

○安城市（地区医師会モデル）

1 安城市の特徴

- 地区社会福祉協議会が各地区に専任の担当者を置き地域づくりを推進しており、地域住民による高齢者の見守り活動が実践されている。また、生活支援コーディネーターを兼ねている。
- ケアマネット・デイネット・ヘルパーネット・訪看ネット・訪リハネット等専門職種の既存の自主的な組織がある。

2 モデル事業の対象地域

南中学校区（人口：29,160人、高齢化率：17.9%）
 ※人口、高齢化率はH27.9.1現在

3 平成27年度の主な取組状況等

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	○地域包括ケア協議会 1回開催（1月末までに1回開催予定） 【構成員】医療関係者、保健関係者、福祉関係者、被保険者代表、介護サービス事業者等、学識経験者 【内容】平成26年度モデル事業報告及び平成27年度事業計画 ○地域包括ケア推進会議 9回開催（1月末までに1回開催予定） 【構成員】医師会部会、歯科医師会、薬剤師部会、ケアマネット部会等の代表者 【内容】モデル地区からの課題に対する解決方法の検討、関係部会の活動報告、地域ケア地区会議の報告等	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 毎月定期的に地域ケア推進会議を開催することで、会議の場のみならず会議終了後に他の部会と打ち合わせや協議などを行うことが多く、連携しやすい関係づくりができています。 ○ 地域ケア地区会議から出された課題である認知症等徘徊捜索に関するネットワークの再構築を始めた。 《課題》 ○ 町内会関係以外の社会資源の把握が不十分。また、現行の資源については更新作業まで手が回らない状況である。	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	○ ICTの導入に関し、医師会、在宅医療サポートセンター、近隣市（刈谷市、知立市、碧南市、高浜市、西尾市）と協議を実施	○ 医師会と歯科医師会が協力し、在宅歯科診療のフローチャートを作成した。 ○ ICT導入に関しては近隣市も含め調整を始めている。
	地域ケア会議（処遇困難事例の検討）	○地域ケア地区会議（中学校区域）1回開催（他地区では4回開催） ○地域ケア個別会議（町内会区域）17回開催（他地区では66回開催）	○ 生活支援ネットワーク会議（協議体）、地域ケア地区会議の開催方法については地区の特性に合わせ検討が必要。 ○ 次年度はさらに地域包括支援センターが増えるため、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターとともに調整を重ねることが重要と考える。		在宅医療等に従事する多職種の研修	○医療介護連携のための研修会 9回開催（1月末までに1回開催予定） 【参加人数】1回につき約60～140名、延べ744名 【内容】終末期の意思決定支援、苦情・事故などのリスクマネジメント等 ○多職種ワークショップ研修会 1回開催 【参加人数】82名	○ 訪問診療をしていない医師から、訪問看護を通じて訪問診療をしている医師に依頼が入るなど部分的に今までにない動きがみられる。 ○ 医療介護連携のための研修会は、各部会が主催となり企画運営をしている。そのため企画の段階から他の部会に講師を依頼したり、合同で運営するなど企画の段階から連携がとれている。 《課題》
	社会資源等の把握（各種アンケートの実施、資源マップ（リスト）の更新等）	○ 生活支援等基盤整備の協議体（生活支援ネットワーク会議）において、新たに中学校区ごとの資源マップを作成し、関係者で情報共有（一部の協議体で作成）			在宅医療等の普及啓発	○ 市民フォーラムを2回開催 【参加人数】1回目：180名、2回目：250名 【内容】在宅緩和ケア、認知症 ○ 出前講座を15回開催 【参加人数】1回につき約60～500名、延べ1,116名 ○ 広報あじょうに特集記事を掲載 ○ 社協だよりに訪問看護の記事を掲載	○ 研修会等で多職種が顔を合わせる機会は多くなっているが、参加者が固定してきているのではないかと思われる。 ○ ICT導入に関しては調整の段階から現場レベルの関係者の理解を深める必要がある。今後は地域ケア推進会議の場を活用する。
医療と介護の連携	在宅医療連携協議会（多職種連携の課題の抽出と解決策の検討）	○（再掲）地域包括ケア協議会 1回開催	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 多職種連携では、顔を合わせる機会が多くなったことで他職種に声をかけやすくなっていると感じられる。	予防の取組	予防に取り組む団体への支援の取組	○ 運動・交流等多様な活動を行う「通いの場」を提供する活動を実施する団体への助成 ※現在、団体募集中 ○ 県理学療法士会と協力し、地域活動の担い手を対象とした教室の開催を予定	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 生活支援コーディネーターから既存の活動団体へ働きかけは順次始めており、助成事業の活用に応答的な団体が現れている。活動内容の拡充には時間を要するため、今後の活動については多くの団体が検討中である。
					自主的な通いの場開催に向けた取組	○ 生活支援コーディネーターを通じ、既存の活動団体へ働きかけている。 ※既存の活動887活動（うちサロン・昼食会的な活動 71箇所）	《課題》 ○ 活動を主体的に行うリーダーを確保することが難しい。開催回数の増加を促しても会場や担い手の負担など障壁が多く難しい。また、住民側と信頼関係を築くためにも長期的な関わりが必要。

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
生活支援の取組・検討	生活支援に取り組む団体への支援の取組	○ 要支援認定の人の自宅を訪問し、自立した生活が送られるよう家事等を本人とともに「日常生活支援」を実施する団体への助成 ※現在、団体募集中	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 保健福祉部会において、移動支援サービスについて検討中である。 《課題》 ○ 移動支援サービスは継続して検討が必要。
	不足している生活支援サービスの検討	○在宅で介護を継続するために必要なサービスや支援を把握することを目的とした在宅介護者（要介護3以上）へのアンケートの内容を検討し、実施。 ※集計中 ○生活支援体制の協議体において今後検討する。	○ 活動を主体的に行うリーダーを担う人を見つけることが難しい。開催回数を増加を促しても会場や担い手の負担など障壁が多く難しい。また、住民側と信頼関係を築くためにも長期的な関わりが必要。 ○ ボランティアが家に入ることに抵抗を感じている住民への対応が必要。
住まいの取組・検討	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討	○ 市営住宅建替時（平成30年度）に向けた取組等について、建築課と協議	《進捗状況》遅れている 《成果》 ○ 特になし 《課題》 ○ 関係課との調整が必要（建築、高齢福祉、自立支援、障害福祉など）。その後に民間事業者を交え検討すべき。
	I C T 以外の患者情報の共有	○ 「在宅見守りノート」の活用状況に関する調査の実施	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 半数の居宅介護支援事業所が在宅見守りノートを利用したことがあり、連携がとりやすくなったと言う声も聞かれた。 ○ 認知症高齢者等検索模擬訓練では、認知症の人への声のかけ方を体験できてよかったと言う声が多く、認知症を理解するきっかけのひとつになったと考えられる。
その他の取組	家族介護者への支援	○ 「介護者のつどい」を8回開催（1月末までに1回開催予定）（他地区では27回開催） 【参加人数】1回につき約10～30名、延べ112名	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 半数の居宅介護支援事業所が在宅見守りノートを利用したことがあり、連携がとりやすくなったと言う声も聞かれた。 ○ 認知症高齢者等検索模擬訓練では、認知症の人への声のかけ方を体験できてよかったと言う声が多く、認知症を理解するきっかけのひとつになったと考えられる。
	認知症対策の取組	○ 認知症高齢者検索模擬訓練を1回実施 【参加人数】79名 【内容】 ・模擬徘徊高齢者の検索、声かけ並びに通報訓練 ・座り込んで動けなくなった模擬高齢者への声かけ、通報訓練 ○ 行方不明高齢者情報のメール配信	《課題》 ○ 介護者のつどいに参加者が固定している。介護者のつどいの周知と認知症カフェの開催への働きかけが必要。

全体の自己評価

在宅医療介護連携を含め昨年度から始めている内容に関しては住まい以外はほぼ順調に進んでいる。住まいに関しては、庁内の関係部署で共通認識を持った上で外部の関係者を交えて検討を進める必要がある。今年度内に一度庁内で調整を取る場を設け、次年度につなげたいと考えている。また住民向けの周知はさまざまな場を活用しさらに周知を図ることが必要である。

新たな介護予防や生活支援に関しては、生活支援コーディネーターに委託している部分も多く、地区ごとの特性にあわせ動きが異なるため、把握仕切れていない部分がある。生活支援コーディネーター側との連絡調整を密にする必要性を感じる。

関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会）の2年目の取組に対する感想

〈医師会〉

多職種の研修会、ワークショップ、懇談会、懇親会を通じて顔が見える関係づくりが進んでいると実感する。いろいろな会合に参加するメンバーの顔ぶれが固定されている感もあるので、広く参加を呼び掛ける必要はある。医師会としては在宅医療サポートセンター事業が始まったためさらに地域ケア包括システムへの取組が充実してきた。

