

令和6年度地域づくり加速化事業報告会

『介護予防』を庁内連携し、
推進していくために



青森県大鰐町保健福祉課介護保険係

大鰐町ゆるキャラ
もやっぴー

1 大鰐町の概要

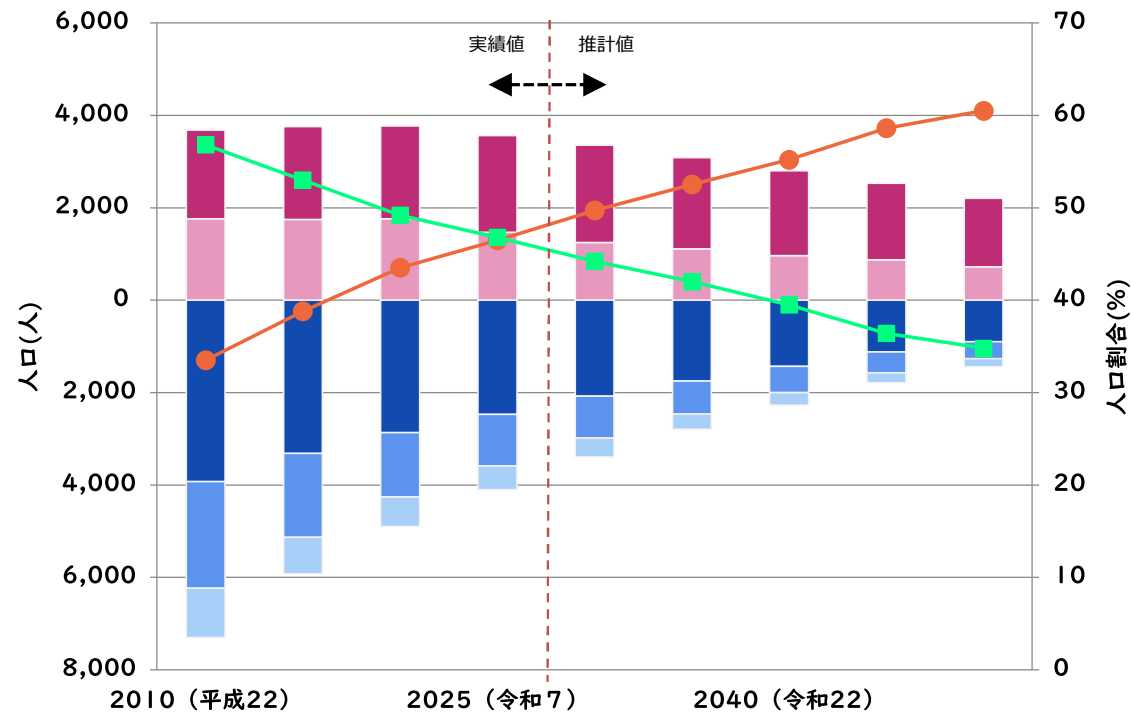
<令和7年1月末日>

- 人口:8,220人
- 高齢者人口:3,775人
- 高齢化率:45.9%
- 後期高齢者人口:2,175人
- 後期高齢者割合:26.5%
- 日常生活圏域:1圏域
- 地域包括支援センター:1カ所(直営)



2 高齢者の状況

■ 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（令和5（2023）年推計）」

大鰐町の高齢化率の降順		
(2020年10月時点)		
青森県内	10番目	40保険者
全国	208番目	1,570保険者
(2025年の推計値)		
青森県内	10番目	40保険者
全国	193番目	1,558保険者
(2040年の推計値)		
青森県内	9番目	40保険者
全国	121番目	1,558保険者

- 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



3 介護予防事業の実施状況

☪ 介護予防・生活支援サービス

- ・ 訪問介護サービス（従前相当）
- ・ 通所介護サービス（従前相当）
- ・ 訪問型サービスB
- ・ 通所型サービスC



☪ 一般介護予防事業

- ・ おたっしや講座
- ・ 通いの場
- ・ さわやかシニア教室



4 エントリーの動機

高齢化率が高く、住民参加型事業の参加者の大半は高齢者！
後期高齢の一体的事業もはじまり、
行っている事業に重複があるのでは？

住民参加型事業の参加者はリピーターが多い！
それ以外の人をどうやって取り込んで
いったらいいのかわからない。

課題

町内にリハビリの社会資源が乏しく、
リハビリテーションに関する事業を展開するにはどうしたらいいのか？

新規での介護保険申請は軽度の方が多いが、サービス利用に繋がっていないケースも多い。



職員が不足してきている中、重複する事業を整理し、専門職の支援を集中的に実施していくため、庁舎内だけでなく、地域の関係者と「町のあるべき姿」を共有しながら介護予防事業の見直しをしたい！

「助け合いで健やかな笑顔を育む」 町を目指す！



『住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けられる体制づくりに合わせた目線合わせ』
『地域包括ケアシステムにおけるそれぞれの役割を再認識』 する必要がある！



介護保険部門・後期高齢部門・ヘルス部門が連携し、



「介護予防を自分事として捉えられるアプローチ」をしていきたい！！



そのために解決したいこと

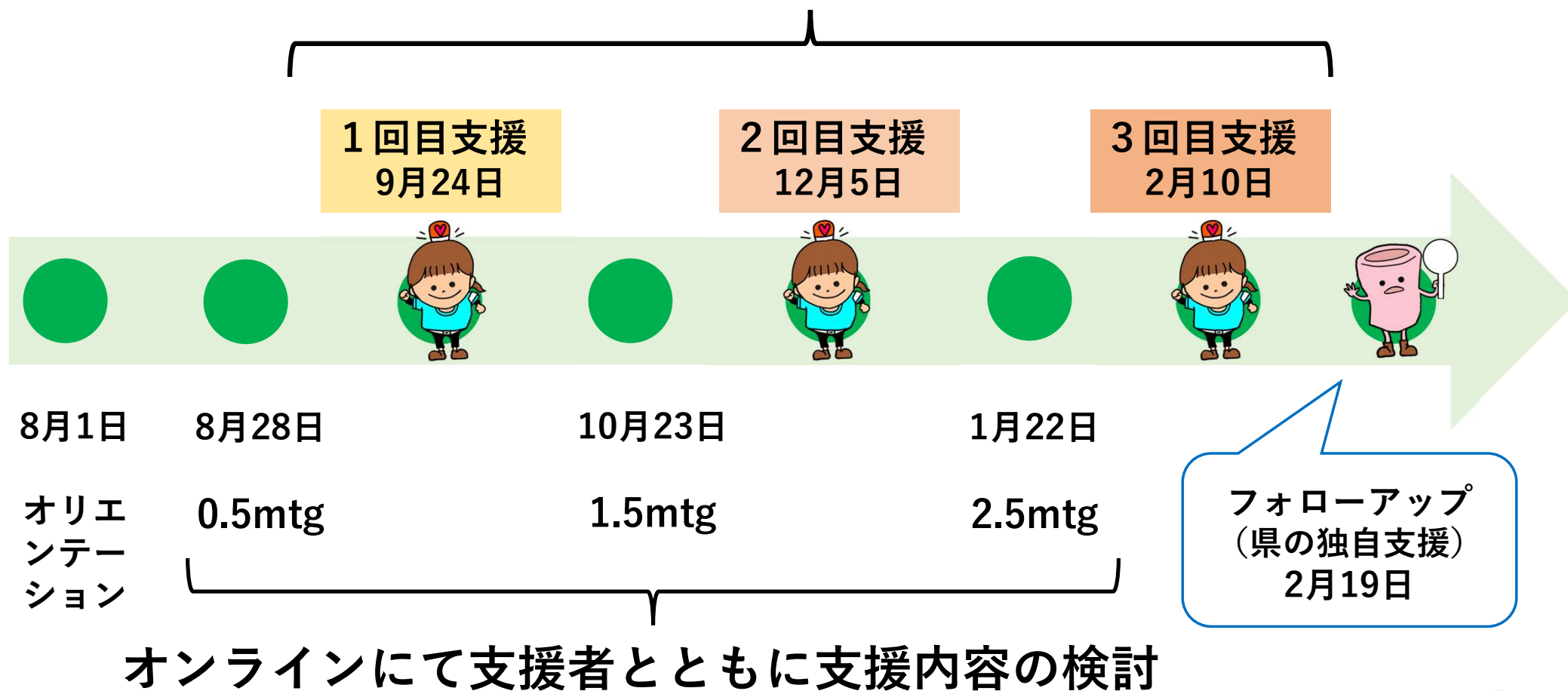
『介護予防』に関する庁内連携の仕組みづくりをしたい！

無関心層に対する介護予防の普及啓発を行うには？

リハビリの社会資源がない町でのリハビリの在り方について検討したい！

5 支援の流れ

現地での支援



🌀 第1回伴走支援（現地支援：9月24日）

内容：

- 加速化事業の概要説明
- 伴走支援の目線合わせ
- 市町村の現状と課題について
- ワーク
 - ① 元気な高齢者、困っている高齢者、無関心な高齢者の可視化
 - ② 無関心な住民に対してできるしくみの可視化
 - ③ 町の高齢者等支援の可視化

参加者：

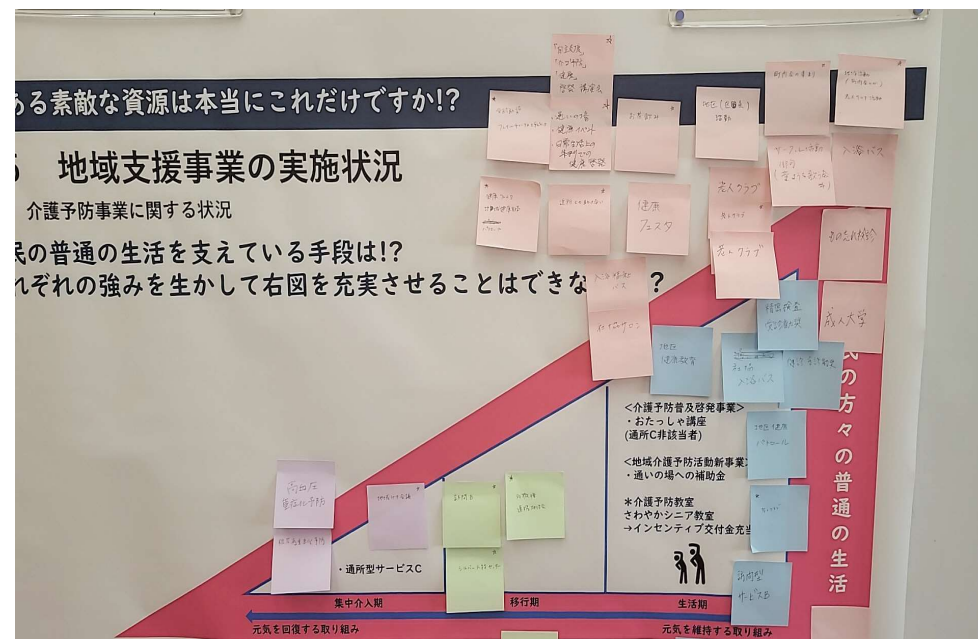
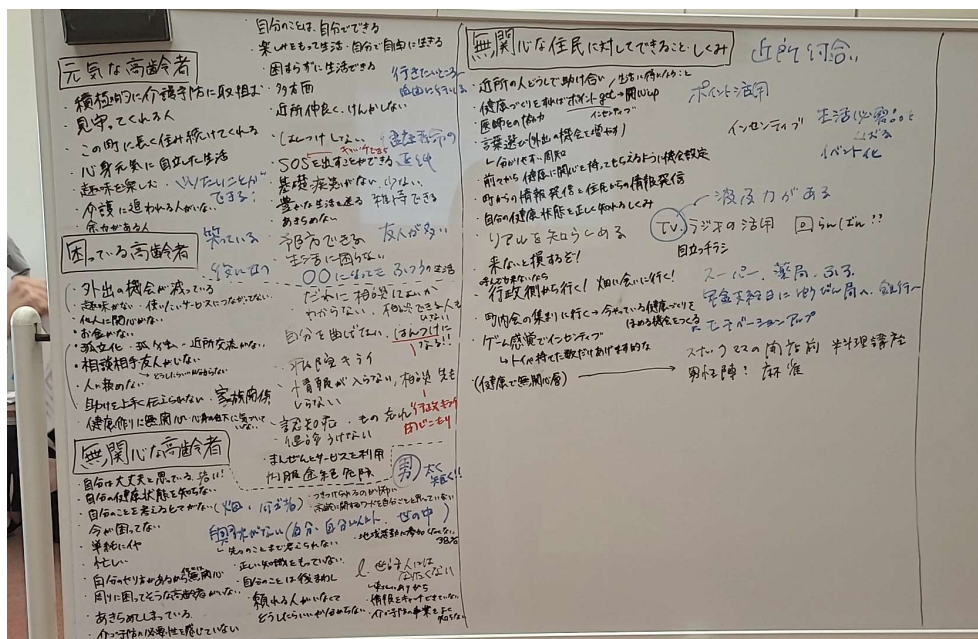
- 櫻井AD、東北厚生局、青森県、作業療法士会
- 保健福祉課（介護保険・地域包括支援センター・ヘルス）
- 住民生活課（国保（後期高齢））



🔥 第1回支援での気づき・学び



- 町民全員が参加してくれる事業はない！ターゲットを絞る必要がある。
- 住民は何をしているのか、何を必要としているのか「生の声」を知ることが重要。
- みんなで顔突き合わせて、話し合いをすることで「目線合わせ」ができた。



🌀 第2回伴走支援（現地支援：12月5日）

内容：

- 介護予防・自立支援とは
- 大鰐町の現状と課題について
- ワーク1
 - ① 大鰐町で、今までどおり暮らし続けていく上で、不安なこと、既に困っていること
 - ② 町がこうなるといいな
 - ③ 解決策や取り組みのアイデア
- ワーク2
 - ① 介護予防、フレイル対策となる状態像の整理
 - ② 大鰐町にある資源の整理

参加者：

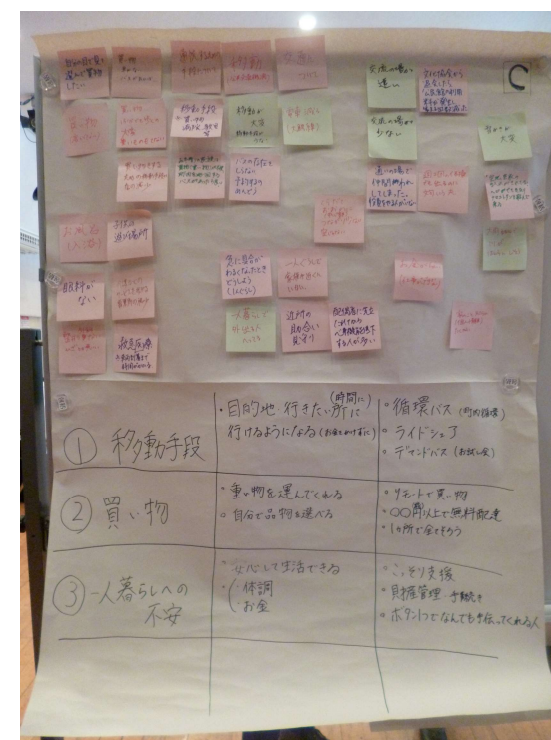
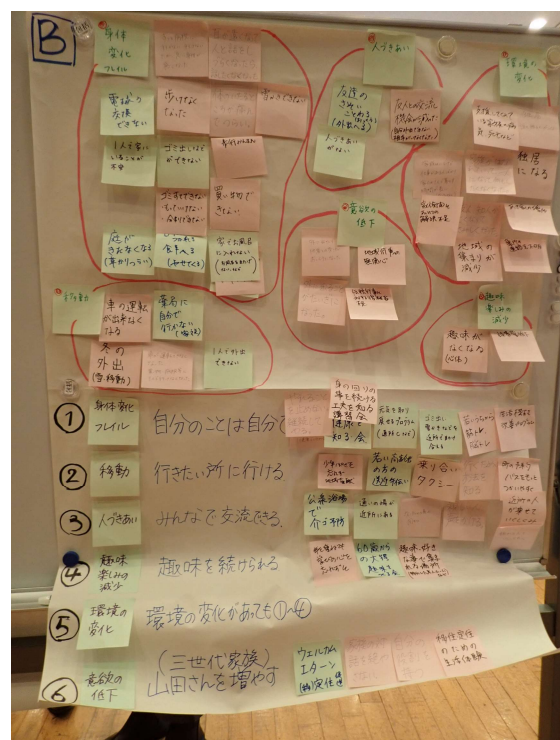
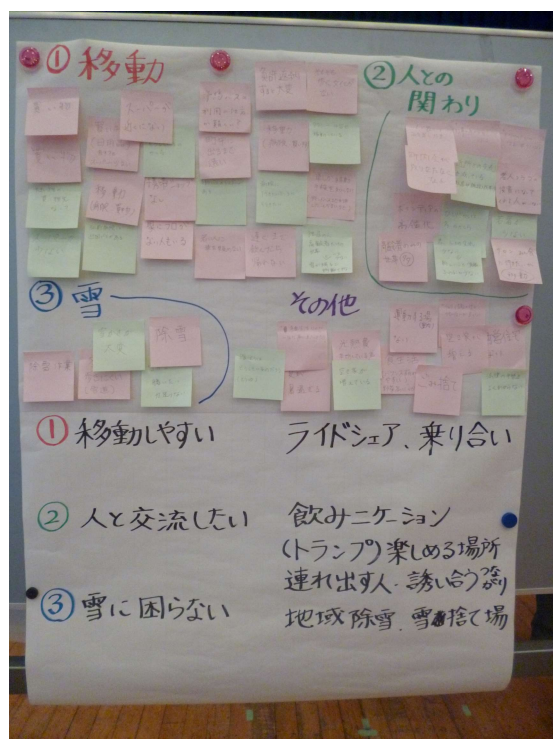
- 住民、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター
- 櫻井AD、東北厚生局、青森県、保健所、作業療法士会
- 保健福祉課
（介護保険・地域包括支援センター・ヘルス）
- 住民生活課
（国保（後期高齢））



🌀 第2回支援での気づき・学び



- 対象者の状態像の把握とアセスメントが重要。
- 対象者に合わせた事業の整理が必要。
- 住民目線での事業を考えるには直接意見を吸い上げることが必要不可欠。



🌀 第3回伴走支援（現地支援：2月10日）

内容：

- 町からの報告 1
各事業等対象像と内容の整理表について
- 町からの報告 2
各事業の現状と今後の見直し内容について
- 町からの報告 3
対象の把握・抽出の設定の工程表について

参加者：

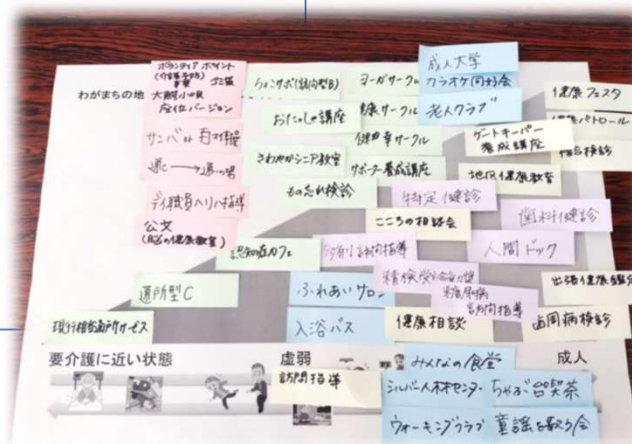
- 櫻井AD、東北厚生局、青森県、保健所、作業療法士会
- 保健福祉課
(介護保険・地域包括支援センター・ヘルス)
- 住民生活課
(国保（後期高齢）)

各事業の現状と今後の見直し内容

係名：地域包括支援係・介護保険係①

事業名	対象者の抽出・把握・接続（現状）	周知や事業内容の見直し案
通所型サービス（現行相当）	◆対象者の抽出 ・介護認定の要支援者 ◆把握 ・総合相談 ・介護保険申請（認定調査票） ◆接続 ・本人、家族の希望（大半） ・ケアマネ、包括のアセスメントの結果	◆入口 ・相談（インテーク）の見直し →統一した相談を受け付けができる体制構築 ・アセスメント方法の見直し ・ケアマネへ勉強会を実施し対応について統一化を図る ・認知症の診断→デイケアのケースが多いため、デイ以外の選択肢を検討できる体制を構築 ◆本体・出口 ・市内の事業所にリハを行う場所がないため、職員ヘデで実施できる運動の勉強会を実施 →可能であれば現行相当からの卒業できる体制を作ってみる！ ◆出口・入口 ・余暇目的希望の場合に、代替え手段がないかを検討できるようにする →生活支援コーディネーターに通りの場の一覧を作成してもらう
通所型サービスC	◆対象者の抽出 ・地区選定し、65歳以上（認定を受けていない）へ基本チェックリストを送付 ◆把握 ・上記対象者より返信があった者 ◆接続 ・上記把握後にチェックリスト該当者へ通知し希望があった者 ・チェックリスト該当者で直接動員し参加希望があった者	◆入口 ・地区単位で実施しているが、全域を対象とし中央での実施 ・対象者を絞るため、基本チェックリストのほか、後期高齢での抽出やヘルス部門での健診結果などで気になる人などを併せて対象者を抽出 ◆本体 ・リハ専門職の評価を前後に入れる ・現在は運動・口腔・認知の一体的な実施であるが、運動・口腔と認知を分ける等、対象者の低下している内容を精査して内容の組みなおしを検討する ◆出口 ・終了後の場として行く場所がないため、生活支援コーディネーターへ通りの場の一覧を作成してもらう

7



第3回支援での気づき・学び



- プレフレイルについて考えるきっかけとなった。
- 介護予防について、介護分野では「答え」（申請に至った原因疾患・介護度が重くなる疾病など）を持っている。そこから巻き戻していくと介護にならないためには、どこへ焦点をあてて、健康づくりをしていけばよいか見えてくる。そのため、ヘルス部門と情報共有し、事業を組み立てる！

各事業等対象者と内容の整理表について

係名：地域包括支援係・介護保険係

	通所介護サービス	通所型サービスC	おたっしや講座	さわやかシニア	ヨガサークル	健康サークル	プラザ南川原健康サークル	認知症カフェ	もの忘れ検診	訪問介護サービス	訪問型サービスB	老人クラブ
日常生活自立度チェックリスト												
疾病の安定度		病態が安定		病態が安定								
運動・活動制限	有	△		無	無	無	無	無	無			無
改善・維持・悪化	改善・維持	改善・維持→改善	改善・維持	改善・維持	改善・維持	改善・維持	改善・維持	改善・維持		改善・維持	改善・維持	改善・維持
疾患例	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・認知症	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患	・骨・関節疾患 ・生活習慣病 ・認知症 ・廃用症候群 ・脳血管疾患
頻度	週1～2	週1	不定期	月2	週1	週1～2	週1	2ヶ月に1回	2ヶ月に1回			
送迎の有無	有	無		無	無	無	無	無	—	—	—	無
入浴	有	無		無	無	無	無	無				無
専門職	保健師 歯科衛生士 管理栄養士			健康運動指導士	ヨガインストラクター	健康運動指導士	弘前健康リーダー					
内容	・全身運動			・全身運動	・基本的に座位で行える運動	・全身運動	・基本的に座位で行える運動 ・交流、レクリエーション等					

3

対象の把握・抽出の設定 工程表

すべきこと	何を	何のために	どのように	誰が	誰に	どの事業で	予算	いつ	どこで
対象の把握・抽出の設定 (各事業の対象者の把握及び抽出方法)	口腔フレイルの方の把握	口腔フレイルの方を把握し、必要な事業へ繋げるため 事業ではなく、住民のあるべき姿！	・歯周病検診 ・後期高齢者歯科健康診査 ・基本チェックリスト ・後期高齢者の質問票 ・総合相談	各課各担当 それぞれ明記したほうがよい	介護保険係	・歯周病検診 ・後期高齢者歯科健康診査 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ・介護予防把握事業 ・包括的支援事業		令和7年9月 (令和6年9月～令和7年8月まで分を抽出)	役場
【優先順位1番】	認知機能低下の方の把握	認知機能低下の方を把握し、必要な事業へ繋げるため	・基本チェックリスト ・後期高齢者の質問票 ・総合相談 ・もの忘れ検診	各課各担当	介護保険係	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ・介護予防把握事業 ・認知症総合支援事業		令和7年9月 (令和6年9月～令和7年8月まで分を抽出)	役場
	運動機能低下の方の把握	運動機能低下の方を把握し、必要な事業へ繋げるため	・基本チェックリスト ・後期高齢者の質問票 ・総合相談 ・骨密度検診	各課各担当	介護保険係	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ・介護予防把握事業 ・健康鑑定団 ・骨密度検診		令和7年9月 (令和6年9月～令和7年8月まで分を抽出)	役場
	低栄養状態の方の把握	低栄養の方を把握し、必要な事業へ繋げるため	・基本チェックリスト ・後期高齢者の質問票 ・総合相談 ・ルプミン値	各課各担当	介護保険係	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ・介護予防把握事業 ・特定健康診査(国保・後期高齢)		令和7年9月 (令和6年9月～令和7年8月まで分を抽出)	役場
	フレイル予備軍生活に変化があった人	フレイルの人たちの機能低下を防ぐため	何があかな？ 	SC 医療従事者					16

フォローアップ（2月19日）

内容：

- 第3回現地支援後の進捗状況について
- 各事業等対象像と内容の整理表について
- 課内連携の整理と具体的な行動の見える化について

参加者：

- 櫻井AD、東北厚生局、青森県、作業療法士会
- 保健福祉課（介護保険・地域包括支援センター）
- 住民生活課（国保（後期高齢））



課内連携の整理と今後の協働について（「対象者の抽出と把握」の場合）

対象	係	社会参加	生活範囲	こころ	お口	栄養	からだ
抽出	国保	・後期高齢者質問票	・後期高齢者質問票	・後期高齢者質問票	・歯科検診結果 ・レセプト	・健診BMI ・後期高齢者質問票	・後期高齢者質問票
	ヘルス	・自殺対策計画		・健康おおわに21 ・自殺対策計画	・健康おおわに21	・健康おおわに21 ・ベジチェック	・健康おおわに21 ・体組成・骨密度
	介護	・基本チェックリスト ・総合事業実施状況調査 ・SC協議体 ・地域ケア会議 ・日常生活圏域二重調査	・基本チェックリスト ・異動情報 ・免許返納者数 ・農家廃業 ・地域ケア会議 ・日常生活圏域二重調査	・基本チェックリスト ・もの忘れ検診結果 ・日常生活圏域二重調査	・基本チェックリスト ・日常生活圏域二重調査	・基本チェックリスト ・日常生活圏域二重調査	・基本チェックリスト ・地域ケア会議 ・日常生活圏域二重調査
把握	国保	・受付	・犬・猫火葬状況 ・受付	・受付		・受付	・受付 ・現代けんこう出版
	ヘルス			・相談会・ゲートキーパー		・健康バトロール ・食改	・健康バトロール ・集団検診問診
	介護	・総合相談窓口 ・通いの場 ・民生委員 ・町内会 ・サービスC	・総合相談窓口 ・訪問型サービスB	・総合相談窓口 ・サービスC	・総合相談窓口 ・サービスC	・総合相談窓口 ・サービスC	・総合相談窓口 ・サービスC

6 伴走支援を受けての成果



㊦ 庁内連携体制の強化

- ・ 紆余曲折はあったが、お互いの事業の内容や事業に対する「思い」や「悩み」を共有することで、目指すべきことは一緒だと再確認！
- ・ 目標に向かってお互いにできることは何だろうと皆で考えることができ、アイディアも倍に！！

㊦ 気づかずにいたが、社会資源はたくさんあった！？

- ・ 支援を受ける前は、無いもの探しをしていたが、支援を受け、皆で話をしていく中で、『元気な人に対する事業はたくさんある！』という気づきに繋がった。

㊦ 対象者像の整理表、事業見直しの手法の習得→実践

- ・ 介護予防事業を見直していく中で、対象者像と事業内容の整理表、工程表などのツールを活用し、皆で話し合いながら決定し、進めていく体験ができた。
- ・ 地域の現状や課題を把握するための手法・手段を知ることができた。

