

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

介護予防ボランティアによる「ピンシャン！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「介護予防センター」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人が介護予防センターとして登録した。介護予防センター（登録者）全員に、市オリジナル体操「ピンシャン！元気体操」CD、DVDを無料提供し、セン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%)
要介護認定者数	14,557人(17.2%)
地域包括支援センター数	11ヵ所
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ヵ所）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「ピンシャン！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「介護予防センター」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、介護予防センターを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 前橋市で介護予防センター養成研修 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「ピンシャン！元気体操」実施グループ立ち上げ
- 平成22年度 地区センターの要望により下川淵地区でセン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



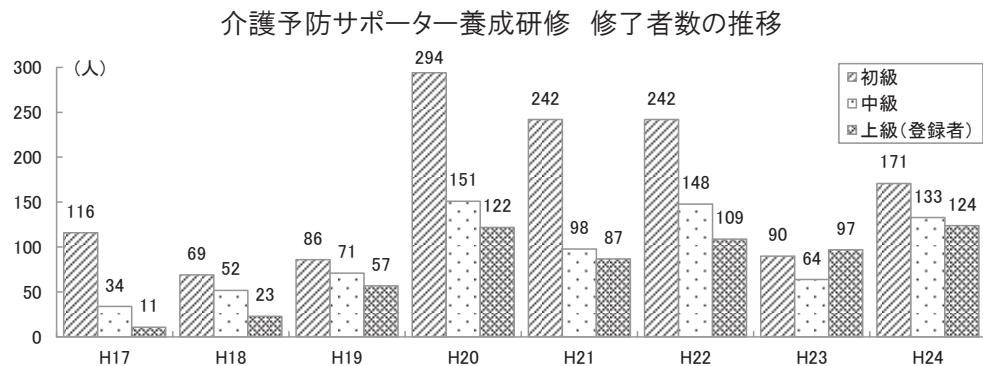
取り組み内容と方法

【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。



[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

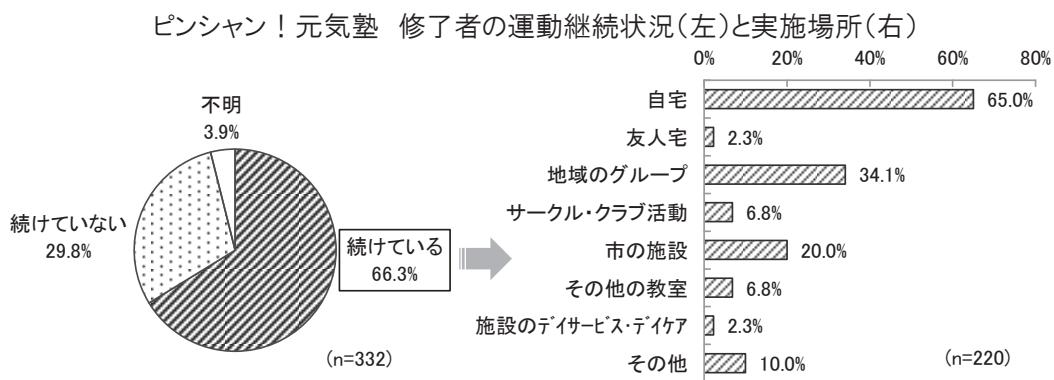
[活動実績ならびに地域における成果]

- 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ヶ所、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期的に実施し、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来ている。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広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)

