

2 モデル事業実施市の取組

(4) 新城市（訪問看護ステーションモデル）

1 新城市の特徴（平成 29 年 4 月 1 日現在）

○市の概要

新城市は、新城市、鳳来町、作手村の新設合併により、平成 17 年 10 月 1 日に誕生。

愛知県の東部、東三河の中央に位置し、東は静岡県に接している。

東西約 29.5 km、南北約 27.3 km で、県内 2 番目の広さとなる 499.23 km² を有している。



○人口 47,773 人

区分	人数（割合）
65 歳以上人口	15,926 人（33.3%）
75 歳以上	8,349 人（17.5%）

○世帯数 17,573 世帯

区分	世帯数
65 歳以上のみ世帯	2,450 世帯
75 歳以上のみ世帯	842 世帯

○介護保険認定率 18.6%
認定者数

区分	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	計
人数	420人	444人	669人	500人	314人	375人	239人	2,961人

○社会資源

区分	診療所	歯科診療所	薬局	病院	訪問看護ステーション	地域包括支援センター
施設数	26カ所	23カ所	14カ所	4カ所	1カ所	1カ所

2 3年間の取組

(1) 関係機関のネットワーク化

① 主な取組

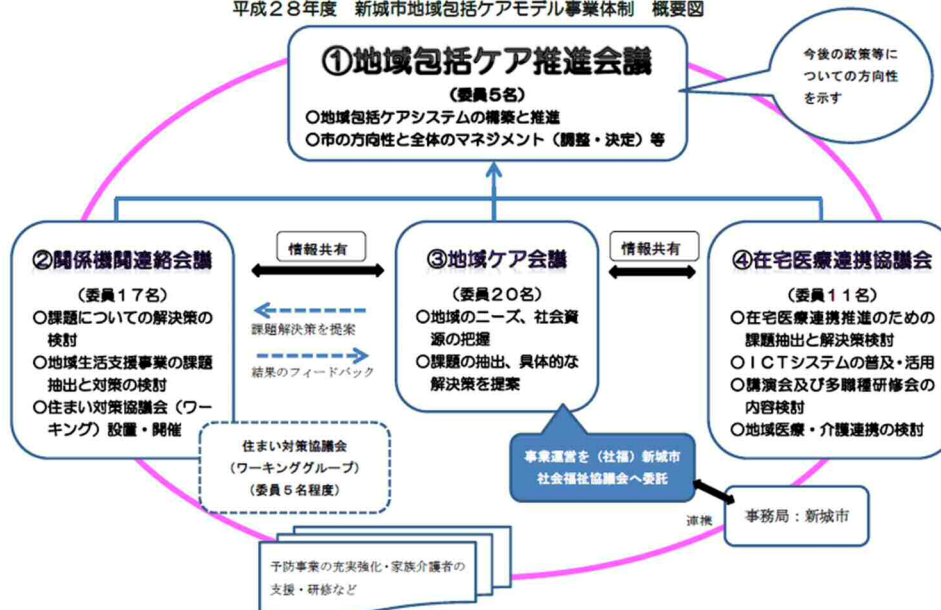
○関係機関連絡会議の開催

・開催回数

区分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
開催数	4回	4回	3回

- ・委員構成：医師会・歯科医師会・薬剤師会・病院・訪問看護ステーション・地域包括支援センター・介護事業者・市社会福祉協議会・民生委員・ボランティア団体・自治会・保健所・商工会・保健センター・市
- ・内容：地域ケア会議より提案のあった地域課題について、解決策の検討

平成28年度 新城市地域包括ケアモデル事業体制 概要図





○地域ケア会議の開催

- ・開催回数

区分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	6 回	11 回	5 回

- ・内 容：地域のニーズ及び社会資源等を把握し、地域課題の抽出から具体的な解決策を関係機関連絡会議へ提案

②取組上で苦労した点

- ・より有意義な会議とするため、資料の作成や委員への事前調整に時間を要した。
- ・地域で実施されている高齢者の活動等の社会資源の把握や効果の分析。

③成果

- ・多機関、多職種で検討会議を開催でき、行政と3師会や介護事業所等との連携（顔の見える関係）が進んだ。
- ・各委員の活動や取組等の情報共有が進んだ。
- ・医療介護ガイドマップを作成し、地域の医療・介護関係者へ提供。

④課題

- ・抽出された地域課題を解決するため、より具体的な取組が必要。
- ・取組結果から、設置要綱、委員、開催回数、検討内容等を検証し会議継続に向け検討が必要。

(2) 医療と介護の連携

①主な取組

○在宅医療連携協議会の開催

- ・開催回数

区 分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	4 回	5 回	4 回

- ・委員構成：医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、地域包括支援センター、市民病院、訪問看護ステーション、介護事業者、ケアマネジャー、市
- ・内 容：(ア)在宅医療連携推進のための課題抽出と解決策検討
(イ) ICTシステムの普及・活用
(ウ) 講演会及び多職種研修会の内容検討



○東三河ほいっぷネットワーク（電子@連絡帳）の運用

- ・平成 26 年 10 月 1 日、東三河ほいっぷネットワーク新城市のポータルサイト開設し、在宅医療関係多職種の連携を推進。

東三河ほいっぷネットワーク - 新城市



ホーム 東三河ほいっぷネットワークとは 協議会概要 委員構成



電子@連絡帳
新城市



・参加機関（平成 29 年 3 月末時点）：43 事業所、患者登録数 283 名

・東三河ほいっぷネットワーク操作研修の開催

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	8 回	8 回

○多職種研修会の開催

・開催回数

区 分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	4 回	3 回	3 回

・内 容：グループワーク等を行い、多職種の業務内容等をお互いに理解し、連携体制の推進を図る。

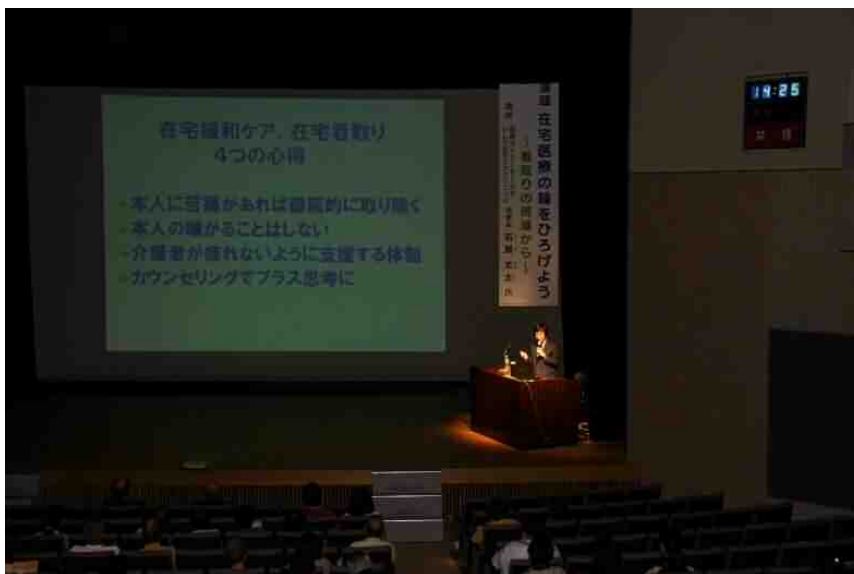


○市民講演会の開催

・開催回数

区 分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	1 回	2 回	1 回

・内 容：地域包括ケアシステムを構築するためには、市民の理解が必要なため、毎年「認知症」「看取り」等テーマを変えて市民講演会を開催し、普及啓発を図る。
 平成 26 年度・・・在宅医療に関する講演会
 平成 27 年度・・・あなたはどんな生き方をのぞみますか
 認知症治療 ポイントを押さえて優しく解説
 平成 28 年度・・・在宅医療の輪をひろげよう



○広報紙への記事連載

- ・「いつまでも 自分らしく 暮らしていくために」と題し、広報しんしろ「ほのか」平成27年9月号から、地域包括ケアシステム関係記事を掲載し、市民へ普及啓発を行う。

いつまでも 自分らしく 暮らしていくために
 ◎介護保険種地域包括ケア推進室 四32・0526

市民向け講演会を開催します!
 日時/9月26日出
 午後2時(予定)

～地域包括ケアシステムとは～
 世界一の長寿国、日本。少子高齢化により、地域社会の重要性が見直されています。今、国を挙げて取り組んでいるのが、住み慣れた地域でその人らしい暮らしが続けられるよう、地域で支え合う仕組みづくりです。

住み慣れた地域で暮らしていく
 今年、戦後70年を迎えた日本。高齢化、経済の停滞により人々の暮らしは豊かになりました。医療技術の進歩や福祉サービスの充実により、日本は世界一の長寿国となりました。

昨年、市が策定した高齢者保健福祉計画で、65歳以上の高齢者にアンケートを実施しました。その中で、自分自身に介護が必要となった場合、自宅やヘルパーやデイサービスなどを活用しながら介護を受けたと答えた方は3割でした。介護を受けた方を中心とした方も2割弱おり、多くの方が介護や医療が必要になった地域で、暮らしていきたいと答えています。

「居残りのまちづくり」
 この解決策こそが、高齢者とその家族の暮らしを地域住民や関係機関などが連携して支える地域包括ケアシステムの仕組みづくりです。市では、県から委託を受け、市の地域包括ケアシステムをつくるための取り組みを進めています。医療と介護に携わる人や、区長、民生委員、職工会、ボランティア団体、社会福祉協議会など多くの人も一緒に話し合いを進めています。皆さんも、互いに支え合う仕組みづくりについて考えてみましょう。

これは、人財の現場では、人材

②取組上で苦労した点

- ・ 会議を有意義なものとするため、会議資料の作成や事前調整。
- ・ 市民講演会や多職種研修会への参加者のニーズに合ったテーマを導き出すこと。
- ・ 東三河ほいっぷネットワークの患者支援チームへの医療職の参加者の増加。

③成果

- ・ 多職種研修会等の開催により、医療、介護関係職等との連携（顔の見える関係）が進んだ。
- ・ 東三河ほいっぷネットワークを利用している専門職から、有効な情報共有ツールであると認識され、登録事業所数も増加している。
- ・ 市民講演会アンケート結果からは、地域包括ケアシステムへの理解が進んできている。

④課題

- ・ 市民により分かりやすい相談窓口設置の必要性の検討。
- ・ 独居高齢者に対する見守りや支援体制の整備がされていない。
- ・ 講演会に、次世代を担う若者や男性の参加が少ない。
- ・ 医療職と介護職の視点の違いがあるため連携が難しい。

(3) 予防の取組

①主な取組

○認知症ケアパスの作成

認知症について正しく理解していただくとともに、認知症になっても住み慣れた地域で、できる限り自分らしい生活が続けられるように作成。



○介護予防教室「木曜塾」の開催

- ・開催回数

区 分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	48 回	47 回	40 回
参加者	846 名	928 名	856 名

- ・内 容：健康づくりリーダーや栄養士等の外部講師を招き、身体の状態維持に努める。

○認知症予防教室の開催

- ・開催回数：平成 28 年度 9 回
※ 3 地区（新城・鳳来・作手）各 3 回
- ・内 容：認知症予防体操「コグニサイズ」、寸劇「認知症かるてつ」等

②取組上で苦労した点

- ・予防を必要とする地域の高齢者に、情報を伝えること。

③成果

- ・木曜塾の開催では、参加者が自主的に準備を手伝うようになり、予防への意識が高くなった。

④課題

- ・新城市は面積も広く、地域性に違いがあり、地域自治区制度※を取り入れている。地域に合った内容を継続的に実施するように、地域ごとに検討する必要がある。

※地域自治区制度

地域自治区制度とは、地域の歴史的経緯や制度導入検討時の市民の意見を基に市内を 10 地区に区分けし、地域協議会（住民組織）と自治振興事務所（市役所組織）が設置され、地域ごとに異なる困りごとへの対応や将来への取組みができるよう、市民と市が一緒になって考え、活動する地域自治を推進する仕組みである。

地域自治区予算と地域活動交付金の予算があり、地域自治区予算は、地域の課題や意見を基に、地域協議会が事業計画を作成し、市が事業を実施する。地域活動交付金は、地域自治区内の社会的な地域課題等を、市民自らが解決に向けて行う活動に対する交付金である。

