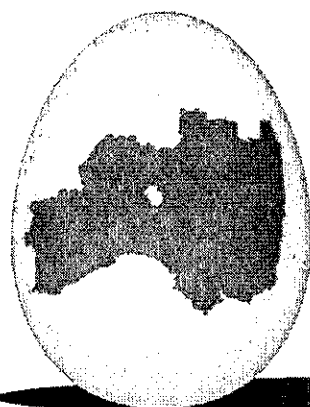


福島県地域包括ケアシステム構築推進事業
成果報告書



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

平成29年3月

福島県高齢福祉課



あいさつ

人口減少と高齢化が同時に進行している現在、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、高齢者の誰もが尊重され、健康でいきいきと暮らせる環境づくりを進めるとともに、住み慣れた地域の中で安心して暮らせるよう、地域全体で高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が本格化しております。

「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り、こうした願いをかなえるため、地域包括ケアシステム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、地域の特性に応じて推進していく必要があります。平成30年4月には全ての市町村で実施することとなります。

このため県では、今後の事業展開に活用していただくため、昨年度に引き続き、参考となる県内の先駆的な事例をまとめました。

今後とも、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、地域包括ケアシステムの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。

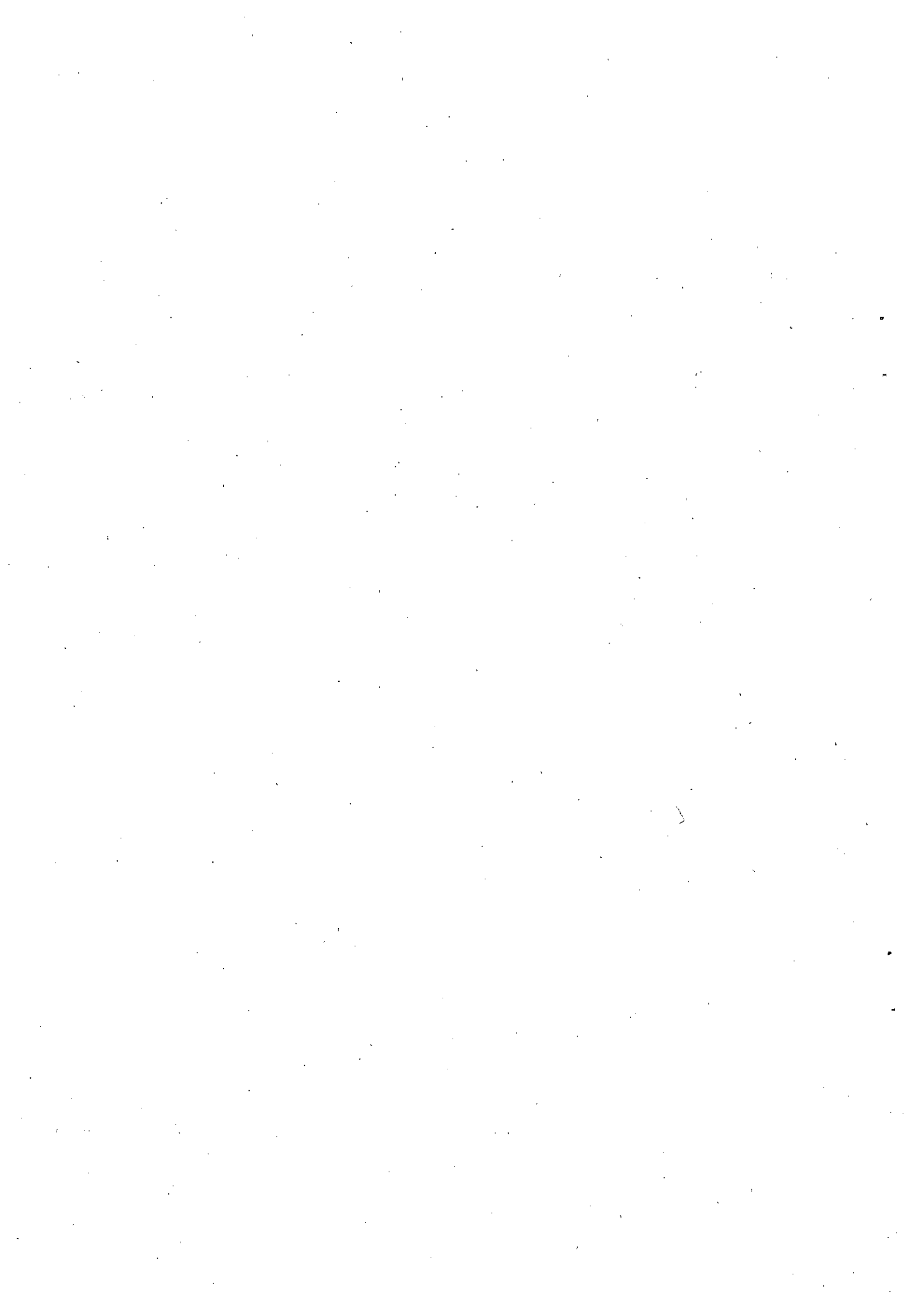
平成29年3月

福島県保健福祉部長 井出 孝利

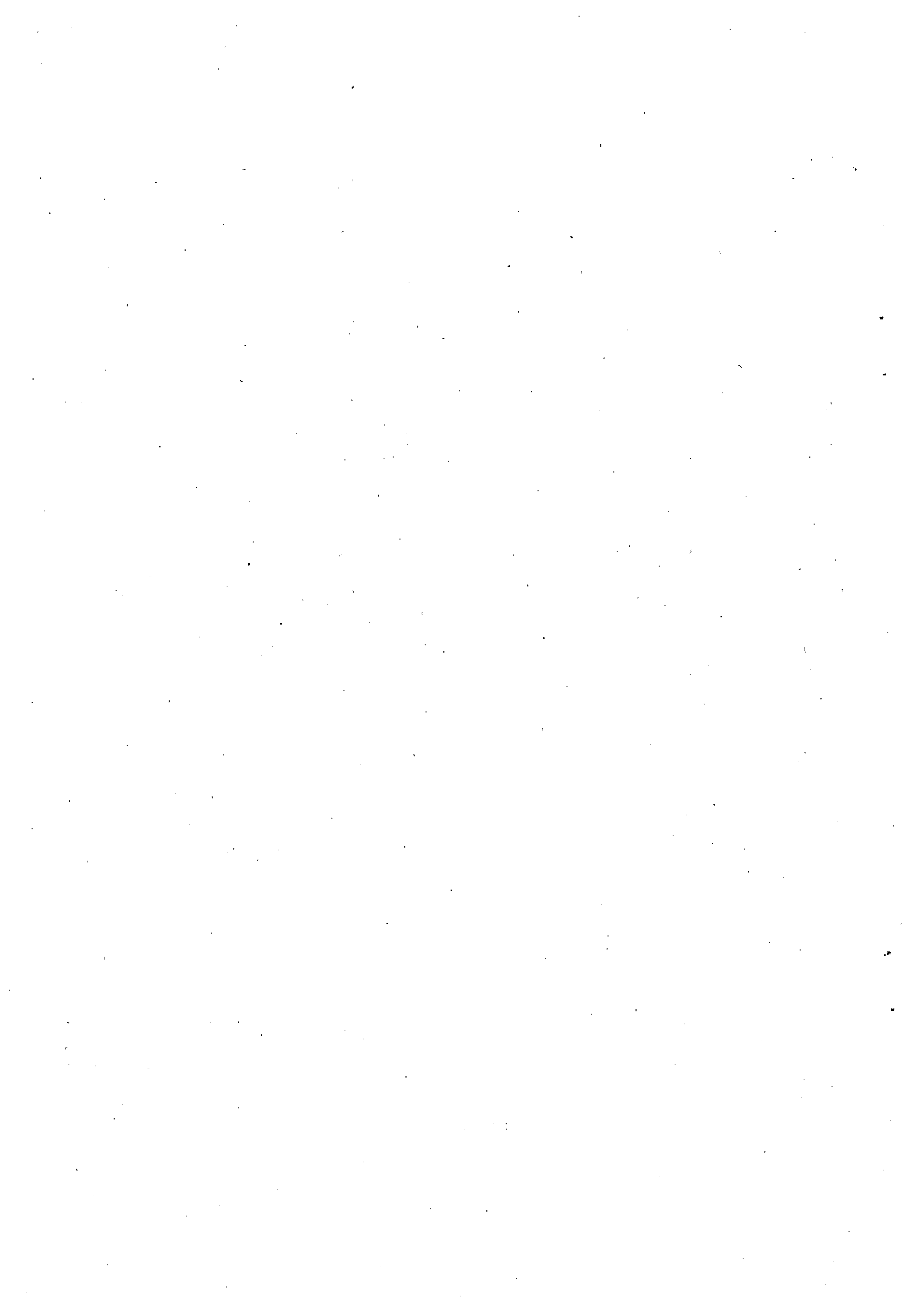


目次

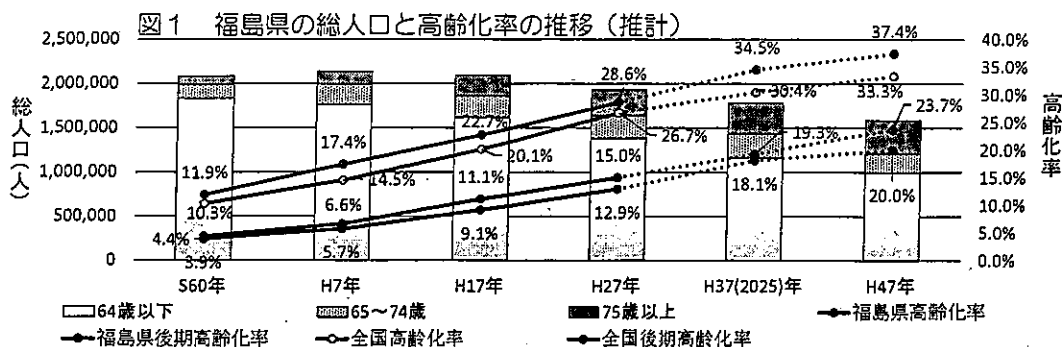
1	福島県の現状	1
2	取組事例	
	(1) 地域ケア会議の充実	5
	・本宮市	6
	・いわき市	8
	・三春町地域包括支援センター	11
	(2) 認知症施策の推進	13
	・田村市	14
	・会津若松市	17
	・石川町	19
	(3) 在宅医療・介護連携の推進	21
	・須賀川市	22
	・白河市	28
	(4) 生活支援サービスの充実	31
	・平田村	32
	・浅川町	35
	・昭和村	37
	・檜葉町	40
	(5) 地域づくりによる介護予防の推進	43
	・福島市	44
	・新地町	46
	・相双保健福祉事務所いわき出張所	48
	(6) 高齢者が支え合う地域コミュニティの構築	51
	・原田町内会（郡山市）	52
3	今後の展望	56
■	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	58



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人数/(出現率)	患者数 (出現率) 7.6万人 (15.0%)	8.6万人 (15.7%)	10.4万人 (17.2%)	11.7万人 (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人数/(出現率)	患者数 (出現率) 7.6万人 (15.0%)	8.7万人 (16.0%)	10.9万人 (18.0%)	12.7万人 (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

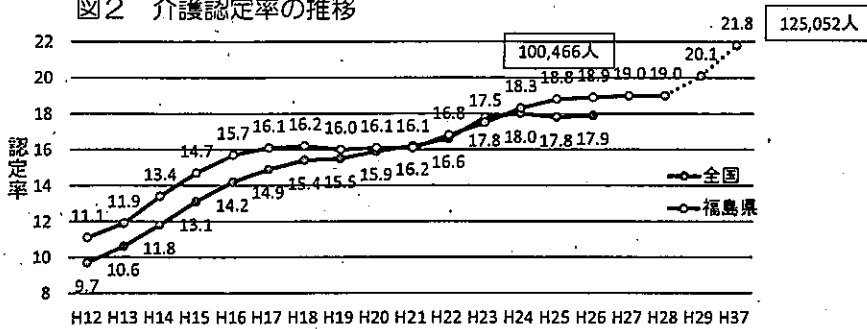


表3 2015年～2017年度の介護保険料

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28年9月の認定率は19.0%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



■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
 - ・圏域別意見交換会・勉強会
 - ・高齢者支え合いコミュニティ支援事業の実施

■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・運用
 - ・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

■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

■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



■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
 - ・広くしほの福祉を支える人材の育成事業



2. 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。
- 多職種連携による自立支援に資する地域ケア会議を推進するため、介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援するとともに、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。

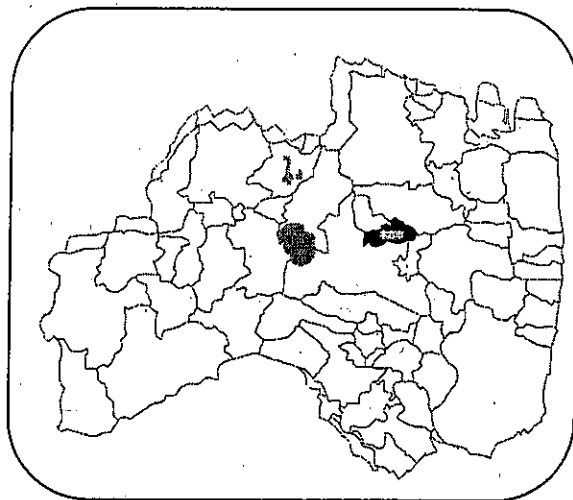
【本宮市の状況】

平成27年介護保険法改正により、自立した日常生活を営むことができるよう、包括的・継続的な支援を行う事業の効果的な実施のために、地域ケア会議を置くよう努めなければならない旨規定された。

個別ケースの地域ケア会議は、地域包括支援センター開催との事から、平成26年度直営包括が10ケース開催し、平成27年度は委託体制となった地域包括支援センターが開催。

【基本情報】（県統計 平成29年1月）

●人口	30,845人
●65歳以上高齢者人口	8,282人
●高齢化率	26.9%
●要介護認定率（介護保険情報）	15.6%
●第1号保険料月額	5,200円



取組の内容①

1. 背景

・平成26年度は地域包括ケアシステム構築のため、埼玉県和光市を視察し、地域ケア会議により、ケースが自立に結びついたり介護給付率の低下へ寄与している状況を知ることができた。

また、直営包括が10ケース開催し、課題解決に向かったり、リハ職参加により対応が明確になったり、地域ケア会議の効果を得ることができた。

・平成27年度より、個別ケースは委託地域包括支援センター主催で実施。



・個別ケース課題からの地域課題解決型は、市主催で年1回開催

2. 事業内容

①目的：個別ケースの支援内容検討、地域包括支援ネットワーク構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握とした。

②対象：要支援1・2、要介護1・2、初回認定者

③開催月等：7月より2ヶ月毎開催、1回3ケース実施

④専門職の関わり：毎回リハビリ専門職が出席している。

⑤その他：困難事例はその都度開催

取組の内容②

3. 取組のポイント

①リハビリ専門職が毎回アドバイザーとして出席
（「県地域ケア会議等活動支援事業専門職派遣事業」を活用）

②参加専門職種は、理学療法士・薬剤師・作業療法士・管理栄養士・言語聴覚士・保健師

③リハビリ専門職からの助言内容

- ・高齢者本人の身体的機能向上の助言
- ・家族の役割など家族を含めた支援
- ・インフォーマルサービス利用
等 多岐にわたる助言があった。

（助言内容と変化）

- ・外出時の移乗不安→移乗介助の仕方助言で外出できるようになった。
- ・生活意欲低下→活用できる能力を声掛けし、洗濯物取り込みできた。
- ・自宅の入浴できない→手すりの設置助言で、入浴でき近所にも出かけた。



成果と課題

取組の成果

介護支援専門員から

- ・客観的な意見で、今後の在宅支援に大きな助けとなった。
- ・医療との連携の重要性について、改めて気づくことができた。
- ・生活全般見での助言であり、できている行為の確認も視点にあった。
- ・より専門性の高い角度からの支援方法や、問題点の抽出についてアドバイスもらった、等良かったと言う声が聞かれた。

今後の展望

- ・一番重要としている自立支援を重視してのケアプランを、検討していく。
- ・生活行為向上につながる内容の検討
- ・増加が予想される認知症高齢者であっても、できる力を生かせるマネジメントの検討
- ・個別ケース会議から地域課題が何かを整理し、全体に働きかける方向に進んでいきたい。

いわき市

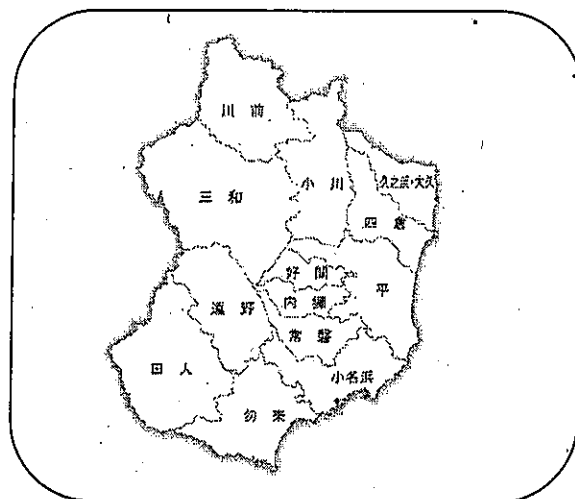
地域ケア会議、自立支援に資するケアマネジメントによる
施策展開

いわき市の概要

地域包括ケア推進会議・中地域ケア会議・小地域ケア会議・個別ケア会議の4層構造で地域ケア会議を開催することにより、ボトムアップ方式で地域の課題を把握したうえで、その解決に向けた施策展開に取り組んでいる。

【基本情報】（平成28年10月1日現在）

- 人口
330,321人
- 65歳以上高齢者人口
94,425人
- 高齢化率
28.59%
- 要介護認定率
20.4%
- 第1号保険料月額
57,920円（基準額）



取組の内容①

●背景

本市は広域であるため、生活圏域ごとに課題を拾い上げ、その解決策について検討する必要があった。

●事業内容

以下の4層構造で地域ケア会議を開催している。

- (1) 地域包括ケア推進会議：全市的な課題の抽出とその解決策の検討
- (2) 中地域ケア会議：生活圏域の課題の抽出とその解決策の検討
- (3) 小地域ケア会議：行政区レベルの課題の抽出とその解決策の検討
- (4) 個別ケア会議：個別ケースの課題の抽出とその解決策の検討

●取組のポイント

個別ケア会議や小地域ケア会議での協議内容を中地域ケア会議で集約し、中地域ケア会議での協議内容を地域包括ケア推進会議で集約することで、ボトムアップ方式での地域課題の抽出と施策展開を進めているところ。

取組の内容②

●地域課題

- (1) 情報周知：医療や介護に関する情報が地域住民に行き届かない
- (2) 認知症：認知症の方々を支える地域づくりの必要性
- (3) 移動手段：地域の活動に参加したくとも会場までの移動手段がない。

●集約方法

4層の地域ケア会議において出された課題をその性質ごとに分類。

●検討状況

- (1) 情報周知：生活圏域レベルにおいて医療や介護に関する講座を通年的に開催する地域医療介護学校や、認知症などに関する講演会などの開催によって、地域住民に情報を周知しながら意識醸成に取り組んでいる。
- (2) 認知症：認知症による徘徊者が出たことを想定した模擬訓練や、徘徊者が出た際にその情報を関係機関と市民にいち早く伝えるネットワークの構築に努めている。
- (3) 移動手段：アンケート調査などを実施することで、移動支援に関するニーズや活用可能な地域資源の把握に取り組んでいる。

介護予防ケアマネジメント支援会議①

●背景

実効性の高い介護予防事業の構築に向け、限られた人材である専門職の知識・経験を効率的に活かす方法について、いわき市地域包括ケア推進会議の下部組織として「健康と生きがいづくり部会」を設置し検討する。

●事業内容

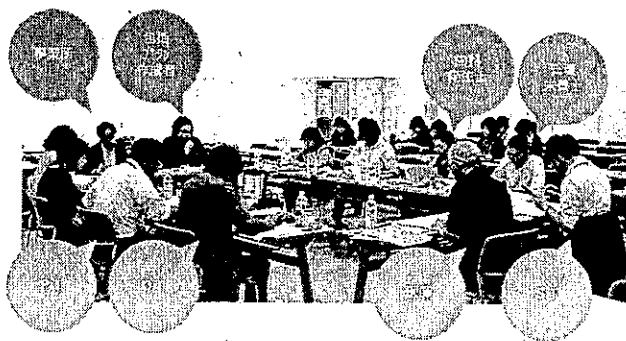
短期集中予防サービスモデル事業参加者のケアプラン及び提供内容、支援方針等について多職種による「介護予防ケアマネジメント支援会議」を設置し事業提供期間（約3ヶ月間）に3回実施。

●取組のポイント

自立支援に資するケアマネジメントと事業提供者の資質向上を図るため、医師、保健師、PT、OT、ST、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士、保険者の多職種による協議・検討の場の設置し、専門職視点による助言や支援策、情報提供を行う。

ケアマネジメント支援会議（今年度モデル実施の状況）

第1回モデル実施
10月26日 18:00～21:30 場所：文化センター
20ケースについて、ケアプラン及びプログラム実施についての多角的な検討と助言を頂く。



介護予防ケアマネジメント支援会議②

●実施状況

(1) 介護予防ケアマネジメント支援会議（全3回）

- 1回目：参加者の状態像の共有、ケアプラン及び支援方針への助言
- 2回目：中間モニタリング結果より支援方針の見直し、情報提供
- 3回目：終了直前の状態像の把握と終了後の支援方針の確認と助言

