

## 第3章 地域包括ケアシステムの構築

### 第1節 社会的背景

日本の人口は、2008（平成20）年を境に減少過程に入ったとされ、今後も長期にわたって減少が続くものと予想される一方で、諸外国に例を見ない速度で高齢化が進行しており、高齢者を支える現役世代の生産年齢人口が減少していくことも予想されています。65歳以上の高齢者の人口は、2015（平成27）年10月1日時点で33,930千人、総人口に占める割合は26.7%となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所が2012（平成24）年1月に実施した中位推計では、2025年は36,570千人、30.3%に増加するとされています。世界有数の長寿国となった背景としては、医療技術の進歩や健康意識の高揚などがあげられます。

今後、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる、いわゆる2025年問題が到来します。認知症高齢者や高齢者の単独世帯・夫婦のみ世帯が増加していくことが予想されるとともに、現役世代の減少によりさらに財政負担が大きくなり、今までの取組を続けるのみでは高齢者を支えきれなくなるのは容易に想像でき、在宅で暮らす高齢者、とりわけ、医療や介護が必要な高齢者は不安を抱えながら在宅での生活をせざるを得ない状況が生じると考えられます。

### 第2節 地域包括ケアシステムの構築

上記の社会的背景に対応していくため、医療や介護が必要な状況となっても必要な医療や介護サービス等を受けながら、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制としての「地域包括ケアシステム」の構築を進めていきます。

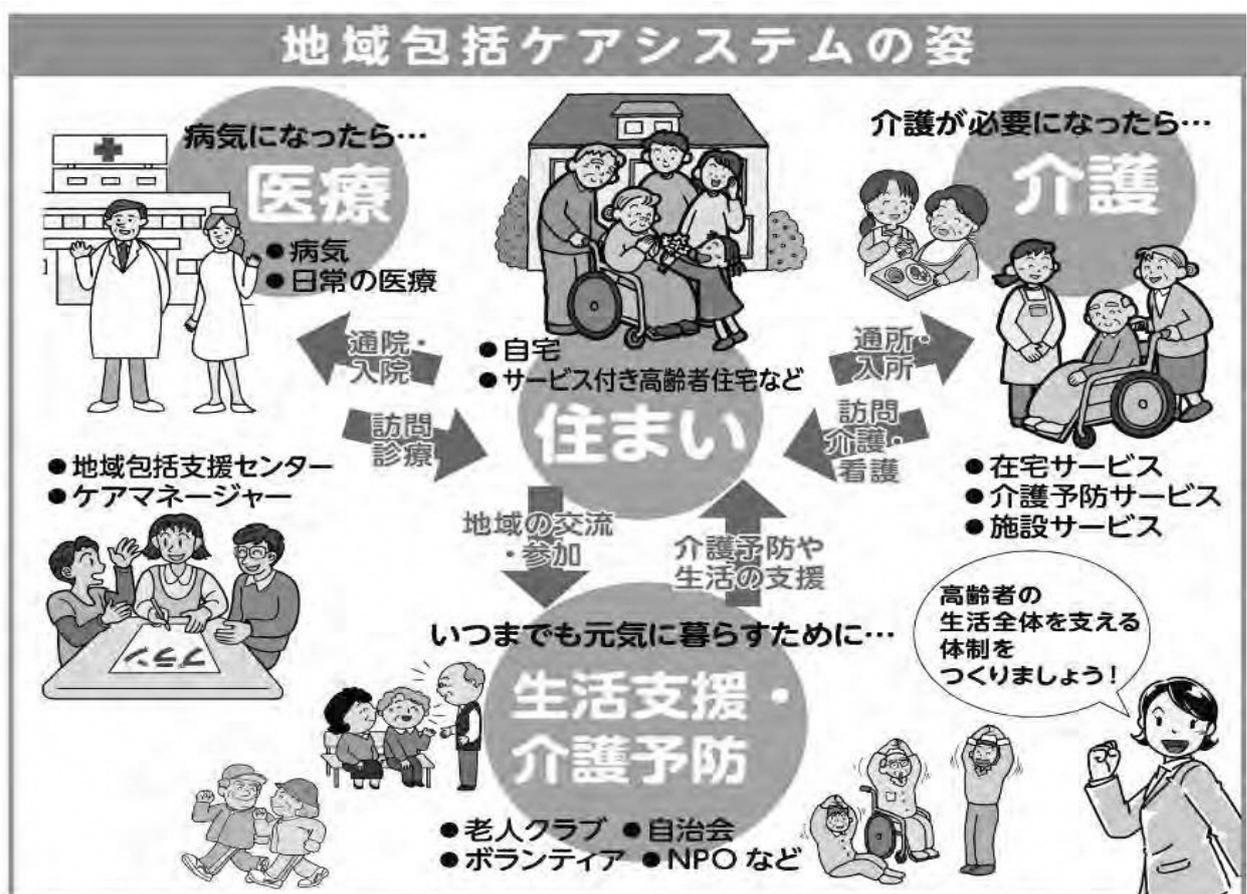
地域包括ケアシステムを実現するため、地域の実情に応じた自分のことは可能な限り自分で行うという「自助」、地域による支え合いなどの「互助」、医療保険や介護保険などのお互いを支え合う社会保険による「共助」、自助、互助、共助で対応できない課題などに対応する「公助」をバランスよく組み合わせて、高齢者本人やその家族、地域住民、サービス事業者、市がそれぞれの立場で取り組んでいくことが重要となります。

【第7期介護保険事業計画における取組の方向性】

第6期介護保険事業計画（2015（平成27）年度～2017（平成29）年度）は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据えた「地域包括ケア計画」と位置づけられ、保険者である市町村が主体となり、地域の実情に即した取組を推進することが求められました。

第7期介護保険事業計画（2018（平成30）年度～2020年度）においては、第6期計画の取組を検証・評価したうえで、今後、支援を必要とする高齢者が増加していく状況を踏まえ、本市の実情を踏まえた「地域包括ケアシステム」の構築、さらには充実・強化を推進していくこととします。

