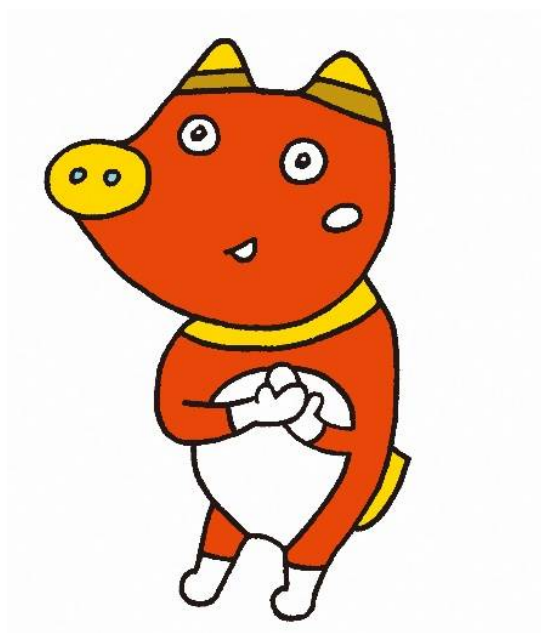


令和6年度
地域包括ケアシステム構築に係る
取組事例集



令和7年3月
福島県保健福祉部

目次

1 はじめに	...	1
2 市町村の取組事例（★はICT活用事例）		
(1) 地域ケア会議の充実	...	3
泉崎村	自立支援型地域ケア会議の再開に向けた取組について	4
(2) 認知症施策の推進	...	7
国見町	中学生を対象とした認知症VRゴーグル体験会の実施	8
鮫川村	安心して暮らせるむらづくり	10
喜多方市	「お互いに声をかけあえる地域」の一步先へ ～オレンジガーデニングプロジェクトをきっかけに、 地域の認知症サポーターを増やそう～	12
湯川村	VR（拡張現実）を用いた認知症への理解促進の取り組み	14
柳津町	本人の声を活かした認知症関連施策の推進	16
富岡町	認知症を皆で見守る地域づくり	18
新地町	新地町オレンジカフェ（認知症カフェ）の取組について	21
飯舘村	地域における認知症の理解促進	23
いわき市	チームオレンジ活動としてスローショッピングを実施	25
(3) 在宅医療・介護連携の推進	...	27
須賀川市・ 鏡石町・ 天栄村	在宅医療・介護連携の推進	28
矢祭町	多職種連携研修会～看取りについて考える～	30
会津坂下町	医療・介護関係者の相互理解のための多職種セミナー （在宅医療・介護連携推進事業）	32

(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実	…	35
伊達市	料理教室を通して、社会参加のきっかけをつくる	… 36
浅川町	浅川ささえたい ありがとうお互い様事業 (有償ボランティア事業) について	… 39
中島村	支えあい・助けあいの地域づくりをめざして	… 41
会津坂下町	送迎支援による新たな通いの場の創設 ：「めざせ100歳健康サロン」	… 43
南会津町	介護予防ボランティアの育成と地域力をいかした フレイル予防	… 45
大熊町	協議体の立ち上げと関係機関との連携	… 47
3 県保健福祉事務所による市町村支援	…	49

福島県ホームページで各事例のカラー版を公開しています。
ぜひ御活用ください。

福島県トップページ > 組織で探す > 保健福祉部 >
健康づくり推進課 > 地域包括ケアシステム >
地域包括ケアシステム構築推進事業成果報告書

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045a/tiikihoukatuseikahoukoku-h27.html>



1 はじめに

総人口が減少に転じる中、団塊の世代すべてが75歳以上となる2025年（令和7年）を迎え、2040年（令和22年）に向けては、高齢化の進展（85歳以上人口の増加）、生産年齢人口の減少、介護人材の確保が課題のなか、地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくりの推進、持続可能性の構築・介護人材確保等を図っていく必要があります。

そのような中、高齢者が元気に安心して自分らしく地域の中で暮らせるよう、地域での支え合う体制をつくり維持することが喫緊の課題であると言えます。

保険者である市町村においては地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の分析及び目標を定めて、地域の特性に応じた様々な取り組みを進めていくことが必要となります。

このため、県では、市町村の御協力のもと、今後の事業展開の参考となる取組を事例集としてまとめました。

令和6年度は新たな高齢者福祉計画及び介護保険事業（支援）計画等のもと、市町村における地域包括ケアシステムをより一層、深化・推進するために本事例集を御活用いただければ幸いです。

今後も、多様な関係者と連携しながら、これまで築いてきた医療、福祉、保健、産業、文化等の社会資源を活かし、一人一人が尊重されることで、“すべての高齢者が、安心して、いきいきと、自分らしく暮らせる、地域とともに支え合う「ふくしま」の実現”に向け、市町村とともに歩んでまいりますので、引き続き御理解と御協力を賜りますようお願いいたします。

2 市町村の取組事例

(1) 地域ケア会議の充実

泉崎村

自立支援型地域ケア会議の再開に向けた取組について

【市町村の概要】

泉崎村は、地形的に白河丘陵と須賀川盆地との間に位置し、標高は阿武隈川に接する低地部で約300m前後であり、最高地点は村の南部に位置する烏峠で標高485.7m。

気温は年平均11℃～12℃であり、内陸部にありながら、福島県内では比較的温暖な地形である。積雪は少なく、積雪期間はわずか。降水量は年間1,400mLであり、県内では少雨地帯に属している。

【市町村の基本情報】(令和7年1月1日時点)

- 人口 6,092人
- 65歳以上高齢者人口 2,093人
- 高齢化率(対前年度比0.4%↑) 34.3%
- 要介護認定率(対前年度比0.1%↑) 17.1%
- 第1号保険料月額(対8期9.1%↑) 5,973円

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

みんなの元気があふれるむら

【取組の概要】

●現状

・新型コロナウイルス感染症等の影響により、令和4年度から令和5年度にかけて自立支援型地域ケア会議を実施できていない。また、職員の異動等もあり、ケア会議の実施に必要な知識や経験がないため、再開のハードルが高い状態にある。

●課題

・地域ケア会議の実施にあたり必要な知識や経験が不十分だった。
・対象となる事例の選定基準が定まっていない。

●対策

・県南保健福祉事務所からの助力のもと、運営アドバイザーによる支援・助言の提供や、近隣市町村での自立支援型地域ケア会議に参加し、自治体職員へ運営等に関する質問を行うことにより、左記の課題の解決や、実施に向けたイメージを明確にすることができた。

取組の内容

●本会議について

- ・令和4年度、令和5年度に自立支援型地域ケア会議が未実施の状態だった。
- ・令和7年1月29日に自立支援型地域ケア会議を実施。
- ・福島県の自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣を利用し、会議当日の運営方法や事前準備、事例対象者の基準等について助言をいただいた。

●事例対象の選定基準

- ①要支援1～要介護2の軽度要介護者
- ②新規事例(担当されてから1年未満)

※長期間担当されている事例の場合、より個別性の高い内容となり、他事例への応用が難しいことが想定されるため、②の基準を設定した。

●会議参加者の職種

保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、言語聴覚士

●会議参加者(市町村職員、事例提供者、助言者など)との目線合わせの方法

事例提供者のケアマネジャーから事前に事例の概要を提出いただくことにより、ケア会議内の議題や、助言者へ相談したい内容についての認識をすり合わせることができた。

- 工夫している点
 - ・事前に出席者達へ事例資料を共有することで、会議中の事例の読み合わせ時間を最小限にし、事例への意見共有に掛かる時間をより多く確保できた。
 - ・会議の開始時に本会議の目的や位置づけを伝えることで、助言や質問内容の方向性が統一できた。
 - ・事例の説明において、事前に配布した資料の補足事項を担当ケアマネジャーより説明いただく時間を設け、限られた時間内により効果的な質問や助言が得られた。
- 地域ケア推進会議と連携できていること 等
次年度以降は自立支援型地域ケア会議の複数回の開催を予定しているため、今後は地域ケア推進会議との連携を目指している。



取組の成果

- 自立支援型地域ケア会議を開催し、多職種より専門的な助言をいただくことで、多様な視点から事例を見つめなおすことによる気づきが生まれ、対象事例だけでなく、その他の事例のケアプランにも活かすことができた。
- ケアマネジャーだけではなく、福祉用具事業者等のサービス事業者や介護保険関係者らとの情報交換、情報共有、理解を深める良い機会となった。
- 運営アドバイザーらの助言により、会議全体を滞りなく運営することができ、次回以降のよい足掛かりとなった。

今後の展望

- 対象事例を通して知識や情報を得ることのできる貴重な場であるため、今後は開催回数の増加を予定している。令和7年度は2回の実施予定であり、今回取り上げられた事例のモニタリング報告と新規事例を同時に取り扱うことから、会議の準備や進行について、マニュアル等を整備し、円滑な実施ができるよう時間配分に留意したい。
- 多職種の方々の助言や意見等をケアプランに活かすことができるよう、関係者の意識づくり及び連携づくりを確立していきたい。

2 市町村の取組事例

(2) 認知症施策の推進

国見町

中学生を対象とした認知症VRゴーグル体験会の実施

【国見町の概要】

福島県の最北端に位置し、北は宮城県に接しています。主な産業は農業で、米や果樹や野菜などの栽培が盛んです。町内の高齢化率が増加傾向で認知症患者の増加が想定されることから、町内23か所で活動している「いきいきサロン」で、地域包括支援センターの協力を得ながら「出前認知症カフェ」として普及啓発活動を行うとともに、介護予防や健康づくりに取り組んでいます。今年度は地域の見守る力の底上げのため、町内の小中学校において認知症サポーター養成講座を行いました。また、町内商業施設で認知症カフェを2か月に1回開催しています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

命を大切に 誰もが幸せに暮らすまち くにみ

【国見町の基本情報】

(令和7年1月31日時点)

- 人口 8,085人
- 65歳以上高齢者人口 3,517人
- 高齢化率(対前年度比0.4%↑) 43.5%
- 要介護認定率(対前年度比0.3%↑) 19.9%
- 第1号保険料月額(対8期0.18%↑) 6,657円

【取組の概要】

●現状

・高齢者徘徊の相談が増加傾向にあります。
・近隣トラブルとして、高齢者の認知症発症の疑いが原因と思われる相談事が増えています。

●課題

・認知症に対する正しい知識を広く普及する必要があります。
・地域の見守る力を底上げすることで、認知症になっても自宅で生活できる町づくりを目指します。

●対策

- ・小中学校での認知症サポーター養成講座の実施
- ・出前認知症カフェや認知症カフェの定期開催
- ・社会福祉協議会主催のサマーショートボランティアで小中学生の希望者を対象にサポーター養成講座を実施

1

取組の内容

●実施主体 国見町

(仙台大学に業務委託し、地域医療機関、介護施設、社会福祉協議会、包括支援センター、キャラバンメイトの協力を得て実施)

●財源 福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金

●スケジュール 令和6年11月27日(水)

●実施内容

中学校の授業で、認知症サポーター養成講座として認知症についての講話を実施し43名が参加しました。

養成講座の高齢者疑似体験において、認知症VRゴーグルを装着して幻視を体験することで、認知症の方の生活のしづらさを感じ、どのように支援すると良いのかを学ぶ機会になりました。認知症VRゴーグル以外にも、車いす体験や片麻痺体験も行いました。

養成講座にはキャラバンメイト6名がスタッフとして関わり、最新の機材や教材に触れることで更なる支援の資質向上を目指す機会を提供しました。



取組の成果

- 実施回数 1回
- 参加者数 中学生43名 キャラバンメイト6名
- アンケート結果
「認知症の方を理解することができましたか」の問いに、「すごく理解できた」または「理解できた」と、9割以上の42名が回答していました。
「認知症の方への声かけや話し方について理解出来ましたか」の問いに、「すごく理解できた」または「理解できた」と、9割以上の40名が回答していました。
「話を聞く前と聞いた後で、あなたの認知症の方に対する考え方で変わった事がありましたか」の問いに、「ある」と全員が回答していました。
感想では「優しく声をかけるようにしたい。」「わかりやすく状況を伝えるようにしたい。」「相手に寄り添うことが大切だと感じた。」という意見が多数みられました。

今後の展望

- 令和7年度も継続して中学生を対象とした認知症サポーター養成講座を実施し、若い世代からの認知症に対する正しい知識の普及を目指します。
- 小学生を対象とした認知症サポーター養成講座も実施しており、小中学校でそれぞれ学ぶ機会を経験することで、より深く認知症について理解する機会となるよう、講座の内容を検討していきます。
- 地域の小中学生を対象に養成講座を実施することをきっかけに、同居家族への啓発にもつなげていくことで地域全体の見守る力の底上げを目指します。

鮫川村	安心して暮らせるむらづくり
-----	---------------

【鮫川村の概要】

福島県の南端、阿武隈高原の頂上部に位置し、面積は131.34km²でそのうちの約4分の3を山林が占めています。安心して暮らせるむらを基本目標に、要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしく生活続けることができるように、より良い地域包括ケアシステムの構築に向け準備を進めています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

いきいきと ともに支え合い 安心して暮らせる村
～村民が世代を超えてつながり支え合い、一人ひとりが輝く村づくり～

【市町村の基本情報】(7年1月6日時点)

- 人口 2,820人
- 65歳以上高齢者人口 1,216人
- 高齢化率 43.1%(対前年度比1.7%↑)
- 要介護認定率 15.9%(対前年度比 -)
- 第1号保険料月額 7,100円(対8期124.5%↑)

【取組の概要】

<p>●現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域サロンの実施。 ・傾聴ボランティアの開催 ・毎年認知症サーポーターの養成。 ・認知症カフェの実施。 ・民生児童委員訪問相談。 	<p>●課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症にならないための通いの場やサロンの充実。 ・若年性認知症の支援・社会参加支援 	<p>●対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームオレンジの立ち上げ ・認知症キャラバン・メイトの育成 ・成年後見制度の活用 ・認知症サポート体制の充実
---	---	--

