



令和5年1月30日(月)
令和4年度地域づくり加速化事業東海北陸ブロック研修会
資料1

地域支援事業（特に総合事業）の考え方

令和4年度 地域づくり加速化事業（全国研修）

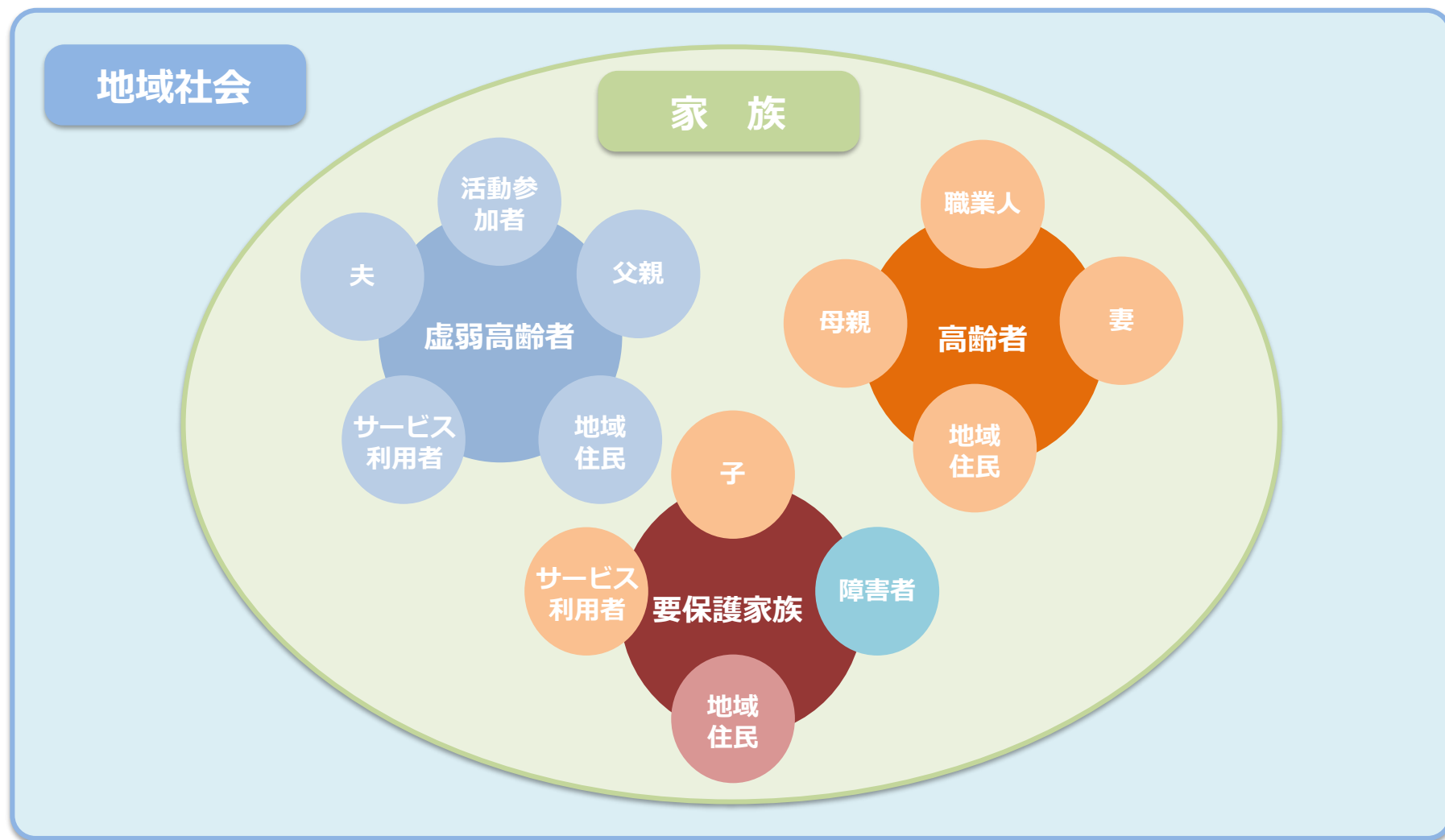
CONTENTS



目 次

- 1 地域支援事業（特に総合事業）の概要・意義
- 2 実施に向けて持つべき視点
- 3 目指すべき効果・成果
- 4 具体的に行うこと
- 5 振り返り・まとめ

多面的な存在としての家族が地域で暮らす



地域の変容



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）

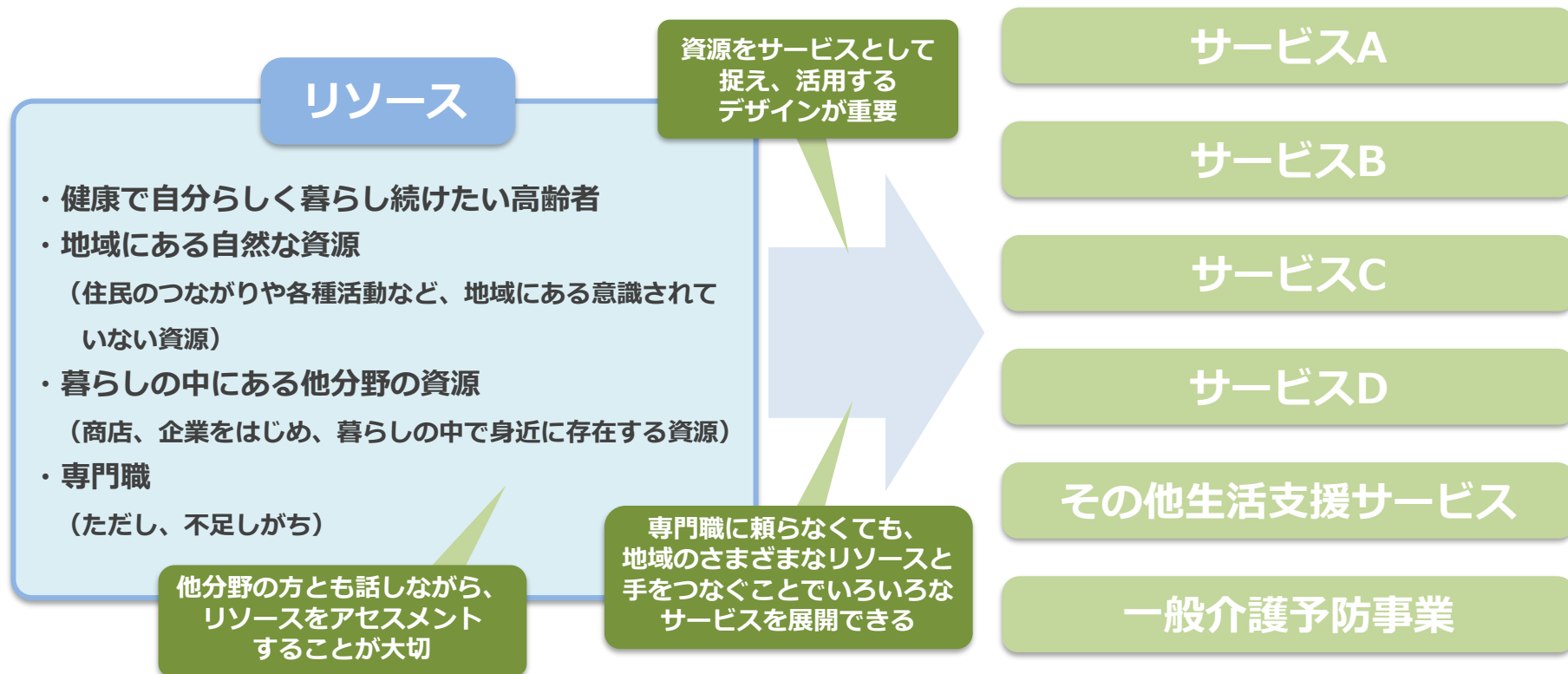
- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス（配食等）
 - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- 一般介護予防事業

