

地域づくり加速化事業の支援を受けて

地域で支え合い、健康長寿でいつまでも、
安心して暮らしを楽しめるまち さくら市



2023年3月3日

栃木県さくら市健康福祉部高齢課
地域包括ケア推進係長 宮野直斗

1. さくら市の概要



(令和4年5月1日現在)

■人口：43,878人(18,005世帯)

■高齢者人口：11,883人

■**高齢化率：27.08%**

■後期高齢者人口：5,797人

■後期高齢者割合：13.21%

■面積：125.63平方キロメートル

■日常生活圏域：7圏域

■さくら市は、平成17年3月28日に発足した市で、栃木県中央のやや北東寄りにあります。氏家地区は、関東平野の最北部に位置し、鬼怒川沿いのほぼ平坦な水田地帯内にあります。喜連川地区は、関東平野と那須野ヶ原台地との間の喜連川丘陵と水田地帯からなり、清流と緑の自然に恵まれた地域です。



さくら市のキャッチコピーは
「ちようどいい! さくら市」です。

2. 事業に参加した経緯

保険者としての悩みごと

1. 通所型サービスCの利用者が非常に少ない（一番の課題）

→ 市外の事業所に委託して実施していたが、事業所の都合により送迎対応が出来なくなり、利用者が激減。

2. 要介護認定率が右肩上がり

→ 近隣の市町は参加型ポイント事業を実施しており認定率が右肩下がりとなっているのに、本市だけは右肩上がり。
（本市でも、令和5年度から参加型ポイント事業を実施予定）

3. 総合事業の事業費が上限超過

→ 決算ベースでは乖離は縮小傾向にあるものの、コロナ禍によるサービスの利用控えの影響とも考えられる。

これらの課題解決のため事業に参加

3. 1 回目支援 2022年9月20日

市の会議参加者

- 1 高齢福祉部局（生活支援コーディネーター含む）
- 2 地域包括支援センター
- 3 重層的支援体制整備事業担当者
- 4 社会福祉協議会（2回目支援から参加）
- 5 通所型サービスC受託事業所（3回目支援に参加）

1 回目支援に向けた主な事前準備

- 1 会場確保（結構苦戦。人数が多いため広い部屋が必要）
- 2 関係者への事業内容説明及び出席依頼
- 3 会議資料作成（アドバイザーにどのような情報が必要か事前に確認。極力「見える化」システムや既存の資料を活用し、不足する部分のみ作成した）

3. 1 回目支援 2022年9月20日

内容

- 1 地域づくり加速化事業について（厚生労働省）
- 2 栃木県における市町支援について（栃木県）
- 3 さくら市の総合事業の現状や課題について（さくら市）

市の説明で心掛けたこと

- (1) 取り組んでいることと取り組めていないことを分けて説明。
- (2) 取り組んでいることも上手くいっている（と思い込んでいる）部分とそうではない部分がわかるように説明。
- (3) 取り組めていない部分は、「実施予定の部分」と「予定は無いが実施したい部分」と「完全に後回しにしている部分」が分かるように説明。
- (4) **とにかく「ありのまま」を説明。**特に、ダメな部分がどうダメなのかを説明。

→ 支援者が支援しやすい（課題がわかりやすい）ように配慮

3. 1 回目支援 2022年9月20日

通所Cの立て直しが一番の課題と説明し、通所Cを中心に支援を受けることとなった。通所Cを利用して元気になったおばあちゃんの動画などを上映していただき、出席者の共通理解が深まった。

支援者からの主な助言

- ・ 介護保険制度における総合事業の位置付けや通所C利用者の状態像が関係者間で上手く共有されていない可能性がある。
- ・ 訪問Bの利用件数が多いとのことだが、**訪問Bの利用者は通所Cの利用者にも成り得る可能性が高い**ので、通所Cにつなげるアプローチを行ってはどうか。
- ・ **成功体験の共有**が通所Cの普及につながる。

保険者としての気付き

送迎が無いことや教室の開始時期と利用者のサービス開始希望時期のアンマッチが利用者の少ない要因と考えていたが、それ以外にも要因があるということに気付けた。

3. 1 回目支援 2022年9月20日



1回目支援の様子（コの字するためには広い会場が必要）

4. 2回目支援 2022年12月5日

内容

- 1 【説明】 地域づくり加速化事業について（関東信越厚生局）
- 2 【講義】 さくら市の介護予防、自立支援について考える
（アドバイザー）
- 3 【講義】 通所型サービスCについて（支援者・宮城県庁）
- 4 【演習】 さくら市の通所型サービスCについて考える
（グループワーク）

講義について

- ・1回目支援で説明した本市の現状も踏まえた内容となっており、一般論ではなく自分ごととして聞くことが出来た。
- ・要支援者は生活行為(IADL)が下がってくるが、そこを通所Cで改善していく重要性（通所Cの位置付け）を関係者で共有できた。
- ・せっかくの機会ということで、講義の部分は、ケアマネジャーやサービス提供事業所の方も呼びして一緒に聞いてもらった。

4. 2回目支援 2022年12月5日

演習（グループワーク）について

- ・通所Cを「入口」「導入」「実施」「経過観察」「出口」「フォローアップ」の6段階に分けて、どうすれば良いか意見を出し合った。
- ・講義の中で、通所Cの卒業生が元気になった姿が新たに通所Cに参加した高齢者の励みになるという説明があったこともあり、卒業後に通所Cや訪問Bのボランティアとして活躍してもらうことも想定した「循環型」の通所Cを目指したいという意見が多かった。
- ・成果指標や卒業後の目標設定として興味関心チェックシートを使うと良いのではといった具体的な提案も多かった。
- ・通所Cの利用者を民生委員さんから紹介してもらったときは、その後のご本人の様子についてフィードバックすべきといった意見もあり、個人的におろそかになっていた部分なので反省した。

4. 2回目支援 2022年12月5日



2回目支援（グループワーク）の様子

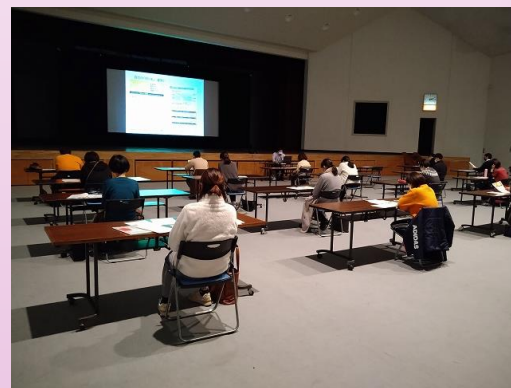
4. 2回目支援 2022年12月5日



5. 2～3回目支援の間の進展

※ 担当者が4月で異動となるリスクを考慮し、年度内に教室を開始できるように（最低でも契約締結まで進めるように）、3回目支援の前に通所型サービスCのリニューアル作業を開始。

- ・ 12月16日：地域包括支援センター職員と打合せを行い、通所Cの仕様書案を作成
教室の名称は「**パワーアップ教室**」に決定！！
- ・ 12月19～23日：仕様書案を支援者の方に見てもらい、助言をいただく
- ・ 1月18日：事業所・ケアマネジャー向けの通所型サービスC説明会を開催（12事業所20名参加）
- ・ 1月19日：事業所募集（複数応募あり）
- ・ 1月31日：事業所決定



6. 3回目支援 2022年2月13日

内容

- 1 【説明】 さくら市の通所型サービスCについて（担当保健師）
- 2 【情報提供】 介護予防・フレイル予防について（アドバイザー）
- 3 【演習】 さくら市の通所型サービスCの卒業生の活躍の場について
- 4 【演習】 さくら市らしさ・強みを考える

【説明】 さくら市の通所型サービスCについて

- ・ 2回目～3回目支援の経過や受託事業所について報告。
- ・ 通所Cを通じた循環型のまちづくりを目指すことについて説明。

通所Cで元気になった高齢者が地域のボランティアとして活躍

→ そこで、フレイルの高齢者を見つけ、通所Cを紹介

→ このサイクルをつなげていく

- ・ (プレ)フレイル状態解消の
選択肢として市民に定着



6. 3回目支援 2022年2月13日

【情報提供】介護予防・フレイル予防について

- ・健康寿命をのばそう！ アワード最優秀賞受賞の宮城県岩沼市の三色吉(みいろよし)シニア倶楽部の紹介動画を上映
- ・仲間との楽しい活動が生きがいづくり・健康寿命の延伸になるとともに、身体が衰えてきて通所Cを利用するようになっても「またみんなと活動したい。ここに戻ってきたい。」という本人の思いが、通所Cを頑張るモチベーションになることを解説



