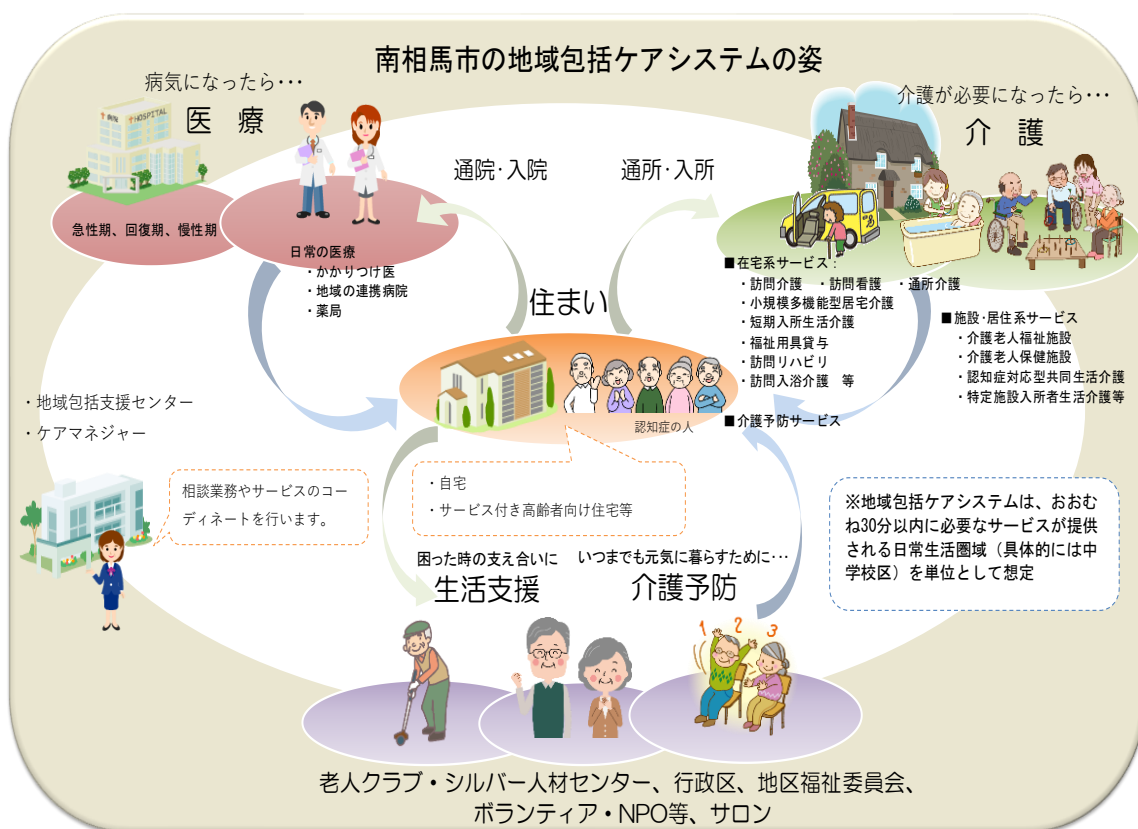


## 地域包括ケアシステム推進に向けた取組状況について

### ○地域包括ケアシステム推進会議の設置の背景

厚生労働省では、いわゆる“団塊の世代（S22～S24生の方々）”が75歳以上の後期高齢者となる令和7年（2025年）を目途に、例え要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいを一体的に提供する“地域包括ケアシステム”の構築を求めている。



【南相馬市高齢者総合計画から抜粋】

この“地域包括ケアシステム”の実現に向けては、特に、地域の特性を生かしながら、①生活支援体制の整備、②医療・介護の連携強化、③介護予防事業の効果的な取り組みの推進、④認知症施策の推進、⑤地域包括ケアシステム推進会議の設置が重要であるとされている。

本市においては、①～④について個別の会議体を設置して、⑤地域包括ケアシステムの推進会議にてそれらの更なる協議や取りまとめを行っている。

## 生活支援体制整備関係

### 1 部 会

(1) 開催日：令和4年10月12日（水）、12月19日（月）

(2) 主な協議事項等

①生活支援に係る資源について

①-1 資源リストの作成

- ・資源リストとは、高齢者等の在宅生活に役立つサービスについて、民間企業や任意団体等が行われているものをまとめたもの。
- ・これまで、市民や福祉関係者に案内する資源リストはなかったため、民間企業等の承諾を得た資源リストを作成することとした。
- ・令和4年12月に在宅生活に役立つサービスを行っている可能性のある民間企業等に情報提供を依頼。情報提供のあったサービスで資源リスト案を作成した。別紙「資料1-A」のとおり。
- ・南相馬市地域包括ケアシステム推進会議（生活支援体制整備部会）の取組のため、資源リストの発行元は地域包括ケアシステム推進会議とする。
- ・今後、資源リストの市ホームページへの掲載や関係機関への案内等により周知予定。資源リストの内容は随時更新する。

