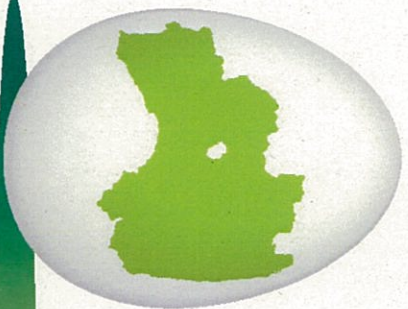


福島県地域包括ケアシステム構築推進事業
成果報告書



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

平成30年3月

福島県高齢福祉課

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
・福島市	6
・田村市	9
・天栄村	11
(2) 認知症施策の推進	13
・郡山市	14
・喜多方市	16
・川俣町	19
・会津美里町	23
(3) 在宅医療・介護連携の推進	26
・会津若松市	27
・須賀川市	30
・石川町	36
・会津坂下町	41
(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実	44
・石川町	45
・三春町	47
・只見町	49
(5) 高齢者が支え合う地域コミュニティの構築	51
・福島市松川町「石合町内会」	52
3 福島県保健福祉事務所における市町村支援	57
4 今後の展望	64

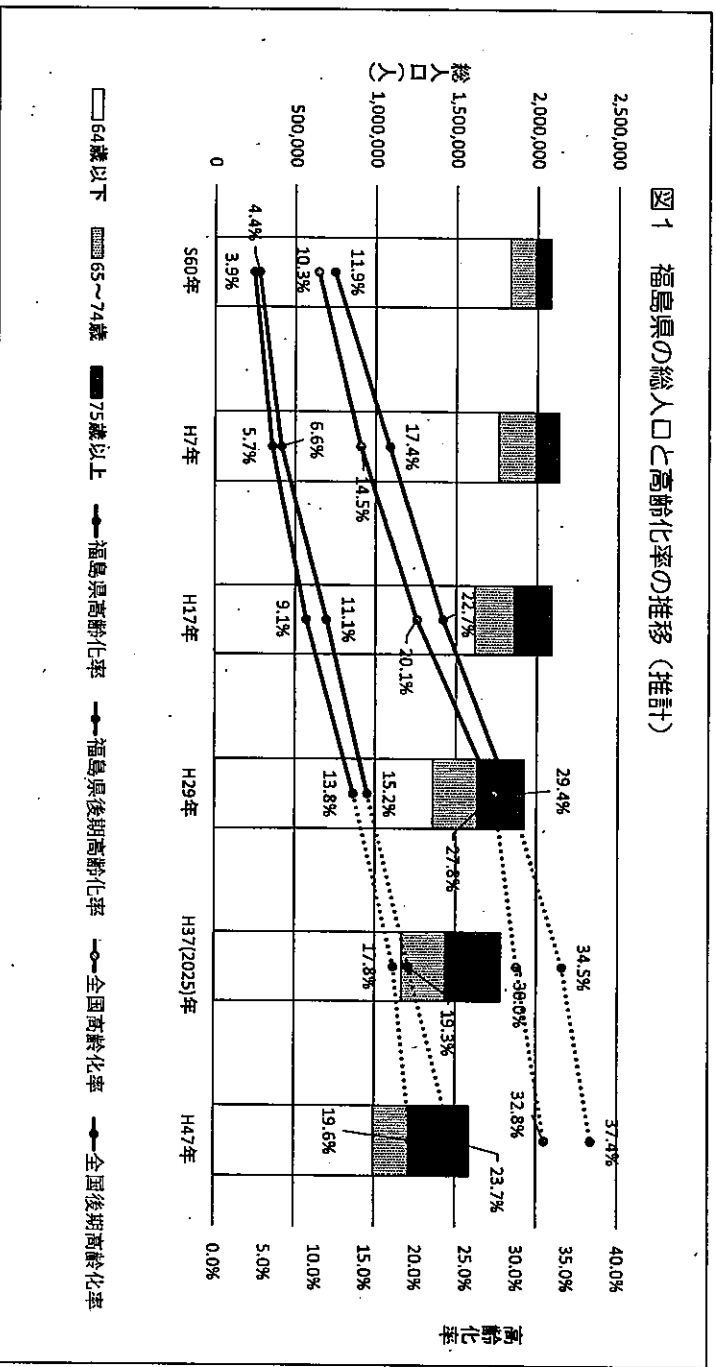
■ 参考資料

健康長寿いきいき県民フェスティバルの表彰団体・取材団体・・・66

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

図1 福島県の総人口と高齢化率の推移（推計）



○平成29年10月1日現在の福島県の住民基本台帳における人口は1,923,165人、65歳以上の高齢者人口は565,037人であり、高齢化率は29.4%となっています。
 また、75歳以上の高齢者人口は、291,364人であり、75歳以上高齢者の割合（以下「後期高齢化率」という。）は総人口の15.2%を占めています。

○人口減少に伴い高齢化率は上昇していくものと推測されていますが、平成37年（2025年）に高齢者人口はピークを迎え、高齢者人口のピーク以降は高齢者数に大きな変化がない状態で推移していく見込みです。そのため、ピーク以降は人口減少による働き手不足等の問題がより深刻化していきます。

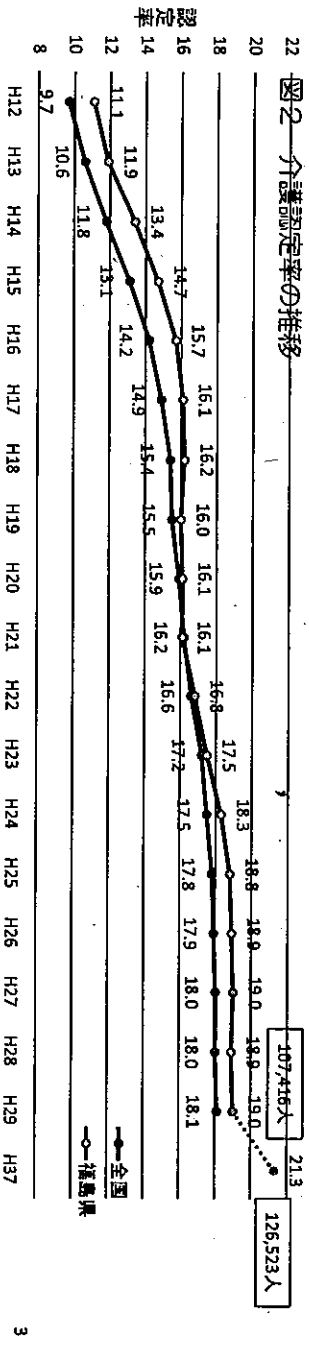
認知症高齢者の増加

表2 福島県における認知症高齢者数推計値の推移計

平成22年度 (2010年度)	平成26年度 (2014年度)	平成29年度 (2017年度)	平成32年度 (2020年度)	平成37年度 (2025年度)
75,668人	80,086人	84,756人	90,862人	92,229人

データ出典：「福島県認知症対策推進行動計画（福島県版オレシヅカラ）」

要介護（要支援）認定者数の増加



データ出典：「うつし未来高齢者いきいきカラ」

○本県では、平成29年度10月現在、約8万4千人以上の認知症高齢者と約7万3千人以上の軽度認知障害（以下「MCI」という。）の高齢者がいると推計されており、高齢化の進展に伴い、今後ますます増加することが予想されます。

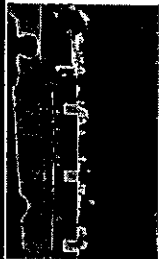
○高齢者に占める要介護（要支援）認定者の割合は、介護保険制度の定着や高齢化の進展、特に75歳以上の高齢者の増加などから、制度が始まった平成12年以降一貫して上昇を続けており、平成29年9月末で107,416人、認定率は19.0%となっています。

○また、平成37年(2025年)には126,523人、認定率は21.3%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支援づくり**
 - 取組内容
 - ・福祉金(県庫)を活用し、市町村内の取組支援費(県内福祉財源)の作成及び成果報告会の開催
 - ・市町村の個別支援(特別会、協議会の開催)

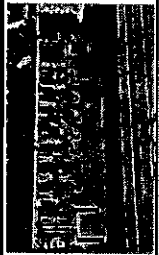


■地域ケア会議の充実

- 自立支援を目指したケアマネジメントの実現**
 - 取組内容
 - ・介護予防ケアマネジメント実践研究会の開催
 - ・地域ケア会議の支援(モデルづくり)の実施
 - ・介護支援センターの設置
 - ・介護支援センターの運営支援
 - ・介護支援センターの設置
 - ・介護支援センターの設置

■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
 - ・病院とケアマネに生じる連携課題(サービス利用・評価)の解消
 - ・在宅医療中の連携課題(連携の推進)となる人(医師・看護師)の育成
 - ・在宅医療推進を支援する人材育成の推進



■介護予防の推進と生活支援の充実

- 健康でいきいきとした生活が持続できる環境整備**
 - 取組内容
 - ・介護予防推進センター(AMN)の設置
 - ・介護予防推進センター(AMN)の運営
 - ・介護予防推進センター(AMN)の設置
 - ・介護予防推進センター(AMN)の設置
 - ・介護予防推進センター(AMN)の設置

■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能力向上研修の実施
 - ・介護支援センター(AMN)の設置
 - ・認知症高齢者に対する認知症対応能力向上研修の実施
 - ・認知症高齢者に対する認知症対応能力向上研修の実施
 - ・認知症高齢者に対する認知症対応能力向上研修の実施



■システムを支える人材確保・向上

- ケアシステムを支える専門職の確保・向上**
 - 取組内容
 - ・介護支援センター(AMN)の設置
 - ・介護支援センター(AMN)の設置
 - ・介護支援センター(AMN)の設置
 - ・介護支援センター(AMN)の設置
 - ・介護支援センター(AMN)の設置

2. 取組事例

(1) 地域ケア会議の充実

背景

- 平成 29 年度の地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正（平成 30 年施行）では市町村の保険者機能を強化し、自立支援・重度化防止に向けた取組を推進することとされており、そのためには、運動・栄養・口腔等に関わる多職種からの専門的な助言を得ながら、個別ケースの支援内容を検討する地域ケア会議が効果的とされています。
- 県では、これまで困難事例の解決力及び地域力の強化を行う地域ケア個別会議や地域ケア推進会議の立ち上げに重点を置いて市町村を支援してきましたが、今後はさらに、保険者機能の強化と高齢者の自立支援・重度化防止に向けた自立支援型地域ケア会議に取り組む必要があります。
- 自立支援型地域ケア会議は、多職種の専門的な助言のもと、要支援者等の生活課題の解決や状態の改善に向けて検討する地域ケア個別会議であり、介護サービスの質の向上により、要介護・要支援認定率の低下や介護保険給付費の適正化等の効果も期待されます。

県の取組

- 自立支援に向けた関係者間での意識の共有と多職種の連携、介護予防ケアマネジメント及びサービスの向上に向けて、市町村が実施する地域ケア会議の効果的な実施と取組の定着を支援します。
- 全市町村における自立支援型地域ケア会議の実施を支援するため、市町村、地域包括支援センター、介護事業所の理解促進を目的とした研修会や、地域ケア会議の助言者となる専門職の人材育成を目的とした研修会を行います。また、モデル市町村の自立支援型地域ケア会議に対する現地支援を行います。
- 困難事例の解決力及び地域力の強化を行う地域ケア個別会議や地域ケア推進会議も含めた、すべての地域ケア会議の取組を支援するため、専門職の派遣調整、専門職能団体が行う人材育成研修会への補助を継続して行います。

福島市

福島市自立支援型地域ケア会議 (介護予防ケアマネジメント相談会)

福島市の概要

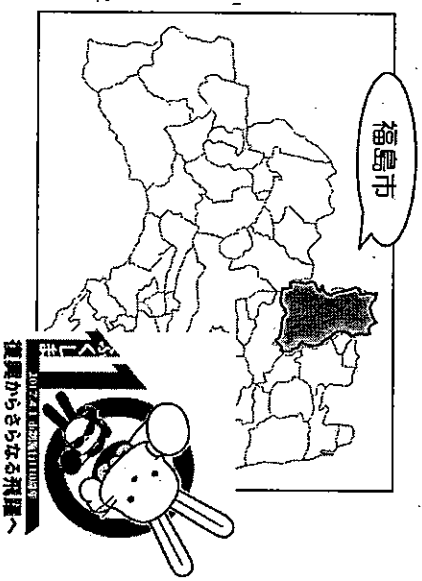
本市は、平成29年度、県内12のモデル市町村のひとつとして、自立支援型地域ケア会議の事業を実施した。特徴としては、市内19包括の3職種の代表6名による自立支援型地域ケア会議検討委員会を設置し、目的や内容の検討を行い、包括との共通理解を図りながら事業を進めた。また、平成29年10月より、3回の模擬自立支援型地域ケア会議を開催し、検討委員や助言者と全体の進行の検討を行った。

市内の自立支援に関わる関係者との共通理解を図る目的で、平成30年1月24日に自立支援型地域ケア会議理解促進研修会、平成30年2月13日には、自立支援型公開地域ケア会議を開催した。これにより、市内居宅介護支援事業所・介護保険サービス事業所・助言に関わる専門職・福島市各地域包括支援センターの職員と福島市で行う自立支援型地域ケア会議の共通理解を図ることができた。

平成30年度からは、月1回2事例の実施を予定している。

【基本情報】 平成29年10月1日現在

●人口	281,820人
●65歳以上高齢者人口	80,040人
●高齢化率	28.4%
●要介護認定率	19.8%
●第1号保険料月額	5,900円
●地域包括支援センター	19箇所(委託)



福島市介護予防ケアマネジメント相談会①

1 経 過

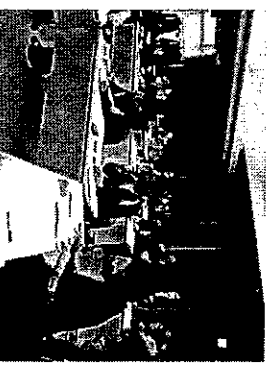
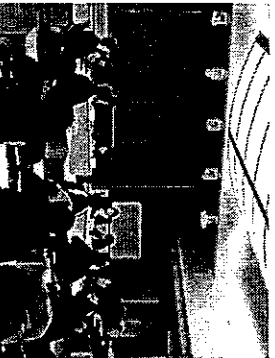
平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかで、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、多職種連携による自立支援型地域ケア会議の取組の推進が求められている。国においては、平成33年度までに全市町村での自立支援型個別ケア会議の立ち上げを目指しており、福島県においては平成31年度までに県内全市町村で実施する計画であり、市では平成30年度の実施に向け、今年度県内モデル市町村として事業を展開した。

2 目 的

自立支援・介護予防の観点を踏まえて自立支援型地域ケア会議を行うことで、「要支援者等の生活行為の課題解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」について「高齢者のQOLの向上」を目指す。

3 方 法

ケアマネジメントの内容を多職種(運動・口腔・栄養・薬剤等の専門職)からの助言を得ることで、高齢者の生活行為の課題を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。



福島市介護予防ケアマネジメント相談会②

4 参集者

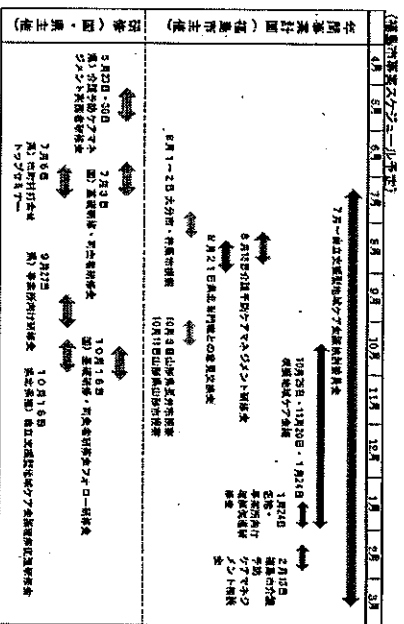
- ① 助言者(薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士)
- ② 事例提供者(福島市各地域包括支援センター職員又は委託を受けている居宅介護支援事業所のケアマネジャー)
- ③ 介護保険サービス提供事業所(通所介護、訪問介護、通所リハ、福祉用具、訪問看護、訪問リハ等)
- ④ 福島市各地域包括支援センター職員
- ⑤ 司会(長寿福祉課地域包括ケア推進室主任、介護給付係長、介護認定係長)
- ⑥ 傍聴者(自立支援に関わる関係者)
- ⑦ 自立支援地域ケア会議検討委員

5 効果

- ① 「高齢者のQOLの向上」
- ② 介護サービス事業所：「ケアマネジメントやケアの質の向上」
- ③ 市・地域包括支援センター：「行政課題の発見・把握」
- ④ 専門職：「専門職としてのスキルアップ」
- ⑤ 参加者全員：「ネットワークの構築」



6 平成29年度事業スケジュール



福島市介護予防ケアマネジメント相談会③

6 平成29年度の取組状況

(1) 自立支援型地域ケア会議検討委員会の開催

- ① 検討委員の役割
 - ・包括職員3部会の代表として自立支援型地域ケア会議に対する意見を述べる。
 - ・部会へ内容を報告し、意見の集約を行い、検討委員会に反映させる。
- ② 開催日(計10回)
 - 平成29年7月18日、8月21日、9月1日、10月24日、11月14日、12月11日、
 - 平成30年1月10日、1月31日、2月6日、3月6日(予定)

(2) 研修会の開催

- ① 「介護予防ケアマネジメント研修会」
 - ・期 日:平成29年8月18日
 - ・場 所:保健福祉センター
 - ・講 師:上越市健康福祉部高齢者支援課介護指導係長 細谷 早苗 氏
 - 特定非営利活動法人神奈川県介護支援専門員協会副理事長 松川 竜也 氏
 - ・参加者数:98名

② 「自立支援型地域ケア会議理解促進研修会」

- ・期 日:平成30年1月24日
- ・場 所:福島市公会堂
- ・講 師:株式会社ライフリー代表取締役 佐藤 孝臣 氏(大分県大分市)
- ・参加者数:237名
- ・備 考:福島市で実施する自立支援型地域ケア会議について、関係者への共通理解を図り規範的統合の場となるように、行政説明を行い、その後、講演「自立支援の考え方とその支援の実践」を行った。

福島市介護予防ケアマネジメント相談会④

(3) 模擬「自立支援型地域ケア会議(介護予防ケアマネジメント相談会)」の実施について

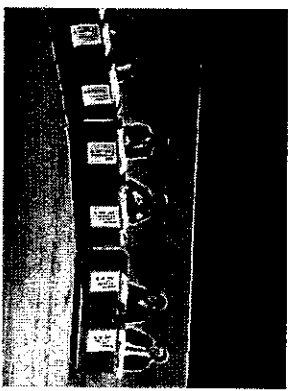
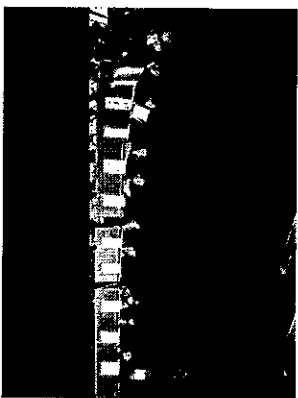
	第1回	第2回	第3回
日 時	平成29年 10月25日 午後1時30分～	平成29年 11月20日 午後1時30分～	平成30年 1月24日 午後1時30分～
場 所	福島市保健福祉セ ンター	福島市保健福祉セ ンター	福島市保健福祉セ ンター
事 例	2事例 ・西部 ・北直西	2事例 ・北直東、 ・清吉井田	2事例 ・南 ・飯坂北
参加者数	27名	43名	30名

(4) 公開「自立支援型地域ケア会議

(介護予防ケアマネジメント相談会)」の実施について

- ・日 時: 平成30年2月13日
- ・会 場: 福島市公会堂
- ・2事例 飯坂北、清明、吉井田地域包括支援センター
- ・参加者数: 293名

・備 考: 関係者への共通理解を図り、規範的統合の場となることを目的とし、「福島県における取組について」(県北保健事務所説明)「福島市自立支援型地域ケア会議の実施方法について」(福島市説明)を行い、その後2事例を傍聴する流れとした。



