) 住民主体の通いの場（運動サロン）継続支援

運動サロングループ 72 グループ

運動サロン参加人(名簿記載)数 1,077 人

	体力測定	運動指導	栄養指導	口腔指導	聴覚指導	交流支援	合計
回数	58	50	30	34	15	16	203
人数	472	410	227	304	133	109	1,655

(2) 介護予防手帳教室の開催

住民主体の通いの場の活動をより介護予防に資するものとする、住民のセルフマネジメント能力の向上を図るため、「介護予防活動の記録等を管理するための媒体（介護予防手帳）」の使い方等についての教室を開催しました。

回数	参加人数
36	329

(3) いきいき健康サポーターの養成・育成

住民同士が支え合うことができる地域づくりを住民との協働により推進するために、介護予防に関する普及啓発を行うボランティアの養成・育成を実施しました。

内容	回数	参加人数（延）
いきいき健康サポーター養成講座	8	71
いきいき健康サポーター育成（交流会）	8	63

(4) いきいき田村元気フェスティバル

規模を縮小し、生活圏域の単位で実施（いきいき健康サポーター育成と合同で実施）

内容	回数	参加人数（人）
いきいき田村元気フェスティバル（交流）	7	116

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

自立支援に向けた介護予防の取り組みの機能強化のため、専門的見地からの助言を必要とする方の自宅等へ、リハビリ専門職を派遣し、対象者の有する能力を評価し、生活課題の改善に向けた助言を行いました。

内容	回数	訪問をした職種
リハビリ職等の訪問	33回	理学療法士、作業療法士、栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士等

2. 介護予防・生活支援サービス事業及び生活支援体制整備の充実

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の実施

平成28年3月より実施してきた訪問介護（従前の訪問介護相当）、通所介護（従前の通所介護相当）のほか、令和元年度より、住民主体によるサービス（訪問型サービスB）を実施しました。今年度より、通所型サービスB、通所型短期集中予防サービスを開始しました。

1) 訪問型サービス

①訪問型サービスB（住民主体による支援）

市の担い手養成講座「地域の支え合い応援講座」を受け、一定の知識を習得した者が家庭を訪問して、利用者の自立支援の観点から、生活（家事）援助のみを提供するサービス。

	提供団体名	提供地区	サービス利用人数	サービス提供延回数
1	船引フォーラム	船引地区	5	112
2	ささえ愛・隣隣サポーター	田村市全域	5	103
3	NPO法人サポートたむら	滝根地区	5	95
4	隣隣サポーター・元気	都路地区	2	19

2) 通所型サービス

①通所型サービスB

	提供団体名	提供地区	サービス利用人数	サービス提供延回数
1	船引フォーラム	船引地区	2	306

②通所型サービスC（短期集中予防サービス）

保健・医療の専門職が主体となって、日常生活に支障のある生活行為を改善するため、短期間で集中的にサービスを提供するサービス。

	実施施設	サービス利用人数	サービス提供延回数
1	リハビリセンターさくらの里	3	35
2	たむら市民病院	13	107

(2) 生活支援体制整備の充実

要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められます。また、今後の多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスの充実を目指し事業実施しました。

1) 第1層協議体（市全域）

平成29年1月に設立。15名の委員、1名の生活支援コーディネーターで構成。

	月日	人数	内容
1	4月24日（金）	7	委嘱状交付/仲間づくりの情報発信/今年度の目標・計画
2	5月22日（金）	7	年間の活動計画/移動支援の検討
3	6月26日（金）	9	移動支援モデル事業・安全運転講習の検討
4	7月31日（金）	9	移動支援モデル事業の検討
5	8月6日（木）	21	生活支援コーディネーター養成研修(第1・2層協議体研修合同開催)
6	8月21日（金）	8	移動支援モデル事業の検討
7	9月25日（金）	18	高齢者移動支援サービスモデル事業移動支援サポーター意見交換会
8	9月25日（金）	12	移動支援モデル事業の検討(事例共有)
9	10月23日（金）	10	移動支援モデル事業の検討（事例共有）/勉強会の検討
10	11月24日（火）	11	移動支援モデル事業の検討/訪問型サービスB事業の課題検討/勉強会の検討
11	12月21日（月）	13	移動支援モデル事業の検討/勉強会・担い手養成講座の検討/地域資源の情報収集(共有)
12	1月25日（月）	9	移動支援モデル事業の検討（評価検証・要綱）
13	2月22日（月）	9	移動支援モデル事業の検討（要綱）
14	3月22日（月）	10	移動支援モデル事業の検討（評価検証・要綱）/今年度の振り返り

○高齢者移動支援モデル事業

高齢者の外出機会を確保し、閉じこもりの予防や社会参加を促し、自立した生活を支援するため、住民ボランティア等が主体となった移動支援サービスをモデル的に実施。

- ・対象者：要支援1・2、総合事業対象者
- ・サービス提供者：地域のボランティア活動を行う意思があり、安全運転講習を受講した者

	サービス利用実人数	サービス提供延回数
1	3名	63回

2) 第2層協議体（日常生活圏域ごと）

- ・3地区（滝根、都路、常葉）の協議体が、地域の課題、住民の声を把握し住民主体の取り組みを実施。

○滝根地区（サポートライフ大滝根）の活動

活動目的：多様な主体との協働により、支え合いにより地域課題を解決する。

- ・定期的な会合により、会員間の交流促進と地域課題の問題意識の共有を図った。
- ・SNS等での情報発信、口コミによる仲間づくり。アイデアを募り居場所づくりの試験的活動を実施。
- ・会員へのアンケート調査や聞き取り調査により地域資源等の実態把握。
- ・活動を通して得られた情報等を共有し、人脈を利活用する研修や活動を実施。

○都路地区（都路を支えあう会）の活動

活動目的：地域で考え、みんなで助け合い安心して健康で暮らせる都路を目指す。

- ・月1回定例会の開催
- ・地域の役員との連携を強化した情報収集。個別訪問によるニーズ収集。
- ・出張サロンの開催（地域の課題、資源、開発）
- ・活動の広報、新たなつながりづくりのイベント実施（講演会、かわら版）

○常葉地区（支え合う地域を考える チームときわ）の活動

活動目的：健康サロンを通じて高齢者の介護予防と地域の世代間交流を図るとともに、地域ニーズの収集を行う。

- ・集会所等で健康サロン「街カフェ」の開催 → 自粛し3月に2回開催
- ・健康サロン参加者の交流やメンバーの持つ情報からニーズを聴取し問題解決の模索し、課題解決に向けた取り組みの検討
- ・理解者の人数増により負担軽減と、スキルを活動につなげるなど地域の交流ネットワークづくり。

