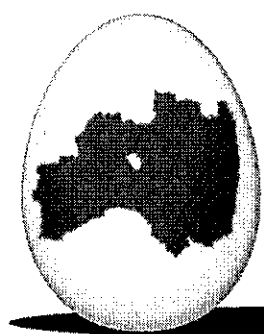


令和2年度
地域包括ケアシステム構築に係る
取組事例集



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

令和3年3月
福島県保健福祉部

目 次

1 はじめに	1
2 市町村の取組事例 (★はICTを活用した取組事例)	
(1) 地域ケア会議の充実	3
ア 玉川村	
(元気で過ごすための方策について多職種で考える、自立支援型地域ケア会議) ...	5
イ 西郷村	
(自立支援型地域ケア会議に関する取り組み	
～高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの向上を目指して～) ...	7
ウ 猪苗代町	
(自立支援型地域ケア会議の充実)	9
エ 檜枝岐村	
(複数の課題を持つケースを事例とした地域ケア会議)	12
オ 南会津町	
(住み慣れた地域で安心して暮らしていくために (自立支援型ケア会議))	14
(2) 認知症施策の推進	17
ア 平田村	
(認知症の方やその家族などが安心して過ごせる居場所づくり)	19
イ 矢吹町	
(認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるための取り組み)	23
ウ 喜多方市	
(認知症への理解の促進と地域における見守り支援について)	26
エ 南会津町	
(住み慣れた地域で安心して暮らしていくために(「脳げんきカフェ」の開催))	
.....	29

(3) 在宅医療・介護連携の推進	31
ア 福島市 ★	
(医療・介護連携のためのインターネットの活用 「集まらない研修・会議」の試み)	33
イ 郡山市	
(郡山市在宅医療・介護連携支援センターの取り組み)	35
ウ 白河市	
(在宅医療・介護連携の推進～ACPの普及啓発活動を中心に～)	41
エ 西会津町	
(その人らしさを尊重した医療・介護連携の推進)	43
オ 只見町	
(在宅医療・介護連携の推進)	46
カ 南会津町	
(住み慣れた地域で安心して暮らしていくために(退院調整ルール))	48
キ 浪江町	
(浪江町在宅医療・介護連携の推進について)	50
(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実	53
ア 伊達市	
(コロナ禍における高齢者実態調査と事業展開)	55
イ 田村市	
(介護予防の推進と生活支援サービスの充実(移動支援))	58
ウ 棚倉町 ★	
(ICTを活用した通いの場の広報支援の概要と活動報告)	61
エ 会津美里町	
(会津美里町介護予防・フレイル対策事業 (じげん体操・うんどう教室の紹介動画及びパンフレットの作成))	63
オ 下郷町	
(ボランティア団体設立と介護予防運動指導員の養成)	65

カ 南会津町 （住み慣れた地域で安心して暮らしていくために（介護予防コーディネーション事業））	67
カ 檜葉町 （住民主体の通いの場の活動支援）	69
キ いわき市 ★ （オンラインつどいの場（通いの場）「おうちでつながる会」）	71
3 県保健福祉事務所による市町村支援	73

1 はじめに

人口の減少と高齢化が同時に進行している現在、すべての高齢者が健康でいきいきと暮らせる環境づくりを進め、住み慣れた地域の中で安心して暮らせるよう、高齢者を地域全体で支える体制づくりがますます重要となる中、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の特性に応じて引き続き深化・推進し、地域共生社会の実現を目指していくことが求められています。

また、新型コロナウイルス感染症が今後も存在するウィズコロナ時代の中で、これまでの事業のあり方を変えていくことも必要です。

このような中で、各市町村における取組の情報が、県内で共有されることでより効果的に事業が展開される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、先駆的な取組や今後の事業展開の参考になる取組を事例集としてまとめました。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尊重され、すべての高齢者が、安心して、いきいきと、自分らしく暮らせる、地域でともに支え合う「ふくしま」の実現を目指し、市町村を支援してまいりますので、引き続き御理解と御協力を賜りますようお願いいたします。

2 市町村の取組事例

(1) 地域ケア会議の充実

玉川村

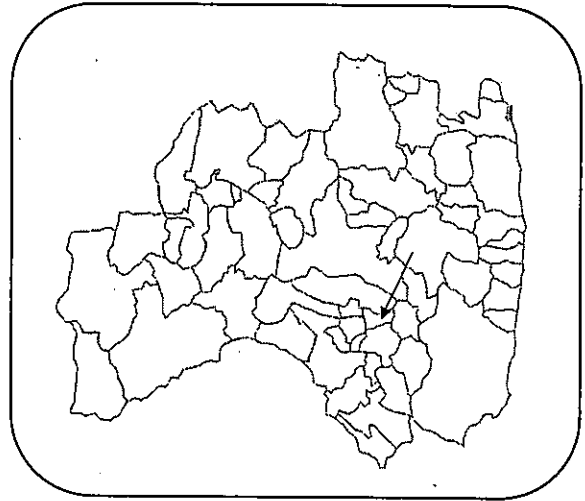
元気で過ごすための方策について多職種で考える、
自立支援型地域ケア会議

玉川村の概要

玉川村は福島県中通りに位置し、東西11km、南北に9km、面積は46.67km²の小さな村で、東部は起伏の多い山間地帯、西部は阿武隈川沿いに展開する平坦な土地が広がる豊かな自然を有する地域です。又、福島空港の所在地でもあり、あぶくま高原道路が東西に走り、交通の利便性にも優れた村です。

【基本情報】 令和2年11月1日現在

●人口	6,568人
●65歳以上高齢者人口	2,072人
●高齢化率	31.5%
●要介護認定率	14.4%
●第1号保険料月額	5,400円



取組の内容①

●背景

令和元年度から多職種の助言者を依頼し、自立支援型地域ケア会議に取り組んでいる。

●事業内容

実施主体：玉川村

会議までの流れ：年度初めに年度内の予定などを村内の包括、居宅事業所などに説明し目的を共有。助言者は地域を知っている方（栄養士、薬剤師）については村が直接日程調整し依頼。事業所の介護支援専門員から該当する事例を提出してもらう。その事例についてどうすれば自立支援に近づけるのか、ケアマネとしてどう考えているか、困っていることは何か・・・などを相談し、会議のテーマを決める。

●取組のポイント

個別ケースがどうすれば元気になれるのか、自分でできることが増えるのかなどを助言者等と一緒に検討する。ケースを通じて、地域の課題も一緒に検討していく。又、担当ケアマネだけでなく、事業所職員が出席することで自立支援への理解を共通に持てる。

取組の内容②

事例1 『体調不良（足が出にくい、疲れやすい）が改善し、外出や交流に対する意欲を高めるためのアプローチについて』

- 生活課題 ①効果的な運動について
②服薬管理
③義歯の調整と食事について

《概要》

息子と2人暮らしの84歳の女性。13年前からパーキンソン病で治療しているが体調不良が原因で外出や交流が少なくなっている。家事などできることは続けているが、義歯が合わず、食事をミキサー食やお粥にして摂っている。疲れやすく、サロンでの運動やリハビリなども休んでいる。服薬管理は自分でできているが、残薬も多い。ケアマネとしては、以前のように近所で開催している高齢者のサロンやリハビリなどへの通所を再開して、元気になってもらいたいと考えている。

《専門職からの助言内容》

- ① しっかり噛んで食べることが大事。栄養価も低くなってしまったりする。又、噛む力が低下することで口の周りの筋肉も衰え、発語にも影響してくる。認知機能の低下にもつながる。
- ② 有酸素運動が効果的。イスに座った運動を続けて5分実施することから始めてみてはどうか。そうすれば体力もつき、疲れやすさも軽減する。
- ③ 薬の効果などを理解してもらうことが大事。又、お薬手帳を効果的に利用し、残薬を薬剤師に分かってもらう。便秘改善のため、マグミットを指示どおり服薬してはどうか。又、受診も1人では難しいかもしれない。毎回でなくたまに家族に同行してもらえるか聞いてみると良い。

成果と課題

取組の成果

- 自立支援の重要性についてケアマネだけでなく、関わる職員が理解して取り組める。
- ケースを通して地域の課題が見え、解決に向けて取り組める。



今後の展望

- 多職種間の連携強化(困った時に相談できる専門家がいる)
- 地域づくり、資源開発に結びつける。

西郷村

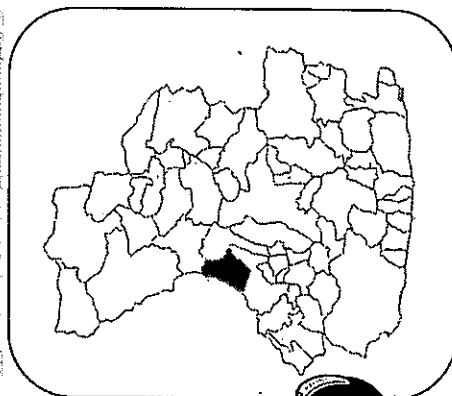
自立支援型地域ケア会議に関する取り組み
～高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの向上を目指して～

西郷村の概要

西郷村は東西約22km、南北約14km、面積192.06km²の広さで、福島県と栃木県界の那須東麓に位置している。村民の生活圏はおおむね標高400mから600mで、東北本線の東京・盛岡間では最も高地に位置している。自然が豊かな村で高齢化率は、令和3年1月1日現在24.7%と、福島県内の市町村の中で一番高齢化率が低い村である。本村においては、地域包括ケア体制の充実を図る中で、地域包括ケアシステムの構築の1つとして自立支援型地域ケア会議を実施することとしている。

【基本情報】（令和3年1月1日現在）

●人口	20,254人
●65歳以上高齢者人口	5,020人
●高齢化率	24.7%
●要介護認定率	15.3%
●第1号保険料月額	5,700円



西郷村イメージキャラクター
「ニシゴ」

取組の内容①

●背景

住み慣れた地域でいつまでも生活できるように、医療・介護・生活支援・介護予防等の整備が求められる中で、「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者が協力し合い、地域特性や住民特性等の実状に応じた支援を進めると共に、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの向上を目指して自立支援型地域ケア会議を実施することとしている。

●事業内容

- ・開催回数（予定）：6回
- ・検討事例数(予定)：13件
- ・対象者：総合事業対象者及び要支援1・2の認定者
- ・参加者：行政職員、ケアプラン作成者、介護サービス事業所職員、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、保健師

●取組のポイント

村内介護支援事業所のケアマネジャーを対象にケアマネジメントの向上を目的とした研修会を兼ねて実施した。

また、より多角的な視点から支援を実施できるよう、県に対して専門職(管理栄養士)の追加派遣を依頼した。

取組の内容②

●事例の概要

- 総合事業対象者の70歳代女性(一人暮らし)
- 脳梗塞を経験するも、後遺症による麻痺等は見られず、歩行時にふらつきがある程度
- 食事のバランスが悪く、体重が増加傾向にある。
- 訪問型サービスを利用しているが、本人の生活に対するモチベーションが低く、ヘルパーへの依存心が強い。
- ヘルパーが支援を苦慮する程に住環境が古く、粗悪である。

●専門職からの助言

- 既往症(リウマチ)の悪化防止のためにも、体重増加による加重負担を抑えながら、運動を中心とした減量に取り組んだ方がよい。
- 菓子パン等はカロリーが高く体重増加に繋がるので、ご飯を3食バランス良く取ることが望ましい。また、調理が難しい場合は缶詰や冷凍食品を取り入れながら、バランスが偏らないようにするとよい。
- ヘルパーへの依存心が強い場合は、“支援できること”と“できないこと”を区別しながら進めるとよい。また、生活のモチベーション向上のために日々“褒める”ことを意識しながら楽しく支援を進めるとよい。
- 住環境が粗悪な場合、冬の寒さが厳しいことが想定されるため、敷くだけで暖くなるマットを取り入れる等をして環境を整えた方がよい。また、地域の民生委員等の協力を得ながら住環境の改善に取り組むことも考えられる。

●地域ケア会議による効果

- ケアマネジャーは本人に対して、運動が嫌いだという先入観があったが、会議を通して日々の運動習慣を取り入れることができた。
- ケアマネジャーは本人のヘルパーへの依存心に悩んでいたが、原点に立ち返り、褒めながら楽しく支援を進めることで、本人のモチベーション向上に繋げることができた。

成果と課題

取組の成果

- ケアマネジャーの研修会を兼ねて実施したことにより、ケアマネジメントの質の向上に繋げることができた。
- 専門職からの助言を通して、日々の運動習慣や食事習慣等の改善に繋げることができた。
- 専門職の派遣を追加依頼したことで、より多角的な視点から支援に繋げることができた。

今後の展望

- 検討事例の対象者に係る条件を緩和する(要介護1・2含む)ことで、より多くの方を対象に自立に向けた支援を目指す。
- これまで地域包括支援センターを中心に検討事例の作成を行ってきたが、今後は村内の介護支援事業所を対象に検討事例の提出を求めることで、ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上を目指す。

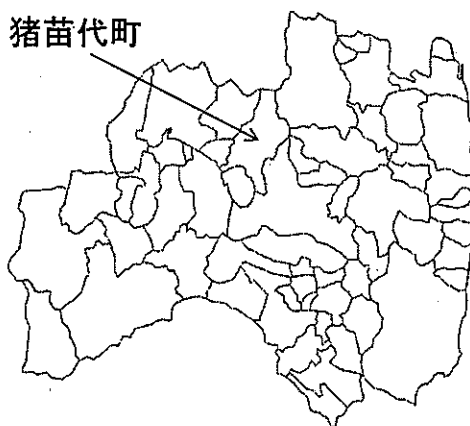
猪苗代町の概要

当町は、福島県のほぼ中央に位置し、磐梯山などの山々と猪苗代湖に囲まれています。冬期は積雪が1～2mほどになり、除雪や閉じこもりなど冬特有の課題が生じます。人口減少に伴い高齢化率の上昇に拍車がかかっており、高齢者単身世帯や高齢者のみの世帯が増加しています。本人の望む生活の実現に向け、介護サービスだけではなく地域とのつながりの維持や支援する関係者の連携などを重視した、地域包括ケアシステムを目指しています。

〔基本情報〕

- 人口
13,810人
- 65歳以上高齢者人口
5,292人
- 高齢化率
38.3%
- 要介護認定率
19.5%
- 第1号保険料月額
6,000円

猪苗代町



取組の内容①

●背景

平成29年度にモデル事業から開始した自立支援型地域ケア会議が4年目を迎えた。令和元年度からは軽度の要介護者も対象とし、居宅の介護支援専門員にも自立支援が浸透し始めたところだったが、新型コロナウイルス感染症の流行により会議等の中止を余儀なくされるという状況となった。自立支援型地域ケア会議は当町にとって重要な取り組みであるため、緊急事態宣言解除後はケア会議を開催してきた。

●事業内容

5・6月は中止。7月より毎月1回ケア会議を開催し、3事例の検討と過去の事例のモニタリング報告を行った。

●取組のポイント

要支援事例のみでなく、居宅の介護支援専門員の自立支援の視点の推進のため、町内の居宅の介護支援専門員（小規模多機能型も含む）全員を対象としている。

介護サービスだけではなく地域とのつながりも本人にとって重要な資源であるため、生活支援コーディネーターが会議に参加するようにしている。

生活援助中心型ケアプランの届出があった場合には、自立支援型地域ケア会議での検討を実施することとした。

取組の内容②

項目	内容	担当者
1. 取組の目的
2. 取組の経緯
3. 取組の概要
4. 取組の成果
5. 取組の課題
6. 取組の今後の展望

項目	内容	担当者
1. 取組の目的
2. 取組の経緯
3. 取組の概要
4. 取組の成果
5. 取組の課題
6. 取組の今後の展望

成果と課題

取組の成果

- 自立支援に資するケアマネジメントやケアの提供について、理解が進んできた。
- 介護事業所の職員だけでなく、行政職員のOJTの場ともなっている。
- サービス担当者会議は行っているが、支援の方向性が合っていない場合もあり、方向性を合わせる場となっているケースもある。

課題

- ケアマネジメントの課題
「本人の希望する生活」に着目できない、引き出せない。
アセスメントの不足(特に栄養や口腔、病状など)。
サービスありきのケアプランも。
- すべてのサービス提供事業所やそれぞれの職員にまで、自立支援が理解されるまでには程遠い。
- 高齢者自身や家族に助言を実施してもらうことが難しい場合も多い。

今後の展望

- 令和3年度以降も自立支援型地域ケア会議を開催する。
- 自立支援に資するケアマネジメントの普遍化が図られることを目指す。
 - 地域課題解決に向けて専門職との協働が可能となるよう、町内の専門職の育成や連携を強化する。
 - 地域包括ケアシステムの深化推進と連携し、ケアマネジメントの研修会を併せて実施する。
 - 高齢者や家族・介護事業所など、規範的統合をすすめる取組みも併せて実施する。

檜枝岐村

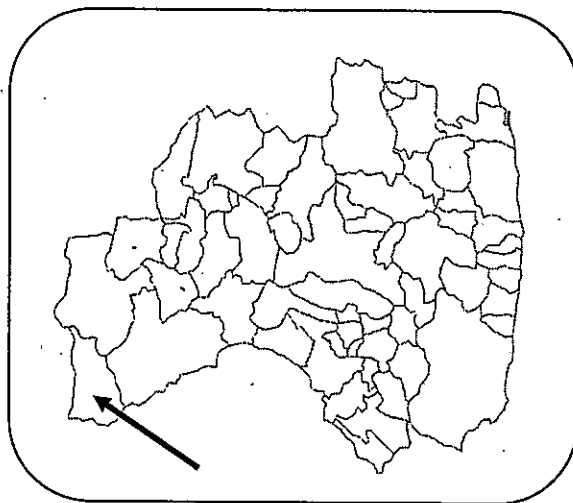
複数の課題を持つケースを事例とした地域ケア会議

檜枝岐村の概要

本村の地域ケア会議は、地域包括支援センターが開催する「個別ケア会議」が主で、参加者は居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、社会福祉協議会、民生委員、保健師、管理栄養士、その他行政職員等である。事例に合うと思われるメンバーを参集し開催してきた。協議事項は、その事例が自分らしく、檜枝岐村で安全安心に生活できるように何ができるのか等を話し合ってきた。

【基本情報】 令和3年1月31日時点

- 人口 520人
- 65歳以上高齢者人口 189人
- 高齢化率 36.34%
- 要介護認定率 15.34%
- 第1号保険料月額 4,500円



取組の内容①

●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するために、医療・介護・福祉の関係機関、民生委員等で構成されたメンバーで、随時地域ケア会議を開催している。

村は介護のみに視点を置きがちになっているため、福祉の視点も含めた地域包括ケアシステムについて関係機関と共通認識を図り、充実を目指す。

●事業内容

- (実施主体) 檜枝岐村、地域包括支援センター
- (実施日時) 随時
- (実施場所) 檜枝岐村地域包括支援センター
- (参加者) 社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、檜枝岐診療所、民生委員、地域包括支援センター、村

