

# 第5章

## 先進事例

本章は、各自治体における地域の実情に応じた取組の参考事例を掲載しています。  
なお、各自治体の所属名については、令和3年1月1日現在の名称です。

## 第5章 先進事例

### I 健康づくり・介護予防の推進

#### (1) 取組事例

#### 住民の主体的な活動による介護予防の取り組み

社会資源が乏しい山間過疎地域において住民主体の通いの場を展開し、「いきいき百歳体操」による介護予防の取組を推進

自治体名：野迫川村（住民課）

#### (2) 課題・背景

野迫川村は高齢化率 51% の山間へき地であり、村内の居宅介護サービス事業所は社会福祉協議会のみである。

地域資源も乏しく、サロン活動も行われていないため、住民主体の通いの場による介護予防、重度化防止を推進したいと、「地域づくりによる介護予防」に取り組んだ。

#### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

行政（村）は、住民に対して「体操をしてください。」とお願いするのではなく、住民自らが「面白くて健康にもよさそうなので、やってみたい。」と感じてもらえるよう、以下の工夫を行った。

- 説明会での資料をわかりやすく作成。
- 誰でもDVDが操作できるよう説明書を作成。
- ポイント制度があり、出席するとポイントが貯まり、ゴミ袋と引き換えが可能。
- 出席カードを作りモチベーションアップを図る。
- 体操のあとは交流の場として茶話会を設ける。

#### ①取組での課題

- 一部の地区で人が集まらない。
- 住民の高齢化もあり、DVD操作等が可能なキーパーソンがおらず、住民主体での実施に移行できていない地区がある。
- 村内全地区への普及が進まない。

#### ②課題の解決方法

- いきいき百歳体操を行うことでの健康効果等、実施のメリットについて、未実施の地区にも伝える手段として保健事業等での紹介や広報誌掲載で周知活動をする。

## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 高齢者が集まる機会やサロンのなかつたため、集まることで楽しみながら継続する意欲を高めることに役立っている（現在3地区で開催中）。
- 介護予防教室参加者以外の高齢者が興味を持ってくれ参加。
- 受け身だった高齢者が「自分のために運動する」という意識を持ってくれ積極的に参加。
- 通いの場が、住民どうしの繋がりを形成。

## (5) ポイント

- 地域づくりによる介護予防の取組は、住民の主体的な活動を行政が黒子として後押しするもの。住民のやりたいという気持ちを喚起し、継続へのモチベーションを維持する工夫が重要。
- 社会資源の乏しい山間過疎地域においても、地域の特性を考慮した工夫をすることで取組を推進することが可能。
- また、通いの場は、単に体操をする場としてだけではなく、住民どうしの互助や地域の支え合いを育み、見守り等の様々な生活支援サービスへと発展する可能性を有している。
- 加えて、効果的な体操等を取り入れることで、介護予防や重度化防止及び機能回復等、リハビリテーションの有効性を示している。
- なお、通いの場で行う体操は、効果が確認されているものであれば、いきいき百歳体操以外にも、参加者の意欲を維持できるような様々なものを取り入れることが考えられる。
- 県では、奈良県健康長寿共同事業実行委員会により考案された「誤嚥にナラン！体操」（平成26年作成）の紹介や普及も行っている。



出典) 奈良県地域包括ケア推進室 HP「地域づくりによる介護予防の推進に取り組む市町村の報告資料」

(1) 取組事例

**すべての住民が村内で暮らし続けられる仕組みづくり**

買い物支援や福祉サービス等を村内の団体や村外の民間企業と連携して販売する

(一社) かわかみらいふを設立し、「小さな拠点づくり」を推進

自治体名：川上村

(2) 課題・背景

川上村は高齢化率 57.4% (平成 27 年国勢調査) であり、また都市部に住む子どもからの呼び寄せによる高齢の親の転出が増加傾向にあった。

そこで、すべての住民が村で住み続けられる仕組みづくりを目指し、買い物支援や福祉サービスなどを村内の団体や村外の民間企業と連携して販売する (一社) かわかみらいふを設立した

(3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 買い物支援として地元スーパーと連携し、「移動スーパー」を運行。
- 民間企業と連携して、商品を配達。
- 「移動スーパー」に看護師、歯科衛生士が同行し、健康 (健口) づくりや健康相談など暮らしに身近な場所で生活をサポート。
- 生活基盤や地域産業の支えとして、廃業するガソリンスタンドを承継。給油や灯油配達だけでなく、消防団活動や災害時の備蓄、油庫としての役割を担っている。
- コミュニティカフェ「ふれあいセンター」を運営し、地域住民の集いの場として世代間交流を支援。
- これらすべての事業において、村民がサービスと商品の提供を担うことで持続可能なビジネスモデル (地域内経済循環) を確立。

①取組での課題

- ドア to ドアのサービスやいたれりつくせりでは、自助や互助のスキームが成り立ちにくく、地域の課題は、自分ごとである意識の醸成が重要。

②課題の解決方法

- 例えば、移動スーパーでは、元気に外出できる方には、出てきてもらい、支援が必要な方には、個別配達を行う等、個人の状況に応じて対応。また事業展開と成果を数値化、見える化し、誰もおいてきぼりにしない村づくりを共有発信した。

## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 看護師等が直接地域に出向き、住民と対話をする中で健康状態を把握し、問題があれば地域ケア会議にて協議することで、地域包括ケアシステムへつなぐことが可能。
- 買い物を通じて住民と村との接点を持ち、さらに日々の暮らしの安心という付加価値をプラスすることで、新たな雇用や地域内経済循環にも寄与。

	平成 28 年	令和元年
雇用者数	11 名	21 名 (90%増)
移動スーパーの売上金額	32,567,613	35,578,869 (9%増)
サービスステーション(ガソリンスタンド)売上金額	84,247,538	116,568,344 (38%増)
15歳以下のこどもの数	68 名	77 名 (13%増)



出典) (一社) かわかみらいふ HP

## (5) ポイント

- 買い物支援のサービスを単体で提供するのではなく、買い物という日常生活の場面に、看護師や歯科衛生士が一緒に出かけていくことで、健康管理や介護予防・予防医療の機能を併せて担っている。
- 移動スーパーという方法が着目されるが、他市町村においては、多様な主体と連携することで複合的なサービスの提供を可能としていることや、住民自身がサービス提供の担い手として参画できるよう工夫していること等が参考になる事例である。