3) 地域の支え合い応援講座（会場：田村市役所）

住民相互の助け合いによる生活援助を提供する担い手を養成する講座を開催しました。
現在まで12名修了。

1回目

	月日	人数	内容
1	9月16日(水)	7	ボランティア概論/介護保険制度・職務の理解/安全管理/接遇マナーと守秘義務/予防救急と応急処置/高齢者の特徴・介護予防/認知症の理解/コミュニケーション
2	9月30日(水)	7	

2回目

	月日	人数	内容
1	3月16日(火)	9	ボランティア概論/介護保険制度・職務の理解/安全管理/接遇マナーと守秘義務/予防救急と応急処置/高齢者の特徴・介護予防/認知症の理解/コミュニケーション
2	3月19日(金)	7	
3	3月25日(木)	7	

4) 安全運転講習 (会場：田村自動車学校)

住民相互の助け合いによる移動支援を提供する担い手を養成する講座を開催しました。

	月日	人数	内容
1	8月28日(金)	10	活動内容と活動に係る保険/高齢者送迎の知識と対応/移動サービスの運転に必要な知識と心構え/運転時のリスクへの備えと対応/運転実技・高齢者疑似体験
2	9月24日(金)	10	

5) 隣隣サポーター・訪問型サービスB提供団体交流会

住民相互の助け合いによる生活援助を提供する担い手養成講座を受講した方が、訪問型サービスB提供団体の方と交流し、隣隣サポーター活動開始の機会を目的とした交流会を開催しました。

	月日	人数	内容
1	9月30日(水)	22	活動団体紹介・PR/意見交換
2	2月26日(金)	5	代表者意見交換会 活動状況・課題/感染予防

3. 認知症総合支援事業

(1) 認知症の理解を深めるための普及・啓発の推進

1) 認知症サポーター養成講座の実施

1人でも多くの方が応援者となり、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指し、認知症についての正しい知識と対応について広く知っていただくための出前講座を実施しました。

認知症サポーター 4,659人 (令和3年3月末現在)

年度	養成講座 (回)	受講者数 (人)
令和2年度	7	59

2) 認知症カフェ開催の推進

認知症の人や家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いに理解しあう、認知症カフェの開催を支援しています。

実施主体	会場	備考
JA福島さくら	は～とらいふ船引	4月～10月中止、11月より再開
社会福祉法人田村福祉会	特別養護老人ホームときわ荘	休止中
田村市地域包括支援センター	大越ふるさと館	4月～6月中止、7月より再開

(2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供

1) 運動サロンの実施

運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営による運動サロンの立ち上げ、継続の支援を行います。

運動サロングループ数 72グループ (令和3年3月現在)

2) 認知症初期集中支援チームの活動推進

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行うチームを設置し、活動をおこなっています。

令和2年度活動実績

相談件数（内活動対象件数）	31件（7件）
医療・介護につながった件数	7件
チーム員会議回数	1回

3) 認知症安心ガイドの作成

認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるように活用の推進を図ります。

4) 認知症地域推進員の配置

地域包括支援センターに認知症地域推進員を配置し、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携や支援、認知症の人やその家族等への相談支援の充実を図っています。

(4) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

1) 高齢者おかえり支援事業の実施

認知症の高齢者の方が外出した際に自分がどこにいるのかわからなくなったり、自宅に戻れなくなった時に、早期に発見できるよう高齢者の方の情報を事前に登録し、高齢者ご本人の安全とご家族への支援を図っています。また、地域の方々へ田村市情報メール配信サービスに登録していただき、多くの方々のご協力により早期発見、安全確保につながるよう事業周知をしています。

高齢者おかえり支援事業登録者人数 31人（令和3年3月末現在）

2) おかえりネット模擬訓練

「高齢者おかえり支援事業」が適切に運用でき、認知症の方と家族を支え見守る地域の意識が高まり認知症の理解を促進していくことを目的に、おかえりネット模擬訓練を実施しました。

月日	内容	会場	参加者数(人)
10月15日(木)	○田村管内の徘徊搜索の現状と依頼時の注意点 ○認知症の対応や声かけの注意点について ○徘徊模擬訓練	天地人大学 (滝根町)	15

3) 認知症高齢者個人賠償保険事業

高齢者おかえり支援事業に登録されている方で在宅生活をしている方が、日常生活で法律上の損害賠償責任を負った場合や、交通事故等による死亡や後遺障害に対して保険金が支払われ、田村市が保険契約を行います。

認知症高齢者個人賠償保険事業登録者 28人（令和3年3月末現在）

4) 緊急情報カードの推奨

高齢者等の安心・安全を確保するため、かかりつけ医や持病などの医療情報、緊急連絡先などの情報を事前にカードに記載し、冷蔵庫に貼って保管しておくことで、万が一の緊急時に備えるものです。「もしも・・・」のときに、かけつけた救急隊員などがカードの情報を確認することで、迅速な処置や救急搬送が可能となり、ご家族への連絡もスムーズに行うことができます。

4. 自立支援型地域ケア会議の開催

高齢者の自立支援及び生活の質（QOL）の向上に資するケアマネジメントと、それに基づく介護の提供をするため、個別事例の課題検討及び地域課題の把握を目的とした多職種協働による地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）を開催しました。

開催回数	検討事例数(延)
22回	87事例

地域課題等については、 P10～P12 参照

5. 在宅医療・介護連携事業

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続けられるよう、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目的に、多職種連携研修を開催しました。

多職種連携研修

介護事業所職員を対象とした研修

月日	内容	参加人数（人）
9月23日（水）	褥瘡予防のポジショニング	28
10月21日（水）	認知症患者との関わり方	34
11月25日（水）	高齢者の人生の最終段階におけるケア	18
12月2日（水）		30

6. 成年後見制度利用促進事業

認知症等により、自分自身の権利を守ることが十分にできない方が安心して住み慣れた地域で暮らすために、成年後見制度に関する講演会を実施しました。

1) 普及啓発

月日	内容	会場	参加者数(人)
11月26日(木)	成年後見制度講演会 講演「知っていますか?! 成年後見制度」 講師：谷川社会福祉事務所長 谷川ひとみ氏	田村市文化センター	202

7. 介護相談員派遣事業

介護サービス提供の場を訪問し、介護サービスを利用する方の話を聞き、利用者の疑問、不安等の解消及び介護事業所における介護サービスの質の向上を図ります。

1) 相談員派遣 ※感染対策のため、施設訪問中止

相談員数(人)	訪問施設数	訪問回数(回)	相談者数(人)
4	0	0	0

2) 二者会議(相談員・事務局会議)

月日	内容
4月6日(月)	委嘱状交付、今年度の活動について
2月10日(水)	三者会議、今後の活動について

3) 三者会議(相談員・事業所・事務局会議)

