

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

■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		実施主体	
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

- ・社会福祉法人当別町社会福祉協議会
- ・社会福祉法人ゆうゆう
- ・NPO法人ノーマライゼーションセンターによきによき

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ペコペコのはたけ」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 ペコペコのほたけ】

- ・ 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、地域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ー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、商工会なども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

◆ 取り組みが活かされた個別支援

《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。

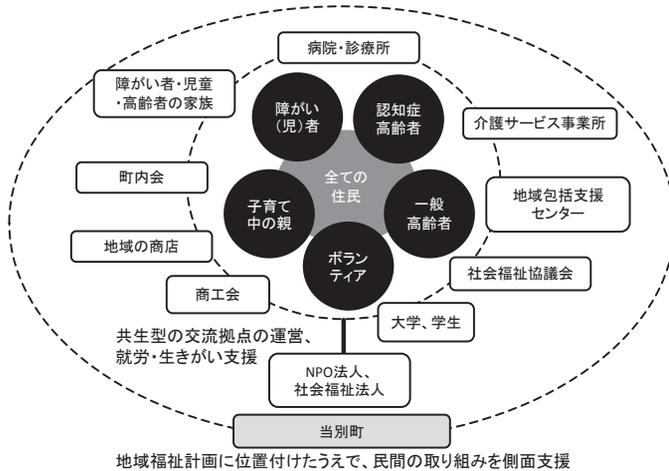
2. 自治体

- ・ 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**
- ✓ **高齢者がこ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 か所
直営	0 か所
委託	1 か所
ランチ数	0 か所
サブセンター数	0 か所
地域包括支援センター 職員数	4 人
保健師	1 人
社会福祉士	1 人
主任介護支援専門員	0 人
その他の専門職員	1 人
その他の事務職員	1 人

【所管課】

福祉課 職員数	23 人
----------------	------

【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	要介護要介護認定者数:	8,232 人(25.7%)
65歳以上人口:	40,057 人 (29.6%)	第5期介護保険料:	5,283 円
75歳以上人口:	22,915 人(16.9%)		

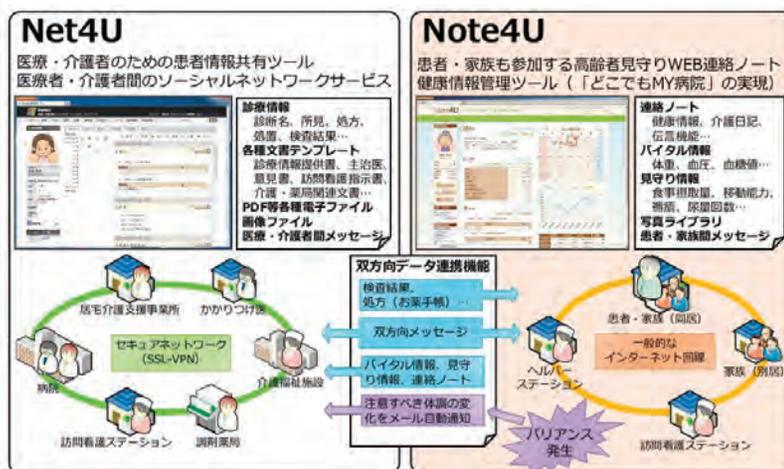
実施主体

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

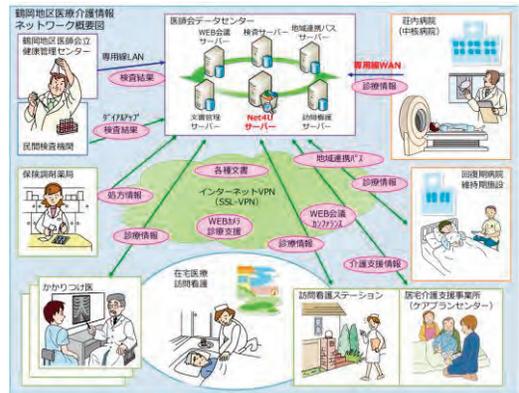


鶴岡市では、鶴岡地区医師会が運営するICTを用いたツール(Net4U、Note4U)等を用いて医療・介護の連携に取り組んでいる。

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。

入院前報告書	
氏名	性別
氏名	性別
年齢	年齢
住所	住所
連絡先	連絡先
介護保険サービス	介護保険サービス
ADL・IADL	ADL・IADL
その他	その他
医師情報	医師情報
診療情報	診療情報
処方情報	処方情報
その他	その他

