

《静岡県富士宮市》

296

高齢者の個々のニーズに応じた多様なサービスを提供する体制を整えたい&地域づくりについて理解を深めたい

静岡県富士宮市

- ・従前相当サービスばかりでサービスA事業所が増えず、通所C利用が伸びない
- ・自立支援に資するケアマネジメントの理解が進まない
- ・ケアマネジメント検討会の運営にも苦慮している！ 解決したい、改善したい

段階を踏まえた丁寧な根拠づくりが重要だと再確認！

初回支援:オンラインでの開催であったが、それぞれの担当者の想いを語ってもらう



【プログラム】
 ●市の概況説明 ●意見交換
 ●ブチ講話「地域ケア会議や通所C等、多様なサービスについて」(気付き)
 • 行政組織内の規範的統合を図る必要性があると感じた
 • 他課の職員が感じている問題を共有できたのは良かったと思う
 • 理解を得るためにには、伝え方、見せ方、様々な工夫が必要である
 • これまで展望が見えず、苦しい気持ちであったが、少し見方を変えると関係者の気持ちが明るくなった

- 3回支援を終えた時点での気付き
- ・今後は待ちの姿勢ではなく、攻めの姿勢で情報発信していきたい
 - ・みんなで話し合う機会が増え、意識の共有がかなりできた
 - ・経験の浅い職員が、指示されて動くのではなく自ら主体的に動くことを学び身についたこと。今回の成功体験が自信につながったことが1番の収穫だと思った
 - ・柔軟な発想が大切だと学べた

次回支援までに、通所Cの参加者をインターネットし、動画撮影
ケア会議は成功事例を検討



ナイトサロンの運営など、楽しい取組がいくつもあがった

第3回目支援:コロナ化にてオンライン開催 午前はコアメンバーで意見交換



協議体の運営に悩むSCに包括職員が「ちゃんと実践できるよ」と後押し

ロードマップにそつて実践してきていくプロセスについて説明を受ける！一人一人が確実に課題を解決していく！





みんなで楽しむ介護予防！かがやけゴーゴー富士宮 ～厚生労働省職員派遣支援レポート～

静岡県富士宮市 福祉企画課 望月 雄太



富士宮市の概況



富士山の西南麓に広がるまち自然豊かなまち

富士山本宮浅間大社の門前町として栄えてきた
富士山の雪解け水を源とする豊富な湧き水が豊富

標高 : 海拔 35m ~ 3,776m

人口 : 130,153人(R4.1.1現在)
高齢化率 : 30.00%

地域包括支援センター（直営1・委託5） 生活圏域 13圏域



富士宮市の現状（派遣支援を希望した理由）

◆介護予防と自立支援について

- 専門職など関係者全体に目的意識が浸透しきれていない

◆総合事業について

- 総合相談体制の構築、認知症施策など、個々の事業には取り組んでいる
- 個別の事例はとらえていても、総合事業のサービスにつながっていない、また、周知が不十分
- 生活支援体制整備事業など、他事業との連携が不十分



このため、主に2つのテーマで支援を受けること

◎規範的統合

- 各事業との連携を強化したい
- 幅広い関係者との意識共有をはかりたい

◎事業の周知啓発

- サービスCを発展させたいが、利用につながりにくい、周知が難しい

300

支援（1回目）

・意見交換会と講義

- 地域支援事業の関係者が集まり、現状の課題や悩みを共有し、新たな視点を発見する

◆オンライン開催

◆参加者

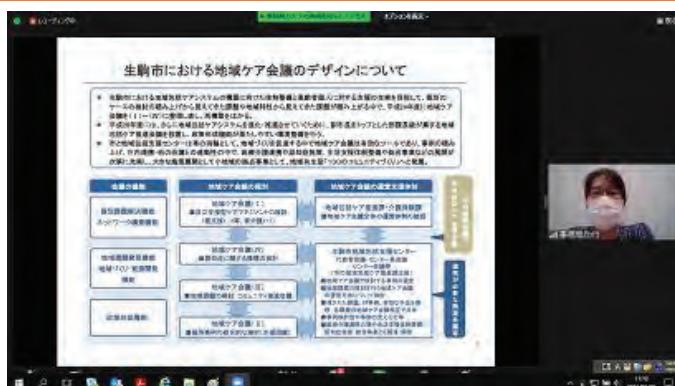
厚生労働省、県、富士宮市6名

(福祉企画課2名、高齢介護支援課3名、
健康増進課1名)

◆スケジュール

9月28日（火）

- | | |
|-------------|------------------|
| 9:00~9:30 | 導入自己紹介
市概況説明等 |
| 9:30~11:00 | 意見交換 |
| 11:00~11:30 | 田中補佐講話 |
| 11:30~12:00 | 意見交換等 |
| 13:00~14:00 | 振り返り |



301

支援（1回目）

- ・本事業のガイダンス
- ・市の概況説明

- ・取組や課題等の確認
- ・意見交換会

- ・田中補佐の講義

- ・講義後の意見交換会



○気付きポイント

- ・本事業の目的や手法などについて、関係者全員での共有を図り、連帯意識をもった
- ・参加者全員で趣味などを含めた自己紹介をして、オンライン会議特有の緊張感がやわらいだ
- ・取組状況を確認しつつ、課題と思われるポイント（総合事業や体制整備事業の立ち上げが遅れた背景、新規サービスの利用者が増加しない要因等）を洗い出し

○気付きポイント

- ・事前アンケートや帳票1を活用して、富士宮市の強みや、不足していると思われる部分などを講話いただいた
→ **幅広い関係者の規範的統合が最も大きな課題！**
- ・生駒市の取組事例などの紹介
(府内連携の体制づくりや幅広い関係者への啓発事例、各事業の連動の必要性など)
→ 講話や意見交換を通じて、**主役を変える**視点、成功体験や成功事例等、これまでの取組をPRする視点など、今まで意識していないかった視点を発見！

302

5

1回目支援のあと

支援の合間にできること・・・

○サービスCの周知方法についてのアドバイスを実践した

「利用している映像を撮影し、PR動画をつくってはどうか」



- ・通所型サービスCの実施現場にお邪魔した
- ・実際にリハビリをしている様子を撮影し、利用者とリハビリの専門職から話を聞いた
- ・現場に出て、実際に見て、話を聞いて、あらためてサービスの良さを実感！
- ・この良さをどうにか伝えたい！

○幅広い関係者を巻き込んでいきたい

- ・生活支援コーディネーターと協議体委員に、次回以降への参加を依頼した

303

6

1回目支援のあと

各事業の進捗状況共有のため、資料を作成した

令和3年度 総合事業等の事業計画

実施内容（詳細）		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
介護予防・日常生活支援総合事業	サービスCの利用促進について ・PR動画の作成（2名出席）	・利用者のインタビュー、動画撮影	・PR動画作成、撮影 ・サービスC周知		P.R動画撮影 追いの場へのアプローチ挨拶 ・サービスC周辺エリアを巡回し 追いの場で候補者を対象とする等	P.R動画撮影、撮影 自宅での様子とインタビューを撮影		追いの場での対象者選定
	サービスAの新たな狙い手の発掘 ・シルバー人材センターへの委託	・仕様書と契約書類の作成 ・狙い手養成研修の検討			・事業の周知 対象：包括、ケアマネジャー	・狙い手養成研修の実施		・サービス開始
	事業の周知啓発 ・病院への周知、連携 既存の資源見直し ・寄合会参加者実態調査（社協実施）	・市立病院への研修会実施						
	一般介護予防事業	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 R4年度健康講座希望調査	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 （季節度調査） ・健康相談・健康教育	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育 ・R4年度事業説明会	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育 ・R4年度事業説明会
	生活支援体制整備事業	○第1回協議体活動 ・地域活性化の取り組みについて ・青木町区をモデル地区として、実際にごみ出しに困る事例をもとに関係者が協議する 町内の生活環境課と連動する	・第1回ニギシヨフ開催 (テーマごみ出し支援)	第3回協議体	第2回ニギシヨフ開催 ごみ出しについて2ヵ月から3ヵ月間、青木町区で10名の戸別回収のテスト実施をすることに生活環境課担当と打ち合わせを重ねる 発のチラシを作成する	第4回協議体 ごみ出し支援実施の報告 ・協議体の周知について ・今年度の活動（ごみ出し支援プロジェクト）をまとめたうえで啓発のチラシを作成する	第3回ニギシヨフ開催 ・包括対象に協議体へ地域課題をつなげられるように研修会実施	第4回協議体 ごみ出し支援プロジェクトまとめ 来年度に向けた検討
	地域ケア会議	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会 ・自立支援・介護予防に資するケアマネジメントの意識を普及する ・地域ケア会議の充実	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会 ・南部地域包括支援センターケアマネジメント検討会 ・西部地域包括支援センターケアマネジメント検討会	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会 ・富士地域包括支援センターケアマネジメント検討会	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会 ・富士地域包括支援センターケアマネジメント検討会 2/17 研修会（うまくケアマネジメントできたケースを紹介）	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会 ・富士地域包括支援センターケアマネジメント検討会	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会	・評議会 ・介護予防ケアマネジメント検討会

* 各項目において、府内連携や幅広い関係者間の綿密な統合を意識する。

304

支援（2回目）

前半：各事業の進捗共有と意見交換会

後半：関係者が主役になって介護予防に取組むために・・・講義とグループワーク

◆参加者

厚生労働省、県、富士宮市8名
(福祉企画課4名、高齢介護支援課3名、
健康増進課1名)

包括5名、S C 3名、協議体委員5名

◆スケジュール

1月4日（木）

※午前中は市職員コアメンバー

10:00～10:20 挨拶・自己紹介

10:20～11:30 事業進捗状況共有

11:30～12:00 意見交換

※午後は包括・S C・協議体委員等含む拡大メンバー

13:00～13:20 挨拶・自己紹介

13:20～13:45 市の事業説明・質疑

13:45～15:00 田中補佐の講義・質疑

15:15～16:30 グループワーク

16:30～17:00 振り返り



305

支援（2回目）

- 各事業進捗状況の共有
- 意見交換会

田中補佐の講義

4つのグループに分かれてアイデア出しと意見交換
「みんなで楽しむ介護予防、かがやけゴーゴー富士宮」
グループ毎の発表と全体まとめ

研修会の振り返り



○気付きポイント

- 撮影したサービスCの映像を見ていただいた

- PR動画の方向性がみえた
- ①利用者をおっかけて取材すること
- ②1つのストーリーにすること
(サービスCを利用し、自宅でもトレーニングを行い、やりたいことや地域へつながる)

○気付きポイント

- 関係者が主役になって介護予防に取組んでいくため、まずは地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、協議体委員（地域住民）に参加いただいた
- 田中補佐から、それぞれが主役になって住民主体のサービスを充実する必要性等を講義いただき、地域包括ケアシステム構築、介護予防の重要性を再認識した

- 楽しみながら介護予防に取組むためにグループワークを実施した
- わいわいがやがや活発な意見が生まれた
居場所づくり「夜カフェ。ごはんやお酒も楽しみながら夜に集まれる場所がほしい。」
多世代交流「学生にスマホ教室をひらいてほしい」
- 堅く考えすぎだった！「みんなで楽しもう」という雰囲気づくりからはじめ、幅広い関係者が同じ方向を向くことができた

306

9

支援（2回目）

グループワークのシート



307

支援（3回目）

前半：各事業の進捗共有と意見交換会
後半：生活支援コーディネータのスキルアップに向けた意見交換会

◆オンライン開催

◆参加者

厚生労働省、県、富士宮市9名
(福祉企画課4名、高齢介護支援課3名、
健康増進課1名、福祉総合相談課1名)

包括4名、SC 3名

◆スケジュール

2月1日（火）10:00～12:00

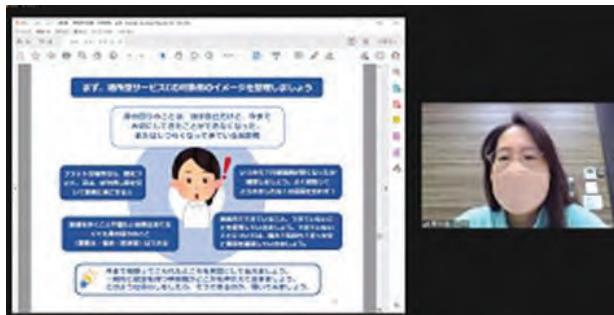
市コアメンバーとの進捗状況の共有と意見交換

13:00～15:30

第2層生活支援コーディネーター、包括職員を交えた意見交換

15:40～16:10

本事業の振り返り



308

11

支援（3回目）

- ・各事業進捗状況の共有
- ・意見交換会

- ・2層SC（社協）より、各協議体の状況について報告
- ・協議体を進める上での課題について意見交換会

全3回の振り返り



○気付きポイント

- ・サービスCの取材が進められないなか、叩き台として1分間のミニPR動画を作成した
- ・サービスCについて、まずは現場の声を吸い上げ、まとめたものを専門職などの関係者にみてもうすることで内容をブラッシュアップしていく流れを確認できた
- ・総合事業以外で実施している事業との連動や結びつけを常に意識すること、事業毎の枠組みに囚われないことが理解できた

○気付きポイント

- ・コロナ禍で会議が制約されるなか、介護予防を楽しむ気持ちを地域（第2層協議体）にもっと広げていくため、2層SCへの支援を行った

- ・包括の視点から生活支援コーディネーターに普段の会議の進行についてアドバイスをもらったが、前向きな声かけをしていただき、今後の進行に大きくプラスになった。意見交換で自己評価、他己評価の相違を気づき、今後の事業実施に自信がついた
- ・声を上げない参加者の意見を引き出す工夫の重要性を感じた
- ・参加者自身がどういう立場で会議に参加しているのかを振り返る機会も必要であることを感じた
- ・自分事と捉えてもらえるような会議の進行の仕方や会議後のフォローについて学ぶことができた

309

12

まとめ

◎ 幅広い関係者の規範的統合

- ・関係者が協働する土壤ができた
- ・各事業の重なり方や連携見える化し整理することができた
- ・専門職や住民と富士宮市が目指す姿を共有し、市全体の動きにしていくこと
- ・土壤を発展するため、他領域の部署、専門職、住民と情報共有や意見交換を積極的に展開していくこと
- ・関係者を巻き込んで行くためには、まずは担当者が事業を楽しむ姿勢が大切！

◎ 事業の周知啓発

- ・攻める姿勢が大事！自ら考え主体的に動くこと、積極的に情報発信していくこと
- ・まずは現場に足を運んで、関係者とつながること
- ・総合事業サービスCの追加取材をし、周知啓発のPR動画を作成する。周知先によって動画の内容を調整する
- ・「一緒にやっていく」、「主役を変えていく」視点で事業のPRをしかけていきたい

《静岡県西伊豆町》

312

高齢化率50.9% 介護サービスの休止・閉鎖も増えている 総合事業は上限額越え、課題が山積

静岡県西伊豆町

自立支援へ繋げるサービスの利用へ至っていない現状を改善したい！

初回支援：オンラインでの開催で、市・県・厚生局・本省が別々の会場であったが、西伊豆町の関係者の声を集めていく



西伊豆町長や町健康福祉課職員、社協、包括、地域おこし協力隊も参加。厚労省からは地域包括ケアシステムの構築について講話し、これまでの町の取組と課題について報告を受けた後、皆で意見交換を実施。伴走支援の目的を十分理解できていない参加者もいたため、少し緊張感がある雰囲気。

第2回目支援 :コアメンバーで、まず前回の振り返りから行い、地域包括ケアに必要な要素について、グループワークその後、規範的統合に匹敵講話(本省)、その後、上限額超問題等について事業の棚卸しを試みる!



第3回目支援:午前は、ケアマネジャーと通いの場リーダーとの交流
午後からは、中長期的なロードマップ作成を目指す！



交流会の後の体操



通いの場の大切さを講話

- ・パックデータ不足により、目標の設定が難しい事態となつたが、今後どのようなデータが必要なのか知ることができた。
 - ・ケアマネが通いの場に关心を高く示した様子が伝わった

総合事業の上限額
削減目標
費用対効果
利用者フォロー

- な案が浮上
 - ・一般介護予防事業の普及啓発予算の棚卸し
 ⇒ 参加者を奪い合うような状況が垣間見えた
 ⇒ 同じ人がいくつも講座を受けていることなどが見てきたことから、事業全体の洗い出し 313
 - ・合わせてケアマネジメントの質向上を図る！

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣による支援事業

西伊豆町 健康福祉課
介護保険係 土屋 佑斗

- ① 西伊豆町の概要
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ 第1回支援
- ④ 第2回支援(地域支援事業 限度額超過)
- ⑤ 第3回支援
- ⑥ まとめ・今後の予定

西伊豆町の概要(令和3年4月1日)



西伊豆町の概要(令和3年4月1日)



人口	7,438 人	男:3,538人 女:3,900人
世帯数	3,710 世帯	一人暮らし高齢者:1,083世帯 高齢者のみ世帯 : 725世帯 全世帯数 の48.7%
65~74歳人口	1,667 人	
75歳以上人口	2,121 人	
高齢者合計	3,788 人	
高齢化率	50. 9 %	
介護認定者数	619 人	要支援認定者:122人 要介護認定者:497人
介護認定率	16. 3 %	
介護保険料基準月額	6,500 円	
日常生活圏域	1か所	

- ① 西伊豆町の概要
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ 第1回支援
- ④ 第2回支援(地域支援事業 限度額超過)
- ⑤ 第3回支援
- ⑥ まとめ・今後の予定

318

これまでの西伊豆町の取り組み

国民健康保険1人当たり医療費(H27)358,562円(32/35市町中)

後期高齢者1人当たり医療費(H27)760,486円(29/35市町中)

第7期介護保険料(平成30年度から令和2年度)

標準月額7,000円(静岡県で1番高い)



このままだと**2025年度(令和7年)10,000円**になってしまう

今まででは何も変わらない！

係・課の枠を超えて事業に取り組む必要がある！！

319

これまでの西伊豆町の取り組み



今回エントリーした理由

- ① 担当職員が異動した場合も継続して地域包括ケアを構築できるようになるための庁舎内情報共有・連携体制の構築
- ② 令和4年度から本格実施予定の訪問型サービスC、移動・外出支援実施に向けての事業整理
- ③ 地域ケア個別会議(自立支援型)を通じ、高齢者の在宅生活を支える中心となる介護支援専門員の方が「ケアプラン=介護保険サービスを入れるために」から脱出し、『自立支援』へ繋がるケアプランを作成できるようになるための仕組みづくり

担当として、これまで突っ走ってきたけれど、方向性に間違はないのか。取り組みの参考にしてきた生駒市の田中さんに確認してもらってアドバイスをいただこう！

① 西伊豆町の概要

② これまでの当町の取り組み

③ 第1回支援

④ 第2回支援(地域支援事業 限度額超過)

⑤ 第3回支援

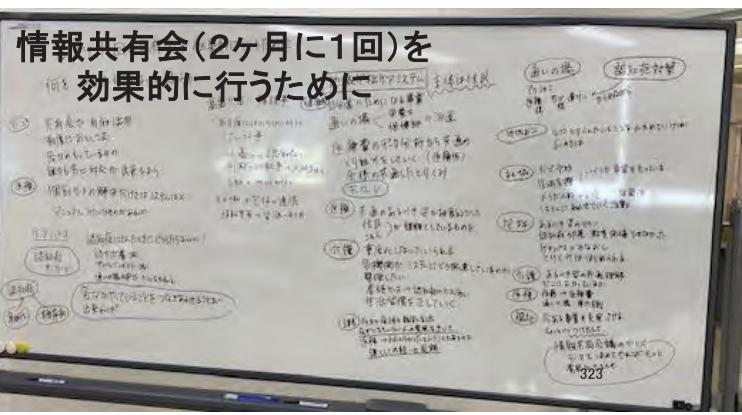
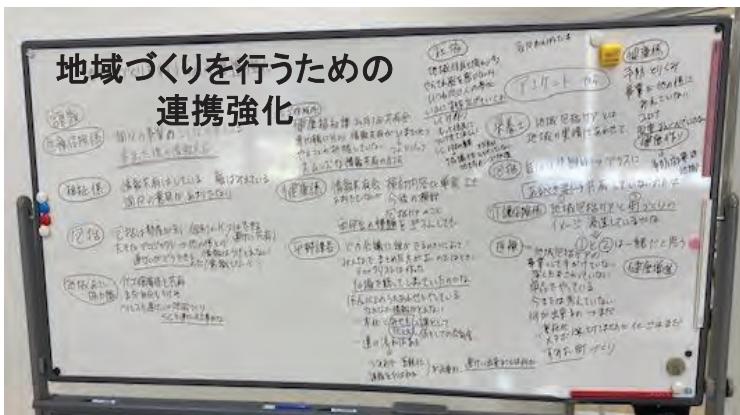
⑥ まとめ・今後の予定

322

第1回支援(9月27日)



健康福祉課長
介護保険係長
健康係長
医療保険係長
福祉係長
各係員



第1回支援終了後

規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針。
この方針が住民、専門職、サービス提供主体によって共有されること。
価値観や文化といったものに対する視点が共有されること。

健康福祉課課員全員で、西伊豆町の『地域包括ケア』構築に向けて打合せを行いました。

『健幸づくり事業』を皆で取り組んできたけれども…

『地域包括ケア』　『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』　『重層的支援事業』

分かっていない職員が多い。

担当課員が分かっていなければ、専門職やサービス提供主体、そして住民が分かっている訳ない。

そのために、これまで実施していた健康福祉課と関係機関の情報共有会議を活用し、324課員全体へ共有することとしました。

① 西伊豆町の概要

② これまでの当町の取り組み

③ 第1回支援

④ 第2回支援(地域支援事業 限度額超過)

⑤ 第3回支援

⑥ まとめ・今後の予定

第2回支援(11月5日)



第2回目支援(11月5日)

課題

総合事業の上限額が、従前相当の訪問・通所サービスで超えてしまっている。

既存事業と社会資源を上手く活用し、従前相当サービスの利用者を卒業させる仕組みを作らなければならない。

目標: 776万円

限度額超過している金額

698万円の削減

従前相当(訪問・通所)
利用者の内
住民主体の通いの場
+
訪問型サービスA
で対応可能な方を把握

344万削減可能

いきいき健幸体操教室

一人当たり費用

92,500円

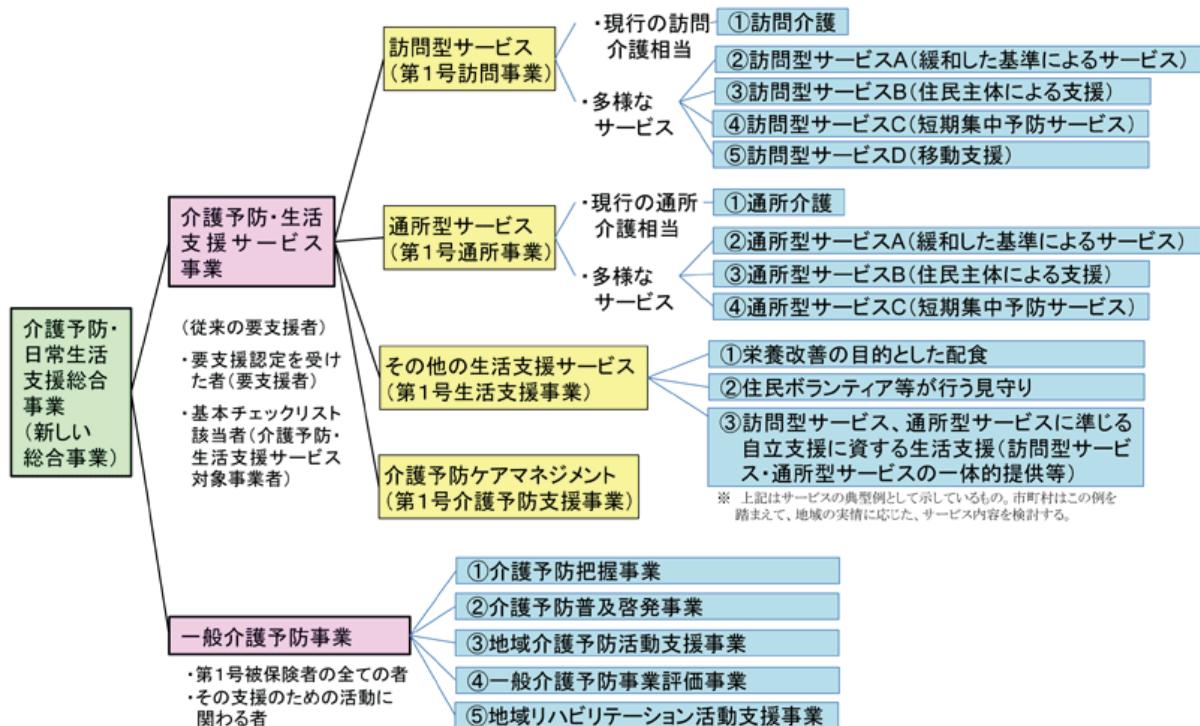
330万削減可能

介護認定からの卒業に
伴うケアマネジメント費

24万削減可能

第2回目支援(11月5日)

