

どの市町村でも「わがまちなりの地域共生」を育てていくために、
県と推進役がバックアップ体制をつくりながら市町村とともに協働

○長野県の取組について

～市町村のつながりを活かした市町村支援について～

長野県健康福祉部介護支援課主事 柳澤 佑輔

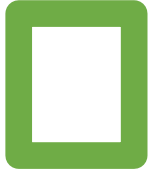
○人と人、市町村同士のつながり手・推進役として

長野県チームオレンジチューター（元認知症地域支援推進員）

那須野 勇一

○つぶやきに耳を傾けて

長野県筑北村地域包括支援センター 高藤 あゆみ



長野県の取組について ～市町村のつながりを活かした市町村支援について～

長野県健康福祉部介護支援課

主事 柳澤 佑輔



本日お伝えしたいこと

- 1 長野県の市町村支援事業の概要
- 2 市町村支援の実例
- 3 まとめ



長野県PRキャラクター「アルクマ」©長野県アルクマ

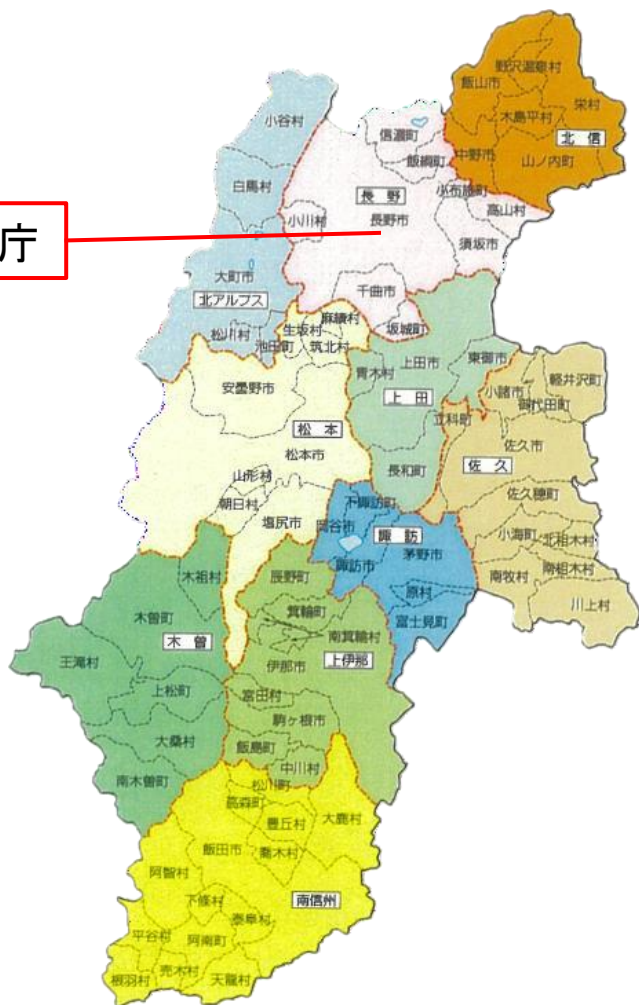
長野県の紹介

人口：約202万人※令和4年

面積：13,561.56km²高

齢化率：32.3%※令和2年

県庁



- ・市町村数が77と多い。
- ・市町村、圏域によって地域差が大きい。
- ・自然豊かで山々に囲まれている。（海なし県）
- ・65歳以上及び75歳以上の有業率が全国1位。 ※平成29年
- ・「農家」が多い都道府県ランキング1位。 ※令和2年
- ・平均寿命が長い。（男性2位、女性4位※令和2年）
- ・健康寿命（日常生活動作が自立している期間）が男女ともに1位。 ※令和3年

長野県ゆるキャラ「アルクマ」

★信州をクマなく歩きまくり、信州の魅力在世の中にクマなく広めるのが生きがい。

趣味：信州旅行、かぶりもの
収集特技：信州のお国自慢



©長野県アルクマ

介護支援課計画係の紹介

地域包括ケアの推進に関すること、
介護保険事業に関すること・・・など
こんな感じのメンバーで楽しくやっ
ています！

気配り上手な宮内さん

博識の阿部さん
(介護保険担当)

調整力& 統率力のスペシャリスト
大日方リーダー

冷静・誠実な宮川さん
(インセンティブ担当)

市町村伴走型支援担当
みんなの癒し 和田さん

いつも笑っている人間
関係のスペシャリスト
小澤さん

福祉に関する知識と人望はNo.1
しのぶさん

頼れる課の経理担当
マキコさん

細やかな調整のプロ
八田さん

頼れる同期コンビ
ユースケ(認知症&DX担当)
& ユースケ(地域支援事業担当)



1 長野県の市町村支援事業の概要



長野県PRキャラクター「アルクマ」©長野県アルクマ

地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について（これまでの成果）

- 地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について、これまでの成果・課題を踏まえ、見直しを行い、2025年、2040年を見据えて地域包括ケア体制の深化・確立を図る。

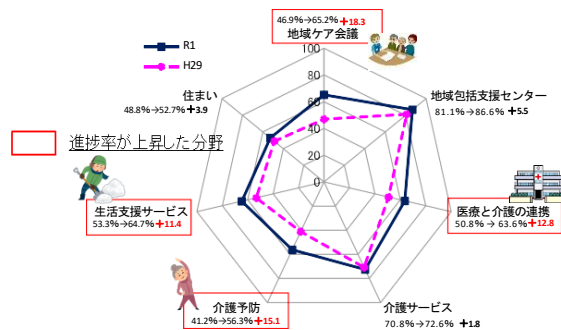
第6期・第7期計画期間における可視化調査の取組の成果

- 平成26年介護保険制度改正などにより、市町村に新たに求められた取組について、早期の着手を促し、進捗について把握するため、取組の有無や、整備状況を中心に指標を設定してきた。