(2) 介護予防ケアマネジメント支援会議関係者による意見交換会

→モデル実施にかかる事業評価と課題把握

(3) 専門職領域における課題把握と対応策の検討

- 運動・活動：動機づけと適正な目標設定にむけた支援策を検討
- 栄養・食：評価方法の見直し、アセスメントの視点の整理
- 歯科・口腔：提供プログラムの整理と支援方針の確認

●今後の展開

(1) 定期開催に向けた専門職等の人材確保と育成

(2) 包括支援センター、事業提供者を対象とする実務者研修

(3) 検討事例の蓄積と整理

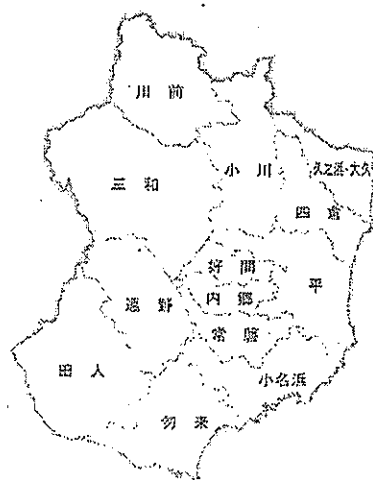
成果と課題

取組の成果

- 地域医療介護学校等の情報発信
- 徘徊模擬訓練等の認知症施策展開
- 移動手段等の地域課題の抽出
- 多職種協働による自立支援、実効性の高い介護予防施策の検討

今後の展望

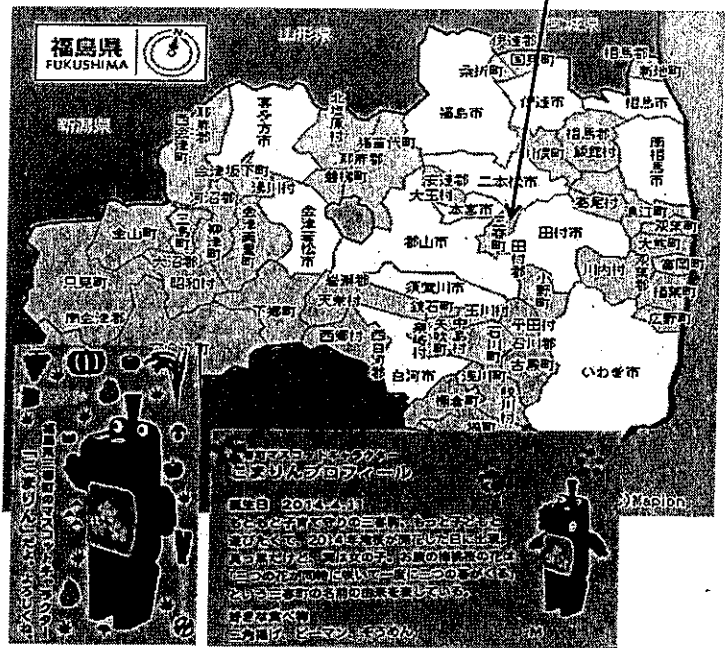
- 地域を単位としたつどいの場にかかる施策展開
- より一層地域の課題を吸い上げられるような仕組みの構築
- 中山間地域に対するアプローチ
- 介護予防ケアマネジメント力の向上と専門職の確保と育成



【三春町地域包括支援センターの取組概要】
包括職員の成長、地域ケア会議の理解促進、地域の社会資源の発掘、地域ネットワーク作りを目指す。

【基本情報】

- 人口
17,593人
- 65歳以上高齢者人口
5,395人
- 高齢化率
30.7%
- 要介護認定率
17.6%
- 第1号保険料月額
5,092円



取組の内容①

背景

地域ケア会議の意図や目的について、地域や町内CMの理解が十分ではないこと、また数例開催するもCM負担感の増加、不利益になること等の課題があった。そのため、研修会を開催していたが、実践的ノウハウの取得までは至っていなかった

	全体スケジュール	広域支援員の支援	包括
事業内容 (取組み全体のスケジュールや広域支援員派遣の活用状況など)	H28.8 県より打診 H28.10.18 第1回打ち合わせ H28.11.7 第2回打ち合わせ H28.11.28 最終打ち合わせ H28.12.6 当日	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例の紹介 ・当日の運営や準備、工夫について ・アセスメントの視点について ・出席者への情報収集、根回しについて ・開催の際の注意点や配慮について 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースの選定、ケースシートの作成 ・出席者への情報収集、根回し ・公開に向けた準備 ・実践

取組みのポイント

- ・ケース選定から事前準備、当日の運営まで包括職員が実践する力量形成
- ・町内CMの地域ケア会議の理解促進支援

取組の内容②

ケース概要	慢性疾患の悪化に加え、認知機能低下がみられる独居の高齢者
会議開催の目的	一人暮らしのAさんを支えるための地域の見守り体制の構築
ケア会議の出席者	栄養士、薬剤師、民生委員、区長（隣人）、新聞店、保健師、社協、包括、町
検討内容	慢性疾患の悪化を緩やかにするための服薬や食事管理 地域の見守り、連絡体制の構築
検討結果	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養指導、服薬指導の実施の提案・実施 ・一人暮らしを継続していくための見守り、連絡体制を確認 ・居住地区内の見守り高齢者の増加と見守り体制の必要性を確認
その後の支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ・CM・包括にてスーパー訪問し見守り依頼。受診時の栄養指導の実施 ・タクシー会社へ冬季期間の見守り依頼（見守り者より提案） ・モニタリング会議の開催

	大変だった点	良かった点
事前準備	・事前に参集者と目的や方向性を統一すること（根回しが難しい）	・アセスメントの視点、地域ケア会議の進行方法について理解ができた
ケア会議当日	<ul style="list-style-type: none"> ・参集者の意見、会議をまとめること ・記録をまとめること 	・事前準備から当日まで、包括内で回結して進められた。

成果と課題

取組の成果

- 参集者、傍聴者が地域ケア会議の全体像、目的等の理解促進につながった
- 支援者同士の顔がわかる関係が構築できた
- 地域や他職種の仕事の役割が理解できた
- 地域の社会資源の発見につながった
- 町と包括の役割について考える機会となった

今後の展望

- 個別地域ケア会議の実践、積み上げ
- 地域課題の発見（小地域ケア会議の実施）を通して、町内全体の課題の発見、そこから町の政策等につなげていく



(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。

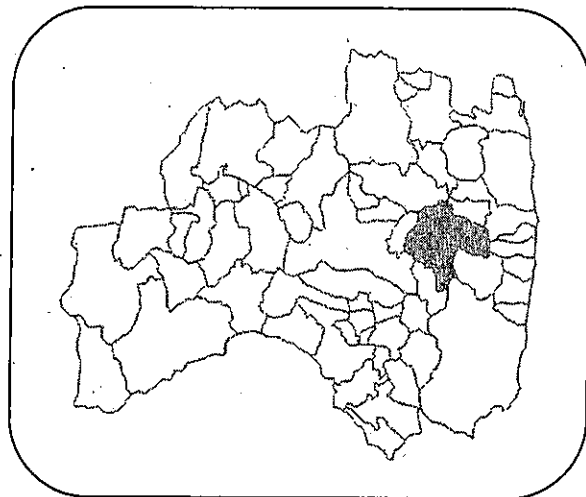
【田村市の概況】

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つて浜通りとの結節点となる地域です。市の面積は458.33平方キロメートルで、土地利用区分をみると、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28年4月1日現在

●人口	38,686人
●65歳以上高齢者人口	12,086人
●高齢化率	31.4%
●要介護認定率	20.0%
●第1号保険料月額	5,400円



取組の内容①

●背景

平成26年度より誰もが住み慣れた地域でその人らしい生活を継続することができるよう、保健・医療・介護の関係機関及び団体が連携強化して地域における包括的なケアを推進することを目的に担当者会議を設置し、認知症高齢者ケアの推進について様々な検討を行った。

特に、認知症高齢者の方が徘徊して行方不明になった際に、関係機関が連携して捜索を行い、高齢者の早期発見と安全を図るネットワーク構築と高齢者の救急対応時に救急隊員が本人の情報を迅速に把握するための緊急連絡カードの作製を行った。

●取組のポイント

* 先進地視察

山形県寒河江市の取り組み状況を視察し、本市での取り組みを検討

* 関係機関との打ち合わせ、説明

田村市情報配信メール実施担当課と体制についての打ち合わせ

田村警察署、田村消防署との打ち合わせ

民生委員、ケアマネージャー等への事業説明

おかえり支援事業

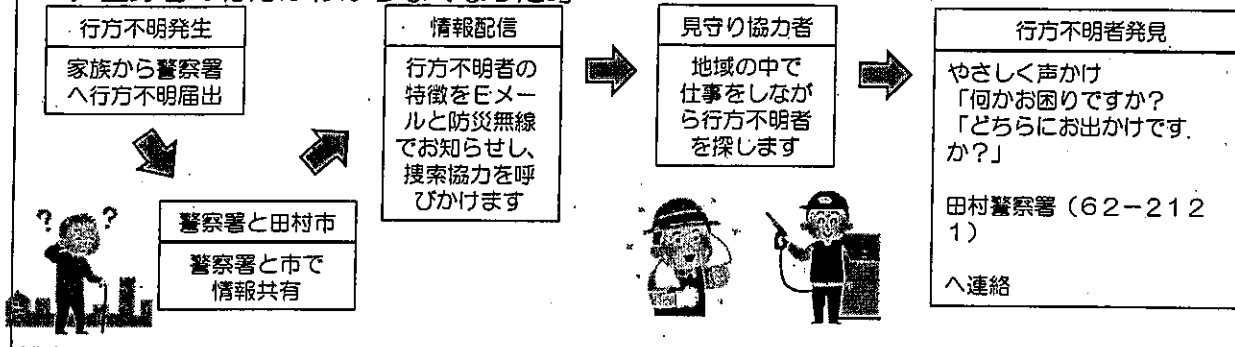
●事業内容

認知症の高齢者の方が外出した際に自分がどこにいるのかわからなくなったり、自宅に戻れなくなった時に、早期に発見できるよう、高齢者の方の情報を事前に登録し、高齢者本人の安全と家族への困るための事業。

1. 家族等から市に対して、高齢者おかえり支援事業登録申請
2. 地域包括支援センター職員による登録申請者宅へ訪問調査及び、見守りグッズの配布
〈見守りグッズ〉



3. 登録者の行方がわからなくなった時

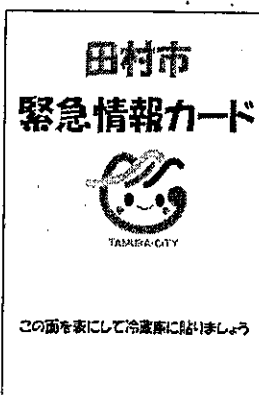


緊急連絡カード

●事業内容

高齢者等の安心・安全を確保するために、かかりつけ医や持病などの医療情報、緊急連絡先などの情報を事前にカードに記載し、冷蔵庫に貼って保管しておくことで、万が一の緊急時に備えるものです。

「もしも・・・」のときに、かけつけた救急隊員などがカードの情報を確認することで、迅速な処置や救急搬送が可能となり、ご家族への連絡もスムーズに行うことができます。



●配布対象者

- ① おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者
 - ② おおむね65歳以上の高齢者のみの世帯の方
 - ③ 一人になることが多い、おおむね65歳以上の高齢者
- * 介護認定を受けている場合は、地域包括支援センターとケアマネジャーが設置を推奨します。①②で介護認定を受けていない方は、民生児童委員が設置を推奨します。

成果と課題

取組の成果

- 警察署、消防署の方と打ち合わせをすることにより、関係づくりができた。
- おかえり支援事業、緊急情報カードの資源ができた。運用をすることで改善点や課題が具体的に
なった。

今後の展望

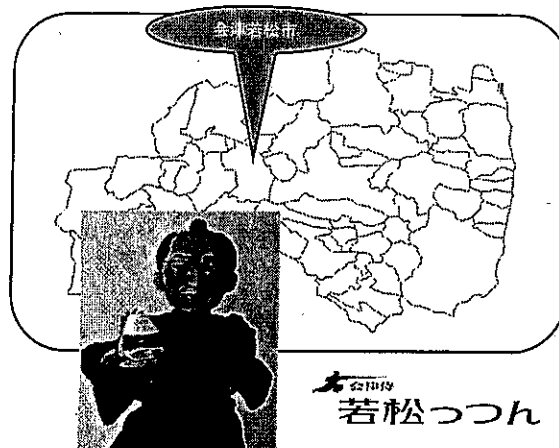
- おかえり支援事業の更なる周知
登録に結びつくような事業周知
認知症の理解、家族支援の理解、見守りできる地域づくり
- 徘徊模擬訓練の実施
- 認知症の人が外出したまま行方不明となる事案は今後増え、歩く範囲は市町村の圏域を超えてしま
う場合
も少なくない状況である。このことから、広域的な取り組みが必要と考えられる。
(先進地である山形県では、市独自の取り組みでなく全県をあげて取り組みをしている。)

【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】（平成28年4月1日現在）

- 人口 121,802人
- 65歳以上高齢者人口 34,426人
- 高齢化率 28.3%
- 要介護認定率 20.4%
- 第1号保険料月額 5,850円
- 日常生活圏域 7圏域
- 地域包括支援センター 7ヶ所
- 認知症地域支援推進員 4名
（市1名・包括 3名）



行政に配置された役割

- 認知症に特化した介護サービス事業所を訪問し、職員の声を聞いた。
 - 「行政はもっと現場の大変さをわかってほしい！」
 - ⇒行政と事業所との架け橋
- 認知症対応型事業所（全会津認知症ケア連絡協議会）の勉強会に参加
 - 認知症ケアの質向上を目指した勉強会を2ヶ月に1回、9ヶ所の事業所が持ち回りで開催
- 顔の見える関係とケアの質の向上
 - 研修を協働することでさらに他職種、他事業所とつながる
 - 人材を生かして、認知症ケアの質の向上

地域包括支援センターに配置された役割

●地域住民とのつながり

○ケア会議

○認知症サポーター養成講座での啓発とさらなる広がり
⇒ボランティア養成と認知症カフェ

●地域の事業所とのつながり

○認知症サポーター養成講座を協働で開催

●地域の医療とのつながり

○開業医との情報共有

成果と課題

取組の成果

- 顔の見える関係づくりにより、つながりが拡大した。
- 医療・介護・地域の連携がとりやすくなった。
- 認知症カフェが増え、地域づくりの一助になった。

今後の展望

成果は、すべてが十分とはいえず、課題でもある。
地域で一人を支える仕組みづくりが必要

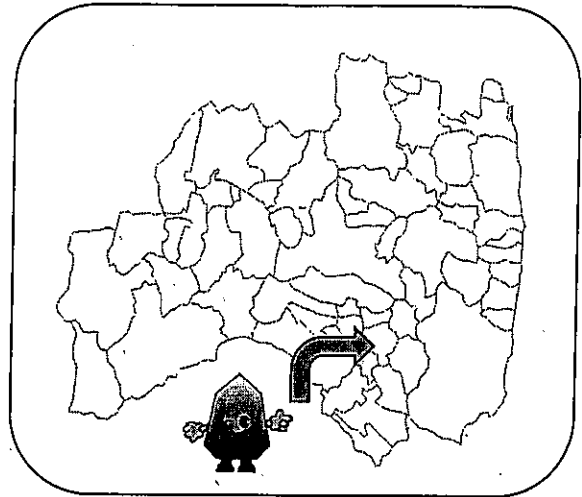
【石川町の概要】

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”の発症の地であり、春には、街の中央を流れる2つの川沿いに2000本の桜並木が一齐に花開き、多くの観光客が訪れる。

【基本情報】

平成29年1月現在

●人口	15,879人
●65歳以上高齢者人口	5,288人
●高齢化率	33%
●要介護認定率	17%
●第1号保険料月額	5,600円



①住民が活躍する認知症サポーター養成講座

●背景

平成18年度から、地域包括支援センターの業務としてスタート。地域の中に1人でも認知症の理解者を増やし、認知症になってもできるだけ住み慣れたところで暮らし続けられるようにとの願いを込めて実施。

●事業内容

地域包括支援センターと住民キャラバンメイトで実施。

対象は、地区のサロンや長寿会、婦人会、消防団、小中学校など。平成27年度からは、郵便局、薬剤師会、警察署、歯科医院など、高齢者と接する機会が多い団体に向けて開催し、受講した団体には『認知症サポーターがいます』のステッカーを交付するようになった。

●取組のポイント

石川町の一番の特徴は、住民にキャラバンメイトの養成講座を受講してもらい、専門職だけではなく、住民キャラバンメイトと一緒に講座を進めていること。住民キャラバンメイトの意見から、講義形式ではなく、寸劇を取り入れる形とした。また対象者に合わせて内容を変えているのも、特徴。子供や住民には、自分達にできることを考えてもらい、関係機関には、実際の対応を経験してもらうことで、どのような対応が必要か、何ができるかを考えてもらう。

②認知症ボランティアと作り上げる認知症カフェ

●背景

平成28年3月から、認知症カフェ『話・和・輪の広場』の開催をスタート。認知症カフェをスタートするにあたり、カフェで活動してくれる認知症ボランティアの養成を実施した。

●事業内容

毎月21日に、認知症ボランティア・在宅介護支援センター・社会福祉協議会・地域包括支援センターで共同開催。今年度は、内容などは決めずに、一緒に穏やかなひと時を過ごす形で実施。開催場所の同一敷地内にある障がい者施設の人たちや、保育所の子供たちの交流も実施。

●取組のポイント

認知症ボランティア養成講座では、認知症の基礎知識・実際の対応など、実際の場面で活用できるように認知症に特化した内容を学んでもらった。カフェでは、認知症の本人や家族の話を聞いてもらうなど、ボランティア自身ができる活動に取り組んでもらっている。

成果と課題

取組の成果

●認知症サポーター養成講座の開催数、87回。2,844人のサポーターが誕生。石川町に認知症の理解者がたくさん増えた。

●住民キャラバンメイト、認知症ボランティアなど、住民資源が多くあることは、わが町の強み。

今後の展望

●認知症サポーター養成講座を、更に多くの団体に向け開催し、認知症の理解者を増やしていく。

●認知症ボランティアの活躍の場の拡大。認知症カフェだけでなく、施設への派遣、最終的には個人への支援につなげていきたい。



(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。

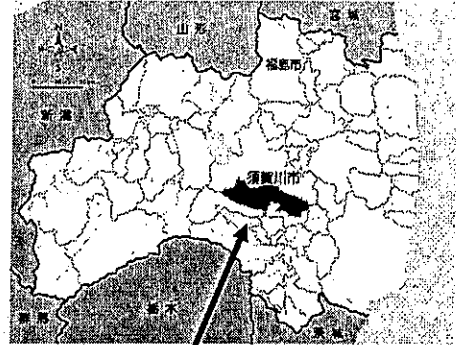
事業概要

- 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。

須賀川市	医療・介護連携による地域包括ケアシステムの構築
------	-------------------------

【須賀川市における地域包括ケアシステムの構築】
 須賀川市の地域包括ケアシステム構築の基本は、医療・介護・福祉・住民などの代表者で構成する「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会」及び委員会内に組織する4つの専門部会（①医療・介護 ②認知症 ③介護予防 ④住まい・生活支援）において、本市の目指す地域包括ケアシステムの方向性等について協議しているところである。

項目	2017 (H29.1.1)	2025 (H37)推計
人口	77,029人	71,730人
65歳以上 高齢者人口	20,236人	22,232人
高齢化率	26.3%	31.0%
要介護認定者数	3,780人	4,381人
要介護認定率	19.0%	19.7%
第1号保険料月額	5,490円	—



面積：279.43km²

※2025推計は須賀川市第6期介護保険事業計画より

須賀川市における 地域包括ケアシステムの構築

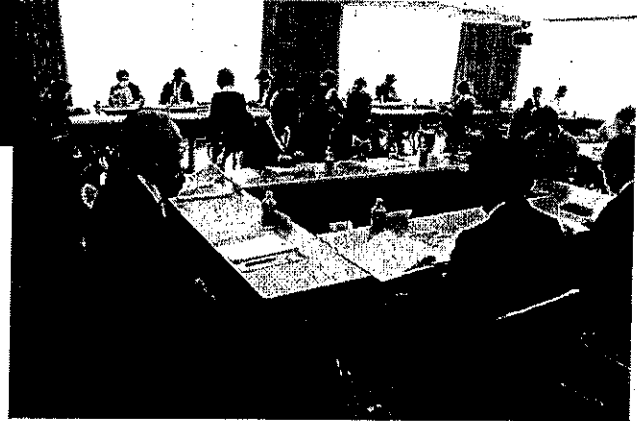
- 背景**
 本市における地域包括ケアシステム構築の取り組みについては、医療・介護などの専門職のほか、民生児童委員や老人クラブ代表などで構成する「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会・専門部会」を中心に協議を進めているところである。
 協議を進めるにあたり、市内の医療・介護などの地域資源に係る情報を共有するため、「医療・介護資源リスト・マップ」を作成する必要がある。
- 事業内容**
 医療・介護などの多職種連携の更なる強化を推進するために有効な情報を掲載した「医療・介護資源リスト・マップ」を作成する。
- 取組のポイント**
 「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会・専門部会」において、多職種連携の強化を推進するために作成する「医療・介護資源リスト・マップ」に掲載する資源の検討を行った。

