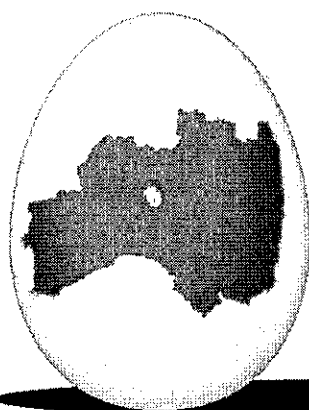


福島県地域包括ケアシステム構築推進事業
成果報告書



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

平成 28 年 3 月

福島県高齢福祉課

あいさつ

団塊の世代が75歳以上となる2025年には、3人に1人が65歳以上となり、5人に1人が75歳以上になると予測されています。

さらに本県は、全国平均よりも高齢化率が高いため、より大きな影響が見込まれています。

このような中、「要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けたい」という思いは、多くの県民に共通する願いであると思います。こうした願いをかなえるためには、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」を、構築する必要があります。

また、地域包括ケアシステムの構築は、高齢者医療・福祉・介護の提供体制を中心に据えた「まちづくり」でもあり、高齢者の生活機能を維持増進し、健康長寿を実現するためにも欠くことのできない重要な取組でもあります。

その構築にあたっては、在宅医療・介護連携、認知症対策、生活支援・介護サービスの基盤整備、介護予防の取組を、市町村が中心となって地域の特性に応じて推進していく必要があります。

このため県では、参考となる県内の先駆的な事例をまとめ、今後の事業展開に活用していただくことといたしました。

今後とも、高齢者一人一人が大切にされ、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、関係機関との連携の下、地域包括ケアシステムの早期構築に努めてまいりますので、引き続き御理解と御協力をお願い申し上げます。

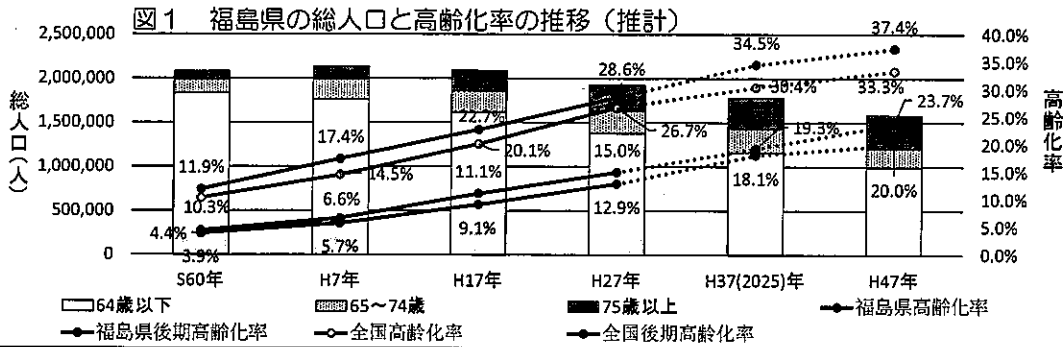
福島県保健福祉部長 鈴木 淳一

目次

1	福島県の現状	1
2	取組事例	
(1)	地域ケア会議の充実	5
	・会津若松市	6
	・白河市	8
	・石川町	10
	・浅川町	12
(2)	認知症施策の推進	14
	・福島市	15
	・会津美里町	18
	・矢祭町	20
(3)	在宅医療・介護連携の推進	22
	・伊達市	23
	・郡山市・県中保健福祉事務所	26
(4)	生活支援サービスの充実	30
	・昭和村	31
(5)	地域づくりによる介護予防の推進	34
	・田村市	35
3	今後の展望	37
■	参考資料	
	福島県地域包括ケアシステム構築推進補助金活用事例	39

1. 福島県の現状

■総人口が減少する中、2025年に高齢者人口がピーク。高齢化のさらなる進展



■一人暮らし高齢者世帯の増加

表1 高齢者世帯数及び構成割合の推移

項目	H17年	H27年	H37年
高齢者世帯数	209,851	268,251	303,750
単独世帯数(%)	49,675 (23.7)	72,462 (27.0)	88,599 (29.2)
夫婦のみ世帯数(%)	62,525 (29.8)	78,520 (29.3)	91,694 (30.2)

- 平成37年に高齢者人口はピークを迎えますが、75歳以上の高齢者の人口の増加及び高齢化率の上昇は続いていくものと推測されます。
- 高齢者のいる世帯構造の年次推移を見ると、単独世帯、夫婦のみの世帯数は今後も増加し続け、平成37年には高齢者のいる世帯の6割占めると推計されます。

福島県の高齢化の現状と課題

■認知症高齢者の増加

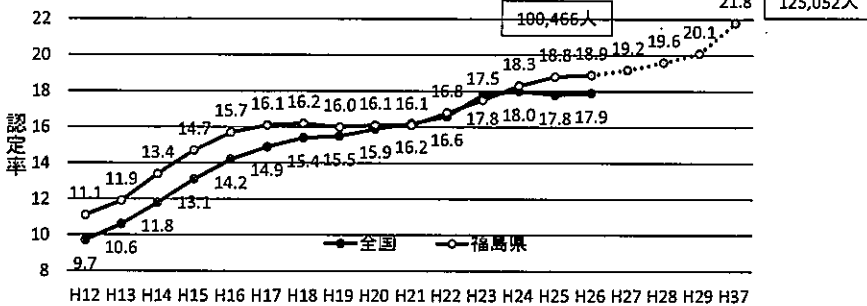
表2 福島県における認知症の将来推計

	区分	H24年	H27年	H32年	H37年
各年齢層の認知症有病率が一定の場合の将来推計	患者数	7.6万人	8.6万人	10.4万人	11.7万人
	人数/(出現率)	(15.0%)	(15.7%)	(17.2%)	(19.0%)
各年齢層の認知症有病率が糖尿病等で上昇する場合	患者数	7.6万人	8.7万人	10.9万人	12.7万人
	人数/(出現率)	(15.0%)	(16.0%)	(18.0%)	(20.6%)

出典データ：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（H26年度厚生労働科学研究費助成金特別研究事業 九州大学 二宮教授）

■要介護(要支援)認定者数の増加と介護保険料の増加

図2 介護認定率の推移



データ出典：うつくしま高齢者いきいきプラン

表3 2015年～2017年度の介護保険料

順位	市町村名	月額(円)	全国順位
1	飯舘村	8,003	2位
2	双葉町	7,528	5位
3	三島町	7,500	6位
3	大熊町	〃	
3	葛尾村	〃	

※全国平均5,514円、福島県平均5,592円

- 認知症高齢者数は、平成32年には10万人を超え、平成37年には 高齢者の5人に1人は認知症になると推計されます。また、生活習慣病との関連も大きいものがあります。
- 高齢者に占める要介護（要支援）認定者の割合は、介護保険制度が始まった平成12年以降一貫して上昇を続けており、平成26年9月の認定率は18.9%と当時の約2倍となっており、また、平成37年度の認定率は21.8%となる見込みです。

地域包括ケアシステム構築に向けた県の取組

■地域包括ケアシステム構築支援

- 地域包括ケアシステム構築に向けた基盤づくり
- 取組内容
 - ・市町村長等を対象としたトップセミナーの開催
 - ・補助金(県単)を活用した市町村の取組支援
 - ・県内好事例集の作成及び成果報告会の開催
 - ・本庁及び圏域別会議、検討会、協議会の開催
 - ・地域ケア会議等活動支援事業の実施

■在宅医療・介護連携の推進

- 医療・介護における多職種連携体制の構築
- 取組内容
 - ・病院とケアマネによる退院調整ルール策定
 - ・がんピアネットワーク構築支援事業
 - ・総合確保基金を活用した関係機関の取組支援
 - ・多職種連携に関する研修会の開催
 - ・退院支援マニュアル作成

■認知症施策の推進

- 認知症高齢者とその家族を支える地域づくり
- 取組内容
 - ・専門職の認知症対応力向上研修の実施
 - ・キャラバンメイト養成研修の実施
 - ・認知症疾患医療センター運営事業
 - ・認知症初期集中支援チーム設置支援
 - ・サポート医、チーム員、推進員研修派遣



■生活支援・介護予防サービスの基盤整備

- 多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスが利用できる地域づくり
- 取組内容
 - ・生活支援C養成研修の実施
 - ・新総合事業移行セミナー
 - ・圏域別意見交換会・勉強会
 - ・高齢者生きがいモデルづくり支援事業の実施

■介護予防の推進

- 健康でいきいきした生活が持続できる環境整備
- 取組内容
 - ・住民主体の通いの場づくりによる介護予防支援
 - ・4町連携による介護予防事業
 - ・地域リハビリテーション協議会の開催
 - ・市町村に対するリハ専門職派遣事業

■システムを支える人材確保・資質向上

- ケアシステムを支える専門職の確保・資質向上
- 取組内容
 - ・総合確保基金を活用した参入促進事業
 - ・住民や学生を対象にした理解促進事業
 - ・総合確保基金を活用した資質向上事業
 - ・介護人材キャリアアップ研修支援
 - ・潜在介護福祉士の再就業支援
 - ・ふくしまの福祉を支える人材の育成事業

2. 市町村の取組事例

(1) 地域ケア会議の充実

背景

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築することが必要です。
- 地域ケア会議は、このような地域包括支援ネットワークを通じて、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていくことができる、地域包括ケアシステム構築のための有効な手法です。
- 平成27年度からは、介護保険法において市町村に地域ケア会議実施の努力義務が規定され、これまで実施してきた地域ケア会議を、より実効性のあるものとして定着・普及させる必要があります。

県の取組

- すべての地域包括支援センター及び市町村で効果的に地域ケア会議を実施できるよう、地域ケア会議の運営支援を行う「広域支援員」や、市町村単独では確保が難しい医師、弁護士、理学療法士等の「専門職」を派遣して支援を行います。
- 多職種連携による地域ケア会議を推進するため、市町村・地域包括支援センター及び各専門職団体等を対象とした研修会を開催します。
- 地域リハビリテーション支援体制を整備することで、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣を支援します。

会津若松市の概要

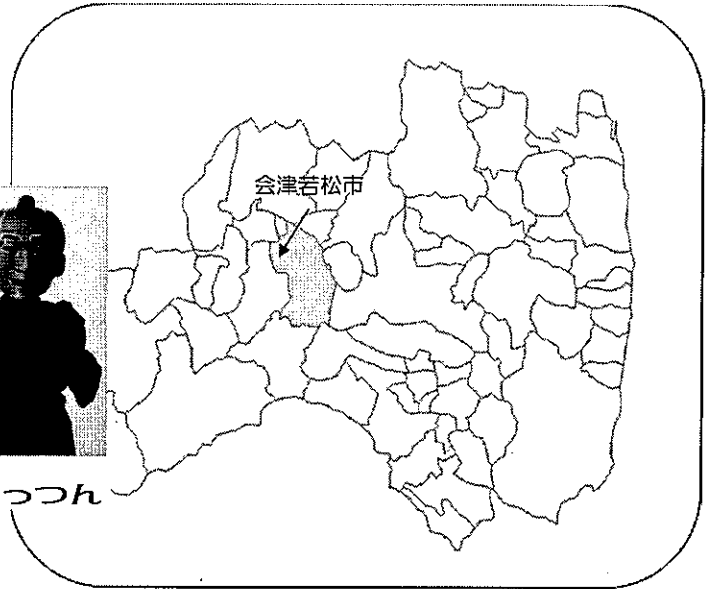
福島県の西部に位置し、磐梯山や猪苗代湖など豊かな自然に囲まれた、自然景観に恵まれたまちです。江戸時代には会津藩の城下町として盛え、若松城（鶴ヶ城）や白虎隊などの観光資源や、酒・漆器等の地場産業が有名です。会津の三泣き（会津に来たときはその閉鎖的な人間関係に泣き、会津の地元になじんでくると今度は人情の深さ泣き、会津を去るときは会津人の人情が忘れ難く泣く）と言われるように、地元への愛着が強い地域です。

【基本情報】 平成28年1月1日現在

- 人口 122,749人
- 65歳以上高齢者人口 34,247人
- 高齢化率 27.9%
- 要介護認定率 20.4%
- 第1号保険料月額 5,850円
- 地域包括支援センター 7ヶ所



若松つつん

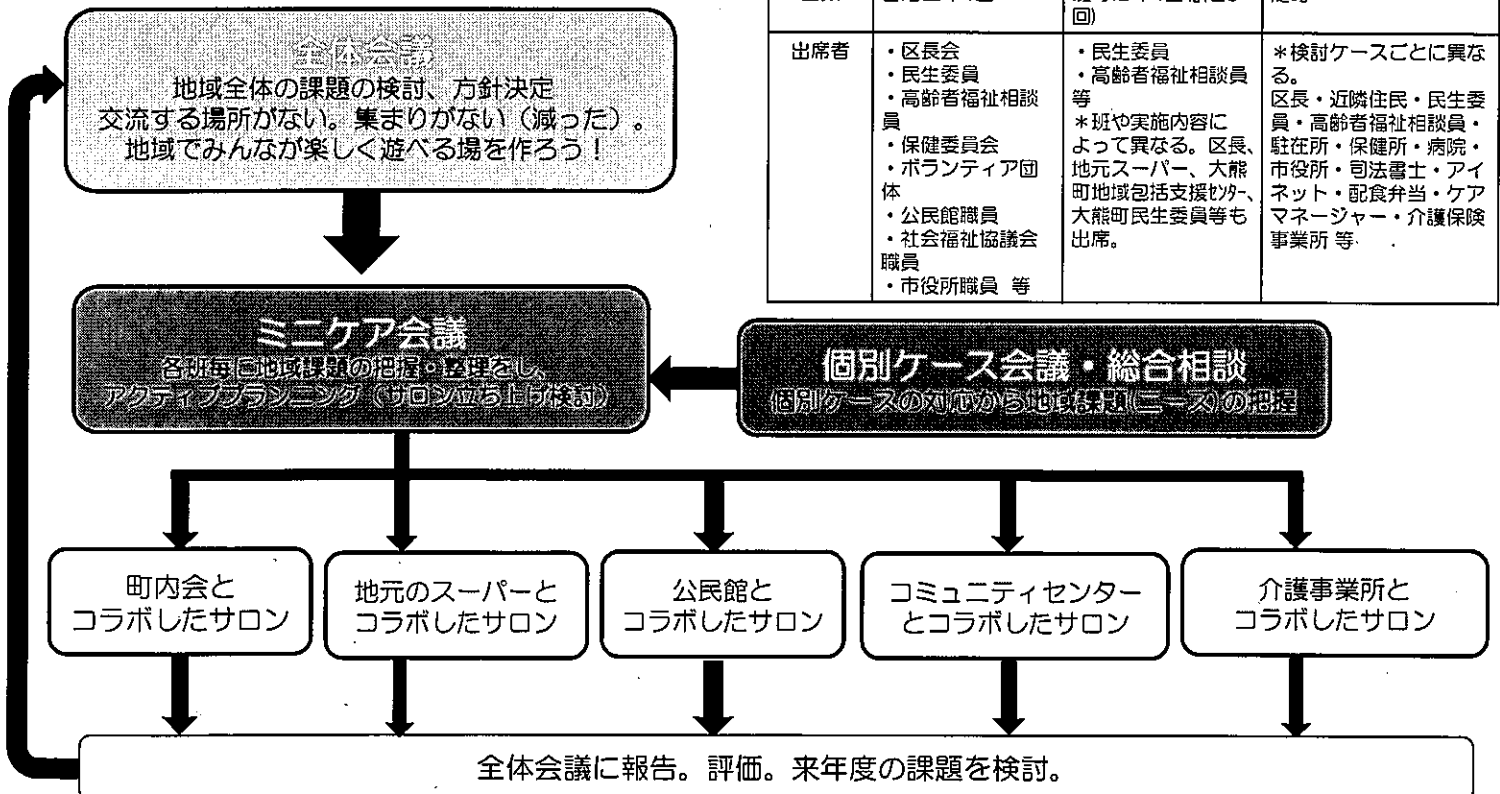


●事業内容（若松第3地域包括支援センターの取組の例）

〔取組のポイント〕

地域包括支援センターの担当地区より小さい地区単位での、住民を巻き込んだ地域に根ざした取組

	全体会議	ミニケア会議	個別ケース会議
対象範囲	小学校単位（2地区）	町内会数ヶ所単位（5班）	個別ケース単位
回数	各地区年4回	班毎に年4回（計20回）	随時
出席者	<ul style="list-style-type: none"> ・区長会 ・民生委員 ・高齢者福祉相談員 ・保健委員会 ・ボランティア団体 ・公民館職員 ・社会福祉協議会職員 ・市役所職員 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員 ・高齢者福祉相談員 等 <p>*班や実施内容によって異なる。区長、地元スーパー、大熊町地域包括支援センター、大熊町民生委員等も出席。</p>	<p>*検討ケースごとに異なる。区長・近隣住民・民生委員・高齢者福祉相談員・駐在所・保健所・病院・市役所・司法書士・アイネット・配食弁当・ケアマネージャー・介護保険事業所 等</p>



地域ケア会議の検討からの取組事例

○町内会内に災害復興住宅ができ、大熊町の地域包括支援センター職員との「閉じこもりが心配」「大熊町の方々と町内会住民との交流等ができればいいのでは。」などの話からミニケア会議で区長に相談
集会所がないから、近くのスーパーと一緒に相談に行ってみよう。



地元スーパーとコラボ 大熊町包括とのコラボ 『リオンドール・スマイル会』

- ・月1回スーパーの一角に6名が集まる。
- ・第3包括と大熊包括が交代で活動当日の支援。
- ・地域住民が折り紙やハンドマッサージなどの講師役になっている。
- ・災害復興住宅に集会所施設ができたから、その利用も検討したい。



○一人の相談から
・震災のため、市内の子供宅に引き取られた高齢者のつぶやき「嫁には嫁たきりや認知症にならないように出掛けると言われるけど、友人もいないし、行くところもない。」
地域ケア会議(全体会)で公民館と相談



公民館とコラボ 『南公民館 よろずお楽しみ会』

- ・月1回 2~3人から25人以上に増え、みんな楽しみにしている。
- ・参加者層が「学びが好きな人が多い」
公民館や食生活改善推進員などの力を借りて、健康講座や料理教室などを参加者がやりたいことを決めている。



○ミニケア会議で、
・公民館や老人クラブ活動に入っていけない教員や公務員等のOBの男性が多い。
・奥さんに頼りきりで、一人になったら心配



コミュニティセンターとコラボ 『男の料理教室』

- ・月1回 15人位が500円持って集まる。
- ・初回は男性民生委員がさくらで参加→楽しくなって継続参加
- ・指導者はいない。献立は皆で決める。毎回次回のリーダーを決めて、買い物等の準備をする。
- ・地域活動・ボランティア活動にも参加する人が出てきた。
- ・新たに他の地区でも始まりそうである。



成果と課題

取組の成果

- 平成27年度だけで7カ所の新たなサロン活動が始まり、合計23カ所になった。
- 口コミ効果で、センターから働きかけなくても、新たにサロンを始めたい住民や町内会自らがセンターに相談して来るようになった。
- 様々な特技を持つ地域住民が講師などの役割を持ち、いきいきと活動し、生きがいづくりになっている。
- 地域活動に協力したいと集いの場や人(リハ職など)を提供してくれる介護サービス事業所や施設等が増えた。

今後の展望

- 地域住民が元気で笑顔あふれる、「やりたい」「楽しい」「また来たい」と思える、『地域の遊び場』(サロン)を増やしていきたい。
- 地域の様々な人や機関、団体、活動などの繋がりを強め、サロン活動だけでなく、地域の特性に応じた地域住民同士の見守り・支え合いに発展させていきたい。
- 会津若松市内の7カ所の地域包括支援センターが協力して、各地域の様々な住民主体の介護予防や地域支え合いの先進的な活動を『見える化』して、地域の輪を増やし繋げていきたい。



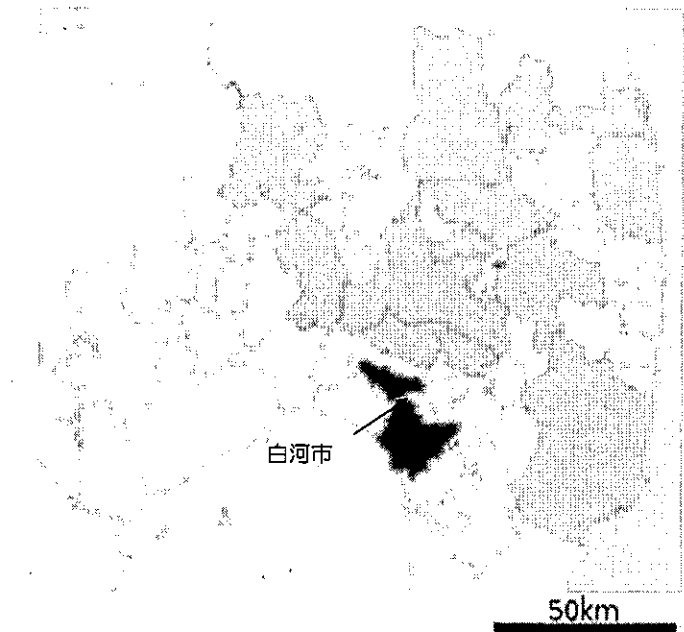
みんなで地域の輪を一つ一つ繋げていきましょう♪

白河市	個別ケース検討の積み重ねによる地域課題の把握と政策形成
-----	-----------------------------

白河市の概要

福島県の南部中央に位置し市中央部から福島市まで約90km、郡山市まで約40kmの距離にある。また、東京までは約185kmで、新幹線で最速約1時間10分の距離にある。

