

令和3年度  
地域包括ケアシステム構築に係る  
取組事例集



令和4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を活用した取組事例）	
(1)	地域ケア会議の充実	3
ア	福島市 （地域ケア会議の推進に向けた取り組み）	5
イ	伊達市 ★ （自立支援型地域ケア会議のZoom開催）	7
ウ	須賀川市 ★ （コロナ禍における自立支援型地域ケア会議継続の取り組み(オンライン会議)）	9
エ	泉崎村 （高齢者が安心して暮らせる村づくりを目指して）	12
オ	喜多方市 ★ （オンラインを活用した地域ケア会議の取り組み）	14
カ	南会津町 （住み慣れた地域で安心して暮らしていくために）	16
キ	檜枝岐村 （地域ケア会議からの地域課題発見）	18
ク	檜葉町 （地域共生社会の実現を目指した地域共生ケア会議）	20
(2)	認知症施策の推進	23
ア	大玉村 （認知症の予防を図り、介護認定率を下げるための取り組み）	25
イ	郡山市 （認知症本人の声を元にした認知症ケアパス改訂）	27
ウ	白河市 （白河市の認知症施策 ～認知症になっても安心して暮らせる白河市を目指して～）	29

エ	西会津町 ★	
	(認知症になっても安心して暮らせる町を目指して)	32
オ	南相馬市	
	(認知症の正しい理解と早期支援の推進のために)	35
<b>(3)</b>	<b>在宅医療・介護連携の推進</b>	<b>37</b>
ア	須賀川市・鏡石町・天栄村	
	(須賀川市地方在宅医療・介護連携拠点センターの取り組み)	39
イ	鮫川村	
	(既存ルール再確認の取り組み)	41
ウ	会津保健福祉事務所	
	(奥会津4町村における在宅医療・介護連携の推進)	43
エ	只見町	
	(在宅医療・介護連携の推進)	45
<b>(4)</b>	<b>介護予防の推進と生活支援サービスの充実</b>	<b>47</b>
ア	伊達市	
	(目指すは、日本一の通いの場【元気づくり会】300会場!)	49
イ	田村市	
	(支え合いの移動支援の取り組み)	51
ウ	三春町	
	(生活支援体制整備事業の普及啓発と住民主体の通いの場の活動支援)	56
エ	塙町	
	(介護予防と生活支援サービス(「エールはなわ」お手伝いサービス事業への取り組み)	60
オ	北塩原村	
	(協働による地域課題解決に向けた取り組みの推進)	63
カ	下郷町	
	(ボランティア団体による介護予防運動指導員の養成)	65
キ	南会津町	
	(住み慣れた地域で安心して暮らしていくために)	67

3 県保健福祉事務所による市町村支援 . . . . . 69

---

# 1 はじめに

---

総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、2025年（令和7年）には団塊の世代全てが75歳以上となり、2040年（令和22年）には、団塊世代のジュニア世代が65歳以上となるなど、高齢化は今後、さらに進行すると見込まれています。

そのような中、高齢者が、できる限り住み慣れた地域で、人生の最後まで尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、保険者である市町村では「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ることが必要です。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、従来の方法では困難が生じるなど、新たな課題も生じています。

このため、県では、各市町村の御協力により、先駆的な取組や新型コロナウイルスへの対応も踏まえた取組など、今後の事業展開の参考になる取組を事例集としてまとめました。市町村における地域包括ケアシステムを深化・推進していくために、参考としていただければ幸いです。

今後も、関係機関との連携の下、これまで築いてきた地域医療や高齢者保健福祉、地域福祉等の社会資源を生かし、高齢者一人ひとりが尊重され、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、地域でともに支え合う「ふくしま」の実現を目指し、市町村を支援してまいりますので、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

---





福島市	地域ケア会議の推進に向けた取り組み
-----	-------------------

**福島市の概要**

地域ケア会議についての地域包括支援センターの日ごろの取り組み状況の共有と推進に向けた方向性検討のため、令和2年度から市担当者と市内地域包括支援センターとで地域ケア会議検討会を立ち上げ22包括と話し合いを重ねてきた。福島市地域包括支援センター主任ケアマネ部会でも地域ケア会議について検討をしていたため、令和3年度から連携して検討してきた。

【基本情報】	令和3年12月1日現在
●人口	282,827人
●65歳以上高齢者人口	88,086人
●高齢化率	31.6%
●要介護認定率※令和3年12月末現在	20.2%
●第1号保険料月額	6,100円



## 取組の内容①

**●背景**

地域ケア会議は地域包括ケアシステム構築のための一つの手法として重要な位置づけとなっているが、件数が伸び悩んでいる状況があった。実績と現状の実情把握や地域包括支援センターの考え等を共有し、推進に向けた取り組みをするため、地域ケア会議検討会を立ち上げた。

**●事業内容**

実施主体：福島市長寿福祉課、福島市地域包括支援センター  
令和2年度から「地域ケア会議検討会」を地域包括支援センターの代表とで立ち上げ、約1年間をかけて市内すべての地域包括支援センターと協議の場を設けた。

**●取組のポイント**

各地域包括支援センターの実情を直接確認し、推進のために必要なことや課題となるところを検討することができた。その場で不明点を確認することができたこと、その場で難しい場合には後日市内全地域包括支援センターと共有するなど、共通認識のもと進めていくことを意識した。

## 取組の内容②

- 1 検討テーマ：支援や関わりを求めないケースへ、地域づくりから取り組む
- 2 事例の概要：80代女性、独居。認知機能低下はあるが現在生活は自立している。少しずつ機能低下がみられている。継続支援をしながら信頼関係の構築を図っている。  
介護保険サービスだけでは対応が難しい内容について、支援者が連携して支援していけるようにする。
- 3 地域ケア会議による効果：地域にある「見守り」のネットワークを構成し、つながり続ける支援の継続について共有できた。

- 1 検討テーマ：認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
- 2 事例の概要：認知症があり行方不明になったことがある方。  
今後も地域で生活していくためにはどのような地域になるとよいか。
- 3 地域ケア会議による効果：対象の方が住む地域で徘徊模擬訓練を実施するのはどうかとの提案があり、実際に実施するまでに至った。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 地域包括支援センターの実情や地域ケア会議についての考え方を共有することができた。
- 検討会に数か所の地域包括支援センターに参加していただいたことにより、他地域包括支援センターの取り組みを共有し、今後の取り組みの参考とすることができた。
- 今後の地域ケア会議の取り組みの一助となるよう、地域ケア会議事例集を作成した。
- 地域ケア会議から地域づくりにつなげていくことを再確認するために研修会を開催した。

### 今後の展望

- 今後も、地域ケア会議検討会を継続し、個別事例から地域課題解決に向けた取り組み等、地域包括支援センターと協働で検討していく。
- 地域ケア会議事例集の評価等を通して、今後も地域ケア会議の推進に向けた取り組みを実施する。

伊達市	自立支援型地域ケア会議のZoom開催
-----	--------------------

**伊達市の概要**

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、地域包括ケアシステムの構築を推進している。

平成29年度より自立支援型地域ケア会議を実施。高齢者の自立支援だけでなく、地域の介護従事者のスキルアップも目標としており、高齢者の自立や介護予防を担える人材育成の場を目指して取り組んでいる。新型コロナウイルスの感染が収まらない中、安全に継続できる方法としてZoomによる開催を決定。

- 【基本情報】（令和3年12月現在）
- 人口  
58,320人
  - 65歳以上高齢者人口  
21,045人
  - 高齢化率  
36.1%
  - 要介護認定率  
19.7%
  - 第1号保険料月額（基準額）  
6,430円



## 開催の経緯と事業概要

**Zoom開催に至った経緯**

**【経緯】**

新型コロナウイルスの感染拡大により様々な会議や研修が中止となっている中、自立支援型地域ケア会議を安全に継続するためZoomによる開催を検討。

**【Zoom開催を決めた理由】**

- 会議の進行や発言の順番も決まっている会議であり、イレギュラーが少ない。
- 地域で開催されている地域ケア会議やケアマネ連絡協議会等の会議がZoomで開催されており、地域の介護事業所にZoomを扱うスキルが備わっていた。

**R3年度 事業概要**

**【R3年度 事業内容】**

- 開催回数 10回
- 検討事例数 10件
- 開催方法 Zoomによるリモート開催
- 参加者  
進行・運営：市職員  
事例提供者：ケアマネージャー、介護サービス提供者  
助言者：専門職6名（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）  
見学者：市内の居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）

**スケジュール**

運営事務	7週間前	6週間前	5週間前	4週間前	3週間前	2週間前	1週間前	当日
事例提供者 選定	→							
資料作成 依頼		→						
見学者 募集				→				
参加者へ資料送付 Zoom詳細通知							→	開催

## 開催時の工夫

### 課題

**【個人情報の取扱い】**  
非対面のため資料の回収ができない。

**【参加者について】**  
参加者に「Zoomを利用できる環境がない」「使い方が分からない」といった人がいることが想定される。

### 工夫したポイント

**【資料】**

- 事前に参加者へメールで送付。
- あらかじめ、個人情報や事例提供者以外の関係機関の情報を削除。どのような情報が個人情報になるのか、文書法規係と連携して確認。
- 終了後、参加者全員が各自責任を持って処分。

**【スケジュール】**

- 事前に資料の送付があるため、対面式より準備を早めに実施。

**【庁内のZoom環境】**

- R3年度から全職員のPCがノートPCに変更。カメラやマイクも内蔵されており、Zoomが利用可能。

**【参加者への対応】**

- オンライン環境がない参加者は、当日会場に来てもらうことで対応。
- 「使い方が分からない」、「操作に不安がある」等の参加者は、市担当者と事前にテストを行い、Zoomで操作や利用環境を確認。

### その他の工夫

**【ミニ講話】**  
会議終了後、専門職より事例のテーマに合わせたミニ講話を実施。見学者であるケアマネに向けて15分程度の講話を行うことで、参加者のスキルアップを図った。

例)  
テーマ 糖尿病の重症化予防  
講話 糖尿病に関する運動療法  
講師 理学療法士

**【保険者からみた市の現状】**  
冒頭に介護保険係から、テーマに沿った本市の現状について説明。市が主催するケア会議であるため、保険者の役割として実施。

例)  
テーマ 糖尿病の重症化予防  
内容 ・本市のメタボ予備軍や受診勧奨判定者の現状を説明。  
・本市の生活習慣病予防事業を紹介。  
資料 ・特定健診の結果  
・国保データベース

## 成果と課題

### 取組の成果

- コロナ禍でも安全かつ継続的に会議を実施することができた。会議自体も滞ることなく、対面とほぼ変わらずに進行できた。
- 参加者より、「自分の事務所から見学できるため、気軽に参加することができた」との声も多かった。
- 事前に資料を送付することで会議時間の短縮に繋がった。また、専門職が事前にアドバイスを検討できるため、より充実した助言をもらうことができた。
- 課内のZoomに関するスキルが高まった。ほかの事業である市主催の研修会もZoomで実施し、100人以上の参加者でも問題なく開催することができた。

### 今後の展望

- Zoom開催によるメリットが大きいため、今後も継続して実施していく予定。
- Zoom開催により会場の人数制限がなくなったため、介護関係者だけでなく、より幅広い業種の関係者も参加できる会議にしていく。そして、多職種の連携強化の場としての機能も追加していきたい。

### 会議の様子

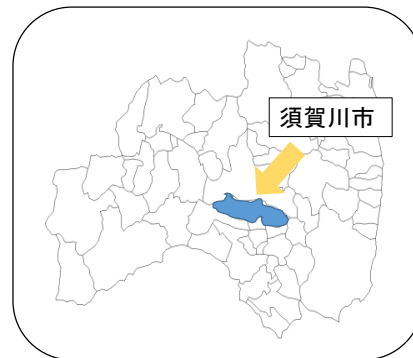


### Zoom画面



須賀川市	コロナ禍における自立支援型地域ケア会議 継続の取り組み（オンライン会議）
<p><b>須賀川市の概要</b></p> <p>須賀川市は、福島県のほぼ中央に位置し、市内を東北縦貫自動車道、国道4号、東北本線、東北新幹線、水郡線が通っています。また、県内唯一の空の玄関口「福島空港」を有し、首都圏や仙台などの都市圏へのアクセスが容易な交通体系に恵まれたまちです。</p>	

<p><b>【基本情報】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●人口 75,142人 (令和3年11月30日現在 住民基本台帳より)</li> <li>●65歳以上高齢者人口 21,862人 (同上)</li> <li>●高齢化率 29.09% (同上)</li> <li>●要介護認定率 18.7% (同上)</li> <li>●第1号保険料月額 6,470円</li> </ul>
---



## オンライン会議について

### 【自立支援型地域ケア会議の経過】

- 令和元年度～ 自立支援型地域ケア会議開催開始  
年10回の開催を計画し、1回2事例を検討している。
- 令和2年6月 コロナ禍で会議中止。その後、7月に再開した。
- 令和3年1月以降 市内で新型コロナウイルス感染症が再拡大したため、市全体で大人数の会議について自粛要請があった。
- 令和3年2月よりオンライン会議（Microsoft Teams使用）を開始（現在に至る）

### 【オンライン会議を検討した背景】

- 対面形式で行う会議の自粛要請
- 自立支援型地域ケア会議は、事例対象者の今後の生活支援等に関わるため、継続の必要性がある！
- 助言者である専門職からオンライン会議開催の要望があった。
- オンライン会議開催のための環境が整備されつつあった。
  - ・各部署に端末が配置・・・包括等との会議もオンラインで開催！  
→会議の関係者がオンライン対応に慣れていた。
  - ・オンライン会議のためのアプリは無料でダウンロード可能  
(Microsoft Teams) →参加者の協力を得やすかった。

## 取組のポイント①

- 情報セキュリティ部署との連携
  - ・情報セキュリティ部署へオンライン会議開催に当たっての情報収集
  - ・オンライン会議初回開催時は情報セキュリティ部署に立ち会ってもらい、トラブル対応の協力を得た。
- 事例提供者との事前打ち合わせ
  - ・少人数及び対面で行う。
    - ・・・事例提供者と、細部まで共通認識を図れるようにした。
- 事前接続テストの実施
  - ・初めての参加者は事前に接続テストを実施
  - ・会議当日は、早めの接続を依頼
- 資料の個人情報管理
  - ・送付資料の個人情報は削除し、パスワード付でのメールを送付している。
  - ・個人情報取扱いの署名（誓約書）は、参加者に直筆で署名してもらい、メール又はFAXで受け取る。
- 専門職派遣調整
  - ・県への専門職派遣依頼時に、オンライン開催計画で派遣調整を依頼

## 取組のポイント②

- 当日の会議は、複数職員で事務局を担当
  - 司会者、記録、接続トラブル等の対応等、役割分担して対応
- 接続トラブルへの対策
  - ・会議室は外線電話ができない。
    - 外線電話ができ執務室に近い会議室を確保
  - ・招待メールを送付できるパソコンを、会議室内に準備
- オンライン対応が難しい参加者
  - 市の会議室に集合して参加したり又は他の参加者と共同してオンライン参加
- モニタリング
  - 助言者に書面で結果を報告
- 参加者同士の交流の機会を持つ工夫
  - 対面の場合、会議後に参加者から感想を聞いたり、交流を持つ場ができていた。
    - 現在は、1事例ごとに事例提供者から感想や質問を受ける時間を設けている。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 感染状況に左右されず会議開催を継続できた。
- 参加者が移動時間を省略でき、会議に参加しやすくなった。
- 遠方の助言者からも有効な助言を受けられる。

### 今後の展望

- 引き続き、オンライン会議での開催を計画予定
- 対面形式で行うメリットもあるため、市内の感染状況に応じて、対面形式での開催も検討する。



オンライン会議の様子



泉崎村の概要

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で約300m前後であり、村の最高地点は村の南部に位置する島峠で標高485.7mです。

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す。積雪は少なく、積雪期間はわずかです。降水量は年間1,400mlあり、県内では小雨地帯に属します。

【基本情報】	令和4年1月1日現在
●人口	6,324人
●65歳以上高齢者人口	2,047人
●高齢化率	32.4%
●要介護認定率	16.9%
●第1号保険料月額	5,474円



## 取組の内容①

- 背景
 

泉崎村では、令和3年度より自立支援を重視したケアプラン作成に向けて、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、保健師等の専門多職種とケアマネージャー等が協働で自立支援型地域ケア個別会議を開催しております。会議後は、これまでケアマネージャーやサービス提供事業者が中心となって作成していたケアプランに、専門と職種の方々からのアドバイスを取り入れることで、介護予防に資するケアプランの作成・実施を目指しております。
- 事業内容
 

令和3年度は、事業実施初年度でもあり、11月の1回だけの開催であったが、来年度以降は、定期的な開催（年2回から3回）を予定している。
- 取組のポイント
 

個別ケア会議を開催することで、ケアプラン作成に多職種の方々の意見等を参考に取り入れる事は勿論の事、検討会に参加する職員・関係事業者のスキルアップに繋げる事で介護予防事業の底上げを図っていきたい。