7 今後に向けて

🌀 今後も各部署と連携し共有 → 共有の波及を！

- ・各部門の事業の状態像の整理の実施 → 運用
- ・各部門と連携し、データと住民の声から早期にフレイルドミノを防ぐことができる体制を構築していく！そこから、わが町にあった介護予防事業や健康教室を見つけていく！
- ・関係部署で共有ができれば、町×事業所、町×住民など共有を広げていき、理解を得ていく！

🌀 介護予防のヒントが詰まっている「住民の声」を拾っていく

- ・生活支援コーディネーターと連携を強化
- ・各部署の事業参加者・対象者のほか、日頃より連携している方たち（保健協力員・食生活改善推進員・民生委員など）から聞こえてくる生の声を関係部署で共有し、量的データの裏付けへ！



ご支援くださいました皆様に、
心より感謝申し上げます。



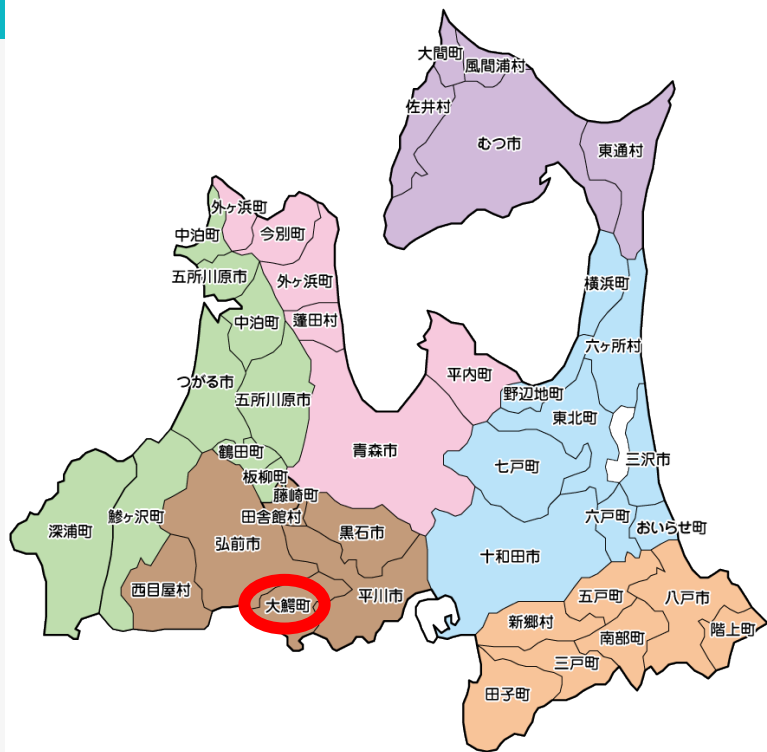
ご清聴ありがとうございました

地域づくり加速化事業報告会 【青森県】



青森県健康医療福祉部高齢福祉保険課

青森県の概要



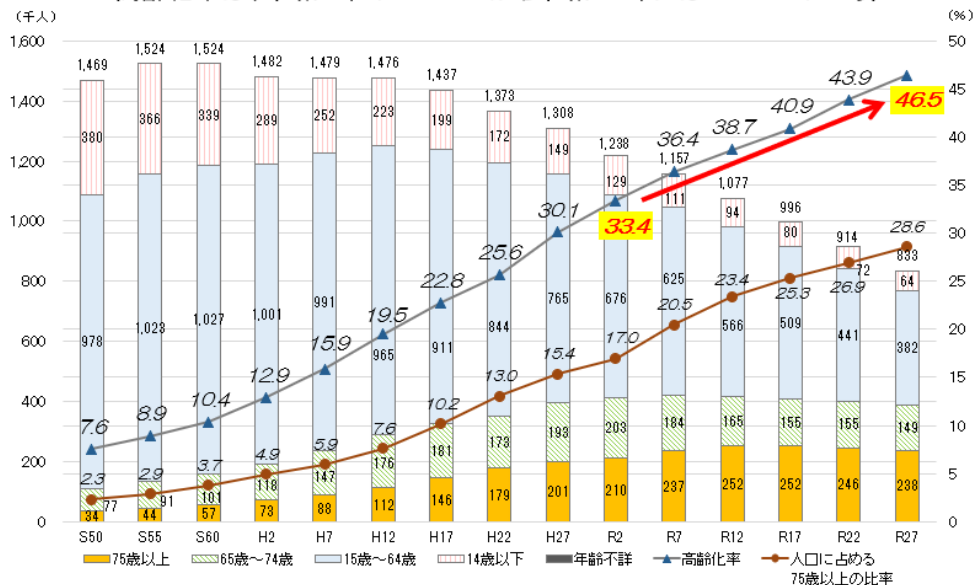
人口 : 1,203,216人 (R6.2)

65歳以上人口 : 420,078人 (R6.2)

高齢化率 : 34.91% (R6.2)

管内市町村数 : 40市町村

高齢化率は、令和2年の33.4%から令和27年には46.5%に上昇



青森県による大鰐町支援の取組

①県の支援体制

- ・ 高齢福祉保険課 高齢者支援グループは3名体制で支援
- ・ 県保健所1名も支援に参加

②県内専門職への支援依頼

青森県作業療法士会 平川先生に支援チームへの参加を依頼

③支援チームとの調整

アドバイザー・東北厚生局等の支援チームとメール等でのやりとり

④国支援終了後のフォローアップ

2/19 フォローアップ開催

⑤研修会の開催→他市町村への波及

2/19 櫻井アドバイザーの講義（大鰐町の実践例も紹介）



心がけたこと、今後に向けて



心がけたこと

- 総合事業の見直しに向けた支援の手法を学ぶこと。
- 東北厚生局による支援終了後も、県として支援を継続できる体制を整えること。
(=保健所、県内専門職の支援参加)
- 今後の取組の方向性を整理すること。
- 町やアドバイザーの意向を尊重しつつ、県として必要と考えることを伝えること。

今後に向けて

- 大鰐町の住民が元気になる仕組みづくりがさらに進むよう、伴走支援を続けたい。
- 定量・定性データの整理・分析・見える化等についてさらに学びたい。
- 今回の伴走支援で学んだことを、市町村の支援に活用したい。

ありがとうございました

櫻井アドバイザー、東北厚生局の皆様、大変ありがとうございました。





東松島市

自分らしく暮らし続けられるまち 東松島
～みんなでつなぐ 地域の輪～

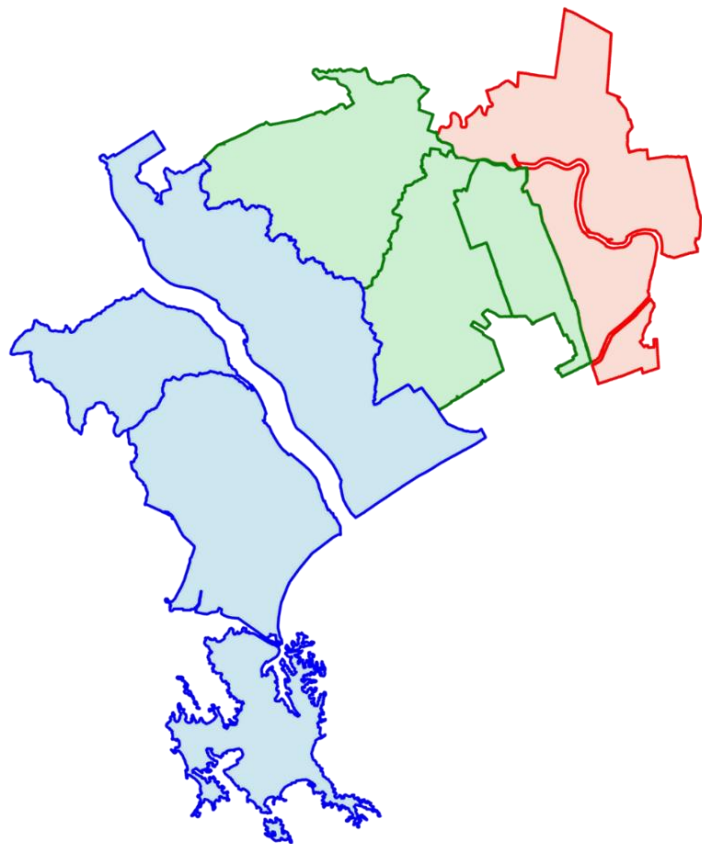
令和 6 年度
地域づくり加速化事業
市町村支援報告会

資料

令和 7 年 3 月 6 日

生活支援・介護予防サービスの検討に向けて

1. 東松島市の概要



(令和6年4月1日現在)

■人口：38,168名

■高齢者人口：11,927名

■高齢化率：31.2%

■後期高齢者人口：6,247名

■後期高齢者割合：16.4%

■面積：101.9km²

■日常生活圏域：3圏域

■東松島市は平成17年4月1日に旧矢本町と旧鳴瀬町が合併し発足した市で、宮城県仙台市の北東にあります。

2. 高齢者の概要

■人口の推移

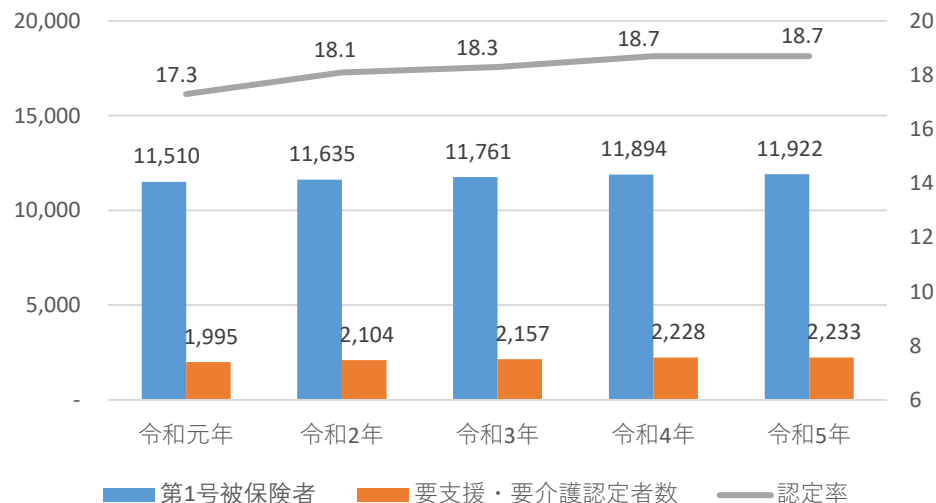
単位：実数(人)、構成比(%)

区分		東松島市					
		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	
年少人口 (0～14歳)	実数	5,006	4,849	4,752	4,603	4,396	
	構成比	12.6	12.3	12.0	11.8	11.4	
生産年齢人口 (15～64歳)	実数	23,301	23,077	22,836	22,471	22,130	
	構成比	58.5	58.3	58.0	57.6	57.6	
高齢者人口 (65歳以上)	実数	11,509	11,655	11,804	11,913	11,923	
	構成比	28.9	29.4	30.0	30.6	31.0	
	前期高齢者 (65～74歳)	実数	5,910	6,012	6,141	6,038	5,809
		構成比	14.8	15.2	15.6	15.5	15.1
	後期高齢者 (75歳以上)	実数	5,599	5,643	5,663	5,875	6,114
		構成比	14.1	14.2	14.4	15.1	15.9
総人口		実数	39,816	39,581	39,392	38,987	38,449

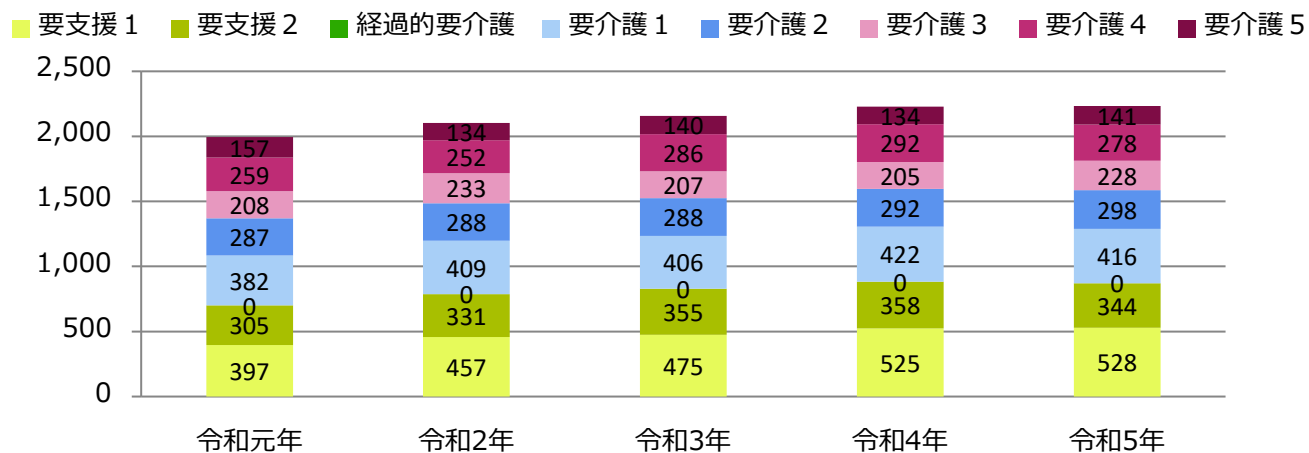
※東松島市：住民基本台帳(各年10月1日現在)

2. 高齢者の概要

■要支援・要介護認定者数・認定率の推移



■要介護度別の推移



(注目する地域) 東松島市

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和4,5,6年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

2. 高齢者の概要

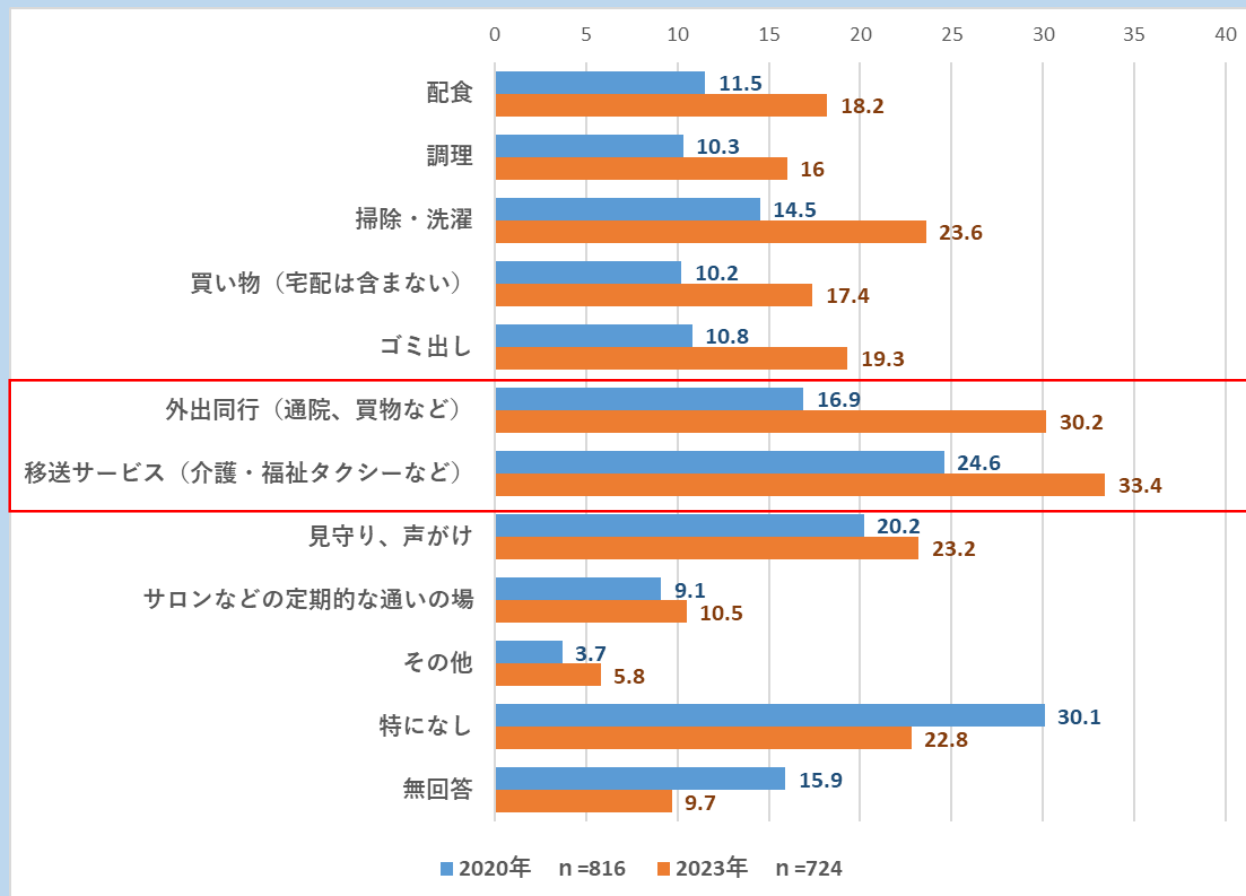
■ 日常圏域の高齢者状況 令和5年度末(令和6年4月現在)

生活圏域					
	人口	高齢者	高齢化率	認定率	地域特性
矢本東	9,194	2,629	28.6%	18.5%	地域の中心部については、航空自衛隊松島基地が地域内にある事と、港までのアクセスがいいことから、元自衛官や船乗り等他の地域からの移住者が多い。
矢本西	5,609	1,851	33.0%	19.3%	北側の小松地域と鹿妻・道地地区及び南部の立沼地区については、以前から農業等を共同でやっていたこと等もあり、地域の中の関係性については比較的できている。市の中心部に位置する四反走や河戸地域についても、昔から居住している方も多く、住民の関係性は良好である。
大曲	5,099	1,444	28.3%	17.4%	旧矢本町に位置し、北・東を定川に、西側をブルーインパルスで有名な航空自衛隊松島基地に囲まれた地域。平成23年東日本大震災の津波で大曲浜地域が甚大な被害を受け集団移転を余儀なくされ、あおい地区へ転居された方が多くいる。
赤井	7,782	2,329	29.9%	17.3%	北部を中心にネギやイチゴなどの施設園芸が盛んである。また、線路沿いやその付近には商業施設や医療・福祉施設があるほか学校、免許センターなどの公共施設もある。下区、柳の目西・東地区は矢本のスーパーより石巻のイオンに行く方が近い。
大塩	2,572	835	32.5%	17.6%	北西に位置し自然豊かな丘陵地帯である。大部分は森林と田畑に囲まれているが、大塩小学校の周辺には住宅地が形成され、グリーントウンやもとには食品加工工場など民間企業が集積している。鷹来の森運動公園などの地域資源もあり、週末には県内外から小中高生や高齢者などの健康づくりの場として活用されている。
小野	4,799	1,648	34.3%	21.0%	鳴瀬総合支所等の公共施設や、鳴瀬桜華小学校、鳴瀬未来中学校など文教施設が集積するほか、JR仙石線の陸前小野駅がある。北部は森林や農地が広がっているほか、鳴瀬奥松島 IC 付近にはひびき工業団地がある。
野蒜	2,676	969	36.2%	21.9%	高台への市街地移転として「野蒜ヶ丘」が造成され、住宅や災害公営住宅、文教施設や医療福祉施設が整備された。JR 仙石線の駅舎として野蒜駅、東名駅、大塚駅がある。
宮戸	437	222	50.8%	27.5%	漁業、農業、観光業など生涯現役で働ける機会がある。また大高森や嵯峨溪、奥松島縄文村歴史資料館や宮城県立松島自然の家、月浜海水浴場など観光地としての魅力があり交流人口は多い。
合計	38,168	11,927	31.2%	19.0%	

3. 在宅介護実態把握調査_結果比較

○今後の在宅生活に必要な支援・サービスについて、2020年と2023年の回答率を比較すると、すべての項目で充実が必要と感じる回答が増加し、「特になし」という回答も減少している。

○特に、増加した項目は、「ゴミ出し」(178%増)、「外出同行(通院、買物など)」(178%増)、「買い物(宅配は含まない)」(170%増)の順となっている。支援・サービスの需要が増加している背景として、社会情勢の影響(家族介護力の不足)が考えられる。



4. 東松島市地域支え合い推進会議体制（生活支援体制整備事業）について

2025年(令和7年)までに「地域包括ケアシステム」を構築するため、本事業は、介護保険法第115条の45第2項第5号に基づき、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、医療、介護のサービス提供のみならず、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、商工会、民生委員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、「多様な日常生活上の支援体制の充実・強化」、「高齢者の社会参加の推進」を一体的に図っていくことを目的としています。

東松島市では、この事業を推進するため、第1層協議体/東松島市地域支え合い推進会議、第2層協議体、第3層協議体/小地域（自治会）の各協議体体制を整備し、定期的な情報共有や連携強化、生活支援ニーズに対応した地域活動支援に取り組むべく、関係者が一緒にアイデアを出し合って具体的な支援策を検討する等、各協議体が互いに連携し介護予防や生活支援の仕組みづくりへの重層的な役割を担う事を目的としています。

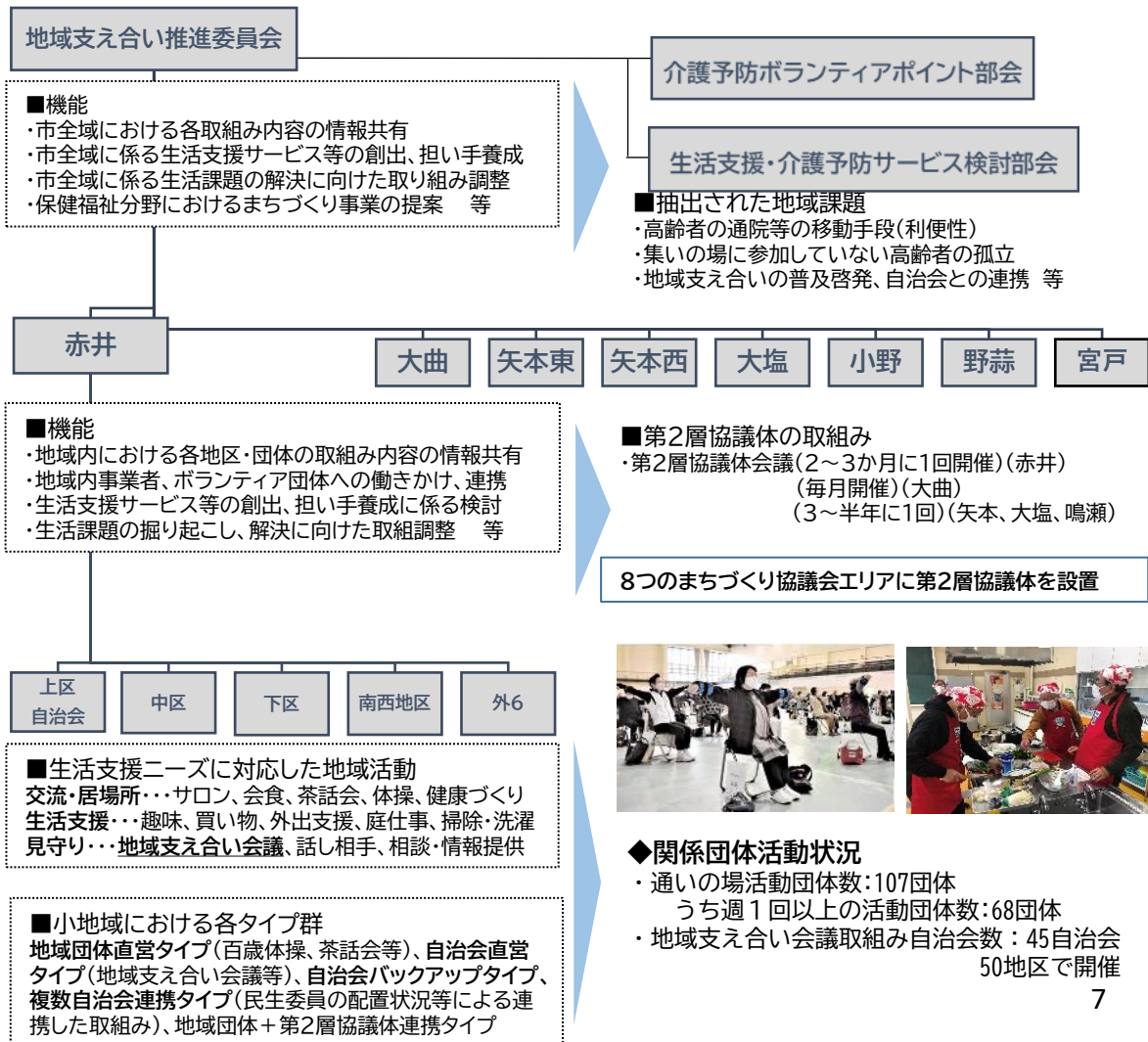
<第1層協議体の構成>
有識者、各まちづくり協議会、介護サービス事業者
地域福祉団体(民生委員、老人クラブ)、商工会
ボランティア団体、行政(市民協働課)



<第2層協議体の構成>
自治会役員、介護サービス事業者、ボランティア団体
地域福祉団体(民生委員、サロン関係者)、集落支援員等



<第3層協議体の構成>
自治会役員、介護サービス事業者、ボランティア団体
地域福祉団体(民生委員、サロン関係者)、集落支援員等



5. 伴走支援にエントリーした理由

■エントリーした理由について

- ・「生活支援・介護予防サービス検討部会」を令和4年度に設置し、総合事業の充実に向けた検討に取り組んでいる。

→住民互助により生活支援と一体的に行われる移動・外出支援の普及方策として「住民主体の移動支援」について検討。

- ・デマンド型乗合タクシーを運行しているが、市外への運行ができないため、二次医療圏内における移動（市外病院への通院）に課題を抱えている。また、ADLが低下した高齢者が利用しにくい状況にあるため、デマンド型乗合タクシーを補完する新たな移動手段を確立し、地域で自立した生活を送るための選択肢を拡大していく必要がある。

→専門家から状況整理や検討項目、進め方について助言をいただきながら「住民主体の移動支援」の実現を図る。

■相談したい内容について

- ・地域住民主体の移動支援にかかる財源の確保の仕方
- ・地域住民主体の移動支援実施を行う場合の補償制度
- ・事務局の運営方法及び人員の確保
- ・市内公共交通機関関係者との合意形成

6. デマンド型乗合タクシー「らくらく号」

乗り合いタクシー

「らくらく号」

バス停のない「小さなバス」
乗り合いでゆっくりお出かけしませんか？

予約センター

(はよー いこいこ)

TEL84-1515

事前登録が必要
大人 300円
小学生 100円
免許返納者 100円



免許返納者は市役所本庁舎2階復興政策課窓口で申請が必要です

「らくらく号」の時刻表 ※お昼時間は運行していません

午後	8:15	8:45	9:15	9:45
午後	10:15	10:45	11:15	11:45
午後	13:15	13:45	14:15	14:45
午後	15:15	15:45	16:15	16:45

予約方法

予約の電話をする前に確認してください！

- ・チケットはお持ちでしょうか？
- ・車内でチケットは購入できません
- ・予約したい時間帯で時間に余裕がありますか？
- ・(乗りたい便の30分以上前までに予約しましょう)

※8時15分便は前日までに予約してください

①電話番号をおかけ間違いのないようお願いいたします。
0225-84-1515

②乗る方の自宅の電話番号(登録している番号)と名前を伝えてください。

③乗りたい日と乗りたい便を伝えてください。

④乗りたい場所と降りたい場所を伝えてください。

⑤オペレーターより予約内容の確認をいたしますので、すぐに電話は切らず、最後まで話を聞いてください。

予約型乗り合いタクシーとは？

利用したい人が事前に予約し、自宅から目的地へ、戸口から戸口に送迎する乗り合い型の交通手段の事です。名前と車両はタクシーですが、内容は乗り合い運行を行うバス停のない「小さなバス」です。
あちこちに寄り道しながら運行するため、時間は多少余分にかりますが、ご自宅まで迎えに行きます。