認知症サーポーター養成講座の取組

- 実施主体 鮫川村地域包括支援センター
- 財 源 介護保険特別会計
- スケジュール 通 年
- 実施内容

村、包括支援センター、社会福祉協議会が連携して、毎年小学校4年生を対象に認知症サーポーター養成講座を開催しています。

小学生には、認知症は誰もがなりうる病気であることと、認知症を患っても楽しいや悲しいなどの感情はあることを、社会福祉協議会職員による寸劇で指導を行っています。

また、民生児童委員、各行政区長、赤十字奉仕団、保健推進員、役場窓口職員、村内商店街等を対象に認知症サーポーター養成講座を受講していただいています。

ステップアップ研修を受講していただき、希望者にはチームオレンジへの参加を募っています。

住民の方には、認知症に対する偏見をなくし、自分たちにできる活動を考え、出来ることはどのようなことかなど、具体的な内容をオレンジコーディネーターと一緒に学習会を行っています。

来年度に向けて、オレンジコーディネーターの養成も進めています。

1

達者DEカフェの取組

- 実施主体 鮫川村地域包括支援センター
- 財 源 介護保険特別会計
- スケジュール 令和6年度 毎月第3木曜日 ※4月、8月、1月を除く 参加人数 10人程度

●実施内容

本村では、村民保養施設 さざり荘で午後1時から3時まで、地域包括支援センター主催で、認知症を「学びたい」「予防したい」「相談したい」「認知症の人を支えたい」など、自分自身や家族の介護についても認知症に限らず相談の場を設置しています。お茶を飲みながら気軽に何でも話せて誰でも参加できるカフェを開催しています。

さざり荘は、温泉施設のため入館料を支払えば、相談後の入浴が可能となっています。



2

成果と今後の展望について

取組の成果

- 小学校との連携により、毎年継続して認知症サポーター養成講座を開催しています。
- 民生児童委員については、令和5年10月の定例会でサポーター養成講座を実施しました。
- 認知症カフェについては、毎月参加者がおり、相談会を行っています。

今後の展望

- オレンジコーディネーターの選出とチームオレンジの立ち上げを実施します。
- 認知症キャラバンメイトや認知症に関心がある方を対象にステップアップ研修を実施し、チームオレンジへの参加希望者を増やしていきます。
- チームオレンジへの参加を希望された方が、認知症カフェの運営支援、認知症当事者の話し相手など、当事者やその家族が望む支援を行っていきます。
- 認知症当事者が偏見なく住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、認知症に対する理解を深める活動の推進を行います。

喜多方市

「お互いに声をかけあえる地域」の一步先へ

オレンジガーデニングプロジェクトをきっかけに、地域の認知症サポーターを増やそう

【喜多方市】の概要

平成18年に喜多方市、熱塩加納村、塩川町、山都町、高郷村の5市町村が合併し誕生しました。面積の7割を林野が占める中山間地域で、盆地特有の夏は暑く、冬は厳寒の気候です。喜多方ラーメンやそば、蔵が有名な観光のまちでもあります。「お互いに声をかけあえる地域」をめざして、年齢や障がいの有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、生活支援、介護予防の体制づくりを進めています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

高齢者と障がい者が住み慣れた地域で安全・安心に生活できるように、地域共生社会の実現と自立した日常生活の支援が包括的に確保される喜多方市

【市町村の基本情報】(令和6年12月末日時点)

- 人口 43,519人
- 65歳以上高齢者人口 16,412人
- 高齢化率(対前年度比0.4%↑) 37.71%
- 要介護認定率(対前年度比0.3%↓) 20.3%
- 第1号保険料月額(対8期5.6%↑) 5,790円(5,480円)

【取組の概要】

●現状

- ・認知症という言葉は知っていても具体的な症状については知らない
- ・周囲は認知症の方にどう対応してよいかわからない
- ・高齢者本人とその家族は認知症になることに不安がある
- ・認知症になった後の自分自身の生活についてイメージできない

●課題

- ・高齢者本人とその家族に、認知症について学び、考えてもらう機会が必要
- ・高齢者とその家族だけでなく、広く地域住民に認知症についての理解を深めてほしい
- ・趣旨を理解してもらわなければ、単なる花植えになってしまう

●対策

- ・令和5年度 2層協議体代表者の情報交換会で市内各地のオレンジガーデニングの様子を視察
- ・市市民ホールに紹介ブースを設置
- ・「生活支援コーディネーター通信」に紹介記事を掲載し各戸回覧で周知
- ・市ホームページに掲載
- ・サロンや各種団体講話で紹介

オレンジガーデニングプロジェクトとは・

オレンジ色は、認知症啓発のシンボルカラーです。2020年に新潟県長岡市から始まり、「認知症になっても暮らしやすいまちをみんなで創っていこう!」という思いを共有するプロジェクトが全国各地で展開されています。オレンジ色の花を咲かせることで、この活動を広めています。

喜多方市でも、令和4年度から「花を通した繋がりのづくり」や「認知症のことを考えたり話したりするきっかけ」として、また「楽しみ」や「まちづくりの一環」としてオレンジや黄色の花を咲かせ、「認知症になっても、暮らしやすいまちをみんなで創る」という思いを広げる活動に参加しています。

さらに、9月には、市民ホールにて、「認知症と共に生きる」を考える強化月間として、認知症への理解を深める掲示物の他、オレンジガーデニングプロジェクトの取組み、紹介コーナーを設け、各団体の取組みの様子を紹介しました。



グループホームに入居している皆さまおよび職員の方に認知症のシンボルカラーであるオレンジ色を基調とした「マリーゴールド」やマスコットである「ロバ隊長」の塗り絵に挑戦していただき、当事者の活動として紹介しました。



R6.9月、各地区で行われた様子を掲示しました



取組の成果

- オレンジガーデニングが認知症を意識するきっかけとなった
- オレンジガーデニングの取り組みを継続している地区は、認知症サポーター養成講座への参加など、一歩進んだ取り組みが行われるようになった
- 認知症サポーターが地域に増えることで認知症の高齢者へこれまでよりも適切な対応ができるようになった
- 地域で行うことで世代間交流のきっかけとなり、交流がすすんだ
- オレンジガーデニング実施地区が増えることで地域の景観がよくなった



今後の展望

- オレンジガーデニングをきっかけに、さらに認知症について考える機会を増やす
- 認知症サポーターが地域に増えることで認知症に優しいまちづくりをめざす
- 「オレンジガーデニング」×「花でもてなす喜多方」の相乗効果で観光にも好影響
- 認知症になっても暮らしやすいまちだと感じることができる具体策を皆で模索していく



協議体での取組

「認知症になっても暮らしやすいまちをみんなで創る」という目的と、協議体の目指す「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための地域における支え合いの体制づくり」が共通していると考え、1層協議体としても取り組みを進めています。

(令和4年度の取組)

山都地区の2層協議体が主旨に共感し、参加しました。介護老人保健施設や障がい福祉サービス事業所など8カ所にマリーゴールドの苗を寄贈し、地元施設との交流が生まれました。

(令和5年度の取組)

6地区の協議体を含む20団体が活動に参加しました。協議体だけでなく、地域の行政区で広めたり、小学校や公民館、子供会と一緒に花植えをしたり、公共施設や介護老人保健施設に寄贈するなど、オレンジガーデニングプロジェクトが広がりを見せ始めました。

(令和6年度の取組)

7地区の協議体を含め、22団体が活動に参加しました。認知症になっても安心して生活できる地域になるように、自分たちでできることを考えようと、2層協議体主催で地域の方にも声をかけ、認知症サポーター養成講座を同時開催するなど、自分たちでできることを考え実践しています。



湯川村	VR(拡張現実)を用いた認知症への理解促進の取り組み
------------	-----------------------------------

【市町村の概要】

湯川村は、会津盆地の中心に位置しており、4キロ四方で面積は16.37平方Kmと県内で一番面積が小さく、かつ唯一山の無い自治体です。

小規模自治体のため無医村であり、社会資源も限られていますが、各行政区の高齢者の活動は比較的活発に行っています。地域包括支援センターは直営です。

【市町村の基本情報】(R7年1月31日時点)

- 人口 2,979人
- 65歳以上高齢者人口 1,081人
- 高齢化率36.2%(対前年度比0.5%↑)
- 要介護認定率18.1%(対前年度比0.3%↓)
- 第1号保険料月額7500円(対8期同額)

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

誰もが健やかに自分らしく生きがいをもち心豊かに暮らせる村「ゆがわ」

【取組の概要】

●現状

- ・350名の認知症サポーターがいるが、養成講座を終えた後に、次のステップに進むカリキュラムが無い。
- ・認知症サポーター養成講座を受けて終わりになってしまっている。
- ・声をかけても、実際にチームオレンジとして活動してくれるサポーターがいない。

●課題

- ・認知症サポーター養成は座学のみでいいのか。
- ・サポーターの次のステップが無い。
- ・チームオレンジのメンバーになってくれる人がいない。
- ・実際にチームオレンジで活動してくれる人にどうしたらなってくれるのか。
- ・どうやったら認知症サポーターの活動への動機付けができるか。

●対策

- ・サポーターがステップアップできる機会をつくる。
- ・サポーターが活動するための動機付けができる機会をつくる。
- ・自分事として考えることができるような体験をしてもらう。
- ・「参加してみたい」と思えるような興味を引くコンテンツを用いる。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1 取組の内容

- 実施主体…湯川村住民課(地域包括支援センター)
- 財源…地域支援事業
- スケジュール
前年度予算計上→4月委託企業と契約→9月村広報等にて周知→11月実施
- 実施内容
 - ・内容:「VR(拡張現実)を用いた認知症体験」
プログラム等は、「VR認知症体験」で実績のある企業に委託
認知症ステップアップ講座の導入プログラムとして実施
 - ・対象:①認知症サポーター養成講座を受講した方
②地域の医療や介護の関係機関職員
 - ・プログラム:VRゴーグルを使用した認知症体験とグループディスカッション
 - ①視空間失認の症状体験
 - ②幻視の症状体験
 - ③見当識障害の症状体験

参加者アンケート結果

- ・理解しているつもりだったが、改めてかんがえさせられた。
- ・実際に体験し、どのように接するべきか考えさせられた。
- ・認知症の人が見ている世界を見ることができてよかった。
- ・「本人の立場に立つ」ということを体験できてよかった。
- ・気持ちを知ることで、どのように接するべきかを考えさせられた。



取組の成果

- 認知症を疑似的に体験することで、より解像度をもって認知症の方の気持ちを想像することができた。
- 体験するだけでなく、グループディスカッションで自分の感じたことを言語化し共有することで、様々な感じ方があるということを参加者が気づくことができた。
- 受講した認知症サポーターが体験を通じて、チームオレンジにも興味を持ってくれた。
- 村外の医療・介護・福祉関係者に参加してもらうことで、連携の強化につながった。

今後の展望

- 認知症ステップアップ講座を開催し、チームオレンジの整備を行っていききたい。
- 認知症が自分事として考えられ、「おたがいさま」と思ってもらえるような地域づくりをしたい。
- 現在は若い年代の認知症サポーターが少ないため、認知症サポーターやチームオレンジメンバーになってもらうため、興味を引くコンテンツを考えていききたい。
- 認知症になっても、健やかに自分らしく生きがいをもち心豊かに暮らせる村になるよう、認知症についての啓発やサポート体制の構築を行っていききたい。

柳津町

本人の声を活かした認知症関連施策の推進

【市町村の概要】

柳津町は、会津地方西部に位置し、奥会津地域の玄関口として、また日本三大虚空蔵菩薩のひとつである「福満虚空蔵菩薩」を安置する圓藏寺を中心に歴史と伝統を持つ「信仰の里」として発展してきました。しかし、今般の全国的な少子高齢化と都市部への人口流出等により、令和4年度には総人口が3,000人を下回り、また高齢化率の上昇・高齢者世帯等の増加に伴い介護サービスや予防施策等の効果的・効率的な実施が求められています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

『ともに支えあい、健康で安心して暮らせるまち』

【市町村の基本情報】(令和6年10月31日時点)

- 人口 2,861人
- 65歳以上高齢者人口 1,351人
- 高齢化率 47.2%(対前年度比0.1%↑)
- 要介護認定率 18.9%(対前年度比0.1%↑)
- 第1号保険料月額 5,685円(対8期5.3%↑)

【取組の概要】

●現状

・地域の活動に参加する人の減少・固定化
 ・地域づくりや通いの場等の事業はほとんど進んでいない。新たに認知症関連事業を進めるとなるとその進め方に悩む。
 ・家族との関わりや地域とのつながりが少なくなったとの声が聞かれる。

●課題

・施策毎の参加者は減少・固定化しており、事業の内容については実施主体で決定することが多く、地域の実情やニーズに合った内容なのか検討する必要がある。
 ・認知症関連施策を進める中では、認知症本人を集めることや声を聴く機会を持つことのハードルを感じた。

●対策

・地域の人に包括支援センターを知ってもらうこと＝地域に出て地域を知ることから始める。
 ・様々な場所での地域の高齢者との対話からニーズ(どのような活動を期待しているか、どのような活動であれば参加したいか、等)を引き出す。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

■きっかけ・経緯

地域包括支援センターの事業実施の際に、他町村の事例や自分達目線での事業を実施する中で、参加者が集まらず、新たな施策や事業を実施する中でどのようにすれば良いか悩みながら活動していた。

令和5年6月に会津保健福祉事務所が実施した研修「地域包括ケアシステム構築に係る連携研修会」の中で、和歌山県御坊市の取組み『本人の何気ない一言シート』の紹介があり、それを参考に活用した。

●実施主体

柳津町、柳津町地域包括支援センター

●財源

地域支援事業交付金

●スケジュール

●実施内容

『本人の一言シート』の活用だけでなく、様々な場面で聴いた声をつなげることで事業を展開・実施。行政・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・デイサービス等の職員に声掛けし様々な場面で活用。声を聴く、声を吸い上げていくこと等を意識した。

その中での内容は、「認知症の人だけの課題なのか」、「地域の人々の課題なのか」を考える機会があり、認知症の人の意見も地域の意見の1つとして捉えるようになった。認知症という枠組みが必要なのかと疑問を持ち、地域づくりの中では認知症の人でも地域の1人と考えるようになり、現在は認知症という枠組みに囚われない活動に取り組んでいる。

