

地域づくり加速化事業報告会



愛荘町 マスコット あしょうさん

令和7年3月6日（木）
滋賀県 愛荘町 福祉課
地域包括支援センター

◎愛荘町の概要

(令和7年1月31日現在)

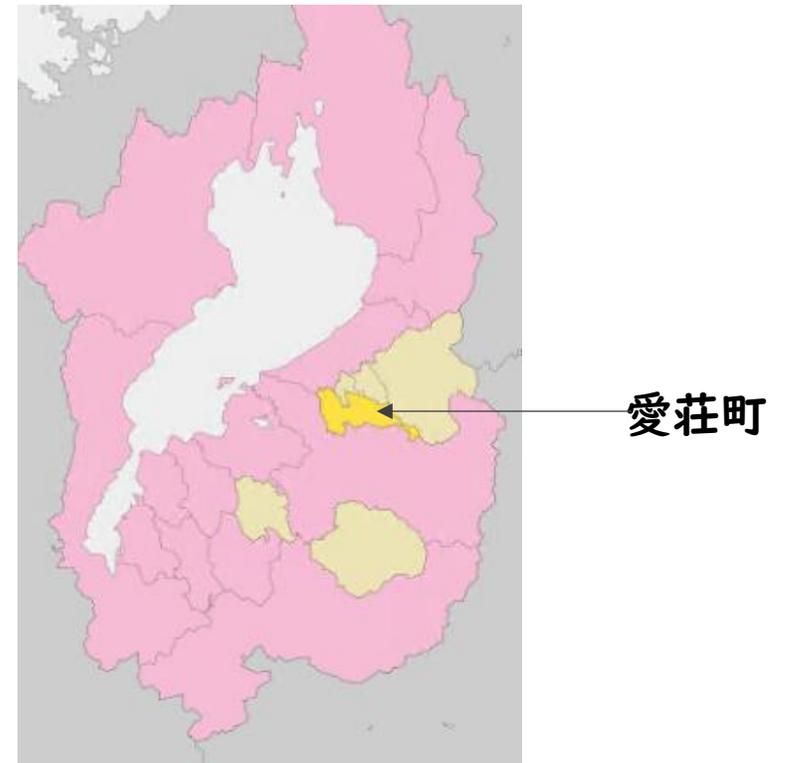
●人口21,036人

うち65歳以上人口 4,911人

高齢化率 23.35%

●愛荘町の特徴

- ・平成18年に愛知川町と秦荘町が合併し愛荘町となる。
- ・人口が増えており高齢化率も全国平均を下回っている。しかし分譲地に転入されてくる若者が多く、昔ながらの集落などは高齢化率が上がっており、若者も転出していくため、高齢化率が40%を上回っている集落も複数ある。
- ・東西約13Km南北に約6.9Kmで滋賀県の約1%の面積を占めている。



本日の予定

- ①加速化事業を受ける事になった経緯
- ②R6年度の支援内容
- ③考えの変化
- ④R7年度の取組
- ⑤支援を受けての感想

①加速化事業を受ける事になった経緯

・以前より担当者が変わるたびに十分な引継ぎができず、不明瞭なまま、何年も同じ会議内容で行われていた。

また委員の中には会議の目的がわからないまま参加している方もいた。事務局も地域ケア推進会議では報告のみになっていた。

そのため、加速化事業を申し込み地域ケア会議の整理、目的の明確化のため、アドバイスをお願いした。

何が目的の会議だったの？

この会議の意味があるのかな...