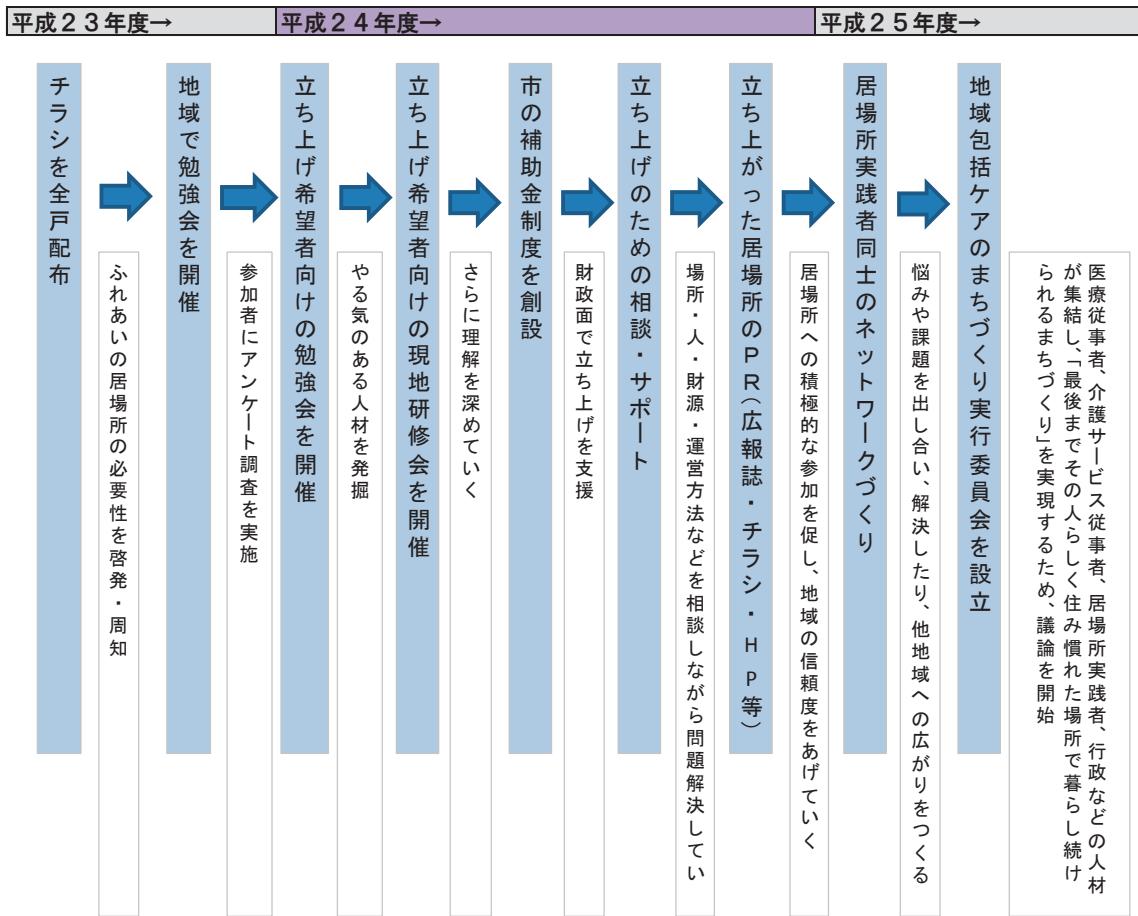
【経緯】

<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することができる
- 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が生まれ、市民同士が支え合う糸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 ぬきさき元気会

- 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カ所(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カ所
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行い、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づ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

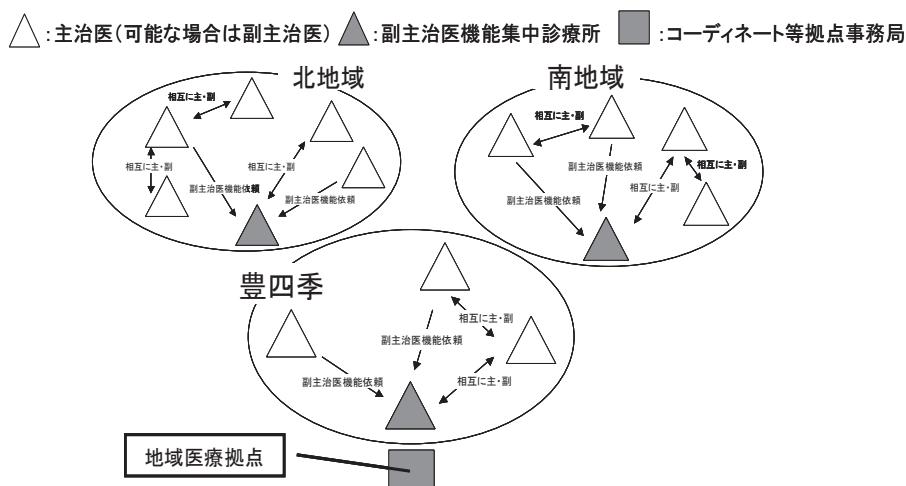
【病院側】

- ✧ 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】

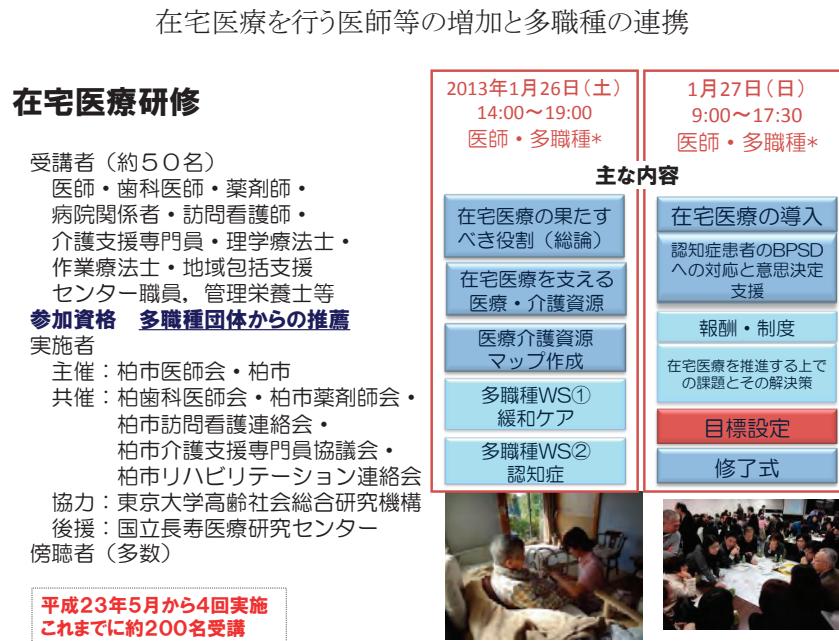
- ✧ 急性増悪時には原則として在宅側スタッフが訪問して対応する。
- ✧ 入院時には在宅主治医等から病院の救急担当に対して必要な診療情報や 患者・家族の意向を情報提供する。

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



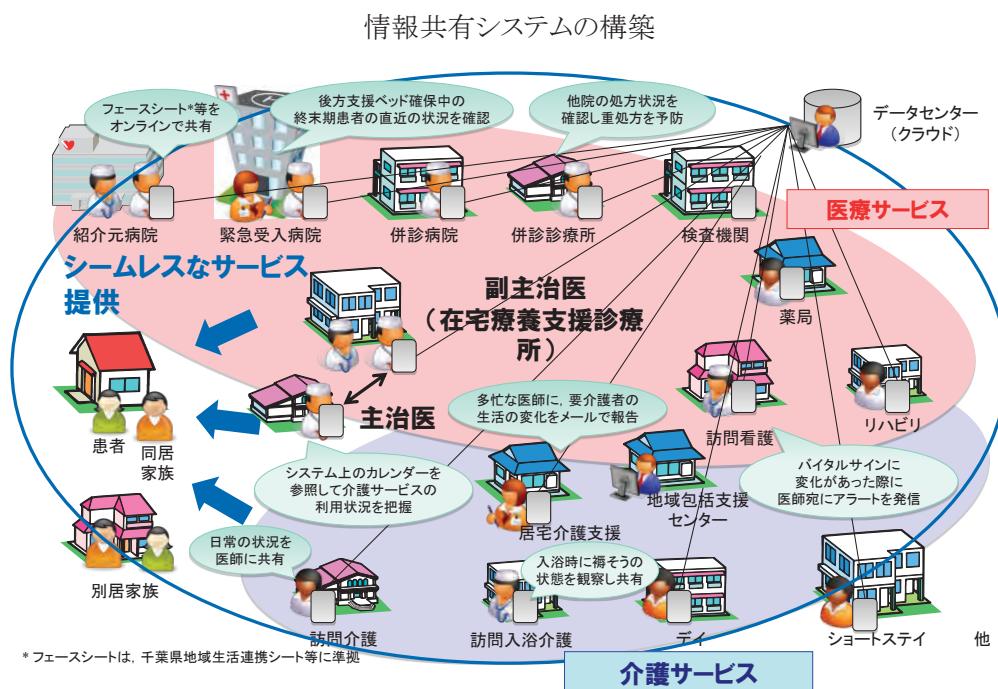
(2) 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- 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)



