

地域づくり加速化事業の支援を受けて



水戸市マスコットキャラクター みとちゃん

令和5年度地域づくり加速化事業報告会
令和6年3月4日（月）

茨城県水戸市福祉部高齢福祉課
地域支援センター 海老沢 明子

水戸市の概要

（令和5年4月1日現在）

人口 269,196人

高齢者人口 72,948人（高齢化率 27.1%）

後期高齢者人口 39,537人（14.7%）

要介護認定率 18.9%（令和5年3月末現在）

日常生活圏域 8圏域



みとちゃん

水戸市は、首都・東京から北東へ約100キロメートル、茨城県庁の所在地です。

明治22（1889）年4月に、日本で最初に市制を施行した全国31市の一つです。平成31

（2019）年には市制施行130周年を迎えました。また、平成13（2001）年に特例市に移行し、令和2（2020）年4月1日から中核市となりました。

徳川御三家の一つ、水戸徳川家の城下町として栄えた歴史を持つまちです。

水戸市の地域支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

通所型サービス

介護予防ケアマネジメント

一般介護予防事業

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業

包括的支援事業（①以外は消費増税分を財源とした「社会保障充実分」）

①地域包括支援センターの運営

【基幹型十支所8か所（うち7か所委託）】

- 高齢者の総合相談窓口。権利擁護の取り組みやケアマネの支援など

②在宅医療・介護連携推進事業（一部市医師会に委託）

- 地域住民への普及啓発【H28～】
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修など【H30～市医師会に委託】

③生活支援体制整備事業【多様な担い手による新たなサービスの充実】

- 第1層（市全域担当：住民主体による生活支援の担い手養成）【H29～】
- 第2層（日常生活圏域担当）【H30～水戸市社会福祉協議会に委託】

④認知症総合支援事業

- 認知症初期集中支援推進事業【H29年度～】
⇒医療・福祉の専門職及び医師をチームとした初期集中支援の実施
- 認知症地域支援・ケア向上事業【H28年度～】
⇒認知症の人と家族の支援を目的に認知症カフェ等を実施

⑤地域ケア会議推進事業【H27～】

- 支援困難ケース等の検討を通じた地域課題の把握等

任意事業

介護給付等費用適正化事業

家族介護支援事業

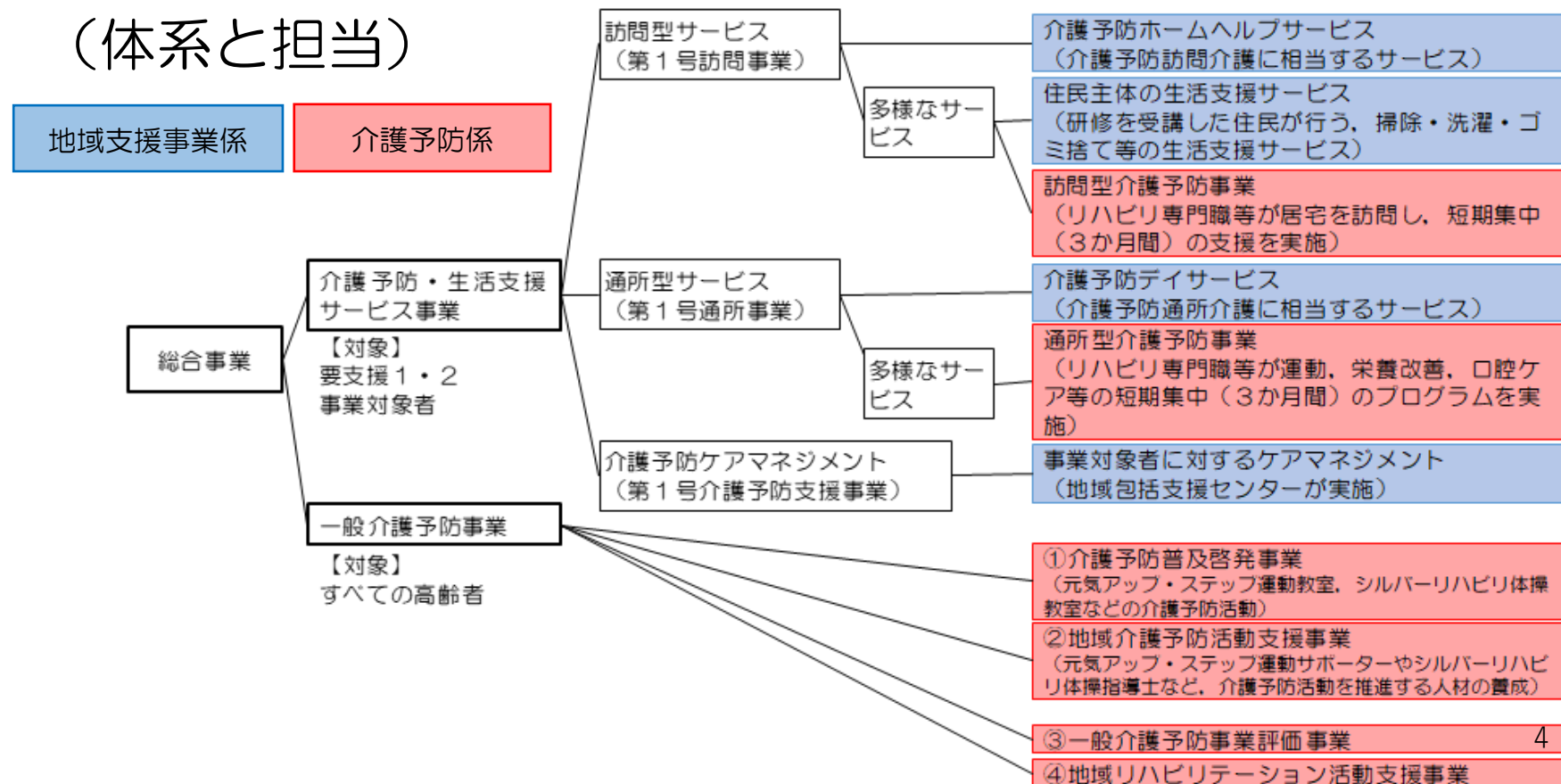
- 認知症高齢者等家族支援位置探索サービス
- 家族介護慰労金
- 家族介護用品支給事業

その他の事業

- 成年後見制度利用支援事業
- 認知症サポーター等養成事業
- 介護相談員派遣事業
- 配食サービス
- 在宅見守り安心システム

水戸市の総合事業

(体系と担当)



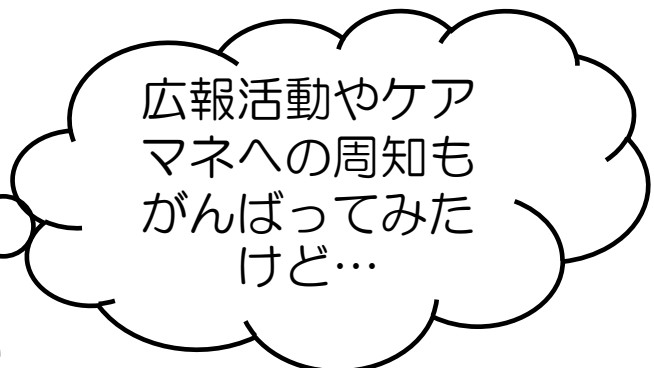
本日の予定

1. エントリーした経緯
2. 0.5mtg
3. 1回目支援
4. 2回目支援
5. 3回目支援
6. 感想



エントリーした経緯

- 短期集中サービスでの悩み
利用者が少ない・集まらない
対象者のミスマッチ…予防サービスがゴール？
- 住民主体の通いの場での悩み
新規の参加者が増えない
会場までの交通手段の問題



広報活動やケア
マネへの周知も
がんばってみた
けど…



もやもや

そんな時に関東信越厚生局から
「アドバイザーがあなたの
のまちに出向きます！」
「こんな悩み、ありません
か？」

あります！

支援チームが寄り添ってくれたら、
もやもやがスッキリするのもかも…

無料

市区町村で地域支援事業を担当する皆様へ！

地域づくり加速化事業 ー令和5年度厚生労働省委託事業ー

厚生局
主導型

アドバイザーがあなたのまちに出向きます！
次の5テーマについて、エントリーを募集します。

こんな悩み、ありませんか？



介護予防
ケアマネジメント

- ☐ 自立支援・重度化防止の考えを定着させたい
- ☐ 継続的なサービス利用が多い



短期集中
予防サービス

- ☐ 利用者が確保できない
- ☐ 卒業後のつなぎ先が見つからない



通いの場

- ☐ メニューがマンネリ化している
- ☐ 新たに人が入りづらい



生活支援体制
整備事業

- ☐ 協議体が形骸化している
- ☐ 生活支援コーディネーターとの連携がよくない



地域ケア会議

- ☐ 開催する目的を共有したい
- ☐ 個別会議から地域課題へ展開したい

その悩み、一緒に考えましょう！

介護予防・日常生活支援総合事業が8年目を迎えました。
それぞれの地域で連携・協働による多様な取組が進んでいる一方、財政面での悩みや
地域住民への説明の仕方、庁内外の連携などのお困りごとを抱えている担当者も少なく
ありません。
この事業では、そんな市区町村の皆様にアドバイザーが寄り添いサポートします。

このチャンスに
ぜひエントリーを
ご検討ください

- ・ 関東信越厚生局管内の3市区町村にアドバイザーを派遣します
- ・ アドバイザー派遣に関する費用負担はありません
- ・ エントリー方法は別添事務連絡をご覧ください

エントリー期限：令和5年4月21日（金）

問い合わせ先

関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課
TEL 048-740-0793
Eメール ktkousei164@mhlw.go.jp
担当 柏山 岡本

厚生労働省

関東信越厚生局

0.5mtg

水戸市から説明

- 支援してほしい内容
- 水戸市の現状，課題
- 取り組みたいこと
- 担当者として重要と思う考え方や行動
- アドバイザー等へ望むこと

ひととおり説明はしたものの…

目指す姿を明確にできていなかったことに気付く！！

→どこを目指しているのかぼんやりしていた

1回目支援までに

- 目指す姿を明確にする
- 目標に向けての課題を整理する
- 優先順位を付ける
- できることは早速始めてみる

★モヤモヤではなく、ぼんやりしていた？

★モヤモヤは本当の課題なの？

★どこが一番大事なの？

★担当課内での話し合いもできていなかったよね～

★同行アセスメントはやってみたかったし、できそう！

1回目支援 午前

- 加速化事業について（説明：関東信越厚生局）
- 現状，課題，目指す姿（説明：水戸市）
- 自立支援と介護予防・日常生活支援総合事業（講話：AD）
- mtg以降の取組み 同行アセスメント（報告：水戸市）
- 総合事業の全体像の認識の共有，意見交換

【参加メンバー】 下線はコアメンバー

福祉部長，高齢福祉課長，地域支援センター所長
事業担当者，居宅介護予防支援事業所（直営）
高齢者支援センター（包括支援センター）

1回目支援 午前



1回目支援 午前の気付き

- ・総合事業以前の介護予防事業を引きずっていた
- ・総合事業の本質の部分「自立支援」の意識が薄かった
- ・サービスCの課題の要因を申請までさかのぼって考えるという視点がなかった

★なんの疑問も持たずにやっていたけど、水戸市のサービスCは「時代遅れ」だったのか…！

★確かに、「自立支援」には繋がっていなかった…

★ミスマッチは申請時に起こっていたのか！

★これってこのままじゃダメだよねえ

1回目支援 午後

- 通いの場の類型と定義（説明：高齢福祉課）
- 通いの場の情報共有（参加各課）
- 各事業の紹介（参加各課）
- 意見交換（AD支援）

【参加メンバー】 コアメンバー

市民生活課，生涯学習課，（福祉総務課），
（スポーツ課）， 社会福祉協議会

1回目支援 午後



1回目支援 午後の気付き

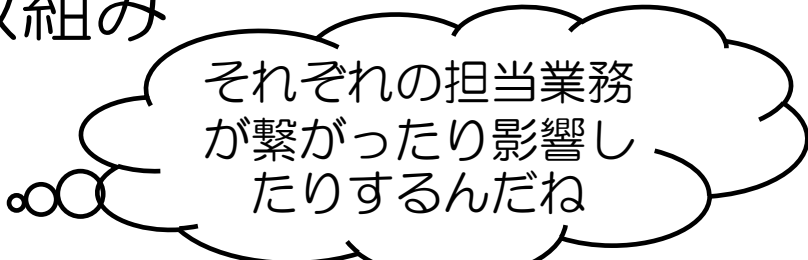
- 通いの場だけでなく社会参加が介護予防につながる
- 何らかの活動をしている高齢者は元気である
- 「通いの場」だけが社会参加ではない

★介護予防部門が把握している事業が全てではない！
★でも、どこまで情報を収集すればいいんだろう
★協力してもらうには、もっと丁寧に説明しないと。そのためには、まず自分の中できちんと整理しないと。上手くできるかなあ…

1回目支援 支援後の取組み

気づきをもとに

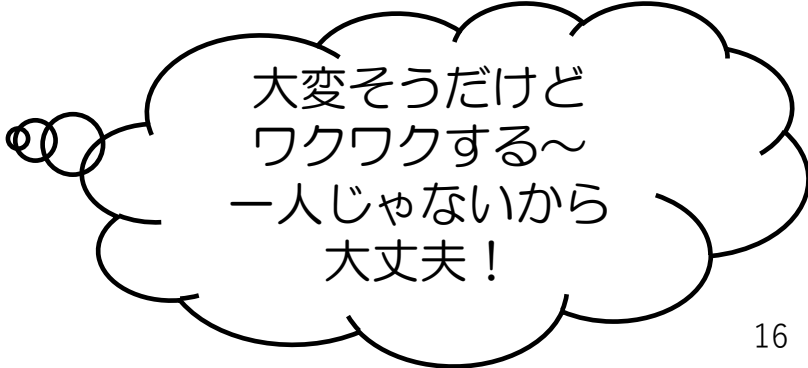
- ・係を超えた話し合いの場
- ・担当事業を担当者レベルで進捗チェック（雑談？）



それぞれの担当業務
が繋がったり影響し
たりするんだね

話し合いを重ねることにより、気づきや目指す方向の共有が図れた！

できることから始めてみよう！
それぞれができることって何？



大変そうだけど
ワクワクする～
一人じゃないから
大丈夫！

1回目支援 支援後の取組み

…ということで

- 高齢者支援センター連絡会議で情報・意識の共有
自立支援と総合事業（ADの支援あり）
窓口でのルールづくり
専門職同行訪問
- 市民の社会参加についての情報収集
通いの場（社会参加）と介護予防について他課へ説明
範囲を広げての情報収集
介護予防・日常生活圏域二エーズ調査との検証

2回目支援 午前

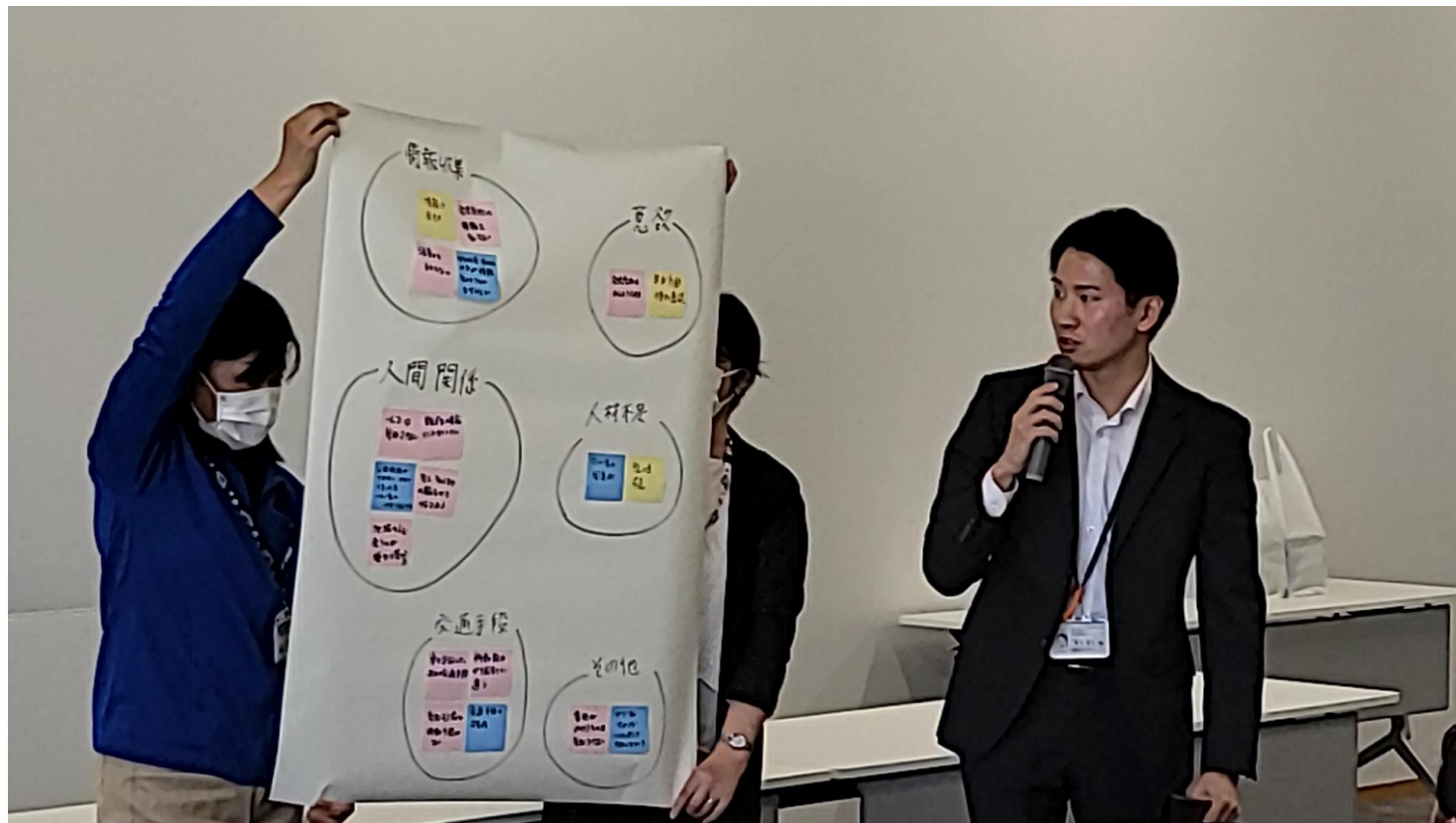
- ・社会参加（通いの場）の情報集約報告，ニーズ調査の結果検証（報告：高齢福祉課）
- ・ニーズ調査の結果における活用等の助言（AD）
- ・他課の取組の現状・課題（説明：参加の関係課）
- ・グループワーク 模擬協議体体験（全員）

【参加メンバー】 コアメンバー
高齢福祉課長補佐，交通政策課，市民生活課，
スポーツ課，地域保健課，生涯学習課，社会福祉
協議会

2回目支援 午前



2回目支援 午前



2回目支援 午後

- 社会参加の捉え方（講話：AD）
- 模擬会議 自立支援型地域ケア会議
地域ケア会議の説明
ケース検討
（全員参加，ファシリテーター：AD）
- 振り返り（支援チーム，コアメンバー）