## 取組の内容②

### 検討テーマ

- 『食事や栄養バランスを改善し、健康な毎日を送りたい』
- 『出来ることは進んで行えるよう自立した生活を目指したい』

### 事例の概要

要介護の夫と二人暮らしの70代女性。自宅で転倒して左肘を粉砕骨折する。その後金具埋め込み術を施行し退院。夫を介護しながら生活していたが左肘を真っ直ぐ伸ばすことが出来ず、また痛みが出てきたことで掃除や洗濯、入浴（洗身・洗髪）が行えず、訪問型サービスの利用を開始する。

左肘について病院から「金具を取る手術をした方がよい」と言われているが本人は「手術をしたくない」と拒否している。また食事について「体重を増やして健康になりたいけれど食欲がわかない」と言い、毎日3食を取ることが出来ず、また精神的に不安定になると1日1食の日もある。その他、調理の順番が決まらず食材をどう調理すれば良いのか分からない、掃除は簡単に行うものの片づけが出来ず、物が捨てられないため不要な物が増えていく等が見受けられている。

### 課題

- ①体重が減少傾向にあるため、食事内容と栄養改善の見直し
- ②左肘の金具除去手術を本人が拒否していることで今後の日常生活に支障がでないのか
- ③精神的に不安定になることがあるものの日常生活を送ることが出来ている。そのため、このまま訪問型サービスを継続しても良いのか

### 専門職からの助言内容

- ①3食から1食と波があるのは良くない。食事のバランスを考えて調理が出来るのが一番良いが、不安定になっている時に作ることは難しい。例えばインスタントラーメンにカット野菜を入れる・缶詰を利用する・冷凍食品で足りない栄養を補う・間食に牛乳や乳製品をとる等工夫してみるのも良い。その他、通いのサービスを利用し、食事を摂る方法も考えてみるのも良い。
- ②担当医の判断によって金具除去は決まってくる。金具を入れたままの方も多いが、金具は熱を通しやすく、また冷えも大きいので、季節ごとに大変さが増してくる。いずれにせよ担当医の先生に相談することが大切である。
- ③このままのサービスを継続しつつ、病院受診の機会をうかがっていくのが良い。気持ちが落ちている時に病院受診をすることが良いと思われる。また、服薬管理を徹底するため、訪問看護や居宅療養等を利用し、きちんと飲んでいるか確認したほうが良い。

### 会議による効果

専門職から頂いた助言を基にサービス事業者や行政と連携し、金具除去手術、心療内科受診を行うことが出来た。また、食事に關して缶詰や野菜を入れ、またヘルパーさんに買い物依頼をしてみても本人に提案するも「すぐに食べられるものやパンがよい」と未だ実行することが出来ていない。今後も食事の件も含め、専門職の方々から頂いた助言を参考に援助していきたい。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 自立ケア個別会議を開催することで、多職種の専門的意見をケアプランに生かすことが出来た。
- ケアマネージャーだけではなく、福祉用具事業者や介護保険担当者等の関わりのある関係者の情報共有、理解を深める良い機会となった。

### 今後の展望

- 対象事例を通して、知識や情報を得ることが出来る貴重な場であるので、今後は、コロナ対策を徹底しながら多くの参加者を招集し開催していきたい。
- 多職種の方々の効果的な意見等をケアプランに生かすことが出来るよう、関係者の意識づくり及び連携づくりも確立していきたい。



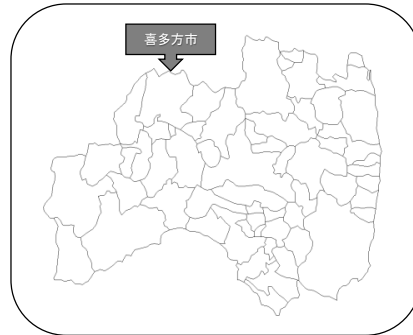
## 喜多方市の概要

福島県の北西部、会津盆地の北に位置し、北西に飯豊連峰の雄大な山並みが連なり、東には名峰磐梯山の頂を望む雄国山麓が裾野を広げ、文化財や蔵など歴史を感じさせる建造物、ラーメンやそば、多彩な農林産物豊富な観光資源に恵まれた農村観光都市です。

子どもから高齢者まで、だれもが住み慣れた地域で安心して豊かな生活を送ることができる「地域共生社会」の実現を目指し、令和3年度から新たに社会福祉課に「地域包括ケア推進室」を設置し、全世代にわたる包括的ケアの実現を目指すこととしました。

## 【基本情報】 令和3年12月末現在

●人口	46,004人
●65歳以上高齢者人口	16,531人
●高齢化率	37.9%
●要介護認定率	20.9%
●第1号保険料月額	5,480円



## 取組の内容①

- 喜多方市ではこれまで集合対面型で年6回「地域ケア会議」を開催していたが、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、5～7月開催分は中止とした。しかし、感染症流行下にあっても開催可能な策について再検討し、試行的な試みとして、9月以降に実施する会議については、開催方法をWeb会議（Zoom利用）に変更し開催することとした。

- 事業内容
  - 実施主体 喜多方市
    - ※事業の一部を喜多方市社会福祉協議会(喜多方市地域包括支援センター)へ委託)
  - 実施回数 年6回(うち3回は中止、2回はWeb会議、残り1回Web会議予定)

- 取組のポイント
  - これまで対面で実施していた会議をオンライン化することでのメリット・デメリットについて把握し、今後の会議運営に生かす。

## 取組の内容②

### 【事前準備】

- ・参加者に対し、Web会議開催の趣旨説明・対応可否照会  
(対応不可の方は、会場へお越しいただきハイブリット型として実施)
- ・Web会議参加に関する注意事項について参加者へ周知、ケース資料等事前送付
- ・必要な方には事前に接続テスト日を設定し音声やカメラの調整を実施

### 【地域ケア会議当日】

- ・市職員およびWeb会議対応不可者は開催会場から、その他の参加者は自宅または各勤務先から参加いただいた。

### 【地域ケア会議終了後】

- ・ケース資料、誓約書、アドバイザーからのアドバイス資料等は、返信用封筒にて返送いただく形とした。
- ・参加者に対しWeb会議の感想等についてアンケートを実施。

\*\*\*Web会議に対する参加者からの感想・意見\*\*\*

### 【メリット】

- ・移動に充てていた時間を別業務に費やすことができた。
- ・参集会場の駐車スペース等の心配をせず参加することができた。

### 【デメリット】

- ・当日スムーズに接続できるか心配だった。
- ・Zoomの使い方に不慣れであった為、操作に戸惑った場面があった。
- ・デメリットはほとんど感じなかった。
- ・マイクを使用しないと発言内容が聞き取りずらかった。
- ・会議終了後、各職種と情報交換や交流の場がとれない、会議中に話せなかった追加情報を伝えたり、アドバイス資料を渡す際の詳細説明ができない。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 事業担当者もオンラインを活用したハイブリット方式による開催が初めての試みであったため、資料や会場設営、機材の準備など事前準備に時間を費やす必要があったが、今後、Web開催用の地域ケア会議開催マニュアルを作成したり、開催回数を重ねることで改善可能と思われる。
- アドバイザーをはじめ参加者の移動が不要となった点はメリットと感じた方が多かった。また会津地方においては、今般のような感染症流行下だけでなく、冬期間も天候に左右されることなく会議を開催できる点でもメリットとなる。
- 今回のWeb会議として開催したことで、オンラインを活用することへの心理的ハードルが下がり、他事業においてもオンラインを活用する機会が増えた。

### 今後の展望

- 他の研修や会議もオンライン化が進んでおり、回数を重ねる事により、主催者、参加者共に心理面、手技面での負担も減っていくものと思われる。
- マイク音量やカメラ位置等は随時調整し、スムーズな会議運営となるよう改善を図りたい。
- Web会議の際にも、会議終了後に、参加者間の情報交換や意見交換の時間を設ける等、各関係者の連携強化の為、顔の見える関係づくりを意識した組み立てとしていきたい。

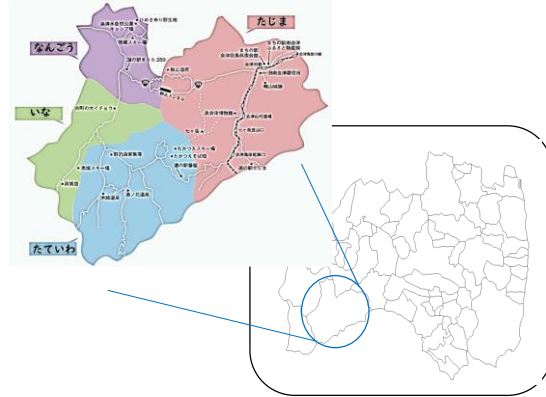
## 南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

## 【基本情報】 令和3年12月31日現在

- 人口
  - ・14,517人
- 65歳以上高齢者人口
  - ・6,108人
- 高齢化率
  - ・42%
- 要介護認定率
  - ・20%
- 第1号保険料月額
  - ・6,000円（基準額）



## 自立支援型ケア会議

- 開催頻度 2ヶ月に1回（奇数月の第3木曜日）
- 主催・運営 南会津町
- 会議の目的
  - 個別課題解決機能、地域課題発見機能
  - 地域包括支援ネットワーク構築機能
  - 地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
- 参加者
  - 町健康福祉課、地域包括支援センター
  - ケアプラン作成者、サービス提供事業者
  - 専門職（Ph・PT・OT・ST・DH・RD）※
  - 生活支援コーディネーター
  - ※Ph（薬剤師）・PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）・DH（歯科衛生士）・RD（管理栄養士）
- 対象範囲 町全域の要支援認定者及び要介護1・2認定者

## 自立支援型ケア会議 事例

- 1 検討テーマ 意欲が向上し、一人暮らしの不安を軽減できる支援。
- 2 事例の概要  
一人暮らしだが、以前から敷地内の作業所で従業員数人と洋裁の仕事を営んでいた。頸髄症と脊柱管狭窄症の手術後、手先の動きや、両下肢の冷感や足の感覚の違いから、転倒の不安もあり、外出の機会が減り、活動への意欲も低下した。要支援2の認定者で、一人暮らしに対する不安が強くなり、町内に暮らす姪や従業員へ迷惑をかけたくないとの思いも強くなっている。
- 3 専門職からの助言内容
  - ・デイサービスの運動の前後に、ストレッチを取り入れることで、疲れの回復や筋肉の柔軟性に効果が期待できるのではないか。
  - ・姪の協力を得ながら、段階的に三輪車に乗ることを再開することで、自信に繋がるのではないかと。
  - ・栄養のバランスを考えながら摂れるよう、チェック表を活用してほしい。
  - ・服薬の内容から、口腔（歯肉）トラブルに注意。手入れが大切である。
- 4 地域ケア会議による効果
  - ・独居の方へ、意欲が向上できるためのポイントを明らかにするため、様々な視点からアセスメントし、専門職の方からの具体的な助言を得ることができた。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 地域資源の発掘・共有が図れた。
- 専門的なアドバイスにより、課題解決に繋がった。

### 今後の展望

- 1つ1つの個別課題の検討を積み重ね、地域課題を明確化し政策形成に繋げる。



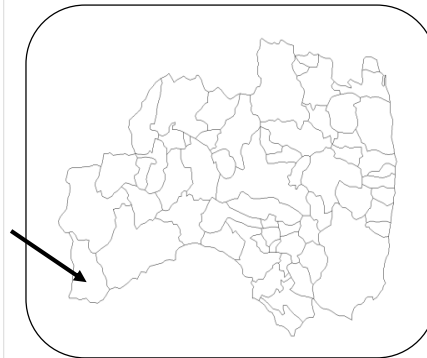
檜枝岐村	地域ケア会議からの地域課題発見
------	-----------------

#### 檜枝岐村の概要

本村の地域ケア会議は、地域包括支援センターが開催する「地域福祉組織中心の地域ケア会議」が主で、参加者は社会福祉協議会（居宅介護支援事業所等）、民生委員、保健師、その他行政職員等である。各関係者からの活動報告や情報交換、参加者の課題解決力向上を目的とした事例検討を実施し、地域包括支援ネットワーク構築や地域課題発見を図っている。

#### 【基本情報】

- 人口  
530人（令和3年12月31日時点）
- 65歳以上高齢者人口  
194人（令和3年12月31日時点）
- 高齢化率  
36.60%（令和3年12月31日時点）
- 要介護認定率  
15.46%（令和3年12月31日時点）
- 第1号保険料月額  
5,200円（令和3年度）



## 取組の内容①

#### ●背景

村は小規模であるため関係者が集まりやすい環境である。そのため、まずはコアメンバーで情報交換を行い、その後関係機関を参集し地域ケア会議を開催している。

村は介護のみに視点を置きがちになっているため、福祉の視点も含めた地域包括ケアシステムについて関係機関と共通認識を図り、充実を目指す。

#### ●事業内容

- （実施主体） 檜枝岐村、地域包括支援センター
- （実施日時） 随時
- （実施場所） 檜枝岐村地域包括支援センター
- （参加者） 社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、檜枝岐診療所、民生委員、地域包括支援センター、村 等

#### ●取組のポイント

村と地域包括支援センターだけでなく、関係機関が集まることで、課題について多様な視点から考え、共有する。

## 取組の内容②

(検討テーマ)

理解度が低い独居高齢者に対する支援

(事例の概要)

70代男性の独居世帯。二階建てで生活スペースは1階のみ。障がいまではいかないが、もともと理解度は低い。お金に関して執着が強く、ないわけではないがあまり使いたがらない。灯油が風除室にこぼれていることが多く、火事の危険性が高い。食事に関しておかずを作ることがほとんどなく、お米と漬物という食事がほとんどである。お金が関係してくる話になると内容を聞く前に拒否をする。

(専門職からの助言内容)

- 緊急性の高い安全確保はまず行う必要がある。
- 地域が負担とならない程度に関わってもらえるようにする方がよい。

(地域ケア会議による効果)

- 民生委員や隣人等に協力を得ることができ、地域づくりにつなげることができた。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 医療・介護・福祉に関連した多職種による構成で開催することで、様々な視点からの情報共有を行い、地域包括ケアシステムの必要性を再認識することができた。
- 出席者にとって気づきの場、スキルアップの場となり、関係者のアセスメント能力向上の一助となった。

### 今後の展望

- 地域包括ケアシステム構築を推進するため、地域ケア会議の充実に努めていく。
- 介護のみでなく、福祉の視点でも考えることができるように努める。
- 地域で高齢者・障がい者を支えていく体制づくりの強化に努める。



檜葉町	地域共生社会の実現を目指した地域共生ケア会議
-----	------------------------

**檜葉町の概要**

東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国の避難指示が平成27年9月5日に解除されてから、6年が経過。

町内では、徐々に「地域のつながり」や「コミュニティ再生」、「新たな地域コミュニティ」が再構築されてきているが、町内に居住する高齢者は、独居や高齢者世帯が多く、社会資源も限られている中で、住民が健康で生きがいをもちつながりを感じて暮らせるよう、地域包括ケアを推進していく体制として、「地域共生ケア会議」を開催し、地域共生社会の実現を目指す。

**【基本情報】（令和3年12月31日現在）**

- 人口
 

住民基本台帳	6,682人
居住人口	4,148人
- 65歳以上高齢者人口
 

住民基本台帳	2,337人
居住人口	1,558人
- 高齢化率
 

住民基本台帳	34.97%
居住人口	37.56%
- 要介護認定率 19.8%
- 第1号保険料月額 7,000円



## 取組の内容①

**●背景**

住民が健康で生きがいをもちつながりを感じて暮らし続けられるように、医療、福祉関係機関、専門職等により、事例検討を通じて地域課題の抽出や、支援策の検討を行い、政策につなげる役割の場として「地域共生ケア会議」を開催し、地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、檜葉町地域共生社会の実現を目指す。

複合的な課題を抱えるケースが増加傾向となり、高齢者の抱える課題のみならず、障がい者、生活困窮等の分野などから世帯全体を支援していくことが求められている。

**●事業内容**

- |      |   |
|------|---|
| 実施主体 | 檜葉町   |
| 運営主体 | 地域包括支援センター  |
| 開催日時 | 地域共生ケア会議<br>(地域包括ケア会議 定例(月1回)・ ケースケア会議 随時)  |
| 開催場所 | 檜葉町保健福祉会館   |
| 参加者  | 定例 地域包括支援センター、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター<br>居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所(特養、老健、ヘルパー、<br>デイサービス等)、相双保健福祉事務所、医療機関、薬局、<br>ふくしま心のケアセンター、双葉地方権利擁護支援センター、基幹相談支援セン<br>ターふたば、相談支援事業所、町(介護、高齢、障がい、保健)等<br>*年4回は自立支援型ケア会議にて、職能団体(理学療法士、作業療法士、薬剤師<br>栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士)も参加する。 |