須賀川市地域包括ケアシステム 推進委員会開催状況



開催状況

開催場所：公立岩瀬病院会議室・
須賀川医師会館
開催頻度：毎月第3木曜日



須賀川市地域包括ケアシステム 推進委員会構成メンバー

番号	所属団体	番号	所属団体
①	須賀川医師会	⑩	福島県認知症GH協議会
②	須賀川歯科医師会	⑪	すかがわ介護支援専門員協議会
③	須賀川薬剤師会	⑫	福島県介護福祉士会
④	市内7病院	⑬	須賀川ホムパ-協議会
⑤	福島県看護協会	⑭	福島県栄養士会
⑥	すかがわ訪問看護ステーション連絡協議会	⑮	地域包括支援センター
⑦	福島県理学療法士会	⑯	須賀川市嘱託員親交会(町内会長等)
⑧	福島県作業療法士会	⑰	須賀川市民生児童委員協議会
⑨	須賀川社会福祉協議会	⑱	須賀川市老人クラブ連合会

「須賀川市医療・介護マップ」

【掲載情報】

施設名称、住所、電話番号、FAX番号、休診日、マップへの位置掲載

掲載施設

番号	施設区分	掲載数	番号	施設区分	掲載数
①	在宅診療医	24施設	⑨	介護保険サービス事業所	68施設
②	訪問看護ステーション	6施設	⑩	病院地域連携室	6施設
③	在宅歯科診療医	11施設	⑪	地域包括支援センター	4施設
④	在宅医療支援薬局	9施設	⑫	行政関連	23施設
⑤	訪問介護事業所	20施設			
⑥	訪問入浴介護事業所	3施設			
⑦	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	1施設			
⑧	居宅介護支援事業所	30施設			

5

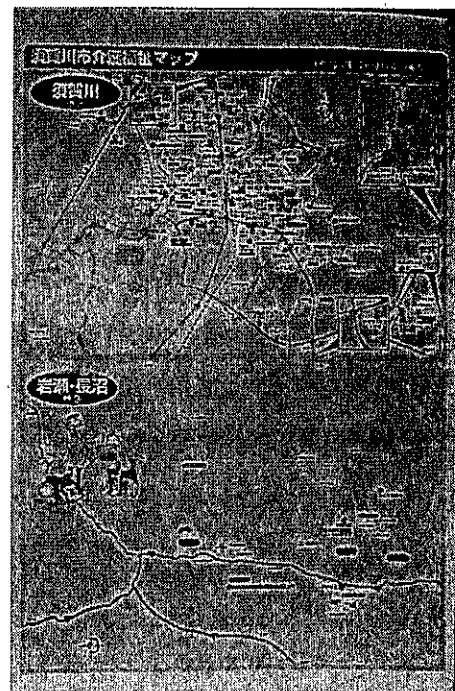
須賀川市地域包括ケアシステム 推進委員会の成果と課題

取組の成果

- 高齢者に関連した多職種による構成により、様々な視点での協議等が実施できている。
- 会議ごとに事前に協議内容及び資料等を各委員に配布することにより、効率的で内容のある会議運営ができています。
- 「医療・介護資源リストマップ」の作成により、専門職種間における情報共有が促進された。

今後の展望と課題

- 地域ケア会議や協議体との連携を図りながら、本市の実情に即した地域包括ケアシステムを構築していく。
- 日常生活圏域毎に設置を予定している「協議体」における課題やニーズ等を踏まえた生活支援サービスの創出
- 日常生活圏域毎の「地域資源リストマップ」の作成を「協議体」での協議を通して実施していく。



6

地域包括ケアシステム講演会の開催

●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するためには、同システムを構築する背景や本市が目指す姿等について、医療・介護・福祉などの専門職のみならず、高齢者の在宅生活を身近に支える地域住民や高齢者自身と意識を共有する必要がある。

●事業内容

医療・介護・福祉などの関係者をはじめ、地域住民を対象とした講演会を開催し、高齢化の状況や地域包括ケアシステムの概要などについて、情報を共有する。

開催月日：平成29年2月25日（土）13:30～16:00

開催場所：須賀川市文化センター

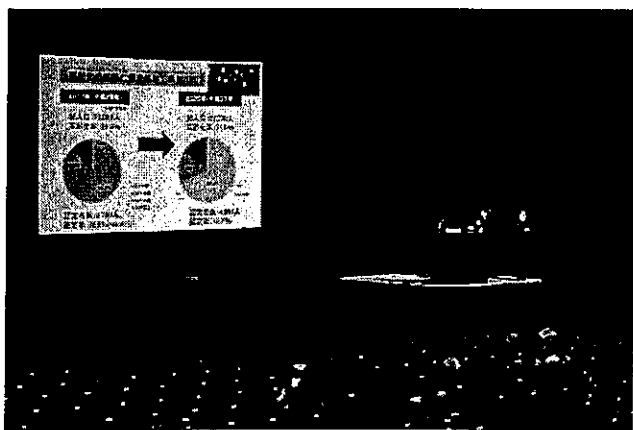
来場者数：約520名

●取組のポイント

今後、設置を予定している日常生活圏域での「協議体」を視野に入れ、地域福祉の中心となる町内会長、民生児童委員、老人クラブなどへの周知に力を入れた。

7

講演会開催状況①

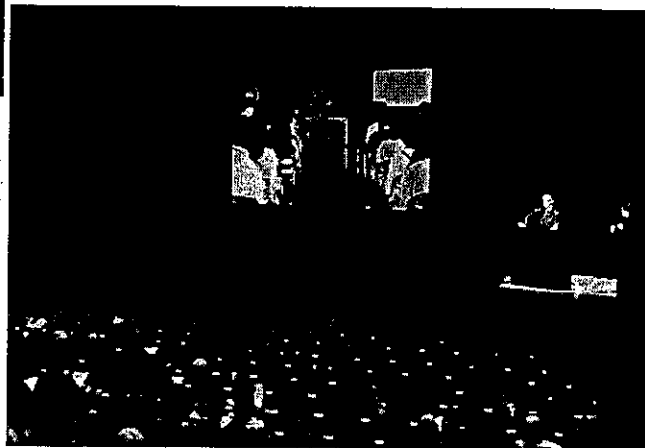


【行政説明】

県中保健福祉事務所東条氏による須賀川市・鏡石町・天栄村の高齢化状況や構築状況等について説明を行う。

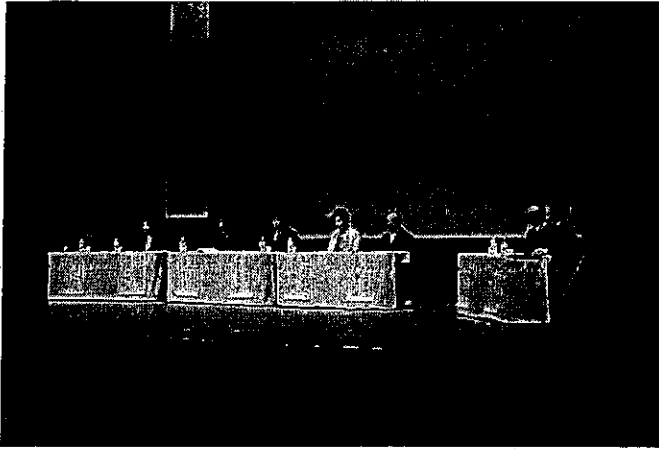
【講演】

公立岩瀬病院三浦院長による講演
「住み慣れた地域で心豊かに暮らし続けるために」



8

講演会開催状況②



【意見交換会】

医師、訪問看護、NPO、地域包括支援センター、行政による意見交換を実施。
(取組状況等)

【PRブースの設置】

文化センターホールに認知症、口腔ケアなどの啓発ブースを設置し、来場者にPR実施。



9

地域包括ケアシステム講演会の 成果と課題

取組の成果

- 多くの市民や医療・介護関係者に参加いただき、本市の高齢化の現状や今後の推計などを共有することにより、地域包括ケアシステムの必要性を認識してもらえた。
- 講演会の開催を通して、来場者以外にも「地域包括ケアシステム」の概念等が周知できたと思う。
- 講演会には、医師、訪問看護師、NPO、地域包括支援センター、行政と多職種による講演や発表を行い、市民をはじめ、専門職の方々にもそれぞれの取組状況等の周知が図れた。



今後の展望と課題

- 来場者のアンケート結果や協議体のニーズ等を踏まえ、講演会を引き続き実施していきたい。
- 各公民館単位での開催など、より身近な場所での開催を検討したい。

口腔ケアによるとろみ食
試食コーナー

10

医療・介護連携研修会の開催

●背景

医療・介護の更なる連携を推進し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域包括ケアシステムを構築するため、「在宅医療」に携わる多職種連携を強化する必要がある。

●事業内容

須賀川医師会との共催により、医師及び訪問看護ステーションスタッフを対象とした研修会を開催し、在宅医療や訪問看護の現状について関係者間で情報を共有するとともに、今後の連携強化について意見交換を実施した。

開催日時：平成28年11月29日（火）午後7時～

開催場所：ホテルサンルート須賀川

参加者数：医師17名、訪問看護ステーションスタッフ21名（4施設）

行政11名（県中保健福祉事務所5、須賀川市6）

内容：○講演「須賀川の在宅医療の現状」：須賀川医師会在宅担当理事

○講演「訪問看護師の役割と須賀川エリアにおける訪問看護の現状」

：訪問看護ステーションスタッフ

○グループワーク

●取組のポイント

行政と須賀川医師会が連携して研修会を開催することにより、地域包括ケアシステムの構築に資する研修テーマを設定することができるとともに、「顔の見える多職種連携」の強化を図ることができる。

11

医療・介護連携研修会の成果と課題

取組の成果

●研修会を通して、それぞれの取り組み状況や課題などを情報共有することができた。

●研修会でのグループワークを通し、顔の見える関係づくりが推進できた。



須賀川医師会矢部先生による講演

今後の展望と課題

●医療と介護の連携を促進するために有効な研修テーマなどについて、須賀川医師会などと連携しながら検討し、継続した研修会を実施していく。

●「在宅医療」を支える医師や訪問看護師などの人材確保、人材育成が課題となっている。



グループワーク

【白河市の概要】

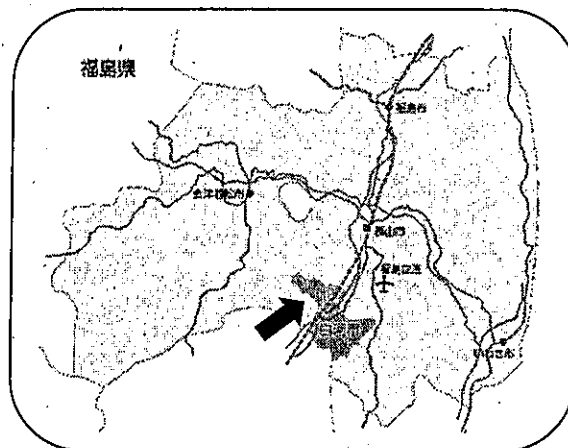
- 那須連峰を望む南部中央に位置し、みちのくの玄関口として東北新幹線をはじめ東北自動車道など高速交通体系に恵まれ、首都圏とのアクセスや広域的な交通の利便性に富んでいる。
- 平成17年11月7日に白河市、表郷村、大信村、東村が合併し、新しい「白河市」が誕生した。

＜地域包括ケアシステム構築のための主な施策＞

- ・ 個別ケア会議（個別）、地域包括ケア会議（日常生活圏）、地域ケア推進会議（市全体）を実施している。
- ・ 平成28年3月「認知症徘徊SOSネットワーク事業」を立上げ、同年11月に模擬訓練を実施。
- ・ 平成28年度より「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」の配置を実施した。

【基本情報】 ※平成28年10月1日現在

●人口	62,383人
●65歳以上高齢者人口	16,461人
●高齢化率	26.4%
●要介護認定率	17.5%
●第1号保険料月額	5,800円



取組の内容①

●背景

地域の実情

在宅医療・介護について、訪問診療や訪問歯科診療を行う医療機関、訪問看護ステーションはあるが、提供体制や住民への浸透が不十分であるという課題があった。



既存の取組み

白河医師会が平成25年度から地域医療再生基金を活用して「医療・福祉情報センター」を開所し、在宅医の確保や介護との連携に取り組んでいた。



近隣町村

県南保健福祉事務所の意向調査により、西白河郡の町村が西白河郡及び白河市の共同で「在宅医療・介護連携推進事業」を行いたいと考えていることが分かった。

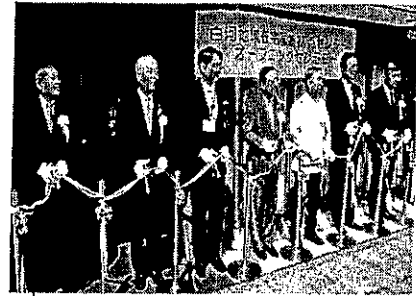


- 二次医療圏内の医師会圏域である西郷村・泉崎村・中島村・矢吹町の西白河郡4町村と白河市が協力して「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組むこととなる。
- 5市町村で前身となる「医療・福祉情報センター」を運営していた白河医師会に委託し、平成28年4月に「白河地域在宅医療拠点センター」をオープン！

取組の内容②

●事業内容

項目	内容
事業主体	白河市・西郷村・泉崎村・中島村・矢吹町
事業の目的	白河地域における医療と介護を必要とする高齢者等が、安心して住み慣れた地域で医療、介護を受けながら、自分らしい暮らしを最期までできるように在宅医療と介護を一体的に提供できる体制づくりの支援をする。
実施体制 (H28年度)	「白河地域在宅医療拠点センター」 常 勤・センター長1名(医療ソーシャルワーカー) 非常勤職員・看護職員3名・事務職員3名 相談医1名(月当番で12名の協力医師) 総合相談顧問医師1名 活動時間 8時30分～17時15分 (土・日・祝祭日を除く)
事業内容	ア) 地域の医療・介護の資源の把握 イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 カ) 医療・介護関係者への研修 キ) 地域住民への普及啓発 ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携



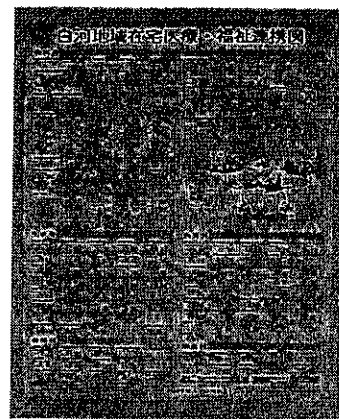
事業費
全体の費用を委託する5市町村で分担。

市町村担当者会議
在宅医療拠点センターと白河市・西郷村・泉崎村・中島村・矢吹町の担当者の打ち合わせ会を年に数回実施。

取組の内容③

●取組のポイント

- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
・「白河地域在宅医療・福祉連携図」の作成・配付。
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
・事業所訪問による課題の抽出。
・会議の開催及び出席。
・「退院支援ルール」の進行管理。
・「在宅医療・介護連携」アンケートの実施。
- オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
・白河医師会の医師(月毎の当番制)による相談支援。
ex. 訪問診療医の相談、介護保険主治医意見書の相談 等
・地域ケア会議、認知症初期集中支援チームチーム会議への出席。
- カ) 医療・介護関係者への研修
・研修会の開催。
- キ) 地域住民への普及啓発
・講演会の開催。
・出前講座の開催。
・在宅医療拠点センターのチラシの作成。



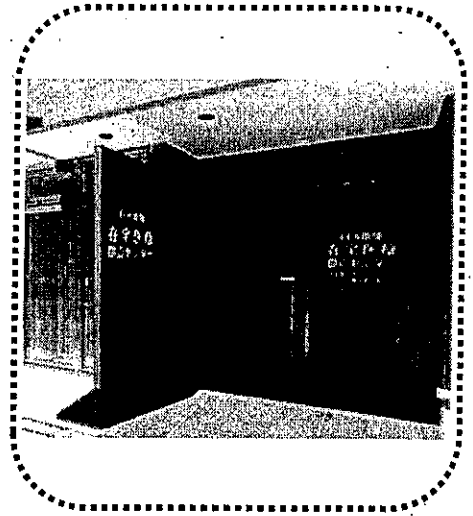
成果と課題

取組の成果

- 関係者の中で医療と介護の連携が意識付けられ、より良い関係づくりを促進することができた。
- 研修会では、技術の向上だけでなく、同職種と横のつながりを持つ良い機会となったという意見を聞くことができた。
- 各種会議へ出席することで、関係機関との連携を図るきっかけづくりができた。

今後の展望

- 「在宅医療・介護アンケート」の結果や事業所訪問により聞き取りした内容等から課題を抽出し、地域の実情に沿った取組みを検討していく。
- 各市町村の特徴や課題を明確にし、それに応じた取組みができるよう検討していく。
- 引き続き地域住民への普及・啓発に取り組むと共に、在宅での医療や介護、終末期を支えられる地域づくりの一つとして、講演会の開催やワーキンググループの立上げを行う。



(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。

事業概要

- 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。

【平田村の概要】

平田村は、県の南部、石川郡の北東部、いわき市と郡山市のほぼ中間に位置しています。全地域が阿武隈山系の中にあり、標高500～700mのなだらかな山間地帯です。蓬田岳の麓で開催する「ジュピアランド芝桜まつり」は、14回目を迎え来場者が約10万人でした。協議体では、地域づくりの必要性を住民と共に勉強しながら、担い手の養成など人づくりに主眼を置き話し合っています。

【基本情報】 平成29年1月1日現在

●人口	6,409人
●65歳以上高齢者人口	1,793人
●高齢化率	27.9%
●要介護認定率	18.9%
●第1号保険料月額	4,800円



協議体の設置と役割を理解するために

●背景

- ・平成28年5月に「任命」という形で協議体を設置（事務局は、行政と生活支援コーディネーター）。
- ・メンバーは、婦人会・老人会・一般高齢者（住民代表）、包括支援センター・保健師（保健福祉関係）、通所介護・訪問介護・訪問看護（介護サービス事業所代表）、ボランティアセンター・児童民生委員・社協（地域福祉団体）、事務局を入れて16人で構成。
- ・地域づくりについて、話し合いが深まった上での協議体設置ではないため、委員の第一声は「協議体って何？」「自分たちは何をすればいいの？」担当職員もどう進めて良いかわからない…困ったなあ。とりあえずメンバーと住民と一緒に勉強することから始めよう。

●取組のポイント

- ・月に1回は、集まる機会をつくる（協議体委員会の開催）
- ・住民と共に勉強する機会をつくる（地域づくり講演会の開催）
- ・地域づくりに関心のある人、担い手になってくれそうな人を見つける（支え合い担い手養成講座の開催）
- ・実際に支える専門家も必要（介護職員初任者研修を県の指定を受けてはどうか）

取組の内容①

●事業内容

住民と共に学ぶ

『地域づくり講演会の開催』

★第1回 7月31日 「支え合い いきいきと暮らせるむらづくり」
(講師：CLC 池田昌弘氏)

★第2回 12月18日 「もっと豊かな地域をつくるには ～今地域でできる
助け合い～」(講師：さわやか財団 大山重敏氏)

※現在実施しているサロンをもっと身近な場所につくる
ことも必要。サロンに参加できるようにするために、
何かできることはあるかな。サロン参加者と交流しよう。

★第3回 3月5日 「SOSと言える地域を目指して」
(講師：福島大学 鈴木典夫教授)

「結」や「結返し」の
意識や地域の関わりを
取り戻そう。地域全体
で支え合おう

取組の内容②

●事業内容

担い手になってくれる人を見つける

『支え合い担い手養成講座の開催』

★第1回 2月 2日 「助けてと言える地域を目指して」
(講師：福島大学 鈴木典夫教授)

※気軽に支えて欲しいと言える人間関係を作ることが大事
関西は、さみしい・話したい⇒行きますか⇒お願いします
東北は、さみしい・話したい⇒行きますか⇒いやいや大丈夫

★第2回 2月22日 「傾聴とコミュニケーション」
(講師：針生ヶ丘病院 大森洋亮氏)

※悩むのも人間関係、解決するのも人間関係。誰にでもできる
助け合いは『傾聴』。自分たちにも出来ると確認し合う。

★第3回 3月 7日 「暮らしの中で『気づき』と『私にできること』」
(講師：福島市社協 佐藤 めぐみ氏)

※実際の訪問活動を具体的に知る

実際に支え合い担い手
になってくれる人が、こん
なにいます。平田村も捨て
たもんじゃないね！！

成果と課題

取組の成果

- 地域づくり講演会や支え合い担い手養成講座への参加で、地域づくりの大切さや身近な方法を住民と一緒に学ぶことができた。
- 実際に担い手になろうと言う人材が出てきた。新たな協議体委員への新メンバーが発掘できた。
- 協議体委員のメンバーとして、もう一歩前に進みたいと言う意欲が湧いてきた。

今後の展望

- かなりの勢いで講演会や担い手養成講座を開催し、学びを深めてきたが、実際「地域で高齢者がどんなことに困っているのか」「どんな支援をどのような形で行うのか」、具体化した活動について深める作業をしたい。もっと話し合いたい。



