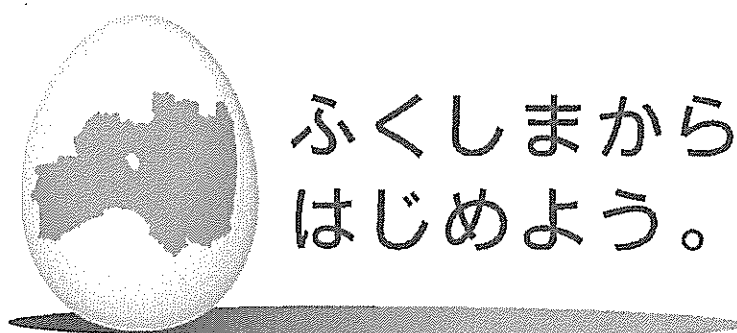


平成 30 年度  
地域包括ケアシステム構築にかかる  
市町村取組事例集



ふくしまから  
はじめよう。

Future From Fukushima.

平成 31 年 3 月  
福島県高齢福祉課

<目 次>

1 はじめに .....	1
2 市 町 村 の 取 組 事 例	
(1) 地 域 ケ ア 会 議 の 充 実 .....	3
ア 二 本 松 市	
(自立支援を目指した地域ケア会議の取り組み) .....	5
イ 石 川 町	
(地域ケア会議の取り組み～自立支援の拡がりを目指して) .....	8
ウ 矢 吹 町	
(高齢者の QOL 向上、重度化防止のための自立支援型地域ケア会議) .....	10
エ 会 津 美 里 町	
(自立支援型ケア会議の取組) .....	12
オ 南 会 津 町	
(高齢者の自立支援・介護予防に向けた新たな一歩) .....	15
カ 新 地 町	
(自立支援型地域ケア会議推進の取組) .....	17

(2) 認知症施策の推進 . . . . . 19

**ア 福島市**

(認知症施策～認知症の方に優しい地域づくりのために～) . . . . . 21

**イ 浅川町**

(『運動と脳の健康教室』の連動した実施と継続的な運動支援) . . . . . 23

**ウ 白河市**

(「認知症になっても住み慣れた地域で暮らしたい」  
～認知症を学んだ スーパーボランティア！～) . . . . . 25

**エ 会津美里町**

(認知症見守りサポート訓練の実施について) . . . . . 27

**オ 檜葉町**

(認知症の方が檜葉町で安心して暮らし続けられるための支援) . . . . . 29

(3) 在宅医療・介護連携の推進 . . . . . 31

**ア 福島市**

(在宅医療・介護連携推進事業) . . . . . 33

**イ 県中保健福祉事務所・郡山保健所**

(県中地域摂食嚥下ケア体制整備事業) . . . . . 38

**ウ 矢祭町**

(在宅医療・介護連携推進事業) . . . . . 44

**エ 金山町**

(介護と医療連携におけるキビタンケアネットの推進) . . . . . 46

(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実 . . . . . 49

ア 田 村 市

(「介護予防に資する住民主体の通いの場の創設」の実践報告) . . . . . 51

イ 埴 町

(介護予防の推進と生活支援のサービスの充実) . . . . . 55

ウ 昭 和 村

(介護予防の推進と生活支援サービス) . . . . . 58

エ 下 郷 町

(第3層協議体の充実と通いの場の拡大) . . . . . 60

オ 相 馬 市

(骨太けんこう体操による「住民主体の通いの場」づくり) . . . . . 63

(5) 高齢者が支え合う地域コミュニティの構築

ア エクレール郡山住民交流会 . . . . . 67

3 福島県保健福祉事務所による市町村支援 . . . . . 71



---

# 1 はじめに

---

平成29年度の介護保険法の一部改正では、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、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、県では、各市町村の御協力により、先駆的な事例や今後の事業展開の参考になる事例を取組事例集としてまとめました。各市町村における地域包括ケアシステム構築の深化・推進のため、参考としていただければ幸いです。

今後も、関係機関との連携の下、これまで築いてきた地域医療や高齢者保健福祉、地域福祉等の社会資源を生かし、高齢者一人ひとりが大切にされ、いきいきと、健やかに、安心して生活できる、地域で支え合う「ふくしま」の実現を目指し、地域包括ケアシステムの深化・推進のため市町村を支援してまいります。



---

## 2 市町村の取組事例

---

### (1) 地域ケア会議の充実

---

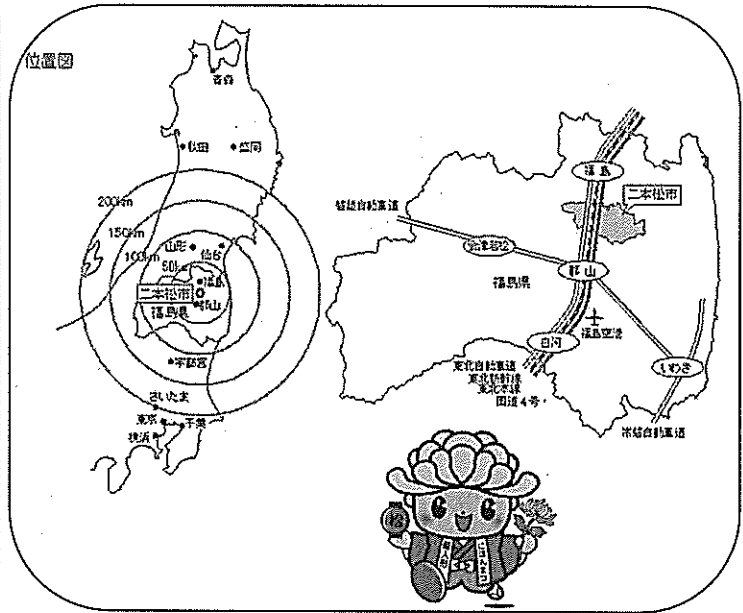


【二本松市】の概要

二本松市は、福島県中通り地方の中央部に位置し、地形的には安達太良山麓、中央部の平坦地、阿武隈地域の3地帯に分類されます。平成17年12月1日に二本松市、安達町、岩代町、東和町の4市町が合併し「新二本松市」が誕生、13年目を迎えました。

【基本情報】

- 人口  
55,240人  
(平成30年4月1日現在)
- 65歳以上高齢者人口  
17,611人  
(平成30年4月1日現在)
- 高齢化率  
31.88%  
(平成30年4月1日現在)
- 要介護認定率  
18.1%
- 第1号保険料月額  
6,200円(基準額)



## 取組の内容①

●背景

二本松においては、市内の人口が減少を続けるなか、65歳以上の高齢者は増加を続け、団塊の世代が75歳を迎える平成37年度には高齢化率が37%になるとの危機的状況が予測されています。それに伴い、高齢者の大幅な増加が予想され、介護保険利用者も増加することが見込まれます。

このような中で高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で生活できるよう、自立支援の考え方を普及させていく必要があります。

●事業内容

内容

体制整備

- ・課内体制構築、予算確保
- ・専門職打合せ
- ・関係機関説明会
- ・地域包括支援センターへ説明、事例の選定
- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会へ説明

研 修

- ・介護予防活動普及展開事業(基礎研修、司会者養成研修)受講
- ・先進地見学(田村市)
- ・自立支援型地域ケア会議研修会 その1、その2

自立支援型  
地域ケア会議

- ・模擬地域ケア会議 (2回 4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】

自立支援型地域ケア会議の実施や事業所向け研修を開催し、高齢者の自立支援・重度化防止を推進する。

#### 【実施状況】

##### ○専門職打合せ

平成30年8月7日 出席者 19名

##### ○関係機関打合せ

平成30年8月28日 参加者 75名

##### ○模擬地域ケア会議

平成30年9月20日 2事例 参加者 43名

平成30年11月9日 2事例 参加者 79名

##### ○公開地域ケア会議

平成30年12月14日 2事例 参加者 103名（市内63名、市外40名）

##### ○研修会

テーマ「自立支援型地域ケア会議の視点と対応」その1 参加者72名

その2 参加者47名

#### 【今後の展開】

平成31年度 定期開催（概ね月1回程度）を目指す

## 取組の内容③

### ※地域ケア会議の事例

- 1 検討テーマ
  - ・77歳、女性、第3腰椎圧迫骨折、疼痛性骨粗鬆症があり、体重を増やし体力をつけて400m先のスーパーまで押し車で買い物に行きたいケースの検討
  - ・義歯が合わない口腔状態と骨粗鬆症のある方の食事の支援方法
  - ・口腔ケアの支援の方法
- 2 事例の概要

H29年に台所で転倒し第3腰椎圧迫骨折。近年、自室内で転倒することが多くなり、食欲も低下し、46Kgあった体重が35Kgに減少。H30年1月に介護保険申請、4月からデイケア週1回利用開始。医師から「食べるように」と言われているが、歯周病と骨粗鬆症の影響で義歯が合わない状態。
- 3 専門職からの助言内容
  - ①義歯の調整の相談を再度行う。義歯の調整が難しい場合は義歯安定剤を適切に使用する。
  - ②食事量を把握し、タンパク質、カルシウム、ビタミンKの摂取を促す。
  - ③自宅でできる有酸素運動や筋トレを夫と一緒にやる。
- 4 地域ケア会議による効果

専門職からの助言をもとに、本人と生活リズムに取り入れられるものを話し合い、プラン変更を行った。その結果、

  - ・午前と午後に運動をする習慣ができた。
  - ・体重は現状のままだが、スーパーまで押し車で買い物に行けるようになり自信ができた。
  - ・2月でデイケアを終了することができた。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 多職種協働での地域ケア会議を行うことにより、介護支援専門員及び包括支援センター職員の自立支援に基づくケアプラン作成が図られ、支援に繋げることで被保険者の自立に向けたQOLの向上が図られることが期待できる。
- 多職種協働・連携について、知り合い、助け合える関係を気付く。解決困難なことを、気軽に相談できる関係性を築くつながりになった。
- ケアプランを作成する際、利用者を笑顔にする。利用者が「良かった。」「元気が出る。」と思える支援をしていくことを学ぶことができた。

# 成果と課題

## 今後の展望

- 自立支援型地域ケア会議の司会者及び助言者のスキルアップにより、スムーズな展開を期待する。
- 自立支援の考え方の浸透により、利用者の意思を尊重したケアプランの作成に努め、無駄のない意味のある計画に取り組む。
- 要支援者レベル者の介護サービス事業以外で自立に向けた支援の構築を図る。

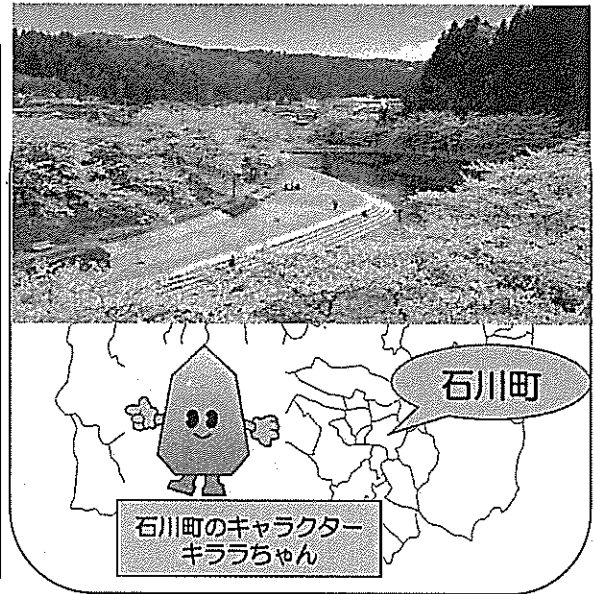


自立支援型地域ケア会議の様子

石川町	地域ケア会議への取り組み ～自立支援の拡がりを目指して
-----	-----------------------------

本町の「地域ケア会議」は、平成14年度から始まり、多職種間の相互理解や個別ケースの対応・地域課題の検討を目的に総合的（関係者みんなで共有し考えたいことを検討する）に実施してきた。平成25年度からは医師会との共同地域ケア会議も始まり、薬剤師や歯科医師等多職種が参加し「みんなで地域包括ケアシステムを考える」会議に発展して現在も継続している。平成27年度に、ケア会議の目的や機能・実施主体を明確にするため「個別ケースの地域ケア会議」と「地域ケア推進会議」「医療・介護連携多職種会議」に整理し、平成30年度には、介護予防・自立支援の強化を目的に「自立支援型地域ケア会議」のモデル事業に取り組んだ。今後も、地域ケア会議と他事業への重層的な取り組みにより、自立支援の拡がり・地域包括ケアシステムの充実を目指したい。

項目	2019 (H31.1現在)	2025 (H37)推計
人口	15,374人	13,424人
65歳以上 高齢者人口	5,436人	5,465人
高齢化率	35.4%	40.7%
要介護認定者数	920人	1,180人
要介護認定率	16.9%	21.6%
第1号保険料月額	5,960円	—



## 町の現状からモデル事業の取り組みへ

### ●背景

《 本町の高齢化率、認定者数、介護給付費、第1号保険料の推移 》

年度	高齢化率 (%)	認定者数 (人)	介護給付費 (千円)	第1号保険料 月額 (円)
平成12年度	22.4	388	420,318	2,166
平成22年度	27.8	749	1,139,822	2,965
平成30年度	35.4	925	1,506,099	5,960

### 《 課題 》

- ・平成18年度から介護予防を目的に運動を主としたサロンづくりに取り組み、現在、町内40ヶ所のサロンが活動しているが、認定者増に歯止めが利かず・給付費の右肩上がりが続いている。
- ・いちど介護サービスにつながると、状態が改善しても、サービスを減らしたり終了するための見直しや、地域活動につなぐ（戻る）取り組みが難しい。
- ・「できないことを補う・手をかけるのが親切」の介護、「動けなくなったら介護で」「やってもらってあたり前」の住民意識。
- ・年齢を重ねれば、徐々に機能低下してしまうのは仕方ない・根強い考え方。

⇒ 介護予防の強化に併せて、すでにサービスを利用している人の介護予防・自立支援も強化する必要がある・自立支援型地域ケア会議モデル事業への取り組みに。



# 石川町の自立支援型地域ケア会議の取り組み

## ●主な実施内容と気づき

時期	取り組み	内容・気づき等
4月	課内で実施体制検討	事業実施の意義と事業の全体像の確認、事例選定の方針、助言者について、関係者への説明や普及・啓発の必要性等を検討。
4.13	主任ケアマネ・居宅管理者会議で説明	まずは事例提供者になる立場の人に理解を求め合意を得るところから。
5.31	第1回模擬会議(1事例)	「今後、事例提供する人がプラスの印象を持てるように」をねらいに、まずはやってみよう！終了後は、傍聴のケアマネも含め参加者全員で、次回会議に向けて、振り返りを行った。
6.19	介護事業者向け自立支援勉強会	できるだけ多くの職員が、自立支援を学び・考え・振り返る機会として。
8.7	第2回模擬会議(2事例)	前回会議の反省を踏まえ「検討の焦点」を絞り全体で共有して実施。
10.17	公開地域ケア会議(2事例)	事例提供者も助言者も保険者も「学ぶ」視点で一体感をもって取り組めた会議だった。公開することで、参加者のプレゼン力の向上や自立支援の普及につながることに実感できた。
10.24	先進地視察(米沢市)	次年度助言者(予定者)・町内コアメンバー・保険者が一緒に視察し、道中(車中)、ケア会議のあり方や次年度実施に向けた意見交換を行った。
10.29	介護予防プロフェッショナル養成研修会	町内(市内)関係者・サロン世話人・生活支援コーディネーター等が、介護予防のあり方、サロンの活性化、生活支援サービス創設について学ぶ。
11.14	第1回モニタリング会議(3事例)	プラン作成者・事業者・包括・保険者で、相互に助言し合う方法で実施。会議が活かされている！⇒通所介護や訪問介護の現場に届けたい・・・に。
11.30	事業総括・次年度に向けた打ち合わせ	改めて、本町の事業実施の目的・対象事例等を検討、運営の詳細を確認。
1.21	訪問介護のための自立支援研修会	現場のヘルパーの素直な声に撃沈・・・ここからスタートだ！と決意新たに。
2.5	通所介護のための自立支援研修会	現場の職員の意識や頑張りだけでは届かない課題がある。そこにも目を向けた施策が求められることを痛感する。
3.2	住民向けシンポジウム(医師会と共催)	テーマ「今、高齢者の自立を考える」で講演とシンポジウムを実施。

## 成果と課題

### 取組の成果

- ケアプラン作成者のケアマネジメント力の向上(自立支援意識の向上、医療情報や栄養アセスメントの充実等の視点の拡がり、利用者や家族へのアプローチ・プレゼン力の向上など)。
- 自立支援や介護予防について、関係者間で考え話し合ったり、「みんなで考え、みんなで取り組む意義や必要性」を伝える機会が増えた。
- 専門職との連携の構築・強化が図られた。助言者として協力可能な町内の専門職の開拓ができた。
- 他事業(給付適正化、地域リハビリテーション活動支援事業、医療・介護連携推進事業等)との連動の足がかりができた。
- 介護現場の実情や課題がかいま見えた(現場スタッフの生の声が聞けた)。

### 今後の展望

- 規範的統合への取り組み ⇒ もっと広く、もっと確実に、行動の変容が見えるまで！
- 町内全ての包括・居宅・介護事業者が事例提供を体験し、地域ケア会議の意義や効果を実感できるようにする。ケアマネや介護職員の拠りどころになるような地域ケア会議を目指す。
- 明らかになった地域課題への取り組み ⇒ 地域ケア推進会議の活性化、関連事業の推進。
- 見える効果、見える評価を ⇒ こうした町の取り組みを町民にもPRし、町全体が「介護予防」の必要性を実感できるよう、データを伴うアウトカムを発信したい。

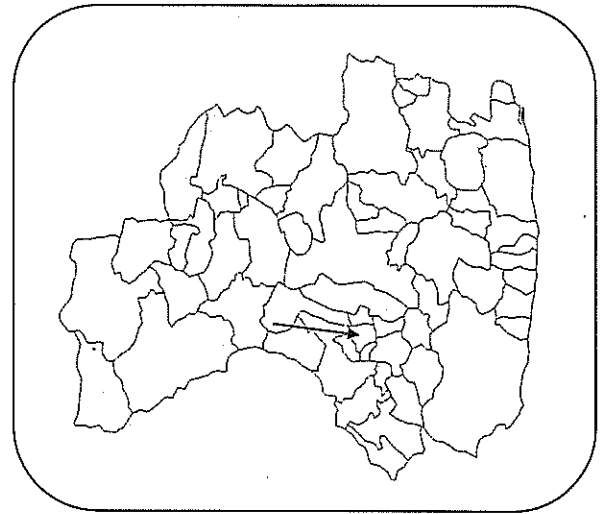
### 番外：国県への期待

居宅介護支援事業所や介護事業者にとっても、地域ケア会議に取り組むことがプラスになるような市町村事例をたくさん発信していただきたい。事業者が企業として経営上もメリットがある方法でないと、熱が入り難いと思うので・・・。

【矢吹町】の概要 ・当町は須賀川市と白河市の間に位置しており、空港、鉄道、高速道路の交通手段に恵まれ、町内を国道4号線が通り、南東北の玄関口として産業・流通などに重要な役割を担っています。今回の取り組みでは、要支援認定者で、認定が更新時期の方を対象者とし、新しいケアプランに会議の結果を生かせるようにしました。

【基本情報】（平成30年12月末現在）

- 人口 17,406人
- 65歳以上高齢者人口 5,085人
- 高齢化率 29.2%
- 要介護認定率 14.1%
- 第1号保険料月額 5,495円



## 取組の内容①

●背景 当町においても高齢化が進行し、支援を必要とする高齢者が増加していく中で、高齢者の介護予防、重度化防止、ADLの向上による自立支援に取り組む必要があった。  
 (65歳以上の高齢化率) 平成25年 25.1%→平成30年 29.2%  
 (要支援・要介護認定者数) 平成25年 668名→平成30年 750名  
 (介護保険料) 平成25年 3,931円→平成30年 5,495円

