

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%)
要介護要対応認定者数 ^{※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。

取組み内容と方法

【取組み方法】

- 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システム (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)		—	—	◎	◎

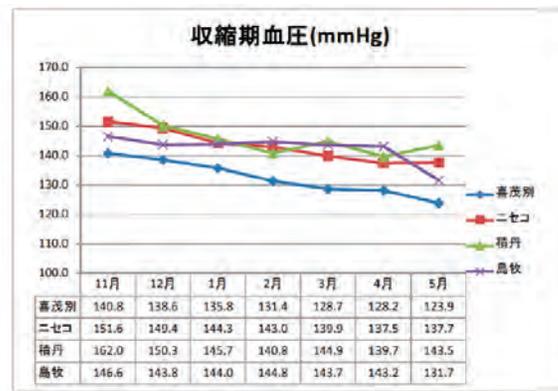
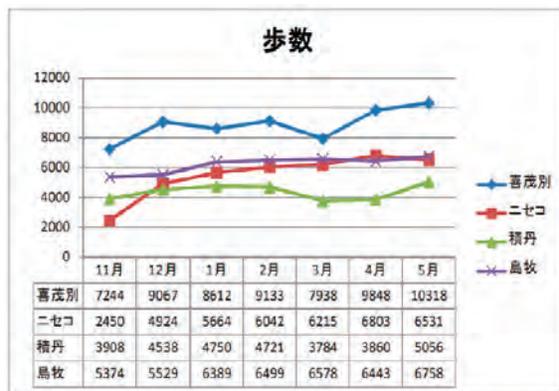
- このうち喜茂別町では町内普及率 99%のインフラであるテレビ電話を軸として、遠隔健康相談、高齢者見守りシステム、コールセンターを実施している。喜茂別町では遠隔健康相談に20名が参加しているが、これは喜茂別町ふれあい福祉センターに測定データを送信できる端末を設置して、日々のバイタルデータ(血圧、体重、体温)と歩数系に伴う歩数を管理するサービスである。また、その経緯を分析するために、健康管理士が3ヵ月に1度、医師が1年に1度採血結果も参考にしてテレビ電話を使って健康指導等を行っている。
- 喜茂別町では地域の高齢者による「健康サポート隊」が、取組みを支援している。住民への声かけや医師遠隔診断の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

