

# 住民参加型介護予防(いわき市シルバーリハビリ体操)の推進 (福島県いわき市)

- 介護予防の意識醸成と地域ぐるみで誰もが気軽に身近な地域で介護予防活動に参加できる事業として、茨城県の取組みを参考に「いわき市シルバーリハビリ体操事業」を平成21年度より開始。
- 「いつでも」「どこでも」「誰にでも」できる「シルバーリハビリ体操」の普及とともに地域で体操を実践・指導する市民ボランティア(3級・2級・1級体操指導士)を計画的に養成する。

## 【取組みの柱】

### ① シルバーリハビリ体操の普及

介護予防の理解と体操の普及を図るため、体操教室の開催や地域の自主サークル等に体操指導士を派遣しています。

※平成24年度末現在:体操実践団体127団体・指導士派遣回数1,364回

### ② 体操指導士(市民ボランティアの養成)

地域活動に意欲のある市民を体操指導士(ボランティア)として養成し、地域での体操の普及・実践(体操サークルの立上げや体操の実践・指導)等に取り組んでいます。

《市民ボランティアによる体操指導士の区分と役割》

3級体操指導士…地域における体操実践者

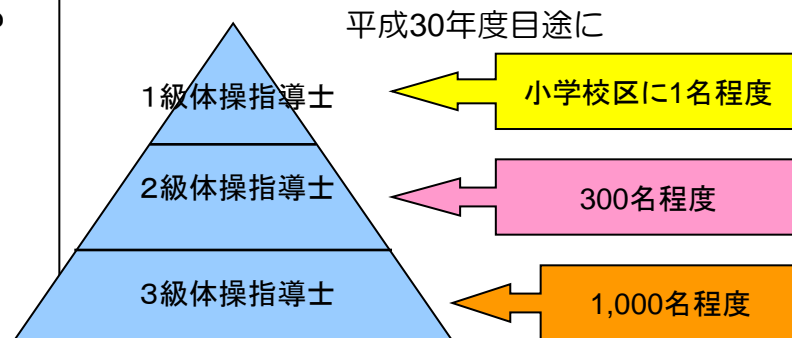
2級体操指導士…地域における体操指導者

1級体操指導士…地域における指導士養成

※平成24年度末現在、3級指導士105名、2級指導士17名

(1級指導士は平成26年度に養成予定)

2級体操指導士による体操指導の様子



## 地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	いわき市
②人口（※1）	335,712人 (H25.4.1)
③高齢化率（※1） （65歳以上、75歳以上それぞれについて記載）	25.98% (H25.4.1) （65歳以上 12.52%、75歳以上 13.46%）
① 取組の概要	介護予防の意識醸成と地域ぐるみで誰もが気軽に介護予防に参加できる事業として茨城県の取組身を参考に「いわき市シルバーリハビリ体操」を市内全域で展開する。
⑤取組の特徴	住民参加型介護予防事業として ①体操指導士の養成（市民ボランティアとして地域で体操の実践・指導を行う人材を養成する） ②養成した指導士を中心に自主的な予防活動を各地位で展開する
⑥開始年度	平成21年度
⑦取組のこれまでの経緯	平成21年度 茨城県立健康プラザに職員（嘱託職員）を派遣し、体操指導士を養成する指導的な体操指導士を2名養成 平成22年度 養成した体操指導士による「シルバーリハビリ教室の開催」及び体操指導士の補助を行う市民インストラクター（6名）養成 平成23年度 ・養成した2名の体操指導士による3級シルバーリハビリ体操指導士養成 ・市の体操指導士及び市民インストラクターによるシルバーリハビリ体操教室の開催 平成24年度 ・市民ボランティアとしての体操指導士（3級・2級）の本格養成開始
⑧主な利用者と人数	○体操指導士数（市民ボランティア） ・3級指導士 105名 ・2級指導士 17名 ○体操教室開催数（平成24年度） ・1,364回（＝体操指導士派遣回数） ○実践団体数 127団体
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	いわき市 （必要に応じ、茨城県立健康プラザに指導助言を頂くため連携）
⑩市区町村の関与（支援等）（※2）	事業予算「介護予防人材育成事業費」 介護保険特別会計 地域支援事業費 介護予防事業費 9,427,000円