【参加メンバー】コアメンバー

社会福祉協議会（2層SC），薬剤師，歯科衛生士，
管理栄養士，介護予防支援事業所CM，高齢者支援
センター

総勢
48名！

2回目支援 午後



2回目支援 午後



2回目支援 気付きと支援後の取組み

- ・当初の課題を深掘りしたり，整理したりすることで，新しい課題が見えてきた

→ 新しい課題に対する取組みを考える

本当の課題
はこれだったのかも

- ・事業に参加してからの取組みや支援を振り返り，今後の見通しが立ってきた

→ 共有できるマップを作る

まだまだ話し合いは
必要になるね～

ゴールに向かって，
それぞれができること，
することを可視化して共有

2回目支援 支援後の取組み

- ロードマップの作成
短期集中サービスを軸に

作成したロードマップをもとに。○○○

- サービス内容の見直し
- 対象者が見つかる仕組みづくり
(相談・申請時のフローなど)
- 関係機関との連携，ワーキンググループ

ちょいちょい話すことで、目標を見失わずにいられる

同じ方向に進んでいく意識が感じられて心強い！

3回目支援

- 総合事業について（AD講義）
入口（相談窓口）から出口（卒業）まで
セルフマネジメント，リエイブルメント

- 自立支援型地域ケア会議模擬会議
（AD助言）

★ロードマップを進めていく上での不安材料を払拭したい！
★残り1回の支援を有意義に使いたい！

総勢
60名越え！

【参加メンバー】 コアメンバー

高齢者支援センター（地域包括支援センター）

介護保険課，リハビリテーション専門職協会など

3回目支援 支援後の取組み

- ロードマップの修正，合意
- 対象者が見つかる仕組みづくり
(相談・申請時のフローなど)
- 新しいサービスCの実施

具体的に進めていく
には，まだまだ話し
合いを重ねないと…

「後回しにしない」
「あきらめない」

- 関係機関との連携，ワーキンググループの継続

支援を受けての感想

思い切ってエントリーして本当に良かった！

- 総合事業についての理解が曖昧だったことに気付いた
- 担当する事業だけでなく、ほかの事業とのつながりを意識することができた
- 小さなつながりが次のつながりに広がることを実感できた
- いろんな人を巻き込んでいくのが楽しくなってきた
- ひとりでモヤモヤすることが少なくなった

ご清聴ありがとうございました

日本三名園 偕楽園



みとちゃん



地域づくり加速化事業へ の参加を通して

茨城県保健医療部健康推進課

水戸市からの支援希望内容

【希望テーマ】

- ①短期集中予防サービス
- ②通いの場

【希望テーマの課題】

- ①短期集中予防サービス
 - ・利用者の確保ができない
 - ・対象者の選定
- ②通いの場
 - ・参加人数の伸び悩み
 - ・専門職の効果的なかわりができていない
 - ・通いの場への交通手段

第1回目支援

- 加速化事業について（厚生局説明）
- 水戸市の現状及び課題、今後目指す姿について（水戸市報告）
- 「自立支援と介護予防・日常生活支援総合事業」（服部AD講話）
- 意見交換（サービスCについて）
- 水戸市の同行訪問アセスメントの実施報告、意見交換
- 水戸市の通いの場の状況の共有
- 各事業等の紹介や課題の共有 等

第2回目支援

- 通いの場の情報集約の報告及び、ニーズ調査の結果の報告、助言
- グループワーク（水戸市における模擬協議体体験）
- 「社会参加の捉え方」講話（服部 A D）
- 模擬地域ケア会議
 - ・ 地域ケア会議の説明
 - ・ ケース検討
 - ・ 振り返り 等

第3回目支援

- 自立支援に向けたサービスCの動機付け面談、窓口対応講話
（服部AD）
- 意見交換
- 模擬地域ケア会議
- 支援の振り返り 等

さいごに

令和5年度 地域づくり加速化事業報告

宇都宮市の介護予防・日常生活支援総合事業等の
充実のためのアドバイザー派遣による
伴走支援を受けて

令和6年3月8日
栃木県宇都宮市保健福祉部
高齢福祉課相談支援グループ

1 宇都宮市の概要



■人口：515,902人

■高齢者人口：134,584人

■高齢化率：26.09%

■後期高齢者人口：69,981人

■後期高齢者割合：13.56%

(令和5年3月末現在)

■面積：416.85平方キロメートル

■地域包括支援センター数：25カ所

■宇都宮市は、栃木県のほぼ中央に位置し、東京から北に約100キロメートルの距離にあります。

北西に日光連山、北に那須連山を望み、東に鬼怒川の清流、南には広大な関東平野がひらけ、美しい豊かな自然に恵まれています。

2 事業に参加した経緯

課題

・通いの場において，コロナ禍に加え参加者の高齢化などにより，年々参加者が減少し，新規利用者も増えない。

・介護予防ケアマネジメントにおいて，自立支援・重度化防止の視点を実際のケアプランに反映させることが難しく，継続したサービス利用になっている。

・通所型サービスCを民間のスポーツクラブに委託しているが，送迎がなく利用者が限られてしまうことなどにより，利用者が増えない。

・通所型サービスC終了後に必要な介護サービスに結びつかない利用者が多い。

通所型サービスCのあり方について検討したい！

通いの場を活性化したい！

ケアプランに自立支援・重度化防止の視点が反映するには！

仲間と一緒に介護予防に積極的に取り組むには？

介護予防・生活支援サービス事業

- ・相当型：訪問型，通所型
- ・A型（基準緩和型）
：訪問型，通所型
- ・B型（住民主体型）
：訪問型
- ・C型（短期集中型）
：訪問型，通所型
- ・配食サービス

一般介護予防事業

- ・介護予防教室（はつらつ教室）
- ・いきいき健康教室
（サッカー，自転車，バスケットボール）
- ・介護予防講演会
- ・通いの場
- ・介護予防把握事業
- ・地域リハビリテーション活動支援事業

【参加者】

- ・ 筑波大学
(アドバイザー)
- ・ 日本介護支援専門員協会
(アドバイザー)
- ・ 関東信越厚生局
- ・ 栃木県高齢対策課
地域支援担当
- ・ 宇都宮市高齢福祉課
- ・ 事務局 (日本能率協会総合研究所)

(内容)

- ・ 加速化事業の事業趣旨・概要説明 (厚生局)
- ・ 市の現状と課題, 総合事業のビジョン案 (市)
- ・ ディスカッション



- 各種サービスの対象者像が曖昧??
フロー図や事業の整理が必要か

⇒2回目支援では, フロー図の対象者共有を図るため, 地域包括支援センター (25か所) との意見交換をしてはどうか。



【参加者】

- ・筑波大学
(アドバイザー)
- ・日本介護支援専門員
協会
(アドバイザー)
- ・関東信越厚生局
- ・栃木県高齢対策課
地域支援担当
- ・宇都宮市高齢福祉課
- ・事務局 (日本能率協
会総合研究所)
- ・地域包括支援セン
ター25カ所

(内容)

【午前中】

- ・加速化事業の事業趣旨・概要説明 (厚生局)
- ・市の現状と課題, 総合事業のビジョン案 (市)
- ・ディスカッション

【午後】 地域包括支援センターを交えた意見交換

- ・加速化事業趣旨説明
- ・市の思い説明
- ・グループワーク
サービスCと介護予防教室の現状のマネジメント,
課題, 理想の姿について話し合い

【現状】

どんな人を通所C
に向けたらよいの
か、対象者がよく
分からない

通所Cを受ける
ための申請手
続きに手間が
かかる

通所Cと介護
予防教室の内
容が類似して
いる

会場までの
送迎問題が
ある

終了後にどの
ようなサービ
スに結び付け
たらよいのか
悩む

【こうなったらよい・・・】

教室内容に個別性
のある指導を取り
入れる等見直して
もらえると...

それぞれのサービ
スに合った対象者
が明確になれば、
勧めやすい

教室終了後に自主
グループ以外で何
か繋げられる場所
があるといい

利用する際の手続
きが簡単になると
使いやすい...

【参加者】

- ・筑波大学
(アドバイザー)
- ・日本介護支援専門員協会
(アドバイザー)
- ・関東信越厚生局
- ・栃木県高齢対策課
地域支援担当
- ・宇都宮市高齢福祉課
- ・事務局 (日本能率協会総合研究所)

(内容)

【午前中】

- ・サービスCの対象者の具体的な対象像について意見交換

【午後】

- 高齢福祉課各グループ間の目線合わせ会
 - ・地域支援事業，総合事業とは（厚生局）
 - ・今回の加速化事業で取り組んだこと（市）
 - ・ワーク①サービスCの対象者について
 - ・ワーク②宇都宮市の総合事業のフローづくりに向けてやるべきこと

宇都宮市のサービスCの対象者と目的

	訪問C	通所C げんき応援教室	通所C ジム型
目的・概要	・サービスにつながりにくい対象者の最初の導入のサービスとして利用できる。 ・訪問Cを利用した後に、適切なサービスにつなぐことができる。	・適切に運用できることで、サービスC終了後に利用者が必要なサービス利用に結びつくことができる。	・前期高齢者を対象とし、自分の力で通い、終了後の継続した運動の取組を行うことができる。
要介護度・自立度等	・要支援1, 2 ・事業対象者	・要支援1, 2 ・事業対象者	・要支援1, 2 ・事業対象者
対象者	●利用後に介護保険を卒業できる方 ・頑張れば改善しそうな方 ・自宅をプロが見た方が良い方 ●運動機能が低下した方 ・転倒リスクが高い方 ・お風呂を跨げない人 ●デイケアにつながらないが個別ケアが必要な方 ○運動意欲はあるが、他者との交流意識が低い方 ○送迎が必要な方（移動手段が無い方）	●短期集中サービスを受けることで確実に改善が見込める方 ・頑張れば改善しそうな方 ・口腔機能改善が必要な方 ●セルフケアの意識が足りない方（意識があれば自律・自立が保たれる方） ・介護予防に係る知識が欲しい方 ・自宅でできる体操等を知りたい方 ○自ら通える方 ○運動する上で人との交流が効果的な方、交流を望む方 ○卒業後、自主Gに加入できる方	○自ら通所できる方 ○参加意欲、体操意欲等の高い方 ○時期に関係なく予防参加を開始したい方
疾患例			
備考	・家族も一緒に受けられる方であると良い	・認知機能低下があっても参加できると良い	・げんき応援教室の開始時期に合わない方の受け皿になると良い

- ・本市は、総合事業の担当グループが複数に分かれているため、それぞれで事業を展開しており、連携が不足していた。
- ・介護予防教室やサービスC終了後に、自分に合った介護予防に取り組む市民を増やせるよう、介護予防教室やサービスCの対象者像の基準を明確にしていきたい。
(地域包括支援センターと意見交換を行いながら・・・)

◇地域包括支援センター職員を対象に
『介護予防教室から自主グループにつなげるコツ』に
ついて作業療法士による研修会を開催

●地域の生活課題（個人の生活課題）を事業を通じて解決し，本人主体の生活に繋げるために，事業の入口，出口における課題などについて学んだ。

介護給付と事業の違いについて

給付

認定を受けた人がサービスを使う

事業

自治体の課題を解決する

※研修会資料より抜粋

事業を実施する上での入口・出口の課題

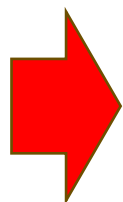
入口の課題

利用者が
集まらない

利用者の振り
分けが難しい

利用者の状態
把握が難しい

サービス前提
になりがち



事業

目的：元々の生活（作業活動）を
続けること、取り戻すこと



出口の課題

良くなるが
もどに戻る

卒業先が
ない

効果が
見えにくい

在宅生活に
繋がって
いるのか？

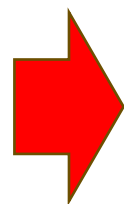
※研修会資料より抜粋

入口と出口を含めて、多職種で事業を考える！！

入口

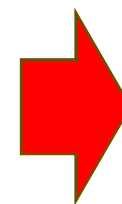
評価（情報収集）

- ・ 対象者（生活課題）
- ・ 地域資源



事業

（介護予防教室、
自主グループ等）



出口

役割や習慣化した
作業を続ける・取り戻す
（生活課題の解決）

地域資源の活用

地域リハビリテーション活動支援事業
による療法士の活用

※研修会資料より抜粋

1 1 これからの取り組んでいきたいこと

●総合事業について、本市は、担当グループが複数に分かれているため、グループ間で日頃から話し合いの場を積極的に持つ必要があることを改めて感じた。他のグループとの勉強会の場を設け、総合事業の全体の道筋を考えていく。

●地域包括支援センターが、サービスCの目的や対象者を共通認識できるように整理し、地域包括支援センターに示せるよう、フロー図を作成していく。

課題（アイデア）整理

	今年度やりたい or やること	1～2年（中期）間で 取り組みたい事	9期計画に 取り組みたいこと
総合事業 全体	・各グループで事業について検討し、情報共有を図っていく。 ・課内の関係グループ間で勉強会を行う。	・相当サービス利用者の状況を分析し、自立支援につながるよう、地域包括支援センター職員とサービス内容や利用の仕方を整理していく。	
サービスC	・来年度実施に向けて、事業所と打合せを行い、事業の評価や対象者像の検討を行う。	・対象者像の共通理解。 ・評価の視点についてリハビリ専門職の活用。	・送迎利用についての検討。
通いの場	・担当者会議等を利用した、自主グループ支援に向けた、専門職からの助言指導の場の検討。	・通いの場の情報を整理して、地域包括支援センター等と共有を図る。	・通所Bは実績がないため、通いの場との整理が必要。

1 2 伴走支援を受けて

○係員の異動もある中で，総合事業を担当するグループ間で支援を受けることができ，意識を統一することができてよかった。

●総合事業は自治体によって内容等が異なるが，よりよい事業にするために，みんなで知恵を出し合って検討することで方向性や解決策が見つかる！！

○今回，伴走支援にご協力くださいました皆様に感謝申し上げます。

ご清聴ありがとうございました



令和5年度地域づくり加速化事業伴走支援を受けて

壬生町が目指す 地域支援事業のかたち

**～介護予防ケアマネジメントと
通いの場の考え方を中心に～**

栃木県壬生町

壬生町の概要

■人口 39,515人 (1,896,983人)

■高齢者人口 11,846人 (565,137人)

■高齢化率 30.0% (29.8%)

■認定者数 1,976人 (91,487人) ■認定率 16.7% (16.2%)

■面積 61.06平方キロメートル (6,408.09平方キロメートル)

■日常生活圏域数 2か所

■壬生町は、東京から約90kmの距離にあって、町の東・中央・西を3本の川が流れている、関東平野の北部にあるほぼ平坦な地形が広がる町です。古くは壬生藩の城下町、日光街道の宿場町として栄えてきました。現在は、東武宇都宮線、東北自動車道と連結しており、広域的交通の利便性が高い町となっています。

壬生総合公園、東雲公園をはじめとした公園や緑地が充実した、便利で快適な「緑園都市」として発展してきました。

昭和30年代からおもちや団地や獨協医科大学の誘致を進め、近年では、人口10万人当りの医療環境の充実、全国5位を誇る「住みたい住み続けたい町」へと歩んでいます。



町の花 ゆうがお



町の木 えのき



町の鳥 ひばり

時点：令和5年（2023年）

出典：総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

壬生町の現状

介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス（従前相当サービス）の事業費が多く、令和元年度より国で定める総合事業の事業費の上限を超過しています。

プッシュ型支援の連絡があったときの感想

地域支援事業交付金の個別協議の要件は年々厳しくなっていく中で、上限超過をどうにかしたいと思っていましたが、どうしたらいいのかわからない状況でした。専門家の方のアドバイスが得られることは、状況の打開になるのではないかと思います、事業に参加することを決めました。

【予防給付費等】								市町名:	壬生町	
区 分			R1 (2019)		R2 (2020)		R3 (2021)		R4 (2022)	
			当初申請額	決算額	当初申請額	決算額	当初申請額	決算額	当初申請額	決算額
			円	円	円	円	円	円	円	円
1	介護予防・日常生活支援総合事業		82,029,000	85,549,017	93,106,775	94,312,753	106,348,229	98,958,980	113,599,734	99,005,193
	(1)訪問型サービス(第1号訪問事業)		20,182,370	21,338,772	24,270,960	20,638,644	24,894,240	19,667,804	23,970,240	18,625,964
	ア 訪問介護相当サービス		18,307,730	20,355,892	22,500,000	19,970,674	23,436,000	18,804,224	22,512,000	17,471,764
	イ 訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)		1,347,840	706,310	1,244,160	496,760	1,036,800	565,060	1,036,800	618,620
	ウ 訪問型サービスB(住民主体による支援)				0	0	0	0	0	0
	エ 訪問型サービスC(短期集中予防サービス)		526,800	276,570	526,800	171,210	421,440	298,520	421,440	535,580
	オ 訪問型サービスD(移動支援)				0	0	0	0	0	0
	カ その他				0	0	0	0	0	0
	(2)通所型サービス(第1号通所事業)		51,974,400	54,891,041	58,782,080	63,916,927	70,196,160	67,877,212	78,006,240	68,316,010
	ア 通所介護相当サービス		42,960,000	46,542,401	49,880,000	55,817,567	61,752,000	59,650,212	69,564,000	60,098,410
	イ 通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)		408,000	95,200	326,400	40,800	165,120	51,000	163,200	0
	ウ 通所型サービスB(住民主体による支援)				0	0	0	0	0	0
	エ 通所型サービスC(短期集中予防サービス)		8,452,800	8,217,600	8,452,800	8,043,200	8,217,600	8,156,800	8,217,600	8,217,600
	オ その他		153,600	35,840	122,880	15,360	61,440	19,200	61,440	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	0	0	0	0	0
	ア 栄養改善を目的とした配食				0	0	0	0	0	0
	イ 定期的な安否確認及び緊急時の対応				0	0	0	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	0	0	0
	エ その他				0	0	0	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)		7,633,240	7,101,617	7,778,040	7,546,147	8,371,040	8,610,493	9,319,040	9,164,759
	(5)審査支払手数料		257,040	286,146	295,596	306,495	325,836	322,182	338,688	328,671
	(6)高額介護予防サービス費相当事業等				0	0	0	0	0	634,730
	(7)一般介護予防事業		1,981,950	1,931,441	1,980,099	1,904,540	2,560,953	2,481,289	1,965,526	1,935,059
	ア 介護予防把握事業		1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000	1,600,000
	イ 介護予防普及啓発事業		322,217	271,708	320,079	272,020	900,748	848,769	305,321	274,854
	ウ 地域介護予防活動支援事業		59,733	59,733	60,020	32,520	60,205	32,520	60,205	60,205
	エ 一般介護予防事業評価事業				0	0	0	0	0	0
	オ 地域リハビリテーション活動支援事業				0	0	0	0	0	0
総合事業合計額			82,029,000	85,549,017	93,106,775	94,312,753	106,348,229	98,958,980	113,599,734	99,005,193
上限額			82,029,945	79,726,826	81,858,966	81,858,966	83,006,210	83,006,210	85,881,095	85,881,095
差額(超過額)			945	-5,822,191	-11,247,809	-12,453,787	-23,342,019	-15,952,770	-27,718,639	-13,124,098
超過割合			100.0%	107.3%	113.7%	115.2%	128.1%	119.2%	132.3%	115.3%
上限額の設定状況			特例口	個別協議	個別協議	個別協議	個別協議	個別協議	個別協議	個別協議
									①	①