随時 地域包括支援センター、事例に関係する機関や人を必要に応じて参集  
町(介護、高齢、障がい、保健)等

**●取組のポイント**

多機関が集まることで、情報共有や連携できることの確認、把握、多様な支援策の検討ができる。

## 取組の内容②

### (検討ケース)

膠原病を患っているケース。「充実した生活を目指したい」と話すが、実際の活動量は少ない。今後の支援について、介護予防の視点で考えたい。

### (事例概要、事実の整理)

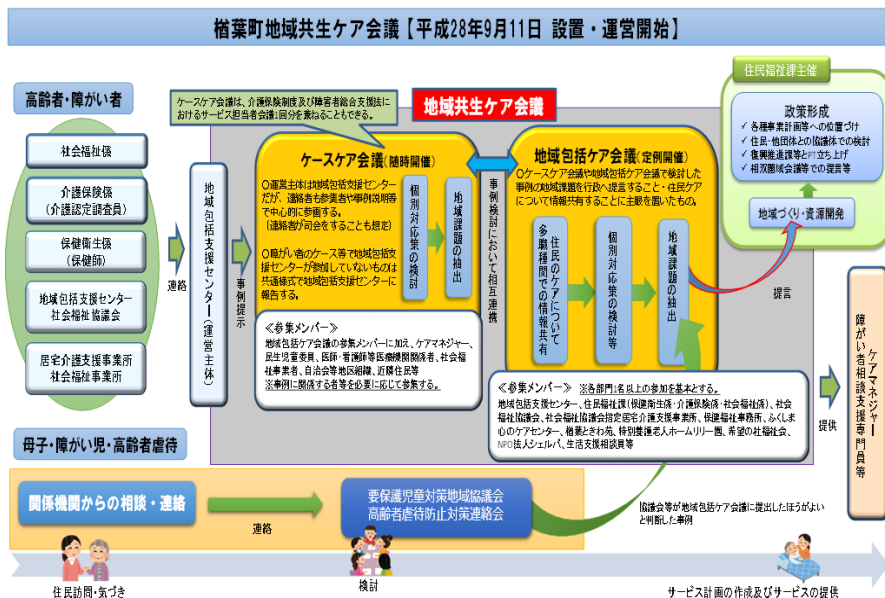
- ・77歳。妻と2人暮らしだが、娘さんは時々来訪あり。
- ・介護保険要支援1にて訪問看護を利用中（体調管理、室内での機能訓練）
- ・仕事関係以外の人との交流はない。
- ・日光に当たることの不安がある。釣りや旅行、将棋等への関心がある。
- ・服薬量が多い。糖尿病等、複数の疾患を抱えている。妻の負担感が心配。

### (専門職等からの助言内容)

- ・家族で病院へ行き、症状の確認をする（日光の件も含めて）
- ・身体活動・・・一日の流れを見直す。活動量の見える化（メッツ）。身の回りのできることからまず始める。
- ・本人の意欲をどう引き出すか・・・効果の実感。誰としたいか、何をしたいかの確認。
- ・妻の負担軽減・・・調理の工夫や楽しく食べられる工夫の提案をする。  
妻への傾聴。

### (会議による効果)

- ・見える化シートを、助言をもらいながら作成。家族や支援者から「家族も工夫して声かけできた」「一緒に外の散歩ができた」等の報告が増えた。
- ・介護予防事業についてワーキンググループ（検討会）を開始。  
⇒訪問の形での介護予防、訪問時の栄養の気にかける等。



## 成果と課題



### 取組の成果

- 多機関参加でケースの課題をしっかりと捉え、支援策を考えることで、様々な角度からみる視点・情報共有の重要性・連携して関わることの効果を実感できた。
- 支援の方向性と役割(担当者と時期)を明確にすることで、支援者は具体的な動きをイメージすることができた。
- 事例提出者が「自分だけで抱え込まなくてもよい」との思いをもてるようになった。  
⇒「事例を出してよかった」と思ってもらえる。
- モニタリングをしっかりおこなうことで支援者は責任をもって行動し、うまくいったことやできなかったことの振り返りができた。更に次に向かうための検討を重ねることで、支援者のスキルを上げながら、ひいてはケースの課題解決につながっている。
- 困りごとが膨らまない(手遅れ)にならないための方法を考えることができるようになった。
- ケースをとおして地域の課題を出すことで、町の政策形成につなげることができた。

### 今後の展望

- 複合的な問題を抱えるケース(世帯)が増加しているため、今後も多機関で考え合う場を重ね、横断的な支援体制がとれるように心がけていきたい。
- 専門的な助言が必要な場合が増えてくると思われる。特に随時会議では、会議への参加が容易に行えるようICTの活用も考えていきたい。

---

## 2 市町村の取組事例

---

### (2) 認知症施策の推進

---



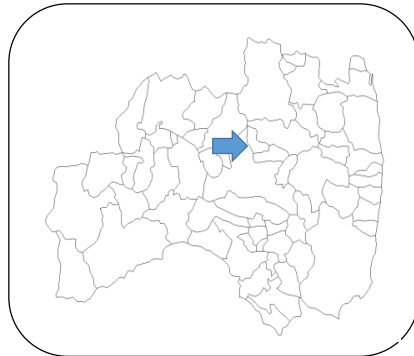
大玉村	認知症の予防を図り、 介護認定率を下げするための取り組み
-----	---------------------------------

**大玉村の概要**

福島県のほぼ中央部に位置し、日本百名山としても有名な安達太良山の山麓に広がる面積79.4km<sup>2</sup>の小さな村である。国道4号線と東北自動車道が村内を貫通しており、近隣市町のベッドタウンとしても発展している。人口は増加傾向だが、前期高齢者も多く、今後も高齢者人口の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムを一層推進し、高齢者が、より住みやすい村を目指している。

**【基本情報】**

- 人口  
8,735人(R3年12月31日現在)
- 65歳以上高齢者人口  
2,406人(村住民基本データより)
- 高齢化率  
27.5%
- 要介護認定率  
16%(2号被保険者含む)
- 第1号保険料月額  
基準額6,000円



## 取組の内容

**●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挙げられるようになった。本村でも介護認定率の低下につながるための施策として、認知症予防として当該事業を開始した。  
くわえて地域の通いの場としての側面も併せ持った事業として行うこととした。

**●事業内容**

毎週火曜日と金曜日に2会場に分けて2時間程度の認知症予防活動として事業を実施している。

- ・公文式教材を活用した読み書き、計算などを30分程度行い、脳の活性化につなげる。
- ・認知能力を向上させるためのデュアルタスク運動を中心とした運動療法を行い、心身の活性化につなげる。
- ・茶和会やレクリエーションなどの会話を伴う交流を行うことで、脳と口を動かす機会を増やす。

頭と体の健康倶楽部での活動に参加した住民が、自身の住む地域で介護予防活動の担い手となるよう、人材の育成を行う。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 実施会場を増やしたことで参加者の人数も増え、より多くの住民が介護予防に取り組むことができた。
- 参加者への聞き取りを行った結果、「新聞などを音読するようになった。」「覚えた体操を自宅でも行うようになった。」などの変化がでた。またおしゃべりができて楽しいといった声もあったことから、通いの場としての役割もしっかり果たしている。
- 介護認定率の低下までには至っていないが、現状維持を保っている。
- 参加者が地域で健康体操や脳トレを教えるようになったことで、各地域での介護予防にも寄与している。



### 今後の展望

- 活動内容の周知を再度行い、参加者を増やすことで村内全域での介護予防につなげていきたい。
- 数年後の介護認定率の低下に期待をしている。
- 他の業務との兼ね合いもあるが、実施箇所を増やすことが実現すれば、さらなる介護予防につながる。
- 村内各地域に健康づくりサポーターが生まれ、波及効果をねらうことで住民が独自に進んで介護予防に取り組む環境ができるよう、取り組んでいく。



## 郡山市の概要

- 首都圏から東北新幹線で約80分というアクセスの良さに加え、鉄道や東北・磐越両自動車道が縦横に交差するなど、交通の利便性が良い。
- 「農業・商業・工業」がバランスよく発展。
- 福島県の中央に位置し、面積：757.20km<sup>2</sup>  
年平均気温は約12℃。比較的穏やかな内陸性気候。

## 【基本情報】（令和3年12月末現在）

- 人口：319,702人
- 65歳以上高齢者人口：86,569人
- 高齢化率：27.08%
- 要介護認定率：18.48%
- 第1号保険料月額：5,573円（基準額）



## 取組の内容①

## 背景

認知症ケアパスが十分活用されていない。  
認知症施策の各種事業をもっと認知症本人の視点で取り組む必要がある。

## 事業内容・取組のポイント

- \* 認知症の本人と家族を対象に「認知症こころの声アンケート」を実施。  
アンケート調査協力者：介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護職員、グループホーム職員、認知症地域支援推進員
- \* 認知症ケアパス改訂ワーキンググループを5回開催。  
メンバー：本人、家族、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ、認知症の人と家族の会
- 「認知症こころの声アンケート」および「認知症ケアパス改訂ワーキンググループ」による認知症本人の声を元に認知症ケアパスを改訂した。



認知症ケアパス改訂ワーキングの様子



## 取組の内容②

ワーキングメンバー  
(認知症の本人)  
からの  
メッセージ

改訂した認知症ケアパスの一部

認知症ケアパス表紙



認知症本人がタイトルや表示のデザインを考えてくれた。

### 6 本人の声からはじまるまちづくり

#### ～その1～ 認知症と共に生きよう!

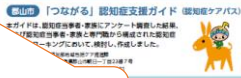
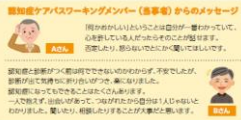
～一足先に認知症になったみなさんからすべての人たちへ～

「認知症になったらおしまい」では決してなく、よりよく生きていける可能性を私たちは無数に持っています。できなくなったことよりできること、やりたいことを大切にしていきます。認知症になってもできることはたくさんあります。やりたいこと、好きなこと、一緒に考えてみませんか?



#### ～その2～ 本人からのメッセージ

いま、認知症の方は自分の身体や感じていること、悩みなどを地域で発信しはじめられています。本人の声を耳を傾けてまちづくりを進めていくことが大切です。認知症とともに暮らしていきながら自分らしく暮らすこと、日本を築き立てていくことは他の人や社会に伝えます。よりよい社会を一緒につくっていきましょう。



こころの声アンケートの本人の声

## 成果と課題

### 取組の成果

- 認知症本人が見やすいものは誰も見やすい。
- 認知症本人の声を元に作成したことを伝えると、説得力があり、地域住民等が興味を持って読んでくれる。
- 「認知症こころの声アンケート」および「認知症ケアパス改訂ワーキング」で得られた本人の声は認知症ケアパス以外の認知症施策の各種事業に活かすことができた。



改訂後

### 今後の展望

- 認知症地域支援推進員が中心となり、改訂した認知症ケアパスを地域住民、医療機関、コンビニ、金融機関等広く周知していく。
- 認知症の本人の視点を重視するため、認知症ケアパス改訂時だけでなく、認知症本人の声を聞くことを継続していく。



白 河 市	<b>白河市の認知症施策</b> ～認知症になっても安心して暮らせる白河市を目指して～
-------	--

**白河市の概要**

白河市は福島県南部に位置する。市内を走る阿武隈川に沿って市街地が広がっており、市街地から少し行くと田畑や山が広がるのどかで暮らしやすい市。また、白河藩主 松平定信が「土民共楽」の地として築造した日本最古の公園といわれる南湖公園をはじめ、『白河関跡』や『小峰城』など、多くの歴史的・文化的遺産がある。

**【基本情報】**

●人口	59,515人
●65歳以上高齢者人口	17,992人
●高齢化率	30.3%
●要介護認定率	17.7%
●第1号保険料月額	5,900円



基本情報は令和4年1月1日現在。ただし、要介護認定率のみ令和3年11月30日時点

**【背景】**

白河市でも高齢者人口は年々増加しており、23.6%（H24）だった高齢化率はR4.1時点で30.3%と上昇している。また、**要介護認定においても認知症自立度Ⅱa以上の割合が増えている。**

	H29	H30	H31 (R1)	R2	R3 (年度途中)
調査件数	2,755	2,242	2,657	1,755	1,694
Ⅱa以上 (人)	1,708	1,508	1,758	1,091	1,109
Ⅱa以上 (割合)	62.0%	67.3%	66.2%	62.2%	65.5%

**【事業内容・成果・今後の展望】**

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、白河市を実施主体とし認知症に関する様々な事業を行っている。

- ① 認知症サポーター養成講座の開催
  - ② 認知症フォーラム in しらかわの開催
  - ③ 認知症ケアバスの作成・配布
  - ④ 認知症高齢者等ボランティア「あんしんメイト」の養成及び活動の調整
  - ⑤ 認知症コミュニティルーム「あったかカフェ」の開催
  - ⑥ 認知症保険事業
  - ⑦ 小峰城オレンジライトアップの実施
- その他に、認知症高齢者等徘徊 SOS ネットワーク事業を地域包括支援センターへ、認知症初期集中支援チームを医療法人社団慈泉会へ業務委託している。

### ① 認知症サポーター養成講座

- 市開催（年5～6回）に加え、各種団体への出前講座でも構成講座を実施している。講師は包括支援センター職員や介護支援専門員、介護福祉専門学校教員等に依頼している。
- 市開催の養成講座の受講者数が減少傾向にあることから、日中は参加できない方（しにくい方）向けに夕方に開催する日を設けた。
  - 夕方開催としたことで40～60代の受講者が多かったことから令和4年度も夕方や土曜日に開催する日を設けたい。また、幅広い年代に関心・理解を持ってもらえるよう、小中学生向けの養成講座開催も検討している。
  - 各種団体への養成講座案内はこれまでも行ってきたが、令和4年度は各町内会や市内の商店など案内先を拡大する予定。



### ② 認知症フォーラム in しらかわ

- 例年、認知症に関する講話に加え、「あんしんメイト」による寸劇を行ってきたが、令和2年度はコロナウイルス感染拡大により開催を断念。令和3年度は動画配信（YouTube）での開催とした。
  - 動画配信としたことで視聴者のタイミングで見ることができ一方、動画再生する環境がない方（主に高齢者）の視聴が難しいという問題もあったため、DVDを作り無料貸し出ししたい。



### ③ 認知症ケアパスの更新・配布

- 毎年、最新の内容に更新し各庁舎窓口や各関係機関に設置するほか、認知症サポーター養成講座でも配布。令和3年度は市内すべての小学校、中学校、高校、専門学校の図書室などに設置してもらえるよう依頼した。
- 予算の関係で全世帯配布ができないため、多くの市民の手に渡るよう設置箇所を増やしたり人が集まる場で配布したりしている。



### ④ 認知症高齢者等ボランティア「あんしんメイト」養成講座

- 認知症サポーター養成講座を受講した方で、実際にボランティア活動を行う希望者を対象として実施。令和2・3年度はコロナウイルス感染拡大により新規養成できず。
- 認知症に関する講座を3回、施設（GH）交流体験を1回を実施。これまでに受講終了された方は79名。令和3年度活動可とされている方は39名。
- 活動内容：認知症コミュニティルーム「あったかカフェ」の運営補助や、傾聴のための個人宅訪問。その他の活動として施設訪問、認知症フォーラムでの寸劇、SOS徘徊ネットワーク模擬訓練への参加などがあるが、コロナウイルスの影響により令和2・3年度と休止・中止となっている。
  - 活動の場を広げるため、認知症サポーター養成講座での寸劇や啓発活動への参加も検討している。

### ⑤ 認知症コミュニティルーム「あったかカフェ」

- 認知症地域支援推進員と認知症高齢者等ボランティア「あんしんメイト」で運営。
- 祝日を除く第1・3（木）、13:30～14:30にマイタウン白河地下大会議室で開催している（これまでは13:30～15:30の開催だったが、コロナウイルスの影響により休止期間を経て令和3年1月から時間短縮し開催）。
- 飲み物はスタッフが注文を受け、マイタウン地下にある地域生活サポートセンターエル白河が運営するカフェで購入（100円）。
- 包括支援センターや居宅介護支援事業所でもカフェを案内している。現在、当事者の参加はないが、参加者やスタッフの介護予防・交流・情報交換の場になっている。
  - 今後も月2回の開催を継続していきたい。



カフェで体操を行っている様子



カフェミニクリスマス会の様子  
エプロンを付けている方が「あんしんメイト」

### ⑥ 認知症保険事業（個人賠償責任保険）

- 加入できるのは「認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業」に登録している方。自己負担年間5000円で加入し1億円を上限額として被害者への賠償額が保証される。
- 令和4年1月時点の加入者は19名。