■地域包括ケアシステムの全体イメージ



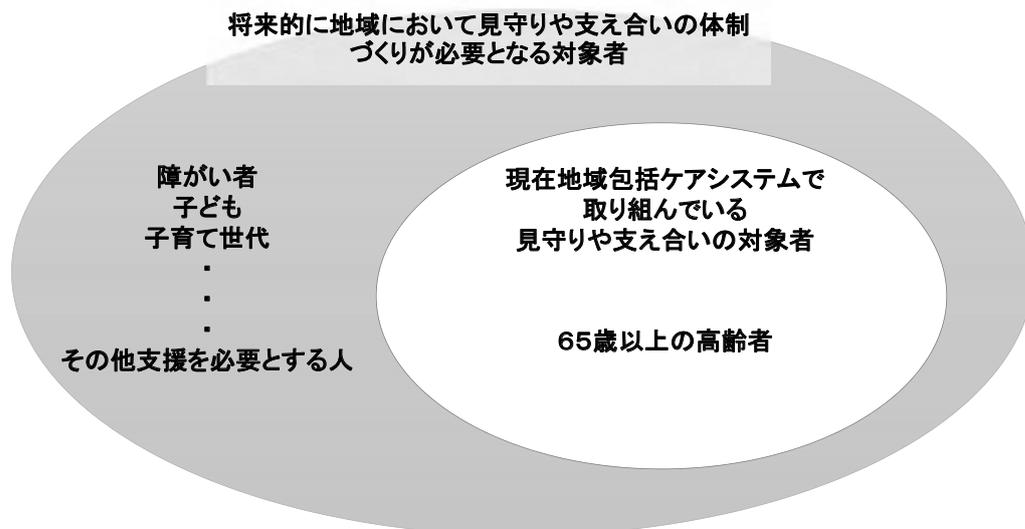
### 第3節 計画期間

本市の地域包括ケアシステムについては、各地域の実情を踏まえながら目指す目標や方向性を掲げ、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年を目途に、その実現をPDCAサイクルにより展開していくこととします。

2015(平成27)年度 ～ 2017(平成29)年度	2018(平成30)年度 ～ 2020年度	2021年度 ～ 2023年度	2024年度 ～ 2026年度
第7次・ 第6期計画	<b>第8次・ 第7期計画</b>	第9次・ 第8期計画	第10次・ 第9期計画
地域包括ケアシステムの 基礎づくり・運用・検証 ■団塊世代が65歳に	地域包括ケアシステムの 基礎・運用・検証・改善 (PDCA)	地域包括ケアシステムの 運用・検証・改善・発展 (PDCA)	地域包括ケアシステムの 醸成 ■団塊世代が75歳に

### 第4節 対象者

本市における地域包括ケアシステムの対象者は、65歳以上の高齢者を基本としますが、地域づくりを推進するにあたっては、地域福祉計画との連携を図りながら、将来的には障がい者や子どもも含めた支え合いの地域づくりを進めることとします。



## 第5節 目指す地域像

### 目指す地域像

『笑顔・おもいやり・交流があふれる高齢者にやさしいまちづくり』

- 高齢者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活できる地域
- 子どもから高齢者までの交流が盛んで、思いやりと支え合いにあふれた地域
- 健康増進や生きがいづくりに積極的な地域

## 第6節 地域包括ケアシステムの構築体制

### 第1項 須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会

医療や介護などの専門職をはじめ、民生委員・児童委員、町内会役員や老人クラブなどの多職種で構成する「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会」を設置し、本市の実情に即した地域包括ケアシステムの構築を推進します。

また、高齢者が抱える課題やニーズ等を的確に把握し、その課題解決に向けた検討を行うこととします。

### 第2項 須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会専門部会

須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会内に、4つの専門部会を設置し、地域包括ケアシステム構築に係る具体的内容等を検討・協議します。

#### 1 医療・介護専門部会

医療・介護関係者をはじめとした多職種連携により、切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築を目指すとともに、連携強化体制の更なる促進を図ります。

#### 2 認知症専門部会

認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進めるため、認知症サポーター養成をはじめ、認知症カフェの開催、すかがわ見守り・徘徊SOSネットワーク推進事業などの効率的な事業推進について検討します。

#### 3 介護予防専門部会

健康寿命の延伸やハイリスクからの脱却等を目的に、高齢者が歩いて通える地域の集会所等を活用した住民主体による介護予防教室や高齢者自らが担い手として活躍できる場づくりなどについて検討・協議します。

## 4 住まい・生活支援専門部会

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための住まいや住まい方についてのあり方や地域における支え合い、助け合いなどをはじめとした多様な主体による多様な生活支援サービスの創出について検討・協議します。

### 第3項 庁内検討会

少子高齢社会において、高齢者本人や地域が抱える課題などの情報共有を図るとともに、課題解決に向けた組織横断的な連携体制を構築し、効率的かつ効果的な施策の展開を図ります。

## 第7節 各分野の取組

### 第1項 在宅医療介護連携推進事業

医療と介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けるには、在宅医療と介護サービスを一体的に提供することが必要です。在宅医療に関する医療機関と介護サービス事業者等の多職種連携を推進し、効率的かつ効果的で、きめ細やかなサービスの提供の実現を目指します。

(これまでの取組)

#### ○医療・介護専門部会における協議・検討

須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会の「医療・介護専門部会」において、在宅医療・介護連携における課題抽出やその対応策の検討などを行っています。