これまで、事業(サービス)が整うことで状態(限度額超過)も解消すると思っていましたが…
サービスがあっても活用する側が上手く活用できなければ状態はさらに悪くなる。
既存の事業を整理し、仕組みで解決できないか、まず検討する必要がある！



328

① 西伊豆町の概要

② これまでの当町の取り組み

③ 第1回支援

④ 第2回支援(地域支援事業 限度額超過)

⑤ 第3回支援

⑥ まとめ・今後の予定

329

第3回目支援(1月31日)

介護支援専門員・通いの場運営者
合同ワークショップ

通いの場運営者から活動の紹介
シルバーリハビリ体操・いきいき健幸体操
笑いヨガ

町のこれまでの取り組み紹介(現地・オンライン)



330

第3回目支援(1月31日)

(例) 地域包括ケア推進のロードマップ作成にむけたロジック・モデル

問題の記述

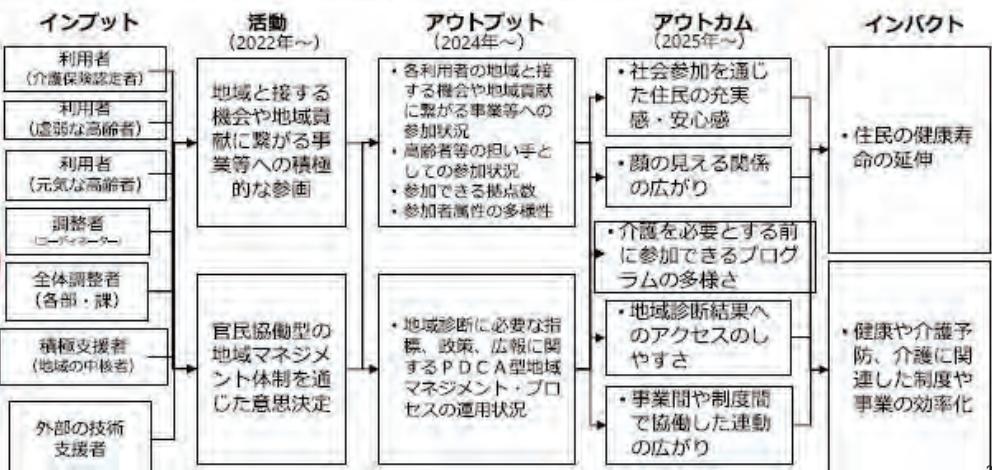
- 2025年を迎えたとき、生駒市の老人人口は約19.7千人（32%）に増加すると見込まれるが、高齢期を迎えた住民が、抱えやすい日常生活上のリスクに主体的に備える上で、日常生活圏レベルの中で安心して支え合え、また、頼りとする支援体制は十分に整備されていない。
- また、高齢になって虚弱になったとしても、だれもが社会参加・地域貢献しやすい環境づくりは不十分。

ゴール

- 子どもも親も高齢者も、隣がいを抱えて、誰もが人格と個性を尊重しあい住み慣れた地域で健康的に安心して暮らせるまちになっている。
- 地域社会の温かい支え合いの中で市民が主体的になって生きがいを持ちながら自分たちのまちづくりに参画・協働できる環境になっている。

前提条件

- ✓高齢に伴う生活課題と高齢者含め住民の社会参加のしやすいまちづくりは、地域社会の課題であり、全市的に取り組む。
- ✓住民同士、官と民の具体的な連携は、協働・協業を基本とする。
- ✓ゴールに向けたP D C Aを回す地域マネジメント体制がある。
- ✓地域の資源とニーズをコーディネートする機能が用意され、住民が主体的にその役割を果たせる。
- ✓協働する住民が、関わる事業等に関して意見を述べやすく、反映しやすい場がある。
- ✓地域診断に基づく地域課題の情報は、意思決定に欠かせない。



スタート地点

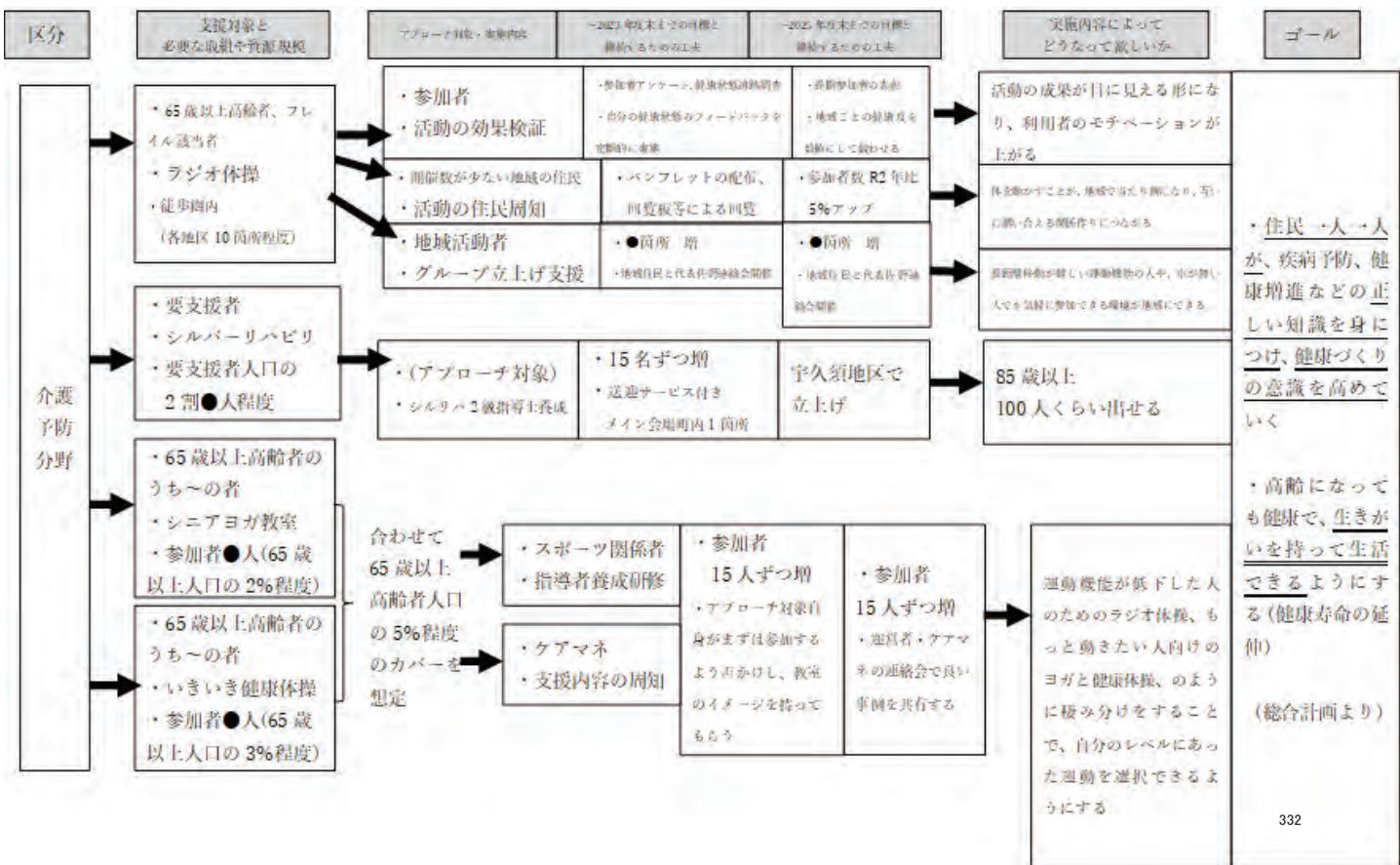
計画された行動

意図された結果

田中補佐 講義資料

331

第3回目支援(1月31日)



① 西伊豆町の概要

②これまでの当町の取り組み

③ 第1回支援

④ 第2回支援（地域支援事業 限度額超過）

⑤ 第3回支援

⑥ まとめ・今後の予定

まとめ

① 規範的統合

介護予防・日常生活支援総合事業＝まちづくりの基本方針を役場職員、住民、専門職、サービス提供主体で共有する。

情報提供するだけではなく、共有できていることが重要

② 『自立支援』の仕組みを作り、皆で共有する。

サービス(リハビリなど)をつくるだけでは給付費は減少しない。

③ 基本方針となるロードマップ(計画等)をゴールを共通理解した上で、対象者・取組・実施内容・目標値・目標値の根拠を基にたてて、どうなって欲しいかイメージする。

334

今後の予定

西伊豆町
日常生活圏域 1か所

でも

町内5地区(宇久須、安良里、田子、仁科、大沢里)
に分かれて活動は行われており、
状況は各地区によって異なっています。

国

2025年までに
住民主体の通いの場の数・参加率
人口10万人当たりに10か所で開催、参加率8%

町全体では、住民主体の通いの場45か所
高齢者人口に対する参加率21.2%
と大幅に超えているけれども…

宇久須地区は、通いの場の数が少なく
仁科地区は、一番人口の多い地区の割に参加率が低い
田子地区は、参加率高いけれど、介護認定率も高い

各地区毎の情報をもっと集めて、介護情報と国保データベース(KDB)情報を分析
根拠に基づいた中長期的な目標を設定し、皆で共有する。

335

最後に・…

○支援中、関係者とコミュニケーションをとる機会がとても増えました。



○県、東海北陸厚生局の方と何度も話す機会があり、一緒に沢山考えてもらいました。



○田中補佐は、いつも気に掛けてくれており
「ここぞ！」というタイミングで連絡をくれます。
これまでの経験から、どうすればみんながつながりたくなるのか
ポイントポイントで軌道修正してもらいました。

ご静聴ありがとうございました。



≪静岡県≫

340

令和4年3月8日
富国有徳の理想郷－しづおか
ふじのくに

令和3年度
介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
厚生労働省職員・派遣による支援事業を通して

静岡県の取組と今後の方向性について



静岡県 健康福祉部 健康増進課

341

本日の内容

I これまでの伴走支援の取組について

II 支援の際の県の体制と実施内容

III 今後の市町支援に向けて

342

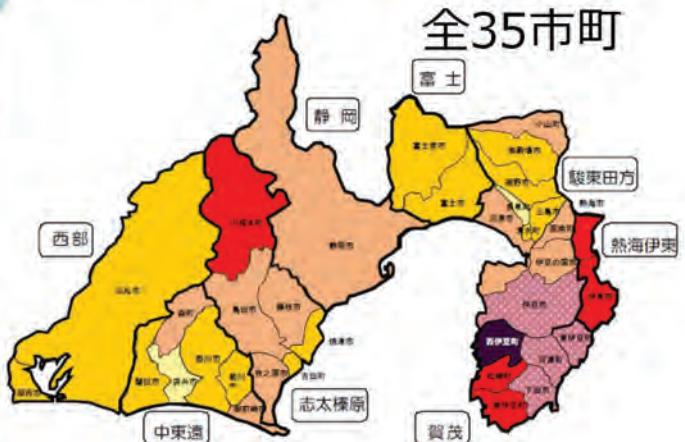
静岡県の概要

<静岡県の概要>

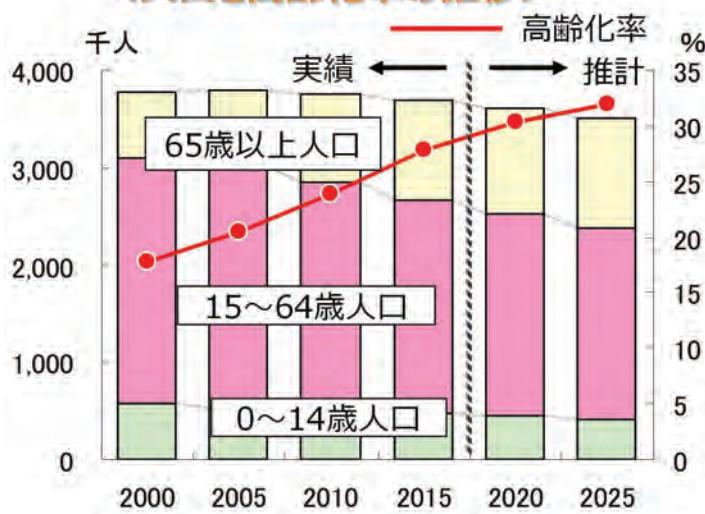
人口 3,674,758人 (2021.4)
高齢化率 29.9% (2021.4)
要介護認定率 16.1% (2019)
健康寿命 男性 73.45歳
女性 76.58歳 (2019)



<市町別高齢化率 (2021.4時点) >



<人口と高齢化率の推移>



	高齢化率	市町数
■	50%超	1
■	45%超50%以下	5
■	40%超45%以下	4
■	35%超40%以下	0
■	30%超35%以下	10
■	25%超30%以下	13
■	20%超25%以下	343
■	20%以下	2

① 保健事業と介護予防の一体的実施促進事業

県・市町が連携し、一体的実施の実現につなげる取組を実施。取組を進めていく上では、各市町によって課題が異なるため、各市町が抱える課題が解決できるよう伴走支援。

KDBを活用した課題把握・分析

- ・「KDBシステム」や「茶っとシステム」による地域の健康課題の把握・分析

ハイリスク・アプローチ

- ・対象者の実態把握・抽出
- ・「KDBシステム」により判明したリスク者への個別のアプローチ

企画・調整を担う専門職の配置

- ・保健師による事業の企画・立案
- ・庁内連携体制の構築

医療関係団体等との連携・調整

- ・関係団体への協力要請
- ・施策の方向性の共有

4市町 を伴走支援！



ポピュレーション・アプローチ

- ・地域包括支援センターと連携した受診勧奨の仕組みづくり
- ・ハイリスク者への個別支援の仕組みづくり

市町での保健事業と介護予防の一体的実施の実現へ！！

344

① 保健事業と介護予防の一体的実施促進事業（下田市・河津町の取組）

県が開催した専門職向け研修会を受講した管理栄養士・栄養士、歯科衛生士が、通いの場に介入するモデル事業を実施。通いの場に専門職を派遣し、地域の健康課題解決に向けた仕組みづくりを下田市及び河津町でモデル的に実施。住民向けのリーフレットを作成し、全戸配布を行うとともに、通いの場での管理栄養士や歯科衛生士による講話等の際にも活用。また、下田市では、オンラインによる口腔講話も併せて実施。

【管理栄養士による講話】



【歯科衛生士による講話】



【オンラインによる口腔講話】



ZOOMを活用し、
東京医科歯科大学の
講師（歯科衛生士）
から通いの場の参加者
に向けた講話を実施

【住民向けリーフレット】



345

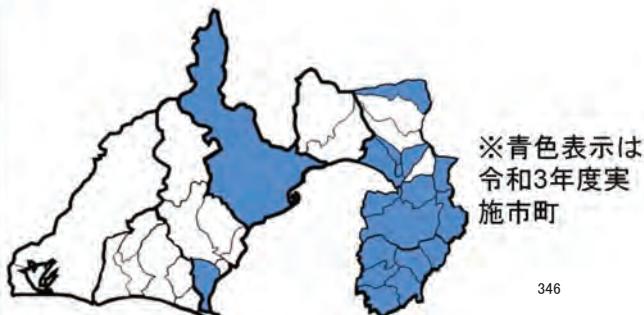
② 壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業

「ふじのくに型人生区分」における壮年熟期（66～76歳）の方を対象に、継続的な社会参加活動につなげるための知識や技能の習得を目的として、県と市町が連携し、生活支援の担い手等として活躍するためのノウハウを学ぶ「講習・体験会」で実施（令和3年度は17市町で実施）。



県と市町が連携して実施

実施内容	市町数
移動サービス	12市町
生活支援	2市町
居場所づくり	1町
意識醸成	1市
I C T 活用	1町



346

③ 壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業（三島市の取組）

背景

- 高齢者の外出は生きがいにつながる。しかし、様々な理由で外出がしづらくなっている人がいる。
- ちょっとした助け合いでその人の生きがいを支えることができる。
- 移動・外出支援に関する目的や制度、令和3年度にモデル実施した錦が丘地区「買い物支援プロジェクト」の取組を広く周知したい
- セミナーを通じて意識醸成を図り、支え合う地域づくりを目指したい

令和3年度活動の概要

- 10/15 移動・外出支援セミナー1日目
受講者 33人
移動サービスに関する講義
(全国移動サービスネットワーク)
- 10/29 移動・外出支援セミナー2日目
受講者 31人
錦が丘地区「買い物支援プロジェクト」取組発表
プロジェクト協力者8名が登壇、参加者との意見交換

アンケート

「自身の地域で同じような取組が必要か」
⇒必要 62% (18/29人)



成果や課題

- (成果)
- 「外出」が高齢者の生きがいにつながること、「外出」は目的ではなく手段であることが共通認識となった。
 - 買い物+ゴミ出し支援等の対応を具体的に検討する団体の意識啓発につながった。

課題

- 地域の仲間や組織を動かすにはどうしたらよいか。
- 興味がある人を実際に活動につなげ仕組みづくり
- 今は困っていない人に当事者意識を持ってもらう意識啓発

今後の展開

- 支え合い活動の実施を検討している地区へ生活支援コーディネーターが出向いて、住民の啓発やサービスの在り方の検討について支援を行う。
- 錦が丘でのモデル事業は令和4年3月で終了。実施結果を協議体で報告し、今後の活動や他の地域への展開について検討する。
- 必要となるボランティア向けの講座等を開催することで活動を支援する。(訪問型サービス従事者研修や運転ボランティア養成研修など)

347

実施する中で県の担当者の悩み

- ・担当ではあるけど、専門知識がなく、不安
- ・担当一人あたり複数市町受け持って大変だ



- ・業務がたくさんある中で自分から動くと仕事がもっと増えるのでは

348

支援の際の県の体制

手上げした2市町が
どちらも採用されました



健康増進課 地域支援班長

※地域支援班は計3人³⁴⁹

○一緒に考える、悩む

→個々で分からなくてもお互いの分かる部分を共有すれば意外と進む。



○スケジュール管理と音頭取りは積極的に

→各々担当業務で忙しいため、スケジュール管理は命

○厚生局、国に早めに相談（気負わない）

→田中補佐を筆頭に困ったら聞く。他市町の事例や違った視点でのアドバイスをもらえるチャンス



田中補佐、イメージ図

350

今後の市町支援に向けて

R4伴走支援実施予定事業

○壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業

○認知症の人や家族を支える体制整備事業

○保健事業と介護予防の一体的実施促進事業

It's fun!

思うところ。学び

連絡を密にとると意外と楽（県の中でも）なるべく関係者を巻き込んでみんなで担うオンラインもいい。現地もいい。組み合わせ



351

静岡県の市町支援の取組（令和4年度）

事業名	認知症の人や家族を支える体制整備事業
概要	認知症の本人や家族への早期支援として、見守りや認知症カフェなどの活動を行う「チームオレンジ」や、本人同士や家族同士で支え合う「ピアサポート活動」を促進するため、チームオレンジ養成研修等のほか、5市町での体制整備を立上げ段階から伴走支援する事業を実施する。

■事業の内容

・令和3年度までの支援の継続

⇒ ピアサポート活動支援、チームオレンジメンバーの養成支援、活動事例の共有等

・体制未整備市町への伴走支援（5市町）

⇒ ・チームオレンジ未設置市町（設置時期未定9市町）

・本人の声を聞く取組未実施市町（R2末時点12市町）

・家族会未設置市町（2市町）

・認知症カフェ未設置市町（1市町）

等を対象に、市町の取組を支援する。

■伴走支援メニュー

区分	内容
ニーズ把握	<ul style="list-style-type: none">・地域で認知症の本人や家族のニーズを把握（本人や家族が望むこと、周りから見て必要と思われること）・認知症の本人や家族、認知症カフェや通いの場、地域の企業・団体、家族会、自治体、介護事業所への調査等を実施
意識啓発	<ul style="list-style-type: none">・静岡県希望大使等の協力の下、地域住民や企業等への啓発活動（セミナー、展示会、広告の掲載、パンフレットの配布等）
支援体制構築	<ul style="list-style-type: none">・認知症サポートステップアップ講座の実施・本人ミーティング、介護家族のつどい等の企画・開催
連携体制構築	<ul style="list-style-type: none">・認知症の本人や認知症地域支援推進員とともに、キャラバンメイト、認知症カフェや通いの場の運営者、自治会等と連絡会の開催・チームオレンジの構築につなげる



Shizuoka Prefecture

ご清聴ありがとうございました

≪三重県紀北町≫

356

町内の関係者+広域連合の中でも考える！

三重県紀北町

- まずは、町の中での目線合わせ
- みんなでモデル地区へ実態把握！
- 事前アンケートやグループワーク
- 広域連合内で研修会&意見交換

目線合わせが重要です！

初回支援：オンラインでも想いを引き出す努力を！



第2回目支援：プレスリリースをしてみんなの士気を高める！
モデル地区を設定し、SCの基礎を学んでもらおう！



第3回目支援①：「先行市は隣町、同じ広域連合」改めて講話を聞いてみよう！



尾鷲市の取組に
刺激を受け
意見交換！



第3回目支援②：

自分達でできることを考えよう、オブザーバーに尾鷲市職員が翌日も参加！

最後のグループワーク
紀北町のあるべき姿に向かって連携強化！



話しやすい雰囲気づくり



センター長の発表に皆が聞き入る
課題であつた規範的統合のゴール

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
厚生労働省職員派遣による支援事業 活動報告

紀北町の 『るべき姿』に近づけるために 私たちができること



三重県紀北町マスコットキャラクター
きーほくん

三重県紀北町役場
高齢者障害者福祉係

358



紀北町の概要

●人口 : 14,820人



●世帯数 : 7,743世帯

●日常生活圏域 : 2圏域(8地区)



●小学校区 : 13箇所

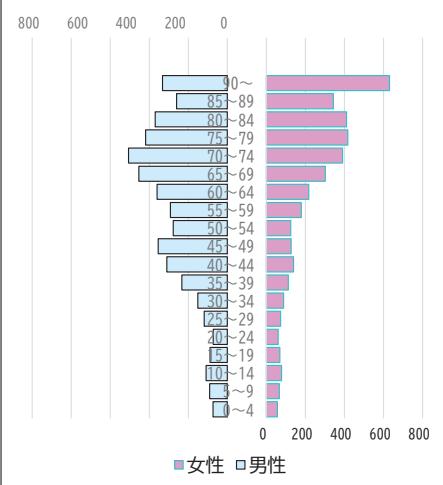


●高齢化率 : 45.2%

●要介護認定率 : 21.5%
(全国・県ともに18.6%)