## Ⅱ 生活支援サービスの充実

### (1) 取組事例

#### 複数自治体の協力による広域での成年後見制度の利用促進

##### 中核機関の設置による成年後見制度活用促進事業の推進

自治体名：旭川市（福祉保険課）

### (2) 課題・背景

当事者団体や専門職、福祉団体が中心となり、平成23年5月に「旭川福祉後見支援研究会」を立ち上げ、福祉ニーズに着目したニーズ・実態調査を行った結果、必要があるにもかかわらず成年後見制度利用に至っていない方が2,000名以上いることが明らかになった。

同研究会から「初期相談から利用支援まで一体として取り組み、関係する諸機関・団体がネットワークを形成し、活動展開が可能となるような『公的な専門機関設置』が必要」との提言を平成23年11月に受けた。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

#### ○ 「旭川成年後見支援センター」の設置（平成25年5月）

- ・研究会による提言を受け、高齢化が今後も進展することが想定される中で、成年後見制度の相談や利用支援等を行う専門機関の設置が必要であると判断し、「旭川市成年後見制度利用支援体制検討委員会」において専門機関の機能等を検討した結果を踏まえ、旭川市社会福祉協議会に委託する形で「旭川成年後見支援センター」を設置。
- ・また、近隣町とも協議し、1市8町※の定住自立圏で成年後見推進事業の実施に関する協定を締結。

※旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町

#### ①取組での課題

- 新規設置にあたり、センター設置の理念や目的、具体的な機能の設定方法、近隣町との具体的な連携方法について検討が必要。

#### ②課題の解決方法

- 平成24年度において、「旭川市成年後見制度利用支援体制検討委員会」を立ち上げ、学識経験者や弁護士、司法書士等、成年後見制度、地域福祉に精通している委員により、総合的な支援体制のあり方について検討する場を設け、計7回にわたる協議を重ね、センター設置の理念や機能を具現化。
- 連携する近隣町との「事業担当者会議」を計4回開催し、具体的な連携手法や費用負担等について具現化。



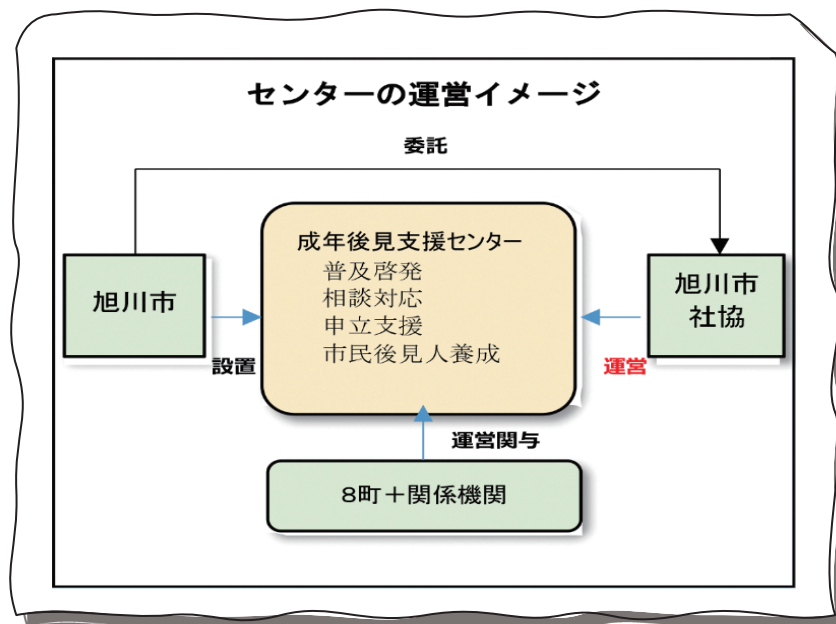
## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

## ○ 成年後見支援センターの有効的な活用

- ・センターでは、主に、相談、成年後見制度の手続き支援、成年後見制度の普及・啓発、市民後見人の養成・受任中の支援を行う。また8町は1次的な相談窓口対応を行い、2次的にセンターが相談を受ける体制をとっている。なお、広報・制度の普及啓発活動や、ケースのアセスメントに関しては、センターが直接行っており、市町の窓口担当職員向けの研修も行っている。

## ■旭川成年後見支援センターの運営イメージ



出典) 中核機関の立ち上げ・先駆的取組事例集

## (5) ポイント

- 1人暮らし高齢者及び認知症高齢者の増加に伴い、成年後見制度の普及等、高齢者への権利擁護支援はますますその重要性を増している。
- 本県においては、成年後見制度の普及・活用等を含む権利擁護支援を専門的に担う権利擁護センターの設置も低調である。
- 小規模な自治体では単独で専門職を確保し、成年後見制度の普及や権利擁護支援に取り組むことは難しいと考えられる。
- このため、県内市町村においても、本事例を参考に複数の市町村で権利擁護センターの設置に向けた検討や議論を深められたい。

### Ⅲ 認知症施策の推進

#### (1) 取組事例

#### チームオレンジの設立

認知症ステップアップ講座を開催し、チームオレンジを立ち上げ、認知症カフェの運営等により、認知症への理解や本人・家族への支援を推進

自治体名：安堵町（健康福祉課）

#### (2) 課題・背景

安堵町では493名（令和元年3月末現在）の認知症サポーターを養成。  
また、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトとの連絡会を開催することで、講座の開催だけでなく、認知症施策全体について検討する場となっていた。  
その中で認知症の方や家族の居場所、地域の交流の場が必要であることや、養成したサポーターの具体的な活動の場がないことが課題として挙げられ、認知症ステップアップ講座の開催に繋がった。

#### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- ステップアップ講座の開催
  - ・町内在住の認知症サポーター養成講座を受けたことがある方を対象にステップアップ講座を開催（開催日はカフェを開催できる木曜日にあわせて調整）。
  - ・ステップアップ講座の内容は、認知症の理解を深めるため、認知症になった際にどういった生活をしたいかを話し合い、見守り・声かけ模擬訓練の実施や代表者同行での認知症カフェ見学を実施。
- カフェの開催とチームオレンジの立ち上げ
  - ・ステップアップ講座の最後にサポーターとしてできることを話し合い、講座後に認知症カフェ立ち上げ会議を行うことで、カフェの開催とチームオレンジ安堵の立ち上げに繋がった。

#### ①取組での課題

- 認知症サポーター養成講座を受講してから数年経っているサポーターも多く、ステップアップ講座の周知や受講者の確保が課題であった。
- 講座後のサポーターの具体的な活動の場として、認知症カフェの開催場所の確保が必要であった。
- 当初認知症にやさしいまちづくりを進める目的でチームが立ち上がり、認知症カフェの運営を行っていたが、カフェを行うことが目的ようになってきてしまっていた。



