

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業 地域包括ケア
システム事例分析に関する調査研究事業

事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう

「地域包括ケアシステム」事例集成

～できること探しの素材集～

平成26(2014)年3月

株式会社 日本総合研究所

地域包括ケアシステム事例集の報告にあたって

地域包括ケアという概念をはじめて提起したのは 1970 年代に、広島県御調町の公立みつぎ病院の山口昇医師である。山口医師によると、脳血管疾患等で救急搬送され、緊急手術で救命し、リハビリによって退院した患者さんが、1、2 年後に寝たきり状態になって、再入院してくるケースが目立つようになった。その多くが褥瘡をつくり、また、おむつをあてた状態で、しかも痴呆症状が進んだ状態になっていることが多かった。その原因は共稼ぎ等による家族介護力の低下、おむつ失禁を余儀なくされる不適切な介護、自宅の療養環境の問題。さらに日中の家族不在により家に閉じこもりがちになるため認知能力の低下などがみられることなどの複合的な要因によるものであったと分析されている。

山口医師は、このよう状況に対応すべく、医療を自宅に届ける出前医療、訪問看護、保健師の訪問、リハビリテーション、さらに地域住民による地域活動の充実、などの活動を導入するとともに、1980 年代には病院に健康管理センターを増設し、ここに町役場の福祉と保健行政を集中させて、社会福祉協議会も移設し、文字通り保健医療介護の一体的な推進体制を構築することになった。

利用者の生活課題を発見し、その課題の解決を目指して、現場に必要なサービスを創り出し、さらにこのサービスが有効に機能するように、サービス提供体制を地域で統合し、これを円滑に実施する実施体制を構築するために、行政組織の統合にまで及ぶという実践はまさに今日の地域包括ケアシステム構築の先駆けとなったのである。

今日の目からみても、このみつぎモデルは多大な示唆を与える。寝たきり老人の発生を個々人の問題としてみるのではなく、地域社会の変化に伴う家族介護力の低下や療養環境の問題、孤立の問題などの複合的な要因群ととらえ、長期療養を送っている人々の生活の質の向上をはかるためには、これまでの対応のみでは課題解決が困難であることを認識し、新しいサービスなどの整備にはじまり、さらに地域住民参加の推進におよぶ解決策を開発し、さらに、スムーズに課題の解決を実現するために、組織改革まで及ぶというアプローチは今日まさに、地域包括ケアシステムの構築にあたっての必要とされる手法がすでに出そろっていたといえる。

この地域包括ケアの創始から約 25 年後に介護保険制度が導入され、様々な介護サービスが

導入された。介護保険法にもあるように、住み慣れた地域での生活の継続を本旨とした居宅でのサービス提供を自立支援の理念によって行うという理念が掲げられたものの、介護保険によるサービスのみでは地域の介護課題を解決することが困難であることも明らかになった。

2003年(平成15年)6月に公表された老健局に設置された高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護」と題した報告書で、介護保険と医療及び福祉等の諸制度が連携し、さらに専門職間の多職種協働と地域住民参加を包括的に実現するために、政策理念として「地域包括ケアシステムの推進」を提起した。

今後我々が経験する介護ニーズ爆発に対処するためには、従来型の病院施設完結型の医療介護を地域完結型に転換することが、その後組織された地域包括ケア研究会の検討のなかで深められてきた。

さらに、昨年8月に公表された社会保障制度改革国民会議において、この地域包括ケアシステムの考え方が社会保障のサービス体系を再構築するための政策理念とされるようになった。

地域包括ケアの構築はそれぞれの地域性に立脚しながら、医療福祉介護および住宅政策を包含し、さらに自助と互助をふくめたインフォーマル部門に目配りをしながら、なによりも介護保険法でいう要介護高齢者の尊厳の保持という理念を実現するために、地域生活の継続のために切れ目のない支援が行われるような体制の構築を目指すことである。病院や施設はそのなかで専門サービス機能によりながら重要なバックアップ機能を果たすことが期待されていることはいうまでもない。

すなわち、地域包括ケアシステムの構築と推進が津々浦々の地域で実践することが求められていることに他ならない。勿論、当時の御調町のように国民健康保険直営医療機関が地域包括ケア構築をリードできるような一元的な体制は例外的である。むしろ多様な事業主体が多角的に併存している地域が多い。今後地域包括ケアシステムの構築を目指してこれらの諸主体の調整と連携を図るためのプラットフォームの形成を目指し、地域住民の理解と協力を得ながら、課題を解決のためのソリューションを作り出せる体制づくりが必要である。このような、地域包括ケアシステムの構築にあたって、なにをどうやって良いか悩んでいる政策現場の方々も多い。また、事業者、専門職や地域住民にとっても、地域包括ケアの姿を具体的に理解することは難しいと考えられる。

本事例集は、このような課題にこたえるために、それぞれの地域の実践現場からの事例についての情報を収集し、共通のフォーマットによりながら、地域包括ケアのテーマを抽出し、事例を集成した。この事例集により地域包括ケアシステムのイメージについての共通の認識の確立に役立つであろう。

出発点はわがまちの地域包括ケアの姿を探ることである。わがまちの介護や医療や福祉の課題の抽出からはじまり、この課題の解決のために、どのようなアプローチを行うか。そのために、先行する実践からヒントを得ることにより、地域課題にふさわしい解決策を探るための様々なヒントがこの事例集には収められている。

しばしば、所謂先進事例をまなぶなかで、このような実践は我が町では困難であるという感想をもたれることが少なくない。しかし、到達点を見るのではなく、その事例はどのようなプロセスを辿って形成されてきたのか。そのなかで行政担当者、専門職、地域リーダー、事業者はどのような役割を果たしてきたのかなどを学ぶことは、地域地域で個性的な「ご当地型」の地域包括ケアシステムの構築の大きな力となるであろう。

この事例集では、全国で展開している約 400 の事例から選び抜いた 50 の事例がとりあげられている。自治体の規模や地域性も多様な実践のなかから参考となる事例が選ばれており、キーワードによって、事例の特徴もあらかじめ理解できるように編集してある。

なによりも地域包括ケアシステムの構築は地域づくりでもある。また、社会保障の給付が地域社会に循環することによって、地域の活性化にも貢献する。その意味で地域包括ケアシステムの構築を推進することがこれからの地域政策の根幹に位置づけられる必要がある。

本事例集が様々な活用され、それぞれの地域での地域包括ケアシステム構築への取り組みにむけたエネルギーの素になることを期待したい。

最後に、本事例集の作成に多大の協力をいただいた皆様に深く謝意を表させていただきます。

平成 26 年 3 月

ワーキンググループ座長

高橋紘士

「地域包括ケアシステム」事例集成

目次

はじめに.....	1
1. この事例集のねらい.....	1
2. この事例集の使い方.....	2
3. 本事例集の掲載事例の索引.....	3
(1) 地図で探したい.....	3
(2) キーワードで探したい.....	4
(3) 人口・高齢化率で探したい.....	6
第1章 地域包括ケアシステムの考え方.....	11
1. 地域包括ケアシステムが提案された背景と目指すべき姿.....	11
2. 地域包括ケアシステムの実例(先駆的な取組事例).....	15
3. 地域包括ケアシステム構築に向けた道筋.....	17
(1) 「何のためにやるのか」(目標)を共有することが必要.....	17
(2) 時間が掛かるからこそ、「仕組みをつくる」ことが重要.....	17
4. 地域包括ケアシステム構築の「仕組みをつくる」ために必要な5つのこと.....	18
(1) 情報発信と双方向のコミュニケーションを行う.....	19
(2) 地域の目指す姿について合意形成を行う.....	19
(3) 専門職による質の高い支援・サービス提供のための基盤整備を行う.....	20
(4) 不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる.....	21
(5) 多様な担い手の育成・サービス創出を促す.....	22
第2章 地域包括ケア推進担当者へのメッセージ.....	24
1. どの地域にも必ず創意工夫のある取り組みがある.....	24
2. 「我がまち」の地域包括ケアシステムを目指す.....	24
3. 主役は市民、行政は仕掛け人.....	25
第3章 地域包括ケアシステムの取組事例.....	26
1. 地域包括ケアシステム構築に関する50事例.....	27
(1) 【北海道当別町】学生が起点となり高齢者の力を引き出した共生と就労支援のしくみづくり.....	28
(2) 【山形県鶴岡市】医師会を軸にしたチームによるICTを活用した医療と介護の連携の推進.....	33
(3) 【福島県楢葉町】応急仮設住宅での避難生活におけるコミュニティづくり.....	39
(4) 【千葉県浦安市】市民協働で進める介護予防.....	45
(5) 【神奈川県横浜市】事業者への丁寧な情報発信が支えた地域密着型サービスの推進.....	50
(6) 【富山県南砺市】住民参加型の地域医療再生システム構築.....	54
(7)-1【愛知県名古屋市】NPO法人による住民参加型の生活支援サービスの取り組み.....	59
(7)-2【愛知県名古屋市】南医療生協がすすめる協同のまちづくり.....	64

(8)【滋賀県東近江市】住民活動との協働による、互いに支え合うまちづくり	69
(9)【福岡県大牟田市】認知症になっても安心して暮らせる市民協働によるネットワークづくり	76
(10)【鹿児島県肝付町】人口減少集落での自助意識の啓発と地域づくり	82
(11)【北海道喜茂別町・島牧村・ニセコ町・積丹町】 テレビ電話・IP 告知端末を活用した健康管理・見守りシステム	87
(12)【岩手県宮古市】地域の保健・医療・介護の情報連携ネットワーク整備	90
(13)【岩手県釜石市・大槌町】かまいし・おおつち医療情報ネットワークの活用による 医療・介護連携強化（愛称：OKはまゆりネット）	93
(14)【宮城県仙台市】地域住民のやりがいを引き出す、自主的な介護予防グループの支援	99
(15)【秋田県秋田市】在宅ケアの多職種連携のための「秋田市在宅医療・ケア連携セミナー」	102
(16)【秋田県湯沢市】地域ケア会議を活用した生活・介護支援、介護予防、 認知症のサポーター育成と地域力の活性化	105
(17)【福島県白河市】高齢者サロン「あったかセンター」による介護予防と生きがいづくり	108
(18)【茨城県常総市】介護予防推進員の自主運営による「JOSO☆ハッピー体操」の 普及促進と介護予防	111
(19)【茨城県牛久市】いばらぎコープ生活協同組合による買物支援・支えあい活動から 広がる新たなコミュニティの場	114
(20)【茨城県利根町】住民主体の介護予防事業及び認知症対策の推進	117
(21)【群馬県前橋市】介護予防ボランティアによる「ピンシャン！元気体操」の 普及促進と介護予防	122
(22)【群馬県富岡市】「ふれあいの居場所」から広がる地域住民同士の支え合い	126
(23)【千葉県柏市】地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・多職種連携の推進と 地域ケア会議の開催	130
(24)【東京都新宿区】「低所得」「孤立」「介護」「障害」の課題を抱える人への 住まい・生活支援と就労創出	138
(25)【東京都豊島区】多職種の「顔の見える連携」による在宅医療の仕組みづくり	141
(26)【東京都立川市】関係機関の協働による重層的なネットワーク構築	144
(27)【東京都武蔵野市】武蔵野市高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎とした 地域包括ケアシステム（まちづくり）の推進	148
(28)【東京都多摩市】行政コーディネートによる多分野横断型アプローチ	155
(29)【新潟県長岡市】地域への積極的な働きかけが地域の交流拠点へ	162
(30)【富山県高岡市】「高岡市中央地域ケア会議」を通じた地域包括ケア体制づくり	164
(31)【石川県津幡町】総合相談（個別課題解決）と地域づくり・資源開発・政策提案の 相互作用を生み出す仕組みづくり	169
(32)【山梨県北杜市】介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防と生活支援の 総合的なサービス提供	173

(33)【山梨県道志村】山あい集落における見守り・買い物支援・居場所づくり	175
(34)【岐阜県東白川村】認知症高齢者の早期発見・見守りに向けた「みまもりのわ事業」	181
(35)【静岡県静岡市】圏域ごとの地域課題に基づく高齢者支援と見守りネットワーク構築	184
(36)【静岡県富士宮市】ワンストップ福祉総合相談支援体制構築への取り組み ～地域包括支援センターを基盤にした総合相談窓口の設置～	190
(37)【静岡県掛川市】多職種連携による総合的な在宅支援のための体制の構築	196
(38)【愛知県豊橋市】生活協同組合による「地域の絆」創生プロジェクト	200
(39)【愛知県高浜市】総合相談の拠点を基盤にした地域包括支援ネットワーク構築	203
(40)【三重県いなべ市】一般社団法人へ委託した「元気リーダー」による 運動プログラムの普及促進と介護予防	208
(41)【大阪府大阪市】NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的提供	213
(42)【和歌山県すさみ町】医療・福祉の情報共有・緊急通報システム等の情報基盤 「すさみ町地域見守りシステム」の構築	216
(43)【鳥取県米子市】小規模多機能居宅介護が地域に開かれた拠点に	220
(44)【岡山県岡山市】地域通貨を活用した交流拠点「サロン・なんだ村」	224
(45)【高知県梶原町】病院と保健福祉支援センター併設による医療と保健・介護の連携	226
(46)【長崎県佐々町】「佐々町介護予防ボランティア」の地域デビューを促進する 介護予防事業の展開	230
(47)【大分県玉東町】在宅看取りができる地域づくりのための 「玉東町テスカンファレンス」の開催	236
(48)【熊本県山都町】農協が進める介護・住まい・生活支援の一体的サービス提供	238
(49)【鹿児島県大和村】地域支え合いマップづくりをきっかけとした地域力の向上	241
(50)【鹿児島県龍郷町】住民力・地域力・介護力を総動員した地域包括ケア体制づくり	244
2. 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例(厚生労働省公表資料)	248
(1)【東京都世田谷区】都市部の世田谷らしい地域包括ケアシステムの構築	249
(2)【新潟県長岡市】小地域での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組	251
(3)【鳥取県南部町】既存資源を活用した共同住宅による低所得者の住まいの確保	254
(4)【千葉県柏市】行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携	257
(5)【三重県四日市市】社会福祉法人と地域組織の協働による日常生活支援体制の構築	259
(6)【大分県竹田市】介護保険外のサービスの開発とそれを活用した介護予防と自立生活支援	262
(7)【熊本県天草市】離島における在宅生活の基盤づくり	265
(8)【埼玉県川越市】認知症施策と家族支援	267
(9)【鹿児島県大和村】住民が自ら考える互助の地域づくり	269
(10)【鳥取県境港市・米子市】特養等の施設機能を地域に展開	272

参考資料1	275
1. チェックリスト(ワークシート)	275
2. 我がまちの取組事例まとめシート	276
3. 参考文献	281
参考資料2	283
1. 事例選定および事例集成作成方法	283
2. 開催要項	284

■50 事例の取り組み内容の把握方法

該当市区町村	把握方法
北海道当別町、山形県鶴岡市、福島県楡葉町、千葉県浦安市、 神奈川県横浜市、富山県南砺市、愛知県名古屋市、滋賀県 東近江市、福岡県大牟田市、鹿児島県肝付町	総合的な取り組みとして、ヒアリング調査を実施し、より詳細な情報を記載
上記以外	情報提供フォーマットによって情報収集した内容を基に記載

はじめに

1. この事例集のねらい

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を実現する上で、今まさに介護保険の保険者でもある市町村に求められているのが「地域包括ケアシステム」の構築です。平成 24 年度施行の改正介護保険法では、第 5 条第 3 項において国及び地方公共団体が地域包括ケアシステムの推進を図る責務を担うことが示されました。

地域包括ケアシステムの基本的な考え方や取り組みのあり方については、地域包括ケア研究会で整理されていますが、同研究会の報告書でも指摘されているように、地域包括ケアシステムの構築は、「それぞれの地域の特性にあったより具体的な施策を実施していくことが重要」です。

なぜならば、地域包括ケアシステムには「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」という 5 つの構成要素(分野)から成り立ち、それらを組み立てていく方法として「自助」「互助」「共助」「公助」という視点があるため、それらの具体的な形が地域の特性によって当然に異なるものだからです。

そこで本事例集では、全国の市区町村において、現在実施されている取り組みを発見したり、新たな取り組みのヒントとなる視点を見つけたりすることに役立てていただくための具体的な事例を紹介しています。

地域包括ケアシステムの姿は地域ごとに異なるため、各地域が主体的に、包括的に、推進していくことがポイントとなります。そこで、本事例集では多様な分野の取り組みを幅広く取り上げるとともに、それらをプロデュースする市区町村の役割に着目している点が大きな特徴です。

なお、まずは市区町村の地域包括ケア推進担当者に活用していただくことを想定していますが、行政職員のみならず、広く地域に住まわれる方や医療・介護・福祉等に従事する方々も読み、地域で一緒に「我がまちの地域包括ケア」を語り合うきっかけとして活用されることを期待しています。

皆さんのまちの取組事例についても、チェックリストや取組事例まとめシート(p.275～280)を活用してみてはいかがでしょうか。

2. この事例集の使い方

STEP1

まずは、**第1章・第2章**を通読してください！
(地域包括ケアを考えるための視点などを記載しています。)

STEP2

次に、下記の用途に従い、他の章を読み進めてください！

① 人口規模やキーワードで、事例を探したい

⇒以下の索引から当てはまる事例をご確認ください

(1) 地図で探したい……3 ページ

(2) キーワードで探したい……4 ページ

(3) 人口・高齢化率で探したい……6 ページ

② 取り組みを考えるヒントが欲しい

⇒巻末の**参考資料1チェックリスト(ワークシート)**を使って
みてはどうでしょうか？……275 ページ

③ どんな事例があるかを深く知りたい

⇒**第3章**をはじめからお読みください(はじめの10事例は、総合的な取り組みとしてヒアリングを実施し、詳しく記載しています。)……26 ページ

(1) 地図で探したい

(事例選定および事例集作成方法については、参考資料 2 をご参照ください)



(2) キーワードで探したい

地域包括ケアシステムの構築においては、介護保険法第5条3項にある通り、介護保険サービスの充実強化、医療との連携強化、介護予防の推進、生活支援サービスの確保、住まいの整備といった取り組みが求められます。また、こうした取り組みを包括的に推進していくためにさまざまな関係機関等との連携の仕組みも重要です。

本事例集に掲載している全国の事例には、こうしたさまざまな領域の取り組みが盛り込まれており、ここではそうした取り組み内容から調べるときの参考となるよう、各事例の主なキーワードを紹介しています。

① 介護保険サービスの充実強化、医療との連携強化に関する取り組み

- ・ 医療・介護連携（山形県鶴岡市 p.33、滋賀県東近江市 p.69、秋田県秋田市 p.102、千葉県柏市 p.130、東京都豊島区 p.141）
- ・ 医療に関わる人材育成（富山県南砺市 p.54）
- ・ 医療・介護情報の活用（岩手県宮古市 p.90、岩手県釜石市・大槌町 p.93、和歌山県すさみ町 p.216）
- ・ 医療・介護等のサービス拠点（静岡県掛川市 p.196、高知県梶原町 p.226）
- ・ 認知症高齢者の支援（福岡県大牟田市 p.76）
- ・ 在宅での看取り（熊本県玉東町 p.236）
- ・ 地域密着型サービスの推進や活用（神奈川県横浜市 p.50、新潟県長岡市 p.162、鳥取県米子市 p.220）

② 介護予防の推進に関する取り組み

- ・ 住民参加の介護予防（千葉県浦安市 p.45、茨城県利根町 p.117）
- ・ 介護予防と生活支援の総合的なサービス提供（山梨県北杜市 p.173）
- ・ 介護予防に関するボランティアの養成（群馬県前橋市 p.122、長崎県佐々町 p.230）
- ・ ボランティアとの協働によるサロン運営（福島県白河市 p.108、群馬県富岡市 p.126）
- ・ 自主グループの形成（宮城県仙台市 p.99、茨城県常総市 p.111、三重県いなべ市 p.208）

③ 生活支援サービスの確保や住まいの整備に関する取り組み

- ・ 就労の場の確保（北海道当別町 p.28）
- ・ 移動支援（東京都武蔵野市 p.148）
- ・ 買い物支援（茨城県牛久市 p.114）
- ・ 見守り（山梨県道志村 p.175、岐阜県東白川村 p.181）
- ・ 地域通貨を活用したボランティアの取り組み（岡山県岡山市 p.224）
- ・ ボランティアのコーディネーター（愛知県豊橋市 p.200）

- ・ NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的な提供（大阪府大阪市 p.213）
- ・ 農協が進める地域包括ケア（熊本県山都町 p.238）
- ・ 高齢化が進む集合住宅での取り組み（東京都多摩市 p.155）
- ・ 住まいと生活支援等の一体的な提供（東京都新宿区 p.138）

④ 住民や関係団体・機関等との協働による包括的な支援体制づくりの取り組み

- ・ 地域ケア会議（秋田県湯沢市 p.105、東京都立川市 p.144 富山県高岡市 p.164）
- ・ 総合相談支援体制の充実（石川県津幡町 p.169、静岡県富士宮市 p.190、愛知県高浜市 p.203）
- ・ 支えあい体制づくり（愛知県名古屋市 p.59、鹿児島県肝付町 p.82、北海道喜茂別町・島牧町・ニセコ町・積丹町 p.87、静岡県静岡市 p.184、鹿児島県大和村 p.241、鹿児島県龍郷町 p.244）
- ・ コミュニティづくり（福島県檜葉町 p.39）

(3) 人口・高齢化率で探したい

人口や高齢化率で地域を探す場合はこちらからお探しください。

①総人口で探したい

総人口の 区分	都道府県	市町村名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	ページ番号
指定都市・ 特別区	神奈川県	横浜市	3,693,788人	790,099人	21.4%	50
	大阪府	大阪市	2,683,487人	623,805人	23.2%	213
	愛知県	名古屋市	2,271,380人	501,961人	22.1%	59
	宮城県	仙台市	1,038,522人	207,337人	20.0%	99
	静岡県	静岡市	719,188人	186,353人	25.9%	184
	岡山県	岡山市	701,923人	160,856人	22.9%	224
	東京都	新宿区	330,084人	62,848人	19.0%	138
	東京都	豊島区	270,275人	53,930人	20.0%	141
中核市・ 特例市	千葉県	柏市	404,949人	87,960人	21.7%	130
	愛知県	豊橋市	374,404人	81,751人	21.8%	200
	群馬県	前橋市	340,945人	84,766人	24.9%	122
	秋田県	秋田市	320,681人	82,210人	25.6%	102
	新潟県	長岡市	281,100人	74,192人	26.4%	162
市(人口10万人 以上)	東京都	立川市	179,549人	38,729人	21.6%	144
	富山県	高岡市	177,381人	51,068人	28.8%	164
	千葉県	浦安市	162,155人	22,490人	13.9%	45
	鳥取県	米子市	148,280人	37,661人	25.4%	220
	東京都	多摩市	145,950人	34,100人	23.4%	155
	東京都	武蔵野市	139,535人	29,227人	20.9%	148
	山形県	鶴岡市	134,783人	31,980人	23.7%	33
	静岡県	富士宮市	133,969人	40,057人	29.9%	190
	福岡県	大牟田市	123,105人	38,341人	31.1%	76
	静岡県	掛川市	118,022人	26,731人	22.6%	196
	滋賀県	東近江市	116,603人	25,657人	22.0%	69
市(人口10万人 未満)	茨城県	牛久市	83,531人	18,761人	22.5%	114
	茨城県	常総市	66,246人	15,825人	23.9%	111
	福島県	白河市	63,739人	14,979人	23.5%	108
	岩手県	宮古市	57,575人	18,323人	31.8%	90
	富山県	南砺市	54,832人	17,720人	32.3%	54
	群馬県	富岡市	51,831人	14,006人	27.0%	126
	秋田県	湯沢市	50,398人	16,443人	32.6%	105
	山梨県	北杜市	48,874人	15,725人	32.2%	173
	三重県	いなべ市	46,263人	10,846人	23.4%	208
	愛知県	高浜市	45,990人	8,129人	17.7%	203
	岩手県	釜石市	37,161人	12,774人	34.4%	93
	岩手県	大槌町	12,892人	4,066人	31.5%	93
	石川県	津幡町	37,645人	7,496人	19.9%	169
町村	北海道	当別町	17,835人	4,774人	26.8%	28
	茨城県	利根町	17,445人	5,659人	32.4%	117
	鹿児島県	肝付町	17,298人	6,747人	39.0%	82
	熊本県	山都町	15,804人	6,293人	39.8%	238
	長崎県	佐々町	13,749人	3,181人	23.1%	230
	福島県	楢葉町	7,613人	2,053人	27.0%	39
	鹿児島県	龍郷町	6,066人	1,818人	30.0%	244
	熊本県	玉東町	5,625人	1,727人	30.7%	236
	北海道	二セコ町	4,820人	1,224人	25.4%	87
	和歌山県	すさみ町	4,639人	1,971人	42.5%	216
	高知県	梼原町	3,739人	1,566人	41.9%	226
	岐阜県	東白川村	2,470人	1,005人	40.7%	181
	北海道	積丹町	2,427人	1,040人	42.9%	87
	北海道	喜茂別町	2,382人	853人	35.8%	87
	山梨県	道志村	1,903人	572人	30.1%	175
	鹿児島県	大和村	1,763人	607人	34.4%	241
	北海道	島牧村	1,719人	685人	39.8%	87

【出典】平成 25 年住民基本台帳年齢別人口(市区町村別) 平成 25 年 3 月時点

②65 歳以上人口で探したい

65歳以上人口 の区分	都道府県	市区町村名	65歳以上人口	総人口	高齢化率 (65歳以上)	ページ番号
10万人以上	神奈川県	横浜市	790,099人	3,707,843人	21.3%	50
	大阪府	大阪市	623,805人	2,663,467人	23.4%	213
	愛知県	名古屋市	501,961人	2,247,645人	22.3%	59
	宮城県	仙台市	207,337人	1,038,522人	20.0%	99
	静岡県	静岡市	186,353人	719,188人	25.9%	184
	岡山県	岡山市	160,856人	701,923人	22.9%	224
5万人以上 10万人未満	千葉県	柏市	87,960人	402,337人	21.9%	130
	群馬県	前橋市	84,766人	340,945人	24.9%	122
	秋田県	秋田市	82,210人	320,681人	25.6%	102
	愛知県	豊橋市	81,751人	379,678人	21.5%	200
	新潟県	長岡市	74,192人	281,411人	26.4%	162
	東京都	新宿区	62,848人	320,996人	19.6%	138
	東京都	豊島区	53,930人	269,463人	20.0%	141
	富山県	高岡市	51,068人	177,551人	28.8%	164
3万人以上 5万人未満	山形県	鶴岡市	40,057人	135,403人	29.6%	33
	東京都	立川市	38,729人	178,127人	21.7%	144
	福岡県	大牟田市	38,341人	123,109人	31.1%	76
	鳥取県	米子市	37,661人	149,773人	25.1%	220
	東京都	多摩市	34,100人	145,950人	23.4%	155
	静岡県	富士宮市	31,980人	135,492人	23.6%	190
1万人以上 3万人未満	東京都	武蔵野市	29,227人	139,535人	20.9%	148
	静岡県	掛川市	26,731人	118,022人	22.6%	196
	滋賀県	東近江市	25,657人	116,603人	22.0%	69
	千葉県	浦安市	22,490人	162,155人	13.9%	45
	茨城県	牛久市	18,761人	83,460人	22.5%	114
	岩手県	宮古市	18,323人	57,575人	31.8%	90
	富山県	南砺市	17,720人	54,823人	32.3%	54
	秋田県	湯沢市	16,443人	50,398人	32.6%	105
	茨城県	常総市	15,825人	66,246人	23.9%	111
	山梨県	北杜市	15,725人	48,937人	32.1%	173
	福島県	白河市	14,979人	63,445人	23.6%	108
	群馬県	富岡市	14,006人	51,724人	27.1%	126
	岩手県	釜石市	12,774人	37,161人	34.4%	93
	三重県	いなべ市	10,846人	46,290人	23.4%	208
3千人以上 1万人未満	愛知県	高浜市	8,129人	45,990人	17.7%	203
	石川県	津幡町	7,496人	37,681人	19.9%	169
	熊本県	山都町	6,747人	17,242人	39.1%	238
	鹿児島県	肝付町	6,293人	17,026人	37.0%	82
	茨城県	利根町	5,659人	17,481人	32.4%	117
	北海道	当別町	4,774人	17,835人	26.8%	28
	岩手県	大槌町	4,066人	12,892人	31.5%	93
	長崎県	佐々町	3,181人	13,767人	23.1%	230
1千人以上 3千人未満	福島県	檜葉町	2,053人	7,616人	27.0%	39
	和歌山県	すさみ町	1,971人	4,691人	42.0%	216
	鹿児島県	龍郷町	1,818人	6,066人	30.0%	244
	熊本県	玉東町	1,727人	5,625人	30.7%	236
	高知県	桺原町	1,566人	3,750人	41.8%	226
	北海道	ニセコ町	1,224人	4,820人	25.4%	87
	北海道	積丹町	1,040人	2,427人	42.9%	87
	岐阜県	東白川村	1,005人	2,607人	38.6%	181
1千人未満	北海道	喜茂別町	853人	2,382人	35.8%	87
	北海道	島牧村	685人	1,719人	39.8%	87
	鹿児島県	大和村	607人	1,643人	36.9%	241
	山梨県	道志村	572人	1,903人	30.1%	175

③ 75 歳以上人口で探したい

75歳以上人口 の区分	都道府県	市区町村名	75歳以上人口	総人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ番号
3万人以上	神奈川県	横浜市	362,646人	3,707,843人	9.8%	50
	大阪府	大阪市	298,947人	2,663,467人	11.2%	213
	愛知県	名古屋市	238,060人	2,247,645人	10.6%	59
	宮城県	仙台市	99,003人	1,038,522人	9.5%	99
	静岡県	静岡市	90,834人	719,188人	12.6%	184
	岡山県	岡山市	79,570人	701,923人	11.3%	224
	秋田県	秋田市	42,779人	320,681人	13.3%	102
	群馬県	前橋市	42,132人	340,945人	12.4%	122
	新潟県	長岡市	40,501人	281,411人	14.4%	162
	愛知県	豊橋市	37,863人	379,678人	10.0%	200
	千葉県	柏市	36,310人	402,337人	9.0%	130
	東京都	新宿区	31,420人	320,996人	9.8%	138
1万人以上 3万人未満	東京都	豊島区	26,822人	269,463人	10.0%	141
	富山県	高岡市	25,457人	177,551人	14.3%	164
	山形県	鶴岡市	22,915人	135,403人	16.9%	33
	福岡県	大牟田市	21,383人	123,109人	17.4%	76
	鳥取県	米子市	19,501人	149,773人	13.0%	220
	東京都	立川市	17,501人	178,127人	9.8%	144
	東京都	武蔵野市	15,229人	139,535人	10.9%	148
	静岡県	富士宮市	14,993人	135,492人	11.1%	190
	静岡県	掛川市	14,191人	118,022人	12.0%	196
	東京都	多摩市	13,924人	145,950人	9.5%	155
	滋賀県	東近江市	13,183人	116,603人	11.3%	69
	富山県	南砺市	10,193人	54,823人	18.6%	54
3千人以上 1万人未満	岩手県	宮古市	9,767人	57,575人	17.0%	90
	秋田県	湯沢市	9,720人	50,398人	19.3%	105
	千葉県	浦安市	8,315人	162,155人	5.1%	45
	福島県	白河市	8,242人	63,445人	13.0%	108
	山梨県	北杜市	8,222人	48,937人	16.8%	173
	茨城県	常総市	7,934人	66,246人	12.0%	111
	群馬県	富岡市	7,361人	51,724人	14.2%	126
	岩手県	釜石市	7,070人	37,161人	19.0%	93
	茨城県	牛久市	6,997人	83,460人	8.4%	114
	三重県	いなべ市	5,533人	46,290人	12.0%	208
	熊本県	山都町	4,343人	17,242人	25.2%	238
	愛知県	高浜市	4,051人	45,990人	8.8%	203
	鹿児島県	肝付町	4,003人	17,026人	23.5%	82
	石川県	津幡町	3,592人	37,681人	9.5%	169
1千人以上 3千人未満	北海道	当別町	2,360人	17,835人	13.2%	28
	岩手県	大槌町	2,111人	12,892人	16.4%	93
	茨城県	利根町	2,071人	17,481人	11.8%	117
	長崎県	佐々町	1,647人	13,767人	12.0%	230
	和歌山県	すさみ町	1,212人	4,691人	25.8%	216
	福島県	檜葉町	1,153人	7,616人	15.1%	39
	鹿児島県	龍郷町	1,083人	6,066人	17.9%	244
	高知県	梶原町	1,011人	3,750人	27.0%	226
1千人未満	熊本県	玉東町	968人	5,625人	17.2%	236
	北海道	ニセコ町	661人	4,820人	13.7%	87
	岐阜県	東白川村	642人	2,607人	24.6%	181
	北海道	積丹町	618人	2,427人	25.5%	87
	北海道	喜茂別町	468人	2,382人	19.6%	87
	北海道	島牧村	415人	1,719人	24.1%	87
	鹿児島県	大和村	377人	1,643人	22.9%	241
	山梨県	道志村	321人	1,903人	16.9%	175

④ 高齢化率(65歳以上)で探したい

高齢化率(65歳以上)の区分	都道府県	市区町村名	高齢化率(65歳以上)	総人口	65歳以上人口	ページ番号
40%以上	北海道	積丹町	42.9%	2,427人	1,040人	87
	和歌山県	すさみ町	42.0%	4,691人	1,971人	216
	高知県	梼原町	41.8%	3,750人	1,566人	226
35%以上 40%未満	北海道	島牧村	39.8%	1,719人	685人	87
	熊本県	山都町	39.1%	17,242人	6,747人	238
	岐阜県	東白川村	38.6%	2,607人	1,005人	181
	鹿児島県	肝付町	37.0%	17,026人	6,293人	82
	鹿児島県	大和村	36.9%	1,643人	607人	241
	北海道	喜茂別町	35.8%	2,382人	853人	87
	岩手県	釜石市	34.4%	37,161人	12,774人	93
30%以上 35%未満	秋田県	湯沢市	32.6%	50,398人	16,443人	105
	茨城県	利根町	32.4%	17,481人	5,659人	117
	富山県	南砺市	32.3%	54,823人	17,720人	54
	山梨県	北杜市	32.1%	48,937人	15,725人	173
	岩手県	宮古市	31.8%	57,575人	18,323人	90
	岩手県	大槌町	31.5%	12,892人	4,066人	93
	福岡県	大牟田市	31.1%	123,109人	38,341人	76
	熊本県	玉東町	30.7%	5,625人	1,727人	236
	山梨県	道志村	30.1%	1,903人	572人	175
	鹿児島県	龍郷町	30.0%	6,066人	1,818人	244
	山形県	鶴岡市	29.6%	135,403人	40,057人	33
25%以上 30%未満	富山県	高岡市	28.8%	177,551人	51,068人	164
	群馬県	富岡市	27.1%	51,724人	14,006人	126
	福島県	檜葉町	27.0%	7,616人	2,053人	39
	北海道	当別町	26.8%	17,835人	4,774人	28
	新潟県	長岡市	26.4%	281,411人	74,192人	162
	静岡県	静岡市	25.9%	719,188人	186,353人	184
	秋田県	秋田市	25.6%	320,681人	82,210人	102
	北海道	二セコ町	25.4%	4,820人	1,224人	87
	鳥取県	米子市	25.1%	149,773人	37,661人	220
	群馬県	前橋市	24.9%	340,945人	84,766人	122
20%以上 25%未満	茨城県	常総市	23.9%	66,246人	15,825人	111
	福島県	白河市	23.6%	63,445人	14,979人	108
	静岡県	富士宮市	23.6%	135,492人	31,980人	190
	三重県	いなべ市	23.4%	46,290人	10,846人	208
	大阪府	大阪市	23.4%	2,663,467人	623,805人	213
	東京都	多摩市	23.4%	145,950人	34,100人	155
	長崎県	佐々町	23.1%	13,767人	3,181人	230
	岡山県	岡山市	22.9%	701,923人	160,856人	224
	静岡県	掛川市	22.6%	118,022人	26,731人	196
	茨城県	牛久市	22.5%	83,460人	18,761人	114
	愛知県	名古屋市	22.3%	2,247,645人	501,961人	59
	滋賀県	東近江市	22.0%	116,603人	25,657人	69
	千葉県	柏市	21.9%	402,337人	87,960人	130
	東京都	立川市	21.7%	178,127人	38,729人	144
	愛知県	豊橋市	21.5%	379,678人	81,751人	200
	神奈川県	横浜市	21.3%	3,707,843人	790,099人	50
	東京都	武蔵野市	20.9%	139,535人	29,227人	148
	東京都	豊島区	20.0%	269,463人	53,930人	141
	宮城県	仙台市	20.0%	1,038,522人	207,337人	99
20%未満	石川県	津幡町	19.9%	37,681人	7,496人	169
	東京都	新宿区	19.6%	320,996人	62,848人	138
	愛知県	高浜市	17.7%	45,990人	8,129人	203
	千葉県	浦安市	13.9%	162,155人	22,490人	45

⑤ 高齢化率(75歳以上)で探したい

高齢化率(75歳以上)の区分	都道府県	市区町村名	高齢化率(75歳以上)	総人口	75歳以上人口	ページ番号
20%以上	高知県	梼原町	27.0%	3,750人	1,011人	226
	和歌山県	すさみ町	25.8%	4,691人	1,212人	216
	北海道	積丹町	25.5%	2,427人	618人	87
	熊本県	山都町	25.2%	17,242人	4,343人	238
	岐阜県	東白川村	24.6%	2,607人	642人	181
	北海道	島牧村	24.1%	1,719人	415人	87
	鹿児島県	肝付町	23.5%	17,026人	4,003人	82
	鹿児島県	大和村	22.9%	1,643人	377人	241
15%以上 20%未満	北海道	喜茂別町	19.6%	2,382人	468人	87
	秋田県	湯沢市	19.3%	50,398人	9,720人	105
	岩手県	釜石市	19.0%	37,161人	7,070人	93
	富山県	南砺市	18.6%	54,823人	10,193人	54
	鹿児島県	龍郷町	17.9%	6,066人	1,083人	244
	福岡県	大牟田市	17.4%	123,109人	21,383人	76
	熊本県	玉東町	17.2%	5,625人	968人	236
	岩手県	宮古市	17.0%	57,575人	9,767人	90
	山形県	鶴岡市	16.9%	135,403人	22,915人	33
	山梨県	道志村	16.9%	1,903人	321人	175
	山梨県	北杜市	16.8%	48,937人	8,222人	173
	岩手県	大槌町	16.4%	12,892人	2,111人	93
	福島県	檜葉町	15.1%	7,616人	1,153人	39
10%以上 15%未満	新潟県	長岡市	14.4%	281,411人	40,501人	162
	富山県	高岡市	14.3%	177,551人	25,457人	164
	群馬県	富岡市	14.2%	51,724人	7,361人	126
	北海道	ニセコ町	13.7%	4,820人	661人	87
	秋田県	秋田市	13.3%	320,681人	42,779人	102
	北海道	当別町	13.2%	17,835人	2,360人	28
	鳥取県	米子市	13.0%	149,773人	19,501人	220
	福島県	白河市	13.0%	63,445人	8,242人	108
	静岡県	静岡市	12.6%	719,188人	90,834人	184
	群馬県	前橋市	12.4%	340,945人	42,132人	122
	静岡県	掛川市	12.0%	118,022人	14,191人	196
	茨城県	常総市	12.0%	66,246人	7,934人	111
	長崎県	佐々町	12.0%	13,767人	1,647人	230
	三重県	いなべ市	12.0%	46,290人	5,533人	208
	茨城県	利根町	11.8%	17,481人	2,071人	117
	岡山県	岡山市	11.3%	701,923人	79,570人	224
	滋賀県	東近江市	11.3%	116,603人	13,183人	69
	大阪府	大阪市	11.2%	2,663,467人	298,947人	213
	静岡県	富士宮市	11.1%	135,492人	14,993人	190
	東京都	武蔵野市	10.9%	139,535人	15,229人	148
	愛知県	名古屋市	10.6%	2,247,645人	238,060人	59
	愛知県	豊橋市	10.0%	379,678人	37,863人	200
	東京都	豊島区	10.0%	269,463人	26,822人	141
10%未満	東京都	立川市	9.8%	178,127人	17,501人	144
	東京都	新宿区	9.8%	320,996人	31,420人	138
	神奈川県	横浜市	9.8%	3,707,843人	362,646人	50
	東京都	多摩市	9.5%	145,950人	13,924人	155
	宮城県	仙台市	9.5%	1,038,522人	99,003人	99
	石川県	津幡町	9.5%	37,681人	3,592人	169
	千葉県	柏市	9.0%	402,337人	36,310人	130
	愛知県	高浜市	8.8%	45,990人	4,051人	203
	茨城県	牛久市	8.4%	83,460人	6,997人	114
	千葉県	浦安市	5.1%	162,155人	8,315人	45

第1章 地域包括ケアシステムの考え方

1. 地域包括ケアシステムが提案された背景と目指すべき姿

(1)背景

75歳以上高齢者(後期高齢者)は、現在約1,400万人となっており、2025(平成37)年には2,000万人以上となることが予測されています。また、単身や夫婦のみの高齢者世帯や認知症高齢者が近年増加してきており、今後も増加が見込まれます。

こうした中、在宅での介護や療養に対する国民全体の希望の高まりがあります。介護が必要になった場合でも7割以上が自宅での介護を希望しておりⁱ、医療についても6割以上の国民が自宅で療養したいと希望していますⁱⁱ。さらに、自立して健康に暮らすことができるよう健康寿命の延伸についても、社会全体で大きな関心を集めています。

「団塊の世代(1947年から1949年生まれ)」がすべて75歳を迎える2025年までの残り10年余りで、国及び地方公共団体においては、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められています。

社会保障制度改革国民会議の報告書において、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められています。

地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて「ご当地ケアⁱⁱⁱ」をつくり上げていくことが重要であり、「地域の力」が再び問われていると言えます。社会保障制度改革国民会議の報告書でも、地域包括ケアシステムの構築は「21世紀型のコミュニティの再生」と位置づけられています。

なお、こうした取り組みの制度的な推進については、平成18年の介護保険制度改革において、地域包括支援センターや地域密着型サービスを創設するなど、第一歩が踏み出されました。

さらに、平成24年の改正により、国及び地方公共団体の責務として包括的に推進することが位置づけられ、平成25年に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(プログラム法)において「地域包括ケアシステム」の文言が明文化され、地域包括ケアシステムの構築に向けて、いよいよ積極的に取り組みを進めることが求

ⁱ 「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」厚生労働省老健局
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-2.pdf

ⁱⁱ 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について(平成22年12月)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/07.pdf>

ⁱⁱⁱ 「ご当地ケア」:平成25年10月17日第14回介護保険推進全国サミット in なんと
宮本太郎氏基調講演資料「社会保障改革とケアのまちづくり」より

められています。

図表1 介護保険法第5条(抄)

(国及び地方公共団体の責務)

第5条

(略)

- 3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない

図表2 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(プログラム法)第4条(抄)

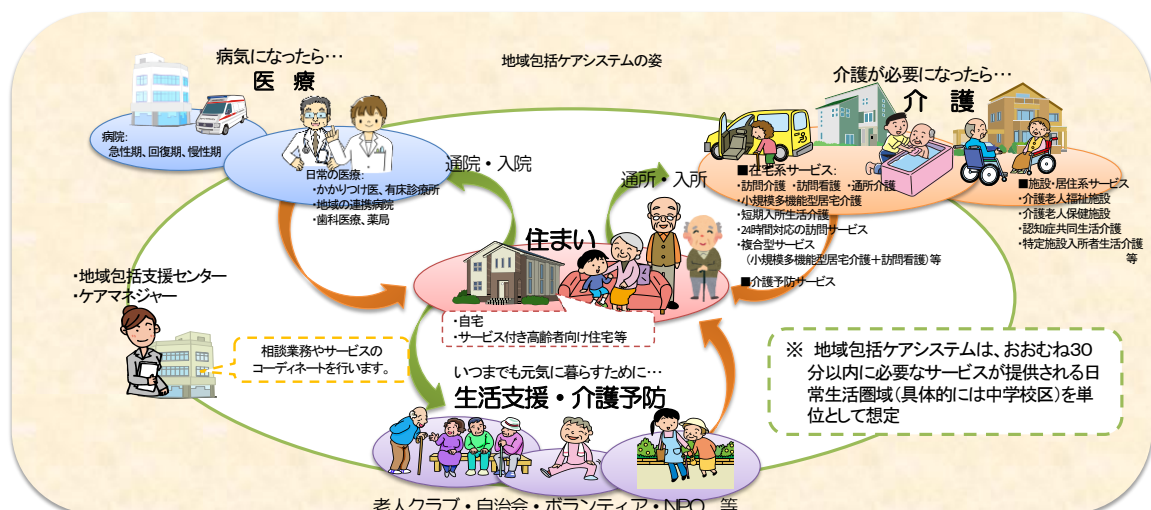
(医療制度)

第4条

(略)

- 4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム(地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。)、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体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。)を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

図表3 2025年の地域包括ケアシステムの姿



(出典) 厚生労働省『介護保険制度の見直しに関する意見』平成25年12月20日介護保険部会概要資料より

(2) 目指すべき姿

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とされていますⁱ。

つまり、これから構築しようとする地域包括ケアシステムとは、前述のようにできる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けながら、必要に応じて医療や介護等のサービスを使い、最期を迎えられるような体制と言うことができ、下図に示すように「本人・家族の選択と心構え」を基盤に「すまいとすまい方」がまずあり、その上でしっかりとした「生活支援・福祉サービス」に基づいて「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が提供されるといったすがたが想定されています。

図表4 地域包括ケアシステムの構成要素



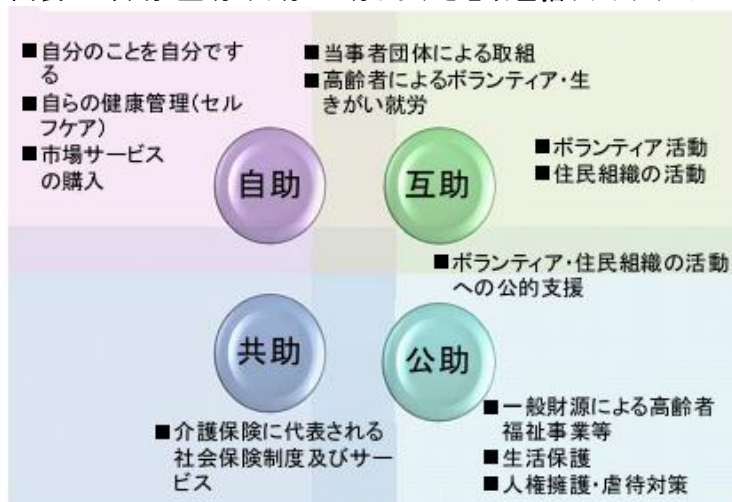
(出典) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（平成 25 年 3 月）

この図を見ても分かる通り、地域包括ケアシステムは介護保険制度など一つの制度の枠内では完結しません。地域に暮らす一人ひとりの暮らし方に関する選択と心構えを前提に、多様な関係主体がネットワーク化を図ることが必要不可欠です。その際、地域により人口動態や医療・介護需要のピークの時期、程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態があるため、目指すべき地域包括ケアシステムのすがたは地域によって異なります。

ⁱ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（平成 25 年 3 月）
http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf

なお、財政的な制約も踏まえれば、地域包括ケアシステムに含まれる機能の多くを、行政を中心とした公的サービスや単一の主体だけで担うことは困難です。つまり、住み慣れた地域で生活を送る高齢者の多様な生活ニーズに応えられる仕組みをつくるためには、「公助」「共助」だけでなく、「自助」「互助」を基本としつつ、多様な主体と自治体が協働しながら地域全体を支え合う「互助」の体制をつくっていくことが非常に重要です。

図表5 自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム



(出典) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』平成 25 年 3 月

2. 地域包括ケアシステムの実践(先駆的な取組事例)

地域包括ケアシステムの先駆的な事例として、広島県尾道市と埼玉県和光市の取り組みについて紹介します。

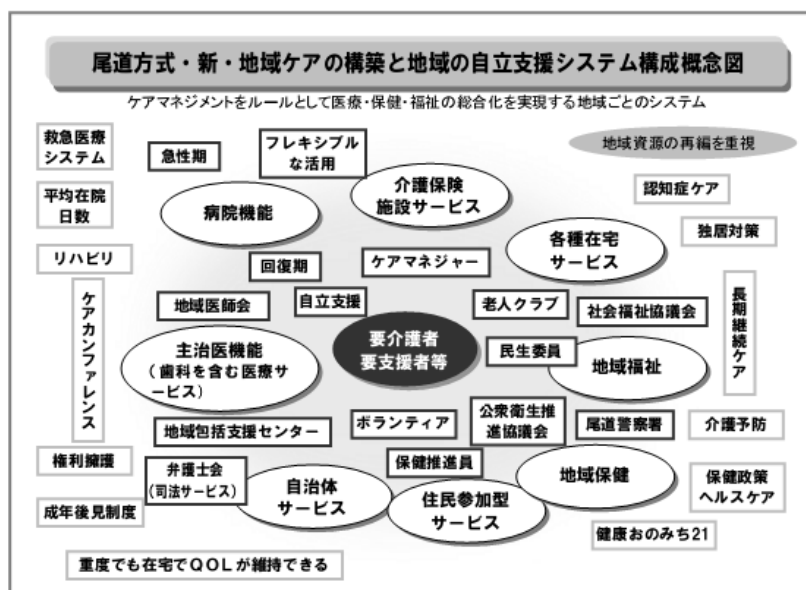
(1) 広島県尾道市

広島県尾道市は、人口 14.5 万人、高齢化率は 30.4% (平成 22 年) と高齢化が進んでいる地域です。1994 年、尾道市医師会は「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」を策定、「尾道方式」と呼ばれる在宅主治医機能を中核とした在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した一体的な地域のマネジメントシステム構築を進めてきました。

「尾道方式」の最大の特徴は、急性期から回復期への転院時や在宅への移行時などにおいて主治医医療機関で行う 15 分間のケアカンファレンスの実施が徹底されていることです。ケアカンファレンスの徹底により利用者・家族の意向が共有された上での適切なケアプランが作成できること、過不足の無い包括的なサービスが提供されています。加えて、ケアカンファレンスを通じて、多職種協働のネットワークが実現できることや、関係職種のスキルアップが図られています。こうした体制により、複数の疾患を抱える慢性期の高齢患者が、長期的に在宅で療養を継続することができています。

なお、尾道市に合併される前の広島県御調町にあった公立みつぎ総合病院では、1970 年代半ば、訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアの充実によって退院後の患者の寝たきり状態を防ぐ取り組みが始められました。この取り組みは、現在の地域包括ケアの先駆けとなる取り組みとされています。

図表6 尾道方式・新・地域ケアの構築と地域の自立支援システム構成概念図



(出典) 尾道市「高齢者福祉計画及び第 5 期介護保険事業計画」より引用。

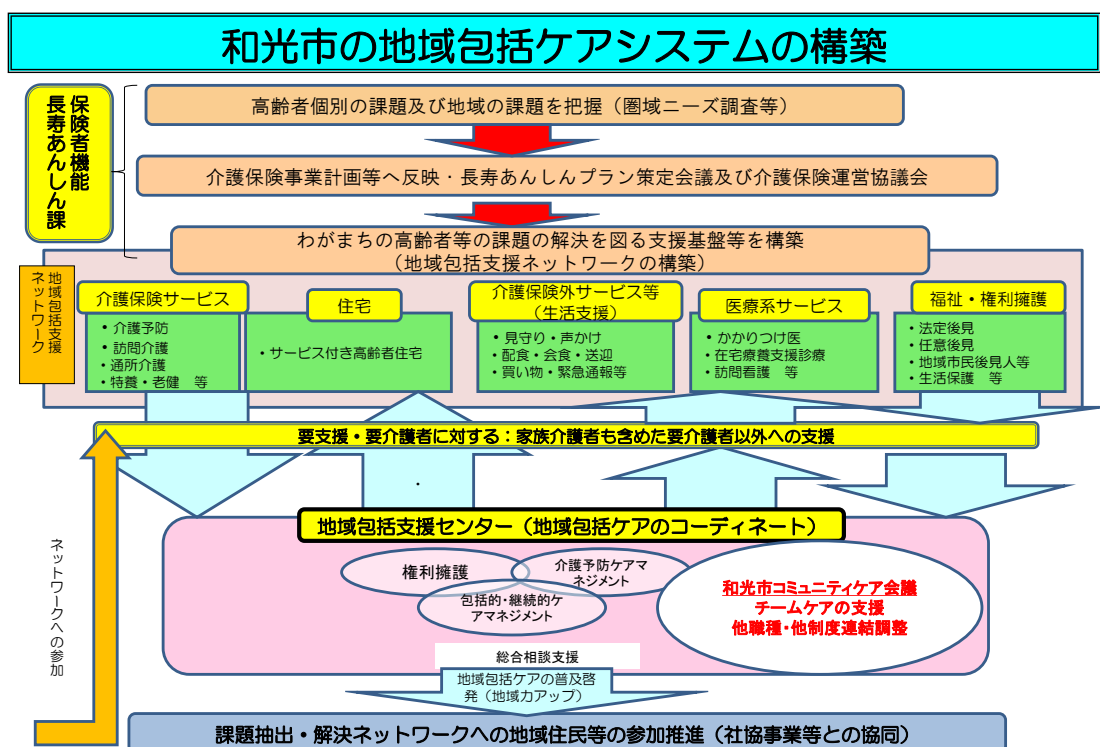
(2)埼玉県和光市

埼玉県和光市は、首都圏のベッドタウンに位置する人口 7.5 万人、高齢化率は 14.2% (平成 22 年) の地域であり、今後、高齢化率が大きく上昇することが予測されています。和光市においては地域包括ケアシステムの構築に向けて様々な事業が実施されていますが、特にここではコミュニティケア会議と基本チェックリストをはじめとした住民のデータ収集と活用の取り組みについて紹介します。

コミュニティケア会議は、保険者(自治体)によって開催され、地域包括支援センター、助言者(管理栄養士、歯科衛生士、PT、薬剤師)、介護支援専門員、各サービス事業所が参加して個別ケースについて議論する会議であり、介護予防のプランについては全件が検討対象となり、自立支援に向けて最適なプランを皆で検討します。併せて、医療ニーズの高いケースなど、担当介護支援専門員だけでは解決が困難なケースであっても、チームケアによって対応方法を検討することが可能なシステムが構築されています。また、全ての高齢者についてニーズ調査に基づくデータを収集し、独自のシステム「介護予防隊」によって市役所と 5 か所の地域包括支援センターにおいて共有されています。収集したデータを個人単位で分析し、住民個人へフィードバックすることで、住民へ介護予防の意識づけを図るほか、地区別のデータ分析によって地域のニーズに応じた事業計画づくりや基盤整備につなげています。

こうした介護予防事業の取り組みにより、和光市では、高齢者の生活機能の改善などの効果が得られています。

図表7 和光市における地域包括ケアシステムの構築概念図



(出典) 和光市「高齢者福祉計画及び第 5 期介護保険事業計画(長寿あんしんプラン)」より作成

3. 地域包括ケアシステム構築に向けた道筋

(1) 「何のためにやるのか」(目標)を共有することが必要

冒頭で述べたように、地域包括ケアシステムの構築が求められる背景には、できる限り健康で、住み慣れた地域での生活を継続し、自宅で最期を迎えたいという国民の期待があり、このような目標の達成のために、地域包括ケアシステムを構築していくのです。地域包括ケアシステムには、行政だけでなく多様な主体が関わるため、行政はまず、このように「何のためにやるのか」を意識して取り組みを進めていくことが重要です。

具体的な取組事例で言うと、例えば埼玉県和光市では、介護予防事業に力を入れることで高齢者の生活機能の改善という目標を掲げています。もちろん、具体的にどのような目標として掲げるかは、それぞれの地域の事情やそこに住む市民の意向によって異なりますが、いずれにしても「何のためにやるのか」を常に意識することが必要です。

そしてこのためには、地域住民を含めた多様な主体が同じ目標を共有し、連携を深めるための羅針盤のようなものがあると効果的です。市町村は介護保険事業計画などを活用し、我がまちの向かうべき方向を一枚の絵に表すなど、創意工夫を行うことで、より関係者の共通理解が深まるものと考えられます。

(2) 時間が掛かるからこそ、「仕組みをつくる」ことが重要

多様な主体と協働して地域包括ケアシステムの構築を進め目標を達成するためには、一歩一歩の地道な取組が必要であり、すぐに実現できるわけではありません。したがって、取り組みを進めている間に、地域の状況や協働する相手(フォーマルな支援やインフォーマルな支援の担い手)の状況も変化することが普通です。

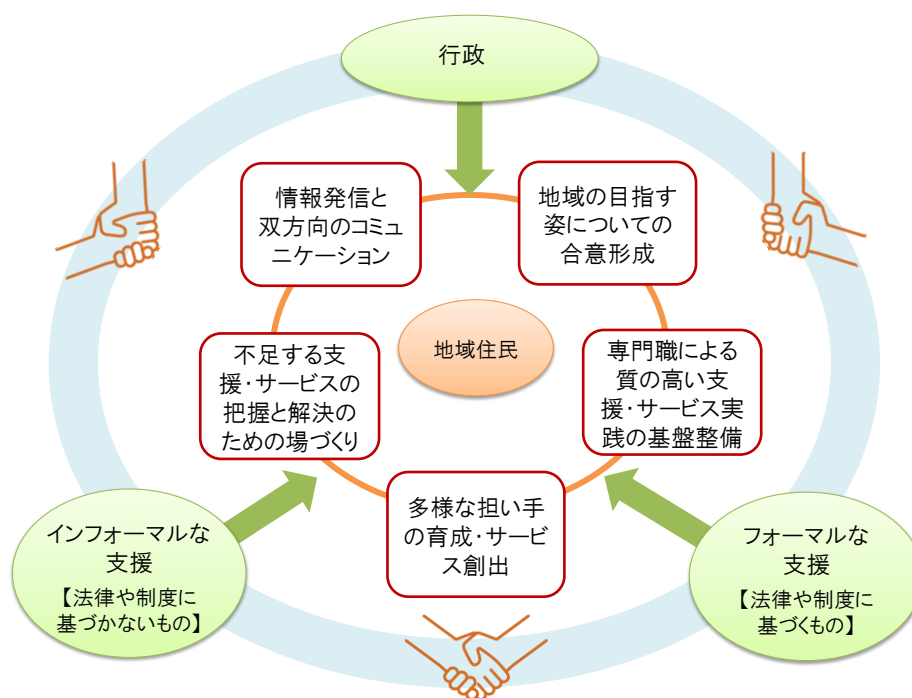
したがって、その都度「何をするか」を考える以上に、それぞれの地域で設定した目標達成のために地域の課題や現在活動している支援の担い手を洗い出し、その課題解決に向けて、連携を強化したり新たな担い手を養成したりして必要とされるサービスを生み出していくという一連の「仕組みをつくる」ことが重要です。これはまさに「地域の課題に対応できる地域をつくること」に他なりません。

4. 地域包括ケアシステム構築の「仕組みをつくる」ために必要な5つのこと

前述のように、地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、地域の課題や現在活動している支援の担い手を洗い出し、その連携を強化したり、新たな担い手を養成するなど必要とされる地域資源を生み出していくという一連の「仕組みをつくる」ことが重要です。

本事例集に掲載されている先駆的な50の事例を踏まえると、地域包括ケアシステム構築に向けて必要な共通の「仕組み」として、以下のような5つの要素があることが分かりました。詳細は後述する通りですが、これらの「仕組み」は必ずしも全て行政がやらなくてはならないわけではありません。むしろ、こうした「仕組み」を地域の中で誰が担うかを考えるところから、協働して取り組みを始めることが重要です。

図表8 地域包括ケアシステム構築の仕組みづくり概念図



(1) 情報発信と双方向のコミュニケーションを行う

地域を挙げた取り組みを推進していくためには、まずは住民と支援者双方に、これから取り組もうとする地域包括ケアについて、理解してもらう必要があります。そのためにはまず市町村からの情報発信が重要です。

多様な主体がかかわる地域包括ケアですから、介護保険制度やその改正の内容だけでなく、そもそも「我がまち」が目指そうとする方向性や取り組み内容(例:長期構想、基本計画、地域福祉計画等)を繰り返し発信することが求められます。

また、後述するように、地域住民も含めた多様な主体の参画を促し、ともに支援・サービスをつくり出そうとするのであれば、その議論の出発点を共有するための現状に関わる情報(例:人口や高齢化に関わる統計情報、介護保険事業の運営状況、及びこうした情報の他地域との比較資料等)をわかりやすく発信することが必要です。

そのためには、自治体は地域の状況を正しく把握するためのデータを集めたり、地域包括支援センターや自治体の担当者が積極的に訪問活動を行って地域住民や専門職の話を聞いたりすることで現場の実態を知ることが重要になります。さらに、取り組みの結果を評価する際に活用できるデータを収集しておくのも良いでしょう。

このように、データや情報を集める、その情報をわかりやすく発信する、そして発信した情報に対する意見や感想をもらうというやり取りをすることで、行政と住民・支援者が共通認識をもつことができます。行政が持っている情報や集めたデータを住民や支援者にフィードバックし、コミュニケーションを図ることは、その後の取り組みを円滑に進める上でとても重要なことです。

【コラム: 情報発信と双方向のコミュニケーションを行う】

(神奈川県横浜市).....50 ページ

- ・ 新たな地域密着型サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が始まるに際しては、国における検討状況、モデル事業における検証結果等を、事業者連絡会の場を活用して、市(保険者)が事業者積極的に発信、説明した。
- ・ 事業者からは新サービスへの反対論もあったが、法人代表者等を直接訪問し、保険者としての熱意を丁寧に説明した。説明を実施した回数はいずれ年間 20 回以上にのぼる。
- ・ 事業者向けの丁寧な説明とコミュニケーションが奏功し、事業者向けの説明会には 120 事業者を超える参加があった。行政としては、このことが事業計画を推進できるという手応えになった。併せて、国の整備・運営補助金を最大限活用(平成 24 年度は 9 事業所に補助)し、事業者の初期負担を軽減した。

(2) 地域の目指す姿について合意形成を行う

地域包括ケアシステムの構築は、まさに地域づくり、まちづくりです。将来的な地域の姿に正解はなく、どのような地域の姿を描くか、どのようにその姿を目指すかは、各地域の主体性にゆだねられています。

一方、地域包括ケアシステムを構築していく上では、「自助」や「互助」のように、住民一人ひとりの意識や積極的な参画も重要であり、こうした活動の広がりや、地域づくりの基盤となります。地域包括ケアシステムの実現に向け、将来的な地域の姿を描くプロセスには、住民や多様な主体の参画と合意形成が不可欠です。

将来的に目指す姿の合意形成を促進するためには、介護保険事業計画策定時だけでなく、定例的に設置されている会議体、例えば、地域ケア会議、まちづくり協議会、高齢者保健福祉計画策定委員会等の場を活用することが有効です。

なお、合意形成に向け効果的な議論とするためには、支援を必要とする個々人の困りごとや具体的な支援ニーズを出発点にすること、そして、その支援ニーズに対して、どのような個別の支援・サービスの提供が可能かを議論の土台とすることが重要です。そのうえで、各地域の現状、市町村としての考え方や取り組みの方向性、介護保険財政の現状と見通しといった情報を市町村が積極的に提示しながら、具体的な地域の課題等について意見交換することにより、少しずつ地域全体の目指す姿が見えてくるでしょう。

【コラム：地域の目指す姿について合意形成を行う】

(鹿児島県肝付町)……………82 ページ

- ・ 継続的な地域支え合いのための学習の場として、各地区で「地域づくりと地域支え合い検討会」(以下、検討会)を新たに設置。「自分たちの地域の良いところ」を再意識化するグループワークからスタート。
- ・ 検討会で、地域支え合いマップ(「おたがいさマップ」)を作成。地域資源をマップにフロッツ、高齢化によってキーパーソンがいなくなっていること、自治会役員や民生委員の負担が大きいことなど、地域の現状を認識し、自分たちのできることは自分たちでやるという意識が生まれた。
- ・ 検討会における住民同士の話し合いから、徘徊模擬訓練を開始。平成 21～25 年の 5 年間で訓練を行い、5 年目に住民自身による実行委員会が立ち上がり、行政からの自立を検討する段階になった。

(3) 専門職による質の高い支援・サービス提供のための基盤整備を行う

医療・介護・福祉の公的サービスは、個々人の支援ニーズを踏まえた専門性の高い個別支援の実践があつてこそ成立しています。

さらに、質の高い支援・サービスの提供を実現するためには、支援に関わる専門職(多職種)一人ひとりが資質向上を行うことはもちろんですが、同時に、専門職同士による密接な連携を図ることが重要です。多職種が連携することによって、専門職が個別の利用者の支援ニーズに即した目標・ゴールをお互いに共有でき、それぞれの持ち味を活かした役割分担のもと、最も効果的な支援・サービスが提供できるのです。

多職種連携を図るためには、まずは顔の見える関係をつくることが必要で、事例検討やケアカンファレンスなどは効果的な取り組みと考えられます。また、多職種がお互いの考えを伝

えあい、理解を深めていくことで「共通言語」化が図られます。その基盤となるのが、連携パスなど支援・サービスを行う際の共通ルールをつくることです。具体例としては、連携シートの作成やICTを活用した情報共有などの様々なツールを活用し、使う人の合意形成を行うことが必要です。

また、こうしたパスやツールの活用を進めるにあたり、専門職自身が取り組むことも有効ですが、自治体が専門職同士のつながりをつくるための連携会議の設置を促したり、場合によっては行政が積極的に専門職と協力して連携パスやツールの整備を行ったりすることも意味があります。自治体としても、質の高い支援・サービスを実践することの重要性と、そうした実践を推進するための基盤整備の必要性を意識し、必要な事業化・施策化を行うことが求められるでしょう。

【コラム：専門職による質の高い支援・サービス実践の基盤整備を行う】

(山形県鶴岡市).....33 ページ

- ・ 鶴岡地区医師会では、平成 12 年度からインターネット上での患者情報共有ツールとして「NET4U」を運用してきた。従来は、病院・診療所・検査センターが参加者の中心であったが、平成 23 年度から介護支援専門員にも NET4U への参加を呼び掛けるようになった。
- ・ 平成 21 年度には、介護支援専門員が積極的に医療側に発信できる仕組みが必要という課題認識のもと、「入院前報告書の作成」に着手した。「入院前報告書」は、患者の同意を得た上で、介護支援専門員が把握している介護保険サービスの利用状況や、ADL・IADL 等の心身の状況等を入院先の病院に対して情報提供を行うための様式である。その他にも、「退院・退所情報提供書」「サービス担当者会議に対する紹介(依頼)書」等の様式の整備を行った。

(4) 不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる

社会環境等の変化とともに、地域に暮らす高齢者のニーズおよび必要な支援の内容は絶えず変化していきます。これに对应していくためには、地域に不足する支援・サービスをタイムリーに把握し補強していくことが必要であることから、地域包括ケアシステムには完成形はなく、必然的にその姿は時代とともに少しずつ変わっていくものといえるでしょう。

支援・サービスが不足しているかもしれないという意識は、自分たちが今生活している地域の特性、強みや弱みをあらためて見つめなおすきっかけとなります。そして、資源の不足を列挙するだけでなく、アンテナを高くして、地域内で活用可能な資源はないのか、今まで気付いていなかった潜在的な資源があるのではないかと探り、それぞれの地域ならではの資源を有効に活用する視点が重要です。

地域ケア会議など、このようなきっかけづくりのための場で、多様な関係主体が一緒になって新しいアイデアを出したり、具体的な事業化の方法を検討したりすることが望めます。行政にはそうした多様な主体をネットワーク化するつなぎ役を果たすことが期待されます。

【コラム： 不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる】

（福岡県大牟田市）……………76 ページ

- ・ 認知症ケアに関わる専門職がチームとして対応することが必要だとして、市が認知症ケア研究会に検討を委託、認知症ケア研究会が主体となり地域認知症サポートチームが結成。認知症コーディネーター6名と認知症の専門医4名、認知症疾患医療センターの医師2名がチームになり、地域包括支援センターと協働しながら本人や家族、かかりつけ医、介護スタッフ等が抱える支援ニーズに対し、医療とケアの両面からサポートする。
- ・ 地域認知症サポートチーム内でのケアの情報連携とケアの質向上を目的に、サポートチームが自主的に毎月1回、認知症の事例に関する定例のカンファレンスを開催。参加者はサポートチームメンバーをはじめ、かかりつけ医、地域包括支援センター、行政、医療ソーシャルワーカー等となっている。多角的な視点で事例を検討することで、事例提供者や参加者にとって「事例の理解（課題整理）の手助けになる」「今後の支援のヒントを得る」「参加者同士の連携が促進する」ことを目指している。
- ・ 事例検討後にサポートチームとして継続的にフォローが必要と判断されたケースについては、担当のコーディネーターを選定し、継続的な支援を行う。

（5）多様な担い手の育成・サービス創出を促す

多くの地域では、介護・福祉の各分野は民間法人の規模が必ずしも大きいとは限らないことから、地域に不足する支援・サービスが把握されたとしてもその事業化を民間法人だけに委ねることは難しい場合が多いかもしれません。また、新たな支援・サービスは、その需要や提供に係る負担が見えにくいために民間法人では実施をためらう場合も多いと思われます。したがって、市町村には、その立ち上げ時の支援が期待されます。

具体的には、民間法人で新たな支援・サービスを試行する際の事業費を助成・補助できる施策等を紹介したり、国等が実施する補助事業等の情報を民間法人に提供して事業の立ち上げを支援したりといった関わりが考えられます。ただし、民間法人に対して、一次的に金銭的な援助を実施したとしても、本来目指すべきは、民間法人自身が自立して事業を継続していくことです。そもそも民間法人が参入しにくい分野であれば、すぐに結果を出すことは難しいかもしれませんが、長期的に見て行政の支援から独立して、事業が安定化できるようにするための事業計画をつくりこむことが必要です。そのためには、事業立ち上げ期、開始1年目、2年目というかたちで、事業の段階的な展開のプランニングを、行政と民間法人が一緒に考えていく姿勢が求められます。

また、地域住民や高齢者自身が支援・サービスの担い手となることは、地域づくりの点から特に重要です。住民をサービスの受け手として捉えるだけではなく、住民とともに、どのようにして不足している社会資源開発を進めていくのかという視点です。例えば、サポーター養成講座などで地域住民への知識・技術の習得を促す取組を進めつつ、その後に、住民自身が自立的に活動を始められるような仕掛けをつくっていくことなどです。

さらに、あらたに資源をつくり出すだけでなく、既存の資源の中でどのように支援・サービスを増やしていくかという視点も重要です。例えば、現在は、ばらばらに活動している地域の多

様な資源を結びつけることで、新たな支援・サービスの創出に発展していくこともあります。そのためには、医療・介護・福祉の関係者が行うカンファレンスに、普段は医療・介護の事業者が接点を持ちにくい福祉関係者（例：民生委員、児童委員）、自治会・町会などに対して、行政から参画を呼びかけるといった支援も、側面的な支援として有効です。

【コラム：多様な担い手の育成・サービス創出を促す】

（北海道当別町）……………28 ページ

- ・ 認知症の有無に関係なく高齢者がそれまでの経験を生かして就労できる農園を軸に、そこで採れた食材を活用したコミュニティレストラン、交流のための「土間」スペースを含む拠点。農園やレストランは障がい者の就労の場所にもなっている。
- ・ 認知症のある高齢者の就労の場としての展開は、一人の高齢者の事例に、ある主任介護支援専門員がしっかりと向き合ったことがきっかけ。長年つづけてきた農作業ができなくなり、本人があまりやりたいくない集団の介護予防プログラムに参加するよりは、農園での就労を継続できるよう、見守りを行う他のボランティアの力を借りながら就労継続するしくみをつくった。
- ・ 結果的に、要介護状態の高齢者、障がいのある児童、町外から移住してきた元気高齢者など、さまざまな町民と一緒に農作業に関われる場が生まれた。

第2章 地域包括ケア推進担当者へのメッセージ

地域包括ケアシステムの構築は、さまざまな分野のさまざまな関係主体と協働しながら進めていく必要があり、そうした協働による取り組みを進めていくために、行政には地域のプロデューサーとしての役割が求められています。

こうした役割を果たしていくためには、地域の状況をよく理解し、市民をはじめ関係主体とのネットワークを広げ、コミュニケーションを取りながら物事を進める職員が必要です。しかし、こうした仕事の仕方は介護保険制度に関わる他の仕事の仕方と大きく異なります。したがって、可能であれば、地域包括ケア推進の担当を置く方が良いと考えられます。

地域包括ケアシステムの構築は一朝一夕でできるものではなく、本事例集に掲載している各地域でも長い期間の取り組みを経て現在に至っています。地域包括ケア推進の担当者の皆さんが、以下のような点を踏まえて一つずつ着実に取り組みを進め、まちづくりが進んでいくことを期待しています。

1. どの地域にも必ず創意工夫のある取り組みがある

地域包括ケアシステムの構築はまちづくりそのものでもあるため、地域包括ケア推進担当になると、まずは「何から始めれば良いのだろうか……」と思われることでしょう。本事例集ではさまざまな分野における全国のさまざまな取り組みを紹介していますが、こうした他地域の先駆的な事例から学ぶとともに、大事なことは「自分の地域にはどのような社会資源があり、いま何が出来ているか」をよく把握することです。

どの地域でも、高齢者の生活を支える社会資源が少なからずあり、それぞれの現場では創意工夫しながらサービスを提供しています。皆さんの地域にも必ず社会資源があります。例えば参考資料に掲載しているシートを活用して、こうした社会資源の状況を、例えば庁内の各分野の職員や庁外の関係機関の専門職等から聞き取ったり、自ら訪問して話を聞いたりといった取り組みからはじめてはいかがでしょうか。

2. 「我がまち」の地域包括ケアシステムを目指す

地域包括ケアシステムは、その地域に暮らす高齢者ができる限り在宅で生活を続けられることを支える仕組みですから、地域の地勢、生活文化、社会資源などによってそれぞれ異なるものです。つまり、何か「こういう形が正解」という形があるわけではなく、「我がまち」の仕組みを考え、その実現を目指して取り組みを進めることが必要です。

本事例集では、地域包括ケアシステム構築を考える素材として、全国の先駆的な取り組みを数多く紹介しています。ただし、地域包括ケアシステムは地域ごとに独自性を持ったものですから、他地域の取り組みを単にそのまま真似るのではなく、それらの取り組みの目的や工夫を読み

取った上で「我がまちで同じようなことをするにはどういうやり方が良いだろうか」という視点を持ち、地域の市民や関係主体とともに工夫することが重要です。

例えば、本事例集を、市民や関係主体とともに一緒に読む機会をつくり、「この取り組みは参考にしたい」「このような取り組みを我がまちでも出来ないだろうか」「どうやったらこの地域にあったやり方になるだろうか」といった意見交換をすることからはじめてみてはいかがでしょうか。

3. 主役は市民、行政は仕掛け人

これまでも触れてきたとおり、地域包括ケアシステムの構築は介護保険制度に関わるサービスの整備といった限定的なものではなく、まさにまちづくりそのものです。そして、まちづくりの主役は市民です。行政は介護保険の保険者としての役割もあるため、つい行政が主導的にまちづくりを進めてしまいたくなるかもしれませんが、あくまでも主役は市民であり、市民による自治が基本です。

例えるならば、地域包括ケアシステムの構築は「主役は住民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛け人」ということができます。行政は、市民の理解を深め、取り組みが動き出すきっかけをつくる仕掛け人であり、具体的には情報を提供したり、市民を含む関係主体が集まって協議する場を設けたり、地域包括ケアシステムの方向性(＝まちづくりの方向性)の案を示したりといった役割が期待されます。

ただし、市民の理解や市民による活動が充実するには時間がかかります。したがって、庁内では地域包括ケア推進担当者がじっくりと市民や関係主体と向き合うことができる環境をつくることが重要です。そうした環境がつくられた上で、地域包括ケア推進担当者は、市民や関係主体との信頼関係を深めて市民自らが課題を認識・表明し方向性を決定するまでじっくりと関わるといったことから始めてみてはいかがでしょうか。

第3章 地域包括ケアシステムの取組事例

1. 地域包括ケアシステム構築に関する 50 事例

■50 事例の取り組み内容の把握方法

該当市区町村	把握方法
北海道当別町、山形県鶴岡市、福島県檜葉町、千葉県浦安市、神奈川県横浜市、富山県南砺市、愛知県名古屋市、滋賀県東近江市、福岡県大牟田市、鹿児島県肝付町	総合的な取り組みとして、ヒアリング調査を実施し、より詳細な情報を記載
上記以外	情報提供フォーマットによって情報収集した内容を基に記載

■地域概要の説明

総人口:	人	要介護(要支援)認定者数:	人(%)
65 歳以上人口:	人(%)	第 5 期介護保険料:	円
75 歳以上人口:	人(%)		

【出典】

- ・総人口・65 歳以上人口:75 歳以上人口: 平成 25 年住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)平成 25 年 3 月時点
http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01gyosei02_02000055.html
- ・要介護(要支援)認定者数: 第 1 号被保険者の要介護(要支援)認定者数を記載
 介護保険事業状況報告(暫定) 平成 25 年 3 月分(3 月末現在)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m13/1303.html>
- ・第 5 期介護保険料: 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000026sdd.html>

【(%)の算定式】

- ・ 65 歳以上人口の(%): 65 歳以上人口/総人口
- ・ 75 歳以上人口の(%): 75 歳以上人口/総人口
- ・ 要介護(要支援)認定者数の(%)*: 要介護(要支援)認定者数(第 1 号被保険者)/65 歳以上人口
 ※要介護(要支援)認定者数(第 1 号被保険者)には、住所地特例者が含まれるため、数値には留意が必要である。

キーワード 就労の場の確保、共生、学生、ボランティア

学生が起点となり高齢者の力を引き出した共生と就労支援のしくみづくり

北海道 当別町

【この事例の特徴】

- 地域の大学生のボランティア活動を起点として、障害、児童、高齢者とあらゆる人びとを巻き込んだまちづくりを進めている
- 社会福祉法人やNPO法人が中心となり、“一人のニーズに一つずつ向き合う”ことにこだわり、地域の高齢者に必要な生活支援・就労支援のサービスを生み出している



《検討WGからの推薦メッセージ》

ある一人の認知症高齢者の就労支援をきっかけに、地域の「自助(畑仕事の特異な高齢者)」「互助(NPO 法人・学生ボランティア)」活動と「共助(介護分野の専門職)」がコラボした取り組みを行政が後押しし、生活支援と介護予防を実現している好事例。特に年齢や障害など対象者を限定せず、自然な見守りや交流に参加する市民が増加していることに注目。

地域概要

総人口:	17,835 人	要介護要対応認定者数:	814 人(17.1%)
65歳以上人口:	4,774 人(26.8%)	第5期介護保険料:	4,210 円
75歳以上人口:	2,360 人(13.2%)		

実施主体

- ・当別町
- ・当別町社会福祉協議会
- ・NPO 法人ゆうゆう、社会福祉法人ゆうゆう

取り組みの背景・課題認識

- ・ “一人のニーズに一つずつ向き合う”ことにこだわって児童や障害者の生活を支えるサービスを中心に提供してきたNPO 法人にとって、これからは高齢者のニーズに応えていくことが課題となっていた。
- ・ 平成23年度の「新しい公共支援事業」にて、認知症の高齢者であっても就労や農作業を続けられるようなインフォーマル支援をつくり出したいと考えていた専門職(主任介護支援専門員)と出会い、「共生型コミュニティ農園」へここのはたけ」などの活動が始まった。

取り組み内容



平成23年度以降の、当別町における高齢者の生活支援・就労支援の取り組みの全体像は左図の通り。

詳細は、次頁で紹介する。

【認知症があっても働ける場づくり ～共生型コミュニティ農園 ペこぺこのはたけ】

- ・ 認知症の有無に関係なく高齢者がそれまでの経験を生かして就労できる農園を軸に、そこで採れた食材を活用したコミュニティレストランや交流スペースを含む拠点。高齢者だけでなく、障害者の就労の場所にもなっている。
- ・ この拠点がつくられたきっかけは、ある一人の高齢者の事例において主任介護支援専門員がしっかりと向き合ったこと。長年つづけてきた農作業ができなくなり、本人がやりたくない介護予防プログラムに参加するよりは、就労や生きがいを継続することによる介護予防を目指した。
- ・ ボランティアの力をうまく借りることで、結果的に、要介護高齢者だけでなく、障害のある児童や町外から移住してきた元気高齢者など、様々な町民が農作業を通じてともに働き、交流する場となっている。



【住民の交流とボランティアをつなげる拠点 ～共生型地域福祉ターミナル みんなのうた】

- ・ 子どもから高齢者までが世代や障害・病気の有無に関係なく交流し、地域活動やボランティア活動を企画・運営する場である「ごちゃまぜサロン」を中心に、支援が必要な人を支えるボランティア「パーソナルアシスタント」のコーディネート機能も有する。
- ・ 「ごちゃまぜサロン」は、地域住民が主体的に企画・運営。外出がおっくうで地域との関係が希薄になりがちな高齢者も、楽しんで参加している。
- ・ ボランティアのコーディネート機能を併設するとともに、地元の商工会と連携してボランティアポイント制度を運用することにより、高齢者がボランティアとして社会貢献する機会を増やしている。



【年齢や障害の有無に関係なく住民が集まるコミュニティカフェ ～地域共生型オープンサロン Garden】

- ・ 障害者が主体となって喫茶店と駄菓子屋を運営するコミュニティカフェ(就労継続支援 B 型事業所)。
- ・ 国の補助金を活用し、商店街の空き店舗を改装してオープン。地域住民が日常的に使うだけでなく、高齢者も駄菓子屋運営にボランティアで参加し、障害を持った子ども等と交流している。



取り組みの経緯

平成 14 年

北海道医療大学の学生を中心としたボランティアセンターとして、町から 3 年間の家賃補助を受け、空き店舗で 1 時間 400 円で障害児を預かる活動を開始(当時は法人格なし)

北海道医療大学が、文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム」に選定



地域福祉計画で「北海道医療大学との連携促進」が掲げられ、地域の大学・学生とともに地域福祉に取り組む方針が示された

平成 17 年

特定非営利活動法人認証取得、「当別町青少年活動センターゆうゆう24」開所

平成 18 年

当別町ノーマライゼーションセンターによきによき創設

当別町障害者相談支援事業、当別町ファミリーサポート事業委託

江別市、夕張市でも取り組み開始



活動の第一の転機

ファミリーサポート事業の委託を受けることで事業規模が拡大するとともに、他地域(夕張市、江別市)でも活動を開始

平成 20 年

当別町共生型地域福祉ターミナルみんなのうた創設 (町、社協、NPO の協働)

当別町共生型地域オープンサロン Garden(コミュニティカフェ)創設

(当別町が窓口となり、「介護福祉空間推進交付金」を活用)



活動の第二の転機

拠点創設をきっかけに、活動の対象が高齢者も含めた全市民になった

平成 23 年

当別町、当別町社会福祉協議会とともに「新しい公共支援事業」に応募・採択

地域相互ケア及び高齢者就労支援モデルを研究

当別町共生型コミュニティ農園ぺこぺこのはたけ創設



研究活動を通じて、これまで障害や児童の領域を中心に活動してきた NPO 法人と高齢者福祉の専門職(主任介護支援専門員)が出会い、ネットワークが大きく広がった

平成 24 年

ゆうゆうの家(ケアホーム)創設

平成 25 年

特定非営利活動法人ノーマライゼーションセンターによきによきに名称変更

社会福祉法人ゆうゆうを設立



活動の第三の転機

事業の拡大に合わせて、運営しやすいように組織を「共助」と「互助」の活動に分けて整理した

・社会福祉法人 (正規職員 6 名、非正規職員 10 名)

主に「共助」の活動を担い、介護保険法や障害者自立支援法に基づくサービスを提供

・NPO 法人 (正規職員 4 名、非正規職員 11 名、パート職員 70 名(うち大学生 57 名))

主に「互助」の活動を担い、「共生型オープンサロン Garden」や「地域福祉ターミナル みんなのうた」など、サロン事業やボランティア事業等を実施

**活動の端緒
(～平成 17 年度)**

**活動が
拡大した時期
(平成 18～19
年度)**

**活動の規模や
対象者が
大きく広がった
時期
(平成 20～24
年度)**

**更なる充実へ
(平成 25 年度～)**

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 就労の継続や生きがいの再構築を通じた、高齢者の生活の支援と介護予防を実現している。また、高齢者が単に支えられるだけでなく、ボランティアとして障害者や児童と関わる機会を提供している
- ・ 介護や福祉関係の団体・事業者だけでなく、商工会などともにまちづくりを進めようという関係性が構築されている
- ・ 年齢や障害の有無に関係なく自発的に交流し活動する市民が増えてきている

◆ 取り組みが生かされた個別支援

《専門職を中心としたチームアセスメントを通じて認知症であっても農業継続できた事例》

Aさん(90代・女性・長男夫婦と同居・要介護2)

認知症による幻視が表れるようになったため、同居している家族からは、長年してきた農作業を止められていた。デイサービスに参加していたが、ご本人は集団で同じプログラムに参加することには拒否感があった。

平成23年度に実施した「新しい公共支援事業」地域相互ケア及び高齢者就労支援モデルの開発に関する研究事業の一環でこの方のニーズに着目し、主任介護支援専門員を中心に地域の様々な人びとによるチームアセスメントを通じて、認知症があっても得意な畑仕事を通じて就労継続できる仕組み(コミュニティ農園の整備と高齢者を支えるサポーターの配置)がつくられた。こうして創出された社会資源を活用し、Aさんは得意な畑仕事を続けることができ、いきいきと自宅での生活を継続している。

このAさんの事例が先駆的事例となり、例えば体力には自信があっても認知症の周辺症状により家族関係が悪化し、ご本人も自信喪失していた男性が、グループホームから農園に毎日“出勤”するようになって生きがいを再構築するなど、高齢者を支える社会資源として活用されている。

《生活の場所が変わっても、社会の中での役割を継続できた事例》

Bさん(90代・女性・独居・要介護認定なし)

町営住宅でひとり暮らししていたが、親友の死亡をきっかけに活動低下、認知機能低下が見られるようになり、遠方に住む息子が心配してサービス付き高齢者向け住宅に転居した。転居後、夜間徘徊などが表れるようになり、健康状態も不安定であった。

地域包括支援センターなどが中心となって支援する過程で、長年いきつけの美容室があること、そこで昔は無償で美容室の手伝い(パーマに使う紙を延ばす作業)をしていたことが分かった。美容室に状況を理解してもらうとともに、社協のボランティアセンターが学生ボランティアを結びつけることで、認知症があっても昔と同じように手伝いをしてもらうことができ、Bさんの馴染みの関係と生きがいが再構築され、結果的に夜間徘徊も見られなくなった。

なお、当初、美容室には「認知症の人に手伝ってもらうのは申し訳ない」という意識もあったようだが、上述の農園での実績を知ってもらうことで、認知症への理解と支援の協力につながった。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- “一人のニーズに応えること”にこだわり、ボランティアも一緒になって真に必要なサービス・支援の形をつくり出している。地域の活動で重要な役割を占めている NPO 法人は障害や児童の分野を中心に活動を広げてきたが、ケアマネジャーとの出会いにより、介護分野の専門職とのネットワークが広がった。
- 支援・サービスをつくり出す際に、「支える」と「支えられる」の区別をなくすこと、つまり一般に支援を必要とする人も支える側、地域にサービスを提供する側に立つようなしくみを志向し、商工会と連携したポイント制度なども活用してボランティアとともに一体的にサービスを提供するしくみをつくっている。
- 活動全体を通じて、民間法人としての理念や方向性、活動の実績などを積極的に情報発信し、サービス・支援の利用者のみならず、行政や地域の住民にも団体の活動を知ってもらおう努力を続けている。