⑪国・都道府県の関与（支援等）（※3）	
⑫取組の課題	<p>① 市民ボランティアの体操指導士（3・2級）の養成は計画的に進んでいるが、今後は養成した体操指導士の活動の場の確保など活動支援が課題となっている。</p> <p>② 客観的な事業の効果検証（認定率へ影響など）</p>
⑬今後の取組予定	<p>①体操指導士の活動支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地区ごとの交流会や研修会の開催</li> </ul> <p>②体操の更なる普及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 既存事業や老人クラブ等との連携</li> </ul>
⑭その他	
⑮担当部署及び連絡先	<p>いわき市保健福祉部 長寿介護課 介護予防係 （電話）0246-22-7465</p>

※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を（ ）内に記載してください。

※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。

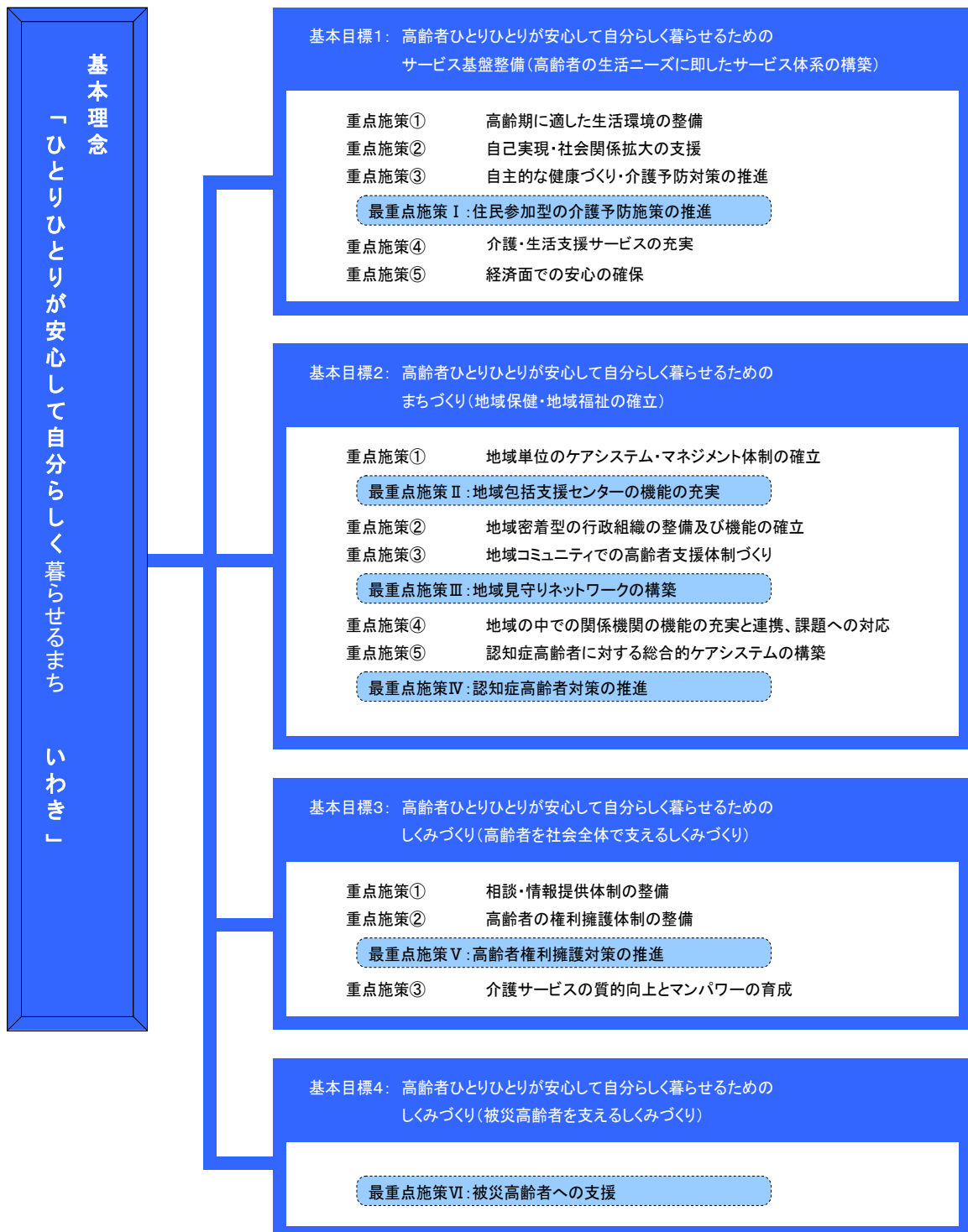
※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。