地域包括ケアに参加しているあらゆる職種を部会化し、各領域での問題点を解決する形で、市が上手にリードしながら活動が進行してきた点は素晴らしいと感じる。今後は領域にとらわれず地域のニーズと医療提供のマッチング状況の調査や実際の在宅ケアを行っている家庭の問題点の抽出を丁寧に行って、領域を超えた取組として問題点の重要度、緊急度を二次元展開で評価しながら、全職種共通で同時進行的に取り組む課題も設けていくと、地域包括ケア向上の近道になる。そのためには現状での実際に在宅医療を施行されているケースの実態把握や本来の必要度、可能な現状での医療提供能力の分析など、評価をリアルタイムに行っていくことが不可欠と感じる。

〈歯科医師会〉

歯科医師会の取り組みとして、今年度から本会の従前の在宅システムの簡素化を図ることにより、多職種との連携システムを再構築した。また、今後も歯科医療従事者が地域包括ケアシステムを理解出来るよう、講演会、講習会など積極的に開催し、治す医療とともに、地域で見守るための医療を心掛け診療したいと思う。

地域ケア推進委員の皆様には、患者様ご自身のカルテ（在宅見守りノート）をいかせるように、かかりつけ歯科医が責任を持って診療する為の協力をお願いしたいと思う。

〈薬剤師会〉

地域包括ケアシステムの担い手として薬剤師が職能を發揮しないといけないが、外に向けての連携強化が苦手なために、はじめの一步が踏み出せない薬剤師が少なからずいる。他職種の方々と顔が見える関係を構築できる場であり有意義な取り組みと思う。地域ケア推進会議から派生した地域の生活者を交えた勉強会には何名かの薬剤師が参加させていただきそれなりの成果もあったと感じている。薬剤師会としては地力アップに取り組まますのでこれからもご指導よろしく申し上げます。

平成28年度の取組

- ・ I C T の導入。
- ・ 認知症施策の強化。
- ・ 住まいに関する関係部署との調整後、外部の関係者を含め住まいに関する内容の検討をさらに進め、事業化につなげていく。
- ・ 不足している生活支援サービスを明確にし、充足するための具体策について検討をさらに進め、事業化につなげていく。
- ・ 地域活動の担い手の育成。

○豊川市（地区医師会モデル）

1 豊川市の特徴

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会の連携が取れており、医師会長を中心に地域包括ケアシステムの構築に向け積極的であるため、医療分野での協力が得やすくなっている。
- 在宅医療・介護の連携を推進する専門部署として、「在宅医療連携推進センター」を平成26年1月に開設し、事業に取り組んでいる。（平成27年4月よりセンターを介護高齢課在宅医療連携推進係に位置付ける。）

3 平成27年度の主な取組状況等

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア推進協議会【構成員】三師会、介護保険関係事業者、商工会議所、認知症疾患医療センター、保健所、社協、シルバー人材センター、包括、市民病院、市関係担当5部署 ① 基本方針等検討会議 1回開催【内容】システム構築に向けた施策化と役割分担等 ② 関係機関連絡会議 2回開催（1月末までに1回開催予定）【内容】地域課題検討、新規施策の進捗状況等 ③ 専門事項検討会議 3回開催【内容】予防、生活支援、住まい、認知症等の課題検討等 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成26年度の協議内容及び27年度基本方針を踏まえ、関係機関が主体的に役割を担って、様々な連携が図れるよう、課題に応じた施策を策定し、これを「地域包括ケアシステム構築に向けた施策実施の方針(平成27年度 第1版)」として取りまとめ、各機関に周知し、実施をした。 ○ 会議内で認知症支援に関するガイドブック及びチラシ、地域包括ケア推進パンフレット、すまいの手引きなどの市民向けの啓発物や見守りネットワーク等が活用できる見守りガイドブックについて十分な議論を行った。 	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「東三河ほいっぷネットワーク」において連携推進※事業所登録数：208（利用者数369名）、患者登録数：91名 ○ 個人情報等取扱いガイドラインの制定・公表 ○ 電子@連絡帳普及啓発リーフレットを37,000部作成、医療介護機関等に配付 ○ システム説明会を3回開催【参加人数】135名 ○ デモ操作研修を4回開催【参加人数】51名 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ICTの活用では、啓発リーフレットの発行やシステム説明会及びデモ操作研修を行い、システムに対する不安等も払拭されて、システム利用登録者も増え、除々ではあるが進んでいる。 ○ 多職種研修については、研修参加者の裾野を広げ、より顔の見える関係づくりを進めるため、日常生活圏域単位で研修を行い、着実な成果が見られている。
	地域ケア会議(処遇困難事例の検討)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3回開催（1月末までに1回開催予定） 	<p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ケア会議の場において、個別ケア会議での検討内容から地域課題の抽出を行うこととしているが、どうしても個別の事例にのめり込み、個別ケア会議と同様、処遇の検討に陥りやすい。委員全員に会議の目的を浸透させ、課題抽出することに繋がっていない。 		在宅医療等に従事する多職種の研修	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療に従事する多職種研修を4回開催【参加人数】1回につき51～53名、延べ209名【内容】地域連携事例検討など、圏域ごとのニーズに応じた内容 ○ 医療・介護団体からの提案による多職種協働研修を1回開催【参加人数】99名【内容】在宅歯科治療・口腔ケアについて※1月に、医師会及び商工会議所との共催で講演会開催予定 	<p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各団体による取組が思うように進まなかった事業に対し、当該団体での取組が円滑に進められるような支援(取組促進に繋がる新たな事業の実施、取組への助成等)が必要。 ○ ICTについては、システム利用登録者の促進は進んでいるが、実際の患者登録及び患者情報の共有については、利用者登録の伸び率と比較して鈍い状況である。
	社会資源等の把握(各種アンケートの実施、資源マップ(リスト)の更新等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ WEB版の医療・介護等資源マップを更新 ○ 電子@連絡帳ポータルサイトに掲載している登録機関一覧表にマップ情報を追加し、WEB版地域資源マップとリンク 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療連携拠点推進事業の成果物として平成27年3月にとりまとめた「在宅医療・介護の連携推進に関する提言」中、提言内容を実現させるための取組みとして、関係機関ごとに取組むべき方向性を示している。 これに対し、平成27年度中に取り組めるものとして関係機関から報告いただいたものについて、検討部会において進捗状況管理を行った。 関係機関それぞれが、おおむね、提言内容に基づいた各種事業を実施できていることが確認できた。 		在宅医療等の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市民フォーラムを1回開催【参加人数】321名【内容】演劇、対談、相談コーナー等 ○ 出前講座を19回開催【参加人数】1回につき約10～70名、延べ572名 ○ 市広報7月号へ相談窓口に関するお知らせ記事を掲載 ○ これまでの活動をまとめた「センターだより」を2,000部発行、配布 	<p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ICTについては、システム利用登録者の促進は進んでいるが、実際の患者登録及び患者情報の共有については、利用者登録の伸び率と比較して鈍い状況である。
医療と介護の連携	在宅医療連携協議会(多職種連携の課題の抽出と解決策の検討)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携協議会 1回開催【内容】在宅医療・介護連携に関する取組 ○ 検討部会(2回)、ワーキング(1回)を開催【内容】研修・広報、電子@連絡帳、支援体制等に関する取組 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療連携拠点推進事業の成果物として平成27年3月にとりまとめた「在宅医療・介護の連携推進に関する提言」中、提言内容を実現させるための取組みとして、関係機関ごとに取組むべき方向性を示している。 これに対し、平成27年度中に取り組めるものとして関係機関から報告いただいたものについて、検討部会において進捗状況管理を行った。 関係機関それぞれが、おおむね、提言内容に基づいた各種事業を実施できていることが確認できた。 	予防の取組	新たな介護予防に繋がる通いの場の開催	<ul style="list-style-type: none"> ○ みんなで集まる会(介護予防教室フォローアップ教室)を2箇所12回開催(全19回開催予定) ① 10月27日～毎週1回づつ全10回開催【参加人数】1回につき約10名前後、延べ96名 ② 12月16日～毎週1回づつ2回開催(1月末までに5回開催予定)※全9回開催予定【参加人数】延べ26名【内容】交流、体操、サロン化等への提案 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防リーダーの活躍の場が増えた。 ○ 高齢者が集まる機会が増えた。また、継続して実施することで介護予防に繋がった。
				認知症予防の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症予防教室(前期)を全20回開催【参加人数】実16名、延べ290名【内容】読み書き、計算、交流に加え、新たに介護予防リーダーを活用し、認知症予防に繋がる運動・体操を追加 ○ 認知症予防教室(後期)を10回開催(1月末までに4回開催)※全21回開催予定【参加人数】実12名、延べ103名 ○ 回想法教室を毎週1回づつ4回開催(1月末までに4回開催予定)※全8回開催予定【参加人数】延べ55名【内容】懐かしい話を参加者間で共有することにより心が癒される体験を通して、認知機能を維持・向上させる 	<p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティアによって、個々の事情や資質が異なるため依頼しにくい。 ○ 参加者については、リピーターが多く、変わりばえしない。新規対象者の発掘が進まない。 	