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

介護予防・日常生活支援総合事業の考え方



→専門性の高いリソースを重度者に集中させていながらも、
地域のリソースを総動員して地域で支え合うよう地域づくりを行う

市町村ごとのリソースの違いに合わせた地域のサービスづくり

包括的支援事業の考え方

■ 地域包括支援センターの運営

⇒総合相談支援、権利擁護、ケアマネジメントの支援、介護予防ケアマネジメントを実施

■ 地域ケア会議の充実

⇒保健医療や福祉の専門職等が参画し、個別事例や地域課題の検討を行う

■ 在宅医療・介護連携推進事業

⇒地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を実施

■ 認知症総合支援事業

⇒認知症初期集中支援チームによる支援と認知症地域支援推進員による地域の体制整備の実施

■ 生活支援体制整備事業

⇒生活支援コーディネーターの設置による地域資源の開発等

→これまでは地域の保健・医療・福祉に関わる専門職等のリソースも潤沢であり、かつ地域の助け合いも強かったが、脆弱化が進んでいる

**包括的支援事業も活用し、地域全体を見渡しなが
ら、保険者を司令塔としてどのような状態像の方
でもその人らしく暮らすことのできる地域づくりを
目指すことが重要**

介護保険制度の基本理念

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

介護保険法の重要キーワード



介護保険の捉え方

自立 要支援 要介護

チェックリスト該当 要支援 要介護

これまでの介護保険利用の方向

市町村が地域の力を総動員するために必要なこと

■ 地域づくりは1人ではできない

担当者は抱え込まない、担当者を孤立させない

■ 住民・行政・専門職・関係者との対話

対話を重ねて、ゴール設定が最初

■ とともにできること・できそうなことを協議

一人ひとりの「つぶやき」から「協議の場」へ

市町村ごとのリソースの違いに合わせた地域のサービスづくり必要なこと

■ 活動して出来ることを大切にする

分かることと出来ることの違いを理解する

■ つながり・共有して・つなげることができる

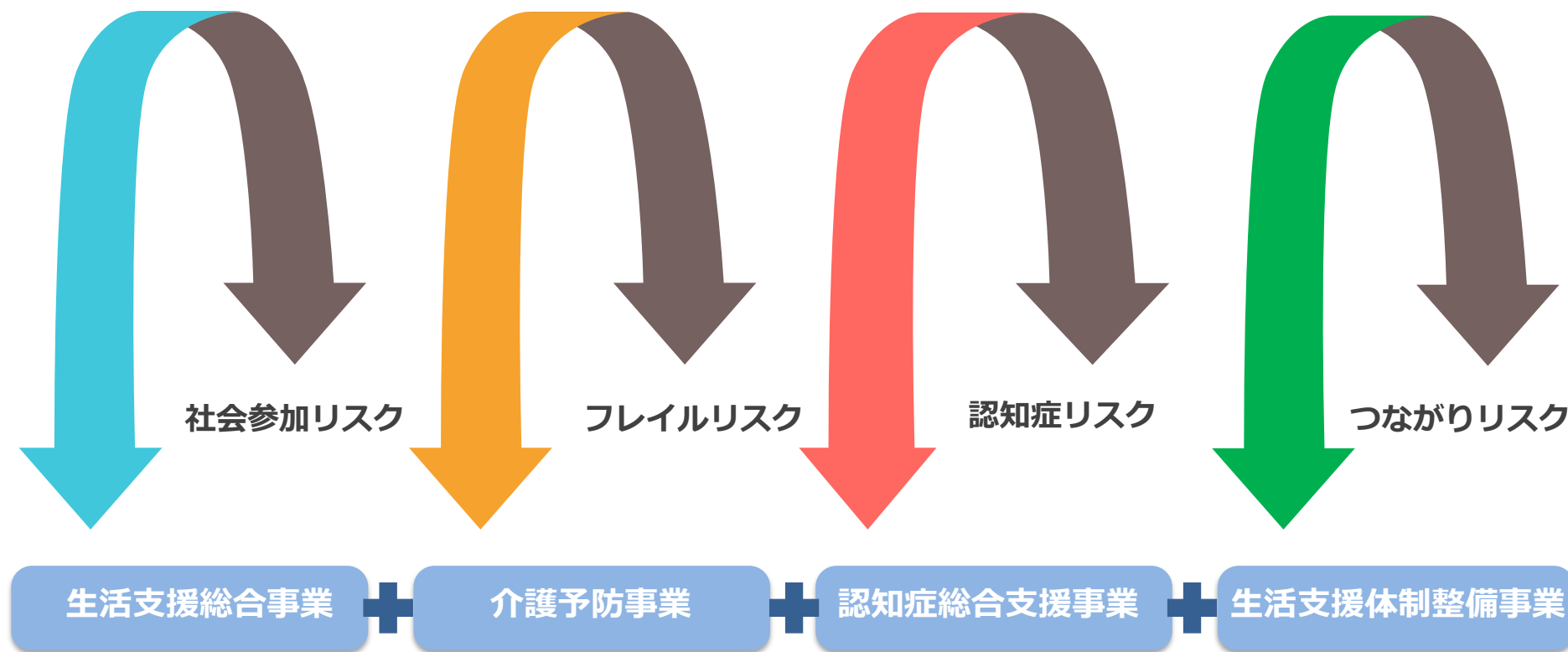
腑に落ちるコミュニケーション力の向上

■ 連携・協働・連動の意味を理解して活用できる

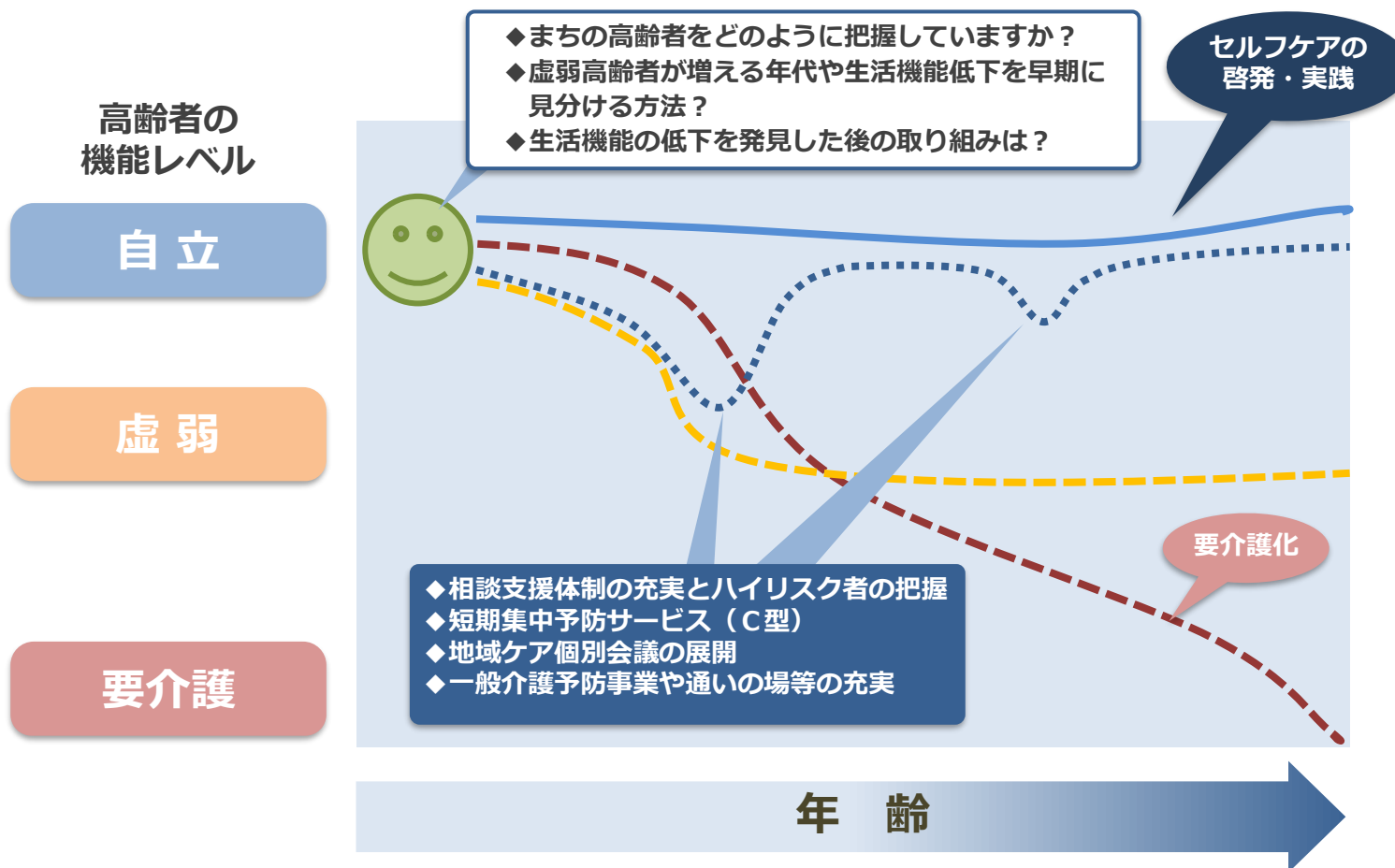
連携・協働・連動は、地域支援事業推進の重要事項

社会参加・生活支援・介護予防・認知症予防の連動で住民のありたい姿を実現

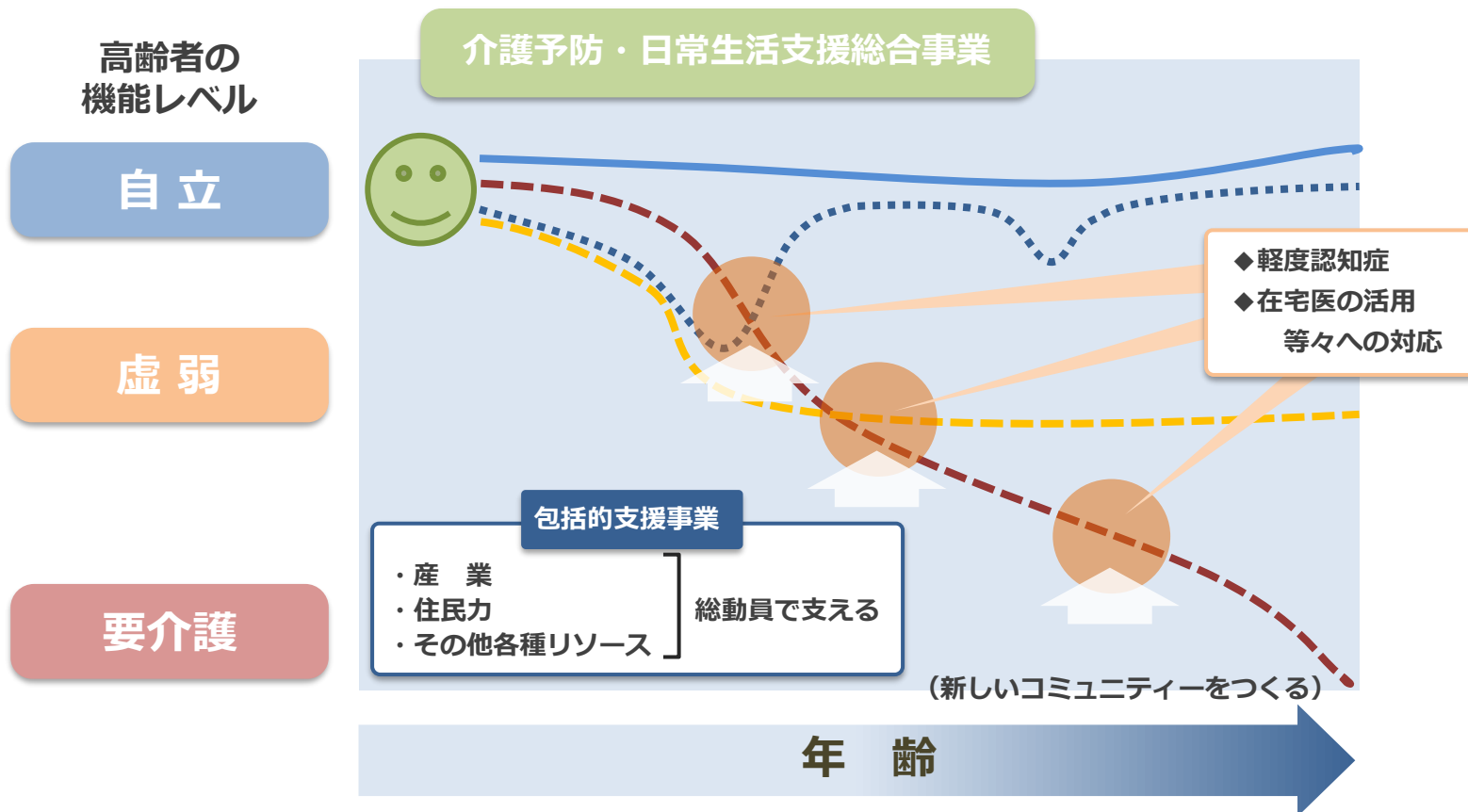
健康寿命リスクには、可逆性がある



高齢者の機能レベルと介護予防の必要性



高齢者の機能レベルと地域支援事業の関係性



地域支援事業は保険者が司令塔



地域支援事業は多様なニーズにタイムリーで柔軟に対応する



振り返り・まとめ

- 1 地域支援事業は、地域の力を総動員して活用することが重要
- 2 地域支援事業の仕組み作りは、豊かな地域のリソースを多面的に捉え、多様なニーズに生かすことがポイント
- 3 地域支援事業では、保険者が司令塔として全体を見渡ししながら事業を推進し、地域包括支援センターは、地域において（個別具体的に）事業を展開する
- 4 地域支援事業は「高齢者一人ひとりの多様なニーズにタイムリーで柔軟に対応する」ことができる事業である