住みよい地域にするために、市民が地域に関心を持つことが大切で、一人ひとりが一歩を踏み出し、力を合わせ地域を動かすことを推進する制度である。

(4) 生活支援の取組

①主な取組

○生活支援の施策化に向けた取組

10の地域自治区にまとめた「わたしたちの地域と社会資源」を作成し、社会資源・介護認定者の状況・高齢者（ひとり暮らし、老々世帯）世帯状況を把握、分析し検討した。

1 地域の概況（人口や各種機関など）

○自治区別一覧 ※H27.4.1現在(日本人のみ)

項目	新城					鳳来				作手
	新城	千歳	東郷	舟着	八名	鳳来中部	鳳来南部	鳳来東部	鳳来西部	
構成行政区	9	17	17	4	10	10	5	22	15	28
人口	6,921	11,504	9,064	1,574	5,277	3,196	1,573	3,697	2,840	2,638
15～64歳	4,784	8,555	6,514	1,036	3,628	2,167	979	2,222	1,466	1,533
65～以上	2,137	2,949	2,550	548	1,649	1,029	594	1,475	1,374	1,105
高齢化率	30.8%	25.6%	28.1%	34.8%	31.2%	32.1%	37.7%	39.8%	48.3%	41.8%
病院	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0
診療所	7	4	9	0	1	2	1	1	1	1
歯科診療所	8	5	3	0	2	2	0	2	0	1
保険薬局	4	3	4	0	0	0	0	1	0	0
新城市地域包括ケアセンター	市内1ヶ所（場所：しんしろ福祉会館 23-6810）※高齢者とその家族の介護・福祉・健康・生き延びるための総合相談窓口機関。									
高齢者ふれあい相談センター（6ヶ所）	1	1	1	(1)	1			1	1	1
	しんしろ福祉会館	西郷福祉会館	鳳来荘	しんしろ福祉会館	舟着荘			くるみ荘	虹の輝	

※高齢者の困りごとや不安なことの身近な相談窓口で、中学校区に1ヶ所設置されています。

地域	新城地域					鳳来地域				作手地域
	新城	千歳	東郷	舟着	八名	鳳来中部	鳳来南部	鳳来東部	鳳来西部	
成年後見支援センター	市内1ヶ所（しんしろ福祉会館 23-4-9811）※高齢者や障がい者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための、成年後見制度の利用についての相談や支援を行う機関。									
くらしごとサポートセンター	市内1ヶ所（しんしろ福祉会館 23-4-9811）※生活（お金）や仕事のことに関する相談や支援を行う機関。									
弁護士による無料法律相談	市内1ヶ所（相談場所：しんしろ福祉会館 23-3-5618）※毎月第2・4水曜日の午後1時～午後4時まで。相談時間は1人30分で、事前予約が必要です。									
心配ごと相談	1ヶ所（しんしろ福祉会館）					1ヶ所（鳳来開発センター）				1ヶ所（虹の輝）
	医師・児童委員が地域住民の悩みごと、困りごとの相談に応じます。費用は無料です。									
日常生活自立支援事業	市内1ヶ所（しんしろ福祉会館）（相談：月～金曜日の午前8時30分～午後5時15分まで）※日常生活に不安を抱える高齢者、認知障がい、精神障がいなどの理由により、自分ひとりで契約書の判断や不安な方、委託・業務委託に不安のある方を対象に、福祉サービス利用援助や日常生活管理、業務等の振りかきサービスを行います。									
生活福祉資金貸付事業	市内1ヶ所（しんしろ福祉会館）（相談：月～金曜日の午前8時30分～午後5時15分まで）※住所等、障がいや世帯等の世帯に対して、世帯が自立できるように資金の貸付相談に応じます。									
ボランティアセンター	市内1ヶ所（しんしろ福祉会館 23-3-5618）※ボランティアの登録や情報提供、役員・養成講習会の開催、活動団体への助成、福祉教育事業の助成などを行っています。									
ミニデイ地区数（主筆は民間ボランティア等）	3	5	6	2	2	2	3	11	7	23
	※地域の高齢者が身近な場所で買い物、レクリエーションや食事等の活動を通して介護予防や交流を深めます。									
シルバー人材センター	本所 1ヶ所（矢部）					1ヶ所（長瀬）				1ヶ所（清岳）
	地域社会に密着した臨時かつ短期的な仕事を家庭や事業所から引き受け、会員が希望や能力に応じて就業するしくみです。									

○配食サービス空白地域解消事業

- ・業者の採算が取れないため配達できない地域へ、シルバー人材センターが安否確認も含め配達した。
- ・登録者数 26名（平成 29年 3月 31日現在）

②取組上で苦労した点

- ・市内各地域での、必要としている生活支援を把握すること。

③成果

- ・社会資源等の分析をし、関係機関連絡会議にて各地域で不足している生活支援等について検討をした。
- ・地域自治区担当職員との情報共有、連携が図れた。

④課題

- ・社会資源が少ないため、ボランティア、地域住民による支えあい等の担い手の養成や育成が必要。
- ・市内各地域において地域性が異なることもあり、地域自治区等関連部署と連携し、事業や支援の検討を行っていくことが必要。

(5) 住まいの取組

① 主な取組

○ 住まい対策ワーキングの開催

- ・ 開催回数

区 分	平成 27 年度	平成 28 年度
開催数	2 回	2 回

- ・ 委員構成：民生委員・ボランティア団体・自治会・市
- ・ 内 容：高齢者の住まいに関する課題等を検討

○ 住まい対策アンケートの実施

- ・ 対象者：市内在住 40 歳以上の男女
- ・ 配布数：5,000 人
- ・ 回答数：2,867 人
- ・ 回収率：57.3%
- ・ 目 的：高齢期における住まいや社会貢献活動等に関する意識等を把握し、今後の地域包括ケアシステム構築の基礎資料とする。
- ・ 内 容：I. あなたご自身のことについてお聞かせください。
II. あなたのお住まいについてお聞かせください。
III. あなたや親族（別居の方も含む）が、高齢期に安心して暮らすためにどのようにお考えかお聞かせください。
IV. 高齢者や障がい者が、住み慣れた地域で暮らしていくために、地域のみんなで支え合うことが重要となります。地域でのボランティアなどの社会参加・貢献活動について、あなたの意向をお聞かせください。
V. 高齢者や障がい者が、住み慣れた地域で暮らしていくために、地域のみんなで支え合うことが重要となります。これからの住まいについて、新城市にはどのようなことが重要だと思いかお聞かせください。

② 取組上で苦勞した点

- ・ 住まい対策ワーキングを立ち上げた際には、住まいに関する検討事項を理解するのに時間を要した。

③成果

- ・住まい対策アンケートにより、市民の住まいに対する意識等、多くの市民の協力により把握できた。
- ・住まい対策ワーキングの開催により、各委員の立場による活発な発言のある検討の場ができた。

④課題

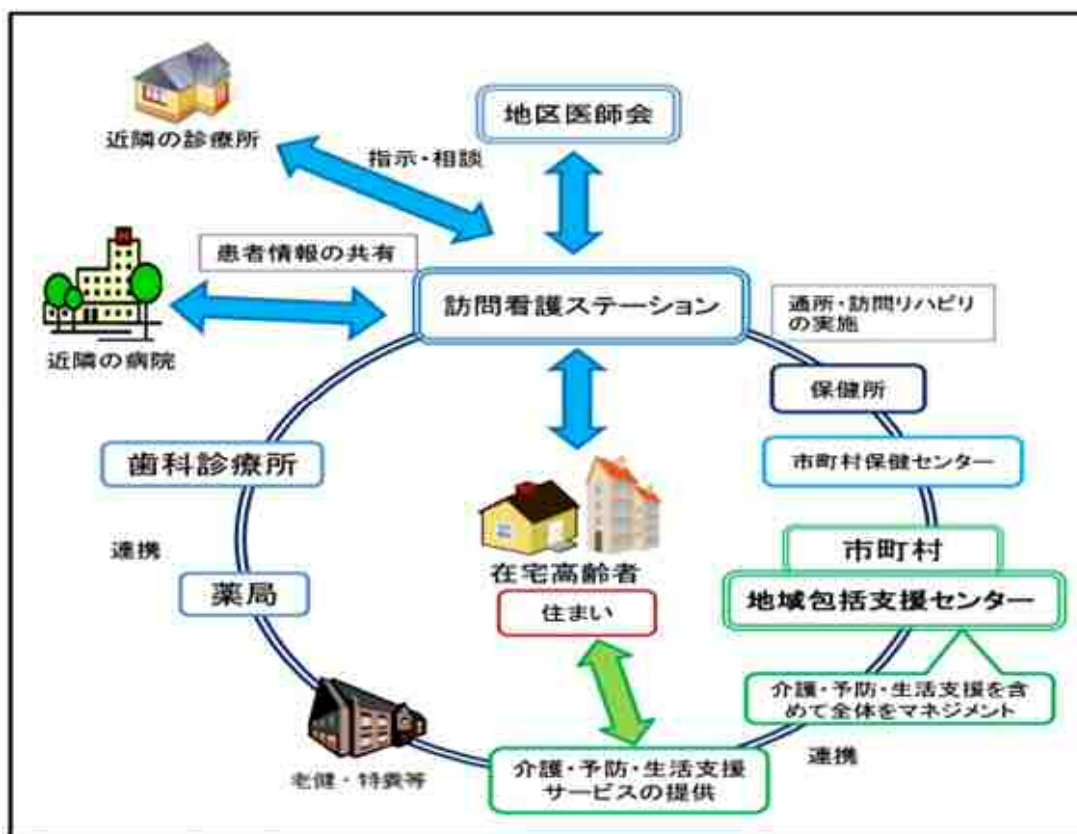
- ・持ち家率（84%）が高く、自宅で安心して暮らしていくための方策の検討が必要。
- ・高齢者世帯が多く、自宅で暮らせない状態になった場合の、転居先の確保などの検討が必要。
- ・ボランティア情報等を高齢者へ発信し繋げることや、民間の活用に関する情報を発信することが必要。

（6）その他

●訪問看護の普及啓発

○訪問看護ステーションモデル

在宅医療提供に限られた地域で、医療・介護の双方に通じた訪問看護ステーションが中心となって高齢者の在宅医療を支えるとともに、医療・介護・予防・生活支援を担う関係職種が連携するシステム