(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



(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案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なる。
- 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

険性が大きい等、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つておいてもらう	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つた。
 - ✧ 出席したケアマネジャー・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、「何かあつ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することは難しいことがわかつた。
- ✧ 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つた。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性があると感じた。
- ✧ 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い、参加者同士で意見交換ができなかつたので残念だつた。

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つ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アップ体制を確認
 - ✧ 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畠が自宅付近にあり、ボランティアとして作業をするようになった。畠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。この畠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になった。
- 地域に精神科専門の往診医が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していただくことになった。
- 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%)
要介護要支援認定者数:	11,913 人(19.0%)
地域包括支援センター数:	10 カ所
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。

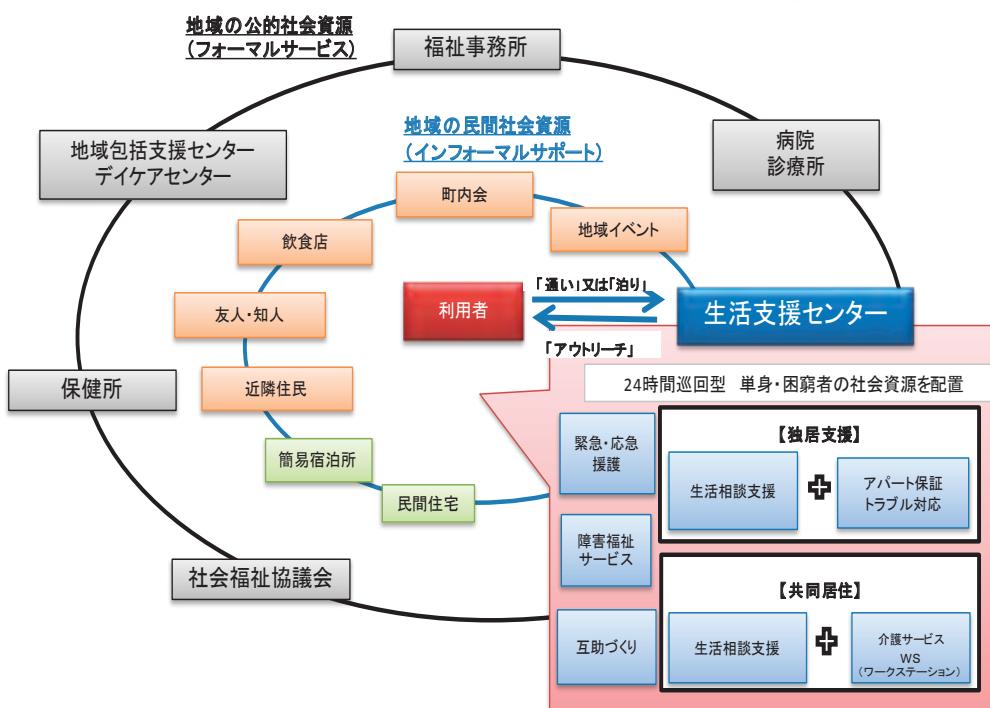
取り組み内容と方法

【概要】

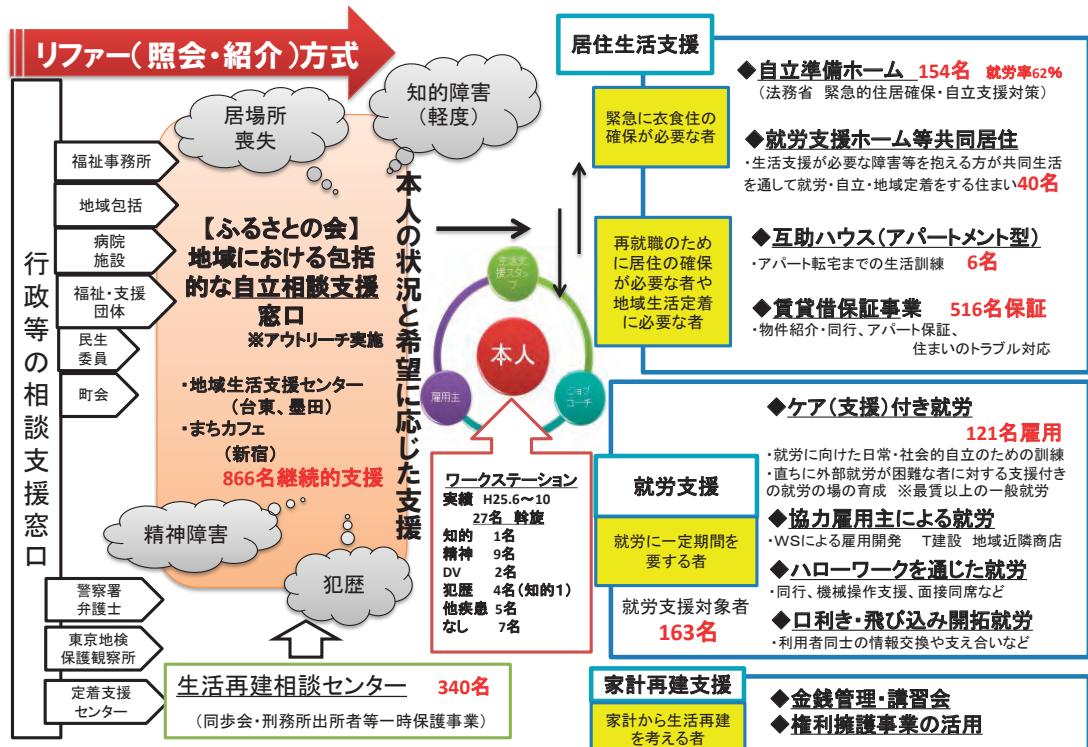
- NPO 法人ふるさとの会では、現に路上で暮らす人、住所不定の失業者・不安定就業層、家族の援助を受けられない要介護高齢者、心身の障害を抱え孤立している単身者・家族など、社会的な孤立や生活困窮を背景に、「住まい」や「生活」の支援を必要とする人を支援対象者としている。
- 「住まい・生活支援・地域リハビリ・在宅看取り」を組み合わせた事業構造に基づき、サービス提供を行っている。具体的には、「住まい」の支援に始まり、住まいが確保されたら「生活支援」、生活支援を通じた「地域リハビリ」、そして、これらを基礎に据えることによって「在宅看取り」が可能になるという組み立てである。