令和5年1月30日(月)
令和4年度地域づくり加速化事業東海北陸ブロック研修会
資料2

保険者の役割

令和4年度 地域づくり加速化事業（全国研修）

CONTENTS



目 次

- 1 保険者の役割の概要・意義
- 2 実施に向けて持つべき視点
- 3 目指すべき効果・成果
- 4 具体的に行うこと
- 5 振り返り・まとめ

／ 保険者として事業を推進するために必要なこと

■ 住民のありたい姿と地域の現状を理解しているか

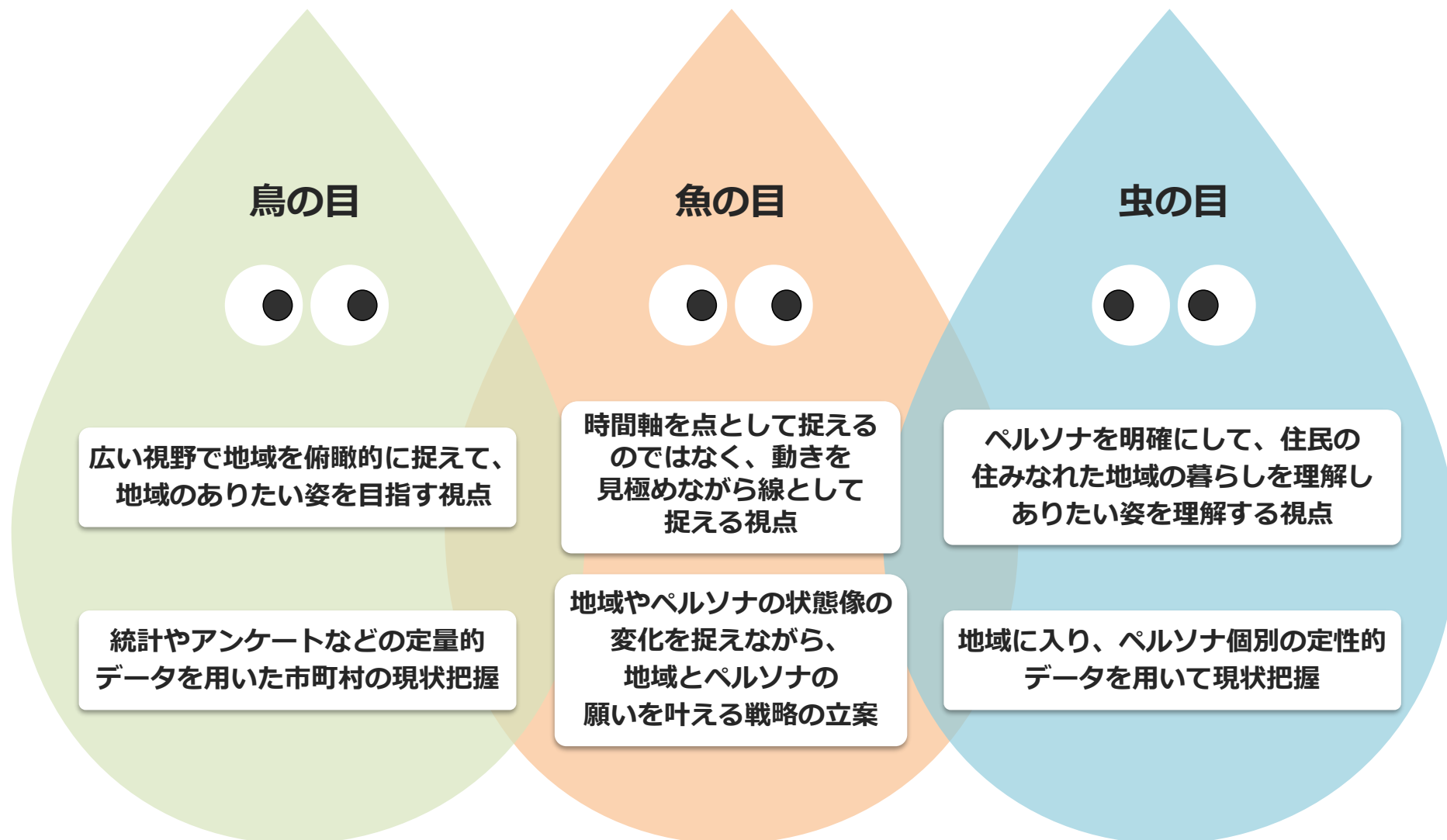
■ 担当者が事業の必要性と効果を理解しているか

■ 担当者が上司や同僚、関係部署へ事業の協力を
得るための働きかけができているか

■ 地域の文化を理解しているか

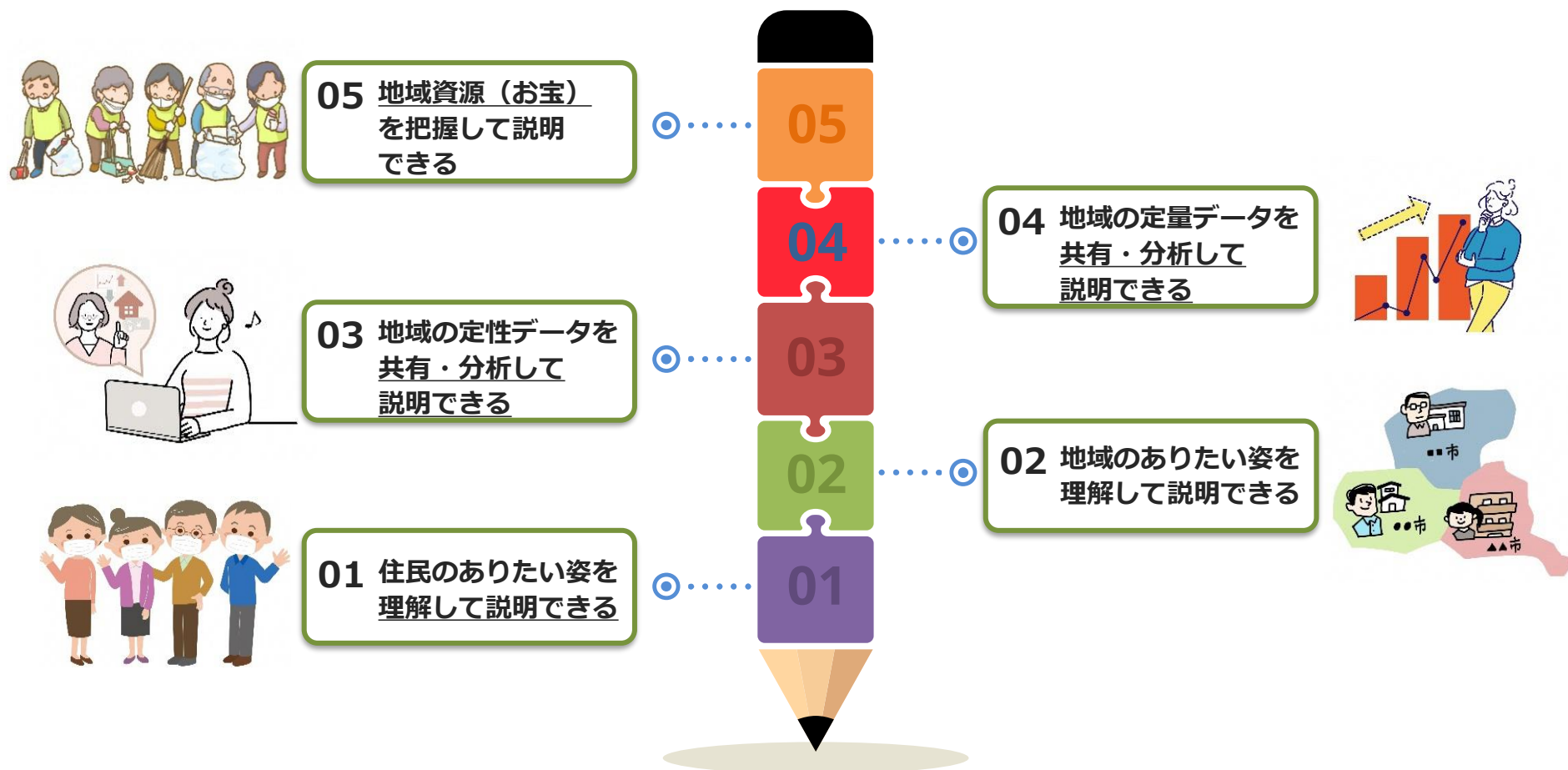
■ 地域への事業展開の戦略を立てているか

変容する地域で自分らしく暮らし続けるための視点

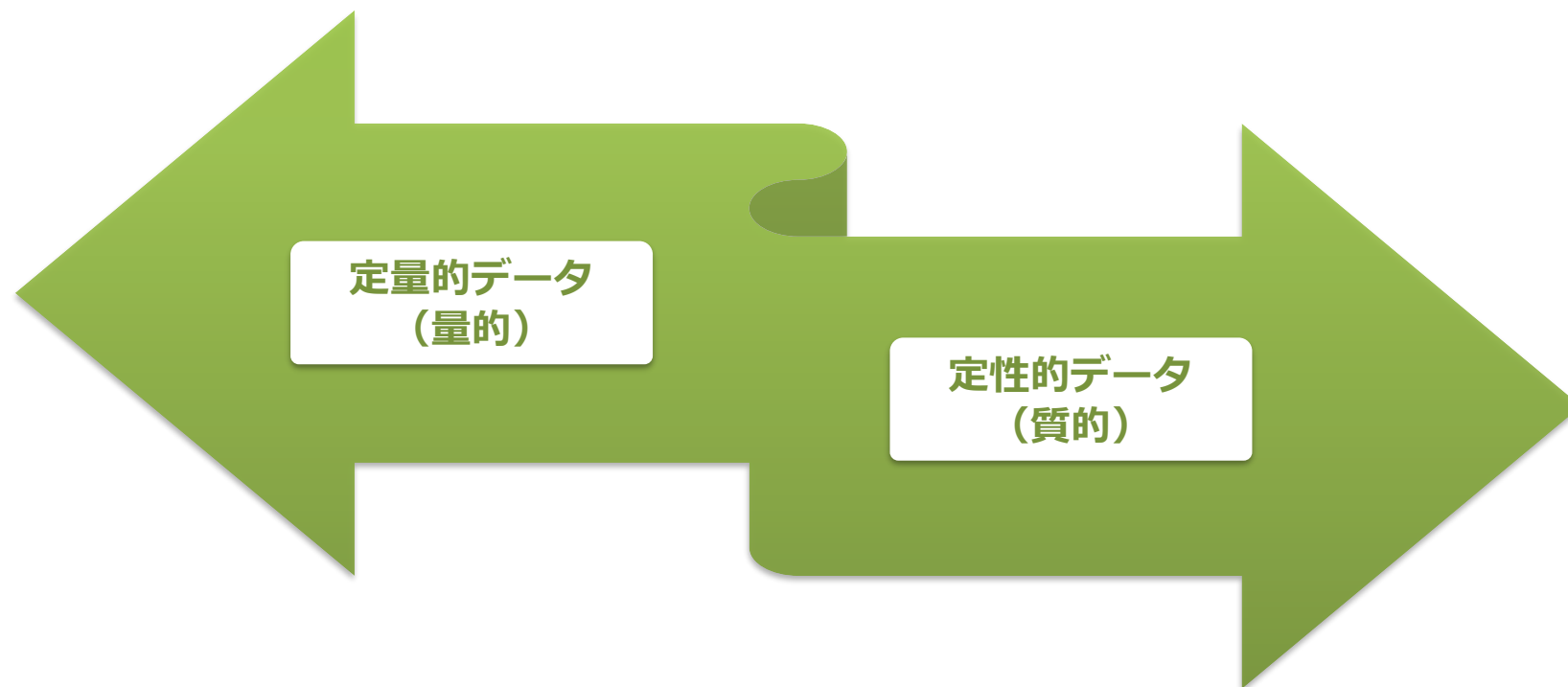


共創イノベーションを生み出すために必要なもの

見える化が大切（活動記録・報告書・計画書・工程表・パンフレットなど）



共創イノベーションの為のデータ



市町村ごとのリソースの違いに合わせた地域のサービスづくり必要なこと

■ 活動して出来ることを大切にする

分かることと出来ることの違いを理解する

■ つながり・共有して・つなげることができる

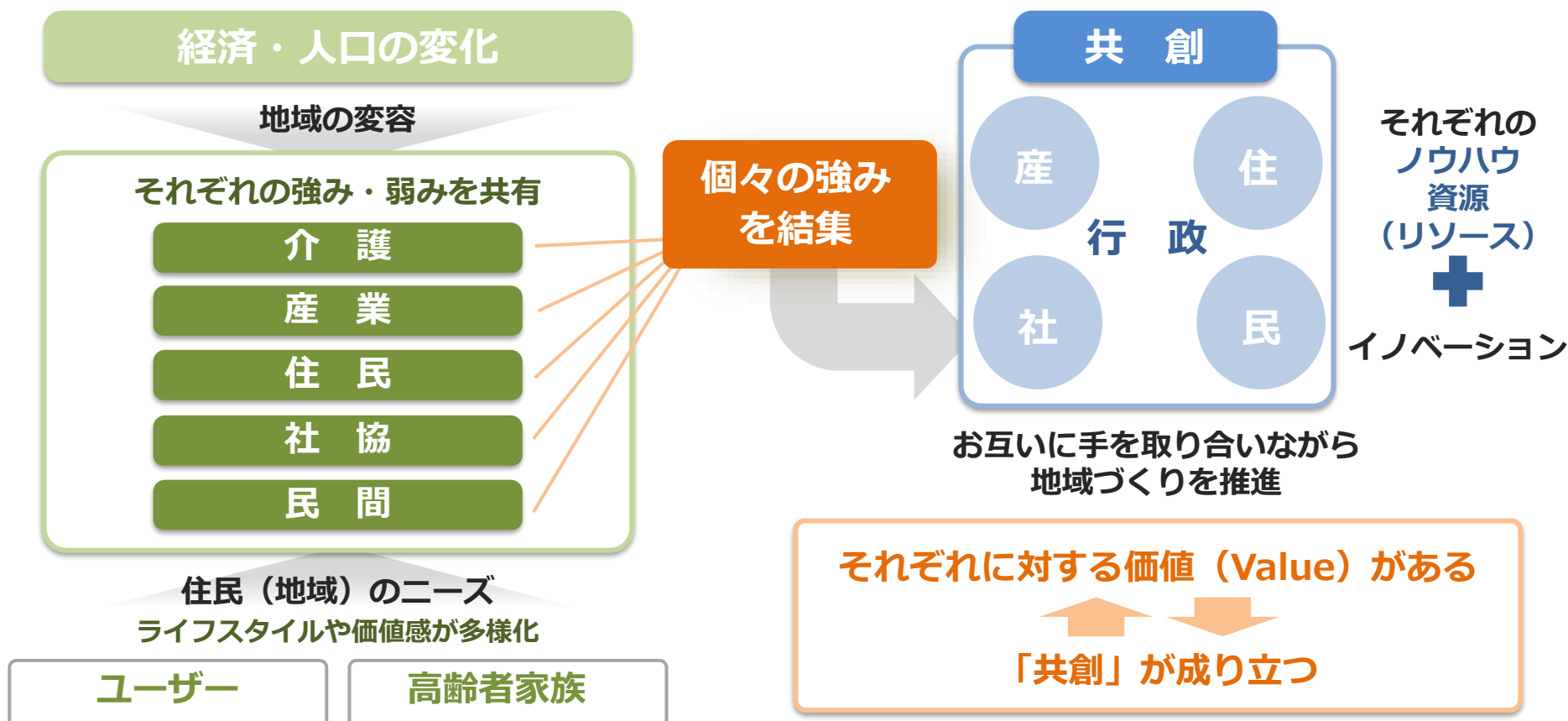
腑に落ちるコミュニケーション力の向上

■ 連携・協働・連動の意味を理解して活用できる

連携・協働・連動は、地域支援事業推進の重要事項

共創イノベーションによる地域づくり

- これからの社会においては、地域ごとにある関係機関・者が、それぞれの強みを活かし、相互に手を取り合いながら地域をつくっていくことが肝要（＝共創イノベーション）
- さまざまな産業の多様な主体が、それぞれ強みを活かしながら活動してきて今日を迎えており、その強みを認め合うことが、地域づくりの第一歩となる



高齢者のニーズに合ったサービス等の創出・提供

- 住民をはじめ、地域の多様性を認め合い、強みを強化していくためには、地域のニーズ（≒ユーザーのニーズ）を正確に捉えることが重要
- 個人の適用性を高め、環境の応答性を良くするうえでは、法的な体制整備ではなく、ニーズに応じて体制を整える視点が肝要

これまでの
介護保険施策

今までは全国一律のサービス
（国で設定したサービス）

これからの
介護保険施策

ユーザー（高齢者等）の
ニーズ

◆ニーズはそれぞれ異なる
・・・これからはもっと多様化
⇒無駄なく、効果が出て
利用されるサービス等をつくる

高齢者のサービス利用に関するマインドセットを
転換させるプレゼンが必須！

高齢者のニーズをとらえるアイデア

最初の一步を踏み出すためのアイデアとして・・・

地域の高齢者に長く健康で
暮らし続けてほしい

地域の高齢者の介護予防を進めるために
住民主体の通いの場を新しく整備する

- ユーザーとして的高齢者にとって・・・
「長く健康でいたい」ことと「介護予防に取り組みたい」ことはイコールではない
- サプライヤーとして的高齢者にとって・・・
「地域住民とつながりをもつ」ことと「通いの場に参加する」ことはイコールではない

✓ 提案するソリューションと高齢者等のニーズとのズレが生じていないかを確認

「長く健康でいたい」「地域住民とつながりをもつ」ことは言語化として正確か？

「長く健康でいたい」 ⇒ 「いつまでもやりたいことをやりたい」 ⇒ 「・・・」

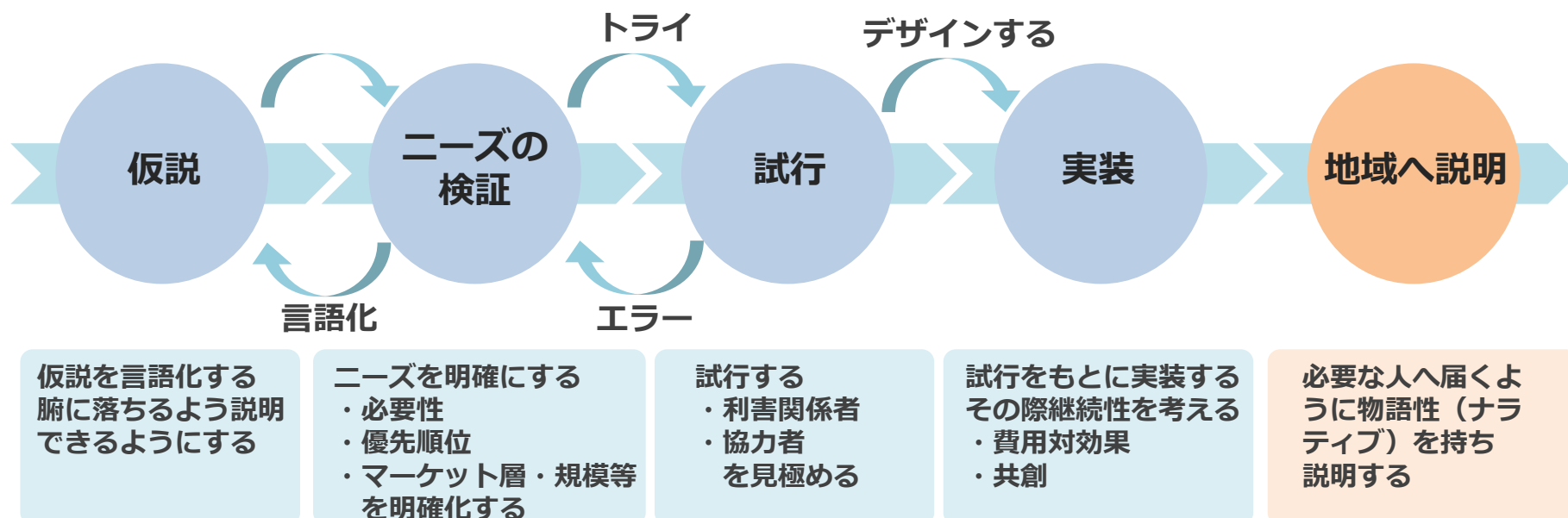
「地域住民とつながりをもつ」 ⇒ 「気の合う仲間と集まりたい」 ⇒ 「・・・」

新しく通いの場をつくらなくともどこかに集まる場所があるのではないかな？

✓ 情報が不足していないかを確認

地域づくりに必要なプロジェクトマネジメント① ～全体像～

- 最も重要なことは、初期の「仮説」を具体的に「言語化」すること
- ニーズの検証に当たっては、対象者のより具体的な設定（ペルソナ）を意識する
⇒これにより、仮説が成り立つ市場（マーケット）が存在するかを確認する
- 「試行」により、利害関係者（ステークホルダー）や協働者（カウンターパート）を見極めていく
- 実際に取り組を開始（実装）する際、行政の役割として「コストを考える視点」と地域に対する語り掛け（ナラティブアプローチ）を実施する必要がある



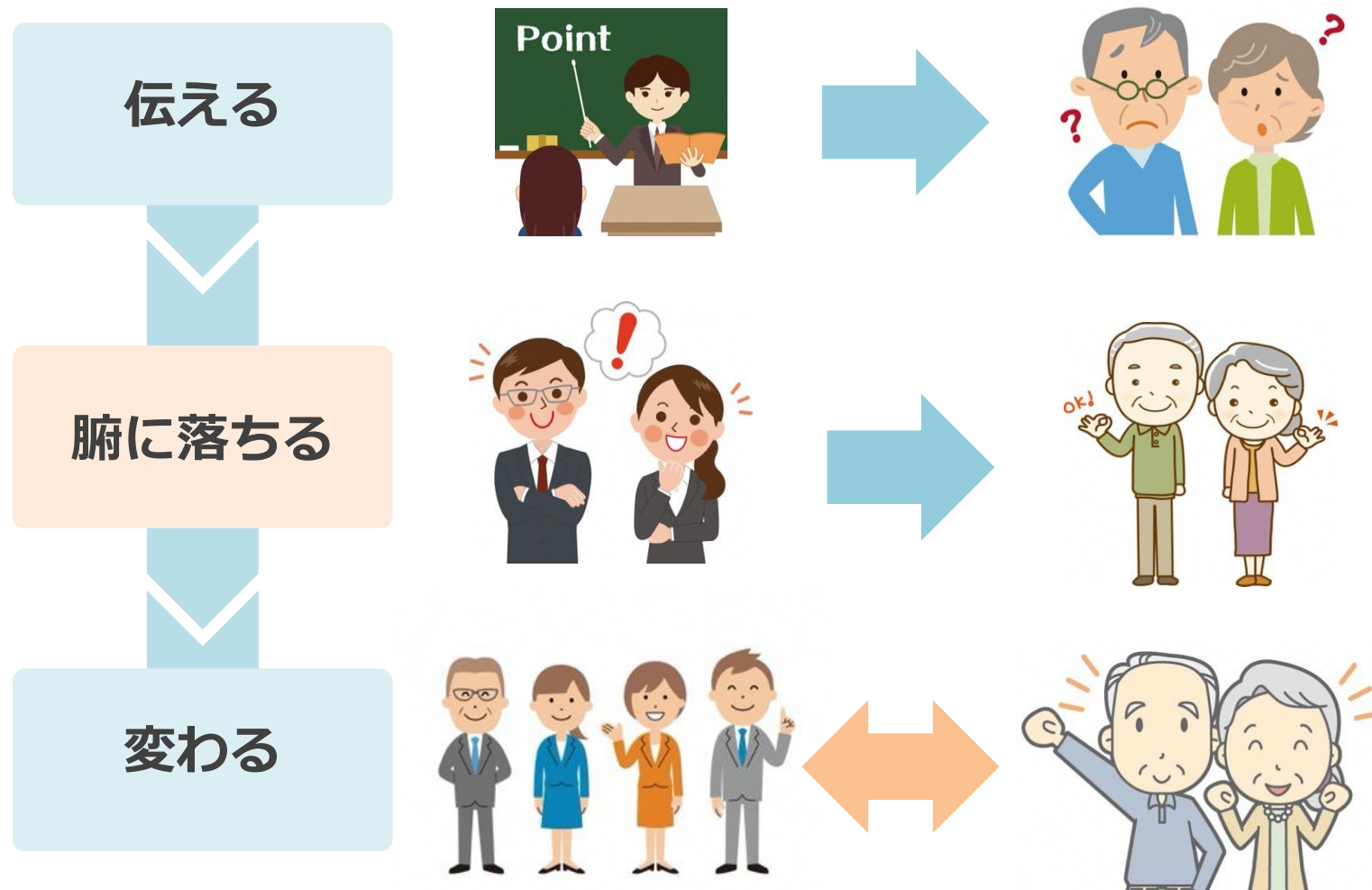
地域支援事業推進のポイント

相手に合わせてプレゼンテーション
(相手によって響くポイントは違う。そのために 相手をよく知る)



肝はコミュニケーション

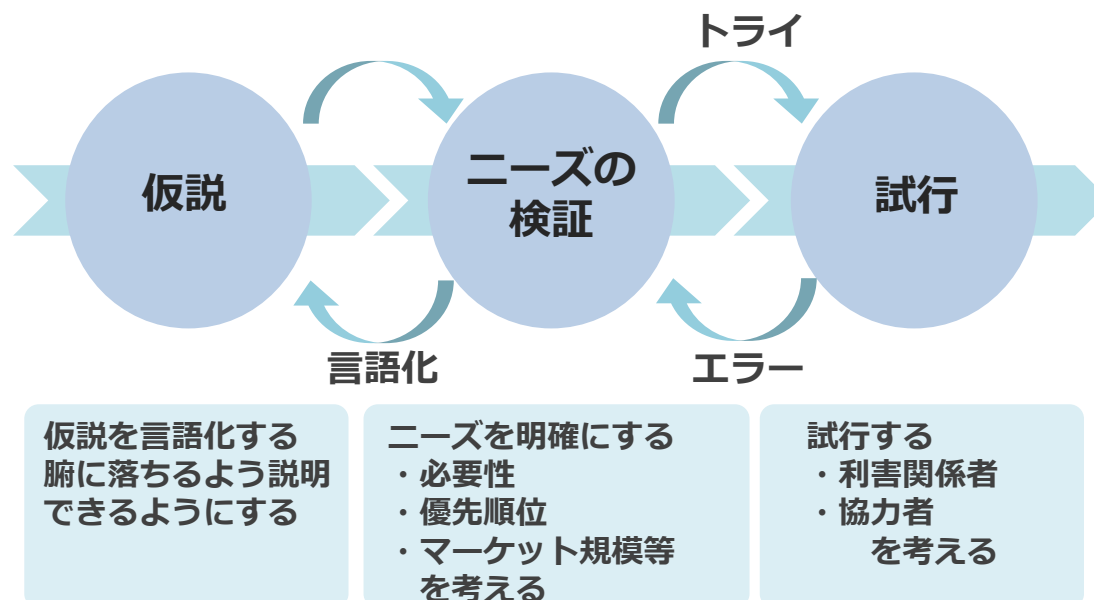
プロジェクトマネジメントを支える 腑に落ちるコミュニケーション



地域づくりに必要なプロジェクトマネジメント②

「仮説」の言語化と「検証」「試行」の繰り返しの重要性

- 最も重要なことは、初期の「仮説」を具体的に「言語化」すること
- そのうえで、即時に「実装」（正式なリリース）を行うのではなく、「ニーズの検証」及びスモールステップでの「試行」をトライ＆エラーで繰り返す
- 必要に応じて「仮説」の再設計及び言語化に立ち戻る
- 十分に成果・効果が確認できたうえで、「実装」へと進む