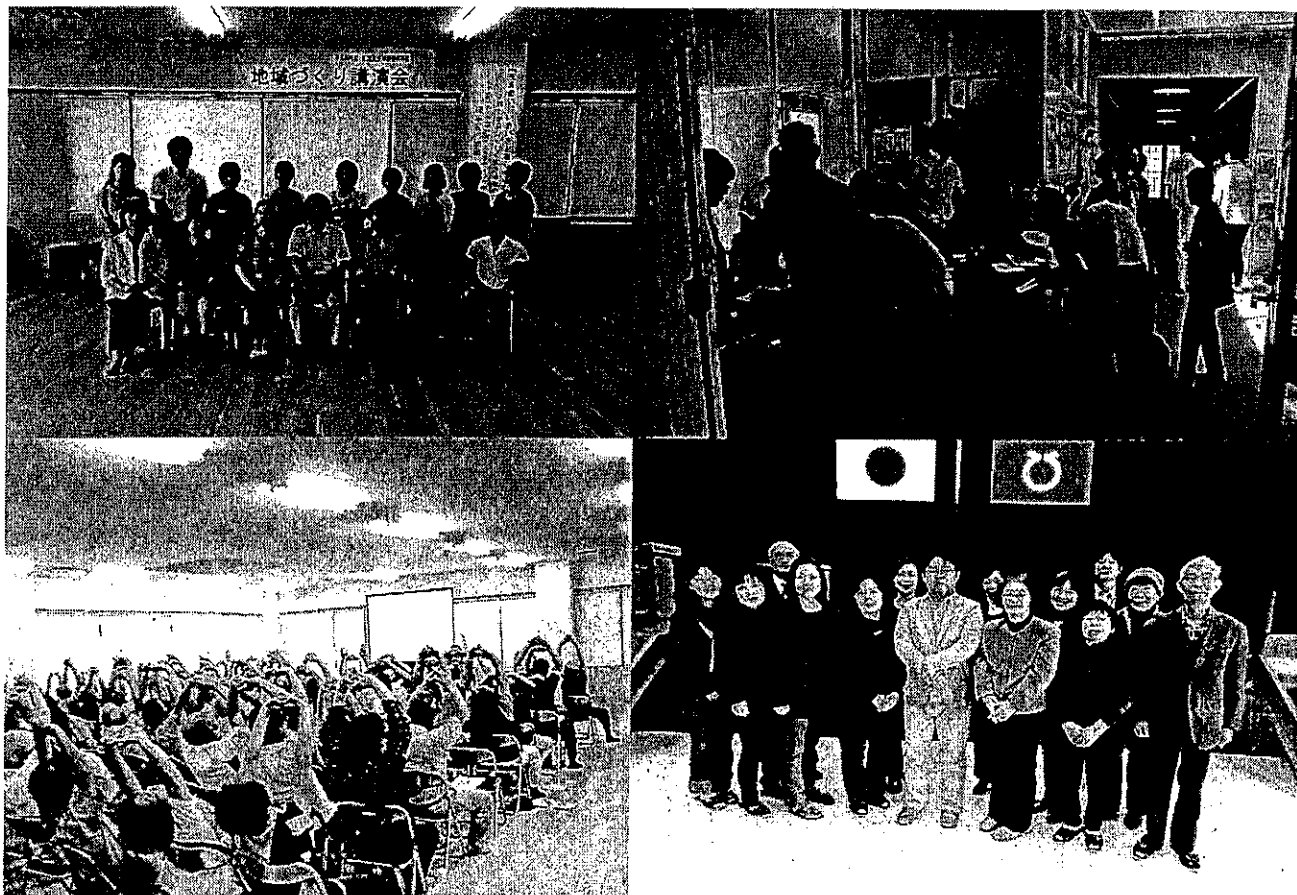
協議体委員に新メンバー（住民代表）を加え、活動力のパワーアップを図り、新たな事業ごとの検討する部会を作る。支え合い担い手養成講座受講者を巻き込んでいく。

- 認知症ボランティア・認知症カフェを立ち上げるグループ
- 新たなサービスを開拓する（ポイント制の導入）グループ
- 講演会・担い手養成講座を充実させるグループ
- 必要とする支援を検討する（実際に聞き取る）グループ



より住民
目線で！

地域づくり講演会と担い手養成講座の様子

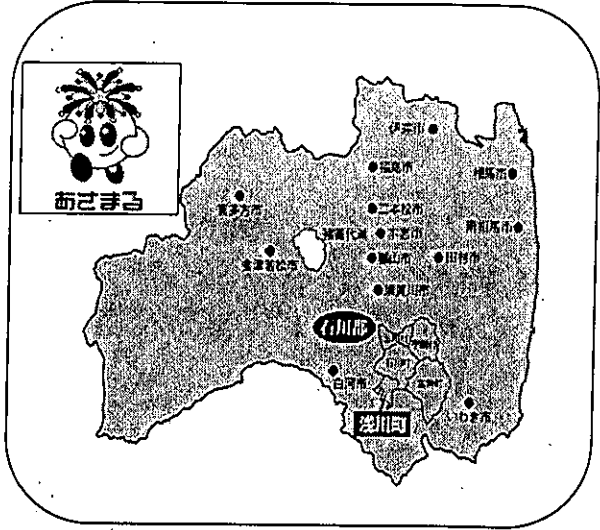


浅川町	顔の見える生活支援コーディネーター活動を目指して
-----	--------------------------

【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、「花火の里」でもある当町では、四季折々に花火のイベントを開催しています。

【基本情報】（平成28年3月31日現在）

- 人口 6,689人
- 65歳以上高齢者人口 1,971人
- 高齢化率 29.5%
- 要介護認定率 14.5%
- 第1号保険料月額 4,900円



取組の内容①

経過	活動経過
1か月目	<ul style="list-style-type: none"> ●日ごろの様子が把握できていない独居高齢者世帯・高齢者世帯に、中学生とボランティアが協力して絵手紙(往復)を作成し、返信のない高齢者世帯を訪問 ●定例民生委員会に出席 民生委員と包括支援センター職員と担当地区における高齢者の実態や課題、一人暮らし高齢者世帯等の情報を共有
2か月目 ～ 4か月目	<ul style="list-style-type: none"> ●個別訪問によるニーズや生活状況の聞き取り民生委員が心配と 考えている方を優先的に訪問 ●各地区高齢者サロン活動に参加し交流(町内13か所)
5か月目	<ul style="list-style-type: none"> ●行政の障がい担当者と『生活のしづらさに関する調査』 (厚生労働省)と該当行政区を32世帯訪問 ●60歳以上の男性を中心に『担い手』の発掘(声かけ・訪問)

取組の内容②

●訪問活動のまとめ

- ・個別に訪問したことで一人ひとりの生活状況や困っていることが把握できた。
- ・ご近所の声の掛け合いや安否確認できている。
- ・買い物、医療機関の受診、サロン参加の移動手段がない。
※高齢者の運転が危険視される中、対策が必要。

成果と課題

取組の成果

- 隣近所の関係が良く、安否確認を含め、声かけや助け合いができている人が多い。

今後の展望

- 『担い手』の発掘・育成が必要
- ・退職した60歳以上の男性を中心に訪問
- ・地域づくり講演会や協議体で地域の中で支え合う意識づくり



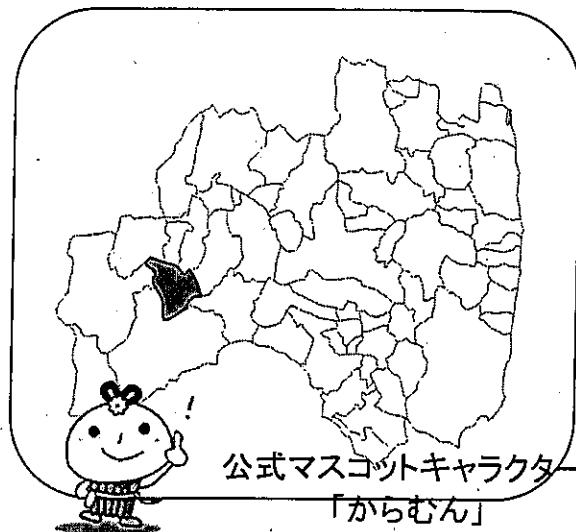
昭和村の概要

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。

フレイル（虚弱）予防の理にかなった暮らし方を今後も継続できるよう「意味付け」や「意識化」を図りながら、過剰な支援を見直し、本人の力を奪わないよう、住民（地域支援）と関係者（個別支援）が協働による自立支援の地域づくりを推進する。

【基本情報】

●人口	1,323人
●65歳以上高齢者人口	742人
●高齢化率	56.09%
●要介護認定率	22.78%
●第1号保険料月額	5,900円



取組の内容①

1 背景

自分達の地域がどうなっているのか地域に出向き、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てきた。それをもとに作成した昭和村介護予防手帳を通じて、介護予防（地域づくり）には様々な切り口があることを学んできた。

だからこそ、様々な方が関わることによって、様々な切り口（新たな発想）から柔軟な支援（地域づくり）の可能性があるのでないかと考えた。委託先が一つで丸投げでは考え方が偏ってしまったり、生活支援コーディネーターが孤立化してしまうこともあるため、それを防止するために平成28年4月より生活支援コーディネータを3名体制でスタートした。

また、住民による支え合い活動を生活支援コーディネーターや専門職（入所施設関係者含む）も学びながら、住民・関係職種が連携する体制（地域ネットワーク）を構築することを目的に実施した。

2 事業内容

①日本福祉大学の協力のもと介護保険給付データ分析の実施

②生活支援コーディネーターの人材育成

- ・学習会：2回（平成28年10月24日・12月21日）（近隣市町村の受講を受入）
- ・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に運営委託。

取組の内容②

③協議体設置に向けた準備と協議体運営の支援

平成26年度末～村の地縁組織や関係者で学習会を継続実施

平成27年度 地域の支え合い活動を発掘し、介護予防手帳作成

平成28年10月 1日 昭和村の高齢者の生活支援等を推進するための協議体
設置要綱制定

平成28年10月17日 第1回協議体
メンバー

昭和村消防団長、小野川営農生産組合長、
放課後児童クラブ支援員、大芦婦人会、
昭和福祉会 生活相談員、
社会福祉協議会 福祉活動専門員、
昭和村保健福祉課長・係長、
生活支援コーディネーター 3名

平成28年11月 6日 第2回協議体

協議体運営の支援：

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に委託

④生活支援コーディネーター定例会を毎月1回実施 (協議体を支えるもう一つの活動体)

メンバー：生活支援コーディネーター3名、保健福祉課長、係長

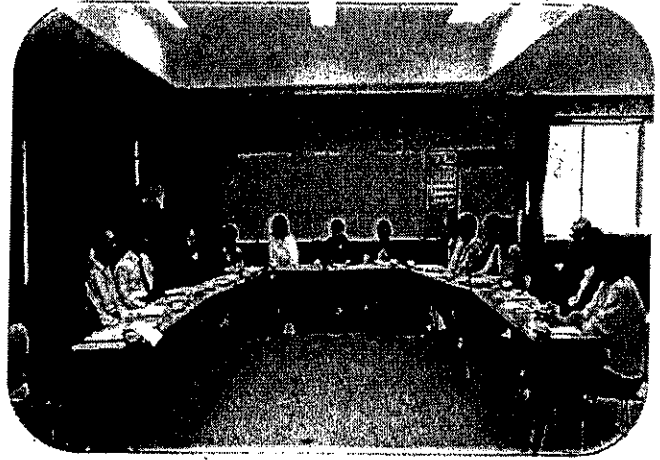
定例会で話し合ってきたこと

- 協議体の在り方と設置に向けて
- コーディネーターから活動・事例報告
- 生活支援コーディネーターの役割の再確認
- 専門職及び民生委員等の関係機関との関わり方
- ボランティアからの相談
- 認知症カフェの開催について
- 地域での大学生受け入れの在り方
- 住民向け地域支え合い活動講座の開催
- 子供の問題（放課後児童クラブからの相談）

成果と課題

取組の成果

協議体と聞いた時、議論する場であり、仕掛けづくりの場でもあると捉えるが、福祉教育の場、関係機関と一緒に福祉による地域づくりを体験する場、地域住民が自然にあたりまえにやってきた地域活動を意識化及び意味付けする場として大変有意義であることを、継続した話し合いにより参加者全員が認識できた。
また、協議体での話し合いから活動のヒントやアイデアが出され、実際の新しい活動への展開や既存活動の支援に結びついた事例もあった。



今後の展望

- 平成27年度作成した介護予防手帳は既に暮らしの中で実践されているが活動の評価を共用しながら、しっかり認めつつ、社会性を地域全体で意識して作っていくことを継続する。
- 支え合いが本村に残っている理由、それに必要だった条件、支え合いを続けていくための条件を綴った「支え合いの記憶づくり」を整理・洗い出し地域のお宝をさらに掘り下げる。
- 70歳以上のこれから支えられる側の方々もメンバーとした協議体を開催し、日頃思っていることを話してもらい次期介護保険計画に反映させる。

【楡葉町の概要】

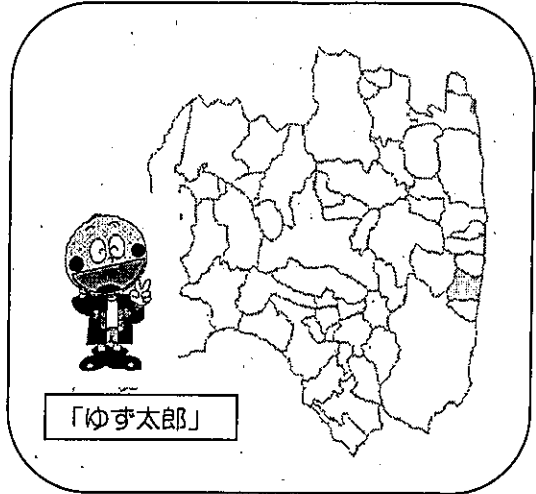
・東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国の避難指示が平成27年9月5日に解除されてから、約1年半が経過。現在、帰町している住民は10%程度。町では平成29年春を帰町目標に掲げ、町民が1日でも早く帰還し、楡葉町内で健康で生きがいをもち安心して暮らせるような環境を整備するよう取り組んでいる。
 ・楡葉町内で生活している方は、高齢者が多数を占め、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。

【基本情報】

※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) 7,276名
 (現住人口) 781名
- 65歳以上高齢者人口
 (住基人口) 2,273名
 (現住人口) 421名
- 高齢化率
 (住基人口) 31.2%
 (現住人口) 53.9%
- 要介護認定率
 (住基人口) 6.3%
- 第1号保険料月額 7,000円

楡葉町の位置



「ゆず太郎」

取組①：シンポジウムの開催

●背景

・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る。

●事業内容

・平成29年2月5日(日)に第2回シンポジウムを実施。

昨年度は医療・福祉の充実をテーマに開催した地域包括ケアシステム構築推進シンポジウムを継続開催。約140名の町民、専門職等が参加し、いち早く楡葉町に帰町し生活をしている住民の事例紹介やパネルディスカッションを通して、これからの楡葉町の住民同士のつながりと支えあいについて話し合った。



第2回地域包括ケアシステム構築推進シンポジウム プログラム

●サブタイトル 「ならコレ~ならばコミュニティコレクション~」

●テーマ 「これからも、ならば。ずーっと、ならば。いくつになっても生き生きと暮らしたい」

●内容

・ 榊葉町内で活動している住民・団体の作品展示・販売

・ 第1部 住民の活動事例発表「まじわる・つながる・支え合う」

： 榊葉町内で生活している住民5名の生活・活動の様子をプロジェクターを使用して紹介。
インタビュー形式の意見交換。

【コメンテーター】 末永 カツ子 氏（福島県立医科大学 災害公衆衛生看護学講座 教授）

【インタビュアー】 酒井 保 氏（ご近所福祉クリエイション 主宰 ご近所福祉クリエイター）

・ 第2部 パネルディスカッション「ともに考えよう！これからのならば」

： 各パネリストの意見発表とディスカッション。

【パネリスト】 榊葉町議会 議長

青木 基 氏

「ならばの復興・再生に向けて」

榊葉町民

坂本 房男 氏

「顔の見える関係づくり」

生活支援コーディネーター 江尻しのぶ 氏

「住民の輝き（活力）のもと探し」

保健師

橋本 光子 氏

「健康志向のコミュニティづくりを目指して」

【コーディネーター】 池田 昌弘 氏（全国コミュニティライフサポートセンター理事長）

【コメンテーター】 末永カツ子 氏

・ 健幸づくり宣言

1. 私たちは、だれかと、どこかで、つながっていきます。

2. 私たちは、お互いを支え、気にかけていきます。

取組②：冊子「ならば生活の達人」の作成

●背景

・ 避難指示解除後、榊葉町に戻って生活している住民は10%程度。地域コミュニティ再生のためには、住民同士の関心やお互いに支え合う意識が必須。

●事業内容

・ 冊子「ならば生活の達人」の作成

いち早く帰町している住民の榊葉町内での生活・活動をまとめた冊子を作成し、シンポジウム参加者等に配布。周囲の人々とのつながりや楽しさ・生きがいを共有することで、支えあいを生み出すきっかけとなることを企図した。



成果と課題

取組の成果

帰町している住民の生活・活動をシンポジウムや冊子で紹介することで地域包括ケアシステムの形成に欠かせない地域コミュニティ活動への関心や支えあいの意識を高めることができた。併せて、「新生ならば」への帰町意識の発揚にも寄与した。

今後の展望

町民の主体的な活動や住民同士のつながり、互いを気にかけて、支えあっていくことを通じて、すべての町民が、生き生きと元気に暮らせる檜葉町を目指す。

(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の充実に向けて、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。

事業概要

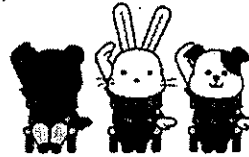
- 市町村の取組を推進するため、先進事例の提供や保健福祉事務所とともに新しい介護予防に関する助言を行うなどの支援をします。
- 福島県介護予防市町村支援委員会による市町村事業の分析・評価を行い、その結果を引き続き、市町村に還元します。
- 国アドバイザー組織と連携し、市町村において、住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりによる介護予防を推進していきます。
- 市町村職員や地域包括支援センター職員、リハビリテーション専門職等を対象とする研修会を開催し、住民主体の介護予防活動を展開するための手法や課題を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

【福島市の概要】

本市は、平成27年度に地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業として取り組みを開始しました。その軸となる「いきいきももりん体操（福島市版介護予防体操）」を活用した通いの場づくりは、地域包括ケアシステムの中で、介護予防・地域の支え合い活動を一層活性化する取り組みとして位置づけられています。

【基本情報】 平成28年10月1日現在

- 人口 284,010人
- 65歳以上高齢者人口 78,686人
- 高齢化率 27.69%
- 要介護認定率 19.32%
- 第1号保険料月額 5,900円
- 地域包括支援センター 19箇所



地域づくりによる介護予防モデル事業

●目的

生涯をいきいきと暮らせる健康づくり、健康寿命の延伸を目指し、地域住民が主体となった通いの場を充実させ、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を推進し、介護予防・地域の支え合い活動を一層活性化する。

●背景

実施年度	実施内容	内容
平成26年度	介護予防の方向性の検討	○住民、有識者、包括等で組織する「これからの介護予防事業に向けての検討会」を開催。「介護予防は地域で、住民の力で進めていくことが重要」との見解を得る。 ○包括保健師部会とともに包括職員研修会を企画。大東市 逢坂伸子先生を講師に地域づくりによる介護予防について学ぶ。
平成26年度	高齢者を支え合う地域づくりアンケートの実施	市内894町内会に実施 「地域づくりによる介護予防事業」に関心があり詳しく話を聞きたいと回答した町内会が259町内会（29.0%）あった。
平成27年度	地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業の開始	介護予防事業検討会（包括、長寿福祉課）を毎月開催。 ①介護予防体操の検討 ②住民支援プログラムの検討⇒マニュアル化 ③包括職員向け研修会開催（事業目的・具体的展開・体操の実践の共有） ④モデル町内会への現地支援 ⑤いきいき介護予防大会の企画実施

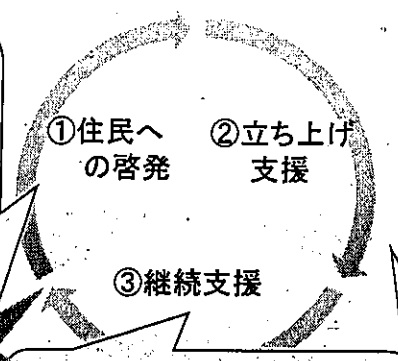
●事業内容

住民が主体となって身近な場所で通いの場づくりを推進し、介護予防活動の拡大を図る。地域包括支援センターと共に住民主体の通いの場の立ち上げ及び継続支援を実施する。

いきいきももりん体操を軸とした通いの場づくり

●いきいきももりん体操の普及を目指すために

- 包括の地区活動中でのあらゆる場面で取組を紹介
- 福島市いきいき介護予防大会で広くプレゼンテーション
- まずは体験！「いきいきももりん体操体験講座」市内6会場で実施（3か年計画で全支所圏域）
- 定期的に広報誌に情報掲載
- 町会長連合会など団体の長が集まる会議で、通いの場の取り組みについて市が報告をしているため、包括が地域で説明をした際に理解が得られやすい。



効果を実感した住民の皆さんの「口ごも」が調査のPR

- 体操の実施や運営上のご相談は、包括・市がいつでも受け一緒に考える
- 実施団体にサポーター養成の案内
- 出前講座（栄養・お口・嚙下・こころ）
- 体力測定

●参加申し込みのあった団体への立ち上げ支援 実施プログラム

週	支援回数	内容
	α	各団体が受付後、相談・参加申し込み
	α	団体、包括包括支援センター、市で実施に向けた打合せ
1回目	1	介護予防のお話、体操の紹介
2回目	2	体力測定、DVDを見ながら体操の実践①
3回目	3	DVDを見ながら体操の実践②
4回目	4	DVDを見ながら体操の実践③
5~12週		住民主体によるDVDを見ながら体操の継続
3か月後	5	体力測定と体操の確認
		住民主体によるDVDを見ながら体操の継続
6か月後	6	体力測定と体操の確認
		以降は住民主体による運営継続実施できるように支援を続ける