通所型予防サービスの実施状況

事業名	通いの場 (一般介護予防事業)	サービスC	従前相当サービス
実施個所数	25か所（社協事業お達者サロン）	老健、DS、GH	デイサービス（15か所）
対象者のイメージ （どんな人に）	60歳以上	運動機能低下、転倒リスク、社会参加の機会が減少	要支援、事業対象者
目的 （どうしたい？）	生きがい創出、介護予防、閉じこもり予防	介護予防、筋力維持向上、QOL向上、気分転換、他者との交流	介護予防、筋力維持向上、QOL向上、気分転換、他者との交流
一回の平均参加人数 （年間利用実人数）	10名～（サロンによる）	9～10名	
従事者（専門職）	包括職員（主任ケアマネ・社会福祉士・保健師・看護師）	事業所の職員（理学療法士・運動機能訓練士・看護師・介護職員）	事業所職員
実施頻度（実施時間）	月1回（60分）	週1回	
実施内容 実施サービス	講座（フレイル予防、熱中症予防、認知症予防、介護予防、地域包括支援センターについて、介護保険について）	バイタルチェック・機械運動・整理体操・他者との交流	生活リハビリ・運動機能向上等のデイサービス支援内容
推進または広げるために取り組んできたこと	お達者サロン年間計画に、講座内容を掲示	お達者サロンでの周知、介護保険パンフレットでの説明、相談時に説明を行っている	事業所ごとの特徴を把握し、相談時に本人に合った事業所を紹介している
事業の成果と課題	講座を受講し学びを得ることで、QOLの向上につながっている。 参加者が固定化している	事業の参加希望者が多い 運動を継続する場所が少ない	
終了の有無 終了後利用サービス		3か月～6か月 期間を空けて再利用、または介護保険申請	

※「対象者のイメージ」は、事業対象者や要支援の区分から、「日常生活の自立度」や「病状の安定度」等、状態像は広くあると思いますので、地域づくり支援ハンドブックのP88等を参考にさせていただきながら、わかる範囲で記載してください。

※「終了の有無、終了後の利用サービス」は、現状の把握になりますので、訪問C・通所Cに関しては要介護区分ごとに利用者の終了後の移行先の割合等の抽出可能な数字を記載してください。

訪問型予防サービスの実施状況

	サービスC	緩和型A	従前相当
委託機関	地域包括支援センター	訪問介護事業所	訪問介護事業所
目的（どうしたい？）	家族の負担軽減と本人の精神的負担軽減	住み慣れた自宅で自立した生活が継続できるよう支援	住み慣れた自宅で自立した生活が継続できるよう支援
対象者（どんな人）	基本チェックリストで閉じこもり・うつ・認知症の項目が該当し、専門職の訪問を希望する	基本チェックリスト該当者で短期間の支援で状態改善が見込まれる介護保険の申請を希望しない	要支援認定者、事業対象者
実施者	包括職員（保健師、看護師、主任ケアマネ、社会福祉士）	訪問介護事業所職員	訪問介護事業所職員
支援内容	傾聴・本人の意欲を引き出す作業・行動を行う	調理や洗濯、掃除などの家事援助	調理や洗濯、掃除などの家事援助
推進または広げるために取り組んできたこと	訪問などにより、事業の周知を行っている。また、関係機関との連携を行っている。	相談業務などでの情報提供	相談業務などでの情報提供
事業の成果と課題	状態が改善し、社会参加ができるようになった。また、家族関係が良好になった。	どの制度にも当てはまらない場合が課題（障害あっても手帳所持手続きできない）	在宅生活が継続できる
提供頻度	月1回	週1、2回	週1～3回
終了の有無と終了後の利用サービス	通所型サービスや傾聴ボランティアにつなげる	利用者の状況を定期的に確認、また基本チェックリスト実施。状態が改善すれば利用終了	認定期間終了後評価し、継続・終了を判断する。

※「対象者」は、事業対象者や要支援の区分から、「日常生活の自立度」や「病状の安定度」等、状態像は広くあると思いますので、地域づくり支援ハンドブックのP88等を参考にさせていただきながら、わかる範囲で記載してください。

※「終了の有無、終了後の利用サービス」は、現状の把握になりますので、訪問C・通所Cに関しては要介護区分ごとに利用者の終了後の移行先の割合等の抽出可能な数字を記載してください。

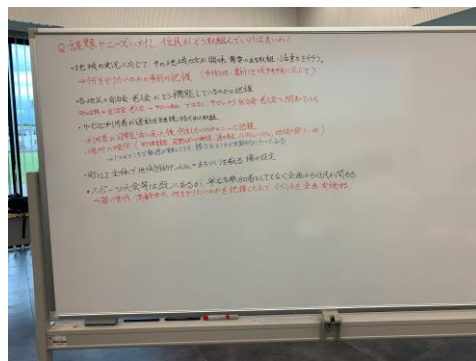
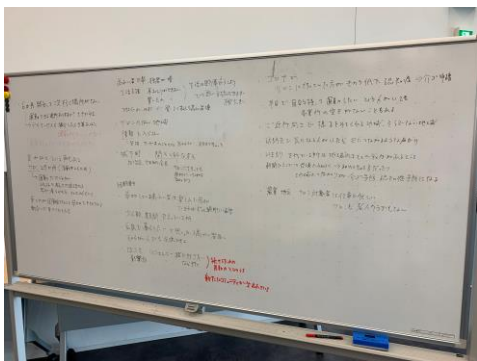
第1回支援

- 日時：令和5年9月22日11:30～
- 参加者：地域包括支援センター・サービスC（通所型）事業者・壬生町ケアマネジャー連絡協議会・壬生町社会福祉協議会
- 内容：厚生労働省の説明、町からの説明、グループワーク（町の総合事業の在りたい姿の整理）・アドバイザーの講話



グループワーク

- ・ サービスCを終了しても継続利用のニーズが多い
→ サービスC終了後のつなぎ先不足のため
- ・ サロン等、集いの場が近くにない。
- ・ 地域資源が地域によって格差がある。
- ・ サロン等に移動するための手段がない。



サービスCの終了後の活動場所や運動継続についてグループ内で活発な意見が出されました。

見えてきた課題

- サービス C は運動習慣の継続のためのものという認識がある。

→ サービス C は、生活機能の改善の為にアセスメントを行い、プログラムを組んで、高齢者が生活を継続するという目標達成のために介入し、実現するためのもの。

- サービス C を終えた人が運動を継続するための取組、過ごす居場所がない。

第 1 回支援の後に取り組んだこと

町としてやりたいことの整理

- サービス C を含む介護予防の定義や効果的な実施について職員・包括・社協・ケアマネ、サービス事業所で共通認識を持つ。
- サービス C を終えた人の通いの場をどうするか。

第2回支援

- 日時：令和5年11月13日10:00～
- 参加者：地域包括支援センター・サービスC（通所型）事業者・壬生町ケアマネジャー連絡協議会・壬生町社会福祉協議会（第1層協議体SC）
- 内容：厚生労働省の説明、町からの説明、グループワーク（サービスCについて・居場所（≡通いの場）について）・アドバイザーの講話

グループワークでサービスCについて、居場所（通いの場）について、町の課題を挙げ、課題に対する取り組みについて話し合いました。



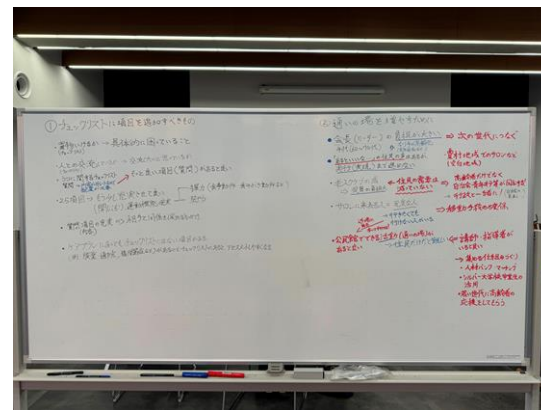
支援の内容・グループワーク

サービスCについて

- ・ 自立支援の考え方が大切。ただサービスを利用することが目的ではない。
- ・ 本人のできることを引き出し、できない場合、なぜできないのかアセスメントを行う。
- ・ 本人が本当に望む姿、目標に達することができることを目標設定する。
- ・ 何を支援すれば残存機能の活用をし、元気だった状態に戻る可能性があるかと認識させる。

居場所について

- ・ 自治会の考え方により運営、担い手等すべて異なる。「やらされ感」がなく継続していけるような取り組みが不可欠。
- ・ 地域からのニーズを知ることが必要。何を求めているか意見を吸い上げる。
- ・ 地域課題は多様なので、1つ1つ取組実現可能なものから達成していく事で実績を作り、住民に活動の成果を示していく。
- ・ モデルとなる地区をピックアップして一つの成功事例を作る。
- ・ お達者サロンの活用



見えてきた課題

サービスC終了後の介護予防ケアマネジメントについて

- 本人や家族の意向によりサービス利用ありきの介護予防マネジメント

→日常生活で本人のできない困りごとをできるようにするための介護予防ケアマネジメント。サービス終了後の本人の機能低下を防ぐためのサービスや地域資源が不足している。またサービスCや従前相当型サービスに頼ってしまう。

居場所づくりについて

- 住民の自発性を取組につなげられるようなすすめ方が難しい。「やらされ感」を払拭するようなきっかけづくりをどのようにするか。
- 中心的な人物、担い手不足。
- 老人クラブの減少。
- 自治会加入者の減少。
- 協力者、ボランティアの確保、金銭面での援助等をどうするか。

第2回支援の後に取り組んだこと

- チェックリストに項目追加して試行してみた
(服薬・健康管理等への不安・痛みによる日常生活への支障・生活で買い物や掃除に困っているか・どんな生活がしたいか・人との交流はどうか、寂しくないか)
- 介護相談から総合事業等の利用につながるフロー図を作成してみた
- 資源の空白地域に通いの場をつくるべく、自治会へ声かけ

基本チェックリスト

*記入日： 平成 年 月 日

*住所 壬生町

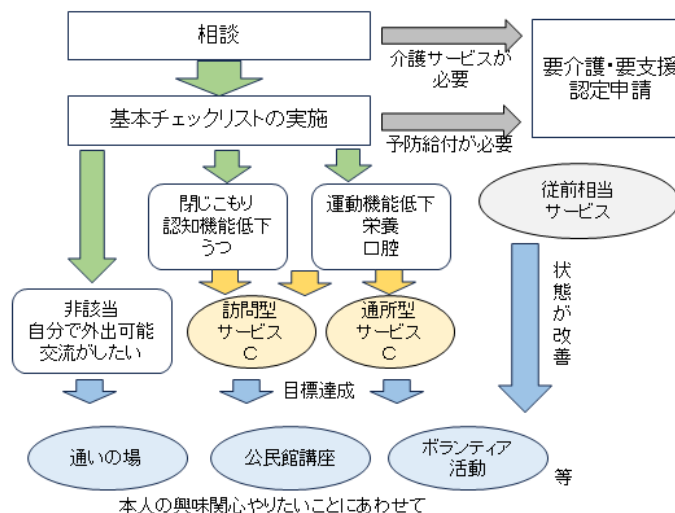
*性別 〇 介護認定 あり ・ なし

*氏名 男・女 *希望するサービス内容

*生年月日 年 月 日 (歳)

*電話番号

No.	質問事項	回答 (うすいのに○を お付けください)
1	バスや車で1人で外出していますか	〇、はい 1. はい
2	日用品の買い物をしていますか	〇、はい 1. はい
Q3	日常生活の中で重い物や掃除、調理などに支障を感じていますか	〇、はい 1. はい
3	預貯金の出し入れをしていますか	〇、はい 1. はい
4	友人の家を訪ねていますか	〇、はい 1. はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	〇、はい 1. はい
6	階段を手すりや壁を頼らずに昇っていますか	〇、はい 1. はい
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	〇、はい 1. はい
8	15分続けて歩いていますか	〇、はい 1. はい
Q9	痛みによる立ち座りや歩行などに支障を感じていますか	〇、はい 1. はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 〇、はい
10	転倒に対する不安は大いですか	1. はい 〇、はい
11	6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 〇、はい
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)	
Q11	服薬や通院など、健康管理に不安を感じていますか	〇、はい 1. はい
13	半年前に比べて使い物が減ってなくなりましたか	1. はい 〇、はい
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 〇、はい
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 〇、はい
16	週に1回以上は外出していますか	〇、はい 1. はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 〇、はい
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると思われますか	1. はい 〇、はい
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	〇、はい 1. はい
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 〇、はい
Q24	人と交流したいと思いませんか	〇、はい 1. はい
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 〇、はい
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 〇、はい
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではあっという間に思われる	1. はい 〇、はい
24	(ここ2週間) 自分が急に立っ人間だと思えない	1. はい 〇、はい
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 〇、はい



第3回支援

- 日時：令和6年1月25日10：00～
- 参加者：地域包括支援センター・サービスC（通所型）事業者・壬生町ケアマネジャー連絡協議会・壬生町社会福祉協議会（第1層協議体SC）
- 内容：課題の共有・町の目指す姿の説明・アドバイザーの講話・グループワーク（住民への意識啓発をどのようにすすめていくか）

介護予防ケアマネジメント

現在の状況・課題

- 本人家族の希望によるデイサービスの利用があること
- 「運動をすること」を目的として通所型サービスCを利用するため、サービス終了後も同じような「運動」を継続したいため、サービスCの再利用や従前相当サービス「デイサービス」の利用を希望してしまう

こう変えていきたい

生活上の困りごとのある高齢者ができないことに対し、補うサービスを当てはめるのではなく、どうすればできるようになるか、目標を達成するために必要なサービスを提供する
高齢者本人の「こんな風に暮らしたい」というニーズをくみ取り、自立した日常生活を送れるよう支援

単に心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できることが大切

高齢者が自身の健康増進や介護予防について意識をもつ

通いの場

現在の状況、課題

- ・介護予防に資する場、またサービスC終了後の受け入れ先としての認識が薄い
- ・開催場所に偏りがあり、気軽に通えない

解決へ向けた取り組み

○新しいサロンをつくろう **立ち上げ**

包括・社協・町で協議し、サロンなど社会資源の少ない地域から場所を選定し、自治会長や地域の活動に積極的な人へ働きかけ、サロン立ち上げを目指す。この取り組みをモデルとして、いずれ町内全域に広めていきたい。

また、自治会連合会会長にもこの取り組みを報告し、働きかけの際の助言をいただく。

○サロンをみんなに知ってもらおう **継続支援**

今あるサロンの活動報告を皆で行う。また、サロンを広報誌や健康ふくしまつりなどで紹介する。良い取り組みを行っているサロンに対し表彰などがあると、モチベーションアップにつながる。

○サロンを強化し、みんなで元気になろう **機能強化**

サロン全体で、サロン開催時に運動・体操を行う時間を作る。リハビリ専門職や柔道整復師などの専門職がサロンを訪問し、運動機能チェックと運動の専門職ならではの効果的な運動・体操の提供

グループワーク発表まとめ

	A	B(北地区)	C(南地区)	D
課題	・特に高齢化が進んでいる農村地帯などで人間関係が希薄になっている ・敬老会の参加率も低下傾向 ・自治会参加率・担い手の低下	・高齢化がネックである ・住民主体に向けた意識づくりが難しい ・若い世代が地域でどのように生活するか、ということを検討する必要がある ・移動の問題がある ・ボランティアの高齢化	・住民が多い地域に通いの場が集中（農村地区が空白地帯） ・農村部は「サロン＝集いの場、遊びの場」という認識がある ・距離と人の関係性が課題となる ・同世代、同性別で集える場があり、相互にやりたいことや困りごとを共有できる場があるとよい ・若いうちから人とのつながりを持つこと・考えることが大切	・免許返納者の移動手段が課題 ・一人暮らし高齢者によるゴミ出し等の困難さ ・近隣の頼れる人の減少（そもそも人がいない？） ・遺産整理など、死後のことが心配（子どもは町外にいます、など） ・若いうちからの近所づきあいなどの交流がない世代が増えてきた ・関係が密になると迷惑になると考える節がある ・人の考えなどについて地域性があるようだ
できること	・あいさつと簡単な会話をする ・人のことを知るように心がける ・地域のイベント等への参加 ・子ども食堂などが地域の食堂として開かれていくとよい	・高齢者のみならず、多世代がかかわれるサロンができるとよい ・食べ物があると来てくれるのでは ・スーパー等でのサロンがあるとよい ・近所との交流を高める ・何かあった時のための情報収集	・おせっかいとは思われない程度の近所の声掛け ・実際は自分の生活でいっぱいいっぱいであるが、何かしらの役割をお渡しできるとよい ⇒活動知り合いや知識も増える	・ふとすれ違ったときなどに声掛け・挨拶が気軽にできるようになるとよい ・子育て世帯の困りごとに対して気軽にヘルプができるような雰囲気づくり ・自分のできる範囲で人のために何かする機運を高める（アイデアをいっぱい出す） ・買い物と一緒にいく支援 ・スーパーの中での通いの場
支援してほしいこと	・住民リーダーやSCの育成 ⇒高齢福祉や介護だけでなく、庁内で課を超えた連携による育成プラットフォーム・機会を作ってほしい	・「つなぐ輪壬生」の発表会を実施してはどうか ⇒若い世代に呼び掛けたい ・サロン等にPTやOTを派遣し、運動等の効果を伝えられるとよい ・サロンを週1にするなど、頻度を上げられるとよい	・地域の中で目配りができる方がいるとよい。 ・近所の声掛けを率先してやってくれる人がいるとよい。 ・キーパーソンが増えると良い ⇒活動者に対するキーパーソンからのサポートがあるとよい ・自治会の実働部隊同士での連携があるとよい ・自治会運営マニュアルのようなものがあるとよい	・みぶーぶの本数増加 ・移動手段の確保 ・さまざまな場面における、責任の所在などを明確化してほしい

これからの取り組み

通所型サービスC事業を終了した高齢者の自立支援

ケアマネジャーに介護予防ケアマネジメントへの意識改革を促す。

→サービス利用ありきでなく高齢者の自立支援を目指したケアプラン作成

介護通所事業所に新たな通いの場を作る

自治会のモデル地域に働きかけ、または地域づくり勉強会を通して通いの場を作る。

（通いの場に専門職が関与できるような仕組みづくり）



仲間づくり、人と人とのつながりができる。

通いの場に通う高齢者が介護予防の自身の取組を行う意識を持つようになる。



地域のお達者サロンや公民館講座、ボランティア活動等地域資源の活用。

仲間づくりを通して新たなサロンや集いの場の立ち上げ



既存の介護サービス利用以外に高齢者が自立支援を目指し、社会参加を通して生き生きと暮らせる居場所に通うことにより、総合事業の費用の削減につなげる。

加速化事業の支援を受けて

気づいたこと、感じたこと

- ・それぞれ異なる立場の関係者が集まり、業務の中で感じていることを意見として出し合い、考えを把握・共有することができた。
- ・通所型サービスCの目的が運動習慣の継続ではなく、目標達成後日常生活を送れるようにすることであることを再認識した。
- ・住民の「やらされ感」ではなく、主体的・自発的な働きかけによる通いの場作りへとどう働きかけていけるか、町だけでなく、関係各機関と話し合いながら進めていく事が大切だとわかった。