●取組のポイント

村と地域包括支援センターだけでなく、関係機関が集まることで、課題について多様な視点から考え、共有する。

取組の内容②

(検討テーマ)

精神障がいを持つ人と高齢者世帯への支援を考える

(事例の概要)

80代の両親、40代女性の世帯。一階平屋。両親はADLがかなり低下しており、通院等はやっとのことで歩いていく。また、話の理解度も低い。娘は統合失調症及び精神遅滞。服薬管理や家事も「できます」という発言があり、介護サービス等の利用は拒否していた。

(専門職からの助言内容)

- ・支援者と対象の思いのズレはないか確認する。
- ・家族でできることを妨げないことはもちろんだが、互助や共助も視野に入れて考えられると良い。

(地域ケア会議による効果)

- ・事例を通してケース支援のあり方、地域連携のあり方について共通認識をもつことができた。

成果と課題

取組の成果

- 医療・介護・福祉に関連した多職種による構成で開催することで、様々な視点からの情報共有を行い、地域包括ケアシステムの必要性を再認識することができた。
- 出席者にとって気づきの場、スキルアップの場となり、関係者のアセスメント能力向上の一助となった。

今後の展望

- 地域包括ケアシステム構築を推進するため、地域ケア会議の充実に努めていく。
- 介護のみでなく、福祉の視点でも考えることができるように努める。
- 地域で高齢者・障がい者を支えていく体制づくりの強化に努める。

南会津町

住み慣れた地域で安心して暮らしていくために
(自立支援型ケア会議)

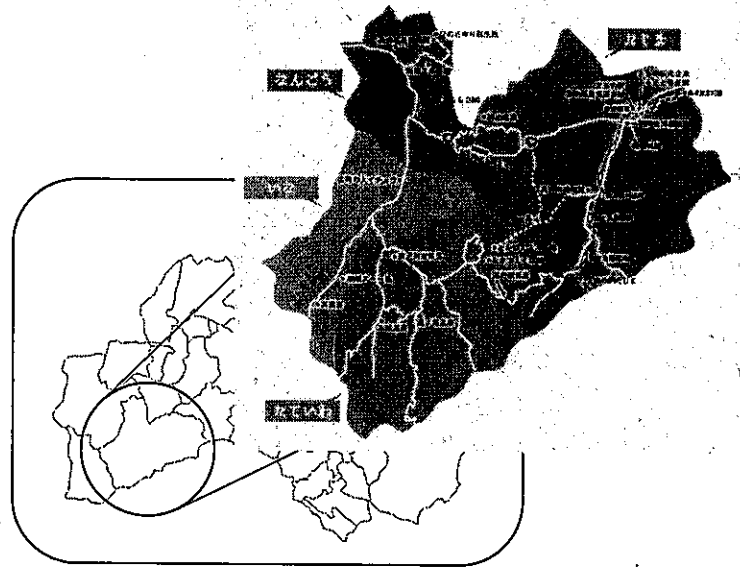
南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

【基本情報】

- 人口
・14,948人
- 65歳以上高齢者人口
・6,179人
- 高齢化率
・41%
- 要介護認定率
・20%
- 第1号保険料月額
・6,000円(基準額)



自立支援型ケア会議

- 開催頻度 2ヶ月に1回(奇数月の第3木曜日)
- 主催・運営 南会津町
- 会議の目的 個別課題解決機能、地域課題発見機能
地域包括支援ネットワーク構築機能
地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
- 参加者 町健康福祉課、地域包括支援センター
ケアプラン作成者、サービス提供事業者
専門職(Ph・PT・OT・ST・DH・RD)
生活支援コーディネーター
- 対象範囲 町全域の要支援認定者及び要介護1・2認定者

自立支援型ケア会議 事例

- 1 検討テーマ 活動意欲の低下した認知症の方が暮らしの中に楽しみを持てるような活動や転倒予防に繋がる支援方法
- 2 事例の概要
息子夫婦と3人暮らし。家事も家族に任せ、活動意欲が無くなり、横になって過ごす生活を送っているアルツハイマー型認知症の高齢女性。要介護1の認定者。活動する機会にデイサービスを利用しているが、自宅では特にすることもなく過ごしている。筋力の低下もあり、ふらつくこともある。
- 3 専門職からの助言内容
 - ・やせ型で今後体重の減少を予防できるよう、蛋白質(肉・魚・大豆製品・乳製品)を1品追加できるとよい。
 - ・本人の意欲を引き出す関わり方として、「～してほしい」やって貰ったら感謝の声かけ、デイサービスでの活動作品を褒める、デイサービスでの活動で自宅でも取り組める宿題形式の取り組みなど。
 - ・椅子からの立ち上がり評価の活用で、小さな目標を設定し、運動の意欲に繋げる。
- 4 地域ケア会議による効果
 - ・活動性の低下した認知症の方が、デイサービス利用時だけではなく、日常生活でも継続できるような取り組みに繋がられるような工夫をサービス提供時にも取り入れることで自立支援に繋がることが理解できた。(担当ケアマネより)

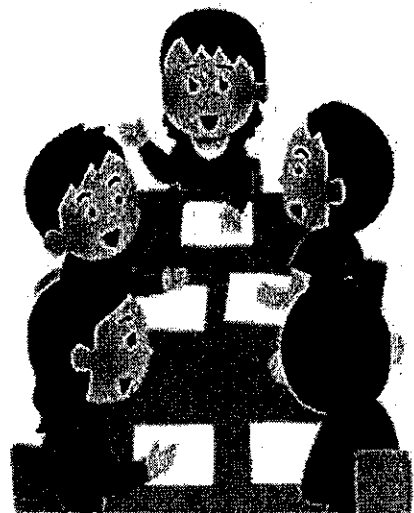
成果と課題

取組の成果

- 地域資源の発掘・共有が図れた。
- 専門的なアドバイスにより、課題解決に繋がった。

今後の展望

- 1つ1つの個別課題の検討を積み重ね、地域課題を明確化し政策形成に繋げる。



2 市町村の取組事例

(2) 認知症施策の推進

平田村

認知症の方やその家族などが安心して過ごせる
居場所づくり

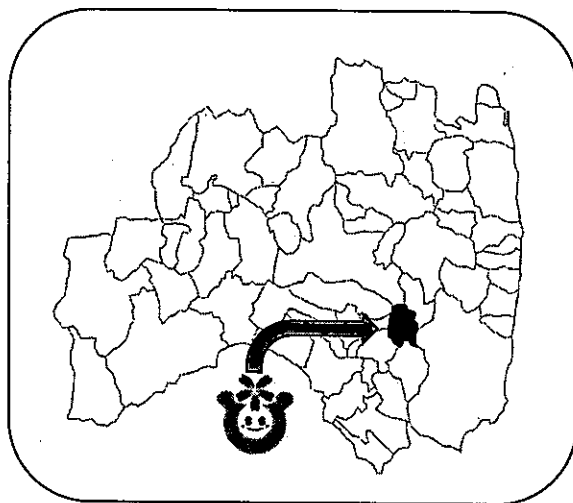
平田村の概要

平田村は、県の南部、石川郡の北東部、いわき市と郡山市のほぼ中間に位置しています。全地域が阿武隈山系の中にあり、標高500～700mのなだらかな山間地帯です。協議体において、新しい地域の資源について話し合いを進め、担い手の養成など人づくりから取り組んでいます。

【基本情報】

(令和2年10月末)

●人口	5,921人
●65歳以上高齢者人口	1,949人
●高齢化率	33.0%
●要介護認定率	16.1%
●第1号保険料月額	5,300円



「認知症カフェ」立ち上げに向けて

●背景

- ・平成30年度 協議体において「認知症カフェ」の必要性について話し合う。
- ・「認知症カフェボランティア養成講座」を開催し、33名のボランティアが登録。

①『地域づくり講演会の開催』

～地域住民の方に認知症について正しい理解を知ってもらう～

★令和元年 9月3日 「認知症の方とのコミュニケーション法」

・講師・公認日本バリエーション協会
代表 正垣 幸一郎氏



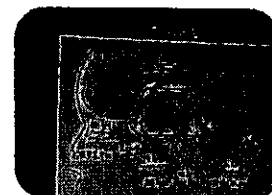
②『認知症カフェボランティア養成講座の開催』

～みんなが笑顔で暮らせる平田村を目指して～

・認知症を自分の事として考え「地域で何ができるか」を一緒に考える

★第1回目 令和元年 11月5日「ボランティアとして認知症の本人とその家族を支えるために」

・講師・竹田健康財団 認知症看護認定看護師
木田 直子氏



★第2回目 令和元年 12月6日「認知症カフェってなに？」

・講師・郡山市医療介護病院
島野 光正氏

●「認知症カフェ」立ち上げ委員会の取り組み

【R1.12月】○「認知症カフェ」の必要性、目的と位置づけについて

- 平田村の現状と課題を知る(平田村の概況、人口推移、高齢化率の推移、介護認定率の推移、一人暮らし高齢者など)
- 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、具体的な施策、カフェの要素と特徴、立ち上げの準備、地域のサロンとカフェの違いについて
- グループワーク・「今回ボランティアに参加した気持ち、思い、きっかけなど」
- 「認知症カフェ」DVD鑑賞(協議体メンバーから3か所の視察研修報告)

【R2.1月】○グループワーク・「どんなカフェにしたいか？」

- ・自由に誰でも気軽に入れるカフェ
- ・ボランティアも一緒に楽しめるカフェ
- ・あまり内容を固めない、型にはめない、少し自由さがほしい など

【2月】○グループワーク・「場所、カフェの名前、実施時間、実施回数、服装について」

【3~5月】※3月~5月は、コロナ禍で「立ち上げ委員会」を中止し、内容についてアンケート調査実施

【6月】○5月のアンケートを集計し結果報告。(投票にて決定)

【7・8月】○グループワーク・「飲み物、お菓子、メニュー表、看板、接客マニュアル」など詳細を話し合い、作業を進めていった。

※その都度、必ず各グループの報告と質問等を行い、協議のうえ決定

【9月】○「認知症サポーター養成講座」・カフェをモデルにした養成講座で、ボランティアの対応を学ぶ。

【10月】○カフェの模擬を実施・終了後→意見交換会、良かった点、気づいた点を発表

- オープンに向けての検討課題と情報共有
- 「認知症カフェ」ボランティアの役割について

【11月】○車椅子体験(基本操作を始め、声かけなど)

- カフェマニュアルの再確認

【11月15日オープン】

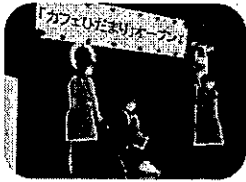
- ボランティア3班編成で行う。
- オープン後、担当ボランティア、また、参加者から感想、意見等をもらった。
- その後定例会で、次の開催に備えた。

●事業内容

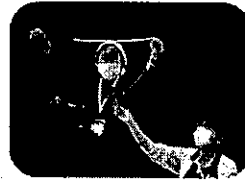
令和2年11月15日「カフェひだまり」がオープン

- 実施主体…平田村、平田村社会福祉協議会、認知症カフェボランティア
- 開催日 …毎月15日
- 場 所 …平田村社会福祉協議会(研修室)⇒コロナ禍のため公民館利用
- 時 間 …午前10時～12時
- 参加費 …200円(飲み物、お菓子代として)
- 送 迎 …希望者のみ(事前申込)

★ボランティアに、自分の趣味などを活かしてもらえる場としても、開催時間の中で、簡単な運動や脳トレ、手品などの活動を取り入れています。



・11月15日「カフェひだまり」オープン！運動ボランティアと一緒に、軽いストレッチや脳トレの運動をしました。



・12月の開催日には、クリスマスにちなんで、サンタの衣装で、ボランティアさんの趣味を活かし手品を披露してもらいました。

成果と課題

取組の成果

- 認知症についての地域づくり講演会や養成講座を開催したことで、少しでも地域住民が基礎知識を始め認知症の人への対応などを学ぶことができた。(支え合う大切さも学ぶことができた。)
- 「認知症カフェ」ボランティアへ興味を持ち、立ち上げ委員会へ多くの方が出席してくれた。
- コロナの影響で開催回数は少ないが、参加者の方からの「楽しかった、また来るね」「今度は友達連れて来るね」と言った声が聞かれたことで、ボランティアさんへの意欲にも繋がった。
- 「認知症カフェ」ボランティアを、ちょこっと助け隊ボランティア団体へ位置づけた。そのことにより、今後他のボランティアへ興味を持ち、活動の幅を広げていって欲しい。

今後の展望

- 平日に地域づくり講演会や養成講座等開催しているが、若い人達の参加が少ないため、もっと参加人数を増やすと共に、様々なことに興味を持ってもらい、担い手になってもらえるようなものにしていきたい。
- ちょこっと助け隊、「認知症カフェ」などを継続していくためにはどうしていくか？を検討する。
- 今後も「高齢者がどんなことに困っているのか？」「どんな支援が必要なのか？」それをどうすれば解決できるのか？を検討する。

☆もっと地域住民とのコミュニケーションをとると共に情報収集の必要性。

☆今後の様々な課題や取り組みに、行政区長、民生委員の方などを巻き込みながら進める。

「カフェひだまり」準備の様子



・12回の立ち上げ委員会を開催し協議を進めてきました。



・メニュー表の作成
ボランティアで内容の検討



・ボランティアさん達が車椅子操作を体験をしました！



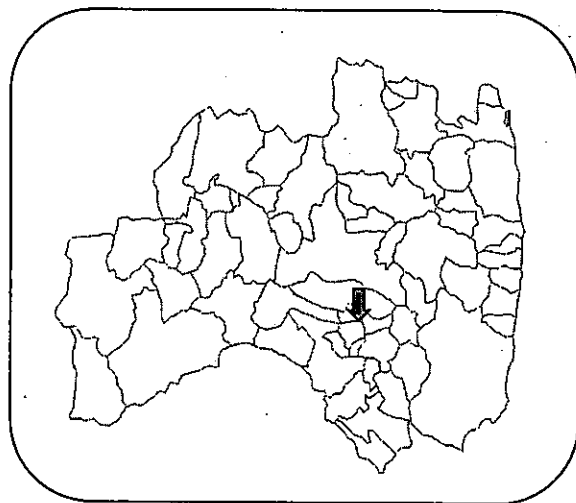
・認知症サポーター養成講座「寸劇」
カフェへ来たおばあちゃん

矢吹町の概要

矢吹町は、須賀川市と白河市の間に位置しており、東北本線、国道4号線があり、各地域へのアクセスが充実しています。本町では、徐々に高齢化率が高まっており、認知症者も増えているため、認知症サポーター養成講座により、住民が認知症に対する正しい知識を身につけたり、認知症カフェで認知症者の家族に相談の場を設けるなどして、認知症になっても暮らしやすい地域をつくるための取り組みを行っています。

【基本情報】（令和2年12月末現在）

- 人口 17,221人
- 65歳以上高齢者人口 5,220人
- 高齢化率 30.3%
- 要介護認定率 15.1%
- 第1号保険料月額 5,495円



認知症サポーター養成講座

●背景

認知症に関する正しい知識を持ち、地域の中で認知症の人や家族を支援する認知症サポーターを養成することにより、だれもが住み慣れた地域でいつまでも健やかに安心して住み続けられる地域づくりを推進することを目的として実施している。

●事業内容

- ・行政、社会福祉協議会、包括支援センターで連携して行っている。
- ・中学校では平成25年度より実施。以降毎年1年生に向けて2部制で実施している。（令和2年度は教職員を含む161名が参加）
- ・ボランティア、サロン世話人、社会福祉協議会職員、宅配業者、町内病院・診療所等職員に実施している。（令和2年度はボランティア、サロン世話人に3回、計61名、町内病院の新規・中途入職職員に1回、25名参加）

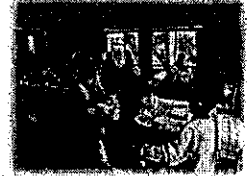
●取組のポイント

- ・中学生の場合は、社会福祉協議会の地域福祉事業で「高齢者とは」の講義、「車椅子体験・高齢者疑似体験」を受けてから講座を開催しており、高齢者について学んでから認知症の話聞くことで興味を持つことができている。心配な高齢者を見つけた時に大人に知らせる事を重点に置き、座学と寸劇・グループワークの2部制にしている。
- ・クイズや事例を取り入れ、身近なことから認識できるような講義内容になるよう工夫している。
- ・質問の時間を多めにとるような時間配分をしている。

認知症カフェ「みんなのカフェ」

●背景

認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集うことができる場である認知症カフェを設置することにより、認知症の方やその家族が一時休息のために気軽に参加できるよう、認知症の本人及びその家族に対し、認知症に対する相談や情報提供の場をつくることで、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることのできるまちづくりを推進することを目的とし、平成29年10月より開催している。



●事業内容

- ・行政、社会福祉協議会、包括支援センターで連携して行っている。
- ・平成29年10月より偶数月の第2木曜日に開催している。
(令和2年度は6回開催の予定だったが、新型コロナウイルス感染拡大防止のため3回開催)
- ・町内グループホーム入居者が外出や地域の方との交流等を兼ねて多く参加していたが、今年度は感染拡大防止のため外出自粛・面会制限となっており、参加者はのべ4名となっている。

場 所：矢吹町福祉会館

参加費：1人 100円

内 容：偶数月の第2木曜日 10時～12時（令和2年度は10時～11時）

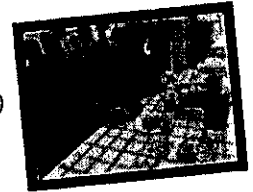
認知症の方やその家族からの相談、情報交換等

参加者：平成29年度 60名（3回）、平成30年度 39名（6回）

令和元年度 67名（出張2回含む8回）、令和2年度 4名（3回）

●取組のポイント

- ・カフェボランティアにはキャラバン・メイトに協力してもらった。
- ・参加者同士での交流や会話を楽しめるよう席の工夫をした。
- ・介護保険の申請や相談がある場合は包括職員へつなぎ、後日訪問して相談対応とした。



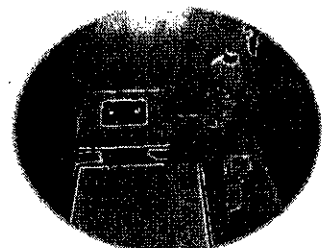
認知症カフェ「みんなのカフェ」

●周知方法

- ・チラシを医療機関（病院、診療所、歯科医院、薬局）、町の施設や介護サービス事業所、商業施設（スーパー、コンビニ、ホームセンター）、郵便局や金融機関へ設置、認知症キャラバン・メイト、民生児童委員へは送付している。
- ・包括支援センター主催の研修や町広報誌を活用して周知をしている。

