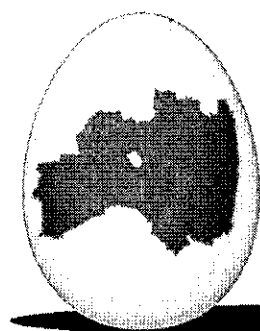


令和元年度
地域包括ケアシステム構築にかかる
取組事例集



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

令和2年3月
福島県保健福祉部

目 次

1 はじめに	1
2 取組事例	3
(1) 地域ケア会議の充実	3
ア 平田村	
(自立支援型ケア会議～自立支援について、みんなで考え取り組もう～) ...	5
イ 棚倉町	
(地域ケア会議の取り組み)	8
ウ 西会津町	
(地域包括ケアシステムの深化・推進を目指して)	10
エ 葛尾村	
(自立支援型地域ケア会議推進の取組)	14
(2) 認知症施策の推進	17
ア 大玉村	
(「頭と体の健康倶楽部」	
～仲間と共に脳の活性化と転びにくい体づくり～)	19
イ 須賀川市	
(ハプニングラーメン～間違いも楽しむラーメン店～	
特定非営利活動法人 豊心会の取り組み)	22
ウ 西郷村	
(認知症施策の推進に向けて～認知症を理解してもらうために～)	28
エ 会津若松市	
(認知症キャラバン・メイト連絡会と見守りSOSネットワーク模擬訓練) ..	30
オ 相馬市	
(『住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域を目指して』)	32

(3) 在宅医療・介護連携の推進	35
ア 石川町	
(医療・介護の多職種連携で地域包括ケアシステムの充実を)	37
イ 埴町	
(多職種連携に向けた取り組み(在宅医療・介護連携の推進))	40
ウ 喜多方市	
(かかりつけ医と一体となった取り組み(市民公開講座))	43
(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実	47
ア 国見町	
(いきいき百歳体操による「通いの場」立ち上げ支援)	49
イ 田村市	
(介護予防の推進と生活支援サービスの充実)	51
ウ 鮫川村	
(身近な通いの場の自主活動で地域づくりを展開)	57
エ 喜多方市	
(わくわくしながら買い物リハビリ事業)	60
オ 下郷町	
(ボランティア団体設立と介護予防運動指導員の養成)	63
カ 檜葉町	
(地域ミニデイによる住民主体の通いの場の支援)	65
3 県保健福祉事務所による市町村支援	67

1 はじめに

平成 29 年 4 月から、全市町村において新しい介護予防・日常生活支援総合事業が開始となり、介護予防訪問介護等の既存のサービスだけでなく、多様な生活支援サービスや介護予防に資する通いの場の充実が求められ、平成 30 年 4 月施行の介護保険法一部改正においては、保険者機能の強化等による高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止に向けた取組、医療・介護連携、地域共生社会の実現に向けた取組の推進などの見直しが行われました。

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく最後まで暮らせるようにするため、保険者である市町村が地域の課題を分析して、目標を定め、地域の特性に応じた様々な取組を進めることが必要です。また、こうした情報が市町村間で共有され、より効果的な事業に発展していくことが期待されます。

このため、県では、各市町村の御協力により、先駆的な取組や今後の事業展開の参考になる取組を事例集としてまとめました。市町村における地域包括ケアシステム構築の深化・推進のため、参考としていただければ幸いです。

今後も、関係機関との連携の下、これまで築いてきた地域医療や高齢者保健福祉、地域福祉等の社会資源を生かし、高齢者一人ひとりが大切にされ、いきいきと、健やかに、安心して生活できる、地域で支え合う「ふくしま」の実現を目指し、市町村を支援してまいりますので、引き続き御理解と御協力を賜りますようお願いいたします。

福島県保健福祉部長 戸田 光昭

2 市町村の取組事例

(1) 地域ケア会議の充実

平田村

自立支援型ケア会議～自立支援について、みんなで考え取り組もう～

本村の地域ケア会議は、包括支援センターが開催する「個別ケア会議」が主で、参加者は居宅支援事業所、各サービス事業所、民生児童委員、地元警察・消防署、生活支援コーディネーター、ちょこっと助け隊代表、保健師、管理栄養士、介護・福祉職員などである。サービス事業所には、PT・OT・STや地元薬剤師なども、その事例に合わせたメンバーで開催してきた。協議事項は、その事例が自分らしい生活、望む生活をより良くするために何ができるのか等話し合ってきました。

項目	2019 (R元.12.31現在)	2025 (R7年)推計
人口	6,028人	5,800人
65歳以上 高齢者人口	1,925人	2,121人
高齢化率	31.9%	36.6%
要介護認定者数	369人	474人
要介護認定率	19.2%	22.3%
第1号保険料 月額	5,300円	—



村の現状と課題

●現状と課題

- 平成28年4月より、介護予防・日常生活支援総合事業を開始。
- 平成28年、29年の2年間でサロン未設置地区7行政区にサロンを立ち上げ、18行政区20サロンになった。
- 平成29年12月に、ボランティア団体「ちょこっと助け隊」を設立し、傾聴活動など高齢者の見守り支援や家事支援及び付き添い支援などを開始。さらに、ちょこっと助け隊運動ボランティアによる各サロンでの運動支援を活発に実施し、高齢者もボランティアもいきいきと参加活動している。
- しかし、介護保険の認定者は増加傾向にあり、認定後は中々要介護度の改善が図れない。



介護予防だけでなく、認定者の自立支援の強化も必要である。県中保健福祉事務所で支援している「自立支援型地域ケア会議のモデル」に挑戦しよう！！

自立支援型地域ケア会議モデル事業の取組

●事業内容

①実施主体：平田村

②役割分担

- ・福島県中保健福祉事務所：助言者派遣等事務一般（日程調整含む）
報償費などの財源、当日の講評など
- ・平田村：事例の選定（地域包括支援センター、居宅支援事業所への説明）
講演会を開催し、ケアマネ、各事業所と「自立支援」について
学び、意識統一を図った。

●取組のポイント

モデル事業として、次年度から本格実施するにあたり、成功体験をする！！

- ①事例提供者：ケアマネ、事業所と事前打ち合せを密に行い、目的、生活課題、
提供資料内容などを打ち合わせる。事前資料に加え、事例の
生活課題を共有するために、写真を活用した。
- ②司会：誰が進行してもできる、当日安心して迎えることができるために、
当日の進行をシミュレーションし、シナリオを作成した。
- ③助言者：当日は、ケアマネの目標と生活課題に絞り質問・助言をする。

事例の紹介①

1 事例の概要

67歳男性、52歳から脳出血にて軽度の右半身麻痺、言葉が聞き取りにくい
玄関までの軒先が勾配のある傾斜で、滑り止め目的で本人自作のスロープを設置
しているが、ケアマネやヘルパーは危険と感じている。（スロープの写真を添付）
週2回通所介護、週1回訪問介護を利用している。

2 検討テーマ及び生活課題

テーマ「本人の持っている能力（大工仕事や野菜作り）を生かしながら、一人暮
らしが継続できる支援に向けて」

- 生活課題
- ①生きがいである大工仕事で作ったスロープをより安全に活用する方法
 - ②言葉が聞き取りにくい、改善する方法又は悪化予防
 - ③ヘルパー訪問時にできる、専門性を生かした支援が何かないか

3 専門職からの助言内容（26項目中4つを選択）

- ①スロープを安全に利用できるように改善案を提案する
- ②自宅での運動をヘルパー中心に実施する
- ③嚥下体操をデイサービスで実施する
- ④服薬の飲み忘れを防止するため、主治医と内服・回数を相談する

4 地域ケア会議による効果

- ①理学療法士と同行訪問し、スロープの改善方法を一緒に考え、自ら補強し安全に
活用できるようになった
- ②運動及び嚥下体操を訪問介護で取り入れ、通所介護でも実施するようになった。
- ③服薬の飲み忘れ防止について、ヘルパーと話し合い自作のカレンダーポケットを
作成し、飲み忘れがなくなった。

事例の紹介②

1 事例の概要

65歳女性、左小脳脳幹梗塞で軽度の右半身麻痺、呂律が回らないと本人気にしているが、他者からの聞き取りにくさはそれほど無い。発症前は地域活動が活発であったが、現在は村外にある通所リハビリを週1回利用。活動量が減少したため、体重増加が心配である。(3食3日分の食事等の写真を添付)

2 検討テーマ及び生活課題

テーマ「再発予防のため体重減少と散歩やお茶のみを楽しむためにできる支援は」

生活課題 ①体重増加に伴う血圧上昇・再発の恐れあり。体重を減らしたい。
②本人が呂律が回らないと気にしていることへのアドバイスを。
③めまいによる活動の制限あり、コミュニティに出たがらない要因となる。

3 専門職からの助言内容(14項目中3つを選択)

①食事の取り方の工夫(カロリーの低いパン、温野菜で多く摂取、ゆっくり食べる)
②運動の自主トレーニング方法(チェックリストの作成)
③安心感を与えられるような言葉のやりとり(会話がきちんと伝わっていることを表現するために、あえて「オウム返し」をする)

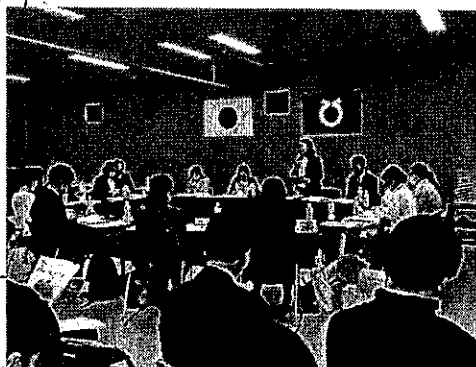
4 地域ケア会議による効果

①好きなパンをブドウパンから食パンに変更、ゆっくり食べることで体重がやや減少。
②チェックリストを毎日つけることで「見える化」され継続の意欲に結びついてる。
③会話に支障なかったが、本人の不安が軽減され、更にスムーズな会話・面談が可能。

成果と課題

取組の成果

- 本人・ケアマネ・各事業所が「自立」という視点で目的と生活課題を共有し、助言に対し取り組むことで成果が得られた。
- 本人・ケアマネ・各事業所の相互のコミュニケーションを密に図ることができ、本人のモチベーションを上げ、改善への道筋ができた。
- 3~4か月で取り組めそうな助言を優先的に選び実施したことで、本人を含め成功体験を得ることができ、さらに、他の助言にも取り組む事ができた。
- 事前打ち合せを「介護給付費適正化事業のケアプラン点検」として位置づけ、事業の拡大が図れた。



今後の展望

- 要介護2まで対象者を拡大し、村内ケアマネ全員が「自立支援型地域ケア会議」に事例を提供する。かつ、サービス事業所の多くの方が参画することで、「自立支援」の意義を広く共有する。
- 今年度3回のケア会議を通し、「若い年代で障害があっても気兼ねなく集まれる居場所があったらいいね」という共通した地域課題が見えてきた。今後、取り組んでいきたい。

棚倉町の概要

本町は福島県の南部に位置し、東西19km、南北17.4kmの広がり、面積は159.82km²であり、清涼さわやかな気象状況で、四季を通してすみやすい自然環境を有している。

高齢化率が増加するなか、高齢者が地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域ネットワークの連携強化や関係機関のスキルアップをめざし、地域包括ケア会議を定期的に開催している。

【基本情報】（令和元年 10 月 1日現在）

●人口

13,981人

●65歳以上高齢者人口

4,284人

●高齢化率

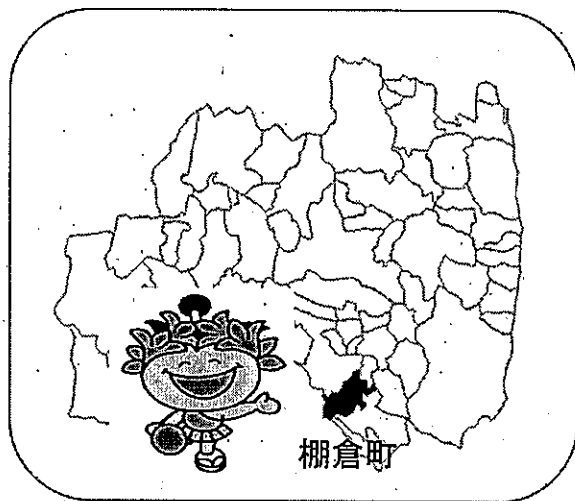
30.6%

●要介護認定率

17.4%

●第1号保険料月額

5,600円



取り組みの内容①

●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するために、医療・介護の関係機関、警察、消防、民生委員、老人クラブ代表などで構成されたメンバーで地域包括ケア会議（年2回）を開催している。

今般の地域共生社会を含めた地域包括ケアシステムについて、多職種関係機関と共通認識を図り、本町の実情に即した地域包括ケアシステムの充実を目指したい。

●事業内容

（実施主体） 地域包括支援センター、町

（実施日時） 令和2年2月18日（火）

（実施場所） 棚倉町保健福祉センター

（参集者） 警察、消防などの高齢者安全に関わる部署、民生委員、老人クラブ代表、医療・介護の関係機関、地域包括支援センター、町、県南保健福祉事務所、26名

（内容） 講師 一般社団法人 福島県社会福祉士会 会長 松本 喜一先生
（東日本国際大学 健康福祉学部 教授）

講話 「高齢者を支えるネットワークの作り方『事例を通して学ぶ』」
地域共生社会とは？ 高齢者の状況や、事例を通じた連携の仕方、各部署の情報共有を行った。

●取組のポイント

町と地域包括支援センターだけでなく、関係機関が集まることで、課題について多様な視点から考え、共有する。

会議で検討した内容

※ケースについて、関係機関で当時の状況などを振り返って意見交換を行い、講師から助言をもらった。

検討ケース① ～独居で認知症疑いがあり徘徊のあるケース～

○事例の概要：

70歳代男性。独居。軽度認知症傾向。買い物帰り、家に戻れなくなることがあった。

「まだ自分は動けるので大丈夫」という発言があり、介護サービスを拒否していた経過があった。

○専門職からの助言内容：

「大丈夫」という言葉の背景にある本人の状態をキャッチし、本人の気持ちに寄り添って支援する。

検討ケース② ～認知症治療中断し、近隣トラブルがあり警察介入したケース～

○事例の概要：

80歳代男性。妻と二人暮らし。認知症。本人は介護サービスの介入を拒否している。

夫婦間の口論が絶えず、妻は親戚宅に避難するなどしている。近隣トラブルがあり、警察介入した。

○専門職からの助言内容：

夫婦間で暴力が行われている場合、本人たちは「夫婦間の揉め事だから大丈夫」と話すことがあるが、詳細に話を聞き、緊急時には本人たちがSOSを出せる環境を整えるとともに、関係者で共有しておく必要がある。

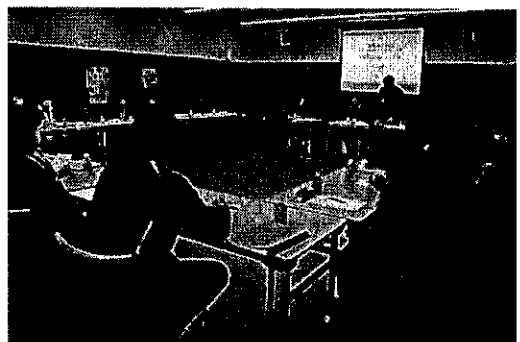
◎地域ケア会議による効果

- ・事例を通してケース支援のありかた、地域連携のあり方について共通認識をもつことができた。
- ・ケース支援の初期介入の方法や、高齢者を理解するという視点にたったケース支援について学びを深めることができた。

成果と課題

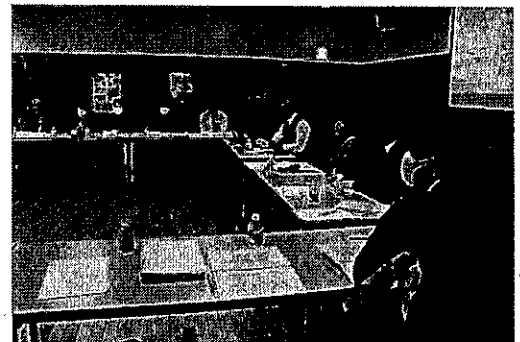
取組の成果

- 高齢者に関連した多職種による構成で開催することで様々な視点からの情報共有を行い、地域包括ケアシステムの必要性を再認識することができた。
- 意見交換を通し、顔の見える関係づくりが推進できた
- 出席者にとって気づきの場、スキルアップの場となり医療・介護関係者のアセスメント能力向上の一助となった。



今後の展望

- 町の実情に即した地域包括ケアシステム構築を推進していくため、地域ケア会議の充実に努めていく。
- 今回の研修をきっかけに、関係機関との連携や調整能力の向上、会議の質の向上に努めていく。
- 安心して暮らせる棚倉町を作り上げていくために、地域で高齢者を支えていく体制づくりの強化に努めていく。



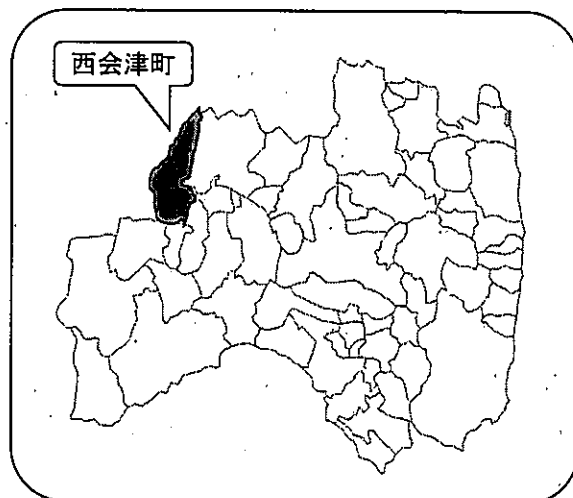
西会津町の概要

福島県の西北部に位置し、新潟県と県境を接する西の玄関口にあたり、人と物が盛んに行き交う宿場町として発展してきましたが、昭和25年をピークに人口減少と高齢化が急速に進み、65歳以上高齢化率は県内で4番目に高い割合となっている。