どんな場面？ ^①	どんな言葉？ ^②	考察 ^③
カフェ ^④	バスに乗って買い物いくけど、バス停からかねかまで少くと以外に遠い。若い者には近くても膝痛い大変なんだ ^⑤	町に情報出した方がよい。 ^⑥
カフェ ^④	公民館のトイレお使いくださいって書いてあるけど、1番バスの時間は公民館空いてない。 ^⑤	公民館に町民の意見として情報提供。バス時間に合わせて開けてもらう。 ^⑥

▲本人の一言シート(一部抜粋)

1

取組の内容

■実際の事例

- ・自立支援型地域ケア会議での声、デイサービス参加者の声、地域の方の声等から
⇒囲碁将棋クラブの開催(聴いた声・ニーズが一致した)
- ・認知症の当事者とその家族の声から
⇒認知症の本人と家族の一体的事業の実施=「家族一緒がいいね」事業へ



そば好きなんだ。
食べたいけど行
けなくなった。

父ちゃんそば好き
だから連れてって
やりたいけど、

西会津の山の神
様に毎年行って
たのにな～
(行けなくなった)



■声を聴くときに意識していること

- 声を聴こうと思って聴くのではなく、普段の会話(対話)の中から声・ニーズを拾う
- 本人の声は、どこでもいつでも聴ける
- 認知症の人としてではなく、地域の一人として考える
- 認知症支援推進員も生活支援コーディネーターも目指すは地域づくり。施策や事業から考えるのではなく、一緒に考えて、できることをできる施策や事業で(施策や事業に当てはめていく)。

2

成果と今後の展望について

取組の成果

- 認知症施策に限らず、他の事業においても参加者や町民の声を聴き、事業に反映することができてきている。
- 認知症の人だけでなく、地域で集めた様々な声を行政にフィードバックすることで、他課等で行う町主体のワークショップや検討会等でその声を反映させることができるようになってきている。

今後の展望

- 今後も、認知症の人だけでなく、その人が住む地域の声やニーズを聴き、事業へと反映させる仕組みを継続させる。
- 施策や縦割りの範囲を意識しつつも横断的に連携し、できることを実施していくことで地域づくりを進めていきたい。

<p>【市町村の概要】 浜通り中央部に位置し、阿武隈山地と太平洋の間に広がる68.39平方メートルの町。東日本大震災による原発事故により2011年に全町避難し、2017年4月1日に北東部の帰還困難区域を除いて避難指示が解除された。現在町内に居住している人口は約2,500人で高齢者の割合は約35%となっている。町内に居住している住民同士の繋がりが希薄であり、地域コミュニティの再構築が課題である。</p> <p>【第9期介護保険事業計画の基本理念】 人とつながり 地域で支え合い 健康で自分らしく暮らせる町 とみおか</p>	<p>【市町村の基本情報】(R7年1月1日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口 11,316人(町内居住者 2,579人) ●65歳以上高齢者人口 4,031人(町内居住者 894人) ●高齢化率(対前年度比1.1%↑) 35.6% ●要介護認定率(対前年度比0.4%↑) 19.8% ●第1号保険料月額(対8期 200円↓) 6,800円 <div style="text-align: right;"> とみっぴー </div>
---	---

【取組の概要】		
<p>●現状 ・認知症に関する相談窓口の認知度が低く、全体の71.5%が相談先を知らないと答えた。 ※第9期 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査</p> <p>・全町避難からの帰町や震災後の新規転入により住民同士の繋がりが薄く、相談できる相手がいないと答える町民も多い。</p>	<p>●課題 ・高齢者を含む住民が認知症についてぼんやりとしか知らない。相談先も分からない方が多い。</p> <p>・困ったときに相談できる住民同士の繋がりが薄い。</p> <p>・町内に居住している住民が少なく、見守りの目が少なく、行き届かない。</p>	<p>●対策 ・チームオレンジによる認知症の周知啓発活動</p> <p>・とまり木茶話による地域の高齢者のコミュニティ形成</p> <p>・町内の団体・事業者による見守り活動の促進。</p>

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1 取組の内容①

①チームオレンジによる認知症の普及啓発

- 実施主体
地域包括支援センター(直営)
- 財源
地域支援事業交付金



- 実施内容
【とまり木カフェ(認知症カフェ)】
 認知症の理解促進や相談窓口の周知のために町内の商業施設で開催。認知症についてのパンフレットなどを配布し、コーヒーやお茶を飲みながら認知症や高齢者の生活の様子についてお話しをした。

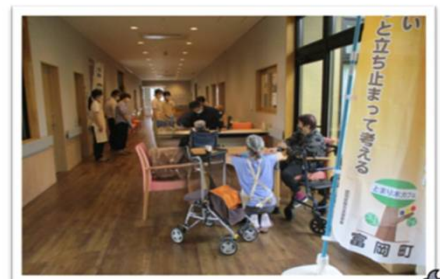


▲とまり木カフェの様子

R6年5月にはチームオレンジによる町内の特別養護老人ホーム桜の園でのとまり木カフェを開催。桜の園の入居者の方とお茶を楽しみながら交流を行った。



実際に認知症高齢者と交流することで、認知症の理解促進に繋がった。
 定期開催にすることで、入居者の方も継続した社会との繋がりを持つことができる。



▲とまり木カフェの様子
(特別養護老人ホーム桜の園)



2

取組の内容②

【オレンジガーデニング】

【オレンジガーデニングとは?】

認知症啓発のシンボルカラーであるオレンジ色の花を咲かせ、認知症になっても住みやすい町をつくらうという思いを広げる活動。

令和6年5月

チームオレンジのメンバーが町内にある特別養護老人ホーム桜の園の入居者の方と共にプランターに種を植える活動を行った。

この活動を通して、認知症について考え周囲の人と話したり、一緒に花を育てることで、人・地域・社会との繋がりを持ち続けるための機会となる。

育てたマリーゴールドは種を採取し、来年度のオレンジガーデニングに使用するほか、役場窓口やとまり木カフェで配布し、さらなる認知症の周知啓発に取り組んでいく。



▲富岡町地域包括支援センター活動誌「DOLE」



入居者の方も、昔を思い出しそうに作業されていました。



▲窓口で配布している採取した種

3

取組の内容③

②とまり木茶話による地域の認知症高齢者を含むコミュニティ形成

- 実施主体
地域包括支援センター(直営)
- 財源
地域支援事業交付金
- 実施内容
4地区で1カ月に1回とまり木茶話を開催。



▲とまり木茶話の様子(おはぎづくり)



～とまり木茶話とは～

認知症の方、家族、地域住民など誰でも参加できる集いの会。各地区で何をするかは参加する地域住民の方が決めている。

(開催内容)

- ・おはぎ作り
- ・地域住民同士の支え合いについて考える会
- ・ニュースポーツ
- ・お花見散歩
- ・介護予防お散歩マップ作製 など

▼お散歩マップ作製の様子



認知症や身体機能の低下などがあっても「通い続けられる場」となるよう、住民と共に仲間づくり、環境づくりを行う。

町外での活動「歩みの会」

いわき市に避難している認知症を含む高齢者に向けた集いの会も開催している。避難先で顔なじみをつくることで、孤独・孤立を防ぐ。避難先でも何かあったときに頼りあえる仲間づくりを進める。



③認知症高齢者等見守りネットワーク

●実施主体

町福祉課介護保険係、富岡町社会福祉協議会

●財源

一般財源(町単独費)

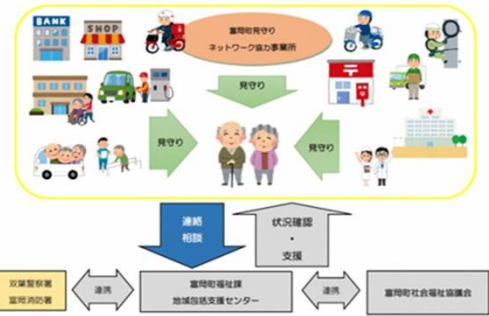
●実施内容

認知症等高齢者の安全を守る仕組みとして、町内の団体・事業所などの地域の関係機関で認知症高齢者見守りネットワークを構築し、日常生活や業務の中で地域による見守りにつながる活動を行う。

高齢者の異変の早期発見・早期対応に向けた連絡体制をつくとともに、認知症高齢者が行方不明になったときに、速やかに発見・保護することを目指している。

年数回、協定締結団体による協議会を開催し、情報共有を行う。協定締結団体にマグネットステッカーを配布し事業用車等に貼付してもらい、町民からも見守りを行っている団体だと分かるようにした。

→認知症高齢者等の見守りだけでなく、高齢者の消費者被害の防止にも努めている。



▲見守りネットワークステッカー

現在の協定締結団体数(R7. 1. 31時点)
20 団体

協定締結団体

郵便局、小売店、宅配業者、ガス会社、電力会社、金融機関、医療機関、警備会社、生協、水道企業団など

取組の成果

- サポーター養成講座を受講し継続してチームオレンジのメンバーとして活動に参加する町民が増加した。
- チームオレンジのメンバーから「もっと自分にできることはないか?」という声が聞こえるようになった。
- とまり木茶話に参加している方同士で茶話以外での交流の機会が増えた。
→参加者が怪我をしたという話を聞いて、別の参加者が自宅に訪問し様子を見に行くような関係性ができた。
- 町内に事業所がある企業が見守りネットワーク協定を結び、事業所で認知症サポーター養成講座を受講するなど、企業が認知症の理解に取り組むようになった。

今後の展望

- 令和7年度認知症キッズサポーター養成講座開催予定。
- 高齢者等見守りネットワーク締結団体協議会で認知症サポーター養成講座等研修を開催。
- 見守りネットワークでメーリングリストを作成するなど、リアルタイムで見守りの情報共有ができるシステムの開発。
- 今年度初めての試みとなった、特別養護老人ホームでのオレンジガーデニングやとまり木カフェを次年度以降も継続開催。

幅広い年代の方に認知症について理解してもらい、認知症の方が安心して暮らすことのできる地域づくりを今後さらに進めていきたい。

新地町	新地町オレンジカフェ(認知症カフェ)の取組について
------------	----------------------------------

【新地町の概要】

本町は、福島県太平洋側最北部に位置し、総面積は46.70km²となっています。
海・里・山・田園と豊かな自然環境を有しており、自然を利用した農業・漁業が町の主産業となっています。
気候は、海洋性気候により年間の平均気温は約13℃で、夏は涼しく、冬は温かく降雪も少ないことから四季を通じて穏やかな気候に恵まれています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

笑顔あふれ、すべての町民が仲間と共に支えあう
みんな生き生き輝くまち

【新地町の基本情報】(R6年4月1日時点)

- 人口 7,545人
- 65歳以上高齢者人口 2,673人
- 高齢化率35.4%(対前年度比0.6%↑)
- 要介護認定率17.0%(対前年度比0.2%↑)
- 第1号保険料月額5,600円(対8期 同額)

【取組の概要】

●現状

- ・新地町オレンジカフェを毎月1回開催している。
- ・参加者が高齢化し、車の運転免許証の返納などで昨年度に比べ参加者が年々減少している。

●課題

- ・通常の開催場所が町保健センターのため、参加する際の交通手段の確保。
- ・認知症カフェという名前への抵抗。
- ・認知症本人が集まらない。

●対策

- ・社協や保健センターの協力を得て声掛け等を行った。
- ・出張カフェの実施。
- ・他団体(懐メロを歌う会)とのタイアップ。
- ・専門職による勉強会の開催。

取組の内容

- 実施主体 新地町地域包括支援センター
- 財源 地域支援事業交付金
- スケジュール 毎月第4木曜日 13:30~15:00

●実施内容

- ・レクリエーション、昭和のヒット曲クイズ
- ・いきいき百歳体操体験会

自立支援型地域ケア会議をきっかけに講師を引き受けていただきました！

- ・「骨と健康について」薬剤師による講話
- ・懐メロを歌う会とのコラボレーション
- ・しんち福祉会機能訓練指導員による健康教室
- ・ポッチャ、スロットボールの開催
- ・自慢大会の開催

↓機能訓練指導員による健康教室の様子



取組の成果

- 認知症カフェを開催することで、少しずつだが認知症に対する町民の理解が深まっている。
- 他団体とのタイアップや専門職による勉強会等様々な取組をすることで、楽しんで参加してもらうことができた。



今後の展望



- 今後この居場所がさらに広まっていくにつれ、多くの人の交流の場となっていく。
- 認知症の人が増えても地域で支えていけるようになることで、社会的な孤立を防ぎ、地域での安定した生活ができるよう支援していく。

飯舘村	地域における認知症の理解促進
-----	----------------

【市町村の概要】

飯舘村は、福島県の東北部、阿武隈山系北部の丘陵地帯に広がる標高220m～600mに生活基盤をもつ農山村である。高い山や陰しい谷はほとんどなく、比較的平坦な山が連なる高原的地形となっている。
年間平均気温10℃前後、年間降水量1,300mm、気候は比較的夏は涼しく、冬は降雪が少ないものの、氷点下15度以下になる日もあるなど、寒さが厳しい地域である。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

ともに ささえあい たすけあい つながろう いいたて

【基本情報】(令和6年12月1日時点)

- 人口 4,529人
- 65歳以上高齢者人口 2,063人
- 高齢化率 45.55%
- 要介護認定率 21.37%
- 第1号保険料月額 6,300円

【取組の概要】

●現状

- ・認知症当事者の参加が難しい。
- ・認知症サポーター養成講座は開催していたが、ステップアップ講座やチームオレンジの立ち上げまではできていない。

●課題

- ・認知症当事者、家族のみを対象とすると参加者が集まらない。
- ・認知症への理解促進が必要。

●対策

- ・認知症当事者の方、家族だけでなく、地域の方が気軽に参加できる居場所づくり。
- ・認知症サポーター養成講座修了者向けにステップアップ講座の開催。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

●実施主体

飯舘村地域包括支援センター

●財源

地域支援事業補助金

●実施内容

①ゆずカフェ(認知症カフェ)

地域包括支援センターの事務所がある施設内にカフェコーナーを作り、認知症カフェとして開催。

認知症当事者に限定せず、誰でも立ち寄っていただけるカフェとした。

施設にはセンター職員のほか、多職種が配置されており、介護・健康面など何でも相談ができる環境を活かした。

②認知症サポーター養成講座

民生児童委員、社会福祉協議会職員その他、小学生向けに講座を実施。認知症への理解促進を図った。

③認知症ステップアップ講座

サポーター養成講座修了者を対象に講座を実施。認知症への理解促進を図った。

④認知症初期集中支援チーム

認知症が疑われる方を対象に、地域包括支援センター職員と医師が家庭訪問を実施。早期治療、早期支援介入に努めた。



サロンや人が集まる
ところが苦手でも
参加しやすい!