2 モデル事業の対象地域

南部地域包括支援センター地区
 (人口：46,766人 高齢化率：26.1%)
 ※人口、高齢化率はH27.10.1現在

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
生活支援の取組・検討	地域課題を踏まえた取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 独居高齢者等の話し相手不足への対策として、「個人宅傾聴ボランティア訪問事業」を実施【内容】65歳以上で会話のできる人から申込があった場合、ボランティア団体が訪問し話を聴くもの【実績】利用者数：4名 ○ 介護・生活支援サポーター養成講座を開催予定(1月末までに2回開催予定)※5回コース【申込人数】19名(1月実施)【内容】掃除等の生活支援やボランティア活動等、住民主体の支え合い活動を実施する方の養成 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域のニーズ調査については、関係機関・団体に照会をかけながら、順次、草の根的に調査ができています。 ○ 個人宅傾聴ボランティア訪問事業は、利用者からも満足度が高く、地域課題への対応と併せて、ニーズに合致した施策が立ち上げることができた。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティアの高齢化もあり、担い手に限りがある。次の担い手の養成やその人材に合った活躍できる場面のマッチングが必要である。
	不足している生活支援サービスの検討	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活支援コーディネーターによる、地域で行われているサロン活動等を訪問し、地域のニーズ調査や資源状況の見える化、ネットワーク化等を実施 	
住まいの取組	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門事項検討会議 3回開催【内容】「住まいの手引き」の作成の提案 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 着手でき、次年度発行予定。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者向けの住まい自体を確保することは、高齢福祉担当課の主導では限界があり、難しい。
	家族介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「介護者交流会」を毎月1回づつ8回(全12回)、及び「男性のための介護者交流会」を1回開催(1月末までに1回開催予定)【参加人数】延べ64名 ○ 「認知症の方及びその家族を支援する介護者のためのガイドブック」及び「チラシ」を各4,000部作成し、市民・関係者へ配付 ○ 「地域包括ケア推進パンフレット」を5,000部作成し、市民・関係者へ配付 	<p>《進捗状況》順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ガイドブックなど認知症支援や地域包括ケアを周知する媒体の作成ができ、様々な機会です市民や関係者に周知することができた。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症及びその家族の新規把握が少ない。また、介護を抱え込んでいる家族の発掘機会が少ない。
その他の取組			

全体の自己評価

計画ベースの事業はもとより、会議等でその都度挙げた問題や課題への対応施策（提案型多職種協働研修や電子@連絡帳システムデモ操作研修会など）に対しては、迅速に計画修正や追加を行い、当初計画以上のことを行ってきたと思う。

業務量は昨年以上に増え、日々の業務や他団体にお問い合わせと等期日に追われる場面も多々見受けられるが、歩みは遅いものの、着実に各種団体内及び市全体で構築に向けて進歩している。

関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会）の2年目の取組に対する感想

〈医師会〉

当初より市へ提言しやすい体制で、さらに年々関係が強まっていると思われる。また、2年目は在宅医療サポートセンターを創設し、市の機関と同一事務所内に設置できたことで、サポートセンターの運営について強力なバックアップを得ることができ、事業が円滑に進んでいるので助かっている。

〈歯科医師会〉

当初より医師会とも連携出来ており、医師会リードのもと市と協働して在宅分野への施策が進んでいる。医療分野だけでなく、2年目は介護分野とも協働研修が出来たり、連携がかなり広がったと感じる。

〈薬剤師会〉

三師会での意思疎通が図れ、2年目は昨年以上に在宅支援に関心を持つ会員が増えてきたと思う。今後、かかりつけ薬剤師の役割が重要となってくるので、さらに力を入れていきたい。

平成28年度の取組

- 従来やっている事業の継続やステップアップはもとより、「終末期医療を考える市民フォーラム」や「終末期にむけての講座」など終末期に焦点を当て在宅医療を重点的に進める。また、新規事業として在宅高齢者訪問歯科健康診査など在宅歯科分野についても取組を強化していく。
- 介護予防教室の実施方法やボランティア（介護予防リーダーなど）の活用方法を研究し、ボランティアを有効に活用できるように配慮する。また、介護・生活支援サポーター養成講座修了者に対して、修了者が希望する活動と需要場面のマッチングを行い、実際の活動に繋げていく。
- 介護者支援として、講演会の実施や手帳の配付など、情報周知を強化していく。

○田原市（地区医師会モデル）

1 田原市の特徴

- 高齢者の労働人口の割合が高い。（全国の高齢者労働力率：21.5%、愛知県の高齢者労働力率：24.5%、田原市の高齢者労働力率：44.1%（H22 国勢調査より）
※高齢者労働力率：65歳以上人口に対する65歳以上労働人口の比率
- 病院は厚生連渥美病院のみ、市内内科医の高齢化（平均年齢60歳代後半）・後継者問題、有床診療所が無い等医療資源に課題を抱えている。

2 モデル事業の対象地域

東部中学校地区（人口：13,843人 高齢化率：22.5%）
※人口、高齢化率はH27.10.1現在

3 平成27年度の主な取組状況等

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全体会議 1回開催 【構成員】3師会長、社会福祉協議会長、渥美病院長、保健所長、介護保険事業者役員、民生委員会長、老人クラブ会長、消防、福祉専門学校長、民間企業（トヨタ・アイシン）、高齢者支援センター長、松崎病院、福祉村病院等 【内容】各職種の事業参画について ○ 担当者会議 7回開催 【構成員】3師会、社会福祉協議会、渥美病院、保健所、介護保険事業者、訪問看護ステーション等 【内容】平成27年度事業、多職種・同職種研修会・市民向け講演会 	<p>《進捗状況》 おおむね順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的に担当者会議を開催するため、スムーズに事業が実施出来ている。 ○ 全体会議で事業の方向性を承認してもらうため下部組織の担当者が動きやすい。 ○ 事業の企画等に各種団体から意見をもらうなど、それぞれの立場から協力が得られている。 ○ 成果物も順調に作成でき、関係者の資料のツールとして役立っている。 	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「東三河ほいっぷネットワーク」において連携推進 ※事業所登録数：65（利用者数90名）、患者登録数：134名 今年度、医師1箇所・歯科4箇所・薬科7箇所・事業者3箇所増 ○ ほいっぷネット研修会を3回開催 【参加人数】延38人 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今まで数人医師だけの患者登録だったが、11月から訪問看護による患者登録デモを開始したことにより、活用範囲が広がった。 ○ 歯科・薬科の協力によりICT参加者が増えた。 ○ 市からの連絡が入るため、事業者は開業すると必ずほいっぷネットワーク加入に希望する。 ○ 研修会を実施することで連携推進が図れた。 ○ 出前講座後の市民との意見交換により、市民の声を聞く機会が増えた。
	地域ケア会議（処遇困難事例の検討）	2回開催	<p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 担当者の移動等で後任や役割等を維持するためにはしっかりした体制づくりが必要である。 		在宅医療等に従事する多職種の研修	<ul style="list-style-type: none"> ○ 多職種研修会を2回開催（3月末までに1回開催予定） 【参加者】1回目：61名、2回目：80名、延べ141人 【内容】脳梗塞で片麻痺の高齢者夫婦世帯の生活支援、在宅で酸素の必要な高齢者の退院指導 等 	《課題》
	社会資源等の把握（各種アンケートの実施、資源マップ（リスト）の更新等）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防教室等開催一覧マップを作成し全戸配布 ○ 医科歯科薬科情報シートを更新し医療介護関係機関に配布 ○ 医療・介護マップを更新し医療介護関係機関、市民に配布 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ケア会議を開催するが、政策課題にまで結び付かない。 		在宅医療等の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市民講演会を1回開催予定（H28.1開催） 【内容】地域医療・介護を考える ○ 出前講座を15回開催 【参加人数】延べ715名 	
医療と介護の連携	在宅医療連携協議会（多職種連携の課題の抽出と解決策の検討）	<ul style="list-style-type: none"> ○（再掲）担当者会議 7回開催 ※会議の一環として下記研修会等を開催 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括講演会 【参加人数】80名 ・介護保険関係者の結核研修会（保健所と共同） 【参加人数】35名 ・認知症に関する研修会 【参加人数】40名 ・口腔ケア研修会 【参加人数】30名 ・ファシリテーター研修 【参加人数】13名 ・地域包括ケア医師からの提案研修 【参加人数】40名 	<p>《進捗状況》 おおむね順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 会議の一貫として研修会を開催し、これにより医療、介護関係者連携が深まり、更に各職種の質の向上が図れた。 ○ 研修後のアンケートから地域の課題を検討することが出来た。 ○ 研修会の講師を地域の関係者に依頼することでより身近な関係が出来た。 	予防の取組	新たな通いの場への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新たな住民主体の自主グループによる活動に介護予防リーダーの派遣等を実施 【開催回数】9回（月1回） 【参加人数】延べ220名 【内容】交流、運動 等 ※ 4月から市が関わり、介護予防リーダーの運動や、市の職員の相談等を取り入れた。 	《進捗状況》 おおむね順調
					予防教室の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防リーダーを活用し、運動を追加した予防教室「閉じこもり予防教室」を36回開催 【参加人数】延べ370名 【内容】運動、体力測定、手作業 等 	<p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新規グループが立ち上がった。 ○ 定期的に運動測定を実施したことで、参加者の意欲が高まった ○ 運動測定により参加者の平衡感覚が弱い事が分かり強化のための運動を取り入れた。 ○ 毎日運動するとシールを貼る事をルール化したため、日常的に運動を取り入れることになった。 ○ 介護予防リーダーと定期的に会議を開催することで教室の内容や意識の向上に繋がった。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 参加者の主観的効果は上がったが、客観的効果や評価の検討が必要である。 ○ 参加者のほとんどが女性なので、男性向け教室の内容の検討が必要である。 ○ 参加者の拡大を図る必要がある。