【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**

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

◆ 取り組みが活かされた個別事例

≪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。

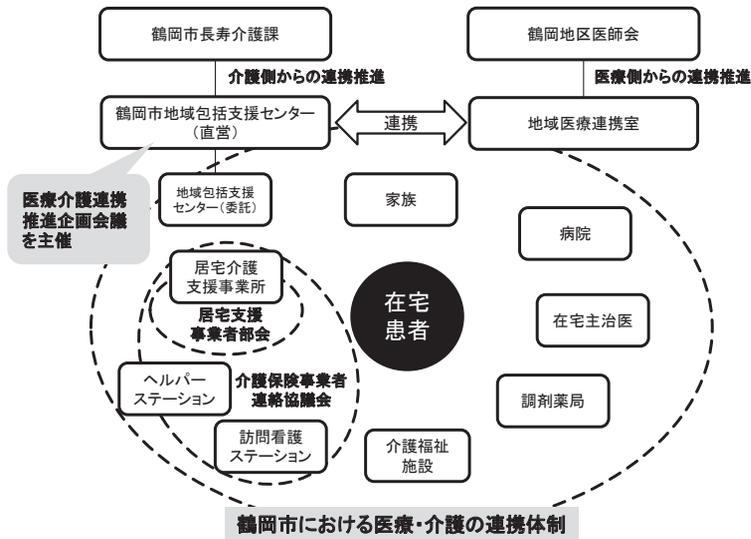
2. 自治体

- ・ 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 ヶ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

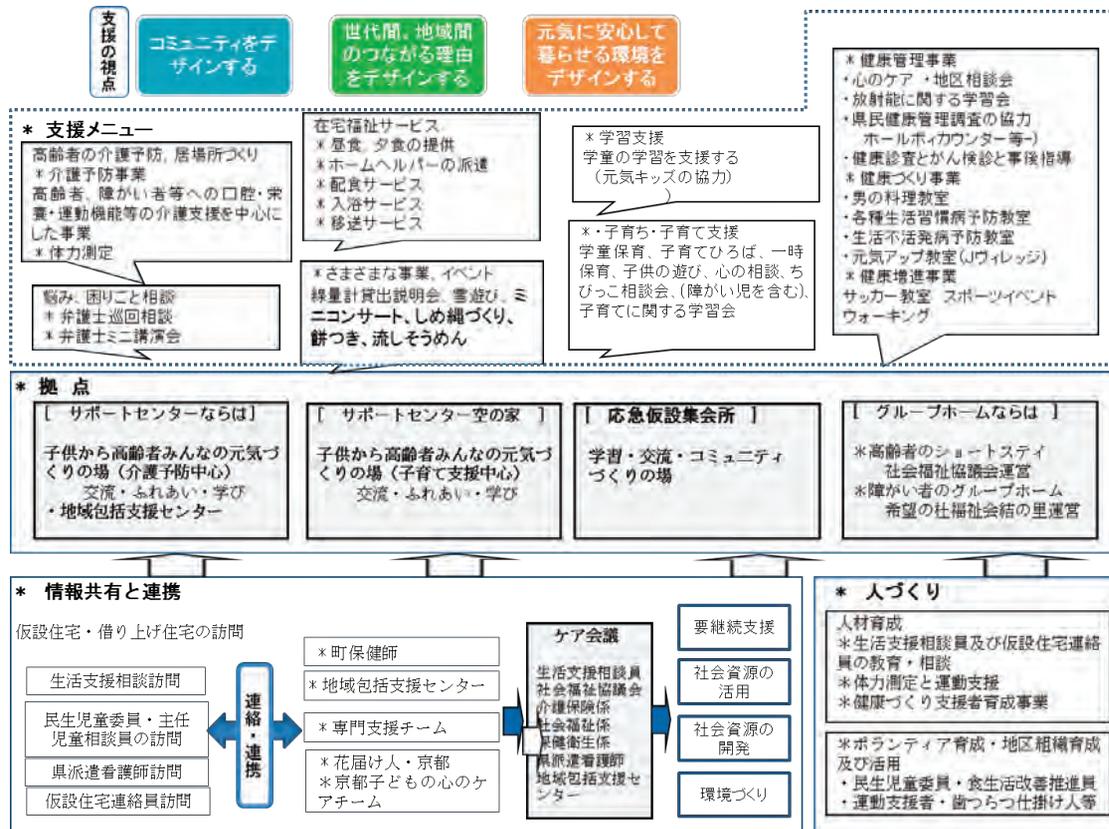
檜葉町、檜葉町社会福祉協議会、希望の杜福祉会、(株)日本フットボールヴィレッジ、檜葉町地域包括支援センター、民生児童委員・主任児童相談員、生活支援相談員、仮設住宅連絡員、専門職支援チーム、ふくしま心のケアセンター
 《県外支援》京都子どもの心のケアチーム、花届け人・京都、つくばフィットネス研究会

