

1 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。

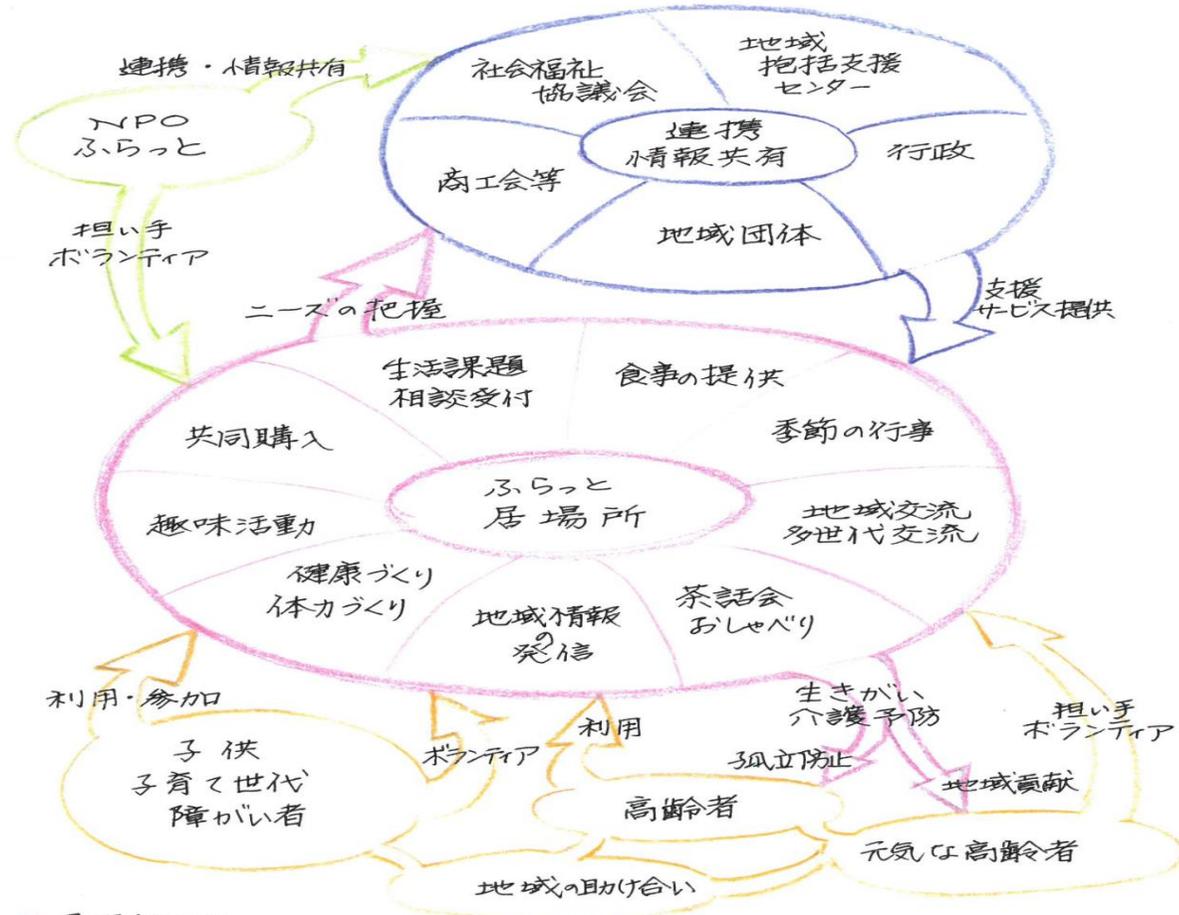
事業のスケジュール……週2回程度開設し、食事の提供、介護予防体操の実施、公共機関等との情報交換等を開催の予定。

●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



- 居場所とは、
 地域に住む多世代の人々が自由に参加でき、主体的に関わる事で
 自分を活かしながら過ごせる場所。
 そこのふれ合いが地域で助け合うきっかけにつながる場所。

