

令和5年度地域づくり加速化事業 事業報告

福井県坂井市社会福祉課 間海 洋一郎





らしさ、かがやく。坂井市



坂井市公式
ゆるキャラ
お名前
検討中…

坂井市



北陸新幹線
福井・敦賀 開業
2024

3.16 SAT

今こそ、福井をかがやかせる時だ。



らしさ、かがやく。坂井市

福井県坂井市

2022.8.1現在

人口 89,621人
世帯数 32,798世帯
面積 209.67km²
高齢化率 29.0%
保護率 0.21%



2040年になると

人口 75,530人
高齢化率 36.6%



- ・ (高齢) 地域包括支援センター 委託4か所
- ・ (障害) 相談支援センター 基幹1か所 委託2か所
- ・ (子ども) 子育て世代包括支援センター 1か所
- ・ (困窮) 自立支援機関 直営+委託 1か所
- ・ (地域) まちづくり協議会 23拠点
地区ふくしの会 36拠点

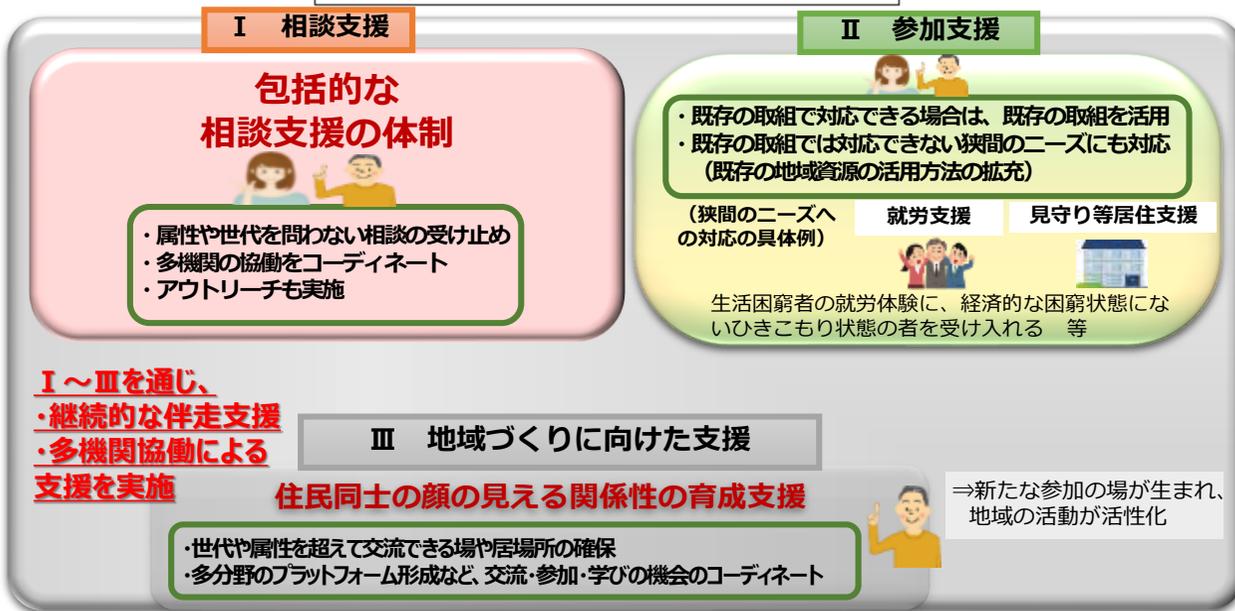
地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の重層的な支援体制の構築の支援

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化（※）する中、従来の支援体制では課題がある。（※）一つの世帯に複数の課題が存在している状態（8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど）、世帯全体が孤立している状態（ごみ屋敷など）
 - ▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。
 - ▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。
- このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

社会福祉法に基づく新たな事業（「重層的支援体制整備事業」）の創設

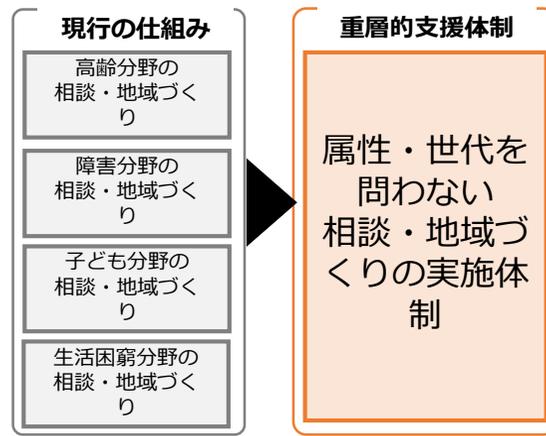
- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、**I 相談支援**、**II 参加支援**、**III 地域づくりに向けた支援**を**一体的に実施する事業を創設**する。
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく**任意事業**。ただし、事業実施の際には、I～IIIの支援は必須
- 新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付**する。

新たな事業の全体像



相談支援・地域づくり事業の一体的実施

- 各支援機関・拠点が、属性を超えた支援を円滑に行うことを可能とするため、国の財政支援に関し、高齢、障害、子ども、生活困窮の各制度の関連事業について、一体的な執行を行う。



※ I～IIIの3つの支援を一体的に取り組むことで、相互作用が生じ支援の効果が高まる。
 (ア) 狭間のニーズにも対応し、相談者が適切な支援につながりやすくなることで、相談支援が効果的に機能する
 (イ) 地域づくりが進み、地域で人と人とのつながりができることで、課題を抱える住民に対する気づきが生まれ、相談支援へ早期につながる
 (ウ) 災害時の円滑な対応にもつながる

令和3年 第3次坂井市福祉保健総合計画策定

○第3次福祉保健総合計画は、市の福祉保健に関わる基本方針を示すとともに、高齢・介護、障がい、健康、成年後見、自殺対策、地域福祉に関する個別計画を一冊にまとめる

総合計画（基本構想、基本計画）

まち・ひと・しごと創生総合戦略

整合・統合

整合・統合

整合・統合

第3次福祉保健総合計画

介護保険
事業計画
【介護保険法】

障がい者福祉
計画・障がい
児福祉計画
【障害者総合支援
法・児童福祉法】

子ども子育て
支援事業計画
【子ども・子育て支援法】

成年後見
利用促進
計画
【成年後見利
用促進法】

その他
福祉保
健関連
計画

高齢者福祉計画
【老人福祉法、
介護保険法】

障がい者計画
【障害者基本法】

食育推進
計画
【食育基本法】

自殺対策
計画
【自殺対策
基本法】

健康21計画（健康増進計画）

【健康増進法】

重層的支援体制整備事業実施計画

地域福祉計画 【社会福祉法、生活困窮者自立支援法】

市その他の計画

連携

連携・連動

地域福祉活動計画【社会福祉協議会計画「第3次かたいけのプラン」】

重層的支援体制整備事業について（社会福祉法第106条の4第2項）

○重層的支援体制整備事業の内容については、以下の通り規定。

①新事業の3つの支援について、第1号から第3号までに規定。

②3つの支援を支えるものとして、アウトリーチ等を通じた継続的支援、多機関協働、支援プランの作成を4号から第6号に規定。

| | | 機能 | 既存制度の対象事業等 |
|-----|--|-------------|---|
| 第1号 | イ | 相談支援 | 【介護】地域包括支援センターの運営 |
| | ロ | | 【障害】障害者相談支援事業 |
| | ハ | | 【子ども】利用者支援事業 |
| | ニ | | 【困窮】自立相談支援事業 |
| 第2号 | 参加支援 社会とのつながりを回復するため、既存の取組では対応できない狭間のニーズについて、就労支援や見守り等居住支援などを提供 | 新 | |
| 第3号 | イ | 地域づくりに向けた支援 | 【介護】一般介護予防事業のうち厚生労働大臣が定めるもの（地域介護予防活動支援事業） |
| | ロ | | 【介護】生活支援体制整備事業 |
| | ハ | | 【障害】地域活動支援センター事業 |
| | ニ | | 【子ども】地域子育て支援拠点事業 |
| 第4号 | アウトリーチ等を通じた継続的支援 訪問等により継続的に繋がり続ける機能 | 新 | |
| 第5号 | 多機関協働 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能 | 新 | |
| 第6号 | 支援プランの作成（※） | 新 | |

（注）生活困窮者の共助の基盤づくり事業は、第3号柱書に含まれる。

（※）支援プランの作成は、多機関協働と一体的に実施。

【厚生労働省資料より 抜粋】

令和5年4月 社会福祉課に異動

市民

市民協働課

地域包括支援
センター

社会福祉法人

地域共生社会の実現
と
地域づくり

まちづくり
協議会

社会福祉
協議会

地区ふくし
の会

相談支援

高齢化

防災

ICTの活用

賑わい創出

介護予防

孤独孤立

空き家

にも包括

子ども
まんなか

フレイル

個別支援しか
やったことないしな…
地域づくり ようわからん？



坂井市に おける 地域づくり 加速事業



【hop】8月24日

- 「坂井市が目指す姿」の設定と共有
- 現状と課題の整理
- 目標の検討



【step】10月20日

- 「市民協働課」の取り組みを知る
- 「ミステリー」を通して、内発的動機付け、システム思考を学ぶ
- 「認知症の理解」と「居場所」について具体的取り組みの検討



8

アドバイザーの荒井さん

【jump】

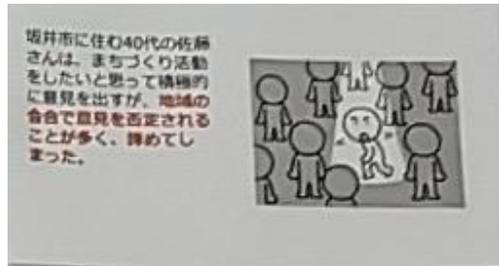
R6年1月26日



- 「認知症の理解」と「居場所」について、できていることの確認
- 「いつまでにするのか」の目標設定と優先順位、役割の明確化

坂井市まちづくりミステリーとは？

アルマス・バイオコスモス研究所の水上聡子先生と市民協働課が自治会ワークショップやまちづくりカレッジなどで、市民などがシステム思考を学ぶために開発したツール。坂井市で起こっている様々な課題が書いてあるカードをグループで意見交換しながら、課題の関係性を考え、坂井市で起こっている課題を俯瞰的にみるワークショップ。



かさねてきた対話

事業に参加したメンバー
(延べ…57人)

| | アドバイザー | 厚労省 | 福井県 | 包括支援センター | CSW (SC) (社協) | 市民協働課 | 高齢福祉課 | 社会福祉課 | 合計 |
|--------------|--------|-----|-----|----------|---------------|-------|-------|-------|----|
| 8月24日 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | | 2 | 1 | 15 |
| 10月20日 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 25 |
| R6年 1月26日 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | | 2 | 2 | 17 |



ロードマップのサンプル①

| 1回目の支援で 出た意見 | | 2回目支援の検討内容 | | 現状把握（すでに各機関が取り組んでいる事業や内容） | | | | |
|------------------------------|---|---|------------------------------------|---------------------------|-------|-------------------------|---|----------------|
| カテゴリー （*） 加速化でやる こと | 目的 | 何のために | ①短期・ 長期×重 要度高と 思われる 意見 | 区分 | 市 | | 社協 | 包括 |
| | | *該当するも のを残してく ださい↓ | | | 担当課 | すでに行っているこ と | すでに行っていること | すでに行って いること |
| 認知症の理解 | 「認知症との共生と予防」 認知症の方が地域で住みやすくなるよう、住民の認知症への理解促進 | 1) 認知症に関する知識の普及・啓発 2) 認知症家族介護支援の充実及び認知症の人と家族の社会参加の推進 3) 認知症高齢者を支えるまちづくり | ・教育機関への働きかけ | 短期×重要度高 | 高齢福祉課 | 認知症サポーター養成講座開催についての働きかけ | <ul style="list-style-type: none"> 各学校へ福祉教育担当者教諭と個別に福祉教育のメニューを紹介・相談しながら、学校の福祉教育を進めている（R5丸岡中学校、坂井中学校、高椋小学校） 認知症キャラバンメイト等関係団体の講師リスト掲載・斡旋 【みくに】「認知症キャラバンメイト」→三国町内での調整はなし。 【まるおか】学校の福祉教育の一環で認知症講座を実施（R5年度実績(2校)丸岡中学校、高椋小学校）※キャラバンメイトを派遣 【はるえ】「認知症キャラバンメイト」→春江町内での調整はなし。 【さかい】坂井中学校1年生福祉教育体験学習にて、認知症の理解講座実施。1年生全員が認知症サポーターになった。⇒講師は認知症キャラバンメイト | |

ロードマップのサンプル②

| 3回目支援の検討事項 | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|---|--|
| できている ○ 一部できている △ できていない × | ○△×の理由 | 区分 (短期・中期・ 長期) (重要度低中高) | △×について具体的に何をやるのか | いつまでにでき そうか (●●月頃) | 誰がやるのか/誰とやるのか |
| △ | <ul style="list-style-type: none"> ・全校でやっているわけではない (地域差がある) ・教えてがいない(増えるとよい) ・毎年やるわけではない (プログラム化が必要) | 短期×中間 | <ul style="list-style-type: none"> ・車椅子、アイマスク体験をしているところに一緒にやらせてもらえると良い ・市内小学生全部に働きかけが出来ると良い ・社協の福祉共有連絡会で認知症の狙いは伝えられる。地域福祉計画にも教育委員会の方が委員で入っている。教育委員会にも働きかける ・2/27が連絡会あり。その際に認知症について周知することは可能 ⇒校長会が1月末 | 2月に担当共有連絡会で話す 4月の校長会で話す 5月に担当共有連絡会で話す | <ul style="list-style-type: none"> ・市と社協が学校に働きかけ (市が社協へ依頼。社協が小学4年生とやる体験を学校側と協議をする際に協働する) *認知症徘徊模擬訓練についても相談する |

【居場所 11テーマ】

【認知症の理解 12テーマ】

計23テーマ取り組みを整理

事業参加者の声

【一回目】

- ・ **みんなで話し合う時間を設けることで、整理が進んでいく**ことを体感できてよかった。（市）
- ・ 外部の方が入ったことにより、いろいろな意見が出た。（市）
- ・ **社協、包括、行政が日頃から様々な取り組みをしていることが分かった**。（県）
- ・ 通常の業務で課題を多く感じていても、**他職員と問題をじっくり共有する場が無かった**ので、よい時間を過ごせた。（包括）
- ・ **「無理だろう」と勝手にあきらめていた部分もあったなあと反省した**。（包括）

【二回目】

- ・ **もっとお互いを知ることが必要**だと思う。（市）
- ・ **市民協働課と福祉部局で力を合わせて展開していくことが必要**。（市）
- ・ 専門的に知識を持っている方に参加してもらったことにより、話がスムーズに進んだ。（市）
- ・ **住民の声や力をもっと取り入れて、業務に活かしたい**。（包括）
- ・ 今回、初めて市民協働課の取り組みを知りました。（社協）

事業参加者の声

【二回目 つづき】

- ・ **福祉サイドとまちづくりサイドが乳化**のきっかけになって嬉しい。（社協）
- ・ **普段の取り組みを理解してもらえないことがつらい。**（社協）
- ・ **それぞれの分野がバラバラに動いている。共有、連携という課題がある**ことに気が付いた。（社協）
- ・ **地域づくりは住民がやったこと、望むことを直接聞きとることから始まる。**行政はそのような場をつくり、声をきき、形にする役割。（県）

【三回目】

- ・ やるべき事を関係機関と共有して進めていけるのは有意義だった。（市）
- ・ 社協、包括、市でじっくり話す機会が無かったので、このような場があっよかった。（市）
- ・ 後回しにしてきたことを、**どうすれば解決できるか考える機会になった。**（市）
- ・ **長い時間、顔を突き合わせて話をする機会**は今まではなくて、**とても有意義な時間**だった。（包括）
- ・ 具体的に何をいつまでに行うのか、役割をもつことで、**包括としての役割や力を入れていくことについて、各包括にも話をしたい。**（包括）

厚生労働省から振り返りのコメント（評価）

坂井市さんは既に「高齢者」という枠を超えた「地域共生に向けての地域づくり」を手掛けておられましたので、その**レベルの高さにとても驚きました。**

3回目支援会議で最終的に「ロードマップ」を作っていただきました。

～ 中略 ～

この「ロードマップ」についても、本来は「何のために（目標・目的）」を考え、「いつまでに」「誰（どの課）が」「何をするのか」を明確にするものですが、私は、坂井市さんの「ロードマップ」については、「できていないことを探す」というよりは「できていることを共有する」ことに重点を置いていました。（現に**坂井市さんは沢山できていることがあります**ので！！！）

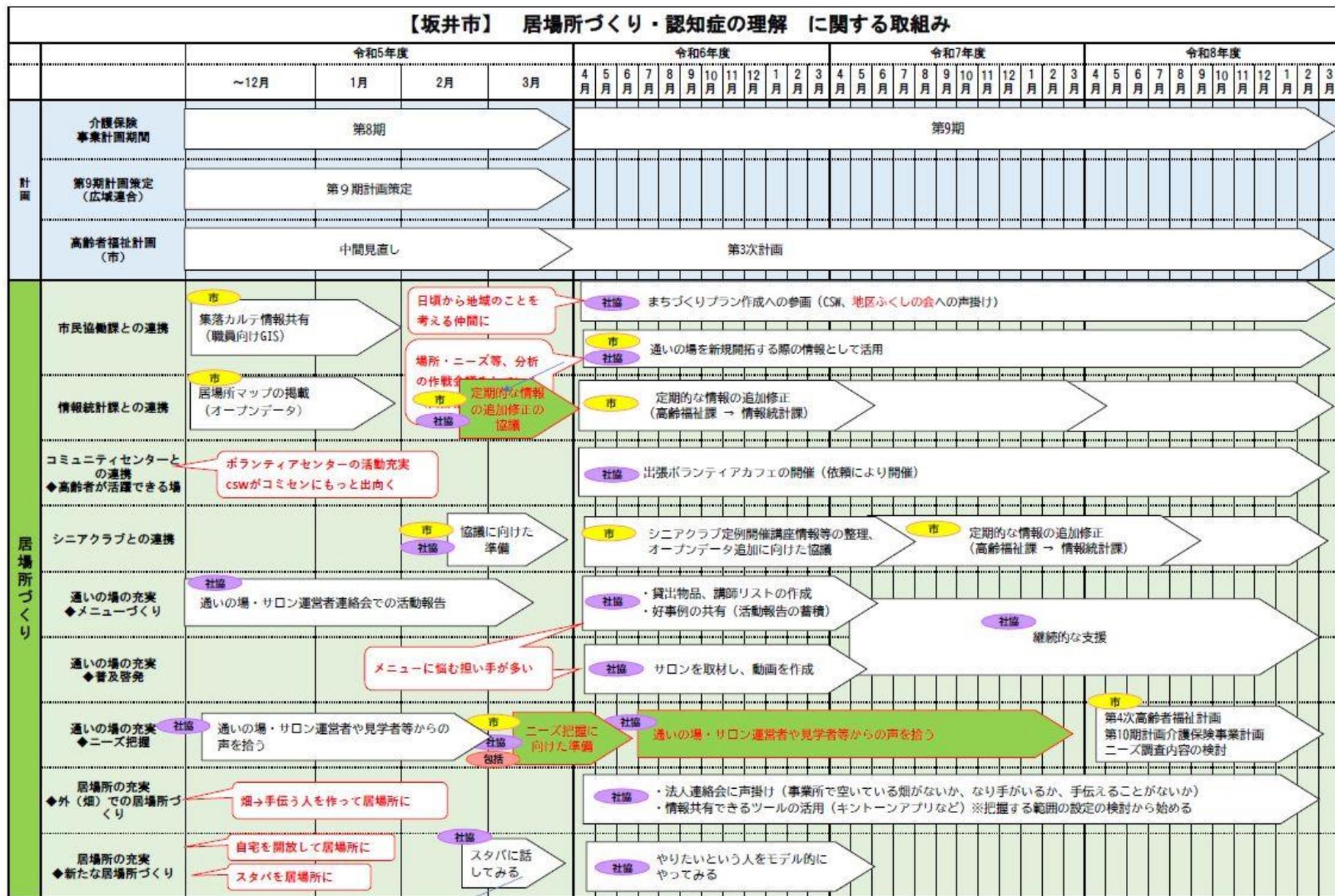
～ 中略 ～

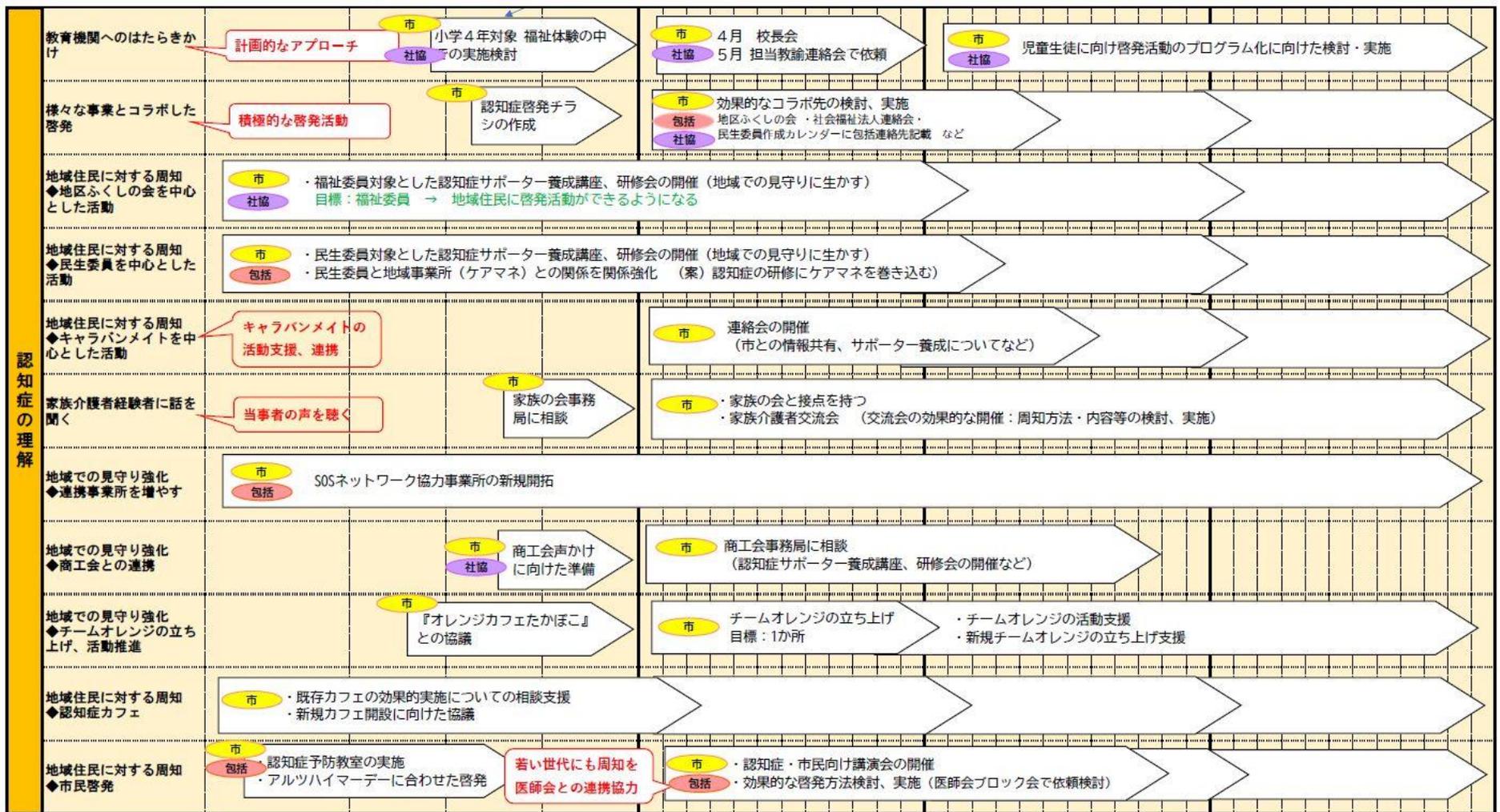
「ロードマップ」を作ることはもちろん大切なのですが、でも、**一番大切なのは作る過程です「話し合い」**です。この「ロードマップ」をメールでのやりとりだけで作るのか、顔を突き合わせて話し合いをしながら作るのかで、「ロードマップ」の完成度が全然違います！。まだまだ、**「ロードマップ」に落とし込めていないこと（できていることも含めて）が沢山あると思いますので、是非、都度（年度ごとでもいいので）見つめなおしていただきたい**と思います。

地域づくり加速化事業のまとめ

- ・ 包括、社協、行政の取り組みや思い・情熱をお互いに知ることができた
- ・ 今後取り組むことについて、みんなで整理ができた
- ・ 課題解決についての手法が学べた
- ・ 坂井市の素晴らしさが知ることができた
- ・ 健康福祉部門と市民協働部門との連携が進んだ

支援後の動き・・・





地域づくり加速化事業の支援により作成されたロードマップをもとに、一つ一つの具体的な取り組み内容について整理した。こちらを手掛かりに地域づくりを進めていきたい。

おまけ：坂井市 WebMap

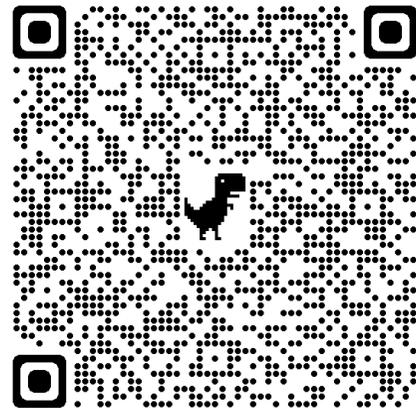
市民協働課、DX推進室、高齢福祉課、社会福祉課が協働して居場所の見える化に取り組んだ。坂井市で公開している地図情報に高齢者サロンの情報も公開した。この情報に、オンデマンドタクシーの停留所、ハザードマップなどの情報を重ねることもできる。

The screenshot displays the Sakai City WebMap interface. The top navigation bar includes search and utility icons. The left sidebar shows map categories and a list of selected maps. The main map area shows Sakai City with several green markers. A popup window for '清永ふれあいサロン' (Kiyonaga Fureai Salon) is open, providing the following details:

| 名称_カナ | キヨナガフレアイサロン |
|----------|---|
| 概要 | 地域の高齢者の活動の場 |
| 主な対象 | 高齢者（清永） |
| 会場 | 清永公民館 |
| 住所 | 福井県坂井市坂井町清永13-22-1 |
| 電話番号 | (0776)67-0699 |
| URL | http://www.sakaicityshakyo.jp/ |
| 開催日 | 第1月曜日 |
| 開催日時特記事項 | |
| 備考 | |

The bottom status bar shows the current location as '福井県坂井市坂井町蛸' with coordinates and zoom level.