○訪問看護ステーションの概要（平成 29 年 4 月 1 日現在）

設置主体：市

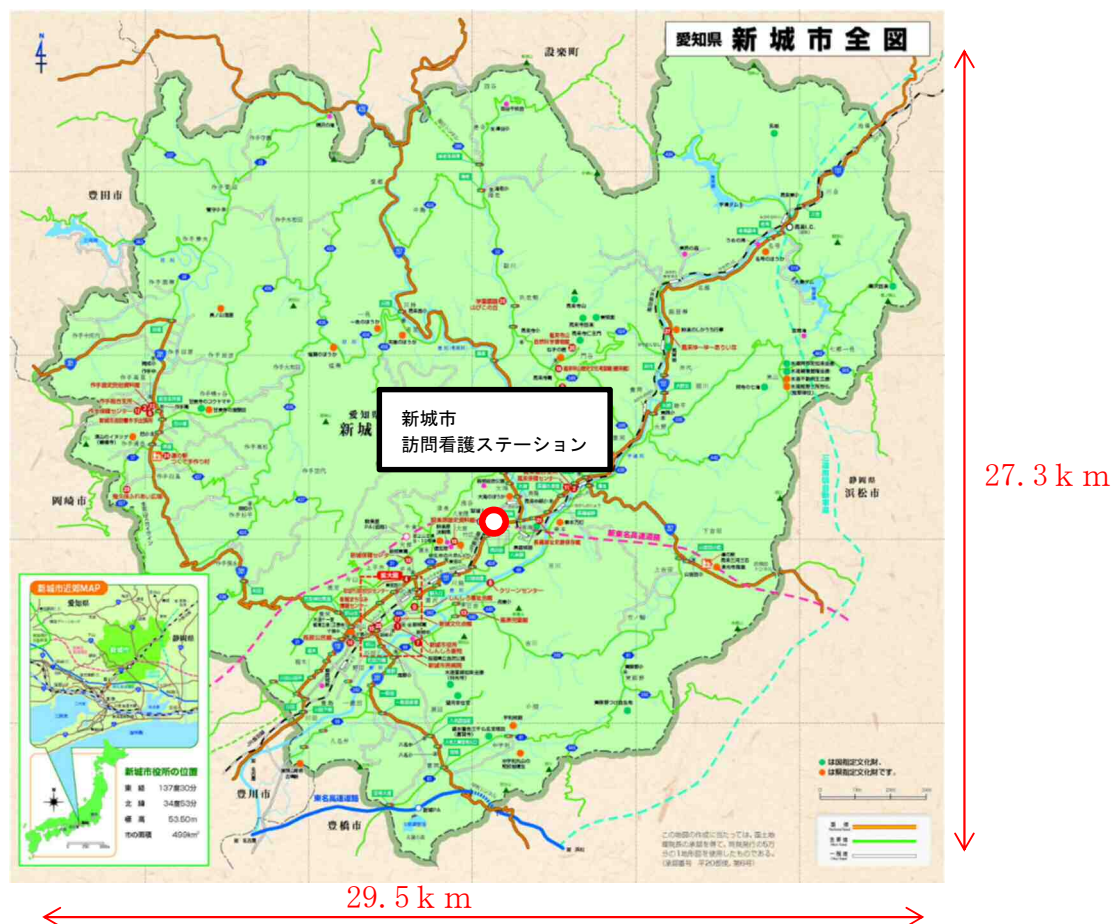
活動範囲：市内全域 24 時間対応体制 ※訪問距離最長片道 50 分

職員数：常勤 8 名、非常勤 1 名、非常勤事務 1 名

訪問件数：4 件／日 ※看護師 1 人当たり

訪問看護回数：406 件

利用者数：93 人



<訪問看護ステーションの特徴>

※新城市は広域であるため、訪問看護の 1 日の平均移動距離が約 40 km となっており、移動にかなりの時間を要する。

※山間地における事業展開は経営上の採算が見込めないことから、民間の参入は難しい。

①主な取組

○広報紙への連載記事の掲載

- ・「訪問看護ステーション便り」と題し、広報しんしろ「ほのか」平成26年12月号から訪問看護に関する記事を掲載。
- ・「訪問看護ステーション便り」をまとめた冊子を作成。

訪問看護の仕組み

訪問看護の依頼
主治医

訪問看護計画書・報告書
報告

指示
訪問看護指示書

情報提供・患者療養管理指導

訪問看護ステーション
利用者・本人

ケアマネジャー

連携

サービス事業者

歯科医師・歯科衛生士
薬剤師
栄養士
訪問介護
訪問リハビリ

保健師
訪問入浴
チャーターバス・タクシー
福祉用具
ショートステイ

訪問看護ステーション便り No.3

訪問看護ステーション
しんしろ ☎32-2416

訪問看護の仕組みと流れは？

訪問看護とは、病気や障がいを持った方が慣れ親しんだ地域やご家庭でその人らしく療養生活が送れるように、看護師などが訪問し、看護ケアを行うサービスです。

今後は、訪問看護の仕組みと利用時の基本的な流れをご案内します。

訪問看護のご利用は、主治医が訪問看護の必要性を認めた方に限られ、主治医が発行する「訪問看護指示書」が必要です。訪問看護は、主治医・ケアマネジャーほかサービス事業者と連携をとり、支援します。

(例) 訪問看護60分の基本的な流れ

ピンポン! こんにちは! 訪問看護です

00分 あいさつをしてお礼します。

10分 前回の訪問看護から今日までのご様子をお伺いします。
お変わりありませんでしたか。
今日の調子はどうですか。お熱と血圧を測りますね。

20分 熱いお湯で体を拭きましょう。
かみいところや痛いところは
ありませんか。

30分 すごし体を動かしましょうね。
ほかに心配なことや仰っていることは
ありませんか。

40分 その人に合ったケアを行います。

50分 後片付けをします。
訪問看護内容を記録します。

60分 では、ありがとうございました。
今回の訪問は〇日です。何かありましたら、
いつでもご連絡ください。失礼します。

13 2015.2

12 2015.2

○地域への広報活動

- ・民生委員の会議、老人クラブの総会に出向き、「2025年問題と訪問看護」の内容で普及啓発を行った。



- ・シルバー人材センターが毎年開催する「しんしろシルバーまつり」に参加し、訪問看護の説明や健康相談・介護相談などを行った。



- ・中学生へ「訪問看護の学習会」を開催し訪問介護について理解してもらったり「職場体験」を通じて、将来社会人になる時の自分たちの進路を考える機会としてもらった。

○パンフレットの設置

- ・「暮らしの健康手帳（勇美財団）」や新城市訪問看護ステーションのパンフレットを公共施設へ設置。

○訪問看護PR用DVDの活用

- ・DVDを市役所や支所の窓口で再生。

②取組上で苦労した点

- ・訪問看護の市民への知名度が低かったため、様々な周知方法を模索した。

③成果

- ・訪問看護の普及啓発活動により、利用者が増加。

区分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
利用者数/月	約53人	約69人	約77人

- ・訪問看護師へタブレットPCを配布し患者情報を入力し訪問時に持参することにより、東三河ほいっぷネットワークを活用し、即時に情報共有でき、移動時間のロスをなくした。
- ・医師会から、新城市の医療状況を考えた場合、訪問看護ステーションは在宅医療を担う医師にとっても重要な存在であると認識された。

④課題

- ・医療依存度の高い在宅高齢者の生活支援、緊急時の関係職種との調整・対応力向上が必要。
- ・在宅医療を実施していくに当たり、市全域で24時間対応可能な訪問看護ステーションの存在は大変重要であり、今後も訪問看護を充実させていくことが必要。

3 3年間の総括

モデル事業を受託し4つの会議や多職種研修会を実施したことで、医療・介護関係者などの顔の見える関係が年を追うごとに推進されたが、医療職と介護職の問題点の捉え方には相違があり、お互いの職の理解が今後とも必要という課題が共通認識された。

市民講演会の開催や広報しんしろ「ほのか」へ地域包括ケアシステム推進や訪問看護ステーションの記事を連載し、市民への地域包括ケアシステムの周知ができ、訪問看護の必要性・理解が広まった。

東三河ほいっぷネットワークは、説明会や操作研修会を行い、登録施設数は着実に増加している。加入者からは、情報共有ツールとして便利で効果的であるという評価を得ており、今後は加入職種をさらに増やし、利用者の在宅医療の一助になるようにしていきたい。

新城市の限られた社会資源を活用し、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、多職種が連携し在宅医療を進めていく必要がある。地域包括ケアシステム関係検討会議の開催や多職種研修会の開催などを継続していくとともに、訪問看護ステーションをさらに充実させることが重要であると感じている。

また、介護予防教室等の開催により、市民の健康づくり、介護予防意識の高揚を図る取組みがますます重要になると感じている。そのために今後は、介護予防等に関心な住民に関心を持ってもらうため、住民の参加を待つのではなく、行政が地域に出向き、住民の関心を高める取組みを行っていく。

新城市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議の開催	開催：年 4 回（H26.8.11、H26.10.20、H26.12.24、H27.3.26） 委員：16 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護事業者、社会福祉協議会、民生委員、ボランティア団体、自治会、保健所、保健センター、市）	開催：年 4 回（H27.6.24、H27.11.4、H28.2.10、H28.3.28） 委員：17 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護事業者、市社会福祉協議会、民生委員、ボランティア団体、自治会、保健所、商工会、保健センター、市）	開催：年 3 回（H28.6.9、H28.12.14、H29.3.1） 委員：17 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護事業者、市社会福祉協議会、民生委員、ボランティア団体、自治会、保健所、商工会、保健センター、市）
	社会資源、住民ニーズの把握	○地域ケア会議委員からの社会資源等情報及び情報提供 ・新城医療機関一覧 ・新城医師会員の訪問診療の状況 ・新城歯科医師会における在宅歯科診療の対応について 等	○新城市医療介護ガイドマップ・施設ガイドの作成及び修正等	○新城市医療介護ガイドマップ・施設ガイドの修正等
	その他	○地域ケア会議の開催 6 回 ○地域包括ケア基本方針等検討会議の開催 2 回 ○先進地視察 訪問先：千葉県柏市	○地域ケア会議の開催 11 回 ○地域包括ケア推進会議の開催 2 回 ○先進地視察 訪問先：埼玉県和光市 6 名 三重県四日市市 3 名 東郷町 4 名 高浜市 6 名	○地域ケア会議の開催 5 回 ○地域包括ケア推進会議の開催 3 回
医療と介護の連携	在宅医療・介護連携会議の開催	開催：年 4 回（H26.7.24、H26.9.18、H26.11.13、H27.2.12） 委員：10 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、地域包括支援センター、市民病院ソーシャルワーカー、訪問看護ステーション、介護事業者、ケアマネジャー）	開催：年 5 回（H27.6.11、H27.8.31、H27.11.12、H28.2.4、H28.3.24） 委員：10 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、地域包括支援センター、市民病院ソーシャルワーカー、訪問看護ステーション、介護事業者、ケアマネジャー）	開催：年 4 回（H28.6.15、H28.8.18、H28.10.20、H29.2.15） 委員：11 名（医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、地域包括支援センター、市民病院、訪問看護ステーション、介護事業者、ケアマネジャー）

新城市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
	ICT システムの活用	<ul style="list-style-type: none"> ○東三河ほいっぷネットワーク新城市(電子@連絡帳)ポータルサイト開設 H26.10.1~ ○参加機関 H27.3 末 10 事業所 患者登録数 89 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○デモ体験研修の開催(8 回開催) H27.7.29・30、H27.8.5・6 の各日2回 参加者 65 名 ○参加機関 H28.3 末 27 事業所 患者登録数 169 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○東三河ほいっぷネットワーク説明会 3 師会及びケアマネジャーへ概要説明 ○東三河ほいっぷネットワーク操作研修会(8 回開催) H28.10.26・27 の各日4回 参加者 66 名 ○参加機関 H29.3 末 43 事業所 患者登録数 283 名
	在宅医療等に 従事する多職 種の研修	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種研修会の開催 4 回開催 第1回 H26.12.4 参加者 87 名 第2回 H27.3.18 参加者 147 名 第3回 H27.3.22 参加者 77 名 第4回 H27.3.28 参加者 107 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種研修会の開催 3 回開催 第1回 H27.12.5 参加者 40 名 第2回 H28.1.28 参加者 64 名 第3回 H28.3.12 参加者 54 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種研修会の開催 3 回開催 第1回 H28.12.10 参加者 54 名 第2回 H28.12.15 参加者 42 名 第3回 H29.1.14 参加者 51 名
	在宅医療等の 普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○市民講演会の開催 日時:H26.9.27 14:00~16:00 場所:新城文化会館小ホール 内容:超高齢社会を生き抜くために 参加者:185 名 ○在宅医療啓発用チラシの作成 全戸配布 	<ul style="list-style-type: none"> ○市民講演会 2 回開催 第 1 回 日時:H27.9.26 14:00~16:00 場所:新城文化会館小ホール 内容:あなたはどんな生き方を望みますか 参加者:214 名 第 2 回 日時:H28.3.5 13:30~15:30 場所:新城文化会館小ホール 内容:認知症治療 ポイントを押さえて優しく解説 等 参加者:314 名 ○広報紙への地域包括ケアシステム関連の記事を毎月掲載。 	<ul style="list-style-type: none"> ○市民講演会の開催 開催日:H28.9.24 場所:新城文化会館小ホール 内容:在宅医療の輪をひろげよう 参加者:179 名 ○広報紙への地域包括ケアシステム関連の記事を毎月掲載。 ○地域(ミニデイサービス)へ出向きお出かけ講座を実施。 ○看取りの冊子の作成。
予防の取組	予防の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○「木曜塾」「金曜塾」の開催 内容:健康づくりリーダーや栄養士等の外部講師を招き、身体の状態維持に努める。 木曜塾 実施回数:48 回 参加者:846 名 金曜塾 実施回数:16 回 参加者:97 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○木曜塾の開催 実施回数:47 回 参加者:928 名 ○金曜塾の開催 実施回数:18 回 参加人数:97 名 ○転倒予防教室の開催 実施回数:10 回 参加者:18 名 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症ケアパスの作成 市内へ全戸配布 ○木曜塾の開催 実施回数:40 回 参加者:856 人 ○認知症予防教室 実施回数:9 回 参加者:95 人

