老健局主導型地域づくり加速化事業を実施して

令和６年３月８日

上勝町役場住民課
樫本　崇史

上勝町の概要

・**人　　口**　1,401人(男性　658人　　女性　743人)　※R5年12月1日現在

65歳以上　732名（男性304名　女性428名）　（高齢化率52.25%）

・**世　帯　数**　734世帯

・**高齢者世帯**　222世帯（※70歳以上の高齢者のみ世帯）

内1人暮らし高齢者の世帯は128世帯

・**面積**　109.63km(88%が森林うち80%が人工林)

標高100～700m

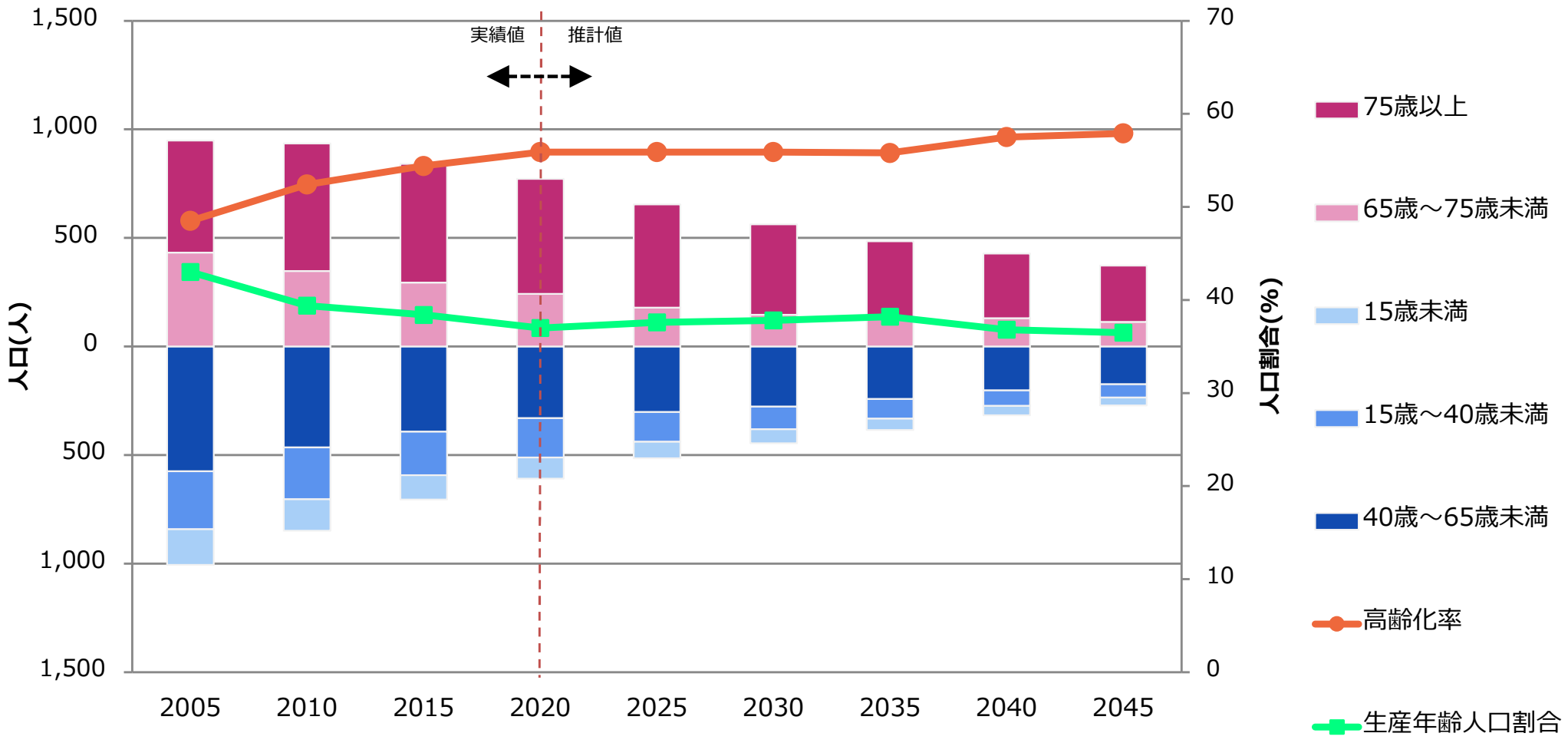
・**歴史**　昭和30年、高鉾村と福原村が合併し現在の上勝町が誕生

昭和61年　彩事業スタート

平成15年　ゼロ・ウエイスト宣言

・**産業**　農業（彩・香酸柑橘など）　林業

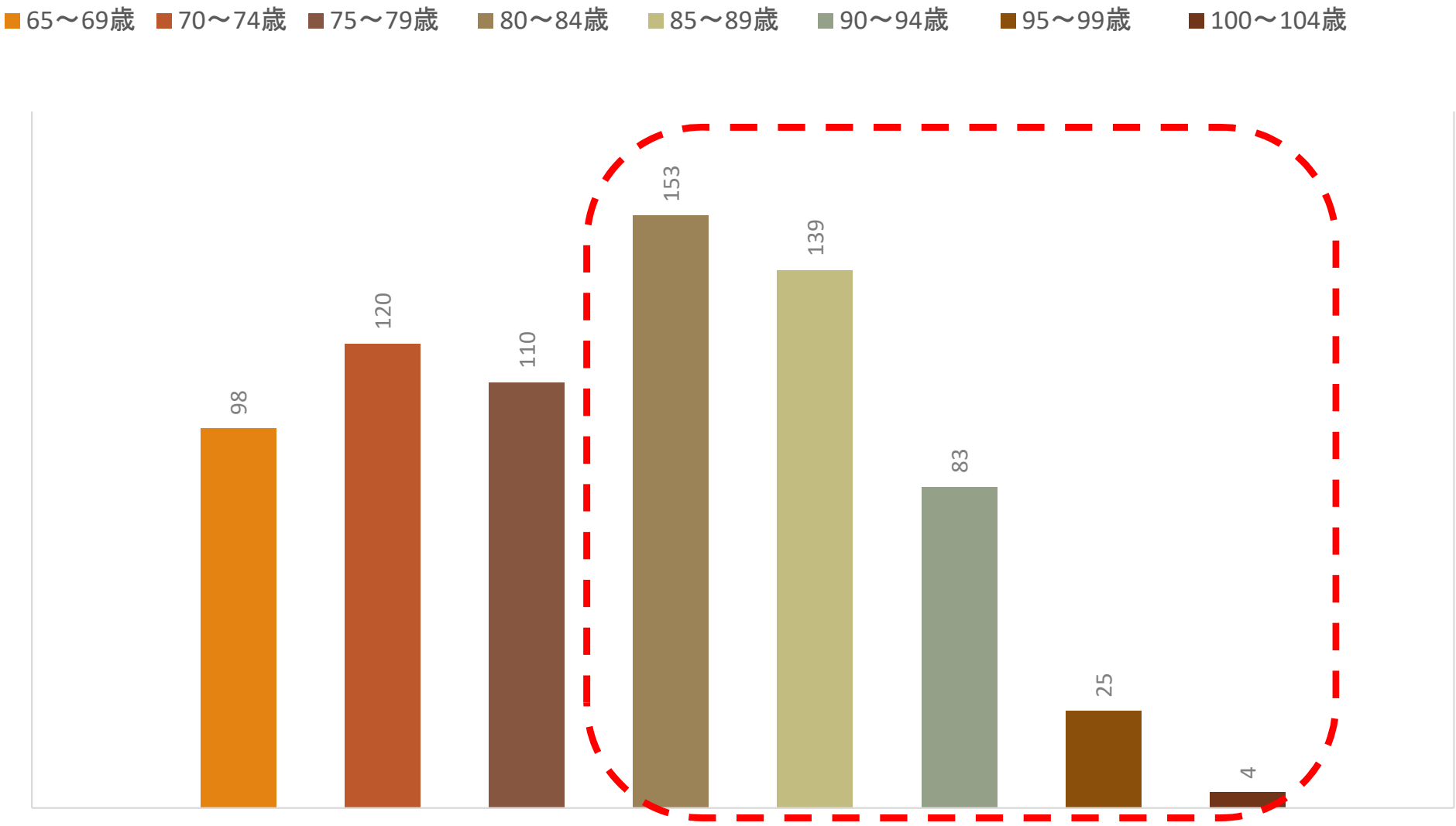
上勝町の人口の推移



（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）」

上勝町の人口構成(65歳以上)

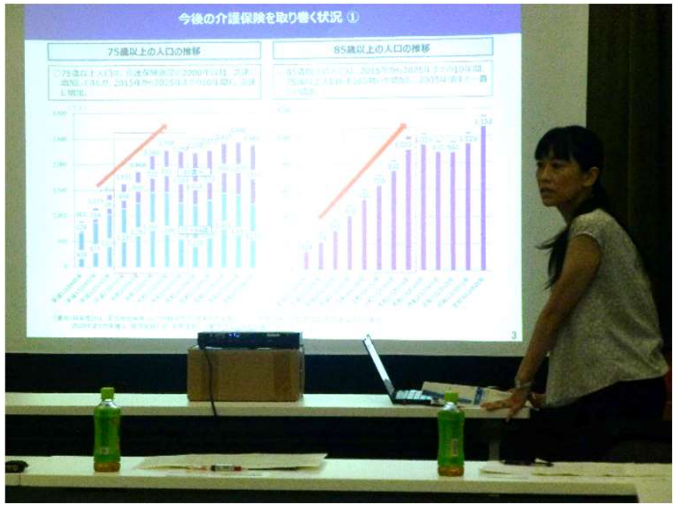
※R5年12月1日現在



65歳以上　732名（男性304名　女性428名）

80歳以上人口が約5割を占めている

○第１回目（令和５年９月）



厚生労働省、四国厚生支局、アドバイサー、徳島県、地域包括支援センター、町社協、一般社団法人、教育委員会、町担当者が参加し、「上勝町が目指すべき姿」について議論を行った。

議論を進めていくなかで、高齢者の生活実態や課題が浮き彫りになり、**「車に乗れなくなったり怪我や病気で一度入院してしまうとそのまま施設に入所してしまう」**状況があることが見えてきた。

介護新規申請状況

No	利用希望理由（簡単で可）	認定状況								通所型 利用回数		訪問型 利用回数		備考（特記事項等ケアマネの主観も可）
		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	1回	2回	1回	2回	
1	認知機能低下			○						○				在宅
2	歩行困難、ヘルペス性脳症							○			○	○		ケアハウス入所(新規)
3	歩行困難、糖尿病						○							ロングショート利用
4	認知機能低下				○									サービス利用なし
5	認知機能低下					○								福祉用具貸与のみ
6	身の回りの事が出来なくなっている			○										サービス利用なし
7	歩行困難、前立腺癌					○								サービス利用なし
8	歩行困難、脊椎損傷								○					福祉用具貸与のみ
9	骨折		○											サービス利用なし
10	身体機能低下						○					○		在宅
11	両手痺れ、両下肢筋力低下			○							○	○		ケアハウス入所(新規)
12	脳梗塞								○					特養入所(新規)
13	脳梗塞			○						○				養護老人ホーム入所中
14	歩行困難					○								サービス利用なし
15	脳梗塞			○						○				在宅
16	腰痛								○			○		訪問入浴利用
17	腰痛、骨盤骨折					○					○	○		ケアハウス入所(新規)
18	くも膜下出血								○					介護医療院入所(新規)
19	下肢筋力低下		○							○				在宅
20	下肢筋力低下、歩行困難			○										サービス利用なし
21	身体機能低下			○										サービス利用なし
22	歩行困難					○								サービス利用なし
23	認知機能低下、歩行不安定			○										サービス利用なし
24	転倒が頻回にある、認定機能低下					○				○				在宅
25	認知機能低下			○						○				在宅
26	身体機能低下					○				○				養護老人ホーム入所(新規)
27	認知機能低下				○					○				在宅
28	歩行困難、認知機能低下			○								○		養護老人ホーム入所中
29	転倒、腰痛					○								サービス利用なし
30	脳梗塞					○					○	○		ケアハウス入所(新規)
31	腰痛、歩行不安定			○										福祉用具貸与のみ
32	歩行不安定							○						福祉用具貸与のみ
33	下肢筋力低下			○						○				在宅
34	認知機能低下							○						ロングショート
35	下肢筋力低下			○										福祉用具貸与のみ
36	脳梗塞							○						サ高住入所
37	歩行困難、腰痛			○										ケアハウス入所(新規)、福祉用具貸与のみ
38	下肢筋力低下			○						○				在宅

令和4年度　要介護認定の新規申請者の状況

		家族構成			相談経路			利用理由				認定結果							
性別		独居	夫婦2人	2世帯以上	本人	家族	その他	筋力低下・腰痛	転倒骨折	認知機能低下	その他	事業対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
男性	18名	11	5	2	1	10	7	8	0	3	7	0	0	7	0	4	1	4	2
女性	20名	13	2	5	0	11	9	9	3	6	2	0	2	8	2	5	1	0	2

年齢

	計	～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～
男性	18	1		2	1	6	6	2
女性	20	1				4	10	5

地区

	旭	生実	福原	傍示	正木
男性	4	5	2	2	5
女性	4	4	1	2	8

通所型・訪問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）		通いの場 （一般介護予防事業）	重層的支援体制整備事業	従前相当サービス（通所）	従前相当サービス（訪問）
実施個所数	上勝町地域包括支援センター		一般社団法人ひだまり	上勝町社会福祉協議会	社会福祉法人健祥会	社会福祉法人健祥会
対象者のイメージ （どんな人に）	在宅で生活している高齢者 一部、施設入所者		在宅で生活している高齢者	在宅で生活している高齢者	社会との関わりが少なく、認知機能の低下が少し見受けられる方 身体機能の低下が始まっている方	独居で身体機能および認知機能が低下している方
目的 （どうしたい？）	自分が自分らしく末永く在宅で生活出来るようにしたい		自分が自分らしく末永く在宅で生活出来るようにしたい	自分が自分らしく末永く在宅で生活出来るようにしたい	非日常的な体験（レクリエーション、知人との交流）や機能訓練することで、自分で出来ることを維持してほしい 入浴介助により、身体を清潔に保つ	ヘルパーと一緒に清掃や調理することで現状維持して欲しい 一人暮らしの不安感を和らげてほしい
一回の平均参加人数 （年間利用実人数）	５名程度		４名程度 R４年度年間実績１１７名	１３名程度	１９．７名 （要介護および要支援者、事業対象者含む）	８．７名 （要介護および要支援者、事業対象者含む）
従事者（専門職）	主任介護支援専門員、社会福祉士、理学療法士	主任介護支援専門員、社会福祉士	理学療法士（不定期）、職員	社協の局長	職員９名のうち介護福祉士５名、看護師２名、音楽療法士１名	職員４名のうち介護福祉士３名
実施頻度（実施時間）	２～３ヶ月に１回程度 午後２時間程度	毎月１回開催 午後２時間程度	月２回	月１回（第２木曜日） 9:00～15:00	１月１日以外営業 9:30～16:00	１月１日以外営業
実施内容 実施サービス	百歳生き生き体操	貯筋体操	百歳生き生き体操 介護予防教室（体操・料理教室・外出等）	えんがわカフェ	送迎、バイタルチェック、昼食提供、個別機能訓練、レクリエーション、入浴介助	バイタルチェック、清掃、調理、入浴介助
推進または広げるために取り組んできたこと	訪問等による周知 各地区を巡回している	広報による周知 各地区を巡回している	ひだまり通信の発行	気軽に相談できる場所の提供	地域住民や診療所などサービス利用対象となりそうな方に関して、情報が入り次第訪問し、サービスについて紹介する 町内に１事業所しかないため、町内の方々は知っている方がほとんどである	通所サービスと同様
事業の成果と課題	参加人数の固定化 各地区とも１～２名、その他は施設入所者	参加人数の固定化 各地区とも１～２名、その他は施設入所者	参加人数の固定化 連れがいないと中々人が集まらない	ゴミ出しのついでに寄ってくれる	・外出する手段のない方にとっては唯一の機会であり日常生活の１つの楽しみとなっている ・家族介護負担の大きい方にとっては利用時間に自分の仕事や休息ができる貴重な時間となっている ・町内に１事業所しかないため選択肢がない。１日定員が２５名であり利用希望があってもお断りすることがある。	・在宅の方はヘルパー利用する事で独居生活が継続できている。遠方にいるご家族にとっては安否確認にもなり安心感を得ている ・通所サービス同様、町内に１事業所しかなく選択肢がない。利用人数に制限がある。町外の事業所は正木地区までしか利用範囲としていない。
終了の有無 終了後利用サービス	無	無	無	無	無	無