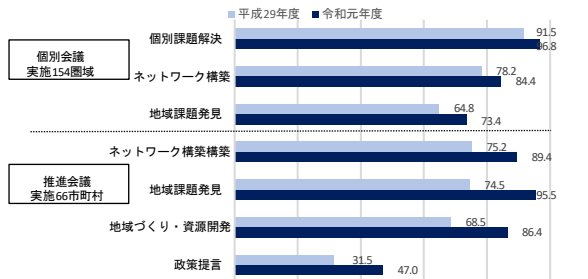
	【 H26】	【 H29】	【 R1】
・地域ケア個別会議の開催状況	125圏域 (80.6%)	139圏域 (89.7%)	154圏域 (92.8%)
・医療と介護との協議の場の開催状況	66.9%	89.7%	95.8%
・生活支援コーディネーターの配置状況	0%	85.8%	97.0%

取組状況について着実な進捗

これまでの調査項目の例



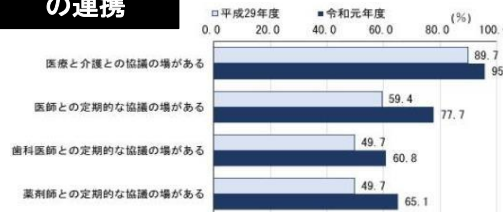
地域ケア会議



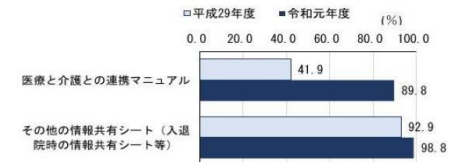
- 会議設置の有無、機能の有無は把握可能

医療と介護の連携

【医療と介護の協議の場】



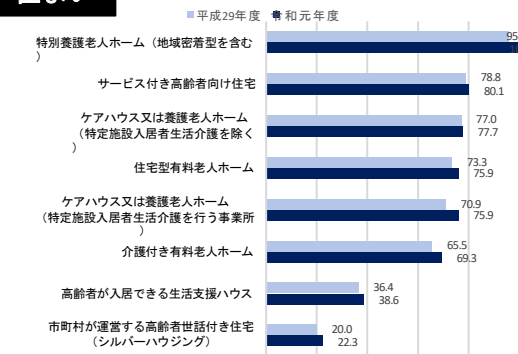
【情報共有に向けた連携ツール】



- 場の有無、ツールの有無は把握可能
- 実際の在宅介護の進捗状況などは把握できない

住まい

【高齢者向け住まいの整備状況】



- 住まいの各種別の有無は把握可能
- 地域に必要なものの評価とはなっていない
- 所得状況等に応じた住まいの充足率は不明

生活支援サービス

【生活支援サービスの実施状況】



- 生活支援サービスの有無は把握可能
- 地域における高齢者の生活ニーズを踏まえての充足率となっているか不明

第9期の地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について

これまでの課題

- 取組や整備の状況については把握可能であるが、「成果」を見ることが困難

※ 適切なアウトカム指標を設定し、調査設計の見直しが必要

調査方法（項目）の見直し

- 市町村が、課題を把握し、より強化すべき取組を分かりやすく見える化するため、成果を中心に評価（配点）する調査設計に見直し
 ※ 最終アウトカム（KGI）及び、その達成に関連のある取組指標（KPI）を分野ごとに設定
 （参考）これまでの調査：390項目 → 見直し：約150項目
- 既存の統計情報を指標に取り入れ、回答者の負担軽減を図る

R3～4 調査実施

- 調査・分析を実施後、市町村と意見交換の上、今後、更なる精緻化も検討
- よりKGIと関連の強いKPIを把握し、重点的に加点
 ※ 調査実施後に配点について検討

※ 調査実施にあたっては、市町村に説明会を開催のうえ意見照会し、必要な修正を行った

新しい県「見える化」の評価項目の例

分野	最終アウトカム（KGI）の例	中間アウトカム（KPI）の例
介護予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康寿命（日常生活動作が自立している期間） ・ 年齢等調整済み要介護認定率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会参加意欲 ・ 閉じこもりリスク高齢者の割合 ・ 要支援者のサービス利用1年後重症化率
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 元気高齢者の幸福感 ・ 社会参加・参画度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養率 ・ 要介護3以上の者の在宅サービス利用率 ・ 生活支援サービスの充実を必要と感じている者の割合
医療と介護の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅死亡率 ・ 老人ホーム等死亡率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ACPの実施割合 ・ 入退院時の情報提供率 ・ 退院調整の実施率
住まい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養者の満足度（・ 施設入所者の幸福感・満足度） ※現状、数値の取得は不可 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設入所を希望する理由が「住まいの構造」のみの割合 ・ 特養の入所待機期間 ・ 特養及び有料老人ホーム等利用者の所得段階割合
介護保険の信頼性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康寿命（日常生活動作が自立している期間） ・ 満足度（必要なサービスが過不足なく提供） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護給付の見込（推計）との乖離率 ・ 要介護認定率の見込との乖離率 ・ 要介護リスクの抑制