## ②課題の解決方法

- ステップアップ講座開催の前に、当事者の体験談等を主にした認知症講演会を開催し、認知症への理解を深めるとともに、ステップアップ講座の案内を行った。
- キャラバン・メイトがいる町内の介護事業所より認知症カフェの開催場所と参加者の送迎の協力を得られることとなり、その後の活動に繋がった。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、カフェを中止したことで、チームの活動ができない状況が続いたが、活動の目的や内容をチームのメンバーや活動に関わる専門職と改めて話し合う機会を持ち、認知症への理解を深める活動（チームのスキルアップや啓発、居場所づくり）を行っていくことを再確認した。

## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 取組を通して、認知症サポーターの人数が616名（令和2年10月末現在）に増加した。
  - 今まで町内になかった認知症カフェ1か所立ち上げ。
  - 認知症当事者のカフェへの参加
    - ・ カフェは月に1回開催しており、平均25名程の参加者の中に、認知症当事者の方が4～5名参加。
    - ・ 認知症カフェを通じた家族の相談から認知症の本人のカフェの参加につながり、またメンバーの近所に住む認知症の本人がカフェに参加するようになった。
- また、チームオレンジが認知症当事者夫婦や認知症の家族を介護している方、高齢のメンバーの活躍の場や生きがいに繋がる活動になっている。

## (5) ポイント

- 認知症の取組を進めていく上では、認知症の本人の声を聴くことが重要。
- 本事例では、当事者が講師となる講演会を開催する等、認知症の本人が思いや意見を発信する機会を設け、その声を聴きながら取組を推進。
- 認知症カフェの運営を通じて、認知症の本人やその家族の参加が増える等、地域の繋がりが拡大。
- 地域の介護事業所の協力を得る等、多様な主体が参加することで、認知症にやさしい地域づくりへとより一層発展していく可能性を示唆。

出典) 安堵町社会福祉協議会 HP

(1) 取組事例

**S I B（成果連動型支払事業）を採用した認知症予防教室「活脳教室」の開催  
認知機能の改善、高齢者の居場所づくり、介護給付費の適正化を目指した、  
認知症予防プログラムの推進**

自治体名：天理市（福祉政策課）

(2) 課題・背景

今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者とその家族等介護者への支援及び介護給付の適正化等が課題であり、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症になる予測のなかで、認知症予防に力を入れる必要があった。

(3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

○ S I B事業における認知症予防プログラムの参加（平成27年度）

- ・経済産業省の「健康寿命延伸産業創出推進事業」において、公文教育研究会学習療法センターと慶應義塾大学が実施するS I B事業を見据えた認知症予防プログラムの実施フィールドとして参加。
- ・翌年にMMSE※の改善率等に応じた委託費の支払の仕組みを検討（平成28年度）

※認知症スクリーニング検査の一つ。

- ・その後、1教室20名定員で事業を実施。（平成29年度～平成30年度）

認知機能の維持改善、社会参加意欲の向上等の成果を確認できたことで、令和元年度からは6教室120名定員でプロジェクトを市内全域に展開している。

①取組での課題

- 本プロジェクトは、成果連動の支払いのリスクを公文教育研究会学習療法センターが負っているが、事業を持続させていくための適正な成果指標の設定が課題であった。

②課題の解決方法

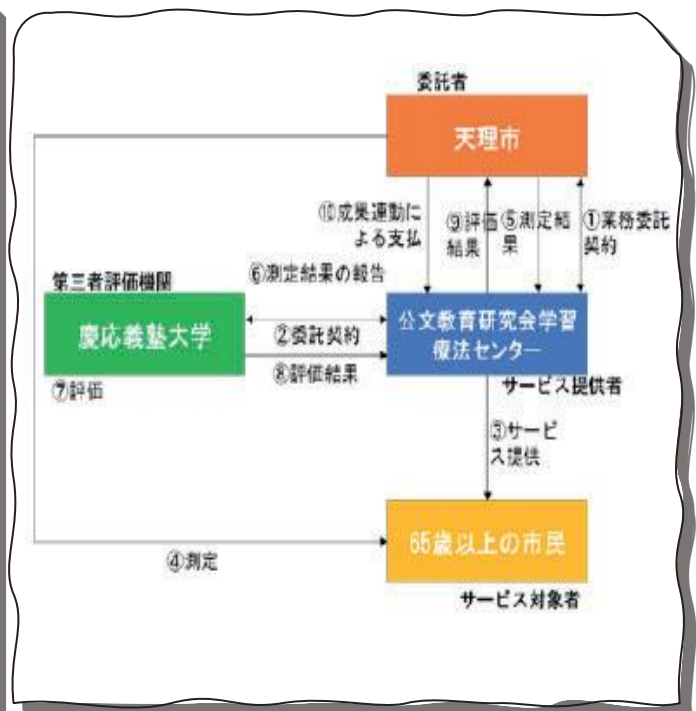
- 事業を実施し、関係者で経験を積み上げ、適正な成果指標を見出す。

## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 令和元年度は 116 名の高齢者が受講者として参加、43 名の地域ボランティアがサポーターとして受講者を支援。
- 受講者のうち当初 MMSE の値が 26 点以下であった人のうち、6 か月のプログラム実施後、95%の人が維持または改善。また、当初 MMSE の値が 27 点以上の健常域であった方の 95%が最終的に健常域を維持。
- アンケートでは、規則正しい生活になった、別のサークルにも参加するようになった、人とよく話すようになった等、社会参加に前向きになる参加者も多くみられた。
- また、天理市では、認知症予防プログラムだけでなく、認知症になった方やその家族の支援として、認知症ケアパスの配布や、認知症カフェの開催等による取組を行っている。

## ■事業体制イメージ



出典）内閣府成果連動型支払民間契約方式（PFS）ポータルサイトよりPFS事業事例集

## (5) ポイント

- 「認知症予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。
- また、認知症の予防には、運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されている。
- 認知症予防の取組は、たとえ認知症になってもこれまでの関係性から切り離されないよう、継続して参加できる工夫が必要。
- 加えて、認知症の容態や進行に合わせて参加できる機会の創出や利用できる支援等も予防の取組と併せて整備することが求められ、本事例では、認知症カフェの開催等に取り組んでいる。
- 認知症の人とその家族等介護者を支えるサービスは、介護や医療といった公的な制度の利用だけで考えるのではなく、認知症になっても可能な限りこれまでと同じような生活を続けることができるよう、社会全体で受け入れ支える地域づくりの取組も必要。

