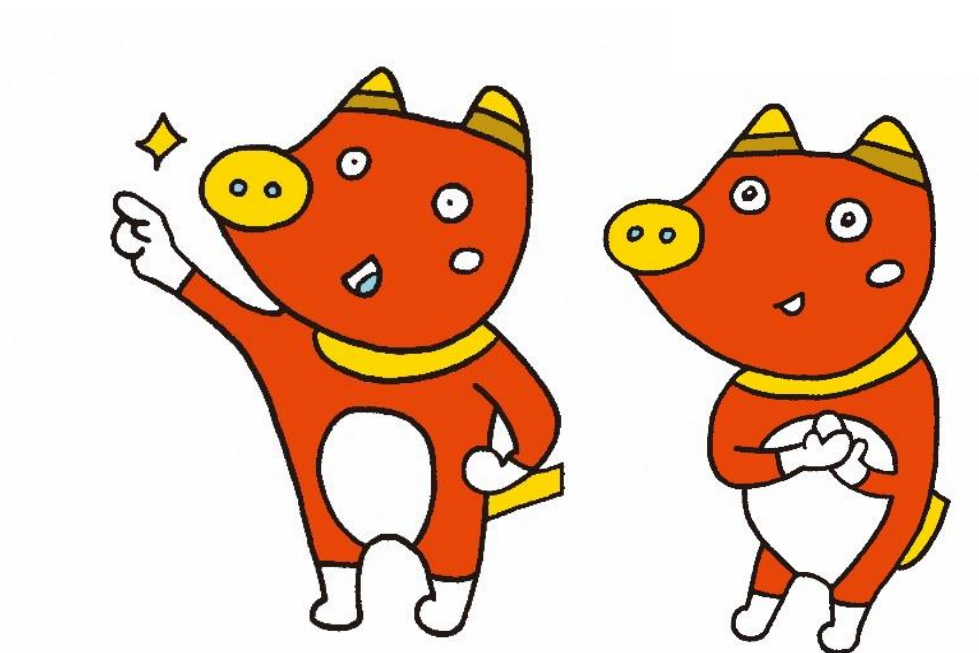


令和4年度  
地域包括ケアシステム構築に係る  
取組事例集



令和5年3月  
福島県保健福祉部

# 目次

---

<b>1</b>	<b>はじめに</b>	…	1
<b>2</b>	<b>市町村の取組事例（★はICT活用事例）</b>		
	<b>（1）地域ケア会議の充実</b>	…	2
	福島市	コロナ禍での自立支援型地域ケア会議の取組	… 3
	小野町	高齢者が住み慣れた地域でいきいきと生活するために	… 5
	中島村	自立支援型地域ケア会議の取組 ～高齢者のQOL向上、重度化防止を目指して～	… 8
	いわき市	地域ケア会議による地域資源の開発とサービス創出 「買い物お手伝い号」	… 10
	<b>（2）認知症施策の推進</b>	…	13
	塙町	認知症への理解を深め安心して暮らせるまちに	… 14
	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
	<b>（3）在宅医療・介護連携の推進</b>	…	19
	白河市・ 西白河郡	白河地域在宅医療拠点センターの取り組み	… 20
	<b>（4）介護予防の推進と生活支援サービスの充実</b>	…	22
	伊達市	地域の社会資源を主体とした「交流の場」の実現	… 23
	国見町	介護予防の推進（くにみ骨折予防教室）	… 26
	矢祭町★	みんなが元気でいられる通いの場づくりの再構築	… 28
	喜多方市	被災シミュレーションで見直す自助と互助	… 30
	只見町	介護予防の推進	… 32
	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(再掲)	… 34
	相馬市	住民主体による高齢者の日常生活支援	… 37
	檜葉町★	住民主体の通いの場（地域ミニデイ）の充実	… 39
<b>3</b>	<b>県保健福祉事務所による市町村支援</b>	…	41

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

---

団塊の世代すべてが75歳以上となる2025年（令和7年）が目前となりました。今後、2040年（令和22年）にかけては、85歳以上の高齢者が1,000万人を超え、日本の人口の1割に上ると推計されています。

85歳以上の年代では、身体や心、生活環境等に複合的な課題を抱えることが多く、さらに、世帯構造は今後も高齢者単独や夫婦のみの世帯が増加する見込みであるため、そのような方々が住み慣れた地域での暮らしを続けるために、住民同士で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。

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。

新型コロナウイルス感染症の影響で思うように活動ができないことの多い3年間でしたが、今年度は、感染対策やオンラインの普及によって徐々に活動が再開し、住民や地域包括ケアシステムに関わる方々の「人とつながりたい」、「久しぶりに活動して楽しかった」、「地域のために何か行動したい」という気持ちが高まっていったように感じます。本事例集の取組についても、前向きなものが集まりました。

令和5年度は、高齢者福祉計画や介護保険事業（支援）計画等、様々な計画の改定作業を同時に行う年のため、市町村における地域包括ケアシステムをいっそう深化・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

---

福島市

コロナ禍での自立支援型地域ケア会議の取組

## 福島市の概要

平成29年度、県モデル市町村のひとつとして、自立支援型地域ケア会議に関する事業を実施した。その後は目的や内容の検討により、包括との共通理解を図りながら事業を進め、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の推進の具体的な取組の一つとして平成30年度より年8回本格実施、令和4年度は年間10回開催（予定）した。

## 【基本情報】

令和4年12月1日現在

●人口	277,757人
●65歳以上高齢者人口	85,132人
●高齢化率	31.5%
●要介護認定率 ※令和4年9月末現在	20.0%
●第1号保険料月額	6,100円



## 取組の内容①

## ●背景

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、令和2年度、令和3年度と数回中止とせざるを得ない状況があった。高齢者のQOL向上を目指し、地域包括ケアを推進していくための一つの手法であるケア会議の重要性から中止とせず、開催方法を検討。対面での開催を主体としながら、状況によりオンライン開催に変更する方法により、開催を継続した。

## ●事業内容

実施主体：福島市

実施回数：年10回

（8回：総合事業対象者、要支援1・2  
2回：要介護1～5）

## ●財源

介護保険特別会計

## ●取組のポイント

すべてをオンライン開催とするのではなく、新型コロナウイルス感染症の状況により、対面開催が可能な場合には対面開催とすることで、専門職からの直接的な助言や地域ケア会議終了後の振り返りの時間を可能な限り実施した。

また、傍聴参加を中止しており事業効果が参加者に限られてしまうことから、ケアマネジメントやケアの質の向上等を目的に、リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を講師とした研修会を企画。

## 取組の内容②

- 1 検討テーマ  
痛みとつきあいながら家庭菜園をなるべく長く続けていきたい方への支援
- 2 事例の概要  
腰部脊柱管狭窄症、変形性膝関節症等の痛みがあるが、セルフマネジメントしながら生活をしていた。新たな疾患による入院加療後の通院も、自力で行きたいとの希望が聞かれている。
- 3 専門職からの助言内容  
自力での通院について、経路や階段の有無、薬局の利用等を入院時から確認しておくことで、退院に向けての検討ができるのではないか。  
頑張りすぎて無理をしがちな方である印象があるため、活動時間等のルールを本人と考えていけるとよい。
- 4 地域ケア会議による効果  
本人の自力で通院したいという目標を尊重し、本人と実現に向けて検討したことで、実現可能な方法の検討ができ、家族の協力を得ながら通院をやり遂げられた。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 新型コロナウイルス感染症の状況が、会議開催に影響を及ぼすことなく開催することが出来た。
- 専門職からの助言により、ケアプラン作成者だけでなく介護サービス事業所でも、対象者のモニタリングや状況把握の視点を持つことが出来た。

### 今後の展望

- 今後も対面とオンライン開催を併用することにより、開催中止することなく開催していく。
- 個別事例の検討から、他対象者支援への普遍化、地域課題の把握をより意識して会議運営を行う。
- 介護サービスのみならず地域資源につなげていく視点の強化により、生活支援体制整備事業との連動を進めていく。

小野町

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと生活するために

小野町の概要

小野町では、「健康で自分らしく暮らせるまち」を基本理念に、介護予防をはじめ、要支援・要介護状態になった場合においても、住み慣れた地域で自立した生活を送れることを目指し、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。自立支援型地域ケア会議については、地域包括支援センターと話し合いを重ね、令和元年度より取り組みを開始しています。

【基本情報】（令和4年12月末時点）

- 人口  
9,305人
- 65歳以上高齢者人口  
3,496人
- 高齢化率  
37.6%
- 要介護認定率  
25.4%
- 第1号保険料月額  
6,600円



## 取組の内容①

●背景

令和元年度より、自立に向けたケアマネジメント及びサービス提供に関する知識・技術の習得、町に不足する地域資源の発見を目的として自立支援型地域ケア会議を実施しています。事例に応じ、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職から助言をいただき、高齢者が住み慣れた町で自立した生活ができるようケアプランの見直しを行っています。

●事業内容

実施主体：小野町、小野町地域包括支援センター  
実施回数：年2回

●取組のポイント

- ①令和4年度より、対象者を要介護1認定者まで拡大し、地域包括支援センターだけでなく居宅介護支援事業所でも専門職から助言を得る貴重な場を経験することで、町全体で対象者の自立支援に向けた取り組みを行っています。
- ②令和4年度には、これまで実施してきた会議をより良いものにするため、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、現在の運営状況について助言いただきました。



## 取組の内容②

【検討テーマ①】 身体機能低下により意欲低下が心配されるケースの支援

【事例の概要】

- ・89歳、夫と二人暮らし。隣市に住む長女が週2回来訪あり。
- ・（現病歴）高血圧症、C型肝炎、骨粗しょう症、脊椎管狭窄症（コルセット装着中）
- ・地域活動（サロン・老人会）に参加し、コーラスを趣味で行っていたが、腰痛悪化により参加が難しくなった。
- ・調理や編み物が得意だが、指先が不自由になってきたため、細かい動作が難しくなった。

【専門職からの助言】

- ・C型肝炎は暑い時期は症状強くなり、意欲・活動・筋力低下につながる。体温・温度調節など過ごしやすい環境作りが大切。
- ・維持することを目標に、簡単な動作、指先は使い続けたほうが良い。
- ・嚥下機能低下の可能性があるので、嚥下機能の確認が必要。
- ・細かい動作ができず普通の歯ブラシでは力が入らないため、小児用歯ブラシや握力低下や指先が不自由な方向への歯ブラシを活用してみるのはいかがでしょうか。
- ・料理の味付け時に塩分を控えるのは年齢的に難しいため、カップ麺は汁を飲まないないなどで工夫をする。