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

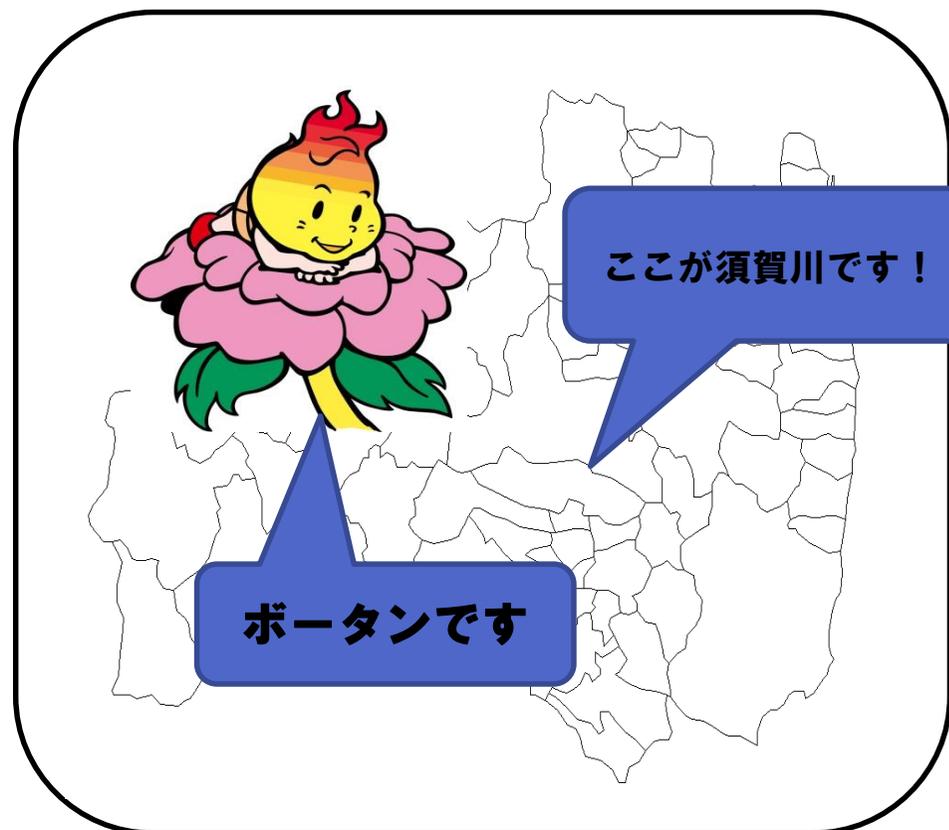
認知症になっても安心して暮らせるまちをめざして

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」のことばを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：『ボータンカフェ』

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：『ボータンカフェ 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



徐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2
9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

