

≪埼玉県川越市≫

536

通所Cの再構築 ~多職種連携が鍵~

埼玉県川越市

通所Cの再構築に向けて、市内事業所のヒアリング実施→振り返り（①②）

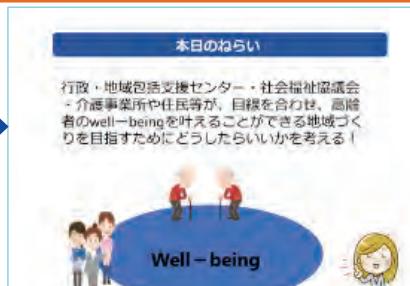
- ①市が事業の方向性を関係者と共有不足だったと振り返り反省！
- ②介護予防事業全体のデザイン不足と振り返り反省！

通所Cの再構築に向けて、関係者の皆さんのお意見を聴取し、共に考えていくスタンス

当日の流れ

1. 開会
2. あいさつ **Well-beingを考える！**
3. 講義(厚労省)
4. 情報提供
(保健事業と介護予防等の一体的実施について)
(とも運動教室の新たな取組について)
5. グループワーク
 - ①自己紹介・所属団体の強みの共有
 - ②自分自身のwell-beingを考える
 - ③川越市の高齢者にとってのwell-beingを考える
 - ④G・W③を実践するための3W1H
 - ⑤つながる・つなげる
6. 講評
7. 閉会

ステップ1:講話 地域包括ケアシステムの構築を目指して
～相手を知る作業が鍵である～



ステップ3:高齢者にとってのwell-beingを考える



ステップ2:遊び心も大切！
bingo gameで盛り上がる！



集合写真！

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支援事業を受けて

埼玉県川越市
地域包括ケア推進課



538

1

川越市の概要



- 埼玉県の中央部よりやや南部、武蔵野台地の東北端に位置する。
- 大正11年 埼玉県内で初めて市制を施行。
- 昭和30年 隣接する9村を合併し、現在の市域となる。
- 平成15年 埼玉県内で初めて中核市に移行。
- 面積：109.13平方メートル
- 人口：353,235人（R4.1.1現在）
- 高齢化率：27.03%（R4.1.1現在）



★令和3年 東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会
ゴルフ競技の開催会場
★令和4年 市制施行100周年

川越市マスコットキャラクター
ときも

539

2

通所型サービスCの見直しに至った経緯①

第8期介護保険事業計画策定に向けた関係機関のヒアリングの意見で見えたこと

- 通所Cの対象者を探すのが、年々大変。終了後の受け皿がなく、介護保険サービス利用の入口になっている印象がある。

→通所Cの本来の目的は？

- 当初、自主グループは自治会に1つ作ろうと目標があつたが、ニーズは感じられない。

→ニーズは本当にないのか？必要な場所に増えているのか？

- コロナ感染症の影響で、今まで活動している自主グループが休止。どうやって今後、支えていくのか課題。

→再開に向けて、介護予防サポーターの不安は？

- 介護予防サポーターがだんだん高齢になり、世代交代が必要になってきている。

→世代交代をどう進めていく？

- 今の高齢者は忙しい。自分の空いている時に好きな自主グループに行けることが理想。

→参加しやすい自主グループの形とは？

- 市は、地域包括支援センターに何をしてほしいのか？介護予防のどこを自分たちが担っていくのか。将来像が見えないので、漠然とした不安がある。今まで、介護予防事業を頑張ってきたが、地域である程度、事業の展開は打ち止めになっている気がする。

今後、何に力をいれ、何に向かっているか？

→市が地域支援事業全体のデザインを描いていたのか？

- 各種団体が情報発信することで幅は広がるが、その一方でどこが発信しても金太郎飴のように情報が同じであることが大切。

→関係機関等が同じ方向を向くためには？

- 必要な人に必要なサービスが届いているのか？

→ニーズと供給の把握はできていたのか？

540

3

通所型サービスCの見直しに至った経緯②

【関係機関ヒアリングの声から感じたこと】

- ・手応えを感じられていない
- ・迷いや不安がある

など



なぜ

各事業の方向性などをしっかりと関係機関と共有できていない。
そして、なによりも地域支援事業全体のデザインがしっかり描けていない。

何をしたら…

- 地域支援事業全体のデザインを考えていくこと。
- フレイルから元気に戻れるための通所型サービスCに！
参加された高齢者が元気になる仕組みにすること。

etc…



どうしよう

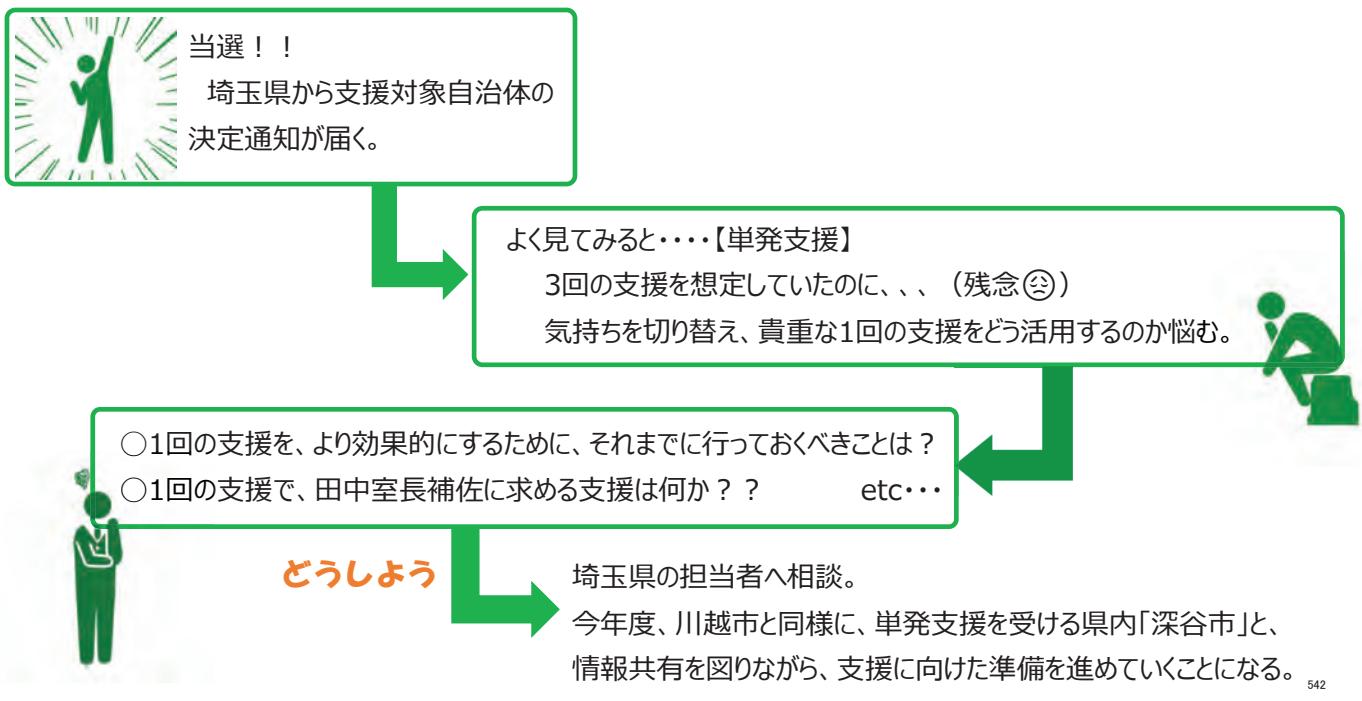
通所型サービスCの見直しを行うことに…

そして、「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派遣等による支援事業」に川越市としてエントリー

541

4

支援当日に向けた準備①



5

支援当日に向けた準備②

(1) 通所型サービスC担当者会議の開催（令和3年5月、8月、10月）

見直しに向けた市の方向性の説明、地域包括支援センター及び委託事業所の職員と今後の通所型サービスCの在り方等について意見交換を実施。

(2) 通所型サービスC 委託事業所ヒアリング（令和3年8月～9月）

8事業所に実施。プログラムの見学のほか、担当者から事業に関する意見聴取を実施。

(3) 深谷市との意見交換会の実施（令和3年8月）

お互いの取組や自治体として抱えている悩みの共有。

(4) 埼玉県地域リハビリテーション・ケア サポートセンター霞ヶ関南病院との定例オンライン会議の開催（1回／週）

令和2年度から、「介護予防取組強化支援事業業務」を委託しており、令和3年度は、通所型サービスCの見直しも含め、地域支援事業全体に関する打ち合わせ。

(5) 田中室長補佐との事前オンライン打ち合わせの実施（令和3年10月）

川越市の取組の現状や今考えている課題、当日の進め方について相談。田中室長補佐から、見えていなかった課題や支援日当日までにやれること・やるべきこと等アドバイスを受ける。

543

6

キーワード

多くの関係機関が集まり、規範的統合を図るためのキーワード



544

7

「これからのwell-beingを考える情報交換会」

【当日のスケジュール】 開催日：令和3年11月16日（火） 開催時間：10時～16時

1. 開会
2. オリエンテーション
3. 講義 「地域包括ケアシステムの構築を目指して～相手を知る作業が鍵である～」
講師：厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室
室長補佐 田中 明美氏
4. 情報提供
 - ① 「川越市における高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施について」
 - ② 「ときも運動教室の新たな取組について」
5. グループワーク
 - ① 自己紹介・自分が所属している団体の強みの共有
 - ② 自分自身のwell-beingの共有
 - ③ 川越市の高齢者にとってのwell-beingを考える
 - ④ グループワーク③を実践するための 3 W1H
 - ⑤ つながる・つなげる

545

8

支援日当日の様子①



田中室長補佐による講義

今回の情報交換会は、コロナ禍であるため、参加者数を減らし開催。
そのため、動画を撮影し、後日、参加できなかった関係機関の職員向けに動画を配信しました。

昼食休憩後
午後のグループワークに向け、
アイスブレイクを実施。

『チーム対抗 BINGO大会！』



546

9

支援日当日の様子②

グループワークの様子

多職種間で活発な意見交換ができました。



グループワークの発表

グループワークのテーマごとに、いくつかのグループに発表してもらいました。

発表ごとに、田中室長補佐にコメントやアドバイスをいただきました。

547

10

支援日当日の様子③



川越市の地域支援事業を支える関係機関が集まりました。

【参加者】

川越市地域包括支援センター、通所型サービスC委託事業所、埼玉県栄養士会、埼玉県歯科衛生士会、埼玉県理学療法士会、生活支援コーディネーター（川越市社会福祉協議会）、在宅医療拠点センター、埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター、埼玉県、関東信越厚生局、さわやか福祉財団、市（健康づくり支援課、高齢・障害医療課、介護保険課、地域包括ケア推進課）

※深谷市も傍聴。

最後にみんなで声を合わせて
『well-being!!』



548

11

支援日当日の様子④

グループワークの成果物
今後の取組の
「キーワード」
たくさん出てきました。

The following are titles of some of the mind maps:

- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.1)
「自分と他の場所」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.2)
「自分の現状場」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.3)
「みんなで、つなぐやかに つながるやかに」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.4)
「自分らしさ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.5)
「実現で暮らし続けられる町」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.6)
「地域でつなぐ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.7)
「地域でつなぐ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.8)
「地域でつなぐ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.9)
「地域でつなぐ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.10)
「地域でつなぐ」
- 11月16日開催「これからwell-beingを考える情報交換会」グループワーク (No.11)
「地域でつなぐ」

549

12

参加者の声（アンケートより一部抜粋）

◆田中明美先生の講義の中で、心に残ったキーワードや気づきを教えてください。

- ・大切なのは、インテークとアセスメント。
- ・最も大切なのは、その人を知る作業。可能性は無限大。
- ・相手を知る。
- ・強みからその人ができることを見つける。
- ・希望が持てると、人は、行動を起こせる。
- ・利用者の言葉の中に隠れる「言葉にならない言葉」を見つける。

◆他職種とのグループワークを通じて、感じたこと、思ったことをお聞かせください。

- ・職種によっても、同じテーマでも、発想が異なる。連携すれば、できることがたくさんある。
- ・同じ目標でも、考え方、見方がたくさんあること。

◆今回の情報交換会参加後、ご自身で変化した部分があればお書きください。

- ・地域支援事業を、楽しく考えていくものだ！と気持ちを切り替えた。
- ・well-beingを意識した活動。

550

13

支援を通じて見えてきたこと、今後に向けて

◎規範的統合

総合事業の本質や通所型サービスCの目的等を行政だけでなく、関係機関と共に理解することが必要であり、重要。そのためには、行政は、関係機関の声を聴き、事業が効果的に回っていない理由は？課題は何か？今後どうしていきたいのか？などを率直に聞ける関係性の構築や場を設定することが必要。また、方向性の共有を図ることによって、通所型サービスCだけでなく、地域支援事業等の他事業への波及効果も大きく、他事業との連動・連携にもつながっていく。

◎事業マニュアルの整備

市作成の通所型サービスCのマニュアルの整備が十分できておらず、現在、効果的に活用されていない。今回の支援を通じて、関係機関で築いた方向性を継続していくためには、マニュアルの中にエッセンスを散りばめ、関係機関が常に同じ方向を向けるよう、しっかり整備していくことが重要。

551

14

通所型サービスC 新たな取組のポイント



1. 生活まるごとアセスメント

リハ職と包括・ケアマネで同行訪問。自宅での状況をアセスメント。

2. 課題に対する支援を迅速に

ご本人がやりたいと思った時を逃さず、通所型サービスC開始まで期間が空いてしまう場合は、リハ職による訪問支援。開始までの期間もしっかりサポート。

3. チームみんなで応援

リハ職、包括、ケアマネ等、関わる専門職みんなでしっかりサポート！応援団に！！

4. セルフマネジメントの支援

修了後も元気でいてもらうため、利用期間中にセルフマネジメントを向上させるような支援を実施。

5. この事業の良さを、もっと多くの人に

この事業の良さは、スペシャリストが短期間集中して支援し、体力向上だけでなく、

生活機能・QOLの向上を目指すこと。

利用者の変化をしっかり評価し、多くの高齢者へPR。



令和4年度 試行

令和5年度～ 本格始動

15

支援を受けた効果

1. 規範的統合ができた

関係機関が、同じ場で、一緒に田中室長補佐の話を聞き、一緒に考えることで、同じ方向性を向くことができた。そのため、関係機関の間での共通言語が生まれた。

2. みんなが前向きに！！

田中室長補佐の助言はすごい！！

自分たちが気付いていない強みに気付かせてもらい、今後に向けて、前向きになれるような適切な助言をもらえることで、関係機関が楽しく、前向きに取り組んでいこうという気持ちになれた。

関係機関がみんなで前向きに取り組める、これこそが**川越市の強み**になると思う。



→支援を受けたその後・・

事業の見直しに係る検討会を立ち上げ。

帳票類や評価方法、全体の流れなど見直しに係る意見交換を行い、見直し（案）を関係者へ提示し、意見聴取を実施。来年度からの試行に向け、少しずつ、ステップアップしています。

553

16

ご清聴ありがとうございました。



@川越市2010

554

17

《埼玉県深谷市》

556

人・金・物・場所考えず、高齢者が生き生きと輝ける何かをみんなで知恵を出し絞り・考え・実現していこう！

埼玉県深谷市

- ◆朝活力フェ（喫茶で朝食・軽体操・談話）
- ◆朝活力フェサポーター養成講座
- ◆お気軽家庭訪問
- ◆ナイトサロン（夜の通いの場、飲酒可）
- ◆一生現役事業（もうかり まっせ！）
- ◆寺マルシェ、本人会議（ケア会議）

当日の流れ

1. 開会・挨拶
2. オリエンテーション
3. 情報共有「深谷市での地域支援事業の展開」
4. 講演「深谷市における地域支援事業の運動・連携を考える～ALL 深谷でアップデート～」昼休憩
5. グループワーク(1)
①深谷市の地域支援事業の相互理解
6. グループワーク(2)
②地域支援事業の深化に向けた取組(連携・連動方法の模索)
- 7.まとめ 講評
- 8.閉会



集合写真！

（気付き）

- ・利益・収益が人のモチベーションになると皆が感じている
- ・自由な発想って大事なんだと思った
- ・みんながつながればきっと良いものができる！

ステップ1：深谷市の現状を押さえた上で、更なる発展に向けた知恵を出し合うきっかけづくり（講話）



ステップ2：遊び心も大切！
自由な発想を大切にみんなで考えよう！



医療介護連携から市民啓発・専門職の質向上等

ステップ3：自分達が老いてくことも考え、深谷 LOVE！』

「深谷市における地域支援事業の連携・連動を考える情報交換会」 実施報告

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
厚生労働省職員等による支援

深谷市 長寿福祉課
塙 浩美



558

0. 高齢者を取り巻く深谷市の状況



深谷市の地目別面積 (平成31年4月1日現在、単位：ha)

資料:資産税課 概要調書(平成31年度)

	総面積	田	畠	宅地	沼地	山林	原野	雑種地	その他
面積	13,837.0	1739.0	4799.8	3296.1	3.6	390.3	38.2	684.7	2885.3
構成比	100.0%	12.6%	34.7%	23.8%	0.0%	2.8%	0.3%	4.9%	20.9%

559

0. 高齢者を取り巻く深谷市の状況

介護保険事業：

大里広域市町村圏組合

(熊谷市、深谷市、寄居町で組む、一部事務組合)で運営している。

地域支援事業は、各構成市町が実施している。



熊谷市



深谷市



寄居町

3

560

1. エントリーしてみよう

※エントリーシートより

■あるべき姿

・要介護・要支援の認定申請を行う前のステップとして活用できる、事業を段階的に設置し、住民にとって選択肢が多くある。また、同時に、市内の介護保険事業者と共同し、介護予防・重度化防止に向けた「自立支援」の考えを共有したうえで、住民が安心して、住み慣れた地域で暮らせる環境が、整備されている。

■現状

・介護保険の保険者が広域組合であるが、地域支援事業は、構成市町が実施している。
・ニーズとして、だれでも通える介護予防教室の設置の声があるため、本年度より、一般介護予防事業として、「元気ふっかつ教室」を設置した。
・総合事業の通所型サービスは、従前相当のみであり、訪問型サービスは従前相当とサービスCである。
・総合事業の展開として、訪問型サービスCが最も早く設定されたが、事業の理解と周知が進まず、利用者数は毎年、10件を切っている状況が続いている。
・被保険者の状態に合わせたサービスの選択は、選択肢がなく、要支援・要介護認定か基本チェックリスト該当に頼っている。

■課題

・介護予防に取り組みたいと思ったときに、「通いの場」か、総合事業の従前サービス、介護保険認定申請をする以外の選択肢がない。

■取り組みたいこと

・介護予防に取り組みたいと思ったときに、より多くの選択肢があり、段階的な経過を経て、介護保険認定申請へつながる仕組みづくり。

・地域リハビリテーション活動支援事業において、専門職がケアマネジャーや事業所を支援する仕組みづくりを検討したい。

多様な選択肢をどうしたらつくっていけるのだろうか…

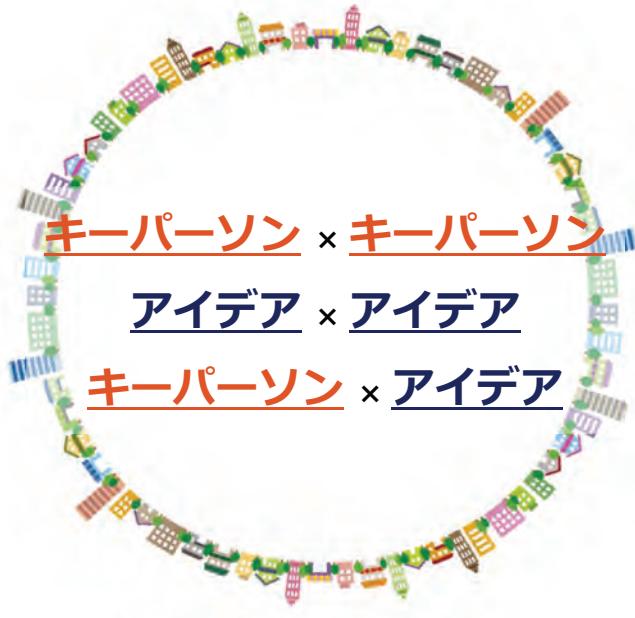
4

561

2. 単発支援をどう活用するのか

深谷市への支援は、単発支援どう活用する？

→ いろいろ課題はあるけれど、化学反応にかけてみよう！



【ステップ1】

- 深谷市の思いを伝えよう！！
- 支援者がたくさんいるし、優秀なキーパーソンもいるから、交わってみよう！！



【ステップ2】

- 表現したからには、やってみよう！
- 情報交換会の中で、到達した思考のゴールに向かって、やってみよう！！

562

3. 単発支援は、情報交換会へ

■ねらい:

- ①各事業の相互理解
- ②化学反応による、事業の連携・連動の具体策を考える

■方法:情報交換会の開催

- ①深谷市で種まきしている事業展開を知ってもらう
- ②田中明美さんからアイデアを育てる肥料をまいてもらう
- ③参加者みんなで、種を育てる



563

4. 情報交換会

深谷市における地域支援事業の連携・連動を考える情報交換会

●開催日 令和4年1月20日(木)10時から16時

●会場 深谷市役所3階 大会議室

●参加者 深谷市の地域支援事業に関わる支援者(42名)

包括支援センター主任ケアマネジャー、
在宅医療介護連携コーディネータ、
生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、
認知症初期集中支援チーム、チームオレンジメンバー
大里広域市町村圏組合介護保険課、保険年金課、
管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、
作業療法士、理学療法士、長寿福祉課

「いつまでも、元気でいたい。」を
かなえるために、地域支援事業で何ができるか。

564

4. 情報交換会(市からの情報提供)



565

4. 情報交換会(市からの情報提供)

**支援者と士をつなぐ、自分の将来を見据える
在宅医療介護連携事業**

- 入退院支援ルール
- ACPの普及啓発
- MCSの普及
- 顔の見える関係づくり(顔写真)
- 深谷寄居在宅医療連携室の設置

**支援者を増やす
認知症総合支援事業**

- 認知症地域支援推進員
- 認知症安心ガイド普及啓発
- 認知症家族の楽しいカフェ支援
- 認知症初期集中支援チーム
- チームオレンジ【新規】
- 認知症初期集中支援チーム

**支援者を増やす
一般介護予防事業**

- 元気ふっかつの教室【新規】
- 開門訪問支援【新規】
- 深谷ふっかつ体操
- 介護予防教室
- 認知症チェックシステム

**支援者を増やす
生活支援体制整備事業**

- チームオレンジの活動支援
- 認知症家族の楽しい・カフェ支援

任意事業

- 認知症サポーターの養成
- 家族介護教室【新規】
- 家族介護教室【新規】

**地域課題を解決する
地域ケア会議**

- 地域ケア個別会議
- 地域ケアマネジメント向上会議
- 地域ケア推進会議

深谷市の状況を共有

- イメージ図を作ったこと
- 事業ごとのボリュームは増していること
- なかなか事業間のつながりがないこと
- 住民への啓発や情報提供が不足していること
- 各事業には、支援者がたくさんいること

9

566

4. 情報交換会(田中さんの講義)



地域支援事業における事例の連携・運動について①

厚生労働省

深谷市における地域支援事業の連携・運動を考える
～ALL 深谷でアップデート～

老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進基層長補助 田中明美

トワード販売網

● 出典: 厚生労働省の資料
● 資料から、地域支える人に貢献!

※まちの新規開拓、沿線駅周辺含む
10000コマヒンテイ事業(地域活性化・分譲手当・税控・私活支援・移動販売会) - eic

すべての部署を横串でつなぎ、ALL生駒で対応を回る!