【基本情報】	平成28年1月31日現在
●人口	62,275人
●65歳以上高齢者人口	16,302人
●高齢化率	26.1%
●要介護認定率	17.9%
●第1号保険料月額	5,800円



白河市地域ケア会議の概要

●事業内容

担当	レベル	会議名	会議の概要	機能				
				①	②	③	④	⑤
地域包括支援センター	個別	個別ケア会議	介護保険サービスの導入のみでは問題の解決が図れないケースの検討を行い、問題の解決策について多職種協働で意見交換をし、個々の高齢者の課題の抽出と解決策の検討を行う。	○	○	○		
	日常生活圏域	地域包括ケア会議	個別ケア会議において抽出された高齢者の課題を積み重ね、地域に潜在する課題の抽出を行う。また、地域の関係者と課題の共有を図るとともに、地域課題の解決策を検討する。	○	○	○		
市全域		地域ケア推進会議	地域包括ケア会議により積み重ねられた地域課題をもとに、開催テーマを決定し、多職種協働で問題解決のための仕組みづくりの検討を行う。	○			○	○

機能：①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能

●取組のポイント
個別ケース検討から政策形成までの道筋が明確であり、実際に政策形成につながっている。

平成27年度「地域ケア会議推進会議」の取組

開催月日	テーマ	議題となるまでの経緯と会議の内容
4月28日	認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業の効果的な運用について	平成26年度の「個別ケア会議」では、認知症の人が徘徊した時に、早期に発見できるシステムの構築が必要との地域課題があげられた。また、個人情報保護の観点から、徘徊した認知症高齢者の情報を、地域包括が得られないことより、介入のタイミングを逃してしまうという課題があげられた。 そこで、認知症高齢者（2号被保険者を含む）の徘徊が発生した時に、先進事例を参考に、早期に発見できるシステム（メールの一斉送信を予定）運用に向けた話し合いを行った。また、地域の住民の声かけによる徘徊予防のための積極的な認知症サポーター養成講座の開催や、徘徊後にサービスにつなげるための関係機関同士の情報共有のあり方について話し合った。
4月28日 7月28日	地域のネットワークを活用しながら行う家族介護支援	白河市では地域包括支援センターの重点事業として「介護家族支援」を行っているが、現在の事業としては「家族介護教室」（単発）が主である。そこで、介護家族が活用できる地域資源の抽出を行った。 また、平成26年度の個別ケア会議では、認知症の人を介護する家族が、認知症の人を隠してしまうという地域課題が抽出された。そこで、認知症の介護家族が、精神的負担を軽減することができ、認知症について学ぶ場としての「認知症カフェ」の効果的な運営について話あった。
7月28日	高齢者の自立支援のための地域におけるリハビリテーション専門職の活用	市内のある事業所のリハビリ専門職に、介護支援専門員から「住宅改修の手すりの位置や種類」「転倒予防のための入浴の仕方」「デイケアか？ デイサービスか？」など相談があり、事業所の職員がボランティアとして家庭訪問していた。しかし、福島県理学療法士会・作業療法士会県南支部より地域全体のリハビリ専門職の質を向上させるためには、システム化が必要と提案があった。 ①個別ケア会議でのアドバイザーとして②家族介護支援事業の地域資源の1つとして③高齢者サロンの運動指導講師として（主に理学療法士）④認知症カフェの相談員として（主に作業療法士）⑤認知症高齢者支援ボランティア「あんしんメイト」の対応力向上のため、リハビリ専門職を活用することが話し合われた。

話し合いをもとに・・・

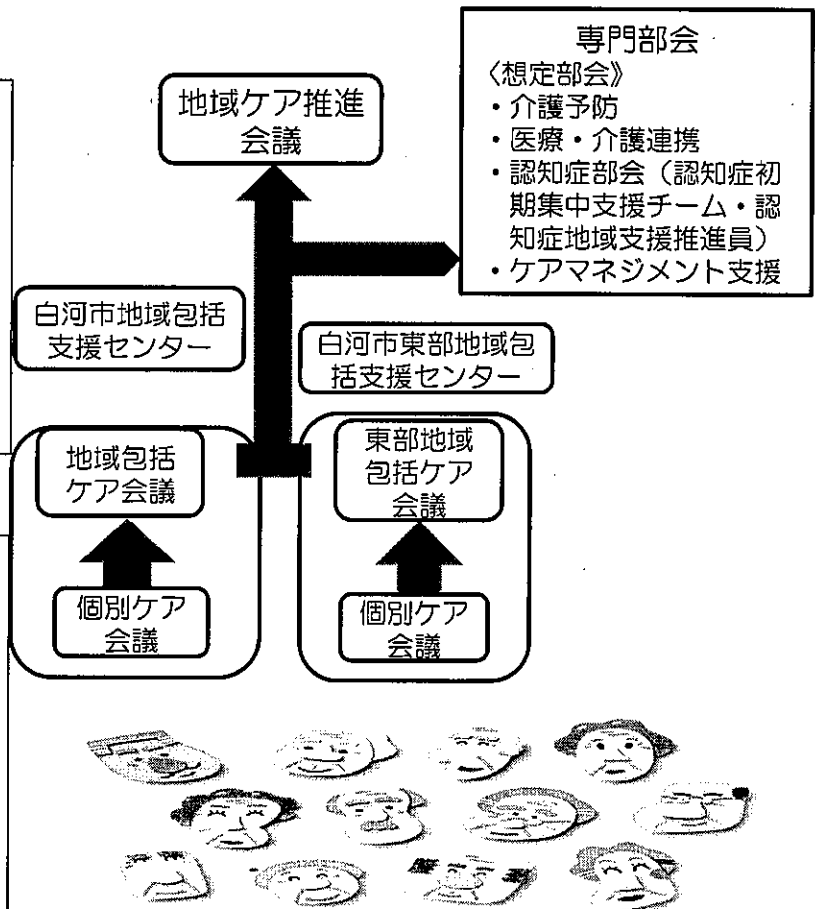
- 認知症の介護家族が精神的負担を軽減することができ、認知症について学ぶ場としての「認知症カフェ」を開設。
- 認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業を実施。

取組の成果

- 個別ケア会議で話し合われた事例と同じようなケースの場合「そういえば、前はこんな風に解決したな」との道筋
- 介護支援専門員が「あったらいいなこんなサービス」等と先進的事例や社会的動向への意識が高まった。
- 地域課題が蓄積され、政策形成のうえで、重要なデータとなっている。

今後の展望

- 「あったらいいなこんなサービス」が施策に反映され、高齢者がより暮らしやすい地域形成へつなげたい。
- 蓄積されたデータをフィードバックし、個別会議に上げる件案の質の向上を期待したい。
- ケア会議のアドバイザー等による研修を積み重ね、ケア対応能力の向上を図りたい。
- 生活支援コーディネーター、協議体、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員と連携し、社会資源の発見の場としたい。

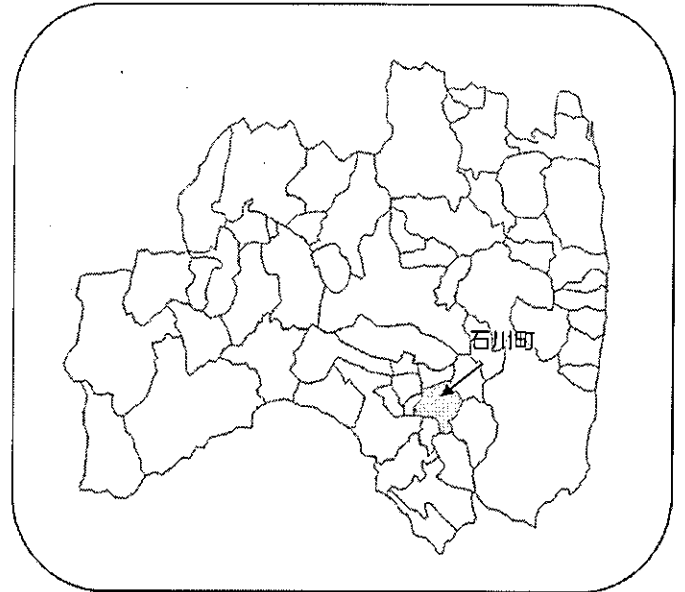


石川町の概要

石川町は中通り南部、阿武隈高地の西側に位置し、豊かな緑と美しい自然に包まれ、長い歴史と伝統を伝承し石川地方の中心都市として発展してきた。明治前期“自由民権運動”の発祥の地であり、春には、街の中央を流れる2つの川沿いに2000本の桜並木が一斉に花開き、多くの観光客が訪れる。

【基本情報】

●人口	16,197人
●65歳以上高齢者人口	5,279人
●高齢化率	32.59%
●要介護認定率	18.79%
●第1号保険料月額	5,600円



石川町地域ケア会議の概要

●事業内容

実施主体	地域包括支援センター（町直営）
会議名称	地域ケア会議
背景	介護保険を通して現場のスタッフが把握したケースの困りごとや課題を多職種間で共有し、地域に必要な支援や資源、各々の機関の役割を考えるために、平成14年から地域ケア会議を開催している。
会議の流れ	<p>① 個別ケースから、こんな困りごとを持ったケースが地域の中にある、こんな事が我が町で起こっているという事実・・・個のケースの課題を、参加者みんなで共有する。</p> <p>↓</p> <p>② 個別ケースを切り口に、同じような困りごとはないのか、同じようなことが起こる可能性はないか・・・地域の現状や課題を出し合い、個の課題ではなく、『町の課題』であることを確認しながら、課題を整理する。</p> <p>↓</p> <p>③ 課題解決のために、地域に必要な資源・取り組みを考え、具現化に向けて協議する。どうなったら良いのか、目指す方向、その実現に向けて何が必要か、どうやったらできるか、その機能はどこが担うのか等を具体的に検討する。可能性や望みも含めて、参加者みんなで知恵と工夫を声に出し合いながら考える。</p> <p>↓</p> <p>④ 話し合ったことを全体で共有・確認する。 *ファシリテーションができるように、会議のゴール、プロセス、ルールを明確にするための企画書を作成し、地域包括支援センター内と関係部署とで共有しておく。</p>
参集範囲	居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、医療機関、社会福祉協議会、町職員 等

●取組のポイント

地域ケア会議の積み重ねによる地域課題の把握。課題を多様な視点から考え、話し合える関係の構築。

地域ケア会議の検討事例 「在宅での看取りの支援を考える」

検討に至った背景	独居ケースの在宅看取りについて、支援者が抱えていた「これで良かったのか？」を、何をもって「良かった」と言えるのか検証し、在宅看取りについて考える。
ケア会議での検討内容	独居の在宅看取りケースをもとに、 ●本人にとっての幸せとは何か、どうしてこの看取りが可能になったのかを検証。 ●在宅での看取りを可能にする連携強化・体制づくりを進めるための具体的な取組みを検討。 *出た意見をWill (やりたいこと)、Must (しなければならないこと)、Can (できること) に整理する。
検討から生まれた取組	●会議の検討結果を医師会長に報告し取り組みへの協力を依頼。その結果、医師会と合同の地域ケア会議（事業所、医師会、行政が一堂に会して看取りについて検討）が開催でき、各々の役割や連携の在り方の共有を図った。さらに、医師会と包括が共同で、住民向け「看取りのシンポジウム」開催に至り、継続している。 ●いろんな機会を通して、地域住民、介護関係者への看取り教育を実施。

成果と課題

取組の成果

- 地域ケア会議の積み重ねによる地域課題の明確化
- 課題を住民・関係者と共有し、協働するための下地構築
- 多職種間の連携強化（会議を通して仲間になれる）

今後の展望

- 地域包括支援センターと町の役割の整理
- 政策形成のための地域ケア推進会議の機能化
- 連携の拡充（もっと多くの人と、もっとしっかりつながる）

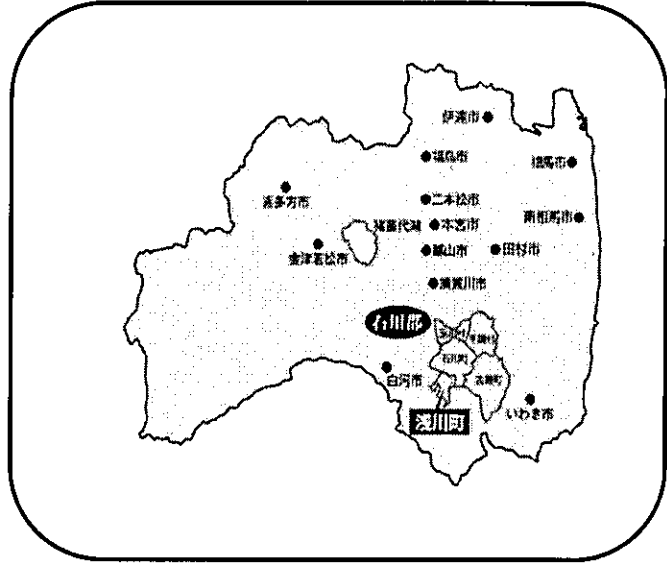


会議風景：検討した内容の共有と確認場面（参加者がプレゼン）

浅川町	顔の見える関係と「あったらいいな」の地域づくり
-----	-------------------------

浅川町の概要
 当町は福島県中通り地方の南部に位置し、東西8km、南北12km、総面積37.43km²の小さな町で、阿武隈連峰の雄大な自然と美しくのどかな田園風景が広がる豊かな自然がいまぎついている町です。
 「花火の里」でもある当町では、県内最古の300有余年の歴史と伝統を誇る花火大会を開催しており、毎年8月16日には県内各地から多くの見物人で賑わいます。特に、山の頂上で打ち上げる「大地雷火」は、山が噴火したような大迫力で大会のフィナーレを飾ります。

【基本情報】	平成27年9月1日現在
●人口	6,555人
●65歳以上高齢者人口	1,917人
●高齢化率	29.2%
●要介護認定率	15.1%
●第1号保険料月額	4,900円



浅川町地域ケア会議の概要

●事業内容		
実施主体	町	地域包括支援センター
会議名称	地域ケア会議	ケアマネ連絡会
背景	居宅介護支援センター（特別養護老人ホーム さぎそう業務委託）の設置を機に、平成8年度から月1回開催。 当初は、高齢者支援についての行政機関や関連機関等との情報交換を目的として始まった。	地域包括支援センター（石川福祉会へ業務委託）の設置に伴い、平成18年度から年6回（奇数月）開催。
検討内容	ケアマネ連絡会での困難事例、社会資源の情報共有及び内容の検討。	ケアマネージャーの困難事例、ケアマネージャーからの要望の提案、町内医師との連携及び情報の共有。
参集範囲	地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、介護入所施設、町（高齢者福祉・介護・障がい担当課、保健センター） ※必要に応じて地区民生委員・行政区長・警察署・駐在所・消防署・学校・教育委員会等が参加。	居宅介護支援事業所、地域包括支援センター ※必要に応じて行政担当者も参加

●取組のポイント
 ケアマネ連絡会での検討内容をもとに、地域ケア会議で「あったらいいな」を出し合い検討。

地域ケア会議の検討事例「見守り支援の強化」 (平成22年度～)

課題	ケアマネ連絡会の中で、「高齢者一人暮らし世帯の見守りの機会が少ない」との意見
当時の状況	社会福祉協議会で行っている一人暮らしの方への無料の配食サービス（月2回）と一人暮らし会食（年4回）のみ
ケア会議での検討内容	地域ケア会議で「地域にあったらいいな」を出し合い検討 <ul style="list-style-type: none"> ●ボランティアの見守りや地域の理解者が増えたらいいな ●外勤職種（郵便局員等）が見守ってくれる体制が作れたらいいな
現状	<ul style="list-style-type: none"> ●傾聴ボランティア（訪問活動）の育成及び活動支援（平成22年度～） ●外回りの仕事をしている事業所との見守り支援協定の締結 <ul style="list-style-type: none"> ・生活協同組合：平成25年6月7日 ・郵便局：平成27年4月22日 ●認知症サポーター養成講座の実施により、サポーターの増員（平成18年度～） ●高齢者サロン等の活動と見守り支援 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者サロン13か所（月1～2回）、運動サークル6か所（週1回）

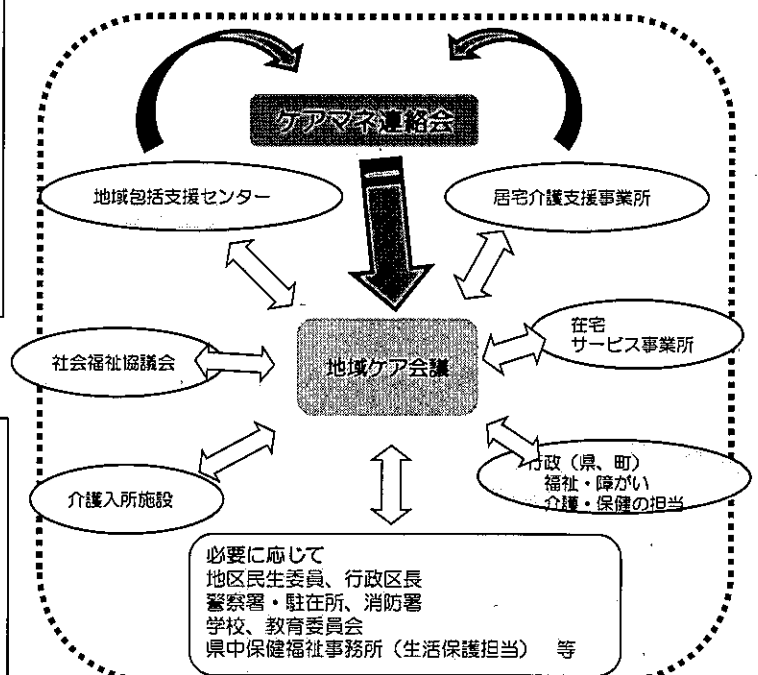
成果と課題

取組の成果

- ケア会議を継続してきたことにより顔の見える関係性が築けている。
- 町で制度化されていないような困難な事例であっても、意見を出し合え、情報を速やかに共有できる環境にある。
→常に関係者が集まって地域づくりの話し合いができる状況にある。

今後の展望

- 地域ケア会議に住民や各地区組織方の参加をいただき、『地域で高齢者を支えるための環境づくり』の必要性を共有し、住み慣れた地域で少しでも長く楽しく暮らせるように、意見を反映していく。
意見を基に、住民と協働しながら、見守りや支えあいのできる事業を地域の中で具体化していく。



(2) 認知症施策の推進

背景

- わが国の認知症高齢者数は、団塊の世代が75歳以上となる平成37年には約700万人を突破すると見込まれています。
- 平成27年12月現在で、本県には約8万人の認知症高齢者と約7万人の軽度認知障害高齢者がいると推計されます。
- 厚生労働省では、高齢者が認知症になっても、自分の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることのできる社会の実現を目指し、平成27年1月に新たに「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定し、認知症施策を推進していくこととしています。

県の取組

- 「認知症キャラバン・メイト」の養成を行い、各市町村で実施する「認知症サポーター養成講座」が円滑に行われるよう支援し、認知症高齢者を含む地域の高齢者全体を支援するネットワークの構築を促進します。
- もの忘れ相談医や専門医療機関等の認知症に関する相談窓口について、今後実施する研修等を踏まえ定期的に内容を更新し、ホームページ等で県民や関係機関等へ周知していきます。
- 早期診断・早期対応体制の整備のため、かかりつけ医や病院勤務の医療従事者等を対象とした認知症対応力向上研修を実施します。
- 平成30年度までに、全市町村に「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」などを配置することとされているため、市町村に対して、助言や先進事例の提供を行うとともに、推進事業の検討、市町村と地域医師会との連携を調整するなど支援していきます。