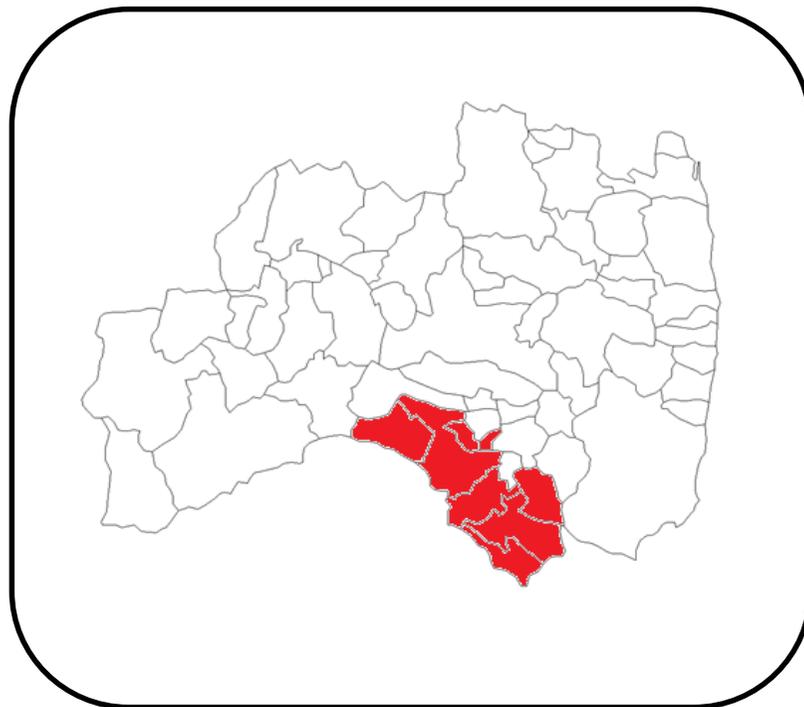
27.0%

●要介護認定率

16.4%

●第1号保険料月額（県南地域平均）

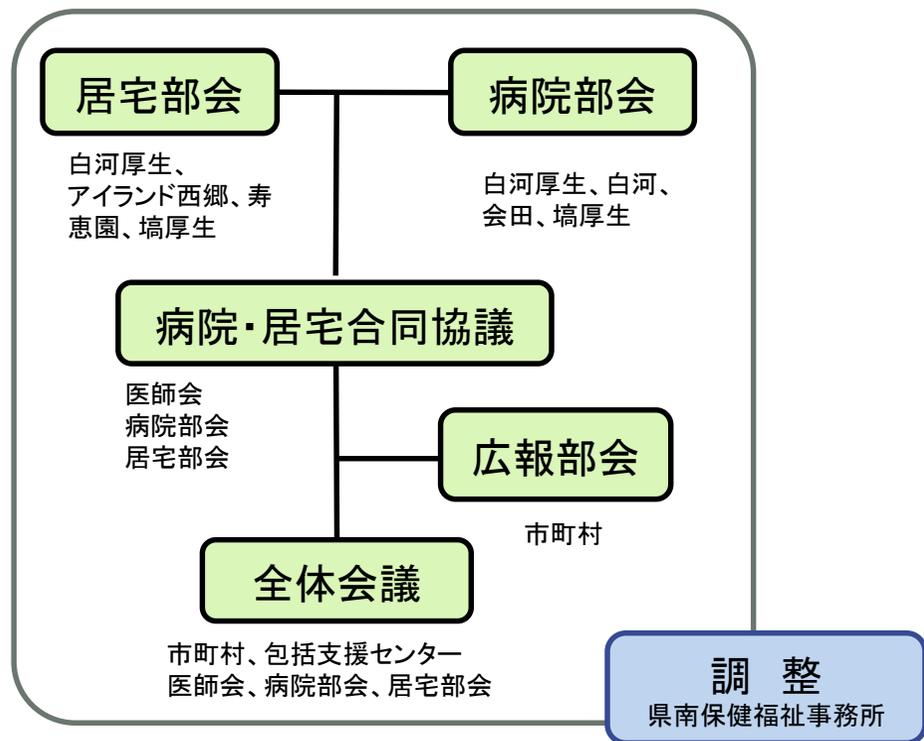
5,200円



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。）

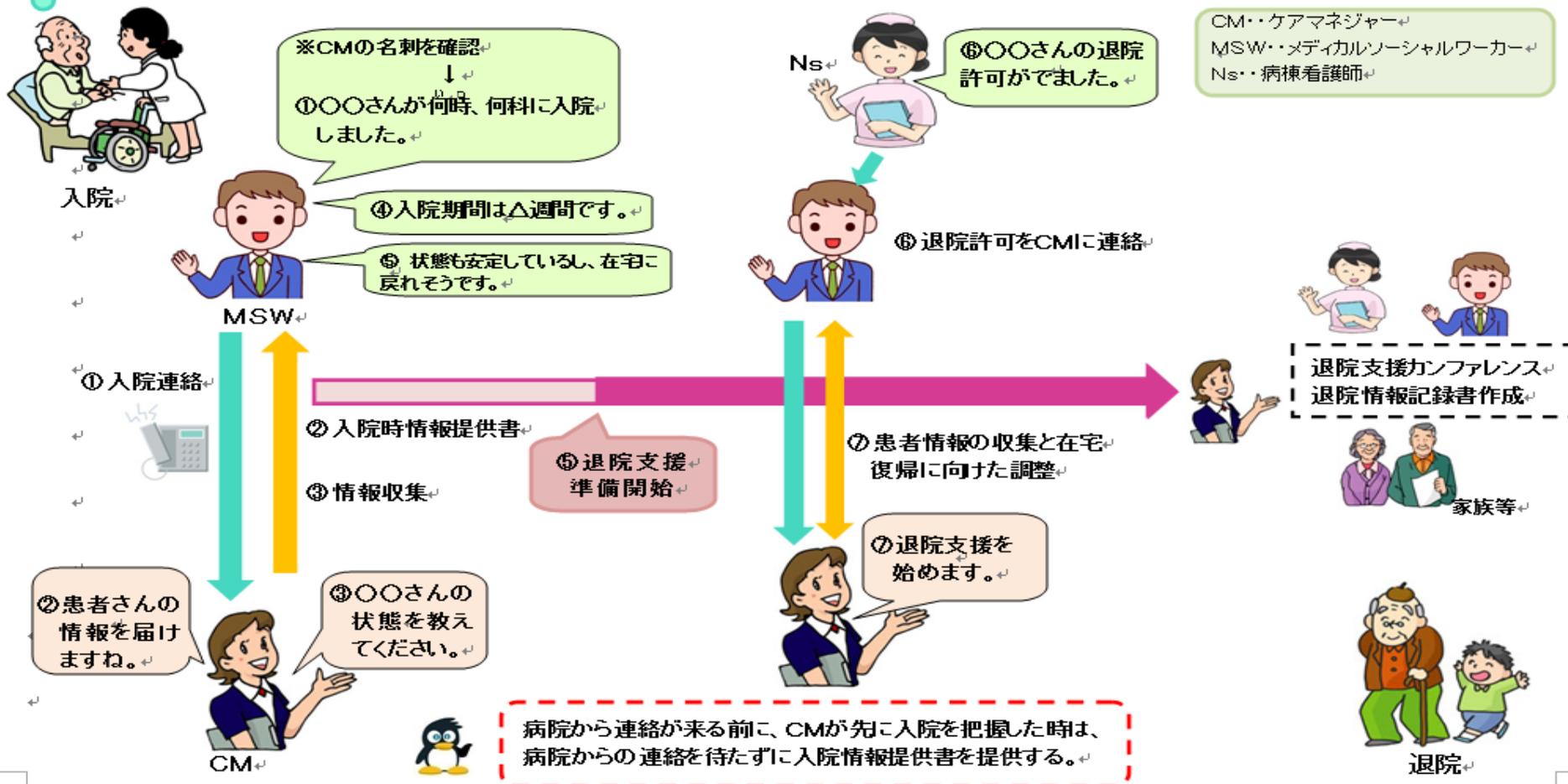


活動内容	
6月	全体会議（第1回）
7月	居宅部会（第1回、第2回） 病院部会（第1回、第2回）
8月	病院・居宅合同協議 全体会議（第2回）
9月	ケアマネジャー全体意見交換会
10月	居宅部会（第3回） 病院部会（第3回）
11月	全体会議（第3回） 広報部会（第1回）
12月	広報部会（第2回、第3回）
1月	広報部会（第4回） 全体会議（第4回）
2月	県南地域における退院支援ルール説明会