# 高齢者保健福祉計画 【基本目標及び重点施策】

基本理念に則り、図 7-1 のとおり本計画における 4 つの基本目標を定めるとともに、これらの基本目標の実現に向けて、必要な施策を体系的に展開していくために、個々の基本目標ごとに重点施策を設定しました。

また、本計画期間において特に重点的に対応すべき「最重点施策」を設定しました。

図 7-1 施策体系イメージ



## 最重点施策Ⅰ 「住民参加型の介護予防施策の推進」 「いわき市シルバーリハビリ体操事業」

### 1 事業概要

市民全般を対象とした介護予防意識の醸成と、地域ぐるみで誰もが気軽に介護予防活動に参加できる施策の展開が必要であることから、「いわき市シルバーリハビリ体操事業」による住民参加型の介護予防施策の推進を図っています。市民自らがいわき市シルバーリハビリ体操の指導士となる3～1級指導士の養成を進め、介護予防に関する自主的な活動が広く実践され、高齢者が積極的にこの活動に参加し、介護予防に向けた取り組みを実践する地域社会の構築を目指します。

### 2 事業手法

#### (1) 対象

- ・いわき市に住所を有する高齢者の方
- ・ボランティアとして介護予防事業に参加できる方

#### (2) 事業の活動主体とその役割

##### ① シルバーリハビリ体操の普及

→市が主体となり、次の活動を実施します。

- ・体操教室の開催
- ・地域の自主グループの活動の中での体操指導
- ・パンフレット等を用いた市民及び関係団体への周知

##### ② いわき市シルバーリハビリ体操指導士（3～1級）の養成

→3級・2級・1級指導士養成講座を開催し、各級の指導士を養成します。

##### ③ 養成された体操指導士の活動支援

→市が主体となり、次の活動を実施します。

- ・体操指導士の活動の場の確保・調整
- ・体操指導士間の連携、スキルアップ等の支援