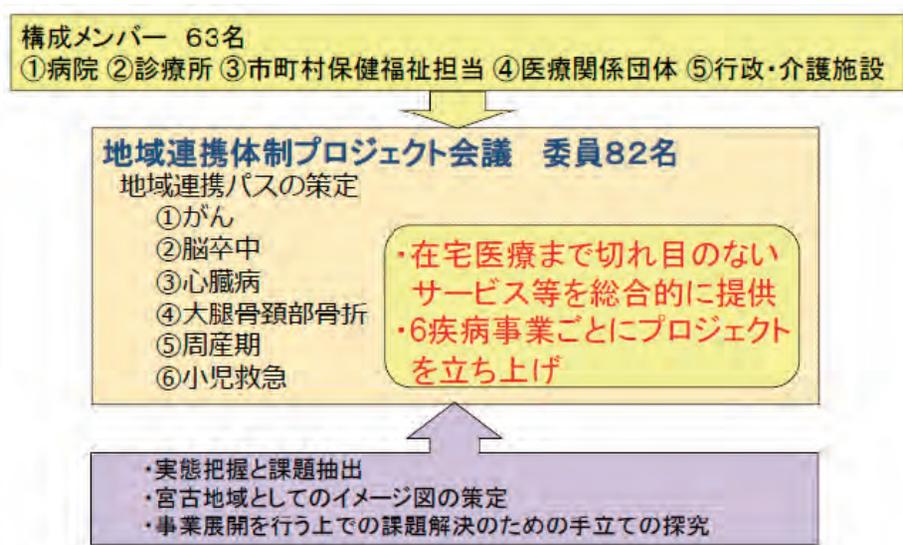
【背景】

- 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。

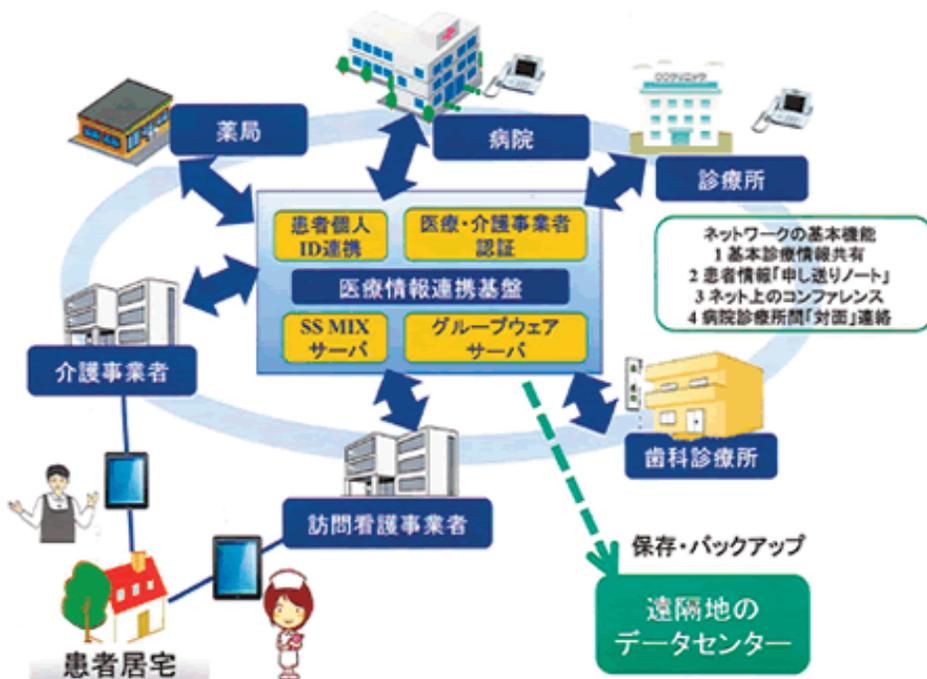
取り組み内容と方法

- 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)在宅となつてからの介護・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

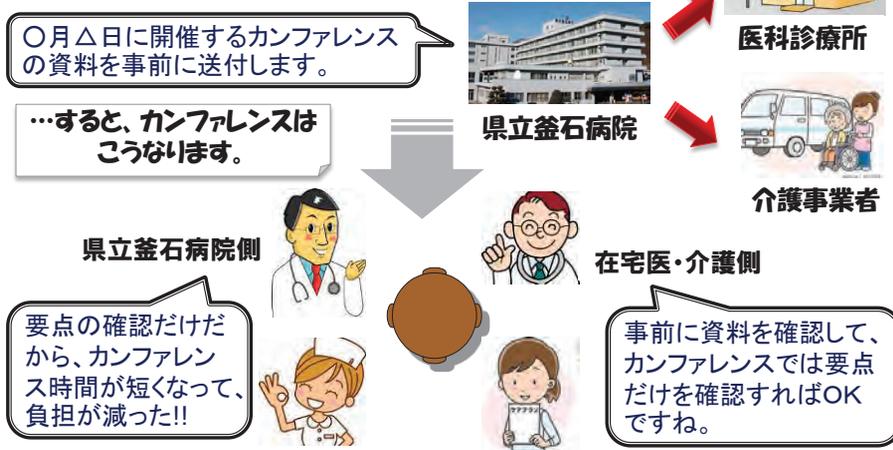
【主な機能】

- 現在稼働している『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)