運行情報

- 運行範囲 東松島市内
- 運行日 月曜日から土曜日まで
(日曜・祝日・12月29日～1月3日を除く)
- 運行時間 8時15分便から16時45分便
3人乗りのセダンタイプ
- 運行車両 ※車両に記載されているピンク色の「らくらく号」マークが目印です。
- 予約受付時間 運行日の8時から16時30分
※予約は3日前から可能です。
- 対象者 市民及び市内に通勤・通学する方
※ご自分で乗り降りできる方に限ります。
- 乗車券 らくらく号は乗車券(チケット)でのお支払いになります。市内取扱店での事前の購入をお願いいたします。
※車内での現金払い及び乗車券(チケット)の購入はできませんのでご注意ください。

らくらく号は、東松島市の新しい公共交通機関として、平成21年度にスタートいたしました。今後の継続的な運行に向け、「乗り合い運行の仕組み」について、ご理解をお願いいたしますとともに、公共のマナーを守り、みんなで気持ちよく利用できるよう利用者のみなさまのご協力をお願いいたします。

3. お荷物は、扉元における範囲をお願いします。

①法令により、ドライバーは運転席から離れられません。また、乗車定員には限りがありますので、大きな荷物はご注意ください。

※忘れ物した場合、予約センターでの保管期間は約6ヶ月間です。

4. 急病の方、一人で乗車下車ができない方は原則としてご乗車できません。

- ①「らくらく号」は、乗り合い運行をするため、高齢の方や吐き気、腰痛等の急病状態のある方は、ご乗車できません。
- ②「らくらく号」は、介護タクシーとしての機能を有しておりませんので、ご自分で乗り降りできる方がご利用できます。

5. 公共のルールは順守されるようお願いいたします。

- ①「らくらく号」は、小さなバスです。公共のルールを守り、飲酒や大声など、同乗の方が不快になるような行為はしないよう、ご協力をお願いいたします。
- ②らくらく号に関する要望・苦情等がございましたら、「東松島市地域公共交通活性化協議会事務局(市役所復興政策課・市商工会)」にご連絡ください。ドライバーは乗客のみなさまの安全確保を第一として運転いたしておりますので、ドライバーに直接、要望・苦情等はご連絡くださいますよう、お願いいたします。

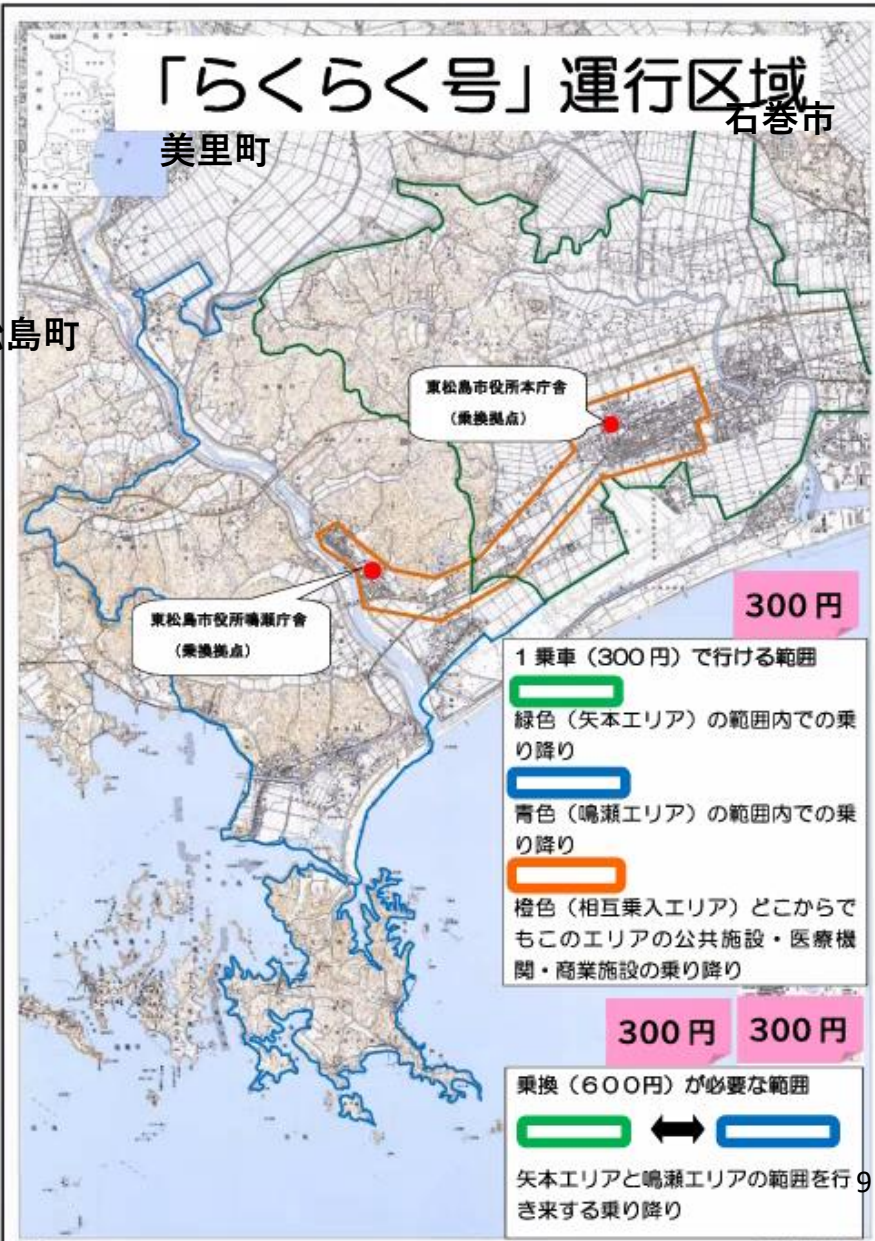
問い合わせ
東松島市役所復興政策課
基地対策・地域振興係 TEL0225-82-1111
東松島市商工会 TEL0225-82-2088

松島町

「らくらく号」運行区域

美里町

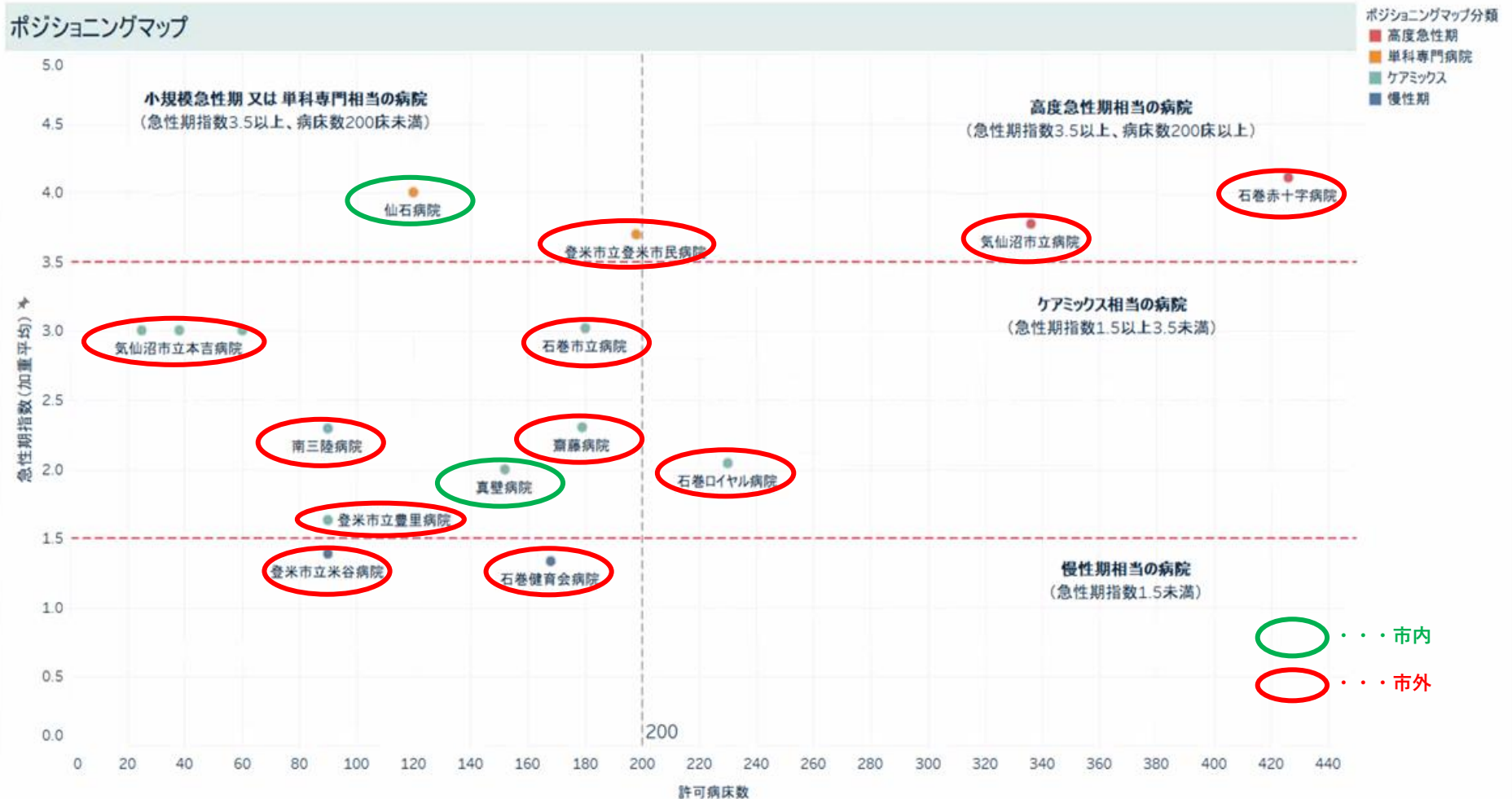
右巻市



7. 医療圏（石巻・登米・気仙沼）における資源状況

- 当医療圏において、石巻赤十字病院と気仙沼市立病院が高度急性期相当の病院として位置している。

ポジショニングマップ



8. これまでの経緯について

■介護予防ボランティアポイント検討部会

開催年度	内 容
令和4年度	・ 概要及び趣旨説明 ・ ボランティアポイントについて意見交換 ・ スケジュール確認 ・ 先進地事例研修の実施 「東松山市シニアボランティアポイントの取り組み」
令和5年度	・ 埼玉県東松山市、東京都稲城市へ視察研修 ・ 部会内「社会参加」の定義、必要性和目的についての確認 社会参加の定義 「社会から孤立していない状況で、東松島市内の人と関わりを持って、行事にただ参加するのではなく担い手（役割をもって）活動している状態」と決定。 ・ 第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のためのアンケート分析結果について確認 →東松島市の課題として、地域活動を行う際の担い手不足や担い手になってくれそうな住民とのつながりが少ないことがあげられた。 ・ 事業の対象及び内容、今後の進め方について検討 趣味のグループや地域活動に参加していない層を対象とする。今年度については、視察や部会員の意見の整理を重点的に行った。
令和6年度	・ テスト運用に向けて要綱の整備を行い、検討していく。



9. これまでの経緯について

■生活支援・介護予防サービス検討部会

開催年度	内 容
令和4年度	・概要及び趣旨説明 ・市内のニーズ状況について（高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画アンケート） ・東松島市内のインフォーマルサービスの状況について ・市内で必要と思われる生活支援について意見交換
令和5年度	・生活支援ニーズの洗い出し 介護保険計画策定に伴うアンケート結果とひがまつ安心サポート事業などの相談状況などより、市内において在宅生活の継続に必要と感じるサービスで特に増加した項目が「ゴミ出し」「外出同行」「買い物」であった。 ・フォーマルサービスとインフォーマルサービスの整理、市内の生活支援・介護予防サービスの現状共有 現在の市内のサービス状況実施状況について整理、特に移動に関するサービスに関して課題があることを共有した。 ・移動支援実施に向けた今後の進め方について検討 ・「住民主体の移動支援の基礎知識」オンライン研修の実施 講師 全国移動サービスネットワーク 副理事長 河崎民子氏 テーマ 「住民主体の移動支援の基礎知識」
令和6年度	・山形県天童市、東根市へ先進地視察研修を実施(NPO法人 ふれあい天童) →地域づくり加速化事業において。第1回現地支援にて先進地視察研修の振り返りを行う。 ・テスト運用に向けて、東松島市地域活性化協議会要綱の整備や検討を行う。



10. 地域づくり加速化事業伴走支援1回目(令和6年9月26日)

■現地視察参加者

市役所福祉課職員、生活支援コーディネーター、大塩小松台地区の地域住民(計9名)

■内容

①石巻赤十字病院、石巻ロイヤル病院までの経路及び市境の確認

②大塩小松台地区の地域住民との意見交換会

- ・ 普段、乗り合いで移動を行うことも多い。(百歳体操、サロン活動等)

- ・ 将来を見据えて移動支援の仕組みを作っていきたい。

- ・ 特に買い物、病院の通院に困っている。

- ・ 移動支援を行うならば、普段使い慣れている自家用車を使用したい。

- ・ 事故等が起こってしまった際の対応や補償に不安を感じている。

→仕組みづくり、補償に対するサポートがほしい。



10. 地域づくり加速化事業伴走支援1回目(令和6年9月26日)

■生活支援・介護予防サービス検討部会参加者

市役所福祉課職員、復興政策課職員、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、生活支援・介護予防サービス検討部会委員(計13名)

■内容

- ①地域づくり加速化事業の概要説明
 - ②東松島市の現状・課題について
 - ③意見交換Ⅰ
住民主体の移動支援にかかる視察(ふれあい天童)の振り返り
 - ④事例紹介
 - ・松戸市の取組み
 - ・移動支援について(保険など含む)
 - ⑤意見交換Ⅱ
東松島市での住民主体の移動支援の地域ニーズについて
 - ⑥振り返り
 - ・ここまでの整理
 - ・移動支援の対象者となる方等のイメージの共有が必要
 - ・移動支援のみではなく、多様な支援のメニューもある形(訪問B型)が望ましいのではないかという意見があった。
- 例) 病院の付き添い、買い物支援 等



1 1. 地域づくり加速化事業伴走支援2回目(令和6年11月5日)

■生活支援・介護予防サービス検討部会参加者

市役所福祉課職員、復興政策課職員、生活支援コーディネーター、小松台地域住民、生活支援・介護予防サービス検討部会委員(計16名)

■内容

- ①地域づくり加速化事業の概要（第1回目支援まとめ及び小松台地域テストについて）説明
- ②グループワーク
 - ・移動について
 - 前回のワークシートの回答結果の共有と各地域の具体的話
 - ・東松島で今まで通り暮らし続けていくためにいいこと、不安なこと、すでに困っていること、こうなるといいなということ、解決できそうなこと
- ④意見交換
 - グループワークでのまとめ、全体共有
- ⑤事例紹介
 - 水谷東安心まちづくり協議会の事例を共有。
- ⑥今後の方向性の確認
 - ・小松台地域テスト運用に向けて準備を行う。
 - ・テスト運用実施可能な地域候補地域や取組について、引き続き検討していく。



12. 地域づくり加速化事業伴走支援3回目(令和7年1月29日)

■生活支援・介護予防サービス検討部会参加者

市役所福祉課職員、復興政策課職員、生活支援コーディネーター、小松台地域住民、生活支援・介護予防サービス検討部会委員(計14名)

■内容

①小松台地域テスト運用にかかる意見交換会(小松台地域住民のみ)

- ・アンケート集計結果について
- ・ロードマップ検討について
- ・意見交換会

②意見交換会(部会委員)

- ・前回部会の振り返り
- ・ネクスト小松台について
- ・グループでのまとめ、全体共有

③今後の方向性の確認

- ・関係機関との連携を図り、今後の方針やロードマップ、予算等について検討する。
- ・地域活性化協議会へのアプローチの仕方について検討する。



13. 伴走支援を通しての気づきや学び

■第1回支援

- ・大塩地域(小松台地域住民)において、地域住民主体の支援活動について活発で意欲的であること、事故発生時の補償等について不安があることを知ることができた。
- ・個別支援ニーズが高いこと、支援対象者については絞りこみをかける、ルール設定を行うことの重要性。
- ・部会委員全員での意見交換会では、意見を出し合うことが難しいことがわかった。

■第2回支援

- ・部会委員や地域住民が少人数で意見を話すことができたので、それぞれの思いをヒアリングできた。
- ・小松台地域住民の住民主体の移動支援にかかるモデル運用について具体的な対象者や支援方法等をグループワークでヒアリングし、イメージを共有することができた。

■第3回支援

- ・小松台地域住民のアンケート結果において、地域住民の現在の移動方法等や地域ニーズを把握することができた。
- ・ネクスト小松台の意見交換において、移動支援の在り方や整理する事項等について様々な意見を聞くことができた。

1 4 . 伴走支援で力を入れたポイント

- ・ 地域住民や部会委員ひとりひとりの意見を尊重できる環境づくり。
→少人数のグループワークを開催。
- ・ 地域住民、部会委員それぞれの会議テーマに応じた現地支援プログラムの編成
→現地支援の会議を二部制にして地域住民、部会委員で時間帯を分けて開催。



15. 伴走支援の成果・効果

- ・事例紹介や保障制度等の情報共有をしたことで、より具体的な実施イメージを想像しながら検討を進めることができた。
- ・地域住民、部会委員の意見やニーズを引き出すことができた。
- ・各関係機関との情報共有や庁内連携の強化を図ることができた。
- ・テスト運用候補地（小松台地域住民）を選定することができた。



16. 今後に向けて、ロードマップ

- ①テスト運用実施に向けて市としての方針、予算確保方法等について再検討。
- ②各関係機関や庁内連携の強化
→地域公共交通活性化協議会との合意形成に向けて市復興政策課等と協議及び検討。
- ③地域支え合い推進会議、地域包括ケア推進会議に諮る
→承認
- ④要綱整備、テスト運用準備

令和6年度地域づくり加速化事業市町村支援に係る報告会

令和6年度地域づくり加速化事業 宮城県からの報告



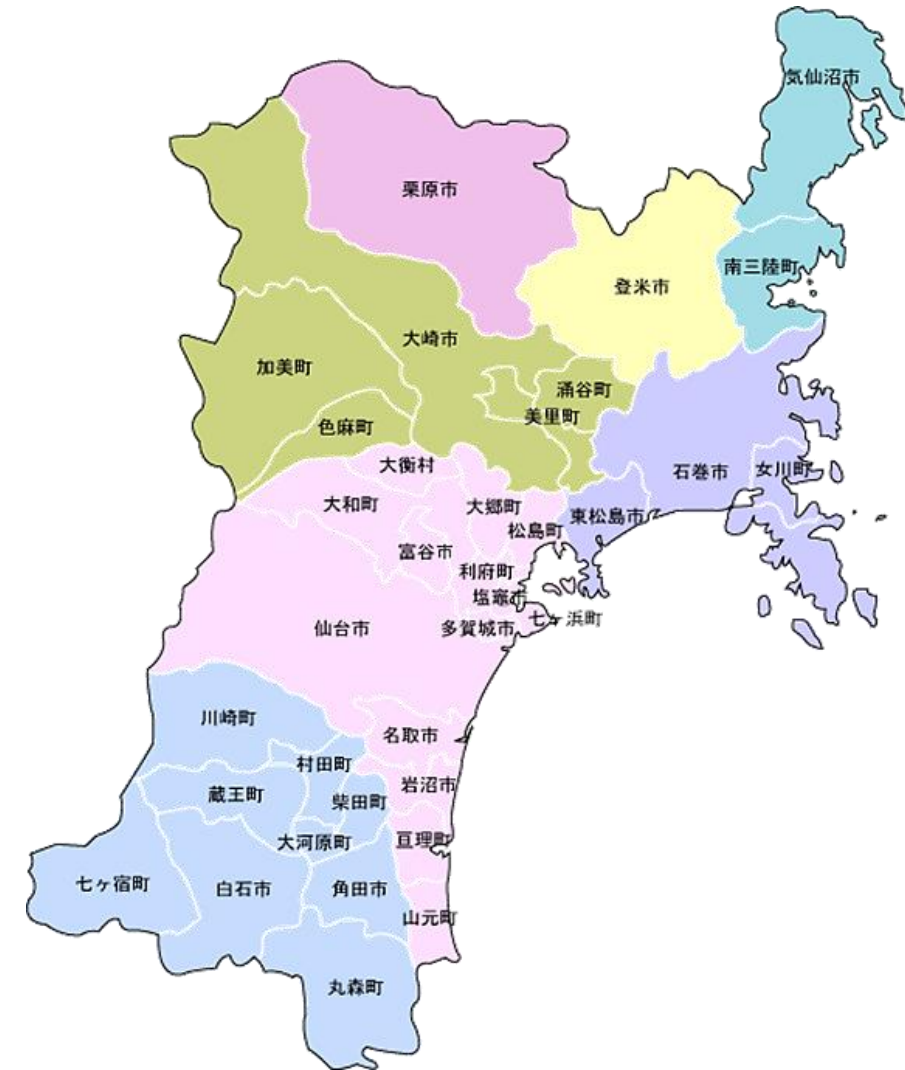
宮城県保健福祉部
長寿社会政策課
地域包括ケア推進班

宮城県の概要

総人口	2,230,658人 (0.7%減)		
高齢者人口 (65歳以上人口)	657,655人 (0.5%増)	高齢化率	29.5% (0.4上昇)
後期高齢者人口 (75歳以上人口)	348,083人 (1.6%増)	(総人口に 占める割合)	15.6% (0.7上昇)
		(65歳以上人口 に占める割合)	52.9% (1.6上昇)
ひとり暮らし高齢 者	157,439人	(65歳以上人口 に占める割合)	23.9% (0.9上昇)
要介護（要支援） 認定率	19.1% (0.6%増)		

※（ ）内は前年比

(出典) 宮城県「高齢者人口調査(令和6年)」 調査時点 令和6年3月31日
要介護(要支援)認定率は「介護保険事業状況報告」



令和6年度地域づくり加速化事業 開始前の経過

○令和5年度の地域づくり加速化事業に関わって感じていたこと

令和4年度も令和5年度も県内市町村が実施することになり、県（本庁）も関わったが、コロナ禍で保健福祉事務所の関わりが難しかった。事業内容や目的等も十分に共有できていない…

・本庁職員の不安

地域づくり加速化事業実施後の変化等の把握・フォローアップ、市町村に関わりきれているか？ など

・保健福祉事務所職員の不安

事業がイメージできない・業務量がどれくらい増える？・どんな立ち位置で関わったら良いのか？ など

令和6年度地域づくり加速化事業 開始前の経過

○令和5年度の地域づくり加速化事業に関わって感じていたこと

令和6年度からは、本庁と保健福祉事務所が役割分担しながら一緒に関わられるようにしたい！



保健福祉事務所との目線合わせ

地域づくり加速化事業の目的や令和5年度実施内容等について、あらためて保健福祉事務所の地域包括ケア担当者等と情報共有・意見交換。令和6年度からは市町村がエントリーする場合、保健福祉事務所と相談のうえエントリーしてもらい、市町村が選定・不選定の場合とも必要に応じて関わることの合意形成を図った。

保健福祉事務所による東松島市への関わり

身近な伴走者として、東松島市の状況等を把握しバックアップ

○オンラインmtg・現地支援の同席

特にオンライン打合せでは、厚生局やアドバイザーの方から伝えられたことに対して、市がどのように受け止めたかの雰囲気（不安？困惑？当日までにできそう？等）を把握しにくい

⇒市と同じ場所から打合せに参加することで、雰囲気を把握

⇒mtg前後の市の本音や思い、考えたことを共有

○市と支援者 双方の思いをうまくつなげる

0.5mtgで1回目現地支援の方向性を検討するにあたり、東松島市が取り組んできた経過や思いが、支援者側と共有しきれなかったことを把握したため、長寿社会政策課に情報提供

⇒0.75mtgを開催することになり、市の取組経過等をあらためて共有できた

⇒1回目現地支援の目的や組み立てを見直すことにつながった

保健福祉事務所による東松島市への関わり

身近な伴走者として、東松島市の状況等を把握しバックアップ

○進捗状況等の確認や資料作成の支援

- ・ 電話等で進捗状況を確認（市の負担にならない範囲で）
- ・ 随時、市の思いを聞きながら方向性の再確認
- ・ 現地支援当日資料の作成協力 等

○事業終了後の継続的支援

地域づくり加速化事業での東松島市への支援は今年度で終了するが、今後も市の取組は続いていく
⇒毎回のmtg・現地支援に同席してきたため、その経過を踏まえた関わりができる
⇒市の状況や困りごと等を把握しながら、市の必要に応じて県のアドバイザー派遣等による支援を検討

支援を通じて感じたこと

○規範的統合(関係者間での意識の共有)の重要性

事業を効果的にすすめるためには、目的や対象者等の意識を共有できており、達成するための方法等を共に考え、話し合えるチーム形成が必要（行政担当者・生活支援コーディネーター・地域包括支援センター等）

地域住民や連携が必要な関係機関と協働していくためには、どのような対話や伝え方ができると、より良い合意形成ができるかをチームで考えることも大切

○移動支援における多様な連携の必要性

移動支援は関係法令や事例が多岐にわたり、行政だけ・福祉部局だけ・生活支援コーディネーターだけで考えることは難しい。移動支援に詳しいアドバイザーとの連携や、交通関係者・介護事業者等との連携・合意形成ができるよう、検討する体制を整えていく必要がある

○地域住民のありたい姿をかなえる市町村の関わり方

市町村が地域住民のありたい姿をひきだし、共に実現しようとする関わりができれば、住み慣れた地域で暮らし続けられる可能性が高まる

令和6年度地域づくり加速化事業市町村支援に係る報告会

ご清聴ありがとうございました

アドバイザー・東北厚生局・事務局の皆様
積極的に取り組んでくれた東松島市の皆様
ありがとうございました！
これからもよろしくお願いします。



©宮城県・旭プロダクション

令和6年度地域づくり加速化事業 東北厚生局主導型伴走支援



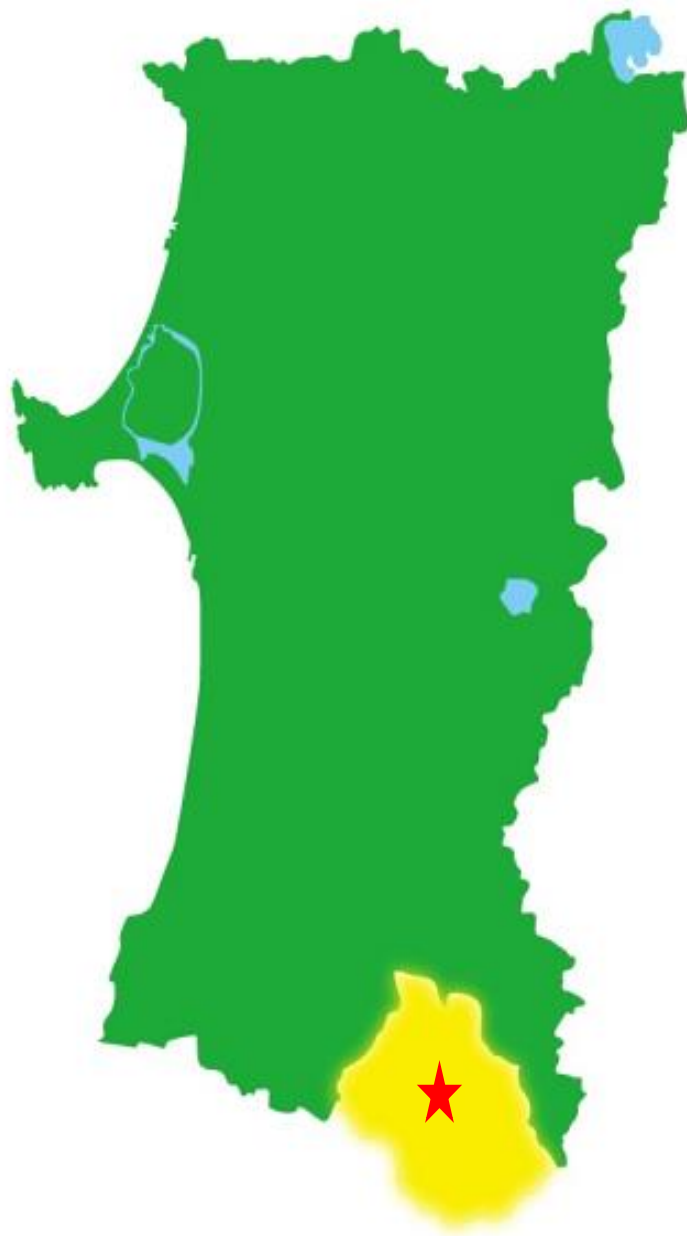
秋田県湯沢市 長寿福祉課
地域包括支援センター 菅 智子

1. 湯沢市の概況

- 面積：790.91 km²
- 人口：39,851人
- 総世帯数：17,417世帯
- 高齢者人口：17,018人
- 高齢化率：42.71%
- 後期高齢者人口：9,237人
- 後期高齢者割合：23.18%