○第２回目（令和５年１２月）

２回目からは、民生委員、老人クラブ、住民も新たに参加いただいた。
２班に分かれ「上勝町の目指す地域像の実現に向けて」をテーマにグループワークを実施し、地域資源の拾い出しや整理、今後町にあったらいいなと思うもの等の意見を各班出し合い発表、共有を行った。
話し合いの中で、普段あまり気づけなかった地域資源に気づくと共に、町に「虚弱」の方が集まれる居場所が少ないことが分かった。

わがまちの地域の資源を書き出してみよう

地域の資源を地図に落とし込むマッピング以外に、高齢者の心身の状態像に応じたものがどんな形で地域に存在しているか、書き出してみる！

◆生涯学習的な趣味活動（個人）

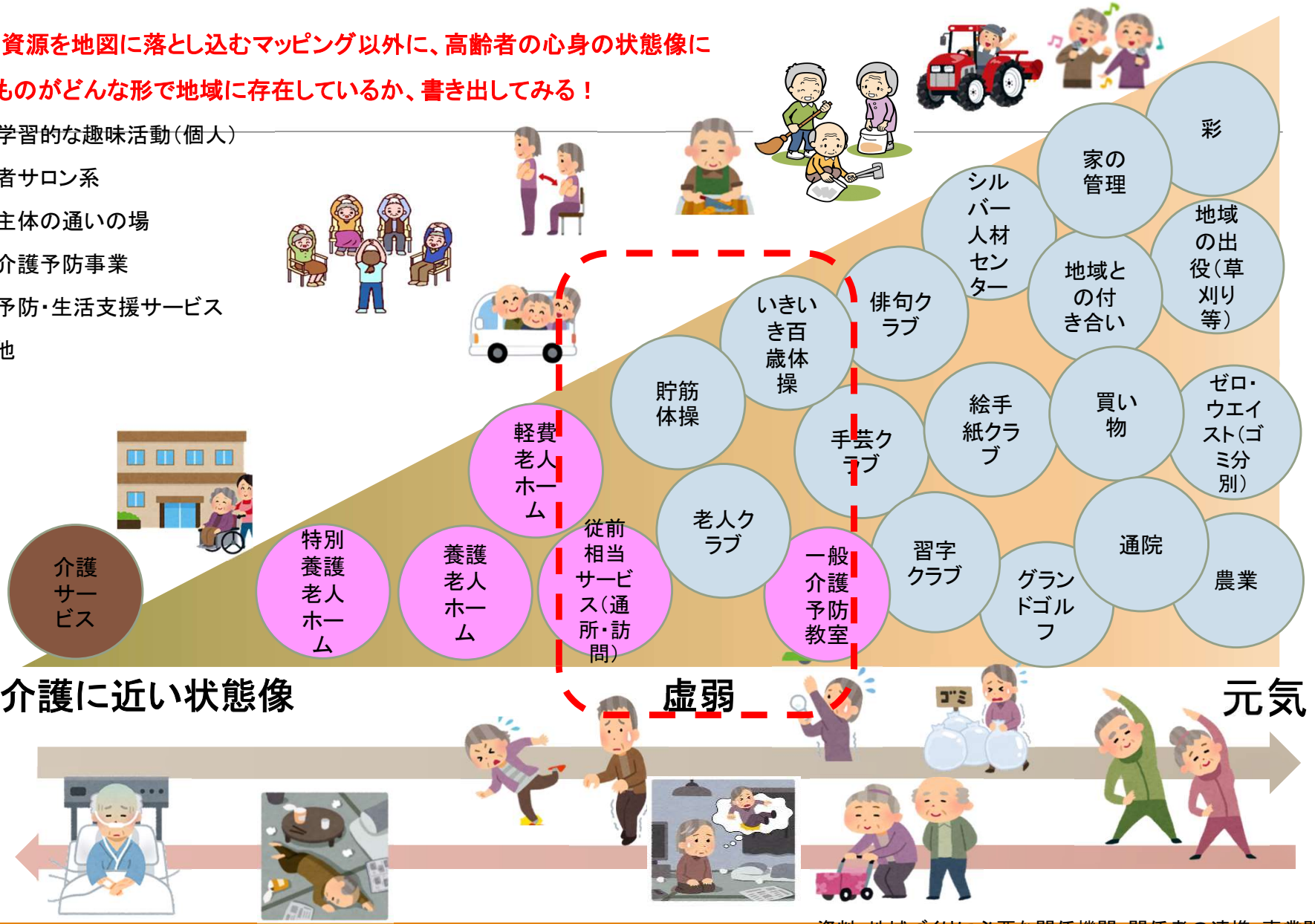
◆高齢者サロン系

◆住民主体の通いの場

◆一般介護予防事業

◆介護予防・生活支援サービス

◆その他



資料：地域づくりに必要な関係機関・関係者の連携・事業間連動（国立保健医療科学院研修：R4.9.26）資料より一部抜粋

介護予防に関する課題

・担い手不足

地区ごとで様々な地域活動は以前より行われているが、主要な方については複数の役回りを兼務されており、負担が増えている。

・移動手段の不足

町内は町営バスが運行しているが、多くの方は自宅からバス停までの距離も遠く便数にも限りがあるため移動自体が難しく介護サービスに頼らざるを得ない。

・介護予防事業への参加率の低迷

在宅で生活されている高齢者の多くは、地域の出役や農作業などで日中は忙しくされており、介護予防教室等に参加する時間的余裕がないことや、介護予防についての方法や手段についての情報提供が不十分なため、住民の方の意識があまり浸透できていないことが考えられる。

介護予防に関する課題
（要介護認定の新規申請者の状況から）

・申請の理由として「下肢筋力低下による申請」が多くみられる。

⇒今後、筋力アップに繋がる介護予防を早期から展開することで、筋力の維持が図れるのではないか。

・新規申請による認定については、要支援２及び要介護２に認定される方が多い。⇒リ・パワーメントの可能性や維持の必要性がある。

・申請される年齢については、８０歳代（８０～８９歳）の割合が高い。

⇒少しでも元気な暮らし（健康寿命）を伸ばすことが大事。

介護予防に関する課題

・新規申請にて認定を受けられた方の約３割は介護サービスを利用されていない。

⇒地域には、要介護予備軍の方も潜在的に多くおられる可能性があるため、今後住み慣れた地域で末永く暮らしていくためにはどのような事が考えられるか検討する必要がある。

・「わがまちの地域資源」を書き出してみて気づいたこと

⇒虚弱な方への地域資源がもっと必要ではないか。

介護サービス以外で、要介護予備軍の方が住み慣れた地域で、また徒歩圏内で介護予防を出来る通いの場（サロン）があれば、日頃から身体機能の維持・向上や認知症予防、フレイル予防が出来るのではないか？
また、**地域の住民さんからも「小さな単位で集まる場所」を望まれる声もあるため、今回実際にミニサロンを行ってみることとした。**

ミニサロンの開催

日時：令和６年１月１２日（金）
１０：００～１２：００
場所：生実地区　府殿集会所

日時：令和６年１月２４日（水）
１３：００～１５：００
場所：旭地区　市宇集会所

○参加人数

・１月１２日参加人数

　７名（男性１名、女性６名）

・１月２４日参加人数

　４名（男性１名、女性３名）

○従事者

理学療法士２名

保健師１名

役場職員１名

保健師による健康相談の実施

茶話会の実施

柔軟運動の実施

ミニサロンを実施してみて

・参加者アンケートでは「また参加したい」との声が多くあった。（１１人中１１人）

・当日の参加者からは「１日誰とも話さないこともよくあるので、このような機会があればただ話するだけでも楽しいしよかった」との話があった。また、「今後も是非サロンを続けていきたいし、自分たちで将来的に講師の先生なんかを呼べるように知恵を出して考えていきたい」との意見もあった。

○第３回目（令和６年１月）

３回目では、ミニサロンを実施してみての報告の後、前回と同じくグループワークにて **「上勝町の高齢者がいつまでも元気で居続けられる、居場所とは」**をテーマに**ミニサロンを今後町全体に広げていくための「作戦」**について、みんなで意見を出し合い発表、共有を行った。

今後の方針とまとめ

「上勝町の住民が住み慣れた場所で末永くいつまでも元気に暮らし続けるために」

①居場所を増やす。

②通いの場を小さな単位で広めていく。

ポイント

③自立支援に向けたケアマネジメントができるよう地域ケア会議を見直していく。

④「介護予防」について啓発する。

・住民との協働で上勝町全体にミニサロンを広めていく。（集落ごとの小さな単位）

・介護予防事業の見直しと介護サービスに頼らない事業展開をめざす。

・介護予防の啓発（地域住民に向けた研修会等の実施）

・地域におられる虚弱の方について、自立支援に向けたケアマネジメント（ケアプラン点検や地域ケア会議における個別事例検討）をしっかり行い、身体機能を可逆的に戻していけるように各関係機関と連携しながら実施していく。

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

地域ケア会議から地域づくりを考える

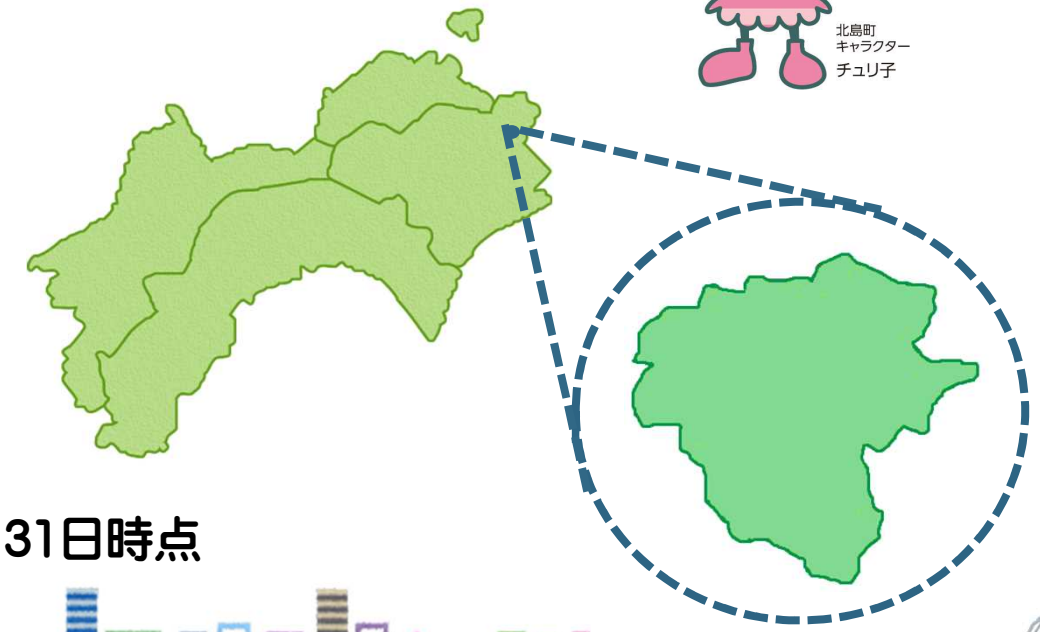
R6年3月8日(金)

北島町地域包括支援センター

北島町の概要

徳島県東部海岸の北半分に位置する、川に囲まれた町

面積	8.74㎢
人口	23,678人
高齢者数	6,173人
高齢化率	26.07％
要介護認定率	17.8％
日常生活圏域	1圏域
地域包括支援センター	1カ所（直営）



R6年1月31日時点

エントリーの理由

北島町の地域ケア会議

・個別支援に困難さを感じ、
多職種連携が必要であるような事例を
個別ケア会議として適宜実施。

・年に1回、保険者主催の
地域ケア推進会議の実施。

個々の個別ケア会議で
完結していて、上手く
推進会議に繋げられていない

他の事業に比べて
実施が消極的では
ないだろうか

地域課題を
どのように
あげていくのか

『地域ケア会議』を
テーマにエントリー！

第1回支援

日　時：令和5年9月14日（木）13時～16時

参加者：アドバイザー2名、四国厚生支局地域包括ケア推進課、
徳島県保健福祉部長寿いきがい課、
北島町地域包括支援センター

内容：「町の資源および
これまでのケース等から見る地域ケア会議目的の整理」
北島町の社会資源、地域支援事業の各内容、地域ケア会議の
現状と課題の意見交換
目指す地域ケア会議のイメージの確認

第1回支援を受けての気づき

○現在自分たちが行っている地域ケア会議、また他の事業を実施する中で既に感じている課題があること、それが地域課題であることに気づいた。

○地域ケア会議を一つの事業としか見ていなかった。自分たちが共通して認識すべき「目指す町」を目標にして、地域ケア会議を含めた各事業が連動性を持って存在することを認識した。
今まで、明確に「目指す町」が何か、地域包括支援センター内で言語化できていなかった。

○「目指す町」のために何か仕組みを作ろうとすると、住民の力は不可欠である。
そのことを考えると地域ケア会議には住民の参加が必要である。しかし、振り返ると自分たちは民生委員との繋がりにムラがあり顔の見える関係性になっていなかった。

第2回支援

日　時：令和5年10月20日（金）10時～15時30分

参加者：28名

民生委員・児童委員協議会、介護保険第1号被保険者代表、
北島町内居宅介護支援事業所、北島町社会福祉協議会、
北島町役場各課、地域づくり加速化事業の支援チーム

内容：地域ケア会議に関する意見交換会

①地域づくり加速化事業の説明
②地域課題についての説明
③地域課題についての意見交換

「目指す町」を
第1期北島町地域福祉計画、
第8期北島町介護保険事業計画及び
高齢者保健福祉計画から抜粋

第2回支援　意見交換会の内容

総合相談等の対応

令和４年度
約２９０件
新規相談

地域ケア会議の実施

令和４年度
５回実施

対応をする中で課題に感じること
⇒地域課題

- ８０５０問題
- 独居で身寄りの無い方の支援
- 関係機関等との連携
- 障がい者支援との連携
- 近隣との関係性
- 独居で認知症を有する方の支援

①８０５０問題
②独居で身寄りの無い方の支援
③独居で認知症を有する方の支援

についてグループワークを実施し
意見交換を行う

グループワークの前に（データの提示）

8050問題

全国では引きこもりと言われる方が115万人いると推計されており、そのうちの61万人以上が40～64歳とされている。

北島町において、地域包括支援センターが総合相談等で把握している件数・・・19件

地域ケア会議実施ケースもあり

独居で身寄りのない方の支援

令和4年度総合相談の中の該当者：15件

地域ケア会議実施の中の該当者：3件（うち2件は同じ方）

地域包括支援センターからの後見申立件数

令和4年度：1名、令和3年度：3名

【参考】北島町の人口、高齢者人口と高齢化率

	令和３年	令和４年
総人口	23,408	23,593
40～64歳人口	7,772	7,870
65歳以上人口	6,017	6,079
65～74歳人口	3,193	3,090
75歳以上人口	2,824	2,989
高齢化率	25.7%	25.8%
後期高齢化率	12.1%	12.7%

各年９月末　住民基本台帳より

北島町の高齢者の世帯数

	令和４年	令和５年
高齢者の独居世帯数	1,471世帯(1,471人)	1,500世帯(1,500人)
高齢者のみで構成された世帯数	1,289世帯(2,610人)	1,308世帯(2,647人)

各年４月１日　住民基本台帳より

独居で認知症を有する方の支援

令和4年度総合相談の中の該当者：12件　　地域ケア会議実施ケースあり

【参考】北島町
認知症と診断を受けた人数

合　計	404（人）
65歳未満	2
65～69歳	6
70～74歳	31
75～79歳	55
80～84歳	94
85～89歳	114
90～94歳	104
95歳以上	27