- ・三色吉シニア倶楽部のような活動が広がっていくことで、通所Cがより効果を発揮し、活動を支えていくという形の循環型にも保険者として気付くことができた。

6. 3回目支援 2022年2月13日

【演習】さくら市の通所型サービスCの卒業生の活躍の場について

通所Cの卒業生のその後の活躍の場について				
_____グループ				
男性向け	単身世帯向け	車がない	趣味がない	その他
女性向け	ご夫婦で	生活に余裕がない	社会参加の意欲が低い	

利用者さんの状況や背景ごとに、関わり方やどのような社会資源を紹介したら良いかを話し合った



結果はリスト化し、関係者の「引き出し」として共有

参加者の意見（抜粋）

- ・卒業後の活躍の場は、教室開始前に話し合った方が良い（それが教室を頑張るモチベーションとなる）
- ・このグループワークを当事者目線となる地域の通いの場等でも実施してみてもどうか

6. 3回目支援 2022年2月13日

【演習】さくら市の通所型サービスCの卒業生の活躍の場について

通所Cの卒業生のその後の活躍の場について

まずは温泉に誘ってみてはどうか？

グループ

夫婦で共通の趣味はありますか？
一緒に行って楽しかった旅行先は？

乗合タクシーの使い方を教えてあげよう

県営住宅には、地域に出て交流したいと考えている人が
たくさんいるから、その人たちをつなげてあげたい

さくら市にもトコトコ大田原
(隣の市の複合商業施設)が欲しい！

6. 3回目支援 2022年2月13日

【演習】さくら市らしさ・強みを考える

グループワークの意見

- ・ 人的強み（ボランティアが多い、子どもが多い）
- ・ 地理的強み（災害が少ない、交通の利便性が良い）
- ・ 環境的強み（社会資源が多い、介護保険関係事業所が多い）
- ・ 関係者間の強み（関係者のやる気がある、顔の見える関係）
- ・ その他（市長が元気、さくら市という名前が可愛い）

アドバイザーより

- ・ らしさ、強みの話し合いは、必ずポジティブなものとなる
- ・ さくら市の良いところが見える化されたので、これから活かしていってほしい。

7. 3回の支援を受けての気付き・感想など

- ・率直に申し上げて、参加させていただいて良かったと思います。
- ・自治体の費用負担は無いのでお得です。
- ・段取り的な部分も概ね日本能率協会様にやっていただけます。
- ・総合事業は悩み多き事業ですが、一人で悩むよりもみんなで悩む方が時間の短縮につながりますし、（自分では思いつかない）選択肢が増えることで方向性や解決策も見つかりやすくなります。
- ・みんなで考えるので、責任が分散して新しい取り組みも始めやすくなります。
- ・たった3回の支援で何が変わるのかと思うかもしれませんが、2回目までにある程度方向性が決まったため、3回目の支援内容についてどうするか頭を悩ませたくらいです。みんなで考えると、物事が早く進むと実感しています。

1 2月5日の支援で通所Cの講義を受けて… 3月1日通所Cスタート！

ご清聴ありがとうございました。



地域づくり加速化事業による介護予防・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奏
支援を通して

栃木県の市町支援と今後の課題

栃木県 保健福祉部 高齢対策課



地域包括ケアシステムの推進にむけた取組

現状と課題

高齢対策課

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

令和4（2022）年度の主な取組

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

- ・ 次期九期計画策定に向け、市町ヒアリング等を実施
- ・ 市町のPDCAサイクル確立支援のため、地域課題分析研修の実施
- ・ アドバイザーの派遣等による個別支援、好事例等の横展開

2. 在宅医療や介護サービスの基盤整備、人材の育成

- ・ 確保、機能強化の促進

3. 住民参加の地域づくりに向けた普及啓発

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



R4.3.22下野新聞掲載

加速化事業への参加

令和4年度 地域づくり加速化事業に
県内2市町がエントリー

⇒さくら市への支援が決定
⇒県も支援者として参加することができた

◆当初感じたこと

- ・伴走型支援のノウハウがない・・・
- ・県は何をすればよいのだろうか？
- ・話題の伴走型支援について学べるチャンスかも
- ・市町が取り組んでいる事業の実際を知れるかも

総合事業の
実際は詳しく
分からない

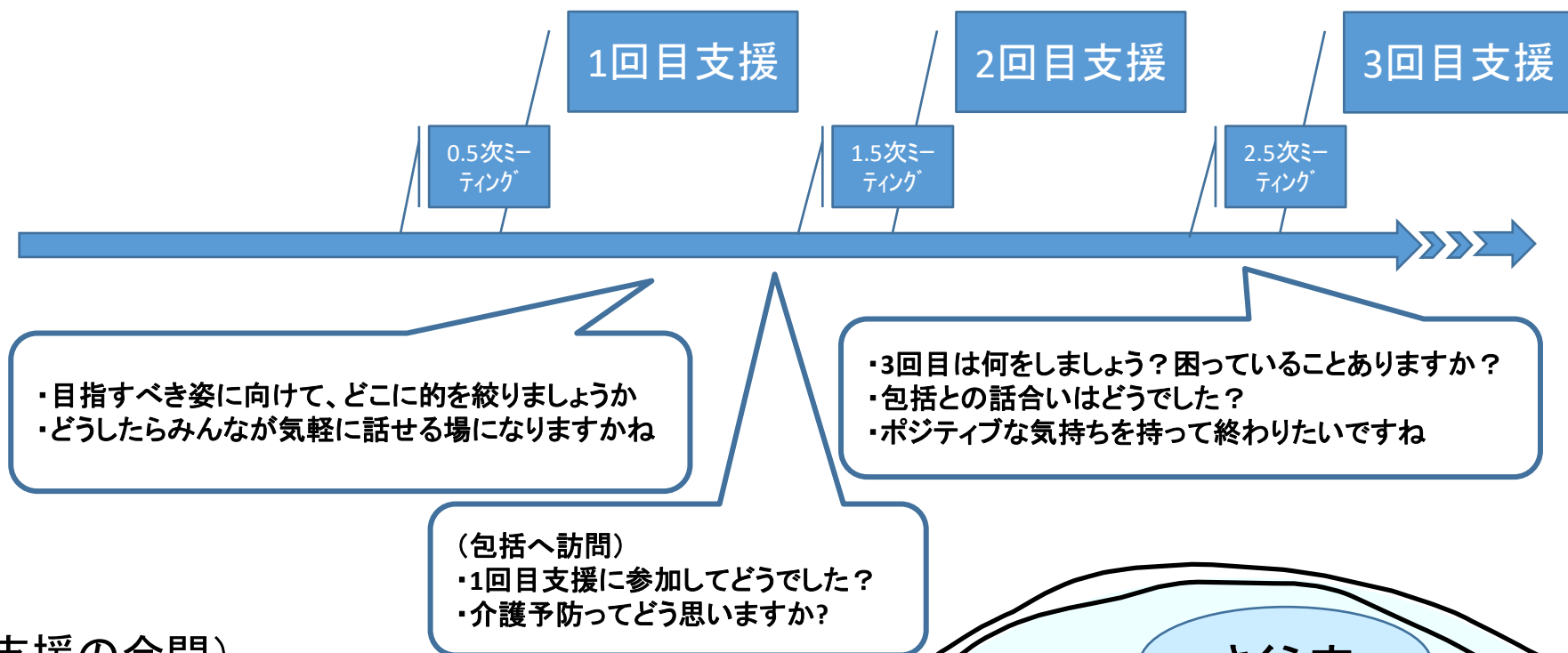
アドバイザー
を派遣してい
る事業はある
けど・・・

市町支援として
研修会はたく
さん開催して

◆アドバイザーから県への助言

- ・加速化事業は担当のアドバイザーが入りますが、たった3回の支援です。
今もこれからもさくら市を支援していくのは、栃木県さんですよ！
ぜひさくら市に足を運んで一緒に考えてほしい！！