田中さんの講義のKey Word

- 関係機関・者・住民・市区町村内での目線合わせ
- 事業間連携におけるWin-Win
- 庁内連携におけるWin-Win
- 介護保険分野にとどまらない高齢者の生きがいづくり・活躍の場の創出
- 地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントに追われない事業展開



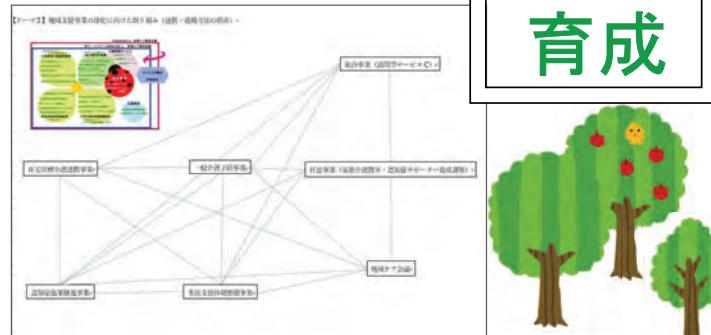
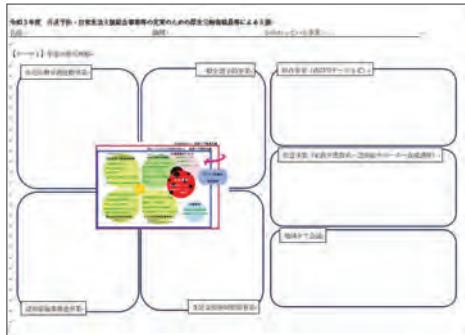
10

567

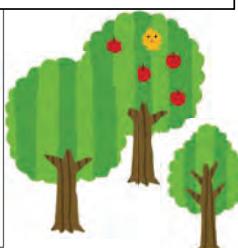
4. 情報交換会(グループワーク)

【テーマ1】深谷市の地域支援事業の相互理解

【テーマ2】地域支援事業の深化に向けた取り組み(連携・連動方法の模索)



育成



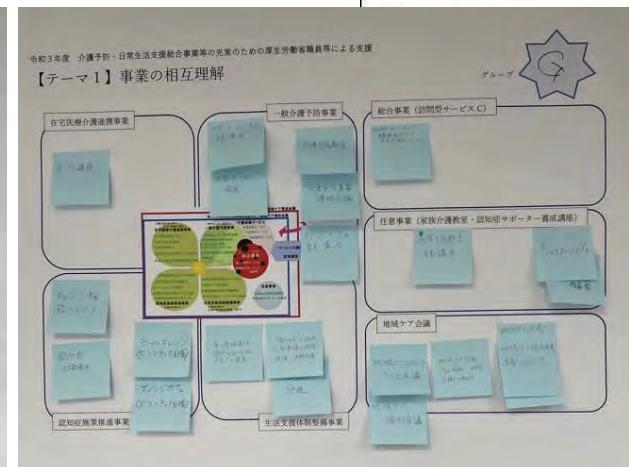
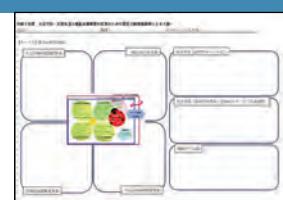
11

568

4. 情報交換会(グループワーク)

【テーマ1】

深谷市の地域支援事業の相互理解



関わっている事業を互いに紹介し、相互理解を促した
お互いに興味を持つのが、相互理解の第一歩

12

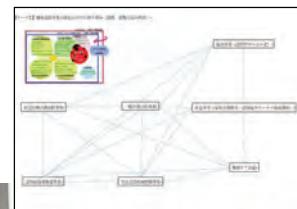
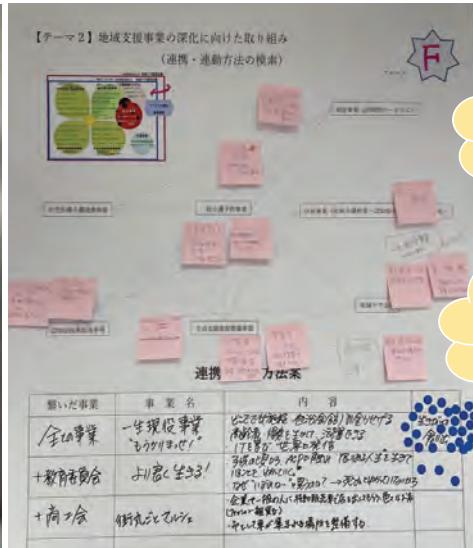
569

4. 情報交換会(グループワーク)

【テーマ2】

地域支援事業の深化に向けた取り組み

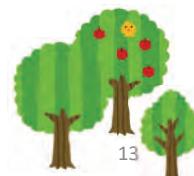
(連携・連動方法の模索)



事業と事業を
つなげてみよう！

今、ここにないものと
つなげてみよう！

お互いに理解を深めながら、想像、妄想、発想！



570

4. 情報交換会(グループワーク)

【テーマ2】

地域支援事業の深化に向けた取り組み

(連携・連動方法の模索)

グループワークで発案した事業案



案①:「一生現役事業～もうかりまっせ～」

介護分野にとどまらず、商業、農業、趣味、地域活動、様々な場面で儲かる仕組みづくり

案②:「ナイトサロン」

デイサービスやサロン、住民主体の通いの場を夜間に開催

案③:「減塩プロジェクト」

まずは、市役所全体で減塩に取り組み、地元企業や住民に浸透させていく仕組みづくり

※これらは、情報交換会の最後には、提案した事業のお披露目と人気投票を行い、その結果、支持の多かった事業案です

14

571

5. 情報交換会の成果

※参加者アンケート抜粋



みんな、なにかに気づき、少し先の未来を共有できました。
この日の気づきを活かし、これから、連携・連動を深めていきます。

他職種の活動は、まだ知らないことが多い。自分から知りに行こうと思った。	様々な職種が日頃行っている事業を組み合わせることで面白い事業ができそうだという気づきがあった。柔軟な発想の大切さを感じました。情報の共有が大切だと感じました。	固定観念にとらわれない考え方をしても良いと思った。活躍の場や目標があらためて大切であることがわかった。	深谷市にはパワーがあります！今日出たアイデアを是非実現していきたい！！実施主体も協同体にすればきっと実現できそう。（皆けっこう似たようなことを考えていました）。	参加されている方皆さん福祉に対して前向きで、行政も本来こうでなきゃいけないとあらためて感じました。色々な意見がきて、こういう機会がもっとあればいいのと思いました。連携することで、自分で考えていたものがより深化していくと思います。
深谷市の状況についてあらためて知ることができ、近いところでの運動等に取り組みたいとのアンケート結果を知り、今後アプローチしていきたい。リハ職としてできることはたくさんあった。	自由な発想は大切だと感じました。	思った以上に他の職種の人たちと連携・会話不足だったことを自覚した。	各事業所の取り組みを知ることで、たくさんの連携が取れることに気づかされました。	1つ1つの事業をつないで全体を運動させるようにいつも広く見ていくこと。深谷のテーマは認知症のことを考えている意見が多くしたこと。

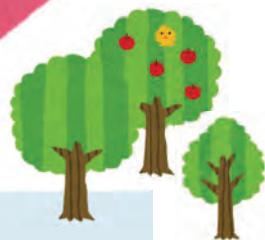
572

6. 支援を受けて～そして、その後～

情報交換会と田中さんの講義〈歯車がかみ合う瞬間〉

- 想像を超えるアイデアたち！！
- みんな思っていることは、同じ方向！！
- 発想の枠を外せば、アイデアは無限大！

安堵と歓喜
そして、感涙



これからの展開

- みんなで考えたアイデアを実現していく。
→できそうなことから、コツコツと、具体的に、着実に。
介護予防に関する多様な選択肢を作っていく♪
- 支援者と情報交換ができる場面を、もっともっと作っていく。
- 庁内連携の方法の模索。

573

6. 支援を受けて～そして、その後～

そして、みんなと…



17

574

575

≪埼玉県≫

576

埼玉県における厚生労働省職員派遣 による支援事業について

～介護予防・日常生活支援総合事業等の充実に向けて～



埼玉県 福祉部 地域包括ケア課
地域包括ケア担当

577



埼玉県の概況



市町村数 63市町村(40市、22町、1村)

政令指定都市:さいたま市

中核市:川越市、川口市、越谷市

特例市:所沢市、草加市、春日部市、熊谷市



埼玉県の概況



県勢の概要

総人口 **730**万人(全国**5**番目の多さ)

平均年齢 **45.4**歳 (全国**6**番目に若い県)

生産年齢人口 **450**万人(全国**5**番目の多さ)

高齢化率 **24.8%** (全国**6**番目に低い)

総人口	7, 266, 534人	【5位】
平均年齢	45.4歳	【6位】
老人人口	1, 788, 735人	【4位】
高齢化率	24.8%	【42位】
75歳以上人口	766, 125人	【6位】
75歳以上人口割合	10.63%	【46位】
生産年齢人口	4, 507, 174人	【5位】
生産年齢人口割合	62.5%	【5位】
年少人口	910, 805人	【5位】
年少人口割合	12.6%	【23位】
合計特殊出生率	1.26(概数)	【41位】
出生数	47, 327人(概数)	【5位】
死亡数	70, 755人(概数)	【4位】
平均寿命	男 80.82年	【22位】
	女 86.66年	【39位】

道路や交通の利便性が良い



高速道路**6**路線 鉄道**24**路線

観光資源が豊富



農産物の生産力

大消費地である首都圏
=恵まれた立地

さいたま 第**1**位 ほうれんそう 第**2**位

ねぎ 第**2**位 ブロッコリー 第**2**位

こまつな 第**2**位



知られざる魅力

スポーツ…サポーターの数は負けない
アニメ…埼玉を舞台にしたアニメ多数
ゆるきゃら…市町村の数だけ個性あり
お祭り…年間通じてのお祭りが多い
自転車…日本一長いサイクリングロード

映画「翔んで埼玉」大ヒット！
オリンピック・パラリンピックの会場に！
(サッカー、バスケ、ゴルフ、射撃)
ラグビーワールドカップ開催！(熊谷市)
NHK大河ドラマ「青天を衝け」
渋沢栄一(深谷市出身)一万円札の顔に！

令和3年度 埼玉県地域包括ケアシステムの構築促進



市町村等支援

- 各市町村との意見交換、地域包括ケア総合支援チームによるオーダーメイド・伴走型支援
- 人材育成（市町村・地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、専門職等を対象の研修）
- 地域リハビリテーション・ケアサポートセンター運営、リハビリテーション専門職の育成・派遣調整

県民意識醸成

ケアラー支援に関する普及啓発

新 ケアラー月間創設、フォーラム開催
ヤングケアラーハンドブック
リーフレット作成

地域包括ケア漫画（全11巻）
～みんないつかは年をとる～

・地域包括ケアアニメ（全4本）
～自分らしく、いつまでも～
・認知症普及啓発アニメ

民間企業連携

プラチナ・サポート・ショップ制度運用

市町村と企業等とのマッチング支援

企業向け地域包括ケア連携研修

ケアラー支援

新 居場所づくりの促進
介護者サロンの事例集の作成

拡大 市町村等人材育成の支援
市町村・包括支援センター等対象の研修

新 ヤングケアラーへの支援
オンラインサロンの開催

埼玉県総合支援チーム派遣事業

取組の概要

高齢化の状況や地域の課題は一様ではない

63全ての市町村を対象に

<チーム活動事例>

高齢者に対するより良い支援をチームで検討する「自立支援型地域ケア会議」を普及・促進させたい。

- 会議立ち上げスケジュールを市と一緒に検討
- チーム員が地域包括支援センターやケアマネジャー向けに自立支援に関する研修会を開催
- 立上げ後のアドバイザーとしてチーム員が毎月会議に参画



研修会の様子

個別課題に合わせた専門家チームを派遣

地域包括ケア総合支援チーム

県職員

リハ職

県社協

さわやか福祉財団

移送ネットワーク

STEP1

意見交換・支援ロードマップ作成・共有

市町村とともにロードマップづくりを進め、地域の実情の応じたシステムについての意識を共有

STEP2

総合支援チーム派遣

事業の企画・相談にとどまらず、現場までの伴走型支援

取組の特徴

コロナ禍の状況を踏まえ、現場訪問による支援だけでなく、zoomなどによるオンラインでも支援します！

新たな課題への支援

- ・認知症施策推進への対応
- ・ケアラー・ヤングケアラー支援施策推進への対応
- ・新たな生活様式への対応（フレイル予防、会議・協議体・研修の在り方支援）

○オーダーメイド支援

- ・地域課題は様々で、「型にはめられた支援」は非効率。
- ・意見交換で見えてくる個別課題ごとのチーム派遣で支援効果を高めた。

○伴走型支援

- ・3年間の支援ロードマップの作成と共有を通じ、市町村との意識を共有。
- ・一時的・短期的な支援ではなく、計画的・継続的な伴走型支援につなげた。

○一体的・総合的支援

- ・複数の専門家による重層的な対応。
- ・各分野の専門家が連携することで課題に対する横断的な支援を実現した。

支援の概要

時期	支援の内容【川越市・深谷市ともに単発支援】
8月	深谷市・川越市合同意見交換会（@深谷市役所） 参加者：川越市、深谷市、リハ職、埼玉県
9月	川越市支援に関する打合せ 参加者：厚労省 田中室長補佐、川越市、深谷市、リハ職、埼玉県
11月	川越市厚労省職員派遣支援 「これからのwell-beingについて考える情報交換会」の開催 参加者：地域包括支援センター、通所C委託事業所、関係団体など
12月	深谷市支援に関する打合せ 参加者：厚労省 田中室長補佐、川越市、深谷市、リハ職、関東信越厚生局、埼玉県
1月	深谷市厚労省職員派遣支援 「深谷市における地域支援事業の連携・連動を考える情報交換会」の開催 参加者：地域包括支援センター、SC、各種専門職など

582



【8月@深谷市役所】
川越市・深谷市合同意見交換会
(参加者：川越市、深谷市、
リハ職、埼玉県)
両市の担当者の熱い議論

【11月】
川越市厚労省職員派遣
**これからのwell-beingについて考える
情報交換会**
(53名の関係者が参加)



【1月】
深谷市厚労省職員派遣
**深谷市における地域支援事業の
連携・連動を考える情報交換会**
(48名の関係者が参加)

厚生労働省職員派遣を通して

支援を受けての気づき

- ・ 何のためにしているのか、目指す方向性を関係者で共有することの大切さ
- ・ 関係者が集まることでアイデアは無限大

支援を受けてよかったです

- ・ 県として市町村支援に大切なこと、市町村を後押しするような伝え方を実感できたこと
- ・ 川越市、深谷市だけでなく埼玉県としても後押しいただけたこと

今後の埼玉県の総合支援チーム派遣事業・研修会などでも大切に

584

今後について

今回の川越市・深谷市のような

「つながる」・「知る」・「うみ出す」

取組を、埼玉県全体へ

585

ご清聴ありがとうございました。



埼玉県 福祉部 地域包括ケア課
TEL 048-830-3256
E-mail a3250-03@pref.saitama.lg.jp

《愛媛県》

588

「るべき姿」と「現状・課題」の捉え方を見直すプロセスを学びたい 事業間の連動や分野を超えた連携・協働など、地域づくりを意識した展開

愛媛県

研修会や市町村担当者会を開催し、課題の共有、ノウハウや工夫の情報交換、実例から学ぶ機会を設けたい
県が市町のニーズを把握し、どのように支援していくべきか、そのあり方についても検討する機会としたい

スケジュール
12月9日（木）
10：00～10：10 オリエンテーション
10：10～10：50 グループワーク
10：50～11：40 全体共有・質疑応答・まとめ
11：40～11：55 グループワーク ＜お昼休憩＞
13：30～13：35 開会挨拶・オリエンテーション
13：35～15：05 講演
15：15～15：30 質疑応答



ステップ1：事前調査を元にグループワークで意見交換を実施

普段、困っていること、悩んでいることを課題別グループに分かれて共有。工夫していることを出し合い持ち帰ることに！



ステップ2：ぐるぐるつながるコミュニティデザイン 自立支援と重度化防止について

(気付き)
・well-beingを一人一人が、地域が共有できると良いと感じた
・連携や協働は簡単にできるものではないと覚悟
・つながる、知るために対話することが大事



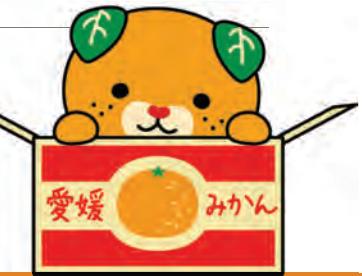
(気付き)
・ボランティア募集：「誰でもいいは、誰でもよくない」の言葉がとても印象的だった
・介護予防だけでなく、地域づくりとして包括の業務に取り組むことが、地域包括ケアの深化を進める鍵だと思った
・ヒントがたくさんもらえる研修だった
・カジュアル・フランク・やらされ感ゼロの住民主体の取組



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事業

愛媛県の取組みについて

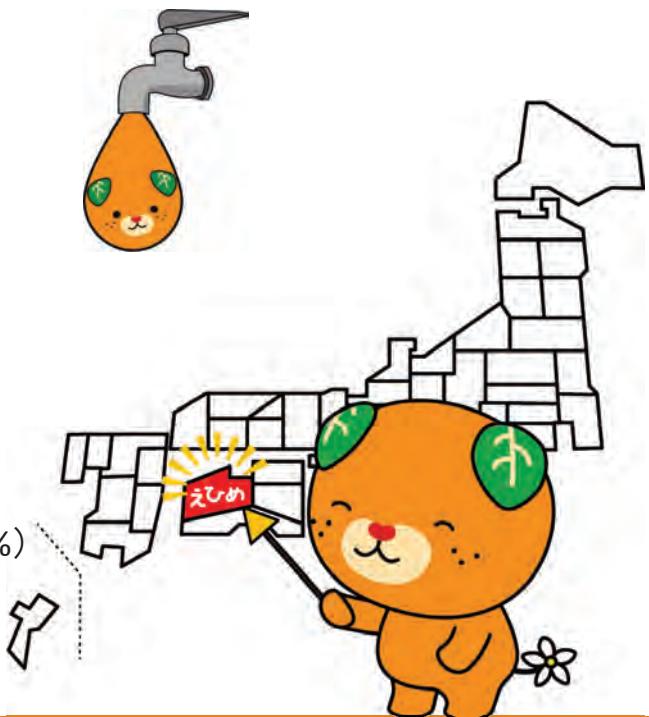
愛媛県 長寿介護課 介護予防係



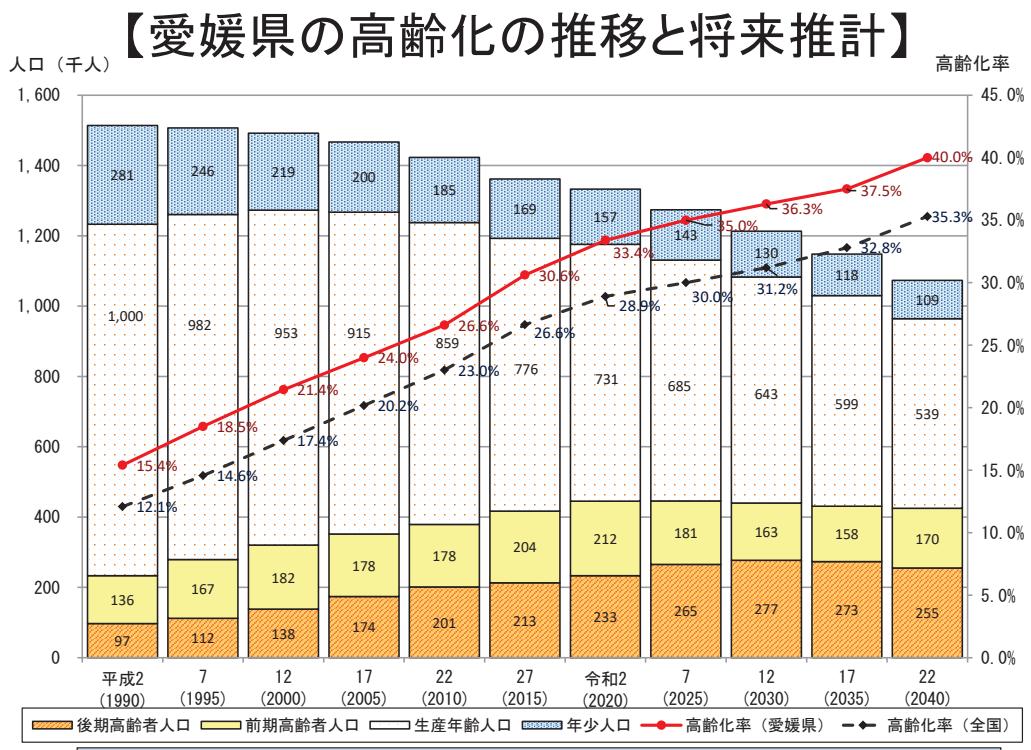
590

【愛媛県の概況】

- ◆市町数: 20市町
- ◆人口: 1,350,801人
(令和3年4月1日現在の住民基本台帳より)
※中核市である松山市が508,371人。県内人口
の37.6%を占める。
- ◆65歳以上高齢者数: 443,576人
(高齢化率32.84%)
 - ・前期高齢者数: 214,117人(総人口比15.85%)
 - ・後期高齢者数: 229,459人(総人口比16.99%)
- ◆県内高齢単身者数: 56,050人(比率12.64%)
- ◆地域包括支援センター数: 51
(サブセンター11含む)



591



資料：2015年以前：総務省統計局「国勢調査」、
2020年以降：【全国】国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成29年4月推計)」
【愛媛】国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」

592

【これまでの市町支援の取組みについて】

【介護予防市町支援委員会】

平成18年度～設置。現在は11名の医療・保健・福祉の専門家等で構成され、市町の介護予防の取組支援を実施。

委員会にて、県内の介護予防事業の実施状況や市町からの支援要望を踏まえ、支援方策を検討している。

【個別支援】

委員及び介護予防活動普及展開事業アドバイザー2名、事務局(担当課職員)で、要望のあった市町への個別支援を実施。平成28年度からは、主に地域ケア個別会議の立ち上げや充実支援を中心に展開

【介護予防従事者研修会】 **※今回支援部分**

【介護予防・日常生活支援総合事業等担当者会】
県内市町の担当者や関係者等を対象に、介護予防に関するテーマでの講演やグループワーク等を実施

各市町の取組の多様化により、県に求められる役割が変化

「県内全体への提案」から

「保険者のニーズに合わせたきめ細かな支援」へ

593

【愛媛県のエントリー理由】

- 短期集中サービスCの新規立ち上げ支援に関して、本事業の活用を検討していた市町が、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、事業実施の見通しが立たずエントリーを断念。
- しかし、県内において、住民主体によるサービスBやりハビリテーション専門職等の活用によるサービスCを実施する市町はごく一部（R2年度末時点：各サービス2/20市町）地域住民や多様な実施主体との連携や協働によるサービスの展開が進んでいない。
- 自立支援・重度化防止を目的とした地域ケア会議が各市町で実施されているが（R3.10末時点：18/20市町）、地域課題の抽出や整理、対策の検討につなげていくための仕組み作り、助言者や参加者の資質向上に向けての取組み、関係者間の共通理解をどのように図っていくかなど、会議を実施する上で様々な困難点や課題を抱えている。
- この2年間。業務量の多い高齢者福祉部門に、さらにコロナ業務も加わり、現場が疲弊している。



多様な取組の展開やそれを支援するためには、**事業間の連動や分野を超えた連携・協働など、地域づくりを意識した介護予防事業の展開について理解を深める必要がある**のではないか。

また、「忙しいから。庁内の理解が得られないから、コロナだから、“できない”」というところから、「忙しいからこそその庁内連携」「コロナだからこそできた」というような、前向きで元気になれる全国の取組事例を聞いて、**みんなで元気になりたい！**



 同じ課題意識を持っている他の自治体の実践事例から学ぶことができるのでは？⁵⁹⁴

【支援内容①介護予防・日常生活支援総合事業等担当者会】



【担当者会概要】

開催日：令和3年12月9日（木）10:00～12:00

参加者：総合事業、地域ケア会議の市町担当者34名
※グループ内アドバイザーとして、厚労省田中室長補佐、四国厚生支局、日本能率協会の皆様に参加いただく

内 容：5つのグループワークテーマを設定。申込時に希望テーマを選択し、共通の課題意識を持つ参加者をグルーピングして議論。参考資料として、総合事業及び地域ケア会議に関する事前アンケート結果（実施にあたって課題と感じていること等）を共有。あわせて、全体発表やグループ間での質疑応答・意見交換も実施した。