## IV 在宅介護の提供体制の整備

### (1) 取組事例

**介護予防ケアマネジメントや通所型サービスCを中心とした総合事業の展開**  
**地域共生社会の実現に向け、通所型サービスC（短期集中予防サービス）と一般介護予防事業**  
**の連動や地域ケア会議を通じた自立支援や庁内連携等の取組を推進**  
自治体名：生駒市（地域包括ケア推進課）

### (2) 課題・背景

生駒市では、坂道が多く、課題を抱えた高齢者が引きこもりがちになってしまう傾向があった。その中で、市町村介護予防強化推進事業（モデル事業）へ参加することにより、軽度認定者や虚弱高齢者等の自立支援を考える上で必要なメニューや、居場所づくりを検証できる機会に恵まれ、早期に総合事業へ移行することが可能となった。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 身体機能向上や転倒予防等の通所型サービスCの展開
  - ・ 身体機能・動作能力、口腔機能や栄養状態の改善を目指し、目標達成に向けた自立支援を行う「パワーアップPLUS教室」や「パワーアップ教室」、また転倒を予防するための運動や家屋内の環境調整に関する学習を通し、転ばないための身体づくりを行う「転倒予防教室」等を展開。
  - ・ 在宅での予防として通所型サービスと訪問型サービスのセット利用を促進
- 通所型サービスCと一般介護予防事業の連動
  - ・ 教室参加後、参加者を一般介護予防事業や地域の通いの場、ボランティア活動へ繋げる。また今後は地域での応援者として活動を促進。
- 地域ケア会議の充実
  - ・ 課題や目標設定、進捗の確認等、自立支援に必要な要素について確認し、支援やリスク管理を多職種で徹底。

#### ①取組での課題

- 地域ケア会議や、通所型サービスCを有益な取組とするため、担当課職員、地域包括支援センター職員、事業所職員等の関係者の質の向上が必須であり、特に担当課職員については、地域ケア会議の限られた時間の中、議論すべき点を絞り、帳票類やアセスメントの内容について検討・協議する必要があることから、一定以上の経験や能力が必要。
- また、地域包括支援センターのプラン担当者のアセスメントやプラン作成において、一定のものにする必要があるため、地域包括支援センター職員の技量の向上や平準化が重要。



②課題の解決方法

- 担当課職員や地域包括支援センター職員との様々な関わり、また実際の地域ケア会議の運営等の中で、都度必要な記入要領等を作成することで、職員の技量の向上や平準化をはかり、対応している。

(4) 結果・効果

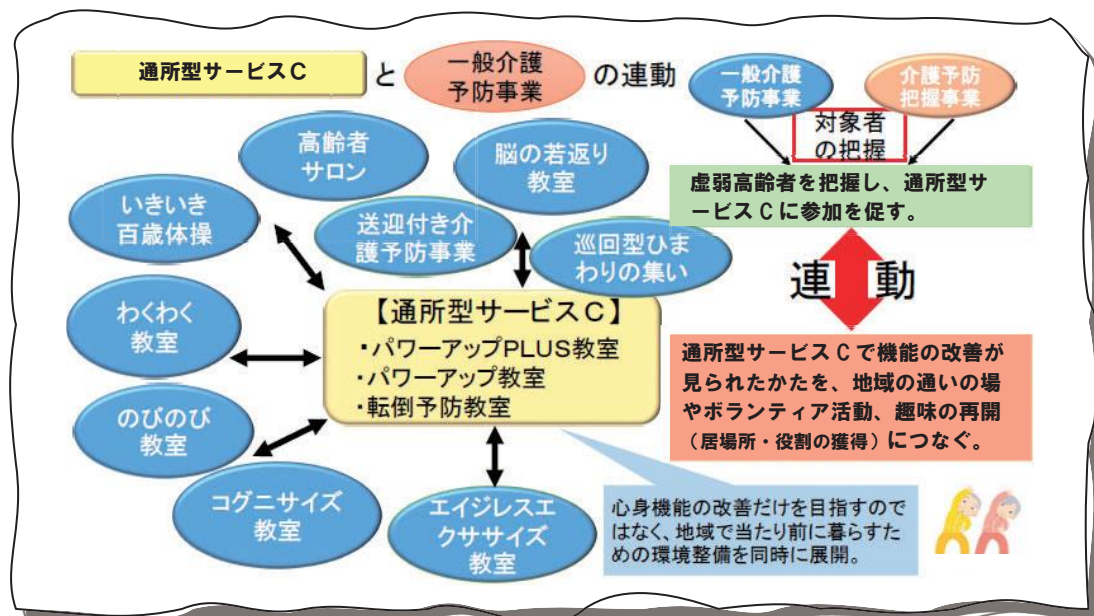
取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 通所型サービスCの利用者の多くが、地域の通いの場や、セルフケアでの維持へ  
・令和元年度の通所型サービスC利用者のうち、73%が地域の通いの場やセルフケアでの維持へつながっている。

(5) ポイント

- 本事例では、介護予防等における的確なアセスメントの重要性を関係者で共有し、効果的なアセスメントを行うためのシートの開発等にも取り組んだ。
- 高齢者の心身機能の課題に加え、生活上の課題についても居宅を訪問し周辺環境を把握する等、ひとりひとりの状態に応じたきめ細かな対応により在宅生活の継続に繋がるよう支援を実施。
- 本事例のように通所型サービスだけでなく、訪問型サービスを組み合わせることで、理学療法士等が自宅や自宅周辺の環境もアセスメントすることは、課題解決に向けた支援を行う上で効果的である。
- また、サービスの利用後を想定し、地域の活動やセルフケアでの維持に繋げるような取組を推進することが重要であり、状態の変化に応じて参加・利用できる多様なサービスを創出し、それらが連動することで在宅生活の継続を可能としている。

■通所型サービスCと一般介護予防事業の連動イメージ図



出典) 地域包括ケア「見える化」システムより生駒市取組事例

## V 在宅医療の提供体制の整備

### (1) 取組事例

#### 在宅医療と介護の連携による支援体制の整備

新たな拠点の開設、ガイドブックの作成、ICTの活用等による医療介護連携の推進

自治体名：宇陀市（医療介護あんしんセンター）

### (2) 課題・背景

宇陀市では『健幸都市“ウェルネスシティ宇陀市”』を掲げ、市民の誰もが健康で幸せと思えるまちづくりを進めており、「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