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題						
生活支援の取組・検討	生活支援ネットワークの充実	○ 日常生活を手助けしてくれるサポーターを、地域通貨を通じて紹介する「生活ささえあいネット」の実施箇所の拡充 (H26: 3箇所→H27: 4箇所)	《進捗状況》やや遅れている 《成果》 ○ 生活ささえあいネット参加者は以下のように増加している。 <table border="0"> <tr> <td>依頼者</td> <td>H26:33名→H27:66名</td> </tr> <tr> <td>サポーター</td> <td>H26:35名→H27:80名</td> </tr> <tr> <td>協力店舗</td> <td>H26:23店舗→H27:29店舗</td> </tr> </table>	依頼者	H26:33名→H27:66名	サポーター	H26:35名→H27:80名	協力店舗	H26:23店舗→H27:29店舗
	依頼者	H26:33名→H27:66名							
サポーター	H26:35名→H27:80名								
協力店舗	H26:23店舗→H27:29店舗								
	不足している生活支援サービスの検討	○ 自治会を訪問し、ニーズ調査を2回実施	《課題》 ○ 生活ささえあいネットについて、依頼者とサポーターがマッチせず実績は伸びていない。また、地域の特性により拡大方法を検討する必要がある。 ○ 有償のサービスについては、すでにお互い様精神で、無償で助け合っている地域があり、事業展開をどうしていくかが問題である。						
住まいの取組・検討	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討	○ 高齢者の住宅について、建築課住宅係と個別事例検討を3回実施 ※ シルバーハウス（2棟）、多機能ハウス（1施設）による対応は実施	《進捗状況》遅れている						
			《成果》 ○ 検討の過程で、1人暮らし高齢者や2人暮らし高齢者の住まいに関する相談やリフォームの相談にのった。（相談者3名） 《課題》 ○ 一世帯あたりの世帯人数がまだ多く、また住み慣れた住まい持ち家率が高いので、はっきりとしたまで住まいの課題が見えてこない。						
その他の取組	家族介護者への支援	○ 家族介護支援教室を9回開催 【参加者数】延べ46名 【内容】講話、相談、行事等	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 認知症カフェが開催できた。（2箇所） ○ 認知症地域支援推進員の活動の拡大が図れた。（認知症カフェの企画運営、住民への周知等も実施） ○ 認知症サポーター養成講座の拡大が図れた。 ※サポーター人数 H26:395名→H27:554名 ○ 認知症サポート医の確保が出来た。						
	認知症対策の取組	○ 認知症家族介護支援教室を9回開催 【参加人数】延べ65名 【内容】講話、相談、旅行等 ○ 認知症カフェを2箇所で開催 ・グループホームによる自主開催（7月から6回開催） 【参加人数】延べ16名 【内容】相談、茶話会、落語 ・認知症地域支援推進員による開催（10月から3回開催） 【参加人数】延べ35名 【内容】相談、茶話会、脳トレ ○ 認知症サポーター養成講座について、対象を拡大し実施（小学生、中学生、高校生、老人クラブ、郵便局長等幅広く実施）	《課題》 ○ 認知症支援に関して見守り等は、自治会との連携が必要だが、まだ不十分である。 ○ 地域を巻き込んだ取組みが必要なため各自治会に合った個別の話し合いを持ちニーズ調査の必要がある。						

全体の自己評価

- 医療介護連携では、多忙な医師と介護の連携は多職種研修会の開催等を通し、意見交換や顔の見える関係が出来たと思う。研修会後のアンケートでは一番関係を持ちたい職種は圧倒的に医師であった。これらを踏まえ更に研修会等を通し連携を図っていきたい。
- 介護予防や生きがい対策は、各地区にサロン活動や運動教室等を展開しているが、参加者は限られており、新規加入者を掘り起こさなければならないと感じている。更に男性への魅力的な内容の検討が遅れている。
- 生活支援や住まいについては、今後は各自治会との連携が必須なので、今後も自治会訪問をしていく予定である。
- 市の1担当だけではなかなか難しい事を痛感している。

関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会）の2年目の取組に対する感想

〈医師会〉

- 昨年と同様の事業は順調である。
- 医師の高齢化や減少により、在宅への取組は難しい方向にある。

〈歯科医師会〉

- ほいっぷネットの参加は増加し、情報シートやマップを活用し、介護との連携が取れる様になった。
- 在宅への訪問歯科診療が伸びないため、ケアマネ等と更に協力が必要である。

〈薬剤師会〉

- ほいっぷネットの参加の増加、介護保険事業者連絡会への参加等で情報共有が進んでいる。
- 薬剤師の訪問薬剤の研修会の後で、ケアマネから服薬相談を受け連携が図れた。

平成28年度の取組

- 関係機関のネットワーク化は、現在一つの担当者会を分科会にし、医療介護連携、認知症施策、生活支援住宅とそれぞれ目標を決め、具体性を持つ施策につなげる。
- 医療介護は多職種研修会を開催し連携を図り、市民には、在宅療養の必要性を講演会や出前講座で普及啓発を図る。
- 介護予防は自立サロンの立ち上げ支援、介護予防人材の育成を図る。（介護予防リーダーへの助成）
- まだ取組みの不十分な生活支援対策と住宅対策は会議の担当者に社協の生活コーディネーターや住宅係りを含め検討する。
- 認知症対策については初期集中支援チームを立ち上げ、認知症地域支援推進員や地域包括支援センターや民生委員更に地区の区長さんを巻き込んだ会議を開催する。認知症カフェの増加等気軽に相談できる場所の設定や徘徊高齢者の見守り体制を充実する。

○新城市（訪問看護ステーションモデル）

1 新城市の特徴

- 市内全域の84%を森林が占め、集落が点在する地域では移動に時間を要するため、在宅医療・介護サービス分野への民間参入が進んでいない状況である。
- 市直営の訪問看護ステーションであるため、モデル事業としてのさまざまな取組に対して柔軟に対応できる。
- 地域の自治区による住民主体の地域づくりが活発であり、10か所の自治区で活動が進められている。