【設定テーマ】

- ①サービスBの実施について
- ②サービスCの実施について
- ③介護予防ケアマネジメントについて
- ④通いの場の支援について
- ⑤地域ケア会議の実施について

【支援内容②介護予防従事者研修会】



【講演】

開催日：令和3年12月9日(木) 13:30～15:30

参加者：各市町職員、地域包括支援センター職員、保健所職員、専門職団体の代表者、愛媛県介護予防市町支援委員会委員、その他関係者等 82名

内 容：

「ぐるぐるつながるコミュニティデザイン
～総合事業等の厚生労働省職員伴走支援事業
参加市町村の実践事例から学ぶ～」

講 師：

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐 田中 明美 氏



596

【参加者の声・気付き①】

【住民と“つながる”】

- 自分から地域に入っていないと住民の声は聴けない。本当のニーズが何かが把握できないと改めて感じた。
- 行政がしたいことの押しつけをせず、地域住民の声をよく聴き、住民の自発的な取組を育てることが大切。
- 自主活動はあるものの、地域と機関がうまくつながっていない部分がある。介護保険が必要になってから包括を知るのではなく、日頃からつながりを持っておきたいと感じた。
- 住民・関係機関との対話をより大切にし、柔軟な発想で一緒に考えていくことができればと思った。「普段から、関係機関・者・団体・住民との関係性を構築する」ことが大事。

【行政内部で“つながる”】

- それぞれ担当部署が別で、横ぐしが通っていない。連携強化のため「地域のあるべき姿」の目線合わせが大切だと感じた。
- 自治体全体で連携して取組んでいくことの大切さを改めて感じた。“知る”ためにはまず対話。上司の理解は必須。
- 総合事業とは何か？何のためにしているのか？やりたい事をしっかりと上司や財政担当へ説明できるスキルを持ち合わせたい。
- 伴走支援事業を受けた自治体に共通しているのは、「One Team」感。担当者だけでなく、組織的に行政がまず取り組む方針を決めて、周りとつながっている。行政内部での連携の躊躇をこういった機会を利用して展開しているところが多く、うらやましく思った。

【県内他市町と“つながる”】

- テーマに沿ってのグループワークで他市町の状況がわかり参考になった。対面で久しぶりに会話ができる元気が出た。
- 県内市町と介護予防に関する情報交換、意見交換ができ、それに対する助言をみんなで出し合えたことがよかったです。⁵⁹⁷
- 地域ケア会議について協議することで、課題意識の共有や必要な情報収集・情報交換ができ、とても有意義だった。

【参加者の声・気付き②】

【他自治体の取組みを“知り”（共有し）、自市町での実践イメージをつかむ】

- サービス体系を作ったものの利用者数が伸びず、思ったように事業展開ができていない悩みがあるが、福岡県大川市の事例を見て、窓口対応やケアマネジメントなどの仕組み全てを見直すというところがとても参考になった。
- 地域の人達に、いかに自分達の問題として捉えてもらうか、自主的な活動を進める働きかけや準備が参考になった。
- 西粟倉村の「やらされ感なく・負担感なく・真面目さもないボランティア活動」が印象に残った。行政のためにやってもらうのではなく、「地域の高齢者のため、少し先の自分のため」という意識を、どのようにもってもらうか考えていきたい。
- 住民の自主的な活動を進める働きかけについて、具体的な実践事例をもとに考えることができてよかったです。
- 地域おこし協力隊についてPTやOTを募集し、住民に還元できるよう取り組んでいる地域があることに驚いた。参考にしたい。
- 実践事例の中で、平均年齢90歳の集まりがあると知り、高齢な方ほど続けて参加したくなるような集まりが自町にもあつたらしいなと思った。
- 新規事業の立ち上げに関わっているが、他自治体の話を聞き、三年後先の目標や地域の姿が定まっていなかったことに気付かされた。
- 他自治体の事業の進め方・考え方等の具体的な話を聞くことができ、自身の置き換えイメージをすることができた。

【実態把握、事業の可視化、事業間の連動の大切さ。失敗を恐れずチャレンジしてアップデートを重ねる！】

- データ収集や地区診断、実態把握をもとに事業を作っていくことの大切さを改めて感じた。また、実態把握は基本情報にシンプルで、分かりやすくを意識して、できることから始めていけば良いと分かった。
- 地域支援事業の中の各事業を連動させていくことの大切さがとても印象に残った。
- 生駒市ですら、失敗を経て今の形がある。「もっとフランクに！参加することでわくわくすること（高齢者が求めているもの、欲しているもの）」をスマールステップから始め、アップデートを重ね、形を整えていきたい。失敗を恐れない！
- 総合事業の再構築のため「事業全体を可視化」して考えるなど、効率化を図っていきたいと思った。

598

【支援事業を受けて気付いたこと・効果】

- 全国の自治体や県内市町の具体的な実践事例を知る（課題を共有する）ことで、参加者が「自分の町の住民ならどうか？自分の町ならどう展開するか？」という思考プロセスを追体験しながら、自市町での実践イメージをつかむことができた。

- 実態把握、事業の可視化、事業間連動の大切さなど、今ある事業を見直し、再構築するために必要なことや具体的な実践について、参加者の理解がより深まった。（アンケート結果では、回答者全員が「今後の業務に役立つ内容だった」と回答）

- 「地域のあるべき姿」を実現するためには、市町単位での関係者間での目線合わせ、規範的統合が必要であると改めて感じたが、研修会アンケートや市町ヒアリングの中で、行政内部での連携や理解、財政当局等への説明に困難感を抱える市町担当者が複数存在していた。

599

【来年度に向けて取り組んでいきたいこと】

- これまで、県では担当者レベルの会議や研修会を実施
⇒各市町が「One Team」となって介護予防事業に取り組んでいけるよう、庁内の規範的統合を形成するための一助として、各市町の管理職級職員も対象とした研修会を企画したい。
 - ・地域づくりを意識した庁内連携
 - ・事業間連動による介護予防事業の再構築 等

- 今回の研修会には、介護予防市町支援員会の委員6名が参加
⇒年度末の介護予防市町支援委員会において、研修会での参加者の声や気付きを各委員にフィードバックする。
⇒市町との「対話」を通じて「地域のあるべき姿」や「課題」を共有するプロセスをしっかりと踏むことで、より市町のニーズにあたきめ細かな支援につなげていけると感じた。今回の学びを委員と共有し、今後の取組みにつなげたい。
⇒委員が支援時に活用できるよう、支援に入る市町の介護予防事業の全体像や運動性が可視化できる資料の作成を検討したい。

≪熊本県宇城市≫

604

地域ケア会議3層構造に助言が欲しい！ (個別・圏域・推進会議)

熊本県宇城市

地域支援事業間の連動・連携をいかに進め、地域包括ケアシステムの構築につなげていくか、成果ができる体制構築を目指したい！

事前に地域ケア会議のDVDを視聴 事前にzoom会議も展開

ステップ2:宇市の取組説明後、講話を展開

◆地域ケア会議の開催方法について、zoom会議でみんなの意見を聴取
⇒行政・包括・多職種・ケアマネそれぞれが、描くケア会議のあり方についての意見交換があまりなされていない様子だったため、みんなの意見を中立的に聴きながら、**目線合わせを事前に展開した後で**当日支援を実施

スケジュール
12月16日（木）
10：00～10：15 開会挨拶
10：15～10：30 宇城市による取組説明
10：30～12：00 田中補佐講話
　　＜お昼休憩＞
13：00～13：15 自己紹介
13：15～15：30 質疑応答
　　意見交換
15：30～15：45 閉会

宇城市的課題に向き合えるよう資料作成・講話

（気付き）
ケア会議の目的を共有することが大事！



介護予防のための地域ケア会議の開催・展開

道南型サービス効率化サービスに参加する一法人の参画者・利用者・事業の交流・基盤化・ケアを秀える人材育成・社会資源の整備・道南事業の活性化の場



（気付き）
様々な事業展開には、市として、担当として、熱意と思いが必要だと感じた。

（気付き）
・まだまだ、できることがたくさんあることがわかり、何から始めようか、不安でもあり期待もある
・どのような姿になったら包括ケアシステムの構築ができたといえるのか、自分の言葉で説明できるのか、という問い合わせ「ハッ」とした
・高齢者だけでなく、市民がいきいきとしていることが大事

終了後も質問が続く

包括職員、社協職員、市若手職員と今後のケア会議の進め方にについての相談が続いた

ステップ3:講話後の意見交換 活発な質疑応答の時間となった



（気付き）
その人が地域で暮らしていくには・・・という視点が欠けていた。現状を知ることで、今何が必要か、あるものでの活用方法など考える事ができた。



605

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等による支援を受けて



熊本県宇城市



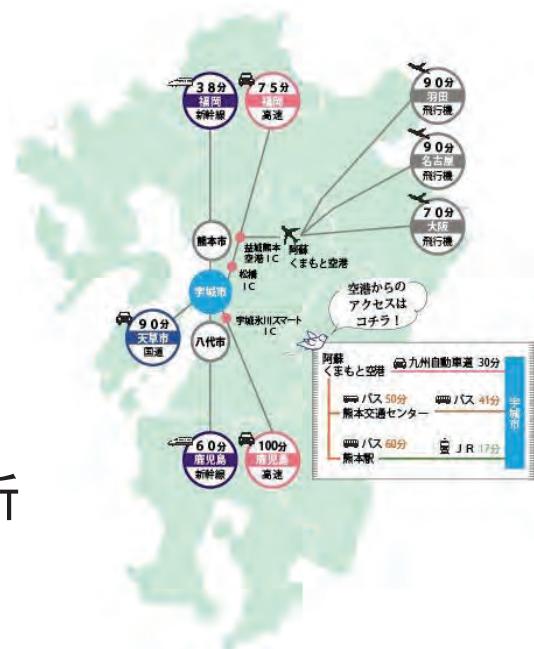
606



宇城市的概況



- ・人口 57,971人(R3.12月末現在)
- ・高齢者数 19,986人
- ・高齢化率 34.5%
- ・要介護認定率 17.0%
- ・日常生活圏域 5圏域
- ・地域包括支援センター 委託1か所
- ・第8期介護保険料 月額6,300円



607



事業エントリーのきっかけ(現状)



＜地域ケア会議の全体像＞

(①個別課題解決、②ネットワーク構築、③地域課題発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成)

レベル	会議名	会議の概要	会議の機能				
			①	②	③	④	⑤
市	地域ケア 推進会議	地域課題の検討・共有 社会資源の開発・地域づくり 政策形成に向けた検討					○
日常生活圏域	圏域別地域 ケア会議	地域課題の把握・共有 課題解決に向けた検討 地域資源やサービスの構築		○	○	○	
個別	地域ケア 個別会議	個別課題検討 ケアマネジメント能力の向上 ネットワーク構築 地域課題の把握	○	○	○		

608

2



事業エントリーのきっかけ



■課題

- ・月1回の地域ケア個別会議は、開催・件数をこなしているだけになっている。
- ・地域課題の抽出、分析ができておらず、見える化できていない。
- ・地域ケア推進会議が開催できておらず、政策形成まで至っていない。
- ・他事業との連携・連動がうまくできていない。



■取り組みたいこと

- ・関係者が同じ方向を向いて会議をすることができるよう、目的や意識の共有をする。
- ・地域ケア個別会議において見出された地域課題から圏域別地域ケア会議、地域ケア推進会議を経て政策形成につなげる。

609

3



支援の内容



■県伴走型支援による意見交換

令和3年9月6日(月)、7日(火)、13日(月)

・3市町(御船町、八代市、合志市)とのオンライン意見交換

令和3年9月29日(水) 御船町ケア会議見学

■厚労省田中室長補佐とのオンライン意見交換

令和3年11月10日(水)9:30～10:45

参加者:市、包括、ケア会議関係者 計23名

- ・田中室長補佐に事前に録画したケア会議を見ていただき、当日アドバイス等をいただいた。
- ・参加者に現在のケア会議についての意見を聞きながら、今後の方針性について検討を行った。

610

4



支援の内容



■厚労省支援による講話及び意見交換会

令和3年12月16日(木)10:00～15:30

集合型とオンラインによる同時開催

参加者:市、包括、地域ケア会議関係者(助言者、事例提供者等)

・厚労省田中室長補佐による講話

　　テーマ:「地域包括ケアシステムの構築に向けて
　　～地域ケア会議からの展開～」

・講話に関する質疑応答及び意見交換

オンライン含めて
計43名のケア会議
関係者が参加！



611

5



支援を受けて気付いたこと



■参加者の気づき

- ・包括ケアシステム構築を意識するようになり、大きく地域課題の捉え方が変わった。
- ・地域ケア会議の助言者・ファシリテーターのコミュニケーションスキルトレーニングの必要性を感じた。
- ・市、包括、事業所等だけでは実現が難しく、地域の住民にどのようにしたら協力を仰げるか。地域の人へのメリットも発信をしていき協力が仰げればいいのではないかと感じた。
- ・生駒市と地域性の違いはあると思うが、宇城市もこのような活動のプロセスを真似して、少しずつ地域の形に変化できればいいのではないか。是非今後もこのような意見交換会を継続してほしい。
- ・考え方の違いや推進会議で課題解決の取り組みなど参考になった。意識が変わった。

612

6



支援を受けて取り組んだこと



■圏域別地域ケア会議をオンライン開催

令和4年2月15日(火)15:00～16:30

参加者：市、包括、助言者(PT、OT、主任ケアマネ、社協) 計24名

- ・今年度個別ケア会議で検討した29事例を課題毎に分類し
包括と高齢介護課で一覧表を作成 → 課題の「見える化」
- ・1番課題として多かった項目
「社会資源の周知(活用)不足」
- ・社会資源が不足していることより、
あるけど活用されていないケースが多かった。
- ・宇城市的地域課題を関係者と共有し、
多職種からの意見を聞くことができた。
→ 課題毎に解決策を検討



613

7



支援を受けて取り組んだこと



No.	ケース概要	令和3年度 地域ケア会議 地域課題整理シート																				
		地域へはたらきかけていく事						介護						医療			認知症の理解			その他		
		社会資源	地域、社会との繋がり		地域活動		自立支援	介護サービス不足	医療連携	地域	家族	事業所	家族支援	コロナ	環境改善							
1	横行結腸癌術後から有料老人ホーム入居中の高齢男性の在宅帰に向けた支援を検討したケース	○ ○	○	○	○	○							○			100歳体操会場までの手段がない(送迎システム)、セブンイレブンなどの配達の情報も地域の方が知らない。						
2	アルツハイマー型認知症の進行で徘徊がみられ、通いの際を延長して対応しているケース、長男、妻と同居。	○ ○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				地域の中で認知症、徘徊の理解を深める、地域での声掛け、見守りの仕組みを地域で作る必要性があるー地域の理解、地域の支援						
3	他者との交流は好きまれているが交流の機会が少なくなっている。元気が出る学校以外は自宅にこもりながらなっている。		○	○ ○	○	○	○						○ ○			5月より100歳体操開始。温泉センターが休館になり、集いの場がなくなつた。						
4	認知症の進行がみられており、地域との関わりや自立支援、認知症の妻との在宅生活を維持する方法を検討したケース			○	○ ○	○	○	○ ○ ○ ○								認知症高齢者夫婦への支援、地域との関わりが薄くなっている。地域の認知症への理解、100歳体操未開催。見守りネットワークの確認、SOSネットワークのサービスの紹介。						
5	全盲の夫の介護負担から不感が強くなり、うつ症状でこれまでできていた家事や生活動作ができなくなっている。	○		○	○	○										高齢者夫婦と地域との関わりが少ない。地域活動に参加していない。						
6	元気が出る学校利用後の卒業先の選定。	○ ○		○ ○	○ ○	○ ○										地域によっては卒業後のサービスがない(代替えのサービスを検討)。百歳体操が公民館に転化している(小さなコミュニティで地域住民が自宅等で行えたり、新たな開催の場の検討)。・地域の通いの場がない(高齢化、過疎化)、車の運転が出来ないと買い物、病院受診ができない。・車の運転できないと買い物、受信できない。						
7	適正化。要介護の認定が2→1に変更となったが、ダイサービスの利用回数が週6回のまま。	○ ○		○ ○	○ ○	○ ○		○ ○					○			ケアマネ、事業所の自立支援の視点不足 広域リハの活用。						
8	食事内容及び栄養面の改善と自分でできる事を増やすための支援の方法を検討したケース	○ ○		○ ○	○ ○	○ ○		○ ○ ○ ○								男性の一人暮らしで、地域との関わりが希薄化している。						
9	介護保険サービス以外の地域支援、小規模多機能を卒業するための支援を検討したケース	○ ○		○ ○	○ ○	○ ○		○ ○ ○ ○					○			コロナにより地域活動が減少し、外出・活動の機会の減少。入浴の支援の代替えサービスがあれば卒業も。業者紹介。						
10	介護サービスに依存傾向のある方の自立心を損なわない支援を検討したケース	○		○ ○	○ ○											地域の通いの場がない(高齢化、過疎化) 車の運転ができないと買い物、病院受診ができない。						

○地域課題整理シートを作成 → 課題の「見える化」

614

8

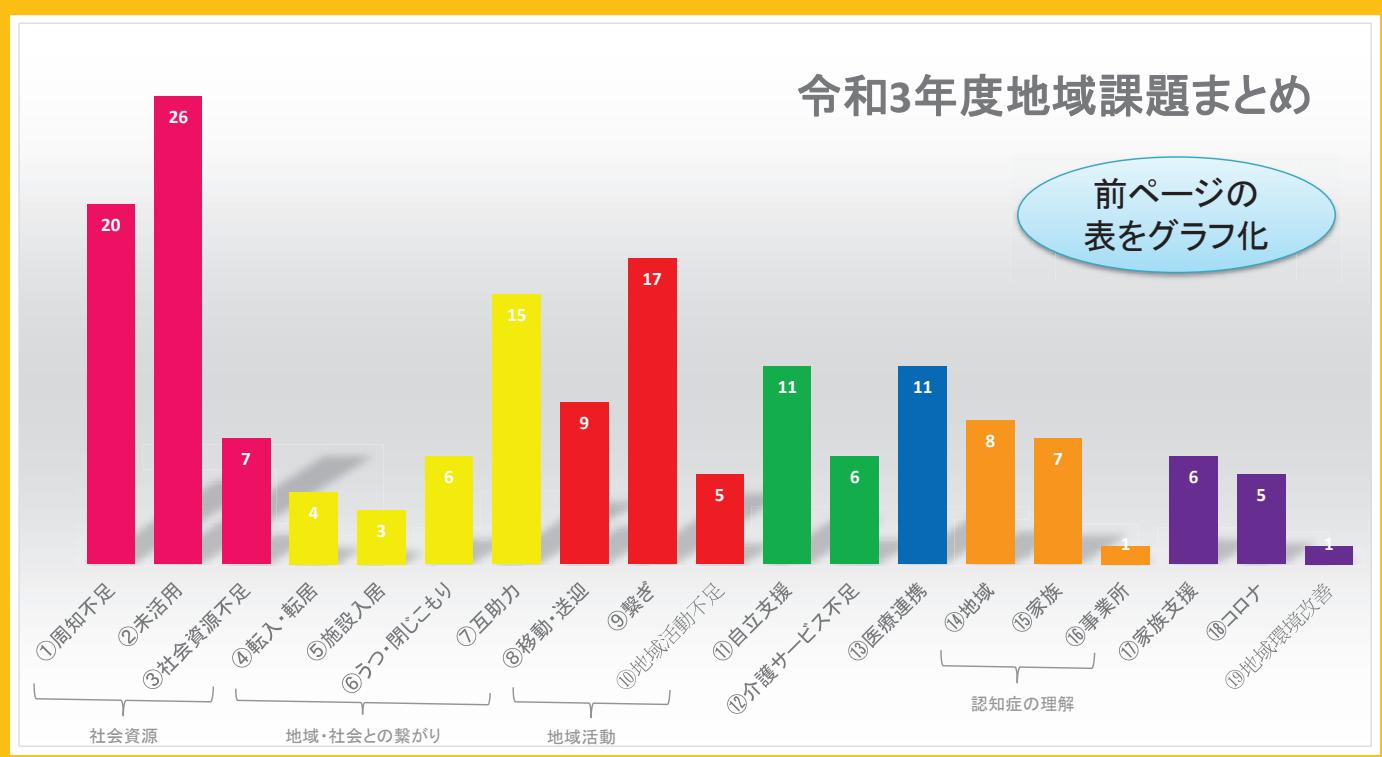


支援を受けて取り組んだこと



令和3年度地域課題まとめ

前ページの表をグラフ化



615

9



今後の課題及び取組内容



■地域ケア推進会議を開催予定

令和4年3月18日(金)

参加者:高齢介護課、健康福祉部(社会福祉課、健康づくり推進課、子育て支援課、保育園課)、包括支援センター

内容:地域包括ケアシステムと地域ケア推進会議について

　　圏域別地域ケア会議の内容を報告

　　各課の事業や調査データ等の情報共有

　　各課が持つ個別ケースや地区の課題等を持ち寄り共有し、課題解決に向け、今後の方向性を検討する

　　→ 府内(他部署)連携の体制づくり



616

10



今後の課題及び取組内容



■今後の地域ケア会議について

・厚労省支援や県伴走型支援を受けながら、包括支援センターと協議を重ねていった。

○個別ケア会議を分類分けして検討

　・定例 「**自立支援型**」「**認知症**」

　・隨時 「**困難事例**」「**適正化**」

○地域ケア会議関係者向けに研修会を開催

○市、包括、助言者、事例提供者等で意見交換を実施

○個別ケア会議で出た課題をさらに分析(圏域別等)

○地域ケア推進会議の参加部署を拡大

○推進会議開催後は、圏域別地域ケア会議に結果をフィードバック



617

11

ご清聴ありがとうございました。



618

619

≪熊本県あさぎり町≫

620

地域支援事業の連動性を意識し、地域課題の掘り起こし、検討の必要性を関係者で協議したい！

熊本県あさぎり町

各事業の見直しと連動に向けての手順、今後のサービス提供の方向性への助言、効果的な通所Cの開始に向けた現状把握について明確にしたい意向

支援する側（行政）ではなく、支援される側（住民）に立ったサービス提供ができるようになりたい！

ステップ1：町の現況を報告いただいた後、講話（つながる・知る・うまれる！）

スケジュール
10月29日（金）
10：30～11：00 概要説明
11：00～12：00 田中補佐講話
<お昼休憩>
13：00～13：30 自己紹介
13：30～16：00 意見交換



（気付き）
・同じ課の中の取組を知らなかった横の連携の大切さを改めて感じた
・課内・庁内での対話がまず大事！

担当業務・係内・課内の共有
関係機関・者・住民との対話
連携の基本について講話

地域包括ケアに関する住民・関係機関・者への啓発（例）



（気付き）
・行政だけでなく、周囲を巻き込んで展開している活動が印象的
・地域振興局とも連携を深め、事業の把握や現場を知る機会を増やしたい
・予算がなくても考え方を変えて工夫すればできることはある！

まずは、職員の意識を変えていくことが大事！
熱い意思や豊富な知識に加えて、核となる人も必要！
認知症センターに声かけすれば、応えてくれるのでは？（強みの発見！）

終了してからも意見交換



（気付き）
・各課で様々な事業を行っているが、他課との連携、情報共有、同じ目標を共有していくことが必要だと感じた
・介護予防把握事業の有効性を知った



621

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等による支援を受けて**



熊本県 あさぎり町

622



あさぎり町の現状

平成15年4月に合併。熊本県の南部に位置し、農業が盛んな山村地域

- 総人口：14,785人（高齢化率38.4%）
【65歳以上 5,674人・75歳以上 3,011人】
※R4.1月末時点
(参考：平成15年4月 18,217人、高齢化率26.9%)
- 世帯数：5,906世帯
- 日常生活圏域 1圏域（小学校区：上・免田・岡原・須恵・深田）
- 要介護・支援認定者数：892人（認定率16.0%）
第1号被保険者数 5,588人 介護保険料 5,900円
※R3.10月末時点

623



事業エントリーのきっかけ(現状)①通所型サービス

通所型サービスAを実施中

- ①利用が長期化しているので、地域通いの場へ繋げられないか？(サービスの評価が難しい)
- ②事業対象者の高齢化による機能低下で介護申請での卒業だけでいいのか？
- ③男性の参加者が少ない。
- ④地域通いの場へ行く手段がないからとの理由で、サービス利用をしていないか？
- ⑤要支援対象者の独自通所利用の見直しは必要ではないか？

etc.