※ このほか、アウトプット指標、ストラクチャー指標など、参考指標も含めて必要な調査項目を設定

地域包括ケア市町村伴走型支援事業について

事業実施の背景

「長野県地域包括ケア体制の構築状況の「可視化」に係る調査結果」から

- ・市町村で構築状況に差があり、支援すべき内容が一律ではない
- ・地域の実状が把握できておらず、地域包括ケア体制構築をどのような取り組みで進めていけばよいか戸惑う市町村がある。
- ・「地域課題」を、「事業ができていない」と答える自治体が多い。

自治体に応じた個別・具体的な支援が必要となっている。

目的

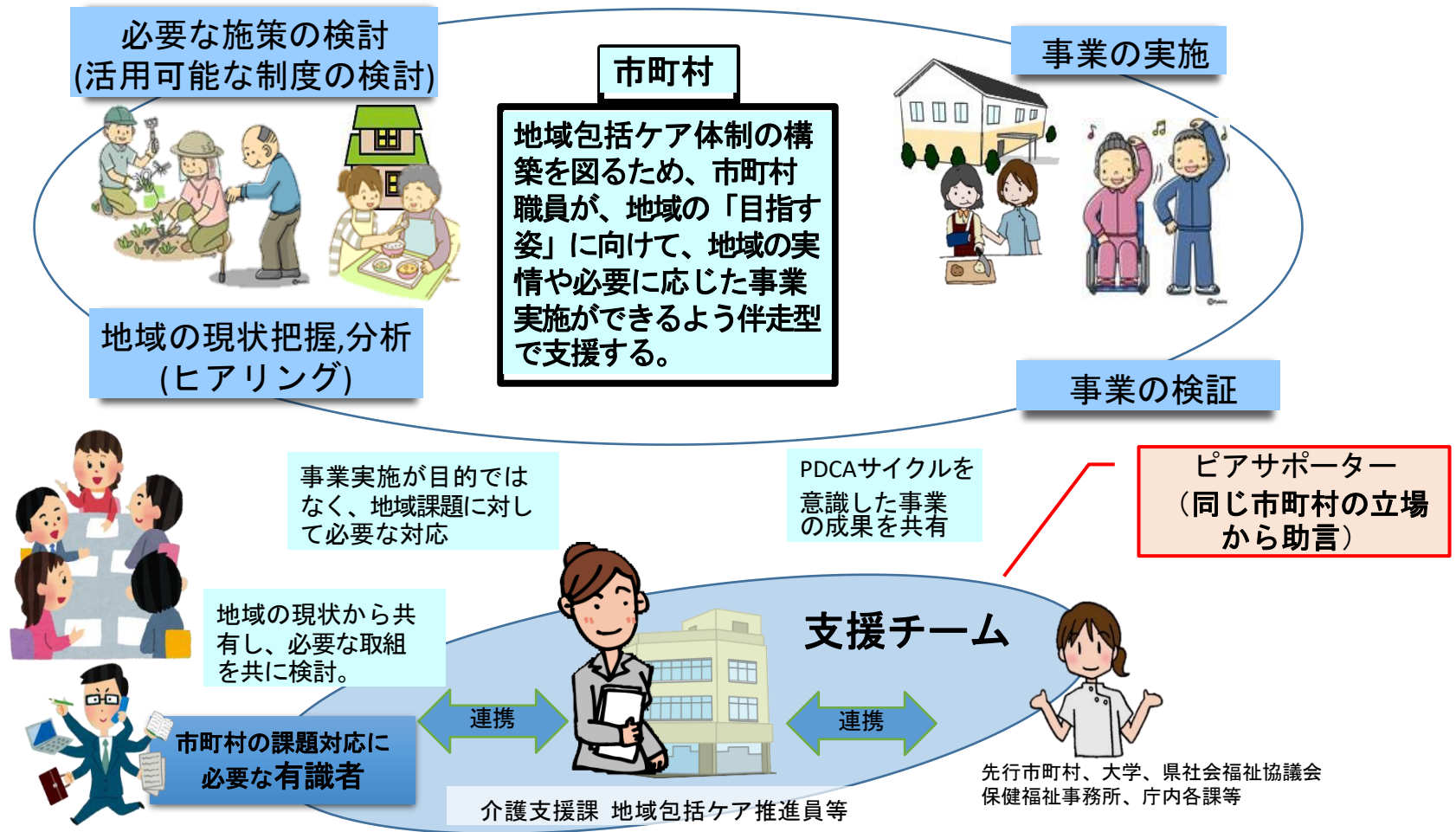
県は、市町村が多様な主体とともに地域の実情に応じた地域包括ケア体制の構築が進められるよう支援することを目的とする。

目標

市町村が、地域課題の解決に取り組むための考え方や仕組みづくりができるようになる。

- ① 市町村の役割を認識し、住民の暮らしに視点をおくことができる
- ② 適切な地域マネジメントを行い、地域課題を明確にできる
- ③ 目指す姿に向けた事業の位置づけを理解し、保険者としての事業の必要性を住民に説明できる
- ④ 地域課題を解決するため、様々な事業が展開できる
- ⑤ 多様な社会資源に目をむけ、関係者と協働することができる

長野県伴走支援のイメージ図



県職員は市町村業務を行うのではなく、当該地域の地域包括ケア体制の構築に必要な専門職や有識者と連携しながら総合的に支援する。

長野県の認知症施策について

認知症地域支援施策推進事業

- 認知症施策推進懇談会の開催

認知症地域医療支援事業

- 医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施
- チームオレンジコーディネーター研修

若年性認知症施策推進事業

- 若年性認知症支援コーディネーターの設置
- 本人ミーティングの実施

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患医療センターの運営補助
- 認知症疾患医療センター事業推進会議の開催

認知症予防県民運動推進事業

- 新聞広告による啓発

～R3

- 保健・疾病対策課で担当
- 認知症疾患医療センターの指定などを**医療体制の整備**を中心に施策展開

R4～

- 介護支援課に**業務移管**

より市町村支援
の強化を

長野県の認知症施策について

市町村のモヤモヤ

チームオレンジの整備
が進んでいない

認知症地域支援推進員
1人で担当している。
どう進めたらよいのか
わからない。

どのように施策を
進めたらよいのか...
今まで進めてきた事業
がこれでよいのか...