福島市の概要

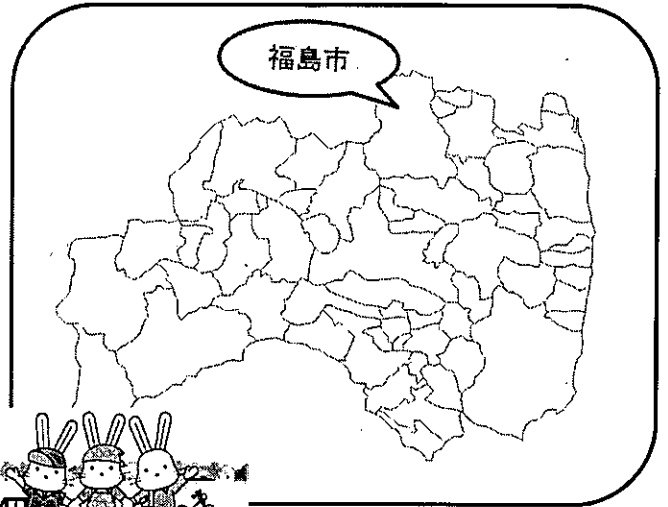
H25年度に実施した日常生活圏域ニーズ調査及び要介護認定データによると、福島市において認知症と推定される高齢者は15.0%（推計数11,067人）である。本市では平成25年度に認知症対策検討会を立ち上げ、具体的な対応方策として「福島市認知症施策－オレンジプラン－（平成27～29年度）」を平成27年2月に策定した。

平成27年度は、福島市医師会と連携し、認知症に関する医師会相互の充実した連携体制の構築と認知症に関する正しい情報の提供及び地域住民等の自主的な活動の支援等を重点に取り組んだ。

【基本情報】

平成27年10月1日時点

●人口	285,060人
●65歳以上高齢者人口	76,711人
●高齢化率	26.9%
●要介護認定率	20.0%
●第1号保険料月額	5,900円



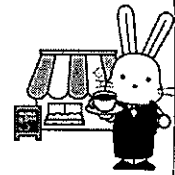
①地域における認知症対応施策推進事業

●目的

福島市認知症施策－オレンジプラン－に基づき、認知症の人とその家族が住みなれた地域で安心して暮らしていくための支援活動（認知症地域支援事業）を補助し、認知症の人を支える地域づくりを目指す。

【目標】

- ・認知症の人と家族が地域住民と交流できる「認知症カフェ」の設置
- ・地域のネットワークを活用した「認知症徘徊模擬訓練」の開催



●事業内容

対象活動 「認知症カフェ」「認知症徘徊模擬訓練」

対象団体

- ・市内に事業所又は活動拠点を有する団体で、地域支援活動の実績がある団体
- ・認知症の相談又は支援を行い、積極的に認知症に関する普及啓発活動を行うことができる団体

補助額

「認知症カフェ」…1回につき5,000円 当該年度、1団体につき6回まで

「認知症徘徊模擬訓練」…1回につき30,000円 当該年度、1団体につき1回まで
（平成27年度については、平成27年10月1日以降実施分から補助とする）

●実施結果

市内では「認知症カフェ」は6箇所で運営され、「認知症徘徊模擬訓練」は3地区で開催された。

②「認知症サポーターがいます」普及啓発事業

●目的

福島市認知症施策－オレンジプラン－に基づき、認知症の人とその家族が住みなれた地域で安心して暮らしていくために、すべての人が認知症を正しく理解し適切に対応できる環境づくりを目指す。

【目標】

- ・住民の認知症への理解を広げる

●事業内容

認知症サポーターが身につける「オレンジリング」の周知と合わせて、事業所等掲示用「認知症サポーターがいます」ステッカーを作成し普及啓発を行う。

当市のキャラクターである「ももりん」をモチーフとし、大きさを掲示場所を選択できるようA4・A6・A3サイズを作成中。

対象事業所等

「認知症サポーター養成講座」を受講した学校、職域・企業等へ配布
・平成27年度 約200事業所等へ配布予定

事業開始は平成27年3月中旬からの予定である

③かかりつけ医と認知症専門医の懇談会

●目的

福島市認知症施策－オレンジプラン－に基づき、かかりつけ医・認知症サポート医・認知症専門医・認知症疾患医療センターの現状を知り、医師間の連携体制の構築に向けて今後の連携のあり方を検討する。

【目標】

とぎれない医療体制づくり

- ・医師間の認知症に関する顔の見える連携体制の構築

●実施主体 福島市医師会との連携事業

●実施日及び内容

平成28年1月19日（火）午後7時～8時30分 福島市保健福祉センター

①現状報告「認知症専門医から現在の取組みと今後について」

②懇談「日常診療における認知症患者の対応～先生方が診療で困っていること、考えていること～」

●実施結果

- ・対象医師96名中、参加希望者33名。当日は大雪の影響もあり、出席者は24名であった（サポート医4名・専門医1名含む）
- ・懇談ではどのグループからも、認知症の診断・治療の難しさ、特に独居や高齢者世帯とのかかわりが困難である等の問題が出された。また、早期発見のためのツール、薬の効果等について知りたいとの要望も出されるなど活発な意見交換ができた。
- ・今回、医師同士の顔の見える関係作りができたことは成果であり、今後もこの懇談会を継続しながら、医師間の連携体制の構築を目指していく。

成果と課題

取組の成果

●地域のネットワークを活用した「認知症カフェ」や「認知症徘徊模擬訓練」の開催により、地域住民を中心とした関係機関との連携強化が図られるようになった。

●地域の身近な相談機関である「かかりつけ医」が認知症治療について困っていること等が多く出され、とぎれない医療体制づくりのためには「かかりつけ医」へのサポートが重要であることが確認できた。

今後の展望

認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるための支援として

●認知症の人と家族が地域住民と交流できる「認知症カフェ」や地域のネットワークを活用した「認知症徘徊模擬訓練」が市内に広がっていくよう支援していく。

●「かかりつけ医と認知症専門医の懇談会」を継続して開催しとぎれない医療体制づくりを目指していく。

【徘徊模擬訓練】①松川地区
松川地区ネットワーク会員の他、
地区住民が多く参加



②信夫地区 訓練後の反省会も参加者全員で意見交換会を実施



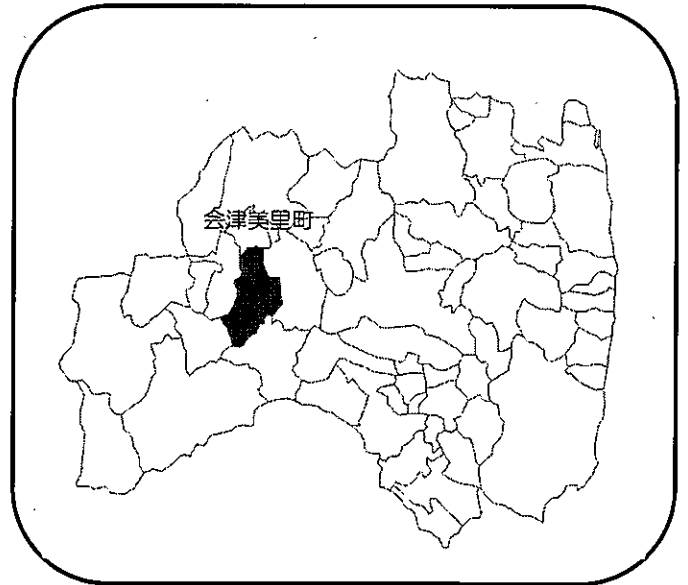
会津美里町の概要

会津美里町は、会津高田町、会津本郷町、新鶴村の旧3町村が合併して平成17年10月1日に誕生しました。福島県の西部に位置し、東は会津若松市、西は柳津町、北は会津坂下町、南は会津下郷町・昭和村に接しています。

【基本情報】

平成27年10月1日現在

●人口	21,536人
●65歳以上高齢者人口	7,280人
●高齢化率	33.8%
●要介護認定率	17.8%
	(要支援者も含めると21.6%)
●第1号保険料月額	5,600円



会津美里町認知症対策サポート会議

●背景

サポート会議組織前の認知症対策は病院は病院、包括は包括、町は町というように取りまとめの場がなく、それぞれに行っていた。まずは関係者の話し合いの場をつくらうと平成24年度から関係者を集めて協議を始めた。

●事業内容

平成24年8月に「福島県一認知症に優しい町」を目標に「会津美里町認知症対策サポート会議」を設置した。当初メンバーは町、県保健福祉事務所、警察署、地域包括支援センター、高田厚生病院、社会福祉協議会、町内の各居宅介護支援事業所など。順次、民生委員、認知症の方の家族、商工会を加えた。また、準備段階から協力いただいていた後藤大介医師を特別顧問に迎えた。

委員の任期は、介護保険事業計画の時期とあわせて平成29年3月31日までとした。現在、2期目。

●取組のポイント

町の認知症対策にかかわるあらゆる事項を検討する。また関係者の情報共有を図る。

サポート会議の取り組み

- 委員を3つの部会に分けて活動
 広報部会・・・認知症見守りサポートマップの作成
 研修教育部会・・・講演会や研修会の開催
 認知症サポーター部会・・・認知症サポーター養成講座の開催
- 劇団オレンジじげんの活動
 町内の関係機関のスタッフで組織する。認知症に関する周知活動を行っている。
- 認知症地域支援推進員の配置
 平成26年7月から
- 認知症サポートガイド（ケアパス）の作成
 平成27年6月完成
- 認知症見守りサポート訓練の実施
 平成27年10月実施



左: 認知症サポートガイド
 上: 認知症見守りサポート訓練

成果と課題

取組の成果

- 関係者の横の連携が円滑に進むようになった。
- 医療や福祉の関係者だけでなく、認知症のことを考える体制が広がってきた。

会津美里町の目指すべき姿

いつまでも現役！
 わたしの楽しみを続け、
 わたしので家で暮らす

町民みんなが
 ひとつのサポートチーム
 みんなが知っている認知症
 のこと

今後の展望

- ボランティア活動など一般町民と連携した活動が広がっていけば・・・
- 認知症の方自身の活躍の場が広がっていけば・・・

東白川郡

小規模町村共同による認知症初期集中支援チームの設置

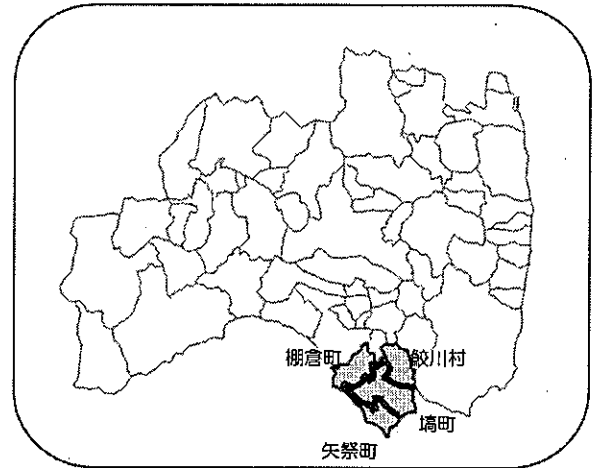
東白川郡の概要

棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村の4町村からなる。高齢化率も高く、地域資源も少ない。
全般的に人材不足が課題。

【基本情報】

平成27年10月1日現在

棚倉町	14,731人	4,084人	27.7%	17.2%	5,000円
矢祭町	6,163人	2,101人	34.1%	13.9%	4,300円
塙町	9,362人	3,062人	32.6%	19.2%	5,000円
鮫川村	3,782人	1,238人	32.7%	17.1%	4,700円



取組の内容①

●背景

認知症初期集中支援チーム設置を進めようとする中、専門医や医療専門職の確保が小規模町村単独では難しい課題があった。そのため、郡内で唯一診療科のある塙厚生病院を中核としたチームを郡内共同で設置することとなった。

●事業内容

東白川郡4町村共同で、東白川医師会、塙厚生病院の協力を得、認知症集中支援チームを設置する。4町村での運用方法を検討するとともに、認知症に関する支援方法を関係者と協議し、共通した支援体制を確立する。

- H27年度 サポート医研修、チーム員研修、地域支援推進員研修へ参加
先進地視察研修（あずま通りクリニック）
準備会（勉強会）及び、設置検討委員会の発足
- H28年度 チーム拠点整備、講演会の開催
- H29年度 運用開始

取組の内容②

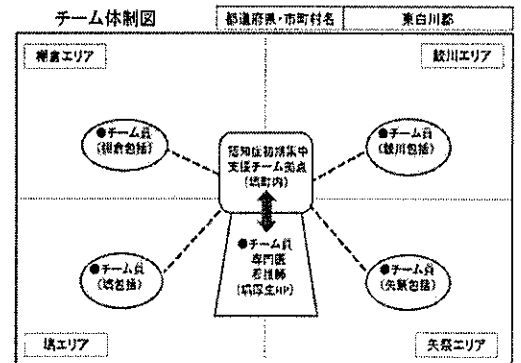
●取組みのポイント

ネットワーク 形成	実施に向けた勉強会を定期的開催し、郡内4町村、郡医師会、埴厚生病院、包括支援センター、保健福祉事務所の連携体制を構築。
	郡内担当者会議の月例化。
効率的な 対応	研修費等の負担すべき費用の支出は1箇所で行う。 郡内統一で実施することで、医療機関等の負担が軽減。 共通した地域課題、施策の検討が可能。
補完的 組織	少ない医療系人材確保のため、郡医師会・医療機関に協力を依頼。 郡全体で情報を共有し、チーム力・対応力の向上を図る。

成果と課題

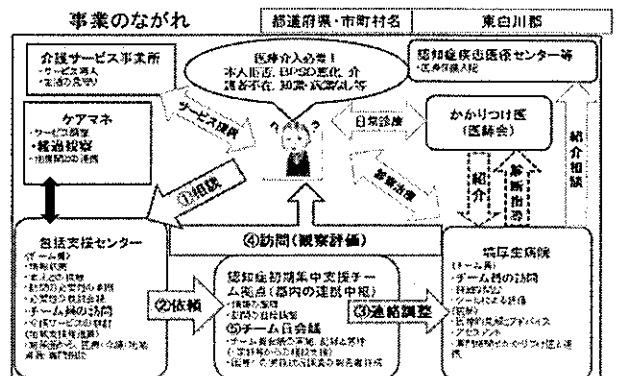
取組の成果

- サポート医研修 精神科医師1名
チーム員研修 看護師2名
地域支援推進員研修 4名（町村各1名）
- 東白川郡認知症初期集中支援チーム準備会 3回開催
- 東白川郡認知症初期集中支援チーム設置検討委員会の発足



今後の展望

- 専門医、チーム員の確保と継続的養成
- チーム拠点の整備、共有ツールの検討
- 郡内共同の認知症施策（ケア向上事業）の展開



(3) 在宅医療・介護連携の推進

背景

- 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ることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（者）が連携して、切れ目のない在宅医療・介護を提供することが重要です。
- しかしながら、医療と介護についてはそれぞれを支える保険制度が異なることにより、多職種間の相互理解や情報共有が十分にできていないなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があります。
- このため、県の支援の下、市町村が中心となって地域の医師会等関係機関と連携しながら、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制整備を図る必要があります。

県の取組

- 市町村の取組を推進するため、市町村及び医師会等の関係機関を対象とした研修会を開催します。
- 県の支援の下、市町村が中心となって、地域の医療・介護関係者による協議会の開催や在宅医療に関する人材育成、普及啓発を行います。
- 介護を必要とする入院患者が在宅生活に円滑に移行できるよう、医療関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体などが情報共有できる体制整備を進めます。
- 在宅医療・介護連携の中核機関として、包括支援センターが担うべき機能が十分発揮できるよう、研修会の開催や助言等を通して総合相談・支援、ケアマネジメント機能の強化を図ります。
- 市町村の取組を支援するため、県内外の先進的事例について積極的に情報提供します。

伊達市の概要

高齢化率は国・県の平均よりも高く毎年約1%ずつ上昇しています。特に高齢夫婦世帯や高齢単身世帯も共に増加しており、住み慣れた地域の中で可能な限り安心して暮らしていくために、「地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

本市では伊達医師会を中心に医療と介護の専門職による「地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会」が組織されており、地域の課題解決に向け活発に活動をしています。市は専門職による自主的な活動を支援しながら、さらに地域住民との連携が図られるよう支援しています。

【基本情報】

平成28年2月1日現在

●人口

62,944人

●65歳以上高齢者人口

20,174人

●高齢化率

32.1%

●要介護認定率

18.8%

●第1号保険料月額

5,751円

smart wellness DATE



伊達市



取組の内容①

●背景

平成24年12月から医療と介護の専門職が自主的に組織を立ち上げ活動を行っており、専門職だけではなく、1市3町の自治体と警察署、消防署等にも拡大し、地域の課題解決のために活動を続けています。

本市は、組織の一員として組織を支援しながら、地域包括ケアシステムの構築を図っています。

●実施主体：伊達市、伊達医師会、地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会

●地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会参加組織：伊達医師会、福島歯科医師会、伊達薬剤師会、福島県理学療法士会、伊達介護支援専門員連絡協議会、訪問看護ステーション、医療ソーシャルワーカー協会県北支部、福島県介護福祉士会、小規模多機能型居宅介護連絡会、地域包括支援センター、伊達市、国見町、桑折町、川俣町、伊達警察署、伊達地方消防組合、福島県北保健福祉事務所（アドバイザー）

●事業内容：伊達ネットワーク委員会及び分科会：1回/月

医療・介護関係者の研修、情報共有：1回/年

地域住民市民公開講座（地域住民への普及啓発）：1回/年

伊達市認知症高齢者見守り声かけ訓練の連携：1回/年

取組の内容②

●具体的な取組内容

平成26年度から分科会による課題の詳細検討を行っています。

部会A：認知症対策・SOS見守りネットワーク支援体制検討部会

市民への認知症の理解を図る「専門職による出前講座」実施

伊達市認知症高齢者徘徊声かけ模擬訓練との連携

部会B：介護連携部会

連携ツール作成…「だてな暮らし」を目指す・わたしのカルテ

委員会のHP立ち上げ

部会C：医療介護従事者労働衛生部会

医療介護従事者のためのマニュアル作成

(感染症対策マニュアル、認知症の方の口腔ケアマニュアル等)

●取組のポイント

専門職による自主的な取り組みを生かした連携

医療職と介護職の顔の見える関係づくり

(地域医療・介護の資源把握、情報共有)

専門職と自治体の連携による一般市民への啓発

(地域住民への普及啓発)

自治体の枠組みを超えた連携

(関係市町村の連携)

取組の内容③

●専門職による研修会

～認知症になっても「だてな暮らしを続けるためにできること!!～

- ・142人の専門職が結集
- ・6人～8人のグループに分かれてそれぞれの立場から認知症について検討、24グループがそれぞれの意見を発表

(アンケート集約結果から)

認知症ネットワーク(見守り体制や支援体制)を作るための課題とは?