何もしない(させられ
ない)ところが
良いね♪



(参加者の声)

取組の成果

- ゆずカフェ(認知症カフェ)について、令和6年度は隔月開催し、延べ67人が参加した。認知症当事者も参加できた。
- 認知症サポーター養成講座を3回実施した。また、認知症ステップアップ講座については、令和6年度に初めて開催することができた。
- 認知症初期集中支援チームについて、令和6年度1回訪問活動を行った。



今後の展望

- 認知症当事者や家族、地域住民が困りごとがあった場合に相談してもらえるよう周知する。
- 予防活動により認知症発症を遅らせるとともに、認知症当事者や家族の支援により、認知症になったとしても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう支援していく。
- チームオレンジの立ち上げを行う。
→ゆくゆくは、ゆずカフェとの連動も想定している。



いわき市

チームオレンジ活動としてスローショッピングを実施

【市町村の概要】

いわき市は、福島県の東南端、茨城県と境を接する、広大な面積を持つまちで、東は太平洋に面しているため、寒暖の差が比較的少なく、温暖な気候に恵まれた地域です。

地形は、西方の阿武隈高地(標高500から700メートル)から東方へゆるやかに低くなり、平坦地を形成し、夏井川や鮫川を中心とした河川が市域を貫流し、太平洋に注いでいます。

【第10次高齢者保健福祉計画の基本理念】

ひとりひとりが健康でいきいきと安心して自分らしく暮らせるまち いわき

【市町村の基本情報】(令和6年12月末時点)

- 人口 303,179人
- 65歳以上高齢者人口 98,781人
- 高齢化率(対前年度比0.04%↑) 32.58%
- 要介護認定率(対前年度比20.8%↑) 21.6%
- 第1号保険料月額(対9期1.7%↑) 6,303円

【取組の概要】

●現状

- ・認知症になると、「商品の場所が分からない」「支払いに時間がかかる」など、買い物に対する障壁が多く、買い物に行く機会が減ってしまう。
- ・認知症サポーターとなった人が地域で活動をする機会が十分でない。

●課題

- ・市民に対する認知症の正しい知識の普及
- ・地域とのつながり
- ・認知症サポーターが活動する場の確保

●対策

- ・地域住民や小売業者の社員に対し、認知症サポーター養成講座を実施
- ・地区の回覧板で事業を周知
- ・地域の介護事業所へ事業を周知
- ・地区の民生委員とチームオレンジメンバーが交流
- ・商業施設や公共施設等にポスターを掲載し事業を周知

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

●実施主体

いわき市

●財源

なし

●スケジュール

毎月第1水曜日 13:30~15:30 (ゆっくりお会計のできる専用レジの設置14時~15時)

●実施内容

普段のお買い物に不便を抱える方、レジの時に不安のある方、ものわすれ、認知症がある方、障がいを持つ方など、どなたでも安心して自分のペースでお買い物を楽しむことを目的に開催。お買い物だけでなく、交流、専門職への相談の場も設置。



欲しい物を確認



お買い物中



スローレジ

取組の成果

- 利用者より「日常での出来事などを会話しながら買い物できるのが楽しい。相談しながら商品を選んだり、商品の場所を一緒に探してくれるのは本当にありがたい。」と感想をいただいた。
- 認知症の人の社会参加の機会が拡大された。
- 認知症サポーターが、やりがいをもって活動することができる仕組みづくりができた。
- スーパーや近隣住民との関係性が強化され、認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進につながった。
- スローショッピングの取り組みを通して、認知症の人に関する市民の理解が増進された。

今後の展望

- もっと多くの方に利用していただくための方法を検討し実施していく
- 取り組みの継続に向け、協力店や地区の民生委員、医療機関や介護機関など様々な関係機関の連携を強化
- 協力店の増により、活動エリアの拡大

2 市町村の取組事例

(3) 在宅医療・介護連携の推進

須賀川市・鏡石町・天栄村

在宅医療・介護連携の推進

【概要】

平成30年7月より市単独で須賀川医師会館内に「須賀川市在宅医療・介護連携拠点センター」を開設。令和2年4月1日より鏡石町及び天栄村と協定を結び「須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター」として設置(3市町村で運営業務を須賀川医師会に委託)している。

【基本情報】 令和6年10月1日現在

※要介護認定率は令和6年9月末現在

	須賀川市	鏡石町	天栄村
人口	72,106人	12,019人	4,851人
65歳以上高齢者人口	22,087人	3,499人	1,971人
高齢化率	31.1%	29.1%	40.6%
要介護認定率	18.9%	19.0%	17.9%
第1号保険料月額	6470円	6700円	6500円



【取組の概要】

●現状

拠点センターは開設7年目であるが、その間に3カ所の医療機関が閉院。須賀川市、鏡石町、天栄村の高齢化率から在宅医のニーズは今後も**増加していくもの**と考えられる。

●課題

在宅医のニーズが増える一方、在宅医の減少により、負担が大きくなっている。

●対策

厚生労働省委託事業、在宅医療・介護連携推進事業へ応募し、国アドバイザーの助言をいただきながら左記課題解決への取り組みを行った。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

●実施主体 須賀川市 鏡石町 天栄村 (須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター)

●財源 なし(厚生労働省委託事業)

●スケジュール

- 令和6年8月 厚生労働省委託事業「令和6年度 在宅医療・介護連携推進支援事業」エントリー
- 9月 キックオフオンラインミーティング
- 10月 オンラインミーティング
- 11月 第1回支援(対面)
- 12月 第2回支援(対面)・在宅医・ケアマネジャーへのヒアリング
- 令和7年1月 オンラインミーティング・ヒアリングからの課題抽出
- 2月 第3回支援(オンライン)
- 3月 合同報告会



●実施内容 厚生労働省による委託事業で、より効果的・効率的な在宅医療・介護連携の推進につなげることを目的に、有識者(アドバイザー)による連携支援事業に応募し、アドバイザーの**指導を仰ぎながら**、課題抽出・解決に向けた**対応策について**、一緒に検討し、取り組んだ。
今回の事業の中では在宅医の負担軽減を**テーマとして**、在宅医及びケアマネジャーへヒアリングを行い、連携の課題抽出を行った。

取組の成果

- 在宅医やケアマネジャーへのヒアリングを実施したことにより、顔の見える関係が構築され、また、課題に対する認識の共有を図ることができた。
- 在宅医の負担軽減を図るうえでも、顔の見える関係の構築が重要であることを認識することができ、今後多職種連携を進める上での契機となった。
- 具体的な共通課題に取り組むことにより、須賀川市・鏡石町・天栄村行政担当者及び須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センターのさらなる連携が図られた。

今後の展望

- 3市町村の医療機関を含めた様々な職能団体と顔の見える関係を構築し、連携していくことで、在宅医療・介護連携に関する課題解決に取り組む。
- 在宅医療・介護関係者間で連携を円滑にするため、引き続き須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センターにおける運営検討会を、課題の抽出や対応策の協議を行う場として開催する。
- 研修会や講演会を開催し、在宅医療や在宅介護に従事する専門職のスキルアップを図る。

矢祭町	多職種連携研修会～看取りについて考える～
------------	-----------------------------

<p>【市町村の概要】 矢祭町は、福島県の最南端に位置しており、比較的温暖で積雪は少なく年平均気温は16℃となっており、森林や農作物の育成環境としては好条件といえる。久慈川では鮎釣りができ、山間部はゆずの産地となっている。 東白川郡では、顔の見える関係づくりや多職種連携のために研修会を開催している。</p>	<p>【市町村の基本情報】(令和7年2月1日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口 5,136人 ●65歳以上高齢者人口 2,179人 ●高齢化率(対前年度比101%↑) 42.4% ●要介護認定率(対前年度比107%↑) 15.7% ●第1号保険料月額(第8期と同額) 4,800円
---	---



<p>【取組の概要】</p> <p>●現状 昨年度に開催した研修会後のアンケートで、「在宅での看取りの際にどのような連携をすればよいか分からない」「顔の見える関係づくりや情報交換の機会がない」といった要望が目立った。</p>	<p>●課題 ・看取りの基本的なこと等から学ぶ。 ・情報交換などで多職種間のお互いの顔が見える関係づくりをすることでよりスムーズな連携を目指す。 ・看取りのための地域課題を考える。</p>	<p>●対策 ・看取りの知識を学び、連携のコツを知ることのできる研修会を開催する。 ・多職種が顔の見える関係づくりができるようにグループワークや情報交換を行う。</p>
--	---	--

1 取組の内容

<p>●実施主体 東白川郡4町村が持ち回りで事務局を担当する。今年度の担当は矢祭町である。</p> <p>●財源 なし (塙厚生病院の出前講座を利用したため)</p> <p>●スケジュール 年に1回、在宅医療・介護連携推進事業研修会を開催する</p> <p>●実施内容</p> <p>【在宅医療・介護連携推進事業 多職種連携研修会】</p> <p>日時： 令和7年3月3日(月) 13:30～15:30 会場： 矢祭町保健福祉センター 体育館 矢祭町大字中石井字御殿川原1番地 参加者： 東白川郡の医療機関・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・サービス事業所・介護福祉施設に勤務する職員、東白川郡内の町村担当者 54名 内容： 講演「看取りについて～その人らしい旅立ちのために～」 講師 塙厚生病院 緩和ケア認定看護師 曲山 恵美 グループワーク・情報交換会</p>	
---	--

取組の成果

- 在宅での看取りの調整を行う際に必要な看取りの基本から学び直すことができた。
- グループワークを行うことで、顔の見える関係づくりができた。また、普段はなかなか関わることの少ない職種と情報交換をすることができた。
- 看取りの意思決定は、本人が病状説明の際や退院の際に決定したものだけではないことを意識しながら関わるのが大切であることや、前もってACP(アドバンス・ケア・プランニング)を行うことの必要性を知ることができた。
- 研修後に実施したアンケートにより各職種の意見や課題、今後の研修内容のテーマの希望などを吸い上げることができた。

今後の展望

- 顔を見ながら話しのできる機会をもっと増やしていけるように、在宅医療介護連携の協議会などの機会を増やせるように検討する。
- 今回得た知識や情報を活かして、それぞれの地域で改めて資源の確認等を行い、看取りの体制づくりの見直しを行っていく。
- ACPの機会を住民に意識づけできるような広報やイベントを開催する。
- アンケートの結果を踏まえて、次年度以降の内容に反映できるように来年度事務局の担当町村に引き継いでいく。

会津坂下町	医療・介護関係者の相互理解のための多職種セミナー (在宅医療・介護連携推進事業)
<p>【市町村の概要】 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進しています。</p>	<p>【市町村の基本情報】(7年1月1日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口:14,217人 ●65歳以上高齢者人口:5,599人 ●高齢化率:39.4%(対前年度0.8%↑) ●要介護認定率(第1号被保険者):18.8% (対前年度比0.2%↓) ●第1号保険料月額:6,850円(8期同額)
<p>【第9期介護保険事業計画の基本理念】 「みんながつながる、みんなを支える共生社会と生きがいのある、いきいき健康長寿社会の実現」</p>	

【取組の概要】

●背景

・医療と介護関係者の顔の見える関係づくりとスキルアップを目的とし平成29年度より「多職種連携セミナー」を開催。コロナ禍では中止・縮小しながら実施。今年度久しぶりに大規模に開催をした。

●現状及び対策

・社会福祉協議会に委託。セミナーのテーマは医療・介護サービスに関する事業に従事する方、町、社会福祉協議会等で構成する「世話人会」で検討している。今年度はリハビリをテーマとし講師探しに苦慮していたが「会津地域リハビリテーション広域支援センター」へ相談し講師を依頼することができた。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1 取組の内容①

●事業内容

令和6年度会津坂下町多職種連携セミナー「入退院時におけるリハビリテーション」

日時:令和6年11月12日(火)18:15~19:45

会場:会津坂下町中央公民館 大研修室

参加者:医療機関、調剤薬局、介護老人保健施設、グループホーム、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所、福祉用具貸与・特定福祉用具販売事業所、町担当者及び社会福祉協議会(地域包括支援センター職員等 30事業所 61名)

内容(1):講演会

講演①「在宅復帰に向けたリハビリテーション」

講師:公立大学法人 福島県立医科大学 会津医療センター
リハビリテーション科 技師長 半谷智辰 作業療法士

講演②「入退院時の連携におけるリハビリテーション」

講師:公立大学法人 福島県立医科大学 会津医療センター
患者支援センター医療連携・相談係 佐野久美子 社会福祉士・医療ソーシャルワーカー

内容(2):グループワーク

グループのメンバーは様々な職種の方と交流できるよう異職種とした。

話し合う内容

- ①講演を聞いて、自分の仕事に活かせるようなこと。
- ②うまくいった連携について、経験をシェアする。
- ③リハビリテーションについて、あったら良いと思う社会資源。などをヒントとして用意した。

●参加者アンケートより

- ・リハビリに関わる、異なった職種の講義を聞いて有意義な時間になった。
- ・入院時連携について、他の事業者との視点の違いを踏まえ、グループごとに意見を出し合ったのが貴重な時間となりとても良かった。
- ・それぞれの立場からの考えや意見を聞くことができる良い時間だった。
- ・改めて多職種連携の必要性、家族や自宅環境を考慮した支援が必要だと感じた。

●セミナーで見えたこと

〈グループワーク模造紙から〉

- ・支援者の知識向上や連携、工夫により、より良い支援、効率の良い支援につながりそう。
(個人がすぐに活用できるアイデアと、そうでないものと…)
- ・“あったらいいなの社会資源”→訪問リハビリの不足。
- ・医療、介護サービスによらない支援→家具の配置や生活動線の見直し、インフォーマルな運動の場の必要性。