- ✧ 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に、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%)
地勢拠点支援センター数	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。

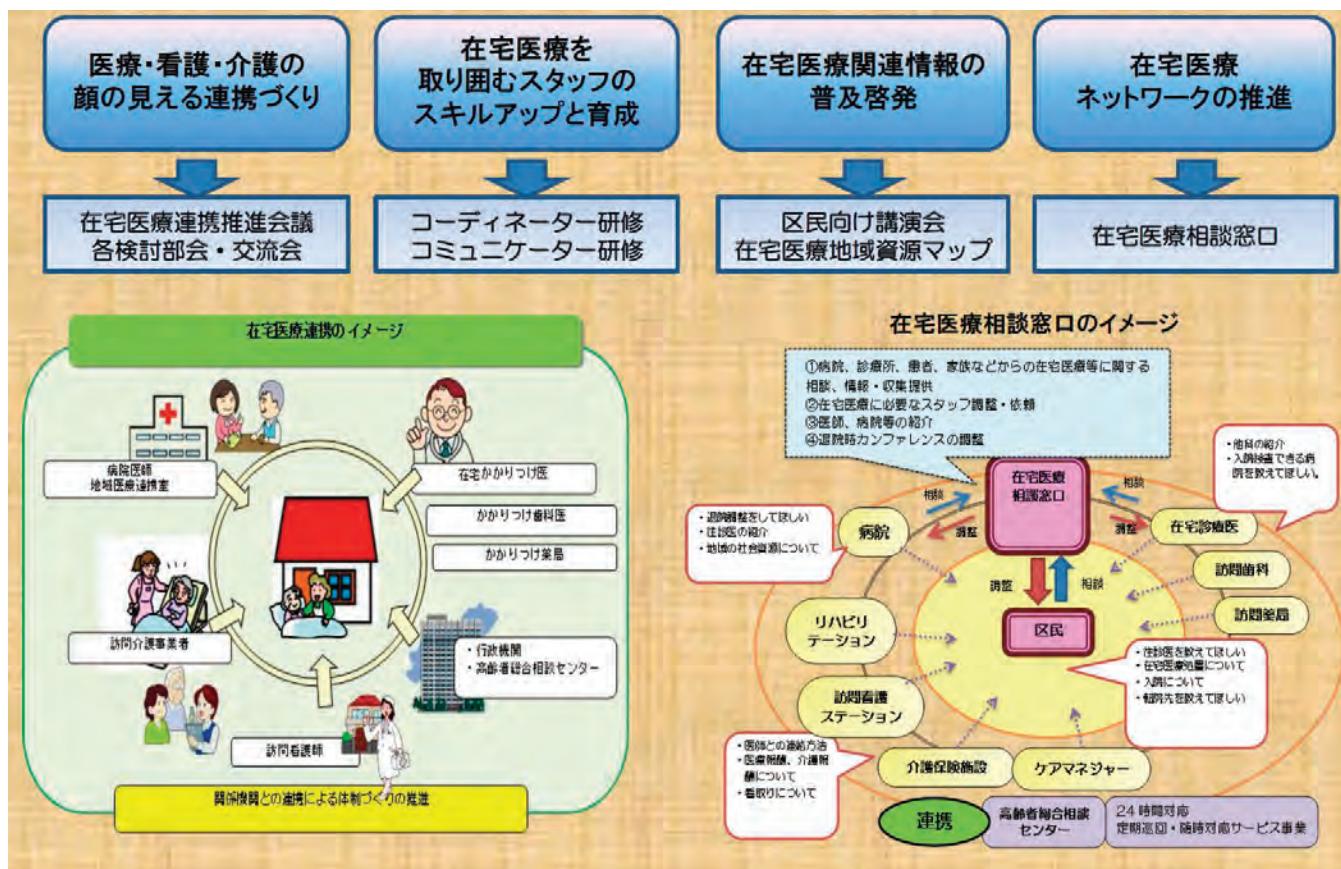
3. 在宅医療関係情報の普及啓発

- 「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つたことから、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革に伴い、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、プ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。