●事業内容（模擬自立支援型地域ケア会議2回、公開形式1回）  
 (実施主体・事務局) 町（保健福祉課）  
 (事例提供者) 地域包括支援センター（担当ケアマネ）、サービス事業者  
 (専門職) 薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士  
 (会議までのスケジュール) 2週間前までに対象者決定、町に資料を提出。  
 会議10日前までに専門職に資料送付。各自資料読み込み。  
 (会議の進め方) 事例提供者から対象者の概要説明。（ケアマネ5分、サービス事業者3分）専門職から質問（1人3分）、助言（1人3分）  
 1ケース約45分×2

●取組のポイント 従来の地域ケア会議と異なり、医療関係の専門職から助言を得ることで、介護サービスが改善され、高齢者の生活の質の向上、要支援・要介護認定者の重度化防止も期待される。また、会議に参加したケアマネージャー、サービス事業者全体の意識が変わることにより、他のサービス利用者にも波及効果があると思われる。

## 取組の内容②

- 1 検討テーマ 利用者の①自信回復、②生きがいづくり、③自立支援
- 2 事例の概要  
(年齢、性別) 69歳、男性(認定情報) 要支援2(障害等) 2種2級左上下肢著しい障害  
(家族構成) 3男夫婦と同居。義妹は病弱。介護に対し負担、不安感ある。  
(生活状況等) 不随意運動が頻回で転倒不安が大きい。食事は麻痺側に溜まり、飲み込みにかかる。洗濯や調理は弟夫婦が支援。服薬、金銭管理は自立。日中散歩、テレビを見て過ごす。弟夫婦の畑を時々手伝う。週2回の通所リハビリで外出。運転ができるようになり、通院は自分で運転している。本人は自分で歩き続けたい、状態を維持し、弟夫婦に迷惑をかけたくないと思っている。  
(助言がほしいポイント) ①不随意運動の症状が出ると悲観的な言動が増え、精神的な負担が大きい。自信回復させるにはどうすればよいか。②本人は自分の役割を草むしり等身の回りのことにとどめ、弟夫婦に迷惑にならないようひっそりと暮らしている。その中で自己肯定感を得られるようにするにはどうすればよいか。③本人の自立度は、高まったように思われるが、本人の満足度は低い。介護度が低下すると通所リハが利用できなくなる不安もある。本人が自信を持って、意欲的に自立を目指すにはどうすればよいか。
- 3 専門職からの助言内容
  - ・生きがいを作るため、本人もケア会議に参加させるなどして、具体的に目標を立てる(掃除機を自分でかける等)。
  - ・外出の機会を作り、活性化を促すため、車を運転して地域の通いの場の利用をさせてみてはどうか。
- 4 地域ケア会議による効果
  - ・QOLの向上に向けて働きかけ、自立支援を進めていきたいと思った。
  - ・専門職の視点から助言をもらうことで、多くの気づきがあった。

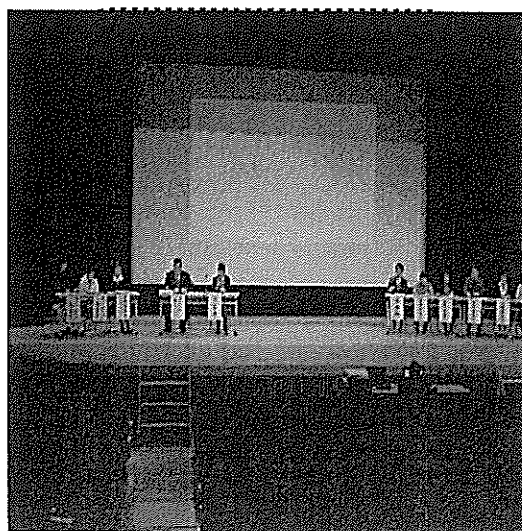
## 成果と課題

### 取組の成果

- 専門職からの助言により、新たな視点に気づいた。
- 本人の自立に向け、プランを見直すきっかけになった。
- 保険者が現場をより理解する機会ができた。

### 今後の展望

- モニタリングを行い、助言が生かされているかチェックする。
- 会議時間を有効に使うため、司会者の資質向上を図る。
- できるだけ多くの事業者に参加してもらうため、将来的に要介護者を会議の対象とすることも検討する。



## 【市町村名】の概要

会津美里町は会津高田町、会津本郷町、新鶴村の旧3町村が合併して平成17年10月1日に誕生しました。高齢化率が36.85%と高くなっています。その中で介護の重症化を予防するうえで本人が支援・介護が必要となった時に「自分の望む姿を踏まえ、自立した日常生活を実現できるように多職種によるチームケアが展開できるように平成29年度にモデル事業を実施し平成30年度からは毎月開催しています。

## 【基本情報】

## ●人口

20,427人(平成31年2月1日時点)

## ●65歳以上高齢者人口

7,541人

## ●高齢化率

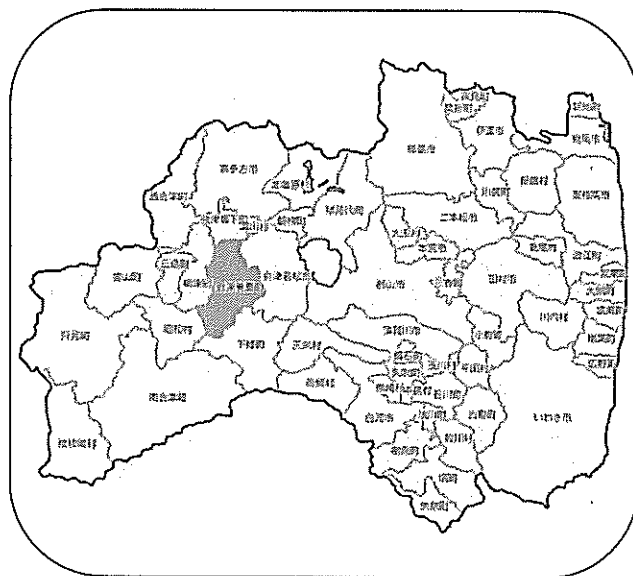
36.85%

## ●要介護認定率

20.85%

## ●第1号保険料月額

6,200円



## 取組の内容①

## ●背景

介護の重度化を予防するうえで「本人の望む姿」を実現できるように多職種によるチームケアで本人のQOLの向上や地域課題を明確にするために自立支援型地域ケア会議の充実を図る。

## ●事業内容

- 平成29年度のモデル事業を受け、毎月1回の定期開催(第2金曜日)として実施している。
- 事例提供者は地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所(7か所)として、1回につき2事例を行っている。
- 自立支援型地域ケア会議について深めるために地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャーについて先進地である山形県米沢市での地域ケア会議の傍聴と研修を行った。(19名参加)

## ●取組のポイント

○JTの場として、ケアマネジャー、サービス提供事業所の傍聴を受け、町全体で自立支援型地域ケア会議への理解を深める場としている。

# 取組の内容②

- 1 検討テーマ  
進行性疾患を持つ方への支援
- 2 事例の概要  
61歳 男性 独居 要支援1 頸椎後縦靭帯骨化症を発症し椎弓形成術を行い退院し外来でリハビリを行っている。今後のリハビリや食事の管理について助言を求めたい。
- 3 専門職からの助言内容  
  - <管理栄養士>  
カップ麺等が多いので栄養のバランスをとるためにカップ麺+豆腐や野菜ジュースを摂る炊飯は可能であるため野菜や様々な食材を炊き込んで良いのではないかと。
  - <歯科衛生士>  
右手の使いずらさがあり左手での歯ブラシ使用でありしっかり磨くためには左手用の歯ブラシを使用することも勧める。(100円ショップにある)
  - <作業療法士>  
指が動かしにくく家事ができなくなっている。今後、右上下肢の機能低下が進む可能性がある。自宅で自主訓練してほしい。自主訓練するためにも通所や訪問が必要か。意欲を高めるためにも地域のサロン活動に参加を
  - <理学療法士>  
本人の動作を明らかにするためにも通所リハビリや緩和デイ等の提案。転倒に注意
  - <言語聴覚士>  
「働きたい」ということも聞かれる。社会とのつながりを保つためにも趣味やサロン活動を。家ででの生活動作がスムーズになることが自立につながる。
- 4 地域ケア会議による効果  
地域課題として、男性が気軽に行けるサロンの整備  
外出しやすくなること。デマンド交通(所管課)との協議 等が明らかになった。

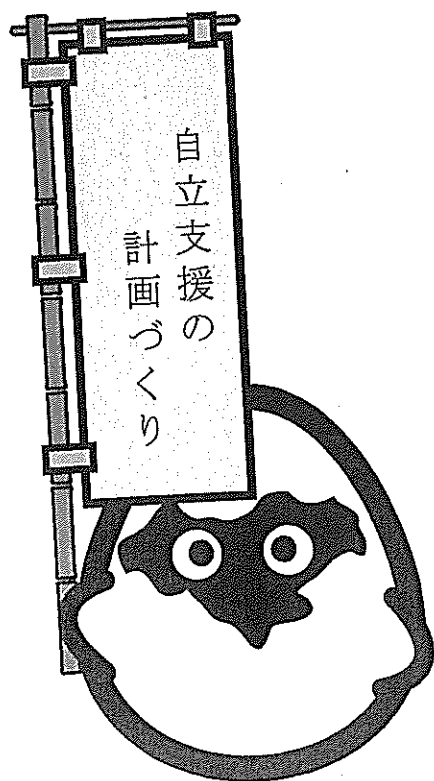
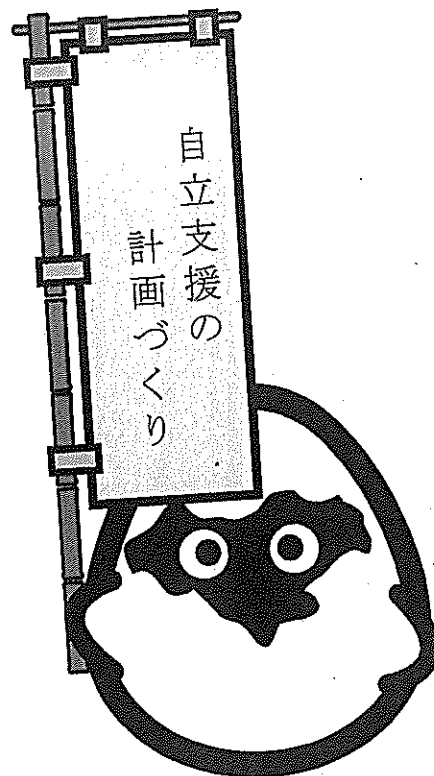
## 自立支援型地域ケア会議実施状況

開催回数	会議開催年月日	ケースNO	氏名	年齢	性別	検討事例の種別	ケア会議時			更新の状況			モニタリング		地域課題		
							要介護度	認定期間		更新時 要介護度	更新の認定期間		時期	状態			
1	H30.4.13	1	A・W	84	女	総合事業	要支援2	H29.7.1	~	H31.6.30			~	3か月	維持		
		2	T・S	69	男	予防給付	要支援2	H28.9.1	~	H30.8.31	要支援2	H30.9.1	~	H32.8.31	4か月	維持	男性が通えるサロン
2	H30.5.11	3	H・Y	90	女	総合事業	要支援1	H28.8.1	~	H30.7.31	要支援1	H30.8.1	~	H32.7.31	3か月	維持	介護予防事業への参加促進
		4	U・Y	78	女	予防給付	要支援2	H30.5.1	~	H32.4.30			~	3か月	維持	デマンド交通の利便性	
3	H30.6.8	5	K・M	75	男	総合事業	事業対象者		~				~	3か月	維持	同じ趣味を持った人が集まれる場	
		6	N・A	74	女	介護給付	要介護3	H30.1.4	~	H31.1.31			~			死亡	
4	H30.7.13	7	G・H	60	男	予防給付	要支援2	H30.3.14	~	H31.3.31			~		区分変更	悪化	若い世代が集まれる場
		8	M・Y	86	男	介護給付	要介護2	H29.10.1	~	H30.9.30	要介護1	H30.10.1	~	H32.9.30	6か月	維持	
5	H30.8.3	9	T・H	61	男	予防給付	要支援1	H30.2.6	~	H31.2.28			~	3か月	維持	訪問リハビリの必要性	
		10	H・K	83	女	介護給付	要介護1	H30.6.8	~	H30.12.31	要支援2	H31.1.1	~	H32.12.31	4か月	維持	他者との交流の支援
6	H30.9.14	11	K・H	87	男	総合事業	事業対象者		~				~	3か月	維持		
		12	Y・A	74	男	介護給付	要介護4	H29.8.14	~	H30.8.31	要介護2	H30.9.1	~	H32.8.31	4か月	改善	
7	H30.10.12	13	T・S	87	男	総合事業	要支援2	H29.2.1	~	H31.1.31	要支援2	H31.2.1	~	H33.1.31	3か月	維持	同じ趣味を持った人が集まれる場
		14	R・K	76	男	介護給付	要介護1	H30.7.23	~	H31.7.31			~				他者との交流の支援
8	H30.11.9	15	H・T	70	男	総合事業	要支援1	H30.9.13	~	H31.9.30			~	3か月	維持		
		16	J・Y	103	男	介護給付	要介護1	H29.1.1	~	H30.12.31	要介護2	H31.1.1	~	H32.1.31			
9	H30.12.14	17	R・E	76	女	予防給付	要支援1	H30.7.1	~	H32.6.30			~				
		18	H・K	85	男	介護給付	要介護2	H30.3.1	~	H32.2.29			~				
10	H31.1.11	19	T・T	92	男	総合事業	事業対象者		~				~				
		20	S・M	81	女	介護給付	要介護1	H29.3.1	~	H31.2.28		H31.3.1	~	H33.2.28			
11	H31.2.8	21	M・M	71	女	予防給付	要支援1	H30.9.1	~	H33.8.31			~			身近な場所で集いの場所づくり	
		22	G・H	60	男	介護給付	要介護2	H30.9.1	~	H31.8.31			~				
12	H31.3.8	23						~				~					

# 成果と課題

## 取組の成果

- ケアプラン作成者やサービス提供事業所だけでなく「自立支援」に関して関係者と共有することができた。
- 高齢者の生活行為の課題や自立を阻害している因子が明らかにされ自立に向けたプランを作成し、ケアの提供を行うために多職種からの専門的な助言を得ることができている。
- 個別の課題から地域や行政課題が見えており地域づくりへのステップとなっている。



## 今後の展望

- 個別の課題から地域や行政課題が抽出されており地域づくりの中で社会資源の整備ができる。
  - ・現在行っている居場所づくりの拡充
  - ・地域リハビリテーション事業の拡充
  - ・地域支援事業での訪問系サービスの整備
  - ・他課との連携の強化等
- 自立支援を支える地域のネットワークの強化

【南会津町】の概要

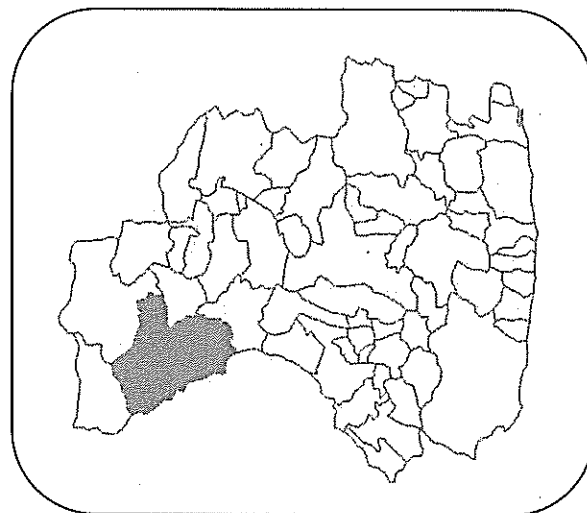
- ・平成18年4月 南会津町地域包括支援センターを設置
- ・平成28年6月 南会津町生活支援体制整備協議体を設置
- ・平成29年5月 南会津町認知症初期集中支援チーム設置

【基本情報】

- 人口  
15,631人
- 65歳以上高齢者人口  
6,245人
- 高齢化率  
39.9%
- 要介護認定率  
19.6%
- 第1号保険料月額  
6,000円



南会津町ゆるキャラ  
んだべえ



## 自立支援型地域ケア会議着手の背景等

●背景

高齢化が進む中で、高齢者が住み慣れた地域で自身の能力に応じて自立した暮らしを実現するために、高齢者に対する自立支援・重度化防止の新たな仕組みが求められていた。

●事業内容

多職種との連携・協働による自立支援型地域ケア会議の開催

●取組のポイント

- ・専門職6職（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）
- ・実施回数は3回、1回1事例のみの実施。

## 会議で検討した内容（一部）

	検討ケース①	検討ケース②
検討テーマ	骨折により活動力が低下した方の活動レベルが受傷前に戻るために	継続的な食生活の改善と筋力向上のための自宅で続けられる効果的な運動について
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・92歳、女性、要支援2</li> <li>・散歩や仕事が徐々に減少し、寝ている時間が多くなる。筋力低下を来したのか、浴室で転倒し骨折。一人で入浴できなくなった。</li> <li>・現在は週1回のデイサービスを利用。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・83歳、男性、要支援2</li> <li>・妻の長期入院後から独居生活となる。その後、腰痛により家事が困難となり自立ヘルパーを利用。</li> </ul>
専門職からの助言内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯の安定剤は一時しのぎ。歯科受診し調整すること。</li> <li>・口腔体操、舌の体操を実施すること。</li> <li>・週1回のデイサービスに加え、地域サロンの参加も検討すること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔保清による抵抗力低下を予防すること。</li> <li>・自宅でできる運動を本人が継続できるようにカレンダーに記録し、本人のモチベーションにつなげる。</li> <li>・転倒予防のために杖の長さの調整をすること。</li> </ul>

※モニタリング中につきその後の検証は未了。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 専門職との新たな連携・協働体制が生まれた。
- 出席者にとって気付きの場、スキルアップの場となり、ケアマネジメント向上の一助となった。
- 毎回30人近い傍聴者があり、自立支援に対する意識が高まった。

### 今後の展望

- 年6回、1回につき2事例に増やして実施。
- 要支援1、2から要介護1まで拡大して実施。
- 将来的には困難事例も取り扱うことを検討。



南会津町オリジナル体操  
さすけねえ体操を各地で実施中！

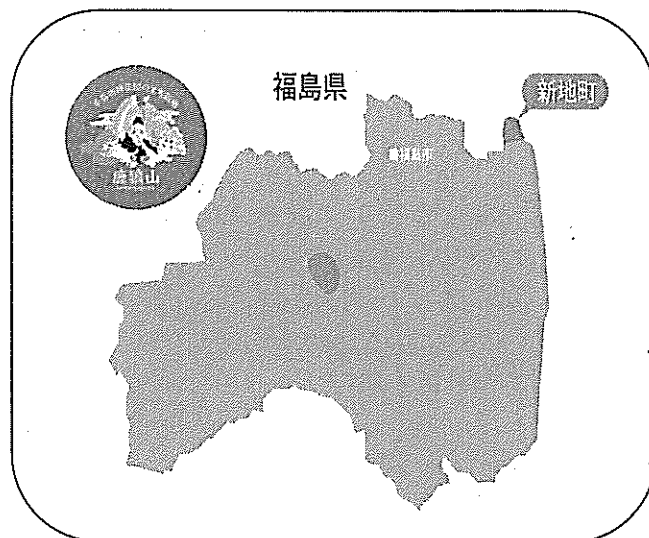


## 【新地町】の概要

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46.53㎢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。住み慣れた地域の中で安心して暮らせるよう、自立支援・介護予防に関する地域全体の普及・啓発、自立支援型ケアマネージメントや多職種連携による地域ケア会議の推進に取り組む。

## 【基本情報】平成30年4月1日現在

- 人口  
8,030人
- 65歳以上高齢者人口  
2,504人
- 高齢化率  
31.2%
- 要介護認定率  
17.3%
- 第1号保険料月額  
6,200円



## 取組の内容①

## ●背景

◇高齢化が進み介護認定率が増加しており、介護保険料も県平均を上回っている状況であった。

◇「自立支援」という観点で地域ケア会議を実施していなかったため、今年度モデル市町村となり、先進地を視察し会議の実際について学び、自立支援型ケア会議開催に向けて取り組んだ。

## ●事業内容

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況の改善に向けて検討する自立支援型地域ケア会議を実施するため、先進地視察や事業所説明会など行いながら地域ケア会議実施にむけて取り組んだ。

## 1) 先進地視察：大分県杵築市 11月6、7日

- ・対象者の選定方法や課題をどう解決していくか等の説明。介護認定率も下がっている状況。
- ・先進地のケア会議の実際を傍聴し、課題を明確にしながら簡潔に検討していくやり方について研修

## 取組の内容②

### ●事業内容

#### 2) 新地町自立支援ケア会議関係者研修会の開催

日時 平成30年9月11日(火)

対象 居宅介護支援事業者や介護保険サービス事業所など関係者

内容 行政説明「福島県における自立支援型ケア会議の取り組みについて」  
「新地町の介護保険の現状と今後について」

講演 「自立支援に向けた個別ケア会議がなぜ必要か」

南相馬市立総合病院 小野田修一氏

参加者数 30名

#### 3) 今年度のモデル市町村として自立支援型ケア会議を実施

##### ①自立支援型模擬地域ケア会議の実施

開催日時 (第1回) 平成30年10月4日(木)

1事例

(第2回) 平成30年11月15日(木)

2事例

##### ②自立支援型公開地域ケア会議

開催日時 平成30年12月12日(水)

2事例

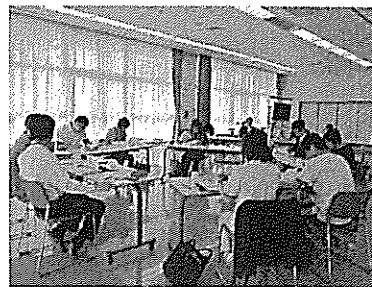
傍聴者 町内介護関係事業所等 19名

相双管内関係者 75名

## 成果と課題

### 取組の成果

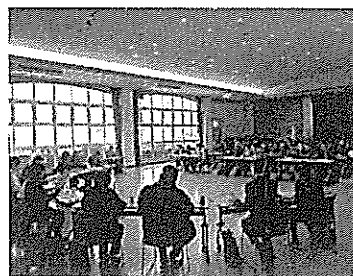
- 自立支援型ケア会議の実際の運営や司会進行の実施方法を学ぶことができ、ケア会議の実施に活かすことができた。
- 自立支援型ケア会議を実施し、専門職の意見を聞くことにより、事例提供者や関係者の自立支援の意識の向上、アセスメントの視点の広がりがみられた。
- 専門職とのネットワークづくりになった。



模擬ケア会議の様子

### 今後の展望

- 開催回数あたりの事例検討数を増やし、短時間で課題を明確にし、検討できるようスキルアップしていく
- ケア会議後の評価の実施方法について検討していく



公開ケア会議の様子

---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (2) 認知症施策の推進

---



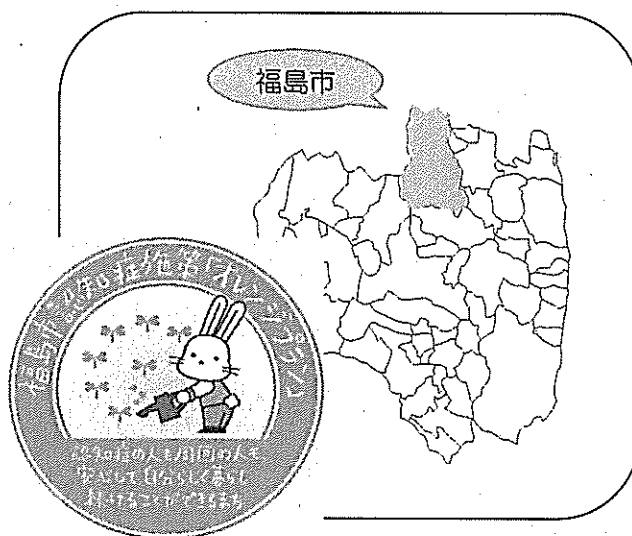
福島市の概要

本市の高齢化率は29.1%と市民の3人に1人は65歳以上であり、高齢者の3人に1人が認知機能に低下がみられると推定。本市では“認知症の人も周囲の人も、安心して、自分らしく暮らし続けるまち”を目指し「福島市版オレンジプラン2018(認知症施策)」(第2期計画)を策定した。認知症の人の尊厳が保持され、地域の一員としてその人らしく暮らし続けることができるよう、周囲の人々が認知症への理解を深め、温かく見守ることができる地域づくりを進めている。

【基本情報】

平成30年12月末日現在

- 人口 279,307人
- 65歳以上高齢者人口 81,241人
- 高齢化率 29.1%
- 要介護認定率 19.9%
- 第1号保険料月額 6,100円
- 地域包括支援センター 22カ所(委託)



## 1 認知症徘徊模擬訓練

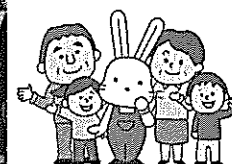
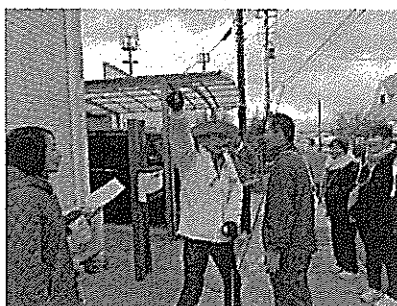
●目的

認知症の人が行方不明になったという設定のもと、地域のネットワークを活用し「通報～連絡～捜索～発見・保護」の流れや実際の対応を訓練する。これらの取り組みを通じ、地域住民のつながりを強くし、地域での日頃からの見守る力を高める。

●事業内容・結果

- 平成26年度 2カ所
- 平成27年度 3カ所
- 平成28年度 4カ所
- 平成29年度 5カ所
- 平成30年度 5カ所

年々増加!



開催までの道のり

地区組織と地域包括支援センター等の介護事業所等が協力し組織を結成。何度も話し合いを重ね準備を進める。地域住民が認知症を理解し、地域の課題として取り組むことができるように、認知症サポーター養成講座を小さな単位で開催。小中学校でも開催している。

参加者の感想

実施後には感想や課題について話し合いを行う。声かける側からは「どう声かけてよいか悩んだ」「相手を傷つけないように話す事、難しかった」「こちらの声掛けに応じてもらえない時はどうすればいいのかな」などの感想が、認知症役になった方からは「突然声掛けられてびっくりした」「穏やかに声かけてもらえると安心した」などの感想が聞かれた。

●市の支援

- ・地域包括支援センターの後方支援。
- ・「認知症地域支援事業」により、1団体30,000円の運営費を補助。

## 2 認知症高齢者QRコード活用見守り事業

### ●目的

外出後帰宅困難の可能性のある認知症高齢者の事故防止、介護者の負担軽減、地域での見守り体制の充実を図る。

### ●事業内容

認知症の高齢者が保護された際に早期に身元が判明できるよう事前に「QRコードシール」を交付。QRコードを活用し親族へ連絡、保護へとつながる。



れんらく先

QRコードシール



●登録状況 146件登録 (H30年12月末日現在)

●発見事例 5件

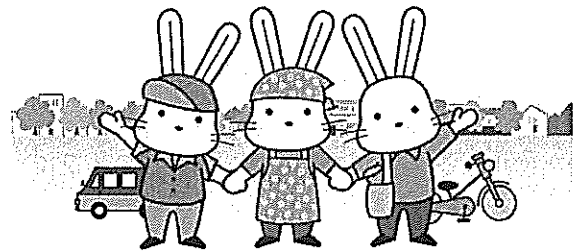
## 3 地域見守りネットワーク事業

### ●目的・内容

民間事業所などの本来の業務に支障のない範囲で、さりげない見守り活動に協力いただき、地域住民の異変の早期発見、早期対応に向けた連絡体制をつくる。

●協力事業所数 H30年12月末日現在  
385事業所  
(新聞販売店、コンビニエンスストア、  
ハイヤータクシー協会、電気商工組合 等)

●発見事例 10件



## 成果と課題

### 取組の成果

- 徘徊模擬訓練を実施したことで、参加者は認知症のご本人への声のかけ方、見守り方について考えるきっかけとなった。また、地域住民同士のつながりが深まると同時に地域住民と関係機関との連携が強化された。
- 認知症高齢者QRコード活用見守り事業では、実際に5件の発見事例もあり、認知症高齢者の事故防止と介護者の負担軽減につながった。
- 地域見守りネットワーク事業では、民間企業等の高齢者のさりげない見守りにより、緊急時の早期発見、早期対応の体制をつくることができた。また、高齢者支援における地域資源の発掘にもつながった。

### 今後の展望

- きめ細やかな認知症サポーター養成講座等の開催により、地域住民の皆さんへの正しい知識の普及と地域課題の共有を図る。
- 事業の周知や実際に市内で行われている地域の取り組みに関する情報発信
- 行方不明高齢者について、市と地域見守りネットワーク協定事業所との双方向の情報伝達
- 行方不明高齢者が市外に行ったことを想定し、広域連携に向けた課題の整理や準備

事業が効果的に活用  
され早期に発見でき  
る体制づくり

地域の中で気になる  
人に声をかけ見守り  
支え合いができる  
地域づくり

認知症の人が安心  
して出かけられる  
地域づくり



# 取組の内容①

## ●事業内容

- ①トレーニング機器を8種12台、保健センター内に設置。  
個別支援のためスポーツインストラクターを月2回配置し、トレーニング機器の取り扱い方、個人の体力にあった運動プログラム作成し、また、地域交流の場としていく。
- ②サポーターを養成し、脳の健康教室（30分間の音読と計算問題、数字盤）とトレーニング機器を活用した筋トレ（30分間）を併せて実施。  
週1回×24週間（7月から12月まで）実施。また、毎週1週間分の宿題（1にあたり15分程度）に取組み、翌週に提出をする。

※脳の健康教室は、くもん学習療法センターと東北大学・川島隆太教授の共同開発された脳の健康維持法を活用。サポーター1人が受講生2人にグループ支援をおこなう。

時間	内容
13:00~13:30	スタッフミーティング・会場準備・担当確認
13:30~13:45	導入（回想法・脳トレゲーム等）・交流
13:30~14:00	前半チーム：脳の健康教室 後半チーム：運動 交流
14:00~14:30	前半チーム：運動 後半チーム：脳の健康教室 交流
14:30~15:00	会場片付け・スタッフ共有会・振り返り

# 成果と課題

## 取組の成果

- トレーニングを毎日の日課として取り組んでいる方が多く、顔見知りになることで、一人で取り組むより互いに声かけ合って継続できているとの声が聞かれるようになっている。
- 運動を毎日できる場所が確保できたこと・指導者を配置したことで、個人の健康維持や介護予防に効果がでている。  
登録者数 110人 述べ利用者数 3,098人(H31.1月末現在)
- 脳の健康教室のサポーターを募集したところ、新たなボランティアを養成する事ができた。
- 脳の健康教室の参加者全員が、参加前より「生活の活動範囲が広がった。」「頭の回転が速くなった」と感想を述べており、参加率も8割を超えていた。

## 今後の展望

- 運動をする習慣づくりのため他の事業をタイアップしながら、利活用の推進を図っていきたい。
- 脳の健康教室については継続者の支援のため、サポーターの拡充等に取組み、自主組織づくりにつなげていきたい。





白河市

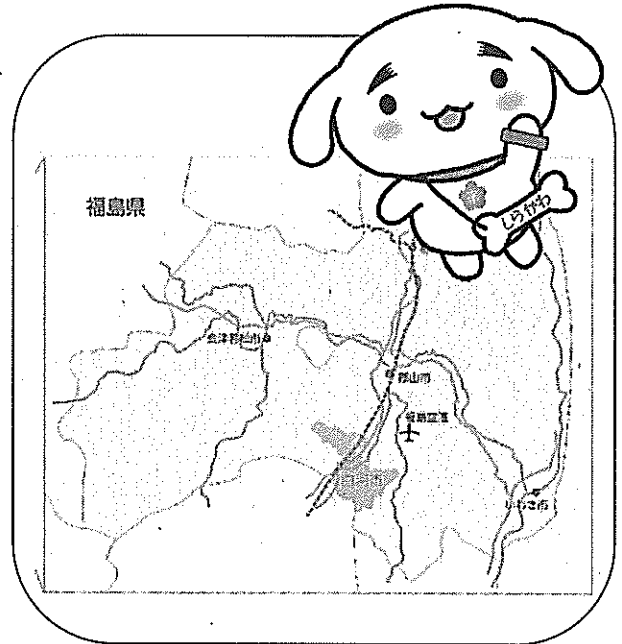
「認知症になっても住み慣れた地域で暮らしたい」  
～認知症を学んだスーパーボランティア！～

### 白河市の概要

白河市は、日本最古の公園といわれる『南湖公園』、南北朝期に結城親朝により築かれたのがはじまりとされる『小峰城』、日本三大提灯まつりの一つに数えられる『白河提灯まつり』など、豊かな自然や多くの歴史的・文化的遺産が現代へと受け継がれているまちです。

#### 【基本情報】（平成31年2月1日現在）

- 人口  
61,114人
- 65歳以上高齢者人口  
17,185人
- 高齢化率  
28.11%
- 要介護認定率  
17.77%
- 第1号保険料月額  
5,900円



## 白河市の認知症施策

### (1) 認知症支援体制の整備

- ①認知症地域支援推進員の配置
  - ・平成30年度から高齢福祉課に嘱託職員として専任配置
- ②認知症初期集中支援チームによる早期対応
  - ・医療法人社団へ事業委託
- ③認知症に関する関係機関との連携及び多職種協働研修の実施
  - ・初期集中支援チームによる研修会及び情報交換会の開催（アセスメントや具体的な対応方法の共有、検討等）
  - ・在宅医療拠点センターが職能団体と共催で多職種連携研修会の開催
- ④徘徊高齢者への対応
  - ・認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業

### (2) 認知症の理解の普及・啓発の推進

- ①認知症ケアパスの普及
  - ・定期的な情報の更新
  - ・市民や関係機関への提供
- ②認知症サポーター等の養成及び活動場所の充実
  - ・認知症サポーター養成講座の開催
  - ・認知症高齢者等ボランティア「あんしんメイト」の養成
- ③認知症カフェの支援
  - ・認知症地域支援推進員が運営
  - ・「あんしんメイト」が当日の準備から片づけ、イベントの企画を行う

認知症サポーター養成講座のステップアップ講座を修了した認知症に関するスーパーボランティアです！

☆その他市民向けに認知症フォーラムを開催

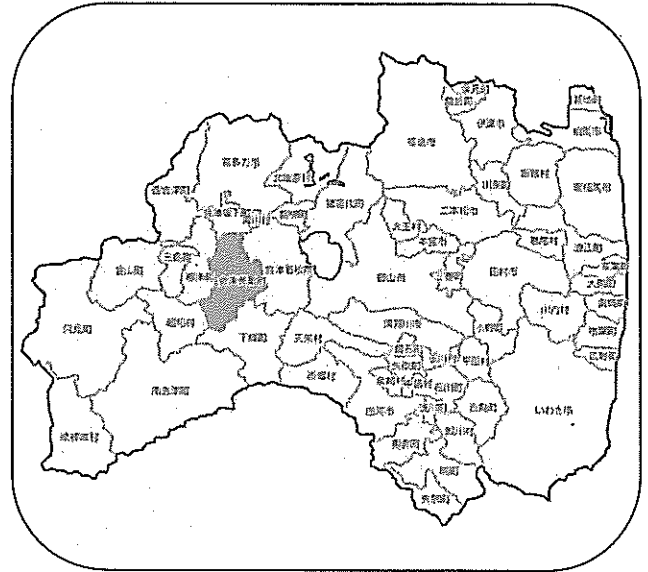


【会津美里町】の概要

会津美里町は、会津高田町、会津本郷町、新鶴村の旧3町村が合併して平成17年10月1日に誕生しました。当町は「福島県一認知症にやさしい町」を目指して、平成27年度から認知症地域支援推進員を配置し、同年から見守りサポート訓練を実施しています。

【基本情報】

- 人口  
20,427人(平成31年2月1日時点)
- 65歳以上高齢者人口  
7,541人
- 高齢化率  
36.85%
- 要介護認定率  
20.82%
- 第1号保険料月額  
6,200円



## 取組の内容①

●背景

認知症行方不明者の早期発見や声かけ、行方不明者発生時の連絡体制の確認・整備を行うことを目的とし、平成27年度から毎年開催している。

**平成27年度・28年度：広域的な訓練**

認知症行方不明者の早期発見や声かけ、行方不明者発生時の連絡体制の確認、整備を目的とした訓練を町内3地域で実施。

**平成29年度・30年度：地域密着型の訓練**

地域内でのつながりに着目し、地区単位で認知症行方不明者の早期発見や声かけ、行方不明者発生時の連絡体制の確認、整備を実施。

●事業内容

・事業主体 … 会津美里町認知症対策サポート会議

平成24年8月から設置。医療・福祉・行政・地域住民などの関係者で構成されている。

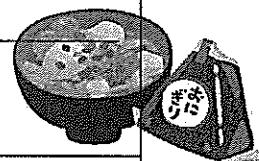
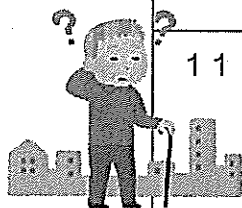
・訓練実施までの流れ

認知症対策サポート会議メンバーと対象地区の方で構成された「認知症見守りサポート訓練検討部会」で数回にわたり打合せを行い、町内医療福祉関係機関地区の方たちと共同で準備・運営していく。

## 取組の内容②

●平成30年8月18日（土）実施した訓練のスケジュール

時間	内容
10:00	開会 オリエンテーション
10:10	会津美里町の認知症施策と見守りネットワーク ・劇団オレンジじげんによる寸劇などを交えた講義
11:00	見守りサポート訓練 ・劇中のおじいちゃんがいなくなってしまったという設定で公民館周辺を捜索&声かけ体験 ・グループ単位で捜索し、グループリーダーと一緒に声かけの仕方などを話し合い実践する
11:30	休憩 ・地区の方が作ってくださった豚汁や軽食を食べながら訓練の振り返り
12:30	まとめ・全体での振り返り ・訓練を通して感じたことなどを話し合う
13:00	閉会



### ●協力スタッフ

包括支援センター、町内介護事業所、医療関係者、地区の方、警察署、行政

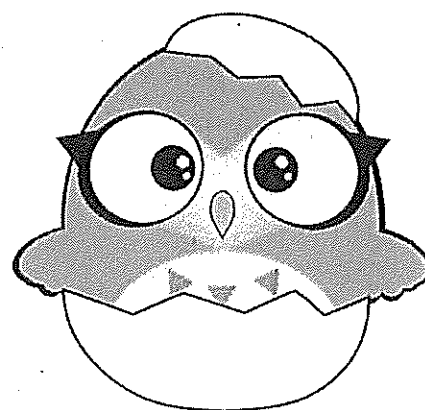
## 成果と課題

### 取組の成果

- 夏休み期間に実施することで子どもさんの参加が増えた
- 地区内での顔の見える関係づくりのきっかけになった
- 地区の方と介護や医療関係者の距離が近くなった

### 今後の展望

- 認知症見守りサポート訓練が浸透し、見守り体制が強化される
- 広域での訓練の実施
- 親子での参加者の増加



会津美里町認知症見守りサポート訓練キャラクター  
「みまもーるくん」

【檜葉町】の概要

- ・東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国の避難指示が平成27年9月5日に解除されてから、約3年5ヶ月が経過。平成30年3月末で仮設住宅、借上住宅の供与期間が終了し、平成31年1月末現在の居住人口は、3,641人、居住率は、52.25%となっている。町では、町民が檜葉町内で健康で生きがいをもち安心して暮らせるような環境を整備するよう取り組んでいる。
- ・檜葉町内の高齢化率が高く、地域包括ケアシステムの深化を推進している。

【基本情報】（平成31年1月31日現在）

- 人口
  - 住民基本台帳 6,969人
  - 居住人口 3,641人
- 65歳以上高齢者人口
  - 住民基本台帳 2,273人
  - 居住人口 1,401人
- 高齢化率
  - 住民基本台帳 32.62%
  - 居住人口 38.48%
- 要介護認定率 20.98%
- 第1号保険料月額 7,600円

檜葉町の位置



認知症初期集中支援チームの設置

●背景

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう認知症の方やその家族に早期に関わる支援チームを設置し、認知症の初期段階における総合的、集中的支援を行う。

●事業内容

平成30年度に双葉郡8町村（檜葉町・富岡町・広野町・浪江町・川内村・大熊町・双葉町・葛尾村）共同で認知症初期集中支援チームを設置した。  
 チーム員は、認知症サポート医、保健師、看護師、ケアマネージャー、社会福祉士、精神保健福祉士等の専門職で構成されている。

認知機能の低下により、日常生活の中でどのような困難さがあるのか、家庭訪問を行ってご本人やご家族の状況を確認し、最長6ヶ月を目安に医療機関の受診や、介護サービス利用のサポート、症状にあった対応アドバイス等の初期支援を包括的・集中的におこなう。

8ヶ町村内の課題協議の場でもある。



# 認知症カフェ

## ●背景

認知症の方やその家族同士が、情報交換や悩みなどを共有したり、専門職に相談しながら、安心して楡葉町で暮らしていけるようにする。また、認知症に対する住民の正しい知識と支える意識を持ってもらう。

カフェ運営ボランティアの呼びかけ

## ●事業内容

お茶を飲みながらの参加者同士の交流と情報交換、医療関係者をはじめとした認知症ケアの専門家との相談。

警察や関係機関の方々との講座の実施。

認知症予防のレクリエーションの実施。



カフェなごめ〜る

# 成果と課題

## 取組の成果

- 平成30年度初旬に双葉郡8町村（楡葉町・富岡町・広野町・浪江町・川内村・大熊町・双葉町・葛尾村）共同で認知症初期集中支援チームを設置した。  
対応件数 4件 適切な専門機関に繋げることができた。
- 認知症カフェについては、平成30年度は2回開催。

## 今後の展望

- 認知症の方やその家族が楡葉町で安心して暮らせるよう支援体制を確立させる。



---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (3) 在宅医療・介護連携の 推進

---





(福島市)

## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【福島市】の概要

福島市では、医療機関や介護関係者の連携を推進するための相談窓口として、福島市医師会に委託し、平成30年10月1日、福島市在宅医療・介護連携支援センターを開設しました。

今後、在宅医療と介護の支援を必要とする方が、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、医療・介護関係者の協力のもと、サービスが一体的に提供できる体制の構築を推進し、市民の在宅医療を支援していきます。

#### 【基本情報】 平成30年12月末現在

●人口	279,307人
●65歳以上高齢者人口	81,241人
●高齢化率	29.1%
●要介護認定率	19.9%
●第1号保険料月額	6,100円
●地域包括支援センター	22箇所(委託)



### 背景

- ・在宅医療、看取りに力を入れている診療所が数か所あり、看取り数は全国でも多い
- ・地域包括支援センターへ調査をすると医療との連携、情報不足の課題があるとの結果
- ・市民が在宅医療についての理解が少ない
- ・平成28年12月 在宅医療・介護連携支援センター検討委員会設置  
(13団体16名 5回開催)

### 事業内容

- ・実施主体：福島市 担当課は長寿福祉課地域包括ケア推進室
- ・財源：福島市介護保険事業費特別会計
- ・実施事業：ア〜ク（詳細は次項から説明）

### 取組のポイント

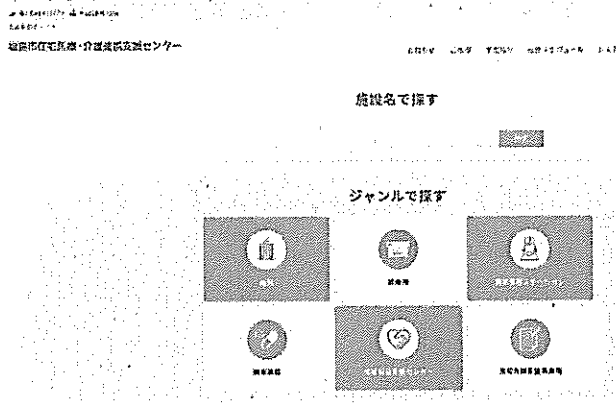
- ・医療、介護福祉専門職および市民へ周知
  - ①病院・在宅支援診療所・包括・居宅支援へ愛称募集
  - ②上記の全事業所へ訪問
  - ③市政だより（全戸配布）にて当センターの案内
- ・既存の多職種会議に参加させていただく
- ・医師会や包括の部会、ケア会議、研修会の場で当センターの役割を説明

「在タッチ」に  
決定

## (ア)地域の医療・介護の資源の把握

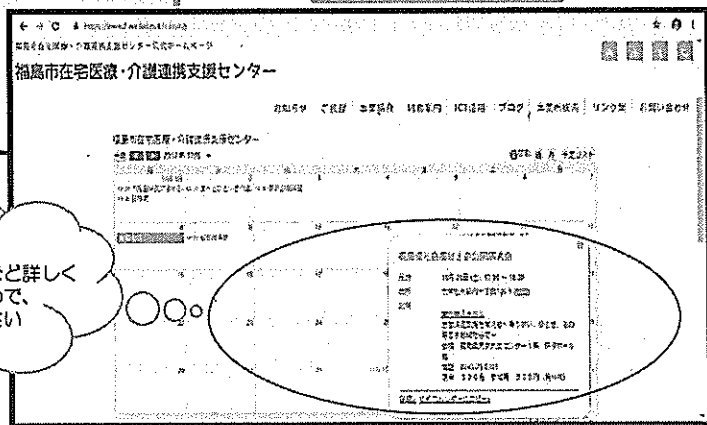
- 市内の医療機関へ在宅医療に関する取り組み内容、実施状況をホームページ等で公開。  
<https://www.f-renkei.net/>
- 随時更新を行い、常に最新の状態に努めている。

### 事業所検索



連携に役立つ情報を掲載しています。

### 研修案内の活用



研修内容、案内チラシなど詳しく掲載しておりますので、ぜひご活用ください

## (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

### 連携会議等への参加

- ▶ 福島市在宅医療・介護連携支援センター運営協議会をはじめ、関係する専門職からの意見を聞く機会とする。
  - 具体的解決へ向けての取り組み
  - ⇒ 多職種連携の協力と調整役としての働き

福島市医師会	各委員・役員合同意見交換会 医療福祉委員会
福島市 (長寿福祉課)	・地域包括ケア推進室と毎月定例会 ・オレンジプラン進行管理会議 ・地域包括ケアシステム推進会議 ・福島市在宅医療・介護連携支援センター運営協議会 (10団体12名の委員)
(国保年金課)	・エンディングノート作成委員会
県北福祉事務所	退院調整ルール研修会準備と研修協力
認知症支援	認知症疾患支援センターと認知症初期集中支援チームと 定期合同会議
その他	医療と介護のネットワーク(行政、医療・福祉専門職18団体) にて会議や多職種連携事例検討研修会

## (ウ)切れ目ない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

▶ 県北退院調整ルール 実施 → アンケート集計 → モニタリング研修

アンケート回収: 居宅92ヶ所: 退院時連絡あり 88.9% 漏れ率10.9%

包括19ヶ所: 退院時連絡あり 81.8% 漏れ率18.2%

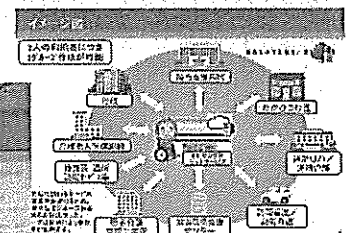
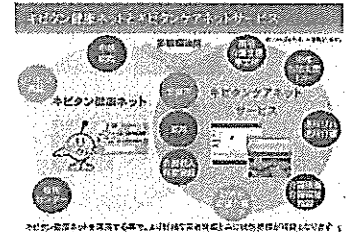
平成31年1月30日 MSW、包括支援センター、居宅ケアマネ合同研修 (参加者124名)

⇒ 情報共有ツールの意見交換し、よりよい連携の実施

## (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

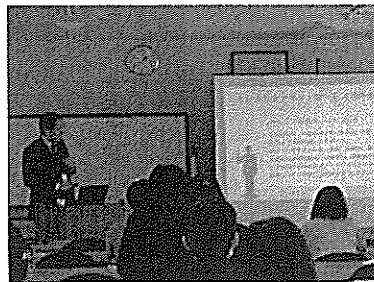
▶ ICT(情報通信技術)を活用した医療と介護の連携

医療・介護施設等を、安全な通信回線(暗号化されたインターネット回線)で結ぶことにより、各施設を受診された際の検査・診断・治療内容・説明内容を、その後の診療に活かすことができる地域医療連携ネットワークシステムの活用。



☆キビタンケアネットサービスを推薦  
(福島県医療福祉情報ネットワーク協議会)

平成31年1月21日(月)説明会を開催  
午前、午後、夜の部 計3回  
(参加者109名)



## (オ)在宅医療に関する相談支援

・ 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など地域の医療・介護関係機関からの相談窓口として相談を受ける。

▶ 平成30年10月1日～平成31年1月31日
▶ 相談 41件(住民11、ケアマネ10、行政6、MSW3、包括3、保健師2、ヘルパー2、福祉用具1、他)
▶ 分類(重複あり)
・医療、介護の制度、サービスに関すること 18件
・在宅医療10件 ・ケアマネジメン 6件
・精神的な問題6件 ・ストレスに関する相談 6件
・退院支援に関する相談 4件
▶ 内容
・在宅医療費 ・主治医との連携 ・急な退院調整
・施設利用の苦情 ・医療器具のレンタル
・ガン末期のケアプラン、介護保険申請など

相談受付シート		受付日	年	月	日	時	分
受付者		受付	支所	電話	訪問		
相談者(本名)	男 女	住所	その他 ( )				
氏名		性別					
0.相談要因	<input type="checkbox"/> 認知症 (医師 MSW 保健師 薬剤師 PT OT) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ロケアコーディネーター 介護員(ヘルパー 福祉職員) 行政 <input type="checkbox"/> 医師(内科 外科 消化器科) <input type="checkbox"/> その他						
1.相談内容	<input type="checkbox"/> 在宅医療に関する相談 <input type="checkbox"/> 在宅介護の制度、サービスに関する相談 <input type="checkbox"/> 退院支援に関する相談 <input type="checkbox"/> 介護施設に関する相談 <input type="checkbox"/> 入院に関する相談 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所に関する相談 <input type="checkbox"/> 退院に関する相談 <input type="checkbox"/> ケアマネジメンに関する相談 <input type="checkbox"/> 訪問・夜間に関する相談 <input type="checkbox"/> 具体的な問題に関する相談 <input type="checkbox"/> その他						
2.相談者属性	相談者属性	性別	年齢	職業	相談種別		
入居施設	在宅・施設	介護員あり	入居日				
介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
主病名							
ADL	歩行						
	排泄						
	食事						
	入浴						
相談内容							
3.対応内容	<input type="checkbox"/> 担当窓口の連絡体制 共有 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 相談者・家族・ケアマネジメンへの個別支援・サービス紹介 <input type="checkbox"/> 施設・在宅に関する相談 <input type="checkbox"/> その他						
4.担当部署	平成 年 月 日						

常にアンテナを高くし在宅医療の知識・情報を提供するだけでなく、共に考え支持することも大切にしています。

## (カ) 在宅医療に関する研修の企画・開催

- 第1回 平成30年10月9日「福島市の今とこれから」 (参加者150名)  
ふくしま在宅緩和ケアクリニック 鈴木雅夫 先生
- 第2回 平成30年12月21日「高齢者を守るため・自分を守るための感染対策」  
(参加者54名) 丸石製薬株式会社 平山慎太郎 氏
- 第3回 平成31年2月18日「いまさら聞けない在宅医療機器」 (参加者78名)  
ニプロ株式会社 佐藤勝太 氏
- 認知症ステップアップ研修 平成31年1月30日 2事例 (参加者94名)  
アドバイザー あずま通りクリニック 小林直人先生



知識だけでなく、実践に  
役立つ研修を企画・開催  
します！

## (キ) 地域住民への普及啓発

- ①在宅医療や介護で受けられるサービス内容や  
利用方法について講演会等を開催。  
(2月28日現在申込者290名:市民170名、専門職 120名)

市民公開講座 平成31年3月20日(水) 14:30コラッセ福島  
たんぼぼクリニック永井康德先生(愛媛県松山市)

- ②市民向けの在宅医療の在宅医療ミニ講座を開催。  
地区、集会所など少人数で  
のぞくばらんに話し合い。

～みんなが住みやすい地域で暮らしたい～

### みんなで学ぶ「在宅医療」

「在宅医療」って何？  
「在宅医療」って何？  
「在宅医療」って何？

1. 「在宅医療」って何？  
2. 「在宅医療」って何？  
3. 「在宅医療」って何？

市民向け  
「出前」  
ミニ講座

平成30年度「在宅タッチ」市民向けミニ講座  
「できるだけ自宅で過ごしたい」  
～わかりやすい在宅医療のお話～

よくある質問  
いつまで、自宅で過ごせるの？  
退後は病院に入院して暮らすことはできないの？  
～など在宅の医療と介護についてわかりやすく  
お話しします。

講師: 福島市在宅医療・介護連携支援センター  
(仮称:「在宅タッチ」) 事務所長 田中道章

費用 無料  
時間 平日(月～金曜日)の10時～15時の間  
所要時間 30分～60分程度

FAXまたはお電話でお申し込みください。  
福島市在宅医療・介護連携支援センター(在宅タッチ)  
〒960-8002 福島市協会町10-1 福島市保健福祉センター3階  
TEL:024-572-6671 FAX:024-572-6672

第1回 福島市在宅医療・介護連携支援センター 市民公開講座  
自分らしい生き方=逝き方  
～在宅医療での自然な看取り～

皆さんがいつか必ず迎える人生の最終地点とどう向き合いたいと思いますか？  
医療費で、自分らしく生きるためにはどうすればいいのかな？一緒に考えてみましょう！

日程 平成31年 3月20日(水)  
午後2:30～4:30 (開講 午後2時より)

講師 コラッセあくしほ  
4所長 岡本 伸一 (2名)

参加費 無料 (お茶代別途)

定員 300名 (お申し込み要)

申込方法 FAX (お申し込み) 又は、お電話にて  
お申し込みください。

市民の在宅療養に  
関する不安や心配  
など身近に話し合  
える場を大切に  
していきます。

## (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 県北退院調整ルール準備会議にて伊達市、川俣町、二本松市と情報交換。
- 他市町村で実施している連携支援センターと情報交換

### 成果と課題

#### 取組の成果

- 社会資源や研修案内などいろんな情報を当センターホームページにまとめ、必要な情報をすぐに確認できるようになった。
- 医療、福祉専門職、市民から在宅医療や在宅療養についての制度や連携方法を相談、確認の連絡を受けている。
- 在宅看取り支援だけでなく、認知症支援についてサポートできる医師の地域マップ作りに取り組む調整が前進した。

#### 今後の展望

- AYA世代、小児、障がい者の在宅医療についての連携、支援を行っていきたい。
- 福島市は在宅看取り率は高い位置にある。(厚生労働省在宅医療にかかる地域別データ集・更新日：平成29年11月22日より)より前進していくために医療職と福祉専門職のスムーズな連携、質の高いサービスを提供できる支援を行いたい。
- 市民の方が、自宅以最期まで過ごすために必要な話し合い、知識、意識が高まるような取り組みを行っていきたい。

【県中地域の概要】

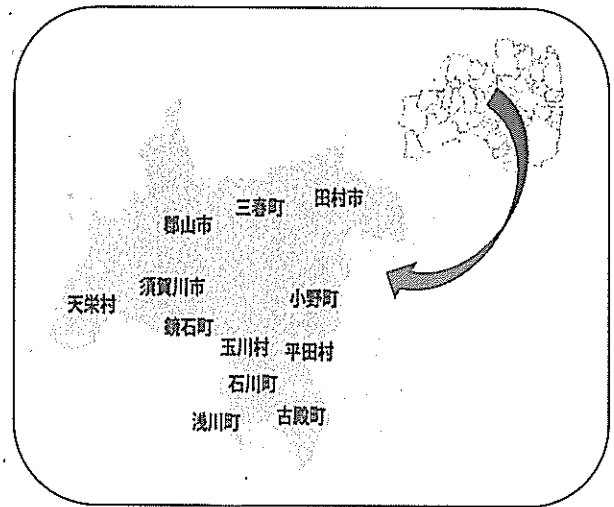
県中地域は、県の中央に位置し、東側には阿武隈高地、西側には奥羽山脈が連なり、中央の平坦部には阿武隈川が北流するなど、変化に富んだ自然によって形成されており、面積は県土の17.4%を占めています。

平成30年4月1日現在の人口は県全体の28.4%で、都市部への人口集中が続く反面、中山間地域では人口の減少が進んでいます。

平成29年度から、「県中地域摂食嚥下ケア体制整備事業」において、①摂食嚥下連絡票の策定・運用、②食形態の平準化、③口腔と栄養のケア体制整備、④人材育成（スキルアップ）に取り組んでいます。

【基本情報】

- 人口 530,685人  
(平成30年4月1日現在)
- 65歳以上高齢者人口 147,721人  
(平成30年4月1日現在)
- 高齢化率 28.3%  
(平成30年4月1日現在)
- 要介護認定率 18.0%  
(平成29年9月末現在)
- 第1号保険料月額 平均額 5,866円  
(平成30年3月30日現在)



県中地域摂食嚥下ケア体制整備事業概要

【現状】	<高齢化率>	全国	県	県中	【課題】
○要支援・要介護者の高齢化 ○在宅療養者の増加 ○肺炎による死亡率が高い ○高齢者の低栄養、サルコペニア、フレイルの健康問題	※1	H26: 26.0%	27.7%	25.5%	○摂食・嚥下に問題を有した口腔及び栄養管理の必要な高齢者が増加 ○誤嚥性肺炎を予防するための口腔ケア体制整備が必要 ○病院・施設間の移動、在宅医療への移行による栄養管理の情報共有が必要
		H27: 26.7%	28.6%	25.8%	
		H28: 27.3%	29.5%	26.6%	
	<要介護(支援)認定者率>	県	県中		
※2	H25: 18.7%	17.8%			
	H26: 18.7%	17.6%			
	H27: 19.0%	17.8%			
	<肺炎の標準死亡比(SMR,H20~24年)>	県	県中		
※3	男性: 96.7	87.6			
	女性: 97.0	91.6			

【目標】 高齢者等が要支援・要介護状態となっても、最後まで食べることを楽しみながら、住み慣れた地域で安心して過ごすことができる。



# 取組①摂食嚥下連絡票の策定・運用

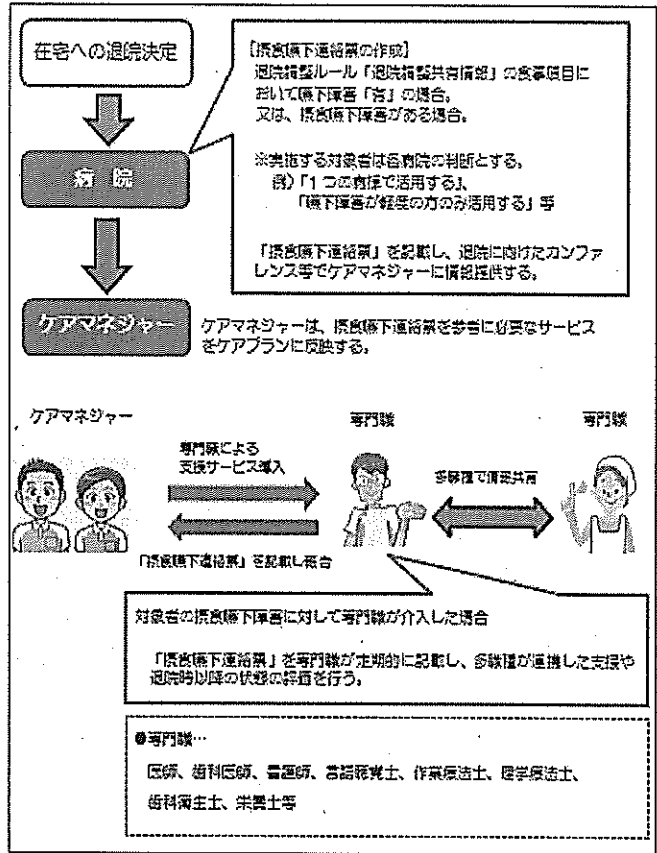
摂食嚥下障害を有する患者が、退院後も在宅において必要な支援を受けられるようにするため、専門部会や連絡会での協議・検討により、病院とケアマネジャー及び在宅サービスに入る専門職が情報を共有するための摂食嚥下連絡票を策定した。



### 【専門部会の委員構成】

- (1) 地域歯科医師会の代表者
- (2) 歯科衛生士会の代表者及び地域で活動している歯科衛生士
- (3) 言語聴覚士
- (4) 居宅介護支援事業所の代表者
- (5) 医療機関、介護老人福祉施設・老人福祉施設の管理栄養士・栄養士
- (6) その他、県中保健福祉事務所長が必要と認める者

### 【摂食嚥下連絡票活用のイメージ図】



摂食嚥下連絡票			
記載年月日	年	月	日
記載病院	名称	病棟	担当医
患者氏名	氏名	生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒	市	区

【ICFバランスマトリックスによる評価】  
対象者一人一人の状況を把握し、マトリックスを作成してください。

項目	0	1	2	3	4	5
A 食事の摂取						
B 嚥下の機能						
C 嚥下の安全						

※各項目の0～5までの評価は、ICFバランスマトリックスの「身体機能」の項目に該当する項目のスコアを参照してください。

※この連絡票は、退院調整の目的で活用され、退院後のケアプラン作成に活用されます。

退院後の状況	
1	退院後の生活状況 (在宅/施設)
2	退院後の食事状況 (在宅/施設)
3	退院後の嚥下状況 (在宅/施設)
4	退院後の安全状況 (在宅/施設)
5	退院後の生活満足度 (在宅/施設)

※各項目の0～5までの評価は、ICFバランスマトリックスの「身体機能」の項目に該当する項目のスコアを参照してください。

※この連絡票は、退院調整の目的で活用され、退院後のケアプラン作成に活用されます。

「摂食嚥下連絡票」は福島県県中保健福祉事務所のホームページからダウンロードできます。  
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21120a/renrakuhyou.html>



摂食嚥下連絡票

記載年月日	年 月 日	所属	担当者
記載機関	生年月日 年 月 日	性別	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ふりがな	明・大・昭 ( 歳 )	様	
氏名			

【KTパランスチャートによる評価】  
 評価基準一覧より点数を記載し、チャートを作成してください。  
 ①項目 ②評価点数 ③項目 ④項目

A <心身の医学的視点>  
 ①食べる意欲 ②全身状態 ③呼吸状態 ④口腔状態 ⑤認知機能(食事中)  
 ⑥姿勢・持久性 ⑦嚥下 ⑧姿勢・持久性 ⑨姿勢・持久性 ⑩活動 ⑪食事動作 ⑫食事状態レベル ⑬食物形態 ⑭認知機能(食事中) ⑮活動 ⑯食事動作 ⑰食事状態レベル ⑱栄養

B <食卓下の機能的視点>  
 ①食物形態 ②姿勢・持久性 ③活動 ④姿勢・持久性 ⑤姿勢・持久性 ⑥活動 ⑦食事動作 ⑧食事状態レベル ⑨認知機能(食事中) ⑩活動 ⑪食事動作 ⑫食事状態レベル ⑬食物形態 ⑭認知機能(食事中) ⑮活動 ⑯食事動作 ⑰食事状態レベル ⑱栄養

C <姿勢・活動的視点>  
 ①食物形態 ②姿勢・持久性 ③活動 ④姿勢・持久性 ⑤姿勢・持久性 ⑥活動 ⑦食事動作 ⑧食事状態レベル ⑨認知機能(食事中) ⑩活動 ⑪食事動作 ⑫食事状態レベル ⑬食物形態 ⑭認知機能(食事中) ⑮活動 ⑯食事動作 ⑰食事状態レベル ⑱栄養

D <食卓下の機能的視点>  
 ①食物形態 ②姿勢・持久性 ③活動 ④姿勢・持久性 ⑤姿勢・持久性 ⑥活動 ⑦食事動作 ⑧食事状態レベル ⑨認知機能(食事中) ⑩活動 ⑪食事動作 ⑫食事状態レベル ⑬食物形態 ⑭認知機能(食事中) ⑮活動 ⑯食事動作 ⑰食事状態レベル ⑱栄養

姿勢について  
 姿勢  フリー  座位  ベッドアップ/ライニング( )度  
 顔の向き  指定なし  正面  右向き  左向き  
 一口量  指定なし  小スプーン  すり切り  1/2量  その他( )  
 介助方法  指定なし  複数回嚥下 → 嚥下した後、翌嚥下をしてもらう  
 交互嚥下 → (ごはん)おかず → とろみ茶等と他の食品と交互に食べる)  
 その他( )  
 <<その他の特記事項>>

評価より必要と思われるケア  
 専門機関への相談が必要  医師  歯科  栄養  その他( )

【KTパランスチャート評価基準一覧】  
 当てはまる点数を欄に○を記載し、上記チャートに記載してください。  
 <A> 心身の医学的視点:①~⑭  
 ① 食べる意欲  
 1 しても食べようとしない  
 2 食べようとしない  
 3 ほとんど食べない  
 4 ほとんど食べない  
 5 介助の有無に関わらず食べようとしない、食べたいと意思表示する

② 全身状態  
 1 (急性期)発熱があり、意識レベルは不良  
 2 (急性期) 向らからの急性発熱による発熱があるが37.5℃以下に発熱するときはある。もしくは意識レベルが軽不良  
 3 (慢性期)3日以上37.5℃以上で意識状態が軽不良  
 4 (回復期)7日以上37.5℃以上で意識状態が軽不良  
 5 発熱はなく、意識レベルは良好

呼吸状態  
 1 酸素吸入装置があり、1日10回以上の吸引が必要  
 2 酸素吸入装置があり、1日5回以上の吸引が必要  
 3 酸素吸入装置があり、1日3回以上の吸引が必要  
 4 酸素吸入装置があり、1日1回以上の吸引が必要  
 5 酸素吸入装置があり、吸引が必要  
 ※気管カニューレがある場合、1点とする(ただし最低点は1点とする)

④ 口腔状態  
 1 舌が硬く不具合で、  
 2 舌が硬く不具合で、  
 3 舌が硬く不具合で、  
 4 舌が硬く不具合で、  
 5 舌が硬く不具合で、

⑤B 摂食嚥下の機能的視点:⑤~⑭  
 ⑤ 認知機能(食事中)  
 1 舌が硬く不具合で、  
 2 舌が硬く不具合で、  
 3 舌が硬く不具合で、  
 4 舌が硬く不具合で、  
 5 舌が硬く不具合で、

⑥ 嚥下  
 1 嚥下できない、顔回のみ、呼吸器障害、重症化の懸念  
 2 嚥下は可能だが、むせや誤嚥性肺炎、呼吸器障害、重症化の懸念  
 3 嚥下は可能だが、むせや誤嚥性肺炎、呼吸器障害、重症化の懸念  
 4 嚥下は可能だが、むせや誤嚥性肺炎、呼吸器障害、重症化の懸念  
 5 嚥下は可能だが、むせや誤嚥性肺炎、呼吸器障害、重症化の懸念

⑦ 姿勢・活動的視点:⑯~⑳  
 ⑯ 姿勢・持久性  
 1 ベッド上で食事の姿勢保持が困難、あるいはベッド上ですべての食事をしている。  
 2 ベッド上で食事の姿勢保持が困難、あるいはベッド上ですべての食事をしている。  
 3 ベッド上で食事の姿勢保持が困難、あるいはベッド上ですべての食事をしている。  
 4 ベッド上で食事の姿勢保持が困難、あるいはベッド上ですべての食事をしている。  
 5 ベッド上で食事の姿勢保持が困難、あるいはベッド上ですべての食事をしている。

⑩ 摂食状況・姿勢形態・栄養的視点:⑩~⑰  
 ⑩ 摂食状況  
 1 嚥下し、ベッドからの移動・トイレ・食事・更衣などすべてに介助が必要  
 2 介助で車いすへの移動が可能で、ベッドから離れて食事が可能  
 3 自力で車いすへの移動が可能で、ベッドから離れて食事が可能  
 4 自力で車いすへの移動が可能で、ベッドから離れて食事が可能  
 5 自力で車いすへの移動が可能で、ベッドから離れて食事が可能

⑪ 摂食状況・姿勢形態・栄養的視点:⑱~㉑  
 ⑱ 摂食状況  
 1 人工栄養のみ、もしくは経口摂取と人工栄養の併用  
 2 少量の経口摂取は可能(経口摂取と人工栄養の併用)  
 3 中量以上の経口摂取で、補助的に人工栄養を使用  
 4 経口摂取のみ  
 5 経口摂取のみ

⑲ 食物形態  
 1 口から経口摂取できない  
 2 口から経口摂取できない  
 3 口から経口摂取できない  
 4 口から経口摂取できない  
 5 口から経口摂取できない

⑳ 栄養  
 1 体重減少率(%)  
 2 BMI  
 3 BMI  
 4 BMI  
 5 BMI



## 取組①摂食嚥下連絡票の策定・運用 成果と課題

### 取組の成果

- 摂食嚥下連絡票の活用や専門部会及び連絡会等により、県中地域の摂食嚥下ケア支援について、関係機関との連携が強化された。
- 当所及び各関係機関が開催する研修会等において、積極的に事業説明を行ったことにより、病院及びケアマネジャーの「摂食嚥下連絡票」の認識は高まった。
- 摂食嚥下連絡票を活用した場合、病院からは「患者の状態が把握しやすい」「退院時だけでなく、いろいろな場面で活用できる」などの意見があった。ケアマネジャーからは「ケアプラン作成の参考になった」「関係職種に説明しやすい」などの意見があり、評価が高かった。

### 今後の展望

- 退院時カンファレンス等において、病院とケアマネジャーが摂食嚥下障害を有する患者の情報を共有することで、必要な食支援の実施につなげることができる有効なツールであることを、実践報告、事例報告を含めた研修会等で広く周知する。
- 県中医療圏退院調整ルールの手引き<改訂版>に摂食嚥下連絡票及び活用方法を掲載することから、「退院調整共有情報」の食事項目において嚥下障害「有」の場合、または摂食嚥下障害が有る場合の摂食嚥下連絡票の作成を定着させる。
- 病院、ケアマネジャー、各専門職団体へ摂食嚥下連絡票の活用を依頼し、情報共有から連携強化につなげる。

## 取組②食形態の平準化

【県中地域の現状】（平成29年度県中地域摂食嚥下ケア体制整備に関する実態調査結果より）

- 病院・施設等で「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」の基準に合せた嚥下調整食の対応をしているのは全体の16.3%で、現在是对応していないが今後合せる予定が34.4%、今後も合せる予定が無い・基準を知らなかったは24.7%であった。
- 病院・施設等で提供される嚥下調整食の名称は多種多様となっている。

### 【課題】

- 患者が病院や施設間を移動した際に、適した食形態の食事が提供されない可能性がある。
- 在宅ケアで食支援に関わる専門職や家族が、患者に適した食形態を把握しにくい。

### 【平成29年度 栄養部会で検討した成果】

- 在宅看護・介護において活用できるよう嚥下調整食の食形態に見える化した。
- 病院・施設等で提供される嚥下調整食は、学会分類2013を共通言語として活用することの共有認識が図られた。
- 学会分類2013と日本栄養士会推奨「医療栄養情報提供書」の整合性を図ることの必要が認識された。

### ◆◆◆平成30年度取組状況◆◆◆

#### 【研修会】

県中地域の病院・施設等で日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013に対応した嚥下調整食の必要性について認識を深めるため、病院・施設・市町村等の管理栄養士・栄養士を対象とした「食形態の平準化研修会」を公益社団法人福島県栄養士会の協力のもと10月22日に開催し、103名が参加した。

講義「介護・医療報酬改定（栄養関連）の概要」

事例報告「当院における『学会分類2013』に対応した嚥下調整食の取組及び医療機関と介護施設の栄養に関する連携に向けて」

#### 【勉強会】

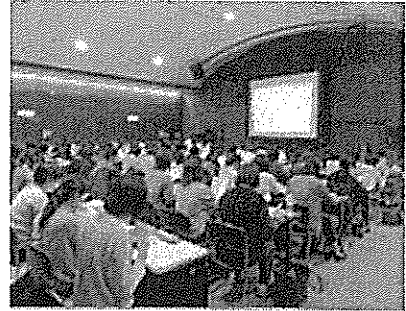
摂食嚥下連絡票と合せた「KTバランスチャート@食物形態の評価基準と日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」の活用を進めるため、食形態の平準化を学ぶ勉強会を平成31年2月13日に開催し、栄養部会メンバー及び関係機関の管理栄養士11名が出席した。

実習「嚥下調整食の形態を学ぶ」

## 取組②食形態の平準化 成果と課題

### 取組の成果

- 県中地域の病院・施設等で、学会分類2013に対応した嚥下調整食の必要性について認識を深めることができた。
- 専門部会での検討や「食形態の平準化を学ぶ勉強会」で嚥下調整食の実習を行うことにより、視覚的に食形態を把握できる「KTバランスチャート④食物形態の評価基準と日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」の表を作成し、関係機関へ周知できた。



### 今後の展望

- 病院及び施設等の管理栄養士・栄養士が、学会分類2013に対応した嚥下調整食の必要性を理解し、所属機関において整理、実践ができるように関係機関と連携して支援を行う。
- 他機関へ嚥下調整食に関する情報を提供する際には、「KTバランスチャート④食物形態の評価基準と日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」を活用するよう普及を図る。



## 取組③口腔のケア体制整備

### 【県中地域の現状】

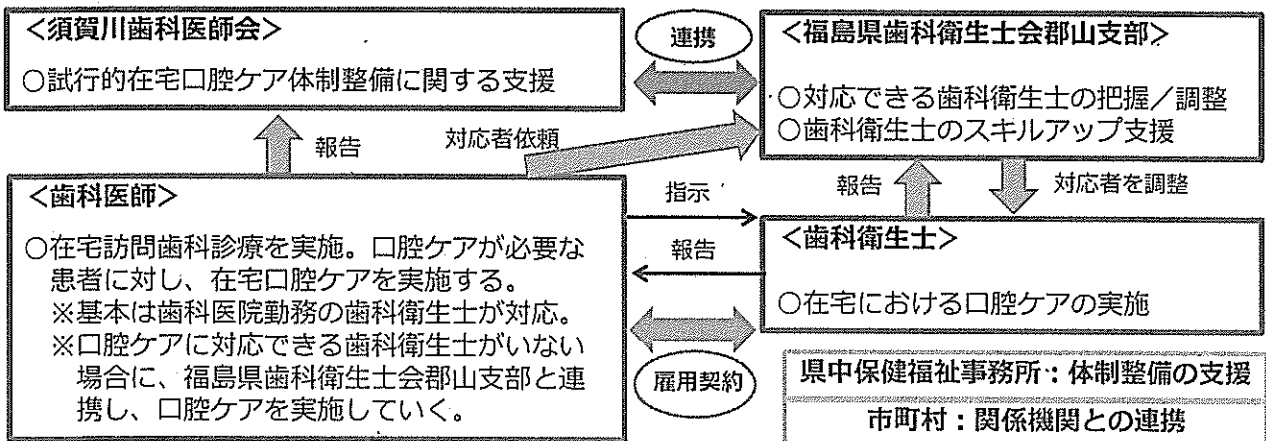
- 平成29年7月に実施した「県中地域摂食嚥下ケア体制に関する実態調査結果」より、歯科衛生士による訪問口腔ケアの実施及び今後の取組予定について、全体の約3割があると回答したが、残りの7割が取り組み困難と回答している。
- 歯科衛生士による訪問口腔ケア未実施施設の内、半数以上がマンパワー不足を理由としている。

### 【課題】

- 各関係機関において、在宅での歯科専門職による口腔ケアの必要性は十分認識されているが、現状として、人材不足の理由により訪問口腔ケアが十分に実施されていない。

### 【対応策】

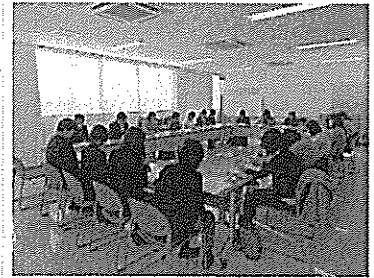
- マンパワーが不足している現状においても、在宅口腔ケアが実施できる体制を整備するため、須賀川歯科医師会・福島県歯科衛生士会郡山支部の協力を得て、モデル的に実施する。  
(平成30年8月開始)



## 取組③口腔のケア体制整備 成果と課題

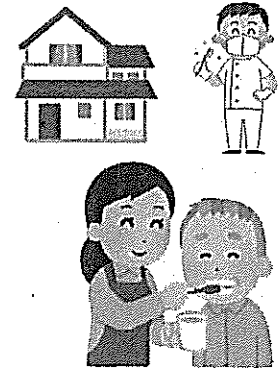
### 取組の成果

- 平成29年度から口腔ケア部会や連絡会を開催し、歯科専門職による在宅口腔ケアの必要性について、関係機関と共通認識のもと、マンパワー不足への対策となる体制づくりに取り組むことができた。  
また、平成30年8月からは、須賀川歯科医師会と県歯科衛生士会郡山支部と連携し、須賀川歯科医師会員と県歯科衛生士会郡山支部会員が業務契約を結び、在宅口腔ケアを試行的に実施する体制を整備することができた。
- 本体制では、自院のスタッフを派遣しないため、歯科医院の通常の診療に影響なく、在宅口腔ケアを実施することができ、また、口腔ケア実施マニュアルを整備したことにより、在宅口腔ケアの実施について、標準化を図ることができた。

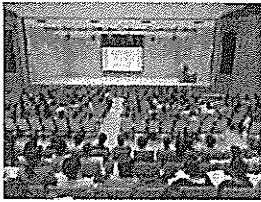


### 今後の展望

- 本体制の推進に向け、本人、家族、関係機関、各専門職への在宅口腔ケアの重要性（プロケアにより、口腔機能向上や誤嚥性肺炎予防につながること等）の普及啓発を行う。
- 各地域歯科医師会及び県歯科衛生士会郡山支部会員への、事業の進め方や事例等の説明や研修会の実施により、実施者側の認識の共有を図る。



## 取組④人材育成（スキルアップ）

月日	事業名	内容
平成29年 11月14日	スキルアップ研修会 (参加者123名)	テーマ「口から食べる楽しみをサポートするための多職種連動」 講師 公立岩瀬病院 院長 三浦 純一 氏 同院 言語聴覚士 齋藤 麻美 氏
平成30年 3月9日	合同連絡会 (参加者234名)	行政説明 連携ツール「摂食嚥下連絡票」活用の説明 講演「口から食べることをサポートするための包括的支援スキル」 講師 NPO法人口から食べる幸せを守る会 理事長 小山 珠美 氏
平成30年 9月12日	スキルアップ研修会 (参加者291名) 	行政説明「県中地域摂食嚥下ケア体制整備事業及び摂食嚥下連絡票の活用について」 事例報告「摂食嚥下連絡票の試行的活用を実施して」 太田総合病院附属太田熱海病院 太田総合病院指定居宅介護支援事業所 講演「口から食べることをサポートするための包括的支援スキル～KTバランスチャートの理解と展開～」 講師 NPO法人口から食べる幸せを守る会 理事長 小山 珠美 氏

## 成果と課題

### 取組の成果

- 病院及びケアマネジャーからの事例報告、摂食嚥下連絡票の評価基準であるKTバランスチャートの講演により、摂食嚥下連絡票の活用について共有認識が図られた。

### 今後の展望

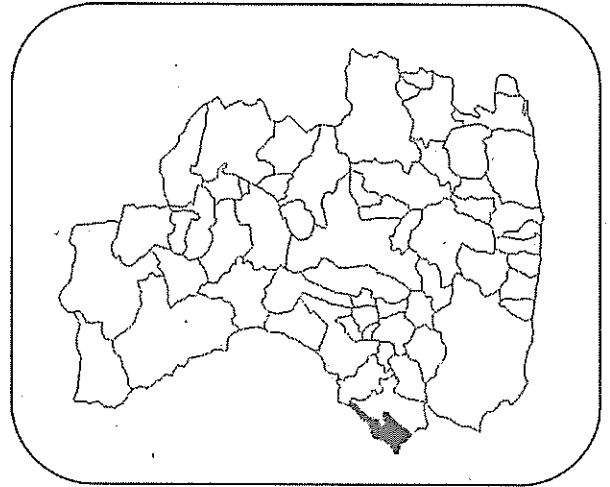
- 多職種が摂食嚥下連絡票の必要性を共有認識できる研修会を開催する。

## 矢祭町の概要

福島県の最南端に位置。県南地域の中では高齢化率が高く、地域資源も少ない。  
要介護認定率が非常に低く、第7期介護保険料は県内2位の安さである。

## 【基本情報】H30.10.1現在

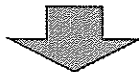
- 人口  
5,824人
- 65歳以上高齢者人口  
2,117人
- 高齢化率  
36.3%
- 要介護認定率  
13.1%
- 第1号保険料基準月額  
4,700円



## 取組の内容①

## ●背景

- ・広域的な連携は進んでいるが、町としての取組みが進んでいない。
- ・在宅医療と介護のあり方について、住民の理解が追いついていない。



これからの医療介護連携のあり方を知り、自分の人生について  
現実的に見直すきっかけづくりとして

## 住民向けセミナーを開催

## ●事業内容

実施主体：矢祭町、県南保健福祉事務所 合同開催  
日 時：平成30年11月30日（金）  
場 所：矢祭町保健福祉センター会議室  
対象者：一般住民

## ●取組のポイント

- ・管内町村担当者も参加、県南保健福祉事務所の協力を得る。
- ・対象が高齢者のため、送迎を行う。
- ・3部構成とし、医師会、薬剤師会、健康運動指導士を招聘する。
- ・エンディングノートの配布。

## 取組の内容②

### ●住民向けセミナーの内容

### 「人生100年時代！楽しく生きるコツ」

- |                |              |
|----------------|--------------|
| テーマ1：在宅医療について  | 東白川郡医師会      |
| テーマ2：正しい服薬について | 白河薬剤師会       |
| テーマ3：運動の実践     | 一般財団法人日本健康財団 |

### そのほかに

- ・地域包括支援センターの介護相談コーナー
- ・保健福祉センター内の自由見学（平成30年4月開所）
- ・ゆめ活ポイントの付与
- ・アンケートの実施

## 成果と課題

### 取組の成果

- 約80名の参加
- アンケート結果  
セミナーの内容について 「役に立った」が70%以上  
エンディングノートの使用について 「使いたい」が66%
- 東白川医師会、白河薬剤師会との連携の機会を得た。

### 今後の展望

- 広域の取組みである退院支援ルールの定着
- 住民サロン等での啓発活動
- エンディングノートの配布
- いずれは地域の医療・介護従事者の懇談の機会を設けたい

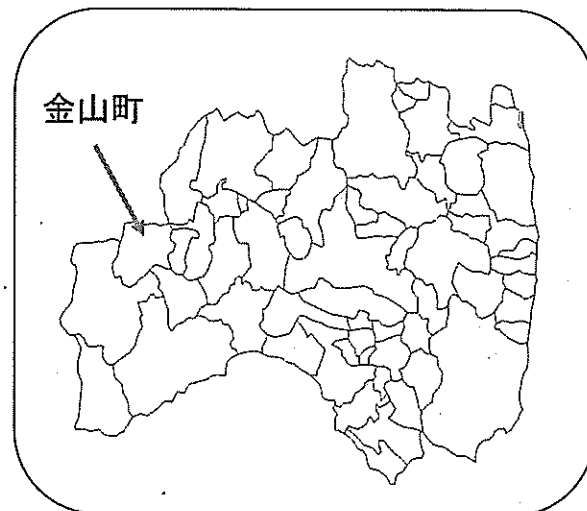


【金山町】の概要

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の地点にある。高齢化が進行しており、2月1日現在の住民基本台帳データにおける高齢化率は、60.12%である。

【基本情報】

- 人口（2月1日現在）  
2064人
- 65歳以上高齢者人口（2月1日現在）  
1241人
- 高齢化率（2月1日現在）  
60.12%
- 要介護認定率（2月1日現在）  
20.50%
- 第1号保険料月額  
6900円



## 取組の内容①

●背景

高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで送ることができるよう医療と介護の連携の強化を目指すためキビタンケアネット事業を推進する必要があった。

●事業内容

町、地域包括支援センター、町診療所が出席している地域ケア会議の中で勉強会を開催した。住民に周知するため、広報誌に掲載した。地域包括支援センターにインターネット環境を整備し、キビタンケアネットサービスを利用している。

●取組のポイント

- ・勉強会の開催（6月18日）  
講師 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
- ・町広報誌にてキビタンケアネットサービスの周知
- ・キビタンケアネットサービスの利用

# 成果と課題

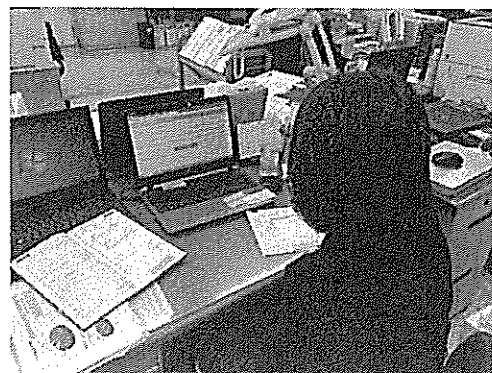
## 取組の成果

- キピタンケアネットに参加するための健康パスポートに約10名が登録した。
- 対象者のADL情報を電話でやりとりしなくても、内容を確認できるようになった。
- 共有したい情報を添付ファイルで送ることができるため、専門職の情報共有がスムーズになった。

## 今後の展望

- 初期集中支援チームのチーム員の状況共有ツールとして期待できる。特に自由に記載できる欄や電子データも添付ファイルで共有することができるため、医療、介護連携ツールとして活用できる。
- 町の診療所だけではなく、将来的に県立宮下病院や、会津医療センターとも情報共有を図りたい。

# 成果と課題



地域包括支援センターと情報共有の様子





---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (4) 介護予防の推進と

### 生活支援サービスの充実

---

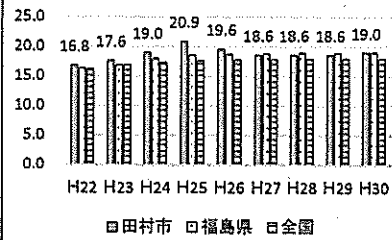


# 田村市一般介護予防事業 (介護予防に資する住民主体の通いの場の創設)の実践報告

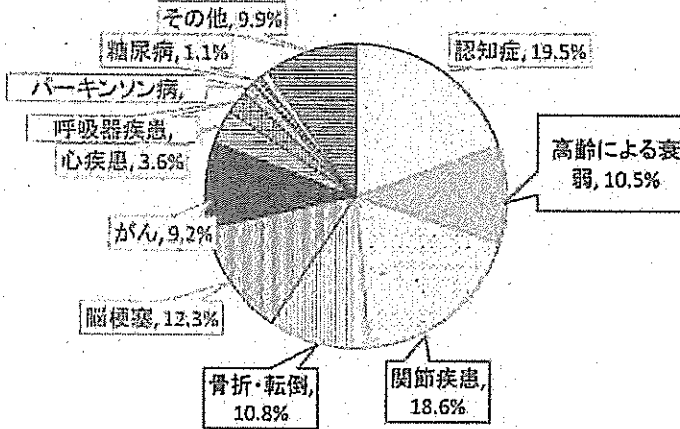
## 田村市の基本情報

	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
	※第7期：6,000円

介護認定率の推移



H26年度 新規申請者の主たる疾病



新規申請者の4割が  
廃用性症候群  
(生活不活発が背景に)

↓  
高齢者が日常的に  
体操に取り組める  
仕組み作りが必要  
(活動性の確保が必要)

## 住民主体の通いの場のための体制整備の経緯①

年度	課題・取組	結果・効果
25年度以前	二次予防事業を実施 (従来型の運動機能向上を主体とした教室)	
26年度	<p>【課題】 今までと同じ支援では『住民主体』へは発展しない。</p> <p>↓</p> <p>新しい方法で支援したグループは自主化</p> <p>↓</p> <p>グループ立ち上げの「きっかけ」づくりを開始 「やる」「やらない」の選択も住民へ委ねた</p>	<p>○支援者(行政)の意識改革 『住民は行政が思っているよりも できる』『行政にしかできないこと を支援する』</p> <p>○既存の地域資源の活性化 (ボランティアの活躍の場が増えた)</p>
27年度	<p>【課題】既存のご当地体操は負荷が弱く、効果が薄い</p> <p>↓</p> <p>理学療法士の協力を得て新たな体操を開発、体力測定で効果検証</p> <p>↓</p> <p>いつでも・どこでも誰でもできる媒体作成(DVD)</p> <p>【課題】安全で効果的な体操が実施されているか</p> <p>↓</p> <p>ボランティア派遣を継続支援の柱とする リハビリ専門職の派遣を開始</p> <p>↓</p> <p>ボランティア向け研修を定期的開催</p>	<p>○リハ職との連携強化</p> <p>○効果検証のための体力測定 が住民の「やってみたい・やり続けたい」を引き出す動機づけにも</p> <p>○ボランティアの活躍の場が確保でき、介護予防事業の軸に 「高齢者の社会参加」を位置づけるきっかけに</p>

## 住民主体の通いの場のための体制整備の経緯②

年度	課題→取組	結果・効果
28年度	<b>【課題】グループ支援の効率化</b> ↓ グループ同士で情報交換できる場の設定 ↓ グループの代表者会議の開催 ↓ 市内全グループを対象に交流会の開催	○地域を超えた仲間づくり ○特別なきっかけづくりをしなくても、ロコミやボランティアがリーダーになることでグループ立のち上げが促進 ○『住民主体』の特色を生かした活動を行うグループの増加
29年度	<b>【課題】グループ数の増加によるマンパワー不足(直接的な支援に加えて派遣調整等の事務作業)</b> ↓ 事業の客観的評価(医療費分析) ↓ 住民主体の通いの場を田村市介護予防事業の重点事業と位置づける(第7期計画へ数値目標を掲載) ↓ 民間委託へ向けた準備  <b>【課題】『住民主体』の推進</b> ↓ ボランティア養成・育成の充実 有償ボランティアから無償ボランティアへ	○サービス卒業後の受け皿の整備を進めていたため、自立支援に資するケアマネジメント支援(自立支援型地域ケア会議)を展開することができた  ○医療費分析を行うことで財源確保の根拠に  ○庁内(市長、議会)の理解  ○ボランティアの活動(社会参加・社会貢献)拡大の可能性

## 成果① 地域の中での広がり

	25年度 以前	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度 ※H30.2.7現在
住民主体の通いの場 (運動サロン)	5	9	20	31	44	56 <small>うち5Gは休会、 2Gは施設で実施</small>
【再掲】 介護予防に資する通いの場	1	3	11	22	27	36 <small>うち2Gは休会、 2Gは施設で実施</small>
参加見込み人数	96	159	308	436	604	759 <small>休会、施設実施含む</small>
【再掲】参加見込み人数 (介護予防に資する通いの場)	20	63	183	311	401	479
体力測定実施人数	—	—	①161 ②277	①233 ②330	①384 ②365	①407 ②106 <small>※30.12月実施分まで</small>

【参考】運動サロン参加者が高齢者人口に占める割合

高齢者人口 (30.10.1現在)	12,344
参加者割合	6.1%
【再掲】 介護予防に資する通いの場への参加者割合	3.9%

- ※1)表の中の「住民主体の通いの場」とは運動サロンを指す。  
 ※2)「介護予防に資する通いの場」とは概ね週1回以上(月3回以上)運動を中心とした活動を行う通いの場を指す。  
 ※3)体力測定実施人数はH30.12月末現在の状況。  
 その他は31.2.7現在の状況。

## 成果② 参加者個人の活動性の広まり

### ①握力の平均値:全身の筋力の状況の評価(介護予防に資する通いの場の参加者のみ)

	評価実施者数		平均測定値	
	男性	女性	男性	女性
6か月後 (平成29年度上期)	34人	226人	34.8kg	24.9kg
1年後 (平成29年度下期)	26人	231人	34.1kg	25.3kg
1年6か月後(平成30年度上期)	28人	198人	33.5kg	24.2kg

### ②タイムアップゴー:立ち上がりから歩行の状況の評価(介護予防に資する通いの場の参加者のみ)

	評価実施者数		平均測定値	
	男性	女性	男性	女性
6か月後 (平成29年度上期)	34人	224人	6.3秒	6.4秒
1年後 (平成29年度下期)	26人	231人	6.0秒	6.4秒
1年6か月後(平成30年度上期)	28人	198人	5.8秒	5.9秒

### ③基本チェックリスト:生活機能の評価(介護予防に資する通いの場の参加者のみ)

	評価実施者数	うち該当者数(単位:人)						
		生活機能全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ
6か月後 (平成29年度上期)	265人	6	35	0	48	18	31	38
1年6か月後(平成30年度上期)	205人	5	38	1	39	14	24	20

#### 【アンケートより:参加者の声】

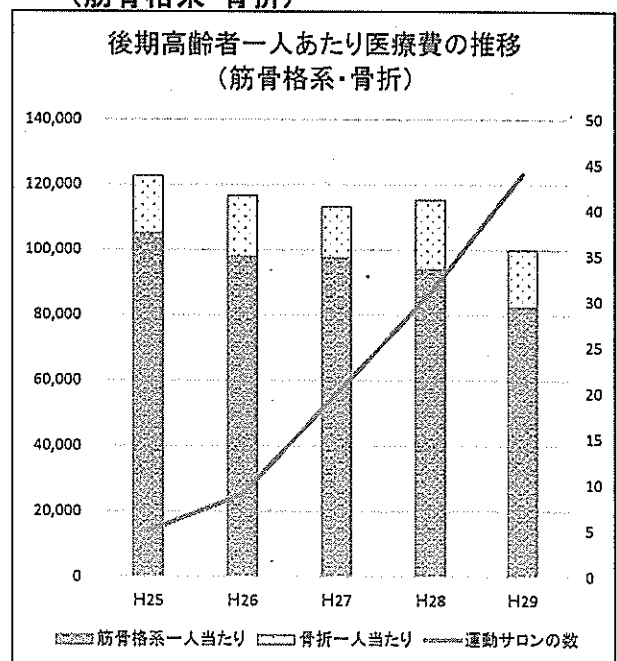
- ・サロンの日は体がすっきりしてよく眠れる。
- ・家では一人なので笑わないが、サロンに来ると笑顔が絶えない。
- ・仲間とおしゃべりが楽しい。
- ・今まで知らなかった人とも友人となり、運動会などの地区行事にも参加するようになった。
- ・地域の見守りにもなっている。
- ・今までやっと上っていた木戸前を楽に登れるようになった。
- ・サロンに来るようになってから、膝に注射をしなくてもよくなった。

## 成果③ 集団に対する評価

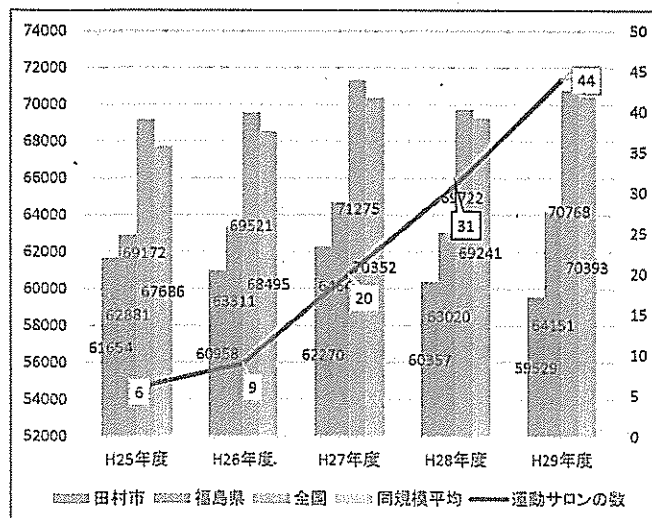
### ①新規要介護認定率の状況と介護保険給付費

年度	新規要介護認定率	【再掲】新規要支援認定者	介護保険給付費
H24	4.25%	1.39%	3,218,542千円
H25	4.42%	1.67%	3,258,695千円
H26	4.10%	1.42%	3,274,106千円
H27	3.68%	1.09%	3,362,169千円
H28	3.91%	1.28%	3,393,489千円
H29	3.87%	1.12%	千円

### ③後期高齢者一人あたり医療費の推移(筋骨格系・骨折)



### ②後期高齢者医療費 一人当たり医療費(円)



残念ながら、新規認定率・給付費に大きな変化は見られていないが、後期高齢者の医療費は減少傾向にあり、運動サロンのターゲットである廃用性症候群のうち、筋骨格系にかかる医療費が減少傾向にある。H30年度も同様の傾向にあり、将来的には新規認定率・給付の削減につながる事が期待される。

○『住民主体の通いの場』将来像の共有・規範的統合

- なぜ『住民主体』が必要なのか、住民に伝わるように伝え続けていくこと。
- 『自分たちの町の将来は自分たちで決める』  
『自分たちのことは自分たちでやる』と住民に考えてもらえるような仕掛けが必要とされている。  
(⇒生活支援体制整備事業と考え方は同じ)

○人材の確保・育成

- 地域ケア会議も全県的な取り組みとなり、これまでのようにリハビリ専門職を確保することは困難。費用対効果も考慮しつつ、「介護予防に資する」住民主体の通いの場を支援していかなければならない。



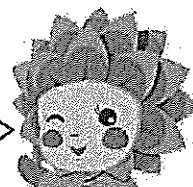
【埴町】の概要

県内の南端に位置し、東部は阿武隈山系、西部は八溝山系に連なり、町の中心部を久慈川が南下している。茨城県北茨城市や高萩市と隣接している。東27km・南北20km・面積211.40㎢で林野率約8割を占めている。南北に国道118号が走っており、それと並行するように水郡線が走っている。