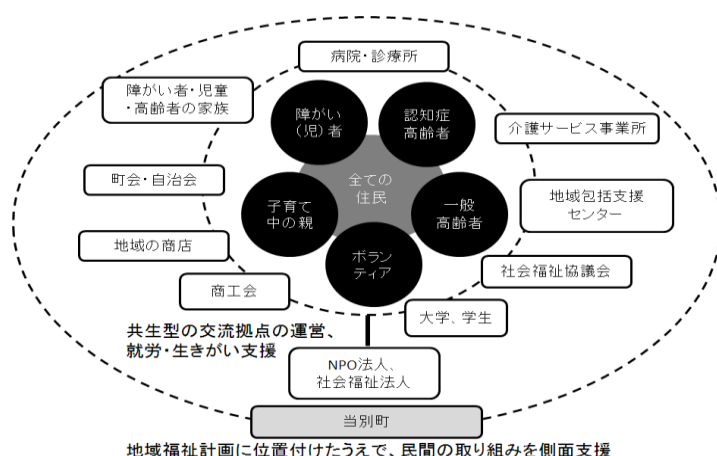
2. 自治体

- 一貫して「行政にとっても地域にとっても新たな活力であり、行政に不足しがちな視点を補ってくれる」との姿勢で、団体とのコミュニケーションを続けている。
- NPO 法人の活動開始後は、空き店舗に学生ボランティアセンターの家賃補助、国の補助事業(地域介護・福祉空間交付金)等の積極的な活用の支援、社会福祉協議会とも連携した国の研究事業を通じての新しい高齢者就労支援の仕組みづくりなど、民間法人の活動を側面的に支援している。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ まず、“目の前の一人”のニーズと向き合い、今地域に必要な支援・サービスを考えてみましょう
- ✓ 学生ボランティアなどの活動にも目を向けて、地域にある社会資源を探してみましょう
- ✓ 高齢者がそれまでの生活や経験を活かして働き続けられるためのしくみを考えてみましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1カ所
直営	1カ所
委託	0カ所
ランチ数	0カ所
サブセンター数	0カ所

【参考】URL、連絡先

- 当別町 福祉部福祉課 0133-23-3029
<http://www.town.tobetsu.hokkaido.jp/chomin/kurashi/koureisya/>

キーワード 医療・介護連携、ICT、在宅医療連携拠点、医師会と介護支援専門員等との多職種連携

医師会を軸にしたチームによる ICT を活用した医療と介護の連携の推進

山形県 鶴岡市

【この事例の特徴】

- ICT 活用や多職種向けの研修会等の多面的な取り組みによって、医療と介護の連携を推進している
- 地域医師会に設置された地域医療連携室が医療の側から、自治体（地域包括支援センター）が介護の側から、相互に取り組みを進めることで連携の輪が広がっている



《検討WGからの推薦メッセージ》

全国の自治体にとって「医療と介護の連携」に係る具体的な方策は模索中・試行錯誤の現状で、丁寧な現場目線の話し合い中心による「人間関係づくり」の仕組み構築が見えてきます。今後、更なる発展的な展開・利用者への効果も期待されます。

地域概要

総人口:	135,403 人	要介護要援認定者数:	8,232 人(25.7%)
65歳以上人口:	40,057 人 (29.6%)	第5期介護報酬:	5,283 円
75歳以上人口:	22,915 人(16.9%)		

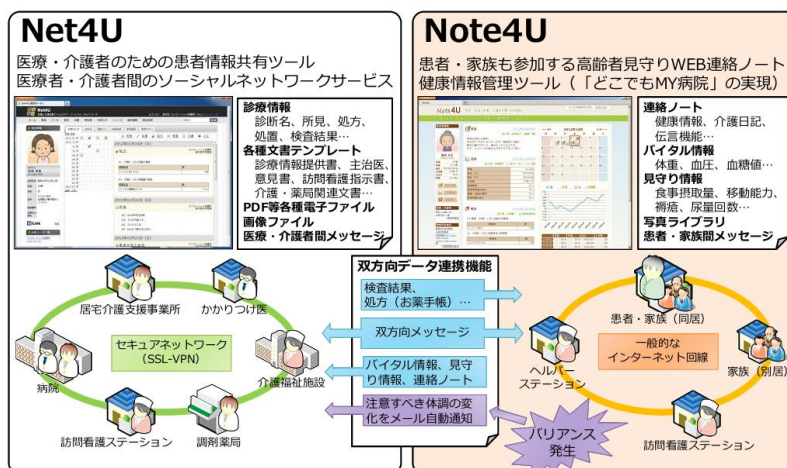
実施主体

鶴岡市地域包括支援センター連絡会、鶴岡地区医師会、鶴岡市介護保険事業者連絡協議会居宅支援事業者部会、緩和ケア庄内プロジェクト 等

背景・課題

- ◆ 地域包括支援センターが実施した介護支援専門員を対象とした研修会の中で、介護支援専門員から、医療との連携に関して「病院側の看護師等から情報が得られない、介護の実情を理解して貰えない、相談をしたくても時間を取って貰えない」などの不満の声が多数挙げられた。
- ◆ これらを契機として、鶴岡市では医療と介護の連携を推進するための取り組みを推進してきた。

取り組み内容

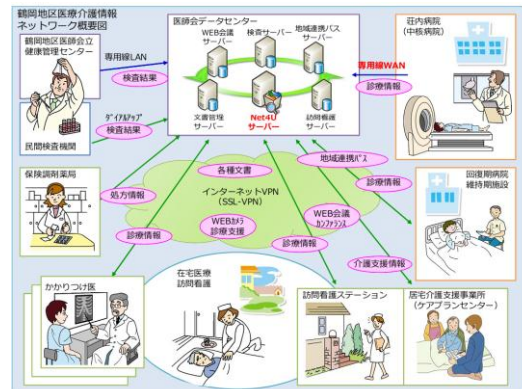


鶴岡市では、鶴岡地区医師会が運営するICTを用いたツール（Net4U、Note4U）等を用いて医療・介護の連携に取り組んでいる。

詳細は、次頁で紹介する。

ICTを用いた医療介護の連携システム ～Net4U、Note4U～

- 鶴岡地区医師会では、平成 12 年度からインターネット上での患者情報共有ツールとして「Net4U」を運用してきた。従来は、病院・診療所・検査センターが参加者の中心であったが、平成 23 年度から介護支援専門員にも Net4U への参加を呼びかけるようになった。
- 平成 24 年度末より、介護者参加型在宅高齢者見守り web 連絡ノート「Note4U」を導入し、平成 25 年度より運用を開始している。このシステムは、家族やヘルパー等が記入する日々の高齢者の見守りの状況を共有するものであり、従来の Net4U とも情報連携していることから、かかりつけ医や介護支援専門員が Net4U を利用して、急変時の早期対応や重症化予防を防ぐことにつながっていくことが期待される。



医療介護の連携様式の整備

- 平成 21 年度には、介護支援専門員が積極的に医療側に発信できる仕組みが必要という課題認識のもと、「入院前報告書の作成」に着手した。「入院前報告書」は、利用者の同意を得た上で、介護支援専門員が把握している介護保険サービスの利用状況や、ADL・IADL 等の心身の状況等を入院先の病院に対して情報提供を行うための様式である。その他にも、「退院・退所情報提供書」「サービス担当者会議に対する照会(依頼)書」等の様式整備を行った。これらの様式は、平成 24 年 5 月の「Net4U」のリニューアルの際に、システム上にも実装された。

医療機関との連携のための情報収集と整理 ～在宅療養者支援のための連携シートの作成～

- 介護支援専門員と医師の話し合いの場を広げるために連携シート作成に取り組んだ。連携シートは、病院や医療機関ごとに A4 版 1 枚で作成され、医師の名前、連絡先、介護支援専門員が主治医に相談する際に望まれる連絡手段 (FAX 等)、相談しやすい曜日・時間、サービス担当者会議に出席できるか等の項目が整理されたものである。連携シートは、市内の居宅介護支援事業所等の関係機関に配布した。

介護職と医療職の合同研修 ～鶴岡市医療と介護の連携研修会～

- 平成 20 年度から、介護支援専門員、病院看護師、訪問看護師、医師、介護サービス提供事業者等を対象として、顔の見える関係や相互理解及び他職種連携による効率的・効果的な業務の推進を目的とした研修会を開催してきた。
- 平成 20 年度から平成 25 年度現在までに全 11 回の開催を行い、毎回 100 名を超える参加者がある。



【予算】地域支援事業 包括的継続的ケアマネジメント事業 報酬費 60 千円、旅費 10 千円(平成 24 年度)の他、緩和ケア庄内プロジェクトの予算より支出

取り組みの経緯

平成 18 年度

地域包括支援センターの立ち上げ。直営 1 センターのみでスタートし、医師会を含む民間法人から出向者を受け入れてスタート
医療機関との連携方法のまとめを作成



異なる組織のメンバーが、協働して地域包括支援センターの体制づくりに取り組む

**連携のための
土壌づくりの時期
(平成 18～19
年度)**

平成 19 年度

医療ニーズの高い人の受け入れ施設一覧表の作成に取り組む
鶴岡市立荘内病院と鶴岡地区医師会が「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(庄内プロジェクト)」に着手

平成 20 年度

介護支援専門員を対象とした研修会の中で、医療機関との連携に関する不満の声が抽出される。医療介護連携に係る実態調査(病院看護師、介護支援専門員を対象)を実施し、医療と介護の連携に係る課題を詳細に検証
「医療と介護の連携研修会」がスタート。(平成 25 年度までで 11 回の開催済み)
緩和ケア地域連携 WG 医療連携の会、地域包括支援センターがメンバーとなり、「鶴岡市医療介護連携企画会議」を組成



**現場の声から課題を抽出し、実態調査で検証
医療と介護の連携の中核を担う会議体が組成される**

**連携に関する
課題抽出の時期
(平成 20 年度)**

平成 21 年度

「入院前報告書」様式の整備



受身だった介護支援専門員が情報発信するための仕組みづくり

**連携のための
仕組みづくり
の時期
(平成 21～23
年度)**

平成 23 年度

在宅療養者のための連携シートの作成に取り組む
鶴岡地区医師会が平成 12 年度から運用してきた患者情報共有ツール Net4U への介護支援専門員の参加を呼びかけ
鶴岡地区医師会が在宅医療連携拠点事業を受託。在宅医療連携拠点事業室(現、地域医療連携室)「はたる」を開設。鶴岡市医療介護連携企画会議に、鶴岡地区医師会の在宅医療連携拠点事業の担当者を加え強化を図る



医師会に医療・介護連携のための専属組織を設置

平成 24 年度

Net4U のリニューアル。連携のための各種様式をシステム化
介護者参加型在宅高齢者見守り web 連絡ノート Note4U の導入



患者や家族も参加できる ICT ツールの導入

**さらなる発展の
時期
(平成 24 年度～)**

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 医療側・介護側の双方が、互いの立場や業務内容等を理解し、「相手のために何をすればよいか」という考え方が生まれるようになってきた
- ・ 介護支援専門員の自己評価結果において、医療連携に対する苦手意識が改善されてきた（自己評価点 10 点満点中 平成 20 年度 5.1→平成 24 年度 6.8 ポイント）
- ・ 入院前報告書等や Net4U によって介護支援専門員から、医療側へ情報発信を行うための仕組みが構築されてきた
- ・ Net4U への参加事業所、登録患者数は増加の一途を辿っている

◆ 取り組みが生かされた個別事例

＜医療との連携に関する介護支援専門員の意見＞

病棟看護師と介護支援専門員の連携研修や、連携様式の活用によって、医療との連携の敷居が低くなり、外来患者でも困ったとSOSすれば助けてくれるようになった。入退院時の情報共有が厚くなり、在宅ケアが円滑になっている。（介護支援専門員 A）

自宅で要介護者を看取る際に、Net4U を導入したことにより、医師、訪問看護の記録を必要時見ることができるため、刻々と変化する要介護者の状況とタイムリーに把握することができ、サービス調整のきめ細かい対応ができるようになった。介護支援専門員が対応した内容も Net4U に記載できるため情報共有がスムーズにできるようになった。（介護支援専門員 B）

電話だと、医師、事業所ともに時間がかかることもあったが、Net4U に記載すれば、ケアマネジャーの都合に合わせて記載でき、しかも、Net4U を使っている人がその情報を共有できるので、情報の共有化の時間が短縮されている。医師、サービス事業所同士が双方向の情報共有ができ、その情報で的確に対応処理できるようになっている。（介護支援専門員 C）

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 鶴岡地区医師会は、早期から訪問看護ステーション、訪問入浴、老人保健施設等の在宅医療に関する事業を展開しており、平成 19 年度からは、緩和ケア普及のための地域プロジェクト、平成 23 年度からは在宅医療連携拠点事業に応募するなど医師会として在宅医療を積極的に推進してきた。
- ・ 医療と介護の連携の鍵を握るのは医師の意識改革が重要だという考えのもと、医師会が率先して介護との連携に取り組むことで、介護側に対しては敷居を下げることに繋がっている。
- ・ 医師会には、地域医療連携室(愛称:ほたる)が設置され、専属の職員が他職種間の各種コーディネート業務や、普及啓発活動に取り組んでいる。
- ・ 以前、医師会の運営する在宅介護支援センターと、地域包括支援センターが同じ建物にあったこともあり、いつでも相談できる関係ができて上がっている。

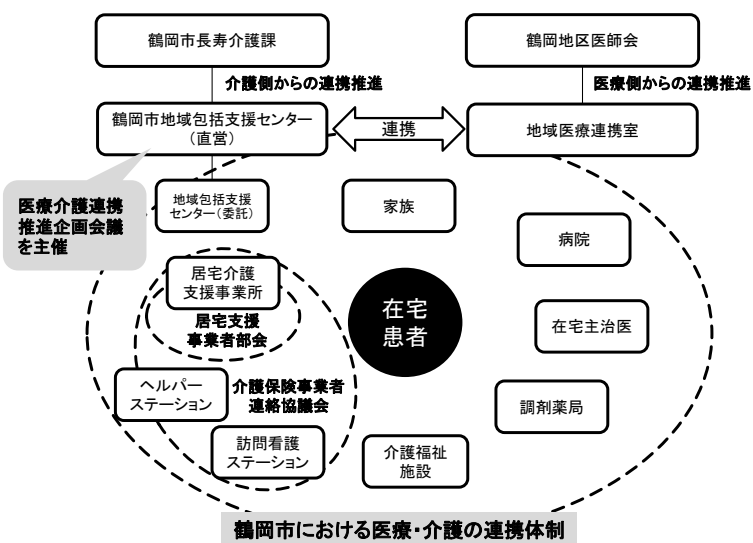
2. 自治体

- ・ 地域包括支援センターの立ち上げの際に委託するかどうかを庁内で検討してきたが、平成 18 年から平成 20 年までの 3 か年は枠組みづくりのために直営の 1 か所のみで運営とした。その際に将来的に委託先の候補となるであろう法人から職員を出向にて受け入れて 20 数名体制にてスタートした。当初の 3 か年に、複数の法人の職員が一つの地域包括支援センターで顔の見える関係を築き、法人を超えて一緒に作り上げてきたことが現在の鶴岡市圏域の地域包括ケア体制の基盤となっている。
- ・ 様々な取り組みを行政のみが行うのではなく、介護支援専門員や連携担当者の当事者が中心となり、ボトムアップで様々な仕組みをつくってきた。
- ・ 月定例で、鶴岡地区医師会と、行政との定例のミーティングが開催されており、行政・医師会それぞれの立場で発見した新たな地域課題やニーズを速やかに共有したり、事業運営について助言等を求めたりすることができている。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ **現場の介護職員等の声から定性的に課題を把握し、アンケート調査等によって定量的に検証を行いましょう**
- ✓ **抽出された課題を行政の職員だけでなく、地域の関連主体や現場の職員と共有しながら、解決の方向性について合意形成を進めましょう**
- ✓ **行政と地域の関連主体との間で施策の進捗状況等に関して定期的な会合を持ちましょう**

[参考]事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	9 カ所
直営	1 カ所
委託	8 カ所
ブランチ数	1 カ所
サブセンター数	5 カ所
地域包括支援センター 職員数	46(6)人
保健師	13(3)人
社会福祉士	13 人
主任介護支援専門員	9 人
その他の専門職員	8 人
その他の事務職員	3(3)人

【所管課】

長寿介護課 職員数	36 人
-----------	------

()は兼務者数

[参考]URL、連絡先

- 鶴岡市健康保険福祉部長寿介護課 地域包括支援センター 0235-29-2111
<http://www.city.tsuruoka.lg.jp/040501/>

キーワード コミュニティづくり、世代間交流、情報連携、チーム体制、人材育成

応急仮設住宅での避難生活におけるコミュニティづくり

福島県 檜葉町

【この事例の特徴】

- 応急仮設住宅内の拠点を利用し、避難者のコミュニティづくり、生きがい・自立・健康づくりなど、そのニーズに対応した各種事業を実施している
- 当初、高齢者を中心に、住環境の変化や精神的負担の増加等による心身機能の低下が見られたが、早い段階からの支援により自殺、孤独死を防ぎ、体力維持を確保している



《検討WGからの推薦メッセージ》

住民にとって最も身近な檜葉町役場が強力なリーダーシップを発揮することで、応急仮設住宅住まいを余儀なくされている子どもから高齢者・障害児者まで幅広い住民の健康被害やコミュニティ崩壊を防ぐことができます。

地域概要

総人口:	7,616 人	仮設住宅等への避難住民	約 5,700 人
65 歳以上人口:	2,053 人 (27.0%)	要介護(要支援)認定者数:	398 人 (19.4%)
75 歳以上人口:	1,153 人 (15.1%)	第 5 期介護保険料	4,210 円

実施主体

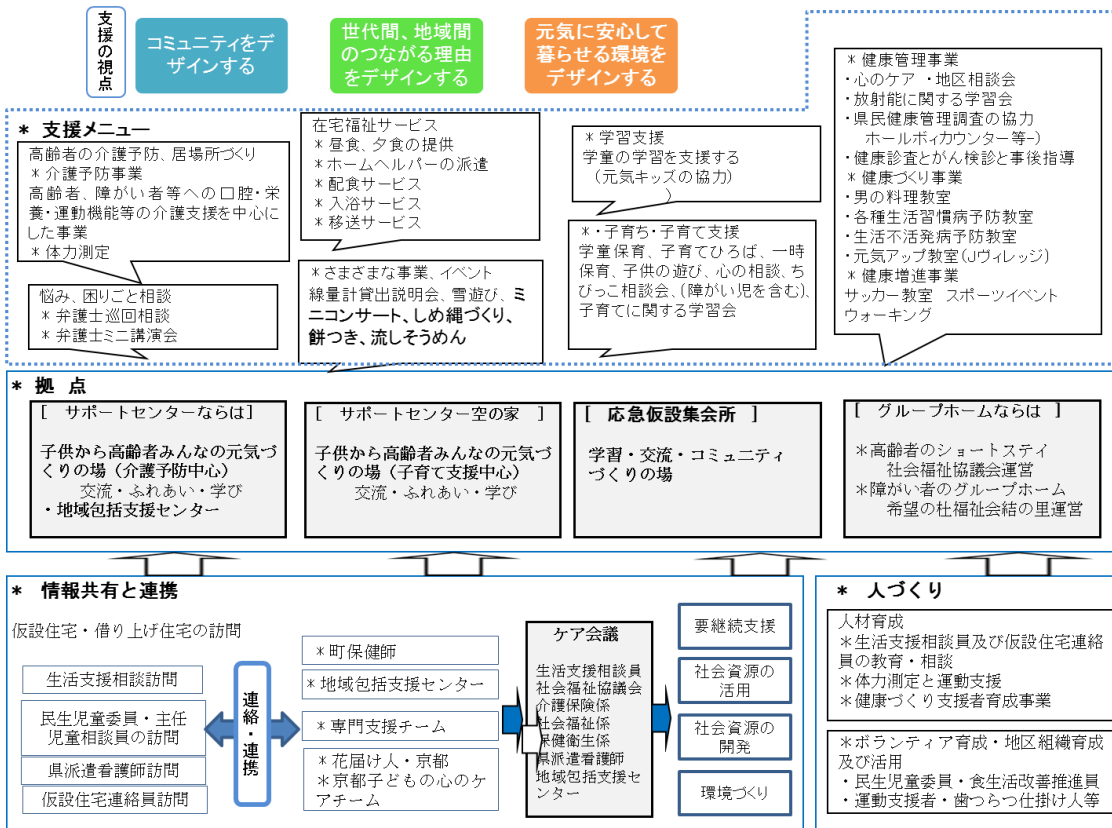
檜葉町、檜葉町社会福祉協議会、希望の杜福祉会、(株)日本フットボールヴィレッジ、檜葉町地域包括支援センター、民生児童委員・主任児童相談員、生活支援相談員、仮設住宅連絡員、専門職支援チーム、ふくしま心のケアセンター
《県外支援》京都子どもの心のケアチーム、花届け人・京都、つくばフィットネス研究会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災等に伴う避難により、檜葉町民は、一次二次避難所を経由して仮設住宅等で生活している。こうしたなかで、高齢者は環境の変化によるストレスやダメージを受けやすく、身体機能の低下がみられるようになった。
- ・ このような事態に対処するため、高齢者の身体機能低下の早い段階から支援するための仕組み及び対体制(①拠点づくり、②支援メニューづくり、③情報共有と連携、④人づくり)を整えた。
- ・ 具体的には、檜葉町民の避難が集中しているいわき市及び会津美里町に設置した応急仮設住宅内のサポートセンターやグループホーム、集会所等を利用して、子どもから高齢者・障害児者まで住民全体を対象に、介護予防教室や生活支援など、時期や状況・ニーズに対応した法外(介護保険法等の対象とならない)サービスを含めた各種事業を実施している。
- ・ なお、避難者は医療費、介護費用が無料なので、无尽蔵に使う事態を避ける必要がある。

取り組み内容

〇避難者の生活支援(地域包括ケアシステム)の取組について(檜葉町)H23年・24年



檜葉町では、左図の全体構想に基づき、避難者の生活支援を推進している。

詳細は、次項で紹介する。

【拠点づくり】

〇いわき市及び会津美里町の応急仮設住宅内に避難者の生活支援を行う拠点(サポートセンター3ヵ所、グループホーム*3ヵ所、応急仮設集会所)を整備している。主な拠点は以下のとおり。

- ①「サポートセンターならは」:子どもから高齢者みんなの元気づくり=交流・相談・学習の場(虚弱高齢者中心)
- ②「サポートセンター空の家」:子どもから高齢者みんなの元気づくり=交流・相談・学習の場(子どもから高齢者)
- ③「応急仮設集会所」:交流・情報・コミュニティづくりの場(50世帯に対して1ヵ所設置)
- ④「グループホームならは」:高齢者のショートステイ(社会福祉協議会運営)、障害者のグループホーム(希望の杜福祉会結の里運営)、自己負担あり

【予算】地域支え合い体制づくり助成事業補助金(グループホーム3ヵ所) 7,489千円(平成23年度 檜葉町予算)、21,813千円(平成24年度 檜葉町予算)

地域支え合い体制づくり助成事業補助金(サポートセンター3ヵ所) 31,312千円(平成23年度 福島県予算)、56,846千円(平成24年度 福島県予算)



※介護保険法や自立支援法に位置付けられているグループホームとは異なる。家族の負担が大きい時の預かり宿泊や病院から仮設住宅に戻る際の中間的な利用ができ、住民ニーズに対応した、自由度が大きい施設である。

【支援メニューづくり】

◎介護保険法等の対象サービスを含めた既存制度では救えない人たちが出るため、既存制度の枠に入らない法外サービスを支援メニューとして開発・提供している。

- ・ コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりに向けて、以下のような住民支援のメニューを実施。

①高齢者の介護予防、居場所づくり(介護予防事業)／在宅福祉サービス(食事の提供、家事ヘルパー派遣、移送サービス、安否確認を兼ねた配食サービスなど介護保険外サービス)

②仮設住宅・借り上げ住宅を巡回訪問／悩み、困りごと相談(弁護士相談、弁護士ミニ講演会)／健康管理事業(放射線被ばくに対する学習や健康診査など)／健康づくり事業(生活不活発病及び生活習慣病予防に関する各種事業、健康診査及びがん検診、中高年の運動教室)／心のケア事業／中学生の学習支援／子育て・子育て支援(ちびっ子相談会・一時保育・子育て広場)／児童館／その他、様々な事業、イベント



【情報共有と連携】

◎仮設住宅・借り上げ住宅を、仮設住宅に配置されている仮設住宅連絡員、生活支援相談員、民生児童委員・主任児童委員、保健師、看護師等が訪問し、常に連絡し合いながら情報を共有している。町民の家族構成や健康状況、生活状況を把握し、これらの情報は町が一元管理している(紙ベース)。県内避難者は年1～2回家庭訪問、県外避難者も電話で確認する。問題がありそうな対象者・ケースについては、毎週及び隔週に開催するケア会議で検討する。

- ・ ケア会議の参加者は、生活支援相談員、社会福祉協議会、町の介護保険係・社会福祉係・保健衛生係、県からの派遣看護師、地域包括支援センター、ふくしま心のケアセンター。また、必要に応じ関係機関が参加することにより、子どもから高齢者、さらに障害児者をフォローすることを可能としている。この検討結果を受けて、それぞれの機関が専門的役割を発揮し、サービスを提供することができる。



【人づくり】

◎長期化する避難生活の中で、マンパワー不足が喫緊の課題であり、人材育成を推進している。また、支援する側の精神的負担を軽減していくことも重要であり、その対策を図っている。この事業では、特に“人”が大変重要な役割を果たすことから、専門家が支援する必要がある。

- ・ 京都子どもの心のケアチームや花届け人・京都の協力を得て、仮設住宅連絡員や生活支援相談員の教育、相談など支援する側のサポート体制を構築している。また、つくばヘルスフィットネス研究会の協力を得て、体力測定をしながら、本人や事業に従事する職員への運動支援を行っている。
- ・ ボランティア育成を図るとともに、既存の健康づくり支援者や地区組織を活用しながら事業の展開を図っている。

取り組みの経緯

平成 23 年 9 月 : 会津美里町に応急仮設住宅、仮設集会所(50 世帯に対して 1 ヶ所)開設(以降、順次拡大)
同時に福島県の地域支え合い体制づくり助成事業補助金を受けて、仮設住宅内にサポートセンターを開設
同時に会津美里町の地域支え合い体制づくり助成事業補助金を受けて、仮設住宅内にグループホームを開設

平成 23 年 10 月 : いわき市に応急仮設住宅、仮設集会所(50 世帯に対して 1 ヶ所)を開設(以降、順次拡大)
同時に福島県の地域支え合い体制づくり助成事業補助金を受けて、仮設住宅内にサポートセンターを開設
同時にいわき市の地域支え合い体制づくり助成事業補助金を受けて、仮設住宅内にグループホームを開設

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 当初、高齢者を中心に、住環境の変化や精神的負担の増加等による心身機能の低下が見られたが、早い段階からの支援により自殺、孤独死を防ぎ、体力維持を確保している。また、世代間、地域間をつなげることでお互いの交流が活発化している

◆ 取り組みが生かされた個別支援

震災前、実娘を亡くし、「ピック病」の娘婿を介護していたが、娘婿の症状が悪化し入院。東京電力福島第一原子力発電所事故により自宅から約 200Km 離れた気候、環境が大きく異なる土地に実娘の長男と避難した。避難後は、孫との二人暮らし。孫が夜遅くまで働いており、ケースの世話をすることができない。話をする程度であった。その後、膝関節症、糖尿病が悪化し、軽い認知症になり、日常生活動作に支障がでてきた。そこで、ケア会議で検討した結果、様々な支援ができる仮設住宅に移動し、定期的に生活支援相談員が訪問している。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 住民の家族構成や健康状況、生活状況を把握し、個々のニーズ情報を町が一元管理している。
目まぐるしく変化する避難生活の状況の中、今何が必要なのかを、住民に寄り添いながらニーズを把握し、優先度を付けて取り組んできた。檜葉町は住民の約 83%がいわき市内に避難しており、更に多くの仮設住宅がまとまっているため、状況を把握しやすく、目が届き支援しやすい状況にある。(逆に依存度が高まっていることは問題であり、住民の自立に向けた対応が求められる)。
- ・ 個々の住民ニーズや環境、状況に合わせた保健福祉サービスメニューを柔軟に提供している。
避難状況下では、介護保険法等の対象サービスを含めた既存制度では救えない人たちが出るため、既存制度の枠に入らない法外サービスを支援メニューとして開発・提供している。例えば、介護予防対象者は、(介護保険と同じではなく)広く対象とした。住民のニーズに応じた支援メニュー、情報共有と連携、人づくりが重要事項であり、推進に当たっては、体制やシステム・しくみづくりが必要である。
- ・ 既存の社会資源も組み合わせながら、幅広い協力体制を構築した。
ボランティアの人たちの力をつなげて活用する仕組みづくり、サービス提供者の幅広い協力体制など、サービス提供に向けて関係者を意識的につなげていった。また、震災後に起きている問題や課題は、震災前の延長上にあることが多く、いかに様々な異なった条件や状況の中で事業展開できるかであり、平常時の取り組みが大きく左右する。例えば高齢者の機能低下を防ぐために取り組んできた震災前の事業等を、状況に合わせ実施している。
仮設住宅ができる前(震災後初期の頃)は、県内外から多くのボランティアや専門支援チームが支援に入り、情報を共有するために毎日のミーティングで行っていた。この時の対応が、現在のケア会議につながっている。
震災後初期は、高齢者の心身機能低下予防対策が中心であったが、現在は、子どもたちの健康管理と子育て、子育て支援に力を入れている。また、家族がバラバラになり、地域コミュニティも崩壊したため、世代間でお互いが交流、助けあえる知縁や地縁による環境づくりを意識的に進めており、その結果として、お互いの交流が生まれている。

2. 自治体

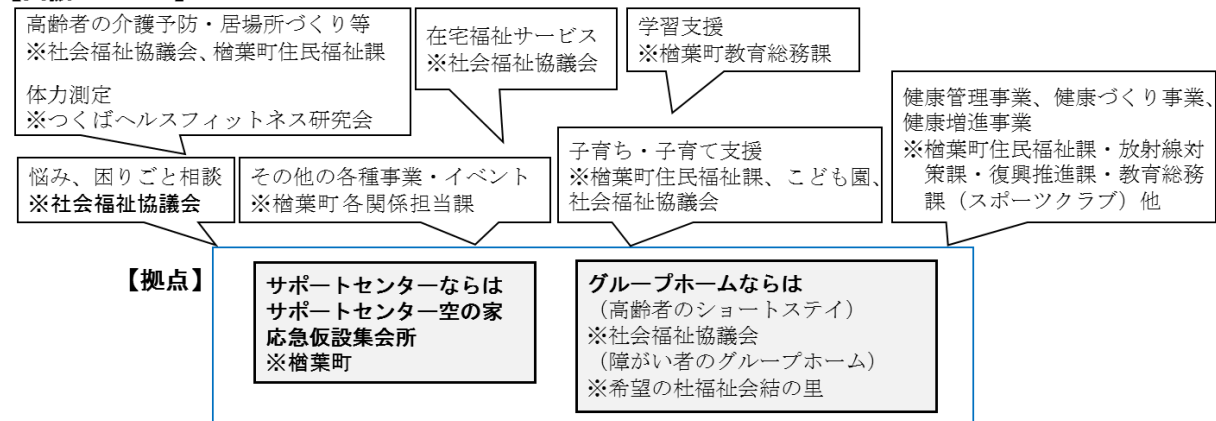
- ・ 自治体(町)が強力なリーダーシップを発揮した。
- ・ 役場が中心となって、避難住民の巡回訪問、拠点づくり(企画・整備)、健康相談、各種事業・研修会やケア会議等の企画・運営、各関係機関とのコーディネート及び調整をトータルに実施し、その仕組みをつくった。役場の担当部署の横の連携ができていたことにより、子どもから高齢者、障害者まで幅広い対象層を支援することができている。
- ・ 担当者は、将来のことも見据え、一歩先を想定しながら、今の目の前の対策を取ってきた。
今のうちから檜葉町に帰町した後のことも視野に入れておく必要がある。その時点では、住民の生活拠点が檜葉、いわき、会津今里の3地域に広域化する。檜葉には若者が戻らず、高齢化が一気に高まるはず。特に医療との連携が必要となるので、今の生活支援の仕組み・体制をそのまま当てはめるのは、大変難しい。その時に備えて今からデザインを描いておく必要がある。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

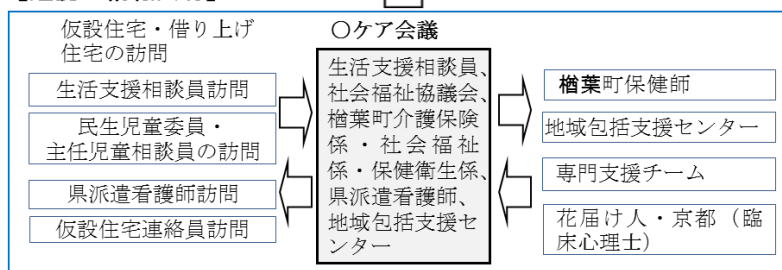
- ✓ 住民が身近に立ち寄り、相談、学習、交流できるコミュニティの拠点をつくきましょう
- ✓ 取り組みには住民ニーズの把握が欠かせないため、住民ニーズを把握し、関係機関が情報共有できる仕組みを構築しましょう
- ✓ サービス提供に向けて、既存の社会資源の洗い出しとサービス提供者と連携できる体制をとみましょう

【参考】事業推進体制・職員体制

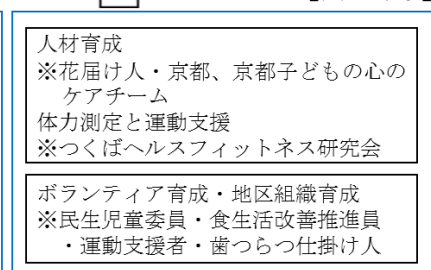
【支援メニュー】



【連携・情報共有】



【人づくり】



【参考】URL、連絡先

- ・ 檜葉町いわき出張所 住民福祉課 保健衛生係・介護保険係

0246-46-2551

<http://www.town.naraha.lg.jp/index.html>

キーワード

住民参加の介護予防、リーダー養成、市民協働、自助・互助・共助・公助

市民協働で進める介護予防

千葉県 浦安市

【この事例の特徴】

- 住民が介護予防事業の担い手として関わることで、自らの介護予防、生きがいづくりにつながっている
- リーダー養成や協働事業を通じて、市民による自発的な活動を後押しし、市民と市が二人三脚で介護予防事業を展開している
- 市民も参加した定期的なネットワーク会議で、地域の情報や課題を共有し、具体的な解決策を検討している



《検討WGからの推薦メッセージ》

市民からの提案をきっかけに「互助活動」が組織化され、介護予防の地域住民のリーダー育成とその活用に成功している好事例。特に介護分野以外の市民活動の担い手や行政担当者も含めた「地域包括ケア評価会議」が地域包括支援センターの後押しとなり、市民と協働で地域の課題や具体的な解決策の検討の場となっているところに注目。

地域概要

総人口:	162,155 人	要介護要介護認定者数:	2,906 人(12.9%)
65歳以上人口:	22,490 人(13.9%)	第5期介護保険料:	4,100 円
75歳以上人口:	8,315 人(5.1%)		

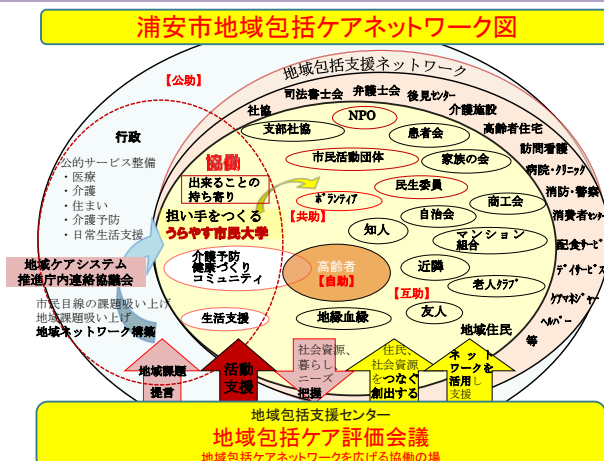
実施主体

- ・浦安市介護保険課
- ・猫実地域包括支援センター
- ・浦安介護予防アカデミア等の市民活動グループ

取り組みの背景・課題認識

- ・ 今後の高齢者数の伸びが全国有数という見通しの中、介護予防の取り組みを地域に展開したいが、地域包括支援センターだけでは体制的にも困難という課題を抱えていた。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築にあたり、何が課題か、何から取り組めばよいのかという点についての関係者間の認識共有を行うところから始めた。

取り組み内容



浦安市では、左のような市民と行政の協働によるネットワークを拡大、重層化することで、支援体制の整備を進めている。

詳細は、次頁で紹介する。

【協働の担い手を輩出する市民講座 ～介護予防リーダー養成講座、うらやす市民大学】

- 介護予防の普及啓発のためには、市が行う事業・教室のみならず(公助)、地域の身近なところで住民自らが進められる環境整備が必要である(自助、共助)と考えていたところ、市民の中からもそのような声があがり、都内の先行例を参考に「介護予防リーダー養成講座」を平成 21 年度より行っている。
- 講座内容は、座学(介護予防の考え方や現状)、実習(地域資源調査・報告会、市内や先進地の活動の見学)、修了論文の作成・発表で全 13 回。事前に説明会を開き、「介護予防を地域で推進するリーダーを養成する」という趣旨の徹底を図る。また実習を通じて地域の実態を知り、修了後に実際に活動するイメージを持ってもらうように促す。実施にあたっては東京都健康長寿医療センターの協力を得ている。
- 平成 22 年度からは、協働をコンセプトとした「うらやす市民大学」の講座の一環として実施。うらやす市民大学は、市民がまちづくり活動を行うために必要な知識や技術を学ぶための場であり、「介護予防リーダー養成講座」の他にも、防災、環境、高齢社会等をテーマとし、協働の担い手の裾野を広げるための講座を開講している。



【予算】地域介護予防活動支援事業 1,747 千円(平成 21 年度 浦安市予算)

【協働による介護予防事業の展開 ～介護予防推進協働事業】

- 介護予防リーダー養成講座の第 1 期修了生 29 名が、介護予防を他の市民にも広めたいという思いを実践するため、講座修了後に「浦安介護予防アカデミア」という団体を設立。現在 9 班(栄養班、口腔班、脳トレ班、ウォーキング班、体操班、談話班、太極拳班、傾聴班、総務班)に分かれて活動。
- 平成 23～24 年度は「浦安市協働提案事業」に採択され、市との協働で活動を行った。平成 25 年度は「介護予防推進協働事業業務委託」の形で、引き続き協働方式にて活動を行っている。また出前講座を通じて、市以外に社会福祉協議会や自治会など他団体と連携する関係を築いている。
- 会員数は約 120 人、平成 24 年度の活動回数は約 1,000 回、参加者数は約 2 万人に達し、協働を通じて担い手や参加者の裾野が大きく広がっている。



【予算】浦安市協働提案事業 6,270 千円(平成 23、24 年度 浦安市予算)

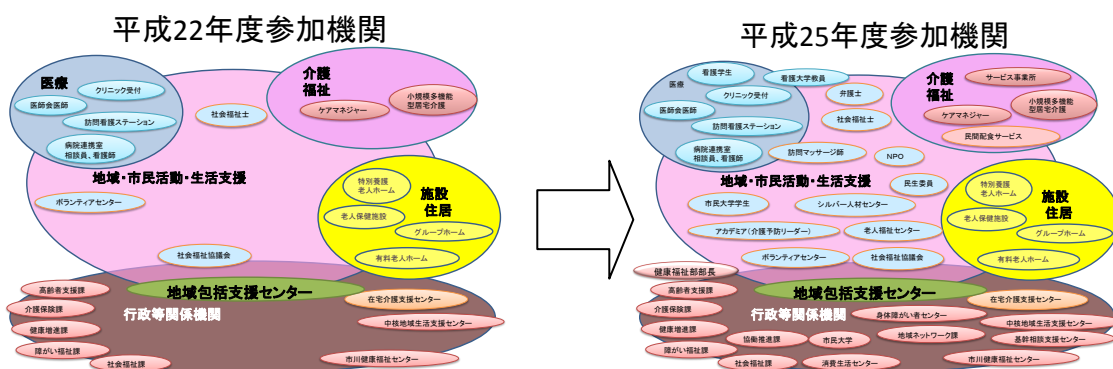
介護予防推進協働事業 2,940 千円(平成 25 年度 浦安市予算)

【明確なコンセプトを持った介護サービス ～舞浜俱樂部、夢のみずうみ社】

- スウェーデンから取り入れた認知症緩和ケアを行う、デイサービスや介護付き有料老人ホームを展開する(株)舞浜俱樂部は、「浦安市協働提案事業」にて認知症対策(家族・事業者・地域支援)が採択され(事業額は 2 か年で 147 万円)、平成 25～26 年度(予定)に市との協働による認知症対策支援を進めている。
- リハビリを主体にした「夢のみずうみ村浦安デイサービスセンター」((株)夢のみずうみ社、本拠地は山口県)は、同社の取り組みに感銘を受けた市長が公約で浦安市への誘致を掲げ、2011 年に開設。訓練につながる「バリアフリー」施設、一日の過ごし方を自分で決める「自己選択・自己決定方式」、楽しくリハビリをする仕掛けとしての村内通貨「YUME(ユーム)」といった特徴を持つ。

【地域包括ケアネットワークを広げる協働の場 ～地域包括ケア評価会議】

- ・ 地域包括ケアシステム構築のために「お互いを知るところから始めよう」というねらいで、平成 22 年 9 月から「地域包括ケア評価会議」を開催(2か月に1回、2時間半)。公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターのセンター長である岩室紳也氏がアドバイザーを務める。
- ・ 当初は介護分野の行政担当者や医療・介護の事業者が中心だったが、話し合いの中で課題が見えてきて、次の手を打つために関係する機関に都度声かけを行ってきた結果、現在では介護分野以外の行政担当者(協働、消費生活等)や、市民活動・生活支援の担い手(民生委員、NPO、介護予防リーダー等)を含めて約 80 名が参加している。
- ・ 地域の課題や市の考えを伝え、グループワーク等を通じて参加機関から新たな問題提起や解決策の提案を行ってもらった。「お互いを知る」段階から、参加者同士で情報や課題認識を共有し、「具体的な解決策を検討する」段階に発展してきた。例えば、「地域包括支援センターの認知度を高めるため愛称をつける」というアイデアが提案され、公募を行って「ともづな」という愛称が採用された。



取り組みの経緯

平成 18 年度

介護保険制度改正を受けて、地域包括支援センターを設置

地域包括支援センターが多様な業務を抱える中で、介護予防の取り組みを地域に展開するための担い手を必要としていた

第 2 期基本計画の策定に向けて、「浦安市民会議」が発足

**市民協働の第一歩
市民と行政が地域課題と方向性を共有するきっかけとなった**

平成 21 年度

「介護予防リーダー養成講座」開始、修了生が「浦安介護予防アカデミア」設立
「うらやす市民大学」開校

平成 22 年度

「浦安市協働提案事業」開始、浦安介護予防アカデミアが提案した事業を採択
「地域包括ケア評価会議」開始

平成 23 年度

浦安介護予防アカデミアと市の協働により「市民参加型介護予防事業」を実施

協働の萌芽が
生まれた時期
(平成 18～20
年度)

協働のための
基盤整備を
進めた時期
(平成 21～24
年度)



市民協働の具体化

協働提案事業の実施を通じて、担い手や参加者の幅が広がった

平成 24 年度

「地域包括ケアシステム推進庁内連絡協議会」を設置

平成 25 年度

市が浦安介護予防アカデミアに「介護予防推進協働事業」を委託実施

新たな展開へ
(平成 25 年度～)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 参加者が受け手から担い手になり、担い手自身の介護予防、健康づくりにつながっている
- ・ 市民ならではのネットワークや発想を活かし、地域の身近な場所での活動が増えている
- ・ 市民、行政、関係機関間で、地域課題の共有や取り組みの検討を行う関係が醸成しつつある

◆ 参加者の声

＜「介護ボランティアをつくる」卒業生 藤木豊さん(キラキラ応援隊 代表)＞

うらやす市民大学で学んだことを市民のために生かしたいと強い希望を持った仲間で、キラキラ応援隊(介護家族の支援や認知症理解を進める活動を実施)を結成しました。このグループは、自宅で安心して介護保険対象外の高齢者が生活できるように、生活をサポートすることが目標です。

うらやす市民大学には、いろいろな科目があり、どの科目も自己研さんになると思います。受講後は、大学でできた仲間でグループをつくり、学んだことを市民のために生かすこともやりがいがあり、楽しいですよ。

＜ハツラツ体操(市による二次予防事業)参加者 Aさん＞

教室だけでなく、家でも体操を続けています。初めのうちは、娘に言われて仕方なく体操していたのですが、効果がでてきたのがすごうれしく、今では楽しんで体操しています。参加前は、杖を2本使わないと歩けなかったのですが、今は1本だけで歩けるようになりました。家の中では1本も使わずに歩いているんですよ。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 埋立地の拡大に伴って分譲主体の住宅開発が進んだため、PTA や自治会、老人会などの活動を通じた「ふるさとづくり」の推進を行ってきた。
- ・ うらやす市民大学や介護予防リーダー養成講座に参加する意欲的な人材が中心となって、介護予防事業の参加者と積極的に交流したり、地域の団体同士で連携したりすることで、市民自身が協働の新たな担い手や参加者の発掘を進めている。
- ・ 市との協働関係をつくることで、市民自身による活動に対して、他の市民から信頼感を得ることにつながっている。

- ・ まちづくりの柱となる「第2 期基本計画」策定前に市長発案で発足した「市民会議」において、市民(206 名)と市職員が累計 136 回の会議を重ね、市民ならではのアイデアを活かすという協働の効果や丁寧なコミュニケーション等の留意点を実感した。その経験を具体的な協働の実践に生かしている。
- ・ 「担い手はやる気のある人たち自身であり、行政は火付け役である」という姿勢を持ちつつ、市の担当者は介護予防リーダー養成講座に全回参加したり、協働先(浦安介護予防アカデミア)の毎月の定例会に参加したりするなど、市民とのきめ細やかな関係づくりを徹底して行っている。
- ・ 市の2 次予防事業の終盤に、浦安介護予防アカデミアのスタッフに活動紹介を行ってもらう機会を設けて、市の事業の参加者が市民の自主活動へとスムーズに移行できるように促している。
- ・ 協働で進めるための最低限の費用は、協働提案事業や協働委託、市民活動への助成金制度等の仕組みを通じて市としても支援し、活動の継続性の担保や、団体側に責任感を持ってもらうことにつながっている。
- ・ 健康福祉部の各課のほか、地域ネットワークや住宅、防犯、消防、消費生活等の担当課や社会福祉協議会を構成メンバーとする「地域包括ケアシステム庁内推進協議会」を設置して、介護分野を担当する健康福祉部内に留まらず、市全体で地域包括ケアシステムを推進しつつある。

- ✓ 市民に対して地域の現状や行政の考えを伝え、率直な意見交換を行う機会をつくりましょう
- ✓ 市民と行政の間にアドバイザーを置くなど、話し合いや連携が進みやすくなる方法を探り入れましょう
- ✓ 人材を育てばなしにしないため、養成のねらいと活動イメージをあらかじめ想定しましょう
- ✓ 協働提案事業や助成金制度など、介護に限らずまちづくり全体に関わる仕組みも活用しましょう

地域包括支援ネットワーク

【公助】

行政

協働

【自助】

【互助】

地域包括支援センター

公的サービス整備

- 医療
- 介護
- 住まい
- 介護予防
- 日常生活支援

地域ケアシステム
推進庁内連絡協議会

生活支援

介護予防健康づくりコミュニティ

高齢者【自助】

地縁血縁

友人

近隣

マンション組合

自治会

知人

ボランティア

家族の会

患者会

NPO

介護施設

高齢者住宅

訪問看護

病院・クリニック

消防・警察

消費者センター

配食サービス

デイ・イベント

gamma

ヘルパー

地域住民 等

地域包括支援センター数	2 カ所
直 営	1 カ所
委 託	1 カ所
ブランチ数	3 カ所
サブセンター数	0 カ所
地域包括支援センター 職員数	23 人
保健師、看護師	5 人
社会福祉士	7 人
主任介護支援専門員	3 人
その他の専門職員	6 人
その他の事務職員	2 人

介護保険課 職員数	15 人
-----------	------

- ・ 浦安市 介護保険課 047-351-1111 猫実地域包括支援センター 047-381-9037
<http://www.city.urayasu.chiba.jp/dd.aspx?menuid=3449>

キーワード 地域密着型サービスの推進や活用、事業者連絡会、コミュニケーション、ニーズ把握

事業者への丁寧な情報発信が支えた地域密着型サービスの推進

神奈川県 横浜市

【この事例の特徴】

- 新たな地域密着型サービスの趣旨や効果、運営方法等について保険者が丁寧に情報発信することで、事業者の参入を促した
- サービス種別ごとの事業者連絡会が設置され、事業者間でノウハウを共有しやすくなるとともに、保険者とのコミュニケーションがとりやすくなっている



《検討WGからの推薦メッセージ》

情報・課題の共有は協働の基盤。積極的な情報発信、場づくりによって、保険者が事業者と課題を一緒に解決していく姿勢はとても大切です。

地域概要

総人口:	3,707,843 人	要介護要配慮者数:	130,389 人(16.5%)
65歳以上人口:	790,099 人(21.3%)	第5期介護保険料:	5,000 円
75歳以上人口:	362,646 人(9.8%)		

実施主体

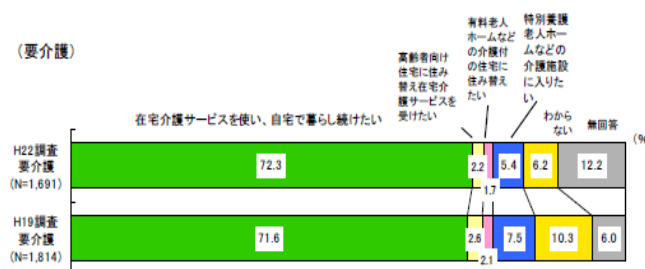
- ・横浜市
- ・事業者連絡会
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス提供事業者

背景・課題

- ◆ 市民の約 7 割が住み慣れた地域でできるかぎり暮らし続けたいという意向を持っており、その割合は第 4 期計画策定時よりも大きくなっていることが明らかになった。
- ◆ 地域での 24 時間の生活を支える上で必要と思われた夜間訪問介護は利用が低調だった。その背景には、夜間だけだと利用者とサービス提供者の関係性が構築しにくい、利用者から見て月によって自己負担が大きく変化するといった課題があった。
- ◆ 新たな地域密着型サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の導入に向けた検討・検証が進みつつあり、地域密着型サービスの活用に向けて、事業者の理解と参入を促進する必要があった。

取り組み内容

横浜市では、以下のような市民の意向とそれを踏まえた第 5 期介護保険事業計画における地域密着型サービスの整備目標の実現に向け、事業者とのコミュニケーションに積極的に取り組んでいる。



資料:平成19年度・22年度横浜市高齢者実態調査(高齢者一般調査、在宅サービス利用者(要介護)調査)

〔定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備目標及び見込量〕

		第5期計画		
		24年度	25年度	26年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	か所数(か所)	18	27	36
	定員数(人)	810	1,215	1,620
	利用者数(人/月)	110	380	650

【事業者とコミュニケーションしやすい環境づくり ～サービス種別ごとの事業者連絡会の設置】

- ・ 事業者間でサービス提供上のノウハウや課題を共有するとともに、事業者がサービス提供しやすくするために改善すべき事項を市(保険者)に伝えてもらうため、サービス種別ごとに事業者連絡会を設置し、定期的(毎月～年数回)会合を開いている。
- ・ 事業者主体の連絡会だが、時には市(保険者)も参加することにより、市(保険者)にとっては事業者への情報発信や、事業者の経営の状況や直面している課題を具体的に把握が行いやすくなっている。
- ・ こうした枠組みの有効性を評価し、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」についても平成24年度に新サービスが開始されたと同時に事業者連絡会を設置し、現在、2 か月に 1～2 回の頻度で会合を開催し、行政も参加して、事例やサービス運営のノウハウ、運営上の課題等を共有している。新サービスゆえに試行錯誤せざるを得ないが、こうした場があり「地域ぐるみで取り組む」意識を持てることにより、事業者の負担感が小さく、サービスの拡充に前向きに取り組んでいる。 実際、平成25年度に9事業所を追加した際は、いずれもこの連絡会に所属している事業者が参入した。

【新たなサービスに関する情報の発信 ～事業者向け説明会の開催】

- ・ 新たな地域密着型サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が始まるに際しては、国における検討状況、モデル事業における検証結果等を、事業者連絡会の場を活用して、市(保険者)が事業者積極的に発信、説明した。
- ・ 事業者からは新サービスへの反対論もあったが、法人代表者等を直接訪問し、保険者としての熱意を丁寧に説明した。説明を実施した回数はおのべ年間20回以上にのぼる。
- ・ 事業者向けの丁寧な説明とコミュニケーションが奏功し、事業者向けの説明会には120事業者を超える参加があった。行政としては、このことが事業計画を推進できるという手応えになった。併せて、国の整備・運営補助金を最大限活用(平成24年度は9事業所に補助)し、事業者の初期負担を軽減した。

【介護サービス事業者が連携しやすい環境整備 ～介護・医療連携推進会議の開催支援】

- ・ 横浜市は市内全域で180圏域あり、市民のニーズに応え、市民にとっての初年度の公平性や将来的に全域に整備することを考え、平成24年度当初から全区で展開することとした。
- ・ 具体的には、事業者との協議の結果、都市部であり道路網も整備されているため、1区に1事業所でも「概ね30分」で訪問できることが確認できたため、各区1事業所、計18事業所を同時に立ち上げた。
- ・ さらに、事業者と地域包括支援センター(地域ケアプラザ)の関係を強化し、円滑に運営できるような環境を整えるべく、介護・医療連携推進会議に地域包括支援センターの会議室を使用できるようにした。

取り組みの経緯

平成 22 年度以前

- ・ サービス種別の事業者連絡会を設置
- ・ 計画策定時の日常生活圏ニーズ調査で、市民の多くが「住み慣れた地域で暮らし続けたい」意向があることを把握



保険者が、地域の市民ニーズや国等における検討状況等の情報を収集し、それを事業者に分かりやすく積極的に発信することで、地域密着型サービスの必要性が理解されやすくなった

日常的に
市民・事業者の
ニーズを把握

平成 23 年度

- ・ 日常生活圏ニーズ調査で、前回調査以上に「住み慣れた地域で暮らし続けたい」意向が把握され、地域密着型サービスを普及する必要性を保険者として認識し、第 5 期計画で、全 18 区で 1 か所ずつ事業所を開業するという導入目標値を設定
- ・ 新たなサービスの普及・導入促進に向けた事業者向けのコミュニケーション(説明会)を実施(年 20 回以上)



市民ニーズを踏まえて保険者がサービスの整備方針を明示したことで、事業者の関心が高まり、事業公募説明会に 120 を超える事業者の参加があった

新たなサービスの
導入に向けた
取り組み

平成 24 年度

- ・ 定期巡回・随時訪問型訪問介護看護を 18 区 18 事業所(各区 1 事業所)で開始し、同時に、事業者連絡会を設置
- ・ 介護・医療連携推進会議の開催促進のため地域包括支援センターの会議室を準備

事業計画の
推進

平成 25 年度

- ・ 第 5 期介護保険事業計画通り、さらに 9 事業所を追加オープン



事業開始初年度から事業者連絡会を設置して事業運営上の課題を事業者と保険者が共有したり、事業者と地域との連携を保険者が支援したりすることで、事業計画を順調に推進できている

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 事業者連絡会を通じて、事業者どうし及び事業者と保険者がコミュニケーションしやすくなっている
- ・ 地域密着型サービスに対する理解が広まり、第 5 期介護保険事業計画が順調に推進されている

◆ 取り組みが生かされた個別支援

《認知症があり独居だが、近隣との知人との関係を維持しながら在宅生活を継続している事例》

Aさん(90代・女性・要介護2)

たびたび物忘れがあり平成 22 年度にアルツハイマー型認知症と診断された。週 2 回の訪問介護と同じマンションに住む友人による日常的な細やかな援助でひとり暮らしを続けていたが、友人も高齢で体調に不安があり、かつ認知症の進行に伴い頻回な援助が友人の精神的な負担にもつながっていた。

ご本人の後見人である親族の近くの施設に入所する話が進んでいたが、直前にご本人が拒否したため、生活状況の把握と服薬管理のため定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを導入。体調不安や日々の細かい相談を随時対応することで、導入後 3 か月程度で生活状況が安定。近隣の友人も、負担も軽くなるとともに認知症への理解を深め、関係が改善され、自宅での生活が継続している。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 横浜市はもともと居宅・居住系のサービス事業者が多く、民間事業者がそれぞれに創意工夫をしながら、より良いサービス提供に取り組んできている。
- ・ 事業者連絡会を通じて、こうした工夫やノウハウとともに事業運営上の課題を共有し行政(保険者)に伝え改善に向けた取り組みを実施できている。事業者連絡会は、あくまでも参加している民間事業者の主体的な運営で進められており、行政(保険者)が必ずしも毎回参加するわけではない。

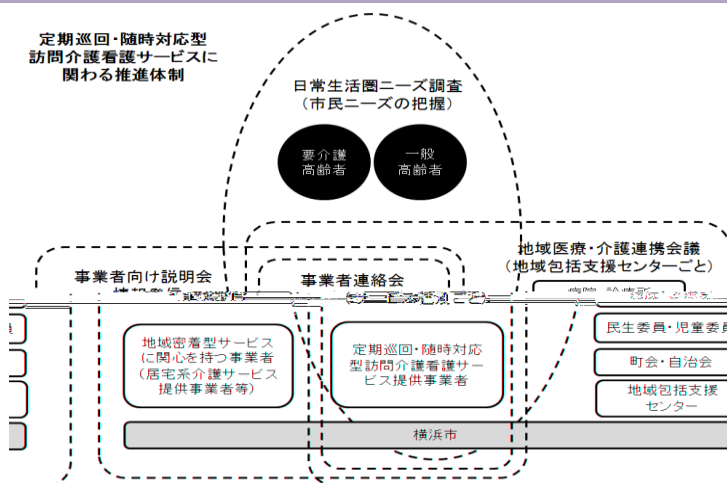
2. 自治体

- ・ 事業者どうしの連携を促進するとともに、事業者と行政(保険者)のコミュニケーションを円滑化するため、サービス種別に事業者連絡会を設置し、時には行政職も参加している。このとき、陳情や要望を恐れるのではなく、現場実践を通じた課題を顕在化してもらうことで、より良い介護保険事業運営を行おうという姿勢で参加している点が特徴。これにより、各事業者の特徴や運営状況も把握できる。
- ・ 新たなサービスの導入など、法制度の動向については、まずは保険者として丁寧な情報発信とコミュニケーションに努めている。事業者の全てが必ずしも十分な情報を得られているわけではないため、事業者の協力を期待する以上、まずは保険者から情報発信することが重要。
- ・ 新たなサービスについても連絡協議会を設置することにより、誰もが試行錯誤である新サービスにおいても、事業者も行政(保険者)もともに考え、課題を共有し、解決するという体制が構築されている。

まず取り組むべき事項

- ✓ 法制度動向やその地域における市民のニーズなどの情報を、事業者に積極的に発信しましょう
- ✓ 事業者から運営の現況や運営上の課題などを聞く機会を持ちましょう
- ✓ 事業者どうしが連携できるような場の設置を検討してみましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	136 カ所
直営	0 カ所
委託	136 カ所
ブランチ数	0 カ所
サブセンター数	0 カ所

【参考】URL、連絡先

- ・ 横浜市 健康福祉局高齢健康福祉部介護事業指導課 045-671-2356
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/jigyousya/kaigo/>

キーワード

医療に関わる人材育成、地域医療再生、住民参加、組織統合

住民参加型の地域医療再生システム構築

富山県 南砺市

【この事例の特徴】

- 専門的な人材育成プログラムの実施により、地域住民と専門職の自主活動の活発化と共通知識基盤の形成が実現しており、地域医療の再生を後押ししている
- 自治体内部組織の観点から、医療を中心にして、介護、福祉との連携強化やスムーズな合意形成のための組織再編が実現できている



《検討WGからの推薦メッセージ》

地域医療の課題を住民や多くの職種が共有したことで、地域医療再生のための地域ぐるみの取り組みが始動しています

地域概要

総人口：	54,823 人	要介護(要支援)認定者数※：	6,716 人
65歳以上人口：	17,720 人(32.3%)	第5期介護保険料※：	5,080 円
75歳以上人口：	10,193 人(18.6%)		

実施主体

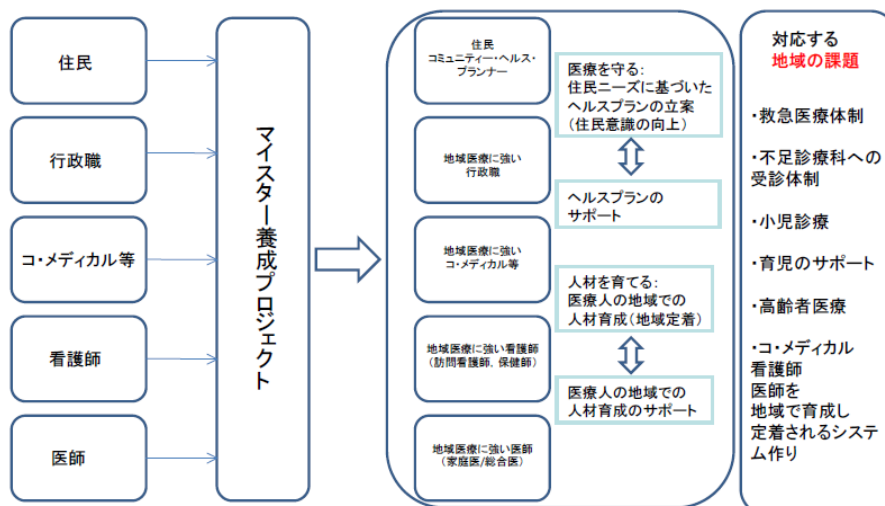
- ・南砺市地域包括医療・ケア局
- ・南砺市民病院
- ・富山大学附属病院総合診療部

※ 人口は南砺市のみの数値だが、認定者数は砺波地方介護保険組合（南砺市・小矢部市・砺波市）についての人数・率である

取り組みの背景・課題認識

- ・ 医師不足を前提とし、**住民同士のつながりによって地域医療を支えるという意識改革**が必要となった。
- ・ 高齢者医療は病院だけでは完結しないとして、市民病院等が中心となって**在宅医療の整備**が進められる中で、在宅医療を支えるための**総合医の養成**や、**専門職同士が連携する場**が必要となった。
- ・ 患者を病院から円滑に在宅につなげ、地域で患者を支える仕組みづくりのために、**医療担当課と介護施策担当課の連携**を進める**行政内部の組織強化**が課題であった。

取り組み内容



南砺市では、地域全体で医療を守るための人材育成を行っている。

【地域医療に関わる人材の育成 ～地域医療再生マイスター養成講座】

- ・ 地域医療崩壊の現状を踏まえ、住民同士が支え合う自助・互助機能の強化や専門職の養成など、地域医療再生に関わる人材育成を目指して、南砺市と富山大学附属病院総合診療部が協力して地域医療再生マイスター養成講座を開始。平成 21 年に事業を開始して、現在 5 年目。毎年、地域住民約 10 人、専門職約 40 人が参加している。
- ・ 「四画面思考法」など、企業マネジメントで使われる人材開発の手法などを用いて、参加者自身が自分に合った目標を掲げて実践するというプログラムを展開している。
- ・ 修了生の継続的な情報交換やつながりの場として、「南砺の地域医療を守り育てる会」が組織されている。その中には、住民が参加する「なんと住民マイスターの会」をはじめ、総合医の育成に取り組む医師のグループや、ナースプラクティショナー的ナースの養成に取り組む訪問看護のグループなどが、継続的な活動報告を実施している。
- ・ 「なんと住民マイスターの会」では、自らの介護体験などを基に、医療、介護、福祉と地域の連携、協働、支え合いの仕組みづくりが必要であるとして、自分たちが住みたい、住み続けたいまちづくりについて話し合っている。その中から、平成 23 年には、自治体からの要請を受けて、地域包括ケアに関するパンフレットを住民目線で作成。市内全戸に配布し、市内高齢者施設や開業医、公共施設などにも配布している。
- ・ 認知症予防や認知機能の改善に効果が期待される「回想法」の勉強会の開催や一般の方向けのセミナーを実施し、回想法並びに認知症への理解を深めるとともに普及・啓発を行っている。また、認知症ケアの実践のためのオレンジカフェ（認知症カフェ）の開始も検討している。

【予算】先進地視察・セミナー開催費用の助成 100 千円（平成 24 年度）

パンフレット印刷製本費用の支出 524 千円（平成 23 年度）



【地域包括ケアシステム構築のための組織統合 ～地域包括医療・ケア局】

- ・ 平成 22 年より、医療担当課、介護施策担当課、福祉、保健担当課とともに、地域包括支援センターや公立の医療機関・訪問看護ステーションの担当者が参加し、「包括医療・ケアワーキング会議」が毎月開催されている。そこでは、医療、介護、福祉、保健を包括的に捉えて課題分析と解決策の提案が行われ、その提案等を受けて 3 か月ごとに「医療協議会」が開催されている。
- ・ 「地域包括医療・ケアワーキング会議」がベースとなって、医療を中心にした介護・福祉との連携による課題解決のシステムが自治体内部に構築され、平成 24 年には、医療担当課と介護施策担当課が組織再編されて、「地域包括医療・ケア局」が設置された。
- ・ 「包括医療・ケア局」が設置されたことで、医療、介護、福祉の連携強化と生活支援を一体的に管理運営し、地域包括ケアを展開できるような行政組織という面での環境が整備された。



取り組みの経緯

平成 20 年

- ・医師不足が進み、診療科の休止、病棟閉鎖、病院の診療所への転換、診療所の休止などが相次ぐ



地域の取り組むべき課題が明確となった

平成 21 年

- ・南砺市と富山大学附属病院総合診療部が協力し、「地域医療再生マイスター養成講座」を開始。地域医療に関わる人材育成に着手



関係者間での課題共有が進み、人材育成の取り組みが開始された

平成 22 年

- ・「包括医療・ケアワーキング会議」が開始される



**地域課題に対応するための、行政内部での組織間連携の場が
つくられた**

平成 23 年

- ・「地域医療再生マイスター養成講座」を受講修了した約 20 名の女性グループが地域医療を守るため、婦人会活動と平行して勉強会等の活動をスタート
- ・南砺市が進める地域包括医療・ケアについて、市からグループに対してパンフレット企画制作の相談があり、パンフレット制作に取り組むことを決定



**住民自身による組織が立ち上がり、自主活動の基盤がつけられた
市から住民グループに対して、取り組む活動が提示された**

平成 23 年 9 月～翌 3 月

- ・パンフレット企画制作会議を開催(全 9 回)



住民の自主活動が開始され、活動が軌道に乗り始めた

平成 24 年

- ・パンフレット完成。市内全戸に配布、市内高齢者施設や開業医、公共施設等へ配布
- ・認知症予防や認知機能の改善に効果が期待される「回想法」の勉強会の開催や一般の方向けのセミナーを実施し、回想法並びに認知症への理解を深めるとともに普及・啓発を行っている
- ・「包括医療・ケアワーキング会議」を基にして、「地域包括医療・ケア局」を設置



**課題解決に向けた実践・行動の段階に入った
行政内部での組織統合が行われ、体制強化が図られた**

**地域課題の把握
と関係者間での
課題共有が
行われた時期
(平成 20～21
年度)**

**行政内部の連携
と住民自身による
活動基盤の整備
が行われた時期
(平成 22～23
年度)**

**住民の自主活動
が展開していった
時期
(平成 23 年度)**

**住民の自主活動
が新たな段階に
入り、行政内部の
組織が強化され
た時期
(平成 24
～25 年度)**

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 平成 25 年までに「地域医療再生マイスター養成講座」卒業生 210 人。うち、地域住民の卒業生は 30～40 人。地域住民の中に、地域医療のために「自分たちに何ができるか」という意識が生まれ、自主的な活動が活発になった
- ・ 修了生の継続的な情報交換やつながりの場である「南砺の地域医療を守り育てる会」のなかで、地域住民と専門職との活動状況の報告と共有により、共通の知識基盤の形成につながっている
- ・ 「地域包括医療・ケア局」の設置により、施策の方向性の決定、およびそれを実行に移す際の意思決定が早くなった。また、ワーキング会議から医療協議会までの検討プロセスとその後の関係者間の合意形成がスムーズになっている

◆ 取り組みが生かされた個別事例

《なんと住民マイスターの会に参加している住民の声》

なんと住民マイスターの会では、地域包括医療・ケアや認知症対策等について、南砺市地域包括医療・ケア局とともに勉強会を重ねてきて、その会員が女性議会に参画し、質問や提案をすることにより、行政への新規施策の実施につながっている。

なんと住民マイスターの会代表の A 氏は、もともとは市の連合婦人会の代表であった。南砺市では、市町村合併の前の 8 町村の時から、婦人会がそれぞれの地区で活動をしていた実績があり、すでに地区の婦人会という活動の素地ができていたことも大きい。婦人会では、女性の目線から、特に産科の医師や医療機関の不足ということが頻繁に話題に出てきており、地域医療の崩壊を身近で感じていた。そうしたなか、「自分たちの地域の医療を行政や医療機関にお任せではいけない、自分たちでできることは自分たちでやる」という意識が生まれていった。時を同じくして、富山大学と南砺市が開催していた医療・介護の専門職を対象とした「南砺市在宅医療推進セミナー」から住民参加型の医療システムを構築するための人材育成をするためのプログラム「地域医療再生マイスター養成講座」を立ち上げるという話があり、地域医療に関する問題意識を実践に移したいという思いから、講座に参加、その後のなんと住民マイスターの会の立ち上げに携わることとなった。

合併後もそれぞれの地区で活動を進めていた婦人会を基盤に、なんと住民マイスターの会も活動を行っている。全国の 20 年先を行っていると言われるほど高齢者が多いという現状を踏まえ、住民同士で認知症高齢者を支える必要性を感じた A 氏は、今後各地域の活動にどう展開していけるか、従来の組織を基盤としつつも、新しい時代に合った取り組みを進めていかなければならないと話している。現在は、地区高齢者サロンや職域において、なんと住民マイスターの会メンバーによる「回想法」の実践等、地域支援活動が展開されつつある。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 医師不足という課題があったものの、その解決のために富山大学附属病院総合診療部との連携が生まれ、地域医療再生のための人材育成の取り組みにつなげている。
- ・ 富山県内で唯一の公立診療所を有する南砺市にあって、市内 4 ヶ所の診療所の中心的役割を果たす南砺家庭・地域医療センターは、富山大学附属病院総合診療部による総合診療医の養成のためのフィールドとして適した環境であった。
- ・ 市民病院が主導して、在宅医療の推進や医療・介護の連携などの方針を立てており、地域の目指す姿が明確であった。

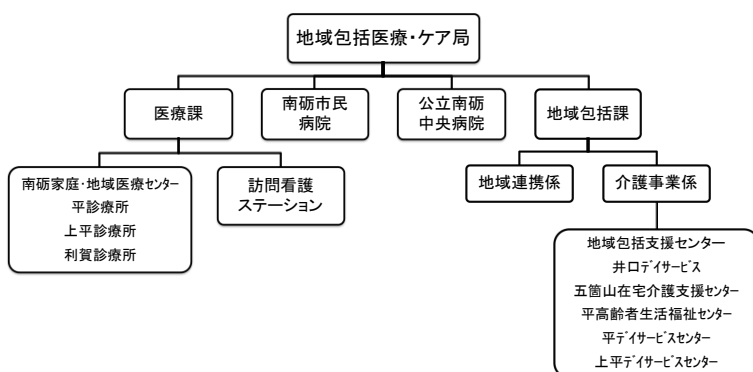
2. 自治体

- ・ 富山大学附属病院総合診療部との連携があるという地域特性に加え、市民病院等を中心に、医療を基盤に置いて専門職と行政とのネットワークを築いてきた。
- ・ 医療、介護、福祉、保健に関する関係部署が集まる定例会議や協議会を開いており、地域課題の把握や解決策提案を行う行政内部のシステムをつくってきた。
- ・ 医療担当課と介護施策担当課を統合する組織再編を行うことで、意思決定や合意形成の仕組みを明確化した。連携や情報伝達のコストを軽減するとともに、地域の目指す方向性の共有ができています。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ **地域課題に対する危機感を地域住民自身が意識化できる人材育成プログラムをつくきましょう**
- ✓ **人材育成プログラムの卒業生に対して、継続的な活動報告や横の連携の場をつくきましょう**
- ✓ **自治体内部で医療、介護、福祉に関する関係部署の定例会議等、話し合いの場をつくきましょう**

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1 ヶ所
直営	1 ヶ所
委託	0 ヶ所
ブランチ数	8 ヶ所
サブセンター数	0 ヶ所
地域包括支援センター 職員数	13 人
保健師	3 人
社会福祉士	3 人
主任介護支援専門員	2 人
その他の専門職員	5 人
その他の事務職員	0 人

【所管課】

地域包括医療・ケア局(医療課) 職員数(※局長含む)	5 人
-------------------------------	-----

【参考】URL、連絡先

- ・ 南砺市 地域包括医療・ケア局 0763-23-1003
<http://iryokyoku.city.nanto.toyama.jp/>

キーワード 支えあい体制づくり、協働、地域・コミュニティづくり、NPO 活動

NPO法人による住民参加型の生活支援サービスの取り組み

愛知県 名古屋市

【この事例の特徴】

- NPO法人による持続的な事業モデルとして、地域社会に根ざした“助け合い”の理念に基づく包括的な生活支援が展開されている
- この取り組みを通じて「住み慣れた地域で、家族とともにいつまでも安心して暮らし続ける街づくり」につなげている



《検討 WG からの推薦メッセージ》

地域包括ケアシステム構築の過程で住民参加を重視したことで、与えられる支援から「参加する支援」へつなげている取り組みです。

地域概要

総人口:	2,247,645 人	要介護要援認定者数	87,520 人(17.4%)
65歳以上人口	501,961 人(22.3%)	第5期介護保険料	5,440 円
75歳以上人口	238,060 人(10.6%)		

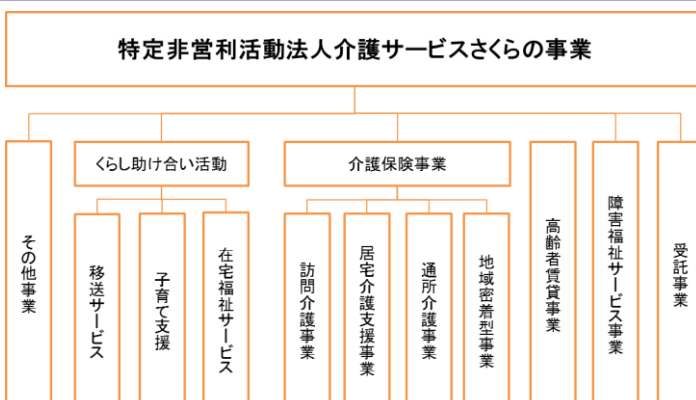
実施主体

・特定非営利活動法人介護サービスさくら

取り組みの背景・課題認識

- ・ 名古屋市では要支援・要介護高齢者数が約 8 万人に達しており、名古屋市中期戦略ビジョン(平成 22 年 11 月策定)の施策展開として、①介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で生活するための支援、②在宅での生活が難しい高齢者への支援、③介護サービスの向上、が掲げられている。
- ・ こうした背景のもと、助け合う、学び合う、育ち合うを基本理念として「住み慣れた街で、家族とともにいつまでも安心して暮らしたい」と願う人たちが集まり、「介護サービス さくら」が誕生した。この“助け合い”の輪を広げるために、有償ボランティア活動からはじまり、現在、くらし助け合いサービスをベースに、デイサービス、居宅介護、訪問介護、地域密着型事業を複合的に多地域において展開している。
- ・ また、行政との協働として、福祉施設の指定管理、高齢者向け改善住宅の巡回員などを行っている。

取り組み内容



介護サービスさくらでは、左のような事業の全体構成により、高齢者生活支援サービスを展開している。

詳細は、以下で紹介する。

【くらし助け合い活動】

- ・ 移送サービス、庭の草取り、産前産後のお手伝い、子育て支援、スーパーへの買い物、話し相手、掃除、洗濯、散歩など、介護保険ではできないことをお手伝いする。これらの助け合いサービスは、協力会員（ヘルパー）による支援を得ながら提供。
- ・ 移送サービスについては、事業開始当初からボランティア・ヘルパーによる提供をしてきたが、平成 16 年からは道路運送法による福祉有償運送として提供。
- ・ 入会金 1,000 円、年会費個人 6,000 円、法人・団体 10,000 円。利用料は 1 時間 1,250 円（消費税等は別途）。現在、150～160 人が登録している。



【地域密着型事業】

- ・ 小規模多機能型居宅介護にグループホーム、サービス付き高齢者住宅を組み合わせ、地域に密着した複合型施設を提供。通所利用者は車で片道 20 分程度の地域から集まっている。
- ・ 利用者及びその家族のニーズ・ライフスタイルに応じて、通い・訪問・泊まり・住まいを組み合わせながら、在宅生活を継続できるよう、専門スタッフの提供する各種生活支援サービス、介護サービス、医療機関との提携等、ソフトウェアの充実を図っている。
- ・ 特に福祉拠点「さくら一番館」は、色彩・インテリアが人に与える心理作用を癒しの空間創りとして活かすデザインを導入している。
- ・ 「デイサービスさくら 100」では、古民家を活用（改修）することで、和やかで温かい雰囲気を生み出すとともに、初期投資の低減を図っている。



【受託事業、その他】

- ・ 国や名古屋市等からの受託事業として、福祉会館の指定管理、市営住宅の見守り（高齢者向け改善住宅巡回員）を実施している。
- ・ 平成 20 年 4 月から名東福祉会館、平成 24 年 4 月から中川福祉会館を運営する指定管理者となった。福祉会館は、地域に住む高齢者が、心身健康で仲間と楽しく集うことのできる“居場所”である（趣味や教養を深めたい、健康を求めたいなどの講座や同好会が 37 クラス）。「わくわくクラブ」は、虚弱で閉じこもりがちな高齢者を対象として、介護予防や自立した生活の支援と仲間づくりなど、健康増進活動やレクリエーション活動などを行っている。
- ・ また、本地荘（市営住宅）では、安否確認表示盤によって安否確認を行い、ランプがついていないお宅に訪問確認するなどの見守り活動を展開している。



取り組みの経緯

年	月	取り組み
昭和 63 年	8 月	愛知県立高等技術専門校のヘルパー科の研修生で、有償ボランティアムライ介護サービスを設立(名古屋市ではもっとも古い時期から地域福祉に根付いた活動を開始)
平成 3 年	8 月	介護サービスさくら改名
平成 12 年	8 月	介護保険法のスタートに伴いNPO法人認証
	10 月	介護保険事業所オープン 通所介護、居宅介護事業、福祉用具販売・レンタルと事業拡大
平成 16 年	4 月	市営住宅の安否確認開始
平成 20 年	4 月	名東福祉会館運営の指定管理開始
平成 23 年	10 月	小規模多機能ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を併設した「さくら一番館」をオープン
平成 24 年	4 月	中川福祉会館運営の指定管理開始
平成 25 年	4 月	小規模多機能ホーム「よつたも〜れ熱田」をオープン

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域高齢者の外出・社会参加への意識が向上している
- ・ 地域高齢者に対する安心・生活支援サービスが提供されている
- ・ 住み慣れたまちでの生活の維持を可能としている
- ・ 高齢者がいつまでも安心して暮らし続けるまちづくりが進められている

◆ 取り組みが生かされた個別事例

《多世代ふれあいによって高齢者が元気を取り戻した事例》

小規模多機能型居宅介護「さくら一番館」では、地域に開かれた拠点として、地域住民とのふれあいの場をつくっている。一例として、地域の未就園児およびその母親と、小規模多機能型居宅介護やグループホーム、サービス付き高齢者住宅の入居者がふれあいイベント「赤ちゃん先生教室」を開催した。

参加した高齢者は、子どもたちとふれあいことで過去を思い出して、元気を取り戻したり、生きる意欲の向上につながる、「守るべき小さな命のために自分も役に立ちたい」という役割意識の芽生えにつながるという効果が見られている。特に認知症の場合に、目の前にいる子どもを笑顔にさせよう、遊んであげようという思いで、症状が安定するといった状況も見られている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 地域住民の巻き込みによるインフォーマルな“助け合い”(＝地域力の向上)を基本とする。
介護保険事業は点のサービス、くらし助け合いサービスで面の展開を図っている。“助け合い”のはじめは勉強会から。70 歳になっても誰かのために動く気持ちが大事である。NPOという仕掛けと“場”の提供で、こうした人たちを受け入れてニーズとマッチングする。下町、新興住宅地、商店街、工業地帯、それぞれの地域特性によって地域住民のつながり方は違うことを意識する。
- ・ 家族への安心を提供し、家族もサービス提供に参加してもらう。
例えば、施設での行事等に積極的に参加してもらうことで、サービスの提供には家族も抱き込む。家族も一緒に参加して介護するという意識をもってもらうことが重要である。
- ・ NPO 法人として事業の持続性を意識する必要がある。
例えば、小規模多機能型居宅介護にはグループホームを組み合わせることで経営の安定を図る。多地域に面展開することのメリット(営業コストの削減、人材のリクルーティング・研修・育成、施設間の交流)を意識する。
経営者は時代の先を読むこと。利用者ニーズに対して政策的にやるべきことに先手を打ってサービス化する。良いことをやっているから満足ではサービスが向上しない。経営者と現場管理者(事務局)との役割分担をし、後者は組織運営をしていく要となってもらう。
- ・ 地域包括ケアの担い手としての人材確保が重要である。
スタッフについては、育児との両立など勤務体制に自由度を持たせる他、採用時に条件(目標収入やライフスタイル)をしっかりと聞いてから、仕事内容とマッチングする。スタッフ同士の支えあいも大事である。
- ・ 行政とNPOの連携を図る。
まちづくりは、行政とNPOがお互いの特性を理解しあい、対等な立場で連携・協働していくことで、より一層充実したものとなる。民間サービスに行政サービスを組み合わせて複合的なサービスを展開する。

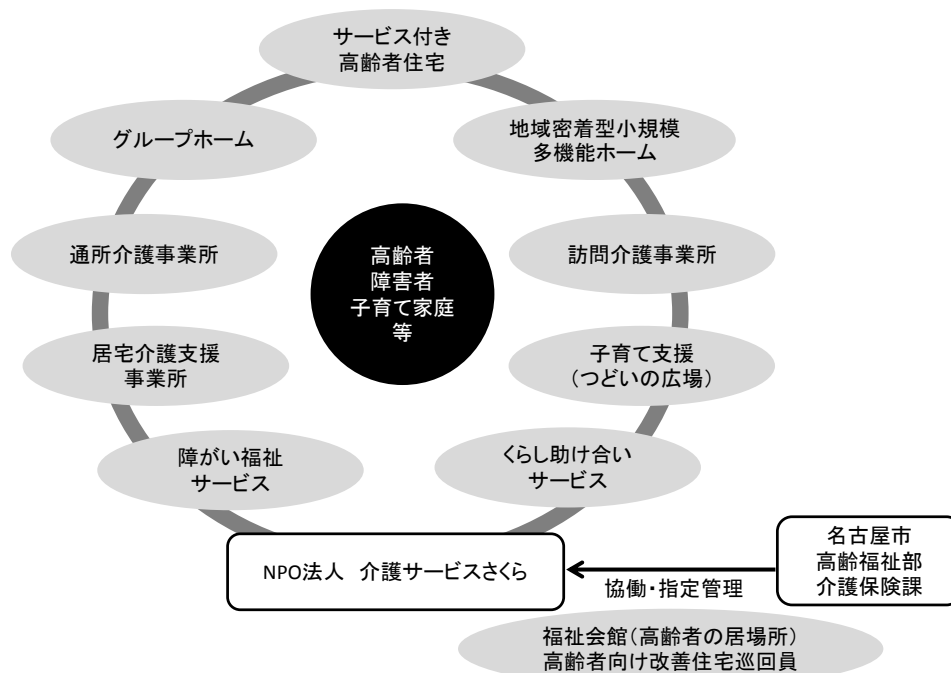
2. 自治体

- ・ 名古屋市中期戦略ビジョン(平成 22 年 11 月策定)では、地域密着型サービスとしての小規模多機能型居宅介護を平成 24 年度の 55 か所から平成 30 年度には 100 か所まで増やす必要があり、事業者への積極的な働きかけを行っている。例えば、グループホームの採択の際には、小規模多機能型居宅介護を行っていれば優先(加点)する等の配慮をしている。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 地域住民や家族に対する“助け合い”の意識喚起と活動への参加を促しましょう
- ✓ 面的な拠点展開、人材確保・育成、体制内の役割分担などで持続可能な事業モデルを構築しましょう
- ✓ 行政との連携を図ることでサービスの複合化を進めましょう

[参考]事業推進体制・職員体制



[参考]URL、連絡先

- ・ 特定非営利活動法人介護サービスさくら 本部 052-788-2390
<http://www.kaigo-sakura.com/index.html>

キーワード 支えあい体制づくり、マネジメント、地域・まちづくり

南医療生協がすすめる協同のまちづくり

愛知県 名古屋市

【この事例の特徴】

- 地域のくらしのささえあい・たすけあいの協同を医療生協がマネジメントすることで、総合病院を中心としたくらしのネットワークを構築し、まちづくりにつなげている
- 基本理念『みんなちがってみんないい ひとひとのいのち輝くまちづくり』。医療・保健・福祉といった施設内の活動にとどまらず、日常生活の改善にまで活動の対象を広げている



＜検討 WG からの推薦メッセージ＞

従事者、利用者とも、生活協同組合の手法を活用し、医療・介護・福祉にとらわれず、生活の場としてのまちづくりに取り組んでいる事例です。

地域概要

総人口：	2,247,645 人	要介護要対応認定者数：	87,520 人(17.4%)
65歳以上人口	501,961 人(22.3%)	第5期介護保険料	5,440 円
75歳以上人口	238,060 人(10.6%)		

実施主体

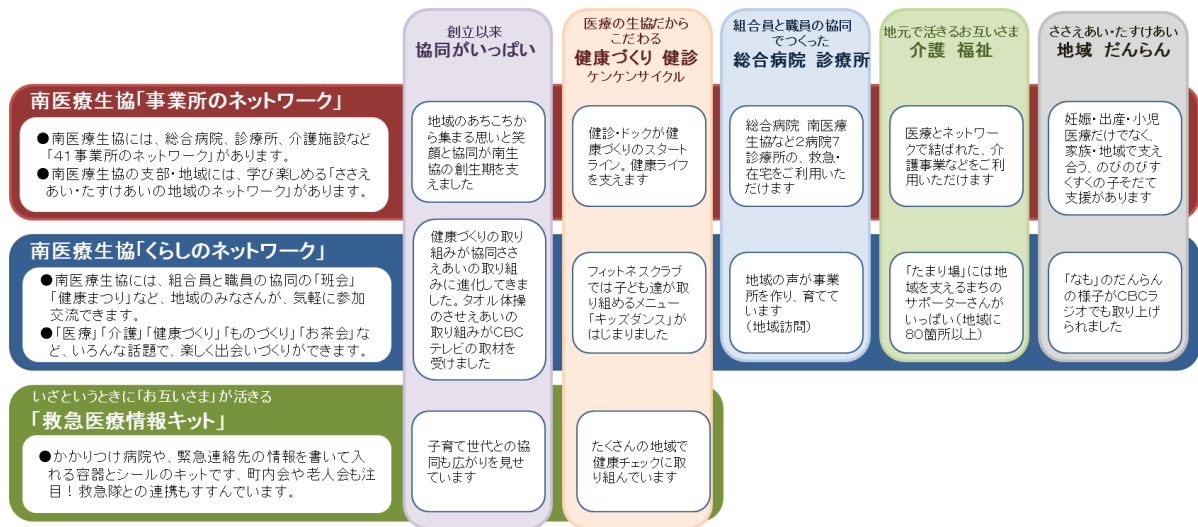
・南医療生活協同組合：組合員数約 71,500 人(2013.12 現在)の協同組織。

