

地域支援事業を使って わがまちの地域づくりを ～伴走支援を契機に～

福岡県大川市福祉事務所
石山 裕子



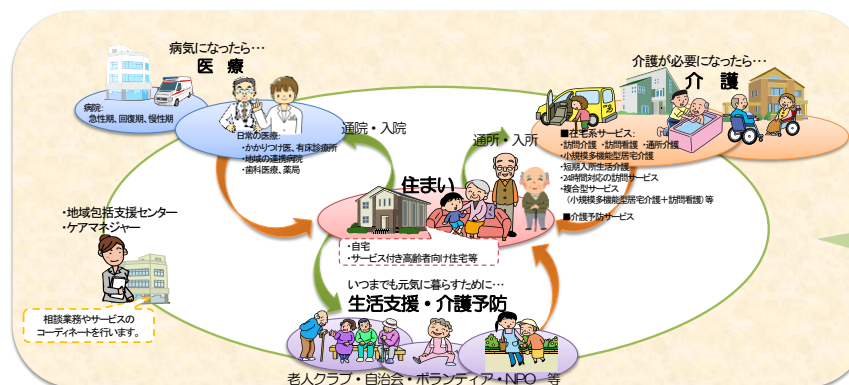
地域のあらゆる活動にアプローチして構築する「地域包括ケアシステム」

- 【高齢者】・高齢化の進展
 - ・後期高齢者の増加
- 【担い手】・団塊世代の高齢化
- 【地域】・担い手の減少（住民・専門職等）
 - ・血縁から地縁への転換、さらなる関係性の希薄化
 - ・自治組織自体の高齢化・次世代の担い手不足
 - ・産業構造の脆弱化

地域全体としての姿を
デザインし直す必要性

保健・医療・福祉だけの問題ではなく、他産業も含めた地域全体の
問題として捉える必要がある

<高齢者施策の視点からみた地域づくり> 地域包括ケアシステムの構築（そのための地域支援事業、総合事業等）



関係者、住民、すべての人が
地域に向き合って考えて行か
なければならない

我がまちの高齢化の進捗状況と資源を把握したうえで地域をデザインする必要がある

地域包括ケアシステムは、地域のあらゆる活動にアプローチしなければ構築できない

地域支援事業の考え方

『「地域」の変容』が起こっている

地域をデザインし直す必要性

高齢者施策分野のミッション→地域包括ケアシステムの構築

市町村のツール

地域支援事業

＜地域支援事業の2本柱＞

介護予防・日常生活支援総合事業

（要支援1～2、それ以外の者）

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス（配食等）
 - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
（左記に加え、地域ケア会議の充実）
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症総合支援事業
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- 生活支援体制整備事業
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

→今までは国が決めたサービスを使ってもらうものから、
市町村が地域の力を総動員してサービスを作ることができる

地域包括ケアシステムの構築

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう**、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制の構築

地域支援事業の目的及び趣旨について

- 被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを**予防**し、**社会に参加**しつつ、**地域において自立した日常生活を営む**ことができるよう支援することを目的とし、**地域における包括的な相談、及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制、及び認知症高齢者への支援体制**を一体的に推進する。

住み慣れた地域での自分らしい暮らし 日常生活



地域支援事業

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム

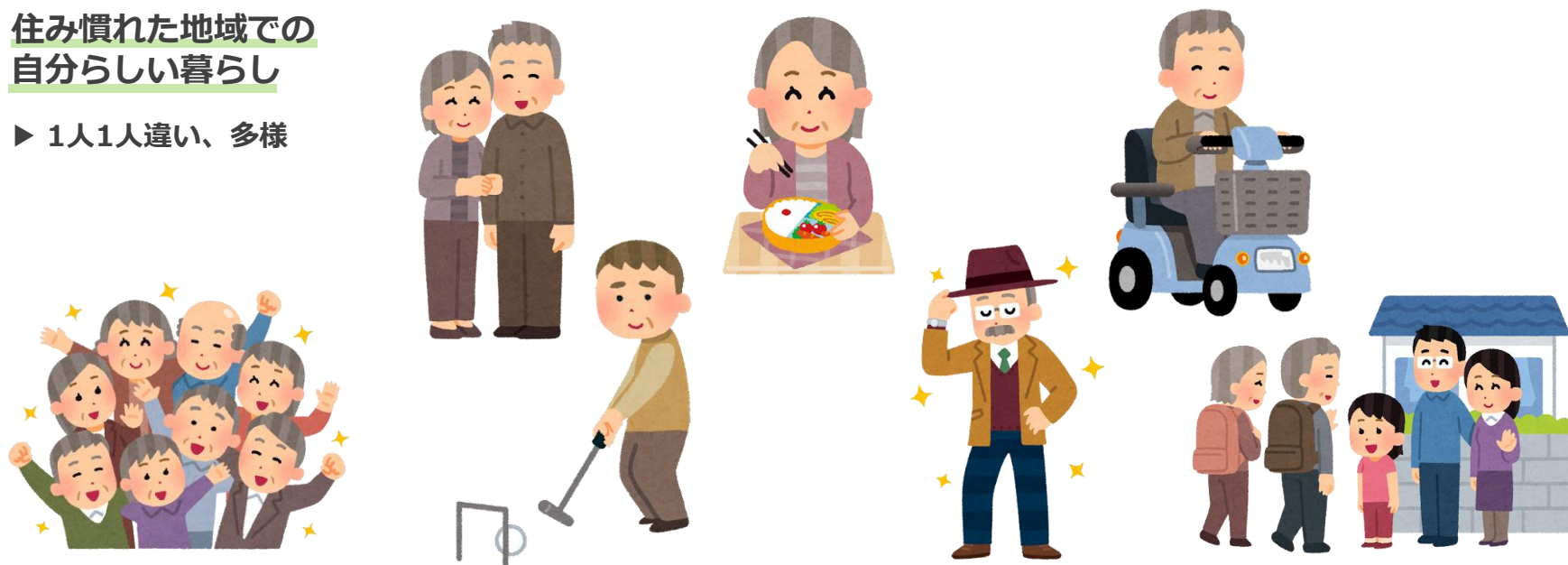
高齢者がどのような状態になっても**高齢者の尊厳の保持**と**自立生活の支援**を目的に、**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう**、**住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供される

総合事業

高齢者（要支援者や事業対象者など）が**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送り続けることができるよう**に、**介護予防の視点**を軸に**高齢者の能力を最大限引き出し、活かせること**を目指して**多様で柔軟なサービスを提供**したり、また**地域住民の多様な参画**など**地域の支え合い体制づくり**を行うこと