地域支援事業推進の留意点

事業推進を
目的化しない

- ・ つどい場や支え合い活動を発見することや
 作ることを目的化しない
- ・ 連携・協働・連動することを目的化しない

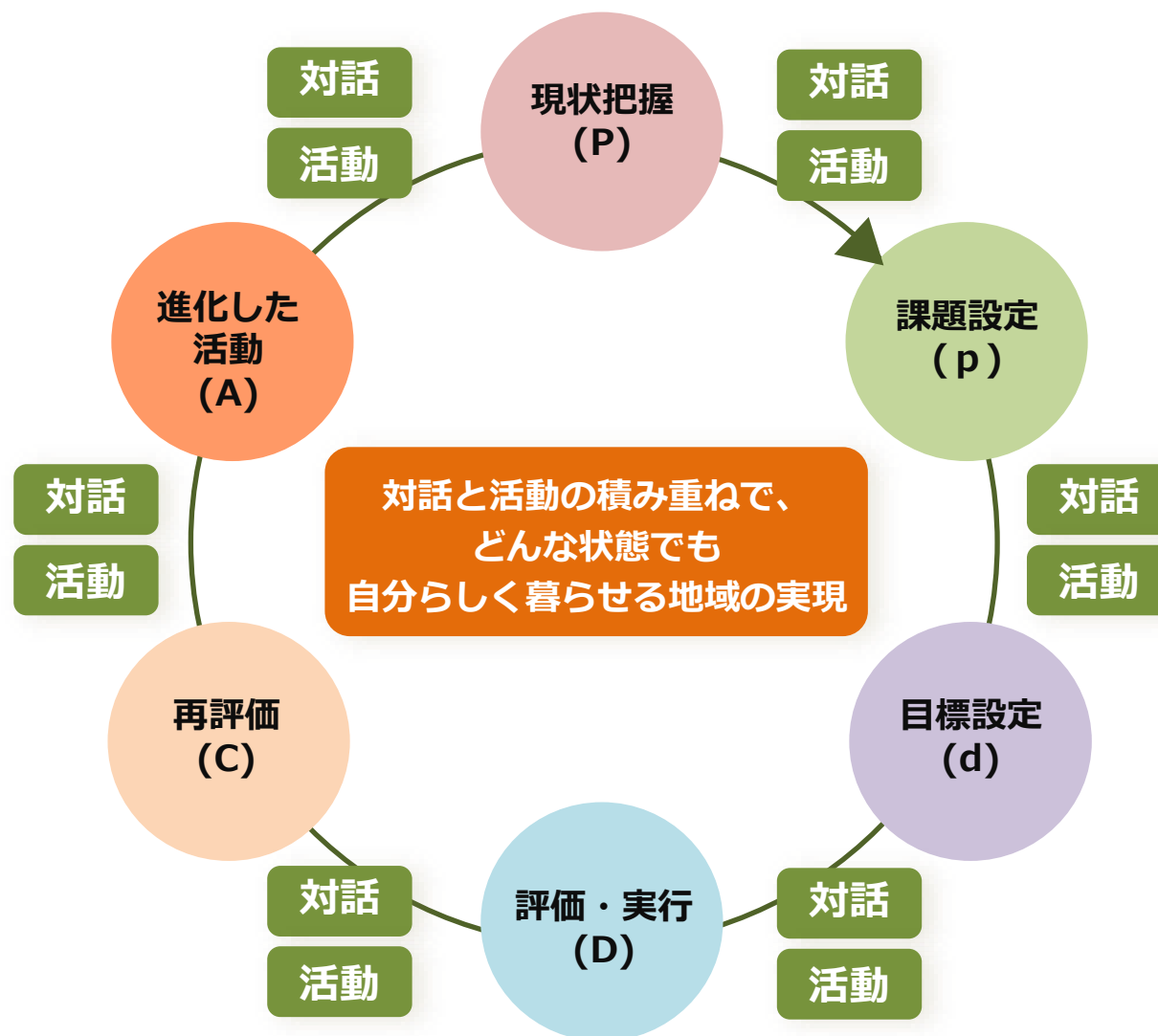
定性的データと
定量的データの
分析力を持つ

- ・ 視野を広く持つ
- ・ 住民・事業者・専門職・行政マンから学ぶ

腑に落ちる
コミュニケーション力を
磨く

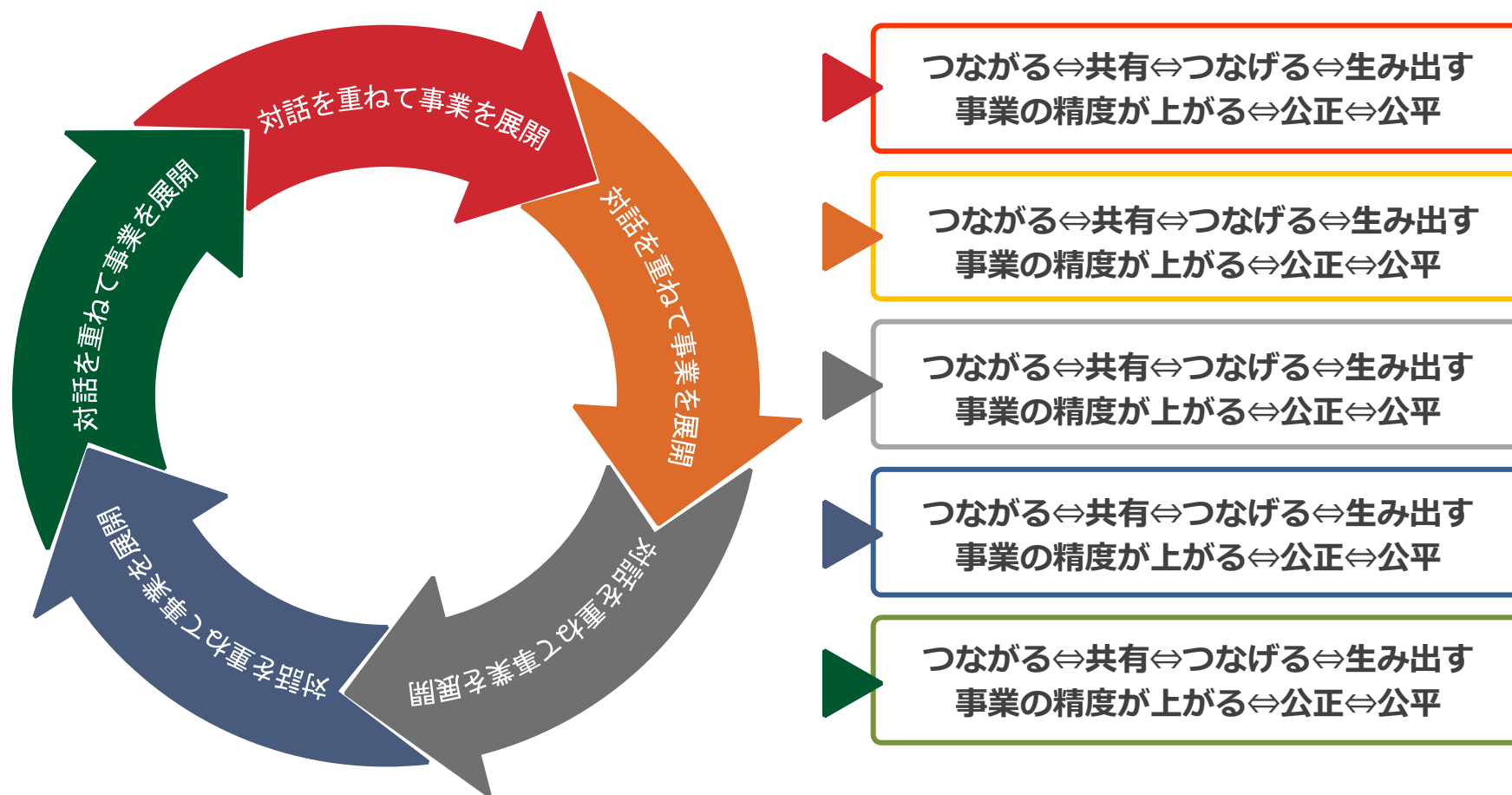
- ・ 聞いて分かる力が入り口
- ・ つながって共有の積み重ねが重要

保険者はPDCAサイクルで地域支援事業を推進



地域支援事業を実装するポイント

地域づくりは地域支援事業で加速化



振り返り・まとめ

1

地域や高齢者の強みに焦点を当てて、地域の変容を多面的に捉えることが重要。

2

地域にある資源は、全て地域が必要としているもの。共創の文化が定着することで地域が更に豊かになる。

3

仮説を立ててニーズをアセスメントして、スモールステップで試行を繰り返し積み重ねることが、事業の精度を上げる。

4

プロジェクトマネジメントが、公正公平な地域支援事業の展開につながる。

みんなで楽しむ介護予防！かがやけゴーゴー富士宮 ～令和3年度厚生労働省伴走支援を受けて～

静岡県富士宮市 保健福祉部 福祉企画課 望月 雄太 (事務職)

富士宮市の概況



©富士宮市さくやちゃん



富士山の西南麓に広がるまち自然豊かなまち

富士山本宮浅間大社の門前町として栄えてきた
富士山の雪解け水を源とする豊富な湧き水が豊富

標高 : 海拔 35m ~ 3,776m

人口 : 129,250人 (R5.1.1現在)

高齢化率 : 30.32%

地域包括支援センター (直営1・委託5)

生活圏域 13圏域



富士宮市の現状（派遣支援を希望した理由）

◆介護予防と自立支援について

- ・専門職など関係者全体に目的意識が浸透しきれていない

◆総合事業について

- ・総合相談体制の構築、認知症施策など、個々の事業には取り組んでいる
- ・個別の事例はとらえていても、総合事業のサービスにつながっていない、また、周知が不十分
- ・生活支援体制整備事業など、他事業との連携が不十分



このため、主に2つのテーマで
支援を受けることに

◎規範的統合

- ・各事業との連携を強化したい
- ・幅広い関係者との意識共有をはかりたい

◎事業の周知啓発

- ・多様なサービスを発展させたいが、利用につながりにくい、周知が難しい

支援（1回目）

- ・意見交換会と講義
- ・地域支援事業の関係者が集まり、現状の課題や悩みを共有し、新たな視点を発見する

◆オンライン開催

◆参加者

厚生労働省、県、富士宮市 6 名

(福祉企画課2名、高齢介護支援課3名、健康増進課1名)

◆スケジュール

9月28日(火)

9:00~9:30 導入自己紹介

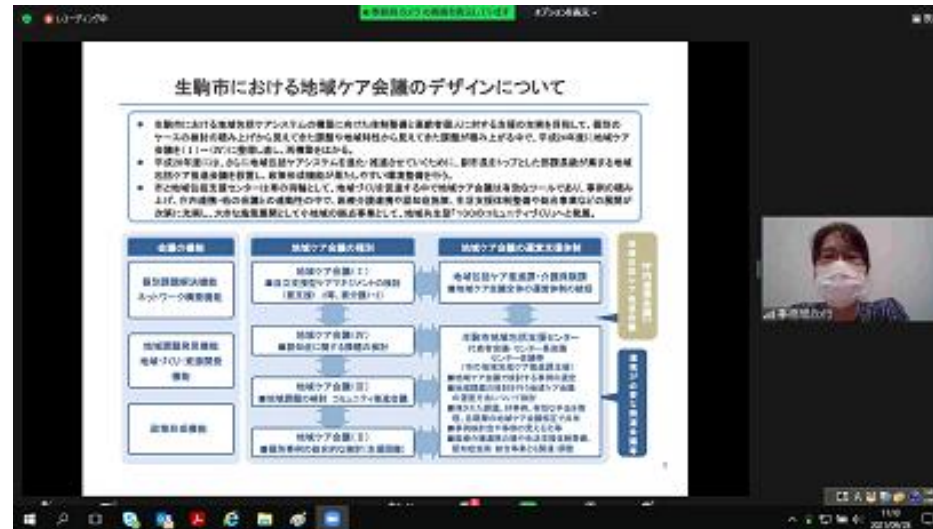
市概況説明等

9:30~11:00 意見交換

11:00~11:30 田中補佐講話

11:30~12:00 意見交換等

13:00~14:00 振り返り



支援（1回目）

- ・本事業のガイダンス
- ・市の概況説明

- ・取組や課題等の確認
- ・意見交換会

- ・田中補佐の講義

- 講義後の意見交換会



○気付きポイント

- ・本事業の目的や手法などについて、関係者全員での共有を図り、連帯意識をもった
- ・参加者全員で趣味などを含めた自己紹介をして、オンライン会議特有の緊張感がやわらいだ
- ・取組状況を確認しつつ、課題と思われるポイント（総合事業や体制整備事業の立ち上げが遅れた背景、新規サービスの利用者が増加しない要因等）を洗い出し

○気付きポイント

- ・事前アンケートや帳票1を活用して、富士宮市の強みや、不足していると思われる部分などを講話いただいた
→ **幅広い関係者の規範的統合が最も大きな課題！**
- ・生駒市の取組事例などの紹介
（市内連携の体制づくりや幅広い関係者への啓発事例、各事業の連動の必要性など）
→ 講話や意見交換を通じて、**主役を変える**視点、成功体験や成功事例等、これまでの取組をPRする視点など、今まで意識していなかった視点を発見！

1 回目支援のあと

支援の合間にできること・・・

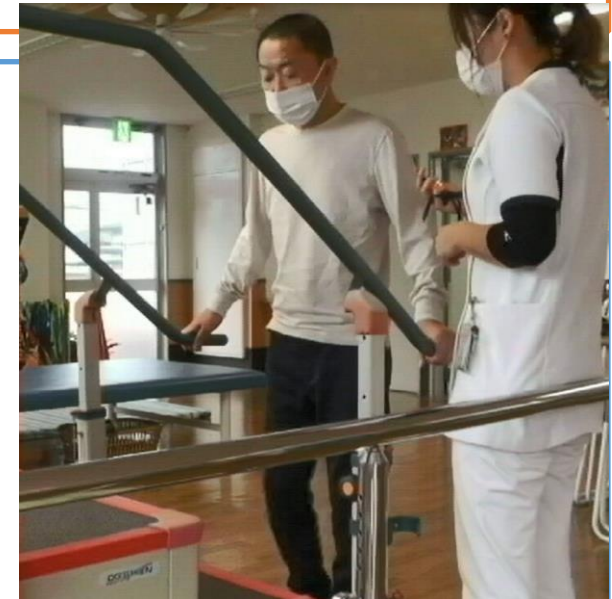
◎サービスCの周知方法についてのアドバイスを実践した
「利用している映像を撮影し、PR動画をつくってはどうか」



- ・通所型サービスCの実施現場にお邪魔した
- ・実際にリハビリをしている様子を撮影し、利用者としリハビリの専門職から話を聞いた
- ・現場に出て、実際に見て、話を聞いて、あらためてサービスの良さを実感！
- ・ **ただ知っているだけでなく、現場に出て体験することの重要性を認識した**

◎幅広い関係者を巻き込んでいきたい

- ・生活支援コーディネーターと協議体委員に、次回以降への参加を依頼した



1回目支援のあと

各事業の進捗状況共有のため、資料を作成した

令和3年度 総合事業等の事業計画

実施内容（課題）		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
介護予防・日常生活支援総合事業	サービスCの利用促進について ・PR動画の作成（2名出演）	・利用者のインタビュー、動画撮影	・PR動画作成 ・サービスC周知		PR動画編集 通いの場へのアプローチ検討 ・サービスC周辺エリアを選定し、通いの場で候補者を検討する等	PR動画追加撮影、編集 自宅での様子とインタビューを撮影		通いの場での対象者選定
	サービスAの新たな担い手の発掘 ・シルバー人材センターへの委託	・仕様書と契約書案の作成 ・担い手養成研修の検討			・事業の周知 対象：包括、ケアマネジャー	・担い手養成研修の実施		・サービス開始
	事業の周知啓発 ・病院への周知、連携 既存の資源見直し ・寄合処参加者実態調査（社協実施）	・市立病院への研修会実施						
	一般介護予防事業	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育	・フレイル予防教室（6講座） ・認知症予防運動教室 ・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・R4年度健康講座希望調査 ・健康相談・健康教育	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 （・幸福度調査） ・健康相談・健康教育	・骨盤トレーニング ・高齢者筋力向上トレーニング事業 ・健康相談・健康教育 ・R4年度事業説明会	・一般介護予防事業の案内発行
生活支援体制整備事業	○第1回協議体活動 ごみ出し支援について 青木平区をモデル地区として、実際にごみ出しに 困る事例をもとに関係者で協議する 庁内の生活環境課と連動する	第1回ワークショップ開催 （テーマごみ出し支援）	第3回協議体	第2回ワークショップ開催 →ごみ出しについて2月から3 か月間、青木平区で10名の戸別回 収のテスト実施をすることに 生活環境課担当と打合せを重ねる	第4回協議体 ①ごみ出し支援テスト実施の報告 ②協議体の周知について 今年度の活動（ごみ出し支援プ ロジェクト）をまとめたうえで啓 発のチラシを作成する	第3回ワークショップ開催 ごみ出し支援プロジェクトまとめ 来年度に向けた検討	第5回協議体	
地域ケア会議	・自立支援・介護予防に資するケアマネジメントの 意識を普及する ・地域ケア会議の充実	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会 ・直管地域包括支援センターケア マネジメント検討会 ・西部地域包括支援センターケア マネジメント検討会	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会 ・南部地域包括支援センターケア マネジメント検討会	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会 ・富士根地域包括支援センターケア マネジメント検討会	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会 ・直管地域包括支援センターケア マネジメント検討会 2/17 研修会（うまくケアマネジ メントできたケースを紹介）	・評価検討会 ・介護予防ケアマネジメント検討 会	

※ 各項目において、庁内連携や幅広い関係者間の規範的統合を意識する。

支援（2回目）

前半：各事業の進捗共有と意見交換会
後半：関係者が主役になって介護予防に取り組むために・・・講義とグループワーク

◆参加者

厚生労働省、県、富士宮市8名

（福祉企画課4名、高齢介護支援課3名、
健康増進課1名）

包括5名、SC3名、協議体委員5名

◆スケジュール

11月4日（木）

※午前中は市職員コアメンバー

10:00～10:20 挨拶・自己紹介

10:20～11:30 事業進捗状況共有

11:30～12:00 意見交換

※午後は包括・SC・協議体委員等含む拡大メンバー

13:00～13:20 挨拶・自己紹介

13:20～13:45 市の事業説明・質疑

13:45～15:00 田中補佐の講義・質疑

15:15～16:30 グループワーク

16:30～17:00 振り返り



支援（2回目）

- ・各事業進捗状況の共有
- ・意見交換会

田中補佐の講義

4つのグループに分かれてアイデア出しと意見交換
「みんなで楽しむ介護予防、かがやけゴーゴー富士宮」
グループ毎の発表と全体まとめ

研修会の振り返り



○気づきポイント

- ・撮影したサービスCの映像を見ていただいた

- ・PR動画の方向性がみえた

- ①利用者をおっかけて取材すること
- ②1つのストーリーにすること
(サービスCを利用し、自宅でもトレーニングを行い、やりたいことや地域へつながる)