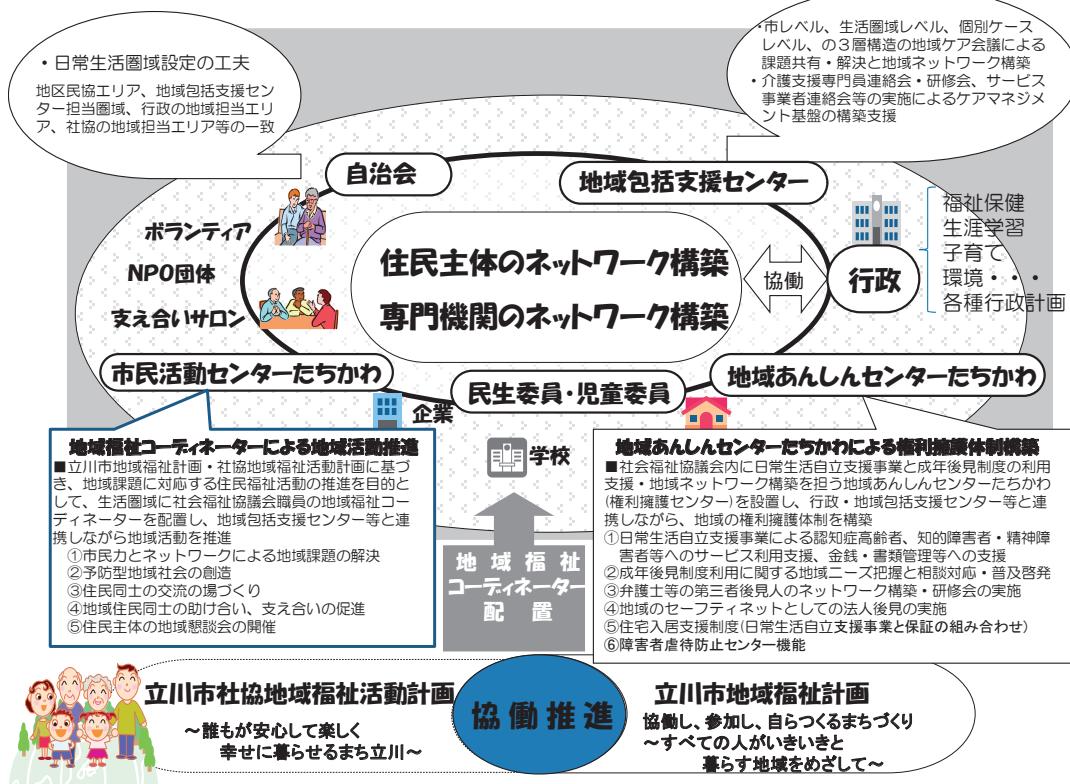
【課題認識】

- 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く、地域の関係者との調整が必要となる事例等への対応を、隨時で行っている。
- 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づつ形づくっている。

《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)の使用方法の講習会を受け、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、
-------	---

武藏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 武藏野市

【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%)
要介護要支援認定者数:	5,764人(19.7%)
地盤拠点支援センター数:	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】

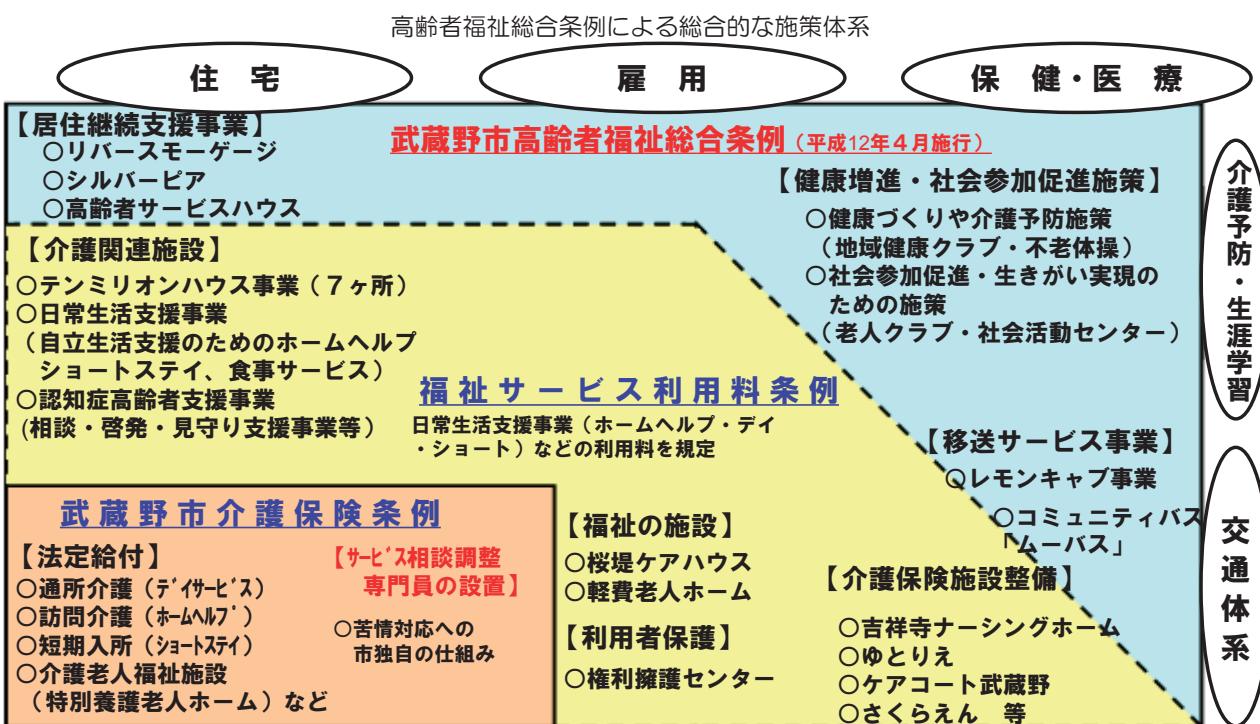
- 介護保険制度開始以前より、ボランティアによる配食サービス(昭和48年～)や福祉公社による有償在宅サービス(昭和56年～)、在宅介護支援センターを中心とした小地域完結型の福祉サービスの提供があり、介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないとの考え方から、平成12年に、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標として、「介護保険条例」制定と同時に、介護保険外の日常生活支援サービスや移送、居住継続支援、介護予防、社会参加促進、施設整備等を網羅した「武藏野市高齢者福祉総合条例」を制定した。
- 現在、総合条例の施策体系に基づいて、直営地域包括支援センター1ヵ所(基幹型地域包括支援センター機能)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。
- 武藏野市第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、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、武藏野市においては、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(脳卒中地域連携バス、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、自分で歩いて通り、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