介護支援課で実施している
「市町村伴走型支援」

認知症施策推進のための新しい伴走型支援の形へ

市町村伴走型支援事業（市町村グループ支援）



認知症施策の推進に関する市町村グループ支援

【目的】

認知症施策推進のため、グループ間で互いの好事例の共有及び有識者からのアドバイスを通じて、市町村の認知症施策推進を図る。

※アドバイザー（オレンジチューター）を交え、年4～5回、5町村でオンラインでの情報交換会を実施。状況により、現地視察もあり。

【効果】

- ・ オレンジカフェの推進やチームオレンジの設置など・ ・ 様々な課題はありつつも、「何のためにやるか」目的を再確認し、既存の資源に目を向けることができ、自信を持って事業に臨めるようになっている。
- ・ 市町村同士、担当同士がつながる場となっている。
- ・ 相乗効果が見られている。

グループ間で互いの好事例の共有
有識者からのアドバイス



実際の現場を視察



市町村間の
つながり

長野県伴走支援の進め方（市町村グループ支援）

【期間】 2年程度 * 支援修了後も希望があればグループ内の情報共有などに参加可能

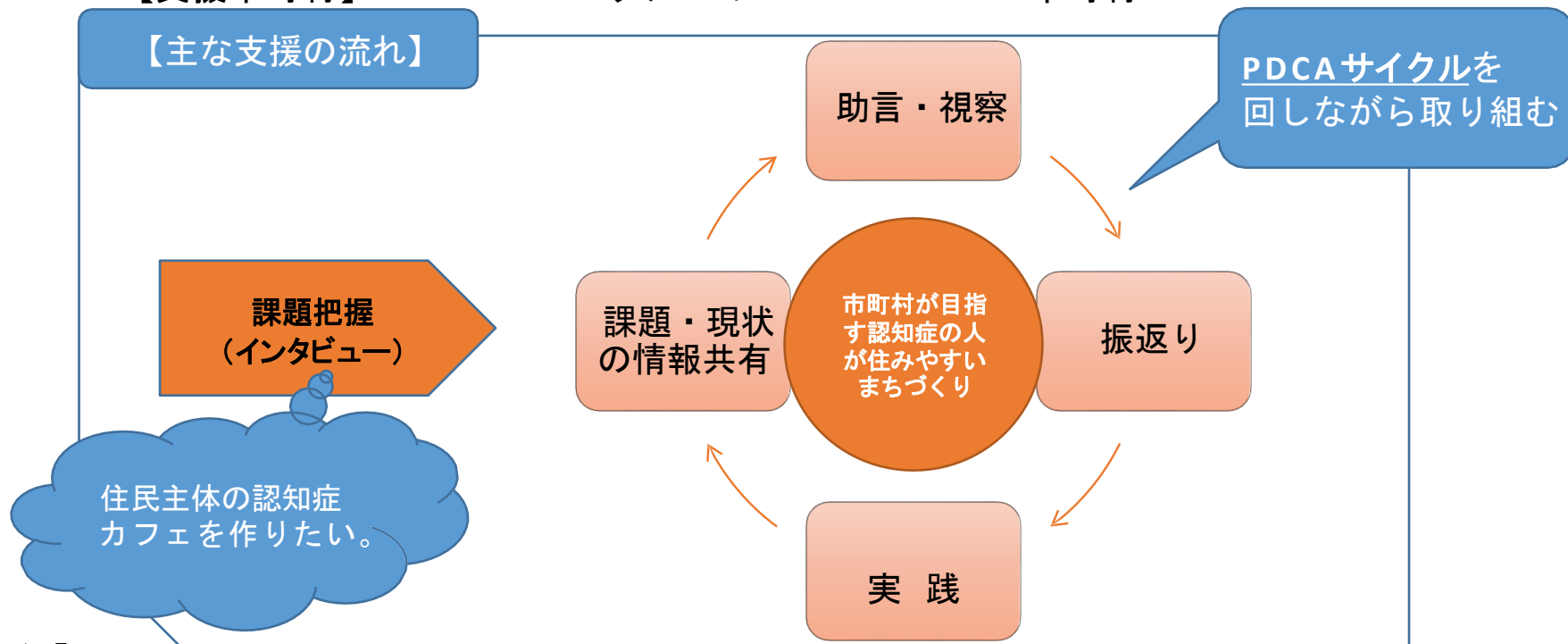
【頻度】 約3か月に1回

【方法】 現地訪問またはオンライン

【アドバイザー】 県内外大学教授、オレンジチューター等

【支援市町村】 1グループ 3～5市町村

【主な支援の流れ】



【記録】

個人のアウットプット（思考整理）のため、各回終了後、「市町村整理シート」への記入を依頼

【フォロー体制】 * 市町村の意向を重視し、自由参加型

- ・ 年1～2回フォローアップ講座開催（その後の進捗状況の確認、他市町村との情報交換）
- ・ 県主催「地域包括ケア推進研修」等における取組報告発表

市町村支援期間

市町村グループ支援

➤ R4年度から、小規模町村を中心に5自治体を支援。

市町村	令和4年度	令和5年
A村	→	→
B町	→	→
C村	→	→
D町		→
E村		→

2 市町村支援の実例



長野県PRキャラクター「アルクマ」©長野県アルクマ

地域包括ケア市町村伴走型支援（グループ支援）を受けて



市町村から寄せられた感想

- 行政主催で開催することで、行政の負担感が増えてしまうのかと考えていたが、参加してくれる人の中にサポート側にまわってくれる方もいたり、そこから住民を巻き込んでいくことも方法だと理解した。
- 何か施策を作ることにとらえられていたが、まず声や見え方を拾い集め、そこから施策につなげればよい。まずは、現場の声を聞きにいき、当事者やその家族、その支援者からの生の声を聞きにいかなくては！と思った。さっそく、役割分担して認知症カフェに参加することとした。
- 事業が成功するかどうかは大きな問題でなく、当事者の声、地域や関係機関、ボランティア等との連携等、そのプロセスが大切であり、その1つ1つのプロセスが町のビジョンにつながるという話が印象的だった。
- 介護保険計画策定の年でもあり、目標等を意識しがちになってしまい、机上で考え動くまでに時間がかかっていたこともあった。
- うまくいくかどうかではなく、小さなことでも今できることを着実に実施していきたいと思う。
- 今回の視察で初めて外部のオレンジカフェを体験し、参加者の会話主体のカフェがとても新鮮であった。この会話主体のカフェでは、情報収集の機会になることや参加者の主体性がより出ることなど、良さを十分に感じる事ができたので、この良さをどのように、自分たちのオレンジカフェに取り入れていくかを考えていきたい。