3回支援における県の関わり

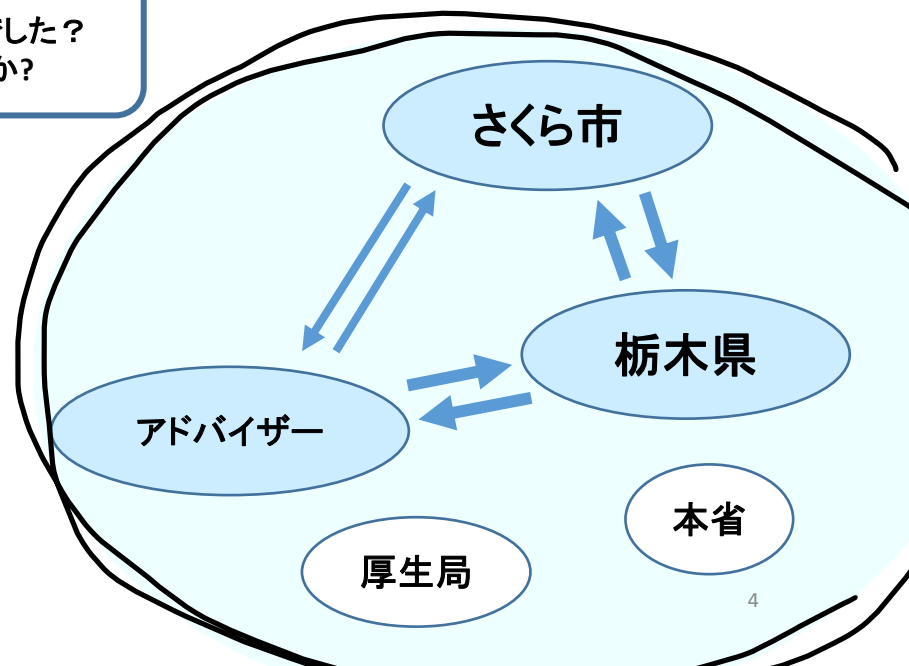


(支援の合間)

- ・さくら市の取組状況を確認し、次回支援に向けた打合せや相談など

(支援当日)

- ・全体司会
- ・グループワークの進行や板書
- ・資料等の準備



支援を通しての気づき

- ・対話を重ねて関係者がつながっていく実感、わくわく感
 - ・市の「あるべき姿」を前に参加者のベクトルがそろった
 - ・考えを言葉に出して話すことで、自分の考えが整理でき、さらに他の考えや思いを共有できた
 - ・関係者が我が事として考えることができた
 - ・次々出てくるアイデア、新たな人や事業との連携、つながりの予感
- ・市町の目指すべき姿や考えに寄り添い尊重すること
 - ・アドバイザーは常にさくら市の考えを尊重する姿勢
 - ・よいところをフィードバックし、強みを引き出す関わり
 - ・市町任せにしない、相談しやすい雰囲気や関係づくり
 - ・県の役割、考え方をきちんと伝えていくことの大切さ

今後の課題

- ・市町の現状把握・分析
 - ・市町支援には、その市町の状況把握が欠かせない
 - ・それぞれの担当事業ごとではなく、1つの市、町としての理解
- ・積極的な対話、つながりづくり
 - ・市町が求めている支援を考える
 - ・時には顔を合わせて、事業の実際を見ることも必要
 - ・(県の)担当内の対話も密に

◆今回の地域づくり加速化事業での取組を参考に、
栃木県としての伴走型支援の方法を検討
⇒今回の支援で学んだノウハウを他の市町にフィードバック
できるように



地域づくり加速化事業における 伴走支援を受けて

群馬県館林市 高齢者支援課

A solid orange horizontal bar spanning the width of the slide at the bottom.

館林市について

館林市は、「鶴舞う形」といわれる群馬県の東南部、ちょうど鶴の頭の部分にあたり、関東地方のほぼ中央に位置しています。

東京から約1時間というアクセスの良さと、「つつじ」や日本遺産に認定された「里沼」に代表される豊かな自然環境が館林市の魅力です。



館林市について

(令和4年5月1日現在)

人口: 74,563人

高齢者人口: 22,244人(高齢化率29.8%)

うち後期高齢者人口: 11,340人(15.2%)

要介護認定率: 17.2%(要支援5.1%、要介護12.1%)

地域包括支援センター設置数: 4か所(すべて委託)

館林市介護予防・日常生活支援総合事業 の現状について

- ・館林市は平成30年度から上限を超過し、令和3年度までは「個別協議」による交付を受けていました。

- ・令和4年度から個別協議の要件が厳しくなり、要件に該当せず申請していません。

※コロナ禍によるサービス利用控えもあり、上限を超過しない見通し

地域づくり加速化事業に エントリーした経緯について

・上限額超過の原因と解決策について、関連部署や地域包括支援センターを交えて何度も話し合いを重ねてきました。

でも、

⇒たくさんありすぎて、どこから手をつければ
良いかわからない・・・

⇒自分達だけじゃ解決できそうもない・・・

⇒失敗を恐れて一歩が踏み出せない・・・

館林市の介護保険行政について

高齢者支援課

地域包括ケア推進係・・・地域支援事業（地域包括支援センター運営を含む）

高齢者支援係・・・在宅福祉サービス、高齢者福祉全般

介護保険課

介護保険係・・・保険給付、被保険者の資格管理、保険料の賦課・徴収

地域密着型サービス、居宅介護支援事業所について

調査認定係・・・認定調査、認定審査会

館林市支援の流れ

	事前ミーティング (オンライン)	現地支援	出席者
1回目支援	8月19日(金)	8月30日(火) 午前	アドバイザー、厚生労働省、関東信越厚生局、群馬県、市高齢者支援課、市介護保険課 (※以下、基本メンバーと表記)
		午後	基本メンバー、委託包括
2回目支援	9月28日(水)	10月4日(火) 午前	基本メンバー、委託包括 + 居宅介護支援事業所
		午後	基本メンバー
3回目支援	11月15日(火)	11月30日(水) 午前	基本メンバー、委託包括 + 居宅介護支援事業所
		午後	基本メンバー

グループワーク
1回目

グループワーク
2回目

予防プラン作成者を対象とした
アンケートを実施(10/26~11/6)

伴走支援1回目（8月30日）午前

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 田中明美室長補佐より
「地域づくり加速化事業」について事業説明。

支援チームと市（高齢者支援課・介護保険課）での意見交換、情報共有、作戦会議を行いました。



伴走支援1回目（8月30日）午後

委託の地域包括支援センターが加わり、市の総合事業について担当者から改めて説明。

包括からの情報を合わせて、課題の明確化と今後の方向性について検討を行いました。

＜上限超過の原因＞従前相当サービスの割合が高く、新しいサービスが使われていない

- なぜ？** →
- ・ 住民のニーズに合っていない？
 - ・ サービス提供者が足りていない？
 - ・ 報酬単価が安いからサービス事業所が受けてくれない？
 - ・ ケアマネもサービス事業所に気を遣って頼めない？
 - ・ ケアマネジメント費が安くて予防プランには手をかけられない？
 - ・ そもそも、ケアマネが総合事業について知らない？

伴走支援1回目（8月30日）午後

一番の原因は、

住民や関係者に「自立支援の概念」が根づいていないからではないか

⇒ **関係者間で規範的統合を図る必要がある！**

（館林市）介護予防支援・ケアマネジメント委託率が**6割**

居宅介護支援事業所の理解・協力が不可欠！

伴走支援2回目（10月4日）午前

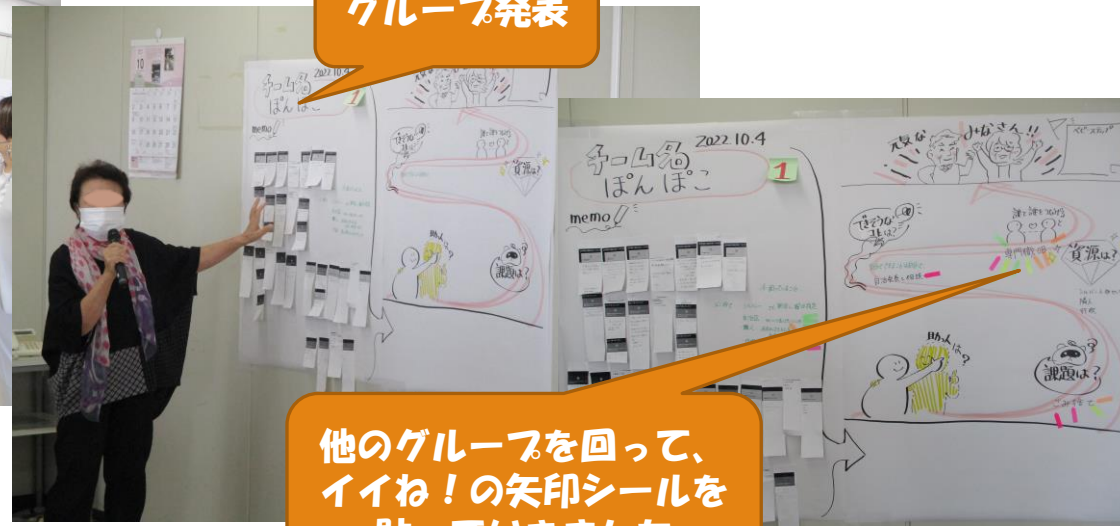
居宅介護支援事業所を招いての初めての会議であり、改めて田中室長補佐から地域支援事業や総合事業についての説明をしていただきました。市からも、上限額を超えていることを含めて現状を包み隠さず説明し、その後にグループワークを行いました。