7 平成30年度実施予定

- (1) 実施回数 月1回2事例、年11回程度(5月から開始予定)
- (2) 事例提供者 福島市各地域包括支援センター

成果と課題

取組の成果

- ①モデル事業に取り組むことで、県内でもいち早く自立支援ケア会議に取り組むことができた。
- ②準備段階より、市内19包括と一纏に、自立支援型地域ケア会議検討委員会の形で検討を進めることで、包括と共通理解を図り、スムーズに事業を進めるための体制づくりができた。
- ③理解促進研修会や公開ケア会議を開催することで、事前に自立支援に関わる関係者(市内19地域包括支援センター、自立に関わる専門職、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所等)と福島市で実施する自立支援型地域ケア会議について共通理解(規範的統合)を図ることができた。
- ④福島市の独自の様式を使うことで、短時間の会議の中でも、対象者の個々の課題や概要を捉え、合意形成を図ることができた。
- ⑤模擬ケア会議を行うことで、検討委員、助言者、事例提供者、司会者、事務局とで、全体の流れや助言等の内容などについて全体で確認することができた。
- ⑥公開ケア会議においては、
 - ・住まいの近くで通いの場の創設、いきいきももりん体操など、市の介護予防事業と運動した検討など、広い視点での検討ができた。
 - ・司会進行については、事例提供者にとつて、今後の支援の足掛かりとなるようにまとめをすることができた。
 - ・今回だけの助言ではなく、「後で調べて連絡する」など、今後も連携が取れる助言となり、多職種とケアプラン担当者、介護サービス事業所の顔の見える関係づくりができる会議となった。



今後の展望

- ①自立支援型地域ケア会議の5つの効果が得られるよう、内容の充実を図る。
 - 1) 高齢者のQOLの向上 2) ケアマネジメントやケアの質の向上 3) 行政課題の発見・把握
 - 4) 専門職としてのスキルアップ 5) ネットワークの構築
- ②評価方法について検討をしていく。



田村市

自立支援を目指した地域ケア会議の取り組み

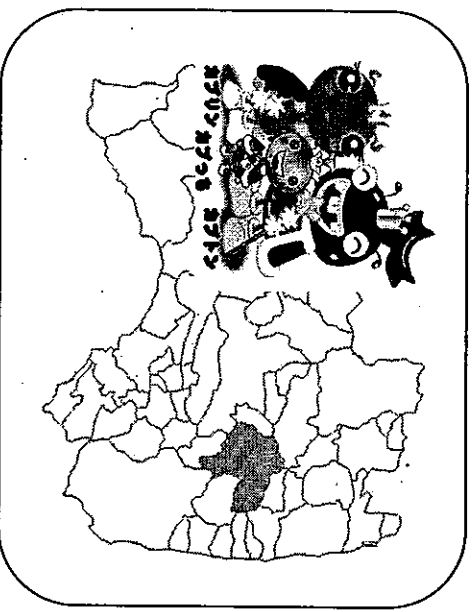
田村市の概要

要介護認定率は19.4%で、要支援者の割合は、認定者の約2割である。申請理由は関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱が全体の約4割を占め、介護予防の取り組みを重要視した。
平成24年度より、住民主体の通いの場(いきいき田村元気塾運動サロン)を重点事業として、立ち上げ・継続支援を実施(H30.1現在43グループ)

今後、更に元気な高齢者を増やす取り組みとして、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議を開催し、高齢者のQOL向上、専門職(医療、リハビリ、ケアマネジャー)のスキルアップ、不足する資源などの行政課題の発見と解決のため、自立支援を目指した地域ケア会議を取り組む。

【基本情報】 平成29年10月1日現在

- 人口 37,806人
- 65歳以上高齢者人口 12,273人
- 高齢化率 32.5%
- 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

- ・東日本大震災の影響により、要介護認定率が急激に加速。(各年3月末現在)
(H23年17.6% → H25年20.9% → H27年18.6% → H29年18.6%)
- ・要支援者の割合は約2割。申請理由は、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱が全体の4割を占め、介護予防の取り組みが必要。
- ・平成24年度より、住民主体の通いの場(いきいき田村元気塾運動サロン)を重点事業として、立ち上げ・継続支援を実施。(H30.1現在43グループ)

●事業内容

内容	
体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・庁内・部内・課内体制構築、予算確保 ・地域包括支援センターへ説明、事例の選定 ・医師会へ説明
研修	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防活動普及展開事業(基礎研修・司会者養成、フチャロープ研修)受講 ・先進地(大分県杵築市)視察研修 ・ケアマネジャー、介護事業所への説明、研修
地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> ・模擬地域ケア会議(1回 3事例) ・公開地域ケア会議(1回 2事例)

取組の内容②

●取組のポイント

【目的】

高齢者の生活の質（QOL）の向上

- ・個別支援の充実 → 自立支援に資するケアマネジメントとそれに基づく介護の提供
- ・社会基盤の整備 → 共通する課題の把握・抽出と課題解決へ向けた検討
- ・ネットワークの構築

【実施状況】

目的の共有のため、事業説明・研修を開催

- ・ケアマネ、介護事業所代表者会議での事業説明 参加者：101名
 - ・介護事業所向け研修会の開催 地域ケア会議を開催
 - ・地域ケア会議の概要を共有するため、地域ケア会議を開催
 - ・模擬地域ケア会議（3事例） 参加者：34名
 - ・公開地域ケア会議（2事例） 参加者：113名
- ※対象事例：要支援認定者

【今後の展開】

年度	取り組み
H30年度	・全市的な理解促進・普及啓発事業の展開 ・おおむね週1回程度の定期開催（年度内の開催を目指す）
H31年度	・H30年度取り組みの推進・深化
H32年度	・共生型地域ケア会議の開催

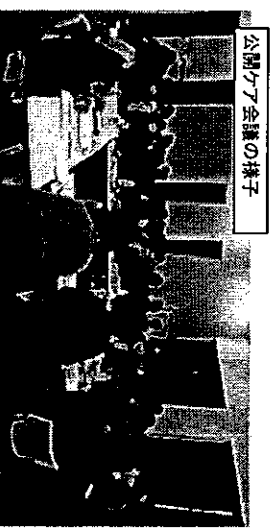
成果と課題

取組の成果

- 規範的統合
→ 地域ケア会議の前提である『自立支援』について関係者と共有する機会となった。
- 個別支援の充実
→ 検討事例のアセスメントの充実、支援計画の充実ができた。
- 地域課題の把握
→ 訪問型サービスBの必要性について確認できた。
- ネットワークの構築
→ 人的資源（圏域内の専門職）の把握ができた。

今後の展望

- 規範的統合の推進
・全市的な理解促進・普及啓発事業の展開（庁内、支援者、住民など、各層へ向けた啓発事業の充実）
- 個別支援の質の向上
・ケアマネのアセスメント力向上のための取り組み
・地域ケア会議のOUTとしての役割を活用するための整備
- 地域課題の抽出から施策化へのプロセスの明確化
・どの圏域で検討すべき課題か整理、優先順位づけ等を行う場の確保
- ・施策化後の効果的な成果報告
- ネットワークの構築
・専門職団体との効果的・効率的な連携体制の整備
・各圏域ごとの連携強化と役割分担



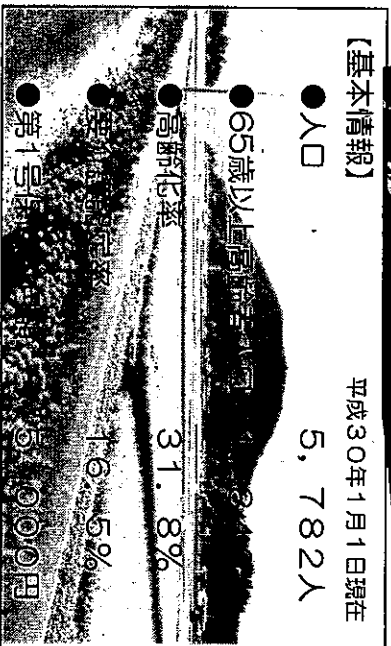
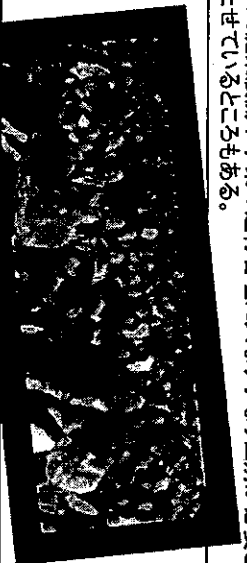
公開ケア会議の様子

天栄村

多職種連携自立支援型ケア会議による
“てんえい版” 地域包括ケアシステムの向上

天栄村の概要

村の中心に位置する鳳坂峠の分水嶺が、東は太平洋、西は日本海へとつながっており、この分水嶺を境に、村内の気候・風土も、本庁地区、湯本地区と大きく二分されている。この地域特性は福祉分野においても影響が大きく、中通り側の本庁地区と金澤側の湯本地区で施策展開や事業の進行管理に大なり小なり区別が必要となる際もあるが、逆に地区ごとの特徴や地域柄が村にバラエティを持たせているところもある。

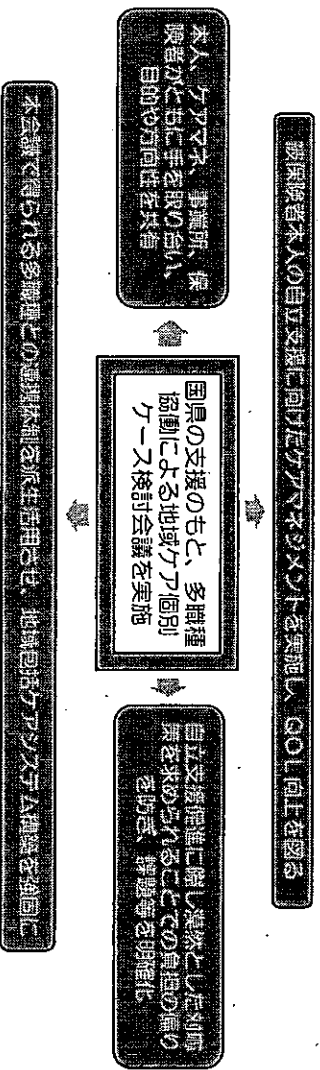


取組の内容①

● 背景

- **またまた伸びしろのある環境の地域ケア会議**
 - ・ 個別ケースの情報共有が主で、被保険者の抱えている課題解決や状態改善までの検討は不十分であった。
- **どうにかしたい苦情上からの発付**
 - ・ 給付の特性として、重度認定者の割合・サービス受給率が高く、主に施設サービスの利用が多い。将来的にこの特性を改善し、介護予防の強化とともに給付の抑制が必要。
- **小さい自治体ならではの社会資源の乏しさ**
 - ・ 地域包括ケアシステムをより強固で充実したものにするため、社会資源のなかでも特に乏しい人材資源の確保のため、専門職等の協力体制整備が急務。

● 事業内容



取組の内容②

●取組のポイント

「クアアズ、事業前にとってクアアズは誰自身への参加(参加者)が負担」

「目指すところの総括抑制は事業前にとっては収益減、そのためには専従いゝる協賛費に持続的な可能性が」

「多角的な視点からの自立を促すヒントを得られる環境づくり」

●クアアズを修正(批判)すること目的ではなく、専門職からの賛同・助言から、これまで無かった視点に気付ける場だということを理解してもらおう。次のクアアズ作成(今後のクアアズメンバー)に活かしてもらったための会議であることも強調。

●あくまでも高齢者のQOL向上が最大の目的でその先に船荷抑制があることを村の熟慮とともに丁寧に様々な場面で多く説明。あわせて、サービスマンの細かいサービスへの「転換」だということも強調。今後実績を置かなくていいことでも得られる信頼・信用も見込んでいく。

●各段よりの各種事業時での連携や、村の社会資源情報の提供等を通じ、専門職や支援者と信頼関係を構築し、●村社会福祉協議会や村介護保険後担当を会議構成メンバーとすることで、地域資源の積極的活用、行政課題把握、具体制強化に繋げる。

これまでの経緯や取り組み

H29.3月	モズル市町村決定 包括へ事業説明・協力依頼
6月	国主催基礎研修・司会者養成研修参加
7月	県とのモズル市町村打ち合わせ参加 トピアセミナー参加
8月	先進地(大分県・同県竹田市)視察 課題にて視察復命・実施体制検討
9月	県と村関係者との打ち合わせ 県主催事業所向け研修の参加呼びかけ
10月	村内事業所へ事業説明・協力依頼 地域医師会へ事業説明・協力依頼 国主催トピア研修参加 地域クアアズ会議開催促進協議会協議
11月	模範地域クアアズ会議に向けた予行実施
12月	模範地域クアアズ会議実施 (参加者6職種参加・傍聴者21名)
H30.1月	他モズル市町村公開クアアズ会議開催
2月	公開地域クアアズ会議実施 (参加者6職種参加・傍聴者70名)

成果と課題

取組の成果

●事例提供者になったクアアズや事業所から「刺激を受け勉強になった」、「経験してみてもよかった」という前向きな言葉をいただいた

★関係機関や事業所への説明の場をとおして、村としての今後の展望や熟慮・思いを伝えることができた

※専門職の方々との橋がかり、今後より幅広く連携していくための手順を確認することができた

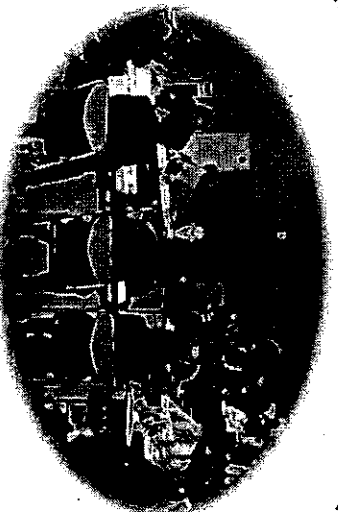
り国・県のハッククアアズにより、丁寧に事業開始にあたっての流れをたどることができ、今後地域クアアズ会議を実施していくための自信が関係者それぞれについていた

今後の展望

「クアアズ」の今後の検討を積み重ねること、地域課題を発見し、地域クアアズ推進会議での政策形成に繋げる

被保険者を囲む関係者間で現在の顔の見える関係を築き、気持ちの良い制度運行を目指す

さまざまな専門職による専門機関との協力体制を構築し、開発を進める



H30.2.22開催 公開地域クアアズ会議

今後、クアアズが本村の強みである関係者間での情報交換と共有力を武器に、高齢者のみならず要介護高齢者、障害者、生活困窮者等、全世代を対象とした地域クアアズ会議を展開していく予定です

(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29年10月現在で、本県には約8万4千人の認知症高齢者と約7万3千人以上の軽度認知障害の高齢者がいると推計されます。
- したがって、認知症の人やその家族への支援の充実など総合的に認知症施策を推進していく必要があります。
- 県では、社会全体で認知症の人やその家族を支える体制づくりを推進するため、行政、医療、介護、県民の役割を明記した「福島県認知症施策推進行動計画（福島県版オレンジプラン）」（平成30年4月施行）を策定しました。

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、また、広域の見守りネットワーク構築を進めるなど、地域全体で認知症の人や家族を支援する体制構築を推進します。
- 認知症の早期診断・早期対応の体制整備に向けて、医療従事者・介護職員の認知症対応力向上や認知症疾患医療センターの整備を推進します。
- 市町村が認知症初期集中支援チームの体制強化や認知症地域支援推進員の複数配置ができるよう研修受講支援を行うとともに、県外を含めた他市町村の取組報告や情報交換を行う研修会の開催を通じて、活動支援を行います。
- 県内全市町村での認知症カフェ設置を目指し、認知症カフェ主催者や関心のある人などを対象に効果的な取組事例の紹介や参加者同士の交流、認知症カフェ立ち上げの開設相談を実施します。

郡山市

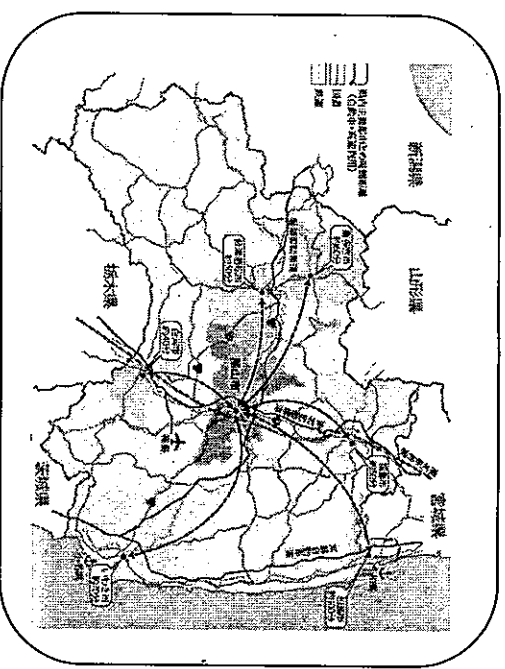
認知症本人の意志を引き出すためのアクシヨン・ミーティングの開催
～本人の声を活かす地域支援・地域づくりにむけて～

【市の概要】

- 福島県の中央に位置
- 鉄道や東北・磐越両自動車道が縦横に交差するなど、交通の利便性が高い。
- 面積：757.20km²

【基本情報】（平成30年1月末現在）

- 人口：325,646人
- 65歳以上高齢者人口：81,663人
- 高齢化率：25.08%
- 要介護認定率：17.95%
- 第1号保険料月額：5,027円（基準値）
- 日常生活圏域：20地域
- 地域包括支援センター
委託による地域包括支援センター17か所
直営による基幹型地域包括支援センター1か所
計18か所



取組の内容①

● 背景

本市では、各種認知症施策（認知症サポーター養成講座、認知症サポーターネットワーク講座、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員の配置、認知症カフェ、認知症高齢者SOS見守りネットワーク事業等）を推進している。

事業展開していく中で、認知症本人のためになっているか、本人のどこに届いているかを確認したく、本人の声を聞きたいと思った。また、認知症について、地域の人々に理解してもらうためには、本人の声を届けるのが一番なのではないかとの思いから、本人の声を聞く必要があると考えた。

● 事業内容

厚生労働省から委託を受けた東京都健康長寿医療センターが事業主体となり、「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」の地域支援体制構築プロジェクトを実施した。

認知症の一人ひとりがよりよく暮らしていけるよう、郡山市で取組めそうな活動（アクシオン）を話し合う「アクシオン・ミーティング」を3回行った。
今後の活動に結びつくよう、地域のメンバー（10グループ）でグループを編成した。

【参加対象者】 地域包括支援センター（認知症地域支援推進員）、小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ関係者

【スケジュール】

- 第1回：平成29年11月28日（火） 56名出席
- 第2回：平成29年12月22日（金） 43名出席
- 第3回：平成30年1月18日（木） 46名出席

【コーディネーター】

認知症介護研究・研修センター 永田久美子研究部長、小森由美子研究員



取組の内容②

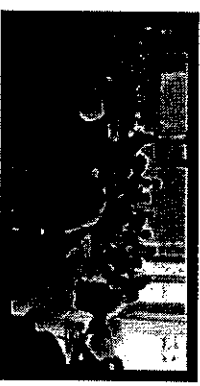
●取組のポイント

当初は認知症本人の声を聞くための「本人ミーティング」の開催を目的としていたが、本人の声を聞く姿勢や聞く側の姿勢が重要であることに気づき、アクシジョン・ミーティングの中では、すでに本人視点で取り組んでいる活動を話し合い、共有した。さらに、日頃活動している中で、一歩進んで、本人の声を聞けるような取り組みができないか話し合うとともに、取り組んだ状況も共有した。