- 今までではコロナ禍で実際にお会いする機会もなかったが、今回はお昼ごはんの時間を通して、他自治体との情報交換や交流ができたので、とても楽しかった。また、機会がありましたら、当村のカフェやオレンジキャンペーン等にも参加してもらえたら、自分達の所でもできそうだねって輪が広がるとうれしいです。
- 皆さんの感想等を聞いて、オレンジカフェの良さを再認識することができた。場所等の利点も生かしながら、認知症に拘るのではなく、困り感を拾い上げる場として活用する方向で何か考えられないかと感じました。皆さんが、いろんな工夫をして認知症施策に取り組んでおり、とても勉強になりました。今後も定期的に推進員の集まりがあるといいなと感じました。

3 まとめ・感想



長野県PRキャラクター「アルクマ」©長野県アルクマ

まとめ

そもそもなぜグループ支援という形なのか。

- 県内は小規模自治体が多く、市町村の認知症施策担当者や認知症地域支援推進員が一人で認知症施策を担当している。
 - 他の市町村の担当者とのつながりを作って情報共有できれば良いのでは？
- 各市町村の認知症施策の課題は様々。
 - 課題があるとしても、各市町村の特色を活かした取組はあるはず。情報を共有することで自地域に取り入れるきっかけにもなるし、今までやってきた取組について改めて見直すきっかけになるのでは？



じゃあ、複数の市町村をグループにまとめて、互いに情報交換したり、アドバイザーの助言を聞けるような場を作って支援しよう！

それぞれの市町村での取組を共有

- * 自地域での取組の参考に
- * 今までの取組の見直しのきっかけに

那須野さんをはじめとするアドバイザーによる助言

「**認知症の人や家族の視点での地域づくり**」についてアドバイス

市町村と一緒に認知症と共に生きる地域づくりに取り組む“仲間”として、気軽に相談しあいながら、**認知症の人や家族の声から生まれる地域づくり**を支援

人と人、市町村同士のつなぎ手・推進役として

野沢菜



長和町道の駅「マルメロの駅ながと」

決して私は「主役」でない!!

伴走型支援で関わらせていただいた市町村の特産物、名勝で例えるならば・・・

りんご



朝日村 食生活改善員調理 けんちん汁

長野県

チームオレンジチューター
那須野 勇一
(元認知症地域支援推進員)

今は、ただ普通の
主任介護支援専門員です!!

鯉節



筑北村「玉井味噌」ふるさと納税返礼品

ただの「脇役」ではなく、
味の変化や景色の変化を楽しむ為の、ゲームチェンジャーの役割なのかもしれません!!

里山



辰野町 名勝「ほたる祭り」

認知症地域支援推進員時代

当時の思い

県内にも
圏域で繋がる
ネットワーク
あったらいいなあ

県内、小さな市町村が多い。複数人の認知症地域支援推進員の配置は、ほとんど見られない。

Facebookでの情報共有は出来ても、県内の自治体少ないじゃん。皆んな活動が手探りなのでは？

御坊市 谷口さん

那須野さんみたいな人が推進員を続けるべきです。でも、本当に出来る人は「推進員」の冠がなくても出来るはずです!!

那須野

介護支援専門員の立ち位置から何が出来る？よし、チャンスを待とう!!今はとにかく「撤退」必ず「冠」がなくてもやれる!!

行政機関から離職

事実「冠」がなくても、推進員や生活支援コーディネーターが元職ですから、連携したまちづくりはできました!!

推進員時代に思い続けていた「推進員が圏域で繋がる」ネットワーク。こりゃ「冠」なきゃ難しい。壁高い!!