月日	内容
2月10日(水)	意見交換(訪問が制限された場合の介護サービス相談の対策)

※事前に全事業所へ、本事業に関するアンケート調査実施

8. 配食サービス事業

一人暮らし高齢者世帯(高齢者のみの世帯も含む)等で調理が困難な方に対し、定期的にお弁当を配達するとともに、利用者の安否確認を行いました。

利用実人数(人)	提供回数(回)
61	3,943

9. 介護人材育成事業

1) 次代を担う介護職員交流事業

市内の介護サービス事業所に勤務する職員が、引き続き自信と意欲を持って働き続けられ、また、サービス向上を図るため交流会を予定していましたが、新型コロナウイルス感染症予防のため中止としました。

2) 介護職員初任者研修

年度	受講人数	実施期間
平成30年度	14名	7月～10月
令和元年度	12名	8月～10月
令和2年度	新型コロナウイルス感染症予防のため中止	

3) 介護資格取得助成事業

介護職員の確保並びに就労している介護職員の資質の向上及び職場への定着を図るため、介護職員初任者研修及び介護福祉士実務者研修の資格取得に係る費用に対し、予算の範囲内で助成金を交付しました。

(介護職員初任者研修：60,000円 介護福祉士実務者研修：100,000円)

年度	介護職員初任者研修	介護福祉士実務者研修
令和元年度	3名	4名
令和2年度	7名	9名

4) 保健・福祉施設従事者就職奨励金交付事業

市内の保健・福祉施設の人材確保及び市への定住促進を図るため、市内に定住し、市内で新たに保健・福祉施設へ就職する方へ就職奨励金を交付しました。

(奨励金額 6年経過時1,000,000円、転入加算300,000円)

年度	認定者数	(転入加算者数)	職種				
			介護福祉士	福祉修習者	社会福祉士	看護師	保育士
令和2年度	12	3	4	2	1	3	2

1) 令和2年度自立支援型地域ケア会議の実績

		H29	H30	R1	R2
開催回数		2	20	23	22
協議事例(延)		5	42	66	87
再掲	新規	4 (0)	42 (0)	54 (7)	41 (14)
	モニタリング	1 (0)	0 (0)	12 (2)	46 (26)
	軽度 <small>申請済・要支援</small>	5	32	53	84
	中度 <small>要介護1・2</small>	0	7	9	2
	重度 <small>要介護3以上</small>	0	3	4	1

※()記載は通所C利用者、通所C利用終了後のモニタリングは含まず

【参考】新規協議事例の更新時介護度の変化

	H29	H30	R1	R2
改善	2	5	3	2
維持	0	18	37	12
悪化	2	15	16	7
その他	0	4	1	2

※改 善：更新申請がなく非該当となったを含む
 ※維 持：非該当・事業対象者のうちR2.12月時点で新規申請をしていないものを含む
 ※その他：認定期間内に死亡・入院等の明らか悪化により更新を行わなかったもの、更新で介護度改善も2か月以内に支援からの新規申請となったものを含む
 ※R2年度は8月分まで・新規のみ集計

2) 自立支援型地域ケア会議で把握・集積された地域課題と展開

		R1年度までに把握された地域課題・提言	R2年度までの事業・施策展開 <small>取り組まれた・実施できなかったもの</small>	R2年度新たに把握された地域課題・提言	R3年度以降の新たな事業・施策展開
日常生活支援に関する課題	家事	・専門性を必要としない生活支援のニーズ(掃除・炊事・買い物・灯油入れ) ・専門職による生活支援の常態化 ・地域資源の発掘・情報の集積不足	・訪問B(住民主体の生活支援)の展開 →一般介護予防事業の充実(家事教室) ・協議体による地域資源の集積	・アセスメントに基づいた適切な資源の提案 ・総合事業に関する体系化された住民啓発 特に新たなサービス(訪問B・通所C)の公的サービス(共助・公助)の在り方 ・男性の日常的活動(家事)に関する啓発	・広報による住民啓発及び周知媒体の作成 ・公民館事業と連携した住民啓発
	移動	・移動支援のニーズ(買い物、地域交流の場、病院受診) ・運転免許返納をきっかけとした生活の狭小化 ・要介護認定者の移動支援のニーズ ・軽度認定者のセニアカー貸与のニーズ	・訪問D(移送支援)モデル事業開始(通いの場への移送) ・高齢者安全運転支援装置設置補助事業 ・高齢者交通対策(乗り合いタクシー助成券)	・車両の移動を伴わない移動支援のニーズ ・多様な場(友人宅・畑)への移動のニーズ ・歯科受診に際する移動支援のニーズ	・訪問B「その他の活動」の展開 ・訪問Dの展開
	人材	・介護人材(ヘルパー)不足 ・介護サービス事業所の地域差	・訪問B(住民主体の生活支援)の展開 →介護初任者研修 ・資格取得費用助成事業 ・就職奨励金交付事業 ・医療介護セミナー(介護職員向け研修)	・アセスメントに基づいた適切な資源の提案 ・総合事業に関する体系化された住民啓発 特に新たなサービス(訪問B・通所C)の公的サービス(共助・公助)の在り方と家族の役割(自助)についての啓発	・広報による住民啓発及び周知媒体の作成 ・公民館事業と連携した住民啓発
活動・社会参加	場	・冬期間の活動の場の不足 ・通いの場(運動サロン)の数の不足 ・通いの場(運動サロン)の質の課題(虚弱者の参加が少ない・開催回数) ・運動サロン参加者のフォローアップ ・運動サロン以外の通いの場の発掘情報の集積不足 ・男性が集える場・機会の創出	・通所B(住民主体の通いの場)の展開 ・運動サロン立ち上げ支援・継続支援 ・新たな市民啓発の場(いきいき元気フェスティバル) ・チェックリストを活用した運動サロン立ち上げ ・運動サロン再開支援(個別対応・地区別交流会・体力測定会) →県介護予防コーディネーター養成研修を通じて一般介護予防に資する通いの場の住民啓発 ・訪問D(移送支援)モデル事業を活用した虚弱者参加の促進 ・運動サロンコンセプトの見直し、活動回数による専門職派遣の見直し ・運動サロンにおける効果的・効率的な介護予防活動に関する講座の開催(手帳教室) ・体力測定結果把握方法の見直し、併せて低下者に対する個別支援(専門職派遣) ・体力測定の経年変化表を用いた啓発の実施(手帳教室) ・運動サロン承諾書の導入(医療・保健情報との突合) ・運動サロン開催および参加者個人の感染予防チェックリストを作成・配布 →一般介護予防事業の充実(家事教室)	・アセスメントに基づいた適切な資源の提案 ・総合事業に関する体系化された住民啓発 特に新たなサービス(訪問B・通所C)の公的サービス(共助・公助)の在り方と家族の役割(自助)についての啓発 ・新しい生活様式に即した運動サロンの展開 コロナ禍でも活動できる具体的な指針(鹿山・荒町・水神宮・芦沢のサロンのニーズ、南移・新館・要田・岩井沢のサロン再開のニーズ) ・小さな単位での運動サロンの展開 ・住民が通いたいと思える運動サロンの展開と効果的な周知 ・虚弱者(卒業生)のモニタリングの場としての機能強化(ポピュレーション・ハイリスクアプローチを同時に展開) ・月1・月2(予防効果の薄い)サロンへの高齢福祉課による支援の在り方 ・住民側の「高齢者の交流=デイサービス」という固定概念 ・運動サロンに参加しなくなった虚弱者の把握・フォローの体制整備	・広報による住民啓発及び周知媒体の作成 ・公民館事業と連携した住民啓発 ・運動サロン継続支援を直接実施へ変更 ・いきいき元気フェスティバル開催(規模縮小) ・運動サロン参加のメリットを視覚化した周知(機能改善・専門職へアクセス) ・住民同士の自然な勧奨による周知強化 ・運動サロン専門職派遣の見直し ・R3年度は一体的事業展開に伴い、活動回数による派遣の見直しは実施せず ・運動サロン参加者の医療費、健診結果を用いた個別支援の実施 ・運動サロンへボランティアセンター・SC派遣による講座開催(地域資源の把握を目的として)
	場以外	・サービスが日常になると地域に戻れない(卒業ができない) ・軽度認定者が自宅で予防に資する活動を継続できる仕組み(畑仕事・散歩・手芸)	・通所C(短期集中)の展開 ・訪問B「その他市長の認める活動」の活用 ・介護予防にかかる事業所向け研修(高齢者の行動変容に資する支援の研修)	・アセスメントに基づいた適切な資源の提案 ・総合事業に関する体系化された住民啓発 ・「交流=デイサービス」の概念の固定化 ・「卒業」の考え方の共有 ・日常的な活動の効果についての啓発(本人・家族による不要な制限) ・虚弱者の多様な社会参加 単純な参加(交流)にとどまらない社会貢献・就労的活動の推進 ・資源としての介護事業所の活用(卒業後の活躍の場としての活用)	・広報による住民啓発及び周知媒体の作成 ・既存資源を活用した役割を持った交流(活躍)の場の拡充 ・ボランティアセンターとの連携