##### ④ 事業効果の検証

→日常生活動作の改善や生活の質の向上、筋力増加量などの点について事業効果を検証します。

#### (3) 事業実施行程【事業の本格実施】

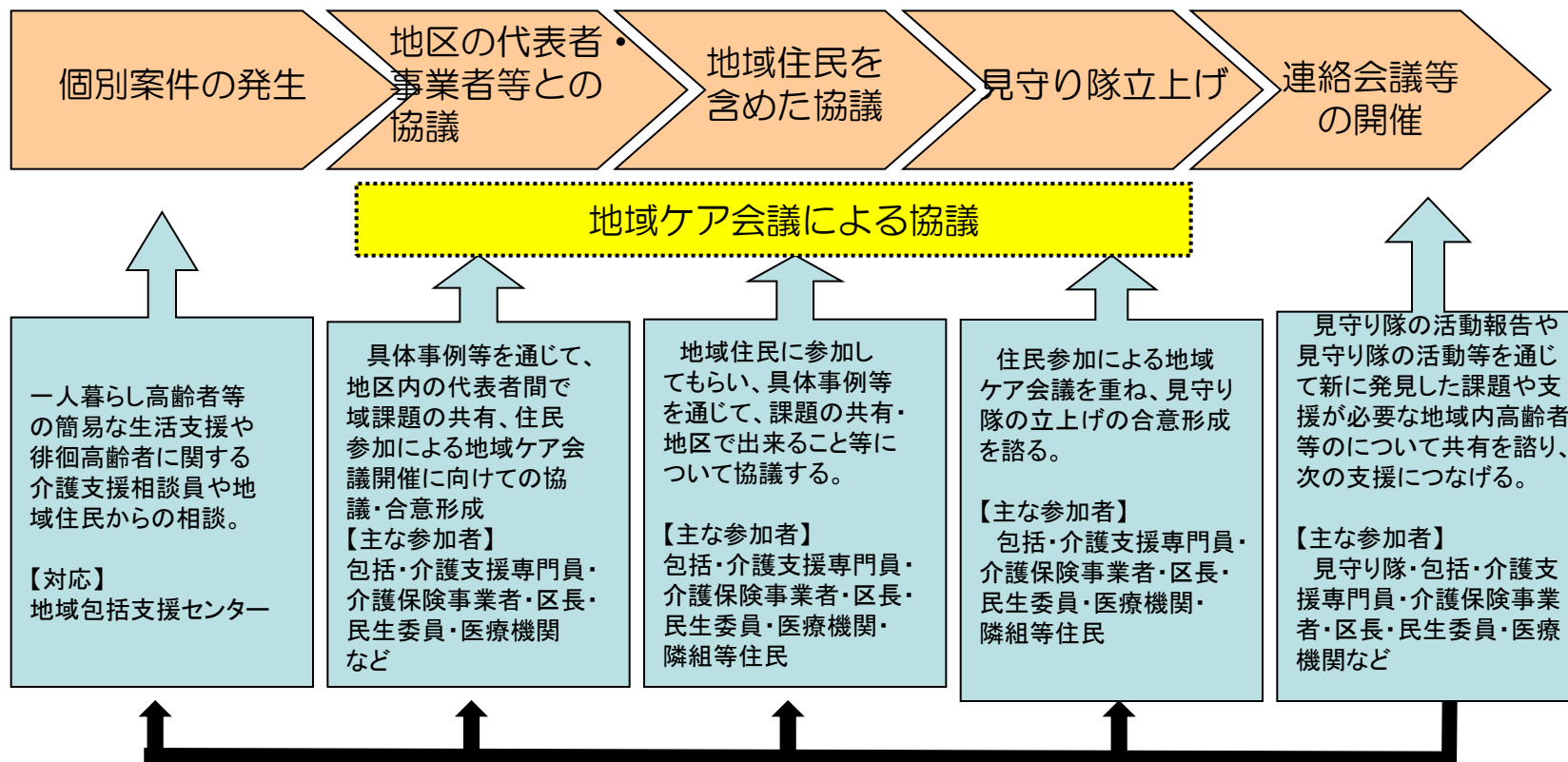
- ・市内各地における体操指導士（3～1級）の養成
  - ※平成30年度を目途に、市内全地区における3級指導士（1,000名程度）及び2級指導士（300名程度）の養成と市内全小学校区ごとに1名以上の1級指導士養成を目指します。
  - ※養成した体操指導士による、体操教室・派遣事業・既存事業内での活動、更には、各地域での住民主体による活動を実施します。
  - ※高齢者人口の2割程度の体操事業参加を目指します。

- 事業の周知及びモデル的な活動の実施
  - ※チラシの配布や体操教室の開催等を通じて引き続き、市民への周知を図ります。
  - ※事業の周知のため、月 1 回（年間 12 回）、申込不要の体操教室を実施します。
- 被災高齢者への支援
  - ※定期的に体操指導士を派遣し、運動機能の維持・向上を図っていきます。
  - ※借り上げ住宅入居者に関しては、地域包括支援センター等の関係機関と連携し、体操の場を設け、事業を実施していきます。
  - ※津波被害が大きかった沿岸部の方を対象に、要望に応じて各地区の対象者が一堂に集まれるような取り組みを行い、運動機能の維持・向上を図るほか、希薄化した地域間交流の再生に努めます。

# 地域ケア会議を活用した地域見守りネットワークの構築 (福島県いわき市)

- 一人暮らしになっても、認知症になっても、安心して暮らし続けることができる地域社会の構築を目指し、地域住民や地域の関係者・関係団体等とともに「地域見守りネットワーク」を構築する。
- 地域住民等を中心とした「高齢者見守り隊」を結成し、日常的なあいさつ・声かけを中心とした活動を行うとともに、ゴミ出しなどの簡易な生活支援等を行う。