住民への啓発36%

地域支援体制構築24%

専門職の理解19%

その他(情報共有、スキルアップ、予防、介護力向上)



医師も薬剤師も介護職も同じテーブルで

毎月の委員会での熱い議論



倉ばあちゃんを街で見かけたらどうする？
市長も専門職も民生委員も町内会長も一緒に考えるグループワーク

●史上最大級「認知症サポーター養成講座」

213人のサポーターが誕生

(職種) 医師、薬剤師、看護師、リハ職、保健師、社会福祉士、ケアマネ、介護職、事務、行政、警察、消防、企業、教育関係、学生(中)、民生委員、一般

(内容) ・認知症についての講演

・介護予防体操(コグニサイズ)

・認知症の対応(寸劇)

・住民と専門職のワークショップ

(アンケート結果から)

・様々な職種の方や一般の方の思いや考えを知り認知症について考えることができた

・多くの医師の方の話も聞いて参考になった

・認知症になっても地域で見守っていただけると良い

・明日は我が身、ともに暮らす社会になると良い

成果と課題

取組の成果

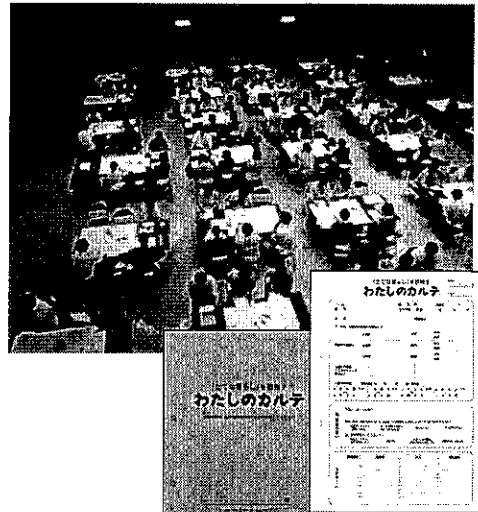
- 医療職と介護職の顔の見える関係の構築
- 市民が地域の医療職・介護職の活動を知る機会が増えた
- 市民の認知症への理解が深まった
(認知症サポーター213人を養成)
- 市内企業の認知症サポーター養成講座開催要望が増加
- 認知症初期集中支援チームの早期設置につながった
- 伊達市認知症高齢者徘徊声かけ模擬訓練の連携強化
- 市民出前講座の実施による市民への活動普及
- 連携ツールの活用による安心安全づくり
- 医療介護従事者マニュアル作成による共通理解と負担軽減

活動の課題

- 参加者の拡大と圏域を越えた連携
- 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築
(退院調整の仕組みの実現)
- 認知症となっても住み慣れた地域で安心して暮らせる地域の実現

今後の展望

- 入院時から退院後の円滑な在宅復帰を目指し、医療機関と居宅介護事業所等の情報共有ができる体制を構築する。



郡山市の概要

本市では、平成27年4月地域包括ケア推進課を新設し、地域包括ケアシステム構築に向けた取組を開始しました。医療と介護の連携は、保健所が中心となり、地域包括ケア推進課・介護保険課と連携しこの事業を推進しました。ただし、この事業は、厚生労働省のモデル事業であり、二次医療圏で取組むことから、県中保健福祉事務所と本市の両方が事務局となり、二次医療圏単位で取組みました。

【基本情報】

平成27年10月1日現在

●人口

329,270人(郡山市)
530,471人(県中圏域)

●65歳以上高齢者人口

78,690人(郡山市)
135,914人(県中圏域)

●高齢化率

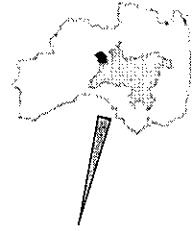
24.2%(郡山市)
25.9%(県中圏域)

●要介護認定率(平成27年3月31日現在)

17.3%(郡山市)
17.6%(県中圏域)

●第1号保険料月額

5,027円(郡山市)



郡山市 三春町 田村市
須賀川市 小野町
天栄村 五川村 平田村
鏡石町 石川町
浅川町 古殿町

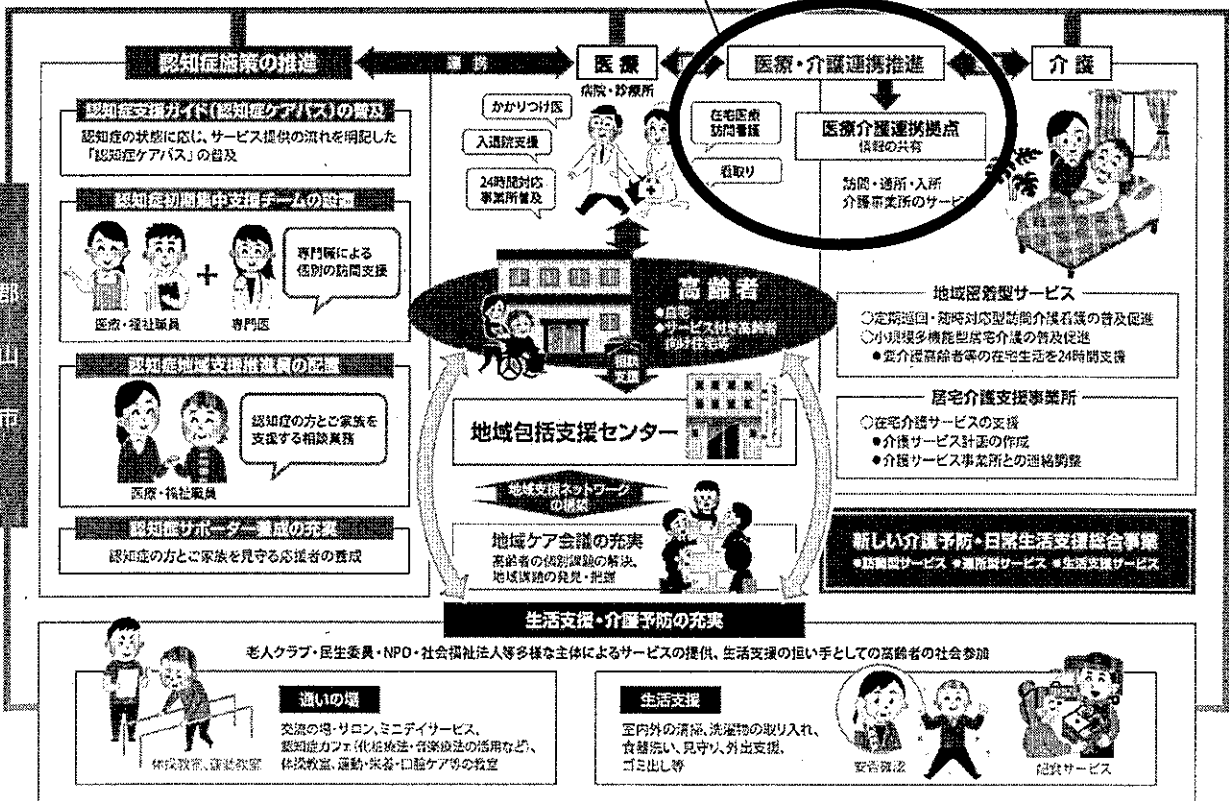
県中医療圏の市町村

2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築
(郡山市)

県中圏域「退院調整ルール」策定

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目標に、重度の要介護状態ともなっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

郡山市の地域包括ケアシステムのイメージ



I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率（H27年5月）：31%

【原因】

病院とケアマネ（=医療と介護）の連携が不十分（相互理解や情報共有の不足）

II 事業の概要

県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルール の策定・運用

県と郡山市（中核市）が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側（病院）と介護側（ケアマネ・市町村）とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

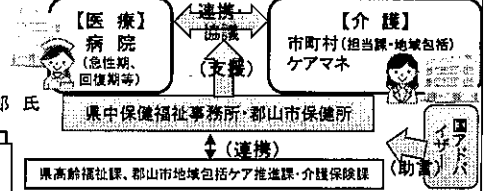
※退院調整ルール：疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》

県中保健福祉事務所・郡山市保健所

《国アドバイザー》

兵庫県丹波健康福祉事務所長 逢坂信郎 氏



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（15～30日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（17日）	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11日）	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（22日）	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会（16日）	150名参加
	1	ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議（15日）	200名参加
2	ケアマネによる第6回退院調整ルール検討会（15日）	代表者25名	
	市町村担当者会議（29日）	12市町可	
3	退院調整ルール策定報告・運用説明会（18日）		
4	退院調整ルール運用開始		
28	10月	退院支援状況確認アンケート調査	
	以降	退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議（病院説明会）



H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

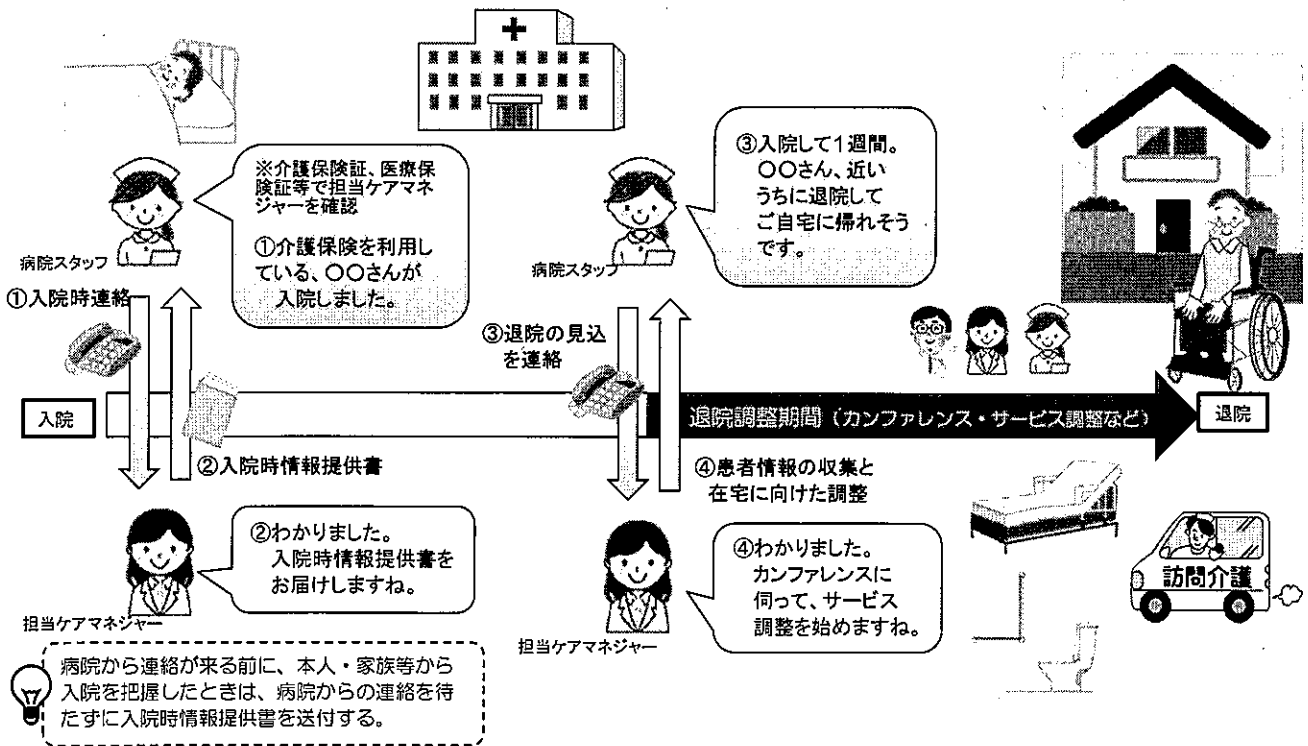
“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリット”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



県中医療圏退院調整ルールの概要

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

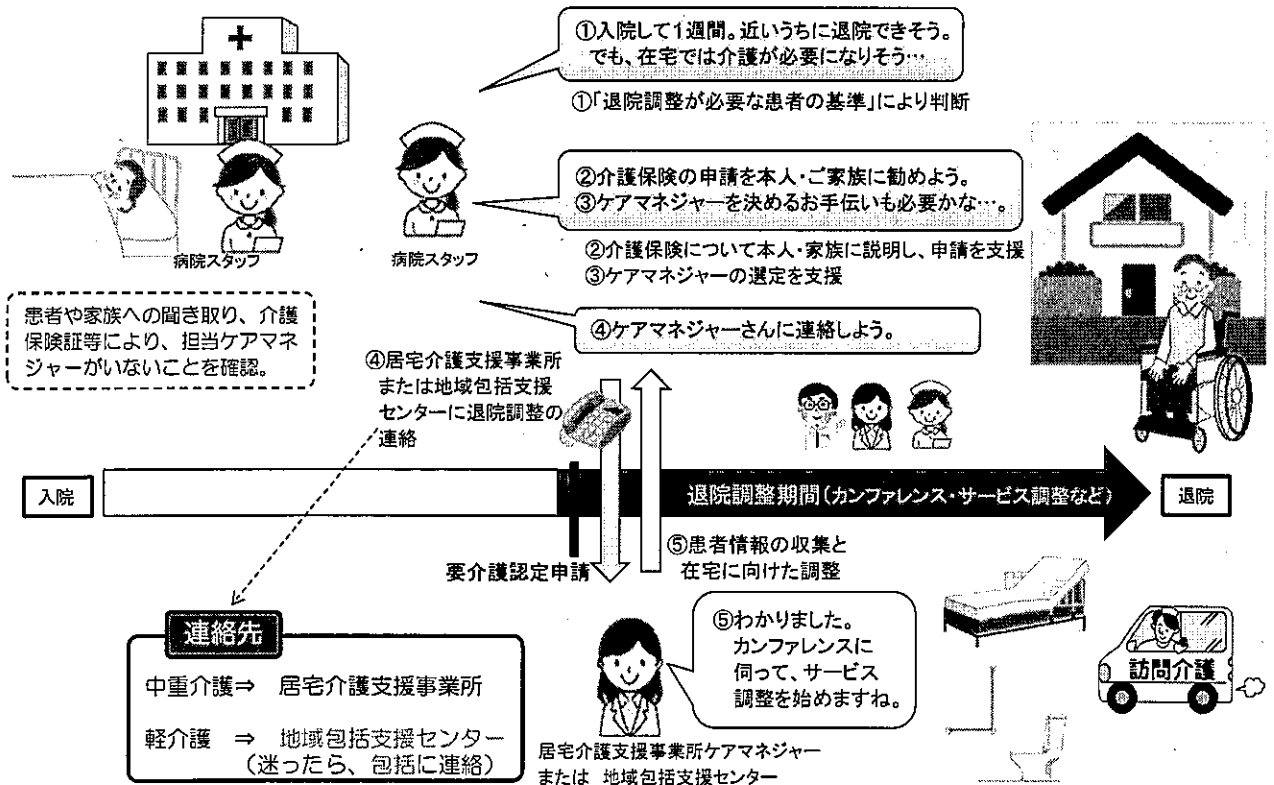


(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）



	病院	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時 ↓		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○ 担当する利用者に、ケアマネの名刺を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。 ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入院 ↓	①入院時連絡 ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として3日以内に連絡。 ⚡「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ。	②入院時情報提供書の送付 ○ 入院を把握したら提供書を作成し、原則として3日以内に病院に提供（原則として電話連絡の上、持参する）。
退院の見込 （入院後1週間程度） ↓	③患者の退院見込を連絡 ○ 入院後1週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○ 可能と判断されたら、原則として退院予定日の7日前までに、ケアマネジャーに連絡。	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○ 病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整 ↓	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ○病院担当者（看護師・MSW）とケアマネの退院調整開始面談 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供	○患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整など
退院日決定 ↓	⑥退院日を連絡 ○主治医の許可した退院日をケアマネに連絡	
退院後	⑦サマリーの提供（必要に応じ）	⑧ケアプランの提供（必要に応じ）

⚡入院前から、担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引き継ぎを行うこと。

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）



② 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
<p>入院</p> 	<p>◇患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認。</p> <p>※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。</p>	
<p>退院の見込 (入院後 1週間程度)</p> 	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後1週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○ 「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断。 <p>②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援。 <p>③ケアマネジャーの選定を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 必要に応じ市町村介護保険担当課と相談・調整し、ケアマネの選定を支援。 <p>④患者の退院の見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院の見込を、原則として退院予定日の7日前までに、③で選定したケアマネに連絡 <p>要介護と思われる者（中重介護） → 居宅介護支援事業所 要支援と思われる者（軽介護） ・ 判断に迷う者 → 地域包括支援センター</p>	<p>⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院の見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整	以降の流れは、前掲『(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合』の⑤以降と同じ。	
退院日決定		
退院後		

成果と課題

取組の成果

- 地域全体で取り組み、ルールを策定
病院関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体など多くの方々が、約1年間、検討・協議を行い、自ら運用するルールを自ら意思決定をし、策定した。
- 顔の見える関係
病院（医療側）とケアマネ（介護側）、ケアマネ同士がお互いの立場を理解し合い、信頼関係が構築された。
- 連携強化
県と市町村の協働による事業の取組であり、行政間、医療担当部署と福祉担当部署の連携が強化された。
- 新たな職種間の連携開始
多職種が同じ目的達成のために顔を合わせる機会であり、薬剤師とケアマネジャーとの連携など、職種間の連携が始まった。

今後の展望

- 退院調整ルールの周知
今回事業に参加した病院、ケアマネジャーだけでなく、現在参加していない病院や有床診療所、小規模多機能型事業所などにきめ細やかに周知し、理解を得ることが必要である。
さらに、周知する対象者としては、本人、家族、住民はもちろんのこと、民生委員、地区組織など住民の生活に密着しているソーシャルキャピタルを活用した周知も必要である。
- 退院調整ルールの見直し
 - ・ 「退院調整もれ」の現状調査を行う。
 - ・ 退院調整ルールの評価を行い、見直しをする。
 - ・ 医療依存の高い方など、対象者を拡大した退院調整ルールへの活用も視野に入れた見直しも必要である。
- 他医療圏との調整を進めることが必要である。

(4) 生活支援サービスの充実

背景

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供する体制整備を図る必要があります。
- また、高齢者自身も生活支援の担い手として社会参加し、役割を持つことが生きがいや介護予防につながることを目指していきます。
- このため、多様な生活支援・介護予防サービスを利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけ（生活支援体制整備事業）の強化を図る必要があります。

県の取組

- 生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の資源開発や、そのネットワーク化を行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の人材養成に努めます。
- 多様な関係主体間の情報共有及び連携・協働による取組を推進するため、市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会等を対象にした研修会、意見交換会等を通じ、協議体の設置を推進します。
- 市町村の取組を支援するため、県内外の先進的事例について積極的に情報提供します。

昭和村の概要

標高400から800mの中山間地域に10の集落が点在し、冬期間の降雪が多く最高積雪は2メートル以上となる。

住民が主役の地域コミュニティづくりの支援を行い、高齢者が自分たちの地域を考えて、「支え合い活動」や「生きがい活動」が地域に普及・拡大することで、介護予防や生活支援サービスの充実を目指した。

【基本情報】

●人口	1,347人
●65歳以上高齢者人口	741人
●高齢化率	55.01%
●要介護認定率	21.05%
●第1号保険料月額	5,900円



取組の内容①

住み慣れた地域で暮らし続けるためのお宝探し

1 背景

新しい総合事業への移行準備をする中で、はじめは、訪問型・通所型サービスの受け皿をどう確保するのか、地域に不足する多様な主体による生活支援・介護予防サービスの開発・発掘及び介護予防体操の集いの場の普及などをどうするのかと、国が示しているマニュアルにこだわり、整合性に苦慮していた。(今思えば、無いものを探し、新しいサービスを創設する旅をしていた。)

あらためて、自分達の地域がどうなっているのか地域に出してみると、既に、自然に当たり前のように、様々な活動(福祉的にみれば生活支援)があり、課題探しの前に、地域を知ることから始めることが、もっとも重要と気づかされた。

2 事業内容

●実施主体(地域聞き取り調査)

昭和村保健福祉課

昭和村社会福祉協議会(生活支援コーディネーター)

NPO法人芋麻倶楽部

特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター

●調査先

村内全域(聞き取り調査対象者 145名)

●調査期間

平成27年7月16日～

●財源

村一般財源

3 取組のポイント

地域資源の再発見（気づき）

例えば、地域のお店が地域福祉の拠点に！！

支援

- 個人宅ではなく商店だから毎日気軽に行ける
- 店主と客、客同士が連絡を取り合っ、心配な人の見守りにもつながっている



◎生活支援サービスにおきかえると…

- ・地域サロン（高齢者の集いの場）
- ・見守り、安否確認
- ・ひとり暮らし高齢者への配食 等



自分達では何とも思っていなかったこと、当たり前なのが、村外の外部組織（CLC）と共に地域を周り、住民と話す「この活動は素晴らしい、これは支え合い活動だ」と第三者から言われることで気付かされた。

取組の内容②

地域支え合い活動の拡大 （住民が主役の地域づくりに向けて）

9月 2日	改正介護保険と地域づくり研修会 ・改正介護保険における生活支援コーディネーターと協議体 ・改正介護保険と地域づくり
11月12日	集落における地域支え合い研修会 講師：下矢部西部地区社会福祉協議会（熊本県山都町）
11月14日～ 15日	CLC主催の支え合い活動や生きがい活動、生活支援サービス事業の立上支援講座に参加 ※協議体設置を視野に入れ、専門職と意欲のある地域住民の7名で地域課題の見つけ方から課題解決のためのさまざまな実践を学んできた。
12月 9日	住民向けの支え合い活動の講座 「できることから始めよう！」
3月 下旬	介護予防手帳活用講座（仮称） ・子どもでもイメージできる文章で若い年齢層に今から心構えを伝える ・当たり前の日常生活がすばらしく介護予防にも繋がっていることを伝える。

成果と課題

取組の成果

●関係機関の気づきと意識の変化

地域での日常の交流は、支え合い活動の基盤となっており、隣近所とのあいさつやお茶のみは、ゆるやかな見守りにつながっていますし、立ち話や趣味のサークルは情報交換の場となっています。あまりにも当たり前の営みで、誰もこの大切さに気づいていない場合が多かった。

このような個々の地域の営みを見つけて、繋いでいくことと切らさないことが、結果的に支え合いのネットワークになり、生活を支援する体制になることに、気づかされた。

●住民自身の気づきと自信

地区活動についてのインタビューを受けたり、様々な場面で自分の活動を報告したり、村外(他県)の活動を聞くことで、自分たちの活動が、認められ自信を持ち、地域づくりは人づくりなので、若者にも自ら声かけし共に活動していくことの大切さを、知るなど、自ら住民が活動していこうとする意気込みを感じるようになってきている。

課題

●支え合い活動の広がりはこちら

人と人とのつながりや見守りなど、地域住民によるさまざまな支え合いの活動が、維持・継続できるような後押し「地域支援」と、専門職による「個別支援」が、まだまだ機能していない。