住み慣れた地域での 自分らしい暮らし

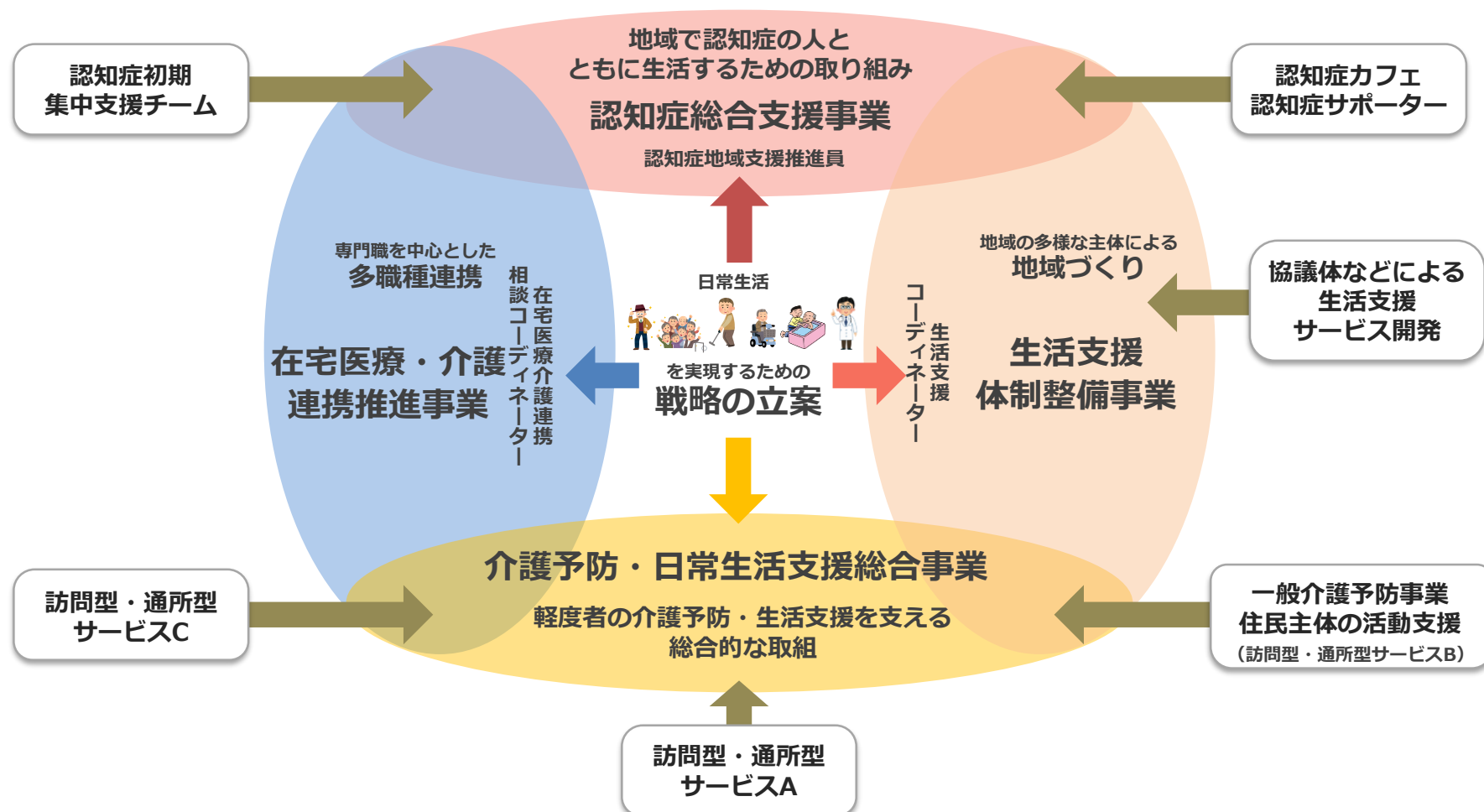
▶ 1人1人違い、多様



1人の高齢者の「住み慣れた地域での自分らしい暮らし」を実現するためには



地域包括ケアシステム構築の4構成要素は、地域支援事業の各事業に対応/連動する



地域支援事業同士の連動性の要素

住み慣れた地域での
自分らしい暮らし

日常生活



地域支援事業

在宅医療・介護連携
推進事業

認知症支援総合事業

地域ケア会議推進事業

介護予防・日常生活支援
総合事業

生活支援体制整備事業



総合事業

訪問型・通所型サービスA

介護予防把握事業

訪問型・通所型サービスB

介護予防普及啓発事業

訪問型・通所型サービスC

地域介護予防活動支援事業

訪問型サービスD

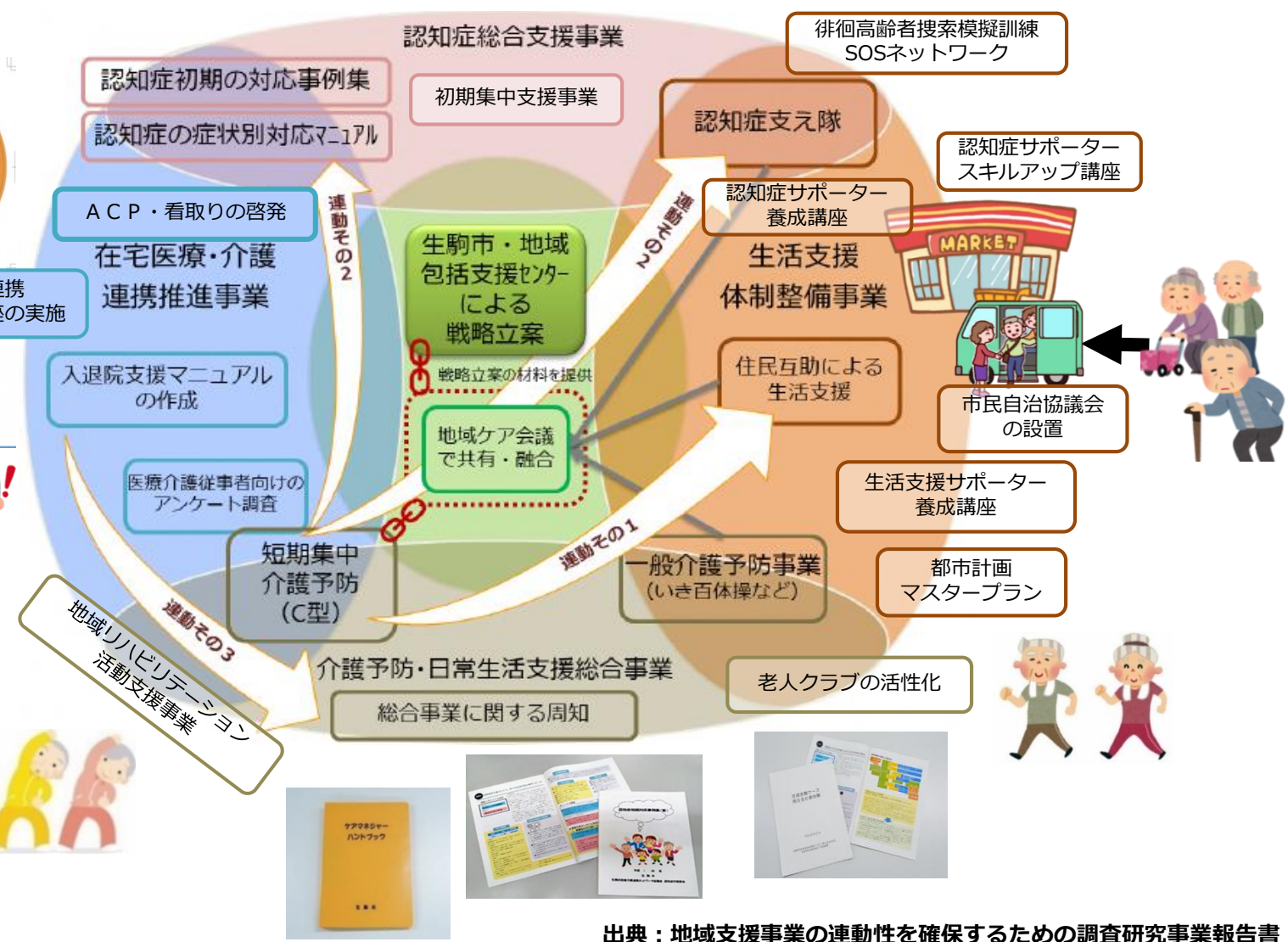
一般介護予防事業評価事業

その他の生活支援サービス

地域リハビリテーション
活動支援事業

介護予防ケアマネジメント

総合事業の
各事業同士も
「つながり・連動」
することが大切！地域支援事業の
各事業同士は
「つながり・連動」
することが大切！



／ 庁内連携を行う際の重要なポイント

高齢者支援（介護保険）の
担当課



高齢者支援（介護保険）の
担当以外の課

- 両課にとってWin-Winな取り組みになること
- Win-Winとは、互いの課題が解決すること

【進め方の例：担当者レベル～組織に発展させる～】

- ① 他課が実施している事業を知る
- ② 連携することで互いに利益・効果があるものを確認する
- ③ つながれそうな事業・施策について情報共有する機会をもうける
（打ち合わせ・ヒアリング・アンケート・会議・研修会等）
- ④ 対話を重ね、連携する意義についてその目的や課題を共有する。
- ⑤ どのようにしたら互いの課や事業の強みを掛け合わせ、新たな価値を生み出せるか、そして互いの課題が解決するか、をイメージする
- ⑥ 試行事業を展開し、連携のメリットを経験する
- ⑦ 全庁の取組に広がるよう、庁内連携の場の構築に向け働きかける

- ✗ 連携＝仕事が増える
- 連携＝互いに有益
（住民・連携課同士）



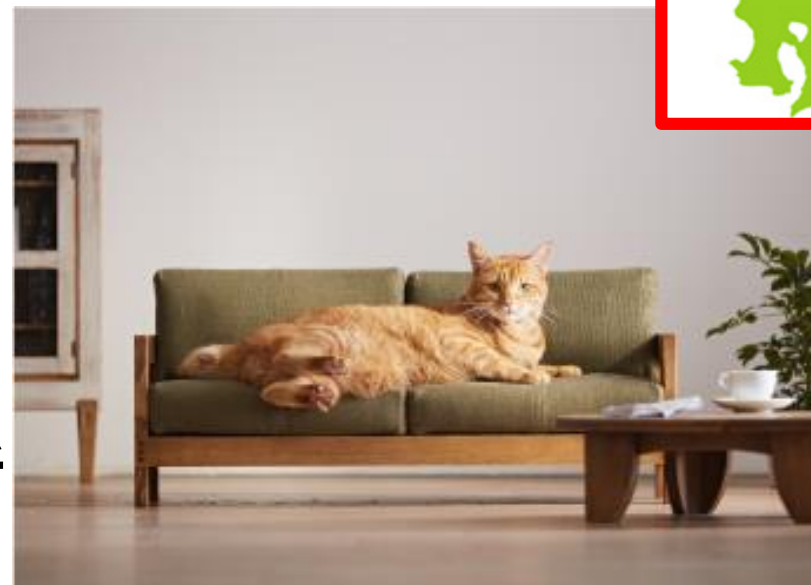
- 1 自分達の市町村（地域）において、高齢者を自立して生活するための支援の仕組みを考える
- 2 その仕組みづくりのために、必要な活動のために役に立ちそうな事業を地域支援事業を活用してつくる
- 3 国や都道府県から提示されている事業を見渡し、地域に必要な事業を実施する（すべての事業を必須で実施する姿勢から脱却する）

- 1 住民が主役である事を明確にし、行政は住民の力を信じる
- 2 行政が一方的に指示をするのではなく、効果的な手法を住民に提示し、住民が主体的に「介護予防」や「相互生活支援」に取り組める環境をつくる
- 3 介護保険事業者を始め関係者に、市町村の方針を明確に伝え、その趣旨を理解している事業者や団体に、介護予防の活動に参加してもらう

大川市の概要（R5.4.1）



- 人口 32,029人 うち65歳以上人口 11,698人
- 高齢化率 36.5%
- 面積 33.63km²
- 日常生活圏域 6 圏域
- 地域包括支援センター 3 箇所
- 障害者相談支援センター 3 箇所
- 成年後見センター(中核機関) 1 箇所
- 市の特徴



- ☆日本一の家具産地。家具、建具、材木など、木に関わる会社だけで600社ほど。石を投げれば社長に当たります。
- ☆農水産業（水稻・いちご・海苔など）も盛ん
- ☆ふるさと納税返礼品数日本一
- ☆医師会が中心となり在宅医療介護連携を推進

大川市の総合事業

平成28年2月	
訪問型サービス	従前相当
	訪問A(指定)
	家事サポートサービス (訪問A・シルバー人材センター委託)
通所型サービス	従前相当
	元気になる学校(通所C)



令和3年度	
訪問型サービス	従前相当
	訪問A(指定)
	家事サポートサービス (訪問A・シルバー人材センター委託)
	おうちリハ(訪問C)
	食サポ(訪問C)
通所型サービス	おでかけサポート(訪問D)
	従前相当
	元気になる学校(通所C)
保険外の生活支援	パワーアップクラス(通所C)
	ちょっとかせする隊 国際医療福祉大学 学生ボランティア

地域医療介護総合確保基金
(人材確保分)を活用したボラン
ティアポイント事業で支援

大川市の取組み～Before～

- 平成28年2月に新しい総合事業へ移行
- 当時は移行に向けて窓口対応マニュアルを作成し、介護保険係、高齢者支援係（直営地域包括支援センター）、健康推進係と一緒にロールプレイを交えて対応を学んだ。
- しかし、時間が経過し人事異動等で対応マニュアルは引き継がれず、対応がバラバラになっていた。
- そのため、効果のある短期集中通所型サービスを実施しているにも関わらず利用者が少ない状態が続いていた。
- また、令和2年4月から地域包括支援センターを民間委託したため、より対応の統一化を図る必要が出てきた。