	R1年度までに把握された地域課題・提言	R2年度までの事業・施策展開 <small>(取り組み、実施の状況、効果等)</small>	R2年度新たに把握された地域課題・提言	R3年度以降の新たな事業・施策展開	
医療・介護 に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> 医療と介護の具体的な連携の仕組み 多剤併用副作用による生活課題の発生 内服指導のニーズ 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療介護連携センター 	<ul style="list-style-type: none"> 事業対象者の医学的情報の把握 (システムとして) 	<ul style="list-style-type: none"> ACPに関する住民啓発の強化 (運動サロン・エネジ'ンク'ノート) 	
認知症に 関する課題	<ul style="list-style-type: none"> 家族・地域住民の疾病の理解 認知症介護者への支援 早期介入・受診によるMCI改善 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター養成講座 認知症SOSネットワーク模擬訓練 認知症サポーターステップアップ講座 オレンジ(認知症)カフェ交流会 おかえり支援事業(個人賠償保険) 運動サロンでの聞こえの教室(MCI対策) 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームの活用 認知症地域支援推進員の活用 認知症カフェの再開支援 	<ul style="list-style-type: none"> 包括支援センターと初期集中支援チーム 員の連携 認知症カフェ主催者の交流、地域資源の 集積および新たな認知症カフェの開拓 運動サロンでの認知症サポーター養成講座の 開催 	
住民啓発に 関する課題	<ul style="list-style-type: none"> セルフマネジメントに関する啓発 疾病予防・疾病コントロールに関する啓発 ライフステージごとの食・口腔機能に 関する啓発 介護保険法の理念(自立支援)についての 啓発(成功事例を通じた住民啓発) 	<ul style="list-style-type: none"> セルフマネジメント向上のためのツール (介護予防手帳)の作成 運動サロンにおける啓発(手帳教室) 運動サロンにおける栄養改善教室・口腔 機能向上教室の見直し (事前にグループのチェックリストの状況を共有、 簡易個別指導の追加) フレイル予防の啓発 (運動サロン・広報誌・通知等) 体力測定結果より、明らかに減量が必要な 者に対する個別支援(専門職派遣) 新たな市民啓発の場(いきいき元気まつり)の 開催 64歳到達者へ法の理念について通知 	<ul style="list-style-type: none"> メタボフレイルの事例の散見 疾病予防・健康づくり担当課との連携 疾病予防・健康づくりに関する無関心層に 対する啓発 総合事業に関する体系化された住民啓発 特に新たなサービス(訪問B・通所C) 公的サービス(共助・公助)の在り方と 家族の役割(自助)についての啓発 上記内容の無関心層に対する啓発 広域的な住民啓発(県外の家族) 	<ul style="list-style-type: none"> 運動サロン参加者の医療費、健診結果を 用いた個別支援の実施 いきいき元気フェスティバル開催(規模縮小) 広報による住民啓発及び周知媒体の作成 運動サロンでのフレイルに関する啓発 強化 公民館事業と連携した啓発 	
その他の 地域課題	<ul style="list-style-type: none"> 配食サービス提供の地域差 介護予防に資する(低栄養対策としての) 配食サービスのニーズ 高齢福祉サービス(給付外の住宅改修・ 訪問介護の提供)申請者に対する ケアマネジメントの必要性 難聴者(加齢性)に対する支援 1号被保険者に対する支援 (介護サービス以外の支援) 	<ul style="list-style-type: none"> 多様な主体による配食サービスの展開 高齢福祉サービス提供時にモデル的に アセスメントを実施 非該当の者に対する訪問介護事業の廃止 運動サロンにおける啓発(きこえの教室) 	<ul style="list-style-type: none"> 通所Cと組み合わせた低栄養対策 独居高齢者の漠然とした不安への対策 IC等の新たな技術を活用した見守りの システム構築 高齢者住まいの課題、住み替えの課題 独居高齢者等の見守りのネットワーク 構築(システムとして) 障がい者サービスから介護サービスへの 移行者に対する支援 障がい者サービスにおける自立支援 課内・庁内の介護保険の理念に関する 規範的統合、行政職の制度理解 総合相談(初回相談受付時)の課題 行政窓口での適切な振り分け・制度説明 	<ul style="list-style-type: none"> 通所Cにおいて栄養・口腔指導等を組み 合わせた包括的な支援を展開 多様な地区組織(支援者)の情報共有 及び支援体制構築の検討 課内規範的統合のための勉強会の実施 総合事業マニュアルの作成 	
ケアマネジ メントに 関する課題	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 虚弱に至った要因、疾病等の医学的要因、 生活課題に関するアセスメント 見立て デマンドとニーズの区別 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援型地域ケア会議を通じた スキルアップ 介護予防にかかる事業所向け研修 専門職派遣によるアセスメントの充実 通所C(短期集中)の展開によるスキル アップ 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関するアセスメント、客観的 指標による強化の実施、認知症初期集中 支援チームの活用 栄養・口腔機能に関するアセスメント 不安・痛みに関するアセスメント 対象者の強み(できること、できるよう になること、環境等)に関するアセスメント 事業対象者の医学的情報の把握 把握方法のシステム化 整形疾患以外の疾患に関するアセスメント データに基づいたアセスメント 生活課題の工程分析(躓きがどこか) アセスメントのツールとしての帳票の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護事業所、包括定例会における研修 手引き見直しに併せ、介護予防ケアマネ ジメントマニュアルの見直し、アセスメ ントツールの検討
	プラン	<ul style="list-style-type: none"> 生活課題が目標に設定されていない あいまいな目標設定(安心・安全) 日常生活(サービス利用日以外)に 対する支援 (セルフマネジメントに対する支援) お世話型のプラン 		<ul style="list-style-type: none"> 目標達成後も同じ目標・サービス提供で 支援継続される事例 データに基づいたモニタリング・評価 行動変容に資するプラン作成と支援 (動機づけ、変容に至る環境づくり) 特に日常的な活動(できるがやらない 活動の獲得・再獲得に関する行動変容) ステップとしての数値目標(本人も 客観的に評価・実感できる目標の設定) プランとサービスの連動 	
	合意形成	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の理念に関する合意形成 サービス利用の目的に関する合意形成 地域資源や新たな資源につなぐための 合意形成 		<ul style="list-style-type: none"> 「交流＝デイサービス」の概念の固定化 不要な更新申請の状態化 提案方法の具体的な工夫 「元気がなったら行く」に対する対応の 具体的な工夫と事例の積み上げによる ノウハウの標準化(他事例への波及) 	