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、無尽蔵に使う事態を避ける必要がある。

取組み内容

○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】

○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ば」: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ば」: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

◆ 取り組みが活かされた個別支援

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、状況に合わせて実施している。
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

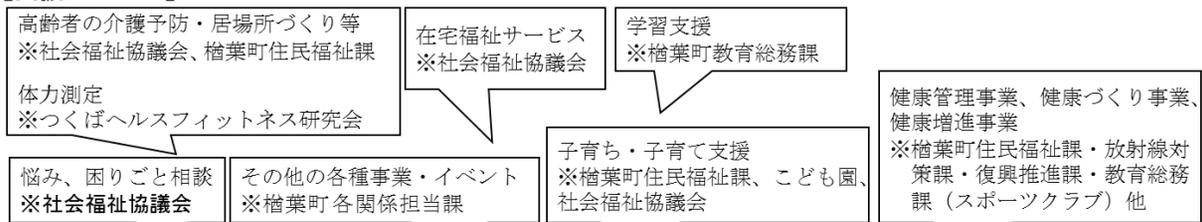
- ・ 自治体(町)が強力なリーダーシップを発揮した。
- ・ 役場が中心となって、避難住民の巡回訪問、拠点づくり(企画・整備)、健康相談、各種事業・研修会やケア会議等の企画・運営、各関係機関とのコーディネート及び調整をトータルに実施し、その仕組みをつくった。役場の担当部署の横の連携ができていたことにより、子どもから高齢者、障害者まで幅広い対象層を支援することができている。
- ・ 担当者は、将来のことも見据え、一歩先を想定しながら、今の目の前の対策を取ってきた。
今のうちから檜葉町に帰町した後のことも視野に入れておく必要がある。その時点では、住民の生活拠点が檜葉、いわき、会津今里の3地域に広域化する。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りましょう
- ✓ 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りましょう

【参考】事業推進体制・職員体制

【支援メニュー】

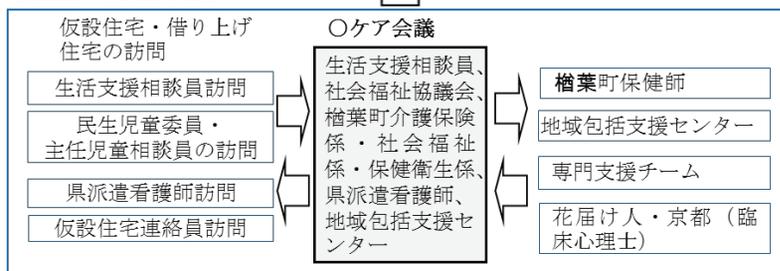


【拠点】

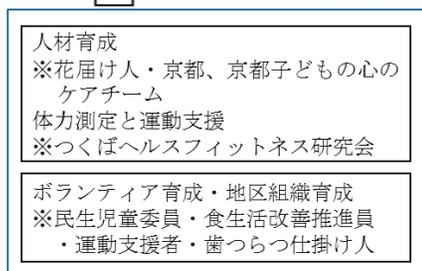
サポートセンターならば
サポートセンター空の家
応急仮設集会所
※檜葉町

グループホームならば
（高齢者のショートステイ）
※社会福祉協議会
（障がい者のグループホーム）
※希望の杜福祉会結の里

【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已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%)		

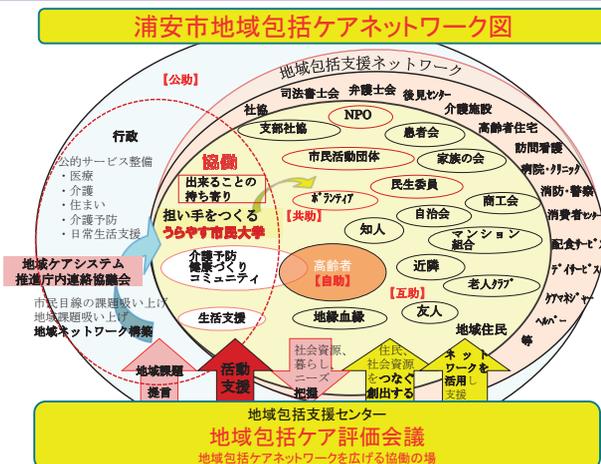
実施主体

- ・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)