【サービス種類】

見守り・安否確認、家事支援、配達支援、外出・移動支援、社会参加 等

①-2 簡素版エンディングノートの作成

- ・認知症の単身高齢者や認知症の高齢者夫妻の金銭管理、介護保険サービス等の契約、入院手続きなどの対応に関係機関が苦慮している地域課題があり、対応として、成年後見制度などの認知機能や判断能力が低下した時の備えが大切でそれらを考えるきっかけとなるツール（簡素版エンディングノート）が必要と協議した。
- ・簡素版エンディングノートの作成に高齢者が取り掛かりやすいよう、前向きかつ生きがいくりにつながる内容を盛り込むこととした。
- ・簡素版エンディングノート「人生プランシート（仮称）」の現時点の案は別紙「資料1-B」のとおり。
- ・南相馬市地域包括ケアシステム推進会議（生活支援体制整備部会）の取組のため、資源リストの発行元は地域包括ケアシステム推進会議とする。
- ・簡素版エンディングノートの配布に向けて、引き続き活用場面や活用を広める方法などについて協議する。

### ①-3 高齢者の交通手段

- ・現在、定額でタクシーを利用できる「みなタク」や、運転免許証を返納した方へ2万円分の「タクシー券の配布」などの制度があるが、利用に一定の制約があるため、気軽に外出できる交通手段の必要性について意見交換を行った。
- ・先進事例の情報収集をするなどして引き続き意見交換や検討を行う。

#### **【意見】**

- ・デイサービスの車両の空き時間を活用した送迎支援（訪問型サービス）
- ・送迎支援するボランティア人材の育成と万一の交通事故の保険整備
- ・既存制度の条件緩和
- ・シニアカーの利用促進

### ①-4 介護技術を学ぶ機会やツール

- ・子育てと違い、介護は突然必要になって情報収集するのが現状で、高齢者の家族があらかじめ介護技術を学ぶ機会が多くないため、学ぶ機会やツールについて意見交換を行った。
- ・今後も引き続き意見交換や検討を行う。

#### **【現在行っているもの】**

- ・家族介護教室  
適切な介護知識や技術習得を図る教室を年16回開催。
- ・家族介護者交流会  
高齢者を介護している家族が情報交換やリフレッシュを図る交流会を年8回開催。

#### **【意見】**

- ・介護技術に関するハンドブックの発行
- ・介護技術を伝えるボランティア人材の育成と伝える機会の創出
- ・小学校等での介護を学ぶ機会の充実

### ①-5 徘徊高齢者位置情報探索機器貸与事業（GPS事業）

- ・令和4年4月より開始した市の新事業のため共有を図った。

**【内容】** 認知症等で行方が分からなくなる恐れのある高齢者が徘徊した際に、速やかに保護できるよう、位置情報探索機器を貸与する。  
高齢者の養護者はスマートフォンやパソコンで位置を確認する。

**【実績】** 令和5年1月末時点 18件登録

認知症高齢者の行方が分からなくなり、位置情報探索機器の活用で早期発見できた事例もあった。

②個別地域ケア会議から抽出された地域課題について

- ・地域課題とは、地域包括支援センターが個別事例から抽出した課題のこと。
- ・以下の表の対応案を検討した。

地域課題	対応案
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の相談窓口の活用</li> <li>・介護技術の習得</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族介護教室や家族介護者交流会の充実</li> <li>・介護技術習得機会の創出(P.3 ①-4 参照)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の理解促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座や認知症ケアパス等による周知(P.8 ③参照)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の方の自動車運転</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・警察との連携、精神科受診支援</li> <li>・移動等の代替手段の提案(P.3 ①-3 参照)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・成年後見人等の支援方法</li> <li>・成年後見制度の利用促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後見人等に福祉機関の支援内容の説明</li> <li>・成年後見制度等を考えるきっかけの創出(P.2 ①-2 参照)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害等の理解促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特性を踏まえた対応の普及</li> </ul>