	R1年度までに把握された地域課題・提言	R2年度までの事業・施策展開 <small>取り組み、実施、見直し、見直し後の再取り組み</small>	R2年度新たに把握された地域課題・提言	R3年度以降の新たな事業・施策展開	
ケアマネジメントに関する課題に関する課題	サービス・制度	<ul style="list-style-type: none"> 生活課題解決のためのサービス提供がされていない 効果的な回数サービス提供なされていても機能改善が見られない お世話型のサービス提供 介護申請、区分変更・更新申請の在り方 	<ul style="list-style-type: none"> 通所C（短期集中）の展開 	<ul style="list-style-type: none"> 田村市の目指す自立支援の規範的統合（サービスからの卒業のとらえ方） アセスメントに基づいた適切な資源の提案 総合事業に関する体系化された住民啓発 卒業後のモニタリング手法の検討 住民の通いの場を活用したモニタリング セルフマネジメントの一環としてできる体力チェックとそれらが実行されるための媒体等の工夫 自身の機能低下のサインを早期発見し相談できるようになるための工夫 卒業後の機能低下の早期発見の手法の検討（機能低下のきっかけの啓発） 通所C_{ゼロアップ}としての専門職派遣 生活の場での生活課題解決のための支援（訪問C） 多様なC（短期集中予防）事業の展開（回数・場・その他のサービス事業との連動）延長、再利用の在り方 ケアマネジメントCの在り方 事業対象者の福祉用具貸与のニーズ 	<ul style="list-style-type: none"> 広報による住民啓発及び周知媒体の作成 通いの場でのモニタリングのシステム構築 通所C卒業後、セルフマネジメントによる低下の早期発見のためのツール作成（体力チェックシートの作成） 作成したツールは一般介護予防へ普及展開 訪問Cの検討、サービスCの多様な展開の具体的な検討 事業対象者の福祉用具に関するニーズ把握
	資源開発・その他			<ul style="list-style-type: none"> 包括支援センターの資源開発機能の強化（個別事例を通じた地域資源の情報集積と資源開発、協議体・ケア会議を通じた新たな資源開発に関する提言機能） 住民の活動の場（運動サロンも含む）を通じた小さな単位のネットワーク構築と交流支援 サービス利用者以外（家族・地域住民）に対する予防的介入を通じた資源開発 	
ケア会議に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> 事業評価、事例モニタリングの実施 事例の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議協議事例のモニタリングの実施 ケア会議協議事例の見直し（軽度のみ） 	<ul style="list-style-type: none"> 事業評価の指標がない 帳票類の整理ができていない 協議事例から協議外の事例への波及効果が薄い 課題の把握に留まり地域課題の解決へ向けた具体的な指示ができていない 上位ケア会議との連動性がない 把握された介護保険行政以外に関する地域課題を庁内で共有する仕組みがない 提示の在り方（プラン作成担当者の思考、ケアマネジメントのA・PDCAサイクルの提示） 	<ul style="list-style-type: none"> 上位ケア会議への課題提言及び解決策検討 地域包括ケア推進担当者会議における地域課題共有及び解決策の検討 自立支援型地域ケア会議手引きの見直し 	

令和 3 年度田村市地域包括支援センター事業計画

I 事業計画基本視点

全国的に、少子高齢化が急速に進む中で、田村市においても単身世帯、高齢者世帯、認知症高齢者の増加が深刻な課題となってきた。介護や生活支援のニーズが高まる一方、その担い手となる介護の専門職だけで支えることが困難な状況となっており、地域包括ケアシステムの深化・推進が重要となっている。高齢者が尊厳を保ちながら、できる限り自立した生活をおくることができるように、「自助・互助・共助・公助」の考え方を踏まえ地域共生社会実現・総合相談体制整備を視野に入れ、田村市高齢福祉計画・第 8 期田村市介護保険事業計画に基づいた業務推進を行う。

II 職員配置

職種	人数	備考
保健師	1	
社会福祉士	6	
主任介護支援専門員	2	
介護支援専門員	1	

III 活動計画

1. 包括的支援事業

1) 認知症総合支援事業【重点業務】

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暮らし続けることができるように、新オレンジプランに基づき、認知症の状態にあわせた支援体制づくりを行う。