2045年(推計) 約23年後
7,783人 男性 3,900人
女性 3,883人

紀北町 令和22年(2045年)推計

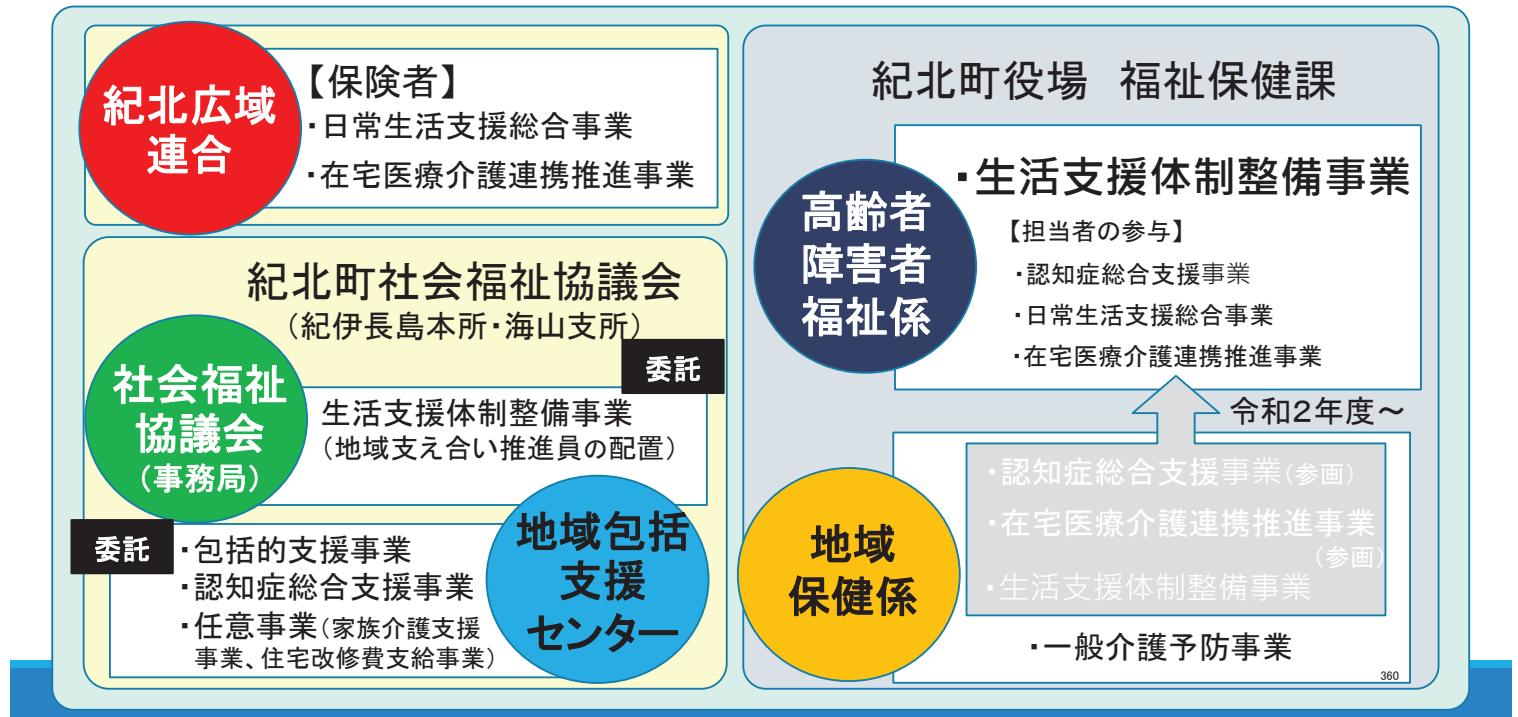


人口・世帯数は、令和3年3月末現在、要介護認定率は令和3年2月

人口推計: 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」から引用・編集

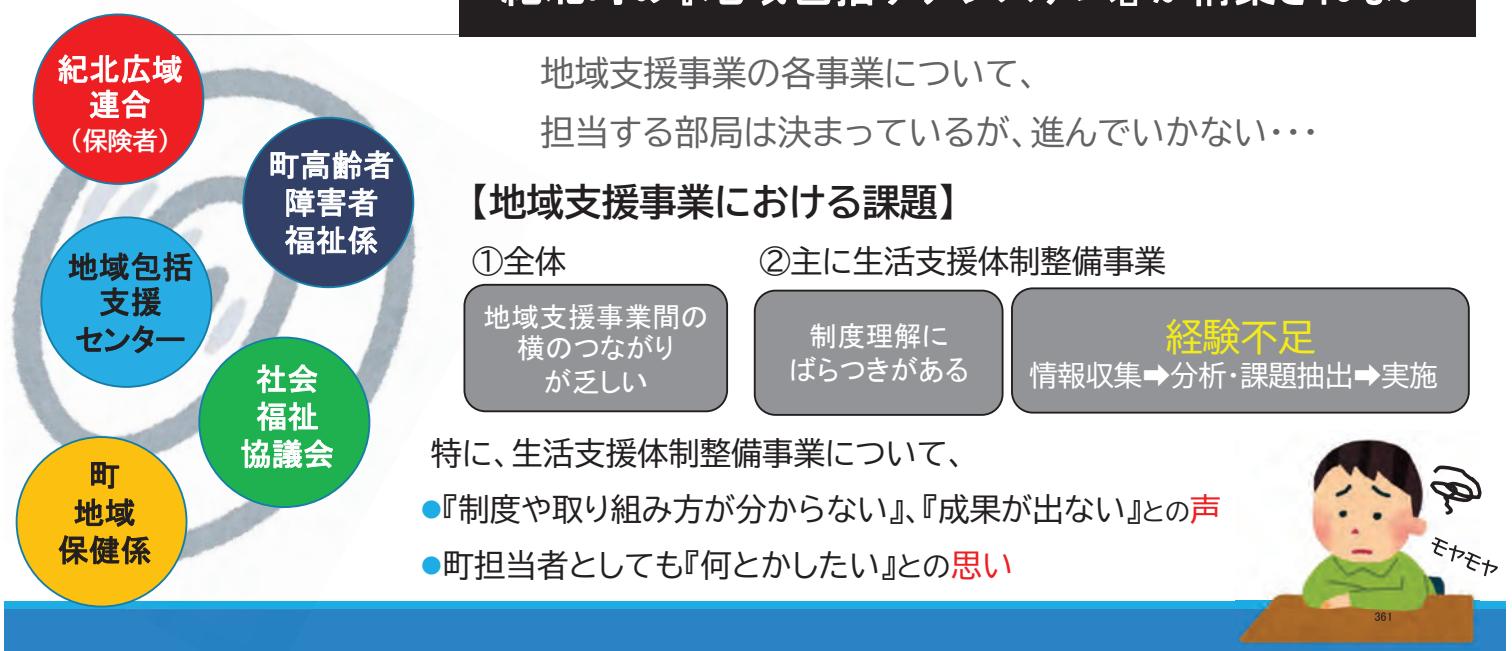
359

紀北町の地域支援事業



参加の背景

紀北町の『地域包括ケアシステム』が構築されない



どうなりたい？

紀北町の地域包括ケアの推進に向け、

進めていく立場の人達が、

- 紀北町の現状と今後起こりうることを正しく理解し、
- 取り組むべきことを「わがごと」として
- みんなで「一緒」に、「あたりまえ」に



取り組めるようになりたい

楽しみながら、大変なこともつらいことも分かち合いたい

362

支援の流れ

【第1回】9月10日

※オンライン

- 自己紹介
- 講義(地域包括ケアシステム)
- あるべき姿とその実現に向けた意見交換

【第2回】11月9日

- 講義
「地域マネジメントについて」
- 地域の情報共有
(現状の共有)
- グループワーク
共有した情報をもとに、
モデル地域のアセスメント・
発表・意見

【第3回】

①12月23日 ②12月24日

【1日目】※管内の取り組みから学ぶ

- 尾鷲市の生活支援体制整備事業の取り組みの共有と意見交換。
- 紀北町が活用できそうな内容を学ぶ

【2日目】

- 尾鷲市の生活支援体制整備事業の取り組みの全体共有
- グループワーク
(課題抽出・取り組むべきことの整理)
- 講義
- 意見交換

363

第1回目支援

事前アンケート
(地域包括ケアシステム)
【参加者全員】

研修会(9月10日)

- ・地域支援事業全体で取り組む必要性の確認
- ・紀北町の「地域包括ケアシステムのあるべき姿とは?」

振り返り(9月21日)

- ①「紀北町のあるべき姿」の設定
- ②「あるべき姿」に対し、参加者みんなで実際に取り組める短期目標を設定

①【紀北町のあるべき姿】

「紀北町民が自分自身で生活していく姿をイメージし、自らの生活の仕方や終末期の過ごし方を選択できる」

②【短期目標】

「気軽にかつ、今からでも取り組める連携を進めていく」

364

第2回目支援

事前準備

地域の情報整理・発表準備

【町】町全体の状況

(日常生活圏域・人口、健康状態...)

【保険者】

- ・第8期介護保険事業計画
- ・要介護認定率

【包括】

- ・包括が担当している事業説明
- ・モデル地区の相談件数・内容

【地域支え合い推進員】

- ・モデル地区の情報収集

研修会(11月9日)

- 講義(地域マネジメント)
- 地域の情報共有
※事前準備の報告をもとに現状を共有
- グループワーク①
共有した情報をもとに、モデル地域の情報整理とアセスメントを行った
- グループワーク②
多世代交流の視点で再度情報の整理とアセスメントを行った
- 発表・意見

振り返り(11月26日)

参加者から、地域支援事業に関わる者同士の「連携」「業務」「地域包括ケア」の理解が深まったとの意見が出された

【取り組む必要があること】
『地域包括ケアシステムについて話し合える場』を設ける

- 事業相互理解
- それぞれスキルアップを図る

【残りの期間で取り組む必要があることは?】

- 参加者のイメージがわからず、まとまりきらない

365



支援者からの助言(第2回を受けて)

- 参加者から、「連携」というキーワードが出たが、
参加者全員で取り組めるものが定まっていない



このままでは、支援が終了後
連携が後退していくのでは?

●課題:①「まちの実態の把握が不十分」

実態や課題の共有が、十分にされていない

…様々な機関がまざり、同じテーブルで課題を検討する機会がない

②「アセスメントが不十分」

地域の声が聞き取れていない

「モデル地区」を設定したが、アセスメントが途中で終わっている

366

次回(12/24)までに取り組むこと



●「モデル地区」の深堀りを行う

…住民とともに、地図を用いて、地域の実態把握と課題抽出を行う

【SC・町担当者】モデル地区の
区長・民生委員・老人クラブに協力を依頼



モデル地区での意見交換会(12月14日)

- モデル地区の人口推計や世帯状況介護の状況などを共有
- 地図を用いて、地域の方から実際に地域の情報を収集

住民・SC(社協)・包括・介護保険者が
一堂に集まり、意見を出し合える初の機会に



367

第3回支援



12月14日
モデル地区での
意見交換会



12月23日
管内・尾鷲市SCの
活動から学ぶ
活動紹介・意見交換



12月24日

- ・モデル地区での意見交換会の報告 → グループワーク・発表
- ・講義(取り組みの継続にむけて)
- ・**何度も、何度も、意見交換**
(学びの共有と今後に向け)



半年間の振り返り【流れ】

参加者から
事前に
意見を聴取



「紀北町の地域包括ケアシステム」
の構築に向け、
取り組む内容を話し合う

(1月18日)

ゴール

地域包括
ケアシステム
のあるべき姿



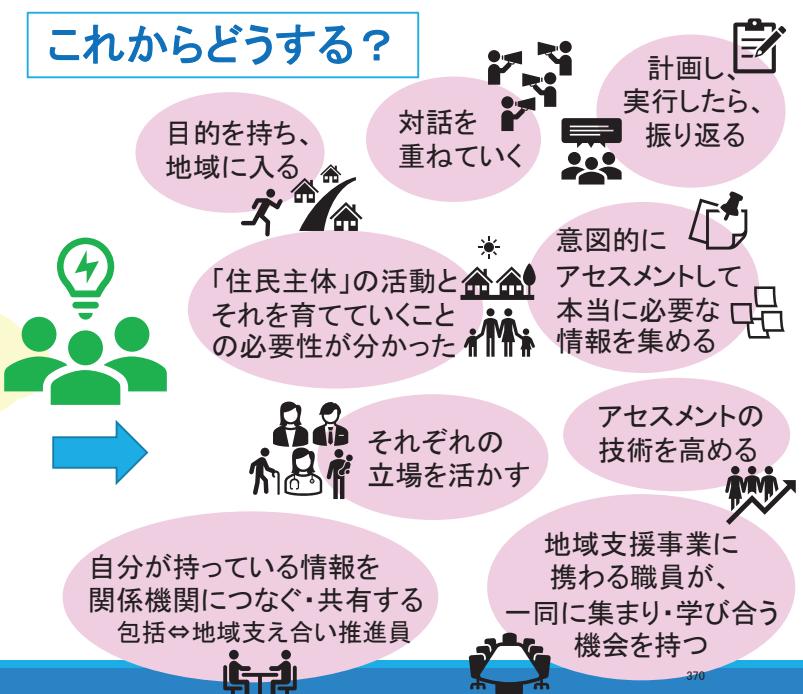
これから
ともに歩み続ける

支援を受け、得られた学び(参加者)

学び・気づき

- 参加者同士でつながりが持ててよかった
- 地域とのつながりの大切さがわかった
- 近隣市町の取り組みから学ぶことがたくさんあった。
 - 紀北町でも実践できそうなことがある
- 立場が違えばそれぞれの当たり前がある
 - 立ち位置を踏まえて取り組むことの大切さ
- 【保険者】「給付費削減」が目的ではなく、よりよい地域を作るための事業であることを忘れず取り組みたい
- プロセスが大切
- 意図(目的)をもって動き、情報を集め、協議し目標を定めることの重要性
- 参加者それぞれの役割を知ることができた

これからどうする?



半年間の振り返り(1月18日)の結果

『紀北町の地域包括システムの構築』に向けて

1. 【何を】 つながる・ともに考えることを継続する



検討し合える場を持つ(保険者・町・包括・地域支え合い推進員)

- 【どのように】
- 地域包括ケアに取り組む担当者が、住民の暮らしや生活・地域課題について、活動の中で疑問を抱いたり、検討したいをテーマに共有・検討する場
 - 必要な方をまきこみながら検討する(高齢者・福祉関係者に限定しない)
 - 担当者各自がそれぞれの事業の視点を持ち参加する

2. 【何を】 取り組みを持続させる ※やりっぱなしにしない



今回取り組んだ、モデル地区とのかかわりを継続する

- 【どのように】
- 生活支援体制整備事業で『ごみ出しに関する現状の把握』進めることになった
 - 『ごみ出し』を切り口に、モデル地区での情報収集を継続・検討を進めていく

その後の紀北町の状況

- 生活支援体制整備事業 第1層協議体で検討
- 紀北町における「ごみ出し」の現状把握に向け、ごみ収集を担当する「リサイクルセンター」に聞き取りを行うために、地域支え合い推進員同士や、地域支え合い推進員と町で聞き取る内容を協議中



(今後)得られた情報を整理し、
更なる情報収集やアセスメントを繰り返しながら、
・課題の有無を明らかにしていく
・課題が明らかになれば、
課題に対する打ち手を考え、実行していく

立ち往生していたものが、
少しづつ動き出した！

372

支援を受け、得られた学び(行政担当者)

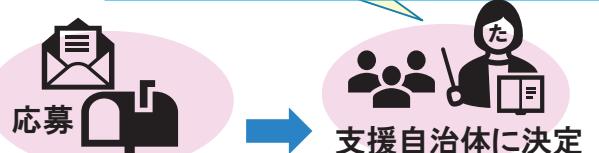
参加のきっかけと経緯

厚労省派遣事業



【学び①】『職場』、『上司』の理解が、
課題の解決や事業を前進させることにつながると分かった

【学び③】外の資源を活用する
『地元に資源がなければ、外をまきこむ』



【学び④】
『地元の人的資源
の質を高める』

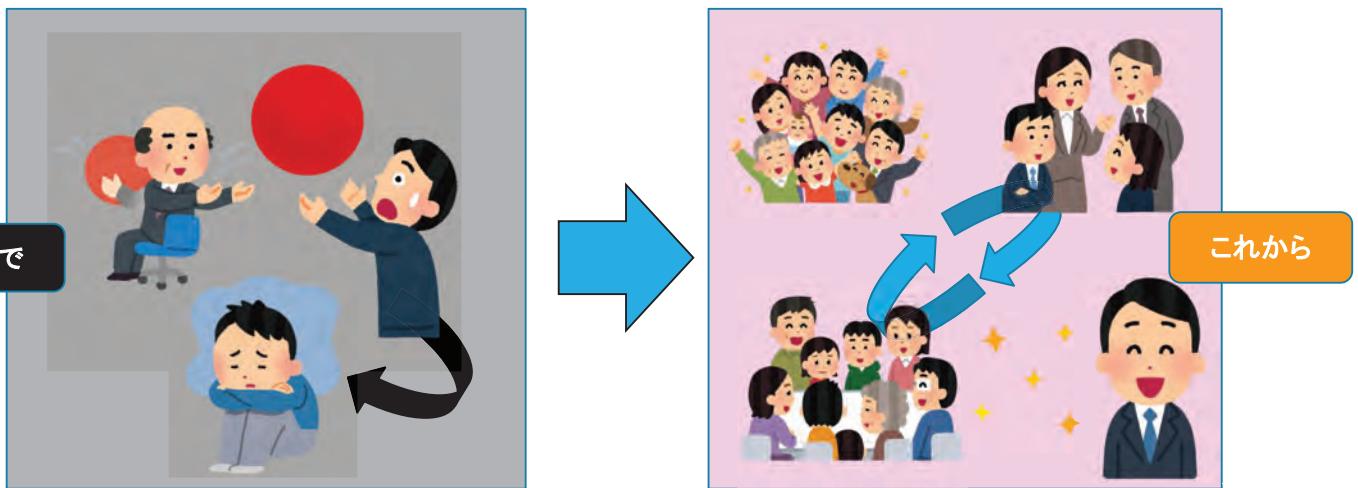


【学び②】
『まきこむ』ことの大切さ

【学び⑤】町の地域包括ケアシステム
のあるべき姿に照らし合わせて
『正しく折り合いをつける』

373

『理解してくれる人』が増えると『ともに考え・一緒に動く人』が増える



- 役場内でも、上司に相談することが増え、ともに考えることが増えた
- 自信につながり、やる気につながった

374

今回の支援を通じ

- これまでつながっていなかった人たちとつながりが持てた！
- 「丸投げ」ではなく、**互いの強みを活かし、ともに考え、高めていく**ことが「**紀北町の地域包括ケアシステム**」につながることがわかった！

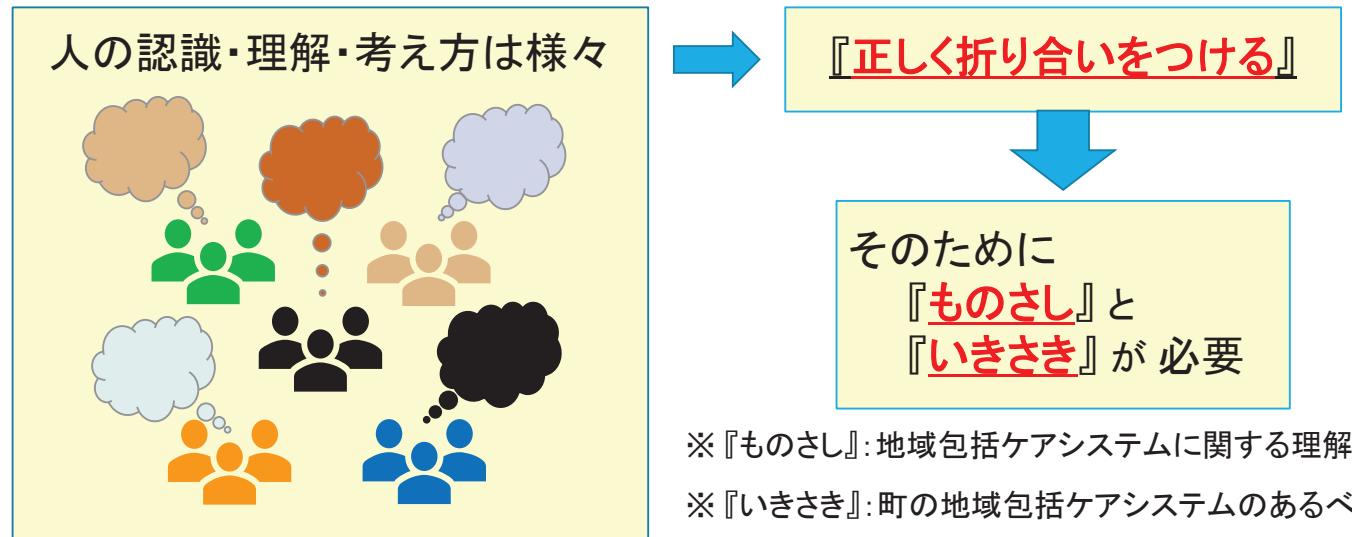
- つながることで、ともに考え、助けてくれる支援者の方々に出会うことができました

- これからも学ばせていただきながら、みんなで『紀北町の地域包括ケアシステム』と『地元の人的資源』の**質を高めていきたい**
- 自分達を必要とする**町外の人や地域**とつながり、ともに考え、自分達も学んでいきたい



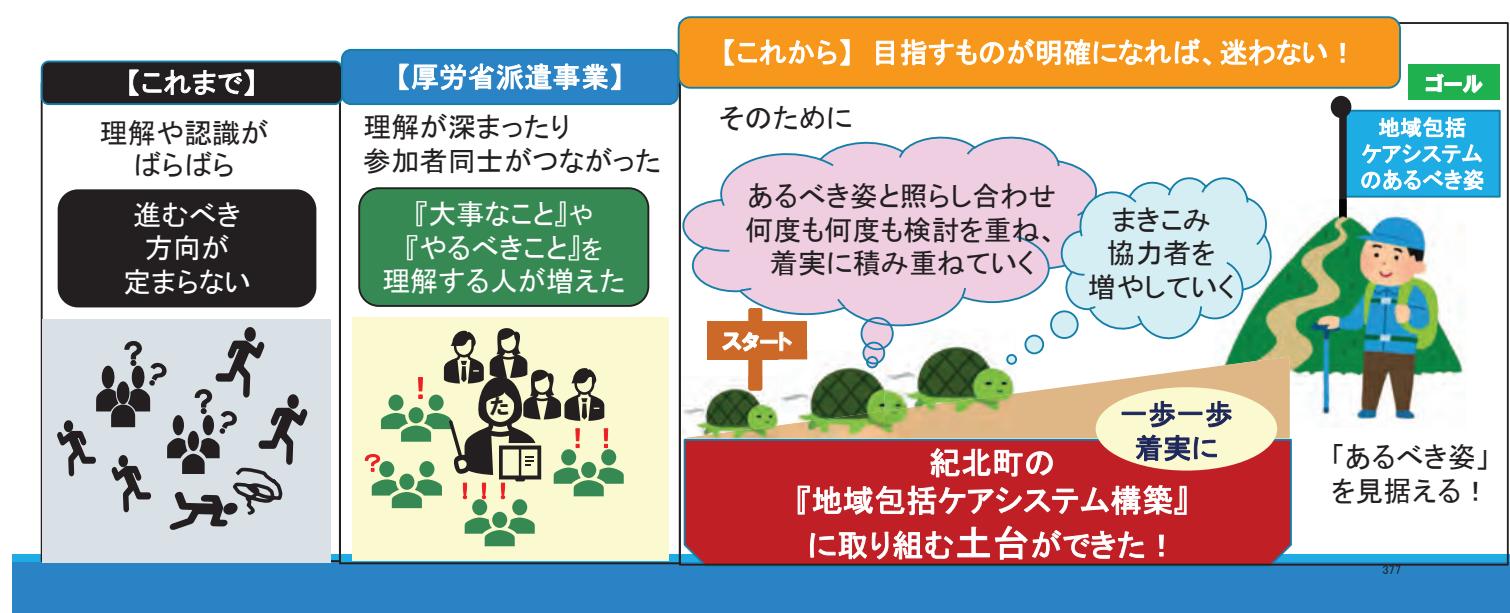
375

現実を受け止め、『ものさし』と『いきさき』をもつ



376

厚労省派遣事業を通じて得られたもの



377

学んだことを振り返りながら、
みんなで対話を繰り返し、1つずつ取り組んでいきます。



ご支援いただき 本当にありがとうございました。³⁷⁸

《三重県》

380

紀北町への伴走型支援について（三重県）

第1回支援



第2回支援



第3回支援

- 国、東海北陸厚生局、紀北町、県により、情報共有や支援内容の検討（WEB、電話連絡、メール）

- 『紀北町を住みやすい町にしたい』という支援者の思いを県も一緒に考えるという姿勢
 - みんな（県も含めて）で考えていくという姿勢

今後の県の支援について

- 他自治体の取組等の情報収集、情報提供。
- 事業終了後も引き続き伴走型支援（相談やアドバイス等）をしていく。
- 同じような課題を抱える市町をつなぐ機会をつくる。