このため本町では、平成5年に健康の町を宣言し、介護保険制度の創設に先駆けて科学的根拠に基づく生活習慣の改善、疾病の早期発見、介護施設の整備と人材育成に取組み、保健・医療・福祉が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進を目指している。

【基本情報】（令和2年2月1日現在）

- 人口 6,142人
- 65歳以上高齢者人口 2,835人
- 高齢化率 46.16%
- 要介護認定率 19.44%
- 第1号保険料月額 5,800円



西会津町の要介護(要支援)認定者数の推移

この5年間で要介護(要支援)認定者数は85名減少しており、介護度別で見ると要介護1～3が9名増(構成割合50.8%→60.3%)、要介護4～5が94名減(構成割合37%→25.6%)となっており、軽度化の傾向が見られる。

		平成28年 3月末	平成29年 3月末	平成30年 3月末	平成31年 3月末時点	令和元年 8月末時点
認定者数	(人)	635	626	602	562	550
認定者数(要支援1)	(人)	39	29	38	41	33
認定者数(要支援2)	(人)	38	31	37	36	44
認定者数(要介護1)	(人)	112	136	122	128	146
認定者数(要介護2)	(人)	118	111	116	95	92
認定者数(要介護3)	(人)	93	99	111	102	94
認定者数(要介護4)	(人)	118	108	112	95	90
認定者数(要介護5)	(人)	117	112	66	65	51
認定率	(%)	21.5	21.3	20.6	19.5	19.1
認定率(福島県)	(%)	18.9	18.9	19.0	19.1	19.2
認定率(全国)	(%)	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5

(出典)平成23年度から平成29年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、平成30年度:「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和元年度:直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

取組の内容

●背景

本町の65歳以上高齢者人口は減少に転じ、要介護認定率、要介護認定者数とも減少傾向にあり、介護度の割合においても軽度化の傾向が見られる。

その一方、高齢者のみの世帯や独居高齢者世帯の増加によって、在宅での生活を望みながらも施設サービスは増加傾向にあり、住み慣れた地域で生活できるよう自立支援の取組みを強化し、保健基盤を安定化させる必要がある。

●事業内容

① 体制整備

【担当課】 福祉介護課

【地域包括支援センター】 1か所

【関連する他の部局課】 健康増進課

4月 担当課と地域包括支援センターで実施体制を検討

5月 関係する他の部局課への説明

② 研修会及び先進地視察への参加

自立支援型地域ケア会議に取り組むにあたり、県が主催する研修会及び先進地視察に参加して、アセスメントに基づく生活課題の抽出方法と課題解決に向けた会議の進行について理解を深める。

6月 5日 介護予防ケアマネジメント実務研修

6月 6日 自立支援型地域ケア会議モデル市町村打合せ・トップセミナー

8月27日 自立支援型地域ケア会議司会者・アドバイザー養成研修

10月15日～16日 自立支援型地域ケア会議先進自治体視察研修（大分県杵築市ほか）

③ 自立支援型地域ケア会議の開催

6名の専門職（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を県から派遣していただき、自立支援型地域ケア会議を3回実施した。

（第1回） 6月14日 模擬会議 2事例 ⇒1月24日 モニタリング会議

（第2回） 10月11日 模擬会議 2事例 ⇒1月24日 モニタリング会議

（第3回） 12月13日 公開会議 2事例

●取組のポイント

- ・前年度に町独自の地域ケア会議を開催して、会議の流れを確認した。
- ・司会者養成関連の研修に積極的に参加し、司会者の役割と進行のポイントを習得することとした。
- ・事例は地域包括支援センターに一任し、進行に関する事前の打合せは敢えて行わず、実践を通して得た反省点を次回に活かすことで司会者の技術向上に努めた。
- ・限られた時間内で生活課題を明確にし、助言者から対象者の生活背景を踏まえた的確かつ有効な助言が引き出すことができるよう、事例は事前配布とし、助言に入る前の質疑の場で、事例提供者と助言者の間で共通理解が図られるかどうかを確認しながら進行することを心がけた。
- ・モニタリングの設定にあたっては、司会が一方的に設定するのではなく、事例提供者及びサービス事業提供者と調整しながら方向性を決めていくことを大切にされた。
- ・従来から行っているケアマネジメント研修の一環として、町内介護保険事業所のケアマネージャーが毎回傍聴し、ケアマネジメントのスキルアップにつなげた。

西会津町の地域ケア会議

会議の名称	開催頻度	参集者	目的及び内容等
①西会津町高齢者サービス調整会議	月1回 第1火曜	○介護サービス事業者(社協含む) ○医療関係者 ○民生委員 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○その他必要と認める者	・地域の高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域の関係機関が集まり、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくり、資源開発と、政策形成につなげられるようにする。
②チームアプローチ研修会(事例検討)	月1回 夜 第2火中心	○町内介護保険サービス事業所 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○医療機関 ○地域包括支援センター ○その他関係機関	・利用者が住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指し、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修。
③ケアマネジメント研修会(事例検討)	月1~2回	○町内介護保険事業所のケアマネージャー ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○ケースに関わる関係者	・高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくための課題解決、適正な介護支援提供を目的とする。 ・共通課題については、「地域ケア推進会議」で事例検討していく。 ・令和元年度は、県のモデル市町村として自立支援型地域ケア会議を3回開催する。
④困難事例ケース会議(事例検討)	随時	○ケースに関わる専門職及び関係機関 ○地域包括支援センター職員 ○その他必要と認める者	・解決すべき課題や多問題を抱えた困難事例のケースについて、各専門職、団体や関係機関と野縁を図り、個別支援及び、地域課題を意識しながら迅速な課題解決に向けての支援につなげる。 ・把握された課題内容を整理し、地域課題として「地域ケア推進会議」に提案していく。
地域ケア推進会議【町主催】	年1回	○医療関係者 ○サービス事業所 ○社会福祉協議会 ○民生委員協議会 ○地域包括支援センター ○関係行政機関 ○町長が必要と認める者	・地域ケア高齢者支援会議として行っている4つの会議や地域包括支援センター業務を通じて、共有・把握された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには、介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

	事例1	事例2
検討テーマ	脳梗塞の再発及び転倒を防ぎ、自宅で生活を続けるためには	低下した下肢の動きを改善してリハビリを卒業したい
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ・87歳、女性、要支援2、独居 ・脳梗塞の後遺症で右上下肢に麻痺があり、右足の運びが悪くなっている。 ・入浴、家事等が困難になり介護申請。 ・出来るだけ子の世話にならず、自宅での生活を続けたい。 ・デイケア(週1回)、訪問介護(週2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ・74歳、男性、要支援2、同居の支援者は知的・理解力低下がみられる ・脳性麻痺で杖を使って歩行していたが、熱中症で右足が思うように動かなくなり、リハビリで回復を図るため介護申請。 ・デイケア(週1回) ・リハビリを卒業し、畑作業ができるまで回復したい。 ・糖尿病があり、国保診療所の医師と町の管理栄養士が関わっている。
助言内容	<ul style="list-style-type: none"> ・骨密度検診を受けてみては。 ・足首の異常緊張が出ているようなので本人の理解を得て補装具の装着を検討してみては。 ・家の周りの転倒につながりそうな場所を一緒に確認してみては。冬はスパイクの付いた靴を履いて、歩幅を小さくする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理な減量は筋力低下につながるのので、必要な栄養が摂れるよう、定期的に栄養指導を計画してほしい。 ・杖使用の場合、下肢に目が行きがちになるが、体幹が大切。 ・噛む力は食事だけでなく体の踏ん張りにも影響するので、歯科受診してほしい。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意欲が向上した。 ・補装具製作につながった。 ・家の周りの転倒につながりそうな場所を確認し、これまで以上に転ばないよう注意している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意欲が向上した。 ・町の管理栄養士とデイケアの管理栄養士が栄養指導で連携。 ・Hba1cの値も改善傾向が見られ、体力も向上してきた。

成果と課題

取組の成果

- 保険者として介護予防ケアマネジメントの視点を学ぶことによって、現場が抱える課題や悩みを理解することができた。
- 専門職の助言によってケアマネジメントの視野が広がるとともに、利用者とのコミュニケーションも円滑になった。(ちょっとした工夫によって誰でも取組めるような分かりやすい助言はとても参考になった。)
- 自立支援・介護予防を進めるためには、介護サービスのみを目指すのではなく、保健・医療との密接に連携を取り合うことが重要ということを再認識するきっかけとなった。

今後の展望

- 継続して取組み、個別のケース検討を積み重ねることによって地域課題を明確にするとともに、類似するケースへ応用できるようにして、自立支援に向けた取組みを推進する。
- 自立支援はもとより、介護予防につなげるため、介護と保健・医療の連携を更に強め、保健事業と介護予防の一体的な取組みを推進する。(全世代を対象とした健康づくり)
- 生活支援コーディネーターの参画を得て、既存の地域資源の有効活用、新たな資源開発の一助とする。
- データを活用した地域分析とアウトカム指標による客観的な評価を基にした「見える化」の取組みを推進する。

葛尾村の概要

双葉郡に位置する葛尾村は大正12年に発足し、日山(天王山)・五十人山などの阿武隈山系の山々に囲まれた、標高約450mの自然豊かな村です。村をあげて「健康増進・介護予防」の取組を積極的に推進するとともに、介護事業職員や介護支援専門員等の能力向上のため自立支援型地域ケア会議の推進に取り組んでいます。

【基本情報】平成31年4月1日現在

●人口

1,408人

●65歳以上高齢者人口

531人

●高齢化率

37.71%

●要介護認定率

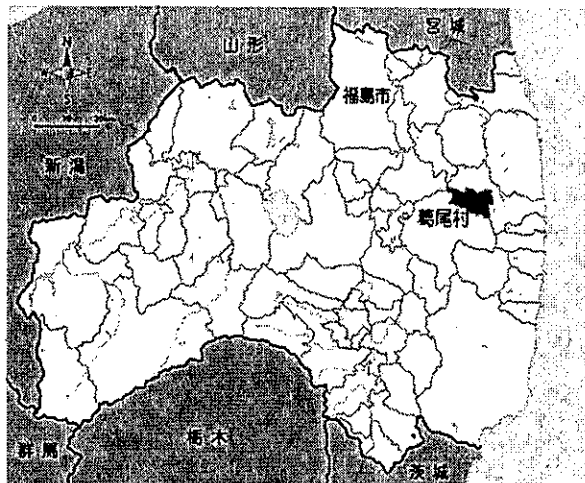
29.80%

●第1号保険料月額

9,800円



【葛尾村イメージキャラクター】
しみちゃん



取組の内容①

●背景

◇第7期介護保険料の見直しにおいて、本村が全国で最も月額基準額が大きい自治体となった。そこで、有識者を含めた対策検討チームを設置し、集中的に検討を進めた。

◇今年度モデル市町村となり、先進地を視察し会議の実際について学び、自立支援型地域ケア会議開催に向けて取り組んだ。

●事業内容

多職種の特長的な助言のもと、要支援者等の生活課題の解決や状況の改善に向けて検討する自立支援型地域ケア会議を実施するため、先進地視察や事業所説明会などを行いながら地域ケア会議に向けて取り組んだ。

1) 先進地視察：大分県杵築市 10月15日、16日

- ・「リフト車両などの特殊車両は使わない」「できる能力を奪わない」「できる能力を高める」等の支援をしているデイサービスセンターの視察。
- ・杵築市の自立支援型地域ケア会議の取組について。
- ・対象者の選定方法や課題をどう解決していくか等の説明。
- ・先進地のケア会議を傍聴し、課題を明確にしなが簡潔に検討していくやり方について研修。

取組の内容②

●事業内容

2) 葛尾村自立支援型地域ケア会議事業所向け研修会の開催

日時 令和元年9月18日(水)

対象 事例(3事例) 対象者が使用している介護保険サービス事業所など関係者

内容 行政説明「福島県における自立支援型地域ケア会議の取組について」
「葛尾村で実施する自立支援型地域ケア会議の取組について」
質疑応答

3) 今年度のモデル市町村として自立支援型地域ケア会議を実施

①自立支援型模擬地域ケア会議の実施

開催日時 (第1回) 令和元年10月3日(木) 1事例

(第2回) 令和元年11月6日(水) 2事例

②自立支援型公開地域ケア会議

開催日時 令和元年12月5日(木) 1事例

傍聴者 相双館内関係者、介護関係事業所等合わせて27名

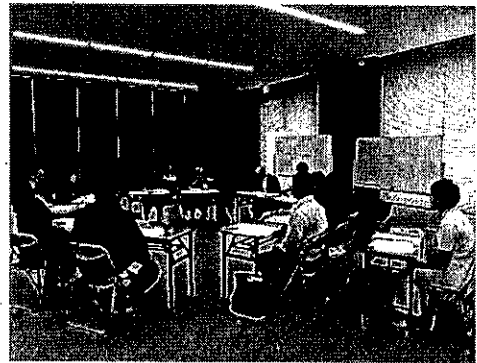
成果と課題

取組の成果

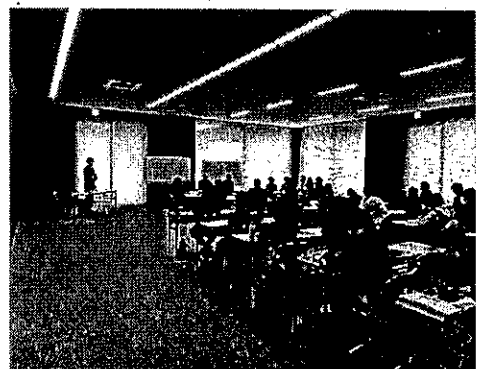
- 先進地の視察や研修会に参加をしたことにより、自立支援型地域ケア会議の運営や司会進行をスムーズに行うことができた。
- ケアプラン作成者のケアマネジメント力の向上(自立支援意識の向上、アセスメントの視点の広がり)。
- 専門職との連携の構築・強化が図られた。

今後の展望

- 自立支援型地域ケア会議や個別ケア会議で明らかになった地域課題への取組(地域ケア推進会議へとつなげていく)。
- 村では自立に向けたこんな取組を行っていますということを村民にPRをして、村全体が「介護予防」の必要性を実感できるようにしていきたい。



公開型会議の様子



公開型会議の様子

2 市町村の取組事例

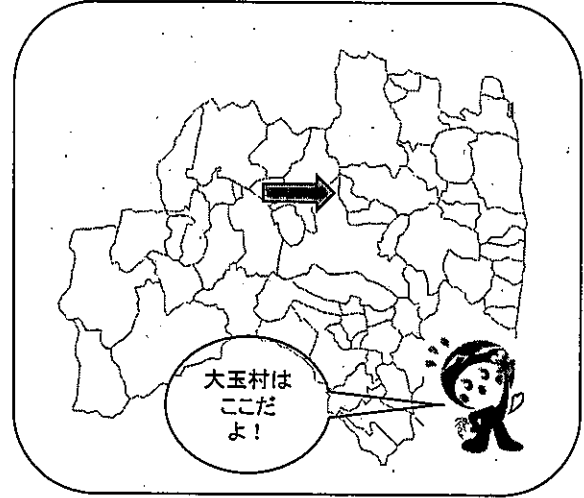
(2) 認知症施策の推進

大玉村	「頭と体の健康倶楽部」 ~仲間と共に脳の活性化と転びにくい体づくり~
-----	--

大玉村の概要
 大玉村は、二本松市と本宮市、郡山市と隣接し、村の北西に安達太良山があり、裾野に広がる扇状地で、東端に阿武隈川が流れる自然豊かな村である。人口が8,787人と小さい村ながらの住民の顔が見える活動を展開している。

- 【基本情報】**
- 人口
8,787人 (令和元年12月31日現在)
 - 65歳以上高齢者人口
2,324人 (村住民基本データより)
 - 高齢化率
26.4%
 - 要介護認定率
15.4% (第2号保険者含む)
 - 第1号保険料月額
基準額 5,500円

※市町村の位置(地図)を矢印等で記載してください。既存の地図やマスコットのイラスト等があれば置き換えてください。



取組の内容①

●背景
 大玉村の高齢化率は、令和元年12月末現在26.4% (村住基データより)、要介護認定率は15.4%となっており、平成27年3月に比較し、約1.1倍と増加している。

●目標

- 長期目標
 平成30年度新規認定者(98名)のうち上位を占める原因疾患は、循環器系に次いで神経系、筋骨格系及び結合組織の順となっており、認知症や骨折などを予防していくことで介護認定率を下げること。
- 短期目標
 - ・元気高齢者の脳と体の健康維持を図る。
 - ・通いの場を設けることで、高齢者の介護予防及び自立支援を図る。