【地域ケア会議による効果】

現病歴に応じた家庭環境の調整方法や歯ブラシの選び方など、専門職の視点から日常生活に取り入れやすい助言を得ることができた。

## 取組の内容③

【検討テーマ②】 難聴・視力低下に伴い近所との交流が少なくなっているケースへの支援

【事例の概要】

- ・95歳、長男夫婦の3人暮らし。
- ・（現病歴）両膝変形性膝関節症、左下肢閉塞性動脈硬化症、難聴、右目視力低下
- ・かなりの難聴であり、耳元で大きな声で話をしていても聞き取れないことが多い。
- ・下肢浮腫あり。
- ・長男夫婦が多忙であり、日中は一人で過ごすことが多く、週2回のデイサービス以外は1日中リビングで窓の外を眺めて過ごしている。

【専門職からの助言】

- ・利尿剤が1日2錠処方されており、浮腫みがひどい状態と考えられるが、腎機能も低下しているため浮腫改善は難しい。デイサービスでは、下肢筋力の向上とマッサージを増やす必要がある。
- ・意欲の低下から認知症の進行が心配されるため、毎日日記を書いたりすることで、1日の役割ができ認知症の予防に繋がる。
- ・体内の水分量が減ると脱水症状をおこしやすく、血栓ができ脳梗塞や心筋梗塞のリスクがあるため、水分摂取を心がける。
- ・冷たい水は体が冷えて血行が悪くなり、浮腫の原因になるため、常温の水分を勧めたい。

【地域ケア会議による効果】

意欲の低下が浮腫によるものであると助言を得たことで、浮腫に対する対策を強化していく必要があることが分かり、ケアプランの見直しにつながった。

# 成果と課題

## 取組の成果

●身体機能の低下に伴い意欲低下が心配される事例が多いが、対象者の性格や家庭環境、現病歴等によって、個々に応じた助言を得る貴重な場となり、ケアプランの見直しにつながった。

●アドバイザー派遣を活用し、専門職より運営状況に関する助言をいただくことで、関係者が、対象者の自立支援という共通の目的を意識しながら実施することができた。

## 今後の展望

●今後も地域包括支援センターと協働で、高齢者の自立支援に向けた課題解決ができるよう継続して実施し、高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう地域包括ケアシステムの推進を図る。

●会議を経験していく中で、地域課題を明確化し、施策形成につなげる。

## 会議の様子



中島村

自立支援型地域ケア会議の取組  
～高齢者のQOL向上、重度化防止を目指して～

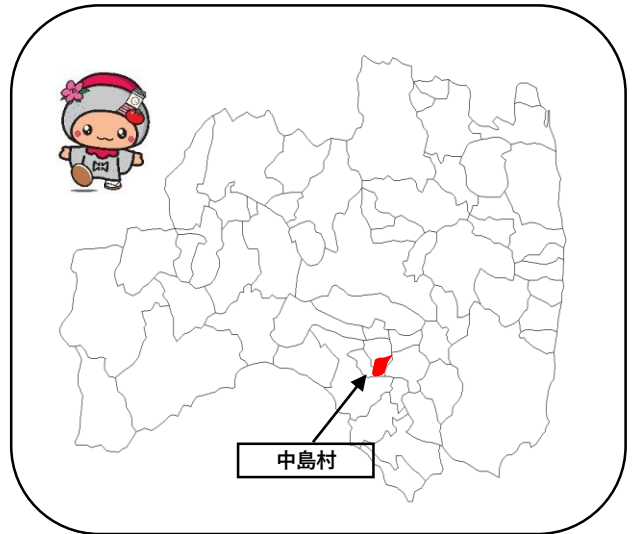
中島村の概要

中島村は、白河市・矢吹町・棚倉町を頂点とする白河地方広域市町村圏の中央部に位置しており、人・モノ・情報が行き交うアクセスポイントとしてさまざまな活性化が図られています。また、西北一帯に広がる丘陵地には、トマトやシクラメンなどのハウス栽培をはじめ、水耕農業によるチンゲン菜の栽培なども盛んに行われています。

本村においては、介護が必要になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるように、地域包括ケアシステムの構築の1つとして自立支援型地域ケア会議を実施しています。

【基本情報】令和4年12月31日現在

- 人口  
4,858人
- 65歳以上高齢者人口  
1,497人
- 高齢化率  
30.8%
- 要介護認定率  
14.4%
- 第1号保険料月額  
4,925円



## 取組の内容①

●背景

本村の要介護認定率は県内で5番以内の低い認定率で推移しているが、高齢者数の増加に伴い認定率は緩やかに上昇している。そのため、認定者が住み慣れた地域でも生活できるように、重度化防止・ADLの向上を目指して自立支援型地域ケア会議を実施することとしている。

●事業内容

【実施主体】中島村

【実施回数】年2回（各回新規事例1件、モニタリング1件）

【参加者】事例提供者、サービス提供事業者、専門職（薬剤師・管理栄養士・理学療法士）、村、生活支援コーディネーター

●財源

介護保険特別会計

●取組のポイント

要支援認定者事例のみではなく、軽度要介護者において、重度化の防止および状態の改善・維持を目指して、居宅介護支援事業所も自立支援型地域ケア会議の対象としている。

# 取組の内容②

## 【検討テーマ】

生活の改善を希望していない本人・家族に対する今後の支援

## 【事例の概要】

息子と2人暮らしの81歳の女性。平成27年に腰椎破裂骨折で入院したことを機に介護申請に至る。55歳の時に中島村へ転入し、近所の人や村内の人との交流は全くない。また、同居している三男は買い物と洗濯はするが、母親には無関心。本人は何もしたくない、強要されたくない、自分のペースで生活したい、何もしないことや一人であることが苦にならない。

## 【専門職からの助言内容】

- 体重が増えるデメリットを伝えながらアドバイスすると良い。また、食間を少なくとも3時間は空け、特に夕飯から寝る前までの間はなるべく食べないように習慣づけると良い。
- 体力測定の数値を記録し、家族に数値で見える化し、体重が増加することの問題点を伝えることが大事。また、転倒後に立ち上げられるような練習をすると良い。
- 本人が希望しないと薬を出さない医師もいるため、気になることがあれば医師に伝えて薬を処方してもらうと良い。また、口腔内環境が悪いと腸内環境も悪くなり意欲低下にも繋がるため、口腔内環境の改善を行うと良い。

## 【地域ケア会議による効果】

- 専門職から頂いた助言を基に、同居している三男以外に、関わってくれている長女と面談を行い、本人の現状を伝えた。また、本人の介護に対する家族の思いを聞き、長女にもできる範囲での支援をお願いすることができた。
- 本人が負担にならない目標（①夕食後から寝る前は間食しない ②食間を3時間空ける ③自分で飲んだコップは自分で洗う ④リハビリパンツは毎日交換する ⑤毎日、歯磨きする）を書いた紙を本人、三男の見える机の上に置き、目標の意識づけを図るようにした。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 専門職が参加することで、ケアマネジメントの視野が広がり、ケアマネジメントの質の向上や気づきの場となった。
- 保険者として介護予防ケアマネジメントの視点を学ぶことによって、現場が抱える課題や悩みを理解することができた。
- 自立支援や介護予防について、関係者間で考え話し合うことで事例対象者の性格や課題、支援策などが共有でき、対象者に合ったケアプランの作成につなげることができた。

### 今後の展望

- 村の実情に即した地域包括ケアシステム構築を推進していくため、自立支援型地域ケア会議のさらなる充実に努めていく。
- 個別ケースの検討を積み重ねることによって地域課題を明確化し政策形成に努める。
- 複合的な問題を抱えるケースが増加しているため、今後も多職種の関係機関で考え合う場を重ね、自立支援に向けた取り組みを推進する。

いわき市 地域ケア会議による地域資源の開発とサービス創出  
「買い物お手伝い号」

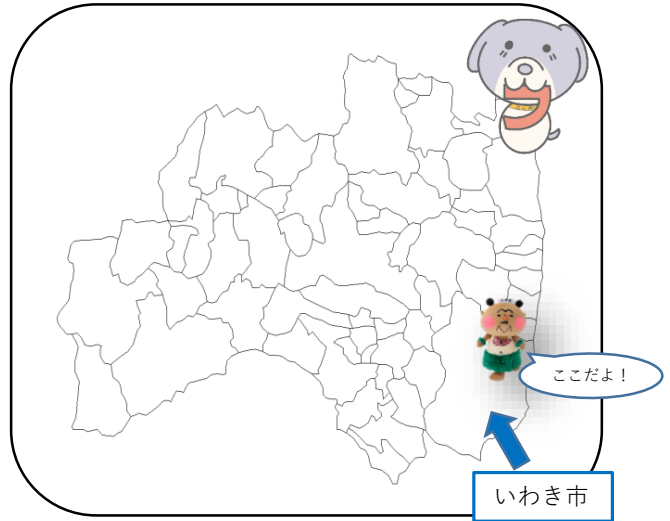
いわき市の概要

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、寒暖の差が比較的少なく、温暖な気候に恵まれた地域です。

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

【基本情報】

- 人口  
308,298人（令和4年12月1日）
- 65歳以上高齢者人口  
98,586人（同上）
- 高齢化率 31.98%（同上）
- 要介護認定率 20.98%（同上）
- 第1号保険料月額 6,200円



小名浜・泉ヶ丘地区 ～買い物お手伝い号～

地域住民×介護事業所×社会福祉協議会×地域包括支援センター×地区保健福祉センター

取組の背景

泉ヶ丘ハイタウンは、1980年代に造成された高台にある住宅団地。  
現在、約1,800世帯、4,600人が居住。うち、約470世帯が高齢者のみ世帯。  
徒歩圏内にスーパーがなく、バスも減便し、移動手段をもたない住民の買い物が課題となっている。  
住み慣れた地域で暮らし続けられる団地を目指し、地域住民や介護事業所が協働して、買い物の送迎支援の取組みをスタートした。

泉ヶ丘地区  
買い物お手伝い号のご案内

令和3年11月～令和4年1月までの予定表

毎週金曜日 午前中 ※ただし、12月31日、1月7日はお休みです

	ペニマル	マルト	ペニマル	マルト
11月				26日
12月	3日	10日	17日	24日
1月	14日	21日	28日	

お約束ごと

- ①午前30分前から順番に自宅にお迎えに行きます  
お迎え時間目安 団地
- ②団地でのお買い物時間は約1時間です
- ③買い物終了後、自宅までお送りします
- ④社会福祉法人 寿会様とケアアドバイザー様の協力のもと、事業所の車で送迎いたします

問い合わせ先  
小名浜地域包括支援センター  
東アサナク  
84-9460  
(TEL) 30-17-15  
※キャンセルの場合はご連絡ください



# 取組の経緯



【背景】他地区と比べ、転居、施設入所など住み替えの相談が目立っていた。  
“この地域はどんな課題を抱えているのか？”