### ⑦ 小峰城オレンジライトアップ **NEW**

- 世界アルツハイマーデー（9月21日）に合わせて、小峰城を認知症支援の色であるオレンジ色にライトアップした。
- 啓発イベントを検討しているので、それに合わせて令和4年度以降も実施したい。



- 高齢者サロン（45か所）を訪問しイベントや講座の案内等を行っている。今後は、認知症に関するミニ講話を年間予定に取り入れてもらえるよう積極的に働きかけていきたい。

## 成果と課題

### 取組の成果

- コロナ禍で制限された部分もあったが、おおむね継続し実施することができた。（参加者や活動先が減少しても、事業が継続できていることが成果と考えている。）
- 動画配信などの方法で啓発活動に取り組めた。
- 今後も継続することで徐々に成果が見えるようになればいいと思う。

### 今後の展望

- “自分には関係ない”ではなく、多くの方に関心を持ってもらいたい。認知症を知ってもらえるよう、今後も普及・啓発を進めていく。
- 子どもの頃から認知症への関心や理解を深めていけるよう、小中学生への認知症サポーター養成講座を実施していく。
- 気軽に相談できる体制を作る。認知症の方や介護者の声を聴く機会が少ないため、ニーズを把握しにくい状況がある。情報交換・情報共有ができる横のつながり（医療機関や認知症の人と家族の会、地域団体等）を作り、認知症の方も家族も安心して暮らせる地域を目指したい。

## 西会津町の概要

福島県の西北部に位置し、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4番目に高い割合となっている。

このため、認知症になっても安心して暮らし続けられる社会の実現に向け、認知症を正しく理解し、温かい目で見守り支える体制づくりに取り組んでいる。

## 【基本情報】（令和4年1月1日現在）

- 人口 5,850人
- 65歳以上高齢者人口 2,793人
- 高齢化率 47.7%
- 要介護認定率 19.3%
- 第1号保険料月額 5,900円



## 取組の内容

### ●背景

本町の65歳以上高齢化率は県内で4番目に高く、なかでも85歳以上高齢者が人口の約20%を占めていることに加えて、高齢者のみ世帯や独居高齢者世帯が増加しており、認知症高齢者の増加に対して地域の見守り力の低下が課題となっていることから、認知症になったとしても安心して暮らし続けることのできる社会の実現に向けて、地域ぐるみによる認知症対応力の向上が求められている。

### ●取組内容

#### 1. 地域支援体制の整備

##### (1) 認知症キャラバンメイトの養成 【平成18年度～】

民生委員、福祉関係事業所職員に働きかけ、講座を受講していただいている。

認知症キャラバンメイト登録者のなかから任意でキャラバンメイト連絡会に加入していただき、認知症サポーター養成講座の企画立案のほか勉強会や意見交換を行い、町の認知症施策の取組みに協力をいただいている。

キャラバンメイト登録者数	56名
うち組織加入	25名（住民メイト10名、事業所メイト15名）

(2) 認知症サポーター養成講座の開催 【平成18年度～】

サロンや老人クラブ、学校を対象とした講座を開催している。認知症キャラバンメイト連絡会で講座を企画立案することで、計画的に地域に万遍なく認知症サポーターを行き渡らせ、認知症の人を地域で支える体制づくりにつながっている。

学校を対象とした講座では、小学校6学年と中学校2学年と体系的に講座をオンラインで開催することで、理解を促進するとともに、町内グループホームの入所者と実際に会話する場を設けることにより、福祉教育としてだけでなく、グループホーム入所者のいきがいづくりにつながっている。

講座開催回数	累計	146回		
サポーター数(令和4年1月1日現在)		3,358人		
過去3年の開催状況	令和元年度	8回	171人	
	令和2年度	5回	126人	
	令和3年度	4回	136人	

(3) 認知症地域支援推進員の配置 【平成27年度～】

地域包括支援センターの職員を1名増員して配置

(4) 高齢者等あんしん見守りネットワーク 【平成27年度～】

過疎・高齢化により地域の見守り力の低下が懸念されることから、民生委員、サロン、ボランティア団体などの地域住民、郵便局、金融機関、宅配業者、町内商店などの事業所、行政・社会福祉団体でネットワークを構成し、さりげない見守り、声かけ、気になるサインを察知した際の情報提供を通して、地域全体で高齢者を見守り支え合う活動を行っている。

2. 認知症の人と家族への支援

(1) 認知症ケアパスの活用 【平成27年度作成・令和2年度改訂版作成】

本人や家族からの相談の際に活用しているほか、町内全戸に配布するとともに、サロンなどでケアパスの活用方法を説明して、認知症理解を促進するための普及啓発を行っている。

(2) 認知症初期集中支援チームの設置 【平成30年度～】

町・地域包括支援センター・国保診療所でチームを構成  
現在までの支援件数 2件(平成30年度1件、令和2年度1件)

(3) グループホーム交流会の開催 【平成30年度～】

本人らしさを発揮できる場づくりとして町内のグループホーム3施設で交流会を行っている。町、認知症地域支援推進員、各グループホーム管理者で構成するグループホーム検討会で企画立案し、入所者同士の交流のほか、農作業やこども園児童との交流など、本人がいきがいを感ぜられるような内容とし、評価検証を行いながら事業を実施している。

※ 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止中

(4) 認知症カフェ(オレンジカフェ いいで愛)の開催 【令和元年度～】

不定期開催 年3～5回程度  
令和元年度は試行的に、介護センターを会場に対象者を特定せず、ポスターで周知して自由に参加できる形式で開催した。

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、令和2年度以降は町内の公共施設を会場に、地区ごとに参加者を限定する形式で開催している。参加者は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や町保健師から声かけをしていただいております。閉じこもりの防止につながっている。令和3年度は、キャラバンメイトに運営の協力をいただいている。

令和3年度の開催状況 5回 25人参加

## 成果と課題

### 取組の成果

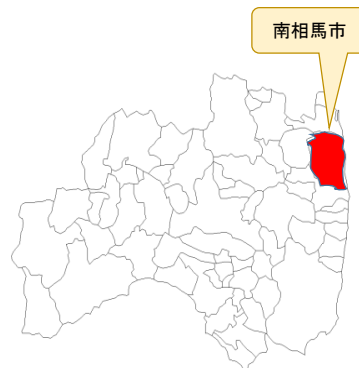
- 認知症サポーター養成講座の累計受講者数は町の人口の57.4%となっており、65歳以上高齢者へのアンケートでも44.7%が認知症サポーター(オレンジリング)を知っていると答えるなど、町民への普及が進んでいる。
- サロンや老人クラブに出向いての認知症サポーター養成講座や認知症ケアパス説明会を通して、認知症を自分ごととして捉え、認知症に対する正しい理解の促進につながっている。
- 小学校での認知症サポーター養成講座で学んだことを保護者に伝えてもらい、保護者の感想をいただくことで、親の介護などで認知症と関わる機会のある働き盛り世代が関心を持つきっかけづくりになっている。
- 認知症カフェ、グループホーム交流会などを通して、認知症の人同士だけでなく、幅広い世代の人と交流したり、自分の特技を披露する場ができることで、本人がいきがいを持って自分らしさを発揮できる場づくりにつながっている。
- 認知症の人であっても、オンラインを活用して対面と同じように交流することができ、感染症の流行などで行動が制限される状況であっても工夫しながら事業を継続できることが確認できた。

### 今後の展望

- 認知症が一般的に認知されるようになり、認知症地域支援推進員の配置、認知症初期集中支援チームの設置など、相談支援体制も構築されている一方、本人からの相談は少なく、ある程度症状が進行してから家族や近所から相談を受けて支援につながるケースが多いことから、分りやすい周知を心がけるとともに相談しやすい環境づくりに向けた取組みを推進する。
- 家族の集いや相談会の開催など、家族介護者のレスパイトケアに向けた取組みを推進する。
- 認知症による徘徊や行方不明事案が発生した際に、より早い段階で対応できるよう、見守りネットワークの充実強化を図るとともに、GPSなどのICT機器を使った模擬捜索訓練を行うなどして、地域の見守り力を高めていく。

南相馬市	認知症の正しい理解と早期支援の推進のために
<p><b>南相馬市の概要</b></p> <p>現在の南相馬市は、平成18年1月1日、旧小高町、旧鹿島町、旧原町市の1市2町が合併して誕生した。本市の高齢化率は35%を超え、さらには独居、高齢者のみ世帯が増加しており、地域での支え合いの推進やまち全体で高齢者を見守る環境整備などが大きな課題となっている。また、認知症高齢者の更なる増加が予想されるため、早期発見・早期対応への取り組みを推進している。</p>	

- 【基本情報】 令和3年10月末現在
- 人口  
58,547人
  - 65歳以上高齢者人口  
21,250人
  - 高齢化率  
36.3%
  - 要介護認定率  
17.4%
  - 第1号保険料月額  
5,903円



## 1 認知症についての理解の普及推進

●背景  
認知症と疑われる症状が発症した場合、相談先が分からず、重症化してから相談を受けるケースが年々増加していた。また、少数ではあるが働き盛りの世代からの相談もあり、相談窓口や認知症の正しい知識の普及について必要性を感じるようになった。

●事業内容と結果  
①若年性認知症についての正しい知識と相談窓口の普及のため、献血事業の協力事業所等を訪問し、献血の待ち時間に実態把握（アンケート実施）とリーフレット（福島県作成のもの）を配布した。

「若年性認知症を知っている」	はい	約7割
「相談窓口を知っている」	いいえ	約9割以上

予想以上に相談窓口が知られていない

②認知症サポーター養成講座を主に窓口に対応する市職員に継続的に開催した。また、市民対象の公募による講座は、働き盛りの方も参加しやすいように夜間の開催も定期的に行った。養成講座修了者に対してステップアップ講座も開催した。

訪問企業数	R2：6箇所	R3：8箇所
-------	--------	--------

養成講座の受講者数	R2：166人（11回）	R3：169人（14回）
ステップアップ講座	R2：36人（3回）	R3：24人（3回）
ボランティア登録数	R2：9人	R3：8人

30～50歳代の受講者が増えた！

③認知症地域推進員（地域包括支援センター職員兼務）が中心となり、市内の医療機関、薬局等の窓口にてケアバスを設置し啓発に努めた。また、令和3年度は概要版を作成し、市内全戸に配布した。

ケアバス設置数	R2：93か所	R3：94か所
---------	---------	---------



## 2 脳の健康（まんてん脳トレ）教室

- 背景  
軽度の認知機能低下者等の生活改善の助言を行っていても、本人の力だけでは改善が難しい状況もあり、「脳の健康づくり」「仲間づくり」「地域社会への参加促進」を目的とした教室の必要性を感じていた。
- 事業内容  
概ね週1回 全18回  
(株)公文教育研究会学習療法センターの認知症予防プログラムを導入  
音読、計算、すうじ盤を利用した楽習（教室サポーターが主体）  
DVDを見ながらの体操  
交流（趣味・特技の発表会）

習慣化  
(外出・生活活動)

自主グループ活動へ

### ●実施状況

R3：実16人 延263人 サポーター数：10人



## 3 認知症初期集中支援事業

- 目的  
認知症の早期診断・早期対応を目指し、認知症専門医と医療・介護の専門職で構成された「認知症初期集中支援チーム」により初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートをする。
- チーム員  
認知症サポート医、保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員等
- 取り組みのポイント  
以前は事務手続きやチーム会議等の調整に時間がかかり、対応するタイミングが遅くなることが課題だったが、**様式の簡素化**や**チーム員が専門医に向いて会議**を行うなど工夫することで、効率的に行うことができ、対応がスムーズにできるようになった。

## 事業の成果と今後の取り組み

### 事業の成果

- 事業所への訪問を通して、これまで把握しにくかった年代の実態を把握することができ、若年性認知症についての普及を広めることができた。
- 市職員への認知症サポーター養成講座を実施することで、「認知症」に対する意識が高まり、他部署からの情報提供が増え、連携がスムーズになった。
- 認知症ケアパスを作成し、市内のサービスをまとめることにより全体が見え、不足な分野が明確になった。  
また、認知症地域支援推進員と市内の医療機関等との顔つなぎの機会となり、お互いに困難な事例に対する連絡がしやすくなった。
- 認知症初期集中支援チームでの対応が早くなり、取り組みやすくなった。また、チーム員が経験を重ねたことで資質向上につながった。

### 今後に向けての取り組み

- 更なる認知症の理解促進のために、認知症サポーター養成講座等による普及啓発事業を定期的で開催し、対象を拡大（小中学生や企業等）して開催したい。
- 認知症の方が安心して地域で過ごせるための事業（徘徊高齢者等位置探索機器貸与事業等）や地域で認知症の方を支えられる仕組みづくり（認知症カフェ、チームオレンジなど）の構築を目指したい。
- 早期発見・早期対応につながるよう事業を継続していきたい。



---

## 2 市町村の取組事例

---

### (3) 在宅医療・介護連携の推進

---



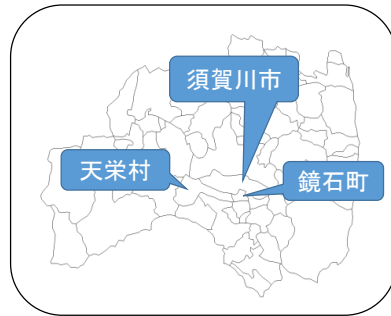
## 概要

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・開始し（3市町村で運営業務を須賀川医師会に委託）、現在に至る。

## 【基本情報】

（令和3年11月30日現在。人口は住民基本台帳による）

	須賀川市	鏡石町	天栄村
人 口	75,142人	12,616人	5,400人
65歳以上高齢者人口	21,862人	3,561人	1,984人
高齢化率	29.1%	28.2%	36.7%
要介護認定率	18.7%	17.4%	17.3%
第1号保険料月額	6,470円	6,300円	6,500円



## 取組の内容①

## ●背景

在宅医療・介護連携推進事業のうち在宅医療・介護連携に関する相談支援を実施するため「須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター」の運営業務を須賀川医師会に委託する。

## ●主な事業内容

## (1) 相談業務

- ア 相談を受け付ける対象者は、須賀川市、鏡石町及び天栄村の住民とする。
- イ 相談員は、在宅医療・介護に関する相談等を受け、適切な助言等を行う。
- ウ 相談員は相談内容に応じて、関係団体に支援を要請する。  
また、必要に応じて、患者、利用者又は家族からの照会に応じて、地域の医療関係者、介護事業者等の紹介を行う。
- エ 相談を受け付けたときは「相談依頼票」を作成し、必要な対応を行った上で、対応内容、対応結果等を記載する。

## 取組の内容②

### (2) センター運営検討会

- ・月1回開催。各関係機関から推薦された委員と相談員及び行政職員が参加し、必要な打合せや協議を実施。

### (3) 拠点センターだより発行

- ア 年4回程度発行。
- イ 医療機関の紹介、新規介護サービス事業所等の紹介、各種研修会や講演会の報告を掲載。

### (4) 専門職を対象とした研修会又は講演会

- ・年2回程度開催。

### (5) その他

- ・センター運営検討会において実施することとした事業を実施。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 相談内容として、在宅医療など訪問診療に関する相談が全体の8割近くを占めている。
- 月1回センター運営検討会を実施し、医療・介護関係者の情報共有が図れる。課題の抽出や対応策の協議ができる。
- 「拠点センターだより」を発行することで、関係者間の情報共有が図れる。

### 今後の展望

- 3市町村の医療機関・介護保険事業所などと連携し、在宅医療・介護連携に関する問題解決に取り組めます。
- 在宅医療・介護関係者間で連携を円滑にするためセンター運営検討会を継続して開催します。
- 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ります。



鮫川村	既存ルール再確認の取り組み
-----	---------------

### 鮫川村の概要

阿武隈高原南部の頂上部に位置し、面積は131.34km<sup>2</sup>でそのうちの約4分の3を山林が占めている  
今回は医療と介護との連携ルールの再確認を目的に在宅医療介護連携推進会議を実施した

【基本情報】令和3年12月末現在

- 人口 3,101人
- 65歳以上高齢者人口 1,273人
- 高齢化率 41.1%
- 要介護認定率 16.1%
- 第1号保険料月額 5,700円



## 取組の内容①

### ●背景

急速に少子高齢化が進む中、村民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で、切れ目なく安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが求められている。