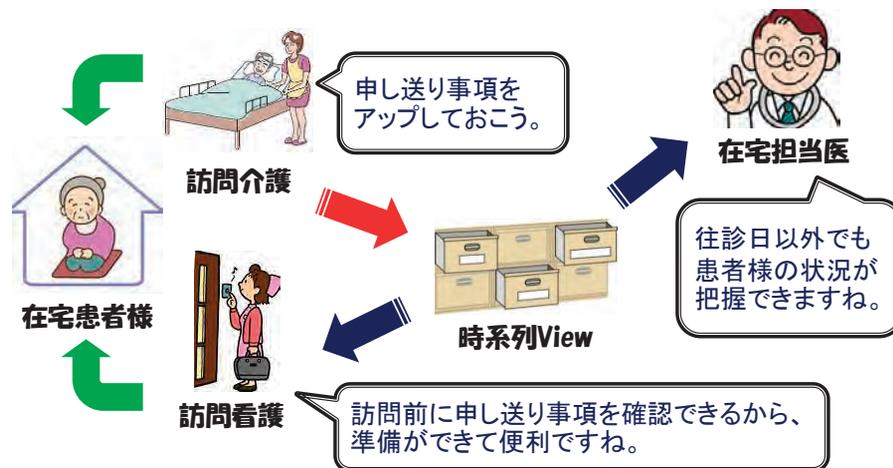


「OKはまゆりネット」ネットワークの利用が想定される場面

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
- 医科診療所
- 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ヵ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

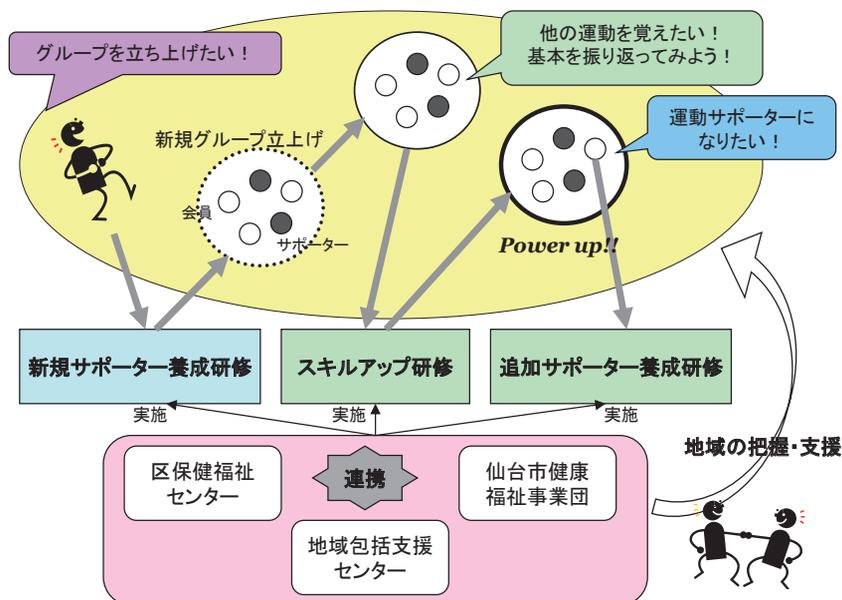
取り組み内容と方法

【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)はだいぶできているが、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)の推進を図ることにした。

予算等:

包括的支援事業から 140,000 円

取り組み内容与方法

【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勞した点】

- 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

【おろ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ヵ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ヵ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%)
要介護要支援認定者数:	2,934人(17.8%)
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】