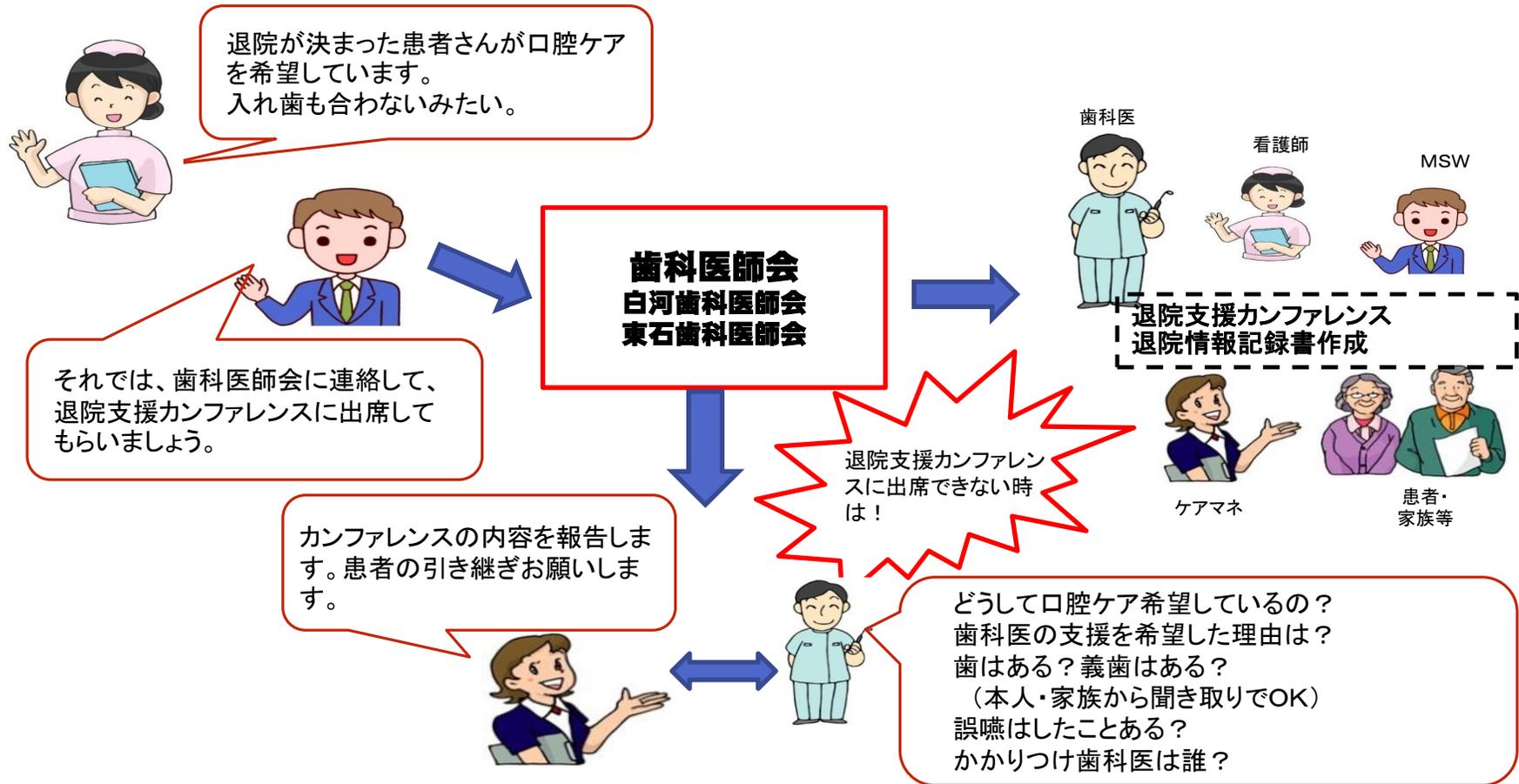
取組の内容②

- 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



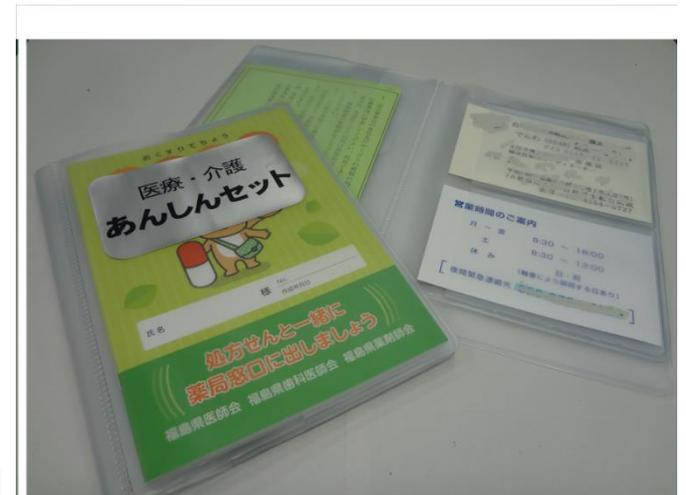
成果と課題

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地域に出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：地域に出向き、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が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

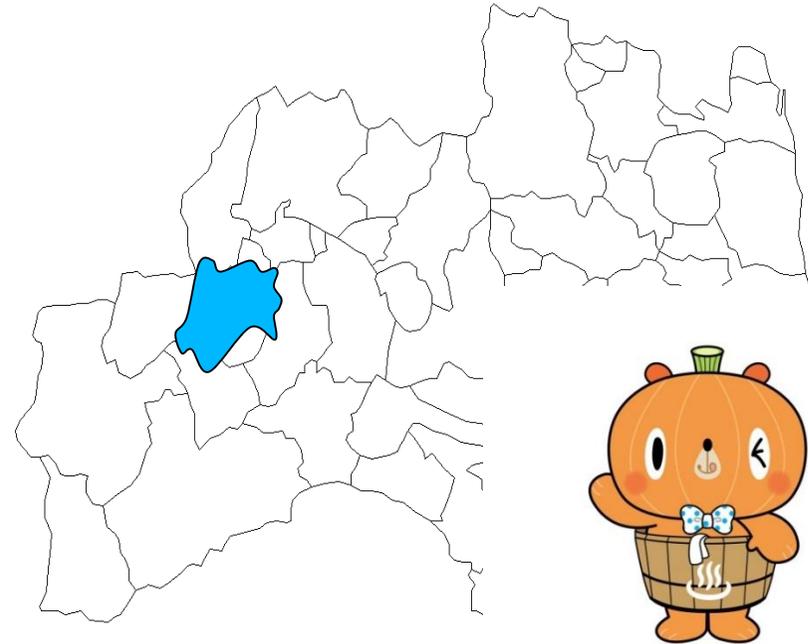
地域での見守りと認知症サポーター

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（生きがいづくり）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

保健、福祉、医療が一体となった元気なまちづくり

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



ブナりん

只見町は、平成26年にユネスコエコパークに登録されました！