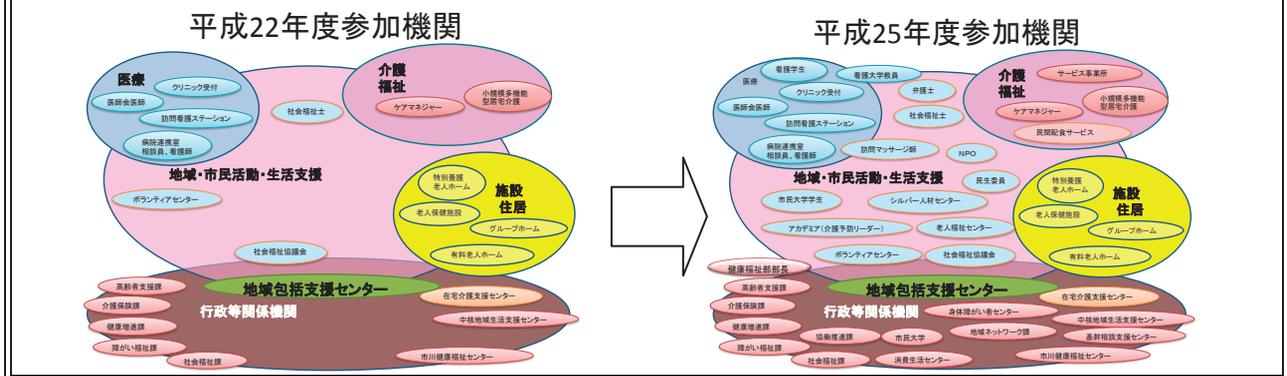
介護予防推進協働事業 2,940千円(平成25年度 浦安市予算)

【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

平成 24 年度

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

「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と、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、大学でできた仲間とグループをつくり、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くうれしく、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。

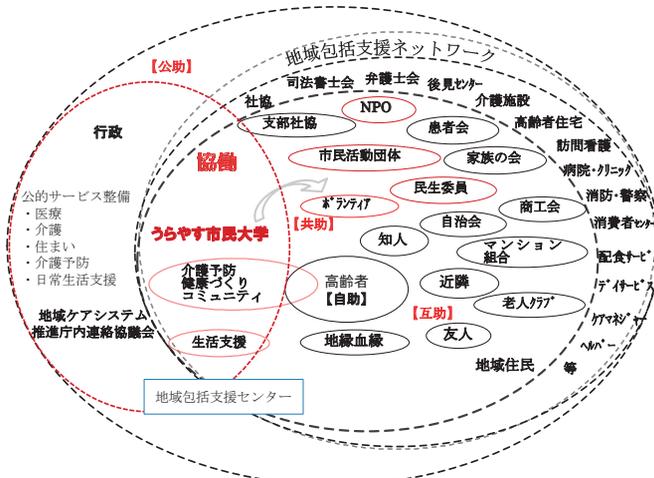
2. 自治体

- ・ 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おう機会を設けて、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。
- ・ 協働を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。

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

- ✓ 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きましょう
- ✓ 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
- ✓ 人材を育てっぱなしにしないため、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

【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	2カ所
直営	1カ所
委託	1カ所
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

【所管課】

介護保険課 職員数	15人
------------------	-----

【参考】URL、連絡先

- ・ 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>

【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。

【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)が事業者に積極的に発信、説明した。
- ・ 事業者に新サービスを周知するため、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このべ年間 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

- ・ 小規模多機能居宅介護と認知症対応型共同生活介護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カ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
- ・ 認知症対応型通所介護の事業者連絡会を設置

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事業所を開設
- 💡 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

◆ 取り組みが活かされた個別支援

◀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。

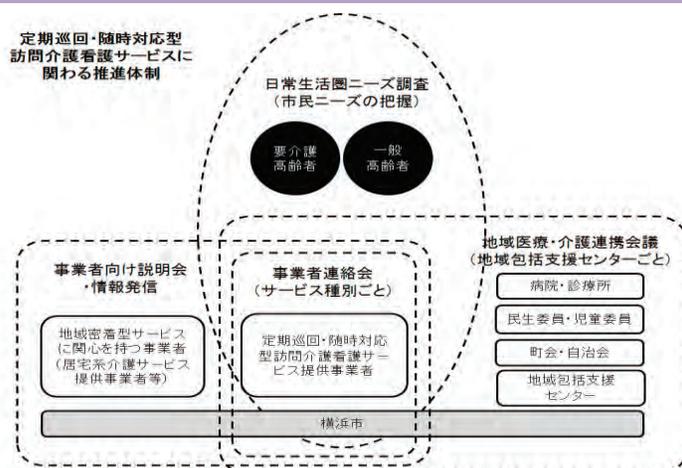
2. 自治体

- ・ 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(保険者)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
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