元気な高齢者を増やすことをゴールに、「資源は何か」「誰に助けてほしいか」「誰と誰をつなげると面白そうか」等、その道のりについて話し合いました。

立って
グループワーク



グループ発表



他のグループを回って、
イイね！の矢印シールを
貼っていきました

伴走支援2回目（10月4日）午後

午前中のグループワークを振り返り、今後の方向性について検討しました。

参加者からは、「グループワークが楽しかった！」「総合事業のこと、行政のことが少しわかった」「こういった場があると横のつながりが持ててうれしい」「自分にできることを考えてみたい」等の感想をいただきました。

そして、「通いの場は送迎がないから紹介できない」「ごみ出し支援があればヘルパーを利用しなくても済む人がある」「介護予防教室の情報を知らない」等、たくさんの現場の声をいただきました。

もっと聴きたい！館林の「今」を洗い出そう！

⇒ 包括職員を含め、予防プラン作成者を対象とした

「館林市の高齢者を支える地域資源についてのアンケート」を実施

令和4年度 館林市の高齢者を支える資源についてのアンケート

問1 令和4年9月30日時点において、あなたが担当しているケアプラン数（給付管理している数）とその内訳についてお答えください。

<認定区分別ケアプラン数>

総ケアプラン数	事業対象者	要支援1・2	要介護1～5
人	人	人	人

問2 問1で回答いただいた人数のうち事業対象者・要支援1・2のかたで、以下の設問ごとに該当する人数をすべてお書きください。

<サービス種別別ケアプラン数>

福祉用具貸与	訪問系サービス	通所系サービス
人	人	人

	項 目	該当者
1	集中的な支援によって体調が良くなり、訪問系サービスの利用が不要となりそうなかた	人
2	集中的な支援によって体調が良くなり、通所系サービスの利用が不要となりそうなかた	人
3	移動手段があれば、通いの場 ¹⁾ に行ける可能性のあるかた	人
4	移動手段や買い物支援があれば、訪問系サービスの利用が不要になりそうなかた	人
5	ゴミ出しについて、前日でもゴミが出せるようにする対応や、近隣の住民に助けて貰うなどの工夫があれば、訪問系サービスが不要となりそうなかた	人
6	訪問系サービスにおいて、支援者が介護福祉士等の有資格者でないと本人・家族が不安に感じるかた	人
7	認知機能低下があるが、支援者が無資格者（市が指定する研修修了者）であっても、声掛け等により自分で調理ができるかた（訪問系サービス）	人
8	調理のコツ、栄養の上手な取り方を教えてもらえる機会があれば、訪問系サービスの利用が不要となりそうなかた	人

注1）通いの場：地域住民が主体的に介護予防や閉じこもり予防に取組む活動の場のこと

アンケート結果について

（回答数：56、対象ケアプラン数：531）

・移動手段があれば、通いの場に行ける可能性のあるかたが通所系サービス利用者の37%いる。

・ごみ出しや買い物の支援があれば訪問系サービスの利用が不要となりそうなかたは20人未満であり、サービスが不要となるまでには至らない。しかし、自由記載ではごみ出し支援や買い物支援に関する意見は多く、ニーズは高い。

・訪問系サービスにおいて「有資格者でないと対応できない」かたは5%程度である。

⇒市が実施する従事者研修の修了者や

住民主体のサービスで対応可能！（サービスA・B）

(別紙) アンケート内容

問3 地域の高齢者を支える以下の資源について、知っている資源、ケアマネジメントを通して利用者のかたに
使ったことがある資源すべてに○をつけてください。

「10 その他」では、ご存知の資源を記載してください。

	資 源	知っている	利用者のかたに 使ったことがある
1	通いの場		
2	ふれあい・いきいきサロン ^{注2}		
3	介護予防教室（元氣はつらつひろば等）		
4	配食サービス（ひとり暮らし高齢者等給食サービス）		
5	食食サービス（ひとり暮らし高齢者等給食サービス）		
6	オレンジカフェぽんちゃん（認知症カフェ）		
7	見守りステッカー・GPS 導入補助		
8	緊急通報装置貸与		
9	救急医療情報キット		
10	その他[]		

注2）ふれあい・いきいきサロン：地域住民が主体になり、自主的に交流活動を行うふれあいの場のこと

問4 心身機能の維持・改善につなげるために、どのような支援・サービスが盤林市内にあれば、介護保険の
サービスを利用せずに事業対象者や要支援1・2のかたの日々の暮らし（生活）を補うことができると思いますか。

自由記載：

問5 心身機能の維持改善や介護予防を目的とした地域づくりに、介護支援専門員（または専門職）として何が
できると思いますか。

自由記載：

アンケート結果について

（回答数：56、対象ケアプラン数：531）

＜知っている、使ったことがある資源＞

- ・緊急通報装置貸与
- ・配食サービス
- ・見守りステッカー等

市役所で申請するものが多い
＝窓口が明確

＜知っているが、使ったことはない資源＞

- ・認知症カフェ、介護予防教室
- ・ふれあいサロン、通いの場

会場の様子が
わからないから？

誰につなげば良いのか
わかりにくいから？

伴走支援3回目（11月30日）

午前

「高齢者を支える地域資源についてのアンケート」結果報告を行い、「担当部署が取り組む課題」として市の方向性について意思表示。

そのうえで、優先順位や「自分たちにできること」をテーマにグループワークを行いました。

午後

3回の現地支援を通じたまとめ、今後の進めかたについて再確認を行う。

担当部署が取り組む課題(伴走支援3回目の結果説明資料より)

今までに明らかになった 事実・課題

- ①介護予防に関心の高い住民がいる
- ②親族と疎遠な高齢者も多い
- ③訪問型サービスBを提供できる地域や基準が不明確なため利用が難しい
- ④ごみ出しに課題を抱える高齢者も多い
- ⑤働きたいと考えている子育て中のママが、一時預かりの間に活動できると良い
- ⑥介護人材不足
- ⑦調理のコツがわかれば、ヘルパーではなく自身で調理できる人がある
- ⑧通いの場やサロンの充実
- ⑨介護認定を受ける前に何か利用できるサービスがあると良い



解決策・対策

- ①人材の掘り起こし、地域資源とのマッチングを行う
- ②エンディングノート普及啓発、中高年対象「親の介護を考える」講演会
- ③従事者の養成、訪問型サービスBを提供するシルバー人材センターとのマッチングを行う
- ④地域での支え合い組織による支援、ごみ収集の担当課との検討を行う
- ⑤生活援助型従事者研修の対象年齢の引き下げ、ヘルパー事業所とマッチング
- ⑥介護施設のレクや傾聴を行うボランティア育成、広報による募集
- ⑦訪問型サービスCでの栄養指導を検討、健康推進課とともに栄養相談を企画
- ⑧介護予防サポーターの協力体制・組織づくり
- ⑨基本チェックリストによるサービス事業利用を検討、総合事業の卒業を意識したケアマネジメントの展開



持続可能な
総合事業の運営
と
地域で支え合い
生涯健康で暮らせる
幸福感の高いまち

3グループ

地域づくり加速化事業3回目支援

③グループ
まとめ!!
住民意識、業者意識
訪問サービスは他世代も登録
既存の事業所 × 通いの場
優先度【高】
優先度【低】

優先度【高】

本当に必要な人
に必要なサービスを
プランしていくべき!!

もちろん
上だと思う。

③グループ
まとめ!!
住民意識、業者意識
訪問サービスは他世代も登録
既存の事業所 × 通いの場
優先度【高】
優先度【低】
住民
ケアマネ
既存の事業所
かける × 通いの場
訪問サービス
短期集中 → 既存のものも使う
訪問サービス
短期集中 → 既存のものも使う

やはり!!
ここは重要だと
思います!