大川市の取組み～Before～

【職員のつぶやき】

これでいいのかな・・・



- ・窓口の対応にずれがある気がする
- ・係を超えての話し合いがほとんどないな・・
- ・委託包括に介護予防ケアマネジメントを学んでもらいたいけど、そのような機会がないかなあ
- ・ケアプランチェックしてるけど予防プランは県の研修でもやってないしイマイチ自信がない・・
- ・元気が出る学校(短期集中通所型サービス)の利用者が少ない。特に男性、どうしたらいいのかな・・
- ・地域ケア会議毎月多職種でやっているけど、地域課題の解決にまで至らない。このままのやり方でいいのかな・・
- ・高齢者の人口が減り始めた。事業費の伸びを抑えていかないと保険料の上昇が大変なことに・・

大川市の取組み～Entry～

令和2年度厚生労働省職員派遣支援事業にエントリー

【提出時の課題、取り組みたいこと】

■課題

- ・介護予防ケアマネジメントの質の向上と平準化
- ・地域ケア会議の全体構成や運営方法の見直し

■取り組みたいこと

市職員と地域包括支援センター職員が介護予防ケアマネジメントに関して共通の認識を持ち、実践できるような体制づくり

- ① 地域包括支援センター職員等へ、自立支援・重度化防止等に関する考え方や意識付けができる研修・グループワークの実施
- ② 考え方の定着と実践者の課題解決を図るため、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを実践後、振り返り研修を実施
- ③ 介護予防ケアマネジメントマニュアル等、地域包括支援センター職員が変わっても質が保てる仕組みの整備
- ④ 地域ケア会議の全体構成及び運営方法の見直し

大川市の取組み～1回目支援～

9月24日(木)14:00～17:00 研修

対象:地域包括支援センター職員、介護支援専門員、市職員

テーマ:「自立支援に資する介護予防ケアマネジメント～人の可能性は無限大～」

内容:田中補佐の講義、自立支援の考え方、アセスメントのポイント、コロナ禍での実践方法、3か月後に振り返り研修に向けてbefore afterシート作成

9月25日(金)9:00～17:00 意見交換

- 1.前日の研修の振り返り、3か月後研修に向けて
- 2.適切な介護予防ケアマネジメント実施のための仕組みづくりについて
マニュアルの整備や住民啓発、庁内連携等の環境整備の手法等
- 3.地域ケア会議の見直しについて
- 4.短期集中型サービスについて座談会
- 5.今後の総合事業の方向性について

【1回目支援で気づいたこと】

(元気が出る学校について)

事業をすることが目的になってしまい、何のために参加するのか住民に伝えきれないまま、学校へ誘うが参加者が少ないと悩んでいた。

➡ **事業の目的は？元の暮らしに戻ること。(好きだった趣味や活動の再開)**
このことを、市職員、包括職員、住民、医療機関が理解することが必要

大川市の取組み～1回目支援の後～

9月30日課長補佐以下7名で協議

市町村整理シートの作成を通してお互いの意見を知る

- ◆ 1回目の支援を受けて気づいたことは？
- ◆ 大川市の課題は？
- ◆ その要因は何？
- ◆ そのために何をする？
- ◆ 2回目の支援は1か月後。それまでに何をする？



【整理した課題】＝私たちの目標

- ①適切なケアマネジメントの実施
- ②地域ケア会議の運営
- ③男性高齢者の社会参加

課題は沢山あるけど、自分たちにできるところからやってみよう！

(今後取り組みたいこと)

- ① 住民への啓発、介護予防ケアマネジメントマニュアルの改訂、退院時の病院との連携体制構築、窓口・包括の対応改善
- ② ビジョンを定めて関係者で共有
- ③ 庁内連携及び国際医療福祉大学との連携により社会参加の場の発見、構築

(次回の話し合いまでに取り組みたいこと)

- ① 主任ケアマネジャーに意見を聞く場を設定する。窓口対応について内部で検討を行う。
- ② 課内でビジョンの検討を行う。
- ③ 国際医療福祉大学の窓口の先生とコミュニケーションをとる。

大川市の取組み～2回目支援～

10月27日(火)9:00～17:00 意見交換

- 1.短期集中型サービスについて
- 2.地域ケア会議の見直しについて

10月28日(水)9:00～14:15 意見交換

- 1.適切な介護予防ケアマネジメント実施のための仕組みづくり

・マニュアル・窓口改善、在宅医療介護連携事業での部会設置

- 2.認知症の本人・家族支援について



【2回目支援の振り返りシートから】

- 市民への情報提供、周知が十分でないことを感じた。市民に視覚的にも分かりやすい媒体の作成をしたい。
- 助言等を参考に、もう一度包括職員(保健師＋主任CM)と一緒に介護予防ケアマネジメントマニュアル作成や、二次アセスメントシートの活用、短期集中通所型サービスのケアプラン様式等を検討しなおしたい。市からのやらされ感ではなく、包括職員と共通認識のもとに「なぜプラン様式を変えるのか」「なぜマニュアルを作成するのか」をみんなで確認し取組みたい。
- 大川市の強みも沢山あることに気づけた。
- 目指す目標を大・中・小のように明確にして、優先順位をきめ役割分担しながらできるところから一つずつ取り組む。

大川市の取組み～2回目支援の後～

市(高齢者支援係)と包括保健師、主任CMで協議
マニュアル見直しへ意識統一、住民への啓発資料作成開始

市(介護保険係)と医師会担当理事で協議
在宅医療介護連携推進会議の下に部会の設置、病院への打診開始

11月5日課長以下10名で協議

振り返りシートの作成を通して大川市としてどう取り組んでいくか皆で考える
整理した課題に対して解決できたことは？
残りの期間での具体的な取組は？

窓口マニ
アル作る！

動画作る！



→ 期間を区切って誰がいつまでに何をするかを話し合うことで
取組が加速

②地域ケア会議 今の良いところを活かして運営方法を見直そう。

早速12月開催分から、資料の事前配布を始める。

地域課題の解決や③男性高齢者の社会参加については、健康課だけでやることは限られている。庁内連携により大川市の強みであるものづくりを通じた社会参加や大学との連携による活動の場の拡大に取り組もう。

3回目支援でトップセミナーを実施し、庁内連携会議の発足日とする。

関係課へ根回し、12月に集合しての協議を実施。年明け3役へ説明。

大川市の取組み～2回目支援の後～

11月5日に話し合った内容を各担当者が実行

①適切なケアマネジメントの実施

- ◆ マニュアルは包括と協議の上今年度内に完成させる。
 - たたき台づくりを介護保険係と高齢者支援係で分担。1月の研修で一部示す。
- ◆ アセスメント様式改善に向け生駒市の2次アセスシートを2か月使用する
 - 高齢者支援係から包括に依頼。11月から試行開始。
- ◆ 通所Cのプラン見直しをマニュアルに入れる
 - 高齢者支援係と包括保健師で協議開始。1月完成2月から使用開始。
- ◆ 退院時連携体制構築に向け部会の設置を1月の推進会議に諮る
 - 介護保険係がすでに医師会担当理事の内諾を得、市内2病院と協議開始。
- ◆ 11月中に窓口対応マニュアルを高齢者支援係と介護保険係で話し合い決定する。
それをもとにロールプレイを含む窓口対応研修を行う
 - 介護保険係がたたき台を作成し、包括への受け渡し等も含めて高齢者支援係と協議。11月末に研修を行い12月から施行。
- ◆ 住民・医療機関への啓発資料として、説明資料、動画、通所Cの紹介資料を12月末までに形にする
 - 高齢者支援係と介護保険係で分担し説明資料を作成。高齢者支援係で動画作成と通所Cの紹介資料を見直し。12月中に完成。

大川市の取組み～2回目支援の後～

みんな頑張っている・・・私も何かできることはないか

12月に完成した啓発動画を見て「大川は変わる」



【3回目支援の振り返りシートから】

- 皆がきちんと目的を共有し、それを達成するために力を出し合うことが、チームとなるということだと思った。
- 自分でもできるところから始めてみたことが、無理をせず進められたのではないか。課長はじめ上の方々が「やってみよう」と言って自ら動いていることが私の原動力になった。
- 支援事業を受けて、大川市としての課題が見えてきた。係を超えて連携することで、解決、前に進むことができるということも実感できた。
- 今後は課を超えて大川市の高齢者はどこよりも生き生きしていると言われるような街づくりができればいいなあと思った。そのための一員としても頑張りたい。



大川市の取組み～3回目支援～

1月20日(水)10:00～12:00 オンライン意見交換

1.大川市の取組みについて

14:00～16:00 研修

「自立支援に資する介護予防ケアマネジメント研修会」

内容 田中補佐の講義、前回研修から3か月取り組んだ事例発表、意見交換
大川市より総合事業の充実及び自立支援に向けた取組み報告

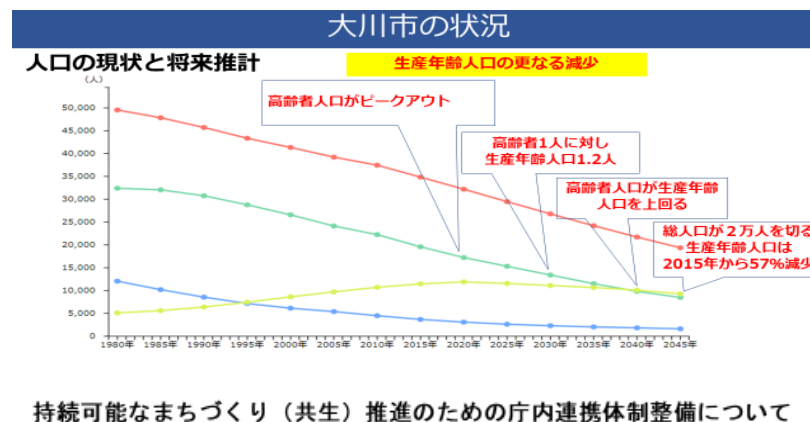
1月21日(木)10:00～12:00 庁内連携体制構築に向けたトップセミナー

「これからのまちづくりセミナー」

内容 大川市より人口減少等の状況共有
田中補佐の講義
大川市庁内連携体制(案)の提案

【結果】

市長、教育長参加のもと、幹部職員に現状の共有と庁内連携会議の設置の必要性について理解してもらい、令和3年度から**庁内連携会議**の運営を開始することに決定。



2. 「(仮称)共生推進会議」(庁内連携会議)