(1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発推進

- ①認知症サポーター養成講座開催（運動サロンでの開催及び申し込みによる出前講座）
- ②認知症サポーターステップアップ講座開催
- ③ユマニチュード広報活動

(2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療介護の提供

- ①認知症初期集中支援チーム員として活動（従事）
- ②認知症地域支援推進員として活動（従事）
- ③田村市認知症安心ガイドの整備・普及

(3) 若年性認知症の特性に合わせた相談対応

- ①関係機関との連携により、社会参加支援等

【新規】②若年性認知症のご本人・ご家族を対象とした集いの開催

(4) 認知症の人の介護者への支援

①認知症カフェ開催

包括開催：大越町（大越ふるさと館）

②認知症カフェ立ち上げサポート

【新規】地域の実情に合わせて、地域の団体が認知症カフェを開催できるようにサポートする

滝根町（予定）：NPO 法人サポートたむら

都路町（予定）：都路まどか荘

(5) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり

①高齢者おかえり支援事業

・普及活動（メール登録呼びかけ強化）、相談受付、登録業務実施

2) 総合相談支援業務

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続して行くことができるように、どのような支援が必要かを把握し、関係機関や適切な保健・医療・福祉サービス・制度の利用につなげる支援を行う。

(1) 地域包括支援センターの周知強化

①田村市広報、社協広報へ包括案内掲載

②関係窓口へ包括広報紙配布（各行政局・各出張所・医療機関・薬局）

③地域の人への周知（運動サロン等での周知）

(2) 民生児童委員との連携強化

3) 権利擁護業務

認知症や精神疾患、身体的能力の低下等により、権利が侵害されている高齢者が、尊厳のある生活が続けられるように支援する。

(1) 高齢者虐待防止、早期発見に関する広報活動

・地域サロンや専門職会議の活用

(2) 高齢者虐待相談対応と個別ケア会議開催

(3) 成年後見制度に係るネットワーク中核機関運営と連絡会運営補助

・成年後見制度周知と利用促進を目的にした研修会

(4) 消費者被害相談対応（田村市、県消費生活センターとの連携）

4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

地域の高齢者が、住み慣れた地域で暮らすことができるように、包括的・継続的なケアの体制構築を図る。また、地域における介護支援専門員のネットワーク構築への支援や支援困難事例等への指導・助言を行う。

- (1) 介護支援専門員との定例会開催（年3回開催）
内容：田村市からの連絡事項、研修、交流等
- (2) 介護支援専門員対象の事例検討会
- (3) 田村市地域密着型運営推進会議に参加（各施設が2ヶ月に1回開催）
グループホーム 9カ所 小規模多機能型 2カ所
- (4) 各町民生児童員定例会に参加
- (5) その他の講師依頼対応
一人暮らし会食会、老人クラブ等

5) 地域ケア会議推進事業

フォーマル・インフォーマルの多様な関係者が協同し、地域全体で支援していくしくみづくりや、ケアマネージャーのサポートを行う。又、個別ケア会議で検討された地域課題から、資源開発、政策形成につなげる。

- (1) 困難事例相談対応・困難事例個別ケア会議開催
- (2) 地域包括ケア推進担当者会議開催 年3回
- (3) 自立支援型ケア会議に参加（市開催）
- (4) 都路地区支援者連携会議に参加（市開催）

6) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療と介護が一体的・効果的に提供できるようなシステムが構築できるように、関係機関・各専門職との連携を図る。

- (1) 医療機関・薬局訪問による周知活動
- (2) 田村地方在宅医療・介護支援センターとの連携による相談対応
- (3) 田村地方医療介護連携協議会との連携
- (4) 医師会・歯科医師会・薬剤師会等研修会参加
- (5) 田村地区認知症対応薬局研修会参加
- (6) 公立小野町地方総合病院モニター会議参加

2. 第1号介護予防支援事業

1) 介護予防ケアマネジメント

高齢者が要介護状態となることをできるかぎり防ぐために、心身の状況や置かれている環境に応じて、目標指向型のケアマネジメントを実施する。

- (1) 介護予防支援
要支援認定者で、予防給付のみ利用する場合
要支援認定者で、予防給付と総合事業を利用する場合

(2) 介護予防ケアマネジメント A

要支援認定者・事業対象者で、①訪問型サービス（従前相当の訪問介護）・②通所型サービス（従前相当の通所介護）・③通所型サービスC（短期集中型予防サービス）のみを利用する場合、もしくは①～③のサービスとその他のサービスを併用する場合。

(3) 介護予防ケアマネジメント B

要支援認定者・事業対象者で訪問型サービス B（隣隣サポーター）・通所型サービス B（地域住民主体の通所型サービス）・訪問型サービス D（移動支援サービス）のみ利用する場合。

(4) 介護予防ケアマネジメント C

要支援認定者・事業対象者で、初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施した場合。（現在、一般介護予防事業のみ（通所型サービス終了後 3 カ月経過時に、モニタリングを実施した場合）

2) 地域介護予防活動支援

住民主体の集いの場（運動サロン）において、継続した介護予防ができるよう相談支援を行う。

3) 生活支援体制整備事業

地域課題や個々のニーズに合わせた適切なサービスが包括的・効率的に提供されるしくみづくりを行う。（介護予防・日常生活総合支援事業の充実）

- (1) 田村市支え合う地域づくりを考える協議体に参加
- (2) 生活支援コーディネーターとの連携

令和 3 年度 地域支援事業計画（案）

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）は、65 歳以上の高齢者の 4 人に 1 人が介護を要するといわれています。また、認知症の高齢者も増えることが推測されます。

これらの課題を乗り越えるためには、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療・介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される仕組み（地域包括ケアシステム）が必要となります。

そのためには、いつまでも元気に過ごせるよう介護予防の充実、住み慣れた地域でいつまでも過ごせるよう、介護予防・日常生活支援サービス事業及び生活支援体制整備事業の充実が重要となります。

本市においては、自立支援型地域ケア会議から得られた地域課題解決を目指し、住民等の多様な主体が参画し、地域の支え合いの体制づくりを推進することで、田村市にあった独自サービスを創設し、様態にあったサービスを選択することで、効果的かつ効率的な支援体制を目指します。

【田村市の現状】

- 団塊の世代が後期高齢となる令和 7 年（2025 年）に 15 歳から 74 歳までの市民 3.3 人で 1 人の後期高齢者を支えることになる見込みである。
- 新規申請の主な理由は、「骨折・転倒」「関節疾患」「高齢による衰弱」の廃用症候群との関連が多い。
- 75 歳以上の高齢者の増加に伴い、介護を必要とする人が増え、専門職の不足が懸念される。
- 支援が必要な高齢者を地域全体で支えていくための仕組みづくりが必要である。

<人口推移>

年	人口	65 歳以上	75 歳以上
平成 30 年	37,460	12,346(32.95%)	6,985(18.64%)
令和元年	36,792	12,467(33.89%)	7,000(19.03%)
令和 2 年	36,079	12,574 (34.85%)	6,961(19.30%)
令和 3 年	35,124	12,649 (36.01%)	6,708(19.10%)