<http://www.city.fukui-sakai.lg.jp/webmap/>



地域づくり加速化事業
～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～

福井県健康福祉部
長寿福祉課



県の概要

- 人口：762,679人
- 65歳以上人口：233,076人（高齢化率：31.0%）
- 要介護認定者数：42,023人（要介護認定率：17.7%）
- 市町数：17市町（保険者数：16保険者）

(R5.10.1現在)
(R5.10.1現在)
(R5.9月末現在)

○本県の高齢者の特徴

- ・高齢者有業率 全国1位
- ・高齢者ボランティア活動比率 全国11位
- ・老人クラブ加入率 全国8位



元気な高齢者が
多いことが特徴！

福井県マスコットキャラクター「はぴりゅう」



福井県立恐竜博物館



大本山永平寺



三方五湖



越前がに

県担当者の坂井市への印象

★手上げ時

- ・坂井市は在宅医療や体制整備事業など、県内では先進的に取り組んでいる
- ・総合事業の上限超過などの課題もない

⇒何を課題に感じて応募したのだろう・・・？

0.5次MTGでの坂井市関係者（行政・社協）の意見



- ・「地域づくり」という言葉が漠然としている、
何から手をつければよいのか
- ・何が課題なのかがわからない
- ・何を目標として進んでいけばよいのか

- ・取り組んでいることは色々あるのに
それを活かせていない気がする
- ・市が求めていることと社協が実施していることに
ズレはないか



★0.5次MTGを経て・・・

- ・まちづくり協議会や地区ふくしの会など、住民の方が中心となる場がある
- ・高齢者の居場所づくりや認知症サポーターの養成などにも積極的に取り組んでいる
- ・ただ、それぞれが実施している取組がつながっていなさそう

⇒関係者同士が目標を共有しお互いの取組みを把握したうえで今以上に
つながることができれば課題解決に進んでいけそう！

支援の流れ

①第1回目現地支援（8月24日）

- 参加者：行政（社会福祉課・高齢福祉課）、社協、包括
 - ・本事業の概要説明、応募動機、市の現状・取組み等の説明
 - ・グループワークで市の目指すべき姿と課題（重要度×緊急度）を検討、全体ワークで共有
 - 課題として多く上がった「担い手」「認知症施策」「移動支援」「相談先」「居場所」「情報共有」についてそれぞれが実施している取組や足りないこと、連携できそうなことを意見交換
 - 本事業では「担い手」「居場所」「認知症施策」について取り組む

②第2回目現地支援（10月20日）

- 参加者：行政（社会福祉課・高齢福祉課・市民協働課）、社協、包括
 - ・市民協働課が実施している課題解決型の地域づくりについて説明
 - ・参加者全員で「坂井市版地域づくりミステリー」の体験
 - ・1回目支援で取り組むことになった3項目のうち、「居場所」「認知症施策」について解決策（なぜ実施するのかも含めて）についてグループワークおよび共有
 - ・全体ワークで出てきた解決策について「重要度×短期・長期」を検討し整理

③第3回目現地支援（1月26日）

- 参加者：行政（社会福祉課・高齢福祉課）、社協、包括
 - ・3回目支援までに、2回目支援で上がった解決策について、行政・社協・包括がすでに取り組んでいること、またそれらを何のために行うのかを整理
 - ・上記を踏まえて、再度参加者で「何のために」の検討を行いながら「足りない部分を」「誰が／誰と」「いつまでにできそうか」等を話し合い、ロードマップを作成

本事業で得た気づき

- ・ 仲間づくりの大切さ
⇒ 地域づくりはひとりではできない
- ・ 顔を見ながら話し合う場の重要性
⇒ 実際に顔を合わせることで得ることができる情報が多くある
- ・ 関係者間で「目指すべき姿」をしっかりと共有する
⇒ 地域づくりには多くの人の力が必要、だからこそ最終的に目指すゴール（目標）は関係者間で共有しなければならない
- ・ 各市町が作成している各種計画を改めて確認する
⇒ 「どういう地域にしたいのか」目指すべき姿の記載がある
- ・ それぞれがすでに実施している取組の共有
⇒ すでにできていることがたくさんある、それらを結びつけたうえで「目指すべき姿」に向かうためにさらにできるとよいことを考える
- ・ 「なぜこの取り組みを実施するのか」「何のためにやるのか」を常に意識しながら検討し実行する

「できていないことを探す」のではなく、「できていることを見つける（認識する）」という姿勢が大事だと思いました。

「〇〇ができていないからやらなくちゃ」より、「△△はすでにできているから、〇〇ができるとさらによくなるね」というプラスの考え方を意識していきたいです！



令和5年度 地域づくり加速化事業 アドバイザー派遣による 伴走支援に参加して

大阪府 岬町

しあわせ創造部 高齢福祉課

岬町の新しい観光地図「みさっきーマップ」

こちらのQRコードからアクセスすると、お客様の現在位置を常に表示するGPS機能により、迷うことなくまち歩きが楽しめます。レジャー施設や文化財などの情報もワンタッチで観覧できます。ぶらり町歩きに最適なスマートフォン用、観光地図です。



＜みさっきーマップの留意上の注意＞
GPS機能は、電波の状況により正確な位置情報が得られない場合があります。特に等価建物の屋内地下、地下鉄駅内など電波の届かない場所では作動しません（画像ビルの付近や海沿い等の高層下なども電波が届かなくなることがあります）。またスマートフォンが充電切れになる時間帯により正常に作動しない場合があります。

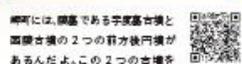


岬町の宿泊案内

| | | |
|-----------|----------|--------------|
| 龍宮館 | 談輪 838-8 | 072-494-3011 |
| おかの旅館 | 談輪 4131 | 072-494-3164 |
| さらし旅館 | 深日 2591 | 072-492-2019 |
| マリンロッジ海風館 | 談輪 6190 | 072-494-3800 |



みさっきーとみさきーちゃん 公式 Facebook



岬町には、隠居である字原吉徳と四郎吉徳の2つの肩がけ内儀があるんだよ。この2つの古徳をイメージして「みさっきー」と「みさきーちゃん」という2匹のマスコットキャラクターが誕生したんだよ。市民のみなさんにまちへの愛着を感じてもらえるよう、岬町内で開催される催し物やイベントに参加したり、岬町外を中心に岬町に来ていただけるよう、まちのPRを行っているよ！



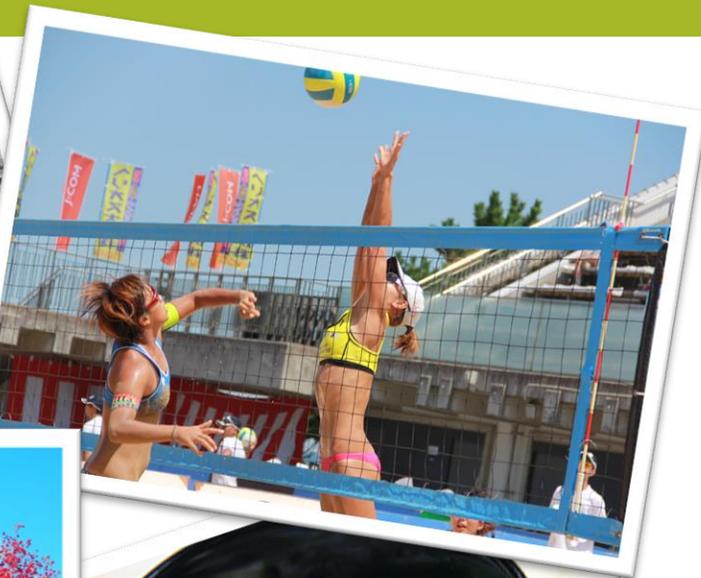
岬町の貴重な自然

11月セントオオウツリ

水産技術センター隣の重川河口の干満では、11月セントオオウツリが貴重な生物の観察や遊びが楽しめます。

岬町多景川河口付近の水辺には、今も名月ルが生息しています。

岬町に・・・



大阪最南端のまち岬町

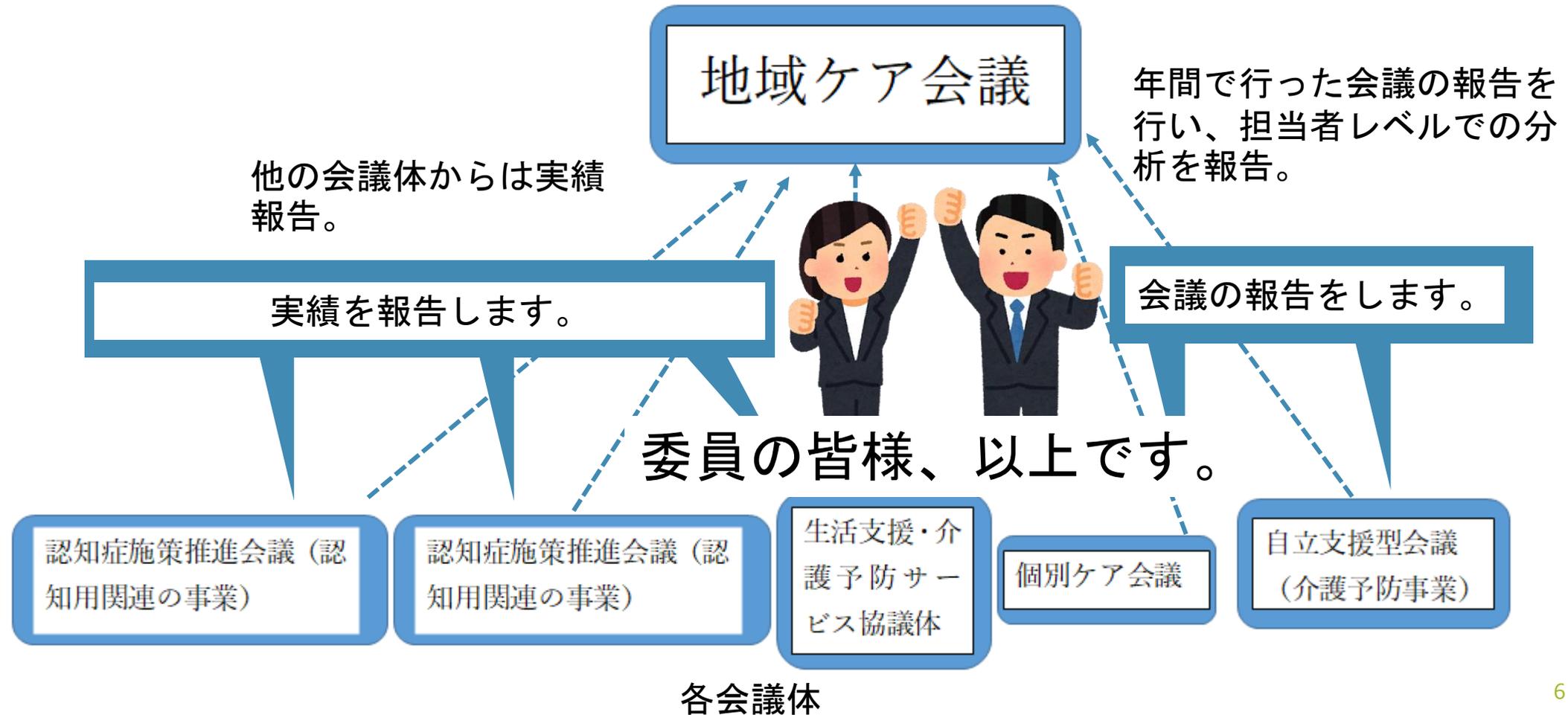
岬町の状況（令和5年11月末現在）

- ・人口 14,670人（住民基本台帳）
- ・65歳以上 5,841人（住民基本台帳）
うち、前期高齢者 2,356人、後期高齢者 3,485人
- ・高齢化率 39.8%
- ・認定者数 1,524人（介護保険事業状況報告 月報（暫定版）※1号被保険者のみ）
うち、要支援者 679人
- ・認定率 26.1%（地域包括ケア「見える化」システム）
大阪府内 上位 2番目/41保険者
全国 上位15番目/1,571保険者

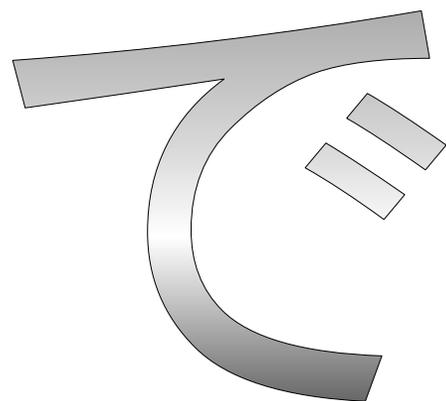


地域加速化事業に応募した経緯について

加速化事業を受ける前の岬町の地域ケア会議イメージ



地域ケア会議委員の反応はこうなる。



事務局としては・・・ あれ？

報告した内容について、もっと
委員から活発な意見が出るか
と思ったのに・・・。

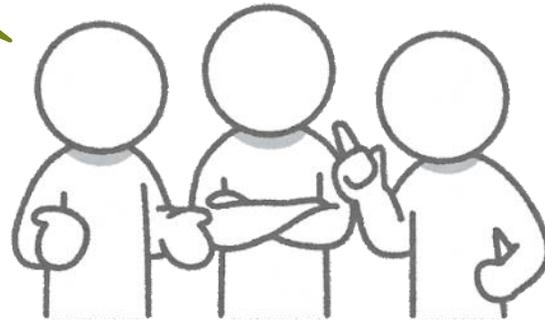


会議後のコアメンバーで振り返りで

特に地域課題について
事務局側で共有・分析
しているわけでもない
よね・・・

こういった部分につい
て意見がほしいのか説
明してないよね・・・。

そもそも、会議の雰囲気
が意見を出し合える
空気なのかな・・・。



そいや、そうなるよね・・・



取り組みたいんだけど・・・

- 自立支援型会議や個別ケア会議から出てきた地域課題についてどのように連携すれば良いか解らない。
- 地域ケア会議の開催が義務でセレモニー化している。
- 上手く連動出来ないことで会議が活性化しない。
- そもそも地域ケア会議の目的とは？
- 各会議体担当者がバラバラで連動出来ていない。

そんな時！！

岬町は・・・

☑加速化事業やるよ～。
エントリーしてね～。

大阪府から



これはチャンス！！
地域ケア会議を盛り
上げるための意見を
もらおう！！



•地域づくり加速化事業を受けて

こうなりたい！！

個別ケア会議、自立支援型会議等、地域支援事業に関わる各会議体と地域ケア会議を連動させ、地域づくりや政策形成・ケアシステムの構築に繋げていきたい。



理想の姿になれない原因は？

- 思い描く理想があり、介護予防等事業もそれなりに実施している。しかし、抽出できた課題を共有し、その後の分析や政策に繋げるといった流れが構築できていない。
- 町としてのビジョンが明確になっていない。
- 各事業について、ビジョンに照らし合わせた戦略で実施しているのではなく、義務で実施しているため、各会議体の連携が難しい。
- 地域ケア会議の事前準備として、事務局で戦略を練ることはなく、流れに任せている。

それではどうするか。

- 岬町として高齢者が元気になるビジョンを皆で考える。
- 堅苦しくないキャッチフレーズを作り、事業を実施する際の指針とする。
- 自立支援について岬町としての定義を作る。
- 抽出した課題を分析する場を作る。



どんな事が必要か。

- 地域課題の抽出は事例を集めないとなかなか把握は難しい。
- 医師が介護予防の時点で行くことができる介護保険サービス以外の資源を知らない可能性もある。医師から「介護保険を受けなくてもあなたくらいのレベルなら大丈夫」等、医師から通いの場を勧めてもらえれば、Drの勧めもあり「行ってみようかな」となるのではないか。卒業も含め、地域の医師との連携が必要。
- 自立支援型会議や個別ケア会議で、どんな形になるのが理想か等、目指すべき姿を明確にすること。
- 岬町にはいろいろな事業があるが、事業の見える化及び事業連携のイメージ図があれば職員間の共有もしやすくなる。
- 共生社会であるため、住民課等いろいろな部署が高齢者に対する切り口を考えることができれば面白い。そのためにキャッチフレーズがあれば共有しやすい。

で、他部局の方は来てくれたのか？

- 依頼文を出した結果・・・



協力するよ～。

1 2 名も参加してくれた！！

しかも14名中！！

実はブラインドを開けてくれていた。

- 福祉部局の話なのに、これだけ多くの方に来ていただけるなんて・・・。
- アドバイザーの話では通常は他部局の方が集まって自分の町のことを考えることは出来そうが出来ない。それができる岬町ってすごい！！





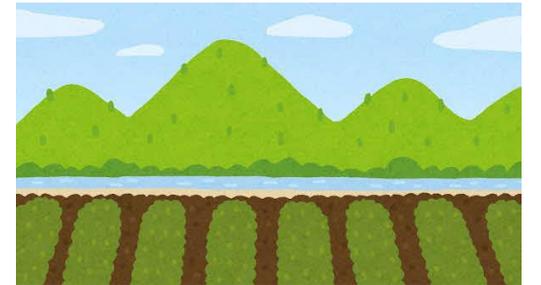
気づき。

- 今までこのような場はなく、他部局の方が高齢者福祉についてあまり認識出来ていなかったり、問題意識に温度差があったり等、横のつながりが出来ていなかったと改めて認識できた。
- 結果、高齢福祉課としても積極的に他部署とコミュニケーションが取れていなかったことにも気付くことが出来た。（ブラインドを閉じていた。）
- 高齢者が多い町ではあるが、人口減少に伴う空き家問題や、商業施設の少なさ等、町全体で課題に取り組まなければ解決には繋がらない。福祉部局以外とも共有できる機会となった。
- 町をよくしたいという気持ちは皆同じ。今回の繋がりを大切にし、他部署との横連携を強化出来る。

他部署と意見交換を踏まえて

- ・ 岬町の弱みや強みは何か。（一部抜粋）

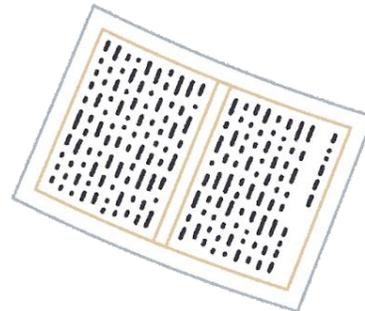
強み：大自然があるが、大阪市内や和歌山市内ともアクセスしやすい。
地域の繋がりが強い。保育所の待機がゼロ。高齢者がいきいきと暮らしている。等



弱み：お店が少ない。交通の便が悪い。自然豊かだが観光資源が少ない。
総合病院などの資源もない。等

- ・ 高齢者をターゲットに絞り、いきいきと岬町に住み続けるためのキャッチフレーズを考える。

あいうえお作文形式の案等が出る。



皆様の意見を反映して、遂に。

• キャッチフレーズが完成！！



みんなのおかげで出来ました。
ありがとう～。

み

みんな

さ

支え合い

き

気付くまち岬

感謝！！！！

2回目の支援時には地域の方も集まってくれました。

- 自立支援についてのグループワークを行う方向になった際には、民生委員や自治区長など地域の代表者にもお声がけさせていただきました。地域の皆様も快く参加してくださり、活発な意見交換の場となり、地域の課題の共有や思いがけない意外な意見等、楽しみながら地域の事を考える機会となりました。

自立支援を要する人とは？（一部抜粋）

買物に行けない方、交通手段がない方、孤独な方、ゴミ出しが出来ない方 等

自立支援とは？（一部抜粋）

その人がやりたいと思えることが出来る場所を作る。相談が気軽に出来る場所を作る。仲間がいる場所に行ける。移動手段がある。ラスベガスを作る等

いろいろな意見ありがとうございます。



岬町における自立支援の定義とは

- 自立支援における皆様からの意見を参考にして、定義作ってみました！！

自分で言える

それに寄り添う

一歩を踏み出すのは自分自身

その先に自分の“たからもの”がある



そして、支援の終了を受けて

- 岬町として、今後取り組んでいくべきことは何か。

○地域ケア会議を活性化させるためには、地域支援事業における各会議体の連動が欠かせない。そのためにイメージ図を作成し、共有する。

○地域ケア会議における目的を地域ケア会議の構成委員と共有したうえで、行うために地域ケア会議の目的をハッキリさせよう。

○地域ケア会議と各会議体の関係性を把握し、今後の流れを見える化するためにも、地域ケア会議や他の会議体の一体的なロードマップを作成しよう。

○地域支援事業における各会議体の報告や抽出された課題を共有し、課題解決に向けた意見交換が出来る場を設けよう。



みさっきー

成果として

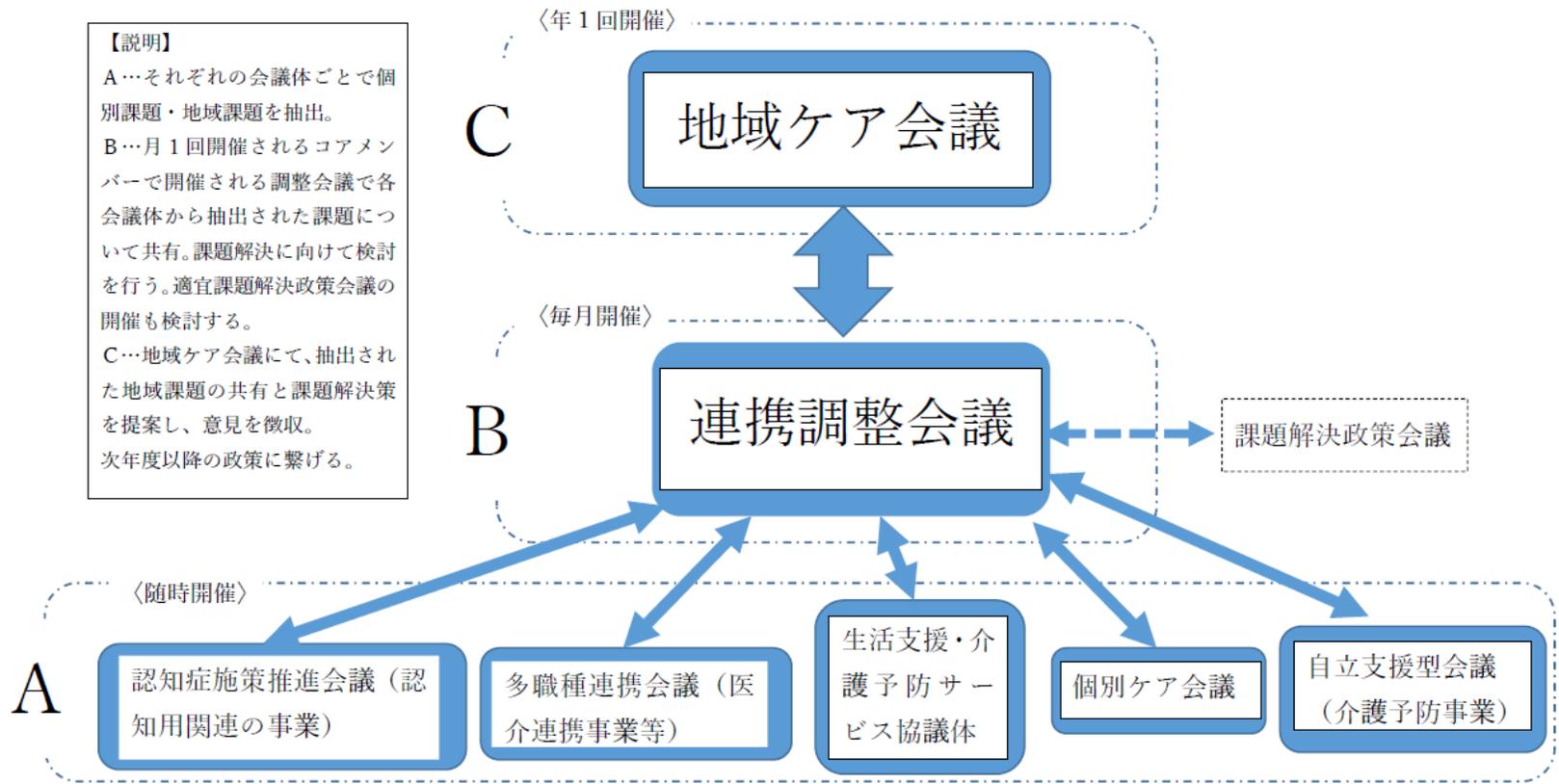
みさきーちょ



1. 岬町地域ケア会議イメージ図を作成

〈岬町地域ケア推進会議イメージ図〉

【説明】
A…それぞれの会議体ごとに個別課題・地域課題を抽出。
B…毎月1回開催されるコアメンバーで開催される調整会議で各会議体から抽出された課題について共有。課題解決に向けて検討を行う。適宜課題解決政策会議の開催も検討する。
C…地域ケア会議にて、抽出された地域課題の共有と課題解決策を提案し、意見を徴収。次年度以降の政策に繋げる。



2. 地域ケア会議の目的

地域ケア会議の目的について

地域ケア会議の目的は、地域の多様な専門職や住民等が、①個々の高齢者等の課題に関して検討することで、高齢者等個人に対する支援の充実とともに、②複数の高齢者等に影響を与える地域の課題を把握し、地域づくり、資源開発、政策形成などで、その解決に向けて取り組むことによって、地域包括ケアシステムの構築を推進することです。

地域ケア会議は、地域包括ケア計画の基本理念である、生きがい・安心・自立支援をキーワードとし、高齢化率が40%を超えており、高齢者の課題は、町全体の課題であると言える我がまち岬町において、「みんなで支え合い、一人ひとりが元気にいきいきと、だれもが安心して暮らせるまちに」なるよう、「問題や課題はいろいろあっても解決できるまち」を実現するためにあります。

地域ケア会議の目標は、他の地域支援事業や会議と連動することで、その機能を発揮し、地域ケア会議内で共有した地域課題について、解決することにこだわらず、「繋がる」を重要視し、様々な事業や取り組みや団体や人が「繋がる」ことで、地域課題の解決を目指していきます。

3. 地域ケア会議ロードマップ案

MS Pゴシック 14 標準 条件付き書式 テーブルとして書式設定 スタイル

挿入 削除 書式 挿入 削除 書式 挿入 削除 書式

G8 〇岬町としての自立支援を定義し軸を設け、ケアマネジャーと共有する。

| 地域ケア推進会議ロードマップ(イメージ) | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------|--|--|--|---|--|---|
| 目標(): 地域課題を解決し、より良い地域づくりが出来る。 | | | | | | | | |
| 行政の目標: | | | | | | | | |
| 会議体 | 施策の方向性 | 現状 | 課題 | 目標 | 対応策 | 具体的な取組み・計画 | 担当 | 取組み評価(目標達成確認) |
| | | 令和5年度末 | 令和5年度末 | 令和8年度 | 令和6年度~7年度 | 令和6年度 | 令和6年度末 | |
| 地域ケア会議 | 地域ケア会議にて活発な意見交換が可能となる。 | (1) | 各種会議体の報告会となっている。 | 地域ケア会議の意義が共有出来ていない。 | ①地域ケア会議の目的を共有し、委員が同じ方向を向いて会議に臨む。 ②地域課題の解決に向けたの政策を実施。 ③政策実施後の効果や課題を整理分析し、地域ケア会議で報告。 | ① ○各種会議体の目的を定める ○各種会議体と地域ケア会議を連動できる仕組みを完成させる。 ○地域ケア会議開催の目的を関係者間で共有する。 | 岬町高齢福祉課 岬町社協地域包括支援センター 岬町社会福祉協議会 | ・各種会議体の目的・意義を文書化 ・地域ケア会議、その他の会議の連動をイメージ化 ・地域ケア会議の目的などを文書化、配布し、委員と共有を図る |
| | | (2) | 各種会議体より抽出された地域課題について方針を提示出来ない。 | 地域課題の整理・分析が行えていない。 | ④政策実施の意見交換会が出来る。 | ① ○各会議体で抽出された地域課題の共有の場を設ける。 ○地域課題解決に向けた政策案を作成し共有。意見をもらう。(令和6年度) ○政策実施に向けて予算化等準備を進める(令和7年度) | 岬町高齢福祉課 岬町社協地域包括支援センター 岬町社会福祉協議会 | ・目的や意義を明確にした地域課題抽出の場を作成 ・地域課題の整理、共有、解決策案の作成までのプロセスを完成させ、紙面に残し共通認識を得る ・プロセスをもとに行動する。 |
| 自立支援型会議(介) | 個別ケースを提出することにより、課題を解決し、さらに地域づくりに繋がること | (1) | 個別ケースの提出は行っているが、地域のケアマネジャーが義務として提出しており、負担感が強い。 | 自立支援型会議の意義が伝わっていない。ケアマネジャーとして、個別ケースを提出することのメリットを認識してもらえていない。また、それを文書化する等、明確なものがなく、確認も出来ない。 | ○岬町としての自立支援を定義し軸を設け、ケアマネジャーと共有する。 ○自立支援型会議の意義、目的を文書化し、ケアマネジャーと共有する。 ○モニタリングの仕組みを作り、会議後のフォロー体制を構築する。 ○個別ケースから抽出された地域課題を共有し、政策に繋がったケース等を報告する。 | ○自立支援の定義を設け、ケアマネジャー連絡会で共有。(4月頃) ○自立支援型会議の目的・意義を文書化(4月・5月中) ○モニタリングの仕組み作り(5月から) | 岬町高齢福祉課 岬町社協地域包括支援センター 岬町社会福祉協議会 | ・共通した自立支援の定義を決定 ・自立支援型会議の目的・意義を作成 ・上記のケアマネジャーへの共有 |
| | | (2) | 課題に対して専門職の助言を行っているが、その後の経過を確認出来ない。 | モニタリングの仕組みが出来ていない。 | ①自立支援型会議において、個別ケースの提出が、地域づくりに繋がることを、ケアマネジャーが認識できる。 ②サービス事業所と連携できる仕組みを作り上げる。 | ○モニタリングの仕組みを作り、会議後の状況を共有するとともに改善に繋げる。 ○専門職に対しても抽出された地域課題を共有し、政策に繋がったケースを共有する。 | 岬町高齢福祉課 岬町社協地域包括支援センター | ・モニタリングの仕組みづくりと実施 |

地域づくり加速化事業を受けて



○今回の支援を受けて、行政、社会福祉協議会、地域包括支援センターが一体となり、同じ視点で事業に取り組むことで、連携を密にとる機会となった。

○今まで薄いと感じていた行政内の横の繋がりについて、自分達の想像以上に繋がっており、それぞれが町を良くしていきたいとの強い思いを持っていることを再認識できた。

○地域の方も積極的な方が多い。もっと頼っても良いのではないか。

○今まで何となくイメージしていたものを、見える化、若しくは言葉にすることで、多くの人と共感出来、対話することでバラバラのピースが少しずつ繋がり、より良い地域づくりが出来ると改めて認識することが出来た。