鮫川村では、村内唯一の医療機関ある村国保診療所の医師が、令和3年4月に不在となった。

このことが契機となり、新たな連携に向け、その枠組み、ルールの再確認が求められていた。

### ●事業内容

行政が主体となり村内関係機関による連携推進会議を実施

関係機関：鮫川村国保診療所、塙厚生病院、鮫川村地域包括支援センター、鮫川村居宅介護支援事業所

### ●取組のポイント

在宅医療介護連携推進に向けた連携ルールの再確認



## 取組の内容②

- 検討テーマ  
村高齢者総合福祉センター敷地内に併設されている高齢者向け賃貸住宅の居住者の救急搬送時の病院との連携について
- 事例の概要  
村高齢者総合福祉センター敷地内には高齢者向けの賃貸住宅が併設されている。センター利用者の救急搬送であれば、センター職員が当然付き添い、連携を図ることとなるが、併設されている高齢者向け賃貸住宅の居住者については、状況を十分把握しているわけではないため、付き添いを求められたが付き添わなかった。
- 専門職からの助言内容  
搬送元が福祉センター内施設といえども、十分に対応できない今回のような事情をあらかじめ共有しておくことが大切。また、状況により対応は異なるが、生活保護や持病など特別な事情や有意な情報については、医療連携室等を通して情報提供するなど、連携のための既存ルールを定期的に再確認しあうことが大切である。
- 地域ケア会議による効果  
基本的なルールの再確認の場となり、改めて医療と介護のスムーズな連携推進が図られた。



## 成果と課題

### 取組の成果

- 顔の見える関係となり、よりスムーズな連携が図れるようになった。
- あらかじめ情報を共有することにより、実際の現場であわてることが無くなった。
- 定期的な再確認の場が必要であることを改めて学んだ。

### 今後の展望

- 入退院時の連携に留まらず、保健事業、医療、介護予防といった高齢者を取り巻く健康課題について、一層の一体化を推し進めることを目標として、在宅医療介護の連携を推進したい。



## 奥会津4町村の概要

奥会津は、会津地方西部に位置する柳津町、三島町、金山町、昭和村の4町村からなり、四季折々の豊かな自然に囲まれており、冬期間は豪雪地帯となる。

奥会津4町村は、全国及び福島県と比べて高齢化が急速に進行しており、要支援・要介護認定率も全国に比べ高い状況にある。その中で、地域包括ケアの考え方を重視し、住民一人ひとりが役割や生きがいを持ち、支え合いながら生活していけるよう、各町村及び4町村協働で様々な施策に取り組んでいる。

## 【基本情報（R2.10.1時点）】

## ●人口

柳津町（3,228人） 三島町（1,528人）  
金山町（1,942人） 昭和村（1,221人）

## ●65歳以上高齢者人口

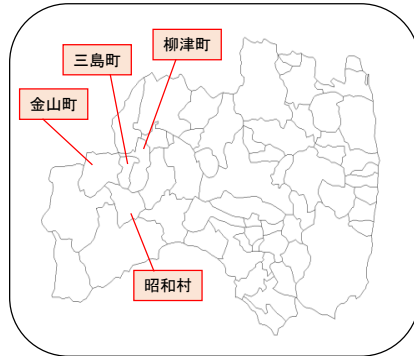
柳津町（1,437人） 三島町（814人）  
金山町（1,179人） 昭和村（697人）

## ●高齢化率

柳津町（44.5%） 三島町（53.3%）  
金山町（60.7%） 昭和村（57.1%）

## ●要支援・要介護認定率

柳津町（19.2%） 三島町（22.5%）  
金山町（20.9%） 昭和村（22.9%）



## 取組の内容①

## ●背景

奥会津4町村ごとの課題を抽出し、今後の介護保険、成年後見制度の利用促進等、町村で連携できる事業の方向性を模索し、町村ごとの事業について意見交換することで、住民のためにより効果的な事業が将来展開できるよう、平成30年度より町村主体で介護保険勉強会（以下、勉強会）を開催。会津保健福祉事務所も現状や課題の把握、情報提供及び助言等のため、継続して参加していた。

## ●事業内容

令和3年度に奥会津在宅医療介護連携支援センター（以下、センター）が設置されたことにより、奥会津地域の在宅医療・介護連携推進を図るため、センターが中心となり地域課題の整理、関係機関のネットワーク作り、課題解決のための検討を重ねている。



## 取組の内容②

～令和3年度(R4.1月末時点)の状況～

日時	主な内容
第1回(R3.7.5)	・各町村の第9次高齢者福祉計画・第8次介護保険事業計画における在宅医療・介護連携推進事業や現状、今後のセンター事業の進め方について意見交換
第2回(R3.8.4)	・センター医師及び看護師より「在宅医療とはどんなものか」説明し、出席者同士で意見交換
第3回(R3.9.15)	・グループワークを行い、4町村共通の課題及びニーズを抽出
第4回(R3.10.29)	・第3回勉強会の振り返りと取り組み内容の確認(町外への移動手段、4町村システムの運用、ケアマネジメントの質の向上、退院調整ルール等) ・各地域包括支援センターの活動紹介
第5回(R3.12.22)	・各町村より移動支援事業を紹介 ・送迎事業、救急医療・在宅看取りにおける消防署との連携について、意見交換

## 成果と課題

### 取組の成果

- 各町村の取組みについて情報交換することで、自町村の取組みに活かすヒントを得る機会となっている。
- 勉強会をとおして、業務や事業を振り返り、在宅医療介護連携を切り口に、地域包括ケアシステム構築に向けた課題の把握へとつながっている。
- 単独では取り組むのが難しい課題について、4町村及び関係機関とで検討を進めることができています。

### 今後の展望

- 勉強会への参加を継続し、4町村それぞれが、他職種連携のもとPDCAに沿った取組み展開ができるような体制づくり、4町村共同で検討し取組んでいけるような体制づくりを支援していく。
- 在宅医療介護連携の課題を明らかにすることで、住民が住み慣れた地域で最後まで自分らしく暮らし続けたいとの願いを実現するための新たな取組みにつなげる。

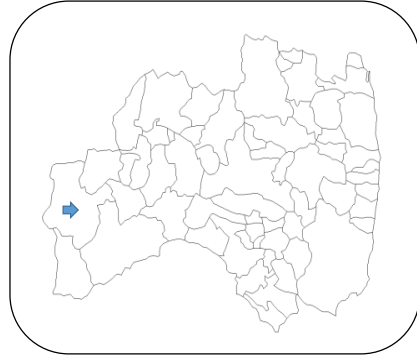


## 只見町の概要

昭和34年に現在の只見町が誕生し、半世紀以上が経過しました。総人口はピーク時の13,527人から3分の1以下になり、少子高齢化・1世帯当たりの人員数の減少が進んでいます。労働人口も減少し、慢性的な医療・介護職員不足に直面しています。このような状況の中、関係機関で情報を共有する事で、関係者が協力して問題解決を行う体制作りを目指しています。

## 【基本情報】 令和3年12月31日現在

- 人口  
4,053人
- 65歳以上高齢者人口  
1,908人
- 高齢化率  
47.07%
- 要介護認定率  
26.5%
- 第1号保険料月額  
5,900円



## 取組の内容①

## ●背景

新型コロナウイルス感染症が流行し、町でも流行地への往来者がいるため、町内の医療機関や福祉事業所から感染者を出さないため、また、感染拡大を防止するため、関係機関による情報共有を行うこととした。

## ●事業内容

月1回、定期的に関係機関(※1)による話し合いの場(地域ケア会議)を設け、各事業所の取組状況や問題点を共有し、対応等について協議を行う。

※1) 町、包括、診療所、介護保険施設等(居宅介護事業所、訪問介護、デイサービス、老人福祉施設、老人保健施設、小規模多機能居宅介護)

## ●取り組みのポイント

事業所の取り組み等で不安がある場合は、その都度会を開催し、話し合いを行うこととしている。

## 取組の内容②

### 1 検討テーマ

新型コロナウイルス感染予防のために、各事業所の対応について報告し意見交換を行う。

出席者 診療所、老健施設、特養、NHA-ステーション、小規模多機能施設、居宅介護支援事業所、役場保健福祉課、地域包括支援センター

### 2 事例の概要

毎月実施している会議時、各事業所で感染予防の対応方法や実際に対応した内容を口頭・文書で説明し、参加者で内容について検討する。

### 3 専門職からの助言内容

感染予防の内容が過度にならないよう取り組みについて助言を行った。必要な介護サービスが提供できない場合の事業者間の支援について検討した。

### 4 地域ケア会議による効果

他の事業所の対応内容を確認する事で、情報共有や自分たちの事業所の参考にすることができた。  
それぞれの事業所の対応方法を利用者にも説明することができた。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 情報を早く知り、迅速にサービス利用に対応する事ができた
- 関係者が話し合う事で、各事業所の状況を共有できた
- 支援が必要な事業所へ、他の事業所が対応することができた

### 今後の展望

- 連携を継続する事で、事業所同士が相談しやすい関係を保つことができる
- 情報交換する中で、必要なサービスを見出し、提案することができる
- 今後も定期的に、また必要時に町内事業所で感染症対策についての話し合いの場を持ち、情報共有や問題解決、町への提言等を行っていく

只見町にある医療・福祉関係の施設・数  
(⑩・⑪・DS1か所以外は同じ区域)

- ① 国保診療所 1
- ② 訪問看護ステーション 1
- ③ 特別養護老人ホーム 1
- ④ 地域密着型介護老人保健施設 1
- ⑤ 介護老人保健施設 1
- ⑥ ディサービス 2
- ⑦ 居宅介護支援事業所 1
- ⑧ 広域消防署 1
- ⑨ 社会福祉協議会 1
- ⑩ 小規模多機能型居宅介護施設 1
- ⑪ 認知症対応型共同生活介護施設 1
- ⑫ 只見町保健福祉課 1
- ⑬ 地域包括支援センター 1

---

## 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

---

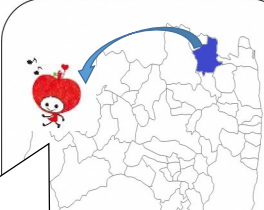


伊達市	目指すは、日本一の通いの場【元気づくり会】300会場！
-----	-----------------------------

**伊達市取組概要**  
 伊達市は、市民一人一人が健康で幸せに暮らし続けられるまち「健幸都市 伊達市」を目指しています。「安心して子育てができ、安心して歳が取れるまち」の将来像実現に向け、さまざまな健幸事業に取り組んでいます。  
 その一つとして、身近な集会所等で運動を楽しむ【元気づくり会】は、週2回、90分の活動（準備運動→筋トレ→球技やリズム体操→整理運動）を主体的に参加し、自分たちで継続し、参加者の心身の健康を維持増進するとともに、**地域コミュニティとして大切な「通いの場」**となっています。

基本情報(令和3年12月現在)	
人口	58,320人
うち65歳以上	21,045人(高齢化率36.1%)

元気づくり会の活動状況(令和3年12月現在)	
会場数	131会場(目標は300会場)
参加者実人数	1,048人(R3年度のみ) 2,979人(事業開始したH26から現在までに参加した方)
通いの場参加率 (R3年5月時点)	11.2% 1,148人/10,249人 65歳以上参加者/実施地区65歳以上 ※国の示す目標10%を超えている



**健幸都市とは**  
**『誰もが健康で幸せに暮らし続けられるまち』**

smart  
wellness  
CITY

心身の健康だけでなく、人々が生きがいを感じ、安心安全で豊かな生活をおくれるまち

## 概要 伊達市「元気づくり会」

【経 緯】 拠点型運動教室を実施していたが、交通手段が乏しいなど参加者が増えない課題があり、歩いていける身近な場所で健康づくりを実施する「元気づくりシステム」を導入

【目 的】 健康増進・介護予防運動をしながら元気で前向きな高齢者を育成し、地域コミュニティの活性化と共助社会の推進を図ること

【対 象】 町内会単位

平成26年度 5会場からスタート
令和3年度 131会場まで拡大



- 【内 容】 ① (一社)元気づくり大学が作成した元気づくりシステムを使用  
 ② 元気づくり会に関わるのは、コーディネーター（市職員）  
 （元気づくり大学で研修を受け認定を受けた者）  
 ③ 希望する町内会は集会所コースを経て元気リーダーコースへ

集会所コース…コーディネーターとともに集会所で6か月間、元気づくり体験を実施し「元気になりたい、元気でいたい」という健康意識の醸成を図る 元気リーダーコース…参加者たちで元気づくり会を継続。コーディネーターは、住民主体の継続を支えるため、1か月～1か月半に1回の割合で集会所に伺い、状況を見守る（ささやかな介入）
---

④ 元気リーダーコースが継続するための仕掛け

情報交換会…元気づくり会を実施している複数の町内会で活動状況や悩み等を共感・共有し、解決方法などを話し合う 元気交流館コース…交流館等広い会場で元気づくり体験を楽しみながら、複数の町内会と交流できる 電話報告…元気づくり会を実施した日に、参加人数や運動した内容をコーディネーターに報告をもらい、状況把握する
---

## 効果 伊達市「元気づくり会」

①心身の変化と社会的行動の活発化 ~アンケート結果より(回答者131人)平成29年4月~9月集会所コース20地区実施 ※H26以降アンケートを毎年実施しているが、毎年同様の結果となっている。

### 身体の変化

- ① 血圧値が改善した
- ② 膝や腰の痛みが軽減した
- ③ 歩きやすくなり、疲れにくくなった。
- ④ 姿勢がよくなったと言われる 等

### 気持ちの変化

- ① みんなとの会話が楽しい
- ② 介護しているが、ここに来ると気分転換になる
- ③ ストレス発散になる
- ④ 前向きになれる。

### 社会的行動の活発化

- ① 歩く機会が増えた
- ② 外出する機会が増えた
- ③ 会話する機会が増えた
- ④ 地域活動の機会が増えた

心身の健康、フレイル予防、介護予防

地域自治、共助社会

②健康意識と自覚の醸成 ~コロナ禍でみてきたこと

R2.3~5月末 新型コロナウイルス感染防止のため、市から元気づくり会へ3カ月間の休止を要請した。

- ◆市は、参加者の体力低下・意欲低下を懸念し、再開を心配していたが、休止要請解除後約1カ月で8割が活動再開!
- ◆参加者は活動休止により、改めて元気づくり会のよさを実感!

### 再開後の参加者の声

- ▼ 「元気」を維持できる場であることを実感!
- ▼ 一人ではできない。集会所でみんなとやるから続けられる。共有する仲間の存在が大切!
- ▼ 外出自粛中に体力の衰えと気分の落ち込みを感じたからこそ「元気でいたい。幸せになりたい。」という思いが強まり、自ら健康づくりをする必要性を感じた!

元気づくり会は、みんなが元気になる通いの場である

③共生社会の拡大への期待

元気づくり会で元気で前向きになったみなさんの互助・共助の活動事例

- ▼ 参加者が体の不自由な参加者の送迎をしたり、手をつないで集会所まで移動。
- ▼ 参加者による高齢者世帯の見守り。(集会所への行き返りに声掛け実施)
- ▼ 集会所等の清掃や草むしり、花壇の手入れ
- ▼ 町内行事への協力や参加、懇親会の開催
- ▼ サロン立ち上げ

自分のための元気づくり

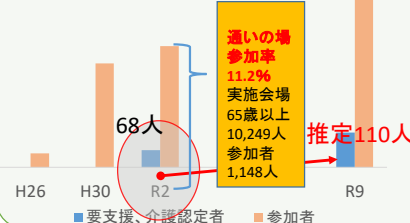
みんなのための地域づくりへ

## 成果と展望 「元気づくり会の拡大から見てきた共生社会」

成果1 介護保険事業に頼らない地域社会の構築

- ・元気づくり会の拡大とともに、要支援者も参加していることが判明。
- 1) 通所型リハビリ→元気づくり活動へ
- 2) 元気づくり参加者→要支援等になっても継続
- ・交通手段のない方でも参加可能
- ・自主運営に繋がる仕組みづくりを展開している
- ・ので、限りある職員数で効果的に新規会場の立ち上げ可能。(R3年131会場 → R9年200会場)

図1 元気づくり会参加者の推移 (要支援者含む)



成果2 運動だけではなく多様な波及効果が現れている

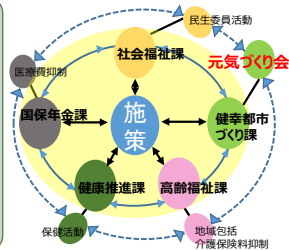
- ①身近な通いの場から共生社会が構築されている。
  - ・コロナ、災害に負けない(自主的に再開、助け合い)
  - ・元気高齢者による自助・共助

②部内連携(元気づくりシステム波及効果を共有)

図2 部内連携・波及効果イメージ

○保健事業と介護予防の一体化事業

○システムの効果、波及効果を理解した上で、更なる連携強化が見込まれる。  
市民、自治組織、関係機関など



元気づくり会の拡大=共生社会の拡大

5 100 120 200  
元気づくり会場数

展望 安心して子育てができ、安心して歳がとれるまち  
目指すは、日本一の通いの場【元気づくり会】300会場

(田村市) 支え合いの移動支援の取り組み

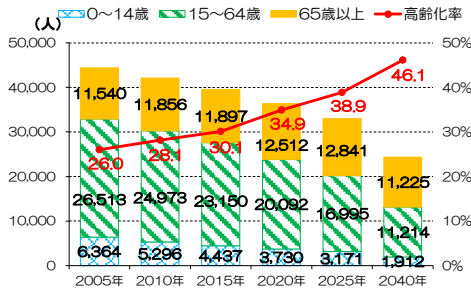


田村市の概要

阿武隈高原の中央に位置し、面積の約7割を山林が占める中山間地域。中通りにあって浜通りとの結節点となる地域で、4町1村が合併し現在の田村市に至る。高原特有の丘陵起伏のある地形で、自然の豊かさを活かした農林業や観光レクリエーションが盛んです。(面積 458.33平方キロメートル)