今後について

今後の展望

●生活支援コーディネーターの増員

1名体制では相談相手がないため、孤立してしまう場合や責任の背負い込みが考えられるので、平成28年度からは、3名体制(NPO芋麻倶楽部とCLCを追加)とする予定。

●自律支援の地域づくり

「地域支援」と「個別支援」について、本人のニーズに添った支援のあり方を、過剰な支援がかえって本人の力を奪ってしまうことがないように、住民も関係者も気づきあえる場づくりをしていきたい。

●豪雪地域の近所づきあい

高齢者にとって、友人やご近所とのつき合いは、降雪によって大きな影響を受ける。日常的な活動に支障がでる冬期間の暮らしぶりを調査しながら、本人が役割をもって、多様なつながりを維持できるように、活動していきたい。



日常のお茶のみ



見守りを兼ねた新聞受け

(5) 地域づくりによる介護予防の推進

背景

- これまでの介護予防は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、また、事業終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場の創出することが必ずしも十分ではありませんでした。
- そこで、高齢者本人の機能回復訓練だけでなく、地域の中の居場所と出番づくりを含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する介護予防の取組を推進し、要介護状態となっても生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指していきます。
- 市町村においては、新しい介護予防・日常生活支援総合事業への移行を踏まえ、一次予防事業・二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する必要があります。

県の取組

- 市町村の取組を推進するため、先進事例の提供や保健福祉事務所とともに新しい介護予防に関する助言を行うなどの支援をします。
- 福島県介護予防市町村支援委員会による市町村事業の分析・評価を行い、その結果を引き続き、市町村に還元します。
- 国アドバイザー組織と連携し、市町村において、住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりによる介護予防を推進していきます。
- 市町村職員や地域包括支援センター職員、リハビリテーション専門職等を対象とする研修会を開催し、住民主体の介護予防活動を展開するための手法や課題を共有します。

田村市の概要

市民と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て、ボランティア等の協力を得ながら運動サロンの立ち上げ支援をしている。さらに運動サロンで実施していく「介護予防に有効な体操」を理学療法士の協力を得て開発し、完成後は広く運動サロンへ普及させ、高齢者の体力向上と地域交流による見守り支えあう地域づくりを構築する。

【基本情報】

平成27年4月1日現在

●人口

37,483人

●65歳以上高齢者人口

11,817人

●高齢化率

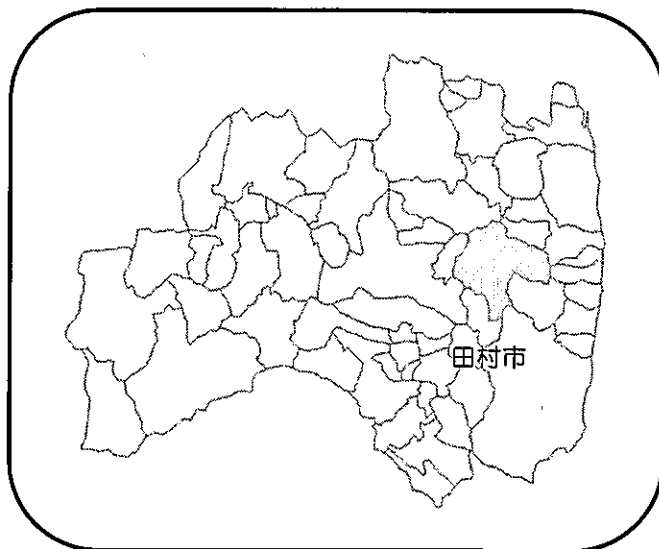
31.6%

●要介護認定率

18.6%

●第1号保険料月額

5,400円



取組の内容①

●背景

運動器機能向上教室を中心に展開し、継続したいという参加者の意向を運動サロンへつなげてきたが、自主的な活動を長く継続するための支援の方法と地域の支援者（サポーター）を増やす仕組みづくりが課題となっていた。

●事業内容

平成26年度

行政課題の整理と体制の検討

- ・介護福祉課、保健課とで今後の展開について打ち合わせ
- ・地域包括支援センター職員へ先進地の事例を学ぶ機会づくり
- ・民生委員へ市の取り組みの紹介
- ・理学療法士会へ協力依頼

平成27年度

支援内容の検討と実施

- ・体操の開発、検証
- ・関係スタッフ研修
- ・立ち上げ、継続支援内容（動機づけ、体力測定）の検討と実施
- ・サポーターの養成、育成

取組の内容②

●取組のポイント

1. 先進地の取り組みを取り入れた、支援内容の検討

- ・住民の「やりたい」を引き出す 動機づけ講話の作成
- ・住民の力を信じて待ち、「やりたい」を継続していくための支援

2. 理学療法士会の協力を得て、体操の作成と効果検証

- ・効果のある体操の作成、資料（DVD、紙ベース）作成
- ・体操の効果検証（体力測定項目の検討）、体力測定結果返却の方法検討

成果と課題

取組の成果

- 住民の「やりたい」を引き出す 動機づけ講話を実施し、平成27年度10グループ立ち上がった。
（合計22グループ）
- 体力測定の実施、サポーター派遣により、住民の「やりたい」の継続につながった。
- 新体操完成（DVD、紙ベース）

今後の展望

- 住民の「やりたい」を引き出す 動機づけ講話の実施
- 新体操の普及
- 関係スタッフ、サポーターの体制づくり



3. 今後の展望

地域包括ケアシステムは、市町村が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて創り上げていくことが重要です。しかしながら、本県では、東日本大震災と原子力災害の影響により、地域包括ケアシステムを支えるべき医療・介護分野の専門職の確保とその効果的な活用が課題となっております。また、原発事故による被災町村においては、帰還する住民のほとんどが高齢者で、避難している住民も広範囲に及んでいるため、地域包括ケアシステムの体制整備が進んでいないなどの課題があります。

県といたしましては、市町村と情報や課題を共有しながら、人材の確保を図り、育成・定着に向けた研修の充実、在宅医療・介護連携や生活支援サービスの提供体制の整備に向けた補助事業の実施、さらに、被災町村に対する個別支援を実施するなど、今後とも高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「ふくしま」の地域包括ケアシステムの構築を目指して市町村を支援してまいります。

参考資料

福島県地域包括ケアシステム構築推進事業補助金活用事例

市町村支援の内容

関係事業の進捗状況を把握するとともに、市町村及び関係機関の取組状況の検証及び情報共有を目的に、連絡会議を開催した。

市町村ヒアリング

地域包括ケアシステム体制構築連絡会議

2回（5月、8月） ①地域別〔安達、福島、伊達〕（10月）、②全体（11月）

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費（千円）
福島市	地区医師会モデル	1,500千円
	認知症対応モデル	1,500千円
二本松市	認知症対応モデル	71千円
伊達市	医療・介護一体提供モデル	1,147千円
本宮市	認知症対応モデル	545千円
桑折町	地域資源活用モデル	1,500千円
川俣町	認知症対応モデル	597千円
大玉村	認知症対応モデル	1,121千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

事業モデル

成果

地区医師会、 医療・介護一体提供	研修会等の開催により、各職種間の関係構築や連携の重要性について啓発が図られた。
認知症対応	初期集中支援チーム設置に向けた取組みにより、早期診断・早期対応に向けた支援体制が構築されつつある。
地域資源活用	高齢者の通いの場の設置により、地域づくりによる介護予防推進の取組が開始された。

今後の展開方針

医療・介護の
連携推進

退院調整の現状調査の結果をもとに、具体的な課題の抽出や連携方法を検討していく。

認知症施策

初期集中支援チームのほか、地域支援推進員、認知症疾患医療センター、医療機関などの関係機関の連携が進むよう支援体制の構築を推進する。

桑折町の概要

高齢化率は年々高くなっている実情がある。介護保険制度開始以来、町内には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、サービス付き高齢者住宅等の環境が整い、町民の介護サービス利用に対する認識が広まった。

一方で、介護保険料が高くなるなど、被保険者の負担が増加している現状がある。

【基本情報】

平成28年1月1日現在

●人口

12,353人

●65歳以上高齢者人口

4,194人

●高齢化率

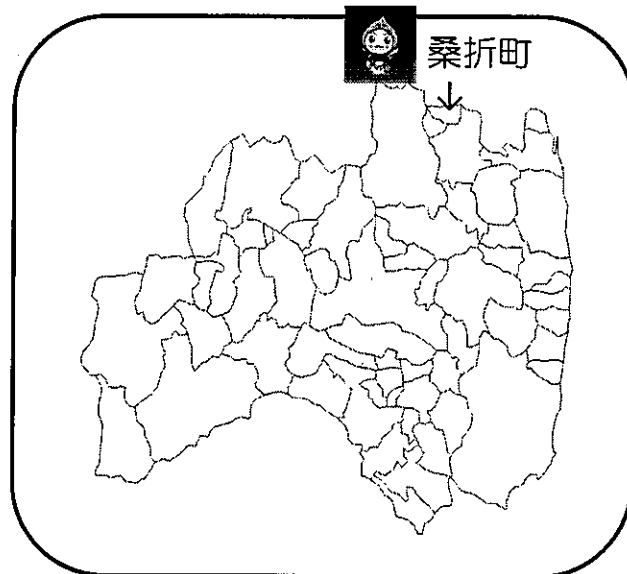
34.0%

●要介護認定率

16.6%

●第1号保険料月額

6040円



取組の内容①

●背景

町内で配食サービスを展開しているNPO法人ささえ愛「ふらっと」では、「助け合える地域づくり」を目指して、これまで手作り弁当を届ける活動を行ってきた。この活動は、地域包括ケアシステムの構築における、生活支援サービスの体制整備を推進するために重要なものであり、これからは、ますます地域のボランティア活動や居場所づくりを展開していく必要があると考え、地域のために事業展開していきたいという思いが強まった。

●事業内容

実施主体……NPO法人ささえ愛「ふらっと」

地域の資源……商店街の中心部に位置する空き店舗を改修し、高齢者を主体とした居場所を設置する。

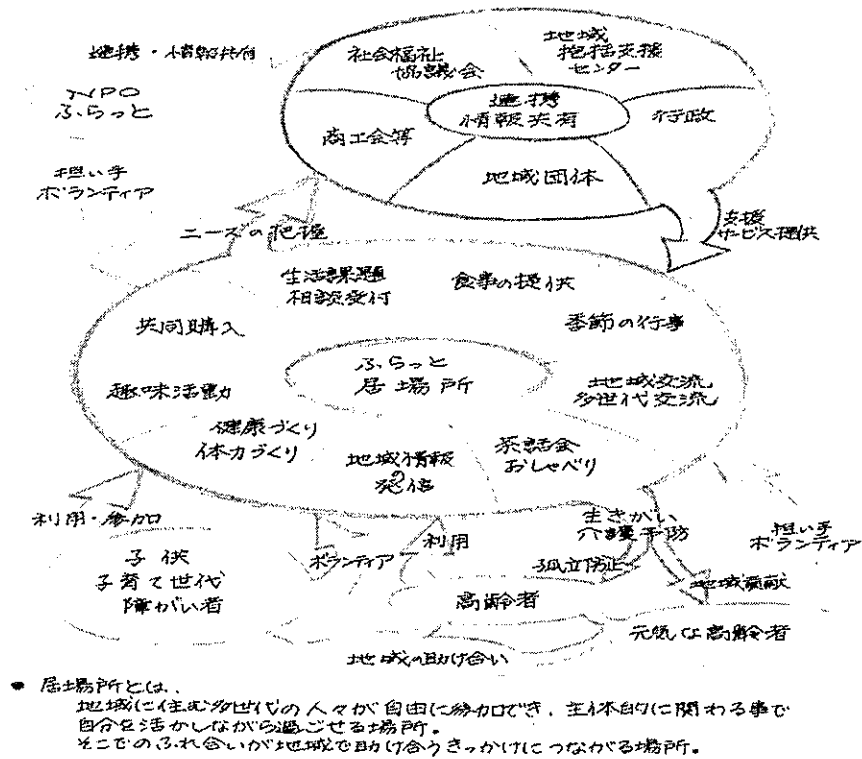
事業のスケジュール……週2回程度開設し、食事の提供、介護予防体操の実施、公共機関等との情報交換等を開催の予定。

●取組のポイント

誰でも気軽に歩いて行ける居場所を設置し、高齢者等に食事やお茶、生活に有用な情報等を提供することで、介護予防や閉じこもり予防につなげる。また、顔を合わせて会話をすることで、健康状態や安否確認も可能となってくる。さらに、通ってくる高齢者が主体となって、運営に参画できるような事業を行うことで、生きがいづくりにもつなげていけるよう取り組んでいくとともに、子育て世代や障がい者等との共生社会の推進も図っていく。

取組の内容②

事業のイメージ図



成果と課題

取組の成果

- 地域交流や見守り体制の構築に向け、事業を展開するための環境を整えることができた。
- 町の介護予防・日常生活支援総合事業の開始（平成28年3月）に合わせ、介護予防推進の拠点となる居場所として設置することができた。



今後の展望

- 週2回程度開設し、町民が気軽に利用することで介護予防や閉じこもり予防につなげられるよう事業を展開し、にぎわいも創出させていきたい。
- 高齢者のみならず、子育て世代、障がい者等との交流や見守り体制等も整えていくことで、多世代の「助け合う地域づくり」に努めていきたい。

1 市町村支援の内容

① 県中圏域医療介護連携調整実証事業

○厚労省のモデル事業「都道府県医療介護連携調整実証事業」に郡山市保健所と共同実施で取り組み、県中圏域全体で運用する「県中医療圏退院調整ルール」を策定した。

② 市町村担当者研修会・情報交換会の開催

- 認知症施策担当者情報交換会（6月2日：認知症疾患医療センターを交えて）
- 介護予防事業等担当者情報交換会
 - ・7月14日：住民主体の通いの場について
 - ・11月28日：新総合事業への移行に伴う審査支払い事務等について（国保連を交えて）

③ 総合事業移行等に関する相談対応等

- 事業実施要綱制定に関する助言、事業者指定手続きに関する助言など
- 生活支援体制整備事業について高齢福祉課と連携して支援

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
郡山市	その他（県中圏域医療介護連携調整実証事業）	1,191千円
須賀川市	その他（認知症対策）	954千円
田村市	その他（住民主体による介護予防の推進）	1,260千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

① 都道府県医療介護連携調整実証事業（郡山市 ※県中保福と共同実施）

- この事業には、管内全市町村が参加。この事業を通して、県中管内の市町村は、「在宅医療・介護連携推進事業」の各項目への取組を始めたことと位置付けることができた。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」は、特に小規模自治体単独で取り組むことが困難なものが多いことから、県と中核市主導で、圏域全体で効率的かつ効果的な取組ができた。
- 医療担当と介護担当との連携、県と中核市の連携、市町村間の連携が強化された。

② 認知症カフェの設置（須賀川市）

③ 住民主体の通いの場の立ち上げ・育成（田村市）

④ 管内のほとんどの市町村が平成27年度中または28年4月に新総合事業に移行

今後の展開方針

① 都道府県医療介護連携調整実証事業（郡山市 ※県中保福と共同実施）

○策定したルールの運用・評価を次年度から行う。

② 認知症カフェの設置（須賀川市）、住民主体の通いの場の立ち上げ（田村市）

○必要に応じ、両市を支援するとともに、管内市町村への情報提供を行い、各市町村の取組の参考としてもらう。

③ 認知症、介護予防、総合事業への移行など、次年度以降も担当者を集めた情報交換会等を開催する。

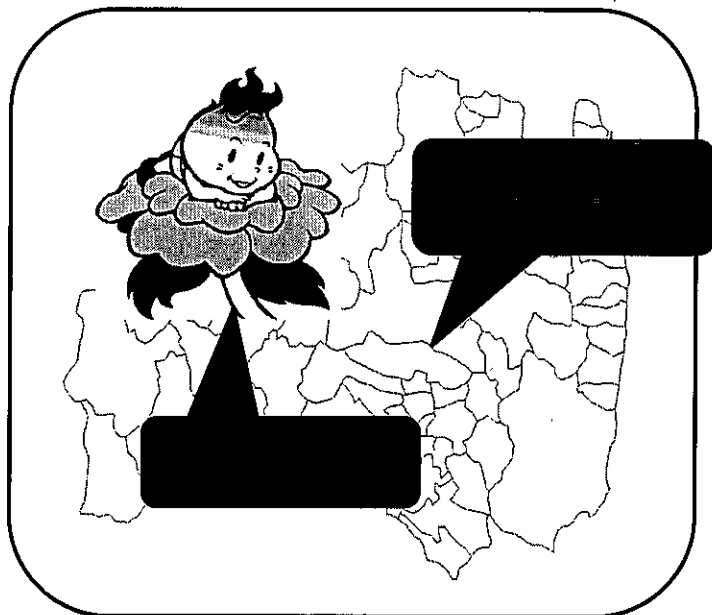
須賀川市 認知症になっても安心して暮らせるまちをめざして

須賀川市の概要

福島県のほぼ中央に位置し、東には阿武隈高原、市内には阿武隈川と釈迦堂川が流れる風光明媚な自然環境に囲まれたまちである。

【基本情報】

●人口	77,967人
●65歳以上高齢者人口	19,507人
●高齢化率	25.02%
●要介護認定率	18.7%
●第1号保険料月額	5,745円



笑顔につながる支援ガイド (認知症ケアパス) パンフレット作成

《背景》

・本市においては、平成27年2月に「笑顔につながる支援ガイド」を作成し、市のホームページや広報に掲載するなどして、市民への普及・啓発を実施してきた。

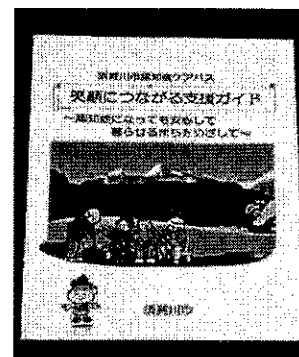
しかし、今後もっと身近に、認知症ケアパスの積極的な活用がなされることを期待し、パンフレットを作成し配布することで、市民への普及・啓発を行い、認知症の人やその家族等が、早期に支援を受けることができるようにしたいと考えた。

《事業内容》

- ・1,000部作成
- ・市窓口にて、認知症高齢者やその家族に配布
- ・地域包括支援センター窓口を設置し、相談業務の中で配布
- ・市内医療機関へ配布し、認知症ケアパスの理解と市民への啓発
- ・民生児童委員へ配布し、支援活動の中で市民に啓発

《取組のポイント》

- ・「認知症ケアパス」のことは広く周知するために、「笑顔につながる支援ガイド」のポスターを作成し、医療機関に貼付いただいた。
- ・市内介護支援事業所等にも啓発を実施した。
- ・認知症サポーター養成講座受講者に、認知症ケアパスを配付した。



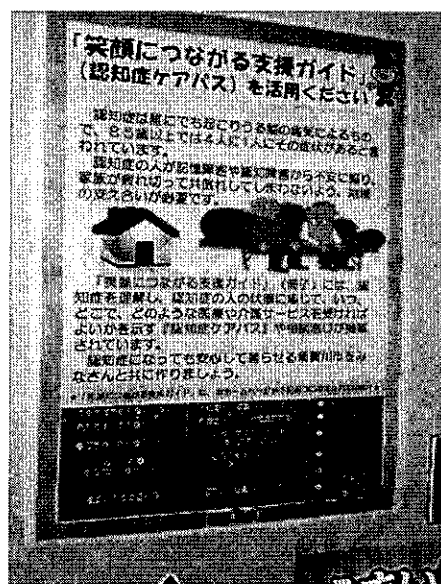
成果と課題「笑顔につながる支援ガイド」 (認知症ケアパス)パンフレット作成

取組の成果

- 普及・啓発活動に取り組み始めたばかりであるので、今後の成果を確認しながら、事業を展開していきたい。

今後の展望

- 認知症の方やその家族等が早期に支援を受けることができるように、また、認知症になっても、安心して暮らせる須賀川市を市民と共に作りあげていくことができるよう、普及・啓発を継続し、市民や関係機関との連携を図っていく。



啓発用ポスターを医療機関に貼付いただきました。

『認知症カフェ』の開設



《背景》

・認知症になっても、住み慣れた地域で、安心して尊厳のあるその人らしい生活を継続できるようにするとともに、認知症の人の家族の介護負担の軽減を図ることを目的に設置する。