様式1(市町村用:共通)

取組の成果

- ・アンケート結果から、現場で働いている方々も、学びの機会を求めていることがわかった。
- ・様々な職種の方に参加していただくことができ、顔の見える関係づくりができる研修会になったと感じた。
- ・今回のテーマの“リハビリ”はとても身近な話題だが、わからないことも多いことに気づいた。
- ・多職種で意見交換をすることは、より良い支援や地域づくりのアイデアにつながっていくと感じた。
- ・講師を「会津地域リハビリテーション広域支援センター」へ相談したことにより、速やかにテーマに合う講師を紹介していただくことができた。また、センターからも専門職団体に周知していただき町外の専門職の参加を得て、グループワークではアドバイザーとして参加していただくことができた。

今後の展望

- ・アンケート結果より、グループワークに要する時間や講師の方と話ができる時間等について意見をいただいたので、次年度のグループワークに活かしていく。
- ・今後企画して欲しいテーマをいただいたので、今後のセミナーに反映していきたい。
(住環境の支援、高齢者の食事や栄養、認知症対策と対応、避難所開設と運営訓練など)
- ・アンケートにより、様々な意見や要望を吸い上げることができたので、今後のセミナーに反映させ、次年度も多職種セミナーを開催し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいきたい。

2 市町村の取組事例

(4) 介護予防の推進と 生活支援サービスの充実

伊達市

料理教室を通して、社会参加のきっかけをつくる

【市町村の概要】

福島県の北部に位置。交通体系は市の西部を国道4号線とJR東北本線が南北に走っている。令和3年には、東北中央自動車道が全線開通し、アクセスが向上した。令和8年には、大型ショッピングモールの開業が予定されている。

伊達の産業を長年支えてきた養蚕業、伊達氏にまつわる歴史、全国有数の収穫量がある桃や柿など、多方面で魅力あふれるまちである。

伊達市では、基本理念である「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるまち」を目指し、包括ケアシステムの構築を推進している。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるまち

【市町村の基本情報】（令和6年4月時点）

- 人口
56,327人
生活圏域：4圏域
(伊達、保原、梁川、霊山・月舘)
- 65歳以上高齢者人口
20,879人
- 高齢化率（対前年度比0.5%↑）
37.1%
- 要介護認定率（対前年度比0.05%↓）
4,212人
- 第1号保険料月額（対8期0.68%↑）
6,475円

伊達市イメージキャラクター
17代正宗



【取組の概要】

（現状）

- ・近年、一人暮らし、二人暮らし、日中独居世帯の介護相談が増加している。
- ・高齢になり、運転免許証の返納、足腰の筋力低下などが原因で日常生活に支障が生じ、意欲低下、よって籠りがちな生活になるという悪循環に。

（課題）

- ・高齢夫婦、男性の単身世帯が増加傾向にあり、買い物に行っても総菜やコンビニ弁当を購入することも多く、栄養の偏り、低栄養が心配される。
- ・定期的に認知症カフェや、介護予防教室を開催しているが、男性の参加率が低く、男性の社会参加のきっかけづくりが課題となっている。

（対策）

・男性に調理をする楽しさや、食生活に関心をもってもらうこと、参加者同士の交流を目標に、数年前から検討していたが、新型コロナウイルス感染症の流行により開催できず。流行がようやく落ち着いたことで、今年度の開催を決定。

- 旧伊達町にある料理店の店主を講師に迎え、アドバイスを頂きながら当日の献立を決定。
- 60歳以上の男性を対象に、栄養バランスの良い献立の調理を行ってもらう。
- 調理器具の使い方や、材料の扱い方を学んでもらう。食中毒予防の基礎知識を伝える。
- 感染対策のため、調理した料理は個別に弁当箱に詰めていただき持ち帰りとした。調理前には手洗いを徹底し、マスク着用に協力いただいた。
- 2日間に分けて開催。1日の参加者数を少なくし、一人一人役割が持てるように配慮した。二人組のグループを作り、協力しながら調理をした。

料理教室を通して、作る楽しみを感じてもらい、食と健康の意識を持ってもらう事を目標とした。参加者同士の交流の機会の提供も意識した。

1

取組の内容①

●実施主体

伊達市伊達地域包括支援センター

●財源

福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金

●スケジュール

「男性の料理教室」

開催日：令和6年10月22日（火）・10月23日（水）

※希望する日を選択

10：00～12：30

対象者：旧伊達地区在住の60歳以上の男性

募集人数：各日6名

周知方法：伊達地域包括支援センターで回覧用チラシを作成。

旧伊達町の町内回覧板にて周知。

回覧チラシ



●実施内容

旧伊達町にある、「割烹 三島屋」の店主へ講師を依頼。男性でもできる調理方法や、バランスを考えた献立を考案していただき、参加者全員でお弁当を作成する。

(献立内容)

- ・しょうがご飯
- ・豚バラとピーマンの炒め物
- ・きのこの蒸しサラダ
- ・豚肉の生姜炒め
- ・柿の白和え

1

取組の内容②

～料理教室の様子（R6.10.22）～

調理の様子 『参加者同士 力を合わせて！』



「豚肉はよく火を通しましょう」

『柿の剥き方のお手本を見ます』



ボリューム満点！お弁当



参加者のみなさま



～料理教室の様子（R6.10.23）～

調理の様子



「菊の花はこうやってほぐすんですねー」

「まな板は使う前に水で洗い流し、拭いてから使うと、食中毒の予防になります」



参加者のみなさま



講師のお手本を見ます



ボリューム満点！お弁当



様式1(市町村用:共通)

成果と今後の展望について

取組の成果

- ◎参加人数：計11名（参加者の年代は60代～80代と幅広い年齢層）
（1日目：6名 2日目：5名 うち居宅介護支援事業所職員1名）
- ◎1台の調理台に2人ずつ配置したことで、まんべんなく役割が回り、分担する作業は2人で協力して行った。自然と会話が生まれ、コミュニケーションが取れた。
- ◎包丁の置き方や、食中毒の予防のポイントなど、作法や知識を学ぶことができた。
- ◎料理の味付けや調理方法、材料の切り方などを学び、今後に生かそうという気持ちが生まれ、調理への関心を高めることができた。
- ◎他のイベントにも男性参加者が増え、社会参加へのきっかけ作りとなった。
- ◎参加者からは、「少人数でやりやすかった」「お弁当を奥さんに自慢したい」「ぜひ、来年も開催してほしい」「材料の切り方や味付けなど参考になった」という声が聞かれ、高い満足度が得られた。

課題

- ◎参加者の経験値に差があり、調理のペースについていけない人もいたので、教室の進め方について検討が必要。
- ◎当日に献立を発表したが、好き嫌いがある人にとっては参加を決める目安となるため、事前に参加者に献立の内容を周知したほうが良いのではないかと。

今後の展望

- 町内回覧だけでは、男性の目に留まる事が少ない。周知方法を工夫し、事業を認知していただき、教室の定着化を目指す。
- 見守り訪問や、民生委員の協力を得て、一人暮らし、二人暮らし世帯などへ社会参加の働きかけをする。
- 感染症の流行が落ち着いていけば、教室終了後に一緒に食事を摂ることも検討。感想を話し合いながら、交流を深めていただく。
- 生活習慣病（高血圧、糖尿病など）、フレイル予防をテーマとした教室や、初心者、上級者向けなど、参加者のレベルに合わせた料理教室の開催を計画したい。

浅川町	浅川ささえたい ありがとうお互い様事業 (有償ボランティア事業)について
------------	---

【町の概要】

中通り南部に位置し、総面積は、37.43km²のどかな田園風景が広がる自然豊かな町です。「花火の里」でもあり、県内最古の歴史と伝統を誇る花火大会を開催しており、毎年8月16日には多くの見物人で賑わいます。城山頂上で打ち上げる「大地雷火」は、山が噴火したような大迫力で大会のフィナーレを飾ります。高齢者支援は、自立支援と重症化防止のために、関係機関が密に連携し、健康づくりと介護予防対策を一体的に推進しています。相談体制がきめ細やかであること、住民主体のサロン活動が充実していること、認知症対策とボランティア活動のブラッシュアップを継続していることが特徴です。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

- (1) 高齢者が地域で介護予防に取り組めるように支援する。
- (2) 高齢者の心身の状況、環境等をとらえ、自立と重症化防止の視点によるケアマネジメントにより必要なサービス・支援を利用できる体制を構築する。
- (3) 人生100年時代となり、高齢期をいきいき過ごせる町を目指して、交流や地域貢献活動など社会参加が広がる環境をつくる。

【市町村の基本情報】(7年1月1日時点)

- 人口
5,780人
- 65歳以上高齢者人口
2,137人
- 高齢化率
37.0%(対前年度比2.2%↑)
- 要介護認定率
15.0%(対前年度比2.0%↑)※6年4月1日現在
- 第1号保険料月額
4,800円(対8期5.9%↓)

【取組の概要】

●現状

- ・一人暮らし高齢者、75歳以上の高齢者世帯が増加している。
- ・近所の商店が閉店し、買い物に不便を感じている高齢者が多い。
- ・近隣住民同士のかかわりや関係性が希薄になっている。
- ・既存のボランティアまた組織等が高齢化しており、活動困難になっている。
- ・訪問介護事業所の人員が不足している。

●課題

- ・ごみ出しや買い物等のちょっとした困りごとの手伝いをしてくれるボランティアがいない。
- ・高齢者がやりがい、生きがいを感じてほしいが活躍の場が少ない。
- ・地域交流、世代間交流など交流全般が希薄になってきている。
- ・無償のボランティアサービス提供では、利用者が遠慮がちになる。

●対策

- ・地域の課題や地域資源の創設についての話し合い。
- ・一人暮らし高齢者、75歳以上の高齢者世帯を対象にアンケート調査を実施。
- ・ごみ出しや買い物等の困りごとの把握のためのききとりや訪問の実施。
- ・近隣の助け合いや地域資源の把握。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

●実施主体 浅川町

●財源 無し

●スケジュール

- ・「協議体(通称:浅川ささえたい)」で、住民参加のもと地域の課題や住民力による地域づくり(地域資源の創設)についての話し合い。
- ・一人暮らし高齢者、75歳以上の高齢者世帯を対象にアンケート調査を実施。ごみ出しや買い物等の困りごとの把握のためのききとりや訪問の実施。
- ・近隣の助け合いや地域資源の把握
- ・視察研修(埴町社協)
- ・ボランティア養成講座
- ・活動のための手引き書の作成
- ・利用者、登録者の募集
- ・有償ボランティア事業(ありがとうお互い様事業)立ち上げ



●実施内容

ちょっとした困りごとを地域の住民同士の協力を得ながら、「お互いさま」の思いで「助け合い」や「見守り」が増えることを目的に有償ボランティア制度の仕組みづくりを行った。

・利用の方法

申し込み(利用者→地域包括支援センター または、社会福祉協議会)・利用チケットの購入(社会福祉協議会)→訪問調査(地域包括支援センターSC)→利用者・協力会員の調整(地域包括支援センターSC)→顔合わせ、作業、作業内容の確認、チケットの受け取り

・助け合いのメニュー

買い物代行(日常生活品の購入代行)、洗濯物干し、調理の手伝い(準備・調理・片付け)、コインランドリーの利用、ごみの分別とごみ出し、草むしり、掃除、雪かき、衣替え、灯油入れ、布団干し、その他

取組の成果

- 定期的にゴミ出しのボランティアが訪問することで利用者の安否確認ができ、利用者からの感謝の言葉がボランティアの励みになっている。
- ボランティアが訪問時に、世間話をしたり、話を傾聴してくれることで、生活を支えるだけでなく、利用者の楽しみ・生きがいになっている。
- 訪問介護、シルバー人材、有償ボランティアが連携し、棲み分けながら高齢者の生活を支援できるようになった。
- 新たな担い手の発掘に繋がった。

今後の展望

- 対象者を広げ、サービスを利用したい方が誰でも利用しやすくするために、随時養成講座を開催し、ボランティアの人数を確保していく。
- 年4回の有償ボランティア定例会の開催を今後も継続し、ボランティアの意見やアイデアをかたちにしていく。
- 移動支援の需要が高まっている。サロン参加者を対象に実施した、移動についてのアンケート調査を基に、浅川ささえたい(協議体)の中で協議していく。



調理



チケット受け取り



ゴミ出し



ごみの分別



ふくろう
福老

※イメージキャラクター 福老

協議体の話し合いの中で、『幸福に老いる(年齢を重ねることができたらいいね』というメンバーからの意見から決まりました。

【中島村の概要】

中島村は、白河市・矢吹町・棚倉町を頂点とする白河地方広域圏の中央部に位置しており、人・モノ・情報が行き交うアクセスポイントとしてさまざまな活性化が図られています。

本村においては、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域住民を中心とした生活支援体制整備事業の取組を推進しています。



【市町村の基本情報】(令和7年1月1日現在)

- 人口
4,732人
- 65歳以上高齢者人口
1,532人
- 高齢化率(対前年度比0.7%↑)
32.4%
- 要介護認定率(対前年度比0.6%↑)
16.1%
- 第1号保険料月額(対8期0%↑)
4,925円

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

健康でいきいきと暮らせるむらづくり

【取組の概要】

●現状

- ・独居高齢者や高齢者のみ世帯が年々増加しており、日常生活のちょっとした支援が必要な方々が増えてきている。
- ・家族力の低下、核家族化、地域コミュニティの希薄化で、ちょっとした困りごとを頼むことができない方が増えてきている。
- ・介護現場の人材不足等により、訪問介護を利用することが難しくなっている。
- ・介護保険制度の訪問介護は利用条件に縛りがあるため、制度の狭間の困りごとを助ける仕組みも必要になってきている。

●課題

- ・介護保険制度のみに頼るのではなく、住民同士の助けあい・支えあいで、高齢者等の生活を支援する仕組みが必要。
- ・生活支援ボランティア事業の立ち上げが必要。
- ・どこが実施主体となるのが良いのか、どうやって立ち上げるのか。