●アクシジョン・ミーティングで参加者から出された主な内容

- ・本人の意思や声を活発に出せる場としたい。
- ・「話したい!」「集まりたい!」という気持ちになってもらうという雰囲気づくりが大事。
- ・支援者として「本人」をみるのではなく、本人は支えられる立場ではないため、ひとりの方として接することを心がけたい。
- ・聞く側の意識の変化がなければ、本人の声を受け止めたり、本人の声をしっかり拾えないのではないかと思う。
- ・話好きな方や話べたの方もいるため、カラオケボックスに行って、歌を通して、好きな歌を知ることや時代背景やどんな生活をしてきたかなどを知ることができると思う。
- ・認知症カフェで本人の話を傾聴することとどまっていたが、アクシジョン・ミーティングがきっかけで「桜を見に行きたい」という本人の声を実現させたいと思うようになり、スタッフの意識が変わった。実現に向けてスタッフで検討を重ねるようになった。
- ・不穏状態で落ち着かないグループホームの利用者が、居室でいつでも本人の好きなコーヒーを飲みながら、テレビを見ることができるようになったら、不穏状態が落ち着いた。

など



成果と展望

取組の成果

- 本人と一人の人間として向き合い、本人視点にそって、本人の思いを受け止める姿勢が大切であるという「本人・本人たち」に対する認識（見方や考え方が変わった）。
- 本人の意志を引き出すためには、本人を集めるのではなく、本人が話したくなるような雰囲気づくりが大切であることに気づいた。
- 他事業所の本人視点の取り組みを知ること、自分自身の意識や業務内容を見直し、日頃の業務の中で活動できないか考える機会となった。

今後の展望

- 本人ができることを支援し、本人の力を活かし、それを地域につなげることで地域の認知症の理解が深まり、本人と地域がつながることができると、本人視点に立った取り組みを今後の地域支援体制構築に役立てていきたい。
- 来年度以降は対象者や形を変えながら、実情に応じたアクシジョン・ミーティングを開催し、本人視点への意識の変化を広めていきたい。

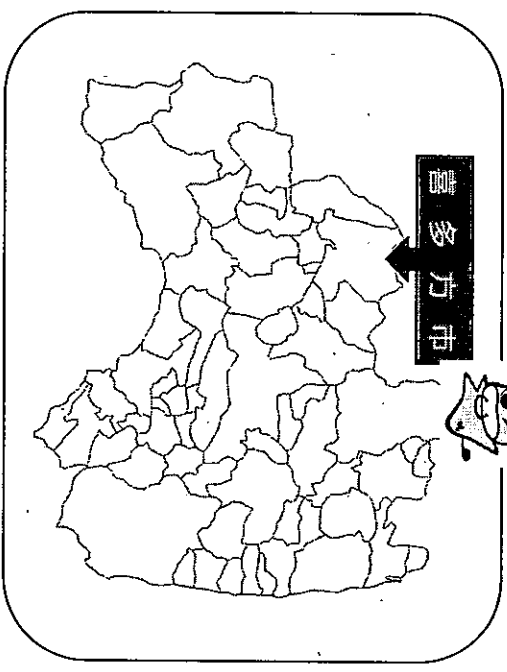


【喜多方市】の概要
 喜多方市は、会津北部に位置し、東に裾野を広げる雄国山、北西にそびえる飯豊連峰、南部を阿賀川が流れる自然豊かな農山村観光都市です。
 その面積は、554.63平方キロメートルで、約6割が林野で、市の中心部から南部には市街地を囲むように田園地帯が広がっています。

【基本情報】 平成30年1月31日現在

- 人口 48,659人
- 65歳以上高齢者人口 16,571人
- 高齢化率 34.1%
- 要介護認定率 19.4%
- 第1号保険料月額 4,980円
- 認知症地域支援推進員 1名

(喜多方市住民基本台帳より)



1 認知症地域支援体制の構築

- ①認知症相談窓口 (平成27年10月)
 …認知症地域支援推進員の配置により、認知症の人とその家族、関係機関からの相談に対応している。
- ②認知症初期集中支援チームの設置 (平成29年4月)
 …昨雲会飯塚病院に委託し、初期集中支援を実施している。
 各専門職からみた支援を検討し、方針を決定している。
 また、チーム員会議を月1回定例化している。
- ③認知症ケアパスの作成 (平成29年2月)
 …関係機関・関係団体との協議、医師会・歯科医師会・薬剤師会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護事業者部会等からの意見集約・協議、認知症施策連携会議での協議により作成する。



1 認知症地域支援体制の構築

④ もの忘れ検診の実施（平成29年7月）

●背景

- 平成27年2月喜多方医師会の提案書が出され、認知症対策の推進について対応を検討する「喜多方認知症懇話会」が設立され、ネットワーク構築と認知症の早期発見・早期対応等について協議した。
- 認知症施策連携会議により、検診内容や方法について協議した。

●事業内容

- 目的 高齢者が早い段階に検査をうけることで、認知症を早期発見し、医療や介護サービスにつなげる。
- 対象者 喜多方市内に住所を有する65歳以上の方（長期入院者や施設入所者を除く）
- 実施機関 喜多方市内14医療機関
- 検診内容 各実施医療機関で問診、簡易認知機能検査を受ける。

2 認知症についての理解の浸透

①認知症サポーターの養成

…小・中学校や介護事業所等での認知症サポーター養成講座の開催。

②認知症サポーターキャラバンサイトの育成 「オレソジ・ヌアイルの会」

…認知症サポーター養成講座について、
よりのよい講座となるように情報交換・
意見交換を行っている。

③「認知症と共に生きる」を考える強化月間 …市内スーパーでの啓蒙活動、認知症への 理解を深める講演会の実施。



3 認知症の人を持つ家族への支援

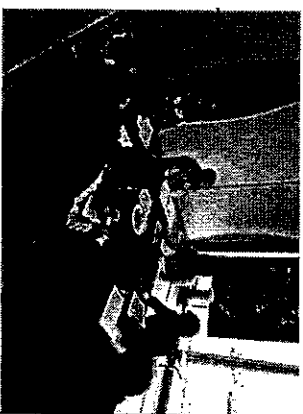
①認知症家族介護者交流会の開催

○目的

認知症の人やその家族が、同じ立場の人と出会い、交流を図る。また、認知症の人やその家族・介護者等の意見や要望を伺い、視点に立った取組を進めていく。

○対象者 認知症の人、その家族、介護者の方。

○内容 介護者同士で日頃の悩みや対応の仕方について情報交換している。認知症の人は、手作業や歌で交流をして過ごす。



②認知症カフェの開催

…市内介護施設12カ所で毎月または隔月で開催している。

4 成果と課題

取組の成果

- 認知症家族介護者交流会に参加していた認知症の方が介護サービスの利用につながり、介護していた家族は、介護者同士のつながりもできた。
- もの忘れ検診を実施し、認知症の早期発見・早期対応について、医療機関・行政・地域包括支援センターなどの共通理解が深まった。

今後の展望

- 認知症の本人同士、介護者同士のつながりをもてる機会をつくっていく。
- 認知症サポーターが、生活の中で活動できるように支援していく。
- 認知症の早期発見・早期対応のため、活動を充実していく。
- ◎ そのための認知症 について理解を深める活動をしていく。

川俣町

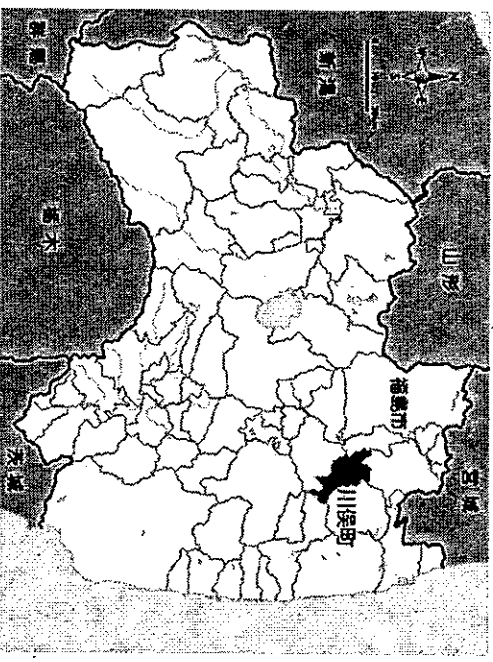
高齢化率県北第1位の町

【圏域】の概要

県北地区の南東部に位置し、養蚕業・絹織物業で発展してきたが、近年は電子部品・自動車部品
会社が中心となり産業構造が転換した。平成21年に比べ2,406人、率にして17%減少しており、
高齢化率も30.9%から8.3%上昇しています。

【基本情報】

●人口	13,798人
●65歳以上高齢者人口	5,384人
●高齢化率	39.2%
●要介護認定率	20.6%
●第1号保険料月額	6,052円



認知症地域支援推進員としての取り組みについて

①地域包括ケアシステムの中核である地域包括支援センター内に配置
されることにより、認知症を含めた総合相談窓口機能が強化された。

②認知症初期集中支援チームとの取り組み

町内の認知症(精神疾患の場合も)の相談窓口となり、チームで
対応すべきケースをトリアージし、チームと共にケースに対応。

- ・家族が言っても、受診しようとしていないケース。
- ・家族が近くにいない。いても対応しないケース。
- ・症状が強く、家族では対応が無理なケースなど。

(メリット)

- ・相談窓口が一本化されていて、わかりやすい。
- ・相談窓口(支援員)→初期中チームで対応しているため、地域包括と支援員を含めたチームで対応している認識を持ってもらえる。
- ・委託先の病院に直接相談が行くことがないので、病院の負担が少ない。
- ・チームと共に対応しているので状況が把握できる。
- ・医療との連携が取りやすい。

③認知症事例検討会での取り組み

町内の介護事業所、医療機関、行政機関で認知症の人や家族の支援などに携わる方に集まっていたいただき、事例検討を通して対応方法のスキルアップを図るとともに顔の見える関係を作る。

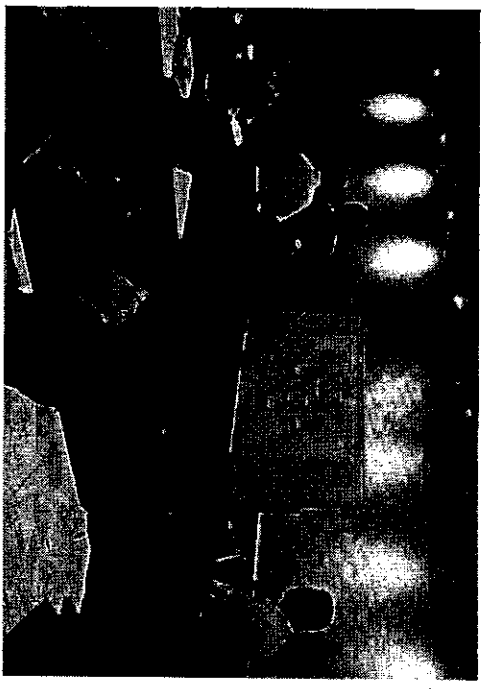
第1回認知症事例検討会の概要

開催日 平成29年8月29日 午後6時30分～午後8時30分

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、町内外のケアマネ、施設の相談員、リハ職、介護職員、NPO職員、民生委員、行政職(地域福祉担当者・保健師・警察) 計68名参加

初期中チームの役割と対応事例の紹介の後に事例検討と発表。

認知症事例検討会の様子



主な感想・意見

- ・それぞれの専門職の意見が聞けて良かった。
- ・ふだん交流のない人と話しができて良かった。
- ・民生委員との話しは参考になった。
- ・グループごとの検討課題だったことで広く検討できた。
- ・若い人が介護の分野で熱心にとりくんでいることが頼もしく思えた。
- ・対策を線から面(住民全体)に広げる必要性を感じた。
- ・関係機関が集まって勉強会を行うことで、「顔でつながる」「関係を深められる」「地域で認知症の支援を強化するきっかけ」になると思います。
- ・定期開催を望みます。

成果と課題

取組の成果

- 医療との連携がスムーズになった。
- 顔と顔が見える関係(支援するネットワーク)の構築。
- 認知症ケアスに対して、専門職としても、支援するネットワークとしても、対応力が向上した。

今後の展望

- 認知症事例検討会の継続
- オレンジカフェの充実
- 若年層への啓発

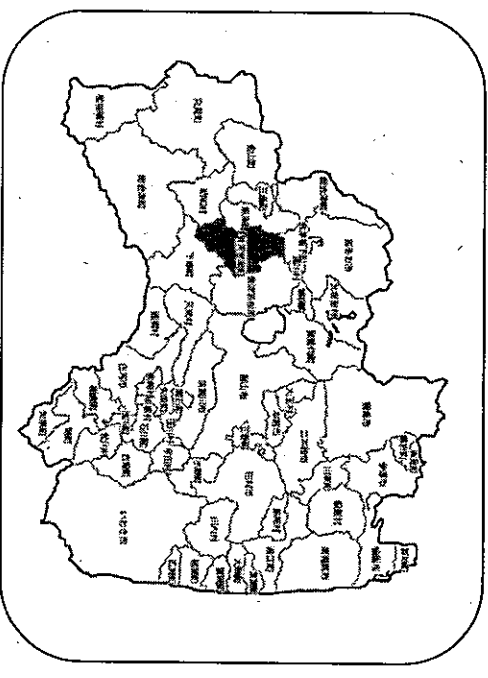


【会津美里町】の概要

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

【基本情報】

- 人口（平成30年1月1日時点）
20,799人
- 65歳以上高齢者人口
7,444人
- 高齢化率
35.8%
- 要介護認定率
21.6%
- 第1号保険料月額
5,600円



取組の内容

●背景
 認知症の方やそのご家族はもちろん、専門職や地域住民の方が集い互いの交流や情報交換を行うことを目的とし、平成28年度から開催している。

●事業内容

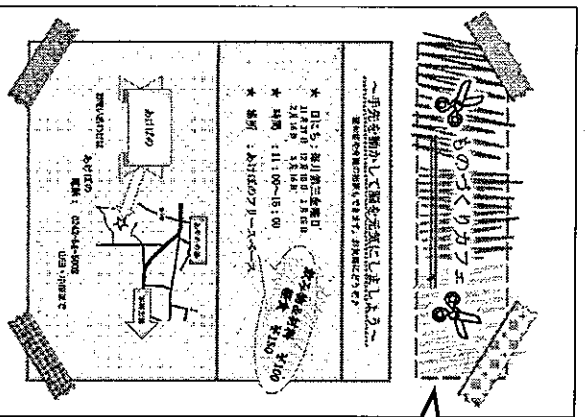
美里カフェ

実施主体	地域包括支援センター
開催日	不定期
時間	13:30～15:00
開催場所	公民館、老人福祉センター、教会、お寺など
参加費	無料
運営スタッフ	認知症サポーター養成講座受講者 地域包括支援センタースタッフ

●取組のポイント

- ・生演奏による話しやすい雰囲気作り
- ・毎回30分程度のミニ講話を行い認知症についてみんなが理解する場を設ける

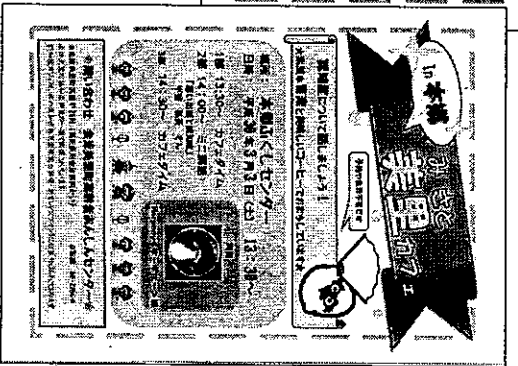
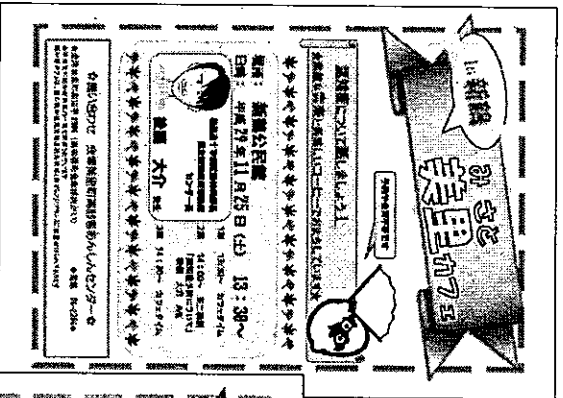
- 美里カフェ in 新鶴
開催日…5月27日(土) 13:30~15:00
場所…会津美里町新鶴公民館
- 美里カフェ in 本郷
開催日…6月30日(金) 13:30~15:00
場所…本郷老人福祉センター
- 美里カフェ in 高田
開催日…9月30日(土) 13:30~15:00
場所…高田教会
- 美里カフェ in 長福寺
開催日…10月14日(土) 14:00~15:30
場所…長福寺(高田永井野)
- 美里カフェ in 新鶴
開催日…11月25日(土) 13:30~15:00
場所…会津美里町新鶴公民館
- 美里カフェ in 本郷
開催日…3月3日(土) 13:30~15:00
場所…本郷老人福祉センター



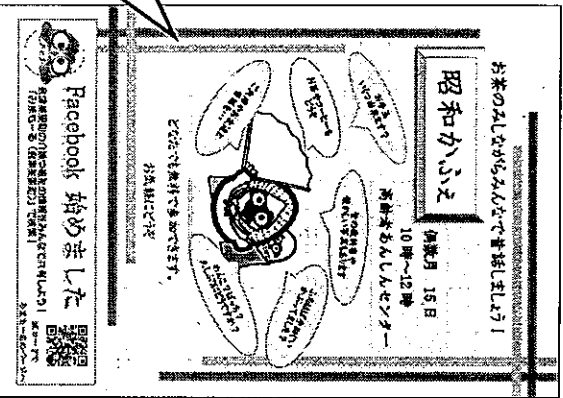
取組の内容②

●ものづくりカフェ
開催日…毎月第3金曜日
時間…11:00~15:00
開催場所…あけぼのフリースペース
(ダルーファーム)

●昭和カフェ
開催日…偶数月の15日
時間…10:00~12:00
開催場所…地域包括支援センター



【画像】配布用チラシ



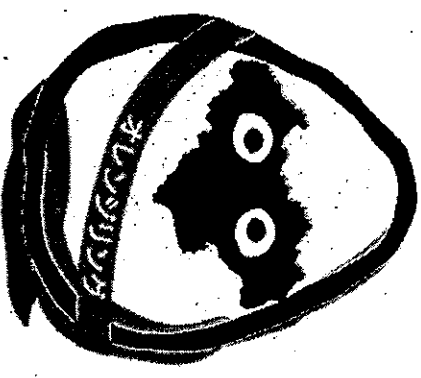
成果と課題

取組の成果

●カフエが少しずつ浸透してきており、他の認知症施策とのつながりを作る機能を見せ始めている。

今後の展望

●カフエの基本的なやり方を変えずに内容を精査しながら、認知症をより身近なものに感じられる地域となるよう活動を続けていく。



(3) 在宅医療・介護連携の推進

背景

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが求められています。
- 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、普及啓発を行うなど、地域の関係機関の医師会等と地域包括支援センターの間で緊密に連携しながら、多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築を図る必要があります。
- 要介護高齢者等が退院した場合には、在宅での生活支援が円滑に行われるよう、医療機関と介護支援専門員などの間の情報交換が行われ、ケアプランに適切に反映される必要があります。入院医療から退院後の在宅復帰が円滑にできるよう、医療機関と居宅サービス事業所の情報共有が行える退院調整ルールを平成28年度までに全高齢者福祉圏域で作成し、運用しています。