長野県庁 保健・疾病対策課
担当 保健師

やっと探しました。那須野さん!!
行政の事情も分かる那須野さん!!
お願いが!! 「チームオレンジ
チューター受講して下さい!!」

突然の依頼電話



何か出来ないか?
どんな役割があるか?
【自問自答の葛藤】

数日の「葛藤」

介護支援専門員
那須野

よく見つけたねえ。介護支援専門員
協会に聞いたんだ。バレちゃった
かぁ。「チームオレンジチュ
ーター? A.R.Eね..」ん~?

依頼を受けました!!

「チームオレンジ」。この事業自体、「プラットフォーム」であり、この事業を立ち上げ、活動する?これを目的にしてしまっ
て現場が混乱したり負荷がかかるようになったら、まずいなあ。既に地域で活動されている、それぞれの市町村が長年育ん
できた「地域の力」を活かしてもらいたい。そんな思いの中で依頼を受けた。私自身、チームオレンジチューターの「冠」には
興味はなかったのも事実。しかし、「長野県」の「冠」には「チャンス到来!!」と思った事も事実です。それは、自治体の皆
さんに伝えることで、ともに学びながら「圏域ネットワーク構想の足掛かりになるかも?」みたいな思いもあった。

長野県の「県民性？」・・・遠慮がち？

・先進自治体は県内ではK市!!

当時、県庁も他の自治体も必ず「先進自治体」＝「K市」と口を揃えて言いました。
「K市以外は？」と質問すると、口を揃えて「ええと～」と自治体名が出てこない。
確かに認知症施策も含めた「全て」の事業の取り組み発表も「K市」しか出てこない。

・うちの自治体はできてないので・・・

K市に比べたら、うちの自治体は全然出来てないし、発表することもない。
K市の取り組みを参考にしたいが、うちの自治体にはK市のような社会資源はない。
うちは何にも取り組めていない。発表を聞いて羨ましく感じた。

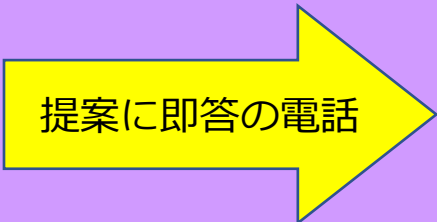
R3年チームオレンジコーディネーター研修終了後に感じた思いをR4年県庁介護支援課 柳澤さんに率直に提案

この状況、まずいんじゃない？長野県にとってこの先、K市しか事例がないのも手薄じゃん。
個々の自治体で推進員も悩んでると思うし、情報交換したいと思うよ。もう少し圏域で同人口
程度の市町村が「繋がる」ネットワークあったほうがいいよ!!そしたら柳澤さんより・・・



長野県庁 介護支援課
担当 柳澤様

実は・・・
今年度（R4）年度途中から
試行的に伴走型支援で認知
症施策も取り入れてもらう
形で考えています。那須野
さん、お願いしてもいいで
すか？



提案に即答の電話

即答で快諾

長野県庁より

柳澤さんから・・・
「チームオレンジ」設置の
市町村が、長野県少ないん
ですよ。それも含めて・・・

那須野
それはそれで何とかなる!!



介護支援専門員
那須野

はい!!
圏域での情報交換の場に
しましょう!!
よろしくお願いします!!

「事業」と言う「冠」を
利用する!?

これまた長野県の「県民性？」・・・内向的？

・これってチームオレンジでいいですか？

令和3年度末、県内での設置自治体は77市町村のうち1自治体のみ
那須野にも直接自治体の担当者より連絡が入る。定義は何ですか？決まりは？養成講座は？・・・と。
県庁にも連絡がある。「これはチームオレンジとして認めてもらえるか？」と。



柳澤さんから「もっと各市町村、今行っている活動に自信を持ってもらいたいな・・・」
県庁としても「これがチームオレンジです!!」の決まりはないから、全部問い合わせあれば
「チームオレンジ」だよ!!と伝えてるんだけど・・・市町村の担当者も自信が持てないのかなあ？

長野県内にはチームオレンジチューターが3人活動しています。3人と柳澤さんの共通の思いは、当初より
これってそもそも「立ち上げる」話じゃないよね。これって、希望を実現したり、声を繋いだり、そもそも
論、本人の声を拾えないと成り立たない話だよ!!地域の中には既に存在してたり、希望の実現に向けて既に
活動してる場面もあると思うけどなあ？ そこで令和4年度長野県庁と協議して伝えたことは・・・

長野県版

チームオレンジ三原則

～心掛けて下さい～

R4年度
長野県研修

「本人視点」

啓発

意味づけ

- ～地域での生活のしやすさ～
- ・ 銀行で手続きできる工夫
 - ・ 市役所で手続きできる工夫
 - ・ 買い物が行える工夫
 - ・ 郵便局で手続きできる工夫
 - ・ ウォーキングが続けられる
 - ・ 町歩きが自由に出来る
- などなど

まちづくり

「つながり」

確認

意味づけ

- ～馴染みの関係をいつまでも～
- ・ 地域サロンの友人
 - ・ 認知症カフェでの出会い
 - ・ 近所の友人
 - ・ 親しい店員、お客さん
 - ・ 仲の良い兄弟・姉妹
 - ・ 趣味仲間
- などなど

継続

「本人の声」

活躍

意味づけ

- ～やりたいことが続けられる～
- ・ お店を続けたい
 - ・ 買い物に行き商品を選びたい
 - ・ 健康づくりを続けたい
 - ・ 農作業がやりたい
 - ・ 孫が来たら小遣いを上げたい
 - ・ 友人とサロンに参加したい
- などなど

活動

本人を中心とした希望・思いを実現する
まちづくりのチーム

那須野が思った
それはそれで何とかなる!! との思いとは?
伴走型支援を通じて各市町村の関わりの中で



「チームオレンジ」という事業を利用して
各市町村の「横連携」のネットワーク構築を!!
各市町村の活動やプロセスへの肯定感・自信を!!
「声」「視点」を丁寧に展開へ!!