●対策

- ・中島よっぺ会(生活支援体制整備事業協議体)で現状の課題の整理
- ・生活支援ボランティアの必要性の共有
- ・令和4年度からの本格的な生活支援ボランティアの立ち上げに向けた先進地視察
- ・支援内容や予算確保などの協議

1

取組の内容

●背景

中島村では、平成29年5月に中島よっぺ会(生活支援体制整備事業協議体)が立ち上がった。会で話し合いを重ねる中で、介護現場の人材不足や一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の増加、家族力の低下、核家族化、近所づきあいが希薄になってきているといった背景があることがわかり、「ちょっとした日常生活の中の困りごと」がある住民に対し、どのように住民同士で助けあいができるかということが課題になっていた。令和4年度から本格的に生活支援ボランティア立ち上げに向けた話し合いや、住民向けの地域づくり講演会、ボランティア養成講座などを実施し、令和5年4月に社会福祉協議会の事業として有償ボランティア「中島よっぺ助け隊」を立ち上げた。

●財源

地域支援事業交付金

●事業内容

事業名:お手伝いサービス事業「中島よっぺ助け隊」
内 容:地域での“ちょっとした困りごと”を住民同士で助け合う「有償ボランティア」事業。“ちょっとした困りごと”のお手伝いが必要な方の自宅に、研修を受けた「お助け隊員」が訪問しお手伝いを行う。

◎利用できる方

村内在住の ①65歳以上の方 ②障がいのある方 ③その他必要と認める方

◎お手伝い内容

除雪(玄関から道路までの歩くところ)、草むしり(玄関から道路までの歩くところ)
ゴミ出し、日常生活の簡単な家事(掃除、洗濯、簡単な調理、電球交換など)、
日常生活外の掃除(窓ふき、仏壇掃除など)、買い物、精米など

◎利用料金

300円(利用券制)/30分、週1回程度
※週1回以上、30分を超えるお手伝いは要相談



◎利用～活動終了までの流れ

- ①利用希望者が事務局へ電話で相談。
- ②担当者が事業説明のため自宅へ訪問。希望者は、事業内容に了承後、利用申し込みを行う。
- ③事務局がお助け隊員を調整。
- ④お助け隊員がお手伝い開始。初回は事務局が同行し、利用券(5枚綴り 300円×5枚=1,500円)を販売。
- ⑤終了後、利用者がお助け隊員へ、利用券(1枚/30分)で支払い。
- ⑥お助け隊員は、利用券と活動報告書を事務局へ提出。利用券1枚につき、ポイントカードへ1ポイントを付与し、2ポイントで500円の商品券と交換する。(30分ごとの利用料金300円のうちの50円については、本事業の運営費とする)

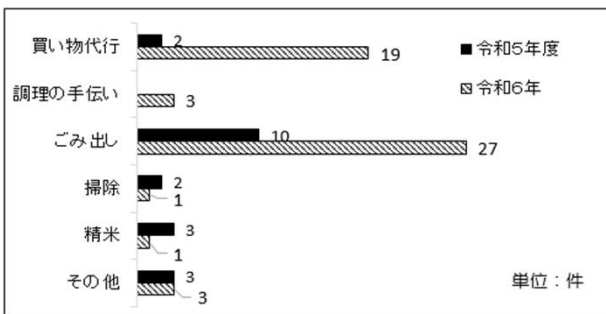
●取り組み状況

- ①ボランティア養成講座の開催 3回 / 令和5年1月29日(受講者20名)、令和5年7月18日(受講者4名)、令和7年1月29日(受講者10名)
- ②「中島よかっぺ会」「中島よかっぺ助け隊」意見交換会の開催/令和6年2月4日(参加者23名 うち職員8名)

③活動実績

令和5年度:利用登録者 10名 ボランティア登録者 25名 活動件数 20件

令和6年12月末現在:利用登録者 16名 ボランティア登録者 25名 活動件数 54件



取組の成果

- 令和5年度から開始となり、利用件数が増加傾向にある。
- ボランティアをする側が、生きがいや、やりがいを感じることができ、介護予防の効果が期待される。
- 「ちょっとした困りごと」をボランティアに依頼することで、依頼された困りごと以外の、家庭内での問題・課題を発掘するケースがあり、潜在化されていたニーズが表面化し、介護サービス等の別な支援につながる場合がある。
- 孤立していた利用者が地域住民とのつながりを持てるようになった。
- 生活支援コーディネーターが地域住民とつながりを持てるようになり、地域に入りやすくなった。
- 住民が、ボランティア事業に関心を持つようになった。

今後の展望

- お手伝いサービス事業「中島よかっぺ助け隊」の住民への周知及びボランティアの増員。
- お手伝いサービス事業「中島よかっぺ助け隊」の長期継続可能な実施体制の構築。
- ボランティア登録者のモチベーションの維持及びスキル向上を図ることができるような取り組みの実施。
- 幅広い年齢層の住民に、ボランティア事業に関心を持ってもらえるような取り組みの実施。

会津坂下町	送迎支援による新たな通いの場の創設:「めざせ100歳健康サロン」
--------------	---

<p>【市町村の概要】 会津坂下町は7地区にわかれ、各地区にコミュニティセンターがあり各々サロン活動等を行っている。地区によっては集落とコミセンとの距離があり、自家用車で来られる元気な高齢者の方のサロンとなっている。一方、移動手段がない方のサロン参加の支援をどのように取り組むかの課題がある。</p> <p>【第9期介護保険事業計画の基本理念】 「みんながつながる、みんなで支える共生社会と生きがいのある、いきいき健康長寿社会の実現」</p>	<p>【市町村の基本情報】(7年1月1日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口:14,217人 ●65歳以上高齢者人口:5,599人 ●高齢化率:39.4%(対前年度0.8%↑) ●要介護認定率(第1号被保険者):18.8%(対前年度比0.2%↓) ●第1号保険料月額:6,850円(8期同額)
---	--

<p>【取組の概要】</p> <p>●現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分で運転できる高齢者は、友達等に乗せてサロンへ参加している。 ・閉じこもり気味になっている高齢者の方々からは「サロンに参加したいが移動手段がないため参加できない」との声があった。 ・クラブやサロン活動の参加者は固定化し、新たな参加者が増えない。 	<p>●課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動支援に活用できる「モノ(10人乗りワゴン車:社協所管)」はあるが、効果的に移動支援を実施するためのノウハウがない。 ・クリアすべき項目、連携すべき関係者、必要となる財源の確保。 	<p>●対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区住民のニーズ調査及び地区の要介護度と認定者等の把握(モデル地区とし1地区で実施) ・地域資源の把握 ・地区住民代表者からの地域課題の把握 <p>※令和5年度地域づくり加速化事業による介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のためのアドバイザー派遣による厚生局主導型伴走的支援を受けた。</p>
--	--	--

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1	取組の内容
----------	--------------

●**実施主体**
 会津坂下町・会津坂下町社会福祉協議会

●**財源**
 福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金



●**スケジュール**
 令和6年9月～令和7年2月(月1回のサロン)7月にプレ開催

●**実施内容**

①**目的:**開催中のサロンに参加したいが移動手段がなく参加できない高齢者やこもりがちな高齢者を対象とした送迎付きの新たな集いの場を創設し介護予防につなげる。また、地域住民での送迎の運転手や講師等の担い手育成につなげる。

②**内 容:**自宅に閉じこもりがちな介護度が軽度な90代を対象に、送迎付きの集いの場を新たに創設。軽い体操、健康・栄養講話等を全6回開催。健康・栄養講話では町の管理栄養士及び食生活改善グループ「メロンの会」へ依頼し講話と減塩食試食を行った。また、数回サロンの復路は町内のスーパー、道の駅等での買い物支援を実施。

③**その他:**送迎は社会福祉協議会のワゴン車を使用。運転手は使える地域資源がなく、民間へ委託した。送迎希望者数によっては社協職員が公用車(普通乗用車)で送迎を行った。令和6年度はモデル地区とし1地区で実施。

取組の成果

- サロン参加登録者数 12名
- 参加者からは「毎回楽しみ」、「買い物が楽しい」、「送迎してもらえるのがありがたく申し訳ない」、「これからも参加していきたい」等があった。
- サロンに参加したことがない方も送迎付きということで気軽に参加していただくことができた。
- 毎回違う内容で開催し、場所も地区コミセンだけでなく町中心部の中央公民館や健康管理センターで実施することで、買い物支援も行うことができ、買い物場所も参加者からの希望を受け喜んでいただけた。
- コミセン主体の既存のサロンと合同で数回実施し交流を図ることができた。

今後の展望

- 運転手の地域資源の掘り起こし
- 今後も引き続きサロンに参加し他者との交流や介護予防へつながる通いの場にしていく。
- 地区コミセンの協力を得ながら住民主体のサロンとしていく。
- 他の地区でも開催し将来的には町内全地区で開催できるようにする。

南会津町

介護予防ボランティアの育成と地域力をいかしたフレイル予防

【市町村の概要】

面積の91%を森林が占め、豊かな自然環境が特徴です。夏は比較的しのぎやすい気候ですが、冬は厳しい寒さと積雪があり、全国でも有数の豪雪地帯です。地域共生社会の実現に向けて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組みを推進しています。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

～住み慣れた場所で誰もが最期まで輝ける～
「笑顔あふれる共生社会」をつくるまち

【市町村の基本情報】(令和6年10月1日時点)

- 人口 13,464人
- 65歳以上高齢者人口 5,953人
- 高齢化率 44.2%(対前年度比0.5%↑)
- 要介護認定率 19.9%(対前年度比0.2%↑)
- 第1号保険料月額 6,000円(対8期 同額)



【取組の概要】

●現状

・春から秋にかけては、散歩などちょっとした運動や畑作業を行うため定期的に体を動かす機会があるが、冬期間は家に閉じこもりがちになる高齢者が多く、筋力の低下が危惧される。また、他者との交流が少なくなりフレイルになりやすい。

・以前から介護予防ボランティアはいるが、活動の場が少ない。

●課題

- ・冬期間も定期的に体を動かす機会を設ける。
- ・無理なく続けるために歩いていける場所(各地区)で実施し、住民が主体となってフレイル予防をする体制を整える。



●対策

・各地区への働きかけ
フレイル予防の重要性を各地区に説明し、住民が主体となって行う「地域型介護予防モデル事業」の実施地区を募集する。

・介護予防ボランティアの育成
地域で親しまれている「さすけねえ体操」を活用し、介護予防に関する知識や動き(セルフマッサージ・関節体操・筋トレ・ストレッチ)を身につけた介護予防ボランティアを育成し、各地区において住民と一緒に体操を行う。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

●実施主体

南会津町・各地区の住民・介護予防ボランティア

●財源

福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金

●スケジュール

原則:週1回(地域型介護予防モデル事業)

●実施内容

【地域型介護予防モデル事業】

地域住民が、主体的に、身近な場所で、定期的に、運動を行う。

- ①保健師による介護予防に関する講話(初回・中間・最後)
- ②介護予防ボランティアが中心となってさすけねえ体操を実施(毎回)
- ③体力測定(初回・最後)
- ④脳の健康度チェック(中間)
- ⑤住民交流会(毎回)

【介護予防ボランティア教室(ボランティア育成)】

介護予防に関する知識や動き(セルフマッサージ・関節体操・筋トレ・ストレッチ)を身につけた介護予防ボランティアを育成し、地域の人に広める。

- ・田島地域5回
- ・西部地域5回



取組の成果

●地域型介護予防モデル事業

	実施回数	参加人数(延べ)	介護予防ボランティア参加人数	備考
長野地区	16回	224人	1人	実施期間:12月～3月
大豆渡地区	12回	132人	2人	実施期間:12月～3月
金井沢地区	11回	88人	1人	実施期間:1月～3月
福米沢地区	-	450人	2人	通年実施
川島地区	-	675人	2人	通年実施
下山地区	-	495人	4人	通年実施
まちなかサロン	-	270人	3人	通年実施

・上記のほか、不定期実施(月1～2回程度) 7地区

田部原第一地区・福米沢地区・小塩地区(ボランティア3人)・大桃地区(ボランティア1人)・青柳地区・井桁地区・小立岩地区

※1 大雪の影響により事業の中止や実施日を減らした地区があった。

※2 参加人数はR7年3月末まで事業を行った場合の見込み数。

●R6年度介護予防ボランティア育成人数

18人(田島地域9人・西部地域9人)



今後の展望

●地域型介護予防モデル事業の実施地区を増やし、各地区でフレイル予防を行うとともに、介護予防ボランティアの育成と活動の場を増やしていく。

●筋力を維持するには週1回程度の運動が望ましいので介護予防事業の定期実施を促していく。

大熊町

協議体の立ち上げと関係機関との連携

【市町村の概要】

福島県の東部となる浜通りの中央部に位置します。東日本大震災と原発事故により全町避難となりました。令和元年に一部区域が解除され帰町が始まっており、若い移住者も多く、現在町内居住人口の約19%が65歳以上となります。町内では、令和5年から介護予防事業や認知症サポーター養成講座を再開するなど、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう取り組んでいます。

【第9期介護保険事業計画の基本理念】

支援や介護が必要になった場合でも、自立した暮らしを続けられるという視点に立った体制づくりを目指す。

【市町村の基本情報】(R6年12月31日時点)

- 人口 9,944人
うち町内居住者879人(東電職員471人含まず)
- 65歳以上高齢者人口 2,909人
- 高齢化率29.26%
(対前年度比0.55%↑)
- 要介護認定率21.30%
(対前年度比0.28%↓)
- 第1号保険料月額6,900円
(対8期9.2%↓)

【取組の概要】

●現状

- ・R3から社協に生活支援コーディネーターを委託。
- ・社協、町共に異動により職員が変わり、SCとしてどんな活動を行っているのか、どういった関係機関と連携しているのか整理されておらず、どこから手を付ければいいのか分からない状態。

●課題

- ・どこから手を付ければいいのか分からない。
- ・生活支援体制整備事業をちゃんと理解できていない。
- ・ニーズ調査はどこから始めるのか分からない。
- ・社会資源の把握や活用法…？
(そもそも資源が少ないのに…)
- ・協議体とは何なのか？
- ・誰に相談していいのか分からない。