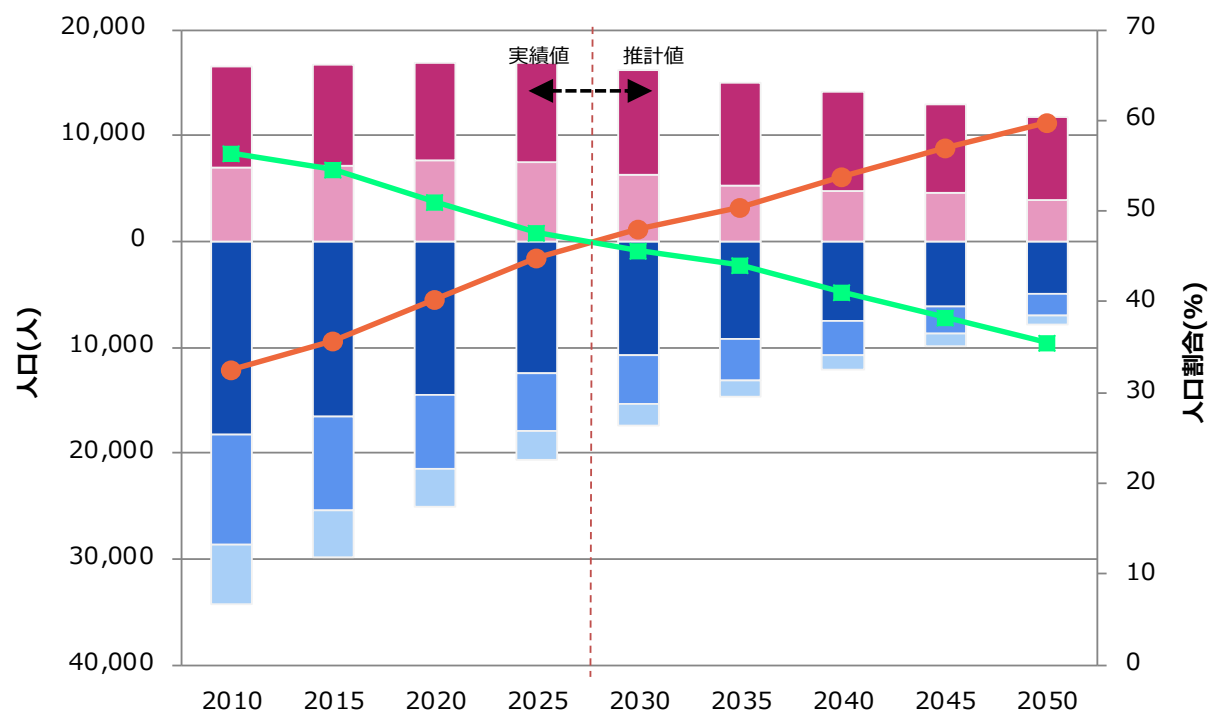
2024/07/31

湯沢市は、秋田県南部に位置しており南の玄関口とも呼ばれている。日本有数の豪雪地帯であり、市内全域が特別豪雪地帯に指定されている。
日本三大うどんの一角「稲庭うどん」や、川連漆器、地酒、三関せりが有名。



2. 高齢者の状況

湯沢市の人口の推移



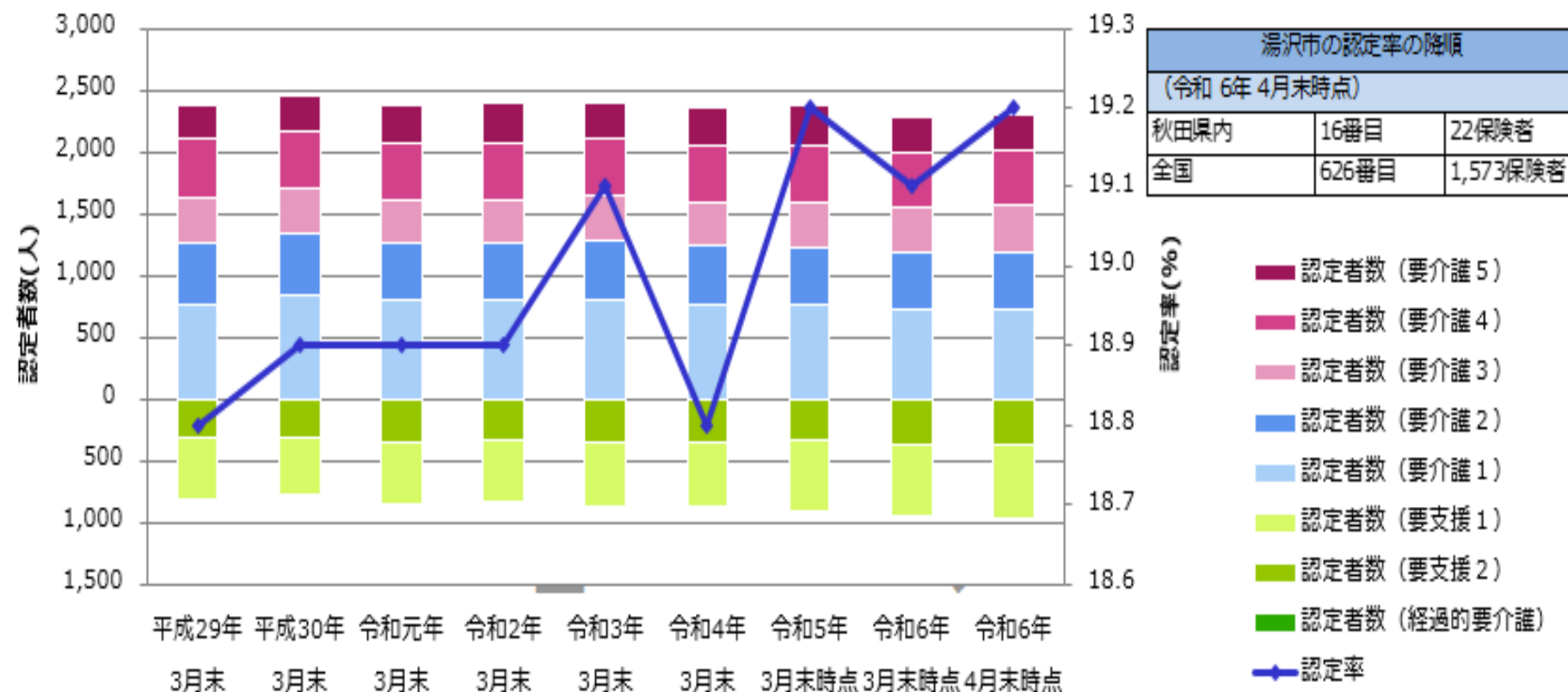
湯沢市の高齢化率の降順		
(2020年10月時点)		
秋田県内	13番目	22保険者
全国	383番目	1,570保険者
(2025年の推計値)		
秋田県内	11番目	22保険者
全国	271番目	1,558保険者
(2040年の推計値)		
秋田県内	10番目	22保険者
全国	164番目	1,558保険者

- 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（令和5（2023）年推計）」

湯沢市の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



(出典) 平成28年度から令和3年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和4年度から令和5年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和6年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

新規要支援・要介護認定者数（年齢別）

		全国	秋田県	湯沢市
新規要支援・要介護認定者（65-69歳）	(%)	5.4	5.2	5.2
新規要支援・要介護認定者（70-74歳）	(%)	12.1	11.0	8.4
新規要支援・要介護認定者（75-79歳）	(%)	18.3	14.8	11.3
新規要支援・要介護認定者（80-84歳）	(%)	26.6	24.3	21.0
新規要支援・要介護認定者（85-89歳）	(%)	24.2	28.8	33.1
新規要支援・要介護認定者（90歳以上）	(%)	13.3	16.0	21.0
新規要支援・要介護認定者数（65-69歳）	(人)	72,133	694	38
新規要支援・要介護認定者数（70-74歳）	(人)	161,253	1,463	61
新規要支援・要介護認定者数（75-79歳）	(人)	242,887	1,965	82
新規要支援・要介護認定者数（80-84歳）	(人)	353,622	3,228	152
新規要支援・要介護認定者数（85-89歳）	(人)	321,940	3,826	240
新規要支援・要介護認定者数（90歳以上）	(人)	175,956	2,131	152
新規要支援・要介護認定者数合計	(人)	1,327,791	13,307	725

（時点）令和4年(2022年)

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」
（令和5年9月10日時点データにて集計）

新規要支援・要介護認定者数（要介護度別）

		全国	秋田県	湯沢市
新規要支援・要介護認定者（要支援1）	(%)	26.2	21.1	29.2
新規要支援・要介護認定者（要支援2）	(%)	17.2	15.6	11.4
新規要支援・要介護認定者（要介護1）	(%)	24.6	26.8	26.9
新規要支援・要介護認定者（要介護2）	(%)	12.0	13.9	10.8
新規要支援・要介護認定者（要介護3）	(%)	7.2	8.0	6.1
新規要支援・要介護認定者（要介護4）	(%)	7.7	8.7	9.5
新規要支援・要介護認定者（要介護5）	(%)	5.2	5.9	6.1
新規要支援・要介護認定者数（要支援1）	(人)	347,510	2,811	212
新規要支援・要介護認定者数（要支援2）	(人)	228,403	2,074	83
新規要支援・要介護認定者数（要介護1）	(人)	326,197	3,567	195
新規要支援・要介護認定者数（要介護2）	(人)	159,076	1,856	78
新規要支援・要介護認定者数（要介護3）	(人)	95,679	1,062	44
新規要支援・要介護認定者数（要介護4）	(人)	101,969	1,152	69
新規要支援・要介護認定者数（要介護5）	(人)	68,957	785	44
新規要支援・要介護認定者数合計	(人)	1,327,791	13,307	725

（時点）令和4年(2022年)

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」
（令和5年9月10日時点データにて集計）

・男女の傾向

令和6年7月31日現在

性別	総人口	高齢者数	高齢化率	事業対象者数	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	要支援 要介護 合計
男	19,238	7,309	38.00%	80	176	95	209	156	129	105	60	930
女	20,613	9,709	47.11%	360	411	295	502	305	259	334	221	2,327
合計	39,851	17,018	42.71%	440	587	390	711	461	388	439	281	3,257

・日常生活圏域別の傾向

令和6年7月31日現在

日常生活圏域	世帯数	人口 (男)	人口 (女)	人口 (合計)	65歳以上 人口 (男)	65歳以上 人口 (女)	65歳以上 人口 (合計)	高齢化率	平均年齢	一人暮らし 高齢者 数(人)	一人暮らし 高齢者 数(%)	事業対象 者数	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	要支援 要介護 合計
湯沢	11,344	12,160	13,214	25,374	4,318	5,837	10,155	40.03%	55.2	2,578	10.17%	255	390	223	419	282	222	232	137	1,905
稲川	2,855	3,439	3,594	7,033	1,397	1,789	3,186	45.31%	57.4	615	8.75%	136	102	70	129	78	75	76	37	567
雄勝	2,431	2,733	2,841	5,574	1,211	1,568	2,779	49.86%	59.8	643	11.54%	42	80	87	124	81	61	81	74	588
皆瀬	787	906	964	1,870	383	515	898	48.03%	59.1	234	12.52%	7	11	8	32	18	26	43	29	167
市外	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	7	2	4	7	4	30
合計	17,417	19,238	20,613	39,851	7,309	9,709	17,018	42.71%	57.9	4,070	10.22%	440	587	390	711	461	388	439	281	3,257

3. 地域支援事業の実施状況

介護予防・日常生活支援総合事業

◆サービス・活動事業

訪問型サービス（1号訪問事業）	1,948人（相当：1,843人 A型：105人）
通所型サービス（1号通所事業）	6,386人（相当：3,784人 A型：2,602人）
高齢者食事サービス事業	187 人（3,781 食）
介護予防ケアマネジメント件数	6,088 件

（R5年度実績）



3. 地域支援事業の実施状況（一般介護予防事業）

< 介護予防把握事業 >

医療機関と連携し、心配な方が
居れば通報していただく

< 介護予防普及啓発事業 >

iPadを使用した
「脳若健康教室」の開催（17名参加）



< 地域介護予防活動支援事業 >

介護予防団体交流会 仲間っこの集い



介護予防サポーター
フォローアップ講座



< 地域リハビリテーション活動支援事業 >

デイサービスにて 介護予防活動団体へ



4. 今回伴走型支援にエントリーした理由、相談したい内容

<当市の課題>

介護予防・生活支援サービス事業の利用者は年々増加しているのに対し、一般介護予防事業、特に「通いの場」の創設が伸び悩んでいる。高齢者の介護予防における選択肢がサービス事業一択となっていることが、結果として総合事業におけるサービス提供費の額が増加し続けており、毎年、上限超過のための個別協議を行っている。

<相談したいこと>



地域の集いの場を増加させたい。



多様な選択肢
の創出！

- ・どんなアプローチの仕方があるか。
- ・新規の場所を立ち上げるのか。
- ・既存の集いの場を活用していくのか。
- ・そもそも方向性に間違いはないか。

5. 地域資源の現状

生活圏域	人口	高齢者人口	高齢化率	地域資源	地域特性
湯沢地域	25,374人	10,155人	40.03%	(医) 24か所 (歯) 15か所 介護予防活動団体 8か所 介護予防サポーター 26人 通所事業所 9か所 (A型 2か所) サロン 71か所	8地区からなり中心部から山間部まで範囲は広い。 地区内のつながりや生活課題など内容は異なる。
稲川地域	7,033人	3,186人	45.30%	(医) 2か所 (歯) 2か所 介護予防活動団体 3か所 介護予防サポーター 11人 通所事業所 2か所 (A型 1か所) サロン 36か所 (全町内会)	稲庭うどんや川連漆器、三梨牛など湯沢市を代表する産業により形作られている。地区ごとのサロンが活発化してきている。
雄勝地域	5,574人	2,779人	49.86%	(医) 1か所 (歯) 2か所 通所事業所 5か所 (A型 2か所) サロン 30か所 (7割の町内会)	日本三大銀山である院内銀山や、県内最古の秋ノ宮温泉郷が有名。菅元総理生誕地。高齢化率が一番高い地区。山間部のサロンの継続が難しくなっている。 (移動の問題・後継者の問題)
皆瀬地域	1,870人	898人	48.03%	(医) 1か所 (歯) 1か所 通所事業所 1か所 サロン 15か所 (全町内会)	市の中心部から南東に20km。稲作中心の農林業と小安峡温泉を核とした観光業が基幹産業。少子高齢化が著明ながらも、昔ながらの地域のつながりがある。

2005年3月22日
1市2町1村が合併
新「湯沢市」が誕生



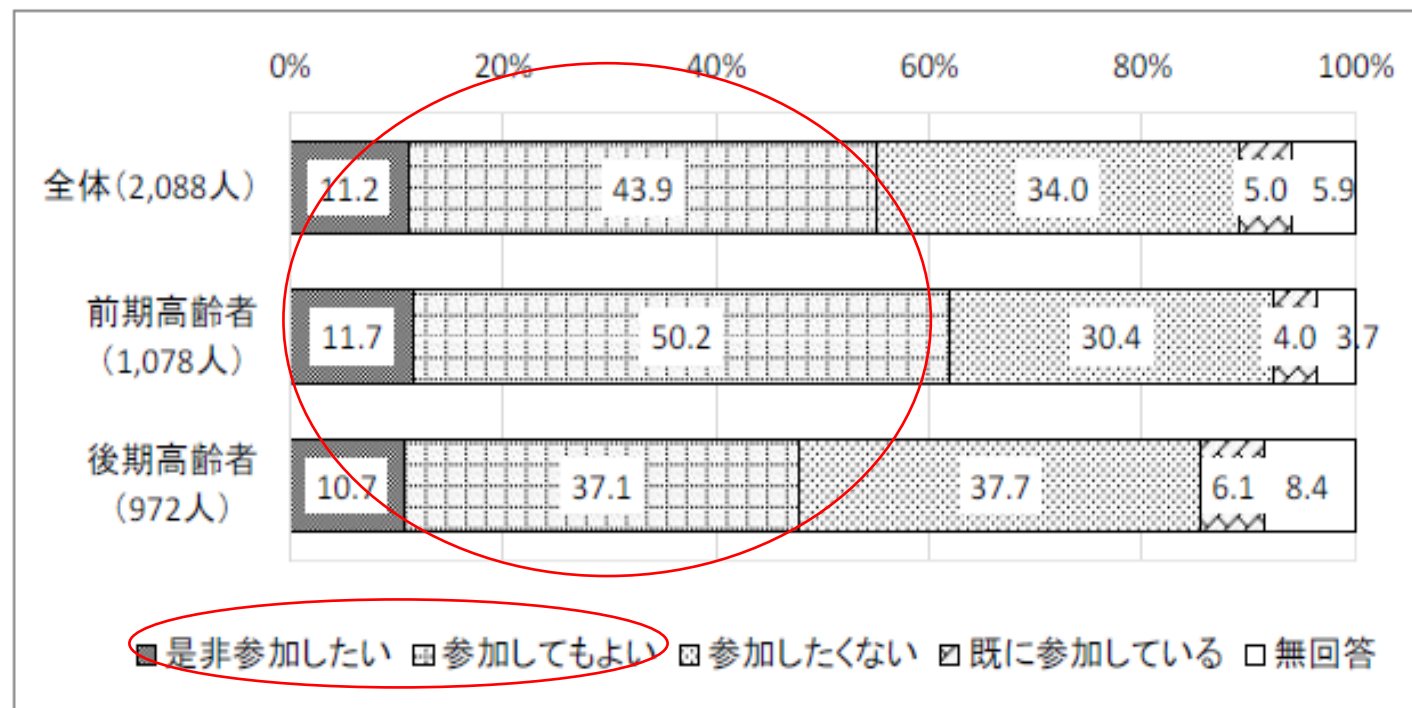
通所事業所
(従前相当・A型)
分布図



介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より

Q:健康づくり活動や趣味等のグループ活動について

＜参加者としての参加意向＞

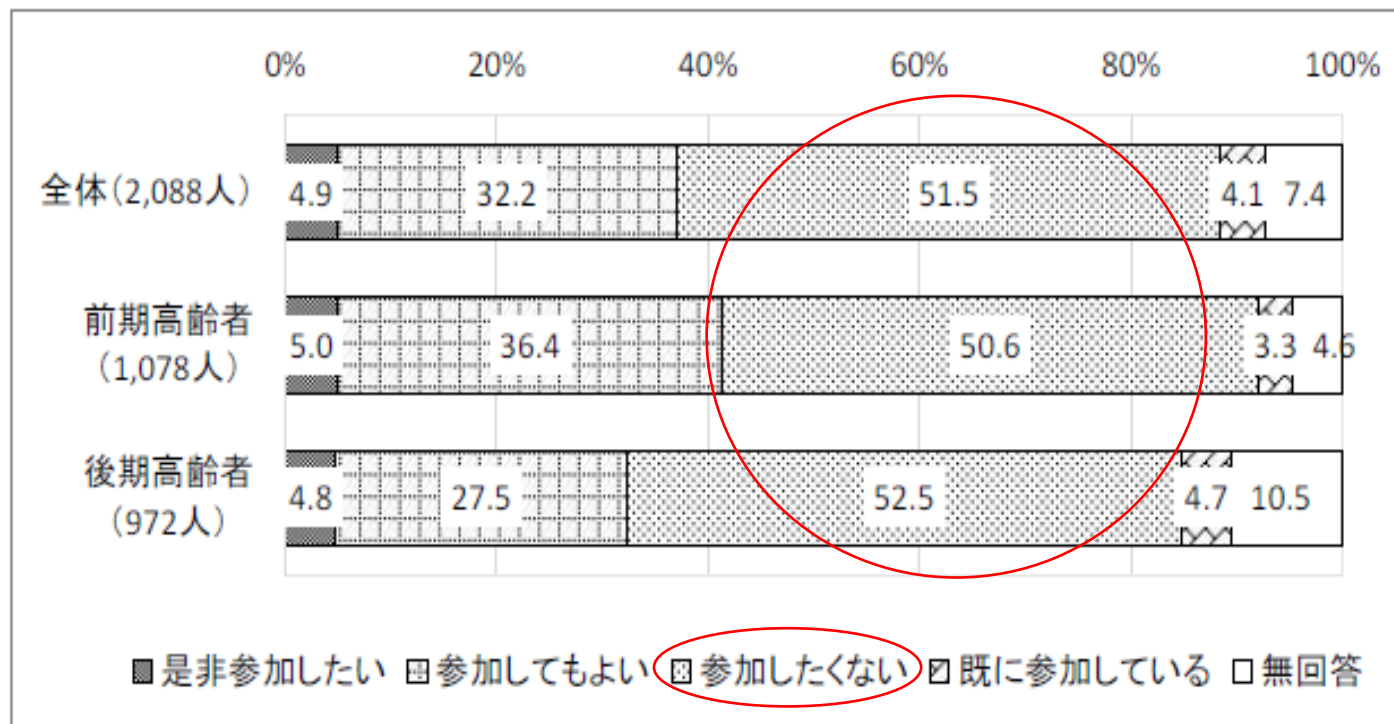


「参加者として
参加意向がある」
55.1%!

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より

Q:健康づくり活動や趣味等のグループ活動について

<企画・運営（お世話役）としての参加意向>



企画・運営としての
参加意向
「参加したくない」が
51.5% . . .

参加者：市長寿福祉課、SC、委託包括、県社協
県介護予防アドバイザー

5. ～第1回目現地支援～ (9/12)

時間	内容
9:00～	開会
9:05～ 9:10	あいさつ(3分)
9:10～ 9:30	自己紹介(20分)
9:30～ 9:40	地域づくり加速化事業の概要説明(10分)
9:40～10:00	市町村の現状と課題について(20分)
10:00～10:30	プレゼンに係る意見交換(30分)
10:30～12:00	現地見学2か所
12:00～13:00	昼休憩(60分)
13:00～13:30	ワーク説明(ロジック)(30分)
13:30～14:00	介護予防活動団体見学(会議室)(30分)
14:00～16:00	ワーク(ロジック)(120分)
16:00～16:05	振り返りシート記入(5分)
～16:05	閉会
16:05～16:30	事後振り返り(25分)



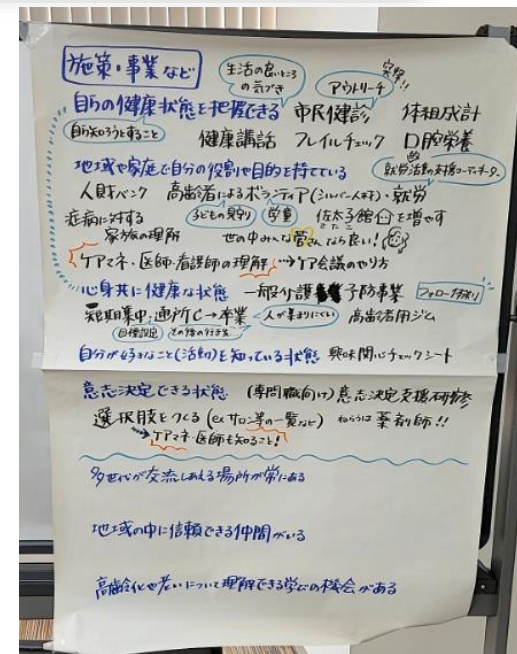
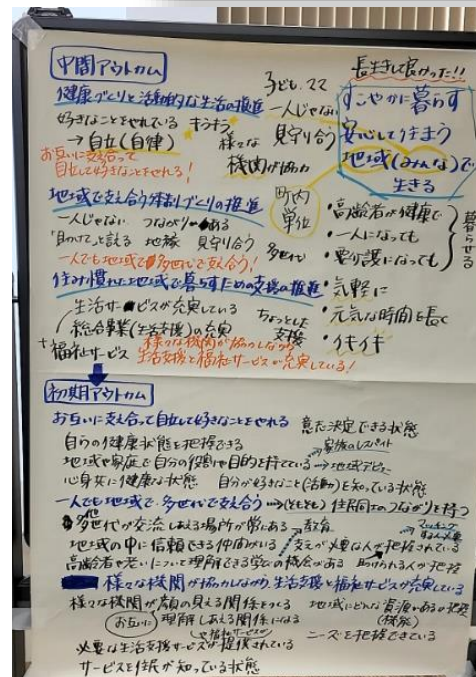
～第1回目現地支援～ (令和6年9月12日)