○気づきポイント

- ・関係者が主役になって介護予防に取り組んでいくため、まずは地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、協議体委員（地域住民）に参加いただいた
- ・田中補佐から、それぞれが主役になって住民主体のサービスを充実する必要性等を講義いただき、地域包括ケアシステム構築、介護予防の重要性を再認識した

- ・**楽しみながら介護予防に取り組むために**グループワークを実施した
- ・わいわいがやがや活発な意見が生まれた
居場所づくり「夜カフェ。ごはんやお酒も楽しみながら夜に集まれる場所がほしい。」
多世代交流「学生にスマホ教室をひらいてほしい」
- ・**堅く考えすぎだった！「みんなで楽しもう」という雰囲気づくりからはじめ、幅広い関係者が同じ方向を向くことができた**

支援（3回目）

- ・各事業進捗状況の共有
- ・意見交換会

- ・2層SC（社協）より、各協議体の状況について報告
- ・協議体を進める上での課題について意見交換会

全3回の振り返り



○気付きポイント

- ・サービスCの取材が進められないなか、叩き台として1分間のミニPR動画を作成した
- ・サービスCについて、まずは現場の声を吸い上げ、まとめたものを専門職などの関係者にみてもらうことで内容をブラッシュアップしていく流れを確認できた
- ・総合事業以外で実施している事業との連動や結びつけを常に意識すること、事業毎の枠組みに囚われないことの重要性が理解できた

○気付きポイント

- ・コロナ禍で会議が制約されるなか、介護予防を楽しむ気持ちを地域（第2層協議体）にもっと広げていくため、2層SCへの支援を行った
- ・包括の視点から生活支援コーディネーターに普段の会議の進行についてアドバイスをもらったが、前向きな声かけをしていただき、今後の進行に大きくプラスになった。意見交換で自己評価、他己評価の相違を気づき、今後の事業実施に自信がついた
- ・声を上げない参加者の意見を引き出す工夫の重要性を感じた
- ・参加者自身がどういう立場で会議に参加しているのかを振り返る機会も必要であることを感じた
- ・自分事と捉えてもらえるような会議の進行の仕方や会議後のフォローについて学ぶことができた

令和３年度厚生労働省伴走支援まとめ

◎ 幅広い関係者の規範的統合

- ・ 関係者が協働する土壌ができた。専門職や住民と富士宮市が目指す姿を共有し、市全体の動きにしていく
- ・ 各事業の重なり方や連携が見える化し整理することができた
- ・ 関係者を巻き込んで行くためには、まずは担当者が事業を楽しむ姿勢が大切！

・ 生活支援コーディネーター（社会福祉協議会）と地域包括支援センターとの連携が深まった

個別事例から得た地域課題をいっしょに検討し、住民と協議するための仕掛けづくりを考えていく

生活支援体制整備事業をすすめることで総合事業のたねを育てていきたい

◎ 事業の周知啓発

- ・ 攻める姿勢が大事！自ら考え主体的に動くこと、積極的に情報発信していくこと
- ・ まずは現場に足を運んで、関係者とつながること
- ・ 「一緒にやっていく」、「主役を変えていく」視点で事業のPRをしかけていきたい

伴走支援を受けて（気づき）

これまで「サービスをつくらなければならない」という意識にとらわれていた

「地域づくり」を意識することが重要と気付いた

伴走支援を受ける前は、総合事業のサービスをいかに発展させるかという視点からはじまったが、伴走支援をきっかけとしてそれ以前の大問題があることに気づいた。

- ・いかに自分が地域のことを知らないか

👉 現場に出て、生の声を集める重要性に気づいた

- ・いかに個別的でバラバラな仕事をしていたか

👉 地域や関係者と連携するため、まずはコミュニケーションからあらためてはじめた

伴走支援を受けて（改善）

「その1 地域のことを知ろう」

①今ある活動、人に目を向ける

月1回の茶話会(寄り合い処)121か所！

「週1回に回数を増やしたけれど活動費(月2,000円)は据え置き」

☞参加させてもらったついでに話を聞き、いっしょに検討する

週1回の体操教室(スロトレ)76か所！

☞実際に体験してみた

- ・今の体操が大変になった人のため、簡単な体操と2部制にしている
- ・若者にもよいのでは！と思った



今ある活動を大切にする。その上で、どんな困っている人がいて、どういう居場所がほしいのかという視点で検討していく。

伴走支援を受けて（改善）

「その1 地域のことを知ろう」

②生活支援体制整備事業に取り組もう

- ・協議体を通して、困っている人の生の声、それを支援する人の悩み、区長、民生委員、地区社協など、様々な立場の思いをキャッチできる。
- ・委員(地域住民)と決めたテーマにいっしょに取り組むことで、目指す方向の共有、連携強化をはかる。

「令和3年度～高齢者ごみ出し支援」

ごみ収集部署と連携し、地域の協力のもとワークショップの開催やテスト実施を行い、高齢者ごみ出し支援について自助、互助、共助、公助の分類で整理しまとめ、協議体から市へ政策提言を行った。

🏠本気で取組んで整理していけば、ちょっとずつでも先へ進める

生活支援や介護予防について地域とじっくり検討し、必要な支援がわかったとき、それを実現する手段の1つとして総合事業の活用(サービスBなど)を検討すればよいと気づいた。

伴走支援を受けて（改善）

「その2 地域づくりのための連携体制強化」

- ①社会福祉協議会（生活支援コーディネーター：S C）、地域包括支援センター、市事務局とで定期打合せを行う

地域包括支援センターがキャッチした地域の困りごとや課題を共有し、S Cが協議体(地域住民)へつなぐ投げかけ方をともに検討する。

- ②認知症地域支援推進員が第1層S Cを兼務してくれている

「本人や家族の声を大事にして、地域住民どうしが繋がって活動が生まれていく」

富士宮市の認知症活動における大切な点を、第2層S Cと共有していく

- ③総合事業や生活支援体制整備事業をきっかけとした庁内外の連携
健康づくり部署、ごみ収集部署、公共交通部署など

受け止め方には温度差もある。地域住民とのワークショップに参加し、担当者としての知識や市の現状を住民と共有してもらう。

社会福祉協議会

地区社協(市内14地区)

住民主体の地域福祉活動
子どもから高齢者まで

- ・自治会、民生委員
- ・シニアクラブ
- ・NPO法人 など

市(行政)

- ・ごみ収集部署
- ・公共交通部署
など

協議体

第1層 1か所

第2層 7か所

地域づくりを 楽しもう！

認知症カフェ
キャラバンメイト

生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーター

介護予防・日常生活支援総合事業

(スタート：サービスの展開)
→チームで地域を作っていこう！

一般介護予防事業

寄り合い処：121
スロトレ：76

地域包括支援センター

個別支援から地域の課題を把握し
つなぐ

- ・介護保険事業所(従前相当サービス)
- ・医療機関(サービスC)
- ・シルバー人材センター
(訪問型サービスA、自費のサービス)

地域ケア会議

ご清聴ありがとうございました。

さいごに自分の気づき
・事務職でもできることがある

令和4年度 地域づくり加速化事業 東海北陸ブロック研修会

令和5年1月30日(月)
令和4年度地域づくり加速化事業東海北陸ブロック研修会
資料4

高齢化率 静岡県第1位 (52.0%)
西伊豆町
みんなで話してみたらこうなった！

西伊豆町 健康福祉課
介護保険係 土屋 佑斗

- ① 西伊豆町の概要・体制
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ エントリー理由
- ④ その後の取り組み
- ⑤ 結果・最後に

西伊豆町の概要(令和5年1月1日)



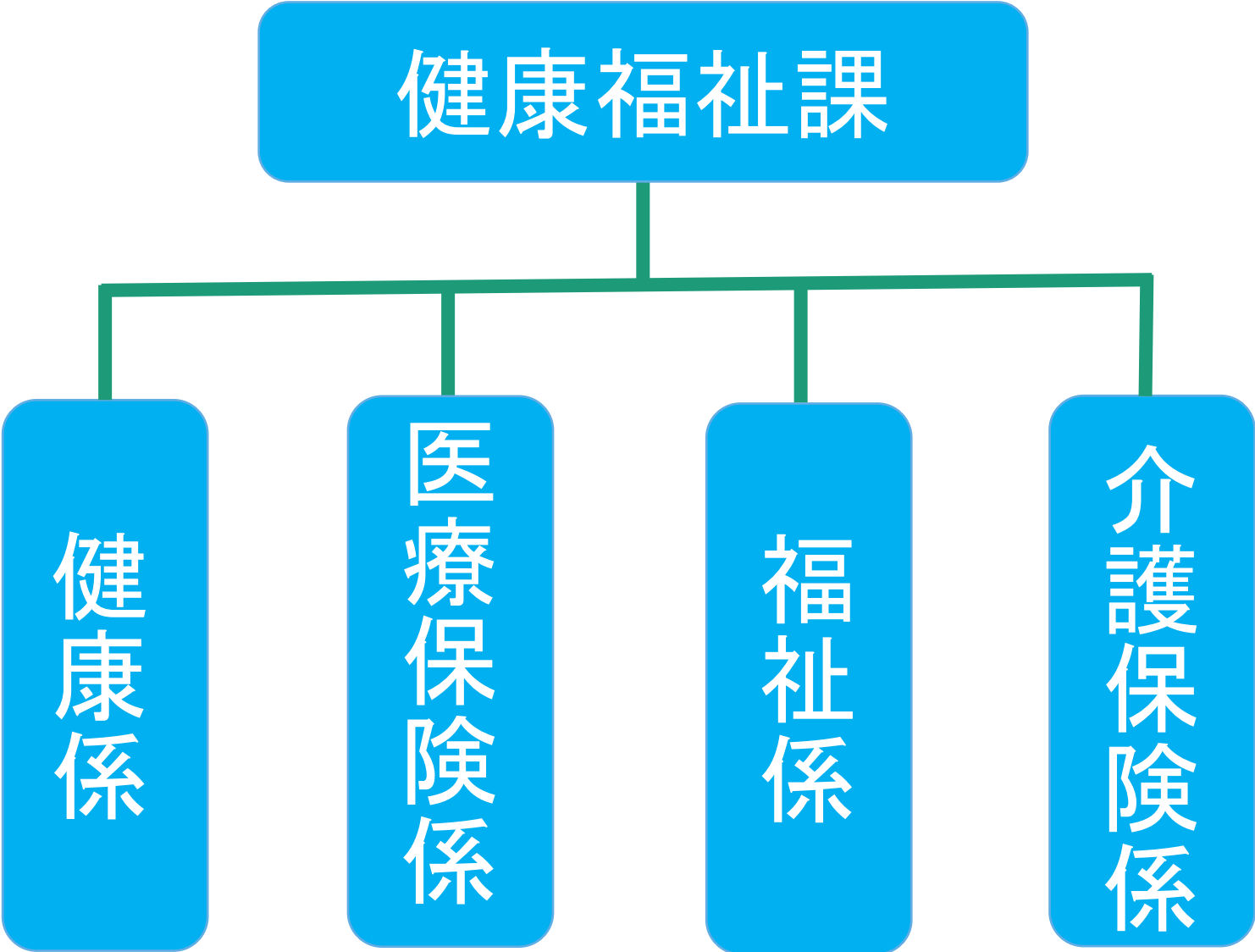
西伊豆町の概要(令和5年1月1日)



人口	7,097 人	男:3,391人 女:3,706人
世帯数 (R4.4.1)	3,673 世帯	一人暮らし高齢者:1,115世帯 高齢者のみ世帯 : 728世帯
65～74歳人口	1,522 人	全世帯数 の50.1%
75歳以上人口	2,171 人	
高齢者合計	3,693 人	
高齢化率	52. 0 %	
介護認定者数 (R4.9.30)	588 人	要支援認定者:97人 要介護認定者:491人
介護認定率 (R4.9.30)	15. 8 %	
介護保険料基準月額	6,500 円	
日常生活圏域	1か所	

西伊豆町の体制

健康福祉課



```
graph TD; A[健康福祉課] --- B[健康係]; A --- C[医療保険係]; A --- D[福祉係]; A --- E[介護保険係];
```

The diagram shows a hierarchical structure where the 'Health and Welfare Department' (健康福祉課) is at the top, connected by a horizontal line to four vertical boxes below it: 'Health Division' (健康係), 'Medical Insurance Division' (医療保険係), 'Welfare Division' (福祉係), and 'Nursing Insurance Division' (介護保険係).

健康係

医療保険係

福祉係

介護保険係

委託

地域包括支援センター
(社会福祉協議会)

西伊豆町の体制

係長
(一般事務)

地域包括支援センター運営、在宅医療・介護連携
介護保険計画・日常生活圏域ニーズ調査、各種交付金申請
介護認定審査会、予算編成、第三者行為

主任保健師

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業、認知症関連事業
地域ケア会議、任意事業
被保険者証等の発行

主任主事
(一般事務)

介護予防・日常生活支援総合事業
生活支援体制整備事業、介護認定調査
介護保険事業状況報告（月報・年報）
給付費の支払い・過誤、老人生活用具給付
保険給付・適正化事業、事業所指定・運営指導
主治医意見書支払い
会計年度任用職員・地域おこし協力隊
新型コロナウイルス感染症

会計年度
任用職員
(介護認定調査員)



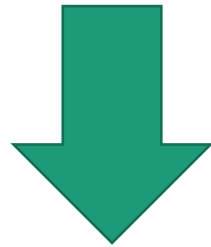
- ① 西伊豆町の概要・体制
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ エントリー理由
- ④ その後の取り組み
- ⑤ 結果・最後に

これまでの西伊豆町の取り組み

国民健康保険1人当たり医療費(H27) 358,562円(32/35市町中)

後期高齢者1人当たり医療費(H27) 760,486円(29/35市町中)

第7期介護保険料(平成30年度から令和2年度)
標準月額7,000円(静岡県で1番高い)



このままだと**2025年度(令和7年)10,000円**になってしまう
今のままでは何も変わらない！
係・課の枠を超えて事業に取り組む必要がある！！

これまでの西伊豆町の取り組み



地域おこし協力隊
(理学療法士)



社会福祉法人の車両を活用
した移動外出支援実証実験

電子地域通貨を活用した 健幸マイレージ事業

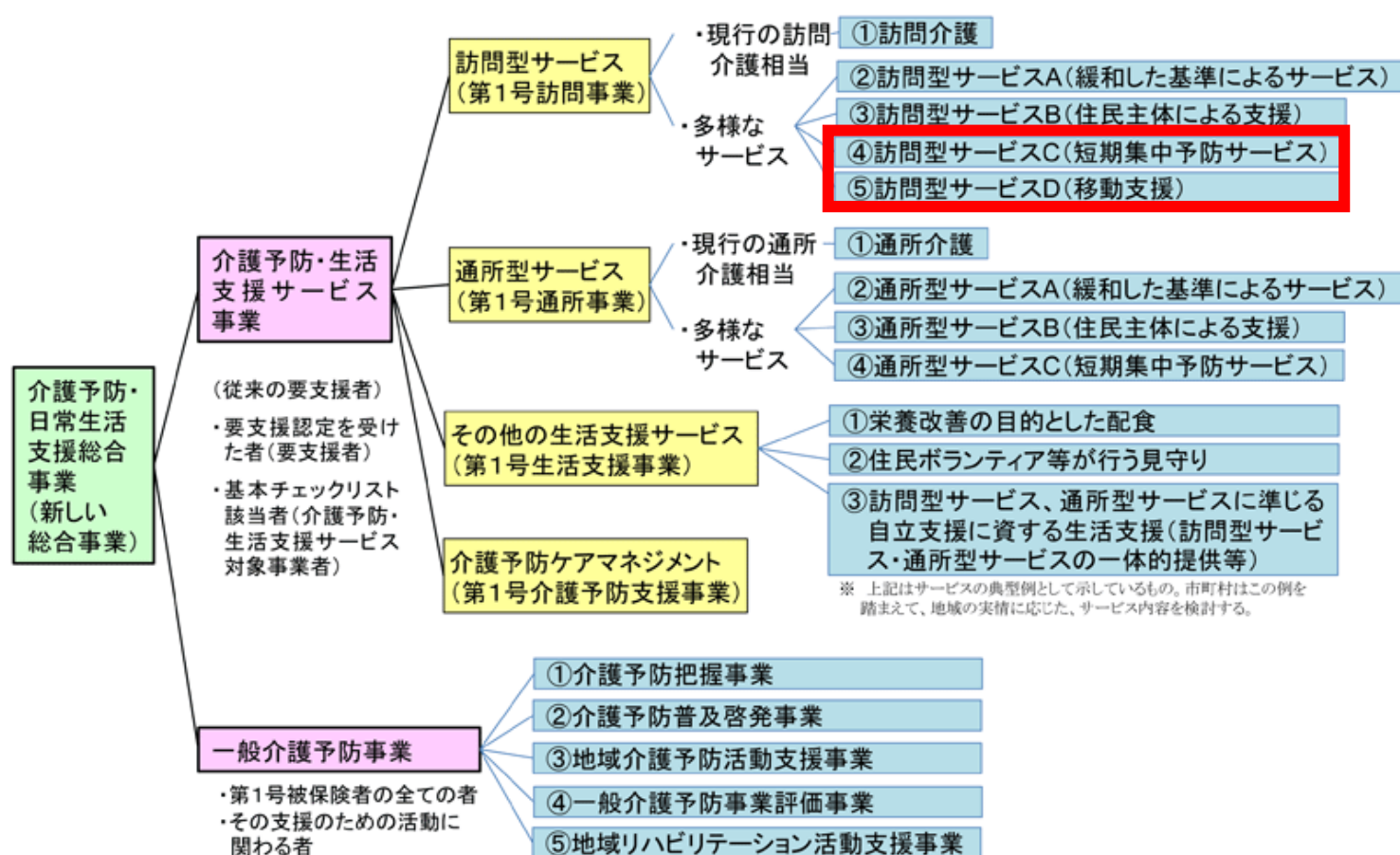
地域通貨単位
1ユーヒ
= 1円換算



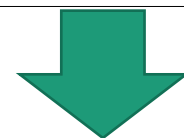
- ① 西伊豆町の概要・体制
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ エントリー理由
- ④ その後の取り組み
- ⑤ 結果・最後に