624

2



事業エントリーのきっかけ(現状)②配食サービスほか

訪問型サービスAを実施中 配食サービスを実施中(見守り支援も含む)

- ①どちらも2事業所で実施しているが、事業所の職員不足。
- ②事業所の都合で、新規利用者の調整が難しい。
- ③住民主体で週1回、見守りや安否確認も含めた弁当の配達を1地区で開始した。

etc.

625

3



事業エントリーのきっかけ(課題)

- ①通所型サービスAや独自通所から地域通いの場へ繋げる体制。
- ②総合事業の交付金限度額を超えているため、財源が不足。
- ③男性が興味を持って参加できるものがない。
- ④地域通いの場のリーダー不足(高齢化問題)。
- ⑤地域通いの場未実施の行政区がある。参加者の固定化や実施回数の問題、交通の問題がある。
- ⑥未参加者へのアプローチの問題、安否確認。
- ⑦認知症になっても地域で生活ができるのか。

etc.

626

4



支援の内容

- 事前シート提出前に県との事前協議を実施 令和3年9月27日
【県から5人、町から4人が参加】
- 県からのアドバイスもいただきながら、
令和3年10月12日に事前シートを提出（町→県→国）
- 令和3年10月29日に実施
【厚労省関係4人、県5人、町18人（うち見学2人）※他課も参加あり】
 - ①あさぎり町の概要を担当から説明
 - ②田中補佐からの講話⇒講話のテーマは、生駒市の全体像や取り組みの内容について（講話の中で、高齢者の自立支援、介護予防の仕組みづくり、事業間連携・連動の状況、SCの役割、関係課や担当間の情報共有や組織的連携体制について等をいれていただく）
 - ③意見交換会
- あさぎり町においては、1回支援であったため、当日の振り返りシートを提出後、報告などは特に行っていない。

627

5



支援を受けて気づいたこと、取り組んだこと

- 当日の振り返りシートは、講話と意見交換後にうまく整理が出来ていない状態での提出であったため、町独自でアンケートを実施
⇒1.話し合った内容で気づいたこと 2.今後の課題について
※独自アンケートについては、当日参加できなかった職員も含め、全員提出とした。
- 10/29提出の振り返りシートを県（国）から入手し、町独自アンケートも含め、結果のまとめ作業
- アンケートの結果を基に担当者協議
令和4年1月17日【課長補佐、G長、保健師、担当】
①アンケートの結果報告 ②今後の取り組みについて
- 担当者協議を経て、『話し合いと実態把握』の意見が多かったことからグループワークを行うことを決める。
 - ◇第8期介護保険計画の基本目標を軸として課題の選定。
 - ◇課全員に参加を促し、2班に分けて、毎回1時間で行う。第1回グループワーク日程 2/3（木）、2/4（金）
いずれも9時30分からブレスト方式で開催 ☆テーマは『高齢者の社会参加』

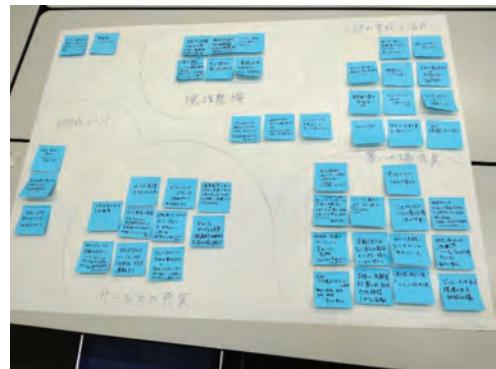
情報共有や
連携

628

6



グループワークの様子



629



今後の課題及び取組内容

- 今後は、グループワークを行いながら、担当者協議で課題を整理し、実態把握や調査をどのように行うか模索しながら進めていく。
- 10/29は高齢福祉課だけでなく、関係する健康推進課、企画政策課、財政課も参加したため、他課との連携も考えていく。
- 事業参加当初は、総合事業の見直し（主にサービスAの縮小、サービスCの取入れ、独自事業の見直し）、予算削減を掲げていたが、課全体で講話を聞き、全員での意見交換、意見集約を行い、それだけでは解決できないことが見えてきた。
- 「介護事業全体の見直しから必要では？」「町全体で考えることでは？」と課題が広くなった。支援時には府内連携についてお話しいただいたが、情報共有や連携の重要性を改めて感じた。まずは、課内での話し合いから始め、できることなら他課へも広げながら、少しずつ課題を整理し、高齢者にとって住みやすい町づくりができるよう進めていく。

630

8

ご静聴ありがとうございました。



631

≪熊本県≫

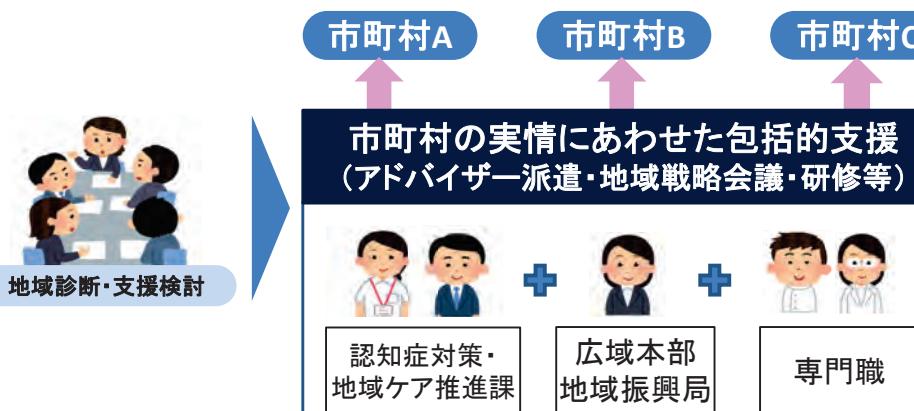
632



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 ~熊本県~

本年度より、市町村に対して、市町村による地域包括ケアシステム構築の進捗状況に応じた伴走型支援を実施

市町村伴走型支援イメージ





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～熊本県～

宇城市への支援内容

時期	内容	支援主体
8月	課題及び取組内容の確認 県内地域ケア会議の取組事例紹介 宇城市地域ケア会議参加	県
9月	先進取組市町との意見交換 先進取組地の地域ケア会議参加 宇城市地域ケア会議参加	県
10月	宇城市地域ケア会議参加	県
11月	厚労省田中補佐との意見交換(オンライン) 宇城市地域ケア会議参加	厚労省・県
12月	厚労省田中補佐による講話及び意見交換 宇城市地域ケア会議参加	厚労省・県

634

1



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～熊本県～

あさぎり町への支援内容

時期	内容	支援主体
9月	厚労省支援に向けた事前意見交換	県
10月	地域支援事業費に関する資料提供 厚労省田中補佐による講話及び意見交換	県 厚労省・県
11月	支援を踏まえた意見交換 高齢者状況把握に関する情報提供	県
12月	移動支援に関する情報提供	県
2月	あさぎり町勉強会へ参加	県

635

2



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～熊本県～

心がけたこと

- ✓ 第8期介護保険事業計画や地域支援事業等に関する各種データ等を通じて市町村の取組・課題を理解
- ✓ 県内他市町村の取組紹介や意見交換セッティング、アドバイザーや専門職派遣等は県だからこそできる取組として注力
- ✓ 厚労省支援と県による伴走型支援の双方を効果的に活用するという視点で市町と取組内容を検討
- ✓ 新型コロナの感染状況をみながらできる限り市町に出向き対面で意見交換や打合せを実施

支援を受けて

- ✓ 厚労省による支援をきっかけに意思疎通の重要性が再認識され、今後益々府内外で連携が図られいくと期待
- ✓ アドバイザーや専門職による研修、先進取組市町村との意見交換など試行錯誤しながらであったが、今後も市町村とともに考える姿勢で支援に取り組みたい
- ✓ 今回ご支援いただいた内容は、県内の他市町村にとっても大変参考となるものであるため、共有できる機会を考えたい

≪宮崎県宮崎市≫

640

軽度者の自立や重度化防止を強化したい！

宮崎県宮崎市

総合事業の上限額が交付申請時に基準額のオーバーをしていることを何とかしたい
関係機関・者で今後の宮崎市のあり方を共に協議し、個々のスキル、モチベーションアップを目指したい

段階を踏まえた丁寧な根拠づくりが重要だと再確認！

ステップ1：昨年支援からの振り返り（行政説明後に意見交換・事例発表・意見交換）

ステップ2：自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント
～人の可能性は無限大～

スケジュール
10月28日（木）
10:00 ~ 10:05 開会、挨拶
10:05 ~ 10:30 出席確認
本日の内容説明
10:10 ~ 11:00 振り返り（県・市）
意見交換
11:00 ~ 12:30 田中補佐講話
＜お昼休憩＞
13:30 ~ 14:30 事例発表
14:30 ~ 16:00 振り返り、意見交換
16:30 閉会、挨拶



昨年度支援からの振り返り



地域ケア会議で検討した事例発表

自立支援型ケアマネジメントを推進するための取組と成果を共有



今までなかった地域分析の方法を助言



ステップ3：全体を通して意見交換会



幅広い内容で意見交換



規範的統合
に向けた働きかけが今後も必要！

(行政、地域包括支援センターの気づき)
・ケアプラン（妥当な支援の実施に向けた方針）が地域課題を抽出するのに活用できることを知り、是非、活用したいと思った。
・講話に励まされた。エンパワーメント力に脱帽。これまでの取組の後押しをしてもらえたので、日々、迷いながら進もうとしていることを認められたようで大変嬉しかった。
・ケア会議では、次のステップに来ている段階だと感じることができた。

自立支援・重度化防止の取組の発展に向けて



宮崎市福祉部介護保険課

642 1

宮崎市の概要

- 人口 401,226人
(うち65歳以上人口 114,106人)
- 高齢化率 28.44%
- 要介護認定率 16.90%
- 第8期介護保険料 6,150円
- 面積 643.54km² (南北38.3km、東西29.9km)
- 日常生活圏域数 22圏域
- 地域包括支援センター数 19カ所
- 市の特徴

- ・ 日向灘に臨む宮崎県の中央部に位置し、雄大な自然と温暖な気候に恵まれています。
- ・ JR線や路線バスはありますが、車での移動が主で、市内間の移動は不便となっています。
- ・ 介護サービス事業所数には地域差があり、充実していない地域では本市の短期集中サービスを全て実施できていない状況です。



※地域包括ケアシステムに親しみをもってもらえるように「ぐるみん宮崎」を愛称に推進しています。

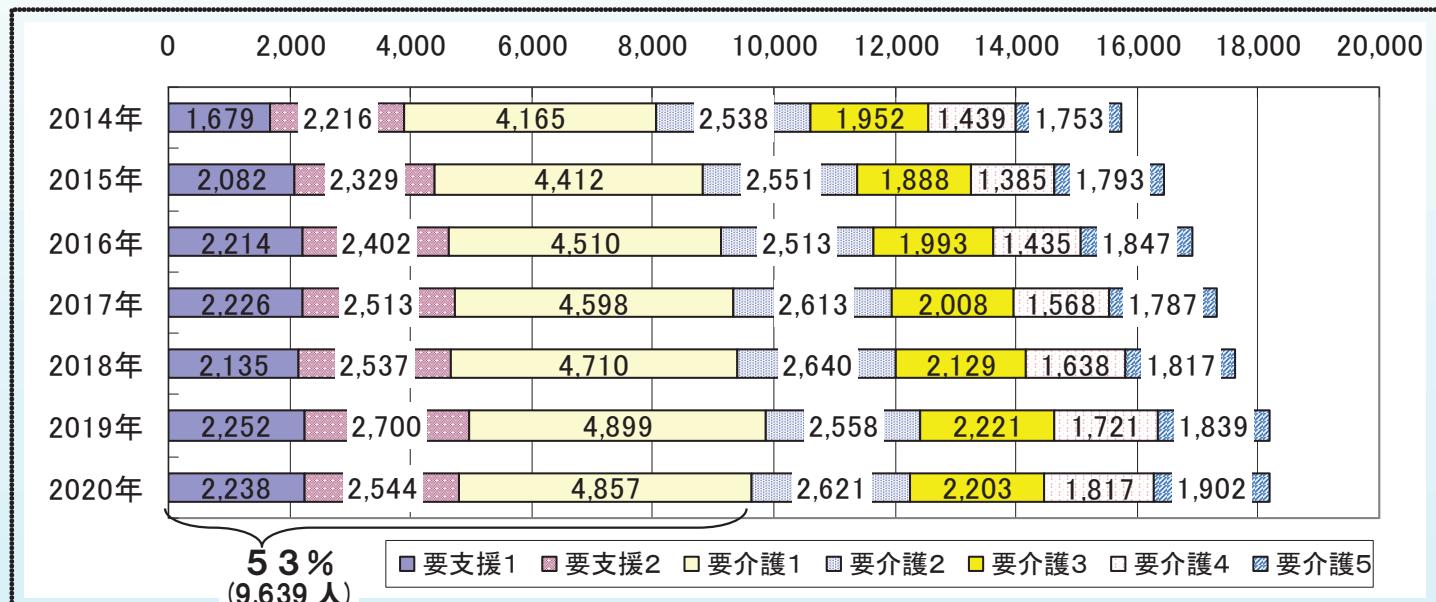
643 2

宮崎市長寿支援プラン（令和3～5年度）

（宮崎市老人福祉計画、宮崎市介護保険事業計画）

宮崎市の要支援・要介護度別の認定者数の特徴として、要支援1・2と要介護1を合わせた認定者数が全体の53%（全国平均48.4%）を占めている。

→自立や重度化防止を図ることで、住み慣れた地域での自立した生活の継続につなげたい。



資料) 厚生労働省「地域包括ケア見る化システム」

644 3

宮崎市長寿支援プラン（令和3～5年度）

（宮崎市老人福祉計画、宮崎市介護保険事業計画）

基本理念

すべての高齢者が住み慣れた地域の中で、
安心して暮らせるまちの構築

政策目標

地域包括ケアシステムの推進による
「切れ目のない在宅支援の充実」と
「地域に根ざす自立支援の実現」を目指して

ポイントは
「在宅介護の継続」

- 「在宅生活の限界点」を高めるための事業等に積極的に取り組む
- 在宅サービスの充実を図る
- 総合事業において、在宅生活を支援するためのメニューを充実する

宮崎市長寿支援プラン（令和3～5年度）

（宮崎市老人福祉計画、宮崎市介護保険事業計画）

地域包括ケアシステムを推進するための 4つの重点課題

① 自立した生活を継続するための
「自立支援」「重度化防止」の推進

② 認知症の人が認知症とともににより良く生き
ていくことができる地域づくり

③ 高齢者の生活を支えるための
地域自治区を基本としたサービス体制の整備

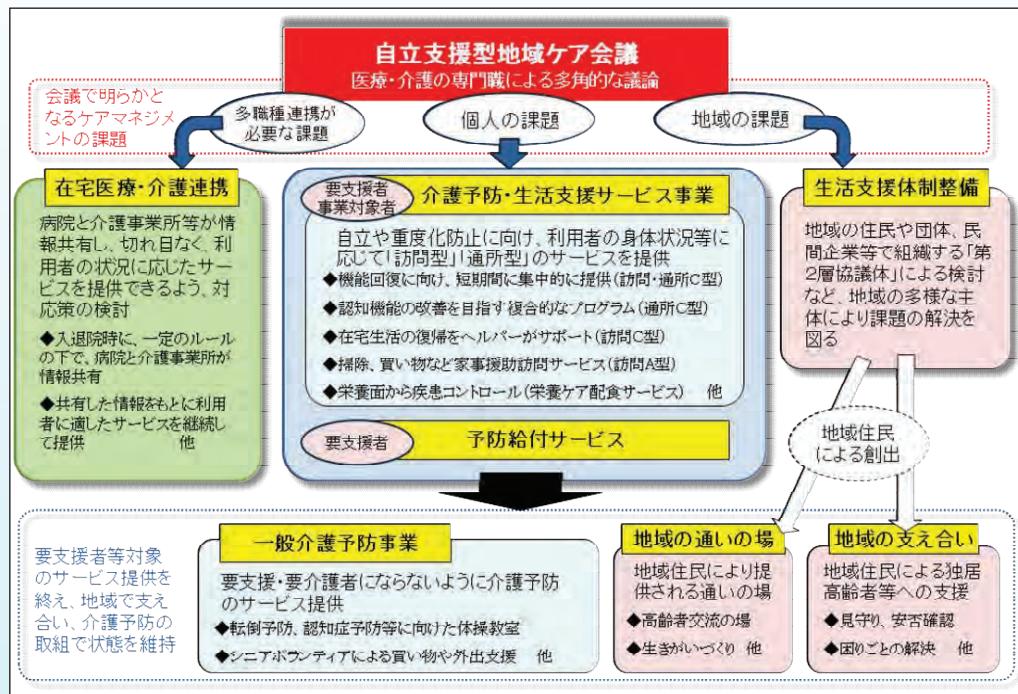
④ 地域でいきいきと活動的に暮らすための
生きがいづくり活動の推進

646 5

宮崎市長寿支援プラン（令和3～5年度）

（宮崎市老人福祉計画、宮崎市介護保険事業計画）

① 自立した生活を継続するための「自立支援」「重度化防止」の推進



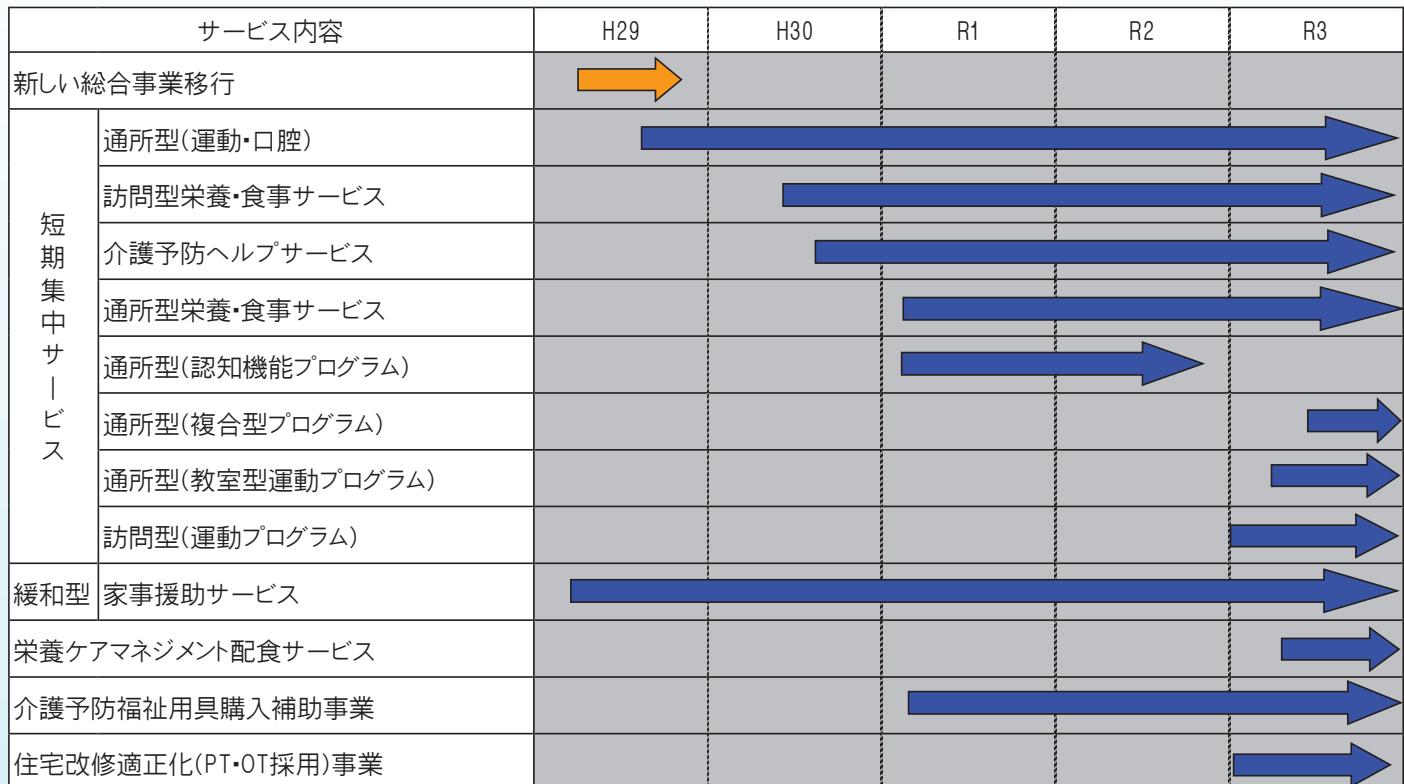
・ 医療や介護に係る専門職の参画のもと、自立等に向けたケアマネジメントを検討する「自立支援型地域ケア会議」を基点に、高齢者の生活の質（QOL）の向上につながる取組の充実を図る。

・ 生活の質を向上する自立支援・生活支援等の充実

・ ケアマネジメントにおける介護予防の取組の推進

647 6

宮崎市の介護予防ケアマネジメントを支える事業の展開



648 7

本市の令和3年度の総合事業の実施状況と上限額（当初予算時）

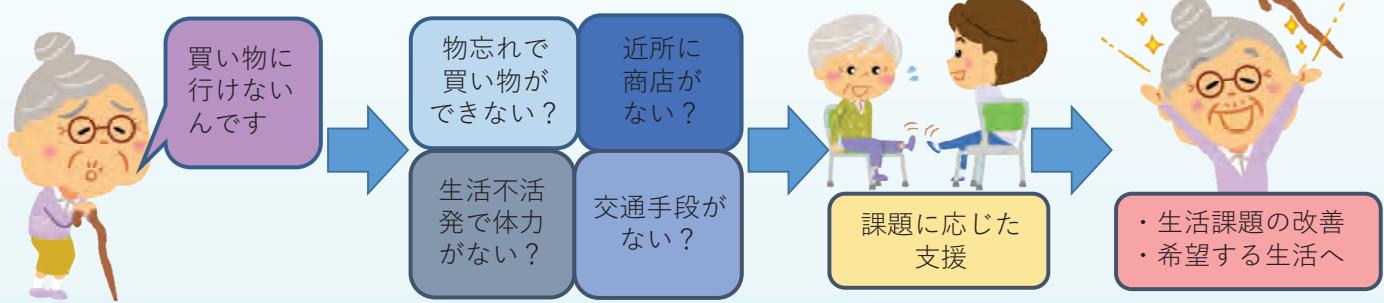
	事業名	予算額	総合事業費全体に対する割合
①介護予防・生活支援サービス事業	介護予防型訪問サービス（ホームヘルプ）	146,772,000円	14.50%
	介護予防型通所サービス（デイサービス）	630,093,000円	62.26%
	訪問型サービスA	9,354,000円	0.92%
	訪問型サービスC	12,496,000円	1.23%
	通所型サービスC	31,251,000円	3.09%
	栄養ケアマネジメント配食サービス	1,500,000円	0.15%
	その他（高額介護予防サービス費相当事業費等）	3,954,000円	0.39%
	介護予防ケアマネジメント	85,400,000円	8.44%
	国保連審査支払手数料	3,740,000円	0.37%
②一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業	870,000円	0.09%
	地域介護予防活動支援事業（みんなで体操みんなで健幸（けんこう）事業、フレイル予防短期スクール事業等）	86,534,000円	8.56%
		計 1,011,964,000円	100.00%
		国が定める上限額	996,102,979円
		上限超過額	-15,861,021円