○地域づくりを楽しむことが大切！！



ご清聴ありがとうございました。



「100歳まで元気に暮らせるまち」 をめざして

～地域づくり加速化事業を受けて～

兵庫県佐用町 高年介護課



佐用町の地域概況

絆できらめくひと・まち・自然 未来へつなぐ 共生の郷

| | |
|--------|--|
| 人口 | 人口：約15,800人（R2国勢調査） 高齢化率：44.1%で県下1位（令和5年2月現在） |
| 主な地域資源 | <ul style="list-style-type: none"> ・国指定の史跡に選定された利神城跡 ・因幡街道と宿場町の風情が残る平福のまちなみ ・自然豊かな里山や谷間に集落が点在する美しい集落 ・世界最大級の望遠鏡を有する天文台、美しい星空 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・姫路や岡山に挟まれ、姫新線と智頭急行がある ・平成17年に旧4町（旧佐用・上月・南光・三日月）が合併して佐用町に |



「縮充」のまちづくり

人口減を前提とし、今ある資源を活用し仕組みを変えることで生活を充実
企画部局も本事業へ参画してもらった



伴走支援に手を挙げたそもそもの理由

■当初の想い

総合事業 従前相当しかなく、上限超過が続いている状況

⇒高齢化率が高いのだから、地域資源がない田舎だから、しかたがない

これ以上、先送りできない危機感・本当にこのままでよいのか？



第1回目支援内容(次第)

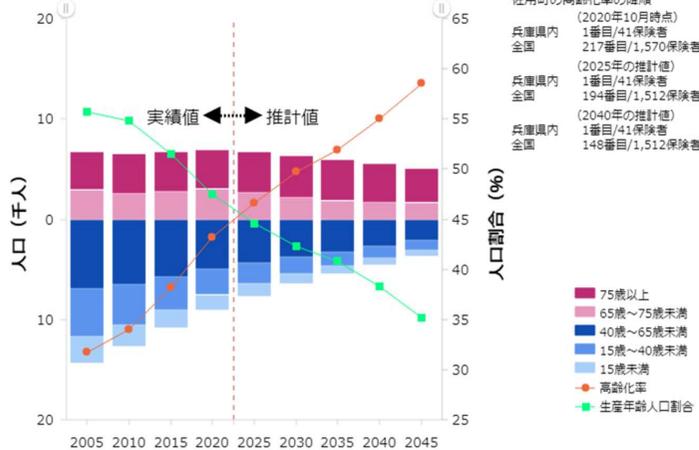
- ・他市町の取組紹介
- ・佐用町の現状・課題について(県の立場で、町の立場で)
- ・意見交換、現状や課題の整理
- ・優先課題の整理、今後の方向性の検討、2回目に向けた戦略



1回目支援 地域分析・課題の把握

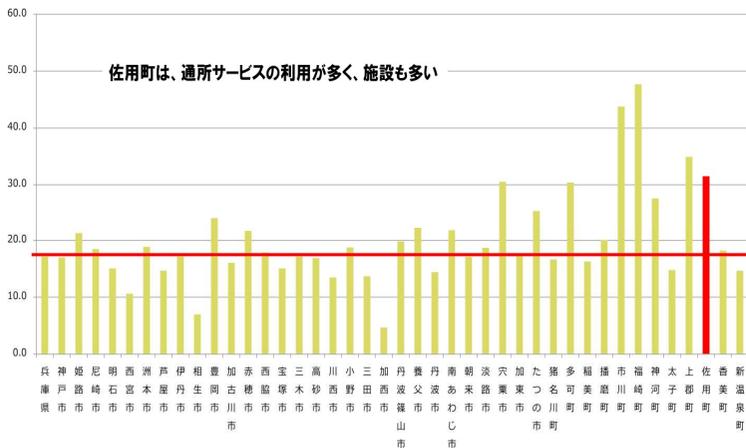
～兵庫県調べ～

佐用町の人口の推移



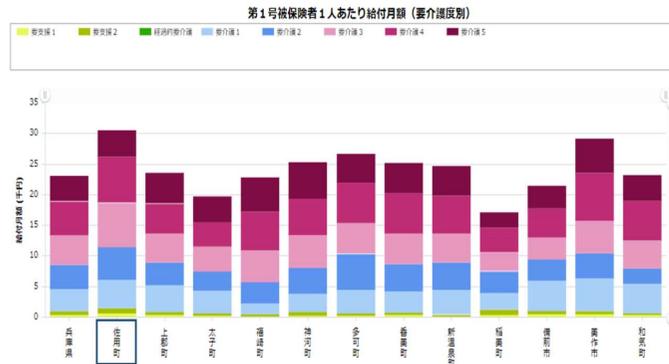
(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」
 2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

サービス提供事業所数(通所介護 人口10万人対)



(時点) 令和3年(2021年)
 (出典) 厚生労働省「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

給付 | 1号被保1人あたり給付費(要介護度別)

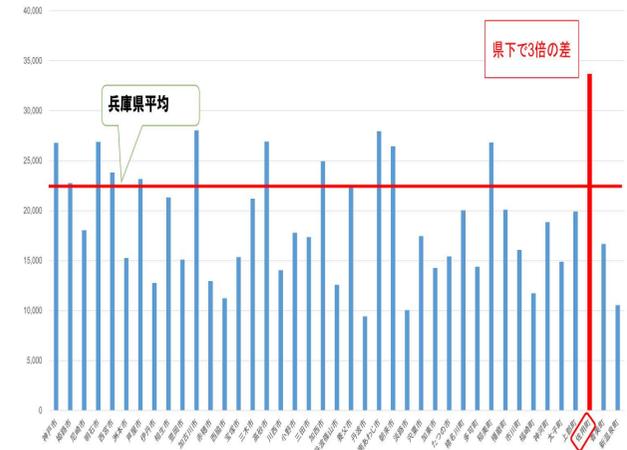


(時点) 令和4年(2022年)
 (出典) 厚生労働省「介護保険事業支費状況」年度(令和3年度)のみ「介護保険事業支費状況」月別

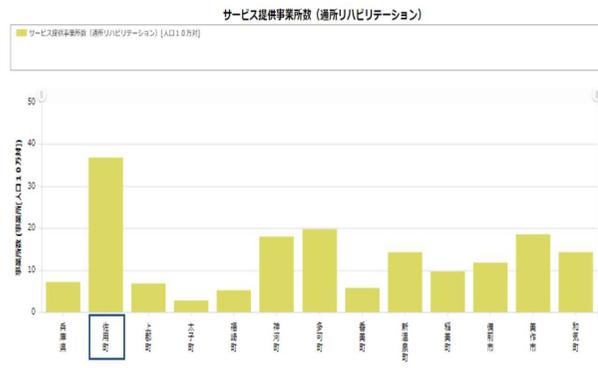
✓ 佐用町は要支援1・2、要介護1～5の全てで高い水準であり、合計は県平均を7,326千円上回る

5

要支援1・2給付費 後期高齢者一人あたり



施設・事業所数 | 通所リハビリテーション



(時点) 令和2年(2020年)
 (出典) 厚生労働省「介護保険施設データベース」および総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

✓ 佐用町は、人口10万対で通所リハビリテーションの事業所数が多い

5

高齢者と要支援者数の推移

| | 高齢者人口 | | 要支援者数 | |
|-----|-------|----------|-------|--|
| | | うち後期高齢者数 | | |
| H29 | 6,758 | 2,906 | 300 | 高齢者数、後期高齢者数が増加していないにもかかわらず、要支援者数が増加し続けている。 |
| H30 | 6,790 | 2,951 | 375 | |
| R1 | 6,821 | 2,996 | 427 | |
| R2 | 6,853 | 3,041 | 468 | |
| R3 | 6,812 | 2,972 | 468 | |
| R4 | 6,783 | 2,903 | 478 | |

1回目支援 地域分析・課題の把握

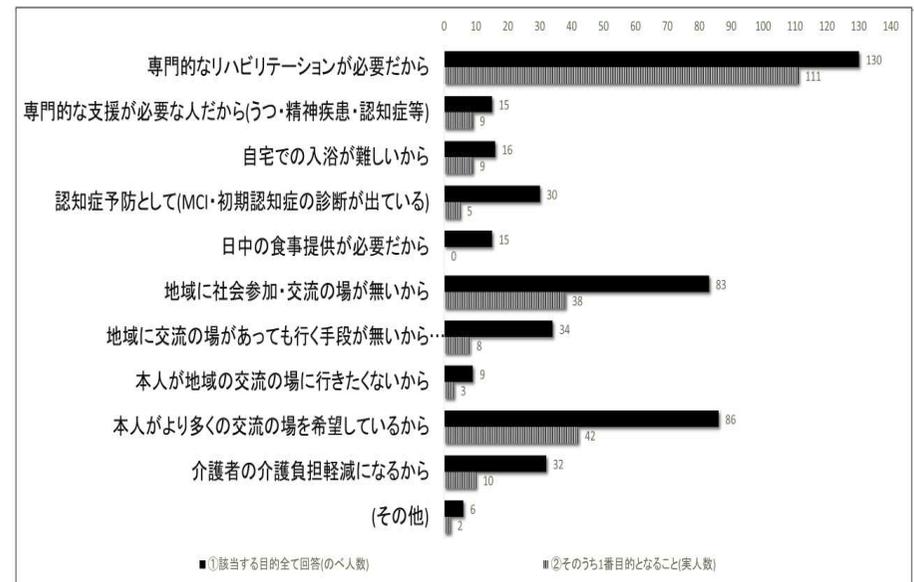
要支援者サービス費用の推移

| | 上限超過額 | 総合事業費 | 予防給付費(全体) |
|-----|------------|------------|-------------|
| H29 | | 36,169,893 | 46,557,408 |
| H30 | 707,657 | 42,233,171 | 57,411,622 |
| R1 | 12,022,531 | 46,920,624 | 89,939,222 |
| R2 | 14,338,763 | 49,042,171 | 105,188,866 |
| R3 | 22,090,486 | 52,411,006 | 119,384,034 |
| R4 | 26,592,061 | 54,671,848 | 128,580,718 |

H29と比較して
合計で約1億
円増えている

・従前通所型が2/3 ・デイケアが1/2

ケアマネジャーへのアンケート調査 デイサービスやリハビリを利用する目的



地域分析、支援を通じて考えたこと！

- ・高齢者は減らない、しかし働き手は減る
⇒これまで通りのサービスが維持できますか？
- ・増え続ける要支援者と総合事業費・予防給付費
⇒要支援者には改善可能性があるはず！

これから必要なことは、

高齢者の状態に応じた多様な取り組み

「要介護度が下がった＝元気になった」機運の醸成

第2回目支援

1. 5mtgで議論した内容を踏まえ、2回目支援では住民も参加して現状を知ってもらい、意見をもらえるよう調整。

(主な参加者)

地域づくり協議会(旧小学校校区単位でつくる自治組織)関係者
医師会、リハ職、ケアマネジャー など

(内容)

- ・午前中 意見交換に向けた打ち合わせ
- ・国、県、町から 現状の説明
- ・地域づくり協議会の活動紹介、生駒市の取り組み紹介
- ・意見交換 現状についての感想、課題、できることなど



2回目支援 主に住民(地域づくり協議会)との意見交換

住民から出た意見(一部)

- ・介護保険の現状についてあまり知らなかった、**もっと**知りたい
- ・介護保険の理念を利用者・事業者・行政が理解しないと

(目線合わせの必要性⇒規範的統合)

- ・費用がかかっている=介護サービスが充実している
- ・高齢化率が高いのだから、費用がかかっても仕方がない

(これは仕方がないことだという住民の理解)

第3回目支援

2. 5mtgで議論した内容を踏まえ、3回目支援では介護事業所やリハ職、ケアマネ、社協等にも参加してもらい、今後の佐用町の介護保険の持続可能性について、検討してもらう場を設定。

(主な参加者)

通所系サービス(デイ、リハビリ)事業所、社会福祉協議会

(次第)

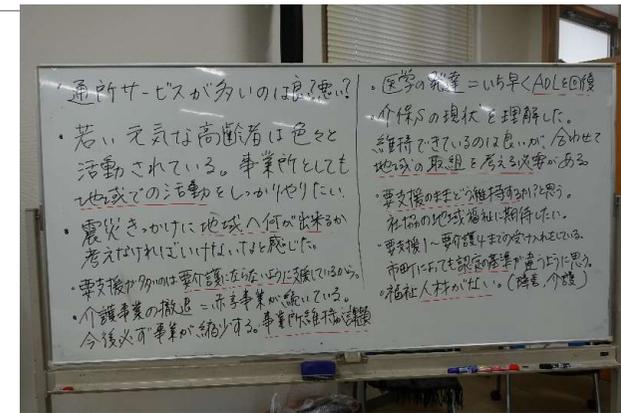
- ・国、県、町からの現状説明
- ・リハ職アンケート
- ・意見交換



3回目支援 主に通所系サービス事業者との意見交換

事業者から出た意見(一部)

- ・要支援で維持できている(要介護になっていない)
- ・介護保険への移行がスムーズで切れ目のない医療・介護が受けられて安心して暮らせる町
- ・施設が多いので重度者は施設入所になってしまう。結果、要支援の人がデイに行きやすい
- ・地域での支え合いが難しくなっている、運転できなくなったらどこへも行けない



いつまでもこの状態が続けられるの？

人材確保・・・本当に先々可能なの？

まだまだ対話が必要

支援を通じて得た成果

(今までに欠けていたことに気づいた)

町としての元気な高齢者を増やしていくビジョン、それを住民、社協、事業所、ケアマネジャーと共有すること

(対話を通じた目線合わせ)

ビジョンを皆でしっかり立てて続けていくこと、課題の深堀

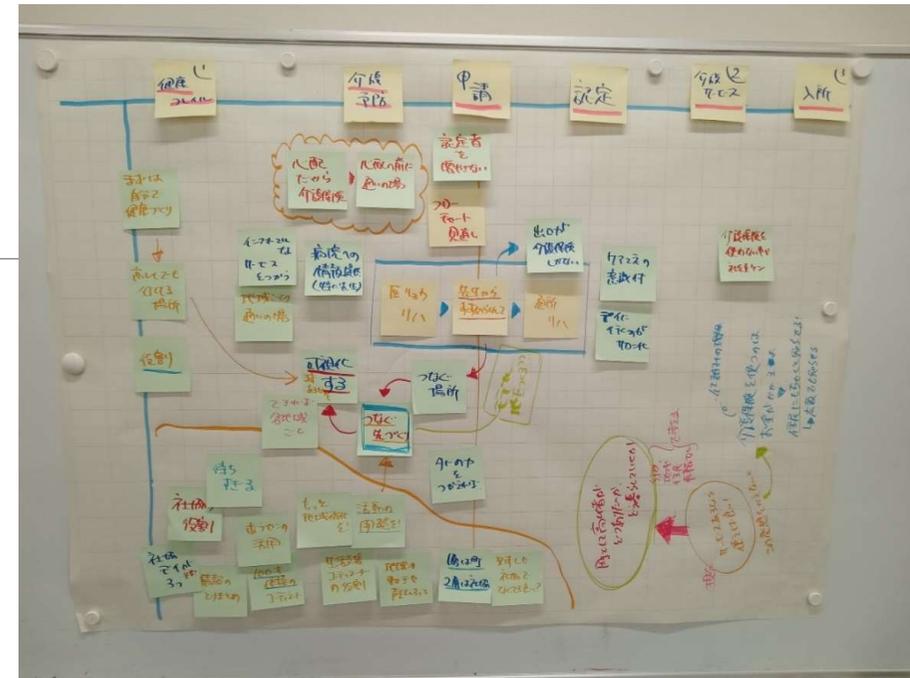
(対話する時間を意識して設ける)

改めて、現状を確認、理想の姿とは？ 課内でグループワーク

町の最上位目標(理念)・・・佐用の健康と福祉を創造する ～ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち～

4つの視点 「**自助**、**互助**、**共助**、**公助**」

⇒具体的でわかりやすいビジョンの設定、アクションプランの作成に取り組んでいるところ



自助の視点

○住民への情報公開を積極的に進める

- ・介護保険財政、保険料の仕組み
- ・元気になるための取り組みのこと
- ・認定申請受付時のフローチャート、スクリーニング

○状態に応じてサービスの振り分けを行っていく方針について住民や事業者、特に医師への理解を丁寧
に得ていく

- ・介護保険を使わずに元気に暮らすことが社会貢献！
- ・『困ったら、心配だから、もったいないから介護保険』
を変えたい

互助の視点

○通いの場の見える化と充実

これまでいき百が中心 他の介護予防の取り組み
リハビリ室に通いの場MAPを掲示してくれている
地域づくりポータルサイトの活用

包括中心の通いの場づくり

⇒ SCの活躍、協力してくれる仲間を探すこと

○ケアプランの充実

ケアマネジャーが通いの場を知る、インフォーマル
サービスをプランに組み込んでもらう

総合事業の新たな取り組み

■元気アップスクール(一般介護予防事業)

事業対象者が15回通って元気になって卒業する教室

サービスCのような進化版一般介護予防事業

理学療法士による運動指導を実施



■地域デイサービス 住民主体の総合事業(サービスB)

「いき百」、「ふれあい喫茶」、「脳トレ」の組み合わせ

介護予防事業と介護事業所サービスの中間的存在

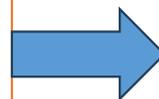


第9期介護保険事業計画に向け再整理

- ・ 元気な高齢者を増やしていくビジョンの共有
- ・ 新しい佐用町の総合事業を知ってほしい
- ・ 介護保険のことを「わがこと」として考えてもらいたい

【上手く進めるために必要なこと】

- ・ 窓口対応
- ・ ケアマネ・包括・事業所・住民との目線合わせ
- ・ 総合サービスのサービスや事業の周知
- ・ 成功事例の広報
- ・ 医療機関への周知等



【広報部局の力を活用！】

佐用町の広報誌

高齢者はみんな読んでいる
全国コンクール受賞！

現在、介護保険特集を企画中

今後の課題(4回目支援に向けて)

まちのビジョンは描けつつあるが、関係機関・関係者や住民にこのスキームを理解してもらう必要がある。

住民の多くが、サービス利用によって状態維持できることはありがたいことで、デイサービスを社会参加の場として楽しんでいる現況から、新たな事業を良い商品だと住民に理解してもらえるような取組が重要である。

目線合わせを行うために、対話の機会を設け、目指すべきビジョンの共有を図りながら、総合事業の再構築に向けて課員一同、一丸となって関係者と以下の取組を進めていきたい。

- ①顔の見える関係 (既にできている)
- ②腕の見える関係 (ほぼできている) ⇒③ができるように対話の時間を意識
- ③腹の見える関係 (まだ一歩・・・) して持っていくように要調整!

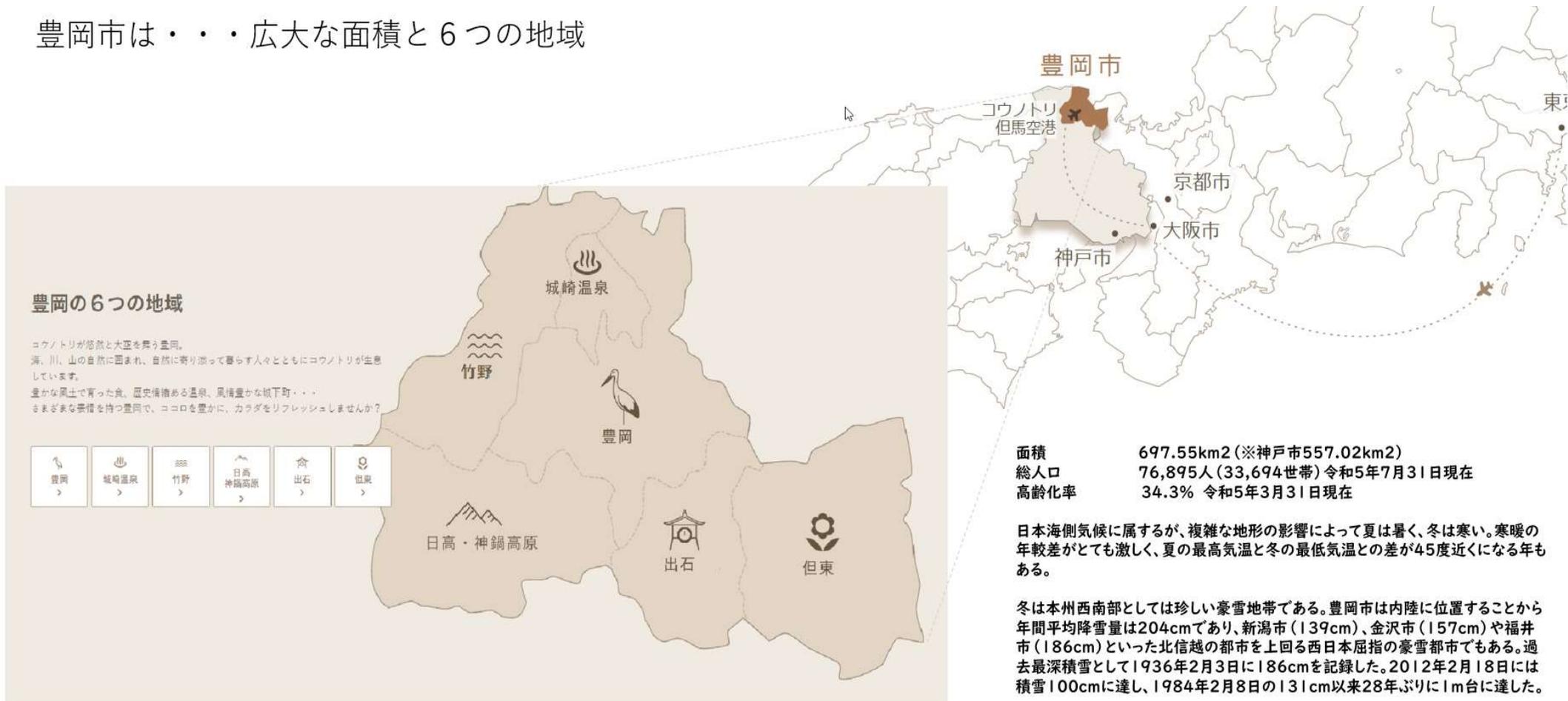
豊岡市 自立支援に向けた 「あきらめない」取組

地域づくり加速化事業を終えて

65歳からセルフケア85歳の壁を越え100歳の未来へ
～住み慣れた街で、支え合い自分らしく生きる～

兵庫県豊岡市役所 健康福祉部高年介護課 玉島 正雄

豊岡市は・・・広大な面積と6つの地域



豊岡の6つの地域

コウノトリが悠然と大空を舞う豊岡。
海、川、山の自然に囲まれ、自然に寄り添って暮らす人々とともにコウノトリが生息しています。
豊かな風土で育った食、歴史情緒ある温泉、風情豊かな城下町・・・
さまざまな景観を持つ豊岡で、ココロを豊かに、カラダをリフレッシュしませんか？

- 
 豊岡
 >
- 
 城崎温泉
 >
- 
 竹野
 >
- 
 日高
神鍋高原
 >
- 
 出石
 >
- 
 但東
 >

面積 697.55km²(※神戸市557.02km²)
 総人口 76,895人(33,694世帯) 令和5年7月31日現在
 高齢化率 34.3% 令和5年3月31日現在

日本海側気候に属するが、複雑な地形の影響によって夏は暑く、冬は寒い。寒暖の年較差がとても激しく、夏の最高気温と冬の最低気温との差が45度近くになる年もある。

冬は本州西南部としては珍しい豪雪地帯である。豊岡市は内陸に位置することから年間平均降雪量は204cmであり、新潟市(139cm)、金沢市(157cm)や福井市(186cm)といった北信越の都市を上回る西日本屈指の豪雪都市でもある。過去最深積雪として1936年2月3日に186cmを記録した。2012年2月18日には積雪100cmに達し、1984年2月8日の131cm以来28年ぶりに1m台に達した。

夏は中国山地を越える南寄りの風がフェーン現象の影響を受けて連日のように猛暑が続くことが多く、最高気温が37℃以上になることも珍しくない。過去最高気温は2023年8月5日に観測した39.4℃である[5]。

豊岡盆地を流れる円山川が発生させる盆地霧も特徴的な気象である。盆地霧は年間約120回ほど発生する。

豊岡支援チームと豊岡市のメンバー

| | | | |
|--------|--------|--------------------------|----------------|
| アドバイザー | 村井 千賀 | 石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター | 副所長 |
| 兵庫県 | 滝原 幸雄 | 兵庫県高齢政策課 | 主査 |
| | 大塚 秀樹 | 兵庫県高齢政策課 | 地域包括ケア推進班長 |
| | 永田 智 | 兵庫県立但馬長寿の郷 | 主任 |
| | 小森 昌彦 | 兵庫県立但馬長寿の郷 | 地域ケア課長 |
| | 柳 尚夫 | 兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所） | 所長 |
| | 守本 陽一 | 兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所） | 職員（医師） |
| | 森田 喜代子 | 兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所） | 課長補佐 |
| | 厚生局 | 多田 順一 | 近畿厚生局地域包括ケア推進課 |
| 杉田 塩 | | 近畿厚生局地域包括ケア推進課 | 課長補佐 |
| 服部 弘樹 | | 近畿厚生局地域包括ケア推進課 | 地域支援事業係長 |
| 厚労省 | 水津 秀幸 | 厚生労働省認知症施策・地域介護推進課 | 係長 |
| | 高橋 遼 | 厚生労働省認知症施策・地域介護推進課 | 係員 |
| 事務局 | 玉木 翼 | (株)日本能率協会総合研究所 | 主任研究員 |
| 豊岡市 | 原田 政彦 | 豊岡市健康福祉部 | 部長 |
| | 宮本 和幸 | 豊岡市健康福祉部健康増進課 | 課長 |
| | 村尾 恵美 | 豊岡市健康福祉部健康増進課 | 参事 |
| | 上田 有可 | 豊岡市健康福祉部健康増進課 | 主幹兼係長 |
| | 河嶋 理恵 | 豊岡市健康福祉部健康増進課 | 主幹 |
| | 定元 秀之 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 課長 |
| | 和田 征之 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 参事兼課長補佐 |
| | 木村 弥江 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 参事 |
| | 玉島 正雄 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 主幹兼高齢者福祉係長 |
| | 吉岡 和彦 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 主査 |
| | 林 恭子 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 主査 |
| | 山田 晃子 | 豊岡市健康福祉部高年介護課 | 主任 |

エントリーした理由

私：4月からやって来ました。

「豊岡市さん、地域支援事業
基準超過してますよ！！」

えっ！！



従前相当通所サービスの基準超過

どうしたら減らせる??