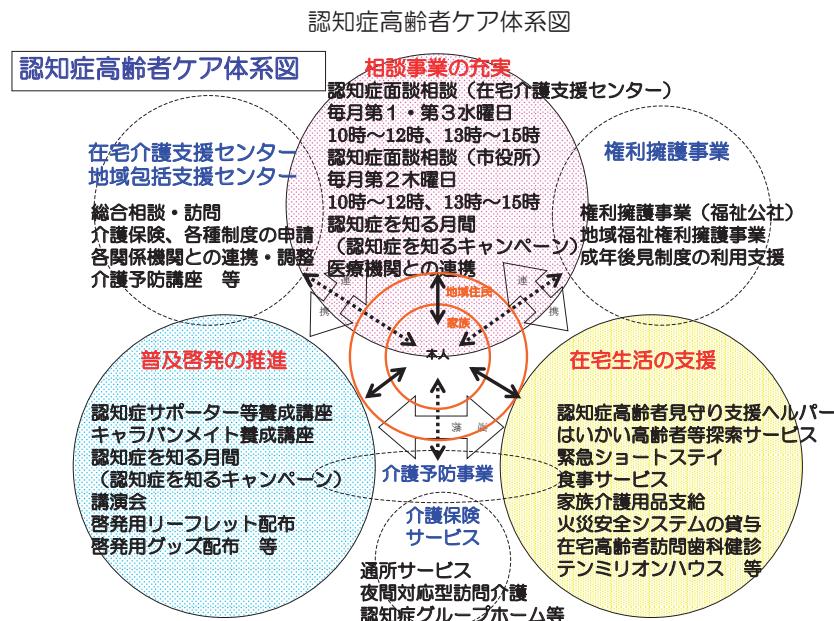
③ レモンキャブ

- 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りており、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

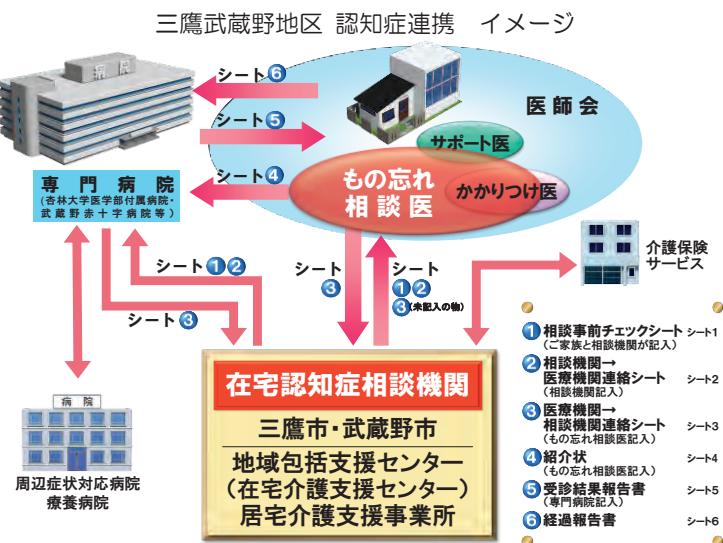
- 代表的な市独自サービスであり、介護保険サービスでは対象にならない、見守りや話し相手、散歩の付添いなどを、専門の研修を受けた訪問介護員が、週4時間以上で行っている。
- このサービスは、地区別ケース検討会（エリア別地域ケア会議機能）の中でニーズがあがり、制度化されたもの。サービスの範囲や、散歩付添い時に発生する交通費や喫茶代等の取扱いについては、訪問介護事業所と市が話し合ってルールを決めており、利用しやすいサービスになるよう柔軟に対応している。また、コーディネーターやヘルパーが利用者の性格等を勘案して歌や塗り絵等のプログラムを工夫することで、利用者が心地よく利用でき、QOLの向上に役立ってい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

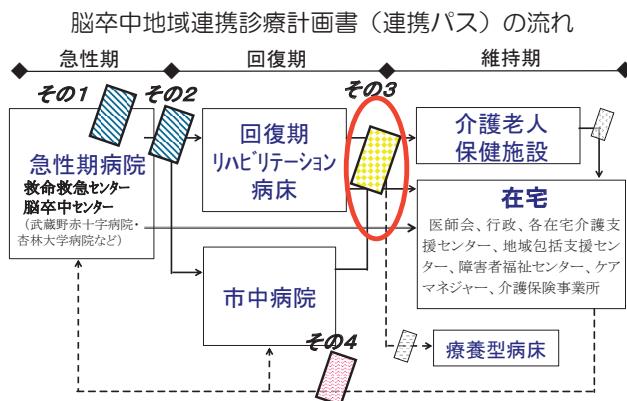


(3) 保健・医療・福祉の連携強化

- 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・多職種が定期的に集まり、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、武藏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がわ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るている。



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。

武藏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、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)
武藏野市、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(=全市的地域ケア会議機能)
武藏野市、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、ケアマネージャー、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)などを実行。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】