地域づくり加速化事業による介護予防・日常生活支援
総合事業等の充実のためのアドバイザー派遣による伴走
支援を通して

栃木県の市町支援と今後の課題

栃木県 保健福祉部 高齢対策課



地域包括ケアシステムの推進にむけた取組

現状と課題

高齢対策課

- ・ 地域支援事業の完全実施等により、各市町において、地域で高齢者を支える仕組みづくりが積極的に推進された結果、地域包括ケアシステムを推進するための基盤は、概ね整備された。一方で、地域資源の状況や住民意識等が異なることから、取組の進捗状況に違いが生じている。
- ・ こうした状況を踏まえた上で、今後は、2025年以降の現役世代の減少や高齢者人口がピークとなる2040年を見据え、地域の実情に応じたよりきめ細かな支援が必要。
- ・ 次期九期計画策定に向け、市町のニーズ把握や国の動向を注視。

令和5（2023）年度の主な取組

1. はつらつプラン21、保健医療計画に基づき、市町に対して、伴走型支援を実施

- ・ 次期九期計画策定に向け、市町ヒアリング等を実施
- ・ アドバイザーの派遣等による個別支援、好事例等の横展開

2. 在宅医療や介護サービスの基盤整備、人材の育成 ・確保、機能強化の促進

3. 住民参加の地域づくりに向けた普及啓発

- ・ ウィズまごダンスの普及、フレイル予防アドバイザー・サポーターの養成・活用
- ・ 地域における生活支援サービス提供体制づくりの促進
- ・ 認知症の人や家族の視点を重視した総合的な認知症施策の推進（市町によるチームオレンジ設置への支援、出張どこでも認知症カフェの開催など）



R4.3.22下野新聞掲載

加速化事業への参加

■ 栃木県 R5.10.1 現在

人口: 1,895,031人

高齢化率: 30.3%

市町数: 25市町(14市、11町)

令和4年度 さくら市

令和5年度 壬生町(老健局主導型)

宇都宮市(厚生局主導型)



県内でも先駆的に事業に取り組んでいる！
中核市の具体的な取り組みを知ることができる機会になりそう。

宇都宮市(中核市)

人口: 513,257人

高齢化率: 26.7%

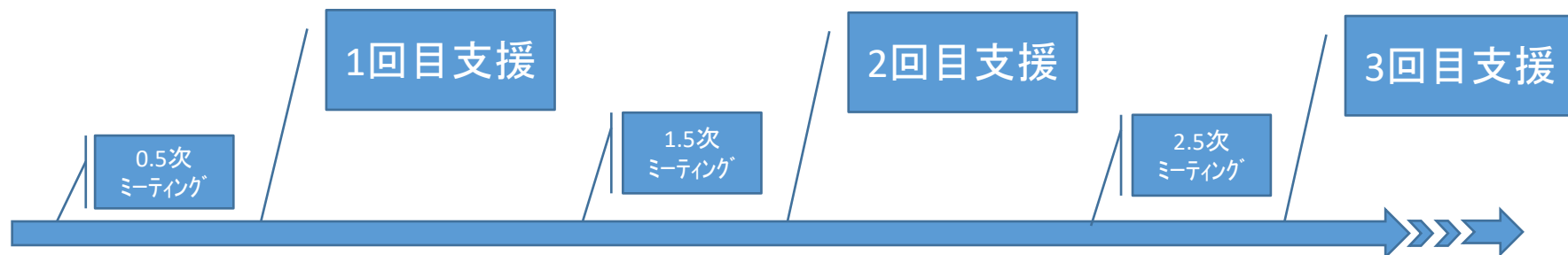
壬生町

人口: 38,804人

高齢化率: 30.8%

総合事業の上限額は確かに超えている。
上限額の超過は他市町にもあるから、一緒に考え、他市町の参考になれば...

3回の支援における県の関わり

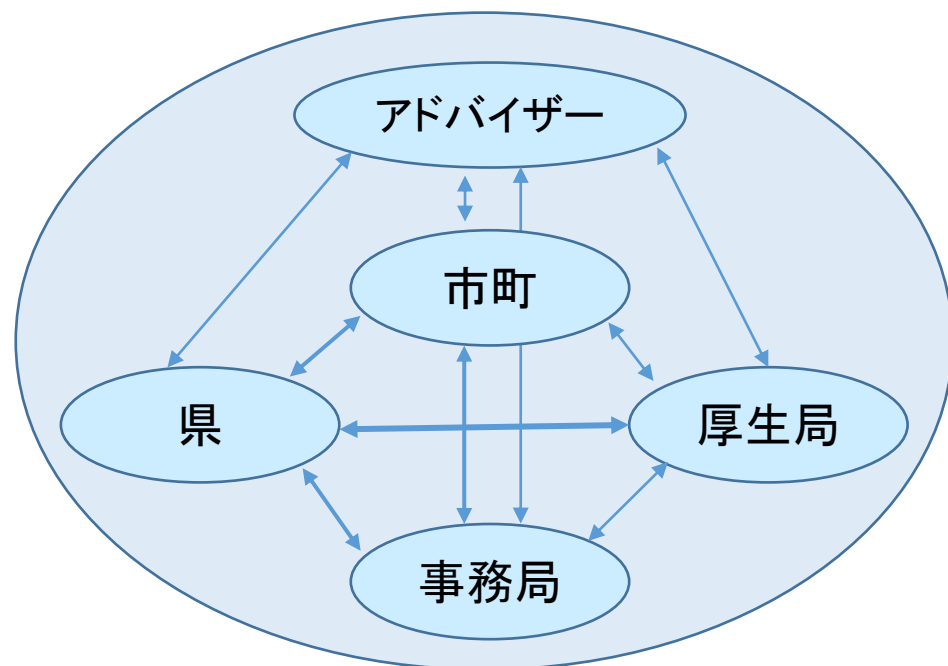


(支援の合間)

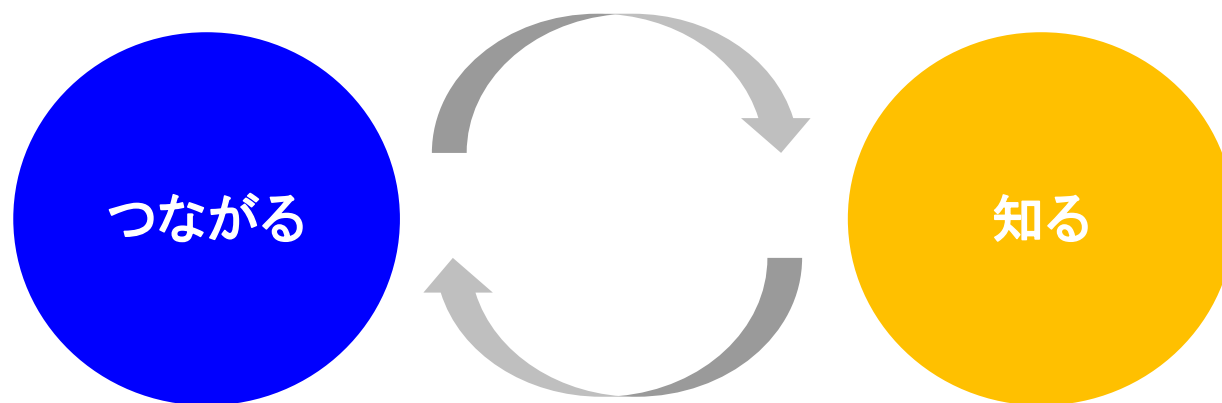
- ・ミーティング後、話し合われた内容の整理(必要に応じて訪問)
- ・進捗の確認(具体的に支援当日までにやることの整理)
- ・資料作成の補助

(支援当日)

- ・全体司会
- ・グループワーク時の進行や板書
- ・資料等の準備



参加にあたり心がけたこと



- ・関係者とのコミュニケーション
- ・市町、包括と関係を築く
- ・市町に出向く など

- ・ありがたい姿や課題
- ・各事業の取組状況
- ・関係者の思いや考え など

支援を通しての気づき

支援市町の様子

- ・これまでの事業の整理をしていくことで、「目的」や「対象者」の整理ができた。
- ・地域や事業に対するそれぞれの思いを、声に出すことによって共有でき、「ありたい姿」への方向性がそろった。
- ・対話からの気づきから、視野が広がり、やりたいこと(やるべきこと)が見えてきた。
- ・「ありたい姿」「目指すべき姿」を自分の言葉で伝えられるようになった。

支援者として関わって

- ・対話の重要性
 - 事業実施に追われていると目的を見失ってしまうこともあるため、支援者との対話を通じて、市町の事業の振り返りができる
- ・市町の思い・考えを引き出すことの重要性
 - 市町の思いを尊重する姿勢
- ・関係者が同じ方向を向くことの重要性(県も含めて)
 - グループや組織を越えた連携
- ・悩んでいるタイミングで適宜声かけができるようにする
 - 一緒に考え、相談しやすい関係づくり

今後の市町支援に向けて

■市町の現状把握

- ・定量的データの収集・分析
- ・市町に出向き、現場の声を聞く

課題がありそうなとき、
どのようなアプローチ
ができるか？

■市町の状況に応じた支援の検討

- ・市町全体に対して支援が必要なもののか
- ・各事業や市町別に個別支援が必要なもののか

課題解決に向けて集
中的に取り組んでい
けるような体制・マイ
ンドの醸成

■他事業との連携について

- ・市町が認識している課題だけでなく、地域作りの全体を意識した視点をもつ
- ・市町支援の全体像を考えたうえで、研修等を組み立てていく

事業ごとではなく「目
的」に応じた研修参加
者の設定や事業の組
み立て





地域づくり加速化事業の支援 を受けて

群馬県みなかみ町役場 町民福祉課 高齢介護係

みなかみ町について

みなかみ町の面積は、群馬県で最も広い781.1km²。

群馬県の北部、新潟県との県境に位置し、谷川岳・三国山麓、利根川の源流域であり「関東の水瓶」と称される自然と温泉が豊かで風光明媚な町であります。

夏は、ラフティングやカヌー、冬はスキーやスノーボードの観光が盛んです。アウトドアを楽しんだ後はみなかみ18湯の効能豊かな名湯を楽しめます。



みなかみ町について

人口:17,442人

高齢者人口:7,312人(高齢化率41.9%)

要介護認定率 22%

群馬県内では認定率3番目に高い
要支援2・介護1・介護5の割合が高い



地域づくり加速化事業にエントリーした経緯

現状から見える課題

地域の高齢化

- 地域の過疎化、介護の担い手の確保、公共交通の減少による移動手段の確保

介護給付費の増加

- 介護認定者や認知症の増加、介護問題の複雑化、核家族化による単身高齢者の増加

複雑化・複合化した問題

- 8050問題、ひきこもりや社会的孤立ケースの増加

公的サービスの他、

「支え合い」や「助け合い」など、インフォーマルなサービスの充実。多様な担いによる地域社会づくり

高齢になってもみんなが健康で元気な地域に

緊急的な課題になっている!?

地域づくり加速化事業にエントリーした経緯

みなかみ町介護予防事業等の通いの場

町主催：介護予防教室

フレイル予防教室
病院でPTに実施を
委託。月2回×6ヶ月

筋力アップ、ヨガな
ど 6種類をのべ128
回（R4年度）実施

定員を超える申
し込み。同じ人
が何回も申し込
む。

社協委託：地区の健康教室

地区の健康教室
16地区の公民館
で月1回実施

参加者が減っ
ている。ボラ
ンティアが増
えない

生活支援体制整備事業等
で、実施場所を増やす努
力をしている

送迎付き健康教室
町内2カ所月2回

定員を超える
申し込み。

住民主催のサロン等

いきいきふれあいサロ
ン
地区で月1回程度実施。
31カ所。

ふれあいカフェ
町内4カ所。週1
回実施。

地域に偏りあり

民間主催のサロン等？

情報がない・・・

後継者不足が課題

第9期介護保険事業計画のためのニーズ調査では、「元気塾・筋力アップ、地区の健康教室、サロンなど介護予防のための通いの場に参加している割合は10.5%（3年前は16.1%）。調査では、老人クラブや趣味のグループなど参加率が軒並みさがっているが、「収入のある仕事」を行っている人が28.0%～30.2%に上がっている。

地域づくり加速化事業にエントリーした経緯

町主催 運動教室

- 人気が高い
- 募集開始後、すぐに反応
- 常連の参加が多い
- 車で移動できる人が参加

住民主体 サロン活動

- 運営メンバー不足
- 世代交代が進まない
- 利用者の減少のところも

介護予防 サポーター

- 地域のリーダーとして活躍を期待→受講して終了
- R4に28人養成
- 累計50人

町の 願い

サロンや地区の健康教室を
“住民主体”の“持続可能”な活動に！

そのために・・・支援者のお知恵をお借りしたい

住民主体の
健康教室やサロンが
どうしたら増えるか

新しい人が入りやすい
開かれた健康教室、健
康教室参加者の減少
やサロンの運営方法

適切な実態把握
課題分析
ニーズ設定

みなかみ町支援の流れ

	事前ミーティング (オンライン)	現地支援	出席者
1 回目支援	8 月18日 (金)	9 月 2 9 日(金)	アドバイザー・関東信 越厚生局・群馬県・町 高齢介護係・社会福祉 協議会（地域包括支援 センター含） 午後：民間病院PT
	アンケート調査の実施		
2 回目支援	10月30日 (月)	1 2 月 5 日(火)	アドバイザー・関東信 越厚生局・群馬県・町 高齢介護係・社会福祉 協議会（地域包括支援 センター含） 午後：民間病院PT
3 回目支援	1 月10日 (水)	2 月 6 日(火)	アドバイザー・関東信 越厚生局・群馬県・町 高齢介護係・社会福祉 協議会（地域包括支援 センター含）

事前準備 (0.5MTG含む)

住民主体の
健康教室やサロンが
どうしたら増えるか

すでに高齢者が集まっ
ている場所を利用して
はどうか。

子ども食堂を通いの場
にしてもいいのでは。参
加意欲も高まりやすい。

道の駅に野菜を出す人
と連携し、栄養教室や
食事づくり教室などに展
開するという可能性も。

新しい人が入りやすい
開かれた健康教室、健
康教室参加者の減少
やサロンの運営方法

運営している人の気持
ちが大切。こちらの都合
で変えるのは大変。

相手の話を聞くことで関
係性ができる。そこから
発展することもある。

まずは薪拾い！
高齢者が集まっている場所へ
出向き、話を聞く

適切な実態把握
課題分析
ニーズ設定

高齢者が集まる場所に
出向き話を聞くことで実
態が見えることがある。

働いている高齢者も多
い。「高齢者に元気に
なってもらう」具体的な
ビジョンは？

ビジョンの明確化
みなかみ町が目指す
まちの姿とは

1 回目支援

関東甲信越厚生局より
「地域づくり加速化事業」について趣旨説明。
支援チームとみなかみ町での意見交換、みなか
み町の現状把握の共有。

みなかみ町支援
チームの顔合わせ。
ワクワク...



1 回目支援



まずは薪拾い！
高齢者が集まっている
場所へ出向き、話を聞く

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より
- 健康教室のアンケート結果
- 老人会会長、サロン主催者の意見

社協・町職員より

- ・ 通いの場をやりたい人も「責任ある役」は、やりたがらない傾向がある。お手伝いならよいという人が多い。
- ・ 送迎も同じ。責任が伴うので、断られる。
- ・ 場も大人数だと話をまとめるのが大変なのでは。
- ・ 少人数なら気軽にできるのでは。お茶のみの集まりに介護予防サポーターを派遣するとか。
- ・ 町内の薬局で健康相談をイベントでやっている。そういう情報が町や社協が持っていない。

病院のPTより

- ・ 病院では、介護予防サポーターなど、ボランティアをどこに頼めばよいのか。サポーターはどんなことをやってくれるのか分からない。
- ・ 移住者の方や、業者さんに介護予防の協力をお願いできないか。
- ・ サロンを立ち上げたい人もどうやったらいいのか、分からないのではないのか
- ・ ボランティアとのつながりもLINEなどで募集できるといいと思う。

方向性

- ・ 介護予防サポーターがリーダーとしての活動の仕方についてきっかけ作りをしていく。
- ・ 民間（薬局・病院・移住者）を活用していく仕組み作り。

1 回目支援

グループワークの実施

ビジョンの明確化

みなかみ町が目指す
まちの姿とは？

アイデアを出し合う。「こういう町になったらいいな！！」

- ワーク1 理想の町、理想の高齢者について考える。
- ワーク2 ワーク1と自分の仕事をふまえてやってみたいことを考える

いろんな意見がたくさん出て頭の中がモヤモヤ
ここから整理し分析をしていく
これが地域づくり・・・

1 回目支援

2回目支援 に向けて



- みなかみ町として目指すべき姿、キャッチフレーズを作る
- 介護予防サポーターのニーズを拾う
- 課題解決のための社会資源を整理する
- 余力があれば町の高齢者のニーズ、対象像等考えるための素材収集
- 今後、支援の中でこの事業をやってみたいということを再考する

2回目支援

1回目支援からの振り返り。
宿題の発表！！

群馬県の「上毛かるた」風に！！

みなかみ町の
キャッチフレーズ

みなかみ ワイワイ
集えば元気！

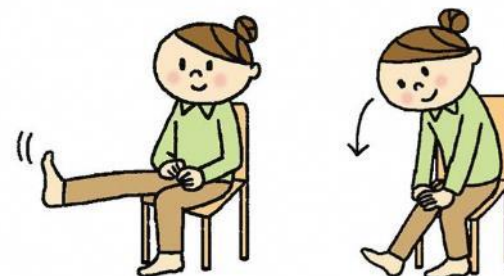
高齢者や地域の方みんなが、ワイワイと集い、いきいきと元気に地域で活躍できる町を目指し、キャッチフレーズをつくりました



2回目支援

アンケートの実施報告

- ・介護予防サポーター
- ・健康教室参加者・やめた人
- ・介護保険ニーズ調査（高齢者保健福祉計画のため）



2回目支援

グループワークの実施

1. 町としてやってみたいことをあげてみる
2. 1の中で介護予防サポーターにやってもらいたいことを考える
3. 介護予防サポーターの活動を、地域活動まで広げるためのアイデアをだしてみる



2回目支援

住民主体の 通いの場づくり

介護予防サポーター・ NPO等の学習会の実施 (地域づくりのための研修)

介護予防サポーターのみなさま
集いの場について
ワイワイ楽しく 語りましょう！

みなかみ町では全国で活躍しているアドバイザーの先生達の支援を受け、これからの介護予防、通い(集い)の場について関係機関や地域の専門職の方と意見交換を行っています。介護予防サポーターのみなさまにも、これからのみなかみ町の通い(集い)の場について一緒に考えていただけたらと思っています。

介護予防サポーター同士の交流のなかから、今後の介護予防活動のヒントをいただけたらと思います。
みなさまのご参加を楽しみにしています！。

アドバイザーの船山先生・小越先生

日時: 令和6年2月6日(火)
10時~12時30分
場所: みなかみ町福祉福祉センター
1階集居棟第2室

出欠票の報告は
令和6年1月31日(水)までに

研修内容

- 町の現状、町・社協から介護予防について課題説明
- 情報交換: 自らの経験づくりのこと、「地域でこんな活動をしている」ことや、「してみたい」こと等語り合う
- グループワーク: 個人などから介護予防サポーターとしてできる等、アイディアを出し合う