これまで・・・

サービスCは既に取り組んでいる。また、通いの場も60%の地区が実施している。

でも、サービスCから通いの場へつながっていない。

通いの場もない地区もある。

市の面積も広いため、サービスが無い地区もある。

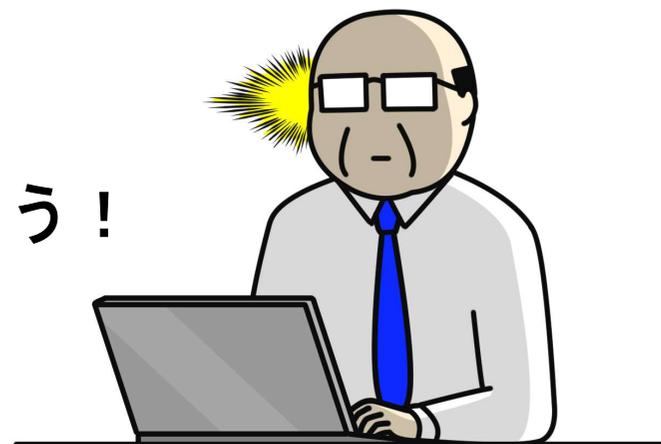
見直すべきところのポイントがわからない・・・。

よし。

加速化事業にエントリーして、

わからないことを聞いてみよう！

思ったことをぶつけてみよう！



現役世代の負担率：生産年齢人口+65歳以上高齢者の倍率

豊岡市の人口推計 豊岡市の人口推計（単位：人）

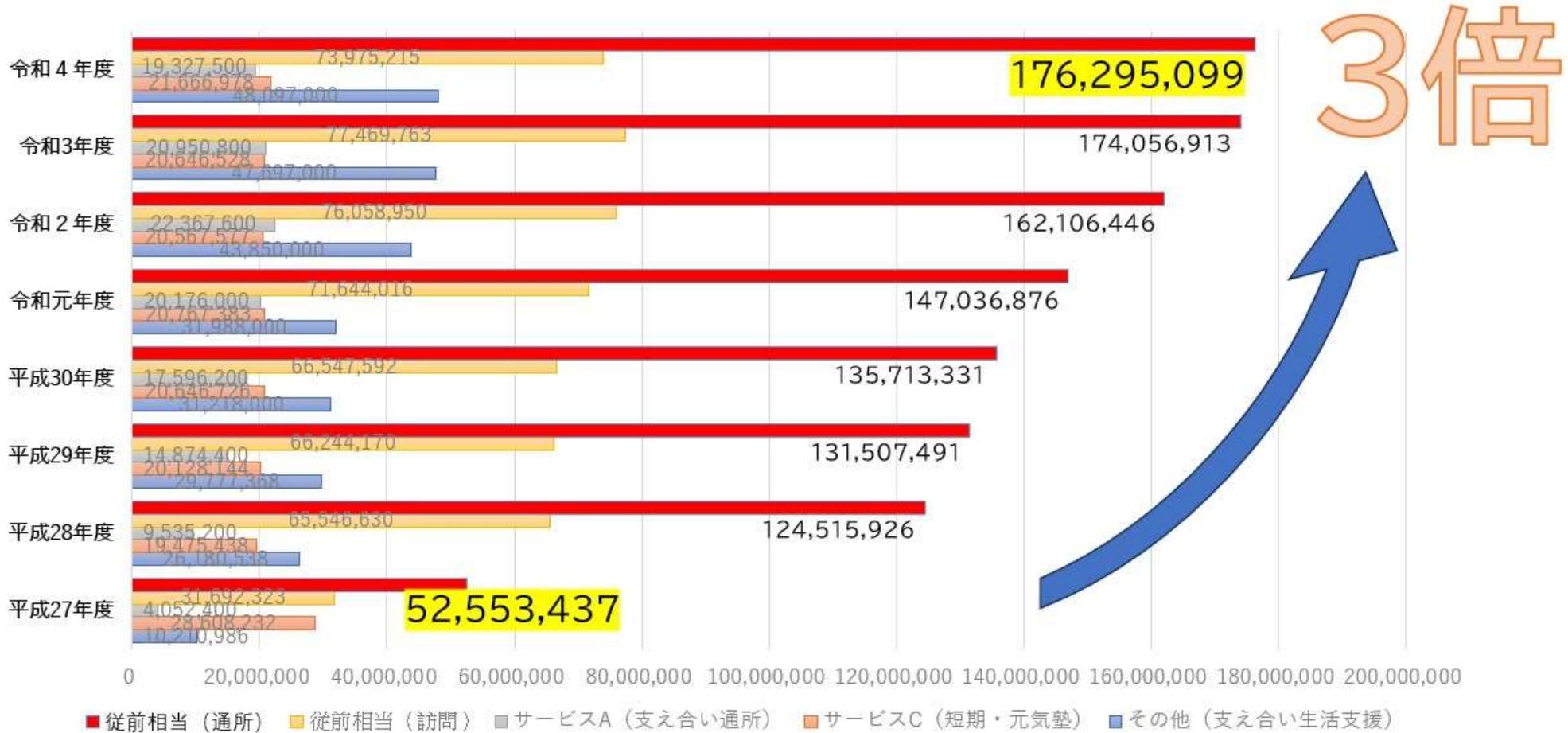
1.7倍

現役世代の負担増
(1.7倍 ÷ 1.1倍 = 154%)

1.1倍



地域支援事業 年度別費用 決算より (単位：円)



本市の加速化事業スケジュール（全7回）

7/20 第0.5回MTG（オリエンテーション）（web）

9/11 第1回MTG（対面）

10/17 第1.25回MTG（対面）（一部のみ）

11/2 第1.5回MTG（web）

11/16 第2回MTG（対面）

1/26 第2.5回MTG（web）

2/9 第3回MTG（対面）



現状



従前相当通所

↑ ケアプラン作成 7,200件/年 全体16,988件

事業対象者、要支援 1, 2 全体16,988件/年(予防給付含む)

↓ ケアプラン作成 720件/年

現況：短期集中Cの卒業者は、行き場所がないので、リピーターとなる等、玄さんにつなげない

玄さん元気教室 (通いの場) 短期集中サービスC

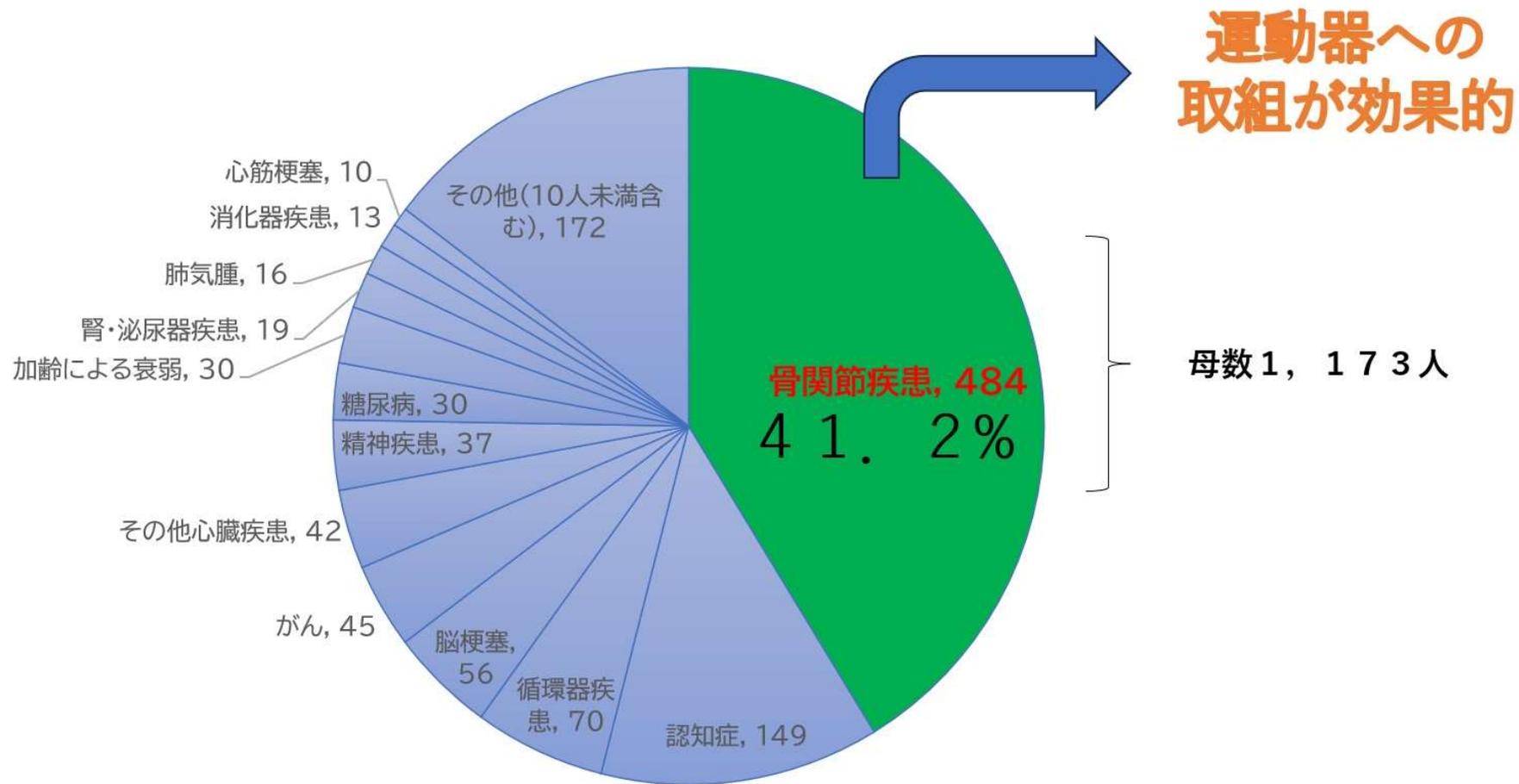
玄さん元気教室
 個所数 217/369か所 2022年
 ・月1回以上参加 1,324人
 うち要支援1 23人
 要支援2 10人
 要介護1 10人

 ・週1回以上参加者 2,895人
 うち要支援1 37人
 要支援2 17人
 要介護1 15人

運動からだ元気塾
 ・実156人 2022年
 うち事業対象者 117人
 要支援1 34人
 要支援2 5人

**通いの場へ行かずに、
 短期集中サービスCに
 リpeatしている**

令和4年度 要介護認定時の疾患名（要支援1，2）：人（コロナ合算除く）



骨関節疾患:骨折ヒビ含む、腰椎症、膝関節症、脊柱狭窄症、関節リウマチ、その他の関節症、その他の整形外科疾患、パーキンソン病

| | 2022非該当 | 事業 | 支援1 | 支援2 | 介1 | 介2 | 介3 | 介4 | 介5 | 計 |
|-------|---------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-------|
| 15～64 | 36,822 | | 6 | 8 | 17 | 10 | 7 | 5 | 7 | 60 |
| 65～74 | 10,573 | 30 | 102 | 41 | 77 | 37 | 41 | 40 | 31 | 399 |
| 75～84 | 8,898 | 109 | 378 | 154 | 288 | 126 | 118 | 174 | 120 | 1,467 |
| 85～ | 2,512 | 137 | 623 | 250 | 750 | 395 | 353 | 604 | 325 | 3,437 |
| 計 | 58,805 | 276 | 1,109 | 453 | 1,132 | 568 | 519 | 823 | 483 | 5,363 |

支援1の人数が多い

介護認定の状況

85歳以上で、
認定率が高い



豊岡市として、何を目指すべきか

★65歳からセルフケア85歳の壁を越え100歳の未来へ ～住み慣れた街で、支え合い自分らしく生きる～

「**人生100年時代**」：平均寿命が伸び、100歳まで生きることが一般的となる未来を指す言葉。

この考え方が広がる中で、85歳の時点での健康や自立にも特に焦点が当てられるようになってきている。

<ポイント>

(1)65歳からの積極的なセルフケア：

65歳は多くの方にとって新しい生活フェーズに入る時期となる。65歳から年金受給開始となりライフスタイルの変更の可能性がある。この時期から積極的にセルフケアを行うことで、85歳時の健康と自立を目指すことが可能となる。早い段階からのセルフケアは、100歳までの健康で活動的な生活の礎を築く重要な視点である。

(2)85歳時点での取り組み：

85歳は、介護認定が増え、健康や生活スタイルに変化が見られる時期であり、平均寿命とも重なる。この時期の健康状態がその後の生活の質に大きく影響する。このため、筋力と柔軟性の維持、栄養バランスの良い食事、脳の活性化、社会的なつながり、定期的な健康診断など、多面的な取り組みが必要で、これらの取組は、介護を必要としない自立した生活をサポートし、100歳までの健康で活動的な人生の礎を築く重要なキーとなる。

(3)社会の持続性と活性化：

生産年齢人口が減少し高齢化が進む中で、高齢者が健康で社会に参加し続けることは、社会の持続性や活性化にも貢献することとなる。**85歳での自立**は、その後の15年、そしてそれ以降の活動的な生活を支える土台となる。

(4)第9期介護保険計画の理念：

「**みんなで支え合い、笑顔溢れるまちづくり**」。豊岡市の未来において、市民一人一人の笑顔が街に溢れ、次世代が命の尊さとつながりを学び、いのちに共感し未来へ繋げていくための理念である。

第1回MTG

(課題の共有)

現状、目指す姿、困っていること、どうしたら課題を解決できるか自分たちで考えたことを共有

(方向性の確認)

アドバイザーさんや、支援者の方々から

「方向は間違っていない！」

「豊岡さんがそこを目指すなら、

みんなでそこに向かいましょう！」

という、心強い言葉をいただきました。



第1回MTG

(ワークショップ)

自分たちで考えた方向、何をすればよいか自分たちで考えた



第1回MTG 終了後

思っていた「答え」はなかった。

自分たちで考えないといけないんだ。

答えは、自分たちの中にしかない！
(ということに気付く)

第1回MTG 終了後

でも、もちろん助言やアドバイスもしてくれます！

たとえば・・・

- ・ 通いの場に新しい人が入ってこない
→誰でも通える通いの場にするにはどうしたら良いの？
誰でも通える通いの場とは？（気付きを与えるアドバイス）
- ・ 包括さんの負担が多くて大変。負担軽減したい！
→ケアプランを簡略化してはどう？
- ・ サービスCの卒業から、通いの場へつながっていない。
→通いの場へのつながりは大切
サービスCを利用中から卒業後を考えて！
SCを活用しては？
- ・ 相談窓口で、基本チェックリストをそのまま使うのではなく、
振り分けがしやすいように「豊岡チェックリスト」を考えては？

など・・・



第1.25～1.5回MTG

【内容】

関係部署を集めて、情報を共有しましょう

豊岡市の課題と目指す姿、具体的な解決方法、指標を表にまとめましょう！

→豊岡体系原案を作成していただきました

【感想】

これは何？ 疑問が深まる・・・

この体系的な考え方であることを理解するのに時間を要しました。



第2回MTG

【内容】

通いの場の担当部署の「健康増進課」と課題と方向性を共有した課題解決に向けた役割分担をしましょう！

【決まったこと】

- ・ 適切なサービスにつなげるために業務フローを改良する
- ・ 振り分けの簡素化、適切なサービスにつなげるために「豊岡チェックリスト」を導入する。
- ・ 回復可能な方に対して、適切なサービスで改善を図るため、PTによる身体機能の専門的アセスメントを導入する。

今まで、別々の方向を向いていた二つの課「健康増進課」と「高年介護課」が



同じ方向を向くことができた！

第2回MTGを終えて

内部の協議を進めた。

次は、委託先の「地域包括支援センター」との協議へ向かいたい！

でも、包括CMのモニタリング時にPTが合わせて訪問するため、調整に時間がかかる。
安易にデイサービスにつなげないためには、アセスメントに時間をかけて行うことが必要であるが、
時間がかかる

という新たな課題も出てきた！

- ・・・支援チームとメールや電話などによるやり取りをし、
また内部でも真正面から何度も協議した

第2回MTGを終えて

1月1日 石川県 能登半島地震

石川県立こころの病院にご勤務の、
アドバイザーの村井先生の安否は！？

無事の報に胸をなでおろしました



先生！

大丈夫！



第2.5回MTG

第3回MTGに向けた打合せを行った。

課題解決の方法も独自に考え説明するも、
ボリュームが予想以上に多くて説明しきれない。
(時間が足りない・・・)

→不安を抱えたまま、第3回MTGへ



※実はこのころ、別事業と合わせて市長、副市長にも報告。
大きな方向性で了解を得ていました。

第3回MTG

2. 5MTGで出来なかった部分を整理

そして最後まで、豊岡の方向性を真剣に考え、議論

豊岡体系をまとめていただき、

豊岡市としての最終的な方向性を発表しました。



第3回MTG 豊岡市の方向性(まとめ)

目指す姿

- 65歳からセルフケア85歳の壁を越え100歳の未来へ
～住み慣れた街で、支え合い自分らしく生きる～

目標項目

- (1) 相談体制の整備と地域包括支援センターの業務軽減・自立支援にむけた介護予防ケアプラン
 - ①自立支援型介護予防ケアマネジメントの適正化を図る
 - ②一人暮らし高齢者や処遇困難事例に対し、効果的な支援ができるようになる。
 - ③介護保険の初期の相談支援体制を整備する。
- (2) 85歳以上の方まで通える通いの場
 - ①フレイルや低体力者、骨関節疾患などの虚弱者も、症状に応じて通える通いの場を提供する。
 - ②短期集中サービスCから通いの場への移行ができるようにする
 - ③短期集中サービスCから社会参加へ
 - ④従前相当通所介護サービスから他の通いの場への移行を推進する。
※短期集中サービスCは継続する
- (3) 65歳以上のセルフケアの推進
 - ①社会参加が健康につながるという意識啓発

これから イメージ

健康

事業対象者

支援1

支援2

介護1

介護2

介護3

介護4

介護5



通いの場への誘導:通いの場につなげることで、
短期集中サービスCから卒業

従前相当通所



第1オプションとしては、つながない

事業対象者、要支援
1, 2



短期集中サービスC



玄さん元気教室 通いの場

ケアプラン不用

通常、生活支援が必要となった場合、地域包括支援センターが窓口となる。

- (1)運動器が短期集中で回復が見込める場合は、サービスC
- (2)入浴、食事などのサービスが必要な場合は、従前相当、支え合い生活支援等につないでいる。

しかし、実際には本人と家族の要望を聞き入れることが多いため、デイサービスが優先的に選択されることになるが、運動器の回復は、デイサービス等では困難である。

このため、以下の改善方法を検討する

- (1)デイサービスありきではなく、まず、運動器の回復が見込めるサービスにつなぐ(通いの場を含む)
- (2)サービスCの利用者であれば、卒業後、生活期へ移行するための受け皿(通いの場)につなぐ

第3回MTG終了後

しかし、これからが、正念場！！

関係機関との協議でも、これまでの取組を元に自信をもってやっていこう！

叩かれても叩かれてもゾンビのように立ち上がろう！

という気持ちが必要だと考えています。

「あきらめたらそこで終了ですよ！」

という天の声も聞こえてきました

伴走支援を終えて

【あっ！という気づき】

あっ！ケアプランの簡略化はこうやったらできるんだ！

あっ！見える化って必要なんだ！

あっ！サービスCの途中で卒業後を見込んだつなぎを考えたらいいんだ

あっ！SCさんをもっと活用したらいいんだ！

あっ！誰でも通える通いの場って、こういうことなんだ！

あっ！誰かが何かしてくれるわけではないんだ！

(自分たちで考えないと)

伴走支援を終えて

【苦しい！点】

- ・ 単純に手間がかかって、苦しい！（何かするためには、必要なことです）
- ・ すぐには解決できないこともあって、苦しい！
（長い時間をかけて取り組む問題はある）
- ・ 市が自分で考えるということに慣れていないから、苦しい！
- ・ 体系図を理解するのに、苦しい！（でも、これで目標と具体が整理できる）
- ・ 既に導入したものを変えることに大変な労力がかかって、苦しい！
- ・ それぞれのMTG（ミーティング）は、時間が足りなくて、苦しい！

伴走支援を終えて

【良かった！点】

- ・ 他の市町の取組の情報を教えてもらえて、良かった！（特に県内の情報ならダイレクトに即入る）
- ・ 気持ちの持ち方についてもアドバイスがもらえて、良かった！（一人で悩まない）
- ・ 優秀なアドバイザーや国、県の支援者が一緒に考えてくれて、良かった！
- ・ 自分たちの方向性が間違っていないと後押しをしてもらえて決意が固まって、良かった！
- ・ 通いの場の部門と一緒に考える機会が得られて、良かった！
- ・ 体系的に考えられて、良かった！
（自分たちでは、出来ることだけを考えてしまいがち。
大きな視点から、必要なものが何かを教えてくれる。）
- ・ 何度でも、自分たちの思いを伝えることが出来て、良かった！
- ・ 自分たちの市の現状と課題と方向性が見える化できて、良かった！
- ・ 自分たちの思いを、相手に分かりやすく伝える工夫が出来て、良かった！
→結果、市が一丸となって動けるようになった。
- ・ 行き詰まったら、困っていることを相談できて、良かった！
（通常だと厚生労働省に聞いても時間がかかるが、この事業に限っては優先してもらえる）
- ・ 伴走支援が終わっても「見捨てない」と言ってくれて、良かった！

豊岡体系（全体）

この体系を元に具体的な取り組みを行っていきます！

| 最上位目標 目標 | 65歳からセルフケア85歳の壁を越え100歳の未来へ |
|--|---|
| <p>介護予防ケアマネジメントの適正化</p> | <p>豊岡対応策【案】</p> <p>①自立支援型介護予防ケアマネジメントの適正化を図る。 ・ケアマネ連絡会での研修後、自立支援型地域ケア会議で「デイサービスを希望している、よくあるケース」を取り上げることを検討する。 ・年1回、包括直営分の従前相当のケアプランチェックを実施可能か相談する。可能な場合、短期集中サービスもしくは生きがい活動支援事業、支え合い、サロン等に紹介をする。(件数は相談) ・介護予防プランにサービスCとした場合は、サービスCのプランを活用する。プランの連動 ・豊岡子チェックリストについて、包括の相談窓口で実際に利用する。</p> <p>②一人暮らし高齢者や処遇困難事例に対し、効果的な支援ができるようになる。 ・介護施設入所となるケースでは、身寄り無しの場合、出来るだけ早い段階から措置入所を含めて検討する。 ・上記及び今回行ったアンケート結果を取りまとめ、全国市長会等を通じて、国県にガイドライン策定を要請する。 ・困難事例を随時蓄積する ・困難事例アンケートを実施する(身寄り無しの人に対して、ケアマネの範囲を超えて行った支援に対するアンケートは、実施済)</p> <p>③介護保険の初期の相談支援体制を整備する。 ・豊岡子チェックリストを作成する ・窓口対応マニュアルを作成する</p> <p>④対象者が希望する目標を明らかにする研修会を開催する。 ・ケアマネ連絡会で、テーマを「デイサービス希望のケース」に絞って研修会を実施する。</p> |
| <p>課題・問題点: ・入口での本人・家族の希望からアセスメントができていない。 ・介護予防ケアプラン数を減らしてはどうか。</p> | |
| <p>85歳以上の方まで通える通いの場</p> | <p>①骨関節疾患、パーキンソン病などの疾患のある者(虚弱者)に対する通いの場を創設する。 ・虚弱対象の体操を導入する。 ・世話役の交流会開催し、活動の情報共有や意見交換を行い、玄さん元気教室の活発な活動を支援する。 ・世話役交流会の開催時には、民生委員や区長も参加対象とし、会の参加を通じて玄さん元気教室の内容を知ってもらう。 ・意識が醸成した地区に対して、プレ体験などで体験してもらう。 ・通いの場が無い等の地区の場合、サービスCの卒業者を対象に、コミュニティ単位(小学校区単位)での通いの場を立ち上げる。 ・元気塾卒業後1回目のフォロー時に卒業者以外にも困りごと相談があれば、必要に応じて健康増進課、包括等に情報共有する。</p> <p>②短期集中サービスCから通いの場への移行ができるようにする。 ・短期集中サービスは介護予防ケアプランのADL/IADLの改善目標に焦点を当てたアプローチとする。 ・中間評価時に、後半通いの場にも併せて参加するように伝える。 ・必要に応じて、訪問し、生活の課題に対し解決できるよう指導する。 ・場合によっては、通いの場まで通える練習をする。 ・上記の支援をしてくれるかどうかを現在のサービス提供事業所に相談する。どのような働きかけができるか確認する。 ・場合によっては、今後契約の中上記を記載する。 ・但馬長寿の郷と連携し、2024年度からサービスCのアセスメントを行う。</p> |
| <p>課題: ・事業所がしっかり対応できるのか。</p> | <p>利用期間3ヵ月で中間評価、その後の3ヵ月で卒業後を見込んだ指導を行う。 ・卒業後1ヵ月後と3ヵ月後のモニタリング実施する</p> <p>③従前相当通所介護サービスから他の通いの場への移行を推進する。 ・モニタリングではなく、従前相当のケアプランチェックを行い、ニーズの乖離があるものには、指導をおこなう。 ・年1回、包括直営分の従前相当のケアプランチェックを実施可能か相談する。可能な場合、短期集中サービスもしくは生きがい活動支援事業、サロンに紹介をする。</p> |
| <p>65歳以上のセルフケア</p> | <p>①社会参加が健康につながるという意識啓発 ・人の役に立つ、リーダーとなるよう働く人は働く、歩ける人は歩く、体操できる人は体操をするなど、社会参加を促すような意識啓発をする。 ・広報戦略(広告塔のシンボルとして、TSC(トヨタスマートコミュニティ)の活用を検討する。</p> |
| <p>課題: ・効果的な広報の方法</p> | <p>②社会参加のニーズと活躍の場の提供により、生活支援サービスやボランティア、地区組織等の参加者を増やす ・普及啓発については、広報、市関係機関等のホームページの他、SNS等、既存メディアではない部分での配信も検討する。</p> |

豊岡体系（相談体制の整備と地域包括支援センターの業務軽減・自立支援にむけた介護予防ケアプランができるようになる）

| 目標項目 | | 評価指標(例) |
|-------------------|--|---|
| 上位目標① 3年後目標 | 相談体制の整備と地域包括支援センターの業務軽減・自立支援にむけた介護予防ケアプランができるようになる。 | (-)従来型サービス利用者数を30%減らす (+)予防サービスにつながる人を増やす (-)従前サービスのプランを2.2%減らす |
| | 中位目標(2年後目標) ① | 自立支援型介護予防ケアマネジメントの適正化を図る |
| | 下位目標(1年以内目標) ① | <p>【下位目標①】</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネ連絡会での研修後、自立支援型地域ケア会議で「デイサービスを希望している、よくあるケース」を取り上げること検討する。 <p>【具体的対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の目標とアセスメントを明確化するための研修会を開催する 事例検討会を開催する <p>【下位目標②】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防マネジメントのプランを分析する。 <p>【具体的対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立支援型地域ケア会議で目標のチェックと具体化に向けた指導、それに基づくアセスメントの確認をする。 <p>【下位目標③】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防プランにサービスCとした場合は、サービスCのプランを活用する。 <p>【具体的対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス・支援計画書の支援計画に、サービスCの個別サービス計画を添付可能とする。 運動機能の評価やアセスメント、目標の明確化、適切なサービスの選定のため、長寿の郷の地域リハビリ訪問の活用 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> 適正化チェックシートを作成する。 ⇒どのようなものか確認 研修会実施後、自立支援型地域ケア会議でのテーマとして取り上げること検討する。 ケアプランチェック実施 サービスCのプランを活用した件数30件(1年目は、訪問件数が多く取れないため) 豊岡チェックリストの利用開始 |
| 中位目標(2年後目標) ② | 一人暮らし高齢者や処遇困難事例に対し、効果的な支援ができるようになる。 | 処遇困難となる事例数を減らす |
| 下位目標(1年以内目標) ① | <p>【下位目標①】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議を成功体験の蓄積の場とする <p>【具体的取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1)介護施設入所となるケースでは、身寄り無しの場合、出来るだけ早い段階から措置入所を含めて検討する。 <p>【下位目標②】</p> <ul style="list-style-type: none"> 処遇困難事例をまとめ、今後の対応の方法を蓄積する。 <p>【具体的対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)上記及び今回行ったアンケート結果を取りまとめ、アセスメント項目を明らかとし、マニュアル作成等を検討する。 | <ul style="list-style-type: none"> アンケートをする。 ケアマネが対応するとよい事例を明らかにする。 →明らかにすると、対応ができなくなる恐れがある 困難事例の蓄積 困難事例アンケート実施 困難事例アンケート結果の取りまとめ 国県へ全国市長会を通じて要望する |
| 中位目標(2年後目標) ③ | 介護保険の初期の相談支援体制を整備する。 | 初回の要支援の介護認定者数を減らす(-) 新規従前サービス利用者数を〇% (認知症以外) |
| 下位目標(1年以内目標) ① | <p>【下位目標①】</p> <ul style="list-style-type: none"> すぐに介護申請ではなく、豊岡市チェックリストを作成する <p>【具体的取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> 豊岡市チェックリスト(基本チェックリスト+豊岡市チェック項目)の作成 <p>【下位目標②】</p> <ul style="list-style-type: none"> 窓口対応マニュアルをつくる <p>【具体的対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民への介護予防啓発を含めたパンフレット作製を含む、マニュアルの作成 | <ul style="list-style-type: none"> 豊岡チェックリストの作成 窓口対応マニュアルの作成 従前を利用しなければならなかった人を明らかにする。⇒研修会、ケアプランチェックの中で実施か？ |