取り組みの背景・課題認識

- ・ 1959 年、伊勢湾台風の被害を受けた名古屋市南部の被災地で、全国からの救援活動に参加した住民たちが中心となって、安心して暮らせるまちづくりが始まった。被災から 2 年後の 1961 年に、308 名の組合員の創意(出資金)によって南医療生活協同組合が設立され、みなみ診療所がオープンした。
- ・ その後、5 ヶ年ごとに「長期計画」をつくり、1997 年からの 5 年間では在宅医療の充実や介護保険に対応した療養型のかなめ病院を建設。「組合員と多くの市民の協同でつくる健康なまちづくり支援病院」をつくろうと、2010 年には南生協病院を新築移転。現在、医療事業、介護事業、くらし助け合い事業などで 56 の事業所を運営し、くらしのネットワークを拡げている。

取り組み内容

南医療生協では、下図のような全体構想に基づき、協同のまちづくりを推進している。詳細は、以下で紹介する。



【医療事業】

- ・ 現在、総合病院 南生協病院など2病院7診療所を開業している。
- ・ 南生協病院は、ベッド数313床、常勤職員数371人、救急病棟、緩和ケア病棟(ホスピス仕様)、人工透析施設、総合的な健診・ドックセンターなどを有し、敷地は約5,400坪(17,878㎡)。市民の協同でつくる健康なまちづくり支援病院である。病院敷地内には、一般保育施設、病児保育、院内保育、助産所、オーガニックレストラン、多世代交流館、石窯天然酵母ベーカリー、雑貨ショップ、カフェ、旅行代理店、フィットネスクラブ(メディカルフィットネス、理学療法士・管理栄養士もサポート)などが立ち並び、病院らしくない街並みをつくっている。通院や買い物、イベントへの参加などを通じて、子どもから高齢者までが交流を広げている。



【介護・福祉事業】

- ・ 協同組合らしい、まちにとけこみ・まちとふれあう介護事業所づくりが進められている。現在、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション、ヘルパーステーション、デイケア・デイサービス、ショートステイ、老健、小規模多機能ホーム、グループホームのほか、多世代共生住宅、その他の施設を展開している。
- ・ 生協ゆうゆう村は、デイサービス・ショートステイ・多世代共生住宅・地域交流施設の複合施設で、敷地600坪以上。地域でご近所同士が助け合いながら暮らす。福祉移送サービスや墓参・散歩・買い物などの暮らし助けあい事業も提供。
- ・ グループホームなもは、組合員が自転車で地域を回り(チャリンコ隊)、見つけ出した空き家を改修して「まちにとけこむ」介護施設とした。2012年度も介護甲子園大会優秀賞を2年連続で受賞。
- ・ 老健施設あんきは、29床・全室個室の小規模型で、老朽化した星崎診療所の新築移転とセットで併設した。生協のんびり村は、地元組合員からの土地の提供を受け、グループホームから喫茶・畑まで多角運営している。敷地800坪以上。ここで目指すのは多世代の方が気ままに集える「地域だんらん」。



【生活支援事業、その他】

- ・ 暮らしとまちづくりを考える単位が「支部」(84支部)であり、そのなかに、くらしでつながる「班」(約980班)がある。支部が地域ごとに、くらしの協同、事業の協同を進めており、学び楽しめる「ささえあい・たすけあいの地域のネットワーク」を構築している。班会メニューは多彩で、「病気の話・保健予防の話」「健康づくり・体操」「茶話会・食事会」「ちぎり絵・絵手紙」「健康チェック・健診お誘い」など、自宅や集会所、生協の事業所、街なかで開催している。こうした「たまり場」で地域の人たちが楽しく出会い、気軽に交流できる。
- ・ また、病院・診療所・介護事業所に「ささえあいシート」を配布し、南医療生協の事業所の利用者からの「お助けメッセージ」を受け取る仕組みにより、くらしを支えあう。サービスは生協ですべてをカバーできないので、地域の人たちの力を借りて対応する。
- ・ 認知症サポーター養成講座の受講者にオレンジリングを授与し、サポーター地図を作成するなど、組合員だけでなく、組合員でない人も暮らしの輪の中に入れる取り組みをしている。

取り組みの経緯

年度	制度の 動向	事業の推移		
		医療事業	介護・福祉事業	生活支援事業、その他
1961年		南医療生活協同組合の設立総会、本部設置 みなみ診療所開設		
1965年 ～95年		星崎診療所開設、たから診療所開設、みなみ子ども診療所開設、南生協病院(162床)開設、みなみ歯科診療所開設、富木島診療所開設、桃山診療所開設、有松診療所開設、南生協病院リニューアル		院内学級あすなろ開設
1996年 ～98年			みなみ訪問看護ステーション開設、ありまつ訪問看護ステーション開設、訪問看護ステーションいずみ開設	
2000年	介護保険導入	かなめ病院開設	ヘルパーステーションかなめ開設、訪問看護ステーションももやま開設	
2001年			介護支援事業部開設、ヘルパーステーションいずみ開設	
2002年		ひまわり歯科開設	ヘルパーステーションあじさい開設	
2003年		南生協病院リニューアル	ヘルパーステーションほしぎ開設、ヘルパーステーションわかば開設	
2004年			病児保育施設にこにこ開設、㈱ライフネットみなみ設立、グループホームなも開設、ヘルパーステーションわたぼうし開設	
2005年			グループホームいりやあせ開設、デイサービスいりやあせ開設、生協ゆうゆう村きままでんぐ苑ショートステイ・デイサービス開設	生協ゆうゆう村集会所施設がやが家開設、㈲みなみツーリスト設立
2006年			生協ゆうゆう村多世代共生住宅わいわい長屋開設	福祉有料移送サービス開始
2007年			小規模多機能ホームもうやいこ開設	
2008年			生協のんびり村グループホームほんわか開設、小規模老人保健施設あんき開設	
2009年			生協のんびり村小規模多機能ホームおさぼり・多世代共生住宅あいあい長屋開設	生協のんびり村せいちゃん農園・集会所おひまち開設
2010年		南生協病院新築移転 コープ健診ドックセンター開設	小規模多機能ホームみんなのざいしよ開設、グループホームみんなのざいしよ開設	コープフィットネスセンター wish 開設、助産所はあと開設

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域住民の相互ささえあい・たすけあい・コミュニティ活動への参加意識が醸成されている
- ・ 医療・保健・福祉サービスの充実と日常生活における質の向上が図られている
- ・ 安心して暮らし続けることのできるまちづくりが進められている

◆ 取り組みが生かされた個別支援

●医師も班会に参加しています。ある組合員さんは、大腸がん検査(便チェック)で陽性になり、「心配ない」と開業医に言われましたが、班の皆さんに相談し、精密検査を実施し、早期がんを発見できました。

●「ささえあいシート」は診療の場とくらしをつなぐシート。病院・診療所・介護事業所からの、言わば「お助けメッセージ」です。南医療生協の事業所を利用される方たちの、くらしを支え合う取り組みに利用されています。

(事例1)65歳女性、独居「ひとりなので心細い。話し相手が欲しい。肝臓が悪く疲れやすいので、近くにたまり場を紹介できないでしょうか」⇒支部「支部で検討をし、毎月開いている「よってって相談」に顔を出していただくようお願いをしています」

(事例2)83歳女性、独居「近隣とのつながりがないので、孤独死するのではないかと本人が心配。顔を見せてくれるとうれしい」⇒支部「「健康の友」配布時にひと声かける。配布者いわく「私、お話し好きだから、犬の散歩の時などにも声かけする」ことになりました」

(事例3)79歳女性、独居「定期受診中。ひとりぐらしが不安」⇒支部「地元の食事会にお誘いした。現在お住まいの住宅の家賃があまり変わらなければ、わいわい長屋で、みんないっしょにくらす

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域(NPO法人)

- ・ 班会(組合員が3人以上集まると班になる)を基礎単位として地域コミュニティを活性化している。班会は、健康でいたい、住みやすいまちにしたい、安心できる社会保障制度になってほしいなどの地域の要求を持ち寄り、実現するための基礎単位である。組合員と職員の協同による班会、そして健康まつりなど、地域の人たちが気軽に参加交流できる場が設定され、活発なコミュニティ活動につなげている。
- ・ 徹底した議論を通じて地域住民(組合員)のニーズをサービスに反映させている。介護福祉事業の推進について検討する「百人会議」、南生協病院の新築移転を検討する「千人会議」(45回開催、延べ6千人が参加)、50周年記念事業の具体化を検討する「6万人会議」、近未来構想づくりを行う「10万人会議」。組合員が徹底したこうした議論に参加し、自らの意見を実現させている。
- ・ 地域ボランティアの活用で助け合いの輪を広げている。地域の人たちの暮らしを支える生協ならではの取り組みとして、いくつも互いの支えあいの場があり、多くのボランティアが活発に動いている。それぞれの事業所運営にもさまざまな場面で組合員がボランティアとして参加し、助け合いの輪を広げている。

- ・ 地域ボランティアとの協同で医療・介護事業などの品質づくりをめざしている。
- ・ 行政との信頼関係は、近隣の自治体に波及するだけでなく、地域の自治会や企業・NPOなどとの連携も広がる。まちづくりを進めるためには、JAなど他の協同組合や行政、市民団体などとの協同がさらに求められることとなる。

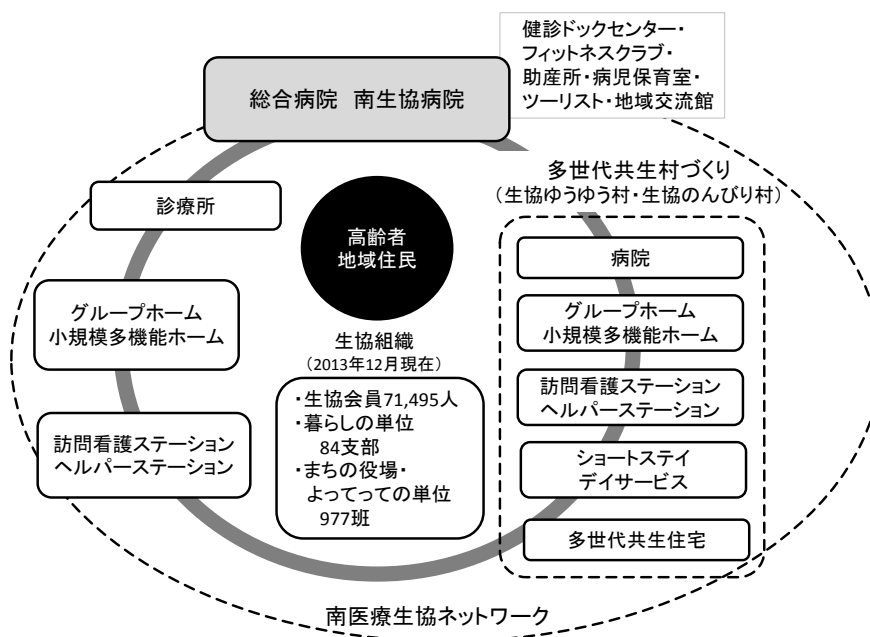
2. 自治体

- ・ JR南大高駅前の市有地に、高齢化に対応する事業を含む施設づくりを計画。地域包括を具体化できる事業者を求めて事業者に声がけを実施。結果、南医療生協が当該事業を担当することとなった。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 地域住民の相互ささえあい・たすけあいの意識を醸成しましょう
- ✓ 地域住民が議論し、気軽に要望(ニーズ)を持ち寄ることができる“場”を設定しましょう
- ✓ 地域住民のニーズに合わせたサービスの組み立て、サービスネットワークの構築を進めましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【参考】URL、連絡先

- ・ 南医療生活協同組合 代表 052-625-0620
<https://www.minami.or.jp/index.php>

キーワード 医療・介護連携、協働、連携、まちづくり、市職員の専門性

住民活動との協働による、互いに支え合うまちづくり

滋賀県 東近江市

【この事例の特徴】

- 二次予防事業対象者が減少し、卒業生は一次予防事業に移行して参加を続けることで介護予防が図られている
- 多様な関係者間での顔が見える関係を土台に、住民がやりたいと思ったことに対して、行政だからこそできる支援を行い、活動の具体化やさらなる展開につなげている



《検討WGからの推薦メッセージ》

思いをもつ人たちの勉強会は協働の苗床。そこから地域に協働の場が増殖していったことがよくわかります。

地域概要

総人口:	116,603 人	要介護要介護認定者数:	4,082 人(15.9%)
65歳以上人口:	25,657 人(22.0%)	第5期介護保険料:	4,150 円
75歳以上人口:	13,183 人(11.3%)		

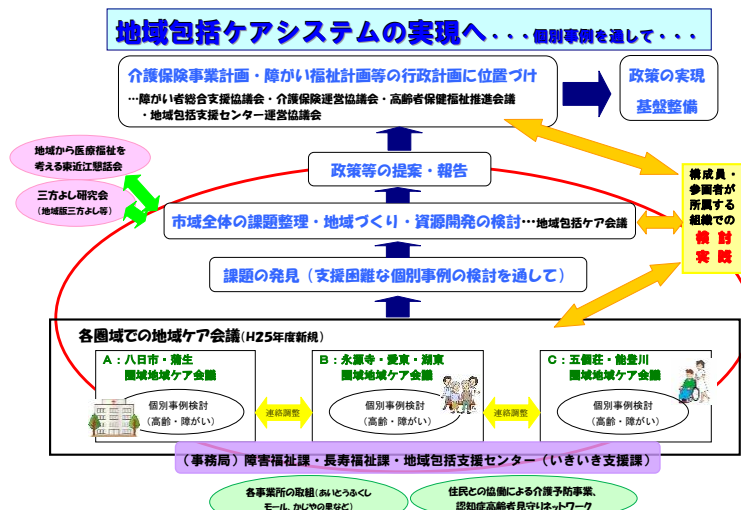
実施主体

- ・東近江市いきいき支援課(地域包括支援センター)、長寿福祉課、支所等
- ・あいとうふくしモール運営委員会
- ・NPO かじやの里 等

取り組みの背景・課題認識

- ・二度にわたる1市6町の合併に伴って広い市域(388.6km²)に市街地と農村地域を抱えることとなり、住民や地域の多様性を踏まえてサービスや地域資源の整備・活用を進める必要があった。
- ・また、ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者が増える中で、住み慣れた地域で暮らし続けるための取り組みが必要な一方、行政のスリム化が求められており、市職員の高い専門性の担保、及び様々な関係者との連携を行う必要があった。

取り組み内容

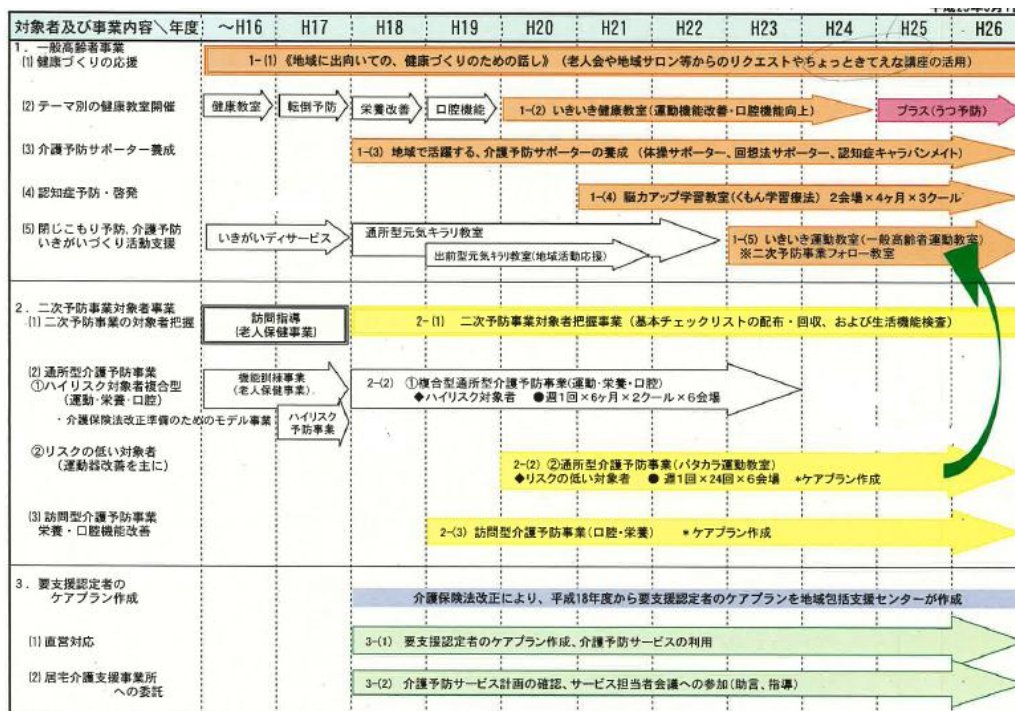


東近江市では、市域を三つに分けて開催している「圏域地域ケア会議」、住民や事業所等による取り組みを核にしつつ、多様な関係機関や検討の場と連携して基盤整備を進めている。

詳細は、次頁で紹介する。

【介護予防事業と住民主体のフォローアップ活動】

- 対象者の状態像に合わせた多様な介護予防事業を組み合わせる展開。企画・運営には地域包括支援センターの理学療法士が関わっている点も特徴である。
- 二次予防事業としてハイリスク対象者の「複合型通所型介護予防事業」(平成 18～23 年度)を実施したところ、その効果で該当者が減ってきたため、よりリスクの低い対象者向けの「通所型介護予防事業(パタカラ運動教室)」(平成 20 年度～)に軸足を移して実施している。
- さらに、パタカラ運動教室の卒業生を中心に、フォローアップとして「いきいき運動教室(一般高齢者運動教室)」(平成 23 年度～)が住民主体で行われている。内容はパタカラ運動教室の講師による指導(謝金は参加費で賄う)やビデオの活用など各自で工夫している。市は会場確保を支援している。



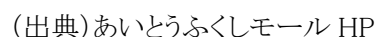
【地域密着型事業所を核とした「認知症高齢者見守りネットワーク」づくり】

- 地域密着型事業所が、認知症支援の専門性を活かして認知症の人と家族を支える地域づくりに向けた取り組みを行う事業。他市の視察等を通じて、圏域単位よりもさらに身近な地域で認知症高齢者を見守る取り組みが必要だと感じたこと、また地域密着型事業所が持つ認知症ケアのノウハウを地域づくりに活用したいと考えたことがきっかけで、平成 23 年度から実施。平成 25 年度は 12 事業所に委託。
- 取り組み内容は、認知症理解のための研修会・家族会・相談会の開催、地域住民・組織等によるネットワーク会議の開催、SOS ネットワーク体制の整備、徘徊模擬訓練の実施等。
- 地域と事業所が関わりをつくるには、まず事業所側から地域に向いて垣根を外してもらう必要があり、積極的に取り組みを進めている事業所では、住民や派出所とのつながりができつつある。地域密着型事業所の運営基準や公募の要件には「地域との連携」が定められており、事業所としても本事業を実施することが地域に対する PR になっている。

【予算】委託料は新規委託事業所が 20 万円、継続委託事業所が 10 万円

【高齢者や障害者の暮らしの支援拠点 ～あいとうふくしモール】

-



【地域密着型事業所のボランティアからまちづくり NPO への展開 ～かじやの里】

- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所「かじやの里の新兵衛さん」は、築 180 年の古民家を旧能登川町社会福祉協議会が買い上げ・改修して開設。理念として「もちつもたれつ」「地域に育ててもらふ施設」「認知症の啓発」「庭を守る」を掲げ、地域の人との出入りが活発な事業所づくりを実施。
- ・ 理念に賛同する地域住民が「かじやの里の新兵衛さんを守る会」を結成し、ボランティア活動を行ってきた。また地域活動の担い手を養成する「滋賀県レイカディア大学」（運営：滋賀県社会福祉協議会）の学生や卒業生が実践の場として関わりを持つようになった。
- ・ それらの経験を通じて、趣味や生きがいを活かして住みやすい地域づくりを進めたいという思いが生まれ、守る会のメンバーが中心となって「NPO 法人かじやの里」を設立。会員の特技を生かした「かじや村民大学事業」（寄せ植え教室、パンお菓子教室等）や、「かじやの里の新兵衛さん」を支援する事業を行っている。
- ・ その後、「かじやの里の新兵衛さん」の隣の旧家をまちづくりに活かしたいという話が市に持ちかけられ、「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（3,300 万円）」を活用して「かじや館」を整備し、NPO の活動拠点になった。開設 2 年目にして 5,000 人が集まるような吸引力のある場として成長している。

（参考資料）京都新聞社会福祉事業団「ふれあい福祉」、平成 24 年 5 月 13 日滋賀報知新聞

【地域医療連携に関する重層的なネットワーク～三方よし研究会から各日常生活圏域の勉強会まで】

《三方よし研究会（東近江地域医療連携ネットワーク研究会）》

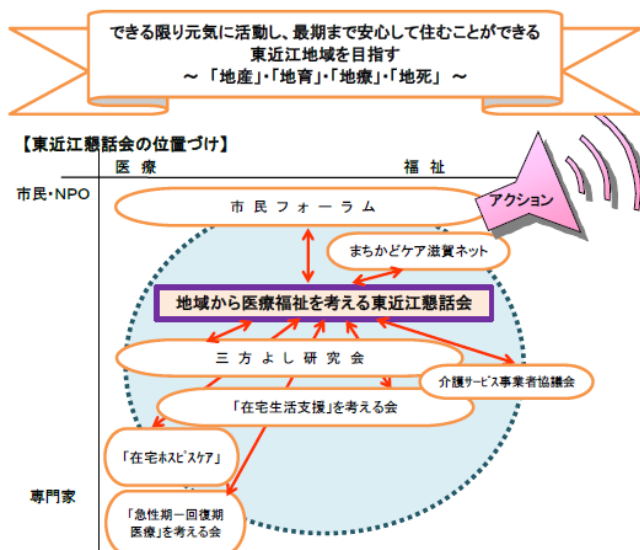
- ・ 東近江圏域（東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町）における医療・保健・福祉・介護の関係機関の機能分担と連携のあり方を検討する場。
- ・ 脳卒中の連携パスの検討をきっかけに平成 19 年に発足。毎月 1 回、圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関などの関係者約 100 人が参加し、車座になって自己紹介、学習会、多職種連携の事例報告を行うことで「顔が見える関係づくり」を進めている。

《地域から医療福祉を考える東近江懇話会》

- ・ 東近江地域のあるべき総合的な医療福祉の検討、その実現に向けた協働を進めるため、市民・医療・介護・行政関係者や有識者等が集まって提言活動を行う場（平成 20 年 12 月に発足）。
- ・ 東近江懇話会での議論をきっかけに、市の能登川図書館における健康医療情報コーナーの開設、「福祉モール」構想、地域医療講演会「いのちの作法」上映会の開催など様々な活動が行われている。

《日常生活圏域ごとの勉強会》

- ・ 三方よし研究会や東近江懇話会などの広域的な取り組みを踏まえつつも、実際の連携を強化するには、より地域に密着したネットワークが必要という問題意識から、現在では日常生活圏域（≡旧市町）ごとに自主的な勉強会が定期的に開催されているところもある。



取り組みの経緯

平成 17 年

1 市 4 町が合併し、東近江市が誕生

「かじやの里の新兵衛さん」開設

平成 18 年

2 町と合併し、現在の東近江市となる

合併と介護保険法改正を受けて、旧市町における介護予防に関する取り組みを引き継ぎ、新市の地域包括支援センターで介護予防事業を開始



新市として、多様な地域を抱える中で介護予防や地域医療連携を進める必要があった

新市における
体制整備の時期
(平成 17～18
年度)

平成 19 年

「三方よし研究会(東近江地域医療連携ネットワーク研究会)」が発足

平成 20 年

「地域から医療福祉を考える東近江懇話会」が発足

平成 21 年

「福祉モール構想」の検討が始まる



顔が見える関係をベースに、具体的な活動内容を議論し、実践し始めた

多様なネットワー
クが生まれた時期
(平成 19～22
年度)

平成 22 年

「NPO 法人かじやの里」設立

平成 23 年

認知症高齢者見守りネットワーク事業を開始

いきいき運動教室を開始

平成 24 年

「かじや館」開設

平成 25 年

「あいとうふくしモール」開設

圏域地域ケア会議の開始



協働による活動や日常生活圏域ごとのネットワークが広まる中、並行して地域課題を集約する体制整備を進めつつある

協働による活動
を実施し、市民へ
の浸透が進んだ
時期
(平成 23 年度～)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 二次予防事業を通じて参加者の機能が向上している
- ・ 介護予防につながる多種多様な機会がある
- ・ 協働による活動を通じて、地域の担い手や、高齢者の生きがい、居場所が創出されている

◆ 成果の例

《介護予防事業の参加者の変化》

一般高齢者事業の「脳力アップ学習教室」や「いきいき運動教室」は、認知症予防や閉じこもり予防といった元々の趣旨に加えて、交流や仲間づくりの場になっているが、それ以上に「自分に自信が持てた」という声が多く挙がっている。地域との関わりが少ない、横のつながりが少ない参加者が自信を持つことで、「心が動いて体が動くようになる」という効果が得られている。

《二次予防卒業→一次予防卒業→多様な地域活動への参加》

かつてハイリスク対象者で「複合型通所型介護予防事業」に参加していた人たちが、よりリスクの低い対象者向けの「通所型介護予防事業（パタカラ運動教室）」や、「いきいき運動教室（一般高齢者運動教室）」を経て、予防事業から卒業している。また地域には、農業、市民活動、まちづくり協議会、老人クラブ、スポーツ、文化活動等、様々な取り組みがあり、その相乗効果もあって、認定率は全国平均よりも低くなっている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ もともと村落の自治や環境活動などが活発な地域だが、都市部では近隣とのつながりがない人も増えている。そのような状況で、介護や福祉分野のみに留まることなく「地域にはいろんな人が混じっている」という認識に立って、例えば環境活動をやりつつ福祉にも関わるといった「結び目となる人」たちが動くことでネットワークがつながっていった。
- ・ 自治会やまちづくり協議会、介護サービス事業者が核となりつつ連携しあって、介護や医療に関する勉強会、体操教室、認知症徘徊高齢者早期発見保護訓練などを行うことで、より身近な地域で住民がそのような機会に参加することができつつある。

2. 自治体

- ・ 地域包括支援センターは、職員同士で専門性を高め合うことを重視し、直営1ヵ所として職員を集約し、地区担当制を敷いている。それにより職員間で助け合いや指導の関係をつくることができている。また職員の大半は専門職で、行政職が配置された場合も相談業務の経験を積んで社会福祉士等の資格を取得することが多い。
- ・ 職員が「制度をきちんと使いこなせる」ことで、地域住民や、経験を積んだ介護支援専門員や介護サービス事業者からも相談したい先として信頼されるよう努力を続けている。

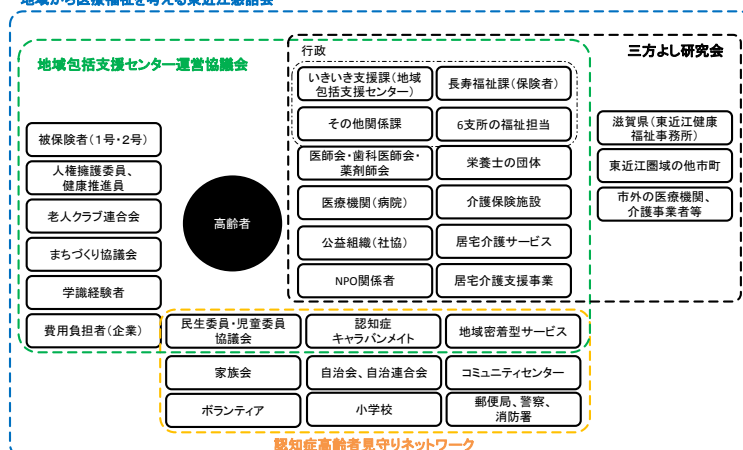
- ・ その一方、広い地域をカバーしなければならないが人材は限られており、「地域の人たちとつながり、その人たちに主体的に動いてもらうほかない」と考えている。そのため市職員から直接出合いに行く、何度も電話をするといった積極的な関わりをしている。
- ・ また住民や民生委員が最初に相談する窓口は、身近にある支所の場合が多い。地域包括支援センターの職員が地域に出向く際は、支所の職員から事前に情報を聞く、訪問に同行してもらう等の連携を取ることで、地域の状況に応じた動き方ができている。
- ・ 地域包括支援センターは本人や家族の意見を引き出し、いかに制度を活用するかという視点で関わる。そのような立場から、介護や障害等の制度を所管する他課に働きかけることで、制度のより良い活用方法について庁内で検討し合うことができている。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ **地域包括支援センターの地域から見た役割、庁内での役割を明確にしましょう**
- ✓ **市職員自ら顔が見える関係づくりの中に入りこみましょう**
- ✓ **制度・仕組みに関する助言等、市だからこぞできる支援を行いましょう**

【参考】事業推進体制・職員体制

地域から医療福祉を考える東近江懇話会



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1 カ所
直営	1 カ所
委託	0 カ所
ランチ数	0 カ所
サブセンター数	0 カ所
地域包括支援センター 職員数	22 人
保健師	4 人
社会福祉士等	5 人
主任介護支援専門員	3 人
その他の専門職員	9 人
その他の事務職員	1 人

【所管課】

いいきいき支援課 職員数	31 人
--------------	------

【参考】URL、連絡先

- ・ 東近江市 いいきいき支援課 0748-24-5641
http://www.city.higashiomi.shiga.jp/soshiki/5-2-0-0-0_1.html

キーワード 認知症高齢者の支援、人材育成、チーム体制、地域づくり

認知症になっても安心して暮らせる市民協働によるネットワークづくり

福岡県 大牟田市

【この事例の特徴】

- 認知症の行動・心理症状が見られた場合でも、在宅生活を継続できている
- 地域住民にも、自主的に見守りを実施するなど、認知症に対する意識の変化が見られている
- 認知症ケアのための人づくり・チームづくり・地域づくりが、長期的視点で段階的に展開されている



《検討WGからの推薦メッセージ》

認知症への取り組みを大きな旗印としつつ、住民相互の助け合いや、安心・安全や地域づくりにつなげている事例です。

地域概要

総人口:	123,109 人	要介護要援認定者数:	7,531 人(19.6%)
65歳以上人口:	38,341 人(31.1%)	第5期介護保険料:	5,480 円
75歳以上人口:	21,383 人(17.4%)		

実施主体

- ・大牟田市長寿社会推進課
- ・大牟田市介護サービス事業者協議会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 介護保険制度開始当初は、認知症の人へのケアがまだ手探り状態であったため、介護サービス事業者が認知症ケアを体系的に学ぶ機会としての勉強会をスタート。制度運用に当たっては、行政のみの努力では限界があり、行政と事業者、専門職とが協働により進めなくてはならないと考えていた市の担当者が勉強会に参加。「認知症になっても安心して生活できる環境整備」を市全体で進める必要性を認識し、事業者と市で課題認識を共有。
- ・ 平成 13 年に事業者協議会の中に「認知症ケア研究会」(現:認知症ライフサポート研究会)が発足、認知症ケアの質向上に向けて実践的な活動を開始。

取り組み内容



大牟田市では、左のような全体構想に基づき、認知症ケアを推進している。

詳細は、以下で紹介する。

【地域づくりを推進する人材の養成 ～認知症コーディネーター養成講座】

- 大牟田市と認知症ライフサポート研究会が連携し、認知症ケアに関わる人材育成を開始。「パーソン・センタード・ケアの理解と理念の醸成」「権利擁護の徹底理解と日々のアドボケート」「課題分析と適切な医療とケア・生活支援」「協働のまちづくりの推進」が到達目標。
- 2年間 386 時間のカリキュラムで、10 人程度の少人数制。2013 年 6 月時点で、85 名の専門職が修了。上記研修で養成した修了生のうち、認知症の人や家族を支援するうえでスーパーバイズができる者を「認知症コーディネーター」と位置付けている。



【予算】認知症コーディネーター養成研修等 3,358 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【チームで支える体制整備 ～地域認知症サポートチーム】

- 認知症ケアに関わる医療と介護の専門職が、個別事例に対しチームとして対応することが必要だと考え、認知症専門医と認知症コーディネーターが主体となり地域認知症サポートチームを結成。地域包括支援センターとも連携しながら、取り組みを進めている。
- サポートチームに相談が入ると、まずは認知症コーディネーターが地域の支援者と協力しながら、本人や家族に関する情報収集を行い、緊急的な医療やケアの調整・支援等を行う。また、必要に応じてチームの医師に相談し、ケアマネジャーや地域包括支援センター等と連絡調整を図る。
- 行政内に認知症連携担当者を 1 名配置し、チームの運用面を担当している。

大牟田市地域認知症サポートチーム

メンバー構成
・専門医(精神科・老年内科:4名)
・認知症医療センター医師(神経内科:2名)
・介護・看護職(認知症コーディネーター:6名)
・認知症連携担当(長寿社会推進課:1名)

役割
・いわゆる困難事例へのスーパーバイス
・FTD、若年性、高層BPSD、家診拒否、自動車運転
・かかりつけ医との医療連携
・認知症何でも相談窓口(週一回、於大牟田市保健所)
・介護サービス事業者へのアドバイス・指導、連携
・事例検討会(月一回)
・もの忘れ相談相談・予防教室の結果分析
・予防教室・参加者のフォローアップ
・本人交流会、家族交流会のコーディネート
・啓発活動、予防教室の活動立案、資料マツ

【専門職による情報連携とケアの質向上の場づくり ～地域認知症サポート定例カンファレンス】

- ・ 地域認知症サポートチームをはじめ、地域包括支援センターやその他の専門職のケアの質向上と情報連携を目的に、毎月 1 回、認知症の事例に関する定例のカンファレンスを開催。多角的な視点での検討による課題の整理や参加者同士の連携促進を目指している。
- ・ 事例検討後、継続的にフォローが必要と判断された場合は、担当コーディネーターを選定、継続的な支援を行う。



【予算】 地域認知症サポートチーム、定例カンファレンス等 5,632 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【地域住民主体で見守り・支える取り組み ～徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練】

- ・ 当時 24 あった小学校区の中の駛馬南校区において、住民自身が主体となって、認知症の人を地域で支えるために必要なことを話し合う「日曜茶話会」から、徘徊模擬訓練が開催。
- ・ 訓練では、認知症の人が道に迷い、自宅に帰れなくなった(徘徊)という想定で、地域住民や郵便局、タクシー会社、バス会社等の関係機関に情報を伝達し、搜索、保護までの流れを実際に行う。
- ・ 1 小学校区で始まった取り組みが、現在では全 21 校区にまで拡大。各校区にて実行委員会を立ち上げ、それぞれの校区の実情に応じた訓練や情報伝達網の構築を行っており、地域コミュニティ再構築の機運醸成にも寄与している。



取り組みの経緯

平成 12 年

- ・介護保険制度の導入を機に、「介護サービス事業者協議会」「介護支援専門員連絡協議会」を設立

平成 13 年

- ・介護サービス事業者協議会のなかに「認知症ケア研究会」が組織され、認知症ケアに対する取り組みが開始



行政が事業者に働きかけ、協議会の事務局を担うなどバックアップ体制を整えた

平成 14 年

- ・「痴呆ケア実践塾 in 2001」を実施、その翌年から、「認知症コーディネーター養成講座」が開始



国・県等の補助金・助成金を申請・活用、人材養成を起点にした行政による仕掛けを行った

平成 16 年

- ・住民が主体となって「はやめ南人情ネットワーク」発足。「ほっと・安心(徘徊)ネットワーク模擬体験ウォーク」をきっかけに第1回徘徊模擬訓練を開催。

活動の基盤をつくった時期
(平成 12～13 年度)

人材育成と地域づくりの端緒が見られた時期
(平成 14～17 年度)

平成 18 年

地域密着型サービスが市町村指定となったことを受け、指定の要件として、
認知症コーディネーター養成講座修了者の配置と、介護予防・地域交流施設
の併設を義務化



市として、地域密着型サービスの充実を積極的に働きかけるとともに、その中心を担う人材配置や地域とのつながりづくりといった活用方針を明確化した

平成 19 年

- ・認知症コーディネーターの活用に向けて、ワークショップ形式で「認知症ケアサポートチーム」のあり方検討を実施（市から認知症ケア研究会に委託）



認知症ケア研究会にあり方検討を委託、専門職による課題の整理を支援した

- ・1 校区で実施した模擬訓練が市内全域に拡大



校区の町内公民館連絡協議会、民生委員児童委員協議会、社会福祉協議会など、関係団体への丁寧な説明を実施した

平成 21 年

より継続的・包括的な支援のため、「地域認知症サポートチーム」試行事業を実施、翌年新たなサポートチームの運用を開始

チームの運用開始にあわせて、行政内に認知症連携担当者を 1 名配置



事業の PDCA サイクルの実行にあわせて、自治体内部での職員の役割を明確化した

平成 22 年

徘徊模擬訓練を全ての校区で実施

平成 24 年

徘徊 SOS ネットワークの広域化

平成 25 年

認知症コーディネーター養成講座、地域認知症サポートチーム、徘徊模擬訓練を市の地域支援事業として介護保険特別会計に明確に位置づけた



事業として定着が見られた

人材育成が
チームづくりへ
つながるとともに、
地域づくりが
本格化する時期
(平成 18～20
年度)

PDCA の実行と
さらなる事業
拡大の時期
(平成 21～25
年度)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 認知症高齢者の徘徊行動による行方不明をきっかけとした地域住民による徘徊模擬訓練が、現在では全校区で開催されるなど、認知症の人と家族の地域で見守り支える意識づくりが確実に進んでいる
- ・ 地域住民とケアマネジャー、地域密着型サービスの連携により、認知症の症状を持ちながら在宅生活が続く事例が増えている
- ・ 認知症をきっかけとして、市民レベルでのコミュニケーションが向上し、地域コミュニティの再構築の機運が醸成している

◆ 取り組みが生かされた個別支援

《認知症コーディネーターを中心に地域での見守りで、認知症であっても在宅継続できている事例》

「軽い物忘れ」はあるものの、日常生活は特に問題なく妻と二人で暮らしていた A 氏であったが、実姉の葬儀の際に突然暴れ出し、家族はこの時、本人の認知症を確信した。その後、妻が夫を介護するかたちで生活を送っていたが、妻の介護負担が過重になったために、長女が 30 年務めた会社を辞めることとなった。また、本人が長女を「妻の隠し子」と疑い、娘を家から追い出すなど、妄想や拒否的な行動が目立つようになったため、家族から地域包括支援センターに相談が行われた。

その後、もの忘れ予防・相談検診をきっかけに認知症専門医につながり、「レビー小体型認知症」と診断され、地域認知症サポートチームによる支援が入ることとなった。サポートチームに所属する認知症コーディネーターが担当制で介護保険サービスが開始されるまでの空白期間をカバーするために初期対応を行うとともに、特に不安を抱える家族に対して、家族向けの学習会や集いを活用しながら認知症の正しい理解を伝えたり、抱え込まない介護方法を教えるなどの家族支援を行った。現在は、認知症コーディネーターを中心に、定例カンファレンスで情報の共有を行いながら、さらに警察署を中心に構成している徘徊 SOS ネットワークによる見守りとも連携を取り、支援の仕組みを整えている。

A 氏は現在、認知症専門医の医学的管理のもと、介護保険サービスを利用中であり、認知症コーディネーターや近隣者との協働支援によって、妻・長女と一緒に穏やかに在宅で過ごしている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 介護サービス事業者協議会や介護支援専門員連絡協議会などにより、勉強会が継続的に実施されており、顔の見える関係性ができ上がっていた。
- ・ 認知症ケアについて諸外国の取り組みに精通している事業者や専門職がおり、法人の枠を超えた講演会を開催するなど、事業所間のネットワークにより互いに切磋琢磨していこうという機運があった。
- ・ 大牟田医師会会長が介護サービス事業者協議会の会長を兼ねるなど、医療と介護の連携がとりやすい環境があった。
- ・ 徘徊模擬訓練や小中学校絵本教室など、最初から全市的な取り組みを行うのではなく、比較的意識の高い地域や学校からスタートし、それを徐々に広げていった。

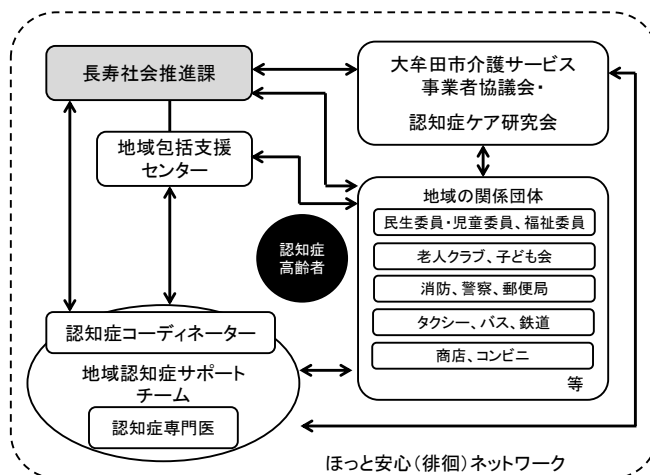
2. 自治体

- 行政から事業者へ積極的な働きかけにより、協議会を設置した。
- 市が事務局を担当し、事前準備や資料作成など円滑な会議運営を進めるとともに、研修会やイベントの開催にあたっては丸手となって活動した。
- 市として、「介護保険推進全国サミット」や「地域密着型福祉全国セミナー」といった全国規模の大会を開催するとともに、全国に先駆けて「認知症の人とともに暮らすまちづくり宣言」を出すなど、進むべき方向性を明示した。
- 国・県などの補助事業やモデル事業を活用し、事業者や地域自らの発意による活動を積極的に支援した。市から事業者側に委託する場合も、事業者側との綿密なやり取りを実施し、方向性の擦り合わせを行った。
- 保険者として、市が持つ権限を最大限有効活用して、向かうべき方向性に政策誘導を行った。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 行政と医療・介護の事業者団体や専門職が交流する場をつくり、個々のケースの課題を共有しましょう
- ✓ 市と事業者が参加する定期的な勉強会や意見交換会を開催するとともに、行政が事務局を行うなど、行政と事業者が一体となって活動を継続していく体制を整えましょう
- ✓ 取り組みには人材育成が欠かせないため、地域にどのような人材が必要かを明確にしましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	6 カ所
直営	0 カ所
委託	6 カ所
ランチ数	10 カ所
サブセンター数	10 カ所
地域包括支援センター 職員数	70 人
保健師	10 人
社会福祉士	23 人
主任介護支援専門員	9 人
その他の専門職員	28 人
その他の事務職員	0 人

【所管課】

長寿社会推進課 職員数	63 人
-------------	------

【参考】URL、連絡先

- 大牟田市 長寿社会推進課 0944-41-2672
http://www.city.omuta.lg.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=5&class_set_id=1&class_id=130

キーワード 支えあい体制づくり、ICT 活用、ボランティア

人口減少集落での自助意識の啓発と地域づくり

鹿児島県 肝付町

【この事例の特徴】

- 地域住民に自助意識が生まれており、住民同士の交流が生まれることで意欲の改善につながっている
- 地域包括支援センターの保健師を中心に、社会福祉協議会と連携を取りながら、地域全体をマネジメントできている



《検討 WG からの推薦メッセージ》

いわゆる限界集落で、独居高齢者が多い地域において、地域包括支援センターが組織体制の整備を図り、地域の実情に応じてサブセンターに業務委譲を行った。その結果、住民自身が「地域のよいところ」を再確認し、活性化につながっている。

地域概要

総人口:	17,026 人	要介護要援認定者数	1,599 人(23.7%)
65 歳以上人口:	6,293 人(37.0%)	第5期介護保険料:	5,500 人
75 歳以上人口:	4,003 人(23.5%)		

実施主体

- ・肝付町地域包括支援センター
- ・肝付町社会福祉協議会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 地理的に孤立した限界集落が多く、独居高齢者が多い。また、高齢世代と壮年世代の分布に地域的な偏りがあり、高齢化率 100%近い僻地地区では集落維持のために、数少ない壮年世代の負担が増大。人口減少の中での集落の維持、および集落の消滅も想定した対応が必要として、取り組みが開始。
- ・ 豪雨災害の経験から、密集地は川沿いで浸水しやすく、過疎地は集落が孤立しやすいことが判明。東日本大震災の際、住民の状況確認、避難連絡に苦慮したことを踏まえ、災害対応の取り組みを開始。

取り組み内容

肝付町僻地地区ITネットワーク及びボランティア現任研修

テーマ: 交流人口の増加とネットワーク維持



肝付町では、IT ネットワークとボランティアによる見守り・交流を軸に取り組みを進めている。

【地域見守り体制の整備 ～地域づくりと地域支え合い検討会・地域支え合いマップ・徘徊模擬訓練】

- ・ 認知症対策をきっかけに、小中学生対象のボランティア育成を行っていた社会福祉協議会と、地域包括支援センターの連携が強化。
- ・ 継続的な地域支え合いのための学習の場として、各地区で「地域づくりと地域支え合い検討会」(以下、検討会)を新たに設置。「自分たちの地域の良いところ」を再意識化するグループワークからスタート。
- ・ 検討会で、地域支え合いマップ(「おたがいさマップ」)を作成。地域資源をマップにプロット、高齢化によってキーパーソンがいないこと、自治会役員や民生委員の負担が大きいことなど、地域の現状を認識し、自分たちのできることは自分たちでやるという意識が生まれた。
- ・ 検討会における住民同士の話し合いから、徘徊模擬訓練を開始。平成 21～25 年の 5 年間で訓練を行い、5 年目に住民自身による実行委員会が立ち上がり、行政からの自立を検討する段階になった。



【集落同志の支え合い促進 ～集落間交流による広域支援】

- ・ 高齢化が進んだ集落では、集落内での助け合いだけでは対応が難しいため、集落同士の広域的な助け合いの取り組みを開始。
- ・ 集落間が空間的に離れているため、最初はバスをチャーターして集落間の住民の移動を支援。その後は、道が分かって人の顔がつながるため、住民同士の自主的な見守り・交流につながっている。
- ・ 外から人を迎える側の集落でも、自主的な体調管理に対する意識が生まれたり、住民が寄り合うきっかけになるなど、集落内での活気づくりや意欲向上に役立っている。
- ・ 訪問する側の集落でも、高齢者の進んだ他の集落の現状を見たり、話を聞くことで、今後の自分たちの集落の行く末と方向性を考えるきっかけとなっている。



【ICTを活用した地域のつながり構築 ～テレビ電話導入事業】

- ・ 東日本大震災をきっかけに、状況確認や避難連絡を一斉に行うことができるよう、ICT を活用したテレビ電話を導入。関係機関と、高齢化が進んだ集落の利用者宅をネットワークで結んでいる(利用者宅は、2 地区 25 世帯、関係機関は、役場・社会福祉協議会・町立病院 5 施設)。
- ・ 現在、85 歳以上の高齢者が頻繁にテレビ電話を利用し、お互いに見守りあいを行っており、集落の見守りの役割を担っている自治会役員や民生委員などの負担軽減にも役立っている。
- ・ 生活リズムをつくるアプローチとして、ボランティアが企画・出演した介護予防教育ビデオを 10 時と 15 時に配信しており、高齢者が楽しみに一緒に体操をしている。
- ・ 今後は、肝付町全域への拡大を検討しており、段階的な iPad の活用を検討。
 - － 第一段階: 新しいものに触れてもらうことで、人のつながりづくりに役立てる。
 - － 第二段階: iPad を使った写真撮影等で集落内を動くことで、地域内見守りと介護予防につなげる。
 - － 第三段階: iPad をケアスタッフの連絡帳として活用することで、利用者の日頃の小さな出来事のケアスタッフ間での共有と横のつながりを支援する。



【予算】 地域包括支援センター機能強化事業(IT 化推進事業) 9,916 千円 (平成 23 年度)

取り組みの経緯

平成 19 年

- ・地域包括支援センターにおいて、防災と助け合いを切り口にした見守りネットワーク台帳を作成した



顔の見える関係性が重要であることが確認されたことで、課題の整理がなされた

平成 20 年

- ・認知症啓発の演劇をきっかけに、地域包括支援センターと社会福祉協議会の連携を強化した



事業推進体制が整備された

平成 21 年

- ・「地域づくりと地域支え合い検討会」が設置された
- ・認知症徘徊模擬訓練が開始された



住民自身が地域のことを考える場がつくられることで、住民の自助に対する意識が生まれ始めた

平成 22 年

- ・介護予防支援者育成事業、地域ネットワーク構築事業を、自治体から社会福祉協議会に委託し、集落間の交流事業が開始された



集落間の交流が生まれ、住民の意欲の向上が見られた

平成 23 年

- ・東日本大震災をきっかけに、IT ネットワークを活用したテレビ電話事業が開始された



テレビ電話を活用し、住民同士が負担なくつながることができるようになった

平成 25 年

- ・認知症徘徊模擬訓練について、住民自身による実行委員会が立ち上がった



住民が組織をつくり、行政から自立して、自主活動を模索し始めた

- ・テレビ電話による住民のつながりづくりの取り組みについて、iPad の活用による地域全体への拡大を検討



事業の評価と拡大

課題整理と事業
推進体制の確立
の時期
(平成 19～20
年度)

住民自身による
自助の意識と意
欲が生まれ始め
た時期
(平成 21～22
年度)

災害をきっかけに
新たな取り組みが
始まった時期
(平成 23 年度)

住民自身の行政
からの独立模索
と事業の拡大の
時期
(平成 24～25
年度)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域住民が自分たちの地域の良いところや課題、自分たちの地域の行く末を再認識し、自分たちでできることは何かという自助の意識が生まれてきている
- ・ 集落間交流や ICT を使って、自治会役員や民生委員、行政など関わる領域が減って、住民自身によるお互いの見守りが実施できている。また、地域住民の意欲向上につながっている

◆ 取り組みが生かされた個別支援

＜テレビ電話の活用によって、状態改善と見守り負担軽減が見られたケース＞

A 氏は、白内障による視力障害と下肢筋力低下により集落内での行き来ができなくなり、徐々に閉じこもりがちになっていった。こうした中、テレビ電話を活用するようになってからは、友人と顔を見て話ができるようになり、交流が戻ってきたことで抑うつ傾向が改善した。同様の効果が、特に 90 歳前後の広い集落内を自力歩行で行く体力のなくなったケース(3 名)に確認されている。

また、A 氏を支える振興会長兼民生委員の B 氏は、これまで安否確認のため個別に訪ねていたが、テレビ電話の導入により見守りが楽になったと話している。

＜集落間交流によって、意欲向上や社会参加が見られたケース＞

高齢化率町内 3 位の一ツ末集落より、「今後の集落の行く末を考えたい」という依頼があり、社会福祉協議会が間に入って、高齢者率町内 1 位の大浦集落との交流が行われた。共同作業で昼食を作った後、昼食後の座談会ではお互いの集落が抱える課題などについて話し合いが行われた。受け入れ側の大浦集落の C 氏は、「いつも一人でいることが多いため、人の話を聞いたりするのが楽しい」ということで交流会への参加が生きがいとなっている。また、訪問した側の一ツ末集落の住民からは、「水道の維持管理や町道の草刈りはどうしているのか」など集落の維持に関する具体的な質問が行われ、生活上の学び合いの機会にもなっている。一ツ末集落の D 氏は、「今後も一人で訪れて、何か手伝いをしたい」ということで、住民同士による継続的な見守りにつながっている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 伝統的に、地域住民に支え合いの素地があった。特に集落ごとの結びつきが強く、自治会長がリーダーになって、地域活動を実践してきた経緯があった。
- ・ 社会福祉協議会が主体となって、中高生に対するボランティア育成活動やサロン活動の実績があった。市町村合併以前は、社会福祉協議会の局長が行政の福祉担当部署の長を兼務していたなど、関係団体間で課題認識の共有をしやすい環境があった。

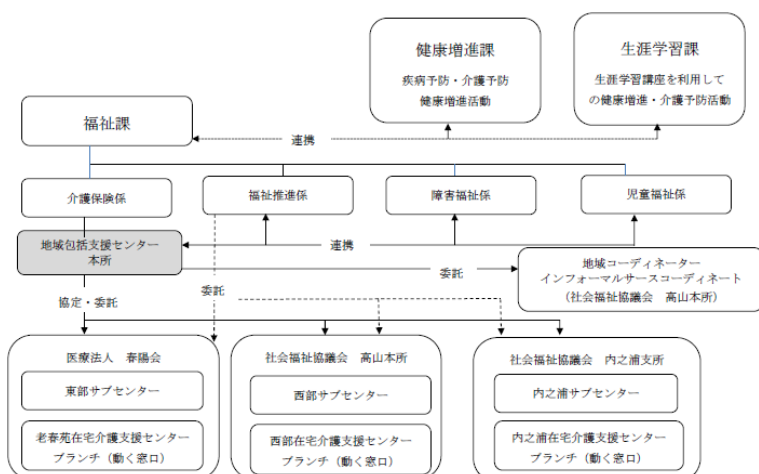
2. 自治体

- ・ 地域包括支援センターの地域づくり業務に関する組織体制の整備を図り、サブセンター担当者への業務委譲を行った。各サブセンターでの地域住民との信頼関係構築のバックアップ、地域住民との直接対話、サブセンター主導による事業企画立案など、段階的なアクションプランを立てて実行した。
- ・ 各年度の取り組みから、新たな課題を見つけて次の事業につなげた(PDCA サイクルの実施)。例えば、地域のつながり再生のために認知症模擬訓練を開始、つながり再生が難しい場合の集落間交流の支援、集落のキーパーソンへの負担軽減のために ICT 活用、など相互に関連性を持って事業を実施した。
- ・ 自治体所管課が、日常的に他部署との連携を図っていたことにより、ICT 活用のテレビ電話導入に関わるノウハウを得ることにつながった。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 「地域の良いところ」を地域住民自身で取り戻すグループワークなどを実施しましょう
- ✓ サブセンターとの役割分担など、組織・チームで業務を進めるためのアクションプランを立てましょう
- ✓ 他部署の事業に関心を持って、日常的な情報収集のアンテナを張っておきましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1カ所
直営	1カ所
委託	0カ所
ランチ数	3カ所
サブセンター数	3カ所
地域包括支援センター 職員数	14人
保健師	2人
社会福祉士	2人
主任介護支援専門員	1人
その他の専門職員	7人
その他の事務職員	2人

【所管課】

福祉課介護保険係 職員数	6人
--------------	----

【参考】URL、連絡先

- ・ 肝付町 福祉課介護保険係 0994-65-8413
<http://kimotsuki-town.jp/2018.htm>

キーワード 支えあい体制づくり、ICT 活用、テレビ電話、健康サポート隊

テレビ電話・IP 告知端末を活用した健康管理・見守りシステム

北海道 喜茂別町・島牧村・ニセコ町・積丹町

【この事例の特徴】

個々のバイタルデータと歩数データを福祉センターから送信し、データを踏まえて健康管理士や医師がテレビ電話で健康指導等を実施する。また、IP告知端末を利用した安否確認を行っている。健康相談や見守りの体制構築にあたっては、高齢者を主体とした「健康サポート隊」が住民の声かけなどの役割を担い、高齢者自身が互いに励ます仕組みを構築している。

地域概要

総人口※1:	11,348 人
65 歳以上人口※1:	3,802 人 (33.5%)
75 歳以上人口※1:	2,162 人 (19.1%)
要介護要介護認定者数※2:	3,425 人
第5期介護保険料※2:	4,150 円



※1 喜茂別町・島牧村・ニセコ町・積丹町の4自治体の合計

※2 喜茂別町・島牧村・ニセコ町・積丹町を含む16の自治体から構成される後志広域連合(総人口60,377人、65歳以上18,181人)の値

背景・経緯

【背景】

- 喜茂別町は、医療・介護費の高騰や医療過疎、少子高齢化など、過疎地域の典型的な課題を多く抱えている。山岳丘陵地で行政区域が広く、隣家同士が密接していないこともあり、独居高齢者が増えることで、緊急時の対応が遅れることも課題となっていた。
- 一方で、地域の高齢者の「居場所と出番」がなくなり、高齢者の社会における役割がなくなっている。雪の多い気候や車主体の移動手段のため、外出する機会が減少し、身体を動かす機会を逸しており、健康に影響を及ぼしている。
- ICTを活用して高齢者を対象として健康相談や見守りの環境をつくろうとしたが、単にケアや支援の仕組みを手厚くするのでは、経費だけが重くのしかかってしまう。そこで、高齢者自身が互いに励まし、誘いあって運動をして、食生活を改善し、できる範囲で周りの手助けをし、「自らが地域を守る」という役割を果たすことで、生き甲斐を得ることができないかと考えた。
- 喜茂別町は、事業所などを含め町の99%以上に光回線が敷設されていて、併せてテレビ電話が設置されている。また、喜茂別町・積丹町ではIP告知端末が整備されている。町からのお知らせや緊急通報などで日常的に端末を利用しており、町民のICTスキルも一定水準以上であることから、これらのインフラを活用した。
- **予算等**: 内閣府で決定し、北海道の補助金「北海道新しい公共支援事業モデル事業補助金」として交付(42,500千円)

【目的・目標】

- 地域の高齢者に「居場所と出番」を創出し、自らが地域の課題解決に資することができる体制をつくる。
- 積極的に社会参加を促しながら、住民の健康に積極的に関われる環境を醸成する。
- 人と人とがコミュニケーションを育むことで、支えあいながら生きがいを見出していけるようにする。

取り組み内容と方法

【取り組み方法】

- 喜茂別町、積丹町、ニセコ町、島牧村において、遠隔健康相談システム、高齢者見守りシステム、介護予防、コールセンターにより、高齢者を支援する応援の輪をつくった。

		島牧村	ニセコ町	積丹町	喜茂別町
遠隔健康相談システム		20 人	30 人	20 人	20 人
高齢者 見守り システム	高齢者見守りシステム	5 軒	—	15 軒	5 軒
	IP告知端末活用見守り (平成 24 年度事業)	—	—	◎	◎
介護予防		—	◎	—	—
コールセンター(平成 24 年度事業)		—	—	◎	◎

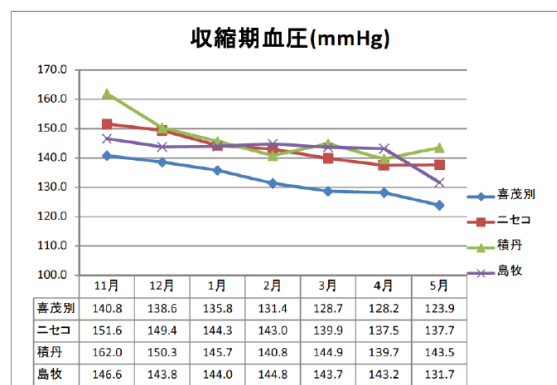
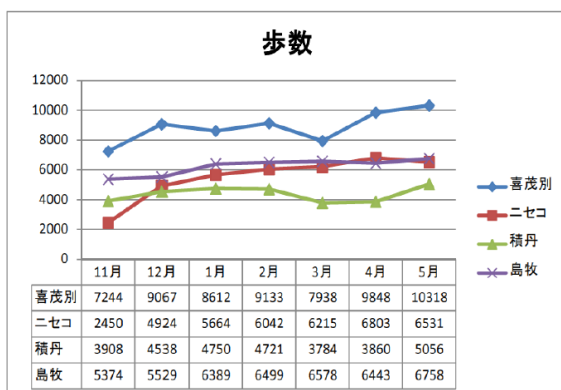
- このうち喜茂別町では町内普及率 99%のインフラであるテレビ電話を軸として、遠隔健康相談、高齢者見守りシステム、コールセンターを実施している。喜茂別町では遠隔健康相談に20名が参加しているが、これは喜茂別町ふれあい福祉センターに測定データを送信できる端末を設置して、日々のバイタルデータ(血圧、体重、体温)と歩数系に伴う歩数を管理するサービスである。また、その経緯を分析するために、健康管理士が3ヵ月に1度、医師が1年に1度採血結果も参考にしてテレビ電話を使って健康指導等を行っている。
- 喜茂別町では地域の高齢者による「健康サポート隊」が、取り組みを支援している。住民への声かけや医師遠隔診断のスケジュール管理など、「居場所と出番」を創出し、ケアされる立場でなくケアする立場で住民の健康に積極的に関わるという主旨で活動している。
- IP告知端末が整備されている喜茂別町と積丹町では、IP告知端末を利用した健康相談や見守りを実施している。現在喜茂別町では、月曜日から木曜日の4日間で120名以上の高齢者に電話をかけ、安否確認や相談等の見守りを実施している。



取り組みの成果と課題

【成果】

- 事業参加者からは、意識や行動の変化などの声が聞かれた。参加者の声（抜粋）は以下の通り。
 - ◇ 歩数計をつけてから、歩くことを意識するようになりました。また、よく噛むことも気をつけるようになりました。（62 歳女性）
 - ◇ 先生からは間食を止めることと、噛むことを言われました。習慣を変えることは難しかったですが、あれ以来ちゃんと守って 20 回噛んでゆっくりと食べています。運動も 6 千歩くらい歩いています。テレビを観ながら足踏みもしています。（65 歳男性）
 - ◇ 1 日 2 万歩弱は歩いています。子どもに頼らずに、自分を自立させるために、身体には気をつけています。先生にも誉められました。誰かに誉められると嬉しいです。（69 歳女性、健康サポート隊）
- 「健康サポート隊」のメンバーからは、一人ではなかなか続かないことでも、皆で集まってやることで楽しくできたという意見もあった。「健康サポート隊」がコミュニティの活性化につながっている。
- 事業参加者における歩数の増加、血圧の低下などの効果が見られる。



【課題】

- 岩手県遠野市の事例を参考に事業内容を考えたが、遠野市は利用者からの利用料を徴収している。今後、事業として継続していくためには、利用者からの利用料徴収も考えていくべき課題であると捉えている。
- 利用料徴収を行う場合、事業として成立するように、利用者を増やすことも必要である。各町村で利用者を増やし、高齢者のみならず生活習慣病予備軍である年齢層も視野に入れて、幅広い年齢層で実施されるようにしていく必要がある。
- 現在の事業主体は、4町村とも社会福祉協議会であるが、今後 NPO の組織化を視野に入れ、事業全般を担えるよう考えていく必要を感じている。

参考 URL、連絡先

- 喜茂別町 地域包括支援センター 0136-31-2940
- 喜茂別町 関連報告書(平成 24 年 6 月)
http://www.town.kimobetsu.hokkaido.jp/pdf/kenkou_susin/social_innovation_model.pdf
- 総務省 関連報告書 http://www.soumu.go.jp/main_content/000237105.pdf

キーワード 医療・介護連携、ICT 活用、地域医療連絡協議会、医療情報連携ネットワーク

地域の保健・医療・介護の情報連携ネットワーク整備

岩手県 宮古市

【この事例の特徴】

安心して暮らせる医療環境をつくるため、地域の保健・医療・福祉の情報連携ネットワーク整備を目指して、「宮古市医療情報連携ネットワーク協議会」を設立した。また、医療機関、介護関係等が保有する診療情報、介護情報等をオンラインで共有するためのシステム「みやこサーモンケアネット」を開始した。

地域概要

総人口:	57,575 人
65 歳以上人口:	18,323 人(31.8%)
75 歳以上人口:	9,767 人(17.0%)
要介護要支援認定者数:	3,439 人(18.8%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,104 円



背景・経緯

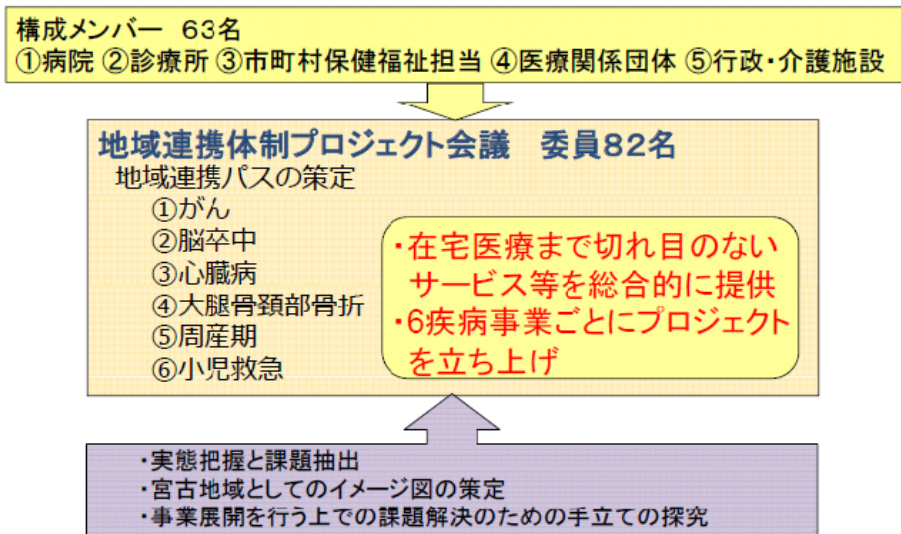
【背景】

- 当市は平成 17 年及び平成 22 年の市町村合併により広大な市域を有するようになり、それまでも課題とされていた在宅医療の推進がより広域的に必要となったことに加え、介護従事者の人材不足に起因する課題に対応するために、さらには、東日本大震災による被災者支援を目的とした地域包括ケアシステムの構築が求められている。

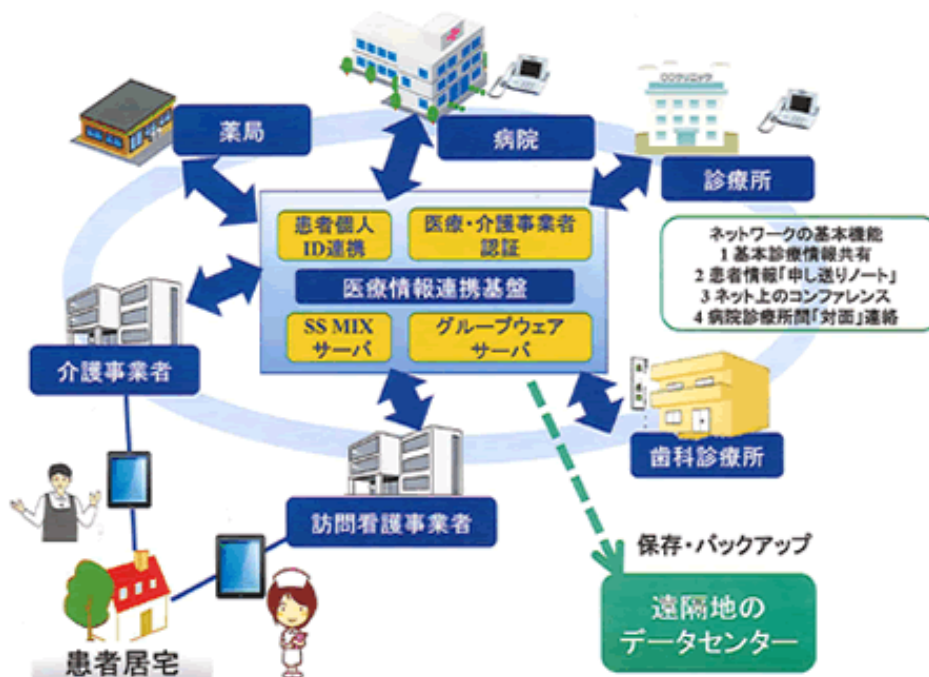
取り組み内容と方法

- 高齢化に伴う地域医療の充実を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの連携構築のため、平成 20 年、地域医療保健推進監を新設した。また、同じ時期に、県立宮古病院に、宮古地域医療連絡協議会が設立され、地域の保健、医療、福祉の連携システムが始まった。
- しかし、平成 23 年の東日本大震災の発災により、宮古地域医療連絡協議会の機能が滞ってしまう事態に陥り、高齢者を取り巻く地域のコミュニティや生活環境も一変してしまった。
- このようなことから、宮古市の医療・介護がさらに連携を強化する必要性が生じたため「宮古市医療情報連携ネットワーク協議会」を設立し、「宮古市医療情報連携ネットワーク・みやこサーモンケアネット」の運用が開始された。このシステムは医療機関、介護関係等が保有する診療情報、介護に関する情報等をオンラインで相互に共有し、連携を図ろうとするものである。
- 加えて、介護予防指導員、高齢者指導員、介護保険相談員を積極的に配置し、地域包括支援センターを直営としたことで、庁内の福祉・保健担当課との連携をスムーズに行い、迅速かつ正確な業務に当たれるものとした。(現在、サブセンター1 ヲ所、ブランチ 10 ヲ所で運営)

宮古地域医療連絡協議会の設立



宮古市医療情報連携ネットワークの全体図



取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在、医療と介護の連携は「宮古市医療情報連携ネットワーク協議会」の下部組織であるシステム部会の中の「医療と介護の連携委員会」で積極的に行われている。
- 同協議会の事務局が医師会にあったことから、医師との連携及び薬剤師、訪問看護、ケアマネ、中核病院の副総看護師長・ソーシャルワーカー、保健所、社会福祉協議会、行政（介護保険課、地域医療保健推進監等）の参加があり、連携のための協議が積極的に行われている。
- この協議により医療機関関係者に、「（退院後）在宅となってからの介護・看護の実態」について理解を得ていただいたり、サーモンケアネットを利用した連携の方法や、医療・介護のお互いが異なって認識していた部分についての修正が行われている。

【課題】

- 「医療と介護の連携委員会」により、ようやく医療と介護の連携強化が始まったが、この話し合いの成果を市全体に広め、また連携の必要性を関係者全員に如何に浸透させていくかが、今後の展開に向けての課題である。

参考 URL、連絡先

- 宮古市 保健福祉部 介護保険課
http://www.city.miyako.iwate.jp/kaigo/kaigo_hokenka_top.html
0193-62-2111

キーワード 医療・介護情報の活用、ICT 活用、OK はまゆりネット、県立病院

かまいし・おおつち医療情報ネットワークの活用による医療・介護連携強化(愛称:OKはまゆりネット)

岩手県釜石市・大槌町(釜石保健医療圏)

【この事例の特徴】

県立病院を中心として、医療圏のほぼすべての病院・診療所、多くの歯科診療所・薬局、ならびに半数以上の介護サービス事業者が参加する情報共有基盤として医療情報ネットワークを整備した。ネットワークの活用により、関係機関における患者・利用者情報の共有や、入退院時の情報の申し送りに役立っている。

地域概要

	【釜石市】	【大槌町】
総人口:	37,161 人	12,892 人
65 歳以上人口:	12,774 人(34.4%)	4,066 人(31.5%)
75 歳以上人口:	7,070 人(19.0%)	2,111 人(16.4%)
要介護(要支援)認定者数:	2,454 人(19.2%)	788 人(19.4%)
地域包括支援センター数:	1 カ所	1 カ所
第 5 期介護保険料:	4,680 円	4,890 円



背景・経緯

【背景】

- 『OKはまゆりネット』の導入は、平成 21 年度に国の認定を受けた「岩手県地域医療再生計画【釜石保健医療圏】(以下、「計画」という。)」に当該事業が盛り込まれたことが直接のきっかけであるが、釜石・大槌地域(以下、「地域」という。)ではそれ以前から地域包括ケアシステムの基盤となる医療・介護連携体制(いわゆる「顔の見える関係」)の構築が進められてきた。
- 地域において医療・介護連携体制の構築が進められてきた背景には、「ネガティブイベントを経験することによる危機意識の共有」がある。東日本大震災津波での被災など、地域にとってマイナスとなる出来事を経験するたびに「このままではいけない」「なんとかしなければ」と医療・介護関係者が危機意識を共有することで、顔の見える関係の構築にむかって取り組んでいくことができた。
- 計画に記載された本事業の目的は、「患者及び医療機関の負担を軽減し、地域での医療資源の有効活用を図る」というものだったが、導入にむけて地域で協議を進めていく中で、単なる業務効率化という目的の枠を超えて、医療・介護連携の一層の強化に資するようなものにしようとの機運が高まった。そこで、これまで地域で構築してきた医療・介護連携体制に『OKはまゆりネット』という「新たなツールを加えるもの」と位置づけ、『OKはまゆりネット』への参加対象施設の範囲や連携に必要な機能を模索した。
- **予算等**: (岩手県)地域医療再生臨時特例交付金を活用した財政的支援(計画掲載額 285 百万円)

【経緯】

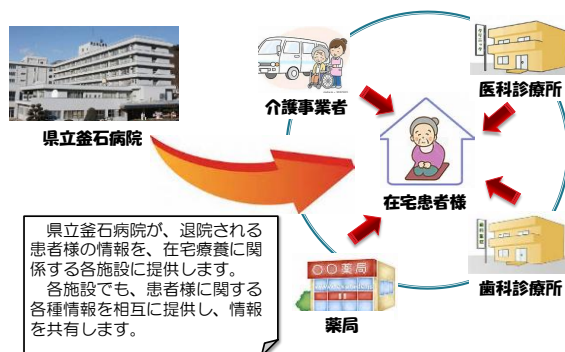
- 平成 21～23 年度 ネットワークシステムの検討作業
- 平成 23 年度 【1st ステージ】県立釜石病院の院内システムの整備
- 平成 24 年度 【2nd ステージ】病院・医科診療所のネットワーク化
- 平成 25 年度 【3rd ステージ】歯科診療所・薬局・介護サービス事業者及び行政のネットワーク化



取り組み内容と方法

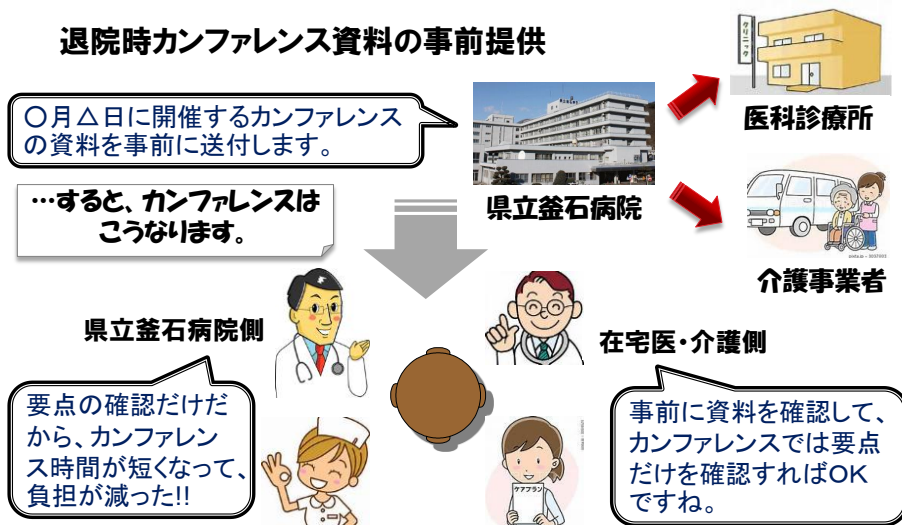
【主な機能】

- 現在稼動している『OKはまゆりネット』の主な機能は次のとおり。
 - ◇ 他の病院及び医科診療所から県立釜石病院の診療の予約ができる。
⇒ 従来から電話やFAXを利用した診療の予約は行われていたが、『OKはまゆりネット』を通じた予約ができるようになった。
 - ◇ 他の病院及び医科診療所から県立釜石病院の栄養指導及び各種検査の予約ができる。
⇒ 各医療機関を受診している患者で栄養指導が必要な方について、県立釜石病院の栄養士に栄養指導を依頼することができるようになった。また、CT、MRIなどの検査が必要な患者についても、県立釜石病院の装置を利用することができるようになった。
 - ◇ 患者・利用者に関する医療・介護関連情報を、関係する医療機関・施設間で共有できる。
⇒ 入院から在宅に移行する患者等について、入院している病院及び退院後に関係するかかりつけ医やかかりつけ薬局、介護サービス事業者などの間で情報等を共有し、その後の診療やサービス提供に役立てることができるようになる。(平成 26 年度利用開始予定)

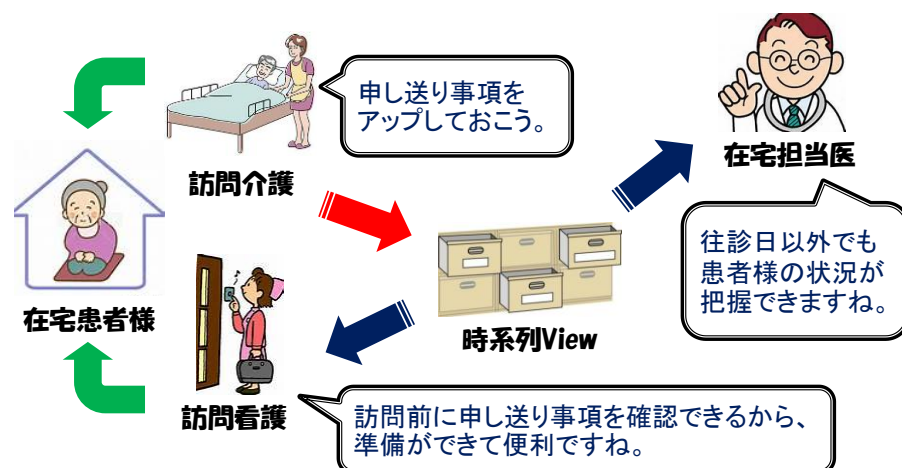


『OKはまゆりネット』ネットワークの利用が想定される場面

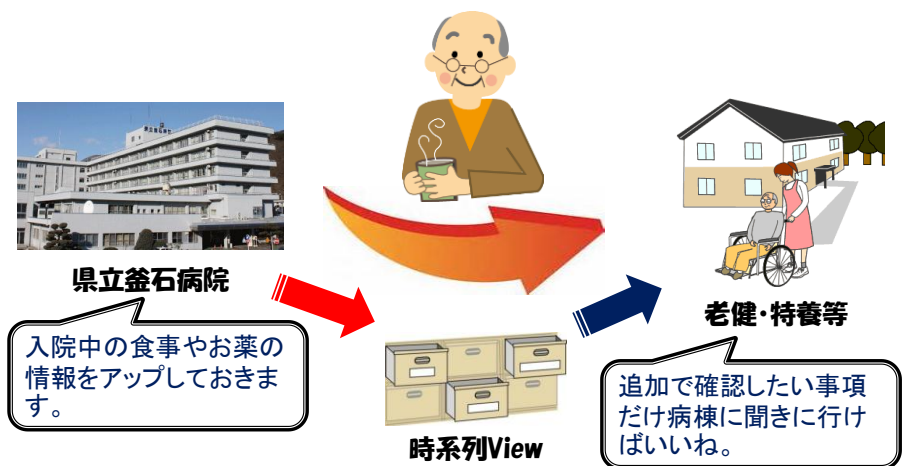
退院時カンファレンス資料の事前提供



連絡ノートの代わりに『時系列View』を活用



患者様の入院時の情報をネットワークで共有



【参加施設】

- (地域の基幹病院でありネットワークの中心として) 県立釜石病院
- その他地域内の病院
- 内科診療所
- 歯科診療所
- 薬局
- 介護サービス事業者
- 行政(釜石市・大槌町・釜石保健所)

【関係機関】

- 地域における保健・医療・福祉・介護の連携や『OKはまゆりネット』の構築及び運用等に取り組むことを目的として、「釜石・大槌地域医療連携推進協議会」(以下、「協議会」という。)を設置した。
- これまでのところ協議会は法人格を有せず、釜石医師会に事務局を置き釜石市・大槌町及び釜石保健所がこれを補佐しているが、どのような体制が望ましいかは今後の検討課題である。
- 協議会の構成団体は以下のとおり。
 - ◇ 一般社団法人釜石医師会
 - ◇ 釜石歯科医師会
 - ◇ 釜石薬剤師会
 - ◇ 社団法人岩手県看護協会釜石地区支部
 - ◇ 釜石・大槌地域に所在する病院
 - ◇ 釜石広域介護支援専門員連絡協議会
 - ◇ 釜石市
 - ◇ 大槌町
 - ◇ 岩手県釜石保健所
 - ◇ その他保健・医療・福祉・介護に関する団体等

【自治体の関わり】

- 岩手県は地域医療再生基金を造成し、計画に基づいて実施する各事業に関する予算を確保・執行している。また上記のとおり、釜石市・大槌町及び釜石保健所は協議会の事務局を補佐している。釜石保健所は岩手県と協議会との橋渡し役を担うほか、システム業者との連絡・調整等も担当している。

取り組みの成果と課題

【取り組みの実績】

- 業務効率化の枠を超えて医療・介護連携の一層の強化に資するねらいを持ち、そのための前段階として、計画が終了する平成 25 年度までに、より多くの医療・介護施設に参加をしてもらうことに取り組んでいる。現在までの参加状況(見込みを含む)は次のとおりである。

◇ (県立釜石病院を含む) 病院	6/6 施設	(100%)
◇ 医科診療所	17/18 施設	(94.4%)
◇ 歯科診療所	13/17 施設	(76.5%)
◇ 薬局	18/20 施設	(90.0%)
◇ 介護サービス事業者	25/47 施設	(53.2%)

【成果】

- 他の病院及び医科診療所から県立釜石病院の診療の予約ができるようになったことにより、県立釜石病院及び患者との日程調整がスムーズに行われるようになるとともに、患者に関する医療情報や保険情報を事前に送付することができるようになり、患者が県立釜石病院を受診する際の待ち時間短縮にもつながった。
- 患者・利用者に関する医療・介護関連情報を、関係する医療機関・施設間で共有できるようになったため、入院から在宅に移行する患者等について、入院している病院及び退院後に関係するかかりつけ医やかかりつけ薬局、介護サービス事業者などの間で情報等を共有し、その後の診療やサービス提供に役立てることができるようになる(平成 26 年度利用開始予定)。

【課題ならびに工夫】

- 東日本大震災津波による取り組みの中断
『OKはまゆりネット』の導入にむけて地域で協議を進めているさなかに発生した東日本大震災津波により、協議そのものが中断を余儀なくされた。一時は平成 25 年度までの計画期間内に事業を完了させることも危ぶまれたが、「いつまでも中断したままではいけない。協議を再開しよう。」との声が地域からあがり、震災から約 4 ヶ月後に協議を再開することができた。
- ランニングコストの費用負担に関する検討
『OKはまゆりネット』の導入に係る費用は地域医療再生基金を活用したが、運用に係るランニングコストは基本的に地域で負担することが前提となる。費用を負担することで当事者意識を高める効果は期待できるが、負担が大きすぎれば『OKはまゆりネット』への参加を阻害する要因になりかねない。「ランニングコストを地域で負担する」ことについては、当初から釜石医師会が中心となってその方向性を明確に打ち出していたため、問題なく関係者様に受け入れられた。その中で誰がどれだけ負担するかという配分について、行政(釜石市・大槌町)及び中心となる県立釜石病院に相応の負担を求め、その他の医療・介護施設については参加の阻害要因となることを避けるため負担割合を抑えるよう配慮した。
- より多くの医療・介護施設に参加してもらうための取り組み
病院及び医科診療所は、診療・検査予約など具体的な利用場面が容易に想定できたこと、また釜石

医師会として参加の意思統一がなされていたことから、ほぼ全ての施設が参加している。一方、歯科診療所・薬局・介護サービス事業者については、「普段の業務のどの場面でどのように活用できるか」「それにより何が便利になり、どのように患者・利用者の役に立つのか」をイメージすることが難しく、ただ参加を呼びかけても見通しは厳しかった。説明会を開催するにしても、システム業者はシステムそのものの説明はできるが、歯科診療所・薬局・介護サービス事業者の業務内容に精通しているわけではないので、具体的な利用場面を想定した説明の実施は困難であった。そこで、歯科診療所・薬局・介護サービス事業者それぞれについて協議会の分科会を開催し、日常の業務や医療・介護連携上感じている課題などを話し合うなどして、具体的な利用場面を提案できるようにした。そのうえで説明会では、保健所が想定される具体的な利用場面について説明し、システム業者がシステムの説明を行うことで、『OKはまゆりネット』の有用性、可能性を理解してもらうよう努めた。釜石歯科医師会や釜石薬剤師会、釜石広域介護支援専門員連絡協議会それぞれに尽力をいただいたおかげもあり、結果として多くの医療・介護施設に参加をしてもらう見込みとなった。

【今後の取り組み予定】

- 協議会の体制についての検討

これまで協議会は任意団体として取り組んできたが、今後『OKはまゆりネット』を地域に根付かせ発展させていくために、現在の体制が適切であるか検討する必要がある。特に行政は担当者の異動があることから、事務局などを地域でしっかりしたものとするためにふさわしい体制づくりについて今後検討していく。

- 利用実績の蓄積と改善

『OKはまゆりネット』を地域に根付いたものとするため、また地域包括ケアシステムの構築の一翼を担えるものとするために、平成 26 年度はまず実際に数多く利用してもらうための方策に取り組む。また、実際に利用した感想や改善提案、利用したことによる成功事例などを地域から吸い上げてより一層使いやすく役に立つものとするために、分科会等を定期的を開催することを予定している。

参考 URL、連絡先

- 岩手県釜石保健所 企画管理課

0193-25-2702

- 釜石医師会 「かまいし・おおつち医療情報ネットワーク」紹介ウェブサイト

<http://www.kamaishi-med.or.jp/net/net.html>

キーワード 自主グループの形成、運動サポーター、大学との共同研究

地域住民のやりがいを引き出す、自主的な介護予防グループの支援

宮城県 仙台市

【この事例の特徴】

地域住民が自主的に運営を行う介護予防・健康増進グループの育成・側面支援を行っており、グループ数は 145 団体に上る。閉じこもり防止、コミュニケーションの場の提供、参加者の意識向上だけでなく、運動サポーター自身の介護予防や地域全体の意識向上・活性化につながっている。市の委託事業を活用し、地域包括支援センターが、課題発見や資源発掘機能を発揮している。

地域概要

総人口:	1,038,522 人
65 歳以上人口:	207,337 人(20.0%)
75 歳以上人口:	99,003 人 (9.5%)
要介護要支援認定者数:	3,7214 人(17.9%)
地域包括支援センター数:	49 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,142 円



背景・経緯

【背景】

- 平成 14 年度から東北大学との共同研究を行い、虚弱高齢者でも定期的に運動を行うことで機能向上すること、70 歳以上の高齢者の 20%に抑うつ症状が、4.5%に自殺念慮が見られ、ソーシャルサポートがない人はある人に比べて自殺念慮の危険性が 2 倍高まることが明らかとなった。そこで、地域で運動を中心とした健康づくりを支える住民を育成できないか、うつ状態にあり社会的に孤立している高齢者を早期に発見し必要な医療につなげながら健康問題や社会的孤立防止の支援をできないか、という問題認識のもと、平成 16 年度からモデル地区で自主グループの育成・活動支援を開始した。

【経緯】

- 平成 18 年度には、上記モデル事業での実績に基づき、「介護予防・地域包括ケア構築事業」を全市展開した。地域住民が自主的に運営を行う介護予防・健康増進グループを養成する一連の過程を通して、地域住民が自分たちで支え合う仕組みを形成すること及び、当時新設された地域包括支援センターの地域浸透と地域包括ケアシステム構築の中核機関として機能させることを目的とした。
- 平成 21 年度からは、自主グループの育成・活動支援に特化した「介護予防自主グループ支援事業」として事業を実施し、東日本大震災の際には避難所における生活不活発病予防のため、運動サポーターが避難所を巡回して運動教室を実施した。この活動は現在、仮設住宅においても続いており、地域での自主グループ活動のみならず、介護予防の普及・啓発の活動を幅広く行っている。
- 平成 24 年度には新規グループが 16 グループ立ち上がり、現在、市内に 145 の自主グループが存在

している。自主グループの活動は生活の活性化、身体機能維持向上、楽しみ・人とのつながり、地域のコミュニティ活動につながっている。

- **予算等** 研修の実施・ガイドラインの提示等にかかる仙台市事業費:2,307 千円(25 年度予算額)
市町村認知症施策総合推進事業費国庫補助金:2,307 千円(25 年度補助予算額)
運動サポーター育成・グループの立ち上げ支援・研修等:仙台市事業費:6,027 千円(25 年度予算額)
地域支援事業交付金 国庫:1,507 千円、県費:753 千円