## 医療と介護の連携関係

### 1 部 会

(1) 開催日：令和4年9月29日（木）、令和5年1月10日（火）

(2) 主な協議事項等

#### ①ICT ツールの活用

- ・高齢者の在宅生活を支援する多職種（医療機関、介護保険事業所）における日々の高齢者情報の共有に関して協議した。
- ・今後、試行的に ICT ツール（電子システム）を活用して有効性等を確認し、本格導入を検討する。

#### 【共有する機関】

かかりつけの病院・クリニック（医師・看護師・リハビリ職）、薬局、ケアマネジャー、介護サービス事業所、地域包括支援センター、行政

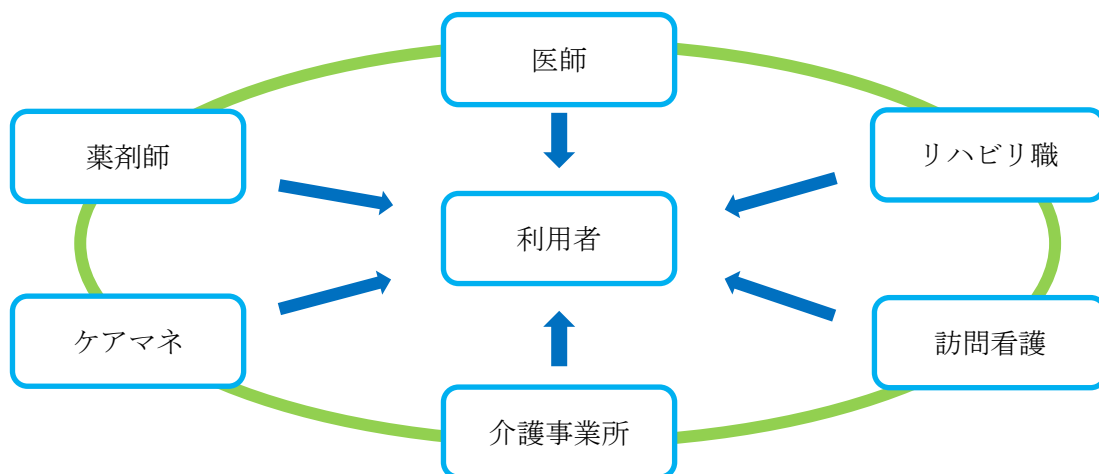
#### 【共有する情報】

基本情報、病名、医療看護サマリー、薬剤サマリー、介護サマリー、ADL、家族や生活環境の情報、退院調整ルールで定める事項 など

#### 【メリット】

- ・細かな情報のやりとりができる。
- ・一度の書込みで関係する全ての機関と情報共有を図ることができる。
- ・書き込みを見て情報の振返りができる。
- ・PDF 資料、写真、動画などのデータのやり取りができる。
- ・退院調整ルールの情報提供書のやりとりについて、ファックスやメールの誤送信のリスク解消、直接持ち込みによる移動時間の短縮になる。

#### 【ICT ツール連携イメージ】



例：変化した点・気になる点・留意点など共有、相談 等

## ②アドバンス・ケア・プランニング

- ・アドバンス・ケア・プランニングとは、もしものときのために、自身が望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のこと。愛称「人生会議」。
- ・突然に延命治療などの意思確認が必要な場面になったとき、本人の意思確認は困難で、急遽駆け付けた家族もその場で判断するのは大変。
- ・日頃からそうしたことについて考えるきっかけが必要と考え、希望する医療やケアについて記入するツール案「“もしも”しおり（仮称）」を作成した。案は別紙「資料1-C」のとおり。
- ・南相馬市地域包括ケアシステム推進会議（医療と介護の連携部会）の取組のため、資源リストの発行元は地域包括ケアシステム推進会議とする。
- ・「“もしも”しおり（仮称）」は、お薬手帳のカバーに挟む又はお薬手帳裏面に貼って利用することを想定。高齢者だけでなく全世代が利用できる。
- ・今後、活用や配布についてお薬手帳を扱う薬局等とも協議する。

## ③相双医療圏域退院調整ルール

- ・退院調整ルールとは、患者が退院する前に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、病院とケアマネジャーが、患者が入院した時から情報を共有し、退院に向けてカンファレンスやサービス調整を行うための相双医療圏域内における連携の仕組みのこと。
- ・参加機関の変更で手引きが改訂されたため、共有と周知依頼を行った。
- ・相双保健福祉事務所が実施状況等のアンケートを実施。結果は集計中。

## 2 自立支援型地域ケア会議の開催

自立支援型地域ケア会議とは、ケアマネジャーが作成するケアプランについて、以下の専門職が集まって助言を行い、対象者の自立支援に資するケアマネジメントを行う会議のこと。