2 モデル事業の対象地域

新城市全域（人口：48,530人 高齢化率：31.4%）
※人口、高齢化率はH27.10.1現在

3 平成27年度の主な取組状況等

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	○地域包括ケア推進会議 1回開催（3月に1回開催予定） 【構成員】市医師会、地域包括支援センター、新城保健所、健康医療部長、市民福祉部長 【内容】平成27年度モデル事業の取組について 等 ○関係機関連絡会議 2回開催（2月に1回開催予定） 【構成員】市医師会副会長、市歯科医師会会長、市薬剤師会監事、新城市民病院部長 等 【内容】地域課題の検討、住まい対策ワーキングの報告	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 関係機関連絡会議において、地域ケア会議提供の地域課題の解決方法等について検討をした。増加する認知症高齢者の支援策について議論し、様々な意見集約ができた。 ○ 委員より別に会議方法や議題について意見聴取を図ることができた。（意見の具体的な提案をまとめ、次回で詰めの協議を行い今年度中に、推進会議に上げ、市へ報告する。） 《課題》 ○ 関係機関連絡会議の委員は、地域住民の代表者（区長、民生委員）もあり、専門的な話となると会議の中で有意義なディスカッションとならない。地域ケア会議で提供された地域課題も、場合によっては、在宅医療・介護連携で議論されるべき課題と重複することも今後ありうる。各会議で、話し合うべき内容をH28年度で整理し、H29年度からの本格稼働に向けて、会議のあり方、組織体制の見直しを再検討する必要がある。	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	○「東三河ほいっぷネットワーク」において連携推進 ※事業所登録数24施設（利用者数62名）、患者登録数：8名 ○ ICTシステムデモ体験研修会を8回開催（医療機関、介護事業所対象）	○ 居宅介護支援事業所とICT活用に向けた情報交換会を実施。各職種の一次連携に向けた組織化についても推進していくこととなった。 ○ 多職種研修会については、3回シリーズで開催するが、昨年と異なり、グループワークを中心とした内容に充実を図れた。 ○ 講演会を企画し実施することで、市民向けの普及啓発が図れた。
	地域ケア会議（処遇困難事例の検討）	8回開催	《課題》 ○ 医療職と介護職の視点の違いによる連携の難しさを感じる。継続的な多職種研修会や会議、情報交換などを通して、互いが理解を得られ、共通認識を持てるようにしていく必要がある。 ○ 市民講演会では、参加者から、自分らしく暮らしていくことに対する現状への不安、講演への感銘、医療や介護サービスの充実を求む声も多く聞かれた。行政が、安心して暮らせるまちづくりを進めるには、まずは普及啓発が重要であると考え。		在宅医療等に従事する多職種の研修	○ 多職種研修会を1回開催（3月末までに2回開催予定） 【参加人数】41名 【内容】 ・呼吸器疾患事例検討会 ※訪問看護ステーションの事例 ・グループワーク実施	《課題》 ○ 市民講演会では、参加者から、自分らしく暮らしていくことに対する現状への不安、講演への感銘、医療や介護サービスの充実を求む声も多く聞かれた。行政が、安心して暮らせるまちづくりを進めるには、まずは普及啓発が重要であると考え。
	社会資源等の把握（各種アンケートの実施、資源マップ（リスト）の更新等）	○ 地域の社会資源を地域自治区ごとにリスト化しとりまとめ（関係機関連絡会議で配布、医療介護事業所等への配布に向け現在内容を加筆・修正中）			在宅医療等の普及啓発	○ 地域包括ケアシステム市民講演会を1回開催 【参加人数】214名 【内容】在宅医療について理解を深める ○ 広報ほのか連載中 ※「訪問看護ステーションだより」、「地域包括ケア推進室からお知らせ」を掲載中	
医療と介護の連携	在宅医療連携協議会（多職種連携の課題の抽出と解決策の検討）	○在宅医療連携協議会 3回開催 【内容】市民講演会の開催、多職種研修会の企画案について検討、ICTシステムの普及啓発等について、サポートセンターの事業実施について	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 在宅医療連携協議会では、今後の診療報酬改定等により、在宅医療・介護サービス提供について関係者がどのような役割を果たしているのか、難しいと言った意見が得られた。 ○ ICT普及啓発のための医療機関、介護事業所向けのデモ体験研修を実施した。その結果、事業所登録数、利用者数が増加した。参加者からは、連携の方法として有効性が高いなど、活用について良好な意見が多く得られた。	予防の取組	予防教室の充実	○ 健康づくりリーダーを活用した予防教室「木曜塾」「金曜塾」を毎週開催 【参加人数】木曜塾676名、金曜塾73名	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 健康づくり教室・相談会の開催に向けて、事前アンケートを民生委員に実施したこと等により、住民が望んでいる内容を反映させることができた。 ○ 予防教室については、継続して参加する人が多く、一定の評価が得られていると考える。
			新たな介護予防に繋がる通いの場の開催		○ 健康づくり教室・相談会を開催予定（H28.1から開催） 【内容】健康づくりの講話、認知症予防運動プログラム「コグニサイズ」の実施、健康マイレージ、心配ごと相談、情報交換 【実施箇所】21箇所	《課題》 ○ 地域住民の自発的な活動を促すため、その地域で何が必要か（集まる場所・きっかけ作り、リーダーの必要性等）を把握する必要がある。各地域の特性を踏まえ、地域にあった内容を継続的に実施し、将来的に実施主体を移行していく。	

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
生活支援の取組・検討	不足している生活支援サービスの検討	○ 生活支援の施策化に向けて、地域自治区ごとまとめた社会資源・介護認定者の状況・高齢者（一人暮らし、老々）世帯状況を把握、分析し、関係機関連絡会議で検討。	《進捗状況》 おおむね順調 《成果》 ○ 社会資源、介護認定者状況、地域の特徴（人口動向等）を分析し、関係機関連絡会議にて地域の見守り体制整備について意見集約が図れた。 ○ 見守りネットワーク連携協定の拡大が図れた。（今年度、新たに1社（5店舗）と締結、22事業所となった。） 《課題》 ○ 住民同士がどのように関わっていくのかについて意見が出たが、責任問題・連携方法の重要性は理解しているが、より具体的な方法は示されなかったため、継続審議が必要である。
住まいの取組・検討	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討	○ 第1回住まい対策ワーキンググループ 1回開催 【内容】愛知県における地域包括ケアシステム構築に向けた提言、国における高齢者の住まいの施策、新都市の現状	《進捗状況》 おおむね順調 《成果》 ○ 自宅のバリアフリー化、共同生活等について委員より活発な意見が聞けた。 《課題》 ○ 持ち家率が高いため、自宅で安心して暮らすための様々な方策も、今後考えていく必要がある。
その他の取組	訪問看護ステーションの取組（普及啓発、現場から見えた医療依存度の高い在宅高齢者支援の現状把握等）	○ 訪問看護ステーション職員（看護師）が地域のイベント、会議に出向き、訪問看護の普及啓発等を実施 ○ 訪問看護ステーションの事例をテーマに多職種研修会を1回開催 ○ 訪問看護ステーションとの情報共有 ※ モデル事業の取組・進捗状況を随時打合せし確認。現場の状況も把握し、医療・介護サービスの連携を推進した。	《進捗状況》 おおむね順調 《成果》 ○ 多職種研修会で、訪問看護ステーションの症例を学び、介護・医療職が医療依存度の高い高齢者を地域でどう支えるのか勉強することで知識向上が図られた。専門医から呼吸器疾患者のワンポイントアドバイスもレクチャーできた。 ○ 訪問看護ステーションとの情報共有は、医療依存度の高い高齢者の生活支援上のリスクを再認識できた。 ○ 事業の進捗状況や今後の推進について、関係者との全体調整を地域包括ケア推進室が行い意見交換することで、進捗が図られた。
その他の取組	庁内各部署との協力体制・情報共有	○ 事務局会議を5回開催 ※ 実施状況の確認、打合せ ○ 地域福祉計画推進地区別ワークショップへの参加 ※ 民生・児童委員121名と地域の見守りについてワーク実施	《課題》 ○ 訪問看護ステーションの課題は、医療依存度の高い在宅高齢者の生活支援であり緊急時の関係職種との調整・対応力である。各職種の組織化とレベルアップを図り、今後も継続的な研修や情報交換を推進、実施する。 ○ 地域包括ケア推進室の役割は企画調整であり、事業を実施する部署間の連携も必要である。各職員へ「地域包括ケアシステム」の理解と役割を再認識させることが重要である。
その他の取組	関係機関との協力体制・情報共有	○ 社会福祉協議会と打合実施 ※ 地域包括支援センターの体制、ケア会議進行方法等の制整備について打合せ ○ 在宅医療サポートセンターとの協働 ※ 2月14日開催の在宅医療講演会を共催。在宅医療・介護連携アンケートを情報提供された。	
その他の取組	在宅医療・介護連携の現状把握等のアンケート調査	○ 市民100人モニターアンケートを実施	

全体の自己評価
4つの会議（地域包括ケア推進会議・関係機関連絡会議・地域ケア会議・在宅医療連携協議会）において、様々な課題を検討しているが、会議の開催方法やより具体的な提案について、更に議論を活発化させる必要があると感じている。
ただ、限られた人員体制の中で、会議開催、関係機関との打ち合わせや調整、研修会や勉強会に参加していることなどを踏まえると、担当職員として「マネジメント能力をどのように発揮するのか」が求められていると感じる。
次年度は、平成29年度からの本格的な稼働に向けて、組織体制や運営方法等についても、会議の議題として検討していくこととしたい。

関係機関（訪問看護ステーション、医師会、歯科医師会、薬剤師会）の2年目の取組に対する感想
《訪問看護ステーション》
当初、訪問看護サービスの知名度が低かったため、中学校での講座開催や広報誌に訪問ステーションだよりを連載することで、少しずつ認識が広がるように活動している。また、公設のステーションとして、病院医師、看護師の訪問看護の同行研修の受け入れ、民間の介護事業所の内部研修講師として出向いていくなど、訪問看護への理解・教育等を促す役割を果たせていると考えている。
地域で暮らす医療依存度の高い独居高齢者や老々世帯高齢者をどう支えるのかを考え、呼吸器疾患の症例について専門医と協力し、多職種研修会で事例検討を実施した。この広い市域をどのように支えるのが課題であり、訪問看護サービスとしてはニーズに柔軟な対応ができるよう、他の民間訪問看護ステーションと連携・情報共有していくことが重要だと考え、組織化に向けた検討をしている。
多職種研修会、会議等を通じて、昨年度と比べると顔のみえる関係ができてきていると実感している。ICT加入事業所も増えてきていることから、スムーズにケース対応できるよう、今後は、チームづくりや運用上のより具体化したルールづくりを検討していくことが課題と考える。
《医師会》
多くの課題があるが、行政や他の職種と協働し、できることから始めていくことが重要だと感じている。
《歯科医師会》
在宅診療の推進にあたっては、市民への口腔ケアの重要性を普及啓発する必要性を感じている。行政や多職種、関係機関との連携を推進していく必要がある。
《薬剤師会》
多職種や行政と連携していく必要性を感じている。