《事業内容》

★ 2団体に補助金を交付し、2か所にカフェを開設（月1回）。

① 名称：『ポータンカフェ』

運営団体：つくしデイサービス歩（特定非活動法人 豊心会）

場 所：須賀川市牡丹会館

② 名称：『ポータンカフェ かわせみ』

運営団体：市社会福祉協議会

場 所：須賀川市市民温泉内

《取組のポイント》

・2か所の『認知症カフェ』が様々な部分で差が生じないように、立ち上げ前に市を交えて検討会を実施し、運営の方向性を確認した。

・カフェで提供する菓子は、主に地元の菓子店で提供している物を選定する。

・飲食しながら、気軽に相談できる雰囲気を作るよう心掛け、スタッフには、認知症の家族会のメンバーもボランティアとして参加している。

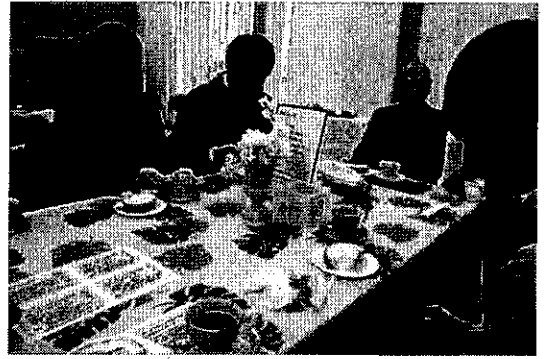
・相談だけでなく、勉強会なども実施している。



成果と課題『認知症カフェ』の開設

取組の成果

- 認知症の人やその家族等が、気軽に相談できる場所として期待されている。
- 認知症の人やその家族等が、住み慣れた地域で、地域住民と専門職等に出会える場。
- 気軽なおしゃべりの中で、病気の知識や介護の情報等が得られる情報交換の場。
- 認知症の人やその家族のニーズが把握できる場。

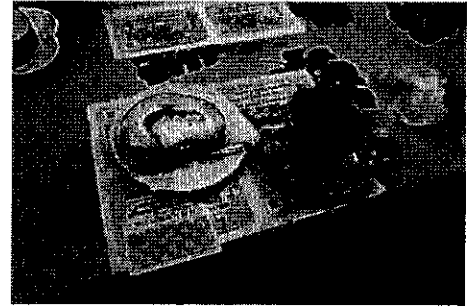


課題



久々にゆっくり話を聞いてもらえました。(参加者談)

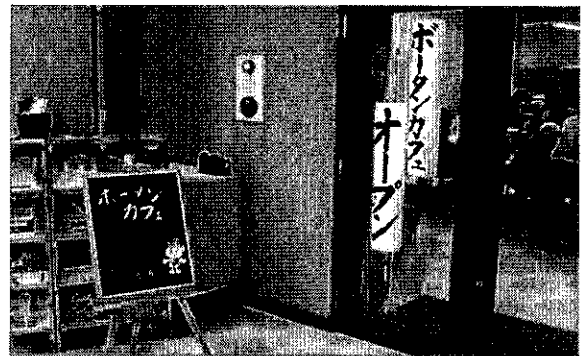
- 継続的に開催していくための企画・運営をどのようにしていくべきかと行き詰まり感がある。
- カフェに参加できない人へのアプローチをどのようにしていくべきか。
- 運営を継続していくための人材確保（ボランティアの育成等）をどのようにすべきか。
- 関係機関、他事業者との連携をどのように図るべきか。横の連携が不十分に感じる。



今後の展望『認知症カフェ』の開設

今後の展望

- 認知症カフェは、認知症の人やその家族、そして行政や介護事業者などとのつながりを広げ、サービス利用へとつながる良い機会になり、また、地域の人や地域にある社会資源の発掘につながることも多いに期待される。
- 認知症カフェの目的がずれないように、目的を伝えていくことが大事であり、すそ野を広げていく地道な活動が必要である。



1 市町村支援の内容

＜平成27年度9市町村における、認知症総合支援事業の充実に向けた展開を実施＞

管内の全ての市町村が、認知症カフェの開設、認知症初期集中支援チームの設置、認知症地域支援推進員の配置に関するそれぞれの認知症施策の地域課題に応じて、効果的に展開できるよう、県南保健福祉事務所が、認知症ケアパスフォローアップ学習会、打ち合わせ会、情報交換会、先進地視察研修、先進地の情報提供等により、支援を行った。

特に、管内に9市町村あることから、白河市、西白河郡、東白川郡をブロックとして、方部毎に、それぞれのニーズや歩みに合わせて、支援を行った。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費	市町村数
白河市	認知症対応モデル（認知症コミュニティールーム開設・運営事業）	1,442千円	1
西郷村（西白河郡）	認知症対応モデル	82千円	1
泉崎村（西白河郡）	認知症対応モデル	26千円	1
中島村（西白河郡）	認知症対応モデル	84千円	1
矢吹町（西白河郡）	認知症対応モデル	107千円	1
矢祭町（東白川郡）	複数町村共同モデル（認知症初期集中支援チーム）	512千円	4

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

- 白河市・・・平成27年度11月より、認知症コミュニティールーム（認知症カフェ）の開設
平成28年度より認知症地域支援推進員の配置、平成28年度より認知症初期集中支援チームの設置
- 西白河郡
西郷村・・・認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームの取り組みを検討中、認知症ケアパス作成
泉崎村・・・認知症地域支援推進員を検討中。認知症初期集中支援チームの取り組みを3町村で検討中
中島村・・・平成28年度より認知症地域支援推進員の配置、認知症初期集中支援チームの取り組みを3町村で検討中、認知症ケアパス作成
矢吹町・・・平成28年度より認知症地域支援推進員の配置、認知症初期集中支援チームの取り組みを3町村で検討中、認知症ケアパス作成
- 東白川郡（矢祭町）・・・4町村とも、平成28年度より認知症地域支援推進員の配置、平成29年度開始に向け、4町村で認知症初期集中支援チームの設置に向けて準備をしている。

今後の展開方針

- ①平成28年度に設置や配置の市町村においては、効果的な展開な取り組みへの支援
- ②平成29年度以降になる町村においては、着実な実施に向けての準備支援

1 市町村支援の内容

◇県南地域における退院支援ルール策定事業◇

県南地域における退院支援ルールの策定を通して、市町村における「在宅医療・介護連携推進事業」の推進を支援した。

市町村、医療関係者、介護関係者による策定会議等を開催し、高齢者の入退院、在宅復帰に係る現状と課題の抽出、対応策の検討、関係者間の情報共有のあり方、相談体制、地域住民への普及啓発など、幅広い対応策について検討を行うことができた。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
白河市	その他（退院支援ルール策定事業）	300千円
西郷村	〃	175千円
泉崎村	〃	113千円
中島村	〃	30千円
矢吹町	〃	100千円
矢祭町	〃	360千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

病院から退院する高齢者が安心して自宅に戻れるように、病院とケアマネジャーが連携して支援する体制を構築することができた。また、住民への普及啓発を行うことにより、退院支援を受ける患者・家族の意識向上を目指す。

これにより、どこの病院に入院しても同水準の退院支援を行うことが可能となるとともに、以下の成果が期待できる。

- ・切れ目のない医療と介護の提供体制
- ・医療関係者、介護関係者の情報共有の円滑化
- ・医療・介護連携に対する住民の意識向上

今後の展開方針

- ・退院支援ルールの進行管理を行い、見直し等の検討を行うとともに実施率の向上を目指す。
- ・退院支援をスムーズに進めるための「医療・介護あんしんセット」の普及
- ・「歯科医師会との連携」について、平成28年度の試行結果からルール化を図る。
- ・お薬手帳の有効活用、かかりつけ薬局との退院支援に向け、薬剤師会との連携を検討する。
- ・往診医との連携について検討し、在宅医療の充実を図る。

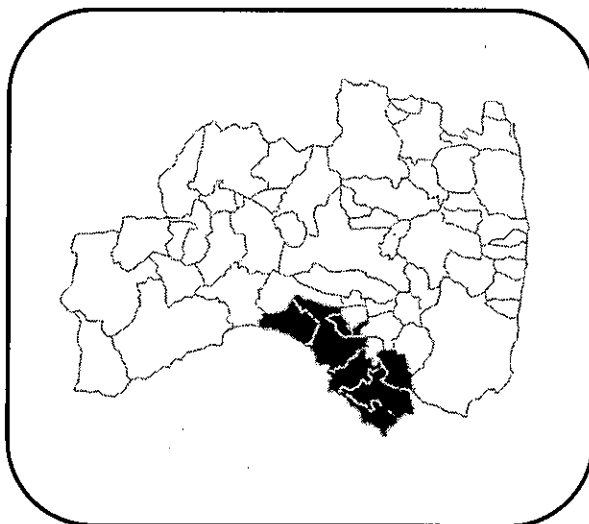
県南地域の概要・取り組みの背景

県南地域には、4つの輪番病院を含む8病院があり、入院完結率は約90%。
 高齢者の退院支援については、病院毎の取り組みに依存している状態。
 在宅医療・介護連携を進めるにあたり、医療資源の不足、偏在性から、市町村毎に取り組むことは困難であった。
 一方で、2医師会による「在宅医療の情報拠点づくり」の取り組みもあり、未着手である「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制」を構築するため、「県南地域における退院支援ルール」策定に取り組むこととした。

【基本情報】

平成27年10月1日現在

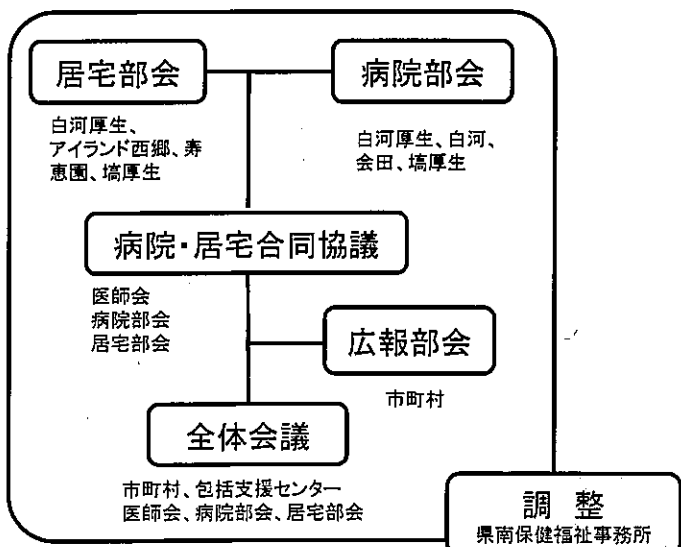
- 人口 144,629人
- 65歳以上高齢者人口 38,965人
- 高齢化率 27.0%
- 要介護認定率 16.4%
- 第1号保険料月額（県南地域平均） 5,200円



取組の内容①

●退院支援ルールの概要

1. 高齢者の入院から退院・在宅復帰までの病院とケアマネジャーの連携（情報共有）をルール化。
2. 情報共有のための様式を統一。スムーズな連携を可能にする。（入院時情報提供書、退院情報記録書）
3. 退院支援を行う患者の基準を設定し、独自の判断による退院支援もれを防ぐ。
4. 「医療・介護あんしんセット」の普及（介護保険証、医療保険証、お薬手帳＋ケアマネ名刺）。入院、病院受診時に必ず持参。
5. 歯科医師会との連携により、退院後の口腔ケアをサポート（平成28年度は試行。）



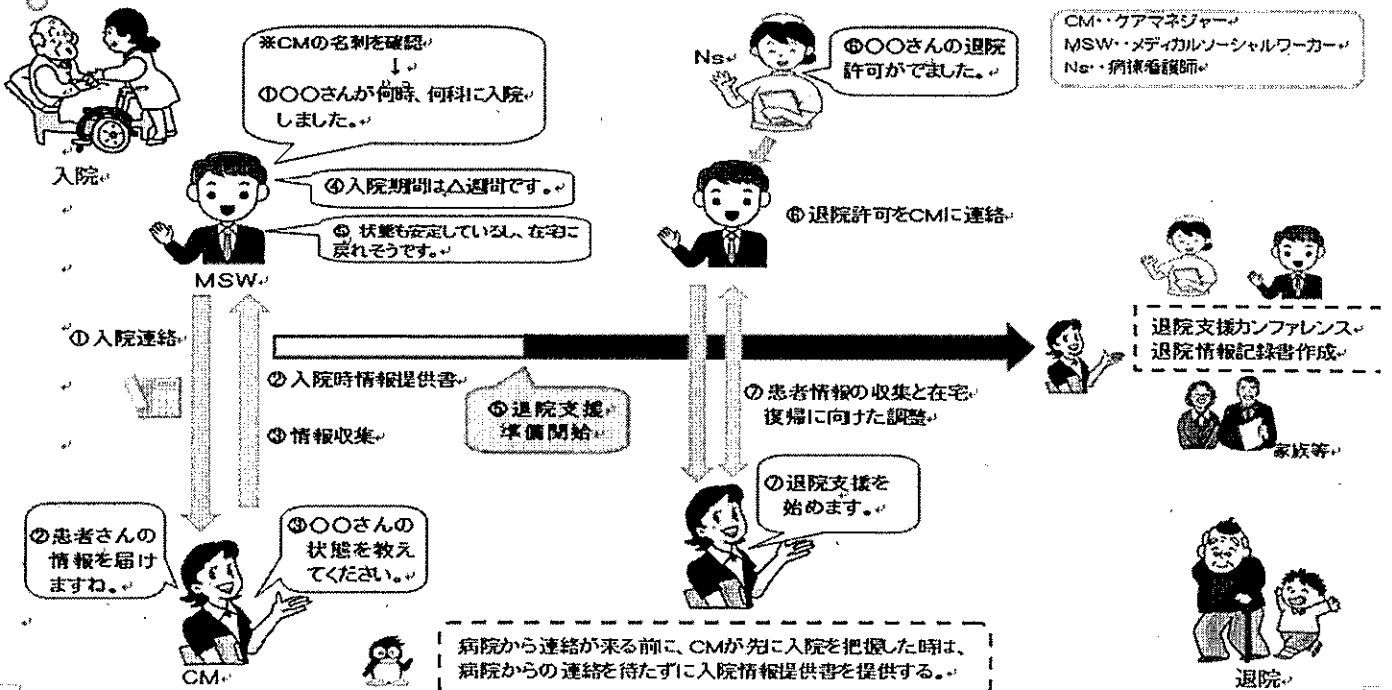
活動内容	
6月	全体会議(第1回)
7月	居宅部会(第1回、第2回) 病院部会(第1回、第2回)
8月	病院・居宅合同協議 全体会議(第2回)
9月	ケアマネジャー全体意見交換会
10月	居宅部会(第3回) 病院部会(第3回)
11月	全体会議(第3回) 広報部会(第1回)
12月	広報部会(第2回、第3回)
1月	広報部会(第4回) 全体会議(第4回)
2月	県南地域における退院支援ルール説明会

取組の内容②

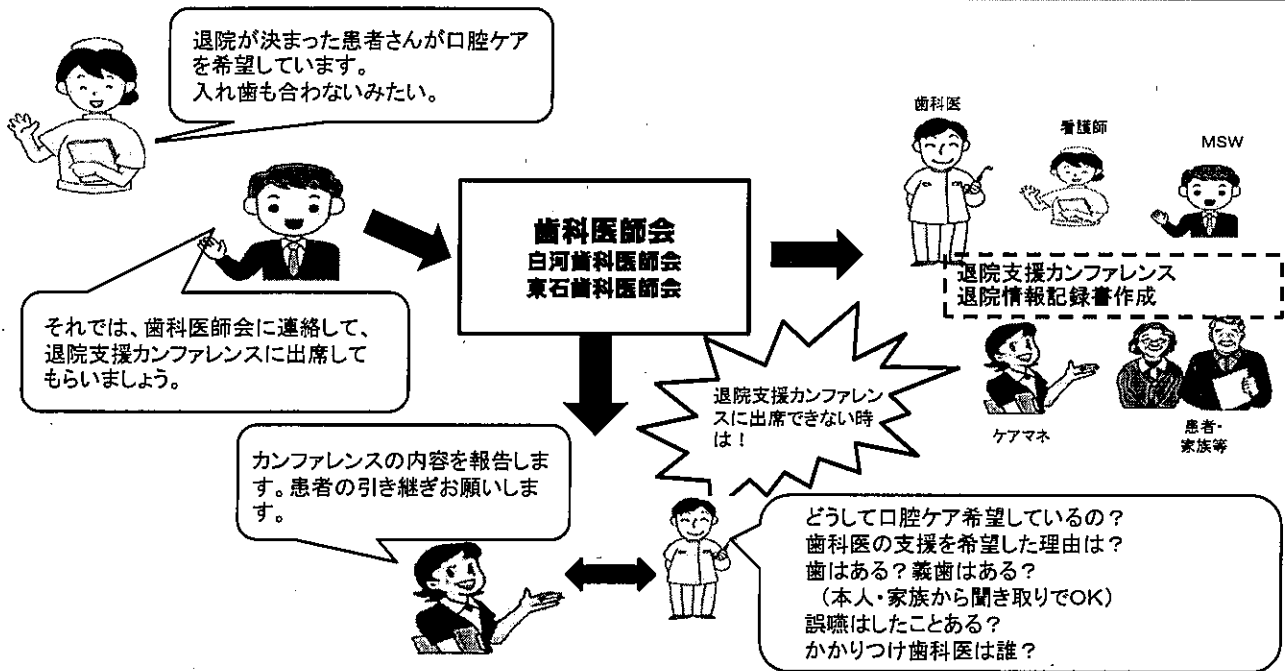
● 取組のポイント（ルール策定がゴールではなく、運用し、退院支援率を上げることが目的）

1. 実際に退院支援を行うケアマネジャー、病院関係者による検討を重視。
 - ケアマネジャー、病院が気兼ねなく意見を出し合えるよう部会を設置、どちらかの意見に偏ることなく、双方の意見を調整
2. 行政の独りよがりにならないこと。
 - 退院支援を行う現場の立場、市町村、医師会など支える立場の関係者全体によるルールの検討
3. 策定会議メンバーだけのルールづくりにならないこと
 - 県南地域のケアマネジャー全員を対象にした意見交換会の実施。市町村ごとのケアマネ会議の活用。
4. 在宅医療・介護連携推進事業における市町村の位置づけ
 - 「退院支援はケアマネジャーと病院が行うもの」から市町村事業へと位置付け明確にするため、市町村の役割を具体化。
 - ・ 策定会議と平行して、市町村ごとに、管内ケアマネジャー等との検討を実施。
 - ・ 制度の周知を市町村の事業と位置づけ、広報部会を設置。
 - ガイドライン（冊子）を作成。（ルールづくりは全体会議。マニュアル（媒体）作成は市町村）
 - 住民向けに「医療・介護あんしんセット」の普及啓発及びケースの作成

2. 退院支援の流れ ①入院前にケアマネジャーが決まっている場合



歯科医師会との連携図



成果と課題

取組の成果

- 十分に協議をすることで、実際に退院支援を行う関係者が納得のいくルールができた。
- 平成28年4月からスムーズに運用できるよう、市町村毎にケアマネ会議等を行い、退院支援の必要性について理解を高めることができた。
- 歯科医師会、薬剤師会の協力を得られ、非常に実用的な退院支援ルールとなった。

今後の展望

- 歯科医師会との連携により、退院後の口腔ケアの充実を図る。
- 往診医、薬剤師会との連携を強化し、在宅診療の充実を図る。
- 「医療・介護あんしんセット」の普及により、住民の在宅医療・介護連携に対する認識を高める。



1 市町村支援の内容

会津圏域は、高齢化率が高い市町村の1～3位を占め、全国平均や県平均よりも高い地域であり、後期高齢者が多い状況から、おのずと認知症の割合も高い傾向にある。このような状況でも、地域支え合いや地縁活動が行われている地域でもある。しかし、人と人の関係性は年々希薄になってきていることから、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

会津保健福祉事務所では、本事業を実施する市町村に対して、必要に合わせて事業内容を共に考えたり、該当市町村が関係機関等との話し合い(協議等)をする際に、同席し支援をした。

また、これら活動の管内他市町村への波及効果をねらい、管内市町村を対象に地域包括ケアシステム体制構築圏域別連絡会での情報交換会や、西部4町村の打合会を実施した。

さらに、認知症施策の基盤整備のため、認知症疾患医療センターとの定期協議、医師会への説明(新オレンジプラン(特に、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員)等)を実施し、活動協力をもとめる等の活動を実施した。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
喜多方市	認知症対応モデル	1,500千円
磐梯町	その他(オリジナル介護予防体操)	1,176千円
金山町	認知症対応モデル	336千円
昭和村	その他(生活支援体制整備)	1,500千円
会津美里町	医療・介護一体提供モデル	313千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