問い合わせ・申込先: みなかみ町福祉福祉センター
みなかみ町社会福祉協議会

25-5012
62-0081



3回目支援

みなかみ町大雪警報発令！！

介護予防サポーター・NPO等の学習会中止。

準備した資料の発表の実施



- ・関東信越厚生局より
地域づくり加速化事業について
- ・町より
みなかみ町の現状について
- ・社協より
地域の課題と社協の事業いくつか紹介



3回目支援

みなかみ ワイワイ 集えば元気

手段

目指していること

事業マネジメントの実施

誰を元気にしたいの？



誰が集うの？



手段

なるほど



今後について

介護予防サポーター・NPO等の学習会の実施

3月25日(月)実施！！

今、お元気な高齢者には、ずっと元気で地域で活躍して欲しい。

当初は・・・

「住民主体」のサロンや地区の健康教室などの活性化、地域のつながりを感じられる場をつくる、「歩いて行ける」集いの場づくりができないか



★考え方に変化が出た！！

まとめ

●支援をうけて感じたこと

- ・「魅力ある活動」には人が集まる
- ・ひとは「やりたいこと」をやり、「やらせられた」ことは、続かない
- ・老人会や地区の活動が減少しているが、高齢者が趣味の活動への参加に変化しているのでは。
- ・個々の活動をつなげられたら活気がでるかも。



ご清聴ありがとうございました。





地域づくり加速化事業における 群馬県としての支援

～厚生労働省 地域づくり加速化事業～

群馬県健康福祉部
健康長寿社会づくり推進課
認知症・地域支援係

群馬県内の状況

介護予防サポーターの活動受け皿が不足

通いの場の担い手の高齢化・不足

住民主体の集まりを持続可能なものにしていくためには

適切な実態把握・課題分析・ニーズ設定を行うには

他市町村にも共通するヒントがあるはず！

みなかみ町がエントリー

みなかみ町における伴走型支援

第1回支援

- ・地域を知る
- ・方向性の確認

第2回支援

- ・キャッチフレーズ
- ・視点の転換

第3回支援

- ・今後の方向性



群馬県としての支援

～県の役割は“市町村支援”～

サービスの創出はできないが、県内の他市町村の取組共有、
他市町村とのパイプ役、市町村の相談役になれる

第1回支援

・0.5次mtgの内容とみなかみ町の考えを可視化するための資料、みなかみ町の通いの場に関する資料、みなかみ町の骨折データに関する資料を作成。

第2回支援

・他市町村における介護予防サポーターの活動や健康寿命をのばそう!アワード<介護予防・高齢者生活支援分野>の事例を抜粋して紹介しグループワークの参考に活用。

第3回支援

・大雪のため当初予定を大幅に変更し、次年度以降の展開について話し合いを実施。伴走支援で作成したキャッチフレーズをもとにした事業展開について支援を実施。

県としての今後の取組

市町村ごとに地域資源、置かれている状況は異なるが、

1. 地域（住民）を知ること
 2. 手段と目的の明確化
 3. 住民の巻き込み
- は共通する考え方である。

市町村研修での横展開も！

本事業への参加を終えて

昨年度の館林市に引き続き、大変勉強になりました！



川越AD、畑山AD
関東信越厚生局
みなかみ町の皆様
ありがとうございました！

地域づくり加速化事業（厚生局主導型）による 支援を受けて

埼玉県川越市
地域包括ケア推進課



川越市の概要



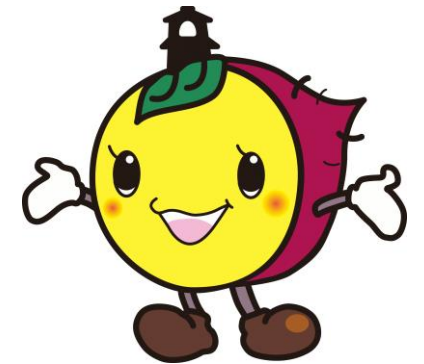
- 埼玉県の中央部よりやや南部、武蔵野台地の東北端に位置する。
- 大正11年
埼玉県内で初めて市制を施行。
- 昭和30年
隣接する9村を合併し、現在の市域となる。
- 平成15年
埼玉県内で初めて中核市に移行。
- 面積：109.13平方メートル
- 人口：352,717人（R6.1.1現在）
- 65歳以上人口：95,564人（R6.1.1現在）
- 高齢化率：27.09%（R6.1.1現在）



（蔵造りの町並み）



（時の鐘）



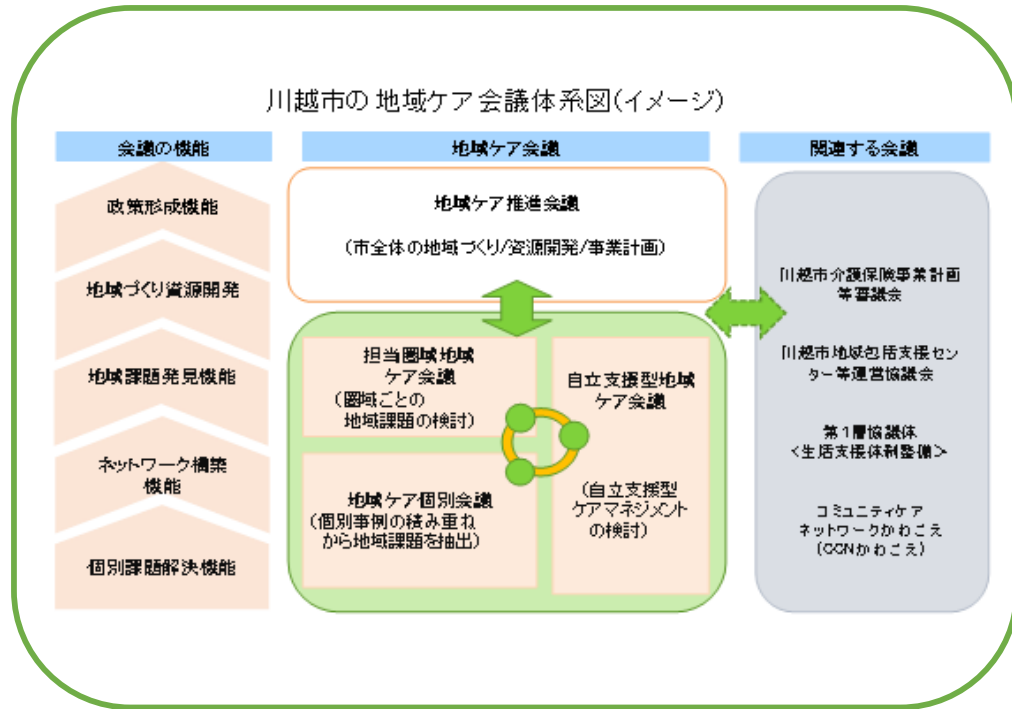
川越市マスコットキャラクター
ときも

- ★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

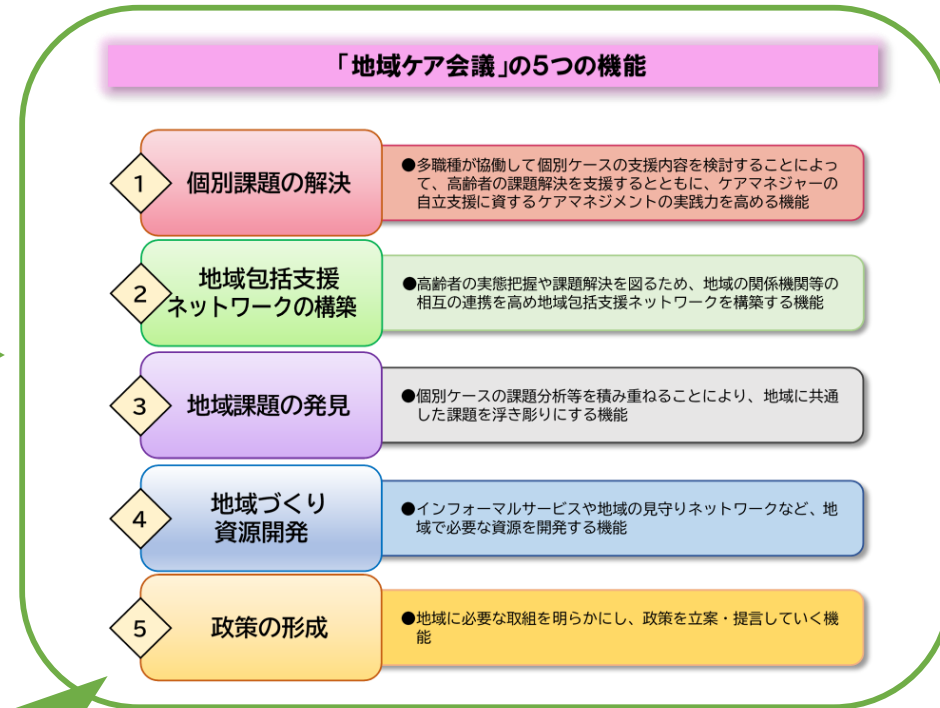
地域ケア会議の見直しに至った経緯①

■ 第8期川越市介護保険事業計画策定時に見えたこと

第7期計画に記載されている
「地域ケア会議」体系図



第8期計画に記載されている
「地域ケア会議」の機能



令和5年度
第9期計画
計画策定年度

体系図は掲載できず・・・

地域ケア会議の見直しに至った経緯②

【前任者からの引き継ぎ】

令和元年度に「地域ケア推進会議」を実施するが、うまくいかなかった。



令和2年度以降、地域ケア推進会議をどう開催していったら良いか？
課内でもイメージがつかない。

- ▶ 各々の地域ケア会議の連動が図れていない。
- ▶ 関係者間でも体系図の共有が図れていない。
- ▶ そもそも地域課題の解決をできる会議体にするにはどうしたらよいか？

なぜ

どうしよう

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により会議自体が休止や中止になる。令和3年度から、徐々に再開するが開催方法についての課題も多く、会議全体の体系図まで検討できず。



地域ケア会議体系図 作成に向けた取組

令和4年度 自立支援型地域ケア会議の見直しから始める。

市・助言者・ケアマネを交えて意見交換を3回実施。(R4.12.14/R5.2.8/R5.3.23)

どうしよう

地域課題解決に向けた各々の会議の連動はどうしたら良いか？
なかなか全体の体系図のイメージには、つながらず。



地域課題の解決は、どうしていったら良いのか？
第9期計画を策定年度になるが、どう描いていったら良いのか？



「地域づくり加速化事業（厚生局主導型）」にエントリー

1回目支援（令和5年9月14日）

※0.5mt（令和5年8月21日）

- 【内 容】
- ・ 自己紹介
 - ・ 地域づくり加速化事業について（関東信越厚生局より）
 - ・ 市の現状と課題について
 - ・ ディスカッション・共有
 - ・ 2回目支援に向けて

👉 加速化事業を通じて整理したいこと 👉

- ▶川越市に合った地域ケア推進会議の目的・位置づけは？そもそも地域ケア推進会議が必要か？他の会議と統合できるのか？
- ▶地域ケア会議だけでなく、地域課題の把握や解決に向けた事業や会議の位置づけを見える化して、今後、関係者と共有したい。

- 【出席者】
- アドバイザー（川越先生、岡野先生）
- 関東信越厚生局職員 2名
- 埼玉県 2名
- 川越市 6名
（市地域包括ケア推進課3名、機能強化型地域包括支援センター1名、
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2名）
- 日本能率協会総合研究所 2名



2 回目支援（令和5年12月6日） ※ 1.5mt（令和5年11月10日）

【内 容】 午前の部

- ・ 自己紹介
- ・ 「具体的な課題例をもとに、地域課題の解決手順を考えてみよう」（グループワーク）
～どのようなやり方であれば、問題解決ができそうか？～
- ・ まとめ

午後の部

- ・ 「地域課題の解決のための体制について再検討しよう」（現行の仕組みの位置づけの見直しを含めて）
- ・ 3 回目支援に向けて

【出席者】 アドバイザー（川越先生、幡野先生、岡野先生）

関東信越厚生局職員 2名 / 埼玉県 1名 / 日本能率協会総合研究所 1名

川越市 20名 ※午前のみの参加者 12名

（市地域包括ケア推進課 5名、機能強化型地域包括支援センター1名、埼玉県地域包括ケア・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 3名
川越市地域包括支援センター センター長9名、第2層生活支援コーディネーター 1名、市内社会福祉法人OT 1名）

2回目支援（令和5年12月6日）

【午前の部】

グループワーク 大テーマ：認知症

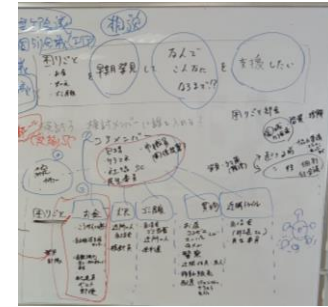
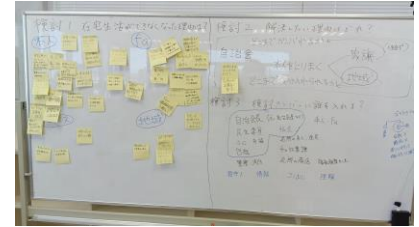
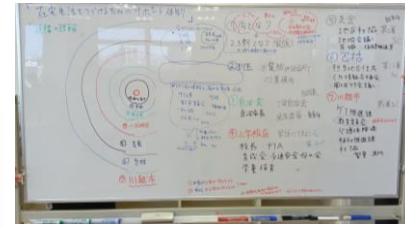
検討1：在宅生活ができなくなった理由は？



検討2：解決したい理由がどれか？



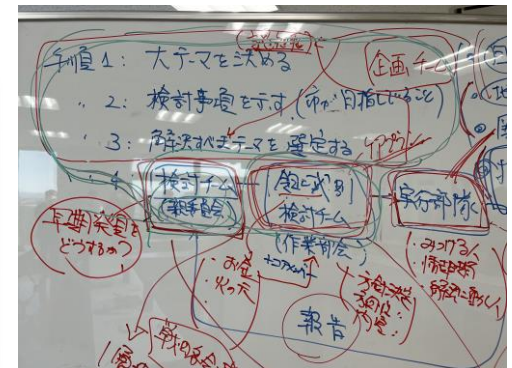
検討3：検討メンバーに誰を入れるか？



各グループから出た意見

【午後の部】

アドバイザーより午前中のグループワークの意見を基に課題解決するためのプロセスを学びながら、川越市にある他会議体との連動をイメージし、全体の流れを共有。



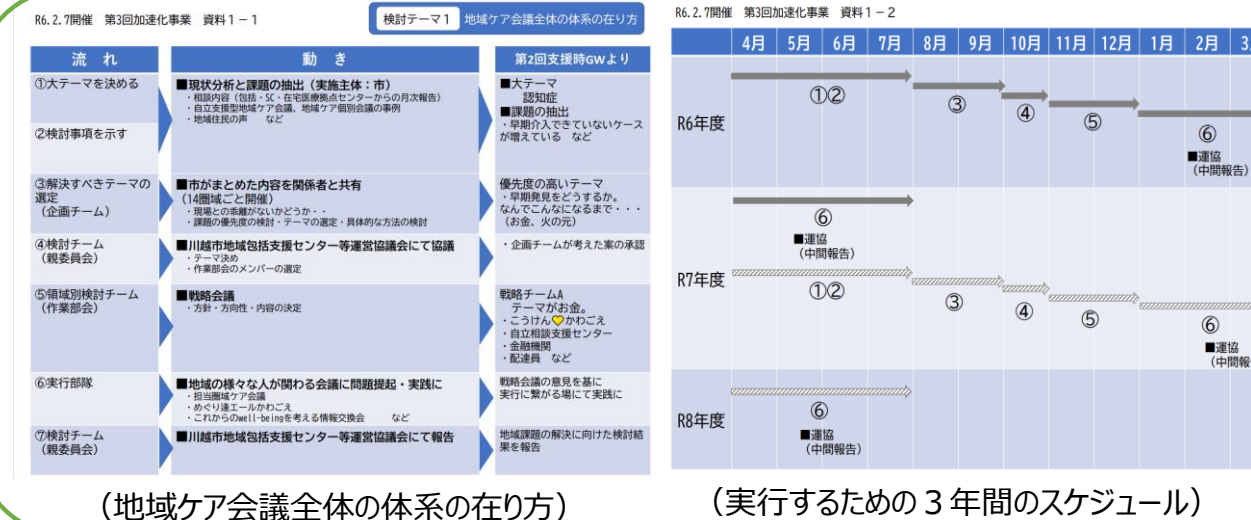
3回目支援（令和6年2月7日）

※2.5mt（令和6年1月26日）

【内 容】第1部

- 川越市の地域課題解決に向けた仕組みについて（意見交換）

市からの提案



第2部

- 振り返り

【出席者】 アドバイザー（川越先生、幡野先生、岡野先生）

関東信越厚生局職員 1名 / 埼玉県 1名

日本能率協会総合研究所 1名

川越市 17名

（市地域包括ケア推進課 4名、川越市地域包括支援センター センター長9名、
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 3名、市内社会福祉法人OT 1名）



3回支援を受けた効果

◎地域ケア会議全体を振り返る機会となった

▶「地域ケア推進会議の開催ができない」「地域課題の解決に向かっていない」といった課題を感じていたが、日々の業務に追われ、地域ケア会議全体をまとめ、振り返ることができていなかった。今回の機会を通じ、地域ケア会議の現状と課題を把握する機会となった。

◎「地域課題の解決」の違いを認識することができた

▶2回目支援のグループワークを通じ、それぞれの立場によって「地域課題」や「地域課題の解決」に対する言葉の捉え方に違いがあると感じた。

◎地域課題の解決に向けた取組のイメージ・感覚をもつことができた

▶地域課題を解決するために地域ケア会議をどう描いて、地域ケア推進会議をどう開催するのか、、、と地域ケア推進会議を開催することが目的となっていたことを再認識した。

▶地域ケア会議は、地域課題の解決に結びつけるための1つの手法。他の会議体等との連動や各会議体の目的を再度振り返る機会となった。

今後に向けて

引き続き関係者との話し合いを重ねていく必要あり

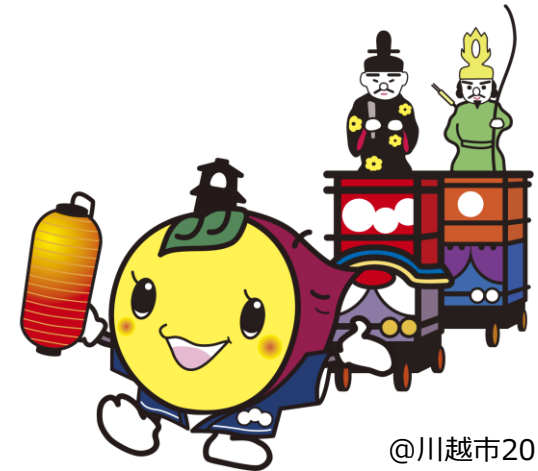
3回目支援で示した市からの提案について、参加した関係者からは、様々な疑問や意見が・・・
市が描く地域課題解決に向けた仕組みについては、動き出しながらも関係者と意見交換を続けていきたいと思います。

最後に・・・

地域支援事業に関わる多くの関係機関が集まり、規範的統合を図るために掲げているキーワード



ご清聴ありがとうございました。



@川越市2010

令和5年度地域づくり加速化事業 川越市支援を通じて



埼玉県福祉部地域包括ケア課
地域包括ケア担当



埼玉県の概要



- 面積 3797.75km²
- 人口 7,344,765人 (R2.10.1時点)
- 65歳以上人口 1,983,776人 (R2.10.1時点)
- 高齢化率 27.0%
- 65歳以上の要介護（要支援）認定者数 308,678人 (R2年度末時点)
- 要介護認定率 15.8% (R2年度末時点)
- 市町村数 63市町村

■埼玉縣市町村図（令和4年4月1日現在）

埼玉県庁 さいたま市浦和区高砂3-15-1
電話 048-824-2111 (代表)