平成28年度の取組
【マネジメント・調整】
・庁内連携のための人事研修の実施
・医療と介護の連携の取組
【介護】
・既存事業の実施と評価
【予防】
・新たな介護予防事業の進捗・管理
・人材バンク化のための調査実施（案）
【生活支援】
・生活支援サービス提供体制への庁内協議の実施
・ボランティアの人材育成、教育の推進
【住まい】
・ワークショップを継続開催
・在宅生活のためのくらしのヒントを作成（案）
【認知症】
・認知症高齢者への地域理解の普及
・サポーターあり方検討
・見守りネットワークの検討

○豊明市（医療・介護等一体提供モデル）

1 豊明市の特徴

- 在宅療養患者の医療・介護情報を関係者で共有するためのICTを活用した体制が構築されている。
- 管内の藤田保健衛生大学が学内に設置した「藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター」が、医療介護における地域連携に力をいれており、市と大学の間で多分野での連携協力に関する包括協定を締結している。
- 管内に都市再生機構（UR）が管理する豊明団地があり、市、UR、藤田保健衛生大学の連携の下、団地を中心とした地域包括ケアの取組が進められている。

2 モデル事業の対象地域

北部地域包括支援センター地区（人口35,775人 高齢化率23%）
※人口、高齢化率はH27.4.1現在

3 平成27年度の主な取組状況等

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	○豊明市地域包括ケア連絡協議会 ※代表者会議と3部会で構成 〈代表者会議〉 3月に1回開催予定 〈ICT医療福祉部会〉 2月に1回開催予定 〈見守り生活支援部会〉 1回開催 【構成員】 区長、民生委員、老人クラブ、社会福祉協議会、シルバー人材センター 等 【内容】 豊明市における、生活支援等基盤整備の協議体の在り方について 等 〈入退院調整部会〉 2回開催 【構成員】 市医師会代表、藤田保健衛生大学代表、訪問看護ステーション代表 等 【内容】 退院調整地域連携実証事業について 等	《進捗状況》 おおむね順調 《成果》 ○ 入退院調整部会において、ICT整備、多職種人材育成研修の次なる方向性を探るべく、「退院調整地域連携実証事業」を実施。藤田保健衛生大学病院に入院する患者が、その後どう動くかを追った。 その結果、本市の患者の動向を把握でき、連携すべき医療機関を絞り込むことができたので対象が具体的になり、市外に行った患者の、関係機関における情報共有、連携等今後の解決すべき方向性を関係者で共有することができた。 来年度整備を予定している医療介護連携支援センターの果たすべき役割が明確になってきた。 《課題》 ○ 医療関係者が多く委員の日程調整が難しいため、頻繁に開催することが難しい。（特に代表者会及びICT医療福祉部会）そのため、総合的な承認機関の位置づけとなってしまう、政策立案の過程から協議することはできない。	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	○「いきいき笑顔ネットワーク」において連携推進 ※事業所登録数：123（利用者数219名）、患者登録数：455名	《成果》 ○ 多職種人材育成研修について、昨年度はすべて土日に開催したため医療関係者が多く、ケアマネ等の介護関係者の出席が少なかったため、今年度は、土曜日1回、平日1回とし、テーマも時宜に合った内容であったため、多数の参加を得た。 ○ 研修会においては連携する病院からの事例報告をメインとしたため、本市の医療介護連携を検討する上で豊明市に關係するさまざまな資料・データを得ることができた。入退院調整部会での議論が深まりそうである。
	在宅医療等に従事する多職種の研修	○多職種人材育成研修（藤田保健衛生大学委託）全体会2回、部会1回開催（1月末までに1回開催予定） 【参加人数】全体会（①100名、②80名）、部会（20名） 【内容】全体会：「退院支援の地域連携」、「リハビリの地域連携」部会：グループワーク	《課題》 ○ 本市の患者の動向は、二次医療圏のつながりより、藤田保健衛生大学から関係する回復期病院への流れが一般的であり、名古屋市や刈谷市との連携が不可欠。本市は東名古屋医師会に所属しているが、管内には2つの高度急性期病院のネットワークがあり、このような状況の中で、市として医療介護連携支援センターをどう整備していくかが課題。 今のところ平成28年度中に豊明団地内に整備する予定で調整中。				
	在宅医療等の普及啓発	○在宅医療講演会を1回開催 【参加者数】200名 【内容】病院がなくなっても幸せに暮らす秘訣 ○ 薬剤師会、歯科医師会が在宅に関する相談窓口の設置や訪問対応を検討中。その動向を踏まえ、いきいき笑顔ネットワークによる医療福祉関係者への啓発と、広報誌やホームページによる市民啓発を実施（年度内に実施予定）	《課題》 ○ 本市の患者の動向は、二次医療圏のつながりより、藤田保健衛生大学から関係する回復期病院への流れが一般的であり、名古屋市や刈谷市との連携が不可欠。本市は東名古屋医師会に所属しているが、管内には2つの高度急性期病院のネットワークがあり、このような状況の中で、市として医療介護連携支援センターをどう整備していくかが課題。 今のところ平成28年度中に豊明団地内に整備する予定で調整中。				
医療と介護の連携	地域ケア会議（処遇困難事例の検討）	3回開催		予防の取組	退院後の患者支援	○ 藤田保健衛生大学と連携し、退院時の調整や在宅療養への移行の課題等を検証する「退院支援地域連携実証事業」の実施 【内容】入院患者をICTに登録し、退院後の状況を調査し検証する 【実績】27ケース	《進捗状況》 順調 《成果》 ○ 歩いていける場所に設置を目指し、地域へ啓発を展開したところ、新規サロンが多く立ち上がり、全体的に活発になってきている。 ※地域サロン（H26）17団体→（H27）37団体
	社会資源等の把握（各種アンケートの実施、資源マップ（リスト）の更新等）	○ 地域のサロン活動情報を集約し、地図上にマッピングし、関係者で共有できるようにした。 今後さらなる情報収集を図り、市民向けにサロンリストを作成していく予定。			通いの場の立ち上げ支援	○ 地域サロン発掘、立ち上げ支援・活動交付金の交付36団体 ・地域リハビリテーション活動支援事業（リハ職等派遣）38回（参加人数延べ635名） ・サポーター定例会 2回 ○ 地域版運動教室開催（H28～）に向けた地元協議・会場の調整 ○ 高齢者ボランティアポイント登録者数235名	《課題》 ○ 特になし
	在宅医療連携協議会（多職種連携の課題の抽出と解決策の検討）	○（再掲）入退院調整部会2回開催	《進捗状況》 順調		予防の普及啓発	○ 理学療法士、介護予防リーダー等と豊明市独自の「介護予防体操」を開発中、年度内完成予定	

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
生活支援の取組・検討	生活支援体制づくりの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 区、町内会、老人会等へ出向き生活支援体制づくりに向けた啓発として出前講座を29回開催。(延べ812名参加) 市内4地区ほどにおいて生活支援ボランティア活動が立ち上がった。 ○ 高齢者見守り協定の締結 【締結先】新聞店、郵便局、電気、ガス、水道、金融機関、コープ、宅配業者、コンビニエンスストア 	<p>《進捗状況》おおむね順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一部の地域において、生活支援ボランティア組織を区の組織として設立したり、福祉委員会を設立したりしており、こうした先行事例が、他の地区の目標となり、近隣の区に波及しつつある。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ さらに多くの区に拡大していくことが課題。 北部地区においては、農村地区が多く通いの場が少ないため、住民主体の通いの場の設立が当面の目標であり、そのつながりを通じて住民相互の生活支援体制づくりへ発展していきたい。
	不足している生活支援サービスの検討	<ul style="list-style-type: none"> ○ 総合事業の実施に向け、高齢者を活用した家事援助等の生活支援サービスを事業化するため社会福祉協議会及びシルバー人材センターと協議 	
住まいの取組・検討	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討及び取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 下記「けやきいきききプロジェクト」において検討 ○ 本市では、豊明団地が低所得者向け住宅としての役割を果たしている。そのため、市とURとの協定の一環で、豊明団地内に高齢者向けサポート住宅を整備。(URが整備) 	<p>《進捗状況》おおむね順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成27年度は2戸を整備、募集後即契約有。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 団地はエレベータがないため、1階の住居に空きが出たら整備とならざるを得ない。
	その他の取組	<p>○ けやきいきききプロジェクト URが管理の豊明団地において、市、UR、藤田保健衛生大学、自治会の連携の下、地域包括ケアの取組を実施 全体会 4・7・10・1月(予定) 企画会議 5・6・8・9・11・12月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者健康増進事業「二村台健康イキイキ体操」の開催 11月から団地集会所にて月1回開催予定 ・ 「ふじたまちかど保健室」開設(27年4月) <p>※12月末までの利用実績 【開室日数】169日 【来訪者数】延べ2,000名 【個別相談】延べ318件、平均1.89名/日 【ミニ講座参加者】 延べ1,325名、平均8.4名/日 【サポーター数】延べ38名</p>	<p>《進捗状況》おおむね順調</p> <p>《成果》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4月にまちかど保健室がオープン、学生居住が始まり、豊明団地の住民の普通の暮らしの中に、大学及び医療介護関係者が入り込むこととなった。 ○ 住民の健康相談や健康教室等の開催により、困難事例の早期発見、関係機関への連絡がなされるようになった。 ○ まちかど保健室の住民ボランティアが5名加わり、保健室の運営に毎日住民ボランティアが関わるようになった。 <p>《課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 専門職が豊明団地に関わる動きが先行しているため、いかに担い手となる住民を発掘し、主体的な取組が展開できるようになるかが課題。 ○ 医療介護方面は不足しないが、生活支援サービスが十分とは言えない。協議体(けやきいきききプロジェクト)にコープあいちが関わったため、今後の展開が期待されること。