⇒ 短期集中サービスや一般介護予防事業の活用により、上限を超過しない取組の展開が急務。 649 8

宮崎市の目指す自立支援型ケアマネジメント

①要望型から課題解決型に

できないことをサービスで補うのではなく、**生活機能低下の原因を分析して課題を明確**にし、目標（その人の希望する生活）に向けて取り組んで行く。



②課題を解決するチーム形成能力

- ・チームとしてケアプランにおける総合的課題を共通認識し、**意思統一と協働**を図る。
- ・自立支援型地域ケア会議で関係者全員で合意形成を図っていき、会議で検討しないケースについても横展開を目指す。



650 9

宮崎市の課題（エントリー内容）

- ①包括のケアマネジメントスキルが向上してきたが、自立支援型ケアマネジメントを一部委託先には展開していない
- ②高齢者が初めて介護保険の情報を得る場面（通いの場、医療機関等）での従来のイメージ（介護保険＝デイサービス）を払拭するため、啓発を行うにはどうすればいいか



存分に地域包括支援センターのスキルが發揮できない 651 10

支援事業に応募した理由

①振り返り

県と取り組んできた内容を関係者と厚労省職員も交えて振り返ることで、自由な意見を出し合う場を作りたい

②参考事例の情報が欲しい

厚労省職員から他自治体の取組を伺うことで、本市の取組を考えられる時間を設けたい

③成果の共有と評価

本市のサービスCや自立支援型地域ケア会議の取組を事例を通じて共有することで、成果の共有と厚労省の評価をもらいたい

⇒厚労省の支援をきっかけに、今の取組から1ステップ進みたい

652 11

支援事業で行った内容

●目的

総合事業について、これまで実施してきた内容の振り返りを行うことで、今後の課題を共有し、方向性を検討する。

●実施日

令和3年10月28日（木）

●出席者

老健局職員、九州厚生局職員、介護保険課、県長寿介護課、地域包括支援センター（事例発表者、協力者）、短期集中サービス提供事業所、地域包括ケア推進センター

●実施内容

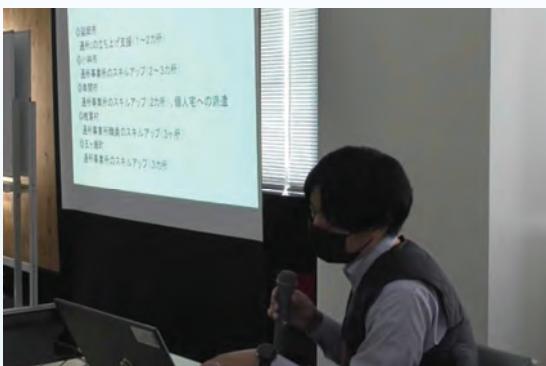
内容	担当、発表者
これまでの振り返り	・宮崎県 ・宮崎市
講義	・老健局認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐 田中 明美氏
事例発表①	・赤江地区地域包括支援センター ・通所（訪問）型短期集中サービス（運動プログラム）事業所
事例発表②	・住吉地区地域包括支援センター ・通所（訪問）型短期集中サービス（運動・栄養・口腔プログラム）事業所
意見交換	・出席者全員

653

12

支援事業で行った内容

1. これまでの振り返り

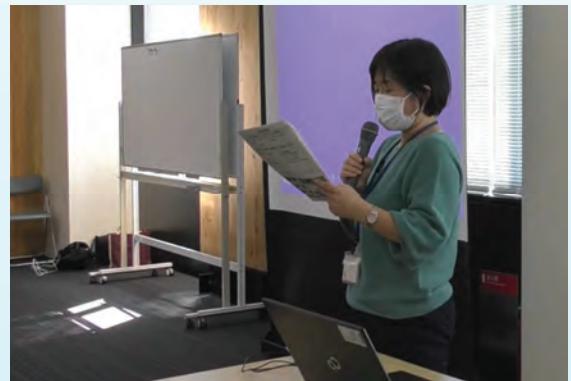


①宮崎県長寿介護課

- ・H28から自立支援型地域ケア会議を県が市町村を支援し推進
- ・自立支援型ケアマネジメントに積極的に取り組んでいる包括が別市町村の包括に派遣支援する取組 等

②宮崎市介護保険課

- ・構築してきたサービスの変遷
- ・包括のケアマネジメントのスキルを向上するために行った支援
- ・令和3年度上半期の状況として、対象者の医療リスクや課題に応じたサービス種別の選択が十分にできていない



654 13

支援事業で行った内容

2. 講義 (老健局認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐 田中 明美氏)

●講演内容

- ・自立支援の考え方
- ・ケアプランから見えてくる地域づくりの視点
- ・実態把握と総合事業設計の例 等
⇒実践できていない分析の方法や視点が盛りだくさんでした。



【後日講義の動画を視聴した包括】

- ・ケアプラン上の『本来行うべき支援が実施できない場合』を活用した地域資源創出の取組は重要だと感じた。
- ・通いの場で以前と様子が変わった方がいた時に包括に相談できるようにするなど、住民レベルでの重度化防止の取組が参考になった。
- ・地域の影響力がある人に事業を理解してもらう取組を行っていきたいと思った。

655

14

支援事業で行った内容

3. 事例発表



①サービスCを活用した事例

- ・通所系サービスの必要性があり、本人の拒否があったが、短期集中サービスを活用し必要な支援につながったケース。（訪問C運動⇒通所C運動）

②地域ケア会議等を活用した事例

- ・家庭の環境因子が複雑なケースで、個別のケース会議を繰り返し改善に至ったケース。



15

支援事業で行った内容

4. 意見交換

①医療と介護の連携

- ・包括に「連携が図られていると感じる点」や「課題と感じている点」をあげてもらい、田中室長補佐に助言をもらいながら、意見交換を実施。



②地域ケア会議

- ・同じような助言の内容が続いている課題があり、包括としてどのようなフィードバックが必要か意見交換を実施。

⇒今の取組に対して励みになるコメントもいただきました。

支援事業後の取組や方針

①支援の様子を動画撮影し、地域包括支援センターに配付

⇒視聴後のアンケート調査を実施

⇒共通で感じている課題や想いがあることがわかった

- ・ケアマネジメントの考え方や、サービスCの必要性を利用者・家族に説明する対応スキル
- ・地域ケア会議の事例を共有することによる業務の効率化
- ・積み上げたケアプランを活用した地域分析の実践

②R3.10.28の参加メンバーで再度集まり、必要と考える取組を検討

⇒アンケート結果で出た共通で感じている課題や想いを共有

- ・参加メンバーにさらに深掘りしてもらい、必要な取組を検討
- ・検討した内容は後日、各包括とも意見交換をする予定

⇒参加メンバーによる意見交換会で活発な意見が出るのは、実務者同士で意見を交わしているところにあると予想

⇒市が他で開催している会議では、実務者同士が意見を交わす場がほとんどなく、今後もこのような機会を持つことを提案

658

17

支援事業を受けてよかったです

①今まで取り組んできた内容を振り返り、やってきてよかったと実感できた

- ・各担当者が日々取組を進めていく中、一度立ち止まり、自分たちの業務を振り返る機会を得ることができた。
- ・自分たちは、全国的な課題と同じことに取り組んでいることを確認できた。
- ・やってきたことに自信がつき、改善点も把握することができた。

②チームとして取り組むことの大切さを確認できた

- ・個別ケースに限らず、地域の課題を考えることにおいてもチーム形成が大切であることを知った。
- ・地域の課題を解決することも、介護予防ケアマネジメントと同じく課題を分析して、チームの合意形成を得て取り組むことだと認識した。

659 18

《宮崎県》

660



厚生労働省職員派遣による市町村支援報告会

宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室
地域包括ケア推進担当

令和2年度



<宮崎市>

- ・短期集中型サービスの提供について
 - ・短期集中型サービス提供事業所の質の差について
 - ・短期集中型サービス導入前の事例確認方法について
 - ・事業対象者の仕組みの活用について
- (田中室長補佐、宮崎市、宮崎県での意見交換形式)

<延岡市>

- ・一般介護予防事業の充実について
 - ・保険者機能推進交付金の活用について
 - ・短期集中型サービスの実施について
- (田中室長補佐、延岡市、宮崎県での意見交換形式)



662

令和3年度



<宮崎市>

- ・介護予防・日常生活支援総合事業の構築や活用について
 - ・自立支援型ケアマネジメントについて
 - ・医療介護連携について
 - ・地域ケア会議について
- (田中補佐、九州厚生局、宮崎市、地域包括支援センター、サービス提供事業所、地域包括ケア推進センターが参加。
講演、取組報告や意見交換を実施。)



派遣支援を受けての学び・気づき

①課題の共有

- ・市町村、地域包括支援センター、サービス提供事業所、医療機関等、それぞれの立場で感じている課題があるため、課題を共有していくことで同じ方向に向かって進んでいくことができる。

②既存事業の評価

- ・県及び市町村で実施(予定)している事業について、他の自治体の取組等を含めて評価していただくことで、次年度以降の事業推進に繋がった。

664

派遣支援後の取組

①派遣支援を受けた後の取組報告会

- ・今後の課題の共有、方向性を検討。

②宮崎東諸県圏域における専門職との意見交換会

- ・市町村担当者と、介護予防・日常生活支援総合事業や地域ケア会議に参画しているリハビリテーション専門職が参加し、それぞれの立場からの意見交換を実施。

③県内全市町村を対象とした研修会の開催

- ・既存の研修会(リハビリテーション専門職向け)を活用し、市町村担当者にもパネリストとして参加してもらい、それぞれの立場から取組報告を実施。

665

3. 参考資料

■ 市町村支援時に活用したツール

- 横手市 ロールプレイングシナリオ
- 能代市 グループワークの紹介
- 川越市 グループワークの紹介
- 深谷市 グループワークの紹介
- 長岡市 規範的統合に関するアンケート
- 中央市 支援期間中作成したツール ＊R4.1月時点版
- 西伊豆町 グループワークシートの紹介
- 紀北町 規範的統合に関するアンケート
- 小松島市 規範的統合に関するアンケート
- 小松島市 グループワークの紹介
- 長島町 通いの場一覧表・マッピング

横手市
ロールプレイングシナリオ

■ 横手市のロールプレイングシナリオ

<p>構成員 A (厚生局)</p> <p>ケアマネ役 (県)</p> <p>SC役 (田中補佐)</p> <p>構成員 B (厚生局)</p>	<p>構成員 A (厚生局)</p> <p>ケアマネ役 (県)</p> <p>SC役 (田中補佐)</p> <p>構成員 B (厚生局)</p>
<p>「今、『町内会の会員数の減少など、地域のコミュニケーションが希薄になつていいのではないか』と心配するお話を聞くと、『高齢者がもつと生きがいや役割を持つて地域貢献できるなど、地域の中でも高齢者が元気を維持できるような取組ができるのではないか』ということの二つのご提案をいただきました。この件について、先ほどから、『うんうん』と頷かれていた●ケアマネさん、ご発言いただけますか？」</p> <p>「回覧板を回すこともそうですが、ごみ出しも高齢になつくると大変だとよく伺います。家庭ごみを玄関に出しておくと、隣近所で集積所に運んでくれるような助け合いをされている地区があるようにお聞きしたのですがあ、皆さんの地域でそういう取組を行うとなると、何か障害となることはありますか？」</p> <p>「若い世帯の方がいるので、協力して運んでくださることもありますが、あくまで近所のお付き合い程度で仕組みとしてはできていません。これから先は地区の仕組をしてできたりといふ思っています」</p>	<p>○町内会の話 地域の関係性が薄れていくのではないかと心配している。具体的には、空き家ではないが、自宅で暮らせず、施設で過ごす人が増えている。流雪溝組合には入っているが、町内会から抜けた人が増えている。 高齢になり、町内会等の役割を果たすことができなかつたり、役割が煩わしかつたりということで、町内会を抜ける人も増えている。月一回の市報等の回覧板を回してくれる人も減っている。町内会から抜けることで、隣近所との関係が薄れてしまうと心配している。抜ける人がいたり、町内会 자체も変化している。 高齢者と子どもが一堂に会した交流会ができないか検討している。高齢者が子どもと接しているところを見かけたら、とても嬉しそうだった。高齢者が受け手として見守られるだけではなく、役割や生きがいを持って地域貢献することで、健康であり続けるのではないか。</p> <p>ティが希薄になつていいのではないか」と心配するお話を聞くと、『高齢者がもつと生きがいや役割を持つて地域貢献できるなど、地域の中でも高齢者が元気を維持できるような取組ができるのではないか』ということの二つのご提案をいただきました。この件について、先ほどから、『うんうん』と頷かれていた●ケアマネさん、ご発言いただけますか？」</p> <p>「まだ、ご発言のない○○さん、感想でも構いません。一言お願いします。子ども食堂の調理にお手伝い、とてもいいですね。昔懐かしのお遊びなども、多世代交流の中で継承していくこともできそうですね」</p>

■ 横手市のロールプレイングシナリオ

<p>構成員 A (厚生局)</p> <p>ケアマネ役 (県)</p> <p>SC役 (田中補佐)</p> <p>構成員 B (厚生局)</p>	<p>構成員 A (厚生局)</p> <p>ケアマネ役 (県)</p> <p>SC役 (田中補佐)</p> <p>構成員 B (厚生局)</p>
<p>「先ほどの高齢者の地域貢献のことでの地区ですが、子ども食堂の調理に近所の独居高齢者の方をお手伝いしてくれないと聞きました。皆さんの地区では、高齢の方が活躍されているお話を聞いていましたか？」</p> <p>「そうですね。おさんたちと触れ合えますし、聞いた話によりますと、昔調理師をしていた方が『僕もやつてみたい』ということで手伝つてくださつたら、あまりご近所の方とお話されないような方だったのですが、子ども食堂でとても活き活きとされていたということだったので、そういうた地域のつながりもできました」と</p> <p>「ありがとうございます。おさんたちと触れ合えますし、聞いた話によりますと、昔調理師をしていた方が『僕もやつてみたい』ということで手伝つてくださつたら、あまりご近所の方とお話されないような方だったのですが、子ども食堂でとても活き活きとされていたということだったので、そういうた地域のつながりもできました」と</p>	<p>「ありがとうございました。お話を聞いていくと、協議会では順番に話を聞いていくことをしがちですが、頷いたり、身を乗り出したり、興味関心を持つていい様子の人には話を振ることで、物事を深く掘り下げて共感している人を探して深掘りしていくことも一つのポイントです。</p>

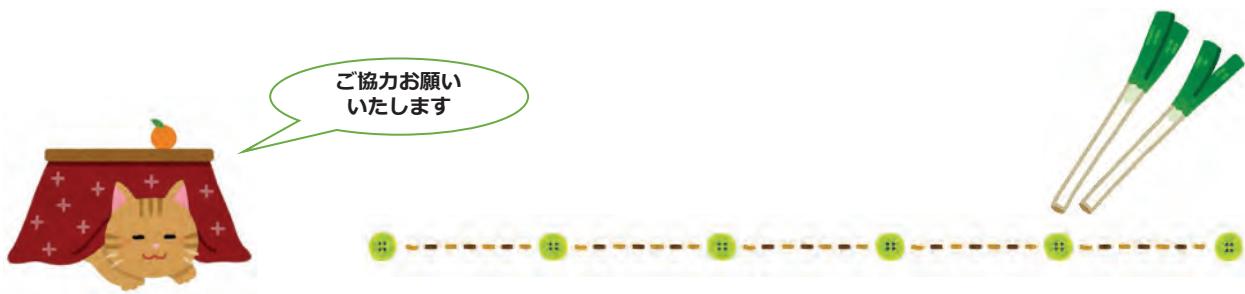
■ 横手市のロールプレイングシナリオ

SC役（田中補佐）	包括役（厚生局）	田中補佐よりコメント
<p>○終活の話</p> <p>七十五歳をすぎて、終活を意識するようになった。単身者が高齢化し、一番に気がかりなのは亡くなつた後の家庭のごみの問題。亡くなつた後の支援はもちろん、元気なうちから支援してもらえると助かる人も多いと思う。</p> <p>サービス券などで業者が来てくれて、一時間程度で引き取ってくれる仕組みがあるといいのでは？</p> <p>高齢独居だけでなく、高齢者夫婦で暮らしていくもそうだが、亡くなつた後の建物や、お墓つい、役所の手続き等を元気なうちに何とか整理できないか？</p>	<p>「終活という言葉は、皆さん既にご存じですか？」</p> <p>少し前まではこういった話はタブー視されていましたが、最近では結構、全国各地で啓発が進められています。</p> <p>皆さんはどうな感想を持たれたでしょうか？</p> <p>『子どもに迷惑をかけたくない』とおっしゃる方々は増えていますが、なかなか終活というと、ハードルが高いと敬遠される方々も多くいらっしゃるのではないかと思いますが、いかがでしょうか？』</p>	<p>「うちの包括では、先ほどの話のように、廃墟になつてしまつた空き屋問題や孤独死などの事件が重なり、老支度講座を始めて、来月開催します。皆さんがご心配されているいろいろな手続きのお話もあります。ぜひ多くの方に聞いていただきたいので、お知り合の方にご紹介してくださいね」</p> <p>ありがとうございました。</p> <p>終活はACPやこれから認知症になつていく年代の方をいろいろ考えるととても大切な問題です。横手市の協議体のDVDを観たときに、終活の話にして、とても良い発言をされていると思い、拾つていけたら良いと感じたので展開しました。</p> <p>相手が意識をせずに「どうなんだろう？」という思いで呟いていることを、私たちがいかに共感し、集約し、皆で次につなげていくかということがとても大事で、それが普段の雑談の中でもできればよいと思います。</p> <p>最近知つた事例として、群馬県前橋市で、企業と協力して、センチの黄色いベンチを作ることを実施されました。長さにもこだわって、皆で作るということで、子どもからお年寄りもいれば、介護事業所の方、ラッピングストアの店員さんなどもいて、皆で組み立ててドド地で、ヒントになればと思ったので、そういふ</p>

能代市

グループワークの紹介

第3回目（11/25）の グループワークについて (事前のご説明)



674

目的

能代市の通所型サービスCをはじめとする
「総合事業（介護予防事業）の再構築」
を目指して実施します。

より効果的なものにするために、
皆さんで一緒に考えていきましょう！



675

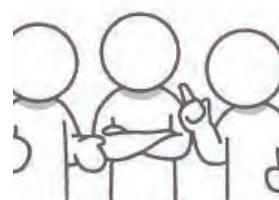
内 容

当日のグループワークでは・・・

ワーク① 今ある事業（資源）を洗い出します

ワーク② シートの中に当てはめて整理します

ワーク③ 事業（資源）で貢えているのか考えます



676

ワーク ①

ワーク① 今ある事業（資源）を洗い出します

個人ワークで、フセン紙に書き出します。

- ・行政や包括で実施している事業や教室
- ・社協で実施している事業や教室
- ・知っている地域の通いの場

など



677

ワーク ②

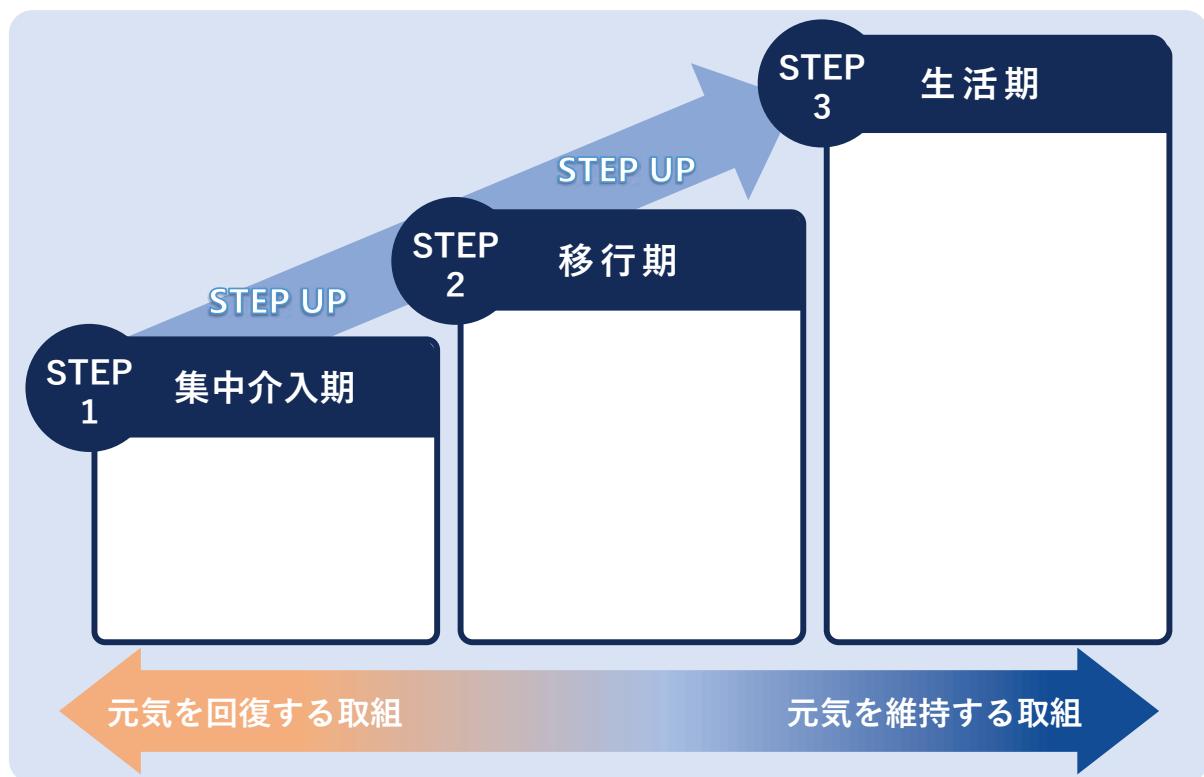
ワーク② シートの中に当てはめて整理します

- 最初に、ワーク①で書き出したフセン紙を、グループの中で出し合い、テーブルの上に全てのフセン紙を載せます。
- 次に、シート（模造紙）の中に貼り、ステップ毎に整理します。

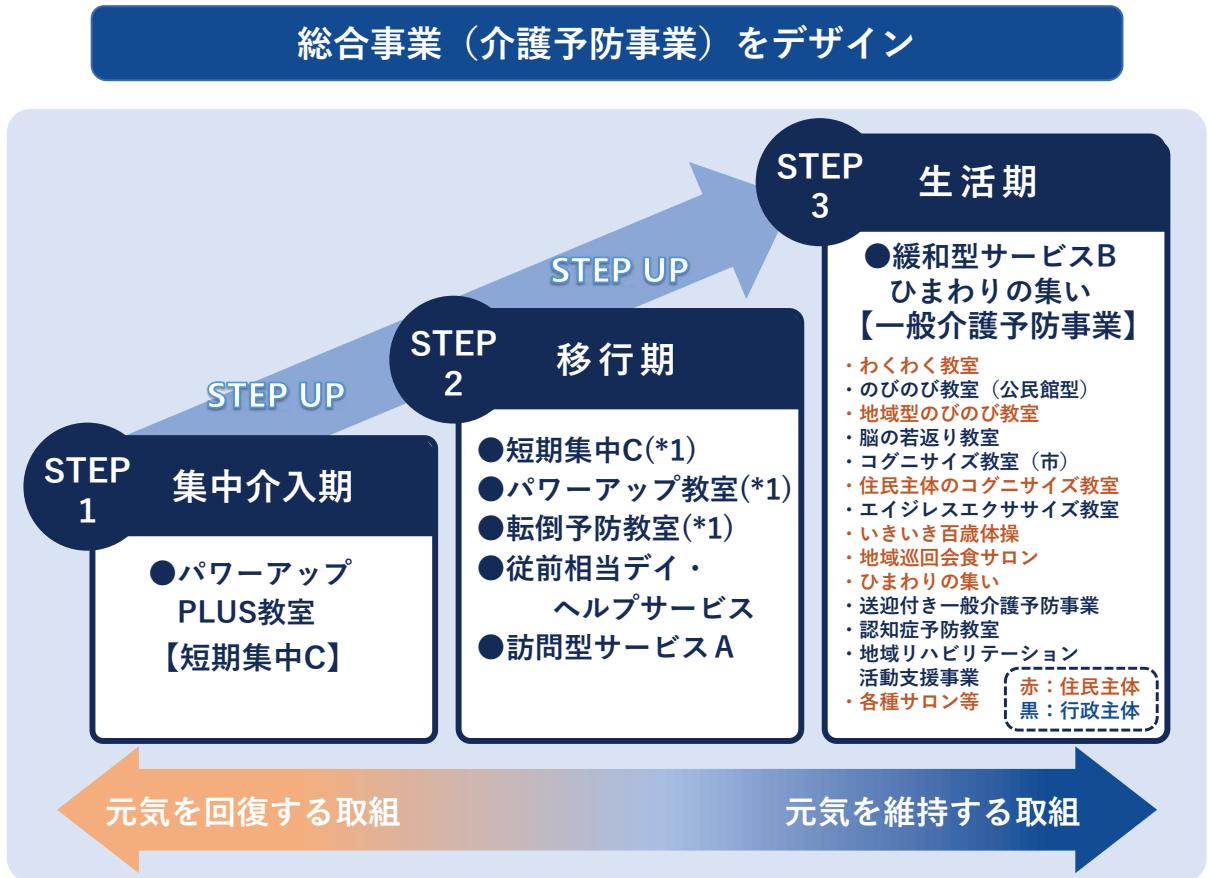
678

シート（模造紙） 見本

総合事業（介護予防事業）をデザイン



参考事例：生駒市の場合



令和3年8月5日（木）第1回支援 講話資料4ページより抜粋

680

ワーク ③

ワーク③ 事業（資源）で賄えているのか考えます

- ・全体を見渡して、事業等の過（重複等）不足を考える
- ・弱いものは、強化できる、できそうな内容を考える
- ・住民主体の地域の通いの場やサロンは足りているのか、誰が開催しているのか
- ・今後、どんなものを仕掛けていけるか、考えてみる
- ・いつまでに誰が何をどうする（タイムスケジュール）を考えてみる など