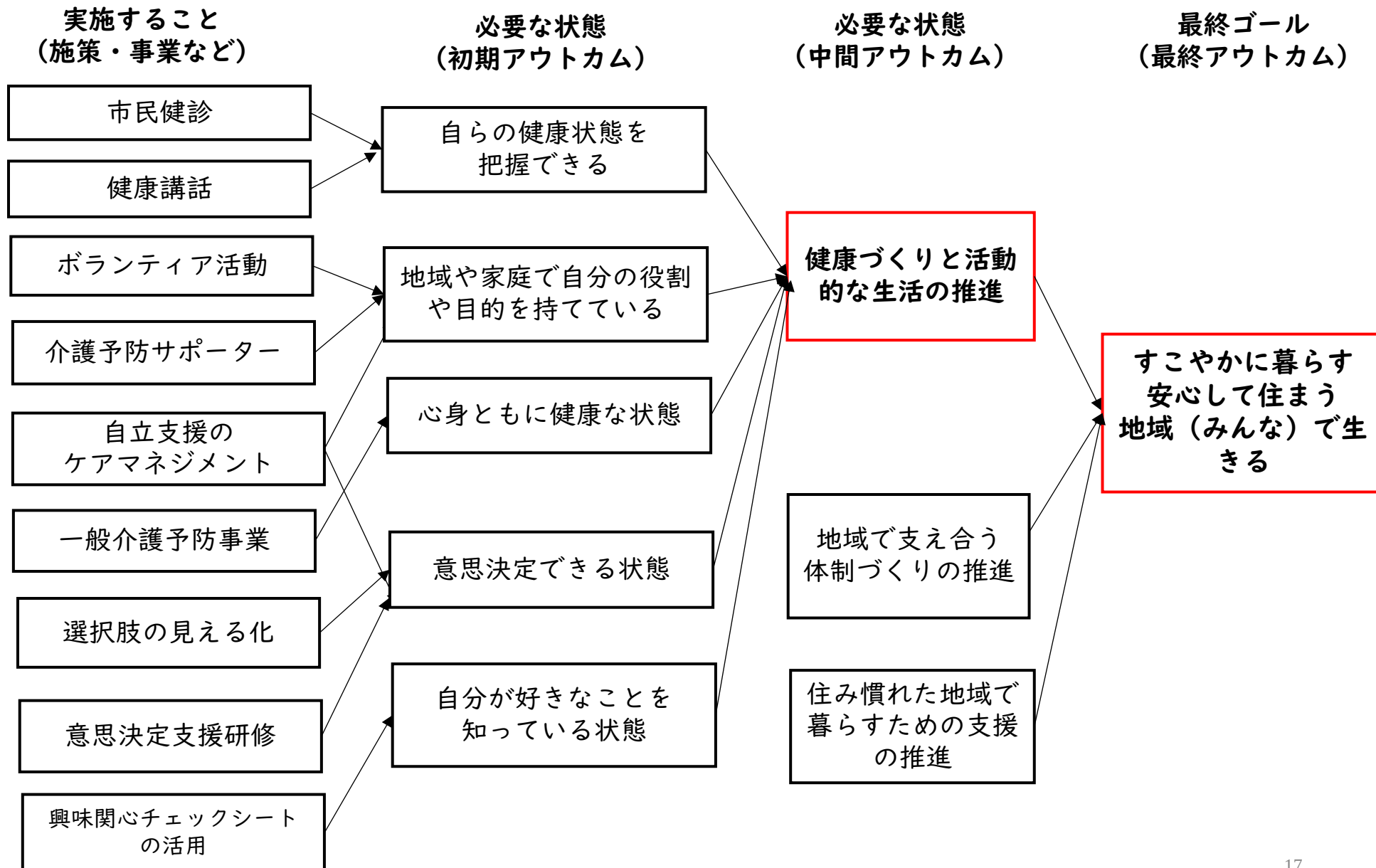


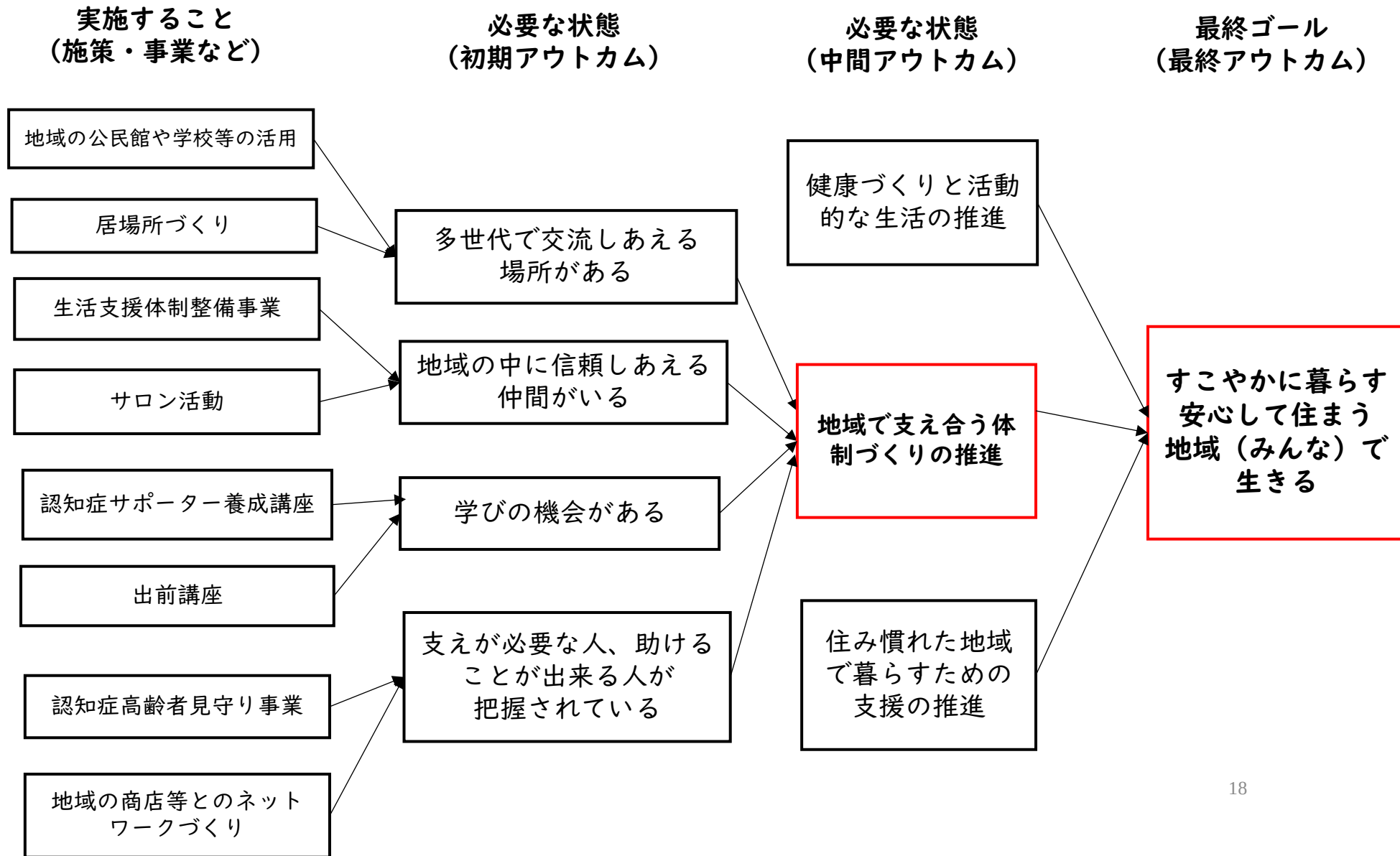
ロジック作成

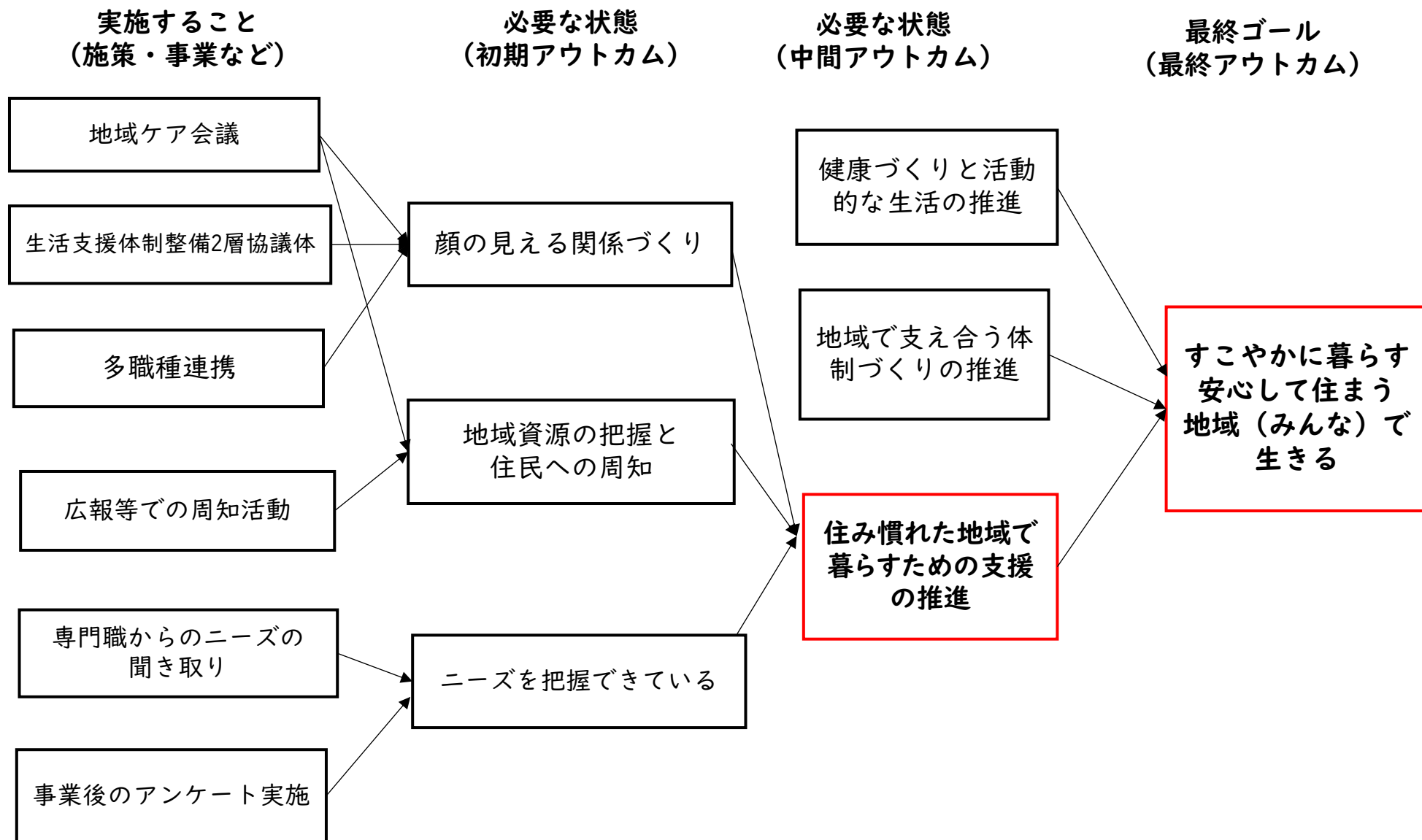


1回目終了!









担当者が感じたこと・・・

- ＊自分たちの市の高齢者の状況について、「データから読み解く」ことを体感！
- ＊事業を行った後のアンケートをしっかりと次につなげることが出来ていたか。
- ＊「こういうのがあればいいのでは」という一方的な事業の実施になっていたのではないか。ニーズをしっかりと把握することが大事。
- ＊自分たちが、地域に入って、生の声を聞く、実施している状況を見る、機会が減っていた。



6. ～第2回目現地支援～（令和6年12月12日）

<参加者> 市長寿福祉課、SC
委託包括、在介、県社協、CM
住民、県介護予防アドバイザー

時間	内容
9:00～ 9:30	事前コアメンバー打合せ
9:30～ 9:45	あいさつ・自己紹介(15分)
9:45～10:00	参加者の目線合わせミニ講話(15分)
10:00～10:20	市町村の現状と課題について(20分)
10:20～12:00	ワーク①(100分) 対象の抽出と対象に合った場づくり
12:00～13:00	昼休憩(60分)
13:00～13:10	あいさつ・自己紹介(10分)
13:10～14:30	ワーク②(80分) 意思決定支援(どのように窓口対応していくかを話し合うなど)【前半】
14:30～14:45	休憩(15分)
14:45～15:25	ワーク②(40分) 意思決定支援(どのように窓口対応していくかを話し合うなど)【後半】
15:25～15:30	振り返りシート記入(5分)
～15:30	閉会
15:30～16:00	事後コアメンバー振り返り(30分)



活動団体
のお二人

改めて「通いの場」とは

通いの場は、年齢や心身の状態等によって高齢者を分け隔てることなく誰でも参加することができ、介護予防などを目的とした活動を行う場です。通いの場が身近な場所にあることで、地域の支え合いの仕組みが醸成され、孤独・孤立予防にも寄与します。また、住民同士のつながりができることで防災・防犯の意識が高まり、地域の安心・安全にもつながります。



通いの場は、

- ・ 介護予防に資する場
- ・ 社会参加や住民による互助を生み出す場
- ・ 地域力を高める拠点



荒井先生の
資料より

通いの場がもつ効果を大きく整理すると以下の二つ、

- ・ 個人への効果：介護予防や健康づくりに資する
- ・ 社会への効果：多様なニーズに対応する地域づくり

サロン活動について

	サロン数	特徴や課題
湯 沢	72か所	湯沢地区：32町内会で実施。日帰り旅行、芋の子汁、ふまねっなど。多い所では、月1回開催している。 山田地区：5自治会で実施。避難訓練や交流会など。女性メインでサロンを行う自治会もある。 三関地区：きまぐれなよりみち（上関）、75歳独居世帯へ弁当配布（49世帯）した。環東鳥海山活性化プロジェクトでなべっこを実施。若者から高齢者まで参加しふれあいのきっかけとなった。 弁天地区：R5～ふれあいサロンを実施（18件）。少人数のグループで行っている。 幡野地区：4町内会で実施。市の出前講座や健康講座、防災関係で行っているところがある。各町内会でウインター茶話会を実施し、冬期間の閉じこもり予防を行っている。 岩崎地区：前はやっていたが、今は友人レベルでの集まりとなっている。 須川地区：各集落（6町内）で実施。 高松地区：7町内会で実施。お茶会、花見、芋の子会など。茶楽人も開催しているが、冬季は休み。
稲 川	36か所（全町内会）	主に町内会長が中心となり企画、運営し、地域の老人クラブメンバーを巻き込んで活動している所もある。最近フレイル予防の事業もいれている為男性利用者も増えている。社協で運営している「アラ！どうも」は移動式になり活気づいてきておりボランティアが生き生きと活動している。社協サロンほっこりもロコミで誘い合う人が増えてきた。 《課題》★サロンの内容がマンネリ化し参加者も固定化の傾向にある。 ★次のステップとして参加者自らの活動につながらない。 ★近くても足を運べない高齢者がいるが送迎することは遠慮してしまう。 ★世話人の高齢化
雄 勝	30か所（全町内会の7割）	特徴としては、季節に合わせたサロンの他に保健師さんや警察署の方を招いたサロンを開催したり、会館だけでなく小旅行を行っているサロンもある。課題としては、コロナをきっかけに中止のままになっていたり、世話役の高齢化で担い手不足になってサロンを中止しているところが増えていっていること。
皆 瀬	15か所（全町内会）	保健師や警官からの講話をお願いし、健康には気を付け、特殊詐欺に合わないよう住民同士お互いに注意し合っている。 各集落が広いので会館（開催場所）までのアクセスが悪く、参加したくても行けない住民もいるようだ。送迎など住民同士で助け合っているが、それができなくなった場合の開催については今後の課題と思われる。

担当者が感じたこと・・・

- *窓口で相談を受ける際に、「基本チェックリスト」か「要介護認定申請」か2択になっていた。
- *受付シート、どうかな。
- *「基本チェックリスト」の実施の仕方って、対応職員によって違ってた？
- *窓口で、どこまでやるべきか。
- *「よろず便利帳」はあるけど、医療と介護サービス事業所の情報がほとんど。
- *サロンのことは社協、介護予防活動団体は包括、など情報もそれぞれ。情報共有できていなかった。
- *公的施設で行われている様々な教室や催し物、資源について、知ろうとしていなかった。
- *介護支援専門員のマネジメント。サービスにつなぐだけじゃない。地域で暮らしていくための、地域とつないでいくマネジメント力も必要。
- *自立支援型地域ケア会議、もっと活用したい。



7. ～第3回目現地支援～ (令和7年2月3日)

時間	内容
9:00～ 9:30	事前コアメンバー打合せ
9:30～ 9:50	あいさつ・自己紹介(20分)
9:50～10:10	これまでの経過(20分)
10:10～10:40	対話①【前半】(30分) 入り口(総合相談対応など)と通いの場の整理
10:40～10:55	休憩(15分)
10:55～12:00	対話①【後半】(65分) 入り口(総合相談対応など)と通いの場の整理
12:00～13:00	昼休憩(60分)
13:00～14:00	対話②【前半】(60分) ロジックモデルの整理とロードマップの作成
14:00～14:15	休憩(15分)
14:15～15:25	対話②【後半】(70分) ロジックモデルの整理とロードマップの作成
15:25～15:30	振り返りシート記入(5分)
～15:30	閉会
15:30～16:00	事後コアメンバー振り返り(30分)



いつもニコニコ
荒井先生



<通いの場の情報収集>

◎情報収集に際し、ご協力いただいた連携先

- ・ 公的施設 （地区センター、生涯学習センター、総合体育館）
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 委託先のNPO法人



老人クラブ活動、運動系、趣味活動、文化系など
4地域ごとにまとめてみたら・・・

湯沢 122か所！ 稲川 22か所！

雄勝 20か所！ 皆瀬 5か所！



地域のサロン以外にこんなにあった！

担当者が感じたこと・・・

＊自分たちの市には、こんなに「通いの場」があったのか！

介護予防活動団体だけが、サロンだけが「通いの場」じゃない！

それぞれで周知はしているはずだけど、どこまで情報が届いてる？

住民にはもちろん、ケアマネなど関係機関、専門職の皆さんにも知ってほしい。知らないと繋げない、繋がらない。

＊専門職だけでなく、住民も、「社会交流の場」＝「デイサービス」

という考え方が染みついてしまっている。

ここを改革していく必要がある！



8. 伴走支援での気付きや学び

【第1回支援】

- ・ 漠然と事業をすすめていた。何のための事業なのか。どこを目指しているのか。ロジック作成での気づき。
 - ・ 地域を知ることが大事。様々なデータの活用。
- 

【第2回支援】

- ・ 「通いの場」の捉え方。視点を変える。
 - ・ 関係者との対話が大事。住民、CM, 事業所 etc
- 

【第3回支援】

- ・ 通いの場を「増やしたい」から「活用したい」へ！
- ・ 市としての目指す姿を、関係者と一緒に作り上げ、共有すること。

9. 伴走支援の成果

*いったん立ち止まり、現在地の確認

現状を知り、何のためにやるべきことなのかが
見えてくれば、おのずと、これからやるべきことが
見えてきた！

振り返り方

方向性の導き方

チーム作り

そして、何より・・・

今回関わってくださった皆様との出会い♡

10. 今後に向けて・・・

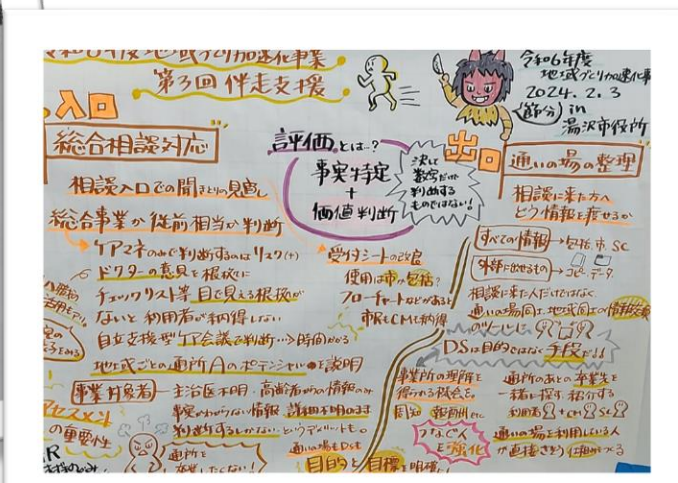
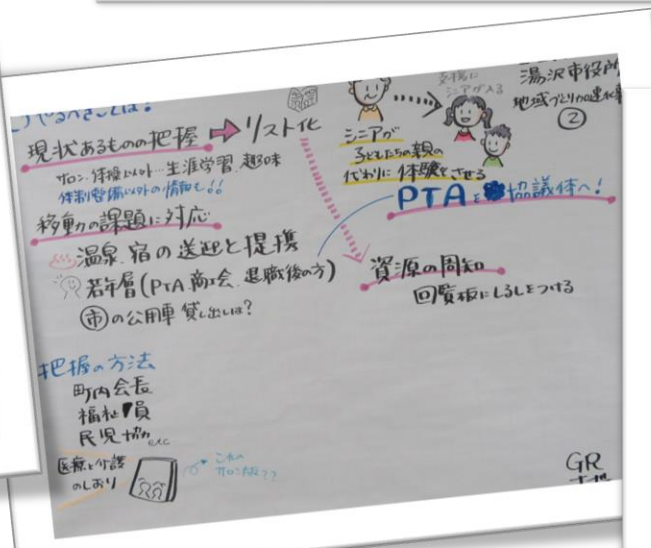
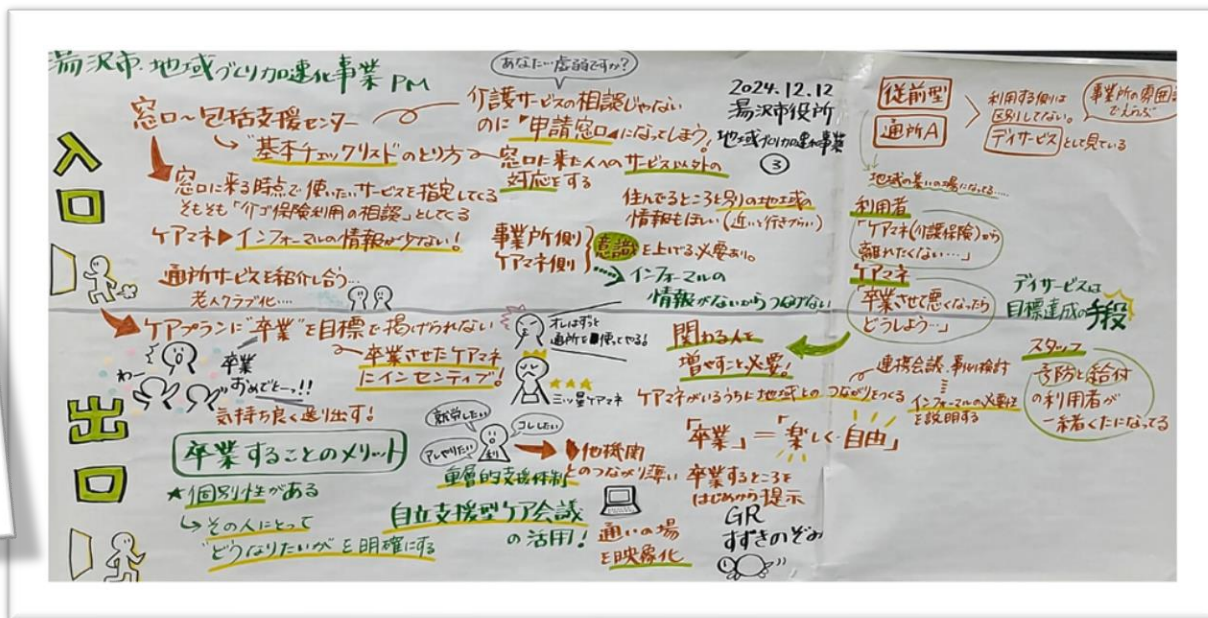


やることは盛りだくさん!(^^)!

- * 通いの場のリスト作成 ⇒ 活用へ
- * 窓口での受付シート、フローチャートの作成 ⇒ 活用へ
- * 介護予防サポーターの活用の検討
- * 通いの場の機能強化
- * 各種会議を活用した多職種との連携（一体的事業、自立支援型etc）
- * 関係者との目線合わせ などなど・・・

すこやかに暮らす 安心して住まう
地域（みんな）で生きる

そんな湯沢市を目指して(*^^)v

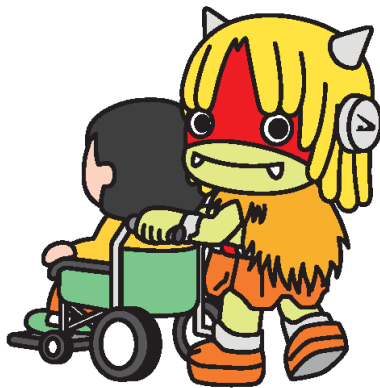


ありがとうございました 🌸



【秋田県】

厚生局主導型伴走支援事業における 秋田県の実践について



©2015秋田県んだッチ

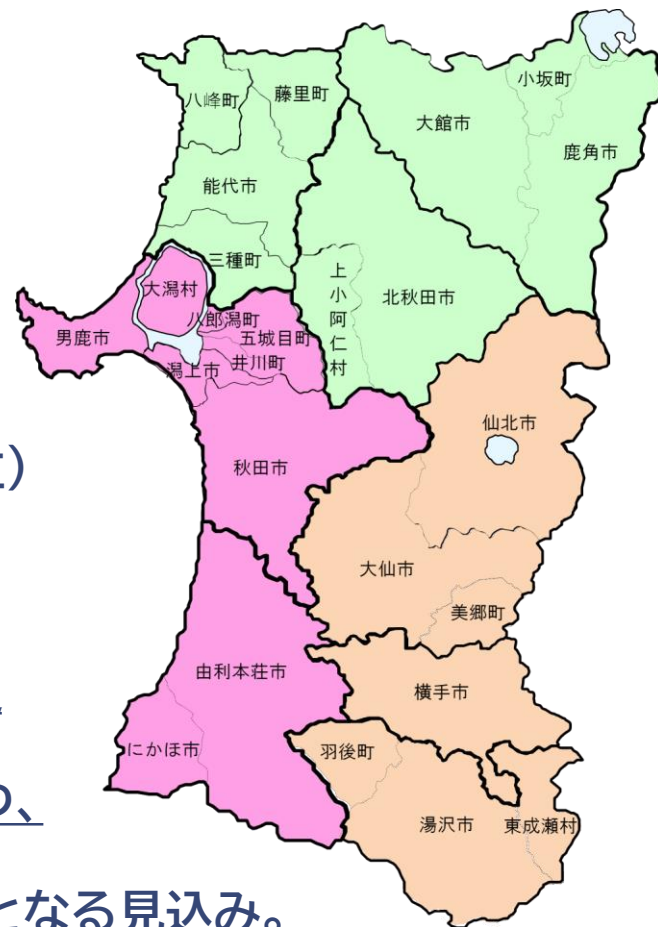
秋田県健康福祉部 長寿社会課
調整・長寿社会推進チーム
主任 伊藤 拓

はじめに 秋田県について

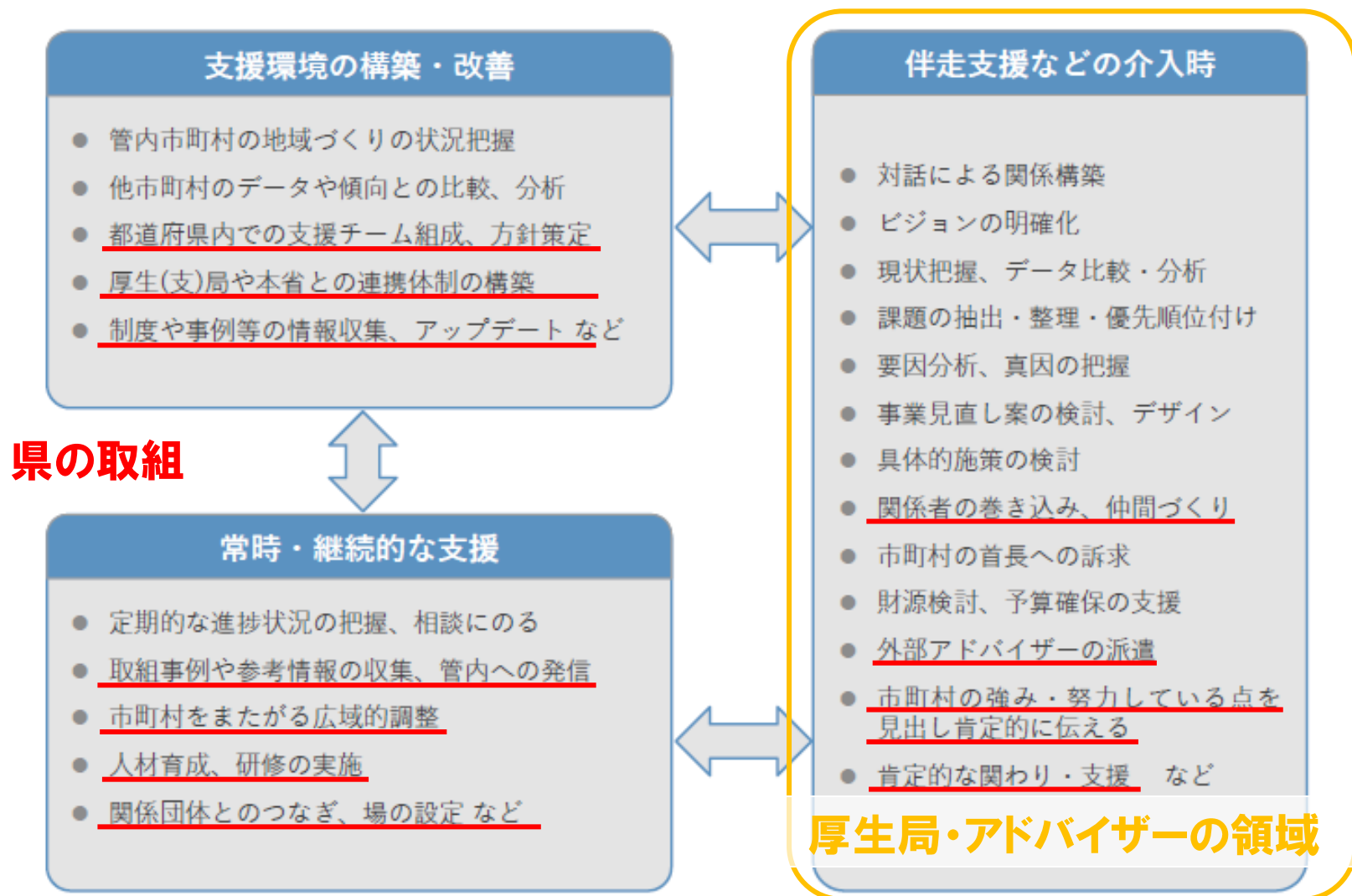
- ・人口：892,262人(R6.10 全国39位)
- ・高齢者人口比率：39.5% (R6.10 全国1位)
- ・管内25市町村：13市(中核市1)、9町、3村
- ・二次医療圏を「8」から「3」へ見直し(R6.4～)
- ・介護老人福祉施設数 34.4か所／10万人(全国2位)