381

《広島県大竹市》

384

住民のやりたいを叶える総合事業をALL大竹市で 楽しみながら考える！

広島県大竹市

関係者との目線合わせが重要！支援者のワクワク・ドキドキ感を！

初回支援：広島県庁はオンライン、他の参加者は対面での実施



大竹市の現状及び課題について
市の発表のあと、意見交換

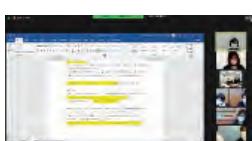
(気付き)
初心に戻り、「自分らしさ」の大切さを再確認できて良かった
ファシリテートの学びになった

第2回目支援：①介護予防ケアマネジメント～相手を知る事が肝になる(講話＆面談のロールプレイ)
②元気な高齢者を増やす町づくり
(グループワーク)



ロールプレイで動機付け場面を再現

第3回目支援：踏みだそう！住民と一緒にワクワク・ドキドキする地域づくり



グループワークのテーマ
①本人らしさを応援するための実践方法と達成目標について
②住民と一緒に地域づくりに関わる意義や一緒に連携したいこと

(気付き)
• 事業制度として枠を作るのに固執していたため、通いの場などが機能しているのに、通所Bや訪問Bを無理に作る必要はまだないと認識できた
• 介護予防ケアマネジメントを見直し、本人の暮らしをどう支えていくかの目線合わせができるようになった！

午後からはグループワークの実践

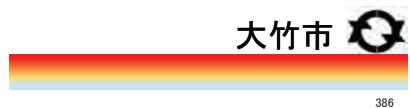


(気付き)
• 目的と手段がキーワード
• 住民と向き合う制度説明
• 潜在意識に着眼する
• 高齢者の身になつた啓発方法を考える
• 窓口ツールを作成したい！



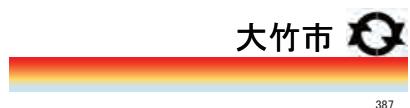
介護予防・日常生活支援総合事業等の 充実のための厚生労働省職員派遣 による支援事業 取り組み内容報告

大竹市健康福祉部地域介護課



説明項目

- 大竹市について
- 組織体制について
- 第1回～第3回の支援事業の内容
- 支援事業を受けて以降の動き





■ 大竹市の紹介

大竹市は広島県の西端に位置し、古代には遠管郷（おかのさと）と呼ばれ、当時の都と九州・大宰府を結ぶ古代山陽道の安芸の国の終駅として、また交通の要所として栄えました。

昭和29年9月1日に近隣と合併して大竹市として市制を施行。その後、パルプ、化学繊維、石油化学等の大企業を誘致し、瀬戸内地域で有数の臨海工業地区に発展しています。

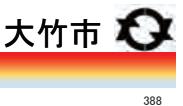
面積：78.66km² ≈ 8,479.38km² ≈

人口：26,302人 (12,842世帯) ≈ 約281万人 ≈

高齢者人口：9,435人 高齢化率：35.87% (令和4年2月1日現在)

※ ≈ は広島県の数値。

要介護認定率：17.2% (令和2年度実績値)



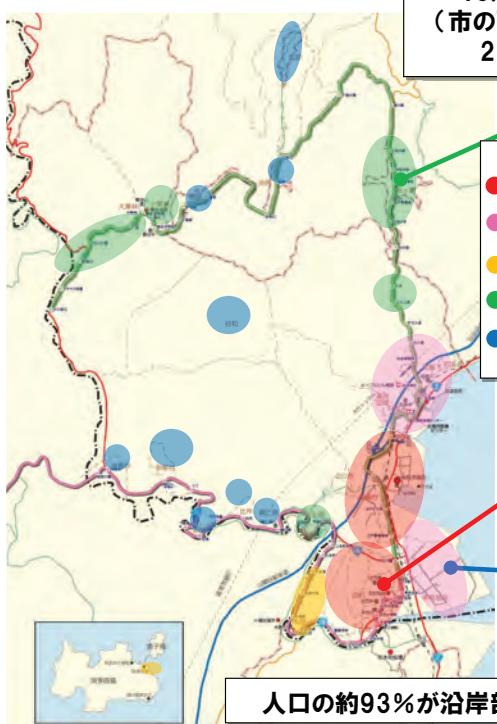
388



■ 大竹市の地勢

可住地面積：
19.69km²
(市の面積の約
25%)

- 5000人以上
- 1000～4999人
- 500～999人
- 100～499人
- ~99人



人口の約93%が沿岸部に集中



389



■ 沿岸部と いえども…



■ 地域介護課とは…

大竹市

各部

健康福祉部

福祉課

保健医療課

地域介護課

福祉総務係

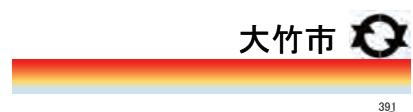
4名

介護高齢者係

12名 (認定調査員4名含む)

地域支援係

5名





■ 地域介護課とは…

地域支援係の業務

- (1) 社会福祉及び地域福祉施策に係る企画及び調整に関すること。
- (2) 地域包括ケアの推進に関すること。
- (3) 在宅医療に関すること。
- (4) 介護保険の地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業、
包括的支援事業及び任意事業(認知症に係るものに限る。)に関すること。
- (5) 民生委員及び児童委員に関すること。
- (6) 認知症施策に関すること。

介護予防・日常生活支援総合事業は、平成29年4月より開始

大竹市

392



支援事業へエントリーした理由

・ 介護予防・生活支援サービス事業

平成30年度より通所型サービスC、令和元年度より訪問型サービスB、訪問型サービスC事業を開始。
短期集中型サービスであるサービスC修了後のつなぎ先がない地域もあり、市で行っている一般介護予防事業の場合、送迎がないため、セルフケアで終わる利用者がいる。その後一定の期間を経て、再び短期集中型サービスを実施後、継続的なサービスに入らざるを得ない状況がある。

・ 一般介護予防事業

いきいき百歳体操を行う団体を支援（支援条件を緩和（週1回以上の条件を月2回以上・5人以上を3人以上に）し、通いの場をつくった。（R2年度19⇒24カ所）

・ 住民主体の類型である通所型サービスBの構築がわからない。できたとした場合のケアプランの作成の在り方のノウハウがない。

様々な事業展開を行ってきたけれども、
何かもう一步踏み出せていない。
その原因は何なのだろうか。



大竹市

393

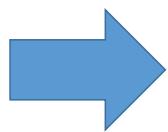
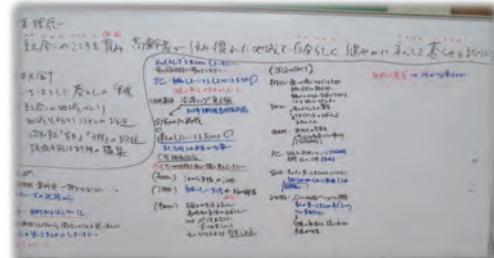


第1回支援 現状と課題の共有

<参加者>

行政（市・県・保健所・中国四国厚生局・近畿厚生局）、地域包括支援センター、社会福祉協議会、生活支援Co、通所型サービスC委託事業者

大竹市第8期介護保険計画の基本理念「支え合いのこころを育み、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく健やかに安心して暮らせるまちづくり」を共通認識し、自分らしい生活に戻るイメージを明確にするために、介護予防ケアマネジメントや自立支援に向けたアプローチの再確認



市、地域包括支援センターとも短期集中サービスから卒業をすることだけではなく、自立支援に向けたアプローチを再確認する必要性・本人らしさを重視するケアマネジメントに取り組むことを認識



394



第1回の支援の後

社協から紹介のあった「マップ会議」を中国四国厚生局、県、保健所で実地見学



マップ会議の様子



地元の住民から聞いた内容を地図に書き出し



395



第2回支援 講義及びグループワーク

- 講義やロールプレイを通じ、介護予防ケアマネジメントの目線合わせ
- グループワークを通じ、インテーク時の説明について、住民が分かりやすい工夫が必要。介護保険＝サービスではないことを本人の出来る部分に注目しながら、家族にも受け入れられるような説明ができるものをもの考えてみる。

行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、短期集中サービス事業所で
考えを出し合い啓発資料を検討

大竹市

396



第2回の支援の後

いきいき百歳体操の様子を保健所職員と実地見学



いきいき百歳体操の様子



体操終わりに、これからの予定などを
おしゃべりしながら、帰宅の途につく地域住民



大竹市

397



第2回の支援の後

市広報12月号に総合事業を利用して、自分らしい生活をしている住民の紹介記事を掲載



398



第3回の支援事業までに検討してきたこと
行政・地域包括支援センター中心に総合事業の説明資料、短期集中サービスのチラシを検討

地域包括支援センター、社会福祉協議会、短期集中サービス事業所から意見をもらしながら案を作成。

また、地域マップ会議参加者に住民としてどう感じるかの意見をもらう。

マップ会議参加者からは「困ってきていたため、法律が載っていてもわかりにくい」との意見をもらう

条文を下記に変更

福岡県大川市
から情報提供

下の①~⑥で該当する項目はありますか？

項目	該当する場合 □に☑を記入
①杖をつたり、歩行器を使用して一度歩くことができる	<input type="checkbox"/>
②認知症の悪化により日常生活に支障をきたしていない	<input type="checkbox"/>
③入浴も洗脸も行がー人でできる	<input type="checkbox"/>
④服薬や病気の管理のための訪問看護サービスを利用していない	<input type="checkbox"/>
⑤住宅改修や手すり等の設置は今のところ必要ない。レンタルも購入したい場合はない。	<input type="checkbox"/>
⑥家族の介護力に問題なく、特に長時間の肩の力を求めない	<input type="checkbox"/>

(注意) 40歳~64歳の第2号被保険者は、総合事業を利用の場合でも必ず認定が必要です。
①~⑥にすべて該当する方は、まずは総合事業を利用してみませんか?



第3回の支援事業までに検討してきたこと

65歳到達時に送付する封入物を現状から再検討し、令和4年4月から送付開始を予定

<今まで>

- ・送付文
- ・被保険者証
- ・保険証の使い方（既製品）



令和4年4月から予定

- ・送付文
- ・被保険者証
- ・保険証の使い方（既製品）
- ・**介護保険制度の説明パンフレット**



大竹市

400



第3回支援 グループワーク（現地参集及びオンライン）

2回の支援を受けて

- ①自立支援の視点で高齢者の生活を支援することについて、共通認識を持つ。
- ②各々の立場で地域づくりに関わる意義と今後のつながりについて考える。

ことを目的に3回目支援は所属ごとを中心にグループワーク
「本人らしさを応援するための実践方法と達成目標について」
「住民と一緒に地域づくりに関わる意義や一緒に連携したいこと」



→ (各グループで共通)
連携の方法の一つとして、社会福祉協議会が行っているマップ会議を活用することが大切

大竹市

401



第3回支援からその後
第3回支援のグループ発表で出された地域レビュー
するために知つてもらう啓発物の検討

社会福祉協議会からの提案
前述の65歳到達時の送付物
の一つに含める形として、
調整中



402



第3回支援からその後
検討した短期集中予防サービスの周知チラシを
地域包括支援センター中心に展開

体力低下を感じたら

3か月集中トレーニング！

短期集中予防サービス

こんなお悩み

床からなにか上
がりが大変だ。

何かにつま
うないと歩く
のが大変。

歩き歩くことも
大変で、腰じ
りもできない。

何かが草がらなくな
って洗濯大変。

車両を中心せ
ずくなつた。

そんな
あなたに！

画面へ

ゴー！

内容は？

- ・運動に関するプログラムを基に、高齢者に対する予防活動に関する指導
- ・運動指導のためのプログラムを開発・実証実験します。
- ・1週間に亘る（1ヶ月）月額料金 12,000円。而も該当する居宅介護支援事業所にて実施。
- ・1回につき、2時間程度で、自宅でできる体操等を学びます。

対象や利用料は？

対象者は、既往病歴のある者、及び基本チェックリストで、生活機能の低下が見られた方。

送迎：なし（通院料のみ）

利用料：1食と100円政策（1割負担の場合）

問い合わせ先

地域医療支援センター名	固・電話	地区
大竹市地域医療支援センター	固04-41	下北条以西
川口市地域医療支援センター	固04-27	川口市
大和市地域医療・肢体不自由者医療支援センター	固04-27-18	大和市

問い合わせ窓口（感染防止）等のポイント

- ・認定される前に「体温測定」を実施し、「PCR検査」を実施してください。～
- ・**熱帯や寒帯状況等の外障害**がないか確認してください。～
- ・体調不良の場合は、連絡手帳用紙を提出して下さい。～
- ・参加時には必ずマスク着用の旨を記入して下さい。～
- ・禁煙区所以外でたばこを吸って下さい。～



403



今回の支援をうけて

- 大竹市が持つ強みの再認識
- コロナ禍のなかで、一つずつ改善
- この支援を通じて背中を押していただいた



404



ご清聴ありがとうございました



大竹市 健康福祉部 地域介護課
〒739-0692 大竹市小方1丁目11番1号
TEL : 0827-28-6226 FAX : 0827-57-7150
E-mail : chi-shien@city.otake.lg.jp (行政間専用)
chiikikaigo@city.otake.hiroshima.jp



405

《広島県》

408

令和3年度介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
厚生労働省職員派遣による支援事業

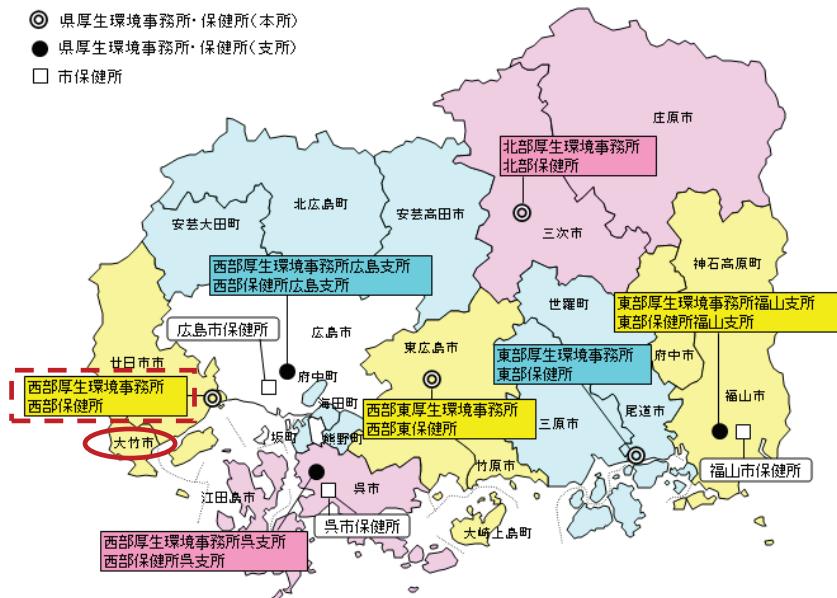
広島県 大竹市支援における 広島県の役割

広島県健康福祉局地域共生社会推進課
地域包括ケア推進グループ



広島県の支援体制

- ◎ 県厚生環境事務所・保健所(本所)
- 県厚生環境事務所・保健所(支所)
- 市保健所



組織	主な役割
地域共生社会推進課 (本庁)	自立支援型ケアマネジメントの普及、生活支援体制整備、など
健康づくり推進課 (本庁)	健康づくり・介護予防の推進など
厚生課・保健課 (西部厚生環境事務所・西部保健所)	きめ細かな支援(地域包括ケア全般)
広島県地域包括ケア推進センター (県設置)	専門性が高く、かつ注力すべき課題への対応に特化した支援

410

2

支援前後に関係者で協議し、大竹市の抱える課題と目指す姿へのプロセスをワンチームとなって考える①

時 期	支 援 内 容
受援前: 7/27	エントリーシートをもとに電話で大竹市の方向性、移動支援の目的について確認
7/30	中国四国厚生局と県関係者伴走支援初回までに行うことを確認
8/5事前協議	大竹市、中国四国厚生局、西部保健所、県推進センター、県関係者で大竹市の「ありたい姿」のイメージの共有と大竹市の捉えている「課題」「取り組みたいこと」についてワンチームで共通認識をもち、当日得たい助言内容の確認や出席が望ましい関係機関、職種について協議
1回目: 9月	コロナ感染拡大防止のため、一旦延期してWeb形式も検討する
1回目: 10月	前日まで: 関係者と共有しながら当日のプログラムと配布資料について決定 当日: 司会進行は中国四国厚生局へ依頼、ファシリテーターは田中室長補佐へ依頼、意見交換時の板書は県推進センターへ依頼、県関係者はまん延防止のためWeb出席で記録担当
10/21	第1回支援を受けての感想や反響の確認
10/28事前協議	大竹市、中国四国厚生局、西部保健所、県推進センター、県関係者で振り返りと次回に向けて協議

411

3

支援前後に関係者で協議し、大竹市の抱える課題と 目指す姿へのプロセスをワンチームとなって考える②

時 期	支 援 内 容
2回目:11月	前日まで:関係者と共有しながら当日のプログラムや講義で押さえてほしい内容・ポイントについて意識統一を行う。次回は「高齢者本人がしたいことを続けられるケアマネジメントについて」関係者一同で考え直す機会に。 当日:司会進行は県が担当。講義・講評は田中室長補佐へ依頼。グループワークのファシリテーターは中国四国厚生局、県推進センター、保健所へ依頼、グループ発表の板書も保健所へ依頼
12/9事前協議	大竹市、中国四国厚生局、西部保健所、県推進センター、県関係者で振り返りと次回に向けて協議
1/12打合せ	大竹市、中国四国厚生局、西部保健所、県推進センター、県関係者で再度3回目支援についてポイントを絞り、田中室長補佐から助言を得たい内容、実施のねらいを明確化するため協議
3回目:1月	前日まで:関係者と共有しながら当日のプログラムと配布資料について決定 ねらいは「総合事業の全体像について関係者一同で規範的統合を図る」「行政の基本理念を住民へもわかりやすく啓発する」 当日:コロナの影響で市関係者以外はWeb出席(保健所はやむなく欠席)。司会進行は県担当、グループワーク・意見交換のファシリテーターは田中室長補佐へ依頼、グループワークのコファシリテーター、ファシリテーターとのパイプ役は中国四国厚生局、県推進センター、県関係者で担当

412

4

第1回支援(令和3年9月8日予定)

コロナの影響で延期となり、県職員はまん延防止で市町へ出張できないためwebで出席

実施:令和3年10月5日

方法:現地とオンラインのハイブリット

内容:自己紹介、現状共有、意見交換

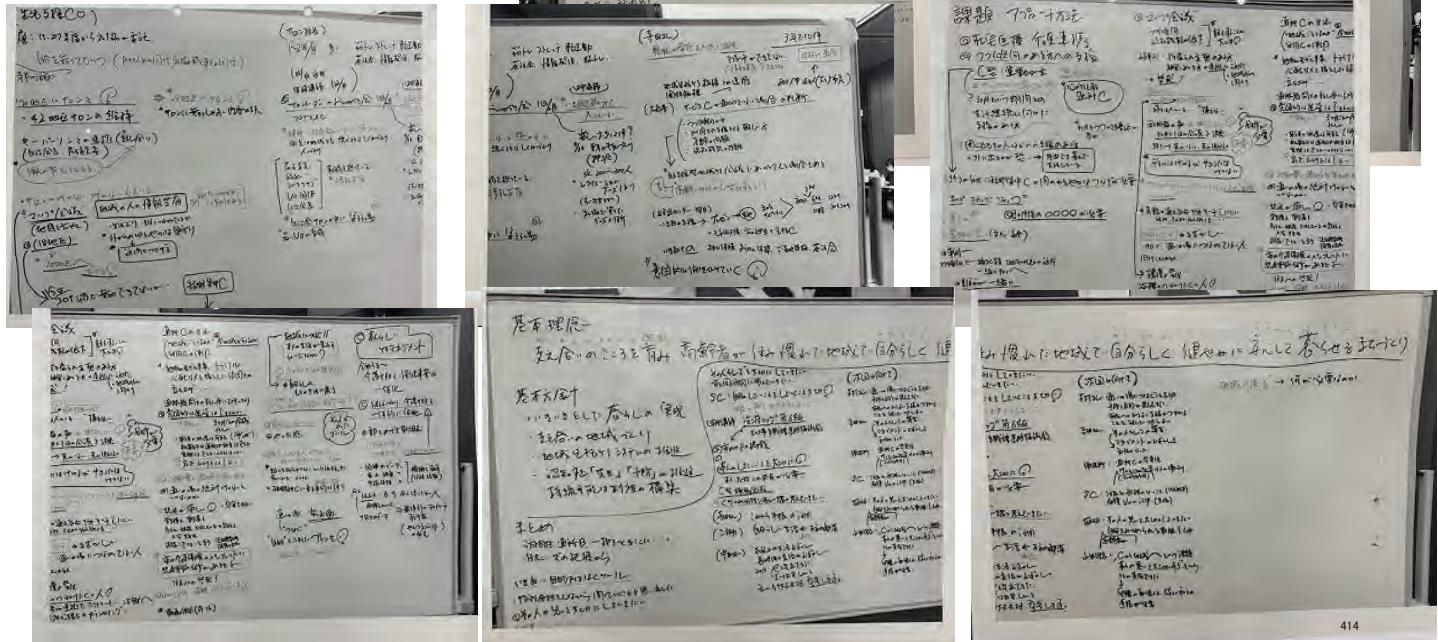
良かったこと:課題の共有

気がついたこと:介護予防ケアマネジメントや
自立支援への規範的統合の必要性

413

5

板書 ～現状報告・意見交換～



6

社協の方が話していた
マップ会議ってどんな
感じなんだろう？ サロ
ンリーダーおしゃべり
会って面白そう！

10/25マップ会議



11/12通いの場世話人交流会



通いの場の実際の雰
囲気をみたい！参加
者の声を聞いてみた
い！世話人交流会で
どんな話ができるか知り
たいなあ…

どんどん大竹市に関心が
わき、住民の暮らしぶりを
知りたくなった

視察へ



11/ 通いの場



415

7

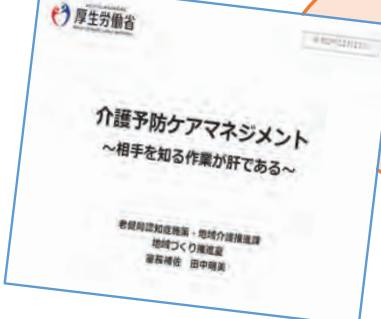
第2回支援 令和3年10月5日

田中室長補佐の講義で介護予防ケアマネジメントについて勉強



方法: 現地参集型

内容: 自己紹介、勉強会、グループワーク



良かったこと: 介護予防ケアマネジメントについての視線合せができる
気がついたこと: 総合事業全体の啓発の必要性

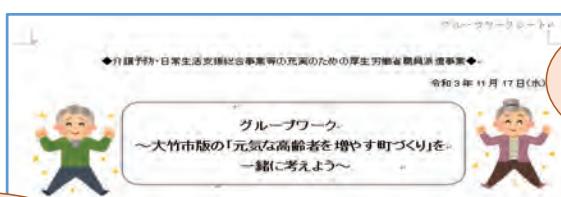
ロールプレイ(即興)
本人の諦め感から、やりたいことに気づいてもらうには...