75歳以上後期高齢者健康保険被保険者の12.6%

令和４年　KDBシステム（国保・後期）より

グループワークから得られた意見①（8050問題）

・どう発見していくか

回覧板を回すとき、ケアマネジャー訪問のとき…

家の状況、周辺の変化、ゴミや庭の花の状況、地域活動に参加できていない…

声を掛け合える仕組みづくり、地域ケア個別会議の充実

・どう繋げていくか

就労事業所との連携、再就職の場の提供、障がい支援の事業所との連携

民生委員が行政に繋げられるように勉強をしたい、定例会での学習会

民生委員との関係性づくり、小地区でのネットワークづくり

ケアマネジャーが関わっている間に包括等に繋ぎ、親の支援終了後も子の支援の継続ができるようにしていく

・どう啓発していくか

当事者やその家族が発信しやすいような啓発を考えなければいけない

グループワークから得られた意見②（独居で身寄りの無い方の支援）

・男性の方への支援

プライドの高さから支援や友人関係づくりがすすみにくいことも…

・ご本人に情報が入る仕組み

若い時から情報が得られる仕組み、国保切り替えのタイミングでボランティアの情報等を…

⇒元気なうちから外に出て行きやすい仕組み

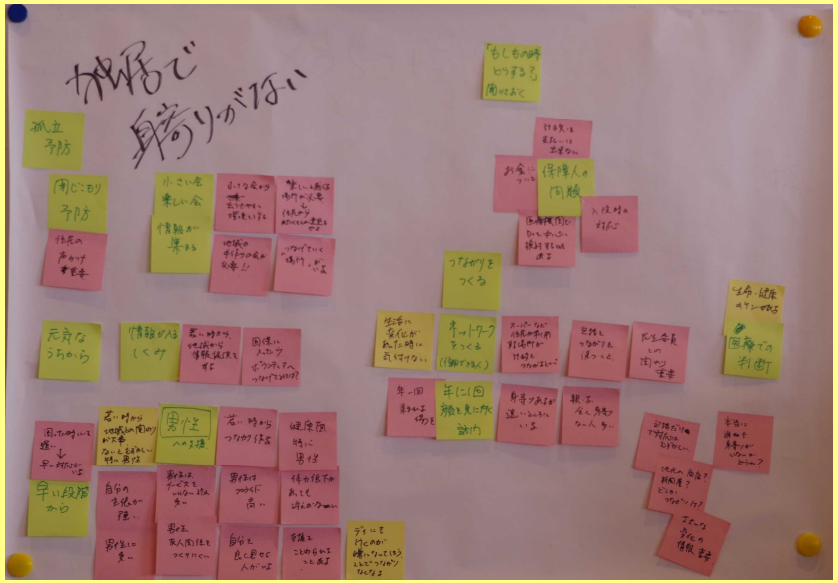
・ネットワークづくり

包括や民生委員の関わり、近所の声かけ、スーパー等

住民が利用する場所と行政の連携…

年1回訪問する、年1回集まれる場

10人程度の小規模で楽しい、また来たいと思える会



グループワークから得られた意見③
（独居で認知症を有する方の支援）

・どう発見して繋いでいくか

民生委員の訪問活動との連携…地域の方の気づきの力は大きい

違和感から相談に繋がれば支援が生まれていく

新しく居住してきた方の把握が難しい

・どう支えていくか

認知症サポーター養成講座、チームオレンジ…受講者の活動の場が不十分であったり、一度受講しても気づきにくいこともあるので、その活動を通じて繰り返し認知症理解を促進することが大事。活動報告をしても良いのではないか

こども食堂、地域食堂、サロンなどの地域の支え合い、社会資源が大事

専門職だけではなく繋がれる体制

第2回支援を受けての気づき

○自分たちが思うよりも参加者一人ひとりが積極的に発言し、前向きな姿勢で取り組んでくれた。個々の活動で一人悩みを抱え込んでおり、それを吐き出せる場として会議が求められていると感じた。

○立場の違いから視点の違う意見が出てお互いに気づきを得ることができた。また、お互いの立場の理解がすすみ、それぞれの役割を認識することができた。

○データ、テーマを見える形で提示することで、内容が逸れることなく意見交換を進めることができた。伝えたいことの表現の仕方の重要性を知った。

第3回支援

日　時：令和6年1月26日(金)10時～15時

参加者：24名

民生委員・児童委員協議会、介護保険第1号被保険者代表、
北島町内居宅介護支援事業所、北島町社会福祉協議会、
生活支援コーディネーター、北島町役場各課、
地域づくり加速化事業の支援チーム

内容：地域ケア会議に関する意見交換会

①前回意見交換会からの取り組み報告および
今後の展望の説明

②今後の取り組みに関する意見交換

「目指す町」を
「地域がつながり、
“孤独・孤立ゼロ”の町」と
表現し直す

第3回支援　意見交換会の内容

○取り組みの報告

①民生委員・児童委員協議会の定例会への参加

民生委員・児童委員協議会会長、北島町社会福祉課へ相談し
11月14日より月1回の定例会に参加させてもらうことになる

⇒民生委員さんとの顔の見える関係づくり

②民生委員・児童委員協議会定例会での学習会

地域包括支援センターができる学習会のテーマ一覧作成、共有
12月12日定例会にて介護保険制度をテーマに実施

⇒民生委員さんの“気づき”が
困りごとを抱えている人の早期発見に！

③8050問題の世帯の名簿作成

把握している8050問題の世帯を洗い出し名簿作成する。関係する健康保険課とも共有。

⇒課題の見える化

④8050問題への取り組みの検討

どのように8050問題について啓発すれば、8050問題の世帯の方々が相談をしてくれるか
健康保険課と話し合いを行う。
一度、現在把握している方に向けて集まり
話し合える機会を作るところから始めることを検討。
来年度の実施をめざす。

⑤チームオレンジ立ち上げの取り組み

今秋、認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を実施。今後具体的に自分たちでできる支援活動を考えるチームの一員として活動しないか呼びかけ。

参加者の家族の支援を考えることから始め、今後も話し合いを重ねることに。

⑥フレイルサポーター養成講座の活用

今秋、フレイルサポーター養成講座を実施し6名のサポーターを養成できる。(うち3名男性)

⇒男性の方の活躍の場の一つに

⑦身寄りの無い方の名簿作成

独居、高齢者世帯に対して高齢者実態把握票を送付準備中。独居、高齢者世帯の方々の緊急連絡先も把握する為、それを下に身寄りの無い方の把握を行い、名簿作成予定。

⇒課題の見える化

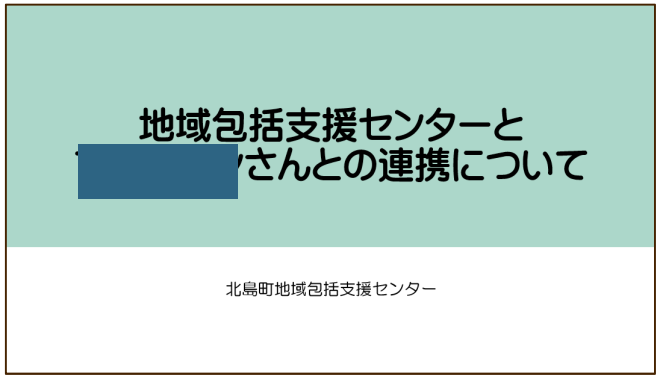
⑧社会保険から国民健康保険の切り替え時の情報提供の検討

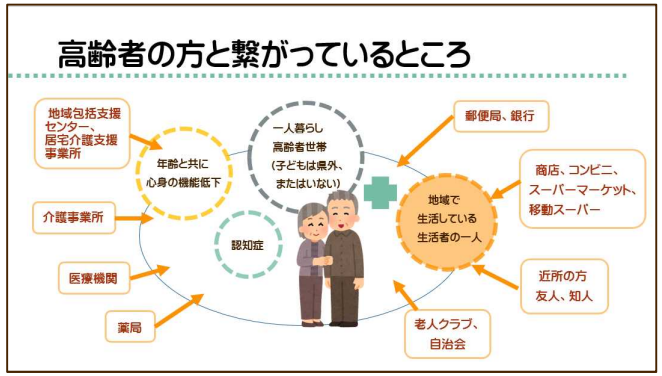
健康保険課と話し合いを実施。上記の切り替え時に健診の案内を送るため、その中に社会参加（ボランティア等）の情報を入れてもらえることになる。

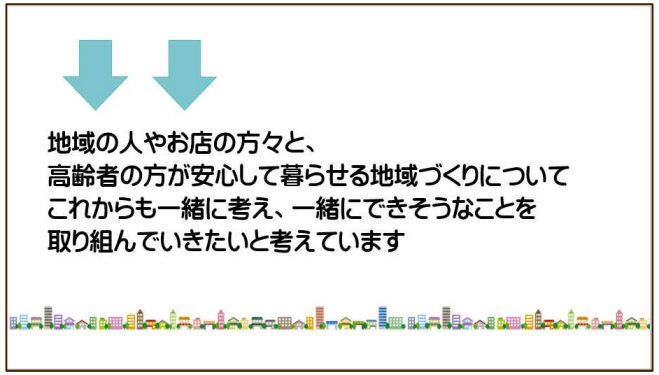
⑨近隣スーパーとの連携

近隣大型スーパーと繋がりを持ち、一緒にできそうな支援を検討できるように、北島町商工会に依頼し、連絡をとってもらえることになる。

⇒地域支援のネットワークづくり







○これから取り組みたいことの報告

①障がい者支援との連携

相談員とケアマネージャーの交流会
まずは地域ケア個別会議に相談員に出席してもらうことから…

②地域での声かけ、ネットワークづくり

地域の方の気づきをどう増やすか…
通いの場での認知症サポーター養成講座

③地域の小さな会づくり

いきいき百歳体操の開催場所を増やすところから…

④民生委員さんとケアマネジャーが繋がれる、話し合える場

福祉ネットワーク北島の活用も…

取り組み報告にあげた項目についても、引き続きよりよい実施を検討していきたい

これから一緒に取り組みたいことを伝え、グループワークで意見交換を行う

グループワークから得られた意見(これからについて)

・民生委員の役割の大きさを感じるが、民生委員が孤立しないことが大事である。
「民生委員になりたい！」と思える仕組みがあれば良い。
…民生委員とケアマネジャーの交流会、活動紹介の広報など
・それぞれの得意分野で役割分担していきたい。
地域包括支援センターが潤滑油の役割が果たせると良い。
・ケアマネジャーも孤立しないようにしたい。
…ケアマネジャー同士の交流会
・情報、支援、窓口の見える化が大事。障がい者にも平等に情報が伝わるには…？
…近隣大型スーパーで町内のケアマネジャーが集まり介護相談窓口を
・庁内の連携も大事。属性、世代など関係ない支援体制が必要。
…重層的支援体制整備事業をすすめていく
・“支援のリレー”ではなく“支援のチーム”を作らなければならない

第3回支援を受けての気づき

○立場の違いにより見え方が異なり、地域包括支援センターでできていたと思っていたことが、相手には伝わっていないこともあり、顔をみて話し合いながらお互いの認識の共有を図っていくことが大事であると感じた。

○住民の孤独や孤立だけではなく、支援者も孤立しないように配慮していく必要性があった。

○意見交換をした会議をしたままにせず、フィードバックしていくことにより、取り組みが進むだけではなく、信頼関係が築けていくこと、支援者のモチベーションの維持になることを実感した。

私たちのこれから

第2回支援、第3回支援で行った意見交換会も地域ケア会議の手法の一つとして捉え、参加者からもらったアイディア、意見を参考に取り組みを続けること、またこの地域ケア会議をフィードバックしながら皆で地域作りに取り組みたい。

民生委員と
ケアマネジャーの
交流会の計画

民生委員・児童委員
協議会への参加と
学習会開催の継続

8050問題の
当事者家族向けの
交流会の開催

住民や住民主体の
団体も含めた
地域ケア会議

などなど…

近隣大型
スーパーで
フレイルサポーターと
フレイルチェックの
イベント

身寄りの無い
高齢者の
名簿作成

医療保険
切り替え時の
社会参加案内の
送付の検討継続

新たな
取り組み

最後に

地域づくり加速化事業を通して取り組めたことがたくさんあります。
おそらく、事業に手を上げていなければ、今も取り組んでいないままであったことも多くあると思います。
「褒めて伸ばす」スタイルの支援チームの皆様であったからこそ、私たちも前向きに楽しく取り組むことができました。
これからも関係機関、住民の皆様と“一緒に”地域づくりについて考え、取り組み、“目指す町”に向かいすすんでいきたいと考えています。

貴重な機会をいただきご支援下さったこと感謝申しあげます。

ご清聴ありがとうございました。

Ｒ５年度地域づくり加速化事業報告会

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

徳島県　保健福祉部　長寿いきがい課
生涯健康担当

徳島県の概要

【面　積】4,146.99平方キロメートル（R5.7.1）

【人　口】695,450人（R5.9.1）

【世帯数】309,561世帯（R5.9.1）

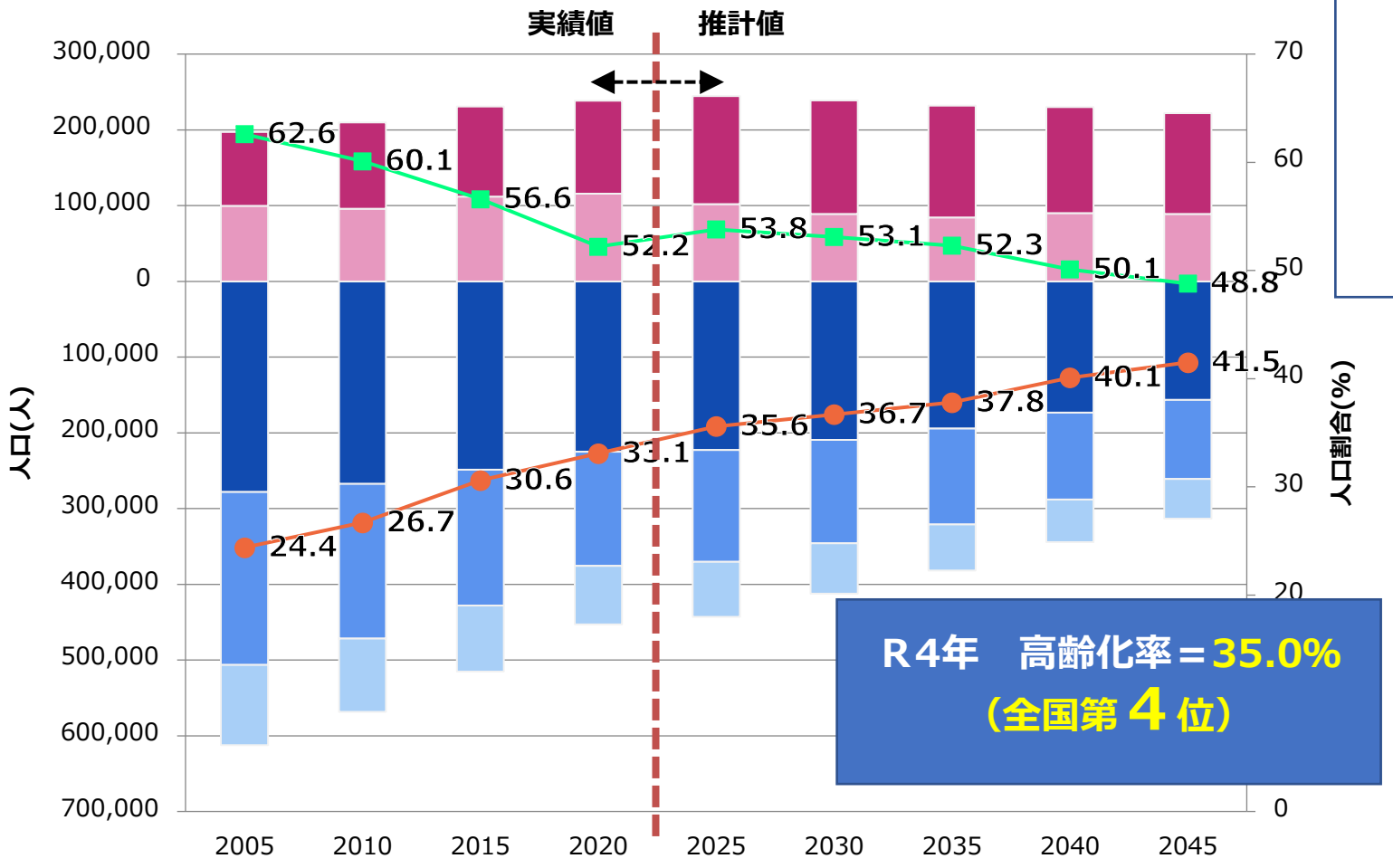
【市町村】24市町村（8市15町1村）

【隣　県】四国：愛媛県、高知県、香川県
関西圏：兵庫県、大阪府　等
※　大鳴門橋、明石海峡大橋を利用することで、関西圏まで、車で１時間～２時間です！

徳島県の魅力は鳴門の渦潮や大歩危・小歩危、剣山などの雄大な自然です。
海や川では、サーフィン、スキューバダイビング、ラフティングなどのアウトドアスポーツも盛んに行われています。