## 【見守り隊結成までの流れ】



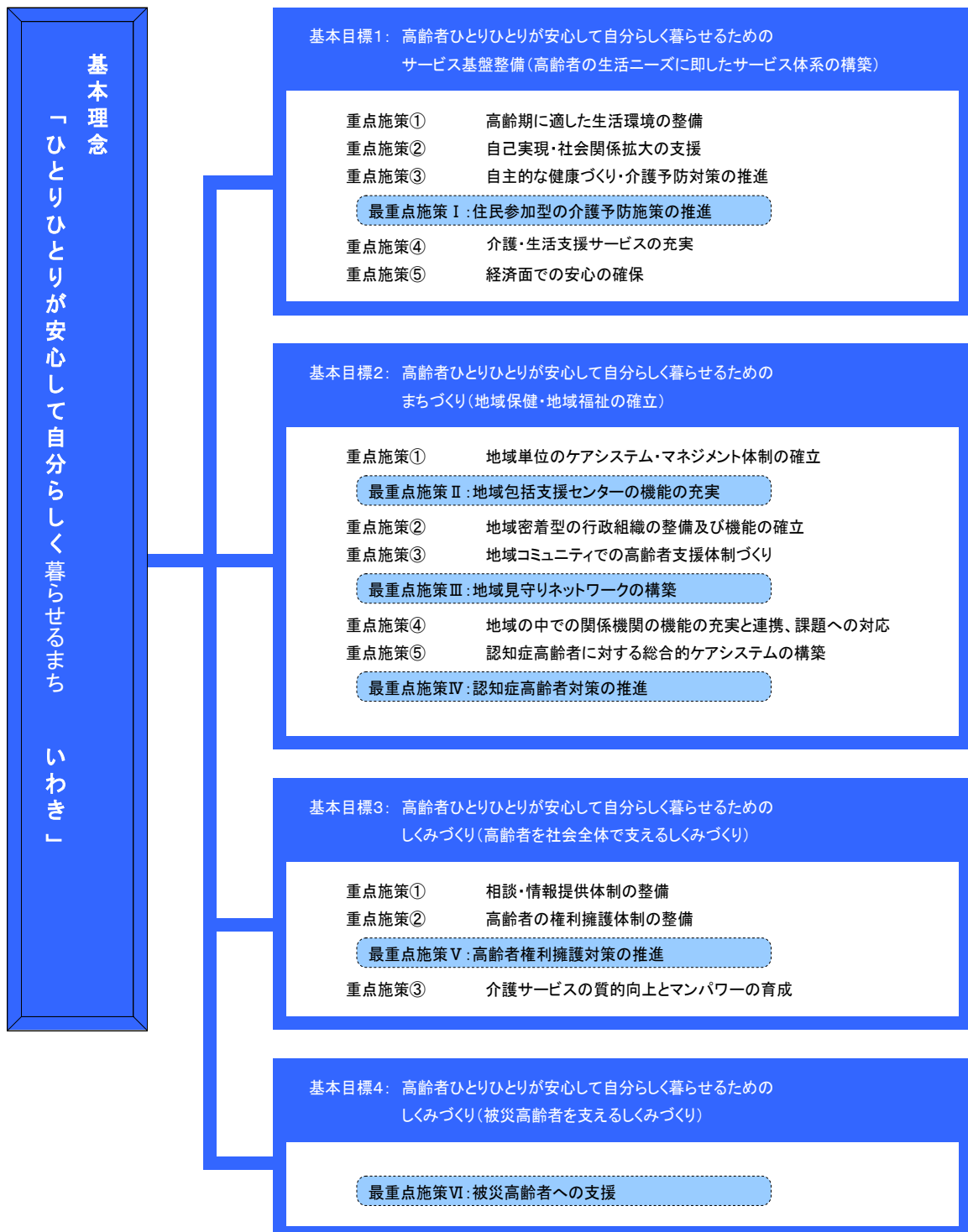
個別案件や地域課題のフィードバック、再協議など

# 高齢者保健福祉計画 【基本目標及び重点施策】

基本理念に則り、図 7-1 のとおり本計画における 4 つの基本目標を定めるとともに、これらの基本目標の実現に向けて、必要な施策を体系的に展開していくために、個々の基本目標ごとに重点施策を設定しました。

また、本計画期間において特に重点的に対応すべき「最重点施策」を設定しました。

図 7-1 施策体系イメージ





## 重点施策Ⅲ 「地域見守りネットワークの構築」

### ◎「あんしん見守りネットワーク活動事業」

#### 1 事業概要

事業に賛同し登録した「見守り協力員」に、地域内で気になる高齢者に声かけをしてもらい、何らかの支援が必要な高齢者について地域包括支援センターに情報提供をしていただきます。

同様に、登録した「見守り協力団体」に、配達等の業務において、『新聞や牛乳がたまっている』『最近、顔を見ない』など、気になる高齢者の情報を地域包括支援センターに提供していただきます。高齢者が地域の中で孤立することなく安心して住み続けられるように、地域住民による支えあい活動を展開し、併せて地域における助け合いの心を育み、住みよい街づくりを進めようとするものです。また、将来的には、「見守り協力員」の活動について、声かけ活動のみに留まらず、ゴミ出しが困難となっている高齢者を支援するなど、日常生活の支えあい活動も検討していきます。