### 【助言を行う主な専門職】

薬剤師、歯科衛生士、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

### 【開催状況等】

- ・令和4年度は6回開催し、11事例検討した。（令和3年度5回6事例）
- ・ケア会議の約6か月後に検討した事例のモニタリング（振返り）を実施。
- ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大時は書面会議にて実施。
- ・事例提供するケアマネジャー以外の市内のケアマネジャーに会議の傍聴を案内し、市内全体のケアマネジャーのスキルアップを図った。
- ・令和5年度は6回開催し12事例検討予定。

## 介護予防・認知症支援関係

### 1 部 会

(1) 開催日：令和5年1月19日（木）

※介護予防部会と認知症支援部会の書面による合同開催

(2) 主な協議事項等

①令和4年度介護予防事業の進捗状況

①-1 筋力向上トレーニング事業

- ・筋力向上トレーニング事業とは、虚弱高齢者の筋力の維持及び向上を図るため高齢者向けのトレーニング機器を使用した運動教室を行うもの。

【はらまち】

- ・令和3年度より2コースから3コースに拡大。各10人×3コース×4期
- ・令和3年度より外部講師（理学療法士）による運動指導を各1回実施。

【かしま】

- ・令和4年度より新たに実施。各8人×1コース×2期

①-2 介護予防普及啓発事業

- ・介護予防普及啓発事業とは、高齢者が意欲的に健康づくりに取り組むことを目指し、介護予防と健康づくりに関する健康教育や相談を行うもの。
- ・新型コロナウイルス感染症拡大の影響で出前講座等の依頼が減少。
- ・市ホームページにフレイルや認知症予防に関する「高齢者の方が元気に過ごすためのポイント」を掲載。

①-3 住民主体の通いの場（週一サロン）

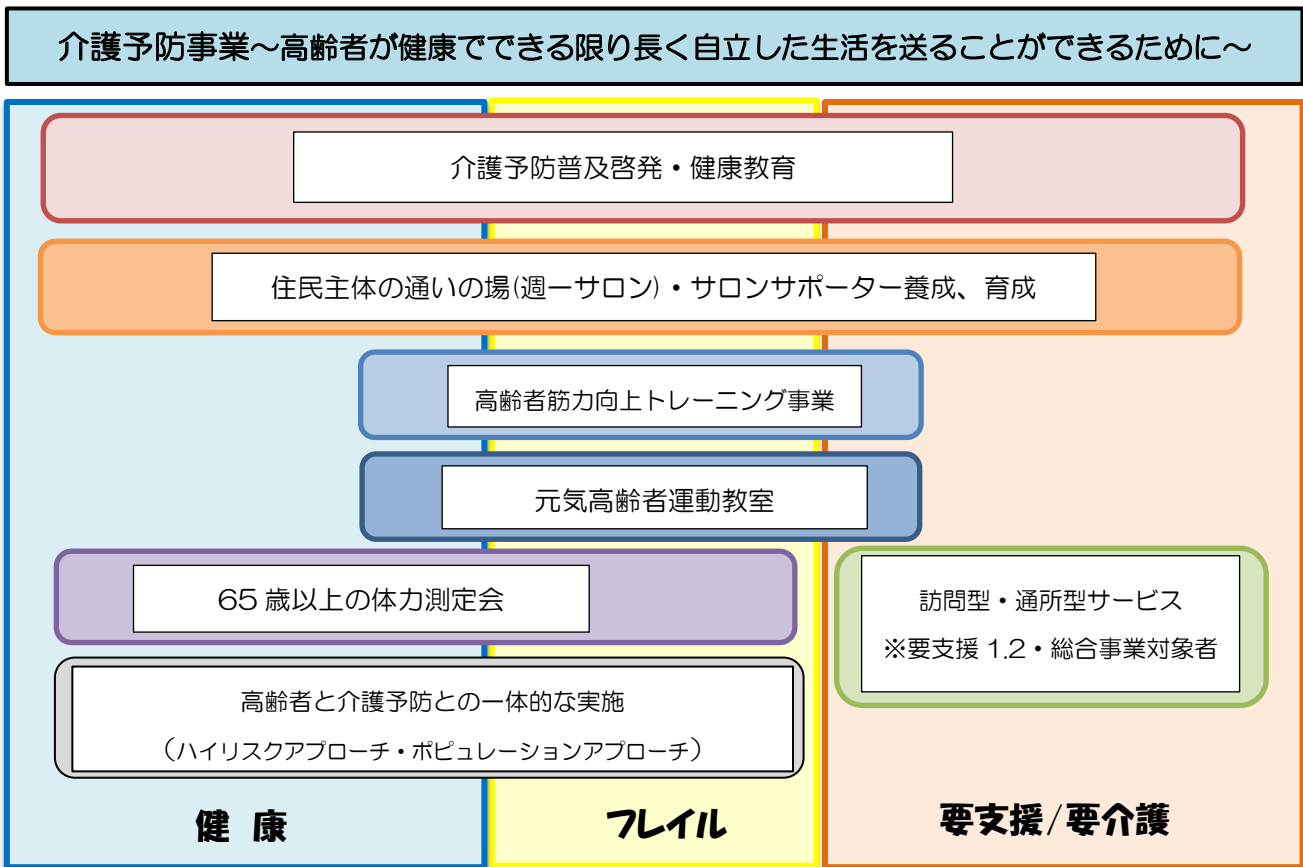
- ・住民主体の通いの場とは、運動を中心とした地域の人が交流できる機会を住民主体で設置運営できるよう支援するもの。
- ・活動支援として、ボーナス特典事業（ポイントを取得したサロンに外部講師を派遣）を実施。19箇所を実施。

①-4 65歳以上の体力測定会（生活機能評価）

- ・福島県立医科大学保健科学部と相双地域リハビリテーション広域支援センターとの共同事業として新たに実施。参加者数63名。

②介護予防事業の今後の取組

- ・高齢者筋力向上トレーニング事業の拡大（委託先の検討）。
- ・住民主体の通いの場（週一サロン）の新規立ち上げの取組。
- ・介護予防の普及啓発のための取組。



③令和4年度認知症支援事業の進捗状況

③-1 認知症サポーター養成講座

- ・認知症に関する理解を深める講座を開催するもの。
- ・平成30年度から公募で実施しており、令和4年度は4回実施。
- ・南相馬市役所職員を対象に、令和元年度から定期的に実施。  
令和4年度は認知症サポーターステップアップ講座を2回実施。
- ・小学生認知症サポーター養成講座は申込なし。  
令和5年1月17日に小中学校校長会議にて受講について説明を行った。  
※厚生労働省より文部科学省宛に、令和4年12月22日付で認知症の基本情報の提供と認知症サポーター養成講座の周知等について依頼あり。  
文部科学省より令和5年1月4日付で関係機関に事務連絡の発出あり。

③-2 認知症カフェ

- ・認知症カフェとは、認知症の人やその家族、地域の人や専門職等、誰もが集まれる場所であり、情報共有や認知症の理解促進を図るもの。
- ・令和4年度は市主催の「みなみそうま orange Cafe」を市民情報交流センター内「カフェビーンズ」にて4回実施。

③-3 徘徊高齢者位置情報探索機器貸与事業 (GPS事業) (再掲)



③-4 補聴器購入費助成事業の検討

- ・高齢者の社会参加及び地域交流を支援し、認知症予防に資するため、令和5年度からの実施について検討中。

④認知症支援事業の今後の取組

④-1 チームオレンジの立ち上げ

- ・チームオレンジとは、診断後の空白期間等における心理面・生活面の早期からの支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みのこと。
- ・令和5年度にチームオレンジの立ち上げを目指す。

【取組】 チームメンバーの募集、研修会実施

【チームオレンジの三つの基本】

- ・認知症サポーターステップアップ講座修了者及び予定のサポーターでチームが組まれている。
- ・認知症の人もチームの一員として参加している。
- ・認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援できる。

(認知症施策推進大綱：KPI/目標 2025年度)

④-2 認知症当事者の参加（意見含む）普及啓発・本人発信支援

- ・認知症施策への意見等の反映（認知症ケアパス、高齢者総合計画等）

④-3 医師会等と早期診断・早期対応につなげるための体制づくり

- ・連絡票の検討

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

- ・生活習慣病の重症化予防及び生活機能の低下を防止する取組を一体的に実施し、健康寿命の延伸を図るもの。

【企画・調整/担当：市民課】

- ・地域の健康課題の把握及び高齢者保健事業の企画や立案
- ・KDB システム等を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握 等

【ハイリスクアプローチ/担当：健康づくり課】

- ・低栄養防止、糖尿病性腎症重症化予防、適切な受診等の支援 等

【ポピュレーションアプローチ/担当：長寿福祉課】

- ・通いの場等への積極的関与、フレイル予防の普及啓発 等