ブナの原生林



只見ふるさとの雪まつり

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。
- ブ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。



ブナりん体操の様子

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。
- 引き続きブ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

檜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。

楡葉町の概要

- 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、楡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。
- 楡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…震災当時楡葉町に住民登録されていた者のうち週4日以上楡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**

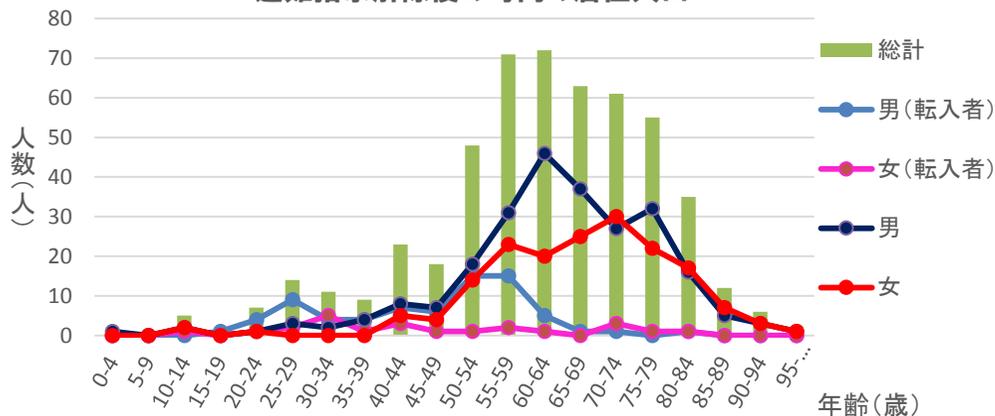
●65歳以上高齢者人口
 (住基人口) **2,231名**
 (現住人口) **234名**