【総合事業の状況】

- ・管内22保険者のうち9保険者が総合事業の上限超過
(R5実績ベース)。うち5保険者は人口1万人以上かつ、
後期高齢者人口が減少局面に入り、個別協議が困難となる見込み。



1 県、厚生局、アドバイザーの役割分担



2 支援対象市町村の選定と支援環境の構築

○エントリー候補保険者への事前の働きかけ

(候補保険者の選定のポイント)

- ・具体的で明確な課題を有している。(上限超過)
- ・課題に対する危機感と改善への意思を有している。
- ・近年、国事業等による個別伴走支援を受けていない。
- ・県によるプッシュ型支援の候補となっていない。

○支援チームの組成

- ・県アドバイザーへの参加要請

「秋田県自立支援・介護予防普及アドバイザー」として、県事業により養成研修を実施してきた専門職。地域づくりへの意識が高く、支援自治体に関係の深い方、他市町村の地域づくりや総合事業の構築の実践経験のある方、グラレコの技術を持つ方などにお声かけし、事業への参加を打診。(後に“4人の侍”と呼ばれる。)

「市町村に伴走支援できる人材」(保険者機能への理解、特定の事業実施に偏らない目線、対話の姿勢を有する etc.)を県内から発掘・育成したいという意図も。

- ・課内からは、介護保険事業計画担当にも参画を依頼。

3 県による支援内容

○県主催研修との相乗効果

意図したことでなかったが、市町村の介護予防担当者、介護保険事業計画担当者の両者を対象とした県主催の保険者支援研修において、既にロジックモデル作成に取り組んでいたため、第1回支援でのロジックモデル検討作業にスムーズに入ることができた。

○全3回に収まらない場合のフォロー

第1回支援では予定していた作業が終わらなかったため、市、県アドバイザーと共に残りの作業に取り組み、見届けた。

○市町村担当者による情報交換の場の設定

総合事業のガイドライン改正に関して、情報交換したいという声が他の保険者からも上がったことから、国の説明会に合わせてzoomによる情報交換会を開催した。

○他市町村の取組に関する情報提供

通いの場のリスト化など、県内の他自治体の取組状況を情報提供した。市から質問が出た際には、可能な限り早期に、誠実に対応するよう心がけた。

最後に 伴走支援において特に重要と考えられる要素

○「チーム湯沢」の一体感の醸成

- ・市町村担当者としての豊富な知識と経験と情熱を持つアドバイザー
- ・新たな気づきを大切にする市担当者の前向きな姿勢
- ・厚生局、AD、市、県、による随時のメール連絡・相談体制
- ・コーチング的なコミュニケーション
- ・「場づくり」による心理的安全性の確保

● 以下はこれまでの市町村への伴走支援での知恵をまとめたものです。定期的に確認してみましょう。

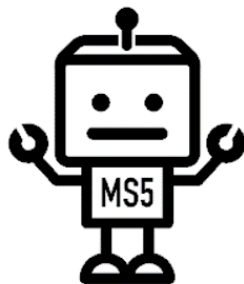
1. 経験、役職問わず全員が主体性を持ち、チームの一員として関わる（グランドルールを守りつつ、自由な発想で発言を促す）
2. 経験や技術がない人は、逆にその「強み」を生かす（例：市民の目線や家族の立場になって考えてみる）
3. 和やかな雰囲気づくりを意識する（休憩や終わった後の時間も大切に）
4. 「教える」と気負わず、「状況を知る」という姿勢でのぞむ
5. 気になることがある時はメールや電話で連絡をいれてみる
6. 「わからないこと・知らない事」は率直に尋ねる、確認する
7. チームで支援を行っていくために「情報共有」は特に意識する
8. 市町村が主役であることを押さえる（決定権は市町村にある）
9. 3つの「ない」を常に意識する（押しつけない・追い詰めない・求めすぎない）
10. 「傾聴」と「共感」の姿勢を大切にする

株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための市町村支援 都道府県マニュアル」（令和4年3月）、R3年度老健事業より抜粋



南相馬市

「ふつうに くらせる しあわせ」



令和6年度 地域づくり加速化事業報告会

健康福祉部長寿福祉課

地域包括ケアシステム推進係

南相馬市の概要



(原町区) 北泉海岸

産業・経済：田園都市として、産業・経済集積は浜通り地方北部最大。農業は水稻中心。工業は電気機械、一般機械、紙・パルプを中心に、農商工一帯の産業振興を図っている。

自然条件：年間平均気温が12℃前後で、夏は涼しく、冬は降雪の少ない温暖な気候。山・川・海の豊かな自然環境に恵まれている。



相馬野馬追



国見山から望む日の出

観光文化：1,000年以上の歴史を持つ国指定重要無形民俗文化財「相馬野馬追」をはじめ、多くの文化財を有している。海岸線には、北泉海浜公園を中心に、海水浴やサーフィンの名所となっている。



ブロッコリー

南相馬米「コシヒカリ」

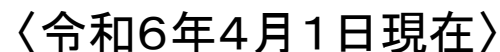


(小高区) 大悲山の石仏



(鹿島区) 風力発電所と
真野川漁港

南相馬市

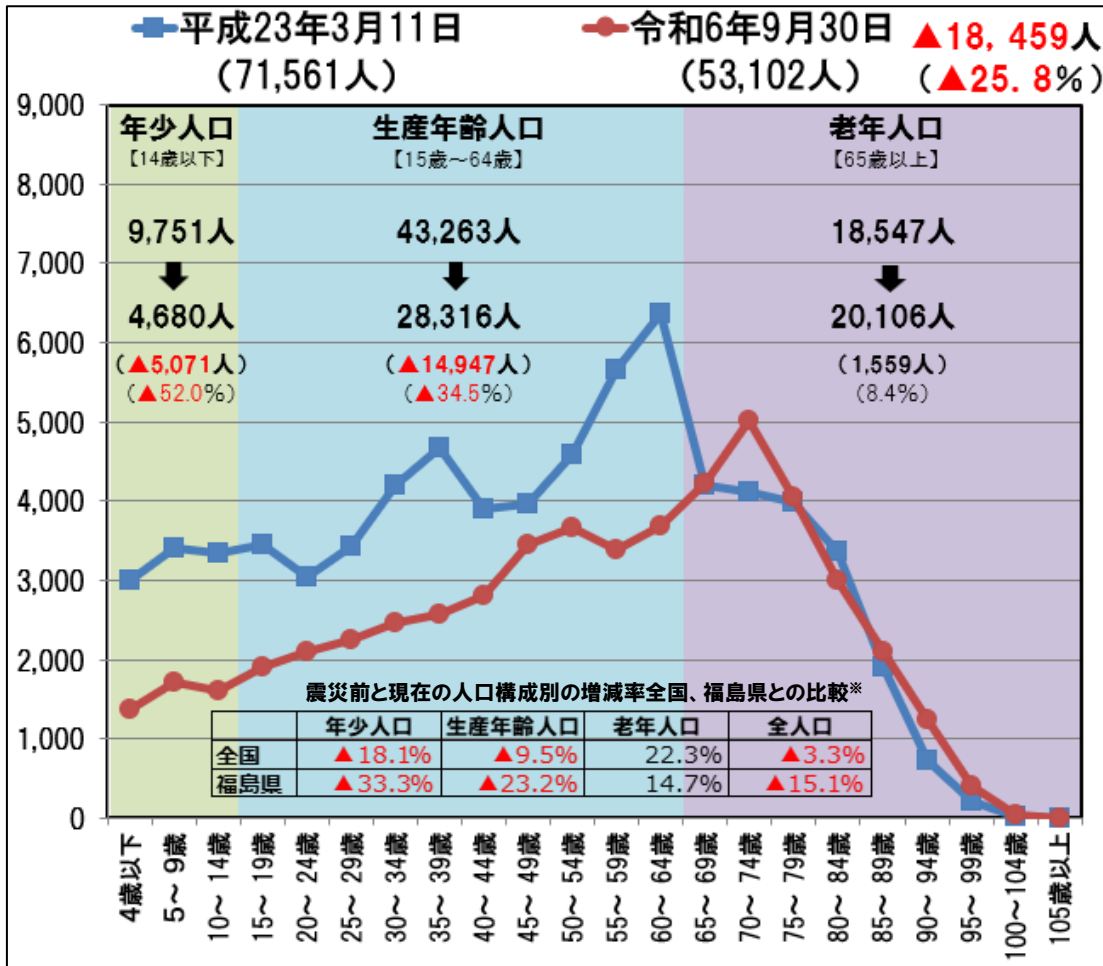


■南相馬市は、旧鹿島町、旧原町市、旧小高町が合併して誕生しました。いわき市と宮城県仙台市の間に位置し、福島県浜通り北部における中核的な市です。

平成23年に発生した東日本大震災と原子力災害の複合災害による甚大な被害を受け、地震・津波被害、原子力災害による全ての避難指示区域と避難指示の無い地域も含まれた複雑な区域となりました。

現在の状況【市内居住人口の震災時と現在の比較】

【市全体】

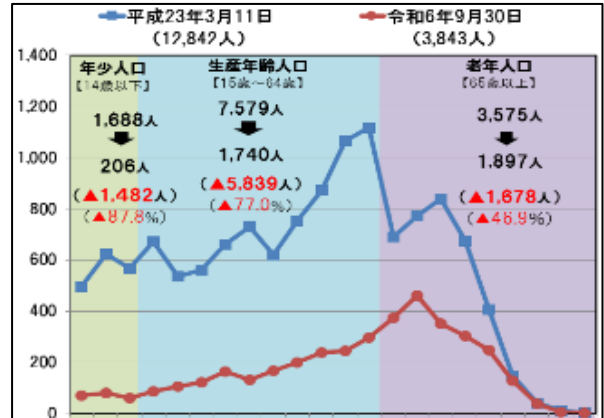


震災前と比較すると生産年齢人口が約1.5万人減少（約3割）
慢性的な労働力不足により 業種問わず人材不足が深刻化

※全国は令和6年9月1日時点概算値、福島県は令和6年9月1日時点推計値との比較。
「人口推計」(総務省統計局)(<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202409.pdf>)および福島県現住人口調査年齢(5歳階級別推計人口)、
福島県、クリエイティブ・コモンズ・ライセンス 表示 2.1 日本(<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/11045b/15847.html>)を改変して利用。

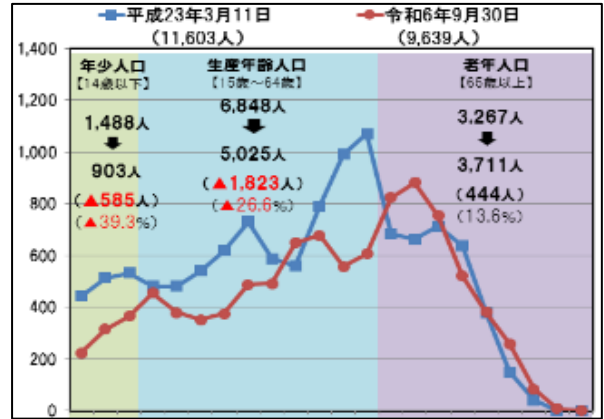
【小高区】

生産年齢人口
□7,579人
↓
1,740人
(▲5,839人)
(▲77.0%)



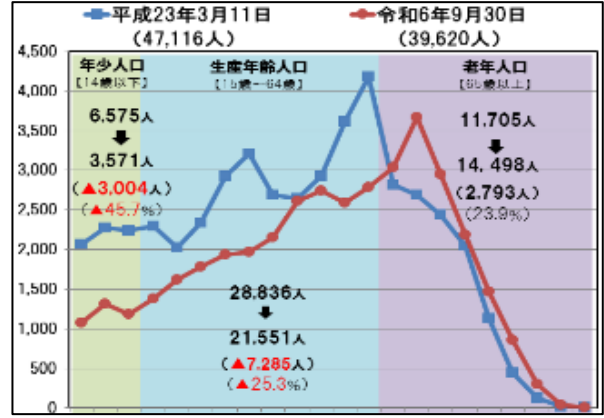
【鹿島区】

生産年齢人口
□6,848人
↓
5,025人
(▲1,823人)
(26.6%)



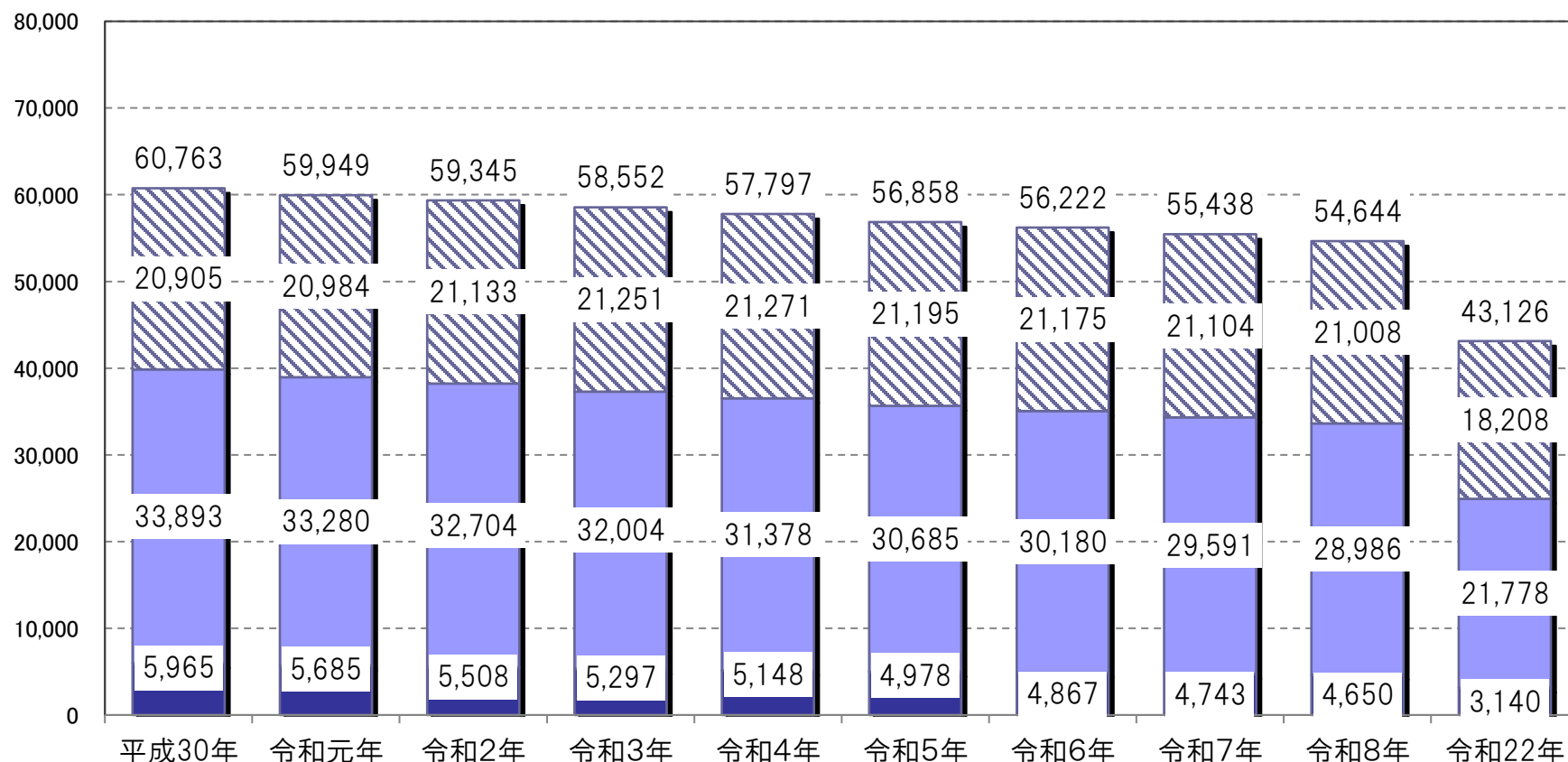
【原町区】

生産年齢人口
□28,836人
↓
21,551人
(▲7,285人)
(▲25.3%)



人口推移及び将来推計

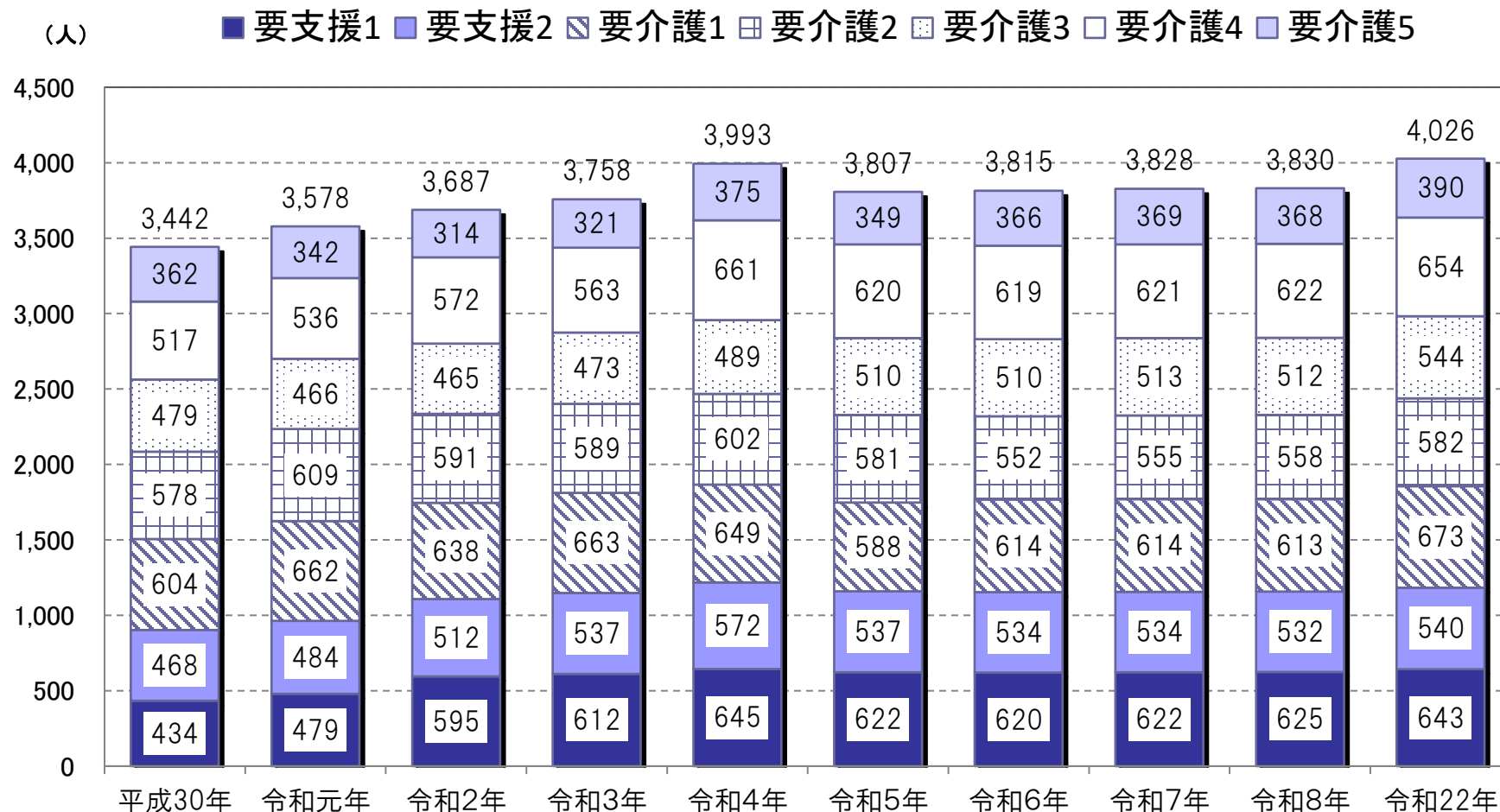
■ 年少人口（15歳未満） ■ 生産年齢人口（15～64歳） ▨ 高齢者人口（65歳以上）



資料：南相馬市高齢者総合計画

令和5年までは住民基本台帳（各年9月末現在）、推計値は令和元年から令和5年の住民基本台帳を基にコーホート変化率法で算出

要支援・要介護者数



資料: 南相馬市高齢者総合計画

令和5年までは介護保険事業状況報告(各年3月末)、令和6年以降は地域包括ケア「見える化」システムにより推計

日常生活圏域毎の状況

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

日常生活圏域	地域包括支援センター	人口	高齢者人口	高齢化率	認定者	認定率	事業対象者	事業対象者 認定率
小高	小高地域	6,274人	2,929人	46.7%	518人	17.7%	15人	0.5%
鹿島	鹿島地域	9,695人	3,733人	38.5%	665人	17.8%	21人	0.6%
原町第一	原町西地域 原町東地域	15,656人	5,315人	33.9%	921人	17.3%	20人	0.4%
原町第二	原町東地域	10,097人	3,743人	37.1%	623人	16.6%	13人	0.3%
原町第三	原町西地域 原町東地域	4,492人	1,800人	40.1%	331人	18.4%	3人	0.2%
石神	原町西地域	10,034人	3,645人	36.3%	575人	15.8%	9人	0.2%
市合計		56,248人	21,165人	37.6%	3,633人	17.2%	81人	0.4%

資料：人口＝住民基本台帳、認定者数＝介護保険事業状況報告、事業対象者＝長寿福祉課調べ

(第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画)

基本理念 「ふつうに くらせる しあわせ」

基本目標 ①「在宅生活の支援」の強化
②「地域とのつながり」の強化
③「健康な心体づくり」の強化

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

① 一般介護予防事業

- ・65歳以上の体力測定会 年1回
福島県立医科大学保健科学部、相双地域リハビリテーション
広域支援センターと共同実施
- ・元気高齢者運動教室(ほがらか体操教室) 週1回6か月間
- ・元気高齢者介護予防教室(フレイル予防教室) 週1回6か月間
- ・週一サロン活動支援、サロンリーダー養成・育成支援

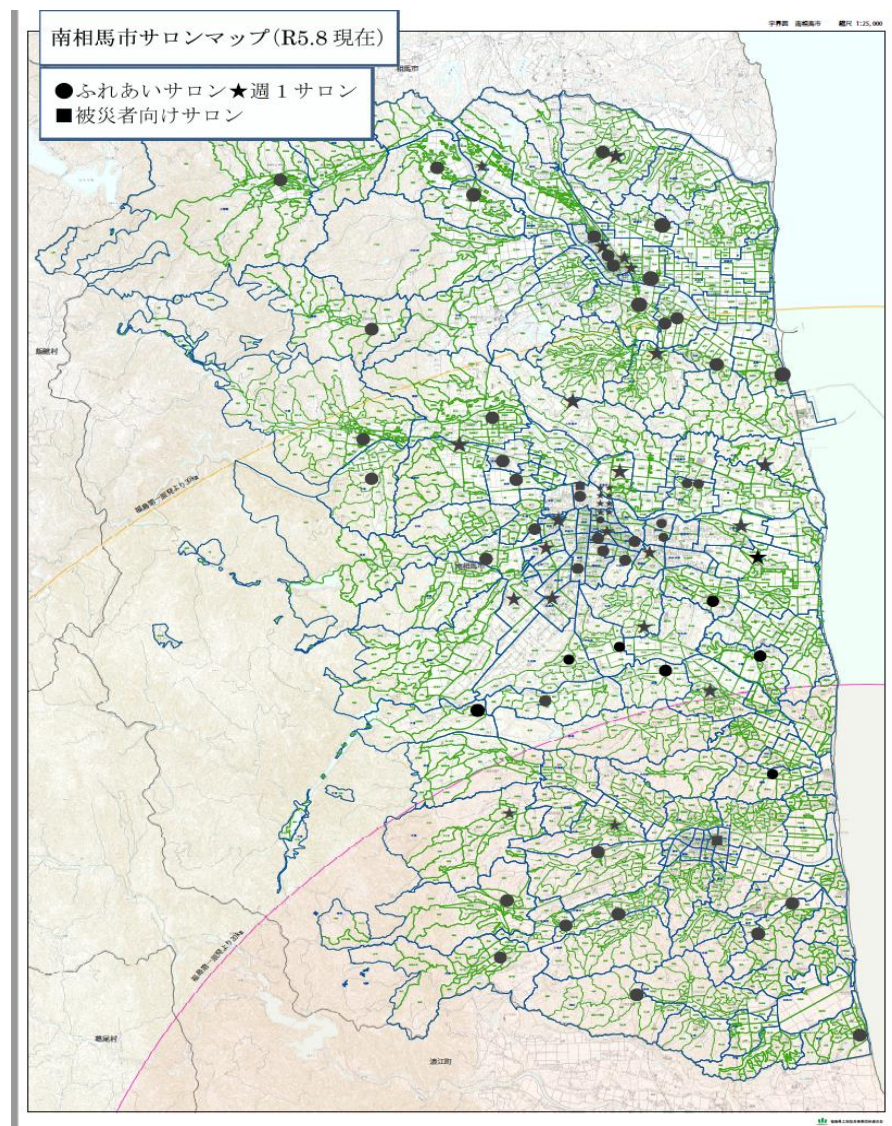
② 介護予防・生活支援サービス

- ・訪問介護相当サービス
- ・通所介護相当サービス
- ・高齢者筋力向上トレーニング事業

(2) 包括的支援事業

- ・地域包括支援センター運営委託
- ・在宅医療・介護連携推進事業
 - 「相馬郡在宅医療・介護連携支援センター」へ事業委託
- ・生活支援体制整備事業
 - 市社会福祉協議会への事業委託
 - 専任の生活支援コーディネーター数 3人
- ・地域ケア会議推進事業
 - 「自立支援型地域ケア会議」 年6回
- ・認知症総合支援事業
- ・任意事業

南相馬市の通いの場



★週一サロン

小高区	2箇所
鹿島区	5箇所
原町区	23箇所

●ふれあいサロン

小高区	10箇所
鹿島区	12箇所
原町区	25箇所

■被災者向けサロン

小高区	1箇所
鹿島区	0箇所
原町区	1箇所

伴走支援にエントリーした理由①

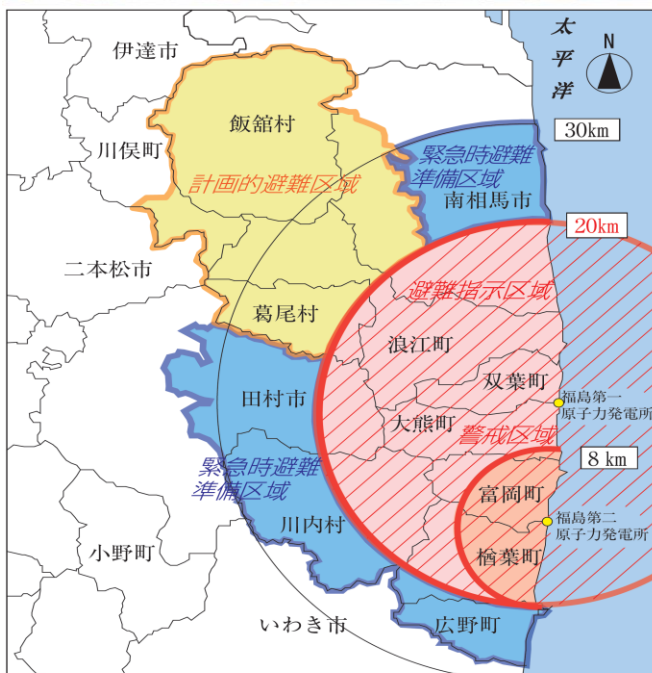
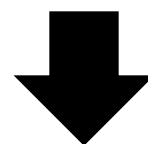