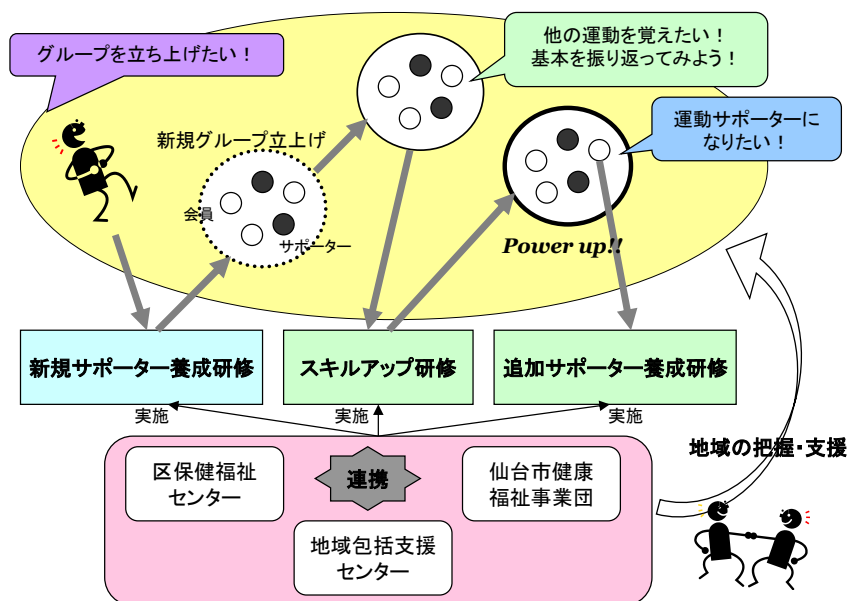
取り組み内容と方法

【取り組み内容】

- 本事業には、仙台市、地域包括支援センター、仙台市健康福祉事業団が関わっている。
- 市は、地域包括支援センター及び仙台市健康福祉事業団と連携し、活動の中心となる住民ボランティア(運動サポーター)の育成・自主グループの立ち上げ支援・スキルアップのための研修会を開催している。サポーターは研修会で習得した知識を各々のグループに持ち帰り、自主グループ活動の活性化を図っており、ボランティア(住民による運動サポーター)主導で住民主体の活動を展開し、地域コミュニティづくりを行っている。
- 地域包括支援センターは、介護予防自主グループ育成後も引き続き地域における介護予防活動を推進するため、介護予防自主グループに適宜参加・支援し、活動が地域に定着、継続するよう取り組んでおり、活動の状況の把握や自主グループへの参加の呼びかけ等を行っている。

【これまでの実績】

- 平成 24 年度には新規グループが 16 グループ立ち上がった。
- 市内に 145 の自主グループが存在しており、運動サポーター数 911 名、自主グループ会員数 3,398 名にまでなっている(平成 25 年 3 月末現在)。



取り組みの成果と課題

【成果】 ～グループ会員、各区からのコメントから～

① 閉じこもり予防

- 閉じこもりがちな高齢者に気軽に参加できる場が提供された。
- 閉じこもりがちな高齢者から、他参加者の声がけにより「気持ちが救われた」との声が聞かれた。

② コミュニケーションの場づくり

- 日中独居になる高齢者の見守りになっている。
- 互いの体調を気遣い、コミュニケーションを図る場になっている。
- グループの中で友人ができ、活動日以外でも交流できるようになった。
- 地域での交流が広がっている。

③ サポーター自身の健康づくり

- スキルアップ研修での口腔体操や栄養講話によりサポーター自身の振り返りになっている。
- 体が楽になった、膝の痛みが軽減したなどの身体効果を実感できている。
- サポーター自身が元気になっている。

④ 自己実現・やりがい

- 健康意識が高い方々の自己実現、社会的役割獲得の場となっている。
- サポーターのやりがいになっている。

⑤ 介護予防の意識の向上

個人の介護予防の意識の変化

- 自宅でも自主的に運動を行っている。
- 「自分の健康は自分で守る」という意識づけになっている。
- 参加者が身だしなみに気を使うようになってきている。

地域における介護予防の意識の変化

- 地域全体に介護予防の取り組みが浸透してきている。
- 自主グループから発展し、お茶のみサロンや趣味のサークルなど、他の活動にもつながった。

【課題】

- サポーターも高齢者のため、活動すること自体が難しくなっているグループもある。新たな人材の発掘、世代交代が難しい。
- 町内会が運営しているグループと町内会に限定しないグループでは活動場所・資金面で差がある。
- センターの力量や地域の実情に合わせた、市の支援体制の充実を図る必要がある。
- 二次予防事業対象者のプログラム終了後のフォローとして当事業の活用・展開を検討していきたい。

参考 URL、連絡先

- 仙台市健康福祉局保険高齢部介護予防推進室 介護予防自主グループ支援事業 ウェブサイト
<http://www.city.sendai.jp/fukushi/korei/yobo/0822.html>
022-214-8317

キーワード 医療・介護連携、在宅ケア、セミナー、医療機関と介護事業所との連携

在宅ケアの多職種連携のための「秋田市在宅医療・ケア連携セミナー」

秋田県 秋田市

【この事例の特徴】

在宅ケアに関わる関係機関が、お互いの取り組みについて知るとともに、チームアプローチを実践するうえでの課題を共有化するため、市と地域包括支援センターが協議を重ねセミナーを開催した。

地域概要

総人口:	320,681 人
65 歳以上人口:	82,210 人(25.6%)
75 歳以上人口:	42,779 人(13.3%)
要介護(要支援)認定者数:	17,405 人(21.2%)
地域包括支援センター数:	16 カ所
第 5 期介護保険料:	5,314 円



背景・経緯

【背景】

- 秋田市地域包括支援センターが主催する主任介護支援専門員の情報交換会や各地域包括支援センターが主催する居宅介護支援事業所の研修等で、主治医等との連携で悩んでいるという意見が多数出ていることを把握していた。また、秋田市福祉事務所の嘱託医から病診連携（総合病院と診療所の連携）はだいたいできているが、介護の事業所は数が多く、医療機関と介護事業所でかなりのすれ違いがあるのではといった意見や、秋田市歯科医師会から訪問診療等を進めて行くうえで、介護関係者を含めた他職種との連携が必要といった意見が行政側に寄せられていた。

【経緯】

- こういった背景により、介護関係者と医療関係者の双方がやりやすい形で業務を効率的に進めていくことが地域包括ケアシステム構築のためには有益であると判断し、平成 23 年度末頃から、秋田市地域包括支援センターと秋田市が協議を重ね、セミナーを開催することにした。
- テーマは、それぞれの取り組みや課題等を共有し、多職種の連携(チームアプローチ)の推進を図ることとした。

予算等:

包括的支援事業から 140,000 円

取り組み内容と方法

【目的】

- 各関係機関が、他機関で行っている在宅ケアに関わる取り組みについて知る。(情報共有)
- 在宅ケアに関わる各関係機関が、チームアプローチするうえでの課題等について考える機会とする。

【内容】

- 基調講演とパネルディスカッションの構成で実施。
 - ◇ 基調講演:『医療と介護の連携について』のテーマで医師による講演。
 - ◇ パネルディスカッション:『在宅ケアの現状と課題について』をテーマに、座長は基調講演を行った医師に依頼し、医療、介護、行政のそれぞれの立場からパネリストを選出して行った。
- 実施時期:平成 24 年 7 月 11 日(水) 192 名の参加。

【関係機関】

- 対象者:医療機関、居宅介護支援事業所、行政等の医療や介護、福祉に携わる関係機関
- 秋田市医師会、秋田市歯科医師会、秋田県薬剤師会秋田中央支部には、セミナーの講師やパネリストの派遣について協力依頼した。

【取り組みを行う中での課題や苦労した点】

- 初めての試みで、テーマをより具体的なものに絞りきることができなかったこともあり、各パネリストには取り組んでいる内容だけでなく、課題についてもふれてもらうようにした。

取り組みの成果と課題

【ねらいの達成状況や評価】

- パネリストの発表からそれぞれの機関で行っている在宅ケアに関わる取り組みについて知る機会となった。
- 参加者のアンケートからも、8 割が「参考になった」と回答。
- また、「お互い(多職種同士)の情報交換が大事である」、「在宅での生活を継続するためには、各専門分野の連携が必要不可欠」などの声も寄せられ、チームアプローチするうえでの課題等について考える機会になったと思われる。
- 次年度以降の継続開催を要望する声が聞かれたため、こういった連携の機会が必要とされていることが認識できた。

【取り組みの効果～高齢者等や実施団体、保険者のそれぞれの立場から見た取り組みの成果～】

(1) 実施主体から見た取り組みの成果

- 医療と介護が一同に会する機会はあまりなく、特に歯科医師や薬剤師については、ほとんど連携がなかったことからお互いの情報を共有する良い機会となった。また、効率的な業務が行われるきっかけになったと思われる。
- さらに、パネリストに行政を入れたことにより、市の現状や取り組み等について示すことができた。

(2) 参加者への好影響(アンケートより)

- 今後、他職種連携についての必要性を感じ、現場にいかせるケアを考える機会を得た。
- 在宅での生活に、場面に応じて歯科医師、薬剤師との連携も必要になってくると感じた。また、日常、関連している訪問看護、包括との関わりも、もっと深めていくことも重要となってくると思われた。
- 実際の現場でどの様に連携しているのか、症例とあわせて連携チーム毎の取り組みを知りたい。

(3) 取り組みを通じた新たな地域課題の発見や、新たな取り組みの萌芽、ネットワーク強化等の中間的な成果

- セミナーを開催したことにより、医療と介護の連携が今まで不十分であったことが浮き彫りになったため、継続して開催していくことが必要と判断した。また、実際の現場で遭遇している課題の共有、認知症を理解する場の提供、医療と介護の双方が求めていること等の課題が再認識され、より一層の連携が重要であり、その課題を整理し優先順位をつけ、どう取り組んでいくか協議する必要がある。具体的にはセミナーをどういった内容にするか関係者間で協議する小委員会の設置等。
- 今後も、医療と介護の連携の機会を設けていくことによって、高齢者への包括的・継続的なサービス提供が可能となり(高齢者へのケアの質が高まり)、こうした地道な積み重ねが、地域包括ケアシステムの構築の基盤となるのではないかと考えている。

参考 URL、連絡先

- 秋田市地域包括支援センター
<http://www.akita-houkatu.jp/>
018-862-8114

キーワード	3 層構造の地域ケア会議、地域のアセスメント、生活・介護支援サポーター、介護予防サポーター、認知症サポーター
-------	--

地域ケア会議を活用した生活・介護支援、介護予防、認知症のサポーター育成と地域力の活性化

秋田県 湯沢市

【この事例の特徴】

主任介護支援専門員が中心となってケースの個別支援と地域課題発見を行う「地域ケア個別会議」、市内 4 ヲ所の在宅介護支援センターで実施する「地域ケア会議」、直営 1 ヲ所の地域包括支援センターで実施する「地域ケア推進会議」の 3 層構造で、課題を明らかにし、解決策を探っている。支援にあたっては生活・介護支援サポーター、介護予防サポーター、認知症サポーター、市民後見人などを育成し、地域の力の活用を図っている。

地域概要

総人口:	50,398 人
65 歳以上人口:	16,443 人(32.6%)
75 歳以上人口:	9,720 人(19.3%)
要介護要介護認定者数:	2,934 人(17.8%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	4,500 円



背景・経緯

【背景】

- 秋田県湯沢市は 65 歳以上人口が全人口の 32.6%を占め、高齢化率の高い自治体のひとつである。一方、小家族化・家族分散化、また認知症高齢者の増加と、地域力の低下が著しい。公的サービスを利用する人は顕在化するが、制度の間で暮らす人、制度では対応できない支援等が課題として浮かび上がった。これを「湯沢市全体の課題」と位置付け、実施の責任主体は「行政」として、地域ケア会議の活用によって超高齢社会の地域を支える仕組みの構築を目指した。

【経緯】

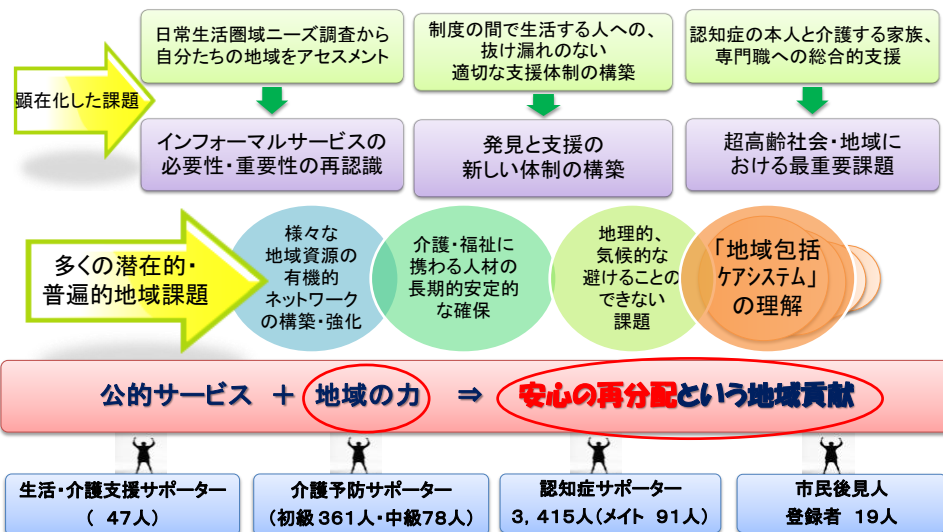
- 以下の事業に採択され、仕組みづくりを推進してきた。
 - ◇ 安心生活創造事業(平成 21 年度～24 年度)
 - ◇ 地域包括ケア推進事業(平成 22 年度～23 年度)
 - ◇ 認知症地域支援体制構築等推進事業(平成 22 年度)
 - ◇ 秋田県認知症をみんなで支える地域づくり推進市町村事業(平成 23 年度)
 - ◇ 認知症施策総合推進事業(平成 24 年度～)
 - ◇ 市民後見推進事業(平成 23 年度～)

取り組み内容と方法

【概要】

- 日常生活圏域ニーズ調査から自分たちの地域をアセスメントし、インフォーマルサービスの必要性、重要性を再認識した。
- 制度の間で生活する人への、抜け漏れのない適切な支援体制を構築するため、発見と支援の新しい体制を構築した。
- 認知症の本人と家族介護者・専門職への総合的支援を、最重要課題と位置づけた。

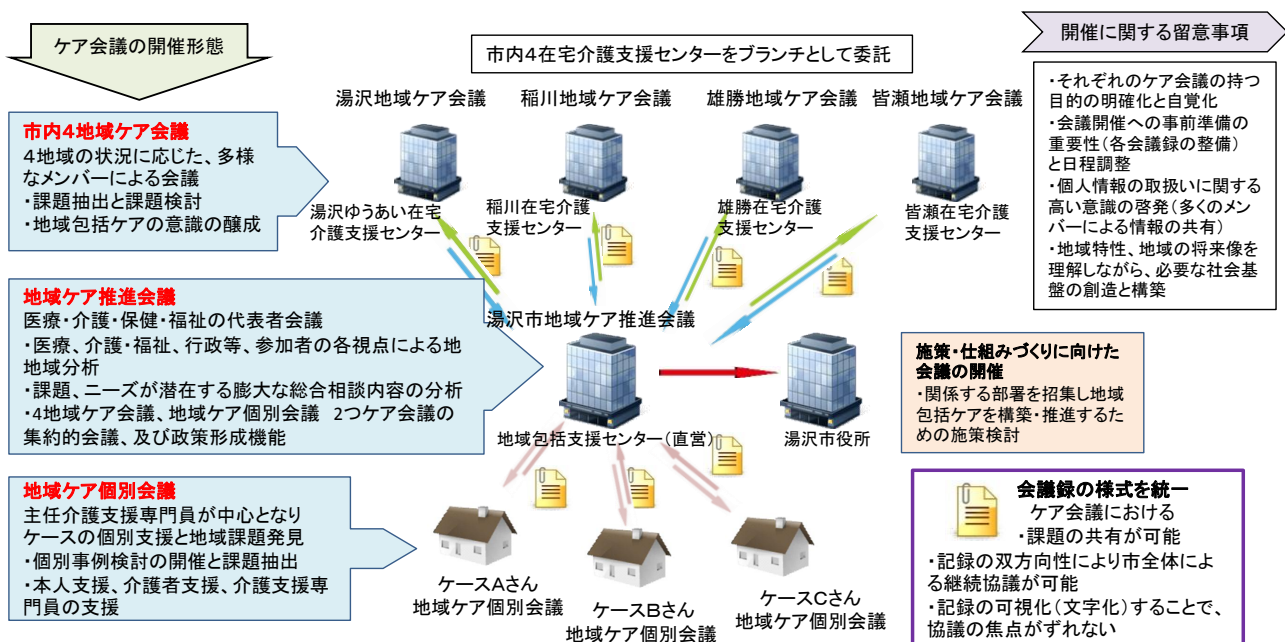
地域ケア会議の活用による「ささえ愛」の地域づくり



【関係機関】

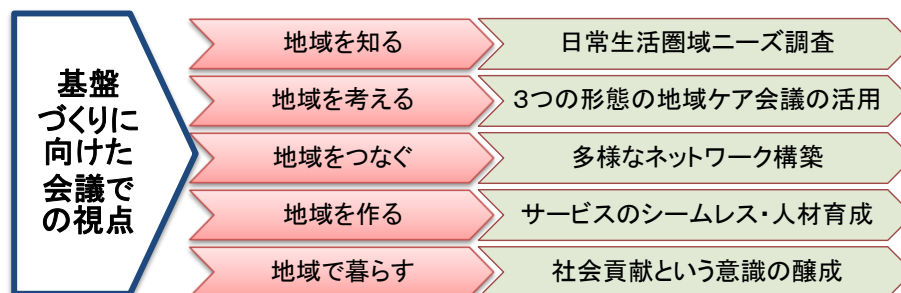
- 地域ケア個別会議、4地域での地域ケア会議、地域ケア推進会議における集約を行っている。

地域ケア会議の体制



- 地域ケア会議では、以下のような視点を重視している。

地域ケア会議における視点



取り組みの成果と課題

【成果】

- 支援者の誕生…各事業から、多くのサポーターが誕生した。これに伴い、地域には社会貢献を希望している人がたくさんいることが明らかになった。
 - ◇ 生活・介護支援サポーター（47人）⇒ 高齢者世帯等への訪問等、地域の支え手
 - ◇ 介護予防サポーター（初級 361人、中級 78人）⇒ 介護予防事業等の支援員・自主活動
 - ◇ 認知症サポーター（3,415人、メイト 91人）⇒ 本人と介護する家族の支援者
 - ◇ 市民後見人（登録者 19人）⇒ 地域貢献・社会貢献を理念とする権利擁護の新たな担い手
- 地域ケア会議が、地域ネットワーク拡大・構築のためのツールとして機能するようになった。地域ケア会議は個人の支援から地域の課題解決・施策形成まで総合的に取り組むエンジンとなっている。
- 地域包括支援センターは直営 1 ヶ所のため、情報の集約力が高く、共有・市役所各部署と直結しているという強みがある。一方で、ランチの 4 ヶ所の在宅介護支援センターとの連携・協力体制を築いている。地域ケア会議の活性化によって、ネットワークの強化につながっている。

【課題】

- 多くのサポーターが誕生したものの、各種サポーターの活躍の場がまだまだ少ないことが課題である。
- 今後、64 歳以下人口の激減が予想されている。また、地理的、気候的な避けられない課題もある。
- 「地域包括ケアシステム」の理解と周知が必要である。

参考 URL、連絡先

- 湯沢市 地域包括支援センター
0183-73-2111

キーワード ボランティアとの協働によるサロン運営、高齢者サポーター、閉じこもり防止

高齢者サロン「あったかセンター」による介護予防と生きがいづくり

福島県 白河市

【この事例の特徴】

高齢者の生きがいづくりや介護予防、閉じこもり防止を目的とし、市民ボランティア（高齢者サポーター）との協働により、高齢者サロン「あったかセンター」事業を実施している。市が実施する養成講座を受講した「高齢者サポーター」が中心となって開所するサロンに対し、市が運営費補助、設立に向けた打ち合わせ会、オープニングセレモニーなどの支援を行っている。

地域概要

総人口： 63,445 人
65 歳以上人口： 14,979 人 (23.6%)
75 歳以上人口： 8,242 人 (13.0%)
要介護・要支援認定者数： 2,697 人 (18.0%)
地域包括支援センター数： 2 カ所
第 5 期介護保険料： 5,100 円



背景・経緯

【背景】

- 白河市において、高齢者人口は増えており、高齢化率も年々上昇している。それに伴い、要支援・要介護認定者数も増加しており、介護給付費の抑制を図るため、介護予防の取り組みの充実が必要となった。

高齢者人口・高齢化率の推移

	平成 18 年	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年
高齢者人口	13,952 人	14,419 人	14,559 人	14,944 人
高齢化率	21.2%	22.1%	22.5%	23.6%

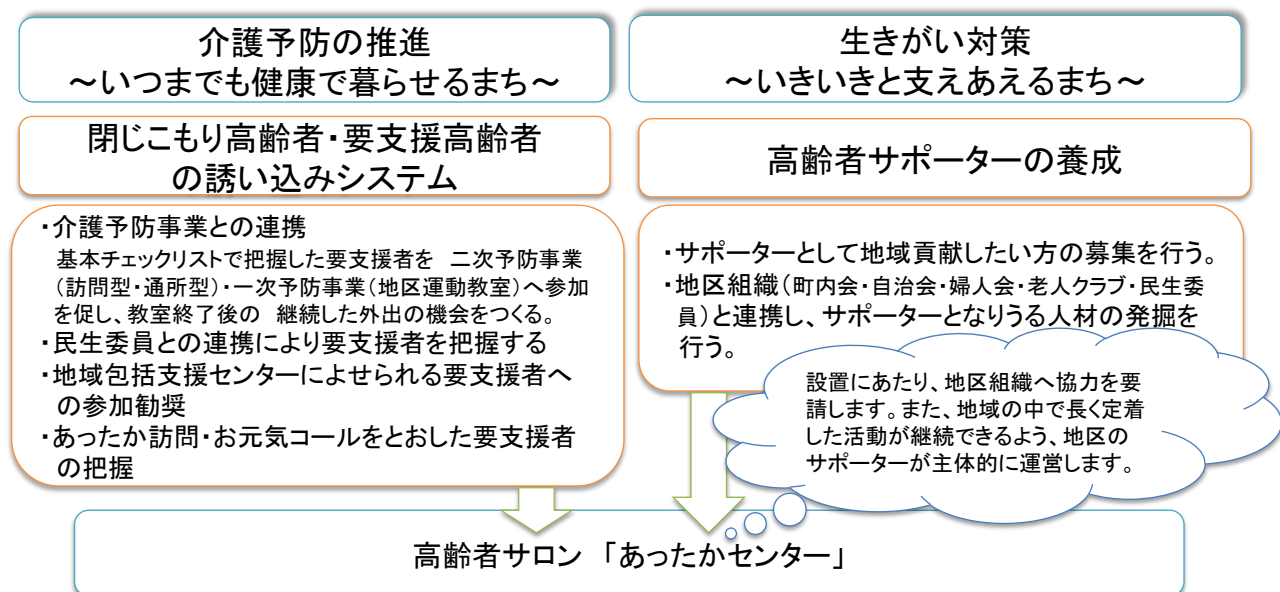
要支援・要介護認定者数と認定率の推移

	平成 18 年	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年
認定者数	2,256 人	2,465 人	2,551 人	2,796 人
認定率	15.6%	16.4%	16.8%	17.8%

取り組み内容と方法

【概要】

- 高齢者の生きがいづくりや介護予防、閉じこもり防止を目的とし、市民ボランティア（高齢者サポーター）との協働により、高齢者サロン事業を実施している。
- 高齢者サポーターの養成及び育成
高齢者が、家庭・地域・企業等社会の各分野で培った豊かな経験、知識や技能を活かし、高齢者サポーターとしてサロンの運営を行うことで、生きがい活動を行なう。また、地域の中で長く活動が続けられるよう、高齢者サポーター養成講座を受講した地域住民が主体的に運営を行う。
- 閉じこもり高齢者・要支援高齢者の誘い込みシステム
健康な高齢者に加え、家に閉じこもりがちな高齢者や要介護状態になるおそれのある高齢者も気軽に参加できるよう、地域集会所など身近な場所を会場にし、健康講話・歌・体操・作品作り・季節の行事など楽しいひと時が過ごせるように実施している。また、月に1～2回ゆったりとした時を過ごすことで、社会的孤立感の解消や自立生活の助長及び介護予防を図る。



【実施主体及び関連する団体】

- 市が実施する高齢者サポーター養成講座を受講した高齢者サポーターが中心となり、協力者とともに運営を行う。なお、サロン開所にあたり、民生委員・町内会・自治会・婦人会・老人クラブなど、関係機関と協議し、協力を要請する。

【市の関与】

- 運営費として、1つのサロンに対し、年間 120,000 円を上限に補助金を交付する。
（平成 25 年度予算額 1,800,000 円）
- 高齢者サポーター養成講座及び高齢者サポーター研修会を実施する。
- サロン設立に向けた打合せ会及びオープニングセレモニーを実施する。

取り組みの成果と課題

【成果】

- サロン数・延べ参加人数・サポーター数が増加し、現在、15 地区で開設している。

	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
サロン設置数	4 地区	4 地区	10 地区	12 地区	15 地区
参加者延べ人数		1,281 人	2,021 人	3,462 人	
サポーター養成講座修了者	23 人	25 人	23 人	32 人	27 人

※平成 22 年度は、3 地区にて開所予定であったが、震災の影響で開所ができなかったため、平成 23 年度の開所となった。

- 参加している高齢者にとっては、楽しい時間を過ごすことによって、外出の機会が増え、閉じこもり防止となっている。また、二次予防参加者を含む高齢者の継続した通所先となっており、継続した介護予防に取り組むことができる。
- さらに、ボランティアとして活動しているサポーターが社会貢献することで、サポーターの介護予防にもなっている。

【課題と今後の取り組み】

- 市内 30 地区での開所を目指す。サロンの新設に向け、町内会・自治会などの地域の組織に協力を依頼する。
- サポーターの高齢化が進んでおり、養成講座を継続的に開催して、サポーターの後継者育成に取り組む。
- サポーター向けの研修を実施し、サポーターが継続して充実したサロン運営ができるように支援する。

参考 URL、連絡先

- 白河市 保健福祉部 高齢福祉課 介護保険係
<http://www.city.shirakawa.fukushima.jp/>
0248-22-1111
- 白河市 地域包括支援センター
<http://www.shirakawa-shakyo.ne.jp/hp2010houkatu/houkatu-index.html>
0248-21-0332
- 白河市東部地域包括支援センター
0248-31-8889

キーワード	自主グループの形成、地域人材活用の仕組みづくり、介護予防推進員、大学との協働、JOSO☆ハッピー体操
-------	--

介護予防推進員の自主運営による「JOSO☆ハッピー体操」の普及促進と介護予防

茨城県 常総市

【この事例の特徴】

平成 21 年度から「介護予防推進員」を養成し、平成 22 年度から公民館等で介護予防推進員主催の介護予防教室が始まった。「介護予防推進員」登録者数は 244 人(平成 26 年 1 月現在)。年間 25 会場で開催された 471 回の介護予防教室の参加者延数は 8,696 人(平成 24 年度実績)。

一方で市オリジナル介護予防体操「JOSO☆ハッピー体操」を大学等と協働で創作し、介護予防推進員が普及に努めている。

地域概要

総人口:	66,246 人
65 歳以上人口:	15,825 人(23.9%)
75 歳以上人口:	7,934 人(12.0%)
要介護要支援認定者数:	2,242 人(14.2%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	4,800 円



背景・経緯

【背景・ねらい】

- 市内の各地域において、地域住民自らが中心となって介護予防につながる様々な活動に取り組めるよう、主に以下について支援を行う。
 - ◇ 住民の介護予防に対する知識の向上
 - ◇ 地域の社会資源を活用
 - ◇ 介護予防活動を実施するための集会場の整備
 - ◇ 各地域のリーダーとなる人材の育成
- **予算等:** 地域支援事業交付金 1,911,000 円(平成 25 年度 当初予算)

取り組み内容と方法

【取り組み内容】

- ① **常総市介護予防推進員養成研修〔開始：平成 21 年度〕**
 - 年 1 回(全 7 回)実施。高齢者の疑似体験・介助体験、高齢者の特徴(身体・疾病等)を学習。
- ② **常総市介護予防推進員現任研修〔開始：平成 22 年度〕**
 - 救命講習、レクリエーション実習、認知症サポーター研修等を実施。内容はアンケートで決定。
- ③ **介護予防推進員主催教室〔開始：平成 22 年度〕**
 - 介護予防推進員が中心となって地域の公民館等で介護予防体操や手芸、レクリエーション等を実施。
- ④ **子どもと高齢者の交流会〔開始：平成 22 年度〕**
 - 各地域にある幼稚園・保育園・保育所に高齢者が訪問し、昔の遊び等をとおして園児と交流。
- ⑤ **常総市オリジナル介護予防体操「JOSO☆ハッピー体操」の創作・普及〔開始：平成 24 年度〕**
 - 歌詞は住民から公募したフレーズをつなぎ合わせて作成。体操内容は原案の中から介護予防推進員の投票で決定。平成 25 年度から普及を開始。

【関係機関】

- ① **常総市介護予防推進員名簿登録者**
 - 各地域で高齢者のみ世帯への訪問活動や生活支援、介護者を介護している方への訪問活動等。
 - 各地域で介護予防教室の企画、開催等。
- ② **筑波大学、宮城大学、東洋大学**
 - 市オリジナル介護予防体操「JOSO☆ハッピー体操」の創作・普及支援
 - 市の介護予防事業の評価業務

【自治体としての関わり】

- 介護予防推進員や教室参加者が主体的に活動できるよう研修内容や活動内容はアンケート等で決定。
- 地域単位や個別に活動できるよう介護予防推進員名簿登録者を組織化せず、全体研修以外に地域単位で研修会を開催したり、活動方法等の相談は個々に対応している。

取り組みの成果と課題

【成果】

① 介護予防推進員主催教室実施状況

	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
会場数	13 会場	21 会場	25 会場
実施回数	149 回	194 回	471 回
参加者数(延)	2,648 人	3,197 人	8,696 人

※ 介護予防推進員主催教室の開催回数は年々増え、週 3 回開催している地域もある。

※ 自分たちの地域で採れた新米で食事会を開催し、1 回の食事会に 80 歳以上が 50 名以上集まる地域や独自に計画を立て市外の企業見学や花見に出向いている地域もある。

② 1 号被保険者認定率(3 月分状況報告)

	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年
茨城県	13.1%	13.2%	13.7%	14.1%	14.4%
常総市	13.9%	14.0%	14.3%	14.2%	14.2%

※ 県全体では年々認定率が上がっているが、当市では平成 24 年から横ばい状態。

③ 常総市介護予防推進員名簿登録者数 244 人(平成 26 年 1 月 15 日現在)

④ JOSO☆ハッピー体操普及教室 138 会場、4,134 人(平成 25 年 4 月～平成 26 年 1 月 15 日実績)

【取り組みを行う中で苦労した点】

- 介護予防推進員主催教室で手芸等の活動は自主的に進んでいったが、運動の実施には指導者が必要であった。そこで、特に指導者等が居なくても実施可能な「JOSO☆ハッピー体操」を創作した。
- 「JOSO☆ハッピー体操」の創作に当たっては、住民参加型のものとするよう歌詞の募集、体操の選定を実施。また、介護予防の効果が検証できると実感していただくために、筑波大学・宮城大学・東洋大学の協力を得て創作した。

【課題】

- 介護予防推進員主催教室の実施会場数と実施回数からわかるように、実施回数に比べ会場数の伸びが少ない。同じ会場で実施回数は増えているが、全く開催されていない地区もある等、地域によって活動状況に差がある。

参考 URL、連絡先

- 常総市 保健福祉部 いきいき支援課
<http://www.city.joso.lg.jp/joso/www/02139.html>
0297-23-2930

キーワード	買い物支援、移動店舗、牛久市買い物支援・支えあいのまちづくり推進協議会、生活協同組合
-------	--

いばらきコープ生活協同組合による買い物支援・支えあい活動から広がる新たなコミュニティの場

茨城県 牛久市

【この事例の特徴】

買い物に不自由している方々を対象に移動店舗で買い物支援を行っている。また、行政・社会福祉協議会・NPO 法人等地域の諸団体が連携して、買い物支援にとどまらない生活全般にわたる生活支援・地域共助の取り組みを推進している。さらに、地域住民の利用が広がり、新たなコミュニティの場としても定着しつつある。

地域概要

総人口:	83,460 人
65 歳以上人口:	18,761 人(22.5%)
75 歳以上人口:	6,997 人(8.4%)
要介護要介護認定者数:	2,098 人(11.2%)
地域生活支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	4,400 円



背景・経緯

【背景】

- 牛久市は、大都市近郊のベッドタウン地域で 1980 年代から市内各地に造成が進み、団地が分譲され人口も急増した。その後、30 年の時を経て子どもは独立し急速に高齢化が進行、地域のつながりの希薄化等も重なり、地域社会に新たな生活課題が生まれた。なかでも、高齢者の見守りや買い物支援、移動手段の確保は、解決が急がれる深刻な課題となった。

【経緯】

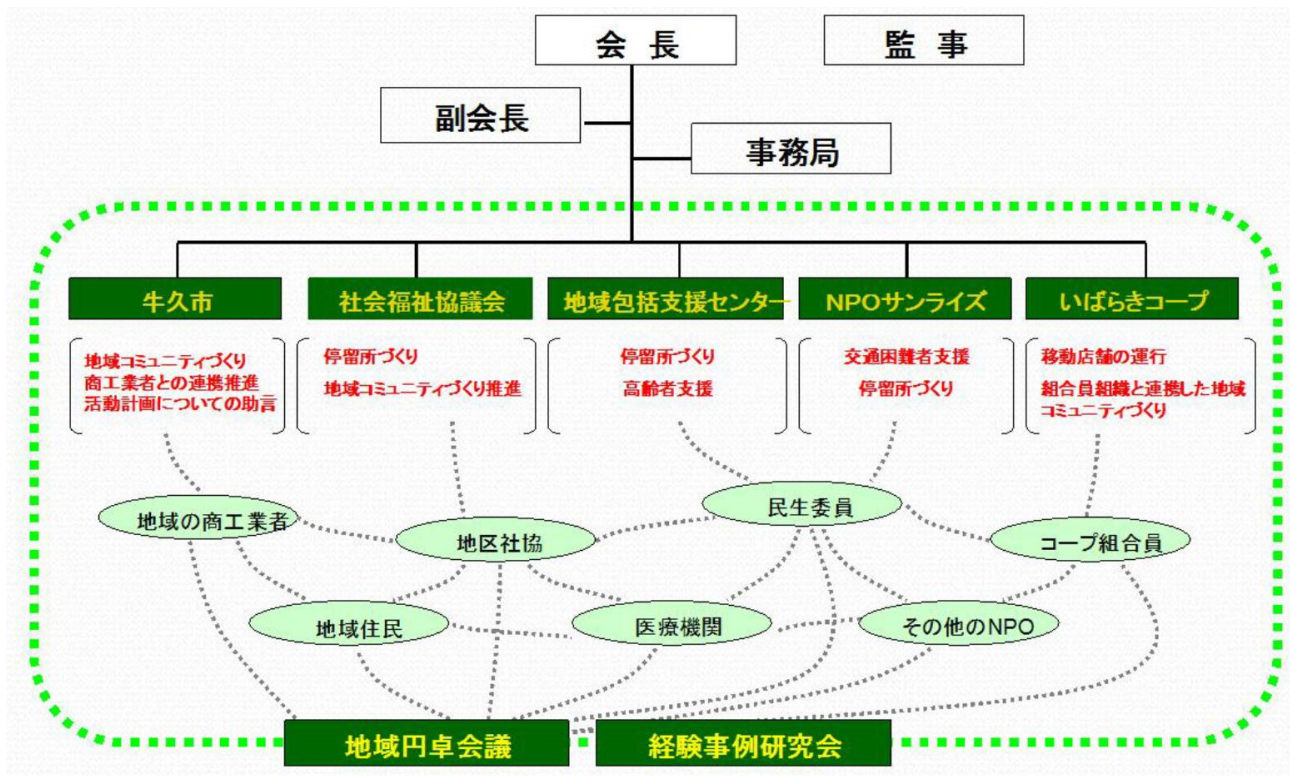
- いばらきコープでは2010年頃、フードデザート問題(食の砂漠化)を知り、高齢化に伴い、買物弱者が増加していること、更に栄養バランスの偏り等、健康問題につながっていることを知り、「移動店舗サービス」を検討、2011年2月に水戸市内で「移動店舗ふれあい便」1号車を、翌2012年5月に牛久市で「移動店舗ふれあい便」2号車の運行を開始した。
- 牛久市での2号車運行にあたり、行政や社会福祉協議会等が共通の課題認識を持っていることを知り、連携した取り組みとして展開していくこととなった。牛久市の協力を受け、「牛久市買い物支援・支えあいのまちづくり推進協議会」を結成、更に推進協議会として国の「新しい公共の場づくりのための提案型モデル事業」として補助を受け、活動が開始した。

取り組み内容と方法

【取り組み内容】

- 事業の柱として、①移動店舗巡回地域の拡大(停留所づくり)、②地域住民の交流の場、地域コミュニティづくり、③ふれあい健康教室の開催、④経験事例交流会の開催、という4事業を展開している。

牛久市買物支援・支えあいのまちづくり推進協議会



《事業の4本柱》

- ◇ 移動店舗巡回地域の拡大(停留所づくり)
- ◇ 地域住民の交流の場、地域コミュニティづくり
 - ・ 移動店舗の停留所で、牛久市健康管理課・地域包括支援センターにより、利用者を対象に健康相談会を開催している。
 - ・ ふれあい便の利用者を中心に地域の方を交えた試食会を開催している。
- ◇ ふれあい健康教室の開催
 - ・ 健康維持の視点から牛久市社会福祉協議会の呼びかけが行われ、各地区社会福祉協議会の主催により健康教室を開催している。
 - ・ 開催にあたっては、牛久市健康管理課の参加により、健康相談(血圧や血糖値測定)や塩分チェックなども実施している。
- ◇ 地域円卓会議・経験事例交流会の開催
 - ・ 地域の取り組み事例などを情報交換するための場をつくり、地域への取り組みの広がりのきっかけとしている。

- 以上のように、社会福祉協議会は、住民の主体的参加で共助の輪を広げるという視点から、地域包括支援センターは、高齢者の認知症予防・引きこもり対策の視点から、健康管理課は、健康維持・予防という視点から、いばらきコープは買物支援として、それぞれの組織が自らの役割を担う形で連携が図られている。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 「移動店舗 ふれあい便」は、週間停留所数 47 ヶ所、週間平均利用人数 260 人、週間平均供給高 264,000 円、1 日平均供給高 66,000 円(2014 年 12 月度実績)と、地域住民による利用が広がってきている。
- 地域との連携の中で、「移動店舗 ふれあい便」の停留所が増える中、買物支援に加え、地域住民のふれあいの場・交流の場となっている停留所も少なくない。
- 毎週の巡回を心待ちにしている利用者も多く、また、毎週来店している方が来店しない時などは、他の利用者が声かけを行う等、地域住民同士の安否確認の場となっている停留所も見られ、新たなコミュニティの場として定着してきている。

【課題】

- 赤字事業のため、事業としては成立していない。益々高齢化が進む中、赤字を解消し持続可能な事業として確立していくことが課題となっている。

参考 URL、連絡先

- いばらきコープ生活協同組合
<http://ibaraki.coopnet.or.jp/>
0299-48-4460

キーワード	住民参加の介護予防、シルバーリハビリ体操指導士、シルバーリハビリ体操、フリフリグッパ体操
-------	--

住民主体の介護予防事業及び認知症対策の推進

茨城県 利根町

【この事例の特徴】

茨城県立健康プラザが、地域支援事業開始前より介護予防を推進するために開催してきたシルバーリハビリ体操指導士養成講習会を修了した住民ボランティア「利根町リハビリ体操指導士の会」と厚生労働省認知症対策研究事業の一環で推進しているフリフリグッパ体操の普及推進ボランティア「利根フリフリクラブ」を基盤として、活発な活動がされている。地域支援事業の一次予防教室・二次予防教室とのつながりのもと、地域に根付いた住民主体の介護予防事業を進めている。

地域概要

総人口:	17,481 人
65 歳以上人口:	5,659 人(32.4%)
75 歳以上人口:	2,071 人(11.8%)
要介護要介護認定者数:	628 人(11.1%)
地域生活支援センター数:	(直営) 1ヵ所
第5期介護保険料:	4,070 円

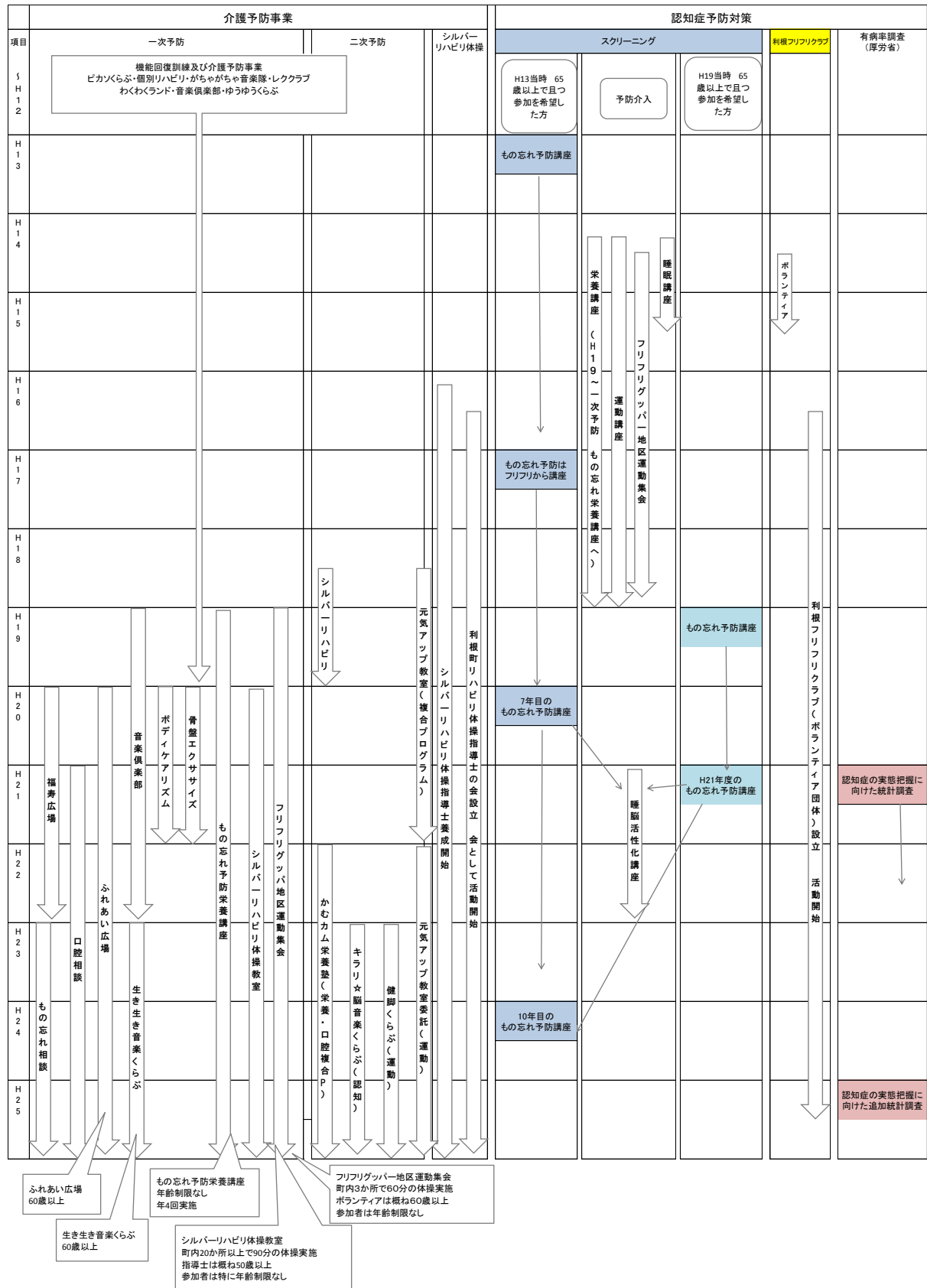


背景・経緯

【背景】

- 平成 13 年度に厚生労働省認知症対策研究事業を受け、筑波大学のもと、未だ確立されていない栄養・運動・睡眠による認知症の予防法にどの程度効果があるかを明らかにすることを目的とした調査研究に参加する等、町の認知症予防対策に継続して力を入れてきた。
- そして、地域支援事業の一次予防として、早期の認知症予防につなげるべく相談体制の実施、二次予防として各二次予防教室につなげる等、研究事業から町予防事業へと移行している。
- 平成 16 年には利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座受講生等を対象に、モデル事業として茨城県立健康プラザがシルバーリハビリ体操 3 級指導士養成講習会を実施した。
- その後町は、継続して指導士を県と共同事業で養成し、地域にてシルバーリハビリ体操教室の開催・開拓を行うことで介護予防の推進を図っている。
- 介護予防を担う地区組織として「利根町リハビリ体操指導士の会」及び「利根フリフリクラブ」が設立され、お互いボランティアの連携で実施されている。
- 平成 18 年度には地域支援事業が創設されたことにより、それぞれの活動を地域支援事業に位置付け、現在行政も継続的な活動支援を行っている。

利根町における介護予防事業・認知症予防対策の取り組み経緯



【経緯】

- 平成 13 年から 5 ヶ年にわたり「厚生労働省認知症対策研究事業」を受け、認知症予防対策事業を行い、認知症予防体操(フリフリグッパ体操)の推進を担うボランティア組織「利根フリフリクラブ」が設立される。
- 平成 14 年から「フリフリグッパ体操を中心とした地区運動集会」を月 6 回、3 会場でボランティアと行政が協働で実施し、現在も継続中である。
- 平成 16 年度茨城県のモデル事業としてシルバーリハビリ体操指導士 3 級養成事業が実施され、シルバーリハビリ体操の普及活動を通して介護予防を推進するボランティア組織「利根町リハビリ体操指導士の会」が設立される。
- 「利根町リハビリ体操指導士の会」が国保診療所の 1 室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになったことを皮きりに、普及活動が活発に行われ、現在町内 13 会場で月 2～4 回のシルバーリハビリ体操教室が実施されている。
- 平成 18 年度より地域支援事業が創設されたことにより、以前から行われていた介護予防事業をすべて地域支援事業として位置付け、継続している。

取り組み内容と方法

【取り組みの内容】

(1) 一次予防事業

① 住民主体

- 下記の 2 活動は利根町の介護予防事業の大きな柱として地域に根差した活動を展開しており、住民主体の介護予防事業として継続して実施している。

＜フリフリグッパ体操＞ 認知症予防対策として、町介護予防事業と連携しながら、認知症予防体操であるフリフリグッパ体操の普及を行っている。

＜シルバーリハビリ体操＞ 利根町リハビリ体操指導士の会の活動として、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。

② 行政主体

- 一次予防事業として、「ふれあい広場」「生き生き音楽くらぶ」「もの忘れ予防講座」「もの忘れ相談」「口腔相談」などを実施している。

(2) 二次予防事業

- 運動分野:「元気アップ教室」「健脚くらぶ」
- 口腔ケア及び栄養分野:「かむカム栄養塾」
- 認知機能分野:「きらり☆脳音楽くらぶ」などの活動を行っている。

【専門職の関与】

- 保健師
各体操教室の運営にあたり啓発活動や支援を行い、また必要な方への参加を勧めている。
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押ししている。

取り組みの成果と課題

【成果】

- シルバーリハビリ体操教室及びフリフリグッパ―体操を中心とした地区運動集会は年間 700 回を超え、参加者数も延 14,000 人を超えており、高齢者同士の楽しみの場として社会参加の機会となっている。
- 県の報告によると、シルバーリハビリ体操指導士数が多い市町村は、軽度要介護者の認定率が低い。また、指導士の活動数が多い程、軽度介護認定者の割合が少ないことがわかった。平成 25 年 10 月現在の要介護認定率は 10.8% で県内で一番低い。
- 地区運動集会で行っているフリフリグッパ―体操は血液循環を高め、脳の活性化になることが実証されている。

【課題】

(1) 普及啓発

- 急速に高齢化が進む中、介護予防対象者が増加することが予測される。しかし、毎年実施される介護予防教室の参加率は対象者の 1～2 割程度となっている。
- 今後も介護予防の重要性についての普及啓発の推進を図る必要がある。
- 教室対象者に各二次予防事業の教室の説明会を実施し、本人に生活機能の向上を図る必要性を説明している。
- 認知症予防教室を開催するにあたり、町内医師会や民生委員に説明会を開催し理解・協力をもらう。「もの忘れ」の言葉に統一し、広報・チラシ・ポスターで啓発活動をした。

(2) ネットワークづくり

- 町内で行っているシルバーリハビリ体操とフリフリグッパ―体操との連携で本人の自立状況を踏まえた介護予防事業体制を今後ますます進めていくこと。
- 認知症高齢者やその高齢者を介護する家族の不安や負担を軽減するために相談窓口を設置しているが、利用者が増えることが難しい現状であるので、関係機関や他職種との連携・地域住民(民生委員・ボランティア)とのネットワークづくりにより日常的な支援を図る必要がある。
- 気になる方への個別アプローチが必要になってくるため、ネットワーク強化が必要である。

(3) ボランティアの育成

- 今後「元気高齢者」を一人でも多く増やしていく一次予防事業の強化が重要であるため、ボランティア組織の継続した育成及び自主活動化に向けた活動支援をしていくことで、住民主体の一次予防事業の活性化につながると考える。
- ボランティアも高齢化しており、現在の活動の機能や内容を維持していくことが困難な状況になることが予測されるため、新規ボランティアの募集と活動の在り方を検討していく。

(4) 継続した支援体制

- 介護予防教室終了者の支援体制が構築されていない現状であるが、今後継続した生活機能の維持・向上が期待できる体制づくりが必要だろう。

(5) 新しい社会資源

- 新しい社会資源の開拓や活用をすることにより、より幅広い介護予防につながっていき、町全体の地域力を高めることになる。

参考 URL、連絡先

- 利根町 保健福祉センター内 地域包括支援センター
0297(68)8291
- 利根町 保健福祉センター 介護予防事業の紹介ウェブサイト
<http://www.town.tone.ibaraki.jp/index.php?code=901>
- 利根町 利根フリフリクラブ (フリフリグッパ体操)
<http://www.iba-tonet.jp/group.php?mode=detail&code=2>

キーワード 介護予防に関するボランティアの養成、ピンシヤン！元気体操、高齢者サロン

介護予防ボランティアによる「ピンシヤン！元気体操」の普及促進と介護予防

群馬県 前橋市（下川淵地区）

【この事例の特徴】

歩いて通える身近な場所で介護予防のプログラムを実施できるよう、その中心となる高齢者ボランティア「介護予防サポーター」を養成している。平成 17 年度から 24 年度までの 8 年間に 630 人が介護予防サポーターとして登録した。介護予防サポーター（登録者）全員に、市オリジナル体操「ピンシヤン！元気体操」CD、DVD を無料提供し、サポーターを通じて市内の普及に努めている。

地域概要

総人口：	340,945 人
65 歳以上人口：	84,766 人(24.9%)
75 歳以上人口：	42,132 人(12.4%)
要介護要支援認定者数	14,557 人(17.2%)
地域包括支援センター数	11 ヲ所
第 5 期介護保険料：	4,825 円



背景・経緯

【背景】

- 前橋市では、地域包括支援センター設置圏域単位(11 ヲ所)での送迎付の通所型介護予防事業の実施、老人福祉センターなどの市有施設で毎日「ピンシヤン！元気体操」を実施するなど、介護予防プログラムに参加・継続しやすい体制づくりに力を入れている。
- 特に、マイカー社会である本市において移動手段の確保が難しい高齢者が、歩いて通える身近な場所で介護予防のプログラムを実施できるよう、その中心となる高齢者ボランティア「介護予防サポーター」を養成し、活動を支援している。
- ただし地域での活動を活性化するためには、市内一律の方法ではなく、その地域の特色や実情に合わせて工夫をする必要があり、特に自治会や民生委員などの地域役員・組織との連携、既存の地域行事の活用、PR 活動の有無などに大きく左右される。そこで、介護予防サポーターを15の居住地域毎に組織化し、それぞれが地域に合った活動方針や内容を決定する形で進めることとなった。

【経緯】（下川淵地区の例を中心に）

- 平成 17 年度 前橋市で介護予防サポーター養成研修 開始(その後県下全域で実施)
- 平成 20 年度 下川淵地区で最初の「ピンシヤン！元気体操」実施グループ立ち上げ
- 平成 22 年度 地区サポーターの要望により下川淵地区でサポーター養成研修を追加実施
- 平成 23 年度 サポーター数増加のため、市内 15 の居住地域毎に組織化

下川淵地区では、サロン運営の中心は民生委員のため、民生委員全員がサポーター養成研修を受講する方針を決定

- 平成24年度 公民館と話し合い、下川淵地区運動会でPR活動を実施(「ピンシャン! 元気体操」披露)
 - 平成25年度 三世代交流イベントでPR活動、脳トレ・「ピンシャン! 元気体操」披露
- 下川淵地区内(10町)で13の高齢者グループ(サロン)が立ち上がり、体操を中心とした介護予防活動を実施
- **予算等:**地域介護予防活動支援事業の一環として実施(平成25年度予算 310万円)

取り組みの経緯



取り組み内容と方法

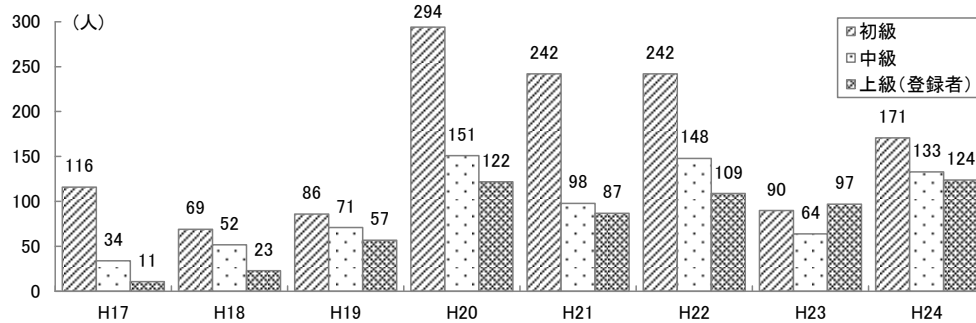
【概要】

- 歩いて通える身近な場所で介護予防のプログラムを実施できるよう、その中心となる高齢者ボランティア「介護予防サポーター」を養成し、平成17年度から24年度までの8年間に630人が介護予防サポーターとして登録している。
- なかでも、下川淵地区(人口8,803人、65歳以上人口2,071人、高齢化率23.5%)における介護予防サポーター登録者数は79人に上る。平成25年5月現在、地区内13カ所のグループで、サポーターが体操を実施している。

【これまでの実績】

- 介護予防サポーター養成研修を継続している。平成17年度から24年度までの8年間の初級研修修了者は1,310人、中級研修修了者は751人、上級研修修了者(登録者)は630人に上る。
- 平成24年度の養成研修として、初級、中級、上級研修をそれぞれ2回実施している。
- 市主催で介護予防サポーターを対象にスキルアップ研修(救命救急)、リーダー会議を実施している。
- 介護予防サポーターが主となって「介護予防まつり」を運営し、市民向けに普及啓発を行っている。

介護予防サポーター養成研修 修了者数の推移



【関係機関の役割】

- 市 介護高齢課
 - ◇ 介護予防サポーター養成研修(初級～上級)の実施
 - ◇ 介護予防サポーター(登録者)全員に「ピンシャン！元気体操」CD、DVD の無料提供
 - ◇ ボランティア保険への加入(市負担)
 - ◇ グループ・サロンへの体操指導、CD・DVD の配布
 - ◇ 圏域別定例会⇒居住地域毎に活動方針・活動内容の検討、スキルアップ研修の実施
 - ◇ 広報誌「介護予防サポーターだより」の発行、全戸回覧(年2回)
 - ◇ 介護予防活動ポイント制度の導入によるバックアップ⇒サポーター活動をポイント化し買い物券等に交換
- 市 社会福祉協議会
 - ◇ 「ふれあいいきいきサロン」制度との連携⇒運営費の助成
 - ◇ 自治会との連絡調整
 - ◇ 介護予防活動ポイント業務委託(ボランティアセンター)
- 地域リハビリテーション広域支援センター(県の委託事業、医療機関(財団法人)が受託)
 - ◇ スキルアップ研修の実施
 - ◇ 養成研修の運営協力
 - ◇ 介護予防普及啓発イベントへの協力、参加
- その他
 - 必要に応じて、地域包括支援センター、自治会連合会、民生委員児童委員連絡協議会による協力あり

取り組みの成果と課題

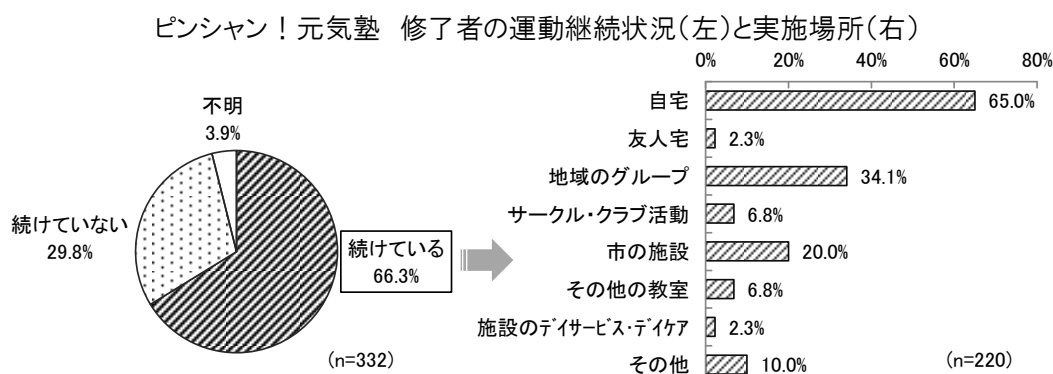
【活動実績ならびに地域における成果】

- 当初、サポーター養成研修は、自身のために介護予防を実践できる人の育成を目的としていたが、地域に高齢者の居場所が必要だと考える地域の高齢者や自治会のニーズと合致し、コンテンツの提供は市が、サロン運営費などの助成は社会福祉協議会が担う形で、サポーター育成とグループの立ち上げを並行して行ってきた。その結果、サポーター登録者数は 630 名となり、15 圏域でそれぞれ平均約 40 名のサポーターが登録している計算になる。一方、高齢者サロンの数も 247 カ所、うち体操を実施しているグループは 165 会場に上る(平成 25 年 10 月現在)。
- 先述のとおり、地域の実情によって求められるサポーター活動も異なると考えられるため、圏域毎に意見交換会を定例的に実施し、その地域に合った活動を検討、実施している。特に、例に挙げた下川淵

地区では、高齢者の居場所づくりのためにまずは地域のサポーターを増やすことを課題とし、地域内での養成研修の開催、民生委員への受講勧奨、公民館に働きかけて地区の様々なイベントでPR活動などを実施することで、これまでに他地区を大きく上回る79名のサポーター登録、また10町で13の体操実施グループの立ち上げという成果を上げている。また、民生委員がサポーターになることで、役職を退いた後も、サポーターの肩書きで地域活動に継続して携わることができ、培った地域づくりのノウハウを次代にスムーズに引き継げるというメリットも生まれている。

【参加者における成果】

- 平成22年度中に通所型介護予防事業「ピンシャン！元気塾」に参加した修了者384人を対象に、平成24年2月に郵送調査を行い、332人から回答を得た(有効回収率86.4%)。



【課題】

- これまでのサポーターの活躍により、地域のサロン・グループ数は大幅に増えたが、一方で新規グループの立ち上げが難しい時期にさしかかっており、サポーターの新たな活動の場の確保が困難になってきている。このような状況の中、民生委員などのバックグラウンドがありスムーズに地域活動に入れる人がいる反面、登録はしたものの地域で役割を見つけられずモチベーションを失ってしまう人もおり、個々の自主的な取り組みに任せる形は限界にきている。養成研修の受講者数の増加を見ると、高齢者の介護予防への意識、地域貢献活動への関心が高まっているのも事実であり、高齢者(サポーター)が活動できる場の拡充が急務となっている。
- 二次予防事業参加者の追跡調査では、教室終了後に地域のグループで介護予防プログラムを継続している人の割合は約3割程度にとどまっており、せっかくある社会資源を生かしきれていない現状がある。そこで、サポーターが参加者と地域の顔つなぎ役となることを期待し、二次予防事業のスタッフとしての活動を開始した。また、今後はグループ運営にとどまらず、地域高齢者の生活支援に活動を拡げていくことを検討しており、地域包括ケアシステム・新しい総合事業の中でも重要な位置を占めるようになると考えている。

参考 URL、連絡先

- 前橋市 福祉部 介護高齢課 介護予防係
 - 前橋市 介護予防サポーター 養成講座
- <http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/105/p002001.html>

キーワード	ボランティアとの協働によるサロン運営、ふれあいの居場所、居場所づくり勉強会、住民同士の支え合い
-------	---

「ふれあいの居場所」から広がる地域住民同士の支え合い

群馬県 富岡市

【この事例の特徴】

年齢や性別を問わず誰でも気軽に集い、自由な時間を過ごすことができる場所として住民が主体となって立ち上げる「ふれあいの居場所」の運営を自治体が側面支援している。12 の拠点で、サロンや趣味活動、相談やイベントなどを実施している(平成 25 年 7 月現在)。

地域概要

総人口:	51,724 人
65 歳以上人口:	14,006 人(27.1%)
75 歳以上人口:	7,361 人(14.2%)
要介護要支援認定者数:	1,994 人(14.2%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	4,208 円



背景・経緯

【背景】

- 一人暮らし高齢者をはじめとする単身世帯が増加し、地域における人と人とのつながりが希薄化している。
- 地域での孤立による不安、孤独死や児童・高齢者への虐待なども社会的な問題となっている。
- 地域との関わりが持てず、外出や人と話しをする機会が減り、心身の健康が維持できず医療や介護が必要な状態となり、尊厳のある自分らしい生き方を全うできない住民が増えていくことが予想される。
- 地域包括ケアシステムの実現には住民基盤(住民同士が支え合う体制)がどうしても必要だった。
- 地域包括ケアの実現には、既存の行政サービスを充実させていくことにとどまらず、インフォーマルなサービスを発掘・推進していくことや、様々な地域資源を活用し、地域力を底上げしていくことが不可欠と考え、平成 23 年度から住民と協働で、支え合う絆の深い地域をつくっていくための取り組みに着手した。

【予算等】

- 富岡市では「富岡市ふれあいの居場所づくり事業補助金交付要綱(平成 24 年 6 月 25 日施行)」に対し、居場所立ち上げに必要な初度設備費に対し、1カ所あたり 30 万円を上限に補助
平成 24 年度予算額 3,000 千円(300 千円×10カ所)
- 群馬県地域支え合い体制づくり事業費市町村補助金 1,800 千円(平成 24 年度実績額)
- 地域支え合い体制づくり事業(厚生労働省) 1,800 千円(平成 24 年度)

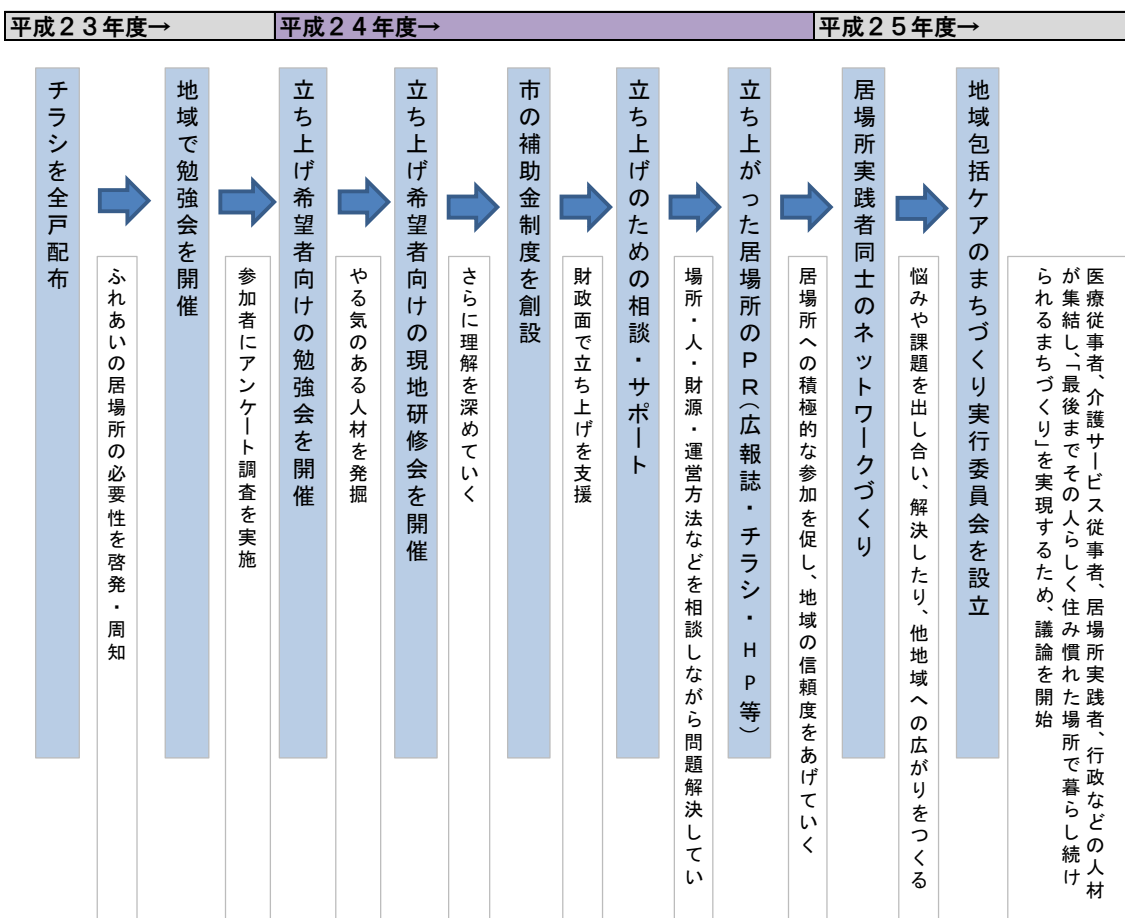
【経緯】

<平成 23 年度>

- 平成 23 年 12 月 1 日 事業周知のためチラシを全戸配布
- 平成 24 年 1 月 22 日 居場所づくり勉強会(富岡市役所会議室) 76 名参加
- 平成 24 年 2 月 26 日 居場所づくり勉強会(妙義中央公民館) 48 名参加
- 平成 24 年 3 月 18 日 居場所づくり勉強会(生涯学習センター) 41 名参加

<平成 24 年度>

- 平成 24 年 5 月 13 日 居場所立ち上げ勉強会 31 名参加



取り組み内容と方法

【「ふれあいの居場所」の概要】

- 年齢や性別を問わず誰でも気軽に集い、自由な時間を過ごすことができる場所
- 運営する人は、趣味や特技、知識と経験を生かし、その場所で様々な活動を行うことができる
- ふれあいの居場所が地域にあることで、支え合い・生きがい・社会貢献・介護予防・孤立予防・世代間交流など様々な効果生まれ、市民同士が支え合う絆の深い地域づくりの拠点となる
- 居場所運営に必要な改修・修繕費、物品購入費に対し、自治体が年間 30 万円を上限に補助している

【具体的な12事例】

平成 25 年 7 月 31 日現在

① 17地区ふれあい場所

- 運営日: 随時
- 内容: 地域の居場所かつ気軽に立ち寄れる場所として、コミュニティーカフェの開催。定期的なサロンの開催、歌声喫茶の開催、懐かしの映画館の開催、簡単な料理作り、高齢者の見守り活動

② めきさき元気会

- 運営日: 第 1、3 木曜日と毎週金曜日、会場: 社会教育館内、内容: 月 2 回のうどんの会を開催

③ ふれあい居場所あゆみ

- 運営日: 月曜～金曜(祝祭日を除く)午前 10 時～午後 4 時、会場: 観音前住宅の東
- 内容: 健康指導士や心理相談員による健康相談、健康チェック、カラオケなどの趣味活動

④ ふれあいの居場所するすみ

- 運営日: 毎日、午前 9 時～午後 5 時 30 分、会場: 特別養護老人ホーム妙義内
- 内容: 無料休憩スペースで地域のふれあい交流、喫茶するすみ、ポーセリング教室

⑤ よりみち

- 運営日: 平日午後 4 時から。土日午後 1 時から
- 内容: 傾聴、野菜づくりと販売

⑥ こだま・やまびこふれあい居場所

- 運営日: 土日、会場: 上丹生三区公会堂西へ約 100m
- 内容: 地域住民同士のふれあいと交流、そば、大豆、麦、ひまわりの栽培

⑦ 大正湯ふれあい広場

- 運営日: 平日と土曜日 午後 3 時～8 時、会場: 大正湯、内容: 地域住民同士のふれあいと交流

⑧ なかよし館

- 運営日: 原則毎日、会場: 小桑観音音から西へ約 250m
- 内容: 地域住民同士のふれあい交流

⑨ 3区ふれあい交流館

- 運営日: 原則毎日、会場: 3 区区民会館内、内容: 地域住民同士のふれあいと交流、イベント計画中

⑩ ふれあい広場 大島

- 運営日: 平日午前 9 時～午後 3 時、会場: 大島鉱泉内、内容: 住民同士のふれあいと交流

⑪ ふれあいの居場所 青い鳥

- 運営日: 原則毎日、会場: 有料老人ホームアットホーム尚久富岡東内
- 内容: 音楽喫茶、簡単な体操器具を使った運動、お菓子講座、地域の交流の場

⑫ ふれあいパーク岡成

- 運営日: 随時、会場: ふれあいパーク岡成
- 内容: ふれあいカフェ、よろず相談、よろず道楽、寺子屋事業、農産物事業、各種イベント

取り組みの成果と課題

【成果】

- 支え合う仲間ができ、生きがいを持った元気な高齢者等が増えたことにより、介護給付費等の抑制につながっている(第5期介護保険料→第4期から据え置き 基準額 4,208 円/月)。
- 地域のお世話役(リーダー)を発掘することができ、14ヵ所(平成25年12月末現在)の居場所が立ち上がった。同時に、ボランティアや生きがい活動に参加する人が増えた。
- それぞれの地域課題(例えば、「移動手段がなくて外出できない人がたくさんいる」「人の役に立ちたいと思っているが地域にはそういった機会がない」など)を解決したいという気持ちが形となって表れた。→解決に向けた取り組みが行われるようになった。
- 好実践事例が他の地域へも影響し、広がっていったケースもあった。
- 居場所実践者同士のネットワークもできつつあり、運営上の悩みなどを相談し合える。
- 公的サービスでは賄いきれない部分を補完するインフォーマルサービスの創出につながった。



17 地区/空き家を地域の手作りで改修し居場所に
(ソバ打ち&試食会の様子)



ぬきさき元気会/年間延べ1,800人も参加
(ラフターヨガを楽しむ様子)

【課題】

- 居場所がない地域など、市全体に支えあいの体制を広げたい。政策的に居場所を普及させてゆくためには、今後、地域バランスも考えていかなければならない。

参考 URL、連絡先

- 富岡市 地域包括支援センター 事業案内
<http://www.city.tomioka.lg.jp/unit/005/005/project.html>
- 富岡市 健康福祉部 高齢介護課 地域包括支援センター
0274-62-1511(代)

キーワード	医療・介護連携、地域ケア会議、バックアップシステム、多職種連携研修、ICT活用、市民啓発、地域医療連携センター
-------	---

地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・多職種連携の推進と地域ケア会議の開催

千葉県 柏市

【この事例の特徴】

「いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる社会」を目指し、在宅医療の体制整備を目的として、在宅医療従事者の負担軽減、多職種連携、地域住民への普及啓発、人材育成、拠点の整備を進めている。

また、在宅生活を送るうえでの困難事例解決に向け、地区ごとに地域ケア会議を開催し、専門職や地域住民が一体となって公的サービスとインフォーマルサービスに医療を効果的に結びつける取り組みを行っている。

地域概要

総人口:	402,337 人
65 歳以上人口:	87,960 人(21.9%)
75 歳以上人口:	36,310 人(9.0%)
要介護要支援認定者数:	11,675 人(13.3%)
地域包括支援センター数:	7 ヲ所
第5期介護保険料:	4,200 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 在宅医療の推進にあたり、柏市では多職種の中心として医師会がリードし、市が事務局的な役割を担い、全体の調整と関係機関・団体への呼びかけを行っている。これにより、全市を網羅する多職種団体が参加して関係づくりやルールづくりを行うことが可能となり、「点」ではなく、「面」としての事業展開を実施している。また、市民に対しては、地域関係団体との日頃の連携により、全域での在宅医療に関する啓発を進めている。
- 地域で在宅生活を送るうえで、サービス担当者のみでは課題解決が困難な個別のケースについて、医療・介護職種やインフォーマルサービスの担い手が一堂に会し検討することにより、それぞれのサービスを有機的に結びつけ、地域における課題解決を図っている。
- **背景:**在宅医療連携拠点事業(厚生労働省) 6,348,000 円(平成 24 年度)

取り組み内容と方法

【概要】

1. 在宅医療推進の取り組み

(1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

● かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ(主治医・副主治医制)

- ◇ 共同で地域全体を支える体制の構築:1 つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支えることで多くの患者を支えるシステムを構築(「点」から「面」に)
- ◇ 主治医・副主治医の仕組みの構築:主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供

● 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

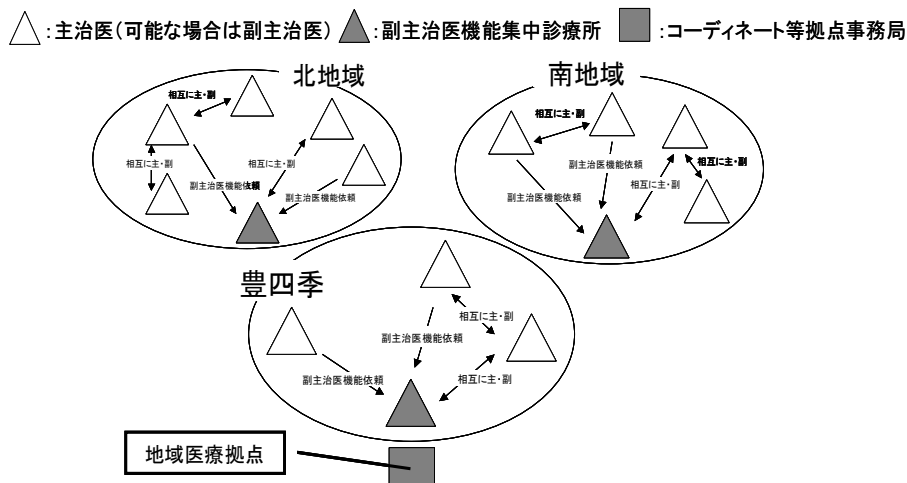
【病院側】

- ◇ 在宅医療への移行時には、在宅側の要望を踏まえた様式を使用する。
- ◇ 在宅患者の急性増悪時等には、原則として退院元の病院が受け入れる。(夜間等で受け入れが困難な場合は、他の病院が一旦受け入れて、後日、可能な場合は退院元に転院する。)

【在宅医療側】

- ◇ 急性増悪時には原則として在宅側スタッフが訪問して対応する。
- ◇ 入院時には在宅主治医等から病院の救急担当に対して必要な診療情報や 患者・家族の意向を情報提供する。

在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築



(2) 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- 在宅医療多職種連携研修の実施により、在宅医療を行う医師を増やし、多職種連携を推進
- 訪問看護の充実強化:看護師復職フェアの開催、訪問看護フォーラムの開催
- 医療職と介護職との連携強化:連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる 5つの会議の開催(医療WG、連携WG、試行WG、10病院WG、顔の見える関係会議)

在宅医療を行う医師等の増加と多職種の連携

在宅医療研修

受講者（約50名）

医師・歯科医師・薬剤師・
病院関係者・訪問看護師・
介護支援専門員・理学療法士・
作業療法士・地域包括支援
センター職員、管理栄養士等

参加資格 多職種団体からの推薦

実施者

主催：柏市医師会・柏市

共催：柏市歯科医師会・柏市薬剤師会・
柏市訪問看護連合会・
柏市介護支援専門員協議会・
柏市リハビリテーション連合会

協力：東京大学高齢社会総合研究機構

後援：国立長寿医療研究センター

傍聴者（多数）

平成23年5月から4回実施
これまでに約200名受講

2013年1月26日（土）
14:00～19:00
医師・多職種*

1月27日（日）
9:00～17:30
医師・多職種*

主な内容

在宅医療の果たす
べき役割（総論）

在宅医療を支える
医療・介護資源

医療介護資源
マップ作成

多職種WS①
緩和ケア

多職種WS②
認知症

在宅医療の導入
認知症患者のBPSD
への対応と意思決定
支援

報酬・制度

在宅医療を推進する上での
課題とその解決策

目標設定

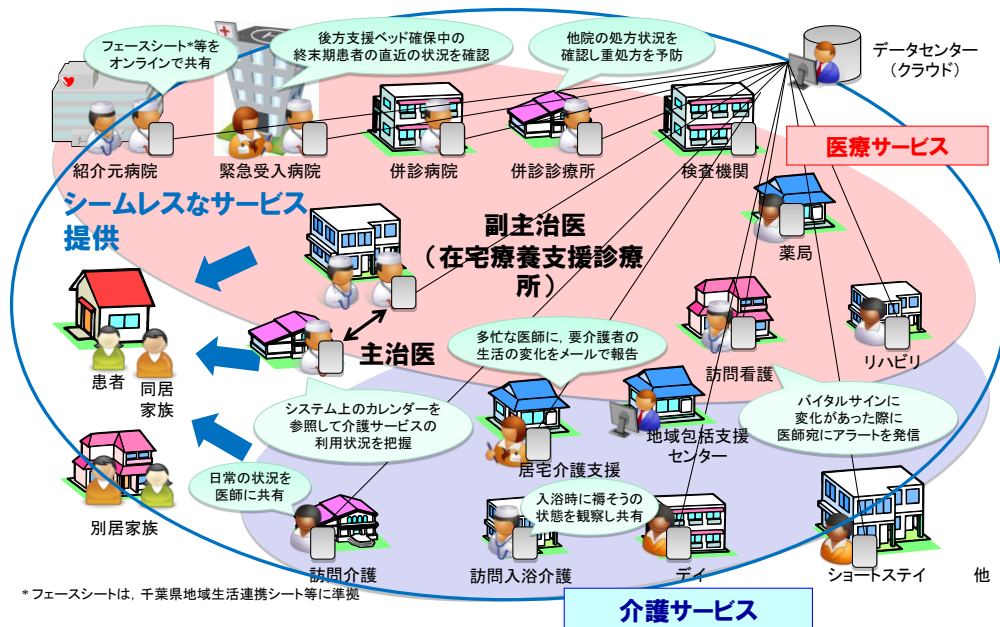
修了式



(3) 情報共有システムの構築

- タブレット端末、パソコン等により、関係職種同士がリアルタイムに情報共有

情報共有システムの構築



(4) 市民への啓発、相談・支援

- 市民説明会・意見交換会: 民生委員、健康づくり推進員、ふるさと協議会等の役員を対象として、開催(平成23年度:計4回、約200名参加、平成24年度:計63回開催、約1,600名参加)
- 在宅ケア市民集会: 平成23年2月から計3回実施、約450名参加

(5) 上記を実現する中核拠点(柏地域医療連携センター)の設置

- 患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能(主治医・副主治医、多職種の推薦)
- 医師・多職種による在宅医療・看護・介護のコーディネート機能
- 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能
- 市民相談・啓発機能

2. 地域ケア会議の開催

(1) 北部 2 エリア

① 開催の経緯

- ケアマネジャーから地域包括支援センターにケースについて相談があり、今後の地域の傾向を懸念し地域ケア会議を開催し、担当者のみで悩むのではなく、多職種からアドバイスをもらうことができれば支援の間口が広がるのでは、という所から会議の開催を決めた。
- ケアマネジャーからの相談内容とは、精神疾患のある高齢者を担当しており、同居の息子も同様に精神疾患、母親の薬の管理や栄養への適切な対応ができていない。また、この息子はサービスに結びついていない。当エリアでは、このケースのように親子で援助が必要なケースへの対応が増加傾向であった。

② 地域ケア会議のねらい

- 本人の服薬について、医療専門職(医者、訪問看護、薬剤師)から服薬に関する情報共有やアドバイスを受けることができ、オブザーバーとして参加する他のケアマネジャーへ医療専門職との連携について情報提供ができる。
- 栄養摂取に偏りがあるため専門職(管理栄養士)から助言を受け、ケアプランに活かすことができるようにする。
- 知的障害を持つ息子について、行政機関(障害福祉課等)への自立支援策の働きかけと情報共有。

③ 地域ケア会議の出席者

- 行政: 柏市福祉政策室・柏市福祉活動推進課・柏市障害福祉課・柏市生活支援課
- 助言者: 柏市医師会・柏市薬剤師会・東葛北部在宅栄養士会
- 援助者: 担当ケアマネジャー・担当訪問看護ステーション
- 見学者: 地域のケアマネジャー 6 名

④ 会議での助言者としての役割

- 薬剤師: 服薬している薬の効能や、服薬管理(一包化)について説明する。
- 管理栄養士: バランスの取れた食生活に向け、介護者である息子(障害者)が簡単に取り組める調理の工夫について助言し、具体的な支援につなげる。
- 医師: 個別事例に対するアドバイスや予後について助言する。

(2) 沼南エリア

① 開催の経緯

- 90 歳(要介護1)と91 歳(要介護 1)の兄弟二人暮らし世帯が3 年前に家を新築し転入してきた。生活は自立しているが、近頃、弟の認知症が進行し、隣人宅への被害妄想や呼び鈴を押してしまう、また、自治会のゴミ出し当番が困難(ノートを無くしてしまう等本人も気にしている)、車の運転をし事故の危

険性が高い等、世帯だけでは解決できない問題が生じてきた。このように高齢者世帯が、支援が必要になっても地域で生活するためにどうしたらよいか、ということを地域ケア会議で検討することとした。

② 地域ケア会議のねらい等

- 個別事例の課題を元に地域ケア会議の出席者に助言や情報共有を行うこととした。

◇ 課題 1: 弟が自動車の運転を時々していて危険である

⇒医師から高齢者の運転の危険性を説明してもらう。

◇ 課題 2: 弟が夜中に近隣宅に訪問し警察の注意を受けたことがあるが、認知症であるが故のことを近隣に理解されているか不安

⇒近隣に認知症の理解を得る。

◇ 課題 3: 自治会のゴミ出し当番の仕事がうまくできていない

⇒近隣の高齢者世帯の理解、認知症の理解を得る。

◇ 課題 4: 災害時に高齢者世帯を支援する体制をどのようにしたらよいか

⇒地域の防災組織との連携を図る。

- 地域ケア会議に関わった団体や組織の名称・法人格、役割分担

個別事例本人、自治会関係者、民生委員、地区社会福祉協議会役員、担当ケアマネジャー、担当訪問介護事業所、柏市医師会、柏市役所、沼南地域包括支援センター

③ 会議で検討した役割分担

誰が	目 標	何をどのように	期 日
ケアマネジャー	震災時の避難などの動きを周囲の人にも知っておいてもらう	K ネット協力員、班長等が変わった場合、担当者会議で共有	随時
手賀の杜自治会防災部	住民による防災の取り組みを進める	自主防災組織立ち上げ	準備中
沼南地域包括支援センター		自主防災研修への協力	準備中
自治会・地域包括支援センター・行政	近所の人たちに認知症についての一般的な知識を持っていただく	近隣住民向けの認知症サポーター養成講座	今年度内
自治会・地域包括支援センター		ご近所が集まるときに認知症紙芝居の実施	随時
ケアマネジャー・地域包括支援センター	周囲のサポートを受けて、ゴミ当番を全うする	本人の希望を確認したうえで自治会との調整を進める	次回のゴミ当番 2 月まで
自治会		当番をサポートする仕組みをつくる	
地区社協	周辺地域の高齢者が集まれる場と高齢者をつなげる	講座、ふれあいサロン、ふれあい喫茶の情報を高齢者へ伝える	随時
地域包括支援センター		社会資源リストを作成し介護予防の必要な高齢者へ情報を伝える	随時

(3) 南部2エリア

① 開催の経緯

- 夫(要介護 1)と妻(要介護 2)で生活している高齢者世帯について担当ケアマネジャーから地域包括支援センターへ相談が入った。相談内容は、妻が病院受診をするため訪問介護の調整を行ったところ、行き違いが生じたことがきっかけで担当ケアマネジャーに怒りをぶつけることが多くなったり、妻は以前から大きな声で卑猥な言葉を発して顔つきが変わる等、感情のコントロールが難しく、今後ケアマネジャーとしての関わり方について悩んでいるという内容であった。また、ケアマネジャーが何人も変

更していることも地域包括支援センターとしては懸念していた。

- このように高齢者世帯が要介護状態となり、家族の支援も困難である場合、本人達の介護保険の理解不足や病識がないことで治療につながらないケース(特に精神疾患について)がよく見られ、このような世帯をどのように支援していくか考える場として地域ケア会議を開催することとした。

② 地域ケア会議のねらい

- 精神疾患が疑われる方の対応や受診へのつなぎ方について、地域ケア会議を通して問題解決に取り組むことで、地域の精神疾患の方が受診できる医療機関や医師の対応状況の確認、また、医師会をはじめ地域の医師との連携を図るための施策を考える場とする。
- この個別事例は、サービスを拒否し関わっている事業所が少ないので、今後介護保険サービスを利用できるようにいろいろな分野からアドバイスが頂けるように薬剤師や訪問看護の事業所に参加して頂いた。

③ 地域ケア会議の出席者

- 助言者(事例について今後対応できることや予後について助言する):医師(柏市医師会から地域の医師を派遣)、訪問看護師、薬剤師
- 援助者(本人達の状況や困っていること等を発言し情報共有する):担当ケアマネジャー、訪問介護事業所、訪問マッサージ

取り組みの成果と課題

【成果と課題】

1. 在宅医療推進の取り組み

(1) 成果

- 市町村(介護保険者)と医師会が連携し呼びかけを行うことにより、全ての多職種団体を網羅し、連携の枠組みが構築された。
- こうした枠組みの中で多職種の関係づくりや連携のためのルールづくりを行うことにより、在宅医療の面的な(全市への)広がりが期待される。
- 草の根的な市民啓発活動により、市民の期待や不安の声が明らかになった。更に、説明を聞いた市民が、より多くの周囲へ知らせようという動きが生まれた。

(2) 今後の展開

- 全市における「主治医-副主治医制」の展開と多職種連携ルールの確立
- 市民に対する在宅医療の更なる啓発
- 平成 26 年 4 月から、柏地域医療連携センターで事業を本格的にスタート

2. 地域ケア会議の開催

(1) 北部 2 エリア

① 地域ケア会議の成果

- 良かった点
 - ◇ 地域ケア会議は、長期的課題の改善策を検討する場として効果があるということがわかった。
 - ◇ 出席したケアマネジャーや訪問看護師にサービス担当者会議との違いを理解してもらうことができた。

また、地域ケア会議によって個別課題の整理や医療専門職からの助言が得られ、今後のケアプランに活かすことができた。

- ◇ 医療専門職からの助言を受けたことで、服薬管理に対する息子の不安を軽減することができ、会議前はケアマネジャーや訪問看護師に問い合わせが頻繁にあったが、現在は減った。
- ◇ 管理栄養士から参考資料として、息子に手作りのレシピの提供が有り、ケアマネジャーから具体的に提案することができた。
- ◇ オブザーバーとして参加したケアマネジャーもサービス担当者会議と地域ケア会議の違いを理解する場となったことに加え、今後地域包括支援センターとの連携がしやすくなるのでは、という感想を得ることができた。

- 苦労した点

- ◇ 個別事例の選択から会議開催までの準備期間に2ヵ月を要した。

(医療専門職からの助言をより多く引き出すための会議内容の検討や出席者の日程調整、会議に際して各出席者へ説明を行ったため)

(2) 沼南エリア

① 地域ケア会議の成果

- 良かった点

- ◇ 本人が会議を通じて自治会の役員と顔がつながり、「何かあったらこの人に相談できる」と本人の安心につながった。
- ◇ 医師会を通じて地域ケア会議に医師を派遣してもらい、地域の認知症患者の状況や地域課題について共有することができた。
- ◇ 医師が認知症の説明をすることで、周囲の関係者に対して理解しやすくなった。また、今後の普及啓発活動の必要性を伝えることができた(特に自治会防災部長の方のやる気が強く感じられた)。
- ◇ 地域ケア会議後、医師から本人に運転の危険性を説明していただいたことで、本人へ運転をやめるよう説得しやすくなった。
- ◇ 会議を通じて、自治会で自主防災組織を立ち上げるという情報を共有でき、今後の連携につなげることができた。