「通いの場づくり」から「地域づくり」への変化

- 各種団体の方との交流が生まれ、町内会を中心とした見守り活動や困りごと支援活動等に向けた取り組みを模索している。
- 毎週参加している方が見受けられないことに心配し、自宅を訪問したところ、倒れているのを見つけ、早期発見、治療につながった。
- 地域での「通いの場」がないことから、個人宅や個人宅のガレージ、介護施設などを提供いただいたことにより、地域での交流が生まれた。
- 交通安全や振り込め詐欺に関する勉強会も開催し、地域の安全を守る活動に発展している。地域で生活する安心感へとつながっている。

成果と課題

取組の成果

- 体力測定結果では、約9割の方の体力が改善している
- アンケート結果より「体操を始めてからの変化」として①友人・知人ができた ②体力がついた ③気持ちが明るくなったと感じている
- ももりん体操を活用した「通いの場づくり」から「地域づくり」へと変化している
- 事業を通して、包括職員と地域の人々との距離がぐっと近づいた。参加者個人の効果にとどまらず、地域全体に効果のある事業と包括も感じている

課題と今後の展望

- <課題>
- 支所・出張所（18ヶ所）との連携
 - 体験講座にて普及啓発（3年で全支所圏域）
 - サポーター養成にて活動をサポートする体制づくり
 - グループリーダーの支援の検討

<展望>
「通いの場」を市内全域に推進していくこと

年度	実施回数	参加者数
平成27年度	9	290人
平成28年度 (平成29年2月現在)	36	約940人

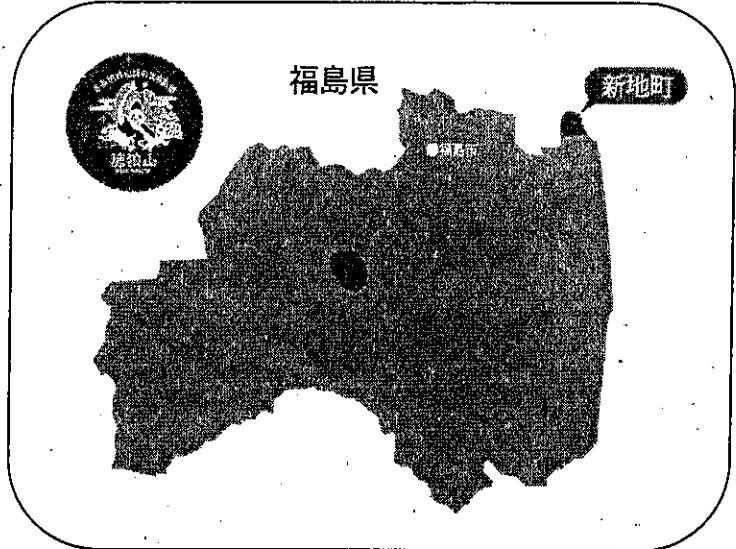


【新地町の概要】

太平洋側最北部に位置し、東西南北とも約7km、周囲24kmのほぼ四角形で総面積は46.53km²であり、温暖な地域で降雪も少ないことから居住しやすい環境にある。高齢者の体力向上と健康寿命の延伸を目指し、「百歳体操」を中心とした週1回の住民主体の集いの場を広げ、介護予防活動を通じて交流を深め、お互いが地域の中に生きがい・社会活動や役割を持って生活できるような「地域づくり」を推進する。

【基本情報】 平成29年2月1日現在

- 人口
8,057人
- 65歳以上高齢者人口
2,477人
- 高齢化率
30.9%
- 要介護認定率
19.4%
- 第1号保険料月額
5,400円



取組の内容①

●背景

少子高齢化が進み、介護給付費の増加がみられる。
介護予防事業を実施しても事業終了後の継続がむずかしい現状があり、効果的な活動方法に課題があった。

●事業内容

平成27年度に「地域づくりによる介護予防推進支援事業」に参加し、広域アドバイザー堀川先生や早川先生による講演会を開催し、啓発活動を実施した。
地域包括支援センターと町が協力し、高知市で行われている「いきいき百歳体操」を週1回実施したいと申し出た団体を支援し、継続的に広がりのある事業としていく。

●取組のポイント

住民主体の活動とするために、実施内容等については十分に説明し、住民の意向を尊重するとともに、開始にあたっては相談しやすい体制をつくった。
通いの場が継続するよう、体力測定や出前講座、介護予防大会等実施し、活動が活性化するような支援を行った。

取組の内容②

(1) 住民への啓発（チラシ・広報等）

- ・H27年度に2回介護予防講演会実施
全戸にチラシ配布し民生委員や地区長、ボランティア会等の代表者に個別通知し参加を募った。
H27年度に3地区、H28年度8地区（内1つはグループ）立ち上がり、週1回の活動を継続中

(2) 立ち上げ支援

- ・重りは町で購入し、貸与とした。
- ・備品（椅子、DVDプレイヤー等）が不足している場合は補助金制度を活用してもらうことで、取り組みやすい環境を整えた。



老人会の役員会等でいきいき百歳体操が口コミで広がり、取り組む地区が増えていった！

(3) 継続支援

- ・3か月後に体力測定といきいき百歳体操スペシャル版のDVD配布
- ・6か月後に体力測定とかみかみ百歳体操のDVD配布
- ・情報交換会、介護予防大会を実施
- ・栄養、口腔、認知症予防の出前講座を地区からの要請により実施（栄養と認知症予防講座についてはサポーターと一緒に活動）



(H28.11介護予防大会)

(4) 通いの場づくりから地域づくりへの変化

週1回を継続することで、地区のまとまりが良くなっており交流が深まっている様子がみられる。居場所や出番づくりといった通いの場としての機能が整いつつある中、今後は、地域の中での見守りや支え合いが深まり、より安心して生活できるような地域づくりを目指していく。

成果と課題

取組の成果

- 地域の実情にあった活動の展開と多角的な健康づくり
- 自覚的な変化（体力がついた、腰痛・膝痛が改善した等）と全体的な体力測定値の上昇
- 交流の場としての定着（物理的交流の場から精神的な交流の場へ）



(H28.11介護予防大会)

今後の展望

- 住民主体の健康づくりの場としての実施場所を増やす
- 百歳体操の継続 → 個人・地域のQOLの向上に着目し支援（仕事を長く続けたい、地域で楽しく暮らしたい・・・等々）
- 地域の健康問題は地域で解決できるようなしくみづくり
 - ・住民との協働、介護予防サポーターとの協働
地域が抱える健康問題を共有し、対応・対策を一緒に考えていく土壌づくり
 - ・システム化に向けて
地域包括支援センターや医療機関との連携を今後どのように進めて行くか



(H28.9情報交換会)



(小川地区：体操前の交流の様子)

【相双保健福祉事務所いわき出張所の取組概要】

いわき市内復興公営住宅入居者の状況をふまえ、関係機関と復興公営住宅集会所を活用した健康づくり・介護予防事業の必要性について話し合い、2団地をモデルとして地域づくりによる介護予防事業として県内外で実施されている「いきいき百歳体操」を住民主体で実施していけるよう支援していくこととした。

【基本情報】

富岡町、大熊町、双葉町、浪江町4町の住民が入居。

●下神白団地

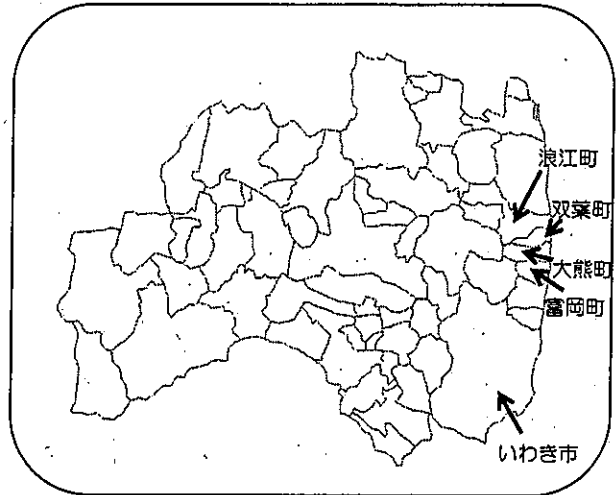
〈入居者の状況〉

- ・196世帯322人
- ・高齢化率60.9%、独居高齢者21.4%
- ・団地集会所は月～木曜日にカフェ、カラオケ、クラフト等定例の活動が実施されている。NPO等支援団体によるイベントが頻回に開催されている。

●湯長谷団地

〈入居者の状況〉

- ・48世帯83人
- ・高齢化率42.2%、独居高齢者16.9%
- ・団地集会所は平日の日中開放され、自由に集まり茶話会を開いている。



取組の内容①-1

●背景

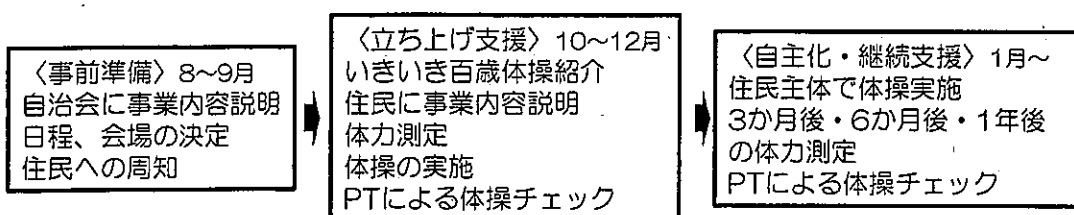
平成28年7月現在、入居開始となっているいわき市内復興公営住宅6カ所の高齢化率は50%以上であり、浜通り10市町村の平成28年4月末現在の要介護・要支援認定者率において富岡町・大熊町・双葉町・浪江町で特に伸び率が大きかった。さらに、復興公営住宅入居者同士の交流が少なく閉じこもりがちになるケースも多いという課題も挙げられた。それらの課題をふまえて復興公営住宅集会所を活用した健康づくり・介護予防事業の進め方に関する協議の場を持ち、平成28年度は下神白団地及び湯長谷団地をモデルとして住民主体の健康づくり活動を行うこととなった。

●事業内容

・実施主体及び各機関の役割：

実施主体は各団地自治会、4町及びみんぶく※は見守り役、当所は調整・立ち上げ支援及び見守り役となり活動を支援した。

・スケジュール：



※みんぶく：特定非営利活動法人3.11被災者を支援するいわき連絡協議会

取組の内容①-2

- ・紹介する体操はいきいき百歳体操。集会所で体操のDVDを流し、それを見ながら準備体操、筋力体操、整理体操の順で体操を行う。



下神白団地



湯長谷団地

●取組のポイント

- ・各団地の既存の活動の中に体操を組み込む。(下神白:カフェ、湯長谷:茶話会)
- ・住民が主体となって体操を継続していく。
- ・自治会や住民を巻き込みながら活動をしていく。
- ・住民の口コミを中心に広げる。
- ・体操が効果的に実施出来ているか評価し住民にも実感してもらうため、PTによる体操のチェック、体力測定を定期的実施する。

取組の内容②

①住民への啓発（プレゼン・広報等）

- ・体操の目的や効果について自治会及び住民に伝え理解を得た。
- ・各町やみんぷくに体操周知について協力を依頼。
- ・自治会の協力を得て体操のチラシを全戸配布し、集会所内にも掲示。

②立ち上げ支援

- ・最初の約3か月間は希望者への血圧測定や見守りを実施しながら、今後住民主体で体操を実施していくことについて丁寧に説明を行った。
- ・PTによる体操のチェック。
- ・体力測定の実施（開始時）



③継続支援

- ・体力測定の実施（3か月・6か月・1年後）
- ・時々体操の様子を見に行き見守り支援。

④活動をきっかけに生まれた、住民同士の支え合いや見守り

☆体調や最近の出来事についてお互いに話している

☆住民同士の口コミで体操が広がっている



☆急に休んだ住民のことを気にかけて連絡を取る

☆集会所に来て話しをするのを楽しみにしている

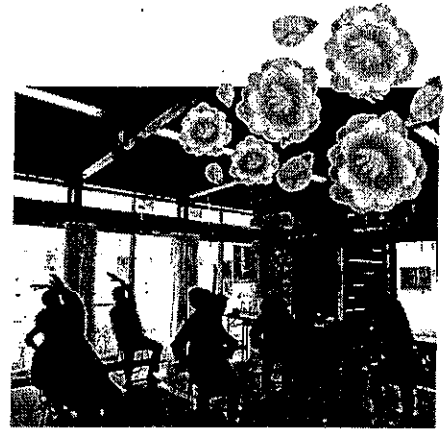
成果と課題

取組の成果

- キーパーソンを中心に住民主体で体操が継続できている。
- 体操の場が住民同士の交流の場となり、支え合いや見守りの体制ができ、体力向上にもつながっている。
- 住民同士の口コミで体操が広がり、参加者が増えている。

今後の展望

- いわき市内の他の復興公営住宅集会所でも事業展開できるように4町と共通理解を図る。
- 引きこもりがちで集会所に出てこない方への支援方法を検討する。
- 住民同士で支え合い、生きがいを持って健康に過ごしていくための方法の一つとして、今後も住民主体で体操を継続していけるよう見守り支援をしていく。



(6) 高齢者が支え合う地域コミュニティの構築

原田町内会

代表：会長 滝田 金蔵

活動地域：郡山市大槻町原田地内

加入世帯数：694世帯 所属人数：2,210人 内60歳以上の人数630人

町内会の活動内容

- 1 地域の行事（スポーツ大会、夏祭り・盆踊り大会、敬老会、子供祭り、芋煮会）
- 2 クリーン作戦、消毒薬散布、ゴミ置き場管理
- 3 地区球技大会・町内スポーツ大会
- 4 広報紙の配付

町内会の特徴

- ・ 20年ほど前から区画整理され、5年前に完了した新興住宅街。
- ・ 道路整備の進捗とともに、近年急速に町が発展し、町外へ通勤通学する者や転入者が多くなったため、住民の交流で融和を図るため、町内会が多くの行事を手がける。
- ・ 高齢者や未成年者の見守り、地域での支え合いは重要と考え、高齢者世帯の支援隊による生活支援、介護予防体操と交流会、友愛訪問活動を実施し、交流を図っている。

事業名：みんなでいきいき“はらだ”プロジェクト事業

事業化の背景と動機

当町内において高齢者数が年々増加する中での地域コミュニティの強化が必要となったため。

地域への効果

一人暮らしや夫婦世帯高齢者の実態を把握できるため、きめ細やかな対応が可能となる。

主な活動実績

【介護予防と住民間の交流を行う取組】 いきいき百歳体操と交流会

- パイプ椅子に腰掛け、足の筋肉を鍛え、筋力を維持する筋力運動を実施。
- 体操後、茶菓子を食べながらの交流・情報交換を実施。60～70代が35名参加登録

【一人暮らし高齢者等に生活支援を行う取組】 巡回友愛訪問

- 一人暮らし高齢者75世帯1/3ずつ月1回訪問、生活実態把握と安否確認を実施。

【高齢者向けに生活を支援する取組】 高齢者世帯支援隊

- 町内会有志 15 名により組織、簡易な作業（電球交換、アンテナ向き等）を実施

【コミュニティの交流に関する取組】 広報紙の発行

- 町内の話題、行事を中心に写真記事を掲載（年 4 回予定）

【避難者との交流についての取組】 避難者との交流

- 双葉町避難者憩いの場（せんだん広場）との交流（盆踊り 10 名参加）
- 富岡町、大熊町からの避難者との交流（芋煮会各 5 世帯参加）

事業活動と計画

いきいき百歳体操と交流会 毎週火曜日



最初は照れや戸惑いもあったが次第に皆溶け込み、次回を楽しみにしている様子は、毎回とてもほほえましく元気づけられました。

敬老会 H28. 9. 19

記念品授与、祝意、作文朗読、体操等



75 歳以上の招待者 172 名のうち、式典には 66 名が参加して行われた。小学生児童 3 名により作文の朗読が行われると、参加者から思わず笑みがこぼれる場面があり、ほほえましかった。

高齢者世帯支援隊結成式 H28. 10. 16



これまで、倒木処理、手紙内容の伝達、電池交換、蛍光灯交換、屋外転倒時の措置を実施。訪問した高齢者の方から大変喜ばれ、感謝されるためたいへんやりがいのあるものであった。作業後のおもてなしが楽しみ。

友愛訪問 H28. 12. 5～15



タオルとLEDライトを土産に75歳以上の町内の一人暮らし高齢者等6人で分担し172名を訪問し、安否や暮らしぶりを確認した。

新春書き初め大会 H29. 1. 3



小学生から高齢者まで31名の参加により実施しました。小学生は冬休みの宿題もあり、真剣に取り組んでいた。

初めての取組で、好評だったため、来年度以降も続ける予定。

双葉町避難者との交流会 H29. 1. 12

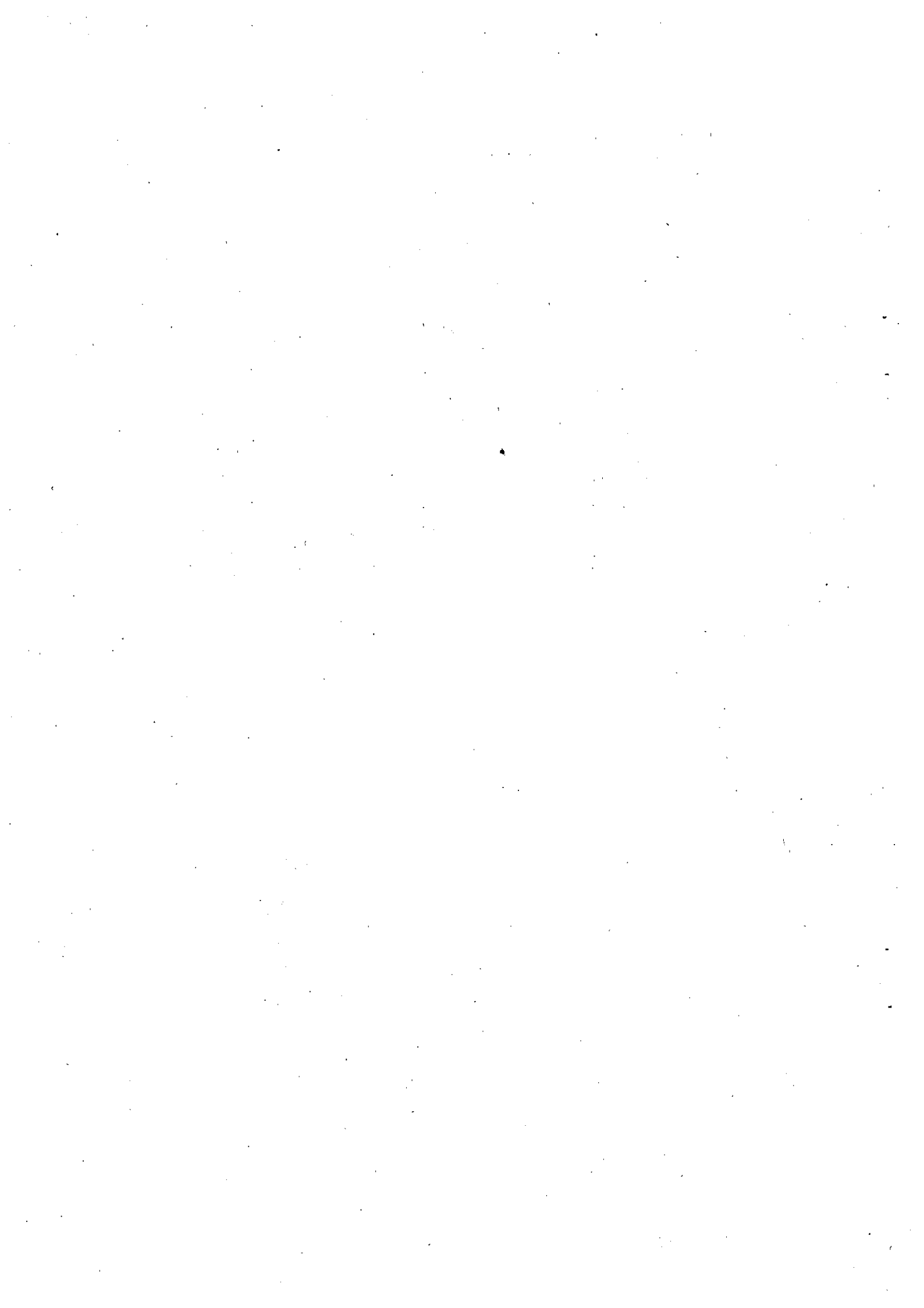


双葉町の大黒舞や餅つきの後、餅を食べたり、全国からの復興支援警察隊による防犯と安全の講話を聞いたりした。寸劇では和やかなひとときを過ごした。



事業に取り組んでみて

- 当町内は、郡山市内でも700世帯と大きく、色々な催し物ができるのは、団結力が強いからだと思います。
- 友愛訪問では、会えない方の居場所が把握でき、会えた方は、訪問を喜んで迎えてくれました。好評だったので、来年度からは2回の訪問を予定します。