田村市の推計人口



(令和3年4月現在)

- 人口 35,427人
- 65歳以上高齢者人口 12,659人
- 高齢化率 35.7%
- 要介護認定率 20.0%

2. 生活支援体制整備の状況



【生活支援体制整備事業の状況】 (令和3年4月現在)

- 第1層協議体 平成29年1月設立  
現在委員数 15人  
支え合う地域づくり協議体議を毎月開催
- 第1層生活支援コーディネーター 1人
- 第2層協議体 3圏域設立

【第1層協議体の活動】

平成28~29年度	◇協議体の活動というより、とにかく委員の「？」を解消する勉強会が中心。徐々に地域に始め「こんなあったらいいな～」を聞いたり、委員が得た情報を共有したり。協働の地域づくりの普及啓発・第2層協議体委員発掘のための勉強会を開催。 ⇒今後必要となる助け合いや自分たちがすべきことを1人でも多くの方に知ってほしい。そして考えてほしい。
平成30年度	◇自立支援型地域ケア会議で得られた地域課題を協議体へ提言。今までの活動で把握したことから、今後田村市にあったらいいなと思うことを具体的に話し合う。イメージができなければ、先進地視察や支援を必要としている方を訪問。 ⇒支え合いの創出(ちょっとした困りごとを手助け「隣隣サポーター」) / 担い手養成講座/地域のお宝マップ作成 など
令和元年度	◇あったらいいな「地域の居場所」を具体的に話し合う。市内の通いの場を把握、フリーサロン参加。 ⇒支え合いの創出(定期的に集える居場所づくり) / 担い手養成の継続など  ◇あったらいいな「移動支援」を具体的に話し合う。既存資源の把握、ロールプレイング、移動販売の把握 など
令和2年度	◇「移動支援」の話し合いを継続。コロナ禍で人が集まる機会の減少・・・イメージがわかない・・・道路運送法の制度が難しい・・・ ⇒試験的やってみよう！10~3月モデル事業の実施

協議体が集めた情報から見えた「田村市にあったらいいな」を実現するためにはどうしたらいいか、とことん話し合い！





### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### 【背景】

- 田村市民の主な移動手段（生活移動）はマイカー。  
協議体の“あったらいいな”にも挙げたように、ひとり暮らしや免許返納などにより高齢者の生活の足に課題がある。  
外出機会の減少 → 閉じこもり・外出意欲の低下の懸念
  - 自立支援型地域ケア会議・ケアマネジャーのアンケート調査から以下が挙げられた。
    - ①介護予防に資する通いの場への移動支援ニーズ
    - ②自立生活に必要な移動(買い物・交流の場・通院等)及び外出時の付添支援ニーズ
- これらを第1層協議体に提言し、地域住民の力を活かした仕組みを検討

#### 【取り組み①】 毎月の定例会で話し合い

令和元年12月～

- ◇委員が地域住民の声を聞き取り、地域の声を抽出
- ◇先進地事例の把握 (いきがい・助け合いサミット/NPO法人全国移動ネットなど)
- ◇既存資源の把握/利用状況の共有 (デマンド型乗合タクシー)
- ◇既存資源を活用した場面別のロールプレイング (R1.10月 ふくしま連携復興センター主催「ふくしまで暮らしの足を考える」参考)



支え合う地域づくり協議体

令和2年4月～

- ◇元気に暮らし続けるために必要な移動で、既存資源では補えていない  
行先・支援に焦点をあてて話し合い  
→ 試験的な事業の実施を検討
- ◇自動車に人を乗せた活動は不安も……。不安解消に必要な知識や技術を話し合い  
→ 運転講習を検討 (担い手養成)  
→ 生活支援コーディネーターが市内の自動車学校・通所介護事業所へ協力依頼

借りられそうな車はあっても、取りに行く時間ももたない!

運転しなれたマイカーで活動できないかな?

人を乗せた運転のポイントを覚えてもらえないかな?

感染対策は? 乗せてもらう側も体験できないかな?

### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### 【取り組み②】 既存組織との連携

- 安全運転の知識の他にも、高齢者に係る知識・住民主体の活動に理解が必要  
→ 支え合いの取り組みに理解のある住民へ協力を依頼
  - ☆訪問型サービスB提供団体
  - ☆通所型サービスB提供団体
  - ☆隣隣サポーター養成講座修了者
  - ☆第1・2層協議体

地域で活動中の隣隣サポーター

※団体数は、令和2年度末現在

訪問型サービスB (生活支援) 4団体  
(令和2年度 延べ329回活動)



頼まれたものを買ってくるだけじゃなくて、一緒に買い物に行けないかな?

コロナ禍でさまざまな活動が自粛傾向のなか……  
「協議体の活動はこんな時だからこそ大切! スピード感を持ってやりたい!」  
という委員の声。委員を中心に住民へ声かけ

通所型サービスB (居場所づくり) 1団体  
(令和2年度 計48回活動、延べ参加者337人)



一人でここまで来れない・来るのが不安な人もいる。送迎できないかな? でも自分たちができるかな?

→ 既存活動の展開にも!

### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### 【取り組み③】モデル事業の実施から課題等を把握（令和2年度実施）

移動支援の事業内容や活動に必要な知識を検討 → モデル事業により課題等を把握

#### 運転講習（運転ボランティア養成）

●令和2年8・9月に1回ずつ開催 ※感染予防のため分散開催 ◇会場 田村自動車教習所

●協力 ・自動車教習所 ・市内通所介護事業所 ・社会福祉協議会  
・保険会社（移動サービス専用保険）

●受講者数 計20名

#### ●内容

- ①事業目的と活動内容
- ②もしもの時の活動保険
- ③高齢者送迎の知識と対応（送迎時の感染対策含む）
- ④移動支援で必要な知識と心構え
- ⑤運転時のリスクと備え
- ⑥運転実技・高齢者疑似体験



送迎している人から学ぶ



送迎前後の支援&乗車体験



公道を走行して安全運転を再確認



高齢者疑似体験

協議体委員も、支え合いの仕組みを考えたり、伝えたりするために、自分たちも受けてみたい！と参加

### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### 高齢者移動支援サービスの概要

- 内容は？  
通所型サービスCや地域のサロンの実施場所への移動の足に課題のある高齢者を、運転ボランティアがマイカーにより目的地まで移動支援を提供する
- 対象者は？利用回数は？  
①介護予防・日常生活総合支援事業の基本チェックリスト該当者  
②要介護（要支援）認定で要支援1・2の判定を受けた方      利用回数は月10回まで
- 提供者は？  
①心身ともに健康な方  
②普通自動車運転免許を保有し、自家用車（マイカー）で送迎ができる方  
③地域のボランティア活動を行う意思がある方（第1層協議体・第2層協議体・隣隣サポーター）  
上記当てはまる方で、運転講習を受講した方
- 実施期間・時間・目的地などは？  
①実施期間 令和2年10月から令和3年3月まで  
②実施日・時間 平日の概ね9時から16時までの間  
③目的地（送迎先）(1)通所型サービスCを利用するための移動（さくらの里・市民病院）  
(2)一般介護予防事業（運動サロン）に参加するための移動  
(3)その他（住民主体型サービス利用に関わる移動支援）

### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### モデル事業の実施

##### ●ボランティアの活動



- <活動用ファイル>
- ・表紙に目印 ・活動報告書
  - ・事故対応マニュアル/記録票
  - ・利用予約票/地図 など
- <準備物>
- ・手指アルコール消毒液
  - ・アルコールウェットティッシュ
  - ・名札/車両用マグネット
  - ・ペーパータオル/タオル
  - ・ビニール袋/手袋 など

- ☆活動前に、利用者・ケアマネ・ボランティア等で打合せを行い、事業趣旨の理解を得る
- ☆利用日、乗降時の付き添いやシートベルト装着などを確認し、目的地への送迎や買い物付添などの活動を開始

##### ●ボランティアとの意見交換会（実施前後）

- ・活動で不安なことは？ ・利用者の変化は？
- ・自分の変化は？ ・車種がバラバラ。目印は？ など

同時に・・・

##### ●ケアマネジャーへ高齢者の移動支援に関するアンケート調査（より詳細に）

- ・高齢者の現在の移動手段は？
- ・自立生活のために必要な先行は？
- ・移動の足が課題になっている理由は？ など

##### ●協議体で事業の評価検証

- ・利用者の変化は？ ・ボランティアの変化は？
- ・事業の課題は？ ・アンケートから課題は？
- ・サービス内容は？ ・利用料金は？
- ・活動団体への支援の方法は？ など

➡「道路運送法上の許可・登録不要の形態」で可能な仕組みを検討

地域支援事業と道路運送法が複雑に関係し理解がとって難しい！

➡「やりたいことができる方法」を、協議体・SC・行政で悩みながら協議

##### ●公共交通部門との連携

- ・協議体の話し合いに参加
- ・東北運輸局福島運輸支局に協力いただき、実施可能な事業であるか・注意点などを助言

### 3. 移動支援の仕組みを検討



#### モデル事業の結果

##### ●実施結果

- ◇利用者・・・3名
- ◇利用回数・・・延べ63回
- ◇利用先・・・①たむら市民病院（通所C）  
②地域の交流の場（通所B）  
③食品の買い物店舗（生活援助と併せた買い物付添 訪問B）

##### ●評価検証

##### <数値化で分析>

- ◇生活自立度・・・向上/外出頻度の増加・維持
- ◇生活満足度・・・維持・やや低下

##### <数値以外の分析>

##### ◇ケアマネから見た変化

リハビリに通い、シルバーカー→杖歩行に改善。褥り寝れていても、降車後の坂道をボランティアと楽しく歩いていた

外出や住民との交流により生活に楽しみが増えた

定期的に利用者と顔を合わせることで、ちょっとした変化にボランティアが気づいてくれた

##### ◇利用者の声

定期的な外出で生活に楽しみができた

顔見知りで安心してできた（地元の話が楽しめた）

買う食品にアドバイスが買えて良かった

車道から家まで遠いが、玄関までの間、ボランティアと会話しながら楽しく歩けた

##### ◇ボランティアの声

安全運転や自らの運転のくせを再確認できた

活動から、孤立や閉じこもりを防ぐ力になりたい



##### 評価検証から、令和3年度 新たな支え合いを創出

- ①行先に新たに買い物単独や通院を追加 ➡ 訪問型サービスDを創設
- ②既存の住民主体型サービスでの移動支援の新設（利用料金の改定）
- ③地域の支え合い活動応援講座（隣隣サポーター養成講座）に運転講習を追加・全体を再編
- ④活動への支援制度“やりたいこと”への支援（住民主体型サービス団体補助要綱改定）

## 4. 成果と課題



### 取組の成果

- 移動支援の構想や試験の実施に向けた担い手養成を協議体と一緒に取り組むことで、住民目線が含まれた内容になり、主体的な取り組みで実施に向けてスムーズに行うことができた。
- モデル事業の実施から、課題や効果を把握することができ、田村市に合ったサービス創設に向けて、具体的なイメージを持ちながら協議体で話し合うことができた。協議体委員も“自分たちでできた”と達成感を得ることができた。また、モデル事業終了後も、協力者が主体的に活動を始める後押しになった。
- 訪問型サービスDの創設だけでなく、既存活動に移動支援が加わったことで、一緒に買い物に行ったり、送迎があることで通いの場に参加できる人が増えたり、支え合い活動の幅が広がった。

- 令和3年度 支え合いの移動支援活動 計132回（12月末現在）

- ◇ 訪問型サービスB 提供団体 5団体
  - ➡ 活動363回のうち延べ14回（買い物付添活動など）
- ◇ 通所型サービスB 提供団体 3団体
  - ➡ 活動110回のうち延べ90人（回）  
（通いの場への送迎や送迎途中の買い物付添活動）
- ◇ 訪問型サービスD 提供団体 2団体
  - ➡ 6月より活動開始 延べ28回  
（市内・団体によっては近隣市町村への通院やワクチン集団接種会場への送迎・付添活動など）
- ◇ 運転講習修了者 令和2年度～ 延べ30名



訪問型サービスDでの歯科受診

送迎があることで、通いの場に参加できるようになった人も

#### <活動開始前に>

- ① 移動支援の活動を始めたい隣隣サポーターが運転講習を受講
- ② 提供団体で移動支援サービス専用自動車保険へ加入
- ③ サポーター、ケアマネ、利用者・家族の三者で支え合い活動への理解

➡ サポーターも利用者も、安心・安全な活動へ

## 4. 成果と課題



### 今後の展望と課題

- 支え合い活動の展開に向けて、課題把握・解決の話し合いを継続し、持続性のある活動となるよう、課題解決やサポーターの不安解消に努め、継続性のある事業を目指す。  
また、支え合い活動が地域に広がっていくよう、支え合いの大切さを多くの市民へ普及啓発する。
- 協議体との話し合いで、地域課題を1つでも多く解決できるよう目指す。  
みのりの木の“あったらいいな”の「葉」の仕組みが創出  
➡ その仕組みが、より良い活動に、そして支え合いが波及し「花が咲く」ように話し合いを継続する。
- 地域とのつながりや支え合い活動が途切れないように、継続できる方法を協議体で検討する。
  - ☆ 田村市介護予防・日常生活総合支援事業のうち、住民主体型サービスにおける対象者の弾力化  
➡ 令和3年9月より、利用対象者へ「要支援者等の時から継続して住民主体によるサービス事業を利用する要介護者」を追加
  - ☆ サポーターのスキルアップ  
➡ スキルアップ研修（感染予防など）  
➡ 団体交流や情報・意見交換



活動時の感染対策を再確認



支え合う地域づくり 移動支援サービス



担い手養成・仲間づくり

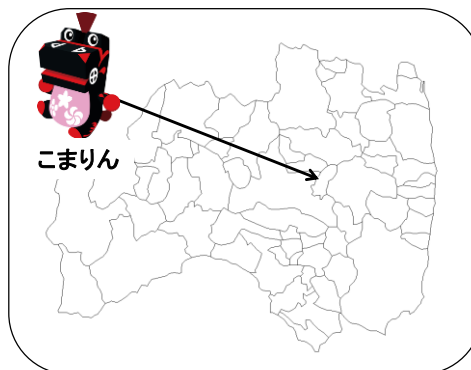
三春町	生活支援体制整備事業の普及啓発 と住民主体の通いの場の活動支援
-----	------------------------------------

#### 三春町の概要

三春町は、阿武隈山系西部の低丘陵性山地に位置し、国道288号を中心とする平坦部に市街地が細長く形成され、町域の約37%が山林・原野、約34%が農地、宅地は約7%となっている地域になっています。

#### 【基本情報】（R3.4.1現在）

- 人口：16,855人
- 高齢者人口：5,695人
- 高齢化率：33.8%
- 要介護認定率：15.4%
- 第1号保険料月額：5,762円



## 取組の内容①

#### ●背景

本町の日常生活圏域は7つの地区に分かれ、それぞれに「まちづくり協会」を設置し、地域のコミュニティ形成を図っています。

しかし、地域の課題は様々であり、各地区の環境に応じた支え合いが必要となります。本事業の取り組みを行い、地区の個性に対応した支え合いの創出を目指しました。

#### ●事業内容

##### (1) 住民向け講演会、住民勉強会の開催【R2年度に引き続き】

- \*講師：公益財団法人さわやか福祉財団 岡野貴代氏
- 町民への普及啓発と町民自身が考える機会を設定

##### (2) 活動報告会の開催【新規】

- \*講師：公益財団法人さわやか福祉財団 岡野貴代氏
- 昨年度、講演会、勉強会から立ち上がった通いの場を対象
- 1年間の活動報告とグループワークを通して支え合いを再度考える機会を設定

#### ●取組のポイント

住民の主体性を保つため、町民が考える場を設けている。

令和2年度より町補助金による、備品購入、運営費の一部を助成している。

## 取組の内容②

### (1) 住民向け講演会「みんなで支え合うまちづくり」の開催

- 日 時 令和3年10月28日(木) 午後1時30から
- 場 所 三春交流館「まほら」ホール
- 参集者 まちづくり協会、区長、健康づくり推進員等 計76名 (R2:139名)
- 内 容

○行政説明「三春町の介護保険の状況」

○講演会 \*講師 公益財団法人さわやか福祉財団 岡野貴代氏

第1部: 基調講演「みんなで支え合うまちづくり」

第2部: 事例紹介



## 取組の内容③

### (2) 住民勉強会「地域の支え合いを考える会」の開催

- 日 時 令和3年11月30日(火) 午前10時00から
- 場 所 三春交流館「まほら」ホワイエ
- 参集者 講演会参加者の中で、話し合いに参加したい方 計19名
- 内 容