図4 平成23年4月22日の避難指示区域

○東日本大震災・東京電力
福島第一原子力発電所事故
による避難の長期化、
避難指示区域の設定



○全ての避難指示区域と避難
指示の無い区域の混在により、
居住状況、地域の支え合い、
地域資源に大きな差

伴走支援にエントリーした理由②

区名	避難指示 区域分類	世帯 人口	住民登録		令和7年1月31日時点で住民登録が有る者の実際の居住先						
					市内					市外	
					旧避難指示区域内		その他		計		
			H23. 3. 11	R7. 1. 31	居住数	うち65歳以上	居住数	うち65歳以上	居住数	うち65歳以上	
小高区	帰還困難 区域	世帯	1	0	0		0		0		0
		人口	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	避難指示区域計	世帯	1	0	0		0		0		0
		人口	2	0	0	0	0	0	0	0	0
小高区	旧居住 制限区域	世帯	127	98	42		28		70		49
		人口	532	274	95	43	75	40	170	83	104
	旧避難指示 解除準備区域	世帯	3,664	2,473	1,719		310		2,029		734
		人口	12,308	5,830	3,708	1,839	607	294	4,315	2,133	1,515
	計	世帯	3,791	2,571	1,761		338		2,099		783
		人口	12,840	6,104	3,803	1,882	682	334	4,485	2,216	1,619
原町区	旧居住 制限区域	世帯	7	2	1		1		2		0
		人口	12	2	1	0	1	1	2	1	0
	旧避難指示 解除準備区域	世帯	377	227	198		14		212		34
		人口	1,427	595	510	272	22	13	532	285	63
	計	世帯	384	229	199		15		214		34
		人口	1,439	597	511	272	23	14	534	286	63
旧避難指示区域計		世帯	4,175	2,800	1,960		353		2,313		817
		人口	14,279	6,701	4,314	2,154	705	348	5,019	2,502	1,682
原町区	その他区域	世帯	16,401	17,875	0		17,572		17,572		601
		人口	45,677	39,345	0	0	38,307	13,866	38,307	13,866	1,038
鹿島区	その他区域	世帯	3,462	3,707	0		3,673		3,673		69
		人口	11,603	9,611	0	0	9,499	3,660	9,499	3,660	112
その他区域計		世帯	19,863	21,582	0		21,245		21,245		670
		人口	57,280	48,956	0	0	47,806	17,526	47,806	17,526	1,150
合計		世帯	24,039	24,382	1,960		21,598		23,558		1,487
		人口	71,561	55,657	4,314	2,154	48,511	17,874	52,825	20,028	2,832

○避難指示区域の
帰還者は高齢者が
中心



○団塊世代の後期
高齢化もあり、元気
な高齢者を増やす、
多少の支援が必要
でも在宅生活継続
が可能な環境づくり
が必要

限られた地域資源の有効活用、相乗効果を生む
既存事業の見直しや連携、日常生活を不安なく
送ることができる生活支援体制の整備など

影響が長引く被災地でも
前を向いて取り組める可能性を見つけない

「ふつうに くらせる しあわせ」
を追い求めたい！

【伴走支援 1 回目】令和 6 年10月 4 日

〈出席者〉 市役所長寿福祉課職員（課長及び3係9名）
地域包括支援センター職員（4包括 7名）
生活支援コーディネーター（2名）

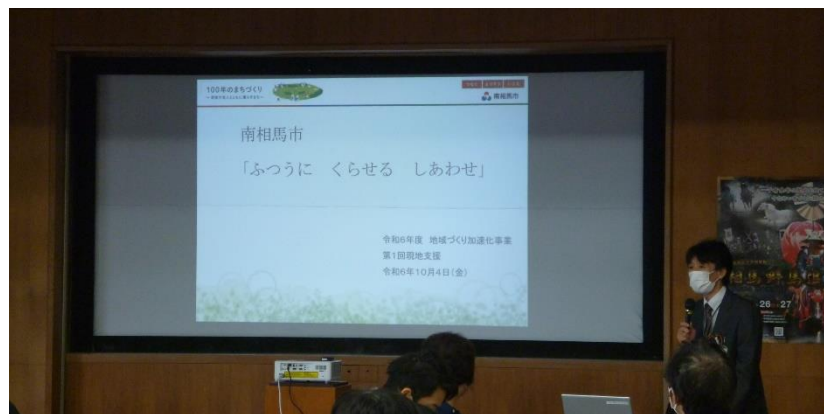
〈内容〉

- ①地域づくり加速化事業の概要説明
- ②地域づくり加速化事業の伴走支援（全3回）の進め方のイメージ説明
- ③参加者事前アンケート結果報告
- ④「南相馬市の現状・課題」
- ⑤お隣さんワーク
現状・課題、アンケート結果の感想など
- ⑥意見交換
「南相馬市におけるありたい姿の目線合わせ」
- ⑦アドバイザー ミニ講話
「伴走支援で大切にしたいこと、
皆さんで考えたいこと」
- ⑧グループワーク
「南相馬市の総合事業をデザインしよう」
～ “ふつうに・くらす” ための “元気になる・元気を維持するしくみ”～
- ⑨まとめ
 - ・ 地域資源の整理
 - ・ グループワークで把握できたことの共有



【伴走支援 1 回目】令和 6 年 10 月 4 日

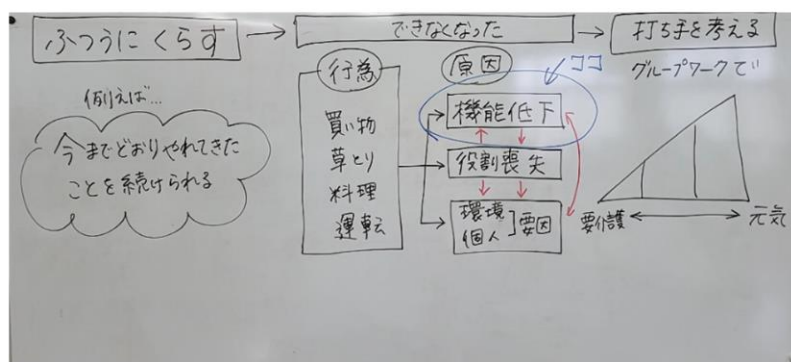
「南相馬市の現状・課題」



「南相馬市におけるありたい姿の目線合わせ」

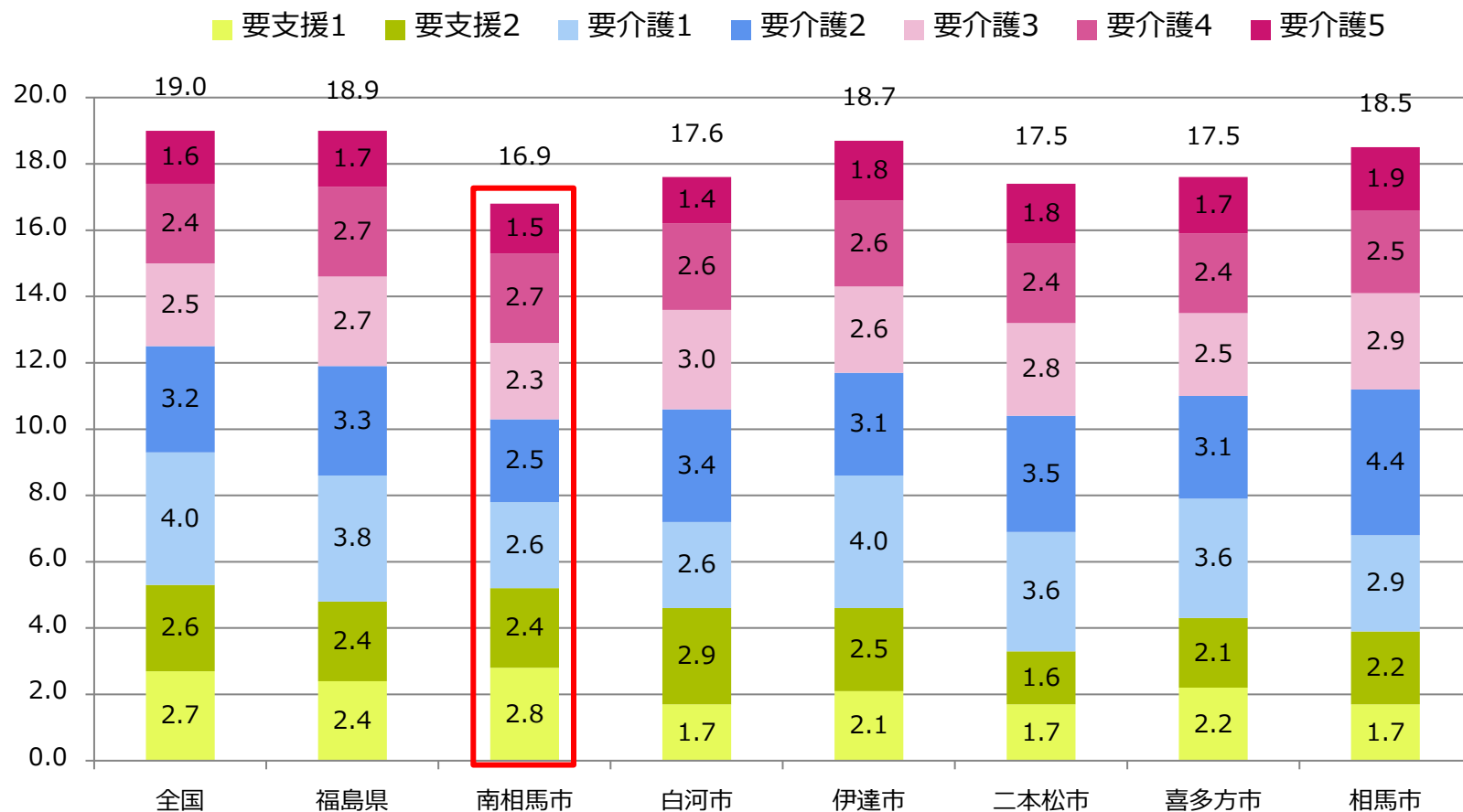
- ① ふつうに くらす しあわせ って、具体的にどんな状態？
- ・あたりまえの家業と関わり
 - ・やりたいことがやれる
 - ・自分のことが自分でできる
 - ・外出できて好きなものを食べられる
 - ・好きなことを健康と時間
 - ・できなかったときに「ふつう」が分かる
 - ・自分のしたいこと自分でできる
 - ・この先の生活イメージが見える安心
 - ・1人でもいそいそと暮らせる
- 衣食住と好きなことができる
朝起きて好きなことをやれる
日常生活をあたりまえに
- 今までどおりやれていたことを続けられるように
↓
打ち手を考えていく

- ② どんな人が「ふつうにくらす」ことができなくなっている？ ポイントになること
- ・ 失業者 周りとの関わりがなくなった
 - ・ 健康でない（食べられない、フレイル状態）
 - ・ 社会性低下
 - ・ 虐待、ヤングケアラー
 - ・ 思ったとおりに暮らせる
 - ・ 家族から養われて制限がある（足の確保）
 - ・ 喪失 → 閉じこもり → 意欲低下 → どんどんつながっていく
 - ・ 大々さんた料理がでなくなった
 - ・ 家族から高金でかきとる制限がある（免許返納）
 - ・ 避難先で家族と離れておきにくい不安を抱えている
 - ・ 時に男性は多量に飲める → 食べられなくなる
 - ・ SOSを出せない人
 - ・ キーボードがいない人
 - ・ 身寄りがない人 → 支援受けるから「ふつう」
- 男性の特徴
1人暮らし
家事をしない



見える化システムでわかったこと

調整済み認定率（要介護度別）（令和4年(2022年)）



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

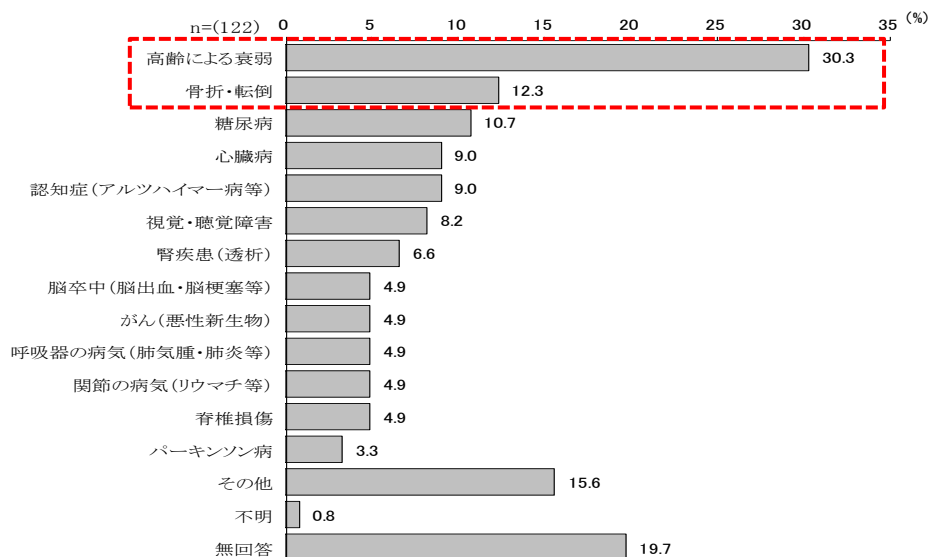
資料: 地域包括ケア「見える化」システム

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査①

(3)介護・介助が必要になった主な原因

問2-1 問2で「2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「3. 現在、何らかの介護を受けている」とお答えの方にお聞きます。

介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(〇はいくつでも)

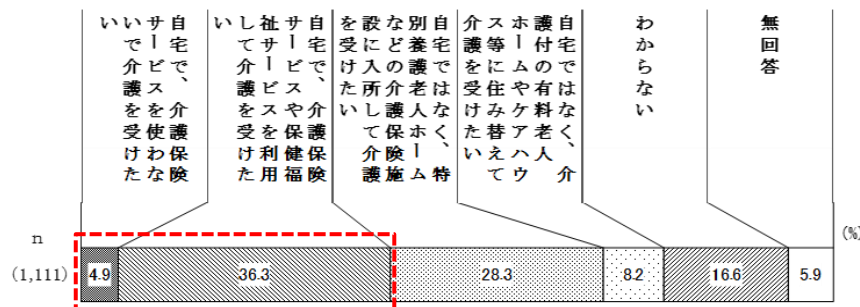


ニーズ調査対象(要支援1・2、事業対象者、認定無)が介護・介助が必要となった主な原因

- ①高齢による衰弱
- ②骨折・転倒

(3)将来希望する介護について

問5-4 将来介護が必要になった場合、どのような介護を希望しますか。(〇は1つ)



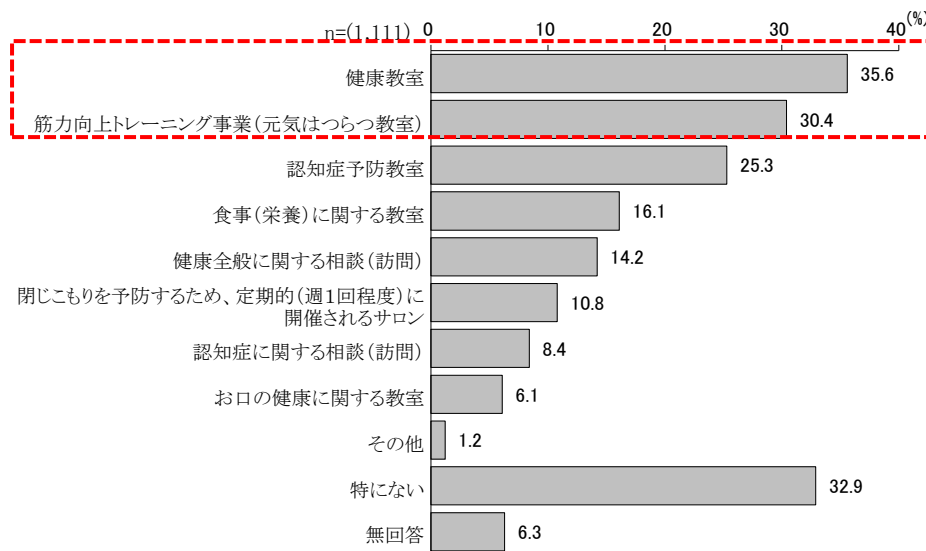
将来、介護を受けたい場所の希望

↓
自宅が41.2%

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査②

(7)健康づくりや介護予防の教室で利用したいもの

問 4 5 市では、要介護状態になるのを未然に防ぐため、健康づくりや介護予防の教室などを行っています。次のうち利用したいと思うものはどれですか。(〇はいくつでも)



健康づくりや介護予防教室で利用したいもの

- ①健康教室
- ②筋力向上トレーニング事業

- ・要支援認定者や事業対象者の4割超は自宅での生活を希望
- ・要介護状態を未然に防ぐための利用希望は健康維持に関するものが上位



衰弱や骨折・転倒が介護の主な原因 & 要支援認定者が多い
➡軽度認定者への取組を見直すことで自立期間の延伸が可能？

A:小高 グループ

総合事業（介護予防事業）をデザイン

民生委員の見守り・民生委員の声かけ

★印:小高だけの取組

利用者負担減免終了までに見直し

- ・元気はつらつ教室(短期集中C)
- C対象者の選別基準が必要②
- 医療機関にCを委託③
- 地域密着型デイをCに転換?!
- デイ送迎車の空き時間の活用②
- ・訪問介護従前相当
- 非専門職のヘルプも必要②
- ・通所介護従前相当
- 交流/会食/入浴の集まりあれば②

STEP UP

STEP 2 移行期

- ・訪問介護従前相当
- ・通所介護従前相当
- ・ほがらか体操教室
- ・フレイル予防教室
- ・予防の方のみのデイサービス(彩の丘)
- ・週一サロン活動支援
- ・脳トレ教室まんてん脳トレ
- ・軽度生活援助
- ・日常生活用具給付貸付
- ・体力測定会
- 市民向け結果説明会の開催
市スポーツ推進課とタイアップ①
(機運を高めるキックオフイベントとして)
- ・接骨院(予防的に個人が通うもの)

STEP UP

STEP 1 集中介入期

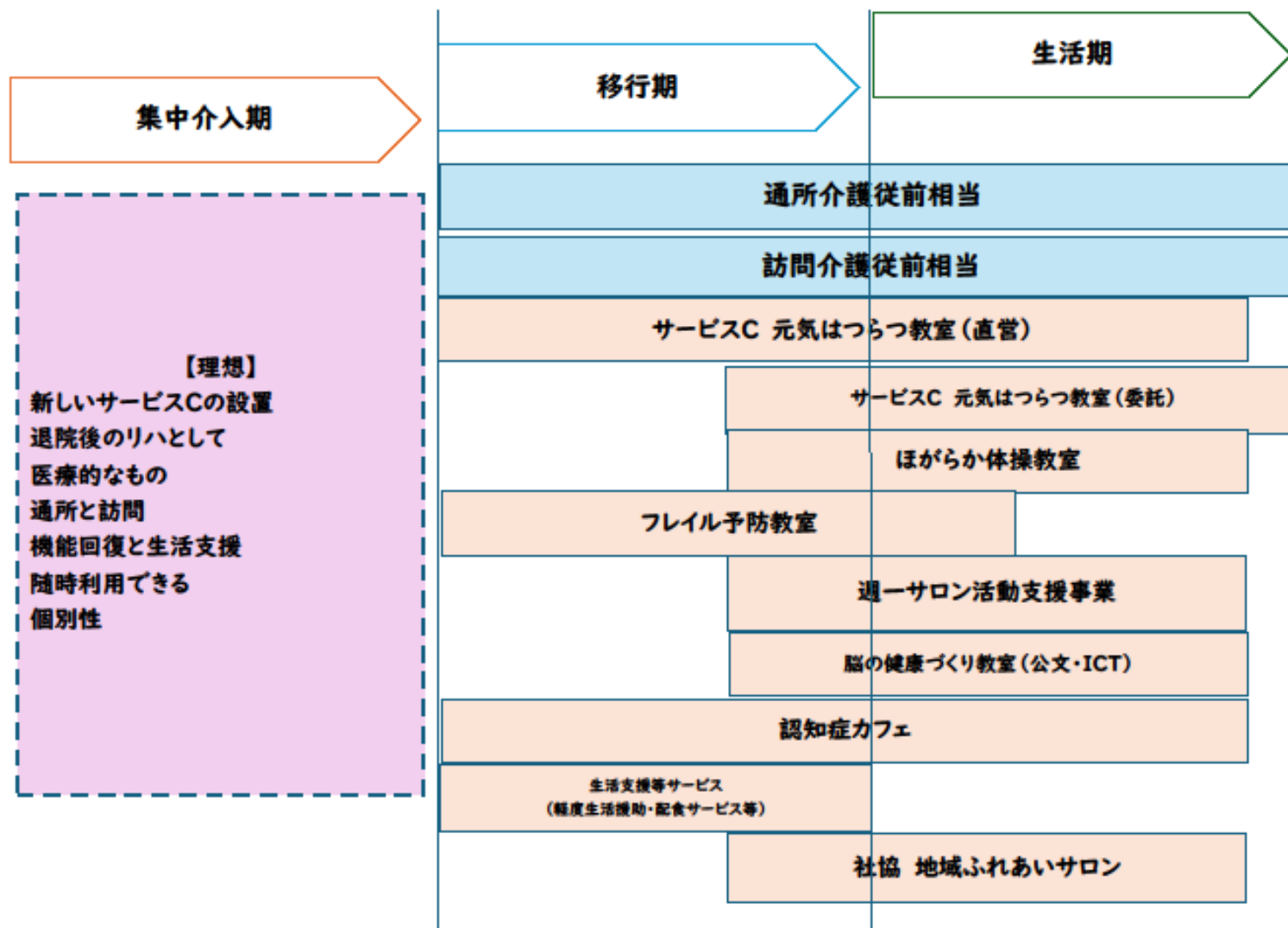
- ・元気はつらつ教室(短期集中C)

STEP 3 生活期

- ・地域サロン10か所
- ・近所のお茶飲み前原さん所の集い★
- ・地域サロン 小谷地区サロン(運動)★
- ・週一サロン
- ・生活支援員サロン(被災者サロン)
- ・開放型サロン「んぐど」★
- ・ゆらっとでの交流(お風呂マシントレーニング)
- 送迎バスの増便があるといい④
- ・体力測定会
- ・シニアのランチ(アオスバシ)★
- ・大馬(秋田犬)とさんぽ★
- ・散歩仲間
- ・趣味サークル
- ・習い事(プール仲間)
- ・卓球(クラブ)★
- ・ニュースポーツ体験会
- ・グランドゴルフ
- ・浮舟会館(パッチワーク、フラワーアレンジ)★
- ・交流センター(火)交流会
- ・サンライフ南相馬
- ・シルバー人材センター
- ・老人クラブ
- ・生涯学習センター
- ・成人大学
- ・敬老会
- ・お買い物ツアー★
- ・0円食堂★
- ・小高交流センター(体操など)★
- ・お寺集まり
- ・御詠歌
- ・行政区美化活動
- ・認知症サポーター養成講座・チームオレンジ
- ・家族介護教室

元気を回復する取組

元気を維持する取組



【伴走支援 2 回目】令和 6 年12月13日

〈出席者〉 市役所長寿福祉課職員（課長及び3係8名）・地域包括支援センター職員（4包括8名）
生活支援コーディネーター（3名）

〈内容〉

- ・ 前回の振り返りとその後の進捗状況の報告（市）
- ・ 南相馬市の介護予防事業の対象者の状態像を考える（AD）

（1）動画視聴と解説

- ①「介護予防ケアマネジメント」
- ②「サービスC（通所・訪問）」
- ③「介護予防普及啓発事業」

（2）グループワークⅠ

高齢者の困りごとからみた介護予防の必要性について

（3）グループワークⅡ

高齢者の困りごとに合わせて介護予防事業について

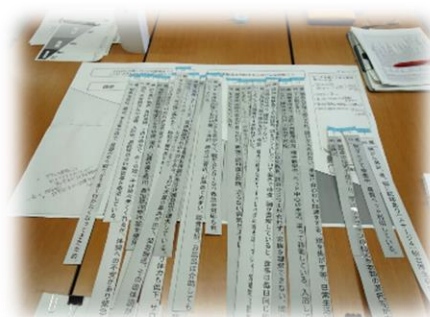
①



②



③



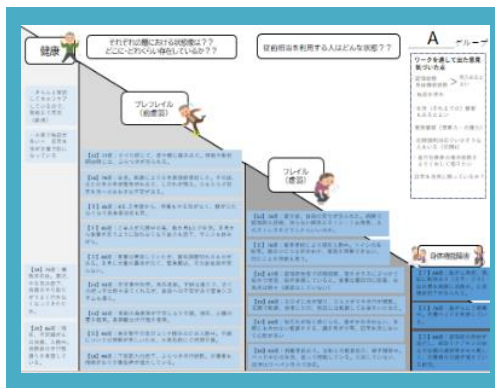
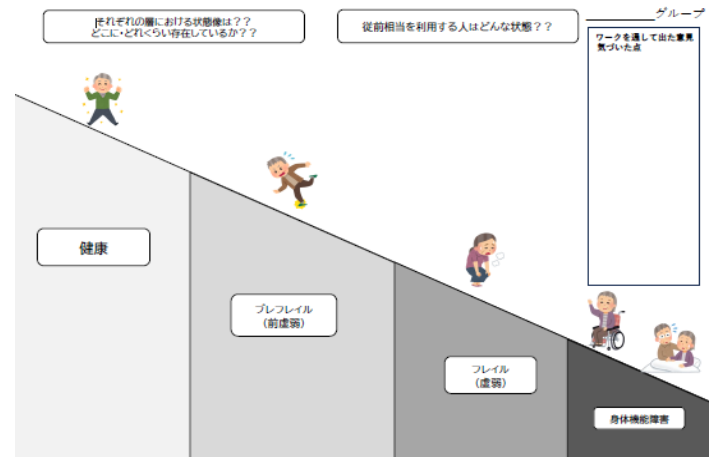
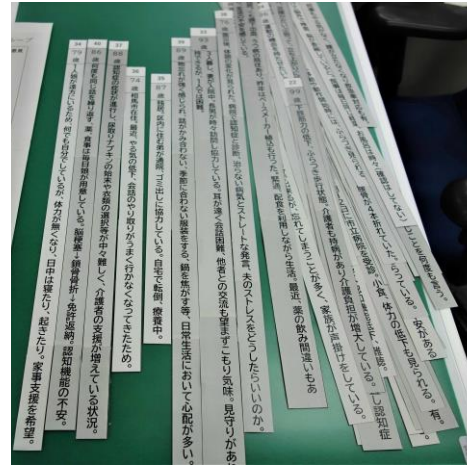
福島県南相馬市（第2回伴走支援 グループワークⅠ）

高齢者の困りごとに合わせて介護予防事業について

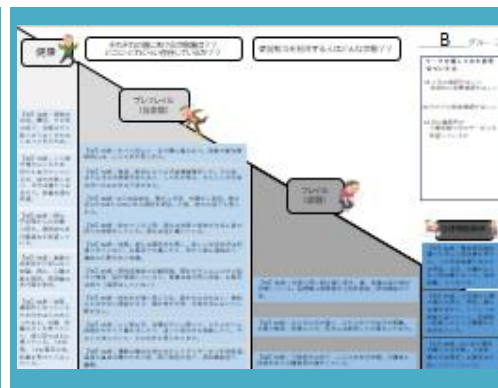
直近1か月の認定者（要支援）

状態像ごとに“高齢者の三角形”に当てはめて、どの程度の状態の高齢者が、どれくらいの人数いるのかを可視化する

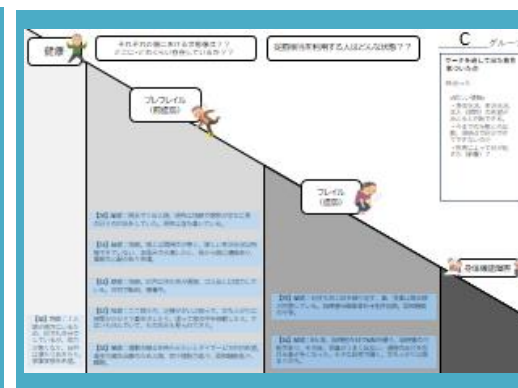
A	B	C	D	E	F
1	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
2	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
3	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
4	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
5	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
6	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
7	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
8	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
9	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
10	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
11	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
12	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
13	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
14	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
15	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
16	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
17	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
18	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
19	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
20	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
21	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
22	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
23	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
24	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
25	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
26	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
27	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
28	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
29	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
30	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
31	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
32	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
33	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
34	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
35	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
36	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
37	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
38	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
39	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
40	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
41	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
42	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
43	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
44	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
45	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
46	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
47	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
48	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
49	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
50	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援