- 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。

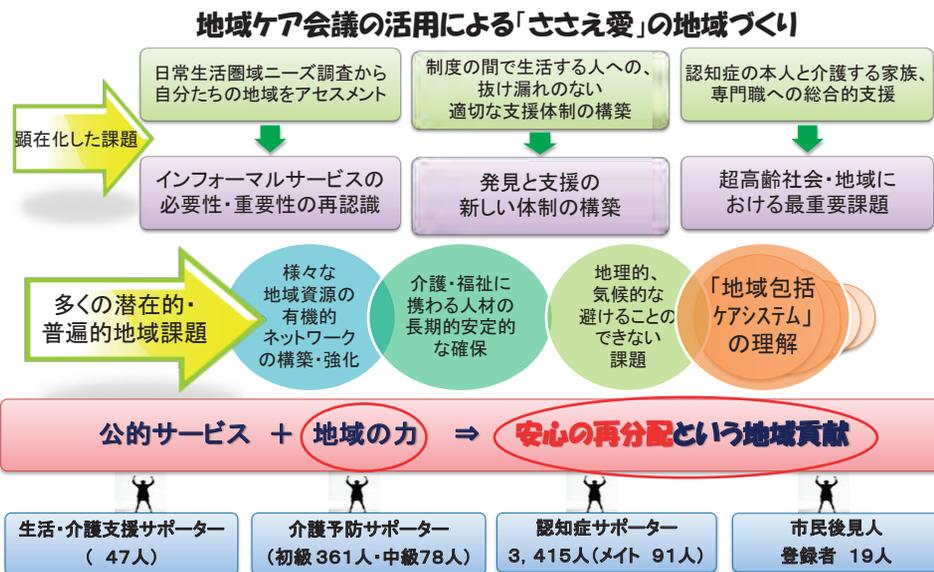
【経緯】

- 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】

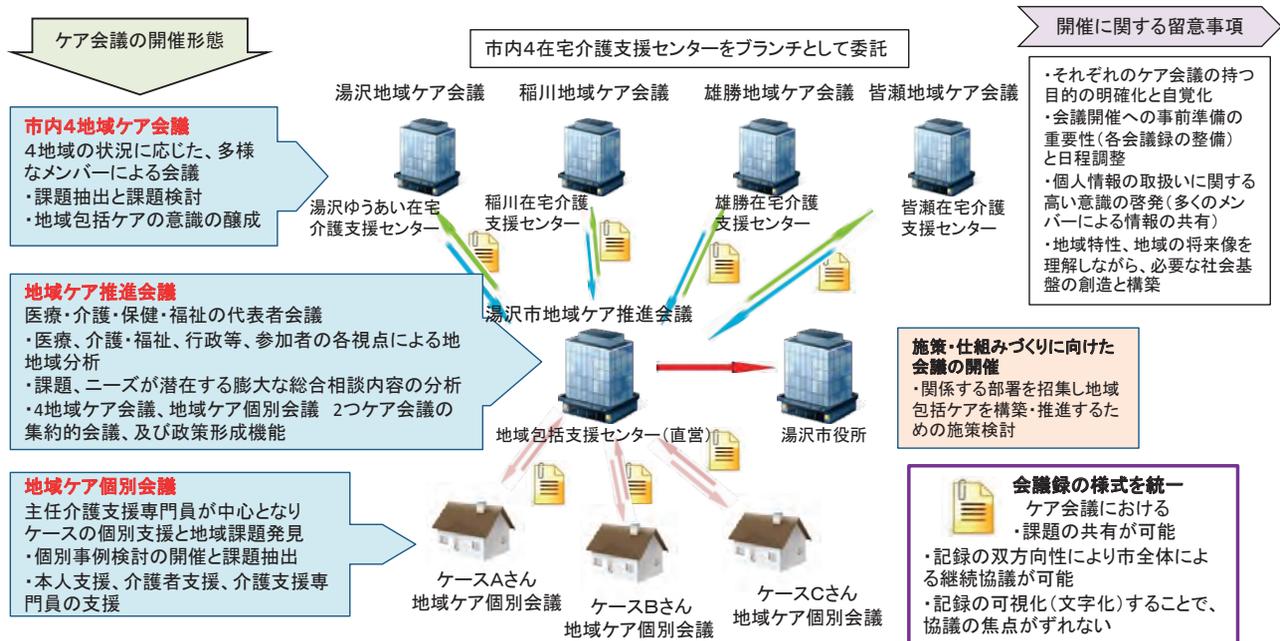
- 日常生活圏域ニーズ調査から自分たちの地域をアセスメントし、インフォーマルサービスの必要性、重要性を再認識した。
- 制度の間で生活する人への、抜け漏れのない適切な支援体制を構築するため、発見と支援の新しい体制を構築した。
- 認知症の本人と家族介護者・専門職への総合的支援を、最重要課題と位置づけた。