事業概要

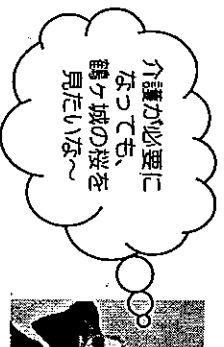
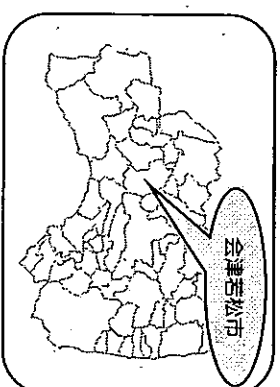
- 在宅医療・介護連携における課題の抽出及びその対応策の検討等を実施するため、地域の医療及び介護関係者による協議の場の開催を推進します。
- 市町村で収集が困難な在宅医療等に関する情報の提供や多職種連携による効果的な取組を紹介するとともに、在宅医療・介護連携推進事業の推進を養成するリーダー研修を実施するなど市町村の取組を支援します。
- 全圏域において運用している退院調整ルールの評価・見直しを定期的実施するとともに、ICT（情報通信技術）を活用した在宅医療・介護連携ツールの活用を検討するなど、多職種による情報共有の推進を図ります。

【会津若松市の概要】

福島県の西部に位置し、磐梯山や猪苗代湖など豊かな自然に囲まれた、自然景観に恵まれたまちです。会津の三笠き(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きると今度は人情の深さ泣き、会津を去るときは会津人の人情が忘れ難く泣く)と言われるように、地元への愛着が強い地域です。本市の在宅医療・介護連携推進については、今までは主に認知症施策において「認知症医療介護連携推進連絡会議」や「認知症ケア多職種連携推進研究会」の開催等で取り組んできました。今年度からは、会津若松医師会に地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を委託し、新たな事業に取り組んでいます。

【基本情報】(平成30年1月1日現在)

- 人口 120,756人
- 65歳以上高齢者人口 35,298人
- 高齢化率 29.2%
- 要介護認定率 20.8%
- 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 8名
(市1名・包括7名)
- 第1層生活支援コーディネーター1名



介護が必要になっても、鶴ヶ城の歴史を見たいな～



背景

○高齢社会の進行とともに、慢性的な疾患を抱える高齢者の増加など、医療的ケアを伴う要介護者の一層の増加が見込まれる中、地域包括ケアシステムの構築を目指し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活することを支えるためには、医療と介護の切れ目ない支援が提供できる体制づくりが急務となっている。

○2014年人口動態調査を基にした国の調査研究事業による自宅や老人ホーム等での『地域見取り率』が、全国21.4%に対し本市は13.9%と低い。今後の高齢者数の増加や入院病床の減少等に対応するため、『地域見取り率』を高めたいく必要がある。

目的(事業実施により期待される効果)

- 高齢者及びその家族などが在宅で安心して生活できる環境の整備
- 医療と介護の専門職の資質向上及び連携体制強化
- 在宅看取り等に対する市民理解の促進

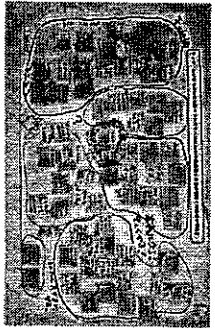
取組のポイント

- 医師会と市が一体となった事業企画と実践⇒医師会と市が一緒に、在宅医療・介護連携推進の旗振り役になる。
- 「見える事例検討会」という手法を活用した多職種連携と専門職の資質向上の推進

事業概要

1 在宅医療・介護連携意見交換会の開催

「わがまちの地域包括ケアシステム構築のための在宅医療・介護の課題と対応策を考える」をテーマに話し合いました。



回を重ねて、多職種が顔の見える地域関係の医療・介護ももっと連携が深まると思っています。

様々な立場の人達と交流が持てたことで、立場によらず知恵の集まる場になって良かった。

多職種、とくに薬剤師さんとは接点が多かったのが新鮮でした。

他職の方とは話できなかったのが貴重な体験でした。仲間を誘いました。

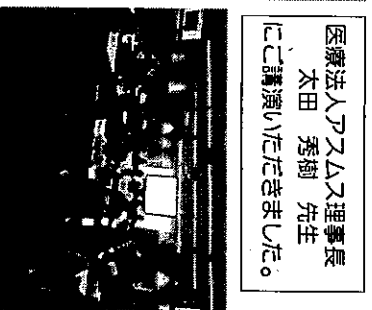
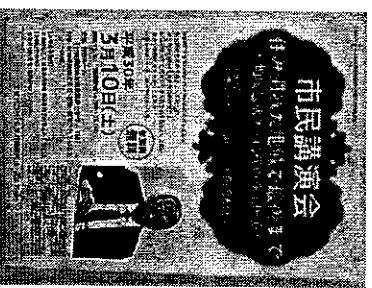
他の職種の方々の疑問などを知る事ができてとても良かったです。作り手から地元の話が始まる！これから楽しみです。

楽しかった時があと少しです。がんばりましょう。医師とケアマネジャーの参加がもっとと医師と話したい。

会場の医療介護は私達に任せてくれる様にしましょう。

医師とケアマネジャーの参加がもっとと医師と話したい。

2 市民講演会の開催



医療法人アヌム理事長 田中 秀樹 先生 にご講演いただきました。

【参加者の主な意見】

- 在宅医療の現状を明るく教えて頂きました。「多職種協働、みんなが支える」心に響きました。
- 在宅見取り賛成です。倉津若松でももっと訪問診療してくれる医師が増えると良いと思います。
- 在宅医療、在宅見取りについて、これから勉強していきたい。自分も最後は自宅で眠るように死にたいと思います。
- 病気になるったら入院して死ぬのが運例と聞っていました。講演を聞いて、入院しないで自宅で医療を受けて死にたいと思いました。病障で死ぬのは嫌です。
- 感動しました。私も母を自宅で看取りました。講演でいろいろなことを教えていたので、ぜひ、在宅で夫を看取りたいと思います。
- 在宅で見取られることは、皆さんの夢だと思います。講演を聞き、夢がめれるような気がしました。
- 独居高齢者の看取りを含めた最後の生活のあり方についても聞きたかった。

事業概要

3 「見える事例検討会」ワークショップ 養成講座の開催

全国的に広がり、効果を上げているサインドボツツを活用した「見える事例検討会」ワークショップを14名養成しました。



ワークショップ 養成講座講師 八森 厚先生 大友路子先生

○「見える事例検討会」とは？

- ①課題解決 ②支援者の援助能力の向上、③地域ネットワークづくりを目的に、多職種・多部門で行う事例検討を可視化（見える化）したものです。多職種・多部門の参加者が情報・状況を共有し、課題分析を行い、解決の糸口を身につけ、アクションプランをつくっていく事例検討の手法です。
- 見える事例検討会の特徴は？
- ①職種で気兼ねなく意見が言える ②全体像がイメージしやすい ③解決の糸口をみんなで見つける ④事例提示者の準備がななく負担がない ⑤解決のための新しい視点が見えてくる

4 在宅医療・介護連携「見える事例検討会」の開催

3グループに分かれ、ワークショップを中心に、在宅療養中の3事例を検討しました。



見えるワークショップ

- 【参加者の声】
- 多職種で検討すると、様々な自分が考えない視点の意見が聞けてよかったです。
 - 見え換ワークショップで、トータルな状況や支援のあり方を検討する大切さを理解できました。
 - 回数を増やし、お互いの職種の理解を深めたい。

取組の成果

- 医療職と介護職、お互いの職能や立場の理解と顔の見える関係づくりから、多職種連携推進のきっかけづくりができた。
- 「見える事例検討会」フカシリユーザーを養成でき、本事業以外にも地域包括支援センターによるケアマネジャー連絡会や地域ケア個別ケアアセス会議、認知症初期集中支援チームの対応事例検討等でも活用できる。
- 医師会と市の連携が強化された。

今後の展望

- 地域包括ケアシステム構築の第1歩である地域の正確な現状把握が不十分であるので、在宅医療や在宅見取りの現状等の把握を進めたい。
- 今年度は年度途中からのスタートであったが、来年度からは「意見交換会」や「見える事例検討会」の実施回数を増やし、通年で継続開催していきたい。
- 医師会にコーディネーターを配置し、在宅医療・介護連携推進の中心となるセンター機能の設置に向けた準備を進めたい。



在宅医療・介護連携「見える事例検討会」に参加された仲間たちです。この輪を少しずつ広げていきたい。

高齢者等が、安心して住みなれた地域で自分らしい暮らしを最後までできるよう、在宅医療と介護を切れ目なく一体的に提供できる会津若松市なりの仕組みづくりを推進していきたい。



～七転び八起き～
～継続は力なり～

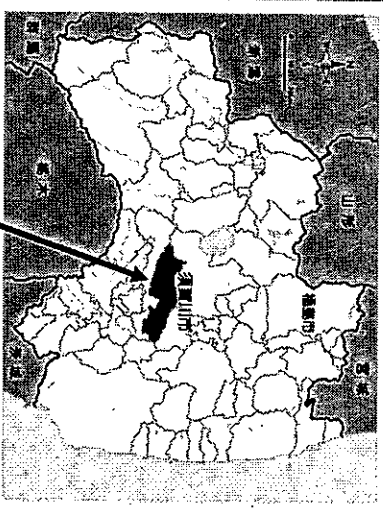
須賀川市

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年(平成29年)	2025年(推計)
人口	77,141人	74,916人
65歳以上 高齢者人口	20,413人	23,657人
高齢化率	26.5%	31.6%
要介護認定者数	3,900人	5,015人
要介護認定率	19.1%	20.6%
第1号保険料月額	5,490円	—



※2025年推計は須賀川市第7期介護保険事業計画(案)より

取組①

須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会・専門部会

●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。

特に、在宅医療・介護連携を推進するにあたっては、医師、歯科医師、訪問看護ステーション職員、ケアマネジャー、ホームヘルパー、地域包括支援センターなどの医療と介護関係者による多職種連携が重要となる。

●事業内容

多職種で構成する「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会・専門部会」において、本市の在宅医療介護連携を推進するにあたっての課題や取組内容等を協議している。

特に、「医療・介護専門部会」においては、在宅医療・介護連携を推進するにあたり平成30年度に設置を予定している「(仮称)須賀川市在宅医療介護連携拠点センター」設置に向けた検討を行った。

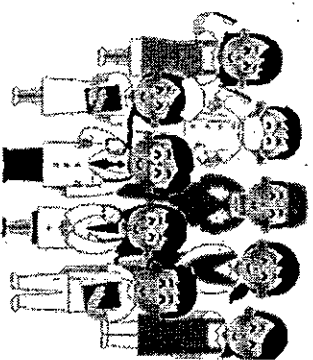
●取組のポイント

医療・介護専門部会においては、月1回の定期開催により継続的な協議を行った。特に、平成30年度の拠点センター設置に向け、同センターの機能や連携体制などについて、重点をおいた検討を行った。

取組①の成果と課題

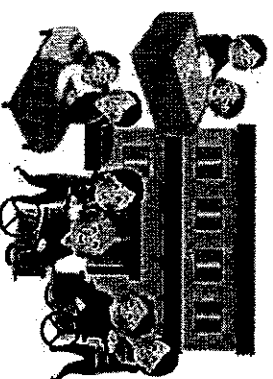
取組の成果

- (仮称)須賀川市在宅医療介護連携拠点センター設置に向け、多職種による検討を行うことにより、連携体制の更なる促進が図られた。
- 拠点センターの設置に向け、同センターと各団体(医師会等)との連携体制、情報共有ツールなどを検討することにより、相互連携が促進された。



今後の展望と課題

- 拠点センターの運用状況について、医療や介護関係者で組織する(仮称)須賀川市在宅医療介護連携拠点センター運営検討会で検証し、更なる連携を推進することとしている。
- 「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。



5

取組②

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、医師及び介護支援専門員等を対象とした研修会を開催し、在宅医療や介護支援専門員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29年 7月13日(火) 午後7時～午後9時
- 開催場所：グランシア須賀川
- 参加者数：医師、介護支援専門員、訪問看護師、行政 計72名
- 内容：○講演「ケアマネジャーの役割と業務内容」：介護支援専門員協議会会長
○講演「在宅医療の現状と医師会の取り組み」：医師会在宅医療担当理事
○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とともに、

6

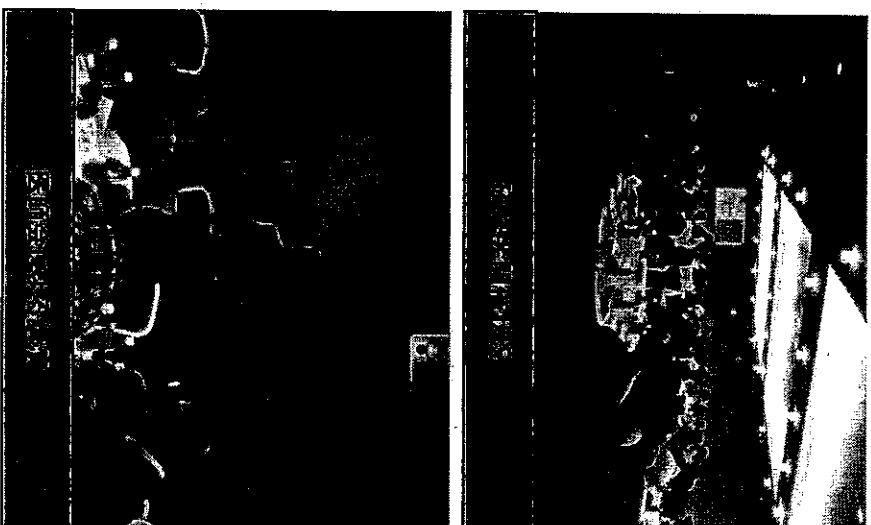
取組②の成果と課題

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。

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。



取組③

「入院時セットカバー」の作成

●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。

在宅医療・介護の連携を促進する取り組みとして「県中医療圏退院調整ルール」が平成28年4月から運用が開始されており、県中保健福祉事務所を中心に同ルールの運用を検証しながら更なる運用促進に努めているが、運用上の課題として「入院時セット」の普及が進んでいないという課題がある。

●事業内容

在宅医療・介護連携の更なる連携を推進する「県中医療圏退院調整ルール」における検証会議で課題とされた「入院時セット」の普及促進を図るため、入院時セット（医療保険証、介護保険証、お薬手帳、かわりつけ医診察券、担当ケアマネジャー名刺）が入れられる「入院時セットカバー」を作成し、ケアマネジャーと連携した配付を行う。

●取組のポイント

ケアマネジャーの協力により、要介護認定高齢者を中心に、万が一に備えた「入院時セット」の普及啓発（準備状況の確認等）を行うとともに、カバーなどがなくてセットとして準備されていない場合は、今回作成した「入院時セットカバー」を活用して準備する。特に、ケアマネジャーによる定期訪問時に準備の確認をすることで、普及促進に効果が期待できる。

「須賀川市入院時セットカバー」

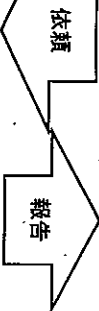
【規格等】

- サイズ 110mm×153mm
- 素材 塩化ビニール
- ホチキス数 カードポケット4箇所、A6手帳ポケット2箇所 作成数 4,000部

【配付フロー】

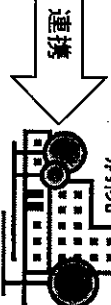
区民福祉課
○カバーの作成・配付依頼

- ・市広報紙、HPでの周知
- ・関係団体等との連携



■居宅介護支援事業所
(ケアマネジャー)
■地域包括支援センター

定期訪問等



9

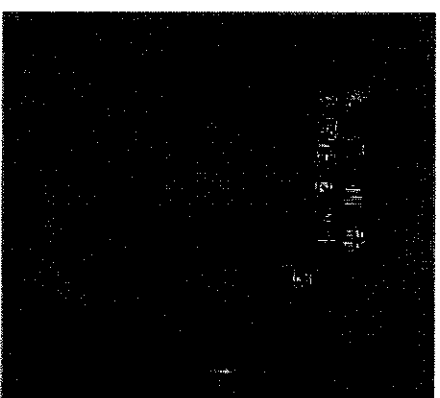
取組③の成果と課題

取組の成果

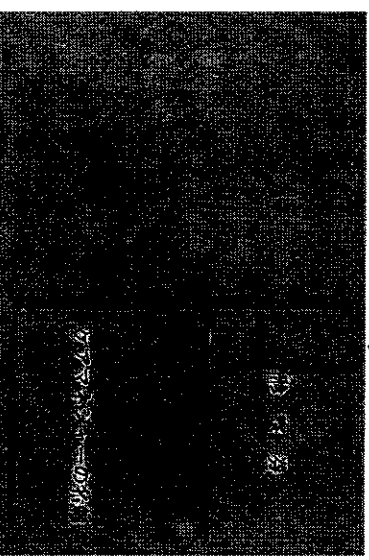
- ケアマネジャーとの連携により、医療や介護が必要な要介護認定高齢者を中心に、「県中医療圏退院調整ルール」の普及を推進するとともに、医療と介護の連携を推進する上で必要な「入院時セット」の普及が図られた。
- 行政が主体的に普及活動を行うことで、医療や介護関係者に対しても、連携を推進するうえで効果があると考えられる。

今後の展望と課題

- 市のホームページ掲載による周知啓発や地域包括支援センター等と連携した普及啓発に引き続き取り組む。
- 県中保健福祉事務所が中心となって開催する「県中医療圏退院調整ルール運用評価会議」における検証結果等を踏まえ、更なる普及促進に取り組む。



入院時セットカバー



10

在宅医療・介護連携推進事業

【継続取り組み】

- 「医療・介護専門部会」による定期的な協議実施
- 医療・介護関係者等を対象とした研修会等の開催(医師会との連携)
- 市民等を対象とした普及啓発(市広報紙及びHP掲載、講演会等の開催)
- 「県中圏域退院調整ルール」の運用促進(県中保健福祉事務所との連携)

【H29主な取り組み内容】

- ◆在宅医療・介護連携の課題抽出とその対応策の検討
 - 須賀川医師会における在宅医療体制の検討(理解促進・高齢化等)
 - 公立岩瀬病院をはじめとした市内病院と医師会の連携強化(病診連携)
- ◆「県中医療圏退院調整ルール」の運用促進
 - 「入院時セット」の普及促進(県補助活用)
- ◆(仮称)須賀川市在宅医療介護連携拠点センター設置に向けた検討
 - 平成30年度設置に向けた協議(推進委員会、医師会、病院等)
 - 公立岩瀬病院策定の「新公立岩瀬病院改革プラン」との連携

医療・介護連携推進事業の取組状況

事業項目	主な取組内容
ケ 地域の医療・介護の資源の把握	・「医療・介護リストマップ」の作成 ・医療・介護関係者への配布(情報共有)
コ 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討	・医療介護専門部会における協議 ・市内ケアマネジャーへのアンケート調査
ク 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・県中医療圏退院調整ルールの運用
ケ 医療・介護関係者の情報共有の支援	・県中医療圏退院調整ルールの運用
コ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援	・(仮称)在宅医療介護連携拠点センターの設置・運営
カ 医療・介護関係者の研修	・須賀川医師会との連携による研修会の開催
キ 地域住民への普及啓発	・講演会の開催、市HP及び広報紙による啓発
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	・県中保健福祉事務所による会議等への参加及び情報交換等

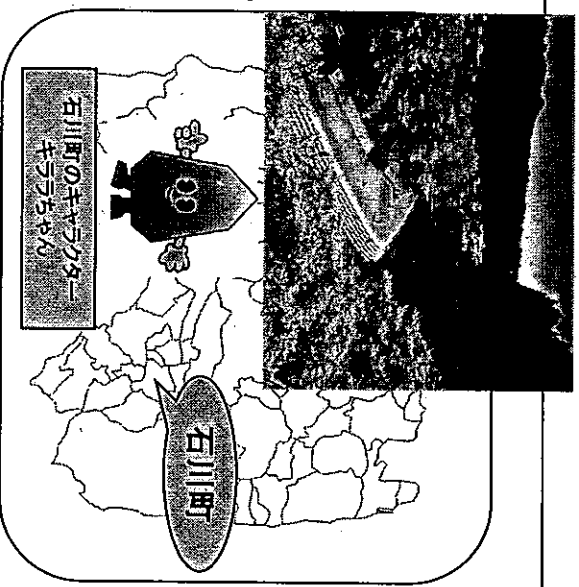
石川町

医療・介護の多職種連携による地域包括ケアシステムの構築

石川町の在宅医療・介護連携推進事業

石川町では、平成24年から地域ケア会議で「在宅着取りの推進」の検討を始めた。以降、医療・介護の多職種により、着取りのや認知症をテーマに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の確認や連携のあり方、必要な取り組みについて検討を行なっている。平成25年からは、町と郡医師会との共催で、住民向けのシンポジウムも継続し、みんなで考え、みんなで取り組む、地域包括ケアシステム構築を目指している。

項目	2017 (H30.1.1)	2025 (H37)推計
人口	15,644人	13,424人
65歳以上 高齢者人口	5,365人	5,465人
高齢化率	34. 3%	40. 7%
要介護認定者数	918人	1,180人
要介護認定率	17. 1%	21. 6%
第1号保険料月額	5,600円	-



取り組みの背景と経過

石川町では平成14年度から、地域の課題を関係者間で共有し解決に向けて検討するための『地域ケア会議』を開催してきた。

平成24年度から『在宅着取りの推進』をテーマとし、1回目：現状と課題の共有、2回目：独居高齢者の在宅着取り事例の検証（この着取りを可能にした要因の確認等）、3回目：先の会議を踏まえ、石川町で在宅着取りを推進するために「できること・しなければならない」こと・やりたいこと」の検討と整理を行った。

その結果・・・まずは！

お医者さんとも
一緒に考えていかな
いと進まない！！

住民も自分のことと
して考えられるよう
にしていかないと..