416

8

グループワーク ~記録~



- (卒業後のワンステップの場があるといいのでは…)
- 健康づくりに介護予防の視点を含める出前講座で意識改革できる?
- ワクワクする気持ちを支援者も住民もお互いにもつ
- できることを奪わない支援の仕方が大切
- 地域を巻き込むことが大切
- 高齢者が元気になる動画はインパクト大! 本人もうれしい
- 意欲を引き出す関わりをする!
- 元気な高齢者にリレー式で社協のケーブルテレビに出演してもらいつなぐ
- サロンに行けなくなつた人の行き場があるといいな
- 年齢関係なく全世代通しての企画もありかも(生涯ポイントなど)
- 出来ていることは褒める。地域に応援団がいるといいな
- セルフケアを1人でなくグループでやってみると楽しいかも

417

9

第3回支援 令和4年1月17日

方法:現地とオンラインのハイブリット
内容:グループワーク、意見交換



10

意見交換での様々なワクワクドキドキする意見

- ・本人の現在だけでなく過去にも光をあてる
- ・得意なことや今できることを引き出す
- ・目標はスマールステップで一緒にたて、一緒にできることを実感
- ・行政からの情報の発信は小グループが有効(サロン、生き百、マップ会議も活用できそう)
- ・高齢者のやりたいことを応援していく、応援だけでなく一緒にするのもいい
- ・健康マイスターへの支援をはじめた
- ・住民同士が集まって話をすること、聞くことは、お互いに力になる
- ・社協ボランティアのチラシの同封で、地域デビューの参考に。まずは知ってもらう。
- ・地域で暮らすことのイメージを多くもてるよう、いろんなコンテンツを作る
- ・短期集中も成功体験の一つ。達成を多くの人に共有していく、広めること
- ・退職後にその人の能力を活かせる場があるといい
- ・大人の部活でやりたいことを継続する応援
- ・企業とのコラボで働く場を作る
- ・動画で地域づくりのワクワク・ドキドキ感、夢を伝える。知ってもらう。

419

11



■伴走支援を受けて よかったです・気がついたこと



- 今回のように広く市の自立支援や介護予防の体制等について、様々な関係機関の方と一緒に協議することではなく、意識や考え方を共有することの重要性を感じた。今後、県も市町の関係者も一緒に考え整理していくことも一つの支援としてやっていきたいと感じた。
- 地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、住民が地域の情報をたくさん持っていることに気づいた。
- 地域づくりについて話す機会をもち、地域の関係者の思い、力を実感できた。
- ワンチームで協議・共有しながら進める過程で、田中室長補佐、厚生局、県推進センターの皆様の助言により自信をもって県としての支援ができた。
- 数値目標に縛られていたが、田中室長補佐、厚生局の皆さまの助言などにより、何のために実施しているのかを振り返るきっかけになった。
- 市担当者の方の企画力、行動力に感服した。支援のたびに、前進していた。

420

12

421

《徳島県小松島市》

424

みんなの力を結集して、地域づくりを加速化

徳島県小松島市

それぞれの機関が頑張っているけれどチームになれていない！規範的統合を目指したい！

初回支援:オンラインでも想いを引き出す努力を！



規範的統合が課題と感じた小松島市に関しては、事前アンケートを聴取し、個々の考え方をリサーチ



第2回目支援:第2層SCも参加し、みんなで目指すべき方向に向けた取組議論



総合事業全般のデザインの仕方について講話を展開。社協・包括・SC・行政が参加。地域包括ケアシステムの構築を目指す方向性の共有は図られた
(気付き)
・意見交換の場を持つことが必要だと感じた
・会議の成功の鍵は「事前準備」
・対話を多く持つようにして齟齬をなくす

拠点施設を見学、第2層SCの活動の様子を共有する
グループワークを行い、皆で小松島市のwell-beingを考える！

第3回目支援:行政・包括・1層・2層SC・社協などたくさん参加！



(感想)

- 失敗事例の紹介も欲しい
- みなこまの拠点を活性化させていく
- 多世代交流の取組も考えていく
- 月1回の会議を定期開催し、情報共有する！

オンラインでの開催となったが、徳島県・小松島市の皆は現地で対面での参加ができた！

オンラインと対面で支援者もわかつてのグループワークでは、チャット機能、携帯など駆使して現地フォローをタイムリーに展開できるよう、本省・厚生局でフォローアップ！

現地入りできなかったことで逆に県の覚悟ができチーム力向上



425

厚生労働省職員派遣事業 を受けて

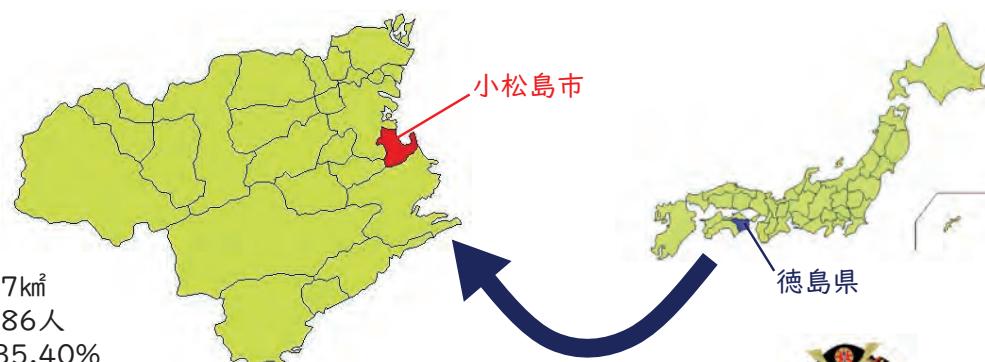
徳島県小松島市
保健福祉部介護福祉課

426

小松島市の概況

面積 45.37km²
人口 36,386人
高齢化率 35.40%
要介護認定率 19.8%
第8期介護保険料 6,100円

令和3年12月31日現在



小松島市観光PR
マスコットキャラクター
「こまポン」



427

応募動機 現状

通所・訪問 サービスB

- ・これから実施予定
- ・参考事例が知りたい

地域ケア 会議

- ・事例発表してくれる人が少ない
- ・ケア推進会議の意見交換が活発でない

生活支援 体制整備

- ・地域課題が分からず、資源に繋がらない
- ・地域資源の開発・発掘が進まない
- ・拠点を整備したが活用できていない

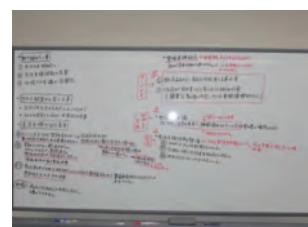
428

1回目支援

オンライン開催に…



- ・小松島市の現状と課題を説明
- ・田中室長補佐の講話
- ・意見交換



意見交換等から



話し合いの場が
少なかった…

通所・訪問サービスB…事例紹介してもらえた
地域ケア会議…委員への事前説明が必要、先進地の紹介

生活支援体制整備事
業をメインで支援しても
らうことにして



429

1回目支援後～2回目支援まで

①月1回 定例会を開催することに



拠点活用について構想や課題整理
情報共有、今後の活動方針など

市・社協・包括
第1層SC 参加

1層・2層SCと社協の定例会に参加 → 2層の活動状況がわかった

②拠点での活動

お試し開催をしてみた



参加者からは

ただ話をしに来るのもいいな

デイに行っているから昼からや土日開催がいいな

もっと開催して欲しい



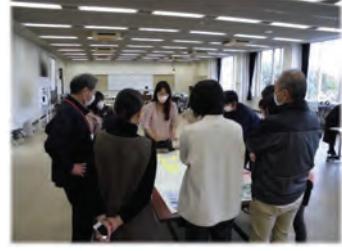
430

2回目支援

ついにお会いしました！



- ・小松島市から1回目の支援を受けて説明
- ・田中室長補佐の講話
- ・グループワーク



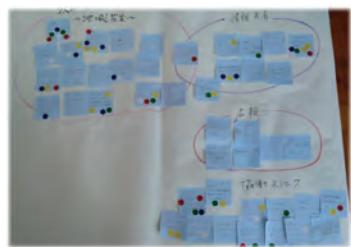
431

2回目支援 グループワーク結果

小松島市の
めざすべき姿



関係者の意識形成
をどう考えるか



高齢者が在宅
暮らすために自
分ならどう取り組
めるか

地域資源をどう生
かす?
どう増やす?

432

2回目支援後～3回目支援まで

できることからはじめよう　まずは現状把握から

① 地域資源の一覧表を作成

いいね!
が多かった

情報収集中
あつたら嬉しい情報はなに?

2層SC主催の大根パーティー



園児からのプレゼント



保健センターとコラボ



433

3回目支援

再びオンライン開催に…



行政



社協

- ・小松島市から2回目の支援を受けて～今後説明
- ・田中室長補佐の講話
- ・グループワーク

住民
(2層SC)

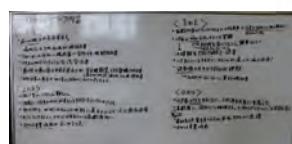
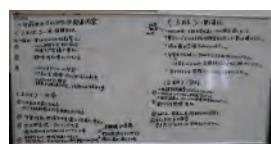
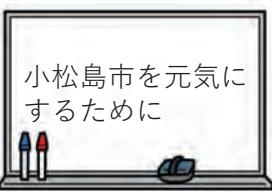


包括



午前：所属別でGW

午後：シャッフルしてGW



434

今後ですが… その1

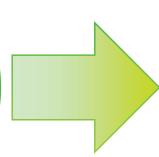
② 住民主体の場を増やす

みんなで考える
参加型にしたい

いきいき百歳体操
高齢者サロン
脳トレクラブ



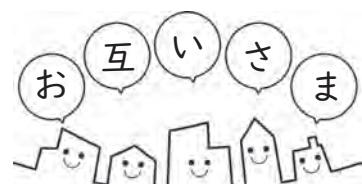
介護予防サポーター
フレイルサポーター
料理・スマホ・防災講座



地域づくり
見守り
支え合い

させられていると感じてしまうかも

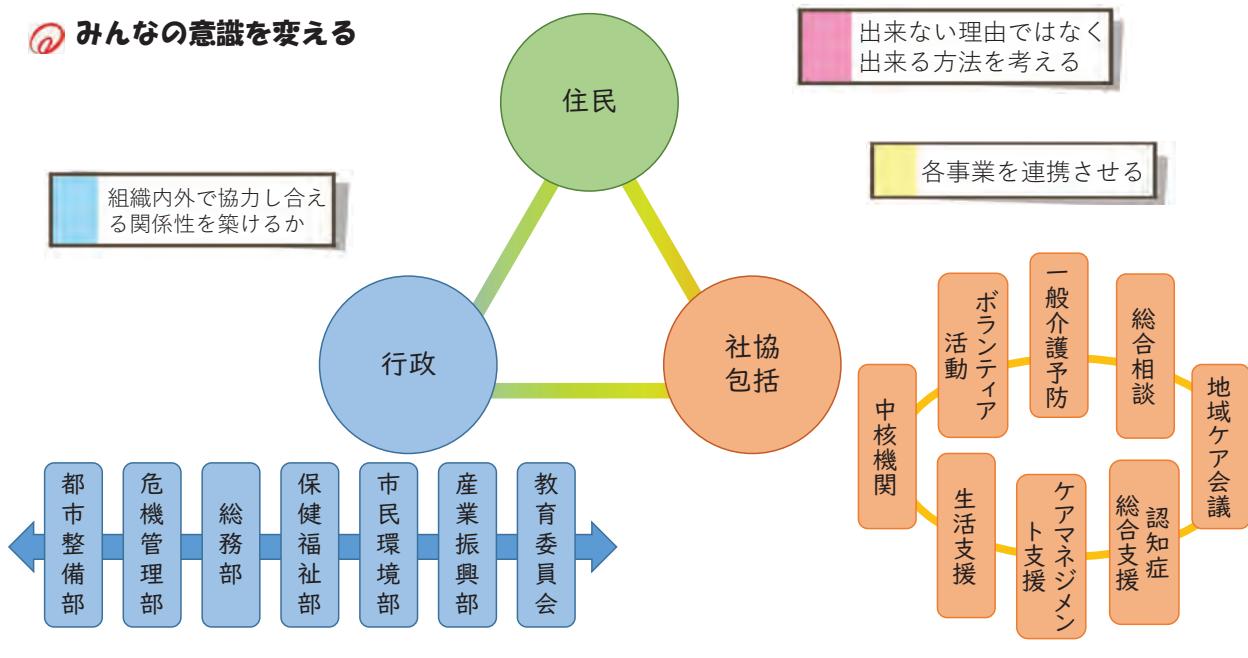
続けられるのか



435

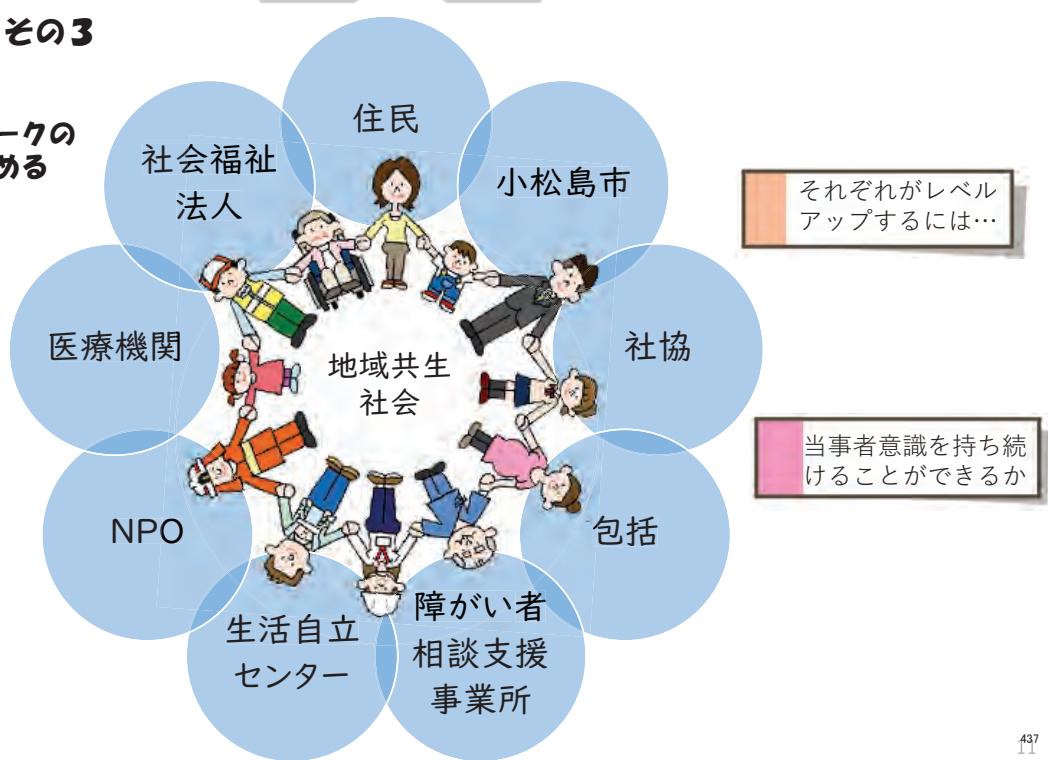
今後ですが… その2

② みんなの意識を変える

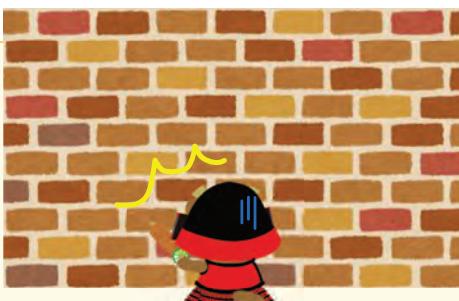


今後ですが… その3

② 連携ネットワークの体制構築を進める



支援を通して気づいたこと



不安はいっぱいあるが、とりあえずやってみる！
壁にぶち当たったうみんなで考える。

438

439

≪徳島県≫

440

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
厚生労働省職員派遣による市町村支援事業を通して

徳島県保健福祉部 長寿いきがい課



参加にあたり心がけたこと

エントリー当初

- ・どんな事業か見えない。
- ・市町村支援は、全体を集めての研修会等が中心
- ・県の役割は何か
- ・どのように進むのか

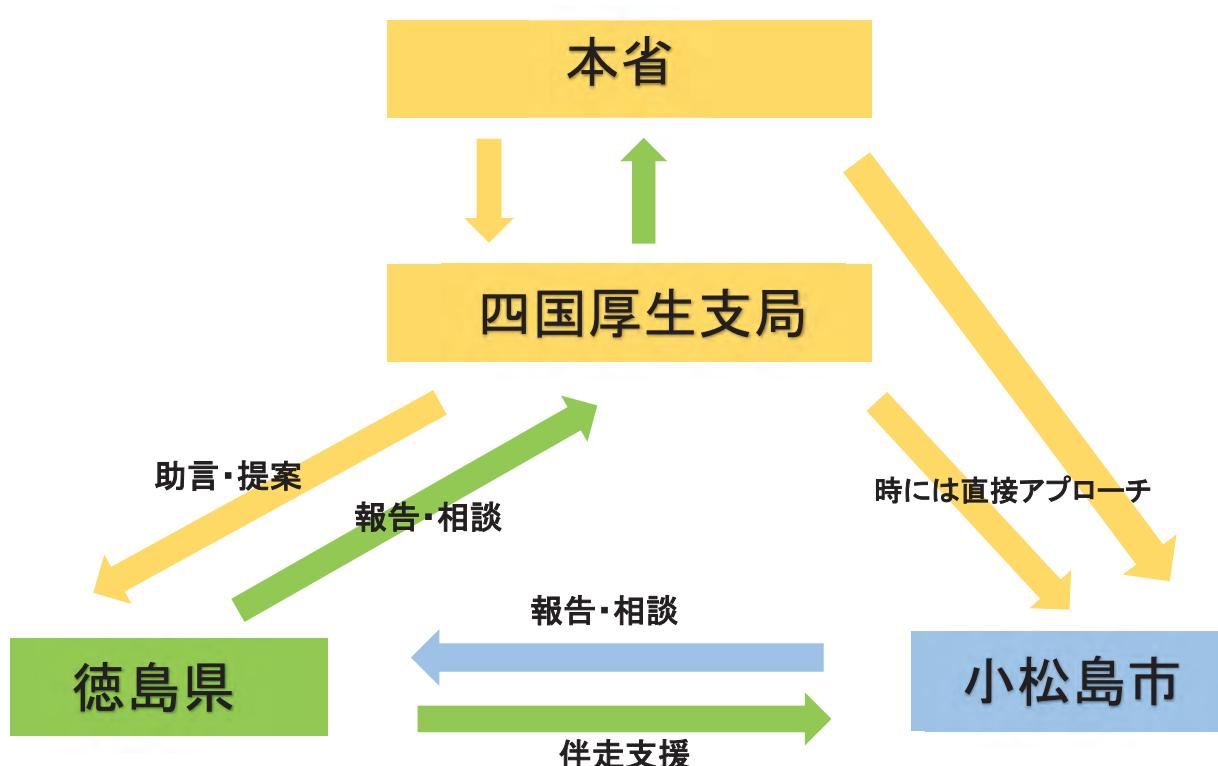
市と一緒に
やってみよう



- ・地域に出向き、参加者皆の声を聴こう
- ・市と一緒に考え、できることをしよう
- ・四国厚生支局・国に進捗状況を報告し、迷ったら、助言をもらおう

442 2

事業実施の支援体制



支援内容により、役割分担やアプローチ方法を検討 3

事業を通して心強かったこと

本省のサポート

- ・ZOOMでの打合せ

3回の支援だけでなく、支援終了後も見据えたアドバイス

それぞれの思いをまとめ、導いていく方法をサポートいただきました

四国厚生支局のサポート

- ・介護保険についての勉強会
- ・ZOOMや現地での打合せ

3回の支援だけでなく、支援と支援の間で、支援内容や取り組むべき方向性等を相談・確認

- ・住民の活動を目で見る大切さ

進むべき方向性が不安になった時サポートいただきました

個別の市町村支援の経験がありませんでしたが、市の思いに沿った支援につながりました



本省・四国厚生支局・県が1チームで実施

444

事業を通して感じたこと

市・社協・包括・住民の皆さん
それぞれ思いはあるが、バラバラ感が…

この事業を通して



- ・市を元氣にするために、関係者・住民皆で、たくさん話し合いの場を持った
- ・同じものを見て、同じことを考えることで、絆が深まった



対話の大切さを再認識

445

事業を通して得た気づき

- ・事業をすること、ありきに考えるのではなく、市を元気にするために、あるべき姿を思い描き、考えることが大切
- ・課題ばかりに目を向けない
- ・強みを見つけて、活かす方法を考える
- ・地域を知るため、地域に出向くことが大切

446 6

今後の市町村支援について

- ・事業することに目を向けがちであるが、あるべき姿から考えるように促す
- ・今回の取組内容について、事例発表等の機会を設け、他市町村へ横展開
- ・他市町村との情報交換等で、好事例を紹介するだけでなく、失敗したこと、上手くいかなかったことを話し合う場の設定
- ・国事業等を活用し、個別の市町村支援に対応できるよう、県職員自身もスキルアップを図る

447 7

ご静聴ありがとうございました



《佐賀県神埼市》

452

皆の力を結集して、総合事業の再構築を図りたい！

佐賀県神埼市

(気付き)

- ・総合事業に関する考え方があいまい
- ・通所Cの構築に向けた丁寧な準備が必要
- ・介護予防ケアマネジメントの研修も必要

初回支援：NPO団体の方など、住民の方も参加しながら意見交換



一般介護予防事業の
風景を皆で見学
自主グループ化ができそうなくらいまとまつ
ているグループ！

まちとして目指すところやありたい姿があいまい
であり、庁内及び関係機関とも共有できていないことを課題として捉えている神埼市！



R2で支援を受けた
福岡県大川市の石山氏も
ピアソーターとして支援に同行
講話や視察対応、電話相談など
身近な相談役として活躍！
職場も近く、今後も継続した関係構
築ができた！

第2回目支援：地域包括・生活支援コーディネータなど主たる関係者と協議



規範的統合が大切！



今後に向け
た打ち合わせ

神埼市に必要な視点が手引き案に欠けていたため、その場で資料を作成し、投影。
窓口対応では、ロールプレイを即興でピアサポートの石山氏と展開し、イメージの共有を図った。

2回目支援後に大川市へ
関係者で視察。
窓口対応マニュアルやア
セスメントシート、実際の
教室場面も見学し、通所
Cのイメージを共有し、残
る課題解決に向けた取組
が加速化！



453

九年庵



神埼そうめん



尾崎人形



介護予防・日常生活支援総合事業の充実のための厚生労働省職員派遣事業を受けて

佐賀県 神埼市



仁比山神社

吉野ヶ里遺跡⁴⁵

人口：31,120人

高齢化率：31.6%

要支援・要介護認定率：18.4%

第8期介護保険料：5,960円

日常生活圏域：3圏域

地域包括支援センター：3カ所

(直営1・委託2)