【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ヵ所のため、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、ブランチの4ヵ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。

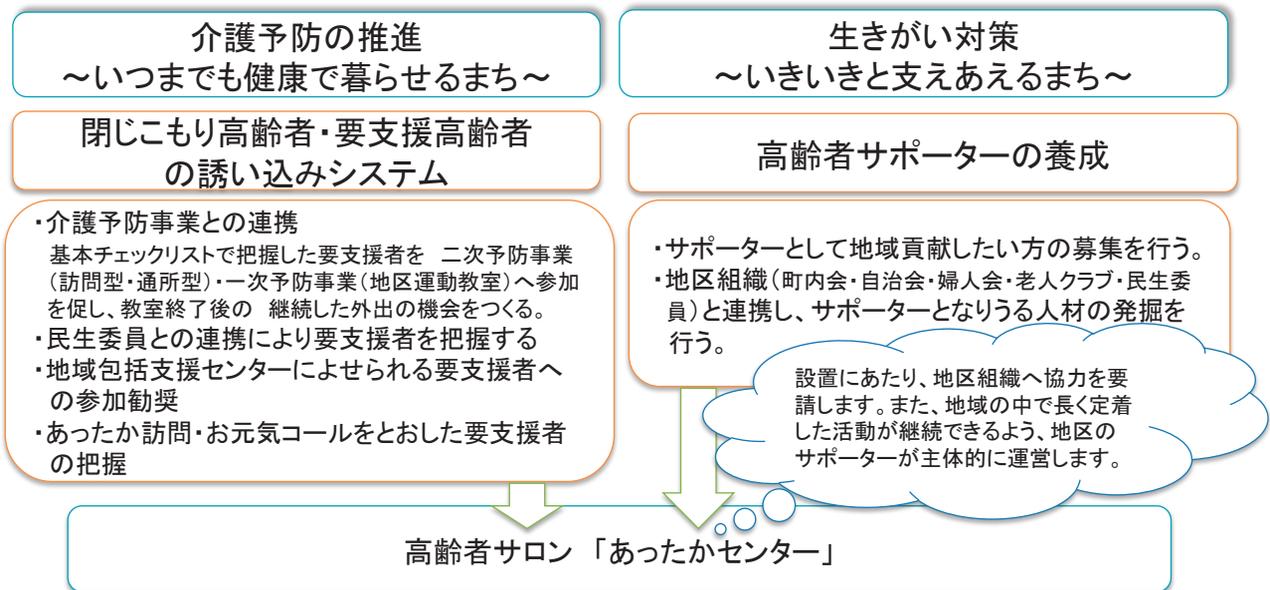
	平成 18 年	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年
高齢者人口	13,952 人	14,419 人	14,559 人	14,944 人
高齢化率	21.2%	22.1%	22.5%	23.6%

	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%)
要介護要対応認定者数:	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・わらい】

- 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】

買物に不自由している方々を対象に移動店舗で買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%)
要介護要支援認定者数:	2,098 人(11.2%)
地域包括支援センター数:	1 ヶ所
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】