【構成】

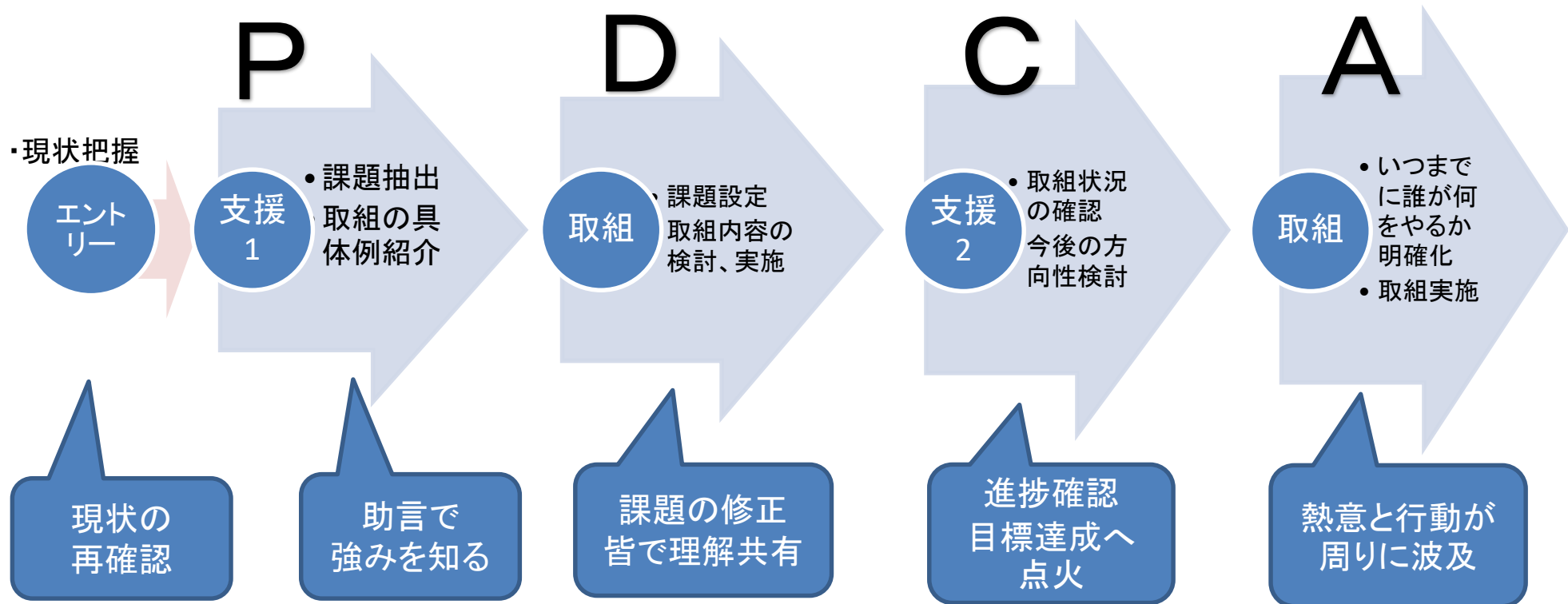
副市長
人事秘書課、総務課、企画課、地域支援課、福祉事務所、こども未来課、学校教育課、生涯学習課、健康課、その他必要に応じて関係課に出席を求める
事務局：健康課
なお、共生推進会議の下にワーキングチーム(各課に推進員を配置)を置く

【役割】

1. 共生のまちづくりに関して関係各課の事業内容、課題を共有する
2. 具体的に連携して事業を行うための調整を行う
3. 重層的支援体制整備事業への移行計画について機構改革を含めて検討する

大川市の取組み～まとめ～

支援事業によって規範的統合ができたことで、取組が促進



令和3年度からの取り組み

～適切な介護予防ケアマネジメント実施のための環境整備～

地域包括支援センター及び介護支援専門員の質の向上と平準化

- ① 地域包括支援センター全員及び介護支援専門員に研修（ケアプラン自己点検プログラム）の実施
- ② 新たな体系で地域ケア会議の実施
- ③ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用したケアマネジメント支援
リハ職が地域包括支援センター職員に同行訪問しアセスメントを実施

高齢者の社会参加をはじめとする、誰もが自分らしく生きられるまちづくり

- ① 住民主体の移動支援及び生活支援の創設
- ② 地域医療介護総合確保基金を活用したボランティアポイント事業の創設
- ③ 短期集中型訪問事業の創設及び短期集中型通所事業の拡充
- ④ 住民への周知啓発の強化（総合事業のパンフレット作成、医療機関への周知、窓口での動画活用、民生委員等研修会での説明等）
- ⑤ 75歳以上未認定者への基本チェックリスト送付
- ⑥ 庁内連携推進会議の運営

大川市の介護予防サービス等の利用イメージ

日常（基本）

- ・地域の運動教室・サロン
- ・趣味のサークル、ボランティア活動、友人つきあい
- ・普段の家事等の役割
- ・市場サービスの利用
例）スポーツクラブ、温泉、ショッピング、娯楽、喫茶店、旅行など

【一般介護予防事業】

ゆうゆう会、介護予防サポーター、食進サロン、あたまとからだの健康教室

【認知症支援事業】

認知症カフェ
認知症の人と家族のつどい

【高齢者福祉サービス】

生活支援バス、住宅改造支援
緊急通報システム
生活管理指導ショートステイ
紙おむつ給付サービス

自宅での生活



移行期

【一般介護予防事業】

元気クラブ
元気カフェ

集中介入期

【総合事業】おうちリハ・食サポ
パワーアップクラス
元気が出る学校 等

【介護予防給付】通所リハ・訪問リハ等

【認知症支援事業】初期集中支援チーム

地域ケア会議の再構築～振り返りと見直し

市、地域包括支援センター、地域ケア会議構成員による振り返りを行い、その意見に基づき目的の明確化、資料の事前送付、会議体系の見直し等について合意形成を図り、改善を行った。



庁内連携

地域ケア会議で高齢者の特技や経験を活かした活動の場づくりが課題となっていた。
庁内連携会議で課題を共有したところ、産業振興担当課より、建具会社が廃材を活用し子育て施設に積木を贈る取組に、木材の角を丸く削る作業をする人を募集しているとの情報。
認知症地域支援推進員が元木工職人の認知症当事者達とマッチングし、積木の加工を請け負うことになった。

積み木の会

手芸の会

チームオレンジとして、ボランティアポイント付与



地域ケア会議から把握されたニーズから政策形成

→ 高齢者の自分らしい地域生活の継続

一人暮らしで調理をしたことがない男性や、減塩食等が必要な高齢者へ

自立支援のため管理栄養士の訪問事業（訪問型サービスC）を創設。

連れ合いが亡くなり食欲が落ちて10kg痩せた86歳男性へ栄養士の訪問指導と運動中心の短期集中型通所サービスを導入。

男性は、サービス終了後、毎週通いの場で体操をしたり、

家でもラジオ体操や畑で野菜づくりを楽しみ、姉から習った料理をつくるなど子や孫に会うことを楽しみに日々健康づくりに取り組んでいる。



【参考】令和2年度の取組をもとにした動画

令和4年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)
地域ケア会議の効果的な運営の推進に関する調査研究

地域ケア会議を活用した 政策形成のプロセス

地域ケア会議の運営方法を見直し、
政策形成へとつながる道に関係者で見出した事例

【事例動画】



制作:地域ケア会議の効果的な運営の推進に関する調査研究委員会
一般財団法人長寿社会開発センター

令和5年度地域づくり加速化事業ブロック別研修（九州厚生局ブロック）

令和4年度

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

鹿児島県

いずみ
出水市

事例紹介

令和6年1月24日

出水市 保健福祉部

いきいき長寿課

目次

1. 出水市の紹介
 2. 出水市の体制①・②
 3. 出水市の取組①・②
 4. 手挙げをした理由①～③
 5. 手挙げしてからの流れ
 6. 第1回支援（R4.10.6）
 7. 第2回支援（R4.11.25）
 8. 第3回支援（R5.1.23）
 9. まとめ①・②
 10. 出水市の今後の方向性（伴走支援の報告会の際に掲載したもの）
 11. ロードマップ
 12. 伴走支援後の取組①・②
 13. 伴走支援後の取組の中での気づき①～③
 14. 今後の展望
- おわりに



市章



マスコットキャラクター
つるのしん

Ⅰ. 出水市の紹介

いずみ

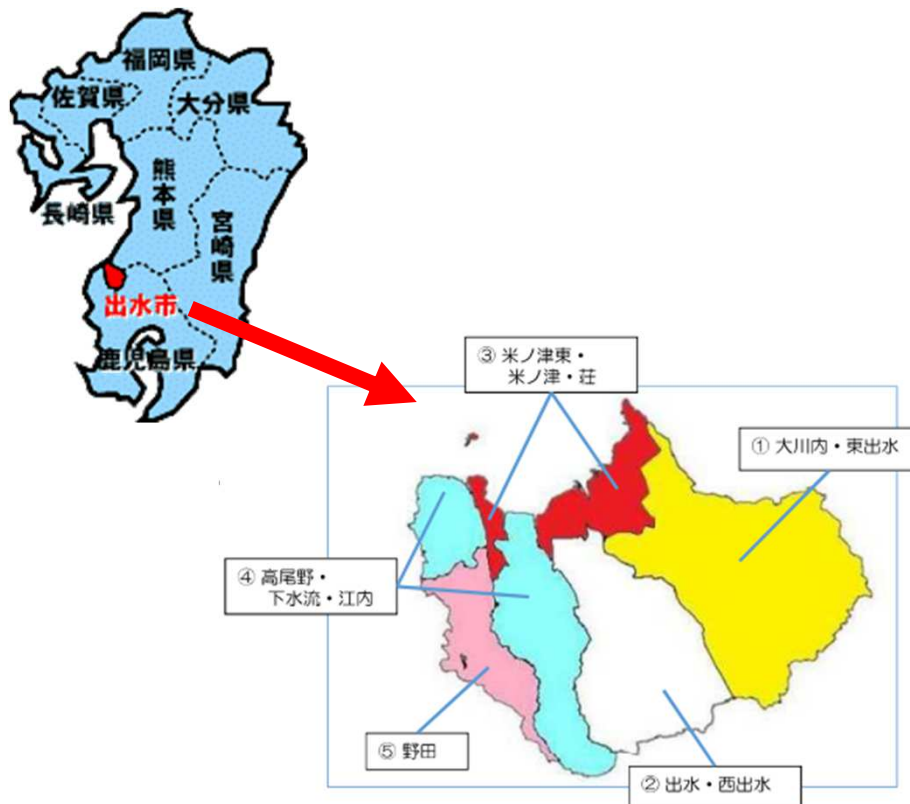


鹿児島県の北西部に位置し、九州新幹線の停車駅があります。

観光ではツル、武家屋敷推し。

特産品ではみかん、鶏卵（令和4年度には鳥インフルエンザの被害が多数出ました。）、のり、チーズ饅頭推しです。

※令和3年11月には、ツル渡来地がラムサール条約の登録湿地になりました。



面積	329.98km ²
東西への広がり	約27km
南北への広がり	約23km
人口	52,130人
高齢者人口（65歳以上）	17,713人
高齢化率	33.98%
要介護認定率	20.4%
日常生活圏域数	5
地域包括支援センター数	1（直営）