取組の内容②

●事業内容

実施主体 大玉村健康福祉課地域包括支援センター

実施内容 健康づくりサポーター（ボランティア）を中心とした
学習療法を取り入れた頭と体の健康倶楽部

対象者 ①生きがいデイサービス通所者
②65歳以上で自力（家族送迎含む）で保健センターに来られる方

地域の資源 健康づくり応援者、社会福祉協議会など

事業スケジュール ①サポーター養成 6月～8月
②教室 9月～2月 週1回（火曜コースと金曜コース）

財源 一般財源（地域包括ケアシステム深化・推進事業補助対象）

取組の内容③

●主な取組

- ①音読や計算など教材を使用した学習
- ②ステップ台を利用した運動
- ③レクリエーションや懇談など笑いによる健康づくり活動

●ポイント付与

健康長寿推進係との連携（健康ポイント付与）

●課題

学習はサポーターが中心となって進めていくものとなるため、
健康づくり応援者をいかに増やすか。

取組の成果

- 毎日の生活に変化があった 94.4%
 - 「色々なことに意欲が湧くようになった」 (47.1%)
 - 「友人ができた」 (47.1%)
 - 「人とよく話をするようになった」 (47.1%)
 - 「生活に張りができた」 (41.1%)
 - 「気持ちが明るくなった」 (35.3%)
 - 「買い物で暗算をするようになった」 (23.5%)
 - 「記憶力がよくなった」 (17.6%)
 - 「足腰の痛みがなくなった」 (11.8%) など
- 「脳の活性化のために自分にできること」 具体的取組の回答
 - 「車のナンバーを計算する」
 - 「新聞を音読する」
 - 「散歩を続ける」
 - 「買い物に行ったときに暗算する」
 - 「様々な行事に参加する」 など

(終了時アンケート結果から)

成果と課題

取組の成果

受講者及び健康づくり応援者それぞれが共に学び得るものが多く、お互いが健康長寿の中で何が必要か自分の生き方を学ぶ機会となった

今後の展望

- 健康づくり応援者支援を通して住民パワーの力強さを改めて知る事業となり、健康づくりを進めていく上でそのパワーをいかに引き出していくかが行政の課題であると感じた。
- 受講者及び健康づくり応援者それぞれから、この教室の継続希望の声があった。次年度は、各地区集会所等住民により身近な場所での開催を検討していく。

頭と体の健康倶楽部

楽習風景



須賀川市	ハプニングラーメン～間違いも楽しむラーメン店～ 特定非営利活動法人 豊心会の取り組み
------	---

須賀川市の概要
 須賀川市は、福島県のほぼ中央に位置し、市内を東北縦貫自動車道、国道四号、東北本線、東北新幹線、水郡線が通り、県内唯一の空の玄関口「福島空港」を有し、首都圏や仙台圏へのアクセスが容易な高速交通体系に恵まれたまちです。

- 【基本情報】
- 人口 76,923人 (R2.1月末)
 - 65歳以上高齢者人口 21,191人 (同上)
 - 高齢化率 27.77% (同上)
 - 要介護認定率 19.5% (R1.12月末現在)
 - 第1号保険料月額 6,100円



取組の内容

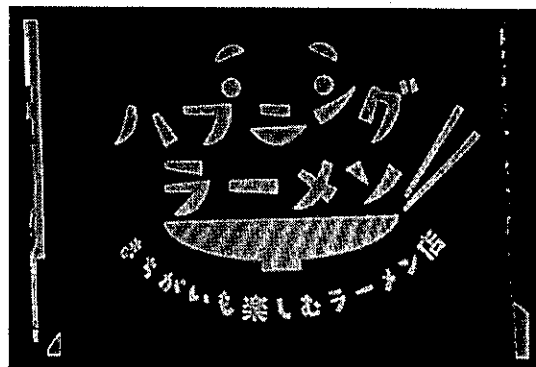
- 背景：東京で始まった【注文を間違える料理店】の開催に、特定非営利法人 豊心会も関わる機会があり、「認知症の方や障害者のある方が活躍できる機会はないか」と検討を開始した。
- 事業内容：須賀川市内で通常営業のラーメン屋【天心須賀川店】のお店の定休日に、店舗をお貸しいたたき、「ハプニングラーメン」として営業をする。
- 取組のポイント：認知症や障がいを持つ人たちが、ラーメン店における接客を担うことで起きるかもしれない「間違えること」を、皆さんが受け入れ、一緒に楽しむという寛容な地域社会をはぐくむきっかけ作りとして開始。

はじめに

東京で始まった“*1注文を間違える料理店”の開催に、当法人も関わる機会があり、認知症の方や障害のある方が活躍できる機会はないかと検討する。
→そこで、認知症や障害をもつ人たちがラーメン店における接客を担うことで起きるかもしれない「間違えること」を皆が受け入れ、一緒に楽しむという寛容な地域社会をはぐくむきっかけ作りとして始める。

“ハプニングラーメン” ～間違いも楽しむラーメン店～

*1「注文をまちがえる料理店」とは、「注文を取るスタッフが、みんな“認知症”のレストラン」です。認知症の人が注文を取りにくるから、ひょっとしたら注文を間違えちゃうかもしれない。でも、そんな間違いを受け入れて、間違えることをむしろ楽しんじゃおうよ、というのがこの料理店のコンセプト、2017年に東京でスタートしました



ハプニングラーメンの概要①

【営業時間】

1部:11時30分～12時30分

2部:12時30分～13時30分

*店員の勤務時間は、10時30分～14時30分

【店員】

グループホーム利用者(6名)

デイサービス利用者(2名)在宅で暮らす方(1名)

【お客様の数】

事前予約 各1. 2部40名、合計80名のお客様参加

市職員、店員の家族の方、民生委員、地域の方等参加者は様々

【提供場所】

須賀川市内で、“天心須賀川店”として通常営業しているラーメン屋の店舗を、定休日に「ハプニングラーメン」として、お貸しいただいている

(ラーメンの提供は、天心須賀川店長にご協力を頂いている)

ハプニングラーメンの概要②

【実施事業所】

特定非営利活動法人 豊心会

【店員サポート】

法人職員、他法人職員

【開催時期】

不定期開催(令和元年度は、6月、9月に開催した)

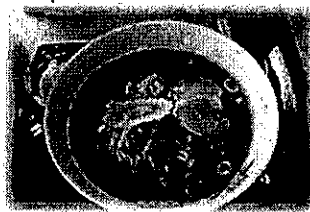
【費用】

基本収入:ラーメン料金 700円

基本支出:材料代、店員への給与

コンセプトは本気で取り組む

- 料理もおいしく！
- 接客も丁寧に！
- 身だしなみも清潔に！
- 心が豊かになる時間を！



1日の仕事の様子



10時30分
お迎えの送迎車でから
降り店に出勤

会計担当もします



開店前にお店の練習
開店前の清掃

出来上がったラーメ
ン・デザート運びま
す



メニューは3品各700円
・鶏中華
・酸湯醬担々麵
・冷やし塩ラーメン
注文を取りからスタートです



参加店員の方の声

(認知症の方、障がい者の方)

- 今度は、いつやんだべ。
- お給料、娘にあげっばい。
- 今度は、あの人も連れて来よう。
- たまには、こういうのもいいない。
- またよろしくね。



取り組みを通して見えてくるもの

• 接客

お客様の靴を並べる。お冷をついでまわる。お見送りをする。

自ら行動しながら仕事を見つけていく。

今までの経験から無意識に表現されている。

• 働く事

仕事に対しての責任は今も昔も変わらない。

働くための楽しさや意義もいつまでも変わらない。

• 喜び

事業所内では見えない人との関りから、生き生きした表情や行動が見られた。

承認された喜びを実感している様に見えた。

まとめ

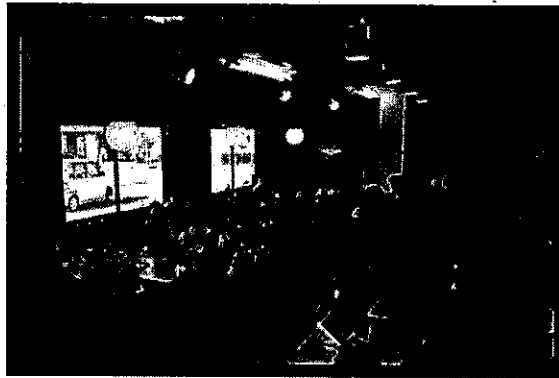
ハプニングからハッピーへ。

ハプニング(小さな出来事)があるから、そこで人と人は繋がり、お互いを助け合う瞬間に出会うのだと思います。

ハプニングの多さが、その人が生きている事を感じるバロメーターになっていくのではないかと思います。それは、認知症の方も障害のあるかも、健常者も同じです。

いつもお世話をされるだけの生活ではなく、誰かのために生きていきたいというその人の願いや思いを実現する事の大切さを改めて感じます。

今後も定期的にお店をオープンし、働ける場、人と人が繋がれる場をこれからも作っていききたいと思います。



西郷村

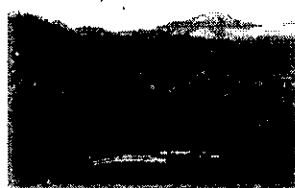
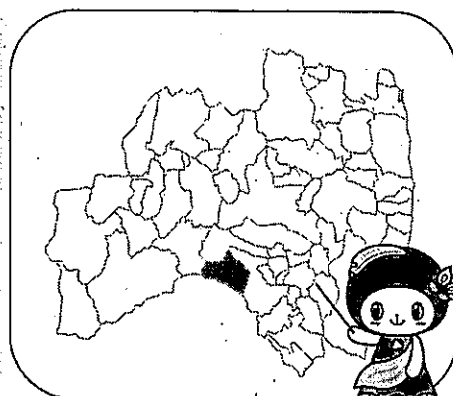
認知症施策の推進に向けて ～認知症を理解してもらうために～

西郷村の概要

西郷村は東西約22km、南北約14km、面積192.06㎢の広さで、福島県と栃木県界の那須東麓に位置している。村民の生活圏はおおむね標高400mから600mで、東北本線の東京・盛岡間では最も高地に位置している。自然が豊かな村で高齢化率は、令和2年1月1日現在25.6%と、福島県内の市町村の中で一番高齢化率が低い村である。認知症施策については、まず住民のみなさんに認知症について広く理解してもらい、地域で支え合えることを目指し進めている。

【基本情報】（令和2年1月1日現在）

●人口	20,575人
●65歳以上高齢者人口	5,181人
●高齢化率	25.6%
●要介護認定率	15.1%
●第1号保険料月額	5,700円
●日常生活圏域	3圏域
●地域包括支援センター	1ヶ所（委託）
●認知症地域支援推進員	1名



●背景

平成29年7月の新オレンジプランの改定に伴い、村では認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができることを目指している。村内における認知症の認知度は高いが、正しく理解している方は少ないため、まずは幅広い年齢層の方に、認知症について正しく「知る」・「理解」してもらう必要があった。

取り組みの内容①「認知症サポーター養成講座」

●目的

認知症について正しく理解し、地域で認知症の人や家族を温かく見守る、幅広い年齢層の応援者の充実を図る。

●事業内容及び実績（令和元年度）

- ・行政、包括支援センター、社会福祉協議会で連携しながら行っている。
- ・学校教育課、校長・園長会議、教頭・副園長会議の中で協議し、令和元年度より村内すべての中学校で実施となる。今年度は中学校で4回実施（278名参加）。
- ・住民向けの講座年2回実施（64名参加）。
- ・行政職員向けに実施（92名参加）。



●取組のポイント

- ・中学生の場合は、認知症について興味を持ってもらうことに重点を置いている。
- ・個人ワークやグループワークの時間を多めに確保し、一度自分の力で「考える」ことを大切にしている。
- ・認知症に関係する寸劇（良い例、悪い例）を行っている。
- ・寸劇に受講者も参加してもらうなど、参加型学習を心がけている。

取り組みの内容② 「認知症カフェ（さわやか高原 森のカフェ）」

●目的

- 認知症の人やその家族、地域の人々が誰でも気軽に集い、交流や情報交換をしたり理解し合う場所。また、認知症に関する専門知識を持つ職員が、介護等に関する相談を行うことを目的に設置した。

●事業内容及び実績（令和元年度）

- 行政、包括支援センター、社会福祉協議会とカフェボランティアで連携しながら行っている。
- 令和元年7月より毎月最終木曜日に実施。令和元年度は9回開催予定。参加費は無料。
- 開催場所は、太陽の国交流センターと保健福祉センターのどちらかで開催。
- カフェ参加者は、約20名ほどで、ボランティアも約10名ほど参加している。
- 認知症地域支援推進員が毎回参加している。

●取組のポイント

- 認知症サポーター養成講座受講者にカフェの案内をしており、活躍の場となっている。
- ボランティア専用のエプロンでチーム意識を高めている。
- 参加者等の要望や意見を集約し、できることは次回から取り入れられるようにしている。
- 包括支援センター職員が高齢者宅訪問の際に案内をしているので、少しずつではあるが参加者の増加に繋がっている。

●開催までの道のり

- 平成30年鏡石町オレンジカフェあーさー視察（ウェルシア薬局内）
- 平成30年栃木県小山市オレンジカフェ視察（イオンモール内）
- 平成31年4月に先進地（宮城県仙台市）を視察研修。
- ボランティア向けに認知症サポーター養成講座を実施。
- 地縁組織とボランティアの方に協力してもらいカフェスタート。



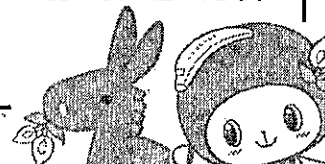
成果と展望

取組の成果

- 認知症サポーター養成講座受講者 実績見込み434名
- 村内すべての中学校での講座の開催
- 行政職員向けの認知症サポーター養成講座の開催
- 認知症カフェの開催とカフェボランティアの育成

今後の展望

- 村内企業にアプローチを行い、認知症サポーター養成講座の開催。
- 新人職員向けの認知症サポーター養成講座の開催。
- 認知症サポーター養成講座のステップアップ講座を開催し、スキルアップを図る。
- 認知症カフェに来ることが難しい方もいるため、長期的な目標としては村内3圏域での認知症カフェの開催。移動式の認知症カフェの検討。
- 防災行政無線や回覧などを行っているが、まだ認知症サポーターや認知症カフェの認知度が低いいため、引き続き周知活動を行っていく。



会津若松市の概要

福島県の西部に位置し、磐梯山や猪苗代湖など豊かな自然に囲まれた、自然景観に恵まれたまちです。江戸時代には会津藩の城下町として栄え、若松城（鶴ヶ城）や白虎隊などの観光資源や、酒・漆器等の地場産業が有名です。会津の三泣き（会津に来たときはその閉鎖的な人間関係に泣き、会津の地元になじんでくると今度は人情の深さに泣き、会津を去るときは会津人の人情が忘れ難く泣く）と言われるように、地元への愛着が強い地域です。

【基本情報】

令和2年2月1日現在

- 人口 119,365人
- 65歳以上高齢者人口 36,857人
- 高齢化率 31.3%
- 要介護認定率（第1号被保険者） 20.2%
- 第1号保険料月額 6,050円



認知症キャラバン・メイト連絡会

●背景

認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、認知症への理解を深めるための普及・啓発を図るとともに、認知症キャラバン・メイト同士の交流と情報の共有化を図り、資質の向上を図ることを目的として設立

●設立までの経過

①平成30年4月から設立準備会を開催

- ・高齢福祉課に配置されている認知症地域支援推進員が中心となり、地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員7名と、設立に賛同した認知症キャラバン・メイト7名、第一層生活支援コーディネーター1名で立ち上げ準備会を開催し、設立の準備を進めた。

②平成30年7月に設立総会を開催

- ・会員75名。会員の中から、役員10名として、会長と副会長、運営委員8名（そのうち、2名は地域包括支センターに配置した認知症地域支援推進員）を選出。
- ・総会において、会則、役員、事業計画等を決定し、事務局は高齢福祉課とした。

●実施状況

①平成30年度（会員75名）

- ・設立総会・全体会（2回）・運営委員会（2回）

②令和元年度（会員91名）

- ・総会・全体会（2回）・運営委員会（4回）

認知症高齢者等 見守りSOSネットワーク模擬訓練

●背景

認知症の人が行方不明になることを未然に防ぎ、万が一行方不明になったとしても、早期に発見できる仕組みの構築が求められており、県事業を活用した会津美里町との広域での模擬訓練を令和元年度に実施した。

●実施状況

- 令和元年5月から、県高齢福祉課・会津保健福祉事務所・会津美里町の関係者等との打合せを開始し、合同打合せ会、コアメンバー打合せ会、本市のみの打合せ等を実施
- 本市では、会津美里町と隣接している北会津地区の「北会津ふれあいネットワーク」（地区社協）が県事業を受託し、市高齢福祉課及び北会津地域包括支援センターとの協働で事業を進めた。
- 「北会津ふれあいネットワーク」では、先進地である福島市松川町の模擬訓練を視察している。
- 訓練当日（10月24日）は、本市住民・スタッフ合わせて約80名程が参加し、会津若松警察署美里分庁舎の警察官から講評をいただいた。また、日赤奉仕団の炊き出し訓練も同時に行い、昼食用に豚汁を提供していただき、おにぎりや豚汁で会食をしながら反省会を行った。
- 反省会では、住民と専門職と一緒に会食しながら、模擬訓練の感想等を話し合い、「声かけは難しかったが、事前に声のかけ方のレクチャーがあったので良かった」等の感想があった。

成果と課題

取組の成果

- 認知症キャラバン・メイトへの研修会等は、以前から行政主導で年に2回程度開催していたが、市からの一方的な研修となっていた。認知症キャラバン・メイト連絡会が組織化されたことで、認知症キャラバン・メイト自らが、課題解決に向けた話し合い等を行うことができるようになった。
- 見守りSOSネットワーク模擬訓練に参加した住民は、認知症の人を地域で見守っていくことの重要性を認識することができ、未実施地区から次年度開催希望も上がっている。