伴走支援 終了後の動き

①自立支援型個別ケア会議の運営方法を変更

事例提供者だけではなく、地域の専門職による聴講を可能とした。

令和5年度からは開催回数と事例件数を増やし、より多くの介護支援専門員に経験してもらえるように計画中。

②「自立支援型個別ケア会議報告書」の作成、共有

好事例をまとめた報告書を作成し、居宅介護支援事業所へ送付済み。

介入によって改善した事例を共有することで、「高齢者も元気になれる！」ということを知ってもらう。

伴走支援 終了後の動き

③「通いの場交流会」への専門職の参加

対象: 通いの場の参加者、一般市民

介護支援専門員、地域リハビリテーション広域支援センター

参加者
160名

目的: 通いの場の周知、参加希望者とのマッチング、参加者のモチベーション維持・向上。

⇒ 専門職からは「対象者のイメージが付きやすくなった」

「参加者の熱量が伝わってきた」「利用者に紹介したい」

「活動を支援したい」

との声が聞かれた。

伴走支援 終了後の動き

④介護予防支援・ケアマネジメントマニュアル見直し

地域包括支援センターの主任介護支援専門員と見直し中。

⇒今後、居宅介護支援事業所を交えた意見交換を実施予定

⑤介護予防手帳の作成

既成の介護予防手帳を配布していたが、地域包括支援センター職員の意見を聞きながら市独自の手帳を作成中。 ⇒令和5年度配布予定

まとめ

アドバイザーや厚生局、群馬県による支援チームは**心強いサポーター**でした。

＜伴走支援を受けたメリット＞

1. 課題が整理され、取り組むべき方向性や優先度が明確になった。
2. 他部署と課題や方向性を共有でき、連携がとりやすくなった。
3. 居宅介護支援事業所と顔が見える関係性ができ、相談する心理的ハードルが下がった。

担当部署だけで抱え込まず、地域と一緒に考える良い機会となりました。
顔が見える関係づくりと、横のつながりを大事にしていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました

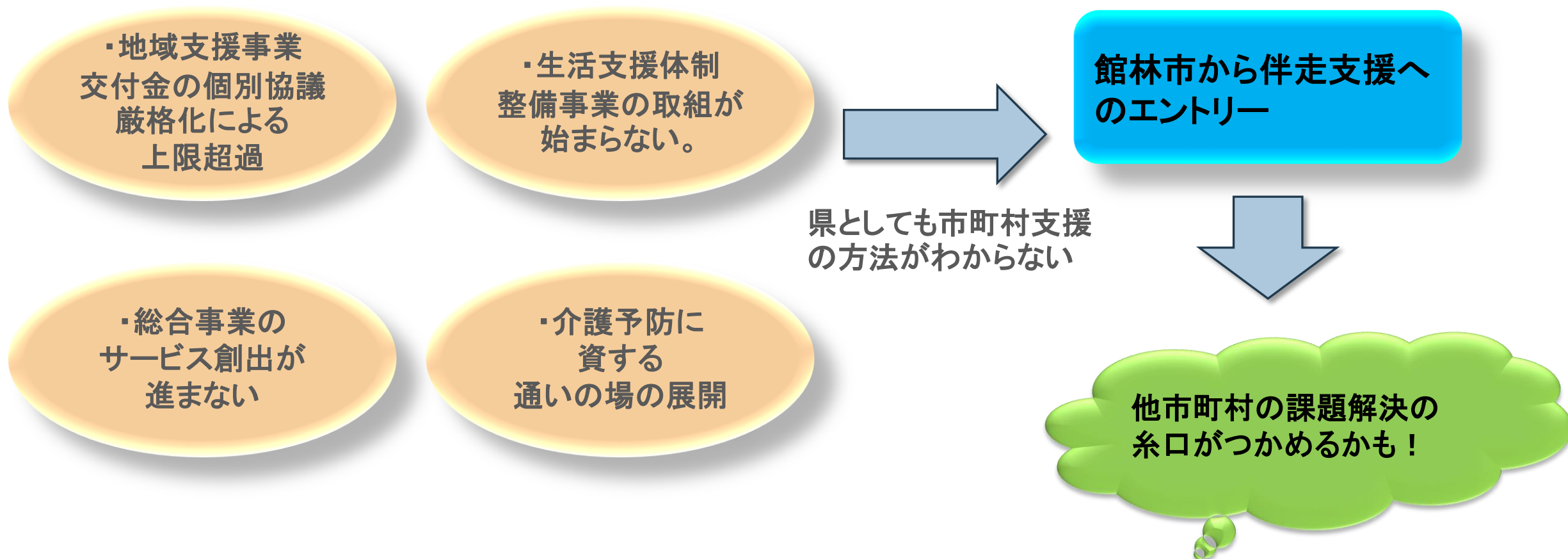


伴走支援における 群馬県としての支援

～厚生労働省 地域づくり加速化事業～

群馬県健康福祉部
健康長寿社会づくり推進課
認知症・地域支援係

県内市町村の課題



館林市における伴走型支援

○第1回支援

参加者：館林市：6名 地域包括支援センター：5名

内容：地域包括支援センターとの意見交換

○第2回支援

参加者：館林市：10名 地域包括支援センター：7名 ケアマネ：14名

内容：市・ケアマネ・包括とのグループワーク

○第3回支援

参加者：館林市：7名 地域包括支援センター：4名 ケアマネ：14名

内容：市の課題に関するグループワーク・今後の取組方針について検討



群馬県としての支援

～県の役割は“市町村支援”～

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

第1回支援

- ・ ケアマネとの連携不足という課題に関して、他市町村の状況を知っているか？
- ・ 地域包括支援センターとの会議で把握した課題について、どのように解決するかという議論までたどり着けている？

第2回支援

- ・ サービス利用者がいる＝サービスへの需要があることが大切。ケアマネとのGWを通して、共通する課題から地域としての課題を見つけられれば、需要も見えてくるかも？

第3回支援

- ・ GWで出た課題一覧シート、事業説明スライドの作成。
- ・ 今後もケアマネとの連携を続けることが、関係性の構築に重要。
- ・ 課題の抽出や地域住民の意識づくりのために、SCとの連携が不可欠。

県としての今後の取組

○市町村ごとに課題と解決方法は異なるが…

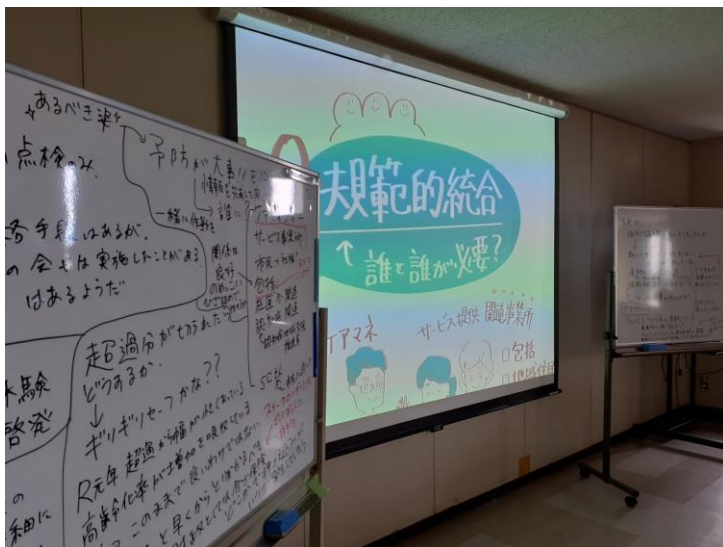


○そのほかにも

- ・ 例年実施している、市町村への個別ヒアリングにて、ケアマネとの連携やSCとの連携状況について重点的に聞き取りを行う。
- ・ 総合事業の展開が進まない市町村では、地域の課題を正しく掘り起こせているか、関係者や住民と課題について分析できているかなどを重点的に意識あわせしていく。