●対策

- (町としてしたこと)
- ・あらゆる研修を受講。SCと一緒に参加できるものはSCと一緒に。
- (SCとしてしたこと)
- ・他社協での活動を聞きに行く。
- ・SCとして勉強会の開催をおこなう。
→担当者だけではなく、社協や町担当も含めて実施。その後、まちづくりに関わっている人達に声掛けし情報交換会を発足した。

様式1(市町村用:認知症施策の推進、在宅医療・介護連携の推進、介護予防の推進と生活支援サービスの充実)

1

取組の内容

- 実施主体 生活支援コーディネーター(SC)
- 財源 地域支援事業交付金
- スケジュール R4年度(R5.3月)～R5年度
- 実施内容 協議体の発足に向けた情報交換会の実施



SC

- 令和5年3月、第1回生活支援体制整備事業勉強会を開催
メンバーは、社協・町交流施設の職員・民生児童委員・相双保福・アドバイザー。
参加者の中から「こういった情報交換の場ができたことはありがたい。今後も定期的
に開催はしないのか？」といった意見があり、引き続き開催することを決定しました。
- 令和5年度からは、学校長や町づくり公社の職員、役場担当職員が参加するなど参
加団体が増え、メンバーを固定化するという概念は持たず、年3回交換会を実施しました。
- 日頃からの関係性も維持しながら、情報交換会の場で顔を合わせることを重ねるごと
に、交換会として積極的な意見交換が繰り広げられるようになり、SCとしてこの場を協議
体でできないかという気持ちが生まれてきました。
- 町と調整しながら、令和5年度最終回の情報交換会の際に“協議体”について説明をし、
協議体の立ち上げについて打診したところ、全会一致で了承され、令和6年3月5日に協
議体を立ち上げることに。
- 令和6年4月23日に実施した第1回協議体では、協議体の愛称が『くまの手ねっと』に
決まりました。

取組の成果

(SC)

- 協議体に挙げた意見から、繋がりのある団体さんを紹介してもらったり、そこからさらに意見交換の場を設けてもらったりと、更なる広がり、繋がり、輪が構築されるようになってきました。
- それぞれの人、団体等の得意、不得意が見えてきて、こんな課題が見えてきたときはどこに相談すればいいか、今おこなっている事業はこの団体に協力してもらえばもっとスムーズにいく！といったSCとして活動する上での交通整理ができるようになってきました。
- 協議体での意見を町が開催する地域ケア会議の場でも共有することで、地域づくりのきっかけになる地域課題の共有の機会も得られるようになりました。
- 協議体メンバーから「〇〇さんの家でなんだか集まりをやっているみたい」「◆◆でコミュニティ活動をしているから、ぜひ顔を出してみてください！」など、地域の活動情報などが入るようになり、日々のSC活動に活かすことができている。

免許返納

SCとして活動する中で、「町内の交通手段を知る機会があるといいのかな」という思いから…

バスの乗り方

令和5年11月29日
生活循環バスツアーを実施

☆情報交換会メンバーの方も参加してくれました！



参加者の声

「バスってなかなか利用しないから新鮮だった！」
「公共交通機関って、時間で動くから利用しづらいイメージあったけど、実際に使ってみたらイメージが変わった！」
「いろいろな人とお店を見て回れてよかった！」
「荷物持ちさんがいてくれたり、セルフレジの使い方の勉強ができてよかったです！」

今後の展望

(SC)

- 地域に出向いただけ、地域を知っただけ、社会資源や課題を把握できた分だけ、SCの強みになっていくと思います。住民の皆さんと関わる内にこぼれてくる、ちょっとした「やってみたいな」「こうなってくれたらいいのに…」を聞きもらさず、拾って共有していくことを続けていきたいです。
- 地域の中には情熱を持っている人が必ずいるはずです。気になっている人にどんどん声をかけて、自分を売り込み、顔見知りになっていきたいです！



いちごカフェ
(認知症カフェ)
への参加

通いの場
への参加



町の健康・介護
予防事業
への参加



(町)

- 『委託したから』といって任せっぱなしにするのではなく、行政側の担当者も一緒に悩み・考えながら、SCの活動をバックアップできる体制を続けていきたいです。

(共通)

- 社会資源が少ない町内で、住民を主役に、行政や協議体との連携から地域のニーズを生かせる仕組みづくりを構築していきたいです。



SC

一緒に
取り組む



大熊町
まあちゃん

3 県保健福祉事務所による 市町村支援

1 市町村支援の内容と成果		
項目	内容	成果
情報交換 会議	①地域包括ケアシステム等県北地方連絡会議 ②生活支援コーディネーター情報交換会(6月・2月) ③退院調整ルール運用評価会議 ④地域リハビリテーション事業 ・連絡協議会(7月・3月) ・県北地域リハ部会(1回/2か月 ZOOM) ・県北地域リハビリテーション意見交換会(1月)	①管内市町村の取り組み状況や課題について関係機関との共有・意見交換を行うことで、地域包括ケアシステムのさらなる推進に向け、取組を充実させていくための一助とした。 ②今年度2回実施。1回目は実践報告を交え、各市町村の今後に生かす視点や手法を学ぶことができた。2回目は来年度の事業活用に向けた説明を実施し、市町村担当者およびSCの1年間の取り組みを振り返り、情報共有・交換の機会へと繋がった。 ③病院・ケアマネジャー・市町村担当者等関係機関が集まり、活発な意見交換が行われた。病院・居宅ケアマネジャー間で、退院調整時に互いに必要な情報や有益な情報について改めて考え共有する時間となり、顔の見える関係づくりへと繋がった。 ④連絡協議会や意見交換会では県北の地域リハの活用状況や現況について情報共有し、今後の事業展開について関係者間での検討実施、また今年度再度、案内資料についての改訂を実施した。その他、定期的部会に参加し、管内各圏域の活動状況の把握へ繋がった。
訪問支援	①地域包括ケアシステム関連事業市町村打合せ ②自立支援型地域ケア会議市町村担当者との意見交換 ③介護保険業務技術的助言 ④ケアプラン点検支援 ⑤自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣 ⑥生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣	①③意見交換を通して、事業の進捗状況の確認および課題の共有を図った。課題解決に向けて適宜情報提供等を行った。 ④ケアプランの内容が自立支援に資する内容になっているかを確認する機会となり、作成したケアマネの考え方を確認する機会となった。 ②⑤⑥意見交換を通して、課題の把握や解決に向けた対応策の提案をした。また、アドバイザー派遣を通して、市町村がアドバイザーと繋がり相談できる関係が出来た。 ⑥アドバイザー派遣を活用し、SC活動や協議体の運営等をはじめとする事業の進め方について、関係者間で共通理解を図ることにより、今後の事業の活動や運営についての方向性の共通認識を図ることができた。

1 市町村支援の内容と成果		
項目	内容	成果
研修会	①地域支援関係者認知症対応力向上研修 (認知症地域支援推進員連絡会) (②地域包括ケア推進研修会)	①関係者がチームオレンジをはじめ、認知症施策について理解を深める機会となった。研修後、管内のチームオレンジの設置数が増加した。 (②関係者が参集し、地域包括ケアシステムの充実に向けた取組事例を共有する中で、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携事業を推進していくための一助となった。)
その他	①退院調整ルールに関するアンケート調査の実施 ②リハビリ専門職の円滑な派遣調整に向けた検討(地域リハビリテーション広域支援センター事業) ③成年後見制度利用促進体制整備に係る情報提供	①退院調整ルールの運用状況や連携上の課題について把握・情報共有し、今後の方向性について検討することができた。 ②派遣調整・事業実績について適宜情報共有したことにより、関係者間で継続的な事業推進のための検討へと繋がった。 ③管内市町村の中核機関整備状況や整備方針等を調査し、情報提供することで体制整備を促した。

課 題

- 生活支援コーディネーターについて、一人配置や多業務との兼ね合い、1層・2層コーディネーターの連携等について活動の進め方に課題を感じている市町村がみられる。
- 認知症施策内のチームオレンジの設置については現在、7年度末の全市町村の設置完了に向け各市町村動きはあるが、差がみられている。
- 地域包括ケア推進会議等による、個別課題や地域課題の検討、また政策形成へ繋ぐことが困難な市町村がみられる。
- 成年後見制度利用促進のための中核機関整備に向けた取組が進んでいない市町村があるため、継続した支援が必要。

今後の支援方針

- 情報交換会を通しての定期的な情報交換および顔の見える関係づくりの場の確保や、場合によってはアドバイザー派遣を通じて市町村への支援方法を提案しながら生活支援コーディネーター・市町村担当者の支援を行う。やがては管内で自主的な情報交換会等が行われるような支援をしていく。
- 認知症施策については、関係者との連携や認知症対応力向上研修等を通じた活動支援および情報提供等を通じて、令和7年度末の管内全市町村チームオレンジ設置完了に向けて協働していく。
- 既存の会議を活用し、見えてきた地域課題や政策形成へ繋がられるよう、今後支援していく。
- 専門職派遣事業の活用等により、中核機関の整備に向けた取組を支援する。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換 会議	①生活支援コーディネーター情報交換会 ②県中地域高齢者福祉施策推進会議2回/年 ③退院調整ルール運用評価会議(病院代表会議)	①各市町村担当者や生活支援コーディネーターが抱える悩みや課題を共有し、これまでの取り組みを振り返るとともに、今後の事業推進の一助となった。 ②地域包括ケアシステム構築を推進するため、関係者間で取組状況や課題について共有し、課題への対応について協議した。 ③県中圏域退院調整ルールの再確認及び運用における課題を検討することができた。
訪問支援	①地域支援事業市町村ヒアリング ②地域支援事業に関する技術的助言 ③ケアプラン点検 ④自立支援型地域ケア会議アドバイザー派遣 ⑤生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣	①②事業の進捗状況や課題を把握し、課題解決に向けて情報提供及び助言を行った。 ④アドバイザー派遣を活用し、会議関係者間で会議開催目的の共有を図ることができた。 ⑤アドバイザー派遣を活用し、地域の実状に合わせた地域づくりについて検討し、住民主体の取り組み活動につなげることができた。
研修会	①認知症対応力向上研修会	認知症の方の意思決定支援について関係者が学び、対応力向上に寄与した。
その他	①地域支援事業実施状況アンケートの実施 ②退院調整ルール運用状況調査アンケートの実施	①事業の進捗状況や課題を把握し、支援の方向性を検討することができた。 ②退院支援ルールは概ね効果的に運用されている。

2 今後の支援方針

課題

- 自立支援型地域ケア会議については、個別のケース検討にとどまり、地域課題の検討に繋がらない市町村が多い。
- 認知症施策については、認知症施策推進基本計画の中でも認知症本人及び家族の意見を施策に反映するとされているが、どのように反映させるか悩んでいる市町村が多い。
- 地域支援事業の各事業は単独で実施するのではなく、つながり・連動を意識して実施していく必要がある。

今後の支援方針

- ヒアリング等により各市町村の状況について把握し、必要時は自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣事業活用を提案する。
- 認知症疾患医療センターの活用を周知するとともに、センター等と連携し関係機関との情報交換会を開催する。
- 地域包括ケアシステム構築に向けて、市町村訪問等を実施し、共通した現状や課題に対する情報交換及び研修会を開催する。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換 会議	①生活支援コーディネーター情報交換会 ②認知症地域支援推進員(方部別)連絡会 ③県南地域リハビリテーション連絡協議会	①講話とグループワークで構成、各市町村の取組を共有したことで、なぜ支え合いが必要かを振り返ることが出来たと同時に、今ある資源を充実させて深く取り組んでいくことが重要だと再確認する機会となった。sc同士のネットワーク強化にも繋がった。 ②方部別毎に連絡会を開催し、関係者間でチームオレンジ設置に向けての課題等を整理したことで、今後の活動内容について具体的に検討した。
訪問支援	①管内市町村巡回相談・助言等 ②介護保険・地域支援事業に関する技術的助言 ③自立支援型地域ケア会議への出席及び支援 ④自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣 ⑤生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣 ⑥ケアプラン点検	①②事業の進捗状況と課題を共有し、課題解決策に向けて具体的に支援方法を検討した。 ③④会議に出席し、管内市町村の運営状況と課題等を把握した。会議未実施の市町村には運営アドバイザー派遣事業を活用し、会議定着に向けて支援した。 ⑤事業に対する市町村担当者の理解を深めたことで、事業内容の充実に繋がった。 ⑥ケアマネの考え方を確認できる機会となった。
研修会	①地域支援関係者認知症対応力向上研修 ②県南地域リハビリテーション広域支援センター主催講演会	①認知症家族の会員からの講話を受けたことで、家族支援の大切さを実感したと同時に、チームオレンジ設置に向けては本人の意見を取り入れていくことが重要だと再認識する機会にもなった。 ②広域支援センターと連携し講演会を開催し、服薬の重要性について、住民自身が理解を深める機会となった。
その他	退院支援ルールアンケート調査実施 (ケアマネージャー対象 10~12月)	①退院支援ルールの運用状況や結果について、情報共有することができた。

2 今後の支援方針

課題

- 生活支援体制整備事業については、協議体や生活支援コーディネーター(以下sc)の設置状況が市町村により異なるため、scや市町村担当者同士が相談、連携できる体制が必要。
- 自立支援型地域ケア会議については、会議が定例化できている市町村や会議自体が開催出来ていない市町村、モニタリング未実施の市町村がある等、取組状況に大きな差がある。また、地域課題を抽出するまでに至っていない。
- 認知症施策については、チームオレンジ設置に向けて、市町村毎の取組状況に大きな差がある。設置に向けて滞っている要因や課題等を市町村毎に確認しながら支援していくことが必要。