医師会長への相談

◎ 住民対象の講話実施

◎ 在宅医療・介護連携多職種会議

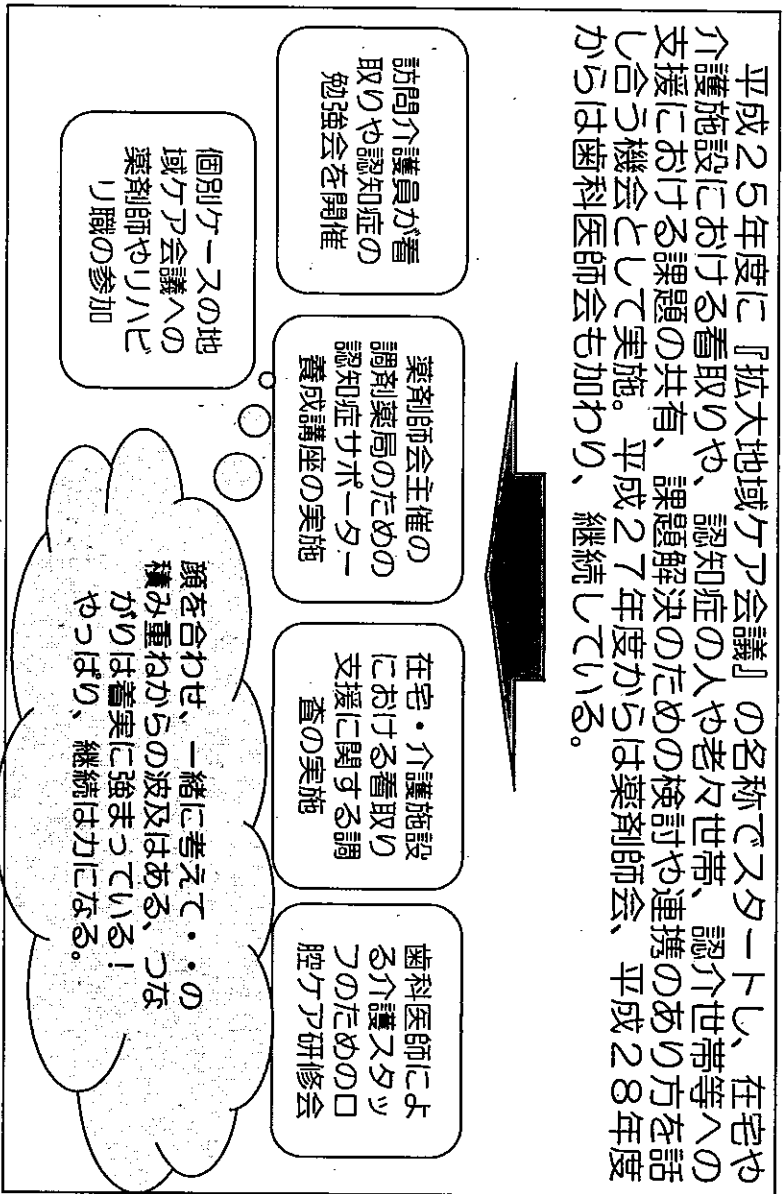
◎ 広報による啓蒙

◎ 町・医師会共催のシンポジウム

◎ 住民向けのシンポジウム

在宅医療・介護連携多職種会議

平成25年度に『拡大地域ケア会議』の名称でスタートし、在宅や介護施設における看取りや、認知症の人や老々世帯、認知介世帯等への支援における課題の共有、課題解決のための検討や連携のあり方を話し合う機会として実施。平成27年度からは薬剤師会、平成28年度からは歯科医師会も加わり、継続している。



事務局のモヤモヤ～コアメンバーの設置

☺事務局のモヤモヤ☺

～会議中や会議終了後の声・声～

- 地域包括ケアシステム・・・って、漠然としていて、何だかわかりにくい・・・
- 何をもちって、石川町のケアシステムの構築が進んでいるといえるのか、
- 結局、同じような話をしていないか、せつかく大勢集まるのもったいない

「何をもちって！！」ち、みんなで考え決めていきたいのです！ちっと、みんなの気持ちにピッタッとくるやり方を**もって力を！！**

☆石川町在宅医療・介護連携推進コアメンバーの設置☆

メンバー：医師、訪問看護師、介護支援専門員（施設併設在介、社協）

地域包括支援センター職員、介護保険担当事務職

◎システムや連携の課題抽出 ◎効果的な企画・運営の検討 ◎PDCA機能

☆平成29年度在宅医療・介護連携推進プランナー研修会での学び

在宅医療・介護連携多職種会議

～平成29年度2回目会議より～

●テーマ 「地域包括ケアシステム構築に向けて」

多職種で考える在宅医療・介護の充実～さらなる連携強化、もっと横のつながりを！

●ねらい ① 多職種の相互理解の機会になり、医療・介護連携の強化が図られる。

② 「地域の目指す理想像」がイメージでき、実現に向けた筋道・各々の役割を考える。

●開催日 平成29年11月28日(火) 午後6時30分～8時30分 石川町役場 正庁

●参加者

81人(医師、歯科医師、薬剤師、介護施設職員、介護事業所職員、介護相談員、地域包括職員、行政)

●内容

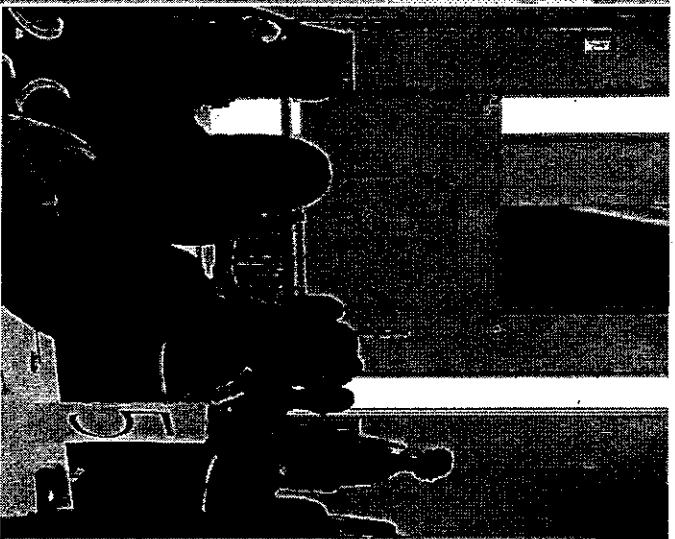
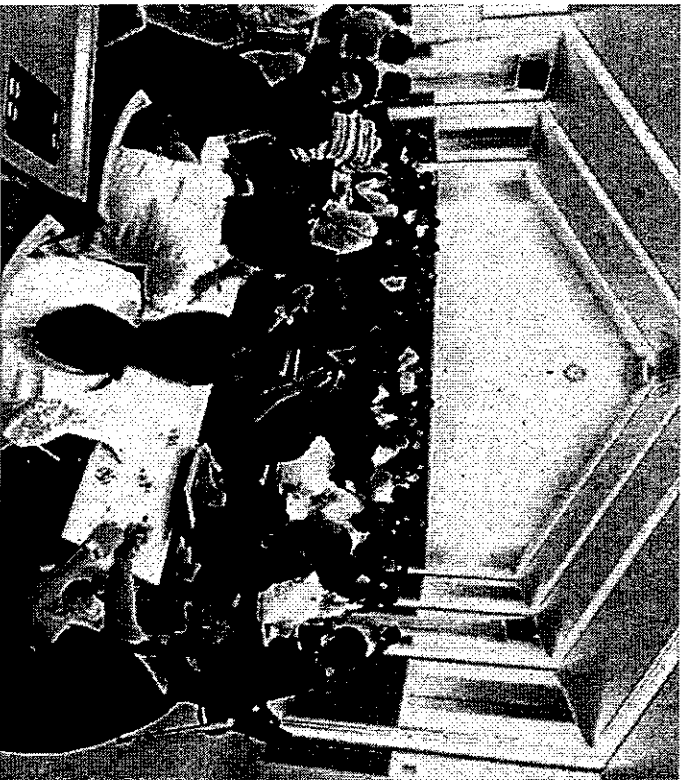
・グループワーク(1)：顔が見える連携から腕も腹も見せる連携に自分が目指す支援や工夫・努力していること、頑張っていること、やってみたいことを話し合い、全体で共有したい内容について発表。

・グループワーク(2)：目指す姿の実現に向けて石川町の在宅医療・介護の理想像(最終目標)と、それを実現するための筋道(中間目標と取り組み)をグループごとに作成し、全てのグループの発表にやり全体で共有。

・まとめ：次回は、実現に向けての各々の取り組み状況について情報交換し共有することを伝え、医師会長と町保健福祉課長がまとめの発言を。

●会議運営のポイント

- ・連携コアメンバー等グループの司会には、事前に企画書を確認してもらい、ファシリテーターの機能を担えるようにする。(事業担当の仲間を増やす)
- ・毎回、医師会長・行政の管理職がまとめを担当し、参加者のモチベーションアップと会議の意義を高める。(終わりが良ければ・・・)
- ・グループワーク記録をできるだけ早く参加者に送り、職場内検討や次回につなぐ。(熱いうちに！)



在宅医療・介護連携多職種会議

地域包括ケアシステム構築推進シンポジウム 住み慣れたところで最期まで安心して暮らし続けられる地域をめざして

『在宅看とり』と『認知症』をテーマに、郡医師会と共催で平成25年度から毎年開催

●テーマ 「あなたは老後をどこで過ごし、どんな最期を迎えたいと思いますか(2)」
●ねらい ① 自分・家族の老後の生活や介護・看とりについて考える機会になる。

② 自分や家族の役割(自助)、地域内の互助への意識の向上が図られる。

③ 地域住民の在宅医療・介護連携への理解が深まる。

●開催日 平成29年3月4日(土)午後2時～4時30分 石川町共同福祉施設

●参加者 250人(住民、医療・介護・福祉関係者)

●内容

第1部 特別講演 「在宅で最期まで暮らし続けるために～在宅看とりの現場から」

講師：川島孝一郎先生(仙台往診クリニック院長)

第2部 シンポジウム 「その人らしい最期・それぞれの終末期を支える」

「介護保険施設における終末期支援」特別看護老人ホーム 看護部長

「在宅看とりにおけるケアマネジャーの役割」介護支援専門員

「在宅看とりにおけるホームヘルパーの役割」訪問介護員

「在宅看とりの支援～医師の立場から～」町内診療所 医師

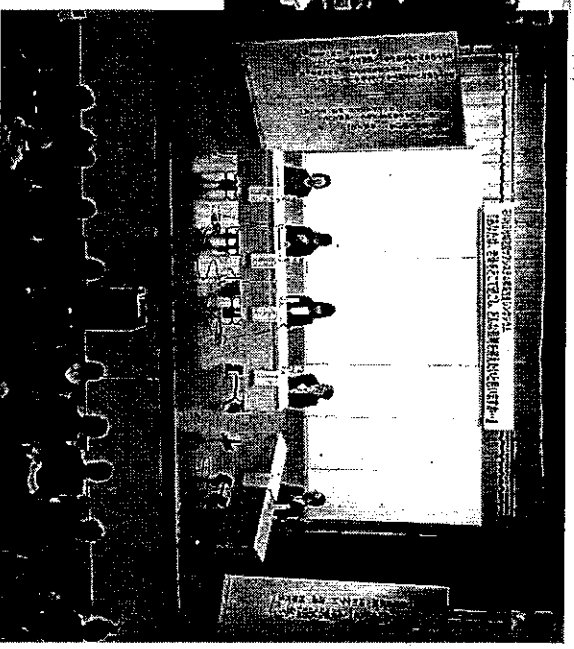
●ポイント

・シンポジウムは住民や町内の関係機関から人選し、町の中の出來事や身近な話がで
きるよう調整する。

・長寿会やサロン等呼びかけ、身近な仲間が誘い合って参加し、聴講後、話題にて
きることをねらう。

・開催の周知等の準備事務は町(地域包括)が担当し、当日の挨拶や座長等は医師会
が担当と役割を分担。「やって良かった、住民の役に立っている」の成功体験は、
医師会と行政の協働意識・連携強化につながる。「また、一緒にやるうね」に。

地域包括ケアシステム構築推進シンポジウム



成果と課題

取組の成果

- 会議等参加者の意識の変化：「地域包括ケアシステムはわかりにくい」「同じような話しの繰り返しだ」⇒「石川版のケアシステムを考えよう」「この会議の積み重ねがこの町のカになる」に。
- 町の目ざす姿や実現に向けて何をするかを、住民も含めた多職種で考え話し合えた。行政任せではなく、各々が主体的に取り組んでいく・・・の方向付けができた。
- 会議後、自分の組織に戻り、話し合う事業所ができた。⇒「こんな検討しました」「こんな取り組みを始めた」の声が届くようになった。
- “何をもちって石川町のシステム構築が進んだといえるのか”の評価の指標を考えることができた。

今後の展望

- 継続と発展：みんなが目標に向かって取り組みを進め、積み重ねが普及に変化・発展につながるように！
- 普遍化：効果的な取り組みや成果につながる工夫の情報交換や共有を図り、連携の力で、みんなができる！ 地域のカの向上に！
- 地域にとって効果のある取り組みになっているかの視点で、評価の指標と評価方法を明確にする。
- ◎ 積み重ねと継続 ～こつこつと、あきらめず、へこたれず・・・。

会津坂下町

多職種連携に向けた取り組み

【会津坂下町の概要】

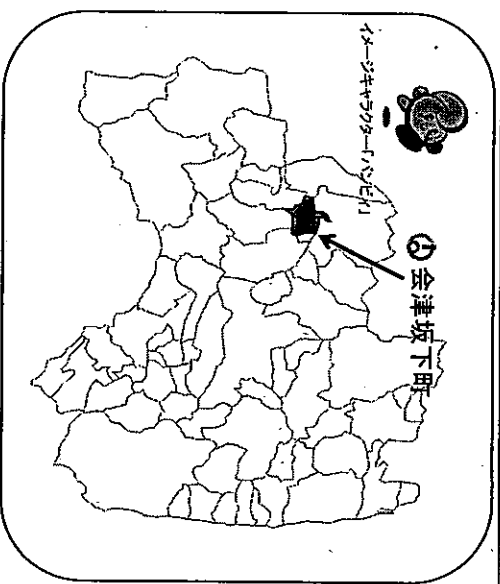
会津盆地の西部に位置し、町の東部は標高170mほどの平野部、西部は200～300mの山が連なる。気候は、夏は盆地特有の高温多湿、冬は積雪1mほどで季節感豊かな町である。

【地域包括ケアシステム構築のための体制】

平成29年4月から、町社会福祉協議会へ、生活支援体制整備事業・認知症総合支援事業・在宅医療介護連携推進事業の業務を委託し、それぞれの事業ごとに専任の担当者を配置し取り組みを進めている。
平成30年4月から、地域包括支援センターの業務も、町社会福祉協議会へ業務委託予定であり、地域包括ケアシステム構築に向け一体的な取り組みができるように体制を整備している。

【基本情報】

- 人口 ※住民基本台帳（平成30年2月1日時点）
16,390人
- 65歳以上高齢者人口
5,496人
- 高齢化率
33.5%
- 要介護認定率 ※介護保険事業状況報告（月報）平成30年1月報告分
21.0%
- 第1号保険料月額
6,100円

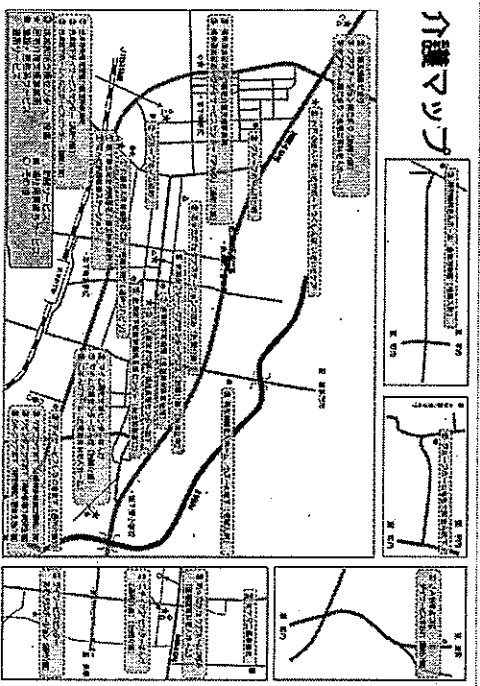


会津坂下町医療・介護マップの作成

●背景

町内の医療資源や介護資源が関係者間で共有されていない。特に、医療側で介護資源の理解不足があるとの指摘がある。

介護マップ



●事業内容

- ・今年度、社会福祉協議会に配属された、在宅医療介護連携支援相談員が主体となり作成。
- ・3月に町民や関係者へ配布。

●取組のポイント

町内の医療機関や介護事業所へ聞き取り等を行い、公表されていない情報等の収集を行った。

多職種連携セミナーの開催

●背景

- ・医療と介護の連携の際、気さくに相談しあえる関係でなかったり、相互理解が不十分なところもある。
- ・小さい町であるため、介護関係者同士は顔の見える関係が既に構築されている。