- 浴場開放事業やテン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を感じている。

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しており、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ト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 <ul style="list-style-type: none"> ○地域の居場所つくり(特定非営利活動法人 福祉亭) ○生活支援センター養成(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 <ul style="list-style-type: none"> ○多摩ニュータウン・ケア連携パ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 <ul style="list-style-type: none"> ○「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 <ul style="list-style-type: none"> ○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/パス事業(多摩市胃ろうネットワーク) (総務省 平成21年度ユビキタスワールド構想推進事業) ○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 <ul style="list-style-type: none"> ○「健寿の駅 多摩」(国士館大学・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 <ul style="list-style-type: none"> ○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) 地域の居場所つくり(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、先駆け的存在である。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) 生活支援センター養成（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、「生活支援センター養成研修」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」を見つけたい方向けの「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」を外來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く。

(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

(厚労省 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」(国士館大学・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))

- 地元にキャンパスを持つ国士館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に、3 カ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月よりイトヨーカ堂南大沢店がトラン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ヵ所。
- 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ヵ所前後を巡回する。

〔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ヵ所)、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た。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%)
要介護要支給認定者数:	13,343人(18.0%)
地域包括支援センター数:	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

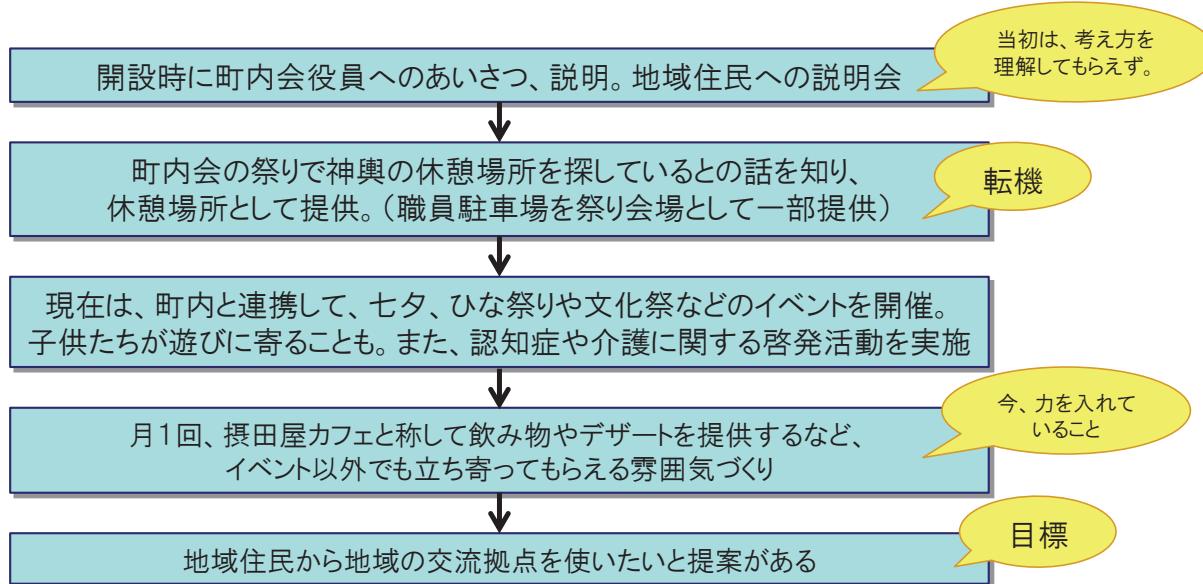
取り組み内容と方法

【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いている。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%)
要介護要支給認定者数:	8,878 人(17.4%)
地域包括支援センター数:	10 カ所
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 カ所に設置している)。
- 調査の結果、10 カ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。