今後、超高齢化が進む宇陀市において、在宅医療と介護の連携の課題について協議する中で、これからの地域包括ケアシステムの構築のために、「在宅医療と介護の連携」が重要となる中、平成27年度に在宅医療や介護についての相談や連携を推進する拠点として「宇陀市医療介護あんしんセンター」を開設した。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 医療介護あんしんセンターでは、地域包括支援センター業務と在宅医療・介護連携支援、認知症総合支援事業を行っている。
- 「宇陀地区医師会」や「宇陀在宅医療を推進する会」の協力を得て、医療や介護の情報をまとめた「医療と介護のガイドブック」を作成。
- 宇陀けあネット※を利用することにより、インターネット上で医療と介護の関係者が、必要な時に必要な情報を即座に閲覧することが可能。また、事業所間で24時間、質問やそれに対する回答を行うことができ、コミュニケーションの手段としても利用可能。

※宇陀けあネット：医療介護者の中で、お互いの持つ情報をインターネットを通じて、迅速、確実かつ安全に、共有するための仕組みの一部

#### ①取組での課題

- 在宅医療と介護連携の拠点を市立病院が担うのか、地域包括支援センターで担うのか、議論が分かれていた。
- 市民には、在宅医療や介護が必要となってもどこに相談すればいいのか、利用できる資源がどこにあるのか十分に周知されておらず、切れ目ない支援ができていなかった。
- 介護支援専門員は、利用者の主治医との連絡調整や入退院時の調整に困難を感じていた。宇陀けあネットを導入するにあたり、各職種が必要とする情報を開示し活用する方法や、個人情報の保護について意見が分かれた。



②課題の解決方法

- 地域包括支援センターのネットワークを活用し、新たな拠点とすることを決定した。
- 「医療と介護のガイドブック」について、住民が相談できる場として、自治会や老人会に出前講座を実施し、「宇陀市医療介護あんしんセンター」を紹介。市内で活用できる最新の社会資源をホームページで閲覧可能とした。
- 宇陀けあネットについて、地区医師会、市立病院、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、介護支援専門員、通所介護、訪問介護、あんしんセンター、行政で構成する推進委員会を開催し、共通認識を深めて利用率を向上させた。

(4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 医療と介護の連携会議を定期的開催することで、顔の見える関係ができ、日常の業務において、情報交換しやすい関係を構築。
- 医療の相談件数が増加し、地域の医療ニーズに対応。  
【相談件数】初回のみ（実件数）  
平成26年度（地域包括支援センターのみ） 総数 763件（医療関係 94件）  
⇒令和元年度 総数 1,060件（医療関係 207件）
- 宇陀けあネットを利用頻度が増加し、医療と介護の連携が強化。  
【宇陀けあネットの月別アクセス数】平成31年2月 830件⇒令和2年8月 1,984件

(5) ポイント

- 県内の自治体においては、今後、超高齢化が進み、在宅医療等の医療ニーズが高まる中で、既存のネットワークを活用することによる対応等も有効である。
- ICTを活用した取組により、即座に関係者間の連携が可能。本取組のほか、様々な取組に効果的な取り入れが可能と考えられる。

■宇陀市地域包括ケアシステム全体広報イメージ図

■医療と介護のガイドブックより「訪問看護マップ」



出典) 宇陀市 HP

## VI 医療・介護連携の推進

### (1) 取組事例

#### 在宅医療・介護連携推進事業の実施

##### 情報ツールの作成等による在宅医療・介護連携ネットワークの構築の推進

自治体名：大和郡山市（地域包括ケア推進課）

### (2) 課題・背景

医療と介護の両方を必要とすることの多い高齢者が、住み慣れた家で最期を迎えたいという希望を可能なかぎり叶えられるよう支援するために、在宅医療と介護サービスの一体的な提供を図る必要がある。そのため、市民が健康状態や介護について相談しやすい環境づくりや、病院への入退院時に継続して必要なケアを受けることができる情報連携システム、医療と介護の関係者が相談しやすい体制づくり等、在宅医療・介護連携のネットワーク構築を推進。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 在宅医療・介護連携推進会議の開催（平成 28 年度～）
- 具体的な取組における作業部会を設置し、展開
  - ・ 作業部会 A 「顔の見える関係づくり」（平成 29 年度～）  
研修会の共同開催や事例検討など職能の相互理解を深め、多職種連携の充実を図る。
  - ・ 作業部会 B 「情報連携ツール」（平成 29 年度～）  
患者（利用者）を介して繋がる多職種同士が効果的な情報共有の方法について検討。  
「大和郡山市在宅医療・介護連携シート」を作成。
  - ・ 作業部会 C 「在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携」（平成 29 年度～）  
在宅から病院、病院から在宅へのシームレスな医療と介護の支援が行えるよう在宅医療・介護関係者と病院関係者が、平時・入院時・退院時に行う連携について必要なルールを検討し運用。「在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアル」を作成。
  - ・ 作業部会 D 「認知症高齢者等への支援」（平成 30 年度～）  
認知症高齢者等が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、本人主体を基本とした医療と介護の支援体制の構築について協議。
  - ・ 作業部会 E 「看取りの支援」（令和元年度～）  
看取りにおいて本人や家族の意思を尊重した様々な支援を行うため、看取りについての実態把握と課題への取組みについて検討。
- 大和郡山市在宅医療介護支援センターによる相談対応等（平成 29 年度～）
  - ・ 市民や地域の医療、介護等関係者からの在宅医療や、退院調整にかかわる相談に対応。
  - ・ 退院時、在宅主治医が必要になった場合に、病状や必要な医療に応じて在宅主治医の決定までの支援。

#### ①取組での課題

- 介護や医療の関係者等、関係機関が一堂に集まり協議する機会が年間複数回あり、また、具体的な取組を実現させるため、関係者の継続した協力が必要。
- 在宅医療と介護の関係者が関わる複合的な課題は多く、また感染症対策等随時対応することが求められる。

## ②課題の解決方法

- 市医師会からの協力（本事業の協力要請や助言等について、関係機関へ発信等）により、協力機関の長の理解が得られ、具体的な取組の検討の継続が可能となった。また、協議を重ねるごとに、関係者が自由な意見交換を行うことで、職能の相互理解が進み、研修会の共同開催等「顔の見える関係づくり」を深めることができた。
- 作業部会の活動を通じ、全体での課題の共有・具体的な取組への一連の工程がスムーズになった。このことにより、各団体から日々の支援活動や社会情勢の変化に基づく様々な課題が提起され、本事業で協議を始めることが増えた。