豊岡体系（85歳以上の方まで通える通いの場）

| 目標項目 | | 評価指標（例） |
|--------|---|---|
| | 85歳以上の方まで通える通いの場 | <ul style="list-style-type: none"> ・週1回集まれる通いの場を増やす（〇箇所） ・85歳以上で通いの場に通っている人の数を増やす。虚弱高齢者が10%程度含まれる。 |
| ① | 中位目標（2年後目標） | フレイルや低体力者、骨関節疾患などの虚弱者も、症状に応じて通える通いの場を提供する。 |
| | 下位目標（1年以内目標） | <p>【下位目標①】 フレイルや低体力者、骨関節疾患などの虚弱者も、症状に応じて通える通いの場を提供する。</p> <p>【具体的対策】 ・既存の調査、アンケートを利用して虚弱高齢者の数を把握する。 ・基本チェックリストの活用を検討する。</p> <p>【下位目標②】 虚弱対象者の体操を導入する。併せて、体力測定等の効果判定を導入する。</p> <p>【具体的取り組み】 ・体力に差があっても、教室参加者が一緒に、同等の効果のある体操ができるDVDを作成、導入する。</p> |
| | ① | <ul style="list-style-type: none"> ・体操を作成導入する ・効果判定を導入する。 体力に差があっても、教室参加者が一緒に、同等の効果のある体操ができるDVDを作成、導入する。 |
| | 下位目標（1年以内目標） | <p>【下位目標③】 元さん元気教室を活性化する</p> <p>【具体的取り組み】 ・世話役の交流会開催し、活動の情報共有や意見交換を行い、玄さん元気教室の活発な活動を支援する。 ・世話役交流会の開催時には、民生委員や区長らも参集対象とし、会の参加を通じて玄さん元気教室の内容を知ってもらう。 ・意識が醸成した地区に対して、プレ体験などで体験してもらう。</p> |
| | ② | <ul style="list-style-type: none"> ・指導者養成講座を開催する ・指導者を〇人養成する <p>地域ごとに、区長や世話役などを対象とした交流会を開催する。</p> |
| ③ | <p>【下位目標④】 サービスのない地域から、新たな通いの場を整備する。</p> <p>【具体的取り組み】 ・通いの場が無い等の地区の場合、サービスC(卒業者を対象に、コミュニティ単位（小学校区単位）での通いの場を立ち上げる。</p> <p>【下位目標⑤】 サービスC(卒業後のフォローの実施</p> <p>【具体的取組】 元気塾卒業後1回目のフォロー時に卒業者以外にも困りごと相談があれば、必要に応じて健康増進課、包括等に情報共有する。その後、健康増進課との協議し、例えば運動器関連だったら元気塾に誘うこともあり</p> | |
| ④ | <ul style="list-style-type: none"> ・サービスのない地域で通いの場を〇箇所増やす ・コミュニティ単位の通いの場を1か所増やす | |
| ⑤ | 中位目標（2年後目標） | 短期集中サービスから通いの場への移行ができるようにする |
| ⑥ | 下位目標（1年以内目標） | <p>【下位目標①】 ・短期集中サービスは介護予防ケアプランのADL/IADLの改善目標に焦点を当てたアプローチとする。</p> <p>【具体的対策】 ・中間評価時に、後半通いの場にも併せて参加するように伝える。 ・必要に応じて、訪問し、生活の課題に対し解決できるよう指導する。 ・場合によっては、通いの場まで通える練習をする。 ・上記の支援をしてくれるかどうかを現在のサービス提供事業所に相談する。どのような働きかけができるか確認する。 ・場合によっては、今後契約の中に上記を記載する。 利用期間3か月で中間評価、その後の3か月で卒業後を見込んだ指導を行う（6か月利用できるようにする）。 後半では、通いの場等の見学・或いは通いの場のリーダーがCに来てもらう、或いは双方に対する情報提供の充実など、地域の居場所につなげていけるような支援を検討する（本人の望む暮らしの実現に向けた支援）。</p> <p>・3か月での卒業を見越したサービスC(提供プランを作成する。その後は地域の活動に馴染めるように配慮したものとす。 ・サービスC(履行中にセルフプラン作成の意識付けを行う・継続する</p> |
| | ① | <ul style="list-style-type: none"> ・ADL/IADLの改善が得られたものの数 ・卒業者（目標達成者）数を増やす ・年間利用者数を増やす。 <p>【サービスC(のプラン】 ・体力測定 ・健康観 ・チェックリスト</p> |
| k ② | 中位目標（2年後目標） | 短期集中サービスから社会参加へ |
| | 下位目標（1年以内目標） | <p>【下位目標②】 ・卒業後1か月後と3か月後のモニタリング実施する</p> |

豊岡体系（65歳以上のセルフケア（自宅ケア・社会参加）の推進）

| 目標項目 | | 評価指標(例) |
|--------------|-----------------------------------|--|
| 上位目標(3年後目標)③ | 65歳以上のセルフケア(自宅ケア・社会参加)の推進 | セルフケアへの移行人数3ヶ月後 36人/年 65歳以上のもので社会参加しているものの割合を〇%とする→取る方法が不明 |
| | 社会参加が健康につながるという意識啓発 | 啓発の回数 |
| | 中位目標(2年後目標)① 下位目標(1年以内目標)① | 【下位目標①】 :社会参加が健康につながるという意識啓発 【具体的取り組み】 人の役に立つ、リーダーとなれるよう働ける人は働く、歩ける人は歩く、体操できる人は体操をするなど、社会参加を促すような意識啓発をする。 広報戦略(広告塔のシンボルとして、TSC(トヨタスマートコミュニティ)を活用:検討中) 【下位目標②】 :セルフケア・セルフマネジメントの普及の一環で介護予防手帳の活用。 【具体的取組】 ・サービスC卒業生には、介護予防手帳のようなものを配布しているため、これを改良する。 ・運動健康ポイントシートを活用する (ポイントが溜まったら、温泉、ウエルストークに利用可能:100ポイント1枚(1日一ポイント、16連続でボーナスポイントあり)など) |

伴走支援を終えて

【他の自治体へのアドバイス】

もっと早くに手を挙げていたら、良かったと思います。

遅くなればなるほど、苦しくなります。

とにかく進むこと。（何かやらないと始まりません）

「あきらめたら、そこで終了ですよ！」



村井アドバイザー様、豊岡市支援チームの皆様 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の 伴走支援を振り返って

～佐用町・豊岡市の伴走支援を通して～

兵庫県福祉部高齢政策課地域包括ケア推進班

兵庫県の概要

- 市町数 41市町（29市12町）
- 人口 約536万人（R6.1推計）
- 高齢化率 29.3%（令和5年時点）
- 認定率 21.2%（令和5年時点）



令和5年度の加速化事業参加までの流れ

● 県内の上限超過市町（佐用町・豊岡市）に前年度から意見交換

- ・ 令和4年度の時点から、上限超過かつ加速化事業未支援の市町に対し、意見交換を行い加速化事業を紹介していた（うまく方向転換できるきっかけになれば…）
- ・ 今年度に入り、再度エントリーを意向を確認

● 2市町からエントリーあり、どちらも選定された

- ・ 2市町ともからエントリーがあったのは嬉しかった

● 県としての伴走支援体制

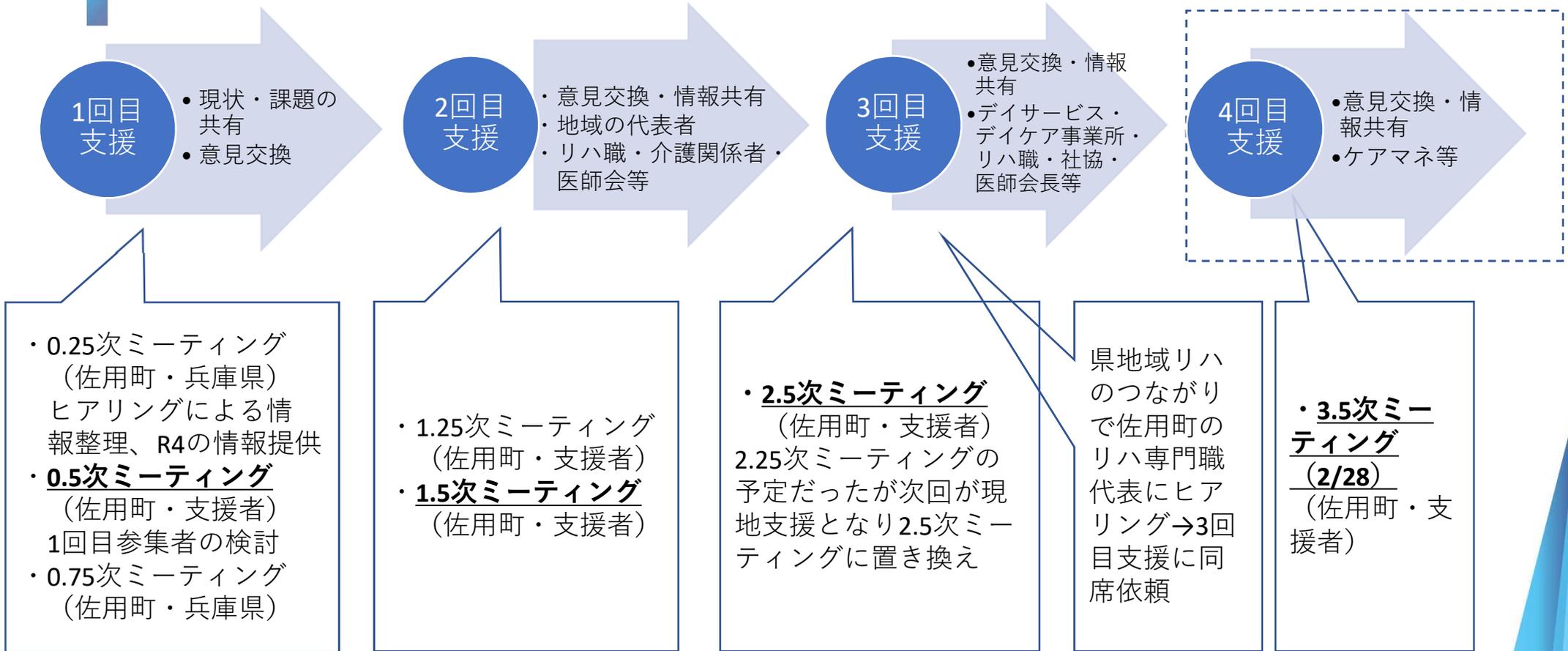
- ・ 担当の振り分けについて検討し、別々の職員が担当することに
- ・ 上司（班長）は2市町ともに参加
- ・ 佐用町は、兵庫県地域リハビリテーション支援センターも県のワンチームとして参加
- ・ 豊岡市は、県の出先機関（豊岡健康福祉事務所（保健所）・但馬長寿の郷のリハ職）の職員も参加

佐用町の伴走支援



佐用町観光イメージキャラクターおさよん

伴走支援の流れ（佐用町）



県としての支援

- ・追加のミーティング（オンライン）で情報整理に協力、R4支援市町の情報提供
- ・他市町の参考事例や資料を提供、新規事業の相談に対応
- ・県地域リハビリテーション支援センターつながりで佐用町のリハ職代表者にヒアリング
- ・現地支援では、関係機関に対し県全体での佐用町の立ち位置や特徴等の現状を説明

伴走支援を通しての気づき

● ビジョンを固め、庁内外に示すことの大切さ

- ・ 佐用町のビジョンを知りたいという地域や関係機関の声が多かった
ビジョンを明確にするための支援も大切だと感じた

● 直接住民や関係機関を相手にする立場の難しさを実感

- ・ 地域の代表者や関係機関との関係性
- ・ 支援回数を重ね、地域への情報共有を進めるたびに佐用町が強くなっている印象
積極的に課内で話し合い、サービスBの立ち上げ支援や新規事業計画を開始

● アドバイザーの力量を実感

- ・ アドバイザーの様々なアイデアや助言、キーとなる人の見極め、とりまとめ等、
力量を目の当たりにした

今後について

- ・ 3.5次ミーティング、4回目支援→R6年度へ
- ・ この佐用町の勢いが継続できるよう、
県として後方支援を続けていく



豊岡市の伴走支援



豊岡市マスコット 玄武洞の玄さん

実施内容と感想(1回目支援)

午前

| | |
|----|---|
| 県 | 県内市町や豊岡市の現状分析を資料発表 |
| 市 | 豊岡市の現状、将来予測(全国平均以上の高齢化、担い手不足)、理想の自立支援を説明(ADからの宿題をしっかりと準備) |
| AD | 準備が素晴らしい。感動。とのコメント |

午後

- ・グループワークで課題に対する対応策を議論
- ・市の綿密な分析もあり、焦点を絞ることができた

が、考えの相違が発覚

考えの相違は当然
早めに伝えてくれたことは、終わってみればよかったと思う。

感想

実施内容と感想(2回目支援)

2回目
に向けて

厚生局 相違を埋めるため、市との個別意見
AD 交換をそれぞれ実施

※県は報告を受けた

2
回目

市が発表(検討中の目標 & 対応策)

- 目標** 介護予防ケアマネジメントの適正化
- 目標** 85歳以上の方まで通える通いの場
- 目標** 65歳以上のセルフケア

最上位目標：65歳からのセルフケアの壁を越え100歳の未来へ

| 目標 | 対応策 |
|-------------|--|
| 85歳以上の方まで通 | <ul style="list-style-type: none"> 1 地域包括ケアセンターの整備 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る |
| 65歳以上のセルフケア | <ul style="list-style-type: none"> 1 一人暮らし高齢者や低所得高齢者に対し、実質的な支援ができるようになる。 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る |

最上位目的：65歳以上のセルフケアの推進と85才

| 目標 | 対応策 | 評価指標(例) | データ収集方法 |
|-------------|--|---|---|
| 85歳以上の方まで通 | <ul style="list-style-type: none"> 1 地域包括ケアセンターの整備 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアセンターの利用率 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアセンターの利用率 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 |
| 65歳以上のセルフケア | <ul style="list-style-type: none"> 1 一人暮らし高齢者や低所得高齢者に対し、実質的な支援ができるようになる。 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る | <ul style="list-style-type: none"> 1 一人暮らし高齢者や低所得高齢者の割合 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 | <ul style="list-style-type: none"> 1 一人暮らし高齢者や低所得高齢者の割合 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る 2 介護予防ケアマネジメントの適正化を図る | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアマネジメントの適正化率 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 | <ul style="list-style-type: none"> 1 介護予防ケアマネジメントの適正化率 2 介護予防ケアマネジメントの適正化率 |

具体的な課題を掘り下げる

- ・サービスCから通いの場への「繋ががない」
- ・通いの場の運動強度が強いのではないか
(虚弱者が参加できるのか)

大きな3本の柱(目標)を設定し、的を絞った議論ができた

感想

実施内容と感想(3回目支援)

3回目に向けて

厚生局

個別、具体的な相談に対応。市の疑問に答え、

AD

3回目の資料作りに寄与

3
回目

目標とアクションプランを議論

- ・市が目標とアクションプランを発表
- ・アクションプランを一つずつ具体的に議論
- ・そのプランがどこの目標につながるか、他の追加すべき目標や施策など、具体的に話し合い

感想

- ・個別に掘り下げることで、課題やプランがより明確になった
- ・保健所や圏域リハ担当者の専門的な助言で、議論が深まった
- ・庁内のコンセンサスは得られた

加速化全体を通しての感想

- ・参加者が回を重ねるごとに増えた
- ・3回目では様々な方が発言し、チームの一体感を感じた
(市職員の、「この資料が完成するまでに、一杯怒ったり泣いたりした」という発言が印象深い)
- ・すばらしいプランができた。
- ・かなりの数の庁内関係者が出席し、合意形成できた。
- ・次はいよいよ実行。すごく楽しみ

今回の成果が得られた要因

- ・市の現状分析が綿密→目指すべき方向性の共有が容易
- ・1回目後の、厚生局・ADの素早いフォロー (push型)
→意見の相違を埋める
- ・市とチームとの密なコミュニケーション(厚生局・AD⇔市)
※県も、もう少し頼られないと
- ・市が頑張った

個人の感想

総合事業で重視すべきこと、チームでの議論の手法等、非常に勉強になった。豊岡市には、今後も呼んでいただきたい。

可能であれば、来年の加速化事業でも、市町と共に悩み・考える機会があれば有難いです。



兵庫県

地域づくり加速化事業をうけて



大淀町 福祉介護課

大淀町について

●人口

16,251人（令和5年8月末時点）

うち、65歳以上 5,934人（36.5%）

75歳以上 2,997人（18.4%）

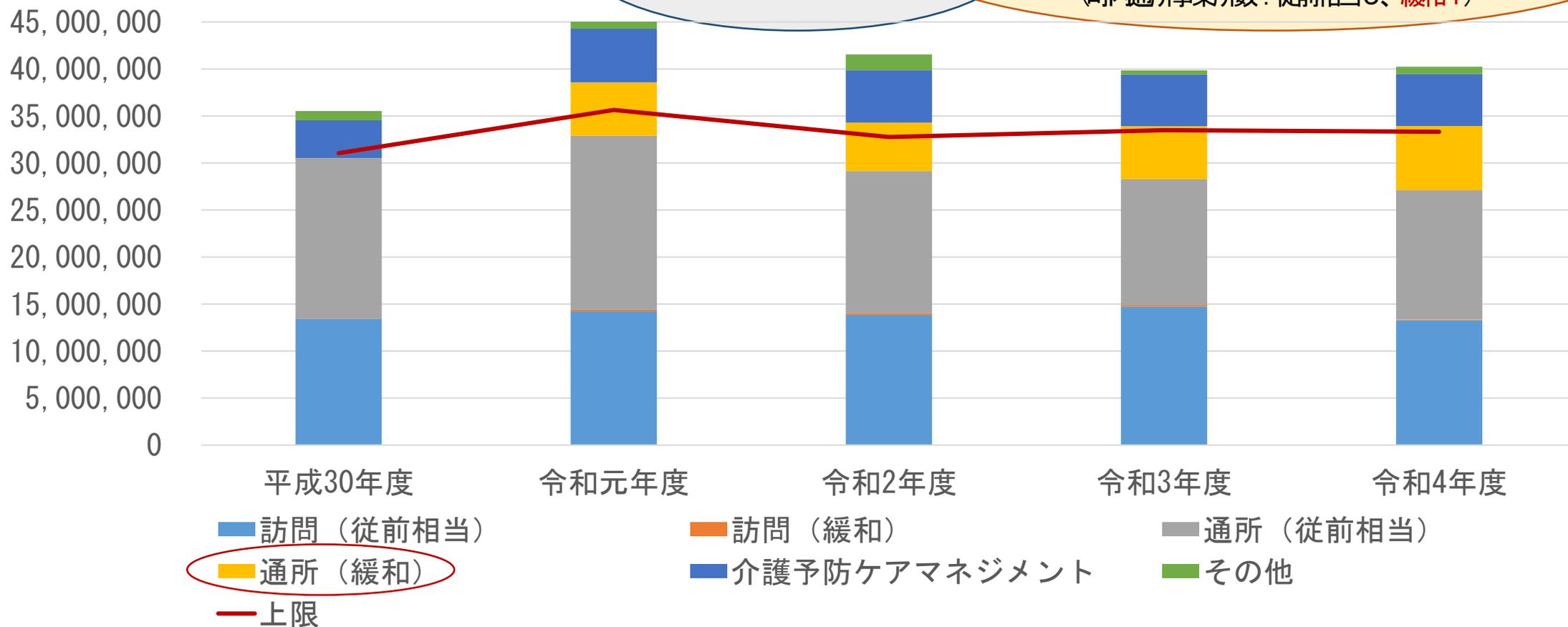
●地域課題

- ①人口減少・少子高齢化
- ②地域資源（人材）の不足
- ③山間地域における移動手段
- ④住民の意識改革



事業を受けるに至った理由

総合事業の上限超過



超過額 4,491,156円 9,548,906円 8,771,368円 6,360,579円 6,913,186円

支援内容

1 回目支援

参加者：国・アドバイザー・県・町・社協・リハ職

- ① 町への指導、助言（町長懇談会の開催）
- ② 大淀町の現状と課題の共有
- ③ 大淀町の意向について
 - ・ 短期集中通所Cの創設
 - ・ いき百実施地域の拡大
 - ・ シルバー人材センターによる訪問型サービスAの創設
 - ・ 自助（本人家族）、互助（地域）、共助（事業所）、公助（行政）の役割分担等

支援内容

2回目支援

参加者：国・アドバイザー・県・町・社協

① 通所A（リハ特化デイ）利用状況の整理

⇒ 通所AがCの要素を含んでいる、いき百への移行が進んでいない

② 高齢者ふれあい活動センターの活用

⇒ 配置・・・常勤 保健師（社協）、スポット 作業療法士（重層的支援体制整備事業）
介護予防の拠点としての強化 等

3回目支援

参加者：国・アドバイザー・県・町・社協・リハ職

① 通所C対象者像の検討

⇒ チェックリストの作成

② 通所Cの創設及びいき百の拡充による上限超過の抑制効果

⇒ 従前相当からの移行も必要 等

来年度以降の取り組み

- ① 住民自助による取り組みの充実・拡充（いき百・介護予防リーダーの強化）
- ② 生きがい活動支援通所事業から介護保険通所介護事業へのブラッシュアップ
（通所型サービスA・通所型サービスCの創設）
- ③ ヘルパー不足の解消
（シルバー人材センターによる訪問型サービスAの創設）
- ④ 住民意識の変容に向けた啓発
（不便な町で暮らすことの覚悟の発信）



住民自助による取り組みの充実・拡充

いき百の実施状況（目標：各地区に1つの通いの場）

地域への説明巡回

1回目支援

18/51地区

地域への説明巡回
高齢者福祉大会での啓発

2回目支援

25/51地区

地域への説明巡回

3回目支援

37/51地区

地域への説明巡回
備品等の購入費補助



令和6年度

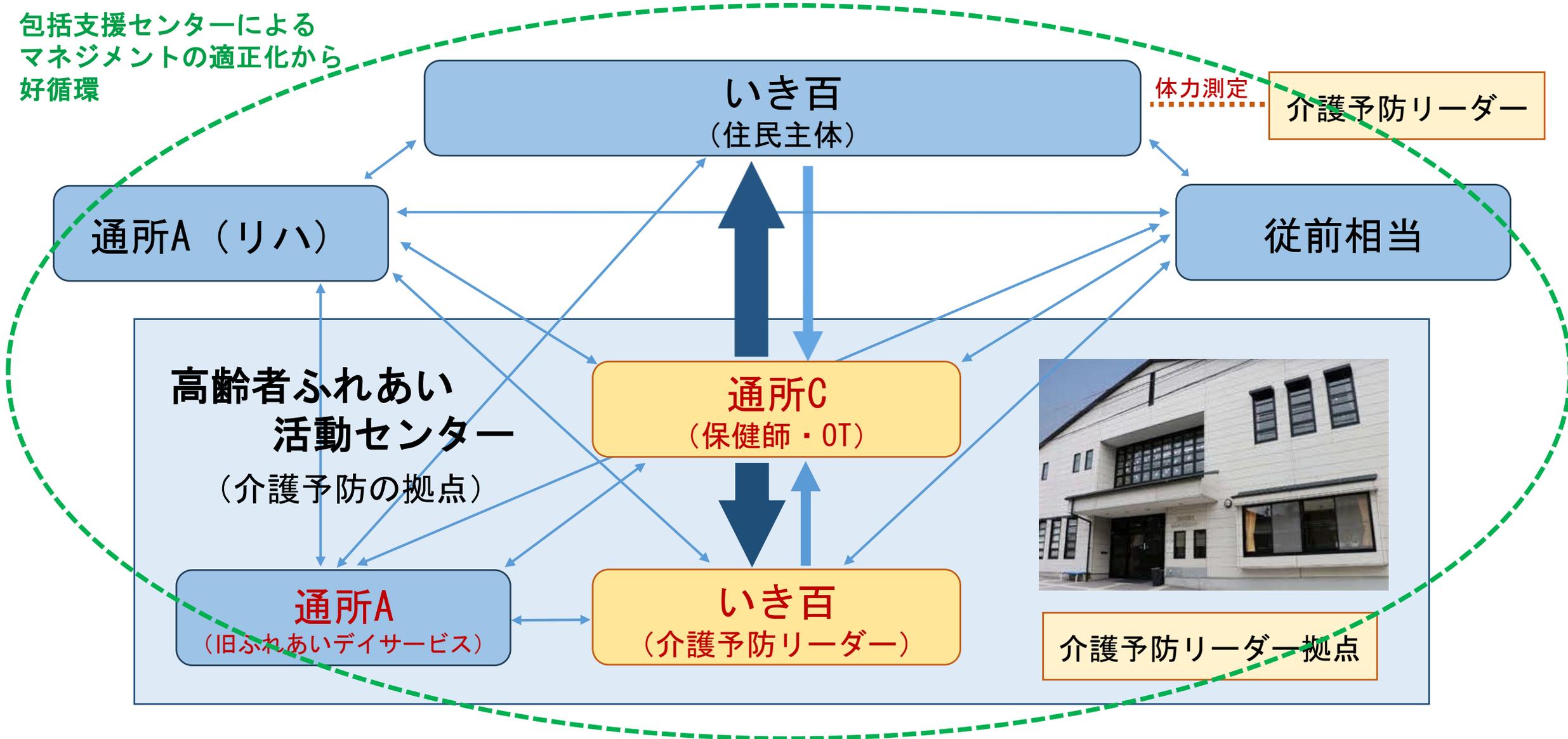
- ・ 45/51地区（目標）
- ・ 高齢者ふれあい活動センター

地域にいき百がない人等

令和6年度 導入支援（補助） + 継続支援（介護予防リーダー・包括・専門職会議）

通所・いき百の全体的な構想

包括支援センターによる
マネジメントの適正化から
好循環



シルバー人材センターによる訪問型サービスA



サービス内容
実施方法
実施効果

生活援助

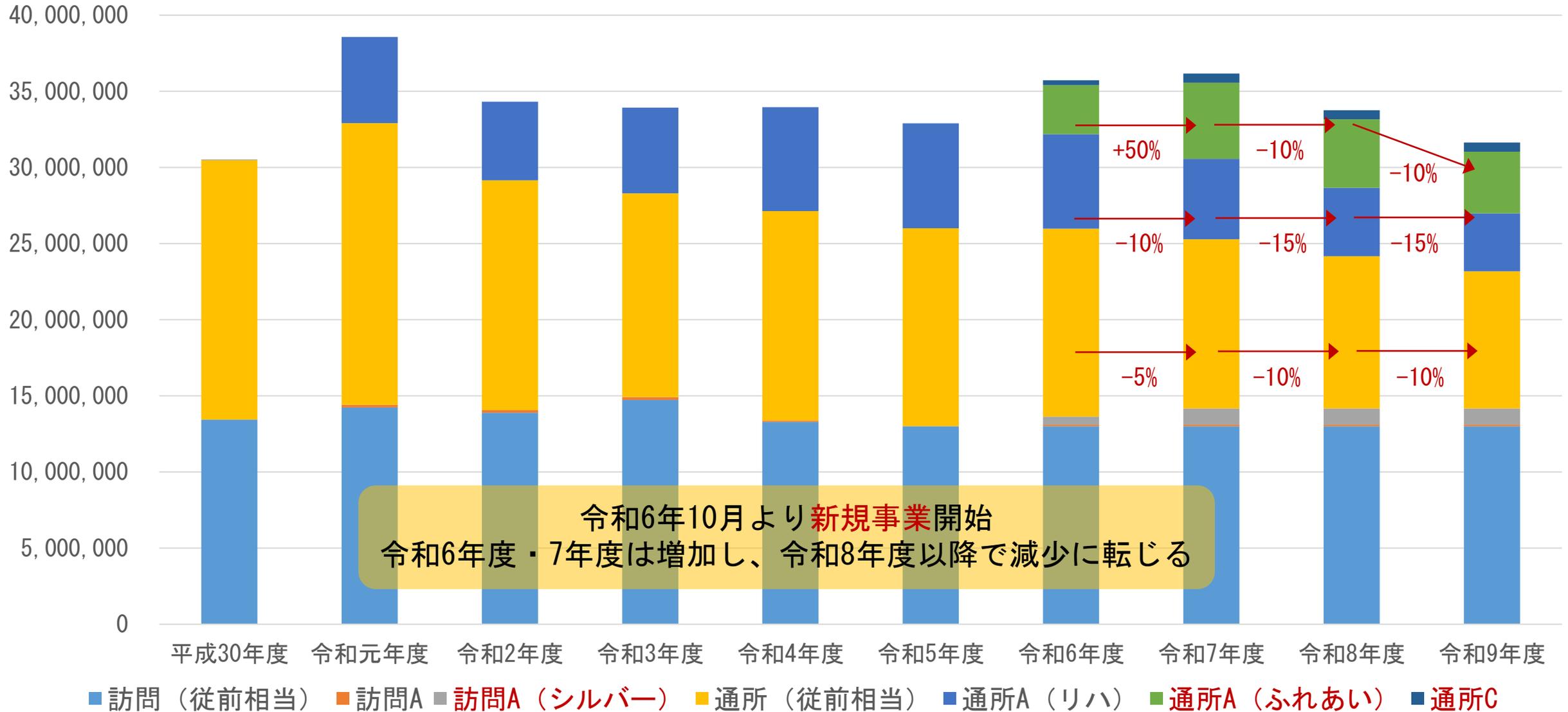
委託

- ・ 元気な高齢者の活躍の場
（生きがいづくり、介護予防）
- ・ ヘルパー不足の解消
⇒ 指定訪問介護事業所のヘルパーは身体介護へ
- ・ 安価な報酬単価による事業費の抑制
- ・ 女性会員の登録増
- ・ スタッフの確保
- ・ 訪問介護事業所の理解（まちぐるみの取り組み化）



課 題

事業費の削減見込み



支援を受けて

- 担当課内で抱えていた課題を町全体の課題として、全庁的に取り組むことができるようになりました。
- 町、社協、リハ職が一丸となって地域課題に取り組むことができるようになりました。
- いき百実施地区の拡充、介護予防リーダーの養成、住民の意識改革のための啓発について、より意欲的に取り組むきっかけとなりました。

ありがとうございました。



介護保険業務に13年間関わってきた担当者の振り返り

↓
成

↓
果

- まちぐるみで上限超過を課題認識することができました。
- まちがこれまで進めてきた取り組みやこれからめざす取り組みを客観的に評価することができました。
- 関係機関や協力団体等とゴールを共有することができました。
- 中山間地域の小さなまちの状況等を国や奈良県に伝えることができました。また、国や奈良県のめざすべき姿を双方向のコミュニケーションで共有することができました。
- 担当職員の資質を向上することができました。

↓
振

↓
り

↓
返

↓
り

○介護保険業務を担当して13年が経過するなか、これまでの凝り固まった思考に縛られていないか（井の中の蛙となっていないか）という思いを持ちながらまちの高齢者福祉事業を進めてきたことから、私自身が進めてきた取り組みの廃止や作り替え、修正など、客観的かつ高度な専門的知見による助言・指導いただいたことがまちだけでなく、私自身の財産となった（成長につながった）と振り返っています。

また、これまでの紆余曲折を含めたプロセスや向かうべきゴールをチーム全体で共有することができました。

○第9期介護保険事業計画期間中の新たな取り組み（一時的な上限超過）について、国、奈良県から共感いただけたことがまちにとっての励み（糧）となりました。

○上限を超えることに対して、まちとして評価する機会となりました。



地域づくり加速化事業報告会

大淀町支援（老健局プッシュ型）における 奈良県の支援について

令和6年3月5日

奈良県 福祉医療部 医療・介護保険局

地域包括ケア推進室



奈良県マスコットキャラクター

せんとくん

©NARA pref.