埼玉県章



彩の国さいたま
彩の国キャンペーンマーク



県民の鳥



県の木



県の花



県の蝶



県の魚

全国・埼玉県の高齢化率及び埼玉県の各年齢層別人口



H7～R2 総務省「国勢調査」 R7～27 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)

川越市支援の概要



支援テーマ 地域課題の解決に向けた地域ケア会議の体系づくり

第1回支援

- 【参加者】川越市、埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター、厚生局、県
- ・川越市の現状と課題の共有
 - ・意見交換

第2回支援

- 【参加者】川越市、地域包括支援センター長、生活支援コーディネーター、
埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター、厚生局、県
- ・グループワーク
（「認知症の人の在宅生活を支えよう」をテーマに地域課題の解決手順を考える）
 - ・支援チームのみで意見交換

第3回支援

- 【参加者】川越市、地域包括支援センター長、
埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター、厚生局、県
- ・地域包括支援センターと会議体系案について意見交換

加速化事業の伴走支援に参加してみて



地域ケア会議についての学び

- 地域課題の抽出方法はケア会議の個別事例の積み重ねだけではない。総合相談等からも地域課題は見えてくる。
- 本人の希望・目標を叶えるための視点を忘れない。
- 情報が細かくなると、細かい方へ目がいきがち。もっとシンプルに。

今後の市町村支援に向けて

- 地域ケア推進会議や地域課題の解決について悩んでいる市町村は多いので、今回の事例を共有。
- 現場を知り、各市町村の状況に応じた支援。
- さまざまな関係者と対話しながら、それぞれの得意分野を活かして地域全体で課題解決へ。



川越市及び支援チームのみなさま
ありがとうございました

地域づくり加速化事業の支援を受けて

令和6年3月4日（月）

新潟県新発田市高齢福祉課地域包括ケア推進係
星野 哲也



新発田市

Shibata City

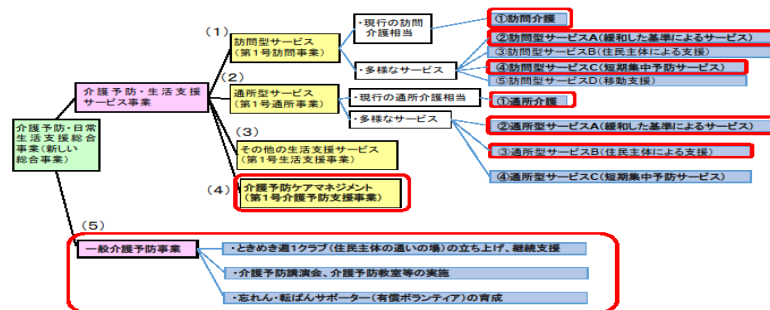
住みよいまち日本一 健康田園文化都市・しばた

[illegible]

江戸時代には10万石の城下町として栄え、市の中心部は新発田城や足軽屋など今もその名残を随所にとどめています。その一方で北西部には美しい海岸が広がり、南東の山岳地帯には豊かな自然景観に恵まれた磐梯朝日国立公園、胎内王子県立自然公園があります。また、県内有数の良質米コシヒカリの産地でもあります。

短期集中予防事業について

新発田市の介護予防・日常生活支援総合事業の構成



※太枠で囲んだ部分が、当市で実施しているサービスです。

当市の通所サービスC事業は、運動、栄養、口腔に加え、複合型プログラムをモデル事業を経て令和3年度から実施しています。

(現在4事業所で実施)

○通所サービスCの推移（複合型プログラムを含む）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
実人数	40	101	100	87	145	186
延べ人数	378	882	961	745	1,241	1,552

新発田市の介護予防・フレイル対策

《健康推進課の主なフレイル予防に関する事業》

フレイルに気づくきっかけ

アクティブシニア健診

地区組織が主体となったきっかけづくりの場

フレイル予防教室

《高齢福祉課の主な介護予防に関する事業》

フレイルからの脱却・活動量の拡大で社会参加につなげる

短期集中予防サービス
・サービスC事業（通所・訪問）

*健康寿命のびのび教室
（複合型プログラム）

社会参加・地域で元気に暮らせる

- ・ときめき週1クラブ
- ・ボランティア育成・参加
- ・老人クラブ
- ・ふれあいルーム
- ・eスポーツ体験事業等

- ・介護予防講演会
- ・介護予防教室
- ・生涯元気講座等

市民全体の健康寿命を延ばす意識を醸成



ときめき週1クラブで
体力の維持

生活支援体制整備事業について

平成28年度から事業を開始し、第1層SCを配置。第1層協議体は、地域ケア推進会議の部会（生活支援体制整備部会）に位置付けて実施しています。

第2層協議体の区域を地域福祉活動計画に合わせて17地区の設置を目指しています。

しかし、現在のところ設置は3地区のみ（うち1地区は休止中）



地域づくり加速化事業に参加した経緯

短期集中予防事業、生活支援体制整備事業の課題解決のために参加

- 短期集中予防事業（通所型サービスC）

- 対象者の把握、利用者の拡大が進まない

- 介護サービスを使いたい利用者への説得が困難

- 卒業後のつなぎ先が少なく、重度化してしまう

- 生活支援体制整備事業

- 2層協議体の設置が進まない（17地区中3地区）

- 住民主体のサービスが未構築

→支援が進むごとに、当市の課題への気づき、目標にも変化が・・・

第1回目支援

○参加者

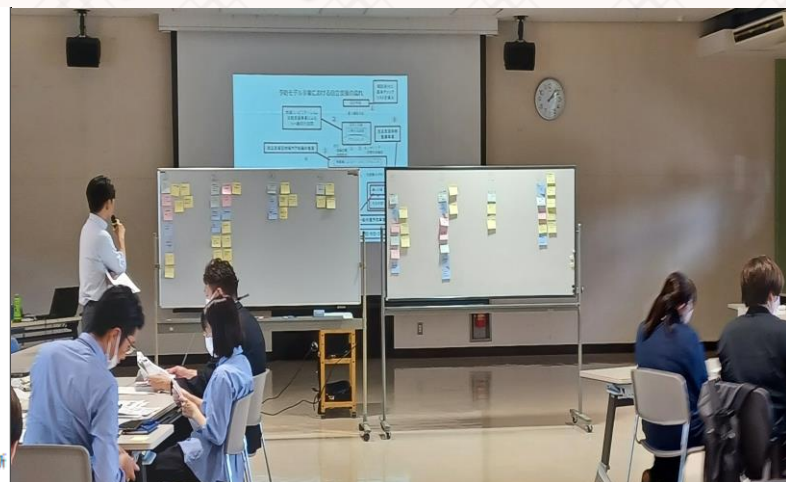
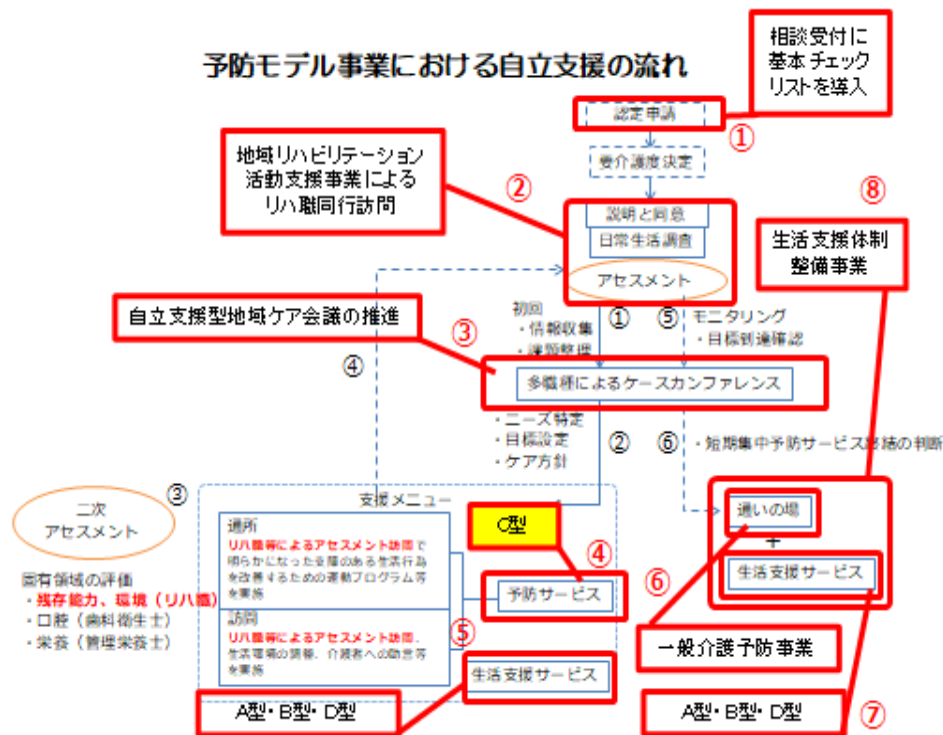
高齢福祉課、健康推進課、地域包括支援センター、社会福祉協議会

○内容

- ・地域づくり加速化事業について
- ・市の現状と課題
- ・意見交換
- ・服部AD、鶴山AD講義
- ・ディスカッション
 - 「サービスCの卒業後の課題」（短期集中予防）
 - 「地域（高齢者）のありたい姿とは」

服部ADグループワーク

予防モデル事業における自立支援の流れ



入口から出口までの各段階の現状や課題について、意見を出してもらいました。

鶴山ADグループワーク



- ①地域にある活動や地域の強み
- ②「目指す地域像」のために足りない活動
- ③どんな取組が必要かをテーマに意見を出し合いました。

鶴山ADグループワーク①

(A)

キーワード

個性が尊重される!
強制されない
好きなことを続けられる
多様性のある地域

A

見栄っ張りの文化
本当に困らないと助けを
言えない...

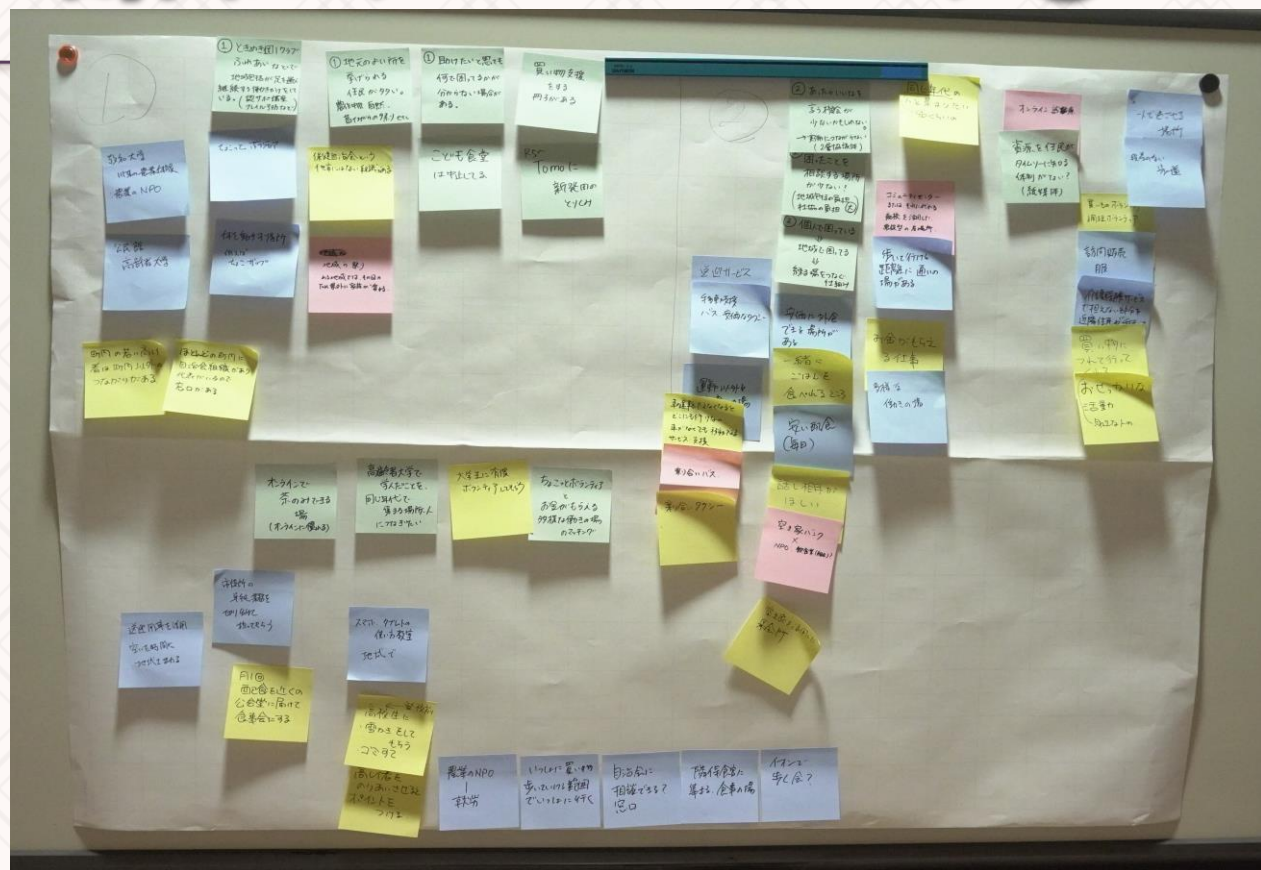
課題

- ① 困っている人を知らない
- ② フレイルや認知症、介護サービスの正しい使い方を知らない
- ③ 包括支援センターが忙しい

打ち手

- ① 効果的な普及啓発を検討 (事例ベースなど...)
- ② //
- ③ 第2層SCをとにかく置く! (包括に配置もある...?)

鶴山ADグループワーク②



第1回目支援のふりかえり



- ・ 第1層協議体が協議の場となっていない
（ここが大きな課題だった！）
 - ・ 市の戦略が不足
 - ・ 住民の声を聞くことの重要性
 - ・ C事業と生活支援体制事業の連携
- 場につなげるのではなく、人につなぐ
その人の望む暮らしに近づける

第2回目支援までに取り組んだこと

- ・ 健康推進課との新年度事業打ち合わせ
→健康分野との連携、役割分担
- ・ 複合Cカンファレンスへ第1層SC、担当者の参加
→事業参加者のニーズを深く知る。
- ・ 第1層協議体、第2層協議体の見直しをスタート

第2回目支援

午前の部 - 短期集中予防事業

○参加者-高齢福祉課、健康推進課、地域包括支援センター

○内 容

- ・服部AD講義「短期集中予防サービスと動機付け面談」
- ・ディスカッション（事業の棚卸、効果の確認）

午後の部 - 生活支援体制整備事業

○参加者-高齢福祉課、アクティブ交流センター、健康推進課、
地域包括支援センター、新発田市社会福祉協議会

○内 容

- ・新発田市における庁内・地域連携の重要性について（高齢福祉課）
- ・鶴山AD講義「地域共生社会の実現に向けて
住民主体の地域づくりを共に推進しよう」
- ・グループワーク

服部ADディスカッション

ポピュレーションアプローチの各事業について、事業効果の確認を行いました。



ポピュレーションアプローチについて

アクティブシニア健診

目的: フレイルを知ってもらう (普及啓発)
フレイル状態の人を把握 (ハイリスク把握)

75以上の人の 25% (4,000人) に提供

転倒 15%
栄養 10.8%
口腔 26.3%

2地区 30人に介入
→ 今年度からなので成果はまだ
17地区にどうやって展開していく?
大変そう

低栄養改善

- 1回目: 言方向 (栄養指導) 20人/
- 2回目: TELで確認 → 必要に応じて包括 (総合事業) へ

フレイルという言葉
知っている - 57.9%
地域でロコミ
TV、健康教室
保健師でPR

why?
地域のロコミ
TV、健康教室
保健師でPR

通いの場での健康教育

目的:
周知のみ

- 年間 50ヶ所 (100回) 行っている!
- 後期高齢者 質問票を西配布し周知

ときめき週1クラブ

- 後期高齢者 質問票を全員に配布
⇒ 10人/年把握している

医師と接関 民生委員

目的:
周知のみ

〜 からつながっていくことも

未把握者への把握訪問

- 200~300人/年
- 訪問して状況把握はできている
フレイルに対する取り組みは...?

受診中継は
足の問題
など
元気な人も

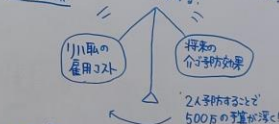
感想

- 周知はしているが、ハイリスク者全員に提供できていない
→ もう年齢だからこまめに - 自分フレイルだと思っていない
- 必要性を感じない - よくなると思っていない
説明の仕方?
リハ取組の方が上手にできそう
リハ取組がわかってもらえていいかな
リハ取組がわかってもらえていいかな

課題

- 対象者を見つける
→ 対象者へのアプローチ (説明 説得)
〜 リハ取組どうやって実施する?

費用対効果



事業の経過

どこを やめるか?