#### ○「医療・介護リストマップ」の作成

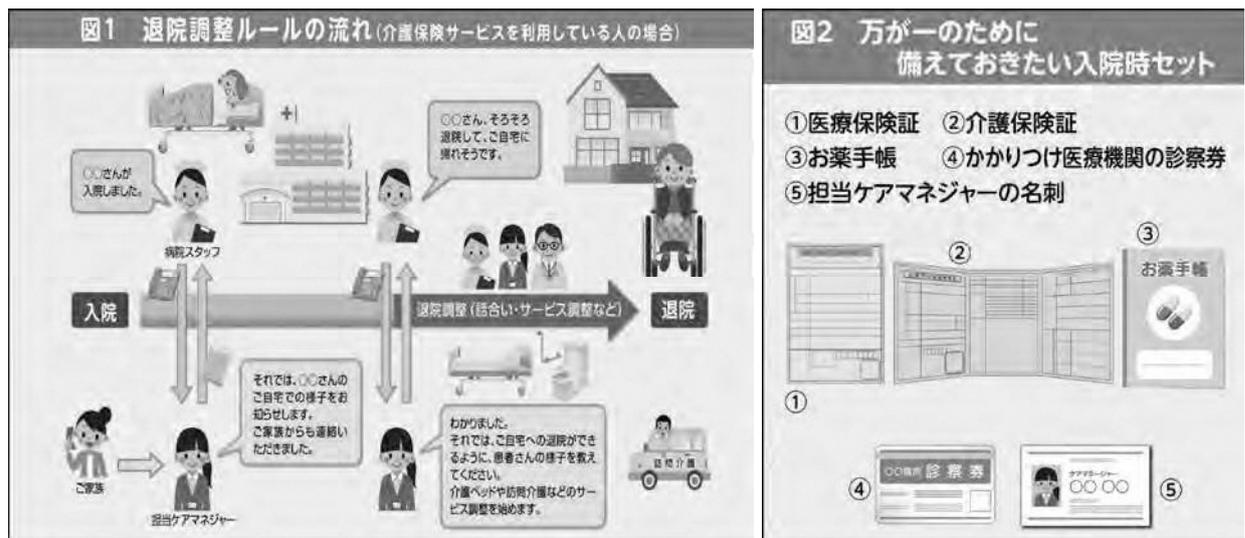
市内の医療資源や介護資源をまとめたリストマップを作成し、関係者間の情報共有や連絡体制の推進を図っています。

(医療介護リストマップ掲載事業所) ※2017(平成29)年6月1日現在

施設名	掲載数	施設名	掲載数
在宅診療医	23	訪問入浴介護事業所	3
在宅歯科診察医	9	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	1
在宅医療支援薬局	8		
居宅介護支援事業所	29	地域連携室	7
訪問看護ステーション	6	地域包括支援センター	4
訪問介護事業所	21	行政関連	12

○「県中医療圏退院調整ルール」の策定・運用

病気などで入院した高齢者が退院する際に、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、高齢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などを行うためのルールで、2016（平成28）年4月から運用を行っています。

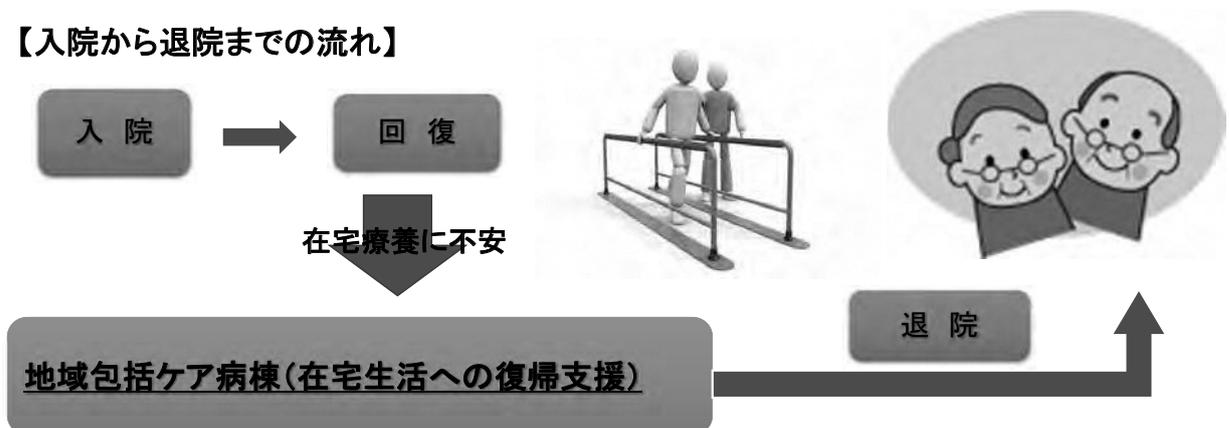


○市内病院における「地域包括ケア病棟」の開設

地域包括ケアシステムを推進する取組として、公立岩瀬病院では2016（平成28）年8月に、池田記念病院では2017（平成29）年7月に「地域包括ケア病棟」を開設しました。

地域包括ケア病棟は、急性期医療を終了して、すぐに在宅や施設に移行することに不安のある患者に対し、在宅復帰に向けて医学管理、診療、看護、リハビリを行うことを目的とした病棟です。

【入院から退院までの流れ】



○医療・介護関係者を対象とした研修会の開催

須賀川医師会との協力により、医療・介護の専門職間の更なる連携強化を推進するため、在宅医療などに関する研修会を定期的を開催しています。

(医療介護連携研修会開催実績)

開催月日	研修内容	参加職種	参加者数
2016 (H28) .11.29	①在宅医療の現状 ②訪問看護の役割と現状	医師、訪問看護ステーション職員、行政	約 50 名
2017 (H29) .3.23	①病診連携のあり方 ②訪問診療事例検討	医師、歯科医師、薬剤師、病院職員、行政等	約 160 名
2017 (H29) .7.13	①ケアマネジャーの役割と業務内容 ②在宅医療の現状と医師会の取組	医師、訪問看護師、ケアマネジャー、行政等	約 70 名