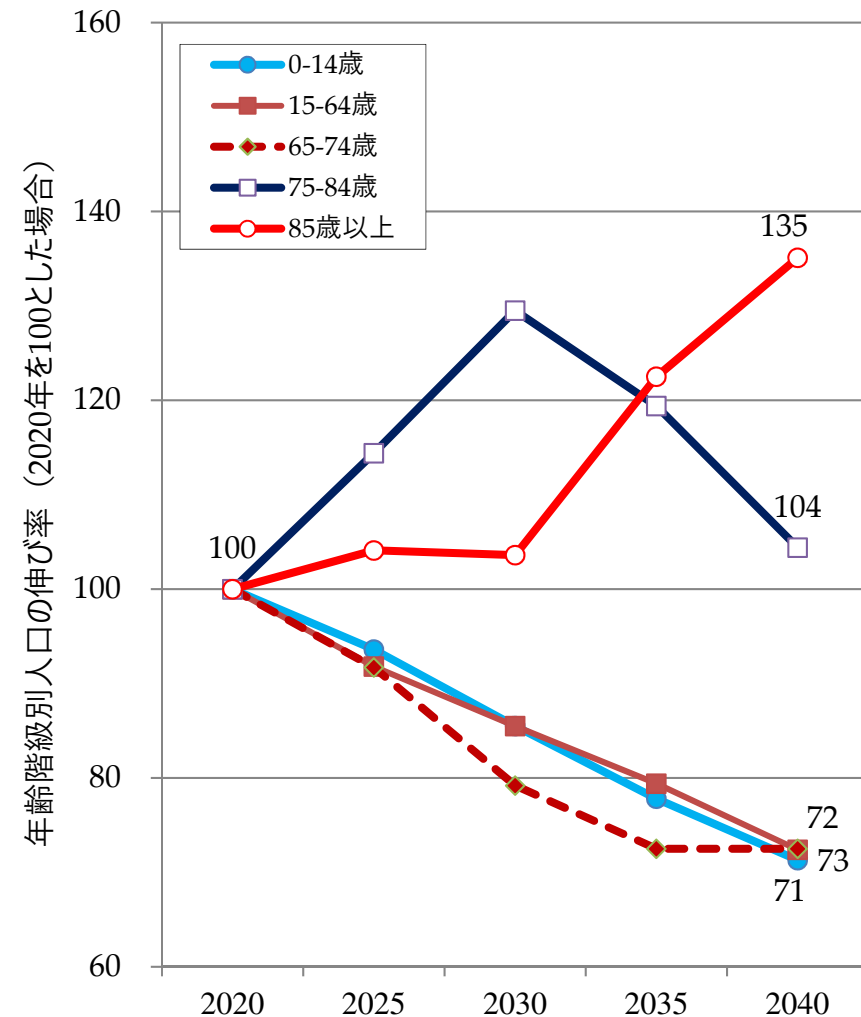
自地域の年齢階級別人口の変化を知る（出水市）

図. 2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

a) 年齢階級別人口の変化

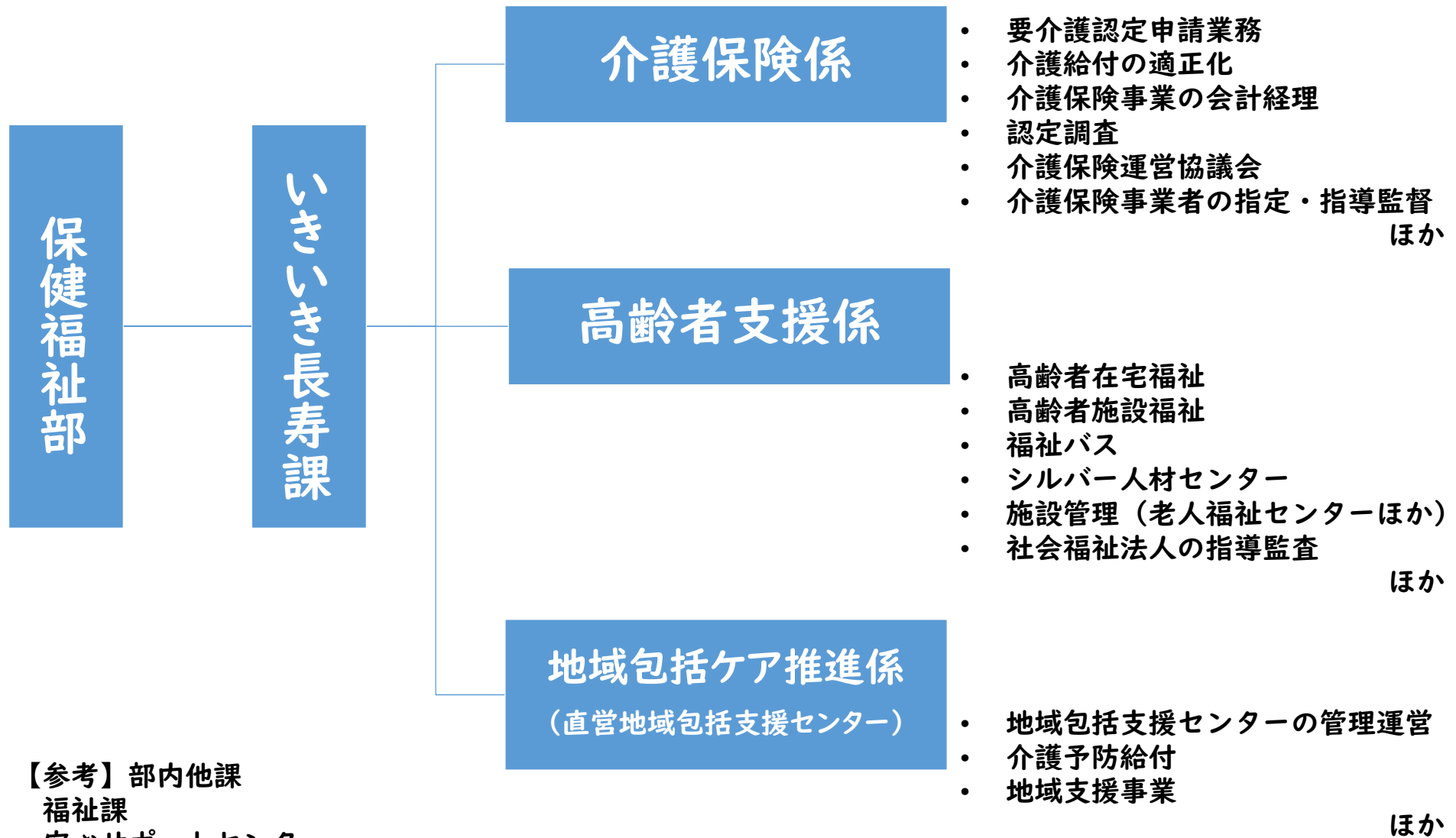
	2020		2040	
	(人)	(%)	(人)	(%)
総数	51,596	100.0	41,270	100.0
0-14歳	7,077	13.7	5,043	12.2
15-64歳	27,070	52.5	19,586	47.5
65-74歳	8,389	16.3	6,082	14.7
75-84歳	5,478	10.6	5,719	13.9
85歳以上	3,582	6.9	4,840	11.7
再掲) 65歳以上	17,449	33.8	16,641	40.3
再掲) 75歳以上	9,060	17.6	10,559	25.6

b) 人口の伸び率



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）より作成

2. 出水市の体制①



【参考】部内他課
福祉課
安心サポートセンター
こども課
健康増進課（保健センター）

2. 出水市の体制②

出水市地域包括支援センターの概要

直営1か所（いきいき長寿課地域包括ケア推進係内に設置）

- ・ 課長（センター長）1人（保健師）
- ・ 地域包括ケア推進係長 1人（保健師）

- ・ 保健師2人、経験のある看護師（社会福祉士保持）1人
- ・ 主任介護支援専門員4人（うち1人は管理者を兼ねる。）
- ・ 社会福祉士4人（うち2人育休中）
- ・ プランナー11人

※ 住民主体の介護予防教室
ころばん体操（いきいき百歳体操）
を行っています。

- ・ 介護予防支援員2人、こけん塾（※）の立上げ支援に従事する介護福祉士1人
- ・ 認知症初期集中支援チーム員2人（福祉職、保健医療職 各1人）
- ・ 認知症地域支援推進員1人
- ・ 保険請求等事務補佐員1人
- ・ 一般事務職員1人

高齢者人口：約17,700人

担当プラン数：約1,100件／月（実績）

3. 出水市の取組①



3. 出水市の取組②

介護予防・生活支援サービスの類型(典型的な例)

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

①訪問型サービス		多様なサービス				
サービス種類	①訪問介護	②訪問型サービスA (訪問介護によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (健康増進や予防サービス)	⑤訪問型サービスD (介護予防)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース(例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある認知・行動を伴う者 ・通所介護で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 ・状況等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ・3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	訪問型サービスDに準じる	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供主体	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
②通所型サービス		多様なサービス				
サービス種類	①通所介護	②通所型サービスA (訪問介護によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (健康増進や予防サービス)		
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な活動の場	生活機能を改善するための運動等の機能向上や栄養改善等のプログラム		
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供主体	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
③その他の生活支援サービス	その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。					