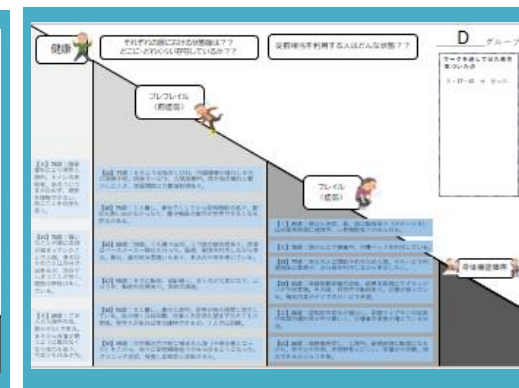
Aグループ



Bグループ



Cグループ

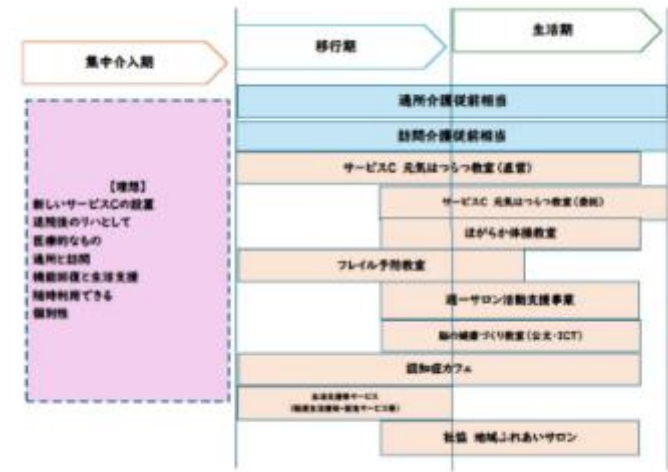


Dグループ

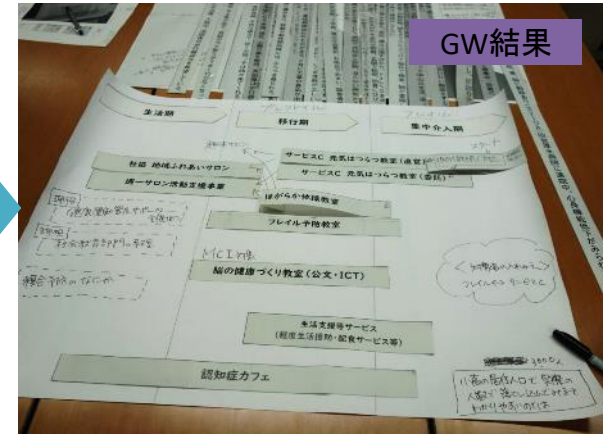
福島県南相馬市（第2回伴走支援 グループワークⅡ）

高齢者の困りごとに合わせて介護予防事業について

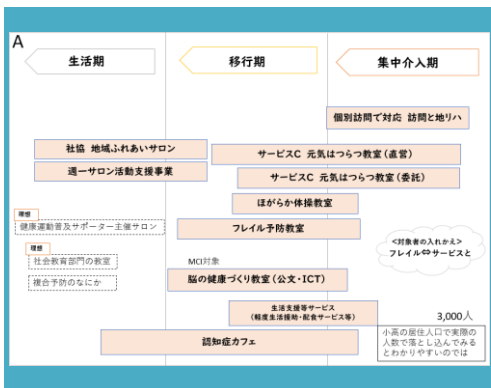
第1回支援後に整理した南相馬市の現在の事業等



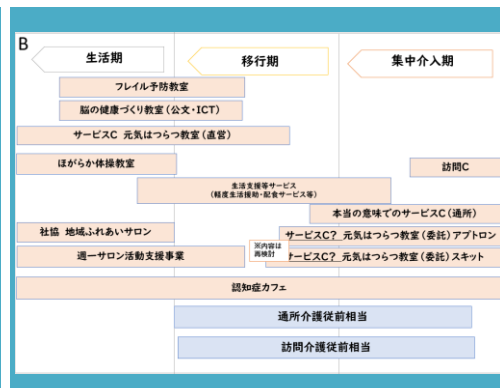
グループワークで可視化した状態像や、状態ごとの対象者の人数に応じた、市の介護予防事業を再構築してみる



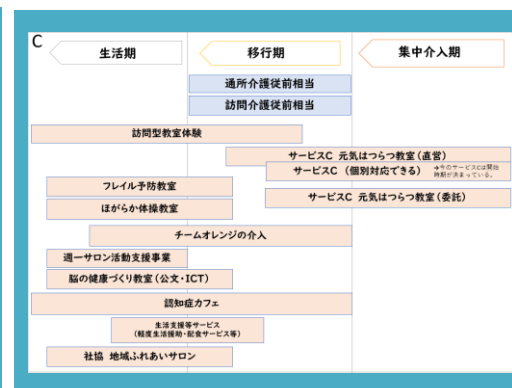
第2回の気づき: 状態に合った“高齢者を元気に戻す仕組み”が必要



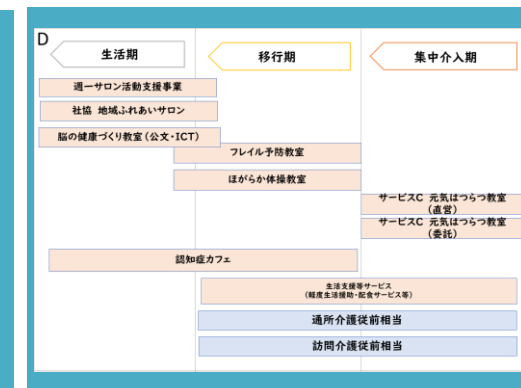
Aグループ



Bグループ



Cグループ



Dグループ

第2回目を終えての皆さんの感想・ご意見（一部抜粋）

①

- ・ワークの結果にグループ間のずれがあるのを均さなくてよいのか
- ・グループで従前相当が本来どの期に入るものなのか迷っていた

➡ 2回目の内容を更に深める

②

- ・現行事業の課題が分かったけれど、どのように見直しを進めたらいいか皆で考えたい
- ・今後どのように事業を整理したらよいか不安

➡ 進め方の工程表を考える

③

- ・すべての人の「本人の望む生活」に対応するサービスを作るのって難しい
- ・すべてがうまく流れるとも限らないのが難しいところ

➡ 進め方の工程表を考える
連携・事業間連動で対応する

④

- ・この機会に対象者を住基データに落としてみると、事業の見直しだけでなく避難計画作成につながる
- ・地域資源にバラつきがあるので、移動支援が充実すればサロン等に行けると思う

➡ 実態把握の必要性の共通理解

⑤

- ・活用できる人、事業所、機関を知ることが必要
- ・S Cはグループワークの話題でよく分からないものがあつた

➡ S Cが集めた情報がどう
活用されるのか目的共有

⑥

- ・相談時に本人の状態像をよく把握することが大切だと気づいた
- ・対象とすべきターゲットを絞れていないために従前サービスに流れやすい傾向がある
- ・介護予防の重要性をもっと市民に周知啓発しなければならない
- ・医療機関の関係者の参加も必要と感じる

➡ 相談対応用リーフレット等や
対応フローを考える
進め方の工程表を考える

【伴走支援 3 回目】令和 7 年 2 月 4 日

〈出席者〉 市役所長寿福祉課職員（課長及び 3 係 8 名）・ 地域包括支援センター職員（4 包括 8 名）
生活支援コーディネーター（3 名）

〈内容〉

- ・ 前回の振り返りとその後の進捗状況の報告（東北厚生局・市）
- （1）グループワークⅠ
新規認定（軽度）者の状態像と必要なサービスの整理
- （2）グループワークⅡ
高齢者の状態像に合わせた資源（事業）フローを考えよう
グループワークⅠ・Ⅱの共有
- （3）取り組み紹介
小高地区の要支援認定者の実態と地域資源について
- （4）ランチミニシアター
「地域のかで元気に長生き！
みんなで取り組むフレイル予防♪」
- （5）アドバイザーワンポイントアドバイス（AD）
- （6）グループワークⅢ
ロードマップ・やることリストを手分けして考えよう



南相馬市

各検討項目ごとのロードマップ

2 グループ

[illegible]

2 グループ

[illegible]

● 状態像と資源のマッチング	2025年12月		2026年12月		2027年12月		分組					令和6年度			令和7年度											
	何を・どのように	誰が	誰と	いつ・どこで	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月								
1ターゲット状態像の取組	自参加していない施設の方へ案内（※窓口）	施設ごとのコース・集の納い出し 自参加を促進 ※自参加を促進	各施設ごとに集1期と集2期のグループワークをスケジュールするなどの取組 ※自参加を促す 別項にあるとおり考え、集1期以降の取組を促す。 グループワークの開催、集1期を促す。 ※集1期の集約方法を考える 施設でできるグループワークを開催→共有（※）	・会長 ・担当課長 ・区課長 ・GWは参加した包括職員と市職員で役割分担	・参加していない職員 ・保健福祉事務所の 各部署アドバイザー 区・窓口の方	・定例打合せ日やオンライン開催など ※包括内で年度内にやりたい（希望）																				
2対象予断参加や参加促進の取組が想定される施設	自参加していない施設の方へ案内（※窓口）	施設ごとのコース・集の納い出し 自参加を促進 ※自参加を促進	各施設ごとに集1期と集2期のグループワークをスケジュールするなどの取組 ※自参加を促す 別項にあるとおり考え、集1期以降の取組を促す。 グループワークの開催、集1期を促す。 ※集1期の集約方法を考える 施設でできるグループワークを開催→共有（※）	・会長 ・担当課長 ・区課長 ・GWは参加した包括職員と市職員で役割分担	・参加していない職員 ・保健福祉事務所の 各部署アドバイザー 区・窓口の方	・定例打合せ日やオンライン開催など ※包括内で年度内にやりたい（希望）																				
3期りと把握のためのチェックリスト作成	自参加していない施設の方へ案内（※窓口）	・事業への理解 ・費用が把握しやすいように に ※自参加しやすいように 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・各事業の理解 ・費用が把握しやすいように に ※自参加しやすいように 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・各事業の理解 ・費用が把握しやすいように に ※自参加しやすいように 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・各事業の理解 ・費用が把握しやすいように に ※自参加しやすいように 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・各事業の理解 ・費用が把握しやすいように に ※自参加しやすいように 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに																				
4説明会・窓口対応フローの作成	自参加していない施設の方へ案内（※窓口）	・説明会を開催して集1期に 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・説明会を開催して集1期に 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・説明会を開催して集1期に 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・説明会を開催して集1期に 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに	・説明会を開催して集1期に 集1期だけでよいに 集1期だけでよいに																				



【第1回支援】

これまで、地域包括ケア見える化システムを活用できず、高齢者に関する状況把握や県内の同規模市町村との比較などが行えていなかった

- 支援チームの方より操作や比較方法をレクチャー
- 市の現状を客観的に捉えることができ、統計データを活用することの重要性を理解

グループワークにて、軽度認定者を自立に戻していく取組みを参加者で協議

- 集中介入期から自立生活期への事業・サービスに偏りあり
- 身体状態に応じて利用できるバランスの良い事業やサービス提供がベター
- 総合事業の充実化が必要である気付くことができた

【第2回支援】

グループワークで軽度認定者の状態像を、健康・プレフレイル・フレイル・身体機能障害に区分

- 状態改善を目的とした集中介入期の事業の必要性を理解
- 現在の介護予防事業対象者の設定見直しが必要

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による、介護・介助が必要となった主な原因の上位2つ（加齢による衰弱、転倒・骨折）について

- 保険者による積極介入の必要性
- 積極介入による状態改善の可能性を理解

【第3回支援】

通所型短期集中サービスの見直しに伴い、高齢者が地域で自立した(自立できる)生活支援のために、必要なサービス・介護予防事業、生活支援体制整備事業との連携性を学んだ

- 高齢者の状態像から、必要なサービスをイメージし、アイデアを出し合い、具体的な実施に向けた共有
- 状態改善が図られた高齢者が、地域での生活を継続していくためには、地域に戻ったときに利用できるサービスを構築し、つなげる必要性を理解

- ・調べたら、予想と異なっていた現状
- ・現状把握と分析は大切（定量・定性データ）
- ・会議とは異なる情報交換の場が有効
（意外と皆さんは情報を持っている）
- ・支援チームの皆さんの支援＆アドバイスが
とてもありがたかった
- ・目指す方向性はわかったが、今後の進め
方に不安はある
＝継続した支援を希望

- これまで活用できていなかった定量データを知ることができ、市内の高齢者の状況を知ることができた。
- 定量データの分析に加え、地域包括支援センター職員が感じている定性データを知ることができ、課題の本質を知ることができた。
- 市の事業やサービスを客観的に見ることができ、今後に求められるものが何かを考えるきっかけとなった。
- グループワークの目線合わせにより、これまで以上に市と地域包括支援センターの考えを共有して検討することができている。
- 地域包括ケアシステム構築の必要性が、関係者で共有できた。

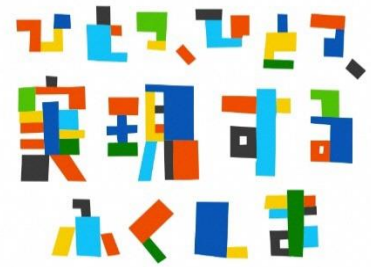
- ・第3回資源のグループワークで作成した行程表、役割分担の再精査と追記
- ・伴走支援における検討結果・成果物の共有
- ・地域包括ケア見える化システムなどを用いた定量データの分析と活用、経次変化の確認
- ・第10期の介護保険事業計画に記載する地域支援事業の精査と検討



介護予防事業と生活支援体制整備の連携強化による「ふつうに くらせる しあわせ」の実現

ご清聴ありがとうございました





令和6年度地域づくり加速化事業による 南相馬市支援を振り返って



福島県保健福祉部 健康づくり推進課

南相馬市支援

【市の気づき】

- 第9期計画の基本理念「ふつうに くらす しあわせ」とは「いままでどおりやれていたことを続けられる」ことを課内・SC・包括と目線合わせができ、対話と情報共有の必要性を実感できた。
- 市で実施している総合事業及び地域資源を洗い出し、“総合事業の三角形”に当てはめて整理することで、市の総合事業の強みと弱みを確認し、共有することができた。

KDBシステム・
見える化システムに関する情報提供

【市の気づき】

- 総合事業の対象となる者の状態像をSC・包括と共有した上で、市の新規申請者（軽度）の状態は“高齢者の三角形”のどの層に当てはまるのか、また振り分けた対象者にはどのような事業が必要かを話し合うなかで、市の総合事業の見直しが必要であること、入口出口の課題があることを共有することができた。

【市の気づき】

- 現在の利用しているサービスと想定されるサービスとの相違、状態の把握において不足している情報及びその情報の取得方法について各職種の視点で意見交換し、共有することができた。
- 市が目指す姿に向かうために総合事業で活用できる多様な手段の整理、サービス活動Cの再構築に向けたロードマップの共有ができた。

0.5mtg
0.75mtg
支援前mtg

第1回支援
10/4

1.5mtg
支援前mtg

第2回支援
12/13

2.5mtg
支援前mtg

第3回支援
R7.2/4

【今後の課題と方向性】

- サービス活動Cの対象者及び入口出口の課題については、現状の把握や定性的データ等も活用して課題を明らかにし、共有した上で見直しの検討が必要である。
- 訪問及び通所の従前相当サービスについては、市と相談の上、支援方法を検討する。

【今後の課題と方向性】

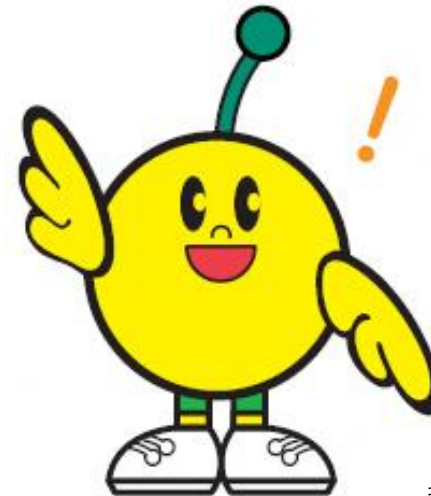
- 現在の利用しているサービスと想定されるサービスとの相違を確認する機会が必要である。
- SCが地域の実情を把握できていない現状が見えたことから、地域資源を把握できるワークを検討する。

【今後の方向性】

今回の支援で包括やSCとの関係性が強まったとのことなので、この状態を維持してワークの続きの作業を進め、総合事業の見直しにつなげていく。

伴走的支援で学んだこと

- 定量的・定性的データの整理・集計分析・見える化
- 対話をベースとした関わり
- 市町村が目指す地域のありたい姿の共有
- 関係者・関係機関との目線合わせ
- 効果的なワークの活用



県の今後の取組

- 南相馬市支援の取組・成果を県内市町村へ共有
- 市町村と各保健福祉事務所の関係（強み）を活かした市町村支援
- 南相馬市支援の事後フォロー



今回の支援でお世話になった皆様に感謝しております。
ありがとうございました。

キビタン©

地域づくり加速化事業伴走支援について ～東北厚生局の立場から～

厚生労働省東北厚生局
健康福祉部地域包括ケア推進課

令和6年度東北厚生局主導型伴走支援の支援対象市町村

令和6年度は、以下の4県、3市1町に対し、支援を実施

順位	県名	市町村名	エントリー時の支援テーマ及び支援を希望する内容	アドバイザー等
1	福島県	南相馬市	支援テーマ：東日本大震災及び原子力災害被災地における介護予防及び生活支援体制整備の検討 ・介護予防・生活支援サービス事業（従前相当サービス、サービスC） ・生活支援体制整備事業 ・その他（一般介護予防） （県狙い：市町村支援に係る本庁と地域事務所との連携協働体制の構築）	櫻井 健太郎 氏 （仙台東脳神経外科病院 リハビリテーション室 主任 理学療法士）
2	青森県	大鰐町	支援テーマ：高齢化の進展における介護予防の推進強化体制の再構築 ・介護予防・生活支援サービス事業（サービスC） ・他省庁施策との連携協働 ・その他（一般介護予防、庁内連携） （県狙い：短期集中予防サービスの県内横展開による自立支援の推進）	櫻井 健太郎 氏 （仙台東脳神経外科病院 リハビリテーション室 主任 理学療法士）
3	秋田県	湯沢市	支援テーマ：総合事業の上限額超過の改善に向けた対策の検討 ・一般介護予防事業 （県狙い：総合事業の上限額超過の改善対策の習得による市町村支援の強化）	荒井 崇宏 氏 （東京都稲城市高齢福祉課 高齢福祉係 係長）
4	宮城県	東松島市	支援テーマ：介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理を踏まえた総合事業の充実、新たな取組 ・介護予防・生活支援サービス事業（サービスB・D） ・生活支援体制整備事業 ・その他（庁内連携） （県狙い：移動支援サービスの立ち上げ支援の習得と県内市町村への横展開）	菊池 一 氏 （松戸市役所福祉長寿部 高齢者支援課 課長補佐） 伊藤 みどり 氏 （特定非営利活動法人 全国移動サービスネットワーク 事務局長） 東北運輸局

令和6年度地域づくり加速化事業の伴走支援と東北厚生局の重点方針

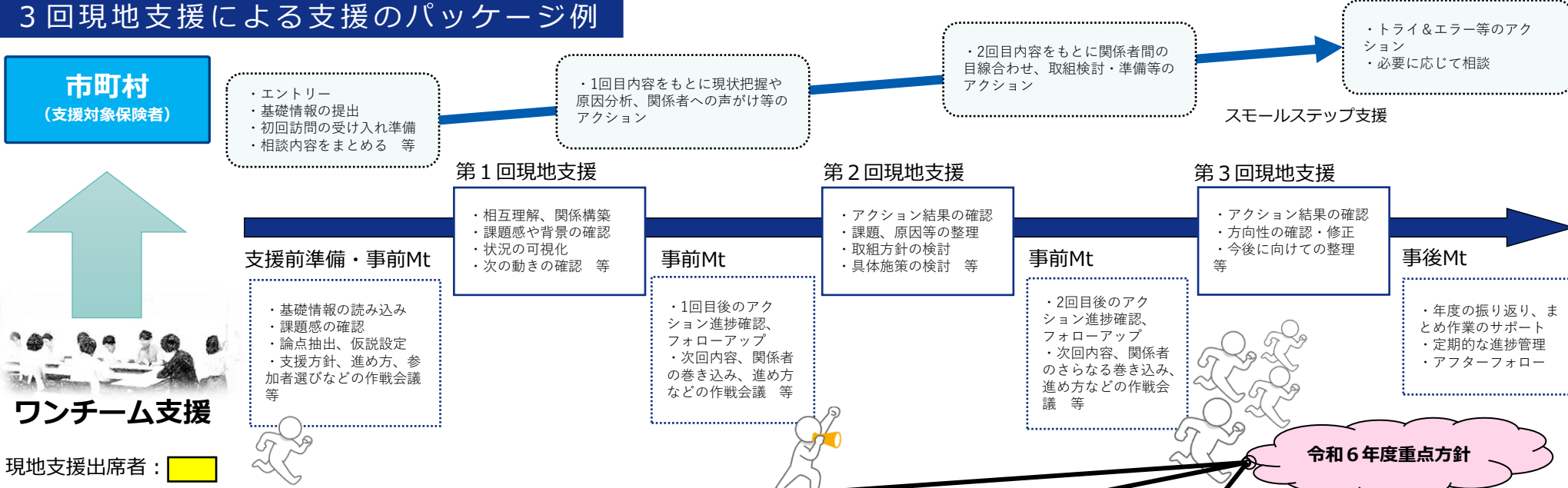
伴走支援の概要

- 総合事業等の実施に課題を抱える市町村に対し、アドバイザー、都道府県、地方厚生(支)局がチームで現地を訪問し、**市町村が中長期的なビジョンをもって自走できるよう支援**する。
- R2～3厚生労働省職員派遣事業やR4～5地域づくり加速化事業では、以下のとおり、3回の現地支援と支援前後のオンラインミーティングを6ヵ月ほどかけて実施した。

本局の重点方針

- 東北6県の市町村支援を強化するため、令和6年度は以下の3つを重点的に実施する。**
- ① **支援後の持続可能な支援体制の強化** ⇒ 支援対象市町村を管轄する県に対し、合同打合せ等を随時開催し、合意形成を図るとともに、県による伴走支援を推進強化する。
 - ② **6県への横展開の強化** ⇒ 本事業未経験の県や市町村の同行を可能とし、伴走支援を体感してもらうとともに、自事業に生かしてもらう。
 - ③ **6県の地域特性に応じた支援及び持続可能な支援体制の強化** ⇒ 幅広い視点で包括的に支援をいただくため、必要に応じて各課題解決の知見を持つアドバイザーに介入していただく。

3回現地支援による支援のパッケージ例



支援対象市町村を管轄する県	① 打合せ (Mt) を随時開催し、県による持続可能な支援体制の強化	② 本事業未経験の県や市町村が伴走支援を体感できる機会を提供し、横展開の強化	③ 必要に応じて各課題解決の知見をもったアドバイザーをポイントで追加招集し、地域特性に応じた支援						
アドバイザー									
東北厚生局									
本事業未経験の県や市町村									3

令和6年度東北厚生局主導型伴走支援の重点方針の進捗

【重点方針1】支援後の持続可能な市町村支援の強化

各県保健福祉事務所職員や県内で活躍するアドバイザーの参加による支援対象市町村支援の強化

- 南相馬市支援には、福島県相双保健福祉事務所3人が現地参加
- 大鰐町支援には、青森県内アドバイザー1人及び青森県中南地域県民局1人が現地参加
- 湯沢市支援には、秋田県内アドバイザー5人が現地参加
- 東松島市支援には、宮城県東部保健福祉事務所2人及び宮城県社会福祉協議会1人が現地参加
- 南相馬市支援には、福島県相双保健福祉事務所以外の地域担当保健福祉事務所が適宜オンライン参加

【重点方針2】東北6県への横展開の強化

伴走支援（現地支援）の体感支援

- 湯沢市第1回支援（9月12日）に山形県担当者、米沢市担当者がオンライン参加
- 湯沢市第2回支援（12月12日）に福島県担当者、山形県担当者、米沢市担当者がオンライン参加
- 湯沢市第3回支援（2月3日）に山形県担当者、米沢市担当者がオンライン参加

【重点方針3】東北6県の地域特性に応じた支援及び持続可能な支援体制の強化

各課題解決の知見を持つアドバイザーの追加招集支援⇒各課題解決につながる関係者の招集（参加）

- 南相馬市支援（全3回）に当局地域包括的支援構築施策分析官が現地参加
- 南相馬市第3回支援（2月4日）に当局局長が現地参加
- 大鰐町支援第3回支援（2月10日）に当局地域包括的支援構築施策分析官が現地参加
- 東松島市支援（全3回）に厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課が現地参加
 - ※東松島市第1回支援には、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課課長が現地参加
- 東松島市第3回支援（1月29日）に国土交通省東北運輸局が現地参加
 - ※東松島市支援全般において、事業開始前に本事業を説明し連携、適宜支援状況等の情報提供、現地支援参加前にWebmtg実施

令和6年度当局が特に意識した伴走支援のポイント

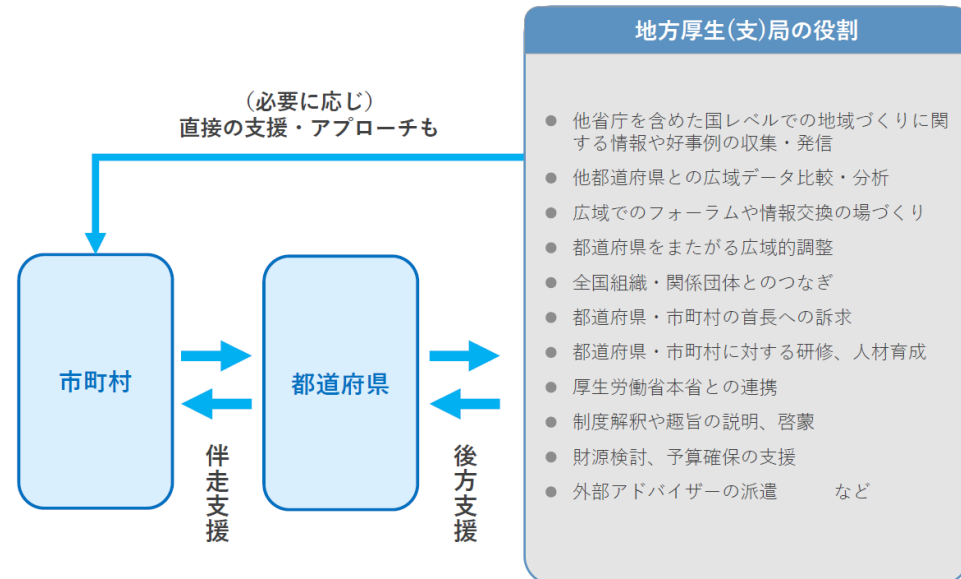
持続可能性（市町村が中長期的なビジョンをもって自走できるよう支援）を意識したサポート

支援対象市町に対して

- 「**現状の把握**」特に住民の声を聴く必要性へのアプローチ
- 「**対話**」に主軸を置き、オブザーバー参加ではなく、
支援チームとして全員参加の場づくり
- **プレゼンサポート**
（見える化の活用、積み重ねを意識した資料や
フォーマットを活用した資料の作成案内など）

県に対して

- **伴走支援**の手法（関わり方）の確認
- 次年度の**フォロー**や県内市町村への**横展開**に向けた検討に係る支援
- **支援者の育成**機会の創出
- **他省庁（地方支分部局）**との連携



地域づくりハンドブックVOL.1 p.36より