- 改善点

- ◇ 本人が出席している中で認知症の中核症状等の話題は、本人が落ち込んでしまったのではないかと心配した。本人が出席する場合は病状等掘り下げて話をするのは難しいことがわかった。
- ◇ 本人の状況をわかっている主治医に出席を依頼したが、地域ケア会議について理解を得ることができなかった。今後、地域の医療機関等に地域ケア会議について啓発する必要があると感じた。
- ◇ 限られた時間で会議を運営しなければならず、司会者(地域包括支援センター)から参加者に意見を聞くことで時間となってしまう、参加者同士で意見交換ができなかったのが残念だった。

② 地域ケア会議を通じた新たな地域課題の発見

- 地域の身近な見守りと介護スタッフをつなげる仕組みづくり
- 災害時要援護者の災害時支援の仕組みを日頃の身近な見守りにつなげる仕組みづくり
- 認知症普及啓発活動の必要性

③ ネットワーク強化等の中間的な成果

- 震災時の避難等の動きの確認

- ◇ 自治会班の会議にケアマネジャーが本人とともに参加することができた。事前に自治会役員が話をしてくれたことで、近所の方が協力的な姿勢を示してくれた。災害時の対応についてはサービス担当者会議に民生委員や町会班長も参加し確認することができた。

- 住民による防災と認知症の普及啓発

- ◇ 町会内に災害部会が立ち上がり、要援護者への支援の必要性を災害時の見守りを担う役員に知ってもらう必要があることを訴え、部会内での認知症を含む障害についての研修を提案した。

- 認知症普及啓発

- ◇ 地域ケア会議後、自治会のお祭りで、介護予防のブースをつくり、包括支援センターや介護予防についてまず身近に感じてもらえるよう周知し、ニーズがあっても発見されていない高齢者の発掘を進めることとした。

- ゴミ当番のフォロー体制を確認

- ◇ 個別事例の本人達が自分で自治会の中での役割(ゴミ当番)を全うしたいという意向を優先し、うまくいかず本人が困っていた時には、ヘルパーがケアマネジャーへ報告し、ケアマネジャーは近所の方と相談ができるようになった。

- 生きがい探し

- ◇ 本人の生きがいづくりとして、兄が通っているデイサービスの畑が自宅付近にあり、ボランティアとして作業をするようになった。畑の収穫時期は町会の子どもたちにも声をかけ、本人はじめ地域住民が自然と顔を合わせる機会ができた。この畑を借りるきっかけとなったのは、地域にある地区社協の計らいであった。

(3) 南部 2 エリア

① 地域ケア会議の成果

- 会議の出席者で情報共有することで、医師や訪問看護師から精神科受診の必要性、信頼している主治医から精神科へつなげるための方法等を助言され、ケアマネジャーは家族や病院と連携を図りながら受診を勧めていくこととなった。
- 地域に精神科専門の往診医がいないことを確認することができた。今回出席した地域の医師から医師会に地域ケア会議の結果を報告し、医師会としての今後の取り組みにさせていただくこととなった。
- 担当ケアマネジャーは今まで連携がなかった訪問看護と連携することができ、今後のケアプランの参考にすることができた。

参考 URL、連絡先

- 柏市 保健福祉部 福祉政策室

<http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/index.html>

04-7167-1171

キーワード 住まいと生活支援等の一体的な提供、生活困窮者支援、看取り、就労の場の確保

「低所得」「孤立」「介護」「障害」の課題を抱える人への住まい・生活支援と就労創出

東京都 新宿区

【この事例の特徴】

空き家などの既存のストックを活用しながら、低所得者向けに、生活ニーズに合った低廉な住宅を提供している。また、疾病や障害を抱える生活困窮者が高齢者の生活支援の担い手となることで、就労の場を生み出し、あわせて地域の互助機能の強化をもたらしている。

地域概要

総人口:	320,996 人
65 歳以上人口:	62,848 人(19.6%)
75 歳以上人口:	31,420 人(9.8%)
要介護要介護認定者数:	11,913 人(19.0%)
地域包括支援センター数:	10 ヲ所
第5期介護保険料:	5,400 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 「静養ホームたまゆら」の火災によって東京都内の生活保護受給者など 10 人が犠牲になる事件を受け、身寄りのない低所得高齢者の住まいや生活をどう支えるかという課題が広く明らかになった。
- 特に、「低所得(困窮)」「単身(孤立)」「高齢(介護)」「認知症(障害)」という「四重苦」を抱えた人が、地域で最期まで暮らせるようにするための支援体制の整備が、重要な課題として浮上した。
- 住宅困窮リスクを抱える低所得高齢者は、経済的困窮だけでなく、様々な社会関係、人間関係からの排除による社会関係資本の欠乏状態にあるため、関係性の構築や家族的な支援(インフォーマル・サポート)が必要であると考えられた。

取り組み内容と方法

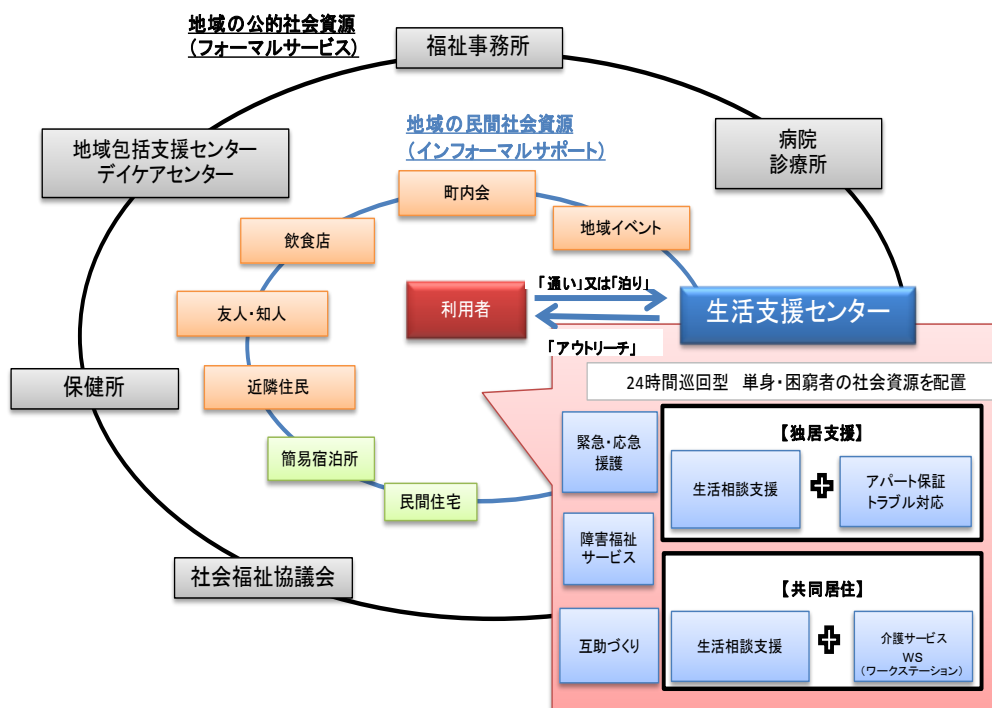
【概要】

- NPO 法人ふるさと会では、現に路上で暮らす人、住所不定の失業者・不安定就業層、家族の援助を受けられない要介護高齢者、心身の障害を抱え孤立している単身者・家族など、社会的な孤立や生活困窮を背景に、「住まい」や「生活」の支援を必要とする人を支援対象者としている。
- 「住まい・生活支援・地域リハビリ・在宅看取り」を組み合わせた事業構造に基づき、サービス提供を行っている。具体的には、「住まい」の支援に始まり、住まいが確保されたら「生活支援」、生活支援を通した「地域リハビリ」、そして、これらを基礎に据えることによって「在宅看取り」が可能になるという組み立てである。

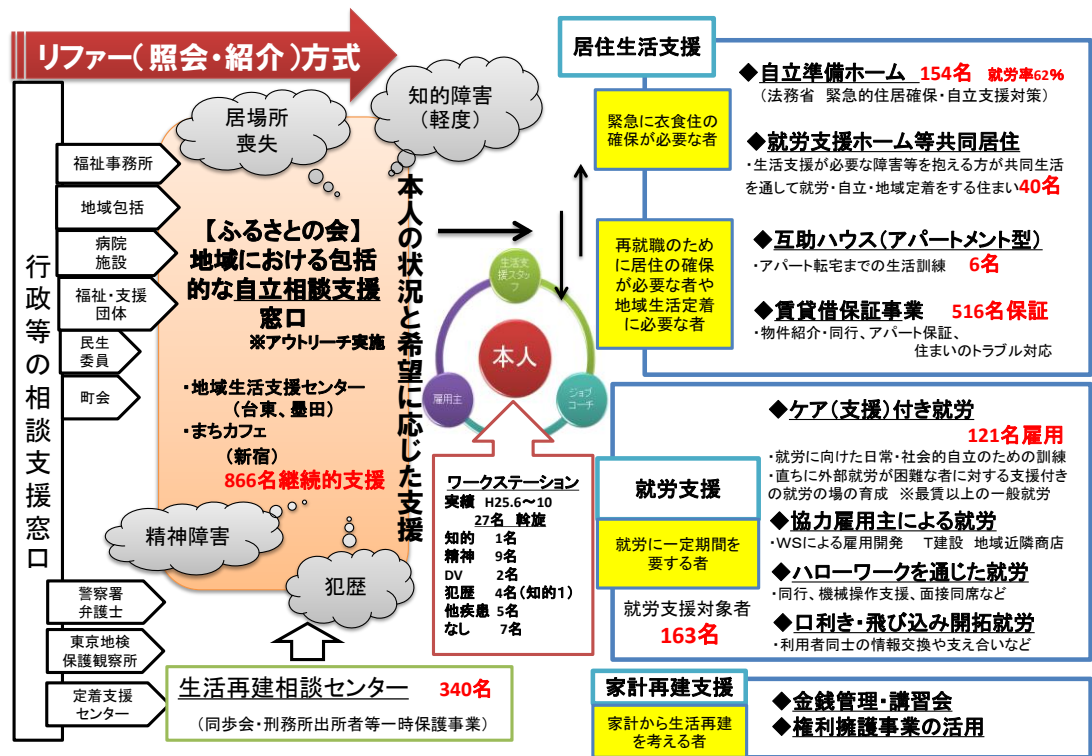
- ✧ 居住支援…低廉で適切な住宅を確保するため、空き家などの既存ストックを改修し、生活ニーズに対応した住宅・施設を共同居住、グループホーム、互助ハウスなどとして、サブリースで供給している。
 - ✧ 生活支援…寂しいときや困ったときに相談にのる、定期的に訪問して安否確認をする、診療所や看護師、地域包括支援センターや行政など関係機関との連絡調整、等を行っている。
 - ✧ 地域リハビリ…イベント、クラブ活動、共済会など様々な〈場〉を用意し、日常生活を形成する〈関係性〉の支援を行っている。
 - ✧ 在宅看取り…職員や利用者仲間の助け合い(互助)によって、住まい、生活支援、地域リハビリの延長線上で最期を迎えるという選択肢を提供している。
- 高齢者への生活支援については、疾病や障害を抱える生活困窮者の雇用の受け皿としても活用している(ケア付き就労)。具体的には、ハローワーク等で就労に至らない人(しばしば知的障害の疑いなど就労を困難にする要因がある)に対して、ふるさとの会が共同居住における高齢者の日常生活支援や配膳、清掃などその人に合った仕事を紹介している。
 - 居場所づくり(共同リビング)、仲間づくり(イベント、クラブ活動、共済会)、訪問による安否確認や生活相談(住宅相談、健康相談、就労相談等)、介護や医療サービスの紹介の拠点として、「地域生活支援センター」(台東区・墨田区)を運営している。
 - ふるさとの会の居場所兼相談窓口「まちカフェふるさと」(新宿区)では、地域包括支援センターによる「認知症サポーター講習」などの「地域フォーラム」を毎月開催している。

ふるさとの会の取り組みについて

～生活困窮(高齢)者に対する居住と居場所(就労、社会参加含む)の確保を支援～



ふるさとの会 生活困窮者自立支援事業(1,259 名、平成 25 年 9 月現在)



取り組みの成果と課題

【成果】

- ケア付き就労により、121 名の雇用を創出している。高齢者の生活支援を通して、様々なコミュニティ・ビジネスが発生し、雇用主、就労支援のジョブコーチ、生活支援スタッフが協力して、失職した高齢者や就労阻害要因を抱える若年層の自立や社会参加が促進できている。
- 地域に生活支援の従事者がいることで、障害を抱える人の家族や、家族介護のために仕事を辞めざるを得ない現役世代など、地域住民全体にとっても共通の社会資源となり、互助機能の構築につながっている。
- 地域に「居場所」があることで普段と違う異変や孤立に気付く仕組みが生れ、「アウトリーチ」機能があることで地域の民間社会資源と公的社会資源が連動し、様々な関係機関の協力が生まれている。

【課題】

- 高齢者のさらなる居住・生活支援を進めるための制度的枠組みの整備が必要である。

参考 URL、連絡先

- NPO 自立支援センターふるさとの会
<http://www.hurusatonokai.jp/>
 03-3876-8150

キーワード 医療・介護連携、在宅医療連携推進会議、在宅医療相談窓口

多職種の「顔の見える連携」による在宅医療の仕組みづくり

東京都 豊島区

【この事例の特徴】

地域で安心して在宅医療を受けられるようにするため、在宅医療に関する医療・看護・介護の専門職の連携づくり、人材育成、区民への普及啓発、在宅医療相談窓口の設置とネットワークづくりなど、総合的に仕組みづくりを進めている。

地域概要

総人口:	269,463 人
65 歳以上人口:	53,930 人(20.0%)
75 歳以上人口:	26,822 人(10.0%)
要介護要支援認定者数:	10,478 人(19.4%)
地域包括支援センター数:	8 カ所
第5期介護保険料:	5,190 円



背景・経緯

- 区民の方が誰でも安心して在宅医療を受けることができる仕組みづくりを目指して、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基点として多職種による在宅医療の検討を進め、医療・看護・介護の連携による「顔の見える連携づくり」の構築を支援している。
- 平成 20・21 年度に豊島区医師会をはじめとする三師会が実施した、都の在宅医療ネットワーク推進事業について2年間のモデル事業終了後、22 年度より区が実施主体となる形で受け継ぎ、現在に至る。
- **予算等:** 東京都医療保健政策区市町村包括補助事業(24 年度実績)
(在宅医療推進事業) 3,858 千円、(コーディネーターモデル事業)5,330 千円

取り組み内容と方法

1. 医療・看護・介護の顔の見える連携づくり

- 学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、訪問看護ステーション、介護事業者、理学療法士、区民代表、行政等から構成された在宅医療連携推進会議委員による「在宅医療連携推進会議」を22 年度より開催。
- 検討部会として「口腔・嚥下障害」、「在宅服薬支援」、「訪問看護ステーション」、「リハビリテーション」の各部会を設置し、多職種による連携について協議・検討している。

2. 在宅医療を取り囲むスタッフのスキルの向上・育成

- 主にケアマネジャーを対象とした「在宅医療コーディネーター研修」(22・24・25 年度)、ヘルパー職を対象とした「医療コミュニケーター研修」(23・24 年度)を実施し、介護スタッフへの医療知識の習得を実践するとともに交流を図った。

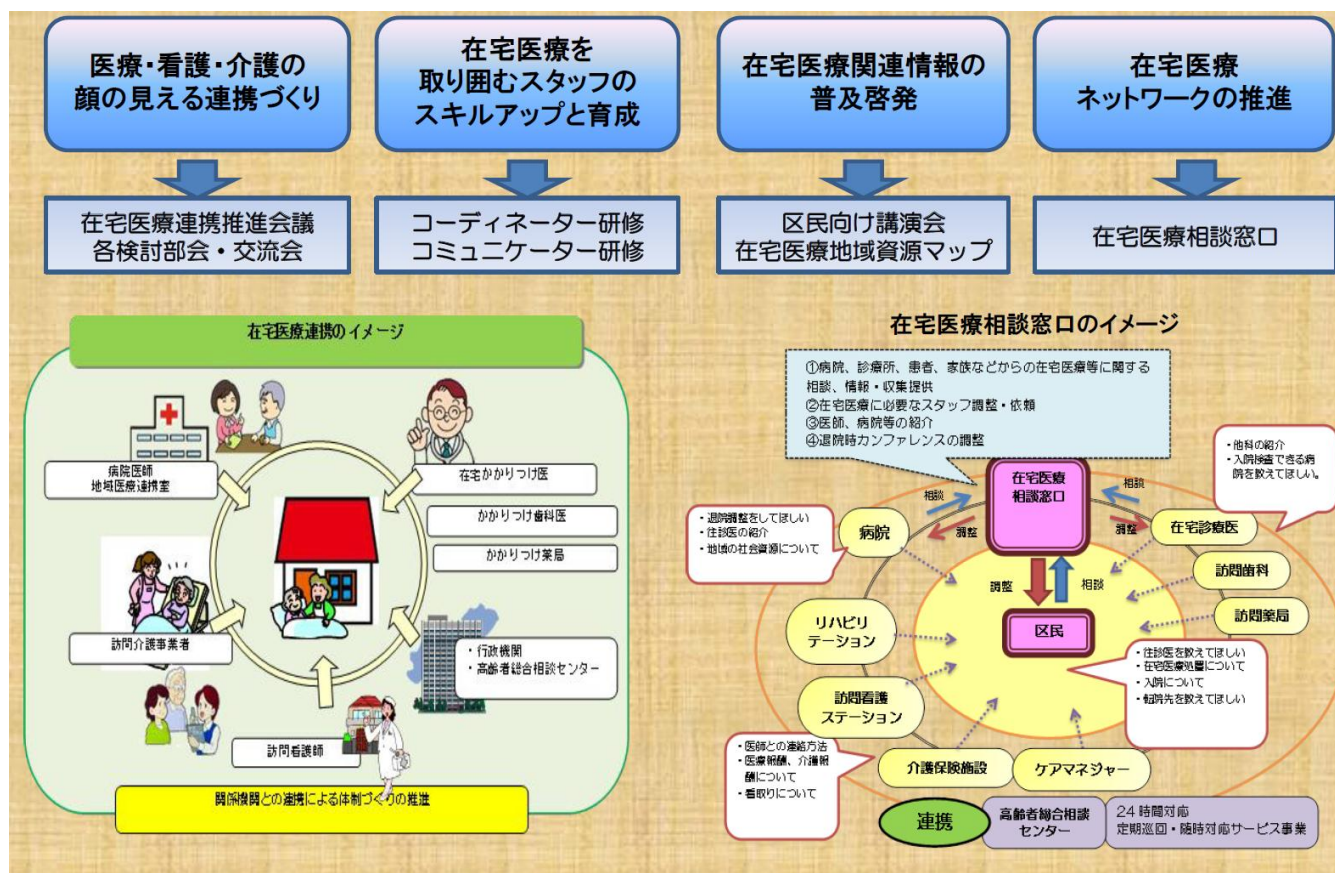
3. 在宅医療関係情報の普及啓発

- 「豊島区在宅医療地域資源マップ」を作成(24 年 1 月)。区内に点在する在宅診療医・在宅訪問歯科診療協力医・在宅服薬支援薬局・病院のほか、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所等、医療・看護・介護の地域資源を一括して掲載し、区民のみならず在宅医療に携わる関係機関やスタッフが適切なサービスにアクセスできるよう、情報発信を行った。
- また、関係者及び区民向けの講演会を実施(22 年度～)、普及啓発に努めている。

4. 在宅医療ネットワークの推進

- 「在宅医療コーディネーターモデル事業」を実施し、検証部会での検証を経た後、24 年 10 月に「豊島区在宅医療相談窓口」(区が豊島区医師会へ業務委託)の開設へと発展した。
- 区民・関係機関からの相談に対応し連絡調整を行うことにより、在宅医療のネットワーク化に寄与している。
- また、「多職種による顔の見える連携」を体現化するために、在宅医療連携推進会議を中心とした委員・部会員・研修受講者等、区の在宅医療連携推進に関わったあらゆる方々を対象として一同に会する交流会を毎年度末に 1 回実施している。

区民が誰でも安心して在宅医療を受けることができる仕組みづくりを ～豊島区の目指す在宅医療体制～



取り組みの成果と課題

【成果】

- 平成 22 年度から行われた様々な取り組みにより、在宅医療に関する連携づくり、人材育成、普及啓発、ネットワークづくりなどの面において、一定の効果は見られたと考えられる。関係者がそれぞれにテーマを掲げ、問題解決に対処し、それらを区が支援、場合によっては事業化するなど、関係機関と行政機関との協力・支援体制が構築されている。

【課題】

- 一方で、区の予算確保が十分でないことなどから、在宅医療連携推進に関する各関係機関からの要望に応え切れていない側面もある。また事業開始から 3 年度を経過し、都包括補助金が割合減となったことから、事業規模を縮小することなく継続していくことができるかが課題となっている。
- 医療・看護・介護の連携を目指していることを掲げているものの、区内部の部署を横断する体制づくりは、不十分なままである。保健と福祉に跨がった連携体制の仕組みづくりが急務である。

参考 URL、連絡先

- 保健福祉部 地域保健課 がん対策・健康計画グループ
<http://www.city.toshima.lg.jp/kusei/soshiki/013245.html>
03-3987-4243

キーワード 3層構造の地域ケア会議、権利擁護、互助活動、社会福祉協議会

関係機関の協働による重層的なネットワーク構築

東京都 立川市

【この事例の特徴】

行政、地域包括支援センターの協働によって、市全域・担当圏域・個別ケースの3層構造の地域ケア会議の開催、権利擁護のための専門職ネットワークや市民参画の仕組み構築、地域における住民主体の互助活動推進の取り組みなどを、一体的に進めている。

地域概要

総人口:	178,127 人
65 歳以上人口:	38,729 人(21.7%)
75 歳以上人口:	17,501 人(9.8%)
要介護要支援認定者数:	6,462 人(16.7%)
地域包括支援センター数:	6 カ所
第5期介護保険料:	4,967 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 立川市では、2000年4月の介護保険制度の施行に合わせ、市内に10カ所の在宅介護支援センターを設置し、市民への相談窓口体制の強化を図ってきた。2005年の介護保険制度改正に伴い、民生委員・児童委員協議会の地区割りと同じくした市内6生活圏域に各1カ所の6地域包括支援センター、ランチセンターとしての福祉相談センター3カ所の体制に再編された。
- 立川市社会福祉協議会は、基幹地域包括支援センターの指定を受け、ケアネットワーク構築の全体調整役としての役割を担ってきた。また、社会福祉協議会の実施している地域福祉推進活動等による住民ネットワーク構築の機能と、地域包括支援センターが進める専門機関のネットワーク構築機能との有機的な連携によって、地域包括ケアが進められてきた。

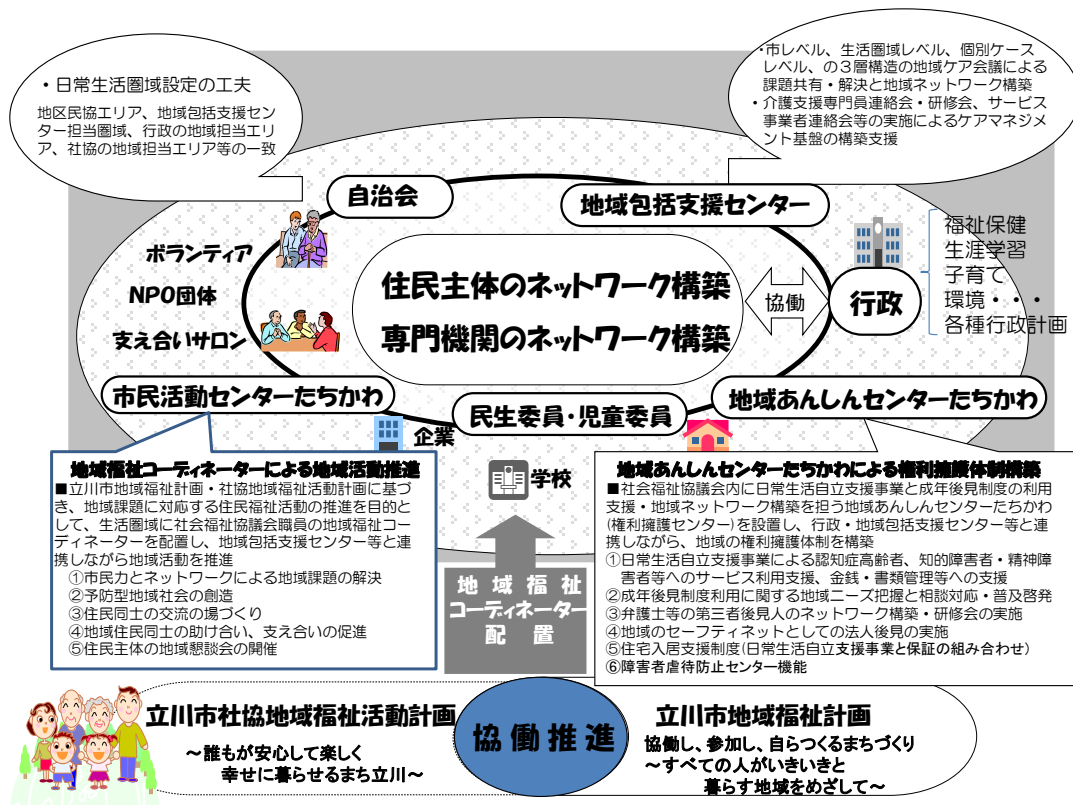
【課題認識】

- 市全域のネットワーク構築とともに、身近な生活圏域レベルでのネットワーク構築が課題であった。
- 成年後見制度の普及・啓発、親族後見人の支援窓口、第三者後見人のネットワーク構築等の一体的な取り組みが必要だが、十分な取り組みができない。中心となるセンターの設置が必要であった。
- 自治会や老人会の加入率も低下し、地域の住民活動が下降傾向。住民主体の活動に寄り添いながら、高齢、障害、児童等の分野別ではなく地域課題への取り組みの支援を行っていく社会福祉の専門性を持った地域密着の地域福祉コーディネーターが必要であった。

取り組み内容と方法

【概要】

行政・社会福祉協議会・地域包括支援センターの協働によるシステム構築



1. 3層構造の地域ケア会議の開催

- 毎月の市全域の地域ケア会議、6 生活圏域ごとに行う小地域ケア会議、個別相談に対応する個別ケース地域ケア会議の3つの構造別の地域ケア会議を組み合わせている。
 - ✧ 地域ケア会議(月1回開催)…地域包括支援センター・福祉相談センターの現場職員を中心に、管理職も含めた市高齢福祉課、介護保険課、健康推進課の職員、社会福祉協議会、シルバー人材センター、消費生活センター、市内6病院の相談室、地域医療連携室の職員が顔を合わせ、互いの状況報告や相談内容の報告を実施し、医療連携も含め地域課題の検討を行っている。
 - ✧ 小地域ケア会議(2ヵ月に1回開催)…生活圏域ごとに介護支援専門員を中心としたエリア内の関係者を集めて、地域の特色に合わせた地域課題の検討とネットワーク構築を進めている。
 - ✧ 個別ケース地域ケア会議…介護支援専門員からのケアマネジメント全般に関する相談事例や、認知症の独居者等で要介護認定に至っていない、地域の関係者との調整が必要となる事例等への対応を、随時で行っている。
- これらの3層構造の地域ケア会議に加えて、6ヵ所の地域包括支援センター職員も毎回参加する地域包括支援センター運営協議会も2ヵ月に1回実施されており、毎月の地域ケア会議に提出されるセンター状況報告書をもとに、センター活動に関する関係機関や市民代表からの支援と評価の確認を受けている。

2. 地域レベルの権利擁護体制構築

- 社会福祉協議会内に、日常生活自立支援事業の実施、成年後見制度の利用支援や地域ネットワーク構築を担う「地域あんしんセンターたちかわ」(権利擁護センター)を設置し、行政・地域包括支援センター等と連携しながら、地域の権利擁護体制構築を推進している。
- 地域包括支援センターが、権利擁護の一時対応相談窓口となり、関係機関と調整を行っている。
 - ✧ 日常生活自立支援事業、成年後見制度活用の場合、地域あんしんセンターたちかわと連携する。
 - ✧ 支援困難事例への対応、措置制度活用の場合、行政の関係部署と連携する。
 - ✧ 消費生活被害対応・防止の場合、市消費生活窓口と連携する。
- 地域包括支援センター社会福祉士、地域あんしんセンターたちかわ職員、高齢福祉課職員、地域包括支援センター運営協議会委員の弁護士が参加する「権利擁護業務連絡会」を定期開催し、組織間の共通対応の推進と事例検討を実施している。また、この業務連絡会において、立川市版の高齢者虐待対応マニュアルを作成し、虐待対応における共通書式と対応方法を確認している。

3. 地域福祉コーディネーターによる地域活動推進

- 市策定の立川市地域福祉計画、社会福祉協議会策定の地域福祉市民活動計画に基づき、市内6生活圏域のうち、現在 3 生活圏域に、社会福祉協議会職員で社会福祉士の専門資格を持つ職員が地域福祉コーディネーターとして配置されている。将来的に6生活圏域全てへの配置を目指している。

《地域福祉コーディネーターの具体的な役割》

 - ✧ 住民の生活課題解決に向けた各種団体との連絡調整会議実施や課題に応じたネットワーク形成
 - ✧ 住民の生活課題に関する相談の受付とその解決の支援
 - ✧ 社会問題の啓発、予防活動の実施
 - ✧ 調査・研究活動による課題解決の支援
 - ✧ 地域イベントなどの情報の収集と提供
 - ✧ 地域住民による支えあい、助け合いグループの組織化
 - ✧ 世代等に関わりなく誰もが気軽に集える場の提供
- 築年数が古く高齢化が進行している集合住宅・団地において、外出もままならない住民が増加しているなか、自治会やボランティアグループが立ち上がり、地域福祉コーディネーター等のサポートを受けながら、住民相互の互助活動を少しずつ形づくっている。

《地域事例： 築46年、居住者の半数近くが60歳以上である「けやき台団地自治会」》

 - ✧ なかなか外に出てこなく地域との関係性が薄い高齢男性には、健康麻雀を中心としたサロンを毎日のように実施し、年々参加者数が増えている。
 - ✧ サロン参加メンバーが中心となって、東京都からの補助金を活用して購入した階段昇降機(スカラーモービル)の使用法の講習会を受け、エレベーターが無い団地内の階段において、足が不自由な高齢者の階段昇降の介助を行う「モビル隊」を組織している。
 - ✧ 団地内の住民同士で互いにちょっとしたお手伝いを行う「お助け隊」には、活動のお礼として地元商店街の商品券が支払われ、地域での活動やお金の循環が行われている。
 - ✧ その他、団地住民の元塾講師による子どもたちへの学習サポート、災害時要援護登録者への団地内支えあいマップ作成によるサポート体制の構築、等が行われている。

取り組みの成果と課題

【成果】

1. 3 層構造の地域ケア会議の開催

- 3 層構造の地域ケア会議の仕組みの構築によって、個別対応レベル⇔担当生活圏域レベル(小地域ケア会議)⇔市全域レベル(地域ケア会議)⇔制度・政策レベル(運営協議会)といった、個別支援課題と地域支援課題を双方向での検討が可能となり、地域包括支援センターの業務推進に必要なケアネットワークの基盤構築を行っている。

2. 地域レベルの権利擁護体制構築

- 第三者後見人連絡会の開催や「権利擁護業務連絡会」等の連携促進の取り組みにより、地域包括支援センター、地域あんしんセンターたちかわ、市高齢福祉課、及び地域の多様な専門職や関係機関等の役割分担と実務上の連携が取りやすい体制ができている。

3. 地域福祉コーディネーターによる地域活動推進

- 地域福祉コーディネーターが社会福祉協議会の持つ情報や地域ネットワークを駆使し、高齢、障害、子ども、生活困窮等の分野に限定されることなく、住民の側に立ってサポートを行うことができている。

【課題】

1. 3 層構造の地域ケア会議の開催

- 会議等の開催回数がかかなりの数になるため、事務局となっている基幹センターの職員の業務量が過大になっている。職員の業務量を勘案しつつ、必要な取り組みの不断の見直しが必要である。

2. 地域レベルの権利擁護体制構築

- 認知症等の増加に伴う日常生活自立支援事業や成年後見制度を必要とする利用者数の爆発的な増加の予測に対して、相談対応する職員数の人的整備・組織基盤の強化が必要である。また現在、社会福祉協議会の法人後見をサポートする「後見支援員」を育成して市民参加による仕組みづくりを進めているが、将来的に市民後見人の育成につなげていく道筋をつくっていくことが必要である。

3. 地域福祉コーディネーターによる地域活動推進

- 市内 6 生活圏域の全てに地域福祉コーディネーターが配置され、住民の互助活動を推進していく体制の構築が求められる。そのための財源確保と地域福祉推進に精通した専門職育成が必要である。

参考 URL、連絡先

- 立川市社会福祉協議会
<http://www.tachikawa-shakyo.jp/>
042-540-0311

キーワード	移動支援、健康体操、ミニデイサービス、見守り、認知症、認知症サポーター、 脳卒中連携、地域連携、
-------	---

武蔵野市高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を 基礎とした地域包括ケアシステム(まちづくり)の推進

東京都 武蔵野市

【この事例の特徴】

平成 12 年に定めた高齢者福祉総合条例に基づき、健康づくりと介護予防・移動支援の推進(健康体操・ミニデイサービス・移送サービス等)、認知症高齢者施策の推進(認知症見守りなど)、保健・医療・福祉の連携強化(脳卒中連携パス、地域リハビリテーションなど)に重点を置いて取り組んでいる。

地域概要

総人口:	139,535 人
65 歳以上人口:	29,227 人(20.9%)
75 歳以上人口:	15,229 人(10.9%)
要介護要介護認定者数	5,764 人(19.7%)
地域包括支援センター数	1 ヵ所 (他にブランチ 6)
第 5 期介護保険料:	5,160 円



背景・経緯

【取り組みの背景・経緯・課題認識】

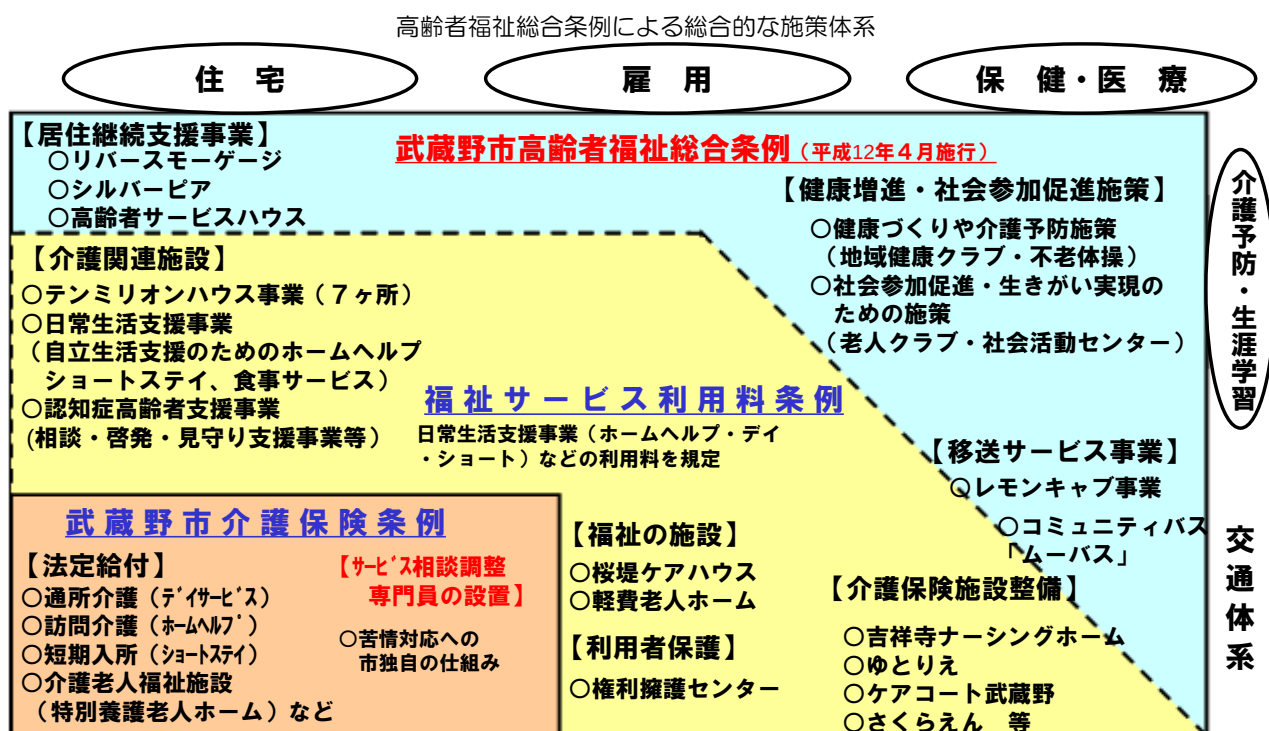
- 介護保険制度開始以前より、ボランティアによる配食サービス(昭和 48 年～)や福祉公社による有償在宅サービス(昭和 56 年～)、在宅介護支援センターを中心とした小地域完結型の福祉サービスの提供があり、介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないとの考え方から、平成 12 年に、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標として、「介護保険条例」制定と同時に、介護保険外の日常生活支援サービスや移送、居住継続支援、介護予防、社会参加促進、施設整備等を網羅した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を制定した。
- 現在、総合条例の施策体系に基づいて、直営地域包括支援センター1ヵ所(基幹型地域包括支援センター機能)と在宅介護支援センター(兼地域包括支援センターブランチ)6ヵ所を相談・サービス提供の拠点として地域包括ケアシステムを推進している。
- 武蔵野市第5期長期計画(市の総合計画)では重点施策として、高齢者に限らず、すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行う「地域リハビリテーションの推進(※)」を掲げている。

※1970 年代後半より、世界保健機構(WHO)によりマニュアル化された CBR(Community Based Rehabilitation = 「地域に根ざしたリハビリテーション」)という支援手法をもとに、武蔵野市においては、市が目指す支援のあり方として、①すべての市民がその年齢や状態に関わらず、住み慣れた地域で、本人の意思に基づいて安心して生活が続けられるような支援、②ライフステージに応じた、継続的、かつ体系的な支援、③保健・医療・福祉・教育など、地域生活に関わるあらゆる組織、人が連携した体系的な支援という三つの基本理念を掲げている。

取り組み内容と方法

【概要】

- 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている。
- このなかで、健康づくりと介護予防・移動支援の推進(風呂で不老体操、テンミリオンハウス、レモンキャブなど)、認知症高齢者施策の推進(認知症見守りヘルパー派遣事業、認知症サポーター養成、三鷹武蔵野認知症連携など)、保健・医療・福祉の連携強化(脳卒中地域連携パス、地域リハビリテーションの推進など)に重点を置いて取り組んでいる。



【重点的な取り組みならびに実績】

(1) 健康づくりと介護予防・移動支援の推進

- 既存の地域資源や人材を活用し、地域の中で行きやすい場所や使いやすいサービスを提供。テンミリオンハウスやレモンキャブでは、物件や車両の用意は市が行い、地域の住民組織やNPOへの補助金により事業を運営。委託している事業（不老体操）でも、日常的な運営は老人クラブ会員がボランティアで担うなど、地域の支えあい(互助)の要素が強い。
- 不老体操やテンミリオンハウスは、要介護度に関わらず、自分で歩いて通い、プログラムに参加できる限りは、その利用者として地域との関わりを保つことができる。

① 風呂で「不老(ふろう)体操」

- 週 1 回、営業時間前の公衆浴場の脱衣所で健康体操を行ったあと入浴をする。昭和 56 年に、市内の公衆浴場を高齢者の健康づくりやレクリエーション等の自主的な活動の場として提供する「コミュニティ銭湯」事業として始まり、現在も、60～90 歳代の高齢者、年間延べ約 13,000 名が参加。



- 長期にわたり参加している方も多く、全会場(6ヵ所)で、年齢別の2クラスが開催されている。参加会場の増設や公衆浴場の廃業によりコミュニティセンター(※)8ヵ所でも実施(入浴なし)しており、会場である公衆浴場と体操指導員は委託、運営は老人クラブ連合会の会員がボランティアで担当者となり行っている。市では年4回担当者連絡会を開催し、情報交換を行うとともに、25年度は全参加者に対する効果測定を行っている。

※コミュニティセンター:武蔵野市には地域のコミュニティづくりの拠点として公設のコミュニティセンターが17館とその分館などが3館あり、「コミセン」という名で親しまれ、多くの方に利用されています。

- [24年度実績] 回数 676 決算額 16,397 千円
- [25年度予算] 回数 700 予算額 17,359 千円

② テンミリオンハウス

- 市の施設や民家などを活用して、NPOや住民組織等が、市からの年間1,000万円(テンミリオン)を上限とする補助金によって、ミニデイサービス等を実施している。
- 最初のテンミリオンハウスは平成11年に開設。現在は市内に7ヵ所ある。
- 地域での見守りやつながりが必要な方が、要介護度等の有無に関わらず通える「近・小・軽」(市民の身近にあり、小規模で、軽快なフットワークを生かす)の施設であり、運営団体や地域の特性により、喫茶や世代間交流、緊急ショートステイなども実施している。
- 介護保険制度開始当時は、既存のデイサービスの対象外者の受け皿の役割も担った。
- 市は運営補助金の支出と、事業評価や年ごとの事業採択に関する委員会を開いている。
- [24年度実績] 7ヵ所 決算 96,502 千円
- [25年度予算] 7ヵ所 予算 91,935 千円



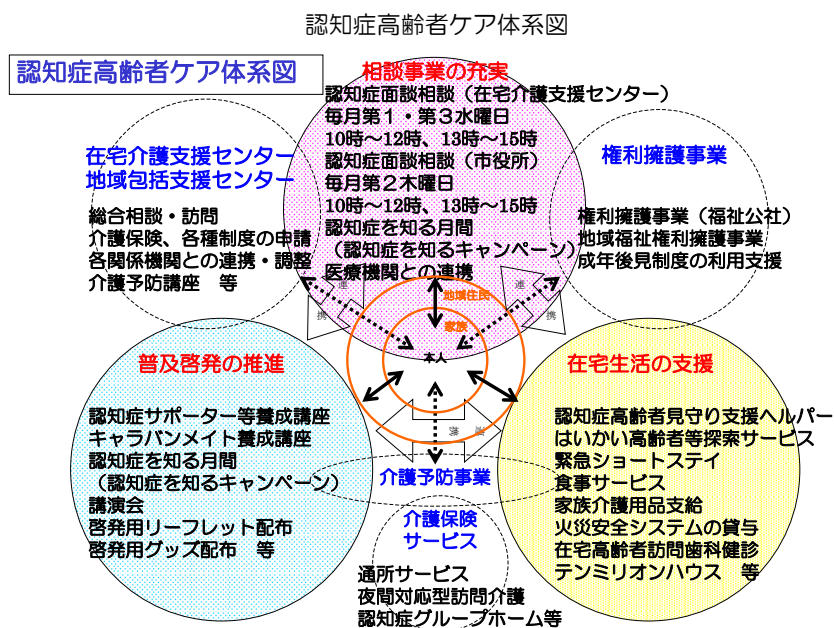
③ レモンキャブ

- 誰もが気軽に外出できるまちを目指して、外出が困難な高齢者や障害を持つ方のためにできた移送サービス。
- 平成12年より事業開始(11年にモデル事業)。
- 福祉型軽自動車を使用し、運転手は地域の米店や酒店等の商店主を中心とした有償ボランティア。米穀組合からの提案により検討が始まり、互助による地域支えあいのサービスとなっている。
- 利用料金など 30分につき800円
- [24年度実績] 17,855 件数 決算 20,121 千円
- [25年度予算] 予算 19,277 千円
- (参考)その他の移動支援サービス:ムーバス…ムーバスは、市内の交通の不便な地域を解消して、高齢者や小さな子どもを連れた方をはじめ、多くの人が気軽に安全にまちに出られるようにすることを目的に平成7年に運行を開始したコミュニティバス(民間バス会社に運行委託)。高齢者の歩行距離を考慮して、バス停は200メートル間隔を基本に設置しており、また、バス停標識を覚えやすいように、バス停名以外に1ヵ所ごとに異なる色と大きな数字で分かりやすくしたり、バスの乗降口を、地上高15センチメートルの電動補助ステップ装備により楽に乗り降りできるような工夫をしている。



(2) 認知症高齢者施策の推進

- 武蔵野市における認知症高齢者（要介護認定における日常生活自立度Ⅱ以上）の数は約 3,000 人で、65 歳以上の 10 人に 1 人は認知症高齢者で、その大半は地域で生活している状況があり、また、高齢化にともない、その数は増加していくことが考えられる。
- 相談事業の充実・普及啓発の推進・在宅生活の支援の 3 本の柱を中心とした施策の充実とそれらを補完する権利擁護事業や介護予防事業、介護保険サービス等からなるケア体系をつくっており、特に、介護保険では対応できない課題に対し、市独自の認知症高齢者・家族へのサービスを行っている。



① 認知症見守り支援ヘルパー派遣事業

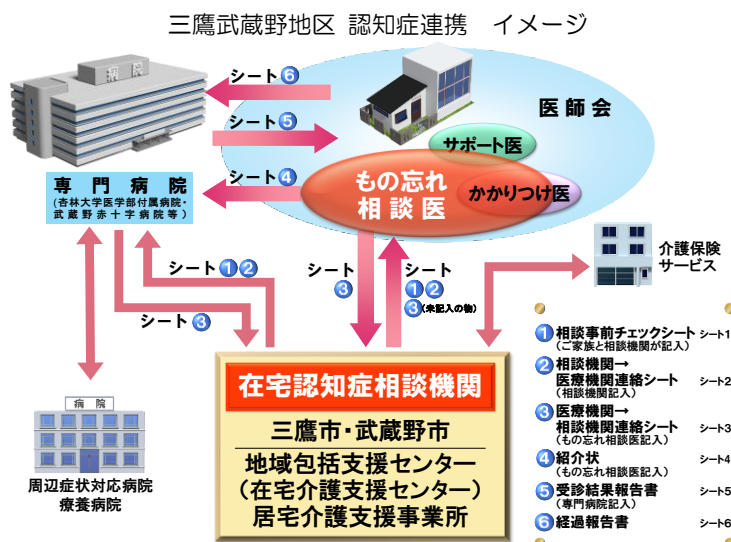
- 代表的な市独自サービスであり、介護保険サービスでは対象にならない、見守りや話し相手、散歩の付添いなどを、専門の研修を受けた訪問介護員が、週 4 時間を上限に行っている。
- このサービスは、地区別ケース検討会（エリア別地域ケア会議機能）の中でニーズがあがり、制度化されたもの。サービスの範囲や、散歩付添い時に発生する交通費や喫茶代等の取扱いについては、訪問介護事業所と市が話し合ってルールを決めており、利用しやすいサービスになるよう柔軟に対応している。また、コーディネーターやヘルパーが利用者の性格等を勘案して歌や塗り絵等のプログラムを工夫することで、利用者が心地よく利用でき、QOLの向上に役立っている。
- [24 年度実績] 2,821 時間 決算 5,950 千円
- [25 年度予算] 3,100 時間 予算 6,375 千円

② 認知症サポーター養成やステップアップ講座の開催等

- 認知症サポーター養成講座修了者は平成 24 年度末で通算 6,663 名。また、サポーター養成講座の講師となるメイト養成講座も平成 24 年度に市独自で開催し、138 名の登録となった。
- 地域の福祉の会（地域福祉活動推進協議会：市内 13 地域で組織化）と在宅介護支援センターが共催し、「認知症の方への声かけ講座」を実施。認知症高齢者に扮した職員への声かけ体験を行い、感想等を共有化することで、地域の認知症等の方への理解と見守りや協力への意識が高まっている。

③ 三鷹・武蔵野認知症連携(もの忘れ相談シート)の活用

- 平成 20 年に、武蔵野市と三鷹市の行政、医師会、周辺症状対応病院(精神科や療養病院等)と杏林大学医学部付属病院、武蔵野赤十字病院が「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を発足。かかりつけ医から専門医療機関への迅速かつ正確な連携のため、平成 22 年 4 月に「もの忘れ相談シート」を作成、使用している。
- 平成 22 年から 25 年 6 月までのシート活用実績は 107 件。独居で離れて住む家族が認知症であることを理解しにくい場合に使ったり、要介護認定申請と合わせて受診し、主治医意見書にも反映できるように活用している。シートは診療計画書ではなく、地域での生活を支援していくための情報共有ツールである。
- 現在、武蔵野市内でももの忘れ相談医として登録しているのは 58 機関。
- 認知症の状況に応じた継続的な在宅生活をしていくためには、今後も医療・福祉でのシートの循環が課題だが、「考える会」により顔の見える連携が行えている意義は大きい。

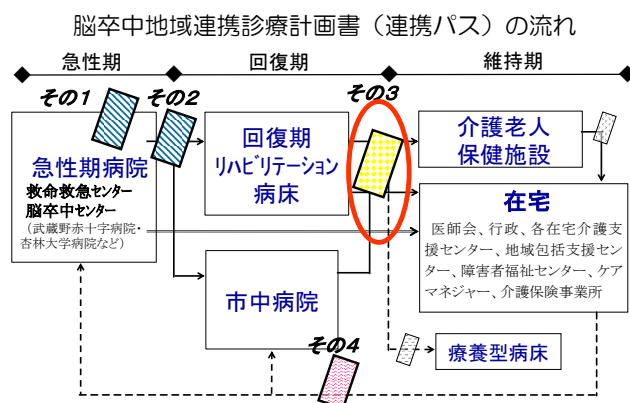


(3) 保健・医療・福祉の連携強化

- 脳卒中連携パスでは、地域リハビリテーション支援センターの指定を受けている武蔵野赤十字病院が中心となって連携パス作成の検討を始め、医療圏域の自治体に声がかかり、武蔵野市や医師会、訪問看護、訪問リハビリ事業者が参加して、ケアパスを作成した。
- 認知症連携でも、認知症の方の在宅生活は医療だけでも福祉だけでも支えられないとの思いから、医療と福祉が一堂に会して「もの忘れ相談シート」を作成し、高齢者の在宅生活を支えるための情報連携を図っている。
- 在宅支援連絡会では、市内の多機関・多職種が定期的集まり、情報交換する中で、必要なシステムやツールについて検討をしてきた。

① 脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)

- 脳血管疾患は要介護の原因のトップであることから、平成20年に、武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中ネットワークにより急性期から在宅に戻るまでの4種類の地域連携診療計画書(地域連携パス)を作成。
- 急性期病院から回復期病院への情報提供や、回復期病院退院時の在宅診療医や介護保険のケアマネジャー、在宅サービス事業者への情報提供、あるいは回復期病院から老人保健施設等を経て在宅療養に戻る際の情報提供等が迅速かつ的確に行われ、地域で患者を支えるシステムを構築。
- 連携パスの1枚目になる「これからの生活プラン」(オーバービュー)の作成にあたり、退院後の在宅生活を意識し、記載欄を大きく設けること、また、時間軸で、どこで何をすればよいか分かりやすい形を重視した。その結果、医療機関も在宅生活を意識するようになり、地域と急性期病院との関係性が強まった。
- 退院時の福祉的な手続きを病院側が説明するうえでも、オーバービューが役立っている。
- 連携パス3枚目の退院時の在宅診療医や在宅サービス事業者への情報提供様式の作成にあたっては、医師会も参加している。またそれをきっかけに、病院・医師会・福祉が連携しやすい関係性ができている。



② 「地域リハビリテーション」の理念に基づく重層的な地域連携のしくみ

- 市では第五期長期計画(市の総合計画)の重点施策として「地域リハビリテーションの推進」を掲げ、その理念に基づく地域連携の重層的な仕組みをつくってきている。

武蔵野市第五期長期計画の重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携

「すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活にかかわる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を超えて連携し、継続的で体系的な支援を行う」

●地域リハビリテーション推進協議会(＝高齢者・障害者等の分野を超えた総合調整機能)

武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者

●在宅支援連絡会(＝全市の地域ケア会議機能)

武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者。多職種連携。

●地区別ケース検討会(＝エリア別地域ケア会議機能)

在宅介護支援センターが主催し、地域のケアマネジャーを中心に、医師や在宅サービス関係者が集まり個別ケース検討や情報交換、施設視察(社会資源把握)などを行う。地域の課題を把握・解決に向けた新しいサービス(認知症見守り支援・緊急ショート等)の検討など。

- まず、高齢者・障害者等の分野を越えた総合調整機能として、市や地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、武蔵野赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者からなる「地域リハビリテーション推進協議会」があり、その下に、上記機関や保健所、介護保険事業者多職種による「在宅支援連絡会」があり、全市的地域ケア会議の役割が期待されている。また、在宅介護支援センター（兼地域包括支援センターブランチ）が主催し、地域のケアマネジャーを中心に医師等関係者が集まりケース検討や情報交換等を行う「地区別ケース検討会（エリア別地域ケア会議）」がある。
- 在宅支援連絡会では、平成24年度には、救急隊への情報提供を目的とした緊急情報キットの作成や在宅療養継続支援のための「医療機関一時入院連携制度（バックベッド活用）」を検討・実施した。

取り組みの成果と課題

【取り組みの成果】

- 浴場開放事業やテニミリオンハウス事業は、既存の施設・物件や地域のマンパワーを活用することにより、地域の高齢者が要介護度等に関わらず、地域の中で自分らしい生活や社会との関係を継続できる居場所となっている。また、レモンキャブも同様に、閉じこもりの防止を助けている。
- 認知症高齢者への対応や家族支援については、介護保険制度内だけで対応することは難しく、認知症見守り支援ヘルパーのような介護保険制度を補完するサービスにより、本人のQOLの向上や家族の負担軽減が図られている。また、サポーター養成や地域講座の実施も、認知症高齢者とその家族を地域で理解し支えるために今後さらに必要かつ有効である。
- 認知症連携や脳卒中連携パスの実施では、対象となる市民の在宅生活の継続に寄与することはもちろんだが、連携システムを検討するために多職種（特に医療と福祉）が一堂に会し、相互理解を深めながら、顔の見える関係を築いていくことに意義があり、連携シート等を検証しながら改善していくことにもつながっている。

【今後の課題】

- 今後は、ひとり暮らし高齢者の増加への対応として、安否確認のための電話訪問や相談などの”安心コール”制度の検討、介護予防・健康増進事業の効果測定・体系化と「自主グループ」化など、地域と協働した武蔵野市ならではのサービスの検討の必要性を感じている。
- 2025年に向けて、行政だけでなく財政援助出資団体や介護事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の”多職種”が、地域の「互助」「共助」の力とともに協働して総合的なまちづくりを推進することがますます必要と感じている。

参考 URL、連絡先

- 武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課
<https://www.city.musashino.lg.jp/soshiki/kakuka/005843.html>
0422-60-1846

キーワード	高齢化が進む集合住宅での取り組み、多分野横断型アプローチ、行政のコーディネート機能
-------	---

行政コーディネートによる多分野横断型アプローチ

東京都 多摩市

【この事例の特徴】

行政がコーディネート機能を担いつつ、多摩ニュータウンをはじめとする地域の高齢化が進む集合住宅をフィールドとして、医療・住宅・福祉等の多様な分野からの試み、アプローチが行われてきた。

地域概要

総人口:	145,950 人
65 歳以上人口:	34,100 人(23.4%)
75 歳以上人口:	13,924 人(9.5%)
要介護要支援認定者数:	4,265 人(12.5%)
地域包括支援センター数:	6 カ所
第5期介護保険料:	4,283 円



背景・経緯

【背景】

- 多摩市は平成 26 年 1 月現在、市総面積の約 60%、市総人口の約 66.5%をニュータウン区域が占めており、このことにより多様な特性がある。多摩ニュータウンは、昭和 41(1966)年から開発がスタートし、最初の入居者が昭和 46(1971)年に諏訪・永山地区で行われて以来 40 年以上が経過した。「計画的に整備されたまち」という特性が基礎にあり、大量の一斉入居による世代層の偏り、住宅不足に対応するためのベッタタウンとしてまちづくりが行われた画一性、まちが一気に整備されたことから全体が同時に老朽化する、といった課題がある。
- 時間の経過に伴う建築物の老朽化とともに、社会状況や人々のライフスタイル等も大きく変化してきており、特に初期入居エリアにおいては、こうした時間の経過、時代の変化がもっとも大きく影響を及ぼしている。
- 多摩市の高齢化率は、平成元年には 5.21%であったが、平成 26 年には 24.08%と 25 年間で約 5 倍に増加している。一方、健康寿命は都内 26 市で男女ともに 1 位※1、平均寿命は都内 26 市で男性 2 位、女性 3 位※2と元気な高齢者も多いという特徴がある。
- 市立公園面積は都内 26 市で第 1 位、みどり率は 53.9%※3と緑が多く恵まれた環境のなか、市民活動も活発に行われており、人口 10 万人あたりの NPO 法人数は都内 26 市で 1 位※4となっている。
- 2025 年にはニュータウン開発で一気に増えた団塊の世代が 75 歳以上になり高齢化が進む。2040 年には高齢化率は 38.2%に達し、90 歳以上が 8 千人に達すると予想される急速にすすむ高齢化に対応するためには、在宅の高齢者を地域で支え合う仕組みづくりが求められている。

- ※1 平成 25 年公表 東京保健所長会方式平成 23 年より 要介護 2 以上
- ※2 平成 25 年公表 厚生労働省 市区町村別生命表平成 22 年概況より
- ※3 多摩市基礎データ平成 22 年度版等より
- ※4 東京市町村自治調査会「多摩地域データブック平成 21 年版」等より

取り組み内容と方法

【取り組みのねらい】

- 多摩市で少子高齢化が進む中で、医療機能の分化と再編成、あるいは地域包括ケアの基盤強化が重要視されている。社会保障政策における、病床削減、地域・在宅ケアを重視する流れと同時に、異業種による市場参入や制度改変の動向も活発になりつつある。
- 多摩市では、行政がコーディネート機能を担いつつ、多摩ニュータウンをはじめとする地域の高齢化に対する医療、住宅、産業、福祉、学術等多様な分野からの試み、アプローチが行われてきた。

多様な分野からのアプローチ・取り組み

市民活動	○地域の居場所づくり(特定非営利活動法人 福祉亭) ○生活支援サポーター養成(特定非営利活動法人 ハンディキャップゆづり葉) (厚労省 平成20年度老人保健健康増進等事業・モデル委託先) ○TAMA認知症介護者の会(市民団体「いこいの会」) (市認知症学習会「あしたの会」との連携)
住まい	○多摩ニュータウン・ケア連携バリアフリー改修事業(多摩市住宅建設組合ほか) (国交省 平成22年度高齢者等居住安定化推進事業選定) ○UR都市機構用地に有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅((社団)CNほか) (国交省 平成23年度高齢者等居住安定化推進事業選定)
見守り	○「認知症地域資源ネットワークモデル事業」(多摩市ほか) (東京都 平成19年度～平成20年度補助事業) ○「在宅を支えるニュータウン型福祉のまちづくりに関する研究」(首都大学ほか) (厚労省 平成20年度老人保健健康増進等事業) ○「ひとり暮らしの安全・安心システムづくり研究」(東京都健康長寿医療センター) (厚労省 平成23年度～平成25年度 厚生労働省科学研究費補助金事業)
医療連携	○医療法人による包括的なセーフティネット構築((医)天翁会) ○多摩ニュータウンにおける地域医療基幹病院(日本医科大学多摩永山病院) ○ICT利用による地域連携バス事業(多摩市胃ろうネットワーク) (総務省 平成21年度ユビキタスタウン構想推進事業) ○地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究(東京都健康長寿医療センター) (厚労省 平成25年度 厚生労働省科学研究費補助金事業)
介護予防	○「健寿の駅 多摩」(国士舘大学・恵泉女子大学ほか) (総務省 平成22年度地域ICT利活用広域連携事業(実証実験))
生活支援	○移動販売車「あんしんお届け便」(イトーヨーカドー) (平成25年7月～) ○移動販売車「京王ほっとネットワーク」(京王電鉄グループ) (平成25年8月～) (経済産業省 平成25年度地域自立型買い物弱者対策支援事業)

【概要】

1. 市民活動

(1) 地域の居場所づくり(特定非営利活動法人 福祉亭)

- 特定非営利活動法人福祉亭では、多摩ニュータウン永山団地内の空店舗を利用し、2002 年開設以来、高齢者の交流の場としての食事・喫茶サービスの提供、イベント開催のほか、子育て支援、在宅支援など、地域の人々の交流拠点として幅広い活動を行ってきた。
- 今日でこそ、同種の取り組みは全国で進められつつあるが、先駆的存在である。運営も地域のボランティアによって支えられ、中学生の職場体験の受け入れ先や、研究者・大学生などによる研究拠点としても活用されるなど、教育・研究活動にも寄与している。

(2) 生活支援サポーター養成（特定非営利法人 ハンディキャブゆづり葉）

（厚労省 平成 20 年度老人保健健康増進等事業・モデル委託先）

- 本研究事業は、地域で要支援者を支援する支えあいの仕組みとしての「生活支援サービス」充実・発展のために何が必要かを検討しつつ、「生活支援サポーター養成研修」の試行的な事業を各地で実施した実績に基づき、新たな「養成研究事業」のシステム化を通して、「生活支援サービス」の普及を目指す方法を提起するものである。
- 特定非営利活動法人ハンディキャブゆづり葉は、多摩市内で会員制による移動サービス、介護保険の指定訪問介護事業、障害者自立支援事業を実施している。坂や階段が多く、集合住宅に居住する高齢者が多いという本市の課題から、階段昇降サポートに焦点を当て、既存のサービスの担い手の幅を広げるとともに、市としての支援体制を検討することを目的とした。

(3) TAMA 認知症介護者の会(市民団体「いこいの会」)

（市認知症学習会「あしたの会」との連携）

- 認知症の当事者とともに歩む介護者の会。月 1 回定例会、他に講演会や学習会、ミニハイクや展示活動などを行っている。多摩市高齢支援課が中心となってそれぞれの専門職の方と認知症のことについて学ぶ会である「あしたの会」とも連携を図っている。

2. 住まい

(1) 多摩ニュータウン・ケア連携バリアフリー改修事業(多摩市住宅建設組合ほか)

（国交省 平成22年度高齢者等居住安定化推進事業選定）

- 『おうちを元気に からだを元気に』を合言葉に、医療・介護・福祉および建築設計・工事関係者、改修を考えている人に向けて広く情報を提供することを目的として Web ページを開設するなどし、バリアフリー改修事業に取り組む。

(2) UR 都市機構用地に有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅((社団)コミュニティネットほか)

（国交省平成 23 年度高齢者等居住安定化推進事業選定）

- 平成 23 年 12 月に誕生した「ゆいま〜る聖ヶ丘」は元気なうちに「終のすみか」を見つけない方向けの「住宅型有料老人ホーム」。医療・介護は多摩地域で高齢者医療に取り組んできた医療法人財団天翁会と連携し、いざというときも安心して暮らせる仕組みが充実。平成 25 年 3 月開設の「ゆいま〜る中沢」とともに、地域に開かれたコミュニティ「拠点」としても機能している。

3. 見守り

(1)「認知症地域資源ネットワークモデル事業」(多摩市ほか)

(東京都 平成 19 年度～平成 20 年度補助事業)

- 平成 19 年度・20 年度に、認知症の人を、ともに支える地域づくりに向けた取り組みとして実施し、地域住民によるネットワーク形成を進めた。
- 地域で支えることについての合意形成のため、自治会、民生委員、介護者の会等による認知症コーディネート委員会を設置
- 地域資源マップの作成・普及
- 専門職・多職種による支援ネットワークの形成
- 高齢者問題情報交換会を関係機関で組織

(2)「在宅を支えるニュータウン型福祉のまちづくりに関する研究」(首都大学ほか)

(厚労省 平成 20 年度老人保健健康増進等事業)

- 本研究事業は、「高齢者等見守り拠点の普及に関する部会」と「在宅高齢者向け自己判断ツールの開発に関する部会」の 2 つの部会を設置して研究を進めたものである。
- 「高齢者等見守り拠点の普及に関する部会」では、多摩市における在宅・長寿の我がまちづくりモデルとして「ご近所ラウンジ」が設置され「諏訪 4 丁目ふらっとラウンジ」の試行が開始。平成 20 年度から「包括的支援一般福祉事業(ラウンジ業務委託)」によって試行を継続して支援してきた。
- 「在宅高齢者向け自己判断ツールの開発に関する部会」では、高齢者ができるだけ長く在宅で住み続けられるためには、自分自身や自身の置かれた状況についてなるべく早期に自己評価し、その気づきに基づいて早めの備えを行うことが有益との提案がなされ、中高年層や元気高齢者に“早めの老い支度”を促す“気づきの自己診断ツール”を開発することを目的として開発を行った。

(3)「ひとり暮らしの安全・安心システムづくり研究」(東京都健康長寿医療センター)

(厚労省 平成 20 年度～平成 25 年度 厚生労働省科学研究費補助金事業)

- ひとり暮らしの高齢の方の生活を見守り、体調の変化の兆候を早期に察知し、悪化する前に地域のサービスへつなげていくことを目的とし、東京都健康長寿医療センター研究所と共同で、市内でひとり暮らしをしている 65 歳以上の高齢者を対象に、見守りセンサーを使った見守りシステムの研究事業を開始した。
- 自宅の複数の部屋にセンサーをつけて生活を見守り、センサーのデータが月 1 回定期レポートとして地域包括支援センターに送られ、そのレポートや日頃の様子から、必要なサポートや対応をしていくものである。

4. 医療連携

(1) 医療法人による包括的なセーフティネット構築((医)天翁会)

- 医療財団法人天翁会が取り組む「あいセーフティネット」は、多摩ニュータウンを中心としたセーフティネットである。これは「多摩ニュータウンという地域全体を1つの病棟として捉え」、「あいクリニック」を外来と訪問診療を一体化させたベースキャンプとし、「新天本病院」「あい介護老人保健施設」「あい訪問看護ステーション」等のグループ施設と連携する。さらに小規模多機能型居宅介護や認知症グループホーム等とも連携させる。

- 施設(病院・介護施設)か在宅かという二者択一的な発想ではなく、両者を一体化し、法人内の病院や施設での自己完結型から、地域内での還流型へと展開していく必要があるという考えのもと、地域包括ケアの実現をめざしている。

(2) 多摩ニュータウンにおける地域医療機関病院(日本医科大学多摩永山病院)

- 日本医科大学多摩永山病院は南多摩医療圏域に位置しており、受診患者は 80%以上が南多摩医療圏域在住者である。このような状況の中で、紹介元医療機関とのスムーズな連携と情報の共有化を図ることを目的に、平成 13 年 3 月、医療連携室を立ち上げた。
- 医療連携室では①医療連携に関わる業務②医療福祉相談に関わる業務③看護相談に関わる業務を実施。基幹病院としての役割が増大する中で、医療連携室では紹介元医療機関との連携をさらに密にしている。

(3) ICT利用による地域連携パス創設の試行(多摩市胃ろうネットワーク)

(総務省 平成 21 年度ユビキタスタウン構想推進事業)

- 平成 18 年に「多摩市胃ろうネットワーク」立ち上げ以来、「多摩市胃ろうネットワークの手引き」作成や「摂食嚥下地域連携パス作成作業部会」「PEG 地域連携パス作成作業部会」を立ち上げる。
- 多くの医療機関で胃ろうの造設や交換が行われるが、必ずしも PEG に詳しいスタッフが管理しているわけではなく、合併症の報告も聞くことから、セミナーやシンポジウムを通して、胃ろうネットワークを構築し患者本人や家族、医療・介護関係者が安定して相談できる窓口をつくるとともに地域に PEG の正しい知識の啓発と普及を努める活動を行っている。
- また、平成 21 年度より地域連携パスの IT 化に取り組んでいる。多摩ニュータウンの高齢化・核家族化が深刻な問題となっているため、医療・介護の関係者が参加した地域連携パスを IT 化し、インターネットを利用した地域連携システムのブロードバンドネットワーク環境を活用し、多職種による患者情報の共有化を図り、在宅医療及び在宅支援の充実を目指している。

(4) 地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究

(厚生労働省 平成 25 年度 厚生労働省科学研究費補助金事業)

- 厚生労働省により「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」や「地域における保健師の保健活動に関する指針」において、住民組織や市民活動との協働を通じたソーシャルキャピタル(いわゆる地域力)の醸成・活用により、健康なまちづくりを推進するという方向性が明示された。本研究では、地域保健事業や市民活動等の事例を調査し、地域住民の健康増進や暮らしやすい地域づくりに関する方法を提案する。

5. 介護予防

(1) 「健寿の駅 多摩」(国土舘大学・恵泉女子大学ほか)

(総務省 平成 22 年度地域 ICT 利活用広域連携事業(実証実験))

- 地元キャンパスを持つ国土舘大学が地域貢献活動の一環として、運動による健康維持活動の促進を進めている。また、NPO によるまちづくり活動も進められている。
- そこで、大学とまちづくり NPO が協働して、運動プログラムやまちづくり活動とのコラボレーションの中で、健寿の駅の可能性を検討し、利用者の便宜を図るため、3 ヵ所の健寿の駅を設置してそれぞれの駅の役割分担も考慮しながら取り組んできた。

6. 生活支援

(1) 移動販売車「あんしんお届け便」(イトーヨーカ堂 平成 25 年 7 月～)

- 購買力の低下している一部の地域でスーパーが撤退し高齢者にとって買い物が不自由な状況が生じていることから、多摩ニュータウンの買い物支援として、平成 25 年 7 月よりイトーヨーカ堂南大沢店がトラックによる移動販売を実施。
- 毎週火曜日・木曜日の 11 時から 16 時 30 分、販売箇所は多摩市域の 6 カ所。
- 売れ行きに応じて品揃えを調整するなど利用者のニーズに対応していく。

(2) 移動販売車「京王ほっとネットワーク」(京王電鉄グループ 平成 25 年 8 月～)

(経済産業省 平成 25 年度地域自立型買い物弱者対策支援事業)

- 平成 19 年に「京王ほっとネットワーク」という高齢者等をサポートするサービスの提供を開始し、大手コンビニエンスストアでも実施されている「当日宅配サービス」に着手。京王ストアで購入した商品を自宅まで届けることで買い物の利便性を図った。
- 平成 21 年にはインターネット等で注文を受けて自宅へ届ける「お買い物代行サービス」を開始。2013 年 11 月より買い物弱者対策に移動販売「ほっとネットワーク」を開始した。「自分で商品を見て、買い物の楽しさを味わいたい」という利用者の声から生まれた。
- 移動販売車に約 300 品目を載せて 1 日 4 カ所前後を巡回する。

【自治体としての関わり】

- さまざまな取り組みに応じて、行政として人的・物的支援以外に、実施にあたってのコーディネートや組織間調整を通じて、行政、専門機関、産業、地域住民との協働・ネットワーク形成を図ってきた。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 平成 18 年から、多摩市医師会、多摩市地域包括支援センター(6 カ所)、市高齢支援課の共催で「多摩市医療・福祉・介護連携ネットワーク事業」を企画、運営している。参加者は、医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護師、ホームヘルパー、MSW、病院看護師、PT、OT、介護保険サービス事業所などで、平成 25 年度は 150 名が参加した。
- 多摩市においてこれまで行われてきた各分野における試行的な地域へのアプローチやシステム形成、及びサービス展開を通じて、地域、専門機関、事業者、行政が、それぞれの立場から協働していくきっかけとなるとともに、地域に広げる必要のある仕組みは何かということが明らかになってきている。



名刺交換・和やかな懇親



連携事例発表・医師コメント

【課題】

- 今後、これまでの取り組みの経験を地域において共有するとともに、地域ケア会議も活用したきめ細かな仕組みづくりに向けた課題整理を行いながら、多摩市における地域包括ケアシステムを可視化していくことが必要な時期となっている。

参考 URL、連絡先

- 多摩市 健康福祉部高齢支援課 地域ケア推進係
<http://www.city.tama.lg.jp/kenkou/koureisha/000742.html>
042-338-6846

キーワード	地域密着型サービスの推進や活用、小規模多機能型居宅介護、地域交流拠点、社会福祉法人
-------	---

地域への積極的な働きかけが地域の交流拠点へ

新潟県 長岡市

【この事例の特徴】

小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、高齢者在宅支援住宅の機能を併せ持つ、地域に開かれた拠点として開設した。開設当初は地域の理解を得るのが難しかったが、町内会の神輿の休憩所として利用してもらったことを契機に地域と接点ができる。現在は地域住民が立ち寄りやすい雰囲気づくりのためにカフェを展開している。

地域概要

総人口:	281,411 人
65 歳以上人口:	74,192 人(26.4%)
75 歳以上人口:	40,501 人(14.4%)
要介護要介護認定者数:	13,343 人(18.0%)
地域生活支援センター数:	11カ所
第5期介護保険料:	5,792 円



背景・経緯

【背景】

- 平成22年度に、従来の福祉施設とは違う選択肢を提示することをコンセプトに、(社福)長岡福祉協会が中心となってサポートセンター摂田屋を開設した。
- 小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、高齢者在宅支援住宅の機能を併せ持っている。

【経過】

- 地元町内会に地域に開かれた施設の考え方を理解してもらうのに苦労したが、ある時、町内の祭りの神輿の休憩場所が欲しいという話を聞き、施設を休憩場所として提供したことが、契機となった。
- 子どもから大人までの祭り参加者から施設に入って見てもらえたとし、利用者も町内の祭りの楽しさを味わうことができた。
- **予算等:** 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金(ハード交付金) 6,296 千円
地域介護・福祉空間整備推進交付金(ソフト交付金) 3,000 千円

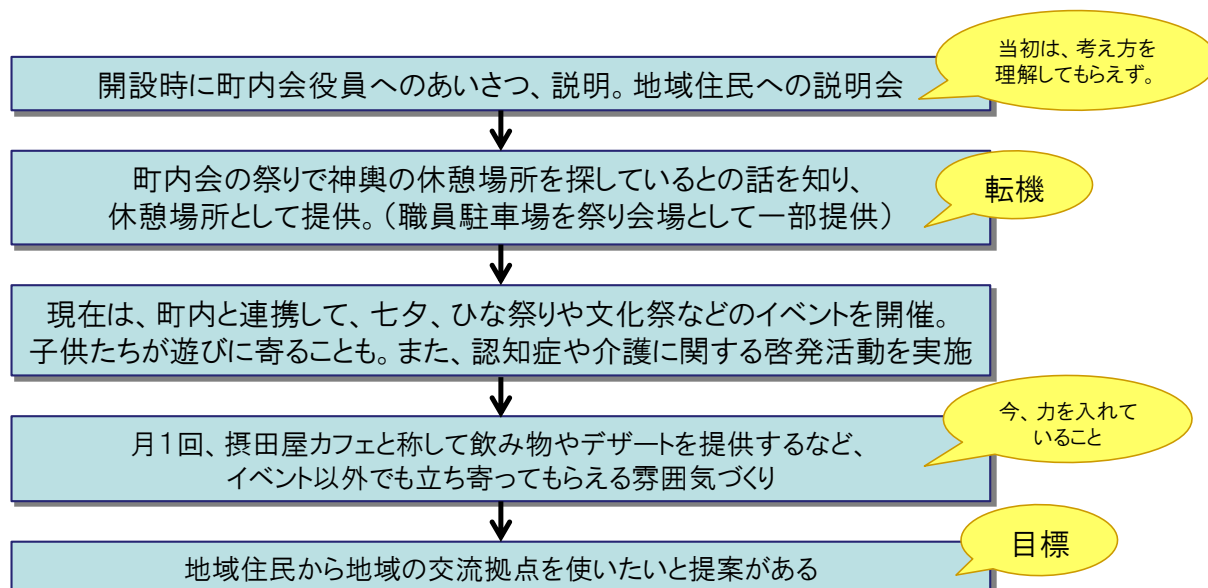
取り組み内容と方法

【概要】

- 小規模多機能型居宅介護事業所に地域の交流拠点設備を併設し、地元町内会と施設が連携して様々な行事を開催することで信頼関係を築いている。

- 介護サービスを今後利用する団塊の世代から実際に見てもらえるよう、地域交流室、カフェテリア、キッズルーム、バーカウンターを整備し、質の高い行事を開催するなど、工夫した運営を行っている。
- 施設のイベント(七夕、ひな祭りや文化祭、料理教室)などを積極的に地域や学校に広報して、住民が参加できる機会をつくっている。そして、地域住民がお茶飲みに来館したり、子ども達が遊びに来るなどの交流が生まれている。
- 長岡市としては特に関与していないが、運営推進会議を通じて助言を行っている。

【地域との接点づくりの工夫】



取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在は、年間 2,000 人の利用があり、町内会の役員会を交流拠点で開いたり、子どもたちが自然と遊びに寄ってくれるようになった。

【課題】

- 月1回の摂田屋カフェの取り組み(飲み物やデザートの提供)、介護全般についての情報発信や相談等を行い、地元住民側から積極的に施設を利用したいという提案をしてもらえるような関係づくりに取り組んでいく。

参考 URL、連絡先

- 長岡市 介護保険課 介護事業推進係
0258-39-2245

キーワード 地域ケア会議、ネットワーク構築

「高岡市中央地域ケア会議」を通じた地域包括ケア体制づくり

富山県 高岡市

【この事例の特徴】

地域包括支援センターが抱える課題を洗い出して共通認識とし、「医療との連携」「困難事例への対応」「地域課題を踏まえたネットワークづくり」などの課題について、対応する体制を構築した。

地域概要

総人口:	177,551 人
65 歳以上人口:	51,068 人 (28.8%)
75 歳以上人口:	25,457 人 (14.3%)
要介護要介護認定者数:	8,878 人 (17.4%)
地域包括支援センター数:	10 ヲ所
第5期介護保険料:	5,310 円



背景・経緯

- 本市では、従来から、高齢者支援に関わる保健・医療・福祉等の関係機関の連携体制を構築するために、各年度、テーマを掲げ、関係者が集まり、課題や解決策を協議する会議を年 2～3 回開催してきた。
- 平成 23 年度当初、当会議のテーマを決めるために、地域の高齢者の総合相談窓口であり、地域の高齢者支援ネットワークづくりの拠点である地域包括支援センターが抱える活動の課題（特に他機関との連携における課題）について調査を実施した（＊高岡市は、委託型地域包括支援センターを市内 10 ヲ所に設置している）。
- 調査の結果、10 ヲ所の地域包括支援センターにおける他機関との連携に関する課題を以下のとおり把握した。
 - ◇ 医療との連携が不十分（特に認知症高齢者の早期発見や支援において）
 - ◇ 知的障害や精神障害を持つ高齢者やその家族、身寄りのない高齢者等の支援困難事例が増加しており、他機関との連携支援の必要性が高まっている
 - ◇ 地域包括支援センターにおいて地域の課題を踏まえたネットワークづくりが不十分
- これらの課題を共有し、対策を検討することを目的に平成 23 年度から「高岡市中央地域ケア会議」を開催してきた。

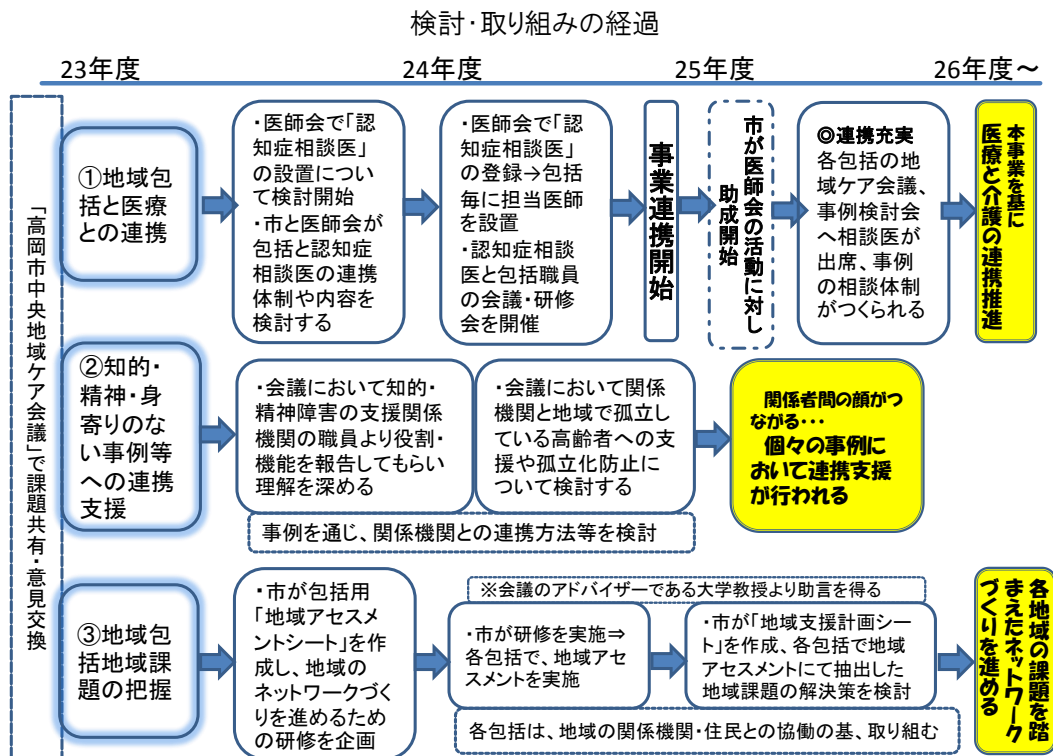
取り組み内容と方法

【高岡市中央地域ケア会議への参加機関】

- 市内 10 か所地域包括支援センター
- 医師会
- 訪問看護ステーション
- 居宅介護支援事業者
- 警察署
- 社会福祉協議会
- 民生委員協議会
- 厚生センター
- 市関係課職員
- 大学教授(アドバイザー)
- その他、会議のテーマに応じ、関係機関職員が参加

【検討の経過】

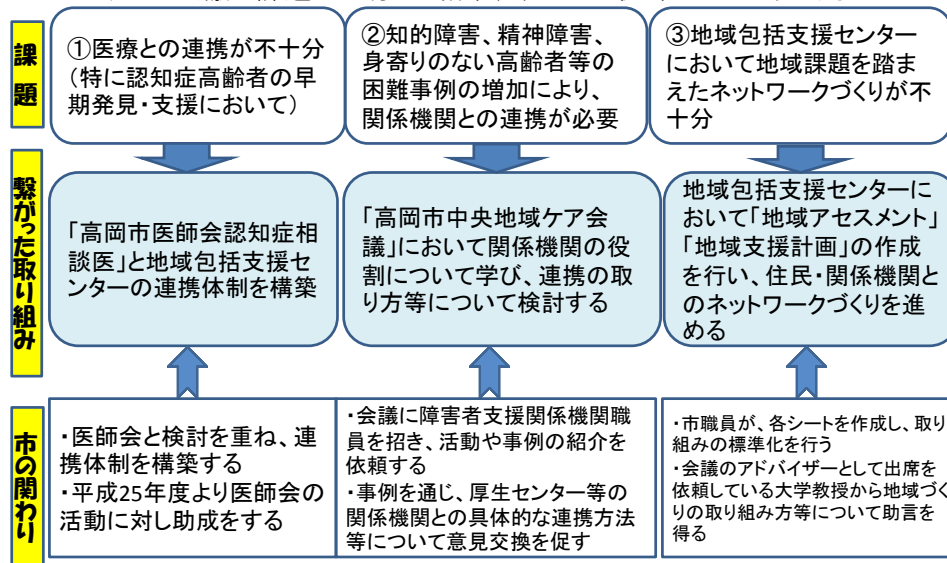
- 地域包括支援センターにおける他機関との連携に関する課題「①医療との連携が不十分」「②支援困難事例の増加と連携支援の必要性の強まり」「③地域包括支援センターにおける地域課題を踏まえたネットワーク構築」のそれぞれについて、検討し、取り組みを行った。



【会議の結果からつながった取り組み】

- 課題認識「①医療との連携が不十分」に対する取り組み
 - ◇ 高岡市医師会「認知症相談医」(地域の認知症相談窓口医師)と地域包括支援センターの事業連携体制を整備。
 - ◇ 平成 23 年度
会議に参加していた高岡市医師会理事を担う医師が認知症相談医の設置に向けて医師会の中で検討を開始した。併せて認知症相談医と地域包括支援センターの事業連携内容・体制について医師会と市が検討した。
 - ◇ 平成 24 年度
高岡市医師会において認知症相談医(登録医)を設置。地域包括支援センター圏域毎に担当する認知症相談医を配置し、認知症相談医と地域包括支援センターの事業連携がスタートする。地域包括支援センターからの相談事例に対し認知症相談医から助言が得られるようになるとともに、地域包括支援センターが開催する事例検討会等に認知症相談医の参加が得られるようになる。
 - ◇ 平成 25 年度
市として、認知症相談医(医療)と地域包括支援センター(介護)が相互に連携する在宅支援体制の強化を図ることを目的とした事業を立ち上げ、医師会への活動費の助成を開始する。
- 課題認識「②支援困難事例の増加と連携支援の必要性の強まり」に対する取り組み
 - ◇ 中央地域ケア会議において知的障害、精神障害、身寄りのない高齢者への支援における課題を共有する。また、知的、精神障害の支援に関わる各機関の役割・機能を報告してもらい理解を深める。さらに、関係機関との連携の取り方等を検討し、具体的な連携方法について共有する。
 - ◇ 地域包括支援センター、厚生センター、障害者支援機関等の関係職員間の顔がつながり、個々の事例において連携支援が行われるようになってきている。
- 課題認識「③地域包括支援センターにおける地域課題を踏まえたネットワーク構築」に対する取り組み
 - ◇ 市内 10 ヶ所地域包括支援センターの担当地域の課題を把握するために地域資源の把握、データの整理を行う「地域アセスメント」の実施、及び地域課題の解決に向けて取り組みを進めるための「地域支援計画」の作成について市が支援する。
 - ◇ 平成 24 年度
市保健師が地域包括支援センター用「地域アセスメントシート」を作成し、アセスメントの手順について研修を行う。各地域包括支援センターで地域アセスメントを行い、地域の課題を抽出し、住民と共有を図る。
 - ◇ 平成 25 年度
各地域包括支援センターで抽出した課題を解決するために、市が「地域支援計画シート」を作成し、計画の立案、解決策の取り組みを関係機関や住民と協働で進めていくための研修を行い、各地域包括支援センターで取り組みが進められる。