●新型コロナウイルス感染症対策

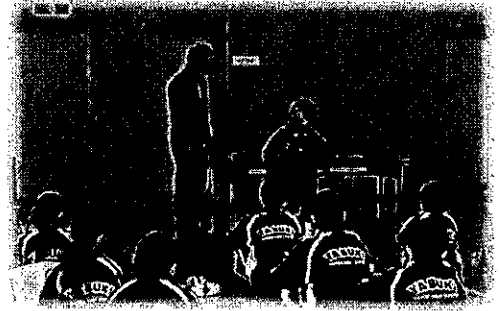
- ・緊急事態宣言（感染拡大地域の場合も含む）期間中は開催を見合わせた。
- ・机や椅子の配置を変更、定期的な換気、受付時の検温と手指消毒
- ・飲食以外ではマスク着用
- ・令和2年度はチラシを配布せずに開催のたびに町広報紙でのみ周知した。



成果と課題

取組の成果

- 認知症サポーター養成講座受講者 令和2年度実績(見込み) 247名
- 中学校での講座開催の定着
(平成25年度より毎年1回、2部制で実施)
- 認知症カフェの定期開催
(平成29年10月より偶数月の第2木曜日に開催)



今後の展望

- 社会福祉協議会、行政職員向けに認知症サポーター養成講座の開催
- 講座内で使用する寸劇ビデオの撮影や資料作成の充実
- 認知症キャラバン・メイトの養成
- 認知症カフェ開催場所を増やすことを検討
- 認知症カフェ開催中に15～30分程のプログラムを検討
- チラシ配布場所の拡大、社会福祉協議会のホームページ掲載等周知方法の検討

喜多方市

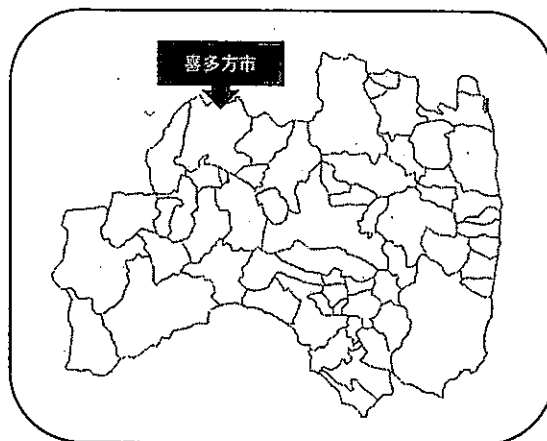
認知症への理解の促進と地域における見守り支援について

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、文化財や蔵など歴史を感じさせる建造物、ラーメンやそば、多彩な農林産物豊富な観光資源に恵まれた農山村観光都市です。
面積の約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】 令和2年12月末現在

●人口	45,664人
●65歳以上高齢者人口	16,491人
●高齢化率	37.5%
●要介護認定率	20.8%
●第1号保険料月額	5,480円
●認知症地域支援推進員	2人



認知症ステップアップサポーター



●背景および事業目的

認知症サポーター養成講座を受講したものの、今後具体的に何をすればよいのだろう、もっと認知症のことを知りたい等の意見を受け、認知症に関する学びを深め、地域でボランティア活動ができる人材を育成するため、「認知症サポーターステップアップ講座」を実施している。



●事業内容

〔対象〕・認知症サポーター養成講座受講済み者
・講座受講後、無理のない範囲でボランティア活動ができる方

〔講義内容〕※全2回

講義①…国・県・市の認知症施策への理解、認知症サポート医による認知症に関する講話
講義②…認知症の方への対応について、認知症ステップアップサポーターの活動について

●取組のポイント

認知症サポーター養成講座の内容を基本としながら、より専門的な知識の習得とボランティアとして活動できる場・方法の提案、見守り活動を行う際のポイントについて学びを深め、地域でボランティアとして活躍いただく。

わんわんパトロール隊



●背景および事業目的

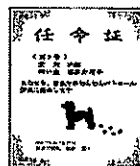
高齢化の進展や地域のつながりの希薄化を背景に、認知症への正しい理解の促進を図ると共に地域における日常的なあいさつや声掛けの機会を増やしコミュニケーションのある温かい地域づくりを目指す。また、認知症高齢者等の徘徊早期発見や事故防止の一助となるよう、認知症高齢者等見守り支援ボランティア事業「わんわんパトロール隊養成講座」を実施している。

●事業内容

上記講座を受講いただき、認知症への理解・見守りを行う際に心掛けるポイント等について習得し、愛犬の散歩の時間を利用し、認知症高齢者等の見守り活動(ボランティア)に協力いただく。

●取組のポイント

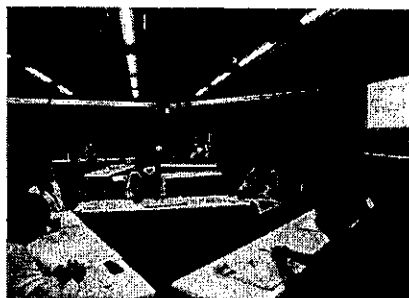
- ・ 狂犬病予防担当課と連携し、予防接種案内通知に本講座開催チラシを同封。
- ・ 講座内で具体的な声掛け方法について寸劇を行い活動のイメージを掴んでいただいている。
- ・ 講座受講後は任命証および隊員証を交付し意識づけを図る。
- ・ 具体的に支援を要するケースを発見した際は、各種支援機関へのつなぎ役となつていただく。



認知症ステップアップサポーター わんわんパトロール隊員合同情報交換会

●背景および事業目的

「認知症ステップアップサポーター」及び「わんわんパトロール隊」は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指し、見守り活動を行うことを共通目的としているため、相互理解を深めると共に各地域の状況について情報交換し、今後の活動について話し合う場とすることを目的に開催。



●事業内容

〔対象〕既に「認知症ステップアップサポーター」「わんわんパトロール隊」として活動いただいている方

〔内容〕各取り組みの説明、活動報告、情報交換、今後の活動についての内容検討

●取組のポイント

- ・ 成り立ちは異なるものの、同じ目的を持ち地域で高齢者等の見守りを行う者として共通理解を図る。

成果と課題

取組の成果

- 認知症ステップアップサポーターの見守りにより支援機関へつながった事例あり。
- わんわんパトロール隊員の活動では、子どもや高齢者側から声をかけられることもあり元気をもらえと言った感想や、飼い犬が逃げ出した際に地域の子どもと一緒に探してくれたとの報告もあり、共助の構築としても成果が見られた。
- 合同情報交換会を実施したことで「認知症ステップアップサポーター」と「わんわんパトロール隊」の相互交流の機会となり仲間意識が生まれた。また講座受講後の活動について感想を聞くことで、行政側としても新たな気づきを得られた。

今後の展望

- 地域での見守り活動が継続的に実施できるよう今後も人材育成を進めながら、無理のない範囲で活動いただくことを前提とし、負担感から活動が停滞しないよう留意していきたい。
- 現行の認知症サポーターステップアップ講座の取り組みを土台とし、チームオレンジの早期立ち上げを目指す。
- 認知症の方やその家族の声を聞く機会を設ける等、当事者が求める視点も踏まえた見守り活動のあり方を検討していく必要がある。

南会津町

住み慣れた地域で安心して暮らしていくために
（「脳げんきカフェ」の開催）

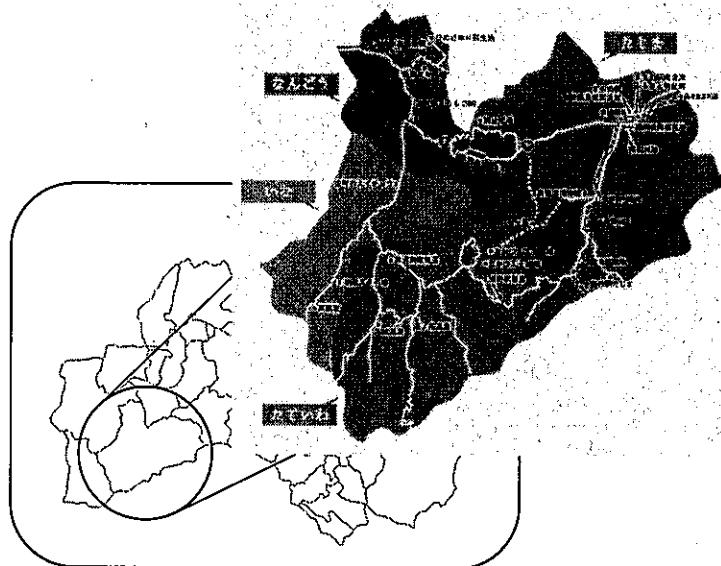
南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

【基本情報】

- 人口
・14,948人
- 65歳以上高齢者人口
・6,179人
- 高齢化率
・41%
- 要介護認定率
・20%
- 第1号保険料月額
・6,000円（基準額）



「脳げんきカフェ」の開催

- 実施主体 南会津町包括支援センター
- 開催場所 南会津町本庁舎
- 開催頻度 奇数月最終火曜日午前10時～11時30分
- 開催目的 認知症予防のための勉強会や運動、相談
参加者同士のおしゃべり
- 参加者 希望者（介護認定者や介護者も含む）
町広報やケアマネジャーなどの声掛けで周知

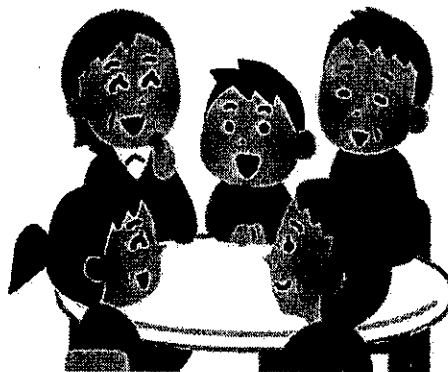
成果と課題

取組の成果

- 閉じこもり防止へと繋がった。
- 不安や悩みを相談できる人が増えた。

今後の展望

- 参加者が固定化していて少人数であることから、事業の周知に力を入れると共に、認知症への理解を広めていく。



2 市町村の取組事例

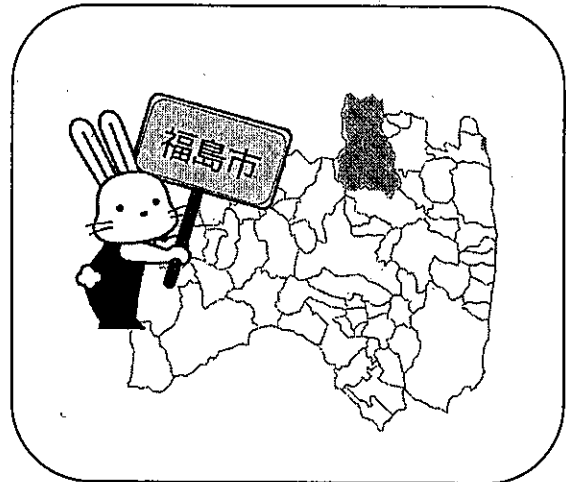
(3) 在宅医療・介護連携の推進

福島市の概要

福島市では、在宅医療・介護連携推進事業を行う機関として、平成30年10月1日、福島市医師会に委託し福島市在宅医療・介護連携支援センターを開設した。連携推進事業の一つとして地域の在宅療養を支えている専門職が、お互いの職種特性や業務内容を理解し連携が推進することを目的に研修や会議を開催してきたが、新型コロナウイルス感染症対策として多人数が相対しての開催が困難になった。この状況にあっても目的を達成するために集合しないで行える方法を検討し、以下の方法で実施、開催することとした。

【基本情報】(令和2年12月31日現在)

●人口	275,646人
●65歳以上高齢者人口	82,997人
●高齢化率	30.1%
●要介護認定率	20.1%
●第1号保険料月額	6,100円



取組の内容①

●背景

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、集合しての研修、会議等が難しくなったため、参集すること無く必要な事業を実施する方法として本事業を企画した。

●目的

研修や会議をITを活用して行うことで多くの専門職が安心して情報共有を行い、連携の停滞をさけることができる。また、Web研修などの体験を通して、IT機器利用の抵抗感を下げ、業務へのICT導入への一助とする。

●事業内容

- ① Web配信による研修の実施: 6回 「多職種連携 医療と福祉セミナー」4回
「認知症対応研修」 2回
- ② 研修講義の録画の活用 ・希望者への再配信を実施
- ③ Web会議の開催 ・研修準備打ち合わせ
・地域の課題把握のための訪問(病院MSW1か所・包括支援センター1か所)
- ④ 配信機器の活用 ・地域包括ケアの推進に関する他事業での活用(虐待対応研修配信の協力)

●取組のポイント

研修 ・配信方法は「市内の医療介護専門職が対象」「受講者が視聴しやすい」を考慮しYouTubeの「限定配信」を選択。この方法では双方向での研修が難しいことから、今回は講師による講義形式とし、質問は申込時に事前質問として受けライブ配信時に回答。

- ・ライブ配信したデータは、ライブでの視聴ができなかった方を考慮し、配信後1週間同じURLから視聴可能とした。
- ・配信を重ねる毎に画像や音声など配信映像に対して改善すべき点があり、その都度撮影方法や配信方法等の工夫、改善を図った。

会議 ・職員が他所が企画したZOOMによるWeb研修を受講し、使用方法等の体験、学習を行った。
・対象の参加者が不慣れな場合は事前に参加方法の説明を行った。

●財源

福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金
300千円 録画・配信用備品(ビデオカメラ・Webカメラ・マイク・スイッチャー等)購入

成果と課題

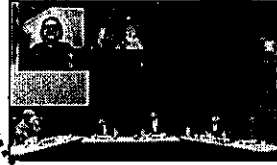
取組の成果

- 研修開催結果:5月～11月開催の4回分（アンケートは3回分）
- ① 平均申込数は 182.8人で、昨年度(平均95.3人)より増加した。
 - ※受講者実数は把握できないため申込数で比較【参考】平均視聴回数 322.5回
- ② 受講者アンケート結果
 - ・研修内容についての評価は昨年同様。
 - ・「申込のきっかけ」では 平均55% が「Web研修だから」と回答。
 - ・「Web配信による伝わり方」で「伝わった」と回答は、研修によって49%～80% と、音声などの配信状態により差が大きくなっていった。配信技術だけでなく器材の質も重要であった。
 - ・感想(自由記載)では、「集合研修では時間や場所が限定されるが自分の都合で視聴できる」と、メリットとして評価する内容が複数あった。
- ZOOMの活用で首都圏の講師にも来福することなく依頼ができた。
- 病院等への訪問不可の場合に、ZOOMを使って情報交換を行ったが、電話では1対1になり「聞き取り」の状態になるところ、複数人での話し合いが可能であり訪問に代わる方法として有効であった。
- Web研修や会議の実施に伴い、ITについての学習を希望する団体、組織が出てきた。

今後の展望

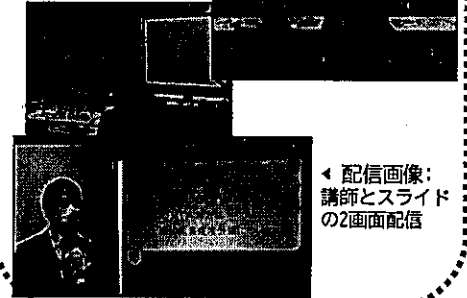
- 講師との双方向での学習やグループワークなどができる研修も企画、開催していく
- より多くの方が受講できる研修方法として、今後集合研修ができるようになって、会場とWeb配信の両方での研修(ハイブリット研修)を行っていく
- 配信したデータ以外にも、ICTの理解を深めるための動画や出前講座で実施している「在宅医療について」の動画等、種々のデジタルコンテンツを増やし、各事業所等での研修にも活用できるように整備していく

福島と首都圏のパネラーによる「パネルディスカッション」
於:コラッセふくしま



◀ 配信画像:
会場のパネラーとZOOMで参加のパネラーを1つの画像にして配信

集合とWebの「ハイブリット研修」
於:福島市保健福祉センター3階会議室



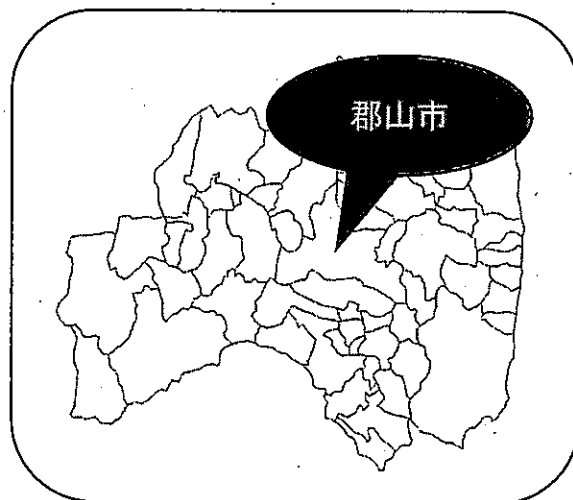
◀ 配信画像:
講師とスライドの2画面配信

郡山市の取り組み

在宅医療・介護連携推進事業に取り組む中で、地域の医療関係者、介護支援専門員、地域包括支援センター等の専門職からの相談対応や、顔の見える関係づくりを重点的に行う必要性を感じ、その体制を強化するために、平成30年11月、郡山医師会に委託し「郡山市在宅医療・介護連携支援センター」を開設した。専門職からの相談対応や、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整、地域の医療機関等と介護事業者相互の紹介、在宅医療・介護連携の課題の抽出、各関係機関との連携を進めている。

【基本情報】（R2.12月末現在）

- 人口
321,394名
- 65歳以上高齢者人口
85,486名
- 高齢化率
26.60%
- 要介護認定率
18.43%
- 第1号保険料月額
基準額 5,573円



取組の内容①

●事業内容

- (1) 在宅医療・在宅介護に関する情報の収集と公開
 - ・医療機関へ訪問診療・往診に関するアンケート
 - ・医療介護機関へのヒアリング
 - ・マップの作成
- (2) 事業者からの在宅医療・在宅介護に関する相談受付、情報提供
- (3) 多職種連携の仕組みづくり
 - ・郡山医師会との調整
 - ・在宅医療・介護連携推進懇談会の開催
 - ・郡山地域連携パス連絡協議会の事務局機能
 - ・地域連携合同研修会
- (4) 情報共有ツールの活用支援・普及促進
 - ・MCSの活用支援

取組の内容②

(5) その他、医療と福祉・介護の連携と在宅医療の推進に資する事業

- ・ 専門職向けの研修会開催（市と共同開催）
- ・ 各種会議への参加
- ・ 県内他市町村との連携
- ・ 関係機関へセンターの周知活動
- ・ 診療所向け勉強会の開催
- ・ コロナウィルス感染症対策について高齢者施設へアンケート調査
- ・ 郡山医師会在宅医療介護連携推進特別委員会ワーキンググループへ定例で参加