各年 4 月 1 日現在

<各圏域の状況>

	人口	65 歳以上人口	75 歳以上人口	65 歳以上単身世帯
滝根	4,209	1,530(36.35%)	814(19.33%)	284
大越	4,177	1,622(38.83%)	897(21.47%)	211
都路	2,149	986(45.88%)	539(25.08%)	229
常葉	5,129	1,921(37.45%)	994(19.37%)	309
船引	19,763	6,600(33.39%)	3,469(17.55%)	1,079

令和 3 年 4 月 1 日現在 ※65 歳以上単身世帯は令和 3 年 5 月 1 日現在

<介護保険の状況>

要支援・要介護認定者数の推移

	高齢者人数	認定者数		認定率 (%)
		第1号被保険者数	第2号被保険者数	*第2号被保険者数除く
平成30年	12,346	2,341	50	18.96
令和元年	12,467	2,410	57	19.33
令和2年	12,574	2,469	60	19.85
令和3年	12,649	2,534	58	20.03

各年4月1日現在

要介護度別認定者数の推移（第1号被保険者のみ）

	事業対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成30年	70	178	279	468	399	386	333	298	2,411
令和元年	83	184	308	474	412	390	326	316	2,493
令和2年	64	182	293	486	403	431	373	301	2,533
令和3年	61	155	307	468	448	457	380	319	2,595

各年4月1日現在

要介護認定者の有病状況（令和3年度）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
糖尿病	27	60	76	79	62	57	39	400
脳神経疾患	7	19	10	16	11	5	1	69
心臓病	107	220	307	290	296	226	178	1,624
脳疾患	27	53	93	78	121	105	102	579
がん	23	31	49	38	48	17	26	232
精神疾患	40	80	191	160	222	150	123	966
筋・骨疾患	110	214	281	240	255	183	124	1,407
難病	2	9	9	9	10	6	9	54
その他	115	230	317	289	290	207	155	1,603

出典：KDB「要介護（支援）者有病状況」

【今後の方針】

○介護予防の推進

元気な高齢者の社会参加を促進するために、地域での主体的な介護予防活動（住民主体の通いの場：運動サロン等）を推進する。

○介護予防・生活支援サービス事業及び生活支援体制整備の充実

住民主体の多様なサービスの充実を図り、選択できるサービス・支援を充実し、在宅生の安心確保を図る。

○自立支援型地域ケア会議の開催

自立した生活の質の向上のため、支援過程に焦点をあて、最も効果的なアプローチについて、多職種協働による会議を開催する。

1. 介護予防の推進（一般介護予防事業）

住民が住み慣れた地域で自分らしくいきいきと生活し続けることができるよう、住民主体及び住民との協働の推進により、運動サロンを地域の介護予防の拠点として展開します。また、今年度より、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施を市民課、保健課と連携し、フレイル予防のための知識普及啓発に取り組みます。

（1）介護予防把握事業

保健師等の地域活動及び住民主体の通いの場から収集した情報等の活用により、支援を必要とする方を把握し介護予防活動につなげます。

（2）介護予防普及啓発事業

介護予防に資する運動、栄養、口腔等に係る知識、加えて住民同士の勧奨による介護予防活動の推進により、得られる社会的な効果について、広く普及啓発します。（いきいき田村元気フェスティバル、運動サロン立ち上げ支援等）

（3）地域介護予防活動支援事業

運動サロンの継続支援及びいきいき健康サポーターの養成・育成を通じて介護予防に資する運動・栄養・口腔等に係る知識の普及を図ります。

（4）一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標達成状況を検証し、一般介護予防事業計画の評価を行い、併せて目標達成状況を周知することで、住民の自助・互助による取り組みの有効性を普及啓発します。

（5）地域リハビリテーション活動支援事業

自立支援に向けた介護予防の取り組みの機能強化のため、専門的見地からの助言を必要とする方の自宅等へ、リハビリ専門職を派遣し、対象者の有する能力を評価し、生活課題の改善に向けた助言を行います。

2. 介護予防・生活支援サービス事業及び生活支援体制整備の充実

（1）介護予防・生活支援サービス事業の充実

今年度より訪問型サービスD（住民主体による移動支援）の提供を開始します。

住民主体によるサービスの更なる充実を目指し、田村市支え合う地域づくり協議体委員とともに内容及び体制等について検討いたします。

1) 訪問型サービス

①訪問型サービスB（住民主体による生活支援）

市の「担い手養成研修」を受け、一定の知識を習得した者が家庭を訪問して、利用者の自立支援の観点から、生活（家事）援助のみを提供するサービス。

②訪問型サービスD（住民主体による移動支援）

市の「担い手養成研修」及び「安全運転講習」を受け、一定の知識を習得した者が移動支援を提供するサービス。

2) 通所型サービス

①通所型サービスB（住民主体による交流支援）

要支援者等の高齢者を中心とした住民へ、地域住民が主体となり運動や創作活動等を行う自主的な通いの場を定期的に提供するサービス。高齢者以外の幅広い世代の地域住民にも開放し、交流を促進します。

②通所型サービスC（短期集中予防サービス）

リハビリ専門職が、筋力・バランス力・持久力などの評価を行い、個別プログラムにより、機能訓練を週1回、3か月間集中的に機能訓練等を行い、日常生活での困りごとが自分でできるように支援するサービス。

(2) 生活支援体制整備の充実

要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められます。また、今後の多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスの充実を目指します。

○第1層協議体（市全域）

生活支援コーディネーター、協議体委員の活動から把握した地域資源の整理及び地域の課題を共有し、サービスの充実・創設について検討します。また、サービス団体と関係機関の意見交換会等を実施し、住民主体のサービス充実を図ります。

○第2層協議体（日常生活圏域ごと）

3地区（滝根、都路、常葉）で地域の課題、住民の声を把握し地域の取り組みについて検討しています。3地区での活動が継続できるよう、活動状況の把握及び課題解決に向けた取り組みの共有等を行い、支援を行います。

まだ第2層協議体としての活動団体がない地区においては、協議体発足を目指し、住民啓発や地域づくりについての勉強会等を実施します。

協議体とは

生活支援等サービスの提供主体が参画し、定期的な情報共有および連携強化の場として、中核となるネットワーク

生活支援コーディネーターとは

高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくために、サービス提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者

1) 地域の現状把握

住民主体によるサービスの活動状況及び課題の把握、自立支援型地域ケア会議、住民主体の通いの場及びその他地域の課題を把握し、課題解決の方策を検討します。

2) 生活支援体制整備事業における資源の開発

①住民主体サービスを提供する担い手（隣隣サポーター）を増やす取り組み

- ・担い手養成講座「地域の支え合い活動応援講座」「安全運転講習会」を開催します。
- ・運動サロン参加者へ自助・互助・共助・公助の啓発及び社会参加による介護予防の効果についての講座を開催します。