全体の自己評価

本市は、今年度に入ってH27年度中の「介護予防・日常生活総合支援事業」移行へと前倒しを決定したため、介護予防の方針づくり、既存事業の見直し・組み換え等準備をすすめる中で、地域包括ケア体制づくりを進めていくこととなった。

地域包括ケアシステムの構築に欠かせない「規範的統合」を意識し、地域へ出向いて行つての説明を重点的に行い、地域包括支援センターはもちろんのこと地域の医療介護従事者、地域組織(区・町内会・老人会等)等との意識共有に努めた。本市では、垂直方向の統合(integrated care)と水平方向の統合(community based care)を深く意識して、医療介護連携と地域住民を中心としたケア体制作りを車の両輪として同時に進めている。その結果、双方がバランスよく進んでおり、地域で高齢者が暮らしていくために各主体が取り組むべきことを自ら考え動き出すという機運が各方面できつつある。

特に地域については、住民主体の生活支援の取組や、次年度の運動教室開催に向けての市からの働きかけの中で、地域が主体的に老人会等の活動に参加していない顔の見えない人への働きかけをどうするかを役員が考えるようになる等の動きができています。

市の担当者としてもこの一年でここまで進むとは思ってもよらなかったほどで、いろんな歯車が一気に動き始めている感じがする。

関係機関(藤田保健衛生大学、医師会、歯科医師会、薬剤師会)の2年目の取組に対する感想

〈藤田保健衛生大学〉

まちかど保健室がオープンし、来訪者も一日あたり約12名と順調。豊明団地内に学生居住が始まり、学生と自治会とのつながりもできてきた。自治会のイベントに学生が参加するなどして、高齢者が中心となりがちな地域の行事に彩りを添えている。運営に住民ボランティアが毎日関わってくれるようになった。高齢者の活躍の場を増やし、豊明版CCRCを目指したい。

〈医師会〉

ICTについては、まだ積極的に利用している医師は一部であるのが現状。豊明市医師会から各医者へ出す通知等もICTを使うなどして、利用せざるを得ない状況を作っていきたい。

医療介護連携センターの整備等、藤田保健衛生大学との連携を密にし、地域医療と病院との連携を深めていきたい。

〈歯科医師会〉

歯科医としても在宅へ目を向けなければと一部のクリニックが先行的に、相談窓口設置や訪問歯科診療を始めた。市とかかわりを持っていきたい。

〈薬剤師会〉

薬剤師会としても、在宅に目を向けていこうという機運が高まってきたため、会として、医療福祉関係者からの相談窓口、訪問指導の手配をする窓口を設置した。しかしながら、なかなか医者の側からもオーダーが入らないのが現実で、なんとか関わっていけるきっかけを模索している。

平成28年度の取組

医療介護連携

- ・平成27年度末に豊明団地内に北部地域包括支援センターブランチの設置、28年度より本格稼働。
- ・28年度中に、豊明団地内に医療介護連携センターの設置工事、H29稼働に向け体制整備。

予防

- ・地域サロンの強化。(サロン数目標 50団体)
- ・地域版運動教室の開催ー地域の集会所で週1回の運動の場を区主催で開催。(目標10会場)

生活支援

- ・地域の生活支援活動を支援。他地域へ展開。福祉委員会(3層協議体)の立ち上げ。

住まい

- ・豊明団地の医療福祉拠点化をUR都市機構中部支社、藤田保健衛生大学と連携して進める。

○半田市（認知症対応モデル）

1 半田市の特徴

- 旧市街と新市街（中心市街地）を合わせ持つ地区で、高齢化率は他の地区よりも高く、また、要介護認定率は地区内で差がある。
- 在宅ケア推進地域連絡協議会は先見的に構築された組織であり、医療・介護等関係者の連携体制として長年の実績を有している。
- 見守り隊、お助け隊、地域ふれあい施設、おでかけサロン等、NPO・市民活動が活発であり、地域交流拠点などの社会資源が豊富である。

2 モデル事業の対象地域

半田中学校区（人口29,848人 高齢化率23.9%）
 ※人口、高齢化率はH27.10.1現在

3 平成27年度の主な取組状況

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題	
関係機関のネットワーク化	関係機関連絡会議（地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な対策や、地域ケア会議で抽出された課題等の解決に向けた対策の検討）	○地域包括ケアシステム推進協議会5回開催（1月末までに1回開催予定） 【構成員】市医師会代表、市歯科医師会代表、市薬剤師会代表、半田病院代表、居宅介護支援事業所代表等 【内容】在宅医療連携システムについて、認知症対策の進捗状況等 ※他、在宅医療・介護連携部会（9回）、在宅生活支援部会（7回）を開催（1月末までに1回開催予定）	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ ICTの運用を開始するにあたり、IDの付与ルール、対象への説明用紙、申請用紙、運用ルール、タブレットの使用方法など、全ての項目を多職種で検討し、合意形成を図りながら進めたことで、委員を中心に各職域にてICTの利用が進んできている。 ○ 新しい総合事業の制度設計について、スケジュールなどを検討し、共通理解を図ることができた。 ○ 薬剤師から医師への認知症患者情報提供シートの内容を検討し、一部試行に移ることができた。	医療と介護の連携	ICTを活用した患者情報の共有	○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 ○11/16からシステム（だし丸くんネット）を運用開始	○ICTのテンプレートについて、多職種で検討したことで、医療・介護双方が連携にあたって必要と考える情報について共通認識した上でICTの運用を開始できた。 ※事業所登録数：66（利用者数170名）、患者登録数：65名	
	地域ケア会議（処遇困難事例の検討）	○多職種事例検討会3回開催（1月末までに1回開催予定） ○ふくし井戸端会議（中学校区単位）19回開催（1月末までに5回開催予定）	○ 市民、医療介護関係者に、市の認知症対策について広報し、それぞれの立場でできることについて考えてもらうことができた。 ○ 圏域ごとに多職種連携のための意見交換会を開催し、顔の見える関係づくりをさらに進めることができた。		在宅医療等に従事する多職種の研修	○認知症に関する研修会を1回開催 【参加人数】76名 【内容】認知症対策の方向性と地域連携の在り方等 ○多職種連携セミナー・意見交換会を5回開催 【参加人数】1回につき約10～20名、延べ82名 【内容】認知症のケース支援等	○ 講演会を1回開催 【参加人数】516名 【内容】認知症の理解と地域の体制について ○ 市民講座を5回開催 【参加人数】357名 【内容】かかりつけ医と認知症について ○ 市報に特集記事を毎月掲載	《課題》 ○ 各職域の代表者の医療と介護の連携への意識は高まっているが、職域全体にはまだ浸透していない。
	社会資源等の把握（各種アンケートの実施、資源マップ（リスト）の更新等）	○ボランティア・市民活動グループ紹介冊子を更新し、市民等に配布	○ 事務局の人材不足や委員の負担軽減のため、会議の開催回数を月1回から2カ月に1回としたことにより、協議の時間が少なくなった。		《課題》 ○ 委員が他の会議と重複するため、負担が大きい。 ○ 健康づくりリーダーに対し、資質向上を図る講座を6回開催（1月末までに1回開催予定） 【参加人数】1回につき約17～25名、延べ121名 【内容】認知症、コグニサイズ（運動と認知トレーニングを組み合わせたもの）、理学療法士によるリスク管理や疾病に関する講座	ボランティア等への研修	○健康づくりリーダーに対し、資質向上を図る講座を6回開催（1月末までに1回開催予定） 【参加人数】1回につき約17～25名、延べ121名 【内容】認知症、コグニサイズ（運動と認知トレーニングを組み合わせたもの）、理学療法士によるリスク管理や疾病に関する講座	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 健康づくりリーダーに対する研修会を開催し、資質向上を図り、新たな活動（コグニサイズ）の場の準備を進めることができた。 ○ 市が開催した教室の参加者を中心に、事後教室が立ち上がっており、地域の協力のもと、住民主体で、仲間と楽しく予防活動を継続する場が増加している。
医療と介護の連携	在宅医療連携協議会（多職種連携の課題の抽出と解決策の検討）	○在宅ケア推進地域連絡協議会4回開催（1月末までに1回開催予定） 【内容】身元保証のガイドラインについてのシンポジウム、認知症の方を支える地域連携についての講演会、認知症対策の進捗状況についての協議、多職種事例検討会他	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ これまでは、身元保証人がいない時点で、転院・入所の検討がストップしていたようなケースに対して、シンポジウム開催以降、昨年度作成した「身元保証のガイドライン」に基づき、どのように役割分担をするかの検討がされるようになった。 ○ 認知症対策の方向性と地域連携の在り方について、多職種が共に学び、市が作成した「認知症安心ガイドブック」の活用方法について共通理解できた。	予防の取組	自主的な通いの場の誘発	○市が開催した認知症予防教室の事後教室を、継続的に地域ボランティアが中心となり35回開催（1月末までに4回実施予定） 【参加人数】1回につき約8～11名、延べ312名 ○市が開催した介護予防教室の参加者が中心となり、体操教室を36回開催（1月末までに4回実施予定） 【参加人数】1回につき約17～23名、延べ685名	《課題》 ○ 介護予防を実施する会場の確保（公民館等の会場は飽和状態）と自治区所有の建物借用などの調整が必要。 ○ 主体となるボランティアと活動調整等	