本事業への参加を終えて

個別の市町村を対象にした支援は経験がなく大変勉強になった



加速化事業を受けての 気づき



日 時：令和5年3月3日（金）

発表者：富士川町役場 福祉保健課 介護保険担当、包括支援センター

人口：14,409人
高齢者：5,004人
高齢化率34.7%
県内12位

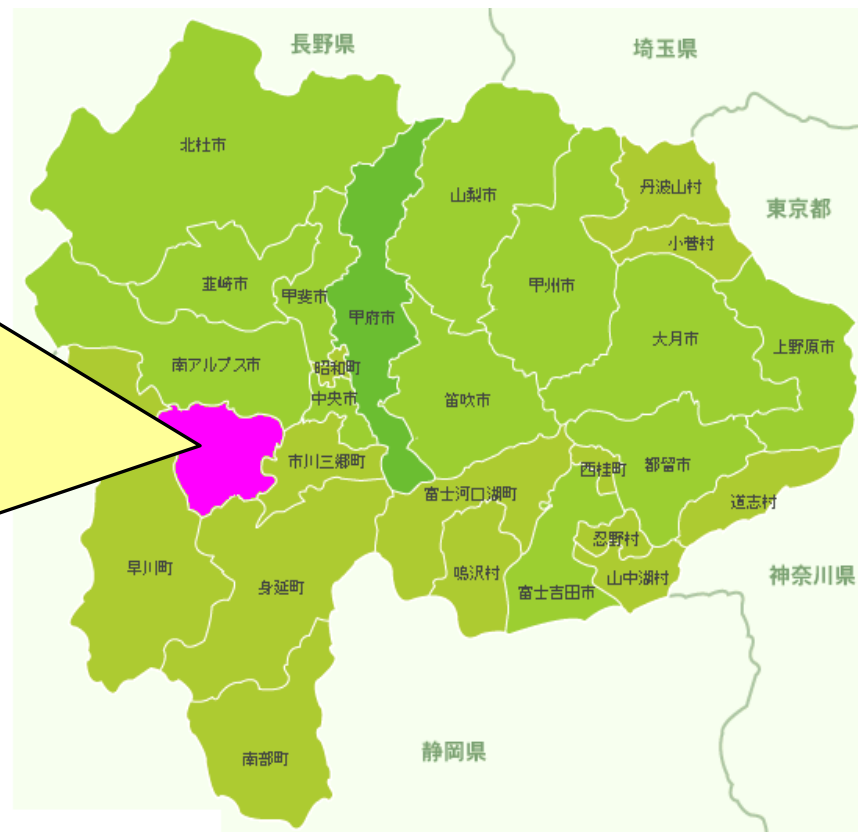
世帯数：6,269戸

※令和4年4月1日住民基本台帳調べ

出生数：64人

※令和3年度子育て支援課窓口調べ

地域包括支援センター：1ヶ所（直営）



- 包括ケアプラン立案する職員は5名。
 - 事業対象者は、基本的に包括でケアプラン立案。
- ＜一ヶ月＞直営：約50人、委託数：約120件





本人・家族等からの相談

富士川町の相談フローと総合事業

基本チェックリスト

介護が必要

該当なし 介護予防

該当あり

ほぼ自立

介護に近い状況

閉じこもり

運動器

口腔

歯科相談

自分で行ける

送迎が必要

健口教室

総合事業

従前相当サービス
通所A 1ヶ所(社協)

誰でも参加可能

サロン

地域で活動している
趣味の集まり

いきいき筋力

百歳体操

出張！健口教室

啓発

富士川CATV
ほうかつ便り
フレイル研修会

…介護予防・
日常生活総合
事業

・年1回スク
リーニング
・心配な時、
包括へ相談

今日みなさんにお話しすること

1. 加速化支援事業を受けることになった経過

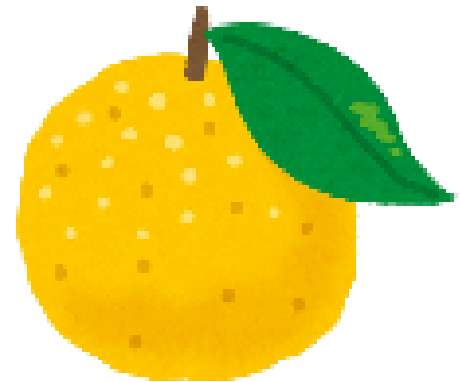
1. 全3回の支援内容と気づき

2. 支援を終えての気づき

3. 支援を受けての感想



1. 加速化事業を受けることになった経過



加速化支援を受けることになった経過

- 🍊 富士川町は、平成29年総合事業開始後、**毎年個別協議を行い、上限以上の金額をもらっていた。**
- 🍊 令和3年度は上限額より、**約170万円オーバー**
- 🍊 ちなみに、県内の人口や高齢化率が同規模自治体の実績と比較しても、約1,600万円多くもらっている！

総合事業にお金がかかりすぎている！！！！

➡ 令和4年度、**厚生労働省から直々にお声がかかり、超過している原因を探り、改善方法を検討し始めたが・・・その事実には気がついていなかった。**

そもそも



気づけなかった理由① お互いよくわからず

介護保険担当

(保険者) 事務職員

- 介護保険の事務的なこと
- 介護保険の予算をやりくり
- 事業に関わるのはリーダーのみ。

3人

お金のことはわかるが、事業をよく理解していない。

地域包括支援センター

(直営) 専門職

主任ケアマネ1、保健師1、
社福1、看護師2、事務1
★事業は3職種3人がメインで行う。

事業の企画、実施、評価

事業のことはわかるが、お金のことをよく理解していない。

介護保険担当は、保険者としての事業を包括に任せきりで理解していないし、包括は事業に掛かるお金はわかるが、全体として介護保険のお金がどう動いてるのかを理解していなかった。



気づけなかった理由② 事務担当はまじめ!?

- 🍊 事務職は基本的に3年ごとに異動するため、業務を理解する頃には異動してしまう。
- 🍊 内容を理解しきれていないまま、引き継ぎ書をみながら、前年度から引き継がれたように仕事を進める。



- 🍊 総合事業の個別協議も、年度当初の仕事として前任から「これだけは忘れないでやること！リスト」に入っていた。
- 🍊 歴代の担当が、まじめに引き継ぎ申請してきた。✨

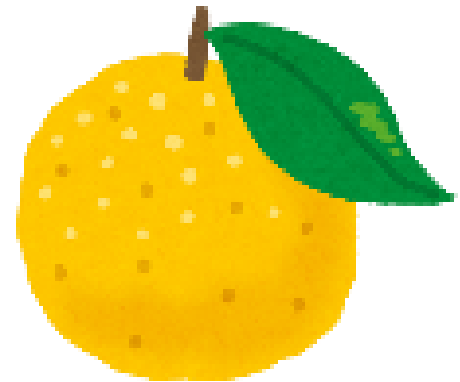


ということで・・・当初の私達は・・・



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

2.全3回の支援内容と気づき



第1回（8月1日）の内容

内容

- 🍊 現在行っている町の事業の説明と質疑応答。

気づき

- 🍊 事業が多いが、費用対効果の検証が必要。
- 🍊 住民の力を活用できていない。
- 🍊 5年、10年後の目指す姿を思い描けていない。

ここでやっと、
マズい!! と
気づきました。

重要!

何が原因で上限超過しているのかがわかっていない。お金の流れについて見直す。



第2回支援までの間に、県担当者と、本町の総合事業実績の詳細確認と、同規模自治体と額の比較をした。



第2回（11月14日）の内容

内容

- 🍊 介護保険担当、地域包括支援センター、健康増進担当、生活支援コーディネーターの職員が参加し、町の課題を共有し、グループワークを実施。

気づき

- 🍊 総合事業はもっと自由に、町の個性を出しデザインして良い事業ということがわかり、ワクワク ^^
- 🍊 他の職員も、介護保険の導入場面、いつまでサービスを利用続けていいのか等で悩んでいることがわかった。

❁ 自立支援につながるサービス利用になっていない!?

自立支援につながるサービス・事業づくりをしていく必要がある。

❁ サービスを卒業しても、行く場所がない!?