今ある
サービス

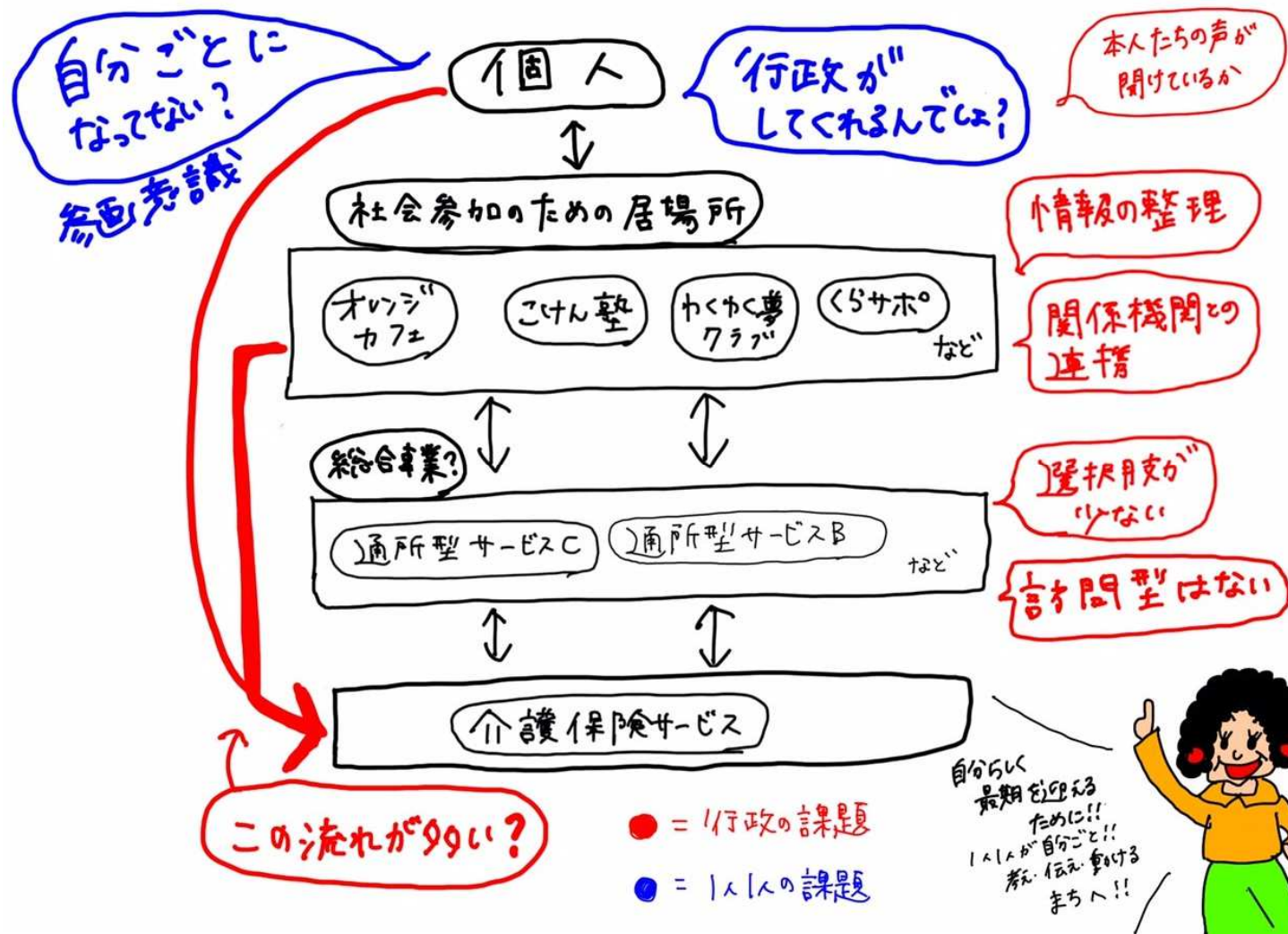
今後
必要
そうな
サービス

4. 手挙げをした理由①

1. **優先順位**を決めたい
どこから取り組んだらいいの？
2. **仕組み**づくり
今のマンパワーでどんな仕組みが作れるの？
3. **住民**を巻き込みたい
どうしたら効果的に住民を巻き込めるの？

4. 手挙げをした理由②

エントリー時
添付資料



4. 手挙げをした理由③

◇みんな一生懸命に取り組んでいるが、苦しくなる一方

◇うまくいっていないのは分かる。なんだか全部つながっている気がする。でもどこから手をつけたらいいのか分からない。

日々の業務でいっぱい
検討する余裕も、新たに取り組む余裕もない
自分たちだけでは無理

一人で悩まず、一緒に考えましょう！



担当者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...?
今から新しい取り組み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
短期集中や住民主体のサービスをもっと利用してもらいたい

そんな時、

厚生労働省『地域づくり加速化事業』のチラシを見つけました

このチャンスに
ぜひエントリーを
ご検討ください

- ・今年度は全国35市町村にアドバイザーを派遣いたします
- ・アドバイザー派遣に関する費用負担の心配はご不要です
- ・エントリーにおける条件はありません

※選定されなかった市町村に対しては、地域づくり加速化事業におけるブロック別研修への優先権を提供するなどのフォローアップを検討しています。

無料 市町村で介護予防・生活支援を担う皆様へ！

総合事業
×
地域づくり

地域づくり加速化事業 一令和4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！

介護予防・日常生活支援総合事業が7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り組みが盛んになっています。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のでしょうか。
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。

一人で悩まず、一緒に考えましょう！

担当者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...?
今から新しい取り組み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
短期集中や住民主体のサービスをもっと利用してもらいたい

管理者みなさまへ

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ことも、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！

このチャンスにぜひエントリーをご検討ください

- ・今年度は全国35市町村にアドバイザーを派遣いたします
- ・アドバイザー派遣に関する費用負担の心配はご不要です
- ・エントリーにおける条件はありません

※選定されなかった市町村に対しては、地域づくり加速化事業におけるブロック別研修への優先権を提供するなどのフォローアップを検討しています。

お申し込み・お問い合わせはこちら

お申し込み期限 5月31日(火)

株式会社 日本能率協会総合研究所 (JMAR)

フリーダイヤル 0120-833-647 FAX 03-5561-1192
Eメール shinetsu@jmar.or.jp
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 日本能率協会ビル5F

厚生労働省

たすけてください

5. 手挙げしてからの流れ

日にち	内容
R 4 . 5 . 2 7	伴走支援手挙げ
R 4 . 7 . 1 5	オリエンテーション
R 4 . 8 . 9	第1回目課内協議
R 4 . 8 . 1 2	0.5次ミーティング
R 4 . 1 0 . 6	第1回支援
R 4 . 1 0 . 1 3	第2回目課内協議
R 4 . 1 1 . 1 0	1.25次ミーティング
R 4 . 1 1 . 1 8	1.5次ミーティング
R 4 . 1 1 . 2 5	第2回支援
R 4 . 1 2 . 7	第3回目課内協議
R 4 . 1 2 . 2 6	総合事業全体・通所型サービスC視察 奈良県生駒市
R 4 . 1 2 . 2 7	訪問型サービスD視察 大阪府和泉市
R 5 . 1 . 1 1	2.25次ミーティング
R 5 . 1 . 1 8	第4回目課内協議
R 5 . 1 . 1 9	2.5次ミーティング
R 5 . 1 . 2 3	第3回支援

この他にも
担当者レベルの協議
課長、3係長、担当者での協議
部長、課長、3係長、担当者での協議
県の担当者との電話での協議

6. 第1回支援（R4.10.6）

テーマ

- ・ 現状と課題の把握、共有
- ・ 行政、参加者が自分ごととしてあるべき姿を共有する
- ・ とともに取り組む仲間を知る。つながる。

開催内容

(1) 意見交換会？

(2) 場づくりを考える



6. 第1回支援 午前の部 意見交換会？

- 田中室長補佐による伴走支援の内容と介護予防・日常生活支援総合事業についての話
- 出水市の現状報告

参加者

いきいき長寿課
職員



出水市には

高齢者が元気になれる仕組み＝通所型サービスC（短期集中予防サービス）がある！

→ 通所型サービスCの活用することの優先度が高い？

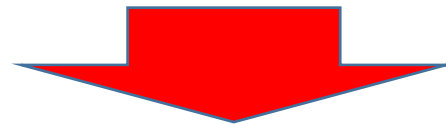
→ じゃー、伴走支援の中で通所型サービスCの活用を考えたらどう？

6. 第1回支援 午後の部 場づくり

- 田中室長補佐による伴走支援の内容と介護予防・日常生活支援総合事業についての話
- 山内アドバイザーによる住民とともに考える地域（まち）づくりについての話
- 生活圏域ごとで出水市のあるべき姿（目指す魅力的な姿）を考える♪グループワーク
- 大坂アドバイザーによる持続可能な地域づくりについての話

参加者

5圏域毎の住民
生活支援コーディネーター
通所型サービスC事業所
認知症地域支援推進員
認知症初期集中チーム員
いきいき長寿課職員
企画政策課職員



出水市には

自分ごととして考えることができる住民さんがいる！

じゃー、住民さんと一緒にまちづくりを考えることができる仕組みを考えたらどうか？

第1回支援終了後

『通所Cと場（卒業後の居場所）づくりを両輪とした取組』を考えました

ちょっと
「明るい未来」が
見えたかも！

伴走支援 出水市 ver イメージ

第1回目終了後

第1部

上限額超過

が課題。

元気になれる仕組みが
上手くいってないのでは？

通所型サービスCがあった!!



C

をうまく活用Cて
元気になれる仕組み
出水 ver を企てよう!!

介護にならんど!!

どちらも
だいじ



行ったり来たり



第2部

いろんな世代の人と一緒に
介護予防・生活支援の目標で
自分ごとでまちづくりを考える仕組み
が、ないのでは？

自分ごとで考えることができる
住民さんたちがいた!!
いろんなアイデアも出た!!



住民さん・出水市・伴走支援者
と一緒に
元気でいっけられる場づくり
(仕組みづくりも)
出水 ver を企てよう!!

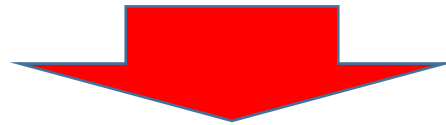
住みなれたところに
すっとおど!!