分野	項目	実績	進捗状況・成果・課題
生活支援の取組・検討	不足している生活支援サービスの検討	○ 在宅生活支援部会 8回開催(1月末までに1回開催予定) 【内容】新しい総合事業の介護予防生活支援サービスの検討 【構成員】NPO代表、地域のボランティア代表、シルバー人材センター、社会福祉協議会等	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 新しい総合事業の実施に向けて、委員の意識付けができ、形ができつつある。 《課題》 ○ 検討内容が多岐にわたり、決定するのに時間がかかる。 ○ 市民、事業所等への新しい総合事業の周知方法。
	サポーターの育成	○ にじいろサポーター(身近な相談ボランティア)フォローアップ講座を開催予定(H28.1から開催)	《進捗状況》やや遅れている 《成果》 ○ 建築課と日常生活、介護を含む福祉施策としての住まいについての情報共有が図れた。 《課題》 ○ 市営住宅に関する施策について、双方にそれぞれの考え方があり、今後、継続的に会議を開催し方向性や具体的な内容について検討する。
住まいの取組・検討	低所得、要支援・要介護高齢者向けの住まいの確保の検討	○ 高齢者の住まいに関する検討会議1回開催(1月末までに1回開催予定) 【構成員】包括支援センター、建築課、高齢介護課 【内容】主に一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の住まいについての現状分析、調査・研究、検討	《進捗状況》やや遅れている 《成果》 ○ 建築課と日常生活、介護を含む福祉施策としての住まいについての情報共有が図れた。 《課題》 ○ 市営住宅に関する施策について、双方にそれぞれの考え方があり、今後、継続的に会議を開催し方向性や具体的な内容について検討する。
	認知症に関する取組	認知症対応検討会議(認知症に関する課題の抽出と解決策の検討) 3回開催 【構成員】市医師会代表、市歯科医師会代表、市薬剤師会代表、日本福祉大学助教授、介護事業者代表、NPO法人代表、認知症支援ネットワーク代表、市民代表、半田警察署職員、包括支援センター職員等 【内容】認知症ケアパスの活用・周知方法、ワーキンググループの検討内容と事業化の進捗等 ※他、初期支援・相談支援WG(4回)、家族支援WG(2回:1月末までに1回開催予定)、地域支援WG(2回:1月末までに1回開催予定)を開催	《進捗状況》おおむね順調 《成果》 ○ 昨年度抽出した、認知症対策の課題について、3つのワーキングにて、専門職、地域、家族の立場からの支援について、具体的な検討を行った。 ○ 8職種による「認知症初期集中支援チーム」を編成し、活動を開始した。 ○ 専門職、コミュニティによる認知症カフェを設置した。専門職によるカフェは、認知症の方の活躍できる場所や家族の相談の場となっている。コミュニティによるカフェでは、介護家族OBの活躍の場となっている。介護経験者から直接話しを聞くことにより、コミュニティの認知症理解が進んでいる。 ○ 認知症サポーターに、予防・ガイドブック活用・対応実践の3つのフォローアップ講座を開催し、地域での見守り活動のベースとなる知識を普及した。 ○ フォローアップ講座を受講した認知症サポーターによる行方不明捜索訓練を実施し、認知症対応力の向上、新たな課題抽出ができた。 ○ 連携協定に基づき、各圏域にて地域の医師による講座及び多職種連携のための意見交換会を開催し、認知症の相談先がわかりつけ医であることを啓発し、認知症対応から地域での医療・介護連携を進めることができた。
	認知症初期集中支援チームの設置	認知症初期集中支援チームを設置し、チーム(医師、看護師、社会福祉士等)による支援を実施 ※支援実績:33ケース	
	認知症カフェの設置・開催	2箇所で開催 ・専門職カフェ:6月から毎週火曜計28回開催(1月末までに4回開催予定) ・コミュニティ(介護家族OB):10月から原則毎月第2・4土曜日計6回開催(1月末までに2回開催予定)	
	認知症徘徊捜索模擬訓練の開催	1回開催 【参加人数】60名 【内容】見守りサービス機器を用いた捜索模擬訓練	
	認知症に関する研修	1回開催 【参加人数】76名 【内容】認知症対策の方向性と地域連携の在り方等	
	認知症サポーターフォローアップ講座	3回開催 【参加人数】1回につき約50~100名、延べ226名 【内容】認知症予防と回想法、ガイドブック活用、対応実践	《課題》 ○ 認知症の初期段階の方が積極的に予防に取り組む場が整備できていない。 ○ 認知症の方のスクリーニング方法について、検討を繰り返しており、一部薬局での試行を行っているが、全体の方向性が定まっていない。
	他機関との連携	○ 認知症に関する啓発活動の推進のため、市医師会、エーザイ(株)と「認知症の方が安心して暮らせるまちづくり連携協定」を4月に締結(市民講座の開催等)	

全体の自己評価

地域包括ケアシステム推進協議会など昨年度から継続的に実施するとともに、一部の取組は内容を見直し、活性化を図った。

認知症ケアパスの作成を通して抽出された課題に対して、認知症安心ガイドブック、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ、認知症による行方不明者対策、圏域ごとの理解促進等新しい施策に重点的に取り組むことができた。またその検討過程で、医療と介護の連携推進を図り、地域住民の協力を得ることができた。

関係機関(国立長寿医療研究センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会)の2年目の取組に対する感想

〈国立長寿医療研究センター〉

行政を中心として、3師会の協力を得、住民も巻き込み、体制作りは大変うまくいっていると感じている。課題としてあがった「スクリーニング方法について」はまず認知症の人を支える態勢ができていくことが先決であり、認知症の人を選別することが先行する必要はないと考える。全国のモデルとなりうる優れた体制であり長寿医療研究センターも認知症疾患医療センター、サポート医、初期集中支援チームの研修機関として協力していきたい。

〈医師会〉

地域包括ケアシステム全体に対して熱心に取り組んでいただき、特に認知症対応施策と在宅ICTにめざましい進展が見られたと考えている。

〈歯科医師会〉

27年度は医師会を中心とした多職種との連携を行うようになった。まだまだ連携に参加する歯科医師が少数であるため、歯科医師会として会員の意識改革を行うよう、アンケート調査や研修会を開催している。1人でも多くの歯科医師が在宅歯科診療のみならず、口腔衛生管理にも目を向け、多職種と益々連携が進められるようにしたいと思う。

〈薬剤師会〉

知多薬剤師会としては薬剤師が在宅でできる活動を多職種の皆様に知っていただくことから始まった一年であったかと思う。ICTシステムが立ち上がりこれから課題も見つかると思うが、密な連絡が取れるツールが出来たことは喜ばしいと思った。

薬剤師会は認知症の受診勧奨のためのツールを活用して、より認知症の方がサービスを利用できるようにしていきたいと思った。

平成28年度の取組

平成28年度は、これまでの取組みを充実させ、実施継続するとともに、医療・介護に加えて、自治会やボランティアなどの地域の方もシステムの担い手となるよう新たな取組を実施していく。

新たな取組として、中学校区域(第2層日常生活圏域)ごとに「地域支援協議会」(半田市版の協議体)を設置する。当該協議会は、行政機関(市町村や地域包括支援センター等)のほか、生活支援コーディネーター、NPO、シルバー人材センター、ボランティア団体などの地域の担い手により構成され、生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様な担い手が情報共有し、連携・協働することで、地域ニーズの把握や資源開発の推進をしていくことを目的としている。

行方不明捜索訓練の実施から得られた課題への対応として、行方不明発生時の対応方法を示すマニュアルを作成し普及啓発する。また認知症サポーターへのフォローアップ講座を拡大し、地域での見守り体制の強化を図る。

認知症初期集中支援チームのチーム員会議に、ケースに応じて参加者を関係職種に拡大し、困難ケースへの医療・介護の対応力の向上を図る。