郡山市在宅医療・介護連携支援センター

<医療・介護関係者の相談窓口>

住み慣れた郡山で
安心して暮らしていくために

今後、更なる高齢人口の増加に伴い、在宅で療養する高齢者の増加が見込まれています。住み慣れた場所で療養しながら安心して生活するためには、医療と介護が包括的・継続的に提供される体制づくりが必要で、それぞれの連携が重要となります。本市では地域の医療機関や介護関係者の連携を推進するため、平成30年11月に医療・介護関係者の相談窓口として当センターを開設しました。当センターは郡山市の委託事業として、郡山医師会が受託しております。



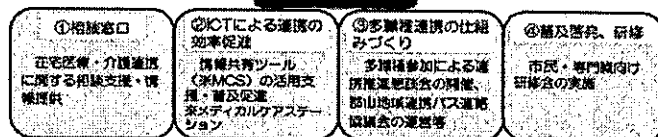
郡山市イメージキャラクター がくとん
おんぶちゃん

例えば、このような相談をお受けします

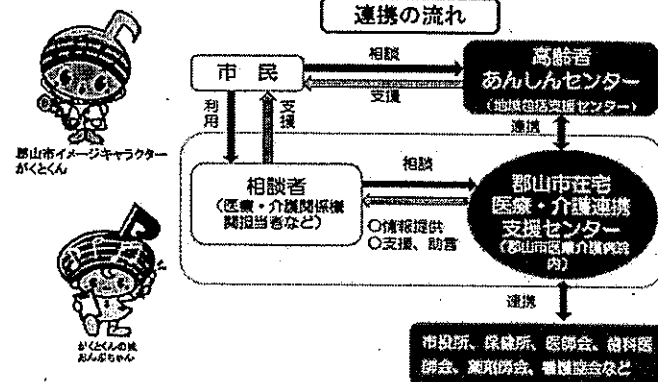
- 担当している方が遠距離となったので、訪問診療・往診を行う医療機関を教えてください。
- 一人だけの環境なので、連絡調整に不安がある。
- MCS（メディカルケアステーション）の活用方法を教えてください。

受付日時：月曜日～金曜日 8:30～17:00（祝日・年末年始を除く）
電話番号：024-983-3155 FAX番号：024-934-1070
住所：郡山市字上亀田1-1-1 郡山市医療介護連携院内
（業務委託先 一般社団法人郡山医師会）

主な機能と役割



連携の流れ



Q: 誰でも相談できますか？

介護支援専門員等の介護事業所、高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）及び医療機関等の専門職の方からのご相談をお受けしています。市民の方からの相談窓口は各地区の「高齢者あんしんセンター」となります。

Q: 相談の対象はどのような方となりますか？

原則は市内に居住する65歳以上の方、及び介護保険の認定を受けている方となります。対象とならない方についても、相談窓口がある場合はご案内いたします。

Q: どのように相談すればいいですか？

お電話又は面談でお受けしております。お話しいただく場合は、事前にご連絡をお願いします。

Q: 個人情報に関する同意は必要となりますか？

取得した個人情報について、適切に対応していきます。相談支援の過程で、やむを得ず関係機関等の第三者へ提供する場合、原則として、あらかじめ相談者に利用者の同意を得て頂きます。

地域の医療・介護資源の把握①

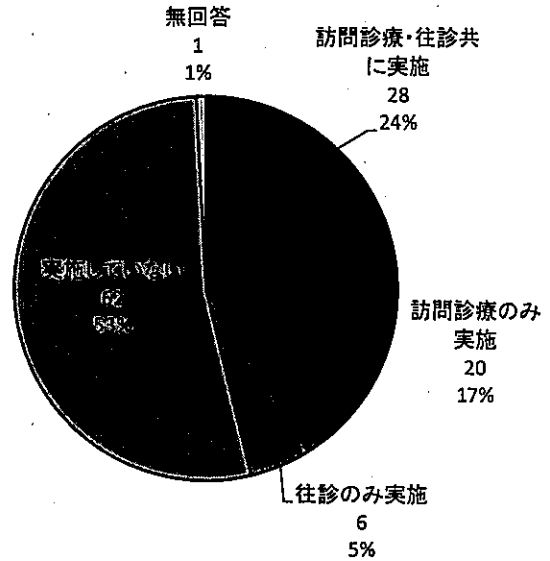
在宅医療（訪問診療・往診の実施状況等）に関するアンケート調査を実施

- 対象
市内医療機関（217機関）
- 調査時期
令和元年7月22日～8月9日
- 回答率
53.5%（116/217機関）

- 在宅医療実施機関数
54機関（46.6%）

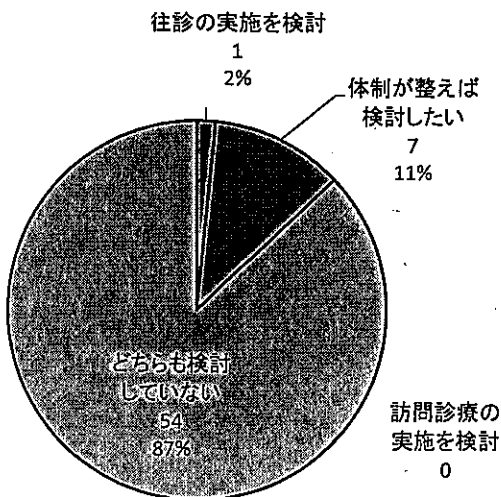
うち在宅療養支援診療所
24/31機関（77.4%）

訪問診療（定期）または往診（緊急）の体制（n=116）

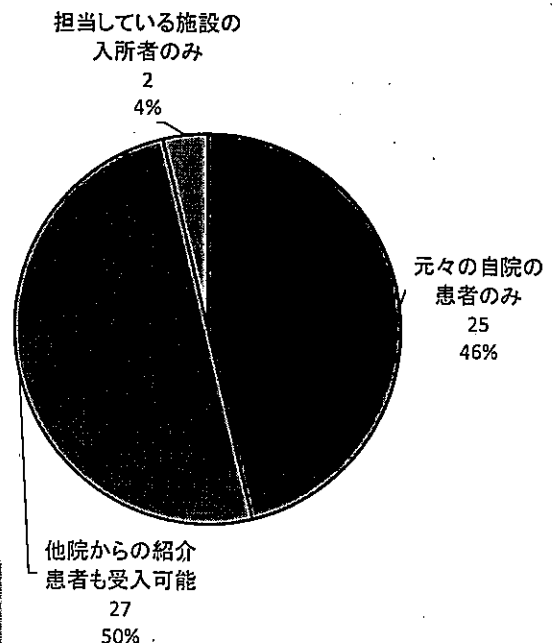


地域の医療・介護資源の把握②

（訪問診療・往診未実施の機関のみ回答） 今後の体制について（n=62）



訪問対象の患者について（n=54）

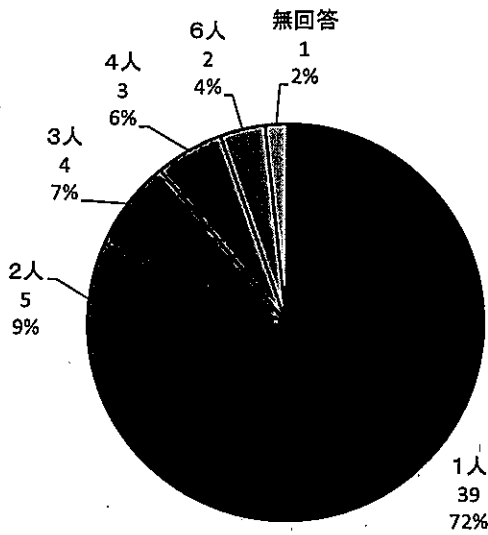


【訪問診療・往診未実施の理由】

- ・マンパワー不足等の体制の問題 26機関
- ・在宅に適さない診療科 6機関
- ・医師の居住地が市外 2機関など

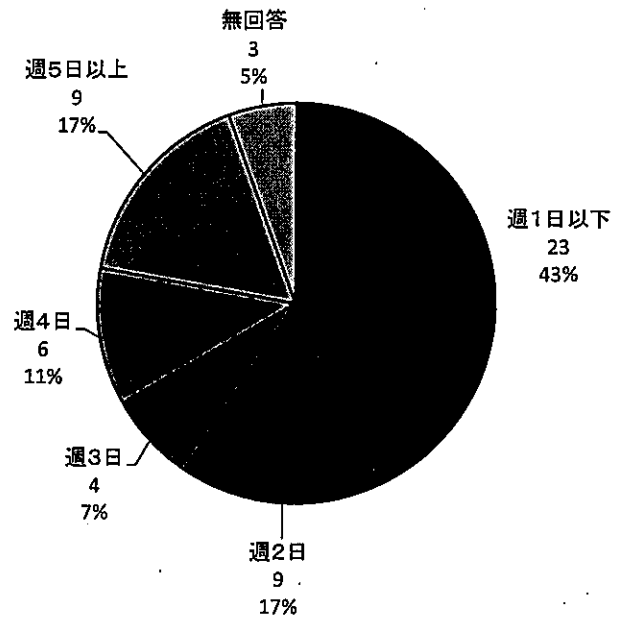
地域の医療・介護資源の把握③

訪問を実施している医師数
(機関数n=54)



1人体制の
機関が72%

1週間のうち訪問を実施している日数
(n=54)



在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討①

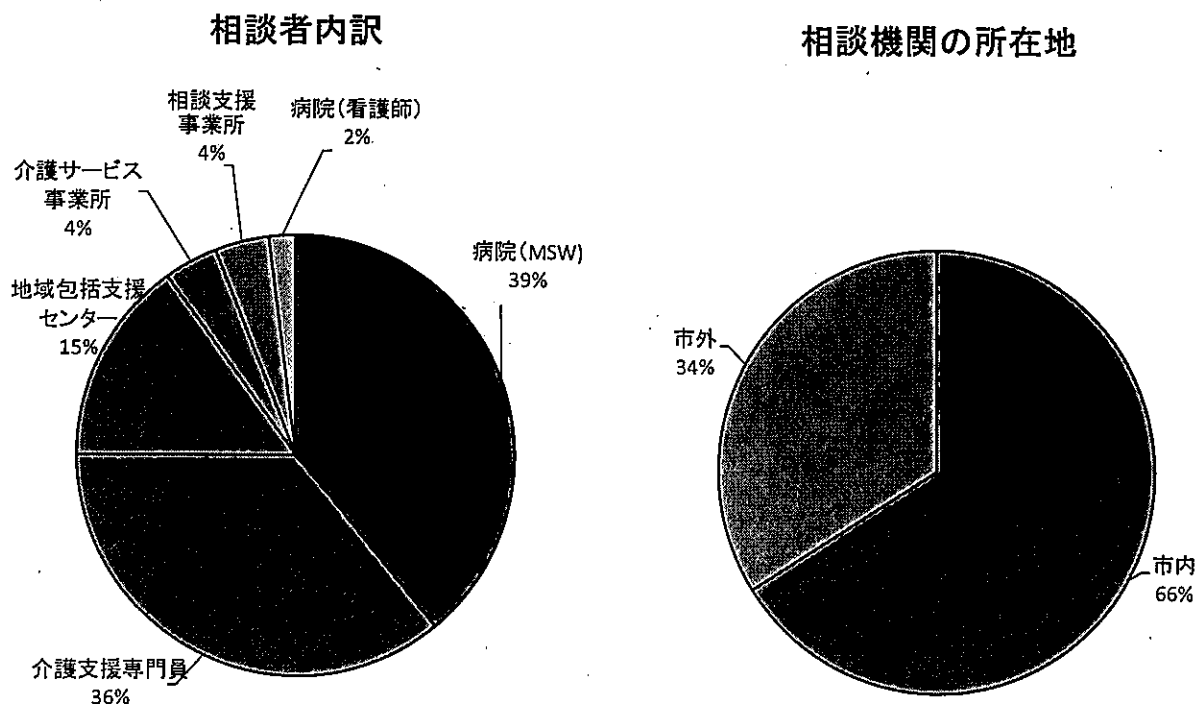
医療介護関係機関を訪問し在宅医療及び介護連携に関する情報を収集

- 病院からの聞き取りまとめ（11機関）
 - ・病院の機能を理解していない在宅医が居る。
 - ・地域や対応可能な医療処置により、在宅医の選択肢が無い場合がある。
 - ・（病院の）医師にもっと在宅で看取るということを理解して欲しい。
 - ・ケアマネの質の差が激しい。ケアマネの名前を知らない方が多い。

在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討②

- 在宅療養支援診療所からの聞き取りまとめ（3機関）
 - ・在宅で対応困難時の入院先を探すのが困難。相談しやすい病院の先生に直接依頼している。
- 郡山市居宅介護支援事業所連絡協議会（市内8ブロック）からの聞き取りまとめ(ブロックリーダーの6事業所)
 - ・在宅医との連絡手段に悩むことがある。
 - ・痰吸引可能なヘルパーが居る事業所が少ない。
 - ・地域によって、在宅医やサービス事業所が限られたり、無かったりする為、調整が困難。
 - ・認知症の方や、医療・介護についての理解が困難な家族への支援。

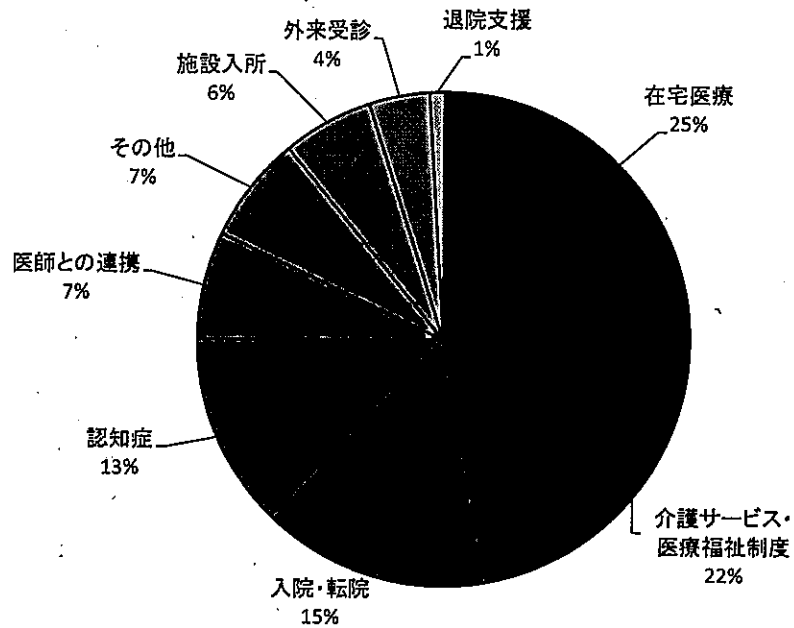
在宅医療・介護連携に関する相談支援① (令和元年度実績)



在宅医療・介護連携に関する相談支援②

(令和元年度実績)

相談内容



成果と課題

取組の成果

●郡山市在宅医療・介護連携支援センター開設から2年が経過し、医療機関への訪問、介護関係の専門職との会議や事業等を通して顔の見える関係ができた。また、切れ目のない医療と介護の連携についての課題が見えてきた。

今後の展望

●顔の見える関係づくりを継続させ、ICTやオンラインを活用し、新しい生活様式に対応した事業展開を考えていきたい。



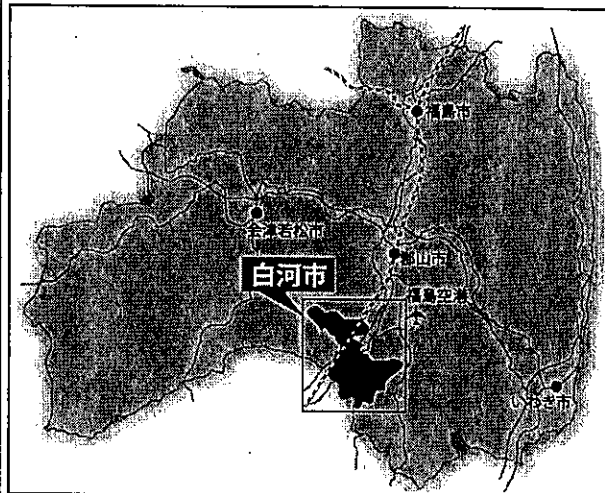
令和2年度医療と介護の連携に関する研修会
(専門職向け)の様子
(Zoomによるオンライン及び会場で実施)

白河市の概要

白河市の高齢者率は総人口の減少と高齢化の進行により、平成29年の27.3%から令和2年には29.3%まで上昇し、団塊の世代が75歳以上となる令和7年には33.7%まで上昇することが見込まれている。
それに伴い、介護保険の要支援・要介護認定者数も年々増加傾向にあり、令和2年10月現在で3,039人、令和7年には3,600人を超えると推計され、認定率も微増傾向が継続すると見込まれている。

【基本情報】（令和2年10月1日現在）

- 人口
60,237人
- 65歳以上高齢者人口
17,640人
- 高齢化率
29.3%
- 要支援・要介護認定率
17.2%
- 第1号保険料月額
5,900円



取組の内容①

●背景

白河地域ではNPO法人が平成24年度に『しらかわ在宅医療拠点センター』を立ち上げ、平成25年度からは地域医療再生基金を活用して一般社団法人白河医師会が『医療・福祉情報センター』を開設し、活動を行っていた。平成26年に介護保険法が改正され、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業の一つとして位置づけられたことに伴い、平成28年度から白河市と西白河郡4町村は一般社団法人白河医師会に委託して『白河地域在宅医療拠点センター』を設置し、同センターが中心となって活動を行っている。

●事業内容

- (ア)～(ク)といわれる8つの事業項目について実施。
- ・医療機関・介護事業所の情報が掲載されたガイド等の発行
- ・医療・介護関係者が参画する協議会にて課題や対応策を検討
- ・ICTを活用した情報共有ツールの普及啓発
- ・地域の在宅医療・介護を支援する相談窓口の設置
- ・医療・介護関係者が参加する多職種研修会の開催
- ・講演会や出前講座等を通じた市民への普及啓発 等



●取組のポイント

今後の在宅医療・介護連携の推進において重要となる『ACP』（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発に向けた取組に着目する。

取組の内容②

●『ACP』とは
今後の治療・療養について、患者・家族と医療・ケアチームがあらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと。最近では『人生会議』の愛称でも呼ばれる。

●白河地域の取組
・平成29年に医療・介護関係者から構成されるチーム『ACPしらかわ』を結成。コアメンバーによる月1回の定例会を開催し、ACPの普及啓発等に向けた取組を行っている。

●具体的な活動
・白河地域の特養・老健の介護職員に対してACPに関する研修会を行う。
・ACPの普及啓発に向けた市民講演会を行う。
・町内会や高齢者サロン、ボランティア団体等に対して『もしバナゲーム』を活用したACPの出前講座を行う。