そして、その中で
自分自身の「学び」「気付き」を養う

国の施策の中には、認知症に限らず色々と降ってきます。
在宅医療介護連携、地域ケア会議、介護予防事業、重層型支援、生活支援体制整備、通いの場・・・などなど

小規模の自治体は不安もある・・・これでいいの?あの町は既にやってるけど、うちはまだ・・・
人的な余裕や一つひとつの事業を実施していく事も難しいよ・・・自信が持てない

元推進員として取り組んできたからこそわかる「プレッシャー、心細さ、不安感」



そんな時、自分達一人一人も繋がっていたい。同規模の自治体だからこそ分かる「そうだよね」
それは常に「前向き」に歩む仲間との情報交換

長野県から頂いた那須野にとってのチャンス、そして役割・・・「伴走型支援」

各市町村・推進員・関係者が
今まで行ってきた取り組みへの
「肯定感」を持ってもらいたい

「出来てる」「出来てない」
ではなく、ここまで歩んできた
「プロセス」が大切!!

今ある「文化」「繋がり」を
大切に育んでもらいたい

時には旗を振り、時には影から
温かく見守る。その土地、その
場所に応じた感覚が大切!!

那須野の約束事

大前提!!
一緒に繋がり
学ぶ・楽しむ!!



繋がる!! 繋がる!!
自治体の連携!!
推進員の連携!!

「見せる化」から「魅せる化」へ

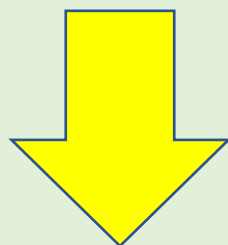
「出来ました」ではなく、次
に繋がる人が、その活動に魅
せられて、ともに活動してい
ただける姿を魅せる!!

個別支援を丁寧に展開。事業を
通じて「声」「視点」を聞く

どんなに「先進的」と言う事例が
あっても、それぞれの地域が肝心。
その地域の「声」や「視点」を大切
に歩む丁寧な取り組みこそ、その土
地ならではの「先進事例」

同じ食材や景色（事業）を見たり食べたりしていると、その食材や景色に慣れてしてしまう。そんな時、少し薬味やコントラスト（那須野）を入れることで、慣れてしまった味や景色が美味しく感じたり、きれいな景色に変わったり、元の食材や景色の良さに改めて気が付く!!

那須野はちょっとした「薬味」（脇役）を意識して、自治体の皆さんと楽しんでます!!



本当に大した助言？
していません!!
一緒に楽しんでます!!

良いじゃん!! 良いじゃん!! 出来てるじゃん!!

凄いじゃん!! 流石です!! 長年の積み重ね。大事です!!

行政だけが知っていれば良いこと、住民さんが知っていれば良いことがあるからね。

行政が介入することで壊れてしまう関係性があるから今のままで良いんだよ!!

色々な事業（地域ケア会議、介護予防など）が認知症カフェの中で出来るじゃん!! 凄いや!!

事例を丁寧に展開したり、地域の和を大切にしてきたから、今の連携があるんだよ!!

推進員の「冠」がなくても、取り組める!!

自分なりに出来ること「推進員や各自治体」が伸び伸び自信を持って取り組み歩み出せる「薬味」としての役割が!! そして、これからも一緒に繋がっていく。

伴走型支援からの感じた「手応え」



長野県主催 介護予防研修会
令和5年12月5日開催
京都府 岩倉包括支援センター 松本様
鹿児島県 大和村 早川様
認知症介護研究・研修東京センター
永田副センター長
県内伴走型支援参加3自治体の活動報告、
トークセッションにて助言をいただき開催

研修終了後、直ぐに参加されていた長野県の「先進自治体」として牽引し続けて頂いているK市の生活支援コーディネーターへ電話連絡。

【那須野】
感想教えて!!

【Mコーディネーター】
ひとこと言えば「新しい取り組みです!!」みたいな真新しい話ではなかった。でも、そこが今回の研修は今までになく非常に勉強になった。それは、今行っていることを丁寧に展開して、どんな声を拾い、どんな姿勢や視点を活かし自分達が向き合いながら活動していくのか、3自治体の話を聞く中で、K市の取り組みに足りない、取り入れて考えていかなければならない発見をさせて頂いた。自分達も気付けた。


参加者アンケートから

松本様、早川様の地域・本人に根差した熱意あるまちづくりに対する「思い」が参加者に響いたことが読み取れました。

それ以上に・・・

K市の生活支援コーディネーターが研修直後に話してくれたと同様の感想が多いことに気付く。

3自治体の報告が県内の参加自治体に「ダイレクトに刺さっている」正直、良い意味で想定外。自治体から自治体へ。その思いが予想以上に届いている。今年度、長野県は「活動事例集」の作成を編集中。県内15自治体にご協力いただいています。



一歩一歩、丁寧に
人と人、地域と地域
お互いに繋がり、学び合う
これからも「ともに」歩み続ける
「チーム長野県」

ご清聴ありがとうございました

つぶやきに耳を傾けて

筑北村地域包括支援センター
高藤 あゆみ

筑北村の概要

(2023年11月30日現在)



★人口	:	4,064 人
★面積	:	99.47 km ²
★高齢者人口	:	1,925 人
★高齢化率	:	47.0 %
★要介護認定率	:	17.0 %
★地域包括支援センター（直営）	:	1か所

課題

- ・村内のサロンも中止しているところが多い。 → コロナ禍が原因??
→ 他市町村では開催しているところもあるよ。
- ・地区でカフェを開催したい人がいる中で開催できずにいる → どうしてやりたい?
→ どうしてできない?
- ・令和元年に開催していたカフェがなくなっている。 → なぜ?