新城市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
生活支援の取組	生活支援の取組	<p>○レクリエーションボランティア養成講座 開催:基礎講座4回、実時講座3回 内容:地域住民のボランティア活動への関心を高めるために、初心者向けの講座を開催。 ○防災ボランティアコーディネーター養成講座 開催日:H26.10.5</p>	<p>○地域資源の状況把握のため、要介護認定者の地域自治区別の状況表、2号被保険者の疾患別状況、地区別高齢者世帯の状況について収集しまとめた。 ○社会福祉協議会が開催したレクリエーションボランティア等各種養成講習会を地域に出向いてPRし、住民のボランティア活動に対する関心を高めるとともに人材育成に努めた。 ・3講座 ・参加人数 73人</p>	<p>○配食サービス空白地域解消事業 ・登録者数 26名(3月31日現在) ○ボランティア養成講座 ・手話 23回開催 ・点訳 8回開催 ・要約筆記 10回開催 ・音声訳 14回開催</p>
住まいの取組	住まいの取組	<p>○第6期高齢者保健福祉計画策定のための調査の、日常生活圏ニーズ調査の情報をもとに、関係機関連絡会議で、高齢者の住まいについて検討を行った。</p>	<p>○住まい対策ワーキングの開催 開催:2回(H27.10.28、H28.3.16) 委員:5名(民生委員・ボランティア団体・自治会・市)</p>	<p>○住まい対策ワーキングの開催 開催:2回(H28.7.29、H29.2.9) 委員:5名(民生委員・ボランティア団体・自治会・市) ○住まい対策アンケートの実施 対象者:市内在住40歳以上の男女 配布数:5,000人 回答数:2,867人 回収率:57.3%</p>
その他	・訪問看護の普及啓発	<p>○訪問看護の周知 地区民生・児童委員の会議に出向き説明。 ○広報紙へ連載記事の掲載 「訪問看護ステーション便り」と題し、訪問看護の記事を広報紙へ掲載。</p>	<p>○中学生の職場体験等の広報活動を実施。 ○イベントに参加し訪問看護をPR。 ○広報紙へ連載記事の掲載 「訪問看護ステーション便り」と題し、訪問看護の記事を広報紙へ掲載。</p>	<p>○中学生の職場体験等の広報活動を実施。 ○イベントに参加し訪問看護をPR。 ○広報紙へ連載記事の掲載 「訪問看護ステーション便り」と題し、訪問看護の記事を広報紙へ掲載。</p>

2 モデル事業実施市の取組

(5) 豊明市（医療・介護等一体提供モデル）

1 豊明市の特徴

愛知県のほぼ中央部、名古屋市南部に隣接し、面積は 23.18 km²、周囲 27 km。

人口68,802人、28,313世帯（平成29年4月1日現在）より成る。平成24年に高齢化率21.6%と超高齢社会へ突入。総人口は減少傾向で推移し、年少人口・生産年齢人口ともに減少する一方、後期高齢者が増加しており、増加率は年5～6%という高い水準となっている。また、直近の高齢者人口は17,318人、市内全域の高齢化率は25.1%。

2 3年間の取組

(1) 関係機関のネットワーク化

① 主な取組

本プロジェクトの対象エリアであるUR 団地「豊明団地」は昭和40年代に建設されたUR団地で、5階建て55棟からなり、エレベーターは2棟のみ。平成29年4月1日現在、人口4,425人（約2千300戸）のうち65歳以上の高齢者が1,201人と27%を占める（外国人を除くと36%を超える）。また高齢者のうち一人暮らしが約270人と約4分の1になり、今後さらに老老世帯や高齢独居世帯が増える見通しである。他方で子育て世帯が減少。また外国人の居住者が増えて地域コミュニティを築きにくくなっている。こうした団地の地域課題に対し、地域の関係団体が連携して取り組んでいこうと、団地に隣接する藤田保健衛生大学と豊明市、UR 都市機構が三者協定を締結し、団地の医療福祉拠点化に取り組むこととなった。

② 取組上で苦労した点

取り組み当初は、構成団体の思惑が交錯し、プロジェクトの方向性について合意形成が難しいこともあった。

③ 成果

藤田保健衛生大学、UR都市機構、豊明市の三者が協定を締結し、団地を地域の保健・医療・福祉の総合拠点としつつ市域全体への波及を狙うという、「地域包括ケアシステム」構築をすすめるプロジェクト「けやきいきいきプロジェクト」を実施。団地特有の課題である、独居や高齢化、コミュニティ意識の希薄さ等に対応するだけでなく、市の在宅医療介護連携や地域包括ケア体制の推進拠点として役割を果たしつつある。

④ 課題

特になし

(2) 医療と介護の連携

①主な取組

平成23年度より医療介護の情報共有ツールとして電子@連絡帳「いきいき笑顔ネットワーク」を導入。モデル事業取り組み当初から、医療介護の情報連携の基盤は構築されていた。平成25年度から、多職種人材育成研修を実施、平成26年度には「地域包括ケア連絡協議会」の部会として「入退院調整部会」を設置。医療介護にかかる連携の課題の抽出を行った。

◇医療介護連携に関する政策研究

退院経過実態把握

昨年度市内急性期病院への入院を契機に、新規要介護認定申請をした患者（約54名）について、医療保険・介護保険レセプト分析し、約1年間患者動向及び経路を追跡調査

- 自宅と病院を行き来し、医療と介護のすきまで重度化していくケース
- 多科、複数医療機関に同時受診するケース
- 自宅で同一疾患を繰り返して発症し、何度も再入院するケース

見えてきた課題
本人の生活を起点に一体的・継続的なケアを提供する調整役の不在



②取組上で苦労した点

部会での検討当初、参加施設は「施設から在宅志向」は国の流れとしては理解できても、自施設のベッドの稼働率を下げるようなことは受け入れ難いということ、病院は広域の患者を受け入れており、豊明市だけのルールで動くことは実務上不可能である等、利害関係が対立し、それ以上議論がすすまなかった。

③成果

何が課題であるのか、具体的なケースから把握することが必要と考え、「退院支援地域連携実証事業」(藤田保健衛生大学入院を機に新規要介護認定申請を行った全ケース(54件)のその後を追跡調査)を行った。その結果、豊明市における医療介護の狭間の課題を関係者で共有することができ、進むべき方向性が固まり、平成29年度中に、「医療介護サポートセンター」を開所することが決まった。

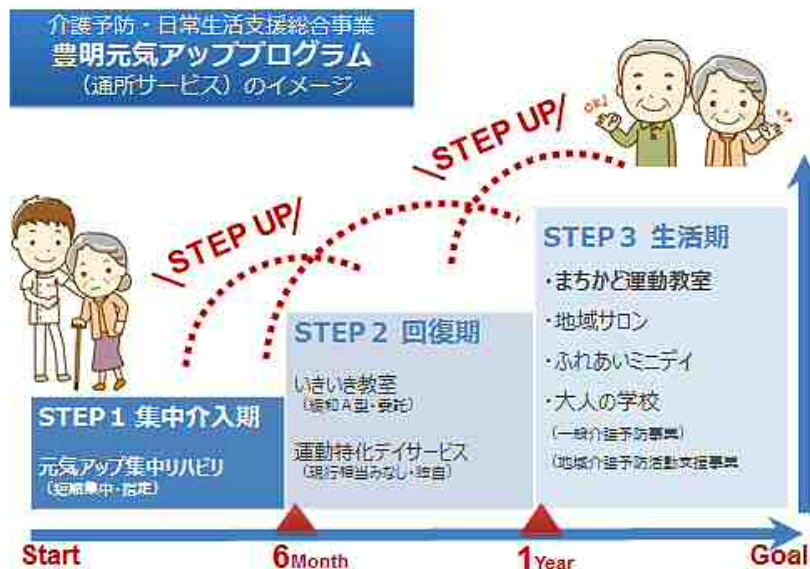
④課題

地域における「医療介護サポートセンター」の役割の確立

(3) 予防の取組

① 主な取組

「介護予防・日常生活支援総合事業」への移行を検討する過程において、豊明市の介護予防事業における課題を明確化。その結果、平成 28 年 3 月に当初の予定より約 1 年前倒しして、「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行。それを機に、一般



介護予防事業の充実と、自立支援型ケアマネジメントの徹底を行った。

総合事業のプログラムは、要支援者及び事業対象者は比較的状态の改善が見込まれるため、通所サービスについては、初めに目標と期間を決め集中的に専門職を介入させ（元気アップリハビリ）、終了後は新しい総合事業の開始にあわせて充実させた地域の通いの場（まちかど運動教室）へ移行しながら維持を図るという通所サービスの流れを整理した。

② 取組上で苦労した点

地域包括支援センターを始めとする、ケアマネジメント担当者の意識改革。

③ 成果

軽度者の給付費の伸びを大幅に抑制することに成功した。

	総合事業移行前 5年間の平均伸び率	平成 28 年度の伸び率
介護予防通所介護 (総合事業通所系 サービス)	約 35%	約 2.5%
介護予防訪問介護 (総合事業訪問系 サービス)	約 13%	約 1.5%

④課題

制度改正前からサービス利用をしている高齢者のケアマネジメントにおける自立支援の徹底。

(4) 生活支援の取組

①主な取組

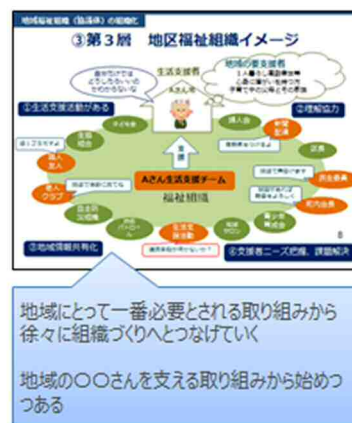
平成26年度に地域包括ケア連絡協議会の部会として、見守り生活支援部会を設置。平成27年度に第1層生活支援コーディネーターを市と社会福祉協議会に配置。地域資源の発掘に努めた。

②取組上で苦労した点

部会設置当初、国が進める協議体をどう構築するかということが目的となった「会議のための会議」となってしまう、それ以上の広がりがなかった。そこで地域で見守りや支援が必要な具体的なケースを地域の関係者でその都度協議し、そこから常設の協議体へ発展させていくという、地域ケア会議をきっかけとした第3層協議体からの構築へとアプローチを変えた。

地域福祉組織（協議体）の組織化支援

協議体・生活支援コーディネーターなどの形を整えることを目的としない。何のための協議体なのか、地域が本当に必要だと感じなければ進まない。まず考えるべきことは、わが町で「支え合い」を進めていく組織単位。



③成果

第3層協議体としては、豊明団地、桶狭間区、坂部区、仙人塚地区等において、組織的な活動が始まりつつある。市域全体としては、生活協同組合の会員間で行われていた生活支援活動を平成29年度に事業化（いわゆるB型サービス：住民主体の生活支援活動）し、全市展開すべく準備をしている。また、民間企業が主体となった、公的保険外で行われる高齢者向け生活支援サービスや健康寿命延伸に寄与する多様なサービス展開を促進していくため、連絡会議を開催、平成29年2月に公的保険外サービスの促進に関する協定締結を締結し、民間サービスを活用した介護予防、生活支援サービスの創出に取り組んでいる。

生活支援体制整備事業～民間サービスの活用

市内には使える民間サービスがたくさんあるはず
例えば…

- 店舗で買った商品をその日のうちに自宅まで無料配送
- 廃棄物処理業者による美家のお片付け、模様替え
- 無料巡回バスで市外のスーパー銭湯へ
- 歩いて行ける近所にある喫茶店



市内に70店舗以上ある喫茶店

市外温泉からの無料送迎バス

無料配送するスーパー

④課題

さらなる地域における組織的な見守り生活支援活動の活発化。

(5) 住まいの取組

①主な取組

豊明団地の高齢化に対応するため、市とUR都市機構による包括協定を締結。全国100団地の先行23団地として拠点指定されたことにより、健康寿命サポート住宅の整備が開始。藤田保健衛生大学とともに、「けや