◎共通的成果

- ①事業実施を市町村主導型ではなく、関係者と共に話し合いをしながら事業を実施したことによって、市町村内部の連携及び外部との連携が深まり、地域支援ネットワークの構築につながった。
- ②地域に向向いて地域住民と語り合うことは、基本的なこととして重要であることがわかった。
- 喜多方市：喜多方医師会との連携が深まり、認知症施策の基盤整備ができた。
- 磐梯町：身近な所に集まる場ができていくきっかけとして、町独自体操の考案は、住民のやる気を引き出すためのインパクトとして活用できる。
- 金山町：認知症の理解を地域全体で深めるための活動と、認知症サポーターを活用したカフェの開催から、高齢者だけでなく子供までの交流が生まれた。
- 昭和村：地域に向向き、既にあった活動や資源がわかり、関係者は地域の力を実感でき、住民は自分たちの力に気づき、地区活動のやる気につながった。生活支援コーディネーターと村と一緒に活動する中で、27年度中に協議体を設置予定である。
- 会津美里町：認知症施策については、既に認知症対策サポート会議を開催し、ネットワークが構築されていたが、今回、地域包括ケア会議代表者会議を設置し、その他の在宅医療と介護の連携強化も推進できるようにした。

今後の展開方針

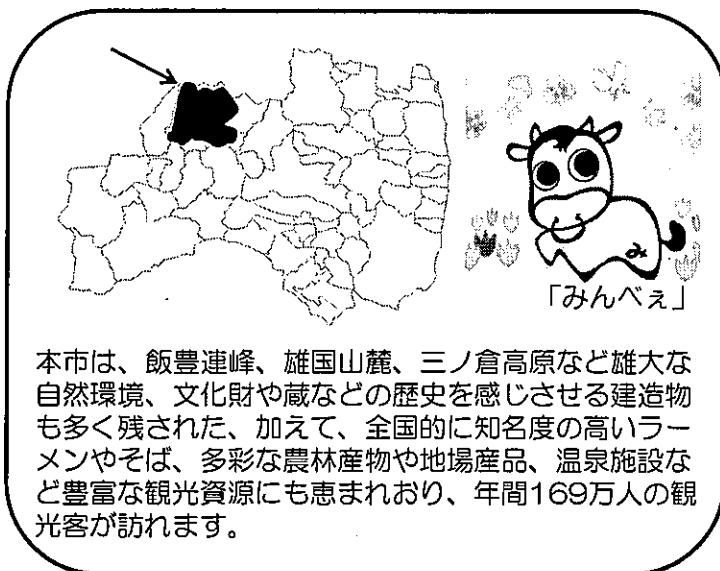
今年度、本事業に取り組んだ市町村は、地域包括ケアシステム構築を推進するための基盤づくりができた状態なので、今後、さらに地域住民と関係者と共に協議を継続しながら、取組を推進していく必要があるため、当所として、後方支援体制を充実させたい。

喜多方市の概要

本市の目指す地域包括ケアシステムの構築の基本理念は、地域ケア体制の整備の中で地域ケア会議、地域包括支援センターの充実、医療と介護の連携、認知症施策の推進、生活支援サービスの基盤整備等に取り組むことを特徴としている。その中で認知症施策と医療・介護の連携強化を図るため、医師会に認知症について共通理解を図る学習会開催のための補助金を出し、医師会と市が連携して、介護関係職員を対象に学習会を開催した。

【基本情報】 平成28年1月31日現在

●人口	49,248人
●65歳以上高齢者人口	16,344人
●高齢化率	33.2%
●要介護認定率	19.3%
●第1号保険料月額	4,980円



取組の内容

●背景

地域包括ケアシステムの構築には、医師会との連携が不可欠であるが、これまで、介護関連での連携は充分でなかった。その中で、平成26年度より医療・介護の連携と認知症施策の推進強化を図ることを目的として、医師会との話し合いを始めた。その中で、認知症を理解するためにわかりやすくまとめたテキスト作成の提案が医師会からあった。テキスト作成とそれを使っての学習会の実践を通して、医師会と市及び介護関係者との連携と認知症施策の推進を図る足がかりをつくり、今後の連携強化と発展を目指した。

●事業内容

- ① 医師会内で学習会・テキスト作成に向けた医療戦略会議を開催
- ② テキスト「かかりつけ医から見た認知症と上手につきあう暮らしのヒント 認知症に寄りそう」を作成
- ③ 医師会と市が連携しながら介護関係者を対象とした学習会を開催

●取組のポイント

- ① 医師会が学習会に使用する共通テキスト「かかりつけ医から見た認知症と上手につきあう暮らしのヒント 認知症に寄りそう」を作成にあって、地域における認知症施策を認識していただく機会となる。
- ② 医師会メンバーが発起人となって立ち上がった「認知症懇話会」に、市と包括が参加し、これまでの市や包括の取組を説明する機会をいただき、協働で取り組んで行こうという体制ができた。その後、医師会の呼びかけにより歯科医師会、薬剤師会等多職種連携のきっかけとなっている。
また、この会への参加をとおして、認知症への早期発見・早期対応に向けた取り組みはテキストの活用その他、認知症ケアパスの作成等についても協議・検討をする基盤づくりができるようにしていきたい。
- ③ 市内の地域包括支援センター(1事業所)居宅介護支援事業所(18事業所)地域密着型サービス事業所(16事業所)施設サービス事業所(12事業所)を対象とした学習会を開催した。また、介護保険関連事業者連絡協議会の部会の中で学習会の開催を依頼するなど、受講する機会を増やした。

成果と課題

取組の成果

- 地域で認知症患者と接している医療関係者と介護関係者が学習会を通して認知症施策に共通して向き合える機会となった。
- テキストを作成したことにより、学習会に参加できなかった介護関係者にも共通の理解を図れる。
- 医師会と連携を図りやすくなった。

今後の展望

- 今回の事業をきっかけとし医師会と認知症施策をはじめ地域包括ケアシステムの構築に向け連携を深め、話合いの場を多く持ち、医療関係者と介護の連携できるネットワークづくりをしていきたい。

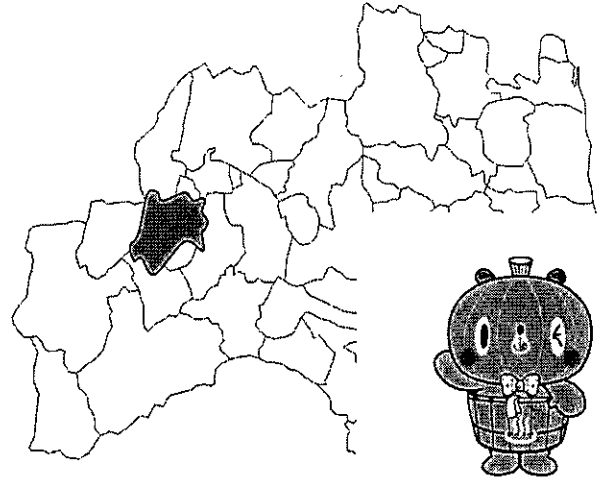


金山町の概要

福島県西部に位置し、只見川沿いに豊かな自然が広がる人口約2,200人の山間地の町。県内で高齢化率が58.21%と最も高い。町内に7箇所の温泉と全国でも珍しい天然の炭酸水が湧き出る。

【基本情報】

●人口	2,204人
●65歳以上高齢者人口	1,283人
●高齢化率	58.21%
●要介護認定率	21.3%
●第1号保険料月額	6,000円



町の名産赤カボチャ、炭酸水と温泉
にちなんだマスコット：かぼまる

取組の内容①

●背景

金山町は、県内一の高齢化率の状態ではあるが、地域での「近所付き合い」があり、その中で見守りや支援が行われているが、高齢化率が進み後期高齢者率も高くなり、今までどおりの支え合いだけでは、限界状態になってきた。そのような中で、認知症の症状が見られる65歳以上の方は、全国平均で7人に1人に対し、町内では4人に1人という状況であり、早急な認知症に対する対応が必要である。

●事業内容

実施主体：町、地域包括支援センター、グループホーム、社会福祉協議会共催

事業のスケジュール

- ①認知症カフェを開催：H27年度10月末より町内の民家の空きスペース等を利用
- ②認知症キャラバンメイト増員：1名から6名に増員
- ③認知症サポーター養成講座を開催：1月から2月にかけて、全町民を対象に養成
- ④認知症カフェのボランティア：上記③の活動により、カフェの運営等を支援

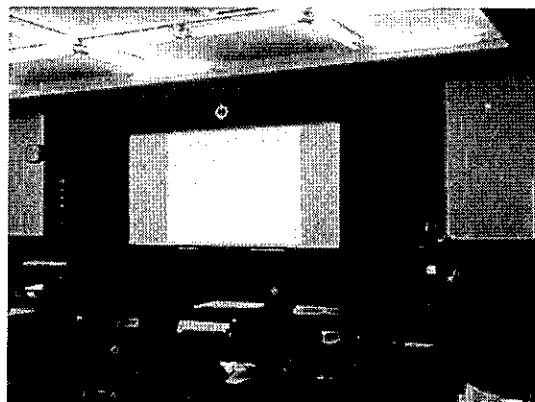
●取組のポイント

- ①認知症カフェでは認知症の方やその家族だけでなく、誰でも自由に参加できるように企画し、町民全体が認知症への理解が深まることにとどまらず、交流から支え合い活動につながるようにする。
- ②認知症サポーターとなった人が、地域で活動できるようキャラバンメイトを中心にサポーターを支援する体制を整える。

成果と課題

取組の成果

- 町民に認知症サポーター養成講座を行った結果、認知症に対する知識が深まり、地域で認知症に対する自主的な取り組みが始まった。
- 認知症カフェには、高齢者だけでなく、地域の乳幼児とその保護者も参加し、若年層との交流が生まれ、生きがいを感じる場所にもなっている。
- 事業実施を町主導ではなく、関係機関・関係者と企画から実施まで一緒に行ったことで、地域づくりに向けた意識の統一へつながった。



今後の展望

- 認知症サポーターとなった高齢者が認知症カフェの運営スタッフに参加してもらうなどして、生きがいを感じられる地域づくりを進めていく。
- 認知症カフェの場をきっかけとして、町民全体が認知症への理解が深まることにとどまらず、子供、若者及び高齢者が交流し、支え合い活動につながるようにする。
- 町内の事業所にも認知症サポーター養成講座を行い、認知症に対する理解を深め、地域の見守りネットワーク体制を構築していく。

1 市町村支援の内容

① 医療・介護総合確保の推進

・在宅医療や医療・介護連携の推進に加え、地域包括ケアシステムの構築に向けた方策を包括的に協議するため、在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会を開催

② 町村支援

・担当者会議、意見交換会、先進事例を紹介したセミナー等を開催したほか、町村・地域包括支援センターを訪問して、町村・地域包括支援センターの取り組みを支援

③ 地域支援事業技術的助言

・新しい介護予防・日常生活支援総合事業の早期移行、包括的支援事業の充実及び地域包括支援センターの体制強化に向け技術的助言を行った。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
只見町	その他（住民主体による介護予防の推進）	1,500千円
只見町	その他（医療・介護の連携）	1,080千円
南会津町	高齢者の社会参加促進（生きがいつくり）モデル	653千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

① 住民が主体的になって実施する介護予防事業の体制整備

・オリジナルの介護予防体操を開発し普及啓発のためのDVD作成、介護予防ボランティアの育成、体操で使用する備品等の整備など、住民が主体的に介護予防に取り組むための体制を整備

② 保健・医療・福祉等関係機関の連携促進

・地域ケア会議について、保健・医療・福祉が一体となって地域の課題解決に取り組み、政策形成を担う組織としていくため、メンバーの意識づくりに取り組んだ。

・関係機関が、高齢者の状況を把握しやすい環境を整備するため、介護予防手帳、介護保険被保険者証、お薬手帳等を1つに収納する「只見町健康安心ファイル」を作成

今後の展開方針

① 住民運営の通いの場の充実

・住民が主体となって運営する通いの場の立ち上げを支援し、実施地区の拡大を図る。

② 保健・医療・福祉等関係機関の連携強化

・多職種連携による地域ケア会議の充実を図るとともに、地域や関係機関が一体となって高齢者を支えていく体制を強化していく。

只見町の概要

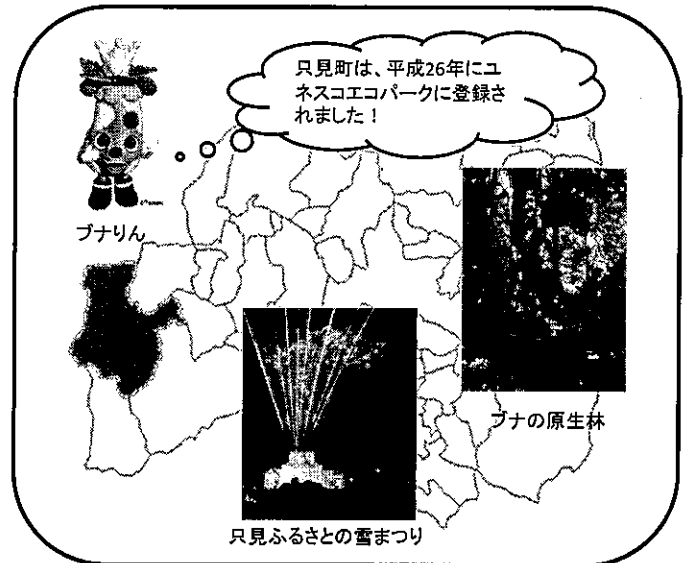
只見町は、面積が747.53km²で、東京23区の1.2倍となる広大な面積を有し、福島県の西南端にあって新潟県との県境に位置し、面積の94%が山林に占められ「越後三山只見国定公園」をはじめ、周囲を高い山々と広大なブナの原生林に囲まれている、日本屈指の豪雪地帯です。

福祉の里構想により、国保朝日診療所を拠点として、保健福祉センター、地域包括支援センター、介護保険施設など保健・福祉・医療施設が1か所に集中しており、多職種協働によるサービスの提供を推進しています。

【基本情報】

平成27年9月1日現在

●人口	4,451人
●65歳以上高齢者人口	1,977人
●高齢化率（県内第4位）	44.4%
●要介護認定率	21.6%
●第1号保険料基準月額	4,810円



取組の内容

取組の背景

- 平成23年に日常生活圏域ニーズ調査を実施した結果、二次予防事業対象者に対する事業の成果が見られない場合、介護保険給付費への影響は大きくなる調査結果となった。
- 高齢化率が40%を超え、認定者数も年々増加し、一人暮らし高齢者や、高齢者のみの世帯が今後も増加すると予想される。
- 充実した地域包括ケアシステムを構築するため、保健、福祉、医療が一体となって、地域課題解決に取り組み、高齢者を支えていく事が重要となった。

事業内容

- 毎月行われている地域ケア会議において、医療・介護・保健等の多職種による個別ケースの検討や情報交換が行われているが、地域の課題を共有し、問題の解決や資源開発、政策形成等の役割を担える組織づくりを行う。
- 只見町の公認キャラクター「ブナりん」のテーマソングである「ブナりんのうた」を利用して、オリジナル介護予防体操を制作し、体操の普及活動を実施する。普及活動を通して各集落の元気高齢者やコミュニティが主体となって行う介護予防事業（集落サロン等）の立ち上げを支援する。
 - ・ 介護予防体操の開発（体操の振り付け業務委託・模範体操収録DVD作成等）
 - ・ 各集落に対して普及啓発活動を実施（インストラクター派遣、DVDプレーヤーの整備）
 →委託先：NPO法人ただみコミュニティクラブ
- 希望者に対して模範体操収録DVDの無償配布

- 高齢者が所有する介護予防手帳、介護保険被保険者証のほか、医療保険証、おくすり手帳、各種認定証等を1つに収納できるファイル（只見町健康安心ファイル）を作成し配付（要介護者を除く）することにより、高齢者の状況を把握しやすい環境を整備することができ、もって保健・福祉・医療等の多職種の円滑な連携の強化を図る。
 - ・只見町健康安心ファイルを作成し、65歳以上高齢者（要介護者を除く）へ配付
- ※ 財源は、平成27年度福島県地域包括ケアシステム構築推進支援事業補助金

取組のポイント

- 地域ケア会議のあり方を再確認し、地域の課題解決に向けた取り組みの検討など、関係者間の認識に齟齬が無いよう、会議の目的を明確にしながら取り組むようにした。
- 町の公認キャラクターを活用した介護予防体操を制作することにより、高齢者だけでなく町民全体の意識向上を図った
- 健康安心ファイルは、高齢者のおかれている状況を把握しやすくするためを目的としているが、医療保険証や介護保険被保険者証など紛失される事が無いよう、一緒に収納できるファイルを作成するようにした。

成果と課題

取組の成果

- 地域ケア会議が、町の地域包括ケアシステム構築に主体的に取り組む組織であることについて、会議メンバーの意識づくりに取り組めた。
- プナりん体操が高齢者を中心に各地で広まり、介護予防への意識づくりに取り組めた。
- 健康安心ファイル活用していただくことで、高齢者の状況を把握し、関係者間で共有することができるようになった。



プナりん体操の様子

今後の展望

- 地域包括支援センターの体制を強化し、毎月開催の地域ケア会議において、地域の課題を把握し、充実した地域包括ケアシステム構築に繋がる政策形成ができるような会議を目指す。
- 引き続きプナりん体操による介護予防の普及啓発活動に努め、各集落内に住民主体のサロン事業立ち上げを図り、併せて生活支援コーディネーターの配置を推進する。
- 介護予防手帳を作成し、介護予防事業に取り組みやすい環境と高齢者の状況を把握しやすい環境を整備する。



住民主体による集落サロンの様子

1 市町村支援の内容

地域包括ケアシステム構築相双圏域連絡会議や新しい総合事業の移行に向けたセミナーなどを通じて、県による支援事業や各種研修会及び他市町村の取組状況等の情報提供を行い、事業の実施を側面から支援した。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
相馬市	認知症対応モデル	547千円
楡葉町	認知症対応モデル	703千円
楡葉町	高齢者の社会参加促進モデル	331千円
楡葉町	その他（被災地における地域包括ケアシステムの構築）	608千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

●認知症対応モデル

認知症サポーター養成講座の開催等によりサポーターの増加が図られ、住民への認知症に関する正しい知識の普及・啓発に成果があった。

●高齢者の社会参加促進モデル

楡葉町の避難指示解除から間を置かずにサロンを開設したことで、帰還住民が気軽に集える場が確保され、今後の帰還高齢者の孤立を防ぐ効果が期待される。

●その他モデル

地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる先進事例を実践者から直接紹介してもらうシンポジウムの開催により、地域包括ケアシステムに対する住民の理解促進や専門職等の意識啓発に成果があった。

今後の展開方針

27年度のモデル事業の実施状況を相双地域の他市町村に情報提供し、若年層人口減少・介護担い手不足、高齢化率上昇、社会資源の減少などの問題を抱える地域事情の下、地域包括ケアシステム構築にどのように取り組めるか検討してゆく。

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よる被災のため、約4年半に亘り避難生活を余儀なくされてきたが、平成27年9月5日に避難指示が解除された。現在、町民が1日も早く帰還し、檜葉町内で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。
- 檜葉町内で生活している方は、圧倒的に高齢者が多く、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。

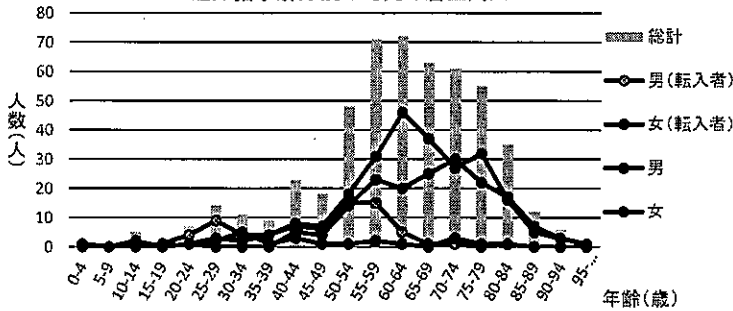
【基本情報】

平成28年2月1日現在

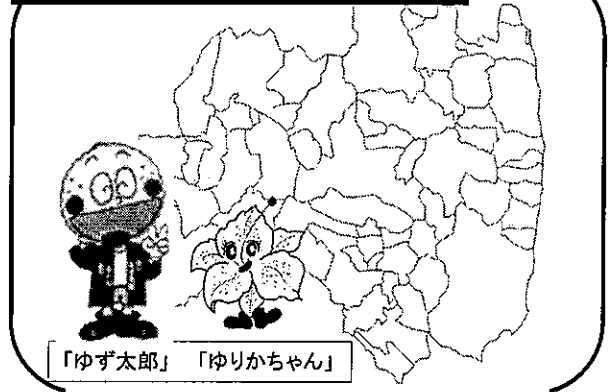
※住基人口…住民基本台帳に搭載された人口
 現住人口…震災当時檜葉町に住民登録されていた者のうち週4日以上檜葉町内で生活していることを町に届け出た者及び避難指示解除後の転入者の合計

- 人口
 (住基人口) 7,379名
 (現住人口) 514名
- 65歳以上高齢者人口
 (住基人口) 2,231名
 (現住人口) 234名
- 高齢化率
 (住基人口) 30.2%
 (現住人口) 45.6%
- 要介護認定率
 (住基人口) 6%
 (現住人口) 5.8%
- 第1号保険料月額 7,000円 (全国ワースト14)