悩み

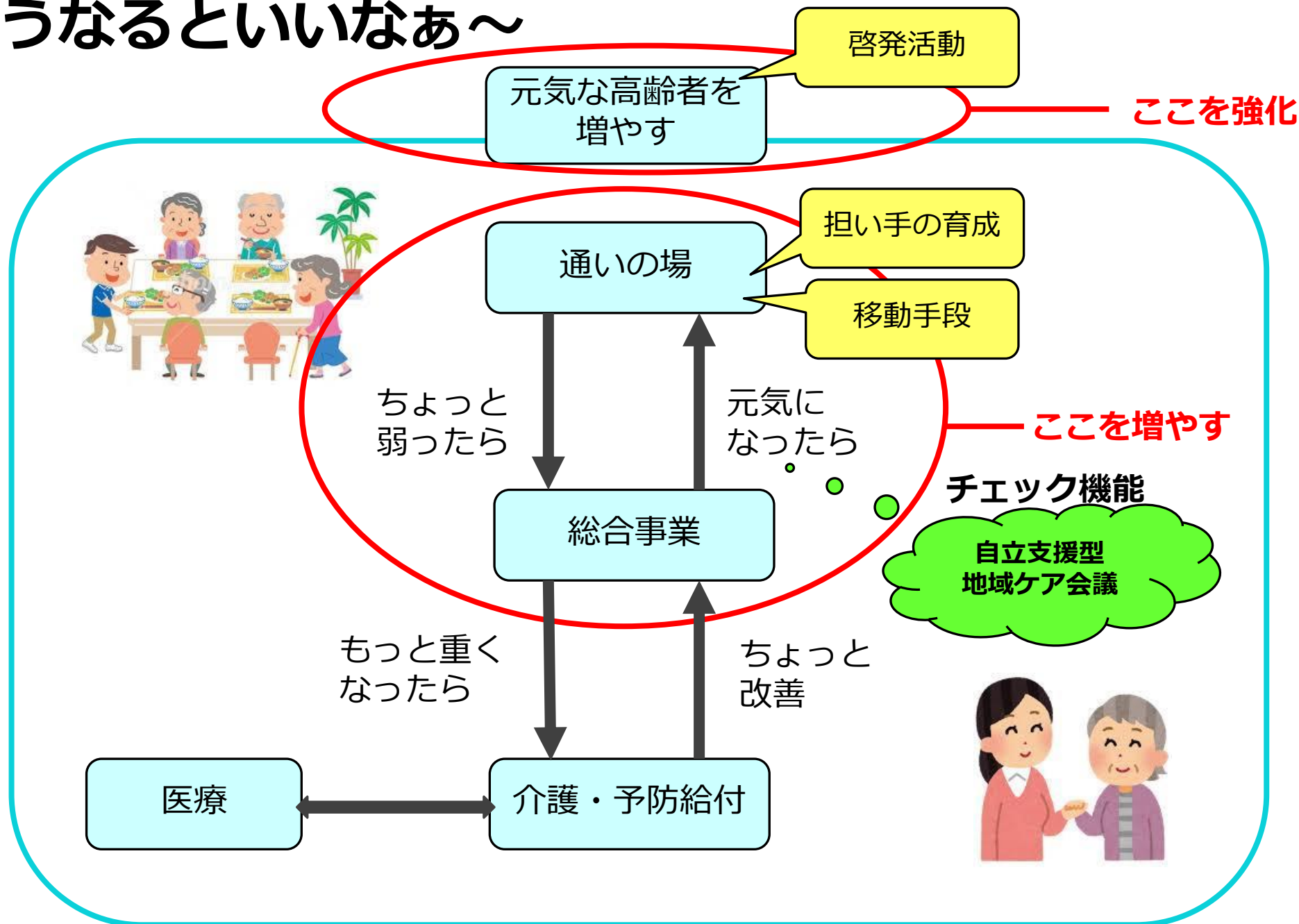
- ①住民主体の活動を増やす必要がある。
- ②高齢者の移動手段の問題
- ③そもそも・・元気な高齢者を増やす必要がある



❁ 住民主体の活動が増えていかない!?

住民主体の活動にスライドしていく方法、活動の場を増やしていく方法がわからない。

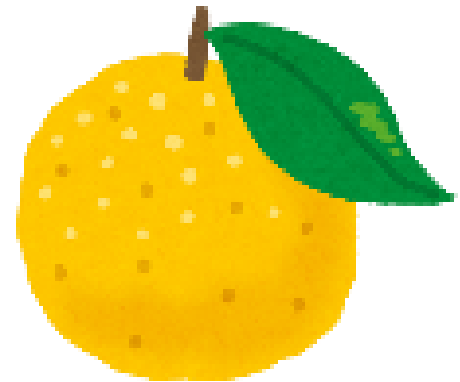
こうなるといいなあ～



第3回（1月17日）の内容

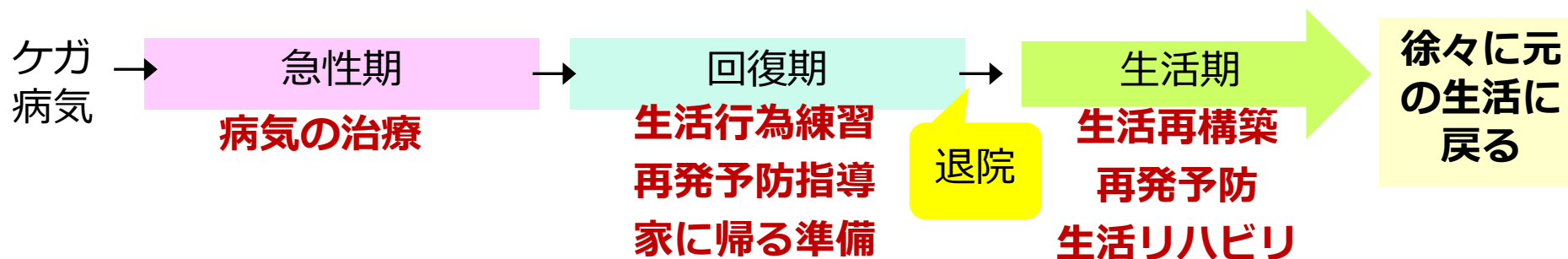
- 🍊 午前：町の優先課題の検討。ロードマップ作成に向けて助言を受ける。
- 🍊 昼：町長と厚生労働省課長との面談。
- 🍊 午後：
 - ①半日型デイサービス事業所と、町担当者、アドバイザーとの意見交換。
 - ②介護保険事業所、居宅介護支援事業所を対象とした総合事業の勉強会。（27事業所41名参加）

3. 支援を終えての気づき



気づいたこと①

- 🍊 介護状態になると、もう元の生活に戻れないというイメージが強い。（住民側も支援者側も）そうではないことを伝えていくことが大切。
- 🍊 退院後も自宅に戻って、専門職のリハビリを受けないといけないというイメージがある。自分のリハビリ期がどこなのか、介護保険申請を促す病院、包括、事業所、住民とも共有することが大事。



➡リハビリパスを作り、卒業の意識づくりをする。

気づいたこと②

- 🍊 介護相談を受ける際に、そのまま申請につなげてしまうことが多い。 誰が相談を受けても、介護サービスを受ける意味（良くなったら卒業する）を伝えたり、地域の活動につなげていくことが、できるようになる。



➡相談対応時のマニュアルを作る。

- 🍊 そうは言っても、介護サービスを使わない場合に行く場所ないが・・・地域支え合いフォーラム（生活支援体制整備事業）後に、意欲がある人がたくさんいる！

➡通所B,訪問Bがつくれそう。（既存事業の見直しをしながら）

気づいたこと③

- 🍊 ケアマネ、事業所も、地域に通いの場や移動支援、見守り支援があれば、介護サービス卒業できそうと思っている人がいる。

➡既存の地域の集い、有償ボランティアを使うことで、卒業できそうな人は、卒業を促していく。

- 🍊 特に、リハビリ特化型デイサービスの利用者循環を良くしていくことが大事。

➡通所C型に移行がよいのか？循環良くする仕組みを、事業所と一緒に考えていく。



こういうことをしていきたいなあ～

身体を整えて元気な生活が続ける

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

啓発

モデル高齢者、
グループの表彰

支え合いフォー
ラムで実施

歩いて通えるところに誰でも通える場づくり

介護サービスを使
わなくても行ける
場所づくり

移動手段

支え合いの集い
参加者の活用

リーダーに
なる人へは、
積極的に研修
会への誘い

介護保険相談時の対応作り

介護保険相談
対応時のマ
ニュアル作り

リハビリパス作
り（自分がどの
リハビリ期なの
かわかるもの）

総合事業利用者
の評価→地域ケ
ア会議の見直し

現在の事業は必要？

通所B？通いの
場への補助

既存事業の整理
と必要な事業の
創設

リハ特化デイの
循環を良くする
仕組み

見守りする人？
訪問B？

見守りする人？
訪問B？

今後考えていくこと

事業費を抑えるために、まず！取り掛かること

★新規総合事業者を増やさない、卒業の意識作り★

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

★目安として・・・

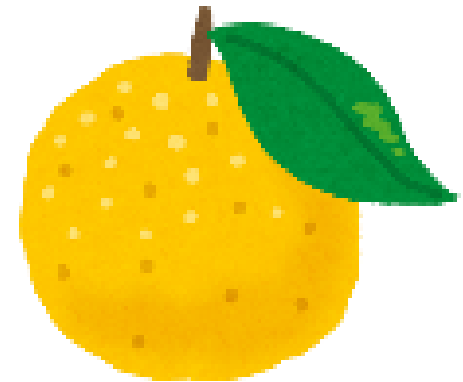
例) リハビリ特化型デイサービス利用者10人卒業した場合（要支援1と仮定）
1ヶ月あたりの公費概算：191,410円 ➡ **1年間 2,296,920円 削減**