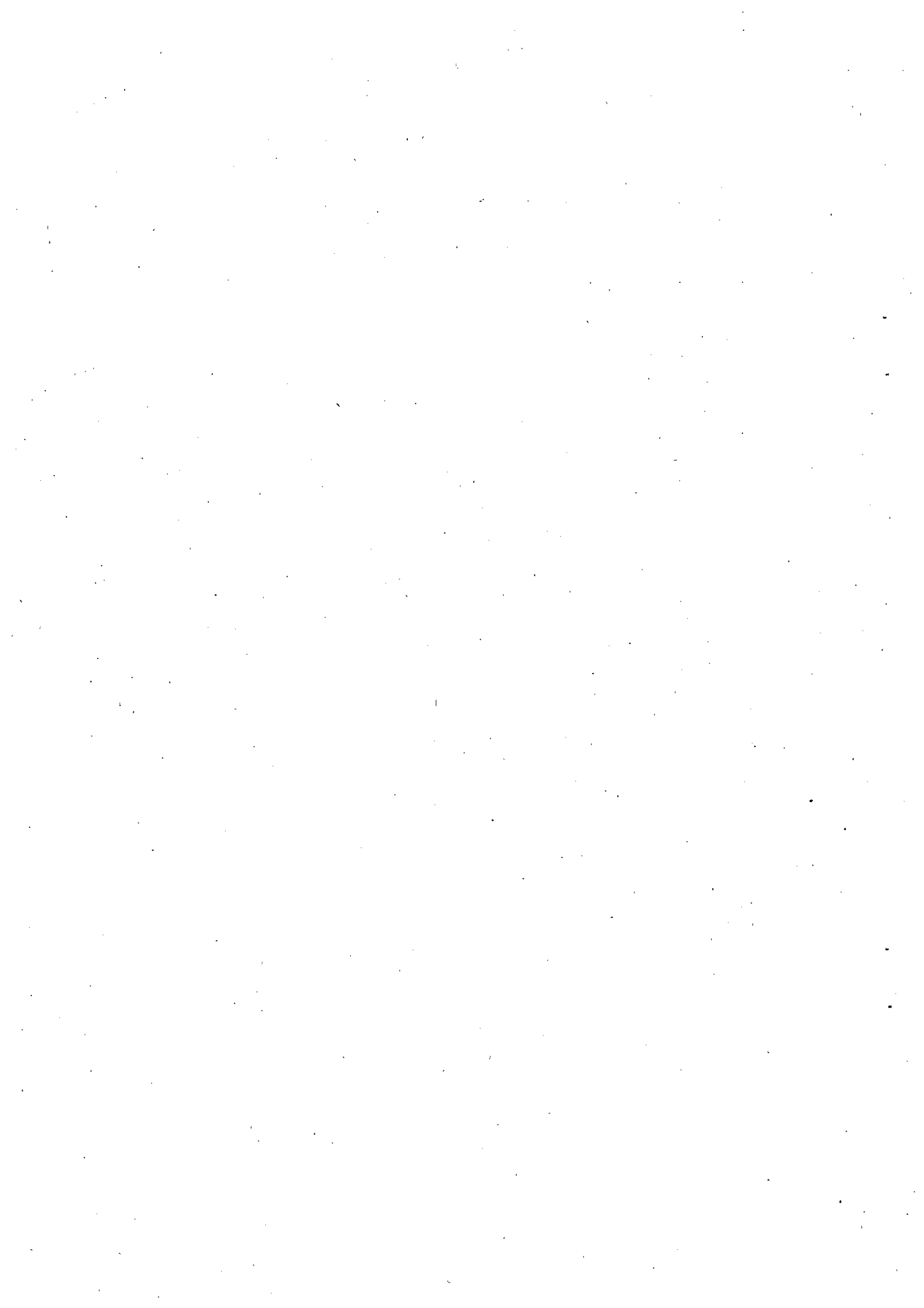
3. 今後の展望



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、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。

今後はさらに、介護予防・日常生活総合支援事業の本格実施に加え、高齢者の自立支援・重度化予防に向けた取組、新オレンジプランに基づいた認知症施策の実践に積極的にとり組むことが求められております。

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、被災町村に対する個別支援などを引き続き実施する他、新たに、介護予防活動の機運を高めるための県民大会の開催や、自立支援に資するケアマネジメントを目的とした地域ケア会議の支援、県版のオレンジプランの策定と実践など、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



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

4月

①地域別〔安達、福島、伊達〕(8, 9月) 、 ②全体(12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、認知症対応、高齢者社会参加	1,374、1,500、1,500
二本松市	認知症対応、医療・介護一体提供	752、48
伊達市	医療・介護一体提供	1,438
本宮市	医療・介護一体提供	1,500
桑折町	認知症対応	815
国見町	認知症対応、医療・介護一体提供	1,388、39
川俣町	認知症対応、その他	868、482
大玉村	高齢者社会参加、その他①、その他②	746、196、945

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	退院調整ルールの策定により、医療と介護の連携における具体的な課題の抽出や連絡調整の方法について検討がなされた。
認知症対応	講演会の開催やケアパスの作成により、住民への普及啓発や早期診断・早期対応に向けた支援体制が構築されつつある。
高齢者社会参加	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広がってきている。

今後の展開方針

医療・介護の 連携推進

退院調整ルールの運用開始後における病院とケアマネジャーの連携状況を調査・検証し、必要な見直しを行っていく。

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。

福島市の概要

福島市の地域包括ケアシステム構築に向け、福島市地域包括ケアシステム推進会議を設置している。

推進会議ではより具体的な4つのプロジェクトを組織し、それぞれのプロジェクトの実践チームがテーマに則した取り組みを行い、福島市の地域包括ケアシステム構築を進めている。

- ①在宅医療推進プロジェクト
- ②福島市版オレンジプラン推進プロジェクト
- ③医療と介護の連携推進プロジェクト
- ④地域住民との協働推進プロジェクト

【基本情報】

●人口	284,010人
●65歳以上高齢者人口	78,686人
●高齢化率	27.69%
●要介護認定率	19.32%
●第1号保険料月額	5,900円

(平成28年10月1日現在)



在宅医療推進モデル事業①

●在宅医療研修会の開催

(目的)

本市では平成27年1月立ち上げた「福島市地域包括ケアシステム推進会議」を中心に、地域包括ケアシステム構築に関する取り組み方針や課題について、大局的な視点から検討を進めており、地域包括ケアシステム構築を進めるうえで、在宅医療・介護連携の推進が大きな課題となっている。

在宅医療に携わる保健・医療・福祉・介護関係者を対象とした地域包括ケアシステム「在宅医療研修会」を開催し、多職種の地域包括ケアシステム及び医療と介護の連携に関する理解を深め、全市を挙げて「地域包括ケアシステム」構築に取り組みきっかけとする。

(内容)

【日 時】	平成28年11月29日(火) 午後7時～午後8時40分
【会 場】	福島市公会堂
【対 象】	医療・保健・介護・福祉関係者など
【講 師】	仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎先生
【演 題】	地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携
【主 催】	福島市、福島市医師会、福島市医療と介護のネットワーク

在宅医療推進モデル事業②

●在宅緩和ケア社会資源情報と在宅医療パンフレットの配布

(目的)

医療機関（医科、歯科）、訪問看護、薬局、地域包括支援センター等の取組状況についてまとめた小冊子を作成・配布し在宅医療に関する情報の共有を図る。

在宅医療に関し分かりやすく解説したパンフレットを、医療・介護関係者へ配付し、利用者である市民へ在宅医療の周知と理解を図る。

(内容)

- 1 「在宅緩和ケア社会資源情報」小冊子の作成・配布
福島市を中心とした地域での緩和ケアについての対応状況
【対象者】市民、医療・保健・介護・福祉関係職
【事業主体】福島市医師会
- 2 「在宅医療がささえます」パンフレットの作成・配布
在宅での療養生活を支える医療機関や介護機関、専門職の関わりについて
【対象者】市民、医療・保健・介護・福祉関係職
【事業主体】福島市医師会

在宅医療推進モデル事業の成果と課題

取組の成果

●170名の専門職が参加し地域包括ケアシステムへの理解を深めた。

(アンケート結果より)

- 講演内容、地域包括ケアシステムへの理解について満足度が高かった。
- 大部分の方が、日頃の医療と介護の連携について不具合を感じていた。

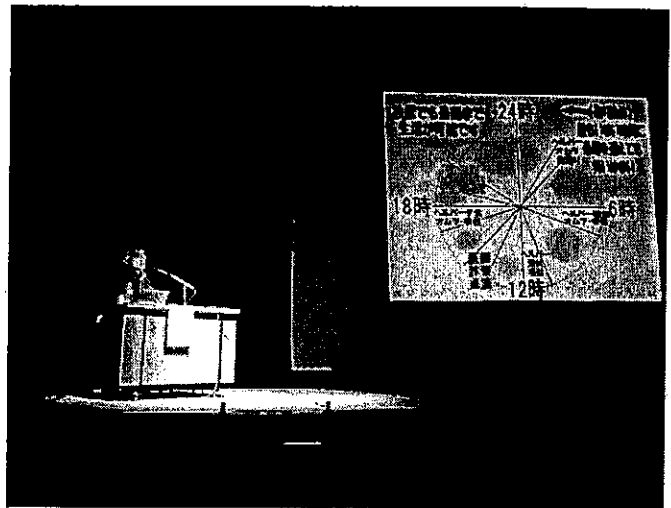
課題と今後の展望

(課題)

- 医療関係者（医師）の参加が極めて少なかった。
- 多くの方に参加いただけるテーマの設定。
- 医療・保健・介護・福祉関係職員の在宅医療に対する温度差。
- 医療と介護の連携がうまく図られていない。

(展望)

- 在宅医療と介護連携に関して、引き続き魅力ある講演や研修会を開催し地域包括ケアシステムへの理解を深める。



在宅医療・介護連携推進事業

●福島市在宅医療・介護連携支援センター設置に向けた取り組み

(目的)

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携推進を目的とした「福島市在宅医療・介護連携支援センター」の設置に向けて、「福島市在宅医療・介護連携支援センター検討委員会」を立ち上げ、福島市における在宅医療・介護連携の課題などからセンターで取り組む業務や、センターの基本的な枠組みを検討する。

(内容)

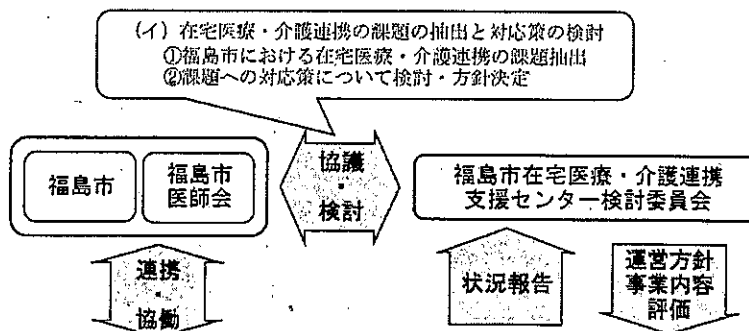
- 1 「福島市在宅医療・介護連携支援センター検討委員会」の開催
(委員数 14名)
第1回 平成28年12月6日開催
第2回 平成29年2月13日開催
- 2 在宅医療・介護連携推進事業視察
山形県山形市 平成28年12月8日(事務局2名)
新潟県新潟市 平成29年1月12日(委員2名、事務局3名)
千葉県柏市、神奈川県横須賀市
平成28年1月24~25日(委員1名、事務局1名)

在宅医療・介護連携推進事業の成果と課題

取組の成果

●福島市在宅医療・介護連携支援センター検討委員会の立ち上げにより、福島市在宅医療・介護連携支援センター開設へ向けての準備体制が整う。

●先進地の取組状況の確認。



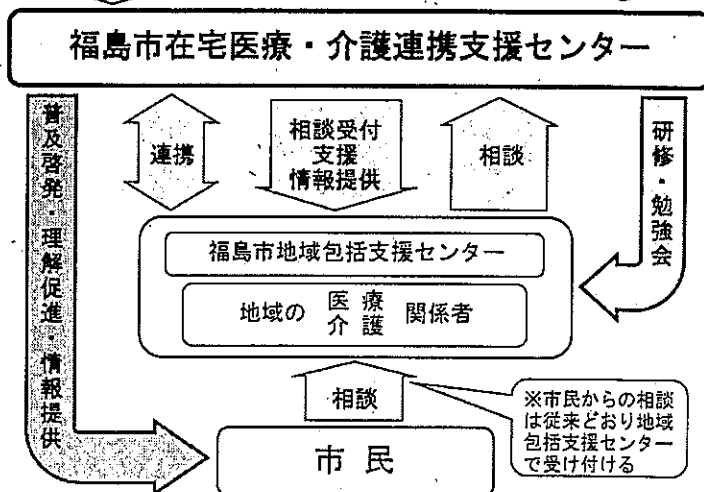
課題と今後の展望

(課題)

●福島市が抱える在宅医療・介護連携における現場レベルでの課題抽出。

(展望)

●平成30年度に在宅医療・介護連携支援センターを開設し、在宅医療・介護連携の一層の推進を図る。



1 市町村支援の内容

1 モデル事業への主な支援

①郡山市への支援

・郡山市保健所と共同で、退院調整ルール運用状況の把握、評価会議の開催、関係多職種の見交換会などを開催した。

②須賀川市への支援

・市と医師会が共催する医療・介護連携研修会への保健福祉事務所としての参加。

・住民向け「須賀川市・鏡石町・天栄村地域包括ケアシステム講演会」(H29.2.25)への後援。(行政説明、スタッフ派遣、配布物協力等)

③鏡石町・天栄村への支援

・認知症初期集中支援チーム検討会への参加・助言。

2 その他の支援

①研修会・情報交換会の開催

H28.10.27 管内市町村地域支援事業担当者情報交換会

H28.12.15 県中地域 地域包括ケアシステム構築推進セミナー(テーマ:地域医療構想を受けた介護保険事業計画の策定に向けて)

②地域支援事業等の実施に係る随時の相談対応・助言

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「退院調整ルールの運用・評価」	900千円
須賀川市	〔その他〕 医療・介護連携による地域包括ケアシステムの構築	818千円
鏡石町	〔複数町村共同〕 天栄村との共同による認知症初期集中支援チーム設置	751千円
天栄村	〔その他〕 ご当地体操でつなぐ地域の連携強化	1,200千円
玉川村	〔その他〕 オリジナル体操を活用して楽しく介護予防に取り組めるまちづくり	1,227千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

①郡山市

・退院調整ルールの周知・普及が進み、退院調整もれ率や入院時情報提供書提出率が改善した。また、このルールを契機に、多職種の連携も進んだ。

②須賀川市

・市と医師会が共催する医療・介護連携研修会は、多職種連携の強化のきっかけとなった。

・住民を対象とした「須賀川市・鏡石町・天栄村地域包括ケアシステム講演会」には、520名の参加があり、住民の意識醸成が促進された。

③鏡石町

・認知症初期集中支援チームが天栄村と共同で設置された。

④天栄村

・地域の声を取り入れたオリジナルの体操ができた。

⑤玉川村

・地域の声を取り入れたオリジナルの体操ができ、新しくサロンも立ち上がった。

今後の展開方針

①郡山市

・引き続き郡山市保健所と共同で、退院調整ルールの運用状況把握・評価を継続し、ルールの更なる定着を図るとともに、このルールをきっかけとした多職種連携を推進する。

②須賀川市

・多職種連携の取組の継続、地域包括ケアシステムについての住民理解・意識の更なる向上を図る取組を支援する。

③鏡石町・天栄村

・認知症初期集中支援チームの充実を支援する。

④天栄村・玉川村

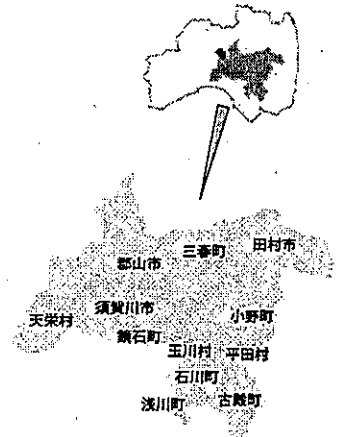
・作成したオリジナルの体操を普及させ、住民主体の通いの場の拡充につなげる取組を支援する。

【市町村名】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。平成27年度に、県中保健福祉事務所と本市（保健所）の両方が事務局となり、厚生労働省のモデル事業の「退院調整ルール」の策定を行い、平成28年4月からこのルールの運用を開始しました。さらに、ルールの運用評価に取り組みました。

【基本情報】 ※H29.1.1.現在

- 人口 335,413人（郡山市）
536,649人（県中圏域）
- 65歳以上高齢者人口 84,424人（郡山市）
143,673人（県中圏域）
- 高齢化率 25.7%（郡山市）
27.2%（県中圏域）
- 要介護認定率（H28.10末） 17.7%（郡山市）
17.8%（県中圏域）
- 第1号保険料月額 5,027円（郡山市）



県中医療圏の市町村

【H27厚生労働省モデル事業】

県中圏域医療介護連携調整実証事業：県中医療圏（二次医療圏）における退院調整ルールの策定・運用

平成29年2月 県中保健福祉事務所・郡山市保健所

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

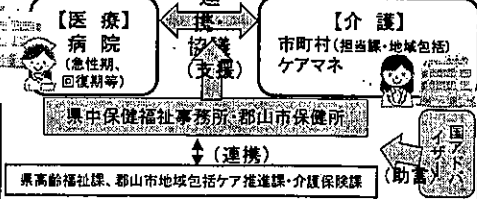
県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの策定・運用

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。

※退院調整ルールは、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

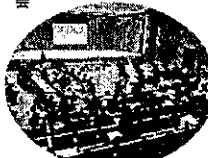
《連携調整支援事務局》

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 逢坂悟郎 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
	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
	11	第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
28	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26名
	2	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
	3	市町村担当者会議（29日）	12市町村
	3	退院調整ルール策定報告・運用説明会（18日）	360名参加
28	4	退院調整ルール運用開始	
	9	退院調整ルール運用状況アンケート調査（1～15日）	
	10	ルール運用評価会議 第1回ケアマネ協議（14日）	140名参加
	10	ルール運用評価会議 第1回病院・ケアマネ合同会議（25日）	325名参加
29	2	ルール運用状況アンケート調査 / 訪問看護・ケアマネ意見交換会（21日）	
	3	病院意見交換会（2日）/ルール運用評価会議 第2回病院・ケアマネ合同会議（13日）	

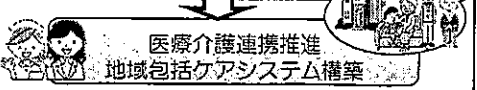


ルール運用開始後の退院調整もれ率（H28年8月）：26%
※ルール策定前：31%

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も”
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。



「退院調整もれ」アンケート結果 (平成27年度と28年度の比較)

図3: 病院からの退院調整の連絡
《平成27年5月と平成28年8月の比較》
(要介護+要支援)

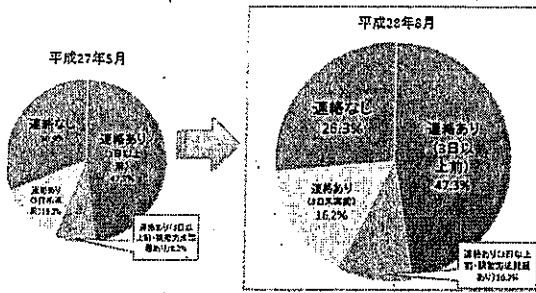
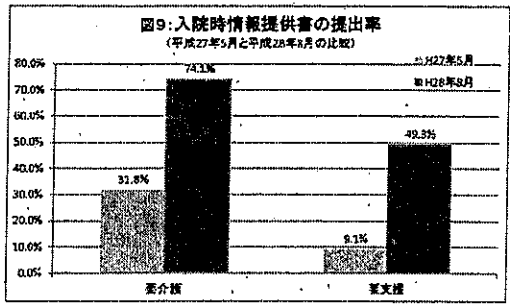
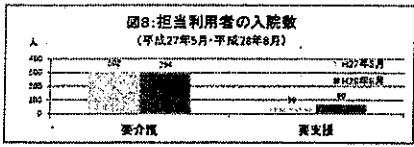
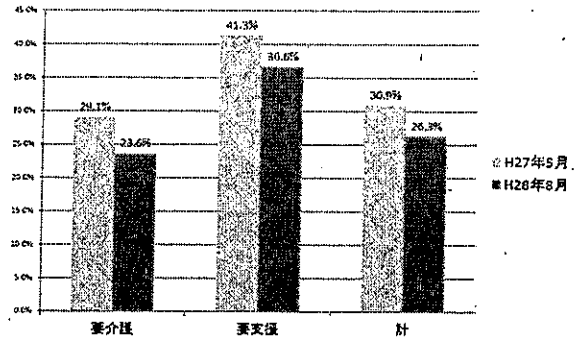


図4: 県中圏域の退院調整もれ率
《平成27年5月と平成28年8月の比較》



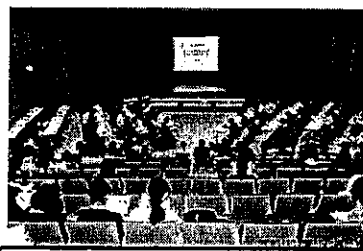
アンケートのまとめ

- ◆ 県中圏域の入院は県中圏域内で完結
- ◆ 県中圏域の退院調整もれ率は、26.3% (要介護23.6%、要支援36.6%)
ルール策定前(平成27年5月)と比較し、それぞれ約5ポイント改善(図3・図4)
- ◆ 県中圏域の入院時情報提供書の提出率は、要介護74.1%、要支援49.3%
ルール策定前(平成27年5月)と比較し、それぞれ40ポイント以上改善(図8・図9)