地域のニーズ調査  
→“ゴミ出し”や“買い物”の課題

食の確保が重要となることから優先取組を“買い物”支援に決定。  
介護事業所の福祉車両を空き時間に活用し、送迎を行うこととなる。

送迎試行実施  
(令和3年10月～)  
本格実施  
(令和4年4月～)

■予備(事前)調査  
泉管内の介護事業所にアンケート実施  
→買い物、ゴミ出し、見守り、交通問題…

■手法  
戸別訪問による聞き取り調査  
(民生委員と地域包括支援センター職員)

■内容検討&実施準備  
・利用対象者  
・実施頻度、役割分担  
・買い物先の受け入れ  
・駐車場確保  
・運行ルート、スケジュール  
・車両、利用者、ボランティアの各種保険の検討など

地域の力で課題を解決！

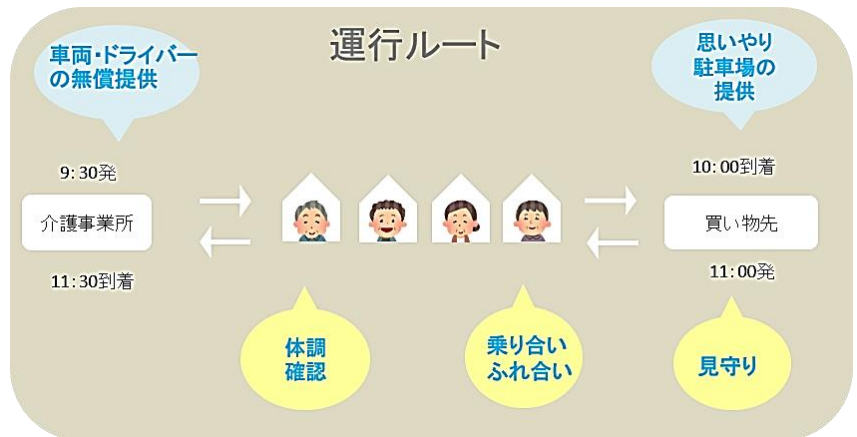
■本調査の企画  
確実に回収するため、民生委員より戸別訪問の提案あり。

■対象者  
75歳以上の単身高齢者(要介護認定なし)



## 実施概要

- 実施頻度：週1回
- 地区内回覧版による事業の周知、及び民生委員等の訪問により利用者を募集
- 利用者：7名  
(買い物に支援が必要な75歳以上の単身高齢者等で要介護1～5の認定者は除く)
- 協力事業者  
(車両及び運転手の提供)
  - ・社会福祉法人葵会
  - ・(有)ケイアンドワイ
  - ・社会福祉法人容雅会
  - ・(株)ウォーク デイサービスセンターひだまり
  - ・(有)泉三丁目ヘルパーステーション
  - ・NPO法人地域福祉ネットワークいわき  
(買い物・休憩場所の提供)
  - ・マルト泉店
  - ・ヨークベニマルいわき泉店  
(添乗ボランティア)
  - ・小名浜地区第2層協議体支え合いサポーター



車内でのおしゃべりもまた楽しみ



運転免許証は  
返納済。  
自分での買い  
物は数年ぶり。

参加者同士  
の新しい交  
流も生まれま  
した。



### 今後の展開

活動支援エリアの拡大と取組みの継続に向け、事業所や店舗等と自治会・民生委員等関係者の連携強化を図る。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 買い物支援の利用により、介護保険サービスを終了した方もいる。外出機会や社会とのつながりが生まれたことにより、状態の重度化予防や介護予防につながっている。
- 市包括ケア推進会議、SNS（地域包括ケアポータルサイトigoku）等において、当該事例の情報発信を図ることによる効果。
  - (1) 協力事業者の増加。（2事業者⇒6事業者）※車両及び運転手の提供事業所
  - (2) 市内他地区においても、買い物困難高齢者に対する支援の仕組みとして、類似の取組み（事業所の福祉車両の活用）に向けた動きが加速。
- 地域内の介護事業所や社会福祉法人等の地域貢献意欲が高まった。
- 車両添乗員や買い物サポーターとして第2層協議体の支え合いサポーター（民生委員、ケアマネ等）が活動に参加（登録者9名）し、地域丸ごとで課題解決に取り組んでいる。

### 今後の展望

- 協力事業者（車両提供事業者）の増により、活動支援エリアの拡大
- 取組みの継続に向け、協力事業者と自治会・民生委員等関係者の連携を強化
- 協力事業者の負担にならないような運行体制の構築

---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (2) 認知症施策の推進

---



埴町

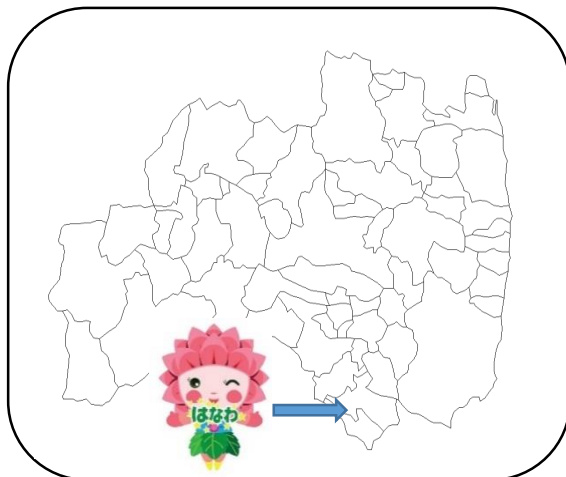
認知症への理解を深め安心して暮らせるまちに

### 埴町の概要

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。市街地は、久慈川左岸を中心に開け、交流拠点として、町立図書館やコミュニティプラザを併設した磐城埴駅や、JA福島厚生連が運営する埴厚生病院をはじめ、道の駅はなわなどがあり、国道118号線とJR水郡線で郡山市、水戸市と結ばれている。

#### 【基本情報（令和5年1月1日時点）】

- 人口  
8,195人
- 65歳以上高齢者人口  
3,199人
- 高齢化率  
39.0%
- 要介護認定率  
21.6%
- 第1号保険料月額  
5,600円（基準額）



## 取組の内容①

### ●背景

本町の高齢化率は年々上昇しており、今後も少子高齢化などにより高齢化率は上昇すると思われる。それに伴い、認知症高齢者も増加することが見込まれるため、町民に認知症を正しく理解していただくことが必要である。

### ●事業内容

#### （1）認知症サポーター養成講座

平成20年度から実施し、令和4年度（予定含む）時点で合計30回開催している。

対象は、中高生、薬局、老人クラブ、民生委員、高齢者見守り隊など多岐にわたり、受講者は1,000人を超えた。講師を務める認知症サポーターキャラバンメイトは、紙芝居や寸劇などを交え、創意工夫をしながら養成講座を開催している。



#### （2）認知症サポーターキャラバンメイト連絡協議会

令和4年度に認知症サポーターキャラバンメイトが3人増え、連絡協議会を初めて開催した。キャラバンメイト同士の情報交換や今後の活動について意見を交わす貴重な場となった。

## 取組の内容②

### (3) 認知症カフェ

平成30年度から地域のサロン（通いの場）で実施し、令和4年度（予定含む）は4回開催。新型コロナウイルス感染予防のため、飲食は禁止し、参加者間で距離をとりながらの開催となった。



### (4) 認知症地域支援推進員の増員

これまで1人だった認知症地域支援推進員を1人増員し、2人体制となった。今後も2人の認知症地域支援推進員を中心に、認知症の方の相談や各種事業の取り組みを進めていく。

### (5) 認知症ケアパスの改訂

平成30年3月に作成した「認知症ケアパス」を令和4年12月に改訂した。改訂は、認知症地域支援推進員が中心に行い、本人らの声やヘルプカードを掲載するなどの工夫をした。町内の関係機関はもちろんのこと、商店や金融機関、医療機関にも配置を依頼するとともに、ホームページへの掲載や回覧での周知を図り、認知症に対する理解を深める。

## 成果と課題

### 取組の成果

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域での活動やサロン（通いの場）での活動に制限もあったものの、認知症サポーター養成講座や認知症カフェを開催することができた。
- 上記の活動や認知症ケアパスの改訂及び配布などにより、徐々にではあるが認知症に対する町民の理解は深まってきていると思われる。

### 今後の展望

- これまで認知症カフェを主にサロン（通いの場）で開催していたが、高齢者本人だけでなく、その方を支えているご家族や親族、地域の方が気軽に集まれるような場所を作っていきたい（認知症カフェの開催場所の固定化など）。
- 令和7年度までの立ち上げが要請されている「チームオレンジ」について、計画的に進める必要があるが、スケジュールやステップアップ講座の内容など課題は多い。
- チームオレンジの立ち上げが完了した後は、地域全体で、認知症の初期段階からその本人や家族などを心理面・生活面で支援できるような体制を作っていきたい。また、町民すべての方が、認知症の方や高齢者などを支え、支えられるような元気なまちを目指したい。

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

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】R5年1月1日現在

●人口

・14,176人

●65歳以上高齢者人口

・6,089人

●高齢化率

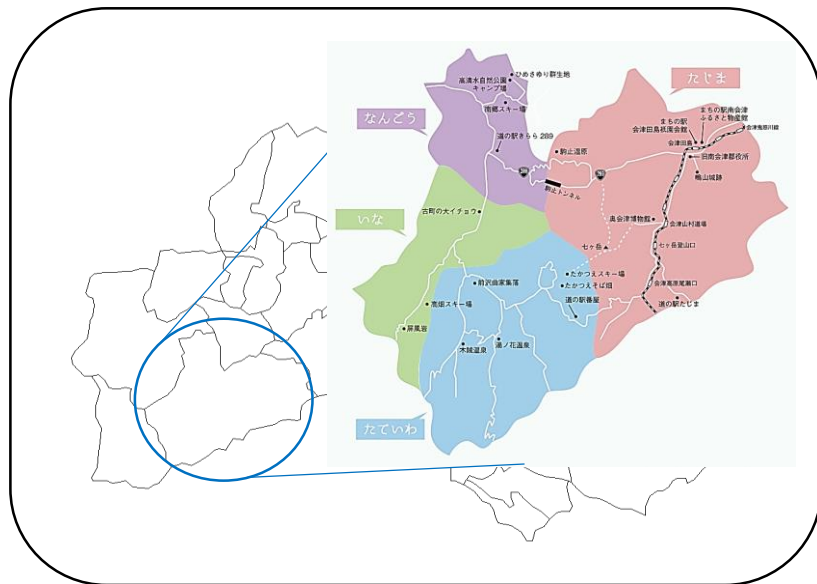
・43%

●要介護認定率

・20%

●第1号保険料月額

・6,000円(基準額)