●事業内容

開催日時：平成30年1月25日（木）午後6時30分～

開催場所：会津坂下町中央公民館

参加者数：医療関係者19名（病院・診療所2、歯科医院1、調剤薬局2）

介護関係者43名（施設・事業所26）

行政関係者12名（会津坂下町7名、町社会福祉協議会5名）

内 容：○行政説明「会津坂下町 医療・介護資源MAPについて」

会津坂下町保険年金班

○講演「包括医療において各自が果たす役割」

坂下厚生総合病院 松井院長

○介護施設・事業所紹介

●取組みのポイント

なるべく関係者へ出向き、現場を知り生の意見を取り入れたセミナーとすることを目標とした。

多職種連携セミナーの開催状況①

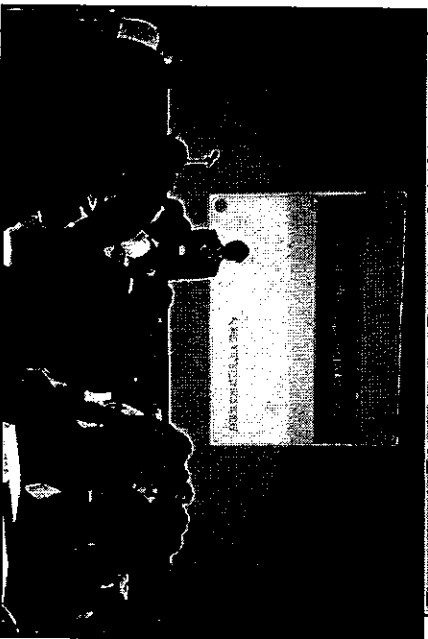
坂下厚生総合病院 松井院長による講演
「包括医療において各自が果たす役割」



包括ケアシステムにおいて、病院がどのような役割を果たしているのか、また多職種連携の好事例について講演を頂いた。

多職種連携セミナーの開催状況②

行政説明「会津坂下町 医療・介護
資源MAP展」



医療・介護資源マップの作成の背景や、活用方法等について行政からの説明を行った。

介護事業所紹介



参加者の介護事業所ごと、事業所紹介を行った。関係者に、事業所と担当者を知ってもらえた機会となった。

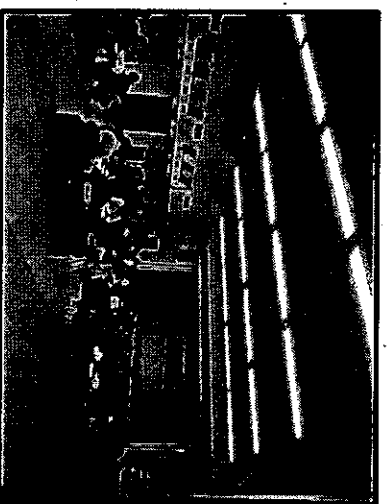
成果と課題

取組の成果

- 医療と介護のマップ作成により、町内の社会資源が整理され、町民、関係者と共有できるようになった。
- 多職種連携セミナーにより、関係者同士が交流でき、これから必要な取り組みについての周知ができた。また、今後の事業推進のための機運が高まったと思われる。
- まだ一部だが、事業担当者と関係者との間で顔の見える関係が構築でき、医療と介護の連携の課題について知ることができた。
- 世話人会の発足により、関係者の意見を取り入れながら事業推進を行う体制が作られた。

今後の展望

- 世話人会で事業推進のための取り組みを考えていく。
- 次年度については、多職種連携セミナーを2回、住民向け講演会を1回、計画している。



「平成29年度多職種連携セミナー」より

(4) 介護予防の推進と生活支援の充実

背景

○ 平成 29 年度からすべての市町村において介護予防・日常生活支援総合事業が開始となり、既存の介護サービスだけでなく、住民主体の多様な生活支援サービスの充実が求められています。

○ 市町村がそれぞれに地域の実情に応じたサービスの提供が可能とလာた一方、介護予防・生活支援サービスの提供に格差が生じる恐れがあります。

○ また、介護予防には高齢者の社会参加や生きがいづくりが重要であり、地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域づくりに向けて、多職種連携のもと、住民主体の通いの場づくりに取り組む必要があります。

県の取組

○ 市町村の実情に合わせて介護予防・日常生活支援総合事業の組み立てや生活支援サービスの内容を検討できるように、必要な地域データ提供、地域診断の支援を行います。

○ 市町村における総合事業の実施状況の把握、必要な支援についての調査や地域における好事例などの収集・情報提供を行うことで、市町村の介護予防・生活支援サービスの取組に差が生じないよう市町村を支援します。

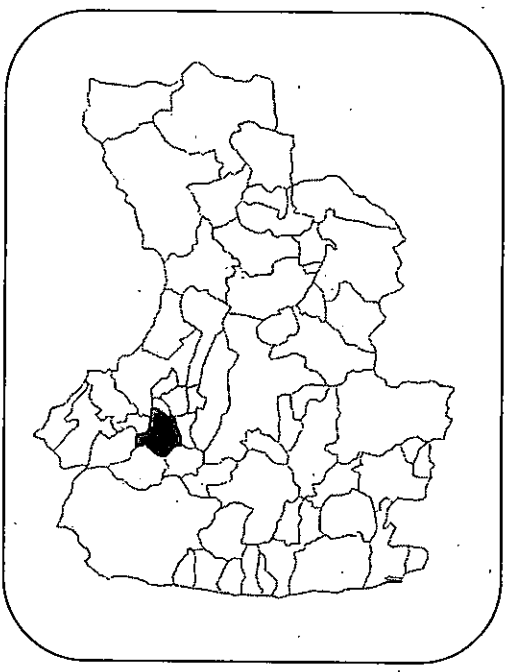
○ 高齢者の社会参加と介護予防の重要性について、県民に対する普及啓発を行うとともに、支援が必要な高齢者が参加することで、本人の自立に繋がるような介護予防の通いの場を普及し、効果的に展開させるため、市町村や地域包括支援センター、専門職の人材育成を目的とした研修会を行います。

○ 福島県介護予防市町村支援委員会において市町村事業の分析・評価を行い、その結果を市町村に還元します。

石川町の概要
 福島県中通り南部に位置し、阿武隈地域の豊かな緑と清らかな水の流れなどの美しい自然に包まれた地域です。総面積は、115.17km²で、市街地は町のほぼ中央を流れる今出川に沿って開けており、川沿いに沿って桜の木が並び、桜の景勝地として多くの観光客が訪れています。また、日本三大鉱物産地としても有名であり、非常に安定した地質となっております。

【基本情報】

- 人口
 15,880人
 (平成27年度10月1日現在 国勢調査より)
- 65歳以上高齢者人口
 5,260人
 (平成27年度10月1日現在 国勢調査より)
- 高齢化率
 32.8%
 (平成27年度10月1日現在 国勢調査より)
- 要介護認定率
 16.9%
 (平成29年10月1日現在)
- 第1号保険料月額
 5,600円



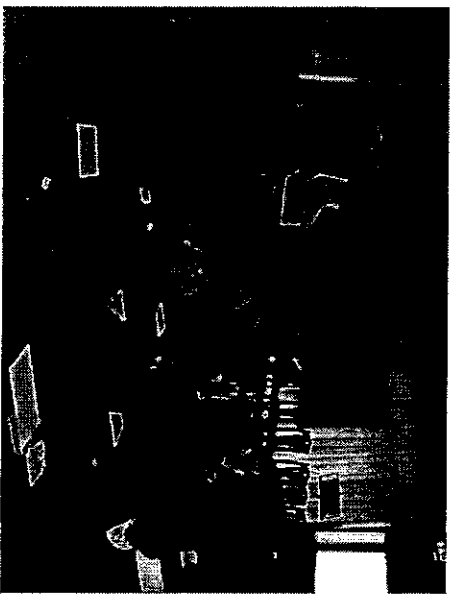
取組の内容①

●取組みのポイント
 運営費は、地域の各世帯から徴収して活用したり、地域住民が中心になって活動する等、できるだけ地域にある財源・資源の中で運営し、地域で高齢者を支えることを大事にしている。

●背景
 従来から、保健事業として機能訓練事業を実施し、長年協力いただいていたボランティアから、自分の地区で教室開催の要望が強くなり、介護予防のための施設整備を兼ねて町内4地区にミニデイサービスが開所した。

●目的
 石川町中谷地区内に居住する一人暮らしや外出の機会が少ない高齢者が、本事業を通して、地域社会と交流を促進し、要介護状態となることを予防する。

●事業内容
 事業の運営は、中谷地区の区長、副区長、民生児童委員、保健協力員、ボランティアが4班体制で活動している。
 毎月1回の開催で、対象となる高齢者が集まり、健康体操やレクリエーション、講話等を通し、参加者の相互の交流を図っている。



取組の内容②

●平成29年度活動計画

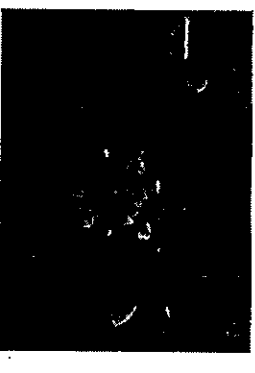
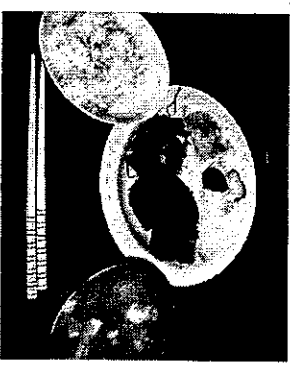
- 4/10 花見
- 5/9 スカットボール
- 6/13 輪投げ
- 7/11 石川川サロシ
- 8/8 楽しく体操
- 9/12 栄養講話
- 10/10 入れ歯のお手入れ
- 11/14 舞踊
- 12/12 クリスマス
- 1/9 カルタと玉入れ
- 2/13 カラオケ
- 3/13 交通安全教室

〈事前会議〉

開催日の1週間前に、運営委員による事前会議を行い、会の内容と役割、昼食の内容について話し合い、当日の活動に備える。

〈当日の流れ〉

- 1、会の準備 8:30～
参加者の送迎を区長等が行う。
運営委員が集合し、女性は調理、男性は会場準備と受付を行う。
会のスタート 10:00～
- 2、区長が進行を行い、内容や流れについて説明。その日のテーマに合わせた活動を行う。
- 3、お楽しみ昼食:11:45～
- 4、女性運営委員による手作りの昼食が用意される。
誕生会
昼食後、開催月の誕生日の参加者に対し、お花を贈りお祝いする。
- 5、閉会12:30頃
区長等により、参加者の送迎を行う。
みんなでお片付け、掃除、反省会を行い解散する。



成果と課題

取組の成果

- 参加する高齢者は楽しみにしており、積極的に活動することで、介護予防としての効果がある
- 区長、民生委員、ボランティア等の協力により、地域でのつながりが強化される
- 地域の中で高齢者を支える仕組みができる

今後の展望

- 男性参加者が少ない
- ボランティアや参加者の高齢化が進んでいる
- ボランティアとして継続する人の減少や、新しい参加者が増えず、次世代への継承が課題



三春町

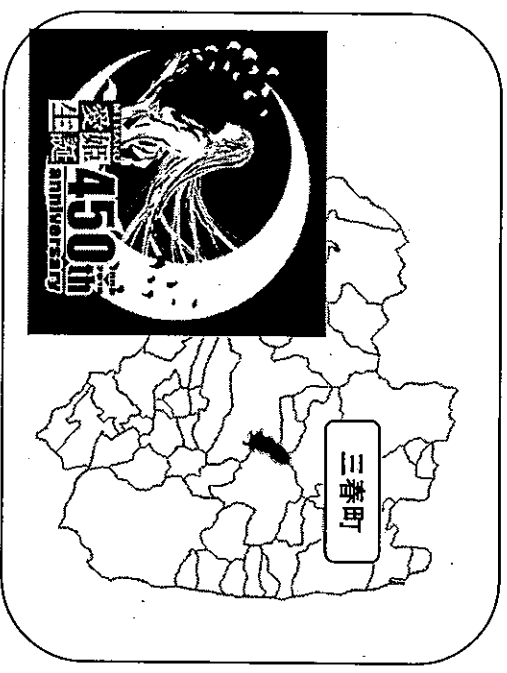
地域からはじめるまちづくり

【圏域】の概要

三春町は、阿武隈山系西部の低丘陵性山地に位置し、面積は72.76km²、東西約12.5km、南北15.7kmの町域を有している。国道288号を中心とする平坦部に市街地が細長く形成され、町域の約37%が山林・原野、約34%が農地、宅地は約7%となっている。

【基本情報】

●人口	17,464人
●65歳以上高齢者人口	5,493人
●高齢化率	31.5%
●要介護認定率	約18%
●第1号保険料月額	5,092円



取組の内容①

●背景

三春町では、町民参加による住みよい地域づくり、まちづくりの実現を目指し昭和51年度に「三春町まちづくり協議会」を設立。町内の7つの旧町村単位に支部を置いて組織化を図り、昭和57年度には支部を発展解消し各地区に「まちづくり協会」が設立された。

その後、各協会への町担当職員の配置や地区住民を専従嘱託員に委嘱するなど、各地区の特色を生かした独自の事業に取り組んでいる。

●事業内容

「三春町まちづくり協議会」は、町及び7地区のまちづくり協会により組織され、まちづくり協会の事業活動に関する情報交換、町の施策に対しての意見交換を行う会議を定期的に開催している。

また、毎年、地域住民を対象（個人、団体）としてまちづくりの模範的な活動を行っている事例を選定し、「まちづくり活動表彰」として表彰を行っている。

●取組のポイント

地区住民が自ら主体的に地域づくりに取り組む体制の整備、様々な活動を通して地域のコミュニケーションを醸成することにより住みよい地域づくりを目指している。

取組の内容②

●「岩江まちづくり協会」の取組

「岩江まちづくり協会」は、町の南西部に位置し、6つの行政区からなる「岩江地区」で組織されたまちづくり協会である。

岩江地区は面積が町全体の約7%にあたる約5km²、人口は約25%の約4,500人、郡山市に隣接していることから、昭和50年代ごろから民間の宅地開発が進み、急激な人口の増加とともに、新旧住民が混在する地区となっている。

◎「岩江まちづくり協会」の概要

○構成員：行政区長、民生児童委員、老人クラブ、農業委員、健康づくり推進員

小中学校等PTA、子供育成会、消防団等

○組織：総務企画部会、土地利用景観部会、保健福祉部会、広報部会、スポーツ部会

○主な事業：環境美化事業、花いっぱい運動、河川清掃

健康づくり・介護予防事業：健康ウォーク、いきいき百歳体操、食生活改善講座

スポーツ事業：地区球技大会、地区運動会

広報事業：地区のイベントや情報を掲載した広報誌を年4回発行

○岩江まちづくり協会は、自主防災活動（自主防災会の設置）や健康づくり活動（いきいき百歳体操）など地域の課題に取り組みとともに、広報誌の充実を図るなど、地域の活性化のため積極的に活動を行っている。

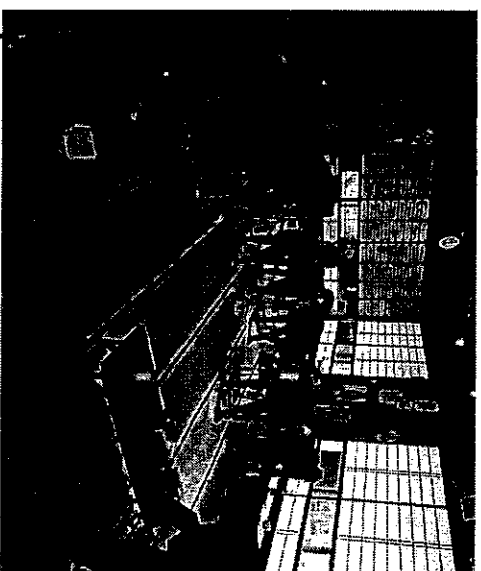
成果と課題

取組の成果

- 協会活動への参画による、住民同士のコミュニケーションの醸成。
- 地区の多様な団体が参画することによる事業の効率化。
- 災害対策を通じた高齢者や障害者等の把握、支援を行う体制づくりの強化

今後の展望

- 少子高齢化等に伴い、組織の構成員が高齢化していることからメンバーの確保が課題。
- 事業内容は地区住民に浸透しているが、地域格差が生じていることから、新たな取り組みが必要。
- 地域でのネットワークづくり、より多くの住民が参画することによる地域資源の活用。



いきいき百歳体操の様子

只見町

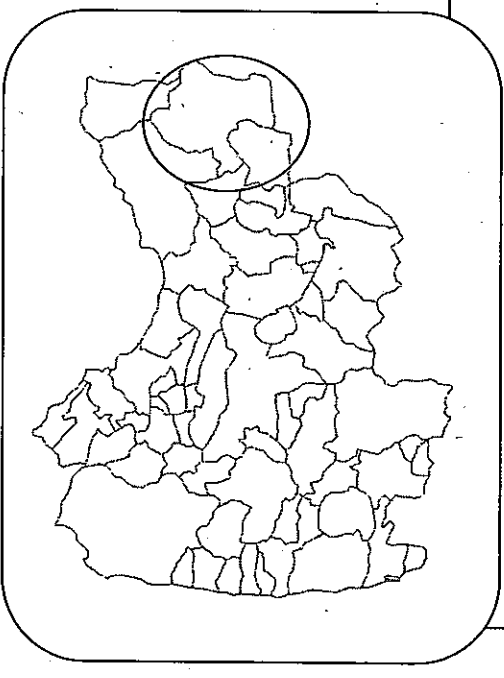
買い物支援バス

只見町の概要

747.56km²の面積を有している。町内の移動は主に車を利用されていることが多く、自家用車による移動ができない方は、主にデパートタクシーを利用されている。只見町は大きく分けて3地区に分かれており、只見地区の中心地には役場や銀行、郵便局、スーパー等がある。朝日の中心地区にはJAや郵便局、役場窓口機関、町内唯一の医療機関、小規模小売店がある。明和地区の中心地には郵便局、役場窓口機関、スーパーや小規模小売店がある。いずれも、中心地以外には小売店がほぼない状態であり、金融機関等へも距離がある

【基本情報】

- 人口 4, 303人
- 65歳以上高齢者人口 1, 938人
- 高齢化率 45.05%
- 要介護認定率 21%
- 第1号保険料月額 4, 810円



取組の内容①

●背景

地域住民自らによる地域の生活実態アンケート調査や集落ワークショップ、高齢者世帯の聞き取り調査等により、高齢者の農地管理や日常生活（通院・買い物・食事等）についての支援の必要性があることや、かつては各集落に存在した商店が、人口と世帯の減少により消費者が減り、さらに、問屋の巡回配送の撤退等により次々となくなってしまうことにより、地域内の高齢者等の「買い物弱者」が増大し、地域の定住環境の脆弱化が深刻な状態となった。

●事業内容

実施主体：明和自治振興会

地域の資源等：地域住民により編成された明和自治振興会により、バスへの添乗や買い物支援などを行っている。JAによるサロン等入立ち寄り健康教室等へ参加されることもある。

事業のスケジュール：毎週火曜日に只見町の明和地区において実施

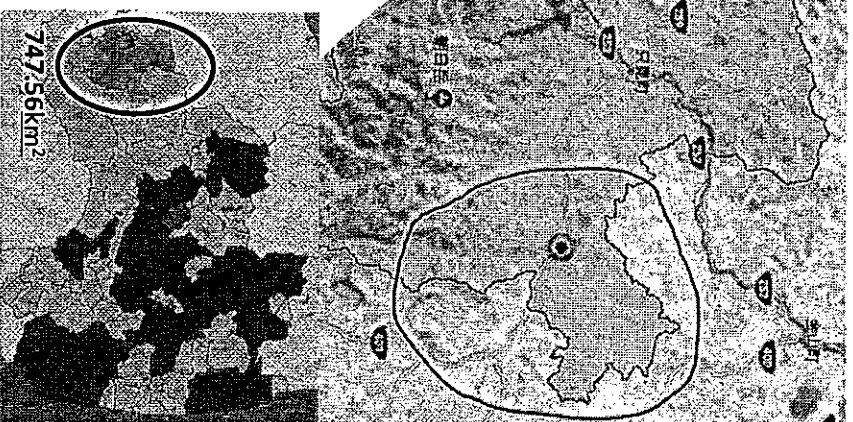
●取組のポイント

「買い物弱者問題」を住民はもとより行政・商工業者・住民自治組織等が地域全体の課題として共有し、協働により持続的な新支援システムを確立することにより、どこの地域に住んでいても、高齢者等が買い物に不便を感じない生活環境が確立されます。これにより地域の誇りと安心感をあたえるとともに、生活に楽しみが生まれます。買い物物を地域外の行商等に頼った生活から町内購買に移り地域内の消費活動が活性化することを目指して取り組まれている。