けやきいききプロジェクト-地域医療福祉の総合拠点へ



きいききプロジェクト」を立ち上げ。豊明団地における高齢者の住まい方をトータルサポートする取組みをスタートさせた。

豊明団地への若者の居住をすすめるため、4階5階といった高齢者が居住しにくい高層階の空き室をUR都市機構が、IKEAモデルやカラーコーディネートモデルといった若者に人気のデザインで居室をリフォーム。団地という学生賃貸アパートより広い住宅空間を、周辺の家

賃相場より安価に提供し、藤田保健衛生大学の学生や教職員が居住することとなった（平成 29 年 4 月時点で 60 人）。団地居住の条件は、自治会活動への参加であり、学生は、土日祝日や長期休暇等、授業がないときに、自治会が主催する夏まつり、高齢者とのふれあい会食、防災訓練、清掃活動等へ参加し、自治会活動を手伝っている。さらには後述の「まちかど保健室」を拠点とし、高齢者世帯への訪問や、高齢者の買い物支援、子供向け行事など、学生企画の事業も実施。実際に居住しているからこそ分かる高齢者の日常の暮らしの困難さや、住民の変化を肌身で感じながら事業の運営を行っていることで、住民の目線に立った支援が可能になっている。

また、住民の健康ニーズに応えるため、平成 27 年 4 月 27 日、豊明団地商店街の空き店舗に医療福祉保健の総合拠点「まちかど保健室」を開所。平日の 10 時から 15 時まで、年齢を問わず医療・介護・福祉等に関して無料の相談や、

健康ミニ講座を行っている。対応するのは大学等の看護師や薬剤師、P・T・O・T、保健師、ケアマネジャーなどの専門職。加えて体操教室・体力測定、病気や薬に関する講座なども開催。その他平日は毎日、屋外に出て商店街でラジオ体操を行ったり、土日には学生らの企画による買い物支援や健康ウォークラリー、季節ごとのイベント等を行っている。

居住学生による地域活動参加



②取組上で苦労した点

取り組み当初は、構成団体の思惑が交錯し、プロジェクトの方向性について合意形成が難しいこともあった。

③成果

「けやきいきいきプロジェクト」の取組みは、平成 28 年 6 月に内閣府経済一体改革推進委員会で報告する機会を得たり、まちかど保健室開所後の 1 年半の間に、視察団体数は 60 団体を超えた。

④課題

特になし。

3 3年間の総括

3年間の一番の成果は、地域包括ケアシステムの構築において不可欠といわれる行政による「地域マネジメント」がきちんと構築されたことである。市が進むべき方向性をきちんと示し、地域の関係者と共有し、協力体制を構築していくことこそ、地域包括ケアの構築の真髄であり、それがこの3年間で構築できたと考えている。市にとっても、地域包括ケアは一番の政策として位置づけられるようにまでなっている。モデル地区での取り組みが、先進事例として取り上げられることによって、大学・UR・市にとっての成功体験の積み重ねとなり、さらなる自身の改善改革につながるとともに、医療介護連携や生活支援など地域包括ケアの様々な分野において市内の各方面からの協力を得られやすくなり、地域の環境ができつつある。けやきいきいきプロジェクトは、豊明団地エリアだけに留まらず、その連携体制や動きは市全体、近隣市町まで波及し、さらなる地域包括ケアの構築が進むという効果を生み出している。「けやきいきいきプロジェクトから広がる地域包括ケア」というのが豊明市の地域包括ケア構築の特色になっている。

豊明市の3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議の開催	地域包括ケア連絡協議会を設置し、3つの部会で地域包括ケアを構築していく上での課題抽出を行った。	何が課題であるのか、具体的なケースから把握することが必要と考え、「退院支援地域連携実証事業」(藤田保健衛生大学入院を機に新規要介護認定申請を行った全ケース(54件)のその後を追跡調査)を行った。 また、市民の受療動向を把握するため、医療レセプトを独自集計し、連携すべき医療機関を特定した。	退院支援地域連携実証事業において浮き彫りになった「本人にとって一体的なケアを提供するコーディネーターの不在」の課題を解決すべく、平成29年度中の「地域医療連携センター」の開設に向け、関係機関の合意形成を行った。
	社会資源、住民ニーズの把握	生活支援に関しては、部会の下に第1層協議体を設置し、関係団体の実務者を集めて会議を数回行ったが、自分たちの団体の活動紹介にとどまり、それ以上の議論は進まなかった。	協議体の構築について、第1層から構築することはやめ、地域の支え合いの単位(第3層)から構築するアプローチへと転換した。	平成28年度より、第1層生活支援コーディネーターを専任1名(社会福祉協議会)、兼任2名(市)配置。月1回の連絡会議を行い、地域資源の把握や第3層協議体の支援を行った。
医療と介護の連携	在宅医療・介護連携会議の開催	入退院調整部会において検討を開始。しかし「施設から在宅志向」は国の流れとしては理解できても、自施設のベッドの稼働率を下げるようなことは受け入れ難いということ、病院は広域の患者を受け入れており、豊明市だけのルールで動くことは実務上不可能である等、利害関係が対立し、それ以上議論がすすまなかった。	「退院支援地域連携実証事業」(藤田保健衛生大学入院を機に新規要介護認定申請を行った全ケース(54件)のその後を追跡調査)を行った結果、課題が浮き彫りになった。	「退院支援地域連携実証事業」から把握した課題について、さらに長期スパンで療養生活を把握するため、10ケースについて死亡までの5～10年の療養生活を医療・介護・特定検診のデータを串刺しで分析研究した。 また、4月より「多職種合同ケアカンファレンス」を実施し、療養生活を多職種の視点でケース検討し、連携の課題を実際のケースから課題分析した。
	ICTシステムの活用	利用する医師や医療介護関係者に偏りがあり、自分たちが関わるケースの支援者の中にICTを利用しない人や市外の事業所がいたり、情報連絡手段がICTと電話又はFAXなど複数になり煩雑だという声が聞こえた。また、利用したくても患者に同意書をとることが心理的ハードルになり、誰がリーダーシップを取ってチームを立ち上げるのか曖昧であることが課題であった。	ICTの利用同意は、要介護認定申請時にすべて取得することとした。 医師の利用登録については、医師会の主導により、医師会の連絡をすべてICTにて行うことで登録をすすめた。	全ケース利用同意を市が取得することで、スムーズな利用開始が可能になった。 平成28年4月より「認知症初期集中支援チーム」が正式稼働し、対象ケースについて、ICTを活用しリアルタイムで訪問情報をチーム医師、専門医療機関関係者、地域包括支援センター、市で共有しながら支援を行った。

豊明市の3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
	在宅医療等に 従事する多職 種の研修	<p>○研修会：(4回) 参加者：医師、歯科医師、薬剤師、その他医療従事者、介護従事者等 各回テーマ等：がんケア、認知症対応、在宅歯科、訪問薬剤、豊明市の現状、グループワーク、懇親会 ○同職種会 準備会議開催：(2回) 勉強会開催：(1回)</p>	<p>○研修プログラム検討会(2回) ○研修会(2回、延 180人参加) 「中核病院から豊明市内の在宅医療・介護・施設への退院支援連携と課題」 「中核病院から在宅医療・介護等へのリハビリテーション連携と課題」 ○同職種会(2回、延 100人参加)</p>	<p>○プログラム検討会(2回) ○研修会(2回、延 200人参加) 「退院対処に際して、地域の担い手からの提言」参加者 109名 「地域医療連携センターの役割と未来」 ○同職種合同研修会(2回、延 150人参加)</p>
	在宅医療等の 普及啓発	<p>○在宅医療啓発シンポジウム 市民及び医療・介護関係者が自分らしい生き方や在宅看取り等を考える機会として開催。 開催日程：3/7 参加者：市民及び医療・介護関係者、民生委員等 300名 講師：中日新聞記者、藤田保健衛生大学病院医師</p>	<p>○豊明団地高齢者健康増進事業「落語と体操」(UR主催) ○地域包括ケア講演会 場所：豊明市文化会館小ホール 参加者：200名 講師：元夕張市診療所院長 森田洋之氏 ○豊明団地地域包括ケア講演会(藤田保健衛生大学主催)</p>	<p>○地域包括ケア講演会 「ごはんが食べられなくなったらどうしますか」 場所：豊明市文化会館小ホール 参加者：250名 講師：永源寺診療所長花戸貴司氏 写真家 国森康弘氏</p>
予防の取組	予防の取組	<p>○二次予防事業として、下記を実施。 「筋トレ教室」 ・利用者実人数 72人 「大人の学校」 ・利用者実人数：42人 「いきいきサービス」 ・利用者実人数：65人 「歯つらつ教室」 ・利用者実人数：17人 全高齢者に占める二次予防事業参加率 1.24%</p>	<p>○介護予防日常生活支援総合事業へ前倒し移行(平成 28 年 3 月) ○地域リハビリテーション活動支援事業 ・地域サロンへリハ職を派遣 派遣日数：28 日 参加者：480 人 ・オリジナル体操開発「やさしいとよあけひまわり体操」 開発会議：7 回 DVD作成 サロン等へ指導</p>	<p>○まちかど運動教室 ・中央会場 1会場(2 クラス) ・地域会場 20 会場(20 クラス) 【開催回数】478 回 【参加数】 1 回あたり平均 30 名、 累積延べ約 12,000 名 【内容】筋トレ、ストレッチ等 ○地域リハビリテーション活動支援事業 ・住民リーダーと共同で住民主体の体操教室を普及させるためのツール(市オリジナル筋力アップ体操)の製作を行った。 ・オリジナル体操第 2 弾「歯つらつ体操」開発 ○健康づくりリーダーの地域派遣 ・まちかど運動教室の補助員 ・「やさしいとよあけひまわり体操」の指導・普及</p>

豊明市の3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
生活支援の取組	生活支援の取組	<p>○見守り生活支援に関する社会資源調査(関係団体ヒアリング) 見守り生活支援に関する社会資源把握のため、関係団体、NPO、生活協同組合、地区組織等にヒアリング・現地調査を実施。 実施時期:11月～1月 実施団体:NPO、コープあいち、区、地区見守り組織、シルバー人材センター、社協等 16 機関</p> <p>○豊明団地住民ニーズアンケート調査 実施期間:8/16～9/22 対象者:豊明団地在住の 65 歳以上市民 1,109 人から、要介護 4・5 及び計画策定ニーズ調査送付者をのぞいた 851 人</p>	<p>・国が進める協議体をどう構築するかということが目的となった「会議のための会議」はやめ、地域で見守りや支援が必要な具体的なケースを地域の関係者でその都度協議し、そこから常設の協議体へ発展させていくという、地域ケア会議をきっかけとした第 3 層協議体からの構築へとアプローチを変えた。</p> <p>・市域全体は、総合事業開始にあわせた平成 28 年度からのまちかど運動教室の展開を意識し、積極的に地域への説明や出前講座を行った。</p> <p>・地域ですでに支え合いをしている協同組合やボランティア団体、地域の通いの場となっているサークル活動の把握に努め、顔の見える関係を構築していった。</p>	<p>・第 3 層協議体としては、豊明団地、桶狭間区、坂部区、仙人塚地区等において、組織的な活動が始まった。</p> <p>・市域全体としては、生活協同組合の会員間で行われていた生活支援活動を平成 29 年度に事業化(いわゆる B 型サービス:住民主体の生活支援活動)し、全市展開すべく準備をした。</p> <p>・民間企業が主体となった、公的保険外で行われる高齢者向け生活支援サービスや健康寿命延伸に寄与する多様なサービス展開を促進していくため、連絡会議を開催、年度内の協定締結を行った。</p>
住まいの取組	住まいの取組	<p>・UR 都市機構による豊明団地の高齢者医療福祉拠点事業として居室整備。</p> <p>・市と UR 都市機構による包括協定を締結。全国 100 団地の先行 23 団地として拠点指定されたことにより、健康寿命サポート住宅の整備が開始。</p> <p>・自治会を含めた「けやきいきいきプロジェクト」を立ち上げ。</p> <p>・豊明団地における高齢者の住まい方をトータルサポートする取組が始まった。</p>	<p>・豊明団地における高齢者向け健康長寿サポート住宅の整備(UR)</p> <p>・家賃の軽減(UR)</p>	<p>・豊明団地における高齢者向け健康長寿サポート住宅の整備(UR)</p> <p>・家賃の軽減(UR)</p> <p>・住棟エレベーター設置の検討。</p> <p>・ロボティクススマートホームの研究スタート。</p>