②令和6年度の支援内容（0.5、1.0支援）

1. 令和6年9月30日0.5MTG

- ・ 地域ケア会議、協議体の現状報告
- ・ 加速化事業で取り組みたいことを町より説明
- ・ 当日のスケジュール確認



2. 令和6年10月10日現地支援

- ・ 愛荘町の現状と課題について全体共有
- ・ 愛荘町をどういった町にしたいか
- ・ 愛荘町の強みと弱みをグループワークを通して協議



②令和6年度の支援内容（1.5、2.0支援）

1. 令和6年11月7日1.5MTG

- ・ 前回の現地支援以降に取り組んだ内容
- ・ 愛荘町の理想とする地域ケア会議の共有
- ・ 当日のスケジュール確認



2. 令和6年12月10日現地支援

- ・ 愛荘町の地域資源について整理
- ・ 地域ケア会議の果たす役割、目指す地域ケア会議像
- ・ 個別ケース会議を通して、多職種連携の大切さを学ぶ



②令和6年度の支援内容（2.5、3.0支援）

1. 令和7年1月20日2.5MTG

- ・ ロードマップ作製においての他市町の取組等
- ・ 加速化事業支援後の取組について
- ・ 当日のスケジュール確認

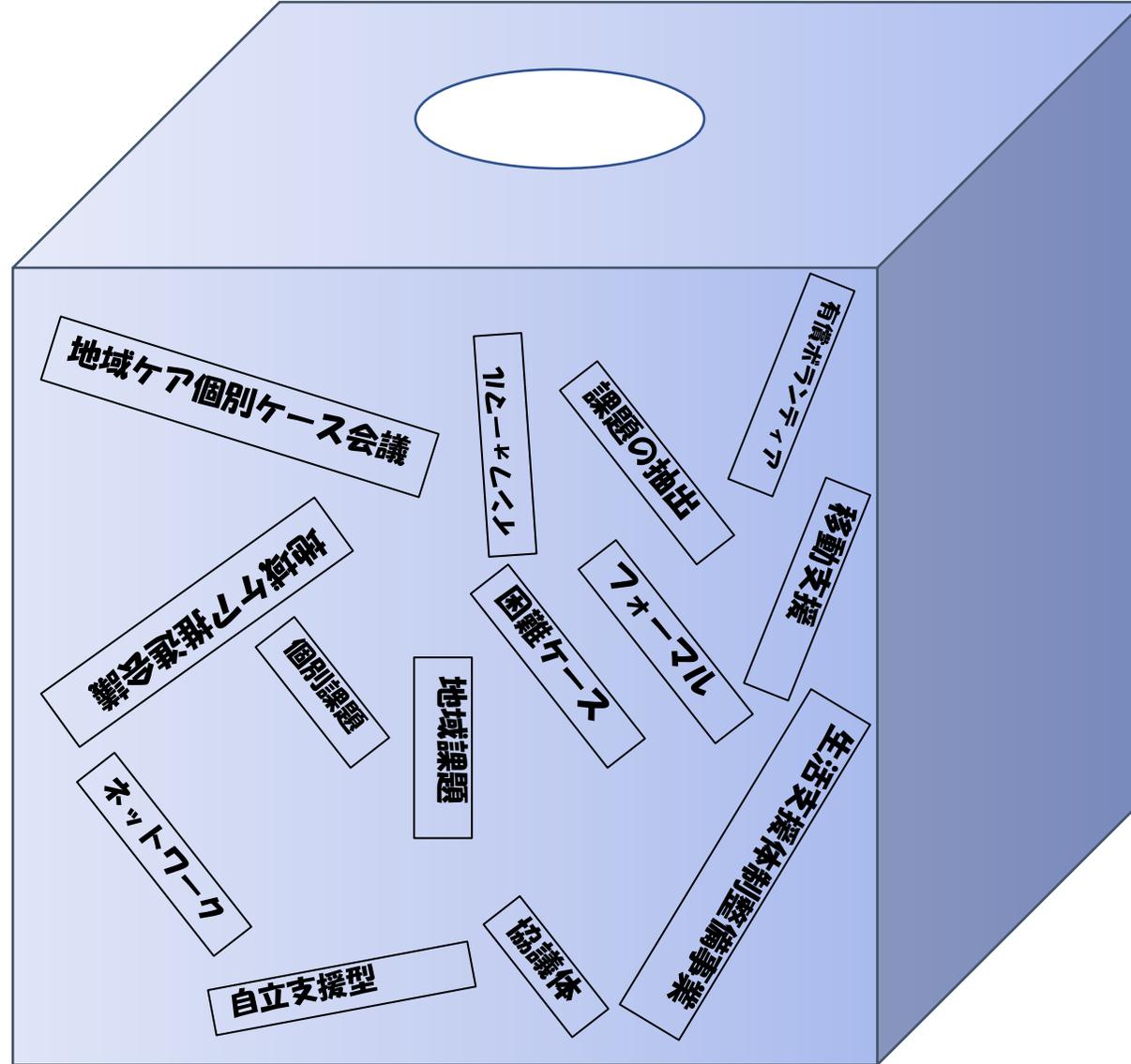


2. 令和7年2月10日3.0現地支援

- ・ ロードマップ作り
- ・ 次年度の取組について



③考えの変化



最上位目標

安心 生きがい 幸せあふれ ホットする町 愛荘町

上位目標

要支援・要介護になっても住み慣れた地域で自立した日常生活送ることができる

目標

地域課題の抽出

地域資源の把握

地域支援ネットワーク構築

地域ケア個別ケース会議（3回／年）

地域ケア推進会議（2回／年）（協議体含む）

個別ケース↓地域課題の抽出

個別ケースの深堀

個別ケースのテーマを絞る

地域資源の把握

医療職の委員の不足

自立支援について協議

中身・まとめブラッシュアップ

個別ケース会議のありたい姿

地域課題をテーマに協議

どんな方に参加してもらう

打ち手（取組）を考える

中身・まとめブラッシュアップ

愛荘町についての理解・学習

調査・分析
地域資源の整理

計画への反映を検討

地域ケア推進会議のありたい姿

④R7年度の取組

- ・ 委員、事務局とともに自立支援についての理解を深める。
- ・ 町内の資源を把握し、整理する。
- ・ 地域ケア会議に医療職を追加する。

個別
ケース
会議

- ・ 関係機関にヒヤリングを行い参加を呼び掛ける。
- ・ 町内の既存の資源把握。
- ・ 地域課題を把握することができる。

推進
会議

⑤ 支援を受けての感想

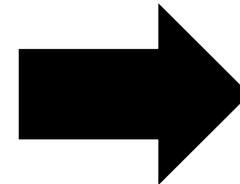
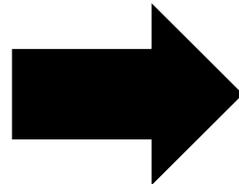
最初は厚生労働省？厚生局？とハードルが高く感じました。

しかし支援を受けていくにあたり間違えに気づく。地域ケア会議は不足している資源やニーズを補うための手段でしかないと考えていた。しかし実際は逆であり町のありたい姿を思い描く。ありたい姿に対して不足しているものは何か、地域の事をより理解するために開かれるものが地域ケア会議だと学んだ。大切なことは町のありたい姿を委員と事務局でどこまで共通してイメージができるか。



わからないままにしておくと、どんどんわからなくなる

加速化事業に申し込んでよかったです



ありがとうございました😊



地域づくり加速化事業報告会 ～滋賀県～

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課



滋賀県の概要



(令和7年1月1日 現在)

- ◆人口 1,400,103人
- ◆65歳以上人口 375,109人
- ◆市町数 19市町
- ◆高齢化率 27.4%
- ◆要支援・要介護認定率 18.8%

高齢化率、要支援・要介護認定率は
全国平均よりも低い



県の支援体制

○滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課



保健師

愛荘町さん、何とかしたいとおっしゃられるのか、、、一緒に考えていければいいかなあ



薬剤師

地域ケア会議の実務をしていない中で、県として何ができるだろうか…

○滋賀県湖東健康福祉事務所（彦根保健所）



保健師

伴走支援って何をやるのかよくわからない。地域ケア会議のこと理解してないのに大丈夫かな。

○滋賀県立リハビリテーションセンター



理学療法士

今まで地域ケア会議には関わりがなかったけど、リハセンとして何ができるだろう…

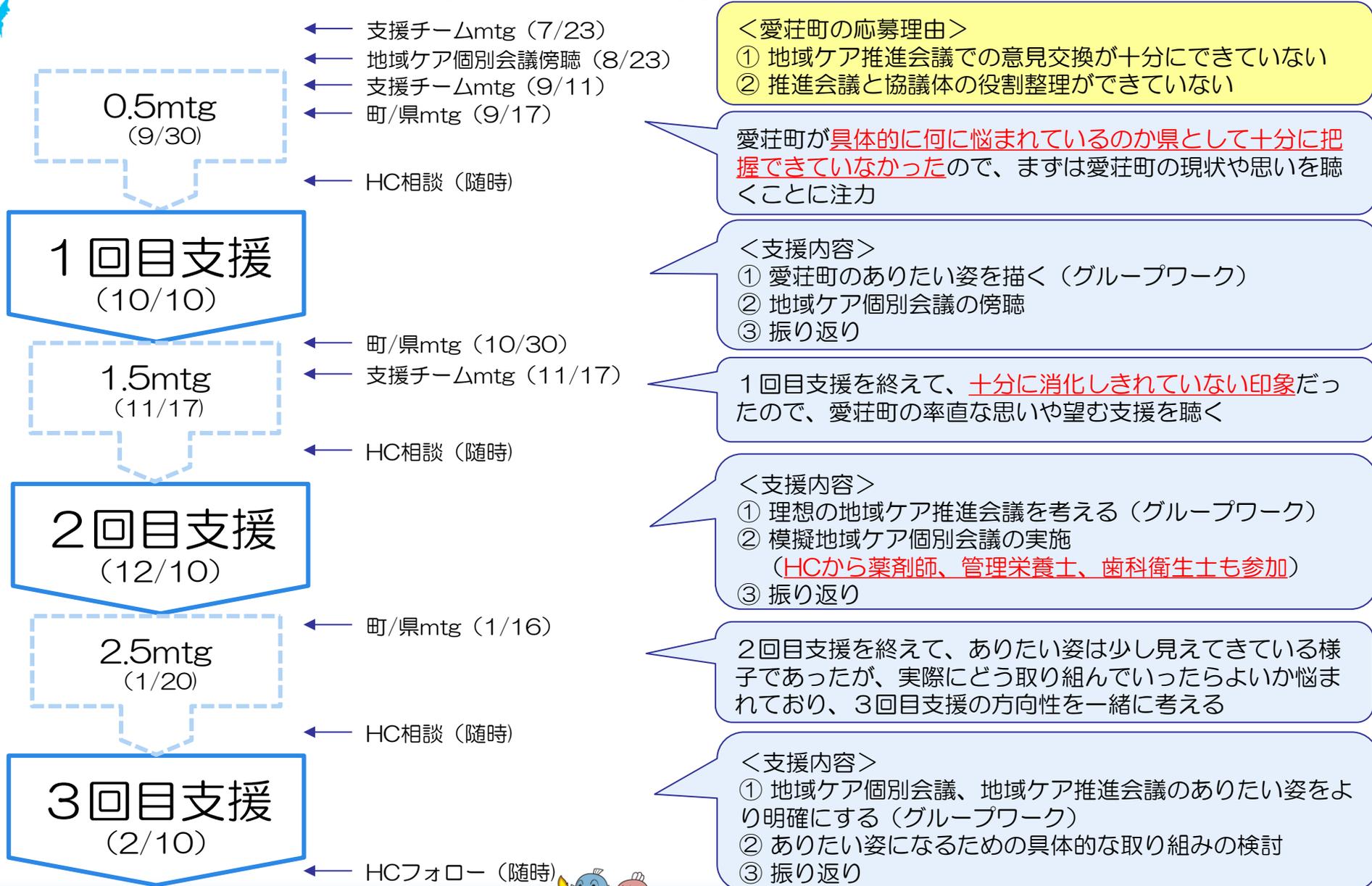
始まる前は県の立ち位置に不安が…

全体の窓口
（支援チームとの連絡役）

町との連絡
（身近な相談役）



伴走支援の流れ



伴走支援に参加してみても

伴走支援で心がけたこと

- アドバイザー、厚生労働省、近畿厚生局とのつなぎ役。
- 愛荘町に寄り添い一緒に悩み、考える。
 - ★ 保健所がより近いところで寄り添ってくれた。
 - ★ 支援前後で随時様子を確認してくれた。）

伴走支援での気づき

- アドバイザーは、町自ら目指すべき姿や考えが出てくることを尊重されており、町は悩みながらも目指すべき姿が明確になっていった。目指すべき姿が明確になると、自ずとすべきことが見えてきていた。町が支援後自走していくためには今回のような支援が大事と感じた。

今後の市町支援に向けて

- 市町は同じ悩みを抱えている。単に他の市町の好事例を伝えるだけでなく、各市町の目指すべき姿を踏まえた支援をしていく。
- 市町支援をできるよう、県職員自身の資質向上についても、意識していきたい。