○『もしバナゲーム』とは
「人生の最期にどうありたいか」など
もしものための話し合いをするきっかけ
となるカードゲーム。



販売元：ACP



令和2年11月30日開催の市民講演会の様子



ACPの出前講座の様子

成果と展望

取組の成果

- 17か所ある特養・老健等のうち、これまで11か所においてACPに関する研修会を実施。
- 令和2年11月30日（人生会議の日）に市民講演会を開催。当日は207名の参加があり、『ACPしらかわ』のメンバーが看取りを題材にした寸劇を披露するなどした。
- 各種団体に対する『もしバナゲーム』を活用したACPの出前講座について随時実施。

今後の展望

- 医療・介護関係者をはじめ、市民の方に対して、ACPの普及啓発に向けた取組を、引き続き行っていく。
- コロナ禍の影響によって、研修会や出前講座の実施が難しい状況にあり、今後のACPの普及啓発活動をどのように行っていくか検討する。



市民講演会で看取りを題材にした寸劇を披露する『ACPしらかわ』のメンバー



『もしバナゲーム』に取り組む出前講座の参加者

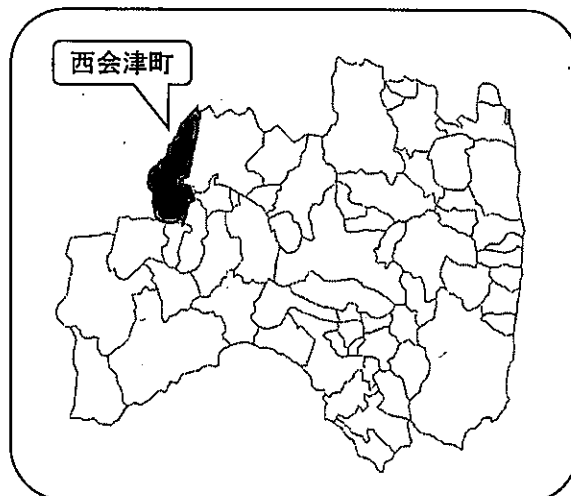
西会津町の概要

福島県の西北部に位置し、新潟県と県境を接する西の玄関口にあたり、人と物が盛んに行き交う宿場町として発展してきましたが、昭和25年をピークに人口減少と高齢化が急速に進み、65歳以上高齢化率は県内で4番目に高い割合となっている。

このため、平成5年に健康の町を宣言し、介護保険制度の創設に先駆けて科学的根拠に基づく生活習慣の改善、疾病の早期発見、介護施設の整備と人材育成に取組み、保健・医療・福祉が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んでいる。

【基本情報】（令和3年2月1日現在）

- 人口 6,006人
- 65歳以上高齢者人口 2,796人
- 高齢化率 46.6%
- 要介護認定率 19.7%
- 第1号保険料月額 5,800円



取組の内容

●背景

本町の65歳以上高齢化率は県内で4番目に高く、医療と介護を必要とする割合が高くなる85歳以上高齢者が人口の約20%を占めていることに加え、高齢者のみの世帯や独居高齢者世帯の増加によって、家族による医療支援や介護支援に課題を抱え、在宅生活が困難となる高齢者が増加していることから、人生の最期まで本人らしい暮らしができるよう、在宅・施設を問わず、医療介護の多職種連携（チームアプローチ）の推進が求められている。

●事業内容

① 医療介護相談員（コーディネーター）の配置

在宅医療・介護連携に関する相談窓口として、西会津診療所に医療介護相談員を配置し、本人や家族からの相談対応にあたっているほか、診療所医師とケアマネージャーとの連絡調整や介護関係者との情報共有を図り、入退院や終末期を含む医療と介護連携に対応している。

② 高齢者サービス調整会議（定期的な情報共有の場）の開催【毎月開催】

町内の介護サービス事業所・保健・医療・福祉関係機関で構成し、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくりや資源開発、政策形成につなげることを目的に毎月開催している。

この会議のなかで、入退院に伴う円滑なサービス提供が図られるよう、退院調整ルールの確認と評価会議の結果を共有している。

※今年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から書面開催が中心となっている。

③ チームアプローチ（多職種連携）研修会の開催

住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指して、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修会を開催している。

取組みのポイントとして、医療・介護サービスを提供する現場の職員が参加できるように、開催時間を午後6時からとしている。

チームアプローチ研修会によるスキルアップのほか、解決すべき課題や困難事例のなかに医療介護の連携が含まれる事例に対して、必要に応じて個別ケース会議を開催して、課題解決に向けた支援を行っている。

【令和2年度開催状況】

第1回 令和2年7月14日（火）午後6時～午後7時30分

事例検討 テーマ「超高齢者のターミナルの関わりについて」
事例提供 西会津町訪問看護事業所

第2回 令和2年11月6日（金）午後6時～午後7時30分

※ 福島県立医科大学会津医療センターの赤ベコプロジェクトの一環として開催

講演 「あなたの背骨、健康ですか？」

講師 福島県立医科大学 会津医療センター
整形外科、脊柱外科学講座教授 白土 修 氏

「ロコモに負けず 元気・長生き・運動器！」

講師 福島県立医科大学 会津医療センター
リハビリテーション科・骨粗鬆症マネージャー 遠藤 達矢 氏

西会津町の地域ケア会議

会議の名称	開催頻度	参集者	目的及び内容等
①高齢者サービス調整会議	月1回 第1火曜	○介護サービス事業者(社協含む) ○医療関係者 ○民生委員 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○その他必要と認める者	・地域の高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域の関係機関が集まり、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくり、資源開発と、政策形成につなげられるようにする。
②チームアプローチ研修会 (事例検討)	月1回夜 第2火中心	○町内介護保険サービス事業所 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○医療機関 ○地域包括支援センター ○その他関係機関	・利用者が住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指し、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修。
③ケアマネジメント研修会 (事例検討)	月1～2回	○町内介護保険事業所のケアマネージャー ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○ケースに関わる関係者	・高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくための課題解決、適正な介護支援提供を目的とする。 ・共通課題については、「地域ケア推進会議」で事例検討していく。 ・令和元年度から自立支援型地域ケア会議を年3回開催している。
④個別ケース会議 (事例検討)	随時	○ケースに関わる専門職及び関係機関 ○地域包括支援センター職員 ○その他必要と認める者	・解決すべき課題や多問題を抱えた困難事例のケースについて、各専門職、団体や関係機関との連携を図り、個別支援及び、地域課題を意識しながら迅速な課題解決に向けての支援につなげる。 ・把握された課題内容を整理し、地域課題として「地域ケア推進会議」に提案していく。
地域ケア推進会議【町主催】	年1回	○医療関係者 ○サービス事業所 ○社会福祉協議会 ○民生委員協議会 ○地域包括支援センター ○関係行政機関 ○町長が必要と認める者	・地域ケア高齢者支援会議として行っている4つの会議や地域包括支援センター業務を通じて、共有・把握された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには、介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

成果と課題

取組の成果

- 町内の全事業所が参加することにより、現状と課題の共有が図られている。
- 多職種で意見を交わすことで視野が広がるとともに、医療と介護の連携により、本人らしい生活を支える視点に立ったケアに役立てられている。

今後の展望

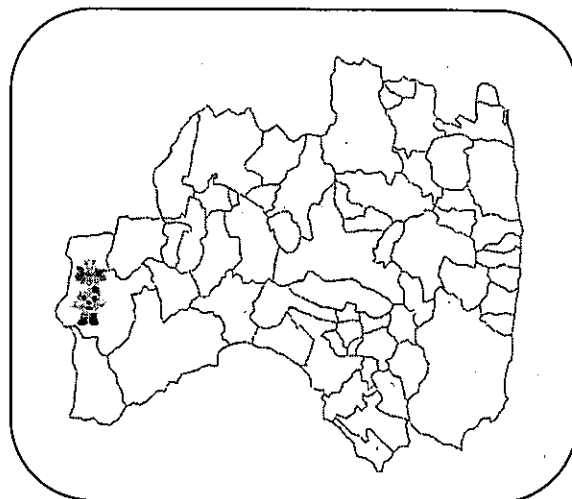
- チームアプローチ研修会を積み重ねることによって、地域課題を明確にするとともに、類似するケースへ応用できるようにして、在宅医療・介護連携を推進する。
- 町内の事業所を対象に、在宅医療・介護連携の強みと弱みを調査し、その結果をもとに課題を分析し、高齢者サービス調整会議で対応策を検討するとともに、評価指標を決めて、目標の達成状況を確認していく。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者やその家族が、その状況に応じて必要なサービスを適切に選択できるよう、医療・介護・生活支援に関するサービスを分かりやすくまとめた在宅医療・介護連携ガイドを作成・配布するとともに、町の広報及びホームページにより周知を図る。
- 本人が希望する医療介護の連携が円滑に図られるよう、地域包括支援センターと連携して独自の人生会議手帳(仮称)を作成し、人生会議の普及啓発に取組み、本人の意思決定を支援する。

只見町の概要

昭和34年に現在の只見町が誕生し、半世紀以上が経過しました。総人口はピーク時の13,527人から3分の1以下になり、少子高齢化・1世帯当たりの人員数の減少が進んでいます。労働人口も減少し、慢性的な医療・介護職員不足に直面しています。このような状況の中、関係機関で情報を共有する事で、関係者が協力して問題解決を行う体制作りを目指しています。

【基本情報】 令和2年11月末現在

- 人口 4,180人
- 65歳以上高齢者人口 1,936人
- 高齢化率 46.3%
- 要介護認定率 26.9%
- 第1号保険料月額 5,900円



取組の内容①

●背景

新型コロナウイルス感染症が流行し、町でも流行地への往来者がいるため、町内の医療機関や福祉事業所から感染者を出さないため、また、感染拡大を防止するため、関係機関による情報共有を行うこととした。

●事業内容

月1回、定期的に関係機関（※1）による話し合いの場を設け、各事業所の取組状況や問題点を共有し、対応等について協議を行う。

※1）町、包括、診療所、介護保険施設等（居宅介護事業所、訪問介護、デイサービス、老人福祉施設、老人保健施設、小規模多機能居宅介護）

●取り組みのポイント

事業所の取り組み等で不安がある場合は、その都度会を開催し、話し合いを行うこととしている。

取組の内容②

- 1 検討テーマ
新型コロナウイルス感染症を予防するための施設の取組みについて
- 2 事例の概要
月1回、各事業所で実施した感染予防の取組みについて報告を行い、その対応等について話し合う。緊急に話し合いが必要な場合は、その都度開催する。
- 3 専門職からの助言内容
 - ・事業所で対応に苦慮している感染予防の取組みについて助言を行った。
 - ・コロナ発生施設への応援職員の派遣等により、サービス量に不足が生じることになったため、居宅介護支援事業所を中心にサービスの利用調整を行った。
- 4 効果
 - ・事業所間の情報交換や対応の検討を迅速に行うことができた。
 - ・町内の関係機関が全て集まり、情報交換により各事業所の取組状況を理解することで、コロナ禍による過剰なサービスの低下（制限）を防止することができた。

成果と課題

取組の成果

- 町内事業所と情報共有を行い、お互いの現状を把握することにより、事業所の新型コロナウイルス感染症対策への不安感を減少させることができた。
- それぞれの事業所の感染予防対策について見直しを行った。
- 必要時、いつでも話し合いを行う体制作りができた。

今後の展望

- 今後も定期的に、また必要時に町内事業所で感染症対策についての話し合いの場を持ち、情報共有や問題解決、町への提言等を行っていく。

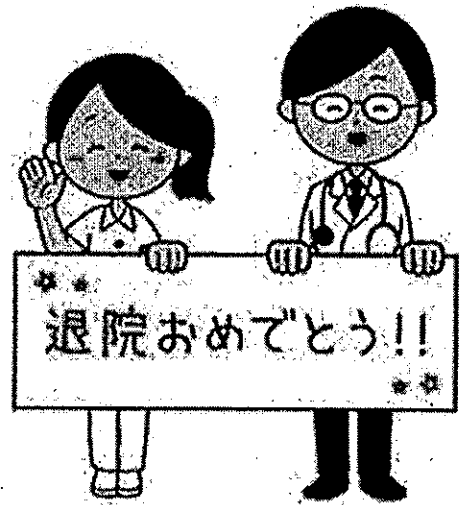
成果と課題

取組の成果

- 名刺入れ付きの受給者証カバーの配布するで「入院時セット」の一つとしての認識が広がっているとの声があった。

今後の展望

- 「会津・南会津医療圏域退院調整ルール」運用評価会議における検証等を踏まえて、更なる普及啓発に努める。

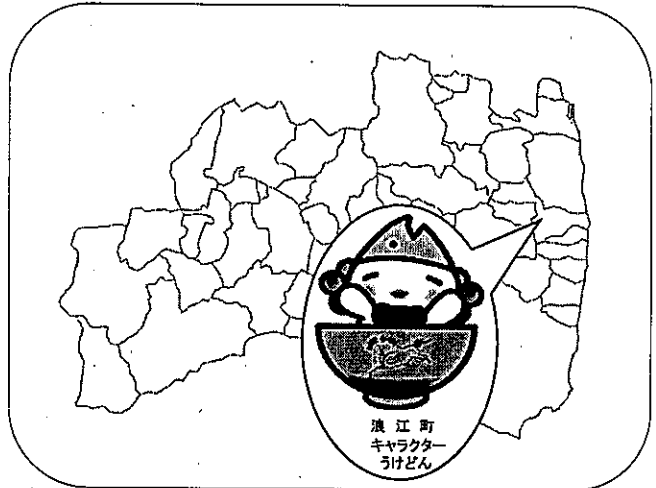


浪江町の概要

平成29年3月31日に、帰還困難地域を除き避難解除となった。現在は人口の約10%が浪江町に戻り生活している。帰還住民は高齢者が多く、定期的な通院や介護サービスを必要とする方も増えている現状がある。町内唯一の医療機関である浪江診療所と相双地区の医療機関、町内外の介護サービス事業所や包括支援センターとの連携が必要不可欠。

【基本情報】令和2年12月末現在

- 人口 16,718人
(町内居住人口 1,554人)
- 65歳以上高齢者人口
6,120人
- 高齢化率
36.6%
- 要介護認定率
23.4%
- 第1号保険料月額
8,400円



浪江町在宅医療・介護連携推進事業の取り組み①

- 取り組み背景 浪江町内の医療機関は、国保診療所、歯科医院が1か所ずつある。介護関係事業所も、社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所2か所、訪問介護事業所1か所、通所介護事業所1か所。限られた社会資源が連携し住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる体制づくりが必要である。
- 具体的な取り組み状況について
 - (ア) 地域の医療・介護資源の把握
 - ・町内をサービス提供範囲とする町内・町外の介護事業所の把握・公表（平成27年～）
 - ・町ホームページでの医療・介護事業所の公表（令和2年8月～）
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - ・介護支援専門員連絡会の開催（平成27年度～ 年3回開催）
町介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が参集。
情報交換会、ケース会議、研修会等の開催。
 - ・浪江町在宅医療・介護連携会議の開催（令和2年度～ 年2回開催）
第1回（R2.10.30開催） 在宅医療・介護連携会議・研修会
第2回（R3.2.12開催予定） 在宅医療・介護連携会議・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
 - ・現在、在宅医療（訪問診療・訪問看護等）が提供できる体制にない。
浪江町在宅医療・介護連携会議で、情報共有等を行いながら今後進めていく。
 - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・町国保診療所が主治医の利用者と担当介護支援専門員の連携がスムーズに図れるよう居宅介護支援事業所ごとに利用者名簿を提供（平成27年度～年2回実施）

浪江町在宅医療・介護連携推進事業の取り組み②

- (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・町介護福祉課包括支援係・浪江町地域包括支援センターが連携し、介護支援専門員、病院ソーシャルワーカー等と連携し相談にに応じている。
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- ・浪江町在宅医療・介護連携会議時に開催（年2回、医療・介護事業所 共通の内容）
第1回（R2.10.30開催） 在宅医療・介護連携推進事業について
（講師）相双保健福祉事務所
 - 第2回（R3.2.12開催予定） 救急車の利用について
（講師）浪江消防署 救急係
- (キ) 地域住民への普及啓発
- ・相双医療圏域退院調整ルール策定に合わせ、医療・介護連携ホルダー①の作成。
（H30年12月～）
 - ・医療・介護連携ホルダー評価・見直し実施。（R元.8月）
 - ・医療・介護連携ホルダー②の配布開始。（R元.12月～ 新規認定者に配布中。）
 - ・住民向け講演会の実施
第1回（R3.1.12開催） お薬の正しい理解について
（講師）ふたば医療センター附属病院 薬剤師
 - 第2回（R3.3.12開催予定） 救急車の適切な利用について
（講師）浪江消防署 救急係
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- ・相双医療圏退院調整ルール調整会議への参加。
県（相双保健福祉事務所）・医療・介護関係者との情報共有の実施。

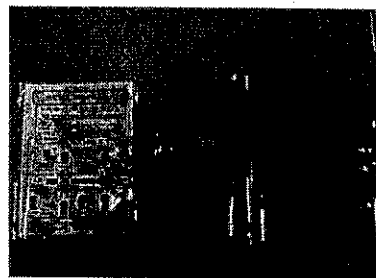
成果と課題

取組の成果

- 医療機関や介護事業所等、互いの業務把握や情報交換ができ、顔の見える関係が構築できた。
- 退院調整ルールの導入により、医療機関と介護支援専門員との連携がスムーズに行えている事が確認ができた。
- 町民向け医療関係講座を開催し好評だった。高齢者の帰還人口が多く、介護、疾病予防に関する意識が高いことが分かった。

今後の展望や課題

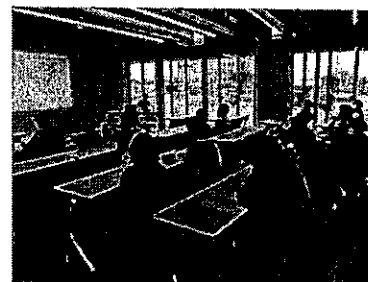
- 今後も連携会議や情報交換の場を設け、顔の見える関係づくりに努めていきたい。
- 研修会等は、参加者や住民の声を聞きながら内容の充実を図っていく。
- 他の事業や会議と共通する内容と連動しながら取り組みを継続していく。
- 医院やクリニックとの連携を図るため、医師と介護支援専門員が情報共有できるツールなどの検討。
- 在宅医療を支える医師や薬剤師、訪問看護師などの確保。



医療・介護連携ホルダー（最新版）



浪江町在宅医療・介護連携会議



町民講座 お薬の正しい理解について

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

伊達市の概要

福島県の北部に位置。交通体系は市の西部を国道4号とJR東北本線が南北に走っている。また、相馬福島道路の開通も控え、さらなるアクセス性の向上が期待される。

色彩溢れる景色や豊かな自然が育む農産物、伊達氏にまつわる歴史など、多方面で魅力あふれるまち。「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるまち」を目指し、包括ケアシステムの構築を推進している。