豊明市の3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
その他	・団地を中心とした地域包括ケアの取組	<p>○豊明団地の地域医療福祉拠点整備に関する協議「けやきいききプロジェクト」立ち上げ。</p> <p>・藤田保健衛生大学・UR都市機構・豊明市による豊明団地の空き店舗、空室を活用した地域包括ケアを支える拠点(住居・支援拠点等)づくりについて、自治会や地域関係者も含めた協議「けやきいききプロジェクト」スタート。</p> <p>・豊明団地住民ニーズアンケート調査</p>	<p>豊明団地における学生・職員居住(18名)が開始し、4月24日には、団地商店街空き店舗に「ふじたまちかど保健室」を開所し、保健室を拠点として、大学の教員・学生が住民として豊明団地自治会の会議や行事に参加しながら、自治会と共同で事業を展開するようになった。</p> <p>・けやきいききプロジェクト会議(9回)</p> <p>・地域包括ケア勉強会(10回)/保大HP、UR、市</p> <p>・地域包括支援センターランチ開所(3/22)</p> <p>・高齢者健康増進事業(体操教室)</p> <p>・自治会活動への参加 防災訓練、ふれあい会食、夏祭り・秋まつり等</p> <p>・学生主催事業の開催 クリスマス会、ウォーキング大会、買い物支援</p>	<p>豊明団地における学生・職員居住は42名となり、自治会主催の行事の貴重な戦力となりつつある。</p> <p>藤田保健衛生大学と豊明高校との連携体制が構築され、自治会活動に大学生と高校生が多数参加するしくみができた。</p> <p>「けやきいききプロジェクト」の取組は、平成28年6月に内閣府経済一体改革推進委員会で報告する機会を得たり、まちかど保健室開所後の1年半の間に、視察団体数は60団体を超えた。</p>

2 モデル事業実施市の取組

(6) 半田市（認知症対応モデル）

1 半田市の特徴（平成 29 年 4 月 1 日現在）

- 人口 : 118,960 人
- 高齢者人口 : 27,898 人
- 高齢化率 : 23.45%
- 地域の特性・課題（モデル地区：半田中学校区）
人口規模が大きく、旧市街と中心市街地（新市街）を合わせ持つ圏域で、高齢化率も他地区より高く、要介護認定率も圏域内でも差がある。また、事業所・地域交流拠点等、社会資源も豊富な地域である。



2 3年間の取組

(1) 関係機関のネットワーク化

① 主な取組

・「地域包括ケアシステム推進協議会」の開催

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けた課題に対して、その解決手段を検討するために多職種による協議会を開催した。

▶メンバー

半田市医師会・半田歯科医師会・知多薬剤師会・市立病院・訪問看護・居宅介護事業所・地域包括支援センター・地域住民代表者・民間事業者代表・行政等



②成果

- ・医療・介護の多職種の代表者で構成する地域包括ケアシステム推進協議会が発足し、地域包括ケアシステムに関して検討・合意形成・推進をする上で中核的な存在である協議体ができ、地域包括ケアシステム推進協議会を中心に、テーマ毎の新規の協議体も発足し、既存の協議体と合せて地域ケア会議として役割を整理し、課題抽出から政策形成に繋ぐしくみができた。

③課題

- ・複数の協議体があるため、委員が重複し、それぞれの負担が大きくなっており、協議体の統廃合などが今後、必要である。

(2) 医療と介護の連携

①主な取組

・「在宅医療・介護連携部会」の開催

医療・介護を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で人生の最後まで暮らし続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制を構築するための検討を行った。

▶メンバー

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政

・「だし丸くんネット（ICT）」の導入

在宅医療・介護連携部会にて、テンプレート案・運用ルール等の検討を重ね、平成27年11月16日から運用を開始。



・「在宅ケア推進地域連絡協議会」の開催（2か月に1回開催）

▶メンバー

医療・介護に携わる関係者（診療所、病院、歯科、薬局、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、訪問看護、居宅介護支援事業所、デイサービス、ヘルパーなど）、地域包括支援センター、行政
 ※各回約80名が参加



・「終末期の事前指示書」作成などリビングウィルに関わる事業の実施

地域包括ケアシステム推進協議会にリビングウィル部会を設置して検討。

事前指示書の普及啓発のため、講演会の開催（平成26・27年度）やパンフレットの作成（平成26年度）を行った。



②取組上で苦労した点

- ・在宅ICT（だし丸くんネット）導入に関して、医師会を中心にICTシステムに関する体制やルール作りなどに関する多職種での合意形成について。
- ・在宅医療介護連携部会で多職種間での課題の洗い出しと共有、課題解決への対応優先順位決定等の対応調整。
- ・市民への在宅医療と介護、看取りを含めた人生の最終段階における意思決定の重要性に関する普及啓発への取り組みについて。

③成果

- ・在宅ICT（だし丸くんネット）の導入により、特に医師と他職種との連携がよりスムーズになるとともに、より効率的・効果的な在宅医療サービスが提供できるようになった。
- ・在宅ケア推進地域連絡協議会の開催により、多職種顔の見える関係を築くとともに、多職種の情報提供、意見交換、ネットワーク形成、研修の場として、有効に機能している。
- ・「私の事前指示書」（半田市版の事前指示書）の普及啓発を通じて、市民の方々に事前指示の意義が浸透してきた。

④課題

- ・在宅ICT（だし丸くんネット）の利用拡大
- ・在宅医療と介護の目指す姿のゴール設定。それに向けて必要な取組設計。
- ・在宅医療介護に関する市民への理解促進。事前指示をはじめとする、自己決定の必要性への普及啓発。さらに、それに取り組む市民の増加

（3）予防の取組

①主な取組

- ・「コグニサイズ教室」の開催（協力：国立長寿医療研究センター）
コグニサイズ教室の開催に向けて、平成27年度にボランティア（半田市健康づくりリーダー、介護予防リーダー）の育成を実施し、平成28年度に教室を開催した。（24回、各回17名参加）



②取組上で苦労した点

- ・健康づくりリーダーへの理解協力要請。コグニサイズ教室開催にむけてのカリキュラム作り。

③成果

- ・ボランティア（半田市健康づくりリーダー、介護予防リーダー）がコグニサイズに関する知識や技術を学んだことで、市の主催する教室以外のボランティア自身が活動するフィールド等でコグニサイズを普及している。

④課題

- ・地域におけるコグニサイズ実施ができる通い場の増設について、行政主体の教室運営から、地域ボランティア主体の取り組みへ移行したい。

（４）生活支援の取組

①主な取組

・「在宅生活支援部会」の開催

様々な立場の委員に参加してもらい、在宅生活が継続できる生活支援サービスの充実ための検討を行った。

▶メンバー

ケアマネジャー、介護事業者、NPO、ボランティア、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、行政（地域福祉課、市民協働課、生涯学習課、高齢介護課）

・「にじいろサポーター・認知症サポーターフォローアップ講座」（生活支援コーディネーター養成講座）の開催

新しい総合事業の生活支援コーディネーターや訪問型・通所型サービスの担い手となる人材の育成を目的とした講座を開催した。



②成果

- ・在宅生活支援部会における検討により、新しい総合事業のサービス内容等の準備、第1層の協議体の開始準備ができた。
- ・生活支援サービスの課題である担い手不足を解消するために、養成講座を開催したところ、受講者の中から自主的に通いの場を開始する人や既存の地域の団体に参加するようになった人がいた。

(5) 住まいの取組

① 主な取組

・「高齢者の住まいに関する検討会議」の開催

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加が見込まれる中、地域生活の最も基本的な基盤である住まいの確保は今後ますます重要となることから、高齢者（特に低所得の要介護者）の住まいに関しての検討を行った。

▶メンバー

ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政（建築課、高齢介護課）

② 取組上で苦勞した点

- ・ 公営住宅の入居基準の緩和。
- ・ 高齢者及びケアマネジャーを対象としたアンケート調査の分析。

③ 成果

- ・ アンケートにより現状とニーズ把握を行い、市営住宅居住の独居者の安否確認のための緊急立ち入りを制度化することができた。

④ 課題

- ・ 要介護3未満で低所得の高齢者が入居できる施設や賃貸住宅が少ない。
- ・ 家族や親族との関係が希薄になり身元保証人となる方がいないために、施設や賃貸住宅に入居できない方が増えている。

(6) 認知症の取組

① 主な取組

・「認知症対応検討会議」及びワーキングの開催

▶メンバー

医師、歯科医師、薬剤師、学識経験者、認知症介護指導者、民生委員、居宅介護事業者、NPO法人代表、認知症ネットワーク代表、市民代表（介護家族、地域活動）、民間企業、警察、地域包括支援センター、行政

・ 初期支援・相談ワーキング

→主に認知症初期集中支援チームの設置を検討

・ 家族支援ワーキング

→主に認知症カフェの実施、家族支援プログラム・介護家族交流会を検討

・ 地域支援ワーキング（行方不明対応ワーキング）

→主に行方不明対策、認知症サポーターの活用方法を検討

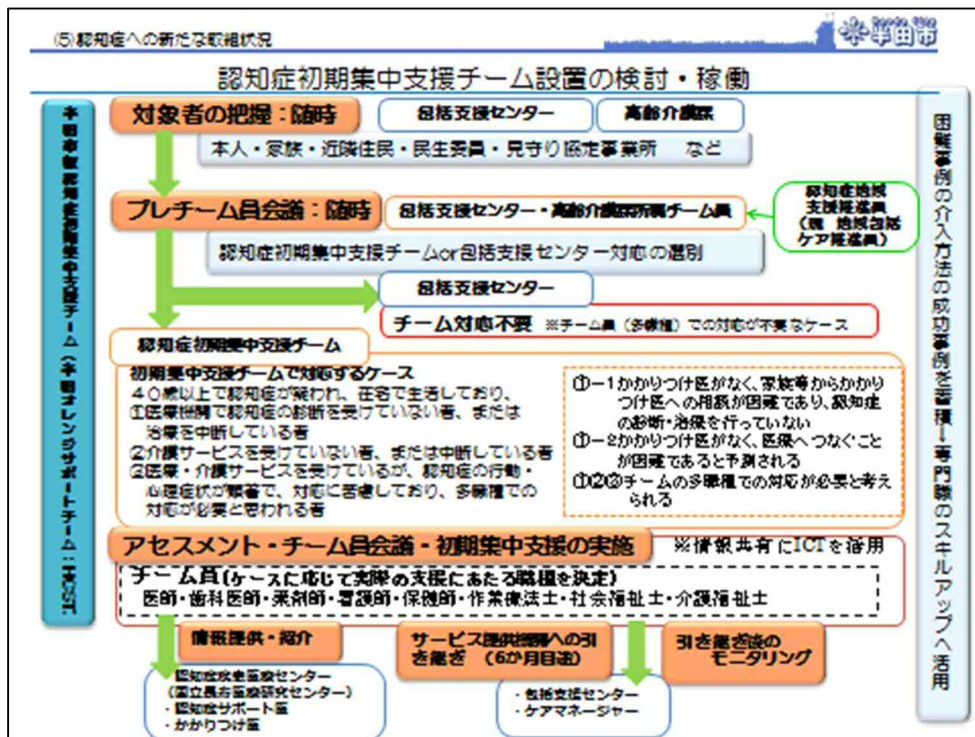
・認知症ケアパス「認知症安心ガイドブック」作成

平成 26 年度：入門編、予防編、支援の流れ編、家族の心構え編、別冊若年性認知症安心ガイドブックの 5 冊を作成。
平成 28 年度：別冊「認知症による行方不明への対応ガイドブック」を追加。



・認知症初期集中支援チーム (HOST: 半田オレンジサポートチーム) の設置

(平成 27 年度)



・「認知症理解促進講演会」の開催

- ▶ 「認知症になっても自分らしく暮らすまち半田」(平成26年12月13日)