出水市の通所型サービスCの状況について

現状の振り返り

- 前身は二次予防事業の運動教室
- 運動教室の委託を受けていた1事業所が指定事業申請（H29.4.1指定）

総合事業に移行後は、R2年に1件実績があっただけ。



詳しくは、後述します。

第2回支援に向けて

第1回支援終了後

『通所Cと場（卒業後の居場所）づくりを両輪とした取組』を考えましたが…

時期		内容等
R4.11.10	1.25次ミーティング	支援者の皆さんより、 「その意見は誰の意見なのか？市としての意見なのか？庁内での連携も必要なのではないか？」 「通所型サービスCだけに取り組むことにしているのか？総合事業全体を考える必要があるのではないか？」
R4.11.11	緊急協議（課長、3係長、担当ほか）	時間がない。どう再構成する？ ➡場づくり編は、感染拡大もあり、住民の皆さんに集まってもらうことは困難なので、延期とする。 ➡総合事業の関係者間での理解はたしかに重要 ➡庁内連携もたしかに重要
R4.11.18	1.5次ミーティング	方針を修正して提案 総合事業の関係者間の理解を深める。 庁内連携のための会を開催する。 ➡支援者「通所型サービスCをするということだったのでは？」 大混乱。担当から現状とそこに感じる想いを伝える。 ➡支援者からの提案もいただき、次の内容を実施することになった。 午前の部：ケアマネジャーや窓口対応職員も参加し、総合事業を考える場 午後の部①：ケアマネジメントについての講座 午後の部②：庁内連携

いろいろなやりとりがあり、結果的に大変貴重なプログラムを実施することになりました。

7. 第2回支援（R4.11.25）

テーマ、開催内容

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業への共通理解
- (2) ケアマネジメントを効率的に効果的に行う方法を考える
- (3) 庁内連携を考える

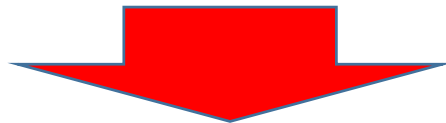


7. 第2回支援 午前の部 総合事業

- 田中室長補佐による伴走支援の内容と介護予防・日常生活支援総合事業についての話
- 総合事業の活用と構築についてペアワーク

参加者

ケアマネジャー
生活支援コーディネーター
在宅介護支援センター職員



関係者にも出水市の現状を知られていない！

関係者にも出水市の総合事業や受け皿が知られていない！

移動支援の検討の必要性がありそう！！！！

意見交換や対話の必要性もありそう！

7. 第2回支援 午後の部① ケアマネジメント

- 田中室長補佐によるケアマネジメントについての講話
- みんなで基本チェックリストを使ってロールプレイ

参加者

包括のケアマネジャーや
ケアプランチェック担当者



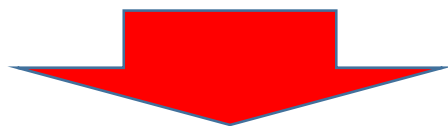
「介護サービスを受けないと！」という住民さんたちの意識改革！
事業所とも規範的統合！（ビジョンの共有）

7. 第2回支援 午後の部②

庁内連携

- 山内アドバイザーによる住民とともに考える地域（まち）づくり「**庁内連携の必要性**」についての話
- 行政の立場で出水市の**あるべき姿（目指す魅力的な姿）**を考える♪グループワーク
- **大坂アドバイザー**による**庁内連携による地域包括ケアの推進**についての話

参加者 庁内関係部署職員
(健康増進、福祉、健康保険、
安心サポート、生活環境、
企画、財政、安全、生涯学習、
コミュニティ)
生活支援コーディネーター、
認知症地域支援推進員



庁内連携ってやっぱり**大事**だね！
庁内連携を**深めていく必要性**もあるよね！

8. 第3回支援（R5.1.23）

テーマ、開催内容

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の戦略について考える

(2) 通所型サービスCの戦略について考える

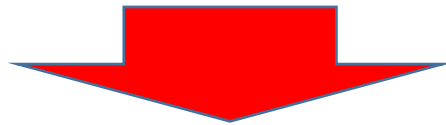


8. 第3回支援 午前の部 総合事業の戦略会議

「〇〇な時期」の高齢者像（イメージ）について考える

参加者

いきいき長寿課職員
生活支援コーディネーター
認知症地域支援推進員
社会福祉協議会SC担当者



サービス対象者を振り分ける基準は各専門の関係者と意見交換をしながら作る必要がある！

職員だけではなく、地域住民も理解できるような説明資料が必要！

基本チェックリストの見方についての勉強会もしたらよさそう！

8. 第3回 支援 午後の部 通所Cの戦略会議

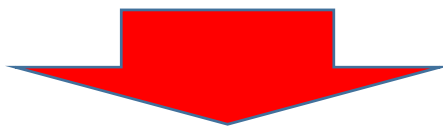
現行の通所型サービスCについて考える

- ・ 伴走支援をきっかけに実際に通所Cを利用した方の事例について
- ・ 通所Cを活用したときの試算について
- ・ 総合事業等実施行程表の検討

通所Cを3か月利用し、
その後2年間介護保険サービスの利用がなかった場合（年60人）
→約1,900万円の費用対効果が見込まれる！！

参加者

いきいき長寿課職員
市立病院理学療法士



通所型サービスCを活用するためにやるべきことが明確化されてきた！

介護保険・高齢者福祉計画第9期に向けての方向性も見えてきた！

一緒に考えてくれる理学療法士に出会えた！

検討チームを立上げ、役割分担し、対話を重ね、さらに方向性とやるべきことを明確化する必要がある！

9. まとめ①

感じたこと

- ・一緒に考えることができる仲間（住民、職員、支援者などなど）が増えた
 - ➡支援者とのつながりができた！
（相談できる人が増えた、情報が聞きやすく入りやすくなった）
 - ➡庁内の顔の見える関係づくりができた！
（他課から情報が入ってくるようになった！）
 - ➡必要時に予算を獲得できた！
（当初予算がなかったが、視察に行くことができた！）
 - ➡人員確保、職場環境の改善ができつつある！
（ケアマネジャーの増員や必要数のパソコンの確保ができつつある！）
- ・個人、係の業務ではなく、課として取り組んでいこうという一体感が生まれてきた

9. まとめ②

学んだこと

- 自分たちだけでやろうとしなくていい
- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業は地域包括ケアシステムの中の一部で、様々な事業と連動している
- ・ 総合事業だけではなく地域包括ケアシステム全体も捉えながら活用するには多くの仲間が必要
- 苦しい現状を脱出するためにはまず戦略（効果的に確実にゴールにたどり着くための作戦）が必要
- ・ 1つの事業ではなく広い視野で作戦を考えることで優先順位がつき、できることから着実に始められる！明るい未来も見える！！

反省したこと

- ・ 当初からアドバイザー等の支援者それぞれの役割について確認をしておけばよかった
- ・ 最後に全員で写真を撮らなかったこと

10. 出水市の今後の方向性（伴走支援の報告会の際に掲載したもの）

暫定版 2/20		伴走支援（R4実施概要：出水市）			テーマ1：総合事業の見直し（通所型サービスCの活用）で長く元気に テーマ2：全ての人の場所（居場所、通いの場、拠点等）づくり テーマ3：庁内における総合事業、地域包括ケアシステムへの共通理解
テーマ	期 日	1回目 令和4年10月6日（木）	2回目 令和4年11月25日（金）	3回目 令和5年1月23日（月）	伴走支援のゴール（通過点） と将来に向けて
1 総合事業		＜出水市の現状＞ 【対象】いきいき長寿課 【ねらい】現状把握 【効果・方向性】通所Cの活用	＜総合事業と通所Cの活用＞ 【対象】いきいき長寿課、居宅の介護支援専門員、在介護員、医療センター職員 【ねらい】総合事業への共通理解、通所Cの活用方法、実務者のこうだったらいいな（ブレンディング形式）	＜今後に向けた戦略会議＞ 第1部（午前） 総合事業のデザインや戦略を考える。 【対象】いきいき長寿課、企画政策課、認知症地域支援推進員、社協、第1層生活支援コーディネーター 【ねらい】総合事業をデザイン（設計）し、戦略を持って取り組むための指針ができる（方向性、優先度、時期）。 【効果・方向性】それぞれの取組（点）を結び、目的地に向かって進むことができるようになる。	1 総合事業の共通理解を深め、通所Cを活用するしくみ（利用・広報）を構築する。 ① 総合事業の再構築 ※ ニーズ、制度とのマッチング、出水市としての 担い手・中間 → 元気な高齢者の増加、認定者の減少を両立。 参加者 → 多様なサービスを創出できることを知る、活用のアイデア ② 通所Cの活用に向けて ※ 入口出口問題 → 対象者の特種化 ※ 共通認識 → 窓口対応の標準化 ※ 普及・啓発 → テラシ、動画活用、HPの充実等 ※ 利用者の関与 → より効果的に
2 場づくり		＜住民とともに考える地域（まち）づくり＞ 【対象】住民 【ねらい】ありたい姿の共有、つながる 【効果・方向性】今後の場づくりへ向けて	＜ケアマネジメント研修＞ 【対象】包括（介護支援専門員）、介護保険係 【ねらい】効率的で効果的なケアマネジメントの手法を知る。	第2部（午後） 通所Cの戦略を考える。 【対象】いきいき長寿課、医療センターPT、QT等 【ねらい】通所Cを戦略をもって効果的に実施することができる。 【効果・方向性】通所Cの活用方法を探る。	2 場をつくる方法を知る。 （行き場所、活動の場、拠点（新たな協議体）を場やす、強化することを両立。） → 場づくりの方法を考える。 → マニュアルをつくる。 → 高齢者の活動の場、居場所 → 社協、生活支援コーディネーターとの連携強化
3 庁内		＜A・B・C支援チーム＞ 総合事業を推進していくための庁内の基盤づくり（共通理解、連携）による取組の強化を図る。	＜場づくり編＞ ※ コロナのため延期	【得られた効果】 Ⅰ）原課発信の連携会議の事例を作れた。 Ⅱ）連携の必要性を再認識できた。 【今後の方向性】 継続させるための手法の提案 →「この指とまれ方式」で、つながる、連携して課題解決に取り組む。	【分担：検討チーム】 ＜機能的統合＞関係有関の共通理解（ビジョン、課題、考え方） ＜ロードマップ＞継続して推進していく体制・しくみづくり → 第2期計画へ盛り込む。
※ 3回でできることは限られている。伴走支援は、通過点であり、今回のゴールは、将来へのきっかけづくり → 関係者の共通理解（ビジョンの共有）を促進するとともに、ニーズを把握し、事業を戦略的にデザインする → 住民とともに全ての人の場所（居場所、通いの場、拠点等）づくりを目指し、持続可能なまちへ					
キーワード：対話と共創 住民とともに考える地域（まち）づくり					