【基本情報】（令和2年12月現在）

- 人口 59,213人
- 65歳以上高齢者人口 21,026人
- 高齢化率 35.5%
- 要介護認定率 19.5%
- 第1号保険料月額 6,378円

【これまでの生活支援体制整備事業】

平成29年2月に、第1層の生活支援コーディネーターを1名配置。市全域の現状把握から見てきた社会資源のマップ化、また、地域支え合い活動の促進を図る「共助社会構築推進事業」に関わり、各地域の地域課題の収集や解決に向けた活動を実施。

地域のニーズ・課題の発掘など、全市的な目線で生活支援体制整備事業を進めてきた。



コロナ禍における見守り活動（7～8月）

R2年度の活動

霊山地域をモデル地区に設定。コロナ禍における地域課題の把握やニーズに対応できる生活支援体制整備に努めることを目標。

<霊山地域>

H27年に地域ケア会議開始。月に一回、霊山・月館包括支援センターを中心に、地域の介護事業所をメンバーとして、ケース検討や地域の情報交換を行っている。

・総人口6,822人 ・高齢者人口2,936人 ・高齢化率 43.0% ※令和2年12月末現在

【SCとして】

当初は、社会資源の可視化とニーズ把握のため、SCとして地域ケア会議に参加

【SCの気づき】

霊山・地域ケア会議のメンバーは地域を支えていく意識が高くスタッフの団結力があり、地域の大きな社会資源である。

【SCの思い】

地域の中で支え合いながら生活できるようなシステム作りが必要。今、何が必要で、課題は何か整理が必要となる。

見守り活動に至る経緯～コロナ禍の心配～

【霊山・月館地域ケア会議メンバーから】
「コロナ禍の外出自粛により、高齢者の心身機能の低下が心配」「見守り活動が必要なのは？」



ケア会議メンバーで、高齢者の実態把握を含めた見守り活動を実施しよう！

【霊山・月館地域ケア会議で話したところ…】

満場一致で賛成！「安否確認だけでなく、地域課題やコロナ禍の悩みについてヒアリングし、地域の現状を知ろう」との意見も多かった。人手も限られているので、山間部でもありお店も少ない「石田地区」を対象地区として活動を行うこととなる。

伊達市お話しき隊の結成

●事業内容

- ・チーム名：伊達市高齢者お話しき隊
- ・実施主体：伊達市霊山・月館地域ケア会議メンバー
(地域包括支援センター・霊山地区の介護事業所19件・社会福祉協議会・生活支援コーディネーター・伊達市高齢福祉課)
- ・訪問対象：石田地区全戸（398世帯）
- ・訪問期間：7/16～8/20
- ・ヒアリング内容
生活不活発チェック（身体・生活・精神面のチェック）と抱えている問題について

【SCとして】

33軒を訪問し、話を聞くことができました。コロナ禍における課題と、地域における生活課題が見えてきました。

見守り活動の結果（9～10月）

住民の声・地域の現状～見守り活動から見えてきた課題～

- コロナ禍によるもの
 - ・人と接する機会が減った
 - ・近所の状況がわからなくなってしまった
(隣の人がどうしているのかもわからない・・・)
 - ・通いの場（会合、ゲートボール、サロン、集いの場等）が活動を休止しており、楽しみが減ってしまった。
 - ・「人と話すことがなくなったのでデイサービスを利用したい」等の理由による介護認定の申請が増加
- 生活支援に関すること
 - ・ゴミ捨てが大変
 - ・車がないと生活できない
 - ・雪かき・草刈りが大変

課題ばかりではなく、地域のいいところ、お宝もたくさん発見！

【SCとして】

今回の見守り活動を通して聞こえてきた声を、地域の方と共有し、地域の方々が自分たちの地域を考える機会をつくる必要があるのではないかと？地域の代表の方の声も聴いてみよう。

【SCとして】

地域の代表の方も、状況を把握していたが、どうしたらいいのかわからない・・・集いの場の再開に向けて、地域の専門職が感染症対策と一緒に考えることで安心した集いの場をつくることはできないか。専門職も地域の方として活用しよう。

お話しきき隊で聞こえてきた声を地域の方と共有

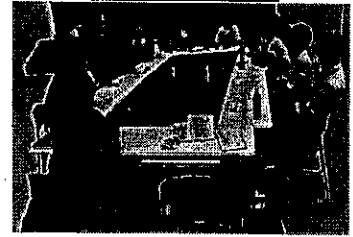
上記住民の声や地域の現状を、地域ケア会議の代表メンバー、SC、地域の石田地区ふるさと振興会の会長、地区民生委員と共有。

【ふるさと振興会や民生委員からの声】

石田地区は、「ふるさと振興会」（自治振興会）が8年前に立ち上がっている。こどもから高齢者まで、地域の方が安心して暮らせるような地域にしよう！と、年間の行事を大切に活動してきた。しかし、今年はコロナ禍のため全て開催できない。高齢者の集いの場「石戸いきいきクラブ」も、月2回の開催であったがとても楽しみにしていた。振興会としても集いの場を開催したいところだが、コロナウィルスの感染が心配で、これまでの人員体制では開催できない…

◎何をどのようにすれば集いの場再開が実現するか？ みんなで考えよう！

会議の様子



通いの場再開に向けた打ち合わせ

地域ケア会議のメンバー、石田地区ふるさと振興会、地区民生委員が集まり、集いの場の再開に向けて打ち合わせを実施。その後、専門職の役割分担について確認。

◎「石戸いきいきクラブ」の再開ではなく、地域住民と専門職で作る「集いの場」として開催しよう！

【SCとして】

地域の専門職が感染症対策と一緒に実施。地域でできることは、地域で。案内状の送付や当日の司会は、いきいきクラブのスタッフが担当しよう！

集いの場『元気が～い！！』開催（11月）

通いの場「元気が～い！！」開催

【開催結果】

- 日時：令和2年11月5日（木）
- 内容：健康体操とレクリエーション（脳トレ）
- 参加者数（年齢層）：19名（76～97歳）
- スタッフ数：19人（地域ケア会議メンバー）
- コロナ感染対策：検温・消毒・マスク着用を徹底
- 参加者を2チームに分け、健康体操とレクの部屋を別にして少人数で実施
- 間隔をとり、飛沫防止シールドなどを使用

元気が～い！！の様子



地域のつながり・支え合いを確認！

【参加者の声】

「楽しかった」「久しぶりに外出した」「みんなに会えてうれしい」「久しぶり笑った」「全員の顔を見たかった」

【地域のつながり・支え合いを感じる場面】

- ・2チームに分かれての活動であったため、全員の顔を見たかった…
- ・参加申し込みをしていた方が来ない！→スタッフが電話し「すぐ迎えに行くよ！」
- ・帰りの迎えの連絡が取れない！→迎えに来た方が「一緒に送っていくよ！」

地域の取り組みのその後

【石戸いきいきクラブ】

○「元気が～い！！」がきっかけとなり、12月と1月に石戸いきいきクラブを開催する計画を立てた。感染対策のため、専門職にも協力を得ることで進めていたが…しかし、市内での感染拡大により、実現できず(; ω ;)

【地域ケア会議】

○様々な課題や悩みがあった。ゴミ捨て・雪かき・買い物物の不便さ など…地域課題の解決に向けた「地域ケア会議」を継続して行っていく。

【SCとして裏方に回りみえたこと】

参加者同士がいきいきと笑顔を交換し合う場面に感動した。スタッフも地域とのつながりを持つことで笑顔になった。深い絆を感じ、そして地域の支え合いを実感できた。地域の主体的な活動へ発展できる支援をしていきたいと思った。

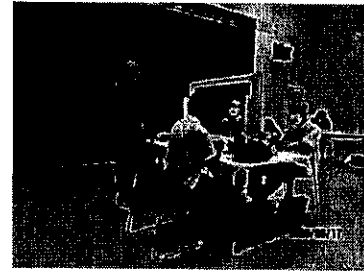
成果と課題

生活支援コーディネーターとしての成果

- 地域を自分の足で歩くことで、地域住民の生の声を聞くことができ、地域の状況がよくわかった。
- これまで地域が取り組んできたこと、スタッフが持っている力を大切に、地域が主体的に活動ができるよう、通いの場の再開に取り組んだ。
- 地域の専門職が、地域の資源のひとつとして、感染症対策に関わりながら、地域の集いの場を再開するきっかけを作ることができた。
- 地域住民が専門職と顔を合わせたことで、必要時は専門の相談ができる体制を確認できた。
- 地域住民に、生活支援コーディネーターや地域ケア会議について知っていただいた。

今後の展望

- コロナ禍により、これまで築きあげられてきた「地域の支え合い」が希薄になってしまっている地域が他にもたくさんあると考えられる。他の地域においても、実態を把握し、地域住民と一緒に「自分ごと」として考えていく活動をしていきたい。
- 介護事業所だけでなく、地域代表や民生委員とのつながりを深め、多くの方々に関わっていき、地域住民主体の活動にすることへの理解を得られるように活動していきたい。

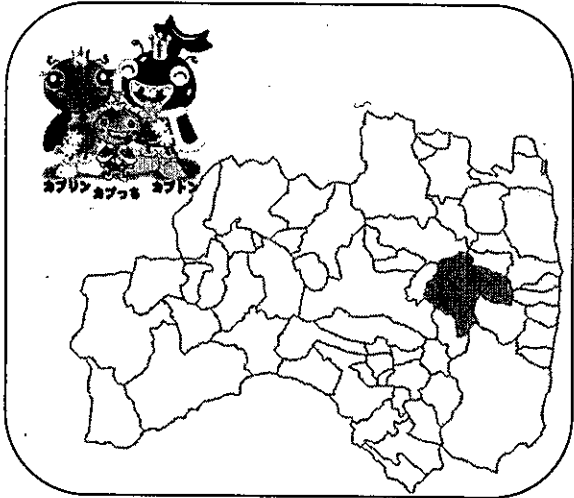


自治組織会長と民生委員も入って
課題を共有

田村市	介護予防の推進と生活支援サービスの充実（移動支援）
-----	---------------------------

田村市の概要
 田村市は、阿武隈高原の中央に位置し、面積の約7割を山林が占める中山間地域です。福島県の中通りにあって浜通りとの結節点となる地域で、日常生活圏域は旧5町村ごとに5つに分けられます。高原特有の丘陵起伏のある地形で、自然の豊かさを活かした農林業や観光レクリエーションが盛んです。

【基本情報】	令和2年10月1日現在
●人口	35,842人
●65歳以上高齢者人口	12,600人
●高齢化率	35.2%
●要介護認定率	20.3%
●第1号保険料月額	6,000円



【生活支援体制整備事業の状況】	
●第1層協議体	平成29年1月設立 現在委員数 15人
●第1層生活支援コーディネーター	1人
●第2層協議体	3圏域設立

取組の内容①

- 背景

本市での主な生活移動はマイカーであり、マイカー以外ではタクシーでの移動が多い傾向にあります。高齢者は虚弱になるとそれらでの移動が難しくなり、外出機会が減ることで閉じこもりや外出意欲の低下の懸念があります。また、自立支援型地域ケア会議やケアマネジャーへの調査から、①介護予防に資する通いの場への移動支援ニーズ②自立生活に必要な移動及び外出時の付添を支援する資源の確保が挙げられました。これらを第1層協議体に提言し、地域住民の力を活かしたサービスの検討を行いました。
- 事業内容

第1層協議体と話し合いを重ね、介護予防につながる移動支援の仕組みの検討から、実現可能な事業展開を見出すため、モデルとなる移動支援を試験的に実施。
- 取組のポイント
 - ①第1層協議体での話し合い
 - ◇毎月の定例会開催 ◇先進地事例の把握 ◇既存の交通資源でのロールプレイング
 - ②既存組織との連携

訪問型サービスB・通所型サービスBの展開を目指し、それらの活動団体へ協力を依頼。また、団体がない地域では第1・2層協議体へ協力を依頼。
 - ③モデルとなる事業の実施から課題等を把握

課題把握や効果検証を行うことで、サービス創設に繋がりました。

取組の内容②

【取組の内容】

①支え合う地域づくり協議体（第1層）での協議

R1.12月～：○住民への聞き取りから地域の声を抽出 ○先進地の事例共有
○既存資源の利用状況把握（デマンド型乗合タクシー）
○既存資源を活用した場面別のロールプレイング

R2.4月～：○元気に暮らし続けるために必要な移動で、既存資源では補えていない
行先に焦点をあて、試験的な事業実施を検討

○担い手養成の運転講習を検討
（市内の自動車学校・通所介護事業所へ相談）

②既存組織との連携（担い手の確保）

○安全運転の知識の他にも、高齢者に係る知識や住民主体への活動の理解が必要であることから、以下のような住民へ協力を依頼。

◇訪問型サービスB提供団体 ◇通所型サービスB提供団体
◇訪問B担い手養成講座修了者 ◇第1・2層協議体

☆コロナ禍で様々な活動が自粛傾向の中、「協議体の活動はこんな時だからこそ必要。スピード感を持ってやりたい！」という声があり、委員を中心に支え合いの活動に理解のある住民へ声かけを行いました。

取組の内容③

【取組の内容】

③モデルとなる事業の実施から課題等を把握（高齢者移動支援サービスモデル事業）
○事業内容や活動に必要な知識等を検討し、モデル的に実施することで課題等の把握を行いました。

<運転講習の実施（運転ボランティア養成）>

◇第1回 8月28日 ◇協力 ・自動車教習所 ・市内通所介護事業所
第2回 9月24日 ・社会福祉協議会
※密を避けるため分散開催 ・保険会社（移動サービス専用保険）

◇内容

- ①事業目的と活動内容
- ②もしもの時の活動保険
- ③高齢者送迎の知識と対応
（送迎時の感染対策含む）
- ④移動支援で必要な知識と心構え
- ⑤運転時のリスクと備え
- ⑥運転実技・高齢者疑似体験



◇受講者数（修了者） 計20名

成果と課題

取組の成果

- 移動支援の構想や試験的实施に向けた担い手養成を協議体と協働で取り組むことで、住民目線が含まれた内容になり、主体的な取り組みで事業実施に向けてスムーズに行うことができました。
- モデルとなる事業を実施したことで、事業の課題や効果を把握することができ、本市にあったサービス創設に向けて、具体的なイメージを協議体が持ちながら話し合うことができました。

今後の展望

- 訪問型サービスDの創設に向けて、モデル事業の評価と課題把握・解決から、サービス創設に取り組めます。
- 訪問型サービスB、通所型サービスBに移動支援が加わることで、さらなる事業展開を目指します。
- 持続性のある支援や担い手確保のため、持続可能な体制づくりや不安解消に努め、継続性のある事業展開を目指します。



ボランティアのマイカーで移動支援を実施。乗降時の付添やシートベルト装着などを確認し、買い物付添等の活動を行いました。

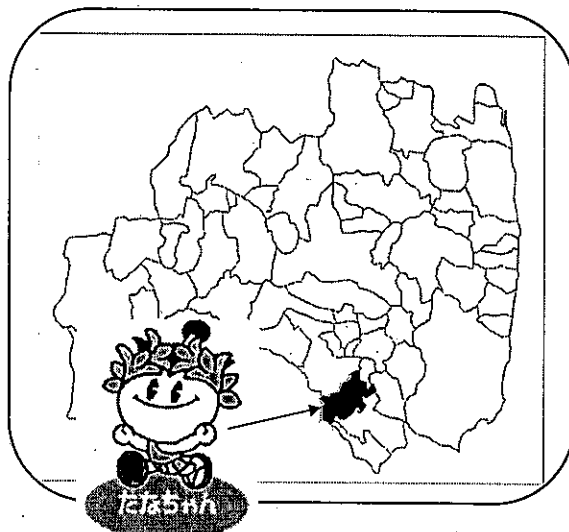
棚倉町の概要

本町は福島県の南部に位置し、東西19.0km・南北17.4kmで面積は159.82km²となっており、四季を通じて県内でも比較的温暖な気候です。

また、平成31年2月26日付けで棚倉城跡が国指定史跡に指定されており、さらには東北の小京都として加盟していることから、歴史が息づく城下町です。

【基本情報】(R2.11.1現在)

- 人 口：13,773人
- 65歳以上高齢者人口：4,340人
- 高齢化率：31.5%
- 要介護認定率：16.9%
- 第1号保険料月額：5,600円



取組の内容①

- 背景

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、4月から5月にかけて国の緊急事態宣言を受け、本町の通いの場など介護予防事業のすべての活動を中止していた。

その間、フレイル予防事業の一つである通いの場で、高齢者が身体を動かしたり、人とのコミュニケーションを図れる機会等が喪失された結果、要介護認定に関する相談が増加したため、在宅でもフレイル予防活動が可能な取り組みができないものか検討をしていたところ、令和2年4月30日付け老発0430第3号にて厚生労働省より、「令和2年度通いの場の活動自粛下における介護予防のための広報支援（令和2年度補正予算分）の実施について」の通知があり、動画配信サイトによる情報発信の取り組みが実施できることが判明したので、この事業に取り組んだ次第である。
- 事業内容

実施主体：棚倉町

補助金等：介護保険事業費補助金（令和2年度補正予算分）、補助率：2/3

補助裏分：新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金を充当

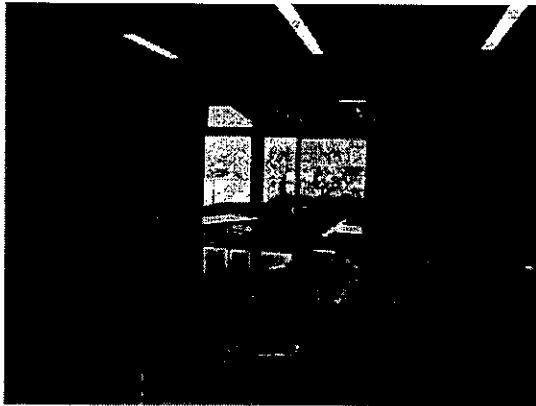
内 容：動画配信用タブレット2台、ノートパソコン1台、可搬式スクリーン2台、プロジェクター2台、光回線（プロバイダー契約含む）及びWiFi用ルーター設置費用等通信環境整備一式、動画配信アプリ（ZOOM）ライセンス版等

実施等：6月16日付け補助金交付申請、7月28日付け交付決定、8月7日付け補助金請求、同21日入金、9月7日入札、同28日納品、10月から配信
- 取組のポイント

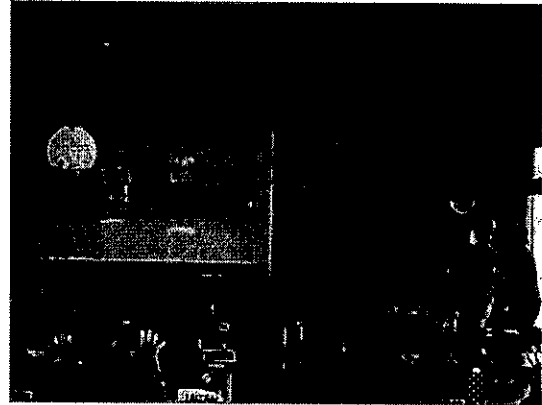
高齢者が自宅や通いの場にいながら、リアルタイムで動画を見て体操等に取り組むことができる。また、オンラインで講師が高齢者の動作を見ながら指導できる利点がある。

取組の内容②

① 棚倉町保健福祉センターにおいて地域サロンで講師役を担う地区のサポーター研修会にて受講中の様子



② 東京に所在する受託業者が、棚倉町保健福祉センターにおいて地区のサポーター研修会へ向けてライブ配信しているZOOM動画を活用し、研修を受講している様子



成果と課題

取組の成果

- 要介護認定に関する相談は微増傾向であるものの、一定程度歯止めにつながった。
- フレイル予防のために必要な健康情報の提供ができた。
- ご家族やご友人に聞くところによると、高齢者が自宅で過ごされていても、表情が明るくなったようである。



今後の展望

- 高齢者が健康を維持するための新しいツールの使用方法と一律の通信環境整備が難しい。
- 棚倉町保健福祉センターで動画を配信している日程が週2回程度の午前中のみであるため、地域サロンを開催する日程と合致しないところがある。
- より効果的なフレイル予防事業になるよう、既存メニューの再編や構築が必要と思われる。

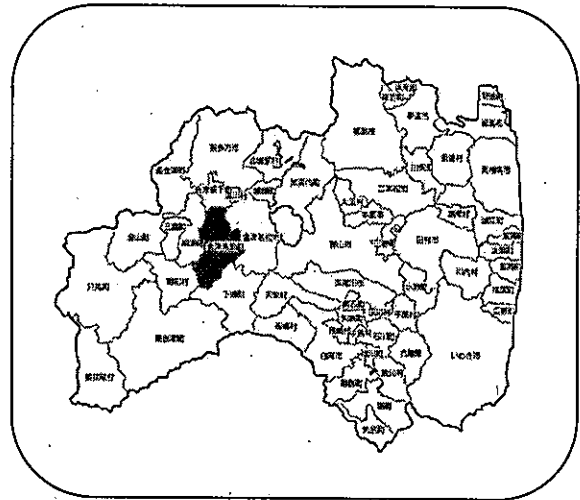


会津美里町の概要

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日に誕生した。福島県の西部に位置し、東は会津若松市、西は柳津町、北は会津坂下町、南は下郷町・昭和村に接している。

【基本情報】（令和3年2月1日現在）

- 人口
19,752人
- 65歳以上高齢者人口
7,650人
- 高齢化率
38.73%
- 要介護認定率
21.0%
- 第1号保険料月額
6,800円（基準額）



取組の内容①

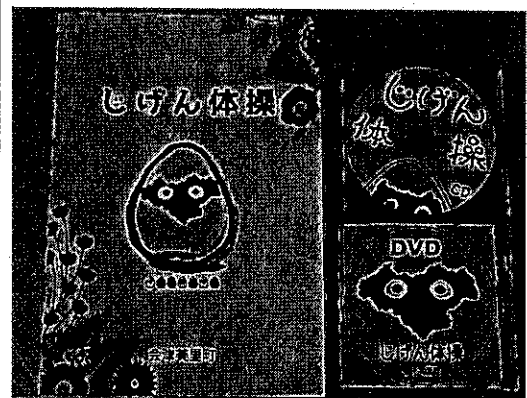
●背景

近年、身体を動かす機会や、交流の機会が減ったことにより、高齢者のフレイルが懸念されている。そこで、在宅でできる運動を紹介した動画とパンフレットを作成し、住民主体の集いの場や、地域住民に幅広く提供することにより、運動を習慣化しフレイルの防止を図ることを目的として事業を実施した。

●事業内容

会津美里町地域包括支援センターに業務委託し、町民の歌に合わせた「じげん体操」と、町内各地域で実施している「うんどう教室」の運動を紹介した動画とパンフレットを作成した。

動画は町のyoutubeチャンネルに掲載し、町のホームページでも紹介した。また、DVDを作成し、集いの場に配布した。パンフレットは1月15日に全世帯へ配布し、町内の介護事業所や公民館、認定こども園にも配布した。



作成したパンフレットとDVD

○町ホームページURL

じげん体操

<https://www.town.aizumisato.fukushima.jp/s015/030/010/010/20201228144031.html>

うんどう教室

<https://www.town.aizumisato.fukushima.jp/s015/030/010/010/20210114114133.html>

取組の内容②

●取組のポイント

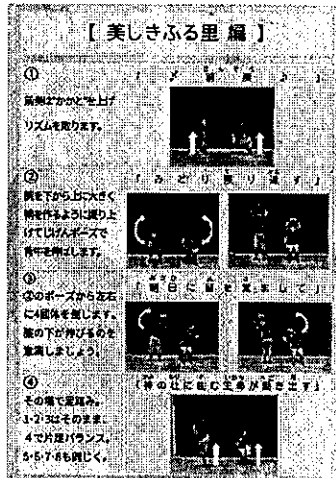
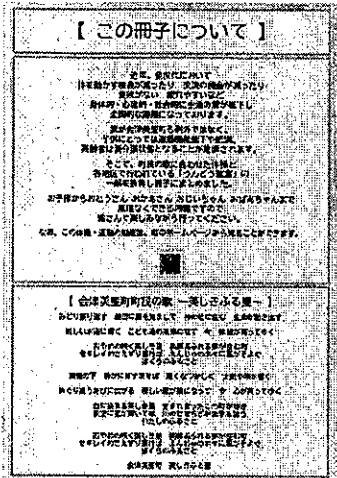
・じげん体操

町内の病院・介護事業所のリハビリ専門職の方に協力いただき、町民の歌に合わせた、誰でもできる効果的な運動を作成した。

・うんどう教室

町内のうんどう遊園や公民館などで開催している「うんどう教室」の6つの運動を、自宅や集いの場でもできるように、地域指導員に紹介していただいた。

パンフレットの内容



成果と課題

取組の成果

●動画とパンフレットを作製したことにより、リハビリ専門職やうんどう教室の地域指導員が直接指導しなくても、誰でも気軽に取り組めるようになった。

●集いの場を実践している方にアンケートを実施した結果、回答があったほとんどの方から、集いの場で取り組んでみたいという回答をいただいた。

今後の展望

●自宅や集いの場で継続的に実施していただくことで、フレイルを予防する。

●集いの場の活動の活性化や、各地域で開催している「うんどう教室」の参加者の増加につなげる。

●今般のコロナ禍のような、外出や集まることが難しい状況でも、自宅で体操を行っていただくことでフレイルを予防できる。



集会所でじげん体操（赤留地区）



うんどう遊園での運動教室の様子

下郷町

ボランティア団体設立と介護予防運動指導員の養成

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、317.09km²の面積を有している。周囲は2,000m級の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】 令和2年10月1日現在

●人口

5,478人

●65歳以上高齢者人口

2,395人

●高齢化率

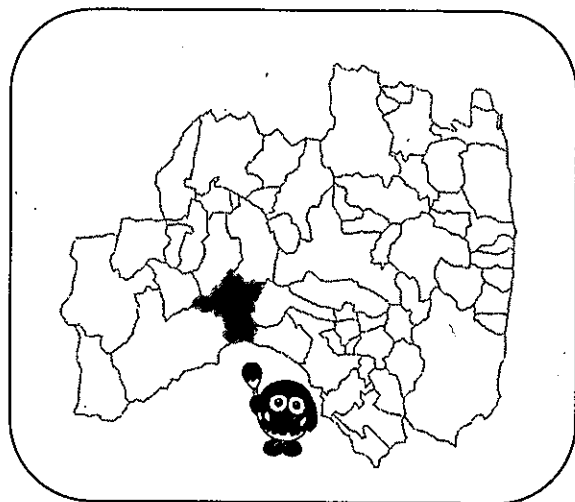
43.72%

●要介護認定率

19.12%

●第1号保険料月額

6,200円



取組の内容①

●背景

生活支援体制整備を図る上で、町内にはボランティア団体等がなかった。また、高齢者や地域からの要望もあり、介護予防運動指導員の養成や住民集いの場等の充実が求められていた。

●事業内容

昨年度、介護予防ボランティア団体「HIMAWARI」を設立
現在、ボランティア9名が参加している。

事業スケジュール

5月 運営に関する会議（第1回）

6月 運営に関する会議（第2回）

7月～11月

新型コロナにより活動自粛

12月 各地区の運動教室、サロン等に参加（12月中）

1月～ 新型コロナにより活動自粛

財源 町補助金活用

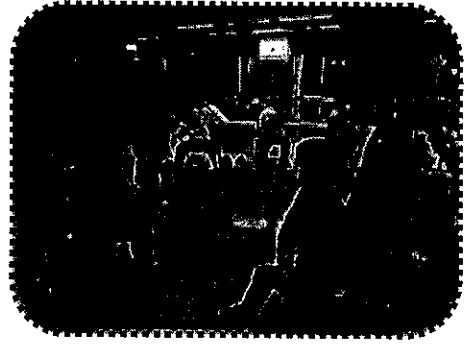
●取組のポイント

少数だが意欲ある有志によるボランティアが、養成講座を受け、各地区の集いの場等において介護予防運動指導を実施している。

成果と課題

取組の成果

- 介護予防運動指導ボランティアの養成
- 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
- 団体設立により意識が高まり、地域で活動する意欲も向上した



今後の展望

- ボランティア指導者の拡充
- 町主導から団体主導による自主的活動の展開
- 集いの場でのリーダー的人材の確保
- ミニデイサービス等も今後検討



南会津町

住み慣れた地域で安心して暮らしていくために
(介護予防コーディネーション事業)

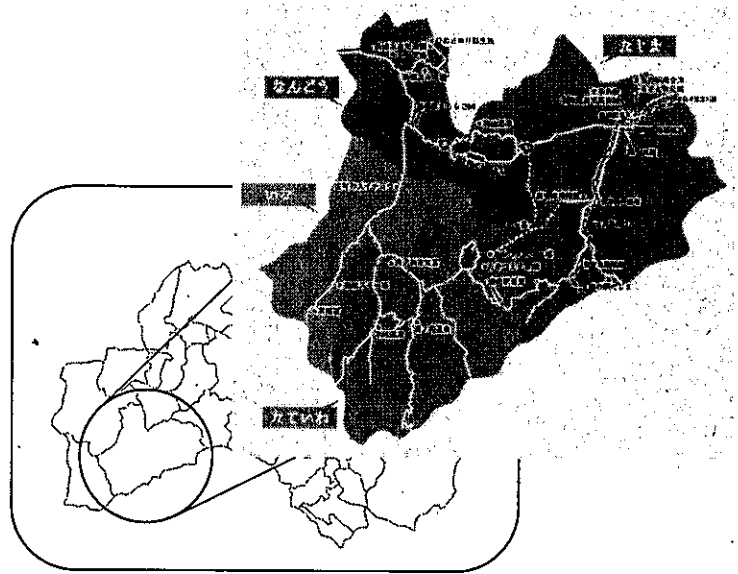
南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

【基本情報】

- 人口
・14,948人
- 65歳以上高齢者人口
・6,179人
- 高齢化率
・41%
- 要介護認定率
・20%
- 第1号保険料月額
・6,000円(基準額)



介護予防コーディネーション事業

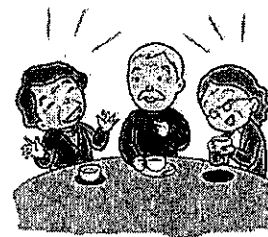
●背景

「地域で介護予防教室等を行いたいが、取りまとめ役やリーダーが忙しいため頻繁に開催できない」「町の介護予防ボランティアの講習を受けたが、生かす場所が少ない」そういった要望に応えるために、調整役を担う介護予防の拠点を作ろうとモデル的に始まった事業です。

●実施主体 NPO法人ひのきスポーツクラブ

●活動内容

- ・介護予防ボランティア教室の開催
- ・講師派遣(段取り・調整)
- ・地域内の健康サロンの段取りサポート
- ・介護予防ボランティアの活用



成果と課題

取組の成果

- 地域の人材を活用する地域内コーディネータ力の強化。
- 地域力を生かした新たな介護予防拠点が生まれた。



今後の展望

- 実施主体を各生活圏域ごとに設置。
- 生活支援体制整備事業の第二層への発展。



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5年が経過しました。町では、避難により一度途切れた地域コミュニティ再生や新たな地域コミュニティの構築、また、高齢者の身体的能力の低下の予防を図るとともに、閉じこもりがちな高齢者の孤独感を解消することにより、住み慣れた檜葉町で、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ます。
 ・檜葉町内の高齢化率が高く、介護予防と地域コミュニティの形成として住民主体の通いの場「地域ミニデイ」を推進しています。

〔基本情報〕（令和2年12月31日現在）

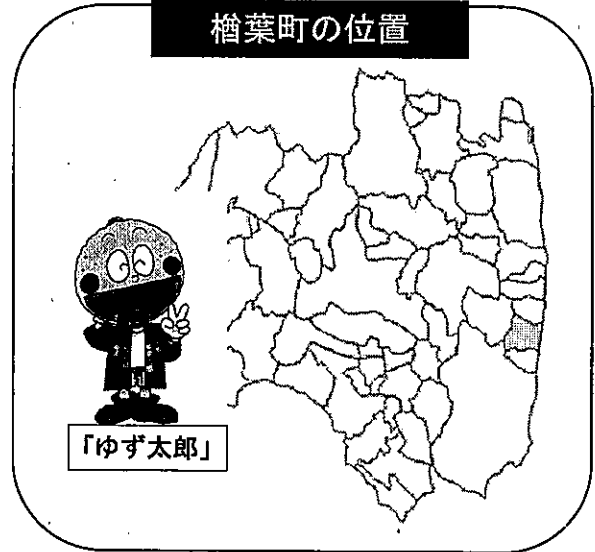
- 人口

住民基本台帳	6,764人
居住人口	4,031人
- 65歳以上高齢者人口

住民基本台帳	2,325人
居住人口	1,507人
- 高齢化率

住民基本台帳	34.37%
居住人口	37.39%
- 要介護認定率 20.99%
- 第1号保険料月額 7,600円

檜葉町の位置



「ゆず太郎」

取組の内容①

●背景

東日本大震災及び原子力災害から10年目を迎える中、町内では各地区のミニデイを中心に地域コミュニティの再生が見られるようになり、住民同士の繋がりや支え合い、介護予防など、地域での住民活動も活発になってきました。
 その一方で、特例として使用できていた公共施設の使用状況も変わりつつあり、新たな活動及びサービスの拠点整備の検討が必要となっています。

●事業内容

継続的に地域ミニデイや生きがい活動ができるよう支援者と協力し、高齢者が主体的に集い、体操やイベント活動が実施できるよう活動支援します。
 地域ミニデイの継続支援の実施します。
 シンポジウムを開催し意識の普及啓発を図ります。

●取組のポイント

地域包括支援センター及び生活支援コーディネーター、民生委員と連携し、声掛けを実施し、継続して活動できるよう支援しています。

住民一人一人が身近な地域課題を自分の課題と考え、解決にむけて社会と積極的に関わることができる仕組みづくりや活動拠点を、どのようにつくり上げていくかを考えるシンポジウムを開催し意見交換を実施しました。

取組の内容②

活動支援

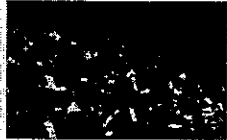
- 地域ミニデイ活動支援として、町めぐりバスツアーの実施
- ふたば医療センター附属病院、ならは薬局と連携し出前講座の実施
- 町保健師による健康相談

住民への普及啓発（シンポジウム）

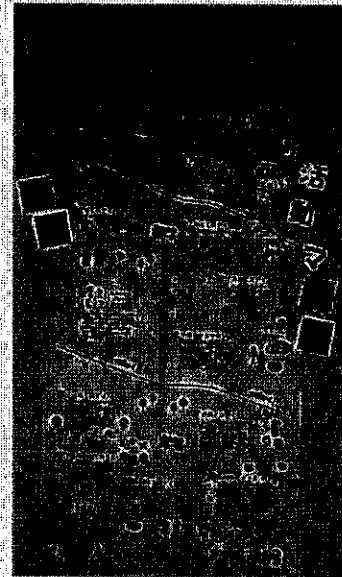
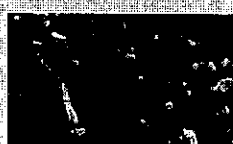
- 参加者と「健幸なかよし体操」を実施



- 各地区の活動拠点や地域ミニデイの活動の紹介



- 住民の主体的活動についての意見交換会



成果と課題

取組の成果

- 定期的に地域ミニデイ活動を行う団体が17団体となりました。（3団体の増）体操も定期的に実施しています。
- 地域ミニデイを通して、住民同士の繋がり、支え合いが形成されました。（参加者同士気遣い合うようになりました。）
- 主体的に、準備や片付け、企画立案等を実施するようになりました。
- 出前講座を通じて、介護予防、健康管理を意識するようになりました。
- 一人一人が身近な地域課題を自分の課題と考え、解決に向けて社会と積極的に関わることができる仕組みづくりについて意識の普及啓発を図ることができました。

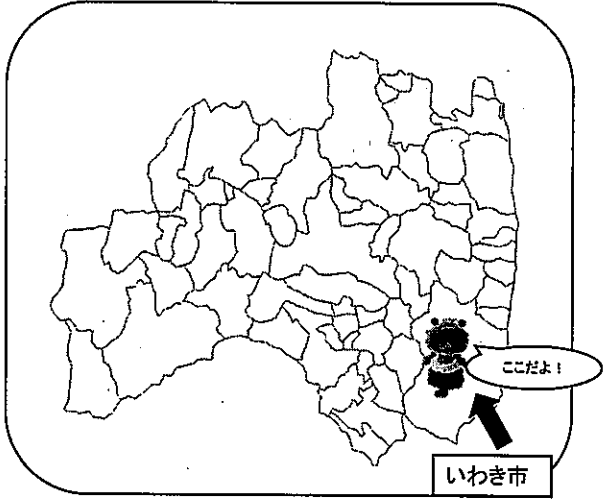
今後の展望

- 主体的に継続していけるよう、活動団体への働きかけと課題解決に向けた支援
- 地域ミニデイの更なる普及啓発
- 住民同士のコミュニティの活発化

いわき市	オンラインつどいの場（通いの場） 「おうちでつながる会」
------	---------------------------------

いわき市の概要
 いわき市は、福島県の東南端、茨城県と境を接する、広大な面積を持つまちで、東は太平洋に面しているため、寒暖の差が比較的少なく、温暖な気候に恵まれた地域です。
 地形は、西方の阿武隈高地（標高500から700メートル）から東方へゆるやかに低くなり、平坦地を形成し、夏井川や鮫川を中心とした河川が市域を貫流し、太平洋に注いでいます。