「足りないもの」と「変化させていくもの」を新たに（色違いの）フセン紙で書き足していきます。

681

一般介護予防事業の対象者について（抜粋）

令和3年度地域支援事業実施要綱 P31

別記1 総合事業（2）一般介護予防事業ア(イ)

（抜粋）

介護予防に資する住民主体の通いの場の取組に当たっては、通いの場に参加する高齢者の割合を2025年までに8%とすることを目指し、通いの場の取組を推進していることを勘案することが望ましい。

682

川越市
グループワークの紹介

683

令和3年11月16日（火）開催

これからのwell-beingを考える情報交換会 (事前課題)

684

事前課題について

お忙しい中、情報交換会にお申込みいただき、ありがとうございました。

限られた時間の中での情報交換会となりますので、事前課題に取り組んでいただき、情報交換会当日は、できるだけ参加された皆さん同士が話せる時間を多く持ちたいと思います。

情報交換会当日は、参加される皆さんと一緒に、多くのことを学び、考え、共有し、楽しい時間を過ごしていきたいと考えております。

当日は、よろしくお願ひいたします。

(担当者一同)



2

685

well-beingとは・・・

「well-being（ウェルビーイング）」という言葉を初めて聞かれた方も多いのではないかですか？

世界保健機構（WHO）は、1946年、「健康の定義」を下記のように示しています。

“Health is a state of complete physical, mental and social **well-being** and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態（well-being）にあることをいいます。（日本WHO協会訳）”



幸せは、Happinessと訳されますが、感情的で一瞬しか続かない幸せ。
それと比較し、well-beingは、持続的な幸せを意味しています。



686

情報交換会の目的

1. 地域で一緒に活躍している仲間をお互いに知る。
2. 個々人にとってのwell-beingについて、皆さんの共通言語として、生み出していく。
3. well-beingの実現に向け、私たちみんなが心掛けたいこと、忘れてはいないこと、ポイントを考える。
4. 今日からつながる！そして、始めてみよう！！

目指したいのは、「**well-beingがあふれる社会**」。

その実現に向けて、個別支援や地域づくりを今後、どのように進めていけば良いのでしょうか？

今回の情報交換会は、地域支援事業のデザイン再構築のキックオフにしていきたいと思います。

皆さんと一緒に「**well-beingがあふれる川越**」を考えていきましょう。



687

事前課題 その1

皆さんが所属されている団体の強みは何ですか？

皆さんの所属団体の長所・得意なところなど強みをぜひ教えてください。

5

688

事前課題 その2

皆さん自身にとってwell-beingとは、どんな状態ですか？

幸せは、Happinessと訳されますが、感情的で一瞬しか続かない幸せ。

それと比較し、well-beingは、持続的な幸せを意味しています。

皆さん自身にとって、持続的な幸せは、これからもどんなことを続けられることですか？

ご自身にとってのwell-beingを言葉にしてみてください。



6

689

事前課題 その3

皆さんが関わっている地域支援事業。

ご自身が関わっている事業の3W1Hを課題シートに落とし込んでみてください。

※ご記入いただく事業は、事務局から指定させていただきますので、別紙（出席者名簿の備考欄）をご参照ください。

Why－What－Who－How

参考例を事前課題シートに記載しています。皆さん自身が考える3W1H。

事業マニュアル等の言葉でなく、皆さん自身が普段の業務から考える・感じる言葉で
難しく考えずに、シートに落とし込んでみてください。

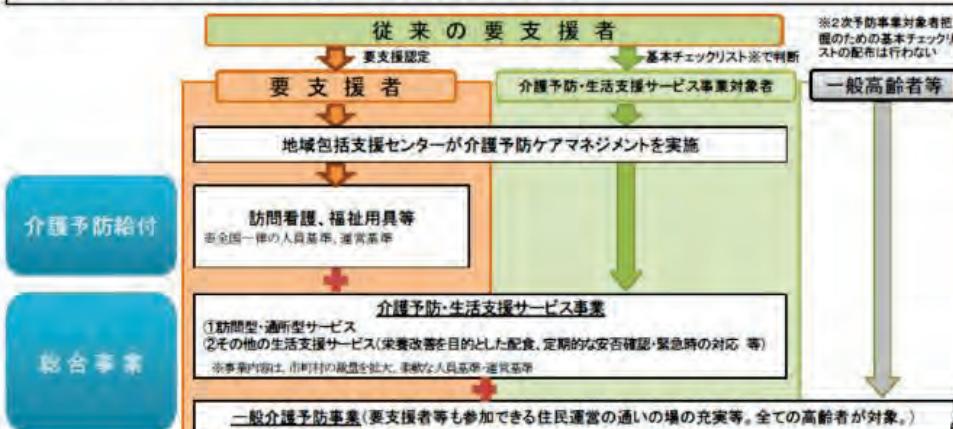
690

(参考) 総合事業の概要

第1 総合事業に関する統制的な事項

【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービスによるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



691

(参考) 地域支援事業とは・・



この部分の
事業です

所属名	職種
氏名	

① 皆さんが所属されている団体の強みは何ですか。

② 皆さん自身にとってwell-beingとは、どんな状態ですか。

これが続けられる状態

- ③ ご自身が関わっている事業の3W1Hを落とし込んでみてください。
 ※ご記入いただく事業は、事務局から指定させていただきますので、別紙（出席者名簿の備考欄）
 をご参照ください。
 (事業名)

キーワード	記載欄	例		
why (なぜ必要なのか)		気になる女の子いるから	かっこよくする	
what (何をするのか)			自分が	
how (具体的にどうするのか)			流行りの髪形に変える	

11月16日開催「これからのwell-beingを考える情報交換会」グループワークシート（No.1）

グループ番号

グループワーク③ 「川越市の高齢者にとってのwell-beingを考えよう」

グループワーク④ 「実現するための3W1H」

Why
Who
What
How

11月16日開催「これからのwell-beingを考える情報交換会」グループワークシート（No.2）

グループワーク⑤ 「つながる・つなげる」



深谷市 グループワークの紹介

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

696

グループワークスケジュール

時 間	内 容
13:00～13:40	グループワーク【テーマ1】 深谷市の地域支援事業の相互理解
13:40～13:55	全体共有
13:55～14:05	全体共有を聞いての、気づきの共有(感想を言い合おう)
14:05～14:15	休憩
14:15～15:00	グループワーク【テーマ2】 地域支援事業の深化に向けた取り組み(連携・運動方法の模索)
15:00～15:15	全体共有
15:15～15:30	投票タイム
15:30～15:55	まとめ・講評
15:55～16:00	アンケート記入、閉会

697

グループワーク

時 間	内 容
13:00～13:40	グループワーク【テーマ1】 深谷市の地域支援事業の相互理解

1. 自己紹介(所属、名前、かかわっている事業)

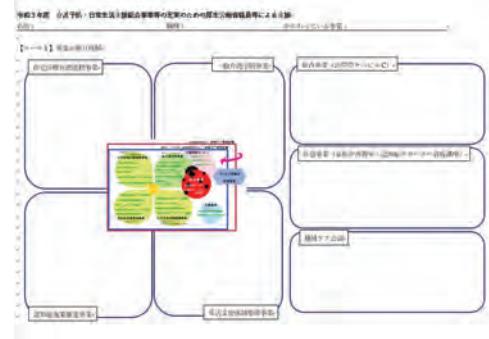
2. 役割決め

3. 自身がかかわっている事業紹介

→かかわっている深谷市の地域支援事業を、グループに紹介してください。

一緒に配っている資料を使うもよし、体を動かしながら紹介するもよし、方法は問いません。

※紹介された事業の枠に、その内容を、直接か、ふせんに記載し、シートを埋めてください。枠に入らない事業の時は、余白を活用してください。



698

グループワーク

時 間	内 容
13:40～13:55	全体共有 グループワーク【テーマ1】 深谷市の地域支援事業の相互理解
13:55～14:05	全体共有を聞いての、気づきの共有(感想を言い合おう)
14:05～14:15	休憩



【全体共有】いくつかのグループに発表していただきます。

かかわっている事業紹介を聞いて、気づいたことを、3点、発表してください。

「へえ～」「そういうのやってるんだあ」など、なんでもOK！

【グループ内で再共有】

他のグループの、「へえ～」「そういうのやってるんだあ」を、グループで共有！

699

グループワーク

時 間	内 容
14:15～15:00	グループワーク【テーマ2】 地域支援事業の深化に向けた取り組み (連携・連動方法の模索)

①アイデア出し(連想) 5～10分

- ・事業Aと事業Bを繋ぐと、何ができるか考える
- ・行き詰ったら、事業と事業を無理やりつないで、発想する

↓



②いくつかのアイデアを選ぶ(3つ以上) 5～10分

↓

③アイデアを育てる(具体化)

- ・4観点をもとに、具体化する。
 - i) どんな目的で？
 - ii) なにを？
 - iii) どんな人を対象に？
 - iv) どんな方法でやるのか？

【併せて、考えたいこと】
誰が**主体**になるのか?
→主体は、行政とは限らない。



700

グループワーク

時 間	内 容
14:15～15:00	グループワーク【テーマ2】 地域支援事業の深化に向けた取り組み (連携・連動方法の模索)

【発想するときのルール】

①とにかく、**自由に**！柔軟でユニークな発想を！

枠や型: 固定観念や先入観、決めつけ、ルール、前例、制約は、取り払って考えます。

②前向きで主体的な思考を！

「自分から何かしよう！」「自分にできること」を考えます。

③多様な思考・見方をしよう！

狭くて、一面的なものの見方や考え方を捨て、自分の視点(角度や立場)を変えてみよう！
いろいろな人の見方を知ろう！！

「批判厳禁」「自由奔放」「質より量」「便乗歓迎」

701

グループワーク

時 間	内 容
15:00～15:15	全体共有 グループワーク【テーマ2】 地域支援事業の深化に向けた取り組み(連携・連動方法の模索)
15:15～15:30	投票タイム

【全体共有】すべてのグループに発表していただきます。

発想した3つの事業の名称を発表し、
ぜひ紹介したいものを一つ、発表します。

【投票タイム】

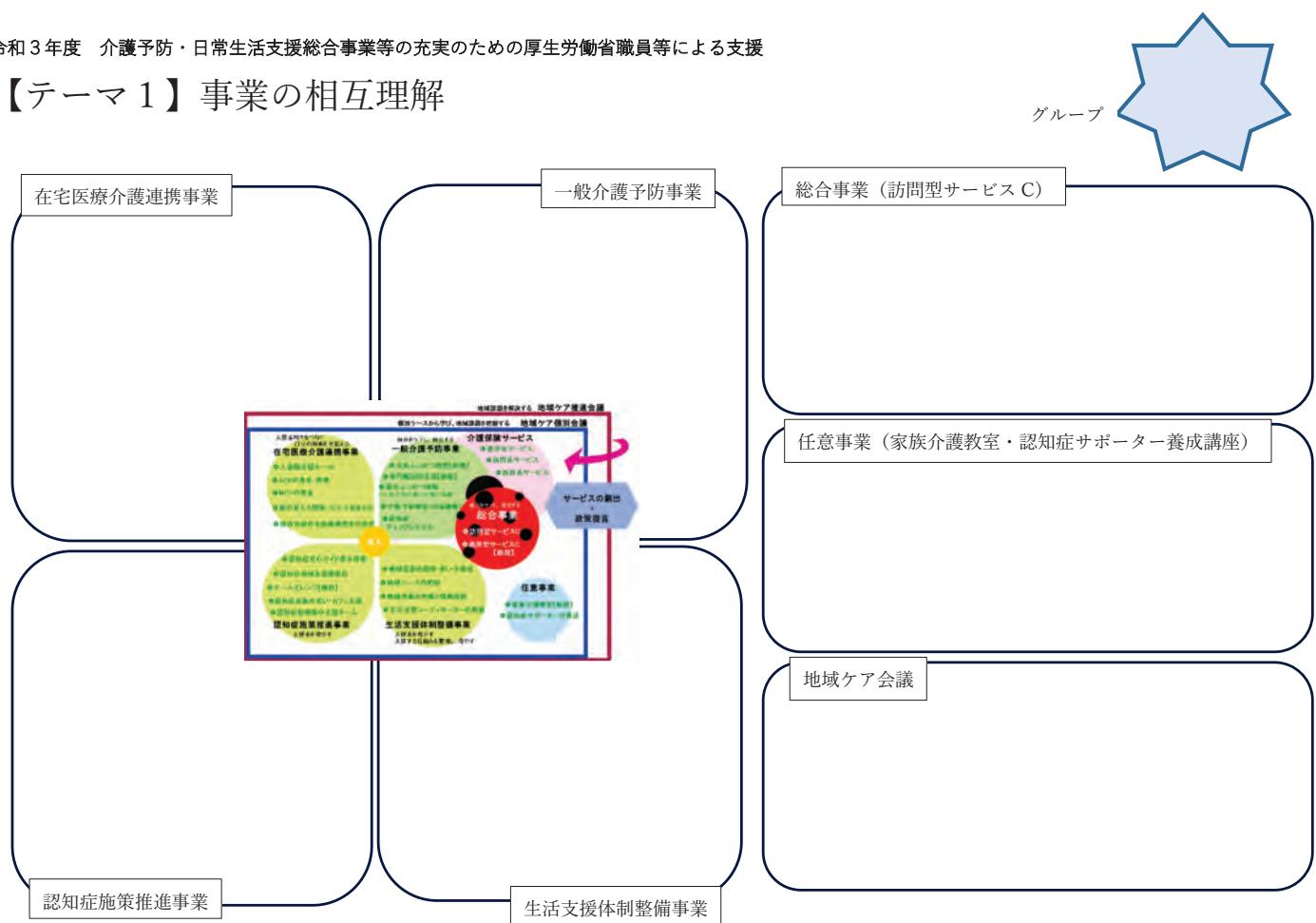
他のグループも見て回って、
「いいね！シール(青い○シール)」を
貼りましょう。
事業案の票の一番右の欄に貼ってください。

【発表時の視点】

- i) どんな目的で?
 - ii) なにを?
 - iii) どんな人を対象に?
 - iv) どんな方法でやるのか?
- 考えられる主体

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等による支援

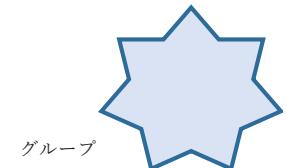
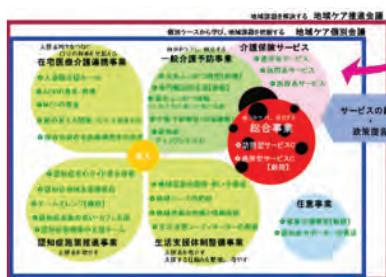
【テーマ1】事業の相互理解



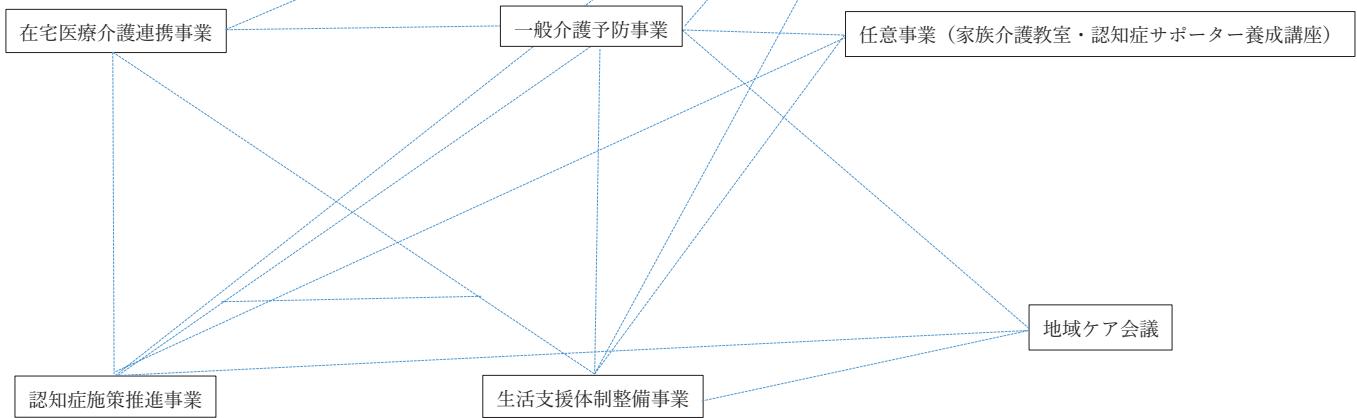
全体共有での気づきメモ

気づきの共有

【テーマ2】地域支援事業の深化に向けた取り組み (連携・連動方法の模索)



グループ



連携連動の方法案

繋いだ事業	事 業 名	内 容	



長岡市
規範的統合に関する
アンケート

<包括・居宅向け>

～長岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル 4ページ～

4. 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 原点としての自立支援に改めて立ち返ること

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることを防ぐ限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態にならぬようその悪化を防ぐ限り防ぐ」ために高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても、生活の質を維持・向上しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを目指します。

そのためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

(2) 総合的・効率的な支援の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせること

総合事業においては、「高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが結果として介護予防につながっていく。」という視点から、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのみならず、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討しケアプランを作成していくこととなります。

★大切にしたいポイント★ ★ ★

- ◆ 利用者本人やその家族の意向を的確に把握する
- ◆ 専門的な視点からサービスを検討する
 - ・ 生活機能の低下の原因や背景を分析
- ◆ 利用者の理解と同意を得てサービスを提供する
 - ・ ケアマネジメントの結果、適当と判断した内容について利用者が十分な理解と納得をする必要がある。
 - ・ 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けており、それによりどうなっていくことを期待しているかを丁寧に説明する。
- ◆ 本人の活動や参加の意欲を引き出す
- ◆ 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、**高齢者が自らのケアプランであると実感し、目標の設定はスマールステップからの達成可能な本人のやる気のあるものを具体的に設定します。**

【総合事業の趣旨説明】

総合事業は、介護保険制度における市町村による事業です。総合事業は市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。長岡市においては、平成29年から総合事業に移行し、訪問型では、介護予防訪問サービス・生活サポート事業や通所型では、介護予防通所サービス・くらし元気アップ事業・短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業など、多様なサービスを構築してきました。

しかしながら、長岡市においては要支援認定者や事業対象者の方のサービスや事業利用にあたっては、必ずしも自立支援や重度化防止を期待してのサービスや事業利用にならないケースもあるかと思われます。

【1】上記の理由について、どのようなものがあると考えますか？ あてはまるものに○を付けてください。（複数回答可）

1. 友人が通っているデイサービスや利用している訪問介護などのサービスを指定（専門職の安心感）
2. 主治医がデイケアやデイサービスなどを指定し、本人に利用を進める（医療機関の判断）
3. 多様なサービスがあることを住民が知らない
4. 本人・家族が、訪問系による多様なサービスでは支援者が専門職でないところに不安を感じる
5. 通所系の短期集中レベルアップ事業や筋力向上トレーニング事業では、本人・家族が有期限のところに不安を感じる
6. 利用できるサービスが限られているため
7. その他（ ）
8. わからない

【2】長岡市では総合事業の趣旨に基づき、自立支援に資するケアプランへの取組を推奨していますが、難しく感じることはありますか？

1. はい → [2-1]・[2-2]へ
2. いいえ → [3]へ

（上記【2】で「1 はい」と回答した方）

【2-1】その理由について考えられる点について○を付けてください。 (複数選択可)

1. 加齢に伴う心身の機能低下は、やむを得ないものと本人・家族等が諦めている
2. 通所型サービス C（短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業）など総合事業の取組を本人・家族が知らない
3. 医療機関などが前に利用するサービスの案内をしていて、他に説明をして聞き入れてもられない
4. 本人の状態像に応じた事業やサービスの選択をうまく調整できない
5. 本人の生活機能の向上に対する意欲が低いため、動機付けに苦労する
6. 今の生活をなるべく維持・改善するための事業やサービスが少ない
7. 家族の安心のために長時間のデイサービスやホームヘルプサービスの利用を求める声が大きい
8. その他（ ）

（上記【2】で「1 はい」と回答した方）

【2-2】上記【2-1】で難しく感じた項目に対して、改善策を求めるとしたらどのようなことがあると思いますか？

【3】自立支援に向けたサービスとして、通所型サービス A（くらし元気アップ事業）を展開していますが、有期限での終了が難しいという声を聞いています。卒業できない理由は何だと考えますか？あてはまるものに○を付けてください。（複数選択可）

1. 専門職に引き続きやってもらいたいと本人が希望する
2. お友達、支援者とのつながりが切れてしまうと考えている
3. 目標達成後にサービスの利用が終了するというこの説明が不十分、または本人が十分理解できていない
4. サービス利用終了後に状態を維持する自信が本人にない
5. サービス利用終了後にやりたいこと、目標がもてない
6. サービス利用終了後の居場所が十分にない
7. サービス利用終了後の居場所への移動手段がない
8. サービス利用を継続することに安心感を抱く家族が、本人に利用を勧める
9. 地域にくらし元気アップ事業所がないためわからない
10. その他（ ）

【4】自立支援に向けたサービスとして、通所型サービス C（短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業）を展開していますが、毎年利用されている方も多いいらっしゃいます。理由は何だと考えますか？あてはまるものに○を付けてください。（複数選択可）

1. 専門職に引き続きやってもらいたいと本人が希望する
2. サービス利用終了後、身体機能維持のための居場所がないため、ご本人の身体機能が低下してしまう
3. 他にご本人が希望する適切なサービスがないため
4. 冬期間、活動する範囲や場所が狭くなってしまうため
5. 機能低下が改善しても毎年利用することがご本人のサイクルになっており、やめることができない
6. その他（ ）
7. 地域に通所型サービス C の事業所がないためわからない

【5】介護予防ケアマネジメントのプランを作成するにあたり、困っていることや悩んでいることはありますか？あてはまるものに○を付けてください。 (複数選択可)

1. プランを作成するための時間の確保が難しい
2. どこにどのようなことを記載していいのかがわからない
3. ご本人や家族の思い、アセスメントを言葉にしてプランに落とし込むことが難しい
4. アセスメントの視点がわからない
5. その他（ ）
6. 困っていることや悩んでいることはない