徳島といえば、なんと言っても
「阿波おどり」！
街全体が熱気に包まれます。

徳島県の人口の推移及び推計



R4年　高齢化率＝35.0%
（全国第４位）

徳島県総人口

平成20年　793,629人

↓

令和５年　693,739人

※徳島県の統計情報　徳島県の人口より

15年間で、
約10万人減！

- 75歳以上
- 65歳～75歳未満
- 15歳未満
- 15歳～40歳未満
- 40歳～65歳未満
- 高齢化率
- 生産年齢人口割合

（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）」

加速化事業への参加が決まって・・・

令和５年度地域づくり加速化事業に県内 **2** 町が参加決定

	市町村名
厚生局主導型	北島町
老健局主導型 （プッシュ型上限超過型）	上勝町

- 2町での加速化事業を担当することになったが、それぞれの立場が違うことで支援をすすめるにあたり、課題が違うことに対して、県としてどのような支援を行えば良いか？
- 支援を通して、県の役割は何か？
- それぞれの町への、支援の方法はどのように進めるべきなのか？

・市町村が事業実施するにあたり、悩んでいる状況下では、市町村の意見を聞き、共に考え、どんなことなら、実践できるか。一緒に模索しようと、意識した。

・四国厚生支局・国の方へ、分からない事は相談することを積極的に行い、課題の共有を行った。

上勝町支援の流れ

● **市町村の気づき・成果**
事業の対象や目的を整理することで、業務の効率化に繋がり、人材不足解消にも繋がることを認識できた。

● **市町村の気づき・成果**
関係団体が集まり、意見交換をすることで、上勝町の弱みを皆で共有できた。意見交換をすることで、色々な発想が出て、気づきにも繋がった。

● **市町村の気づき・成果**
住民も含め関係団体が集まり、意見交換をすることで、ミニサロンを増やしていくためのアイデアの共有が出来た。また住民が中心になり、行政が気づいていない住民の力を知ることができた。

mtg → **1回目支援（9月19日）** → **mtg** → **2回目支援（12月12日）** → **mtg** → **3回目支援（1月31日）**

0.5次mtg（7月26日）
0.75次mtg （8月28日）
0.95次mtg （9月15日）

・総合事業事業費の上限超過について、町の取組に対して共有、課題に対して、意見交換
<u>1回目支援内容について</u>
⇒上勝町社会資源見学、課題共有、意見交換会の決定

1.5次mtg（11月2日）
1.75次mtg （11月22日）

・1回目支援を終えて、成果と課題について共有
<u>２回目支援にむけて</u>
⇒事業整理一覧表の作成や、参加者の選定1.5次mtgと1.75次mtgの間に取り組めた内容の共有、浮かんできた課題の共有

2.5次mtg（1月27日）

・2回目支援を終えて、具体的にミニサロンが動き出したことから、更に課題の抽出と共有
・収穫と課題について共有
<u>３回目支援にむけて</u>
⇒成果として、動きだしたミニサロンに対して意見交換

北島町支援の流れ

● **市町村の気づき・成果**
　地域ケア会議を、個別事例のみの解決と捉えていたが、見えてくる共通した地域課題があり、解決するために関係者だけでなく、住民の力が必要であり、目指す町の共有、解決への導きが必要。

● **市町村の気づき・成果**
　地域課題から、住民を交えた意見交換により、住民との一体化の重要性。
地域包括支援センターとのつながりの重要性。つながりの自然な広がり（ネットワーク）が必要。

● **市町村の気づき・成果**
　ケア会議に考え方や地域のつながりを見直すきっかけになった。
　顔の見える関係づくりが大切であることの理解を深めることができた。
　個々をつなぐ包括の役割を再認識。

mtg → **１回目支援（9月14日）** → **mtg** → **２回目支援（10月20日）** → **mtg** → **３回目支援（1月26日）**

0.5次mtg（8月3日）
0.75次mtg （8月31日）

・地域ケア個別会議を行う上での、課題等の共有。
⇒北島町が望む地域ケア会議とは？
・議論を深める中で、北島町のニーズに合致した展開へ。
⇒地域づくりの目標を見据え、行政だけなく幅広くをコンセプトに。

1.5次mtg（10月11日）
1.75次mtg （11月22日）

・１回目支援で見えた地域課題に対して、意見交換方法の検討。
・住民、関係者等で情報共有の仕方
・民生委員など参加してもらう方の選定。

2.5次mtg（11月27日）

・1、2回目支援から見えてきた課題に対して、グループワークの進行方法の検討
・グループワークテーマに必要な新規で声かけする参加者の検討

全体の支援を通して、良かったことや気づき①

- 行政が**気づけていない町の資源、住民の力**を知ることができた。
- アドバイザーが寄り添いながら、話し合うことで、それぞれの考えが整理され、また他から出た意見や考えにより、より深い議論が行え、新しいアイデアが生み出されていくことの驚きを感じることができた。
- **支援チーム一丸**となって、支援することで、市町村の思いを汲んだ、よりよい方向性に繋がったことが良かった。県単独では、このような支援は出来なかったと感じた。
- 市町村とともに、事業を進めていくことで、市町村との**顔が見える良好な関係性**が出来た。
- 市町村と共に、考える必要性を学んだ。

全体の支援を通して、良かったことや気づき②

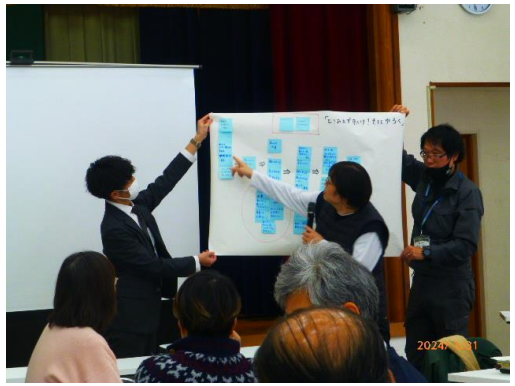
アドバイザーの皆さまから学んだこと

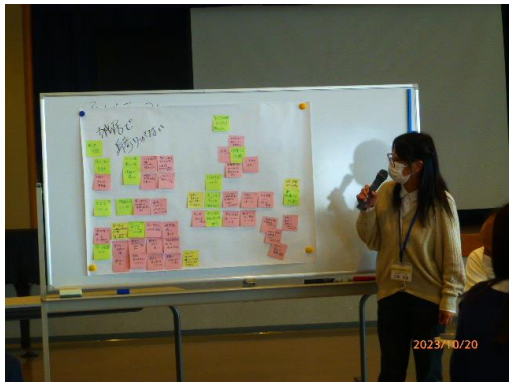
- 常に町の考えを尊重し、あくまで**町自ら目指すべき姿や考えが出てくること**を尊重してくれていた。
- 町が気づけていないポジティブな点を、引き出し、気づけるよう関わってくれていた。
- 県も含めて、相談しやすい関係づくりを行ってくれた。

今後の市町村支援について

- 市町村と**「ともに考える」**ということを、今後も意識していきたい。
- 顔の見える関係性を大切にしたい。
- 市町村支援をできるよう、県職員自身の資質向上についても、意識しながら、支援を行うことが大切と感じる。

上勝町、北島町のご担当者さま、
アドバイザーの先生方、
老健局・四国厚生支局の皆さま
ありがとうございました。





ご静聴ありがとうございました。

地域づくり加速化事業

地域ケア会議をテーマに
綾川町の生活課題を考える

ひだまり公園あやがわ
（ヤドン公園）

香川県綾川町
健康福祉課

香川県綾川町の概要

香川県の真ん中に位置し、面積は109.75平方km

南北に流れる綾川の恵みで稲作が盛んな綾川町

ユネスコ無形文化遺産に登録の滝宮念仏踊り

令和５年４月末現在

人口	23,262人	65歳以上人口	8,435人
高齢化率	３６．２％	第8期介護保険料	基準額　７，０００円
日常生活圏域数	１圏域	地域包括支援センター	直営：1箇所

無料　市町村で介護予防・生活支援を担当する皆様へ！

厚生労働省

地域づくり加速化事業　―令和５年度厚生労働省委託事業―

アドバイザーが あなたのまちに出向きます！

総合事業 × 地域づくり

厚生局主導型

介護予防・日常生活支援総合事業が８年目を迎え、それぞれの地域で、医療・介護の専門職、住民、企業などの連携・協働による多様な取組が進んでいます。一方、人事異動やマンパワー不足でこれ以上のことは出来ない…今まで取り組んできたからこその手詰まり感を感じる…などお悩みの市町村も多いのではないでしょうか。

この事業では、そんな市町村の皆様にアドバイザーが寄り添いながらサポートします。

担当者のみなさま　こんなことでお困りでは？

- 人事異動したばかりで何から始めればいいのか…
- 住民や地域とどうやってつながればいいの…？
- 総合事業で地域づくりなんて本当にできるの…？
- 今から新しい取組を進める余裕はない…
- 従前相当サービス以外にも住民の選択肢を増やしたい
- 住民主体のサービスをもっと利用してもらいたい

一人で悩まず、一緒に考えましょう！

介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業などを活用した「地域づくり」に向けて、財政面での悩みや地域住民への説明の仕方、職員へのサポート、庁内外の連携などのお困りごとを、アドバイザーとの対話を通じて解決策を見出していきます。このチャンスにぜひご活用を！

綾川町、色々な事業に取り組んではいるけれど、なんだかバラバラで、連動性がないな。何でだろう？

総合事業の充実と言われているが、綾川町は通所Aしか稼働していない。先進地のように、住民活力を活かしたメニューを増やせたらいいが、どうやって取り組めばいいのか、教えてくれたらいいのにな～…。

事業エントリーのテーマは、①介護予防ケアマネジメント、②通いの場、③生活支援体制整備事業、④地域ケア会議の４つ。どれも取り組みたいこととは少し違うな…

「ケア会議」でエントリー！

0.5ミーティング

【宿題】
・綾川町の事業の関連図を作成してみる！
・自立支援型ケア会議で見えてきた課題整理

○応募した動機

綾川町では、個別ケア会議として「自立支援型」と「困難事例等」の会を、個別以外のケア会議として「ほっと歓地区別会議」や「地域支え合い会議」、「地域包括支援センター運営協議会」等を開催している。

国の機能評価指標では「地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言すること」が求められており、「自立支援型」ケア会議については、R3年度末より先進地の豊明市を参考に内容を見直した。

自立支援に向けて、「本人の望む元の暮らしを取り戻す」と言う切り口で検討を重ねているが、「元の暮らしを取り戻す」と言う感覚が、本人にも、支援するケアマネにも薄いことが分かってきた。現在は、社協に委託している生活支援コーディネーターを含めて、少しずつ意識改革を進めているところであるが、早くから介護予防サポーターを養成し、その活動を応援するための仕組みとして介護支援ボランティア制度を創設したり、民間活力を活用して買物弱者支援事業や配食サービス等に取り組んだりはしているが、様々な事業と連動させながら、地域課題を解決できるまでには至っていない。

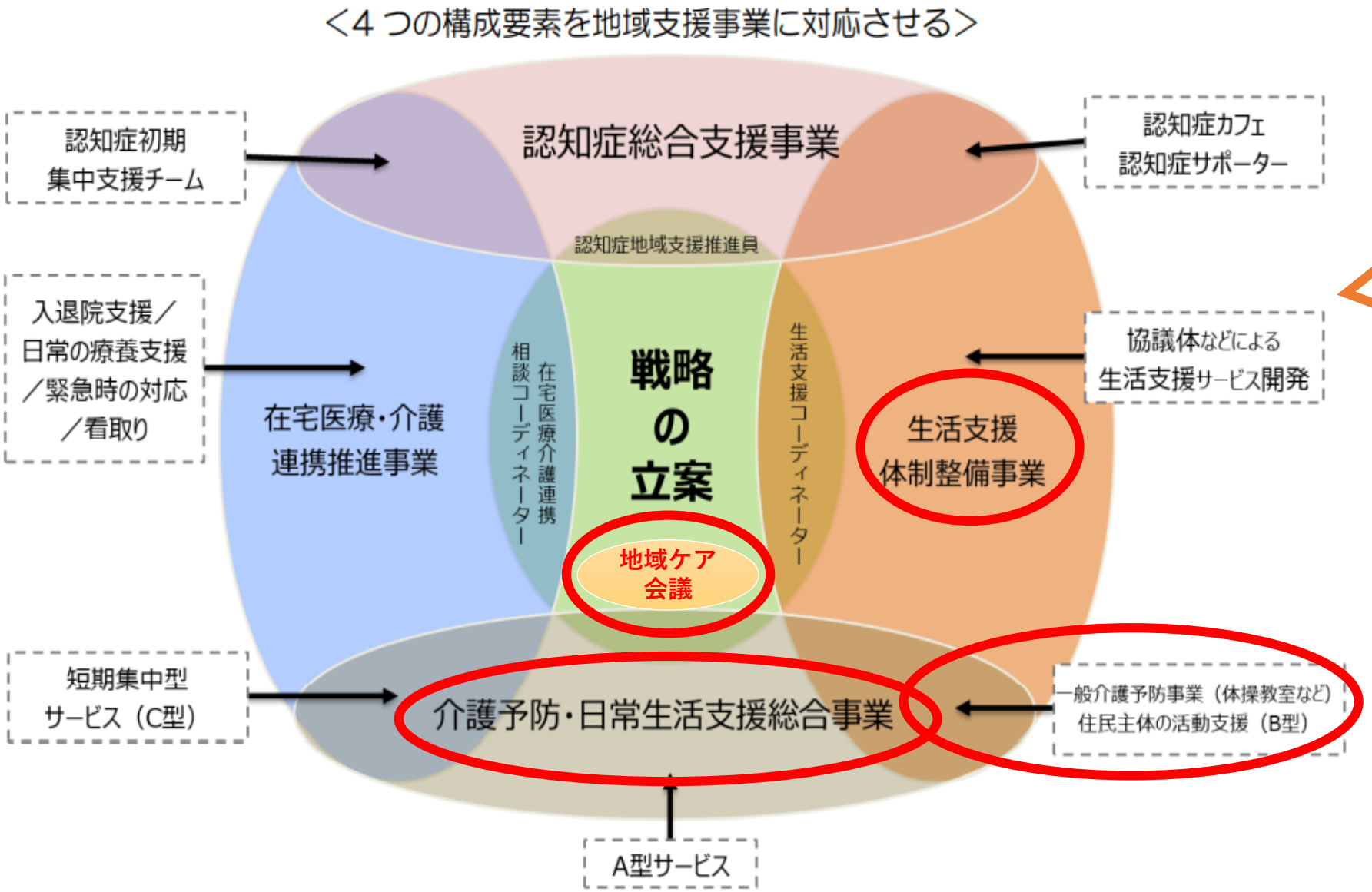
地域支援事業等で市町では求められることが増え、また高齢者が増えることで相談件数が増加する中で、日々の業務に追われている状況ではあるが、ケア会議等を通じて地域課題を、役場だけでなく関係機関や地域住民の方と一緒に解決することができるように、事業の加速化を目指すために応募する。

○本事業で取り組みたいこと

今年度は介護保険第9期事業計画策定年度ではあるが、保険者や地域包括支援センター、また社会福祉協議会やその他の関係機関など1人でも多くの方と一緒に、綾川町の地域課題を共有し、課題解決を実現するために、また、自立支援による介護保険の適正化を目指すために、どんな可能性かあるのかを第3者よりアドバイスをいただきながら、事業を効果的・効率的に取り組み、また、業務のスクラップ＆ビルドにも取り組んで行きたい。