今後の支援方針

- 生活支援コーディネーター情報交換会を継続して開催し、各市町村の課題解決に向けた情報共有・意見交換を行う。アドバイザー派遣事業を活用し、地域の活性化を図っていく。
- 自立支援型地域ケア会議については、運営アドバイザー派遣事業を活用する等、発展的な会議開催に向けて支援していく。scも会議に積極的に参加するよう促し、地域課題が抽出できるよう支援していく。抽出した課題は、生活支援体制整備事業や認知症施策等と連動性が図れるよう支援していく。
- 認知症施策については、認知症疾患センターや管内のオレンジチューターと適宜、連携を図りながら、支援者向け研修会や認知症地域支援推進員連絡会を継続し開催していく。特にチームオレンジ設置に向けては、関係者と密に情報共有し、進捗状況を確認しながら支援していく。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換・会議	<ul style="list-style-type: none"> ①生活支援コーディネーター連絡会 ②地域支援推進員連絡会 ③会津地域リハビリテーションに関する情報交換会 	<ul style="list-style-type: none"> ①②連絡会にて各市町村の取組内容や工夫等について情報共有したことで、自身の業務の参考となっただけではなく、他市町村同士のネットワークが構築され、市町村同士ですぐに連絡が取りあえる体制づくりにつながった。 ③広域支援センターとともに開催したことで、各リハビリ職と連携した効果的な介護予防の取組についての情報共有や検討の機会となった。また、包括や社協等で働くりハビリ職種同士のネットワーク構築の場にもなった。
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> ①介護保険業務技術的助言(喜多方市・北塩原村・磐梯町・湯川村・金山町・昭和村・会津美里町) ②ケアプラン点検支援(西会津町) ③生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣(喜多方市・会津坂下町) ④自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣(喜多方市・会津美里町) 	<ul style="list-style-type: none"> ①②質的・量的データや、要綱・ガイドライン等を踏まえた具体的な助言を行ったことで、市町村担当者の理解を深めることができた。また、市町村の担当課長や係長へも説明したことにより、市町村(組織)において課題解決に向けた取り組みの検討につながった。 ③住民を対象に「地域での支え合いの重要性に関する講演会」を実施した。参加した住民からは「集いの場の重要性について理解できた」や「今後こんなことをしてみたい」といったような発言が聞かれ、集いの場の活動再開や立ち上げに向けた一助となった。 ④アドバイザー派遣にて研修会や意見交換を実施したことにより、市町村職員やケアマネ等の関係者間でのケース検討にとどまらない地域課題への対応を含めた自立支援型地域ケア会議の開催目的や必要性の理解を図ることができ、効果的な会議開催へつながる一助となった。

項目	内容	成果
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ①地域包括ケアシステム構築に係る連携研修会(生活支援体制整備事業情報交換会・認知症地域支援推進員連絡会合同開催) ②地域支援関係者認知症対応力向上研修 ③第1回会津・南会津圏域精神障がい者地域移行圏域ネットワーク強化研修会 	<ul style="list-style-type: none"> ①取組報告や情報共有を通して、住民との活動・地域づくりについて考えることで、新たな気づきや困りごと等への助言、取組の共有ができた。地域づくりを進めていく上で、住民とともに活動すること等を学ぶ機会となった。 ②取組報告や多職種が集まり、それぞれの立場からの視点での情報交換を通して、活動の助言を得られるなどの地域での活動の一助となった。 ③高齢・障がい分野それぞれの関係者が同じグループで事例検討を行うことで、各専門分野からの情報や意見の交換が出来たとともに、ケース支援にあたり関係者と連携した支援を検討することの重要性について学ぶ機会となった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ①退院調整ルール運用状況調査アンケートの実施 ②市町村主催事業への出席(認知症医療介護連携会議(会津若松市・会津美里町)・会津若松市社会福祉協議会北会津ふれあいネットワーク主催訓練 等) 	<ul style="list-style-type: none"> ①アンケート回答結果を踏まえ、会津・南会津管内の退院調整ルール運用に係る現状や課題の把握につながった。 ②多職種や地域での役割がある住民等が連携することで、様々な視点から意見等があり、より地域に応じた事業へとつながられている。また、住民主体の活動や地域での支え合いの活動などについて把握することにつながった。

課題

- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、高齢者支援事業のみにとどまらず、様々な分野で実施する事業の連動や関係者(機関)と連携した事業の実施を検討する必要がある。
- 地域の実情に応じた効果的な事業の実施に向けて、量的・質的データを活用し、PDCAサイクルに沿った事業の立案・実施・評価を行う必要がある。
- 生活支援体制整備事業について、市町村から包括や社協へSC業務の委託を行う際に、仕様書に具体的な委託内容が記載されていないことや、事業開始後に市町村担当課とSC間において、事業方針やSCの役割等に関する共通理解を図る場がないことから、新しいSCは特にどのような活動をすればよいのか悩みを抱えている。
- 認知症対策について、住民の認知症に対する理解が不十分なことや地域のニーズに応じた活動を住民とともに進めていくこと等が難しく、地域での支え合い体制づくりにつなげられていない。

今後の支援方針

- 関係者(機関)を対象とした研修会の開催等、保健福祉事務所内の関係部署とも連携しながら重層的支援の体制整備に向けた取り組みを検討する。
- 効果的な事業実施に向け、市町村担当者等の関係者を対象とした研修会等において、データ活用の重要性について説明するとともに、管内市町村の各種データを活用した好事例取組を紹介し、横展開を図る。
- 市町村とSCが同じ方向を向いた上で事業が実施出来る様、市町村担当者等の関係者を対象とした研修会を開催するとともに、技術的助言・推進会議等を活用し、担当課長等へも説明を行う。また、SCを対象とした連絡会を引き続き開催し、SC同士の情報共有の実施や気軽に連絡・相談が出来る様なネットワーク構築にも努める。
- 認知症の人と家族の会等と連携し、イベントやアルツハイマーデーに合わせ、認知症に関する普及啓発を行う。また、管内の状況を整理しながら、認知症地域支援推進員をはじめとする関係者が連携し、地域のニーズに応じた活動の推進ができるよう、研修会等を開催する。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換 会議	<ul style="list-style-type: none"> ①南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会 ②成年後見制度に関するヒアリング ③県社会福祉士会との権利擁護支援ネットワーク構築に関する打ち合わせ ④成年後見制度利用促進事業に関する意見交換会 ⑤地域支援事業に関するヒアリング ⑥認知症地域支援推進員連絡会 ⑦生活支援コーディネーター連絡会 ⑧退院調整ルール運用評価会議 ⑨南会津地域広域リハビリテーションセンターとの打ち合わせ、会議出席、会津圏域との情報交換会の開催 ⑩認知症疾患医療センターとの打ち合わせ ⑪只見町地域共生社会推進会議への出席 	<ul style="list-style-type: none"> ①管内医療・介護等の主要メンバーと地域支援事業等の取組状況や課題を共有し、地域・在宅生活に係る当地域の取組み状況について意見交換することができた。 ②③④令和6年度に全町村に中核機関が設置された。中核機関の機能強化や権利擁護支援ネットワーク構築に向け意見交換することができた。 ⑤各町村の今年度の取組み方針と当所支援の擦り合わせと取組みの推進に向け助言・情報提供することができた。 ⑥⑦合同開催とし、それぞれの役割の再確認と、事業間連携に向け情報共有・意見交換すると共に、町村を越えたネットワーク構築の一助となった。 ⑧医療機関と介護関係機関と運用状況の評価や取組状況をふまえ、課題を共有し、連携強化の一助となった。 ⑨⑩関係機関と管内の現状を共有した上で、方針について意見交換したことで、当管内の現状にあわせた事業展開に繋がった。 ⑪助言を通し、町が目指す共生社会の実現に向け支援を行った。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> ①介護保険・地域支援事業に係る技術的助言(南会津町) ②自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援 ③自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣 ④自立支援型地域ケア会議他市町村視察調整・意見交換会の実施 ⑤成年後見制度に関する個別事例検討会の実施 ⑥生活支援事業の打ち合わせ(下郷町、檜枝岐村) ⑦生活支援事業の他町視察調整・意見交換会の実施 ⑧介護予防×認知症予防×生活支援体制整備事業の講座の合同開催(檜枝岐村) ⑨ケアプラン点検による支援(南会津町) 	<ul style="list-style-type: none"> ①技術的助言に際し、実情や課題等を把握し、解決方法の提案等を行った。 ②③④状況確認及び助言、視察、意見交換を通し、各町村の課題に合わせた解決に向けた支援を行った。 ⑤事例検討会を通し、現状の整理や関係者間の役割分担、今後の見通しを協議することで、各町村や関係機関の実際の流れや動きを学ぶ機会となった。また他町村も傍聴することで、権利擁護支援の理解促進を図った。 ⑥⑦事業の目的の再確認と、町村の課題にあわせた事業展開について意見交換し、方針を明確にした。併せて他町の視察により具体的なイメージに繋げることができた。村と合同講座を実施。 ⑨ケアプラン内容の確認やケアマネジャーの考えや現状を把握すると共に、ケアマネジャー支援について町と意見交換することができた。
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ①地域支援事業に関する研修会 ②南会津地域支援関係者認知症対応力向上研修 ③認知症対策×生活支援体制整備事業の連携を考える研修会 	<ul style="list-style-type: none"> ①研修には民間企業も参加し、地域住民や関係機関等が我が事として捉え、地域共生社会に向けた地域づくりの意識醸成の一助となった。 ②参加者を住民・関係者等と対象を幅広くし、共に学び、認知症についての理解を深める機会となった。 ③事業間連携について学ぶ機会とし、多様な主体が出会い、顔の見える関係性づくり・連携強化の一歩となった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ①管内の医療・介護の資源一覧表の更新及び関係機関への配布。 	

課題

- 週1回以上実施している通いの場が少なく、またリーダーの高齢化による通いの場の閉所もあることから、新たな通いの場の立ち上げ支援と定着支援を行っていく必要がある。また、過疎地かつ(特別)豪雪地帯である当管内では、高齢者が集いの場まで歩いて行けない距離の地区も多く、支援のあり方(交通支援も含む)を検討する必要がある。
- 生活支援体制整備について、各町村で進捗状況が異なるため、それぞれの実情に応じた支援が必要である。
- 社会資源が限られ、また町村職員の業務負担が増加していることから、効果的・効率的に事業展開するために事業間連動や、様々な主体と共に地域共生社会を目指す取り組みを推進していく必要がある。

今後の支援方針

- 町村に対する支援のあり方については、ヒアリングや意見交換、アンケート調査等を通して支援ニーズを把握の上、助言や情報提供、提案等を行っていく。
- 生活支援コーディネーター連絡会を継続し、生活支援コーディネーター同士のネットワーク構築と生活支援体制の構築の推進を目指す。また地域の実情に合わせ、個別支援を実施する。
- チームオレンジの立ち上げに向け、認知症対応力向上研修や地域支援推進員連絡会をとおり、各町村の取り組み状況の把握や意見交換・情報提供を行う。
- 通いの場の創出や継続方法、総合事業の充実については、訪問等による状況把握や助言、他自治体の取組事例の情報提供、各アドバイザー派遣の活用を勧める等により支援していく。
- 事業間連動や地域共生社会に向けた研修会や情報提供を行い、効果的・効率的に事業展開できるよう推進していく。また多様な主体と繋がり、新たな取り組みに発展できるよう支援を行う。

1 市町村支援の内容と成果

項目	内容	成果
情報交換 会議	①相双地域生活支援体制整備事業に関する情報交換会 ②生活支援コーディネーター、行政担当者意見交換交流会 ③退院調整ルール運用評価会議	①各市町村担当者やSCが抱える悩みや課題を共有し、取組の振り返りや今後の事業展開を検討する上での参考となった。 ③困っている事例をGWで多職種により検討し、情報を交換することで、今後の対応の参考となった。
訪問支援	①地域支援事業に係る市町村技術的助言 ②被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業に係る訪問 ③自立支援型地域ケア会議への出席及び支援(助言、情報提供) ④自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣事業 ⑤被災地地域包括ケアシステム構築支援事業に係る訪問(個別相談) ⑥生活支援体制整備事業アドバイザー派遣事業	①、②各市町村の事業の進捗状況や課題・要望等を把握し、対応方法の提案等を行った。訪問後も随時助言や情報提供等の支援を行った。 ④既実施市町村については、会議の効果的・効率的な運営等に関する相談や勉強会等を実施した。未開催市町村では、勉強会等を開催し、会議立ち上げを支援することができた。 ⑥事業の進め方やSCの役割等について関係者間で共通理解を図る勉強会実施により、体制整備に向けた取組を進める支援を行うことができた。
研修会	地域支援関係者認知症対応力向上研修及び認知症地域支援推進員情報交換会	多職種で情報共有や意見交換を実施し、認知症対応力の向上や連携・支援体制の強化に繋げることができた。
その他	①地域リハビリテーション広域支援センターの運営支援及び協議会への出席 ②認知症医療疾患センターの運営支援及び協議会への出席	①、②各センターと定期的に打合せ等を行い、センター運営や協議会開催に係る支援を行った。

2 今後の支援方針

課題

- 市町村によって、各事業への取組状況に差が生じている。
特に双葉郡では、避難生活の長期化により地域課題が複雑化したことで、地域包括ケアシステム構築に向けた取組に苦慮している町村もあり、引き続き個別に支援する必要がある。
- 生活支援コーディネーターについて、一人配置や他業務との兼務により、活動の進め方に課題を感じている市町村が多く、具体的な活動に繋がらない。
- 自立支援型地域ケア会議の立ち上げができていない市町村がある。また、既実施市町村においても、会議の効果的・効率的な運営ができていない市町村もある。

今後の支援方針

- 各市町村の問題を把握した上で、引き続きそれぞれの市町村の実情に合った支援を続けていく。
- 情報交換会等を継続して開催し、生活支援コーディネーター同士や市町村担当者との顔の見えるネットワークの構築と連携強化を図る。
また、先進事例を共有することにより、生活支援コーディネーターの活動を推進していく。
- 自立支援型地域ケア会議の立ち上げや、会議の効果的・効率的な運営のため、アドバイザー派遣事業の活用を始め、引き続き必要な支援を行う。



「令和6年度地域包括ケアシステム構築に係る取組事例集」

令和7年3月発行

福島県 保健福祉部 健康づくり推進課

住 所：〒960-8670

福島市杉妻町2-16

電 話：024-521-7165

F A X：024-521-2191

E-mail：houkatsu@pref.fukushima.lg.jp