#### 2 事業手法

##### (1) 対象

ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、その他見守りが必要な高齢者（徘徊高齢者、虐待の疑いがある高齢者など）

##### (2) 事業主体とその役割

###### 《事業主体について》

- ・事業主体は、地域の「高齢者見守り隊」とし、住民主体の事業とします。
- ・「見守り隊」は、地域住民（区長、老人会代表、婦人会代表、民生委員）、見守り協力員・見守り協力団体及び地域包括支援センターで構成し、当面の間、地域包括支援センターが開催している「地域ケア会議」の中の任意団体として設置することとします。
- ・「見守り隊」の設置は、各地区の地域ケア会議において、地域住民等に対して、事業の趣旨や必要性、内容等を提案・説明しながら、進めていくこととします。
- ・地域包括支援センターは、協力員からの情報に対し、助言や訪問活動を実施し、また、「見守り隊」活動の事務局となることで、活動の側面的な支援を積極的に実施します。
- ・市は、見守りネットワーク活動の普及啓発を行うとともに、協力員や協力団体に対し研修会を開催することで、地域の見守り体制の構築に向けた意識の醸成を図るなど、活動に対する側面的な支援を積極的に実施します。
- ・将来的には、地域が主体となり、自主的に見守り隊が結成され、活動が徐々に全市に展開していくことを目指し、市は、「見守り隊」活動に関する市民への広報・啓発等を継続して実施していきます。

##### (3) 事業実施の留意点

モデル事業での実施内容を踏まえ、次の点について検討を行います。

- ・「緊急通報システム」や「災害時要援護者台帳」など、既存事業のネットワークを生かした事業展開についての検討
- ・適切な個人情報の管理に意を用いながら、地域内で連携できるような情報の共有化についての検討

#### (4) 事業実施工程【今後の取り組み】

- 本計画期間内に、年5カ所程度の地区で新規見守り隊を立ち上げ、実施地区の拡大を図ります。
- 地域の求めに応じて、地域ケア会議、民生委員協議会等での事業説明に引き続き取り組むほか、行政区長が参加する会議等でも、事業のPRを行うことを検討します。また、PRを通じ、地域での見守り意識の醸成や地域での見守り隊結成への合意形成に努めます。
- 行政区長、民生委員等を対象に、地域見守りに関する研修会等を開催することを検討します。
- モデル事業の期間終了に合わせ、実施地域の代表者による意見交換会を行い実際の活動における課題を洗い出し、今後の活動の推進につなげていきます。また、隊の活動の維持・展開については、地域包括支援センター等において、随時アドバイスをを行い支援します。
- 見守り活動の成功事例や課題の解決法等を、各隊の活動の参考となるよう、ホームページや定期刊行の冊子のような形で、各見守り隊に発信することを検討します。

### 重点施策4：地域の中での関係機関の機能の充実と連携、課題への対応

#### 関係機関の連携と各種情報の共有化の推進

##### 《関係機関のネットワーク化》

地域の中で高齢者が安心して快適に生活していくためには、様々な機関から提供される支援・サービスが必要となりますが、提供されるサービス等の効果を最大限に発揮させるためには、それぞれのサービスを個々の機関が単に提供するのではなく、関係機関の相互連携の中で提供されることが重要です。また、各々の専門性、特色を踏まえた連携のあり方については、地域ケア会議などにおいて検討します。

##### ○介護保険サービス事業者間の連携

情報の共有やサービス担当者会議の開催等、介護保険関係機関の連携を推進します。

##### ○各支所の保健福祉窓口との連携推進

地区センターが置かれていない地区の支所との連携の促進に努めます。

##### ○地域医療機関との連携推進

入院や通院する高齢者の生活の継続性を確保し、また、医療依存度の高い高齢者の地域生活を支援していくため、地域医療機関との連携強化を図ります。

##### ○社会福祉協議会との連携推進

小地域福祉活動等の窓口となる社会福祉協議会との連携を推進します。

## 《多職種協働・連携》

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、主治医、ケアマネジャー、サービス事業者が協働するとともに、地域内の関係者・関係団体等と連携を図ります。