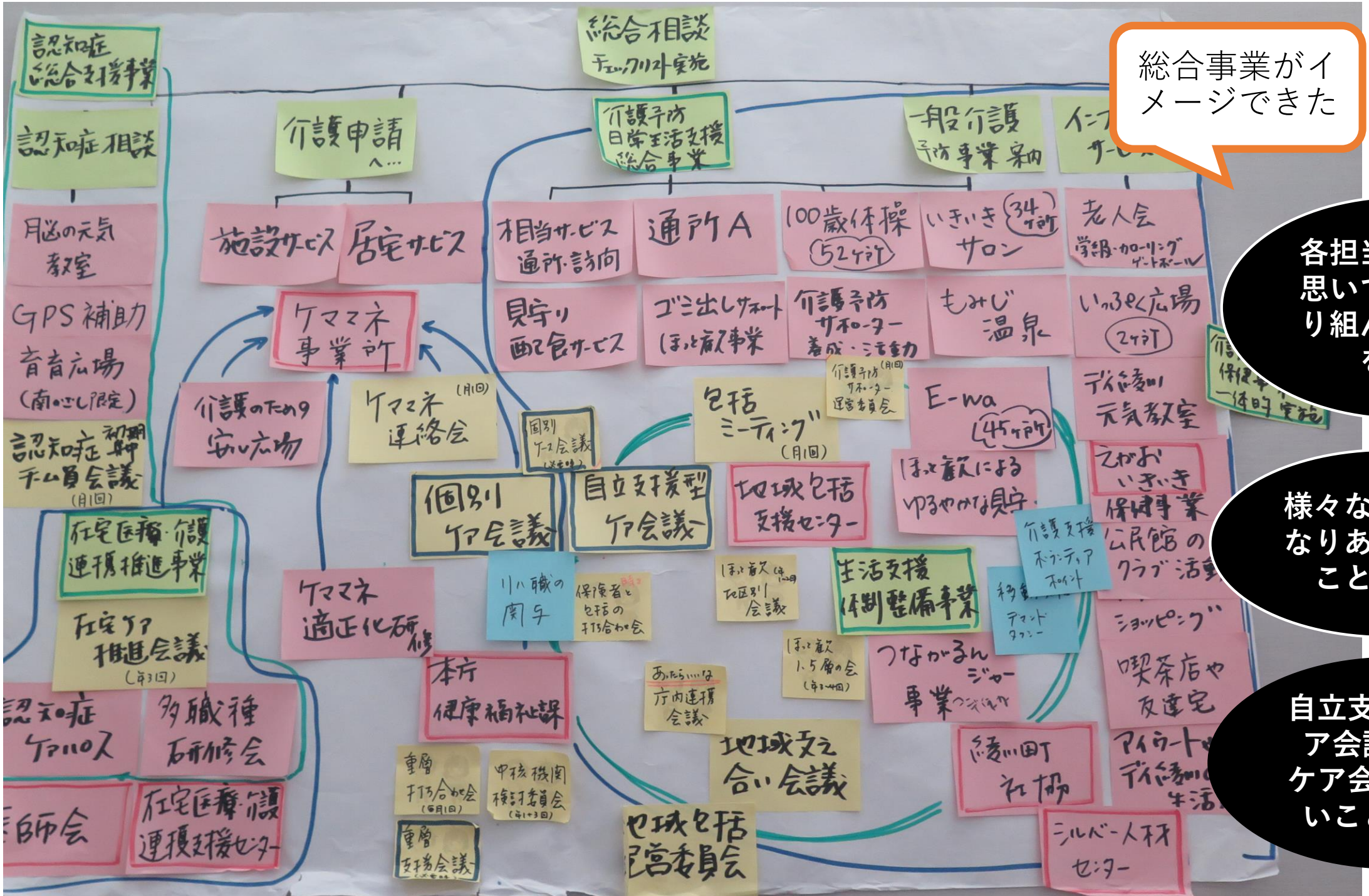
1回目支援

令和５年９月８日（金）13:00～16:00
参加者　アドバイザー等支援者　9名　　保険者　3名　　地域包括支援センター　6名
内容：顔合わせ、地域づくり加速化事業説明、宿題及び介護保険事業計画の説明



どのテーマでエントリーしても目指す所は同じ！

地域づくり
加速化事業
の正体は!?



総合事業がイメージできた

みんなすごい！

各担当がどんな思いで事業に取り組んでいるかを共有

様々な事業が重なりあっていることを共有

自立支援型のケア会議だけがケア会議ではないことを共有

自立支援型ケア会議でみえてきた綾川町の地域課題

①従前相当通所サービス頼りの人が多い！

（人）

	回数	サービスA	従前相当	予防訪問介護	通所リハビリ	通所介護	訪問介護
R3年度	週１	0	5	1	0	1	0
	週２	2	4	1	1	0	2
	週３	0	0	0	1	2	2
R4年度	週１	4	13	4	3	1	0
	週２	0	9	1	1	1	0
	週３	0	0	1	0	1	1
計		6	31	8	6	6	5

②一般介護予防事業を活用できている人が少ない！

（人）

	100歳体操			いきいきサロン			もみじ温泉
	地域内になし	地域にあるも使ってない	使っている	地域内になし	地域にあるも使ってない	使っている	
R3年度	26	19	6	33	12	6	6
R4年度	29	20	9	37	13	8	11
計	55	39	15	70	25	14	17
割合	50.5%	35.8%	13.8%	64.2%	22.9%	12.8%	15.6%

③総合事業以外の通いの場の利用者が少ない

（人）

老人会	4	コーラス	2
常会	6	大正琴、フラワーアレンジメント、写真	1
婦人会	1	詩吟	1
運動公園	1	友達宅	3
カラオケクラブ	1	ショッピング 友達との交流	1
カローリング	3	シルバー	2

④入院等で生活が変わった時、元の生活を取り戻すことを応援できる体制がない

入院により畑仕事中止
野菜を作っても家族が減って食べきれなくなった
入院して畑仕事ができなくなった
入院により野菜作りや草抜きを中止
集会場までの坂がきつく100歳体操を中止
足腰が弱りサロンや100歳体操を中止した
100歳体操までの場所が遠く参加を迷って
痛みがあり100歳体操やめた
自治会退会

ケア会議等で地域課題をケアマネジャーと共有できているか？

介護保険事業計画策定に向けて…

地域課題の共有し、事業をスクラップ＆ビルドしてきたい！

➡そのために一番大事なことは町をどうデザインするか。どんな町にしていきたいか。自分が描く綾川町の事を自分の言葉で伝えよう！

●地域住民の**繋がり**がしっかりできる町になればよい。
●住民同士の**繋がり**、幅広い世代の方々、高齢者同士で今働いている世代の方々と繋がる機会があれば今後のことも考えられる町。
●高齢になっても高齢者が一人にならず、近くに**居場所**のある町。人も**繋がる**、町も**繋がる**。
●歩いていける**身近な場所に気楽に集まれる場所**があると良い。物理的に難しい部分もあるが行政がどう動くか。
●**話ができる場所**。**話を聞いてくれる場所**。いろいろな場所でいろいろな町があればいい。
●お家で少しでも長くいたいという方が圧倒的に多い。やはり病気だったり家族関係だったり、支援を受けられなかったり、仕方なく施設に行く人もいるが、**家族や周りの力で少しでも家にいられる町**になったいい。
●コロナもあり隣近所の繋がり、助け合いが以前に比べて減っている。隣近所の人さえも挨拶程度で、昔のように立ち話もすっかり減ってしまった。高齢で役割ができないので自治会から出たり、自治会から出たらゴミも出せない、それが理解できない。ゴミくらい捨てさせてあげてもいいのではないか？　まず小さな**コミュニティで助け合い**ができるとよい。隣や自治会が少しずつ離れている気がするので、そこからもう少しまとまれると良いのではないか。
●その人の**力が発揮できていつまでも活躍できる**場所。そこに来て喋るだけでも良いし、それを**認め合える**地域になって欲しい。
●高齢になっても自分のことは自分でしたいという気持ちはある。たぶんそれがどんどんできなくなるが、その部分を**支え合い、コミュニティ、繋がりを大事にする社会**。

繋がり　助け合い　支え合い　活躍　認め合う　自宅で

ケアマネジャーと思いを共有①

令和5年9月21日(木)
午前9時～9時半

【①高齢者にとって、綾川町がどんな地域になればいいと思いますか？】

- 住み慣れた地域（家）で暮らし続けられる
- 自立した生活が苦しくなってくる時でも、安心して生活できる地域
- できるだけ住み慣れた綾川町で暮らし続けていくために、生活支援・介護・介護予防・医療・住まいの地域包括ケアが充実した町

1位	移動・交通・買物	13
2位	インフォーマルの充実	8
3位	地域とのつながり	7
4位	相談しやすい体制	5
5位	生きがいや役割	3
5位	看取りの充実	3
5位	グループホームの充実	3
8位	ヘルパーの充実	2

政策担当に提言しても人口減少する中で、財源を確保し介護保険や町の政策だけでは限界が…

町民のみなさんや、医療・介護・保健・福祉・民間企業など、1人でも多くの方と一緒に、「地域づくり」をすすめる必要がある！！

【①で回答した地域の実現のために、ケアマネージャーとしての役割は？
（ケアマネジャーとして、日頃、どんなことをやっていますか？また今後、ケアマネジャーとしてできそうなことはありますか？）】

→地域資源の発掘・情報収集
介護保険だけでなくいろいろな情報収集
→利用者・家族との信頼関係を築く
→周辺住民とつなげる取り組み
→ケアマネ間の情報共有
→気が付いたことを町へ提言
→移動スーパーやデマンドタクシーの利用のサポートや使ってみることのアドバイス

ケアマネさんの言葉を要望ととらえ、しんどい思いもあったが、事例を通して話を聞くことで、地域のニーズ、地域の課題が何かを共有することができるんだ！

ケアマネさん達は綾川町の高齢者のことを真剣に考えてくれる力強い味方！

今後も綾川町のことを、一緒に考えてもらいたい！

1.5ミーティング

**綾川町には十分すぎるほどメニューが
そろっている！増やす必要はない！**

ケアマネさんからの意見を書き留めておいて、何を言っているのかを少しずつ整理して、そこからケアマネさんが集まる機会に、一気にではなく、優先順位をつけながら話題を出して話をする機会がもてたらいいな！

いろんな会議で事例をみる中で、客観的に整理して、何がテーマ・課題として残ったのかという整理を今まで誰かがやったことはないのか？

言っていることの整合性をとって繋げていく。議事録をそういうやり方でやっていかないと単発で終わってしまう。高齢者がどう思うのか、住民がどう思うのかを繋げながらやっていくのが必要ではないかと思う。

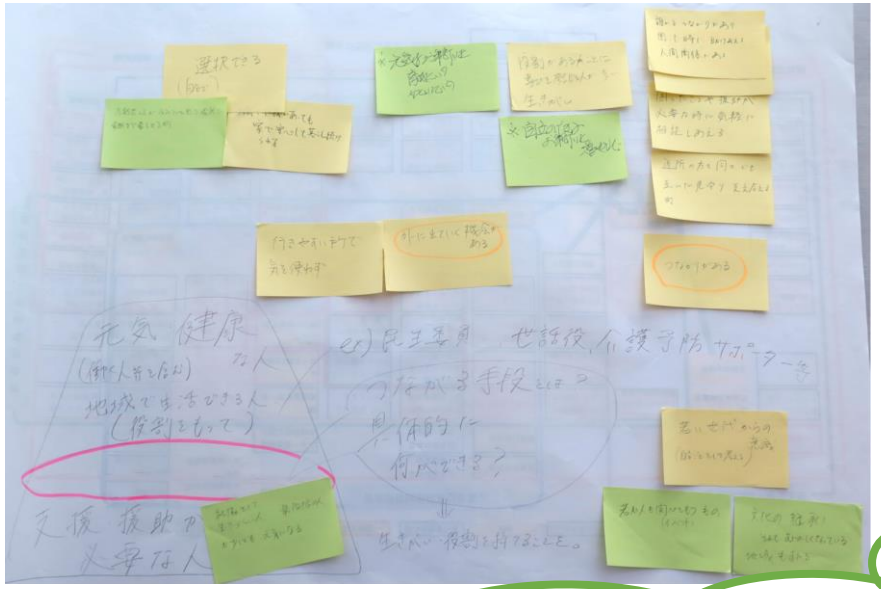
事業を縦割りではなく、つないで作り上げていくという作業が必要なのかと思う。一人ひとりの思い、組織としての位置づけ、役割についても整理が必要になってくると思う。

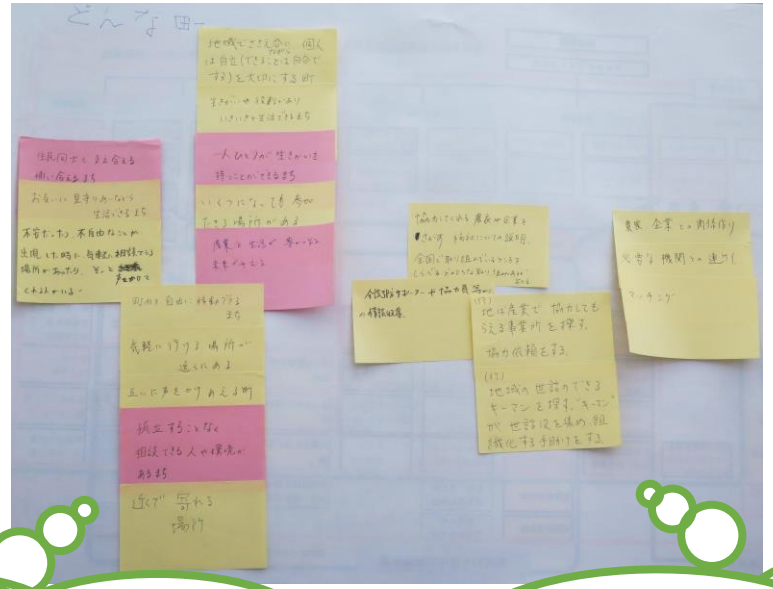
**2回目支援は関わりの強い、
社協さんに参加してもらおう！**

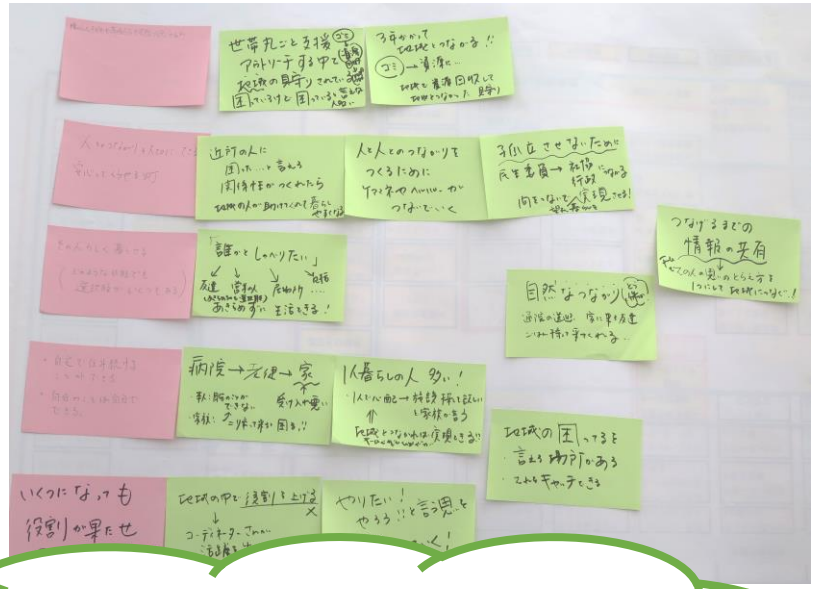
2回目支援

令和5年10月17日（火）13:00～16:00
参加者　アドバイザー等支援者　8名　　保険者　3名
　　地域包括支援センター　6名　　綾川町社会福祉協議会　8名

テーマ①：高齢者にとって、綾川町がどんな地域になればいいと思うか　　共有…◎







普段担当業務をしていたら、**綾川町のことをどう思っているのか**、一緒に働いている皆さんがどういう思いで仕事をしているのかあまり**聞く機会もなかった**がこういう場があって**少しやる気が出た**。

「同じところに違う人たちが何回行ってもいいのではないか。それを**共有してどのように向けていくか話し合えたらいい**」という意見を聞いて、自分も視野が狭い考え方だったなと勉強になった。

テーマ②：①のために何ができるか？

具体的な話ができなかった。 ➡

社協の既存の事業をうまく活用して、安心できる生活を支える体制整備を進める必要性を共有でき、何か1つから取り組みを見直すことができれば…。

残りの期間で何ができる？

- 民生委員会でのヒアリング（R5.10.23）
- 介護保険策定計画でのヒアリング（R5.11.9）
- 介護保険事業計画を切り口とした包括・保険者での話し合い（R5.11.13）
- 社協予算打合せ時でのヒアリング（R5.11.20）　中止
- ほっと歓1.5層でのヒアリング（R5.11.27）
- 100歳体操でヒアリング(随時)
- サポーター運営委員会でのヒアリング（R5.12.15）
- 介護保険事業計画に関する関係各課との話合い(随時)
  →ヒアリング内容を受けた計画書素案の修正

あらゆる機会を地域づくりの加速化の機会と捉える！

何のためにやっているのか？

綾川町がどんな地域になればいい？

綾川町　第9期介護計画施策一覧（目標値）

基本目標	基本施策	中分類	No	頁数	小分類	9期施策／事業内容	担当課	項目	単位	8期からの方向性	9期目標値
1　介護予防に取組みながらともにつながるまち	1　介護予防・日常生活総合事業の充実で望む暮らしを実現	（1）一般介護予防事業の推進	1	40	①介護予防サポーターの育成（まなびあい講座）及び活動の推進	介護予防サポーター養成として「まなびあい講座」を継続して開催し、高齢者のこころと体、介護予防体操、認知症への関わり方などを学ぶことで、地域の介護予防の主体となる住民を育成していきます。 また、まなびあい講座修了後も学びあうことを継続できるステップアップ講座を開催し、その時々の介護予防に関する話題や課題に触れ、介護予防サポーター活動に活かします。 介護予防サポーターの活動としては、転倒や認知症などの予防の意義や知識の普及に対する協力、ひとり暮らし高齢者への声かけ、見守り、認知症高齢者の見守りや家族への声かけ、見守り等を行います。その他お年寄りの孤立の予防や介護予防のための住民力として町内各所での「通いの場」づくりを推進していきます。	健康福祉課	まなびあい講座修了者数	人	継続	11
								ステップアップ講座回数	回	継続	2
								ステップアップ講座参加人数	人	継続	132
1　介護予防に取組みながらともにつながるまち	1　介護予防・日常生活総合事業の充実で望む暮らしを実現	（1）活動の拠点づくりの拡大	2	41	②ほっとか連とこ100歳体操	まちかどほっと歓事業との連動を目指した高齢者の通いの場づくりをさらに進めていきます。放っとかれない体づくりという意味で「ほっとか連とこ100歳体操」という名称とし、リハビリテーション専門職との協働により筋力を保つための体操を実施しています。身近な場所で週１回の通いの場ができ、認知症の人や閉じこもりがちの高齢者に非常に有効な場となっています。	健康福祉課	グループ数	グループ	継続	52
								参加実人数	人		585