令和5年11月24日 (金)
土地区域づくり推進②

鶴山ADグループワーク



- ①住民の力を引き出すため働きかけ、
支援のために取り組んできたこと
- ②これから一緒に取り組んでいけることは何か
- ③そのために必要なことは

○取り組むこと
2層協議体とボランティアの
マッチング
公民館の高齢者向け講座での
フレイルや健康講座、
小中学校との連携。

○課題や展望
事業ごとには連携できるが、
全体として連携不足。地域に
似たような会議体や講座
事業や政策単位でなく、地域
を単位として活動できないか。

第2回目支援のふりかえり



- ・ 総合事業について、合意形成されないケースがよくある。改善をあきらめている人に対してどう説得すればよいか。
- ・ 連携の重要性は理解しているが、目指す姿が共有できていないのでは。調整役の不在。
- ・ 生活支援については、改めて庁内課等、関係機関の連携と事業の整理、各地域の状況の共有が大切
- ・ 事業ごとには連携できているが、全体としての連携は少し足りない。事業や政策ごとではなく、地域ごとにやったらいいのではないか

第3回目支援について（1）

◎午前一短期集中予防事業

サービスC事業従事者及び介護保険事業所従事者研修として実施

○参加者 - 高齢福祉課、地域包括支援センター、
居宅介護事業所、通所介護、通所C事業所

○内 容

- ・ オリエンテーション「新発田市の通所型サービスC事業の現状」
- ・ 服部AD講義「短期集中予防サービス（C型）の効果的な活用」
- ・ グループワーク（C事業のボトルネックを探り、改善策を検討）

服部ADグループワーク



主な意見

○ボトルネック

利用者との合意形成

事業の周知不足

卒業後の運動量確保

家族の意向

○改善策

リハ職との訪問

市広報誌等での周知

事業所の好事例発表会

第3回目支援について（2）

◎午後一生活支援体制整備事業

第1層協議体（生活支援体制整備部会）として実施

- 講義による協議体の役割の確認
- 市の課題、方向性の共有（講義、グループワーク）

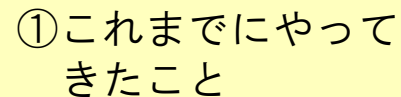
○参加者（第1層協議体）

- ・社協、自治会、民生委員、老人クラブ、保健自治会、農協、介護事業所、包括市保健部局、地域福祉計画担当、公民館等

○内 容

- ・鶴山AD講義「一人も取り残さない地域を目指して」
- ・市の報告「新発田市の生活支援体制整備事業 目指したい姿と課題」
- ・第2層協議体実践報告
- ・協議（グループワーク）「1人と取り残さない地域をどうやって実現するか」

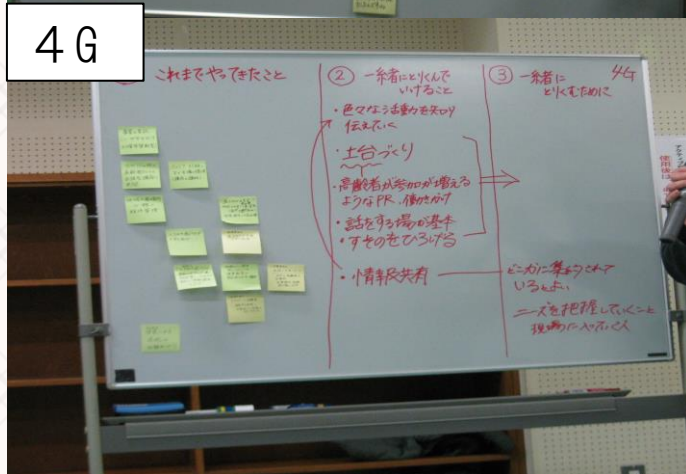
1 G



②一緒に取り組んで
いけることは何か

③そのために必要なこと

3 G



来年度に向けて

○当市の介護保険事業計画の基本理念

「住み慣れた地域で生きがいをもって暮らし続ける
健康長寿のまち」

→具体的な目標に落とし込む

○通所Cの出口対策

→生活支援体制整備事業との連携強化

○第1層で共有した方向性、課題を地域と共有

→第2層SC、協議体の制度設計

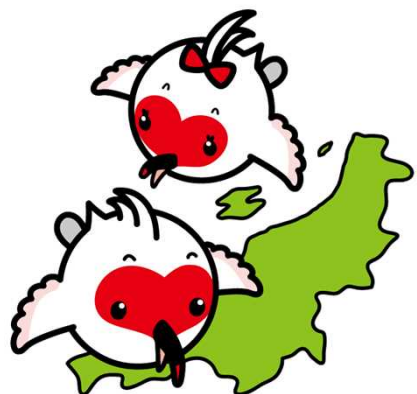
最後に

地域づくり加速化事業を通して、市の方向性や課題を深く考える機会となりました。

市がどう考えるか、どうしたいかを常に尊重して進めていただいたと思います



ご清聴ありがとうございました



加速化事業を通じて得た気づきと 今後の市町村支援について



新潟県 福祉保健部 高齢福祉保健課 在宅福祉班

0 新潟県の地域支援事業、介護予防事業（市町村支援メニュー）

新潟県の市町村 支援メニュー （主なもの）

【短期集中予防サービス強化支援事業】

- スーパーバイザー、県介護予防アドバイザーの市町村派遣
- ・ 立ち上げやブラッシュアップに向けた戦略立案、準備支援
- ・ フォローアップ支援 など

【生活支援体制整備事業】

- 生活支援体制整備アドバイザー派遣
- ・ 協議体、SC活動支援
- ・ 移動サービス創出支援 など

【地域マネジメント力強化支援事業】

- 通Cを軸として関係者間の規範的統合を深める機会の創出、事業間の連携・連動の促進を支援
（R3厚労省職員派遣事業(加速化事業の前身)を経て誕生、R5～開始）

1 本県の支援体制

エントリー

本事業を通じて、より市町村の個別の状況に寄り添った支援手法について理解を深め、今後の支援につなげたい。



支援回 (全3回)

【短期集中予防サービス事業】
R2～3：県 通C(複合型)支援事業
⇒利用者拡大に向けて、改めて
事業の棚卸しを行うことで、多く
の課題の掘り起こしができた。

【生活支援体制整備事業】
市が深く苦悩される時間をともにす
ることで、市町村の現場ではどんな課
題があって、担当者がどんなことに苦
労されているか肌で感じ、悩みや課題
を一緒に考える機会となった。

課題を分析して要因を仕
分け、場面毎、関係者毎
の具体的な取組に落とし
込んでいく論理的な手法

アドバイザー 支援手法の学び

市町村に寄り添い、
関係者の意向を聞く
(共有する) 手法

県の役割

- ・ 総合事業・地域包括ケア担当(主担当)、短期集中予防サービス事業担当、生活支援体制整備事業担当、担当係長(2名)、合計5人体制
- ・ 各支援回前の市の準備状況の確認、厚生局(事務局)と情報共有
- ・ 支援回の進行、グループワークのファシリテーター

2 伴走支援を通じて得た気づきと今後の市町村支援について

気づき	【短期集中予防サービス事業】 立ち上げだけでなく、立ち上げ後も、たくさんの課題がある！ ⇒入口問題 ・通Cの周知（市民・事業所） ・専門職の同行訪問(アセスメント)	【生活支援体制整備事業】 地域にはたくさんの資源がある！ (地域に対して熱い思いを持って関わっていらっしゃる方) ⇒地域の声(困っていること、やりたいこと)を話してもらい、事業や資源をつなぐきっかけとなる場の設置 (第1層、第2層協議体、SC)が重要
	【加速化事業を通して】 ・事業間の連携・連動の難しさ... ・市町村によって、それぞれの課題・抱えている問題が異なる...	



今後の支援	⇒新発田市の次年度以降の各事業の取組及び両事業の連携・連動について、引き続き情報共有・支援を行う ⇒新発田市と同様の課題を抱える市町村の声も届いていることから、県の支援メニューを追加（専門職活用、窓口対応力強化、介護予防等に係る相談支援） ⇒地域特性・ニーズに合わせた、市町村に寄り添った支援を目指す ⇒事業間の連携・連動支援の推進
-------	--

加速化事業を受けての 気づき



日 時：令和6年3月4日（月）

発表者：富士川町役場 福祉保健課 介護保険担当、地域包括支援センター

人口：14,213人
高齢者：4,968人
高齢化率35.0%
県内12位

世帯数：6,274戸

＊令和5年4月1日住民基本台帳調べ

出生数：67人

＊令和4年度子育て支援課窓口調べ

- 地域包括支援センター：1か所（直営）
- 包括ケアプラン立案する職員は6名
- 事業対象者は、基本的に包括でケアプラン立案
＜一ヶ月＞直営：約60人、委託数：約100件

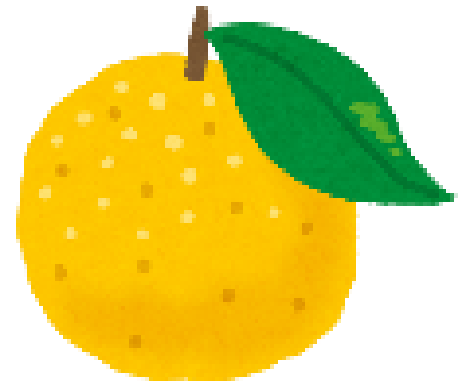


今日みなさんにお話しすること

1. 加速化支援事業を受けることになった経過
2. R4年度の支援内容と気づき
3. R5年度の取り組み
4. 今後の取り組み
5. 支援を受けての感想



1. 加速化事業を受けることになった経過

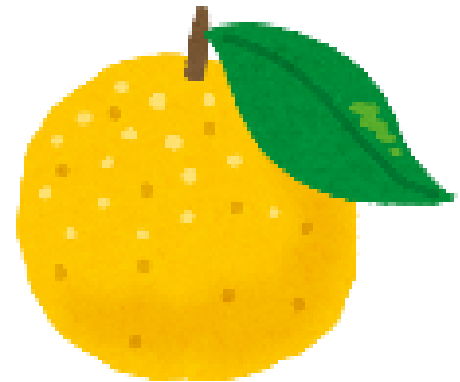


なぜ加速化支援を受けるのか!? 当初の私達は・・



支援を受ける理解ができておらず、実は・・・
とても、モチベーションが低かった。

2. R4年度の支援内容と気づき



R4.1回～3回 支援経過

🍊 第1回 コアメンバー等 事業説明

🍊 第2回 福祉保健課職員等 GW



重要!



🍊 第3回 介護事業所対象
総合事業勉強会



こういうことをしていきたいなあ～

身体を整えて元気な生活が続ける（卒業）

- 介護状態になっても、今までの生活に戻ることがいい！
- 身体は鍛えれば元気になる
- 元気になる秘訣

啓発

モデル高齢者、
グループの表彰

支え合い
フォーラムで
実施

歩いて通えるところに誰でも通える場づくり （卒業後の居場所）

介護サービスを使
わなくても行ける
場所づくり

移動手段

支え合いの集い
参加者の活用

リーダーに
なる人へは、
積極的に研修
会へのお誘い

介護保険相談時の対応作り（入口）

介護保険相談対
応時のマニュアル
作り

リハビリパス作り
（自分がどのリハ
ビリ期なのかわか
るもの）

総合事業利用者の
評価→地域ケ
ア会議の見直し

現在の事業は必要？

通所B？通いの
場への補助

既存事業の整理と
必要な事業の創設

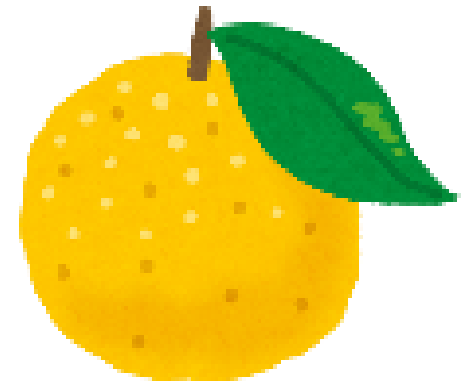
リハ特化デイの
循環を良くする
仕組み

見守りする人？
訪問B？

今後考えていくこと

R4 年度 加速化事業をうけて

3. 令和5年度の取り組み



事業費を抑えるために、まず！取り掛かること

★新規総合事業者を増やさない、卒業の意識作り★

- 🍊 相談対応時のマニュアル、リハビリパスを作る。
- 🍊 卒業できそうな人を卒業へ、事業所とケアマネと相談。

★目安として・・・

例) リハビリ特化型デイサービス利用者10人卒業した場合（要支援1と仮定）
1ヶ月あたりの公費概算：191,410円 ➡ **1年間 2,296,920円 削減**

★やる気のある人の活用と地域の居場所づくり★

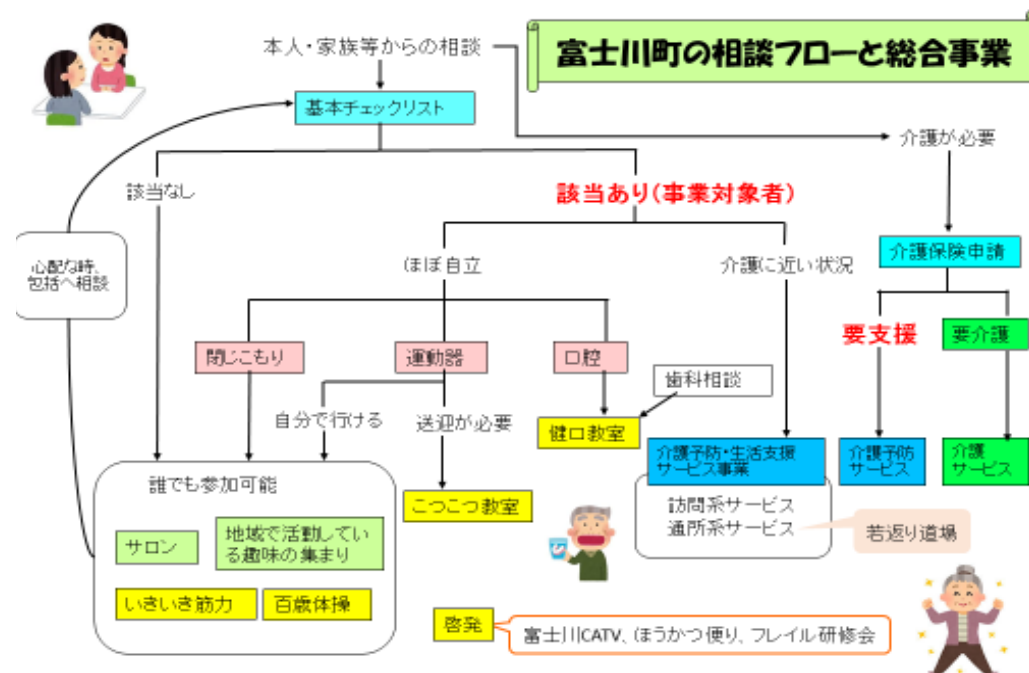
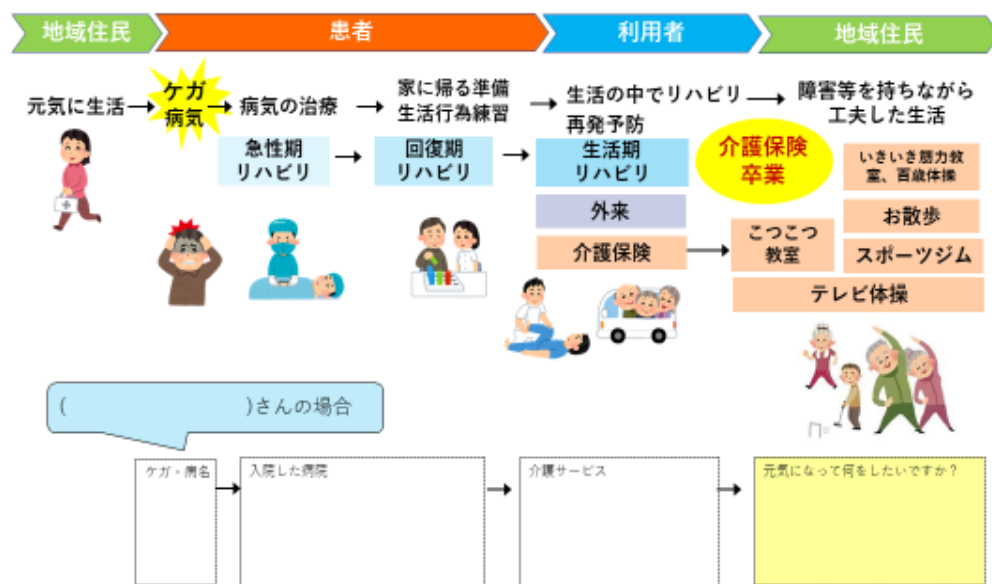
- 🍊 既存事業の見直し
- 🍊 通所B,訪問B/D等のサービス検討。



入口問題に取り掛かる

- 🍊 リハパスを作成し、相談対応時使用
- 🍊 健康状態の立ち位置を確認

元気になって、何ができるようになりたいですか？



卒業問題にメスを入れる

- 🍊 介護保険更新者リストから現在の状況を確認
- 🍊 本当に更新が必要か話し合いを実施
- 🍊 事業所（リハ特化型半日デイ）を卒業できそうな人は、CM、サービス事業所も含めて「自立支援地域ケア会議」を行う

...

その結果

- 🍊 **リハ特化型デイ卒業者 7 人（R6.2月現在）**
⇒卒業者は町内のトレーニングジムへGO～！
精力的に、仕事をする生活に！

卒業生第1号 R5.12月号 富士川町広報へ掲載



▲伊和 一徳さん（左端1枚写真）
2024年12月号

「歩いてける所」
「いきいき高齢者生活」
「いきいき高齢者生活」の卒業生、伊和 一徳さん。会社を退職後、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。伊和さんは、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。



「歩いてける所」
「いきいき高齢者生活」
「いきいき高齢者生活」の卒業生、伊和 一徳さん。会社を退職後、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。

多くの方の場所として

「この日も、近所の方々とくちをまわっていました。深澤さんが用意したお茶の飲み、みんなが健康で、深澤さんは笑顔です。」

「町の方々が、歩いて行ける距離に、こんな場所があったらいいと思います。」

これからのこと、お望みませんか

年を重ねても「こんな自分になりたい」「こんなことができた方がいいな」という思いがあると思います。地域包括支援センターでは、来所相談や訪問をとおして、一人ひとりの身体や生活の状況についてお話を伺い、どのような生活を送っていききたいのか、それを実現するには何が必要か、などを一緒に考えます。そして、適切な保険・医療・福祉サービス機関や、町内にあるジムや、集まりの場などを紹介し、つなげるということを行っています。また、今はないけど地域にあったらいいなと思うものを、専門職員と協力して作っていくことも、行っています。



いつまでも自分らしく生活したいけど、少し不安が、など、どのような相談でもかまいません。高齢者の総合相談窓口、「地域包括支援センター」に、ぜひご連絡ください。

●地域包括支援センター ☎22-4615



新たなステージへ
いつまでも夢を持ち続けたい



▲高齢でいつまでも自分らしく

健康いきいき情報【特別版】
～大切にしたい生活のために～

いつまでも自分らしく



▲伊和 一徳さん（左端1枚写真）
2024年12月号



▲高齢でいつまでも自分らしく

「歩いてける所」
「いきいき高齢者生活」
「いきいき高齢者生活」の卒業生、伊和 一徳さん。会社を退職後、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。伊和さんは、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。

「歩いてける所」
「いきいき高齢者生活」
「いきいき高齢者生活」の卒業生、伊和 一徳さん。会社を退職後、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。

「歩いてける所」
「いきいき高齢者生活」
「いきいき高齢者生活」の卒業生、伊和 一徳さん。会社を退職後、1人で生活していたが、リハビリテーションセンターに入会し、会費を補助し、市内を歩きまわす生活を送っていました。今年、平成30年、総務省を卒業しました。



町内にある自宅にあってからは、介護保険サービスの半日型デイサービスに通い、お茶を飲みながら、作品を作っていました。病により、手に指が細くなってきたり、リハビリに力が入らなくなったり、同時に手ははじめ、身体全体で考えていることを知り、いまでは、身体全体から美しいものが創出される喜びを感じています。

第1回目支援 筋力教室リニューアルに向けた意見交換会

- 自主活動が出来ず行政主体：長年の課題
- 「筋力教室」は「サロン化」している！！
- 地区ごと特性を生かした活動の場になるといい
- 大切な地域の通いの場として自主的に活動し、継続して行ってほしい！

町の思いを伝えリニューアル
に向けて筋力教室代表者の
皆様と意見交換



意見交換会を
踏まえての

「地域対話集会」実施

- 🍊 対 象：筋力教室実施地区
- 🍊 参加者：筋力教室参加者、地区役員ほか
- 🍊 内 容：各地区の健康について
地域づくりについて
～筋力教室の今後の活動を考える～
意見交換会 等
- 🍊 町内16か所を回り実施
- 🍊 **来年度4月から各地区ごと
それぞれの自主活動を開始！**



第2回目支援 ボランティア、ヘルパー事業所合同研修会

- 🍊 ヘルパーの利用状況、専門職でなくても・・・
- 🍊 ご近所、友人、ボランティア、民間サービス
組み合わせての支援が大切
- 🍊 総合事業で地域資源を作っていきましょう
- 🍊 事業所の方たちの思いは？

町の思いを伝え事業所や
ボランティアの皆様と
意見交換



要支援・事業対象者訪問介護利用状況（R5.11実績から）

🍊 予防給付人数 163人

ヘルパー利用者数

	支援 1	支援 2	事業対象	合計
女	5	21	7	33
男	1	11	1	13
合計	6	32	8	46

28.2%（予防給付人数に対して）

ヘルパー支援内容内訳(複数回答)