※ ミーティング後、支援後等に作成し、随時バージョンアップを重ねました。
→ 情報の整理、共有等に役立ったと考えています。

11. ロードマップ

ロードマップ、工程表.xlsx - Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	M	N	O	P	Q
1	出水市総合事業等実施工程表												
2	総合計画：子どもから高齢者まで健やかに暮らせる支え合いのまちづくり												
3	高齢者福祉の充実												
4	多様な生活支援の充実												
5	高齢者が活躍できるまちづくりの推進												
6	安心と安らぎのある体制づくりの推進												
7	出水市の												
8	総合事業で目指す姿：お互いさまで長く元気に過ごせるまち												
9	最期まで自分らしくいられるまち												
10	(自分らしく最期を迎えるために！！ひとりひとりが自分ごと！！考え・伝え・動けるまちへ！！)												
11													
12	規範的統合（関係者間の共通理解（ビジョン、課題、考え方）												
13	ロードマップ（継続して推進していく体制・しくみづくり）→第9期計画へ盛り込む。												
14	優先順位	大分類	中分類	小分類	できていること	できていないこと	活用できる資源など	協力者	令和5年度 5月	令和5年度 6月	令和5年度 7月	令和5年度 8月	令和5年度 9月
15	-	国（厚労省）の動き			-	-	-	-	〇5/31総合事業 の充実に向けた検 討会（第2回）	〇6/30総合事業 の充実に向けた検 討会（第3回）			〇9/29総合 の充実に向け 討会（第4回）
16	-	市の動き			-	-	-	-			〇総合戦略新規事 業提案募集		
17	-	部の動き			-	-	-	-			〇包括支援センター 運営協議会（R5 年度第1回）		
18	-	課の動き			-	-	-	-					
19	-	第9期計画							〇第8期の検証		〇案		
20	-	伴走支援			〇令和5年度はフォ ローアップが予想される ため項目追加	〇ロードマップの完成 →随時更新						〇フォローアップ 〇福岡県地域包括ケア 推進セミナーで事例紹介 （伴走支援）	
21		計画	出水市総合計画								〇総合戦略事業提 案（DX活用、ケア プランデータ連携な ど）		
22		高齢者福祉計画・介 護保険事業計画	検討チームの編成	各計画との関係性の把握	〇検証								
		規範的統合	総合事業に対する共通		課内協議を利用した共通	〇総合事業の発表会	地域ケア会議						

随時更新し、進捗状況等の共有をしています。

12. 伴走支援後の取組①

時期	内容
R 5 . 3 月	伴走支援報告会（録画）（担当）
R 5 . 4 月	- 介護保険係が整備した窓口マニュアル（介護保険係用）の運用を開始 - 令和4年度伴走支援の取組について共有（課長、各係長、担当）
R 5 . 6 月	- ホームページの見直しに向けて、現状のホームページ構造の抽出依頼（DX推進課） - 多様なサービスの利用者像の検討資料案の作成、共有 - 窓口パンフレット案、チラシ案等の作成
R 5 . 7 月	- 通所Bの現状と今後に関する協議（生活支援コーディネーターも参加） - 検討チーム編成案（①対象者像の確立、②入口・出口（窓口、サービス卒業）、③通所B、④通所C、⑤社会資源、⑥広報・PR） - 社会資源の見える化に向けた協議（DX推進課） - 総合戦略の新規事業提案（デジタル技術を活用した地域包括支援センターの機能強化）
R 5 . 8 月	- 社会資源の見える化に関連し、他課で検討中の事業に参画要望打診（建設政策課GIS担当） - 伴走支援フォローアップに向けた協議 - 伴走支援フォローアップ（鹿児島県事業）（8/24）
R 5 . 1 1 月	- 通いの場等のマッピング、ホームページの見直しに向けた検討（DX推進課） - 社会資源の見える化・情報発信に向けた提案（在宅医療・介護連携推進協議会） - ケアプランデータ連携システムの活用に向けた予算検討
R 5 . 1 2 月	- 社会資源の見える化に向けた提案（建設政策課GIS担当（公開型GISの導入検討PT）） - 検討チーム打合せ
R 6 . 1 月	ホームページの見直しに向けた検討（DX推進課）

12. 伴走支援後の取組②

その他の取組等

【取組】

- ・ 生活支援コーディネーターとの連携強化

生活支援コーディネーターとの一層の連携を目指し、生活支援体制整備事業の担当に加え、保健師、認知症地域支援推進員も生活支援コーディネーター定例会（毎月実施）に参加し、情報交換等を行うこととした。

- ・ ケアマネジメントの簡素化・効率化に向けた取組

ケアプラン学習会等を活用して、ケアマネジメントの簡素化・効率化を目指し、基本チェックリストの活用や支援経過記録の方法などの学習を深めるとともに、情報共有や状況の把握に努めている。

- ・ 課内での連携強化

包括支援センターの各専門職との協議、課内他係との協議（窓口対応（フロー、マニュアル））、その他担当協議を随時実施

【体制】

- ・ 人員の増員①（こけん塾の立上げ支援に従事する介護福祉士の任用_R5.4.1～）

- ・ 人員の増員②（介護予防支援員の任用_R5.6.1～）

- ・ 欠員の補充（認知症初期集中支援チーム員（保健医療職）の任用_R5.7.14～）

13. 伴走支援後の取組の中での気づき①

(1) 戦略的に進めていくために①

問題点の検討、課題の抽出、解決策の提案

➡ データの蓄積が大事

- データの蓄積がその先の施策の基礎となる。
- 必要なデータがなければ、打開策を検討できない。
- 根拠のない仮説になってしまい、みんな（行政も住民も）が納得する（腑に落ちる）ものにならない。
- 見える化システム、保険者シート、その他の情報を収集し、基礎データとする。

13. 伴走支援後の取組の中での気づき②

(1) 戦略的に進めていくために②

➡分析が大事

- ・ 現在、躓いているのは、必要なデータセットの組合せ等の考え方です。
- ・ 担当レベルでデータのクロス集計等を検討していますが、現状は停滞しているところです。

13. 伴走支援後の取組の中での気づき③

(2) ロードマップと規範的統合に向けた取組

関係者間での『対話』や『共創』の理念がなければ地域包括ケアシステムの深化を効果的に進めることは難しい。

規範的統合（ビジョンの共有）のツール

➡ パンフレット、説明資料

（社会資源の見える化も、関係者間の共通認識の醸成に効果が見込める）

➡ 取組を継続していくための仕組み

➡ ロードマップをベースに施策を進める

＝担当者が変わっても施策を継続する。

(3) 取組を継承し、目的を達成するための仕組み

➡ 集合知（組織として培った知識、手段、取組）の継承

➡ その時々の方担者の力量や負担に依存しないPDCAサイクルの確立

14. 今後の展望

(1) 関係者間でのビジョン（目指す姿）の共有

➡ 規範的統合

(2) 私たちの施策、事業がどうつながっているかの整理・理解・共有

➡ 伴走支援の中で、それぞれの担当する事業がどのようなにつながるか、実感が持てていないと感じるところがあった。

(3) 市を挙げて取り組んでいくぞ、という意識。庁内連携の推進

➡ 地域包括ケアシステムの深化、地域共生社会の推進は、高齢者福祉部門だけでは成り立たない。

➡ 庁内他課へ積極的に働きかける。日頃からのつながりも醸成していく。

(4) 地域ケア会議の効果的な活用

➡ サービスCを利用すべき対象者、卒業の考え方、判断を行うためには地域ケア会議を効果的に活用することが肝要

（担当ケアマネジャーの負担軽減と、判断の妥当性を担保する。）

出水市の総合事業で目指す姿（担当案）

お互いさまで長く元気に過ごせるまち
最期まで自分らしくいられるまち

ひとりひとりが自分事！
考え、伝え、動けるまちへ！

参考

出水市総合計画

子どもから高齢者まで健やかに暮らせる支え合いのまちづくり

- ・ 多様な生活支援の充実
- ・ 高齢者が活躍できるまちづくりの推進
- ・ 安心と安らぎのある体制づくりの推進

おわりに

伴走支援を通して、

「人の可能性は無限大」

「地域の高齢者の皆さん、諦めてしまっていないですか」

「住民の皆さんが最期までその人らしく、楽しく暮らせるための取組を」

アドバイザーの方々の投げかけで、たくさんの気づきがありました。

わたしたちの施策がうまく進まないことで、本来もっと長く元気に暮らせるはずだった人たちの幸せを、実現できなかったのではないか。

担当として、とても焦りと責任を感じました。

総合事業とは、地域（まち）づくり

伴走支援で取り組むうちにそこに気づき、担当だけでなく、係として、課として、市として、取り組んでいくことに向けて、進みだすことができました。

伴走支援に取り組んだことで、わたしたちだけでは実現不可能な短期間で、展開することができたと考えています。

この度は貴重な機会をいただきありがとうございました。



出水市 保健福祉部 いきいき長寿課
〒899-0292
鹿児島県出水市緑町1番3号
TEL:0996-63-2111 FAX:0996-62-7767
LGWAN-mail:chojyu_c@city.kagoshima-izumi.lg.jp (行政間専用)
E-mail:chojyu_c@city.izumi.kagoshima.jp

グループワークについて

【グループワークの内容】 ※申込時の希望テーマごとに班分けを行います。

1. 業務の振り返り（できていること、できていないことや悩みなど）
2. できていないことや悩みについて、どのように取り組んでいけば良いのか

【グループワークの流れ】

1. 14:55～15:20

- ・グループワークについて、事務局より説明後、テーマごとにグループに分かれる。
- ・自己紹介（アイスブレイク、担当している業務含む）
- ・普段、そのテーマの事業を展開する（あるいは業務を行う）うえで、ニーズの把握・検証、関係者（他分野含む）との関わり方（対話）、事業の立案（戦略）、説明、実行（試行、実装）、検証等に関して、どのようなことを心がけているのか。基調講演や事例発表を踏まえ、できていること（強み）や、できていないこと（その理由）、悩んでいることなどを話し合い、グループワークまとめシートにまとめてください。

2. 15:20～15:40

- ・1. で共通し、できていないことや悩みを整理（又はいくつか選択）し、今後、どのように取り組んでいけばよいのか、できそうなこと（アイデア）や、県や国から必要な支援等を話し合い、グループワークまとめシートにまとめてください。

3. 15:40～15:50

- ・話し合った内容について、いくつかのグループから発表していただきます。
※発表時は、可能であればグループワークまとめシートを共有してください。

4. 15:50～16:00

- ・グループワークの総評を行います。

【メモ】

（次頁あり）

グループワークまとめシート

1. 業務の振り返り

(できていること)

(できていないこと、悩み)

2. できていないことや悩みについて、どのように取り組んでいけば良いのか

※箇条書きでも結構です