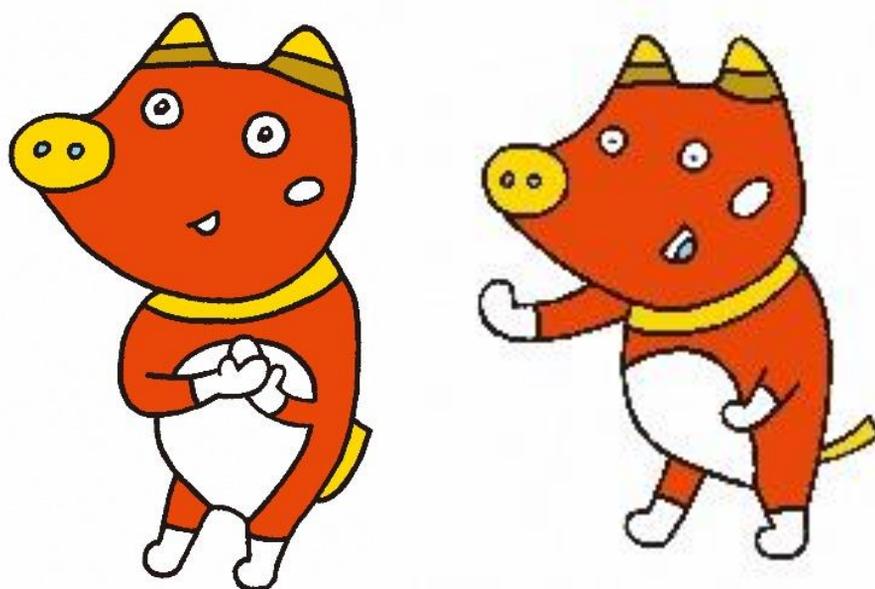


令和5年度
地域包括ケアシステム構築に係る
取組事例集



令和6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 | ... | 2 | |
| | 二本松市 | 自立支援型地域ケア会議を充実させるための取組 | ... | 3 |
| | 石川町 | 自立支援型地域ケア会議の更なる充実を目指して | ... | 5 |
| | 矢吹町 | 地域ケア会議の充実について | ... | 7 |
| (2) | 認知症施策の推進 | ... | 10 | |
| | 平田村 | 認知症になっても安心して暮らせる村づくり | ... | 11 |
| | 棚倉町 | 老若男女問わず地域で認知症の理解促進 | ... | 13 |
| | 会津若松市 | 住み慣れた地域で安心して共に暮らし続けることのできるまちを目指して | ... | 15 |
| | 西会津町 | 認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために | ... | 18 |
| | 会津美里町 | 認知症ボランティア団体の取組について | ... | 20 |
| | 川内村 | みんなで支える地域包括ケアシステムへ | ... | 28 |
| (3) | 在宅医療・介護連携の推進 | ... | 30 | |
| | 郡山市 | わたしの未来ノート（郡山市版エンディングノート）作成とACP普及啓発 | ... | 31 |
| | 埴町 | 多職種連携に向けた取り組み（在宅医療・介護連携の推進） | ... | 33 |
| (4) | 介護予防の推進と生活支援サービスの充実 | ... | 36 | |
| | 桑折町 | 通いの場等におけるタブレットを活用した脳活カトレーニングプログラムの提供 | ... | 37 |
| | 川俣町 | つながりを大切にするケアプラン勉強会 | ... | 39 |
| | 須賀川市 | 地域のつながり、支えあいを広げるために～市民とともにつくる発表会～ | ... | 43 |

(4) 介護予防の推進と生活支援サービスの充実

| | | | |
|------|---|---|----|
| 白河市 | 「白河市らく楽健康体操」による介護予防の推進 | … | 45 |
| 喜多方市 | お互いに声をかけあえる地域をめざして | … | 47 |
| 只見町 | 生活支援サービスの充実 | … | 49 |
| 相馬市 | 地域生活課題の解決を目的とした福祉関係者の連携強化 | … | 51 |
| 広野町 | マゴコロボタンを使った高齢者見守り事業 | … | 53 |
| 檜葉町 | 社会と積極的に関わることができる仕組みづくり | … | 55 |
| 双葉町★ | ICTを活用した介護予防事業の推進 | … | 57 |
| いわき市 | 介護予防ケアマネジメント支援会議事例集を活用したリハビリ専門職による介護事業所支援 | … | 60 |

3 県保健福祉事務所による市町村支援 … 62

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）が目前となり、2040年（令和22年）に向けて、介護ニーズが急激に高まる85歳以上の高齢者は1,000万人を超えることとなります。加えて、現役世代が急減する局面に入っていくため、介護や支援の担い手確保も今後ますます困難になると考えられます。

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

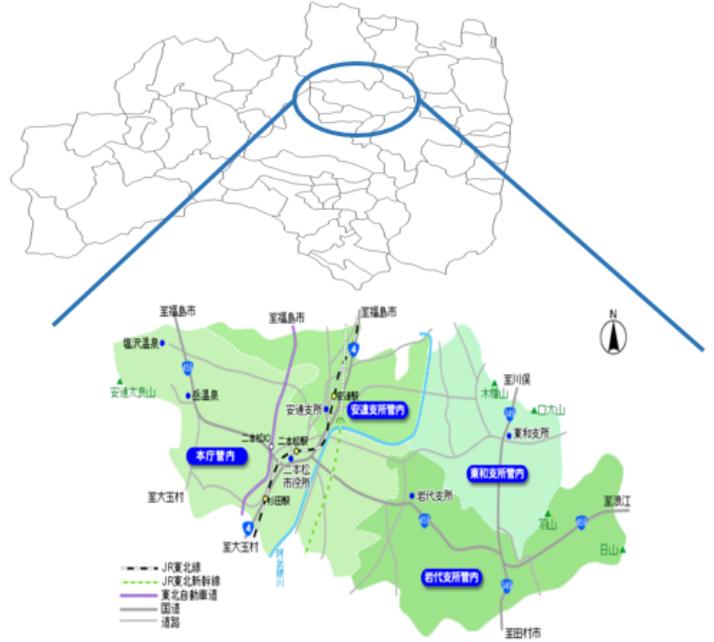
(1) 地域ケア会議の充実

二本松市 取組の概要

第九次高齢者福祉計画・第八期介護保険事業計画の基本理念である「生涯をいきいきと心ふれ合う暮らしのできるまち 二本松」の実現のため、地域包括ケアシステムの推進体制の充実の1つとして、自立支援型地域ケア会議を年間6回開催。自立支援に資するケアマネジメントの知識を習得し、支援者がスキルアップすることで高齢者の自立支援・重症化予防を図る。

【基本情報】 R5.4.1現在

- 人口 51,807人
- 65歳以上高齢者人口 18,345人
- 高齢化率 35.4%
- 要介護認定率 17.9%
- 第1号保険料月額(基準額) 6,200円



平成17年12月1日に二本松市・安達町・岩代町・東和町が合併し、現在の「二本松市」が誕生。

事業概要について

令和5年度版

公開自立支援型地域ケア会議

- 対象者**
要支援・要介護者（およそ要介護2まで）・総合事業対象者
- 助言者**
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師
- 事例提供者**
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）
- 開催回数・検討事例数**
年間6回・検討12ケース（評価報告12ケース）

自立支援型地域ケア会議フォローアップ研修会

- 開催回数** 年間2回
- 研修内容** ①低栄養支援 ②口腔アセスメントの視点

フォローアップ研修会の実際

フォローアップ研修会開催の経緯

平成30年度 モデル事業として自立支援型地域ケア会議に取り組む

平成31年度 年間6回 年間12ケースの検討を実施

助言者より受ける内容が反復しており、**アセスメント**の**課題が表面化**。

課題解決のため、**スキルアップ**を目的にフォローアップ研修会を開催。



共通した助言

○義歯や自歯は何本ある？口腔ケアに使用する物品は？

○どんな食べ物を嚙んで食べられている？

○口腔内清掃状態の評価は表面からではなく、
義歯を使用している場合、裏側に食渣やプラークが
ないか確認してみましょう。

※(口腔に関する場合)



成果と課題

取組の成果

- 観察の必要性やアセスメントの視点の理解促進
- 観察のポイントや声かけの実際など、
テクニカル的な技術の習得



今後の展望

- ハイブリッド型や研修内容のアーカイブ配信
- 会議及び研修会は対面式でのみ実施。
オンライン開催により場所や時間の制限なく
受講できる体制づくりの検討。
- 高齢者の自立支援を促進。地域課題の明確化。



石川町

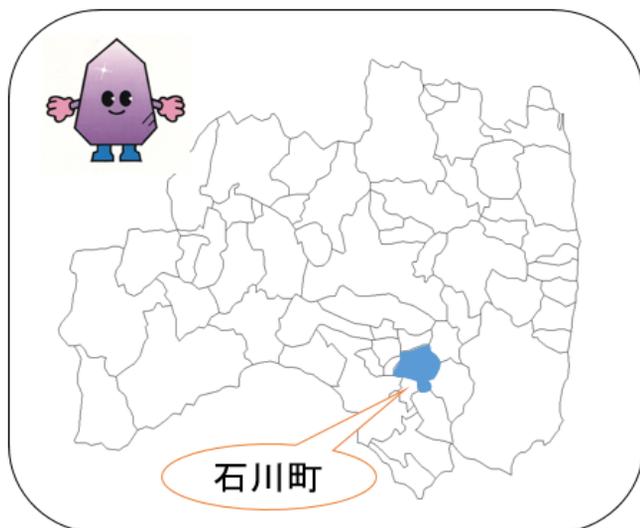
自立支援型地域ケア会議の更なる充実を目指して

石川町の概要

石川町は「誰もが住み慣れた地域で、共に安心して暮らし続けられるまち」を基本理念とし、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて施策を展開している。自立支援型地域ケア会議は、平成30年度に県のモデル市町村として開始され、要支援者等の生活行為の課題解決、状態改善のための視点や手法がわかり、自立を促すケアマネジメントやケアの提供ができるようになることをねらいとし、地域の高齢者の介護予防重度化防止の一環として、取り組みを継続している。

【基本情報】令和6年2月1日現在

- 人口
13,862人
- 65歳以上高齢者人口
5,472人
- 高齢化率
39.4%
- 要介護認定率
15.8%
- 第1号保険料月額
5,600円



取組の内容①

●背景

会議開始から6年が経過し、事例提出者の会議の目的や効果に対する認識が曖昧になってきていた。そのため、提出事例が対応困難事例や要介護度の高いケースに偏り、自立支援に資する本来の検討が難しくなっていた。

●事業内容

実施主体：石川町

実施回数：年3回 5ケース（要支援2ケース・要介護3ケース）

参加者：事例提供者、サービス提供事業所、地域包括支援センター、助言者（6職種）、保険者
介護保険外のサービス事業所（訪問マッサージ等）を利用している場合は必要に応じて参集している。

●取組のポイント

・県の自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣を活用し、専門職講師による自立支援・介護予防の考え方について改めて研修会を実施し、自立支援型地域ケア会議の経過や目的について共有を図った。

取組の内容②

- 1 検討テーマ
「採血データから摂取食材（調理）を考える
- 2 事例の概要
 - ・70代、要介護2、娘家族と同居。
 - ・2ヵ月1回の通院の採血結果を、ケアマネが訪問時に本人と一緒に確認し、変化があれば都度対応策を本人と検討してきた。
 - ・自宅では孫の面倒や食事の準備等の役割あり。歩行器を使用し外出を楽しむことも続けていきたいと運動意欲も高い方。⇒助言が欲しい内容：ヘモグロビンの数値が徐々に低下。回復に向けての食材や本人が簡単にできる調理に対する助言がほしい。
- 3 専門職からの助言内容
 - ・Hb改善のための食材と摂取方法の情報提供(ビタミンCの同時摂取により吸収アップ)。高齢のため無理せず本人のペースで。
 - ・腎機能低下のリスク説明と機能を維持するためには血糖・血圧管理が大切になる。採血以外の検査による精査(主治医との連携)。
 - ・立ち座りの動作ができることが大切。「立つ力を落とさないようにしよう」を合言葉に。
 - ・口腔ケアがどの程度できてくるのか、食事の姿勢等の確認を。
 - ・1日3回キッチンに立ったら、背筋を伸ばしてみることから始めてみることも良い。
- 4 地域ケア会議による効果
 - ・豆乳を食事に取り入れ食事には注意していたが、数値悪化傾向⇒主治医照会し、鉄剤が追加処方となる。
 - ・立ち上がり動作の確認。家事をする前に胸を張る動作を取り入れ自宅でも実施⇒身体機能維持
 - ・通所介護で口腔ケアの確認を行い、しっかり磨けていることを確認、食事姿勢も整えた。

成果と課題

取組の成果

●自立支援型地域ケア会議運営アドバイザーより、自立支援ケアマネジメントに必要な視点等や事例を通じた演習を行っていただいた。参加者からは、「再確認する機会になった」「課題の明確化が大切だと知れた」「今まで自立支援型地域ケア会議をいまいち理解できていなかったが合致した」等の感想があり、会議の目的の共有と自立支援の再確認ができた。

また、新型コロナ禍により、集合による研修会開催が4年ぶりだったため、対面で他の参加者の意見が聞けることが非常に有意義だったとの感想も多数あった。

●研修会後の会議では、目的に沿った事例選定や助言がほしい内容の設定が意識されている。

●事務局としても、改めて自立支援の視点を再確認し、現場の現状や課題等を理解することができた。

今後の展望

●自立支援型地域ケア会議の更なる充実のために試行錯誤していきたい。

●自立支援型地域ケア会議に提出されていたような困難事例をケアマネが抱え込まないように、個別地域ケア会議の開催や地域の事業所が保険者や包括に相談しやすい関係性の構築、同職種同士で悩みが話せる場をつくる。

●定期的に自立支援ケアマネジメントについて研修会を開催し、合わせて会議の目的についても再確認する機会をつくる。

●会議でだされた地域課題の解決に向けて、他の施策と連動を図り、解決策を検討していく(生活支援体制整備事業・認知症総合支援事業等)。

矢吹町

地域ケア会議の充実について

・矢吹町は三方を阿武隈川、隈戸川、泉川が流れ、羽鳥ダムの水を利用した農地が町の面積の半分以上を占めています。空港・高速道路・鉄道の交通体系に恵まれているほか、町内を国道4号、あぶくま高原道路が通っていることにより、各地域へのアクセスが充実しています。

【基本情報】（令和6年1月31日現在）

- 人口 16,931人
- 65歳以上高齢者人口 5,335人
- 高齢化率 31.5%
- 要介護認定率 15.3%
- 第1号保険料月額 5,495円



取組の内容①

●背景

現役世代が減少し、高齢化が一層高まる中、高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けるため、医療・介護・住まい・自立支援を包括的に確保する地域包括ケアシステムの深化の一環として、要支援・要介護者の自立支援・QOLの向上を目的として、自立支援型地域ケア会議に取り組むこととした。