取組の内容②

平成26年度より週一回、明和自治振興会で委託し運行している2台のバスにボランティアの見守り隊が添乗し2系統に分かれて送迎を行い、乗り降りの介助や買い物支援や郵便局、役場窓口機関における見守り等の介助を行っている。バスの委託料等の財源は、平成26年度～28年度までは福島県地域づくり総合支援事業の助成を受けながら実施。平成29年度はアサヒグループの助成を受けながら実施。

利用者負担は年会費として利用世帯1件につき低額の自己負担があるのみバス運行当初は町外から来た訪問販売で腐敗した食品を売られるなどの被害を受けた方も居たようであったが、バスの運行によりそのような業者から買い物をする必要がなくなつたため、そのような業者が販売に来ることはなくなつた。商店は●の地点にのみあるため、自家用車などの交通手段を持っていない方、特に高齢世帯の方は買い物に行くためにはデマンドタクシーを使用する以外、選択肢がなかったが、バスの運行により、隣人と話をしながら買い物に行けるため、交流そのものを楽しんでおられる方も多くおられます。



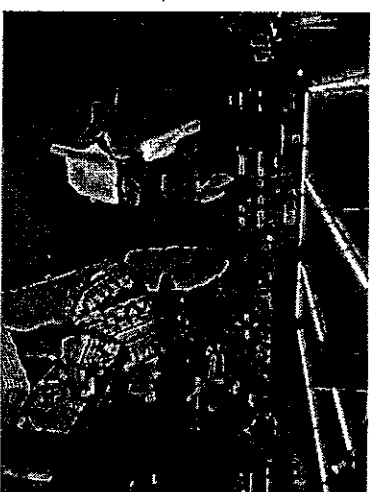
成果と課題

取組の成果

- 一人では買えない物ができない方が介助のもと買い物を行うことができ、住民同士の見守りの効果がある。
- 高齢者やボランティアの方との交流が広がり、サロン等の活動の場への展開へとつながっていった。
- 消費者被害の低減へとつながった。

今後の展望

- 町内における消費が少なくなってきたこともあり、商店の営業そのものが継続されない可能性も一時期出てしまったことにより、今後の買い物弱者に対する支援の検討を行っている。
- 県やアサヒグループなどからの助成のもと買い物支援バスを運行しているのが現状であるが、今後運営していくに当たり、運営費用や自己負担について課題がある。



(5) 高齢者が支え合う地域コミュニティの構築

福島市松川町「石合町内会」

代表：会長 丹治 豊三

活動地域：福島市松川町石合地内

加入世帯：375 世帯会員・人数：1,122 人 75～80歳未満109世帯 80歳以上106人
町内会の活動内容

1 地域の行事（一人暮らし世帯支援、夏祭り、敬老会、秋季祭礼「提灯祭り」他）

・ 福島版介護予防「いきいきももりん体操」週1回：通年活動を展開中

・ 茶話会サロンの開催 毎月第2・4火曜日開催

・ 松川地区安心・安全ネットワークづくり「認知症 SOS ネットワーク模擬訓練」

・ 自主防災模擬訓練

2 クリーンUP作戦、衛生組合活動、ゴミ置き場清掃管理

3 町内会対抗「地区大運動会」各種スポーツ大会

4 広報紙活動

5 その他

事業名：「石合高齢者支え合いコミュニティ支援事業」

事業の背景と動機

石合町内会はこれまで「少子化・高齢化社会」が急速に進展する中で従来型の活動には、何か限界があることを痛感し、数年前から高齢化社会への不安とその対応策を、地道に取り組んできました。

これまでの活動が評価されてこの度、平成29年度「福島県高齢者支え合いコミュニティ支援事業」石合地区が指定頂きました。

この事業の主旨は町内会等において、高齢者が主体となって住民間の交流、高齢者の生活支援、見守り活動などのコミュニティづくり等の取り組みを支援するため、活動に必要な経費を補助する事業です。

地域への効果

これまでの活動で行政が主催する事業の関連と地域の介護施設や地域包括支援センターとの連携も出来ているため、町内会の枠を超えた地域への活動が容易に拡大することができました。

特に「認知症 SOS ネットワーク模擬訓練」の参加団体や参加者数は回を重ねるごとにエリアも拡大しています。

主な活動実績

【松川地区安心・安全ネットワークづくりの取り組み】

- 「認知症 SOS ネットワーク模擬訓練」平成 29 年度で第 4 回目を開催
年々参加自治会・町内会・地域の団体が増加しており、福島市内の外、他市・町からの関心が広がっております。

【福島市版介護予防「いきいきももりん体操」の取り組み】毎週火曜日開催

- 平成 27 年度に【福島市版介護予防モデル事業】に指定いただき立ち上げる。
当初は 25 名でスタート、6 ヶ月毎に受講者の「体力測定」にて改善効果分析
効果があり、現在は 50 名を超える受講者となっております。
尚、この事業運営が主催者に過剰な負担を軽減するため、12 名のスタッフが
交代制で月一回程度参加して運営している。

- 体操後、毎月二回「第 2・4 火曜日」茶話会・サロンを開催
老人会「高砂会」と「石合婦人の会」のボランティア会員が自主的に運営して
いる。

【一人暮らし世帯支援の取り組み】「お元気ですか」手づくり昼食の提供と交流会

- 「石合婦人の会」が高齢者の一人暮らし 39 世帯に手づくり昼食を訪問提供し
て「お元気ですか」と声掛けしながら会話交流を行っています。
近年は集会所に出て来られる方々には、一堂に会して「昼食会」を開催し、
有志による余興や芸能発表を行い、大変喜ばれています。

【高齢者の困りごとや生活を支援する活動の取り組み】

- 「ボランティア委員会」を立ち上げ様々な課題にチャレンジ（登録者約 30 名）
・粗大ごみ回収のお手伝い（屋内から屋外への搬出作業等）
・簡易な高所作業（照明器具交換・神棚手入れ等）
・向こう三軒両隣の一人暮らし・高齢者世帯の異常可否確認見守り隊活動
や降雪量時の除雪作業等。

【自主防災模擬訓練や地域の安心・安全の構築活動の取り組み】

- 自主防災模擬訓練は毎年実施している
・万が一の災害発生時には一人の「犠牲者」を出さない想定訓練
● 地域エリアの消火栓マップを作成「冬期間の降雪時」の除雪作業の徹底等
地域の安心・安全は自分たちが協力して構築するための取り組み

【避難者との交流の取り組み】

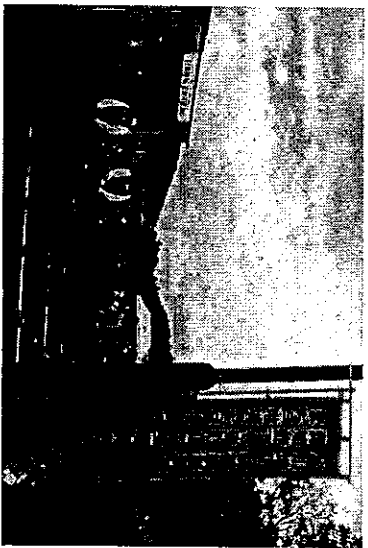
- 飯館村からの避難者への支援事業
・新春激励交流会「餅つき昼食会」余興「七福神の舞え」他

【異世代交流会活動の取り組み】

- 地域内の福島市認定児童クラブ（2 施設）へのクリスマスプレゼント会開催
● 地域内の福島市認定児童クラブ（1 施設）への新年書初め添削指導の開催

主な活動のデジタル化版は下記の通り
写真添付にて記載致しますのでご参照ください。

【松川地区安心・安全ネットワークづくりの取り組み】

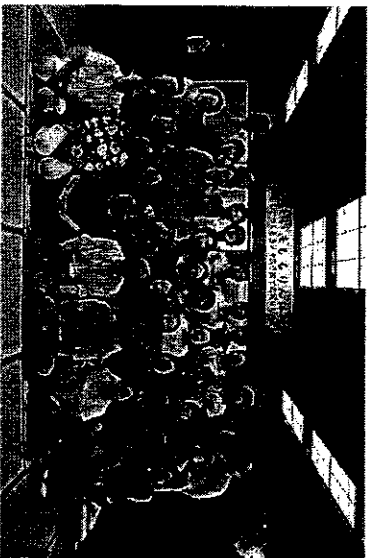


「徘徊模擬」を「認知症 SOS…」変更



模擬訓練当日のグループ編成会議

【福島市版介護予防「いきいきもちりん体操」の取り組み】

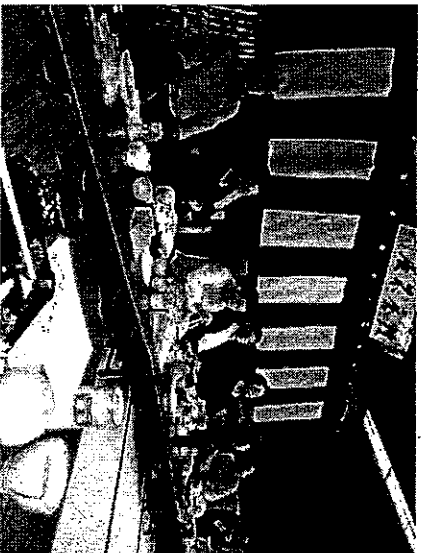


第4期生「受講者開講式」記念写真

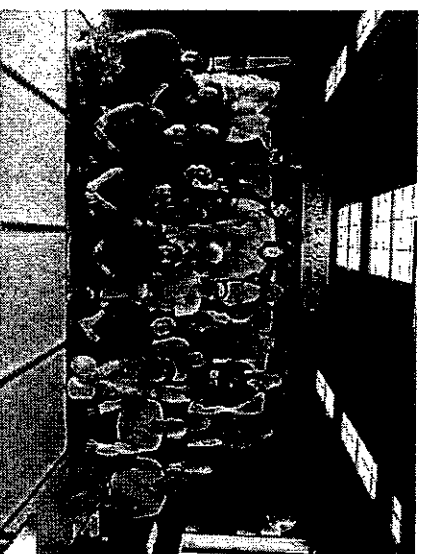


福島市版「介護予防体操」会場風景

【一人暮らし世帯支援の取り組み】「お元気ですか」



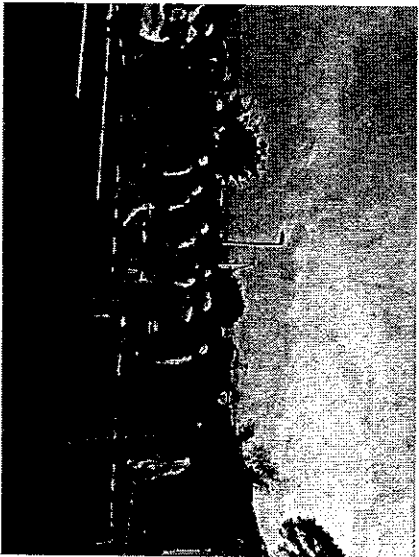
「お元気ですか」昼食会の会場風景



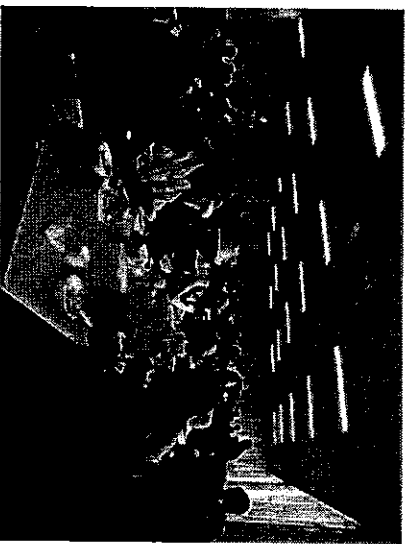
終了後の参加者記念写真

集会所に参加された方には「お元気ですか」と声掛け、自宅を訪問し、昼食を届けました。大変喜ばれて嬉しかったです。

【自主防災模擬訓練や地域の安心・安全の構築活動の取り組み】

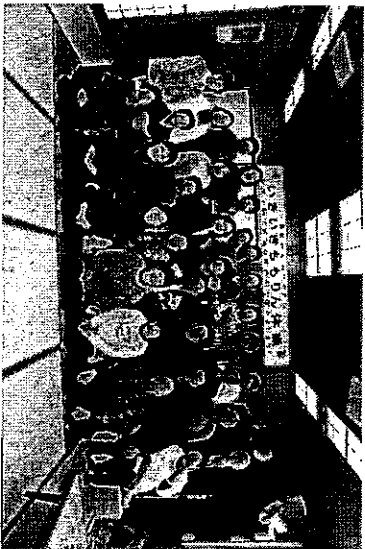


放水訓練実地訓練を見学



終了後、参加者に非常用食事が提供された

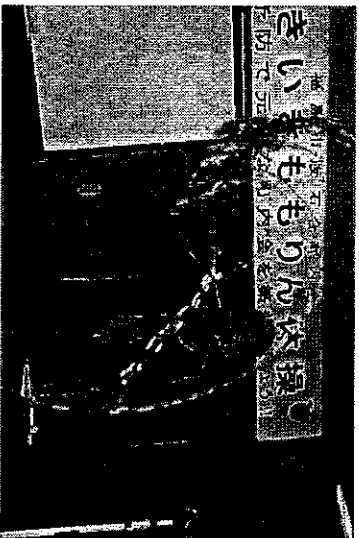
【飯舘村からの避難者との交流活動取り組み】



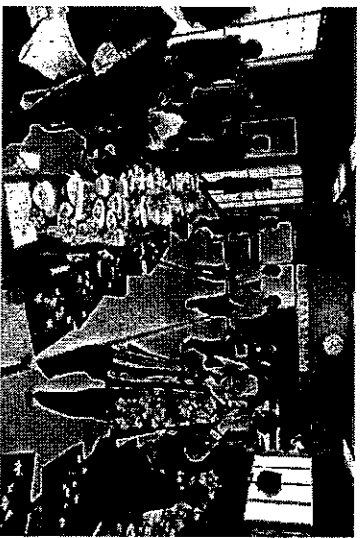
飯舘村からの招待者と出演者の記念写真



激励交流餅つき「昼食会」



町内会・有志の余興「手品」を披露

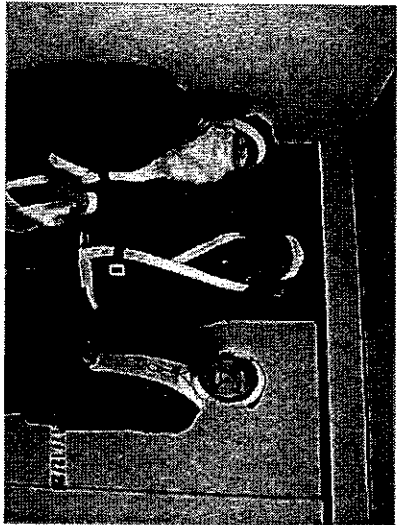


最後は飯舘村「盆踊り」をみんなと一緒に

はじめでの事業取り組みでしたが、飯舘村・飯野支所の皆様には大変お世話になりました。

新春激励支援事業交流会の「DVD」と「プログラム」を後日、飯舘村・飯野支所様にお礼の挨拶時に報告資料として提供しました。
改めて厚く御礼申し上げます。

【異世代交流会活動の取り組み】



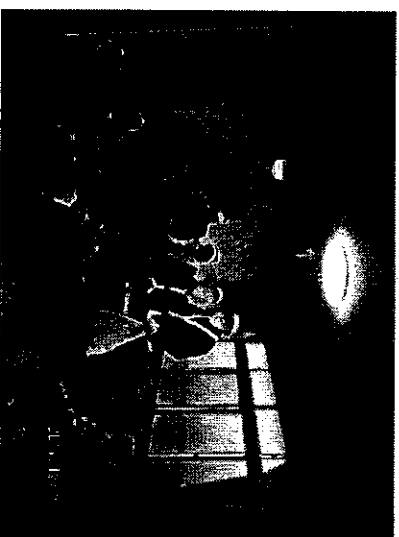
石合町内会のサンタクロースさん



お土産をプレゼントしました



サンタさんのプレゼントは何かな？



お別れのあいさつありがとうございました

松川地内の認定児童クラブ(2施設)の児童は総勢 64 名の良い子たちでした。
子供たちはもちろんですが、施設の職員の皆さんにも大歓迎を受けました。

3. 福島県保健福祉事務所による市町村支援

1 市町村支援の内容と成果

<p>情報交換・会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム体制構築連絡会議(H29年10月、12月) ・認知症対策連絡会議(H29年8月) ・退院調整ルール運用評価会議(H29年10月～12月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係団体、専門職との情報共有ができた。 ・関係機関の連携方法を確認した。 ・運用上の課題から、次年度の取組を整理することができた。
<p>訪問支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業内容打合せ(H29年5月) ・自立支援型地域ケア会議(模擬、公開会議)開催支援(H29年10月～H30年2月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村担当者と事業目標を共有した。 ・モデル3市にて、会議の本格開催に向けた準備が整った。
<p>研修会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型地域ケア会議理解促進講演会(H29年10月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の開催の趣旨について、関係者の理解を得ることができた。
<p>その他</p>		

2 今後の支援方針

課題

- 医療と介護の連携(退院調整ルール)
これまでの圏域全体での検討をふまえ、病院の立地状況など地域の実情に応じた連携方法の検討が必要である。
- 認知施策
認知症高齢者の早期発見受診につなげるため、初期集中支援チームや病医療機関などの連携が必要である。
- 介護予防・重度化防止
自立支援型地域ケア会議の開催をとおし、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの強化が必要である。

今後の支援方針

- 医療と介護の連携(退院調整ルール)
地域単位で、病院・ケアマネ検討会を開催する。
- 認知施策
市町村及び関係機関による連絡会議を開催し、課題整理や情報共有を支援する。
- 介護予防・重度化防止
自立支援型地域ケア会議の開催にむけ、モデル市町村へ助言を行う。

1 市町村支援の内容と成果

<p>情報交換・会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県中地域高齢者福祉施策推進会議 ・県中圏域医療介護連携調整実証事業 ・県中地域認知症施策に関する情報交換会 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉施策について協議、情報交換を行い、総合的な施策の推進を図った。 ・情報共有、意志統一を行い、「退院調整ルール」が効果的に運用されている。 ・認知症施策について情報交換、情報共有を行い、認知症施策の推進を図った。
<p>訪問支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各市町村地域ケア会議における助言 ・自立支援型地域ケア会議モデル市町村への支援 ・生活体制整備事業に関する支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村レベルの推進会議が9市町村で設置され、残り3町は年度内に設置が予定される。 ・2市村で公開会議を実施し、次年度から本格的運用をすることとなった。 ・協議体が7市町村で設置された。生活支援コーディネーターは8市町村で配置された。
<p>研修会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型地域ケア会議事業所研修会 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の自立支援に向けた介護事業所の役割について理解を深めた。
<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議への専門職の派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議や公開自立支援型地域ケア会議が効果的に開催された。

2 今後の支援方針

課題

- 医療と介護の連携を図るために、「退院調整ルール」が、引き続き円滑に運用される必要がある。
- 29年度中に認知症初期集中支援チームが設置されたが、活動が本格的になるのは30年度以降の市町村が多い。活発な活動を行うために、各市町村が地域の状況にあわせ、チームが支援するケース選定や支援内容を的確に決めていく必要がある。
- 生活支援体制整備のため協議体の設置されている中、協議体の活動が充実してきている市町村もある反面、活動や協議が進んでいない市町村がある。生活支援コーディネーターは適任者がいないため配置されていない市町村がある。
- 2市村が自立支援型地域ケア会議のモデル市町村として取り組んだ。継続して実施し、まだ取り組んでいない市町村でも自立支援型地域ケア会議が実施できるようにする必要がある。