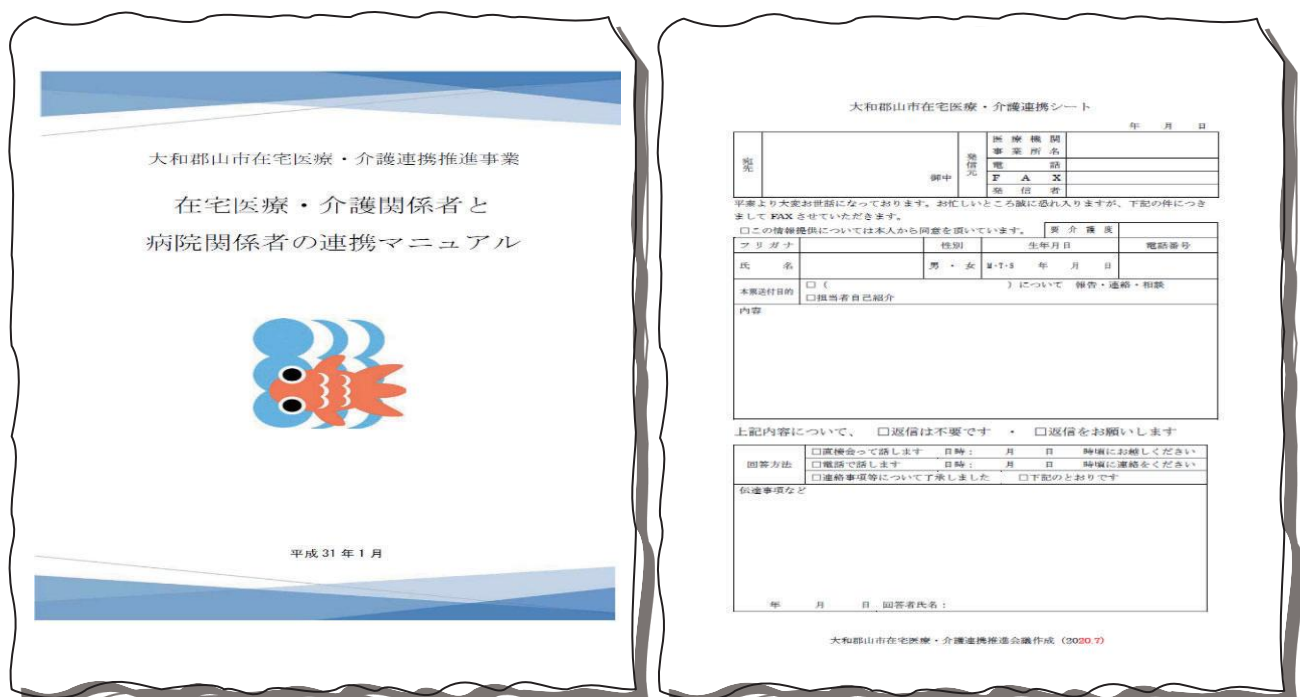
## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 「顔の見える関係づくり」により、研修会の共同開催や、事例検討など多職種の交流が増加
  - ・ 研修会、他職種交流の回数  
平成29年度 2回、平成30年度 11回、令和元年度 9回
- 新型コロナウイルス感染症等の新たな課題への対応について
  - ・ コロナ禍における情報連携の在り方や感染予防の取組など、在宅医療・介護関係者の抱える課題について検討。アンケート調査などを踏まえて動画配信によるWeb研修会を開催。
- 地域の医療、介護ニーズへの対応
  - ・ 在宅医療介護支援センターへの相談件数（延べ）  
平成29年度（下半期）36件、平成30年度 84件、令和元年度 96件

## (5) ポイント

- 高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるための支援として、在宅医療と介護サービスの一体的な提供体制の構築が必要。
- また医療・介護の連携体制の構築により、新型コロナウイルス等の新たな課題が発生した際にも、連携した対応が可能。



出典) 大和郡山市 HP 「在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアル」  
「大和郡山市在宅医療・介護連携シート」

(1) 取組事例

**医療・介護等多職種連携の推進に向けた地域ケア会議等の充実**

**地域ケア会議を通じた医療と介護専門職のネットワークの構築の推進**

自治体名：檀原市（地域包括支援課）

(2) 課題・背景

第6期計画期間（平成27年度～平成29年度）に市内を7区域に分け、中学校区街の介護相談室を中心に区域ごとに医療介護連携地域ケア会議を開催し、地域課題を共有し解決策を検討するとともに、医療と介護の専門職のネットワークづくりの取組を推進。

また、第7期計画期間（平成30年度～令和2年度）は、地域課題を市全体で共有し解決に取り組んでいる。さらに、各区域で「顔の見える関係」となった医療と介護の専門職のネットワークをさらに日常業務で協力しあえる関係と深化するために取り組んでいる。

(3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 「褥瘡予防チェックシート」や「連携ノート」等の情報共有ツールの作成（第6期計画期間）
  - ・ 中学校区医療介護連携地域ケア会議を通して、地域課題の解決策として作成。
- 上記会議における課題や作成した情報共有ツール等の共有、普及
  - ・ 医療介護専門職の代表等で構成される「市在宅医療介護連携地域ケア会議」にて、市全体で共有し普及。（平成30年度～）
  - ・ 市内の医療介護専門職が参加の「在宅医療介護連携会議」にて共有し普及。（令和元年度）
- 「薬剤師ケアマネ合同会議」の開催（令和元年度）
  - ・ 各区域で「顔の見える関係」となった薬剤師とケアマネのネットワークをさらに日常業務で相談しあえる関係と深化するため「薬剤師ケアマネ合同会議」を開催した。

①取組での課題

- 中学校区医療介護連携地域ケア会議を7か所で開催したが、地域課題の抽出や解決策の検討においてバラツキが生じた。
- 中学校区で検討した課題を市全体で共有する際、検討課題への問題意識のなかった区域との温度差により、解決に向けた取組が円滑に進まない。

②課題の解決方法

- 主催する中学校区街の介護相談室の担当者同士での情報共有や、意見交換の場を設定。しかしながら、各区域の平準化までには至らなかった。そのため、第8期計画期間（令和3年度～令和5年度）において、課題の抽出や解決策の検討を市全体で行い、研修や交流会を各区域で行うことで、専門職のネットワーク体制の深化推進を図っていく。

(4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 医療と介護の連携関係の構築
  - ・ 中学校区医療介護連携地域ケア会議、在宅医療介護連携会議、薬剤師ケアマネ合同会議のほか、年2回の病院ケアマネ合同会議等を繰り返す中で、顔の見える関係から日常業務において協力しあえる関係となり、コロナ禍においてもスムーズに連携が可能。