エントリー理由

- ① 担当職員が異動した場合も継続して地域包括ケアを構築できるようにするための庁舎内の情報共有・連携体制の構築
- ② 訪問型サービスC、移動・外出支援実施に向けての事業整理



事業(リハビリサービスなど)が整えば、介護給付費も減少するのではないか！



サービスがあっても活用する側が上手く活用できなければ状態はさらに悪くなる。
既存の事業を整理し、仕組みで解決できないか、まず検討する必要がある！

エントリー理由

課題

総合事業の上限額が、従前相当の訪問・通所サービスで超えてしまっている。

既存事業と社会資源を上手く活用し、従前相当サービスの利用者を卒業させる仕組みを作らなければならない。

目標: 776万円

限度額超過している金額

従前相当(訪問・通所)
利用者の内
住民主体の通いの場

+

訪問型サービスA
で対応可能な方を把握

344万削減可能

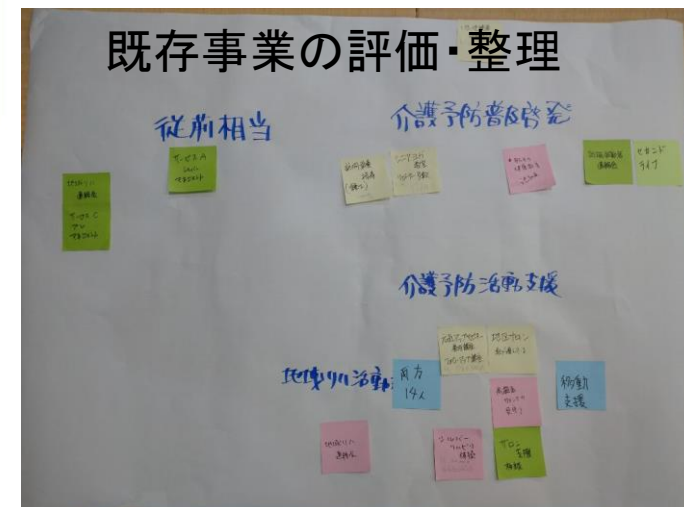
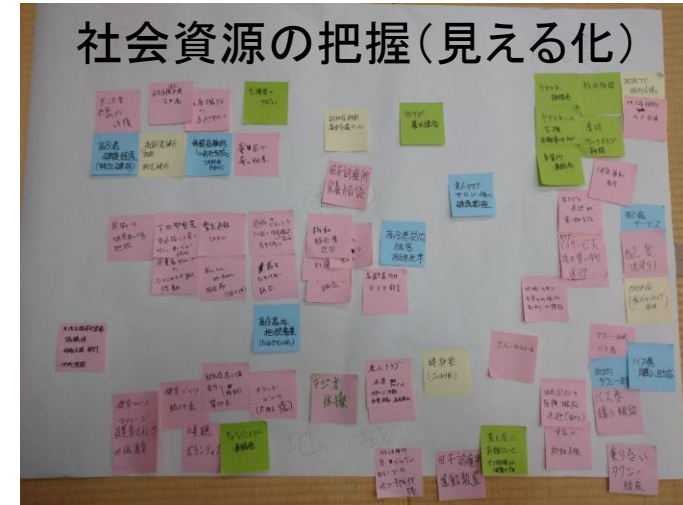
698万円の削減

いきいき健幸体操教室
一人当たり費用
92,500円

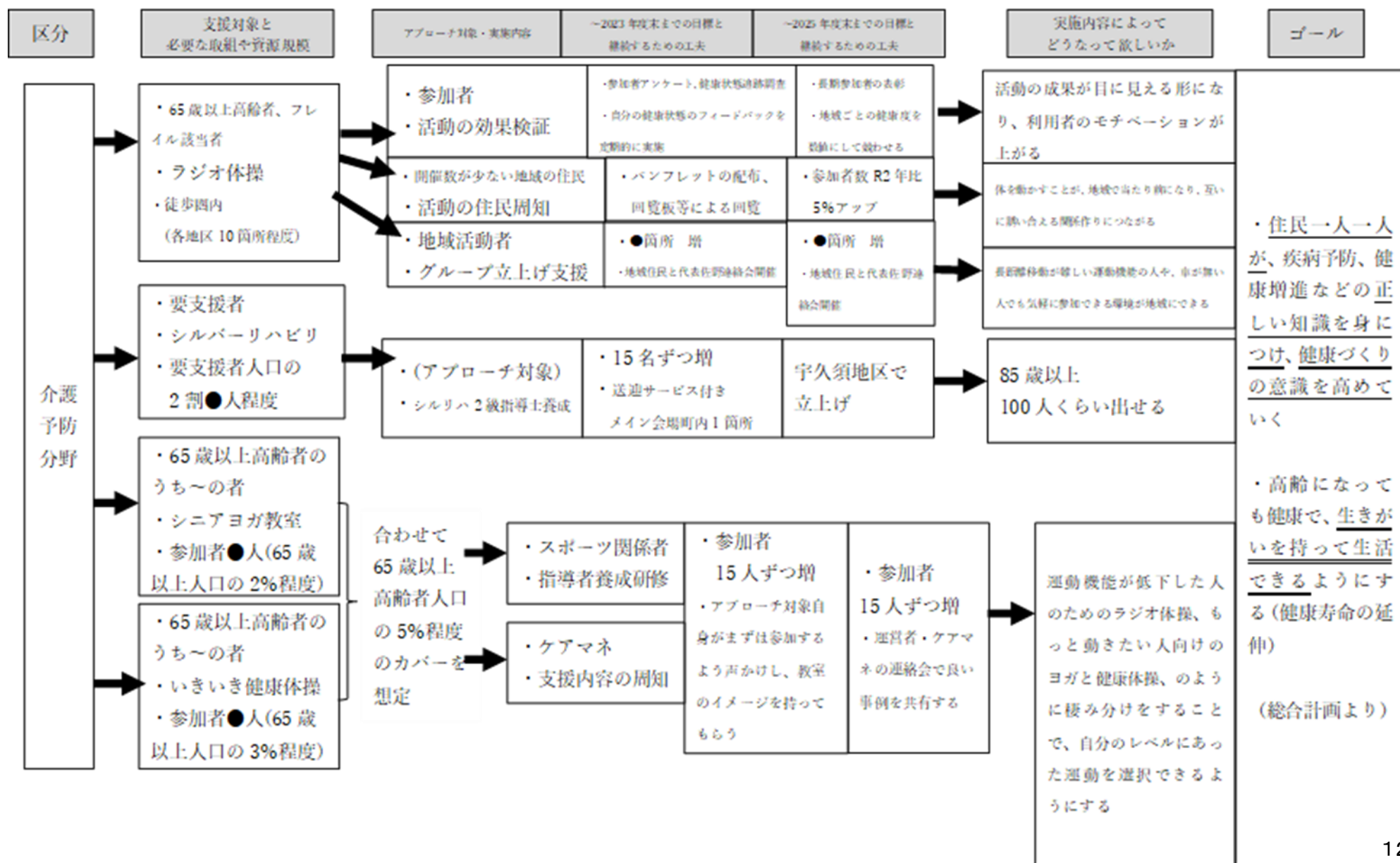
330万削減可能

介護認定からの卒業に
伴うケアマネジメント費

24万削減可能



エントリー理由



- ① 西伊豆町の概要・体制
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ エントリー理由
- ④ その後の取り組み
- ⑤ 結果・最後に

その後の取り組み

規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針。
この方針が住民、専門職、サービス提供主体によって共有されること。
価値観や文化といったものに対する視点が共有されること。

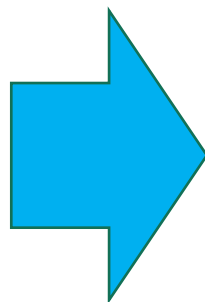
課題感の共有、目線合わせも
出来て動き出すだけと思っていたが...

チャンスに！

包括支援センターの職員3名全て変わる
ことになる



ピンチを



- ・西伊豆町の現状・課題共有
- ・あるべき姿の目線合わせ
- ・あるべき姿－現状＝課題の共有
- ・解決すべき優先課題の共有

その後の取り組み



- ・課題解決に必要な連携先の参加
- ・あるべき姿の目線合わせ
- ・課題解決に向けた役割分担等

西伊豆町地域リハビリテーション連絡会

町民の皆さんが、住み慣れた地域の中でその人らしく生き生きと暮らし続けることができるように、地域ぐるみで健康支援やリハビリテーションに取り組む。

【目的】

- ① 地域におけるリハビリテーションの役割と専門職間の連携を図るため
- ② 西伊豆町の介護予防について、方向性を定め実施可能な取り組みを検討する場として

【目標】

- ① 介護認定率を下げる
- ② 二次予防事業アンケート結果の改善
対象項目「閉じこもり・うつ・認知症」

生活支援・介護予防グループ

課題

- ① 認知症を理解している住民が少ない。
認知症になると家族や近所の人々がすぐに施設入所させようとする。
- ② 高齢者サロンなど住民の集いの場は増えているけど・・・ない地区も
もっと住民に周知して、新たな活動を創設しよう

ラジオ体操・サロンマップ
の周知や各サロンの
取り組みを広めよう



介護グループ

課題

- ① 介護サービスをいつまでも利用することが当たり前になっている。
(住民、ケアマネ、介護サービス事業所)
- ② 専門職の人材育成が出来ていない。そのため、サービス事業所のケアの質が低い。
- ③ 事業所間、医療機関、地域との連携が不足している。

各事業所を回ってヒアリング

- ・通所介護計画・訪問介護計画など
独学、前任者の資料を見て書いている。
- ・一般的な介護方法は分かる。
しかし、個別の課題を解決する
ような介護をしてきていない。
- ・新型コロナが始まってから事業所
同士集まることがなくなった。

「基本」が分からない
だから勉強したい



地域おこし協力隊
(リハビリテーション専門職)
が事業所に訪問し、現状を確認し
「自立支援」の視点でアドバイス

医療グループ

課題

- ① 経営面もあり、入院中から退院＝在宅を意識したリハビリテーション計画が出来ていない。
- ② 病院のリハ職、在宅のリハ職、他の医療機関と「自立」の視点が揃っていない。
- ③ 入院時の情報、退院後の状況の共有がリハ職同士でされていない。