- 【基本情報】
- 人口 318,465人（令和2年12月1日）
 - 65歳以上高齢者人口 98,615人（同上）
 - 高齢化率 30.97%（同上）
 - 要介護認定率 20.6%（令和2年6月末）
 - 第1号保険料月額 6,068円



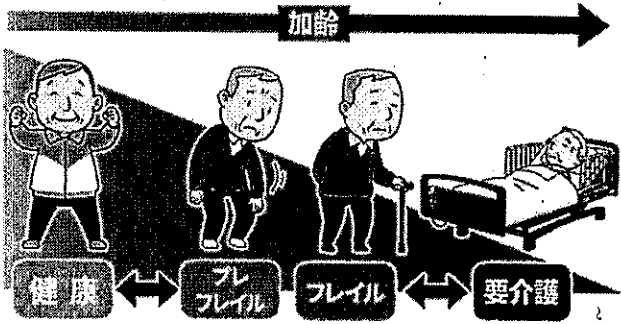
オンラインつどいの場 「おうちでつながる会」について

背景

新型コロナウイルス感染症の拡大等によりつどいの場が活動自粛や休会となる



外出の機会が減り自宅で過ごす時間が増加することで、身体機能や意欲の低下、社会参加の減少につながりフレイル状態になりやすい



つどいの場参加者を対象にタブレット端末を貸与し、自宅で参加できるオンラインつどいの場を実施することにより、自宅においても介護予防の活動や地域とつながる機会を設けるとともに、現在のつどいの場活動に加えて、今後つながり方について考える契機とする。

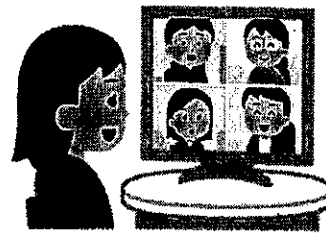
事業概要

(1) 実施期間

- 1クール目 令和2年10月～11月末
- 2クール目 令和3年1月～2月末

(2) 参加者

- ・市内つどいの場の団体の参加者で、65歳以上の方
- ・オンラインによるつどいの場のプログラムすべてに参加できる方
- ・団体単位での参加とし、1団体につき5名以上10名以下の参加とする
(1クールあたり2団体を対象として実施)

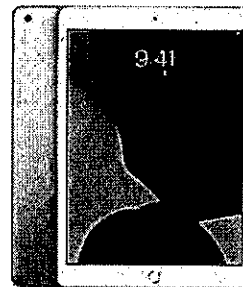


(3) 開催方法

オンライン会議ツール「Zoom」を使用し、講師が参加者に対して体操や講話を実施

(4) 端末の貸与

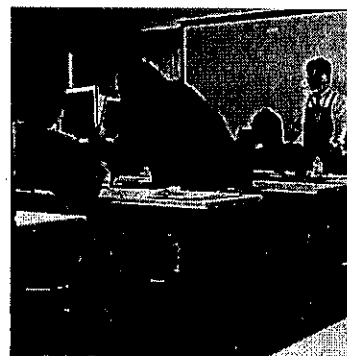
事業実施期間中に使用するタブレット端末を参加者1人1台貸与し、貸与期間中は自由に利用してもらう



成果と課題

取組の成果

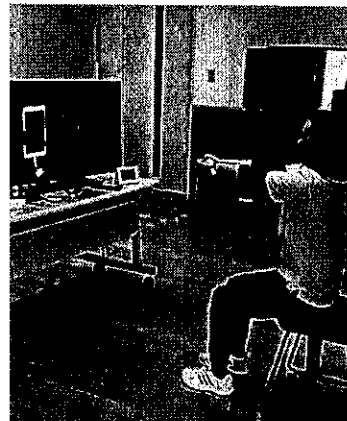
- コロナ禍にあっても不安なくつどいの場活動を続けることができた
- タブレット端末を貸与し日常的に使用してもらうことで、オンラインという新たな交流手段への理解を深めてもらう契機となった
- 情報共有や端末の操作について参加者同士がメールでやり取りするようになるなど、今までにない相互交流がみられた



事前にタブレット操作に慣れってもらうための説明会を開催

今後の展望

- 第1クール終了後アンケートで参加者すべてが「大変よかった」「良かった」、約9割が「今後もオンラインを行いたい」と回答しており、好評であったことから次年度も引き続き実施する
- 熱中症の心配や、悪天候等により外出が難しい場合などにもオンラインが有効であるため、つどいの場の各団体に対して通常のつどいの場活動に加え、自主的な取り組みとしてオンラインの導入を促す
- すべてのつどいの場団体に実施できる事業ではないことから、いかにオンライン交流のメリットを各団体にPRし推進していくかが課題となる



オンラインを活用したシルバーリハビリ体操教室

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

情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム体制構築連絡会議 (R2年11月・R3年2月 書面開催) ・生活支援コーディネーター情報交換会(中止) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、専門職と課題対策等を共有した。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> ・県北圏域8市町村巡回指導・連絡(R2年6月) ・自立支援型地域ケア会議 (R2年度4月に緊急事態宣言を受けて会議を中止しており再開した市町村へ現地で情報提供した。) (対象:二本松市、川俣町、大玉村) 	<ul style="list-style-type: none"> ・8市町村の重点事業や目標を共有し、具体的な支援につなぐことができた。 ・R元年度モデルだった市町村や継続している市町村の課題をくみ取り、県主催の自立支援型ケア会議運営協議会でマニュアル作成の際に反映できた。
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度利用促進についての情報交換会(R2年11月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・8市町村の担当者と成年後見制度利用促進に取り組む必要性を講義をとおして学習。その後、情報交換し専門職との顔つなぎの機会になった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整ルールアンケート調査実施 (ケアマネジャー対象 6~7月) (病院対象 7~8月) ・県北地域広域リハビリ支援センター支援 1回 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整ルールが効果的に運用されている。 ・広域リハビリテーションセンターや認知症疾患医療センター等の関係機関の情報提供することで市町村との連携をすすめた。

2 今後の支援方針

課題

- 介護予防・重度化防止
効果的な自立支援型ケア会議の運営のため、情報提供・助言と継続支援を行う必要がある。
地域包括支援センター等の体制強化を市町村とともに、自立支援に必要な社会資源を創出する。
- 生活支援体制整備事業の推進
市町村により協議体や生活支援コーディネーターの設置や活動に差がある。
- 医療と介護の連携
医療と介護の連携を充実していくために、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・重度化防止
地域包括支援センターの自立支援型ケア会議の情報提供・運営の助言、現地支援を通して、継続支援と会議内容の充実を目指す。
- 生活支援体制整備事業の推進
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。また活動を休止している市町村に再開に向け支援する。
- 医療と介護の連携
退院調整ルールの運用についてアンケート調査の結果に基づき関係者間で点検・評価し、医療・介護・行政の連携体制を強化する。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	①生活支援コーディネーター情報交換会	①生活支援体制整備事業では管内市町村の取り組み状況や管内市町村の事業の進捗状況の情報交換を行うことで、生活支援コーディネーターや市町村担当者が実践的な情報を得る機会となった。
訪問支援	①地域支援事業における技術的助言(4市町村) ②管内市町村における自立支援ケア会議等出席 ③成年後見制度中核機関設置へ向けての研修会へ出席 ④後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における広域連合によるヒアリングへ同行訪問。	訪問支援を行うことで、事業の進捗状況や課題を把握し、解決へ向けての情報提供を行うことができた。
研修会	①生活支援コーディネーター研修会 (情報交換会と併せて開催)	①講義を通じ協議体の運営について等事業の進め方に対する理解を深めることができた。
その他	①地域支援事業実施調査アンケート ②認知症疾患センターとの打ち合わせ(3回) ③県中地域リハビリテーションセンターとの打ち合わせ ④地域包括支援センター、認知症地域支援推進員の名簿作成 ⑤管内市町村の介護予防事業の再開状況・再開にあたっての工夫点について、書面にて情報を共有 ⑥退院調整ルールアンケート調査の実施 ⑦県中地域リハビリテーション協議会の開催支援・出席 ⑧年間を通して情報提供、情報共有	①事業の進捗状況や課題を把握し、支援の方向性を検討することができた。 ②③⑤⑦⑧コロナ禍における事業の進捗状況について情報交換を行ったり、今後の支援の方向性を検討することができた。 ⑥退院調整の運用状況や新型コロナウイルス感染症による退院調整への影響に関するアンケートを行い、結果について情報共有することができた。

2 今後の支援方針

課 題

- 地域課題から地域の実情にあったサービスの創出等につなげることが難しい。
- 自立支援ケア会議の継続・運営充実に向けた支援。
- 認知症疾患センターの活用を周知し、関係機関との連携体制を構築することで、県中地域における認知症施策の推進を図ること。

今後の支援方針

- 生活支援コーディネーター情報交換会等において、地域の実情に応じたサービスの創出に至った市町村の事業についての情報共有を引き続き継続していく。
- 自立支援ケア会議の継続・運営充実に向け、情報提供や助言等による支援を行う。
- 認知症施策については、県中地域認知症疾患医療センターを中心とし、地域住民への普及啓発・関係機関への研修会等を通じて認知症疾患医療センターの相談機関としての活用の促進、研修会等を通じた関係機関と疾患センターの連携体制の構築を支援していく。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	①高齢者福祉施策推進会及び地域包括ケアシステム推進協議会 ②認知症地域支援推進員情報交換会 ③成年後見制度利用促進のための検討会	①書面開催にて各市町村の取組状況について情報提供を行った。 ②各市町村の課題に対して意見交換し、今後の事業に活用できる工夫等を共有した。 ③管内市町村を対象として、成年後見制度利用促進に関する打合せ、意見交換会を行った。中核機関・協議会設置に向けて、各市町村の実情に応じた情報提供を行った。
訪問支援	①管内市町村巡回相談・助言等 ②町への地域支援事業に関する介護保険技術的助言 ③各市町村の自立支援型地域ケア会議の継続支援 ④自立支援型地域ケア会議の未開催市町村の立ち上げ支援	①②意見交換を通して、事業の進捗状況を確認し、課題を共有した。課題の解決策に関して情報提供や助言を行った。 ③会議内容の充実、横展開を目指して、運営に係る全体についての助言を行った。 ④未開催の市町村と打合せし、他市町村の会議を見学した。実際のイメージを持って取り組むことができ、今年度内に自立支援型地域ケア会議が開催出来た。
研修会	①地域支援関係者認知症対応力向上研修 ②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」開催 ③生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣事業に係る専門職派遣	①地域で生活する認知症高齢者への初期対応・支援のポイントについて確認し合い、理解が深まった。 ②住民向けセミナーの実施により、住民への在宅医療・介護連携や介護予防に関する普及啓発につながった。 ③市町村の実情に応じた支援について検討会を行った。協議体への勉強会の内容の充実に繋がった。
その他	①地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターの名簿作成 ②専門職等講師派遣支援	相談しやすい体制づくりへの推進となり、関係者間の連携強化に繋がった。

2 今後の支援方針

課題

- 自立支援型地域ケア会議については、県南地域の全市町村で開催ができるようになったが、取組状況に差がある。
- 生活支援体制整備事業については、各市町村により協議体設置や活動の取組状況が異なるため、それぞれの実情に合わせた支援が必要である。また、生活支援コーディネーターが各市町村に一名配置となっており、相談できる関係づくり・連携強化のための体制整備が必要である。
- 認知症高齢者の支援については、高齢者に何かあってから対応している現状があり、高齢者本人だけではなく、取り巻く環境に属する家族や地域関係者等の認知症に関する理解と、初期支援体制整備が今後の課題である。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、通いの場や認知症カフェ等の事業の中止・延期が生じている市町村がある。

今後の支援方針

- 自立支援型地域ケア会議については、立ち上げ間もない市町村は定着支援を、定着している市町村は、会議内容の充実を図り、課題に対する他事業の広がりへと横展開できるよう、支援を進めていく。
- 生活支援体制整備事業については、高齢者が主体的に取組めるよう、担い手の発掘や活動が活性化するための効果的な働きかけについて、検討する必要がある。市町村担当者と、生活支援コーディネーターのニーズを聞きながら、同規模の市町村間で、課題を共有したり、取組状況について意見交換が出来るような機会の提供を検討する。
- 認知症施策については、講座や研修会・情報交換会を通して、一人一人の対応力向上を図ると共に、各関係機関における顔の見える関係づくりの構築を支援する。
- 新型コロナウイルス感染症対策をしながら事業を開催・継続するために、高齢者とその支援者の双方を守るための感染対策や、新しい生活様式に対応した実施方法・内容について情報提供し、コロナ禍において高齢者を支援するための多様な在り方について支援する。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	①生活支援コーディネーター連絡会 ②成年後見制度利用促進のための情報交換会、勉強会	①活動報告や意見交換をとおし、市町村を超えた交流も見られ、ネットワーク作りや活動の参考となった。またコロナ禍の活動を共有することで、活動が停滞していた市町村の刺激に繋がった。 ②勉強会を繰り返したことで、各市町村計画の策定に繋がった。
訪問支援	①地域支援事業の市町村技術的助言 ②認知症高齢者等見守りSOSネットワーク訓練開催に向けた打ち合わせ4回、及び開催(雨天のため中止) 会津若松市北会津地区 ③市町村主催の認知症対策推進連絡会議等への出席 ④自立支援型地域ケア会議の出席及び情報提供・助言 ⑤成年後見制度利用促進のための基本計画策定等に向けた助言 ⑥市町村主催の生活支援体制整備事業への出席及び視察 ⑦生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣	②来年度会津若松市河東地区でも開催することになり、訓練実施地区が拡大した。 ④⑥⑦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、解決策について情報提供や助言をすることができた。
研修会	自立支援型地域ケア会議司会者養成研修	今年度から新たに司会及び事務担当となった職員に対して研修を実施し、保険者としての役割やケア会議の運営の仕方、司会の視点等について理解が深まった。
その他	①退院調整ルール運用評価会議(書面開催予定) ②奥会津4町村介護保険勉強会への支援 ③各種相談対応	②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。 ③情報提供や助言等をとおし、支援を行った。

2 今後の支援方針

課題

- チームオレンジを推進するための支援が必要。
- 自立支援型地域ケア会議から明らかになった地域課題に対して、新たな地域資源の発掘・開発や他事業との連携による取り組みの強化等に繋げていく必要がある。
- 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を継続していく必要性がある。またコロナ禍により活動が停滞している市町村がある。
- 成年後見制度利用促進のため、中核機関の設置に向けた取り組みへの支援が必要。
- 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、事業を整備・充実していく必要性がある。

今後の支援方針

- 認知症疾患医療センターと連携を図り、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とおり継続支援を行う。
- 生活支援コーディネーター連絡会や情報交換会を開催し、生活支援コーディネーター同士のネットワーク強化や関係者間の連携の充実を目指し支援を行う。
- 成年後見制度利用促進のため、関係機関、市町村と連携し、中核機関の設置に向けた勉強会を実施する。
- 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

情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> ◎地域支援事業情報交換会(R2.7.29)(各町村担当者、包括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(R2.10.13)(医療・介護福祉関係者、各町村課長) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎管内医療・介護等の主要メンバーと地域支援事業の取組状況や課題を共有し、地域・在宅生活に係る当地域の課題への対応等について協議した。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> ◎介護保険・地域支援事業に係る技術的助言(R2.11.19松枝岐村) ◎自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援(管内4町村中3町村がケア会議を実施。未実施の1村に対しては訪問により、実施方法の提案等を実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎技術的助言に際し、各町村の課題や町村の実情等を把握し、解決方法の提案等を行った。 ◎自立支援型地域ケア会議については、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の作成やサービス提供のきっかけとなっており、来年度以降も継続して、ケア会議の開催を支援していく。
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ◎生活支援体制整備事業「介護予防と地域づくりセミナー」開催(各町村担当者、包括生活支援コーディネーター、地域活動団体) ◎「成年後見制度利用促進のための研修会」開催(各町村担当者、包括・家裁、相談支援事業所) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎事業の展開方法や類似地域の事例について学ぶことで、南会津地域での今後の事業の進め方を検討する機会に繋がった。 ◎成年後見制度の利用の現状及び関係機関の役割について、関係機関で共有し、今後管内の体制整備を行うこととした。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◎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。 	<ul style="list-style-type: none"> ◎資源データを関係機関で共有することで、スムーズな連携体制の確保を図ることができた。

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まで至っていない状況である。
- 通いの場を通し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)豪雪地帯である当管内において、高齢者が集いの場まで歩いて行けない距離の地区も多く、支援のあり方(交通支援も含む)を検討する必要がある。
- 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、十分な取組みまで至っていない取組もある。

今後の支援方針

- 町村に対する支援のあり方については、訪問やアンケート調査等を通して支援ニーズを把握の上、引き続き、適切に助言等を行っていく。
- 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既存取組の状況把握に加え、民間事業者や団体等の活用も含めた「地域課題の解決」に向けた検討が必要であり、地域振興・政策担当課とも連携を図りながら進めるよう助言していく。
- 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、訪問等による状況把握や助言、他自治体の取組事例の紹介などの情報提供等を通して支援していく。

1 市町村支援の内容と成果

情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> 各市町村の取組状況の紹介 退院調整ルールに係るアンケートの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 各市町村の取組状況等を周知することにより、現在の状況を把握することが出来た。 アンケート結果をお知らせすることにより事業の重要性を周知した。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援事業に係る技術的助言 被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問支援により、進捗状況を把握し、課題解決に向けて対応した。
研修会	実施なし（新型コロナウイルス感染症の影響により、研修会等を中止にした。）	
その他		

2 今後の支援方針

課 題

- 地域資源の不足による、地域包括ケアシステム構築の難しさがある。
- 帰還が進んでいない市町村については、地域ケア会議を効率的に実施出来ていない状況にある。
- 生活支援体制整備事業において、生活支援コーディネーターが実際に活動出来ていない市町村が多い。
- 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んでいない状況にある。
- 在宅医療・介護連携について、医療機関との連携について進んでいない状況にある。

今後の支援方針

- 情報交換会等において、地域資源が不足している市町村の取組や先進事例等のことを紹介することで、各市町村の活動を推進する。
- 個別訪問等により、各市町村の課題等を把握した上で、効率的な個別支援の方法を検討する。

「令和2年度地域包括ケアシステム構築に係る取組事例集」
令和3年3月 福島県保健福祉部 健康づくり推進課

住所：〒960-8670
福島市杉妻町2-16

電話：024-521-7165

FAX：024-521-2191

Email：houkatsu@pref.fukushima.lg.jp