今後の展望

- 認知症キャラバン・メイト連絡会が活発に活動できるよう行政としての支援を継続する。
- 行方不明高齢者の未然防止、早期発見については、認知症サポーター養成講座等による理解の促進とともに、地域住民各種事業所・行政機関等との連携を図りつつ、見守りSOSネットワーク模擬訓練の実施地域の拡大を図る。



相馬市

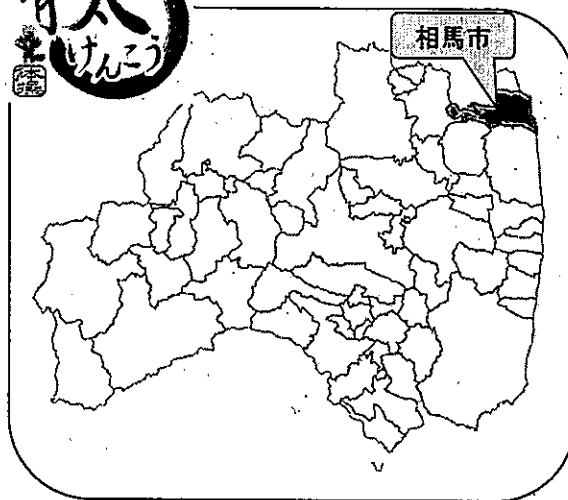
『住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域を目指して』

相馬市の概要 本市は、浜通りの北部に位置しており、毎年7月には『相馬野馬追祭り』が開催され、総大将の出陣式では多くの来客者で賑います。震災後9年目を迎え、それぞれ自立した生活に向け生活再建を進めていますが、地域コミュニティの変化や生活様式の変化等による心身への影響については今後も継続して支援が必要と考えます。

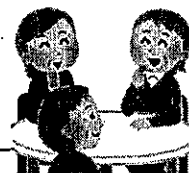
現在の高齢化率は30.80%で1年前に比べ0.76%上昇しており、要介護認定申請者の6割強が認知症高齢者と推計しています。今後、少子高齢化が予測されるなか、認知症の方が住みやすい地域の構築を目指し、認知症への理解や認知症の方への対応について、理解を深めるため活動を行ってきました。

【基本情報】

●人口	34,708人
●65歳以上高齢者人口	10,691人
●高齢化率	30.80%
●要介護認定率	18.92%
●第1号保険料月額	6,270円



オレンジカフェはまなす館



●背景

平成28年9月から毎月第4火曜日に相馬市社会福祉協議会の一室で始まったオレンジカフェはまなす館は、市の広報や社協だより口コミ等で徐々に広まり、平成30年5月には第2水曜日も開催している。

●事業内容

- ・対象者：市内在住の方
- ・参加費：無料
- ・場 所：相馬市総合福祉センター
- ・内 容：毎月第2水曜日・第4火曜日、14時～15時30分
認知症の方やその家族からの相談、情報交換、負担軽減等、本人や家族の支えとなる場として開催している。
- ・参加者：H28年度：67名、H29年度：84名、H30年度：209名、R元年度：231名（2/18現在）



●取組のポイント

特徴として、第4火曜日は、認知症地域支援推進員や専門職が関わり相談業務を中心に行っている。第2水曜日は、認知症サポーター養成講座を受講した「ほほえみクラブ」という集いの場の市民が中心に開催しており、体操やコーラス等楽しめる内容となっている。また、認知症地域支援推進員も参加し相談業務にも応じている。

令和2年度からは、男性も参加がしやすいよう、男性メインのカフェを立上げる予定で進めている。





出張！はまなす館カフェ 健康座談会

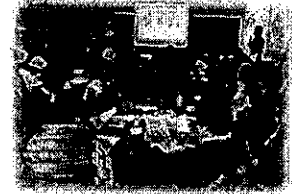
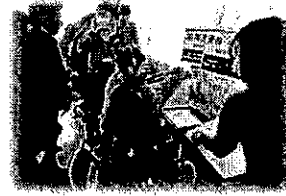


●背景

相馬市地域包括ケア推進会議の部会として活動している「認知症地域ケア委員会」の中で、認知症を正しく理解するための取組みとして、地域住民に近い公民館で出張版のはまなす館カフェを行うことを企画した。

●事業内容

- ・対象者：市内在住の方
- ・参加費：無料
- ・内容：健康チェック（血管年齢・肌年齢・骨量等）
認知症に関する講演等、座談会、意見交換会、相談
- ・日程：市内公民館9ヶ所
12月4日（水）～26日（木）、約2時間
- ・参加者：R元年度：155名



●取組のポイント

今回初めての取組みであったが、委員も参加し民間企業の協力もあって、機器を使った健康チェックが人気を呼び好評であった。市民は地域に近い公民館などで、楽しめるイベントや講座を望んでおり、積極的に参加することも分かった。

今回は認知症の講話だけではなく、地域の助け合いの必要性や取組み事例の紹介、介護予防についても盛り込むことで、「地域での支え合いの仕組み作りの必要性」も理解が得られた。出張カフェの後、自分の地域でも高齢者支援の講話を希望する方もおり、情報を楽しく無理なく伝えることで、市民の気持ちに伝わると感じた取組みであった。

成果と課題

取組の成果

- オレンジカフェ・骨太けんこう体操体験会の認知度アップにつながり問い合わせや参加者が増えた。
- 一部地域のリーダーの方が地域での支え合いに興味をもち、自分たちの地域に支えあいの仕組みづくりを取り入れる活動につながった。
- ケアパス簡易版を作成し配布することで、認知症に関する相談窓口が明確になり、認知症に関する相談、問い合わせがあった。



今後の展望

- オレンジカフェの参加者の多様性に対応できる形態の展開。
（男性が参加しやすい環境を作る等）
- 多職種連携による、認知症・介護予防・地域支えあいをテーマにした健康座談会を、年間を通じ公民館等で継続して実施。
- チームオレンジの取組みとして、一部地域にモデルチームを作り認知症に係る勉強会を認知症地域支援推進員が定期的に行い、チームリーダーの育成を行う。地域で認知症の方の把握や見守り、支えあいができる仕組み作りの支援を行う。
- 認知症の方を早期発見するため、医療機関、薬局、銀行、郵便局、商店街、包括支援センター、社会福祉協議会、市等が連携できるよう、医療機関や薬局の理解を求め、認知症サポーター養成講座等で市民への理解を深め、相談窓口の普及啓発を行う。



2 市町村の取組事例

(3) 在宅医療・介護連携の推進

石川町の在宅医療・介護連携推進事業

石川町では平成14年から、地域課題を関係者間で共有・検討するため地域ケア会議を実施してきた。平成24年の「在宅看取りの推進」をテーマとした検討を機に、参加範囲を医師会・薬剤師会・歯科医師会にも拡げ、以降「在宅医療・介護連携多職種会議」や住民向けの「地域包括ケアシステムを考えるシンポジウム」を継続し、みんなで考え・みんなで取り組む、連携強化による地域包括ケアシステムの充実を目指している。

項目	2020 (2月1日現在)	2025推計
人口	15,062人	13,424人
65歳以上 高齢者人口	5,435人	5,465人
高齢化率	36.1%	40.7%
要介護認定者数	918人	1,180人
要介護認定率	16.9%	21.6%
第1号保険料月額	5,600円	—



『顔が見えるだけじゃない、腕も腹も見せ合える連携に』

●背景

平成24年度、地域ケア会議で『在宅看取り』の検討を始めたのを機に、医療と介護の連携強化への認識が高まり、以降、看取りや認知症をテーマに多職種による課題の検討や研修、住民が自らのこととして考える機会の提供を継続してきた。平成29年度には「石川町の在宅医療・介護の目指す姿の実現のために」を議題とし、改めて町の目指す姿を話し合い、中間目標や具体的な取り組みを考えた。この数年間の取り組みにより、多職種が同じ方向を向いて、みんなで考え・声を出し合うことができつつあり、それが日常の活動に反映されることを実感できるようになってきた。

最近「グループワークを主とした会議では大事な声が届いてしまう」とか「もっと踏み込んだ議論を」との声が聞かれるようになり、多職種の各々がもっと具体的に・直接的に、踏み込んだ意見を交わせる関係の構築、実践力に直結する一歩進んだ事業の展開が求められている。

●事業内容

- ・在宅医療・介護連携多職種会議・多職種連携研修（平成25～現在）
- ・住民向けの地域包括ケアシステムを考えるシンポジウム（平成25～現在）
- ・在宅及び介護施設の看取り支援に関する調査（平成28年度）
- ・医療・介護の連携に関するアンケート調査（平成29年度）

●取組のポイント

- ・『石川町医療介護連携推進コアメンバー』設置による事務局機能の強化（平成29年度～）
医療や介護現場の現状や連携における課題の抽出、優先的に取り組むべきテーマの設定、効果的な事業の展開等についての検討、さらに実施結果の評価機能を担う“仲間”を作った。
- ・キャッチフレーズによる意識づけ（平成29年度～）
多職種会議や研修の際に必ずキャッチフレーズである「さらなる連携強化！顔が見えるだけじゃない、腕も腹も見せ合おう」を耳と目で確認できるようにし、全体の意識の向上をねらった。

令和元年度石川町在宅医療・介護連携多職種会議

“腕も腹も見せ合う”連携多職種会議 第1弾

令和元年5月14日（火）18:30~20:30 石川町役場正庁

テーマ：「利用者・その家族の声から支援のあり方を考える
～ 私たちの支援はどう役に立っているのか、さらに効果的な支援とは～

内容：介護相談員が実施している「介護サービス利用者アンケート」の結果から、現在の自分達（事業所）の支援のあり方を振り返り、利用者の尊厳・自立支援の観点から、より効果的な支援のあり方を考える。

- ①グループワーク（1）現状を振り返り、気づき・課題・悩みを出し合う。
- ②グループワーク（2）ここから何をするか、こんな支援が効果的だ、を話し合う。
- ③全体共有・まとめ

ねらいと・住民の立場で多職種会議に参加してくれる介護相談員の活動から、本人目線・家族ポイント 目線・住民目線での気づきを得る。
・反省ばかりでなく、第三者（介護相談員）を通して伝えられる感謝の思いは、現場スタッフのモチベーションアップにつながる。
・他者（他事業所）の効果的な取り組みや工夫を学び合い、相互に情報・技術提供ができる関係になる。
・自立支援型地域ケア会議や地域リハビリテーション活動支援事業等と併せ、あらゆる機会を通して“自立支援”の考え方や意識の強化を図る。

“腕も腹も見せ合う”連携多職種会議 第2弾 ～全体討議にチャレンジ！～

令和元年8月29日（木）18:30~20:30 石川町役場正庁

テーマ：石川町の『終末期支援・看取り』の取り組みは、どこまで・どう進んでいるのか

内容：平成24年に看取りの検討を開始してから、独居者在宅看取りの検証や研修会、看取り支援の調査、話し合い、住民向けの講話やシンポジウム等を継続してきた。そのことにより、何がどう進んだのか・どんな変化があるのかを確認・共有し、さらには取り組みを推進するための課題を出し合い、対応策について全体で討議する。

- ①職種ごとのグループワーク（1）
ここ数年の看取りへの取り組み（変化・進んだこと・できるようになったこと）
- ②職種ごとのグループワーク（2）
取り組みを進める上での支障・困りごと・他の職種・機関にお願いしたいこと
- ③全体討議 上記で出された課題について全体で討議

ねらいと・積み重ねの成果や着実に進んでいることの実感と共有により、さらなる推進とポイント 連携強化を図る。（やっている！さらに、みんなで次のステップへ・・・をやる）
・「グループワーク⇒発表⇒まとめ」だけでは大事な生の声が埋もれてしまうもったいない！の声に響いて、初の全体討議を実施。70人が1つの輪になって意見を交わす！にチャレンジ。

◎結果：ケアマネからの「在宅の方はかなり頑張っている、短期入所での看取りがもう少し・・・」の声から、情報提供やサービス担当者会議のあり方、施設の嘱託医と主治医間の調整、医療と介護のすみ分け等、たくさんの意見が出された。この全体討議を通して、内容が深まる・より現実的に実践に即した議論ができることを体験した。また、みんなが前に進もうと真剣であることや集まってくれた多職種の皆さんの力を感じ、改めて本事業の意義・大切さを再認識できた。

“腕も腹も見せ合う” 連携多職種会議 第3弾 ～ 現場の声からタイムリーに～

令和元年12月18日(水) 18:30～20:30 石川町役場正庁

テーマ：台風19号への対応を踏まえて ～ 災害時の医療・介護の多職種連携を考える～

10月12日の台風19号、要介護者の避難や安否確認に多くの関係者が動いた。そして、町には「あの時どうすれば良かったのか」「取り決めがない」「情報が届かなかった」「町の動きが見えない」等の戸惑いや課題の声が寄せられた。これを受けて当初の予定を変更し、台風時の各々の対応の検証と課題の共有、対応策の検討を行なう連携多職種会議を開催した。

ねらい・初めての経験に戸惑い、自らの事業所が被災しながらも、みんなが要介護者の安全のために懸命に動いたことを認め合い・労い合う。

・それぞれが抱えている「わからなかった」「見えなかった」「誤解」等のモヤモヤを明確にして共有し、各々の役割と次に向けて何をするかを考える。

内容：①職種ごとのグループワーク(1)

台風の際の対応の実際と困ったこと・戸惑ったこと・みんな確認しておきたいこと・課題を出し合う。

②課題の共有と優先的に検討する事項の選択 ⇒ 多数決で「避難への対応」に決定。

③全体討議「避難への対応」について全体討議する。

避難の呼びかけ、情報伝達、避難所のあり方、福祉避難所、要介護者の避難支援施設での受け入れ、緊急時必要物品の調整、災害時その災害の内容に応じて各々の事業所・法人が何をすべきか・何ができるのかを考える必要があること等の意見が交わされた。そして、困ったら、迷ったら連絡取り合おう！を確認した。

会議後：会議録をもとに、自分の事業所ができることの検討を始めるところが出てきた。町は会議で出された事項を庁内関係部署と協議するための「地域ケア推進会議」を実施した。

今後は、話し合ったことを「絵に描いた餅」で終わらせないために「災害時の医療・介護連携シミュレーション」を企画する予定。

成果と今後の展望

連携多職種会議

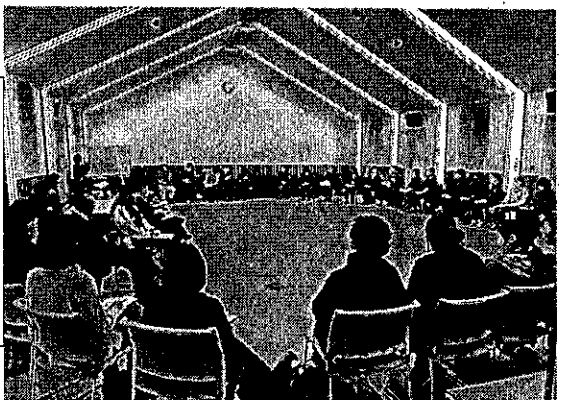
取組の成果

- 多職種会議の積み重ねにより、医療職と介護職が相互に意見を交わせる関係（本物の仲間に）が構築されてきた。
- 検討内容が深化し、多職種会議が現場の実践に活かせることが実感できるようになってきた。
- 医師会と行政の共同開催の「住民向けのシンポジウム」が定着し年々参加者が増え、在宅医療や介護への関心の高まりが感じられる。



今後の展望

- 継続と発展：積み重ねが着実に変化につながるように、現場の声に耳を傾け、他の事業との連動も図りながら、効果的な事業展開を目指す。
- 普遍化：効果的な取り組みや成果につながる工夫の情報共有や技術提供など、連携の力で地域全体の力を高める取り組みを目指す。
- モニタリングと評価：めざす姿の実現につながっているか、近づけているかのモニタリング機能の強化を図る。



埴町

多職種連携に向けた取り組み (在宅医療・介護連携の推進)

埴町の概要

福島県の南端に位置し、茨城県北茨城市や高萩市と隣接している。
超高齢社会を迎えた埴町においても、すべての高齢者が個人の尊厳を保持しながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするため、公的な福祉サービスの充実だけでなく、ボランティア活動の活性化に力を入れるなど、地域全体で支え合う福祉を目指している。

【基本情報】

- 人口 8,590名 (R2 2.1現在)
- 65歳以上高齢者人口 3,134名
- 高齢化率 36.48%
- 要介護認定率 20.5%
- 第1号保険料 月額 5,400円

はなわのマスコット
キャラクター
「タリちゃん」



取組のきっかけ

●背景

数年前は、東白川郡医師会の主催で多職種連携の意見交換会を実施していたが、この数年は日頃の業務に追われ、実施できない状態が続いており、関係者間の顔の見える関係が薄れてきているのを感じていた。

また、退院支援ルールについても運用開始から時間が経過し、スムーズに進まないケースもでてきたため、改めて、意思疎通を図る必要があった。



①在宅医療・介護連携推進事業 研修会の開催

医療・介護の関係者間の顔の見える関係づくりのために、多職種が参加する研修会を開催する。

なお、東白川郡では、認知症初期集中支援事業と老人ホーム入所判定委員会を共同で実施しており、それぞれの事務局を4町村が持ち回りで担っている。在宅医療・介護連携に関する研修会については、今年度は埴町が担当し、次年度からは、3つの事業の事務局を4町村で順番に担当することにした。

②退院支援ルールにかかる意見交換会の実施

退院支援ルールのスムーズな運用を図るため、埴町と埴町地域包括支援センターの職員が、埴町内にある医療機関を訪問し、意見交換を行う。

また、お互いの状況等についても共有する中で理解を深め迅速に対応できる環境を整えた。

③町内の看護職の代表者との意見交換会の実施

①の研修会に参加できない方へのフォローアップのために、埴町内で勤務する看護職を参集し、意見交換を行う。

取組の内容 (1)