湖国の感動 未来へつなぐ



キャッフィー

わたSHIGA輝く国スポ・障スポ

第79回国民スポーツ大会・第24回全国障害者スポーツ大会

2025



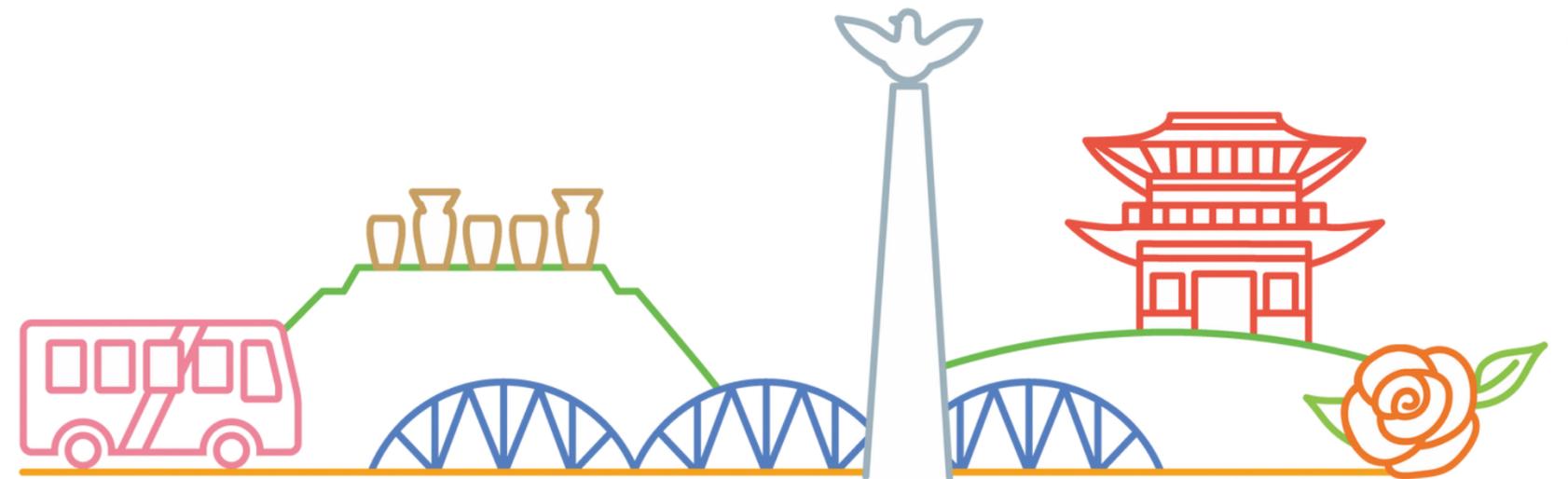
チャッフィー



令和6年度

地域づくり加速化事業を受けて

京都府綾部市 地域包括支援課 | 令和7年3月6日



一人ひとりの幸せをみんなで紡いで
実現できるまち… 綾部

綾部市の紹介（位置・地勢）

【歴史】

昭和25年市制施行
(1町12村合併)

【位置】

- 京都駅から約1時間
- 面積 347.10km²
東西32km、南北15km

【人口】

31,072人（令和6年12月末）

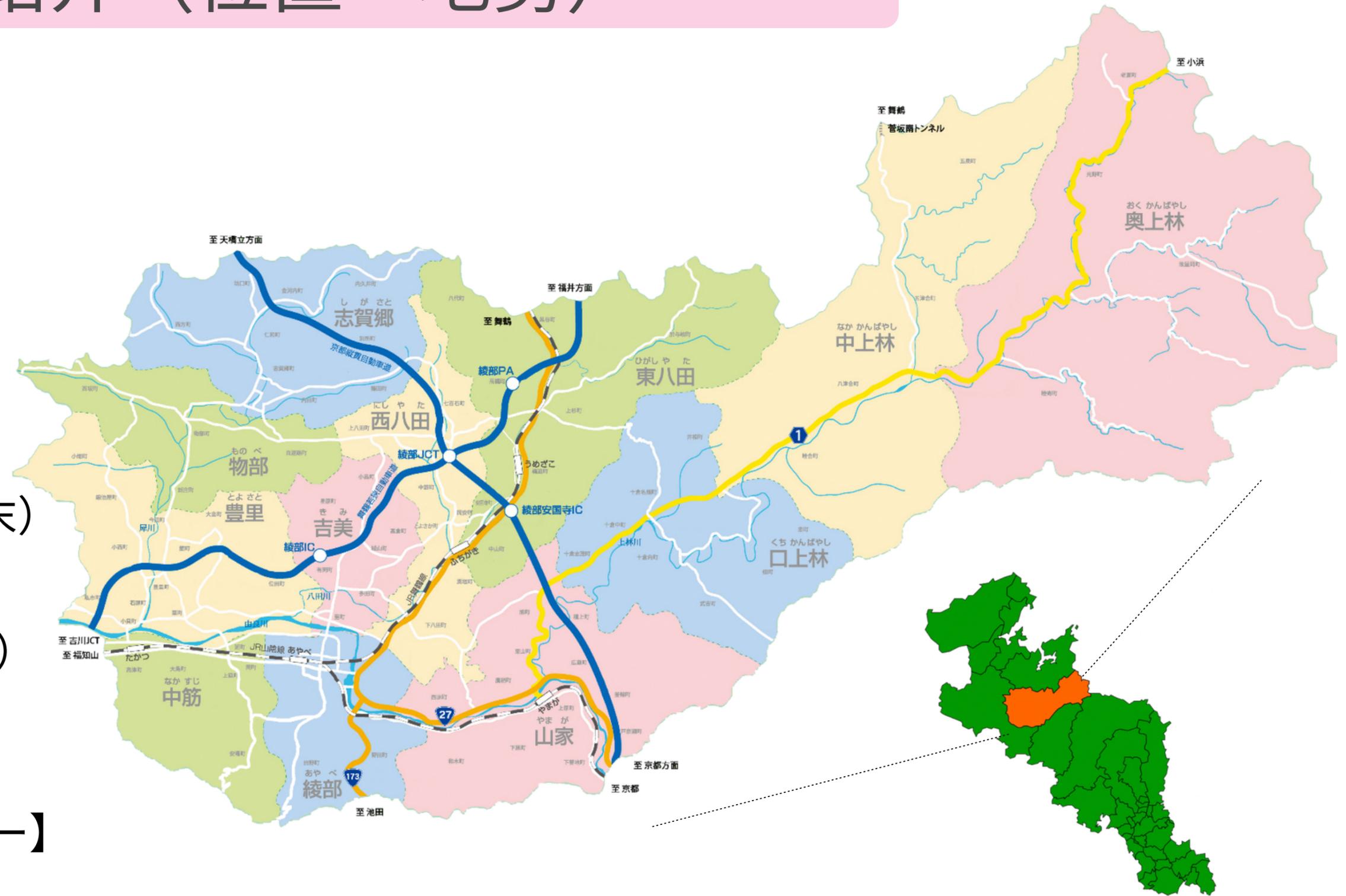
【高齢化率】

37.91%（令和6年12月末）

【地域包括支援センター】

【生活支援コーディネーター】

西部・中部・東部圏域
3か所法人委託



綾部市の魅力

梅林公園



安国寺・足利尊氏生誕の地



国宝光明寺・二王門



あやベグンゼスクエア



まちの 魅力

宗教法人大本・合気道発祥の地



手すきの黒谷和紙・お茶



ミツマタの群生地



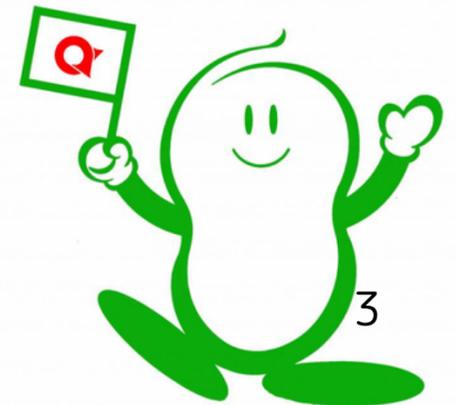
シャガの群生地



国の重要文化財・二王像



万願寺甘とう



01

地域づくり加速化事業へ応募した経過

[課題]

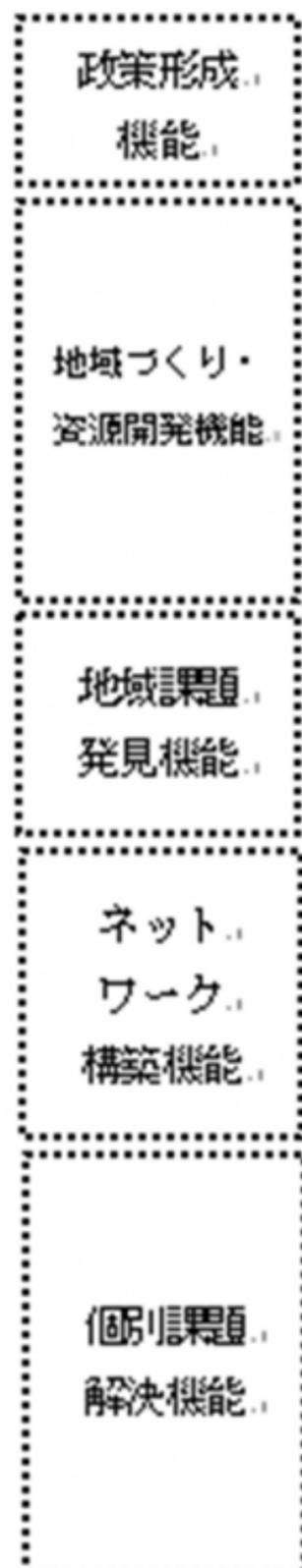
- 綾部市地域ケア会議における個別ケア会議（生活サポート会議）が困難ケースの事例検討が中心となっており、自立支援、地域課題の創出の連動に至っていない。
- 個別ケア会議（個別ケースケア会議）、圏域ケア会議の開催がコロナ禍以降縮小傾向。
- 地域ケア会議全体会が報告の場となっているが、それぞれの圏域の地域課題を捉えた検討に至っていない。