今後の支援方針

- 「退院調整ルール」について、病院やケアマネジャーからの行政への要望に的確に対応できるように調整を行うとともに、引き続き市町村と情報共有を図っていく。
- 認知症初期集中支援チームの活動状況等の情報を共有し、市町村と共に認知症初期集中支援チームが認知症者に対して有効に活動していただけるように支援する。
- 協議体設置後の活動について把握し、活動が活発でない市町村に対して先進的に取り組んでいる地域の活動などを紹介し活動を推進する。
- 自立支援型地域ケア会議に取り組み始めた2市村が継続して実施できるように、関係機関の調整や情報提供を行う。新たに選定するモデル市町村を中心に関係者に自立支援型地域ケア会議の理解を深めるため研修会等を実施する。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換・会議	<p>○H29.7.31 認知症に関する情報交換会 ○H29.9.14 第1回地域包括ケアシステム構築県南圏域会議 ○H29.12.8 管内市町村及び地域包括支援センター情報交換会 ○H30.2.7 第2回地域包括ケアシステム体制構築県南圏域会議 県南地域における退院支援リレー策定会議</p> <p>市町村・地域包括支援センター介護関係者・医療関係者と、顔の見える関係を築き、情報共有を図り、情報交換を行うことで、県南圏域の現状を把握し、課題を明確にし、次年度以降の方向性を見出すことが出来た。</p>
訪問支援	<p>○管内市町村巡回相談・助言等 (19回) ○認知症初期集中支援チーム関係 (4回) ○地域ケア会議等出席 (4回) ○自立支援型地域ケア会議関係 (13回)</p> <p>直接話することで、関係強化に繋がりが、良好な関係を維持することが出来ている。 また、困難な案件も、連携を強化することで解決に向けて動くことが出来た。</p>
研修会	<p>○H29.8.25 研修会開催「認知症のケアについて学ぶ」 ○H29.12.26 認知症疾患医療連携協議会・研修会 ○H30.2.27 研修会開催「県南圏域地域包括ケアシステム勉強会～在宅での看取りと住民への周知方法を学ぶ～」</p> <p>地域包括のケアシステムの構築に向け、さまざまな分野をより深く学ぶことで、広い視点からの事業展開に繋がることを期待した。</p>
その他	<p>○アルツハイマーナーゼ街頭活動(1回) ○リハビリ関係(2回) ○年間を通して情報提供、情報共有 ○介護保険関係各種助言、情報提供、情報共有</p> <p>「相談しやすい保障」「迅速対応」「明朗回答」を目指した。</p>

2 今後の支援方針

課題

- 各市町村の地域特性が明確であるため、その実情に合わせた地域資源の創出や確保が急務となっている。
- 高齢者の自立支援を進めるにあたり、関係者の理解促進が必要である。
- 独居高齢者や高齢者のみ世帯の増加に伴い、本人や家族だけでは解決できない事例が増加しているため、有効な打開策が必要とされている。

今後の支援方針

- 在宅介護等を進めるための地域資源不足の解消に向けた支援を行う。
- 「認知症カフェ」設置促進のための支援を行う。
- 認知症早期発見・早期受診促進のための支援を行う。
- 「自立支援型地域ケア会議」の設置促進のための支援を行う。
- 高齢者に関する困難事例に対する支援方法の助言等を行う。

1 市町村支援の内容と成果

<p>情報交換・会議</p> <p>①市町村認知症担当者と認知症地域支援推進員の意見・情報交換会 ②会津地域リハビリテーション広域センター主催の市町村と関係機関との情報交換会 ③会津圏域別介護予防市町村支援連絡会 ④地域包括ケアシステム体制圏域別連絡会 ⑤市内市町村が自立支援型地域ケア会議の開催に向けて理解を深めるため、山形県から講師を招聘、講演及び情報公開ケア会議を開催した。参加者107名 ⑥退院調整リール運用評価会議</p>	<p>①市町村の認知症地域支援推進員と関係機関が合同で意見交換・研修を行うことができた。 ②定期的な連絡会を行うことにより情報共有ができた。 ③地域支援事業、自立支援型ケア会議について説明を行い、委員の方々に理解いただいた。 ④講師より多方面からの助言をいただいた。自立支援型ケア会議に対する市町村及び専門職の理解が深まった。 ⑤今年度より有床診療所、小規模多機能型居宅介護事業所にも参加していただくことができた。もれ集率は1896から5896に減少しリールができて良かった。連絡調整がスムーズになったという声が多かった。</p>
--	---

<p>訪問支援</p> <p>①地域支援事業の市町村技術的助言時に、進捗状況を確認し必要な助言を行った。 ②市町村主催の認知症施策連絡会議等への出席 ③生活支援体制整備事業協議体設置に向け、取組みが進まない市町村を対象に高齢福祉課と合同で訪問支援を行った。 ④町の地域包括ケア代表者会議等への出席 ⑤地域包括支援センター強化に係る助言 ⑥モデル市町村(3町)の公開自立支援型地域ケア会議開催に向けた支援</p>	<p>定期的又は必要に応じ訪問支援を行うことにより、事業の進捗状況や課題を把握し解決策について助言することができた。</p>
---	--

<p>研修会</p> <p>①会津地域リハビリテーション広域センター主催の連絡協議会で講話(内容:福島県が取り組む自立支援型地域ケア会議) ②会津地域3市会(リハ龍等)研修での講話(内容:①と同じ) ③所長が医師会地域包括ケアシステム研修会にて講演</p> <p>被災市町村への支援 ①介護予防事業等も含めた情報・意見交換会 ②大熊町介護予防事業通いの場づくり ③増葉町地域共生会議の支援</p> <p>その他</p>	<p>研修会で講話を行い、自立支援型地域ケア会議及び地域包括ケアシステムについて理解していただいた。 ①仮設住宅等における生活機能支援事業についても情報提供 ②地域リハビリテーション広域支援センターが継続支援している。③2か月に1回</p>
--	--

2 今後の支援方針

課題

- 自立支援型地域ケア会議モデル市町村への支援が引き続き重要である。モデル以外の市町村にも理解を広げていく必要がある。
- 認知症初期集中支援チームは、すべての管内市町村で今年度中の設置をめざしているところである。
- 生活支援体制整備事業の取組みが遅れている市町村がある。

今後の支援方針

- 来年度も自立支援型地域ケア会議モデル市町村への支援を行い、またモデル以外の市町村にも自立支援型公開地域ケア会議への参加を促す等、機会を捉えて理解を広めていく。
- 認知症初期集中支援チーム設置の準備を進めている町村に対し、進捗の確認及び助言を行う。
- 生活支援体制整備事業の取組みが遅れている市町村があるため、進捗状況を確認し必要に応じ助言等を行う。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換・会議	<p>○地域支援事業及び介護保険事業計画課長(担当)会議2回 (H29.9.15、H30.1.18)</p>	<p>○各町村相互に取組み状況を共有することができ、未実施事業の取組み開始準備の一助となった。</p>
訪問支援	<p>○地域支援事業実施状況訪問ヒアリング(各町村2回。H29.6、H29.12) ○介護保険・地域支援事業に係る技術的助言(2町各1回。H29.12) ○自立支援型地域ケア会議立ち上げのための訪問・助言(只見町) ○地域ケア会議開催状況把握のための参加(只見町以外3町村)</p>	<p>○地域支援事業の取組みについて各町村別の詳細な状況を把握することにより、意見交換会等での課題確認や解消方法の提案等につながり、町村の取組み推進につながった。 ○モデル事業による自立支援型地域ケア会議の開催で介護予防や重度化防止の取組みが開始された。また、管内他町村・事業者に対する取組みへの意識付け・動機付けにつながった。</p>
研修会	<p>○自立支援型地域ケア会議先進地視察研修(H29.7.13山形県高畠町訪問。只見町職員、リハ職と訪問) ○管内の医療・介護の資源の洗い出し及び一覧表の作成・関係機関への配布 ○医師・歯科医師・薬剤師とケアマネジャー名簿・連絡方法一覧作成及び関係者間での共有</p>	<p>○介護予防・重度化防止に対する取組みの重要性を再認識したほか、会議運営上の具体的な課題や対応策について知ることができた。 ○資源データベースは、町村には住民・関係者等周知先別に合わせて加工できる形態で配布したほか、地域課題の検討に資するものとなった。また医療職・介護職名簿はH30年度に制度化される医療介護連携の取組み基準に合う形で提供できた。</p>
その他		

2 今後の支援方針

課題

- 地域支援事業のうち、包括的支援事業についてはH30年度から本格実施となるが、事業として立ち上げただけの町村の取組みに対する支援が必要。
- 通いの場を通じた住民主体の介護予防・生きがいづくりについては、過疎地かつ(特別)豪雪地帯である管内では、高齢者が集いの場に行ける距離にない地区が多い中、どのような展開や支援方法があるか。(集落単位が小さい上、町内会・行政区内の集落間ですら歩ける距離ではない場合も多い。)
- 町村での在宅医療・介護連携の取組みについては、そもそも地域医療を支える医療機関・資源が限られている。(特に西部地区。)各町村内医療職と福祉職との意見交換等を通じた研修や課題分析は始まっているが、まだ限定的な取組みとなっている。
- 介護予防・重度化防止のためのケアマネジメント支援(自立支援型地域ケア会議の立ち上げ等)については、4町村中3町村は未実施である。また意見をいただく専門職も管内ではごく限られているのが実情。

今後の支援方針

- 包括的支援事業の実施や通いの場の創出等への支援については、引き続き町村訪問や現場訪問による現状把握や助言、県内外の類似保険者・自治体の取組みについての情報提供等を通じ支援する。
- 在宅医療・介護連携の取組みについては、保健所としての機能も生かし、郡医師会・歯科協議会・薬剤師会等と意見交換を行いながら、管内各町村・福祉関係者にも情報提供を行い、各町村内の実情に適した形での取組みとなるよう支援するとともに、多職種で顔の見える関係づくりを支援する。
- 自立支援型地域ケア会議立ち上げ支援については、実施に向けた助言や訪問、専門職派遣調整を通じ支援するほか、介護予防・重症化防止のためのケアマネジメント手法導入の必要性や重要性について、町村が実施する説明会以外に、事業所が参集する会議等の機会を捉えて当所からも説明を行う。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換・会議	各市町村において、協議体編成や生活支援コーディネーターの選出など、地域包括ケアシステム構築に向けた体制整備が進められるよう、市町村情報交換会等を開催した。	各市町村の取組状況や課題等について情報共有し、今後の取組等について意見交換等を行う機会を設けた。また、個別相談にも応じ、市町村が開催する勉強会等に対して、講師派遣を行った。
訪問支援	高齢福祉課と共に、被災町村を定期的に訪問し、各町村における進捗状況や課題の把握を行った。	各町村における進捗状況や課題の把握を行い、専門職の活用など必要に応じ助言を行った。
研修会	成年後見制度の概要、成年後見人等の役割及び制度利用の必要性等など、適切な制度利用に向けて、相双地域成年後見制度研修会を開催した。	地域住民の生活再建のため、成年後見制度に対する理解を深めた。
その他		

2 今後の支援方針

課題

- 相双地域の市町村において、地域包括ケアシステムの構築に向け、今年度中の体制整備が求められているが、市町村毎に進捗状況や課題等は様々であるため、市町村の実情に応じた個別支援が必要である。
- 生活支援体制整備事業においては、既に協議体及び生活支援コーディネーターを設置済みの市町村においても、実態として活動出来ていないところは少ない状況である。
- 相双医療圏退院調整ルールの運用に当たっては、定期的に運用状況を確認した上で、医療機関、ケアマネ及び市町村等との連携を図り、併せて、在宅医療の推進に向けてかかりつけ医、訪問看護師等との連携強化を図る必要がある。
- 認知症初期集中支援チームの設置及び認知症地域支援推進員の配置については、市町村が計画的に進められるよう支援する必要がある。

今後の支援方針

- 29年度のモデル事業を含め、先進事例を相双地域の市町村に情報提供し、若年層人口減少、介護人材不足、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を踏まえ、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の深化に向けたのように取り組めるか検討を行う。

4. 今後の展望

平成29年度の介護保険法等の一部改正では、地域包括ケアシステムの深化と推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止に向けた取組、医療・介護連携、地域共生社会の実現に向けた取組の推進などの見直しが行われました。

高齢者が自立した生活を送れるようにするため、今後は、保険者である市町村が地域の課題を分析して、それぞれの特性に応じた様々な取組を進めるとともに、こうした情報が市町村間で共有され、より効果的な事業に発展していくことが期待されます。

このため、県といたしましては、「第8次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画」（計画期間：平成30年度～32年度）に基づき、地域ケア会議や医療・介護連携推進のための研修や補助事業、個別支援の他、介護予防活動の機運を高めるための県民フェスティバルの開催、介護サービス基盤の整備、平成29年度新たに策定した「福島県認知症施策推進行動計画（県版オレンジプラン、計画期間：平成30年度～32年度）」に基づき、地域全体で認知症の人やその家族を支える諸施策の実践等、高齢者が安心して暮らせる環境整備の取り組みを本格化していくとともに、東日本大震災と原子力災害の被災高齢者への支援を継続するなど、今後とも高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「ふくしま」の地域包括ケアシステムの構築を目指して市町村を支援してまいります。

参考資料

健康長寿いきいき県民フェスティバルの表彰団体・取材団体

健康長寿いきいき県民フェスティバルの表彰団体・取材団体

社会参加と介護予防の重要性を県民に広く普及啓発し、住民主体の介護予防活動を活性化させることを目的に、健康長寿いきいき県民フェスティバルを開催しました。

介護予防推進活動知事賞の表彰団体、フェスティバルの広報に当たった取材に御協力いただいた団体を紹介します。

<イベント概要>

開催日：平成29年10月22日（日）

場 所：ビッグパレットふくしま 展示ホールC・屋外展示場

参加者数：2,000人

内 容：

○社会参加と介護予防に取り組むグループに対する表彰式（介護予防推進活動知事賞）

○社会参加と介護予防に取り組むグループによる実践報告、体操の披露

○講話「笑って体も心もハツツツ!!!」 講師 ファロンなすこ山口氏

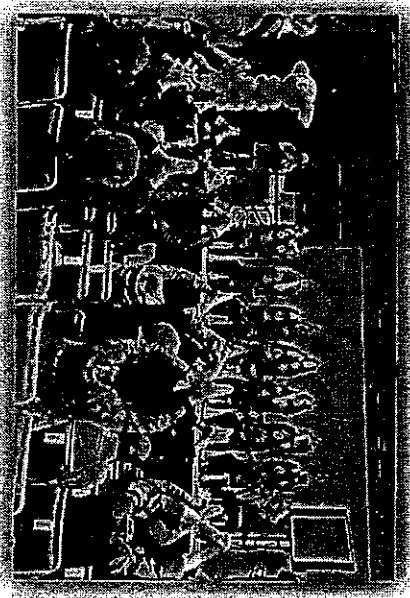
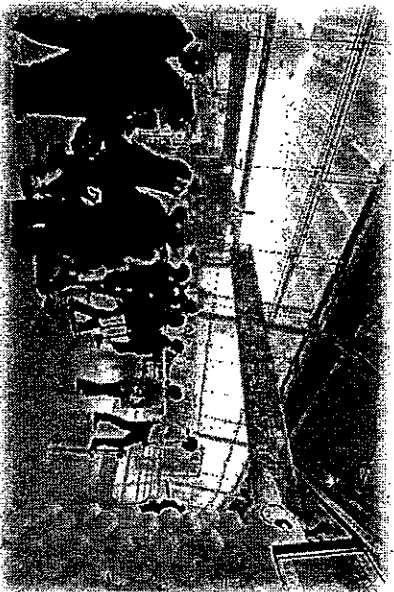
○講演会「人生はいつも「今」から～夢を追い続ける心とからだ～」 講師 三浦 雄一郎氏

○専門職団体による介護予防に関する体験・相談ブース、ニュースポーツ体験（24団体）



<介護予防推進活動知事賞 表彰団体>

No.	賞	市町村名	団体名	主な活動内容
1	知事賞	いわき市	いわき市シルバーバリアバリエーション体操指導士会	体操の普及、体操指導士の技術向上、研修会、交流会
2	知事賞	福島市	松川町石合町内会	体操、徘徊模擬訓練、高齢者の見守り
3	奨励賞	檜枝岐村	檜枝岐村老人クラブ連合会	登校時の見守り、奉仕活動、世代間交流
4	奨励賞	喜多方市	太極拳ゆったり体操指導員会	体操の指導、指導員養成講習会の講師
5	奨励賞	郡山市	みんなできいきいきはらだプロジェクト	体操、高齢者の生活支援、婚活支援、世代間交流



<ラジオ取材協力団体 (番組名「ハルギンナッツの健康長寿いきいきラジオ1」)>

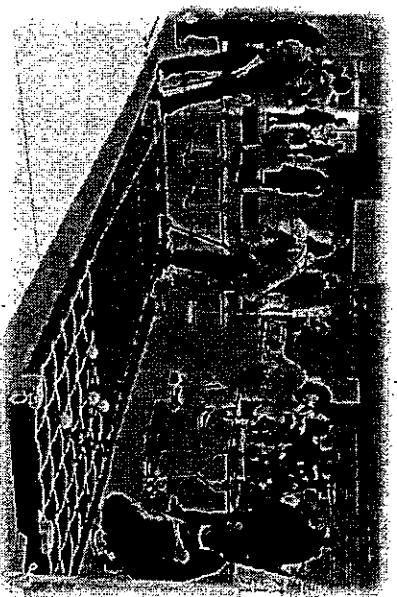
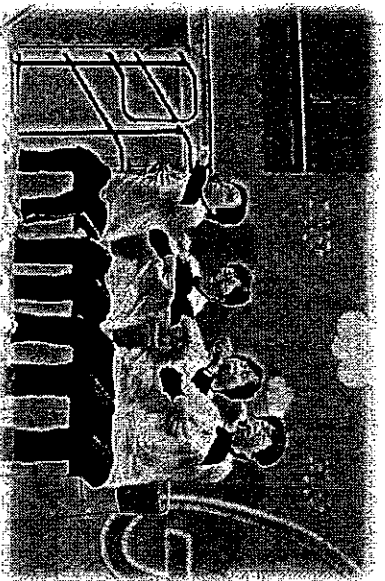
No.	放送日	市町村名	団体名	主な活動内容
1	9月21日	只見町	明和自治振興会	地区の高齢者(高齢者のみの世帯)を対象として、買い物支援バスを運行し、ボランティアの添乗員による買い物支援、見守りを実施している。
2	9月28日	湯川村	すこやか浜崎	ニュースポーツ(フロアカーリング等)に取り組みしており、村老人クラブ連合会行事として年数回大会を行っている。飯野地区で週1回「いきいきももりん体操」を実施。地区全体で介護予防に取り組みている。
3	10月5日	福島市	大宮町内会	週2回6~7名で集まり、日本舞踊に取り組みている。
4	10月12日	楢葉町	華鶴(はなつる)会	週1回「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」を実施するほか、婚活支援に取り組みんだり、町内会の有志で「高齢者世帯支援隊」を結成している。
5	10月19日	郡山市	原田町内会	

<テレビ取材協力団体 (県政広報テレビ番組)>

No.	放送日	市町村名	団体名	主な活動内容
1	9月13日	会津若松市	会津若松市ターゲット・ボード・ゴルフ協会	ニュースポーツ(ターゲット・ボード・ゴルフ)に取り組みしており、天気の良い日はほぼ毎日練習に励んでいる。
2	9月13日	郡山市	ほのほの(緑ヶ丘東町内会)	週1回「いきいき百歳体操」に取り組みしており、脳トレや歌、茶話会も行っている。

<新聞連載取材協力団体>

No.	掲載日	団体名	テーマ
1	9月18日	福島県保健福祉部長	介護予防の重要性
2	9月25日	福島県リハビリテーション専門職団体協議会	運動機能向上
3	10月2日	公益社団法人 福島県栄養士会	栄養改善
4	10月9日	一般社団法人 福島県歯科衛生士会	口腔機能向上
5	10月16日	公益社団法人 認知症の人と家族の会 福島県支部	認知症対策



「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30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

FAX：024-521-7985

Email：koureifukushi@pref.fukushima.lg.jp