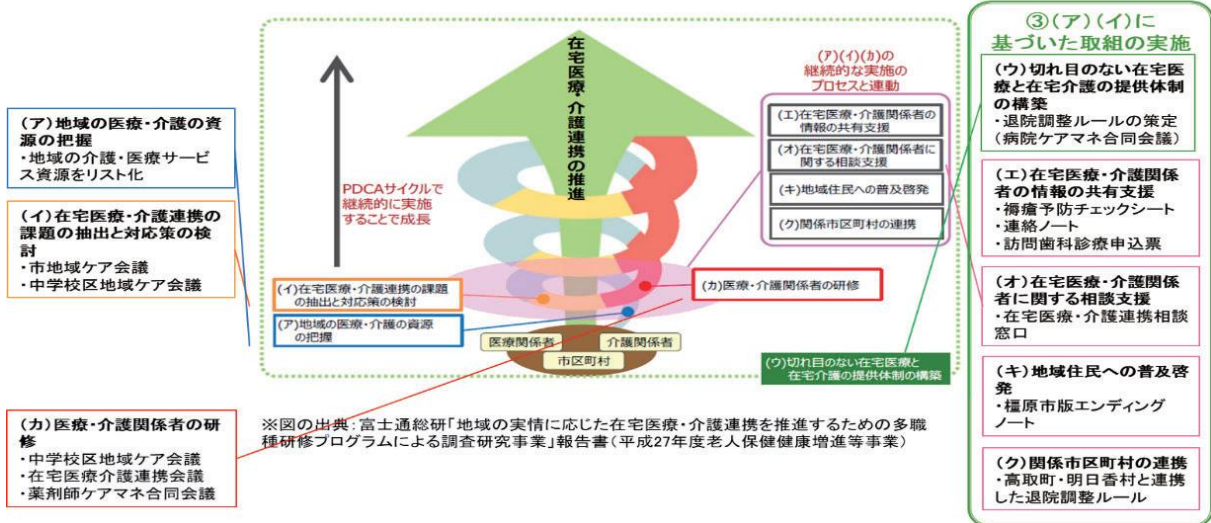


(5) ポイント

- 地域の課題を自治体全体として共有することにより、同様の課題を抱える地域の課題解決に繋げることができる。
- 高齢者のサービスのニーズが多様化する中で、医療と介護等の専門職との連携が重要となっており、地域課題の解決策である情報共有ツールの作成をきっかけとして、各専門職との関係づくりや多職種ネットワークを形成していること等が参考となる事例である。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組イメージ

檜原市における  
在宅医療・介護連携推進事業の取組



■褥瘡チェックシート


とこ じょくそう

## 床ずれ(褥瘡)予防

### チェックシート

ご存知ですか？出来ると怖い  
痛くてつらい床ずれについて・・・

知っておきましょう  
床ずれの症状と  
予防方法



制作：檜原市大成中学校区  
「褥瘡及び摂食嚥下困難者支援対策チーム」

◀例え▶

チェック項目	A	B	C	D	E
① お箸や食器を使うのが難しい、食べなくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 昔に比べて食べる量が減ってきている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 食事の好き嫌いが多く、同じものばかり食べている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ あまり水分を取らない(1日ペットボトル500ml 2本以下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 食事が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ あなたはやせ型ですか？ このところ痩せてきていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ オムツをしていたり、尿・便漏れが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ おむつをしているがあまり交換しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ あまりお風呂に入っていない/入り難くなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 皮膚が不清潔/体臭が気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ (認知症等)意志疎通が困難/出来ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ 痛みを訴える事が少ない/痛みを感じにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ 歯がない/入れ歯をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ 入れ歯をしているが合わない/口の中が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 虫歯や口腔内のトラブルがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯ 車椅子に長時間座る事が多い/姿勢を自分で直せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑰ 自分で起き上がりが出来ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑱ 自分で寝返りが出来ない/出来にくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑲ 家では寝ている時間が長い/あまり動かず閉じこもりがち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑳ 体に麻痺やしびれがある/動かしにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉑ リウマチなど手足が変形している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉒ 円背である・骨の突出している部分がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉓ 薬がうまく飲みこめない/間違えたり、吞ったりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉔ 糖尿病がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉕ 受診が出来ていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉖ 衣類・シーツにしわや片寄りがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉗ 掛け布団が重たい、マットレスや布団が硬い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉘ 介護してくれる人がいない/いても上手く介護が出来ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉙ 体に痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉚ 皮膚が弱い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉛ 身体にむくみ(浮腫)がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

出典) 檜原市地域包括支援課提供

## Ⅷ 魅力ある介護職場づくり

### (1) 取組事例

#### 職員が安心して長く働ける職場環境の整備及び利用者の二次障害の防止 福祉機器や用具を活用したノーリフティングケアの推進

自治体名：高知県（地域福祉政策課）

### (2) 課題・背景

「身体的に負担が大きい」という介護業界のネガティブイメージを払拭し、職員が安心して長く働ける職場環境を整備するために、介護の職業病とも言われる「腰痛」問題の解消に着目。

介護の現場では、利用者の移乗や入浴、排泄介助といった様々な場面で、腰痛の要因となる「持ち上げ」や「抱え上げ」が日常的に行われているため、こうした職場環境の改善に向けて、対象者の状態に合わせて福祉機器や用具（以下「福祉用具」）を有効に活用し、持ち上げない・抱え上げない・引きずらないノーリフティングケアを推進。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 福祉機器導入を支援するための補助金の創設（平成 26 年度）
- 関係団体と連携した研修の開催、モデル施設づくり等の事業の開始（平成 27 年度）
  - ・「福祉機器を使うことに抵抗感がある職員が少なくない」、「福祉機器を使いこなせない」、「組織で活用が定着しない」といった課題があり、福祉機器導入の阻害要因となっていたことから、「抱え上げない介護＝ノーリフト」を推進している日本ノーリフト協会高知支部と連携し、職員の働き方に対する意識やケアのあり方を変革するため、ノーリフティングケアの意義や目的、正しいケアの技術と適切な機器活用について学べる研修の開催や、モデル施設づくり等の事業を開始。
- 「ノーリフティングケア宣言」の発信（平成 28 年度）
  - ・モデル施設（成功事例）を情報発信することで、他の事業所でのノーリフティングケアの導入を後押しすることができたが、さらなる普及に向け、県をあげてノーリフティングケア推進に取り組む意向を「ノーリフティングケア宣言」という形で発信。