須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会

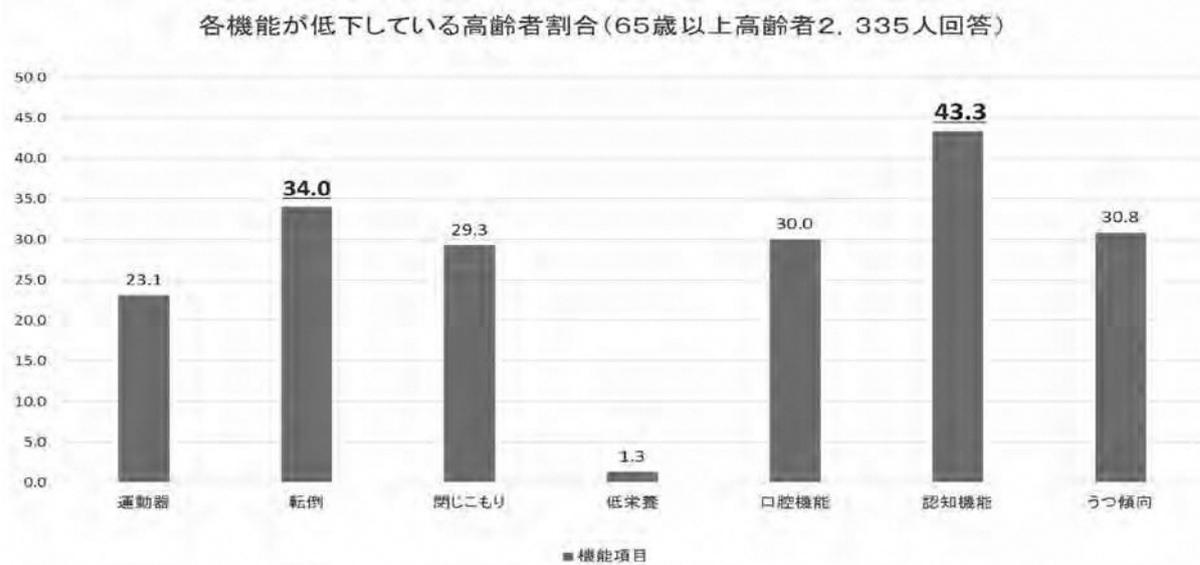
## 第2項 認知症施策推進事業

市が2017（平成29）年2月に行った市民アンケート結果において、「認知症」は要介護認定の主な原因として上位であるとともに、高齢者の認知機能低下においても高い割合となっています。

また、超高齢化の進展に伴い、認知症高齢者は本市においても今後増加すると推測しています。

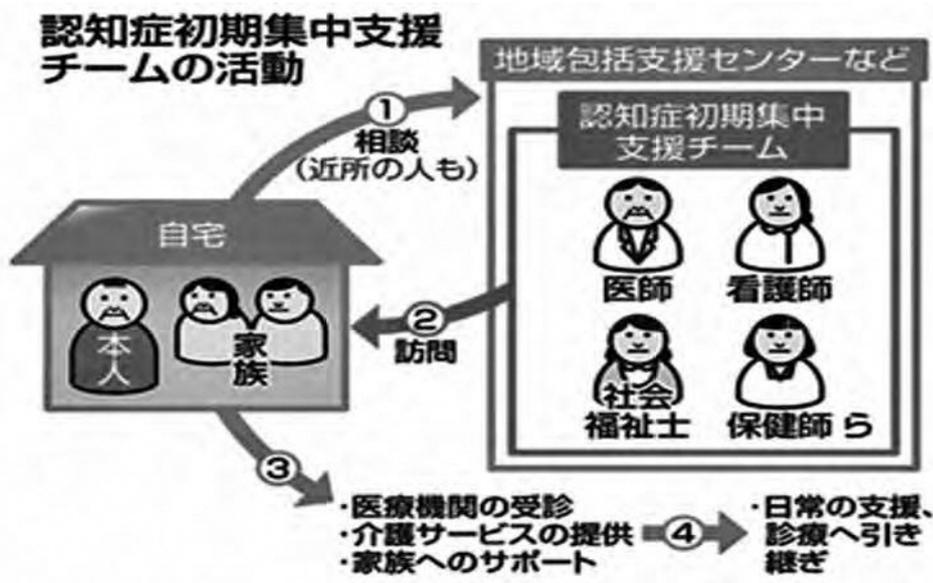
このため、認知症の対策としては、その程度に応じた対策を展開し、認知症になっても安心して暮らし続けられる体制づくり、地域づくりを進める必要があります。

最初に要介護認定を受けたときの主な原因					
原因名	脳血管疾患 (脳出血、脳梗塞、 脳卒中)	認知症	骨折・転倒	高齢による 衰弱	その他
市の割合 (%)	25.8%	24.2%	20.1%	19.1%	10.8%
※国の割合 (%)	18.5%	15.8%	10.9%	13.4%	41.4%



## 1 認知症初期集中支援チームの設置

認知症は、早期の対応が重症化を予防するために重要です。専門家が家族や周囲の人などからの相談を受けて、認知症が疑われる人を訪問し、医療支援等につなげる組織が「認知症初期集中支援チーム」です。本市では、2017（平成29）年度から実施しており、認知症の早期対応を図り、医療サービスや介護サービスにつなげ、重症化の予防に取り組んでいきます。



要介護認定者(2017(H29).4.1)

介護度	人数
要支援1	312人
要支援2	530人
要介護1	786人
要介護2	690人
要介護3	635人
要介護4	556人
要介護5	378人
計	3,887人

要介護認定者の自立度(2017(H29).4.1)

自立度	自立度状態	人数
自立	自立	833人
I	日常生活は自立	801人
II a	見守りがあれば日常生活は自立	525人
II b		579人
III a	日常生活に手助け・介護が必要	592人
III b		210人
IV	常に介護が必要	291人
M	専門医療が必要	45人
計	不明11名	3,887人

## 2 認知症ケアパスの普及

認知症の容態に応じて、どのような医療や介護サービスを受ければよいかを示した「認知症ケアパス」を作成・配布し、相談窓口等の啓発を図っています。

## 3 認知症地域支援推進員の配置

認知症の容態の変化に応じて、全ての機関を通じて必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークを構築し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要であるため、市及び各地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を配置し、支援機関間の連携支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行っています。

## 4 認知症サポーターの養成と活動支援

認知症に対する正しい知識と理解をもって、地域や職場等で認知症の人やその家族を手助けする「認知症サポーター」の養成に取り組んでいます。

認知症サポーターには、あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性を維持しつつ、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速させるために様々な場面で活躍してもらえよう、連携体制の整備に取り組んでいきます。