# 生活支援体制整備事業 第2層生活支援コーディネーター活動

●背景

地域のニーズ調査や独居高齢者の意見から、足が不自由な高齢者の買い物等への移動手段について、ひとつの地域課題が明らかになったことから、生活支援方法を検討。

●実施主体

第2層生活支援コーディネーター

●活動内容

- ・区長、民生委員、独居高齢者宅等への訪問によるニーズ調査を実施した結果、複数箇所で買い物をしたいが移動手段がないことや、足がやや不自由な高齢者は、特に公共交通の利用が難しいことが分かった。
- ・生活支援体制整備にむけた試行として、移動手段のない地区の独居者と一緒に、コーディネーターの運転する車で買い物をする取り組みを実施し、課題や事業化に向けた検討を行った。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 地域住民と直接話をするなかで、地域の具体的な課題が明らかになった。
- ひとつの課題を解決するための支援方法について試行することで、事業化する際の課題が明らかになった。



## 今後の展望

- 地域の課題の明確化、その解決に向け試行することで、事業化するための具体的な課題が明らかになり、資源の開発に繋がると思われる。



## 小学生向け 認知症サポーター養成講座

- 背景  
高齢化がますます進み、地域の中にも認知症の方が多くなっている。認知症に関する理解を深めてもらう事業の一つとして、小学生に対しても高齢者や認知症の方について正しく学び、相手を思いやる心を育むことを目的として実施している。
- 実施主体  
認知症キャラバン・メイト  
(地域包括支援センター、介護サービス事業所、社会福祉協議会の職員、町保健師)
- 活動内容
  - ・南郷小学校6年生(12人)、伊南小学校5、6年生(12人)を対象。
  - ・それぞれの小学校と連携し、2時限を活用して、「高齢者疑似体験」と「認知症サポーター養成事業」を実施。
  - ・終了時「オレンジリング」を配布。
- 取り組みのポイント
  - ・高齢者の疑似体験から、高齢者が抱えている生活での不便なところを理解してもらう。
  - ・絵本や寸劇も取り入れ、認知症についてわかりやすく伝える。

# 成果と課題

## 取組の成果

●受講した児童からのアンケートや手紙から、高齢者や認知症の方へ接する時の留意点や、優しく声をかける等が学べたとの意見が数多くあった。



## 今後の展望

●町学校長会での説明や各小学校への通知等で取り組む学校の拡大を目指す。



---

## 2 市町村の取組事例

---

---

### (3) 在宅医療・介護連携の推進

---

白河市・西白河郡

白河地域在宅医療拠点センターの取り組み

白河市・西白河郡の概要

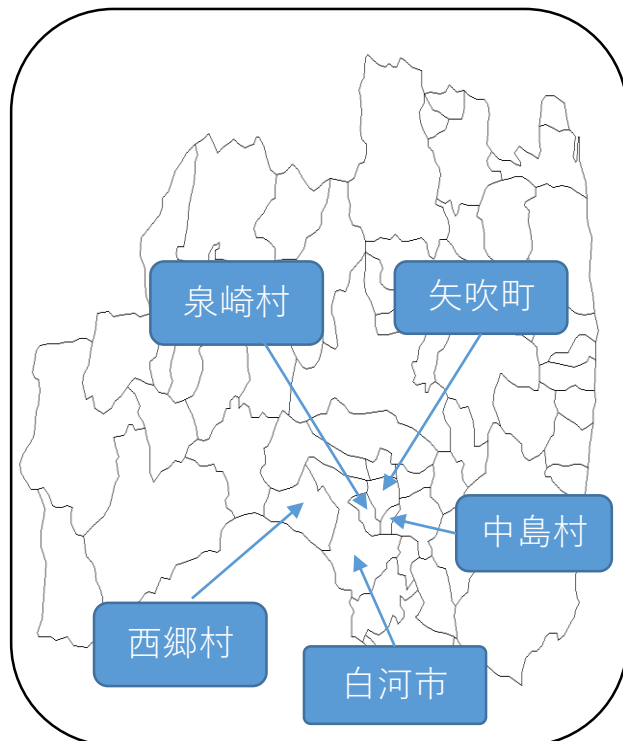
白河地方は古来より奥州の玄関口として栄えてきた。

近年では2005年に行われた白河市、表郷村、大信村、東村の合併により現在の白河市、西白河郡(西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町)の体制となった。

【基本情報】

(令和4年11月1日現在。)

	白河市	西郷村	泉崎村	中島村	矢吹町
人口	58,858人	20,316人	6,224人	4,866人	16,974人
高齢者人口	18,051人	5,193人	2,073人	1,494人	5,326人
高齢化率	30.7%	25.6%	33.3%	30.7%	31.4%
要介護認定率	17.8%	14.8%	17.2%	14.4%	15.1%
第1号保険料月額	5,900円	5,700円	5,466円	4,925円	5,492円



## 取組の内容①

●背景

白河市と西郷村・泉崎村・中島村・矢吹町の西白河郡4町村が協力して「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組むこととなり、白河医師会に委託し、平成28年4月に「白河地域在宅医療拠点センター」をオープン！

●財源

介護保険特別会計

●主な事業内容

(1)相談業務

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の住民や医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護に関する事項の相談の受付、助言を行う。

(2)医療・介護関係者の連携

地域の医療・介護関係者の連携を図るため、多職種でグループワークを行うなど研修会を開催。

## 取組の内容②

### (3) 普及・啓発

多職種の講師による出前講座を町内会や高齢者サロン等で実施。

また、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及・啓発にも力を入れている。

#### ・『ACP』とは、

今後の治療・療養について、患者・家族と医療・ケアチームがあらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと。最近は『人生会議』の愛称でも呼ばれる。

#### ・ACPに係る活動

白河地域の特養・老健の介護職員に対してACPに関する研修会を行う。

また、ACPの普及啓発に向けた出前講座(もしバナゲーム、エンディングノートの書き方)や市民講演会を11月30日(人生会議の日)におこなった。



ACPの出前講座の様子



市民講演会の様子

## 成果と課題

### 取組の成果

- 研修会を通じて、多職種連携や、スキルの向上を図ることができた。
- 市民講演会や出前講座等を通じて事業の普及・啓発活動を行うことができた。

### 今後の展望

- 市民講演会、出前講座を通じて引き続き地域住民等に対して普及・啓発活動を行うと共に、センターの更なる周知にも努める。
- 各市町村の特徴や課題を明確にし、それに応じた取組みができるよう検討していく。
- 上記を初めとした様々な取り組みを行い、在宅での医療や介護、終末期を支えられる地域づくりの更なる強化を図る。





---

## 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

## 地域の社会資源を主体とした「交流の場」の実現

## 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、包括ケアシステムの構築を推進している。

当市で1名配置している第1層生活支援コーディネーターや地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域内介護事業所、ボランティアなど幅広い関係機関が協働して集いの場を実施。コロナ禍で交流の機会が少ないなか、地域の様々な社会資源をマッチングすることで、十分なコロナ感染対策のもと介護予防の普及ができる交流の場を開催することができた。

## 【基本情報】（令和4年12月時点）

- 人口  
57,558人  
生活圏域：4圏域(伊達、保原、梁川、  
霊山・月館)
- 65歳以上高齢者人口  
20,916人
- 高齢化率  
36.3%
- 要介護認定率  
4,328人
- 第1号保険料月額  
6,431円



## 取組の内容①

～事業の背景とこれまでの取り組み～

## (1)背景

伊達市霊山地区において、認知症の相談が増加。  
新規の介護認定の結果が、いきなり「要介護」となる高齢者が増加。

## (2)要因・推測

- ①新型コロナウイルスの影響により、地域の集まりや行事、イベントが減少。
- ②別居の家族や近隣世帯など、他者との交流機会が少なくなった。
- ③コロナ禍の社会情勢により、閉じこもりがちな高齢者が増えた。



コロナ発生後の数年で交流機会が減少したことにより、認知症リスクの増加やフレイルの進行が地域内でも顕著に表れてきた。

## (3)これまでの実績と経過

- 霊山・月館地域ケア会議※1では、これまでの活動の中で集いの場※2を実施。住民間のつながりの大切さを会議メンバー内で認識しており、集いの場が少ないことが「地域全体の課題」として共有できていた。
  - ※1 霊山・月館地域包括支援センターを中心に33事業所(介護事業所、医療機関、行政)で構成。概ね月1回(年間10回)の活動を通して、地域課題の解決に向けた活動やメンバー内のスキルアップを目的とした研修を実施。
  - ※2 R2年度開催 集いの場：体操や脳トレを通じた介護・認知症予防教室
- 霊山地域の各地区交流館が主体となって行っているサロンも、R3年度から感染対策を行いながら徐々に再開しており、地域住民の「コロナ禍の交流」に対する抵抗感が小さくなってきた。

## 取組の内容② ～交流の場「げんきが〜い」概要～

令和4年度 地域ケア会議の活動として、霊山地域全体で交流の場を開催することに決定。地域内交流の活性化・介護予防の普及啓発を目的として「交流の場 元気が〜い」を実施。

### 交流の場 「元気が〜い」 概要

#### ●事業内容

- (1) 対象者…霊山地域の75歳以上 一人暮らし高齢者
- (2) 会場…地域を4地区に分け、それぞれの地区交流館で実施
- (3) 開催回数…各地区1回ずつ 計4回（掛田・霊山・石戸・小国）
- (4) 周知方法…民生委員の訪問による案内
- (5) 実施団体…伊達市霊山・月舘地域包括支援センター  
伊達市社会福祉協議会（霊山支所・SC）  
地域ケア会議メンバー 16事業所  
地域の調理ボランティア 4団体
- (6) 内容…①県エアロビック協会による「スローエアロビック」  
②地域の薬剤師による「服薬に関する講話」  
③各地区調理ボランティアによる弁当調理、食に関するお話（弁当紹介等）
- (7) 財源…福島県地域包括ケア深化・推進事業補助金

#### 「元気が〜い」実践の様子



エアロビックの様子  
参加者の交流

弁当調理の様子

## 取組の内容③ ～活動のポイント～

#### ポイント① 参加者が集まりやすい工夫

- 自宅の立地的に公共交通の利用が難しい、家族の送迎がない高齢者が参加しやすい工夫は？
  - ・霊山町内を4地域に分けて実施。会場を比較的集まりやすい地区交流館に設定。4回分の人員を確保できるよう、当日スタッフのシフト表を作成。会場スタッフ：平均16人
  - ・自力で会場まで来ることができない方は、スタッフが自宅～会場までの送迎を実施。送迎者のリストアップを行い事前送迎ルートを決めることで、スムーズな対応ができた。
- チラシをもらっただけでは参加しにくいのでは？
  - ・民生委員に案内の協力を依頼。見守り訪問も兼ねて、対象者一人ひとりに案内を実施。
  - ・民生委員が直接勧めることで参加の後押しに。
- 「参加したい」と思ってもらえる内容にしたい…
  - ・なかなか体験できない「スローエアロビック」を実施。地域ケア会議メンバーのネットワークから福島県エアロビック協会とつながり、講師派遣の依頼ができた。
  - ・お弁当付きのイベントに。高齢者への食育も同時に行うことが可能。