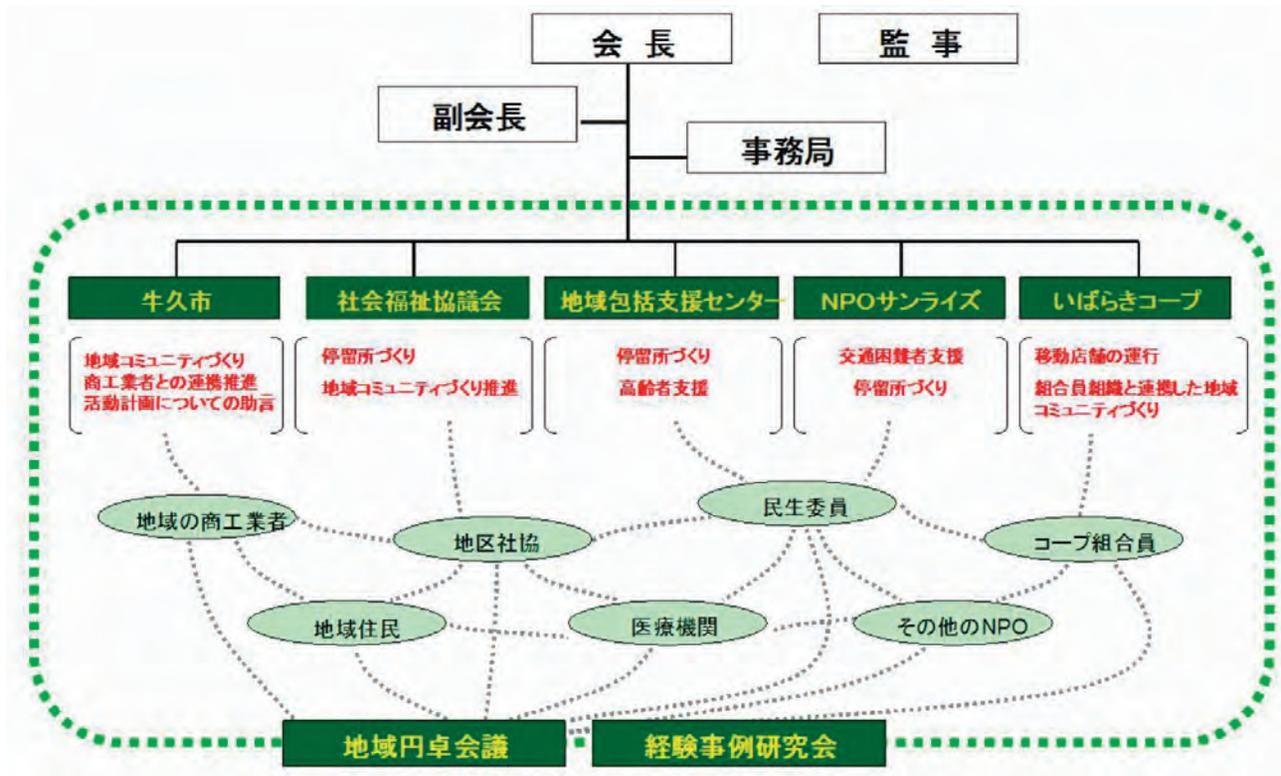
- いばらきコープでは 2010 年頃、フードデザート問題(食の砂漠化)を知り、高齢化に伴い、買物弱者が増加していること、更に栄養バランスの偏り等、健康問題につながっていることを知り、「移動店舗サービス」を検討、2011 年 2 月に水戸市内で「移動店舗ふれあい便」1 号車を、翌 2012 年 5 月に牛久市で「移動店舗ふれあい便」2 号車の運行を開始した。
- 牛久市での 2 号車運行にあたり、行政や社会福祉協議会等が共通の課題認識を持っていることを知り、連携した取り組みとして展開していくこととなった。牛久市の協力を受け、「牛久市買物支援・支えあいのまちづくり推進協議会」を結成、更に推進協議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

- 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%)
要介護要支援認定者数:	628 人(11.1%)
地域包括支援センター数:	(直営)1カ所
第5期介護保険料:	4,070 円