●事業内容

町（保健福祉課）が主体となり、要支援1から要介護2の認定者を対象として、高齢者の自立（要支援・要介護状態の改善・悪化防止）を支援するため、ケアプラン作成及び介護サービスの提供にあたり、介護・医療分野の地域の専門職（薬剤師・栄養士・歯科衛生士・作業療法士等リハビリテーション専門職）からの助言を踏まえ、高齢者の支援について検討する。年3回、1回につき2事例実施しており、地域支援事業費を財源としている。

●取組のポイント

会議で取り扱う事例として、助言を受けることにより対象者が改善を見込める事例を挙げることで、事例について、ポイントを絞った助言を得られるよう、どのような点に助言をいただきたいかを事前に専門職に伝えている。

取組の内容②

事例1

1 検討テーマ

統合失調症のある方の支援について

2 事例の概要

20代のころ、真冬に川に飛び込み自殺を図り、その後、統合失調症と診断され、20年ほど精神科に入院していた。退院してからは、町営住宅で生活していたが、傷害事件を起こし4年間隔離されていた。現在は自宅でデイサービス・ヘルパーを利用し生活している。

本人は自分でできることはやり、ヘルパー利用しながら一人暮らしを継続したい希望がある。ケアマネジャーから専門職に助言いただきたいこととしては、本人の体重が増加しており、下肢への負担や日常生活動作への影響が懸念されるが、一人暮らしで統合失調症もあるため、食生活の管理が難しい。どのように支援するべきかとの事であった。

3 専門職からの助言内容

(薬剤師から) 禁煙すると、現在服薬している薬の効きが変わってくる。

(栄養士から) 栄養指導を受けた方がいい。脂っこいものを週1回にするなど。

(歯科衛生士から) 一切口腔ケアをしていないとの事だが、歯磨きだけでもしてほしい。かむ力の向上、栄養状態の良化など健康にとって様々な良い影響がある。

(作業療法士から) 服の背中側に洗濯ばさみをつけ、体をねじりながら取るとトイレ時ふき取りのトレーニングになる。洋式便器のタンクの方を向いてまたがるようにすれば小便が便器から外れてしまうことを防げると思う。

4 地域ケア会議による効果

専門職の助言を受け食生活、排泄行動など支援の方法を検討した。本人袋ラーメンやせんべいを大量に食べて体重増加の傾向が止まらないので、ヘルパーの利用を週1回から週2回に増やし、夕食を調理してもらいバランスのとれた食事をとる機会を多くすることで体重増加に歯止めをかけるよう動いている。排泄行動については、間に合わず失禁することが多いので、夜間だけリハビリパンツを履いてもらうようにしている。本人は自分の気に入らないような事を言われると逆上する可能性がある(表情が急に険しくなる時がある)ため気を付けて支援している。

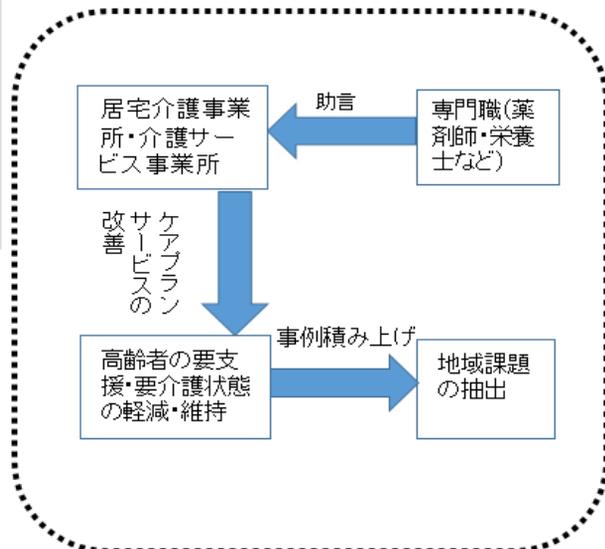
成果と課題

取組の成果

- ケアマネジャーやサービス事業所が、自立支援の視点をより意識しながら支援できるようになる。
- 専門職からの助言により、ケースに対し今までとは違った角度からアセスメント等を行い、ケアプラン、サービス内容の改善につながる。
- 保険者としても、会議に出席し、様々なケースに触れることにより得た知見を、町民や事業所からの相談対応に生かすことができる。

今後の展望

- 個別事例の蓄積から、共通した地域課題を抽出し、解決に向けて取り組む。
- 事例提供者等に過度の負担をかけないよう、会議の開催時期、回数などについて検討する。
- 会議開催後、対象者のケアプラン、サービス等を改善したことにより、どのような変化があったか振り返りを行う。



2 市町村の取組事例

(2) 認知症施策の推進

平田村

認知症になっても安心して暮らせる村づくり

【平田村】の概要

平田村は、県の南部、石川郡の北東部、いわき市と郡山市のほぼ中間に位置しています。全地域が阿武隈山系の中にあり、標高500～700mのなだらかな山間地帯です。本村においては村民誰もが将来なりうる可能性のある認知症に対して、正しい知識を習得してもらうことを始めとしたサポーター養成講座などの様々な取り組みを実施しています。

【基本情報】

（令和5年10月末）

| | |
|-------------|--------|
| ●人口 | 5,538人 |
| ●65歳以上高齢者人口 | 2,039人 |
| ●高齢化率 | 36.8% |
| ●要介護認定率 | 16.6% |
| ●第1号保険料月額 | 5,900円 |



認知症ステップアップ講座

●背景

認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させることや、今後、村で立ち上げ予定である「チームオレンジひらた」の一員として活躍していただくため「ステップアップ講座」を実施。

●事業内容

- （対象者）
- ・認知症サポーター養成講座受講済みの方
 - ・講座受講後、チームオレンジの一員として活動できる方。

（講義内容）2日間コース×2回（令和5年度実績）

講義1日目…「認知症サポーター講座の振り返り」
「認知症当事者の気持ちを知る」

講義2日目…「認知症の人とのかかわり方」
「認知症施策の動向・チームオレンジの立上げに向けて」

●取組のポイント

- ・インプットのみではなく、アウトプットの機会も確保する。
- ・当事者の声を聴き、何をしてほしいと考えているかを知る。
- ・自分たちがしたいこと≠当事者がしてほしいことに気づく。



チームオレンジの立ち上げに向けて

【R5の取り組み】

- 2月 県主催 チームオレンジコーディネーター養成研修受講
5月 民生委員を対象に認知症サポーター養成講座を実施
10月 キャラバンメイト連絡会にて立ち上げに向けた行政説明
11月 認知症疾患医療センター主催 研修会
12月 県主催 チームオレンジコーディネーター養成研修
ステップアップ講座Aコース（3時間×2日間）
対象者：認知症カフェのボランティア、
認知症疾患医療センター研修会参加者
1月 ステップアップ講座Bコース（3時間×2日間）
対象者：認知症カフェのボランティア、民生委員
村内の認知症サポーター養成講座受講者
（認知症カフェボラ：31名）

成果と課題

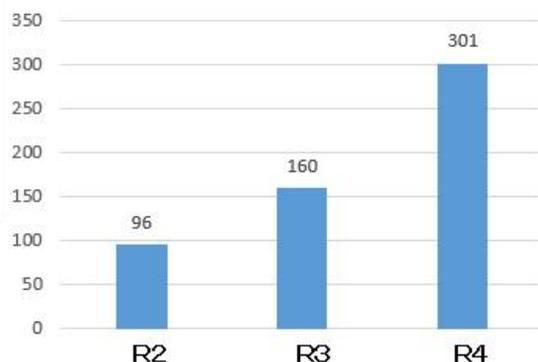
取組の成果

- キャラバンメイト連絡会 参加者 36名
- 「ステップアップ講座」受講者 令和5年度実績
2日間×2回開催 計 31名
- 認知症カフェの定期開催 R2年11月より毎月15日開催

今後の展望

- 「認知症カフェ ひだまり」をチームオレンジの母体として
R6年度発足予定
- 認知症サポーター養成講座を消防団や行政職向けにも
開催予定し新規サポーターの充実をはかる。
- キャラバンメイト連絡会と連携を図り、ステップアップ講座を
展開予定。

カフェ参加者数推移



棚倉町

老若男女問わず地域で認知症の理解促進

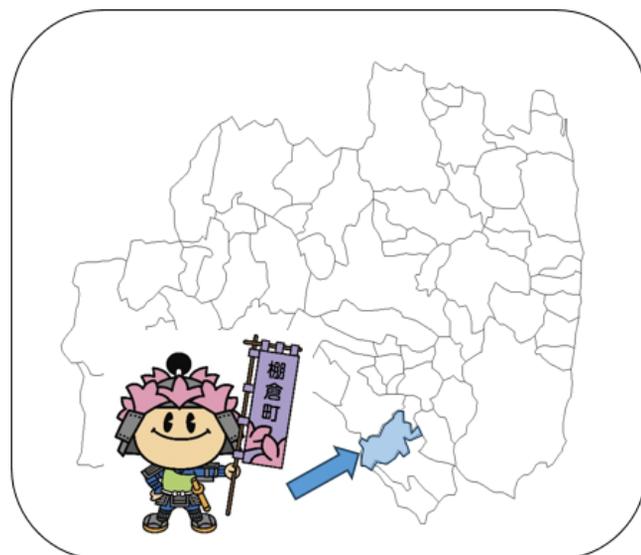
棚倉町の概要

本町は福島県の南部に位置し、東西19km、南北17.4kmの広がり、面積は159.82㎡であり、清涼さわやかな気象状況で、四季を通して住みやすい自然環境を有している。

町内高齢化率が増加傾向にあり、ますます認知症患者の増加が想定されることから、県立修明高校及び町内事業所等に対して毎年認知症サポーター養成講座等の認知症施策を実施している。

【基本情報】（令和6年2月1日現在）

- 人口
12,994人
- 65歳以上高齢者人口
4,345人
- 高齢化率
33.4%
- 要介護認定率
15.8%
- 第1号保険料月額
5,800円（基準額）



取組の内容①

●背景

全国的に介護認定者数が増加傾向にあり、介護認定に至る原因疾患の一つとして認知症があげられるようになった。本町でも介護認定率の低下につながるための施策として、介護予防教室等を実施している。

また、認知症となっても住みよい町とするため、若年層から認知症への理解促進として、県立修明高校にて認知症サポーター養成講座を開催したほか、介護に関する「いきいきかるた」の作成にも取り組んだ。

●事業内容

(1) いきいきかるた

棚倉町家族介護者の会と県立修明高校において、「いきいきかるた」を作成した。

読み札は介護経験のある棚倉町家族介護者の会が考案し、その読み札をもとに県立修明高校が絵札を作成。実際の介護経験をもとに作成された「いきいきかるた」として、高齢者サロン等で活用をしているほか、県立修明高校においても当該かるたを活用し、町内全域で老若男女問わず楽しみながら認知症の理解が広がっている。

取組の内容②

(2) 認知症サポーター養成講座

認知症サポーター養成講座については、県立修明高校と協議の上、例年2月～3月に実施し、グループワーク等を取り入れ参加型の内容とし、認知症に対する知識を身に付けている。

なお、当該養成講座を受講したキッズサポーターにおいて、上記(1)の取組事例を全国キャラバンメイト連絡協議会主催の取組事例作品として応募し、自由作品部門高校生の部において最優秀賞を受賞するなど、若年層からも認知症への理解と普及が進んできている。

●財源

介護保険特別会計

●取組のポイント

町内事業所や郵便局、保健協力員等のみならず、若年層である高校生に対しても(2)の事業を実施することで、老若男女問わず地域全体で認知症に対する理解が図られ、正しい理解が広がり住みやすい環境構築につなげている。

成果と課題

取組の成果

●アンケート結果

(いきいきかるた)

- ・実際に「あるある」の内容で楽しかった
- ・もっと広げて現に家族介護者にも教えてあげたい
- ・介護について楽しく学べた

(認知症サポーター養成講座)

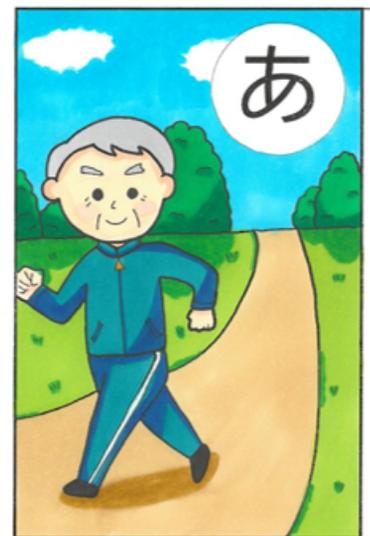
- ・急がせず、優しく声掛けしようと思う
- ・出来ることはサポートし、出来ないことはお手伝い
- ・認知症そして相手を理解することが大切
- ・否定するのではなく受け入れることが大切

今後の展望

●継続的に若年層への理解促進を図るほか、町内事業所等へも理解促進の観点から認知症サポーター養成講座を随時開催していく

●家族介護者の会の活動を広く周知し、現に介護をしている方々の心の負担軽減を図る

●「いきいきかるた」を普及させ、楽しく認知症の理解について学べる機会を増やす



あるかないと
足から弱るよ

会津若松市の概要

福島県の西部に位置し、磐梯山や猪苗代湖など豊かな自然に恵まれたまちです。歴史的にも古く、旧会津松平家の城下町で、名所旧跡も数多く、歴史や伝統・文化が息づいています。また、歴史が深いだけでなく、ITC関連でも力を入れ「スマートシティ会津若松」を掲げ、ICT関連企業や会津大学との技術交流を図り、新たな設備投資や産業創出に向け取り組んでいます。

地域包括ケアシステムでは、高齢者のみならず、障がいがある人や子どもたちも含め、地域住民が共につながり支えあう「地域共生社会の構築」を目指し、地域との連携を図りながら展開しています。