#### ポイント② 地域資源の活用

- 参加者だけでなく、地域全体を巻き込んで地域を活性化できないか？
  - ・地域の調理ボランティアに弁当調理を依頼。コロナ禍で活動が無かった団体に活躍の場を提供。
  - ・R4年度から新たに始まった「子ども食堂」の周知も行き、地域イベントの活性化を図った。

#### ポイント③ 補助金の活用

- 霊山地域全体で実施するほどの予算がない…
  - ・福島県地域包括ケアシステム深化・推進補助金を活用。
  - ・市高齢福祉課を通して補助金を申請し、弁当の食料費や消耗品等に充てることができた。

#### ポイント④ 新型コロナウイルスの感染対策

- 多人数が集まるためコロナ感染が不安…
  - ・スタッフの役割を細かく設定し、必要な感染対策を徹底。体温測定や連絡先の記入、定期的な消毒やマスク着用の呼びかけなど。
  - ・4会場それぞれに看護師を配置するようスタッフのシフトを調整し、会場内の感染対策の管理を行った。
  - ・調理ボランティアの食事は弁当にして持ち帰りすることで、感染リスクを軽減。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 参加人数：103名（4会場 合計）  
参加者が集まりやすい工夫を検討し実施した結果、想定より多くの高齢者に参加いただいた。
- 全会場で「久しぶりだない」「元気だったがい」と久々に会って和やかに話している様子が確認でき、改めて地域の交流の場の必要性を実感できた。また、それと同時に、地域内の交流の機会が少なくなっていることも感じた。
- 調理ボランティアの方々が久々の活動を楽しんでおり、「これをきっかけにまた活動したい」と今後の活動のきっかけを作ることができた。ボランティアの大半は高齢者であり、高齢者の活躍の機会の創出につながった。
- 会場までの移動が難しい方へ送迎を行うことで、参加のハードルを下げることもできた。一方、送迎がないと参加できない高齢者も多いということでもあり、「移動」に関する課題は大きいと感じた。
- 地域ケア会議の長所を活用した企画・運営ができた。介助が必要な高齢者への対応、十分なコロナ感染対策、メンバー内のネットワークの活用など、専門職の強みを活かすことができた。
- 感染対策を徹底した結果、コロナ感染者を1人も出すことなく無事に開催できた。

## 今後の展望

- ボランティアや民生委員との協働により、充実した活動を行うことができた。必要なサポートを地域で担うことができれば、地域を巻き込みながら実施主体の負担を軽減して様々な活動ができるのではないかと感じた。「地域のために活動したい」といった思いがある社会資源と地域のニーズをうまくマッチングさせ、地域が主体的に活動できるようなコーディネートを行っていきたい。
- 中山間部での活動では、常に移動の問題が挙がる。移動に関する社会資源を活用できるよう、地域団体や関係機関で検討する必要がある。

国見町

介護予防の推進（くにみ骨折予防教室）

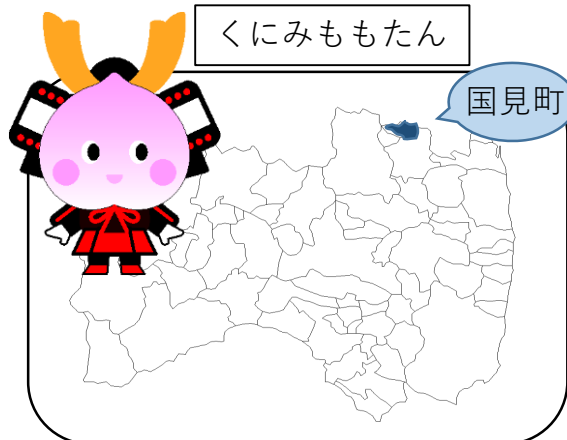
### 国見町の概要

国見町は、福島県の最北端に位置し、北は宮城県白石市と界しています。東は阿武隈川を挟んで伊達市梁川町、南は桑折町と隣接し、信達盆地は肥沃な土地に恵まれた町です。

また、福島市まで16.5kmの距離にあり、南北に東北本線（藤田駅・貝田駅）東北新幹線・国道4号線が走り、さらに東北縦貫自動車道の国見インターチェンジを有し、交通の便にきわめて恵まれています。人口は年々減少し高齢化率は県北地区でも高くなっています。

【基本情報】R4年11月30日時点

- 人口  
8,415人
- 65歳以上高齢者人口  
3,638人
- 高齢化率  
43.2%
- 要介護認定率  
19.4%
- 第1号保険料月額  
79,740円（基準額）



## 取組の背景

- 令和2年度の国見町の「骨折」における年間医療費は高く、第1位「心疾患」、第2位「腎不全」に次ぎ、**第3位**。⇒県、同規模自治体、国の医療費割合を上回っている！
- 入院医療費について、女性で最も高額なのは「骨折」！
- 国見町における令和2年度の「新規介護認定申請理由」は第1位「虚弱」、第2位「認知症」、第3位が「骨折」！
- 骨粗鬆症の年間医療費は第10位で、県や同規模自治体に比べても割合は低い…



そこで

- ◆国見町は「隠れ骨粗鬆症」が多いのでは？
- ◆国見町の健康課題のひとつである「骨折」に対して何かアプローチできないか？

「くにみ骨折予防教室」の新たな開催

### ●事業内容●

- ①骨密度、FRAX(10年後の骨折リスク測定ツール)の測定
- ②公立藤田総合病院の骨粗鬆症マネージャー(管理栄養士)による栄養講話と町保健師による測定値の見方や町の現状について講話。
- ③測定の結果、骨密度基準値未満の参加者へ受診勧奨通知を発送し、電話でのフォロー支援。

### ●財源●

介護保険特別会計 一般介護予防事業費（地域支援事業交付金）

# 取組の内容

## 取り組みのポイント

①広報で「骨折予防」に関わる特集記事を掲載し、市民の意識を高めた上で教室参加募集を行った。

「近いから参加できた」という声もありました

②町内3か所で実施し、参加者が参加しやすい環境設定を行った。

- ◆藤田・小坂地区：令和4年10月20日(木)開催
- ◆森江野地区：令和4年10月27日(木)開催
- ◆大枝・大木戸地区：令和4年11月2日(水)開催

③自身の状態を可視化できるよう、骨密度とFRAXを測定した。

④教室終了後に、受診可能な病院を掲載した受診勧奨通知を送付し、電話によるフォロー支援を行った。

⑤参加者の同意を得た上で、公立藤田総合病院と参加者のデータを共有し、連携して「骨折」の一次予防・二次予防に努めている。



↑広報9月号で「骨折予防」の特集記事を掲載しました。



↑参加者1人1人、骨密度の測定を行いました。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 全参加者数39名(67~93歳)、平均年齢76.6歳。
- 全参加者のうち**38.5%**が骨粗鬆症のおそれあり、**74.3%**が10年後の骨折リスクがあることが分かった。
- 【受診勧奨者数】YAM値基準値未滿かつ未治療者…11名
- 【受診率】…受診勧奨者のうち**80%**が受診
- 【治療開始率】…受診者のうち**83.3%**が骨粗鬆症の治療につながった。
- 参加者からは、「早い段階で骨粗鬆症が分かって安心した」「自覚症状がないので、今回測定しなければ放置していた」などの声が聞かれた。本事業が「骨粗鬆症」の早期発見・早期治療の機会につながったと考える。

## 今後の展望

- 町の健診では骨粗鬆症検診の対象は70歳までとされており、骨粗鬆症リスクが高まる年代の早期発見の機会が少ない状況。次年度も骨密度・FRAX測定に加え「栄養」、「運動・転倒予防」の2コースで3地区の教室を実施予定。
- 10月20日の「世界骨粗鬆症デー」に合わせた広報活動、会場が遠い地区については高齢者サロンにおいて骨密度の測定会とミニ講話を実施予定。



↑FRAX測定の様子。12の質問項目に回答してリスクを評価します。



↑「栄養講話」の様子。講話後の質疑応答も活発に行われました。

矢祭町	みんなが元気でいられる通いの場づくりの再構築
-----	------------------------


**矢祭町の概要**

矢祭町は、福島県最南端に位置しており、比較的温暖で積雪は少なく年平均気温は16℃となっており、森林や農作物の育成環境としては好条件といえる。久慈川では鮎釣りができ、山間部はゆずの産地となっている。

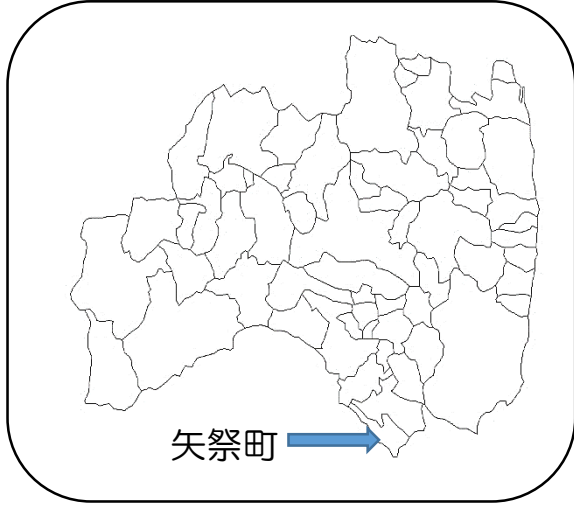
高齢化が進む中、前期高齢者の増加に伴い健康寿命の延伸・自立支援を目的とした住民主体の体制づくりを目指している。

【基本情報】令和4年12月31日時点	
●人口	5,352人
●65歳以上高齢者人口	2,191人
●高齢化率	40.9%
●要介護認定率	14.7%
●第1号保険料月額	4,800円

やまっぴー



やまっぴー



## 取組の内容①

●背景

平成28年度から取り組んでいる住民主体の「いきいき百歳体操」の参加団体は12団体あったが、近年では体操や活動内容に参加者が飽きてしまう傾向があり、そのうえコロナ禍により活動を自粛する団体も増え、現在は4団体にまで減少している。以前、養成したサポーターも高齢になってしまった。

矢祭町の高齢化は40%を超えているが、約半数は前期高齢者となっている。健康寿命の延伸と自立支援のために、住民主体の「いきいき百歳体操」の再構築と通いの場の増加・内容充実をはかる必要があった。

●事業内容

- ・ 矢祭独自の体操を作成し、オンラインやDVDで視聴ができる体制をつくる。
- ・ 体操の指導や今後の体力測定などを支援するサポーターを養成する。
- ・ 参加団体に介入し、体操を広める。