<b>認知症サポーター数 5,036 人</b> <b>(2017 (平成 29) 年 10 月現在)</b>
--

## 5 すかがわ見守り・徘徊SOSネットワーク推進事業

認知症高齢者等が徘徊により、万が一行方不明になった場合の捜索体制として、「すかがわ見守り・徘徊SOSネットワーク推進事業」に取り組んでいます。これは、あらかじめ登録した認知症高齢者が行方不明になった場合、警察署に通報するとともに、ボランティアによる捜索を行い、早期発見につなげるものです。

高齢者の行方不明は、生命に関わる問題であるため、捜索支援体制の更なる充実に取り組んでいきます。



2017年(平成29)10月現在 事業実績	
項目	実績数
利用登録者 (探される人)	65名
支援協力者 (探す人)	423名
発動件数(累計)	13件

## 6 認知症カフェの開催

認知症の人やその家族、介護職などの専門職、地域住民等、誰もが気軽に参加でき、和やかに参加者同士が認知症などに係る相談や意見交換などが行えるオープンなカフェとして開催しています。

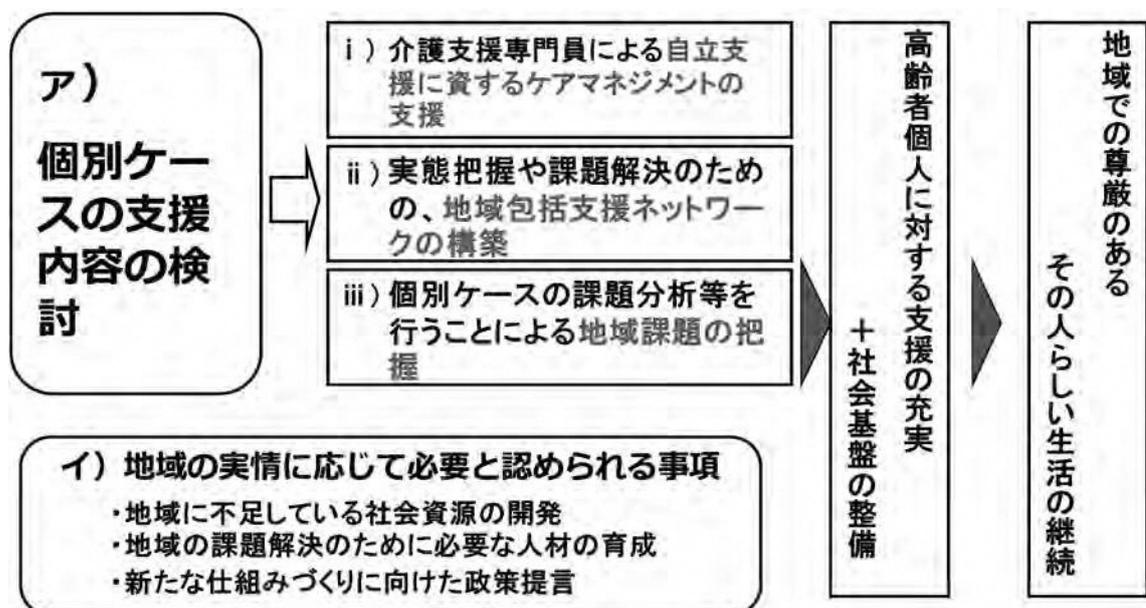
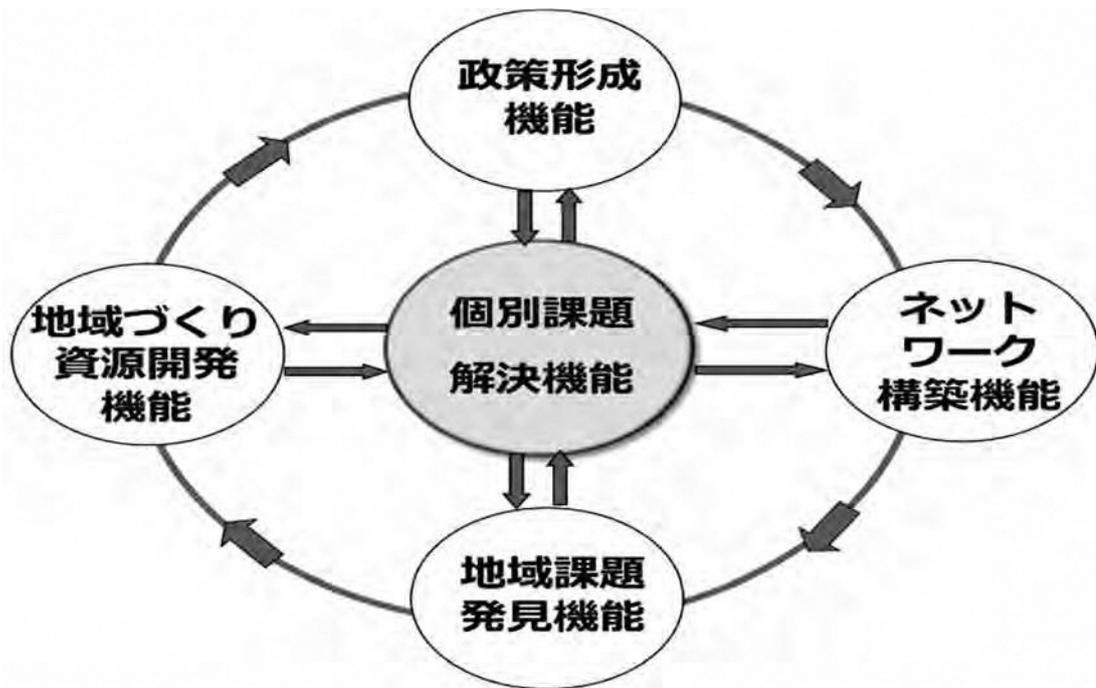
カフェでの交流等を通して、認知症の人が自分らしく生活できるような地域づくりを進めるとともに、認知症の人やその家族を支えるつながりを支援していきます。