○趣旨説明(行政より)

○勉強会 \*講師 公益財団法人さわやか福祉財団 岡野貴代氏

(1) 助け合いゲーム

(2) グループワーク

テーマ1 「生活の困りごとや不安、10年後を考えた時に不安に思うこと」

「ご近で助け合っていること」

テーマ2 「地域にあったらよいと思う助け合い活動」

\*グループワークの結果は次のページへ・・・

## 取組の内容④

○グループワークで出た意見等

テーマ1「生活の困りごとや不安、10年後を考えた時に不安に思うこと」

「ご近で助け合っていること」

- 意見等
- ・買い物や通院への移動手段に困っている
  - ・草むしりや除雪等の環境整備が中々できない等

テーマ2「地域にあったらよいと思う助け合い活動」

- 意見等
- ・買い物代行、車での移動支援
  - ・お宅訪問をすることで安否確認等



⇒参加者の中にはサロン運営・参加者が多く、ある地区では「自分のサロンの中で話し合いの機会をもち、支え合い活動を考えていきたい」とのお話があり、近日中に町担当者とSC（生活支援コーディネーター）が同席のもと、話し合いを進めることとなった。



## 取組の内容⑤

(3) 活動報告会「つながっぺ!みはる!」の開催

- ・日 時 令和4年1月26日(水) 午後1時30分から  
⇒新型コロナウイルス感染者増加により、**令和4年3月16日(水)に延期**
- ・場 所 三春交流館「まほら」ホワイエ
- ・参集者 昨年度の講演会、勉強会を通して立ち上がったサロン等 17団体
- ・内 容
  - \*講師：公益財団法人さわやか福祉財団 岡野貴代氏
  - 各団体より活動報告
  - グループワーク「サロンで有償ボランティアを始めるとしたら、  
誰を対象にどんなことを行うのか考えてみよう」

この活動報告会を通して、継続的にサロン等を運営することへの**モチベーション維持**と「**介護予防⇒生活支援(支え合い)**」への意識付け、**支え合い活動の創出**を目指す。

## 成果と課題

### 取組の成果

- サロン運営者等やその他町民の方が、「支えられる立場」から「支える立場」に意識をもつことができ、生活支援に向けた基盤づくりを行えた。
- 勉強会や活動報告会を通して、「介護予防」のみでなく、「生活支援（支え合い）」について考える機会を設けられた。

### 今後の展望

- 通いの場を活かした支え合い活動の構築（移動支援、ごみ収集等）
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 共生型社会に向けた若者世代等への普及啓発





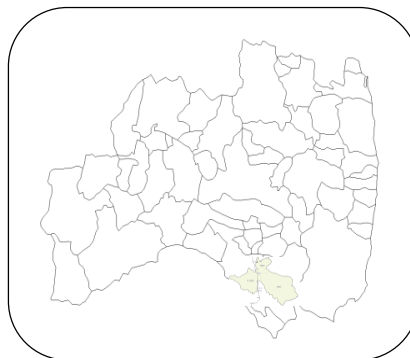
埴町	<b>介護予防と生活支援サービス</b> (「エールはなわ」お手伝いサービス事業への取り組み)
----	--

**埴町の概要**

町では生活支援体制整備事業が平成30年2月より開始され、第1層協議会のメンバーと何度も話し合いや実態把握・県外への視察研修等を行った。その中から「エールはなわ」事業の必要性を感じ、ニーズ調査等も並行して実施し、令和3年4月より事業開始となった。

**【基本情報】 令和3年11月1日現在**

- ☆人口：8,370人
  - ☆高齢者人口：3,211人
  - ☆高齢化率：38.4%
  - ☆介護認定率：21.9%
  - ☆第1号保険料月額 5,400円
  - ☆面積：211.41㎓
- 高齢化率：福島県被災地町村を除く52市町村で17番目、県南だと3番目に高い。  
面積も広く、町中心部から車で40分かかる地区もある。



## 取組の内容①

**●背景●**

生活支援体制整備推進協議会が平成29年度に発足し(=笑顔つなげる会)協議会の中で話し合いを持ち、さまざまな内容を決定してきた。

サロンに出向いて高齢者の意向の聞き取りや、視察研修を経て、ちょっとした「困りごと」への支援が必要であると考え、「エールはなわ事業」を立ち上げることが決まった。

その後、事業の周知を行い、笑顔つなげる会が協力会員の養成を行った。

利用に関しての寸劇・チケットの利用方法・申込みから利用終了・商品券との交換等に至るまでの細かい部分まで協議会の中で話し合い、決定した。

**●事業内容●**

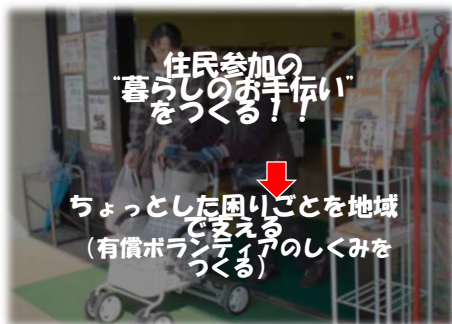
実施主体は「埴町生活支援体制整備推進協議会=笑顔つなげる会」

事務局は、委員より社協にお願いしたいとの要望有り

町が「エールはなわ事業」に関して委託料を支払う

- ニーズ調査
- ↓
- 協議会でグループワーク
- ↓
- 視察研修  
(埼玉県川越市霞が関北自治会)
- ↓
- 協議会で内容の検討(話し合い)
- ↓
- 視察(郡山市社協：助け合い活動)
- ↓
- 担い手募集(町民へ周知・養成講座)
- ↓
- 実証(シュミレーション)
- ↓
- 事業の周知
- ↓
- 説明会(協力会員)
- ↓
- 事業開始(委託先：埴社協)

## 取組の内容②



### ★「エールはなわ」協力会員養成講座★

1. 参加者：  
町民54名参加 30代～80代  
(男性11名、女性43名)
2. 内容：  
○1日目(町の高齢者人口の推移、エールはなわの概要、高齢者への接し方)  
○2日目(在宅支援のポイント、寸劇「エールはなわとは、活動時の留意点」)

※2日間受講の方に修了証交付。希望者がエールはなわ協力会員へ登録。



## くらしの“ちょっとした困りごと”

「困ったときはお互いさま」の気持ちが広がる地域をつくろう！



お困りごとがありましたら  
お電話をください！

### エールはなわ (お手伝いサービス事業)

お問い合わせ先 (8:30~17:15)

TEL: 43-2154

(定休日:土・日曜日・祝日・年末年始)  
事務局: 埴町社会福祉協議会 〒963-6405 埴町大字埴字材木町32番地

#### 入会案内

利用者も、協力者も同じ“会員”として登録していただけます。  
登録無料！！

「エールはなわ」では“チケット”を使って活動が行われています。

#### チケット2種類

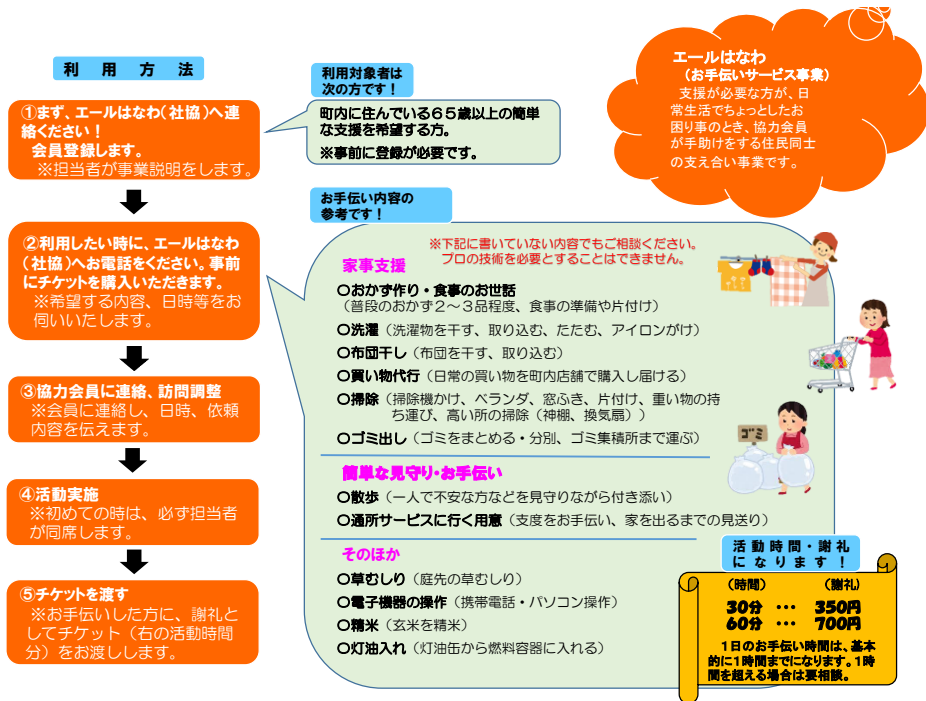
- 1冊1時間30分(3枚綴り) 1,050円(税込み)
- 1冊5時間(10枚綴り) 3,500円(税込み)

地域の  
ために

活動してみませんか？

協力会員募集中

※この事業は、笑顔つなげる会(埴町生活支援体制整備推進協議会)として実施しています。



## 成果と課題

### 取組の成果

- 行政主導でなく、笑顔つなげる会のメンバーが主体となり話し合いが肯定的・積極的に行われ、さまざまな意見を自由に発言できる関係が築けている。
- お世話する人とされる人でなく「高齢者同士が助け合う・支え合う意識」ができてきた。
- 行政・社協・包括などが頻りに打合せすることで、協働できる関係になっている。

### 今後の展望

- 活動してみてもじめて気がついたこと・迷ったこと・新たな地域の課題が見えてきた。今後も継続できるよう「協力会員」と「利用会員」からも意見をいただき、より埴町に合う活動にしていきたい。
- 新たな課題に関しては、違うアプローチの仕方などを検討していく。
- さらに事業の周知や広報活動などに力を入れて、民生児童委員や介護支援専門員などとも連携を図っていく。



### ゴミ捨て



### 買い物代行



### 草むしり



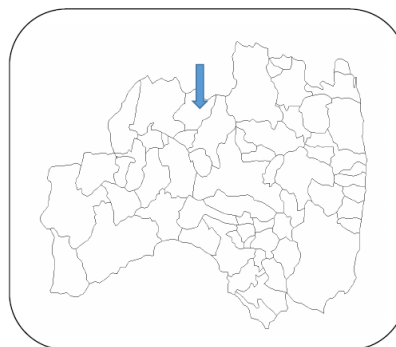
北塩原村	協働による地域課題解決に向けた取り組みの推進
------	------------------------

#### 北塩原村の概要

北塩原村は、総面積の80%は山間部であり、北山・大塩・桧原・裏磐梯の4つの地区に大きく分かれている。気候は北日本型の積雪寒冷地帯であり、積雪量も多い。西部北山地区では盆地気候、東部桧原・裏磐梯地区は夏涼しく冬雪深い山地特有の気候となっている。産業としては農業・観光産業が中心となっている。年々、人口減少や高齢化が進む中、顔が見える関係づくりを大切に、地域の実情に応じた取り組みを推進している。

【基本情報】令和3年4月1日現在

- 人口  
2,630人
- 65歳以上高齢者人口  
1,006人
- 高齢化率  
38.3%
- 要介護認定率  
19.0%
- 第1号保険料月額  
6,300円



## 取組の内容①

#### ●背景

村、地域包括支援センターが中心となり、定例で地域ケア会議を開催してきたが、その中で把握される地域課題の解決に向けた取り組みの推進には至らない状況があった。地域の実情に応じた地域課題の解決に向け、少しでも住民と協働での地域づくりを推進するために、まずは中心となるメンバーが集まった「はじまりの輪会議」を定期的開催することとなった。

#### ●事業内容

コアメンバー会議「はじまりの輪会議」※課題整理・連携・協議  
参加メンバー：地域包括支援センター、社会福祉協議会（事務局長、生活支援コーディネーター）、村（担当課長、班長及び担当者、保健師）

↓  
モデル地区の選定、モデル地区における取組の推進

- ・モデル地区の代表者との協議
- ・モデル地区主催の住民を対象とした「地域づくり勉強会」の開催（11月末開催 ※生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣事業活用）
- ・生活支援コーディネーター中心に、地区での勉強会実施（1月）

↓  
地区での取り組みを支援しながら、コアメンバーが連携しバックアップ  
→次年度以降、モデル地区での取り組みを地域全体へ広ぐ波及

#### ●取組のポイント

地域ケア会議と生活支援体制整備事業のつながりを強化。それぞれの特徴を生かしながら、村における地域包括ケアシステムを推進する。

## 取組の内容②



コアメンバー会議  
「はじまりの輪」(月1回)

コアメンバーで地域課題共有・  
取り組みについて協議



地域づくり推進事業  
モデル地区  
募集中

「地域づくり推進事業」は、地域の課題を解決し、住民の生活を支えることを目的として、地域包括ケアシステムの構築や生活支援体制の整備などに取り組む。モデル地区として選定された地域では、地域包括ケアシステムの構築や生活支援体制の整備などに取り組む。モデル地区として選定された地域では、地域包括ケアシステムの構築や生活支援体制の整備などに取り組む。



協働で取り組みを推進

モデル地区を選定後、モデル地区主催で勉強会を開催



地域づくり勉強会(11月)



地区での勉強会(1月)

## 成果と課題

### 取組の成果

- 「地域ケア会議」「生活支援体制整備事業」単体では推進が難しかった取り組みが、両輪となりより推進されやすくなった。
- 協議体として位置付けてはいないが、協議体の機能が充実
- 住民を主体とした取り組みの推進

### 今後の展望

- モデル地区での取り組みを、次年度以降、村全体に波及
- 「地域包括ケアシステム」の構築・生活支援体制整備等について、「自分事」としてとらえられる住民を増やしていく
- 各地区の実情や課題に応じた多様な取り組みの推進(住民主体)



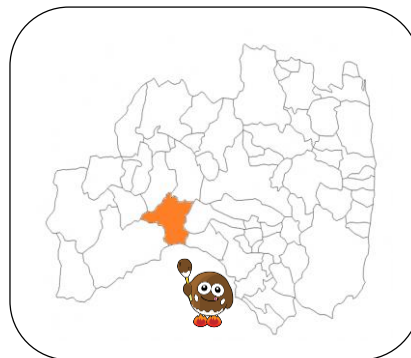
下郷町	ボランティア団体による介護予防運動指導員の養成
-----	-------------------------

#### 下郷町の概要

下郷町は、福島県の西南、南会津地方の東端の山間部、阿賀川流域に位置し、317.09km<sup>2</sup>の面積を有している。周囲は2,000m級の那須山系などの山々に囲まれ、町のほぼ中央を阿賀川が北に流れている。標高は平坦地で400~500m、山間地で700~800mに達し、夏は高温多湿ではあるが、朝晩は涼しく、積雪量は平坦地で約40cm、山間部では1.5m以上となる地域です。

【基本情報】 令和3年10月1日現在

- 人口  
5,333人
- 65歳以上高齢者人口  
2,396人
- 高齢化率  
44.93%
- 要介護認定率  
20.21%
- 第1号保険料月額  
5,900円



## 取組の内容①

#### ●背景

生活支援体制整備を図る上で、町内にはボランティア団体等がなかった。また、高齢者や地域からの要望もあり、介護予防運動指導員の養成や住民集いの場等の充実が求められていた。

#### ●事業内容

介護予防ボランティア団体「HIMAWARI」を設立し、介護代予防運動指導員の養成や住民集いの場の援助を行っている。  
現在、ボランティア9名が参加している。

財源 町補助金活用

#### ●取組のポイント

少数だが意欲ある有志によるボランティアが、養成講座を受け、各地区の集いの場等において介護予防運動指導を実施している。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 介護予防運動指導ボランティアの養成
- 地域の高齢者を地域住民で支えていく体制が広がりつつある
- 団体設立により意識が高まり、地域で活動する意欲も向上した



### 今後の展望

- ボランティア指導者の拡充
- 町主導から団体主導による自主的活動の展開
- 集いの場でのリーダー的人材の確保
- ミニデイサービス等も今後検討



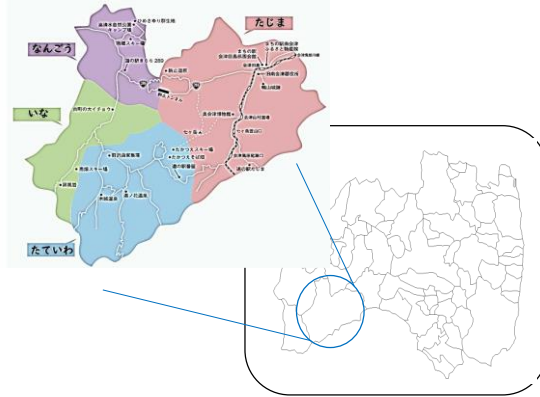
## 南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