また、医療、ケアマネジャー、サービス事業者、行政、地域関係者等の多職種が有機的に連携していくことにより、利用者に対する支援の客観性や専門性を高め、高齢者の自立支援、生活の質の向上を目指します。

### ○生活の継続性の確保

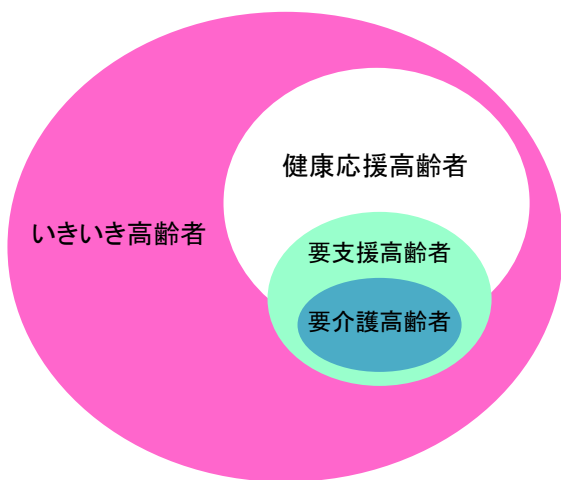
在宅から入所・入院、入所・入院から在宅生活へといった場面において、高齢者の生活の継続性を重視し、医療関係や福祉施設との連携体制の確立を図ることで、ケアマネジャーと関係機関の連携を支援していきます。

### ○ケアチームの構築支援

地域のケアマネジャーが抱える困難事例についても、地域包括支援センターを中心に、地域の関係者、関係機関等との連携を図り、サービスに関わるすべての担当者がチームとして機能するように調整したり、具体的な援助方針の検討などを支援していきます。

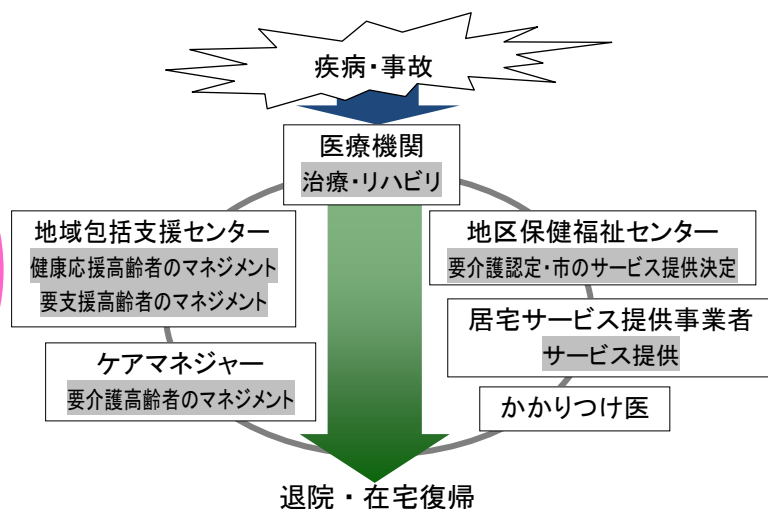
図 8-10 多職種協働・連携の必要性

いきいき高齢者・健康応援高齢者・  
要介護高齢者の相関図



健康応援高齢者から要支援・要介護高齢者と順を追って機能が低下するケースだけでなく、持病・事故等によりいきいき高齢者からいきなり要介護高齢者となるケースも想定する必要があります。

退院時における多職種連携の必要性



いきいき高齢者が要介護など高齢者となるケースにおいては、特に医療機関から退院時における関係職種の連携のある無しが、退院後の高齢者の生活に大きく影響する。

## 《地域ケア会議等の充実》

地域の課題をより細かく知り、的確な対応策を考えるために、地域ケア会議及び小地域担当者会議を開催し、充実を図ります。

### ○小地域担当者会議の充実

地域包括支援センターが主体となって開催する小地域担当者会議については、地域の課題をより細かく把握し、的確な対応策を考えるために、共通の地区を担当する地区センターのケースワーカーや保健師、社会福祉協議会のほか、必要に応じて他機関の参加を求め、個人情報保護に配慮しながら、充実を図っていきます。

### ○地域ケア会議の充実

「地域の課題は地域で解決する」ことを基本に、地域ケア会議の充実に努めます。  
また、より多くの関係者が参加できるよう検討します。