②居場所（通所型サービスB）を増やす取り組み

地域のニーズに合ったサービス展開内容について協議し運営する団体を増やす取り組みを行います。

3) 地域を支え合う勉強会の開催

住民主体の活動及び協働の地域づくりの考え方の普及啓発のための勉強会を開催します。

3. 自立支援型地域ケア会議の開催

高齢者の自立支援及び生活の質（QOL）の向上に資するケアマネジメントと、それに基づく介護の提供をするため、個別事例の課題検討を目的とした多職種協働による地域ケア個別会議を開催します。

会議を通し得られた地域課題については生活支援体制整備事業と共有し、地域包括ケア会議へ提言し、施策展開を行います。

(1) 対象となるケース

- ①新規サービス事業対象者及び要支援認定者
- ②通所型サービスC利用者
- ③①②のうち、モニタリングが必要と認められた者
- ④その他

4. 認知症総合支援事業

(1) 認知症の理解を深めるための普及・啓発の推進

1) 認知症サポーター養成講座の実施

認知症についての正しい知識と対応について広く知っていただくための出前講座です。1人でも多くの方が応援者となり、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指します。（運動サロン参加者への養成講座の開催18回予定）

2) 認知症サポーターステップアップ講座の実施

認知症サポーター養成講座を受講した方を対象とした講座で、さらなる知識向上や認知症の方を支えるための能力向上を目的に開催します。(年1回開催予定)

(2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供

1) 運動サロンの実施

運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営による運動サロンの立ち上げ、継続の支援を行います。

2) 認知症初期集中支援チームの活動推進

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行います。

3) 認知症安心ガイドの作成

認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるように活用の推進を図ります。

4) 認知症地域推進員の配置

地域包括支援センターに認知症地域推進員を4名配置し、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携や支援、認知症の人やその家族等への相談支援の充実を図ります。

(3) 認知症の人の介護者への支援

1) 認知症カフェの開催

認知症の方、その家族が、地域の方々や専門職と相互に情報を共有し、お互いを理解しあう認知症カフェの設置を推進します。また、認知症カフェが開催されていない地域での開催を目指し、関係団体へ立ち上げ支援を行います。

(4) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

1) 高齢者おかえり支援事業の実施

認知症の高齢者の方が外出した際に自分がどこにいるのかわからなくなったり、自宅に戻れなくなったりした際に、早期に発見できるよう高齢者の方の情報を事前に登録し、高齢者ご本人の安全とご家族への支援を図ります。また、地域の方々へ田村市情報メール配信サービスに登録していただき、多くの方々のご協力により早期発見、安全確保につながるよう事業周知をします。

2) おかえりネット声かけ訓練

認知症サポーター養成講座時に、認知症の方への接し方及び声かけのポイントを加え実際に体験をとおり、認知症の方と家族を支え見守る地域の意識が高まり認知症の理解を促進していきます。

3) 緊急情報カードの推奨

高齢者等の安心・安全を確保するため、かかりつけ医や持病などの医療情報、緊急連絡先などの情報を事前にカードに記載し、冷蔵庫に貼って保管しておくことで、万が一の緊急時に備えるものです。「もしも・・・」のときに、かけつけた救急隊員などがカードの情報を確認することで、迅速な処置や救急搬送が可能となり、ご家族への連絡もスムーズに行うことができます。

5. 在宅医療・介護連携事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援します。

1) 地域課題の把握

医療・介護従事者アンケート結果（H30 実施）より、連携する際の相談先の不安や医療的ケア、看取り等についての質の向上、在宅医療・介護についての住民啓発の必要性等が課題として挙げられています。

田村地方在宅医療・介護連携支援センター（田村医師会運営）と連携し課題の把握及びその対応策を検討します。

2) 対応策の実施

田村医師会と連携し在宅医療・介護連携がスムーズに推進できるよう、多職種連携研修及び住民啓発を行います。

市独自事業として、在宅医療・介護連携シンポジウム、市内事業所職員を対象とした研修（年4回）、未来ノートの発行及びACPに関する啓発を行います。

6. 介護給付適正化事業

国保連合会給付実績情報と認定情報を突合し、給付の現状把握および不適切な可能性のある給付を抽出。居宅介護支援事業所へヒアリングシートを送付し給付状況の確認により、被保険者の状態にあったサービス提供を促し、給付の適正化を図ります。（年4回発送予定）

7. 成年後見制度利用促進事業

認知症等により、成年後見制度を利用することが有用であると認められる高齢者に対し、成年後見制度の利用を支援（申し立てに要する経費及び後見人等の報酬の全部または一部を補助）することにより、高齢者の権利擁護を図ります。

8. 介護相談員派遣事業

介護サービス提供の場を訪問し、介護サービスを利用する方の話を聞き、利用者の疑問、不安等の解消を図るとともに、介護事業所における介護サービスの質の向上を図ります。

今年度は、新型コロナウイルス感染症対策のため、施設訪問による派遣相談を実施せず、介護事業所職員との情報交換を実施します。

9. 配食サービス事業

一人暮らし高齢者世帯（高齢者のみの世帯も含む）等で調理が困難な方に対し、定期的にお弁当を配達するとともに、利用者の安否確認を行います。

10. 介護人材育成事業

生産人口の減少に伴い、介護人材の不足が深刻化しています。介護人材確保に向けた取り組みを行います。

1) 次代を担う介護職員交流事業

市内の介護サービス事業所に勤務する職員が、引き続き自信と意欲を持って働き続けられるよう、交流会を開催します。（年1回）

2) 介護職員初任者研修

介護を必要とする高齢者が十分な介護サービスを受けることができるよう、介護の正しい知識と実践を習得した介護職員を養成し、介護人材不測の解消を図るため、介護職員初任者研修を開催します。

受講予定：20名

3) 介護資格取得助成事業

介護職員の確保並びに就労している介護職員の資質向上及び職場への定着を図るため、介護職員初任者研修及び介護福祉士実務者研修の資格取得にかかる費用に対し、予算の範囲内で助成金を交付します。（介護職員初任者研修：予定人数10名、介護福祉士実務者研修：予定人数5名）

4) 保健・福祉施設従事者就職奨励金交付事業

市内の保健・福祉施設の人材確保及び市への定住促進を図るため、市内に定住し、市内で新たに保健・福祉施設へ就職する方へ就職奨励金を交付します。（奨励金額 6年経過時1,000,000円、転入加算300,000円）

5) 市内事業所職員を対象とした研修

地域包括ケアシステム構築に係る医療と介護の連携において、介護従事者のスキルアップと利用者のQOLの向上のため、市内事業所職員を対象とした研修を開催します。