[課題に対する市の思い]

- 地域ケア会議それぞれの会議の課題検討が連動している？
ぶつ切れ？
- 課題を抽出したが、その解決に向けての取り組みは？
課題の出しっぱなし？
- 会議をするための会議になっていない？
こなすだけの会議？



地域ケア会議等5つの機能



01

取り組みたいこと 期待すること



[支援前の市の思い]

地域ケア会議の連動性

地域性の分析や活動実績から地域課題を明確にし、個別の会議が推進会議に連動していくような形にしていきたい。
積み重ねが地域づくりに繋がるサイクルを作りたい。

目的の共有

会議の目的を、改めて関係する者で目線合わせをして実施していきたい。

手法・分析の助言

会議運営の手法を教えてほしい。
どのように課題分析をしていけば良いか助言、サポートをお願いしたい。

02

現地支援の内容

第1回目支援

- 地域ケア会議の現状を共有
- 各圏域包括の地域分析内容を共有
- 生活サポート会議の個別事例をグループで検討

参加者

- 支援チーム
- 地域包括支援課
- 地域包括支援センター
- 生活支援コーディネーター（SC）

第2回目支援

- 地域ケア会議（全体会）を見据えた地域課題の分析と整理
- 専門職参加のプレ生活サポート会議

参加者

- 支援チーム
- 地域包括支援課
- 地域包括支援センター
- 生活支援コーディネーター（SC）
- 専門職（医療職、ケアマネジャー等）

第3回目支援

- 地域ケア会議（全体会）の振り返り
- 生活サポート会議の見直しについて検討

参加者

- 支援チーム
- 地域包括支援課
- 地域包括支援センター
- 生活支援コーディネーター（SC）

02-1

第1回目支援 (0.5MTG含む)

自分たちで考える
ところから



[支援内容]

現状の確認

現地支援前、生活サポート会議（オンライン開催）に支援チームに入っていた
だき、会議運営や事例検討の様子を傍聴していただいた。

個別事例の整理

アドバイザーにて生活サポート会議の事例を整理。通所リハの問題、総合事業の利
用への展開を問題提起。

R5年度の事例を振り返り、そこから見える地域課題を整理、蓄積すること提案。

課題感の共有

市が感じている地域ケア会議の課題について、包括、SCと共有。

個別の事例から見えてきた地域課題を共有。

包括より各圏域の地域課題を共有。

グループワーク

生活サポート会議の事例を市、包括、SC、支援チームを交え、「望む暮らし」
を視点にワークシートに落とし込み、見直してみる。

02-1

第1回目支援 (0.5MTG含む)

ここで
あと押しいただいた！



[気づき・学び]

個別事例の整理から

22事例を振り返り整理した結果、在宅医療介護連携の課題の事例が大半であり、在宅医療介護連携推進事業での課題とも重なること、医療的視点を持ったアセスメントの弱さに気づいた。

生活サポート会議の目的・対象者

対象者を「検討を希望するケース」として選定していることで、自立支援のマネジメントを検討する会議目的に沿っていない。**対象者を見直さねば！**

総合事業への影響

自立支援型のマネジメントの思考が定着していないことがサービスc（リハ強化）、緩和型サービスの利用者の停滞や初期の段階でリハに繋げる意識の低下になっているのでは。**ケアマネジメントのスキルアップも地域資源のひとつ！**

SCの介入

事例をSCと検討することで、介護サービス以外に住民同士でできる支援がないかと検討されたグループあり。

SCが事例検討に入ることの意義や期待を感じた。

02-2

第2回目支援 (1.5MTG含む)

共通の様式で
整理してみよう！



[支援内容]

プレ会議に向けてのワークシート①作成・項目検討

プレ対象者を**新規の事業対象者**に選定。

対象の方の「望む暮らし」を優先に考えれる項目をワークシートに入れる。
包括にて予防ケアマネジメントをワークシートに落とし込む作業を実施し、市は事例の課題抽出をする。 **市は課題抽出力が大事！**

プレ生活サポート会議の開催

医療専門職を交えたプレサポート会議を開催。包括、SC、専門職へ思考の気づきの場を研修形式で実施。 医療専門職等が7名参加（無償）

地域ケア会議（全体会）へ向けてのワークシート②作成・意見交換

包括にて圏域ケア会議での地域課題をワークシート②に落とし込む作業を実施。
市は全体会で設定するテーマを優先順位を付け選定し、選定したテーマを包括へ共有する。

[ワークシート①事業対象者を検討するケースの課題整理] (例)

事例	年齢	性別	望む暮らし	基本チェックリスト 総点数	基本チェックリスト該当項目 (現状)	望む暮らしを阻害している項目に○	アセスメント 疾患・受診状況・転倒リスクなど 健康状態・心身機能・環境因子 活動と参加・促進因子の検討	問題もしくは課題	ニーズ ・自立した日常生活を支援していくにあたって必要とされること	支援方法 (誰が、どこで、どのように、いつまでに) ⇒サービスもしくは事業
転倒後、転倒の不安が高く外出することが減った。	80	女	毎年グンゼスクエアの綾部バラ園に行けるようになりたい 日課としていた近所の散歩がまたできるようになりたい。	10	①全般10点/20点	○	関節疾患	②④⑤転倒後閉じこもりがちな生活なため、体力が低下してきている。 ①③買い物に行けないため、食事にかたよりができています。 ②日課の散歩に行けていない	①日課の散歩に行けるようになりたい ②買い物を転ばず安心して持ち帰りたい。	・リハ職による転倒の評価やその心身機能などの能力の見極めを依頼し、どの程度、どんな訓練をすれば自立できるのかを助言してもらう。 ⇒地域リハビリ支援事業 ・専門職の見守りの中で外出する練習をすることで自信づけを行う。 ⇒リハビリ強化型すこやかシニア教室 ・日課となる散歩コースを実際に行けるよう、不安の聞き取りを行いつつ、散歩の促しを行う。 ⇒リハビリ強化型すこやかシニア教室 ・すこやかシニア教室終了後もフォローアップもかねて、通いの場への参加を促す。 ・買った物を安心して運搬できるよう、宅配、歩行、車もしくはリュックなどの工夫を検討する。⇒リハビリ強化型すこやかシニア教室
					②運動機能3点/5点	○	ひとり暮らし			
					③栄養状態2点/2点	○	転倒のリスクが高く不安あり			
					④口腔機能2点/3点	○	運転できない			
					⑤閉じこもり No16に該当	○	買い物に行けない			
					⑥認知機能1点/3点					
					⑦うつ2点/5点		(その他：自由記載) ・栄養がとれていない ・バスに乗って定期受診ができています			

[ワークシート②圏域ケア会議からの地域課題整理] (例)

		課題への取り組み（該当する項目に○）				
連番	課題	やれる	今すぐは無理	包括だけではできない	左記を選定した理由を記入してください	想定される連携先
1	転居後に自治会に加入していない方、近隣との付き合いが無い方が増えている。身寄りのない方がいないケースの相談が増えている。			○	自治会に加入するメリットを感じておられない方が、さらに孤立している。自治会加入の推進や身寄りのない方への支援は市全体で検討していく課題となるため。	市・府 成年後見支援センター 民間企業 社会福祉協議会 (その他：自由記載)

02-2

第2回目支援 (1.5MTG含む)

やってみて
やっぱり分かる
可視化することの大切さ



[気づき・学び]

プレ生活サポート会議の開催から

- ・現状の課題、本来の会議目的に沿った対象者へ絞りたい市の方向性を参加者に共有できた。
- ・事業対象者はほぼフレイルの方、**もとの生活に戻れる方!**
医療的な視点を取り入れること＝自立支援につながることの気づき。
- ・ADのファシリの動き、役割を学べた。
「望むくらしは何か」「アセスメントのポイント」
「参加者へ自立支援のイメージを共有する」
ADと同じようにはできずとも、事前に市としての事例の見解やアセスメントを協議しておくことが重要と感じた。

地域ケア会議（全体会）として選定するテーマを共有

- ・ワークシートに落とし込み、多々ある課題を優先順位を付け整理した。
可視化して協議することの重要性!
- ・選定したテーマから、どのような裏付けのデータや検討が必要かを深掘することで、さらに包括、SCからテーマに沿った地域の課題を引き出す。

02-3

第3回目支援 (2.5MTG含む)



[支援内容]

地域ケア会議（全体会）の資料作成

市が作成した全体会の資料を事前に支援チームにて構成・内容を確認。
市が伝えたい強いメッセージを入れること。

地域ケア会議（全体会）を視聴

集合型の全体会を支援チームがオンライン傍聴、録画視聴。

地域ケア会議（全体会）の振り返り

主には全体会でのディスカッションの内容、全体会を終えての市の所感・反省点を踏まえ振り返る。

生活サポート会議の整理・見直しについて提案

対象者の抽出選定、開催方法の見直しについて市から包括、SCへ提案

02-3

第3回目支援 (2.5MTG含む)

課題も残るけど、ここからが
スタート！



[気づき・学び]

地域ケア会議（全体会）の振り返り

- ・説明資料は多すぎず、**伝えたいメッセージ**、シナリオ構成を大切にしている。
- ・テーマに沿った事例を入れ意見交換に入ったが、それぞれの団体からの意見をさらに深めて検討することができなかった。**ファシリテーターの技術不足**。事前に資料配布したが、**各団体へ意見交換の根回し**が必要だった。
- ・綾部市の公的機関、福祉、地域、民間の「**見守りの取り組み**」を一覧にし可視化した。これも啓発媒体の地域資源となる。

生活サポート会議の整理、見直しについて

- ・事例対象者の見直し、ワークシート①の活用を提案したが、包括の負担感が先行し十分に落とし込めない反応であった。市としての方針は変えない姿勢で繰り返し伝えていく。
- ・**生活サポート会議と総合事業は両輪**で考えていくもの。総合事業指定事業所も異動により事業目的が薄れている課題あり、改めて評価が必要。

03

地域づくり加速化事業 支援後の市の思い

[今後取り組みたいこと]

- 生活サポート会議の見直しについて、**ケアマネジメントの向上、さらに総合事業、地域資源の把握、創出をSCも介入し図っていききたいこと**を、引き続き参加専門職、包括、SC、総合事業指定事業所へ説明会の中で伝え認識の共有を図る。
- 綾部市の「見守りの取り組み」を媒体作成し市民へ周知。民間を交えた話し合いの場を持ち、次年度の全体会へフィードバックしていく。

[支援をとおして]

- 支援をとおして包括支援事業（4事業）において連動して考えていく必要があると感じた。在宅医療介護連携推進事業の課題は避けられない。
- 継続している事業のやり方を変えることはエネルギーがいるが、**伴走していただくことで向き合う気持ちになれた。**
- 高齢者保健福祉計画の協議会でも地域ケア会議の方針を示した。保健分野とも**市全体の予防意識を高めたい**意識が持てた。

村井アドバイザー様、支援チームの皆様 ありがとうございました

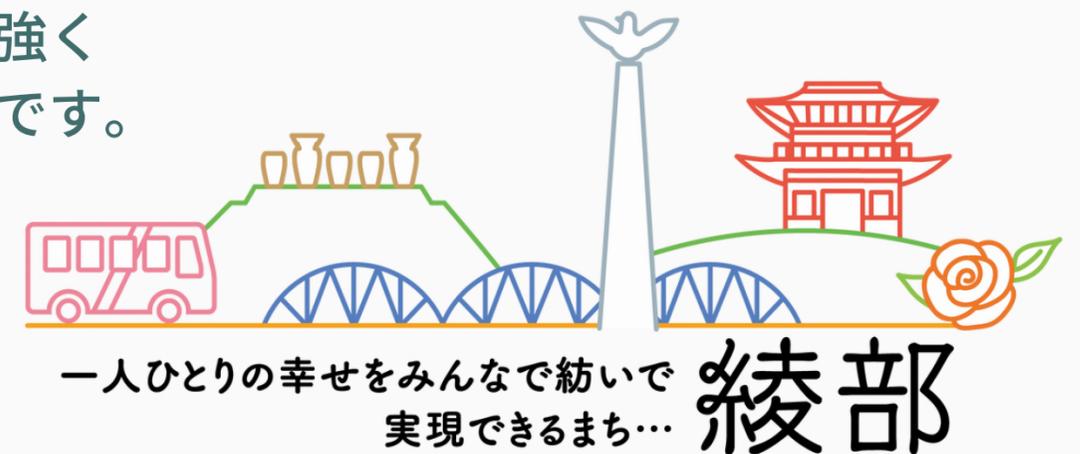
「綾部市さんは分かっている、言葉にしてください。」
「よくやっている、成功していた、市も間違ふことがある。」

「反対意見はとても大切。」

「行政だけで地域づくりはできない。対話を重ねていきましょう。」



たくさんの応援の言葉がとても心強く
携わっていただいた時間や資料は宝です。
これからも励んでいきます！



一人ひとりの幸せをみんなで紡いで
実現できるまち…

綾部

令和6年度地域づくり加速化事業 報告会

【京都府】綾部市支援を通じて

京都府健康福祉部高齢者支援課

京都府の概要

- ◆ 市町村数: 26市町村(15市10町1村)
- ◆ 総人口: 約248万人
- ◆ 65歳以上人口: 約73万人
- ◆ 高齢化率: 29.6%
- ◆ 要介護等認定者数: 約17万人
- ◆ 要介護等認定率: 23.0%

(令和6年3月末時点)



綾部市からのエントリー内容

実施状況

- 個別ケース:「生活サポート会議」「個別ケースケア会議」
- 市内12地区や東部、中部、西部の3圏域:「圏域ケア会議」
- 市内全域:「地域ケア会議全体会」

課題

- 困難ケースの事例検討が中心となり、自立支援、地域課題の発見や資源開発の連動に至らない。
- 「地域ケア会議全体会」が意見交換の場となっており、圏域の地域課題を捉えた地域づくりの検討に至らない。

取り組みたいこと

- 地域性の分析や活動実績等から地域課題を明確にし、個別の会議が推進会議に連動していくような形にしたい。
- 会議のあり方や目的について、関係者で目線合わせをしたい。
- 各会議の内容や実施方法、地域性の分析方法などを学びたい。

綾部市への支援内容(1回目)

1回目
(9/27)

2回目
(12/6)

3回目
(2/5)

<現状・課題の共有、課題整理に関する意見交換>

- ・京都府から府内市町村の地域ケア会議等に関する取組状況や中丹圏域の現状を紹介
- ・綾部市内の各包括支援センターから地域カルテ(地域特性や地域課題等)について説明

Point!

課題整理とブラッシュアップ
地域課題の抽出トレーニング

<参加者間での意識統一、支援の方向性の検討>

- ・生活サポート会議の検討事例をもとに、地域課題抽出のワーク
- ・アドバイザーからの助言、今後の進め方検討

～アドバイザーから課題提起～

- ①医療資源や在宅医療連携の重要性
- ②サービスCとの連動
- ③自立支援に資する事例検討

綾部市への支援内容(2回目)

1回目
(9/27)

2回目
(12/6)

3回目
(2/5)

<プレサポート会議に向けての調整、意見交換>

- ・地域課題を整理し、一覧化したワークシート(課題の見える化)を用いて、取組について意見交換
- ・地域ケア会議全体会で検討するテーマ選定について共有

<プレサポート会議の実践>

- ・自立支援型個別ケア会議の事例紹介
- ・綾部市から現状課題について説明
- ・地域の専門職を交えて、プレサポート会議を実施
- ・アドバイザーから助言、今後の予定確認

\ Point! /

- 地域課題に対する取組について議論することで、課題解決に向けたシミュレーションをする
- アドバイザーの進行により、プレサポート会議を実践することで、自立に向けたポイントの共有につなげる

綾部市への支援内容(3回目)

1回目
(9/27)

2回目
(12/6)

3回目
(2/5)

<地域ケア会議(全体会)の開催結果とふりかえり>

- ・綾部市から全体会の開催結果について報告
- ・会議出席者から所感・課題発表
- ・綾部市地域包括関係の会議の整理

<地域ケア会議の課題・整理(生活サポート会議)>

- ・綾部市から今後の生活サポート会議の対象者、実施方法について説明
- ・包括、SC、市、支援チームで意見交換

\ Point! /

- 支援を通して、こうしていきたいという思いが固まった。
- 継続的な取組につなげるためには、関係者が議論を交わしながら進めることが重要。

支援を通して得た気づきや学び

- 支援の回数を重ねるごとに、参加者の議論が濃くなり、それぞれの熱い想いが伝わってきた。
- アドバイザーの助言は、地域の実情を踏まえた実現可能なもので、的確なアドバイスであった。
- 府として、市町村の悩みに寄り添い、先進事例の紹介やアドバイスができるように研鑽を積む必要がある。

皆様、ありがとうございました。



地域づくり加速化事業 報告会

奈良県吉野郡野迫川村

野迫川村について

- 位置：奈良県の西南端，和歌山県と隣接
- 面積：154.9 km²
- 標高：最高 1344 m 最低 400 m
- 人口：319人 ※2025年1月末現在)
男 158 人 女 161人
世帯数 202世帯
- 高齢化率：52.04 % ※2025年1月末現在（65歳以上 男64人 女102人）



村の課題 手をあげた経緯



1回目支援まで

村民が楽しみをもって暮らしてもらうために何をすべきか

村で住み続ける希望をかなえるためにはなにが必要か



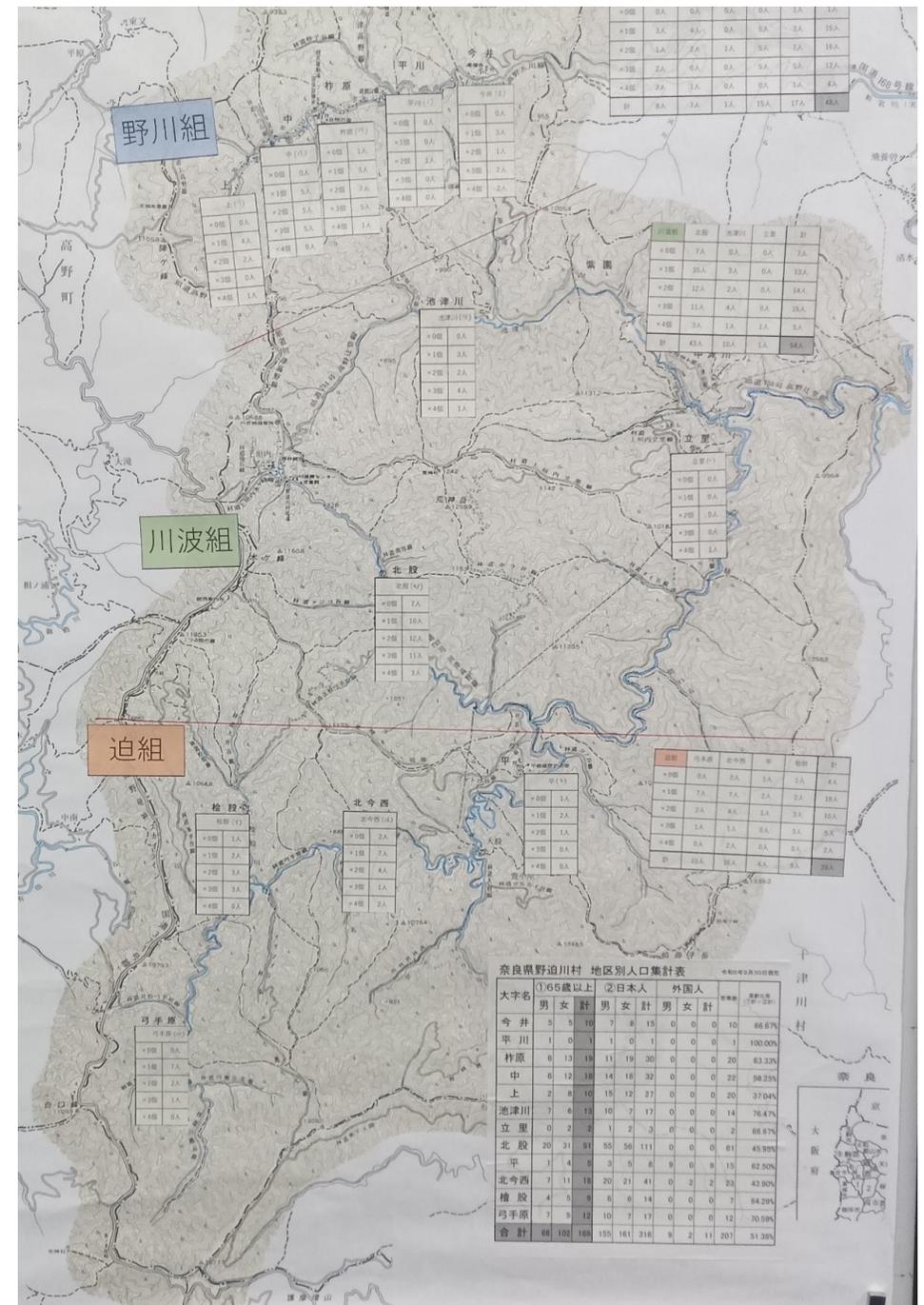
2回目支援まで



氏名	生年月日	住所	施設・村外	年齢	健診受診	医療受診	村事業	就労	通いの場 趣味外出	×の数
A	1940/4/1	野迫川村大字北股84番地		85	×		×	×		3
B	1941/4/1	野迫川村大字北股85番地	ゆうゆう苑	84	×		×	×		3
C	1942/4/1	野迫川村大字北股86番地		83	×			×		2
D	1943/4/1	野迫川村大字北股87番地		82	×		×	×		3
E	1944/4/1	野迫川村大字北股88番地		81				×		1
F	1945/4/1	野迫川村大字北股89番地		80	×		×	×	×	4
G	1946/4/1	野迫川村大字北股90番地		79				×		1
H	1947/4/1	野迫川村大字北股91番地		78						0
I	1948/4/1	野迫川村大字北股92番地		77	×		×	×		3
J	1949/4/1	野迫川村大字北股93番地		76				×		1
K	1950/4/1	野迫川村大字北股94番地		75	×		×	×		3
L	1951/4/1	野迫川村大字北股95番地	ゆうゆう苑	74	×		×	×		3
M	1952/4/1	野迫川村大字北股96番地		73	×			×		2



2回目支援まで



3回目支援まで



聞き取り調査をしてみよう！



3回目支援を終えて



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

野迫川村支援について



令和7年3月6日

奈良県福祉医療部医療・介護保険局

地域包括支援課



奈良県マスコットキャラクター

せんとくん

©NARA pref.

<http://www.pref.nara.jp/>



■奈良県の概要

- ・人口 1,285,094人
- ・65歳以上人口 423,693人
- ・市町村数 39市町村(12市15町12村)
- ・高齢化率 32.97%

(令和6年10月1日時点)出典「推計人口調査」

- ・要支援・要介護認定者数 86,225人

(令和6年10月末時点)「介護保険事業状況報告(月報)」

県庁から
電車で3時間30分
車で2時間30分



奈良県の高齢化率は、H21以降全国平均を上回り、特に過疎化が進む南部では山間地域が多く、高齢化率が40%を超える町村が多くあり、地域格差が大きいことが特徴となっています。

高齢化率	
パーセンタイル	(指標値)
低	0%~25% (24.8%~33.1%未満)
↓	25%~50% (33.1%~39.9%未満)
↓	50%~75% (39.9%~50.1%未満)
高	75%~100% (50.1%~)



■奈良県内の状況

・厚生労働省や県事業で実施する伴走支援は、それぞれやり方は違っても、地域の課題に合わせた支援を受けられるため、市町村にとっては非常に有効と思われる。

しかし、最近は市町村からのエントリーが少ない。

・研修会や随時の問い合わせなど、日常対応の機会に、お困りごとに結びつけ
「伴走支援は地域の課題に応じた関わりを検討するため、いいよ。

エントリーしてみたら」とお声かけ。

【野迫川村】☎ 村外にしか介護サービスがない状況で、何かしなければ村民さんはここで暮らせなくなるが、
新しく着任し、何から始めたらいいのかわからない。

📝 エントリーシートには、沢山の項目にがついた。

(短期集中予防サービス、通いの場、生活支援体制整備事業、地域ケア会議)

加速化事業と並行し、県で実施している各研修や
支援の機会も活かして取組を後押し

<加速化の方向性>

- ①これまで手をつけられずにいた「村民カルテ」作成
- ②住民さんとの対話により、改めて村民さんのニーズを聞き出す。
- ③出かきたいと思える場の創出につなげる
- ④新たな担い手の発掘



■伴走支援で心掛けたこと

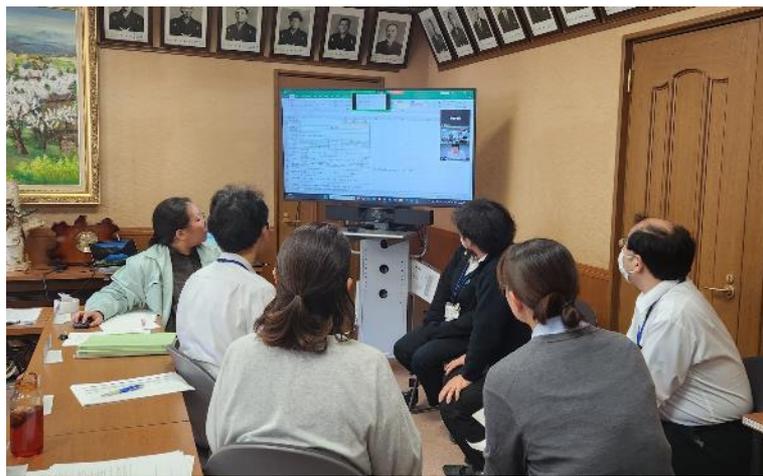
- ・村を知り、職員の思いや、現状に沿う取組を一緒に考える。(支援確定前にも現地視察)
- ・エントリーのきっかけとなった職員さんだけでなく、野迫川村加速化メンバーが村の将来を一緒に考えられるように関わる。
- ・支援中の表情を見ながら、思いが発言できていないのでは？と感じたら聞いてみる。
- ・県は村にとっての最も身近な相談相手でいる
- ・近隣自治体の担当者とのマッチング
(今後を見据え、同じ立場で取り組む人との出会いを作る:研修会、 ↔ 、)
- ・職員の負担感軽減
役場がやるのが当たり前ではない。住民さんにも力がある。
村職員だけが汗をかくのではなく、住民さんを信じて関係者・地域・まちぐるみで取り組んでいくことを伝え、数少ない職員で取り組むことの負担意識を軽減。
- ・取組の過程は大変であっても、最後は支援を受けて良かったと思えるように。
- ・県の別の部署での取組みも把握



■良かったこと 1.「シンキングタイム」

・話し合いの中で時々村関係者だけで話せるでシンキングタイムを持ったこと。

今後も、何かあれば、みんなで意見を出し合い決めていくことを続けてもらえたら。



■良かったこと 2.「つながり」

・宿泊を伴う支援となったこともあり、支援時間以外でも村職員や関係者同士が交流する時間を沢山持つことができた。

・村職員と話す機会が増え、加速化支援以外の内容でも相談を受ける事が増えた。近隣市町村担当者とのマッチングにより、それ以降自分たちで相談できるようになってもらった。



■良かったこと 3. 「野迫川村支援チーム」

田中アドバイザー、近畿厚生局、奈良県、加速化事業事務局

誰かがこれをしないといけないと決めつけずに、チームとして関わろう

県担当者が持っていない情報や知識を踏まえた助言や支援

国の事業の活用提案、他省庁の取組検索、スケジュール管理シート作成、意見出し等々

* 県は、村職員が伝え切れていない部分の代弁等、村に寄り添う立場での関わり

* 現地支援や事前ミーティング以外の機会でも、得た情報を支援チームにも共有

現地支援では、優先的に対応すべき個別事例を把握し急遽、支援を要する利用者宅の見学と移動車中ケア会議の実施に至り、**臨機応変に支援していただける加速化事業**の良さを実感。



加速化事業での取組は4回目支援も控えており、次年度以降に目指す方向性の具体化に繋がるような支援をしていただいた。



「村民さんが少しでも長く安心してこの地域で暮らし続けられるために」

これからも、いろいろな人と繋がり、一緒に考え、取組がうまれていく過程を楽しみにしています。

支援チームの皆様、野迫川村の皆様
ありがとうございました。



地域づくり加速化事業 ～野迫川村の支援をとおして～



生駒市特命監 田中 明美

自己紹介

田中 明美 (たなか あけみ) プロフィール

生駒市役所 特命監

[保健師、看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員]



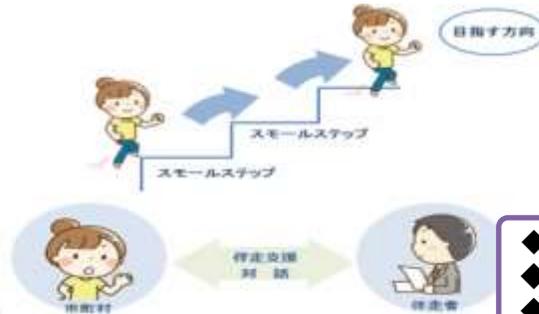
- 1995年4月奈良県生駒市役所入職、福祉健康部健康課に配属
- 1999年福祉健康部高齢福祉課
- 2002年福祉健康部福祉支援課、2012年予防推進係長
- 2013年福祉部介護保険課、翌年課長補佐
- 2015年高齢施策課、2016年高齢施策課主幹・地域包括ケア推進室室長兼務
- 2017年福祉健康部地域包括ケア推進課長
- 2018年福祉健康部次長(兼)地域包括ケア推進課課長
- 2019年福祉健康部次長
- 2020年4月から厚生労働省老健局入職、振興課課長補佐
- 2020年7月から老健局認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室室長補佐
- 2023年4月から現職

I 野迫川村支援について



野迫川村支援の流れ

***4回目支援を含めた対応を実施!**



現地支援

- ◆介護予防拠点施設の検討
- ◆村民カルテの作成の促進を検討
- ◆防災・まちづくり・介護予防に関する村内連携促進

自走へ

現地支援

4回目

- ◆目標達成に向け積み残し確認
- ◆積み残しの解決の目安を共有
- ◆今後の方向性を確認・共有

準備期間

防災拠点・介護予防拠点をどう考えるかを他部署を含めた検討・村民カルテの作成促進

現地支援

3回目

- ◆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

準備期間

- ◆最終回に向けて、積み残している課題がないか、進捗を確認
- ◆予定通り進んでいない場合には、行動の見直し(状況を支援者間で共有・支援方針の再検討)
- ◆当初の目標に対する達成度等の確認
- ◆3回目の支援内容の検討・協議

現地支援

- ◆市町村の現状や課題感を報告
- ◆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

2回目

準備期間



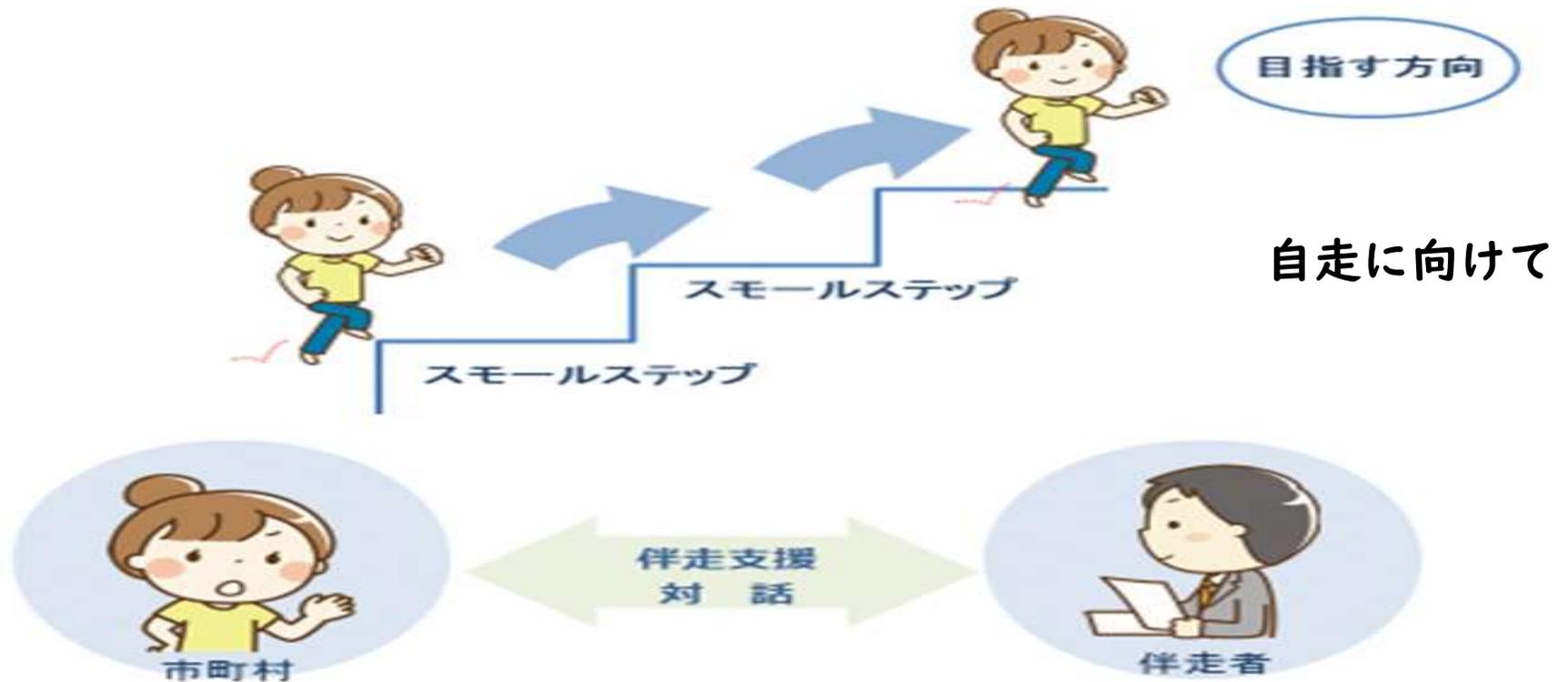
- ◆初回支援時に次回までに実施する内容を固めたものについて、その進捗を確認する
- ◆目標が高すぎないか、支援期間内に達成できそうか、確認。必要なら目標設定の修正等
- ◆行き詰まりや確認や行動を起こしたことによって、新たな課題が生じてないか確認(承認・助言)
- ◆2回目支援内容について、協議(参加メンバー、検討内容、手段(研修・GW・意見交換・視察等))
- ◆市と協議した内容を支援者間で共有(修正やアップデートする必要性の有無判断)

1回目

準備期間

- ◆支援チームとの役割分担・支援方針の共有等(1回目の流れについて、大まかな想定を共有)
- ◆この分野に経験が浅い都道府県職員等に対して、事前の勉強会等も場合によっては展開もあり
- ◆支援内容によって、参加する市町村メンバー(課内・関係課・関係機関・関係者・住民・民間等)考慮
- ◆伴走支援の意義・目的について、初回に参加するメンバーと共有しておくことを強調(単に出席は×)

野迫川村との協働作業について



- 導入：野迫川村が目指したい方向性と課題感の確認を関係者で共有
- たくさんあった困りごとについて優先度を整理
- 災害の多い村・限られたリソース・役場への期待値が高い村民の傾向を意識
- 村民カルテの作成及び高齢者のマッピングを支援チームで提案・役場で対応
- 災害拠点施設の有効活用を検討、村民カルテから住民ニーズをキャッチ等

支援者の大切な役割について

1. 対話を促す場の工夫・設定等
2. 今ある仕組みを活かす方法を市町村とともに模索・検討
3. 市町村職員だけでは取り除けない障壁について、上席・管理職等の理解を促す働きかけ・情報の共有
4. 市町村の参加チームがワンチームになるための心理的サポートの実施
5. 市町村ごとに必要な情報提供と課題の整理と取組の優先順位を検討・実践に！
6. 少しずつ関与の幅を縮小していき、自走できる体制の構築

Ⅱ. 市町村に生じた効果



令和6年度 野迫川村支援

奈良県野迫川村

【地域支援事業全般の運営に不安】

エンタリー時の村の課題感

- ・通いの場の不足
- ・地域ケア会議の進め方
- ・介護サービスの不足（ヘルパー3人とグループホーム1カ所のみ）
- ・その他

【初回の場合づくり】

村長・社協にも入っていただき、村の現状を関係者でトーク！



【強み：保健師が3名配置】

- ・人口300人の村に保健師が社協を含めて3名配置
- ・うち2人は、1年未満・1年強だが、保健師経験値が高い者、僻地をこよなく愛す者など、野迫川村の住民の健康をととてもよく考える

【強み：外者とうち者が混在】

- ・制度を良く知る外者と地域をよく知る内者が混在する強み

【弱み：基礎データ不足】

- ・住民の気質や生活をよく知るからこそ、カルテなどの整理が大雑把。



【社会資源が少ない村の生き残りをかけてのアップデート】

- ・要介護台帳や検診・健診記録、救急キッドの配布など、多様な業務を「住民カルテ」を作成することで一気に対応してしまおう！と住民カルテ作成へ
- ・住民カルテを作成し、ヒアリングをする中で、新たに知れる情報があり、担い手・支え手に回れる人がピックアップできだした
- ・国のモデル事業への手上げ含めて、村で暮らし続けたいと実現できる取組をみんなで検討



野迫川村の基本情報

人口：335人（令和5年）
高齢者数：175人
高齢化率：52.2%
面積：155km²
介護保険料の基準額
6,345円

【「住民カルテ」の作成をとおして、住民を良く知ることから始める！】

- ・台帳に含めた方がよい内容を検討
- ・マップに知りえた情報をマッピング
→元気な人が多くいる地域の可視化
- ・災害が多い村だからこそ、大切な者、人、動物なども詳細に確認
- ・保健師3人以外の事務職等もペアリングして、地域を改めて知る
- ・まちで暮らし続けたい！の実現プロジェクトを始められるよう、村長と対話
- ・最終回は、役場でなく、宿場で議論
- ・豪雪地帯、商店なし、介護サービスなし、でも人は良い
- ・住民が住民のサポートができる良さを形に・・・



【みんなで何ができるか、妄想タイム】

- ・12の集落での通いの場創出ではなく、送迎車をつけて、介護予防+生活支援が実践できる介護予防の拠点事業を検討？
- ・料理・掃除・洗濯・レクリエーションなど、できる人ができることを実施してみは？
- ・みんなで過ごす通いの場で洗濯も入浴も済ませて帰る、住民主体のデイサービスを総合事業を活用して創出できたらいいな・・・。
- ・他の部局でも動いているものと情報共有して、役場全体で考えられたらなおいね！



ないないと思っていたリソースが役場の近くにあったことに気づく！高齢者が求めていることは住民カルテの活用で把握しよう！

野迫川村支援で市町村に生じた効果

1. まず、エントリーできたことで広がりが見いだせた
→県のサポートが大きく、エントリーという最初の一步にこぎつけた
2. たくさんある課題から、成すべきことの優先順位がつけられた
→支援チームとの対話を重ね、ともに整理が行えた
3. マッピング作業で、住民の身体能力や活動など可視化できた
→厚生局のパソコン作業のサポートが役場の動きを加速化させた
4. 支援計画もその日の流れで流動的に変更したことで、地域の実情がリアルに支援者に伝わった
→予定になかった村民宅訪問を実施できたことで、地域ケア会議の進め方にも工夫が必要なことが支援チームで共有できた
5. 「この村で暮らし続けたい」を資源のない中サポートすることの難しさから脱皮することができそう
→村民カルテをとおして真に必要としているニーズの掘り起こしを行う

ご清聴ありがとうございました



地域づくり加速化事業 伴走支援を振り返って

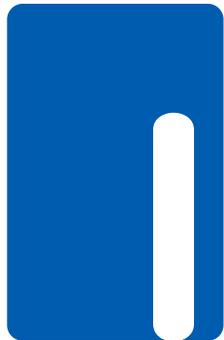
近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 課題と方針
2. 大切にしていること
3. 目線合わせのために
4. 支援内容
5. 伴走的支援の結果

課題と方針

課題



セミナーだけでは

支援の限界

がある



府県と共に

協働する体制

を作りたい



方針

個別自治体の支援

を重視し、

府県と協働する

大切にしていること

1 市町村の「思い」を尊重

市町村の「やりたい」を最優先、
どうすれば「やりたい」を実現できるか考える

2 「チーム」での支援

アドバイザー、府県、事務局、厚生局の支援チームで、
状況に応じた役割分担をしながら支援する。

3 ありがたい姿の「目線合わせ」を意識

市町村の「ありがたい姿」に向けて、
対話を重ね、認識を共有し、共通の目的を目指す。

4 「局全体」での取組

他部門の職員も伴走的支援に同席。
自治体職員等との共働・共創ができる人材の育成を局全体で目指す。

「目線合わせ」のために

支援前にブロック別研修（1回目）を実施

1. 伴走的支援とは

- 支援内容

2. 支援を受ける際に

持っておきたいマインド

- 「わが町のこととして」考える
- 「目的から」考える
- 「関係者ととともに」考える

支援内容

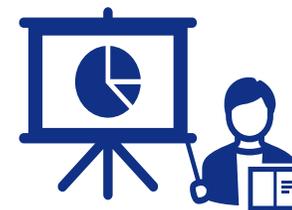
1. 支援前の準備

- 支援チーム内での情報共有
- 支援内容の検討
- 支援前ミーティング
- 進捗状況の確認



2. 当日の支援

- 事業趣旨説明
- 事例紹介
- 制度説明
- データ提供



3. ブロック別研修

- 得られた知見の展開
- 府県との関係の強化
- 来年度以降の取組への布石



ブロック別研修（2回目）

- アドバイザーによるご講演
テーマ「伴走的支援を通じた市町村の課題解決」
- 府県グループワーク
 - 今年度の取組状況について
 - 次年度に向けた支援について

伴走支援の結果

1. 滋賀県愛荘町

- 町の「強み・弱み」「ありたい姿」を整理、共有。
- 実際の地域ケア会議の傍聴や模擬会議を行い、課題解決の方法を検討。理想の地域ケア会議（個別ケース会議、推進会議）にするために、町が作成したロードマップを基にアイデアを検討。支援を通じ県や保健所との繋がりを確認。

2. 京都府綾部市

- 個別ケア会議の一つである「生活サポート会議」の目的を再確認し、自立支援型の会議再構築に向けて市の方針を策定。関係者との目線合わせを開始。
- 個別ケア会議の課題抽出や課題整理を通して地域課題を分析。推進会議である「地域ケア会議全体会」へつなげ、今年度は「見守り体制のネットワーク構築」を提案。

3. 奈良県野迫川村

- 課題整理により、村民の命を守るために「村民カルテ」の作成を決定。
- 村民が村で長く暮らし続けるために、村に「どんな場が必要か」について検討。高齢者について「どの地区にどのような人がいるか」マッピング等の可視化により「支援者になりそうな人」（人財）の存在を認識。村民カルテの作成過程で情報を収集しながら、今ある資源（人材・もの等）を活用した、住民同士で助け合いながら日常生活の一部を共有できる場「拠点づくり」の検討へ。

伴走支援の結果（まとめ）

1



ネットワークづくりのきっかけ

- ・ 「国から人が来ているので、せっかくだから」と「繋がりたいけど、なんとなく壁がある組織」と繋がるきっかけになった。

2



振り返りのきっかけ

- ・ 「答え」ではなく「答えの出し方」を伝え、課題解決のプロセスを体験することで、既存の取組を再検討するきっかけになった。

3



地域資源の再認識のきっかけ

- ・ 住んでいる、働いていると身近すぎて気付かない、地域の強みを再認識するきっかけになった。

これから

1



支援チームの
一体感



2



コーチング
Vs
ティーチング



3



フォローアップ



4



府県・市町村の
みなさまへ