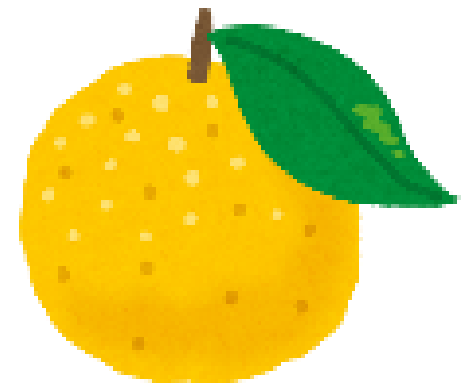
介護度	性別	合計	清掃	買い物	調理	入浴介助	ゴミ出し	体調確認	洗濯	傾聴	冷蔵庫確認	家事手伝い
支援 1	女	5	3	1		2						
	男	1	1		1							
支援 2	女	21	12	6	4	6	1	2	1	1		1
	男	11	10	3	4		3		3		1	
事業対象者	女	7	7	1	1			2		1		
	男	1	1		1							
	合計	46	34	11	11	8	4	4	4	2	1	1

有資格者でなくてもOKな人 支援内訳

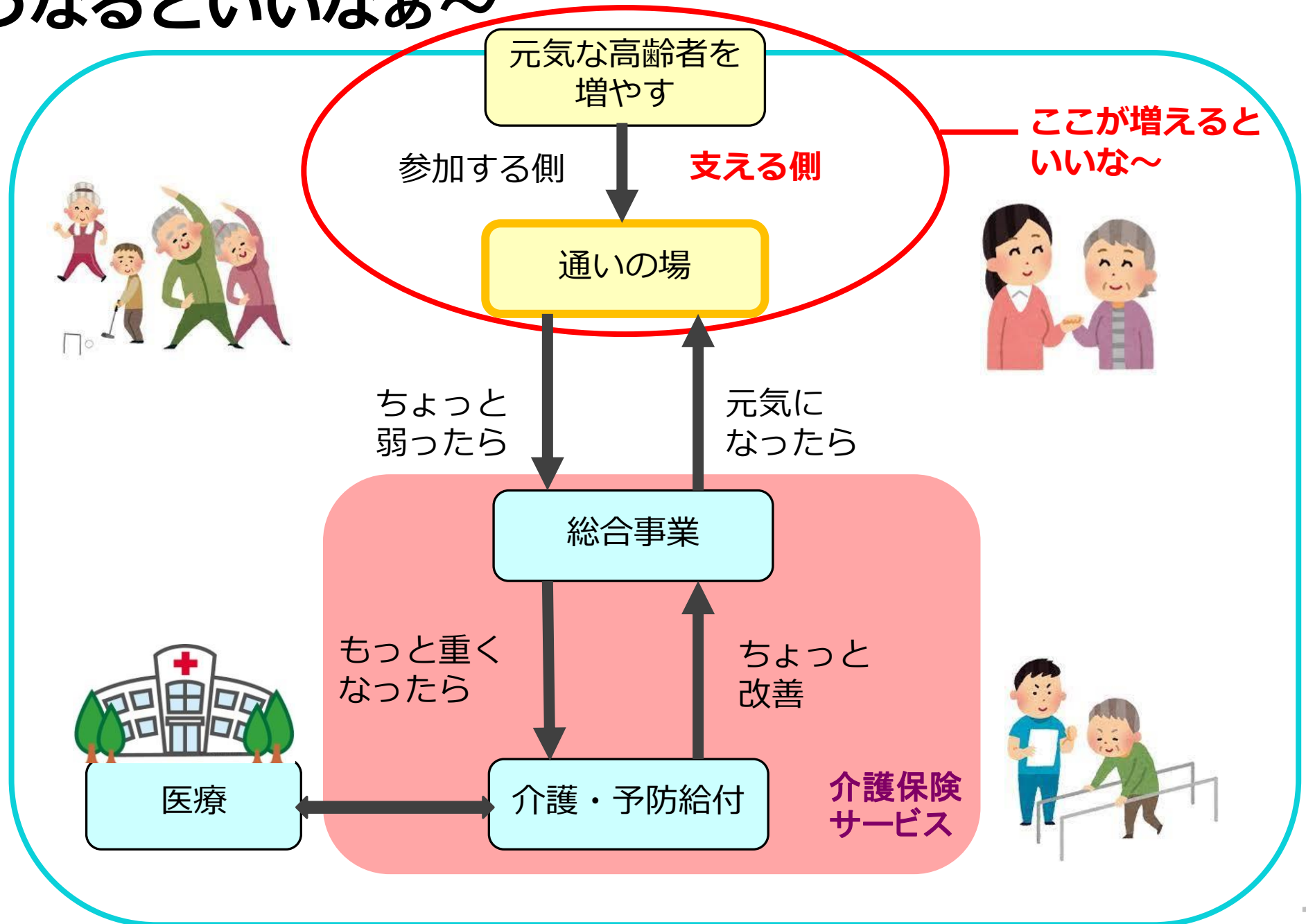
46人中20人（43.5%）

介護度	性別	合計	清掃	買い物	調理	ゴミ出し	家事手伝い	洗濯	傾聴	冷蔵庫確認
支援 1	女	3	3	1						
	男	0								
支援 2	女	5	2	1	1	1	1			
	男	7	7		1	2		1		1
事業対象者	女	4	4	1					1	
	男	1	1		1					
	合計	20	17	3	3	3	1	1	1	1

4. 今後の取り組み



こうなるといいなあ～



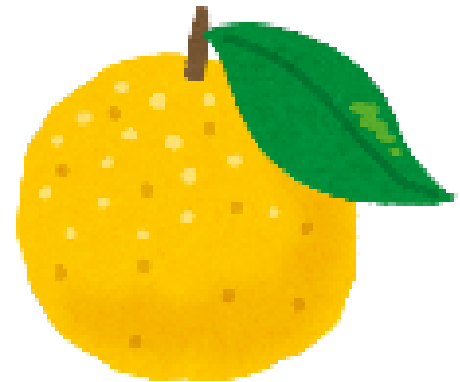
事業費を抑えるための取組 第2弾

- 🍊 訪問Bのサービス検討
- 🍊 社会福祉協議会（有償ボランティア）
- 🍊 庁内各担当 等
- 🍊 移動支援の体制作り
- 🍊 筋力教室のフォロー
- 🍊 引続き、半日型デイサービスの卒業を目指す

**事業内容
の検討**
(より有効な活動
を考える)



5. 支援を受けての感想



2年間支援をうけて本当に良かった！

- 🍊 事業を受けなければ、事業費が超過していることに気づけなかった。**気がつけたことが一番の成果！**
- 🍊 介護担当と地域包括支援センターの**情報共有や庁内連携の大切さ**を痛感した。
- 🍊 事業所や住民に訴えかけても伝わりにくい話も、支援してくれる皆さんの講義（話しかけ）がプラスとなり**冷静に受止め、自分事として考えて貰える**ことができた。
- 🍊 県の、嶋津さん、三井さんが何度も足を運んでくれて、**伴走してくれたのは、とても心強かった。**





ご清聴ありがとうございました

富士川町 上高下からのダイヤモンド富士
冬至の頃が一番きれいに見えますよ～ ^ ▽ ^

地域づくり加速化事業報告会 ～山梨県～



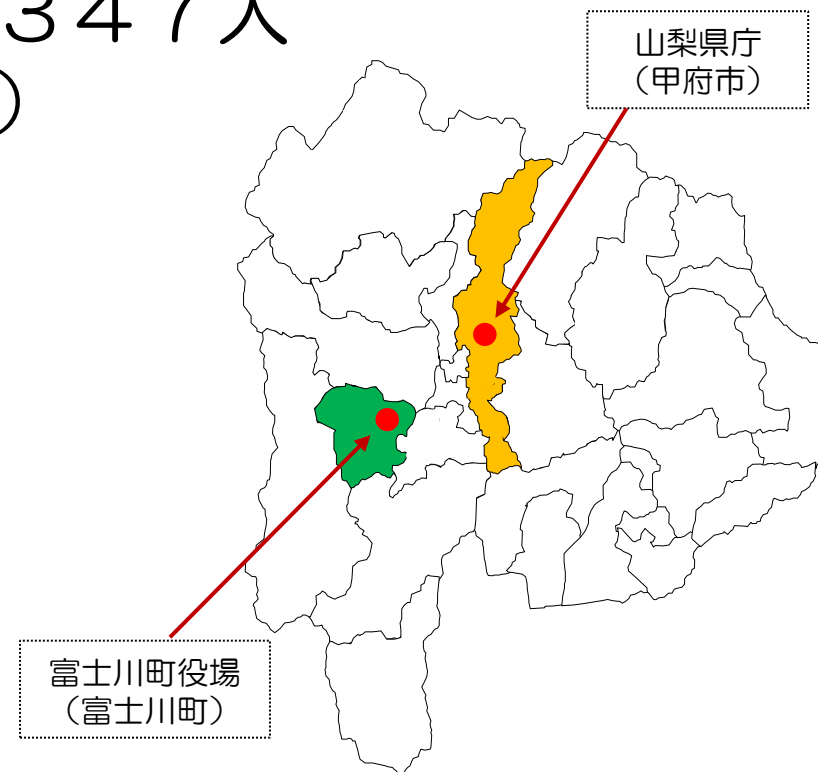
山梨県観光キャラクター 武田ひし丸
©HISHIMARU TAKEDA

令和6年3月4日（月）
山梨県福祉保健部健康長寿推進課
認知症・地域支援担当

1. 本県の概要

(令和5年4月1日現在)

- ◆人口 808,380人
うち65歳以上人口 253,347人
- ◆高齢化率 31.3% (全国：29.1%)
- ◆本県の特徴
 - ・全国よりも早く高齢化が進んでいる
 - ・健康寿命の長さが男女ともに全国2位
 - ・高齢者の有業割合が全国2位
 - ・がん検診や特定健康検診の受診率が高い



2.支援前後の動き

1回目

オリエンテーション（7/14）

- ・0.5次MTG前打合せ（町、県）（7/27）
- ・0.5次MTG（支援チーム）（8/2）
- ・0.75次前MTG（支援チーム）（8/29）
- ・0.75次MTG（支援チーム）（9/12）
- ・0.75次MTG後打合せ（町、県）（9/21）

県アドバイザー派遣
（8/25）

地域ケア推進会議へ参加
（県）（8/31）

〈随時〉

①電話・メール
→町、国（厚労省、
厚生局）、AD

②モニタリング
シート作成
→国（厚労省、厚生
局）、ADへの情
報提供

③保健福祉事務所
→情報提供

支援当日（10/16）

- ・1.5次MTG前打合せ（町、県）（12/1）
- ・1.5次MTG（支援チーム）（1/4）

支援当日（1/29）

県アドバイザー派遣
（1/30、3/19）

3.支援内容（1）

方法	町	支援チーム
打合せ	- 支援の振り返り - 進捗状況確認 - 次回までに何を行うか	- 進捗状況を共有 - 次回までに何を行うか相談
電話連絡	- 悩みや不安を聞く - 支援チームへの要望を聞く	- 支援方向を相談 - アドバイス依頼
メール	情報提供	情報共有

～富士川町支援2年目～

- 意識の変容
- やりたいことが明確化
- やりたいことに向かって
試行錯誤、方向修正
(やらされ感なし)



3.支援内容（2）

<支援チーム（ADや国、厚生局）との橋渡し>

○次の支援に向けて何ができるか（町がやりたいことは何か？）

- ・町がやりたいことを引き出し、支援チームに助言を求めた。
- ・支援チームと次回支援の方向を相談し、内容の検討を行った。

○進捗状況の確認

- ・町が現在困っていることについて一緒に悩み考え、アドバイスをを行った。

※必要に応じて、支援チームに相談

○支援チームと情報共有

- ・支援日以外での打合せなどの情報共有。（打合せ内容の議事録作成）

<当日支援のお手伝い>

○当日の司会や記録（板書）

○当日の資料作成支援

4.まとめ

都道府県としての役割

- 市町村の良き理解者
- 橋渡し役
- 情報提供・好事例の発信
- 継続した支援

心掛けたこと

- 話しやすい雰囲気づくり
- 積極的なコミュニケーション
- 時には現場へ足を運ぶ
- 情報共有はこまめに
- 事業はつながっている

改めて確認したこと

- 市町村支援の基本は変わらない
(知る・傾聴・理解)
- チームでの支援の必要
- 外部有識者活用が必要
- 共通理解が必要
- 庁内外連携が必要

次年度に向けて

- 伴走支援強化
 - ・市町村の状況分析
 - ・県担当者間の連携
 - ・分析結果に基づくAD派遣
- 好事例の横展開
 - ・各種研修の実施

令和5年度地域づくり加速化事業市町村支援に係る報告会

関東信越厚生局における 令和5年度地域づくり加速化事業について

令和6年3月8日

関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

本日の説明

- 1 令和5年度 支援自治体
- 2 令和5年度 関東信越厚生局 専門アドバイザー
- 3 令和5年度 支援自治体別担当アドバイザー
- 4 チーム支援
- 5 令和5年度 現地支援の議事の例
- 6 令和6年度 地域づくり加速化事業について
- 7 最後に

厚生局主導型（5県5自治体）

自治体（市町）	県
水戸市	茨城県
宇都宮市	栃木県
みなかみ町	群馬県
川越市	埼玉県
新発田市	新潟県

（参考）老健局主導型（当局管内分）

プッシュ型	自治体（町）	県
上限超過型	壬生町	栃木県
フォローアップ型	富士川町	山梨県

令和 5 年度 関東信越厚生局 専門アドバイザー（有識者）

川越 雅弘	埼玉県立大学 保健医療福祉学部 兼 研究開発センター 教授
畑山 浩志	洲本市役所 健康福祉部 介護福祉課 長寿支援係 理学療法士 生活支援コーディネーター
服部 真治	（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 副部長（企画推進担当） 研究部 主席研究員
山田 実	筑波大学 人間系 教授
鶴山 芳子	公益財団法人 さわやか福祉財団
岡野 貴代	
浅野 有子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
幡野 敏彦	

（敬称略）

令和5年度 支援自治体別担当アドバイザー

支援自治体	支援テーマ	担当アドバイザー
水戸市 (茨城県)	短期集中予防サービス 通いの場	服部 真治 山田 実
宇都宮市 (栃木県)	介護予防ケアマネジメント 短期集中予防サービス 通いの場	山田 実 浅野 有子
みなかみ町 (群馬県)	通いの場	畑山 浩志 川越 雅弘
川越市 (埼玉県)	地域ケア会議	川越 雅弘 幡野 敏彦 岡野 貴代
新発田市 (新潟県)	短期集中予防サービス 生活支援体制整備事業	服部 真治 鶴山 芳子

アドバイザー、都道府県、厚生(支)局が支援チームを構成し、一体となって市町村支援を行います



自治体の事業構築や課題解決に向けて、

- アドバイザー：専門的・具体的な内容について助言・支援を行っていただきます
- 都道府県：支援自治体に近い立場での相談役・助言役として参画していただきます
- 厚生(支)局：全体的な視点から、伴走的支援が円滑に進むよう連絡・調整等を行います



支援チーム内で分担をして、支援自治体の事業の目指す姿や目的に合わせて伴走的支援を実施します

令和 5 年度 現地支援の議事の例

自治体	第 1 回目支援		第 2 回目支援		第 3 回目支援	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後
例 1	・加速化事業説明（厚生局） ・市の現状及び課題、今後目指す姿について（市） ・AD講話 ・意見交換	・事業の状況と課題の共有 ・意見交換	・目的説明（市） ・AD①助言 ・取組の現状と課題（市） ・グループワーク	・趣旨説明（市） ・AD②講話 ・模擬地域ケア会議（ファシリテータ：AD）	・趣旨説明（市） ・AD講義 ・意見交換	・趣旨説明（市） ・模擬地域ケア会議（ファシリテータ：市）
	庁内関係課、支援センター		庁内関係課、支援センター		庁内関係課、支援センター、社協、リハ協会	
例 2	・加速化事業説明（厚生局） ・市の現状と課題（市） ・意見交換	・AD①講義 ・AD②講義 ・ディスカッション	・AD①講義 ・ディスカッション	・趣旨説明（市） ・AD②講義 ・ディスカッション	（サービスC事業従事者研修兼介護保険事業所従事者研修会） ・オリエンテーション（市） ・AD①講演 ・ディスカッション/グループワーク	（生活支援体制整備部会） ・AD②講義 ・市の目指す姿（市） ・活動報告 ・協議（グループワーク）
	庁内関係課、支援センター、社協、SC		庁内関係課、支援センター、社協		居宅介護支援事業所他研修会対象従事者	部会員
例 3	・加速化事業説明（厚生局） ・市の現状と課題について（市）	・ディスカッション、共有	・意見交換/発表	・ディスカッション	・ディスカッション	—
	支援センター、病院関係者（リハ職）		支援センター、社協、病院関係者（リハ職）、社福法人関係者（リハ職）、SC	支援センター、病院関係者（リハ職）、社福法人関係者（リハ職）	支援センター、病院関係者（リハ職）、社福法人関係者（リハ職）	

※各例の下段は支援自治体の担当課以外の参加者の例示

令和6年度 地域づくり加速化事業について

拡
充

地域づくり加速化事業

老健局認知症施策・地域介護推進課
(内線3982)

1 事業の目的 令和6年度当初予算案 89百万円（1.0億円）※（）内は前年度当初予算額

- 団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた支援パッケージを活用し、①有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）や②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援の実施等を行ってきたところ。
- 令和6年度においては、引き続き伴走的支援の実施を図りつつ、以下の内容の充実を図る。
 - ①今後、こうした伴走的支援を地域に根差した形で展開していくため、引き続き、全国8か所の地方厚生(支)局主導による支援を行うとともに地域で活動するアドバイザーを養成するなど、**地域レベルでの取組を一層促進**していく。
 - ②また、令和4年12月の介護保険部会意見書で、第9期計画期間を通じて総合事業の充実に集中的に取り組むことが適当であり、その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進することとされていることを踏まえ、第9期を見据え、**生活支援体制整備事業を更に促進するためのプラットフォームの構築（全国シンポジウムの開催含む）**を図る。

2 事業の概要・スキーム

1. 地域包括ケアの推進を図るため、以下の事業により市町村を支援する。
 - ① 地方厚生(支)局主導による支援パッケージを活用した伴走的支援の実施（全国24か所）
 - ・地方厚生(支)局・都道府県と連携し、市町村を支援する地域の有識者・実践者の支援スキル向上に資する研修を併せて実施【拡充】
 - ② 自治体向け研修の実施（各地方厚生(支)局ブロックごと）
 - ③ 支援パッケージ^(注)の改訂など地域づくりに資するツールの充実
(注) 市町村等が地域包括ケアを進める際に生じる様々な課題を解決するための実施方法やポイントをまとめたもの。
2. 全国の生活支援コーディネーターや協議体等がつながるためのプラットフォーム（PF）を構築【新規】

<事業イメージ>



3 実施主体等

- 【実施主体】
- 国から民間事業者へ委託
- 国 → 受託事業者（シンクタンク等）
- 【補助率】
- 国10/10
- （実績）
令和4年度伴走支援を行った自治体 24自治体

**貴自治体の外から、支援チームの伴走的支援を受ける地域づくり
加速化事業の機会を積極的・効果的にご活用ください**



- 支援は、意見交換、相談支援、講話・研修会等を自治体のニーズに応じて実施いたします
- 伴走的支援の間は、現地支援・mtg以外の時間であっても、当局をはじめとした支援チームに、いつでも相談していただきながら、支援の内容や方向性を検討していただくことができます
- これまでに集まることが難しかった庁内外の関係者との意見交換の場として、庁内連携や様々な事業関係者と意識合わせを行える機会にさせていただくことができます