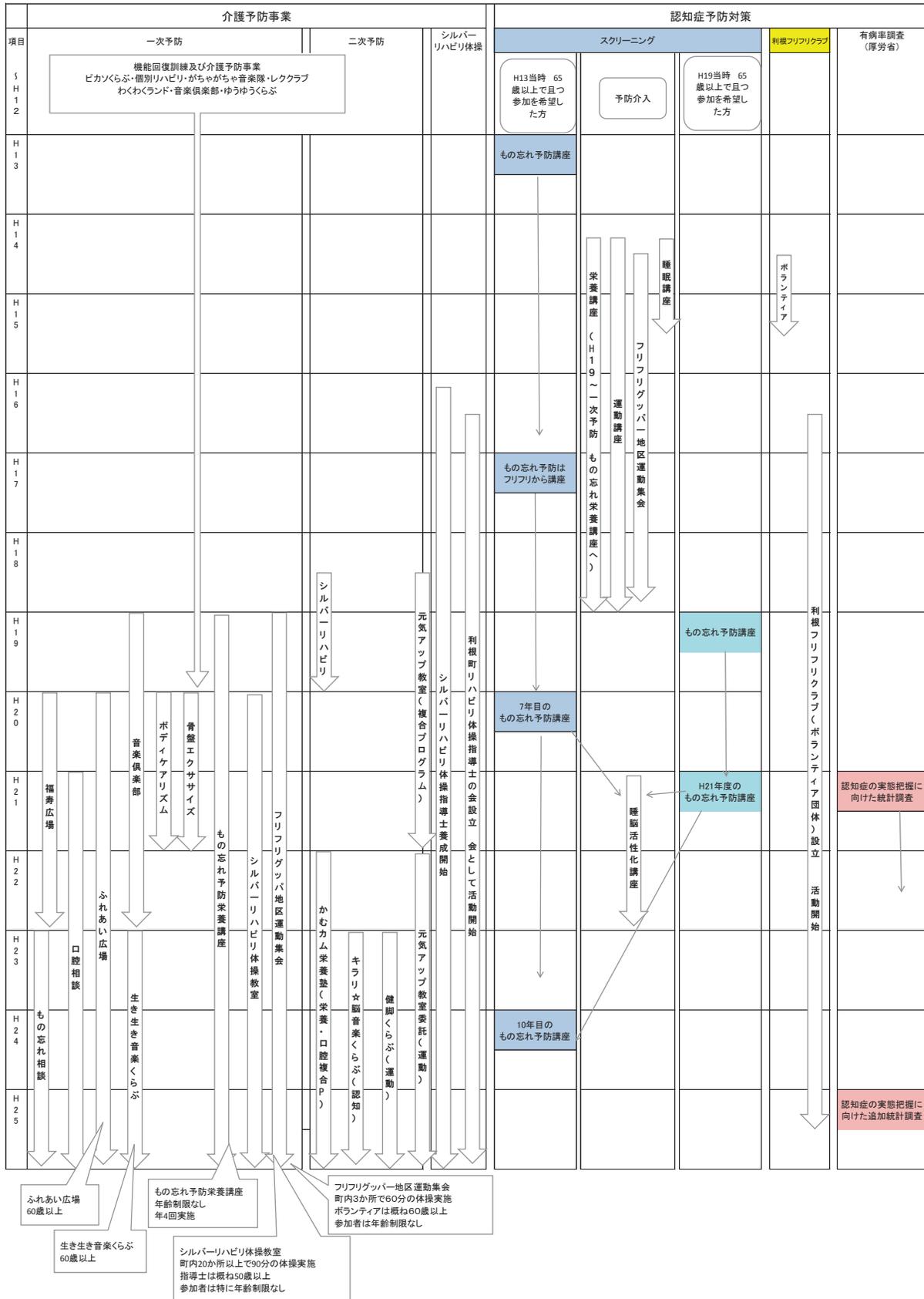


背景・経緯

【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にと移行**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一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。
- 地区運動集会でやっているフリフリグッパ一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一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>