①在宅医療・介護連携推進事業 研修会

日 時：令和元年12月16日(月) 14:30~16:30

会 場：埴町 農村勤労福祉会館 1階 大研修室

参加者：東白川郡内の、医療機関・介護施設・地域包括支援センター
居宅介護支援事業所・サービス事業所・養護老人ホームで
勤務する職員及び東白川郡内の町村担当者、
県南保健福祉事務所職員 合計78名

内 容：①研修会 (※専門職派遣事業利用)

講演「在宅医療・介護連携事業の円滑な運営を目指して」

講師：東日本国際大学健康福祉学部 松本 喜一 教授

②意見交換会

今回は、「医療機関と介護施設」、「地域包括支援センターと行政」、
「居宅介護支援事業所とサービス事業所」の5~6人に別れて、「東白
川郡の医療・介護連携に向けて何から取り組んでいくか」についてグループ
ワークを行った。



参加者アンケートより

- ・講演会については、「東白川郡に関わりのある講師で状況を把握している方だったため、分かりやすかった」、「他町村の状況や施策など話が多岐にわたり時間が足りなかった」、「多職種連携の必要性を再認識した」など。
- ・グループワークについては、「他職種・他施設等日頃なかなか交流できないグループで斬新だった」、「愚痴になりかけたが、前向きに考えることができた」など。
- ・非常に好評で、毎年何回か継続して実施してほしいという意見が多数あった。

取組の内容 (2)

②退院支援ルールにかかる意見交換会の実施

日 時：令和元年12月10日(火) 14:00~15:00

会 場：埴厚生病院内 会議室

参加者：埴厚生病院地域医療連携室、埴町、埴町地域包括支援センター、県南保健福祉事務所の各担当者

内 容：県南保健福祉事務所が実施するアンケートとは別に、埴町地域包括支援センターが中心となり、町内の各居宅支援事業所に対して、退院支援ルールの運用状況や質問・要望に関するアンケートを実施した。
その結果と、埴町からの意見・確認事項を説明しながら、病院と意見交換を行った。

③町内の看護職の代表者との意見交換会の実施

日 時：令和2年2月3日(月) 16:00~17:30

会 場：埴厚生病院内 応接室

参加者：医療機関の看護部長・看護師長、介護施設の看護師長・看護主任・地域包括支援センター主任看護師、町保健師(統括保健師等)

内 容：12月16日に開催した①の研修会において、看護職の参加が少なかったため、医療機関・介護施設・地域包括支援センター・行政・養護施設等で勤務する看護職の代表だけが集まり、マンパワー確保のための養成・定住などの課題について話し合うとともに、地域の中で看護職を守るための方策について意見交換を行った。

成果と課題

取組の成果

- ・研修会については、数年ぶりの開催だったため、参加者のニーズを十分に把握できない部分があり、研修会等に参加してもらえるか非常に心配していたが、多くの参加者がエネルギーにグループワークしている様子や、アンケートの結果が好評であったことにより、「ホッ」とした。
- ・研修会の講師からも、次回は事例検討をやろう、と心強い支援をいただいた。情報共有にとどまらず、支援者の思いも共有できた。
- ・研修会や意見交換会など、事業を実施するにあたり地域包括支援センターなどとも協働でき、さらに町内の多職種との関係が深まり理解しあえた。

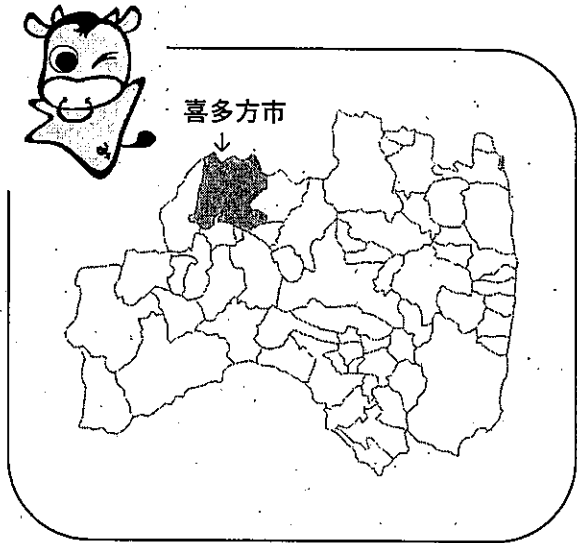
今後の展望

- ・今後も継続して、顔の見える関係づくりに努めたい。また迅速な対応ができるように連携を深めていきたい。
- ・研修会については、全体的な意見交換会・事例検討とテーマを絞った事例検討など様々な切り口で研修の機会をつくり、質の向上に努めていきたい。
アンケートでは、今後取り組みたいテーマとして、認知症や虐待、精神的ケアなどの事例検討が挙げられた。また、今後一緒に学びたい人として、医師、消防士、障がい担当者、生活支援コーディネーター、警察職員、病院看護師、民生委員等が挙げられたため、今後検討していきたい。
- ・地域包括ケアシステム構築のために、他の事業ともリンクさせて取り組んでいきたい。

喜多方市	かかりつけ医と一体となった取り組み (市民公開講座)
------	-------------------------------

喜多方市の概要
 飯豊連峰、雄国山麓、三ノ倉高原、雄大な自然環境文化財や蔵などの歴史を感じさせる建造物喜多方ラーメンやそば、多彩な農林産物豊富な観光資源に恵まれ、暮らしと観光、産業が調和し、笑顔があふれる住みよいまちです。

- 【基本情報】…令和元年12月末現在
- 人口
46,408人(現住人口)
 - 65歳以上高齢者人口
16,508人
 - 高齢化率
35.6%
 - 要介護認定率
20.4% (3,366人)
 - 第1号保険料月額
5,480円



市民へ向けた在宅医療の啓発

・H30年度、H31年度の2年間、医療関係者と介護関係者、障がい福祉関係者、市職員を対象とした「医療介護連携研修会」を4回開催した。



- ・そろそろ、市民への啓発が必要ではないか？
- ・市民へも在宅医療を知っていただく機会を作らないといけない。
- ・在宅医療の講演会を実施する市町村もある。



・喜多方医師会長への相談から「市民公開講座」の開催へと発展。



- ・誰に講演を依頼するか？
- ・著名な方を呼ぶ予算がない。
- ・講演会だけで人が集まるのか？



令和元年度市民公開講座②

- ・第2部パネルディスカッション
「喜多方市の在宅医療（看取り）
の現状と課題」



<パネリスト>

- ・福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座 助手 中村光輝医師
- ・医療法人昨雲会飯塚病院附属有隣病院 院長 滝浪 真医師
- ・会津医療生活協同組合きたかた診療所 所長 岡内 章医師
- ・喜多方市地域・家庭医療センター センター長 武田 仁医師
- ・株式会社ニチイ学館 加藤智子訪問看護師

<コーディネーター>

- ・医療法人佐原病院 院長 森泉茂樹医師

成果と課題

取組の成果

- ①医療関係者、介護関係者への参加を呼び掛けたが、一般市民の参加が予想以上となった。
- ②身近な医師（かかりつけ医）を巻き込むことで、関心が高まったのではないかと。
- ③医師会長との顔の見える関係が出来ている。



今後の展望

令和元年度市民公開講座の様子

市民も「在宅医療」への関心があることを実感したが、まだまだ、啓発が必要だと感じている。次年度において、第2弾を計画している。

2 市町村の取組事例

(4) 介護予防の推進と

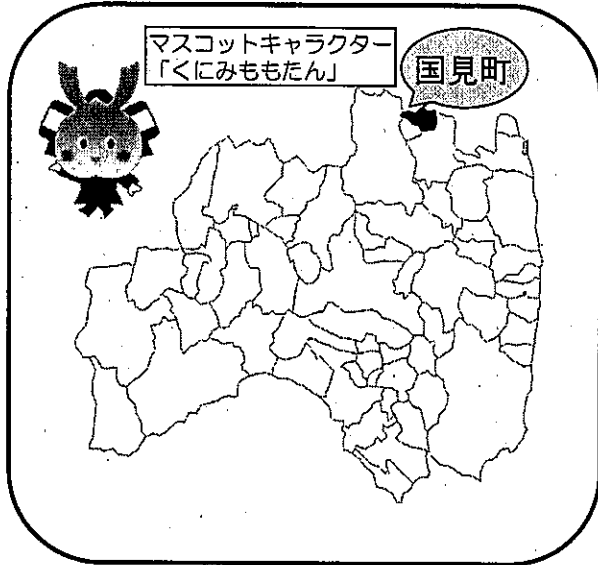
生活支援サービスの充実

国見町	いきいき百歳体操による「通いの場」立ち上げ支援
-----	-------------------------

国見町の概要
 国見町は、福島県中通りの最北部に位置し、北は宮城県白石市と接している。県都福島市までJRで17分、東北自動車道国見ICを有し、さらに4号国道が縦断し、古くから奥州街道の要衝と交通の便に恵まれた町である。

【基本情報】(令和2年1月末現在)

●人口	8,987人
●65歳以上高齢者人口	3,690人
●高齢化率	41.1%
●要介護認定率	18.6%
●第1号保険料月額	6,291円



取組の背景

- H28年3月より通いの場の立ち上げ支援を始め、H30年までに13か所の通いの場が発足。参加者は50～90代と年齢層は幅広い。
- 運動指導士を講師として各通いの場へ15回派遣し、それ以降は自主的活動へ移行。介護予防サポーター等が中心となって体操を行っている。
- 13か所中12か所が自主化を継続し、それぞれの通いの場で体操のほか、食事会や季節のお楽しみ会などの住民主体の活動に発展している。



しかし、課題も...



- ◆介護予防サポーター(指導者・リーダー)がいないと運営が困難、サポーターの高齢化・なり手の不足。
- ◆だんだん自己流の体操になってきてしまう...
- ◆簡単な体操だと若い人が物足りず、負荷がかかる体操だと高齢層にはきつく感じる→足が遠のいてしまうことも...



DVDによる「いきいき百歳体操」の導入

取組の内容

くにもみ版「いきいき百歳体操」DVD作成

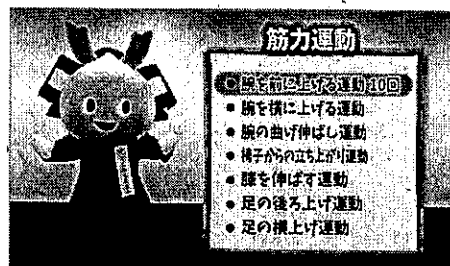
●高知市で開発した「いきいき百歳体操」を参考にくにもみ版のDVDを作成。町民に親しみのある内容に。

住民への普及活動

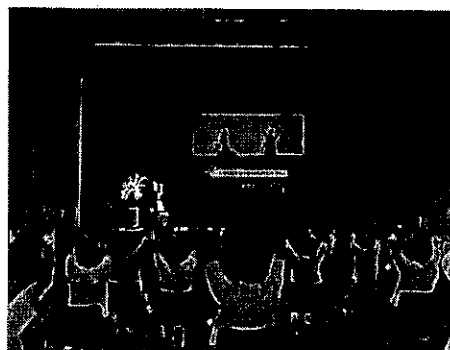
- 「講演会&百歳体操体験会」
日時：令和元年7月24日(水)開催
場所：観月台文化センター ホール
講師：理学療法士 71名の参加
- 希望のグループに出前講座を実施。「自分たちにもできそう！」と思ってもらえるよう、立ち上げのきっかけづくりを進める。

立ち上げ支援

- 5人以上集まれば、DVD・体操用おもりを貸出。設備のないグループには3か月間限定で椅子やマット、ポータブルDVDプレイヤーを貸出→期間内に物品を準備できるよう助言。
- 初回はリハビリ職、2~4回目は町スタッフを派遣して体操指導。5回目以降から自主的活動へ移行。
- 初回に体力測定と基本チェックリストを実施し、6か月後、1年後（个体験会にて...たくさんの町民が集まってくれました!）に再び実施して効果を評価。
- 高知市の体力測定動画(96歳女性の5m歩行が3か月の体操前後で9.2秒⇒3.3秒に変化している様子)を初回時に参加者へ見てもらうことで、参加者の動機付けを図っている。



(くにもみもDVDに登場します)



成果と課題

取組の成果

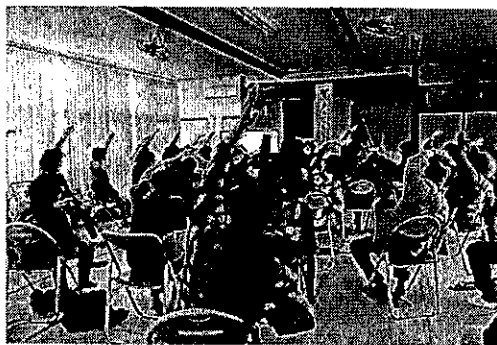
- R元年9月からの5か月間で11グループが百歳体操開始。182名の参加。
- 指導者がいなくても毎週自分たちで体操ができ、重りの負荷を調整することで個々の体力に合わせた体操ができるようになった。サポーターの人員確保の課題も解消。
- 住民が通いの場へ誘い合い、要介護認定者も参加。運営も住民同士が助け合い、主体的に取り組んでいる。
- 「体がすっきりして軽くなった」「転びにくくなった」等の主観的な変化が少しずつみられている。
- 物品を貸出しているグループは、概ね3か月以内に自分たちで工夫しながら物品を準備している。



(理学療法士による体力測定。この後は体操指導になります!)

今後の展望

- R2年度は町内の全てのサロンで出前講座を行うなど、普及促進に努める。
- 体力測定結果や基本チェックリストの数値から経時的変化を評価し、効果検証を行う。



(「みんなでやるべ!」と、活気にあふれています)

田村市の概要

田村市は、阿武隈高原の中央に位置し、福島県の中通りにあって浜通りとの結節点となる地域です。市の面積は458.33km²で、土地利用部分をみると、全体の約67%を山林が占める典型的な中山間地域です。

【基本情報】平成31年4月1日現在

- 人口 36,792人 ●65歳以上高齢者人口 12,467人 ●高齢化率 33.89% ●要介護認定率 19.33%
- 第1号保険料月額 6,000円

【生活支援体制整備事業の状況】

- 第1層協議体 平成29年1月設置 15人 ●生活支援コーディネーター（第1層）1名 ●第2層協議体 2

【介護予防・生活支援サービス事業】

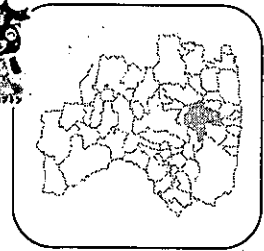
平成28年3月に総合事業を移行。訪問介護、通所介護のみのサービス提供。
平成31年4月より、訪問型サービスB事業実施。

【生活支援体制整備事業】

平成29年1月に第1層協議体、第1層生活支援コーディネーターを設置。
平成30年度に第2層協議体 2協議体設置。

【自立支援型地域ケア会議】

平成29年度介護予防普及展開事業モデル事業参加。
平成29年度は、関係機関との打ち合わせ・研修会を実施し、平成30年度より定期開催。



	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
介護予防・生活支援サービス事業	従前相当のみ	従前相当のみ	従前相当のみ	訪問型サービスB創設 介護予防ケアマネジメント B・C創設
生活支援体制整備事業	第1層協議体設置 第1層SC設置		第2層協議体設置 (2協議体)	
自立支援型地域ケア会議		モデル事業参加 2回(5事例)	20回(42事例)	17回(49事例) 12/31現在

自立支援型地域ケア会議

平成29年度介護予防普及展開事業モデル事業参加。平成30年度は、関係機関との打ち合わせ・研修会を実施し平成30年度より定期開催。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
自立支援型地域ケア会議	モデル事業参加 2回(5事例)	20回(42事例)	17回(49事例) 12/31現在

【地域課題】

日常生活の支援に関する課題	ゴミ出し・灯油入れなど短時間かつ専門職でなくてもできる支援のニーズ
	買い物・地域交流の場、病院受診等の際の移動支援のニーズ
	ヘルパー不足、介護サービス事業所の地域差
活動・社会参加の場に関する課題	冬の期間に活動量を確保するための場・機会の創出
	男性が集える場・機会の創出
	介護予防に資する活動支援
認知症に関する課題	家族・地域住民の疾病の理解
	早期介入によるMCI改善
医療と介護の連携に関する課題	医療(医・薬)と介護の具体的な連携の仕組み
	内服指導の必要性
住民啓発に関する課題	住民の疾病予防・コントロールに関するセルフケア能力の向上
	各ライフステージごとの「食」「口腔」に関する知識の普及
	介護保険法の理念や介護予防・自立支援についての規範的統合
その他	配食サービスの活用、介護予防に資する配食サービスのニーズ

生活支援体制整備事業

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
生活支援体制整備事業	第1層協議体設置 第1層SC設置		第2層協議体設置 (2協議体)	

平成29年1月に第1層協議体、第1層生活支援コーディネーターを設置。

第1期：平成29年1月～平成31年3月 第1層協議体委員 14名

第2期：平成31年4月～令和4年3月 第1層協議体委員 15名

協議体委員の構成

市民9名、高齢者関係団体職員2名、包括支援センター職員1名、社協職員1名、行政2名

【第1層協議体の活動】

平成28年度～平成29年度

- ✿協議体の活動、介護保険、地域支援事業、認知症の施策、生活支援体制整備事業…活動というよりもとにかく委員の「？」を解消する勉強会が中心
- ✿地域に出始めたのは、平成29年12月以降。
住民主体の通いの場で参加者と一緒に楽しみながら、「こんなあったらいいな～」を聞く普段の生活、活動から委員が得た情報を協議体会議の際に共有。
- ✿協働の地域づくりについて普及啓発及び第2層協議体委員の発掘のための勉強会を開催。
今後必要となる助け合いや自分たちがすべきことを1人でも多くの方に知ってほしい。そして、考えてほしい。
- ✿自立支援型地域ケア会議の研修会（市開催）を聴講