<http://www.pref.nara.jp/>

■奈良県の概要

- ・人口 1,305,981人
- ・65歳以上人口 422,948人
- ・市町村数 39市町村
- ・高齢化率 32.39%
- ・要支援・要介護認定者数 82,500人(令和4年6月末時点)

(令和4年10月1日時点)

出典「奈良県のすがた2023」



■ 支援の経過

| 支援時期 | 加速化事業における 県の取組内容 | 加速化事業に関連した県の取組 |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・0.5次ミーティング (7月27日) ・第1回支援 (9月26日) ・1.5次ミーティング (11月6日) ・第2回支援 (11月30日) ・2.5次ミーティング (1月4日) ・第3回支援 (1月15日) | <ul style="list-style-type: none"> ・事前資料作成の進捗確認・困りごとの確認等 (9月14日) ・厚生局・県支援チームによる、第2回支援における取組の方向性を踏まえた考察・検討 (12月20日) | <ul style="list-style-type: none"> ・総合事業のあり方支援(アドバイザー派遣)意見交換及び助言(隔月) ・他市の生活支援サービス等の視察・意見交換 ・通いの場の継続支援に関する視察・意見交換 ・他市の短期集中予防サービス事業の視察・意見交換 ・介護予防・重度化防止推進研修 |

随時
所属でのミーティングや関係者で情報共有

様々な機会を活用し、適宜対面・電話等による聞き取りや情報提供を実施

■課題の整理

地域づくり支援ハンドブックでは、「事業における費用対効果の視点として…」

地域の実情に応じた総合事業のデザイン(見直し)や、地域とのつながり・連携を深めることでより効果的・効率的に地域づくりを進めるといったことがとても重要

□市町村による分析

- ・総合事業の実績額の推移、上限額超過の予測と分析
- ・要因と思われるサービスの利用目的やケアプランの確認

上限超過が続いている…

現状のサービス利用状況の見直しが必要では

□近畿厚生局と県での検討・分析

- ・市町村の分析をもとに、サービス単価と利用者数の推計から超過状況や削減額を予想

現在の利用状況をふまえ、効果的なサービスはどのようなものか…。

■課題へのアプローチ(一部)

- ・担当課、役場、関係者、**課題や目的意識の共有**。

関係者との本音の対話により、現状をふまえ、対策を検討していくことが大切。

- ・ケアプランの分析がサービス見直しの基本。利用者の状況、サービス目的、利用期間の見直し等
- ・サービス内容・対象者の**客観的な検討**。
- ・市で作成したロードマップと併せての取組の実行、評価、見直し

■ 支援の場面

大淀町の通いの場の視察

地域づくり加速化事業



対象者の明確化のためのディスカッション

Handwritten notes and diagrams on a whiteboard discussing service provision and target clarification.

今、受け取るサービスが受け手側になる。何かできるか

サービスが提供できる
これに伝えている
利用者に
AとC
従前のC
A7不要?
いきなり対応可能
従前
(足が早い。対応できる)
必要もない人がいる

利用者の
A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

地域の拠点から行政にうつす。必要に応じてつなぐ。
(県庁の)
「お世話になる!!」
お世話になるのは基本4=1/112
↓
人手が欲しい(町)
必要なのはサービス

利用開始時に訪問が必要。
効果的に行うために「訪問」。

専任
専任

3.7割 町のビジョン

訪問A(シルバー): 買い物、洗濯、調理、掃除
買い物は車がなければ
Boj店

租料: 漁舟の修繕品

ニーズ
包括は危機
将来を見据えた高
覚悟が必要

新制度2人の受け

1対1のサービス 1対複数
できる(まじり)対応はできる 1人あたり40分

スマイルの活用 ● 大淀版C型とは?



加速化事業に関連した取組
他市の短期集中予防サービス事業の視察・意見交換

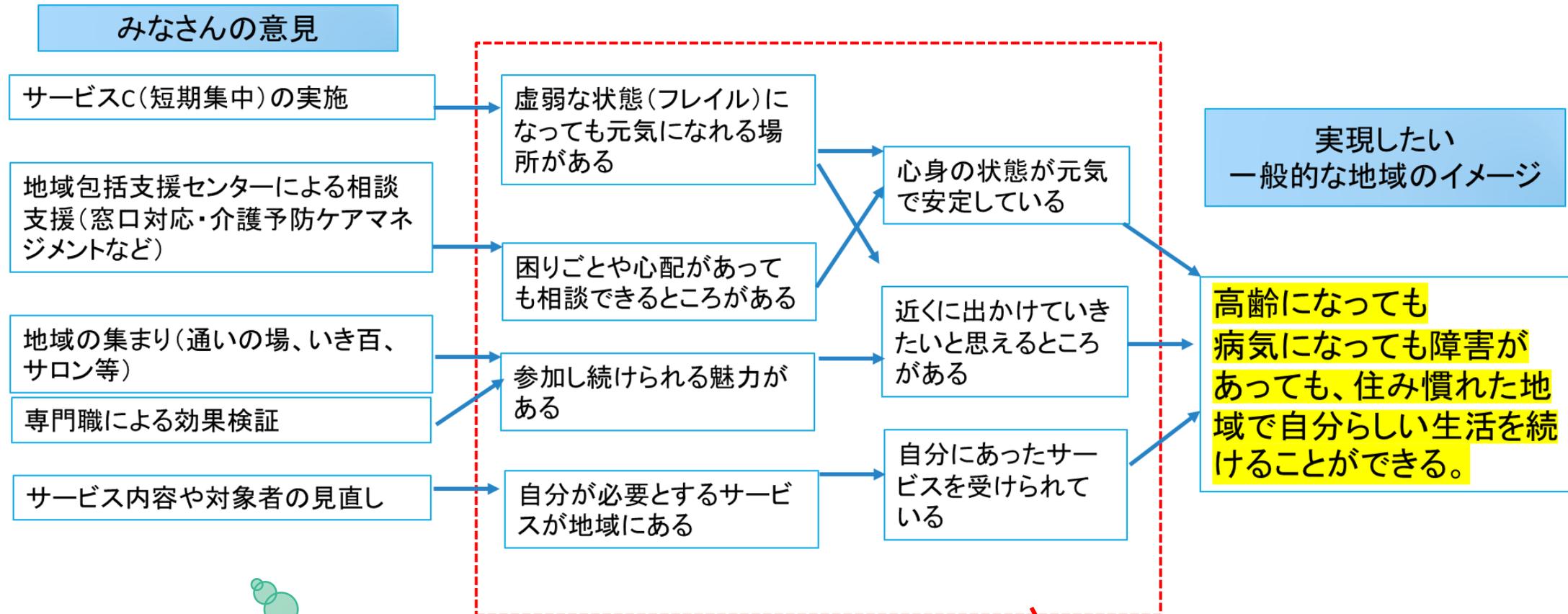
■ 伴走支援で心掛けたこと

- ・町にとっての**最も身近**な相談場所であり続けること。
- ・町の道筋(思い、考え、現状等)に沿えるような支援を一緒に考えていく。
- ・大淀町の「**やりたい**」という**思い**を引き出していく。
- ・みんなわからないこと、知らないことがあって当然。県も学びともに考える。
- ・取組の過程は大変であっても、最後は支援を受けて良かったと思えるように。
- ・町のいいところを伝える。**見直すべきところは自ら気づけるよう**に投げかける。
- ・町だけが汗をかくのではなく、関係者・地域・まちぐるみで取り組めるように。
- ・取組過程で参考になることは、他市町村支援にも有効活用できるようにしていく。

課題を見つけて共有。

今より一歩進んで考えられるように一緒に考える

意見をロジックモデルに落としてみたところ・・・(ほんの一部)



まだまだたくさんありそう・・・。
住民さんや関係者との対話を通じて、たくさん出してほしい

この部分のイメージを具体的にすることが必要ではないか？

■大淀町を応援する声（振り返りシートや支援中の発言より）

住民

- ・「いきいき百歳体操」で元気になった。
- ・定期的に集まるのが、地域の見守りにつながっている。

セラピスト

- ・病院との連携をより深めていくより良いと思う。
- ・訪問サービスCが中止に至った経緯を生かして行ってほしい。

厚労省

- ・課題は明確（介護予防ケアマネジメント、通いの場、移動支援）であり、それを考えるスタッフも揃っている。

アドバイザー

- ・各分野の地域の力を結集して目指す地域像をつくってほしい。
- ・支援対象者の選定など入口の整理を綺麗にして出口を広げてもらえれば確実に進めると思う。

近畿厚生局

- ・町のことを理解し、どこに問題点があるかを把握されていて、とても熱意を感じた。
- ・支援を通して、町としての思いの強さ、覚悟を随所に感じられた。
- ・地域に寄り添い、よい関係が築けているのだと感じ取れた。
- ・介護予防リーダーやリハ職の連携など、大淀町の多彩な強みを発見できた。

県

- ・大淀町の取組を知り、課題をともに検討することで、県としても大きな学びになった。
- ・地域の実情を国（厚労省、厚生局）にも知ってもらうことができた。
- ・支援チームの関わりから得られたものは大きい。

地域づくり加速化事業報告



かつらぎ町イメージキャラクター

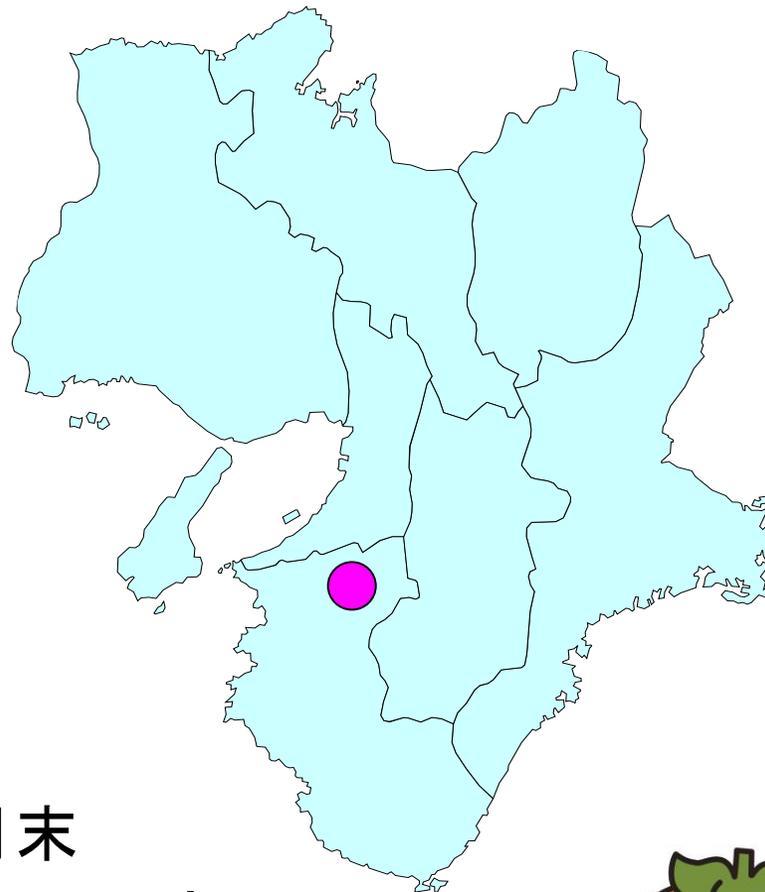
かつらぎ町 健康推進課

和歌山県～かつらぎ町～

- 和歌山県北東部
- 豊かな自然と歴史文化世界遺産とフルーツのまち



世界遺産丹生都比売神社と串柿の里の風景



- 令和5年3月末
人口 15,689人
(65歳以上 6,286人)
高齢化率 40.2%
要介護認定率 20.7%



1. エントリーの理由

■令和4年度

介護予防・日常生活支援事業の費用軽減

→ 短期集中C型サービス事業の充実を図る

■令和5年度

短期集中C型サービス事業を軌道に乗せる

～該当者の発掘（入口）、卒業後の活動先（出口）、
実施体制、庁内連携等



II. 支援の概要

| 回 | 日程 | テーマ | 出席者 |
|-----------|---------------|---|---|
| 第1回 支援 | 令和5年 9月21日 | 事業周知、入口、出口の整理、 事業全体の連動性 | <p><支援チーム> 夏原アドバイザー、藤原 アドバイザー、 県長寿社会課、 厚労省地域づくり推進室、 近畿厚生局、事務局</p> |
| 第2回 支援 | 令和6年 1月18日 | 担当職員が異動しても対応で きる体制づくり（ロードマッ プの作成） | <p><かつらぎ町> 健康推進課（課長、課長 補佐、介護保険係長、長 寿社会係長、三位一体事 業担当保健師）、社会福 祉協議会、包括支援セン ター、生活支援コーデ イナー 総勢21名</p> |



III. 支援によって取り組んだこと

- ①入口の整理（該当者の発掘）～ケアマネや医療機関への周知
- ②地域資源マップを作成（卒業後の活動先）～生活支援コーディネーター
- ③ケアマネジャー研修を実施
- ④介護保険申請窓口のチェックリスト作成→包括支援センターにつなげる
- ⑤判定チェックリスト作成～包括支援センター・ケアマネ活用
- ⑥奈良県生駒市視察研修（令和6年2月1日）
- ⑦ロードマップの作成～職員の異動等に対応できる体制づくり

①入口の整理（該当者の発掘）

| | | 対象 | 機会・方法 |
|---|---------|-------------|-----------------------------|
| 1 | 医療機関 | 医師 | 退院の説明の際など (事前に個別訪問し説明する) |
| | | 看護師 | |
| | | 地域連携室 | |
| 2 | 住民が寄る窓口 | 包括支援センター | 相談時に随時説明 |
| | | 介護保険係 | 介護保険申請時にチェックリストで振り分け |
| | | ケアマネジャー | 相談時に随時説明（研修会で学習） |
| 3 | アウトリーチ | サロン | 説明会の開催、気になる人の連絡 |
| | | 一般町民 | 公民館などで研修や説明会の開催 |
| | | | 保健師が一体化事業個別訪問 |
| 4 | 広報 | 生活機能チェック該当者 | アドバイス表発送時に同封、訪問 |
| | | 一般町民 | 広報かつらぎ、HP等 |
| | | 役場職員 | 説明会を開催等 |

②地域資源マップを作成（卒業後の活動先）

- 作成目的: 町民が健康維持および楽しみづくりを維持できる身近な場所の情報提供
- 配布対象: 「生活機能チェック」結果アドバイス表送付者 約1,200人
町内公民館、CM事業所、入所系事業所、医療機関など。
- 今後について: 毎年更新を予定しています。

令和5年11月発行

気軽な“居場所”に集いませんか??

一かつらぎ町いきいきサロン活動マップ

それぞれの地域にあった集いの場をご紹介します。
「いっぺん、参加してみよう!!」

| No. | 施設名 | サロン名称 | 実施日 | 代表者からの言葉 |
|-----|-----------------------|----------|-----------------|----------------------------|
| 1 | 日野地域交流センター | すてやの健康教室 | 第2、4、6曜日 09時~ | ハイチ、ハイチ、ハイチ、息をきってハイチね |
| 2 | 新保コミュニティセンター 総合交流センター | 健康がサロン | 不定期 | みんな元気な笑顔でサロンにきて!! |
| 3 | 笠原中地区センター | サロンおもしろ会 | 第4、5、6期 13時30分~ | みんな仲良く楽しくお茶をまわそう。 |
| 4 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 5 | 笠原中地区センター | サロンおもしろ会 | 不定期 | 楽しくお茶をまわそう。 |
| 6 | 笠原中地区センター | いきいきサロン | 第3、5期 13時30分~ | 手をとりて、おしゃべりをして、楽しくお茶をまわそう。 |
| 7 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 8 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 9 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 10 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 11 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 12 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 13 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 14 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 15 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |
| 16 | 笠原中地区センター | お茶会おもしろ会 | 第1、3、5期 13時30分~ | とても楽しいお茶です。来てみてください!! |

【問い合わせ】
かつらぎ町 健康推進課長寿社会係 Tel.0736-22-0300
かつらぎ町社会福祉協議会 地域係 Tel.0736-22-4311

令和5年11月発行

気軽な“健康づくり”はじめませんか??

一かつらぎ町健康づくり活動マップ

自分のペースで、運動できる場所!!
「いっぺん、参加してみよう!!」

参加費が必要な場合もありますので、詳しくは各公民館へお問い合わせください。

| No. | 活動名称 | 内容 | 実施日 |
|-----|-----------|-------------------------|-----------------|
| 1 | 大谷公民館 | 新保地区の健康づくり、エクササイズを行います。 | 第2、4、6期 19時30分~ |
| 2 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 3 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 4 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 5 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 6 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 7 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 8 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 9 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 10 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 11 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |
| 12 | 笠原中地区センター | 大層な健康づくりのための健康づくりを行います。 | 毎月第1、3、5期 10時~ |

【問い合わせ】
かつらぎ町 健康推進課長寿社会係 Tel.0736-22-0300 / かつらぎ町社会福祉協議会 地域係 Tel.0736-22-4311

③ ケアマネジャー研修(11月28日) を実施

■目的:通所型サービスCをケアマネに“勧めたい”と思ってもらう

■内容:動画を用いて、利用前、利用後の変化が手に取るようにわかる!

①町の現状と通所型サービスCの概要

②利用者像とチェックリスト

③リハビリの実際

④生活支援コーディネーターの関わり

■ケアマネの感想・反応

- ・本人にも自信がついて、行いずらくなった動作を継続できることはよい
- ・ケアマネも意識を変えていかないといけない

before



after



④介護保険申請窓口のチェックリスト作成・活用

お元気度チェック表

介護保険窓口で事業対象者に該当する方の振り分け、地域包括支援センターにつなげる。

介護認定
その前に

お元気度チェック表

チェックした日： 年 月 日

お名前： _____

現在の心身の状態を確認するためのアンケートです。
該当する所のチェック欄に○印を付けてください。

| 項目 | 該当する項目に○を記入 |
|--|-------------|
| ① 一人で歩くことができる(杖や歩行器の使用を含める) | |
| ② 日常生活に支障をきたすような認知症はない | |
| ③ 入浴や体を洗う行為が一人できる | |
| ④ 住宅改修(家の段差解消や手すりの設置等)は必要ない | |
| ⑤ 福祉用具(ポータブルトイレや介護ベッド等)の購入やレンタルは必要ない | |
| ⑥ 希望する介護サービスは訪問介護(ホームヘルパー)または通所介護(デイサービス)である | |
| ⑦ 家族の介護力に問題はなく、長時間の預かりの場を求めている | |

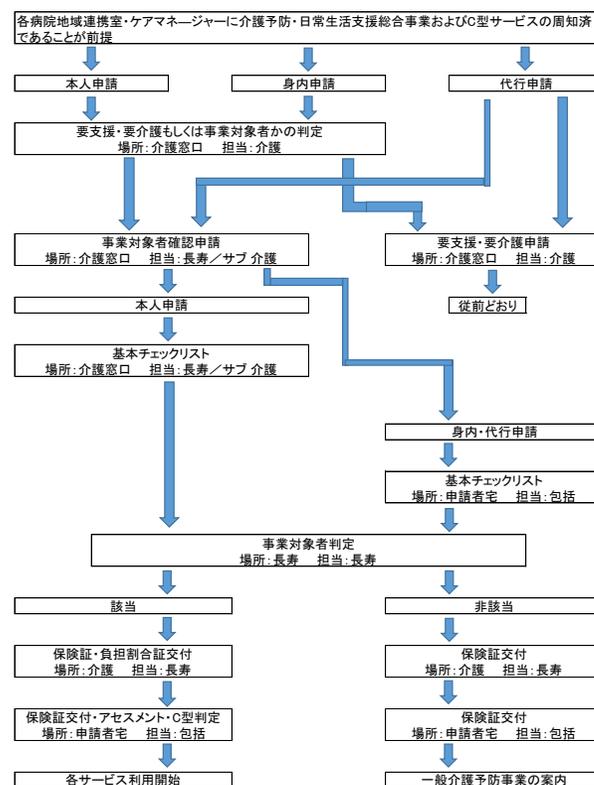
(注意)第2号被保険者は、総合事業を利用する場合でも介護認定が必要です。

上記①～⑦の全てに該当する方は、総合事業の利用がおすすめです。

○総合事業は以下のような特徴があります。

- ・要支援・要介護認定の申請を行わなくても訪問・通所サービスを利用できます。
- ・要支援・要介護認定の申請と比べて結果判定が早いです。
- ・ご本人が元気な生活に戻ることが目標とし、サービス関係者と一緒に、より元気になる次のステップへ進むことを目指します。

C型サービス普及策
入口について
(介護窓口編)



⑤判定チェックリスト作成・活用

リハビリが必要かなと感じた時

元気いこら教室（通所サービスC） 利用対象者チェックリスト

対象者氏名： _____ 記入者： _____ 記入日： _____

| | |
|---|--------------------------------------|
| 利用対象者 事業対象者・要支援1・要支援2の認定をお持ちで生活に支障があり、生活改善意欲のある方 *生活に支障（例）：洗濯物が干しづらくなった 立ったままでの調理ができなくなった 掃除機がかけられなくなった 浴槽がまたくことに不安がある 買い物や通院、サロンに出かけるだけの体力に自信がない等 | |
| 私の目標 （具体的に） | （例：歩いて買い物にいけるようになりたい サロンに行けるようになりたい） |

教室への参加対象者かどうかチェック(✓)してください。(A)～(D)のすべて又は(E)に該当する方

| | |
|--------|---|
| (A) | 疾患等について（下記項目に1つ以上チェックがつく） *医師より運動制限ある方は除く |
| | フレイル・廃用性症候群である |
| | 関節系疾患がある（変形性膝関節症等） |
| | 退院直後で筋力・体力等、運動機能が低下している |
| (B) | 高齢者の日常生活自立度について（ケアマネジャーの判断にてJ1～A2のいずれかに該当する） |
| Rank J | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 |
| | J1 交通機関等を利用して外出する |
| | J2 隣近所へなら外出する |
| Rank A | 屋外での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 |
| | A1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 |
| | A2 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 |
| (C) | 認知症高齢者の日常生活自立度について（ケアマネジャーの判断にて自立～IIaのいずれかに該当する） |
| | 自立 認知機能の低下なし |
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。 |
| | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| II a | 家庭外で上記の状態が見られる。 |
| (D) | 基本チェックリストで下記項目の両方に該当する方（うつ項目で2以上含む方除く） |
| | 運動器機能 6～10で3つ以上のチェックがつく（但し8もしくは9を必ず含む） |
| | 閉じこもり16・17のいずれかのチェックがつく |
| (E) | (A)～(D)すべてに該当しないが、複数に該当し教室への参加がふさわしい方 |
| | 理由： _____ |

包括支援センター・ケアマネ活用

基本チェックリスト

| No. | 質問項目 | 回答 (いずれかに○を お付け下さい) | |
|-----|---|---------------------------|-------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 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 | 0.はい | 1.いいえ |
| 8 | 運動 15分位続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ |
| 11 | 栄養 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 12 | 身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____) (注) | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 14 | 口腔 お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 16 | 閉じこもり 週に1回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 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云われますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 19 | 認知 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 | 0.はい | 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 21 | うつ (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ |
| 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 | 0.いいえ |
| 23 | (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ |
| 24 | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ |
| 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 | 0.いいえ |

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。



⑥生駒市視察

- 訪問日：令和6年2月1日（木）
- 訪問者：包括支援センター、生活支援コーディネーター、事業者、健康推進課 7名
- 施設見学2か所（パワーアップPLUS教室・パワーアップ教室）、懇談

- 参考になった点、整理できた点
 - ・個人目標のたてかた 当初・中間・最終で会議
 - ・ケアマネへの浸透に手間をかけることが大事
 - ・生活機能チェックの活用
 - ・モニタリング期間
 - ・医療機関との関係、庁内推進体制 など

■行政・事業所・包括・SCとの連携！ 一体的な取り組みを共有できた



⑦ロードマップ（作成中）

～職員の異動等に対応できる体制づくり

最上位目標：健康づくりと介護予防の推進

= 「いつまでも元気で自分のことは自分でできる」を実現
～住み慣れた地域で自分らしい生活を続ける～

C型活用の目的： 1. 高齢者の元気な生活を取り戻す

=元の生活に戻る可能性がある人が、介護保険サービスに
頼ることなく元の生活に戻れるようにする

2. 元気で生活できることを住民が理解する

主な
担当

具体的な取組

1 体制整備：（持続可能な行政側の体制整備、
庁内連携／C型の受け入れ体制）

長寿
社会係

2 入口：サービスCが必要な人がサービスに繋がる

包括
支援C

介護
保険係

3 途中：途中脱落しない取組 **事業所**

衛生係

4 出口：卒業後の自分らしい生活を考える

SC

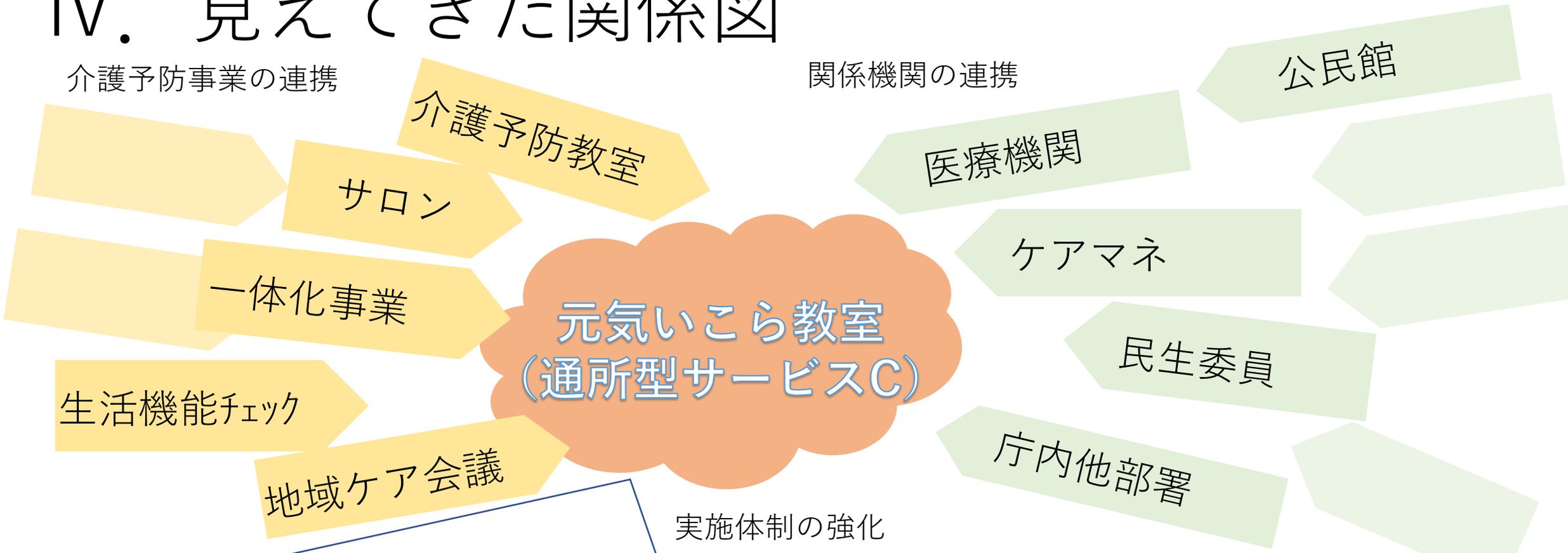
5 事業評価方法の検討

長寿
社会係

IV. 見えてきた関係図

介護予防事業の連携

関係機関の連携



事業所

介護
保健係

衛生係

長寿
社会係

SC

包括
支援C

社協

V. まとめ

よかったこと

- ・社協、包括支援センター、生活支援コーディネーター、健康推進課（保健師・介護保険係・長寿社会係）、事業所と事業の共有ができて、事業実施体制ができたこと。
- ・個々の事業がつながったこと。