## 【基本情報】 令和3年12月31日現在

- 人口
  - ・14,517人
- 65歳以上高齢者人口
  - ・6,108人
- 高齢化率
  - ・42%
- 要介護認定率
  - ・20%
- 第1号保険料月額
  - ・6,000円（基準額）



## 介護予防活動拠点活性化事業

- 背景
 

地域住民が主体となり、介護予防体操や健康サロンを実施していることが広く周知され、活動への参加者や実施地域の拡大に繋がるようにする。
- 実施主体
 

生活支援コーディネーター
- 活動内容
  - ・「介護予防活動拠点」の旗を作成し、活動している地域へ配布して立ててもらう。





## 成果と課題

### 取組の成果

- 介護予防活動拠点として、活動を継続していく意気込みが住民から聞かれた。



### 今後の展望

- 介護予防活動に取り組む地域の拡大、実施の継続が期待される。



---

### 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生活支援コーディネーター情報交換会 ②地域包括ケアシステム等県北地方連絡会議 (書面開催予定) ③認知症施策担当者会議(ZOOM)	①管内市町村の実践事例の共有により、活動の活性化に繋がった。コロナ禍での悩みについて意見交換を行うことにより、生活支援コーディネーターや市町村担当者同士の交流が図られた。 ②地域包括ケアシステム構築を推進するため、関係団体・専門職・市町村と取組状況や課題を共有すると共に、対策について意見を聴取し今後の対策に繋げたい。 ③各市町村施策の情報交換と、広域連携の必要性について意見交換し、施策推進の方向性が共有された。
訪問支援	①管内市町村巡回指導・連絡(5～6月、12月、ZOOM) ②各市町村の自立支援型地域ケア会議等出席、支援 ③介護保険・地域支援事業にかかる技術的助言	①市町村の重点事業や目標、計画の進捗状況を共有し、具体的な支援につなぐことができた。 ②各市町村の課題を整理し、他市町村の好事例の情報提供や助言などの支援を行った。 ③各市町村の課題や実情を把握し、解決方法等の助言を行った。
研 修 会	実施なし(県北圏域における若年性認知症支援ネットワーク意見交換会(ZOOM開催)への参加を以て研修とした。)	若年性認知症に対する理解が図られた。
そ の 他	①退院調整ルールに係るアンケート調査実施 運用評価会議(Web開催予定) ②県北地域広域リハビリテーションセンターとの打合せ(2回) 及び市町村への情報提供 ③在宅医療・介護連携支援事業意見交換会への出席	①退院調整ルールの運用が定着していた。また、病院とケアマネが互いの業務を理解し、更なる連携が図られた。 ②地域リハビリと市町村との連携を進めた。 ③各市町村との情報共有が図られた。

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 自立支援型ケア会議の運営については、体制は整ったものの市町村の取組に大きな差がある。  
また、地域課題の共有ができて、地域の実情にあったサービス提供体制の確立には至っていない。
- 生活支援体制整備事業については、市町村により協議体や生活支援コーディネーターの設置や活動状況が異なるため、それぞれの地域に応じた支援が必要となっている。また、生活支援コーディネーターは、各市町村1名配置が多く、相談・連携できる体制が必要である。
- 福島市以外の市町村と認知症疾患医療センターとの連携が図られていない。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの活用について、市町村との連携を図る必要がある。
- 成年後見制度利用促進のため、中核機関の設置に向けた市町村の取組が進んでいない。

## 今後の支援方針

- ヒアリング等により各市町村の支援ニーズを把握し、必要な情報を提供すると共に、適切な助言を行う。
- 自立支援型地域ケア会議の会議内容の充実を図るため、好事例の情報提供や、運営アドバイザーの活用方法の提案などを行い、各市町村にあった支援を行う。
- 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の情報交換会を実施し、地域の実態把握や課題の共有を行い、助け合いの担い手養成、通いの場の普及、高齢者の生きがいづくり等、介護予防へ繋がる取組ができるよう支援する。また協議体の活動を休止している市町村に対し、再開に向けた支援を行う。
- 認知症疾患医療センターと連携を図り、認知症対応力向上研修の開催等を通して市町村・関係機関等との例携体制の構築を支援していく。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの活用について、市町村へ情報提供し、連携体制の構築を支援していく。
- 成年後見制度利用促進のため、関係機関、市町村と連携し、中核機関の設置に向けた勉強会の開催を支援する。

## 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地域支援事業実施状況に係る打ち合わせ ②生活支援コーディネーター情報交換会 ③県中圏域退院調整ルール運用評価会議 ④県中圏域地域リハビリテーション連絡協議会の開催支援 ⑤管内市町村地域ケア会議への出席、情報提供	①管内市町村の事業について把握、必要時情報提供を行った。 ②講話、事例報告を通し、日頃の業務における疑問点の解消やコロナ禍における活動の工夫を情報提供した。 ③退院調整ルールの再確認、コロナ禍における工夫や取り組みについて事例発表を行い、さらなるルール運用の促進を図った。 ④センター事業について、相談センターの周知・活用について課題を把握できた。
訪問支援	①介護保険業務における技術的助言(管内4市町村) ②自立支援型地域ケア会議の出席及び情報提供等	訪問支援を行うことで、事業の進捗状況や課題を把握し、対応方法についての情報提供を行うことができた。
研修会	①自立支援型地域ケア会議司会者・助言者養成研修における事例報告(須賀川市と共同発表) ②認知症地域関係者対応力向上研修(認知症疾患医療センターと共同開催) ③地域リハビリ相談支援センター連絡会への出席・意見交換 ④自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣(鏡石町、須賀川市)	②認知症への医学的理解を深める機会を提供できた。 ③リハビリ専門職と意見交換を行い、医療と介護の連携に対する課題を明確化し、対応策へつなげることができた。 ④運営アドバイザー派遣の活用を通し、管内市町村における会議の定着への一助となった。
その他	①地域支援事業実施状況調査アンケート ②退院調整ルール運用状況調査アンケート ③認知症疾患医療センター業務への助言、情報提供 ④地域リハビリテーション広域支援センター業務への助言、情報提供 ⑤各種相談対応・情報提供 ⑥県中管内関係機関名簿の作成	②退院調整ルールの運用状況を調査し、運用上の課題を把握、解決へ向けて運用評価会議を開催できた。 ③④各センターと定期的な打ち合わせを行い、事業計画の立案、進捗状況共有し、センターが計画的に事業を進めることができた。

## 2 今後の支援方針

## 課題

- 生活支援体制整備事業推進のための、アドバイザー派遣事業・深化推進補助金の活用。生活支援コーディネーター間のネットワーク強化。生活支援コーディネーターと行政との協働。
- 地域リハビリテーション相談支援センターを関係機関に周知し、地域におけるリハビリテーション専門職の活用を推進すること。関係者への地域リハビリテーションに対する普及・啓発。
- チームオレンジ推進に向けての支援、認知症高齢者の困難事例に対する対応。
- 管内市町村における自立支援型地域ケア会議の定着支援。
- 県中圏域退院調整ルールが円滑に運用されるための支援。
- 管内に設置されている在宅医療介護連携支援(拠点)センター間の連携。

## 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、管内の生活支援コーディネーター同士が交流を深め情報交換できる場を設ける。引き続き、アドバイザー派遣事業や深化推進補助金の活用について情報提供する。
- 地域リハビリ広域支援センターと共に、地域リハビリ相談センターの普及啓発を図っていく。
- 認知症地域関係者対応力向上研修や県中地域認知症地域連携体制に関する情報交換会を認知症疾患医療センターと連携して開催、市町村における認知症施策の推進、関係者の認知症対応力強化を図る。
- 退院調整ルールの円滑な運用のため、運用状況を調査、課題について関係機関と情報共有し、解決へ向けて対応していく。

## 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ネットワーク連絡会	①協議体を活かした助け合いの創出をテーマに講話を実施。各市町村が今後、事業に取り組む上での参考となった。また、各市町村の取り組み状況を共有できた。 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、意見交換を行い、関係者同士のネットワーク構築につながった。
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各市町村の自立支援型地域ケア会議の継続支援	①②意見交換を通して、事業の進捗状況を確認し、課題を共有した。課題の解決策に関して、情報共有や助言を行った。 ③会議内容の充実、運営に係る全体についての助言を行った。
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「人生100年時代を生ききる！～そのためにとっても大切な、患者力と人生会議のお話～」(共催) ③生活支援体制整備事業推進アドバイザー派遣事業に係る専門職派遣	①実際の事例に応じた支援のポイントを学ぶことで、各関係機関の今後の支援の参考となった。 ②住民向けの公開講座の実施により、ACPIに関する普及啓発につながった。 ③専門職派遣を活用し、市町村での協議体向け勉強会の、内容の充実につながった。
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)	おおむね退院支援ルールは効果的に運用されている。

## 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設置や活動状況が異なるため、各々の実情に応じた支援が必要。また、各市町村のSC同士が気軽に相談できるネットワークづくりが重要。
- 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。
- 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。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で、通いの場や認知症カフェ等が中止・延期している市町村がある。

## 今後の支援方針

- 生活支援体制整備事業については、市町村担当者と生活支援コーディネーターのニーズを把握し、市町村間で課題を共有したり、取組状況について意見交換できる情報交換会の開催を継続する。
- 自立支援型地域ケア会議については、立ち上げ間もない市町村は定着支援を、定着した市町村は、より会議内容の充実を図り、地域課題の発見や解決のための事業展開へ繋がるよう支援を進めたい。
- 認知症施策については、支援者向け研修会や認知症地域支援推進員の連絡会を通じて、支援者の対応力向上と、各関係者の顔の見える関係づくりの構築支援を進める。
- 新型コロナウイルス感染症対策をしながら事業を開催・継続するために、適切な感染対策や、新しい生活様式に対応した実施方法・内容等について共有し、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生活支援コーディネーター連絡会 ②生活支援体制整備事業情報交換会(オンライン開催予定) ③成年後見制度利用促進のための勉強会 ④会津地域高齢者施策推進会議(書面開催予定) ⑤退院調整ルール運用評価会議(書面開催予定)	①約1年ぶりに顔を合わせての連絡会開催となり、活発な情報交換や、市町村を超えた交流も見られた。また、実践報告や情報交換をおし、今後の活動の参考となった。 ③ロードマップを軸に勉強会を繰り返し行ったことで、中核機関設置に向けて具体的な検討を進めることができた。
訪問支援	①地域支援事業の市町村技術的助言 ②市町村主催の認知症対策推進連絡会議等への出席 ③自立支援型地域ケア会議の出席及び情報提供・助言 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	③④⑤訪問支援により、事業の進捗状況や、課題を把握し、解決策等についての情報提供や助言、現在出来ていることのフィードバックを行った。事業の振り返りや今後の事業計画について検討する機会となり、他職種とのネットワーク作りの一助にもなった。
研 修 会	①奥会津4町村「自立支援」に関する研修会 ②地域支援関係者認知症対応力向上研修	①自立支援型地域ケア会議運営アドバイザー派遣事業を活用して、奥会津4町村の介護保険事務担当者、保健師、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所職員(ケアマネジメント従事者)を対象に研修会を開催。自立支援について町村ごとに規範的統合を図り、自立支援型地域ケア会議の目的や有効性について理解する機会となった。 ②実践報告及び各市町村や警察署等参加者の情報交換を行い、認知症バリアフリー推進の理解及びネットワーク作りの機会となった。
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認知症サポーター養成講座への支援 ③各種相談対応	①町村における地域課題を把握し、在宅医療・介護連携推進の視点から、支援策や地域づくりについて検討を重ねた。

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 自立支援型地域ケア会議の目的及び有効性について再確認し、ケア会議から明らかになった地域課題に対して、新たな地域資源の発掘・開発や、他事業との連携による取組強化につなげていく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症の影響や、生活支援コーディネーター配置体制により、活動が思うように進めることができない市町村もある。生活支援体制整備の構築に向け、生活支援コーディネーターの支援を継続し、関係機関及び他事業との連携、事業評価の視点についても強化していく必要がある。
- 成年後見制度利用促進のため、引き続き中核機関の設置に向けた取組みへの支援が必要。
- 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・充実していく必要性がある。

## 今後の支援方針

- 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同士の情報交換の機会を設置する。
- 自立支援型地域ケア会議を効果的に運用できるよう、市町村に対し情報提供や助言、先進地視察調整、運営マニュアルやアドバイザー派遣事業の活用を勧める等、市町村に寄り添った支援を行う。
- 生活支援コーディネーター連絡会、生活支援体制整備事業情報交換会を開催し、生活支援コーディネーター同士、関係者間のネットワーク強化を目指し支援を行う。また、今後の活動のヒントが得られる機会となるよう開催内容の工夫を図る。
- 成年後見制度利用促進のため、関係機関及び市町村と連携し、中核機関設置に向けた勉強会を引き続き開催する。
- 病院及びケアマネに対するアンケート調査の結果、各種市町村の会議等で把握した課題等に基づき、関係者間で退院調整ルールの運用状況の点検・評価の協議を行う。関係機関及び市町村と情報共有をし、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	○地域支援事業情報交換会 (R3.11.4) (各町村担当者・包括・生活支援コーディネーター) ○南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会 (R3.11.25) (医療・介護福祉関係者・各町村課長)	○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協議した。
訪問支援	○介護保険・地域支援事業に係る技術的助言 (R3.10.26南会津町) ○自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援(管内4町村中2町村がケア会議を実施。感染症の影響で1町が中止。未実施の1村に対しては実施方法の提案等を実施)	○技術的助言に際し、各町村の課題や町村の実情等を把握し、解決方法の提案等を行った。 ○自立支援型地域ケア会議については、参加者・傍聴者を含めた全体で、介護予防・改善を意識したケアプランの作成やサービス提供のきっかけとなっており、来年度以降も継続して、ケア会議の開催・定着を支援していく。
研 修 会	○「南会津地域支援関係者認知症対応力向上研修及び圏域ネットワーク連絡会」開催(各町村担当者・認知症地域支援推進員) ○「成年後見制度ニーズ調査実施に向けた事前研修会」開催 (各町村担当者、包括、高齢者・障がい者福祉施設、相談支援事業所職員等)	○認知症施策の取組状況や課題を共有し、地域連携における取組等について検討した。 ○権利擁護支援の地域体制構築に向けニーズ調査を実施することとしており、成年後見制度に係る関係機関の理解を深め、制度の普及啓発を図ることができた。
そ の 他	○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。	○資源データを関係機関で共有することで、スムーズな連携体制の確保を図ることができた。

## 2 今後の支援方針

## 課 題

- 介護予防・生活支援サービス事業について、従来型以外の訪問型・通所型サービスの展開まで至っていない状況である。
- 通いの場を通じた住民主体の介護予防・生きがいづくりについては、過疎地かつ(特別)豪雪地帯である管内において、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。
- 包括的支援事業(社会保障充実分)については、H30年度から本格実施となったものの、十分な取組みまで至っていない取組もある。

## 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、引き続き、適切に助言等を行っていく。
- 介護予防・生活支援サービス事業については、協議体や生活支援コーディネーターによる既存取組の状況把握に加え、民間事業者や団体等の活用も含めた「地域課題の解決」に向けた検討が必要であり、地域振興・政策担当課とも連携を図りながら進めるよう助言していく。
- 通いの場の創出や継続方法、包括的支援事業(社会保障充実分)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紹介などの情報提供等を通して支援していく。



## 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"> <li>生活支援コーディネーター情報交換会</li> <li>相双地方高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画策定等連絡会議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村、地域包括支援センター、介護関係者等と情報交換を行うことにより、相双圏域の課題を把握できた。</li> <li>各市町村同士の取組状況を共有することが出来た。</li> </ul>
訪問支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域支援事業に係る技術的助言</li> <li>被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業による訪問</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問支援により、課題・進捗状況を把握し、解決に向けて動くことが出来た。</li> </ul>
研修会	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症対応力向上研修</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症初期の対応等について学ぶことが出来た。</li> </ul>
その他		

## 2 今後の支援方針

## 課題

- 地域資源が不足している。
- 震災前と比較して人口が大きく減少している中での難しさがある。
- 震災の影響で地域のつながりが弱く、生活支援体制整備事業を進めにくい状況にある。
- 医療・介護資源が少ないことが、帰還する際の不安につながっている。

## 今後の支援方針

- 個別の市町村の問題を把握した上で、それぞれの市町村にあった支援を行っていく。
- 情報交換会等で先進事例等の取組を共有することにより、市町村の活動を推進していく。

「令和3年度地域包括ケアシステム構築に係る取組事例集」  
令和4年3月 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

FAX：024-521-2191

Email：houkatsu@pref.fukushima.lg.jp