【基本情報】

- 人口 8,770名 (H31.2.1現在)
- 65歳以上高齢者人口 3,165名
- 高齢化率 36.08%
- 要介護認定率 20.75%
- 第1号保険料月額 月額 5,400円

はなわのマスコット  
キャラクター  
「ダリちゃん」  
です



## 取組の内容

●背景

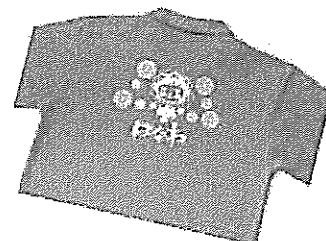
面積が広く、町内の中心地までは参加できない高齢者が多く、行政区単位で検診等も実施した経過もあり、サロン等も行政区単位で平成16年頃より開始し数が増えてきた。行政や包括・社協にも協力して対応してきたがマンパワー不足を感じていた。そこで地域の皆さんの力を借りたい・元気高齢者を増やしたい・との思いから「介護予防ボランティア養成」に取り組んだ。

●事業内容

- ◇H30年度の取組：H29年度に養成した介護予防ボランティア25名の活動拡大を図った
- ◇実施主体：町（包括や社協にも声かけし、一緒に実施）
- ◇事業の周知：回覧・IP告知端末・町広報・町保健推進員・サロン会場での声かけ
- ◇事業経過：平成29年6月～8月で25名養成（講義・演習・実習）10月より活動開始  
養成講座終了後、定期的に連絡会議を開催  
名称「いきいきダリちゃんの会」と決定（会長1名・副会長2名決定）
- ◇財源：H29町単独事業、H30システム推進・深化事業補助金

●取組のポイント

活動を知ってもらうために、おそろいのユニフォームを作成（ピンク色。はなわの「ダリちゃん」と「ダリア」を背中にレイアウト）し、活動の際は着用する。



## 介護予防ボランティアの活動範囲の広がり

○町が実施する介護予防教室「楽々元気アップ教室」教室の運営（6回コースの2クール）  
サロンで周知してくれ参加をすすめてくれる。

教室の受付や血圧測定・ラジオ体操・体力チェック等各主任を中心に自主的に活動するようになった。

また、ボランティア各自の研修の場や確認の場にもなっている。

○地区サロンの講師

ボランティアが、以前からの趣味の先生となり、地区サロン等で講師を担ってくれる。

また、講師を紹介してくれたり手伝ったりしてくれる。

【実績】 H29 参加者 1,179名 ボランティア 160名

H30 参加者 1,763名 ボランティア 254名 (H31,1,31現在)

○認知症サポーターとなつての活動

ボランティアを対象に、認知症サポーター養成講座を実施し、サロンに来ている認知症の方へ、個別に関わったり声かけ確認したりしている。

また、認知症予防の体操・ゲーム等自分で題材を作って皆さんに行ったりしている。

○埴町の魅力を発見

「きれいなハスが咲いているから見に行こう」

「城跡の桜が今見ごろだよ」等地域の情報を

知らせてくれたり、町の文化祭に出展しようなど、

細かい情報を提供してくれる。



## 介護予防ボランティアの活動範囲の広がり

### サロン等の交流会 (地区対抗カーリンコン大会)

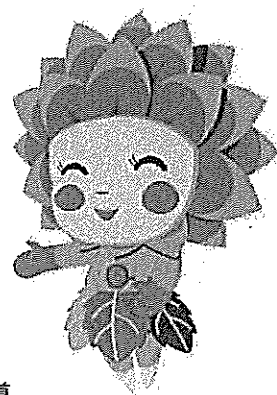
ほぼ、地域の皆さんの力を借りて『大成功！！』

主催者：生活支援体制整備推進事業の委員

会場：町営体育館

内容：ラジオ体操・・・介護予防ボランティア  
：カーリンコン大会・・・老人クラブの会員が審判  
：講演会「腹から笑って、いきいき人生」  
：昼食会  
：ニュースポーツ体験・・・老人クラブの会員が指導

・・・など総勢280名の参加で開催した。



○参加者の声

- ・皆で一致団結して、自主練習したりして さらに仲良くなれ楽しかった。
- ・久しぶりに同級生や知り合いに会えてうれしかった。
- ・練習を重ねるたびに、皆が元気になったように感じた。
- ・交流会の前は、町内の美容院が混んで町の活性化にもなった。
- ・優勝の盾(木工組合に頼んで木の町はなわをPR)も良かったし参加賞も全員にあってよかった。
- ・みんなで運動して食べたお昼は美味しかった。
- ・男女問わず、年齢問わず、身体の具合問わずでカーリンコンの選択は良かった。





# 成果と課題

## 取組の成果



- マンパワー不足の解消だけにとどまらず、自主的で積極的な高齢者が増えた。  
(押され気味である)
- 町の他の団体(民生委員・老人クラブ・日赤奉仕団・駐在等)と交流でき顔見知りが増え、他の場所で会っても話すことが増えた。
- 自分が住んでいる地域だけでなくいろんな場所へ行くことで町を知り、さらに地域への愛着が増えた。

# 成果と課題

## 今後の展望

- 他町村のボランティア団体に視察研修をし、さらに埴町にあう活動を広げていきたい。
- 男性の参加を推進したい。参加しない方へのアプローチ。
- 第2期のボランティア育成の希望があり、検討中である。
- 認知症施策・生活支援サービス等 高齢者施策について一緒に考えていきたい。



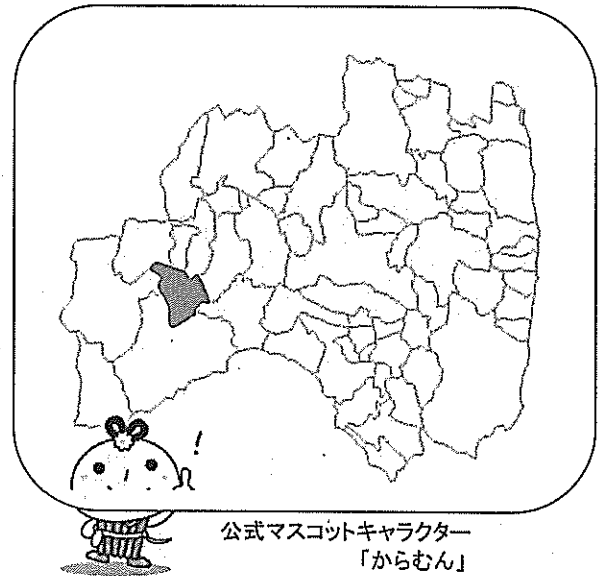
昭和村の概要

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特別豪雪地帯である。

本村は、小規模な自治体であることから社会資源も限られており、すべてのニーズに対応できないのが現状である。しかしながら、限られた資源を有効活用し、住み慣れた地域でいつもでも自立した生活を送ることができるよう地域づくりを推進する。

【基本情報】

●人口	1,274人
●65歳以上高齢者人口	713人
●高齢化率	55.97%
●要介護認定率	21.32%
●第1号保険料月額	6,500円



## 取組の内容①

### 1 背景

高齢者が少しでも地域で自立した生活が送れるよう介護予防運動事業を通して、運動機能の維持と閉じこもり防止を図るため実施。

### 2 事業内容

①実施者：村保健師

②介護予防事業

- ・お達者くらぶ 10地区（13会場） 9月・1月～2月 各会場2回開催
- ・関節さび抜き教室 10地区（10会場） 4月～7月 各会場2回開催
- ・元気で長生き教室 5会場 12月に開催

③事業内容

- ・お達者くらぶ 手工芸、血圧測定等健康状態の確認
- ・関節さび抜き教室 健康運動指導士によるストレッチやマッサージ
- ・元気で長生き教室 料理教室、健康相談

### 2 取り組みのポイント

- ①できるだけ地域で自立した生活ができるよう支援
- ②各地区に出向くことで、参加しやすい環境を整備
- ③地域内の様々な情報収集

# 成果と課題

## 取組の成果

- 参加者が固定化している状況であるが、参加者されている方には一定の効果がある。

## 今後の展望等

- 参加者が固定化し事業がマンネリ化していることから、介護予防事業に合わせて様々な事業を盛り込むことを検討。

## 【下郷町】の概要

下郷町は、福島県の西南、南会津地方の東端の山間部、阿賀川流域に位置し、3,17.09km<sup>2</sup>の面積を有している。周囲は2,000m級的那須山系などの山々に囲まれ、町のほぼ中央を阿賀川が北に流れている。標高は平坦地で400～500m、山間地で700～800mに達し、夏は高温多湿ではあるが、朝晩は涼しく、積雪量は平坦地で約40cm、山間部では1.5m以上となる地域です。

## 【基本情報】平成31年2月1日現在

## ●人口

5,733人

## ●65歳以上高齢者人口

2,419人

## ●高齢化率

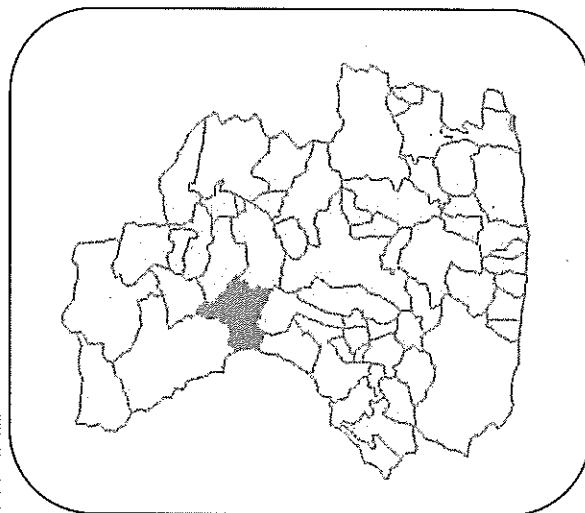
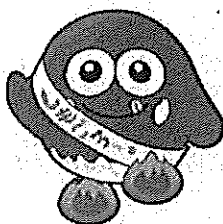
42.19%

## ●要介護認定率

18.02%

## ●第1号保険料月額

6,200円



## 取組の内容①-1

## ●背景

下郷町では、阿賀川流域とその支流に37地区と点在する行政区（自治区）を日常生活圏域とする第2層協議体として位置づけているものの、それぞれの協議体における高齢者がまとまって活動していくには地理的に厳しい環境にある地区が多数あるため、高齢者が集まりやすい第3層協議体の動きが活発化してきている。

地域住民主導による通いの場の整備、さらには町の重点施策である介護予防への取り組みを強化していくため、介護予防運動の指導者やそれに伴う必要備品等が不足が課題となっていたが、地域住民の一部がボランティア指導者として地域住民で賄っていくべきとの声が出てきたことから、これに応じてボランティア指導者の養成を行うとともに、第2・3層協議体の介護予防運動を支援していくこととした。

## ●事業内容

- (1) 介護予防運動指導ボランティアの養成
- (2) 第2・3層協議体の活動支援のための貸し出し用備品等の整備

## 取組の内容①-2

### (1) 介護予防運動指導ボランティアの養成

#### 【介護予防運動講座】

講座1	1月 8日 (火)	地域包括支援センター
講座2	1月15日 (火)	作業療法士・健康運動指導士
講座3	1月22日 (火)	健康運動指導士
講座4	1月29日 (火)	健康運動指導士
講座5	2月 5日 (火)	言語聴覚士・健康運動指導士
講座6	2月12日 (火)	健康運動指導士
講座7	2月19日 (火)	健康運動指導士
講座8	2月26日 (火)	作業療法士・健康運動指導士

#### 【救命救急講座】

救命救急講座 2月28日 (木) 消防士

#### 【実践演習】

実践演習 3月1日 (金) ~ 3月20日 (水)

## 取組の内容①-3

### ●取組のポイント

地域の高齢者を地域住民で支えていく体制の整備が必要となってきた中、その第一歩が踏み出せてきた。

また、地域住民の通いの場整備に向けた道筋も見いだせてきている。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 専門職指導者を補完していくボランティアが育つ
- 地域の高齢者を地域住民で支えていく体制が広がりつつある
- ボランティアからの幅広い意見が聞くことができた



## 今後の展望

- さらなるボランティア指導者の広がり（増員）
- 介護予防運動以外における通いの場としての指導者養成
- 地域で支えていく体制づくりの強化



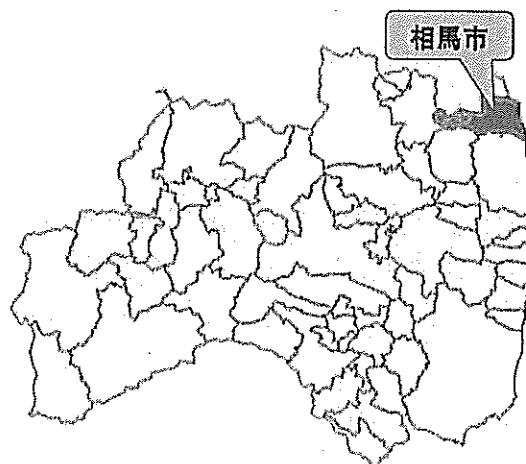
## 【相馬市の概要】

本市の高齢化率は年々上昇しており、全国平均を約1.7%上回っている。今後、65歳未満の人口は減少する一方で、高齢者の人口は増加することが予測される。また、震災後8年を経過し、それぞれ自立した生活に向けて生活再建を進めているが、地域コミュニティの変化や生活様式の変化等による心身への影響については、今後も継続して支援が必要である。

このような状況を踏まえて、高齢者の健康寿命の延伸や地域コミュニティの形成を構築する仕組み作りの手段として「骨太けんこう体操」を考案した。

## 【基本情報】

- 人口（平成30年11月1日現在）  
35,340人
- 65歳以上高齢者人口  
10,592人
- 高齢化率  
29.97%
- 要介護認定率  
18.24%
- 第1号保険料月額  
6,270円



## 取組の内容①

## ●背景

平成28年度において、運動器具などを設置した骨太公園で「もりもり骨太教室」を65歳以上の高齢者を対象に実施したところ、一定の効果があることが検証された。そこで、骨太公園以外の場所でも、誰もが気軽に同様の効果が得られる運動に取り組めるよう、医師や理学療法士の監修のもと、市が独自で「骨太けんこう体操」を考案した。この体操を市内各地に広め、介護予防へつなげるとともに、地域で高齢者が集まる「住民主体の通いの場」を増やし、住民同士の交流促進、地域コミュニティの形成、高齢者の健康寿命の延伸を目指し事業を実施している。

## ●事業内容

- ・多くの高齢者が「骨太けんこう体操」に興味を持ち、住民主体の活動が広がるよう、普及・啓発活動の実施。
- ・高齢者が気軽に集い、体操が実施できるよう環境整備の実施。
- ・「住民主体の通いの場」の立ち上げ、継続支援の実施。



## ●取組のポイント

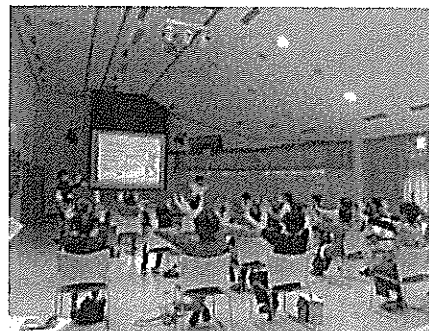
地域とのネットワークや介護予防に対する技術などを有する相馬市社会福祉協議会と連携し、健康講話等を取り入れながら「骨太けんこう体操」の普及活動を実施した。また、体操の導入期には、社会福祉協議会の職員が同行し、機器の使い方や体操の流れを伝え、定期的に体力測定や声掛けを行うなど、長く継続して活動できるよう支援を行っている。

また、平成30年度においては、「骨太けんこう体操」を監修した理学療法士と連携し、各地区公民館において体操の意義や効果の説明を交えた体験会を実施した。

## 取組の内容②

### 住民への普及活動

- 各地区公民館や出前講座で、「骨太けんこう体操」の体験教室を実施。
- 毎月第3月曜日にはまなす館で体験教室を実施。
- 理学療法士の講話を交えた体験会を実施。



### 立ち上げの支援

- 体操を希望する団体やグループにDVDを無料で提供。各公民館等の市の施設や公会堂を利用して定期的に継続して実施できるよう、体操の導入期には、社会福祉協議会の職員が同行。機器の使い方や体操の流れを伝え、支援を行った。また、参加者の励みや継続した実施に繋がるよう、希望に応じて体力測定を実施。



### 環境整備

- 体操を普及させるために、骨太けんこう体操で使用するテレビ、DVDプレーヤー、パイプ椅子を購入し、設備が整っていない会場に設置。これにより、最寄りの施設に設備が整っていないために、思うように体操が実施できないという団体の問題を解消した。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 定期または不定期に体操を行う活動団体が42団体、466名に増加した。（平成31年1月末現在）
- 足腰が鍛えられ、体が楽になったなど、自覚的な変化がみられた。
- 環境を整備することで、体操を実施する活動団体が立ち上がり、住民同士の交流が生まれた。



### 今後の展望

- 「骨太けんこう体操」の更なる普及啓発と実施しやすい環境整備。
- 自主的で継続的な活動となるよう、実施団体への働きかけと飽きないで継続できる取組の検討及び体操によって形成されたコミュニティに対する支援。
- 体操実施による効果・検証。
- コミュニティから生活支援体制を整備するためのリーダーの発見及び教育。





---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (5) 高齢者が支え合う

#### 地域コミュニティの構築

---



# エクレール郡山自治会

代表者 : 会長 佐久間 昭  
活動地域 : エクレール郡山壱番館、貳番館、参番館 (郡山市富久山町)  
会員数 : 441人 (うち60歳以上129人)

## 【会の特徴】

- 平成5年に建築分譲された全戸数220戸という、郡山市内でも指折りの大規模マンションである。
- 自治会は戸数や住民人口の関係から、地域から独立しマンション内単独で設立され今日に至っている。

## 事業名：エクレール郡山住民交流会

### ◇事業化の背景と動機

本マンションは築25年を経過し、入居当時と比較して住民の高齢化が進み、家族構成も変化してきた。居住者実態調査では、60歳以上の住民が34%を越え、そのうち高齢者の独居世帯が6% (26戸)、夫婦世帯が18% (38戸) という実態が判明した。

そこで、平成29年度に管理組合法人理事と自治会役員で高齢化対策会議を立ち上げ、進展する高齢化にどのように対処するのか検討を重ね、平成30年度からその具体化に努めた。

### ◇地域への効果

マンション内には、管理棟1階にコミュニティエリア、アスレチックルーム、体育館、2階に多目的ホール、和室等を備え、集会やスポーツ活動を行うには恵まれた環境であり、かつ集合住宅のメリットを生かした住民同士の交流を深める活動を通して、高齢者の見守りや防災に役立てていくよう心がけている。

## 活動内容

- ① 住民交流会「EKふれあいカフェ」月1回
- ② 「健康スポーツ教室」月2回、ヨガ・ストレッチ、ウォーキング、卓球等
- ③ 「健康講話」月1会
- ④ 「趣味の会」月1回  
(手芸の会、囲碁・将棋の会、カラオケ・ユーラスの会、ゴルフ友の会)
- ⑤ 高齢者独居対策検討会 随時
- ⑥ 住民防災活動の実施 年1回
- ⑦ 大規模マンション自治会の管理運営と高齢化対策の先進地視察研修
- ⑧ 高齢者の買い物・通院付添、掃除等生活支援ボランティアの検討