気付いたこと

- ・総合事業の柱となるのが短期集中C型サービス事業であるということ。
- ・介護予防事業について、もっと検討が必要であるということ。

これからの課題

- ・短期集中C型サービスをきっかけに、かつらぎ町の総合事業や介護予防事業にとどまらず、健康づくり・スポーツの推進・活躍の場づくりなど町全体のまちづくりにつなげていくこと。

住み慣れた町で、いつまでも元気に！
みんなで支えあえる町を目指して！

ご清聴ありがとうございました。



地域づくり加速化事業報告会

ほっふ・ステップ・じゃんぷ 物語

ほっふ編

御坊市 介護福祉課
(御坊市地域包括支援センター)



御坊市の紹介

紀伊半島海岸部のほぼ中央部

●総面積:43.91km²

●日高川を境に河北、中央、河南エリアに生活圏域

河北:地元の方と移住の方が混在。

中央:官公庁や商業施設が集中。河南:農業や漁業が盛ん。



| | |
|------------|---------|
| 総人口 | 21,525人 |
| 高齢者(65歳以上) | 7,133人 |
| 高齢化率 | 33.1% |

令和6年1月31日現在



【御坊市の認知症施策】

本人の声に耳を傾け、本人の視点に立ち、本人とともにこれからの暮らしを考える。その先に、認知症になっても自分らしく暮らせるまちをつくるのために、多くの仲間（本人含め）と地域づくりに取り組む。

**本人視点の
重視**

応募した理由

介護予防担当に

何から
手を付けよう



保健師
介護福祉課2年目



理学療法士
行政2年目

新しいことを
始めるのに
勝手が
わからない

けれど。。。
何をすれば？



住民さんにとって選択肢が
少ないため総合事業を充実させたい！

けれど。。。
何をすれば？

応募した理由



総合事業を

充実させたい

係長から

全部

あてはまる！

令和5年度地域づくり加速化事業
アドバイザーが
あなたのまちに出向きます

こんな悩み、ありませんか？

| | |
|--|---|
|  介護予防 ケアマネジメント | <input type="checkbox"/> 自立支援・重度化防止の考えを定着させたい <input type="checkbox"/> 継続的なサービス利用が多い |
|  地域ケア会議 | <input type="checkbox"/> 開催する目的を共有したい <input type="checkbox"/> 個別課題から地域課題へ展開したい |
|  短期集中 予防サービス | <input type="checkbox"/> 利用者が確保できない <input type="checkbox"/> 卒業後のつなぎ先が見つからない |
|  通いの場 | <input type="checkbox"/> メニューがマンネリ化している <input type="checkbox"/> 新たに人が入りづらい |
|  生活支援体制 整備事業 | <input type="checkbox"/> 協議体が形骸化している <input type="checkbox"/> 生活支援コーディネーターとの連携がよくない |

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る担当者も少なくありません。
この事業では、そんな市町村の皆様にはアドバイザーが寄り添いサポートします。

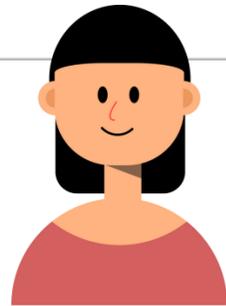


応募
しよう！



第1回目支援前

サービスC今年中に
始められそう！
チラシの悩み全部
解決できたらうれしいな～



手取り足取り教えてもらえると
意気揚々な私たち

令和5年度地域づくり加速化事業
アドバイザーが
あなたのまちに出向きます

こんな悩み、ありませんか？

| | |
|------------------|---|
| 介護予防 ケアマネジメント | <input type="checkbox"/> 自立支援・重度化防止の考えを定着させたい <input type="checkbox"/> 継続的なサービス利用が多い |
| 地域ケア会議 | <input type="checkbox"/> 開催する目的を共有したい <input type="checkbox"/> 個別課題から地域課題へ展開したい |
| 短期集中 予防サービス | <input type="checkbox"/> 利用者が確保できない <input type="checkbox"/> 卒業後のつなぎ先が見つからない |
| 通いの場 | <input type="checkbox"/> メニューがマンネリ化している <input type="checkbox"/> 新たに人が入りづらい |
| 生活支援体制 整備事業 | <input type="checkbox"/> 協議体が形骸化している <input type="checkbox"/> 生活支援コーディネーターとの連携がよくない |

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、そんな市町村の皆様にはアドバイザーが寄り添いサポートします。



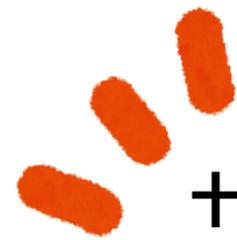
サービスC受け入れ事業所の
リハビリ職の方も
参加してくれることになったし、
いい事業つくれそう！

1回目支援

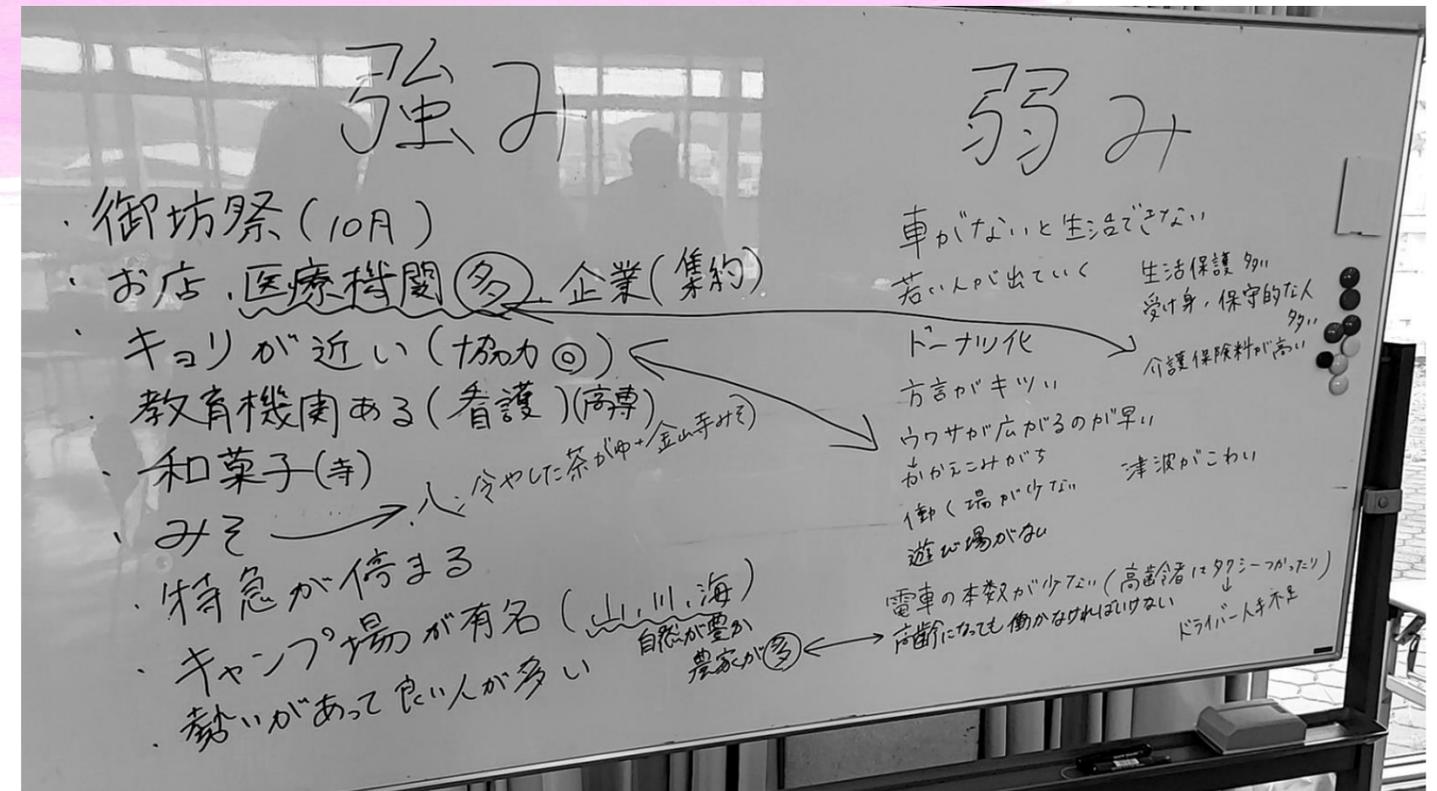
【参加者】

介護福祉課・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・事業所

- ① 短期集中予防サービスCのデザイン
- ② サービスCのメリット・デメリット
- ③ 御坊市の強み・弱み



サービスC考えれば考える
ほどむずかしい～



理想のごぼうのまち

0904グループワークから

選択できる
まち

出かけるところが
あるまち

挑戦できる
まち

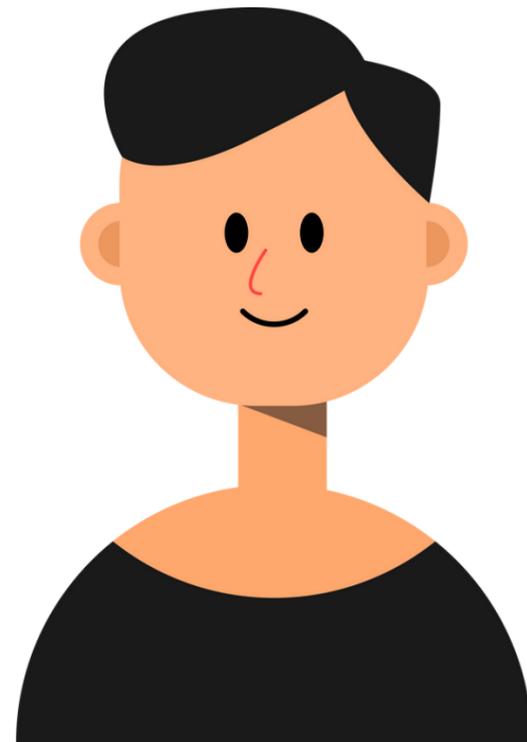
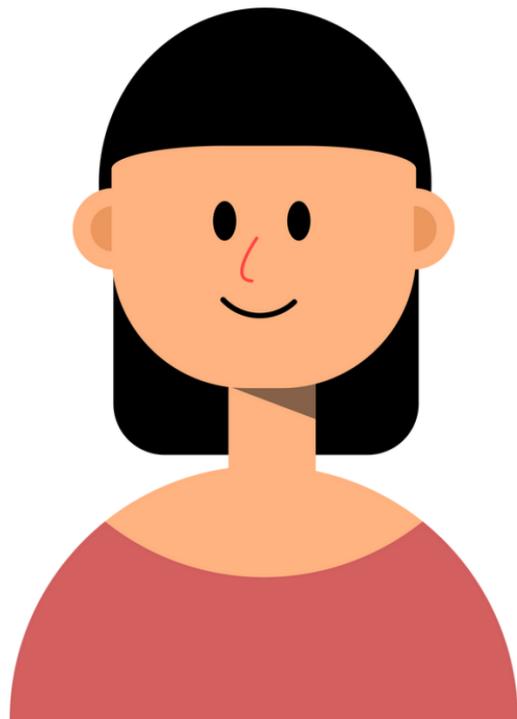
笑顔がある
まち

あかるいまち

多世代交流がで
きるまち

近所付き合いが
あるまち

助け合いが
できるまち



かっこいい高齢者とは

0904グループワークから

趣味がおおい

よく食べて運動してる

健康意識がたかい

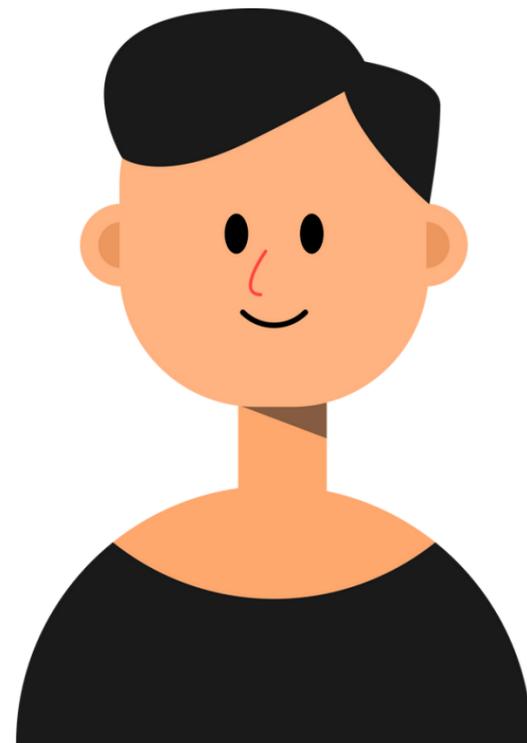
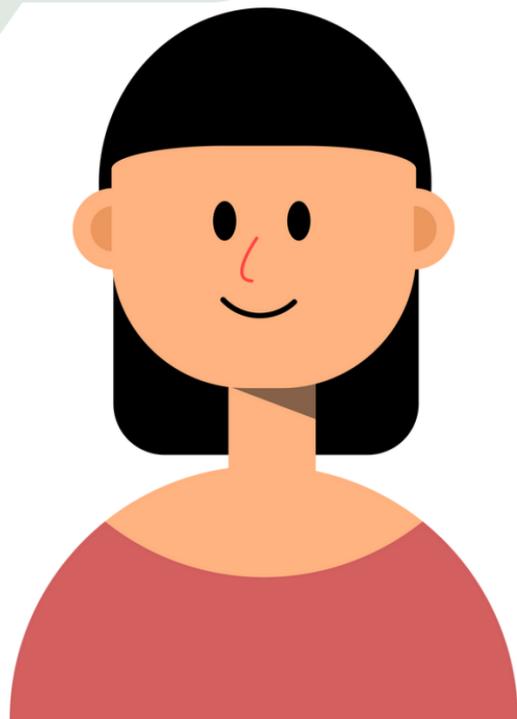
ITに詳しい

あかるく笑顔がおおい

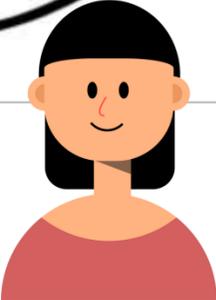
おしゃれ

経済的にゆとりがある

前向き遊び心



1回目支援後



てっきり始める前提での話になると思っていたので
困ったな～



事業をはじめるにあたり
甘く考えすぎていたかな。
もう一度考えてみよう

御坊市でサービスCを
するかしないかを再検討することに



OODAループを活用してみよう

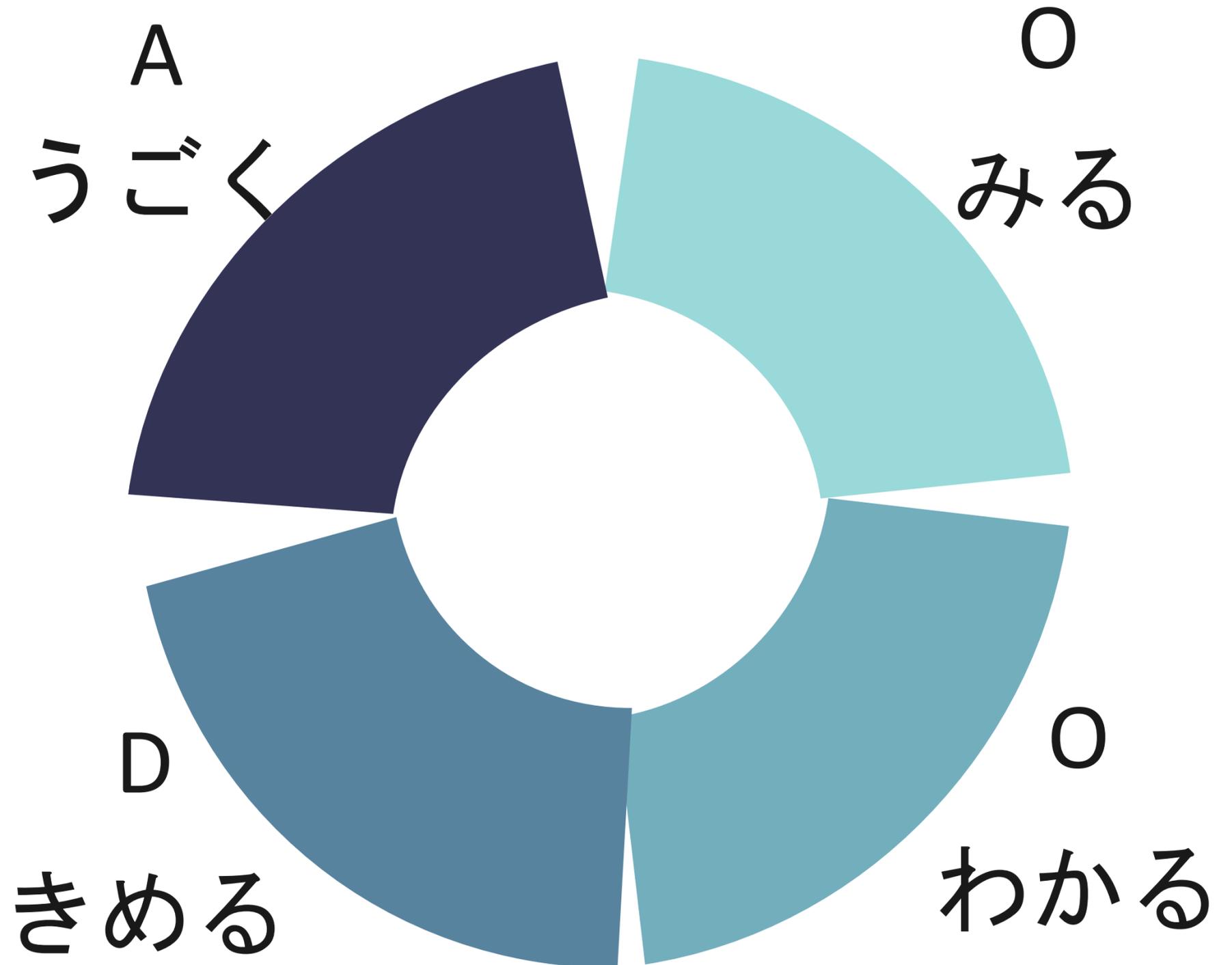
OODAループ

01 観察情報収集

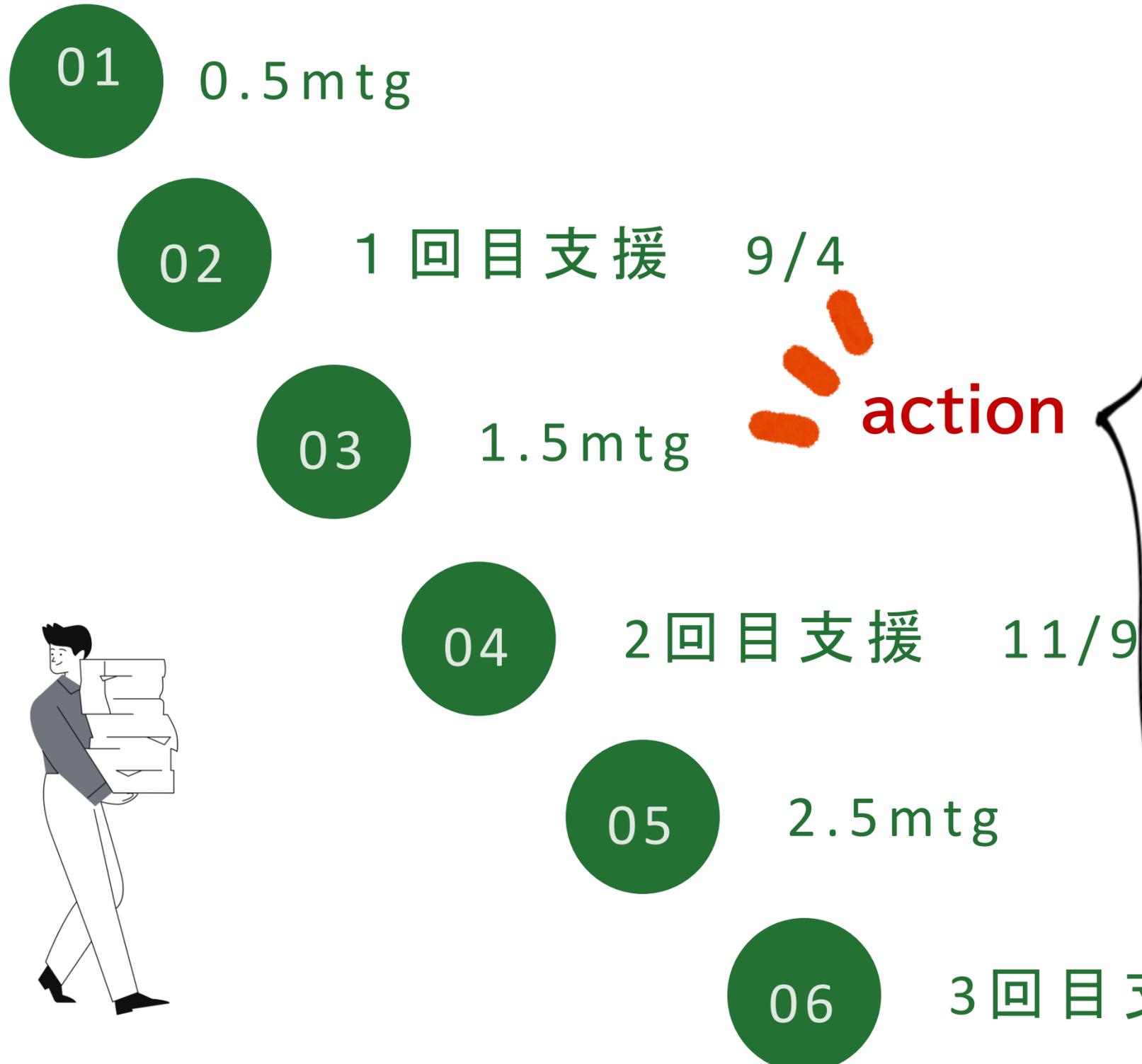
02 状況 方向判断
仮説設定

03 仮説をもとに
意思決定

04 行動 実行



第1回支援後

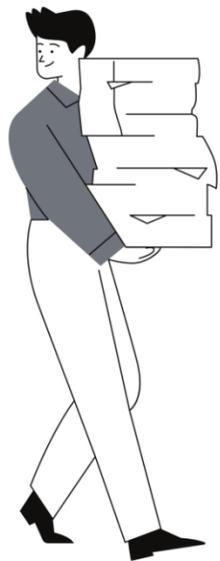


〇みる

- ・関係者と第一回支援後ヒアリング
- ・洲本市視察 (10/18)
- ・情報収集

〇わかる

- ・ケアマネジャー、事業所、SCの気持ち、しんどさを教えてもらう
- ・短期集中サービスC以外の方法を知る
- ・短期集中予防サービスについての研修開催 (県派遣事業) (9/15)



御坊市がめざすのは



高齢者が明るくたのしく前向きに
なれるまち！



サービスCをする！



サービスCはあくまでも手段。



目的に沿った事業を展開するために、

自立支援について考えたい

2回目支援

【参加者】

介護福祉課・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・事業所

- ①御坊市の自立支援について考えよう
- ②サービスCの対象者のケース検討



四方八方から愛のある
千本ノックをうける

2回目支援



自律支援の対象者ってどんな人？

生活に
支障が
出てきた人

楽しみを持ってなく
なった人

ちょっと手助けが
必要な人

あきらめていること
がある人

助けは求めている
が、支援が必要な人

意欲が
低下した人

障害の
ある人

自律支援ってなにをすればいい？

そっと背中
を押す

気持ちを
聞き出す

解決策を
提案

やりたいことを
一緒に考え
見つける

チームで
役割分担
しながら
関わる

生活課題の
改善・工夫を提案

本人がしたい生活に
気づかせる

頼れる
関係づくり

2回目支援後

御坊市の自立支援について考える
サービスCの対象者について考える

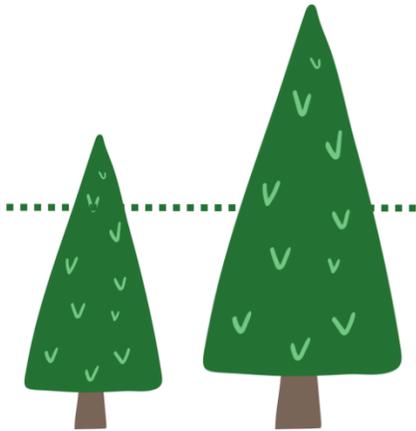


御坊市の自立支援について
たくさん意見もらえたから
よかったな～



人によって自立支援の考え方が
異なるから聞けてよかった
御坊市の自立支援を共通して
周知していかないと

第2回支援



D きめる Aうごく

- ①関係者向けに
御坊市の自立（自律）支援について
説明会（ 11/22）
- ②関係者に地域ケア会議の
アンケート実施（11月末）
- ③短期集中予防サービスC研修参加
（生駒市 田中特命監（11/29）
- ④事業所との打ち合わせ
契約・仕様書完成（12/26）

御坊市の 自立（自律）支援

本人が「どう暮らしていきたいか」をともに考え
「できること」への気づき、
「したいこと」の実現ができるよう
（時に）支え、（時に）あと押しすること

自立（自律）支援のねらい

いまここからはじめよう

①自身の可能性にきづく



②暮らしを続ける方法を知る



③自己管理ができる



2回目支援後



①関係者向けに
御坊市の自立（自律）支援について発表！



ステキ体操GO!GO!GOBOも♪

3回目支援

【参加者】

介護福祉課・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・事業所

①御坊市の自立支援について

②サービスCのデザイン発表

③地域ケア会議について

過密スケジュール！！



3回目支援

【参加者】

介護福祉課・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・事業所



3回目支援



自立支援型ケア個別会議を 2ver.にて開催

NEW

定期開催する
自立支援型地域ケア会議

本人宅で行う
自立支援サポート会議



H29年度～ 自律支援サポート会議
試行実施開始
『本人視点』『自己決定』を尊重するため、
本人(家族)が参加し、自宅で開催。
<メリット>
自宅環境や本人のADLの実際を確認
でき、本人と対話しながらより具体的な
アドバイスができる。