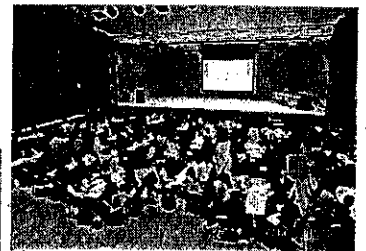
取組の成果

- 「ケアマネ協議会」、「病院・ケアマネ合同会議」において、運用評価を行った結果、「退院調整ルールの手引きに関するQ&A集」を作成し、関係機関へ配布した。
- 「訪問看護師とケアマネの意見交換会」を開催し、お互いの連携のあり方について意見交換会をする。(H29年2月21日開催)
- 「病院間の意見交換」を開催し、各々の病院の取組状況について情報交換を行う。(H29年3月2日開催)
- 県南医療圏と協議を行い、医療圏を越えて入退院する方の連絡方法についてルールを決めた。

成果と課題



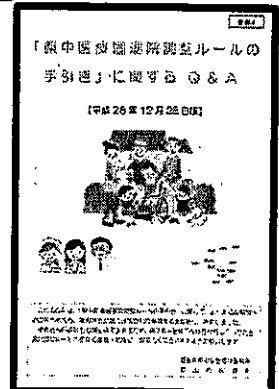
H28.10.25 第1回病院・ケアマネ合同会議



H28.10.14 第1回ケアマネ協議

今後の展望

- 県内全域で退院調整ルールが運用されるため、他医療圏との退院調整ルールに関する連絡方法を協議する必要がある。
- 自治体ごとに要介護認定状況が異なるため、今後も市町村間の意見交換会を開催し、情報交換を行う必要がある。
- 今後も引き続き、退院調整ルールの運用評価を継続する必要がある。



退院調整ルールの手引きに関するQ&A

1 市町村支援の内容

各市町村に対し、必要に応じて以下の支援を行った。

- 認知症に関する研修会の開催(1回)
- 意見交換会の開催(2回)
- 認知症初期集中支援チームに関する打合せや会議での助言
- 進捗状況に応じた助言
- 必要に応じた情報提供

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
西郷村	認知症対応モデル	213千円
中島村	認知症対応モデル	68千円
矢吹町	認知症対応モデル	220千円
棚倉町	認知症対応モデル	400千円
矢祭町	複数町村共同モデル	700千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

- 西郷村
認知症初期集中支援チームの設置に向け研修を受講し、体制作りを進めることができた。
- 中島村
認知症初期集中支援チームの設置に向け研修を受講し、体制作りを進めることができた。
- 棚倉町
認知症ケアパスを作成し、町民に配布したことで、町民の認知症への理解を深め、家族等への支援に関する情報を発信することができた。
- 矢祭町
複数町村共同による地域病院との連携及び事務局設置に向けた連絡体制を整えることができた。

今後の展開方針

- 認知症初期集中支援チームについて、平成29年度内設置完了に向けた支援をするとともに、その後の運営がスムーズに展開されるよう支援していく。

棚倉町

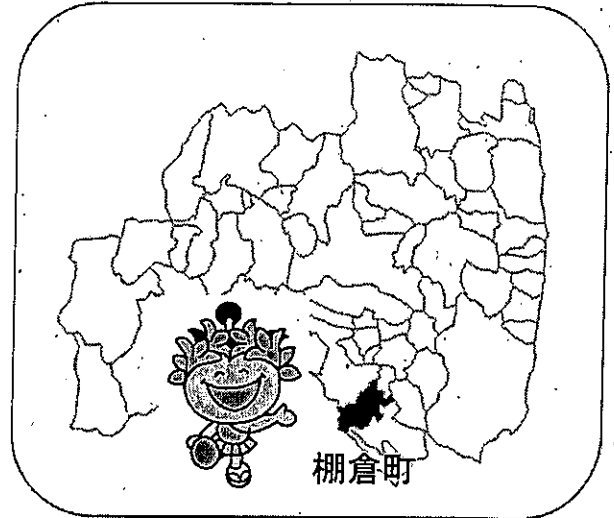
認知症の人にやさしい棚倉をめざして
～認知症ケアパスの作成～

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
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。

【基本情報】（平成28年 10月 現在）

- 人口
14,478人
- 65歳以上高齢者人口
4,172人
- 高齢化率
28.8%
- 要介護認定率
16.8%
- 第1号保険料月額
5,000円



知ってて安心認知症 (認知症ケアパス)パンフレット作成

●背景

平成28年12月に「知ってて安心認知症」のパンフレットを作成し、町民への普及・啓発を実施し、認知症の早期発見、分かりやすい相談窓口の掲載を行った。

●事業内容

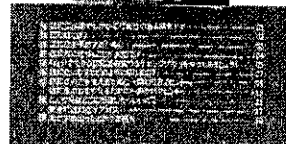
5,000部作成
窓口にて、認知症高齢者の相談に活用。
町、地域包括支援センター窓口を設置し、相談業務の中で配布。
町内のスーパー、警察、図書館、銀行へ配布し、認知症ケアパスの理解と町民への啓発
民生児童委員へ配布し、支援活動の中で町民に啓発。

●取組のポイント

- ・町内介護支援事業所等にも啓発を実施した。
- ・認知症の症状、病気の早期発見のチェックリスト、治療、相談先、予防策など盛り込み町民にわかりやすい掲載を工夫した。
- ・認知症ケア「ユマニユード」の手法のポイントを載せた。
- ・棚倉町介護者家族の会：亀楽の会（きらくのかい）（H27.11月発足）を町の相談窓口に掲載し、家族の会の周知を図った

認知症の人にやさしい棚倉をめざして

知ってて安心
認知症



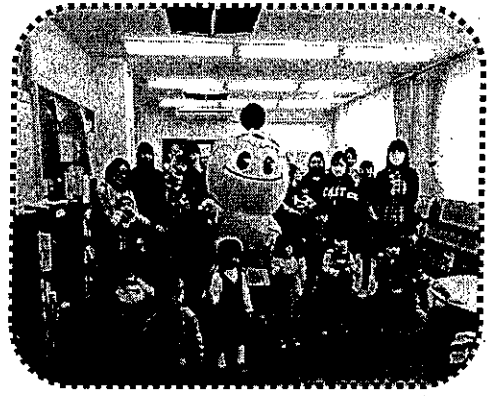
成果と課題

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。
- 月1回の家族介護者の会:亀楽の会の活動に取り入れ、認知症ケア向上に努めた
- 認知症サポーター養成講座に活用している。

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、安心して暮らせる棚倉町を町民とともに作り上げていくことができるよう、普及・啓発を継続し、町民や関係機関との連携を図っていく。



新倉町 認知症ケアパス		認知症ケアパス		
本人の認知症の程度	認知症ケアパスの種類	認知症ケアパスの内容	認知症ケアパスの活用	認知症ケアパスの連携
軽度	認知症ケアパスA	認知症ケアパスAの内容	認知症ケアパスAの活用	認知症ケアパスAの連携
中度	認知症ケアパスB	認知症ケアパスBの内容	認知症ケアパスBの活用	認知症ケアパスBの連携
重度	認知症ケアパスC	認知症ケアパスCの内容	認知症ケアパスCの活用	認知症ケアパスCの連携
認知症ケアパスの活用方法				
認知症ケアパスの連携				
認知症ケアパスの活用事例				
認知症ケアパスの活用効果				
認知症ケアパスの活用課題				
認知症ケアパスの活用展望				

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や研修等を実施する際に、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、地域包括支援センター、社会福祉協議会及びリハビリ専門職等を対象に、新しい地域支援事業実施のための情報交換会や、西部4町村（柳津町、三島町、金山町、昭和村）の打合会を実施した。

さらに、認知症施策の支援体制整備のため、認知症疾患医療センターとの定期協議や、専門職団体に対して地域の現状、制度の内容及び多職種連携等について説明し、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
会津若松市	認知症対応モデル	1,500千円
金山町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	1,403千円
昭和村	認知症対応モデル	1,065千円
昭和村	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	1,867千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

◎共通的成果

地域包括ケアシステム構築を推進するために、新しい総合事業(包括的支援事業)の生活支援体制整備事業や認知症総合支援事業の早期実施と充実が必要だが、この事業は、実施するために関係者の理解と協力及び養成研修の受講等が必要で、手間暇がかかるため、モデル事業を有効活用することで、3市町村共に事業準備及び充実ができた。さらに、管内市町村への波及効果もあった。

- 会津若松市：認知症初期集中支援チームの設置に向け試行もでき、平成29年4月には本格活動ができることになった。また、チーム員会議にも役立つ見える事例検討を導入し、内容の充実も図れた。
- 金山町：生活支援コーディネーターが中心となり、支え合い活動の発掘を行うことで、当たり前の生活が、支え合いや介護予防につながることに住民も役場職員等関係者も気づき、近隣に波及できたり、自主サロン開催にもつながった。
- 昭和村：生活支援体制整備のために、昨年度から本モデル事業を活用し取り組み、今年度、協議体を立ち上げることができた。また、認知症モデルは、認知症を我がこととして考えられるような講座や、昨年度作成した介護予防手帳を踏襲した認知症ケアパス作成により、地域性のある認知症施策が展開できた。さらに、認知症カフェの開設にもつながった。

今後の展開方針

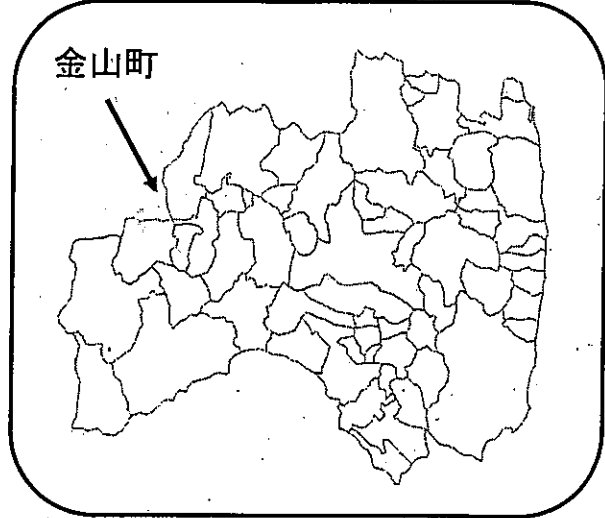
昨年度と今年度のモデル事業実施市町村の活動が、管内市町村にも波及し、他の市町村の新しい総合事業(包括的支援事業)の実施準備や事業充実の参考となった。また、各専門団体ではこの活動を受け、協力体制を整えるための研修会、話し合い及び市町村との情報交換会などが開催され、ネットワーク構築にも効果が見られた。さらに推進されるように、後方支援をしたい。

【金山町】の概要

金山町は、福島県の西部に位置し、新潟県に接している山間地帯で、近郊都市の会津若松市から約60kmの地点にあります。高齢化は県内一位となっているが、住民が主体の地域コミュニティづくりを支援し、高齢者が自らの地域を考えた支え合い活動や生きがい活動を普及、周知することで介護予防や生活支援サービスの充実を図るため事業を実施した。

【基本情報】

- 人口（2月1日現在）
2179人
- 65歳以上高齢者人口（2月1日現在）
1277人
- 高齢化率（2月1日現在）
58.6%
- 要介護認定率
22.3%
- 第1号保険料月額
6000円



取組の内容①

●背景

平成28年10月1日から介護予防・日常生活支援総合事業に移行することに伴い、介護予防や生活支援サービスの充実を図るため、住民が主体の地域コミュニティづくりを支援し、高齢者が自らの地域を考えた支え合い活動や生きがい活動の発掘、再構築及び醸成が必要となった。

●事業内容

平成28年6月から金山町社会福祉協議会に生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーター業務を委託。
生活支援コーディネーターの育成するために、NPO全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）に入ってもらった。
町内30行政区をくまなく歩き地域資源の発掘を中心におこなった。

●取組のポイント

毎月、定期的にCLCに入ってもらい生活支援コーディネーターと一緒に地域をまわった。コーディネーターとしての視点や地域資源の発掘の仕方の指導をしてもらい、多数の地域資源の発掘へ繋がった。

取組の成果

西谷あゆみ会の様子

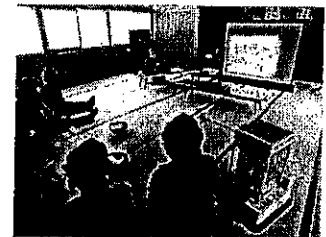
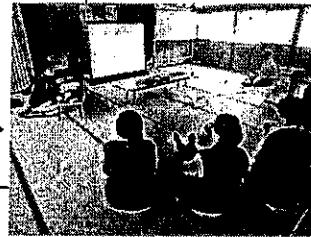
●ご近所2～3人のお茶飲み場が、生活支援コーディネーターが関わることで月1回程度、男女10人が集まる自主サロン「西谷あゆみ会」の開設につながった。

●地域住民が自主的に行っている介護予防サロンで『お茶飲み場から見えてくるつながりと支え合い』をテーマに生活支援コーディネーターの地域活動の成果発表を兼ねて越川地区で1月30日にミニ講演会をおこなった。これにより住民同士が気にかけてあう事がいかに大事であるか再認識することができ、協議体を構築するうえでの大きな一歩となった。

●11月26日、27日に集落福祉全国サミットが開催され、その場でコーディネーターが支え合い活動の発表をした。その際住民も参加し、住民が活動の良さを確認できた。また、参加した住民が、もともと地域にある支え合い活動の良さに気づき、自信ともなった。



越川地区
でのミニ講演会の様子



今後の展望

- 自主サロンの継続、新規開拓へ向けての支援をする。
- 各地区で生活支援コーディネーターの活動成果を地域で話したり、見える化より、住民への周知や気づきを促し、更なる地域資源及び人的資源の発掘に繋がるようにする。その際に、介護予防手帳を活用し、具体的なイメージを住民に掴んでもらう。
- 今年度、生活支援コーディネーター等が把握した「地域の支え合い活動や住民の力」を、介護事業所や施設でも話すことで、地域を理解し、それらの社会資源を活用し、介護サービスを利用しても地域でのつながりを切ることなく安心して生活できるように、住民と支援関係者が協働していけるようにしていきたい。
- 協議体の立ち上げについての準備をしていきたい。

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回）
- ② 町村支援
 - ・①の協議会において、各町村における新しい地域支援事業（包括的支援事業）の取組状況を確認し、圏域内で共有した。
 - ・町村担当者意見交換会を2回開催し、認知症初期集中支援チームの設置形態について検討したほか、その他の各包括的支援事業に係る実務上の課題について共有・方策を検討した。
 - ・地域の居場所づくりの場にリハビリ専門職と保健師で訪問し、介護予防対策を支援した。
- ③ 介護保険（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や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。
- ④ 会津・南会津圏域における退院調整ルールの方策
 - ・「会津・南会津医療圏域在宅医療・介護連携調整事業」として、会津保健福祉事務所と共同で事務局を構成し、各病院・各居宅介護支援事業所・各地域包括支援センター・市町村等の協働による検討会等を経て、平成29年1月に「会津・南会津医療圏域退院調整ルール」を策定した。平成29年4月から運用開始予定。

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	介護予防手帳（ブナりん健康ポイント制度）	1,500千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

住民自らによる健康管理や介護予防事業への主体的参加の促進

・オリジナルの介護予防手帳の配布や各地区での手帳活用説明会、平成29年4月から予定のブナりん健康ポイント制度（※）の開始を通じ、住民が主体的に通いの場や介護予防に参加・取組むための意識向上につながった。

※ブナりん健康ポイント制度：介護予防教室、地域づくりサロン等の地域の通いの場、各種検診等への参加によりポイントがたまり、健康グッズや商品券等と交換可能とすることで、住民が主体的に介護予防事業に参加しやすくする制度。

・なお、昨年度本事業を活用して整備した、介護保険被保険者証・お薬手帳・介護予防手帳等を1つに収納する「只見町健康安心ファイル」と一体的に活用することが可能であるため、更に効果的な取組みとなった。

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や、専門職の派遣等を通じた支援により、実施地区の更なる拡大を図るほか、一般介護予防事業や通所型サービスへの適用にもつなげる。

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に向け、職員等や専門職を派遣によるアドバイスを行うとともに、地域や関係機関が一体となって高齢者等を支えていく体制を強化していく。

③ 退院調整ルールの運用検証

・入院時情報提供書及び退院時情報共有の運用状況を検証の上、更なる連携強化につなげる。

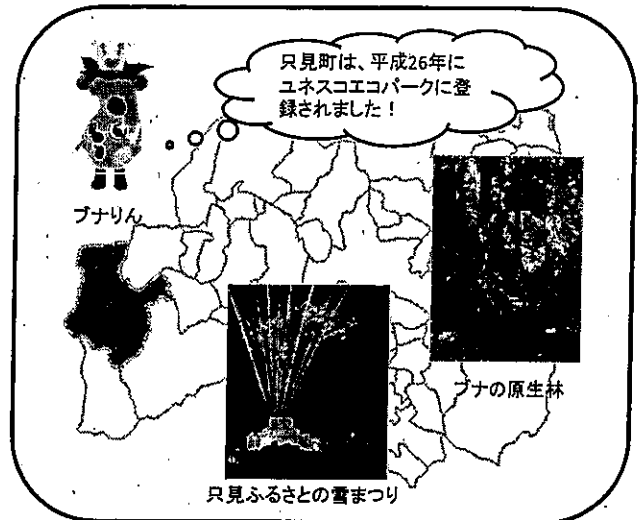
只見町の概要

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29年1月1日現在）

- 人口
4,389人
- 65歳以上高齢者人口
1,989人
- 高齢化率
45.3%（県内第4位）
- 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

事業内容

高齢者が住み慣れた地域で生きがいや役割をもって、いきいきと楽しく暮らし続けることができるように支援するためのツールとして、町オリジナルの介護予防手帳を作成し、要介護認定者を除く高齢者に配布した。

① 手帳の内容

医療情報や服薬情報など的高齢者の心身の状況や家族や連絡先などを記載できる頁に加えて、高齢者が自律的に生活を管理（セルフマネジメント）する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら医療・介護・保健等の関係者と共有できるような内容にした。

② ブナりん健康ポイント制度

高齢者が楽しく介護予防や健康づくりができるよう「ブナりん健康ポイント制度」を実施（本格実施は平成29年4月1日から）。

介護予防教室や各地域で実施されているサロン事業、町が主催する健康講座、各種検診を受診された場合などに、1回1ポイントとなり、介護予防手帳のポイントシートに1スタンプが押される。ポイント数が規定の回数に達すると、健康グッズや商品券などと交換ができるほか、町からの表彰や広報での紹介なども行う。

利用開始までのスケジュール

- 平成29年2月 対象者1,716名に配布（要介護認定者を除く65歳以上高齢者）
- 平成29年3月 町内26箇所において、介護予防手帳利用方法説明会を実施（手帳とボールペンを持参していただく）
- 平成29年4月1日 手帳の利用開始及び「ブナりん健康ポイント制度」開始



介護予防手帳表紙
(A5判サイズ54頁)

ブナりん健康ポイント制度のお知らせ

只見町では、高齢者の方が楽しく介護予防や健康づくりができるよう、平成29年4月から「ブナりん健康ポイント制度」を実施しました。この制度は、町民を対象とした各種の介護予防や健康づくり事業等一人一人でも多くの方に参加していただくことを目的としています。お家のルールとしては、介護予防や健康づくりの活動に参加するたびに「ブナりん健康ポイント」を1ポイントずつ付与し、町が主催する健康講座や検診会に参加した時や、健康診査を受けた場合などに、1回1ポイントとなり、ブナりん健康ポイントシートに1スタンプが押されます。ポイント数が20回・40回・50回・60回・80回・100回にそれぞれ対応する回数クーポンや只見町健康券などが交換することができます。ポイント数が100回に到達すると、プレゼントの抽選もがらみの表彰やお礼状で紹介させていただきますので、幸甚100回を目指してがんばりましょう！



ポイント制度お知らせの頁

ブナりん健康ポイント制度対象事業

- やろ・桜クラブ
- はにっしや健康
- 健康講座・健康講座（町主催）
- 介護予防・健康づくり活動（町主催）
- 健康づくりサロン（健康講座）
- 健康づくりサロン（健康講座）
- 健康講座
- 介護サービス（介護支援サービス（デイサービスやホームヘルプサービス））も対象です。

ブナりん健康ポイント制度対象事業表

回数ポイント数	取得可能
20	健康グッズ
40	1,000円相当の介護予防健康券
50	健康づくりサロン（健康講座）
60	健康づくりサロン（健康講座）
80	健康づくりサロン（健康講座）
100	健康づくりサロン（健康講座）

※ 健康づくり活動はポイントに到達した日から1年以内に行う必要があります。

成果と課題

取組の成果

- 介護予防手帳の配布及び「ブナりん健康ポイント制度」の実施により、高齢者が介護予防や健康づくりに対する意識の向上に繋がった。
- 手帳を有効活用していただくことで、医療・介護・保健等の関係者間で高齢者の状況を把握し、継続性・一貫性をもったケアに繋がる環境が整った。

今後の展望

- 各地域に生活支援コーディネーターを配置し、サロン事業の週単位での開催を推進する。
- 「ブナりん健康ポイント制度」と「ふくしま【健】民パスポート事業」を連携させた取組方法の検討を行う。

1	2	3	4	21	22	23	24
5	6	7	8	25	26	27	28
9	10	11	12	29	30	31	32
13	14	15	16	33	34	35	36
17	18	19	20	37	38	39	40