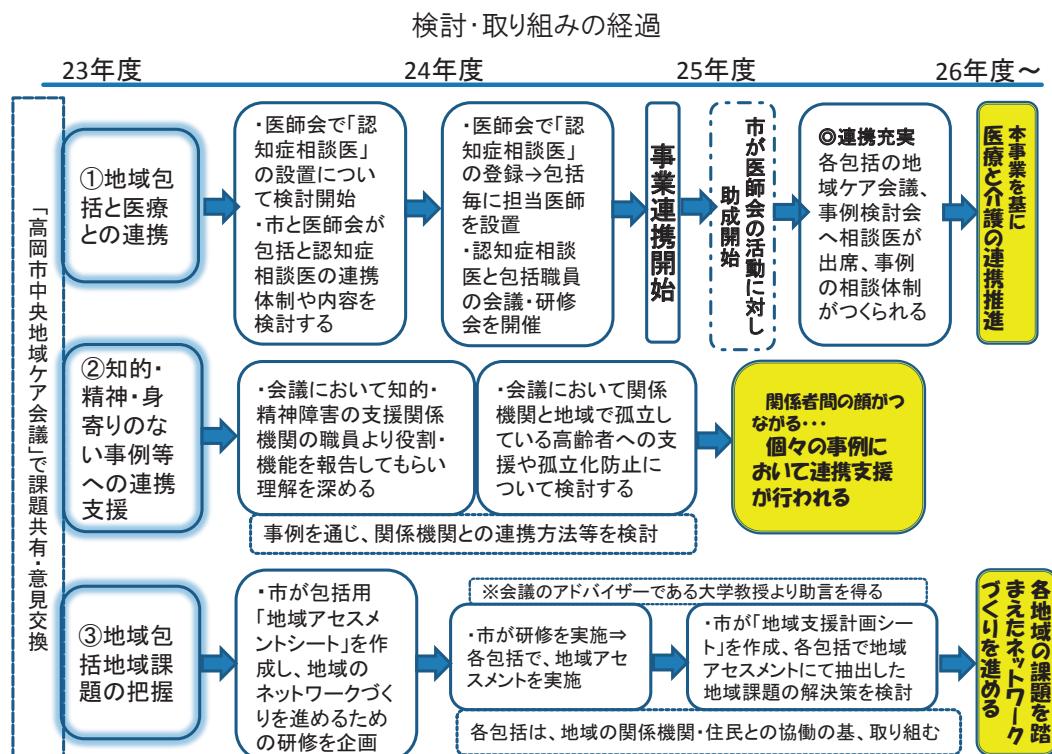
取り組み内容と方法

【高岡市中央地域ケア会議への参加機関】

- 市内 10 カ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

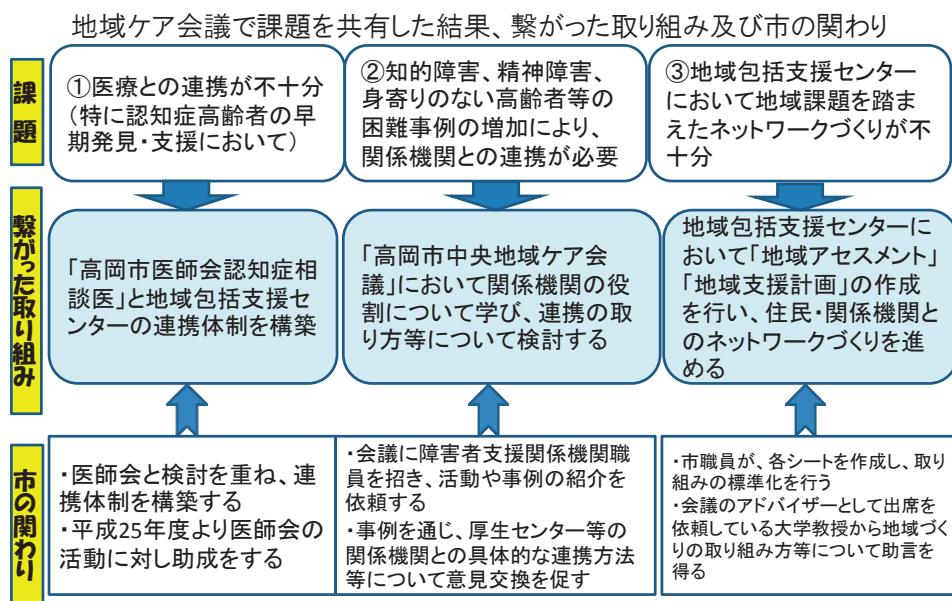
【検討の経過】

- 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 カ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。



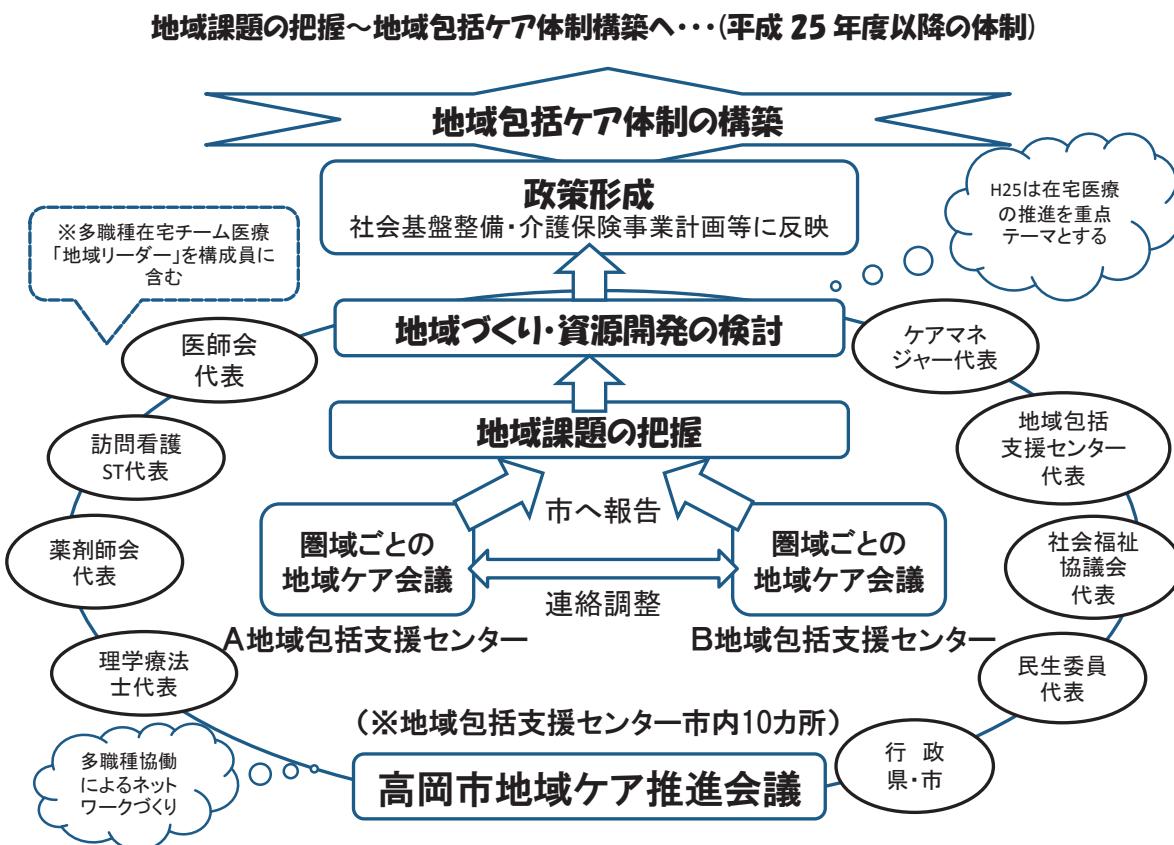
取り組みの成果と課題

【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ことが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 カ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。



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