地域ケア会議で課題を共有した結果、繋がった取り組み及び市の関わり



取り組みの成果と課題

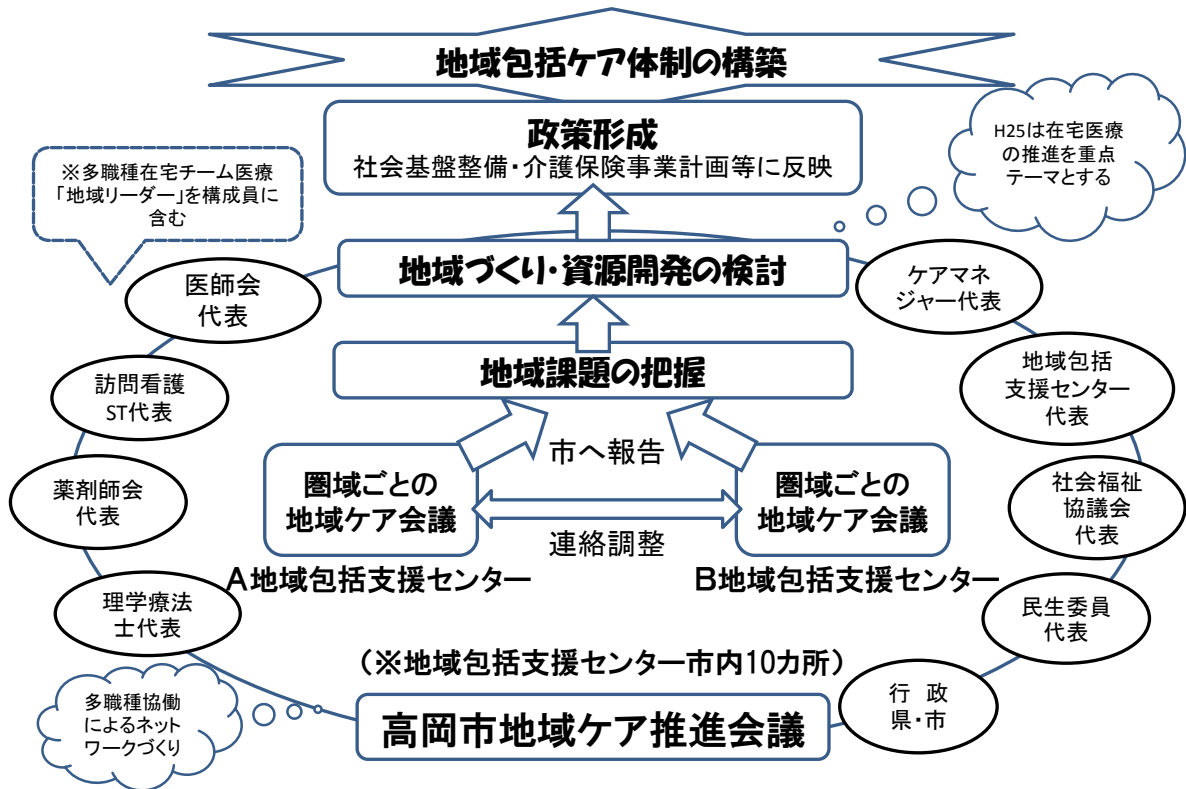
【成果】

- 地域包括支援センターが抱える課題を会議で共有することにより、関係機関に地域包括支援センターの役割・機能を周知することができた。
- 会議を通じて、関係者間の顔がつながり、相互に連絡がとりやすくなったり、個別事例への支援においてスムーズに多機関で関わるできるようになった。
- 会議において、課題の共有や対策の検討を行うのみにとどまらず、課題解決に向けた実際の取り組みを関係機関と連携し積極的に進めた。会議では、各取り組みの進捗状況を報告し、関係者に周知した。
- 地域包括支援センターにおける「地域ケア会議」と市が開催する「高岡市中央地域ケア会議」の各々の役割及び、これらの会議開催を通じた地域包括ケア体制構築の流れを整理することができた。

【今後の取り組み】

- 平成 25 年度から、「高岡市中央地域ケア会議」から「高岡市地域ケア推進会議」へと発展した。
- これは、平成 25 年度から、市内 10 ヲ所地域包括支援センターにおいて多職種協働による「地域ケア会議（個別事例会議）」を開催し、個別事例の検討を通じて、支援ネットワークの構築、地域課題の把握等を行っている。各地域包括支援センターの「地域ケア会議」で把握される地域課題を市が集約し、広域的な課題解決に向けた協議の場として「高岡市中央地域ケア会議」の機能を充実させ、名称を「高岡市地域ケア推進会議」に変更し開催している。
- 平成 25 年度は、当会議の重点テーマとして、医療と介護の連携推進を掲げ、各関係機関の役割・機能の共有、課題解決に向けた協議を行っている。

地域課題の把握～地域包括ケア体制構築へ…(平成 25 年度以降の体制)



参考 URL、連絡先

- 高岡市 保健福祉部 介護保険課 介護予防・地域ケア推進担当
<http://www.city.takaoka.toyama.jp/joho/shise/gaiyo/soshiki/fukushihoken/kaigo.html>
 0766-20-1165

キーワード	総合相談支援体制の充実、多面的なアセスメント、事業所・専門職・地域の恒常的ネットワーク
-------	---

総合相談(個別課題解決)と地域づくり・資源開発・政策提案の相互作用を生み出す仕組みづくり

石川県 津幡町

【この事例の特徴】

住み慣れた地域で暮らしたいと思っている高齢者の希望が叶えられるよう、総合相談体制を充実させ、個別事例ごとの地域ケア会議を地域包括支援センター(直営)の主催により実施している。地域生活継続のための課題抽出につながる多面的なアセスメントを、多職種によって実施することで、解決に必要なネットワークの構築につながっている。

地域概要

総人口:	37,681 人
65 歳以上人口:	7,496 人(19.9%)
75 歳以上人口:	3,592 人 (9.5%)
要介護要支援認定者数:	1,235 人(16.5%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	5,550 円



背景・経緯

【背景】

- 平成 18 年 地域包括支援センター設立時、高齢化率は 16.7%であった。これは県の 21.0%、全国の 20.8%に比べ低かった。また、要介護認定者数は 986 人、そのうち介護サービス利用者は 841 人で、利用するサービスの内訳は居宅サービス利用者 53.7%、施設サービス利用者 37.9%、地域密着型サービス利用者が 8.3%であり、自宅を離れて暮らす人が 46.2%を占めていた。
- その要因を探ると、高齢者が約 7,500 人の町に、特養 2 施設(160 人)、老健1施設(50 人)、グループホームは 9 事業所(162 人)と 372 人もの受入れ許容数があるため、比較的軽度の、まだ十分自宅で暮らせる段階から、在宅ケアの模索をしないまま、入所を選択する傾向にあった。しかも、本人は自宅で暮らしたいという希望を持っていたも、家族の意向のみで決定していく傾向が強く、本人の権利擁護の観点からも問題があった。

【経緯】

- このような状況の中で、住み慣れた地域で暮らしたいと思っている高齢者の希望が叶えられるよう、地域包括ケアシステムの構築は急務であるとの認識を平成 18 年から持ち続け、地域包括支援センター業務を遂行してきた。
- 中でも、地域住民のニーズを具体的に把握できる総合相談の体制整備、相談の力量向上に取り組んできた。介護相談を含め、総合相談としてつながってくる個別事例に対し地域と事業所(専門職)、

行政が協働して課題解決できるネットワーク形成に取り組み、チームアプローチの解決スタイルを確立し、個別課題解決のためのネットワークが、恒常的ネットワークに発展し、地域づくり、社会資源開発、施策の提案につながる仕組みづくりに取り組んだ。

【予算等】

- 国・県の補助事業
 - ◇ 認知症地域支援体制構築等推進事業 認知症安心ネットワーク推進事業(平成 21～22 年度)
 - ◇ 石川県地域支え合い体制づくり事業(平成 24 年度)
 - ◇ 地域ケア会議活用推進等事業 (平成 25 年度)
 - ◇ 安心生活サポート促進事業(平成 25 年度)

取り組み内容と方法

【ねらい】

- 具体的な地域生活課題が寄せられる総合相談事例から地域生活を継続するための課題を抽出し、地域のネットワークを使った解決方法をチームで検討することを積み重ね、地域づくり、社会資源開発、施策の提案につながる仕組みをつくることで、住み慣れた地域で生活し続けられる高齢者を増やす。

【取り組み内容】

1. 総合相談の流れの確立
2. 総合相談につながってくる発見・つなぐ機能を持つネットワークの確立
3. 地域生活継続のための課題抽出につながる多面的なアセスメントの実施
 - 本人、家族、地域のアセスメントを重視し、当事者を中心としたチーム全員が共通理解のできるアセスメントツールを活用する
 - 多職種(専門職)による課題の検討ができる体制をつくる
相談事例を包括センター内で検討する場の確保(毎朝の1時間ミーティング)
4. 臨機応変に個別課題解決チームが組めるよう恒常的なネットワーク形成(事業所連絡会・専門職連絡会・地域のサポートネットワーク)を行う
 - 事業所ネットワークとして以下の連絡会活動を支援する
 - ◇ 居宅介護支援事業所管理者連絡会(介護支援専門員研修の企画、スーパービジョン機能向上を担う)
 - ◇ 地域密着型事業所連絡会(情報交換による質の向上、町主催介護者教室教材づくり・講師派遣協力)
 - ◇ 訪問介護事業所管理者連絡会(情報交換による質の向上、町主催介護者教室教材づくり・講師派遣協力)
 - ◇ 見守り、生活支援連絡会(情報交換、見守り・生活資源マップ作成協力、新規事業の検討)
 - ◇ 公的住宅連絡会議(住宅管理会社との懇談会で支援の必要な人について検討)
 - 専門職ネットワークとして以下の連絡会をつくり支援する
 - ◇ リハビリ職員連絡会
(事例検討による居場所によって途切れないリハビリの在り方検討、介護者教室教材づくり・講師派遣)
 - ◇ 権利擁護ネットワーク連絡会
(弁護士、司法書士、行政書士、社会福祉士、社協、居宅介護支援専門員、包括などの情報交換と事例検討)
 - ◇ 多職種連絡会
(各種連絡会参加者合同の勉強会、事例検討会)

◇ 医療保健介護連絡会(仮)等

(町内の医師等医療職とソーシャルワーカー、介護支援専門員、包括職員、行政保健師の勉強会、事例検討会)

● 地域サポートネットワーク

- ◇ 地区認知症安心ネットワーク推進委員会 (地区役員、民生委員、防犯委員、地域サロン、老人会、学校、保育園、介護事業所等が参加し、地域住民の認知症理解と支え合い体制づくりに取り組む)
- ◇ 地区三者交流会 (民生児童委員・社協・行政による地区の情報交換、課題検討)
- ◇ 地域ささえあい事業フォローアップ研修およびケア会議、介護予防メイト連絡会、キャラバンメイト定例会(活動から見えた地域課題の検討)
- ◇ いきいきサロン連絡会 (情報交換、活動交流、人材養成)

5. 社会資源開発、施策の提案・検討の場として既存の会議を位置づける

- 町認知症安心ネットワーク推進委員会(各地区の活動の集約と町の認知症施策について検討、提案)
- 地域福祉計画推進委員会(地域福祉計画推進状況の検討)
- 介護保険事業計画等協議会(計画の見直しを検討)
- 買物支援実行委員会(商工会を中心に社協、行政などで買い物支援の資源開発について検討)

【関連団体・組織】

- 実施主体:津幡町地域包括支援センター(行政直営)
- 関連団体:津幡町社会福祉協議会、民生児童委員協議会、当事者団体、ボランティアグループ、地区組織(区長、老人クラブ、防犯委員、消防団、学校、保育園等)、介護支援専門員、介護保険サービス事業所、リーガルサポート、弁護士会、行政書士会、医療機関、民間企業等

取り組みの成果と課題

【成果】

- 総合相談の件数が増加し、幅広い地域生活継続の課題を拾うことができ、解決に必要なネットワークの形成、地域課題の整理から地域づくりや資源の開発の必要性について明確にできた。
- 個別の地域生活課題は本人、地域の人と専門職や事業所が協働して課題解決に取り組むという総合相談のあり方が確立できた。
- 地域と事業所、専門職、行政が連携し、地域を基盤とした課題解決を行った結果、地域生活継続困難とされていたが在宅生活が継続できた事例が数多く生まれた。
- 個別課題解決のチームアプローチの中で必要なネットワーク形成が進んだ。
- 各種ネットワークをつなぐ多職種ネットワークの形成により、町の地域包括ケアについて共通認識をつくり、システム構築の主体的メンバーとしての意識づくりに取り組めた。
- 施設利用者割合は平成 18 年に比し、平成 25 年は 11.8%減少した。一方地域密着型利用者が増加し、居宅サービス利用者は 4.8%の増加に留まり 58.5%であった。

【取り組みを行う中での課題、苦勞した点】

- 行政直営の場合、地域包括支援センター機能と行政機能を一体的に担っていることで、ニーズ把握から施策化に直結しているというメリットがあるものの、責任の所在があいまいになる傾向があった。また、町内のほとんどの集落では、地域福祉に関する体制が整っていない状況の中で、地域包括支援センターが地域

を基盤とした総合相談を展開しようとしたときに、個別課題からみえた地域づくりにまずは取り掛からねばならないという事情があり、地域づくりに大きな力を割かねばならなかった。しかし、町社協と常に共同で取り組むことで、社協が力を持つようになり、地域づくりを担える人材や組織が確立するきっかけになり、さらに地域福祉計画、地域福祉活動計画が策定されたのも今後の地域包括ケアシステム構築に向けて大きな成果となった。

- 当初は、事業所や地域から個人情報保護の面で情報共有が難しいと抵抗もあったが、「地域福祉」に対する理解を進めるにつれ、協働作業としてのシステム構築の意識が醸成され、徐々に抵抗感は解消していった感がある。

【今後の展望、課題】

総合相談事例や各種連絡会、地域ネットワークから吸い上げた課題を以下の7点に整理した。

- 主に外出支援、買い物支援、元気高齢者の活動の場など日常生活の社会資源の整備と生活支援のマネジメント機能をもつ地域の拠点づくり
- 団塊世代や中高年層の健康や生活課題に取り組める地域の拠点(健康カフェ)づくり
- 身寄りのない人の後見や死後の対応への施策づくり
- 入退院時の医療連携、相談体制が不十分。町の単位での医療と介護の連携体制の確立
- 在宅生活を継続させるための、介護支援専門員の力量向上にむけグループスーパービジョン体制の構築
- 認知症ケア、看取り等 在宅ケアの質の向上を目指す事業者ネットワークの強化
- 元気な高齢者の生きがいづくりと健康維持を目的とした活動の場づくり

参考 URL、連絡先

- 津幡町 町民福祉部 健康福祉課 地域包括支援センター
<https://www.town.tsubata.ishikawa.jp/soshiki/kenkoufukushi/houkatsushien.html>
076-288-7926

キーワード	介護予防と生活支援の総合的なサービス提供、介護予防・日常生活支援総合事業、コミュニティカフェ、配食サービス、安否確認
-------	--

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防と生活支援の総合的なサービス提供

山梨県 北杜市

【この事例の特徴】

通所型予防サービスによる拠点づくりと、配食・見守りを中心とした生活支援サービスの提供を組み合わせ、総合的で多様なサービスを提供している。

地域概要

総人口:	48,937 人
65 歳以上人口:	15,725 人(32.1%)
75 歳以上人口:	8,222 人(16.8%)
要介護要支援認定者数:	1,766 人(11.2%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	3,833 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 平成 22 年度に日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題を把握。課題として高齢者の外出や交流の少なさが上がってきた。平成 23 年度に地域支えあい体制づくり補助金で、高齢者の居場所となるコミュニティカフェづくりを市内に展開し、8 ヲ所を整備。事業の趣旨を事業者の説明、行政(保険者)と事業者間で組織する連絡会を定期開催し、情報交換と意見交換を行い、8 ヲ所に事業を委託した。
- 平成 24 年度から実施
 - ◇ 実施主体: 北杜市
 - ◇ 通所型提供者: NPO 法人、社会福祉協議会、介護事業所、任意団体
 - ◇ 生活支援提供者: 弁当業者、任意団体、介護事業所

【予算等】

- 北杜市
 - ◇ 通所型: 月 1 回委託料(1 回 8,000 円週 2 回まで) 平成 25 年度予算額: 6,952 千円
 - ◇ 生活支援: 配食とともに見守りを実施。見守りに係る費用として 1 回 200 円(週 3 回まで)が委託料。
平成 25 年度予算: 1,728 千円
- 国・都道府県
 - ◇ 地域支援事業交付金(平成 24 年度)
 - ◇ 通所型: 国 1,665 千円 県 833 千円 生活支援: 国 432 千円 県 215 千円

取り組み内容と方法

- 北杜市の住民で二次予防対象者及び要支援高齢者を対象に、下記事業を実施している。

1. 予防サービス(通所型)ふれあい処(北杜)

- 地域の人が誰でも気軽に寄れる地域活動の拠点として「ふれあい処」を設置し、会話、趣味、創作活動、体操、事業所の特性を生かした活動等を実施し、高齢者の健康増進や交流を促進する事業
- 通所型: 月 1 回委託料(1 回 8,000 円週 2 回まで) 平成 25 年度予算額: 6,952 千円

2. 生活支援サービス(あんしんお届サービス)

- 配食サービスと安否確認、緊急時対応
- 生活支援: 配食とともに見守りを実施。見守りに係る費用として1回 200 円(週 3 回まで)が委託料。
平成 25 年度予算: 1,728 千円
- 平成 24 年度の実績
 - ◇ 通所型(8 か所)年間開催回数 540 回 利用者 52 人(延参加人数 1,111 人)
 - ◇ 生活支援(4 か所)利用者 27 人(延利用者数 1,361 人)

北杜市における介護予防・日常生活支援総合事業の取り組み

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場に用意するきっかけに平成 24 年度より実施
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指す。

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8 か所)
NPO、任意団体、社協、介護事業所等
- 内容
会話、趣味、創作活動、体操、事業所の特性を生かした活動等
開催回数(週 1~2 回程度)
- スタッフは 1~2 名。他はボランティア
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所

※H23地域支え合い体制づくり事業で拠点整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食+安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異状があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、任意団体、介護事業者等(4 か所の事業者が参入)



取り組みの成果と課題

- 要介護認定率が、全国的に見て、非常に低い水準にある。
- ふれあい処未設置地区や業者等が弁当の配達をしていないエリアがある。地域高齢者の活動拠点をつくりたいという希望者や活動を始めた方々もあり、事業の委託が今後できるか経過をみて検討をし、委託先を増やして、地域により格差がないような体制をつくっていききたい。

参考 URL、連絡先

- 北杜市 市民部介護支援課 地域包括支援センター担当
<https://www.city.hokuto.yamanashi.jp/hokuto/shiyakusyo/soshiki/1305171782-46.html>
 0551-42-1336

キーワード 見守り、テレビ電話、買い物支援、居場所

山あい集落における見守り・買い物支援・居場所づくり

山梨県 道志村

【この事例の特徴】

山あいの集落で独居・高齢夫婦世帯が増加し、家族の扶養機能が弱まるなか、テレビ電話を活用した地域での見守り体制の整備、買い物支援の必要性からの買い物ツアーの実施、お茶飲み会による居場所づくりを実施している。

地域概要

総人口:	1,903 人
65 歳以上人口:	572 人(30.1%)
75 歳以上人口:	321 人(16.9%)
要介護要支援認定者数:	91 人(15.9%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	5,100 円



背景・経緯

【背景】

- 東西 28 キロと道志川に沿って細長い山あいに集落が点在している。高齢化が進み、独居・夫婦・親子世帯が 34% を占める。また別荘居住の人が 18.2% おり、ほとんどが独居・高齢夫婦世帯である。
- 全国的に孤立死や自殺が増加しているなか、本村においても家族の扶養機能が弱まっているだけでなく、近隣との付き合いを負担に感じる人が出てくるなど、お互いのつながりが希薄となり、地域がこれまで持っていた助け合いの力や機能が衰えてきている。日常生活圏域ニーズ調査からも、閉じこもりやうつの傾向の方も増えている。
- 山間僻地であるが故、社会資源は乏しく、要介護状態が重度化してしまうと、在宅介護が困難となり、施設入所の意向になりやすく、介護給付費(施設分)は在宅サービスの倍以上となり、施設に依存している傾向にある。
- 行政の呼びかけで平成 21 年度住民有志による「世代を超えた安心の村づくり」を組織化し、行政との協働でワークショップを積み重ね、本村における生活課題をあげ、その解決に向けて住民有志が自分たちでできることについて検討を行った。

【予算等】

- にっこりコール:〔村〕オペレーター人件費 2,472,000 円〔国・都道府県〕自殺対策緊急強化事業補助金 500,000 円
- 買い物ツアー〔村〕マイクロバス運転手代 1 回 10,000 円×12 回=120,000 円、ボランティア保険代 7,000 円、村所有のマイクロバスの無償貸し出し
- お茶飲み会:財政的支援なし

【経緯】

1. にっこりコール

- 本村はほぼ 97%がブロードバンド・ゼロ地域であり、住民からのブロードバンド整備の要望が強く、平成 20 年度に村内全域に光ファイバを敷設し、インターネット接続サービスの提供を開始。併せて、全世帯に「告知用端末機(テレビ電話)」を設置し、防災無線の難聴対策や住民ニーズに即した行政情報を提供している。
- これまで住民生活にとって大事な分野でありながら、光が十分に当てられてこなかった、自殺対策、DVや消費者被害などの弱者対策に対する事業として「住民生活に光を注ぐ交付金」を活用して当該事業がスタートする。2 年間実施する中で、高齢者の利用が中心であり、日常生活で抱える心配事相談などの住民のニーズが明確となって、高齢者の安否確認や健康状態把握を主眼に置き、平成 25 年度から単独事業として継続実施している。

2. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～買い物ツアー～

- 村内の公共交通機関は 1 社に限られ、便は 1 日に 10 便程度で、利用は小中学生通学が主で一般利用は少ない。移動手段はマイカーが中心である。
- 高齢者がタクシーを利用して村外まで買い物に行く状況や高齢者への買い物支援の必要性が議論され、自宅近くまで送迎できる移動手段のサービス提供の発案がされ、平成 23 年 4 月から買い物ツアーの事業実施となった。

3. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～お茶飲み会～

- 昔は高齢者が近所同士各家庭に集まり毎日のようにお茶飲みをしていた。現在では道で会っても挨拶程度である。課題への取り組みとして高齢者が身近な場所で集える機会の必要性が検討され、高齢者の居場所づくりが発案された。平成 22 年モデル地区を決め、世代を超えた安心の村づくりのメンバーと村行政の協働により高齢者の居場所づくりを開催し、その後順次、村内 7 ヵ所でのお茶飲み会開催に取り組むこととなった。

取り組み内容と方法

【目的と実施内容】

1. にっこりコール

① 目的

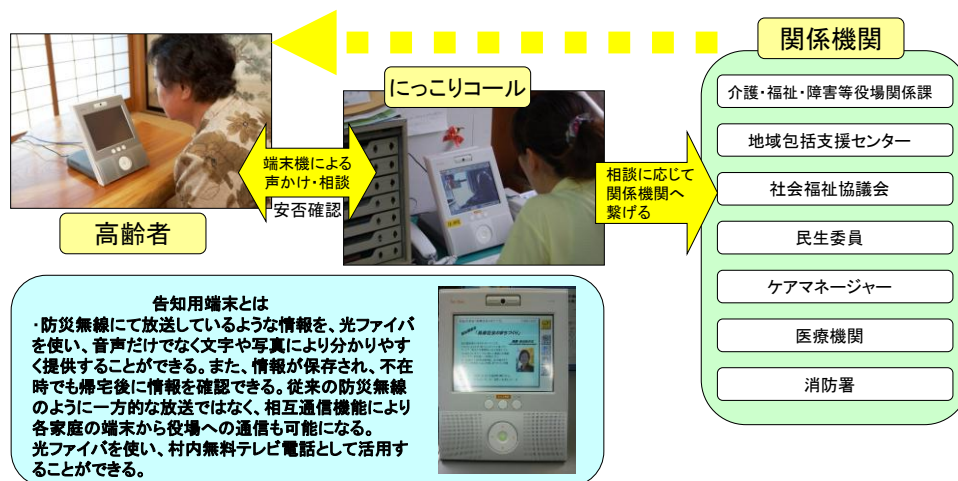
- 村民が安心・安全に暮らせるよう、村が全戸に設置した告知用端末機を活用して、独居高齢者、高齢者のみの世帯、日中独居となる高齢者を対象に、オペレーターによる安否確認、健康状態の状況把握をするとともに、自殺対策や虐待、DVや消費者被害などの啓発活動や相談・通報を適切に専門機関へつなげ、在宅で安心して過ごせるように支援するものである。

② 実施内容

- 対象:独居高齢者、高齢者のみ世帯、日中独居となる高齢者等
- 内容:最低でも 2 週間に 1 度はテレビ電話による声かけを行ない、対象者の顔を見ながら、健康状態の把握を行なっている。また、高齢者が日ごろから抱えている心配事などの相談を聞き、必要に応じて、地域包括支援センター、民生委員、社会福祉協議会など関係機関へつなげている。緊急時にはホームヘルパーであるオペレーターが自ら訪問している。

- 実施主体:道志村(オペレーター4名配置)
- 行政の関わり:財政支援 オペレーター人件費 4名 2,472,000円
- 困難事例や個別ケースの情報共有の必要がある場合は、必要に応じて地域ケア会議を開催し、関係者間で情報の共有や連携強化を図っている。

テレビ電話を活用した高齢者の安心安全な在宅生活の支援



2. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～買い物ツアー～

① 目的

- 定期的な移動サービスを提供することにより、心身や経済的な負担が少なく、独居・高齢者世帯の生活品の確保をめざす。また事業参加により社会参加の一つとして、定期的な楽しみにつなげ、精神活動の活性化を図り介護予防の一貫とする。
- 世代を超えた安心の村づくりの組織メンバーの協力を得ることで、地域力の促進を図る。

② 実施内容

- 対象:運転のできない独居高齢者・高齢者世帯を優先にし、他空席状況から一般高齢者の希望者
- 平成24年度は延べ参加人数137人、協力員延べ38人。
- 時期:原則として第2木曜日1回、年間12回。午前9:00～午後3:30
- 内容:道志村所有のマイクロバスを利用し、村外の生活品や食料品の販売店まで送迎する。参加は事前申込で乗車場所は国道沿い。降車場所は自宅前とし購入品は役場職員、社会福祉協議会職員・協力員で運搬。参加費無料。昼食は自己負担
- 実施主体・関連している団体:実施主体は道志村。協力員として「世代を超えた安心の村づくり」からの有志、一般住民からの有志。社会福祉協議会職員
- 村の財政支援:
 - ◇ マイクロバス運転手代 1回10,000円 × 12回/年 = 120,000円
 - ◇ ボランティア保険代 20,000円/年
 - ◇ 村所有のマイクロバスの無償貸し出し

3. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～お茶飲み会～

① 目的

- 定期的なお茶飲み会を開催することにより、社会参加の一つとして参加者の楽しみにつなげ、精神活動の活性化を図る。
- 世代を超えた安心の村づくりメンバーや参加者間での人間関係の樹立、主体的な開催を目指すことで地域力の促進を図る。

② 実施内容

- 対象:概ね 70 歳 以上の各地区での参加希望者
- 期間:月 1 回を開催予定
- 時間:13:30～15:30(各地区・行事によって時間変更がある)
- 場所:各地区公民館。
- 費用:参加者が各個人で 100 円の参加料。
- 内容:
 - ◇ 各地区で参加者・メンバー問わず、ふれ役・会計・お茶菓子調達などの役割を決め自主運営を目指す。
 - ◇ お茶飲み会日時を参加者で事前協議し年間予定を自治会ごとに配布。事業前日には戸別端末で周知。
 - ◇ 各地区の実施状況など世代を超えた安心の村づくりの全体会で工夫点、困ったことなど情報交換する。
- 実施主体:世代を超えた安心の村づくりのメンバーを中心に、協力者として各地区の住民有志。温泉施設利用、ビンゴ大会、似顔絵かき、歌カルタなど内容に広がりが見られる。
- 行政の関わり:財政支援はない。住民組織の立ち上げと情報交換の実施により組織の運営活動支援を継続し、意欲保持を図ることで事業継続を推進している。また事業評価を行政が行い、メンバーに報告している。

取り組みの成果と課題

【成果】

1. にっこりコール

- 平成 24 年実績 独居高齢者 36 名、高齢者世帯 20 名、日中独居高齢者 7 名、その他 3 名 計 66 名
実施延べ件数:1,982 件 (告知端末:1,757 件、訪問 225 件)
- 平成 23 年度に実施し、当該事業のサービスを積極的に周知することで、利用者の増加につながり、安心して在宅で生活できる基盤が整ってきているといえる。また、高齢者の個別課題や地域課題の把握につながり、日常生活で抱える心配事などのニーズが明確になってきている。
- 話し相手を希望している高齢者も多く、当該サービスを利用して、趣味の花や自ら描いた絵などの作品をオペレーターが見ることなどで、高齢者の生きがいにつながっているほか、服薬管理ができない高齢者には内服時に連絡し、テレビ電話の前で今日の日付の書かれた袋の薬を飲んでもらったり、既に飲んでいる場合には空の袋を見せてもらうなど、きちんと服薬ができるような支援も行なうことで、安心して在宅で生活できるきっかけとなっている。

- 閉じこもりや認知症、うつ傾向にある方をはじめ、高齢者とオペレーターとの人間関係の樹立が図れ、電話相談や訪問活動を通じて、精神的な負担の軽減につながり、高齢者の見守り機能の強化や必要時に適切にサービス導入ができる体制の樹立ができるようになってきている。

2. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～買い物ツアー～

- 参加者から: 定期的な外出や必需品確保以外に参加者と協力員の仲間としてのつながり、身なりへの関心の高まり、いっしょに食事することの楽しさに効果がみられている。また買い物場所等の計画に参加者個々の意見を取り入れることで自ら発言することが増えている。
- 協力員から: 購入品の選択や運搬の介助などを行うことで役割遂行や参加者との人間関係樹立、また事業をよりよくしようとする意欲につながり、協力員の楽しみやはりあいにつながっている。
- 保険者から: 外出支援、生活品の確保とともに身なりや生活リズムに関心を持ち、食事を楽しむ機会となり参加者の広範囲での介護予防につながっている。協力者は役割を遂行しながらも参加者といっしょに事業企画に携わり地域力の向上につながっている。

3. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～お茶飲み会～

- 取り組み結果: 全体で 48 回実施、延べ高齢者参加者 409 人。うち二次予防高齢者延べ 199 人 (48.7%)。協力者延べ 174 人。
- 高齢者から: 気兼ねなく定期的に外出できる機会となり、会話や精神的な刺激により介護予防につながっている。
- 協力者から: 村の課題や今後の高齢化社会をイメージしよりよい地域づくりをしたいと考え、自分たちでできることを実践することで活動の意味づけができ活動意欲となっている。住民有志が実施することで日常的に地域内のつながりが深まっている。
- 保険者から: 身近な場所での社会参加の場となり、介護予防教室など他事業に参加しない二次予防高齢者(閉じこもり・認知・うつ)が全体参加者のうち 48.7%を占め、介護予防につながっている。協力員の自主的な活動によりやりがいを得、地域力の推進につながっている。また高齢者となる前から健康感が向上し、安心して住める高齢化社会へのイメージを持つ機会になっている。

【課題と今後の取り組み】

1. にっこりコール

- 閉じこもりや認知症、うつ傾向にある方の利用は、未だごく一部の方であり、更なる利用者の拡大を図る必要がある。また、告知用端末を利用したことのない高齢者にもサービスの周知を積極的に行いながら、対象者の拡大、ニーズに沿ったサービス内容の拡充を図ることが求められている。
- 当該事業を開始したことで劇的に施設入所の意向が減っているとは言えず、在宅介護をするための生活支援サービスのひとつに過ぎない。当該事業だけでなく、他の生活支援サービスや介護サービス、医療や予防事業などとの連携を強化する必要がある。
- オペレーターの人材確保が困難であり、村単独事業として、福祉資格取得助成事業を開始。ホームヘルパー、介護福祉士、介護支援専門員の資格を取得された方に対して、取得費用の一部を助成する制度を並行して導入し、オペレーターの人材確保につなげているが、利用者やサービスの拡充を図ることで更なる人材の確保が必要となる。

2. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～買い物ツアー～

- 生活を支える買い物支援には実施回数の検討や他方面からのサービス提供や交通手段の仕組みづくりの必要性がある。
- 実施主体は村でありながらも参加者・協力員で改善しながら協働でつくり上げていくことをめざす。
- 住民・社協・行政協働による住民参加型有償在宅福祉サービス「暮らしのささえあい・どうし」のしくみを平成 25 年度に立ち上げ、買い物代行による生活支援を広げた。
- 交通手段確保については担当課との情報交換を実施し政策課題としての取り組みが必要である。

3. 住民とともに考え実践することで暮らしやすい地域づくり～お茶飲み会～

- お茶飲み会の参加者の固定化がみられる。事業主体者である協力者の意欲継続の必要性がある。
- 腰痛体操、口腔指導などの介護予防教育を組み込み、介護予防への意識づけを図る。
- 各地区での開催状況・工夫点などを年数回全体会として情報交換することで協力者の意欲継続を図る。行政ができること自分たちでできることの整理・役割を明確にし、事業の意味づけを確認することで活動意欲の継続・地域力の保持を図る。

参考 URL、連絡先

- 道志村役場 住民健康課 介護保険係
http://www.vill.doshi.lg.jp/ka/list.php?ka_id=2
0554-52-2113

キーワード 見守り、みまもりのわ（和・輪・話）、認知症サポーター、ケーブルテレビ

認知症高齢者の早期発見・見守りに向けた「みまもりのわ事業」

岐阜県 東白川村

【この事例の特徴】

一般住民(小学生含む)、事業所などへの啓発活動により認知症への理解が高まり、隣人や事業所などから地域包括支援センターや社協に認知症高齢者に関する相談が入るようになった。

地域概要

総人口:	2,607 人
65 歳以上人口:	1,005 人(38.6%)
75 歳以上人口:	642 人(24.6%)
要介護要支援認定者数:	170 人(16.9%)
地域包括支援センター数:	1ヵ所
第5期介護保険料:	3,000 円



背景・経緯

【背景】

- 東白川村は岐阜県でも一番高齢化率の高い「少子高齢化の村」である。独居世帯や高齢世帯の増加もあり、行政や社協だけではフォローしきれないため、「認知症になっても、安心して安全に暮らせる村をめざして、みまもりのわ(和・輪・話)を広げよう」をスローガンに、村全体で見守りあえる地域づくりをすすめることとした。
- 「年寄りばかりで大変！」といったネガティブなイメージではなく、「年を取ってもへっちゃら！ここは高齢者の住みやすい村！」というポジティブなイメージを持てるような事業展開を図っている。

【経緯】

- 平成 21 年に国の「認知症地域支援体制構築等事業」のモデル事業指定を受けて、認知症サポーター養成講座を開催
- 平成 22 年度 村単独事業として、本格的に事業を展開
(知識普及のための講演会、みまもり事業所の協力依頼、専門相談、地域資源マップ作成等)
- 現在も引き続き実施中
- **予算等**: 事業展開にかかる費用は村費。
25 年度予算 みまもり訪問員活動以外の事業 341,000 円(村単)
＋みまもり訪問員にかかる費用 1,670,000 円(うち地域支援交付金 990,000 円)

取り組み内容と方法

【取り組み内容】

- 一般向けの取り組み
 - ◇ 認知症の理解を深めるための知識の普及のために、一般住民向けの講演会の開催
 - ◇ 村のケーブルテレビを活用した広報活動
(包括支援センター、診療所、社会福祉協議会がそれぞれの立場で、認知症の知識の普及や相談事業等のPR、日常生活上の注意点や介護の工夫、サービスの紹介等を行う)
 - ◇ 小学校へ出向いて認知症に関する事業を展開(小学6年生対象)
- 独居・高齢世帯向けの取り組み
 - ◇ 独居・高齢世帯の当事者向けの講演会の実施
 - ◇ 「わたしの連絡先」を作成
(独居・高齢世帯向けに、自宅の住所や電話番号、子ども等の連絡先を記載したA5版のパウチ)
 - ◇ 年老いた親を村に残して村外に暮らしている家族を対象とした家族会(独居・高齢世帯の家族会)の開催(毎年8月13日に実施)
- 事業所等を対象とした取り組み
 - ◇ 民生委員、自治会長(福祉委員)、役場や農協、郵便局も含めた協力事業所等を対象とした認知症に関する講習会の開催
 - ◇ 一般事業所には「みまもり協力隊」として、「みまもりのわ」のポスター掲示や事業所用車両にみまもりのわロゴマークのマグネットの掲示を依頼
 - ◇ 各事業所ができる支援と、公共サービスを一冊にまとめた「暮らしに役立つしおり」(資源マップ)の作成と全戸配布
- 専門職等のかかわる取り組み
 - ◇ 保健師・看護師のOGを「みまもり訪問員」として雇用し、高齢者を随時訪問するみまもり訪問活動を実施
 - ◇ 専門医師による認知症相談を年4回実施
 - ◇ 保健福祉センターで毎月何でも相談会(ひだまり広場)を開催

【取り組みの体制】

- 地域包括支援センター、診療所、社会福祉協議会から2～4名ずつ選出した「みまもりのわ事業」スタッフが中心になり、企画・立案して展開している。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 平成 21 年に国の「認知症地域支援体制構築等事業」のモデル事業指定を受けて事業を開始し、今年で丸 5 年を迎えた。この事業全体に関する数値的な評価は行っていないためはっきりとしたことは言えないが、認知症に対する正しい知識が浸透しつつあると感じている。この 4 年間で講演会に参加した人は延べ 600 人を超え、協力事業所は 53 ヶ所となった。
- 認知症の相談について、家族以外の近隣の人や事業所などからも包括支援センターや社協へ連絡が入ることが多くなった。また認知症だけでなく、その他の疾患についても、毎回相談があり、敷居が低くなったと感じている。
- 独居・高齢世帯の家族会を開催することで、村外に住む家族との「顔の見える関係づくり」が進み、村外の家族からの相談も入るようになった。また家族会に参加はしなくても、親を見守る、近隣の人との関係づくりにつながっている。
- みまもり訪問員による随時訪問では、今まで埋もれていた支援を必要とする高齢者に対して、早期に対応できるようになった。
- 「私の連絡先」の作成により、いざというときの連絡先が把握できた。

【課題】

- 苦労した点はあまりないが、課題としては次のような点が挙げられる。
- 事業所向けの講習会の参加率が低いため、そのあり方を検討する必要がある。
- 資源マップの内容が高齢者寄りの冊子なので、全戸配布しても活用度が低い。

【今後の展開】

- 高齢者の数は横ばいで増えないが、人口が減少するため高齢化率は今後も上がっていくと予想されている。その中でお互いが見守りあえる地域づくりをすすめようとする、高齢者自身が今までのように「一方的に与えられる立場」ではなく、「自分達にもできる活動」「役割」を自ら果たせるような機運・地域づくりが必要と思われる。

参考 URL、連絡先

- 東白川村 国保診療所 保健福祉部門（東白川村地域包括支援センター）
<http://kamo-areaservice.info/place/%E6%9D%B1%E7%99%BD%E5%B7%9D%E6%9D%91%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E5%8C%85%E6%8B%AC%E6%94%AF%E6%8F%B4%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC/>
0574-78-2100

キーワード	支えあい体制づくり、認知症ケア、かんたんチェックシート、みまもりたい、商店との連携
-------	---

圏域ごとの地域課題に基づく高齢者支援と見守りネットワーク構築

静岡県 静岡市

【この事例の特徴】

圏域ごとに地域課題を抽出し、多職種連携による高齢者支援の活動の実施や、地域住民自身による見守り体制づくりなどの、圏域の課題に即した取り組みを実施している。また、連携先の関係機関も、病院・診療所・医師会等の専門職や、企業・商店等、圏域に合わせた地域資源の活用を図っている。

地域概要	
総人口:	719,188 人
65 歳以上人口:	186,353 人(25.9%)
75 歳以上人口:	90,834 人(12.6%)
要介護要支援認定者数:	29,876 人(16.0%)
地域包括支援センター数:	23 カ所
第5期介護保険料:	5,000 円



背景・経緯

【背景】

1. 城西・城東圏域

- 城西圏域では市中心部にありながら 29.9%と高い高齢化率、また城東圏域では市内の統計から要支援者が多い等地域に特徴がある。
- そこで、地域の医師からの「地域で高齢者を支え、医療・介護・福祉機関の関係者の連携を強化し、地域の高齢者が嬉しいと思える仕組みづくりを小さいことから始めていこう！」の声かけで、地域包括支援センターが核となり、訪問看護ステーション職員・居宅ケアマネジャー・介護士・行政が入り、平成 24 年 2 月に「城西 地域の高齢者を支える会」、平成 24 年 11 月に「城東 地域の高齢者に虹をつなげ隊」の会が立ち上がった。
- また、段階を踏んで最終的には地域に住まう地域関係者にも入ってもらい、地域の高齢者を支える仕組みづくりに参加してもらい地域の声さがさらに反映させられるような会となるよう、進めている。
- 地域課題を抽出し、さらにそこから波及する課題も含め共有し、課題解決に至るように検討(システムづくり等)を重ね、最終的に地域の高齢者へ還元していくことを目指し、医療・介護・福祉の視点から、地域の高齢者が安心して地域で生活できるよう支援と活動を行うことを目的としている。

2. 大谷久能圏域

- 平成 20 年 徘徊で対応に苦慮したケースがあり、地域包括支援センター・民生委員・ケアマネジャーと事例検討、搜索の体制づくりの必要性を共通の課題としてケア会議を重ねた。
- 平成 21 年 地域包括支援センター・民生委員・ケアマネジャーと「徘徊のある認知症高齢者の見守り

体制の構築」に向けて具体的な連携方法と、情報の整理と分析を行うためのツールとして「情報シート」を作成。システム化を図ることで、各機関との関係の構築ができた。

- 平成 22 年 地域包括支援センターの役割が地域に浸透する中で、地域包括支援センターが関わりをもった地域住民がセンターからの情報を伝達、あるいは相談者の発掘など、センターと地域の高齢者をつなぐ「アンテナ」の役割を務めるようになる。
- 平成 23 年 自治会連合会の協力を得て民生児童委員協議会と大谷久能地域包括支援センターが共同ステッカーを活用した「みまもりたい」活動を発足。
- 平成 24 年 協力員として 250 名以上の個人、商店、企業等が賛同。
- 平成 25 年 「みまもりたい」活動の好事例を、広報紙「みまもりニュース」で紹介。活動の効果を、地域で共有している。

3. 蒲原由比圏域

- 高齢化率 30.5%。圏域の特性として、山の奥まで世帯があり、移動販売や小売店を利用している高齢者が多い。高齢者の見守りネットワークの1つとして小売店への働きかけの必要を感じていた。
- 平成 23 年 地域包括支援センターから地区の商工会に高齢者の見守りについて協力依頼、相談をする。各小売店へ、個別訪問し関係を深めることとなった。
- 平成 24 年 個々の小売店へ個別訪問し、地域包括支援センターパンフレットとポスターを配布してのPR、初期の認知症高齢者の生活面に現れるサインについて伝え、該当する場合は相談につなげてほしい状況について伝えた。また、各小売店の特徴・サービスの情報収集を実施。高齢者の見守りへの意識を高めた。
- 実施していく中で、民生委員・団体代表者と相談・話し合いを実施した。

取り組み内容と方法

【概要】

1. 城西・城東圏域

① 実施主体

地域の医師（開業医）、介護支援専門員、訪問看護師、介護福祉士、城西・城東地域包括支援センター

② 関係団体・組織

静岡県医師会、静岡市医師会、静岡県立総合病院、静岡赤十字病院、静岡厚生病院、行政

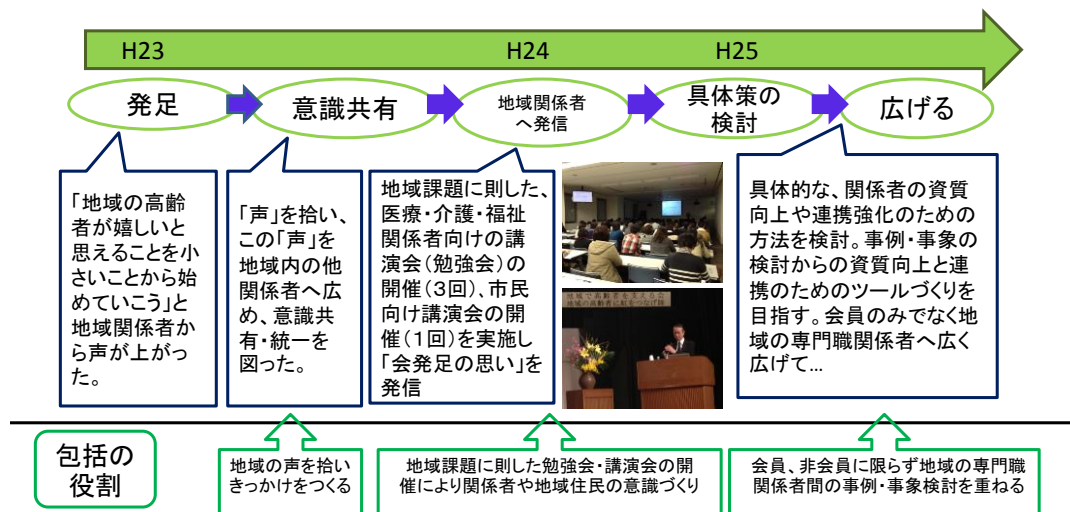
③ 内容

- 医療・介護・福祉の関係者の顔の見える関係づくりと資質向上と会の周知のために勉強会（講演会）を広く地域の保健医療福祉関係者や市民を対象に開催。
- 多職種協働の視点から、地域で活動する専門職同士の意見交換会および勉強会の開催。地域の高齢者のために、嬉しいと思えることを少しずつ行うことで、高齢者が住みやすい地域づくりを行う。

④ 自治体としての関わり

- 会への担当者参加により、会であがる地域の声、実情を吸い上げ、把握することにより、地域包括ケア構築における市（行政）の役割、また市の施策への反映ができないかともに考えている。

地域の高齢者を支援する医療・介護の連携(静岡市城西圏域)



2. 大谷久能圏域

① 実施主体

- 駿河区大谷久能圏域の住民・企業・商店

② 関係団体・組織

- 主体: 静岡市大谷久能地域民生・児童委員協議会 静岡市駿河区大谷久能地域包括支援センター
- 協力: 大谷地区、久能地区各連合自治会

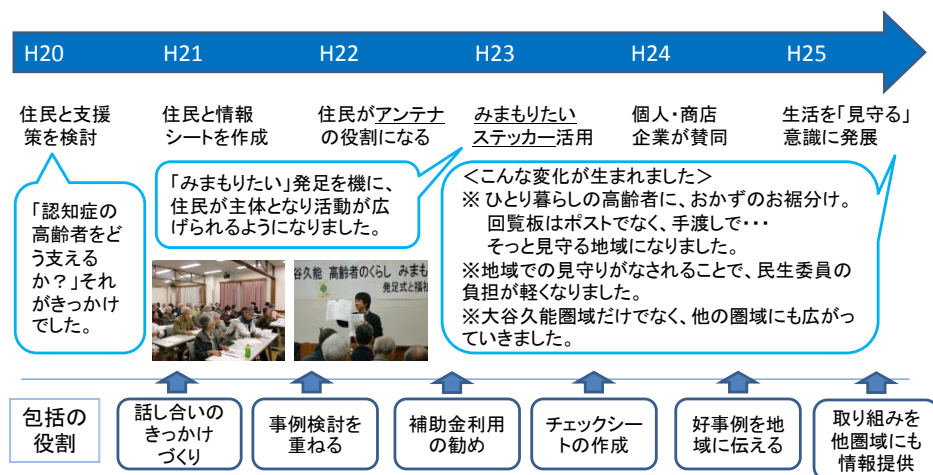
③ 内容

- 見守りに賛同する地域住民・企業・商店は、「大谷久能 高齢者のくらし『みまもりたい』」となり、外から見えるところにステッカーを張る。
- ステッカーを張ることで「みまもりたい」の高齢者の見守り意識高揚・悪徳商法の防止を図る。
- 「みまもりたい」が高齢者のいつもと違う様子が気が付いた際には、適切な相談につなげる。そのタイミングや相談場所は、「かんたんチェックシート」を用いて判断する。
- 「みまもりたい」には、見守りに必要な情報や、支援の実例などの情報提供を地域包括支援センターから随時行う。

④ 自治体としての関わり

- 活動における助言
- **予算等:** 地域支え合い体制づくり事業費補助金(728,000 円)

地域住民が行う、高齢者の見守り体制づくり(静岡市大谷久能圏域)



3. 蒲原由比圏域

① 対象者

- 清水区蒲原由比圏域の住民・小売店

② 関係団体・組織

- 静岡市清水区蒲原由比地域包括支援センター
- 民生委員、市福祉事務所、地区商工会(地域の商店)

③ ねらい

- 地域の中で、見守りの意識を高めること。ネットワークの構築

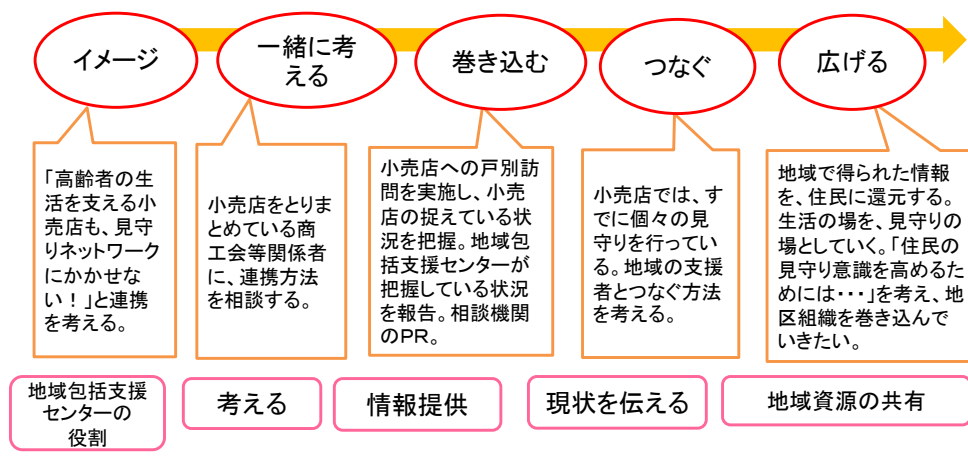
④ 内容

- 商店が把握した心配な高齢者の情報を民生委員や地域包括支援センターへ相談してもらい、対応の中で、見守り等の協力を依頼する。また、地域包括支援センターが商店の特徴を情報収集し、地域資源として活用していく。

⑤ 自治体としての役割

- 地域包括支援センターの活動への助言(地域包括支援センター運営部会で委員から)

地域の商店との見守りネットワーク(気づく・連絡する・ともに関わる)構築(静岡市蒲原由比圏域)



取り組みの成果と課題

【成果と課題】

1. 城西・城東圏域

① 達成状況

- 地域の専門職に向けた研修会には、計 3 回 述べ 494 名の参加があった。また、「認知症」をテーマとした市民向け講演会については、約 600 名の参加があった。市民向け講演会アンケートでは、「家族や身近な人の関わりが大切」と 63.0%の方が答え、「見守りや声かけ等地域の結びつきが、地域で支えるために大切」と 66.5%の方が答えた。地域での見守り意識の向上につながった。
- 地域で活動する多職種のアセスメント力の向上、アセスメント結果を関係者に伝える力をつけることが、地域の高齢者を支えるためには必要だ、という声に参加者からあがり、事例をまじえた勉強会を実施し、多職種による事例の見立て方やアセスメント方法を共有している。

② 取り組みの成果

- 多職種で、実際の事例や事象からアセスメント方法や見立てを言語化する方法を共有し、また参加している医師等からの専門的なアドバイスも得る機会となり、支援者の力量の底上げにつながっている。

③ 苦労点・課題

- 現在の限定された参加メンバーのみでなく、地域他職種関係者全体に声をかけ、この勉強会を広めていくことを考えているがその広め方や展開方法、その中で連携のしやすさにつながるツールづくりができないか等、検討を重ねている。また、地域他職種関係者にさらにこの会を知ってもらい、業務上高齢者と関わる上で困難さを感じた時に本会が相談できる窓口にもなるようなシステムができると良い。
- 地域住民も巻き込みインフォーマルなメンバーの参加も推進していけるよう会の展開を検討する。

2. 大谷久能圏域

① 達成状況

- 地域の中で、以下のような変化がある。
 - ✧ 見守り意識が強まった(特別なことをするのではなく、普段の関わりを大事にする意識)。
 - ✧ 相談窓口が明確となった(「高齢者の相談は民生委員や包括に」「この段階は相談する」ことが周知された)。
 - ✧ 相談につなげる「見守り」から生活を支える「見守り」へ発展している(「困った時には相談すれば良いよ」から、「みんなで助け合おう」の意識へ)。
 - ✧ 地域で「支援チーム」の自然形成などの効果が現れている。また、民生委員から、「負担が軽減された」という話もある(おかずのお裾分け、回覧板を手渡ししながら気かけ・声をかけ合う地域ができてきている)。
- 静岡市の先駆的活動として、大谷久能地域包括支援センターや民生委員に静岡市内の他圏域から、「みまもりたい」について活動紹介を求められるようになっている。

② 苦労点・課題

- 「やらなくてはならない」「見張り」や「監視」ではなく、「できる人ができることを」「普段の生活の中で行う

もの」という考え方に変えていくことに、時間を要した。

- 将来的に「みまもりたい」がなくなっても、当たり前地域住民が見守りを行う地域を目指し、協力員の掘り起しと育成・意識継続のための啓発を続けていく。

3. 蒲原由比圏域

① 達成状況

- 移動販売店や小売店が、買い物難民となる高齢者に対し、きめ細かな対応を行っていることが改めて確認できた(例えば、小銭の支払いを手伝う、何度も同じものを買いに来的高齢者にアドバイスする、買い物に出てこない高齢者を気にかけて対応する等)。
- 個別ケースの相談がつながりはじめた。(移動販売時にいつもと違う様子の高齢者について、地域の民生委員に連絡を入れてくれ、相談につながった。)

② 課題

- 小売店訪問で情報収集した移動販売等の各店の特徴を社会資源として、地域の関係者に還元していくこと。
- 小売店の店主が高齢化しており、後継者に地域を支える意識を伝える必要がある。
- 小売店が気にかけて把握した高齢者の心配ごとが、相談機関や支援者につながっていない状況も把握されたため、各機関との関係を構築し、地域で高齢者を支える体制に結び付けたい。
- 自治会、地区社会福祉協議会、市社会福祉協議会までを含めた、活動としていきたい。

参考 URL、連絡先

- 静岡市保健福祉局福祉部 高齢者福祉課
<http://www.city.shizuoka.jp/deps/koreishafukusi/index.html>
054-221-1203

キーワード	分野を問わないワンストップの総合相談支援体制の充実、地域型支援センターと市直営センターの2層構造、富士宮市地域見守り安心事業、地区社会福祉協議会
-------	--

ワンストップ福祉総合相談支援体制構築への取り組み ～地域包括支援センターを基盤にした総合相談窓口の設置～

静岡県 富士宮市

【この事例の特徴】

高齢・障害・児童福祉、DV、所得保障などの重層的な課題を抱えている困難事例に対応するため、平成 18 年度に地域包括支援センターを基盤とした福祉総合相談窓口をスタートさせた。この窓口には、初期相談、アセスメント、関係機関の連絡調整の機能を持たせた。

一方、地区社会福祉協議会が基盤となって、地域型支援センターと連携して、課題発見、つなぎ、見守りなどを行っている。また、新聞販売店などの協力による「富士宮市地域見守り安心事業」を通じて、高齢者の見守りを行っている。

地域概要

総人口:	135,492 人
65 歳以上人口:	31,980 人 (23.6%)
75 歳以上人口:	14,993 人 (11.1%)
要介護(要支援)認定者数:	4,746 人 (11.8%)
地域包括支援センター数:	直営 1 カ所 ブランチ 9 カ所
第5期介護保険料:	4,500 円



背景・経緯

【背景】

- 富士宮市では、平成 17 年度に地域福祉計画の策定を行い、その中で「だれもが住み慣れた地域の中で安全に安心して暮らせるまちづくり」を目標に掲げ、高齢や障害などの理由により、支援が必要になったときに適切な支援がスムーズに実施できるようなシステムづくりが求められていた。
- 当時は、高齢者と障害者、児童、DV等は相談窓口がばらばらで、各担当課同士の連携は十分とはいえない状況であった。例えば具体的には、認知症の母親の介護をしている娘が、介護疲れからうつ病になり、それが原因で夫と離婚し、子どもは障害を持っていて、医療費や生活費等に困っているという重層的な課題をかかえている相談があった。
- しかし、従前の体制では、認知症は高齢福祉課、うつ病は保健センター、子どもの障害は児童福祉課、生活困窮は生活保護課というように相談先が多岐にわたり、この家族全体のアセスメントを主管する機関が無く、その結果適切な支援体制が構築されず支援を必要としている人に適切な支援を提供することが困難であったことがきっかけとなり、福祉に関する初期相談とアセスメント及び相談機関の連絡調整を実施する福祉総合相談窓口の設置に取り組みはじめた。

- 介護保険においては平成 18 年度に向けての第三期介護保険事業計画の見直しが行われ、従前の国庫補助事業であった在宅介護支援センターを全面的に見直し、地域支援のための総合相談・介護予防マネジメント・包括的継続的マネジメント・権利擁護事業等の機能を果たすために、地域包括支援センターを設置するという構想が明確になってきていた。
- 富士宮市においても、福祉総合相談窓口の設置を課題としていたため、地域包括支援センターを中心にした福祉総合相談体制の構築を目指すことになった。
- 当初は、総合相談センターを設置し、地域包括支援センターで実施する総合相談支援事業、障害者自立支援法に基づく相談支援事業と児童福祉法における子育て支援事業の相談部分の機能を集約し、関係法に基づいた相談員を 1 ヲ所に集約し縦割りの相談支援体制から、ワンストップでインテークできるように再編しようという構想であったが、その後 地域包括支援センターの専門職を増員することにより総合相談支援体制を構築することとなった。その取り組みの経緯は以下の通りである。

【経緯】

(平成 15 年度～平成 18 年度)

- 3ヵ月に 1 度(日曜)障害児者・高齢者等の専門職・精神科医による総合相談の日を開設した。精神障害の相談をはじめ、多くの相談者が訪れた。

(平成 17 年度)

- 富士宮市地域福祉計画をH18 年 3 月に策定した。住民のニーズを把握するため 14 の地区で地域座談会等を開催した。そして地域福祉計画の基本目標の一つに福祉総合相談窓口の設置を盛り込んだ。

(平成 18 年度)

- 地域福祉計画に謳った福祉総合相談窓口設置のために、地域包括支援センターを基盤とした福祉総合相談窓口をスタートさせた。

(平成 20 年度)

- 組織再編により、福祉総合相談課を設置し、地域包括支援センター、生活保護係、家庭児童相談室、DV女性相談員をひとつの課にまとめた。福祉総合相談課において、生活困窮相談を開始した。

(平成 25 年度)

- 相談支援機能強化のために、「地域型支援センターあり方研究会」を開催し、今後の相談支援体制の強化に関して答申を行った。その結果、平成 27 年度第 6 期介護保険計画に向けて、地域型支援センターの再編強化を実施することとなった。
- 生活困窮者自立支援法の実施に向けて、生活困窮者自立促進モデル事業を受託し、社会福祉協議会に委託し平成 27 年度の法施行に向けての準備を始めた。

取り組み内容と方法

【関係機関の役割分担】

- 支援を必要としている人の地域生活を支えるために、保健・医療・福祉・介護保険サービスのみならず、自助・互助・共助・公助の各主体が、それぞれの役割・責任を果たすために多種・多様に亘る機能をバランス良くそろえ、個別支援ネットワークを機能させる必要がある。

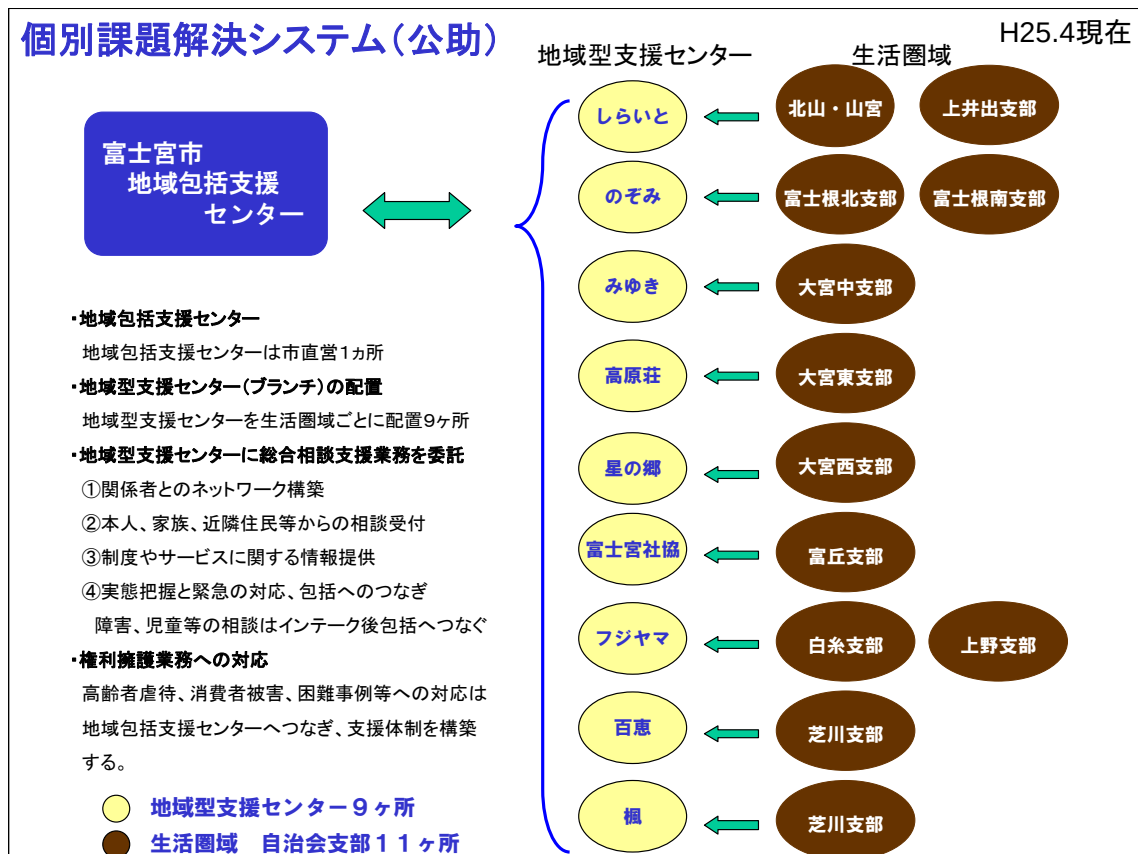
(1) 自助・互助・共助の役割

- 個別支援を機能させるためには、支援を必要としている人を発見し、実態を把握することが重要である。
「課題発見・抽出機能」を支えるのが自助・互助・共助である。
- まず、自助・互助の役割であるがひとり暮らしで生活に不安があれば、高齢者自らが近隣住民や自主防災組織等に見守りや支援を要請しておくことや、遠方にいる親族等が近隣住民に見守りを依頼したり、連絡先を共有したりしておくという姿勢が重要である。地域住民が心配していても本人や家族が介入拒否したり、非協力的であったりすると、問題が生じたときに対応が遅れたり重篤化することがある。
- 次に、共助とは地域や住民レベルでの支え合いや、各種事業所や非営利団体やボランティア活動なども含めたシステム化されたインフォーマルな支援活動のことであり、広義には社会保険・介護保険の制度も含まれる。地域包括ケアシステムにおいては共助の機能が重要である。
- 富士宮市で共助の中核を成しているのは、地区社会福祉協議会という組織である。自治会、民生・児童委員協議会、保健委員会、保護司会、更生保護女性会、老人クラブ、子ども会、PTAなどの各種団体の代表者などで構成されている住民自治組織で、地域住民の生活上の様々な問題や課題について話し合い、問題解決のための活動や福祉の風土づくりを進めていく活動をしており、中学校区を基本に市内 14 ヶ所設置されている。地区社会福祉協議会の育成支援は、市社会福祉協議会が行っている。
- 主な活動としては、地域における要支援者の見守り活動や、地域で対応できないようなケースに関しては相談支援機関へつなぐなどの地域における「課題発見・抽出」の役割を果たしており、地域による温度差はあるものの早期発見・見守りネットワークのひとつとして機能している。
- また、地域の各種事業所に関しても地域包括ケアシステムの研修会を開催し、地域包括ケアシステムの中でどのような役割を果たせるかを検討していただき、自主的な協力を依頼している。

(2) 公助の役割

- 公助とは、行政による支援のこと。様々な公的なサービスにより、個人では解決できない生活諸問題に対処することで社会保障制度も含まれる。公助の機能は、自助・互助・共助により発見・抽出された課題を解決する「課題解決機能」が重要な役割になる。地域包括支援センターは、基礎自治体がその責任のもとに事業を実施することになっているので、この公助の機能にあたる。
- 富士宮市では、直営の地域包括支援センター1 ヶ所と、生活圏域に地域の相談受付窓口として、地域型支援センター（ブランチ）を 9 ヶ所配置し地区社会福祉協議会と連結し、地区社会福祉協議会の活動で把握した要支援者の相談が地域型支援センターにつながるような仕組み構築している。
- 地域型支援センターには、総合相談支援業務を委託しており、具体的な業務は①関係者とのネットワーク構築（民生委員・老人クラブ等）②本人、家族、近隣住民、地域からの相談受付③制度やサービスに関する情報提供 ④実態把握と緊急の対応、地域包括支援センターへのつなぎ（電話相談、外来相談、訪問相談等）を委託している。
- 特に、担当圏域の地区社協、民生委員、老人クラブの役員会やサロン活動にも参加してもらったり、地域に密着した介護予防教室や家族介護教室の開催を委託し、地域での相談機関としての認知度を高めてもらったりしている。このような活動によりネットワークを通じた相談件数は増加しており、課題発見・抽出機能としての役割を果たしている。

- 地域型支援センターは、在宅介護支援センターを再編して新たに障害者や子どもの相談のインタークも実施する仕組みになっている。もともと、在宅介護支援センターの活動をしていたため、高齢者の相談スキルは高いが障害や児童の相談に対するスキルが不十分なため、これらの相談に関してはインタークした後速やかに地域包括支援センターにつなぐ仕組みがつくってある。
- また、地域型支援センターで対応困難と思われるケースに関しては、速やかに地域包括支援センターにつないでもらい地域包括ケアネットワークを駆使して包括的・継続的マネジメントを実施することになる。



(3) その他のネットワーク

- 医師会とは「富士宮市認知症者支援医療機関ネットワーク研究会」を定期開催し、認知症専門医とかかりつけ医の役割の明確化と連携方法について、医師と地域包括支援センター・介護保険事業者との情報連携について、一般かかりつけ医と認知症サポート医の役割について等の連携体制の構築を進めている。また、初回の通院の際事前に相談員や家族が本人の状況を記入し、適切な診断ができるようにするための「物忘れ相談表」なども活用されている。
- 歯科医師会とは、地域包括ケアシステムや地域ケア会議に関する勉強会を開催し、連携の必要性を共有する機会を持った。このことにより、治療にきた高齢者の変化に気づき包括支援センターへ相談がつながり、支援体制が構築されている。
- 弁護士、司法書士とは、権利擁護ネットワーク研究会を通して、事例検討会や情報共有を行っているため、高齢者虐待や消費者被害対応時の支援や成年後見制度支援で連携が強化されている。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 市内 14 ヶ所の地区社会福祉協議会による見守り活動や相談支援機関へのつながりなどが早期発見・見守りネットワークのひとつとして機能している。
- 地域包括ケアシステムの研修会によって地域の事業所の協力が得られている。

地域の事業所の協力の具体例

◇ 対象:コンビニのスタッフや大型量販店

研修内容:認知症のサポーター講座

成果:今まで気付かなかった高齢者の動きに気付いてくれるようになり、認知症高齢者がレジを通さずに商品を持って帰ろうとしたとき、今までなら警察沙汰になるのだが、警察を呼ぶ前に包括支援センターに連絡が入り、適切な対応が可能となった。

◇ 対象:コンビニ

研修内容:認知症のサポーター講座

成果:朝、卵を1パック買った高齢者が昼にも1パック買いに来て、夕方にもまた1パック買いにきた。認知症の対する知識がなければ、卵好きの高齢者で終わってしまうが、研修を受けたことにより認知症ではないかと気づき相談機関へつながり適切な支援につながった。

◇ 対象:市内の郵便局や金融機関

研修内容:認知症のサポーター講座と成年後見制度の研修のセット

成果:窓口にも何度も通帳の再発行に来るひとり暮らし高齢者がいると相談がつながり、実態把握をすると認知症がかなり進んでいることがわかり、治療と支援体制の構築、成年後見人の選任などの支援が行われた。

◇ 対象:郵便局・乳酸飲料販売店・清掃会社等・ガス会社など(市内 5 社、7 事業所)

経緯:地域住民による見守り活動を行っている地域で2件続けて独居死があり、どちらも新聞受けに一週間分の新聞が溜まっていた。自立している高齢者であったため、頻回な見守りは実施していなかった。この事件で住民だけの見守りに限界を感じ新聞販売店にも協力を得られないかという住民からの意見があったため、協力を依頼した

成果:「富士宮市地域見守り安心事業」への協定締結や登録により見守りの輪を広げている。

◇ 対象:小学校・中学校・高校の生徒学生

研修内容:認知症のサポーター講座

経過と成果:その後講座を受けた小学生が自主的に地域にある認知症対応型グループホームを訪ねボランティアを希望した。これをきっかけに、講座を受講した生徒に修了証を発行し、修了証を持っている生徒をボランティアとして受け入れてもらう仕組みをつくった。このことにより、学校と地域の連携が構築された。

【課題認識】

- 地域包括支援センターが設置され、8年目を迎え期待される機能が大きくなってきている。地域包括ケアの中核拠点として期待され、業務は増大している。地域包括支援センターは、介護保険制度で運営されているが社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員という3専門職種が配置されている相談機関は他に類を見ない。それでも複雑化するケースには十分対応しきれないので、多職種連携で適切な対応を行おうというのが、この地域ケア会議の本質であると思っている。
- 支援を必要としている本人と本人を取り巻く様々な環境の調整を行い、地域生活支援のためのネットワークを構築することはソーシャルワークそのものであり、地域を基盤としたソーシャルワークに基づく実践概念といえる。地域包括支援センターの実践するソーシャルワークは地域を基盤として展開されるきわめて力動的なソーシャルワークの体系的な概念であり、地域ケア会議は活用次第で有効な手段となりえる。この概念は決して新しいソーシャルワークの概念ではなく、本来あるべきソーシャルワークを具体化するものである。
- 高齢者だけではなく、生活上の様々な「生活のしづらさ」を抱えた人たち。生活スタイルや価値観の変容、地域での生活課題の多様化、ホームレス、外国籍住民、刑務所からの出所者、多重債務者、犯罪被害者等も視野に入れた援助の展開等、地域を基盤としたソーシャルワーク実践が求められる時代になっている。その最前線の一つに位置しているのが地域包括支援センターであり、そこで働くソーシャルワーカーの真価が問われている。

参考 URL、連絡先

- 富士宮市 地域包括支援センター 福祉総合相談課
<http://www.city.fujinomiya.shizuoka.jp/f-sodan/hokatsu.htm>
0544-22-1591

キーワード 医療・介護等のサービス拠点、総合的な在宅支援、保健師の配置

多職種連携による総合的な在宅支援のための体制の構築

静岡県 掛川市

【この事例の特徴】

住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせるように、在宅医療、在宅介護、生活支援を柱に、高齢者を中心とした地域の医療・保健・福祉・介護を多職種連携により総合支援をする地域拠点として、市内 5 ヲ所に地域健康医療支援センター「ふくしあ」の整備と運営を行っている。

地域概要

総人口:	118,022 人
65 歳以上人口:	26,731 人(22.6%)
75 歳以上人口:	14,191 人(12.0%)
要介護要支援認定者数:	4,375 人(16.4%)
地域生活支援センター数:	5 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,050 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 隣市(袋井市)と市立病院を統合し、平成 25 年 5 月の新病院開院に至るまで、平成 21 年度から新たな地域医療体制整備を進めた。市民の望みは在宅での医療や介護であることから、より地域での生活に重きを置き、高齢者にとどまらない地域包括ケアシステムの構築が必要であった。
- このため、誰もが住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせるよう、『在宅医療支援』『在宅介護支援』『生活支援』を柱に、医療・保健・福祉・介護による総合的な在宅支援のための地域拠点・総合相談窓口となる地域健康医療支援センター「ふくしあ」の整備に取り組んだ。
- また、同時進行で平成 22 年度から 2 ヲ年にわたり、行政と市民とが一体となって高齢者を支援するための「掛川市地域包括ケア推進計画」を策定した。市や地域包括支援センターへの相談件数は年々増加しており、その内容は介護サービスだけではなく、日常生活や医療、虐待など、家族だけでは解決できないものや、介護者自身も病気や障害、失業などの課題を抱え、親子で処遇困難となるケースもみられた。予防・解決には、関係者ならびに関係機関の包括的な連携、地域住民どうしによる共助の強化が必要となることから、本計画では、第 5 期介護保険計画で示された「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」に加え『地域』という視点を加えることとした。

【予算等】

- ふくしあ整備費: 東部 34,932 千円、西部 122,464 千円、南部大東 30,281 千円、南部大須賀 1,613 千円、中部 未定
- 地域医療再生推進事業(ふくしあを中心とした在宅医療体制整備)80,000 千円
- 介護保険事業費補助金(地域包括ケアシステムの強化推進) 13,860 千円

取り組み内容と方法

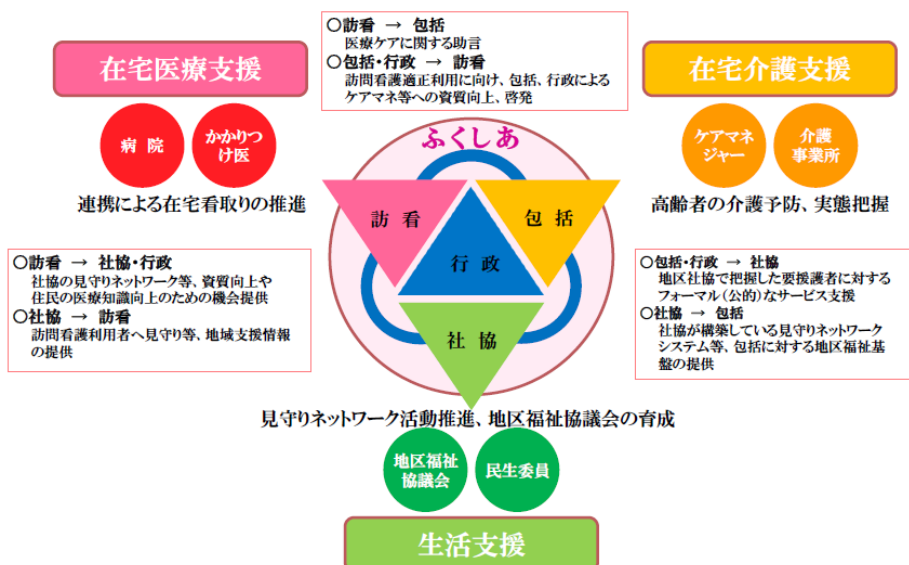
【わらいと実施内容】

- 「ふくしあ」の整備は市で実施し、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーションを同一施設内に配置。各執務スペースをワンフロア化し、アウトリーチ的な活動を重視している。
- これによって、年齢や状態による支援の垣根を取り除いた市民に開けた総合相談窓口として、また、多職種による迅速な相互連携を図り、それぞれの専門性と役割、ネットワークを活かしたフォーマルなサービスとインフォーマルなサービスを合わせた地域包括ケアを推進することができる。

「ふくしあ」への取り組み



「ふくしあ」の地域包括ケアシステム



【「ふくしあ」内組織の役割】

- 行政：正規職員の保健師 1 名及び一般事務職数名を配置。異業種間多職種連携による総合支援体制の推進、市役所各窓口との連絡調整による縦割り解消、情報の共有化、ふくしあ内各団体の活動支援と連携。
- 地域包括支援センター：在宅介護支援（介護予防、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントほか）
- 社会福祉協議会：生活支援（見守りネットワーク活動の推進、地区福祉協議会の育成、日常生活自立支援事業ほか）
- 訪問看護：在宅医療支援（連携による在宅看取りの推進、病院やかかりつけ医との連携、市民や介護職への医療知識の啓発）

取り組みの成果と課題

【取り組み状況】

- 在宅生活支援は、「ふくしあ」に行政保健師が 1 名配置されていることで、地域包括支援センターが対象とする高齢者だけでなく、その家族にまで支援の枠を広げ、若年層から生活や身体状況ともに重症化させない予防的観点での活動を展開することができる。
- 家庭の実態を把握した時点で、既に問題が複雑に絡み合い、支援における選択肢が狭まっていることが多々ある。事態が複雑化する前に支援につなげるため、地域包括支援センター、行政を中心に地域ケア会議を開催するなどし、処遇困難ケースを解決へ導くよう多職種連携を図っている。

【成果】

- 「ふくしあ」体制による 4 業種のワンフロア化により組織間の風通しが良くなったことで、特に 40～50 代の無職の子と同居している高齢者や、障害認定に至らずに支援を必要としている方などの処遇困難ケース（経済的・精神的サポート、虐待の恐れ等）への対応を多方面からアプローチすることができるようになった。これにより、早期対応が可能となり、ケースの重度化を防ぐとともに、問題解決へ結びつくことが増えている。

【課題】

- 「ふくしあ」の整備により、相談窓口および多職種連携による支援体制は整いつつあるが、在宅生活に必要な地域住民同士による情緒的な支援体制は、まだ地域役員レベルに留まっている。誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域住民への継続的な意識啓発が必要であり、また、市民と行政との協働による取り組みが重要であると考えている。

現在、社会福祉協議会を中心に見守りネットワークの組織化を進めているほか、行政では見守りネットワーク協力事業所との協定締結、包括と民生委員協力による実態把握調査、見守りサポーター養成講座による担い手育成など、インフォーマルサービスの充実と連携に向けた取り組みを進めている。

参考 URL、連絡先

- 掛川市 高齢者支援課 予防支援係
<http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/city/profile/kakukasyokai.html>
0537-21-1142
- 掛川市 地域医療推進課 地域医療推進係
<http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/life/iryuu/fukusia.html>
0537-21-1324

キーワード ボランティアのコーディネーター、救急情報ネックレス、生活協同組合

生活協同組合による「地域の絆」創生プロジェクト

愛知県 豊橋市

【この事例の特徴】

生活協同組合が主体となり、高齢者が暮らしやすい地域コミュニティの再生を目指すとともに、高齢者自身が有する知識や能力を活かして地域の中で相互に支援し合える共助の仕組みを構築し、希薄になりがちな「地域の絆」の創生をするための事業を実施している。

地域概要

総人口:	379,678 人
65 歳以上人口:	81,751 人(21.5%)
75 歳以上人口:	37,863 人(10.0%)
要介護要介護認定者数	11,502 人(14.1%)
地域包括支援センター数	18 カ所
第5期介護保険料	4,300 円



背景・経緯

【経緯】

- 生活協同組合コープあいちでは、市内 18 カ所の包括支援センターの内 2 カ所を受託している。
- 国の目指す地域包括ケアシステムの構築に向けたモデル事業について、コープあいちの地域包括支援センターが市から依頼を受けて実施することになった。

【モデル事業のわらい】

- 地域の互助の取り組みとして、生活支援サービスを創造していくことを目的としている。
- 具体的には、高齢者が安心して住み慣れた自宅で生活を継続できるよう、高齢者世帯の実態調査等から高齢者のニーズや地域の特性を把握し、高齢者が暮らしやすい地域コミュニティの再生を目指すとともに、高齢者自身が有する知識や能力を活かして地域の中で相互に支援し合える共助の仕組みを構築し、希薄になりがちな「地域の絆」の創生をすることを目指している。

取り組み内容と方法

【概要】

- 地域包括支援センターに配置したコーディネーター(社会福祉士)が中心となり、地域住民や大学、ボランティア等と協働し、平成 25 年度から 26 年度にかけて、以下の1)～3)の事業を実施する。
- 事業実施にあたっては、地域包括支援センターが事務局となり、2 つの担当小学校校区(岩田校区・豊校区)でモデル事業の検討会(自治会、民生委員、老人会、地域の福祉ボランティアからなる 10 名の委員会)で実施内容の詳細を検討した。

1) 高齢者世帯への生活実態調査(アンケート調査)の実施

校区にお住まいの高齢者世帯にアンケート調査を郵送し、高齢者の現状やニーズ把握などを行う。

2) 高齢者が相互に支援し合う仕組みの構築と効果検証

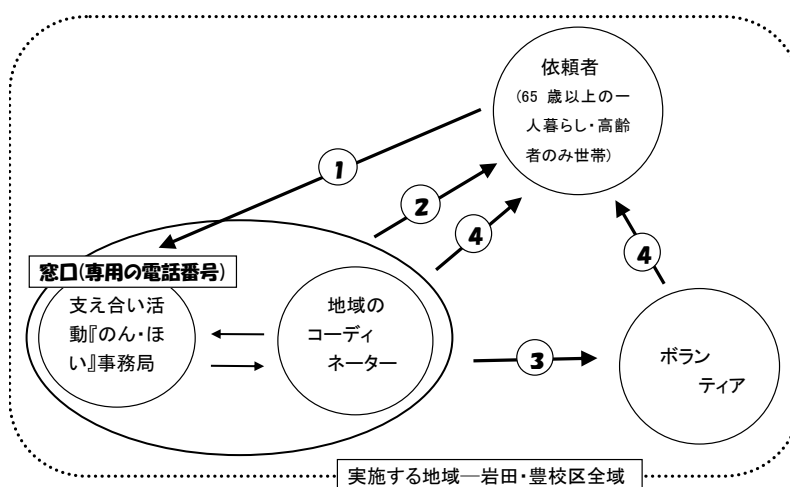
高齢者や地域住民が持つ知識や能力を活かして、高齢者が感じている「困った」を支援し、地域の中でお互いが助け合える仕組みを構築する。また、その効果を検証する。

【「困った」の一例】 ○ペットの世話 ○庭の手入れ ○ゴミ出し ○将棋や囲碁の相手 など

3) 救急情報ネックレス事業の運用と効果検証

外出先で万が一の事態になった場合に、救急隊がすみやかに情報を把握できるよう、本人の医療情報や緊急連絡先を登録し、その情報の番号を付したネックレスを配付し、事業の効果を検証する。

4) 現在決まっている支え合い活動『のん・ほい』の仕組み



①依頼

- ・ 『のん・ほい』事務局に置いてある携帯電話へ依頼
- ・ 事務局は受付表(依頼書と一体型)に記入し、地域のコーディネーターへ FAX する

②訪問・聞き取り・依頼内容確認

- ・ 地域のコーディネーターか『のん・ほい』事務局のどちらかで訪問 (依頼書作成)

③ボランティアに依頼

- ・ 地域のコーディネーターと『のん・ほい』事務局が登録ボランティアの中から探す

④お手伝い

- ・ 初回は地域のコーディネーターか『のん・ほい』事務局がボランティアに同行 (特に家の中に入るお手伝いは、些細なことでも必ず二人一組で行動)
- ・ 同じところ同じ内容での 2 回目・3 回目は、ボランティア一人での活動もあり

⑤報告

- ・ ボランティア終了後、報告の電話を『のん・ほい』事務局にかける

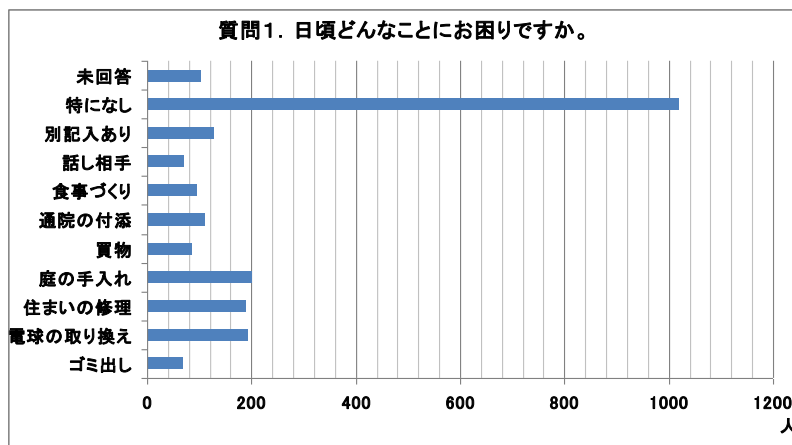
【自治体としての関わり】

- 地域包括支援センターと市役所で毎月事務局会議を開催して、市からはモデル事業への指導、地域検討会、説明等へも市役所から課長補佐・主査等が参加している。

取り組みの成果と課題

【成果】

- アンケートは2013年夏に実施した。(送付数2,829枚、回収数1,551枚、回収率は54.82%)
結果の一部は、下記のとおり。「質問1. 日頃どんなことにお困りですか。」では、6割以上が「11. 特に困っていることはない」と回答したものの、他の選択肢では、「4. 庭の手入れ・草取り」(13.0%)・「2. 電球の取り換えや家具の移動」(12.4%)・「3. 住まいのちょっとした修理」(12.2%)の順に高かった。



- 支え合い事業は2014年2月から実施予定。半年間かけて、地域での支え合い活動の意義を説明し、賛同を広げてきた。秋からボランティアコーディネーターの募集を開始、2013年12月からボランティアも募集し、間もなく開始予定である。
- 緊急ネックレスの100名への配布は12月から開始した。
- 中心事業である支え合いの事業がこれから本格実施であり、全体評価はまだできない。しかし、半年間かけて地域で支え合いモデル事業の意義を検討会、説明会を通して広げることができたことそのものとそのプロセスに価値があると考えている。
- 新たなボランティアコーディネーターに手を上げていただいた人達を中心に新たなネットワークが創造されようとしている。2年間のモデル事業後に地域の人たちがどのような選択をして、この支え合い事業を大きく育てていくのか大変期待をしている。有償ボランティアの形態とするのか、様々な意見が出ているが1年後(2014年秋)に1年間の実践を元に方向性を出すことにしている。

【課題】

- 旧来の保守的な組織(自治会、老人会など)との別に自主的なボランティア組織をつくらうとする場合に、既存の形から全ての考えをスタートする人達と柔軟に考えていこうとする人達との調整が難しい。

参考 URL、連絡先

- 生活協同組合コープあいち 福祉事業本部
<http://www.coop-aichi.jp/>
0533-85-4783

キーワード 総合相談支援体制の充実、ワンストップサービス、まちづくり協議会

総合相談の拠点を基盤にした地域包括支援ネットワーク構築

愛知県 高浜市

【この事例の特徴】

地域包括支援センターが中心となり、高齢者・障害者・子どもなど、制度の枠にとらわれずワンストップサービスが提供できる総合相談の拠点を設置しながら、福祉対応、健康づくり、生涯学習、まちづくり事業まで総合的に推進している。

地域概要

総人口:	45,990 人
65 歳以上人口:	8,129 人(17.7%)
75 歳以上人口:	4,051 人 (8.8%)
要介護要配慮認定者数:	1,357 人(16.7%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,260 円



背景・経緯

【背景】

- 当市は、2 ヲ所目の在宅介護支援センターを基幹型とし、高浜市の「生涯福祉健康プロジェクト」構想による、「いきいき広場」の中に市役所の福祉部門と社会福祉協議会、マシンスタジオ、福祉用具ショールーム、日本福祉大学高浜事業室を含めた福祉の総合拠点を平成 8 年に創設した。福祉のことなら、全て対応できる仕組みと、サービス調整やワンストップサービスが提供できる総合相談・ケアマネジメント機関となった。
- 介護保険開始に向けた平成11年に保健師を配置し、介護予防や介護保険外の自立支援にも対応できるような総合窓口として、それまでの役割を強化した。介護保険開始時には、国のモデル事業を積極的に受けてきた経験を生かし、地域のサービス事業者とともに、スムーズにサービス利用への移行ができた。
- 平成 18 年には、在宅介護支援センターを統合する形で、直営の地域包括支援センターに再編し、いきいき広場 1 ヲ所の体制をとり、さらに障害者相談支援事業所を包括する形をとり、高齢者・介護問題と障害者の支援など、世帯全体の支援が行政の福祉部門と連携し、全て対応できる形となり、同時期に保健福祉グループも同じフロアに入ったため、保健・医療の相談対応も可能となった。
- **予算等:**
地域包括支援センター機能強化事業補助金 2,014,000 円(平成 22 年度)7,844,000 円(平成 23 年度)
- 平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業費補助金 10,576,000 円

取り組み内容と方法

1. 地域包括支援ネットワーク事業

- いきいき広場(地域包括支援センターなど)の課題を明らかにすべく、地域包括支援センター職員をはじめ、地域の5ヵ所の居宅介護支援事業所にヒアリングし、評価や課題・意見などをとりまとめた。
- 地域の団体である各小学校区単位の「まちづくり協議会」の事業などへの参加を通じた関係づくり、新聞店や郵便事業、金融機関などへの見守り協力依頼を通じて、地域包括支援センターとのネットワークづくりを推進した。
- いきいき広場内外の関係者との連携により、高齢者・障害者などを含め、生まれてからのライフステージに沿った高浜市総合福祉ガイドブックを作成することができた。
- 平成21年に開始した安心生活創造事業(安心生活応援プラン)と、地域包括支援ネットワーク強化推進事業を一体的に進めていくための、合同会議を開催し、各グループリーダー以下必要な職員の参加のもと、協議することができた。
- 約1年間の事業の取り組みの集大成である「高浜市地域包括ケア推進フォーラム」を平成24年3月に地域住民と専門職合わせて、100名を超える参加者のもと、開催した。内容は、①先進市の報告と対談、②見守り支援と地域ケア会議開催のいきいき広場職員による模擬事例演技、③見守りネットワーク関係の地域と専門職によるシンポジウムの3部構成とした。西三河南部圏域にある複数の地域包括支援センター職員の参加もあり、地域包括支援センター間のネットワークづくりに向けた取り組みにもすることができた。