ポイントシートの頁



住民主体によるサロン事業の様子

1 市町村支援の内容

相双地区地域包括ケアシステム構築推進会議や地域包括ケアシステム構築支援事業などを通じて、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
広野町	認知症対応モデル	73千円
広野町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	0千円
楢葉町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	373千円
浪江町	高齢者の社会参加促進モデル	269千円
		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

認知症予防啓発用リーフレットを配付し、認知症に関する正しい知識の普及・啓発の重要性を認識出来た。また、地域包括支援センターの介護支援専門員に対して認知症地域支援推進員研修を受講させ、推進員の候補者を養成出来た。

●高齢者の社会参加促進モデル

住民同士の交流を目的としたサロンを行い、住民主体の活動の場を形成していくきっかけづくりを行い、住民同士の交流が増え住民の主体的な活動が見られた。

●その他モデル

地域ケア会議の設置及び運営に関する要綱を制定し、地域ケア個別会議及び推進会議を立ち上げ、ふたば救急総合医療支援センターの協力を得ることが出来た。

今後の展開方針

28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、今後、帰還する被災町村を含め、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を行う。

【浪江町】の概要

浪江町は全町避難中であり、県内各地に7割、県外に3割の町民が避難している。全国各地に避難していることにより住民同士の交流や地域住民との関わりを持つことが難しい状況である。今後地域包括ケアシステムを構築していくにあたり、住民同士の交流の場作りや生きがい作り、社会参加活動に参加するきっかけを提供することで総合事業移行後の社会資源の発掘につなげる目的で事業展開をした。

【基本情報】（平成29年1月末現在）

●人口

⇒18,464人

●65歳以上高齢者人口

⇒6,166人

●高齢化率

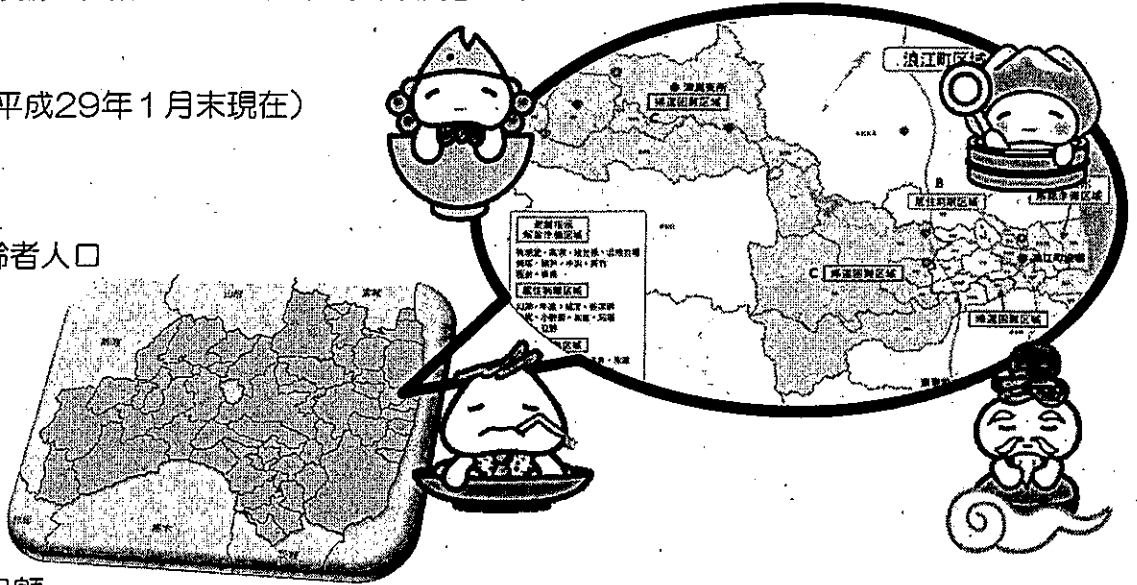
⇒33.3%

●要介護認定率

⇒24.9%

●第1号保険料月額

⇒7,000円



取組の内容①

●背景

浪江町は広域に避難しており「地域」というものが無く、住民同士で交流する場が無い。総合事業に移行していくにあたり、住民の活動の場を作っていくことは重要であることから、今回モデル事業として住民同士の交流を目的としたサロンを行い、住民主体の活動の場を形成していくきっかけづくりを行うこととした。

●事業内容

実施主体：浪江町

地域の資源：NPO法人コーヒータイム

財源：地域包括ケアシステム構築推進事業補助金

●取組のポイント

①サロンの中身を決めない

⇒サロンはいくつかの催し物を準備しており、参加者がいつでも好きな時に好きな催し物をすることができる。

②サロン中の出入り自由

⇒開始時間と終了時間は決まっているが、途中から参加することや会の途中で帰ることが可能であり、参加者の予定に応じて好きなように参加できる。

取組の内容②



成果と課題

取組の成果

- 手芸などの得意なことがある方は、率先して講師役になるなど、主体的に活動している姿が見られた。
- 普段関わりのない住民同士での交流が増えた。
- 男性の方の参加もあった。

今後の展望

- サロン参加者を中心とした住民主体の活動の場の形成
- 住民同士での交流が深まることによる見守り体制の強化等
- 自治会発足へのきっかけ



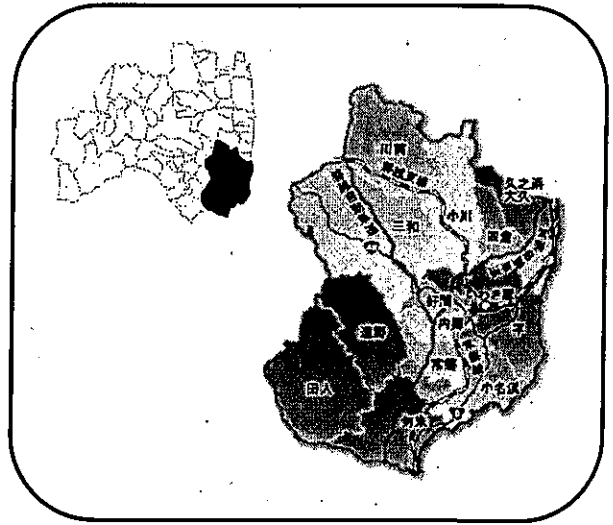
いわき市	「退院調整ルール」の策定
------	--------------

いわき市の概要

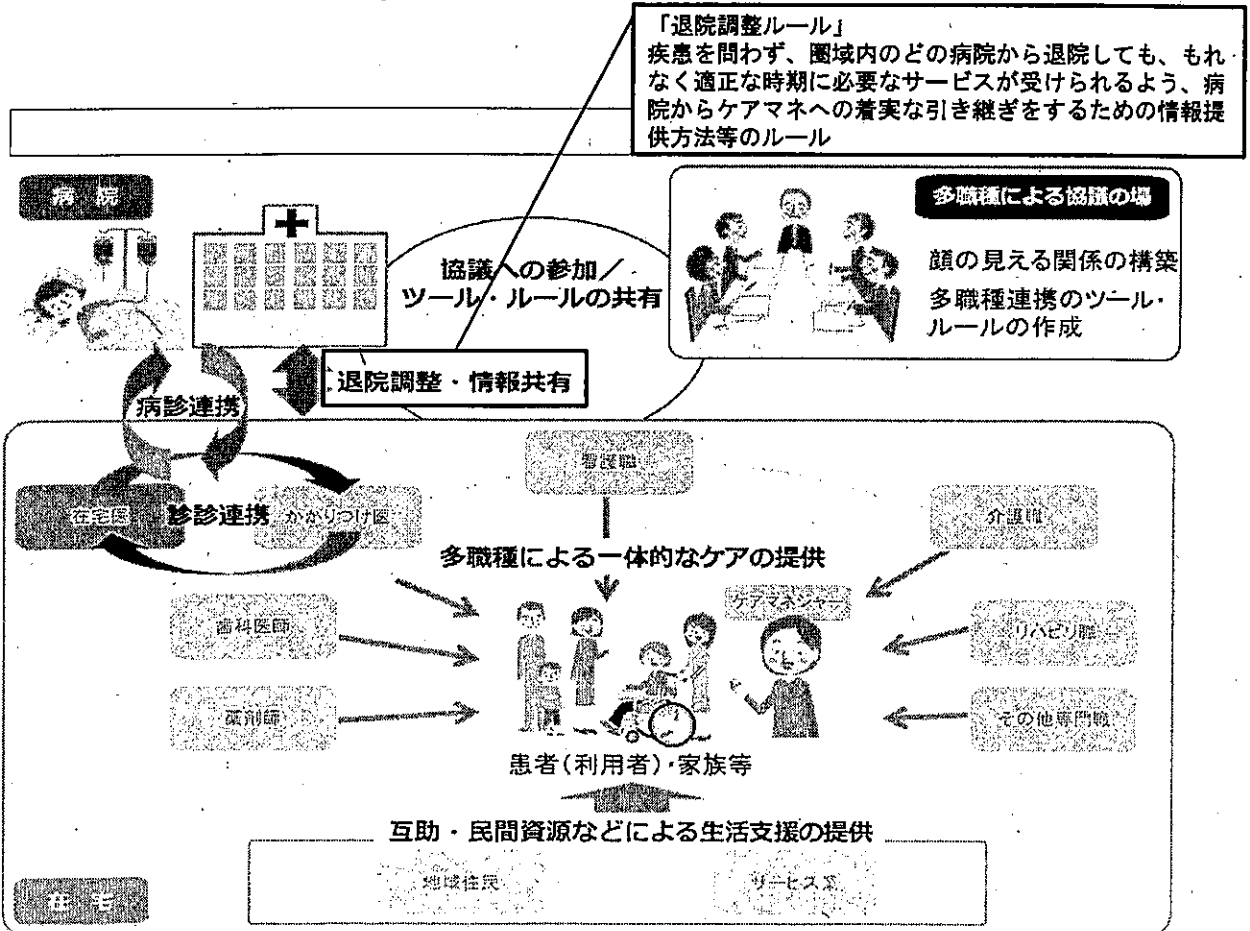
本市では、平成28年4月に保健福祉部内に地域医療介護室を創設し、平成27年度から取組みを始めた地域包括ケアシステム構築に向けて、室内の地域医療課、地域包括ケア推進課、長寿介護課の3課で取組みを推進しています。

医療と介護の連携については、地域医療課において事務を行っており、福島県の医療介護連携調整事業の支援を受けて、二次医療圏における取組みを行いました。

【基本情報】	平成28年10月3日現在
●人口	330,321人
●65歳以上高齢者人口	94,425人
●高齢化率	28.6%
●要介護認定率	20.4%
●第1号保険料月額	5,791円



医療機関からの在宅復帰を例にした地域連携イメージ



いわき医療圏（二次医療圏）における退院調整ルールの方策・運用

平成29年1月 いわき市

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。

いわき圏域の退院調整もれ率（H28年8・9月）：46.4%

【原因】

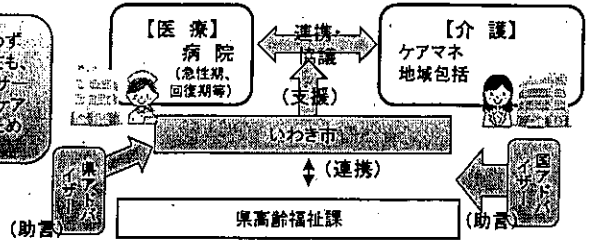
病院とケアマネ（医療と介護）の連携が不十分（相互理解や情報共有の不足）

II. 事業の概要

いわき医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの方策・運用

いわき市（中核市）が県の協力を得て実施。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を受けられるよう、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



III. 具体的な取組スケジュール

28	10	退院調整に関する実態調査（アンケート）（14～26日）	
		病院説明会（2日）	59名
	11	居宅介護支援事業所説明会（14日）	134名
		病院代表者会議（24日）	代表者44名
	12	ケアマネジャー代表者会議（14日）	代表者20名
	1	病院・ケアマネ合同会議（11日）	病院45名 ケアマネ22名
	2.	退院調整ルールの周知	
	3.	退院調整ルール導入に向けた準備期間	
	4.	退院調整ルール運用開始	
29	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	

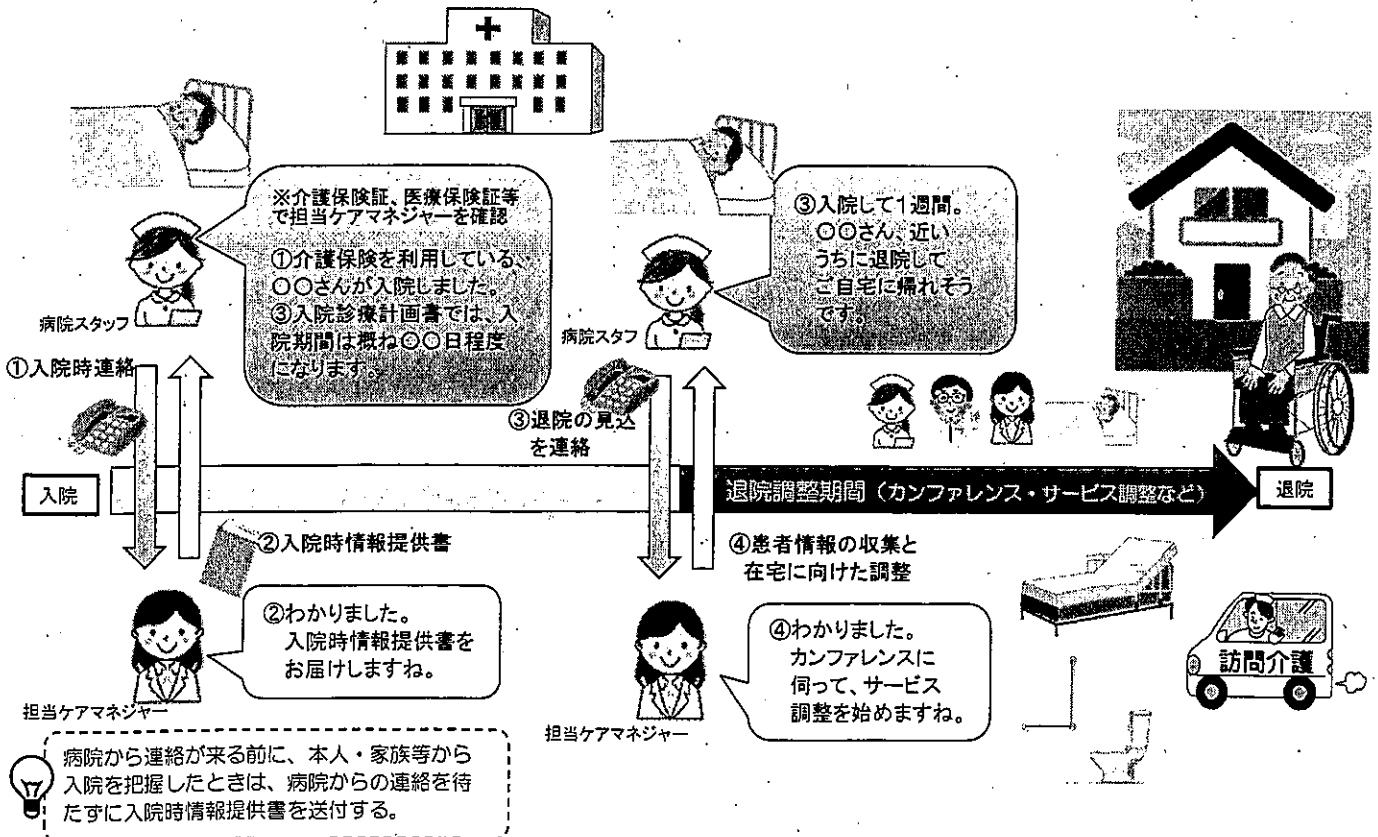
IV. 期待される成果

“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 “診療報酬・介護報酬上のメリットも”
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。
- ④ “市町村の取組の支援（福島県医療介護連携調整事業）”
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（県）。



(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）

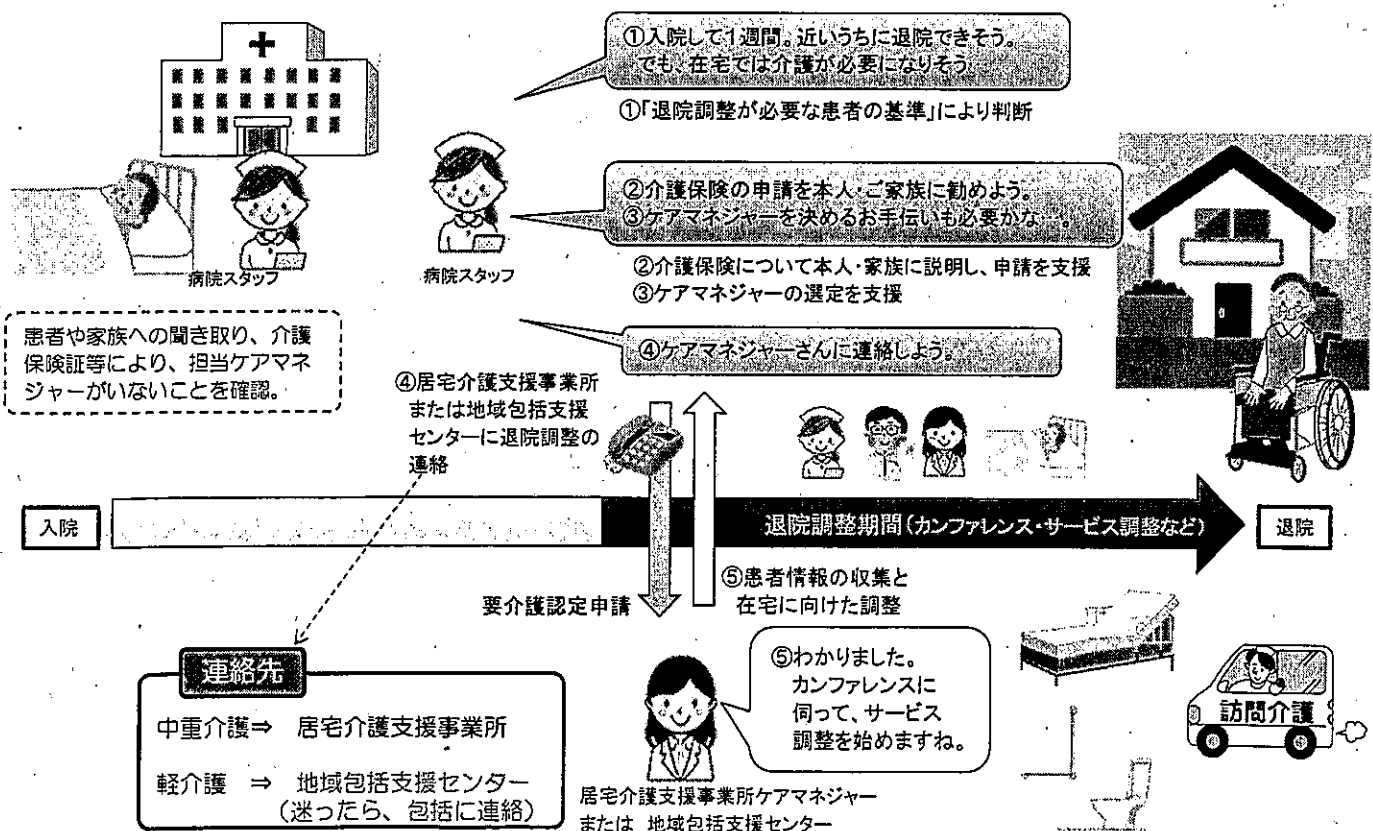


(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合(入院前に介護保険サービスを利用していた場合)


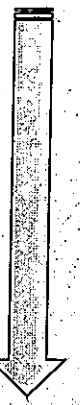
	病院	ケアマネジャー (ケアマネ)
在宅時 ↓		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○ 担当する利用者に、ケアマネの名刺を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。 ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入院 ↓	①入院時連絡 ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として3日以内に連絡。 ③予想される入院期間情報の共有 ○ 入院診療計画書に記載されている入院期間の情報を担当ケアマネに伝える。	②入院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)。
💡「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。		
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	○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)
入院 	◇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。	
退院の見込 (入院後 1週間程度) 	<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"> ○ 必要に応じ地域包括支援センターと相談・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		
退院日決定	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。	
退院後		

成果と課題

取組の成果

- 地域全体での協議し、地域のルールを策定
市内の全病院、多くの居宅介護支援事業所が参加して、現状の問題点やルール素案について協議を行うことで、市内で統一したルールの策定を行うことができた。
- 退院後の在宅生活を支えるための医療と介護の連携構築
退院後に患者が安心して在宅生活へ移行できるような連携の仕組みを構築できた。
- 病院における退院調整の必要性の醸成
退院調整ルールの策定参加意見において、病院から「患者が住み慣れた地域へ安心して戻る為に必要な支援を早期から準備、調整することが必要」などの意見が出され、退院調整の必要性について醸成が図られた。
- 顔の見える関係の構築
病院(医療側)とケアマネジャー(介護側)が、お互いの立場を理解し合い、顔の見える関係が構築されることにより、お互いが仕事をしやすい環境が整備が図られる。

今後の展望

- 退院調整ルールの見直し
運用開始、一定期間後の退院調整状況を調査し、退院調整ルールの評価・見直しを図る。
- より安心して在宅生活に移行できるように他職種との連携の検討
見直しを行う中で、病院とケアマネジャー以外の医療・介護職との連携が必要と思われる方が、さらに安心して在宅に移行できるよう、他職種との連携も視野に入れた見直しも検討する。

「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 29 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