## 第3項 地域ケア会議の充実

地域ケア会議は、高齢者等が抱える様々な困難事例等の個別ケースの支援内容の検討による課題解決やケアマネジャーによる自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域とのネットワーク構築等を行うことによって、課題を抱える高齢者個人に対する支援を充実するものです。また、個別ケースの地域ケア会議を積み重ねながら、日常生活圏域や市全体の課題を抽出し、その課題を地域づくり・地域資源の開発や施策等の充実によって解決していくことで、高齢者支援の土台を構築していきます。

【2016（平成28）年度開催実績】

地域包括名	開催回数	協議テーマ
中央地域包括支援センター	4回	個別課題・地域づくり等
西部地域包括支援センター	5回	個別課題・地域課題等
東部地域包括支援センター	7回	個別課題・地域課題等
長沼・岩瀬地域包括支援センター	5回	個別課題・地域課題等
計	21回	



## 第4項 介護予防・日常生活支援

効果的な介護予防事業の推進や、高齢者等の自立支援のための体制構築を図るとともに、生活支援を必要とする高齢者等の増加に対応するため、ボランティア等の多様な担い手や地域資源の開発により生活支援サービスの提供体制の充実を図っていきます。

また、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくためには、日常生活を支えていく生活支援サービスの体制整備を図っていくことが不可欠であるとともに、高齢者自身も地域の中で役割を持って活動・生活していくことが生きがいや介護予防にもつながっていきます。

### 1 地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）の配置

介護予防・日常生活支援総合事業では、様々なサービスの種類が考えられます。そして、地域の実情を踏まえて、適切な提供主体がこれらのサービスについて提供していく必要があります。

これらの取組を主体的に推進していくのが「地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）」です。市では、市内4箇所の地域包括支援センターに地域支え合い推進員を各1名配置し、多様な主体による多様な取組のコーディネート機能として、資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組のマッチング機能等の役割を果たしていきます。

### 2 地域支え合い推進会議（協議体）の設置

地域支え合い推進員が市全域及び各地域でその能力を発揮するためには、介護予防サービスや生活支援サービスに関わる様々な関係者が参画して、定期的に情報共有を行い、連携を強化した上で、地域の実情に応じてサービスの提供が行われる必要があります。

このため、各公民館管轄区域を日常生活圏域とした「地域支え合い推進会議（協議体）」を設置することによって、様々なサービス提供主体の参画を得て、地域課題やニーズ等を共有し、地域づくりの目的や方針の共通認識を持ちながら、地域づくり等を推進する場が確保されることになり、地域支え合い推進員の活動に組織的な連携体制を図ることができます。

市が主体となり、各地域において、地域支え合い推進員と地域支え合い推進会議を設置することにより、介護予防・生活支援サービスに関する多様な関係主体間の情報共有を図るとともに、連携・協働による取組を推進していきます。

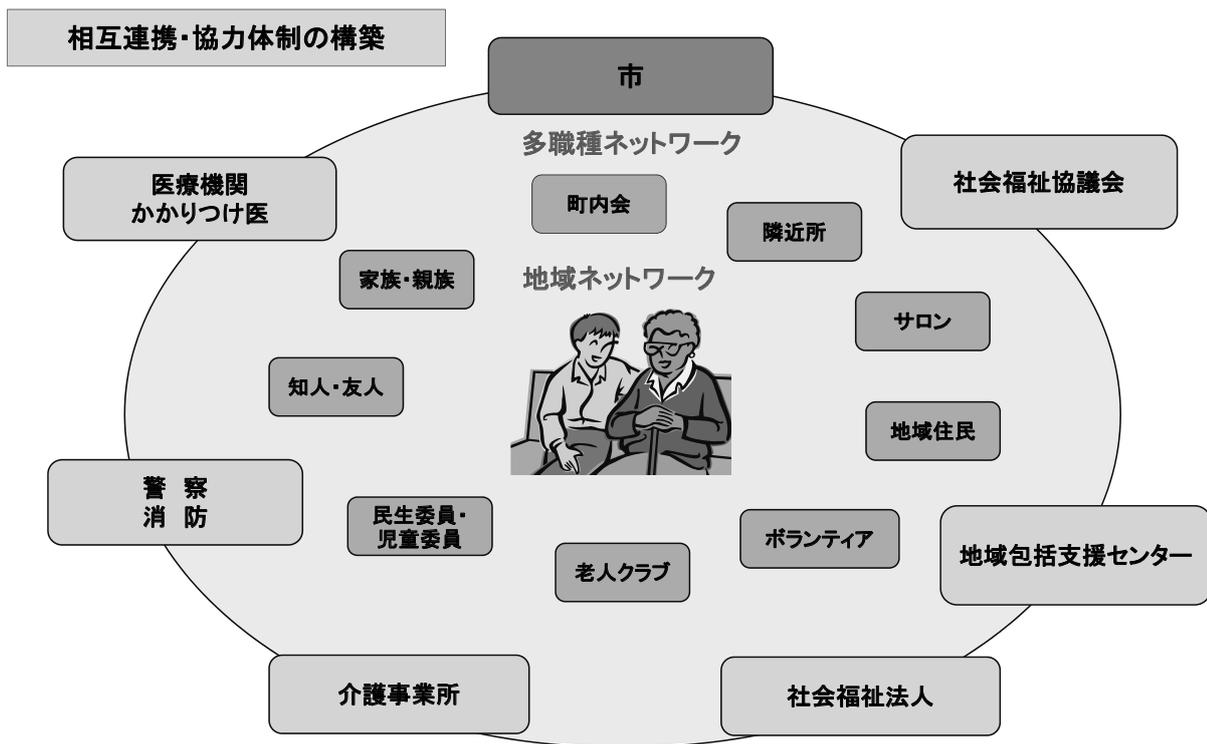
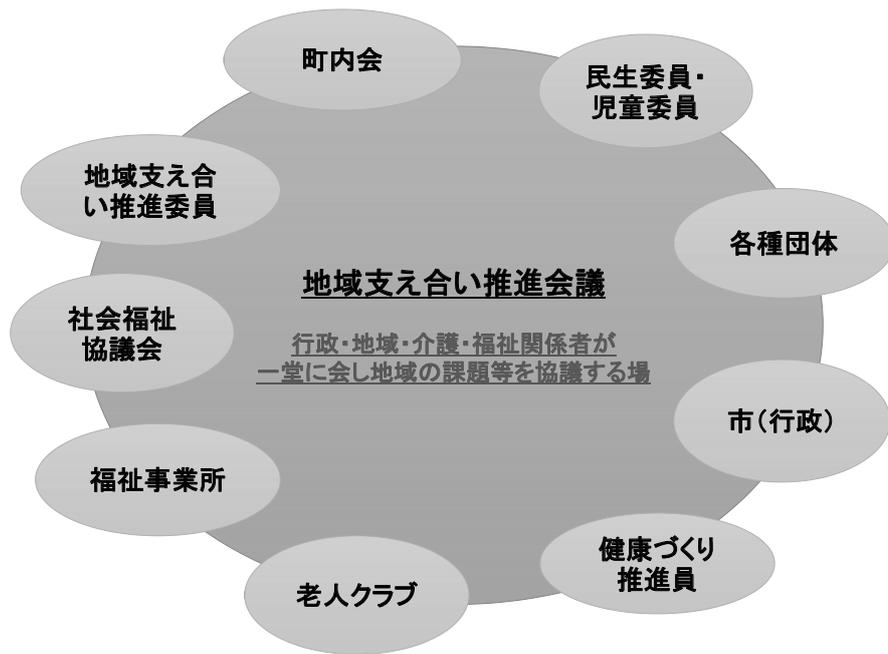
2017（平成29）年度に第1回の「地域支え合い推進会議」を各地域において開催しました。会議では、町内会長・区長をはじめ、民生委員・児童委員や老人クラブ役員など、地域の皆さ