●高齢化率
 (住基人口) **30.2%**
 (現住人口) **45.6%**

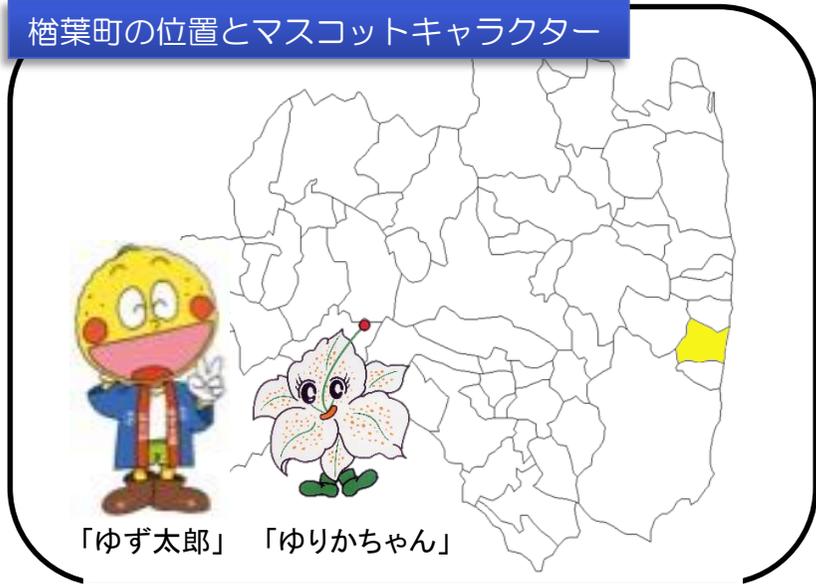
●要介護認定率
 (住基人口) **6%**
 (現住人口) **5.8%**

●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

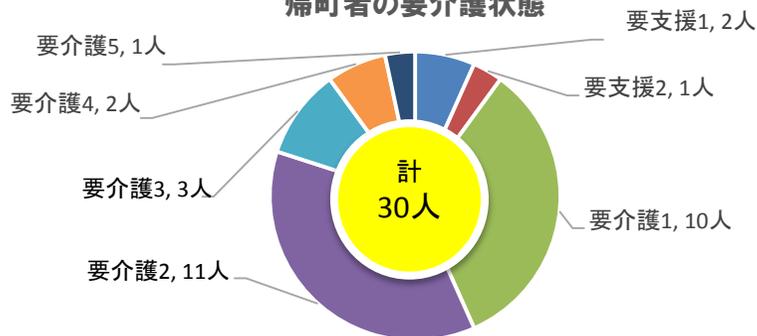


楡葉町の位置とマスコットキャラクター



「ゆず太郎」 「ゆりかちゃん」

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

1. 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。

2. 認知症地域支援推進員研修への参加

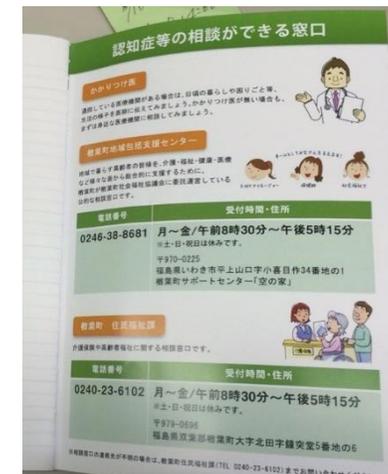
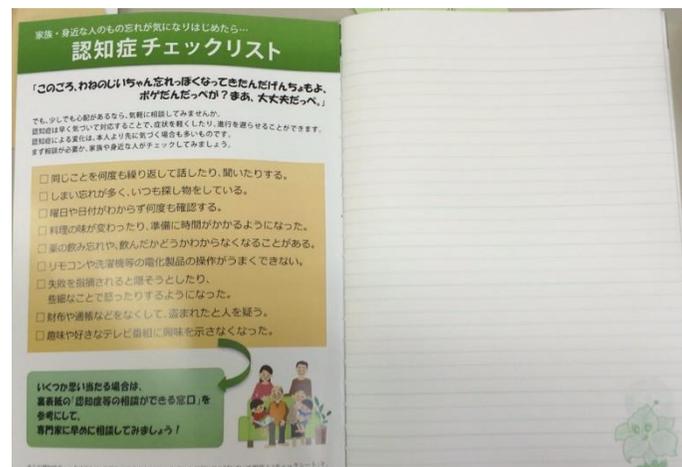
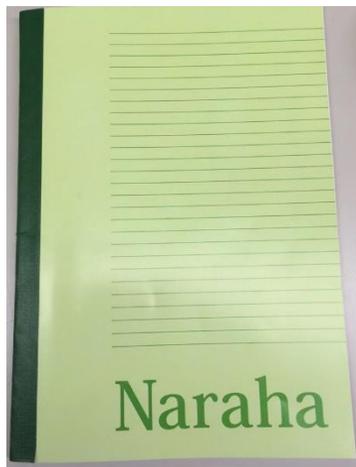
- ✓ 来年度以降の認知症地域支援推進員配置に寄与

3. 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

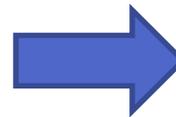
1. 高知県内の地域包括ケアシステム構築にかかる先進地への視察

- ✓ 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「ふたばリカーレ」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。

シンポジウム



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)

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。

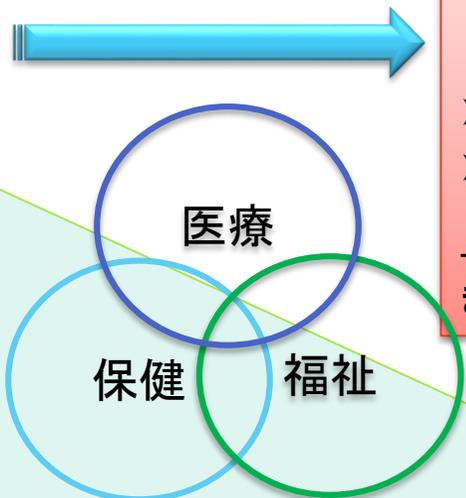
- ✓ 健康寿命の延伸 = 医療・介護サービスが必要な人を最小限にとどめる。
→ 医療・介護サービスの供給量の増加

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

健康寿命の延伸と地域包括ケアシステムの構築

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

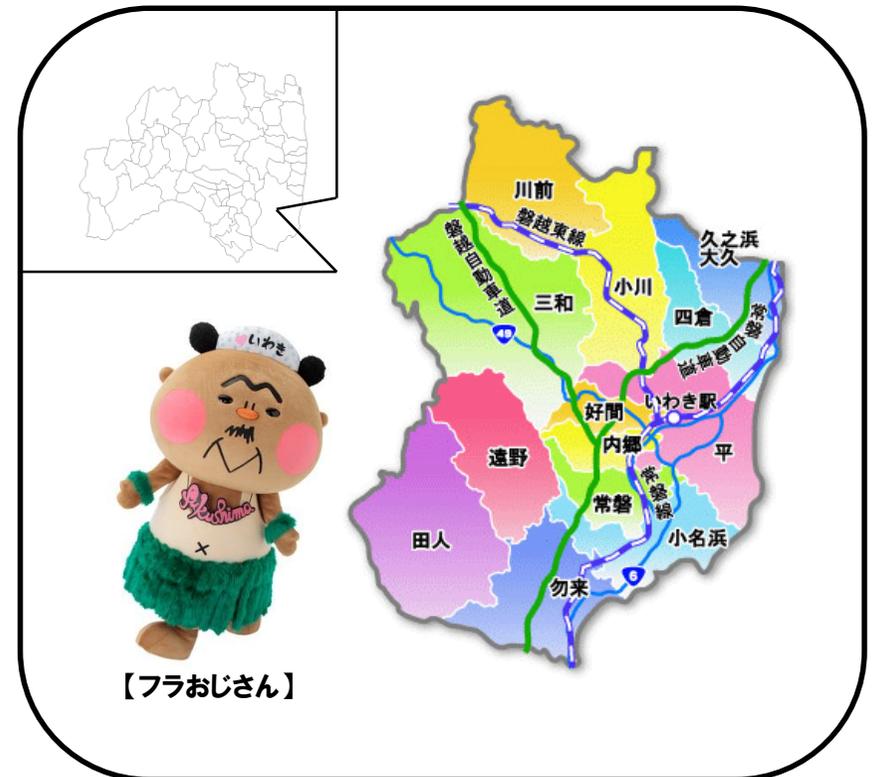
28.06%

●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、診療所等の経営・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 園部 義博
13:40～14:00	地域包括ケアシステム構築に向けての取り組みについて
	いわき市長寿介護課 主任主査兼介護支援係長 佐々木とも子
14:00～15:10	地域包括ケアを支える定期巡回・随時対応型サービスの実際と取組へのポイント(仮)
	社会福祉法人 ウェルエイジ 常任理事 青木 潤一 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要になります)
	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

- 二一ズ調査により市内で一定程度の二一ズがあり、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。

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。



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。

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。



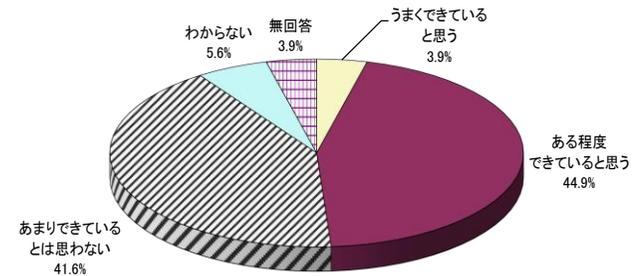
オレンジカフェ以和貴（いわき）の風景 ↑
「以和貴」は、「和を以って貴しとなす」という言葉から、いわき市長が命名しました。
ボランティアさんの協力も得ながら開催しています。飲み物代100円です。

取組の内容④

●背景

本市において、平成26年2月から3月にかけて実施した介護支援専門員調査において、「介護と医療の連携はうまく取れているか」とのアンケートを行った結果、「うまくできている」が3.9%、「ある程度できている」が44.9%、「あまり出来ているとは思わない」が41.6%であり、「できている」と「できていない」という意見がほぼ半々の状況だった。

このことから、市全域において、均一レベルの医療と介護の連携体制の構築を図るため、医療・介護職などの意識・情報の共有、連携体制の仕組みづくりを推進し、さらなる連携強化を図る必要があった。



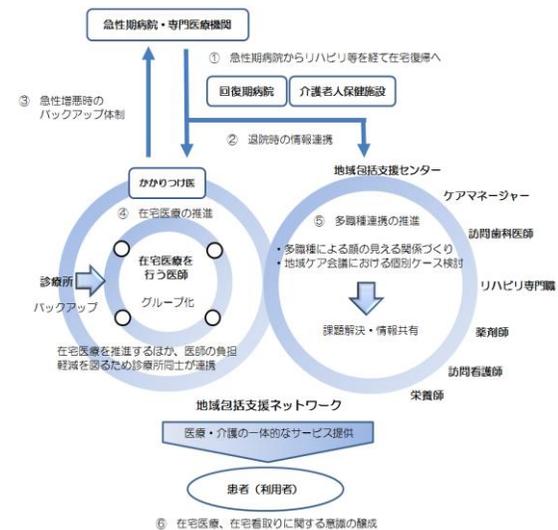
●事業内容

【地区医師会モデル】

- 1 医療と介護連携促進部会の設置
医療・介護関係者の協議の場を設け、本市の医療と介護連携にかかる課題抽出や対応策を検討する。
- 2 地域づくり講演会の開催
医療・介護関係者や地域住民に対して支え合える地域づくりの意識醸成を図る。

●取組のポイント

作業部会において、本市の現状と課題を確認し、医療・介護連携の「めざす姿」を考え、ビジョンを共有した。



医療・介護連携のめざす姿 ↑

成果と課題

取組の成果

- 在宅医療・介護連携推進事業（包括的支援事業）に係る取組みに着手し、入退院（所）時における情報共有シート、医療・介護資源のリスト化・マップ化を図るための情報項目の整理ができた。
- 部会の協議の中で、入退院時の仕組みづくりには「病診連携の推進」が不可欠との意見があったことを受け、市医師会が市内病院に働きかけて、「病院・在宅医療連携推進会議」を開催し、連携推進に向けた意見交換を行った
- 医師会との連携により「在宅医療出前講座」を市内7か所で開催。
- 地域づくり講演会を開催し、「人のつながりと健康」に関する講演のほか、「住民支え合い活動」の事例発表を行った。

今後の展望

- 情報共有シート及びリストを作成し、市内統一様式として使用するための合意形成、周知を図る。
- 入退院時の仕組みづくりのため、病診連携を推進に係る取組みを行う。市医師会と協力しながら、病院と医師会のほか、MSWとの意見交換会も開催したいと考えている。
- 関係機関と連携し、医療・介護関係者の研修、地域住民への啓発活動を継続する。（在宅医療や多職種連携、看取りや終末期医療など）



医療と介護連携促進部会の開催 ↑



在宅医療出前講座の開催 ↑



地域づくり講演会の開催 ↑
住民支え合い活動の事例発表