## 事業の実績

### EKふれあいカフェ

- ◆ マンション内の多目的ホールやコミュニティラウンジにて、毎月1回開催。

住民同士が顔を合わせる交流の場を設けることにより、良好な人間関係を作ることができた。



### 健康スポーツ教室

- ◆ 9～2月にかけて、ヨガ・ストレッチ教室を10回開催。

延べ120人の参加があった。

なかなかできないポーズがあり大変だったが、数を重ねるうちにできるようになり、毎回楽しくなってきた。



- ◆ 11月11日(日)空のみちウォーク2018(福島空港公園)に9人が参加。

天候にも恵まれ、綺麗な晴れ空の下、気持ちよくウォーキングを楽しんだ。



## 健康講話

- ◆ 11月21日（水）現役の介護職員を講師に招き「介護について」講演いただいた。

住民30人が参加し、介護について知識を得ることができた。



- ◆ 1月13日（日）鍼灸医院院長を講師に招き「東洋医学ツボ教室」を開催。

住民10人が参加し、講師から施術のポイントを教わった。



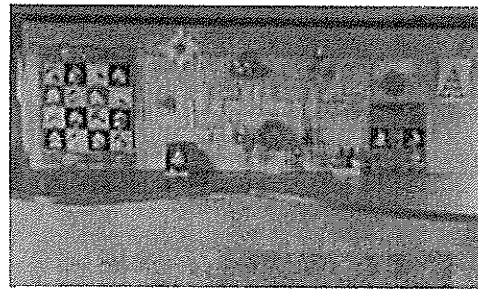
## 趣味の会（手芸の会）

- ◆ 9月に手芸の会を発足。全4回開催し延べ42人が参加した。

同じ趣味を持つ仲間と定期的に顔を合わせ情報交換ができる趣味の会は、住民交流の場となっていた。



（作品作成の様子）



（クリスマス作品をマンション内エントランスに展示した）

## 事業に取り組んでみての感想

住民同士の交流会は以前から立ち上げの契機はあったが、なかなか実現しなかった。前述したとおりマンション内の環境には恵まれており、この環境を活かさない手はないことや、高齢化が進み、これからは相互の顔の見える関係が住みよいコミュニティを作ることがきるとの意識を持つ方々が積極的に参加して下さったことにより、予想以上のスタートができた。

イベントもできることから始めようとのことで、上記実績のようなことが行われた。今後は、まだ必要機材等が整わずスタートできていなかった事業を軌道に乗せるとともに、多くの住民の方々が参加できるような働きかけを心がけていきたい。



---

### 3 県保健福祉事務所による 市町村支援

---





## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 ・ 会 議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステム体制構築連絡会議 (H30年12月・H31年2月)</li> <li>・退院調整ルール運用評価会議 (H30年11月～H31年3月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステム構築関連事業を推進していくために、関係団体、専門職との情報共有ができた。</li> <li>・県北医療圏退院調整ルール運用における課題を整理し対策を検討できた。</li> </ul>
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管内8市町村巡回指導・連絡(H30年5月)</li> <li>・自立支援型地域ケア会議 (H30年7月～H31年2月)</li> <li>H30年度モデル市町村に対する支援 (専門職派遣調整及び開催支援・助言等)</li> <li>H29年度モデル及び未実施町村への支援 (情報提供・講師協力・助言等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の課題、事業目標を共有した。</li> <li>・30年度モデル市町村における円滑なケア会議の開催</li> <li>・29年度モデル市町村における継続実施</li> <li>・未実施2町が次年度のモデル町としてケア会議を開催することになった。</li> </ul>
研 修 会		
そ の 他		

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 介護予防・重症化防止  
自立支援型地域ケア会議の取組により、地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメント力を強化する必要がある。
- 生活支援体制整備の推進  
市町村により協議体の設置や活動に差が出てきている。生活支援コーディネーターが配置されていない市町村もある。
- 医療と介護の連携(退院調整ルール)  
医療と介護の連携を図るために、退院調整ルールの円滑な運用を継続していく必要がある。

## 今後の支援方針

- 介護予防・重症化防止  
自立支援型地域ケア会議の立ち上げ、継続実施に向けた支援(専門職の派遣調整、ケア会議における助言、個別・地域課題の共有と対応検討、事業所等の意識醸成等)を行い、介護予防ケアマネジメントのスキルアップを図る。
- 生活支援体制整備の推進  
生活支援コーディネーターの情報交換会等を実施し、地域の実態把握や課題の共有を行い、助け合いの担い手養成、通いの場の普及、高齢者の生きがいづくり等、介護予防へ繋がる取組ができるよう支援する。
- 医療と介護の連携(退院調整ルール)  
精神科病院との連携体制を整備し、退院調整ルールの運用を支援していく。

## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県中地域高齢者福祉施策推進会議</li> <li>・県中圏域医療介護連携調整実証事業(運用評価会議)</li> <li>・県中地域認知症地域連携体制に関する情報交換会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・認知症施策の早期対応の課題等の情報交換、情報共有を行い、認知症施策の推進を図った。</li> </ul>
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全市町村訪問</li> <li>・自立支援型地域ケア会議モデル市町及び既実施市村への支援</li> <li>・各市町村への地域支援事業に関する介護保険技術的助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村の実態把握と課題についての助言を行った。</li> <li>・新たに2市町で公開会議を実施し、計5市町村で運用されている。</li> <li>・地域支援事業の内容について、助言を行った。</li> </ul>
研修会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援事業ベストプラクティス情報交換会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業、在宅医療と介護連携推進事業、地域ケア会議に関して、今後の事業展開の手法について理解を深めた。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関の名簿の作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター、認知症関係機関の連携を強化することができた。</li> </ul>

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 生活支援体制整備事業については、市町村間で格差が生じており、4町村が年度内に協議体が設置される見込みで、1町においては、生活支援コーディネーターが、H31年度内に配置される予定の町がある。  
また、協議体設置後も、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かない市町村があるなど、引き続き支援をする必要がある。
- 在宅医療と介護連携については、「退院調整ルール」が、引き続き円滑に運用される必要がある。  
さらに、在宅医療の充実に向けた取組の進め方の国からの通知に基づき、本庁や保健所と協議・役割分担しながら、都道府県において取り組むべき事項について検討する必要がある。
- 自立支援型地域ケア会議については、H31年度の全市町村実施に向け、まだ取り組んでいない8市町村において、モデル6市町村、モデル外2町村として会議が開催できるように支援する必要がある。また、実施している市町村についても、継続的に実施されるように支援する必要がある。
- 認知症対策については、各市町村に配置された認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、管内の2箇所の認知症疾患医療センターが、さらに連携をすすめ、引き続き、効果的に早期発見・早期対応と医療連携の対策が講じられる必要がある。

## 今後の支援方針

○生活支援体制整備事業については、対応が遅れている市町村に対しては、助言者を確保しながら個別支援等で対応するとともに、協議体設置をしていても活動が活発でない市町村については、情報交換会等で、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。

○在宅医療と介護連携については、「退院調整ルール」について、病院等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る。

さらに、在宅医療の充実に向けて、保健福祉事務所として取り組むべき課題や内容を整理した上で、市町村状況を把握しながら、保健所を活用して具体的な支援内容を検討していく。

○自立支援型地域ケア会議については、次年度、新たに取り組む市町村に対し、6箇所のモデル市町村を中心に支援を行うとともに、既に取り組んでいる5市町村も含めて、会議が効果的に継続して実施できるよう、関係機関の調整や情報交換を行う。

○認知症対策については、県中地域の各認知症疾患医療センターを核にして、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が一体となって事業が展開されるよう、情報交換、研修の場を設けるとともに、県中地域の関係者の名簿を引き続き作成し、連携を構築していく。

## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 会 議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○H30.8.23開催 第1回地域包括ケアシステム体制構築県南圏域会議</li> <li>○H30.10.17開催 認知症地域支援推進員情報交換会 生活支援コーディネーター情報交換会</li> <li>○H30.12.20開催 自立支援型地域ケア会議合同事業所説明会(白河市、西白河郡)</li> <li>○H31.2.4開催 第2回地域包括ケアシステム体制構築県南圏域会議 県南地域における退院支援ルール策定会議</li> <li>○H31.2.13開催 自立支援型地域ケア会議合同事業所説明会(東白川郡)</li> </ul>	<p>市町村・地域包括支援センター・介護関係者・医療関係者と、顔の見える関係の構築、情報共有、情報交換を行うことで、県南圏域の現状を把握し、課題を明確にし、次年度以降の方向性を見出すことが出来た。</p> <p>特に、保福主催で、自立支援型地域ケア会議開催に向けた事業所説明会を都毎に開催したことにより、市町村と事業所の負担軽減を図り、モデル市町村(実施済)を除いた県南管内全町村の来年度開催に向けた準備を整えることができた。</p>
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○管内市町村巡回相談・助言等 (11回)</li> <li>○認知症及び認知症初期集中支援チーム関係 (9回)</li> <li>○地域ケア会議等出席 (3回)</li> <li>○自立支援型地域ケア会議関係 (10回)</li> </ul>	<p>直接話をすることで関係強化に繋がり、良好な関係を維持することが出来ている。</p> <p>また、困難な事例の対応について、関係者間の情報共有、連携強化したことで解決に向けて動くことが出来た。</p>
研修会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○H30.11.30開催 在宅医療・介護連携推進事業 住民向けセミナー 「人生100年時代！楽しく生きるコツ」</li> <li>○H31.2.19 認知症疾患医療連携協議会・研修会</li> <li>○H31.3.13開催 「地域ケア会議(困難事例)の手法を学ぶ」</li> </ul>	<p>各市町村の現状や課題を把握したうえで、各市町村の手がまわらない部分に重点を置いた事業提案を行い、実施することができた。</p> <p>さらに、地域包括ケアシステムの体制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った。</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○アルツハイマーデー街頭活動支援(1回)</li> <li>○県南地域広域リハビリテーションセンター支援(3回)</li> <li>○専門職等講師派遣支援</li> <li>○年間を通して情報提供、情報共有</li> <li>○介護保険関係各種助言、情報提供、情報共有</li> </ul>	<p>「相談しやすい保福」「迅速対応」「明朗回答」「積極的支援」「前向きな提案」を心がけたことで、関係者間の連携強化に繋がった。</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、関係者の理解協力だけではなく、住民自身が自立に対し積極的に取り組めるよう周知が必要である。
- 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

- 「認知症カフェ」設置促進及び取組内容の充実のための支援を行う。
- 「通いの場」設置促進及び取組内容の充実のための支援を行う。
- 「自立支援型地域ケア会議」の運営充実のための支援を行う。
- 「成年後見制度」の理解促進、周知、利用促進に向けた支援を行う。



## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 ・ 会 議	①認知症対策担当者等意見交換会 ②市町村と関係機関との情報交換会 (会津地域リハビリテーション広域センター共催) ③会津圏域別介護予防市町村支援連絡会 (会津地域高齢者福祉施策推進会議との同時開催) ④生活支援コーディネーター等情報交換会 ⑤成年後見制度利用促進のための情報交換会 ⑥退院調整ルール運用評価会議	①警察官内毎に意見交換を行い、互いの業務理解に繋がった。また、31年度の認知症高齢者等模倣見守り訓練の足がかりになった。 ②自立支援型地域ケア会議について講話及び情報交換を行い、ケア会議の目的やお互いの役割について理解が深まった。 ③自立支援型地域ケア会議について説明を行い、理解促進に繋がった。 ④作成したパンフレット等の配布や名刺交換を行い、今後の活動や連携に繋がった。 ⑤平成31年度の市町村対象とした、基本計画に関する勉強会や研修会等の枠組みづくりができた。 ⑥運用状況の点検・評価の協議を行い、ルールの見直し、事業の整備・充実に繋がった。
訪問支援	①地域支援事業の市町村技術的助言 ②市町村主催の認知症対策推進連絡会議等への出席。 ③地域包括支援センター運営協議会等への出席 ④自立支援型地域ケア会議の今年度モデル4市町村の立ち上げ支援と昨年度モデル3町の継続支援	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。
研 修 会	①市町村と関係機関との情報交換会で講話(内容:福島県自立支援型地域ケア会議について) ②村主催の自立支援型地域ケア会議事業所向け説明会での講話	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が深まった。
そ の 他	①奥会津4町村介護保険勉強会への支援 ②大熊町地域ネットワーク会議への出席	町村における地域課題を把握し、情報共有や検討をすることができた。

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 認知症高齢者等見守り体制の充実。
- 自立支援型地域ケア会議を取り組むモデル市町村支援。特に自立支援・重度化防止について関係機関の理解促進。
- 生活支援体制整備の構築に向け、特に生活支援コーディネーターの支援の充実。
- 成年後見人制度利用促進のため、基本計画策定等の支援。
- 会津・南会津医療圏域退院調整ルールについて、引き続き定期的に運用状況を把握し、事業の整備・充実。

## 今後の支援方針

- 認知症疾患医療センターと連携を図り、警察署等関係機関との情報交換会を継続して開催していく。
- 自立支援型地域ケア会議を効果的に運営できるよう、市町村に対して情報提供や助言、現地支援、先進地視察調整等をおし立ち上げ支援と継続支援を行う。
- 生活支援コーディネーター等の情報交換会や訪問支援などを通して支援する。
- 成年後見人利用促進基本計画策定の支援のため、研修会や情報交換会、訪問支援を実施する。
- 病院及びケアマネに対するアンケート調査を行い、結果に基づき関係者間で退院調整ルールの運用状況の点検・評価の協議を行う。関係機関、市町村と情報共有をし、事業の整備・充実を図る。

## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内 容	成 果
情報交換 会 議	○地域支援事業意見交換会 1回 (H30.11.15)(管内町村担当・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター) ○南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会 2回(H30.10.1、H31.2.18)(医療・介護福祉関係者・各町村課長)	○意見交換会では、各町村相互共有により今後の取組み充実の参考としていただいた。生活支援コーディネーターも参加することで、各地区課題や住民の動向も共有できた。 ○協議会では、管内医療・介護等の主要メンバーに地域支援事業の取組み状況や課題について把握いただき、地域・在宅生活における当地域での課題や解決策等の意見交換ができた。
訪問支援	○介護保険・地域支援事業に係る技術的助言(H30.12.26檜枝岐村、H31.1.29南会津町) ○自立支援型地域ケア会議アドバイザーとして職員参加・専門職派遣 (下郷町・南会津町・事前ヒアリング各1回・会議助言各3回[新規立ち上げ支援]、只見町5回[昨年度からの継続支援])	○技術的助言に際し、各町村の課題確認や町村実情に応じた解決方法の提案も意識しながら実施した。 ○自立支援型地域ケア会議については、管内4町村中3町がH31年度以降も実施予定。参加者・傍聴者を含めた全体で介護予防・改善を意識したケアプラン作成やサービス提供のきっかけとなっており、今後各事業所でのプラン改良・成果に期待。
研 修 会	○自立支援型地域ケア会議専門職向け研修会 2回(H30.8.1南郷地区・H30.8.8田島地区)	○専門職がごく限られる当地域でも多職種で検討が継続できるよう助言者を養成。介護予防・重度化防止の取組み、助言の視点、資料の種類・見方等を理解・確認いただいた。また多職種連携の場となった。
そ の 他	○管内の医療・介護の資源一覧表の更新及び関係機関への配布。医師・歯科医師・薬剤師とケアマネジャー・包括名簿・連絡方法一覧の更新及び関係者間での共有	○資源データは、町村には周知先別に合わせて加工できる形態で配布し、現状把握・課題の検討の材料としていただいた。医療職・介護職名簿は制度化された医療職と介護との情報連携を意識した形で提供できた。

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 介護予防・生活支援サービス事業について、従来型以外の訪問型・通所型サービスの展開に欠ける。
- 通いの場を通じた住民主体の介護予防・生きがいづくりについては、過疎地かつ(特別)豪雪地帯である管内では、高齢者が集いの場に歩いて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。)
- 包括的支援事業(社会保障充実分)については、H30年度から本格実施となったものの、十分な取組みにはなっていない部分も多い。
- 在宅医療・介護連携について、町村職員が医療職との連携方法・進め方について困難さを感じている。

## 今後の支援方針

- 引き続き町村の支援ニーズや事業展開の困難さを訪問やアンケート等により十分把握した上で、効果的な町村個別支援方法を検討する。
- 介護予防・生活支援サービス事業については、協議体や生活支援コーディネーターによる町内会等の既存の取組み把握のほか、福祉とは全く別分野の民間事業者・団体が取り組んでいる(取り組める)内容の把握と支援体制への組み込みの検討や、町村の地域生活課題の解決策検討でもあるため、地域振興・政策担当課等と連動して取組みや支援体制を拡充していくことも助言していく。
- 通いの場の創出や継続方法、包括的支援事業(社会保障充実分)については、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・薬剤師会の構成メンバーが集まる会合等で各団体内の意見や課題を把握し、管内各町村・福祉関係者にも情報提供を行う。それを踏まえ各町村で取り組みやすい内容・方法から充実させていけるよう支援する。また多職種連携の前に2・3職種の少ない職種間での研修勉強会相乗り等も提案していく。

## 1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換 会議	相双管内市町村地域支援事業情報交換会を開催し、地域ケア会議や在宅医療介護連携事業の各市町村の取組状況や課題等について情報共有を行った。	各市町村の好事例や取組について情報交換を行っていただくことで、各市町村の取組の推進を図った。 被災町村においては、適宜、進捗状況を確認しながら必要に応じ情報提供を行ったが、依然として取組は町村毎に様々な状況である。 広域に避難している町村が多い中で、優先順位を考慮した事業展開を検討出来るよう個別支援を継続する。
訪問支援	介護保険業務技術的助言を実施し、介護保険業務に係る技術的助言と併せて、地域支援事業に係る助言を行った。 また、被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業では、高齢福祉課と共に双葉郡町村を訪問し、現状と今後の取組予定を聞き取り、必要時に情報提供を行った。	介護保険業務に係る技術的助言では、必要に応じて情報提供及び助言を行った。 また、被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業では、各町村における進捗状況や課題の把握、専門職の活用など必要に応じた助言を行い、徐々に帰還した町村内に住民主体の通いの場が立ち上がってきた。
研修会	開催実績なし。	
その他		

## 2 今後の支援方針

## 課題

- 地域包括ケアシステム構築の実現に向け取組を進めているが、市町村毎に進捗状況や課題は様々であり、市町村の実情に応じた個別支援が必要である。
- 従来型の地域ケア会議は全市町村で実施しているが、自立支援型地域ケア会議に取り組んでいる市町村は少なく、実施に向けた支援を行っていく必要がある。
- 生活支援体制整備事業は取組が遅れており、既に協議体及び生活支援コーディネーターを設置した市町村においても、実態として活動出来ているところは少ない。各市町村の体制や住民の避難状況も考慮し、活動を推進出来るような支援が必要である。
- 介護予防事業について、帰還が進んでいない町村においては、住民主体の通いの場の立ち上げが進まない状況である。また、帰還した町村においては、避難先で立ち上げた通いの場が帰還、転居などの理由により解散となり、新たに通いの場の立ち上げが必要な場合も出てきている。
- 在宅医療・介護連携について、「相双医療圏退院調整ルール」は運用開始から1年以上経過し、ある程度ルールの普及・活用が進んでいる。更なる在宅医療・介護連携推進のためにかかりつけ医等も含めた関係機関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済んでいるが、ほとんどの市町村が今年度からの運用であるため、各市町村で円滑な実施体制を構築出来るかが課題である。

## 今後の支援方針

- 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、先進事例等を市町村に情報提供し、地域包括ケアシステム構築の更なる深化に向けどのような取組を行えるか検討する。

「平成 30 年度地域包括ケアシステム構築にかかる市町村取組事例集」

平成 31 年 3 月 福島県高齢福祉課

住 所 : 〒 9 6 0 - 8 6 7 0

福 島 市 杉 妻 町 2 - 1 6

電 話 : 0 2 4 - 5 2 1 - 7 1 6 5

F A X : 0 2 4 - 5 2 1 - 7 9 8 5

Email: koureifukushi@pref.fukushima.lg.jp