民生委員会ヒアリング結果

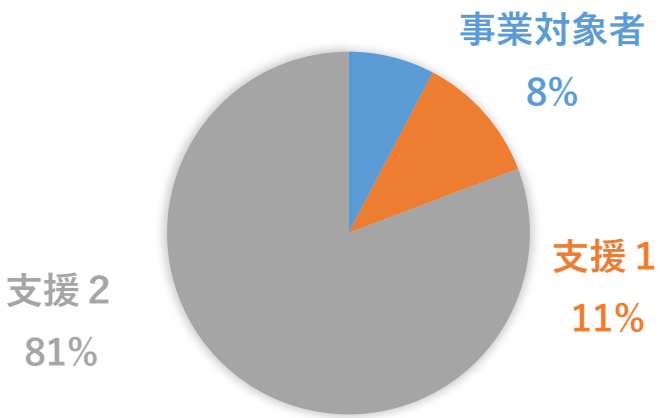
移動・交通・買物	5
健康・介護予防	2
地域とのつながり	8
相談しやすい体制	2
生きがいや役割	3
いきいき	3
安心・安全	6
最期まで在宅	1
病気や認知症でも住みやすい町	2

2.5ミーティング

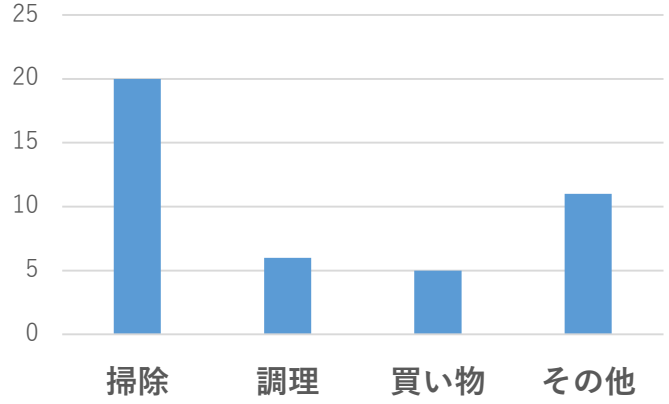
令和5年11月22日（水）18:30～20:30
参加者　アドバイザー等支援者　９名
保険者　3名　　地域包括支援センター　７名

2回目支援後、社協職員に確認してみると「生活支援が必要！何とかしたい！」と言っていた！
そのことを一緒に考えるための情報を整理してみよう！（家事援助利用者＋12月更新の計70名を分析）

1．家事援助利用者の認定区分

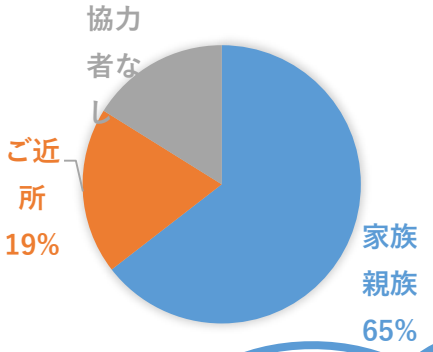


2．家事援助の内容

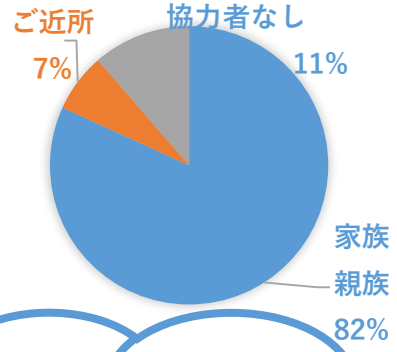


3．普段から協力してくれる方の有無

家事援助あり



家事援助なし



◆虚弱が進むと掃除や調理などの生活援助を利用する人が増える
◆家族などの協力者がいないと生活援助の必要度が高まる！
◆掃除や調理などの生活援助にヘルパーが手を取られてしまうと本当に訪問介護が必要な人がサービスを利用できなくなる！？
◆綾川町全体で見てみると「訪問介護」の利用ニーズは少ない施設入所の給付費が高くなっているから？？
◆綾川町の高齢者は、地域での生活が継続しづらい環境なのか！？

家事援助を利用している方と、
そうでない方の差を知り、1例
からでもケア会議で検討して、
他の方法で生活を支えることが
できないか検討してみる！
多職種で共有することもいい！

ゴミ出しサポートほっと歓事業に繋げるために、地域の方と話してきたことが実は「ケア会議」と言うことなんだ！

3回目支援

令和5年12月22日（金）9:30～17:30
アドバイザー等支援者　9名　保険者　3名
地域包括支援センター　6名　綾川町社会福祉協議会　4名

テーマ：これからの綾川町のために、みんなでできることを考えよう！

事業という枠組みをまず除く。枠組みは予算と取る役割には必要かもしれないが、包括と社協がやる**ほっと歓事業**は事業費を取るためにやるわけでなく、**どんな活動をするか、どんな地域になったらいいかを繋いでいく役割**だと思う。

みなさん、ここからがスタートですよ！

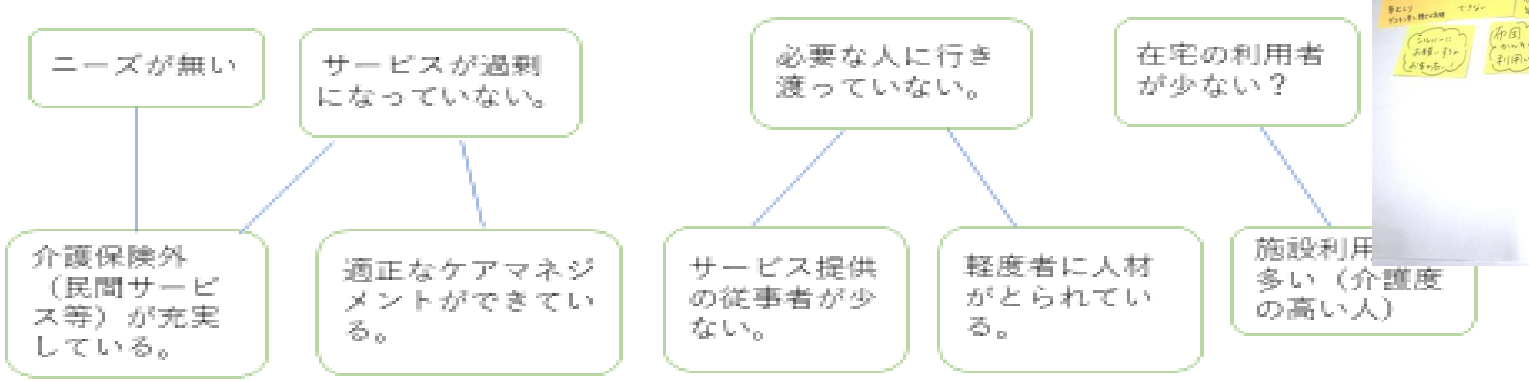
社協との協同事業である「1人ぼっち０に！」を目指した「高齢者声かけ見守りほっと歓事業」とその活動を社協として地区毎に推進するために立ち上げた「つながるんじゃー」の活動について、一緒に振り返る機会となった。

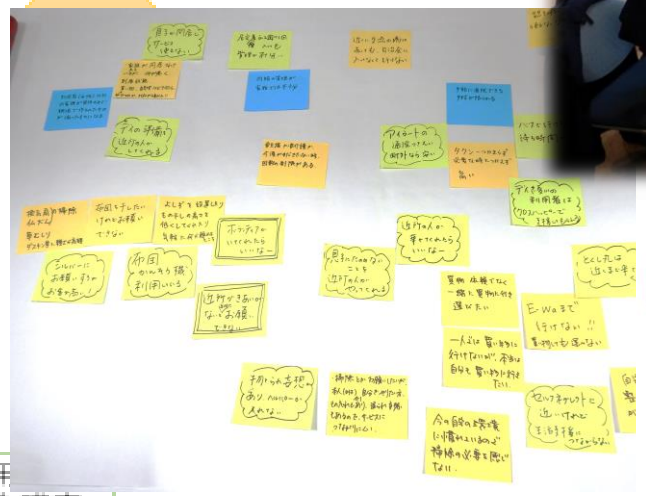
3回目支援を終えて…
ケアマネジャーと思いを共有②

R6.1.12(金) 13:30～

綾川町における「生活支援」を考える

- 図⇒訪問介護の利用（特に要介護２以上）が全国、県と比較して少ないことから考えられること





【綾川町の地域課題】
◆家族の意向で訪問介護よりもデイ利用になっている方多い
◆ヘルパーが24時間体制でない、思う時間に利用できない
◆交流の場所やE-Wa(移動販売)まで歩いて行けない人が多い
◆タクシーを呼んでもつかまらない、必要な時に使えない
◆ゴミ出しできない人が「ゴミ出しサポートほっと歓事業」に繋がっていない。
◆ヘルパーができない生活支援をお願いできる仕組みが少ない。

まずはゴミ出しから！

インフォーマルな力で生活している方の事例から、みんなで学べる機会を来年度持とう！

あらゆる機会を活かして繋いでいくために…

・R.6.1.10～包括と保険者の話合い開始➡共有シート作成

色々な課題があるな！

実際に聞いた地域の人の声や実際に感じた地域課題を共有するためのシート

	記入日	記録者	誰が	何を	どのように言ったか	話を聞いた人の感想・コメント・記録を見ての感想等
1	R6.1.30	A	Aデイサービスセンター綾川の●●永正さん	町外のケアマネが増えているが、町の取組（配食、メール等）知らないと思う。	見やすい冊子ができるといいなぁ	保険者で検討します！
3	R6.1.31	B	●●民生委員	B団地にはゴミステーションが13箇所ありゴミ当番の回りが頻回で負担になっている住民が増えている。	状況を確認数るため住民生活課に相談にきた。	B団地内でケア会議必要！？ ●●さんから聞いた話では、B団地自治会所有の土地があり、24時間対応のゴミステーションを作りたい話をしたが却下されたらしい。
4	R6.2.1	C	100歳体操、●●ほっとか連の皆様	今年になって免許返納する人が増えてきた。買い物どうしようか。	前、説明してくれたE-Wa(移動販売）に来てもらったらいいな。５人集まったらえんやろ？	体操メンバーの松浦さんからはセニアカーの相談を受けています。自分で行ける方法もみんなで検討できたらいいのかなあ。
5	R6.2.2	A	Bさんから話を聞いて社協局長が言っていたことを思い出した	丸●民生委員が農作物を子ども食堂に活用してほしいという意見を、生物だから断ったこと	そこをマッチングするのがコーディネーターの役割ではないか。子ども食堂開催日を把握し、野菜が傷まないうちに渡せる体制づくり。パントリーに近い発想。	
6	R6.2.3	A	C公民館	高齢者が自転車に乗る人が増えた。安全講習会もあると聞いたことがある。	電動カートの体験会をしてほしい声が他所であった。実現するかは分からない。公民館より：それもいいですね	

地域やケアマネ社協とも共有したい！

・加速化事業での気付きを活かして、介護保険事業計画を修正し完成！

・ほっと歓打合せ会等で社協と包括、保険者で協議、移動支援ミーティング開催予定

まとめ

地域づくり加速化事業に参加することで「**色々な事業に取り組んではいるけれどなんだかバラバラで連動性がないな。何でだろう？**」と言う私自身の疑問を、解決できるヒントを沢山いただくことができました。

- 多くの方と**思いを共有**することで、思いは1つなんだと再認識
- ケア会議の**課題を整理**し、地域やケアマネジャー、社協など綾川町の**様々な方と共有**
- **あらゆる事業**や**あらゆる機会**が**「ケア会議」**になりえることを学ぶ
- ケア会議で話し合った内容を客観的に整理し、**繋げていく**ことが大切
- 綾川町には**総合事業のメニューが十分すぎるほどある！**
- **思いの実現のために**、**縦割りではなく、繋いで作り上げていく**という作業が必要！

あらゆる機会をケア会議と捉え、聴く、繋げる、共有する

1人でも多くの方と一緒に、住まいるあやがわを目指す！

いいひと
いいまち
いい笑顔
住まいるあやがわ

令和５年度
地域づくり加速化事業での
アドバイザー派遣を受けて

香川県
長寿社会対策課

香川県の概要

- ●人口：933,757人　うち65歳以上人口：296,435人 ※R4.10.1
- ●高齢化率：32.5% ※R4.10.1
- ●要介護等認定率（第1号被保険者）：19.6% ※R5.3月末
- ●高齢化率、要介護等認定率（第1号被保険者）ともに全国平均より高い。
- ●県の面積は全国最小 ※R2.10.1

綾川町における取組み、支援

【支援前】

・地域ケア会議の意義や必要性を再認識

・多様な主体によるサービスを作る際の働きかけ方

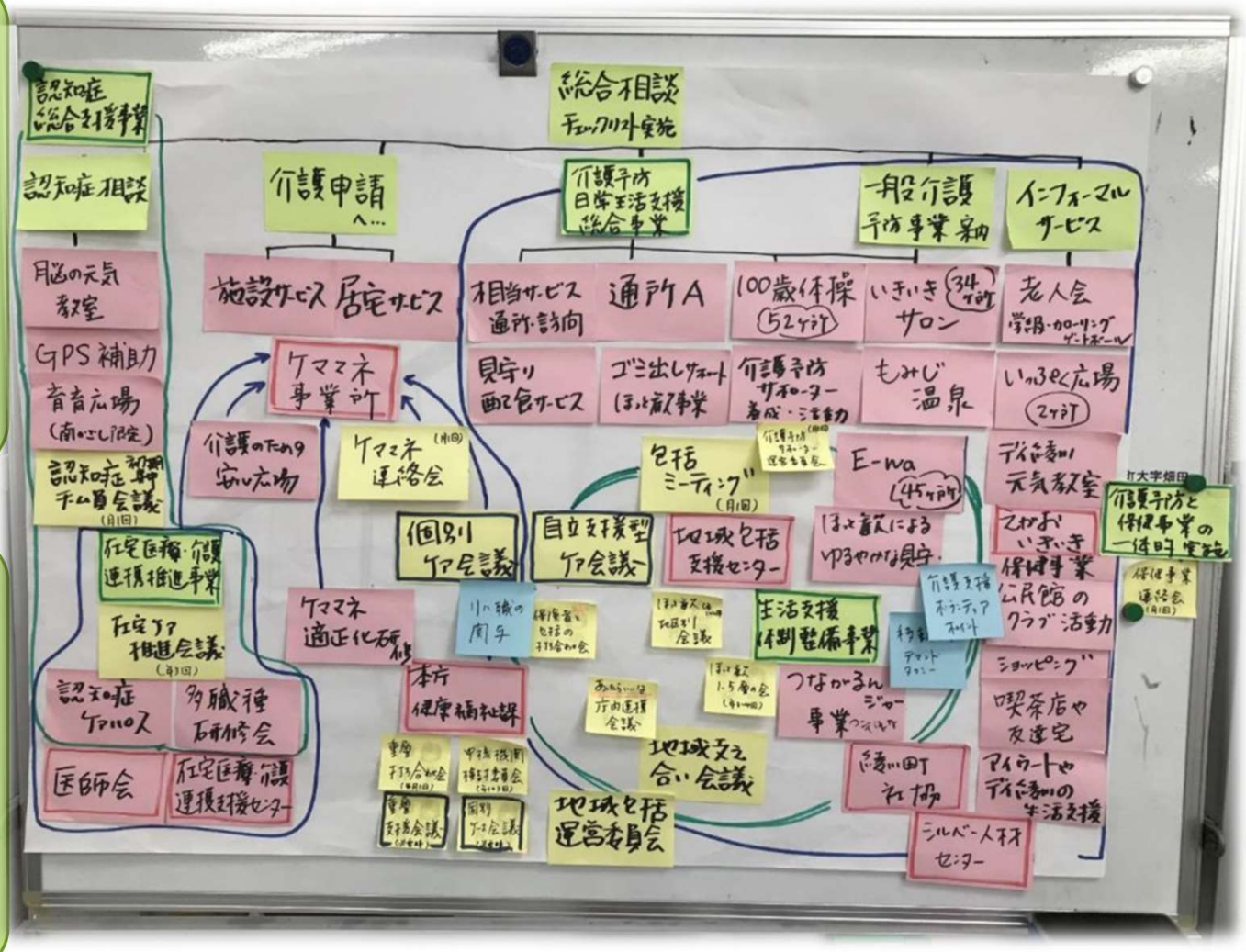
・保険者、包括、社協等が目指す方向性を共有できるような場づくり

【1回目支援】

・既存事業や会議を見える化

・それぞれが目指す綾川町の姿

・まちをどうデザインするか、目線合わせ



綾川町における取組み、支援

【2回目支援】

・社協職員を含めての意見交換

・次回は、介護予防サポーターやケアマネなど地域住民や関係者の声も

【3回目支援】

・事業に縛られた考え方からの脱却

・行政と社協が重なり合い、補完し合いながら、多職種・多機関で連携しながら地域のニーズを具現化

・気持ちよく仕事ができる人間関係

伴走支援事業を受けて

●<u>どこに向かっているのか</u>
→それぞれが考える、目指す“まち”の方向性
→事業の目的・意義

●<u>脱　縦割り</u>
→重なり合いをどう意識するか
→多職種連携、多機関連携

●<u>市町ごとの状況や課題に適した対応</u>
→今回の内容や結果が他の市町にそのまま当てはまるものではない

令和５年度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を受けて

高知県黒潮町
健康福祉課

黒潮町の概要

- 高知県西南部に位置し、平成18年3月に旧佐賀町と旧大方町が合併し、黒潮町となる。
- H24年3月に南海トラフ大地震の被害想定として、最大震度７、最大津波高34m(全国一の想定)が打ち出される。
- 人　口：10,094人（男 4,827人･女 5,267人）
- 世帯数：5,317世帯
- 65歳以上の人口：4,698人【高齢化率46.54%】
- 地域包括支援センター（直営１）