【基本情報】

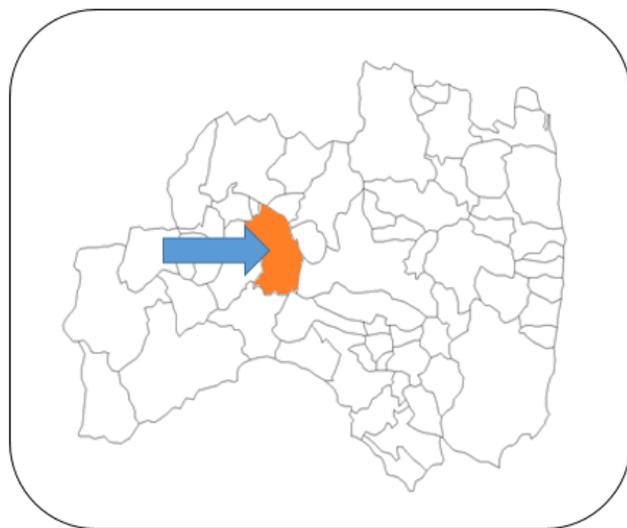
●人口（R6年1月現在）
112,573人

●65歳以上高齢者人口
36,354人

●高齢化率
33.0%

●要介護認定率
20.2%

●第1号保険料月額
6600円（基準額）



認知症高齢者見守りSOSネットワーク模擬訓練

●背景

認知症やその疑いで行方不明になる方は年々増加傾向で、時間経過とともに生存率が下がる傾向にある。

●事業内容

実施主体：地区社会福祉協議会、地域包括支援センター

実施主体が中心となり、地域住民、民生委員、交番、地域事業所など各関係機関と「認知症高齢者見守りSOSネットワーク模擬訓練」を実施。

●取組のポイント

・生活の拠点である地域で行うことで、行方不明者の状況や自分ごととして捉えてもらうように実際に認知症高齢者への対応や声かけを模擬体験していただく。

・認知症高齢者への対応や声かけの難しさを感じてもらい、日頃からの近所との交流やあいさつ、何気ない声かけが命を守ることへの備えであることを理解する。

取組の内容①

①北会津地域

1 経過

令和元年に福島県主催で広域（会津美里町、会津若松市）で実施。その後、今後の超高齢化社会に向け、地域のつながりの重要性を感じて、継続することになる。令和2年、3年は中止となるが、令和4年、令和5年と地区社協中心に開催。他のメンバーとして区長や民生委員、地域の駐在所や介護事業所に協力を呼びかけ地域の中で訓練を行った。

2 実施内容

①取り組みについての計画

前回の取り組みをもとに開催主体で今年度の実施について再検討。内容や参加者、開催場所など多面的に再計画。

②開催計画

県（保健所）、市（高齢福祉課）も参加協力し、実施にむけた意見交換や当日の進行等詳細を決定。

③周知と各関係機関に協力依頼

取り組みへの意義や目的を周知、参加協力を依頼。

④実施

計画をもとに実施。地域包括支援センターによる劇や駐在員、県（保健所）からの助言などを聞き、参加者は認知症高齢者役への声掛けを行う。また認知症の原因疾患の異なる特徴の認知症高齢者役を置くことで様々な対応法を学ぶ。

誰ですか？

劇で流れを紹介



〇〇町の鈴木です



では、声掛けを行ってみましょう

取組の内容②

②河東地域

1 経過

全国的に認知症高齢者が増加傾向にある中、河東地域でも例外ではなく認知症についての相談や生活課題も増加。地域ケア会議において、認知症の方への正しい理解と見守りの必要性を地域に広めていく重要性を包括支援センター職員より説明。その後、地域住民と一緒に考える機会を作りたいと思い、令和3年より第1回「認知症の人にやさしい声かけ訓練」を開催し、その後毎年開催。

2 実施内容

①取り組みについての計画

前回の取り組みをもとに実施主体で今年度の実施について再検討。内容や参加者、開催場所など多面的に再計画。

②開催計画

地域ケア会議で課題なども取り入れ、地区でミニケア会議も行い内容について検討。

（地区で外出後、帰宅できない方がいるなどの情報があり、地域でどのように見守り対応していくか）

③周知と各関係機関に協力依頼

住宅街などで行う場合は警察への事前申請や地区住民へ周知。

④実施

認知症への理解を深め、対応方法を学ぶ内容で2回構成。

1回目：認知症サポーター養成講座

2回目：認知症の人にやさしい声かけ訓練

住宅街の中の茂みで迷っていた様子



こんにちは、これからお出かけですか？

声かけ訓練の前に認知症サポーター養成講座を行い、正しい知識もインプット。その後、訓練でアウトプットしています。



成果と課題

取組の成果

- 認知症行方不明者は人ごとではなく、身近な課題であることを伝える事ができた。
- 地域の中で訓練を行う事で、自分ごととして声かけの難しさと訓練の意義や心構えの必要性を認識する機会になった。
- 地域のつながりを保つことで、道に迷う等の高齢者のいつもと違う違和感に気づき、地域ぐるみの備えについて考えるきっかけになった。
- 駐在所等からの助言により、迷っている方など見つけた場合の相談先について知ることができた。地域の連携について伝えられた。

今後の展望

- 開催できていない地域でも訓練を行い、地域全体で外出して困った時や迷った時に助け合える意識づくりをしていきたい。
- 参加者は高齢の方が多いため、働き世代や子ども達にも参加を呼びかけ、認知症についての正しい知識の普及啓発を図っていきたい。
- 地域の企業などにも参加していただき、生活圏域での見守り体制や支え合う仕組みづくりを目指していきたい。

西会津町

認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために

【西会津町】の概要

福島県の北西部に位置し、新潟県と県境を接する西の玄関口にあたり、人と物が盛んに行き交う宿場町として発展してきましたが、昭和25年をピークに人口減少と高齢化が急速に進み、65歳以上高齢化率は県内で5番目に高い割合となっている。

このため、平成5年に健康の町を宣言し、介護保険制度の創設に先駆けて科学的根拠に基づく生活習慣病の改善、疾病の早期発見、介護施設の整備と人材育成に取組み、保健・医療・福祉が連携した地域包括ケアの深化・推進に取り組んでいる。

【基本情報】（令和6年2月1日現在）

- 人口 5,546人
- 65歳以上高齢者人口 2,737人
- 高齢化率 49.35%
- 要介護認定率 22.4%
- 第1号保険料月額 5,900円



認知症サポーター養成講座 （認知症サポーター養成講座ステップアップ研修）

●背景

本町は、65歳以上高齢化率は県内で5番目に高い状況にあり、要介護認定率、要介護者数も増加傾向にある。

令和5年9月現在の要介護認定を受けた高齢者の実態を検証すると、要介護認定者数の88.9%の方が、認知症高齢者自立度Ⅰ以上の診断となっている。

このため、認知症の方が安心して住み慣れた地域で暮らし続けるための取組が必要となっている。

●事業内容

- ・町、包括支援センター、社会福祉協議会及び住民キャラバンメイトが連携し、毎年、各学校（小学6年生・中学3年生・高校3年生対象）において認知症サポーター養成講座を開催している。
- ・民生委員、自治区住民、サロンの参加者、町内事業所、見守りネットワーク加盟店を対象に認知症サポーター養成講座を受講いただいております。今後、ステップアップ研修を受講いただき、希望者にはチームオレンジへの参加を募っていく予定としています。
- ・令和5年度は、初めて中学3年生を対象にステップアップ講座を開催した。

●財源

- ・財源については、地域支援事業を活用し実施している。

●取組のポイント

- ・学生には、認知症は誰もがなりうる病気であること、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など、認知症を正しく理解していただく取り組みを行っている。
- ・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、具体的な内容について話し合いを行うこととしている。

取組の内容

●認知症サポーター養成講座の実施（毎年、学校と連携し開催している。）

今年度は、小学6年生、高校3年生を対象に実施。

- ・小学生は初めて、高校3年生は町外から入学する生徒もいるため、認知症サポーター養成講座を実施した。（受講者：小学6年生 27名、高校3年生 15名）

●認知症サポーター養成講座ステップアップ研修

今年度は中学3年生を対象に実施。（受講者：35名）

- ・西会津町としては初めてのステップアップ研修となり、試行錯誤しながらの開催となった。内容は、認知症サポーター養成講座のふり返りや家族介護者の体験談、実際に高齢者の方と会話をしながら、「高齢者本人の大切にしていること」や「今後町に必要・あったら良い支援」、「自分たちが一緒にできそうなこと」について高齢者本人と一緒に考え、発表を行った。

最初は生徒も高齢者もお互い遠慮がちな会話であったが、高齢者から「耳が遠いので、何度も聞き返したらごめんね。」と言われると、相手に聞こえやすい声の大きさに気がついたり、身を乗り出して会話したりするなど、生徒達自身が考え行動し、高齢者の方々と接することができており、講座の後半には高齢者が自分の趣味や学生時代の話をするなど、学生と楽しそうに会話する姿が見られた。

中学生の中には、高齢者と同居していない生徒もあり、高齢者とふれあう良い機会になったほか、高齢者にとっても生徒たちと交流することで新たな交流ができ、若い世代と高齢者の共生につながる良い機会となった。

振り返りの場では、生徒からは実際に話せてよかったことや、手芸やゲートボールなどの活動を一緒に楽しみたいなどの感想が聞かれ、高齢者からも生徒と話せて楽しかったことやまた参加したいなどの言葉が聞かれ、高齢者の社会参加へつながる機会となった。

成果と課題

取組の成果

- 小・中・高校の各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（ステップアップ研修）を開催できている。
- 小学生の段階から認知症に対する正しい知識を得ることで、認知症に対する偏見を少なくすることができる。
- 養成研修やステップアップ研修を受講した方から、認知症カフェの運営支援など活動をサポートしていただける方がでてきた。

今後の展望

- 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の有無の確認を実施。
- 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提供できる体制の構築。
- 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。

認知症サポーター養成講座
（Zoomで高齢者と交流中）



ステップアップ研修



【会津美里町】の概要

会津美里町では、「住み慣れた地域でともしつながらいいきと健やかに暮らせるまち」を基本理念に、自立した生活が難しくなっても、住み慣れた地域でいいきと暮らせることを目指しています。特に認知症に関する取組については、「福島県一認知症にやさしい町」をスローガンに、認知症になっても住み慣れた土地で安心して生活できる体制づくりを推進しています。

【基本情報】

- 人口
18,526人
- 65歳以上高齢者人口
7,648人
- 高齢化率
41.28%
- 要介護認定率
20.0%
- 第1号保険料月額
6,800円

令和6年1月1日時点



取組の内容①

●背景

「福島県一認知症に優しい町」をスローガンに認知症に向けた取組として、認知症に関する講演会だけでなく、認知症についてより専門的な知識や認知症の方への対応の仕方を学ぶため、認知症サポーターステップアップ講座を継続的に行っていたところ、ステップアップ研修修了者から「認知症について学んだことを生かし、何か活動したい」と要望が挙がった。

●事業内容

【事業主体】

会津美里町

【事業内容】

町で実施する認知症施策の推進への協力と会員相互の親睦を図ることを目的に、認知症サポーターステップアップ研修修了者で「チームオレンジ」というボランティア団体を設置。

【チームオレンジの活動内容】

- ・町の認知症対策サポート会議への参加
- ・より専門的な知識や対応方法習得のための研修会への参加
- ・小規模多機能施設やグループホームでのボランティアの実施。
- ・認知症介護家族の話を傾聴する家族教室の実施。
など町の認知症施策への協力をいただいています。

町の認知症施策については、資料参照。

●取組のポイント

・町主導ではなく、チームオレンジの方のやりたいこと・学びたいことを町と包括支援センターでフォローしていく形にした。

成果と課題

取組の成果

●チームオレンジの会員数は合計で30名程度になり、町の認知症施策への協力等を通して、会員相互の親睦も深めることが出来た。

●構成員として、民生児童委員や区長、日本赤十字ボランティアなど様々な方に参加して頂いたので、多方面からの周知で、地域住民等へ認知症施策が浸透しつつあり、また、会議への参加等を通して、認知症施策について、様々な方面から意見を伺うことが出来た。

今後の展望

- チームオレンジの活動を地域住民に浸透させ、活動の輪を拡大させていくようにする。
- 活動を通し、認知症当事者やその家族、地域住民が何か困りごとがあった際に、すぐに相談してくれる体制を作る。
- 早期発見・予防で認知症発症を遅らせるとともに、当事者や家族支援があることで認知症になっても住み慣れた土地で安心して生活できるようにする。



活動の様子

会津美里町



※令和6年1月1日現在

- ・ 総人口
18,526人
- ・ 65歳以上人口
7,648人
- ・ 高齢化率
41.28%



特産品 ・ 会津本郷焼 ・ ぶどう、ワイン
・ 身不知柿 ・ 高田梅 ・ 日本酒

「福島県一認知症に優しい町 会津美里町」をスローガンに、認知症を患う高齢者が安心して暮らしやすい地域づくりの実現に向け、関係機関と協力連携して認知症対策を推進するため、会津美里町認知症対策サポート会議を設置し、年3回開催している。

部会

- 広報部会
- 認知症サポーター部会
- 教育研修部会



各部会ごとに分かれ年間の計画・実行・確認、改善を行い、町の認知症施策に反映させている。委員には専門職だけでなく町民（民生員やオレンジの会）も含まれており、アドバイス頂いている。

認知症サポーター養成講座

認知症の知識を正しく理解し、認知症の方とその家族を「見守り応援するサポーター」を養成するための講座を開催している。また、毎年、小中校生を対象に講座を開催しており幅広い世代を対象に実施している。

令和5年度
開催回数・受講者
→16回開催・445名
累計受講者
→6845名程度



累計受講者数が増加してきており、徐々に認知症についての理解が町内に広まってきている。

認知症についてより専門的な知識や認知症の方への対応の仕方を学ぶための、実践的な研修を実施している。

研修内容

- 1日目 オリエンテーション・研修
- 2日目 グループホームでの実習
- 3日目 実習報告・総評
ボランティアの紹介
- 必須 認知症講演会の受講



チームオレンジの活動への参画や各々の個人活動において、より実際の支援活動に繋がっている。

認知症初期集中支援チーム

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

| 年度 | R3 | R4 | R5予定 |
|-----------------------|-----|-----|------|
| 認知症数初期集中支援 チーム対応件数 | 14人 | 10人 | 4人 |



認知症当事者またはその家族の支援を包括的、集中的に行い、医療機関や介護サービスに速やかにつなぐ取り組みを実施している。

認知症講演会

会津美里町認知症対策サポート会議特別顧問、後藤大介医師による認知症講演会を毎年開催しています。認知症についての基礎を医学的な面からわかりやすく解説して頂きます。

研修内容

→認知症の種類、早期発見・予防
新薬、地域作り、MCI
令和5年度参加者
→40名



「福島県」
認知症に優しい町を目指して

「認知症の早期発見・予防・地域作り、新薬について」一緒に学んでみませんか！

日時 2023年11月25日（土）
15時～16時30分

会場 じげんプラザ じげんホール

講師 会津こころと脳のクリニック
院長 後藤 大介 先生

申込 要事前申込
電話・QRコードから



問い合わせ 会津美里町地域包括支援センター ☎ 0242-36-7510

オレンジの会（チームオレンジ）

認知症サポーターステップアップ研修修了者で構成されるボランティア団体。本会は、会津美里町が実施する認知症施策の推進に協力するとともに、会員相互の親睦を図ることを目的とする。

構成員

- ・ 民生児童委員
- ・ 運動指導員
- ・ 元役場職員
- ・ 区長
- ・ 日本赤十字ボランティア

今年度入会者
→8名
会員数計
→30名程度

オレンジの会立ち上げの経緯

認知症ステップアップ研修修了者からせっかく認知症について学んだことを生かし何か活動したいと要望が挙がりました

ボランティア活動を行いたい

認知症についてもっと学びたい



ステップアップ研修修了者で交流を持ちたい

オレンジの会活動内容



会議の委員

認知症になっても住み慣れた土地で安心して生活できる体制づくりを推進するために実施する、認知症対策会議の委員として参加いただいています。



研修会・総会

より専門的な知識や対応方法習得のため、研修会を実施しています。会員相互の親睦を図ることや年度の予定を話し合う機会を設けています。



ボランティア 家族教室

小規模多機能施設やグループホームでのボランティアを実施しました。また、認知症介護家族の話の傾聴する取り組みも行っています。

オレンジの会 (チームオレンジ)

- ・ 自発的
- ・ 勉強熱心
- ・ 活動に意欲的



オレンジの会会員の
やりたいこと、
学びたいことを
町・包括でサポ
ートする

チームオレンジの活動が地域住民に浸透し、活動の輪を徐々に拡大させていく。



活動を通し、認知症当事者やその家族、地域住民が何か困りごとがあった際にすぐに相談してくれる。



早期発見・予防で認知症発症を遅らせる。当事者や家族支援があることで認知症になっても住み慣れた土地で安心して生活できるように。

認知症カフェ・家族あんしん教室

認知症カフェ

認知症の人やその家族、地域住民、介護や福祉などの専門家など誰でも、気軽に集える場所です。



家族あんしん教室

家族介護者の介護負担感や、気分の落ち込みなどが少しでも軽減できるように支援することを目的に家族あんしん教室を開催しました。家族介護者だけでなく認知症当事者の方も参加できる教室になっています。



9月の世界アルツハイマー月間に伴い、1人でも多くの人に認知症を理解してもらう機会として、町図書館に認知症に関する本を展示しています。

認知症を題材にした本の貸出実績

| 年度 | R5 |
|------|------------|
| 貸出回数 | 33冊 (66冊中) |

期間：9月8日（金）～29日（金）

場所：会津美里町図書館



川内村

みんなで支える地域包括ケアシステムへ

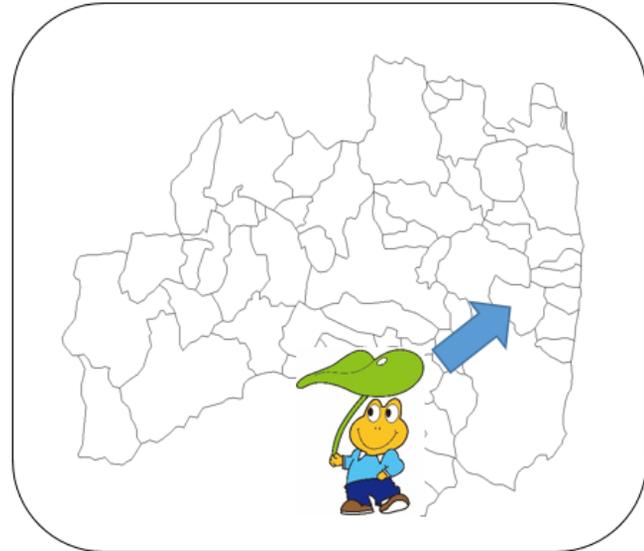
川内村の概要

福島県双葉郡の中西部に位置し、東は富岡町・楡葉町、西は田村市滝根町、南はいわき市、そして北は田村市都路町・双葉郡大熊町に接しており、北から南には雄大な阿武隈高原の山々が連なっています。

地域包括ケアシステムの構築については、過疎地域ゆえに地域資源が限られているため、既存資源を活用した持続可能な体制整備を推進していく方針です。

【基本情報（令和6年1月1日時点）】

- 人口
2,285人
- 65歳以上高齢者人口
1,070人
- 高齢化率
46.8%
- 要介護認定率
22.6%
- 第1号保険料月額
6,900円（基準額）



取組の内容

●背景

高齢化が進み高齢独居・高齢世帯が増加、認知症の方も増え、地域での見守りや、かつては親族・近隣とのつながりで乗り越えていた『ちょっとした困りごと』への支援が必要な方が増えている。認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる地域体制や地域理解が必要となってきた。

●事業内容

①おれんじカフェ（H30.1月～）

月2回開催。認知症の理解を深め、地域で支え合えることを目指し実施。おれんじカフェの中で、世代間交流や川内村の再発見を目的とした「川内ツアー」も開催。また、他地区への周知・理解を深めることを目的に、年に数回、開催場所を変えて行っている。

②キッズサポーター養成講座

8月に小学生を対象とし、認知症サポーター養成講座を開催。「認知症キッズサポーター」になってもらい、自分たちになにができるだろうと考える機会を作った。

令和4年 小学5～6年生対象 受講者8名
令和5年 小学3～4年生対象 受講者4名



③認知症サポーター養成講座

過去に講座を受講した方はいるものの、活躍の場がなくサポーター自身が高齢化、またサポーターとなった方の把握が難しい状況から、新たに講座を開催し、それぞれの立場で何ができるか、認知症の方とそのご家族との接し方等を検討、理解を共有する機会とした。

令和4年 民生児童委員8名
令和5年 地域職域・住民対象



④認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チーム員

地域包括支援センターの職員は、各研修を受講済み。

現在までの支援件数 対象ケースはあるものの検討に至らず

成果と課題

取組の成果

- 認知症カフェ→認知症予防、認知症理解のみでなく、世代間交流や地域を知るツアーを実施したことで、高齢者と関わることへの子供たちの意識向上と、高齢者からは子供たちと触れ合える喜びの声がかかれた。また、他地区でサテライト開催することで、地区間の交流を懐かしむ声もかかれた。
- 認知症(キッズ)サポーター養成講座→講座だけでなく、グループワークを取り入れ、認知症に関する知識はあるものの具体的な支援や関わり方が不安だった参加者同士が、意見交換・情報共有することで、認知症に対する理解の促進につながった。受講した小学生からは、高齢者理解・認知症の方との関りについて積極的な意見や思いやりの声をきくことができ、地域づくりの仲間として頼もしく思えた。
- 認知症施策を展開する中で、常に「地域」を意識し、内容も参加する方の声や思いを取り入れることで、認知症の事業をしながら、地域での支援体制を構築できることも目指している。



今後の展望

- さらなる認知症の理解促進のため、サポーター養成講座を実施したい。また、サポーターが活躍できる場を地域の方と一緒に考えていきたい。
- 地域住民から積極的に声をあげてもらえるような働きかけをし、住民が興味を持てるよう事業を展開したい。
- 住民が主導的に活躍できる場を作っていきたい。



2 市町村の取組事例

(3) 在宅医療・介護連携の推進

郡山市

わたしの未来ノート(郡山市版エンディングノート)作成とACP普及啓発

【郡山市】の概要

郡山市では、在宅医療・介護連携拠点として2018年11月に「郡山市在宅医療・介護連携支援センター」を開設(郡山医師会へ委託)し、関係機関と連携して介護保険法に基づく在宅医療・介護連携事業を推進している。当該事業としてACPの普及啓発を推進している。

【基本情報】(令和5年12月末現在)

- 人口 315,155 人
- 65歳以上高齢者人口 88,174 人
- 高齢化率 27.98 %
- 要介護認定率 18.23 %
- 第1号保険料月額 (第8期計画 R3~5) 5,573 円



取組の内容①

●背景

令和元年度～ACPに関する研修会(市民・専門職向け)
令和3年度 ACPに対する取り組み等に関するアンケート調査

●事業内容

- ・令和4年度に「郡山市エンディングノート研究会」を立ち上げ、令和5年度に「わたしの未来ノート(郡山市版エンディングノート)」を作成した。
- ・「わたしの未来ノート」を医療や介護関係機関に配布した。また、「わたしの未来ノート」を活用した市民向け講座や医療・福祉・介護等専門職向け研修会を開催するなど、広くACPの普及啓発を図った。

●取組のポイント

(1) わたしの未来ノート(郡山市版エンディングノート)作成

在宅医療・介護連携支援センターが中心となり、「郡山市エンディングノート研究会(市内の医療及び介護関係の13団体が協力)で作成。

【特徴】

- ・郡山医師会監修による、もしもの時のための「私の希望表明書(事前指示書)」を掲載し、切り取り可能
- ・健康寿命を促すポイントを掲載
- ・成年後見制度の解説を掲載



取組の内容②

(2) わたしの未来ノート（郡山市版エンディングノート） を活用したACPの周知啓発

- ①在宅医療・介護関係団体への説明会
エンディングノート研究会の協力団体など、医療や介護の関係団体へ「わたしの未来ノート」の活用について説明会を実施。
- ②市民向けACP講座
市民向けACP講座の開催や希望する市民団体へ出前講座を実施。令和5年度は20回以上の講座を実施。
- ③ACP研修会
市内の在宅医療で活躍している医師等の専門職を講師として、市民向け及び専門職向けのACP研修会をそれぞれ実施。
- ④広報紙等で周知
広報紙に特集ページの掲載や市ウェブサイト等に掲載し、市民へ周知啓発を実施。

※「わたしの未来ノート」は、高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）や医療機関及び介護・福祉施設等で配布するほか、市ウェブサイトでダウンロード可能としている。



<出前講座>



<広報紙>



<研修会チラシ>

成果と課題

取組の成果

- 郡山医師会をはじめ各種団体と協力して、事前指示書を含めた「わたしの未来ノート」を作成したことにより、医療・介護関係者共通のツールができた。
- 各種団体に「わたしの未来ノート」の説明会を開催したことで、医療・介護関係者への周知啓発となり、各団体でACPの取り組みについて考えるとともに、在宅医療と介護の連携につなげる機会となった。
- 出前講座や研修会などにより、ACPに興味関心を持ってくれる市民が増えた。



<研修会>

今後の展望

- 市内の医療・介護関係者及び市民の方に対して、出前講座などの取り組みを継続し、ACPの周知啓発を図っていく。



<わたしの未来ノートを書いている様子>

塙町

多職種連携に向けた取り組み
(在宅医療・介護連携の推進)

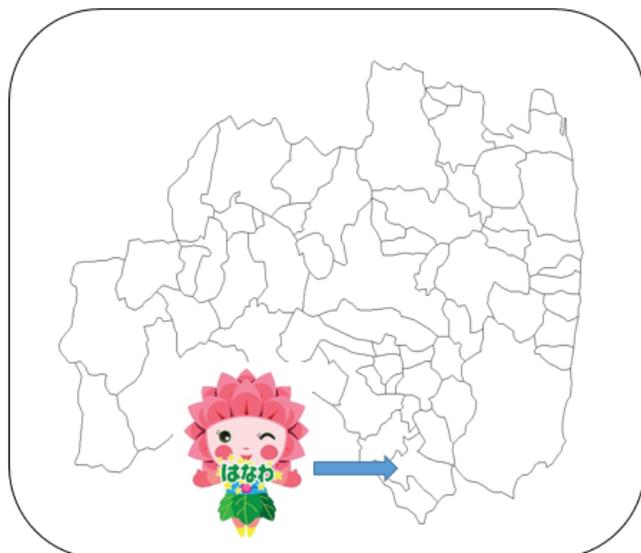
塙町の概要

福島県の南東部、阿武隈山系と八溝山系に囲まれた田園と山林のまち。鮎の生息数日本一を誇る久慈川が町の中央を南北に流れ、その支流である渡瀬川、川上川の渓流とともに、町の豊かな自然の象徴となっている。

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするために、公的な福祉サービスの充実だけでなく、地域住民の活動の活性化に力を入れるなど、地域で支え合う福祉を目指している。

【基本情報（令和6年2月1日時点）】

- 人口
7,963人
- 65歳以上高齢者人口
3,188人
- 高齢化率
40.0%
- 要介護認定率
21.9%
- 第1号保険料月額
5,600円（基準額）



取組の内容①

●背景

医療・介護の関係者間の顔が見える関係づくりのために、令和元年度より在宅介護・医療に関する研修会を開催し、その事務局は東白川郡4町村が持ち回りで行っていた。

しかし新型コロナウイルス感染症の流行により、研修会の実施が令和3年度、令和4年度と実施ができなかった現状にあった。

今年度、多職種の連携を改めて進めるきっかけとして、在宅介護・医療に関する研修会を再び開催した。

●事業内容

【在宅医療・介護連携推進事業研修会】

日時：令和6年2月14日（水） 13:30～15:30

会場：塙町公民館 大研修室

（塙町大字塙字桜木町80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・養護老人ホーム」で勤務する職員、東白川郡内の町村担当者及び県南保健福祉事務所職員
合計65名

取組の内容②

内 容：研修会 （※地域包括ケアシステム構築に向けた取組に対する
専門職派遣事業利用）
講演「在宅医療・介護連携推進事業推進のために」
講師：まつもと社会福祉士事務所・福島県社会福祉士会長
松本 喜一 社会福祉士

参加者アンケートより

【研修会の感想】

- ・資料と体験談を交えてのお話だったので、とても分かりやすく聞きやすい研修会だった。
- ・地域の勉強会や情報交換会に参加し、多職種と顔見知りになると、今後の連携もやりやすくなると思った。
- ・情報収集や共有、顔の見える関係づくり（信頼関係）は連携をするうえで大切だと思った。

【今後の要望について】

- ・在宅での看取りの連携についての研修会を実施してほしい。
- ・緊急の受診時の対応についての考え方を共有したい。
- ・連携がうまくいく仕掛けをどんどん行ってほしい。

成果と課題

取組の成果

- ・研修会については、令和2年度以来の開催であり、参加者のニーズがどこまであるか不明だったが、各事業所より複数名の方に参加していただくことができ、互いに顔に見える研修会になったと感じた。
- ・研修後に実施したアンケートにより、各職種における課題や、今後実施してほしい事業内容について意見を吸い上げることができた。
- ・在宅医療・介護連携事業について同じ内容の研修を受けることにより、連携に関する知識や意識の共有ができ、今後のさらなる連携につながるきっかけづくりとなった。

今後の展望

- ・会場の都合もあり、グループワークなどの直接互いに話し合う機会を設けることができなかった。次年度はグループワークの実施も検討するよう、事務局を担当する町村に引き継ぎたい。
- ・アンケートにおいて様々な要望を吸い上げることができたため、次年度以降の内容に反映し、今後もこの研修会を継続していきたい。
- ・地域包括ケアシステムのさらなる構築のために、埴町としても在宅医療・介護連携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

桑折町

通いの場等におけるタブレットを活用した
脳活カトレーニングプログラムの提供

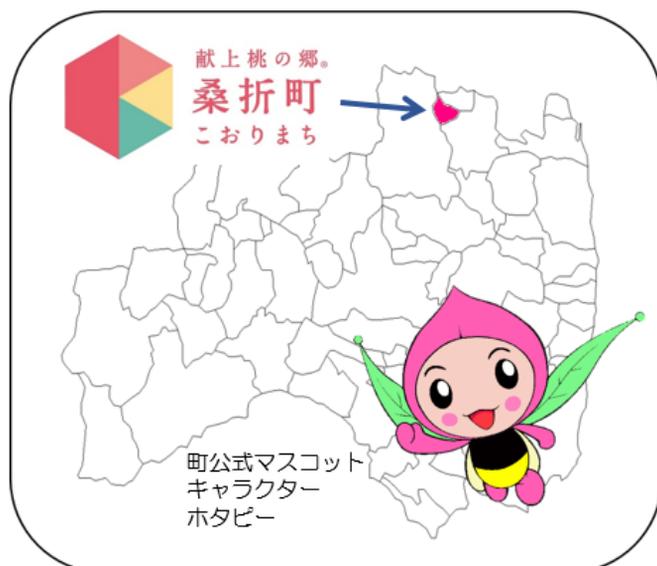
桑折町の概要

桑折町は仙台藩伊達氏発祥の地として知られており、緑豊かな自然と数多くの史跡や文化に恵まれた「自然と歴史のふるさと」です。

町では、健康寿命の延伸に向けた健康づくり推進を目的として、医・学・産・民・官が一体となったコンソーシアム「こおり健康楽会」を令和2年度に設立し、「健康長寿で元気なまち」づくりに取り組んでいます。

【基本情報】 ※令和5年12月1日現在

| | |
|-------------|---------|
| ●人口 | 11,065人 |
| ●65歳以上高齢者人口 | 4,174人 |
| ●高齢化率 | 37.7% |
| ●要介護認定率 | 18.3% |
| ●第1号保険料月額 | 6,583円 |



取組の内容①

●背景

健康寿命延伸のため、介護予防のための通いの場等における継続的支援が必要である。既存のプログラムに加えて新たなプログラムを提案することで、参加者の増加や、地域住民が自主的に取り組む介護予防事業となることを目指す。

●事業内容

令和4年度

本補助金を活用し、タブレットを購入。
無料で利用できる脳トレアプリを通いの場等で体験していただいた。
アンケート結果で「継続して参加したい」という声が多く聞かれた。

令和5年度

通信環境を整備し、認知機能の測定もできる「脳活カトレーニング」プログラム（有償）を導入。

職員のサポートにより操作方法を学んだあとで、自主団体等への機器の貸し出しを行い、自主的に活用できることを目標とした。

●財源

福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金

●取組のポイント

昨年度、タブレットを活用した介護予防・重症化防止のプログラムに興味を持っていただくことができたため、自主的活動の場において継続して活用できるようプログラムの充実を図る。

成果と課題

取組の成果

- 脳トレ体験者数：12グループ・194名（一般参加者含む）
- 満足度の指標として「プログラムを続けてみたいか」の設問に対し
またやりたい・・・89% の回答

今年度は主に「出張脳トレ」として、職員が町内に出向いての体験を行いました。一度だけでなく、「定期的に体験したい」と通ってこられる方もおり、継続的に活用したいという声が多数ありました。自主団体からの問い合わせも多くなっています。



町職員・包括支援センター職員による出張脳トレ

今後の展望

- 身体だけでなく、認知機能の「見える化」を図ることで、継続的な介護予防・重症化予防に役立てていきます。
- タブレットの操作に慣れない方も多く、貸し出しまでには至りませんでした。地域住民が自主的に活動できるよう、今後も内容の充実と活動の支援をしていきます。



脳トレPRチラシ



通いの場では、メンバー同士和気あいあいと体験する姿がみられました

川俣町

つながりを大切にするケアプラン勉強会

【川俣町】の概要

阿武隈山系の豊かな里山と清流に囲まれながら、絹織物の町として発展してきた町です。「地域みんなで支え合いながら、住み慣れた地域や家庭の中で、安心して暮らせるまち」を目指し、各関係機関の連携をもとに地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

【基本情報】(令和6年1月末現在)

- 人口
11,662人
- 65歳以上高齢者人口
5,150人
- 高齢化率
44.16%
- 要介護認定率
20.58%
- 第1号保険料月額
7,049円



小手姫様



取組の内容

●背景

要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するためには、介護保険サービスだけでなく**インフォーマルな部分を含めたケアマネジメントが重要**である。

このことから、介護支援専門員が利用者の家族や地域での役割等を含む**生活歴を知る**ことで、より利用者に適したケアプランの作成を可能とすることを理解し、それらを知る手段のひとつとして、**生活支援コーディネーターとの連携**や**サロン等の住民主体の通いの場**について学ぶことを目的とし勉強会を開催した。

●実施主体

川俣町地域支えあい推進に係るコアチーム連絡会

川俣町

地域包括支援センター

社会福祉協議会

3者で構成し、誰もが自分らしく、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域づくりを目指し、より効果的に実施するための情報交換や協議を行い、連携のもと包括ケアシステムの構築に係る各施策を推進している。

《主な取り組み》

- ・生活支援コーディネーター活動支援
- ・地区別情報交換会支援
- ・地域の支え合い好事例集「幸せの達人」の作成
- ・フレイル予防普及啓発チラシ作成 等



●事業内容

「つながりを大切にするケアプラン勉強会」

川俣町介護支援専門員連絡会と連携し、介護支援専門員を対象にケアマネジメントにおける地域とのつながりの重要性について、勉強会を3回実施した。

【第1回】（講演＋グループワーク）

○開催日時 令和5年5月18日（木）13時30分～15時30分

○参加者数 30人

○テーマ 「介護支援専門員にできる地域づくりとは」

○講師 特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター
地域支え合い推進プロジェクト 橋本 泰典 氏

◎講演内容

- ・生活支援体制整備事業について
- ・住民主体の活動事例について（日常生活支援・居場所づくり）
- ・利用者の「つながり」支援＝地域の「通いの場」の支援
⇒地域の「気かけ合いや支え合い」の関係を守ることにつながる

◎グループワーク内容

- ・講義を聞いての気づき
- ・日常のつながりと暮らしの支え合い事例について

▶参加者の声

生きがい支援のために、利用者の生活歴を知ることと地域とのつながりに目を向けることの重要さが分かった。



生活歴を知ることが難しい。アセスメントにどう活かせるのか。サロン活動がわからない。情報を得る手段もわからない。



【第2回】（説明＋事例報告＋グループワーク）

○開催日時 令和5年9月21日（木）13時30分～15時30分

○参加者数 30人

○テーマ 「生活支援コーディネーターについて」

○助言者 特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター
地域支え合い推進プロジェクト 橋本 泰典 氏

◎説明内容

- ・川俣町地域支えあい推進に係るコアチーム連絡会について（町説明）
- ・生活支援コーディネーターについて（社協SC説明）

◎事例報告＆深ぼり

《CMとSCが連携して社会参加の再開を検討している事例》

⇒利用者の望む暮らしを理解し介護保険外も視野にいれることが重要

《介護サービスを利用せずサロンや地域住民とつながり生活している事例》

⇒サロン活動の理解と地域住民とのつながりの生活維持への効果

◎グループワーク内容

- ・事例についての気づき

▶参加者の声

- ・要介護状態になってから関わりを持つCMにとって、利用者の生活歴を知りたいとき、社会参加につなげたいとき、CMとSCの連携が必要だと感じた。
- ・サロンや地域住民等の気にかけてくれる環境づくりは本人の生活維持にとって重要。



【第3回】（事例報告＋グループワーク）

- 開催日時 令和6年1月18日（木）13時30分～15時30分
 - 参加者数 21人
 - テーマ 「生活支援コーディネーターとの連携による支援事例」
 - 助言者 特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター
地域支え合い推進プロジェクト 橋本 泰典 氏
- ◎事例報告（担当CM＋社協SC）

≪認知症の利用者が地域の支え合いによって在宅生活を継続している事例≫

- ・CMアセスメント開始時は警戒心が強く提案内容の理解が難しい様子
- ・他者との関わりのためにデイサービスを提案したが中止
- ・体調不良→家族から施設入所の希望もあったが、本人視点でのサービス導入を再考。食事提供を中心としたサービスに切り替え在宅生活を継続。

SCの情報提供によりCMがアセスメントを再考した例

サロンは休まず参加し、調理等の活動も仲間の声掛けによりできている。近所の地域住民との毎日の散歩にも仲間の声掛けにより参加している。
⇒他者との関わりは既にあったこと、今まで関係を築いてきた地域との関わりや見守りがあることがわかり、離れて暮らす家族の安心にもつながった。調理もできているとのことから、今後、ヘルパーとの調理（役割支援）などもサービス内容として提案していきたい。

◎グループワーク内容

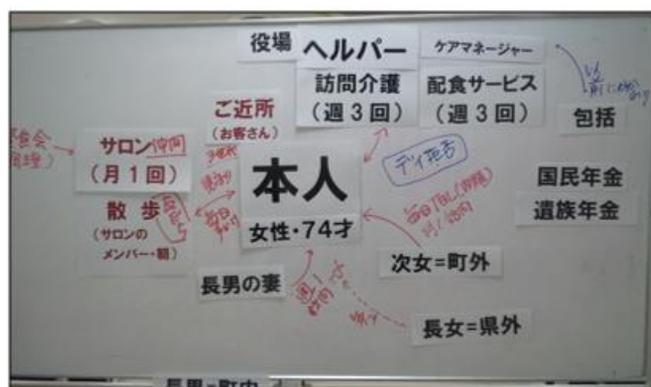
- ・事例についての気づき

▶参加者の声

- ・認知症だからと特別扱いしない。昔ながらの付き合いがあるからこそその地域のつながりのすばらしさを感じた。
- ・サービス導入時の本人視点が重要。そのためにも生活歴を知ることが大事。
- ・利用者のサロン活動や地域住民とのつながりについて知りたいときは、SCや町と連携をとることで情報共有していきたい。その情報をケアプランに活かせるよう努力したい。
- ・地域との関わりについてSCから情報提供してもらうことで、インフォーマルも含めたアセスメントが可能になる。



▶介護支援専門員の活発な意見交換



▶エコマップでSCとの関わり前後を見える化

成果と課題

取組の成果

《介護支援専門員の資質向上》

- 生活支援コーディネーターについて知ることができ、連携の重要性に気づけた。
- サロン等の住民主体の通いの場について知ることができ、地域のつながりによる支え合いがあることに気づけた。
- 利用者の生活歴を知ることの重要性を再確認し、情報を得る手段を理解した。
- 介護保険サービスだけでなくインフォーマルな部分も含めたケアマネジメントを行うことについて、抵抗感を和らげることができた。
- 介護支援専門員がサロン活動に出向くきっかけにもなった。

今後の展望

- 介護支援専門員と生活支援コーディネーターとが連携し、利用者が望む暮らしの把握に努め、より利用者に適したケアプランの作成をすることで、町民ひとりひとりに寄り添った支援を行う。
- さらなる地域包括ケアシステムの構築に向け、「川俣町地域支えあい推進に係るコアチーム連絡会」と「川俣町介護支援専門員連絡会」連携を強化していく。



須賀川市

地域のつながり、支えあいを広げるために
～市民とともにつくる発表会～

【須賀川市】の概要

須賀川市は、福島県のほぼ中央に位置しています。東西37.9km、南北16.5kmの市域があり、市内中心部を阿武隈川、釈迦堂川が流れる豊かな自然と穏やかな気候に恵まれたまちです。

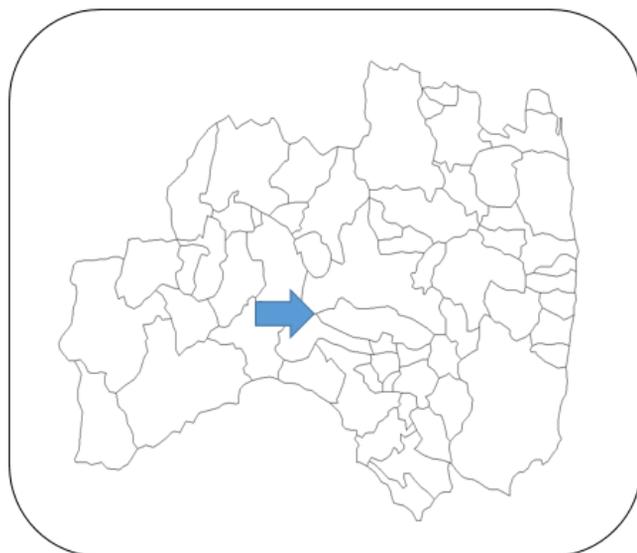
本市においては、地域包括ケアシステムの深化・推進と地域共生社会の実現に向け、「住み慣れた地域で支えあい自分らしく健やかに生きがいを持って生活できるまち」を目指し、必要な支援が包括的に提供できる体制づくりとともに、地域力の強化、つまり、一人ひとりが「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくりを行っていきます。

【基本情報】 令和5年12月末現在

- 人口
73,828人
- 65歳以上高齢者人口
22,163人
- 高齢化率
30.02%
- 要介護認定率
18.7%
- 第1号保険料月額
6,470円



須賀川市マスコットキャラクター ホーたん



生活支援体制整備事業

●背景

平成29年度に生活支援体制整備事業を開始。地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、その中核を担う地域包括支援センターに生活支援コーディネーター（SC）を配置。令和5年度から、総合計画における重点事業に位置づけている。

●事業内容

令和4年度

福島県生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣を受け、SC及び社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（CSW）向け研修会を2回開催。

令和5年度

福島県生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣を受け、前年度の機運を生かし、SC及びCSWが中心となり、市民とともに企画段階から作り上げる住民公開型のイベントを開催。

●取組のポイント

ないものを作り出すことや足りないことばかりに視点が向きがちな地域課題やSC活動について、発想の転換を図り、地域にある資源（いわゆる地域のお宝）を見える化し、その資源や活動が地域にどう影響しているのかを意識する視点を重要視した。

SC及びCSWが中心となり、市民とともに公開型の発表会を企画段階から作り上げた。

「須賀川でみつけた大切なつながり」 ～みんなに広かれ笑顔の宝～ (地域のお宝発表会)

●目的

地域で活動している団体等の取り組みを発信し、住民の社会参加の機会や各団体の活動継続へのモチベーションとなることで、つながり合いながら支え合う地域共生社会の実現に向けた地域づくりを進めるためのきっかけとする。

●概要

いきいきと活動されている地域の方に「こんな活動を楽しんでいる」「こんな取り組みをしている」など、地域のお宝発見と題し、活動発表していただく住民公開型のイベント

●発表団体

7団体（通いの場、地域食堂、地域団体、商店等）

●内容

各団体からの発表後に、講師から発表者に対する質問を通して、事例やお宝ポイントを伝えていただき、活動にはこういう意味があったなど、発表者や参加者全員が振り返る機会を設けた。

SC等が中心となり、発表者とともに10分間の報告を作り上げた。

成果と課題

取組の成果

- 生活支援体制整備事業を通し、つながり合いながら支え合う、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための地域づくりをすすめるための第一歩となった。
- 発表や講師からのコメントを通し、各活動に対する意味づけや振り返りをする機会となった。
- 成果等が見えにくいSC等の活動へのモチベーションにつながった。
- イベント後の感想
「いきいきと話す方々の様子を見て、地域でつながりを作り維持していくことの大切さをあらためて感じた」
「介護で疲れているけど元気をもらった」「笑顔の宝が地域の宝となり地域の輪となり地域の力となる」「つながりの大切さをPRできる場が必要、意義のある会だった」「人とつながりたい気持ちになった」



今後の展望

- 地域共生社会の実現に向けて、人と人とのつながりそのものがセーフティネットであると考え、本事業を通じ、さらなる地域力の強化につなげていく。

白河市

「白河市らく楽健康体操」による介護予防の推進

【白河市】の概要

白河市の高齢化率は令和6年1月1日時点で31.4%あり住民の3.2人に1人が高齢者という状況にある。また、令和8年(2026年)には総人口56,097人、65歳以上の高齢者数は18,223人になると推計されており、高齢化率も32.5%まで上昇すると見込まれている。

【基本情報】(令和6年1月1日現在)

- 人口
57,878人
- 65歳以上高齢者人口
18,150人
- 高齢化率
31.4%
- 要介護認定率
17.6%
- 第1号保険料月額
5,900円



らく楽健康体操の取り組み概要①

【らく楽健康体操クラブ概要】

- ◇対象 住所を有するおおむね65歳以上の方
- ◇内容
 - ・10名以上でクラブを設立し、週1回以上DVDを見ながら行う体操を実施
 - ・理学療法士が初回、2回目、3か月目、6か月目で訪問し、身体機能の測定を行う
- ◇会場 地区で集まりやすい集会所等

【現在のらく楽健康体操クラブ】

- ◇令和5年度に1地区新規開設し、現在市内7地区で体操クラブを実施



らく楽健康体操の様子

【らく楽健康体操周知の取り組み】

- ◇市広報誌に掲載
- ◇市YouTube公式チャンネルで公開
- ◇荒木秀夫名誉教授による講演会を開催



らく楽健康体操(解説あり)

YouTubeにて公開中の動画

らく楽健康体操の取り組み②

【らく楽健康体操の取り組み】

◇各地区の体操クラブを継続、理学療法士の身体機能測定を実施

◇らく楽健康体操を考案した徳島大学荒木秀夫名誉教授の講演会を実施

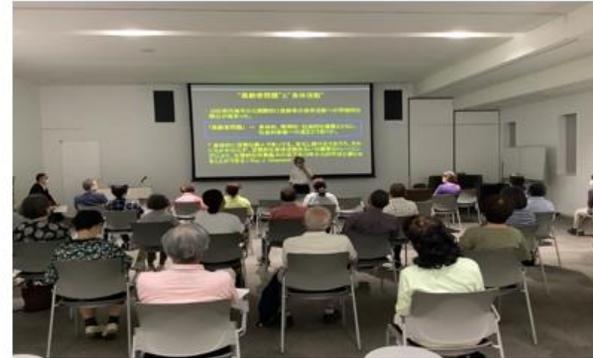
◇立命館大学と協同で、らく楽健康体操をやっている人ややっていない人の体力測定会を実施。らく楽健康体操体験や効果測定を行った

◇足利短期大学教授に講演会と体操指導を実施、現在7か所で実施しているらく楽健康体操クラブの会員の交流会を行った

◇住民が気軽に取り組めるよう「らく楽健康体操ちらし」制作



体力測定会の様子



荒木名誉教授の講演会の様子

らく楽健康体操の成果と課題

取組の成果

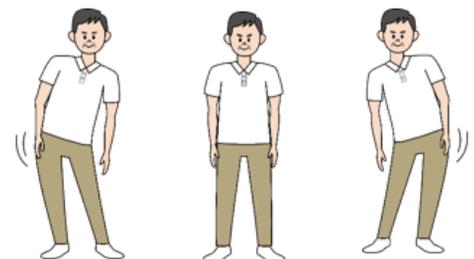
- 身体機能測定の結果、初回から3か月後の測定の数値で、TUGで男性0.4秒、女性0.2秒の改善がみられた。
- 広報等の周知により、町内会でらく楽健康体操クラブを新設した箇所が1か所あった。

タイムアップ&ゴー（TUG）の平均測定値
*立ち座りの動作、歩行速度を評価

| | 評価実施者数 | | 平均測定値 | |
|-----|--------|-----|-------|------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 初回 | 17人 | 55人 | 5.9秒 | 5.7秒 |
| 2回目 | 14人 | 52人 | 5.5秒 | 5.5秒 |

今後の展望

- 作成したチラシを関係機関に配布設置し、住民に周知し今後もクラブを増やすことで、住民への運動の習慣づけを図る。
- 憩いの場を通じた地域づくりのため、住民同士の助け合いや見守りの場にしていく。
- 既存のクラブ員から介護予防活動や地域づくりを実施する人材を育成する。



らく楽健康体操『くの字体操』イラスト

【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。7割が林野、中心部は平坦で、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るよう、生活支援、介護予防の体制づくりを進めています。

【基本情報】 令和5年12月1日現在

●人口

42,406人(16,112世帯)

●65歳以上高齢者人口

16,303人(75歳以上 8,863人)

●高齢化率

38.4%(75歳以上20.9%)

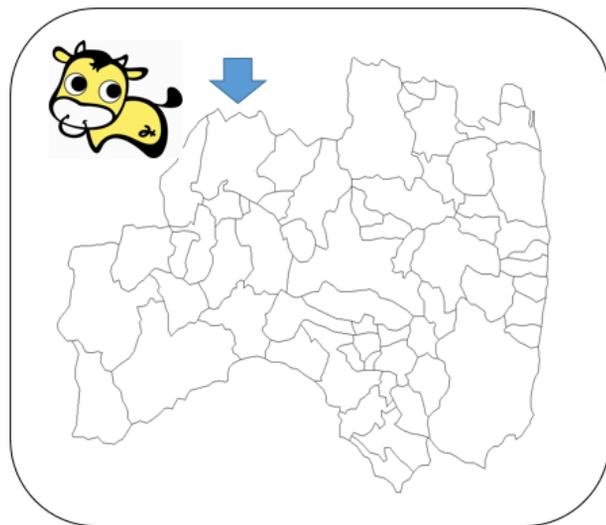
●要介護認定率

20.3%

●第1号保険料月額

1,370円～12,604円

所得に応じた負担段階を設定しています。



取組の内容①

●背景

地域とともにある学校づくりを進める中学校と、世代間交流をしたいと考えていた各地区協議体のニーズが一致し、1層生活支援コーディネーターと市職員が支援しながら、中学生と協議体委員の交流が行われることになった。その後、近隣の中学校にも波及し、現在はそれぞれ特色ある取り組みが行われている。

●事業内容

- ①今まで行ってきた地域との交流について中学生と意見交換を行い、想像していたよりも中学生が地域に関わりたいとの気持ちがあることを知る。→今後も交流をすすめようと決意。参加者の意識を共有するところから始める。
- ②地域住民に声掛けし、Wiiボーリングやダーツ等のレクリエーションを実施。中学生が盛り上げ役を担ってくれたため、大盛況。
- ③中学生より、文化祭で保護者を含めた地域住民と一緒に歌を歌うことの提案がある。地域に向けた文化祭のチラシを一緒に作成し、中学生が公民館等へ掲示の依頼。参加者全員で合唱を行うことができた。



取組の内容②

●事業内容

- ④中学生が協議体委員や地域住民へスマートフォンの使い方を教えるスマホ教室を開催。それに合わせて、中学校の見学や校長との意見交換を実施。地域に開けた中学校にしたという思いを共有した。
- ⑤中学校の避難訓練に協議体の委員も避難者として参加。テント設営や新聞紙で作る室内用スリッパの作成、避難所受付のロールプレイに参加。
- ⑥「福祉と防災」をテーマとした“もしもすぐろく”を実施。有事の際、自分の身を守りながら避難し、その際、地域への声掛けなどできることについてのグループワークを行った。

取組のポイント

- 中学生と協議体の委員がお互いに楽しみながら活動する
- 皆が同じ目線で話を行いながら、ざっくばらんに話せる雰囲気を作る



成果と課題

取組の課題

- 中学校の中での引継ぎや双方の目線を常に同じにする
- イベントだけの関わりにしない



取組の成果

- 中学生と地域の住民、高齢者が交流する機会を持てた
- 協議体委員や地域住民が中学校を身近に感じる事ができた
- 世代間交流、地域住民同士の交流が持てたことで、お互いが「気にかけて合う」きっかけになった

今後の展望

- 引き続き、中学生と地域との交流を続けて、お互いに意識したつながりづくりを行いたい
- 中学生の保護者など、これまで協議体の活動を知らなかった人が知るきっかけを提供し続け、地域に関心を持ってもらえるよう取り組みをすすめていきたい
- 地域住民を巻き込みながら、地域に支え合いを広めたい

只見町

生活支援サービスの充実

高齢化率が約50%という状況下において、専門職や既存の制度、事業では支えきれない部分について只見町生活支援体制整備協議体(会議)において仕組みづくりの話し合いを行った。

【基本情報】 令和6年1月1日現在

- 人口 3,676人
- 65歳以上高齢者人口 1,819人
- 高齢化率 49.0%
- 要介護認定率 26.3%
- 第1号保険料月額 5,900円



取組の内容①

- 背景
只見町では高齢者の一人暮らしや高齢者のみの世帯が増加しているため、昔ながらの家庭内での役割分担が難しく、地域での支え合いによる生活支援が必要な状況から、只見町生活支援体制整備協議体(会議)において課題を整理し、住民主体による訪問型サービスB事業の立ち上げについて話し合いが行われ、町は補助制度を整備した。
- 事業内容
住民主体訪問型サービスB事業補助金
申請団体：1団体(ちょこっとてつだい隊)
活動状況：只見町在住65歳以上、要支援1・2または総合事業のチェックリストによる事業対象者と認定された方への生活支援サービス
支援内容：ゴミ出し・買い物代行・話し相手・冬期間給油
担い手さんは『私にできることを、できる範囲で、誰かの役に立ちたい』を合言葉に活動開始。
- 取組のポイント
只見町が実施する訪問型サービスB事業サービス提供者研修の受講が必要。
研修内容は只見町の現状や高齢者の特徴と接し方の理解、地域支援事業(訪問型サービスの種類と役割)、接遇、個人情報保護についてなどの他に、社会福祉協議会の訪問介護員が実際に利用者宅を訪問したことを想定しての寸劇を実施しながら、その中で利用者との関わり方や記録の書き方についての説明を加え、実践につながることを目的としての研修会を行った。

成果と課題

取組の成果

- 従来の訪問介護を利用する前段階の高齢者生活支援サービスとして開始。
地域をよく知る民生委員さんが担い手となられるケースやボランティアとして活躍したいとの思いのある方々の活躍の場になっている。
- 利用者からは、『ちょっと手伝ってもらい、話し相手にもなってもらえて日々の生活が安心でき、気持ちが明るくなった。』との声あり。

生活支援体制整備協議体(会議)のようす



今後の展望

- 現在はゴミ出し・買い物代行・話し相手・冬期間の給油のサービス内容だが、地域住民の声に合わせた支援内容の検討が考えられる。
- 訪問型サービスB事業による支援が開始され、ボランティア活動への意識が高まったことで、中学生や高校生、若い世代からも担い手希望の声があがっているため、今後多様な生活支援の助け合い活動につながることを期待される。

ちょこっとついで隊によるゴミ出し支援



相馬市

地域生活課題の解決を目的とした福祉関係者の連携強化

【相馬市の概要】

本市は『みんなでつくる いつまでも健やかに暮らせるまち 相馬市』を基本理念とし、地域住民が可能な限り住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続けられるよう各施策の推進に努めています。

本市は、福島県の北東の海の町として、浜通りの北部に位置し、住みやすい気候と美しい自然に囲まれています。常磐自動車道や東北中央自動車道（相馬福島道路）により、中通りや宮城県仙台市にアクセスできる便利な土地です。また、国の重要無形民俗文化財に指定されている『相馬野馬追』、日本百景の『松川浦』等、長い歴史の中で生まれた伝統が根付く街として有名です。

【基本情報】（令和6年1月31日）

- 人口
32,777人
- 65歳以上高齢者人口
10,769人
- 高齢化率
32.9%
- 要介護認定率
19.4%（見える化システムより）
- 第1号保険料月額
6,270円



●取組の背景

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援（生活支援サービス）が包括的に確保されるための体制整備や、地域共生社会の実現が必要である。

そのために本市では、地域住民と行政等が協働し、地域や個人が抱える生活課題を解決することができるよう、『我が事・丸ごと』の包括的な支援体制整備や地域づくりを重点的に検討していくこととしました。

●事業内容

関係機関にタブレット端末を導入し、週に1回オンライン打合せを実施することで、地域資源や課題等の共有や、事業の進捗管理を行う。

また、生活支援コーディネーターや地域包括支援センター、介護事業所には医療機関の情報が不足しており、オンラインによる情報交換を通して、迅速で適切な支援に繋げる。

- ・地域資源の把握
- ・ICT活用によるオンライン化
→関係機関との迅速かつ柔軟な
情報共有・連携体制の強化



地域包括ケアシステムの
深化・推進が重要！！



●財源

福島県地域包括ケアシステム
深化・推進事業補助金

●取組のポイント

生活支援体制整備事業や地域介護予防活動支援事業、認知症総合支援事業の連携を促進させるために、多職種連携強化及び地域資源把握等が可能な体制を構築している。

生活支援コーディネーターが多職種と連携を強化することで、資質向上や後継職員の育成にも繋がる。

取組の成果

・タブレットを導入し、オンラインによる打合せを実施することで、地域資源の把握、課題共有及び事業の進捗管理等を迅速に実施することができ、また、これまでより多方向から地域との関わりを持たせることができた。

▶ 期待する効果：3事業の資源把握及び情報共有。生活支援コーディネーター等の資質向上等

▶ 情報共有・連携は、地域包括ケアシステムの深化に欠かせない要素であり、各事業の資源（地域団体の立ち上げ状況や活動状況）等の共有を実施。（週1回）

・生活支援コーディネーターや包括支援センター職員、介護事業所に、施設や病棟の空き、逼迫、満床状況等の医療機関の情報提供を通して適切かつ迅速な支援に繋がられた。

▶ 『見える化』・『可視化』（随時）

今後の展望

- ・地域の実情に応じた下記取組の一体化
 - ▶ 『住まい』・『医療』・『介護』・『予防』
 - ・『生活支援』
- ・市を核とした支援体制の充実・強化
 - ▶ 『コーディネータ配置』・『協議体の設置』
 - ※サービス資源のマッチング
 - 各関係機関との協働かつ支援体制構築

バックアップ

相馬市地域包括ケアシステム深化・推進



地域資源を紹介する相馬市支え合いガイドブック・企業ガイドブック

広野町

マゴコロボタンを使った高齢者見守り事業

【広野町】の概要

福島県浜通り地方の中部、双葉郡の最も南に位置し、東に太平洋を臨み、西に阿武隈山系、南はいわき市、北は楡葉町と隣接している。

平成31年1月には、広野町、町内の2つの医療機関及び広野町社会福祉協議会とで地域包括ケアシステム構築等に関する協定を締結し、「福祉のまちづくり」宣言を行った。

【基本情報】（令和6年1月末現在）

- 人口 4,576人
- 65歳以上高齢者人口 1,573人
- 高齢化率 34.3%
- 要介護認定率 17.1%
- 第1号保険料月額 6,300円

イメージキャラクター
「ひろぼー」



取組の内容①

●背景

東日本大震災及び東京電力福島第一原発事故からの帰還者の多くが高齢者であったり、生活環境の整備が十分ではない中で、孤独死防止の体制構築及び在宅福祉サービスの充実を図ることを目的に導入した。

●事業内容

利用者の方がボタンを押すと役場が管理するシステムで何月何日の何時に押したかが分かるので、毎日の安否確認に繋がる。

また、ボタンのスピーカーから流れる音声により、利用者個人に対応した服薬時間のお知らせや、気象庁が発信する防災情報、町からのイベント情報を発信することも可能で、LINEとの連携により、離れて暮らす家族も押下状況を確認することができる。

さらに、町の社会福祉協議会と連携し、軽度生活援助サービスを利用したい場合、マゴコロボタンから申し込むことができる。

●財源

一般会計

●取組のポイント

2日連続でボタンの押下が無い利用者の方には、役場職員から安否確認の電話または訪問を行う。ボタンの設置を役場職員が行って利用者の方と面識を持つことで、電話や訪問確認がスムーズにできる。

取組の内容②

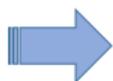
① ボタンを1回押下する

- 1) ボタンから、『今日は〇月〇日、〇曜日です。今日の天気は〇です。最高気温〇度、最低気温〇度』という音声がかかります。
- 2) ボタンを押した履歴を広野町健康福祉課で管理するシステムで確認しますので、安否確認のため、最低1日1回はボタンを押してください。

※ボタンが1回も押されない日が2日続いた場合は、翌営業日に安否確認のお電話または訪問をさせていただきます。



利用者：ボタンを1日1回押す。



〇〇さん、今日
元気なんだな。
安心。



広野町健康福祉課：
ボタンを押した日時を確認。
→日々の安否確認。

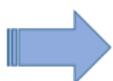
② ボタンを続けて2回押下する

(軽度生活援助サービスを利用したい場合)

- 1) ボタンから、『ボタンが2回押されました。折り返しのお電話をお待ちください』という音声が流れます。
- 2) ボタンを2回押してから30分以内に、『広野町マゴコロボタンコールセンター(8:00~18:00/土日祝対応、年末年始を除く)』からお電話が来ます。
- 3) コールセンターに、軽易な生活援助についての相談をします。
例) 町内の店で買い物をしてきて欲しい、障子の貼り替えをして欲しい など
- 4) コールセンターが広野町社会福祉協議会に相談内容を伝えます。
- 5) 『広野町社会福祉協議会(8:30~17:15/土日祝、年末年始を除く)』から、詳しい内容を伺うため、お電話が来ます。



利用者：ボタンを続けて2回押す。



いかがでしたか？

広野町マゴコロボタン
コールセンターから電話
が来ます。

成果と課題

取組の成果

- 食事を終える時間に服薬をお知らせする音声を流すように設定したことで、薬の飲み忘れが減った。
⇒町の医療費削減
- 配偶者が亡くなってから一人暮らしになった家の中に、自分以外の声が聞こえて気分が明るくなった。
⇒孤独感の解消



今後の展望

- 利用者数の拡大を図る。
- 在宅福祉サービスの提供を、社会福祉協議会のみならず、地元の一般企業と連携し、地域の活性化を図り、地域の資源を活用した町づくりに繋げる。
- 地域の資源を利活用することで、町と高齢者間だけでなく地域全体での多角的な取り組みに発展させる。
- 地域の人同士で日頃から付き合いを深めていくことで有事の際の互助関係となり、人と人の心を繋ぐ。

LINE連携により、家族から音声メッセージを送ることが可能。



檜葉町

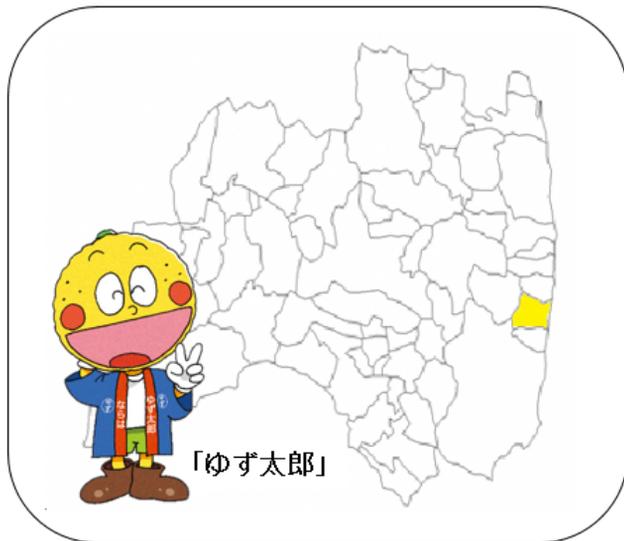
社会と積極的に関わることができる仕組みづくり

【檜葉町】の概要

福島県浜通り地方の中程に位置し、103.64㎡の面積を持ち、西は緑豊かな阿武隈高地、東には太平洋の大海原が広がり、町を木戸川と井出川が流れ、鮭の溯上や鮎等が生息する恵まれた自然を有し、比較的寒暖の差も少なく、積雪も年に1～3回程度と一年を通して過ごしやすい環境。平成27年9月5日、町に出されていた避難指示が解除され、町民の帰町が徐々に進んでいる。

【基本情報】 ※令和6年1月31日現在

- 人口
 - 住民基本台帳 6,469人
 - 町内居住 4,364人
- 65歳以上高齢者人口
 - 住民基本台帳 2,332人
 - 町内居住 1,584人
- 高齢化率
 - 住民基本台帳 36.04%
 - 町内居住 36.29%
- 要介護認定率 18.6%
- 第1号保険料月額 7,000円



取組の内容①

- 背景

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、サービスを必要とする方に適切なサービスが提供されるよう、住民同士による支え合い活動の推進が求められようになった。
- 事業内容
 - ・檜葉町地域包括ケアシステム構築推進シンポジウムの開催。通称「ならコレ」を開催し、地域の多世代の交流ができる活動について、住民への普及啓発を図った。
 - ・タブレットを活用し、地域ミニデイとあおぞらこども園をオンラインで繋ぎ手遊び歌やよさこいで交流を図った。（事前申込により、タブレット貸付）
 - ・町保健師、生活支援コーディネーター等が協力し、各地域ミニデイの活動を支援した。
 - ・ふたば医療センター付属病院による出前講座の実施。
 - ・保健師による血圧測定や、健康相談及び健康講話を実施した。
- 財源
 - ・地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金
 - ・福島県ICTを活用した高齢者支援体制整備事業
- 取組のポイント
 - ・こどもから高齢者、障がいあるなしに関わらず、だれもが生きがいをもって自分らしく暮らしていくための、支え合いの地域づくりを目指して第9回目「ならコレ2023」を開催した。住民の身近にある「お祭り」をテーマとし、元気で生き生きとした住民たちの活動ステージの発表や多世代の発表を通して、“ならはならでは”のよりよい地域づくりを考えることができた。（参加者306名）
 - ・タブレットを使用し、地域ミニデイとあおぞらこども園をオンラインで繋いで多世代交流を行った。

寸劇「祭りを通じた地域づくり」



地域住民による生き生き活動ステージ



成果と課題

取組の成果

- お祭りを題材にしたことで多世代の参加が見られた。
- 毎年好評の寸劇「祭りを通した地域づくり」で地域のつながり、伝承、支え合いといったより良い地域づくりのヒントをわかりやすく知らせることができた。
- タブレットを活用した介護予防事業(タブレット貸付)について、多世代の交流ができた。

今後の展望

- 地域ミニデイ活動を行う18団体で交流できる介護予防に係る運動を企画する。
- 少子高齢化が進む中、多世代が交流できるイベントを企画する。
- 住民同士のコミュニティの活発化を図る。

ならコレ2023

ならはなかよし体操



住民等の作品展示



介護予防事業(タブレット貸付)

こども園と地域ミニデイの交流



双葉町

ICTを活用した介護予防事業の推進

双葉町の概要

双葉町は東日本大震災の発災により全町避難を余儀なくされ、令和4年8月30日に一部避難指示が解除されたが、未だ85%が帰還困難区域である。一部避難指示解除されたエリアに町民の帰還が始まり、100人程が生活している。

【基本情報】（令和5年4月1日時点）

- 人口 5,498人
- 65歳以上高齢者人口 2,102人
- 高齢化率 38.2%
- 要介護認定率 22.4%
- 第1号保険料月額 7,750円



取組の内容①

《オンライン介護予防教室》

- 背景

帰還が始まったばかりのため、介護資源等が整備されていない状況である。そこで、町関係部署(福祉介護係、健康づくり係)で協力し、双葉町内に居住している高齢者向けに介護予防教室を行った。

また、介護予防教室を従来の町民及び移住者の交流の場としても活用することで、健康で元気な生活を営む高齢者を1人でも多く増やすことを目的としている。
- 事業内容

概ね65歳以上の高齢者を対象に、オンラインを併用した介護予防教室を実施。

定員15名に対し14名の申込みがあり、平均参加人数は7～9名程度である。10月から毎月2回（福島県立医科大学講師による対面及びオンライン）介護予防教室を行い、3月までの6ヵ月間で計13回（1回は初回体力測定）実施する。
- 財源

福島県ICT活用による高齢者等支援体制整備事業補助金
- 取組のポイント

定期的に体力測定を行うことで、対象者の状態の変化を確認することができた。

また、専門職からの確かな指導を受け、自宅でも活用することで、今後の介護予防につながることを目指した。

取組の内容②

《オンライン服薬指導》

- 背景
令和5年2月に双葉町診療所が開所したものの、調剤薬局が町内に無く、受診した市民は院内処方を受けるか遠方の調剤薬局で処方を受けるしかなかった。
高齢な市民の負担を軽減させるために、市民が希望する薬局にオンラインで服薬指導を受け、医薬品は後日宅配にて自宅へ届けられる。
- 事業内容
双葉町診療所にオンライン服薬指導用の端末を設置。
市民が希望する薬局でオンラインにより服薬指導を受け、医薬品は後日宅配にて自宅へ届けられる。
- 財源
福島県ICTを活用した高齢者支援体制整備事業
- 取組のポイント
概ね65歳以上の高齢者を対象としていることから、円滑に利用手続きが行えるように、運用開始前のアカウント登録について、町役場職員や施工業者による登録補助を実施した。
また、処方後の服薬フォローも受けることもできる。

成果と課題

《オンライン介護予防教室》

取組の成果

- オンライン併用により効率的な教室運営を実施することができた。
また、専門職の指導により、より効果的な内容とすることができた。
- 定期的に体力測定を実施することで、参加者自身が、健康状態の把握・理解をすることができた。
- 以上により、次年度以降も参加したいとの声もあった。

今後の展望

- 福祉、保健、専門職が協働することで、今後も保健事業と介護予防の一体的実施を進める。
- 高齢者の帰還者が少ない中での実施であった。次年度以降の参加率の向上が課題である。
- 今後、避難先での実施も検討していく。



成果と課題

《オンライン服薬指導》

取組の成果

- 町民向け説明・登録会を実施した結果、6名の町民がアカウント登録にまで至った。
- オンラインで服薬指導を受け、薬を宅配にて受け取る仕組みができたことで、町民の利便性向上や移動の負担軽減に資することができた。

今後の展望

- 高齢者の帰還や転入時に、新規利用者の増加を図る。
- 町民が双葉町診療所以外を受診した場合でも本システムを活用できる体制の整備を行う。
- 今後、服薬指導以外にも、オンラインを活用した保健衛生事業の展開を目指す。



いわき市

介護予防ケアマネジメント支援会議事例集を活用した
リハビリ専門職による介護事業所支援

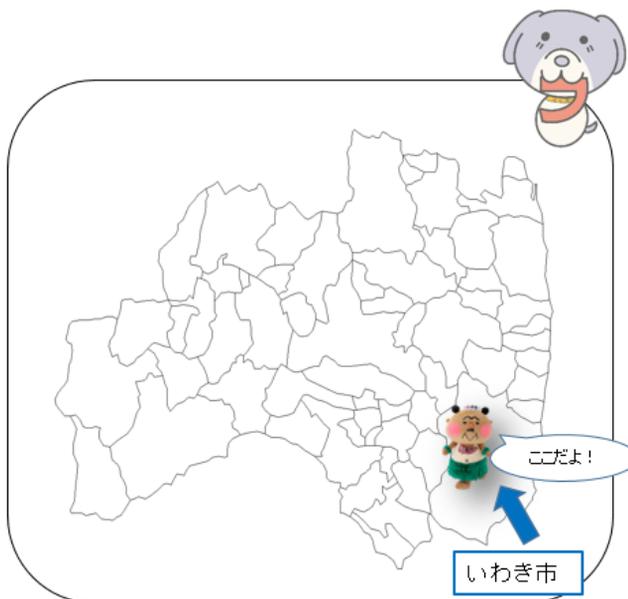
いわき市の概要

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。

【基本情報】

- 人口
307,025人（令和5年12月1日）
- 65歳以上高齢者人口
98,608人（同上）
- 高齢化率
32.12%（同上）
- 要介護認定率
20.77%（同上）
- 第1号保険料月額
6,200円



取組の内容①

●背景

介護事業所においては、リハビリ専門職等の確保が困難な状況であり、画一的な機能訓練を実施している状況が見受けられている。

また、介護事業所とリハビリ専門職等のネットワークが弱いことや、介護職員が専門職から技術的な知識を習得する機会が少ないことにより、利用者への効果的な支援ができず、自立支援・重度化防止の支障となっている。

こうした課題を解決するため、いわき地域リハビリ広域支援センター等と連携し、介護事業所に対する、リハビリ専門職等の関与を促進し、アセスメント力の向上やスキルアップを図る取組として、令和5年度より実施した。

●事業内容

【事業名】地域リハビリテーション活動支援事業

【実施主体】いわき市

【職種】理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士

【実施内容】① 基礎講座（オンライン）

講座形式でアセスメントの視点や機能訓練などの知識に関する助言を行う

② 個別指導（訪問又はオンライン）

リハビリ専門職のいない事業所に、リハビリ専門職等を派遣し、個別具体のケースに対する助言を行う。

●取組のポイント

- ・ これまでの介護予防ケアマネジメント支援会議におけるアドバイス内容や提供資料から、アセスメントのポイント等を取りまとめた「いわき市介護予防ケアマネジメント支援会議におけるアドバイスまとめ集」を作成し、基礎講座での講座資料として活用。
- ・ オンラインを活用し、対象事業所向けにアーカイブ配信することで、広く視聴できるようにしている。
- ・ 個別指導では、職種別にメニューを用意し、介護事業所が助言を希望する内容へのアドバイスを実施。

成果と課題

取組の成果

- 小規模事業所では、専門職の確保が難しいため、直接専門職から利用者支援に係る具体的な助言を得ることで、職員のスキルアップや利用者の意欲向上にも繋がっている。
- 様々な症状の利用者に対する具体的なリハビリ指導が役立っている。
- 事業所側の取組への不安に対し、専門職から評価を受けたことで自信に繋がっている。



【掲載項目】
運動機能、口腔機能、
栄養、難聴、服薬、
介護予防ケアマネジメント



↑アドバイスまとめ集と市公式HP

今後の展望

- 利用拡大に向けて、いわき地域リハビリ広域支援センター等と連携して事業周知の強化を行う。
- 事業を通じて自立支援型地域ケア会議の活用を促し、介護予防・重度化防止の充実化に繋げていく。



↑個別指導でのアドバイスの様子

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 成年後見制度利用促進体制整備に係る担当者会議・勉強会 ③ 生活支援コーディネーター情報交換会 ④ 退院調整ルール運用評価会議 | ① 地域包括ケアシステム構築に向けた取組状況や課題について、関係機関と共有し、次期高齢者福祉計画・介護保険事業（支援）計画について意見を聴取できた。 ② 成年後見制度の体制整備について学び、各市町村で、地域の関係機関の役割分担等について検討することができた。 ③ 各市町村の取組について情報交換し、今後の活動に生かす視点や手法を学ぶことができた。 ④ 圏域の課題が把握でき、退院調整ルールをもとに今後取り組むべきことが関係者と共有できた。 |
| 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 | 意見交換等を通して各市町村の取組内容や課題を把握し、対応策の提案や好事例の情報提供を行った。 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、相談できる関係ができた。 |
| 研 修 会 | 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） | 若年性認知症の人の支援について関係者が学び、本人・家族の視点を重視した認知症施策について考えるきっかけとした。 |
| 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） | ① 退院調整ルールの運用状況や連携上の課題が把握できた。 ② 地域リハビリテーション広域支援センター等からの専門職派遣の流れを見直した。 |

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、個別ケース検討に留まり、地域課題の抽出、施策形成に繋がらない市町村が多い。
- 生活支援体制整備事業については、協議体の設置や生活支援コーディネーターの配置が進まない市町村、事業の進め方に悩む市町村が多い。
- 認知症施策については、地域支援推進員や初期集中支援チームの活動内容に悩む市町村が多く、チームオレンジの整備がなかなか進まない。
- 在宅医療・介護連携については、退院調整ルール以外の取組の進め方に苦慮する市町村が多い。

今後の支援方針

- 自立支援型地域ケア会議については、アドバイザーと連携し、ケア会議の傍聴や担当者との意見交換を通して個別に支援する。
- 生活支援体制整備事業については、情報交換会を通じた生活支援コーディネーターの繋がりづくり、アドバイザーと連携した個別支援を行う。
- 認知症施策については、認知症対応力向上研修を通じた地域支援推進員や初期集中支援チームの活動支援、チームオレンジの整備に向けた支援を行う。
- 在宅医療・介護連携については、退院調整ルールの運用評価を通じて、ルール以外の取組の方向性についても、関係者と検討する。

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退院調整ルール運用評価会議(ケアマネジャー代表会議) | ①生活支援コーディネーター同士と市町村職員との交流や情報交換の場になった。提供事例だけでなくグループワークにて各々の取組事例が共有できる場になった。 ②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地域支援事業に関する技術的助言 ②自立支援型地域ケア会議の出席及び情報提供 ③自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣 ④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、課題解決の対応方法について情報提供を行うことができた。 ③アドバイザー派遣を活用し、事務局と事例提供者の会議開催目的の共有を図ることができた。 ④アドバイザー派遣を活用し、地域の実態に合わせた協議体の運営や地域づくりについて検討し、住民への地域づくりの意識づけや住民グループの創出や住民主体の取り組みの始動につなげることができた。 |
| 研修会 | ①認知症対応力情報研修会 | ①関係者が自身の支援を振り返る機会となり、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退院調整の運用状況や結果について情報を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、各市町村により協議体の設置や活動の取組状況が異なるため、それぞれの実情に合わせた支援が必要。
- 認知症疾患医療センターの活動を周知し、関係機関との連携体制を構築していく必要がある。
- 成年後見制度利用促進体制整備のため令和6年度末までに中核機関を整備することが示されているが、各市町村によって設置状況が異なるため、設置に向けた取り組み支援が必要。

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開催し、地域の実情に応じたサービスの創出に至った市町村の取り組みについて情報共有の機会を設けるとともに、生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣や地域包括ケアシステム構築に係る深化推進事業補助金の活用について情報提供する。
- 認知症疾患医療センターと連携し、関係機関との情報交換会を開催していく。
- 成年後見制度中核機関設置に向けて、専門職派遣事業や関係機関主催の情報交換会を情報提供する。

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連絡会 ③県南地域リハビリテーション連絡会 ④退院支援ルール運用評価会議（書面開催予定） | ①講話とグループワークで構成、各市町村の取り組み内容を共有したことで、同じような課題があること、各市町村でも取り入れられる内容はないかと振り返る機会となった。生活支援コーディネーター同士のネットワーク強化にも繋がった。 ②各市町村の認知症地域支援推進員の活動状況について情報共有、意見交換を実施。回数を2回に増やしたことで、ネットワーク強化が図れた。 ③各市町村の事業報告の共有、情報交換ができた。 |
| 訪問支援 | ①管内市町村巡回相談・助言等 ②地域支援事業に関する介護保険技術的助言 ③ケアプラン点検 ④自立支援型地域ケア会議への出席及び支援 | ①②意見交換を通して、事業の進捗状況の確認と課題の共有を図った。課題解決策に向けて、情報共有や助言を行った。 ③ケアプラン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になったと共に、ケアマネの考え方を確認できた機会となった。 ④会議内容の充実、運営に係る全体についての助言を行い、必要時、専門職派遣事業を活用した。 |
| 研修会 | ①地域支援関係者認知症対応力向上研修 ②在宅医療・介護連携推進事業 市民公開講座「これからの人生の話をしよう」（共催） | ①認知症の非薬物療法やチームオレンジ設置に向け、関係者が理解を深める機会となった。 ②住民向け公開講座の実施により、ACPについて考える機会となった。 |
| その他 | ①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） ②県南地域リハビリテーション講演会 | 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講演会の開催支援ができたと共に、オーラルフレイルの周知と予防策等に関する周知が図れた。 |

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、各市町村の実情に応じた支援が必要。SCや市町村担当者が情報交換し、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、管内全市町村で実施しているが、取り組み状況に差がある。地域課題を抽出するまで達していない、モニタリングが未実施の市町村がある。また、地域の実情に合ったサービス体制の構築まで至らず、発展的な会議が展開されていない。
- 認知症施策については、地域の各関係機関が顔の見える関係性を構築し、関係者間で連携しながら支援体制の整備を進める必要がある。また、チームオレンジ設置に向けての支援が必要。

今後の支援方針

- 生活支援体制整備事業については、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も適宜活用し、地域の活性化を図る。
- 自立支援型地域ケア会議については、アドバイザー派遣事業を積極的に活用し、発展的な会議を目指すと共に、地域課題が抽出できるよう支援していく。また、抽出した地域課題は、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と連携を図り、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て開催し、支援者の対応力向上と各関係機関の顔の見える関係づくりの構築を図っていく。

1 市町村支援の内容と成果

| 項目 | 内容 | 成果 |
|------------|---|---|
| 情報交換 会議 | ①生活支援体制整備事業情報交換会 ②認知症地域支援推進員連絡会 ③生活支援コーディネーター連絡会 ④会津地域高齢者福祉施策推進会議 ⑤退院調整ルール運用評価会議 ⑥地域リハビリテーション連絡協議会 | ①②「本人の何が無いひとことシート」等を活用することにより、本人の声や家族の声を施策等に反映する学びとなった。 ③sc同士の交流を通し、業務の相談やネットワーク構築に繋がった。 ④⑥関係機関と、現状に対し情報共有や意見交換を行い、課題解決に向けた取組の一助となった。 ⑤会津版の退院調整ルールの修正を行い、今後の適正な運用に繋げる一助となった。 |
| 訪問支援 | ①市町村主催の認知症対策推進連絡会議、自立支援型地域ケア会議等への出席 ②自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣 ③生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣 ④地域づくり加速化事業(厚生局主導型)での伴走支援 | 地域包括ケアシステム構築に向け、市町村への個別支援を通し、各市町村の現状や課題に沿った具体的な内容での情報提供や助言を実施することが出来た。また、個別で介入することにより、市町村内における事業の連動性を意識した内容で支援を検討することにもつなげることが出来た。 |
| 研修会 | ①地域包括ケアシステム構築に係る連携研修会 ②自立支援型地域ケア会議司会者養成研修会 ③認知症対応力向上研修 | ①地域の声を基に、関係間での連携体制構築及び事業の連動性を意識し事業に活かすプロセス理解につながった。 ②会議開催前の情報確認や関係者との打合せを通した共通認識を持って実施することの理解を深めることにつながった。 ③介護保険だけではなく、障がい等の関係課と連携するなどの庁内連携の必要性の理解につながった。 |
| その他 | ①奥会津4町村介護保険担当者勉強会への支援 ②各種相談対応、打合せ等実施 | ①4町村それぞれが地域の現状や課題を把握し、在宅医療・介護連携の視点から、事業方針を検討する機会となった。 |

2 今後の支援方針

課題

- 地域包括ケアシステムに係る関連事業について、それぞれを切り離して実施するのではなく、関連する他業務との連動や関係者との連携体制を構築して、地域の目指す姿に向けた事業実施が出来る様な支援を検討して実施する必要がある。
- 会津・南会津医療圏域退院調整ルールについて、引き続き定期的に運用状況を把握し、事業を整備・充実する必要がある。

今後の支援方針

- 地域包括ケアシステム構築に向け、管内に共通した現状や課題に対する研修会等の開催だけではなく、市町村への訪問等を実施し、それぞれの現状や課題に応じた個別支援も実施していく。
- 認知症疾患医療センターと連携を図り、関係機関との情報交換会を継続して開催していく。また、認知症地域支援推進員連絡会を通して地域づくりを考えていく。
- 病院及びケアマネに対するアンケート調査の結果に基づき、市町村及び関係機関において退院調整ルールの運用状況の点検・評価の協議を行い、事業の整備・充実を図る。

1 市町村支援の内容と成果

| 項目 | 内 容 | 成 果 |
|---------|--|--|
| 情報交換・会議 | <p>①南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会 (R5.11.30) (医療・介護福祉関係者・各町村課長)</p> <p>②成年後見制度に関する意見交換会 (R5.12.4) (各町村担当者、包括、相談支援事業所職員等)</p> <p>③生活支援体制整備事業意見交換会の開催(R5.7.19)</p> <p>④生活支援コーディネーター連絡会 (R5.7.19) (R6.2.8)</p> <p>⑤退院調整ルール運用評価会議 (R6.2.29)</p> <p>⑥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</p> <p>⑦認知症疾患医療センターとの打ち合わせ (R5.6.27)</p> <p>⑧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(随時)</p> | <p>①管内医療・介護等の主要メンバーと地域支援事業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課題への対応等について意見交換することができた。</p> <p>②中核機関設置に向け、各町村の現状を共有し、今後の方針について協議することができた。</p> <p>③各町村の地域の強みや今後の方向性について関係機関間で話し合う機会となった。また関係者間の共通認識を図る機会となり、事業の推進の一助となった。</p> <p>④活動報告や意見交換をとおし、各町村の事業展開の推進を図ると共に、町村を越えたネットワーク構築の一助となった。</p> <p>⑤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。</p> <p>⑥⑦⑧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。</p> |

| 項目 | 内 容 | 成 果 |
|------|---|--|
| 訪問支援 | <p>①介護保険・地域支援事業に係る技術的助言 (R5.12.7檜枝岐村)</p> <p>②自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援(未実施の1村に対しては現状確認と実施方法の提案等を実施)</p> <p>③成年後見制度に関する個別事例検討会の実施(R5.9.22)(R5.10.24)</p> <p>④只見町の地域共生社会に向けた取組に対する支援(6回)</p> | <p>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。</p> <p>②状況確認及び助言、情報提供等を通し、一部町村で課題であった行政とケアマネジャー間での認識の共有(目的・規範的統合)が図れた。</p> <p>③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。</p> <p>④住民・関係者と顔の見える関係構築に繋がると共に、助言・情報提供等を通し、町が目指す共生社会実現に向け支援した。</p> |
| 研修会 | <p>①地域支援事業に関する研修会 (R5.8.1) (各町村担当者・包括・生活支援コーディネーター等)</p> <p>②「南会津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連絡会」(R5.10.26)</p> | <p>①町村関係者同士が、各事業や活動を整理し、業間連動について検討する機会となった。また新たな事業立ち上げに繋がった町村もあった。</p> <p>②地域づくりの視点でのネットワーク構築の必要性について、住民・関係者等の理解促進に繋がった。</p> |
| その他 | <p>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。</p> | |

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、訪問や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。また地域支援事業情報交換会等を活用し、町村担当者や地域包括支援センター職員等との連携強化を推進する。
- 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、支援していく。
- 事業間連動に関する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 | 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退院調整ルールアンケート調査及び結果報告会 ③退院調整ルール運用評価会議 ④成年後見制度利用促進に係る中核機関整備に向けた意見交換会・検討会等（相馬地域2回、双葉地域3回） | 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。 ④中核機関整備に向けた方向性について、検討を進めることができた。 |
| 訪問支援 | ①地域支援事業に係る市町村技術的助言 ②被災地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(個別支援) 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、勉強会や試行的なケア会議を開催し、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 | 認知症対応力向上研修及び若年性認知症支援に関する意見交換会 | いわき地域との合同開催により、地域を越えて多職種が情報共有や意見交換を実施した。今後、広域的な連携・支援体制の強化に繋がることも期待される。 |
| 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していく必要がある。

○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。

○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。

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。

○取組が進んでいない市町村については、関係機関と連携し、アドバイザー派遣事業も活用しながら中核機関整備に向けた取組を支援する。



「令和 5 年度地域包括ケアシステム構築に係る取組事例集」

令和 6 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