【6】介護予防ケアマネジメントにおける研修について、どのような内容があると良いと思いますか？あてはまるものに○を付けてください。（複数選択可）

1. 総合事業の趣旨説明
2. 自立支援の考え方
3. 多様なサービスや事業・教室の利用におけるメリット
4. 通所型サービス利用後の自立した生活のイメージの伝え方（セルフケアや趣味の再開等）
5. 自立支援に向けたアセスメントの方法

6. 過度なサービス利用を勧める家族への説明方法
7. 具体的な目標設定の方法
8. 効果的なモニタリング方法
9. サービス担当者会議や地域ケア会議の工夫
10. 評価の視点
11. プランの書き方
12. その他 ()

[7] サービス提供事業所に期待することについて、あてはまるものに○をつけてください。（複数選択可）

1. ケアプランに基づいた個別計画書の立案
2. 訪問系・通所系サービスの目標達成によるサービス終了を目指すアプローチ
3. 効果的なモニタリング
4. セルフケアや家族支援等の勧め
5. 本人のモチベーションアップにつながる支援
6. その他 ()

[11]最後に、事業所の種類と、回答されている方の要支援者、事業対象者のケアプラン担当件数(10月31日現在、居宅介護支援事業者の場合は、長岡市の地域包括支援センターからの受託分)を教えてください。

1. 地域包括支援センター
2. 居宅介護支援事業所(特定加算あり)
3. 居宅介護支援事業所(特定加算なし)

件

[8] 規範的統合^③に向けて行政に期待することについて、あてはまるものに○をつけてください。（複数選択可）

※ここでは、「自立支援に向けて、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市町村、事業所などの関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有」と定義する。

1. 自立支援に関する住民理解の促進
2. 自立支援に関する介護事業所の理解促進
3. 自立支援に関する医療機関の理解促進
4. 自立支援に関する行政職員の理解促進
5. その他 ()

[9] 長岡市が進める自立支援に関する取組（研修・プランチェック・広報・同行訪問・その他）に関してご意見・ご提案をお聞かせください。

[10] 予後予測の視点が難しく、サービスの終了時期や変更時期に悩むという声が聞かれています。今までの取り組みで、うまくいった成功事例があれば教えてください。

710

<サービス事業所向け>

～長岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル 4ページ～

4. 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 原点としての自立支援に改めて立ち返ること

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態にならぬその悪化をできる限り防ぐ」ために高齢者が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

医療や介護、生活支援等を必要とする状況にならぬ、生活の質を維持・向上しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを目指します。

そのためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報をアクセスするとともに、介護予防・健康の維持・増進に向けた取組を行なうことが重要となります。

(2) 総合的・効率的な支援の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせること

総合事業においては、「高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが結果として介護予防につながっていく。」という視点から、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当たしてはめるのみならず、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」バランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討しケアプランを作成していくこととなります。

★大切にしたいポイント★ ★ ★

- ❖ 利用者本人やその家族の意向を的確に把握する
- ❖ 専門的な視点からサービスを検討する
 - ・ 生活機能の低下の原因や背景を分析
- ❖ 利用者の理解と同意を得てサービスを提供する
 - ・ ケアマネジメントの結果、適切と判断した内容について利用者が十分な理解と納得をする必要がある。
 - ・ 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けており、それによりどうなっていくことを期待しているかを丁寧に説明する。
- ❖ 本人の活動や参加の意欲を引き出す
 - ・ 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感し、目標の設定はスマールステップからの達成可能な本人のやる気のあるものを具体的に設定します。

☆サービス事業所向け☆

【総合事業の趣旨説明】

総合事業は、介護保険制度における市町村による事業です。総合事業は市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。長岡市においては、平成29年から総合事業に移行し、訪問型では、介護予防訪問サービス・生活サポート事業や通所型では、介護予防通所サービス・くらし元気アップ事業・短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業など、多様なサービスを構築してきました。

しかしながら、長岡市においては要支援認定者や事業対象者の方のサービスや事業利用にあたっては、必ずしも自立支援や重度化防止を期待してのサービスや事業利用にならないケースもあるかと思われます。

[1] 上記の理由について、どのようなものがあると考えますか？

事業所の立場から感じること、また利用者本人や家族の声を踏まえて、あてはまるものがあれば○を付けてください。（複数回答可）

1. 友人が通っているデイサービスや利用している訪問介護などのサービスを指定（専門職の安心感）
2. 主治医がデイケアやデイサービスなどを指定し、本人に利用を進める（医療機関の判断）
3. 多様なサービスがあることを住民が知らない
4. 本人・家族が、訪問系による多様なサービスでは支援者が専門職でないところに不安を感じる
5. 通所系の短期集中レベルアップ事業や筋力向上トレーニング事業では、本人・家族が有期限のところに不安を感じる
6. 利用できるサービスが限られているため
7. その他 ()
8. わからない

[2] 長岡市では総合事業の趣旨に基づき、自立支援に資するケアプランへの取組を推奨し、それに沿った個別支援計画の作成をお願いしておりますが、あなたの事業所では、その趣旨を個別支援計画に反映させることに難しさを感じることはありますか？

1 はい → [2-1] ・ [2-2] へ

711

2 いいえ → [3]へ

(上記【2】で「1 はい」と回答した方)

[2-1] その理由について考えられる点について〇をつけてください。
(複数選択可)

1. 加齢に伴う心身の機能低下は、やむを得ないものと本人・家族等が諦めている
2. 総合事業において提供するサービスの目的や目標を本人・家族が知らない、理解が十分でない
3. 本人の状態像に応じた計画を作成するための、専門的な知識を持った人員が不足している。
4. そもそもケアプランが自立支援を目指すものになっていない
5. 本人の生活機能の向上に対する意欲が低いため、動機付けに苦労する
6. 家族の安心のために長時間のデイサービスやホームヘルプサービスの利用を求める声が大きい
7. その他 ()

(上記【2】で「1 はい」と回答した方)

[2-2] 上記【2-1】で難しく感じた項目に対して、改善策を求めるとしたらどのようなことがあると思いますか?

[]

【3】自立支援に向けて、目標達成やサービスの利用終了に導くことが難しいという声を聞いています。その理由は何だと考えますか?あてはまるものに〇をつけてください。(複数選択可)あなたの事業所のみではなく、市内の他の事業所について思うことを含め、回答してください。

1. 専門職に引き続きやってもらいたいと本人が希望する
2. お友達、支援者とのつながりが切れてしまうと考えている
3. 目標達成後のサービス利用終了について説明が不十分、または本人が十分理解できていない
4. 目標達成後のサービス利用終了後に状態を維持する自信が本人にない
5. 目標達成後のサービス利用終了後にやりたいこと、目標がもてない

6. 目標達成後のサービス利用終了後の居場所が十分にない

7. 新たな利用者の確保が難しいため、事業所としてもサービスの利用終了に消極的になります
8. 目標達成やサービスの利用終了に報酬がないため事業所が積極的になれないと
9. サービス利用を継続することに安心感を抱く家族が、本人に利用を勧める
10. その他 ()

【4】個別支援計画作成における自立支援や重度化防止に向けたサービスの提供方法に関する研修について、どのような内容があると良いと思いますか?あてはまるものに〇をつけてください。(複数選択可)

1. 総合事業の趣旨説明
2. 自立支援の考え方
3. サービス利用後の自立した生活のイメージの伝え方(セルフケアや趣味の再開等)
4. 自立支援に向けた個別支援計画の作成の方法
5. 過度なサービス利用を勧める家族への説明方法
6. 具体的な目標設定の方法
7. 自立支援に向けたサービスの提供方法
8. 効果的なモニタリング方法
9. サービス担当者会議の工夫
10. 評価の視点
11. その他 ()

【5】ケアマネジメントに期待することについて、あてはまるものに〇をつけてください。(複数選択可)

1. 自立支援に基づいたケアプランの立案
2. 自立支援に向けたサービス利用に係る本人・家族との合意形成
3. 卒業を目指すアプローチが示されたケアプラン
4. 効果的なモニタリング
5. セルフケアや家族支援等の勧め
6. 本人のモチベーションアップにつながる支援
7. その他 ()

712

【6】規範的統合[※]に向けて行政に期待することについて、あてはまるものに〇をつけてください。(複数選択可)

※ここでは、「自立支援に向けて、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市町村、事業所などの関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有」と定義する。

1. 自立支援に関する住民理解の促進
2. 自立支援に関する介護・介護予防サービス提供事業所の理解促進
3. 自立支援に関する医療機関の理解促進
4. 自立支援に関する行政職員の理解促進
5. 自立支援に関する地域包括支援センターの理解促進
6. 自立支援に関する居宅介護支援事業所の理解促進
7. その他 ()

【7】長岡市が進める自立支援・重度化防止に関する取組(研修・プランチェック・広報・同行訪問・その他)に関してご意見・ご提案をお聞かせください。

[]

【8】予後予測の視点が難しく、サービスの終了時期や変更時期に悩むという声が聞かれています。今までの取り組みで、うまくいった成功事例があれば教えてください。

[]

【9】最後に、事業所の種類を教えてください。

1. 介護予防通所サービス事業所
2. ぐらし元気アップ事業所
3. 短期集中レベルアップ事業所
4. 筋力向上トレーニング事業所
5. 介護予防訪問サービス事業所

713

中央市 支援期間中作成したツール *R4.1月時点版

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

714

2023

10月 高齢者就労支援月間

高齢者が居宅において健康を維持するためのポイント

- 運動のポイント
 - 「動かない」（生活が不活発な）状態が続くことにより、心身の機能が低下して「動けなくなる」ことが懸念されます。また、転倒などを予防するためにも、日常生活の運動が大切です。
- 介護保険料や介護保険制度に関する相談窓口
 - 中央市役所 長寿推進課 中央市白井阿原301番地1 電話番号 055-274-8556
 - 介護や介護予防に関するごと、認知症など高齢者の総合相談窓口 中央市地域包括支援センター 中央市白井阿原301番地1 電話番号 055-274-8558

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

○介護保険料や介護保険制度に関する相談窓口
中央市役所 長寿推進課 中央市白井阿原301番地1 電話番号 055-274-8556
○介護や介護予防に関するごと、認知症など高齢者の総合相談窓口
中央市地域包括支援センター 中央市白井阿原301番地1 電話番号 055-274-8558

●世界手洗いの日 15
●スポーツの日 8
●職員研修の日 9
●扶助犬感謝デー 13
●世界手足の日 16
●乳と健康の週間 17
●世界手足の日 15
●世界手足の日 16
●世界手足の日 17
●世界手足の日 18
●世界手足の日 19
●世界手足の日 20
●世界手足の日 21
●世界手足の日 22
●世界手足の日 23
●世界手足の日 24
●世界手足の日 25
●世界手足の日 26
●世界手足の日 27
●世界手足の日 28
●世界手足の日 29
●世界手足の日 30
●世界手足の日 31

西伊豆町 グループワークシートの紹介

年度	H30	R1	R2
上限設定	個別協議	個別協議	個別協議
原則の上限額	20,533,536	20,443,941	22,091,649
1 介護予防・日常生活支援総合事業(対象経費実支出額D欄)	32,579,518	35,269,768	29,852,494
(1) 訪問型サービス(第1号訪問事業)			
ア 訪問介護相当サービス			
イ 訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)			
ウ 訪問型サービスB(住民主体による支援)	0	0	0
エ 訪問型サービスC(短期集中予防サービス)	0	0	0
オ 訪問型サービスD(移動支援)	0	0	0
カ その他	0	0	0
(2) 通所型サービス(第1号通所事業)			
ア 通所介護相当サービス			
イ 通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)	0	0	0
ウ 通所型サービスB(住民主体による支援)	0	0	0
エ 通所型サービスC(短期集中予防サービス)	0	0	0
オ その他	0	0	0
(3) その他生活支援サービス(第1号生活支援事業)	0	0	0
ア 栄養改善を目的とした配食	0	0	0
イ 定期的な安否確認及び緊急時の対応	0	0	0
ウ 訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等	0	0	0
エ その他	0	0	0
(4) 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)			
(5) 審査支払手数料			
(6) 高額介護予防サービス費相当事業等			
(7) 一般介護予防事業			
ア 介護予防把握事業	0	0	0
イ 介護予防普及啓発事業			
ウ 地域介護予防活動支援事業			
エ 一般介護予防事業評価事業	0	0	0
オ 地域リハビリテーション活動支援事業			

◇総合事業の上限超過

削減目標	776万円
—	万円
—	万円
—	万円
○ 万円	

◇費用対効果

◇利用者フォロー

紀北町 規範的統合に関する アンケート

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

718

R3年度 厚生労働省職員派遣による市町村支援に係るアンケート調査【三重県 紀北町】 【研修終了時】所属()

本日で3回の研修会は終了となります。お疲れ様でした。
この研修会に参加された皆様のご意見を率直に教えて下さい。

1. 研修前と比較して、地域包括ケアの構築へ向けての取り組みがイメージできましたか。

大変できるよ うになった	ややできるよ うになった	どちらともい えない	あまりできな かった	できなかつた
5	4	3	2	1

2. あなたが現在イメージしている「紀北町の地域包括ケアのあるべき姿」とはどのようなものですか？

(Answer area)

3. 他部署（他部門）の方との連携の必要性は理解できましたか。

大変できた	ややできた	どちらともい えない	あまりできな かった	できなかつた
5	4	3	2	1

4. 地域包括ケアの推進及び自己の役割を推進するうえで、この研修が役に立ちましたか。

大変役に 立った	やや役に 立った	どちらともい えない	あまり役に立 たなかった	立たなかつた
5	4	3	2	1

5. 役立った内容について教えてください

(Answer area)

5. 地域包括ケアの推進へ向けて自己の役割に応じて取り組むことができそうですか。

大変できそう	ややできそう	どちらともい えない	あまりできそ うにない	できそ うにない
5	4	3	2	1

6. 紀北町の地域包括ケアの構築へ向け、
あなた自身が取り組む必要があることは、どのようなことだと考えていますか？

(Answer area)

7. 紀北町の地域包括ケアの構築へ向け、
あなた自分が実際に取り組んでいきたいことはどのようなことですか？

(Answer area)

8. その他、疑問点、感想、自分が今後取り組みたいこと等ご記入ください。

(Answer area)

ありがとうございました。

小松島市 規範的統合に関する アンケート

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

720



「R3年度厚生労働省職員派遣による市町村支援」第1回支援に出席予定の

小松島市の関係者のみなさまへ

四国厚生支局

この度は、お忙しい中、第1回支援にご出席いただけたること、誠にありがとうございます。

この事業では、小松島市における地域包括ケアの構築に向けて、「あるべき姿」を関係機関・者と共有し、現状を押さえたうえで、「あるべき姿」に向かって課題となることながらについて、みなさまと協議を進めながら、小松島市の地域包括ケアの構築に向けた取組をともに検討していきたいと考えております。

つきましては、みなさまが普段感じておられるることを事前に把握しておきたく、アンケートにご協力いただけますようお願いいたします。なお、本アンケートは四国厚生支局においてとりまとめ、9/15の資料として活用させていただきます。

1. 小松島市における2025年の地域包括ケアの姿とは、どのようなものだと捉えていますか？

2. 地域包括ケアの構築に向けて、あなた自身が考える「あるべき姿」とは、どのようなものですか？
3. 「あるべき姿」に向かつて、小松島市は順調に歩んでいると思しますか？
〔はい〕 「いいえ」 いずれかにチェックのうえ、理由をお書きください。
- はい
□いいえ
4. 地域包括ケアの構築に向けて、担当者として実践していることを教えてください。
5. 実践者として、困難、もしくはどのように進めていけばよいかなど、不安に思うことなどあれば教えてください。
6. 地域包括ケアの深化・推進を図るためにには、総合事業や体制整備、認知症施策や医療介護連携などが有機的につながる必要があります。それぞれの立場から連携強化に向けて努力していることを教えてください。
- ありがとうございました。

小松島市 グループワークの紹介

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

722



令和4年1月24日（月）厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課、四国厚生支局地域包括ケア推進課
「令和3年度 介護予防・日常生活支援総合事業の充実化ための厚生労働省認定病院による支援」
徳島県小松島市第3回支援 事前準備資料

グループワークについて (事前のご説明)



ご協力お願いいたします。



723

内容について

厚生労働省



当日のグループワークでは、

◆小松島市における既存の取組について

(例)

- ・いきいき百歳体操
- ・各種教室（介護予防健康教室、元気アップ教室、脳トレクラブなど）
- ・介護予防サポーター • フレイルサポーター

◆既存の取組や地域資源を生かした地域づくり

を話し合います。

724

こんなことを話し合います

厚生労働省



- いきいき百歳体操、各種教室、介護予防サポーター、フレイルサポーターの強みについて
- 介護予防・フレイルサポーターの皆さんに参画・活動していただけそうな取組やイベントはどのようなものがあるでしょうか？
- ご自身が「参加したい」「主催したい」と思える取組や活動はどんなものでしょうか。
- それぞれの立場で小松島市を元氣にする取り組みのためにできることにはどのようなことがあるでしょうか？

725

お願い



厚生労働省



当日は、参加してくださる皆さんお一人お一人が、ご自分の立場から発信し、アイデアを出し合い、普段感じておられる気持ちを共有し、小松島市を元氣にする取組を考え、生み出す時間になればと思っています。

よろしくお願ひいたします。



726

◆前半のグループワークについて◆

- 前半のグループワークでは、参加者それぞれの立場ごとで1つのグループとなり、テーマ毎にアイデアを出し合い、話し合いをします。
みなさんひとりひとりの意見が大切です。
お互いの役職、立場に遠慮することなく、自由に意見を出し合ってください。
- グループワークの最後に、グループごとに意見を発表してもらいます。

(各グループ)

- ・行政
- ・地域包括支援センター
- ・社会福祉協議会と第1層生活支援コーディネーター
- ・地域で活躍する住民の皆さん（第2層生活支援コーディネーター、各種サポーター、民生委員等）

727

(1) 参加者の皆さん、それぞれの立場から思いつく、取組の「強み」を思いつくだけ、沢山書き出してください。

◇いきいき百歳体操

例) 最初は、講師派遣ができる！（市） 補助金がある！（市） ○人集まつたらできる！（市） 気軽・身軽・手軽である！（包括）
場所があれば立ち上げしやすい仕組みがある（住民）

◇色んな介護予防教室

例) 平成〇年～継続して実施している！（包括）、 脳トレ・体操など楽しいメニューが沢山ある！（社協）

◇介護予防センター

例) 平成〇年～養成して現在、活動者が〇〇人もいる！（包括） 簡単な軽体操くらいなら教えることができる（住民）

◇フレイルセンター

例) 県が平成〇年～養成し、現在市に〇人センターがいる！（市） 活動の場があれば、どこへでも出かける（住民）

◇その他（なんでもOKです！）

例) 地区サロンが〇〇箇所ある（社協） 民生委員さん達が介護予防に協力的である（社協） 体力測定教わったら私達でもできる（住民）

728

(2) それぞれの立場から、介護予防センター・フレイルセンターの皆さんに、『参画・ご活躍いただけそう』『協力していただけたら心強いと思う！』と思う「取組・イベント・場所」や「内容」を教えてください。

★介護予防センター・フレイルセンターの皆さん、(1) を踏まえて、『参加できそう』『協力できる』と思う「取組・イベント・場所など」と「内容」を教えてください。

◇取組・イベント・場所など

◇内容

729

(3) みなさん自身が「参加したい」「主催したい」「○○の取り組みをみんなで協力して開催してみたい」と思う取組や活動はなんですか。思いつくだけ沢山教えてください。

730

(4) みなさんが小松島市を元気にする方法を考えましょう！
それぞれの立場で、小松島市を元気にするためにできることを沢山教えてください。
(自分から踏み出せること、自分が主役・脇役となってできることはなんでしょうか?)

731

◆後半のグループワークについて◆

- 前半のグループワークでは、参加者それぞれの立場（行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会（第1層生活支援コーディネーター）、地域で活躍する住民（第2層生活支援コーディネーター、各種サポーター、民生委員等）の皆さん）でグループとなり、話し合いをしました。
 - 後半のグループワークでは、異なる立場の皆さんが一つのグループになっていると思います。そこで、前半のグループワークで話し合った内容について、新しいグループ内で立場毎の意見を共有し、さらに、深掘りしましょう。
- ★お互いに目線を合わせ、歩みより、みんなが一緒にやってみたい、わくわくすることを探しましょう！



732

◆前半のグループワークを踏まえて、みんなで一緒に取り組める「小松島市を元氣にする方法」を話し合いましょう！

例えば

行政が・・・・・・みんなが集まって話し合い、思いを共有する場を作り、自らの思いを発信する。
地域住民の皆さんたちと一緒に地域に出かけて、地域の実態を把握する。
みんなで出来ることが見つかったら、最初の一歩を行政が踏み出してみる！

包括が・・・・・・安心・安全な小松島市をつくるために、職員さんが活躍する時間を生み出す。
育成した介護予防サポーターのみなさんを信じて、各種教室のスタッフとして頼ってみる。

社協が・・・・・・生活支援コーディネーターが積極的に住民主体の活動が広がるような工夫を考えてみる。

地域住民さんが・・・浮かんだアイデア（やってみたいこと）を積極的に、行政、包括、社協へ発信・相談してみる。
地域住民の皆さんと話をする場、イベントに行政・包括・社協を誘ってみる。

それぞれが、それぞれの立場だけで頑張るのではなく、一緒にやれたらたのしいよね！今よりもっとうまくいくかもしれない！と思えるものを探しましょう。

733

長島町 通りの場一覧表・マッピング

All Rights Reserved JMA Research Institute Inc.

734

長島町通りの場一覧 (R4.2月ver.)