んと「高齢者が抱える課題」や「高齢者支援として取り組んでいること」をテーマにグループワークにより地域の皆さんと情報を共有するとともに、課題やニーズの把握を行いました。

今後も引き続き、支え合いの地域づくりを目指して、定期的に地域支え合い推進会議を開催していきます。

**【2017（平成29）年度地域支え合い推進会議開催結果】**

地域名	開催月日	開催場所	参加者数
中央第1地域	2017（H29）.10.18（水）	中央公民館	19名
中央第2地域	2017（H29）.10.19（木）		27名
東地域	2017（H29）.10.13（金）	東公民館	45名
西袋地域	2017（H29）.10.16（月）	西袋公民館	27名
稲田地域	2017（H29）.10.26（木）	稲田公民館	9名
仁井田地域	2017（H29）.10.20（金）	仁井田公民館	19名
小塩江地域	2017（H29）.11.1（水）	小塩江公民館	17名
大東地域	2017（H29）.10.17（火）	大東公民館	29名
長沼地域	2017（H29）.10.25（水）	長沼公民館	11名
岩瀬地域	2017（H29）.10.24（火）	岩瀬公民館	32名
計	10箇所		235名



### 3 生活支援サービス等の創出

地域支え合い推進会議での協議等を踏まえながら、高齢者や地域の課題やニーズ等を的確に把握し、それらに対するサービスの過不足を判断するとともに、地域資源の把握、さらには地域資源の開発を推進する必要があります。

このため、まずは地域住民・介護事業者・行政などが一堂に会した地域支え合い推進会議を各地域で展開し、課題やニーズ等を情報共有することが重要となります。そのうえで、それぞれの立場・役割においてできること、できないことなどについての相互理解を深めることにより、生活支援サービスの創出につなげていくことが必要となります。

#### 4 住民主体による介護予防

健康で自分らしい生活を続けられる健康寿命の延伸を図るためには、日頃から介護予防に取り組むことが重要となります。このため、介護予防の取組に対する積極的な動機付けを行い、地域の高齢者が自ら歩いて通える地域の集会所等を有効に活用した住民主体による介護予防の取組を推進していきます。

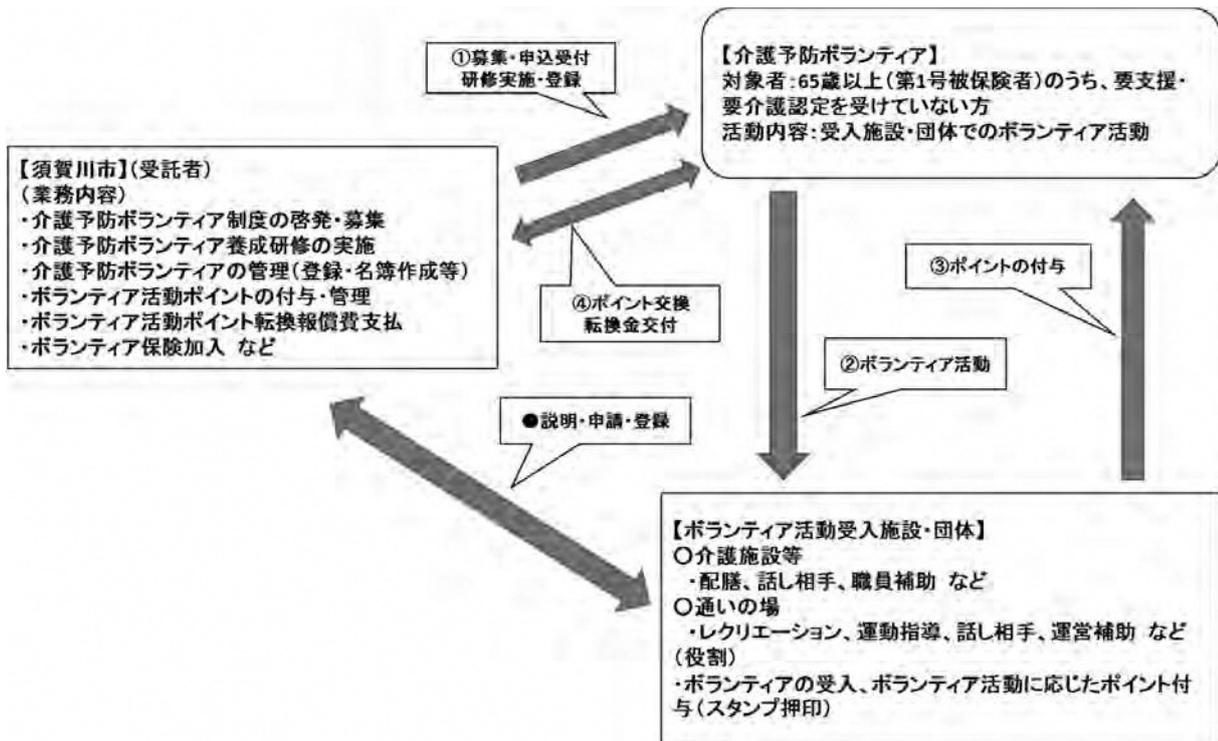
また、住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより、生きがいや役割をつくるとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場としても魅力的な場となり、参加している高齢者も指導役として通いの場の運営に参加するという動機付けにもつながっていきます。