生活支援体制整備事業

【第1層協議体の活動】

平成30年度

- ✿自立支援型地域ケア会議で得られた地域課題を行政の立場から第1層協議体へ提言
- ✿今までの研修や活動から把握したことについて、今後田村市にあったらいいなと思うことを話合う。

＜平成30年度の目標＞ 「田村市にあったらいいな」を1つでも実現しよう

1. 住民主体の居場所創設のための体制整備
2. 住民の支え合いの創出

開催月	協議内容
4月	今年度の活動計画
5～7月	必要なサービスの検討「あったらいいな」を具体的に協議
8月	先進地視察(平田村)
9月	生活援助を必要としている方への訪問 地域の実情について共有
10～3月	訪問型サービスB事業の具体的検討、先進地視察(新潟市)

生活支援体制整備事業

【協議体委員で取り組んだこと】

★「支え合いの創出」…具体的にどのようなこと？

「田村市に〇〇〇があったらいいな」が具体的に話せるように話し合い
イメージができなければ、先進地視察、生活援助を必要とする方の訪問など実施

★訪問型サービスB事業の具体的検討

◎対象者は？…要支援の方、事業対象者の方、その他は？

◎サービス提供者は？…資格要件は？ サービス提供者の団体は何名以上？ サービス提供者の名称は？

◎サービス内容は？…自立支援地域ケア会議で出ていたのは・・・

◎利用料金は？…無償、有償

【行政として取り組んだこと】

★第1層協議体委員の意識合わせ

月1回の定例会 先進地（平田村）研修 生活援助を必要とする方の訪問

★SCと定期的な打ち合わせ

定例会・講演会・養成講座 その他いろいろ

★「あったらいいな」が地域支援事業でどのように展開できるかを説明

★先進地の取り組み状況把握

★住民への啓発（講演会等の開催）

地域包括ケアシステムの構築（様々な啓発の機会で）

協働の地域づくりの考え方（支え合いの地域づくり講演会、支え合う地域を考える勉強会）

住民相互の助け合いの仕組みについて（支え合いのしくみづくり講演会）

サポーター養成講座（地域の支え合い応援講座）

◎一番大変だったこと：対象者のイメージ、サービス提供時何かあったら…、行政が…

◎一番盛り上がったこと：サポーターの名称

生活支援体制整備事業

＜実際の活動＞

1. 住民啓発

①支え合いの地域づくり講演会

第1回 9月28日 「いつまでも住み慣れた地域で暮らすために
～田村市の10年後、自分の10年後を考えよう～」
講師：福島大学 鈴木典夫教授

地域で元気に暮らしていくために欲しいのは、「幸せ感情」。それを得るためには、行政サービスだけでなく、住民同士のふれあいや充足感を得るための住民参加が必要。小さなことでもやらなければ何も変わらないが、小さなことでも変わっていく。

第2回 10月12日 「地域包括ケアシステムと田村市の今後について」

◎このまま何もしない「なりゆき」未来を変えることが必要と実感しました。

◎地域の支え合いの大切さがよくわかりました。

◎誰か（地域）の役に立ちたいと思いました。

◎「助けて！」と言えることが大事と実感しました。

◎助け合っていける地域になれば素敵だなと思いました。
そして、そうになったら安心して暮らしていけると思った。
できるだけ声を出して協力して暮らしていきたい。

2. 住民の支え合いの創出

①支え合いのしくみづくり講演会

12月7日 「ここでずっと暮らし続けたい～支え合いのしくみづくりの実践から～」

講師：支え合いのしくみづくりアドバイザー
河田瑛子氏

②地域の支え合い応援講座（訪問型サービスB 担い手の養成）

第1回 2月 7日 介護保険制度、リスクマネジメント、接遇マナーと守秘義務

第2回 2月21日 高齢者の特徴、認知症の理解、コミュニケーション

◎講座受講中に仲間になり、支援グループ結成につながった。
◎受講修了者37名。住民主体のグループ 2団体結成

介護予防・生活支援サービス事業

【介護予防・生活支援サービス事業】

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
介護予防・生活支援サービス事業	従前相当のみ	従前相当のみ	従前相当のみ	訪問型サービスB創設 介護予防ケアマネジメント B・C創設

【訪問型サービスB】

＜利用対象者＞

- ・ 総合事業対象者
- ・ 要支援1、2の方

＜サービス提供者＞

- ・ 市民で組織される団体（3名以上）に所属し、市の養成講座（地域の支え合い応援講座）を受講した方（隣隣サポーター）

＜サービス内容＞

- ・ 掃除 ・ 洗濯 ・ 調理 ・ シーツ交換、布団カバーの交換 ・ 衣類の整理、被服の補修
- ・ 日用品の買い物 ・ 薬の受け取り ・ 灯油入れ ・ ゴミ出し ・ 電球交換 ・ 話し相手
- ・ 雪かき

＜利用料金＞

30分未満 200円 1時間未満 400円

介護予防・生活支援サービス事業

【訪問型サービスB 実施提供団体】

No	所在地	団体名	提供範囲	活動開始年月
1	船引町	船引フォーラム	船引町	令和元年6月
2	大越町	ささえ愛・隣隣サポーター	田村市全域	令和元年6月
3	滝根町	NPO法人サポートたむら (隣隣サポーター・たむら)	滝根町(全域) 大越町(上大越・下大越地域)	令和元年11月

◎地域の支え合い応援講座

受講者 平成30年度 37名
令和元年度 7名(R2年1月現在)

◎実施提供団体に登録している

サポーター
18名(R2年1月現在)

◎訪問型サービスB利用者

2名(R2年1月現在)

生活支援体制整備事業における住民啓発からの動き

① 支え合いの地域づくり講演会

- 第1回 9月28日 「いつまでも住み慣れた地域で暮らすために
～田村市の10年後、自分の10年後を考えよう～」
講師：福島大学 鈴木典夫教授
- 第2回 10月12日 「地域包括ケアシステムと田村市の今後について」

ある参加者の想い：「地域で何かをしたい」 {自分の地域で活動しよう}



地域住民が主体となって取り組む顔の見える助け合い支援活動を行う団体の設立

<団体名称> NPO法人サポートたむら

<活動内容> ① 高齢者や一人暮らし者への生活支援事業

② 地域活性化の事業

③ ITを活用した情報発信及び観光振興事業

④ 子育て支援事業 等

① 高齢者への生活支援事業 の具体的内容 (将来的なことも含めて)

- ・買い物支援
- ・日常生活支援
- ・通院、寄合などの移動支援
- ・見守り (安否確認) 活動
- ・高齢者や一人暮らし者の健康増進
- ・書類作成や各種届出の代行

行政が実施したこと

住民(団体メンバーへ)啓発

・地域包括ケアシステム ・田村市の現状と今後

地域課題(事業実施課題)の提供

・広範囲な地理的条件により、配食サービス提供可能な地域が限られている

生活支援体制整備事業における住民啓発からの動き

【高齢者生きがい活動促進事業への取組】

<目的>

地域包括ケアシステム構築のため、配食サービスを通じた見守り活動を実施し、地域の支え合い活動ができる体制を目指す。

<内容>

(1) 高齢者を含むボランティアの確保

地域の支え合い活動を促進するため地域で活動できる高齢者を含むボランティアを募り、協働の地域づくりの考え方の普及啓発を行う。

(2) 配食サービス事業における高齢者見守り活動の実施

65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及び心身の障害及び傷病の理由により調理が困難な方に対し、バランスのとれた食事(弁当)を配達し、声かけによる見守り活動を行う。

利用者に対する声かけで得た情報は、田村市と共有し適切な支援につなげる。

<対象地区>

滝根地区及び大越地区

<スケジュール>

- 10月 打ち合わせ、配食サービス委託契約
11月 配食サービスによる見守り活動開始
12月 配食サービスボランティア募集



成果と課題

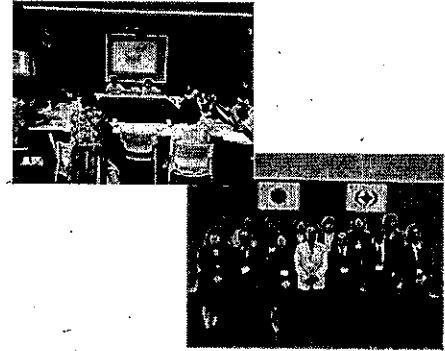
<取組の成果>

- 第1層協議体委員と共に事業を展開したことで、多くの市民の参加があり、生活支援体制整備事業の理解者を増やすことができた。
- 課題把握から訪問型サービスBの創設、担い手の養成までを第1層協議体委員と取り組んだことにより、委員は充実感が得られ、次の課題解決への意欲を示している。
- 様々な機会での住民啓発により、住み慣れた地域で安心して過ごせるために必要なことは何かを、住民自ら考え行動するきっかけとなった。

<今後の展望と課題>

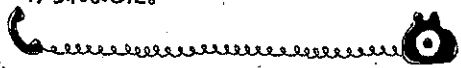
- 訪問型サービスBの円滑な実施のために、現状把握～課題解決を行うための体制構築及び担い手を増やす取り組み。
 - ・介護予防ケアマネジメントの強化
 - ・支え合いの大切さ、必要性を多くの市民へ普及啓発
- 第1層協議体委員との意識合わせを行い、自立支援型ケア会議より得られた地域課題を1つでも多く解決できるようにしていく。
 - ・「あったらいいな」=支え合いの創設を実現できるように

月1回の第1層協議体会議
「あったらいいな」について話し合っています。



<隣隣サポーターの意味>

「ご近所同士が支え合って暮らしていくこと」、
「助けを求める電話が鳴る」ということをイメージして、第1層協議体委員みんなで考え名づけられました。

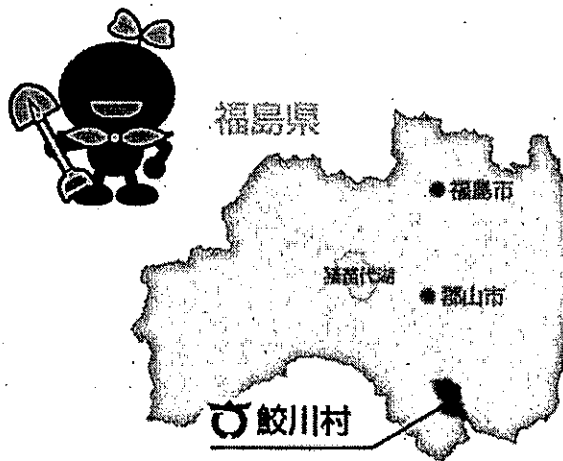


鮫川村の概要

福島県の南端、阿武隈高原の頂上部に位置し、標高は400m～700mの範囲にある丘陵高原で起伏の多い山間地。7行政区にわかれている。従来の行政主導から住民主体の取り組みに転換し地域づくりによる介護予防事業とし「通いの場」における定期的な運動介入を実施した。高齢者の運動機能、生活機能、ソーシャルキャピタルの向上を目的とした「通いの場」は、機能向上や交流の場として、高齢者のQOLの向上や健康寿命の延伸につながる拠点として今後も推進する。

【基本情報】（令和2年2月1日現在）

- 人口
3,274人
- 65歳以上高齢者人口
1,244人
- 高齢化率
38,0%
- 要介護認定率
16,17%
(令和2年1月1日現在)
- 第1号保険料月額
5,400円



取組の内容①

- 背景
 - (1) 少子高齢化に伴い、高齢者を支える人口が減少し高齢者が自立生活できる自助・互助のしくみづくりが必要になった。
 - (2) 介護給付費の増加に伴い、高齢者のQOLに着目し将来を見据えた予防の取り組みが必要になった。
 - (3) 行政主導ではマンパワー不足、長続きしない欠点を、住民主体のグループで実施できる形に考え方と支援の方法をシフトする必要があった。
 - (4) 自主的なグループで無理なく取り組み効果が期待できる「運動」に介入した。
- 事業内容
 - 事業：平成28年度「地域づくりによる介護予防推進事業」
 - 実施主体：鮫川村 鮫川村地域包括支援センターの協力を得て進めた。
 - 行政体制：6月の地域包括ケア会議（政策形成機能）において提案し、各委員の参加協力で、介護予防講演会の開催に至った。講演会において自主グループを募り、3グループの参加が得られた。「リーダー養成講座」では、各グループ間の交流や体力測定の実技指導を実施。9月からは生活支援体制整備事業を開始し、協議会の会長や生活支援コーディネーターさんが村内の各グループの支援や課題などを提案し、会議で検討する仕組みができた。グループの進捗状況や効果などは会議で随時報告した。

取組の内容②

●取組のポイント

(1) 住民の「やりたい！続けたい！」という気持ちを大事にし、解決すべき課題をひとつずつ具体策として形にし、支援する。

(2) 行政、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターは常に連携し、住民が主体的に動けるように支援する。

(3) グループの活動がマンネリ化せず、モチベーションを維持し継続が可能になる工夫として、定期的な体力測定、要望により専門職の派遣、リーダー打ち合わせ会、介護予防体操情報交換会などを実施し活動を支援する。

(4) 定期的な体力測定で得られたデータを処理し、効果を科学的な数字で示すことにより「身近な通いの場」における運動と、住民が感じている効果及び、データをマッチングすることで、健康意識を高め、行動変容の一助とする。

(5) 村の重点施策の一般介護予防事業として位置づけ、PDCAサイクルを回す。

取組の内容③

(1) 介護予防事業の経過

平成28年	6月	地域包括ケア会議にて、モデル事業を報告
	8月	生活支援体制整備事業開始
	9月	介護予防講演会を開催し、モデル3グループを募集
	10月	3グループが希望し手をあげて参加し、「いきいき百歳体操」を始める
平成29年	1月	1グループが自主的に参加し、4グループ結成になる。 「いきいき百歳体操リーダー養成講座」を開催
	2月	「介護予防体操情報交換会」を開催し、新たなグループを募集
	6月	1グループ結成
平成30年	2月	「介護予防体操情報交換会」を開催し、新たなグループを募集
平成31年	2月	「介護予防体操情報交換会」を開催し、新たなグループを募集
	4月	1グループ結成
令和元年	9月	1グループ結成
令和2年	2月	「介護予防体操情報交換会」を開催し、新たなグループを募集 現在、新たに2グループからの問い合わせがある。

(2) 立ち上げ支援

●村として：①ちらしを配布し説明する。②参加者名簿の提出と、リーダーの選出。③DVD視聴環境（テレビ・DVDデッキ・椅子）を整えて開始④おもりは4週間は村からの貸し出しをし、その間に各自購入してもらう。⑤DVD（スペシャル版）は村から貸与。

●各リーダーとして：行政区で行われている「ふれあい広場地区支援事業」や村事業の「筋かづくり教室」に講師（ボランティア）で講話「いきいき百歳体操の効果」と実技40分。

(3) 支援体制

①開始から1か月間は、行政説明、専門職の派遣、体力測定等で支援

②他グループとの交流目的で、「リーダー養成講座」「介護予防体操情報交換会」を開催

③体力測定の実施（3か月・6か月・1年・2年・3年・・・）

取組の内容④

(4) 結果(初回と2年後の前後比較ができた28人 うち虚弱高齢者8人)

○運動機能:

- ☆一般高齢者では、運動機能(TUG・5回立ち座りテスト・5メートル歩行)において有意な改善が認められた。
- ☆虚弱高齢者(転倒リスク有の者)では、転倒リスクが75%改善し8人から2人に減少した。その他の測定値は改善されたが有意差は認められなかった。
- ★握力については、有意差は認められなかった。

○生活機能:

- ☆一般高齢者では主観的健康感において、有意な改善が認められた。
- ★老研式活動能力指標及びソーシャルキャピタル指標については有意な改善は認められなかった。

○自覚的健康感:

- ☆一般高齢者では、体力がついた、腰痛や腰の痛みがなくなった、買い物に行くようになったなど、生活や運動の効果を実感している割合が全体の48、4%だった。
- ☆虚弱高齢者では、おしゃべりが楽しい、友人・知人ができた、気持ちが明るくなった・体操以外の楽しみが増えた等の社会機能の効果を実感している割合が全体の52、4%だった。
- ★口腔機能については、一般高齢者で、19、8%、虚弱高齢者では14、3%と低い値だった。

成果と課題

取組の成果

- 住民主体の「身近な通いの場」の活動を住民が受け入れ主体的な体験を通して仲間を増やしていく取り組みになっている。
- 「身近な通いの場」は人から人、機関、その他の社会資源をつなぎ地域づくりの拠点の一つになっている。
- 運動の介入により運動機能及び、転倒リスクの改善に効果が認められた。また定期的に参加し、主観的健康感の向上や自覚的な健康を感じることで高齢者のQOLの向上や、健康寿命延伸の一助を担っている。

今後の展望

- 団塊の世代が後期高齢者に到達する2025年までに100人グループの結成が目標であり、あと3グループの結成支援に取り組む。
- 握力の向上及び、口腔機能向上については課題として今後取り組む。
- 地域では、社会福祉協議会によるサロンや協議体による「お結び茶屋」、地域包括支援センターによる「認知症カフェ」、行政区による「ふれあい地区支援事業」などと連携しながら地域づくりを推進する。
- 地域包括ケア会議に提言し、各計画に反映できるような体制づくり。