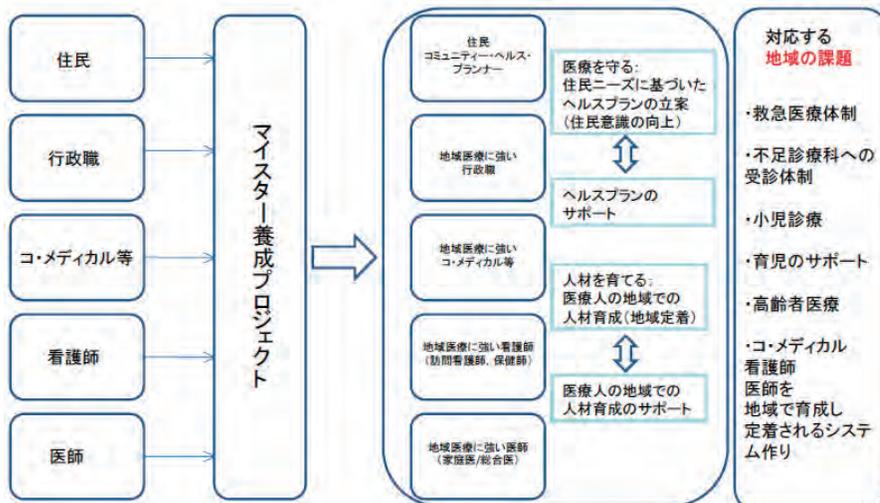
- ・南砺市地域包括医療・ケア局
- ・南砺市民病院
- ・富山大学附属病院総合診療部

※ 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、医療を中心とした介護・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
つくられた
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味決定が早くなった。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

◆ 取り組みが活かされた個別事例

《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がっている。
- ・ 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カ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。

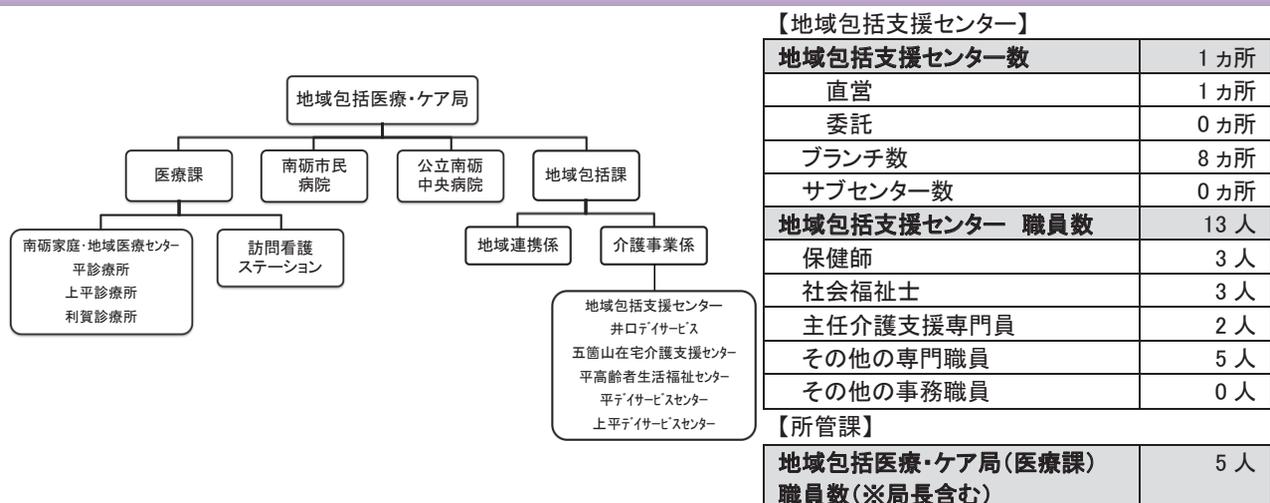
2. 自治体

- ・ 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く。

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



【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/>