地域の医療職にヒアリング



他の医療職や他機関の業務が分からない。
連携に対して課題を感じていることを確認。

医療職向けの勉強会 介護予防・日常生活支援総合事業等



その他



高齢化率70%の地区で福祉懇談会

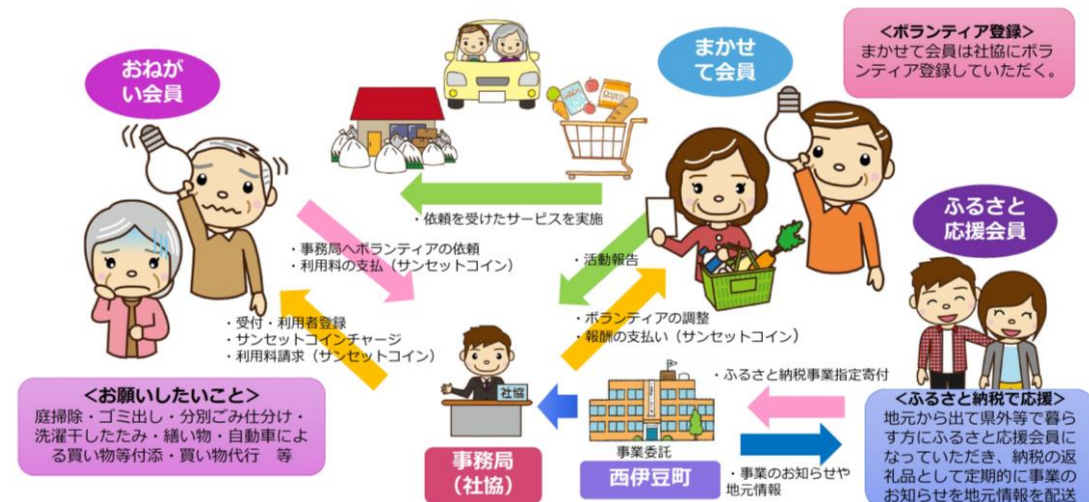


生活ボランティア養成講座の開催



関係者で課題の共有・役割分担の確認

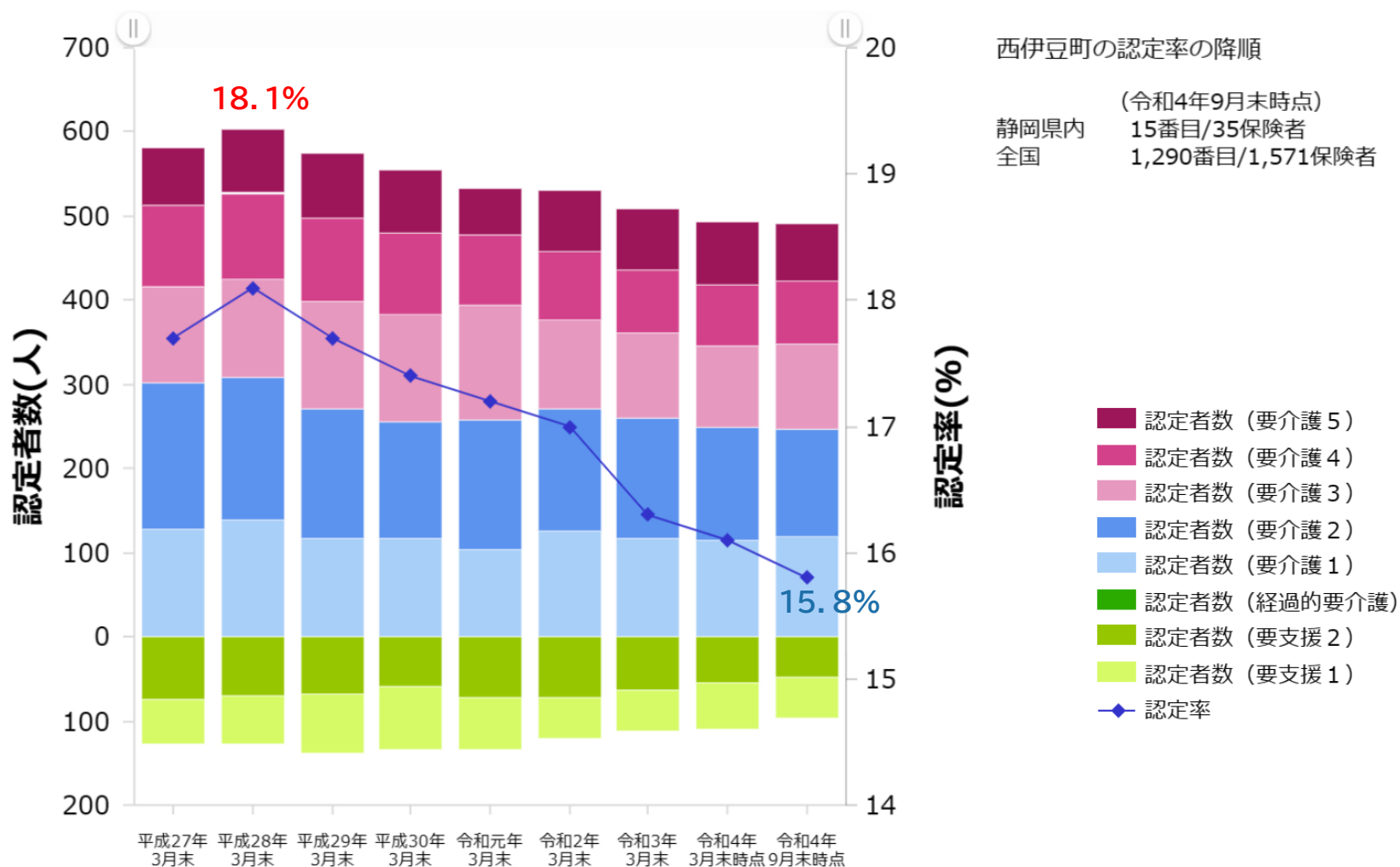
お互いさまのまちづくり「せいかつ応援倶楽部」



- ① 西伊豆町の概要・体制
- ② これまでの当町の取り組み
- ③ エントリー理由
- ④ その後の取り組み
- ⑤ 結果・最後に

結果として

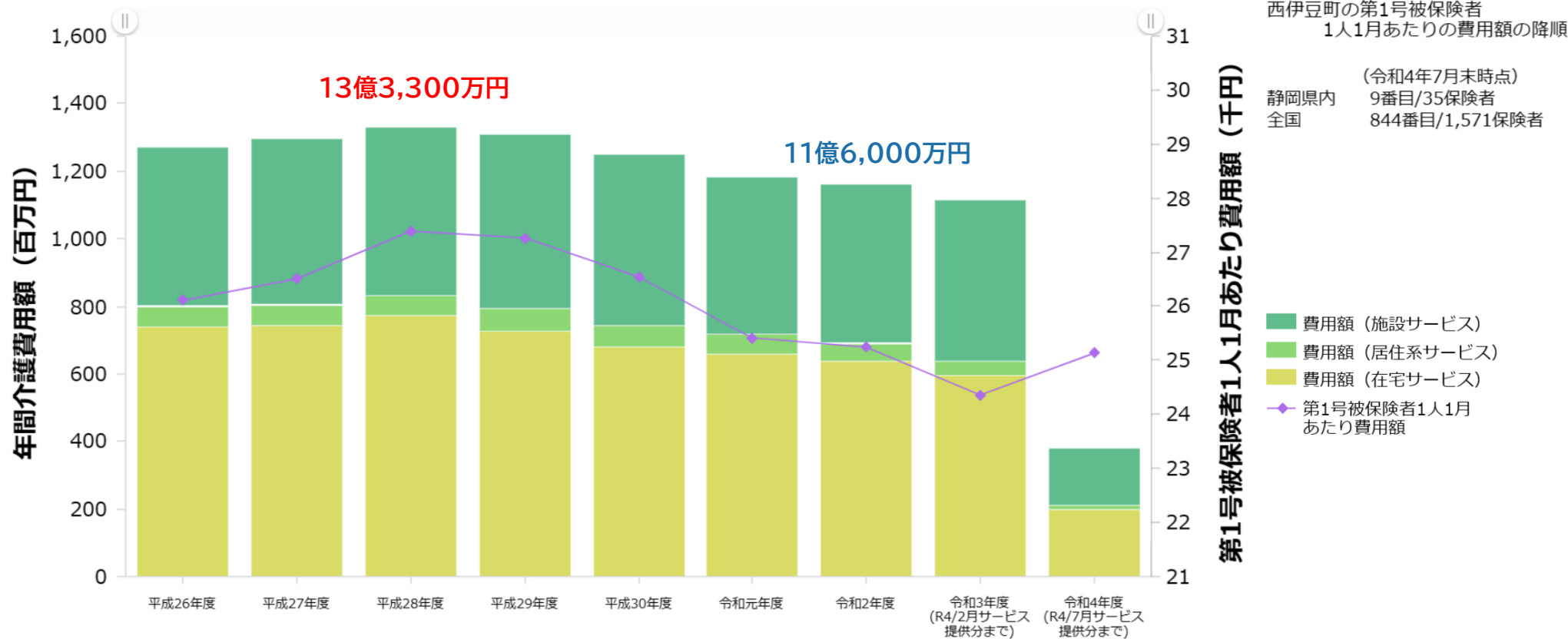
西伊豆町の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



(出典) 平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

結果として

西伊豆町の介護費用額の推移



(出典) 【費用額】平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度：「介護保険事業状況報告（月報）」の12か月累計、令和4年度：直近月までの「介護保険事業状況報告（月報）」の累計（※補足給付は費用額に含まれていない）
【第1号被保険者1人あたり費用額】「介護保険事業状況報告（年報）」（または直近月までの月報累計）における費用額を「介護保険事業状況報告（月報）」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

最後に・・・

- まずは、相手を知るために「ちょっと」話して見ませんか。
専門職なんだから、行政だから 分かっているだろう。
話すことで見えてくる課題も多く、一緒に解決方法も見えてくる。



① 規範的統合

介護予防・日常生活支援総合事業＝まちづくり
の基本方針を役場職員、住民、専門職、サービス提供主体で
共有する。

情報提供するだけではなく、共有できていることが重要

② 『自立支援』の仕組みを作り、皆で共有する。

サービス(リハビリなど)をつくるだけでは給付費は減少しない。

③ 基本方針となるロードマップ(計画等)をゴールを共通理解した上で、対象者・取組・実施内容・目標値・目標値の根拠を基にたてて、どうなって欲しいかイメージする。



ご静聴ありがとうございました。

令和4年度地域づくり加速化事業東海北陸ブロック研修会(令和5年1月30日)

伴走支援における取組と その効果について

三重県紀北町役場 高齢者・障害者福祉係

ごみ せいじ
保健師 五味 正治



三重県紀北町マスコットキャラクター
きーほくん

自己紹介

●平成19年4月～ 県内総合病院 看護師

●平成20年4月～ 地域包括支援センター保健師



●平成25年4月～現在 紀北町役場 保健師（現職）

【平成25年度～令和元年度】 地域保健係 保健師

- ❖ 地域支援事業
 - ◎ 介護予防事業(二次予防事業、住民主体の通いの場 立ち上げ支援)
 - ◎ 生活支援体制整備事業
- ❖ 歯科保健事業 … 幼稚園でフッ化物洗口の導入
- ❖ 健康づくり
 - … 健康マイレージ「ちよい減らし+10(プラス・テン)チャレンジ」
 - … 特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防
- ❖ その他 … 乳幼児健診、こんにちは赤ちゃん訪問、がん検診 他

【令和2年度～現在】 高齢者・障害者福祉係 保健師

- … 地域支援事業・地域包括ケアシステム構築に関すること
- … 高齢者福祉全般
(配食サービス、ねたきり手当、緊急通報装置、養護老人ホーム、福祉有償運送等)

「第11回健康寿命をのばそう！アワード」
＜生活習慣病予防分野＞
スポーツ庁長官優秀賞(自治体部門) 受賞

健康寿命をのばそう！アワード
主催：厚生労働省・スポーツ庁



健康マイレージ
『ちよい減らし+10チャレンジ』

世界遺産『紀伊山地の霊場と参詣道(熊野古道)』

紀北町の紹介

世界遺産 熊野古道ツヅラト峠からの景色



渡利
牡蠣



紀北町

奇跡の清流 銚子川





紀北町の概要

- 人口 : 14,143人 (前年同 -404人)
- 世帯数 : 7,316世帯 (前年同 -219世帯)
- 日常生活圏域: 2圏域 (8地区)
- 小学校区 : 13箇所
- 高齢化率 : 45.9% (前年同 0.1%増)
- 要介護認定率: 22.2%
(全国・県ともに19.1%)

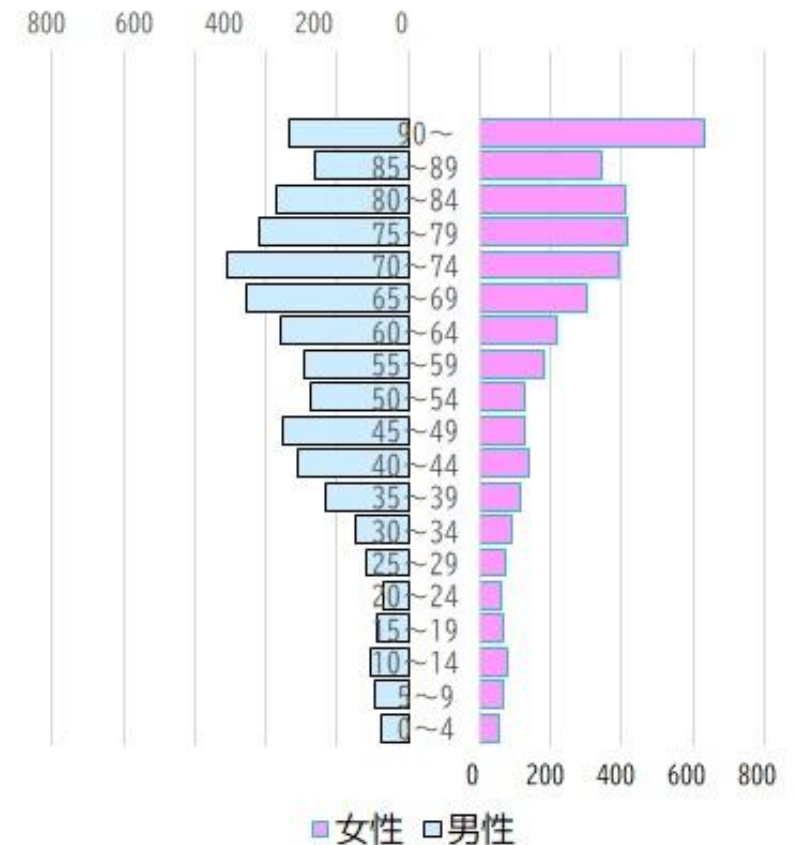


2045年 (推計)

約23年後

7,783人 男性 3,900人
女性 3,883人

紀北町 令和22年(2045年)推計



人口・世帯数は、令和4年12月末現在、要介護認定率は令和3年2月末現在 地域包括ケア「見える化」システムより引用」

人口推計: 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」から引用・編集

本日も話す内容

- 紀北町における伴走支援の内容
- 伴走支援を通じて紀北町が得られた変化・効果
- 伴走支援終了後の紀北町の取り組み・変化

本日も話す内容

- 紀北町における伴走支援の内容
- 伴走支援を通じて紀北町が得られた変化・効果
- 伴走支援終了後の紀北町の取り組み・変化

紀北広域 連合

【保険者】

- ・日常生活支援総合事業
- ・在宅医療介護連携推進事業

紀北町社会福祉協議会 (紀伊長島本所・海山支所)

社会福祉 協議会 (事務局)

生活支援体制整備事業
(地域支え合い推進員
の配置)

- ・包括的支援事業
- ・認知症総合支援事業
- ・任意事業(家族介護支援
事業、住宅改修費支給事業)

地域包括 支援 センター

紀北町福祉保健課 (支所 福祉環境室)

高齢者・ 障害者 福祉係

- ・日常生活支援総合事業(参画)
- ・認知症総合支援事業
(事務・参画)
- ・在宅医療介護連携推進事業
(参画)
- ・生活支援体制整備事業

令和2年度～

地域 保健係

- ・認知症総合支援事業(参画)
- ・在宅医療介護連携推進事業
(参画)
- ・生活支援体制整備事業
- ・一般介護予防事業

参加の背景

紀北町の『地域包括ケアシステム』が構築されない

地域支援事業の各事業について、
担当する部局は決まっているが、取り組みが進んでいかない…

【地域支援事業における課題】

①全体

地域支援事業間の
横のつながり
が乏しい

②主に生活支援体制整備事業

制度理解に
ばらつきがある

経験不足

情報収集→分析・課題抽出→実施

特に、生活支援体制整備事業について、

- 『制度や取り組み方が分からない』、『成果が出ない』との**声**
- 町担当者としても『何とかしたい』との**思い**



どうなりたい？

紀北町の地域包括ケアの推進に向け、

進めていく立場の人達が、

- 紀北町の現状と今後起こりうることを**正しく理解**し、
- 取り組むべきこと を「**わがごと**」として
- みんなで「**一緒**」に、「**あたりまえ**」に

取り組めるようになりたい

楽しみながら、大変なこともつらいことも分かち合いたい



紀北町に おける 厚労省派遣 事業の流れ

【第1回】 9月10日

※オンライン

- ・ 紀北町の「**地域包括ケア
のあるべき姿**」の設定・
共有
- ・ 短期目標の設定

参加者

- ・ 町高齢者・障害者福祉係、
- ・ 紀北広域連合(介護保険者)
- ・ 地域包括支援センター3職種、
- ・ 地域支え合い推進員

【第2回】 11月9日

- ・ 地域マネジメントを学ぶ
(講義)
- ・ 地域の状況を共有
- ・ アセスメントを学ぶ
(グループワーク)

【第3回】

① 12月23日 ② 12月24日

- ・ 地域に出て住民とともに
考える
- ・ 管内尾鷲市の活動を学ぶ
- ・ 講義
- ・ 繰り返し考える (グループワーク)



地域での 取り組み



【第1回】

- ・ 第1層協議体メンバー
(町、社協、包括、介護保険
者[広域連合の総合事業担
当者、在宅医療介護連携推
進事業担当者])

【第2回】

- ・ 第1層協議体メンバー
- ・ 総合事業担当者
- ・ 社協職員、
- ・ シルバー人材担当者、
- ・ 地域おこし協力隊

【第3回】

- ・ 第1層協議体メンバー
- ・ 総合事業担当者
- ・ 社協職員(+局長・支所長)
- ・ シルバー人材担当者
- ・ 地域おこし協力隊
- ・ 地域住民、自治会長、自治会役員、民
生委員
- ・ 尾鷲市役所地域支援事業担当者、
- ・ 尾鷲市生活支援コーディネーター

回を重ねるたびに
紀北町の現状を共有したり、
地域包括ケアシステムについて考える仲間が増えた

本日も話す内容

- 紀北町における伴走支援の内容
- 伴走支援を通じて紀北町が得られた変化・効果
- 伴走支援終了後の紀北町の取り組み・変化

伴走支援を通じて得られたもの



「規範的統合」 が図れた

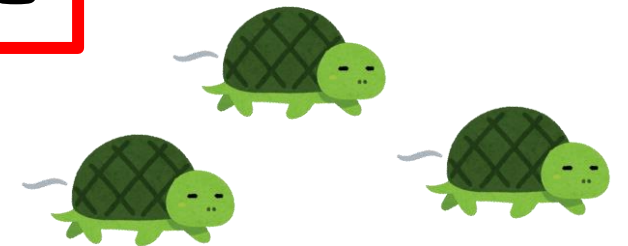
- 参加者が**関係機関との連携不足を認識**できた
 - 「連携」・「つながり」の必要性を認識
 - 「みんなで取り組む」ことの重要性を認識

「紀北町の地域包括ケアシステム」構築に向け、目指す方向性を確認しあえた

- ①【紀北町のあるべき姿】 「紀北町民が自分自身で生活していく姿をイメージし、自らの生活の仕方や終末期の過ごし方を選択できるようになる」
- ②【短期目標】 「気軽にかつ、今からでも取り組める連携を進めていく」

本日お話する内容

- 紀北町における伴走支援の内容
- 伴走支援を通じて紀北町が得られた変化・効果
- 伴走支援終了後の紀北町の取り組み・変化



伴走支援後の変化

1. 行政内の地域包括ケアシステムに取り組む姿勢
2. 「地域支え合い推進員」の取り組む姿勢の変化・質の向上
3. 地域支援事業間の連携・学び合い(町・社協・包括・保険者)