参加者：313人

第1部：講演会「今こそ認知症を正しく理解しよう！」

(講師：国立長寿医療研究センター 遠藤 英俊先生)

第2部：パネルディスカッション

パネリスト：認知症支援に関わる地域住民、NPO等

- ▶ 「我がまち半田の認知症対策を考える」(平成27年9月27日)

参加者：516人

主催：半田市、半田市医師会、エーザイ株式会社

第1部：特別講演「認知症を正しく理解する」

(講師：国立長寿医療研究センター副院長：鷺見幸彦先生)

第2部：パネルディスカッション「半田市の認知症対策を考える」

パネリスト：半田市医師会副会長(医師)、ケアマネジャー
認知症の人と家族の会、地域コミュニティ施設長



・認知症カフェ「プラチナカフェ」の設置

認知症の人や家族、地域住民が集うカフェを設置し、互いに交流を図ることで、認知症の早期発見・早期対応につなげるとともに、地域の認知症に対する理解を促進し、認知症の人や家族が地域で孤立しないように支援した。

平成27年度：2箇所

プラチナカフェりんりん店(運営主体：NPO法人りんりん)

プラチナカフェかりやど憩の家店

(運営主体：かりやど憩の家管理運営委員会)

平成28年度：1箇所

プラチナカフェみんなの心店(運営主体：医療法人メディライフ)



・ **認知症高齢者等行方不明者に関する施策の実施**

▶ **行方不明者捜索訓練の実施（平成 27・28 年度）**

認知症高齢者等が行方不明となった際に、早期発見・保護につなげる見守り・SOS ネットワークを構築するため、市民や関係団体による捜索訓練を実施した。

▶ **半田市高齢者見守りメールの配信開始（平成 27 年度）**

高齢者が行方不明となった場合に、捜索や情報提供の協力者として、事前に登録していただいた市民等に対し、メールにより情報を一斉配信した。



▶ **行方不明高齢者捜索機器貸与事業の実施（平成 28 年度）**

認知症により行方不明になるおそれのある高齢者等の親族等に対し、行方不明高齢者等捜索機器（発信機・受信機）を貸与する事業を開始した。

貸与機器：SANタグ（発信機）、SANレーダー（受信機）

※半田市内事業者である「加藤電機(株)」が開発。



・ 認知症の方が安心して暮らせるまちづくり連携協定の締結

認知症に対する理解促進、早期発見・治療への取組みを進め、認知症の方が安心して暮らせる地域づくりの推進に資するため、一般社団法人半田市医師会及びエーザイ株式会社と半田市の三者による連携協定を締結した。

▶協定締結日：平成 27 年 4 月 9 日



②取組上で苦労した点

- ・ 専門職だけでなく、地域住民も巻き込んで、各会議をとおして、様々な事業体制の検討を行い、ひとつずつ事業化につなげたこと。

③成果

- ・ 認知症対策に関して抽出された地域課題を認知症対応検討会議及びワーキングで検討したことで、課題解決のための具体策（認知症ケアパス、認知症カフェ、認知症初期集中支援チームなど）の実施につながった。
- ・ 行方不明者捜索訓練や半田市高齢者見守りメールにより、目撃情報等の提供、捜索に協力していただく体制ができた。また、行方不明発生時の早期発見・保護につながる行方不明高齢者捜索機器貸与事業を開始することができた。
- ・ 認知症の方が安心して暮らせるまちづくり連携協定の締結により、三者共催による認知症理解促進講演会の開催などにつながった。

④課題

- ・ 事業化した各事業の効果検証と見直し、修正。
- ・ 各事業に対する市民、専門職への理解促進を図り、事業促進を図る。

3 3年間の総括

- 地域包括ケアシステム推進協議会を中心とした各種協議会・会議を開催し、三師会をはじめとする専門職のネットワークを形成し、顔の見える関係を構築することができた。
- 在宅ICTシステムの導入、在宅医療介護連携部会での協議などにより医療介護連携が促進した。
- 医療職・介護職相互の知識を学ぶ研修の実施により、専門職のスキルアップが図られた。
- 特に予防・生活支援の分野についてさらに市民を巻き込み、サービスの充実、担い手自身の介護予防など、今後、さらに推進する必要がある。
- 各種協議会・会議の委員が重複し、一部の委員に大きな負担が生じていることから、推進体制の見直しや整理が必要である。

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議の開催	<p>●「地域包括ケアシステム推進協議会」の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 12 回 <p>地域包括ケアシステム構築に関する様々な内容を協議会に集約し、各職種を代表した委員により基本方針等を確認した。</p> <p>26 年度は、「リビングウィル部会（開催：年 10 回）」、「身元保証部会（開催：年 8 回）」を設置して、具体的な課題解決の取組みを行った。</p>	<p>●「地域包括ケアシステム推進協議会」の開催</p> <p>地域包括ケアシステム構築へ向けた進行管理及び地域ケア会議等から抽出された課題に対して、その解決手段を検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 7 回 ・参加者：半田市医師会・半田歯科医師会・知多薬剤師会・市立病院・訪問看護・居宅介護事業所・地域包括支援センター・地域住民代表者・民間事業者代表・行政等 	<p>●「地域包括ケアシステム推進協議会」の開催</p> <p>地域包括ケアシステム構築へ向けた進行管理及び地域ケア会議等から抽出された課題に対して、その解決手段を検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 6 回 ・参加者：半田市医師会・半田歯科医師会・知多薬剤師会・市立病院・訪問看護・居宅介護事業所・地域包括支援センター・地域住民代表者・民間事業者代表・行政等
	社会資源、住民ニーズの把握	<p>●地域の社会資源を認知症ケアパスとして取りまとめた。</p>	<p>●高齢者くらしの便利帳</p> <p>自動車などの交通手段が無く、日常の買い物に不便を感じている高齢者を支援するため、宅配サービスなどを実施している事業者の情報を集約し、「高齢者くらしの便利帳」を作成した。</p>	<p>●亀崎地区及び半田地区において「介護予防・生活支援協議会」を立ち上げた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：2 圏域各 1 回/年 <p>※他の 3 圏域（乙川、成岩、青山）は、平成 29 年度に立ち上げ済み。</p>
医療と介護の連携	在宅医療・介護連携会議の開催	<p>●「在宅ケア推進地域連絡協議会」の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：6 回/年 <p>医療・介護連携に係る情報提供や意見交換を行うとともに、多職種連携・在宅医療・介護に関する研修としても実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○第 1 回テーマ：診療報酬改定と在宅ケアに対する影響について ○第 2 回テーマ：平成 30 年度までに整えておくこと（円卓会議） ○第 3 回テーマ：ICT の活用について ○第 4 回テーマ：認知症 BPSD の基礎知識と対応 ○第 5 回テーマ：認知症ケアパスの内容と活用 ○第 6 回テーマ：インフォーマルサービスの活用 	<p>●在宅医療・介護サービスの提供体制の検討</p> <p>「在宅医療・介護連携部会」の開催</p> <p>在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制整備を図るため、連携ツールの集約や在宅医療・介護連携の相談窓口機能の検討を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 11 回 ・参加者：半田市医師会・半田歯科医師会・知多薬剤師会・市立病院・訪問看護・居宅介護事業所・地域包括支援センター・行政等 <p>●「在宅ケア推進地域連絡協議会」を活用し、地域医療体制の構築に向けた課題抽出及び必要な取組を検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 6 回 ・参加者：地域包括ケアシステムに関わる関係者（各回 75 名程度出席） 	<p>●在宅医療・介護サービスの提供体制の検討</p> <p>「在宅医療・介護連携部会」の開催</p> <p>在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制整備を図るため、連携ツールの集約や在宅医療・介護連携の相談窓口機能の検討を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 6 回 ・参加者：半田市医師会・半田歯科医師会・知多薬剤師会・市立病院・訪問看護・居宅介護事業所・地域包括支援センター・行政等 <p>●「在宅ケア推進地域連絡協議会」を活用し、地域医療体制の構築に向けた課題抽出及び必要な取組を検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年 6 回 ・参加者：地域包括ケアシステムに関わる関係者（各回 75 名程度出席）

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
ICT システムの活用	ICT システムの活用	<ul style="list-style-type: none"> ●ICTシステムの検討 半田市医師会Dr.WebITシステム委員会、地域包括ケアシステム推進協議会、在宅ケア推進地域連絡協議会において、平成27年度中の導入へ向け、ICTシステムの検討を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●半田市在宅医療連携システム(だし丸くんネット)稼働 日時:平成27年11月16日(月)から運用開始 ICTシステムの稼働により、iPadを用いて、診療所、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなど医療と介護の専門職間で患者情報を共有することができるようになった。 「在宅医療・介護連携部会」において、ICTテンプレート案、運用ルール等について検討を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「だし丸くんネット」(ICT)を活用し、多職種による患者情報の共有を推進した。認知症初期集中支援チームの活動においてもICTを活用し、連携強化を図った。
	在宅医療等に従事する多職種の研修	<ul style="list-style-type: none"> ●「事例検討会」や「在宅ケア推進地域連絡協議会」、「リビングウィル普及啓発講演会」等で実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●第4回半田市在宅ケア推進地域連絡協議会 ・開催:平成27年11月24日(火) ・参加者:地域包括ケアシステムに関わる関係者(72名) 内容:「多職種で考えるケアの質」～ミニ事例検討会を通して～ 事例1「高齢者夫婦の健康維持への支援」 事例2「医療ニーズが高い方への連携」 事例3「サービス利用に繋がらない認知症の方の支援」 上記事例について円卓会議方式で検討を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅ケア推進地域連絡協議会」において、多職種で在宅医療に関する事例検討を行った。 ・開催:平成28年7月26日(火) ・内容:事例1「通所施設利用者の半固形栄養剤の利用」 事例2「ターミナル期の独居利用者を在宅でどう支えるか」
	在宅医療等の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●リビングウィル普及啓発講演会の開催 「終活！あなたは最期に何をのぞみますか？～終末期の意思表示を考える～」 ・講師:箕岡真子氏 ・参加者:地域住民、医療・介護の関係者 600名 ●リビングウィル普及啓発パンフレット作成 講演会チラシの裏面を活用して、10,000部を印刷して啓発を行った。 ●市報掲載 8月1日号市報へ見開き2ページで特集記事として「人生最後に受ける医療を考える」を掲載。 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療と地域包括ケアをテーマにした講演会の実施 講演会名:「認知症理解促進講演会～わがまち半田の認知症対策を考える～」 ・開催:平成27年9月27日(日) ・参加者:地域住民及び地域包括ケアシステムに関わる関係者(516名) 場所:雁宿ホール 内容:第1部 認知症を正しく理解する 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター副院長 鷲見幸彦氏 第2部 パネルディスカッション ●地域包括ケアシステムの普及啓発 毎月1日号市報に医療・介護・認知症等のテーマごとにコラム(1ページ)を掲載し、地域住民へ地域包括ケアシステムの普及啓発を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療と地域包括ケアをテーマにした講演会の実施 講演会名:「住み慣れた家で最後まで～自宅での看取りを考える～」 ・開催:平成28年12月11日(日) ・参加者:地域住民及び地域包括ケアシステムに関わる関係者(343名) 場所:アイプラザ半田 講堂 内容:第1部 基調講演「人生、最後にあたって何を望まれますかー命の終末を支える背景と取り組みー」 講師:堀尾医院 堀尾静氏 第2部 シンポジウム「自宅で看取るということ」 ●地域包括ケアシステムの普及啓発 毎月1日号市報に医療・介護・認知症等のテーマごとにコラム(1ページ)を掲載し、地域住民へ地域包括ケアシステムの普及啓発を実施した。