伴走型支援を受ける前の村の姿

筑北村として以前に県の伴走型支援を受けた経過がある。

「生活支援体制整備事業」

- ・ 村の社会資源を改めて確認できた
村ならではの隣近所、地域との距離感
村ならではの「顔の見える」関係性
- ・ その反面、「手応えのある」担当者の「実感」が見えない
地域ケア会議 協議体

「ご縁」からの認知症伴走型支援

以前、伴走型支援を受けていたことが「ご縁」で県庁より提案

「小規模自治体で認知症施策の伴走型支援に参加しませんか？」

- ・ 迷いもあった。「手応えある形」が得られるのか？
- ・ 期待もあった。「人口規模が同じ町村」
得られる情報があるのでは？

～「期待」と「不安」の交差～

伴走型支援から学ぶ

- ・ 伴走型支援を受けている町村の中でも、
オレンジカフェが毎月開催できているところもある！！
よし、「繋がった」ことをきっかけに見学させてもらおう！！



伴走型支援を通して出会った仲間
なので電話も見学もお願いしやすい

～新たな出会いと発見が生まれる～



訪問の中で

・「免許も返納しちゃったし、コロナで外出できないし、たまには誰かと会って話がしたいな」



このつぶやき聞き逃してはいけない!!

思いを伝える

- ・自分の思いを村民の方はどう受け止めてくれるのだろうか？



- ・人と話すって大事だよな。笑うことも。
- ・サロンもひとりだと開催が難しいけれどみんなとならできそう
- ・やりたいね。名前は、俺んち寄ってけやみたいにおれん家カフェでどうだい？ 200円じゃ高いから100円でいいじゃん。

伴走型支援の中でも思いを伝える

- ・先日、伴走型支援で繋がったA村へ視察に行きました!!
- ・早速、村民有志で開催に向けて話し合いをしました!!

令和4年3月14日に地域の皆さんとともに
開催します!!

那須野さん!! 都合つけば来てください!!

筑北村おれん家カフェのご案内

おれん家カフェは、お一人暮らしの方、日中お一人で過ごされている方、認知症の方やその家族、地域住民等、どなたでもご自由に参加できる集いの場です。コロナ禍で外出が少なくなり「誰かと楽しくおしゃべりしたい。さみしいな」とつぶやいておられた村民の方の一声からスタートします。情報交換、悩みの相談、介護負担の軽減など、お茶を飲みながらゆっくりおしゃべりしませんか!!

★脳トレゲーム
★簡単な体操
★楽しくおしゃべり!!
希望者のみ個別相談
(健康、介護保険等)

お申込み不要

3月14日(火)
午後1:30~

参加費
100円

どなたでも大歓迎!!
皆様お誘い合わせて
お出かけください。

坂北総合福祉センター
第一会議室

おれん家カフェ

運営主体：筑北村地域包括支援センター(担当 嶋田 高誠)
(住民福祉課内)

令和4年3月 那須野さんからの「ワンポイントアドバイス」

「良いじゃん!!」あたたかみがあり、こうして皆んなで集まったことが一番の「良いじゃん!!」

こうしてここまで出て来れたことが「介護予防」であり、こうした集まりの中で地域の話に触れることが「地域ケア会議」でもあり、「カフェ」を利用した中で色々な事業ができる。

買い物支援として移動販売車に来てもらったり、事業を織り交ぜる。楽しく、創造性を大切に!!



開催から8か月・・・

- ・「桃太郎」の歌 6番まで体操が完成しました。
- ・予算がないので、地区の施設を無償でお借りできるようになりました。

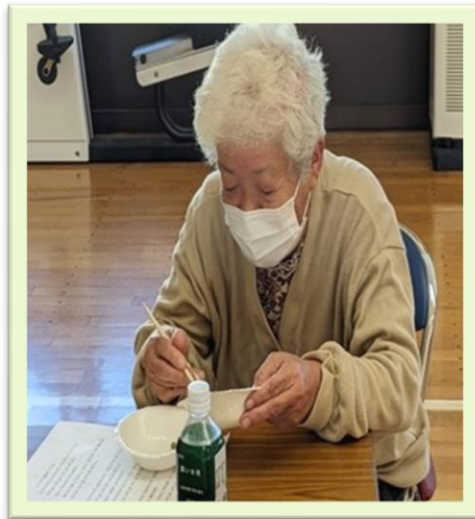


ひとりひとりが主役



参加者の声に耳を傾けて・・・





令和4年10月 那須野さんからの「ワンポイントアドバイス」

「良いじゃん!!」いい方向に進化してる!!

那須野さん

社協の支援員さん、民生児童委員さんが積極的に
「私が声かけお誘いします」「私が車に乗せてくる」
え？それは何故？

高藤 地域おこし協力隊
筑北村、そういう文化があるんだよね
「乗ってきな」みたいな。





そして「明日へ!!地域と共に!!」



笑顔が輝く地域をめざして