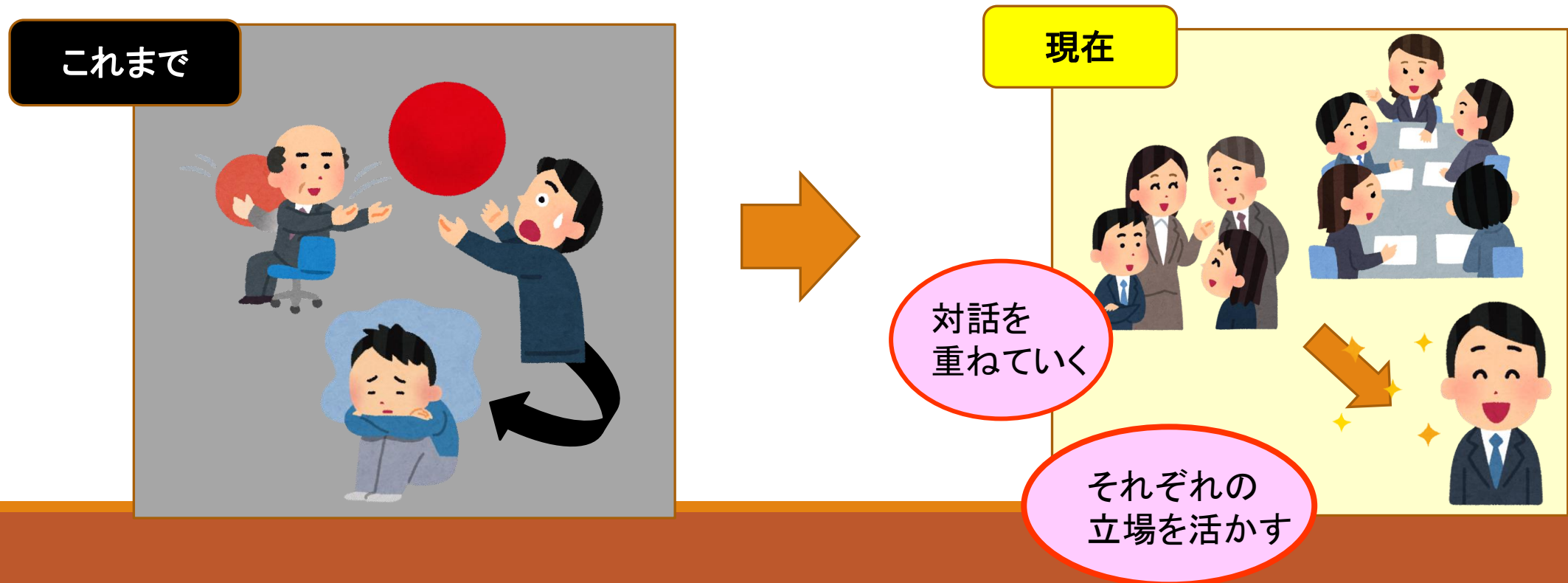
伴走支援の「学び」や「気づき」から得られた、
「これからどうする」を1つずつ実践しています！



1.行政内の地域包括ケアシステムに取り組む姿勢

行政の変化

- 高齢者・福祉部局が『地域包括ケアシステム』について関心を持つようになった



2. 「地域支えあい推進員」の取り組む姿勢の変化・質の向上

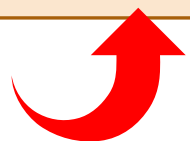
- 地域支えあい推進員間の
打ち合わせ(2週間毎)



対話を
重ねていく

地域支えあい推進員同士で検討し、
理解を深めたり、認識をすり合わせる
ようになった

質の向上



- 町と地域支えあい推進員の
打ち合わせ(2週間毎)



振り返り・評価

四半期ごとに意識的に振り返り、
気づきをどのように活動につなげるか考え、
計画を立て、実践することを繰り返す

内容		時期	評価(9月)	今後の予定	評価(12月)	今後の予定
4	地域での活動の実践(SC)	通年	・SCだけで地域の目星をつけるのではなく、関係機関から情報収集を行い、地域アセスメントを行う ・支え愛地図の作成 ・包括より情報収集	・10月から民生委員との情報交換会を行う ・支え愛地図の作成 ・包括からの情報収集の継続	・民生委員との情報交換は実施できていない。 ・ささえ愛地図を包括と協力しながら作成できた。 ・包括の総合相談からの情報収集は実施できたが、コア会議等で検討は実施できなかった。 ・〇〇の集まりの場の把握を行い、自主的な集まりの場の大切さに気づいた。 ・目的をもって紀北町内の把握(はつらつクラブ・ボランティア団体)に出かけ、情報収集を行えた。 ・今までに収集されていた資源等を含めて情報を整理した。	・民生委員さんも新しく変わられているので、再度あいさつに定例会に参加していく。SCの説明に加え、具体的に教えてほしい内容を伝えていく。 ・ささえ愛地図は包括と協力しながら随時更新していく。 ・包括の総合相談についてコア会議にて検討を必ず行う。 ・紀北町内の情報収集を行ったことで福祉保健課保健係と今後連携していけないか検討していく。 ・すでにあるボランティア団体の活動内容について、社協ボランティア担当と連携しながら把握していく。 ・男性のあつまりについて情報収集を行う。 ・はつらつクラブ、グランドゴルフ、サークル活動、子育てサークル、紀北健康センター、介護予防教室へ行き把握を行う。

計画し、実行したら、振り返る

目的を持ち、地域に入る

地域支え合い推進員が、自ら取り組むべきことが見えるようになり、活動に根拠や連動性が生まれた
➡PDCAが回せるようになってきた

※↑上記の表は、SCが作成した評価表をもとに、発表用に五味が項目ごとに色分けを実施

自分たちがイメージする 紀北町の協議体とは？

協議体は
報告の場ではなく、
みんなで話し、
「協議をしあう場」

中学校区だと
地域が広すぎるから、
集会所単位で
声を拾っていきいたい



紀北町における地域包括ケアシステムのあるべき姿

紀北町民が自分自身で生活していく姿をイメージし、自らの生活の仕方や終末期の過ごし方を選択できる
(令和3年度厚労省職員派遣事業にて地域支援事業担当者の皆で考え決定)

令和元年厚労省から「地域支援事業の他の事業等との連携方策効果的な実施方法、在り方について」で具体的な連携方法が示されており、地域支援事業を更に進めるためには、地域支援事業間が連動・連携することが求められている。



紀北町での協議体とは？

紀北町においての第一層協議体は、コアメンバーである地域支援事業間が情報共有及び共に対話し検討など連携・協働による取り組みを推進する場



協議に合わせて、必要な関係機関や組織の招集も検討していく

《従来の第2層協議体のイメージ》

地域支援事業実施要項には、第2層協議体は日常生活圏域（中学校区域等）と示されている



実際に中学校区で第2層協議体を作っている他市町の声

地域課題を出し合っても、街中では買い物に困っていない。山側では買い物もできないし独居高齢者が多いなど、地域が広すぎて課題を共有することが難しい・・・
支え合い活動がなかなか進まない。

《地域支え合い推進員と町担当で再確認した紀北町における第2層協議体のイメージ》



協議体という「形式」を整えることが目的ではなく、「**本当に協議ができる場**」が必要
集会所単位のような意見を出し合える関係で身近な地域課題を掘り起こし、その課題について支え合いを考えていくことができる場所を第2層協議体と位置付けていくといいのではないかな。

自分達の言葉 で 説明が出来るようになった



紀北町生活支援体制整備事業

きほくささえ愛 便り vol.3

発行日：令和4年11月1日
発行元：紀北町社会福祉協議会

いつまでも安心して自分らしく暮らし続けられる
紀北町と一緒に考えていきませんか

紀北町の約20年後・・・
今の人口は約半分に12人に1人は高齢者！
一人暮らし・高齢者のみ・認知症世帯が増加！

医療や介護サービスだけでは解決しづらい
暮らしの困り事が増えていくことが予想されます

あなた様とあなたの紀北町で暮らし続けていきたいですか？

地域のつながりが
バラバラな町

「今日も一日善とも
話さなかったな・・・」

「気軽に子育ての話が
できる人がいたら・・・」

世代を超えた集まりの場

「役割があるって
いきがいになるよ！」

地域が
つながって
支え合いのある町

みんなで
いっしょに
フオーキング！

買い物行く時に一緒に
乗っていきませんか？

安心して自分らしく暮らし続けるために、気軽にできることから始めてみませんか

気かけ合う・見守り合う・支え合う

地域支え合い推進員(生活支援コーディネーター)が
「住民主体による支え上手・支えられ上手の地域づくり」をお手伝いします

私たち地域支え合い推進員が取り組んでいくこと

- 地域のつよみや暮らしの困り事を把握し、関係機関のみなさんと共有します
- 元気な高齢者がより元気に活躍できる場、きっかけづくりに取り組みます
- 地域について地域のみなさんと話し合う場を作ります
- 地域で必要だと思われる資源づくりについて、住民や様々な事業主体と一緒に考えます

←地域支え合い推進員の
活動を啓発するための通信

『きほくささえ愛だより』
(広報折込・全戸配布)

民生委員定例会資料 →

『地域支え合い推進員とはど
ういうものか』を説明し、地
域を把握するために、民生委
員さんからお話を伺ってい
きたいと依頼

紀北町生活支援体制整備事業

地域支え合い推進員が 地域づくりのお手伝いをします！

資料①
令和4年10月21日

地域支え合い推進員は、紀北町のみなさんが住み慣れた地域でいつまでも安心して自分らしく暮らし続けられるよう、地域住民の主体的な活動を応援し、住民や関係機関と一緒に地域づくりの推進をサポートしています。

思いと心をつなぐ

- ・ 地域の思いを把握する
- ・ 将来の地域の姿を共有する

人と情報をつなぐ

- ・ 地域のふだんの暮らしぶりや、地域で助け合っていることを把握する
- ・ 関係機関と情報共有する

つなぐ

人と人をつなぐ

- ・ 地域住民同士、専門職同士をつなぎネットワークを作る
- ・ 地域づくりについて一緒に考える

人と場をつなぐ

- ・ 住民主体の集いの場、活躍できる場を紹介する
- ・ 活動できる場づくりを支援する

生活支援体制整備事業

地域住民が主体となった生活支援・介護予防が図れるよう、住民・地域支え合い推進員・地域包括支援センター・民生委員・ボランティア・NPO・民間企業・社会福祉協議会・行政などが一緒に学び、考え、工夫しながら地域づくりを進めていきます。

私たち地域支え合い推進員は、今、地域包括支援センターや役場と連携し、地域の現状把握を進めています。

みなさんがお住まいの、地域の「ふだんの暮らしぶり」や「すでに地域で助け合っていること」、「地域の気になるところ」を教えてください。

一緒に支え合いのできる地域づくりを考えていきましょう！

地域の情報を
出し合う

気づきを
共有&確認

地域の強みと弱みから
支え合いの地域づくりを
一緒に考える

包括の「総合相談記録」に注目

相談

第1層協議体

地域支え合い
推進員(SC)

町

包括
職員

広域
連合

- ❁ 管内(尾鷲市)の活動例
を示し、必要性を伝える
- ❁ 「私たちが知らないから
教えてほしい」

包括

相談
記録

包括
職員

地域支え合い
推進員

- ・ 気づき
- ・ 課題認識

地域支え合い推進員が、必要性を理解し第1層協議体で説明・依頼
できたことで、包括の総合相談記録から困りごとを抱える地域住民
の声を把握できるようになった

3. 地域支援事業間の連携・学び合い



地域支援事業に携わる職員が、
一同に集まり・学び合う機会を持つ



プチ勉強会

第1回 R4.6 「認知症総合支援事業」

第2回 R4.8 「在宅医療介護連携推進事業」

専門職や事業担当者
に限定せず、課長や支
所の職員、事務員など、
これまで参加したこと
がなかった人たちも参
加！

役場

包括

広域
連合

社協

対話を
重ねていく

紀北になれば外から学ぶ！

◎ 町外の人材・好事例から学ぶ

尾鷲市

【生活支援体制整備事業】

- ・ 情報交換・進捗の共有
- ・ 事業の考え方を伝授・共有



- ・ 紀北の活動の情報提供
- ・ 相談

御浜町

【事業間連携】・【認知症支援】

【生活支援体制整備事業】

➡事業の考え方を伝授・共有



紀北町

- ・ 地域包括ケアシステムの好事例を学ぶ
(視察研修)

※SC・包括・町・社協



「できる限り 紀北町で暮らし続けていくことができる」よう



1. つながる・ともに考えることを継続する

2. 取り組みを持続させる ※ やりっぱなしにしない

【短期目標】

気軽にかつ、今からでも取り組める連携を進めていく



できる人たち
と

できるところ
から

「考えること」を
何度も繰り返す

より多くの人と一緒に頑張って取り組むことを
進めています。

生活支援体制整備事業

紀北町が
目指す姿

今の私たちは
この段階！

そのことを知る
他者に
教えてもらう

それぞれの
立場を活かす

対話を
重ねていく

自分が持っている情報を
関係機関につなぐ・共有する
包括⇔地域支え合い推進員

地域の現状把握

地域アセスメントシート									
1.基礎データ		2.人口	3.世帯数	4.高齢者人口	5.高齢者世帯数	6.高齢者単身世帯数	7.高齢者夫婦無子世帯数	8.高齢者夫婦有子世帯数	9.高齢者夫婦有子世帯数
1.基礎データ		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
2.人口		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
3.世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
4.高齢者人口		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
5.高齢者世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
6.高齢者単身世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
7.高齢者夫婦無子世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
8.高齢者夫婦有子世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯
9.高齢者夫婦有子世帯数		人口5%	45世帯	19世帯	5世帯	1世帯	1世帯	1世帯	1世帯

課題の
明確化

アセスメント

アセスメントの
技術を高める

目的を持ち、
地域に入る

意図的に
アセスメントして
本当に必要な
情報を集める

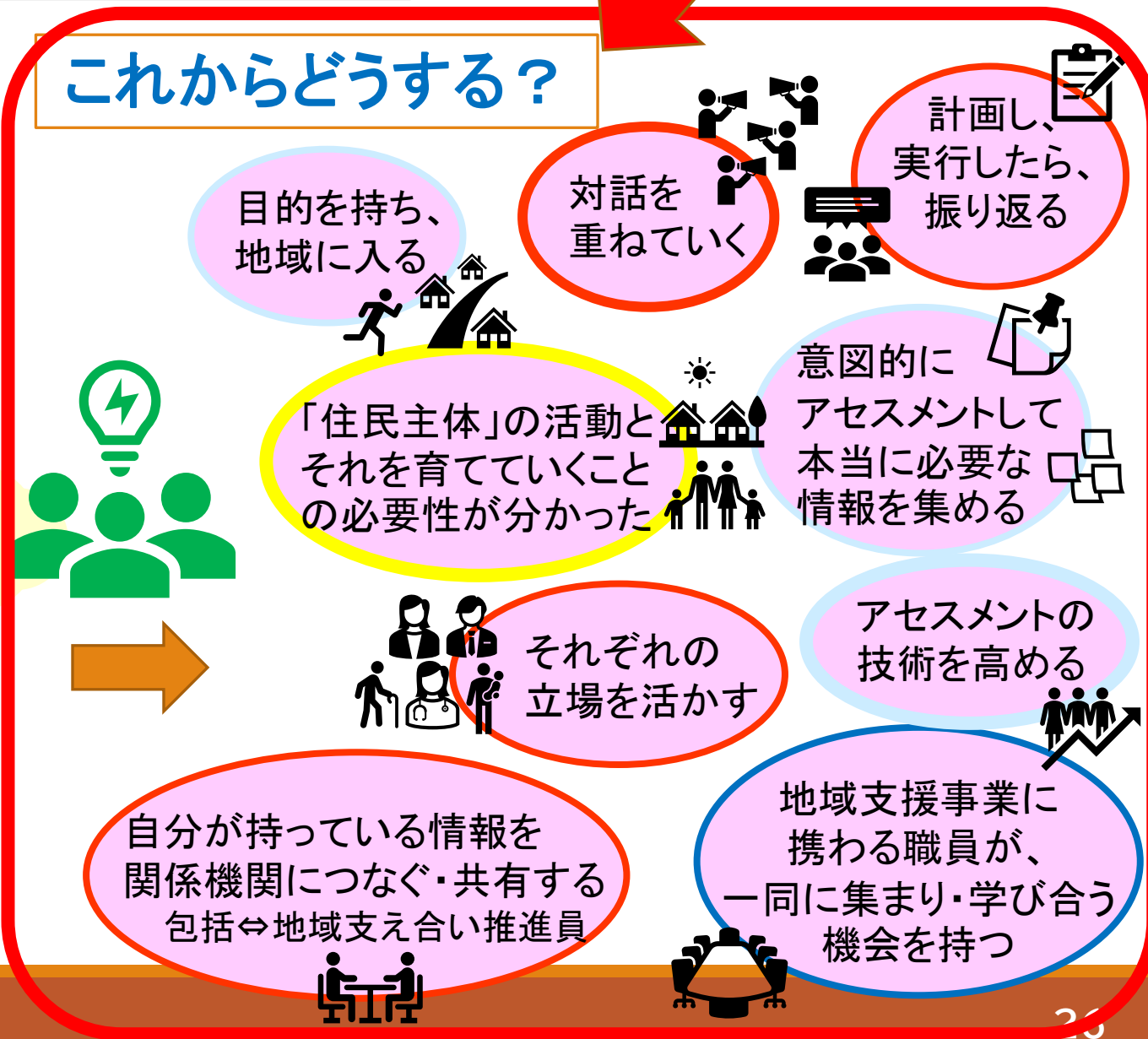
対話や情報整理を通じ、地域の
現状把握を行う準備が整ってきました

支援を受け、得られた学び(参加者)

学び・気づき

- 参加者同士でつながりが持ててよかった
- 地域とのつながりの大切さがわかった
- 近隣市町の取り組みから学ぶことがたくさんあった。
→紀北町でも実践できそうなことがある
- 立場が違えばそれぞれの当たり前がある
→立ち位置を踏まえて取り組むことの大切さ
- 【保険者】「給付費削減」が目的ではなく、よりよい地域を作るための事業であることを忘れず取り組みたい
- プロセスが大切
- 意図(目的)をもって動き、情報を集め、協議し目標を定めることの重要性
- 参加者それぞれの役割を知ることができた

これからどうする？



ご清聴ありがとうございました



今回の感想や、
研修に参加された皆様の取
組みを教えていただけたら
嬉しいです。