●財源

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

体操を作って終わりにならないように、サポーターの協力を得て、体操の周知や活動支援を行い、参加団体の増加により高齢者の通いの場づくりを目指す。

# 矢祭げんき!! イキイキ体操



★立位でできる体操や椅子座位のままでできる体操などその日の気分や体調に合わせて選べるように作成した。  
★BGMは矢祭音頭等の高齢者になじみのある曲を使用した。

## 矢祭元気サポーター養成講座

- 全5回で実施
- 現在12名が参加
- 受講できなかった人も動画配信によりサポーター養成ができる。



## 成果と課題

### 取組の成果

- アンケートにより内容の満足度が上がった。
- 住民主体の「いきいき百歳体操」の参加団体数・参加者が増加した。
- サポーター養成の際に公募したことで、自分の健康づくりをしながら何かの役に立ちたいという人材を新たに発見することができた。

### 今後の展望

- 高齢者サロンなどにも体操を広め、活動内容に取り入れることができるようにサポーターと協力して支援していく。
- やりがいを感じられるように、活動報告会や体力測定などを企画する。
- 備品整備等の補助ができるようにする。

1、矢祭町高齢者全体の健康維持、向上

2、健康寿命の拡大

3、つながりの場、互助の仕組み構築

➡ 「元気で長生き矢祭町」





喜多方市

被災シミュレーションで見直す自助と互助

喜多方市の概要

飯豊連峰や雄国山麓などの雄大な自然環境、蔵などの歴史を感じさせる建造物、ラーメンやそばなど、多彩で豊富な資源に恵まれた農村観光都市です。

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」の実現のため、令和3年度から社会福祉課に「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を目指しています。

【基本情報】令和4年12月1日現在

- 人口 43,212人
- 65歳以上高齢者人口 16,378人
- 高齢化率 37.9%
- 要介護認定率 24.2%
- 第1号保険料月額 5,480円



## 取組の内容①

●背景

第1層協議体「喜多方市生活支援支え合い連携会議」の委員は任期3年であり、令和4年度は任期満了に伴う改選を行った。改選後の第1回会議で意見交換した際、豪雨災害から間もない時期だったこともあり、委員から「災害時に向こう三軒両隣が声をかけあったことで人的被害がなかった」と他県の事例が紹介された。

第2層協議体でも地域住民による自発的な災害ボランティア活動の例が複数の地区で共有されていたことから、「防災と福祉」をテーマとした第1層協議体主催の研修会を実施することとした。

●事業内容

「あなたのまちの“もしもすごろく”」と題して、有事の際に個人でできることを意識するとともに、平時からの隣近所と気にかけて関係づくりを考えるワークショップ形式の研修を行い、地域における自助と互助の促進を図ることとした。

コロナ禍であることを考慮し、研修対象者は第1層協議体委員、第2層協議体委員（既設置9地区からそれぞれ3名程度）、関係機関等とした。

●財源

地域支援事業交付金（生活支援体制整備事業費で研修会講師報償費及び費用弁償を予算化）

●取組のポイント

ワークショップ形式の研修会を実施することで、委員及び関係者間の相互理解を深め、顔の見える関係を構築することも目的のひとつとした。

新たな視点で「向こう三軒両隣」について考えるため、地域包括ケアシステムとは異なる分野で活躍する方（イラストレーター・防災士）を講師として招聘し、自助と互助について再認識する機会とした。

# 取組の内容②

## ●講師 ico. (物江麻衣子) 氏

宮城県名取市出身で、現在は福島市在住。2011年の東日本大震災と2019年の台風19号で被災され、その経験から得た知識や教訓を伝えるため、フリーのイラストレーターとして活動されている。

## ●研修会の内容

- (1) 被災体験談、もしもすぐろくの紹介  
車がない場合の避難方法（徒歩、近隣住民を頼る等）を想定する重要性や、ご近所づきあいが命綱であること等を自身や家族の体験を基に講話いただく。
- (2) 防災ポーチの紹介  
日常の延長と考え、平時からの意識付けについて講話いただく。
- (3) グループワークによる被災シミュレーション  
参加者を住まいなどが比較的近いエリアごとにグループ分けし、交流しながら自助と互助について考える。
- (4) 発表  
各グループのシミュレーション内容について共有する。

それぞれのグループから、自分の命を守る行動や隣近所における安否確認の声掛け、地域の状況について住民同士で情報共有する等の意見が出された。



# 成果と課題

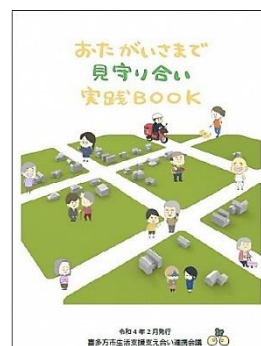
## 取組の成果

- 住民が関心を寄せる「防災」をテーマにすることで、参加者が主体的に「自助」と「互助」について考えるとともに、新たな視点で地域を再確認することができた。
- 第2層協議体委員も参加したため、地区の枠組みを超えた交流の機会となった。
- 第2層協議体委員から、第2層協議体主催で同内容の研修会を地区で実施したいと相談が寄せられた。



## 今後の展望

- 車がない場合の避難方法を「徒歩」とする意見が多くあったため、介護予防の重要性についても関連付けたい。
- 日頃からの顔の見える関係性が非常時に命を守るための視点をつとこの場づくりに活かしたい。
- 第1層協議体で作成した「おたがいさまで見守り合い実践BOOK」とともに、日常的な見守り支援の重要性について、普及啓発を図っていきたい。



隣近所で実践できる見守り合いについてまとめた冊子です



只見町

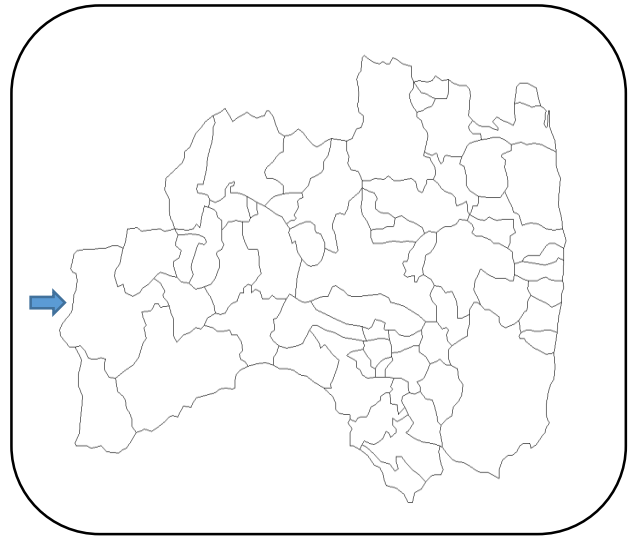
介護予防の推進

只見町の概要

要介護認定率が県内で上位。後期高齢者が多く老人会が休会の地区が見られる。  
冬は雪が多くコロナ禍もあり外出や運動、人との交流が減っている。

【基本情報】（令和4年4月末現在）

- 人口 4012人
- 65歳以上高齢者人口 1915人
- 高齢化率 47.7%
- 要介護認定率 27.7%
- 第1号保険料月額 5,900円



## 取組の内容①

●背景

只見町は高齢者の中で後期高齢者の占める割合が60.9%と高く、介護認定率も県内で上位であるなど介護等を希望する人が多く見られる。また自主的に活動する場の老人会が休止の地区もあり、交流の機会も減少している。サロン活動も増えつつあるが、中心になる人がおらず立ち上げ出来ない地区も多い。

今回コロナ流行前に実施していた介護予防教室を、保健係と地域包括支援センターで協力して行った。複数の専門職が指導する事で、予防を生活に活かしやすい情報を提供出来たと思われる。目標を持った活動の場を提供し、高齢になっても自立して生活できる高齢者を1人でも増やしていきたい。

## 取組の内容②

### ●事業内容

認知・運動リスクの高い人を対象に介護予防教室「はつらつ脳活教室」を実施。コロナ流行で休止していた教室を4年ぶりに再開した。初めてKDBシステムで対象者を抽出した。

- ・実施主体・町（保健係と地域包括支援センターで協力）
- ・KDBシステムで対象者を抽出し、申し込みを取る
- ・参加者15名（毎回12～14名出席）
- ・10月～12月の7回コースで講話・「グニサイズ」運動、ゲーム等を行う
- ・参加者それぞれが自分の目標を立てる
- ・必要な人は送迎を行う
- ・財源 介護保険事業費

### ●取組のポイント

・対象者を明確にし、参加者が自分の目標を明確にすることが出来た。コグニサイズや専門職の指導を受ける事で、参加者が日常生活で認知症予防を行い、今後予防につながる事を目指した。

## 成果と課題

### 取組の成果

●KDBシステムを使う事で、指導が必要な人に対し有効に教室を実施でき、参加者も共通の話題多く交流しやすかった

●色々な専門職が指導する事で、参加者が自分の健康状態を理解することが出来た

●ほとんどの人が楽しく最後まで出席でき、今後も教室に参加したいとの希望が見られた

### 今後の展望

●今後事業課題に対し、アプローチの仕方を検討していく

●保険と福祉が協働する事で、今後も高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めていく

●住民対象に広報活動で介護予防の知識の普及啓発を行う



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(再掲)

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】R5年1月1日現在

●人口

・14,176人

●65歳以上高齢者人口

・6,089人

●高齢化率

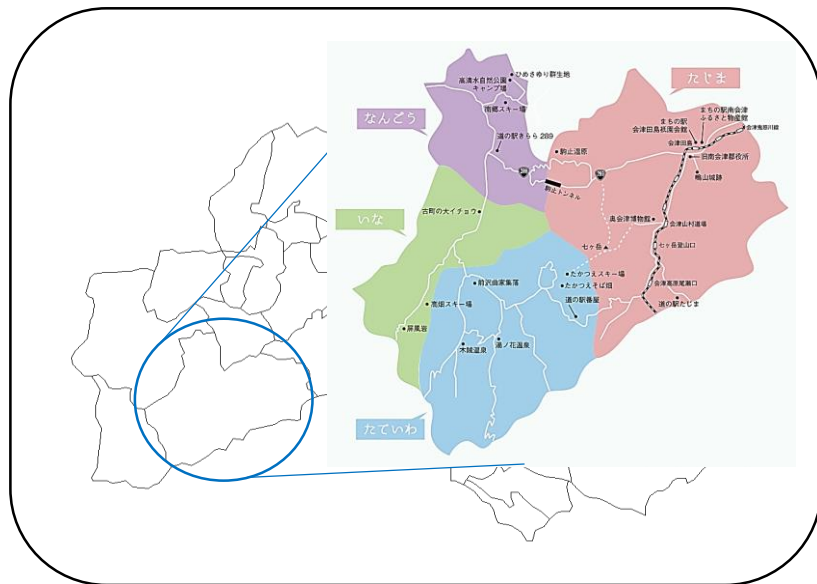
・43%

●要介護認定率

・20%

●第1号保険料月額

・6,000円（基準額）



## 生活支援体制整備事業 第2層生活支援コーディネーター活動

●背景

地域のニーズ調査や独居高齢者の意見から、足が不自由な高齢者の買い物等への移手段について、ひとつの地域課題が明らかになったことから、生活支援方法を検討。

●実施主体

第2層生活支援コーディネーター

●活動内容

- ・区長、民生委員、独居高齢者宅等への訪問によるニーズ調査を実施した結果、複数箇所で買い物をしたいが移手段がないことや、足がやや不自由な高齢者は、特に公共交通の利用が難しいことが分かった。
- ・生活支援体制整備にむけた試行として、移手段のない地区の独居者と一緒に、コーディネーターの運転する車で買い物をする取り組みを実施し、課題や事業化に向けた検討を行った。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 地域住民と直接話をするなかで、地域の具体的な課題が明らかになった。
- ひとつの課題を解決するための支援方法について試行することで、事業化する際の課題が明らかになった。



## 今後の展望

- 地域の課題の明確化、その解決に向け試行することで、事業化するための具体的な課題が明らかになり、資源の開発に繋がると思われる。



## 小学生向け 認知症サポーター養成講座

- 背景  
高齢化がますます進み、地域の中にも認知症の方が多くなっている。認知症に関する理解を深めてもらう事業の一つとして、小学生に対しても高齢者や認知症の方について正しく学び、相手を思いやる心を育むことを目的として実施している。
- 実施主体  
認知症キャラバン・メイト  
(地域包括支援センター、介護サービス事業所、社会福祉協議会の職員、町保健師)
- 活動内容
  - ・南郷小学校6年生(12人)、伊南小学校5、6年生(12人)を対象。
  - ・それぞれの小学校と連携し、2時限を活用して、「高齢者疑似体験」と「認知症サポーター養成事業」を実施。
  - ・終了時「オレンジリング」を配布。
- 取り組みのポイント
  - ・高齢者の疑似体験から、高齢者が抱えている生活での不便なところを理解してもらう。
  - ・絵本や寸劇も取り入れ、認知症についてわかりやすく伝える。

# 成果と課題

## 取組の成果

●受講した児童からのアンケートや手紙から、高齢者や認知症の方へ接する時の留意点や、優しく声をかける等が学べたとの意見が数多くあった。



## 今後の展望

●町学校長会での説明や各小学校への通知等で取り組む学校の拡大を目指す。



相馬市

住民主体による高齢者の日常生活支援

相馬市の概要

本市は、福島県の北東の海の街として、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、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へのアクセスが便利な土地です。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。

年々、少子高齢化が進み、全国平均より高い高齢化率となっています。また、東日本大震災から12年を迎え、被災した高齢者等への福祉施策をはじめ、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、さまざまな施策に取り組んでいます

【基本情報】（令和5年1月1日現在）

- 人口  
33,355人
- 65歳以上高齢者人口  
10,795人
- 高齢化率  
32.36%
- 要介護認定率  
17.96%
- 第1号保険料月額  
6,270円



# 生活支援体制整備事業の取組

背景

高齢化が年々進み、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加している。ひとり暮らしになったときの寂しさ、近所付き合いの希薄化など、今後の生活に不安を抱えている高齢者が多くいることが分かった。

これらのことから、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、また、地域の元気な高齢者が生活支援の必要な高齢者を支え合う地域を目指し、住民主体で高齢者に生活を支える仕組みづくりに取り組む。

事業内容

- 生活支援コーディネーター（市社会福祉協議会に委託）
  - ・資源開発
  - ・ネットワーク構築
  - ・ニーズと取り組みのマッチング
- 地域包括ケア推進会議の専門部会「地域支え合いづくりを考える委員会」（生活支援体制整備事業における協議体）
  - ・グループワークによる地域の情報や資源（お宝）を共有
  - ・地域課題の抽出
  - ・元気な高齢者がその担い手として活躍できる場の検討等



相馬市支え合いガイドブック  
（そうまのお宝マップ）

財源

- 福島県地域包括ケアシステム進化・推進事業

取り組みのポイント

- ・生活支援コーディネーターが地域の集いや通いの場を訪問し、地域における高齢者の日常生活の支援体制の必要性について啓蒙。
- ・相馬市支え合いガイドブック（そうまのお宝マップ）の作成
- ・認知症総合支援事業と共同で、出張版認知症カフェを各地区公民館で開催し、地域で支え合うことの大切さを周知し、生活支援を行う団体立ち上げのきっかけをつくる。



# 取組の内容②



## 『ちょこっとてつだう会』発足までの経緯

少子高齢化の進行、高齢者の一人世帯の増加、ご近所の繋がりの希薄化など地域には様々な問題が山積みになっており、生活の中にあるちょっとした困りごとを住民同士で解決することができる環境を作り上げれば、住み慣れた地域づくりにつながるのではないかということから会の発足となる。

生活支援コーディネーターが、市街地に位置する中村西部9区の地域行事に参加。中村西部9区は地域住民同士のつながりがとても強く、多世代を巻き込んだ行事が多い。地域の大人と子どもたちの交流が自然に行われている。

↓  
地区の役員に生活支援体制整備事業の説明をしたところ、「自分たちが安心して年を重ねることができるように、今からできることを考えていきたい」と前向きな意見が出た。

↓  
毎月定期的で開催している地区の役員会「十日会」において協議を重ねる  
・先進地域への視察研修

↓  
令和2年4月「**ちょこっとてつだう会**」発足。  
活動メンバーは「十日会」の会員等20名。



中村西部9区の皆さまへ

## ちょこっと “てつだう会” 発足のお知らせ

てつだう会とは…  
同じ地域に住む住民同士がお互いに支え合う仕組みが大切だと考え  
当地区に会を発足することになりました。  
暮らしの中のちょっとした困りごとを、お手伝いします。

～活動内容～  
・ゴミ出し ・屋外の軽作業  
※1回30分以内の作業になります。  
※送迎や重い物等はお引き受けできません。

～ご利用できる方～  
・高齢者一人暮らし  
・高齢者二人暮らし  
・障がいをお持ちの方

～活動費～  
・1回50円 ※利用券の購入(10枚綴り500円)が必要です。

お手伝いを希望される方は相馬市社会福祉協議会へご連絡ください。  
☎ 36-5033 平日9時～16時まで

ご利用方法等は裏面を  
ご覧ください。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 生活支援コーディネーターが地域の集会や通いの場に顔を出すことで、地域住民とのつながりが強くなってきている。支え合いの仕組みづくりのきっかけとなっている。
- 認知症総合支援事業と共同で毎年開催している出張版認知症カフェにおいて、地域で支え合うことの大切さを周知し、市民の理解が深まってきている。

## 今後の展望

- 「ちょこっとてつだう会」の活動が広く知られ、他の地域でも支え合いの仕組みが構築されることを期待する。
- 認知症総合支援事業と共同で開催している出張版認知症カフェにおいて、地域で支え合うことの大切さの周知を継続し、より市民に関心をもってもらう。
- 介護予防体操「骨太けんこう体操」を行う住民主体の通いの場から、支え合いの仕組みが生まれるよう、一般介護予防事業と生活支援体制整備事業が**連携**して、活動を行っていく。
- 協議体において、地域の課題を解決に導けるよう積極的・活発的な話し合いを続ける。

## 課題

- 課題の把握や解決策の話し合い等を継続し、持続性のある活動となるよう、市と生活支援コーディネーターが連携し、支援していく必要がある。
- 同様の仕組みが他の地域に広がっていくよう、多くの市民へ普及啓発する必要がある。



檜葉町

住民主体の通いの場（地域ミニデイ）の充実

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、約7年が経過。令和4年12月末現在の居住人口は、4,300人、居住率は、64.68%と居住者は増加してきているが、震災前からの懸念であった人口減と高齢化は一層拍車がかかり、従来の地域コミュニティの再生は必ずしも容易ではない状態である。

町では、一度途切れた地域コミュニティの再生や新たな地域コミュニティの構築、また、高齢者の身体的能力の低下の予防を図るとともに、閉じこもりがちな高齢者の孤独感を解消することにより、健康で生きがいをもちつながりを感じて暮らせるように環境整備に取り組んでいる。

・檜葉町内の高齢化率が高く、介護予防と地域コミュニティの形成として住民主体の通いの場「地域ミニデイ」を推進している。

【基本情報】（令和4年12月31日現在）

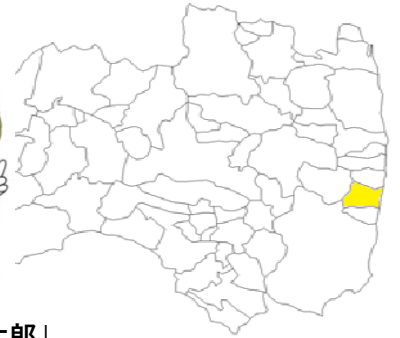
- 人口
 

住民基本台帳	6,648人
居住人口	4,300人
- 65歳以上高齢者人口
 

住民基本台帳	2,337人
居住人口	1,569人
- 高齢化率
 

住民基本台帳	35.15%
居住人口	36.49%
- 要介護認定率 20.16%
- 第1号保険料月額 7,000円

檜葉町の位置



「ゆず太郎」

取組の内容①

●背景

東日本大震災及び原子力災害の避難等の影響により、住民の世帯構成が変化し、高齢者の割合が高くなった。そのような中、帰町している高齢者へ聞き取り調査を実施したところ、高齢者が集まる場所が欲しいといったニーズが多かったため、震災前に実施していた「地域ミニデイ」を各地域に再構築又は、新たに構築することで、地域コミュニティを形成するとともに、住民同士の繋がりや支え合い、介護予防を目指し支援を行っている。

●事業内容

- 各地域で、地域ミニデイが構築できるよう、地域包括支援センター及び、生活支援コーディネーター、町保健師や支援者と協力し、高齢者が主体的に集い、介護予防に関する体操やイベント活動が実施できるよう活動支援を実施している。
- 地域ミニデイの立ち上げ、継続支援の実施。（相談、活動支援の助成）
- 保健師による血圧測定や、健康相談及び健康講話を実施
- ふたば医療センター附属病院の協力により、出前講座の実施（事前申込による）
- 社会福祉協議会の協力により町巡りバスツアーの実施（バスの運転手はボランティアによる）
- タブレットを活用し、介護予防事業所と地域ミニデイをオンラインで繋ぎ介護予防に係る運動の実施（事前申込により、タブレットを貸付）

●財源 地域支援事業

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

- 地域包括支援センター及び生活支援コーディネーター、民生委員及び支援者と連携し、声掛けを実施し、継続して活動できるよう支援している。
- 保健師が地域ミニデイに参加することにより、健康面で不安を抱える方や、悩み等の相談が身近にできることで、医療機関への診断の促しや、介護予防に繋げることができる。また、健康講話をすることで、参加者の健康意識が高まる。

## 取組の内容②

### タブレットを活用した介護予防運動の実施

- タブレットを活用し、「介護予防事業所」と「地域ミニデイ」をオンラインで繋ぎ介護予防に係る運動を実施した。



### 住民への普及啓発

- シンポジウムで地域ミニデイ活動マップを展示し普及啓発を実施した。
- 地域ミニデイの参加者が、地域の多世代交流できる活動について、主体的に企画立案し、進めていく様子を寸劇で紹介し普及啓発を図った。



## 成果と課題

### 取組の成果

- 定期的に地域ミニデイ活動を行う団体が18団体となった。体操も定期に実施。
- 地域ミニデイを通じて、住民同士の繋がり、支え合いが生まれた。  
(参加者同士気遣い合うようになった。)
- 主体的に、準備や片付け、企画立案等を実施するようになった。
- 出前講座や保健師の血圧測定、健康相談、講話を通じて、介護予防、健康管理を意識するようになった。
- 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、申込数が少ないため、周知方法や活用方法について検討する必要がある。

### 今後の展望

- 主体的に継続していけるよう、活動団体への働きかけと課題解決に向けた支援
- 地域ミニデイの更なる普及啓発
- 住民同士のコミュニティの活発化
- タブレットを活用した介護予防事業の周知

---

### 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（書面開催予定） ②県北地方成年後見制度体制整備にかかる情報交換会	①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した。 ②、中核機関設置、成年後見制度利用促進事業を推進するため、成年後見制度体制整備に係る市町村の取組について情報交換を実施した。
訪問支援	①管内市町村巡回指導・技術的助言（5~6月、11~12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を行った。 ③各市町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	令和4年度県北地域支援者認知症対応力向上研修会(ZOOM)	各市町村施策の情報交換と、認知症疾患医療センターの講義により認知症施策を推進する専門職等の対応力向上が図られた。
そ の 他	①退院調整ルールに係るアンケート調査実施及び運用評価会議（Web開催予定） ②県北地域リハビリテーション広域支援センターとの打合せ ニーズ調査の実施及び名簿作成、市町村への情報提供 ③認知症疾患医療センターとの打合せ	①特に地域包括支援センターにおいて退院調整ルールの運用が定着していた。また、コロナ禍でも工夫しながら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地域リハビリ広域支援センターと市町村との連携を進めた。 ③認知症疾患医療センター2ヵ所の意見交換をとおし認知症医療の連携が図られた。

## 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や内容には差がある。市町村にあった継続支援を行う必要がある。
- 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（以下SC）の設置の有無や活動状況が異なるので、SCや市町村事業担当者が情報交換し相談・連携できる体制が必要である。
- 認知症疾患医療センターの立地の関係上、福島市、二本松市以外の市町村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。
- 高齢者の権利擁護支援体制を構築するために成年後見制度の利用促進、体制整備（中核機関の設置、三士会等専門職を含む地域連携ネットワークの構築）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、県内外の事例の情報提供や、運営アドバイザーの活用方法の提案などを行い、各市町村にあった個別の支援を行う。
- 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を対象とした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。
- 認知症疾患医療センターと連携を図り、県北地域支援者認知症対応力向上研修会等の開催等を通して、市町村と関係機関等との連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、専門職団体、市町村と連携し、中核機関の設置に向けた市町村への情報提供及び話し合いの場を提供する。

## 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 ③成年後見制度中核機関設置に向けた担当者会議	①2年ぶりの集合開催となり、活発な情報交換やSC同士の交流もみられた。取組事例報告及び講話を通して、各市町村が今後事業に取り組む上での参考となった。 ②センター事業について、相談センター及びリハビリテーション名簿の周知・活用について課題を把握できた。 ③中核機関設置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・助言 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運営アドバイザー派遣の活用を通じ、管内市町村の会議の定着への一助となった。 ④住民や生活支援体制整備事業に関わる関係者への講演会及び研修会を通じて支え合う地域づくりについて理解が深まった。
研修会	①認知症対応力向上研修会	①認知症の初期の段階における関わり方の現状と課題について関係機関で共有できた。また関係者間のネットワーク構築にもつながった。
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共有することができた。

## 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、管内全ての市町村で開催しているが、取り組み状況に差がある。
- 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の取り組み状況が異なるため、それぞれの実情に合わせた支援が必要。
- 認知症疾患センターの活用を周知し、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のため、中核機関の設置に向けた取り組み支援が必要。

## 今後の支援方針

- 自立支援型地域ケア会議の効果的な運営に向けて、運営アドバイザー派遣事業の活用等について提案するとともに、必要時、情報提供や助言を実施する。
- 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事業について情報共有を行うとともに、アドバイザー派遣事業や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、関係機関と連携し、勉強会等について開催する。

**1 市町村支援の内容と成果**

項目	内容	成果
情報交換 会議	①生活支援コーディネーター情報交換会 ②認知症地域支援推進員連絡会	①各市町村の課題解決を目標に講話とグループワークを実施。各市町村の取り組み状況や課題を共有し、解決策を検討した。今後、事業に取り組む上での参考となった。 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。関係者同士のネットワーク構築にも繋がった。
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「患者力で人生を生き切ろう！～いま、あなたに届けたい、そしてあなたと語りた～」（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実際の事例を基に、認知症疾患医療センターでの治療内容について学ぶことができた。 ②住民向け公開講座の実施により、コロナ禍の看取りについて考える機会となった。 ③専門職派遣を活用し、市町村での生活支援体制整備事業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、各市町村の実情に応じた支援が必要。また、各市町村で生活支援コーディネーターが1名配置のため、気軽に相談・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。また、地域課題を共有し、地域の実情にあったサービス体制の構築等、発展的な内容には至っていない状況。
- 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、チームオレンジ推進に向けての支援も必要。

**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する。
- 自立支援型地域ケア会議については、適宜情報提供や助言、アドバイザー派遣事業等を活用し、地域課題の発見や解決のための発展的な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継続して開催し、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成年後見制度利用促進のための検討会 ③会津地域高齢者施策推進会議（書面開催予定） ④退院調整ルール運用評価会議（書面開催予定） ⑤会津地域認知症地域支援推進員連絡会	①行政・包括・社協、SCの関係者を対象に実施したことで関係機関との連携や協働の必要性についてそれぞれが考え、今後の取組について検討する良い機会となった。 ②ロードマップを軸に検討会を実施し、令和4年7月に11市町村協働による中核機関が設置された。 ③チームオレンジ設置のための検討を実施していく。
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	訪問支援を通じ、市町村の現状や課題の把握及び出来ていることのフィードバックや課題解決についての助言を実施。さらに、直接訪問することで各市町村担当者との関係性を構築することができ、その後の円滑な支援体制の構築にも繋がった。
研修会	①地域支援関係者認知症対応力向上研修	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

○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等により、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、関係機関との連携強化等活動体制整備に努める必要性がある。  
 ○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連絡会を通して地域づくりを考えていく。  
 ○自立支援型地域ケア会議を効果的に運用できるように管内市町村の会議への出席や先進地視察調整、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、市町村の現状に沿った支援を検討して実施する。  
 ○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や関係者間のネットワーク強化を目指し支援を実施する。  
 ○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	①地域支援事業情報交換会（R4.9.6）（各町村担当者・包括・生活支援コーディネーター等） ②南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会（R4.11.17）（医療・介護福祉関係者・各町村課長） ③成年後見制度体制整備に向けた会議（R4.8.3）（R4.9.6）（R4.11.8）（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） ④会津権利擁護・成年後見センターとの情報交換（R4.9.14） ⑤南会津成年後見センターとの情報交換(R4.9.22) ⑥生活支援コーディネーター連絡会(R4.12.9)(R5.3) ⑦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 ⑧退院調整ルール運用評価会議（R5.3）	①②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・在宅生活に係る当該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。 ③④⑤成年後見センター立ち上げに向け、管内の現状理解と課題を明確にできた。 また成年後見センター立ち上げに向け、推進することができた。 ⑥活動報告や意見交換をおし、顔の見える関係作りに繋がった。
訪問支援	①介護保険・地域支援事業に係る技術的助言（R4.10.18只見町、R4.10.24下郷町） ②自立支援型地域ケア会議への職員参加及び開催支援（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） ③成年後見制度利用促進に係る検討会への出席（R4.9.8下郷町）（R4.10.17只見町）	①技術的助言に際し、各町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。 ○訪問支援により、各町村の状況に合わせた助言等を行うことができた。
研 修 会	①「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」書面開催（各町村担当者・認知症地域支援推進員）	①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。
そ の 他	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。 ②成年後見制度体制整備に向けた事前打ち合わせ（R4.5.18）（R4.7.13）（R4.9.21）（R4.10.31）	②県社会福祉士会や本庁と事業展開の打ち合わせを綿密に行い、状況整理や方針について助言を受けながら実施することができ、当管内の取組の推進に繋がった。

## 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）豪雪地帯である当管内において、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。
- 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。
- 成年後見制度利用促進にむけ、管町村の進捗状況を把握し、広域での協議会のあり方について協議を継続する必要がある。

## 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、引き続き、適切に助言等を行っていく。
- 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紹介などの情報提供等を通して支援していく。
- 成年後見制度利用促進にむけ、町村や家庭裁判所、県社会福祉士会等と連携し、協議の場を継続していく。また訪問支援等を実施し、町村に合わせた支援を行う。

## 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情報交換会 ②相馬地域における成年後見制度に関する勉強会	①市町村や地域包括支援センター・社会福祉協議会・SC等の関係者間で、これまでの活動で得られた成果や課題を共有できた。
訪問支援	①地域支援事業に係る市町村技術的助言 ②被災町村地域包括ケアシステム構築支援事業に係る訪問 ③自立支援型地域ケア会議への出席及び支援(助言、情報提供) ④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) ⑤生活支援体制整備事業アドバイザー派遣事業に係る伴走支援 ⑥高齢者虐待防止ケース処遇検討会への出席	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。 ⑤生活支援体制整備事業に係る今後の体制づくりの方向性を考えるための支援を行うことができた。
研修会		
その他	①退院調整ルールに係るアンケート調査実施 ②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、研修会等への出席	①アンケート調査を実施することで、運用状況の評価及び課題の整理ができた。

## 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。
- 管内全市町村に生活支援コーディネーターが配置されているが、活動の進め方に課題を感じている市町村が多く、具体的な活動につながっていない。加えて、生活支援コーディネーターが一人配置の市町村では、孤立も懸念される。
- 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。
- 成年後見制度利用促進のための中核機関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

- 各市町村の問題を把握した上で、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に向けて、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。
- 成年後見制度利用促進のため、市町村や関係機関と連携し、中核機関の設置に向けた取組を支援する。



「令和4年度地域包括ケアシステム構築に係る取組事例集」

令和5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