資料2

集落名	グループ名	活動内容 (具体的に)	〇〇発 (グループの発 端)	主な運営主体(番 ※選択肢の直接入力)	主な活動場所(番号で ※選択肢の直接入力)	主な活動内容(主なものを上位2つま ※選択肢の直接入力も可能です ※複数を組み合わせて実施している場 ※複数を組み合わせて実施している場)	開催頻度 (番号で選択 肢の直接 入力)	箇所・1回当り参加者実人数合計(人 ※65歳以上の人数 ここには通りの場1箇所1回あたりの (65歳以上の)人数が入ります。)	In bod y活 用		専 門 職 等 職 員 閲 与					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	423				
1 小浜	小浜わかがえり隊	体操, 認知症予防	介護環境課	2	2	1 4	1	1	26	X	X	X	X	O	その他	年数回
2 指江	指江元気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	O	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	O	その他	年1回
4 加世堂, 梅の木山	梅の花	茶話会, 体操	社会福祉協議会(サロ)	2	2	3 1	1	1	14	X	X	X	X	O	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)	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	月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	O	保健師	年数回
9 脇崎	脇崎サロンの会	認知症予防, 茶話会	社会福祉協議会(サロ)	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	自主グループ	2	2											

64	唐隈	さくらんはサロン	会	ヨシクルーノ	2	2	8	3		(選択)	4	X	X	X		
65	山門野	山門野中サロン	茶話会	自主グループ	2	2	3	4		(選択)	4	X	X	X		社会福祉協議会職員
66	中南	中南老人クラブ	茶話会, レクレーション	社会福祉協議会(老人クラブ)	2	2	3	4		(選択)	4	X	X	X		社会福祉協議会職員



736

3. 参考資料

支援先の共通する主な悩みと助言内容



重複して多かったものをとりまとめて
います。各自治体の悩みもその背景や
状況が異なるため、あくまでも参考例
ということでご活用ください。

■ 市町村支援時で出たQ&A

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
通所型サービスC	送迎の手段がないために、拾いたい対象者を拾えていない。	<ul style="list-style-type: none"> 送迎が必要な高齢者まで通所Cの対象とする場合には、現在実施しているプログラムをさらに虚弱な高齢者にも対応できる内容に見直す必要も生じます。まずは対象者像の拡大が可能か検討しましょう。 送迎手段の拡大には、以下が考えられます。どの方法がよいか整理をしてみてください。 <ul style="list-style-type: none"> ○介護事業所等に送迎を含めて委託契約する。(仕様書へ明記) ○市や地域包括支援センターが実施する場合には、必要経費(運転手等の賃金や車両レンタル費等)を上乗せして予算化する。
	対象者の選定をどうすればよいか。	<ul style="list-style-type: none"> 以下の方法が考えられます。 <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センターが、総合相談や介護予防ケアマネジメントを通して対象者を選定する。 ○介護予防把握事業等で把握した基本チェックリスト該当者等を候補とし、介護予防ケアマネジメントで選定する。 ○一般介護予防事業や通いの場の参加が厳しくなってきた高齢者を地域包括支援センターにつなぎ、対象となるか確認する。 これまで二次予防事業では、基本チェックリストの⑥～⑩(運動器)で3項目が該当する人等を二次予防事業の対象としていた市町村もあると思いますが、3項目に該当する人でも通所Cではなく一般介護予防事業や通いの場での活動で対応できる人もいるので注意が必要です。内規等を作成し、どのような状態像の人を選定するかなど、詳細に決めてルール化することも検討してはどうでしょうか。
	退院時に医師が介護保険のサービス利用を勧めてしまう。	<ul style="list-style-type: none"> 医師会や医療機関に通所Cの事業内容や利用対象者について知つてもらい、受診する高齢者や退院直後の人など、事業参加が望ましい方へ積極的に案内してほしいと伝えましょう。周知の工夫として、①通所Cの啓発動画を作成する、②医師会の先生方を対象に総合事業の研修会を開催して、事業内容や運動強度、リスク管理や対象者像を知つてもらう、等が考えられます。 その他、在宅医療・介護連携推進事業で、医療・介護従事者向けに研修を行い、入退院支援等との連携を進めることも方法の一つです。多職種が集まる医療介護連携に関する会議で説明するのもよいでしょう。 医師に紹介してもらえると高齢者も安心して通所Cに参加することができます。クリニックだけでなく、急性期や回復期の退院時に退院調整の担当者に案内してもらえるよう、周知に努めましょう。
	通所Cを卒業したくない、卒業するのが不安という人への対応は?	<ul style="list-style-type: none"> 最初が肝心です。通所Cを案内する際に「期間限定」であることをしっかりと伝えましょう。利用開始後も、「限られた人しか利用できないので期間がきたら次の人に譲ってね」と声を掛けたり、事業内容を「導入期・回復期・維持期」とメリハリをつけた形にするなど徐々に活動性をアップしていくことも有効です。 通所Cに参加している間に、卒業後に参加する場として通いの場や一般介護予防事業の見学に行くことや趣味の再開など、次のステージに向けた取組への意欲が向上するよう、運営スタッフが働きかけを工夫することも必要でしょう。

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
通所型サービスC	卒業後(サービスC期限後)の受け皿がない。	<ul style="list-style-type: none"> 通所C卒業後、全員が通いの場に行く必要はありません。通所C利用前に参加していた趣味の活動や地域活動などへ参加することも考えられます。 通所Cは元の暮らしを取り戻すために実施する事業です。元々出来ていたことを続けられるようになればよいので、事業の中でもしっかりとモニタリングを行い、できることが増えていることへの承認と目標設定を確実に行うなど、ケアマネジメントに注意しましょう。 卒業後もセルフケアや活動量の維持などに頑張る高齢者の士気を上げるために、例えばフォーラム等で元気になつた方にご登壇いただき、担当した地域包括支援センターや家族を啓発する場を設けるなども有効です。
	PR動画を作る際のポイントについて。	<ul style="list-style-type: none"> 啓発用のPR動画を誰に向けて発信するかによって、作成するポイントは異なります。 <ul style="list-style-type: none"> ①住民向け:通所Cの事業風景、利用者の生の声(利用前後で変化した日常生活や今後の目標について)、身体能力の変化(利用前の体力測定の様子)、事業所スタッフの声など ②医療機関・介護事業所・居宅介護支援事業所向け:事業内容(参加が望ましい方の対象者像、運動内容や強度、利用者の変化など)
第2層協議体	第2層の協議体等でファシリテートする際、出された意見について会議の中で深掘りするコツを知りたい。	<ul style="list-style-type: none"> 会議資料は事前配布にして、前もって報告内容や議論する内容がわかるように準備をすることで会議時間を有効に使うことができます。また、ファシリテーターが慣れておらず時間管理が難しい場合には、他の人にタイムキーパーをお願いして手伝つてもらうと良いでしょう。 議論の内容を深める際は「今、〇〇について具体的な意見が出てきましたが、このことについてもう少し深く掘り下げたいと思いますが、皆様いかがでしょうか」と参加者に同意を得ながら進めることができます。そのほか、良い意見を承認する等、発言に対してのフィードバックも大事です。 ファシリテーターは全体を見ることが大事で、話者のほかに傾いて共感を示している人がいれば、その人に話を振るとさらに場が盛り上がります。オブザーバーがチームで参加している場合は、直接意見を述べるほか、ファシリテーターにそっとメモを差し出すといった連携もできれば会議がより上手く回ります。白板を上手く使って出された意見を共有したり、時間配分や何について話すか等、発言の仕方のルールをグランドルールとして決めてよいでしょう。
	話が広がりすぎた際はどうすればよいか。	<ul style="list-style-type: none"> 「ちょっといいですか」とまず声を掛け、否定せずに話を要約し、「その中でも注目しているこの点について論点を絞って話を進めませんか?」と提案します。話が広がっていくのも良い面はありますが、軌道修正すべき場合はためらわずにアシストすると良いでしょう。 会議の時間だけで全てを解決しようと思わず、例えば、事前に電話で次回の議題で深めたい内容を伝えておく、終了後に個別に話をするなど、会議の場では拾いきれなかったものを知る働きかけも有効です。そうすることで関係性がより近くなり、会議の意図を理解し、効果的な会議運営に協力してくれる姿勢も見られるようになるでしょう。

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
地域ケア会議	ケアマネが会議に事例を提出するのに心理的なハードルが高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・会議運営の方法を振り返り、心理的ハードルが高いと感じる要因が何かを探りましょう。探る手段は、関係者との意見交換、ヒアリング、アンケート調査などがあります。 ・地域ケア会議のメリットは、多職種が入るため、薬や病気のこと、活動量をアップさせる工夫等、会議に参加することにより持ち帰れるものが増えることがあります。そのことを理解してもらいましょう。 ・ケアマネがメリットがないと感じているようであれば、会議そのものの運営のあり方を再検討することも必要です。もし運営内容に課題がなければ、毎回の会議に丁寧に取り組んでいく中で、ケアマネの中でも評価が上がっていくかもしれません。成功体験をお互いに積み上げていくことが大切です。
	地域ケア会議で、生活歴や性格のために、なかなか自立支援や重度化防止に対する合意形成が取れない利用者へのアプローチの仕方について。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議で全ての答えを出せるとは限りません。また、利用者にはそれまでの暮らしの中でさまざまな経験をしており、その中で自立支援や重度化防止に取り組みたい気持ちになれない出来事があったのかもしれません。 ・行動変容ステージモデルにあるように、人が行動を変えるには「無関心期」→「関心期」→「準備期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ると言われています。行動変容ステージに進むには、今、その人がどのステージにいるかを把握し、それぞれのステージに合わせた働きかけをすることが必要です。「もう年だから…」「何をしても無駄」と考える利用者は、過去に何度も挑戦してみて効果がなかったために、あきらめの気持ちが先にたっているかもしれません。なぜ合意形成につながらないか、利用者へのヒアリングなどにより、その背景を今一度掘り下げて利用者の真意に近づくことが大切です。
	いろんなケースがごちゃ混ぜになっている個別会議の中から地域課題を抽出する難しさを感じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議の中で現状を整理して、課題の要因が本人・家族・地域資源・マネジメントしている支援者のどこにあったのかを集計すると良いでしょう。集計することで、例えばプラン作成者に課題があることが多い、介護保険制度を正しく理解している住民が減っているため制度の周知・普及啓発をする必要がある等、次の打ち手が見えてきます。 ・集計結果を基に、今すぐ解決できるもの、時間がかかるもの、担当課を超えた調整が必要なもの等を整理しましょう。それにより、解決に向けて誰と連携する必要があるか等がわかつてきます。
	地域ケア会議から地域課題を抽出したり、課題解決に向け施策化するなど展開していくにはどうすればいいのか。	<ul style="list-style-type: none"> ・個別のケースを積み上げ、その中で重なる部分を地域課題として「地域ケア推進会議」に上げるのがよいでしょう。課題の内容によっては、地域包括支援センターの運営協議会や協議体に上げたり、府内で横串で連携している会議（地域包括ケア推進会議等）にかけて施策化していく、といった全体構図の中でデザインしていくことも必要です。 ・課題の中で行政として対応すべきものが何かは、仮説を立てて展開していきましょう。その際、例えば地域包括支援センター職員が日頃の業務の中でデータ上や感覚的に増加を感じている課題と地域ケア会議で上がっている内容を結合する方法が考えられます。その他、1層・2層の協議体とも対話を重ね、地域づくりと連動して地域課題を解決していくことも大切です。誰が・いつ・何をするか、推進会議で議論し、推進会議の場で解決できないことを府内で横串で連携している会議にあげて、短期・中期・長期で考えるのが良いのではないでしょうか。
A	課題を整理し推進会議で活発な意見交換をしたいがなかなか意見が出ない。一つの議題を深めることがあまりない。	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に会議参加者と打ち合わせて、深めたいテーマや会議の目的、目指したいゴールのイメージを伝えておきましょう。準備が7~8割を占めると言っても過言ではないので、会議前の準備をしっかりと必要があります。参加者が十分に意見が言えるよう、前もって各自が準備することで、意見を言いやすい環境が整います。議論を深めることができます。それでももらえると会議の雰囲気が変わってくるので、ステップアップの構図を作つと良いです。 ・地域ケア推進会議の場合は、委員は各団体等を代表する立場として来ていることもあるため、会議前に自分が所属している団体の意見としてまとめておいてもらう必要もあります。
		740

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
通いの場	通いの場が立ち上がりたくない地域をどうしたらよいか。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の特性として、例えばみんな畠で作業するのが生きがいで、わざわざ通いの場に集まらなくても良いことがあるかもしれません。「畠作業を続けられるための体づくりをしよう」と案内することで興味を持つ人が出ることもあるでしょう。その地域の住民が何を楽しみにしているか、どんなことをし続けたいか、そのキーワードに合わせて少し工夫することでもできるようになる場合があります。 ・市町村内の全地区で同じものを広める必要はありません。地区毎や集落毎の特徴の整理をし、柔軟にニーズの把握をするのが良いでしょう。また、誰に声を掛ければよいかわかるよう、町内マップを作つても良いのではないかでしょうか。
	住民主体の活動として拠点を有効活用するにはどうしたらよいか。	<ul style="list-style-type: none"> ・活動拠点がある地域の住民はどう考えているのでしょうか。住民に考えてもらうことも大事です。ワークショップやグループワークなどを展開しながら、私が事として考えていいけることかないか、地域住民で議論する場づくりも必要です。地域の支え合いや見守り活動などを行政や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターがなぜ必要としているのか、丁寧に伝える工夫も必要でしょう。また、市町村が直面している将来の課題について我が事として考えてもらうために、数字や包括ケアのデザインを示しながら、住民の視線に立つリアルに伝える工夫も必要です。 ・ほかには、商工・観光部門と連携し、スーパー若い人が目にする場所にチラシを置いたり、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターでYouTube動画をつくり、市町村の広報を活用する方法もあります。そういう工夫を短期・中期・長期で整理し積み上げつつ、イベントやフォーラムを開催するなどもできると効果的でしょう。
	介護予防に取り組みたいが、認知症があると、介護保険認定申請する以外の選択肢が少ない。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症についての正しい理解を、医療・介護従事者はもちろんのこと、関係機関や関係者、住民等が広く持てることが大切です。認知症があつても、介護保険のサービスを利用しながら、馴染みの関係のあるサロンや認知症カフェなどに通い続けている高齢者がいる地域もあります。ある地域では、介護予防のための地域ケア会議で初期の認知症の方の「馴染みのサロンに行きたいが日時を忘れてしまい参加ができない」という困りごとにに対して、サロン当日に声掛けして同行してくれる人がいたら馴染みの関係を崩さずに入れてもらうということで、サロンの同行などを「認知症支え隊養成講座」を受講したボランティアなどが実践しています。 ・また、地域ケア会議に生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員も加わることで、地域づくりの取組として発展する可能性が広がるのではないか。普段関わりのない事業と思っていても、事業すべてを可視化することで新たな気づきやつながりが生まれることもあります。 ・物忘れが増えている高齢者が認知症の方に運動を教えたり、中には看護大学で学生向けに講演をされている方もいます。認知症であつても、環境を整備することで様々なことができるのではないかでしょうか。

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
ケアマネジメント	アセスメント不足を感じる。	<ul style="list-style-type: none"> 本人がどうなりたいのかという希望を引き出していくには、面談で必要な情報を十分に得ることが大切です。これまでの生活史を尋ねながら、これまで頑張ってこられたことを承認し、失ったものを再獲得できるイメージを自ら持つてもらえるような面談を心がけましょう。そうすることで、本人が「もう年だから…」とあきらめている事柄について「再びやってみたい」と思える動機付けになります。 ・地域包括支援センター内の研修や市町村が実施する研修の中で、面談のロールプレイを入れてみることも有効です。
	プラン点検を効果的にするためのポイント、伝え方を知りたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン点検を効果的に実践するには、特定の人頼みの指導ではなく、異動があってもプラン点検の仕組みが組織として継承される形を作ることが大切です。 ・例えば、生駒市では有識者や医療・介護従事者の方々とともに「介護予防ケアマネジメント点検支援マニュアル」を作っています。自己点検もできますし、点検を受けた後に振り返るシートもあります。毎年、テーマを決めてケアプラン点検支援を外部講師を招いて実施しています。その際、伝え方にあっても一方的に指摘や助言を行うのではなく、点検支援を受ける方に気づきを促す問い合わせを重ねてもらうように工夫しています。 ・また、アセスメントやヒアリングを丁寧にしているのに、計画書に記載できていないことがあります。プラン作成者にヒアリングしながら、「せっかく掘んでいる大切な情報なので、計画書に〇〇と記載があることで、利用者や家族への応援メッセージにもなりますね」というような助言を行うなども考えられます。点検を受ける方が、今少しだけ不足していることを改めようと前向きになれるような働きかけが、良い効果をもたらすのではないかでしょうか。
	面談技術について、手法を知っていても、メンタルがしっかりしていないうまく発揮できないと思うので、ケアマネや包括のメンタル部分をシェアする方法がないか。	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的なことは理解できても、それを多様な価値観を持っている個々の高齢者に合わせながら面談を行うには、知識と経験が必要です。経験を重ねることで、多様な高齢者に応じたプレゼンテーションを自信をもって展開できるようになるでしょう。 ・そのために、包括センター内や居宅介護支援事業所内で、介護予防ケアマネジメントが得意な人に同行して、その人の面接技術を見ることが有効です。研修では、ロールプレイなどを織り交ぜて、体験しながら自身の日頃の進め方を振り返るのも良いでしょう。 ・丁寧なインテークとアセスメントは、大変ですが肝になる部分です。病気のことや認知症のことがわからなければ包括センターや認知症地域支援推進員に聞く、地域の資源がわからなければ生活支援コーディネーターに聞くなど、不足する情報や知識は積極的に蓄えていきましょう。介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて、サービス担当者が会議を有効活用する方法もあり、利用者への説明で自信がない部分については、サービス提供事業所から補足してもらうこともできるでしょう。ほかには、地域ケア会議に事例を出し、多職種に意見を仰ぎながら、少しずつプレゼンテーションの能力を高め、自信をつけていくことも良いでしょう。
	ケアプラン点検の後の評価方法で悩んでおり、様々な評価の視点がある中で、どんなところを評価のポイントをしてみればよいのか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン点検を行う目的や意義、着目する点など、できることなら関係機関・関係者とともに指標づくりから行うことなどが理想的です。さまざまな評価視点を洗い出して、みんなでどの指標が我が家に適しているか考えましょう。他市町村のものを一部改編するなどして、新たな視点を組み入れることも良いでしょう。 ・介護予防ケアマネジメントを実施する上での課題が明らかになっている場合、ケアプラン点検はその課題解決のために行うでしょうから、ケアプラン点検を受けたことによって、その課題に対して何がプラスに働いているか、改善に向かっているとすればそれも評価のポイントでしょう。実際にケアプランを立てている人たちの意見も汲み取りながら、評価指標等も作成し、日頃からのケアマネジメントにも活かせるものを作成すると良いのではないかでしょうか。

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
府内連携	府内連携を取っていない。地域包括ケアシステムについて理解している職員が少なく、発信が出来ていないため横のつながりができていない。どのように横串を刺していくべきか。	<ul style="list-style-type: none"> ・何のために府内連携を進めるのか、府内でその目的や意義を共有することが必要です。「府内連携=仕事が増える」ではなく、府内連携することでそれが担当する業務の改善につながり、仕事が円滑になる部分もあることを理解してもらいましょう。具体的な事例等でわかりやすく示し、伝えることが大事です。 ・府内連携は、一度何かをすれば終わるものではありません。会議を開催するだけでなく、例えば会議の開催前に他部署の参加者とすり合わせをしておくことが有効です。そのために、他部署にいるキーマンと情報共有できる環境を作ることも重要になります。
	生駒市のような府内連携推進協議会を立ち上げられるといど考えているが、どう進めていけばよいか。進め方としては誰が中心になっていくのがよいか。	<ul style="list-style-type: none"> ・協議会を立ち上げる目的について、地域共生社会に向けた連携会議にしたいのか、2025年に向けた地域包括ケア体制構築のための取組とするか等、その切り口によって内容が変わってくるため整理が必要です。地域包括ケアに関して言えば、地域共生や重層的支援体制整備事業、医療等も含まれます。 ・また、府内全体を動かすのか、部内だけなのかによっても異なります。府内全体を動かすなら市長などの理解を得てトップダウン方式で取り組むことが円滑に進むと考えられます。一方で、スマールステップとしてまずは部内だけで勉強会などをしてロードマップを作るのであれば、地域包括ケアの所管課が主となり進めていくのが良いでしょう。
	府内連携をするにあたり、優先順位の決め方は。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題の解決のために府内連携して取り組む事項の優先順位は、緊急性や難易度から決めるのも一つです。府内連携を進める目的は市町村ごとに異なるため、一概に順番を示すのは難しいですが、例えば生駒市における地域包括ケア推進会議では、上位計画にも掲げている「健康寿命の延伸」にポイントを置き、「高齢者の生きかいで・役割の場づくり」を優先しました。副市長をトップに部課長クラスが一齊に集まるトップダウン形式で、初動は奈良県府の基金を活用し、ロードマップを作成するまでコンサルからのスーパーバイズを受けるなど支援を受けながら、土壤を作りました。その結果、高齢者担当部署以外でも意識して「高齢者の生きかいで・役割の場づくり」を考える動きが促進されました。ともにタイアップできることを考えていく方がwin-winになりやすく、協力関係も生まれやすいものです。
規範的統合	体制整備事業や通いの場について説明しても、実感がわかないので響かない。説明も行政・市・社会福祉協議会がまとまっておらず単体で行っているので、効果が薄い感じている。	<ul style="list-style-type: none"> ・まず、日頃説明に用いている資料や説明内容を振り返り、なぜ住民の心に響かないのか検証しましょう。 ・「地域包括ケア」を説明する場合、例えば「地域を丸ごと良くする仕組みづくり」と伝えることで、住民の理解が少し広がるかもしれません。伝え方や説明資料を工夫することで、住民に地域づくりの大切さを理解してもらえるよう意識して取り組むことが大切です。 ・また、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会、生活支援コーディネーターがバラバラに事業を進めるのではなく、一丸となって我がまちの地域包括ケアについて、共有し、効果的・効率的に進めていくことが住民の負担軽減にもつながります。横串を刺して市町村全体の施策として取り組んでいくことが重要です。関係者がそれぞれいくら頑張っても、連携できなければ、住民は似たようなことを別の人から言われていると感じ混乱してしまいます。 ・他にも、人口規模や環境が類似している先行市等に相談し、視察に行ったり電話でヒアリングするなどして、体制整備事業や通いの場等を進める際のポイントを教えてもらうことも一つの方法です。

カテゴリー	主な悩み	支援時の助言内容
規範的統合	体制整備事業や通いの場について説明しても、実感がわかないで響かない。説明も行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会がまとまっておらず単体で行っているので、効果が薄いと感じている。	<ul style="list-style-type: none"> まず、日頃説明に用いている資料や説明内容を振り返り、なぜ住民の心に響かないのか検証しましょう。 「地域包括ケア」を説明する場合、例えば「地域を丸ごと良くする仕組みづくり」と伝えることで、住民の理解が少し広がるかもしれません。伝え方や説明資料を工夫することで、住民に地域づくりの大切さを理解してもらえるよう意識して取り組むことが大切です。 また、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会、生活支援コーディネーターがバラバラに事業を進めるではなく、一丸となって我がまちの地域包括ケアについて、共有し、効果的・効率的に進めていくことが住民の負担軽減にもつながります。横串を刺して市町村全体の施策として取り組んでいくことが重要です。関係者がそれぞれいくら頑張つても、連携できなければ、住民は似たようなことを別の人から言われていると感じ混乱してしまいます。 他にも、人口規模や環境が類似している先行市等に相談し、視察に行ったり電話でヒアリングするなどして、体制整備事業や通いの場等を進める際のポイントを教えてもらうことも一つの方法です。
	各事業の方向性が関係機関等と共有できておらず、地域包括ケアの全体像が見えない。	<ul style="list-style-type: none"> 既に課題が見えている段階なので、それを解決するためにどうしたらよいかを考えると良いでしょう。事業の方向性を共有するために関係機関等と対話できる場を作ることや、ヒアリングやアンケートを通して、意見交換の場を持つこともあります。コロナ禍で一堂に大勢が集まるることは難しい中でも、対面とオンラインをハイブリット形式で行うなど、対話は様々な方法でできることがあると思います。関係者が集まって顔の見える関係で話し合い、方向性を共有することが、住民のWell-being（持続的な幸せ）にもつながっていくことでしょう。 また、生活支援体制整備事業とも連携し、行政や地域包括支援センターの方から生活支援コーディネーターに働きかけ、地域の懇談会等に多職種の方々を誘う流れができると、さらに地域のことをよく知る機会にもなります。 つながることは地域づくりの基本的なプロセスです。たくさんの人とつながることにより色々なことを知ることができます。会話をする中で互いに気付きが生まれ、それぞれで協働できることも生み出されます。目線合わせや意識合わせが大切です。
その他	孤立対策について知りたい。 生駒市における介護人材の育成の工夫を教えてほしい。	<ul style="list-style-type: none"> 孤立する人の背景は複雑なこともあります、本当に積極的な介入が必要か、遠くから見守ればよいのか等、見極める必要があります。支援には何段階があると考えられますか、積極的な介入をしない場合でも、例えば地域包括支援センターがいつでも相談できる窓口であることを示しながら見守るなど、つながりを持ち続けることが大事です。 多世代に向けて介護の魅力を発信していくことが重要と考え、元々東京都武蔵野市で行っていた「ケアリンピック」（ケアのオリンピック）を2年続けて視察し、生駒市で実践できる方法を関係者で検討して実践しました。これは、介護保険制度下での勤続年数要件を満たした方を表彰する式典で、市長から表彰状を手渡しています。家族や友人が見に来てくれることで「頑張ってきた」という思いをかみしめ、ケアのやりがいを感じ、継続意欲や口コミで仲間を作ることにつながっています。また、研究発表等の時間もあり、個人だけでなく事業所単位でケアの取組を報告し、有識者による評価がなされるプログラムもあります。ほかに、最新の介護機器展示や認知症のバーチャルの体験等もあり、あらゆる介護の体験ができます。 介護の世界で働くことへの魅力発信・啓発は今後ますます必要になると考えています。中学生による介護体験の発表など、多世代に参加してもらい、報告を聞いてもらうことが大事と感じています。

令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業等の実施プロセスに関する調査研究事業

報告書

令和 4 年 3 月発行
株式会社 日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園 3 丁目 1 番 22 号 TEL : 03(3434)6282 FAX : 03(3578)7547