喜多方市の概要

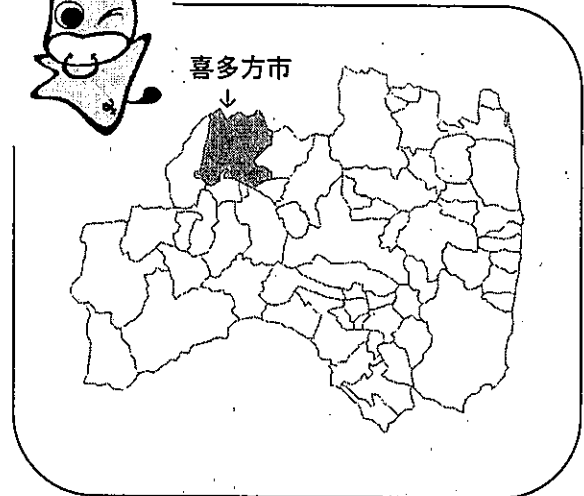
飯豊連峰、雄国山麓、三ノ倉高原、雄大な自然環境文化財や蔵などの歴史を感じさせる建造物喜多方ラーメンやそば、多彩な農林産物豊富な観光資源に恵まれ、暮らしと観光、産業が調和し、笑顔があふれる住みよいまちです。

【基本情報】…令和元年12月末現在

- 人口
46,408人(現住人口)
- 65歳以上高齢者人口
16,508人
- 高齢化率
35.6%
- 要介護認定率
20.4% (3,366人)
- 第1号保険料月額
5,480円



喜多方市



買い物リハビリ事業とは

<買い物リハビリ事業とは>

- ・送迎により参加者を集め、到着後に血圧測定、体操、講話等を行い、商業施設の店内を自由に歩き回り買い物行動を「モールウォーキング」と称し、行うことで、体操とともに筋力をアップさせ、転倒予防・認知症予防につなげる「介護予防」「健康増進」「買い物支援」「外出・社会参加」を支援する新しい介護予防事業です。



～買い物リハビリ事業の流れ①～

<①送迎により到着>

… リオンドール喜多方西店内の
事業所へ到着



<②健康チェック>

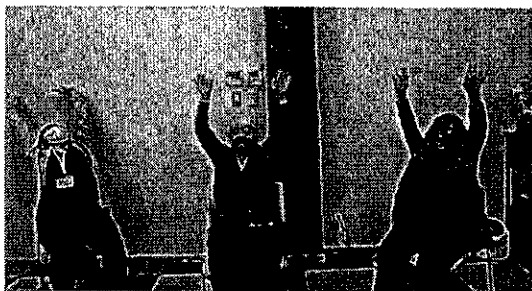
… 体温測定・血圧測定



～買い物リハビリ事業の流れ②～

<③健康体操>

… 足の運動・背筋を伸ばす運動



<④買い物リハビリ>

… スタッフと共に店内へ



総合事業：通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)

<事業の内容>

- ・対象者 … 要支援1、2及び事業対象者
- ・単 価 … 要支援1、事業対象者 → 1,482単位
要支援2 → 3,039単位
- ・利用者負担額(利用料) … 各個人の負担割合に基づく(1割～3割負担)
- ・備 考 …
 - ・設定時間2時間とする
 - ・食事は提供しない
 - ・事業者による送迎

<事業者の指定>

- ・公募により、事業者を選定

成果と課題

取組の成果

- ①高齢者一人世帯、高齢者のみの世帯の増加。免許証返納により、買い物や通院など外出に不安を抱える高齢者が増えていく。
 - ②デイサービスの利用も待機待ちの現状もある。利用者の高齢化も進んでおり、デイサービスを利用したくないとの声もある。
 - ③デイサービスより気軽に利用でき、「介護予防のために」ではなく、楽しく利用した結果、「楽しみが出来た」「健康になった」「元気になった」ひいては「介護予防となった」にしたい。
- ※始めたばかりの事業で、成果はこれからです。

今後の展望

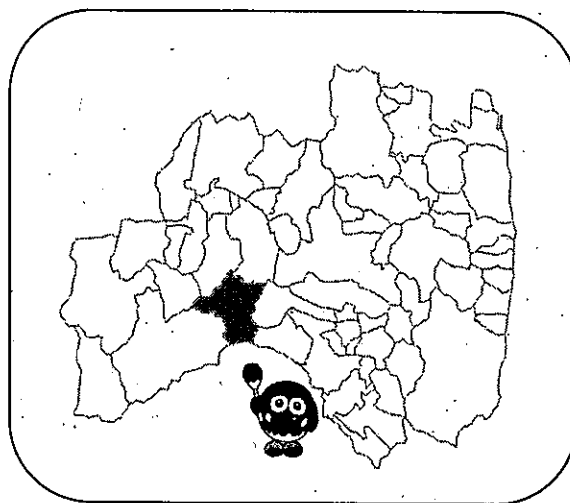
- ①総合事業対象者の確保
- ②総合事業対象者以外(要介護者や元気高齢者)への対応
- ③ボランティアの活用
- ④事業が成功すれば、他のスーパーでも実施していきたい。

下郷町の概要

下郷町は、福島県の西南、南会津地方の東端の山間部、阿賀川流域に位置し、317.09km²の面積を有している。周囲は2,000m級的那須山系などの山々に囲まれ、町のほぼ中央を阿賀川が北に流れている。標高は平坦地で400~500m、山間地で700~800mに達し、夏は高温多湿ではあるが、朝晩は涼しく、積雪量は平坦地で約40cm、山間部では1.5m以上となる地域です。

【基本情報】令和2年3月1日現在

- 人口
5,553人
- 65歳以上高齢者人口
2,404人
- 高齢化率
43.29%
- 要介護認定率
18.41%
- 第1号保険料月額
6,200円



取組の内容①

●背景

生活支援体制整備を図る上で、町内にはボランティア団体等がなかった。また、高齢者や地域からの要望もあり、介護予防運動指導員の養成や住民集いの場等の充実が求められていた。

●事業内容

実施主体 町、介護予防ボランティア団体「HIMAWARI」

事業スケジュール

- 5月 ボランティア団体設立を目指した打合せ
- 9月 県補助決定を受け、団体の構成や名称等を検討
- 10月 各地区の集いの場等でボランティア指導見学等開始
- 11月 ボランティア団体「HIMAWARI」
11名で構成
- 1~2月 介護予防指導員養成講座を開催

財源 県補助金活用

●取組のポイント

少数だが意欲ある有志によるボランティア団体を設立。養成講座を受け、今後無償にて、集いの場等で介護予防運動指導を実施する予定。

成果と課題

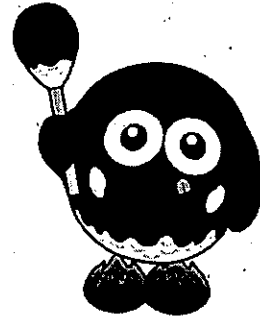
取組の成果

- 介護予防運動指導ボランティアの養成
- 地域の高齢者を地域住民で支えていく体制が広がりつつある
- 団体設立により意識が高まり、地域で活動する意欲も向上した



今後の展望

- ボランティア指導者の拡充
- 町主導から団体主導による自主的活動の展開
- 集いの場でのリーダー的人材の確保
- ミニデイサービス等も今後検討



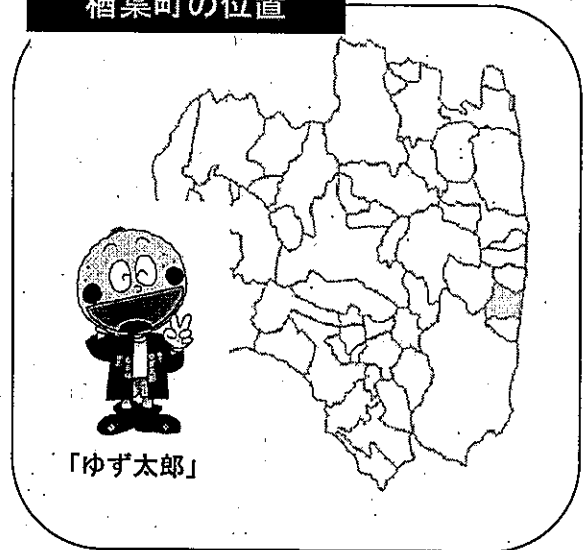
檜葉町の概要

- ・東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国の避難指示が平成27年9月5日に解除されてから、約4年が経過。令和2年1月末現在の居住人口は、3,932人、居住率は、57.69%となっている。町では、避難により一度途切れた地域コミュニティの再生や新たな地域コミュニティの構築、また、高齢者の身体的能力の低下の予防を図るとともに、閉じこもりがちな高齢者の孤独感を解消することにより、健康で生きがいをもち安心して暮らせるような環境を整備するよう取り組んでいる。
- ・檜葉町内の高齢化率が高く、介護予防と地域コミュニティの形成として住民主体の通いの場「地域ミニデイ」を推進している。

【基本情報】（令和2年1月31日現在）

- 人口
 - 住民基本台帳 6,816人
 - 居住人口 3,932人
- 65歳以上高齢者人口
 - 住民基本台帳 2,282人
 - 居住人口 1,465人
- 高齢化率
 - 住民基本台帳 33.48%
 - 居住人口 37.26%
- 要介護認定率 20.64%
- 第1号保険料月額 7,600円

檜葉町の位置



取組の内容①

●背景

東日本大震災及び原子力災害の影響により、住民の世帯構成が変化し、高齢者の割合が高くなった。そのような中、帰町している高齢者へ聞き取り調査を実施したところ、高齢者が集まる場所が欲しいといったニーズが多かったため、震災前に実施していた「地域ミニデイ」を各地域に再構築し、地域コミュニティを形成するとともに、住民同士の繋がりや支え合い、介護予防を旨とし支援を実施している。

●事業内容

各地域で、地域ミニデイが構築できるよう、支援者と協力し、高齢者が主体的に集い、体操やイベント活動が実施できるよう活動支援。
地域ミニデイの立ち上げ、継続支援の実施。

●取組のポイント

地域包括支援センター及び生活支援コーディネーター、民生委員と連携し、声掛けを実施し、継続して活動できるよう支援している。

取組の内容②

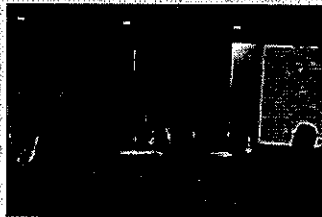
活動支援

- 地域ミニデイ活動支援として、町めぐりバスツアーの実施。
- ふたば医療センター附属病院と連携し、介護予防、栄養等に関する出前講座の実施。
- 地域ミニデイ参加者との意見交換会を実施。（現状、課題、これからの地域について）



住民への普及啓発

- シンポジウムで地域ミニデイの活動及び意見交換会の内容の発表。
- 住民の主体的活動について普及啓発。



成果と課題

取組の成果

- 定期的に地域ミニデイ活動を行う団体が14団体となった。体操も定期に実施。
- 地域ミニデイを通じて、住民同士の繋がり、支え合いが生まれた。（参加者同士気遣い合うようになった。）
- 主体的に、準備や片付け、企画立案等を実施するようになった。
- 出前講座を通じて、介護予防、健康管理を意識するようになった。

今後の展望

- 主体的に継続していけるよう、活動団体への働きかけと課題解決に向けた支援
- 地域ミニデイの更なる普及啓発
- 住民同士のコミュニティの活発化

3 県保健福祉事務所による 市町村支援

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステム体制構築連絡会議 (R元年10月・R2年2月) 退院調整ルール運用評価会議 (R元年11月) 令和元年度県北圏域生活支援コーディネーター情報交換会 (R元年8月) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステム構築関連事業を推進していくためには、関係団体、専門職と課題、対策等を共有できた。 県北医療圏退院調整ルール運用における課題を確認し対策を検討できた。 県北圏域市町村における生活支援体制整備事業及び生活支援コーディネーターの取組の進捗状況の確認や実践に活かせる情報を知る機会となった。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> 県北圏域8市町村巡回指導・連絡 (R元年5月) 自立支援型地域ケア会議 (R元年5月～R2年2月) R元年度モデル町に対しての支援(専門職派遣調整及び開催支援・助言等) H29・30年度モデル市町村への支援(情報提供・運営助言等) 川俣町的生活支援体制整備事業への参加支援 	<ul style="list-style-type: none"> 8市町村の課題や事業目標を共有し具体的な支援につながった。 R元年度モデル町における円滑な自立支援型地域ケア会議の開催 H29・30年度モデル市町村における継続実施 県北圏域全市町村の次年度継続実施 川俣町では、次年度も事業を継続し第2層の協議体設置に向け、取り組むことになった。
研修会	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステム研修会 (R元年11月) 認知症患者医療センター研修会 (R2年3月予定) 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携と地域連携について、事例から課題を考える機会となった。 県北圏域行政担当者への認知症ケアの知識とスキルの伝達、情報交換
その他		

2 今後の支援方針

課題

- 介護予防・重症化防止
自立支援型地域ケア会議の取組により、地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメント力を強化すると共に、自立支援に必要な社会資源を創出する。
- 生活支援体制整備の推進
市町村により協議体の設置や活動に差があり、生活支援コーディネーターが配置されていないところもある。
- 医療と介護の連携(退院調整ルール)
医療と介護の連携を充実していくために、退院調整ルールの円滑な運用を継続していく必要がある。

今後の支援方針

- 介護予防・重症化防止
自立支援型地域ケア会議の継続実施に向けた支援(ケア会議の運営助言、個別・地域課題の共有と対応検討、事業所等の意識醸成等)
- 生活支援体制整備の推進
生活支援コーディネーター等の情報交換・研修会を開催し、地域の実態や課題を共有し、助け合いの担い手養成、通いの場の普及、高齢者の生きがいづくり等、介護予防へつなげる取組ができるよう支援する。
- 医療と介護の連携(退院調整ルール)
医療・介護・行政の連携体制を強化し、退院調整ルールの運用を支援していく。(医療機関同士との連携、通院外来部門と介護との連携)

県中保健福祉事務所における市町村支援等

◎県中地域の特徴

- ・ 市町村数 12市町村(郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町)
- ・ 面積 2,406.24Km²

(H30.4/1現在)

- ・ 人口 530,685人
- ・ 高齢化率 28.3%
- ・ 65歳以上人口 147,721人
- ・ 75歳以上人口 74,070人

○県中保健福祉事務所設置は、須賀川市内

○年度当初に、介護予防市町村支援計画をたてて、市町村支援等を実施

○県中地域内に、県委託先の2ヶ所の県中地域リハビリテーション広域支援センターと2ヶ所の認知症疾患医療センターがあり、各センターと保健福祉事務所が打ち合わせを行いながら、事業を展開しているのが特徴。

(県中保健福祉事務所)

1 市町村支援の内容と成果

<p>情報交換・会議</p>	<p>①県中地域在宅医療・介護連携推進会議及び第1回県中地域高齢者福祉施策推進会議</p> <p>②県中地域認知症地域連携体制に関する情報交換会</p> <p>③県中医療圏退院調整ルール運用会議</p> <p>④在宅医療と介護連携推進事業市町村間連携意見交換会 (主にクの項目について)</p> <p>⑤県中地域リハビリテーション連絡協議会の参加及び県中圏域における自立支援型地域ケア会議の6専門職支援研修会</p> <p>⑥第2回県中地域高齢者福祉施策推進会議</p> <p>⑦認知症カフェ町村打ち合わせ会</p>	<p>①高齢者福祉施策について協議、情報交換を行い、総合的な施策の推進を図った。</p> <p>②認知症疾患医療センターを中心に、県中地域内の認知症を取り巻く関係者が一堂に会して、顔の見える関係を継続しながら、最新情報の情報交換と事例検討を学んで、資質向上を図った。</p> <p>③情報共有、運用方法の再確認を行い、「退院調整ルール」が効果的に運用されている。</p> <p>④県中地域内に、3つの在宅医療・介護連携拠点センターが開設されたことに伴い、市町村関係者間で、情報を共有し、意見交換を行ったことにより、3月より研修会については、県中地域及びごおりやま広域圏エリアで、関係者が参加して学べるようになった。</p> <p>⑤連絡協議会において、6専門職支援研修を実施することが採択され、6専門職支援研修の実施により、地域リハビリを取り巻く関係者間で、連携が少しずつ強化されつつある。</p> <p>⑥高齢者福祉施策について協議、情報交換を行い、総合的な施策の推進を図った。</p> <p>⑦未実施町村に対して、自立支援型地域ケア会議に併せて、打ち合わせを行い、今年度又は来年度に、認知症カフェが開催できるようになった。</p>
----------------	--	---

1 市町村支援の内容と成果

訪問支援	<p>①自立支援型地域ケア会議実施の8市町村(モデル6市町村、独自実施2町村、モデル終了2市町)への現地支援</p> <p>②町への地域支援事業に関する介護保険技術的助言 ・1町に実施</p> <p>③希望あった市町に対して、個別的に打ち合わせの実施 ・1市、1町に実施</p> <p>④介護予防プロフェッショナル研修現地支援 ・2市、1町に実施</p>	<p>①自立支援型地域ケア会議の展開において、8市町村に対して、立ち上げ支援と定着支援を行い、具体的助言や講評を行った。</p> <p>②地域支援事業の内容について、未実施な事業について、展開ができるよう助言を行った。</p> <p>③市町村の実情に応じて、助言を行った。</p> <p>④県中地域で、介護予防プロフェッショナル現地支援があった機会に、周辺の町村に参加を呼びかけ、県中地域の多くの市町村で展開を学ぶ機会となった。</p>
------	---	--