グループワークで、
それぞれの会議の「ありたい姿」「強み」「弱み」「課題」を深掘り！

チーム御坊 誕生



3回目支援後

サービスCモデル事業開始

自立支援型地域ケア個別会議説明会開催

自立支援型地域ケア個別ケア会議モデル開催

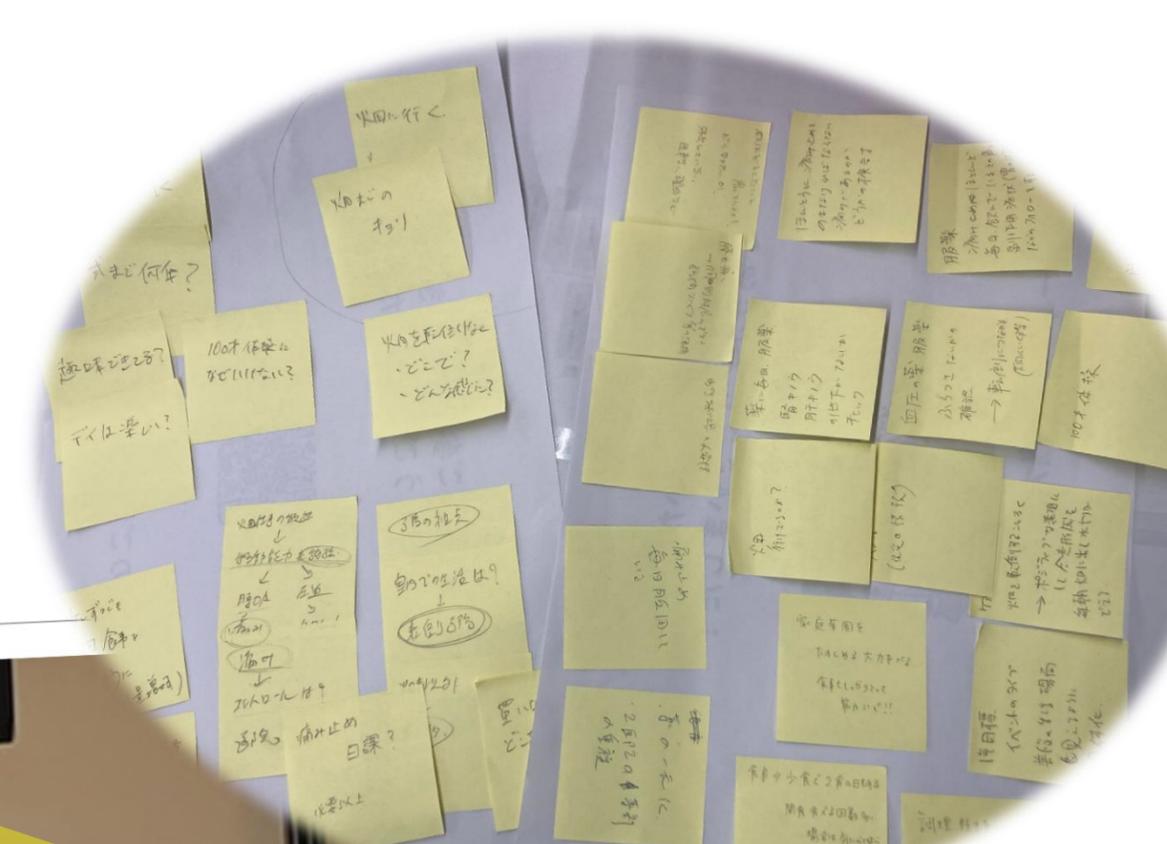
御坊市の自立支援について決まったことがすごく良かった
みんなで考えたことだから胸をはって伝えていってほしい



自立支援型地域ケア個別会議 専門職への説明会 開催

【参加者】

管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師・理学療法士・作業療法士



総勢45名参加

事例を通して
プレケア会議！



自立支援型地域ケア個別会議を通して



学習共同体としてLOVEとリスペクトをもってフラットな関係で

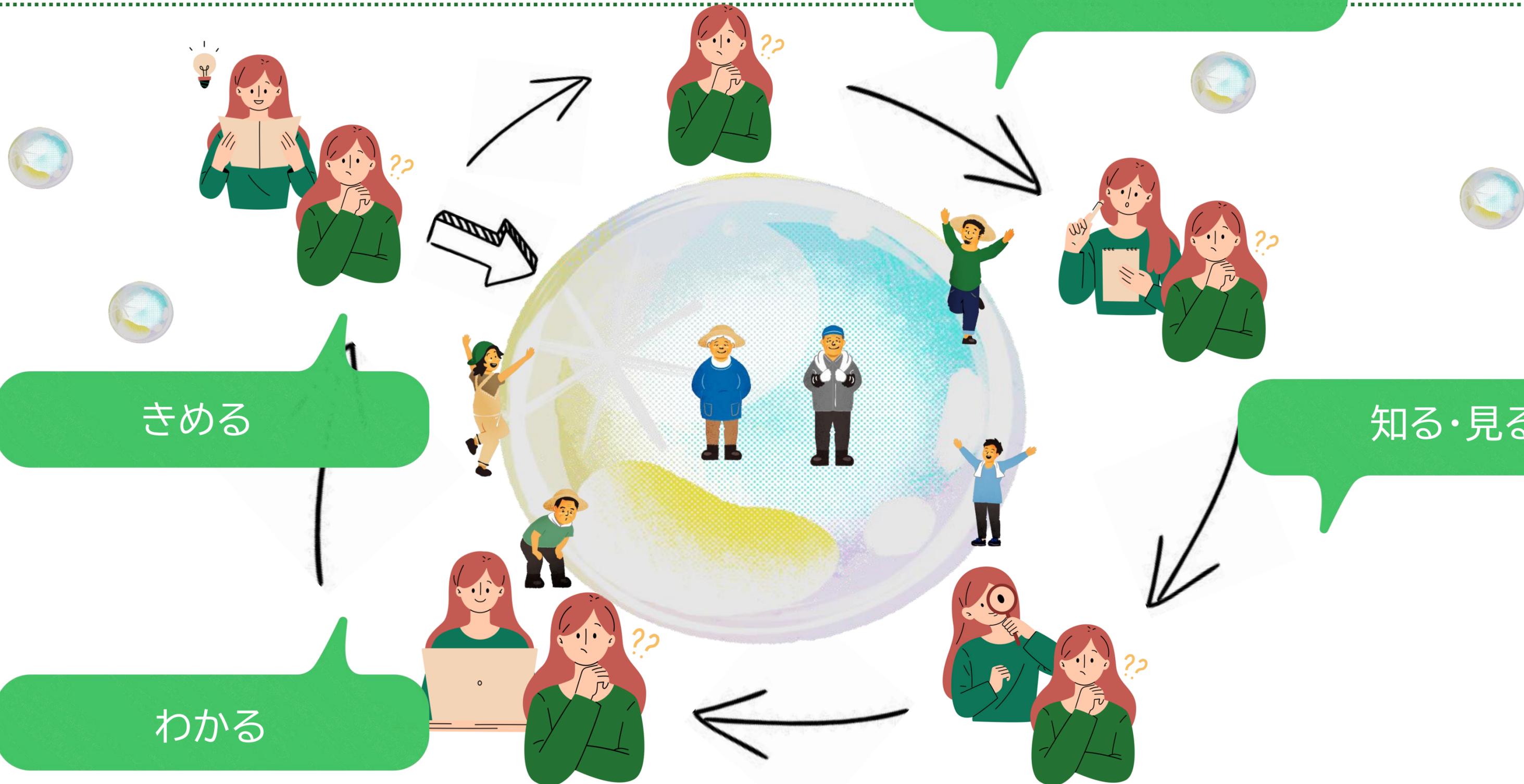
きもちの変化

悩み・不安・困り感

きめる

知る・見る

わかる



加速化事業を通して

御坊市の自立支援の考え方がきまる

短期集中予防サービスCモデル事業開始

自立支援型地域ケア個別会議が開始

STEP 1
つながる

STEP 2
しる

STEP 3
うまれる



まさか地域ケア会議まで
話あうことができるとは
本当に協力してくださった
みなさまのおかげ



課題もたくさん見えたが、
予想以上に協力やご意見を
もらえることへの気付きがあった



第9期で重点的に取り組む

加速化事業から
WHY
と
対話
の大切さを
学ぶことができました

御坊市のほっぷ編はこれで終わりますが、

来年度からはステップ編に突入し

事業の本格実施開始です！

地域づくり加速化事業による 市町村伴走支援を受けて

和歌山県
高野町 介護福祉課
地域包括支援センター

高野町について



- ・和歌山県の北東部に位置し、町域の70.6%が標高600m以上の高地。
- ・世界遺産「紀伊山地の霊場と参詣道」が町域に含まれる。
- ・人口：2,732人
- ・65歳以上人口：1,220人
- ・高齢化率：44.7%（県内7位）
※令和5年度和歌山県における高齢化の状況より
- ・要支援、要介護認定率（第1号被保険者）：21.8%
※全国平均を上回っているが、県平均を下回っている。
- ・日常生活圏域：2圏域（高野圏域、富貴圏域）
- ・地域包括支援センター：1か所（直営）



この事業にエントリーした理由

●「通いの場」について

- ①「通いの場」が住民主体の集まりにできていない。
- ②担い手の確保が難しい。また、リーダーの育成や後継者の確保が難しい。
- ③毎回内容が同じようなものになってしまい、住民にとって魅力的なものになっているのか？
- ④他市町村はどのように運営しているのだろうか？

●「地域ケア会議」について

- ①「地域ケア個別会議」は毎月実施しているが、「地域ケア会議」の開催には至っていない。
- ②毎回事例を提出してもらおうケアマネも「やらされている感」がある。
- ③他市町村はどのように運営しているのだろうか？

第1回目支援（令和5年9月19日）

●参加者

荒井アドバイザー（東京都稲城市 高齢福祉課 高齢福祉係 係長）

厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

和歌山県長寿社会課介護保険班

高野町介護福祉課（介護保険係・地域包括支援センター）

高野町社会福祉協議会SC

日本能率協会総合研究所

第1回目の支援内容

● 「通いの場」について

- ・ 高野町の「通いの場」現状共有、課題検討

● 「地域ケア会議」について

- ・ 高野町の「地域ケア会議」の現状把握、課題検討
- ・ 町内の関連する各種会議体の把握と整理

● 振り返り、アフターミーティング



先進地域の「地域ケア会議」の視察 (令和5年10月18日)

- 兵庫県洲本市がポジティブな会議を開催しているとのことで、近畿厚生局様から視察のお誘いをいただき参加。
- 司会は理学療法士（市職員）でSCも兼務されている方が行っており、ファシリテーション能力の高さに感心。
- 2時間半程度で5事例を検討するという、スピーディーな進行であったが、出席者の意識共有がしっかりできているため、濃い内容。
- 司会者が会議の理念や目的を冒頭に毎回述べていることが印象的。

洲本市様ありがとうございました。

少しでも追いつけるように頑張ります！



第2回目支援（令和5年11月20日）

●参加者

荒井アドバイザー（東京都稲城市 高齢福祉課 高齢福祉係 係長）

厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

和歌山県長寿社会課介護保険班

高野町介護福祉課（介護保険係・地域包括支援センター）

高野町社会福祉協議会SC

日本能率協会総合研究所

○「通いの場」…町内2つのサロンの中心的メンバー6名

○「地域ケア会議」…地域ケア個別会議の専門職1名、町内で活動している介護支援専門員2名

第2回目の支援内容

● 「通いの場」について

- ・ 「通いの場」の推進、整備の方向性を検討
- ・ 実際に地域のサロンで活動されている方々に参加していただき、ディスカッション

● 「地域ケア会議」について

- ・ 高野町の「地域ケア会議」の今後のデザインの検討
- ・ 町内で活動されている介護支援専門員の方々に参加していただき、ディスカッション

● 振り返り、アフターミーティング



第1回と第2回の支援を受けて 「通いの場」

●気づいたこと

- ・住民主体の取組が、自分たちが考えていたよりも力強いものがある
 - ⇒「通いの場」の更なる発展、展開の可能性の存在
- ・地域とつながる既存の取組を再認識
 - ⇒「健康づくり事業」など、他課事業との連動や応用の検討の必要性

●見えてきた課題

- ・住民の多くが受け身的であること ⇒ 住民の意識の変革や働きかけの方法の検討
- ・地域ニーズの把握 ⇒ 職員が「把握した情報を共有する」という意識の強化

第1回と第2回の支援を受けて 「地域ケア会議」

●気づいたこと

- ・多職種関わりの「基盤」の存在⇒今後も関わりを継続してもらえる関係団体、関係機関や地元の専門職の再確認
- ・先進地視察で得たものを取り入れながら、試行錯誤を行い、「高野町モデル」を模索し、また進化させていく必要性

●見えてきた課題

- ・地域ケア会議を通じて目指すところが不明確⇒目的や機能などを再度整理し、目指すところの明確化の必要性
- ・地域ケア会議と他会議との関係性が不明確⇒他の会議体との連動性を整理する必要性

第3回目支援（3月6日開催予定）

本来なら、1月31日に第3回目支援が開催されているはずでしたが、当町の主担当者が体調不良となったため、3月6日に延期していただきました。

関係者の皆様ご迷惑をおかけして申し訳ございませんでした。

高野町モデル

通いの場

高野町モデル 通いの場の全体像及び展望

目指すべき通いの場像のキャッチフレーズ

高野町の高齢者ひとりひとりが、
やりたいと思っていることを、
自発的かつ継続的に続けることができる居場所

そのために…

地域の多様な声を拾い、魅力的な場を増やすための方策
(住民リーダー等との対話の場づくりなど)

保健師やケアマネジャーの個別訪問支援の中でニーズを拾い、形を作る手掛かりとする。
(それを各会議体で共有し、アイデアをもらう。)

既成の通いの場に赴き、住民に対し、根気強く話し合いをし、「やりたいこと」を聞き出す。
→これをするのは事務局側で「お手伝いします」というスタンスを事務局側が伝えながら。
また、吹き矢など新しい楽しいことを持っていければ。

具体的な方向性…

具体的な方向性…

「担い手」の発掘方策 (≡普及啓発含む)

- イベント (ミニフォーラム的なこと) の開催
- 町広報誌で「～なことをしています」とサロン活動などを紹介。→専用ページを確保!

「受け手」の拡大方策 (≡普及啓発含む)

- 町広報誌で「～なことをしています」とサロン活動などを紹介。
- 自然と「手伝おう」と思えるような雰囲気づくり、各自の重要性を訴えるような声かけをしていく。

住民の意識の変革のための働きかけ

住民の
やりたい

楽しめる
居場所

新しい場

できる
こと

難しい
こと

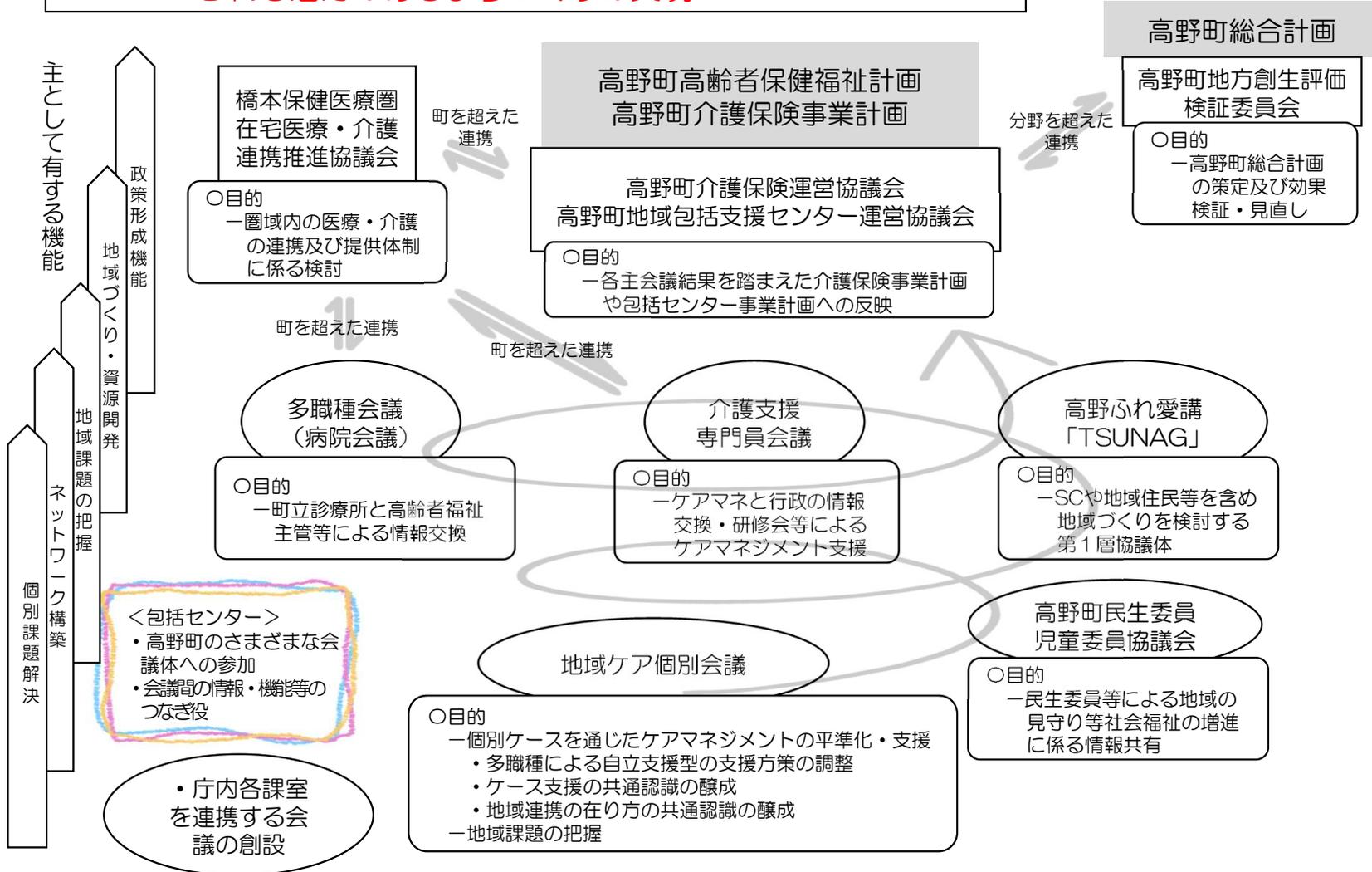
個々の取組を積み上げて実現を目指す

高野町モデル

地域ケア会議

高野町における高齢者施策に係る会議体系

目的：住民ひとりひとりが、輝き支え合い、いつまでも住み続けられる活力のあるまちづくりの実現



高野町モデル 地域ケア会議の理念・意義

<概要 (about) >

本人がやりたいと思っていることを続けることができるよう、多職種が個別ケースについて検討・支援するとともに、目指すべき「住民ひとりひとりが、輝き支え合い、いつまでも住み続けられる活力のあるまちづくり」の実現に向けた体制整備及び地域課題の抽出を行なう場（自立支援型地域ケア会議）

<目的 (Why-なぜ、なにに向かって (Outcome、Impact) >

目的の達成のために、地域ケア個別会議を通じて「高齢者ひとりひとりがやりたいと思っていることを、自発的かつ継続的に続けることができる。」ように課題を抽出し、政策形成につなげる。

<発揮すべき機能 (Output) >

①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能

- 個別ケースを通じたケアマネジメント支援
 - ー多職種による自立支援型の支援方策の調整
 - …自立支援型の支援・プランの調整
 - ーケース支援の共通認識の醸成
 - …支援方策の平準化
 - ー地域連携の在り方の共通認識の醸成
 - …多職種協働による包括的ケアマネジメントの醸成
- 地域課題の把握
 - …自立支援の実現に向けて不足する資源等の把握
 - …自立支援の実現に向けたアイデアの創出

<期待される効果 (Outcome) >

| 本人（高齢者） | 関係者・機関 | | 地域 | |
|---|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・個人の問題が解決し、地域でその人らしい生活が継続できる。 | <ケアマネジャー> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に資するケアマネジメント能力の向上。 | <包括センター> <ul style="list-style-type: none"> ・事例検討の蓄積による対応能力の向上。 ・政策形成能力の強化 ・ネットワークの強化 | <関係者・機関> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者の事例検討の蓄積による対応能力の向上。 ・ネットワークの強化 | <ul style="list-style-type: none"> ・課題が解決され、その人らしい生活が継続できる人が増加する。 |

高野町モデル 地域ケア会議の考え方・育て方

<検討対象・方策等（How、Who、Where）>

- 年度ごとに設定したテーマに基づきケース検討
 - －年度末に翌年度のテーマを決める。
- 事例は包括支援センターが起案することを想定
 - －包括支援センターの持っているケースを整理。
 - －会議を運営するファシリテーション能力の向上。
- 対象ケースは事業対象者～要支援2を基本とする
 - －CMからの要請に応じて困難事例も検討する。

<会議運営において意識すること（Rule）>

- －地域ケア個別会議の目的を都度確認してから議論する
- －意見・アイデアを否定しない
- －高野町における「生活者」の視点から提案する
- －最後に「ふりかえり」を行う。

<会議で考えること（How）>

- －本人の自立支援を可能にするアイデア・支援方策
- －本人の自立を阻害するもの、必要な資源・支援方策

<自立を考えるうえで意識すること（How）>

- －本人の元の生活はどのようなものであったか？
- －本人はどのような暮らしを望んでいるか？
- －本人の現在の強み（アセット）は何か？
- －どのような暮らしを望むのか？
- －本人にとっての「自立」とは何か？
- －町全体のことに置き換えるとどうであるか？

<地域ケア個別会議の成長ロードマップ>

短期目標（令和6年度）

- ・今回検討した運営の考え方を反映した会議の実現。

中期目標（第9期計画）

- ・会議を通して課題を抽出して、解決のための地域政策を形成する。

長期目標

- ・定期的に地域政策の評価をし、更なる政策につなげる。

支援を振り返って

- ・資料にまとめることにより、町の現状をあらためて整理することができた。
- ・目指すべき方向やそのための方策を、自分たちだけではまとめきれなかったが、支援を受けることにより、なんとかまとめることができた。
- ・今後のすすむべき指針を作成することができた。
- ・これを基に、役場内の関係部署との連携を探っていききたい。

ご支援ありがとうございました！

地域づくり加速化事業 報告会

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課



和歌山県PRキャラクター「きいちゃん」

地域づくり加速化事業に係る基本情報

| 支援先市町村 | 累計 | アドバイザー | 県の支援体制 | 厚生労働省 | 近畿厚生局 |
|--------|----------------------|---|---|-------|-------|
| 御坊市 | 厚生局主導型 | 洲本市 畑山 浩志 | <ul style="list-style-type: none"> ・加速化事業担当 1名 ・総合事業担当 1名 | — | 3名 |
| かつらぎ町 | 老健局主導型 (フォローアップ型) | ①東近江市 夏原善治 ②広島県地域 包括ケア推進 センター 藤原 薫 | | 2名 | |
| 高野町 | 厚生局主導型 | 稲城市 荒井 崇宏 | 上記 + 1名 | — | |

○支援日

御 坊 市：9/4、11/9、1/16

かつらぎ町：9/21、1/18

高 野 町：9/19、11/20、1/31

地域づくり加速化事業の捉え方

地域づくり加速化事業の目的

地域包括ケアシステムの構築を図る。

具体的には

自ら P D C A の視点をもって地域づくりを進める自治体の増加

令和4年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課資料より

各市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目指し、現状と課題を踏まえ、計画し（P）、実行し（D）、評価し（C）、改善する（A）ということ。

→ **自走できる体制づくりがポイント！**

地域づくり加速化事業の内容

「自走できる体制づくり」のために必要なことって・・・？

地域の現状と
課題の整理？

具体的な
施策？

施策の
見直し？

成功体験？

...



土台としての①市町村の自走する意識
自走する力の源としての②関係者の規範的統合



これを実現することを最優先事項としつつ、市町村の状況に応じて、上記のような具体的な取組を含めてサポートするのが伴走支援（というのが担当者の理解）

和歌山県における地域づくり加速化事業の成果

- 総括としては、市町村の状況によっては、年度内に具体的な事業を実施・試行できた市町村もあれば、ロードマップ作成までに留まった市町村もある。※R4はロードマップを描けなかった市町村もあった。
- しかし、いずれの市町村も、（程度の差はあるが）規範的統合がなされたものと認識しており、「自走できる体制づくり」の支援ができたものと考えている。**特に、関係者を巻き込んで規範的統合ができることは、加速化事業の最大の強み。**
- また、翌年度以降も、支援を受けた市町村が積極的に地域づくりに取り組むことができるよう、県が円滑にフォローするための信頼関係を（少しは？）構築することができた。

今後について

- 地域づくり・地域包括ケアシステムの構築は、簡単に実現するものではないため、支援先市町村に対しては、来年度以降も引き続き支援を行っていく。
- 令和6年度においては、和歌山県でも委託による伴走支援の実施を予定している。これまでの地域づくり加速化事業の経験を活かし、県内市町村の地域づくり・地域包括ケアシステムの構築を支援していく。

地域づくり加速化事業 伴走支援を振り返って

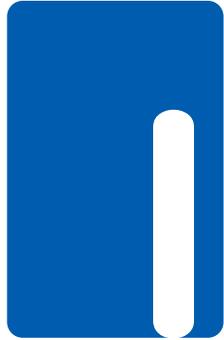
近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 課題と方針
2. 当初考えたこと
3. 支援内容
4. 伴走支援の結果
5. 振り返り

課題と方針

課題



セミナーだけでは

支援の限界

がある



府県と共に

協働する体制

を作りたい



方針

個別自治体の支援

を重視し、

府県と協働する

当初考えたこと

1

市町村の「思い」を尊重

市町村の「やりたいこと」を尊重し、
どうすれば「思い」を実現できるか考える

2

「チーム」での支援

アドバイザー、府県、事務局、厚生局の支援チームで、
状況に応じた役割分担をしながら支援する。

3

できる限り「多く」の市町村を支援

思いを持ってエントリーされた市町村の「熱い思い」に応えられるよう、
できる限り「多く」の市町村を支援対象とする。

4

「局全体」での取組

他部門の職員も伴走的支援に同席。
自治体職員等との共働・共創ができる人材の育成を局全体で目指す。

支援内容

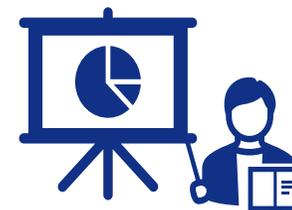
1. 支援前の準備

- 支援チーム内での情報共有
- 支援内容の検討
- 支援前ミーティング
- 進捗状況の確認



2. 当日の支援

- 事業趣旨説明
- 事例紹介
- 制度説明
- データ比較



3. 視察企画・調整

- 課題に応じた視察の企画
 - 洲本市地域ケア会議視察
 - 生駒市サービスC視察



4. ブロック別研修

- 得られた知見の展開
- 府県との関係の強化
- 来年度以降の取組への布石



伴走支援の結果

1. 福井県坂井市

- 市、社協、包括の「取組内容」と「課題」を意見交換し見える化。
- 既存の取組みの強みを共有し、課題解決のためのロードマップを関係者で作成。

2. 大阪府岬町

- 地域ケア会議の「現状・目標・目的・参加メンバー」を整理。
- 「岬町の強み・弱み・自立支援とは」を整理し関係者で共有。「自立支援」における取組状況をフィードバックする機会も検討。

3. 兵庫県豊岡市

- 高齢介護課と健康増進課でロードマップ作成に初トライ。
- 介護予防ケアマネジメントの適正化や85歳以上が通える通いの場の整備を目指す。

4. 兵庫県佐用町

- 町が医師会、包括、ケアマネ、社協、事業所、住民と現状と目指す姿の共有に挑戦。
- 資源が限られる町で、できるところから多様なサービスの導入を試みる。

伴走支援の結果

5. 奈良県大淀町

- 町長を始め、町が一体となって地域包括ケアの推進に取り組む。
- 通いの場を中心とした新たな総合事業のデザインを描く。

6. 和歌山県かつらぎ町

- 町、包括、社協、ケアマネ、生活支援コーディネーターが一丸でロードマップ作成。
- 令和4年度に開始したサービスCの拡充を目指し、入口出口の手段について整理。

7. 和歌山県御坊市

- 市、包括、ケアマネ、生活支援コーディネーター、事業所の全員で「対話」し、「御坊市版 サービスC・自律支援型地域ケア会議」をデザイン。
- サービスCはモデル事業を開始。

8. 和歌山県高野町

- 既存の取組など町の強みを再認識し、目指す姿「高野町モデル」を整理。
- 「高野町モデル」の実現に向けて、関係者・住民の意識改革を目指す。

伴走支援の結果（まとめ）

1



ネットワークづくりのきっかけ

- ・ 「国から人が来ているので、せっかくだから」と「繋がりたいけど、なんとなく壁がある組織」と繋がるきっかけになった。

2



振り返りのきっかけ

- ・ 「答え」ではなく「答えの出し方」を伝え、課題解決のプロセスを体験することで、既存の取組を再検討するきっかけになった。

3



地域資源の再認識のきっかけ

- ・ 住んでいる、働いていると身近すぎて気付かない、地域の強みを再認識するきっかけになった。

振り返り

1

市町村の「思い」を尊重できた？

2

「チーム」での支援ができた？

3

できる限り「多く」の市町村を支援できた？

4

「局全体」での取組ができた？

これから

1



支援チームの
一体感

2



コーチング
Vs
ティーチング

3



巻き込み方

4



府県・市町村の
みなさまへ