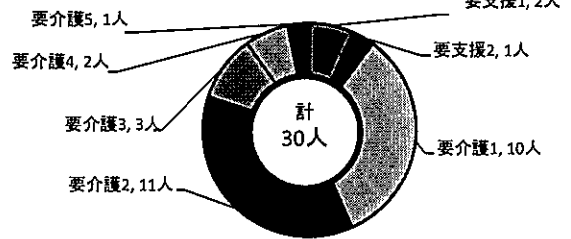
避難指示解除後の町内の居住人口



檜葉町の位置とマスコットキャラクター



帰町者の要介護状態



取組の内容① ～認知症対応モデル～

●背景

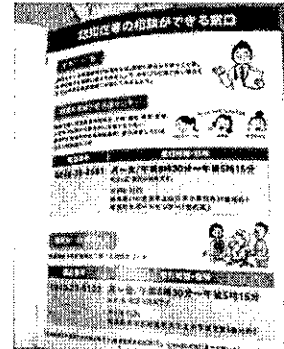
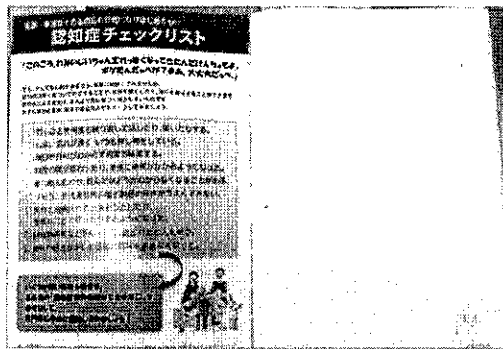
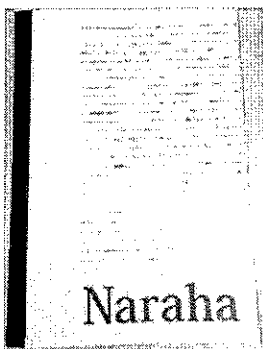
- 避難生活の継続により、認知機能が低下する高齢者が増加した。
- 震災前、多くの町民は複数世代で生活していたが、世代毎に分かれて避難生活を継続することで、核家族化が進行した。

●事業内容

- 認知症地域支援体制構築推進セミナーへの参加
 - 全国の自治体担当者と意見交換することで、施策の参考となった。
- 認知症地域支援推進員研修への参加
 - 来年度以降の認知症地域支援推進員配置に寄与
- 認知症啓発ノートの作成
 - 認知症の啓発に資するため、認知症チェックリストと相談窓口を掲載したノートを作成し、小中学校に配布。
 - 認知症の啓発とともに、家庭学習で使用することで、震災で失われた世代間交流の機会を増加させる狙いがある。

●取組のポイント

- 認知症啓発ノートは、生徒が使用しやすいようにするとともに、檜葉町を忘れないような工夫をした。



取組の内容② ～集いの場モデル～

●背景

- 避難生活の継続と帰還世帯がまばらな現状において、コミュニティの構築が求められている。
- 介護予防の観点でも、集いの場の重要性が指摘されている中、帰還住民の集いの場を魅力的にする必要性があった。

●事業内容

1. サロン「ふらっと」へのコーヒーメーカー等備品の購入
 - ✓ 社会福祉協議会が開所したサロン「ふらっと」の運営に必要な備品を購入した。

●取組のポイント

- 健康増進のイベントや地域包括ケアシステム構築推進シンポジウムでサロン「ふらっと」を使用し、コーヒーを実際に飲んでいただくことで、町民や専門職等に周知するよう努めた。

●次年度以降の課題

- 「ふらっと」の周知不足が否めないところ。また、現在帰還されている方は、生活環境の整備が主な関心事であり、「ふらっと」の積極的な利用にはハードルが高い。状況に応じた更なる対応策を次年度以降に検討予定。

平成27年9月5日(土)
避難指示解除

平成27年9月7日(月)
サロン「ふらっと」オープン

平成27年11月13日(月)
コーヒーメーカー導入



取組の内容③ ～その他、地域包括ケアシステム構築に資するモデル～

●背景

- 避難指示解除に際し、当面の帰還は高齢者中心となると予測されていたが、職員、住民双方に高齢者施策の重要性や地域包括ケアシステムに関する認識が不足していた。
- 避難指示解除後の急速な高齢化に対応するため、また、新たなまちづくりを展開するため、地域包括ケアシステムの構築を、全庁（全町）的な取組に繋げる必要性があった。

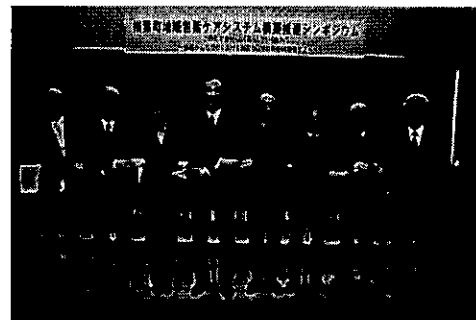
●事業内容

1. 高知県内の地域包括ケアシステム構築にかかる先進地への視察

- ✓ 高知県内には過疎地域が点在しており、当該地域では早くから高齢化が進展していた背景がある。この状況に対応するため、以前から地域包括ケアシステムと言える体制が構築されていた。
- ✓ 医療機関と保健福祉行政が連携した形や複数自治体での保健福祉事業の連携した形、住民、社会福祉協議会が主体となった形等、多種多様な地域包括ケアシステムの在り方を視察し、今後の檜葉町での地域包括ケアシステム構築に向けた取組の参考とした。

2. シンポジウムの実施

- ✓ 町民や専門職への地域包括ケアシステムの啓発のため、福島県立ふたば復興診療所「ふたばリカレ」開所式と合わせてシンポジウムを実施。185名の町民、専門職等に参加いただいた。



高知視察



成果と課題

取組の成果

- 次年度の認知症地域支援推進員の生活支援コーディネーターの配置へ向けた足がかりができた。
- サロンへの備品が導入でき、魅力づくりにつながった。
- 高知への視察やシンポジウムにより、職員・町民が地域包括ケアシステムに対し関心を持つきっかけとなった。

今後の展望

- サロンを活用した住民主体の介護予防やコミュニティづくり
- 認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、生活支援相談員、住民が協働して、地域資源を開発
- シンポジウムや勉強会は今後も継続して実施していく必要がある。
(出張ではなく、講演会でも効果があるかも)

参考:シンポジウムでの
町長説明資料

檜葉町の保健福祉施策について



檜葉町では、疾病予防（健康増進）、介護予防、医療介護連携を三位一体で取り組むことで、町民の皆様が安心していきいき暮らせるまちづくりに努めます。その結果として、経済的負担の軽減及び社会保障の維持につなげていきます。

- ✓ 健康寿命の延伸=医療・介護サービスが必要な人を最小限にとどめる。
→医療・介護サービスの供給量の増加

疾病予防・健康増進 (医療保健連携)

- (病気の面で) 支えられる人を増やさない
- (地域で) 支える人を増やす



<サロン「ふらっと」において元気アップ教室の開催>

医療と介護の効率的な提供 (医療介護連携)

- 病気を悪化させない (医療)
- 生活を成り立たせる (介護・生活支援・住まいの提供)
- 医療と介護を両輪のように一体的に提供できるようなシステム構築

- ✓ 地域で【生活支援・助け合い】をすることにより、介護専門職の負担が減る。

介護予防 (保健福祉連携)

- (生活機能の面で) 支えられる人を増やさない
- (地域で) 支える人を増やす

- ✓ 地域で【疾病予防・健康増進・介護予防・生活支援】に取り組むことで、地域コミュニティが強化される。
- ✓ 地域コミュニティが強化されることで、地域の人々に役割が生まれ、社会参加の推進や生きがい創出につながる。
- ✓ 社会参加や生きがいの創出により、介護予防や健康増進につながる。

地域コミュニティ

いわき市の概要

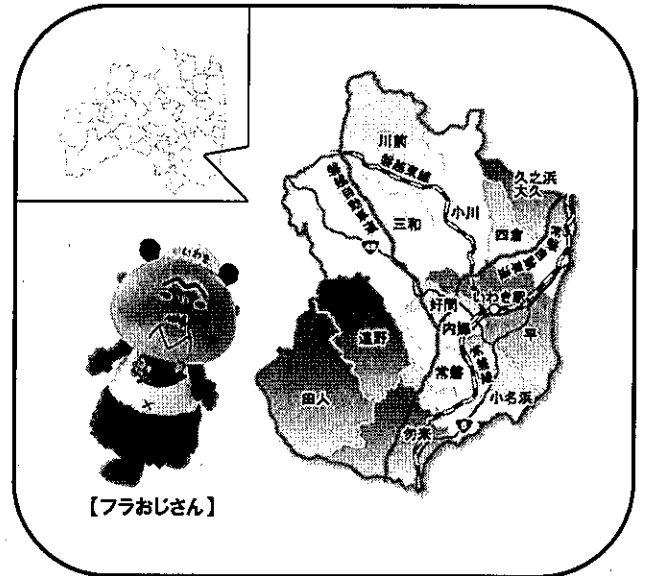
いわき市は、福島県の東南端、茨城県と境を接する、広大な面積を持つまちで、東は太平洋に面しているため、寒暖の差が比較的少なく、温暖な気候に恵まれた地域です。

第7次いわき市高齢者保健福祉計画において、平成37年に向けたビジョンとして「健康寿命の延伸」と「地域包括ケアシステムの構築」を位置づけており、これらを実現するため、「医療と介護の連携強化」「サービス基盤の整備」「認知症対策の推進」など8つの取組みの視点に基づき、各種施策に取り組んでいるところです。

【基本情報】

平成28年1月4日現在

- 人口 331,933人
- 65歳以上高齢者人口 93,133人
- 高齢化率 28.06%
- 要介護認定率（平成27年12月末現在） 20.3%
- 第1号保険料月額 5,789円



【フラおじさん】

取組の内容①

●背景

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしく自立した生活を営むことができる「地域包括ケアシステム」の中核的な役割を担う重要なサービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスがあげられる。

当該サービスは、平成24年度に創設されたものであるが、本市では未整備の状況にある。

●事業内容

【地域密着型サービス施設モデル】

(1)市内のサービス需要の把握

市内の居宅介護支援事業所に対し、サービスのニーズ調査を実施することで、市内の日常生活圏域ごとにおけるニーズを把握

(2)セミナーの実施

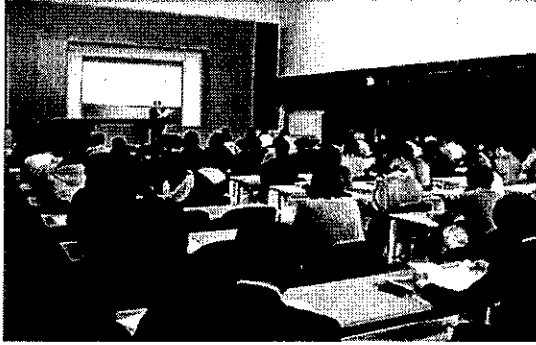
市内の介護保険事業所・医療法人の経営者を対象に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護参入促進セミナー」を実施する。

●取組のポイント

他自治体等で同様のセミナーを開催している一般社団法人24時間在宅ケア研究会へ委託し、当該セミナーを開催。

市内の介護事業所・医療法人の経営者に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の必要性をアピールすることで、市内での事業参入促進に繋げる。

【セミナーの状況】



【個別相談会の状況】



【開催周知用ちらし】

主催 いわき市保健福祉部長寿介護課

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」 参入促進セミナー

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしく自立した生活を営むことができる「地域包括ケアシステム」の中核的役割を担う重要なサービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスがあります。
地域包括ケアシステム構築に向けて、当該サービスの整備および参入促進のために、介護保険事業者、病院、診療所の経営・運営に係わる方々を対象にセミナーを開催いたします。

開催日時 平成28年2月17日(水) 13:30～16:20(13:00開場)

会場 いわき市総合保健福祉センター 多目的ホール

対象 ◇介護保険事業者の経営者・管理者・サービス提供の責任者等
◇病院・診療所の経営者等

定員 100人

参加費 無料

プログラム	
13:30～13:40	主催者挨拶等 いわき市保健福祉部 部長 西村 務博
13:40～14:00	地域包括ケアシステム構築に向けての取組みについて いわき市長寿介護課 主任主査兼介護課長 佐々木ともし子
14:00～15:10	地域包括ケアシステム構築に向けた随時対応型サービスの役割と取組へのポイント(仮) 社会福祉法人 ウェルエイズ 常任理事 青木 高一 氏
休憩(15:10～15:20)	
15:20～16:20	個別相談会(事前のお申込みが必須となります) 一般社団法人 24時間在宅ケア研究会事務局

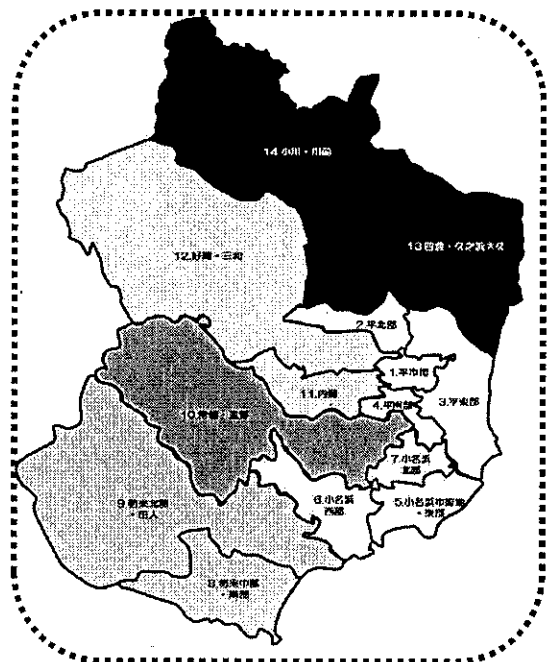
成果と課題

取組の成果

- ニーズ調査により市内で一定程度のニーズがあり、当該サービスの必要性があることが分かった。
- セミナーへ市内介護保険事業所・医療法人の経営者等46事業所69名が参加。
- セミナー参加者のうち、4事業所が個別相談会へ参加し、専門家より事業のメリットや参入のためのノウハウを学ぶ。

今後の展望

- 市内事業所へ調査を実施し、日常生活圏域ごとの参入意向を把握。
- 今後、全ての日常生活圏域への整備を目指すため、当該サービスの整備方針を策定。



高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう全ての日常生活圏域への「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の整備を目指す。

取組の内容②

●背景

平成21年から住民参加型介護予防事業として「シルバーリハビリ体操」を取り入れ、養成講座を受講した市民ボランティアが体操指導士として地域で指導・普及活動を展開している。

今後、さらなる地域における介護予防意識の醸成を図り、住民が主体的に活動の場を拡大できるような体制構築のため、市民ボランティアへの活動支援を検討する必要があった。

また、体操指導士の指導技術・知識の向上を図るほか、効果的な介護予防事業について検討する必要があったことから、リハビリ専門職との協議の場を設け、意識の共有を図りながら関係職種が連携する体制を構築する必要があった。

●事業内容

【高齢者の社会参画促進モデル】

- 1 体操指導士会の設立と活動支援
 - (1) いわき市シルバーリハビリ体操指導士会と7つの地区指導士会の設立
 - (2) 指導士会の活動支援の拡充
- 2 健康と生きがいづくり部会の開催
 - (1) 本市の介護予防事業の現状理解、課題の整理、検証
 - (2) 体操指導士のフォローアップ方法の検討
 - (3) 介護関係者への指導・助言方法について検討（個別ケア会議への参加など）

●取組みのポイント

市民ボランティアの指導士が「指導士会を設立しよう」と思えるように、市の考えを明確に示し、意見交換を重ねて意識の共有を図った。

部会では、行政職員も事務局としてではなく委員として参加。一緒にテーブルを囲むことで、活発な意見交換に繋がった。（取組③、④の部会も同様の形式で開催した）

成果と課題

取組の成果

- これまでは、「市と指導士個人」の関係だったが、指導士会を設立したことで、指導士同士の連携が強化され、指導士会による研修会開催や新人指導士へのOJTなどが可能になった。
- 体操指導士養成講座や地域での体操教室を指導士会が実施することができるようになり、これまで以上に、地域に根差した活動が可能になる。
- 専門職との顔の見える関係づくりができ、気軽に相談や意見交換ができるようになった。
- 各団体の取組みや考えを把握できたほか、地域ケア会議等における専門職の関与の必要性について理解を得られた。



健康と生きがいづくり部会の開催 ↑
OT、PT、ST、栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センターなどの関係者と、介護予防の在り方について検討を重ねました。



いわき市シルバーリハビリ体操指導士会 ↑
1月30日に開催した「地域づくり講演会」において、体操指導士会のメンバーが体操を紹介。会場の皆さんと一緒に体操を実演しました。

今後の展望

- 地域における自主的な介護予防活動の促進を図るため、指導士会との一層の連携強化、活動支援の拡充を図るとともに、介護予防活動を行うための拠点確保に努めていく。
- 次年度以降も作業部会を継続開催し、リハ専門職との連携推進を図るとともに、より効果的な介護予防事業の仕組みづくりを進めて行く。

取組の内容③

●背景

国によれば、平成37年には高齢者の5人に1人が認知症になると推計されており、これを本市に置き換えると、約19,000人の高齢者が認知症になる見込みとなる。

こういった状況を踏まえ、第7次市高齢者保健福祉計画において、「認知症に対する正しい知識と理解の促進」「早期発見・早期対応ができるシステムの確立」「本人及び家族介護者支援の充実」を認知症対策の推進のための基本的な方向性として位置付けている。

このことから、認知症ケアに携わる関係者による協議の場を設け、本年度から実施する各種事業の検討や関係者の連携体制の構築を図る必要があった。

●事業内容

【認知症対応モデル】

- 1 高齢者生活安全部会の設置
 - (1) 認知症初期集中支援の仕組みづくり
(初期集中支援チーム及び連携ツール検討)
 - (2) 認知症カフェの実施方法の開催
 - (3) いわき市認知症あんしんガイドの作成
- 2 認知症に関する効果的な啓発方法の検討・実施
 - (1) 認知症初期スクリーニングシステムの導入
 - (2) 徘徊模擬訓練の検討
 - (3) 地域づくり講演会における啓発活動



高齢者生活安全部会の開催 ↑
認知症疾患医療センター、医師会、介護関係者などと、認知症対策について検討を重ねました。

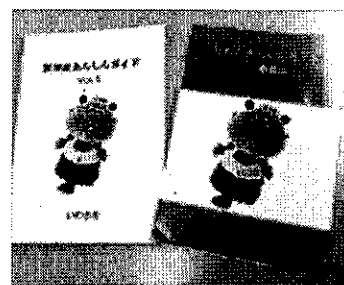
●取組のポイント

前年度から認知症ケアパスの検討などを通して、顔の見える関係づくりに努めてきたことに加え、第7次市保健福祉計画と本事業の方向性についての理解を図ったことで、認知症疾患医療センター、精神科病院、医師会などの協力が得られ、連携体制の強化が図られた。

成果と課題

取組の成果

- オレンジカフェ以和貴（いわき）を市内3カ所の会場で、それぞれ月1回開催している。
- いわき市認知症あんしんガイド（認知症ケアパス）を本編及び概要版を作成した。認知症に関心が低い方でも手に取りやすいようにする観点から概要版を作成した。
- 小名浜泉地区で徘徊模擬訓練を実施する予定。（3月17日予定）



認知症あんしんガイド本編&概要版 ↑
地域包括支援センター及び地区保健福祉センターの窓口で配布するほか、各種研修会の資料としても活用していく予定です。

今後の展望

- オレンジカフェの設置計画を策定し、引き続き開催箇所を拡大する。
- 認知症あんしんガイドは、最新の情報を盛り込めるよう、HPでは随時更新、冊子は定期更新をかけ、普及に努めていく。
- スタッフ確保などの課題から、初期集中支援チームの設置が遅れているため、早期の設置を目指すとともに、初期集中支援の仕組みづくりを続けて検討していく。
- 多職種連携のあり方を具体的に検討するため、部会において個別事例などを通じた認知症に関する地域課題の把握などを行っていききたい。



オレンジカフェ以和貴（いわき）の風景 ↑
「以和貴」は、「和を以って貴しとなす」という言葉から、いわき市長が命名しました。
ボランティアさんの協力も得ながら開催しています。飲み物代100円です。

「福島県地域包括ケアシステム構築推進事業成果報告書」

平成 28 年 3 月

福島県高齢福祉課

住 所：〒960-8670 福島市杉妻町 2-16

電 話：024-521-7165

F A X：024-521-7985

Email：koureifukushi@pref.fukushima.lg.jp