1 市町村支援の内容と成果

研修会	<p>①第1回地域支援事業(主に自立支援型地域ケア会議に関する)情報交換会 午前の部 市町村打ち合わせ会 午後の部 関係者研修会</p> <p>②第2回地域支援事業(主に生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業に関する)情報交換会 午前の部 生活支援コーディネーター交流会(ランチミーティング含む) 午後の部 関係者情報交換会</p> <p>③地域支援関係者認知症対応力向上研修(認知症カフェ研修)</p>	<p>①県中地域としての自立支援型地域ケア会議の方向性を示した上で、市町村打ち合わせを行い、さらに、地域リハビリの関係者も含めて、全市町村が一堂に会して、埼玉県先進例を学び、資質向上を図りながら、県中地域全市町村で、効果的に展開が図られるように情報交換会を行った。</p> <p>それにより、県中地域全市町村で、今年度中に自立支援型地域ケア会議が実施できるようになった。</p> <p>②県中地域内の第1層生活支援コーディネーターが一堂に会して、研修会や交流会を通じて、互いが顔の見える関係となり、さらに、名簿を配布により今後、互いに連携が図られる契機となった。</p> <p>また、県中地域内のベストプラクティス実践報告により、各事業の連動性を学びながら、関係者が各事業の連動の仕方を深めることができた。</p> <p>③県内の先進的な取り組みを学び、情報交換を行い、各市町村内での高齢者保健福祉施設を活用した認知症カフェの横展開を図れるようにした。</p>
-----	---	--

1 市町村支援の内容と成果

<p>その他</p>	<p>①関係機関の名簿の作成</p> <p>②認知症疾患医療センターとの三者間打ち合わせ</p> <p>③地域リハビリ広域支援センターとの打ち合わせ</p> <p>④市町村個別打ち合わせ会 ・地域支援事業全体:1町 ・自立支援型地域ケア会議:1市 ・認知症カフェ:2町村</p> <p>⑤当所主催事業において、被災市町村に対して、傍聴の提供を行った。:2回分</p>	<p>①地域包括支援センター等名簿及び認知症関係機関名簿の作成により、各関係者の連携を強化することができた。</p> <p>②各認知症疾患医療センターと当所での打ち合わせを行い、事業計画・実施内容・評価の一連を行うことにより、センターが重要な社会資源となるよう支援し、県中地域全体のエリアで活動できている。</p> <p>③各地域リハビリ広域支援センターと当所の打ち合わせを行い、事業展開について検討を行うことで、センターが重要な社会資源として活動できるよう支援し、センターが県中地域全体のエリアを対象にした、研修会の活動の広がりがあった。</p> <p>④各市町村のニーズに合わせて、個別打ち合わせを実施したことにより、未実施の市町村の事業展開につながった。</p> <p>⑤被災市町村が、県中地域の情報を入手し、市町村等が資質向上を図れる機会を図った。</p>

2 今後の支援方針

課 題

今後の支援方針

○できるだけ、県中地域内において、市町村格差が生じないように支援することが必要となる。

そのためには、当所で地域支援事業の進める方向性を市町村に示しつつ、先進的取り組みを進めている市町村が深化・推進を図れるよう後押ししつつ、そのモデルを参考にして、進捗が停滞している市町村に対して、集中的かつ具体的な支援が必要である。

○県中地域においては、地域支援事業の各事業において、先進的取り組みがされている市町村が出ていることから、当所主催の情報交換会において、その市町村職員が、実践報告者及び助言者として依頼することにより、市町村職員が他の市町村職員を支援するという体制ができつつあるので、その体制を引き続き推進していきたい。

○県中地域の重要な社会資源である「2つの地域リハビリ広域支援センター」と「2つの認知症疾患医療センター」が、地域支援事業についても効果的に活動できるよう、当所も含めた三者間打ち合わせを積み重ねることで、「地域リハビリテーション連絡協議会」や「認知症地域連携体制に関する情報交換会」が引き続き効果的に展開できるようにしていく。

○令和2年度からの第8期介護保険事業計画の作成にあたり、「地域共生社会」や「介護予防・健康づくり施策の充実・推進(地域支援事業の効果的実施)」「認知症施策の推進」について、どのように進めていくか検討を要する。

2 今後の支援方針

課

題

今後の支援方針

○自立支援型地域ケア会議については、県中地域の全市町村実施での立ち上げはできるようになったが、今後は、質・量の面(特に、モニタリング・評価、対象事例の広がり等)で、引き続き、市町村と検討をしていく。

○総合事業と生活支援体制整備事業の連動において、特に、高齢者による担い手の活躍が活発化できるように、協議していく必要がある。

そのためには、引き続き、生活支援コーディネーター(第2層も含め)の交流を深め、モチベーションを維持しつつ、効果的な展開を深化・推進していく必要がある。

○介護予防や自立支援型地域ケア会議が、各地域で効果的に展開できるためには、地域リハビリテーション関係者の協力が不可欠となるため、地域リハビリテーション広域支援センターや運営アドバイザーと協議しながら、専門職の資質向上について、対応していく必要がある。

また、県中地域においては、通いの場が、一週間に一回以上実施している地域が、全市町村にないので、その市町村には、「通いの場」の立ち上げ支援と定着支援を行っていく必要がある。

2 今後の支援方針

課

題

今後の支援方針

○認知症施策については、県中地域の各認知症疾患医療センターを核にして、認知症施策担当者、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が、顔の見える関係の中で、一体となって事業が展開されるよう、情報交換、研修の場を設けるとともに、県中地域の関係者の名簿を引き続き作成し、連携を構築していく。

認知症疾患医療センターについては、特に、H30年度から3ヶ年計画を立てて、県中地域の全エリアに対して、認知症研修や医師会との連携を行うこととなっているので、当所との三者間打ち合わせを行い、効果的展開や進行管理を行っていく。

さらに、「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策にあたっては「チームオレンジの設置」や「通いの場」の認知症予防活動の拡充にあたり、効果的な展開を検討していくことが必要となる。

○在宅医療と介護連携については、「退院調整ルール」が、引き続き円滑に運用される必要があるが、本ルールが、医師にまで浸透していないという指摘があることから、医師向けの周知を検討していく必要がある。

さらに、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方の国からの通知」に基づき、本庁や保健所と協議・役割分担しながら、都道府県（特に、保健福祉事務所）において取り組むべき事項について整理していく必要がある。

また、県中地域内に3つの「在宅医療・介護連携拠点センター」が開設されたことに伴い、県中地域の重要な社会資源として活動できるよう、3センター間の協議の場を設けたり、項目クの「関係市町村間連携」については、「在宅医療・介護連携推進事業市町村間意見交換会」を通じて、引き続き連携を図っていくこととなる。

在宅医療・介護連携については、近隣の県北地域・会津地域・県南地域とも関連することから、今後、エリアを広げた県内の連動については、県センター（開設できた場合には）とも協議しながら、広域的な地域間連携を検討していく必要がある。

○保険者機能交付金の効果的な活用方法について協議し、地域支援事業の施策や人材確保に活用できるようにしていく必要がある。

1 市町村支援の内容と成果

	内	容
情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> ○第1回地域包括ケアシステム体制構築県南圏域会議(R1.8.1) ○認知症地域支援推進員情報交換会(R1.8.5) ○生活支援コーディネーター情報交換会(R1.11.7) ○成年後見制度利用促進に関する意見交換(R2.1.28) ○第2回地域包括ケアシステム体制構築県南圏域会議 県南地域における退院支援ルール策定会議(R2.2.20) 	<p>市町村・地域包括支援センター・介護関係者・医療関係者と、顔の見える関係の構築、情報共有、情報交換を行うことで、県南圏域の現状を把握し、課題を明確にし、次年度以降の方向性を見い出すことが出来た。</p> <p>管内市町村を対象とし、成年後見制度利用促進に関する意見交換を行ったことで、基本計画策定や、中核機関、協議会設置に向けた方向性を関係者間で確認した。</p>
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> ○管内市町村巡回相談・助言等 ○認知症及び認知症初期集中支援事業関係の会議等出席 ○地域ケア会議等出席 ○自立支援型地域ケア会議出席(今年度独自実施町村) 	<p>訪問支援を通し、各市町村の取組状況や課題を把握し、それぞれの実情に応じた助言等を意識して行った。</p>
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護連携推進事業、住民向けセミナー「人生100年時代、楽しく生きるコツ」(R1.11.25) ○地域支援関係者認知症対応力向上研修(R1.10.3) ○生活支援コーディネーター研修会(R1.11.7)情報交換会と併せて実施) 	<p>住民向けセミナーの実施により、住民への在宅医療・介護連携や介護予防に関する普及啓発につながった。</p> <p>各事業について、今後の展開のポイント等を関係者間で共有し、理解を深めた。</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターの名簿作成 ○アルツハイマーデー街頭活動支援 ○県南地域広域リハビリテーションセンター主催の研修等の支援 ○専門職等講師派遣支援 ○年間を通して情報提供、情報共有 	<p>相談しやすい体制づくりを心がけたことで、関係者間の連携強化につながった。</p>

2 今後の支援方針

課 題

- 高齢者の自立支援・重度化防止のため、自立支援型地域ケア会議の効果的・継続的な実施を支援する必要がある。
- 生活支援体制整備について、各市町村で取組状況に差がある。各市町村での活動が推進できるよう、それぞれの実情を踏まえた支援が必要である。
- 認知症対策について、各関係者が連携しながら、支援体制の整備を進める必要がある。
- 在宅医療・介護連携について、引き続き退院支援ルールの運営状況を確認し、充実を図る必要がある。

今後の支援方針

- 自立支援型地域ケア会議の運営充実のため、市町村への情報提供や助言等を行い、支援する。
- 生活支援コーディネーター等の情報交換会や訪問支援、関係者名簿の作成等を通して支援を行う。
- 認知症に関する情報交換会や研修会、関係者名簿の作成等を通して支援を行う。
- 在宅医療・介護連携について、退院支援ルールの各部会と全体会議を通して取組状況や課題を把握しながら支援を行う。

1 市町村支援の内容と成果

<p>情報交換 会議</p>	<p>①認知症対策担当者等意見交換会 ②生活支援体制整備事業情報交換会 ③生活支援コーディネーター連絡会 ④会津圏域別介護予防市町村支援連絡会 (会津地域高齢者福祉施策推進会議との同時開催) ⑤成年後見制度利用促進のための情報交換会 ⑥退院調整ルール運用評価会議</p>	<p>①警察圏域毎に意見交換を行い、互いの業務理解に繋がった。 ②関係機関が協働して取り組む必要性を確認し、それぞれの役割や強みについて理解が深まった。 ③活動報告や意見交換をおし、市町村を超えた交流も見られ、ネットワーク作りの一助となった。 ④地域包括ケアシステムに関する取り組み状況や課題について情報共有ができた。 ⑤平成31年度の市町村対象とした、基本計画に関する勉強会や研修会等の枠組みづくりができた。 ⑥運用状況の点検・評価の協議を行い、ルールの見直し、事業の整備・充実に繋がった。</p>
<p>訪問支援</p>	<p>①地域支援事業の市町村技術的助言 ②認知症高齢者等見守りSOSネットワーク訓練開催に向けた打ち合わせ及び開催 ③市町村主催の認知症対策推進連絡会議等への出席 ④自立支援型地域ケア会議の今年度モデル6市町村の立ち上げ支援と昨年度モデル7市町村の継続支援 ⑤成年後見制度利用促進のための基本計画策定等に向けた助言 ⑥市町村主催の生活支援体制整備事業への出席及び視察 ⑦介護支援専門員同行型研修の全体研修等への出席</p>	<p>訪問支援を行うことにより、事業の進捗状況や課題を把握し、解決策について助言することができた。</p>
<p>研修会</p>	<p>①モデル市町村主催の説明会等で講話(自立支援型地域ケア会議について) ②会津地域看護管理者連携会議での講話</p>	<p>研修会で講話を行い、自立支援型地域ケア会議及び地域包括ケアシステムについて出席者の理解が深まった。</p>
<p>その他</p>	<p>①奥会津4町村介護保険勉強会への支援</p>	<p>町村における地域課題を把握し、情報共有や検討をすることができた。</p>

2 今後の支援方針

課題

- 認知症高齢者等見守り体制がより充実する必要がある。
- 自立支援型地域ケア会議が会津管内全市町村で開始したが、個別事例の改善例は見られてきたが、地域課題から新たな地域資源や取り組み等に繋がりにくい。
- 生活支援体制整備の構築に向け、特に生活支援コーディネーターの支援を継続していく必要がある。
- 成年後見人制度利用促進のため、基本計画策定と中核機関の設置に向けた取り組みへの支援が必要。
- 会津・南会津医療圏域退院調整ルールについて、引き続き定期的に運用状況を把握し、事業の整備・充実していく必要がある。

今後の支援方針

- 認知症疾患医療センターと連携を図り、警察署等関係機関との情報交換会を継続して開催していく。
- 自立支援型地域ケア会議を効果的に運営できるよう、市町村に対して情報提供や助言、現地支援、先進地視察調整等をおし継続支援を行う。
- 生活支援コーディネーター連絡会や情報交換会を開催し、生活支援コーディネーター同士のネットワーク構築や関係者間の連携の充実を目指し支援を行う。
- 成年後見人利用促進のため、関係機関、市町村と連携し、研修会や情報交換会、訪問支援を実施する。
- 病院及びケアマネに対するアンケート調査を行い、結果に基づき関係者間で退院調整ルールの運用状況の点検・評価の協議を行う。関係機関、市町村と情報共有をし、事業の整備・充実を図る。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 会 議	○南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会2回(R1.10.1、R2.2.19)(医療・介護福祉関係者・各町村課長)	○管内医療・介護等の主要メンバーと地域支援事業の取組状況や課題を共有し、地域・在宅生活に係る地域の課題への対応等について協議した。
訪問支援	○介護保険・地域支援事業に係る技術的助言(R2.1.28只見町、R2.1.30下郷町) ○自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援(管内4町村中3町村がケア会議を実施し、1村が他事業を活用したケア会議を実施)	○技術的助言に際し、各町村の課題や町村の実情等を把握し、解決方法の提案等を行った。 ○自立支援型地域ケア会議については、参加者・傍聴者を含めた全体で、介護予防・改善を意識したケアプランの作成やサービス提供のきっかけとなっており、来年度以降も継続して、ケア会議の開催を支援していく。
研 修 会	○地域支援事業に係る各種専門研修等への参加及び町村との情報共有。	○各種専門研修等への参加を通して、専門的知見を高めるとともに、町村との情報共有、町村への情報提供等を行うことができた。
そ の 他	○管内の医療・介護の資源一覧表の更新及び関係機関への配布。	○資源データを関係機関で共有することでスムーズな連携体制の確保を図ることができた。

2 今後の支援方針

課 題

- 介護予防・生活支援サービス事業について、従来型以外の訪問型・通所型サービスの展開まで至っていない状況である。
- 通いの場を通じた住民主体の介護予防・生きがいづくりについては、過疎地かつ(特別)豪雪地帯である当管内において、高齢者が集いの場まで歩いて行けない距離の地区も多く、支援のあり方(交通支援も含む)を検討する必要がある。
- 包括的支援事業(社会保障充実分)については、H30年度から本格実施となったものの、十分な取組みまで至っていない取組もある。

今後の支援方針

- 町村に対する支援のあり方については、訪問やアンケート調査等を通して支援ニーズを把握の上、引き続き、適切に助言等を行っていく。
- 介護予防・生活支援サービス事業については、協議体や生活支援コーディネーターによる既存取組の状況把握に加え、民間事業者や団体等の活用も含めた「地域課題の解決」に向けた検討が必要であり、地域振興・政策担当課とも連携を図りながら進めるよう助言していく。
- 通いの場の創出や継続方法、包括的支援事業(社会保障充実分)については、訪問等による状況把握や助言、他自治体の取組事例の紹介などの情報提供等を通して支援していく。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーター情報交換会 認知症地域推進員情報交換会及び認知症対応力向上研修 退院調整ルール運用評価会議（ケアマネによる協議） 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村、地域包括支援センター、介護関係者等と情報交換を行うことにより、相双圏域の課題を把握できた。 各市町村同士の取組状況を共有することが出来た。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援事業に係る技術的助言 被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問支援により、進捗状況を把握し、課題解決に向けて動くことが出来た。
研修会	<ul style="list-style-type: none"> 認知症地域推進員情報交換会及び認知症対応力向上研修 成年後見制度研修会 	<ul style="list-style-type: none"> 今後の事業展開の手法について、学ぶことが出来た。
その他		

2 今後の支援方針

課題

- 地域資源の不足による、地域包括ケアシステム構築の難しさがある。
- 帰還が進んでいない市町村については、地域ケア会議を効率的に実施出来ていない状況にある。
- 生活支援体制整備事業において、生活支援コーディネータが実際に活動出来ていない市町村が多い。
- 帰還が進んでいない町村においては住民主体の通いの場の立ち上げが進んでいない状況にある。
- 在宅医療・介護連携について、医療機関との連携について進んでいない状況にある。

今後の支援方針

- 情報交換会等において、地域資源が不足している市町村の取組や先進事例等のことを紹介することで、各市町村の活動を推進する。
- 個別訪問等により、各市町村の課題等を把握した上で、効率的な個別支援の方法を検討する。

「令和元年度地域包括ケアシステム構築にかかる取組事例集」
令和2年3月 福島県保健福祉部 健康づくり推進課

住所：〒960-8670
福島市杉妻町2-16

電話：024-521-7165

FAX：024-521-2191

Email：kenkou@pref.fukushima.lg.jp