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
	その他	<p>●医療・介護の情報共有はICTシステム等他の連携ツールを活用する方向性となった。</p>	<p>●平成 27 年 7 月、「半田市医師会在宅医療サポートセンター、中核センター」を開設。</p> <p>●事前意思カードの普及 「第 1 回半田市在宅ケア推進地域連絡協議会」にてリビングウィルの普及啓発を含めて意思表示カードの周知を図った。 ・開催：平成 27 年 5 月 26 日(火)</p>	<p>●「半田市医師会在宅医療サポートセンター、中核センター」の設置により、在宅患者が住み慣れた地域で質の高い医療サービスを安心して受けられるよう、地域の需要や実態にあった在宅医療を提供する体制の充実・強化を図ることができた。</p>
予防の取組	予防の取組	<p>●「要支援の介護サービス分析」の実施 新しい総合事業の実施へ向け、現行の予防給付の利用実態の把握を目的に、要支援者のケアプランを作成しているケアマネジャーにアンケート調査を地域包括支援センターが実施。</p>	<p>●「地域介護予防教室事業」の開催 やなべコミュニティ推進協議会に委託し、地域特性を生かした介護予防(新美南吉作品の音読、新美南吉記念館への遠足など)を実施した。 ・開催：毎週木曜日 10:30～11:30</p> <p>●基本チェックリストから抽出された二次予防対象者や介護認定非該当者で運動機能の低下している方に対して、地域包括支援センターと連携し、柔道整復師(民間病院)による運動器フォローアップ教室(3か月間)への勧奨を行った。教室終了後は、地域の健康づくりリーダーが自主グループを立ち上げ、地域住民を交えての健康づくりの場ができた。 ・開催場所：地域ふれあい施設「さくらの家」</p>	<p>●「地域介護予防教室事業」の開催 認知症予防教室修了者が、教室終了後に集い、それぞれが役割を持ちながら、ボランティア・コミュニティの協力を得ながら、活動を継続するために支援を行う。 ※岩滑コミュニティ推進協議会に委託。</p> <p>・開催：月 4 回以上、1 回あたり 1 時間程度 ・参加者：10 名程度 ・会場：岩滑ふれあいセンター ・内容：交流・見守り、認知症予防などを考慮した介護予防教室</p> <p>●「コグニサイズ教室」の開催 ・開催：平成 28 年 6 月 14 日～11 月 22 日(全 24 回) ・場所：かりやど憩の家 ・参加者：20 名程度</p>

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
生活支援 の取組	生活支援の 取組	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括ケアシステム推進協議会において、新しい総合事業の実施や必要な生活支援サービスについて検討し、平成 27 年度より協議会に在宅生活支援部会を設置することとなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅生活支援部会」の開催 <ul style="list-style-type: none"> 多様な生活支援サービス・介護予防の提供に向け、新しい総合事業の制度理解やサービス内容の検討を行った。 ・開催 年 9 回 ・参加者 <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護事業者、ボランティア・NPO代表、シルバー人材センター、まちづくりひろば、地域包括支援センター、行政等 ●生活支援に必要な人材育成 <ul style="list-style-type: none"> ボランティア・市民活動の窓口である「まちづくりひろば(ボランティアセンター)」と連携し、生活支援コーディネーターや生活支援の担い手育成等の人材育成プログラムを盛り込んだ「にじいろサポーター・認知症サポーターフォローアップ講座(生活支援コーディネーター養成講座)」を開催した。 ・開催: 全 4 回講座 ・参加者: にじいろサポーター及び認知症サポーター(30名) 	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅生活支援部会」の開催 <ul style="list-style-type: none"> 多様な生活支援サービス・介護予防の提供に向け、新しい総合事業の制度理解やサービス内容の検討を行った。 ・開催 年 6 回 ・参加者 <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護事業者、ボランティア・NPO代表、シルバー人材センター、まちづくりひろば、地域包括支援センター、行政等 ●新聞店や金融機関など 33 事業所(平成 29 年 3 月末現在)と「半田市地域見守り活動に関する協定」を締結し、孤立死の防止や認知症等による行方不明などの早期発見・対応できる体制づくりを図っている。
住まいの取組	住まいの取組	<ul style="list-style-type: none"> ●「住まいの確保に関するニーズ調査」の実施 ●対象: 要支援・要介護認定者のうち、介護保険所得段階第 3 段階以下の 1,615 人 ●調査方法: 対象者への郵送、無記名調査 ●有効回答数: 706 件(回収率 43.7%) 	<ul style="list-style-type: none"> ●「高齢者の住まいに関する検討会議」を開催し、高齢者(特に低所得の要介護者)の住まいに関して、検討を行った。 ・開催: 年 2 回 ・参加者: 半田市包括支援センター、ケアマネジャー、建築課、高齢介護課 	<ul style="list-style-type: none"> ●「高齢者の住まいに関する検討会議」を開催し、高齢者(特に低所得の要介護者)の住まいに関して、検討を行った。 ・開催: 年 3 回 ・参加者: 半田市包括支援センター、ケアマネジャー、建築課、高齢介護課 ●市営住宅居住の独居者の安否確認のための緊急立ち入りを制度化することができた。

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
認知症の取組		<p>●「認知症対応検討会議」の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催:年 4 回 <p>認知症ケアパスの作成を通して、様々な立場の方とともに、認知症支援の現状を把握し、社会資源を整理することができ、また、半田市の課題と必要な認知症支援を抽出することができた。</p> <p>また、作業部会(年 4 回)を設置して具体的な作業を進めた。</p>	<p>●「認知症対応検討会議」を設置し、認知症初期集中支援チームの設置、認知症カフェの運営、メール配信システムの導入、認知症徘徊者捜索模擬訓練等、必要な取組の検討・実施した。</p> <p>「初期支援・相談ワーキング」、「家族支援ワーキング」、「地域支援ワーキング」の 3 つのワーキンググループを設置し、各事業の検討・実施・評価を行うことができた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催 認知症対応検討会議:年 4 回 初期支援・相談ワーキング:年 5 回 家族支援ワーキング:年 3 回 地域支援ワーキング:年 3 回 ・参加者 認知症支援に関わる保健・福祉・医療の関係者及び認知症専門家 	<p>●「認知症対応検討会議」を設置し、認知症カフェの運営基準、認知症徘徊者捜索模擬訓練等、必要な取組の検討・実施した。</p> <p>「家族支援ワーキング」、「行方不明者対応ワーキング」を設置し、各事業の検討・実施・評価を行うことができた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催 認知症対応検討会議:年 4 回 家族支援ワーキング:年 1 回 行方不明者対応ワーキング:年 3 回 ・参加者 認知症支援に関わる保健・福祉・医療の関係者及び認知症専門家
認知症の取組		<p>●「認知症ケアパス研修会」の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催:年 1 回 ・参加者:認知症対応検討会議、地域包括ケアシステム推進協議会メンバー等 25 名 <p>認知症ケアパスの共通理解とともに、初期支援の社会資源が不足している等、半田市の認知症支援の課題を抽出することができた。</p> <p>●認知症理解促進講演会の開催</p> <p>「認知症になっても自分らしく暮らすまち半田～認知症サポーターの輪を広げよう～」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催:年 1 回 ・講師:遠藤英俊氏 ・参加者:地域住民、医療介護の関係者等 313 名 <p>●若年性認知症の理解促進</p> <p>若年性認知症の啓発のため、啓発チラシを作成。</p>	<p>●「認知症対応検討会議地域支援ワーキング」を活用して、認知症高齢者の地域での見守り体制について、課題の抽出、解決策の検討を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催:年 3 回 ・参加者 認知症対応検討会議地域支援ワーキングメンバー及び徘徊・見守りネットワークの関係者 <p>●認知症徘徊・見守りネットワークの構築へ向け、「半田市高齢者見守りメール」を導入した。、ネットワークの啓発及び登録案内チラシを作成した。(5,000 部)</p> <p>配布先:地域住民、民間企業等ネットワーク関係者</p>	<p>●高齢者の方が行方不明となった場合に、「半田市高齢者見守りメール」にて登録者にメールを配信することにより、捜索や情報提供の協力を依頼できる体制を整えた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・登録者数:約 800 名 ・配信件数:21 件 <p>●行方不明の対応ガイドブックの作成</p> <p>③行方不明者捜索訓練の実施(平成 28 年 12 月)</p> <p>④認知症高齢者行方不明捜索機器貸与事業の実施(平成 29 年 1 月～)</p>

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
認知症の取組		<p>●「認知症高齢者実態把握アンケート調査」の実施</p> <p>・対象:介護認定のない65歳以上の高齢者22,014人 認知機能障がい程度の指標として有効とされるCPSを、65歳以上の高齢者を対象としている日常生活基本チェックリストと併せて実施。</p> <p>また、把握した認知機能障がいの傾向が見られる方の訪問調査をほうかつ地域包括支援センターが実施。</p>	<p>●認知症初期集中支援チームが(半田オレンジサポートチーム※通称:HOST)が始動した。</p> <p>●第2回半田市在宅ケア推進地域連絡協議会</p> <p>・開催:平成27年7月28日(火)</p> <p>・参加者:地域包括ケアシステムに関わる関係者(76名)</p> <p>内容:1. 講演「認知症対策の方向性と地域連携の在り方」 講師:鷺見 幸彦 医師(国立長寿医療研究センター 副院長) 2. 「認知症安心ガイドブック(認知症ケアパス)」の活用方法 担当:高齢介護課 保健師</p> <p>●「プラチナカフェ」(半田市版認知症カフェ)の設置</p> <p>・設置数:2か所</p> <p>▶プラチナカフェりんりん店 (運営:NPO法人りんりん) 毎週火曜日 10:00~12:00</p> <p>▶プラチナカフェかりやど憩の家店 (運営:かりやど憩の家管理運営委員会) 第2・4土曜日 12:00~16:00</p> <p>●認知症家族支援プログラム</p> <p>認知症の人を抱える家族介護者が自身の問題解決能力を高めることにより、介護負担を軽減させ、知識不足によるトラブルを防止し、早期に認知症の人と安定した生活が営めるよう支援した。</p>	<p>●認知症と思われる方が適切な医療や介護保険のサービスにつながらない場合に、認知症初期集中支援チーム(半田オレンジサポートチーム※通称:HOST)がその方に合ったサポート方法を検討し、支援体制を整えている。</p> <p>・チーム会議の開催 月1回</p> <p>●「プラチナカフェ」の設置</p> <p>・設置数:3か所</p> <p>▶プラチナカフェりんりん店 ▶プラチナカフェかりやど憩の家店 ▶プラチナカフェみんなの心店(平成28年度~)</p> <p>●認知症家族支援プログラム</p> <p>認知症の人を抱える家族介護者が自身の問題解決能力を高めることにより、介護負担を軽減させ、知識不足によるトラブルを防止し、早期に認知症の人と安定した生活が営めるように支援した。</p>

半田市のモデル事業3年間の取組一覧

分野	項目	実績		
		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
			<p>●認知症サポーターフォローアップ講座を開催し、認知症予防や対応スキルの向上を図った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：年4講座 ▶予防編(79名) <p>〔認知症予防と回想法～聴かせてくださいあなたの思い出～〕 講師：日本福祉大学 健康科学部 来島 修志先生</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ガイドブック活用編(99名) <p>「認知症安心ガイドブック」活用講座 講師：高齢介護課 保健師</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶対応実践編(88名) <p>認知症高齢者等が行方不明となった際に、早期発見・保護できるよう、認知症サポーターの行方不明に関する理解を深める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶コグニサイズ編(58名) <p>(1)講義「コグニサイズとは」 ・講師：高齢介護課保健師</p> <p>(2)体験実習 ・指導者：半田市健康づくり連絡協議会所属健康づくりリーダー</p>	<p>●認知症サポーターフォローアップ講座(対応実践編)を開催した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催：平成 28 年 6 月 23 日(木) (乙川交流センターニコパル)、平成 28 年 8 月 2 日(板山公民館) ・内容：地域で認知症の方を見かけた際に、どのような点を意識して対応するとよいかを学ぶ。

愛知県地域包括ケアモデル事業報告書

執筆

安城市 福祉部 高齢福祉課

豊川市 福祉部 介護高齢課 在宅医療連携推進センター

田原市 健康福祉部 高齢福祉課

新城市 健康福祉部 福祉介護課 地域包括ケア推進室

豊明市 健康福祉部 高齢者福祉課

半田市 福祉部 高齢介護課

愛知県 健康福祉部 医療福祉計画課 地域包括ケア推進室

発行

愛知県 健康福祉部 医療福祉計画課 地域包括ケア推進室

郵便番号 460-8501

住 所 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

電 話 052-954-6228 (ダイヤル)

ファックス 052-953-6367