2. 地域包括支援センター等広域連携事業

- 西三河南部圏域は7市4町(合併前)で構成されているが、当面、衣浦6市(碧南市、刈谷市、安城市、西尾市(旧一色町・旧幡豆町・旧吉良町含む)、知立市、高浜市)の地域包括支援センター、行政職員が参加する連携協議会を開催し、各センターの情報交換を行った。また、運営上の課題や悩みなどを共有し、今後の方向性についても検討し、今後、協議会を継続的に実施する方向となった。

3. 地域の実情に応じた事業

(1)「認知症高齢者を介護する家族会」の支援

- 会員20名程度の家族会であり、会発足後20年近く経過、近年の高齢化の進展により、認知症状を有する高齢者も増加、微増ではあるが、会員数も増えている。
- 活動は毎月1回の定例会や、介護施設等の見学、時節に応じた食事会などが開催され、認知症高齢者を介護する家族の情報交換や、悩み事の解消、気分転換等の効果が得られている。
- この家族会定例会に、地域包括支援センター職員が毎回参加することにより、専門的見地からのアドバイスや会の育成を側面から支援することができている。
- また、介護者の抱える悩み事、心配事を解消するため、平成23度2回にわたり、認知症介護指導者・認知症ケア専門士の資格を有する専門家を招き「認知症の基本的な理解」、「認知症の人との関わり方」のセミナーを開催する等、新たな施策への展開が図られた。

(2) 介護者講習会の開催

- 市内の介護保険事業所共催により「介護教室」を平成23年度2回開催、今後も継続開催することにより、介護者への知識の普及は元より、事業所との共催実施により、事業所間の連帯意識が向上した。

- 愛知県市町村振興協会の協力を得て、セミナーを 2 回開催、「高齢者の排泄・尿失禁について」等の内容で実施することにより、家庭介護力の向上につながった。

(4) 市民後見人養成研修の実施

- 国のモデル事業を受けての研修会ではあるが、実施に至る経過は、「地域包括支援ネットワーク強化」の一環としてのものであり、本年 1 月から 3 月にかけての研修会を実施した。
- 研修日程は、説明会を含め延べ 10 日間、裁判所等の見学の実習研修を含め、通常 1 日 6 時間の研修であるが、受講者のうち 20 人程度は、研修時間の 5 割以上を受講し、そのうち 7 割の 14 名の受講生が、研修課程の 7 割を受講している。

病気になったら

刈谷豊田総合病院
救急・手術など高度医療

早期退院

刈谷豊田総合病院
高浜分院
亜急性期・回復期・
リハビリ・がん通院

**医療連携
ネットワーク**

元気で家に
帰れました

かかりつけ医

**本人・家族への
包括的マネジメント
高浜市いきいき広場**

地域包括支援センター
地域ケア会議

- ・医療と介護の顔の見える関係
- ・事例検討会の実施
- ・医師
- ・歯科医師
- ・薬剤師
- ・ケアマネージャー
- ・地域包括支援センター職員

在宅医療
連携機能

認知症
初期集中
支援チーム

権利擁護
センター

こども発達
センター

障がい者相談
支援事業所

教育委員会等

退院したら

- ・グループホーム
- ・小規模多機能
- ・デイサービス など

医療

介護

在宅
医療

通院

通所

訪問介護
・看護

自宅

24時間対応の
定期巡回・随時
対応サービス

生活支援・介護予防

いきいきクラブ・町内会・
まちづくり協議会 等

〇介護・福祉・医療の連携による在宅生活の支援拠点「いきいき広場」
〇発症から入院・回復期・退院までのスムーズな病診連携と医療と介護の連携
による在宅支援

【成果と課題】

- いきいき広場の地域包括ケアを進める上での課題が明確となり、今までの振り返りと地域のニーズが把握でき、今後の計画を具体的に立案することができた。また、事業途中から、地域ケア会議の見直しの試みが始まり、地域連携が平成 24 年度から始まっている

- まちづくり協議会には、すでに関わっている行政の特派員や、社会福祉協議会職員とともに、必要時に地域包括支援センター職員も関わる契機となった。新聞店と郵便事業、金融機関とは、見守りの協力依頼ができ、新聞店を通じて異変の通報や、障害者の捜索依頼をすることができ、未然に事故を防ぐことができた。また、これが契機となり、「地域包括支援センター」職員を地区担当制とし、「まちづくり協議会」事業への積極的な参加により、地域とのネットワークを図るとともに、「住みやすい地域づくり」を地域の方々とともに進めることができるようになった。
- 総合福祉ガイドブックを作成する中で、高浜市や近隣市にある社会資源の整理や地域包括ケアの資源の現状を把握することができた。
- 安心生活創造事業(安心生活応援プラン)と地域包括支援ネットワーク強化推進事業の合同会議の開催ができ、モデル事業と担当グループだけでなく、一体的な事業として進めることができた。このことにより、地域住民自らが地域の要援護者を「見守り呼びかける」という「互助」の活動が始まった。
- 高浜市地域包括ケア推進フォーラムをいきいき広場全体で開催することで、ふたつのモデル事業の位置づけや地域住民を意識した「たかはま版地域包括ケア」を進めるスタートラインに市民とともに立つことができた。また、見守り協力支援や生活支援サポーターなどのさまざまな役割があることを伝えることができた。回収したアンケートからは、市民の意見・要望を把握することができ、地域住民のニーズに応えられ、ともに協働できるいきいき広場である必要性が明確となった。
- 全般を通じて、「たかはま版地域包括ケア」を進めていくために、今後の課題も明確となり、「たかはま版地域包括ケア」を確立していくためには、さらに人材育成が必要であることや、地域住民の力とつながる専門職の力をつけていくことが明らかとなった。今後も実務的な会議の場以外に、自由な発想で発言ができる場が必要であることがわかった。
- また、地域包括支援センター内部意見交換会を実施したことにより、朝のミーティングの短い時間だけでなく、多職種連携の横のつながりを持って、意見交換ができ、地域包括支援センターが目指しているものなどの目合わせや情報共有が必要であることがわかり、質の向上につながった。

2. 地域包括支援センター等広域連携事業

- 衣浦6市の地域包括支援センター、行政職員が参加する連携協議会を開催することにより、相互の情報交換ができ、年2回、各市持ち回り開催により協議会を継続的にされている。

3. 地域の実情に応じた事業

(1) 「認知症高齢者を介護する家族会」の支援

- センター職員が定例的に「家族会」に参加することにより、会員との信頼感、連帯感が生れ、講演会開催など新たな施策の展開となった。

(2) 介護者講習会の開催

- 介護者への知識の普及は元より、事業所との共催実施により、事業所間の連帯意識が向上した。

(3) 市民後見人養成研修の実施

- 同研修を実施することにより、後見制度の市民意識が再認識でき、新たな人材発掘につながった。
- また、研修実施より、権利擁護体制の検討を進める基盤となり、平成24年度に、弁護士、司法書士、社会福祉士等専門職等7名により構成された「権利擁護推進センター設置検討会」を設置、平成24年度から25年度にかけて8回の検討会や、先進地である伊丹市、芦屋市、品川区の「権利擁護センター」等の視察を行った。

-
- 今後は、検討会内容、先進地の状況を踏まえ、平成 26 年度に「(仮称)高浜市権利擁護推進センター」を設置する予定である。

参考 URL、連絡先

- 高浜市役所 福祉部 介護保険グループ
<http://www.city.takahama.lg.jp/grpbetu/kaigo/index.html>
0566-52-9871

キーワード 自主グループの形成、元気リーダー、専門コーディネーター

一般社団法人へ委託した「元気リーダー」による運動プログラムの普及促進と介護予防

三重県 いなべ市

【この事例の特徴】

平成 19 年度から、市が一般社団法人「元気クラブいなべ」に健康増進・介護予防事業を委託し、約 120 ヲ所の地区の集会所や公民館で、参加者の運動習慣の定着と仲間づくりを促す半年間の体験型研修「にこやか集会所コース」を実施した。集会所コースの修了者のうち希望者に対し、4 日間の研修を実施し「元気リーダー」を養成した。314 人の「元気リーダー」が 52 地区で仲間を募り、自主活動として運動等を継続しており、平成 24 年度の延べ参加者数は 28,591 人に上る。「元気クラブいなべ」では、「元気リーダー」後方支援を行っている。健康増進から介護予防事業を一連のシステムとして取り組んでいる。

地域概要

総人口:	46,290 人
65 歳以上人口:	10,846 人(23.4%)
75 歳以上人口:	5,533 人(12.0%)
要介護要援認定者数:	1,653 人(15.2%)
地域生活支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	3,819 円



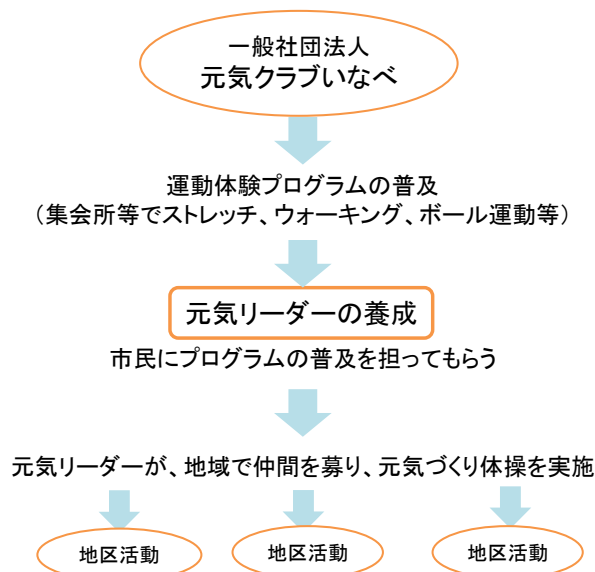
背景・経緯

- 当市は、平成 15 年 12 月の合併時から“市民が気軽にスポーツを親しみ、身体を動かすことを生活に取り入れ健康度を高める”ことを目指し、中高年齢層の住民を主にした健康増進活動に取り組んでいた。しかし、行政内での活動には限界があるため、専門的に担う実践機関として平成 17 年 2 月に一般社団法人「元気クラブいなべ」を設立し、体操を中心にした健康増進事業を展開した。
- 合併後も、「65 歳以上の医療費高騰」「国保データでは入院も入院外も県下で医療費が高い」状況となっており、各課が抱える課題が解決に導きにくい状況であった。平成 22 年度末に、部署の枠を超え、関係各課(国保や高齢者医療を担当する保険年金課、介護予防や高齢者福祉を担当する長寿介護課・社協・包括支援センター、障害者福祉を担当する社会福祉課、各種健診をはじめ健康づくりを担当する健康推進課、学校教育課、職員課など)による『成人ケアシステム検討会』を立ち上げ、約 2 年間(平成 23~24 年度)で当市の課題や各課連携について共通認識を図る取り組みを行った。
- 元気づくり体験事業として実施した「健康増進事業」「介護予防事業」に参加された方が卒業後、引き続き元気リーダーとなり、自主的に活動を始めた地区が多数あったことにより、さらに市町村介護予防強化推進事業(予防モデル事業)と連動させることにより、健康増進から介護予防事業を一連のシステムにすることで途切れのない支援が可能になることが期待され、取り組みをスタートした。

取り組み内容と方法

【概要】

- 市が一般社団法人“元気クラブいなべ”に委託した健康増進・介護予防事業は、「家から歩いて行ける身近な所で、近所仲間同士で継続できる環境が必要」という考えのもと、約120ヵ所ある地区の集会所や公民館での出前型で、「にこやか集会所コース」として平成19年度から始まった。
- 専門コーディネーター(指導員)が地区(自治会の集会所)に出向き、週2回・約90分・6ヵ月間、集中的に体験型研修を実施し、参加者の運動習慣の定着と仲間づくりを促す。集会所コースが終了した参加者のうち、さらに4日間の研修を受講した者を『元気リーダー』として育成し、この『元気リーダー』を中心に地域で仲間を募り、自主活動として運動等が継続するしくみである。その活動を元気クラブが後方支援する体制(定期的なフォローアップ)として、『元気リーダーコース』ができた。
- 実施する運動プログラムは、特殊な運動器具を使用せず、参加者の運動器の機能向上に効果的であり運動習慣として定着できるものとして、ウォーキング・ストレッチ運動・マッサージなどをゆつくりと楽しみ、またボール運動などを楽しみ、いつまでもにこやかに過ごすための心と体の元気づくり、そして仲間づくりとコミュニケーションを目的とした健康増進・介護予防体操を実施。



【これまでの実績】

- 主な利用者は、いなべ市民。平成 24 年度は延べ 28,591 人参加。
- 7 年目となる現在では、約 120 ヲ所(120 自治会)ある集会所等のうち 92 ヲ所で一次予防事業(指導員による 6 ヲ月間コース)を実施済み。この内 52 ヲ所が 314 人の『元気リーダー』により、10～30 名の地域住民が集いながら「元気リーダーコース」を自主的に活動している。

事業内容：ストレッチ体操、ウォーキング、ボール運動、レクリエーション等

- ①拠点コース……………市内の体育館などの4施設で実施
- ②集会所コース……………専門コーディネーターが集会所まで出向き、運動を中心に週2回、6か月間実施（24年度末 92地区で実施）
- ③**元気リーダーコース**……………集会所コースを終了した参加者で、更に4日間の研修を受講した人が「元気リーダー」となり、引き続き集会所で指導員となって、自主的にストレッチ体操等を実施（24年度末 52地区で実施・元気リーダー314人）

・地域資源として活用
・より身近な場所、週2回開催

予防モデル事業 卒業者

【取り組みの経過】

- 事業開始時からでき上がっていたのではなく、「計画」→「実施」→「確認」→「対策」を繰り返していったことで「元気づくりシステム」ができ上がっていった。初めは、「通所型」ということで、各体育館などで実施をしていたが、遠方からや高齢者の方の参加に無理があり、次に「出前型」を始めることにした。このことにより、より身近な所で、近所の人どうして 体操をしてもらえる環境を提供できることになった。また、各自治会単位で実施することで、「出前型」の課題である参加者数の確保についても、自治会・老人会・参加者の協力により、徐々に増えていくことにつながった。
- 生活する身近な地域での集中した教室により、参加者の中から地域に根差したリーダーをつくり、その人が半年後に居住する地域で活動を踏襲していくので、運動習慣のある人を効率的に増やせるこの仕組みが、健康づくりのみならず地域づくりにもつながっていった。地域がひとつになって一人ひとりの健康をつくる、守る、そして一人ひとりが元気になり地域も元気になる。

【自治体としての関わり方】

- 元気リーダーの育成は市の委託事業で実施しているが、元気リーダーの活動については財政的に支援していない。

取り組みの成果と課題

【成果】

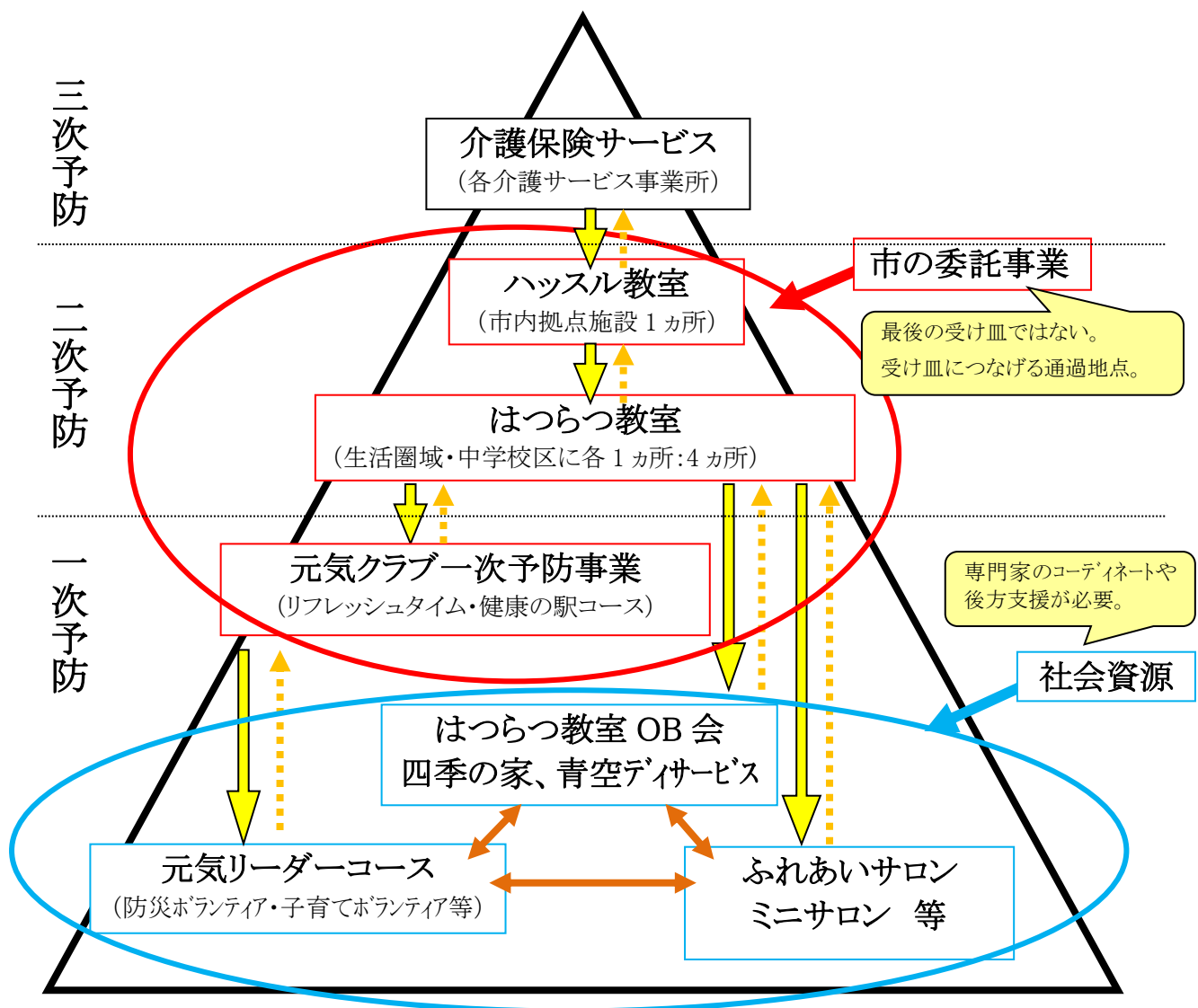
- 参加者からは、「ひざの痛みが無くなった」、「腰の痛みが無くなった」、「整形に行く必要が無くなった」、「薬を飲まなくてもいい」と医者から言われた」という声が聞かれた。
- 脳梗塞を発症したがとても元気になり、今では「元気リーダー」となっている方もいる。
- 元気づくりシステムは、主に中高年齢層の住民の健康増進活動であるが、このシステムに参加している市民の年間国保医療費は、参加していない市民に比べて約 78,000 円少なかった。（平成 20 年度実績）

- 参加者の中には、まさに健康増進・介護予防につながっている人もあり、モデル事業利用者が過去に元気クラブを利用していた場合等は、再び通いの場としてつなげる場所にもなっている。
- 「元気リーダー」は、自分たちの体操だけでなく、ボランティアとして介護予防・見守り・災害支援・子育て支援等の地域活動も始めており、お互いのことを気付き合える地域コミュニティの創設につながる期待が大きい。
- 自主活動は、「住民にしてあげる」から「住民の力を引き出す」ことにつながり、「元気リーダー」の活躍に今後大きく期待するところである。

【課題と今後の取り組み】

- 一次予防事業である「にこやか集会所コース」を、市内全地域において実施をしていくことを目標にしているが、既存の運動サークルの存在等により実施できない自治会もあり、理解を得られるための説明を繰り返し実施している。また、一部で一次予防事業が終了しても、元気リーダーが少なかったり、高齢であるなどの理由で、元気リーダーコースが立ち上がらない地域もある。これについては、再度 3 ヶ月間の事業を実施することにより、元気リーダー養成を図っている。
- 元気リーダーコースが立ち上がると、仲間意識も強く互いに支え合い励まし合い声をかけ合いながら事業継続ができる。一方で、元気リーダーコースは、地元地域での開催であるため、昔からの人間関係で参加できない者や、また仲間意識が強いことから、途中からグループに入りにくいという声も聞かれる。
- 元気クラブが実施する運動や、元気リーダーコースに対し、“激しい運動教室”というイメージを持ち、話の段階で「運動は無理やわ」と入り口で断る方もいる。
- 新たな参加者の受け入れや活動内容の検討などが図れるように、定期的に元気リーダーの情報交換会や学習会を実施し、志気を高め、活動を継続していくための後方支援を行っている。しかしあくまでも自主活動であるため、活動内容等について相談があれば意見は言えるが、行政や元気クラブからあれやこれやと言うことはできない。
- 今後は、「介護予防」のみでなく「健康づくり」へ、「平均寿命」から「健康寿命」を延ばそうという方向で動いていきたい。
- 要支援や要介護状態の高齢者について、元気リーダーが自主活動で行っている集いにどのように受け入れをしていくのが課題。
- 今回、モデル事業を通じ課題として上がってきたのは、加齢に伴い身体機能が落ちたり、疾患等で参加できなくなった方へのフォロー体制をどうしていくかということである。また、元気クラブに参加していた方が、一度要介護支援状態となり、再び元気クラブに戻れる状態になっても、以前活動していた印象があって戻れない状況があり、今後は、健康状態や介護状態の変化に合わせて、関係団体や教室等、自由に「行き来できる関係」をシステム化していくことが必要である。(次頁図参照)
- 元気リーダー活動を地域資源として活用し、住民の自助・互助による支援をさらに進めたい。
- 平成 24 年度総務省の定住自立圏地域医療連携推進調査事業の委託を受け、いなべ市が実施している、健康増進・介護予防事業の「元気づくりシステム」を検証し報告した。このように、他部署の補助事業をはじめ、関係事業や他部署と協働したり連携しながら事業展開を進めていきたい。

いなべ市の介護予防イメージ図



参考 URL、連絡先

- いなべ市 福祉部 長寿福祉課
http://www.city.inabe.mie.jp/pages/3503_0.html
0594-78-3520
- いなべ市「元気づくりシステム促進事業」に関する調査結果報告書（平成 25 年 3 月）
http://www.city.inabe.mie.jp/pdf/seisaku/2185_6_1.pdf
- 総務省 地域の元気創造プラットフォーム ウェブサイト における事例紹介
<http://chiikiryouku.jp/jirei/mie/24214/2013-0709-0711-1088.html>

キーワード NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的な提供、コミュニティ喫茶

NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的提供

大阪府 大阪市

【この事例の特徴】

NPO 法人が主体となり、高齢者支援（配食サービス、グループハウス、移動サービス、介護保険事業、見守りサービス、等）、地域交流支援（コミュニティ喫茶、たすけあい活動、サークル、行事、等）、子育て支援（子育て親子のつどいの広場、幼児一時預かり、等）、障害者支援（総合支援法事業、就労困難者等支援、等）、多様な対象者に対して包括的なサービスを実施している。利用者数は約 600 名、従事者は約 100 名である（2013 年 7 月現在）。

地域概要

総人口:	2,663,467 人
65 歳以上人口:	623,805 人(23.4%)
75 歳以上人口:	298,947 人(11.2%)
要介護要介護認定者数:	140,477 人(22.5%)
地域生活支援センター数:	66 カ所
第5期介護保険料:	5,897 円



背景・経緯

【経緯】

- NPO 法人フェリスモンテは、親の介護に悩む 50 代の主婦を中心に活動を開始。悩みを話しあったり、仲間同士で親の介護を交換して実施したりするなどして、お互い助け合って介護をしていこうという取り組みを開始した。
- 悩みは、移動、食事、排せつ、掃除、娯楽など多様であり、活動内容も、ヘルパー派遣やサロン活動、勉強会など多岐にわたる事業を実施してきた。その後、介護保険法が制定されたときに、ヘルパー派遣やデイサービスが公的サービスとして実施されることになり、それまでの任意団体ではなく、NPO 法人格を取得し、それまで実施してきたサービスを自主サービスと公的サービスとに分けて提供していくこととなった。ヘルパー派遣も介護保険法に基づいて提供するものと、個人の要望によって法人の自主サービスとして提供するものとに分かれ、高齢者が集まる機会も、デイサービスと高齢者サロンとに分かれるかたちとなった。
- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親子のつどいの広場、就労困難者支援など、様々な事業を実施している。対象も高齢者や要介護者に限定されるものではなく、障害者や子育て世代、就労困難者など、様々な人である。このいずれも、身近な誰かの困りごとを解決しようという生活者視点の思いが、取り組みのきっかけとなっている。

取り組み内容と方法

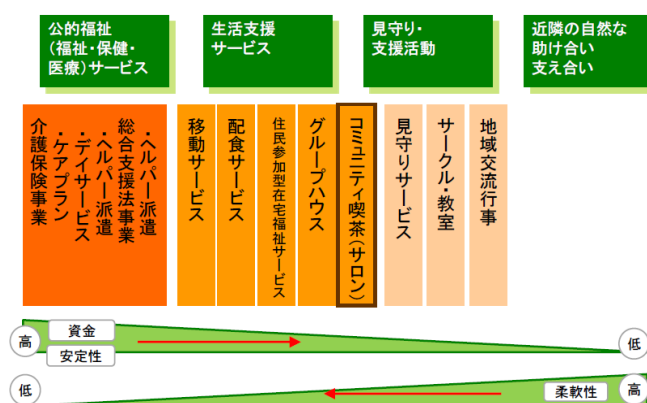
【概要】

- 地域の中にある、漠然としたニーズに対応するのではなく、目の前にいる特定の誰かの困りごとを解決するという姿勢が、フェリスモンテの基本姿勢である。
- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親支援など、住み慣れた地域で暮らしやすいよう、「お互い様のたすけあい活動」として、種々のサービスを展開してきたが、時代の流れとともに介護保険法や総合支援法が制定され、一部はこれらの法に則った活動にスタイルを変え、法に則らない活動は当法人の自主事業(一部は市町村の委託事業)として活動を継続している。

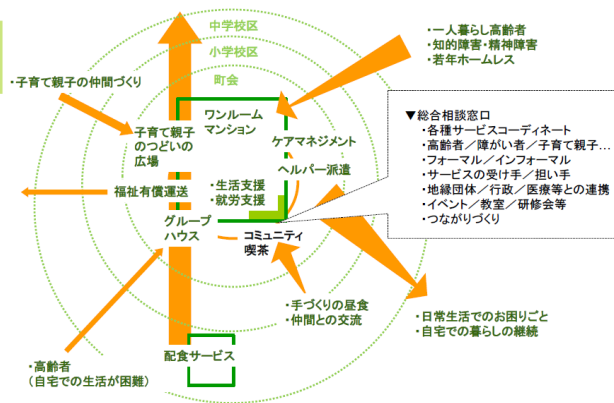
《現在サービス展開している事業》

- ◇ 公的事業…介護保険事業、障害者総合支援法事業、福祉有償運送
- ◇ 委託事業…配食サービス、子育て親子のつどいの広場
- ◇ 自主事業…グループハウス、見守りサービス、たすけあい活動、コミュニティ喫茶、サロン、サークル、各種行事、幼児一時預かり、就労困難者等支援

フェリスモンテの活動内容



コミュニティ喫茶の関わりと各サービス



《事例》

- ◇ Aさん(80歳):約6年前、コミュニティ喫茶開設時、当該地域の町会長として、コミュニティ喫茶開設の応援をいただいた。Aさんが暮らす市営住宅が建て替えのため、違う地域の市営住宅へ引越し。それを機に地域活動に参加しなくなり、自宅に引きこもりがちになる。妻と二人暮らしだったが、約2年前に妻が緊急入院。Aさんの認知症が急激に進む。当グループハウスで1週間程度のお泊りをし、妻が自宅に復帰したのち、Aさんも自宅へ戻る。配食サービス、ヘルパー派遣、福祉有償運送等を利用しながら自宅での生活を継続する。認知症が進行し、妻への暴力が出るようになり、約半年前に当グループハウスへ転居。慣れ親しんだスタッフやご近所と顔を合わせ、穏やかに暮らしている。

- ☆ Bさん(47歳):約6年前、障害者支援施設での搾取被害に合い、支援機関により、当ワンルームマンションへ転居。配食サービスの配達ボランティアをするようになる。生活管理ができておらず、体調が悪化、マンション隣人に救急通報をしてもらう。それを機に、地域の障害者支援事業所と連携し、ヘルパーが入り、生活支援を行うようになる。また、身体的負担の大きい配達ボランティアから、コミュニティ喫茶のスタッフや、グループハウスの見守りボランティアをするようになる。当ワンルームマンションに暮らす、障害手帳を持った約10名の人たちのリーダー的存在として過ごしている。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親自主事業が多種にわたって展開できているのは、介護保険事業等での余剰資金を還流させたことによるが、「お互い様のたすけあい活動」を基本理念とし、お互いが助け合い、できない部分はスタッフがお手伝いをするという形式をとっていることも重要である。なかでも「コミュニティ喫茶」を展開したことによる人的交流の効果は大きく、「子育て親子のつどいの広場」を隣地に開設することができ、3世代、4世代の交流の場となるとともに、喫茶の配膳や調理は、軽度の知的障害者や精神障害者の方に担っていただいている。
- 今後も制度や事業では解決できないことがらは自主的な活動として実施していくことに変わりはなく、人的支援においても、障害の有無だけではなく、70代、80代の高齢の方をはじめ、20代、30代の若者、元ニート、セクシャルマイノリティ、在日コリアンなど多様な人々が、それぞれの役割を担いながら、その人に応じた働き方をマッチングしつつ、サービスの担い手が受け手になったり、受け手になりながらもできることに取り組んだり“顔の見える関係”での自立支援を大切に、お互い様の助け合いの活動を継続的に実践していく。

【課題】

- 当法人は、「個」を中心に据えたサービス展開をしてきたが、今後「地域包括ケアシステム」が展開された場合、新しく制度に取り込まれる方が存在するとともに現在の制度から漏れる方々も出てくるのが現実であり、単純に制度で人を分断するのではなく、いかに生活の中から出てくるニーズを吸い上げた上で制度化するか、また、サービス展開をどのように変化させていくかは今後、法人としても大きな課題である。

参考 URL、連絡先

- NPO 法人 フェリスモンテ
<http://www.otasha.jp/>
06-6958-0011

キーワード 医療・介護情報の活用、中山間地域、遠隔支援、緊急通報、ICT 活用

医療・福祉の情報共有・緊急通報システム等の情報基盤「すさみ町地域見守りシステム」の構築

和歌山県 すさみ町

【この事例の特徴】

町内イントラネットを使い、すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場をつないだ回線で、医療、介護、保健等の情報の共有を図っている。また、緊急通報システムを利用しているひとり暮らし高齢者等の見守りも共有基盤で確認することができる。登録者は約 2,600 人で町民の半数以上に上る。医師・看護師・ケアマネジャー・介護保険事業所・保健師などの議論を経てシステムを構築し、住民に対し情報共有の必要性を説明して登録を呼びかけている。共有された情報を住民サービスにつなげている。

地域概要

総人口:	4,691 人
65 歳以上人口:	1,971 人(42.0%)
75 歳以上人口:	1,212 人(25.8%)
要介護要介護認定者数:	439 人(22.3%)
地域生活支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	4,960 円



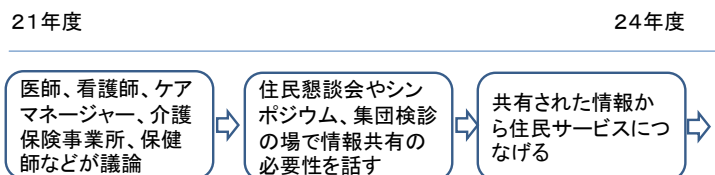
背景・経緯

【背景】

- すさみ町は、高齢化率が 40%を超えており、地域によっては隣の家との距離が遠いなど、高齢者の見守りについて様々な課題がある。中心市街地から放射線状に山間部に集落が点在する典型的な中山間地域であり、山間部集落の高齢者人口比率は 50%を超える。
- 効率的に利用者宅を回れるよう、地域単位で担当保健師を配置するなどの工夫を行ってきた。しかし移動も含めた稼働を考えると医療・介護の人的資源は依然として不足している。
- このような背景を踏まえて、少ない人員や自治体の財政状況を前提とした効率的な医療・介護・福祉・保健のサービス提供を支援する見守りの仕組みを IT 技術により構築した。
- 医療資源は、病院が 1 施設(国保すさみ病院)、診療所が 5 施設(町立が 3 院、民間が 2 院(無床。Dr は各 1 名))、歯科診療所が 3 施設である。薬局は町内に 1 ヲ所で、町外の事業者の支店である。
- 訪問看護事業所が 1 ヲ所、居宅介護支援事業所が 3 ヲ所、訪問介護事業所が 3 ヲ所、デイケア・デイサービスが各 2 ヲ所、介護老人保健施設が 1 施設、介護老人福祉施設が 2 施設である。
- すさみ町社会福祉協議会が、居宅介護支援、デイサービス、訪問介護を手がけるほか、移動サービス等の福祉サービスも行っており、介護サービス提供の中心的な役割を担っている。
- 町外の事業者もサービス提供を一部行っているが、山間部は山道の移動が困難で、家同士の距離も離れているため、沿岸の国道沿いの集落居住者へのサービス提供が中心である。

【経緯】

- 平成 21 年度経済産業省 地域見守り支援システム実証事業、平成 22 年度経済産業省 地域見守り創出調査研究事業、平成 24 年度厚生労働省事業 在宅医療連携拠点事業 に採択されている。
- 平成 21 年度に情報共有基盤「すさみ町地域見守り支援システム」を構築した。また、緊急通報システムを希望する独居老人等世帯に設置し、押しボタンによる緊急通報や、センサーによる見守りを行っている。平成 22 年度以降は、情報共有基盤の改良、センサーの解析による未然の事故防止等を試行的に行っている。
- 医師・看護師・ケアマネジャー・介護保険事業所・保健師などの議論を経てシステムを構築し、住民に対し情報共有の必要性を説明している。共有された情報を住民サービスにつなげている。
- 住民に医学知識を持ってもらい、自分の身体は自分で守るという意識を持ってもらうとともに、システムについての住民の理解を得るために、出前講義を平成 20 年 6 月から開始した。平成 20 年の開催は 27 地区、22 回に上った。出前講義の受講者は 634 人に上り、当時の人口 5,079 人の 12.5%にあたる。
- 身近な話題を中心に医学知識を持ってもらうことを目標として、町広報の活用による啓発も行った。

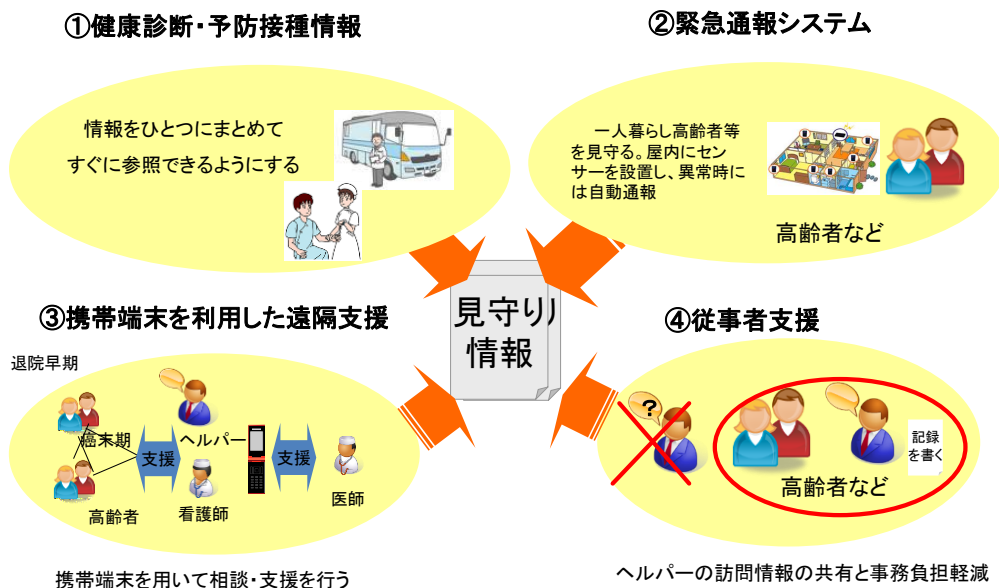


取り組み内容と方法

【概要】

- 町内イントラネットを使い、すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場をつないだ回線で、医療、介護、保健等の情報の共有を図っている。具体的には、処方・注射・検査などの情報、介護情報、見守りセンサー、訪問看護の情報のほか、掲示板機能も有している。
- また、緊急通報システムを利用している一人暮らし等の見守り情報も共有基盤で確認することができる。

システムの全体像

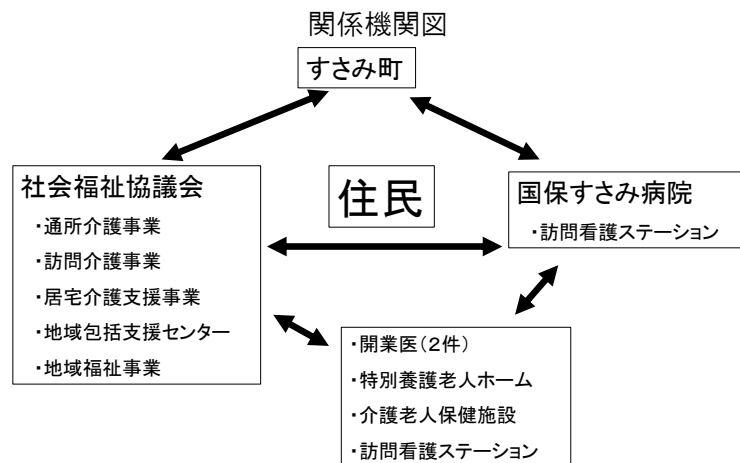


【予算等】

- すさみ町:システムの維持費など年間約 2,600,000 円の支出がある
- 国:平成 21 年度経済産業省 地域見守り支援システム実証事業
(会議費等約 2,800,000 円。システム等の費用は不明)
- 国:平成 22 年度経済産業省 地域見守り創出調査研究事業(38,000,000 円)
- 国:平成 24 年度厚生労働省事業 在宅医療連携拠点事業(19,900,000 円)

【関係機関】

- 利用者:すさみ病院(医師等)、行政(保健師、住民福祉課長等)、社会福祉協議会(ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等)
- 登録者:町民約 2,600 名
- 実施主体は、すさみ町。連携先として、町立国保すさみ病院、すさみ町社会福祉協議会。



【取り組み方法】

- すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場を繋いだ回線で、医療、介護、保健等の情報を共有し、共有された情報を住民サービスにつなげている。

情報共有とサービスへの活用

	処方	注射	検体	細菌	画像	看護	ケアプラン	介護記録	健診	保健指導	...
医師	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	
看護師	○	○	○	○		◎	◎	◎	○	○	
ヘルパーなど						○	○	○			
保健師	○						○	○	◎	◎	

※など医療・介護・福祉・健康に携わる関係者

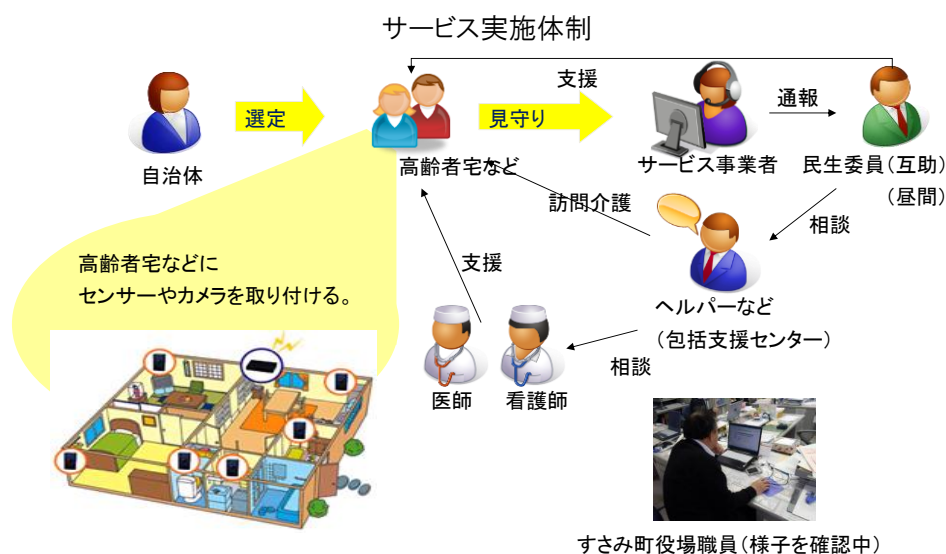
日常生活を踏まえた診断

処方にあわせて介護指導

看護記録を用いたケアプランの検討など

ケアプランを用いた看護計画の立案

栄養指導に沿った食事介護



取り組みの成果と課題

- このシステムを構築したことで、多職種間の連携が緊密になったと同時に、構築にあたって、会合をくりかえしたことにより各部門の意思疎通が良好となった。
- 情報システムの構築ならびに住民の啓発活動により、休日・時間外受診者数は平成 17 年に比し、平成 18 年 77.5%、平成 19 年 65.5%、平成 20 年 68.6%、平成 21 年 60.1%と減少した。啓蒙を行った町内の休日・時間外受診者数は平成 17 年に比し、平成 18 年 76.8%、平成 19 年 60.1%、平成 20 年 65.0%、平成 21 年 60%と啓発を行わなかった町外受診者数に比べて大きく減少し、啓発活動は有効であった。町内の救急搬送数は減少したものの救急搬送後の入院数に大きな変動はなく、適正利用がなされるようになった。
- 継続して運用できるように、運営・維持費用は可能な限り抑えたため、システムは必要最小限とし、オプションの増設が容易に行えるように設計している。初期費用はかかるものの、財政規模の小さい自治体でも継続運用は容易である。マイナンバーなどの導入は必要であるが、このシステムが複数地域で運用できれば、互いを連結することにより低価格でシステムダウンに強い広範囲なネットワークの構築が可能である。
- 今後は、町内の開業医や施設、近隣の総合病院とも情報共有できるように改良が必要と思われる。

参考 URL、連絡先

- すさみ町地域包括支援センター
0739-55-4670
- 厚生労働省 関連ウェブサイト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/booth2-11.pdf
- 平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業所 活動発表会 資料
(国立長寿医療研究センター ウェブサイト)
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/07069207.pdf

キーワード	地域密着型サービスの推進や活用、小規模多機能型居宅介護、共生ホーム、次世代育成
-------	---

小規模多機能居宅介護が地域に開かれた拠点に

鳥取県 米子市

【この事例の特徴】

県が運営を支援する複合型施設で、登録人数 25 名、通所定員 15 名、宿泊定員 5 名の小規模多機能型生活介護と、定員 10 名の認可外保育施設を併設している。地域に開かれた拠点とするため、小学生を対象とした介護・保育体験事業、地域の老人会や自治会を対象にした地域講座、地域住民が講師を務める教室の開催などを行っている。

地域概要

総人口:	149,773 人
65 歳以上人口:	37,661 人 (25.1%)
75 歳以上人口:	19,501 人 (13.0%)
要介護要介護認定者数:	7,506 人 (19.9%)
地域生活支援センター数:	7 カ所
第 5 期介護保険料:	5,436 円

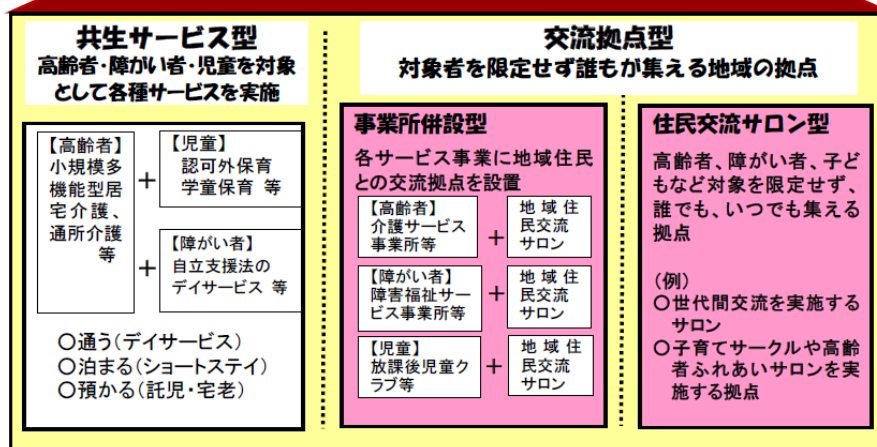


背景・経緯

【背景】

- 鳥取ふれあい共生ホーム「照陽の家(てるひのいえ)」がある地域は、米子市の中でも高齢化率が 10% 近く高く、独居の高齢者も多い。
- 共生ホームは高齢者だけでなく、児童や、地域の住人やボランティア団体等様々な人々が入り出できる施設であり、様々な世代の人々が、協力して支えあいの地域をつくっていくことで「高齢者」のみが住みやすい地域ではなく、誰もが何時までも気持ちよく暮らしていける地域がつくられていくと考えた。照陽の家は平成 23 年 5 月の開設以来「認知症になっても住みやすい地域づくり」を目指してきた。
- 鳥取県では住み慣れた地域において、高齢者、障害児・者及び児童等のみならず、地域住民の誰もが集い、多様なサービスや活動で互いを支え合う場として「共生ホーム」の整備を支援している。平成 26 年 1 月時点で、県内に 21 カ所の共生ホームがある。施設によって異なるが、小規模多機能型居宅介護・通所介護などの介護保険サービス、基準該当生活介護・基準該当デイサービスなどの障害者・児サービス、認可外保育施設などの保育サービスを併設していることが多い。

鳥取ふれあい共生ホームのイメージ



(資料) 鳥取県ウェブサイト <http://www.pref.tottori.lg.jp/secure/426696/kyouseiho-muime-ji.pdf>

【自治体からの支援(予算等)】

- 平成 22 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備促進事業費補助金(整備費 5,000 千円)
- 平成 23 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備促進事業費補助金(運営費 2,000 千円)
- 平成 25 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備事業費補助金(2,000 千円)

事業者と地域住民が協力して地域の課題解決に取り組む「地域連携型」の実施事業者として、補助金を活用して地域との連携・協働を推進

- 市からの財政的支援はなし

取り組み内容と方法

【概要】

- 照陽の家は「通所」、「訪問」、「宿泊」、「訪問看護」サービスを利用できる複合型サービスを中核として高齢者・障害者(児)・子どもが、住み慣れた地域で家庭的な雰囲気のもと、きめ細やかなケアを受けながら第 2 の我が家のようなイメージで利用することを目指している。具体的には、登録人数 25 名、通所定員 15 名、宿泊定員 5 名の小規模多機能型生活介護と、定員 10 名の認可外保育施設を併設している。

【地域に開かれた拠点とするための取り組み】

1. 次世代育成

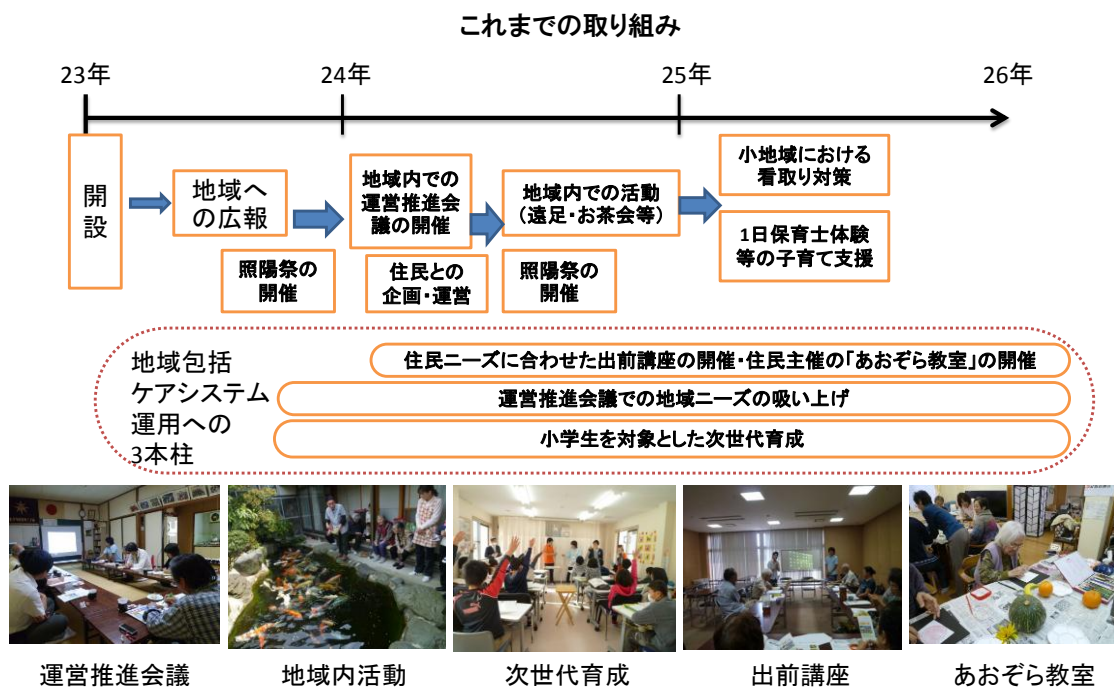
- 地元の小学校と連携し、小学 5 年生を対象とした「福祉に触れる」授業を開催。実際に現場を見学した後、自らが介護を受ける、実際に食事をする、職員と会話をする等の体験を通して、介護を必要としている人々の気持ちを体感してもらう。さらに園児との触れ合いを通じて、「自らが大切にされてきたこと」を実感してもらう。
- この授業を体験した 5 年生の生徒が、1 年後に「今、自分たちにできること」と称して、照陽の家でのイベントを企画・開催してくれた。個々で伝え方は違い、様々であったが(演劇、ゲーム、ダンス、歌等)その中には必ず「私たちがいるから、大丈夫。皆で頑張ろう」というメッセージが込められていた。

2. 地域力の強化

- 施設スタッフが講師となり、地域の老人会や自治会を対象に地域講座を開催。講座の内容は運営推進会議で住民から募集し、日程なども住民との話し合いで決め、「認知症予防」「介護予防」「食育」「薬の基礎知識」「栄養管理」「体調管理」等、生活に密着したものが多く開催された。また、地域の住民には施設のイベント開催に直接携わってもらい、運営を通して地域ニーズの掘り起こしや解決を行っていった。

3. 住民活動の活発化

- 地域住民が講師となって教室の開催を行った。教室では「絵手紙」「押し花」「布草履」等、多岐に渡り、施設の高齢者だけでなく、地域の住人、保育園の父兄、地域の小学生等が参加した。
- 教室の中には「救急救命」という教室もあり、この講座では元赤十字の住民が中心となり、利用者や地域住民、職員、保育所の利用者を対象とした救命法の講座を開催している。



取り組みの成果と課題

【成果】

- このような取り組みを行っていくことで、地域住民がお互いに顔を合わす機会が増え、また「一つのことに挑む」ことで住民同士に絆が生まれたように感じる。現在では施設の広報誌配りも地域の住民が手伝ってくれるなど、地域で運営する施設へとなりつつある。
- 高齢化の著しい地域において、住民同士が顔を合らし、お互いの状況や地域の情報を交換できる場が提供できたこと。地域力の強化によって、地域ニーズの掘り起こしと解決策の模索ができたこと。以上の2点により、地域ネットワークの確立と強化を行えたことは非常に大きな成果だと感じている。また、次世代育成における取り組みでは、小学生が自ら考え、伝えるという形でイベントを企画・開催してくれたこと。その後も施設へと関わっていることも大きな成果であると思う。

-
- しかしながら、この取り組みは1年ですぐ達成できたものではない。開設から3年間という時間の中で、少しずつ関係が構築されていった結果である。事業所が地域の3年先、5年先を意識して、事業所運営を行うことで、少しずつ成果が表れるものである。この地域づくりでは共生ホームを取り巻く環境だけでなく、利用する被保険者にも影響を及ぼした。照陽の家では要介護4～5の重度の方が増えつつあるが、認知症を持つ高齢者であっても、地域の理解や地域が受け入れる力があれば、生活することができる。

参考 URL、連絡先

- 鳥取ふれあい共生ホーム「照陽の家(てるひのいえ)」
〒683-0812 鳥取県米子市角盤町3-124-3 TEL:0859-21-8151
- 米子市 福祉保健部 長寿社会課
<http://www.city.yonago.lg.jp/1160.htm>
TEL:0859-23-5131
- 鳥取ふれあい共生ホーム 紹介ページ
<http://www.pref.tottori.lg.jp/122522.htm>

キーワード 地域通貨を活用したボランティアの取り組み、高齢者サロン

地域通貨を活用した交流拠点「サロン・なんだ村」

岡山県 岡山市

【この事例の特徴】

高齢者や障害者が社会で孤立するのを防ぐため、NPO 法人が運営するサロンで、各種教室や交流事業などを行っている。サロンにおけるボランティア活動に対して施設内で使用できる地域福祉通貨を支払い、地域通貨を入村料や送迎料として利用してもらうことで活動の活性化につなげている。

地域概要

総人口:	701,923 人
65 歳以上人口:	160,856 人(22.9%)
75 歳以上人口:	79,570 人(11.3%)
要介護要介護認定者数:	33,611 人(20.9%)
地域生活支援センター数:	6 カ所
第5期介護保険料:	5,520 円



背景・経緯

【背景】

- サロン・なんだ村がある岡山市南区宗津は平成 17 年に岡山市と合併した旧児島郡灘崎町にあり、旧灘崎町は岡山市域の南端に位置し、町域の大半が干拓地で農地が広がっている。
- このような地域環境のなかで、合併による周辺部の地域福祉の後退を防ぐため、活動が始まった。

【経緯】

平成 18 年 5 月 : なんだ村運営母体「NPO 法人ホッと灘崎ボランティアネット発足」

平成 19 年 10 月 : 福祉有償運送事業を開始

平成 20 年 4 月 : なんだ村開村。月・水・木・金が開村日。なんだ村への送迎を実施(有償)。

取り組み内容と方法

【概要】

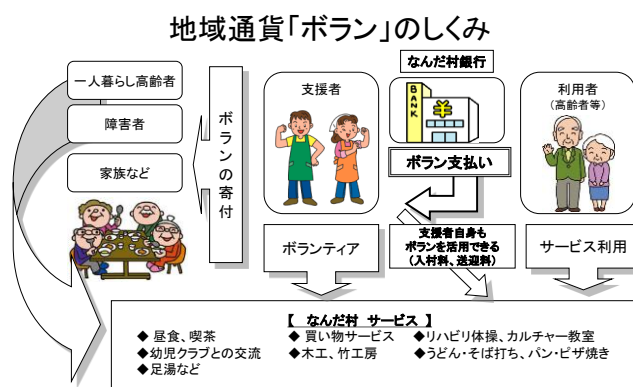
- 閉じこもりがちな一人暮らしの高齢者や障害者が社会で孤立するのを防ぐため、高齢者サロン「なんだ村」では、以下のような誰もが楽しく気軽に参加できる様々な活動を行っている。
 - ✧ 昼食や喫茶の提供
 - ✧ 買い物サービス
 - ✧ リハビリ体操、カルチャー教室、介護相談、詩吟、歌、合唱などの各種教室
 - ✧ 幼児クラブとの交流
 - ✧ 木工、竹工房
 - ✧ こだわり工房として、うどんやそば打ち、石釜でのパンやピザ焼き
 - ✧ 冬場には足湯など

【実施主体】

- NPO 法人ホッと灘崎ボランティアネット

【取り組み方法：地域福祉通貨の活用】

- サロン『なんだ村』では、ボランティア活動に対する報酬として、施設内で使用できる地域福祉通貨『ボラン』が支払われる。
- ボランは、入材料や送迎料へ利用可能である。
- ボランは、支援者自身が使用する以外に、家族や近所の高齢者、障害者のために使用（寄付）することも可能で、新たなサロン利用者、ボランティアの拡大が期待できる。
- 支援者の意欲や事業の継続性が向上することで、利用者に対して、安定的に充実したサービスが提供可能となる。



取り組みの成果と課題

【活動実績】

- 利用者の資格要件は無く、平成 24 年度は延べ約 4,000 人の利用があった。
- その活動を支える支援者は全てボランティアである。（常勤 3 名、ボランティア活動登録者約 30 名）

【成果】

- 積み立てた地域福祉通貨「ボラン」は融通（寄付）可能で、本人が利用しない場合でも、家族や近所の高齢者、障害者のためにボランを使用することも可能で、利用者の拡大を図るとともに、支援者の意欲の向上、事業の継続性も高めている。
- これらの活動が、高齢者等の外出意欲、閉じこもり解消につながっている。また、初期の認知症の方にとっても快適な居場所として活用されている。

【今後の展望と課題】

- 開村から5年が経過し、ボランティアの方も高齢になりつつあり、新たな人材確保が課題となっている。
- 今後はサロン・なんだ村を地域の交流の場としてだけでなく、避難所の機能を持った、福祉、環境、防災の総合的な拠点として整備していく。

参考 URL、連絡先

- 岡山市 保健福祉局 高齢者福祉課
http://www.city.okayama.jp/hofuku/kourei/kourei_00113.html
086-803-1230

キーワード	医療・介護等のサービス拠点、病院を核にした保健・医療・福祉・介護の統合、健康文化の里づくり推進員、有償ボランティア、地域ケア会議
-------	--

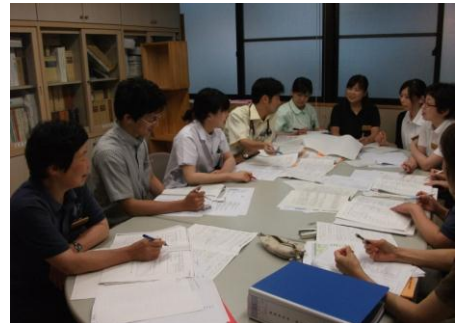
病院と保健福祉支援センター併設による医療と保健・介護の連携

高知県 梼原町

【この事例の特徴】

病院・保健福祉支援センターを拠点として、保健・医療・福祉・介護を一つの建物で提供しており、多職種の連携につながっている。また 35 年の歴史のある「健康文化の里づくり推進員」の活動によって健診受診率は約 73%と県内第 1 位である。地域ケア会議・ケアプラン会を定期的実施している。

地域概要	
総人口:	3,750 人
65 歳以上人口:	1,566 人 (41.8%)
75 歳以上人口:	1,011 人 (27.0%)
要介護要介護認定者数:	286 人 (18.3%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	3,824 円



背景・経緯

- 梼原町は昭和 46 年に無医地区になった経緯があり、医師確保が困難な状況を経験した。それ以外にも伝染病の経験などもあり、安定した医師確保及び疾病予防、健康づくりの重要性という住民と行政の思いが一緒となり、梼原病院及び保健福祉支援センターの開設、住民と連携した地域保健・地域福祉の推進、地域ケア会議・ケアプラン会の実施などを進めてきた。

取り組み内容と方法

- 梼原病院(国診協)と梼原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携
 - 以前は保健・医療・福祉に関する機能が役場や診療所などすべて別の建物に分かれていたが、これを一つの建物に集約し、保健・医療・福祉・介護を統合したのが梼原病院及び保健福祉支援センター (平成 8 年建設) である。同一建物内に梼原病院、保健福祉支援センター(介護医療係、福祉係、健康増進係、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等)、高齢者生活ハウス、デイサービスセンターが入っており、デイサービスにきた後に病院受診する、病院受診後に医療保険等の手続きや相談をする等、保健・医療・福祉・介護が一つの建物で提供できることが特徴である。
- 住民と連携した地域保健、地域福祉の推進
 - 健康文化の里づくり推進員
 - 梼原町では住民の健康づくりを積極的に推進するため、各組織の推進母体となり、町内各地区での保健・福祉・環境の向上に努めることを目的として、昭和 33 年に「衛生組織連合会」が発足した。
 - 衛生組織連合会は町内全戸で組織され、6 区の自治組織ごとに衛生委員長がいる。衛生組織連

合会には「健康文化の里づくり推進員」がおり(前身:保健衛生推進員、健康ふれあい推進員)、健診の受診勧奨や協力、各区の相互交流活動などを行っている。推進員は「自分の健康は自分で守る」を合言葉に活動し、20戸を1人が担当するとの考えで1期75人が選出される。

◇ 名称は変化したが推進員制度が始まり35年経った現在、総勢1,334人(再任可のため実人数/平成25年4月現在)が推進員を経験した。

- つむぎあい活動

◇ 梶原町いきいきふれあい活動運営協議会が行っている有償ボランティアで、介護保険サービス外の軽微な困りごと(電球の交換、ゴミ出し、布団干し等)に対してボランティアしてもらった場合、1回につき1枚100円をつむぎあい券を渡す。

◇ 町内6つの自治組織をつなぎあわせる、お互いに助け合うシステムをつくろうというねらいで始めた。

◇ つむぎあい券は、ボランティアによるサービスを利用した際の支払いに利用可能。換金もできる。

3. 地域ケア会議、ケアプラン会の実施

- 地域ケア会議

◇ 月1回の定例会として平成8年から高齢者サービス調整会議を行っているが、障害者等についても会議の対象とすることから、平成12年4月から「地域ケア会議」と名称を変更した。

◇ 目的は、①地域において、高齢者等の生活全体の質を確保していくため、健康づくり、生きがいくくり、生活の自立等の広い視点から多様なニーズを的確に把握し、ニーズに沿った保健・医療・福祉・介護等の各サービス間の総合的な調整を図ること、②地域全体で支え合う地域ケア体制を住民とともに創造し、推進する必要があることから、住民と保健・医療・福祉・介護等各分野のスタッフが目的意識を共有し、高齢者等のニーズに沿った地域ケア体制の推進を図ることである。

◇ 地域ケア会議の参加者は、梶原病院医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、保健師、福祉担当者に加え、民生児童委員協議会長、介護サービス事業者などである。

◇ 地域ケア会議の主催者は保険者であり、司会進行等は保険者が行っている。

- ケアプラン会

◇ 平成8年から検討ケースがある場合に会議を行っていたが、共有の遅れによる退院支援等に課題が出てきたことから、保健・医療・介護・福祉関係者による定例会として平成20年度から週1回のケアプラン会を定例開催している。

◇ ケアプラン会は、保健・医療・福祉・介護関係者が、梶原病院入院者(町内住民に限る)の情報を共有し、施設や在宅生活への移行支援をスムーズにすること、在宅者で気になるケースの共有等を目的として実施している。

◇ ケアプラン会の参加者は、梶原病院医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、保健師、必要に応じて栄養士や福祉担当者などである。

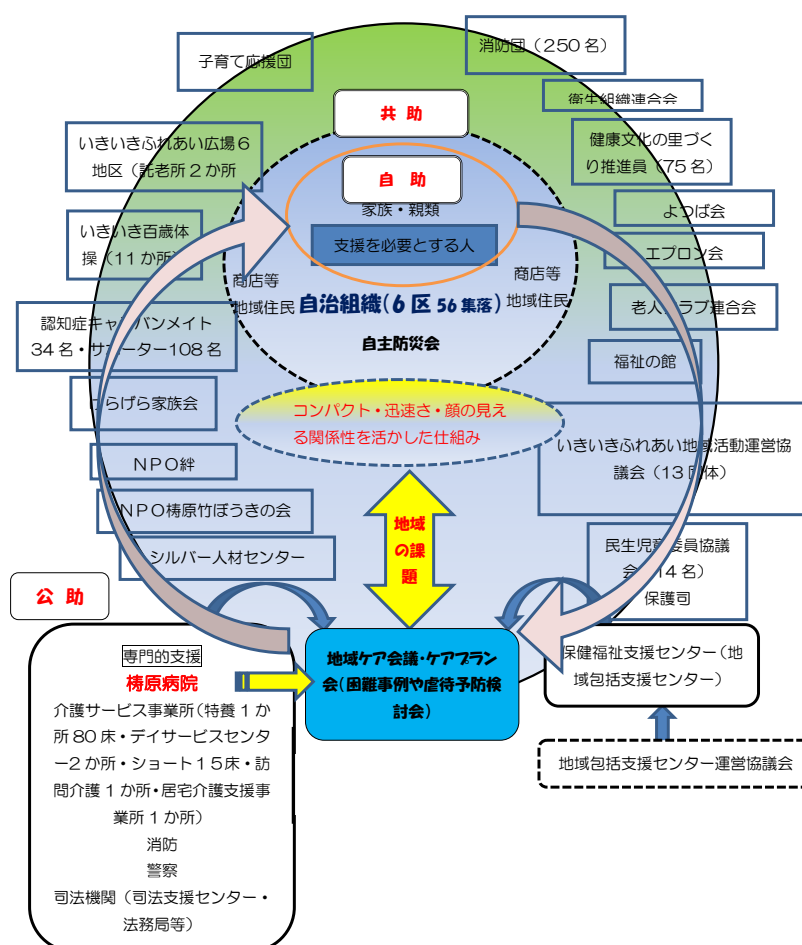
◇ ケアプラン会の主催は保険者であり、司会進行、資料の準備等を行っている。

◇ ケアプラン会で検討後、養護老人ホーム等の申請や、介護サービスのみでは不十分な場合等に町単独事業を利用するなどして、地域ケア会議で検討する場合もある。

4. お腹の中から高齢者までライフステージ全般に関わる総合施策の実施

- IP 電話…町内無料で電話でき、高齢者の閉じこもり防止や安否確認に役立っている
- 緊急通報システム…ボタンが押されたら登録者に対し放送またはメールが届く
- 見守りセンサー…概ね 80 歳以上の独居高齢者等の自宅にセンサーを設置し、朝 4 時から 11 時半までの間に動きがなかった場合、保健福祉支援センターおよび登録者にメールが届く
- 雲の上いきいきチケット…75 歳以上の高齢者等の外出支援のため、タクシー初乗料金を補助
- 在宅生活おうえん事業…
 - ◇ ヘルパー: 要介護認定「自立」や障害者、要介護認定を受けていてもサービスが不足している場合、介護保険と同じく 1 割負担で訪問介護を利用できる
 - ◇ 住宅改修・福祉用具: 要介護認定を受けていない高齢者や障害者を対象に、軽微な住宅改修(上限 6 万 3 千円)及び福祉用具購入(上限 2 万 7 千円)を補助
 - ◇ 在宅生活おうえんチケット: 要介護 3 以上もしくは認知自立度Ⅲa 以上及び身体障害者 1・2 級などの介護者に対し、デイサービスおよびショートステイ利用時の自己負担額を月 5 日分まで補助
- 思いやり家庭支援金…在宅生活おうえんチケットと同じ対象者に対し、月 1 万円支給(オムツ代等)。
- NPO 法人「絆」…民間サービスがない地域で過疎地有償運送・配食事業を実施
- 介護職員初任者研修: 学生から成人まで幅広く対象として無料で受講可能

梶原町地域包括ケアシステム



取り組みの成果と課題

【成果】

1. 梶原病院(国診協)と梶原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携

- これにより住民は一つの建物でニーズを充足できる利点がある他、病院・保健福祉支援センターの職員がお互いにすぐに相談や連絡ができ迅速かつスムーズなサービス提供ができるよう取り組んでいる。また定期的に関係者で情報共有や検討できる場を設けることできめ細やかな支援が可能になった。
- 職員がお互いにすぐに相談や連絡ができることについて、職員の満足度が高い。

2. 住民と連携した地域保健、地域福祉の推進

- 推進員制度によって、高知県で1位という高い健診受診率(約73%)が成果の一つといえる。一人がひとりを誘う運動などの地道な活動と、地域から途絶えることなく推進員を選出してきたことで、推進員の意識が変わり、それが地域の健康づくりにつながったと考えている。

3. 地域ケア会議、ケアプラン会の実施

- 地域ケア会議では、医療や介護関係者等への、町独自の介護や福祉サービスの理解が得られたこと、町独自の介護や福祉サービスの利用決定の検討の機会とともに、情報の共有化が行えることが成果として挙げられている。
- 平成24年度はケアプラン会を52回開催した。
- ケアプラン会では、各サービス間の隙間を少なくし、きめ細やかな支援が可能となったほか、町単独事業(有償ボランティア)等の活用や近隣住民との見守り体制の構築等につながるケースもある。

【課題】

- 梶原病院(国診協)と梶原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携については、職員の満足度は高いものの、成果を可視化できていないことが課題であると認識している。
- 推進員制度については、過疎化が進行し、集落によっては推進員をできる人が限られ、他集落と比べると負担が大きいなどの問題が出てきている。推進員も含めた衛生組織連合会は各地区で運営していますが、地区によっては複数の集落の中から推進員を選出するなど、臨機応変に対応している。
- ケアプラン会について、評価方法を確立できておらず、成果を可視化することが課題と言える。平成25年にはケアプラン会参加者にアンケート調査を行い、会の運営方法も検討した。引き続き、評価方法を模索し、住民にとって価値のある会となるよう取り組んでいく。

参考 URL、連絡先

- 梶原町 保健福祉支援センター
<http://www.town.yusuhara.kochi.jp/staffblog/center.php>
0889-65-1170

キーワード	介護予防に関するボランティアの養成、介護予防推進連絡会、通所型・地域型・訪問型介護予防
-------	---

「佐々町介護予防ボランティア」の地域デビューを促進する介護予防事業の展開

長崎県 佐々町

【この事例の特徴】

介護予防ボランティアを養成し、登録希望者を「佐々町介護予防ボランティア」として登録している。介護予防ボランティアは、福祉センター、地元地区集会所、訪問型などの活動に参加している。またボランティアの情報交換や知識習得のための佐々町介護予防推進連絡会を組織している。介護予防ボランティアを活用し、より身近な地域で、介護予防の地域づくりを展開している。

地域概要

総人口:	13,767 人
65 歳以上人口:	3,181 人(23.1%)
75 歳以上人口:	1,647 人(12.0%)
要介護要対応認定者数:	530 人(16.7%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,990 円



背景・経緯

【背景】

- 佐々町の介護保険制度に関して、以下のような問題意識を持っている。
 - ✧ 住み慣れた地域で過ごしていただくために、必要な人には必要なだけの介護サービスを十分に利用してもらいたい
 - ✧ 佐々町住民の保険料が必要な人に適切に使われているか、国民の共同連帯の理念に基づいた利用のされ方となっているか
 - ✧ 介護保険法第 4 条 国民の努力及び義務の再確認
 - ✧ 「できないことの支援」ではなく「できていることの継続や改善可能な部分の支援」へのこだわり
 - ✧ 多様化する高齢者ニーズに介護保険制度だけでは対応できない
 - ✧ 自立となったのちも不安なく在宅で過ごせるための地域支援体制の整備が必要
- 問題意識を受けて、①給付の適正化と②介護予防を含む地域支援体制の確立に取り組んでいる。
- ①「給付の適正化」のために、以下のような目標を掲げた。
 - ✧ 自立した高齢者割合の増加
認定率を 2015 年までに国平均レベルに近づける(軽度者数減を指標に！)
 - ✧ 在宅生活者割合の増加
要介護 2～5 の施設・居住系サービス利用者割合の減を目指す

- 上記の目標を達成するために、以下のような取り組みをしている。
 - ✧ 要介護認定の申請時の理由確認の徹底（介護保険制度・地域支援事業の説明）
 - ✧ 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
 - ✧ 『地域ケア会議』における自立支援型ケアマネジメント支援と給付適正化事業を実施（毎週 1 回）
生活行為評価の導入、介護サービス利用に関して廃用症候群・認知症の予防・改善に重点を置く
- ②「介護予防を含む地域支援体制の確立」のために、以下のような取り組みをしている
 - ✧ 75 歳以前からの介護予防（身体機能維持・認知症予防・閉じこもり予防等） が重要
 - ・ 佐々町の介護保険制度の現状とビジョンを伝える出前講座
 - ・ 地区集会所を活用した介護予防活動の推進・介護予防ボランティア育成
 - ・ 団塊の世代を対象とした『地域デビュー講座』
 - ・ 総合福祉センターを活用した介護予防事業のメニューの拡大
 - ✧ インフォーマルサービスの確立・推進
 - ・ 「こんな支援があれば、まだ在宅ひとり暮らし大丈夫！」というような支援体制の確立（傾聴・家事支援・中学生登校時ゴミ出しなど）
 - ✧ 認知症になっても安心して過ごせる地域づくり
 - ・ 認知症サポーター養成、全町内会へ（地域支援連絡会にて福祉劇団）
 - ・ 町立診療所（神経内科）と密接な連携を図る

【介護予防の取り組みの変遷】

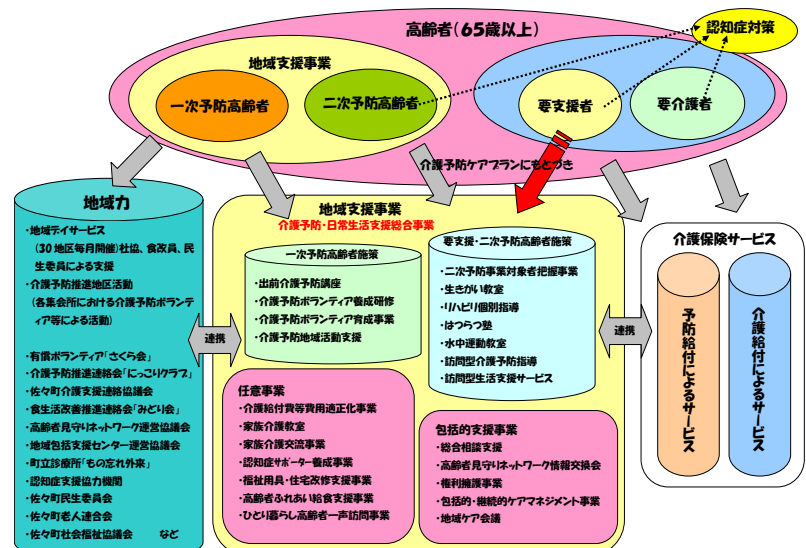
- 平成 18 年 地域包括支援センターの稼働とともに、一遍通りの介護予防を住民に投げかけても何の変化もなかった 2 年間。その間に合併問題が浮上。地域サロンは全地区で月 1 回程度、定例で開催されていたが、専門職の関与がないと成り立たない状況であり、合併とともに消失する可能性が生じた。
- 平成 20 年 「介護予防ボランティア養成講座」をスタート、地域サロン参加者に自分たちでもできる介護予防の習得を目的に開催。現在 6 年目、団塊の世代を対象に地域包括支援センター・健康センター・社会福祉協議会と協働し、「地域デビュー講座」として継続中。
- 平成 20 年に、養成講座の修了生による「地域型介護予防推進活動」がスタート。

当初は 8 か所立ち上がり、現在 14 地区。今後、全町内会（30 地区）開催を目標に展開中。

要支援・二次予防高齢者向けの介護予防事業にも「通所型介護予防推進活動」として活躍。

要支援・二次予防高齢者向けの生活支援サービス「訪問型介護予防推進活動」として稼働開始。

佐々町の高齢者を支える地域支援体制図

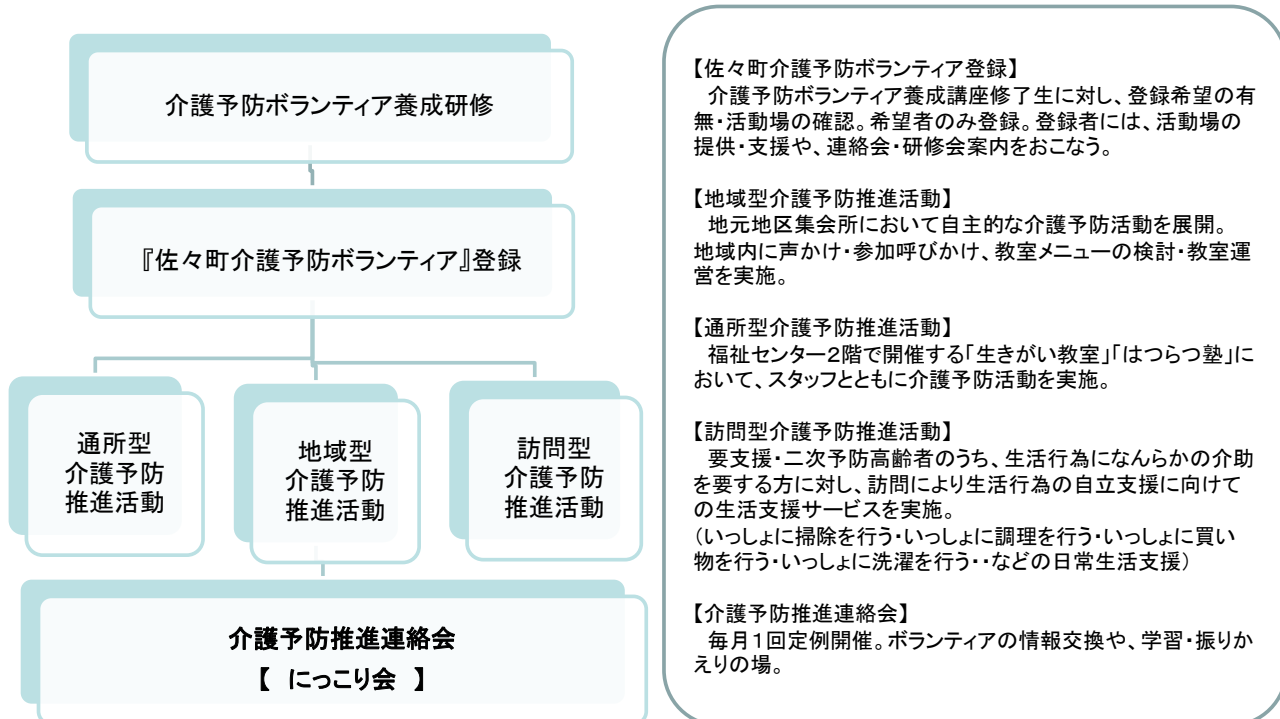


取り組み内容と方法

【概要】

- 介護予防ボランティアを養成し、登録希望者を「佐々町介護予防ボランティア」として登録する。ボランティア活動としては福祉センターでスタッフとともに実施する「通所型」、地元地区集会所における「地域型」、要支援・二次予防高齢者宅を訪問して一緒に家事等を行う「訪問型」の活動がある。

介護予防ボランティア組織図



【通所型介護予防推進活動の活動例】

- 生きがい教室 運動・口腔体操、昼食・入浴、囲碁将棋・映画など 5 時間
- はつらつ塾 手作業クラブ・カラオケクラブ など 2 時間
- おとこ料理クラブ 健康相談センター調理室にて開催
- カントリークラブ 農作業を展開



生きがい教室



はつらつ塾



おとこ料理クラブ



カントリークラブ

【取り組み方法】

- 介護予防ボランティアの育成を行っている

介護予防ボランティア養成講座の開催実績

	内 容	修了生
平成 20 年 度 (2回)	○介護予防における佐々町の取り組み ○心身における介護予防！～運動実践～ ○口腔機能における介護予防！ ○高齢者の栄養について ○グループワーク「各地区での取り組み状況について」 〃 「今後の介護予防ボランティアの活動について」	56 名
	特定高齢者施策『元気アップ教室』卒業者を『介護予防ボランティア養成講座』修了生と認める	20 名
平成 21 年 度 (4回)	○介護予防における佐々町の取り組み ○心身における介護予防！～運動実践～ ○口腔機能における介護予防！ ○高齢者の栄養について ○グループワーク「各地区での取り組み状況について」 〃 「今後の介護予防ボランティアの活動について」 ○認知症サポーター養成	33 名
平成 22 年 度 (6回)	○脳と身体 の健康寿命を永く保つために ○口腔機能における介護予防！ + ワークショップ ○心身における介護予防～運動実践 + ワークショップ ○高齢者の栄養について + 佐々町の介護保険の現状 + ワークショップ ○高齢者の介護問題について(介護者の会合同研修) ○認知症を正しく理解しよう！～認知症サポーター養成 ワークショップ「今後の介護予防ボランティア活動について」	60 名

● 佐々町介護予防推進連絡会『にっこり会』

◇ 介護予防ボランティアをはじめとした関係者間が相互に連携し、情報交換および介護予防に関する知識の習得を行い、地域における介護予防の推進を図ることを目的として平成 21 年 2 月に設立した。現在、登録会員数は 45 名。

◇ 毎月第 4 水曜日に定例会を開催し、そこで得た元気や知識を地域に持ち帰り、運動や脳レクレーションなど介護予防活動を推進している。新規メニュー紹介（運動／脳レク／手芸など）、各地区の情報交換・活動報告などを行っている。

● 専門職の関与

◇ 養成講座で佐々町の現状・方向性を皆で明確にし、共有している。

◇ 「介護予防推進連絡会」を月 1 回開催し、介護予防ボランティアのみではなく、介護予防事業担当者や地域サロン担当者も参加している。佐々町における介護予防の方向性の統一化および個々のケースの切れ目ないケアの実現を図っている。

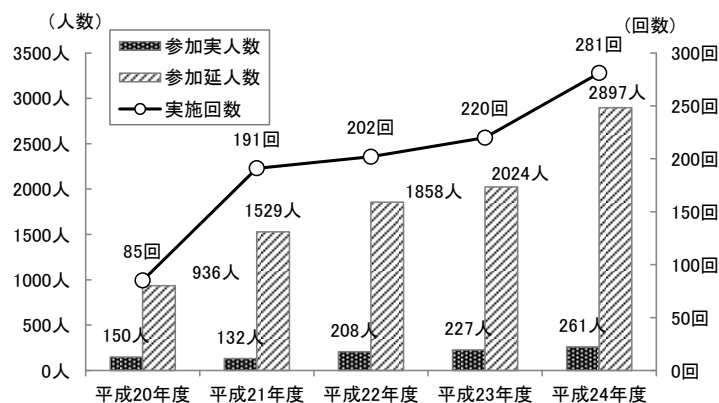
◇ 町全体の介護予防への取り組みの方向性がぶれないよう、定期的に住民や各関係団体へビジョンを確認し、成果を報告している。

取り組みの成果と課題

【成果】

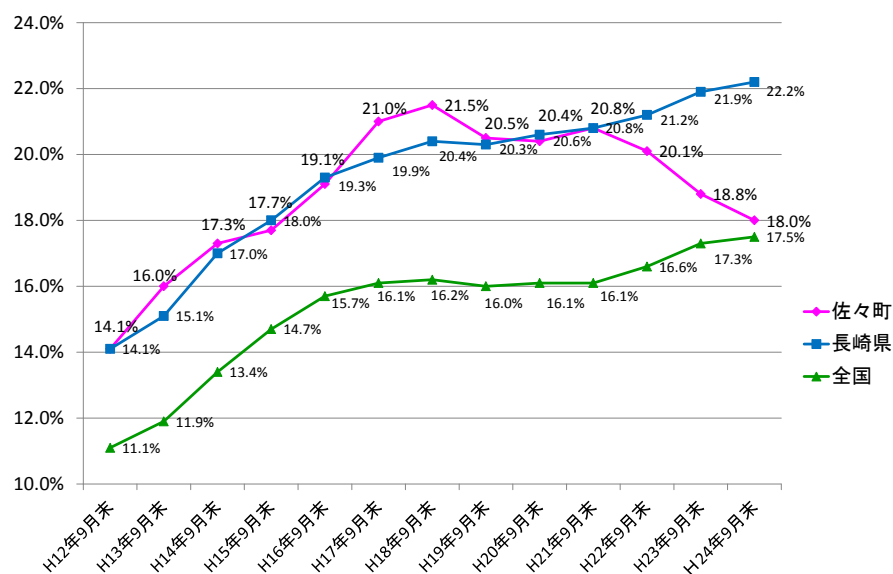
- 活動回数・参加者数が着実に増加している。
 - ◇ 介護予防ボランティア地域活動の参加者数は、平成 20 年度に実人数 150 人、延べ人数 936 人であったのが、平成 23 年度には実人数 362 人、延べ人数 2024 人と 2 倍以上に増加した。
 - ◇ 介護予防ボランティア地域活動の活動回数も、平成 20 年度の 85 回から、平成 23 年度には 220 回と、3 倍近くに増加している。

介護予防ボランティア地域活動実績の推移



- 参加者からの満足の声が聞こえてくる。
 - ◇ 椅子に座って自分ができる運動を一諸に行われる。皆に会えるのが嬉しい。(93 歳女性)
 - ◇ 我が家でも自分の為と思い、毎日運動する習慣ができました。(90 歳女性)
 - ◇ 思わぬ所で怪我をしそうになったが大事に至らずよかった。これも運動していたからだよね。(88 歳女性)
- 要介護認定率が、全国よりも高い水準にあったが、急激に下がってきている。

要介護認定率の推移



【課題・今後の目標】

- 後継者に苦慮している。若い人に声をかけているが、なかなか参加につながらない。
- 今後の目標は、介護予防ボランティアによる介護予防の推進活動を全町内会 30 地区に展開し、町内における介護予防の知識普及や実践拡大を図ることである。住民と行政がひとつになって「自ら介護予防に取り組み、みんなで支え合う佐々町！」を目指している。

参考 URL、連絡先

- 佐々町地域包括支援センター
電話:0956-62-6122
- 厚生労働省 関連ウェブサイト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/dl/kyouka2_4.pdf

キーワード 在宅での看取り、デスカンファレンス

在宅看取りができる地域づくりのための「玉東町デスカンファレンス」の開催

熊本県 玉東町

【この事例の特徴】

玉東町地域包括支援センターを事務局として、町内の在宅療養支援診療所、介護福祉事業所、社会福祉協議会が協働し、“看取り地域包括ケアシステム”の構築をめざして、看取りを行った経験を共有するデスカンファレンスを開催している。平成 24 年度は 4 回の事例報告が行われている。

地域概要

総人口:	5,625 人
65 歳以上人口:	1,727 人(30.7%)
75 歳以上人口:	968 人(17.2%)
要介護要介護認定者数:	325 人(18.8%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	5,160 円



背景・経緯

- 平成 20 年に町内に 1 カ所の在宅療養支援診療所院長が、在宅の看取りを行った関係者等で“デスカンファレンス”を開催したことが契機となっている。
- 行政の立場からも、この活動を重視し一部の事業所に留まらない町全体の医療・福祉・介護保険関係者並びに地域住民も参画する在宅療養推進体制構築への一歩と捉え積極的な支援をした。平成 23 年度には関係者の熱い要望を受け、事務局を当地域包括支援センターへ移し、同年「玉東町デスカンファレンス運営会議」を発足した。

取り組み内容と方法

【取り組み方法】

- 玉東町が直営する玉東町地域包括支援センターを事務局に、町内の在宅療養支援診療所、介護福祉事業所、社会福祉協議会が協働し、“看取り地域包括ケアシステム”の構築をめざしている。協働の場は「玉東町デスカンファレンス」とその開催を支える「玉東町デスカンファレンス運営会議」である。
- まず、事務局(行政)は、運営スタッフに「玉東町デスカンファレンス運営会議」の日程調整をし、運営会議開催する。ここでは、事例の確認や発表者の協議が主である。会議前後の詳細な調整も不可欠で、以下のことを具体的には実施している。
- 看取りの介護に係わった多くの関係者に、具体的なケアの内容や当事者や家族の様子を話してもらえるように促す。が、個人情報保護の観点からよく吟味して行っている。
- デスカンファレンスへの参加者は一般から各種専門職まで多岐にわたるため、多くの方にわかりやす

い内容になるよう工夫し、パワーポイントや配付資料を作成する(参加者・職種等:家族、医師、薬剤師、臨床心理士、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、福祉用具選定士、生活支援相談員、行政職員、大学教育関係者、民生委員、一般住民)。

【開催実績】

- 玉東町デスカンファレンスは、カンファレンスの場に提供可能な看取りの介護事例が挙がる度に開催している。平成 23～24 年度における開催状況は以下の通りである。

回	開催日	デスカンファレンスの内容	参加人数
13	H23.9.14	自宅事例～三世代家族、共働き夫婦が支えた看取りの介護～	49 名
14	H 23.9.28	施設事例～訪問看護事業所と認知症介護施設(グループホーム)が連携した看取りの介護～	37 名
15	H 24.2.8	自宅事例～三世代家族が暮らす果樹農家を営む家での看取りの介護～	83 名
16	H 24.4.24	自宅事例 ～高齢な両親の介護をととして家族関係が修復に向かった看取りの介護～	46 名
17	H 24.10.11	自宅事例 ～主たる介護者を家族が精神的にサポートすることで可能となった看取りの介護～	59 名
18	H 24.2.7	施設事例 ～認知症の高齢者に対する介護職員と医師の連携が柱となった看取りの介護～	80 名
19	H 25.3.21	退院時支援からはじまった在宅での看取り ～入院時から在宅療養願望が非常に強かった高齢者の看取りの介護～ 共催:公立玉名中央病院(近隣の玉名市に所在)	83 名