さらに、住民主体による取組の好事例を市の広報紙等を活用して積極的に広報することにより、介護予防の取組による運動機能や生活機能の改善効果が広く住民に理解され、実際に生活機能等が改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体による通いの場が新たに展開されるなどの好循環が図られるよう取り組んでいきます。

#### 5 介護予防ボランティア制度

高齢者を対象とした「介護予防ボランティア制度」を創設することにより、高齢者が地域の中に生きがいや役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等をつくり、住民主体による介護予防体操などの通いの場づくりを推進するとともに、高齢者自らが担い手となることによる生きがいづくりや活動を通じた人と人とのつながりや交流などを創出し、結果として、高齢者自らの介護予防につながることを目指します。

## 【介護予防ボランティア制度の概要】



## 第5項 住まい・住まい方

超高齢化の進展に伴い、高齢者の一人世帯や高齢者のみ世帯が多くなっており、家の中での転倒やごみ出し困難、緊急時の対応など、様々な問題が生じています。

このため、住宅改修や多様な主体による生活支援サービスの創出をはじめ、地域による声かけや見守りなど、高齢者が安心して暮らせる住まいの環境づくりが重要となります。

また、在宅での生活が困難となった場合には、介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅などでの生活を支援していきます。

## 第6項 介護離職防止への取組

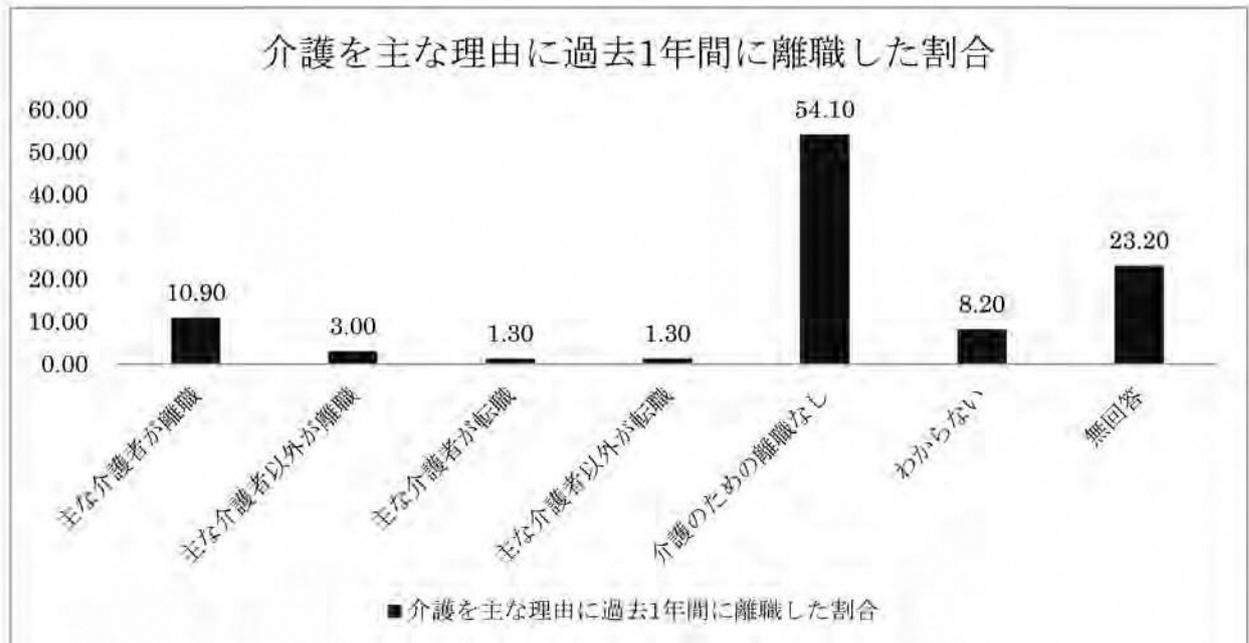
超高齢社会における安心した在宅生活を支援するため、必要な介護サービスの確保を図るとともに、介護する家族等が介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する者が働き続けられる社会の実現を目指す必要があります。

2017（平成29）年2月に実施した市民アンケートの結果では、回答数466件のうち、約14%の方が介護のために離職しており、また、家族等が介護で悩んでいることや困っていること

では、「精神的に疲れる」(44.2%)、「身体が疲れる」(28.5%)、「介護を交代する人がいない」(22.3%)が上位となっております。

このような状況を踏まえ、家族介護支援の取組をさらに充実させるとともに、地域包括支援センターをはじめ、関係機関等と連携しながら、地域の実情を踏まえ、家族等に対する相談・支援体制の強化を図っていきます。

#### 【介護離職に関するアンケート結果】



※複数回答有りのため、合計が100%になりません。