★やる気のある人の活用と地域の居場所づくり★

- 🍊 既存事業の見直しと通所B,訪問B/D等のサービス検討。



4. 支援を受けての感想



支援をうけて本当に良かった！

- 🍊 事業を受けなければ、事業費が超過していることに気づけなかった。**気がつけたことが一番の成果！**
- 🍊 介護担当と地域包括支援センターの**情報共有の大切さ**を痛感した。
- 🍊 自分達だけでは、問題に気づけても「仕方ない、時間がない」で終わってたが、支援があったから、考える時間を作り、やる気になれた。**山梨県外の方から、客観的にアドバイスをもらえたのは新鮮な気づきだった。**
- 🍊 県の、嶋津さん、三井さんが何度も足を運んでくれて、伴走してくれたのは、**とても心強かった。**





ご清聴ありがとうございました

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

地域づくり加速化事業報告会 ～山梨県～



山梨県観光キャラクター 武田ひし丸

令和5年3月3日（金）

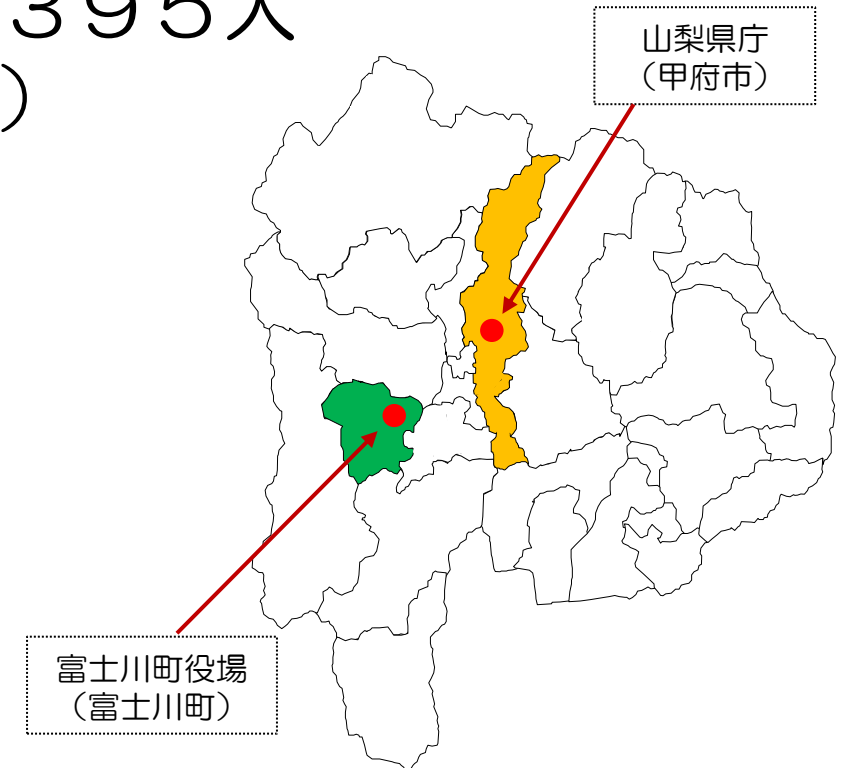
山梨県福祉保健部健康長寿推進課

認知症・地域支援担当

1. 本県の概要

(令和4年4月1日現在)

- ◆人口 812,633人
うち65歳以上人口 253,395人
- ◆高齢化率 31.2% (全国：29.0%)
- ◆本県の特徴
 - ・全国よりも早く高齢化が進んでいる
 - ・健康寿命の長さが男女ともに全国2位
 - ・高齢者の有業割合が全国2位
 - ・がん検診や特定健康検診の受診率が高い



2.支援前のイメージ



- 昨年度、厚生労働省職員派遣を受け、その経験を活かせるのでは？
- プッシュ型支援でも何とかなるのでは？
- 一方で・・・
- 誰が中心に進めていくの？（県の役割）
- どのように進めていけばいいの？

3.支援前後の動き

オリエンテーション（7/15）

1回目

- ・0.5次MTG（支援チーム）（7/25）

支援当日（8/1）

- ・打合せ①（町、県、厚生局）（9/9）
- ・打合せ②（町、県、厚労省、AD）（10/7）
- ・打合せ③（町、県）（10/27）
- ・1.5次MTG（支援チーム）（11/1）

町フォーラム参加
（県、厚生局）
（10/6）

支援当日（11/14）

- ・打合せ（町、県）（12/8）
- ・2.5次MTG（支援チーム）（1/5）

支援当日（1/17）

〈随時〉

①電話・メール
→町、国（厚労省、厚生局）

②モニタリング
シート作成
→国（厚労省、厚生局）、ADへの情報提供

③保健福祉事務所
→情報提供

4.支援内容（1回目～2回目）

■支援内容

〈打合せ①〉

- 1回目支援の振り返り
- 予算執行状況の確認
- 執行状況から考えられること

〈打合せ②〉

- 同規模自治体との交付金比較
- 交付金比較から考えられること

〈打合せ③〉

- 各事業所の総合事業費比較
- 他課実施の事業確認



5.支援内容（2回目～3回目）

■支援内容

〈打合せ〉

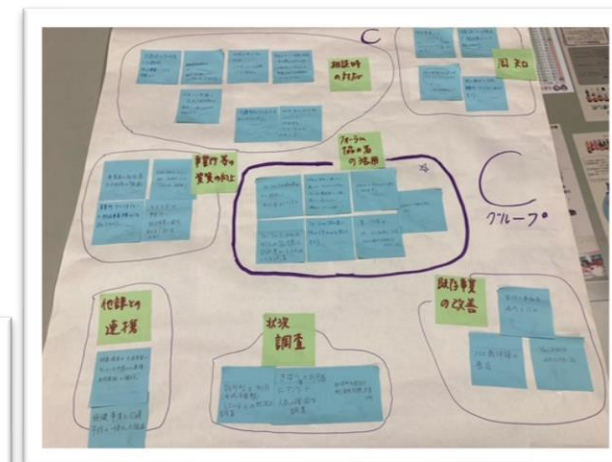
○2回目支援の振り返り

○進捗状況確認

○今後取り組んでいくこと

〈電話連絡〉

○進捗状況確認



6.支援内容（3回目以降）

■支援内容

〈打合せ〉

- 3回目支援の振り返り
- 今後取り組んでいくこと

〈電話連絡〉

- 進捗状況確認



3回目支援



関東信越ブロック研修会

6.支援内容（全体をとおして）

＜アドバイザーや国、厚生局との橋渡し＞

○次の支援に向けて何ができるか

ADや国、厚生局と相談し、確認した内容を町に分かりやすく伝えた。

町と打合せをし、いつまでに何をするかを決めた。

次回支援の内容の検討

○進捗状況の確認

電話やメールにて進捗状況の確認や困っていることについて一緒に悩み考えた。

○ADや国、厚生局と情報共有

支援日以外での打合せなどの情報共有。（打合せ内容の議事録作成）

＜当日支援のお手伝い＞

○当日の司会や記録（板書）

○当日の資料作成支援

7. 今後について

<今後の取り組みたいこと>

① 伴走支援のフォローアップ

町への継続的な支援の実施

② 他市町村への横展開

研修会や報告会の実施

※2月28日（火）県主催@介護予防支援市町村研修会開催

富士川町事例発表

③ 伴走支援の強化

チームとして市町村支援を行っていききたい

④ 管内市町村の状況把握

既存調査やヒアリングにより状況を把握していききたい

⑤ 庁内連携

一緒に
がんばろう！



8.まとめ

都道府県としての役割

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

心掛けたこと

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

新たな気づき

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