取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在では玉東町近隣市町はおろか、熊本県庁職員や県下の遠方から行政関係者等の参加がある。
- 開催から 6 年目をむかえ、年々開催回数や参加事業所数も増え周知されつつある。既に 19 回のカンファレンスの開催、延べ 1,031 名が参加している。近隣医療機関に少しずつ認知され、退院支援の要請が増えているのはその成果と考えたい。

参考 URL、連絡先

- 玉東町 保健介護課 地域包括支援センター
<http://g-houkatsu.com/>
0968-85-6242

キーワード 農協が進める地域包括ケア、地域密着型サービス、食の宅配サービス

農協が進める介護・住まい・生活支援の一体的サービス提供

熊本県 山都町

【この事例の特徴】

農業協同組合が主体となり、介護保険制度以前から、地域で介護サービスを提供してきたが、介護保険制度の導入後には地域密着型サービスや予防事業などサービス展開の幅を拡大している。また、食材センターと組み合わせた配食事業など、農業協同組合の強みを生かした生活支援を実施している。

地域概要

総人口:	17,242 人
65 歳以上人口:	6,747 人(39.1%)
75 歳以上人口:	4,343 人(25.2%)
要介護要介護認定者数:	1,546 人(24.6%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第 5 期介護保険料:	5,500 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 山間地域において、高齢化していく JA 組合員への対応が求められるなか、平成 6 年、矢部町にあった 3 つの JA が合併し、熊本矢部町農協(現在の矢部支所)が設立された。この矢部支所が拠点となり、地域コミュニティの活性化と住み慣れた地域での「助け合い」を軸とした福祉事業が展開されてきた。
- まず、女性部を中心に「たすけあいの会」が結成され、平成 8 年から活動を開始、女性部員を中心にヘルパーの養成研修を開始した。
- 平成 9 年、生活高齢者兼福祉指導員を配置し、ホームヘルパー事業を自治体から受託、本格的に福祉事業を開始した。
- 平成 12 年、介護保険制度の導入に伴い、居宅介護支援事業・訪問介護事業に参入、あわせて A コーポと連携して食の宅配サービスを開始した。
- 平成 13 年、上益城農業協同組合が設立され、平成 14 年に高齢者の福祉活動の拠点「福祉センター」が設立された。

取り組み内容と方法

【概要】

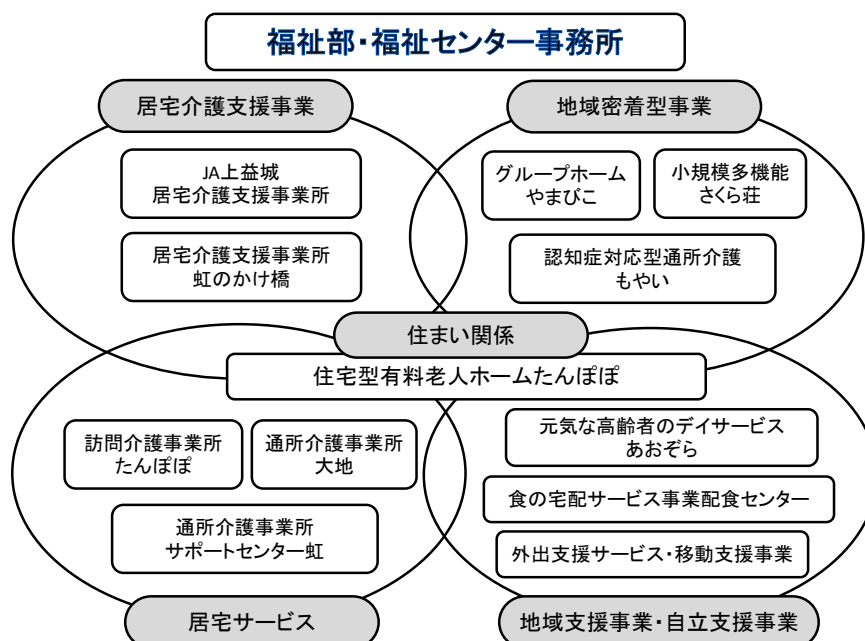
- 平成 14 年、介護予防拠点整備事業を利用して、山都町介護予防拠点事業・元気な高齢者デイサービス「あおぞら」を山都町に建設、平成 15 年より受託事業を開始した。
- 平成 16 年、認知症グループホーム「やまびこ」を国の補助金 2,000 万円を受け、鉄骨平屋建て居室 9 名の 1 ユニットの規模で開所した。

- 福祉事業を拡大していくにあたって人材の確保が喫緊の課題となった。そのため、介護福祉士等の資格取得に向けた学習会を JA かみましきが単独で、中央会や厚生連等との連携のもとで開始。
- 平成 19 年、地域介護空間整備事業を活用して、山都町との連携により小規模多機能型居宅介護事業の交付金を受け、旧支所を改装して、「さくら荘」を開所した。平成 20 年、認知症デイサービス「もやい」とデイサービスセンター「大地」を開所。平成 22 年、デイサービスセンター「虹」を開所。
- 今まで A コープで行ってきた「食の宅配サービス」の拠点を、食材センター内に併設し、利用者・地域住民の安否確認ができるサービス体制を整えている。
- 平成 24 年、デイサービスセンター「大地」と併設の 24 時間見守りのある中で共同生活ができ、1 人暮らしの高齢者が安心して暮らすことができる有料老人ホーム「たんぼぼ」を開所。また、福祉センターのとなりの営農センター跡に熊本県の「地域の縁がわ」事業で改装・整備を行い「つながりホーム」を開設した。この施設は、地域住民や老人会・女性部の交流の場として利用してもらいながら、ボランティア育成の拠点としての活用を予定している。
- 平成 25 年には、デイサービスセンター「虹」に有料老人ホームの建設を予定しており、熊本県産材木を使った心安らげる施設にするというコンセプトで自治体と協議を進めている。

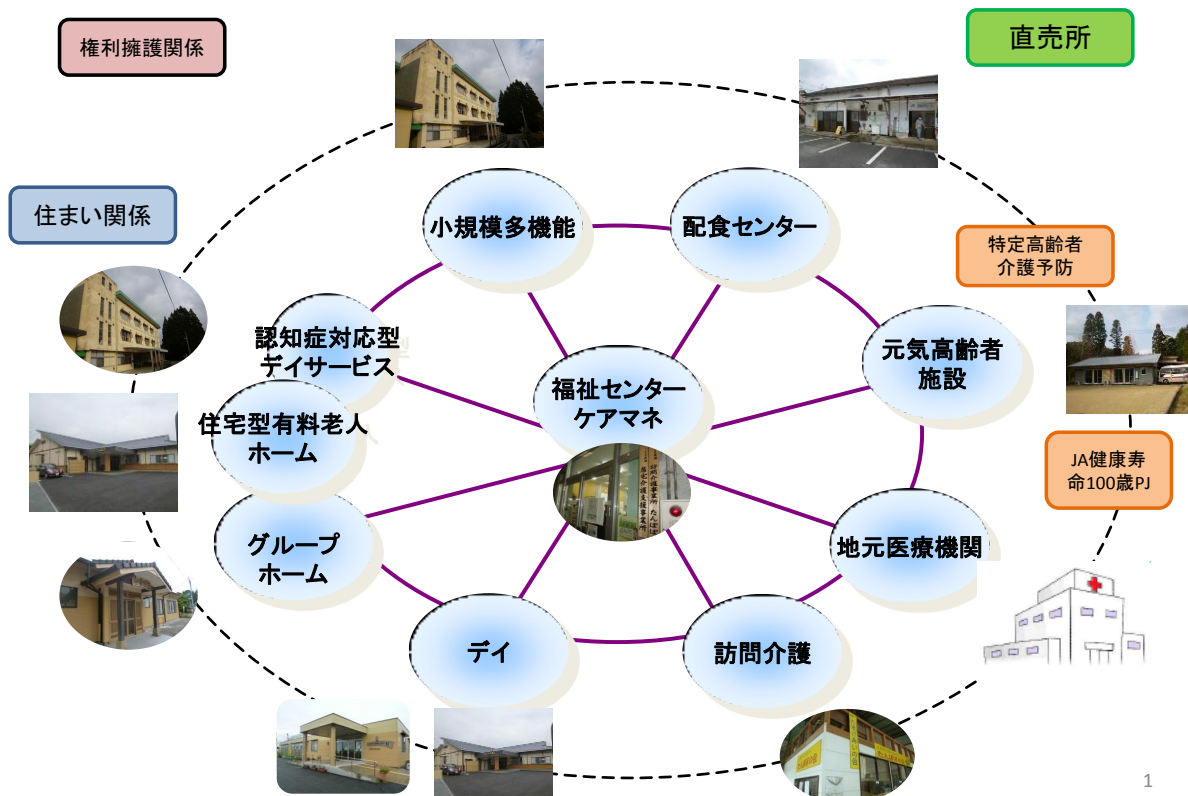
【これまでの実績】

- 高齢者デイサービス「あおぞら」は、現在年間 5,700 名以上が利用している。
- 研修会の実績として、現在では、79 名の福祉職員のうち、ケアマネジャー 10 名、看護師 10 名、介護福祉士 32 名、社会福祉士 1 名、管理栄養士 1 名、1 級ヘルパー 8 名、2 級ヘルパー 19 名、キャラバンメイト 7 名が資格を取得している。
- JA の安心安全の食材を使った配食サービスは、現在、年間 6 万食以上の利用があり、新たな配食センターの建設を進めているところである。

JA かみましき介護事業の概況



JA かみましき版地域包括ケアシステム(地域活性・元気社会)の展開



1

取り組みの成果と課題

【成果】

- 認知症グループホーム、認知症デイサービス、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービス、元気な高齢者向けのデイケア施設、24 時間見守りのある生活協同施設、安全安心の食材を使った配食サービス等、JA ならではの資源を活用して多様なサービスを一体的に提供することで、高齢者が地域で生活していくための様々なニーズに対応できている。
- 福祉事業は、雇用の場の創出という点で、地域に対する貢献ができている。

【課題】

- JA の福祉職員の高齢化が進んでおり、若い介護職員の確保が喫緊の課題となっている。今後も引き続き、人材育成のための研修会を進めていく。
- 今まで以上に、自治体、医療施設、近隣の福祉施設との連携を密にしていく。

参考 URL、連絡先

- 上益城農業協同組合(JA かみましき) 福祉部
<http://www.ja-kamimashiki.or.jp/>
 096-234-1155

キーワード 支えあい体制づくり、地域支えあいマップ、地域力

地域支えあいマップづくりをきっかけとした地域力の向上

鹿児島県 大和村

【この事例の特徴】

地域支えあいマップづくりをきっかけに、住民主体の活動が次々と展開されて、住民同士の支え合いや居場所・生きがいの創出、地域力の向上につながっている。

地域概要

総人口:	1,643 人
65 歳以上人口:	607 人(36.9%)
75 歳以上人口:	377 人(22.9%)
要介護要対応認定者数:	137 人(22.6%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	4,800 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 小さい村で人口減少も進み、また離島へき地という特性もあるため、住民や関係者の間に、「専門職もない、社会資源もない、何もないので何もできない」というあきらめの雰囲気が見られた。しかし、村としては、「本当に何もないのだろうか、気づいていないだけではないか、資源を生かしきれていないだけではないか」という疑問を感じていた。
- 各関係機関が様々な取り組みを行っているが、村としての理念がはっきりせず、取り組みがバラバラに存在していた。そのため、村としてどの方向に向かっていくべきか理念をしっかりと共有する必要があると考えられた。
- リーダー育成や教室開催等いろいろな事業を実践しているが、いつも問題を抱える人は同じであり、届けたい人に届かないなど、効果に疑問を感じる中で、方法が間違っているのではないかと感じる事があった。
- 以上のような問題意識のもと、マップづくりという手法を用いて、地域の現状や今後の方向性を地域住民同士で共有する事業を地域包括支援センターが発案し、住民を巻き込んで住民主体の取り組みとして開始した。

【予算等】

- 地域支えあい体制づくり事業
平成 23 年度 4,762,000 円(住民活動立ち上げ支援分)
平成 24 年度 1,663,000 円(住民活動立ち上げ支援分)

取り組み内容と方法

【目的】

- 住民同士のつながりづくり
- 住民の役割・居場所・生きがいづくり
- 住民の生活を支え合う(互助)
- 住民の意識の向上(自助・互助を守り強める)

【概要】

- 主に高齢独居者、障害者、中高年男性独居者等気になる人を中心に、そのご近所で誰がどのような関わりをしているかをマップに示しながら、地域資源や課題(どのような困りごとがあるか、地域に何が必要か等)を抽出・認識を共有し、その解決策を見出していく。
- マップづくり参加者やそれに共感したご近所が中心となり、「こんな地域のニーズがあり、こんなことができる人がいるからこれをやってみよう」等の気持ちから活動開始。気づきやつながりが少しずつ広がり活動が発展している。
- マップづくり後に始まった住民による活動の内容(例)
 - ◇ 畑づくりの支援(耕耘、声かけ、販売支援など)
 - ◇ 農産物の生産・販売・加工、手芸品製作販売
 - ◇ 高齢者が作った野菜を材料におかずを販売、還元
 - ◇ 庭の手入れ、草木の剪定、散髪、耕運、買い物代行等の日常のちょっとした困りごと支援
 - ◇ 喫茶店風の憩いの場やミニサロン運営による居場所づくり、情報発信、安否確認等

※30-40代の参加・協力を得ながら展開している(巻き込んでいる)集落もある。

※住民や集落のニーズに合わせて拡大・発展している集落がみられる
- 活動グループ立ち上げ数
平成23年度:4グループ、平成24年度:1グループ、平成25年度:4グループ

住民が主体となった活動による地域づくり



【市町村としての関わり】

- マップづくりという皆が一緒に考える機会を提供
- 初年度立ち上げ経費補助(補助事業を積極的に活用)
- 継続的に状況を把握し、見守り、必要に応じて介入する
- 住民、関係者等へ活動のすばらしさを伝える(集まりの場や広報など)
- 活動に対する反応・効果をフィードバックし、目的を共有できるようにする
- 活動者同士が情報交換、連携、相談できるための場の提供(交流会開催支援)

取り組みの成果と課題

【成果と課題】

- マップづくりをきっかけにして、住民主体の活動が展開され、その結果、元気を取り戻したり、生きがい
が生まれるといった効果が出ている。
- 活動については、住民がそれぞれ自分たちにあった形で工夫をこらしている。しかし、ご近所活動で
あるため、ご近所ならではの相性や派閥等が浮き彫りになってくることもある。しかし、問題がある時に
はその都度どうしていけばよいか話し合いながら住民とともに進めている。
- また、場所であったり作業内容であったりと、目に見える形にとらわれてしまいがちであるが、こういった
活動によって何が生まれているのか、どういう効果につながっているのかを、いかに見つけ自覚してい
けるかが重要である。

参考 URL、連絡先

- 大和村 保健福祉課・地域包括支援センター
<https://www.vill.yamato.lg.jp/yamato01/yamato25.asp>
0997-57-2218

キーワード	支えあい体制づくり、住民力・地域力・介護力、発見・継続・形成、地域福祉推進員、介護サポーター
-------	--

住民力・地域力・介護力を総動員した地域包括ケア体制づくり

鹿児島県 龍郷町

【この事例の特徴】

支えあいマップ作りを通して地域の現状を把握・共有し、そのうえで住民・専門機関・行政が協働して人材の発見と連携、取り組みの発見と継続、地域力の発見と形成に取り組んでいる。地域の人材として、困りごとの発見や見守りをする「地域福祉推進員」、見守りを中心に行う「見守り応援隊」、地域包括支援センターに登録したボランティアである「介護サポーター」などを養成している。

地域概要

総人口:	6,066 人
65 歳以上人口:	1,818 人(30.0%)
75 歳以上人口:	1,083 人(17.9%)
要介護要介護認定者数:	316 人(17.4%)
地域包括支援センター数:	1 ヵ所
第5期介護保険料:	4,500 円



背景・経緯

【背景】

- 本町では、もともと地域住民が集う場所(ガジュマルの木の下や海辺など)が集落の中にあり、高齢者や地域住民が集う環境があった。しかし、公的サービスの導入により、徐々に集落からそのような場所が消えつつある。

【経緯】

- 住民の自分の町で住み続けたいという声を踏まえ、平成 20 年度から自助・互助への支援(地域支え合いネットワークづくり)の必要性を感じ、地域で主体的に活動できる見守り応援団の養成を開始した。当初、6 集落で活動を始めたが、なかなか進まず、平成 23 年度より、新たな取り組みとして地域支え合いマップづくりを手法として開始した。住民自身が支援の現状に気づき、集落の見守りでの課題や今後どのような取り組みが必要かを検討し、新たな支え合いの仕組みや住民福祉の発見ができ、活動化されていった。
- また、平成 23 年度から住民支援に関わる町内の関係機関(保健・医療・介護・障害等)に呼びかけ本町の地域資源を理解・共有し今後の地域包括ケア体制づくりのためのチームケア体制づくりについて検討、事例検証等を加え、体制図の作成から具体的な実施計画づくりを行い、地域への周知にも取り組み、地域住民の理解を深めると同時に自助・互助・共助に関わる人の連携を図った。

1. 地域ケアの向上

(1) 人材育成・資質の向上(人と人がつながっていく)

● 地域の専門家の養成（地域からの仕組みづくり）

- ◇ 地域福祉推進員（地域の世話やきさん）: 見守りや困りごとの発見と支援(町内 25 名、5 集落)
- ◇ 見守り応援隊: 見守りを中心に行い、地域の情報を行政につなぐ(10 集落で活動中)
- ◇ 介護サポーター: ボランティア活動の担い手として地域包括支援センターに登録
(マッサージ・散髪・見守り・草取り・買い物支援等)
- ◇ 有償ヘルパー: 介護保険以外での介助や家事等の手伝い
- ◇ 地域福祉コーディネーター: 地域福祉推進員の相談役(町内 3 名)



地域の困りごとはないか？マップで確認！！

集落の地図を見ながら考えます

● 多職種との連携(支援者への働きかけ)

- ◇ 地域ケア検討会や地域包括ケア会議の開催(多職種との連携)
- ◇ 定期的な介護支援専門員や介護保険事業所の研修会開催(施設や介護・医療スタッフとの連携)
- ◇ どうくさ会を活用した様々な学習会(専門職・地域の人との連携)

(2) 普及啓発(いろいろな場面で伝えていくことの大切さ)

- ◇ ホームページ(どうくさネット)での活動紹介や情報提供・地域包括ケア体制づくり(ケア検討会)
- ◇ シンポジウムの開催・健康祭の開催・パンフレットの配布、広報誌掲載、無線放送

2. 予防活動・医療との連携（いろいろな活動の中から発見しつながっていく）

(1) 各種介護予防のための教室等の開催：一次予防・二次予防や高齢者教室

- ◇ 地域サロン(どうくさ会) 16 集落(うち 5 集落自主活動)、でいでの教室、元気はつらつ教室
- ◇ 認知症研修会(認知症サポーター養成講座)、口腔・栄養改善のための教室
- ◇ 元気度アップポイント事業: 手押し車の歩こう会等イベント参加
町等が実施する介護予防等の活動、ボランティア活動に参加したポイントを商品券に交換できる
⇒介護保険料徴収率アップ、介護保険からの卒業生

(2) 介護者支援

- ◇ 龍郷介護家族会: 在宅医の働きかけで、看取りへの援助やボランティアの拡大

(3) 在宅医との連携

- ◇ ケア会議(事例検討会、事例検証会)における連携
- ◇ 訪問看護・介護支援専門員との調整会議の開催

◇ 元気高齢者家庭訪問における医師・理学療法士・訪問看護師との連携

3. 地域ネットワークの構築(つながりを形にしていく)

(1) 地域単位での活動

◇ 地域サロンの推進(集落でのお茶のみ場の拡大など)

(2) 要介護者マップ・システムの活用や台帳の整備

◇ 高齢者家庭訪問・相談窓口の強化

取り組みの成果と課題

【成果】

- 高齢化は進む中で要介護認定者が減少している。
- 集落での活動が、近隣集落へ連鎖している(支え合い活動や、地域の自主運営サロン数の増加)。
- 見守りの活動内容が拡大・充実(見守りのみではなく、豊かな生活の視点の普及)。
- 地域の専門家が、増えてきている(地域福祉推進員の普及)。

【課題】

- 各集落での取り組みを、町全体の地域で、それぞれの集落の特性を生かしながら拡大していくことで、自助力・互助力の向上を継続して図る必要がある。
- 共助(支援者側)からの地域で生活をしている住民との連携を強化し、子どもや次世代を担う若者への参加を育て、総合的な地域包括ケアの体制づくりの強化が必要である。

参考 URL、連絡先

- 龍郷町 保健福祉課 地域包括支援センター
http://www.town.tatsugo.lg.jp/com_general_support/3_cooperation/2_com_general_support_center/
0997-62-3111
- 龍郷町 保健福祉課 地域包括支援センター
http://www.town.tatsugo.lg.jp/com_general_support/

2. 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例(厚生労働省公表資料)

※本節で紹介する事例は、厚生労働省が、全国の自治体から収集した先駆的な事例(地域包括ケア全般にわたるものの他、医療・介護・予防・生活支援・住まいなど、特色ある分野の取組を中心とした事例)の中から、他の自治体の参考になると考えられる取組事例をモデル例としてとりまとめ、2013年7月に公表した事例です。

なお、この事例のうちいくつかの地域(新潟県長岡市・千葉県柏市・鹿児島県大和村・鳥取県米子市)については、今回の事例集では改めて50事例としても掲載しています。

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～東京都世田谷区～

都市部の世田谷らしい 地域包括ケアシステムの構築



1

～自治体の概要～ 東京都世田谷区

●地域概況

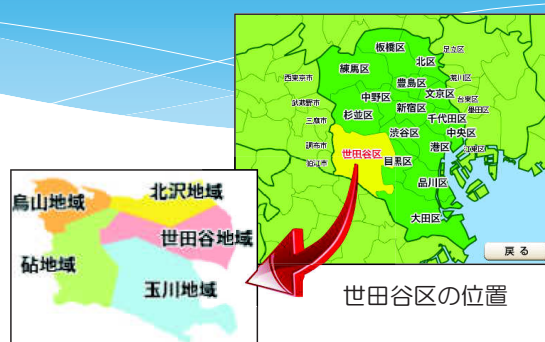
東京23区西部に位置し、人口規模は23区中最大。都内有数の住宅地であるとともに、大規模な都市公園や商業地、私立学校等を有す。

区では、区民主体のまちづくりや地域活動団体・NPO・事業者等との協働を推進しており、住民主体の地域活動が活発に行われている。

●人口 866,063人

●高齢化率

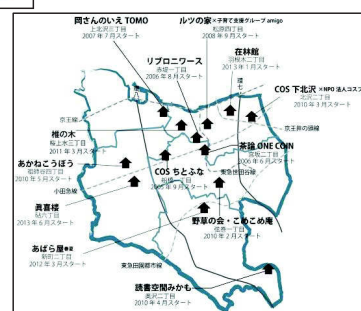
65歳以上	19.29%
75歳以上	9.77%



世田谷区の地域図



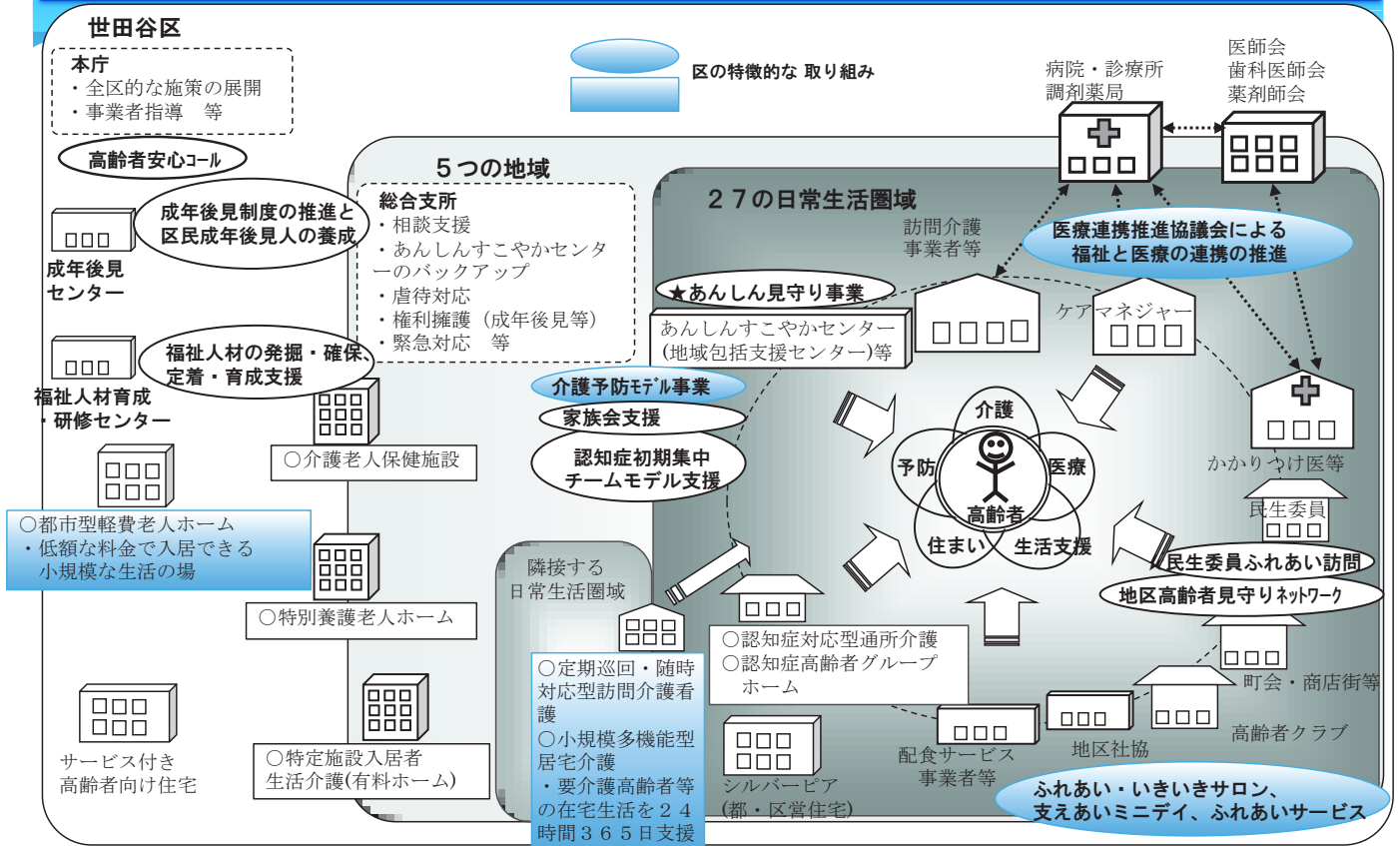
区民の土地を一般に開放した市民緑地
(北烏山九丁目屋敷林)



©世田谷トラストまちづくり

私有の建物等を活用した地域活動と交流の拠点マップ
【地域共生のいえ】

世田谷区の地域包括ケアシステムのイメージ図



○地域の豊富な資源やネットワークを区として最大限活用して、区内5地域（世田谷・北沢・玉川・砧・烏山）・27の日常生活圏域を基本としつつ、区全体で地域包括ケアシステムを構築

～取組の概要～ 第5期事業計画より開始

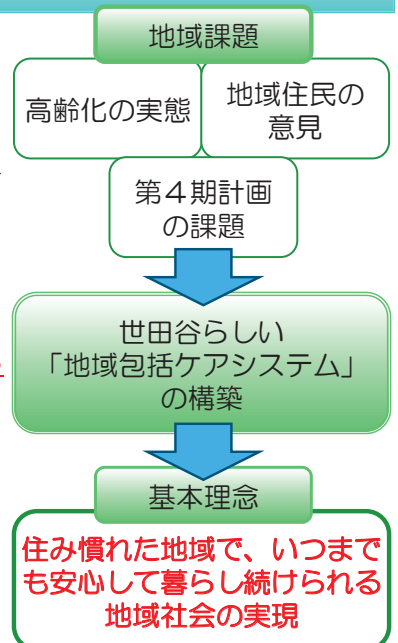
取組の経緯

（背景・地域の課題）

- 区独自に全高齢者実態把握調査を実施。その中で一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の合計が約半数を超えている実態が明らかに
- 第4期介護保険事業計画での課題を抽出
- 第5期介護保険事業計画の策定に向けたパブリックコメントで、身近な地域での健康づくりや介護予防の重要性等について、住民からの多くの意見

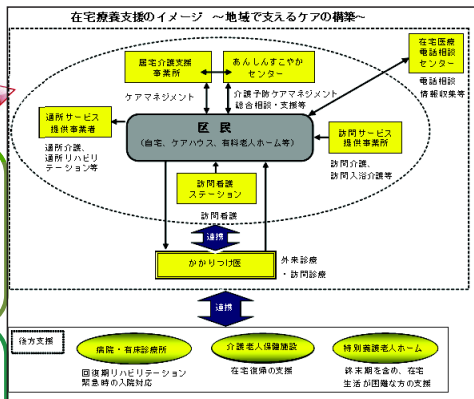
（取組のポイント）

- 地域包括ケアシステムの5つの要素をバランスよく取込んだ特徴的な取組み
 - ①医療 ⇒世田谷区医療連携推進協議会による在宅医療推進の取組
 - ②介護 ⇒定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用・事業展開の推進
 - ③予防 ⇒社会参加を通じた介護予防による高齢者の居場所と出番の創出
 - ④住まい⇒認知症高齢者GHや社会資源等を有効活用した都市型軽費老人ホーム等の整備
 - ⑤生活支援⇒住民団体・社会福祉協議会主体の地域活動の推進 …等
- NPO・事業者・大学・行政等約70団体が連携・協力して、高齢者の社会参加の場や機会づくり、応援を行う「せたがや生涯現役ネットワーク」を作るなど、社会参加を促進



世田谷区の特徴的な取組

分野	取組の背景	取組のポイント
医療	在宅医療の充実に向けた連携体制づくり	● 連絡会等による福祉と医療の顔の見える関係づくり ● ケアマネタイムや医療と介護の連携シートによる福祉と医療の情報の共有化 ● などの取組を、医療関係者やケアマネジャー等で構成する世田谷区医療連携推進協議会を中心に推進
介護	安心できる高齢者の在宅生活の実現	● モデル事業実施の実績を活かし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を平成24年4月から区内全域で提供できる体制を確保し、計画的に整備を推進 ● 新サービスの普及に向け、利用者や介護事業者等へパンフレットや事例集を配布
予防	高齢者の居場所と出番の創出（モデル事業による新たな介護予防の取組）	● 地域包括支援センターによる社会資源を活用した高齢者の居場所づくり（喫茶店・大学等の活用） ● 中高年層ボランティアの活動促進（買い物支援等） ● リハ職等専門職による訪問で生活機能低下に対応（環境調整、動作指導等）
住まい	社会資源の有効活用による低所得高齢者等の居住の場の確保	● 区立高齢者センターを民営化し、デイサービス・ショートステイに併設した都市型軽費老人ホームをオープン（H25.8月開設予定） ● 都営住宅建替え跡地に整備される特養への都市型軽費老人ホームの併設
生活支援	公的サービス以外の地域活動・資源の活用	● 地域資源（空き家・空き部屋等）をうまく活用した地域活動（サロンやミニデイ等）の拠点整備 ● 社協主体の生活支援サービスの提供（ふれあいサービス事業）や住民ボランティアの立ち上げ・運営支援



医療と福祉の連携に向けた体制イメージ

福祉施設の送迎車両の遊休時間帯を利用した買物ツアー

ボランティアが添乗

ふれあいサービス事業の実績（H24年）

- 協力会員：634名
- 利用会員：1,241名
- サービス利用時間：39,055時間

オーナーが自宅の車庫を改修して、住民の地域活動と交流の場として提供（一財）世田谷トラストまちづくり <地域共生のいえ>

24時間つながるサービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護のパンフレット

©茶論ONECOINE

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～新潟県長岡市の取組～

小地域での医療・介護・予防・生活支援・
住まいの一体的な提供に関する取組

～自治体の概要～ 新潟県長岡市

●地域概況

新潟県の中央部に位置し、信濃川が市内中央に流れる国内有数の豪雪地帯。平成の大合併の結果、守門岳から日本海まで広大な市域を有するようになった。

コシヒカリを始めとする農業や日本海側の漁業のほか、機械金属関連産業が基幹産業となっている。

●人□ 281,100人

●高齡化率

65歳以上 26.4%

75歳以上 14.4%



コシヒカリ



長岡まつりの大花火大会

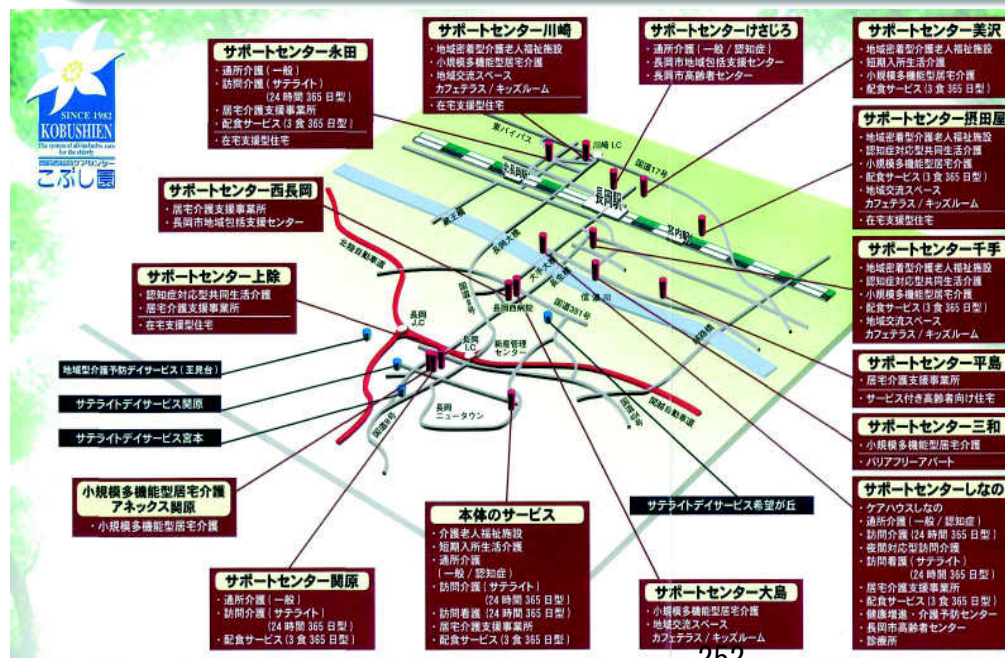
7

地域包括ケアシステムをめざして、法人主導から官民共同の取組へ

○長岡駅を中心とするエリアに、13カ所のサポートセンターを設置

○サポートセンターごとに、住まい・医療・介護・予防・生活支援などのサービスを組み合わせ、一体的に提供

市の委託による地域包括支援センター（2カ所）、地域密着型特養、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、高齢者向け住宅、配食サービス、地域交流スペースなどの保険外サービス等



世代間交流や居場所づくり

～取組の概要～ 平成14年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 長岡市、(社福)長岡福祉協会

(背景・地域の課題)

- 平成14年 社会福祉法人長岡福祉協会は、バリアフリーの住環境と、24時間連続した看護・介護・入浴・食事等のサービスを「今までの暮らしの中」において小地域完結型で提供できる集合体をめざし、独自に「サポートセンター」を設立
- 平成16年 自法人以外の民間事業者との協働によるサポートセンターを設置
長岡市役所の支援による民間の高齢者向け住宅を併設し、多様なニーズに対応したサービス提供により、地域生活の継続を支援
- 以降、行政、医療機関、介護サービス事業者、民間事業者と連携し、一体的なサービス提供のための基盤整備を行い、13カ所のサポートセンターを設置
- 地元住民の理解を得るための創意工夫もなされている

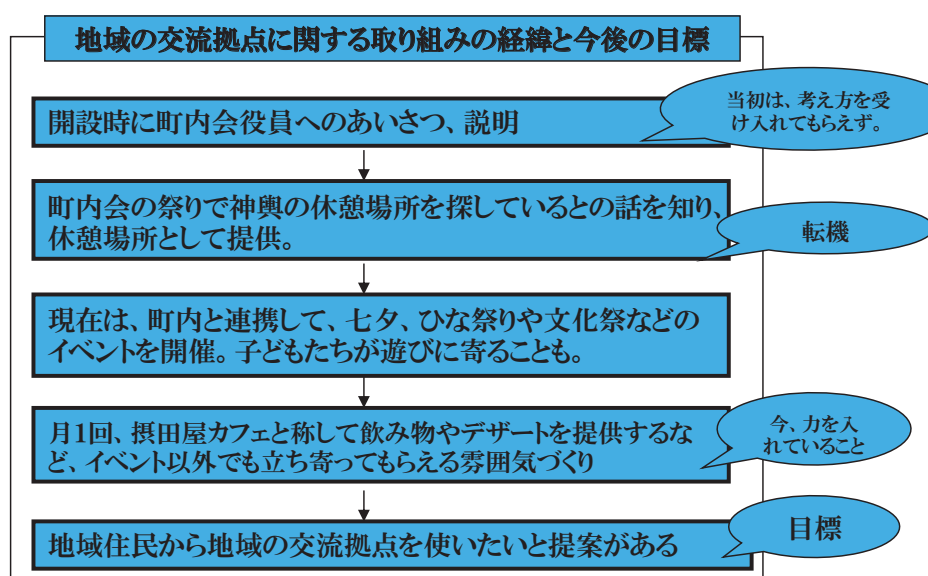
(取組のポイント)

- 施設でも自宅でもない新たな在宅介護として、多様な生活スタイルやニーズに対応するためのサービス提供体制を官民協働で整備
⇒小地域完結型のサポートセンター
- 地元町内会と事業所が連携して行事を開催し、住民との信頼関係を構築
- 今後介護サービスを利用することとなる団塊の世代向けの雰囲気づくり

9

小規模多機能型居宅介護施設における交流スペースの取組事例

- 小規模多機能型居宅介護事業所が地域に開かれたものとなるよう取り組みを進めてきたが、当初は地元町内会の理解を得られなかった。
- 町内の祭りの際に、事業所を休憩場所として提供したことを契機に、事業所のイベントに住民が参加するなど、地域との交流が生まれている。



取組に係る財源

- 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金 6,296千円
- 地域介護・福祉空間整備推進交付金 3,000千円

取組に必要なネットワーク

- 介護サービス事業所、医療機関等
- 民間事業者（配食、生活支援等）
- 地元住民（町内会等）



取組の効果

- 子どもから大人まで、事業所に対する地域住民の理解が得られた。
- 町内会の役員会を交流拠点で開催するなど、町内会との関係ができた。
- 子どもたちが自然と遊びに立ち寄れる身近な場所となった。



今後の展望

- 地元住民側から積極的に事業所を使用したいという提案をしてもらえるような関係づくりを行う。
- 将来的には、老人福祉センターの娯楽室用のように来館者が自由に使える場を目指す。

11

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～鳥取県南部町の取組～

既存資源を活用した共同住宅に
よる低所得者の住まいの確保

～自治体の概要～ 鳥取県南部町

●地域概況

鳥取県西部に位置する南部町は、平成16年10月1日、西伯郡西伯町と西伯郡会見町が合併して誕生。

町の南側に平地・丘陵地が広がり、水田地帯と町の特産物である柿・梨・いちじくなどの樹園地が形成。

●人口 11,568人

●高齢化率

65歳以上 31.05%

75歳以上 17.57%



特産品の富永柿と二十世紀梨

13

鳥取型地域生活支援システムモデル事業(地域コミュニティホーム)

背景

- 独居高齢者等の増加
- 介護サービス等を利用すると地域のつながりが希薄化
- 年金受給額が低い

□高齢者、障がい者等が、地域住民とのつながりの中で、可能な限り地域で暮らせる住まいをモデル事業として実施

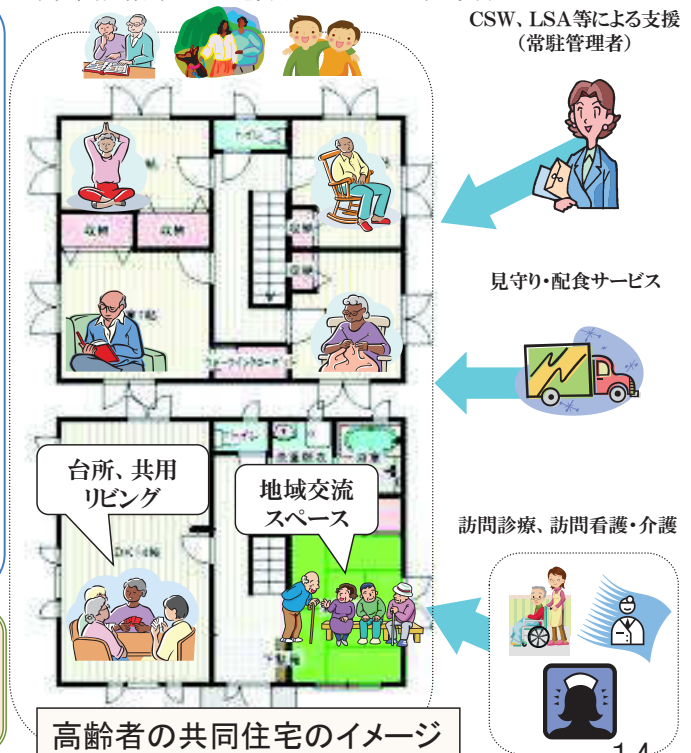
地域住民組織等による運営(ボランティア等で支援)

CSW、LSA等による支援(常駐管理者)

概要

- 【実施主体】 南部町東西町地域振興協議会
- 【事業費】 施設改修費10,000千円
- 【補助率】 市町村1/3、県2/3
- 【補助対象】 施設改修費 10,000千円/施設
運営費 2,000千円/施設
- 【実施期間】 H24～H26(3年間)
- 【事業概要】
 - 既存の民家・公的施設等を改修
 - 地域住民が必要に応じて、見守り、食事の提供など生活支援サービスを提供
 - 医療、介護サービスは、訪問診療、訪問介護など外部から必要な時に提供
 - 利用者負担を可能な限り安価に抑える

『在宅』の持つ地域の人間関係維持、低額の側面、『施設』の持つ安心感の提供など、両者の良さを併せ持つ『**第三の住まい**』のあり方を提供。



～取組の概要～ 平成24年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 住民組織 (行政は事業化・運営を支援)

(背景・地域の課題)

- ①団塊世代の高齢化により、一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者が増加
 - ②町内に介護が必要な高齢者の住まいが特養と介護療養型医療施設しかなく、軽度の方や低所得者の方向けの住まいが地域に不足
- ⇒地域の中での住まい・居場所づくりに向け、地域住民主体で取組がスタートし、行政が実現に向けた取組を支援

(取組のポイント)

- 低所得高齢者等の住まいの確保、地域交流・共同生活による安心
- 既存資源の活用による事業費の効率化
- 地域住民による生活支援、LSAによる随時の相談体制
- 外部の医療機関、介護サービス事業所との連携

取組に係る財源

地域住民の取組に合ったモデル事業を南部町がマッチング

- 補助率 市町村1/3、県2/3
- 補助対象 施設改修費 10,000千円/施設
運営費 2,000千円/施設
- 家賃収入 約5～6万円程度(予定)



平成25年6月立ち上げ

15

取組に必要なネットワーク・社会資源

- LSA (ライフサポートアドバイザー)
- 医療機関、介護サービス事業所との連携体制
- ボランティア (配食、見守り等) <町内ヘルパー研修受講者を活用>
- 空き家

現在、週3回程度の
サロン活動を実施



地域交流スペースの
利用風景

取組の効果

- 空き家を借り受け、改修することで、人件費、家賃を抑え、低所得者にも利用しやすい料金設定ができたため、年金暮らしの方にも利用しやすい。
- 地域交流スペースを設け、共同生活をするすることで、これまで独居であった方も安心感が得られる。
- LSAによる支援体制のコーディネートを行い、必要に応じて共助の医療・介護サービスや互助の配食・見守りサービス等の生活支援を提供。

今後の展望

- 利用者には、自分の家の延長として利用してもらうことで、安心感を醸成しながら、将来的にも住まいとして活用していただく。
- 事業を積極的にPRして利用者を増加させ、将来的には面的な整備を進めていく。
- 面的な整備に向けて、住民ボランティアや空き家の確保に加え、希望者への普及啓発が課題。

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～千葉県柏市の取組～

行政と医師会の協働による
在宅医療の推進と医療介護連携

～自治体の概要～ 千葉県柏市

●地域概況

千葉県の北西部に位置する柏市は、下総台地を中心として市街地や里山を形成する都心のベッドタウン。

また、つくばエクスプレス等鉄道3路線が通るとともに、手賀沼などの自然環境、手賀の丘公園やあけぼの山農業公園などの緑にも恵まれ、都会の街並みと自然の豊かさが調和。

●人口 404,949人

●高齢化率

65歳以上 21.86%

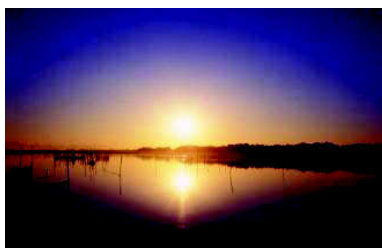
75歳以上 9.03%



あけぼの山農業公園



つくばエクスプレス



257

手賀沼



手賀の丘公園
(じゃぶじゃぶ池)

柏市における在宅医療推進の取り組み

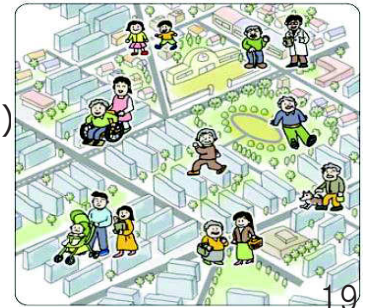
在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係作りとルール作りを行う。

＜推進体制＞



＜在宅医療を推進するための取り組み＞

- ① 在宅医療従事者の負担軽減の支援（主治医・副主治医システムの構築、医療・看護・介護の連携体制の確立、情報共有システム等）
- ② 効率的な医療提供のための多職種連携（在宅医療チームのコーディネート、在宅医療を行う診療所・訪問看護の充実）
- ③ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ④ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
- ⑤ 上記を実現するための地域医療拠点の整備



～取組の概要～ 平成21年度より開始

取組の経緯

（実施主体） 柏市（東京大学、UR都市機構との共同研究）

（背景・地域の課題）

- 都心のベッドタウンである柏市は、今後の急速な都市部の高齢化を見据えて、市が主導して産学官が一体となり「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足。研究会を重ね、市民向けシンポジウムを開催し、平成22年に三者協定を締結。

- ・ 将来、高齢化が急速に進行（20年後には75歳以上人口が、2.17倍に急増（2010年 約3万人 → 2030年 約7万人））
- ・ 独居高齢者、高齢夫婦のみの世帯の増加（20年後には約1.5倍）
- ・ 75歳以上人口の増加に伴い、今後は在宅における訪問診療に対するニーズが増加

（取組のポイント）

- 行政が中心となって、多職種（医師会等）と連携し、在宅医療を推進。
- 医療・看護・介護の関係団体が、多職種連携のルール作りなどにについて議論するために会議を開催し、関係作りやルール作りを進め、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進。
- 以下の取組みを推進
 - ・ 在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ・ 効率的な医療提供のための多職種連携
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
 - ・ 上記を実現するための地域医療拠点の整備

取組に係る財源

平成24年度在宅医療連携拠点事業補助金

- 補助額 6,348千円（事業運営に関する経費）（補助率 国10/10）



取組に必要なネットワーク

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会
- 病院関係者
- 訪問看護連絡会
- 介護支援専門員協議会
- 地域包括支援センター
- 在宅リハビリテーション連絡会
- 在宅栄養士会
- 東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構



医療・看護・介護の関係団体が集まる連携WGの様子

取組の効果

- 医療・看護・介護をトータルで提供することにより、住み慣れた我が家にて、ずっと暮らすことができる。
- 多職種団体が参加することにより、効果的に関係作りやルール作りを行うことができる。
(「点」ではなく「面」としての事業展開)
- 関連団体との連携により、住民に対しても在宅医療に関する啓発が推進。
 - ・主治医一副主治医制試行症例：22症例
 - ・在宅医療研修受講者：50名
 - ・市民啓発：約1,600名 等 ※すべて平成24年度実績



今後の展望

- 市内全域における「主治医一副主治医システム」の体制整備と多職種連携ルールの確立

※主治医・副主治医システム…主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが相互に協力して患者に訪問診療を提供するシステムであり、医師の負担軽減を図るもの²¹

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～三重県四日市市の取組～

社会福祉法人と地域組織の協働による
日常生活支援体制の構築

～自治体の概要～

三重県四日市市（三重西地区）

●地域概況

四日市市は三重県の北部に位置し、西は鈴鹿山系、東は伊勢湾に面した、自然にも恵まれた温暖な地域。

戦後は、日本初のコンビナートが立地し、四日市港を中心に産業都市として発展、最近では、内陸部に半導体・自動車・電機・機械・食品など、実に多様な企業が集積する。

（うち三重西地区）

●人口 312,856人（4,894人）

●高齢化率

65歳以上 22.6%（30.5%）

75歳以上 10.5%（11.7%）

代表的な地場産品
「萬古焼」と工房



昔は東海道の宿場町として栄えた四日市市 23

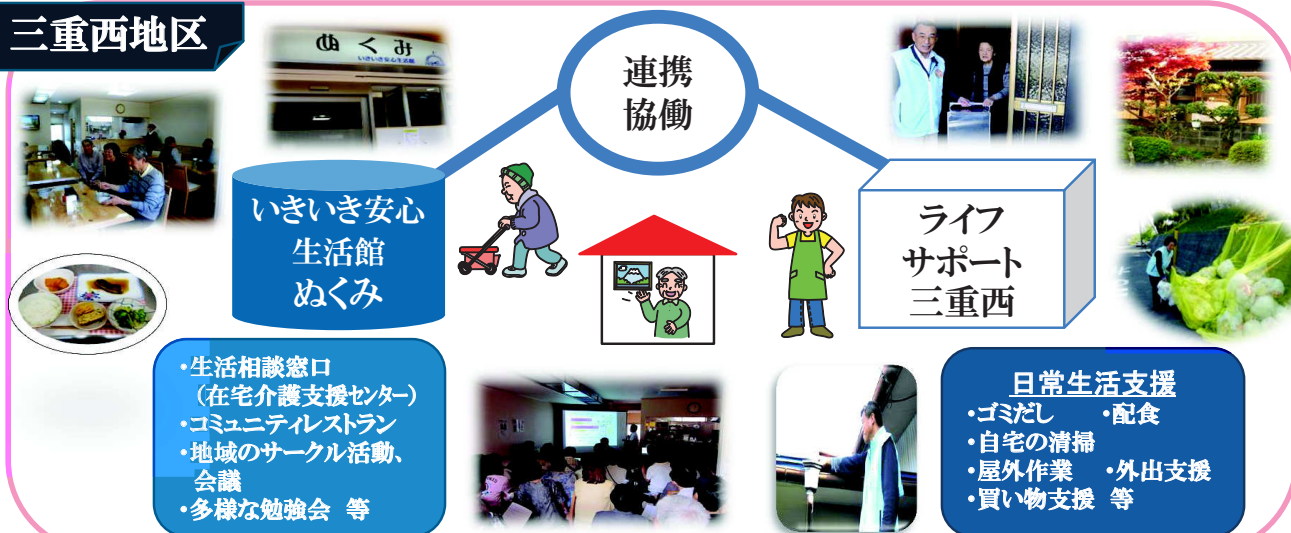
地域の中で支えあうために必要なサービス構築への取り組み（四日市市）

平成24年4月より大型団地の中心にある商店街の空き店舗を活用して、①総合相談機能 ②食の確保機能 ③地域住民の集いの場としての機能を併せ持った《孤立化防止拠点》を「社会福祉法人青山里会」が運営。現在、1日に約20名あまりの地域住民の方が利用されている。

また、その取り組みと連動する形で、地域住民・自治会が主体となって地域完結型の日常生活支援を目的とした会員制組織『ライフサポート三重西』を発足。

H25年3月より65歳以上の高齢者等向けに、地域住民による安価な日常生活支援サービス提供システムとしてスタートしている。

三重西地区



～取組の概要～ 平成23年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 社会福祉法人青山里会（住民組織「ライフサポート三重西」と連携）

(背景・地域の課題)

- 三重西地区は市内でも高齢化率が高く、高齢者の生活に必要な見守り、生活支援、閉じこもり防止の対策が必要と考えていた社会福祉法人が、高齢者が多く暮らしている大型団地の中心にある「空き店舗」を有効活用し、孤立化防止拠点の整備を行政側に働きかけた。
- あわせて、住民組織と連携し、会員向けに「配食」「買い物支援」を計画。平成25年3月より開始。
- 当初、本地域での法人の認知度が低く、自治会等地域の方々への説明と理解を得るのに一定の時間を要した。

(取組のポイント)

- 社会福祉法人と住民組織の役割分担のもと、身近な場所で、総合相談から日常生活支援につなげるネットワークをつくる。
- 空き店舗という既存の地域資源を有効に活用
- 市は、財政支援（地域支え合い体制づくり事業）や情報提供等の側面支援を実施
- 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）は、主に拠点運営や住民活動の立ち上げ時の具体的相談や活動の中で出てきた相談への対応等、市と同様側面から活動をバックアップ。



3月のプレオープンに訪れた住民らでにぎわう「いきいき安心生活館めぐみ」

取組に係る財源

- 平成23年度地域支え合い体制づくり事業（拠点整備） 4,700千円（補助率：国10/10）
- 立ち上げ以降の運営経費については、拠点運営は社会福祉法人が自主財源で、住民組織については会員制度で運営

25

取組に必要なネットワーク・社会資源

- 中核となる社会福祉法人
- 住民組織・自治会
- 市担当
- 地域包括支援センター・在宅介護支援センター
- 空き店舗

三重西連合自治会が発行している「ライフサポート三重西」のパンフレット

商店街にあって、暮らしの拠点で活動でき、高齢者が安心して暮らせる環境づくりを支援します。

取組の効果

- 高齢者の閉じこもり防止対策、生活支援等の取組が推進。
- 活動拠点を中心として、地域住民の互助の取組が推進。



三重西連合自治会が実施した、ライフサポートのサービスに携わる人に向けた研修「庭木の手入れ」の様子

今後の展望

- 現在の取組について、さらに必要な資源、ネットワーク等の検証を行う。
- 上記の検証結果を、同様の環境にある市内地域へ普及を図り、面的な展開につなげる。
- 拠点整備等に係る財源確保、地域支援事業の活用方策について検討する。

26

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～大分県竹田市の取組～

介護保険外のサービスの開発と
それを活用した介護予防と自立生活支援



27

～自治体の概要～ 大分県竹田市

●地域概況

大分県の南西部に位置し、滝廉太郎が「荒城の月」の構想を練った岡城を擁する城下町。

広大肥沃な大地や豊かな草資源、夏季冷涼な気象条件を活かした農業と、自然だけでなく歴史や文化にも触れ合える観光が盛ん。

●人口 24,392人

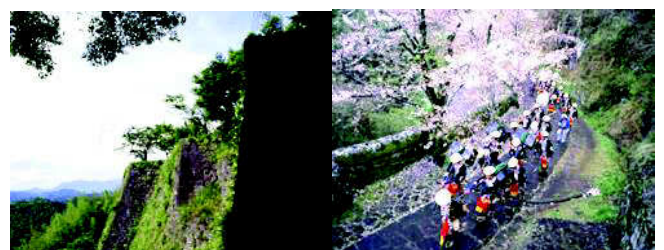
●高齢化率

65歳以上 40.5%

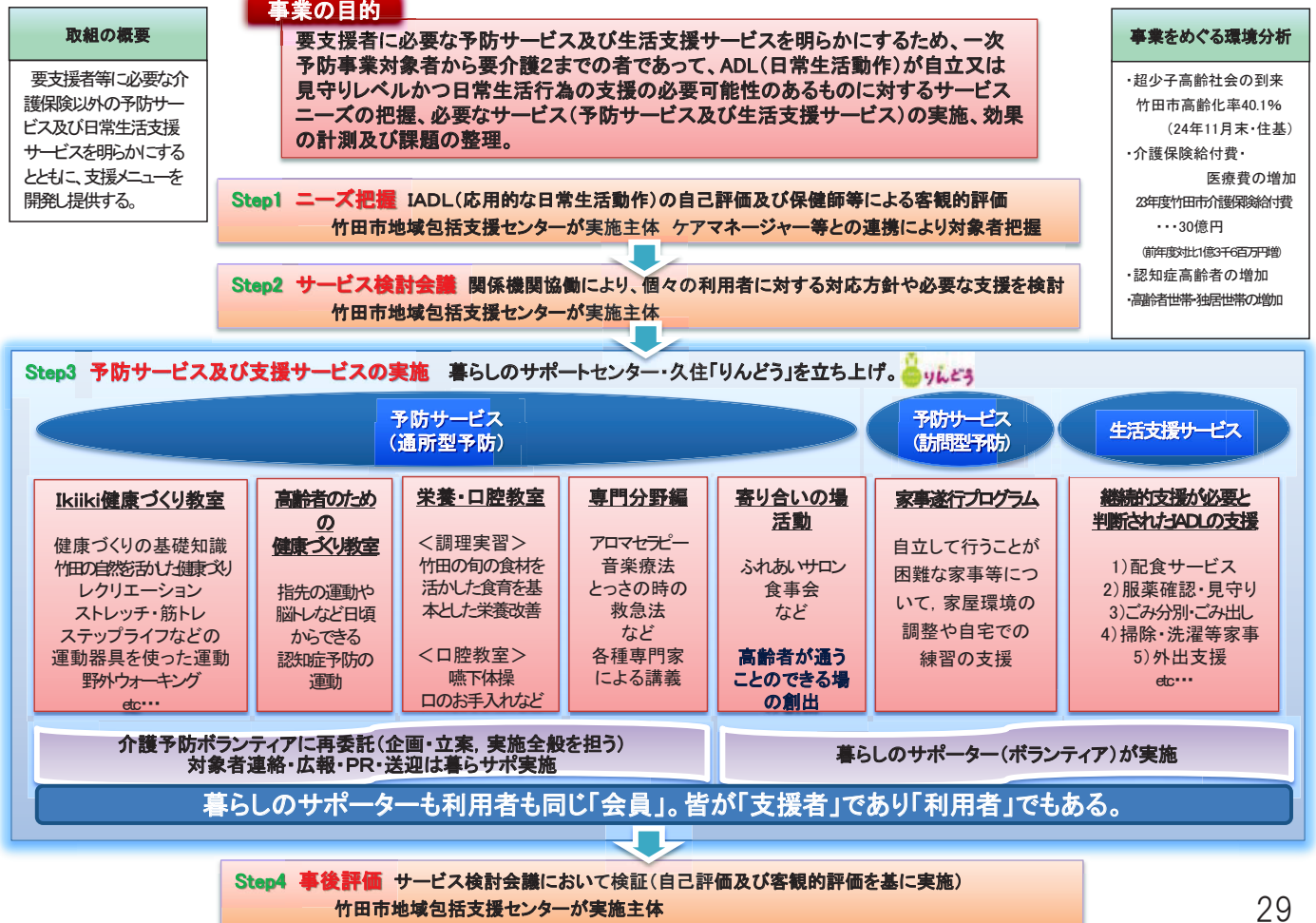
75歳以上 25.7%



滝廉太郎記念館



岡城跡と「岡城さくらまつり」の大名行列



29

～取組の概要～ 平成24年度より開始

取組の経緯

（実施主体）

- 暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」
- 竹田市地域包括支援センター

（背景・地域の課題）

- 超少子高齢社会の到来、全国平均を大幅に超える高齢化率（40.5%）
- 介護保険給付費の増：1人あたり給付費311千円（全国157千円）
- 地域雇用創造推進事業により養成したサポーターの活用方策

（取組のポイント）

- 介護保険外のサービスを利用して自立した生活ができる支援の構築
- 介護予防強化推進事業（国庫補助）による介護予防モデル事業を展開。
- 介護予防事業により自立度が高まった高齢者が、介護予防事業や生活支援サービスの新たな担い手となる循環（利用者でもありサポーターでもある）を創出。
- 支援のコーディネート役として暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」を立ち上げ、生活支援サービスや寄り合いの場を提供。



暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」

取組に係る財源

平成24年度 7,537千円（厚生労働省モデル事業：国10/10）

取組に必要なネットワーク

- 地域包括支援センター
- 暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」 ※市経済活性化促進協議会
- 地域雇用創造推進事業により養成した新たな担い手（有償ボランティア）
 - ・ 暮らしのサポーター
 - ・ 介護予防ボランティア



取組の効果

- 暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」の立ち上げによる効果。
 - ・ 寄り合いの場として地域コミュニティの拠点に。
 - ・ 高齢者が支援者としての役割を持ち、生きがいにつながる。
「利用者でもあり、サポーターでもある」
 - ・ 地域で助け合う体制（互助）が広まった。
 - ・ 養成したサポーターの具体的な活動の場をマッチング
- 有償ボランティアによる介護予防サービス、生活支援サービスの提供
- 新たなニーズの発見。（送迎サービス）

今後の展望

- 第2、第3の暮らしのサポートセンターの開設⇒面的な展開
- 送迎、生活支援サービスの拠点づくり
- 行政の機構改革、地域包括支援センターの機能強化

31

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～熊本県上天草市の取組～

離島における在宅生活の基盤づくり

～自治体の概要～

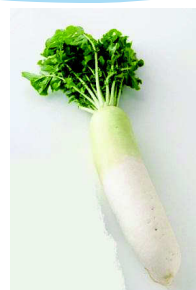
熊本県上天草市湯島地区

●地域概況

平成16年3月31日に4町（大矢野町・松島町・姫戸町・龍ヶ岳町）が合併して誕生。

上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、天草地域に浮かぶ大矢野島、天草上島、その他の島々から形成。

湯島には、周囲6.5kmの島で、良質な真珠や湯島大根などの特産品がある。



特産品の湯島大根

●人口 334人

●高齢化率

65歳以上 51.2%

75歳以上 32.0%



特産品の真珠

33

離島における在宅生活の基盤づくりに向けた取り組み (熊本県上天草市湯島地区)

離島の為、地理条件が悪く、在宅サービスの進んでいない湯島地区において、高齢者が住み慣れた家や地域で暮らし続ける為に、地域の実情に応じた介護福祉サービス、生活支援サービス等の在宅生活の基盤づくりに取り組む

【取組内容】

- (1) 住民検討会の実施
- (2) 全世帯住民ニーズ調査の実施
- (3) 緊急通報システム設置
- (4) ヘルパー養成講座実施
- (5) 地域づくり講演会
- (6) 旅館を改修し、つどい処よんなっせ（介護予防拠点）の整備
- (7) 「高齢者から子どもまで地域住民の集いの場づくり」事業の実施



〈離島のため、地理的条件が悪い〉



〈湯島地区〉

【事業成果】

- (1) 65歳以上の高齢単身世帯等の31世帯に緊急通報システムを設置し、安心して自宅で生活が可能になった。
- (2) 介護サービス事業所での従事を見込んで、湯島内で11名のヘルパーを養成し、事業所開設に至るまでの間は介護予防事業に活用。
- (3) 地域支援事業として、配食サービスを行う離島高齢者見守り事業が平成24年度より開始。
- (4) 地域住民主体の裁縫、茶話会、体操などを行う介護予防事業等の検討、運営を継続して行うとの方向性が図られた。

34

～取組の概要～ 平成23年度より開始

取組の経緯

(実施主体)

- 上天草市（上天草市社会福祉協議会に委託）

(背景・地域の課題)

- 湯島地区は高齢化率が50%と全国平均を遥かに上回っているが、離島のため地理的条件が悪く、介護サービス事業所がない。要介護者等は本島のサービス事業所を利用しているが、地元のヘルパーが1人しかいない現状。
- 島内で住み続けたいという住民の声を踏まえ、生活支援サービス等の在宅生活の基盤を整備する必要。

(取組のポイント)

- 住民主体（島内の婦人会、老人会、民生委員など）の検討委員会の実施
- 全島民への聞き取りによるアンケート調査による現状分析
- ホームヘルパー養成講座の実施によるマンパワーの確保
- 住民主体の介護予防と生活支援サービス等の基盤整備

取組に係る財源

- 熊本県中山間地域等24時間在宅サービス等提供体制モデルづくり事業補助金
事業費：500千円（補助率：県10／10）

35

取組に必要なネットワーク・社会資源

- 社会福祉協議会
- 社会福祉協議会に登録された生活支援サービスを行う湯島サポートのメンバー
- ホームヘルパー

取組の効果

- 65歳以上の高齢単身世帯又は高齢のみの世帯から希望を募り、31世帯に、無償で相談ボタンと消防につながる緊急ボタンを備えた緊急通報システムを設置し、高齢世帯が安心して自宅で生活できるようになった。
- 介護サービス事業所での従事を見込んで、湯島内で11名のヘルパーを養成したが、事業所開設に至るまでの間は介護予防事業に活用。
- 平成24年度から地域支援事業として配食サービスを行う離島高齢者見守り事業を開始。
- 地域住民が主体となった裁縫、茶話会、体操など介護予防事業等の検討、運営を継続して実施する方向性が図られる。
- 民宿を改修し、介護予防事業を行う介護予防拠点を整備。

今後の展望

- 月4回を目処に高齢者を対象として閉じこもり予防の茶話会を実施。
- 対応が困難な高齢者に対しての個別事例検討会等を開催し、介護予防体制づくりを構築。
- 島民主体の事業を継続するため、社会福祉協議会とより連携した事業展開。

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～埼玉県川越市の取組～

認知症施策と家族支援



37

～自治体の概要～ 埼玉県川越市

●地域概況

埼玉県の南西部に位置する中核市で、小江戸川越とも呼ばれる。

蔵造りの風情ある町並みや、明治初期から残る菓子屋横丁、史跡・文化財など歴史的建造物があり、東京からの日帰り観光でも人気の街である。

●人口 347,010人

●高齢化率

65歳以上	22.6%
75歳以上	9.1%



267

38

認知症の人と家族を地域で支える！ 認知症支援対策の推進(埼玉県川越市)

介護マーク



- 認知症に関する正しい知識の普及・周知
- 認知症の人の介護者への支援
- 現場の声を反映した「認知症支援について検討する会」での施策の検討

認知症の人・家族

正しい知識の普及・周囲の理解の促進
○パンフレット「みんなで支えよう 大切な人」の作成・配布
○広報川越で年間を通したコラム記事の掲載
○認知症サポーター養成講座の開催
○介護マーク貸出事業(H24.6月実施)

つながり

認知症の人・家族に対する継続した支援
○認知症家族介護教室
○認知症家族介護教室のフォローアップ事業(オレンジカフェなど)
○市民後見推進事業
★新 認知症相談会

★新 「認知症支援について検討する会」による施策の検討
(市・地域包括支援センター・その他関係機関)



39

～取組の概要～ 平成20年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 川越市

(背景・地域の課題)

- ・H20年～認知症サポーター養成講座、H23年～認知症家族介護教室(試行)
- ・若年性認知症の人を介護する市民から「介護マーク」の要望があったことを契機に、地域の理解が必要であること、相談者に対する啓発資料が乏しいこと、介護者自身も何かしたいと思っていること等を知り、市役所と地域包括支援センターが認知症施策について検討
- ・H24年～介護マーク貸出事業、認知症家族介護教室及びフォローアップ事業(オレンジカフェ)、市民後見推進事業、啓発パンフ作成等につながりを持たせて実施することとした。

(取組のポイント)

- 認知症家族介護教室(3回1コース)を地域包括支援センターが開催
- 認知症家族介護教室フォローアップ事業(オレンジカフェ等)
 - ・地域包括支援センターが開催
 - ・オレンジカフェ(月1～2回、2時間程度、通所介護施設や公民館で開催)
 - ・徐々に地域包括支援センター受託法人による定期開催や介護者の自主活動として定着
 - ・特別なプログラムはなく、利用者が主体的に活動
- 市民後見推進事業(市民後見人公開講座(61人受講)養成講座(26人受講))

取組に係る経費・財源

- 市民後見推進事業費(国庫補助) 4,312千円 →社会福祉協議会に委託
- 認知症施策関連事業費(一般財源) 664千円 →地域包括支援センター委託 他

取組に必要なネットワーク

- 実施主体：市役所高齢者いきがい課
- 事業委託先：地域包括支援センター、社会福祉協議会
- 関係機関等：認知症疾患医療センター、地域住民等



認知症家族介護教室

取組の効果

- 認知症家族介護教室及びフォローアップ（オレンジカフェ）
 - ・認知症の人にとって → 自ら活動し、楽しめる場
 - ・家族介護者にとって → わかり合える人と出会う場
 - ・専門職にとって → 人としてふれあえる場（認知症の人の体調把握が可能）
 - ・地域住民にとって → つながりの再構築の場（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）
- 市民後見人養成講座
 - ・定年退職後のシニアや現役のケアマネジャーが受講
 - ・退職者の社会貢献やボランティア活動の動機付けになっている。



オレンジカフェ

今後の展望

- 「認知症支援について検討する会」の立ち上げ
- 認知症相談会の開催（認知症疾患センターの相談員が協力）
- 広報コラム等の活用による住民への周知

41

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～鹿児島県大和村の取組～

住民が自ら考える互助の地域づくり

～自治体の概要～ 鹿児島県大和村

●地域概況

奄美大島中央部に位置し、東シナ海に面したリアス式海岸と急峻な山々に囲まれた村。

「さとうきび発祥の地」であるほか、自然条件・地形条件等を生かした「すもも・たんかん」を主体とした農産物の生産及び加工品等の商品化に向けた取り組みを進めている。

●人口 1,641人

●高齢化率

65歳以上 37%

75歳以上 23%

きびの郷磯平パーク



特産品のすももとたんかん



住民が主体となった活動による地域づくり(大和村)

○ そこに住む住民自らが動かなければ暮らしたい地域はつくられない。住民が主体となった活動の展開にこそ、生きがい、役割、出番、楽しみがうまれてくる。そこに言葉をあてはめれば、地域版のデイサービス、サロン、企業、介護予防、健康づくり、世代間交流、自殺対策、閉じこもり予防・・・が網羅されていくということ、地域住民が教えてくれている。行政が形をつくるのではなく、ご近所を中心とした地域住民の営みからヒントを見つけ引き出す地域づくり。

23年度

24年度

25年度



行政の役割

話し合いの場提供

住民と一緒に考える

動きを見守る

住民のもとへ足を運ぶ

住民への情報提供

必要に応じ財政支援

住民の動きを他に伝える

～取組の概要～ 平成23年度より開始

取組の経緯

(実施主体)

- 事業全体は大和村、個別の取組は住民が主体。

(背景・地域の課題)

- 全国平均を超える高齢化率。
- これまで家族や近隣住民が自発的に担ってきたユイ(※)が薄れてしまい、日常の困りごとが解決されないケースが増えてきた。
- 人びとの心の中にあるユイの心をはっきりと目に見えるカタチにし、誰もが気兼ねなく支え合う生活支援サービスの仕組みづくりが必要。
- 地域包括支援センターが事業を発案。住民主体の重要性を説くのに苦労。

※『ユイ(結)』とは、農作業など親族間やシマ(集落)で労働を提供しあう無償の行為。(『ユイワク』とも言います。)

(取組のポイント)

- 住民が自ら考えて、取組を行う。
- 地域支え合いマップづくりをきっかけに、住民主体の介護予防と生活支援の取組が連鎖。



「だれもが最後まで家族と共にシマで暮らしたいと願う」

取組に係る財源

- 地域支え合い体制づくり事業 (国10/10)
H23: 4,762千円、H24: 1,663千円

45

取組に必要なネットワーク・社会資源

- 住民有志組織
- 行政は住民と一緒に考え、必要に応じて財政支援

取組の効果

- 利用者(参加者)への好影響
 - ・ 外出意欲、閉じこもり解消
- 住民主体の活動が次々と連鎖。(H23: 4つの活動→H24: 9つの活動)
 - ・ 地域支え合いマップにより住民が地域の現状を認識、それに向き合い、仲間とともに考える課程ができた。
 - ・ 活動の参加者は徐々に増え100名以上に。
 - ・ 住民主体の取組から、さらに新たな取組が展開される。
 - 野菜づくりの支援とそれを使ったおかず販売。
 - その販売から、配達や見守りも発展。
 - 自主サロンが始まった。
 - 困りごとへの気づきがひろがっていく。



地域支え合いマップ作りの様子
住民・事業所など世代問わず参加



野菜づくり支援やご近所喫茶の活動

今後の展望・課題

- 住民同士の活動を個々から全体に繋げ、村一体となった活動へ発展させる。
- 総合的な地域包括ケアシステムの一翼となるように地域力を高めていく。
- 行政組織間の横の連携が必要。

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～鳥取県での取組～

特養等の施設機能を地域に展開

～活動地域の概要～ 鳥取県境港市、米子市

境港市

●地域概況

弓浜半島の北端に位置し、三方が海に開けており、風光明媚な白砂青松の海岸線を有する。

- 人口 36,004人
- 高齢化率 65歳以上 27.4%
75歳以上 14.4%

米子市

●地域概況

東に国立公園大山、北に日本海、西に中海と豊かな自然に囲まれている地形。米子市の特産白ねぎ

- 人口 150,019人
- 高齢化率 65歳以上 24.9%
75歳以上 12.9%



境港市は水木しげる先生の出身地



特養を中心とした地域包括ケア体制づくりの例（社会福祉法人こうほうえんの場合）



～取組の概要～

取組の経緯

（背景・地域の課題）

- 従来は、介護サービス施設が高齢者が住み慣れた地域にはなかったことから、高齢者もふくめた地域全体を包括した視点での取組が困難であった。
- また、地域における社会資源も不足していたことにより、地域にサービスを展開していく必要があった。

（取組のポイント）

- ① 住み慣れた地域において介護等の拠点を立地
→ 世代を超えた地域住民との交流により、地域包括ケアの拠点となりうる。
- ② 特養の機能を地域に展開
→ 特養の施設職員のノウハウ・マンパワーの活用により、24時間定期巡回・随時対応サービスを効果的に実施。（小規模多機能型居宅介護、認知症グループホーム、医療系サービス等も併せて展開）
- ③ 上記の取組を効果的に実施するための工夫
 - ・ 次世代の担い手の育成も視野においた継続性のある地域包括ケア
 - ・ 世代間の交流、民生委員や地域住民など地域の他の社会資源と連携した地域福祉ネットワークとしての拠点を意識
 - ・ 高齢者だけではなく、広く生活困窮者等の社会参加を促進

取組の効果

- 小学校と隣接するなど住み慣れた地域に介護等の拠点を整備することで、地域住民と一体となった取組が可能。
- 施設機能を地域に展開することによって、施設だけでなく、在宅生活の継続の支援・在宅復帰支援を行い、地域で暮らす高齢者を多面的に支えることが可能。
- 職員が積極的に地域と関わることで、地域からの認知度が高まる。
- 世代間の交流が増え、地域のコミュニティの中心になる。
- 民生委員や地域住民などの、交流の場を提供することによって、地域ニーズを施設側とお互いに収集することができる。
- 地域住民と施設の一体感が芽生え、お互いが協力しあえる環境が育つ。

今後の展望

- 施設職員によるボランティア活動が、地域に根ざしていくことに期待。
- 地域の社会資源として住民に認識されるよう、積極的に施設から情報発信を行う。
- 地域ごとの特色を生かしながら、高齢者だけでなく子ども・障害者もトータルで支えるサービスの構築を目標とする。

参考資料 1

1. チェックリスト(ワークシート)

「地域包括ケアシステム構築の『仕組みをつくる』ために必要な5つのこと」(第1章4, p.18)を整理するために、このチェックリスト(ワークシート)をご活用ください。

大項目	小項目	内容		
情報発信と双方向のコミュニケーション	どんな情報を発信しますか			
	発信する情報をどう把握しますか			
	どのような方法で発信しますか			
	どのような団体・人々に発信しますか			
地域の目指す姿の合意形成	貴自治体が考える目指す姿はどのようなものですか			
	どのような場で合意形成を行いますか			
	どのような団体・人々に参加を呼び掛けますか			
質の高い支援・サービス実践の基盤整備	地域にどんな社会資源がありますか	すでに活用している	あるが活用していない	ない
	フォーマルサービス【法律や制度に基づくもの】			
	インフォーマルサービス【法律や制度に基づかないもの】			
	どのような方法で基盤整備を行いますか			
不足する支援・サービスの把握と解決の場づくり	地域にどんなサービスが不足していますか			
	不足するサービスをどう把握しますか			
	解決策をどのような場で検討しますか			
	どのような団体・人々に参加を呼び掛けますか			
多様な担い手の育成・サービス創出	地域にあらたにどんなサービスが必要ですか			
	どのような方法でサービス開発(支援)を行いますか			
	どのような団体・人々に支援を行いますか			

2. 我がまちの取組事例まとめシート

皆さんのまちの取組事例についても、このシートを使ってまとめてみませんか？

キーワード	
--------------	--

()

【この事例の特徴】 ➤ ➤ ➤	(地図を挿入)
---	--

地域概要	実施主体												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">総人口:</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">人</td> <td style="width: 35%;">要介護(要支援)認定者数:</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">人(%)</td> </tr> <tr> <td>65 歳以上人口:</td> <td style="text-align: right;">人(%)</td> <td>第 期介護保険料:</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>75 歳以上人口:</td> <td style="text-align: right;">人(%)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	総人口:	人	要介護(要支援)認定者数:	人(%)	65 歳以上人口:	人(%)	第 期介護保険料:	円	75 歳以上人口:	人(%)			
総人口:	人	要介護(要支援)認定者数:	人(%)										
65 歳以上人口:	人(%)	第 期介護保険料:	円										
75 歳以上人口:	人(%)												

取り組みの背景・課題認識

-
-

取り組み内容

(事業全体を表すポンチ絵を挿入)

【

-
-
-

【予算】 千円（平成 年度）
 千円（平成 年度）

【

-
-
-

【予算】 千円（平成 年度）
 千円（平成 年度）

【

-
-
-

【予算】 千円（平成 年度）
 千円（平成 年度）

【

-
-
-

【予算】 千円（平成 年度）
 千円（平成 年度）

取り組みの経緯

平成 年

・

・



平成 年

・

・



平成 年

・

・



平成 年

・

・



平成 年

・

・



平成 年

・

・



時期
(平成 ~
年度)

時期
(平成 ~
年度)

時期
(平成 ~
年度)

時期
(平成 ~
年度)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・
- ・
- ・

◆ 取り組みが生かされた個別事例

<<

>>

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・
- ・
- ・

2. 自治体

- ・
- ・
- ・

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓
- ✓
- ✓

【参考】事業推進体制・職員体制

(事業推進体制・職員体制の図を挿入)

【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	か所
直営	か所
委託	か所
ブランチ数	か所
サブセンター数	か所
地域包括支援センター 職員数	人
保健師	人
社会福祉士	人
主任介護支援専門員	人
その他の専門職員	人
その他の事務職員	人

【所管課】

()	人
-----	---

【参考】URL、連絡先

- ・ 担当部署名:
- ・ ホームページ URL:
- 電話番号:

3. 参考文献

本事例集で紹介しました、地域包括ケアシステムの取組事例の中には、すでに雑誌等で広く公表されている事例もあります。一例として、広島県尾道市、埼玉県和光市の取組について、医療・介護関係の雑誌で取り上げられている記事を紹介いたします。

【尾道市の取組事例に関する記事(例)】

記事名	雑誌名
地域包括ケアをどのように具体化するのか：イギリスの Clinical commission group、フランスの保健ネットワーク Réseau de la sante、日本の尾道市医師会モデルとの比較から	社会保険旬報(2525), 10-16, 2013-03-11
施設の安心機能を地域に分散させて住民を支える--アザレアンさなだ総合施設長 宮島渡氏 (特集 実践例にみる「地域包括ケア」--尾道市医師会とアザレアンさなだの実践)	介護保険 (183), 17-19, 2011-05
主治医機能とカンファレンスで住民を支える--尾道市医師会 会長 片山壽氏 (特集 実践例にみる「地域包括ケア」--尾道市医師会とアザレアンさなだの実践)	介護保険 (183), 14-17, 2011-05
地域リハビリテーション体制の現状と尾道市御調町における地域連携・地域ケアについて (特集 地域完結型のリハビリテーションの実践)	Monthly book medical rehabilitation (102), 39-44, 2009-02
地域包括医療をめざす公立病院の現状と課題--尾道市公立みつぎ総合病院の現状を中心として (特集 超高齢社会の地域医療制度の展望)	公衆衛生 71(11), 914-919, 2007-11

【和光市の取組事例に関する記事(例)】

記事名	雑誌名
インタビュー 和光市保健福祉部長 東内京一氏に聞く予防給付の地域支援事業への移行では環境整備が必要 (特集 次期制度改正の論点をめぐって)	介護保険情報 14(8), 13-17, 2013-11
モデル埼玉県和光市 ケアプランと政策結ぶ 保険料アップ抑制の効果も (特集 保険者を味方にすれば地域ケア会議が変わる)	月刊ケアマネジメント 23(8), 8-13, 2012-08
仕事に役立つ!実務解説 効果的な「地域ケア会議」の進め方とは--埼玉県和光市での取り組み	介護保険 (181), 52-57, 2011-03
埼玉県和光市 介護予防への参加意欲を刺激する「電子介護予防手帳システム」 (介護予防のページ(第 47 回))	介護保険情報 8(11), 66-69, 2008-02
地域包括支援センターを創る(1)和光市(埼玉県) すでに実施してきた包括的支援事業 準備は万全、機能の拡充を目指す	ケアマネジャー 8(4), 66-68, 2006-04
特別対談 食の自立支援がつくる介護予防のまち--埼玉県和光市の取り組み (Special Feature 元気な人づくり大作戦--介護予防のマネジメント)	月刊ケアマネジメント 16(4), 18-26, 2005-04
食の自立支援--和光市における取り組み (特集 2 介護予防を推進するために(PART2))	介護保険情報 4(10), 62-65, 2004-01

【その他の地域包括ケアシステムに関する資料】

また、下記の書籍には、本事例集で紹介しました取組事例のいくつかが掲載されていますので、ご参照ください。

- 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』（オーム社、2012 年）
 - ・ 2 章 地域包括ケアのスタートと展開 ～公立みつぎ総合病院における在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦～
 - ・ 5 章 施設機能の地域展開からのアプローチ ～高齢者総合ケアセンターこぶし園の取組～
 - ・ 7 章 訪問看護が切り開く地域包括ケア ～暮らしの保健室の取組～
 - ・ 10 章 ターミナルケアと包括的支援 ～ホームホスピスカあさんの家のかたち～
 - ・ 11 章 認知症ケアで必要とされる地域包括ケア
～若狭町における認知症早期発見システム～
 - ・ 12 章 生活困窮者の包括的支援システム ～ふるさとの会居住支援～
 - ・ 13 章 エリアマネジメント機関としての地域包括支援センター
～青梅市地域包括支援センター～
 - ・ 14 章 地域包括ケアの確立を目指した介護保険事業計画を考える
～和光市長寿あんしんグラウンドデザイン～
- 高橋紘士・武藤正樹編著『地域連携論 -医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援-』（オーム社、2013 年）
 - ・ 6 章 地域医療と介護のシステム化 ～尾道市医師会方式の理論と実践～
 - ・ 7 章 急性期病院の地域連携機能強化の試み ～愛媛大学病院総合診療サポートセンター創設への実践～
 - ・ 8 章 自治体における地域連携と地域ケア会議 ～和光市の実践～
 - ・ 12 章 病院が取り組む地域包括ケアと地域連携 ～地域包括医療・ケア局を設置した南砺市の取組み～
 - ・ 14 章 小規模多機能型居宅介護拠点が進める生活継続のための地域連携
～鞆の浦・さくらホームの実践～
 - ・ 15 章 地域連携パスから地域連携プラットフォームへ ～三方よし研究会の展開～

参考資料2

1. 事例選定および事例集作成方法

本事例集の作成にあたっては、以下の手順に基づき、掲載する事例の選定および調査を実施しました。

STEP1: 厚生労働省より各都道府県・指定都市・中核市に対して事例提供を収集

まず、平成 25 年 3 月 11 日「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」において、厚生労働省より、各都道府県・指定都市・中核市に対して、地域包括ケアシステムの構築に向けた好事例の提出依頼を行いました。その結果、47 都道府県 408 地域(市区町村・広域連合・都道府県)から、事例の提出がありました。

STEP2: 検討委員会による検討により掲載事例を選定

STEP1 で収集された事例に、検討ワーキンググループ委員の推薦による地域包括ケアシステムの構築に関する事例を追加し、専門的見地から事例集に掲載する事例の検討を行いました。その結果、本事例集に掲載する 50 事例の選定がされました。

STEP3: ヒアリング調査、情報提供フォーマットによる追加情報収集

なお、50 事例の中で、検討ワーキンググループでの検討により取組内容の総合性等に鑑み、総合的な取組が実施されていると考えられた 10 事例については、ヒアリング調査を実施し、詳細な把握を行いました。

また、その他の 40 事例については、STEP1 で提出があった資料および情報提供フォーマットによる追加情報収集を実施し、詳細な把握を行いました。

調査対象	調査方法	調査時期
10 事例の対象自治体の担当課 および関係団体	ヒアリング調査	平成 25 年 12 月～ 平成 26 年 1 月
40 事例の対象自治体の担当課 および関係団体	情報提供フォーマットのメール 送付・回収	平成 25 年 12 月～ 平成 26 年 2 月

STEP4: 事例集の作成

ヒアリング調査および情報提供フォーマットによる追加情報収集で把握した内容に基づいて、事例集を作成しました。

なお、ヒアリング調査を実施した 10 事例については、調査結果の内容を分析し、再構成して原稿を作成しました。また、情報提供フォーマット等による追加情報収集を実施した 40 事例については、基本的に提供があった情報に基づいて、原稿を作成しました。

2. 開催要項

(1) 委員一覧

【検討ワーキンググループ 委員】

◎ 高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 教授
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
田中 雅子	日本介護福祉士会 名誉会長
立木 孝幸	岐阜県居宅介護支援事業協議会 会長
中澤 伸	社会福祉法人 いきいき福祉会 理事
八田 冷子	鹿児島県保健福祉部介護福祉課 参事

◎座長

【オブザーバー】

朝川 知昭	厚生労働省老健局振興課 課長
篠田 浩	厚生労働省老健局総務課 課長補佐
川部 勝一	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
岡島 さおり	厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官 兼 課長補佐
山田 大輔	厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長
茅野 泰介	厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係

【事務局】

矢野 勝彦	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 上席主任研究員
齊木 大	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 主任研究員
渡辺 康英	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 主任研究員
岡元 真希子	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 副主任研究員
○ 青島 耕平	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 研究員
山崎 香織	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 研究員
徳村 光太	(株)日本総合研究所 総合研究部門 公共コンサルティング部 研究員

○主担当

(2) 検討ワーキンググループの開催日程・主な議題

日時・場所	議事
第1回検討ワーキンググループ 日時:平成25年9月30日(月) 10時00分～12時00分	1. 事業実施計画について 2. 本事例集成における事例選定の視点について 3. ヒアリング調査実施計画(案)について 4. 今後の進め方について
第2回検討ワーキンググループ 日時:平成25年12月27日(金) 18時00分～20時00分	1. 事例の選定結果について 2. ヒアリング調査結果について 3. 事例集成の構成について 4. 事例公表 WEB の構成について 5. 今後の進め方について
第3回検討ワーキンググループ 日時:平成26年1月21日(火) 13時30分～15時30分	1. 事例集成(案)について 2. 今後の進め方について
第4回検討ワーキンググループ 日時:平成26年3月3日(月) 16時30分～18時30分	1. 事例集成(案)について 2. 今後の展開について

※本調査研究は、平成 25 年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステム事例集成」
(地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業 報告書)

平成 26 年 3 月
株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-6744 FAX: 03-6833-9480