出典) 高知県 HP「ノーリフティングケア宣言」パンフレット



## ①取組での課題

- 施設系を中心にノーリフティングケアが普及しているが、在宅系ではノーリフティングケアに関心の薄い事業所も少なくない。
- ノーリフティングケアについて、「重度者介助のための技術」や「リフト等の福祉機器を使用するケア」、「利用者の自立を損なう」等という誤解もまだ少なくないが、「ノーリフティングケアは、利用者の自立度を考慮した適切な福祉機器や用具の活用と、身体の間違った使い方を無くした正しい介護技術の実践による、職員・利用者の双方に優しいケアである」ことをさらに浸透させていく必要がある。
- 介護職においては、必要性の認識が高まってきているが、特に医療職やケアマネにおいては、まだまだ自分事という理解が低く、不十分。介護職員はもちろん、利用者やご家族の理解を促進するために、高齢者が介護事業所に入居等する前から付き合いのある医療機関においてもノーリフティングケアが実践されていることが重要。
- 在宅系の事業所や介護職員が必要性を感じても、ケアプランを立案するケアマネの理解や、家族の理解を得られないケースも少なくない。

## ②課題の解決方法

- 令和2年度に、他職種の種別協議会に参画いただき、ノーリフティングケア等を推進するための協議の場を設置。今後、他職種が連携し、福祉・医療業界全体の取組としてノーリフティングケアを根付かせていくことについて議論を深める。

## (4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

- 県内の1/3以上※の施設・事業所がノーリフティングケアを実践  
(特養では78.5%、老健では56.5%)
- 実践施設の離職率は11.3%と、未実践施設の離職率13.8%より2.5%低減  
(約340人相当分(平成27年度介護人材13,740人から算出))

※高知県「人材確保に係る介護事業所実態調査(令和元年7月時点)」

## (5) ポイント

- 今後、超高齢社会において、介護人材の安定的な確保のための体制づくりが必要。
- ノーリフティングケアの推進により、介護職員の離職を抑えるだけでなく、対象者の二次障害の予防にも繋がる。
- また、本取組は施設系のみならず、在宅系においても、本人や家族、ケアマネジャー、事業所等の理解により、推進することが可能と考えられる。
- 本取組のほか、介護の職場を魅力あるものとするよう、介護業界の意識と働き方を変える取組が必要。



出典) 高知県 HP「ノーリフティングケア宣言」パンフレット

## X 介護保険制度の適正な運営

### (1) 取組事例

#### 自立支援型地域ケア会議の実施

QOL（生活の質）向上に向けた取組の推進、介護予防及び給付の適正化

自治体名：河合町（地域包括支援センター）

### (2) 課題・背景

住民の意向（「サービスを受けたくて、受けているのではない」、「自分のことは自分でできるようになりたい」という思い）や、個別ケア会議の目的（尊厳のあるその人らしい地域生活の継続）、専門職の役割（本人の日々、有する能力の維持、向上を支援する専門職、対人援助職としての役割を認識し、行動に移す）を達成するために、介護予防のための地域ケア個別会議を立ち上げた。

### (3) 取組内容

以下のとおり取組を推進。

- 住民や事業所へ説明会等により働きかけを実施。
  - ・参加者：地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス提供事業所、理学療法士・作業療法士、薬剤師、生活支援コーディネーター、管理栄養士、認知症専門員（グループホーム職員）
- 地域ケア会議後、主催者側と助言者だけで振り返り会議を実施。
- 会議の中で、口腔ケアの視点、歯科医、歯科衛生士の参加、またケアマネジャーのアセスメント力の必要性の認識（アセスメントが浅いとケア会議で支援内容を深められない）。
- 他部門、他事業との連携、一体的な取り組み
  - ・社会資源・ボランティア、医療、セラピストとの協働、介護予防事業、認知症の啓発・予防、栄養指導

#### ①取組での課題

- 司会者のファシリテーション力 【最重要課題】
  - ・地域ケア会議の進行が重要。司会者の進行により、事例の課題の焦点化が明確でないと、助言内容も明確にならず、今後の方向性が抽象的になる。
- ケアマネの負担感の解消
  - ・アセスメント不足や支援内容についての質問が多くなると、ケアマネジャーの負担感が増加。
  - ・立ち上げ当初、ケア会議後ケアプランの再提出を依頼（指摘、修正）。そのことにより、ケアマネジャーの負担が増え、ケア会議に参加することへの抵抗感があった。

②課題の解決方法

○ 司会

- ・包括支援センター内で、地域ケア会議終了後に振り返りとして、進行方法や会議全体の流れを再確認。また当初は、事例提供者であるケアマネジャーとの打合わせは実施していなかったが、事前に司会者と事例提供者のケアマネジャーと事例の確認を行うことで、協議内容が焦点化され、助言もより明確化された。
- ・奈良県モデル事業を受託し、先進地視察や研修会に参加。職員のスキルアップの向上。

○ ケアマネの負担感の解消

- ・司会者とケアマネジャーが打合わせを行うことにより、ケアマネジャーが課題に感じていることを確認。会議の進行方法をケアマネジャーから助言者へ質問する形式へと変更。ケアマネジャーのアセスメント不足を批判するのではなく、助言がケアマネジャーの強みになるよう、包括としても司会進行を行った。

(4) 結果・効果

取組の結果、以下のような効果が見られた。

※アンケート調査を実施（ケアマネジャー・助言者を対象）

- 助言者の助言により、アセスメントの視点が養われ、アセスメント力が向上。
- ケアプランや事業所が作成するサービス計画書の目標や支援内容が明確化。
- 「支援者が自立支援をより意識するようになった」、「社会参加に向けた支援を検討するきっかけとなった」等の回答が、回答者の約67%を占める。
- 介護予防教室の開催場所が2ヶ所増加。
- 社会福祉協議会と連携を図り、地域の居場所、見守り活動のため協議を行い、住民座談会を開催。
- 服薬に関して、薬剤師とケアマネジャーの連携不足が課題。連携推進のため、連携会議を開催。

(5) ポイント

- 地域ケア個別会議を通し、対象者の自立支援のみならず、事例提供者の知識や専門職としてスキル向上等の効果も期待。
- QOLの向上、支援の目的、方向性を明確にするため「自立・自立支援」の定義を三郷町、広陵町、河合町で合同研修会において定めた。
- アンケート調査等によりアウトカムを把握し、PDCAを適切に回すことが重要。

■自立支援型地域ケア会議フロー図