応募に至った経緯

【地域支援事業で毎年上限超過】

・通所型短期集中運動機能向上サービス（通所C）・　シルバー人材センターやヘルパー事業所の訪問Ａによる生活支援の実施
・通所Cの効果を高めるために、事業所にリハ職等専門職を派遣
・総合事業以外で、町内に６拠点ある「あったかふれあいセンター」を中心に、介護保険外での生活支援や集いなどの取り組み

⇒　給付費の増加を抑えるために予防事業に力を入れているのに、介護保険以外の取り組みもしているのに、上限超過・・・

【何が原因か考えてみた】

・医療基盤が弱く、通所リハ・訪問リハ・訪問看護の事業所がないため、運動機能の改善等は通所介護事業所に頼らざるを得ない
・従前相当のサービスにつながると、利用が継続してしまう。要支援の認定がある場合は特に難しい
・効果的な通所Cの実施のためにはリハ職の関与が不可欠だが、事業所に常勤リハ職等がほとんどいない。そのため一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業を活用して対応せざるを得ない
・買い物は、介護保険だけでなく介護保険以外でも対応（シルバー人材センターとヘルパー事業所による訪問A、あったかふれあいセンター）

⇒　資源が乏しい中で、ある資源を活用しており、サービスが過剰との認識はない。何をどう考えても削減できる費用がない・・・

【これからどうしたらいいのか】

・介護報酬改定で単価が上がり、支援が必要な高齢者が増加すれば、今後も事業費の増加は避けられない
・高齢化率が年々増加する中、支援が必要な高齢者が増加すると共に事業所において人材確保が難しくなることが見込まれる
・通所Cで元気になるのは限られた人数で、それ以上の人数が従前相当サービスにつながっていく
・予算に限りもあり、事業を住民主体に移行していきたいが、町から呼びかけた場合はやらされ感が強くなる傾向にある

⇒　・行政だけで解決できない課題しか思い浮かばない
・事業の継続等を含め、必要な事業を整理しないと、これから困ることになる

県から加速化事業の案内が！！　資源の乏しい町の現状と困りごとを切々と訴えて応募することに。

派遣支援第1回目

開催日：令和5年9月1日
場　所：黒潮町役場

・黒潮町の現状と課題（厚生労働省四国厚生支局篠岡推進官）
・意見交換

参加者：アドバイザー2名、厚生労働省3名、県2名、保健所3名、黒潮町8名　計18名

計画のキャッチフレーズ
支え合いと介護予防で
いきいき・元気に暮らせる安心のまち

◆改めて気づいたこと

・数値やデータで見ていくことの重要性を再認識
・事業の費用対効果の評価ができてない
・窓口対応で具体的な説明の仕方が共有できてない
・自立支援を具体的に説明できない
・対象者ごとのアプローチ方法が確立していない
・職員間でも共有できていない情報がある

・事業所と意識のすり合わせがどこまでできているか
・事業を始める前に住民と目的の共有ができているか
・企業をまきこむことは考えていなかった
・あったかふれあいセンターが発掘したニーズや課題の解決につながってないかも

・旧町で認定を受けるタイミングが違うのでは
・アセスメントの視点が生活の維持になっていないか
・ケアマネジメントのあり方、自立支援の説明ができているか
・従前相当の通所は半日の利用者が思っていたより多い

派遣支援第2回目（午前）

開催日：令和5年10月30日
場　所：黒潮町役場

午前：黒潮町で整理したこと、意見交換、午後の会議に向けて
午後：事業説明（厚生労働省四国厚生支局篠岡推進官）、黒潮町について（廣末アドバイザー）
黒潮町の現状（健康福祉課武政、柿内）、意見交換

参加者：アドバイザー2名、厚生労働省3名、県2名、保健所4名、黒潮町9名　計20名
町内事業所等（社協2名、通所3名、訪問1名、シルバー人材センター1名、あったかふれあいセンター1名、NPO法人1名、生活支援コーディネーター1名）　計10名（午後のみ）

◆整理して感じたこと

サービスごとに実人数を見たので傾向がみえた

通所Cの効果は大きい

通所Cをしていても従前相当の利用者が増えている

訪問Aの利用がシルバー人材センターとヘルパー事業所で偏っている

通所の利用者の偏りは事業所の特性ともいえる

リハ職派遣は事業所の人員状況に左右される

忙しくても数字で見る、全員で確認することの大切さを実感

サービス利用のタイミングの地域差を見ないといけない

包括のケアマネ全員で卒業を目指す利用者が確認できた

代替できるサービスの検討や提案が必要

派遣支援第2回目（午後）

◆午後から
町内事業所等が集まっての意見交換は初めてなので
まずは普段思っていることや考えていることを共有したい

【訪問】
・総合事業の利用者が1/3
・サービス終了があまりない
・人手不足で人材確保も難しい
・総合事業を卒業できるのではと思う方を見極めてアセスメントして終了することを考えていきたい

【シルバー人材センター】
・件数は少ないが、会員ががんばる姿を見て元気になったり勇気をもらっている方もいると聞いている
・できることをできる範囲で支えていきたい

【通所】
・通所Cを受託している
・通所C卒業後の受け皿があったか頼りになっていて、本当の意味での活動や参加につなげられてない
・卒業後のモニタリングが終了したら繋がりが切れてしまう
・あったかと情報共有を密にして、いろんなことにチャレンジしたい

【通所】
・総合事業の方は少なく、ほとんど要介護の方
・人手不足だが職員を募集しても集まらない
・専門職だけの力では難しい
・元気な高齢者を中心に、地域で自主的に交流できる環境があるといい

【あったか・NPO】
・町内の困りごとはすぐに対応している、何でも屋
・専門職だけが支援するのではなく、C型を卒業した方がボランティアで地域を支える仕組みをつくりたい
・働き盛り世代もいずれ自分が通る道、自分ができることで地域を盛り上げていくことに力を尽せる町になったらいい

【社協・SC】
・子ども達の高齢者への理解、子ども達との交流ができるとよい
・高齢者がもう少し役割を持ってできるような環境や関わりがあればいい
・つながりのある地域でも、住民も意図的につながる必要性を感じている

・行政が感じている課題と事業所等が感じている課題は重なっている
・みんなが考える「これからの黒潮町」も重なっている

同じように感じ、同じように考えていることがわかってよかった！
みんなで集まって話すことの大切さ、必要性を実感！

支援後その1

町内事業所

第2回支援に参加していた町内事業所と再度意見交換を行う

参加者：社協2名、通所3名、訪問1名、シルバー人材センター1名、あったかふれあいセンター3名、NPO法人1名、
生活支援コーディネーター2名、黒潮町6名　計19名

◆課題

・あったかの買物支援がコロナ禍で同行から代行に
・ヘルパーとあったかの買物支援のちがい
・生活支援とヘルパーの負担
・あったかから介護サービスへの移行が困難
・あったかの一極集中で負担が大きい
・人材不足（どの事業所にも共通）
・介護認定申請（お守り申請、更新の通知）
・介護認定申請における地域差（旧町単位）
・ケアプラン
・自立に向けた支援が不十分
・入浴は身体機能より独居による精神的不安の影響大

そんなことになっていたとは！
課題がいっぱいでてきたぞ

◆自立支援とは？

同じような意見が多く、改めて共有できた！

改めて共有しよう！

◆どんな役割分担が望ましい？

全員から所属ごとの役割と連携について意見が出た！
事業所等の持つ役割をしっかりやる、そのうえで各自が持つ情報を共有しながら、協同で取り組みを進めることが大事と共有できた！

◆自立支援と役割分担、望ましいイメージは？

・本人への説明やケアプランの立て方が、望ましいイメージの基本
目標設定、卒業の考え方、本人や家族を含むみんなで共通認識を持つ
・役割分担を決めるのも担当者会
言いにくいことがあるなら事前にケアマネと事業所が話し合う
・サービス終了後の提案がなければ、本人の不安は解消されず、納得しにくい

2回目支援で安心したけど・・・
・以前と違う状況の変化に気づいてなかった
・お互いの現状や認識にずれがあることがわかった

状況の変化、認識のずれを把握・修正して同じ方向を向こう
高齢者の活動や他組織との連携についてアイデアがでた
みんなで集まって話すことの大切さ、必要性を改めて実感！

支援後その2

庁内関係部署　包括支援センター、本庁・介護保険係、支所・地域住民課で窓口対応について協議する

①窓口対応

統一した対応ができるようにしないと・・・

・来庁から申請までのフローチャートを作成し、流れを可視化

・窓口で聞き取る内容や包括へつなぐタイミング、来庁者に伝える内容を確認する

②認定更新通知

必須なのか確認しないと・・・

・県内では確認できなかったが、県外では更新のお知らせをやめているところがある

・在宅介護手当や申告の控除等でサービスを利用していなくても認定が必要な方がいるかもしれない

・必須でないとしても、サービス利用なしの方へのお知らせをやめるのは慎重にする必要がある

③介護保険の利用方法

知らない住民が多いという意見が出た…

・窓口で説明し、結果通知に居宅一覧を同封しているが、介護保険課係や包括支援センターに問い合わせがある

・申請やサービス利用について、手順等が住民へ行き届いていない

・介護保険の使い方の周知が必要ではないか

派遣支援第3回目

開催日：令和6年1月12日
場　所：黒潮町役場

午前：午後にむけた協議（課題の確認、課題の文言修正、グループ分け、進行の確認）
午後：ワークショップ

参加者：アドバイザー2名、厚生労働省3名、県1名、保健所3名、黒潮町10名　　計19名
町内事業所等（社協2名、通所3名、シルバー人材センター1名、あったかふれあいセンター3名、NPO法人1名、生活支援コーディネーター1名）　計11名（午後のみ）

◆グループワークをとおして
・課題を重要度（優先度）と取り組みやすさで図に落とし、見える化し課題を整理・共有する
　※課題：事前に実施した事業所との話し合いで抽出した課題

【優先して取り組むべき課題】
①統一した共通認識
　黒潮町介護サービス事業者等連絡協議会の活用。参加してなかったシルバー事業所に参加してもらう。事業所が集まる場になっているので、それぞれの役割を理解し関わり合う事で、どこが必要な支援にあたるのか等見直しもできる。また、介護保険（適切な申請のタイミング、サービス開始時に利用者の今後を見とおした支援のすり合わせ）の周知の場としても活用できる
　→ 課題の共有や介護事業者同士の連携、住民向けの広報の場として、既存の場（協議会、IWK）を活用する
②C型卒業生への支援、見守り
　社会参加の機会の創出。あったか、ボランティア、フレイルサポーター、地域の買い物支援への協力
③認知症家族への支援
　認知症理解から始める必要性

黒潮町の現状共有、自立支援の意識合わせ、課題の整理から取り組みまで一連の流れを共有する事で、共通認識を持つことができた

支援後その3

庁内関係部署

地域包括支援センター、介護保険係、保健衛生部門の保健師が集まって、認定更新対象者を確認する

①介護保険係でサービス利用や在宅介護手当の該当の有無を確認し、一覧表に追記する
②地域包括支援センター、介護保険係、保健衛生部門の保健師でサービス未利用者を確認する
もともと要支援者は包括で確認するようにしており、要介護の方を追加することとなった
障がいで関わっていたり、権利擁護で関わっている方もおり、状況不明者は1名だけだった
この1名は保健センターの保健師が確認のため訪問することとなった

※今回40人のうち訪問による確認が必要だったのは1名で、今後は名簿を回して各自が確認するのでも良いのではないかという意見がでたが、始めたばかりであることやみんなで一緒に対応を確認するために継続することとした

町内事業所等

介護サービス事業所等連絡協議会に来年度の活動について働きかける

①シルバー人材センターの加入を働きかける
②町の現状や課題を共有し、これからの黒潮町を考える機会にしたいと相談する

課題の共有、共通認識を
持つためにもデータ活用！

まとめ

認識の変化	支援前の状況	支援後の気づき
地域資源	・もともと資源が少なく、医療基盤が弱い ・運動教室やサロンは地区によって偏りがある ・あったかふれあいセンター頼りで負担が大きくなっている	◆集落活動センターとの役割分担、新たな活動の提案 ◆元気高齢者の生きがい活動、助け合いの仕組みづくり（おかず作り・販売等） ◆老人クラブやサロン等既存資源の情報発信の必要性
総合事業	・少ない資源で予防に力を入れているからこそ費用がかかる（過剰なサービスはしてないし単価設定も適正） ・総合事業だけでなく、各係で各種事業を実施している（課題に対して事業を展開）	◆事業所同士による情報共有や地域資源との役割分担による適切なサービス利用（適切なサービス提供期間をみんなで開始前に共有） ◆各係が実施する事業が戦略的な取り組みになっていない現状を認識 ・ 効果的な事業実施のために、事業目的を再確認する必要がある
事業所等	・お互いの状況を把握しきれていない ・それぞれで事業展開しており、他の事業所との役割の共有がしきれていない	◆介護サービス事業所等連絡協議会（既存の場）の活用 ・未加入事業所の加入促進 ・各事業所の業務内容・役割の共有、町の今後を考える ・介護保険制度、介護サービスの使い方について周知
庁内	・介護保険制度や介護サービスの使い方は、通知に同封したり、広報やホームページを活用して周知 ・介護認定や更新について、各係が把握対象者の情報共有不足	◆申請時に自立支援を意識して関わる ◆介護保険制度やサービスの使い方の周知方法の見直しが必要 ◆介護認定更新時にサービス未利用者への関わりが必要 ◆課題の共有の仕方の検討（数値等データ整理）
住民	・介護保険制度、介護サービスの使い方の認識不足 不必要な認定申請及び更新申請	◆介護保険制度、介護サービスの使い方について広く（必要になった人だけでなく、利用前の住民にも）周知する事で適正な介護保険サービスの利用へ繋げる

今後の取り組み

できることからひとつずつ

介護サービス事業所等連絡協議会の活用

・シルバー人材センターの加入を働きかけ、町の現状や課題を共有する
・高齢者への支援等について各事業所が取り組めること、また、これからの黒潮町について一緒に考えてもらう

住民や関係機関等への周知啓発

・データを活用した資料や具体的な言葉で、町の現状や課題を伝え、今後の住民自身のことや町のことを考えるきっかけをつくりたい

窓口業務や認定更新通知の見直し等に取り組む

・認定申請時に制度やサービス利用についての説明で、職員の個人差をなくすよう取り組む
・更新通知前にサービス未利用者について、包括支援センターと保健師が高齢者の状況を確認する仕組みを作る
・案内文書等の記載内容や同封文書の見直しを行う