くねんワン

くねんニャン



応募のきっかけ



総合事業を始めたい（始めなければ！）
…でも何をどうしてよいか分からない



456



厚労省支援に応募してみよう！
総合事業開始へのヒントが見えてくるかも

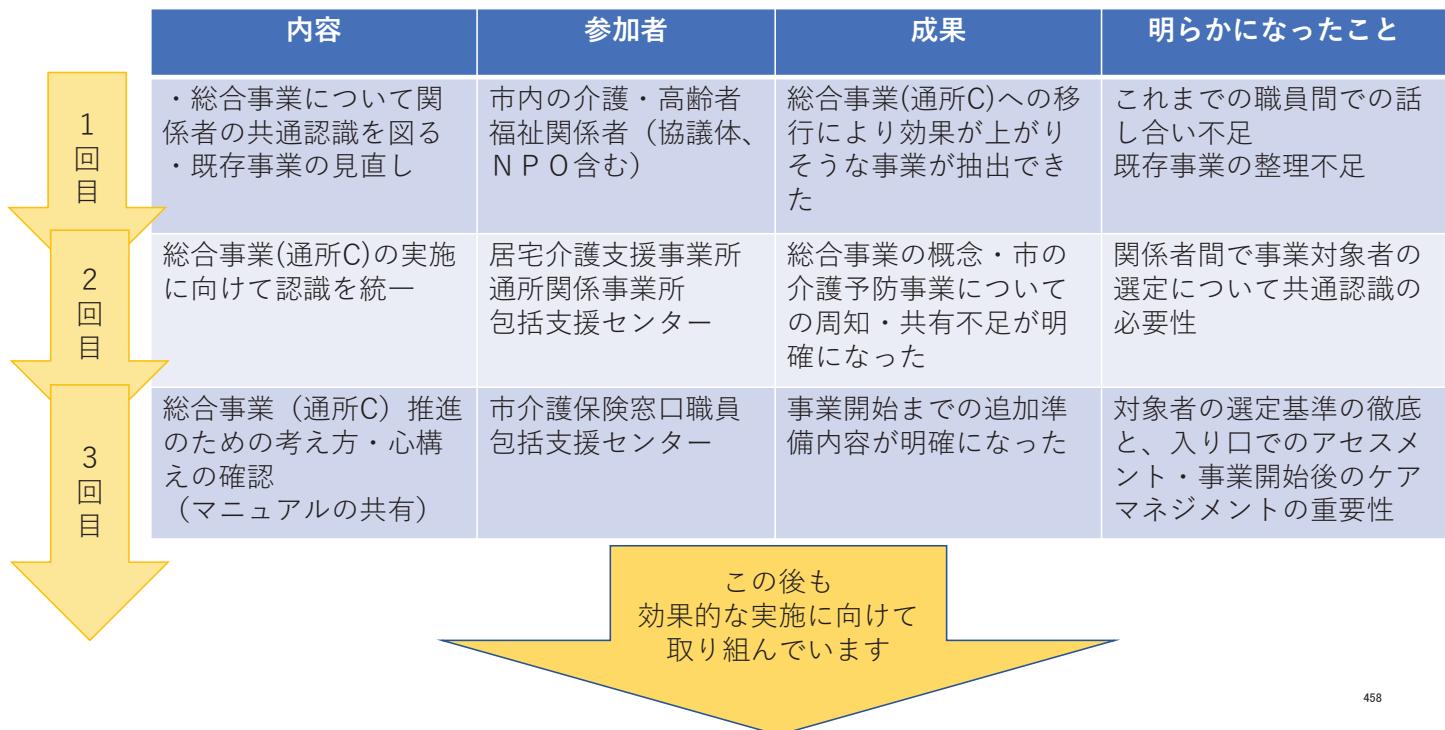


派遣決定！



457

3回の支援内容



458

支援内容

1回目

**目的：関係者の共通認識を図る
既存事業の見直し**

対象：地域の介護予防・高齢者福祉関係団体

**内容：①厚労省講話「総合事業の主旨について」
②出席者より意見や思いを聞く**



459

支援内容
1回目

包括、社協、
N P O、協議体…
初めて一堂に会した！

結果・気づき

みんな一生懸命使命感を持って頑張っている！

けれども、

- ①総合事業について共通認識不足
- ②既存事業の分析不足



460

支援内容
1回目

2回目へ向けての方向性

一般介護予防事業の通所事業



総合事業＝短期集中型通所介護（通所C）へ
レベルアップ！



461

通所C…。
対象者が上がってこない、
効果的な運営が難しいとの
ウワサを聞くけど…。

思い切ってやってみよう！！



462

支援内容

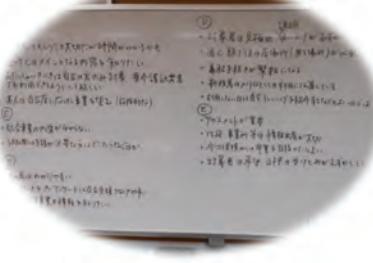
2回目

目的：総合事業（通所C）について関係者間の認識・意思統一

対象：各包括支援センター、居宅介護支援事業所、通所関係事業所

内容：①厚労省の講義「総合事業・ケアマネジメントの基本的考え方」
…関係者間の意思統一に向け働きかけ

②総合事業（通所C）の開始について意見交換



多くの方が
集まってくださいました→

←たくさん
意見をいただきました



463

支援内容
2回目

結果・気づき

温度差！ 市の突っ走り感！



総合事業についての
認識統一が必要！

464

支援内容
3回目

目的：総合事業（通所C）推進のための考え方・心構えの確認

対象：市介護保険窓口職員、地域包括支援センター職員（直営＋委託）

内容：①「総合事業窓口マニュアル」の確認
②相談対応ロールプレイ
③厚労省講義「総合事業推進にあたっての心構え」



←ロールプレイでは実演
を交えながらアドバイ
スいただきました



465

結果・気づき

支援内容

3回目

このマニュアルや方法で対象者を絞り込めるのか？？



もっと徹底した認識統一が必要！
どの職員が対応しても同じ結果になるような
マニュアルを！



466

支援内容

3回目

本人の望む生活の実現



↑
意識の統一



相談の入り口で
関わる職員



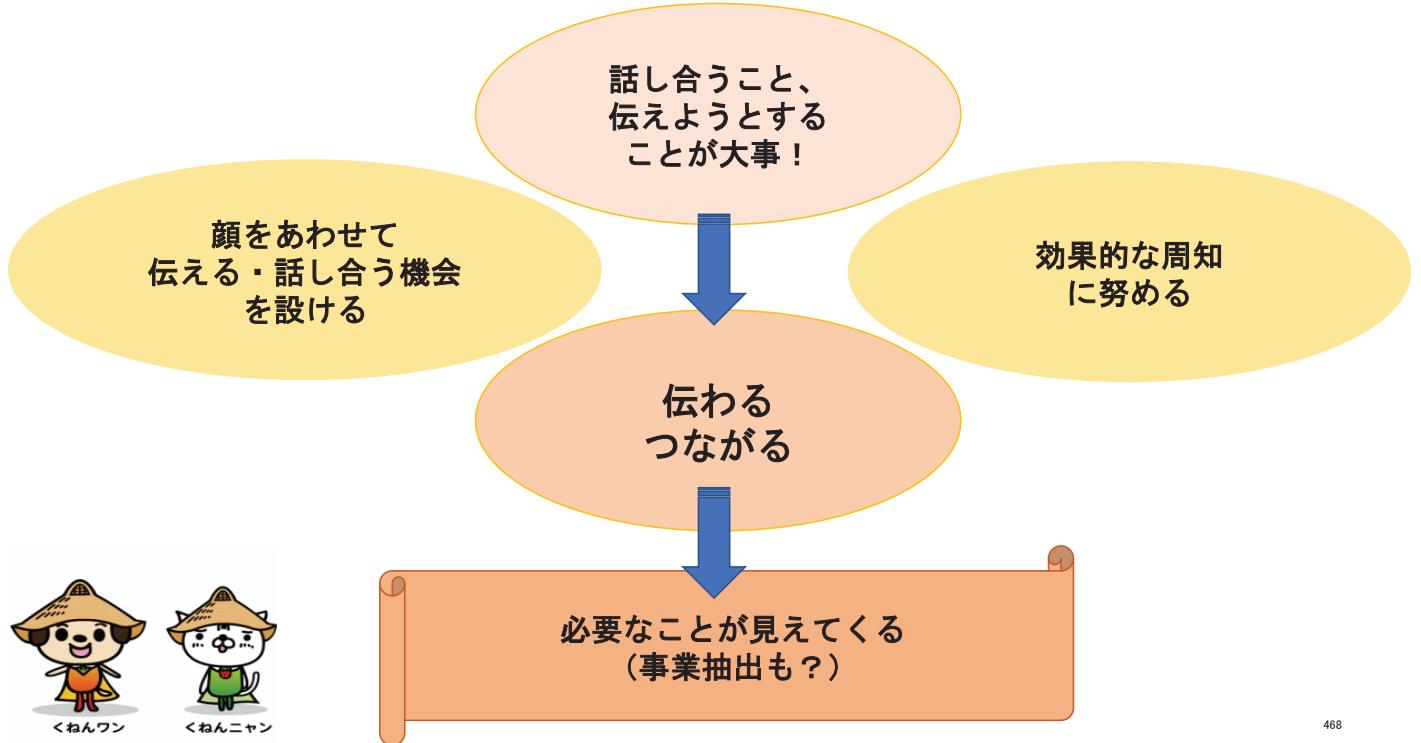
本人・家族



ケアマネ・
委託先リハ職

467

支援全体を通しての気づき



468

話し合うこと、
伝えようとする
ことが大事！



総合事業の勉強会をしました

⇒ 意見をもらうこと、聞いてもらうことで
目指すべきことや課題が見えた！

469

伝わる
つながる



総合事業の勉強会をしました

行動も変化！

○ケアマネさんたちが介護予防事業を見に来てくれた！
使ってくれた！

○ケアプランの様式を改めてまじまじと見た！
相談窓口の重要性に気づいた！

470

支援全体を通しての気づき

話し合うこと、
伝えようとする
ことが大事！

基本的なことを
大切に

伝わる
つながる

総合事業を始めた
(始めなければ！)

必要なことが見えてくる
(事業抽出も？)



471

今後の展開

①効果的な実施…マニュアルの補足

開始後のケアマネジメントの適正化

②周知（居宅介護支援事業所、医師会、市民ほか）

…説明会、パンフレット、紹介動画作成

③新たな事業の検討…既存事業の整理

他部署・地域団体等全体を見渡す



472

厚労省支援のここがありがたかったです…

導き

幅広く、深く、根拠ある最新の知識や考え方をもっての導きにより、関係者の理解・納得度がアップ
(押し付けでなく提案の形で導いていただきました)

つなぎ

様々な立場や、一見バラバラな意見・思いの中から、つながり合える点を見出し、つなぎ・組み合わせのヒントを提示

気づき

私たちが気づいていなかったことも実は強みとして活かせる、などの前向きな気づきができるような手助け
例) 市が関係団体に声をかけるとたくさん集まってくれる、話を聞いてくれるのは、地域のつながりが強い証拠。今後の体制づくりの強みになり得る！



厚労省田中室長補佐

473

健やかに安心して暮らせる
幸せまちづくり

(第6次神埼市高齢者保健福祉計画)



今回の学びを活かして、これからも頑張ります！



474

475

《佐賀県》

476

■介護予防・日常生活支援総合事業のための厚生労働省職員派遣事業による支援事業【佐賀県】

本県市町及び県の現状と課題

- 市町において、各地域に応じた総合事業を実施したいが、どのように実施したらよいか、何からはじめたらよいかわからない。
- 県としても、市町支援をしたいが、これまで研修が中心で、個別市町と課題解決に取り組んだことはなかった。また、各市町の状況も十分に把握できていない。

→ 今回の支援を通じて市町支援の方法を学べることを期待し、神埼市への支援に参加

支援での気づき

- 介護予防事業者、地域包括支援センターや社会資源を持っている関係者等が一堂に会して、自分たちの強みや地域の特性を話しあう機会を設けることが大事。
- 様々な意見をポジティブな方向に向かわせるファシリテーターの重要性。
- 事業を始めるにあたって、どのような方にどのような事業を行うか、事前のスクリーニングが重要。
- 事業の終了後のイメージも参加者と共有することも重要。

今後の支援

- 今回の神埼市への支援は、検討プロセスや総合事業の利用の手引きなど市町の参考となることが多い。
- 今回の支援内容を事例発表や市町訪問時などにより横展開を図る。
→R4.2.15 県地域包括ケア推進会議で事例報告
- 今回の派遣事業の取り組みを参考に県としての支援方法を検討。⁴⁷⁷

《鹿児島県日置市》

480

地域課題の解決に向け、庁内連携推進会議への旗揚げ！ win-winが鍵となる！

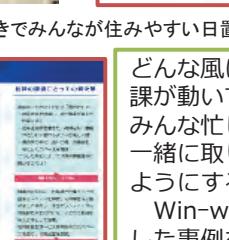
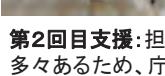
鹿児島県日置市



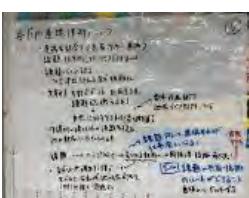
初回支援: 日置市長も意見交換会に参加



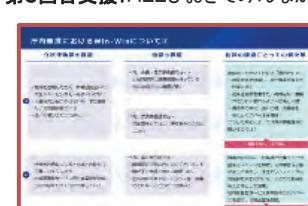
地域ケア個別会議を大切にしてきた結果、
地域課題が複数まとまってきたが次への展開に悩む
日置市担当課&地域包括支援センター等



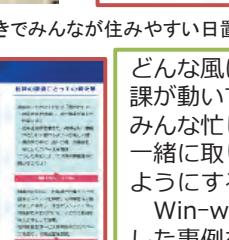
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



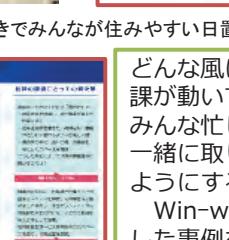
午後からは今後の進め方を検討
市長や3役、管理職が
集つた研修では多くの
気付きが生まれました！



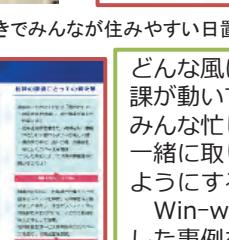
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



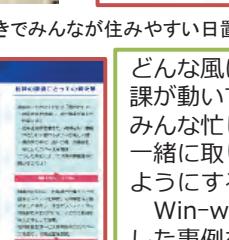
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



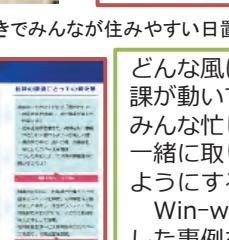
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



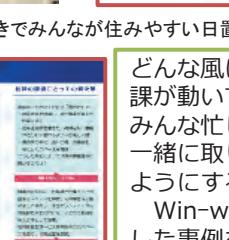
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



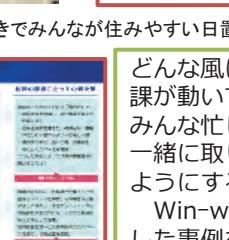
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



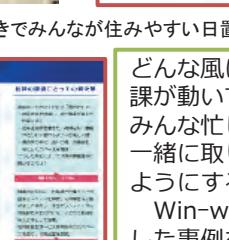
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



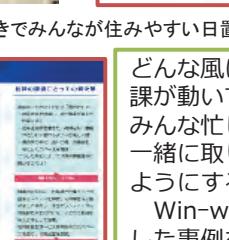
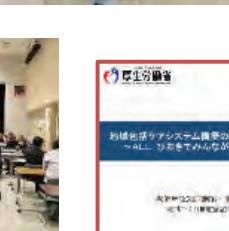
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



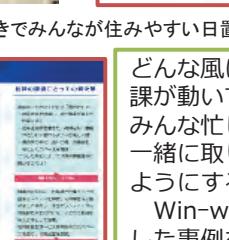
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



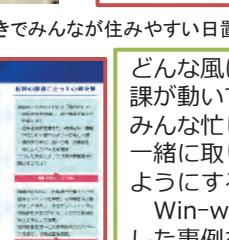
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



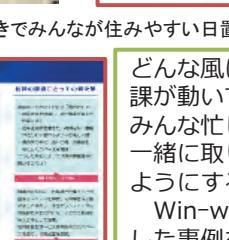
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



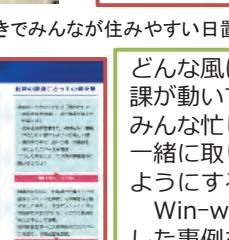
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



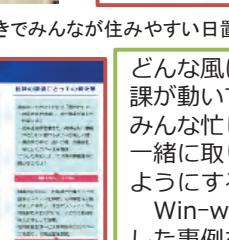
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



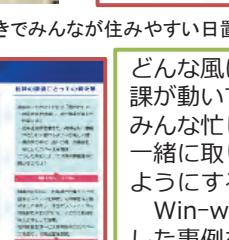
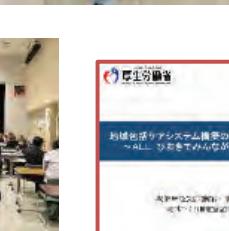
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



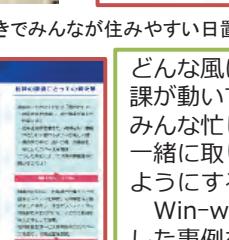
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



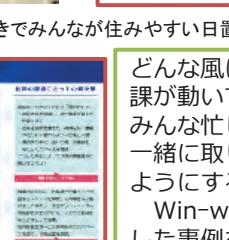
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



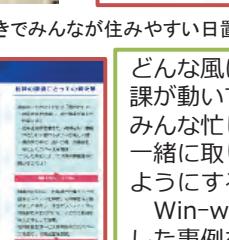
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



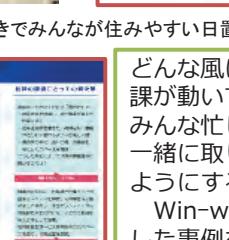
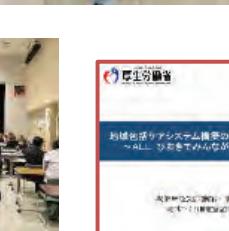
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



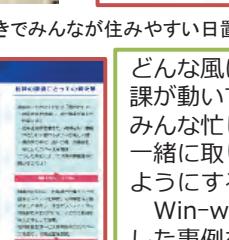
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



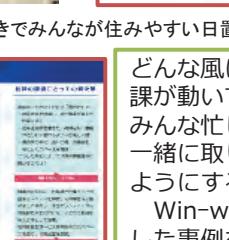
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



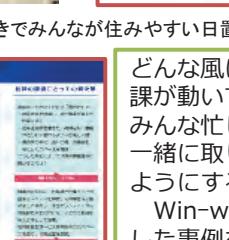
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



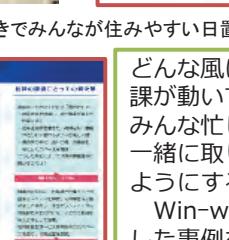
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



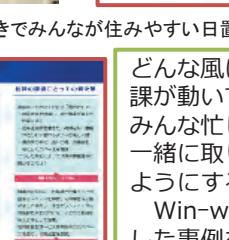
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



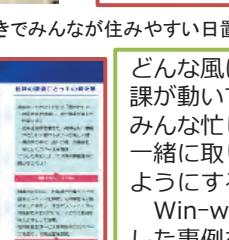
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



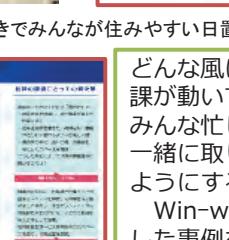
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



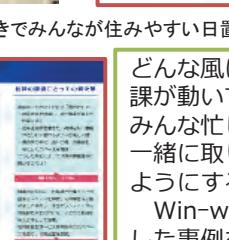
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



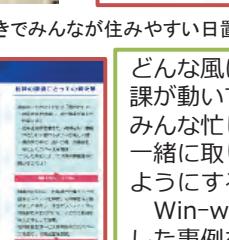
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



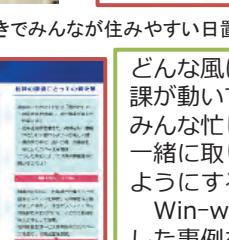
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



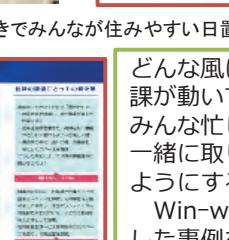
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



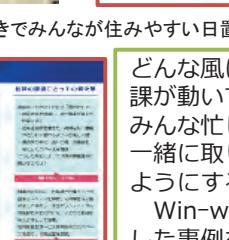
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



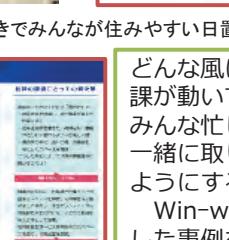
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



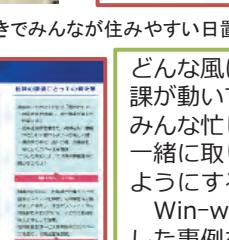
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



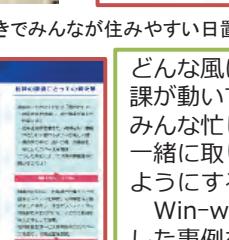
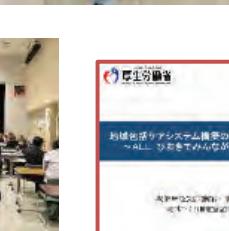
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



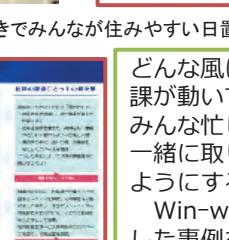
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



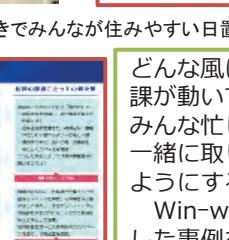
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



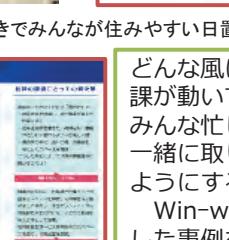
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



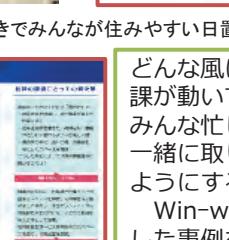
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



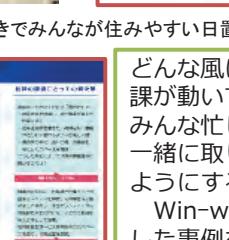
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



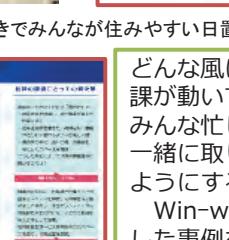
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



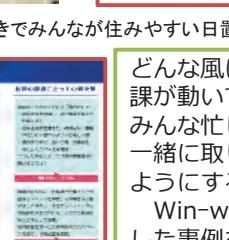
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



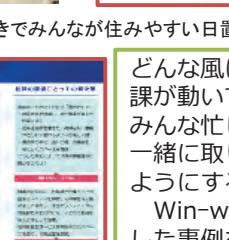
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



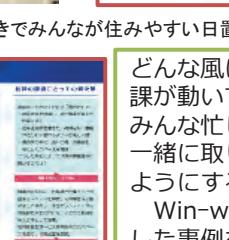
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



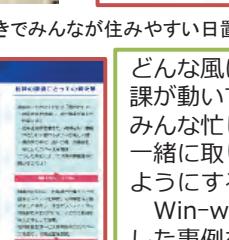
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



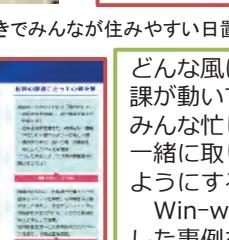
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



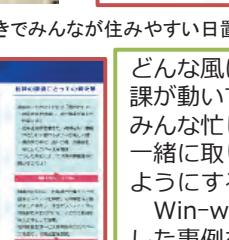
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



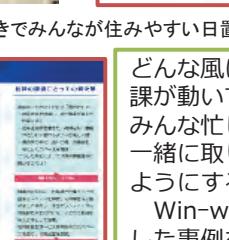
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



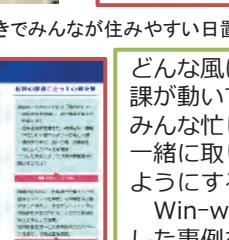
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



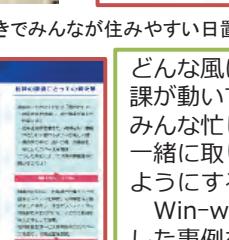
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



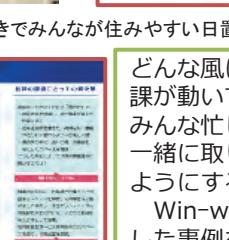
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



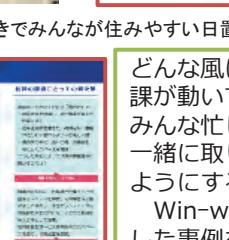
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



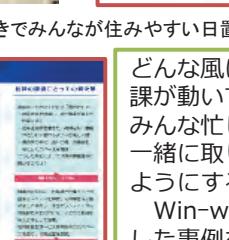
講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



講話の後は、意見交換 たくさんの意見が出てきました！



ALLひおきでみんなが住みやすいまちへ

～伴走型個別支援報告～

令和4年3月9日
鹿児島県日置市
介護保険課 湯地直子
482

日置市の概要



日置市イメージ
キャラクター
「ひお吉くん」

(令和4年2月)

人口：約47,379人

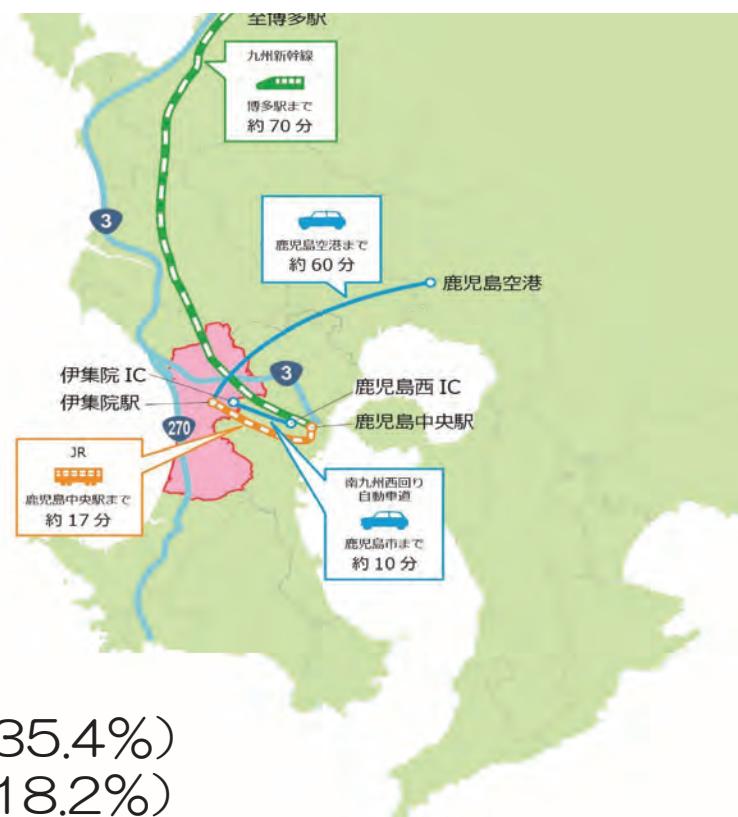
65歳以上：16,767人 (35.4%)

75歳以上： 8,622人 (18.2%)

要介護（支援）認定率：17.0%

日常生活圏域：4地域

地域包括支援センター：直営1か所



日置市ってこんなとこ



◆シニア世代が暮らしやすい田舎部門

(宝島社発行田舎暮らしの本2019) 南九州エリア第2位
全国第9位



古民家で癒され
趣味活動も…



【日置市総合計画】

将来都市像

「住んでよし 訪ねてよし
ふれあいあふれるまち ひおき」

【日置市介護保険計画】

基本理念

「笑顔とやさしさ ぬくもりに満ちたまちづくり」

基本目標

- 1 いきいきと心豊かに暮らせるまちづくり
- 2 いつまでも安心して暮らせるまちづくり
- 3 支え合って暮らせるまちづくり

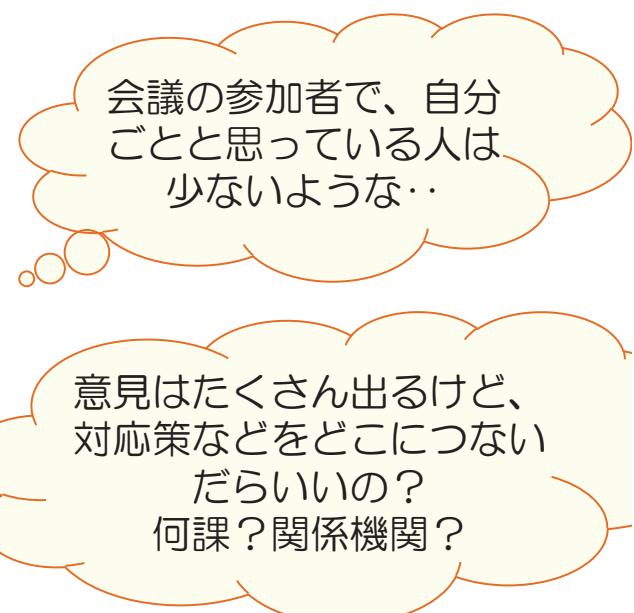
地域ケア個別会議 ※自立支援型で実施

対象事例	①総合事業対象者、要支援1・2 ②要介護1・2 ③厚生労働省が定める回数以上の訪問介護を位置付けている事例
検討員 (専門職)	薬剤師、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、生活支援コーディネーター、主任介護支援専門員
開催回数	月1回
検討事例数	1回あたり4事例

486

地域ケア推進会議

	地域ケア推進会議のテーマ
H27年度	認知症について
H28年度	認知症について
H29年度	移動手段について
H30年度	移動手段について
R元年度	交流について考える
R2年度	食について



毎年、地域課題を抽出し、テーマを決めて検討しているが、資源開発、政策形成まではつながらない…

487

伴走型個別支援へエントリー！

- ①地域ケア個別会議で様々な地域課題があがってくるが、課題の抽出方法や捉え方について知りたい。
- ②地域ケア個別会議等から出された地域課題をどのように他の地域支援事業に連動させたらいいか知りたい。
- ③介護保険課だけでは解決できない地域課題をどのように他の部局や関係機関、政策形成に繋げたらいいか知りたい。

488

伴走型個別支援1回目 R3.10.6

参加者：厚生労働省室長補佐、県高齢者生き生き推進課、鹿児島地域振興局、県社会福祉協議会
市介護保険課、市社会福祉協議会 ※厚生労働省介護予防推進員、九州厚生局、
日本能率協会総合研究所はオンライン参加（計25人）

【ねらい】

☆現状と課題を共有する

☆地域課題の捉え方や抽出方法、地域ケア推進会議の効果的な運営方法について検討・共有する



【内容】

- 1 日置市の現状と課題報告
- 2 (1)現状と課題の確認・共有
(2)取り組むべき課題の整理
(3)課題に対する検討
- 3 講話「効果的な地域ケア推進会議の運営と
地域支援事業の連動性」
講師 田中室長補佐
- 4 次回に向けて取り組むこと等の確認



489

伴走型個別支援1回目 【気づいたこと・深めたこと】

- ① 地域ケア会議を単年度でまとめようとしていたが、短期・中期・長期的に考え計画することが大事。（地域包括ケアの体制づくりも、短期・中期・長期の目標、計画をつくり、進めていくことが必要 ※ロードマップの作成）
- ② 地域包括ケアの核となる地域ケア会議の意義や内容について、包括内で共有することが大事。
- ③ 総合相談、認知症施策等で把握された課題も地域ケア会議と同じように整理し、自分達で解決できることと地域ケア推進会議に繋げること、庁内連携が必要なことに分けて整理することが大事。
- ④ 地域ケア個別会議で抽出された課題を全て自分達で解決することが難しいのは当たり前であり、だからこそ庁内連携が必要。
- ⑤ 市民への地域包括ケアに関する普及啓発を更に進めることが大事。

490

伴走型個別支援2回目までに取り組んだこと

- ① 包括内で地域ケア会議の意義や現状を共有
※今後、コアメンバーで話し合いを行い、総合相談や認知症施策等からの課題を整理する予定
- ② 地域ケア個別会議において、地域課題の聞き方を変更
- ③ 伴走型支援1回目内容を市長に復命
- ④ 伴走型支援2・3回目に向けた準備・話し合い
⇒庁内連携に向け、3回目（1月）に他課の職員を対象に研修会を実施しよう！
*対象：全庁各部課（局）の課長、課長補佐、係長等
*各課局への案内通知とチラシ（案）を作成

491

伴走型個別支援2回目

R3.12.3

参加者：厚生労働省室長補佐、厚生労働省介護予防推進員、九州厚生局、日本能率協会総合研究所、県高齢者生き生き推進課、鹿児島地域振興局、県社会福祉協議会
市介護保険課、市社会福祉協議会（計31人）

【ねらい】

- ☆府内連携における課題を共有する
- ☆府内連携を円滑に進めるための戦略を練る



【内容】

1 支援1回目の振り返り

2 グループワークⅠ

　　府内連携における課題を共有しよう

3 講話「府内連携を円滑に進めるための他課との調整について」

　～奈良県生駒市での取組を通して～

　　講話 田中室長補佐

4 グループワークⅡ

　　府内連携を円滑に進めるための関係課へのプレゼン方法を検討

5 支援3回目に向けての検討、作戦会議

492

グループワークⅠ 「府内連携における課題を共有しよう」

グループワークⅠ
テーマ: 府内連携における課題を共有しよう ～これまでの状況等を振り返ってみよう～

シート1
(5) G

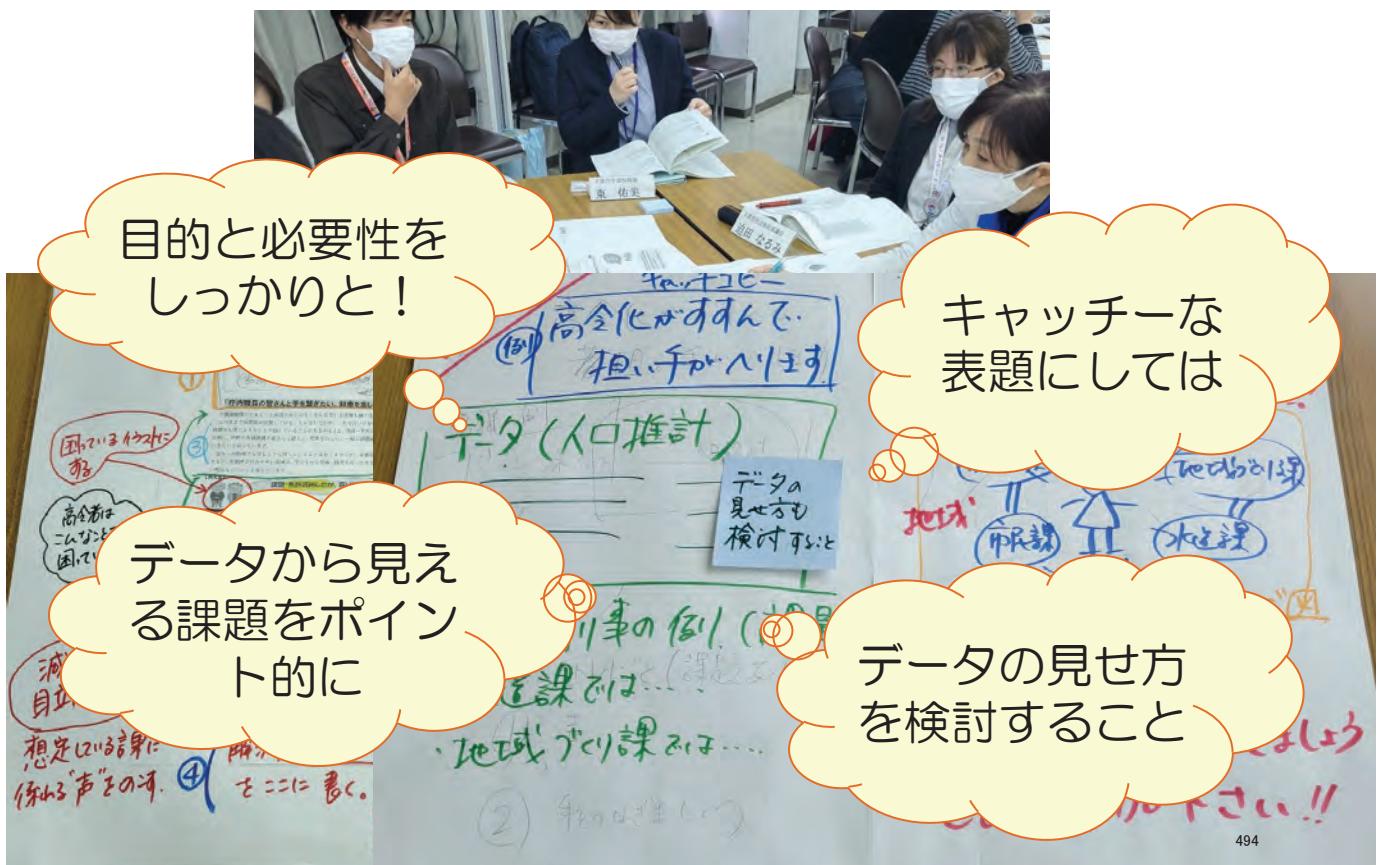
グループワークⅠ①キーフード

- ・長期的なイメージ見えたな..
- ・連携できるフローチート
- ・顔を見て話す
- ・人間(信頼)関係
- ・世代間の言語識(ギャップ)
- ・「なぜできないか」理由聞く
- ・他係・部署の施策を惜しまずなく教えるもられる柔軟性
- ・相手の名前・顔・業界知る
- ・既存事業の連携はOK
- ・改善策もセットで
- ・誰がどこにどうして相談場の設定・関係性足を運ぶ姿勢
- ・「一緒に考えましょう」の姿勢
- ・長中期的なフロー
- ・手と解決できる体制
- ・理解してもらえる手段見えて化

493

グループワークⅡ

「庁内連携を円滑に進めるための関係課へのプレゼン方法を検討」



作成したチラシ

ALLひおき でみんなが住みやすい日置市へ

介護担当者の方々ができることは限られている・・・そんな思いを何度も繰り返しています。各課課員のみなさんと一緒に課題解決の方法を探っていきたいと思っています。この研修会をきっかけに、地域の高齢者の困りごと~

市長のマニフェストに使われている言葉

「手と手を繋ぎませんか?」という内容

高齢者の声を相手(関係課)目線で掲載

健康実態調査の内容や将来推計等を掲載

3回目支援(研修)の案内文書と一緒に直接手渡し

支援に関するご質問	回答数	割合
食事支援など)	83	11.8%
外出の支援体制など)	83	11.8%
地域の高齢者の困りごと~	119	16.9%
介護保険制度など)	34	4.8%
高齢者の虐待への対応	91	12.9%
高齢者の虐待への対応	24	3.4%
高齢者の虐待への対応	150	21.2%
高齢者の虐待への対応	343	48.6%

(n=706) 複数回答

年齢層	2021年	2040年
総人口	47,296人	38,001人
65歳以上	8,078人	5,397人
75歳以上	8,553人	10,271人
独立高齢者数	2015年 3,249人	約3,800人
認知症高齢者数	約2,900人	
要介護認定者数	2,863人	
介護給付費	約51億円	

役所としてどこまで対応すればいいのか他の課と一緒に考えたらいいい案

伴走型個別支援3回目までに取り組んだこと

- ①全部課（局）等へ支援3回目（研修会）の案内
※各課（局）1～3名、課長・補佐・係長等を対象
- ②伴走型支援3回目、庁内連携に向けた準備・話し合い
⇒各課へのアンケート（案）作成
　　庁内連携の体制図（案）作成
　　ロードマップ（案）作成
- ③市長・副市長・部長に、支援2回目の復命。
　　3回目の内容やその後の庁内連携の体制、進め方に
　　ついて相談。

496

伴走型個別支援3回目 R4.1.14

【ねらい】

- ☆地域包括ケアシステム構築のための庁内連携の必要性を庁内全部局と共有する
- ☆今後の庁内連携を円滑に進めるための戦略を練る

【内容】

(AM) 日置市庁内連携に係る研修会

参加者：市長、副市長、教育長、各部長、各課（局）長、補佐、係長等
　　計63名 + 介護保険課 田中室長補佐以外の県外の方はオンライン



- 1 伴走型個別支援の経過説明
- 2 講話「地域包括ケアシステム構築のための庁内連携について」
　～ALLひおきでみんなが住みやすい日置市へ～
　　講師 田中室長補佐
- 3 意見交換 講話の感想、他の課と繋がったらうまくいきそうなこと など

(PM) 庁内連携に向けた作戦会議

- 4 (1)意見交換会で出された意見の確認
- (2)各課へのアンケート内容検討
- (3)庁内連携会議（※仮称）の体制や進め方の検討 など

497

意見交換で出された意見

〈意見〉

- ・**府内連携の大切さ、必要性を感じた**
- ・課題や取組を共有する場、話し合う場、学ぶ場が必要
- ・高齢化は全課における共有の課題
- ・健康づくりが大事
- ・出来ていることもある
- ・業務負担が心配
- ・若い世代をどう取り込むかも大事 など

〈課題・提案等〉

- ・高齢者を学校に招き、子ども達と交流してもらう、部活動の指導に関わってもらう等の取組が出来たらいい
- ・免許返納後の支援、買い物等を連携して取り組めたら
- ・地区公民館制度など、今ある仕組みを活かして効果的な組織体制の在り方を検討したい など

⇒※ R4.2.1 部課長会で報告しました。

伴走型個別支援で学んだこと

- ♡地域包括ケアの推進には、**目線合わせが要の一つ**
- ♡地域包括ケアシステムの構築に向けて、各事業等ごとに**短期・中期・長期の目標・計画**をつくり、進めていくことが必要
- ♡府内連携を進めるにあたり、**明確な「Will」** や**各課同士の「Win - Win」**になることを伝え、連携を進めること
- ♡府内連携を進めるにあたり、地域課題を整理し、**「優先度」**が高く、「しやすい」ことから取組みはじめると進みやすい
- ♡地域課題を共有するにあたり、「データ」と合わせて「具体的な困りごとのエピソード」を伝える
- ♡事業等を進めるにあたり、**上位計画や市長のマニフェスト等**を意識する
- ♡全庁的な取組や体制づくりについては、**市長、副市長、部長等幹部に理解をしてもらい、考えを聞きながら進める**

伴走型個別支援3回目以降～今後に向けて

〈地域支援事業の連動〉

- ①包括支援センター内・介護保険課内で課題共有、連動した取組の検討・実施 ※包括内でコアメンバー検討会を実施
- ②ミーティングを活用して、事業や課題の共有、繋げられそうなことを協議
- ③地域支援事業に係るロードマップを作成

〈府内連携〉

- ①全部課（局）を対象とした「市民の高齢化に伴う課題に関するアンケート」を作成し依頼 ※済
 - ②アンケートのまとめ、報告
 - ③府内連携会議に関する要領等の作成
 - ④府内連携体制図、ロードマップの作成
- ※アンケートを整理し、府内連携会議で協議する内容や方法を検討。
令和4年度始めに

「ALLひおきで市民の暮らしを考える府内連携会議（仮称）」
を設置予定。

500

伴走型個別支援を終えて…

♡三役、部課長等への研修会を行うことで、府内連携に向けての大きな一歩を踏み出すことができた！
今後、まずは自分達が中心となり、府内連携を進めていくことになるが、アンケートの意見をもとに、他課の職員と手と手を取り合いながら進めていきたい。

♡地域ケア会議を核とした地域支援事業の連動がうまくいくよう、介護保険課内や包括内の連携を更に進めていきたい。

伴走型支援は終わったけど、これからが始まり…
無理なく、出来ることから一步ずつ！！

501

職員が手と手を取り合い
市民みんなが住みやすいまちづくりを
一歩ずつ進めていけたら…



ご清聴ありがとうございました♪

502

503

《鹿児島県長島町》

504

実態把握が要～関係者総動員して集落の実態把握を実施～

鹿児島県長島町

長島町 55集落の実態を把握！

優先して介入すべき地域の選定 庁内外・民間企業も参加して議論

コロナ禍で住民の活動が見えなくなっていた！

初回支援：事業を増やすことが目的となっていたことへの気付き



誰のため?
何のため?



第2回目支援①:全ての集落を実態把握

鹿児島県や県社協など、多くの支援者の力を借りて展開！

第2回目支援②:優先して取り組むエリアの選定(府内外の連携促進)



55集落の分析：グループワーク
優先して取り組むべき集落の選定とその理由を明確にする！
まとめた意見に「いいね！」
シールを貼っていく

(気付き)

- ・通いの場の概念が変わった！
- ・府内の連携が進んだ
- ・若手保健師がたくましく育った！
- ・データを活用することの重要性を再認識
- ・チーム力が高まった！



評価について
【値】
●包括ケアに関する規範的統合に関する取組
●包括ケア・既存事業に関する中長期的ビジョン

3. アウトカム指標
●包括ケアに関する規範的統合に関する取組
○介護予防・日常生活支援事業の実施(組織的評価)
△介護予防・日常生活支援事業の実施(個別的評価)
△介護予防・日常生活支援事業の実施(標準化評価)
●包括ケア・アーティスト(健康運動指導員)に関する取組
○包括ケア・アーティスト(健康運動指導員)に関する取組
△包括ケア・アーティスト(健康運動指導員)に関する取組
●介護予防・日常生活支援事業の実施
○介護予防・日常生活支援事業の実施(組織的評価)
△介護予防・日常生活支援事業の実施(個別的評価)
●介護予防・日常生活支援事業の実施(標準化評価)
●包括立体的・立体的介護支援の実施
○包括立体的・立体的介護支援の実施(組織的評価)
△包括立体的・立体的介護支援の実施(個別的評価)



地域の力を信じる！

実態把握の大切さ！

505



令和3年度

厚生労働省職員派遣市町村支援事業 かごしま介護予防市町村支援事業・保険者機能強化支援事業 伴走型個別支援



鹿児島県
長島町 介護環境課

鹿児島県 長島町の紹介



★鹿児島県最北端

★養殖ブリ出荷量日本一

★赤土ばれいしょ、さつまいも、
柑橘類と逸品ぞろい

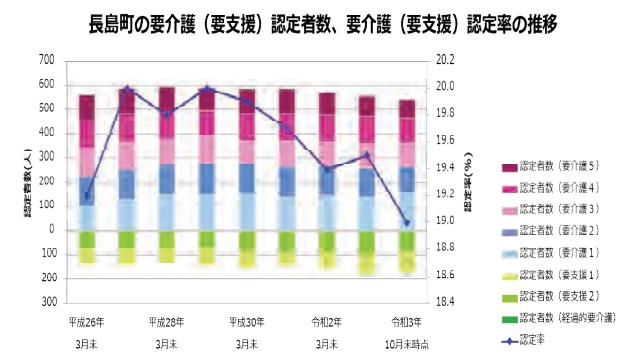
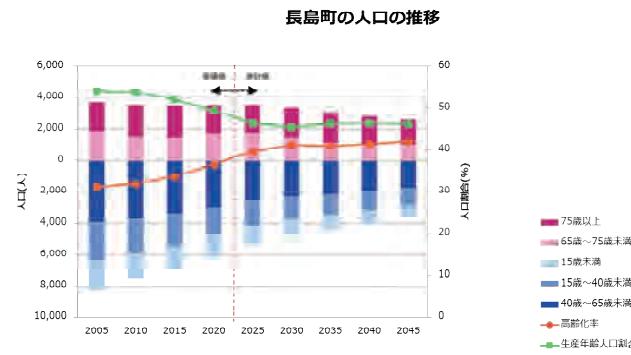
★花いっぱいの町



長島町の人口

令和3年4月1日時点

人口	10,091人	男4,910人 女5,181人
高齢者数	3,738人	高齢化率 37.0%
75歳以上	1,982人	85歳以上 856人



3

508

伴走型支援に手を挙げた経緯

- 「保険者機能強化に資する市町村支援」に関する意向調査から

「保険者機能強化に資する市町村支援」に関する意向調査票

市町村名	長島町	課・係名	介護障害・地域包括課
担当者名	[REDACTED]	連絡先	0986-46-1153

※希望多数の場合は、支援の優先度を検討し決定します。

※回答やヒアリングの内容等によって、支援内容の変更・調整を提案させていただく場合があります。
(例: 伴走型個別支援を希望したが、アドバイザーパートナーシップにより支援を行う等)

1. 支援の希望について

※各事業の支援内容については、実施要領等を御確認ください。

希望する事業の種別等について回答してください。

① 介護保険者支援アドバイザーパートナーシップによる支援を希望する

② 伴走型個別支援(保険者機能強化支援事業・かごしま介護予防市町村支援事業)による支援を希望する

③ 希望する(①②どちらの事業でも構わない)

④ 希望しない

2. 支援を受けることにより取り組みたいこと等について教えてください。

※支援市町村については、取り組みたいことや要因を踏まえて決定する予定です。

過去の取り組みを通じて、1.既存のグループの評価や継続支援について、2.新規グループの立ち上げ実績について、3.数値目標の設定方法等について課題を感じているところです。より結びの方向性や課題を明らかにするため助言していただけます。また、業務の整理を行い、長島町の地域包括ケアシステムの姿を「見える化」することができると、効率的に様々な事業を実施していくのではないかと考えています。

通いの場づくりを進めている中で、
①既存のグループの評価や継続支援について
②新規グループの立ち上げ支援について
③数値目標の設定方法について
課題と感じており、取り組みの方向性や課題を明確にするため、業務整理や見える化を行いたい。そのための助言を受けたい。

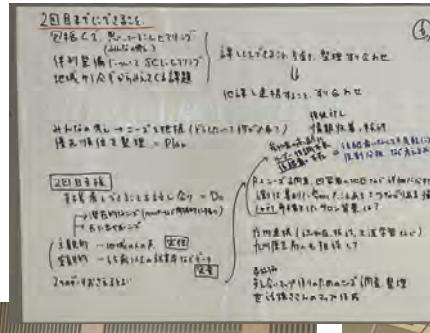
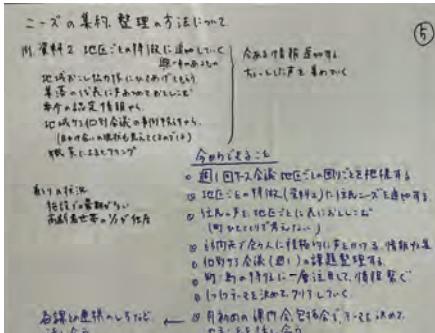
4

509

伴走型支援1回目

令和3年10月7日(木) 10:30~16:00

- 長島町の現状分析を通した課題の整理
- 講話「介護予防・日常生活支援総合事業における市町村の在り方
～住民主体のきっかけづくり～」



参加者 計18名

介護環境課 5名

厚労省 1名

県庁 5名 振興局2名

県社協 1名

オンライン 4名

(厚労省、厚生局、事務局)



510

伴走型支援1回目まとめ

1 地域のニーズを把握することから

・同じプログラムを町内全域に広める必要はなく、地域のニーズに合った取組を支援していく。まずその地区に通いの場のニーズはあるのか、地区にはどのような特徴があるのか、などの実態把握。

通いの場は体操だけでなくOK！

2 関係部署との連携強化

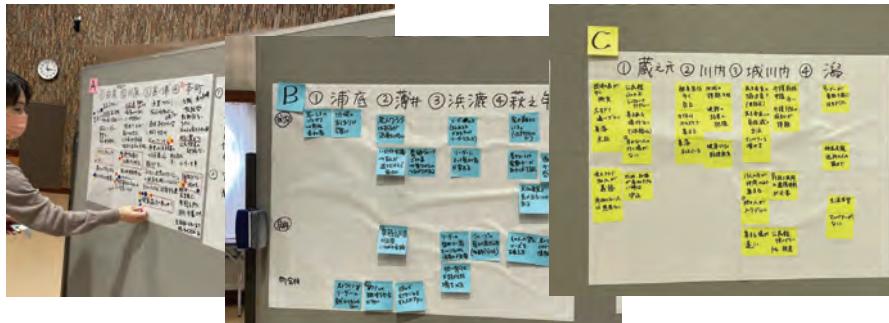
・庁内や関係部署(社会福祉協議会等)と連携し、通いの場支援の応援者を増やす。=連携を強化する。

まずは町内の情報を集めてみよう！

- ☆社会福祉協議会や生活支援コーディネーターと協働し、町内全集落(55集落)の分析を行い、ニーズを把握する
- ☆包括内ケア会議で得た集落情報を整理する
- ☆庁内職員から自分の住む集落の情報を収集

伴走型支援2回目

令和3年12月2日(木) 10:30~16:00



参加者 22名
介護環境課 5名
市民保健課(国保) 1名
社会教育課 2名
長島町社協 2名
長島未来企画 1名
厚労省 2名 厚生局2名
県庁 4名 振興局 2名
県社協 1名

☆町内の55集落ごとの特徴や課題を共有し、14集落を選定して深める。



☆14集落に対する実際の取り組み方の方向性を検討。

しかし、コロナ禍で地域への積極的な関与はまだ難しそう… いま、できることは？

7
512

伴走型支援2回目まとめ

1 多職種と連携し、広報誌の充実を！

・広報誌に連載していた「地域包括支援センターだより」を、広報係や地域おこし協力隊と連携して、充実させる。通いの場を紹介し、良い取組が連鎖したらしいな。

2 既存の通いの場を一覧表に！

・全集落に目を向け整理すると、**多様な通いの場**があることに気づく。リストを作成。

3 通いの場をマッピング

・2で作成したリストをもとに、通いの場のマッピングを行い、**見える化**を図る。

↑ 広報ながしま2月号

↑ 通いの場リスト

← 通いの場マッピング

【気づき・課題】

- すでに地域のつながりや強みが見えてきた。
- マッピングから見えたぼっかり地区
- 事業評価について

8
513

長島町通いの場一覧 (R 4.2月ver.)

集落名	グループ名	活動内容 (具体的に)	□□発 (グループの発祥)	主な運営主体(番号) ※地域別段階別投入力可	主な活動場所(番号)で選択 ※地域別段階別投入力可	主な活動内容(主なものを上位2つまで番号) ※複数回も可	開催頻度 ※毎月で選択 ※月別開催回数を組み合わせて実施している場合、並記入	1箇所・1回当たり参加者実人数合計(人) ※65歳以上の人数 ※65歳未満の人数 ※65歳以上の場合は1箇所1回あたりの(65歳以上)の人数が入ります。	資料2	
									専門職等 連携実績 と評議会 との連携	連携 専門職等 連携実績 連携
-	-	-	-	-	-	1.0回 2.0回	-	423		
1 小浜	小浜わががえり隊	体操、認知症予防	介護環境課	2	2	1 4	1 1	26	X X X X	○ その他 年数回
2 鹿江	鹿江元気GOGO!会	体操、認知症予防	介護環境課	2	2	1 4	1 2	20	X X X X	○ その他 年数回
3 浦底	浦底老人クラブ	体操、茶話会	社会福祉協議会 (老人クラブ)	2	2	1 3	1 2	13	X X X X	○ その他 年1回
4 加世堂、 梅の木山	梅の花	茶話会、林業	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	2 1	1 1	14	X X X X	○ その他 年1回
5 川床下	川床下サロンの会	体操、認知症予防	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	1 4	1 1	20	X X X X	
6 母良木	母良木GG	体操、認知症予防	社会福祉協議会 (老人クラブ)	2	2	1 4	1 1	59	X X X X	
7 馬込	馬込楽々教室	体操、認知症予防	介護環境課	2	2	1 4	1 1	38	X X X X	社会福祉協議会1回
8 蔵之元	蔵之元老人クラブ	体操、認知症予防	社会福祉協議会 (老人クラブ)	2	2	1 4	1 2	15	X X X X	○ 保健師 年数回
9 鹿崎	鹿崎サロンの会	認知症予防、茶話会	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	4 3	(選択)	3	22 X X X X	
10 小浜	小浜元気ギャル	認知症予防、茶話会	自主グループ	2	2	4 3	(選択)	3	10 X X X X	
11 川床中	すすめの学校・和・笑サロン	認知症予防、茶話会	社会福祉協議会 (サロン)	2	1	4 3	(選択)	3	10 X X X X	
12 本町	本町フリーカラブ	認知症予防、茶話会		2	2	4 3	(選択)	3	16 X X X X	
13 市来崎	おしゃべりサロン(市来崎)	認知症予防、茶話会	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	4 3	(選択)	3	11 X X X X	
14 馬込	サロン喫楽会(馬込)	認知症予防、茶話会	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	4 3	(選択)	3	18 X X X X	
15 火ノ浦	火ノ浦イキイキサロン	認知症予防、茶話会	社会福祉協議会 (サロン)	2	2	4 3	(選択)	3	35 X X X X	

↑ 通いの場リスト

9

514



↑ 通いの場マッピング

10

515

伴走型支援3回目

令和4年2月9日(水) 9:30~14:30
～まん延防止等重点措置期間の為、オンライン開催～

《3回目で学びたいこと》

- ☆通いの場の評価方法について
- ☆総合事業全体の評価について

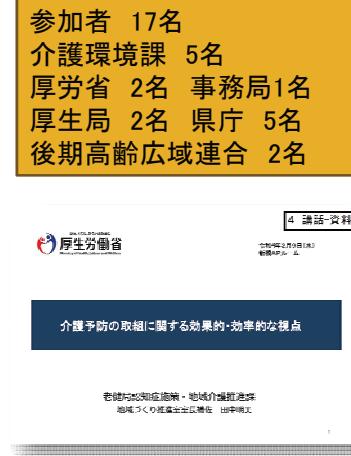
より効果的な事業展開のために！

参加者 17名
介護環境課 5名
厚労省 2名 事務局1名
厚生局 2名 県庁 5名
後期高齢圏域連合 2名

《3回目支援の内容》

- ①長島町の介護予防のあるべき姿、目標について
- ②講話「介護予防の取組に関する効果的・効率的な視点」
- ③通いの場等がない“ぽっかり地区”への具体的な取組方法を検討

支援や関与が必要な層の把握
ニーズを拾うこと！



11
516

伴走型支援3回目まとめ

介護予防事業をデザインする！

【長島町のあるべき姿】
-----改めて再確認-----



【現状】
-----丁寧に押さえ直してみる-----

【ギャップ=課題】
-----課題解決に向けた打ち手を考える-----

認知症予防と介護予防も一連の流れで考える

【認知症に関する正しい理解の促進】

高齢者サロンや通いの場からの脱落者を防ぐためにも
正しい理解を得ることが有効であることをサロン運営者等
に改めて周知を図る



【誰もがなり得る病気だと住民への啓発・周知を重ねる】
認知症有病率等から算定し、長島町にどのくらいの人が存在する
かを算定し、広報等で周知を図る

↓
介護予防の取組の中にも認知症予防に関する取組
なども推奨する等

【学び・気づき】

☆長島町のあるべき姿を明確に。
…あるべき姿がみえていると評価指標も明確
になる。

☆認知症予防を含めた介護予防
…町の現状を周知することから。

☆さまざまな評価を活用
…インセンティブ交付金等の評価を活用する。

評価について

【総合事業に関する評価】

1. ストラクチャー指標：包括ケアに関する規範的統合に関する取組

2. プロセス指標：包括ケア・総合事業に関する中長期的ビジョン

3. アウトカム指標

- ①認知症予防事業実績指標(経年的変化)
- ②介護予防・日常生活支援総合事業の費用額(経年的評価)
- ③介護予防・日常生活支援総合事業の費用額(経年的評価)
- ④介護予防・マネジメント・後援部会実績指標(経年的評価)
- ⑤介護予防・生活支援サービス事業の実施状況
- ⑥一般介護予防事業の実施状況
- ⑦一般介護予防事業の参加者数の変化
- ⑧住民主体の通いの場の数(3以上開催)
- ⑨住民主体の通いの場数
- ⑩住民主体の通いの場の参加者数の変化
- ⑪その他

12

517

3回目支援を受けてから

係内で、長島町がめざす姿(るべき姿)を検討
【大目標・ビジョン】

高齢者が生きがいを持って(健康に)笑顔で暮らせるまち

【中目標】



人とつながり、参加できる地域

【小目標】



通いの場の充実



13
518

これからの取組方針

- ニーズ調査から、住民のニーズ(「運動・転倒に関するこ^と」、「自分や家族のもの忘れが心配」という声)がわかつてきた。介護予防の取組の中にも、認知症予防を取り入れる。
- ぽっかり地区への取組。介護予防把握事業として2集落を限定し、基本チェックリストを収集し、2集落の高齢者の実態把握を行う。
- 広報誌を活用し、通いの場の実態把握(情報収集)を行う。その際は、しっかりと目的を示して住民に理解してもらえるよう努める。
- 総合事業に関する評価(ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価)を行い、事業評価や進捗状況を確認する。

14
519

まとめ

- ・事業は終わっても、地域活動は続していく。
- ・自分たちができることからやってみる。コロナ禍でもできることから。
- ・すべては長島町のため！町民の笑顔のため！



15
520

さいごに

- ・厚労省田中室長補佐をはじめ、九州厚生局、鹿児島県担当者の皆様、その他多くの方々の支援を受け、たくさんの学びがありました。ありがとうございました。
今後ともご指導の程よろしくお願ひいたします。



16
521

ご清聴ありがとうございました！



針尾公園から見下ろすブリの養殖場と天草の島々

《鹿児島県》

524

介護予防日常生活支援総合事業等充実のための
厚生労働省職員派遣等による
日置市・長島町への支援を通して



鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課

525

エントリーの経緯①



現行の主な市町村支援事業

介護予防事業の充実に向けた支援		地域ケア会議の充実に向けた支援	
事業名	事業内容	事業名	事業内容
事業名 内 容	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員向け研修 年1回 介護予防従事者等研修 年1～2回 圏域単位での検討会 (地域振興局・支庁等主催) 年1回 	事業名 内 容	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員向け研修 年2回 専門職アドバイザー派遣 希望市町村へ各1回 圏域単位での意見交換会 (地域振興局・支庁等主催) 年1回

市町村事業担当者の声



- 地域ケア会議の開催が目的化しており、課題抽出に繋がらない
- 地域ケア推進会議への展開が難しい
- 住民主体の通いの場において、参加者の固定化や減少が見られる地区がある
- 一般介護予防事業の評価指標を設定しているが、指標として適切なのか？ 等

県支援として。。。

画一的な研修会の実施だけでは限界がある。（市町村によって現状・資源等が異なる。）課題解決のプロセスに寄り添い、市町村の実情や課題に応じた個別具体的な支援を行うため、外部有識者を含めた県による**伴走型支援**の実施が必要！

526

エントリーの経緯②



令和3年度～

かごしま介護予防市町村支援事業・保険者機能強化支援事業

を一体的に運用した**伴走型個別支援**を計画

目的

市町村の地域ケア会議や介護予防事業等の効果的な実施に向けて、課題解決のプロセスに寄り添い、市町村の実情に応じた個別・具体的な支援を行うことにより、高齢者支援の充実・強化を図る。

想定される支援内容	実施体制
<ul style="list-style-type: none"> 市町村の現状把握や課題解決に向けた検討会 課題解決に必要なテーマの研修会 関係機関や住民との情報交換会や対話 等 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px; text-align: center;">実施主体</div> <div style="border: 1px solid #0070C0; padding: 5px; text-align: center;">鹿児島県高齢者生き生き推進課</div> <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px; text-align: center;">支援チーム</div> <div style="border: 1px solid #0070C0; padding: 5px; text-align: center;">県生活支援体制推進CD（県社協） 有識者、地域振興局・支庁等</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <p>A 市町村 (R3 日置市)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B 市町村 (R3 長島町)</p> </div> </div>

527

エントリーの経緯③

県担当



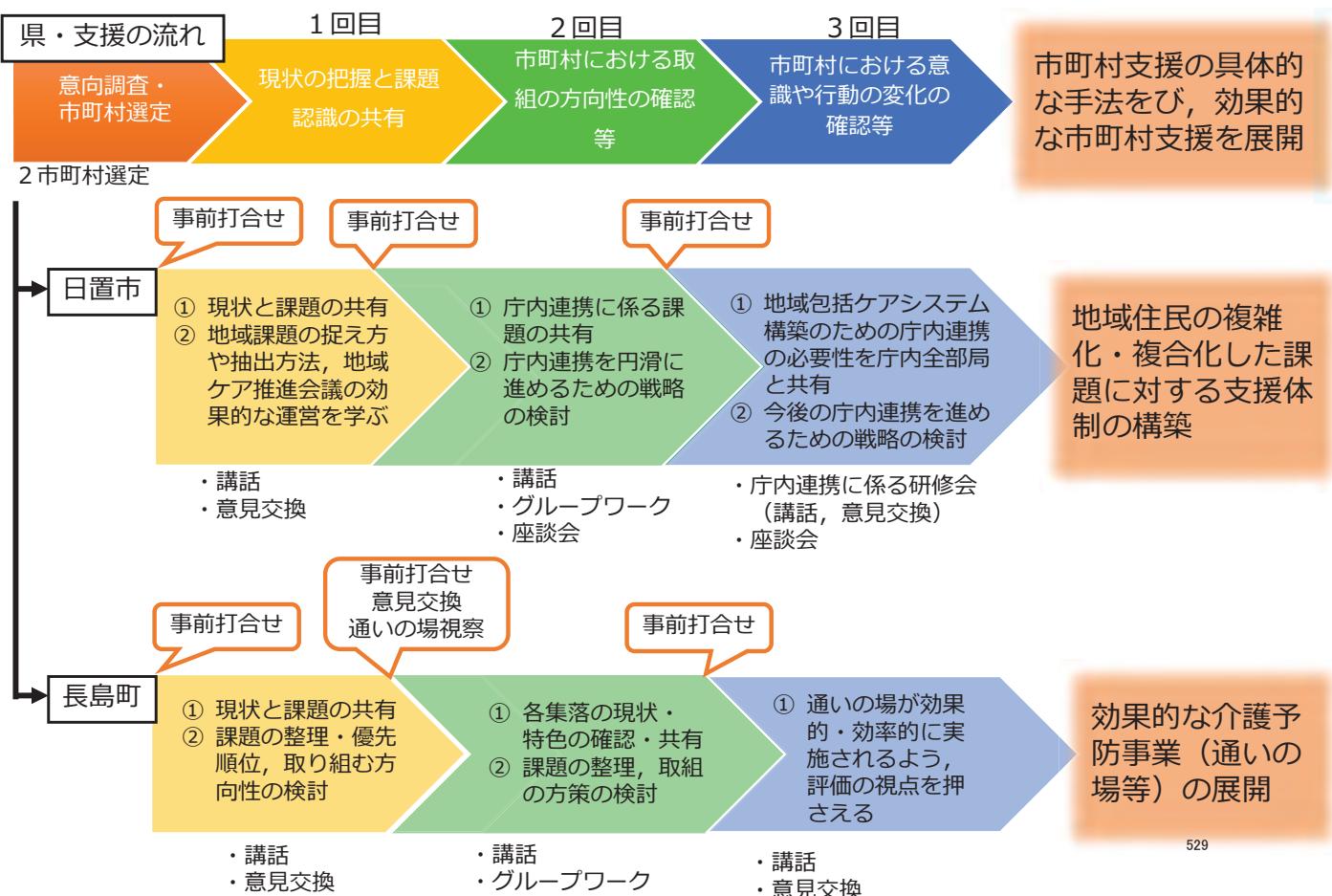
- 自分達だけで伴走型支援を進めていくのは不安。。。
- 市町村の課題を見極め、伴走型支援をするには、どう進めるのが良いのか？
- 市町村にはどのような助言が必要？
- 市町村支援のPDCAサイクルを確立するためには、県職員担当としての市町村支援の経験やノウハウが必要

厚生労働省職員派遣等による市町村支援へ エントリー

- 県内市町村へ希望調査
- 6市町村から支援希望
- 2市町『長島町』『日置市』を支援先に選定
- 県社協へも協力（2市町伴走型支援への参加）を依頼

528

3回支援のねらいと実施内容



529

3回支援の様子

日置市支援

関係者で現状や思い、課題を共有（1回目支援）

プレゼン資料のブラッシュアップ（2回目支援）

市長を含む三役等、庁内全部局の課長・係長等級職員を対象とした研修会（3回目支援）

会議の論点整理

長島町支援

現状や課題、取り組む方向性を共有（1回目支援）

各集落の特徴や取組をグループ毎に検討（2回目支援）

『いいね』の取組を共有

新型コロナ対策のためオンラインで実施（3回目支援）

通いの場の観察（2回目支援前）

530

今後の市町村支援に向けて～県（支援者として）の気付き～

○対話や意見交換を繰り返し、重ねていくこと（多職種、多方面との対話が効果的！）

- 休憩や昼食時の意見交換も有意義な時間であり、現場に赴き、現状・課題を把握することの大切さを感じた。
- 頭の中の考えを言葉にして対話することで、考えが整理されたり、共有されたりすることの重要性を感じた。
- 市町が何度も話し合い、工夫し、考えて行くプロセスが大切であると分かった。
- 市町村職員の方々が日々の業務で忙しい中、『集まって話をする場の設定』も市町村支援の一つだと感じた。

○市町村の方針・考えに寄り添い、尊重すること

- 講師や出席者の発言から、市町村職員が自ら気づき、取組を見出していく過程を確認できた。
- 意見交換では、市の考え方を否定せず、目指す姿のイメージをサポートし、町の方が思考を深めたり広げたりできる発言（できている良い点を伝える、ヒントを出す等）や、アイディアを投げかけることも重要だと感じた。
- 県の支援の役割や目指す姿を、事業担当者間でも共有し、蓄積した経験やノウハウを引き継ぐこと。
- 市町村の窓口担当を決めていたことで、市町村の方針・考え方や気持ちの揺れを把握し対応できた。（支援当日に向けて市町村の支援ニーズ・思いを確認しながら、丁寧に調整していくことが大事）

○他機関・他事業との連携を意識すること

- 事業の連動性や府内連携など、関連させた支援が必要である
- 『繋がる』『知る』こと、自分達だけで解決できないことを、他機関や他団体等とwin-winの関係を作り、一緒に知恵を絞り生み出すことにより、動き出すこと



今後の展開

次年度に向けて

- 今年度の2市町の取組・成果を県内市町村へ共有、横展開
- 今年度学んだことを活かし、新たな市町村の伴走支援に取り組む

県として、今後の課題・検討すべきこと

- 地域振興局・支庁等（保健所）の強みを活かした支援の体制検討
- ピアサポート（支援を受けた市町村等による）支援の体制づくり
- 外部有識者とのパートナーシップによる市町村支援体制
- 異動を伴う県担当者の市町村支援のノウハウの引き継ぎ 等



32