生活支援の検討

・庁内だけでなく社協やあったかふれあいセンターと情報共有しながら必要な生活支援を協議していく

総合事業

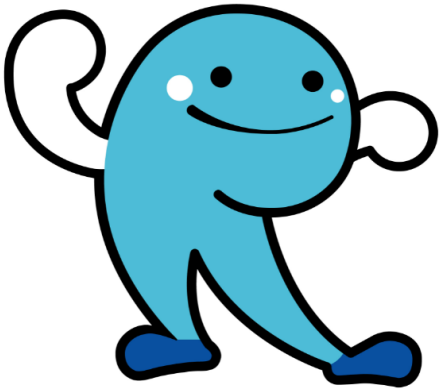
・ケアマネジメントによるサービスの適正化を包括支援センター内のケアマネで共有し、自立支援に向けて事業所と共通認識のもと利用者に説明していく

従前相当サービスの見直し

・従前相当サービスの利用状況の推移を確認しながら、必要に応じて独自設定（時間・回数・単位数等）を検討する

令和５年度地域づくり加速化事業

高知県



高知県公式キャラクター
くろしおくん

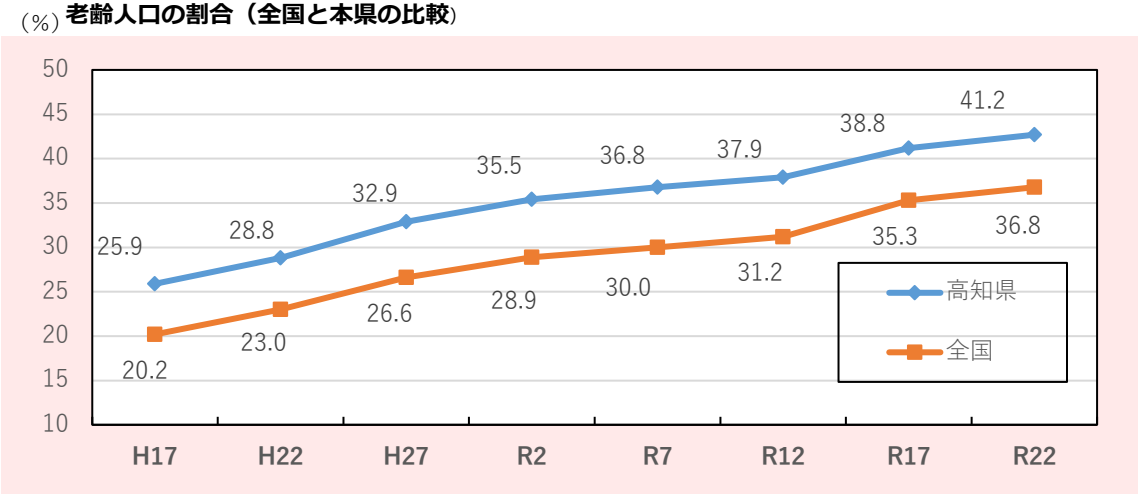
令和６年３月８日（金）

高知県　長寿社会課

高知県の概要

○人口：664,445人　うち、65歳以上人口：243,462人　※R6.1.1
○世帯数：312,626世帯　※R6.1.1
○高齢化率：36.6%
○要支援・要介護認定率：19.4%　※R6.1月末

高知県の老齢人口（65歳以上）の割合



高齢化率の上昇は全国に10年先行！

出典：日本の都道府県別将来推計人口（H30実績）
（国立社会保障・人口問題研究所）Ｈ17からＲ２の数値は国勢調査のデータ

高知県の支援体制

保険者数：30保険者

（29市町村１広域連合）

組織	役割
長寿社会課（本庁）	地域支援事業・地域包括支援センター・介護予防・生活支援体制整備など
在宅療養推進課（本庁）	地域包括ケアシステム・認知症・フレイル予防・医療・介護・福祉の連携など
福祉保健所地域支援室×５（出先機関）	市町村に近くきめ細かな支援 地域包括ケア全般

黒潮町について

支援の経緯

・**総合事業費の上限を超過**していることから、四国厚生支局からお声がけがあった。

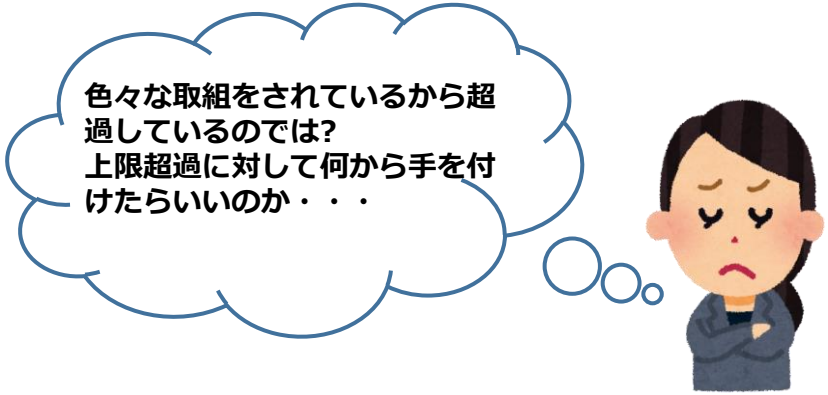
県からみた黒潮町

・地域の担い手が不足するなか、見守りや集いの場の拠点となる**「あったかふれあいセンター」を中心に地域の拠点が充実**している。

・県西部の海に面した町であり、災害対策としても介護予防の体制を強化して自立支援、重度化防止に取り組む必要があるが、**専門職不足により他市町村の事業所に頼らざるを得ない状況**。

・高齢者を取り巻く町職員の**課題意識が高い**。

・総合事業の上限は超過しているが、C型やあったかでの介護予防などに積極的に取り組んでいただいており、**黒潮町に伴走支援の必要性を感じていなかった**。



あったかふれあいセンターとは

子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、誰もが気軽に集いふれ合える場として市町村が設置する施設で、小規模でありながら必要なサービスを提供する地域福祉の拠点。
必要に応じて医療機関・保健機関などさまざまな専門機関に相談や悩みをつなぐことができる。

R5から県の介護予防事業として専門職によるオンライン介護予防教室も実施

県内31市町村55拠点254サテライト※R5.4.1時点
※市町村が運営し県が運営費の一部を補助

黒潮町には６拠点16サテライト
→あったかが地域づくりの中核

一方で、利用者の偏り、職員の高齢化、マンパワー不足など課題も出てきている・・

基本機能
- 集い
- 相談・訪問・つなぎ
- 生活支援

＋

拡充機能
- 移動手段の確保
- 配食
- 泊まり
- 介護予防
- 認知症カフェ

支援内容

0.5次mtg
↓
１回目

○現状の確認（データ整理）
・総合事業利用者データ、町の事業デザイン、社会資源マップ

○黒潮町が目指す自立支援とは？
・卒業して元の生活に戻る・従前デイを卒業し、あったかにつなげる

1.5次mtg
↓
２回目

○総合事業利用者の傾向を確認し、卒業できる人や代替案の検討

○H28～R4事業費の分析

○社協・事業所・あったかなどの関係者も参加
・町の現状や目指したい姿を共有
・日頃思っていることを吐き出してもらう

2.5次mtg
↓
３回目

○前回のメンバーでワークショップ
・これまで出た課題を重要度（優先度）と取り組みやすさで振り分け
・今、一番着手できそうな課題を抽出し意見交換
→C型卒業生の活用、事業者連絡協議会の活性化、買い物支援
集落活動センターとの連携

１回目支援の様子

３回目支援の様子

加速化事業に参加して

○目指す姿を共有することで参加者のベクトルが揃った。
○一人ひとりの話を聞くことで新しいアイデア・意見がたくさん出た。
○情報の見える化や分析方法のノウハウが学べた。
○支援チームに助けていただいた部分が多く、黒潮町のサポートが充分にできなかった。
○県の役割について改めて考えるきっかけとなった。
○来年度、市町村への伴走支援をさらに充実させていくために、市町村と対話し、寄り添う支援をしていきたい。

地域づくり加速化事業に関わっていただいた皆様
ありがとうございました。

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域づくり加速化事業　（四国厚生支局）報告

2024.3.8

四国厚生支局地域包括ケア推進課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

四国厚生支局　地域づくり加速化事業支援経過一覧

実施自治体			徳島県板野郡北島町	高知県幡多郡黒潮町	香川県綾歌郡綾川町	徳島県勝浦郡上勝町
類型			厚生局主導型			老健局主導型
テーマ			地域ケア会議	介護予防ケアマネジメント	地域ケア会議	プッシュ型（上限超過型）
アドバイザー名			多田　敏子	廣末　ゆか	越智　和子	大坂　純
			越智　和子	兵頭　昌子	廣末　ゆか	鶴山芳子　酒井やよい
現地支援日及び支援内容	第1回		9月14日（PM）	9月1日	9月8日（PM）	9月19日
	内容	AM	—	自己紹介 事業説明（厚生支局） 町の現状と課題「データから見た現状」 意見交換「町がめざすもの」	—	支援チーム社会資源見学 午後の流れ等の打ち合わせ
		PM	自己紹介 事業説明　（厚生支局） 町の資源及びこれまでのケース等から見る地域ケア会議の目的の整理	意見交換の振り返り 2回目支援に向けての意見交換	自己紹介 事業説明（厚生支局） 町の事業紹介　ケア会議からの現状と課題 介護保険第9期事業計画	自己紹介 事業説明（厚生労働省） 上勝町の地域概況及び現状と課題 意見交換会「上勝町の目指すべき姿について」
	第2回		10月20日	10月30日	10月26日（PM）	12月12日
	内容	AM	自己紹介 事業説明 地域課題についての説明 意見交換（グループワーク） テーマ①8050問題について　②独居で身寄りのない方への支援　③独居で認知症を有する方への支援	1回目支援以降の実践内容の報告と意見交換 午後の会議への打ち合わせ	—	A班　関係事業所への説明 B班　地域の情報収集（地域の見学・地域住民との面談） 午後の流れの打ち合わせ
		PM	午前の会議の振り返りと次回に向けての検討	自己紹介 事業説明（厚生支局） アドバイザーからの情報提供 データから見た町の現状と課題 意見交換	自己紹介 事業説明（厚生支局） 町の高齢者福祉の現状 グループワーク「どんな地域をめざすか。」「そのためにはどんなことが必要か。」 振り返りと次回に向けての検討	自己紹介（事業所の取組紹介） 事業説明（厚労省） 上勝町の地域概況及び現状と課題　（介護認定及びサービス状況等） 意見交換（グループワーク）「高齢者が元気で望む暮らしを続けるために」
	第3回		1月26日	1月12日	12月22日	1月31日
	内容	AM	前回意見交換会からの取り組み報告及び今後の展開についての説明 意見交換（グループワーク）	午後の協議 事業所との意見交換で出た課題の確認、グループ分け、進行等打ち合わせ	2回目支援以降の取り組み状況の共有 午後の内容検討打ち合わせ	地域支援事業交付金の現状及び課題今後の方向性の検討 午後の意見交換への打ち合わせ
		PM	振り返りと今後に向けての検討	ワークショップ （事業所からみた課題の共有と整理、今後の展開を考えよう） 振り返りと今後に向けての検討	ワークショップ （みんなでできることを考えよう！） 振り返りと今後に向けての検討	自己紹介　事業説明（厚労省） 上勝町の現状及び今後していきたいこと 意見交換会（グループワーク）「上勝町の高齢者がいつまでも元気で居続けれらる、居場所とは」
今後の方向性			様々な関係機関との繋がりを深めること。地域ケア会議に対する考え方が変わったことで、いろいろな集まりの場を活かして地域ケア会議に展開していく。	既存の事業や組織を活用して、事業所との連携を強化し、自立支援や介護予防への取り組みをそれぞれの機関の役割を具体的に検討しながら進めていく。住民への啓発活動も新たに推進する。	社協、本課、包括が常に目線合わせを確認しながら、既存の事業を活用し、高齢者に限らない支え合いの仕組みを再構築する。	介護予防事業の見直しと介護サービスに頼らない事業展開をめざす。 身近な場所でのミニサロンの展開 自立支援に向けたケアマネジメント（ケアプラン点検や地域ケア会議） 介護予防の啓発（研修会等）

自治体支援において大切にしたこと

地域の状況を把握すること

- 人々の暮らしが見えるもの（風景、街並み、交通網、ホームページや広報誌など）
- 自治体の政策（総合振興計画や介護保険事業計画など）
- 介護保険に関する情報「見える化システム」（事業所や医療機関、認定状況、介護給付状況など）、地域支援事業交付金等の状況

地域の課題を整理し、共有すること

- 様々なデータからみた地域課題
- 地域資源の拾い出しやマッピングから見えてくる課題

思いを言語化して共有すること

- 町のめざす姿〝どんな町になればいいかな”
- 「自立支援」とはどんなイメージ？

既存の事業や組織を有効に活用すること

- 福祉サービスや既存の事業を関係者間で情報共有

データから地域の課題を考えること（一例）

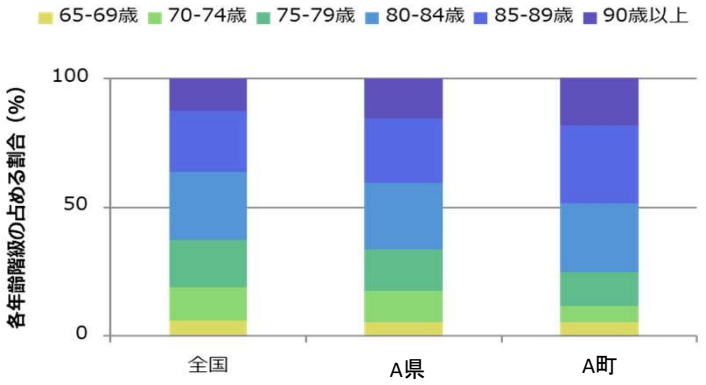
①見える化システムから見える地域課題（サービス毎の利用状況の推移、新規認定者の年齢分布等）

②ニーズ調査から見える地域課題（地区毎や経年変化など）

③総合相談対応の事例件数や内容、個別ケア会議のケース概況

④個別の状況を丁寧に分析してみることで見えてくるもの（表１）

新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布（令和3年(2021年)）



（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」（令和3年11月10日時点データにて集計）
※本指標は自治体向けのため取り扱いに注意してください。

	全国	A県	A町
65-69歳	5.9	5.4	5.2
70-74歳	12.9	12.1	6.3
75-79歳	18.4	16.2	13.3
80-84歳	26.4	25.6	26.6
85-89歳	23.8	25.3	30.3
90歳以上	12.7	15.3	18.5

総合事業利用者状況シート　（表１）

No	年齢	性別	地区		家族構成			相談経路			利用希望理由（簡単で可）	基本チェックリスト（該当に〇）							認定状況			通所型				訪問型						備考（特記事項等ケアマネの主観も可）
																						1日		半日		利用回数		支援内容（該当に〇）				
					独居	高齢者のみ	2世帯以上	本人	家族	その他		運動	栄養	口腔	うつ	物忘れ	閉じこもり	10項目	事業対象者	支援1	支援2	1回	2回	1回	2回	1回	2回	掃除	調理	買い物	その他	
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																

見えてきた主な地域課題と取り組みの方向性

地域課題

- 町の中でもそれぞれ地域特性があり、課題も違ってくる。
- 事業所間等の連携ができていると思っていたが十分ではない。
- ぞれぞれの機関がもつ役割が明確ではない、また、共有できていない等の可能性がある。

- 筋力向上や生活支援など介護予防で特に取り組むべき内容が見えてくる。
- 介護（予防）サービスでの終結（“卒業”）が難しい。
- 介護予防ケアマネジメントや地域ケア会議など自立支援に向けた支援のあり方や取り組みを見直す必要がある。

目線合わせ（規範的統合）

めざす町の姿の共有

顔の見える関係性の構築

『自立支援』に向けた取り組みの見直しや事業の推進

これからもみんなで地域づくりをすすめていくために

★みんなそれぞれ頑張っている。バラバラになっている力を合わせよう。
★様々なデータを「見える化」し、目線合わせに活かそう。
★住民の方々にはしっかりと『力』があることを意識しよう。
★まずは顔を合わせ、語る「場」を持っていこう。
★いろいろな「場」に出向き、ネットワークを築いていこう。
★制度や事業は、めざす姿を達成するための手段・道具として捉え、
　事業間の繋がり（連動性）をもって展開していこう。

四国厚生支局は
自治体の皆様の
地域づくりの推進を
サポートします。

**「地域づくり加速化事業」を
是非ご活用ください。**

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare