



令和6年度 - 近畿ブロック -

「地域づくり加速化事業 ブロック別研修」

地域づくり加速化事業について

令和7年3月3日

厚生労働省近畿厚生局

地域包括ケア推進課 辻井

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

拡
充

地域づくり加速化事業

1 事業の目的

令和6年度当初予算案 89百万円（1.0億円）※（）内は前年度当初予算額

- 団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた支援パッケージを活用し、①有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）や②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援の実施等を行ってきたところ。
- 令和6年度においては、引き続き伴走的支援の実施を図りつつ、以下の内容の充実を図る。
 - ①今後、こうした伴走的支援を地域に根差した形で展開していくため、引き続き、全国8か所の地方厚生(支)局主導による支援を行うとともに地域で活動するアドバイザーを養成するなど、**地域レベルでの取組を一層促進**していく。
 - ②また、令和4年12月の介護保険部会意見書で、第9期計画期間を通じて総合事業の充実に集中的に取り組むことが適当であり、その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進することとされていることを踏まえ、第9期を見据え、**生活支援体制整備事業を更に促進するためのプラットフォームの構築（全国シンポジウムの開催含む）**を図る。

2 事業の概要・スキーム

1. 地域包括ケアの推進を図るため、以下の事業により市町村を支援する。

① 地方厚生(支)局主導による支援パッケージを活用した伴走的支援の実施（全国24か所）

・地方厚生(支)局・都道府県と連携し、市町村を支援する地域の有識者・実践者の支援スキル向上に資する研修を併せて実施【拡充】

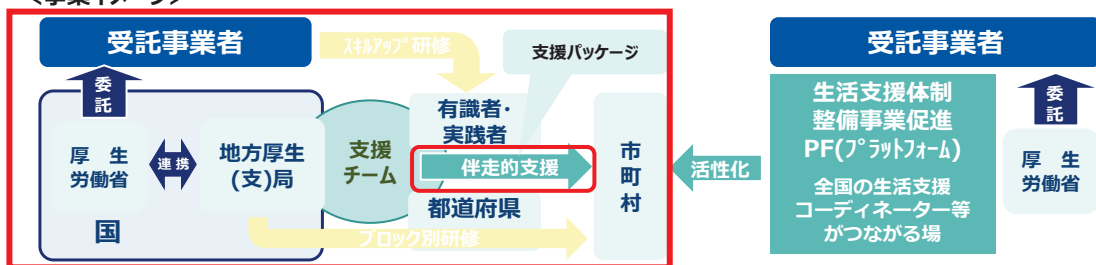
② 自治体向け研修の実施（各地方厚生(支)局ブロックごと）

③ 支援パッケージ(注)の改訂など地域づくりに資するツールの充実

(注) 市町村等が地域包括ケアを進める際に生じる様々な課題を解決するための実施方法やポイントをまとめたもの。

2. 全国の生活支援コーディネーターや協議体等がつながるためのプラットフォーム（PF）を構築【新規】

<事業イメージ>



3 実施主体等

【実施主体】

- 国から民間事業者へ委託

国 → 受託事業者
(シンクタンク等)

【補助率】

- 国10/10

(実績)

令和4年度伴走支援を行った自治体 24自治体

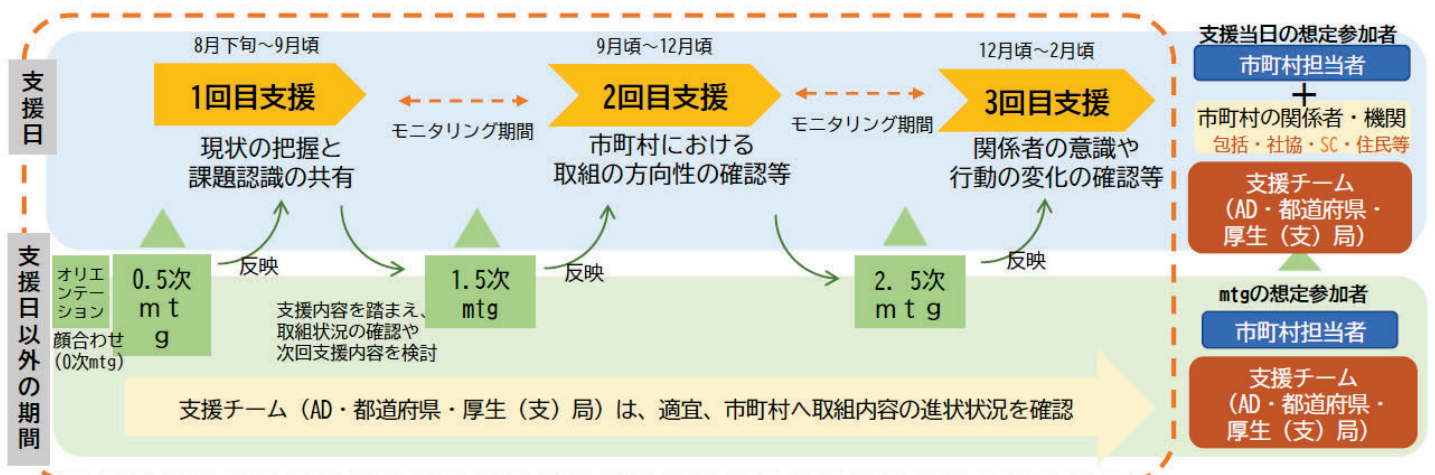
個別自治体の課題解決支援

- 地域づくりに課題を有する市町村へ
 - 知識と経験を有するアドバイザー・府県職員・厚生局職員が「支援チーム」として赴き
 - 市町村職員や関係者と、対面で、対話を重ね、目線を合わせて、ワンチームで課題解決に取り組む
- 現地支援3回と、現地支援前のオンラインミーティング3回

2

支援の流れ

- 市町村担当者と支援チームが、支援前にミーティング等を実施し、支援内容のすり合わせを行いながら当日の流れを決める。
- 支援当日は、市担当者と事業推進に必要な関係者・機関等に参画してもらい、現状の共有及び、課題の共通認識をもってもらい、参加者全員で対話をしながら課題解決の方策を検討する。
- 提出する書類は、支援期間内に効果的なPDCAを回すためのツールとなる。支援に参加した市町村の関係者で対話をしながら作成する。



3

近畿厚生局管内の地域づくり加速化事業・支援対象市町村一覧

令和4年度～令和6年度

府県名	令和4年度	令和5年度		令和6年度
	老健局主導型	老健局主導型	厚生局主導型	厚生局主導型
福井県	福井市	坂井市		
滋賀県				愛荘町
京都府				綾部市
大阪府		岬町		
兵庫県	赤穂市	佐用町 豊岡市		
奈良県		生駒市 (テーマ設定型) 大淀町		野迫川村
和歌山県	かつらぎ町 白浜町 新宮市	かつらぎ町 御坊市 高野町		
計	5市町	9市町		3市町村

※加速化事業のほか、介護予防活動普及展開事業等で上記以外の市町村に対し伴走的支援の実施あり

4

地域づくり加速化事業

老健局認知症施策・地域介護推進課
(内線3982)

1 事業の目的

令和7年度当初予算案 78百万円 (89百万円) ※()内は前年度当初予算額

- これまで団塊世代(1947～1949年生)が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた支援パッケージを活用し、①有識者による市町村向け研修(全国・ブロック別)や②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援の実施等を行ってきたところ。
 - 令和4年12月の介護保険部会意見書で、「総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当である。」との意見を受け、令和5年度に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を設置し、第9期介護保険事業計画期間を通じた集中的な取組を促進するため、検討会で議論を行い、令和5年12月7日に「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」を取りまとめたところ。
 - 中間整理において、地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくする枠組みの構築を行うこととされたところ。
 - こうした検討会での議論等を踏まえ、本事業をととして総合事業の充実に向けた取組を推進していく。
- そのため、令和7年度においても、引き続き、以下の取組を行う。
- ①今後、こうした伴走的支援を地域に根差した形で展開していくため、全国8か所の地方厚生(支)局主導による支援対象を拡充するとともに地域で活動するアドバイザーを養成するなど、地域レベルでの取組を一層促進していく。
 - ②また、令和4年12月の介護保険部会意見書で、第9期計画期間を通じて総合事業の充実に向けた集中的に取り組むことが適当であり、その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進することとされていることを踏まえ、生活支援体制整備事業を更に促進するためのプラットフォームの構築及び発展(全国シンポジウムの開催含む)を図る。

2 事業の概要・スキーム

1. 地域包括ケアの推進を図るため、以下の事業により市町村を支援する。

- ① 地方厚生(支)局主導による支援パッケージを活用した伴走的支援の実施(全国24か所)
 - ・地方厚生(支)局・都道府県と連携し、市町村を支援する地域の有識者・実践者の支援スキル向上に資する研修を併せて実施
- ② 自治体向け研修の実施(各地方厚生(支)局ブロックごと)
- ③ 地域づくり戦略や支援パッケージ(注)の改訂など地域づくりに資するツールの充実

(注) 市町村等が地域包括ケアを進める際に生じる様々な課題を解決するための実施方法やポイントをまとめたもの。

2. 全国的生活支援コーディネーターや多様な分野の団体等がつながるためのプラットフォーム(PF)を構築・発展

<事業イメージ>



3 実施主体等

【実施主体】

- ・国から民間事業者へ委託



【補助率】

- ・国10/10

【参考】

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」

(令和5年12月22日閣議決定)

5

2025.3.3 地域づくり加速化事業 近畿厚生局 ブロック別研修会

これからの地域づくりに必要なワンピース ～ひとつなぎの宝物(仲間)～

地域づくりを
一緒に考えた
仲間が宝物



洲本市役所
理学療法士
生活支援
コーディネーター
畑山 浩志

地域づくりに「HOW TO」はあるのか？

地域づくり加速化事業では 次の一手(ワンピース)を考えること

次の一手(ワンピース)と一緒に考える仲間(宝)集めから→理想の町へ



地域づくりを加速するには
仲間づくりが必要

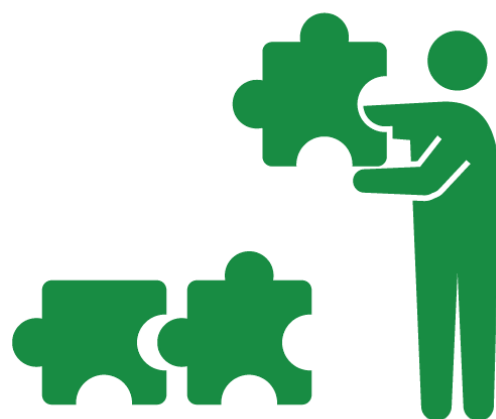
それと

最近、思うことは「個別」のアセスメント・マネジメントが

「地域づくり」のヒントなるかもしれない 個別→地域



ワン
ピース



地域共生

枠超
横串

(コラボレーションする)

高齢者

認知症

貧困者

障がい者
障がい児

こども

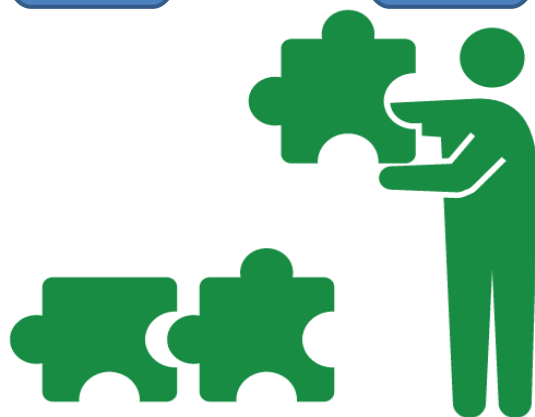
見守り

移動

暮らし

支える側
支えられる側

ごちゃまぜ
連携



地域リハの概念

地域を
リハビリテーション
(地域を再び良くする)

地域包括ケアシステム
↓
地域リハビリテーション
↓
地域共生社会に向けて

安全・安心
イキイキとした生活
楽しい・面白い

高齢者

障がい者

こども

災害

暮らし



認知症

イメージ
する
(困っているの相違)

社会参加
就労的活動

ゆっくり
笑顔

サポート
必要？

施設入所？

独居可能？

俳諧？

暴言？
暴力？



総合事業

協議 の場

(自立支援型地域ケア会議)

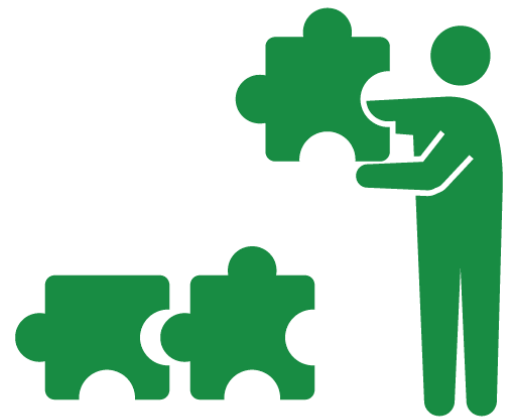
要介護1
要介護2

要支援1
要支援2

フレイル
虚弱高齢者

デイサービス

ヘルパー



総合事業

百貨店化 を変える

(いろんな取組がこれから必要)

行きたいと
思える場

何のために
行く

要望に
答える

百貨店
↓
ショッピングセンター

多様な方が
利用する
できる

老若男女



介護保険

自立支援 理念

(どこに行って何をしたい)

孤立
依存
他律

介護保険サービス
を受けると
地域から離れる

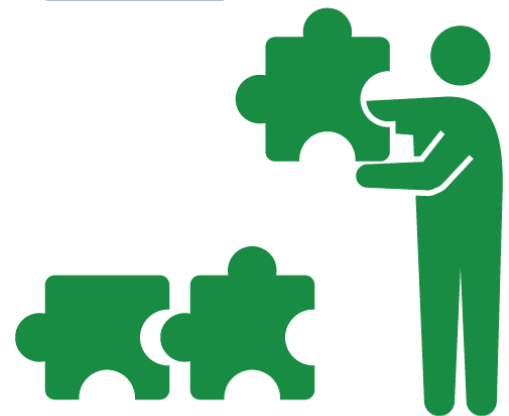
介護負担
軽減

事業所に
メリットは

もったいない

ケアマネ
ヘルパー

マネージメント



自立支援

やりたい なぜできない 分析

(リハビリ専門職の活用)

どこに行って
何をしたい

工程分析
少しの工夫で
できる

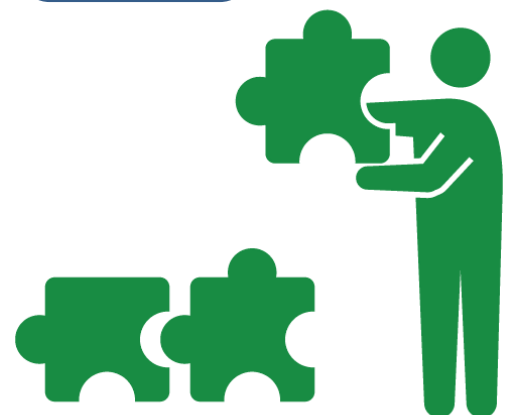
もう歳だから

家族に...

筋力・体力

認知機能が

お金が...



通いの場

通える場
通いたい場
(参加の第1歩を考える)

就労
就労的活動

集う
交流

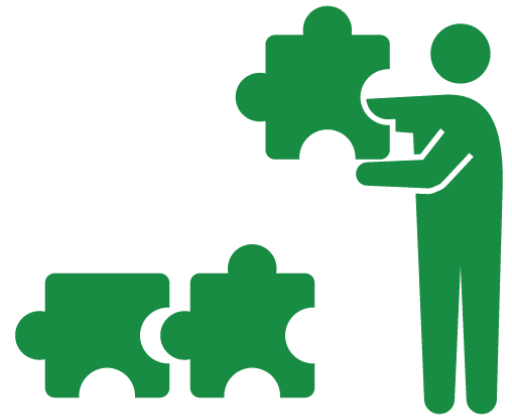
趣味活動

身体機能維持向上
社会参加

一歩踏み出す

楽しい場
生きがいの場

おもしろい場



東京都福祉保健局
東京都障害者支援センター
東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター

通いの場の新概念図



マネジメント

部分最適
全体最適
(無駄をなくし連携する)

部署 個別
事業
業務の効率化

組織全体
市区町村
チーム
業務の効率化

ヒト

モノ

カネ

ジカン



東京都健康長寿医療センター
東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター

「自立支援」のための2つの視点

個別支援の視点

・**やりたい**を引き出し、**できる**を増やす支援

個別の生活課題の解決

例：自立支援型個別地域ケア会議
短期集中予防サービス(通所・訪問サービスC)
リハビリテーション、在宅看護、介護サービス

地域づくりの視点

・**やりたいを実現できる**
参加し続けられる
やりたいを口に出せる

地域づくり

地域の生活課題の解決

例：地域づくりによる介護予防（通いの場）
生活支援体制整備事業
地域ケア推進会議

フレイル、要支援、
要介護、認知症に
なっても。

東京都健康長寿医療センター研究所
東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター
副センター長 植田 拓也

プロデュース

ビジョン ありたい姿

(フォアキャスト・バックキャスト)

総合事業は
どこを
目指している

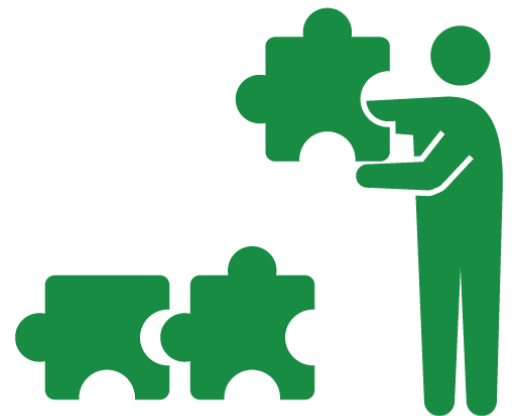
こんな町に
したいな

企業の力

住民の力

専門職の力

団体の力
学校の力



チーム〇〇

地域づくりという 冒険に参加する **仲間**を増やす

行政だけが
地域づくり
暮らしを
考えるは限界

チームをつくり
戦略→戦術
超々高齢社会に
挑む

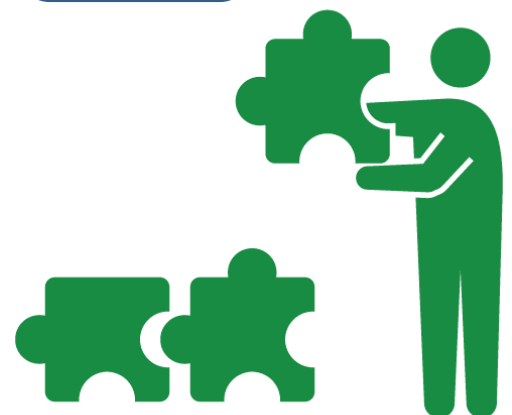
地域住民

専門職

企業

国
都道府県

学校
学生



地域によって住民の困りごととは異なる



住んでいる環境による健康行動への影響は小さくない

健康になれる町

ゼロ次予防という考え方



近所に公園があると
運動頻度Up



近所にスーパーができると
歩行時間Up



歩道が多い街では
認知症リスクが半減



社会参加が活発な地域に住むと
フレイルになるリスク低下

- Hanibuchi T, et al. Neighborhood built environment and physical activity of Japanese older adults: results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). BMC Public Health. 2011 Aug 19;11:657
- 小林周平, 陳昱儒, 井手一茂, 花里真道, 辻大士, 近藤克則. 高齢者における近隣の生鮮食料品店の有無の変化と歩行時間の変化: JAGES2016-2019縦断研究
- Tani Y, et al. Neighborhood Sidewalk Environment and Incidence of Dementia in Older Japanese Adults. Am J Epidemiol. 2021 Jul 1;190(7):1270-1280.
- Noguchi T, et al. Association between community-level social capital and frailty onset among older adults: A multilevel longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). Journal of Epidemiology and Community Health. 2021.

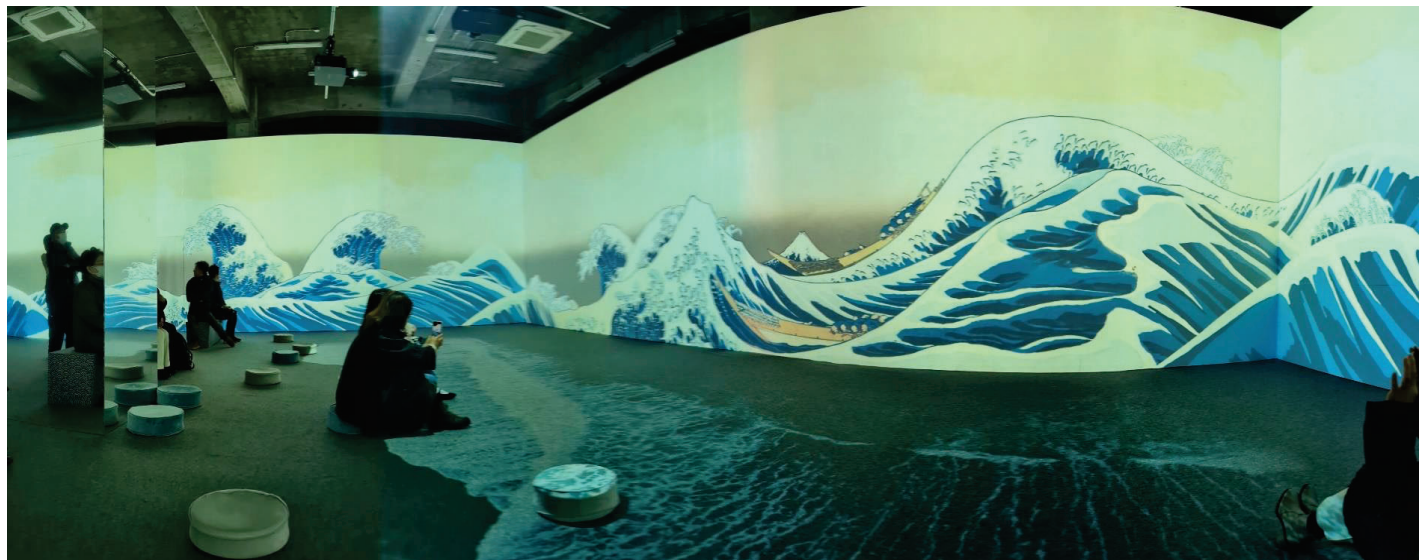


市町の役割は指揮者 地域づくりのビジョンと戦略を伝える



専門職はプロの演奏家 アドバイスと評価





人が集まる仕掛け
ひととひとをつなぐ ひとつなぎ

また、何かございましたらご連絡ください

洲本市役所 健康福祉部 介護福祉課
理学療法士兼生活支援コーディネーター

畑山 浩志

hirosh_hatayama@city.sumoto.lg.jp

地域づくり加速化事業の現場から見える 伴走者の役割 ～ 「自分ごと化」と「気づき」～

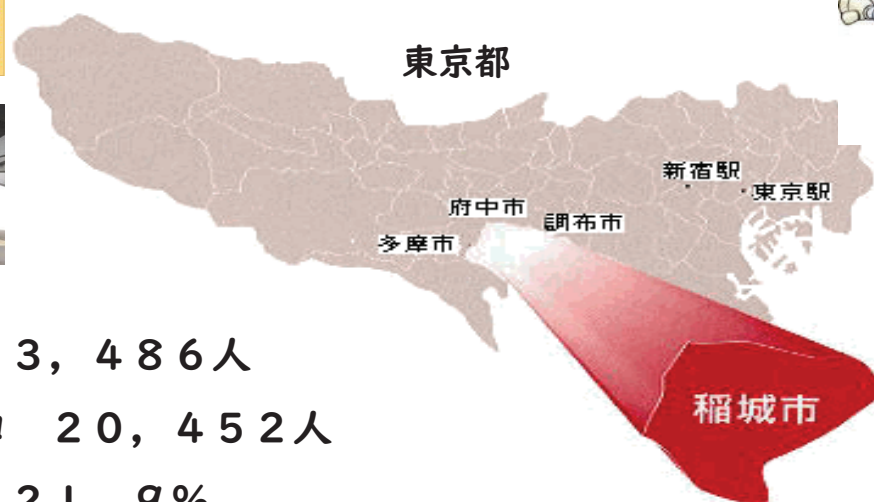
令和7年3月3日
稲城市福祉部高齢福祉課
高齢福祉係長 荒井崇宏

稲城市の紹介



ガンダム&シャアザク

稲城市公式イメージキャラクター
稲城なしのすけ



特産品の梨とぶどう

人口 93,486人

高齢者人口 20,452人

高齢化率 21.9%

要介護認定者数 3,368人、 認定率 16.5%

(令和5年4月1日現在)

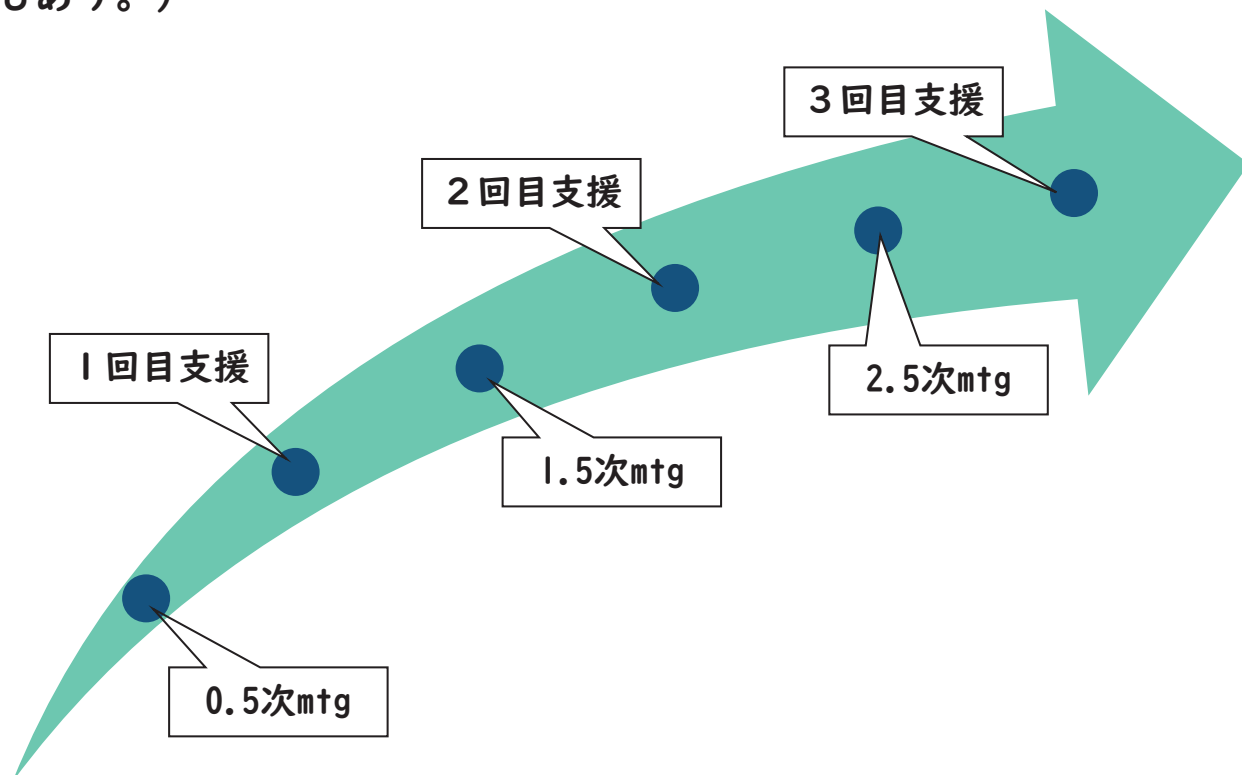
- ★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置しています。
- ★面積は 17.97km²(東西、南北とも約 5.3km) です。
- ★日常生活圏域4か所です。

昨年度の研修の荒井の話のおさらい
(ちなみに昨年度の演題は、
「地域づくり加速化事業の現場から考える
伴走支援を機能させる3つのポイント」
でした。)
5分くらいでさらっとダイジェストをどう
ぞ！！

Ⅰ 伴走支援のゴール設定

地域づくり加速化事業の介入頻度

- 基本は0.5次mtgから3回目支援までの全6回。（状況によって2.75次mtg等を追加して回数が増えるケースもあり。）
- 支援は現地、mtgはオンラインが基本。（支援もオンラインになるケースもあり。）



5

6回（実質3回）の支援で何をするべきか？

- 6回の支援、多いと考えますか？ちょうどいいと考えますか？少ないと考えますか？
- 6回とはいえ、mtgは基本的には作戦会議。実質的に支援に入れるのは3回。



- あなたなら3回で何をゴールに設定しますか？
- 課題の抽出～目の前の課題の解決？（とても重要ですが。。。）

6

伴走支援のゴール(伴走支援はずっと続けられない)

ゴール設定の整理

- 地域づくり加速化事業にあっては、実質3回(+オンラインmtg)の支援となっている。
- 伴走支援にあっては、目の前の課題を解決する、あるいは何が課題かわからないため一緒に課題を抽出してその課題解決に向かう、というのは重要だが、それだけだと伴走が終わったときに自走できなくなる可能性がある。
- 伴走を通して、支援先自治体には課題の抽出の方法や課題解決策の検討手法等を学んで(身につけられればベストだけどそこまではなかなか難しいかも)もらい、伴走がなくなっても自分達でPDCAを回せるようになってもらう必要がある。
- 課題抽出や課題解決策をこちらで考えて教えることは(地域性や資源等色々考慮する必要はあるが)比較的簡単、しかしそれをする伴走がなくなったら自走できない可能性が高い。
- なので、伴走支援のゴールとしてはお困りごと(課題や何が課題かわからない状態など)の解決は中間チェックポイントと捉え、最終的には自走できる状態に導くことをゴールに設定する必要がある。(その深度については支援先自治体の状況によって柔軟に設定することもポイント。チェックポイントといいつつ、ゴールと同時に課題解決にも至るケースもままあるけれど。)
- 伴走中は常にチェックポイントとゴールに至るためにはどうしたら良いか、支援先がそこに至るということはどういう状態になっていることか(あるべき姿)を意識しながら支援に入ることが重要。
- また、伴走支援後も自走するために、自走できる仕掛けや仕組みづくりまで持っていけるとベスト。(例: 定期的な議論の場の設定等の決めごとを作る、ロードマップの見直しのルール化等)



7

2 支援先自治体に共通する課題

支援先自治体に共通する課題（自治体あるある）

- 厚生労働省がやれといった事業はやらなければならないと信じ込んでしまう。
- 手段と目的が混同してしまう。
- 目の前の課題を解決しようという意識はもっているが、あるべき姿を考えてそれを実現するには今何をするべきかという意識は希薄。



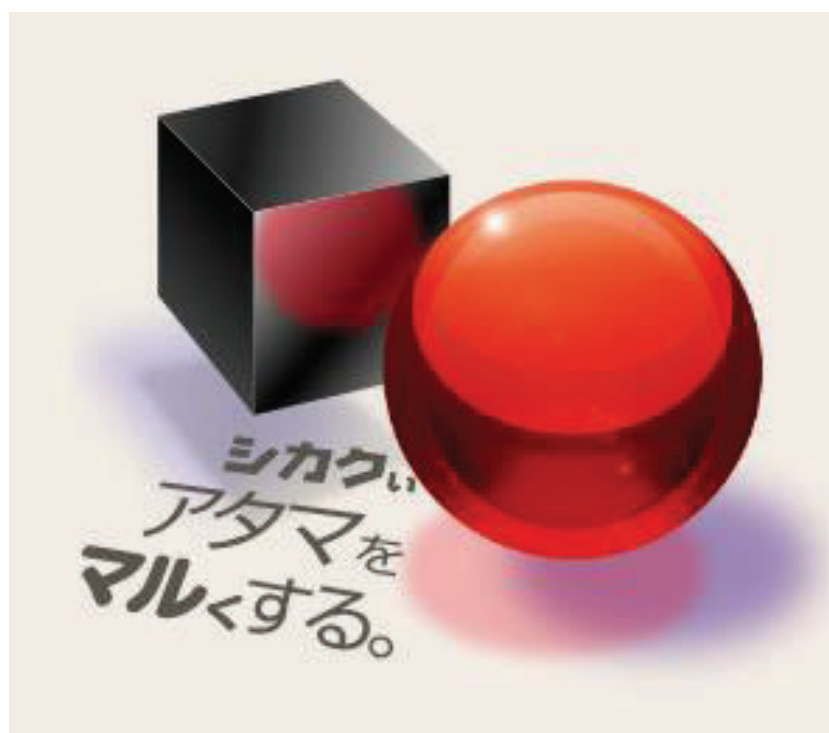
だから、

- 支援先の意識変容
- 意識変容を支え、自走していけるためのコーチング
- そして理想の未来を実現するためのバックカスティングの意識が重要！！

9

支援先の意識変容

- 「ねばならない」という思い込みや変なプライドを捨ててもらう。
- 事業は手段。目的は住民福祉の向上（のはずですよ？）。
- 事業をやること自体が目的化していないか？（自戒も込めて。）



ドラ○エ？的な世界を想像します！

魔王により平和が脅かされた世界

恐れおののく民衆



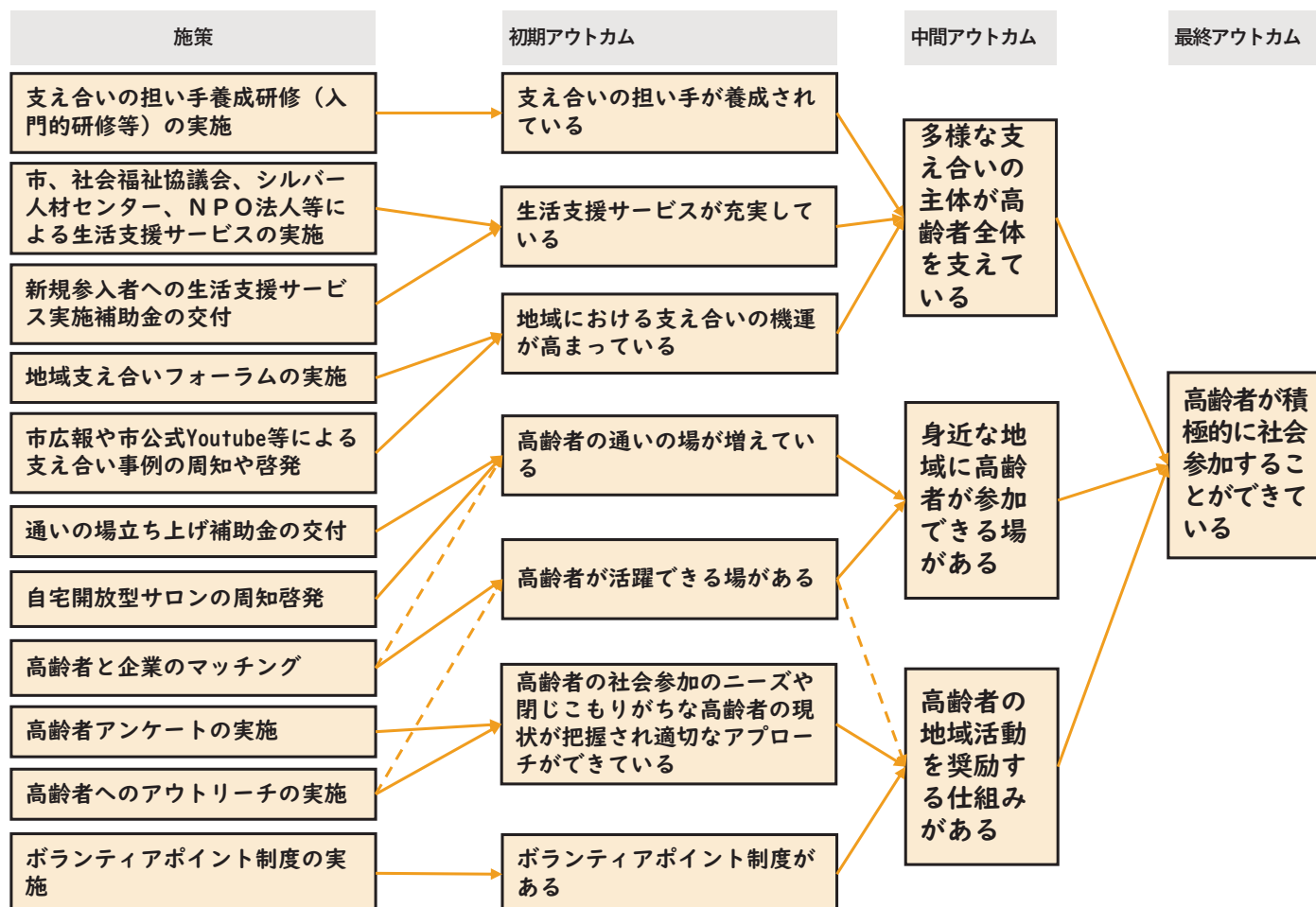
ヒーーーーっ！！！！
助けてくれーーーー！！！！

そこで立ち上がった伝説の勇者



さて、勇者の目的ってなんでしょう？

地域づくりのロジックモデル例（バックキャストिंगの意識）

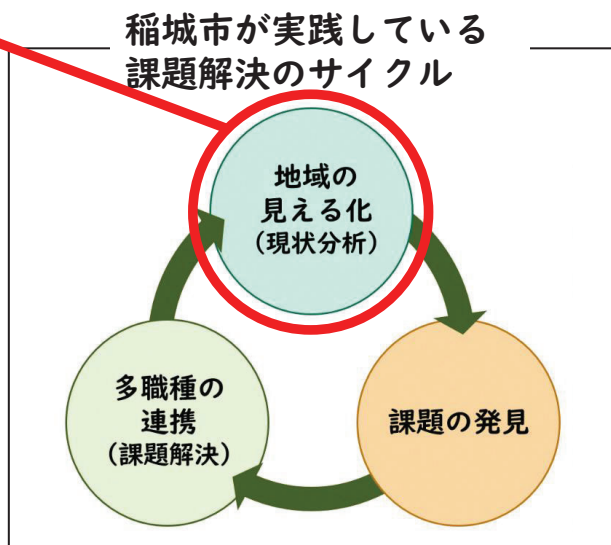


13

3 府県に期待する役割

府県に期待する役割

- 保険者に一番近い組織として支援チームの中で支援先とハブになること。
- 府県内でのデータ比較による自治体の客観的な位置の把握⇨地域の見える化。（独特の文化なども踏まえながら比較・検証して教えてもらえると嬉しい。）



- 伴走支援が終わったあとも気軽に相談先として自治体のよきパートナーに。

4 まとめ

伴走支援を機能させる3つのポイント

意識変容 (+内発的動機付け)

- ・柔軟に物事を考えられるように支援。
- ・やりがいやメリット等を理解してもらい、取り組むことに対する意識変容を促す。(とても難しいけど。内発的動機付け)
- ・外発的動機はガソリンみたいなものなので、最初は動くが切れると止まる。内発的動機は永久機関みたいなものなので、自分で動き続けてくれる。

コーチング

- ・ティーチングを求める保険者もいるが、絶対にNG。伴走が終わったあとは自走できなくなり転ぶ。
- ・自分たちで課題を解決していけるようになってもらうことが重要。そのために課題抽出や課題解決の手法やコツを身につけてもらう。
- ・自走できる仕掛けや仕組みを作るよう促す。人事異動があっても前進できるよう、属人化しないように。

バックキャスト ティング

- ・多くの保険者はいまだにフォアキャスト的な仕事の仕方。(これまでの積み上げから課題を見つけてそれを解決。過去の延長線上にある未来。)
- ・バックキャストではあるべき姿(理想の未来)と現状とのギャップが課題となる。
- ・バックキャストの意識を持ったうえで、何を指すのかを考え、現状分析を行うことが重要。

17

ここから今年お話したい2点をお伝えします。

伴走者の役割の視点から主に意識変容、内発的動機付けの実践的なことを掘り下げたいと思います。

I 「自分ごと化」のお手伝い

19

理念とか目的とかを「自分ごと化」する

介護保険事業計画（支援計画）とかに理念とか目的とか、きつとなんらかの目指すべき姿が書かれているはずです。

例えば、これはある村の計画に記載された基本理念です。

元気で 活気に満ちた 共生のむら

・・・それってどゆこと??(°д°)ポカン

なので、伴走支援の中で、それって自分にとっては（住民にとっては）どういうことなのかを、住民や事業者も含めて考えてみました。



伴走者の役割
その1

「自分ごと化」のお手伝い

20

リフレーミングで「自分ごと化」



リフレーミングで「自分ごと化」

元気で

よく食べ、よく眠り、よく笑い、ゆんたくを楽しみ、

活力に満ちた

夢や希望をもって、地域に誇りを持ち、自分に役割があって

共生のむら

お互いを気遣い合いながら、もちつもたれつ

その人らしく笑顔で自分の大好きなことができるむら

- 目指すべき姿が明確になったことで今何をやるべきかを主体的に具体的に考えられるようになった
- 目線が合ったことで、参加していた住民さんからも、これを指針に生きていけば良いんだ、これをみんなに広めていきたい、という発言が出た（住民さんも主体的に動くように）



「自分ごと化」することでそれぞれが
内発的動機を持つに至った

2 「気づき」のお手伝い

白いシャツの選手が何回パスを回したかを数えてください！絶対間違えないように！

まずはこの映像・・・

1 本目

<https://youtu.be/tf0oyhQBMTk?si=o1P7if918TmzIVbd>

では次はこの映像・・・

2 本目

https://youtu.be/IGQmdoK_ZfY?si=QfXCnBaRiZxPobKq

25

人間の認知能力には限界がある

人間は自分が見ようとするものしか見えない（認知しようと思っているものしか認知することが難しい）。

私たちの仕事に置き換えると、自分が課題だと思っているものしか課題として認識できないということが多々ある。（これまでの経験や知識、地域の状況をよく把握していること等で認知バイアスがかかることも要因の一つ。）

例えば、

- 通いの場が少ないから増やして通所Cの卒業後の受け皿を増やしたい。
⇒ 本当はたくさんあるのに自分で通いの場を狭義に解釈してたくさんある受け皿候補が見えてないだけじゃないか？課題は通いの場が少ないことではなくて、通いの場に受け皿足りえる機能が備わっていないことなのではないか？
- （好事例を見て）うちにはそんなことできるだけのポテンシャルはない
⇒ ポテンシャルがないことが課題なのか？好事例のやり方に固執するのではなく本質的な「何を解決するためにどんな手法を使っている」を見れば同質の課題に対して自分たちなりの解決手法が考えられるのではないか？



伴走者の役割
その2

支援先が自覚している状況や課題が本当に正しいのか良い意味で疑うことに伴走者のいる意味があり（認知していない強み）、そのことで違う角度からの「気づき」が与えられ、取り組みのきっかけになり得る。

26

3 まとめ

27

今年のまとめ

伴走者は、理念でも課題でもなんでも「自分ごと化」することをお手伝いすることと、「気づき」を促すことを心掛けることが大事。

（もちろん他にも色々役割はあるけれど。。。）

それらが自走の背中を押すことにつながると思います。

もし、今日お話ししたことが少しでも刺さった自治体さんがいらっしゃったら、来年度の地域づくり加速化事業へのご参加も是非ご検討ください！

（もし私が伴走相手に決まったら、その時はよろしくお願いします！）

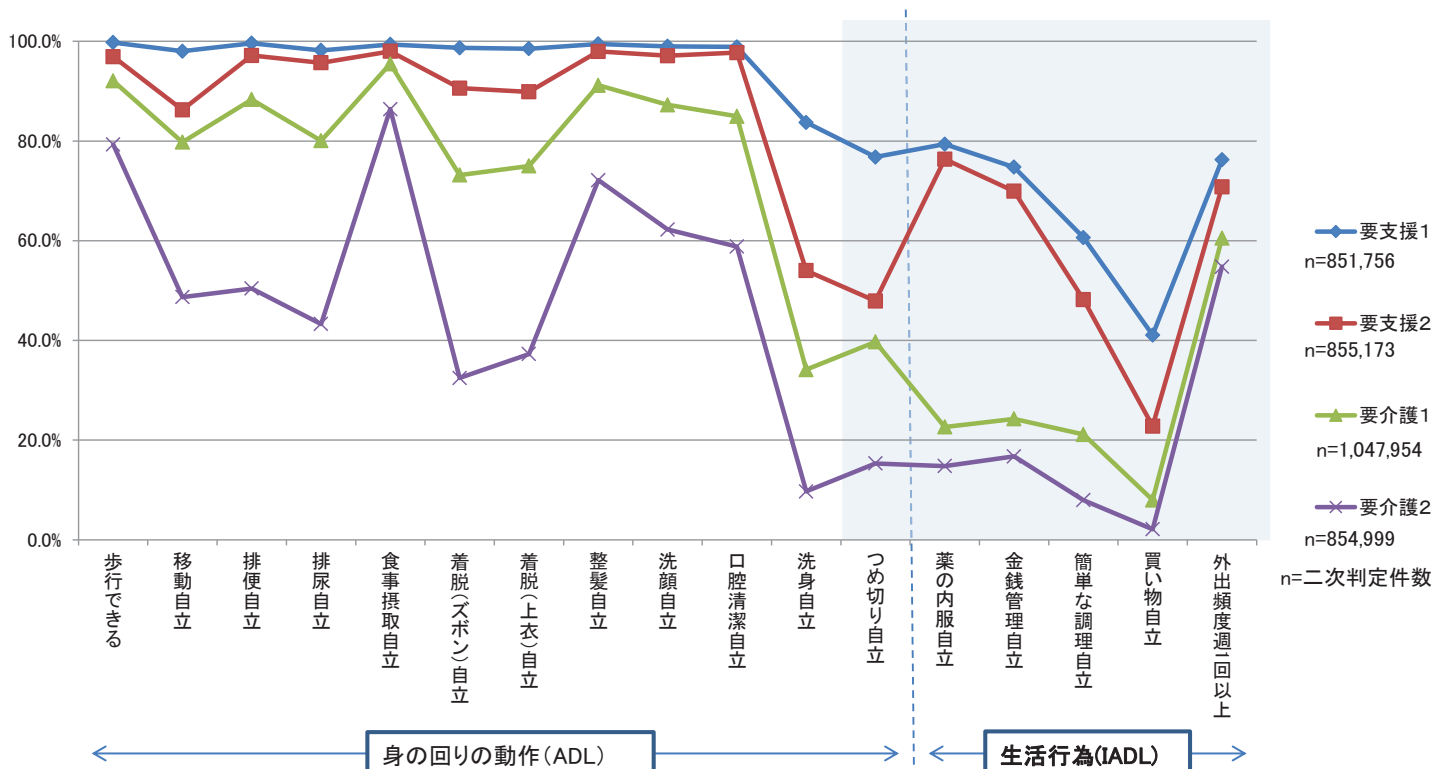
28

高齢者の生活行為向上のために

石川県立こころの病院
認知症疾患医療センター 副所長
村井千賀

要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

老化を知ろう!!

①感覚器の低下：70歳代から低下

- ・視力（老眼、白内障など）手元が見えない、夕方が特に暗く見えるなど。
- ・聴力 耳鳴りと共に聴力の低下、特に高音が聞き取りにくくなる。
- ・触覚 手の感覚がにぶく、輪切りや千切りやページがめくりが困難。
- ・味覚 味付けが濃くなるなど

②骨、関節系：50才代から低下

- ・高齢者の約8割が腰や肩、膝などの関節の痛みなど身体の不自由を経験、起居、階段昇降、外出などの動作に不自由を感じる

③筋力：30歳代から低下

- ・握力は70才代で20才代の約3/4。

④認知機能：記憶、実行機能、思考などの低下

- ・料理の段取りができない、同じ物を作ってしまう、片づかないなど
- ・記憶は、60才代で20才代の記憶力の約1/3。若い人は同時に5～6項目の指示を同時に理解し記憶、高齢者は最初の1～2項目しか記憶できない。
- ・全般的に高齢者では脳血流量が低下する。そのことから判断を下し、的確な行動を行うことが困難。

廃用症候群とは「安静の害」

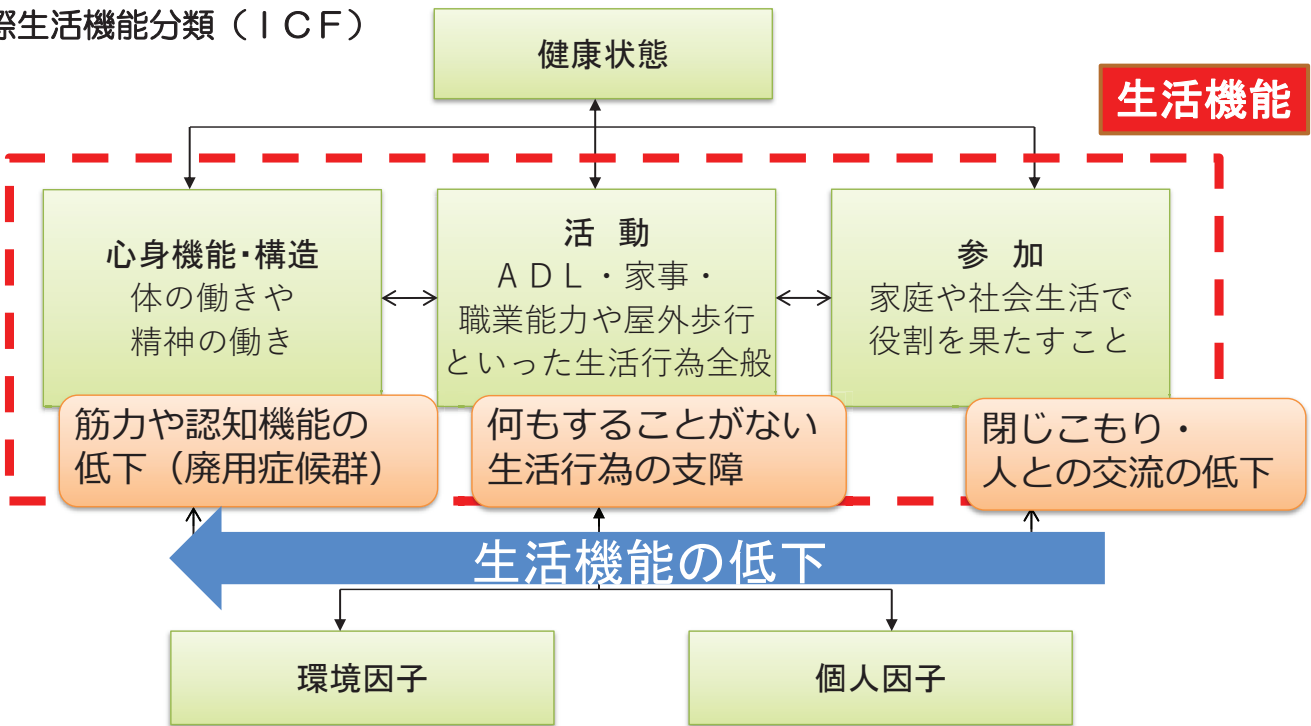
廃用症候群とは、長期臥床等で活動しないことによる合併症

心身機能	廃用症候群の状態	日常生活の支障	予防を含む対応
筋力	1日2%筋力低下 1月で50%低下	・握力が10kg以下 →ペットボトルの蓋、瓶の蓋の開閉が困難 ・握力が4kg以下 →洋服のボタン・ファスナー操作困難 ・下肢筋力低下→起居・歩行困難、転倒リスク	予防は、生活への積極的関与
関節	15分で拘縮始まる 1週間で拘縮 1月では完全に固縮	・肩関節が60度以上挙がらないと洋服の着脱、洗髪困難 ・膝関節の痛みや腰痛、可動域制限は起居・歩行困難	予防には、一日一回は全関節をゆっくりストレッチ
骨	4～5日のベッド上安静で廃用性骨萎縮	・易骨折	予防は、抗重力肢位
褥創	60mmHg程度1時間の圧で皮膚発赤		予防は、同じ姿勢を取り続けない
心臓呼吸	日常生活で少し動くと疲れやすくなる	息切れなど長距離の歩行困難	予防には、ウォーキングなど軽く汗をかくような身体活動(日常生活の畑や掃除、洗車なども含む)
腎・尿路	尿漏れなどの尿失禁や尿路結石、易感染		身体活動・運動の維持・推進
消化器	消化液の減少、便秘		身体活動・運動の維持・推進
精神機能	興味・自発性の低下、依存性、食欲低下、うつ傾向、知的低下、幻覚、妄想など		身体活動・運動の維持・推進

生活機能と介護予防

○ 人が生きていくための生活全般の機能である「生活機能」は、参加→活動→参加の順で低下する。

国際生活機能分類（ICF）



【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書、介護予防テキスト2000 5

生活行為確認表による生活行為の不自由さ

生活行為確認表

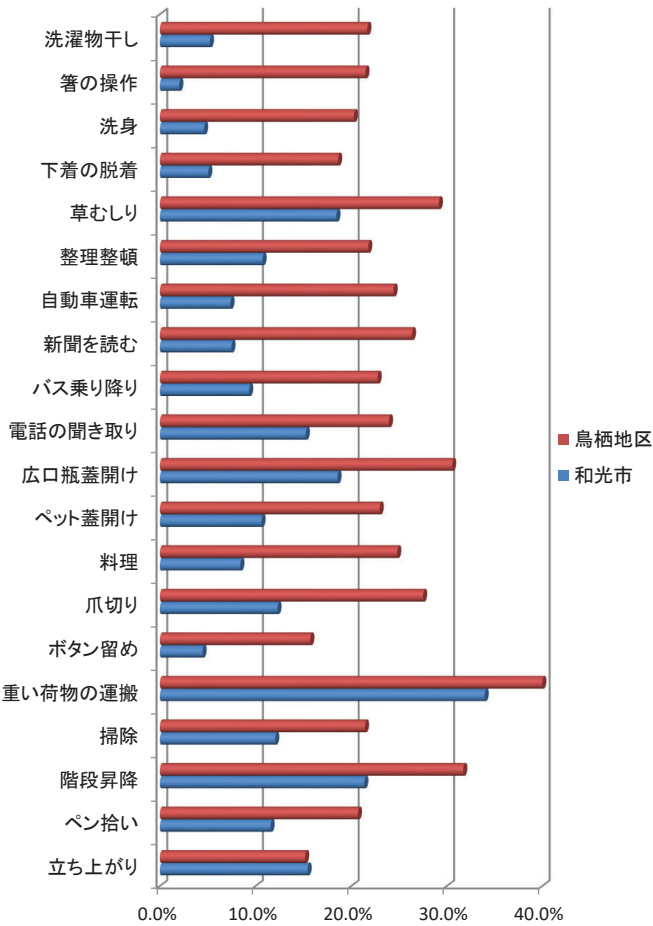
氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女） 記入日：H_____ 年 _____ 月 _____ 日

■生活行為についてあてはまるものに○をつけてください。不自由がある場合「はい」に、感じない場合は「いいえ」に、その行為をしていない場合には「していない」に○をします。

1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
2	立った状態で、床からベンを拾うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
3	階段の昇降に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
4	掃除（掃除機がけ）に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
12	バスを乗り降りするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
16	草むしり（草引き）をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
17	下着の脱着に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
19	箸の操作に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない

■自分の健康状態についてどのようにお感じですか。一つにまるをつけてください。

1.とても健康 2.まあまあ健康 3.ふつう 4.あまり良くない 5.悪い



生活行為確認表説明書

1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？ 畳や床に座った状態から楽に立ち上げられるか？手すりや机につかまってもかまいません。現状で不自由があるかないかを確認いたします。 ※この行為が不自由になると、階段昇降や浴槽のまたぎなど日常生活の起居に不自由が生じている可能性があります。行為を確認し、床からの容易な立ち上がり方や環境調整、布団からベッドへの変更、玄関の上り框での手すりの設置などの検討が必要になってきます。
2	床からペンを拾うのに不自由を感じますか？ 立ったままの状態、畳や床にあるものを楽に拾えるか？ ※この行為ができなくなってくると、整理整頓やごみを拾うなどの掃除などに不自由を感じている可能性があります。行為の仕方に対するアドバイスが必要になってきます。
3	階段の昇降に不自由を感じますか？ 手すりなしで階段の上り下りができるか？手すりがないと難しいか？ ※屋内での転落防止のために、早めに把握し、寝室を一回にするまたは手すりをつけるなどの対応が必要となってきます。
4	掃除(掃除機がけ)をするのに不自由を感じますか？ 掃除機をかけたりすることが楽にできるか？ ※訪問介護の利用理由に掃除機がかけられないことが多く挙げられています。掃除機自体が重いものであったり、コードがあるため引っ張りにくいなどの問題があるようです。掃除機にもいろいろな種類があることや昔懐かしい箒へ行為を変更するなどできる限り、掃除が継続できるよう支援していくことが必要です。
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？ 買い物の荷物を持ち運ぶことができるか？ ※買い物が行けなくなったという中に、1リットルの牛乳の入った買い物袋を持って帰られない。また、冬季の灯油の持ち運びが大変など挙げられます。食材の入手や灯油などは生活の維持にとってとても重要な行為ですので、早めに配達業者の利用や道具の活用や工夫などのアドバイスをしていくことが大切です。

※平成24年度老人保健健康増進等事業より



歩行車の利用

生活行為確認表説明書②

6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？ 指先がうまく動かなかったり、力が入らなかつたりしないか？ ※洋服のボタンや小銭を財布から出すなど、小さなものをつまむことが不自由になっている可能性があります。ボタンの大きな服を利用するまたはボタンを簡単にとめることができる道具を利用するなどのアドバイスが必要になってきます。
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？ つま先に手が届かなかったり、爪切りをうまく使えなかつたりしないか？ ※この行為ができなくなると、靴下をはくなどの行為も困難になっている可能性があります。また、爪が切れないことにより、爪が割れたり、巻爪になったりして、歩行のしづらさや転倒のリスクにつながります。早めにリスクを把握することが大切です。
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？ 包丁による皮むきや千切り、炒める、煮るなどの料理をつくる行為について質問をする項目です。 ※料理をつくるのに不自由を感じるにより、料理をしなくなり食事がとれなくなるリスクが高くなります。料理の仕方には、様々な道具がありますので、いつまでも続けられるようきめ細かなアドバイスをする必要があります。
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？ 指先がうまく動かなかったり、力が入らなかつたりすることはないか？ ※指先の力をみる項目です。握力が4kg以下になると6ボタンを留めるや服の袖を引っ張るなどの日常生活行為に支障がでると言われています。また、この項目に不自由さのある方は、テレビのリモコンなどの操作もうまくできないようです。これらの行為の不自由さを把握し、道具の工夫で容易にできるようになることや握力はトレーニングによって回復しますので、その必要性をアドバイスすることが求められます。



ボタンエイド



皮むき器

※平成24年度老人保健健康増進等事業より

10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？ 手がうまく動かなかったり、力が入らなかったりすることはないか？ ※握力を把握するための項目です。ジャムなどの広口びんの蓋をあけるためには10kgの握力が必要だと言われています。握力が10kg以下になると日常の家事などの生活を送る上でさまざまな不自由が出てくるとされています。
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？ 補聴器を使っているか？耳が遠くなり人の話が聞き取れないことはないか？ ※電話の不自由さを感じると電話がなくても取ることが億劫になったり、会話が聞き取れないため、電話では適当に答えてしまい、後で大きな問題になる。また、いつも出かけていた会合に参加することが億劫になるなどの閉じこもりの原因になります。
12	バスを乗り降りし、外出するのに不自由を感じますか？ ※バスの乗り降りには動作の問題や行先にあったバスにのれるか、お金支払いができるかなどの複合的な行為が求められます。地域によっては食材の調達や通院にバスが必要になります。どこに困っているかを把握し、支援することが求められます。
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか？ 眼鏡を使っているか？目がかすんだり疲れたりすることはないか？ ※11の電話や会話の項目と同様、社会参加に必要なコミュニケーション機能を把握する項目です。
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？ 運転が以前より怖くなったり、危険を感じるが増えたりしてないか？ ※長距離の身近な移動手段として高齢者が活用する手段です。不自由になることで、5の重い物の運搬、12のバスの乗り降り同様、日用品や食材の入手がどうなっているかを確認することができます。
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか？ 洋服を所定の場所に整理整頓できているか？部屋の中が雑然としていないか？ゴミは出せているのか？を確認します。 ※認知症の初期などで、整理整頓ができず部屋が雑然とする。筆筒の中がごちゃごちゃになる。そのためどこに何をしまったのかわからなくなったりすることがあります。本人は自覚していないことも多いのですが、うまくいかないと感じているかをここでは確認します。



滑り止めシートの活用



バス昇降練習

※平成24年度老人保健健康増進等事業より

生活行為確認表説明書④

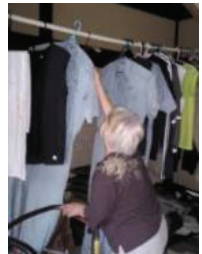
16	草むしり(除草)をするのに不自由を感じますか？ しゃがんだままの移動や、立ったりしゃがんだり作業が辛くなったと感じないか？ ※地方では草むしりが高齢者の仕事や役割、楽しみになっていることが多いので、不自由によりできなくなることで、日中何もすることがなくなり、閉じこもりや廃用性の認知機能の低下を引き起こすリスクにもなる。
17	下着の脱着に不自由を感じますか？ ズボンの脱着を含め、確認する。 ※下着の脱着に時間がかかったり、うまくいかないことで失禁の原因になることがある。失禁などの失敗は、社会参加を阻害するリスクにもなる。
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか？ ※五十肩などで肩が挙がらず、頭や体が洗えないと介護が必要な状況になる可能性があります。さまざまな道具の利用により、容易にできるようになることから、アドバイスが必要となる。
19	箸の操作に不自由を感じますか？ 箸で細かいものがつまめなかったり、手に力が入らなかったりすることはないか？ ※この行為が困るとヨーグルトやヤクルトの蓋を開けるや服のファスナーの上下、包丁の操作などつまみながら操作する行為に不自由が生じている可能性があります。
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか？ 腕を挙げたまま干し物を広げたり取り入れたりが行えるか？ ※五十肩などで肩が挙がらない、腰が曲がっている方の中にうまく上の方に洗濯物をかけることができない方がいます。高齢者の中でも洗濯をする、干す、たたむが役割となっている者も多く、高齢者が積極的に日常生活に役割を持って関わっていく上でも、大切な項目です。行為については、干し場の環境や道具を工夫することで容易にできるので、アドバイスが必要です。



椅子を利用した除草



つかみやすいトングの利用



ハンガーの利用

※平成24年度老人保健健康増進等事業より

高齢者嗜好調査表と地域ごとの特徴

興味・関心チェックシート

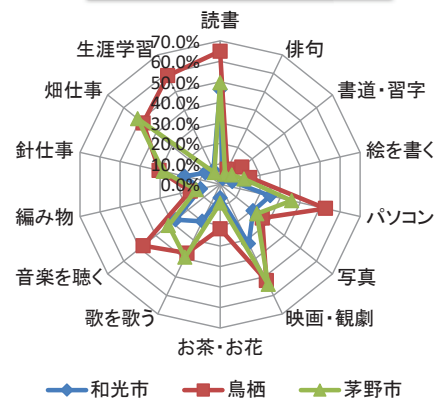
氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

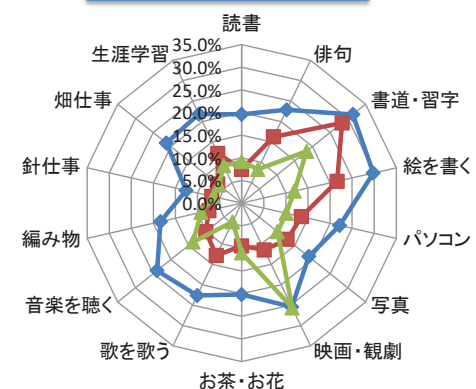
生活行為	している	興味がある	生活行為	している	興味がある
自分でトイレへ行く			生涯学習・歴史		
一人でお風呂に入る			読書		
自分で服を着る			俳句		
自分で食べる			書道・習字		
歯磨きをする			絵を描く・絵手紙		
身だしなみを整える			パソコン・ワープロ		
好きなときに寝る			写真		
掃除・整理整頓			映画・観劇・演奏会		
料理を作る			お茶・お花		
買い物			歌を歌う・カラオケ		
家や庭の手入れ・世話			音楽を聴く・楽器演奏		
洗濯・洗濯物たたみ			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム		
自転車・車の運転			体操・運動		
電車・バスでの外出			散歩		
孫・子供の世話			ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		
動物の世話			ダンス・踊り		
友達とおしゃべり・遊ぶ			野球・相撲等観戦		
家族・親戚との回らん			競馬・競輪・競艇・パチンコ		
デート・異性との交流			編み物		
居酒屋に行く			針仕事		
ボランティア			畑仕事		
地域活動（町内会・老人クラブ）			資金を伴う仕事		
お祭り・宗教活動			旅行・温泉		

※平成24年度老人保健健康増進等事業より

している趣味活動



してみたい趣味活動



生活行為（IADL）を獲得するために

使い易い調理器具や自助具の紹介 料理の練習機会の提供



買い物にいきましょう。



電車にのってみよう！

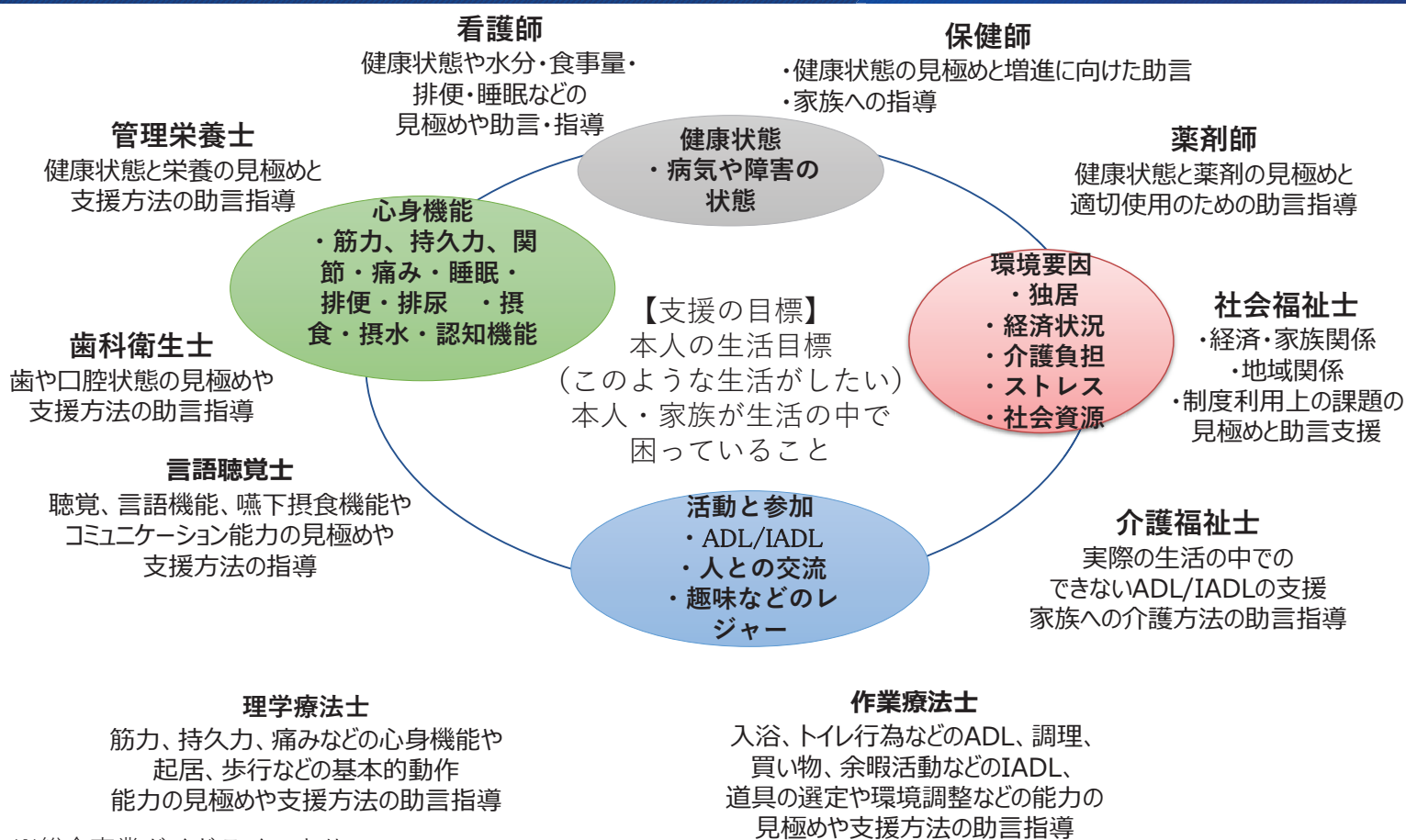


バスにのってみよう！

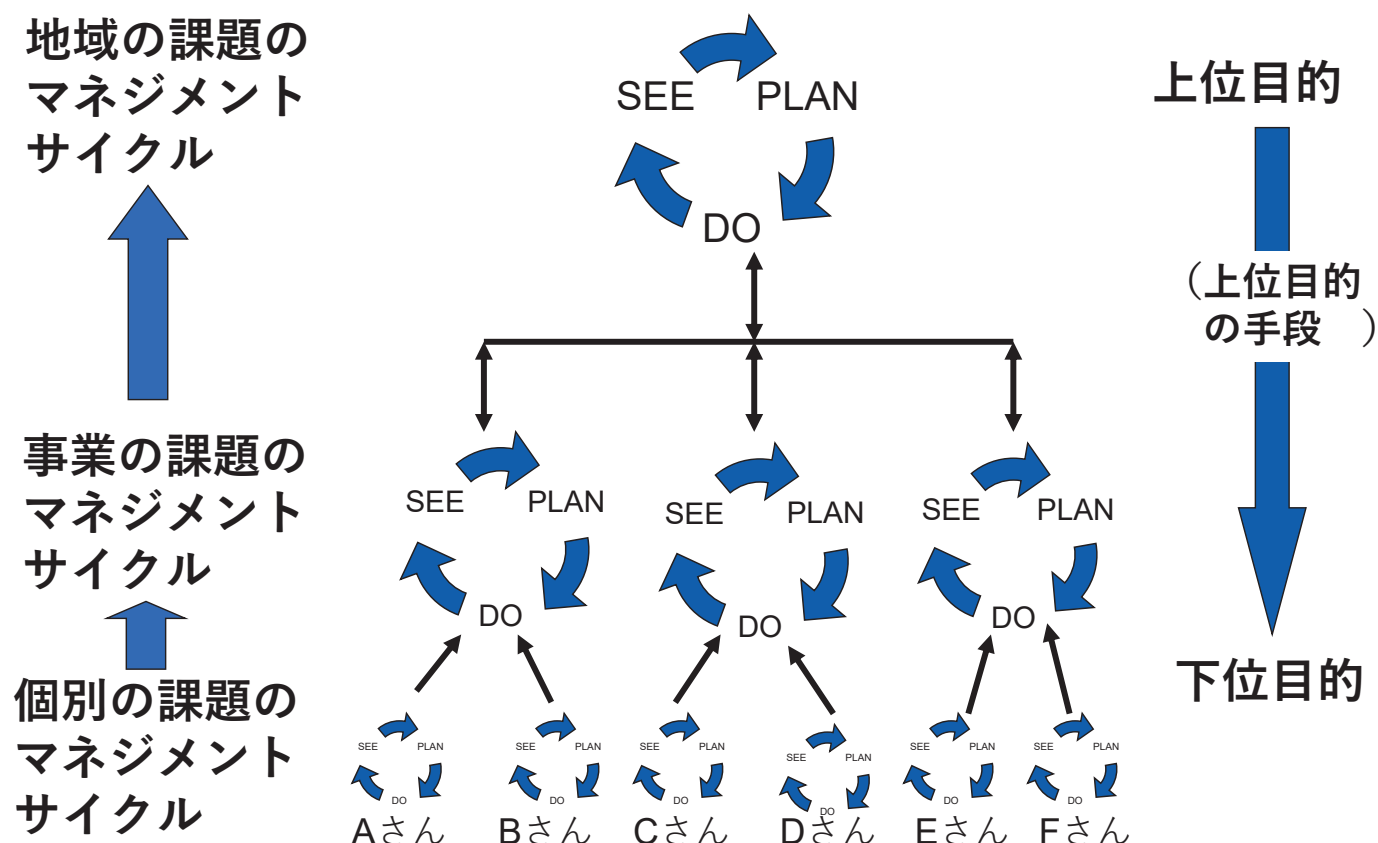


老健(在宅復帰)		機能訓練にこだわるケースに対して、主婦としての役割を見据えた自立生活支援を行った事例	
老健入所事例	年齢:79歳 性別:女性 疾患名:脳梗塞・骨盤骨折		要介護3 ⇒ 更新せず
	【介入までの経緯】入院以前の体の状態に戻りたいと機能訓練の継続を強く希望するケースに対して、在宅生活に必要なADL動作だけでなく、主婦としての家事活動を安全に遂行する、継続するための支援を行った。 【本人・家族の生活の目標】本人: 自宅で行っていた家事ができるようになりたい。(入所時:トイレ動作が一人で行える、歩行がふらつかず行える) 家族:トイレ動作が安定して出来てほしい。できれば身の回りのことは自分でしてほしい。		
	開始時(入所時)	中間(1ヶ月後)	在宅復帰(2ヶ月半後)
ADL・IADLの状態	○ADL一部見守り。 ○注意力軽度低下による安全への配慮不十分。 ○IADL機会ほぼなし。	○ADL自立:安全に配慮して行える。 ○IADL機会:食後の後片付け・コーヒー準備ができるようになる・自主トレーニングの実施。	○家族:「骨折前よりも動作に慎重さ、安定感がある。」 ○本人:「自宅にて骨折前と同程度の家事動作ができた。」「疲労感は強い。」
生活行為の目標	○家事活動(食後の後片付け・コーヒー準備習慣)ができるようになりたい。 ○自主トレーニングによる機能維持・向上訓練の習慣化。 ○動作時の安全確認ができるようになる。	○掃除ができるようになりたい。 ○自宅環境(外出・外泊)下での安全面へ配慮したADL動作・家事動作の確認。	【考察】家事動作を安全に遂行するための機能訓練というように、具体的な家事内容と自宅での動作方法を想定し、必要な機能や動作を整理する作業を本人交え行っていくことで、機能訓練にとらわれないニーズの引き出しや、できる生活行為を増やすことができた。主婦として主体的に家庭内の仕事を仕切っていくきっかけづくりを行うことができた。
介入内容	○自主トレーニング指導。 ○安全への配慮の確認。 ○本人のしたい家事活動の練習と機能訓練の意味づけ。	○退院に向け、生活スケジュールの確認。 ○家族・本人とのニーズのすり合わせ。 ○自宅環境下で確認する事柄の整理。 ○掃除などの練習	

(介護予防テキストより、2002)



個の課題から地域の課題への提言



地域のあらゆる活動にアプローチして構築する「地域包括ケアシステム」

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

地域全体としての姿を
デザインし直す必要性

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

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

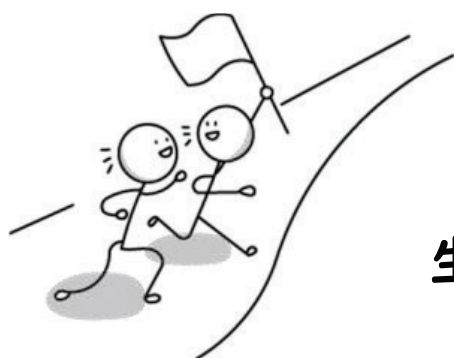


関係者、住民、すべての人が
地域に向き合って考えて行か
なければならない

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

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

伴走的支援を通じた市町村の課題解決 ～支援者の役割と市町村に生じた効果～



生駒市特命監 田中 明美

1

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



目次

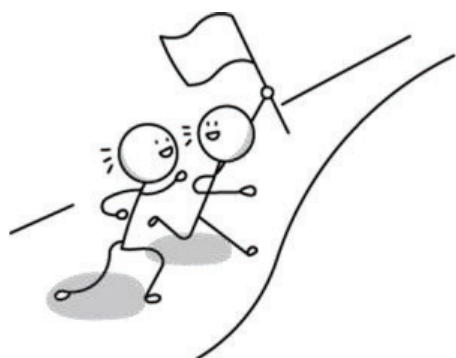
はじめに・・・生駒市の紹介

I 伴走支援における支援者の役割

II 市町村に生じた効果

III さいごに

はじめに ～生駒市の紹介～



■生駒市の特徴

- ・奈良県の北西端、大阪府と京都府に隣接。
- ・西に標高642メートルの生駒山を主峰とする山地、東に丘陵があるため、標高差から坂道が多い。
- ・自然環境の良さや交通の利便性から人口は伸び、平成2年に県下3番目の10万都市となり、平成22年末には12万人を超えました。



◆面積: 53.15km²
(周囲60km、南北15km、東西8km)

- ・大阪へ(電車: 20分)
- ・奈良へ(電車: 14分)
- ・関空へ(電車: 1時間)
- ・京都へ(電車: 45分)

◆産業(R2年度)

- ☑ 第1次産業就業者割合: 0.9%
- ☑ 第2次産業就業者割合: 18.8%
- ☑ 第3次産業就業者割合: 78.4%

◆生駒市市民満足度調査(R4年度)

定住意向87.2%!



生駒市の現状

基 本 情 報 (R6.4.1)

人口	116,898人
第1号被保険者数	34,546人
65～74歳	14,579人
75歳以上	19,967人
高齢化率	29.6%

○日常生活圏域 10圏域

○地域包括支援センター

・基幹型包括地域包括支援センター

→直営: 地域包括ケア推進課内

・地域包括支援センター: 委託で7カ所

医療法人(2) 一般財団法人(2) 社福法人(2)

社協(1)

人員配置: 包括職員+第2層SC(専従: 1名)+

認知症地域支援推進員(専従: 1名)

要支援・要介護

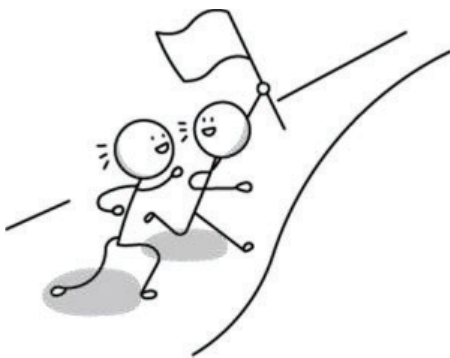
認定率の推移

H26	17.6%
H27	18.1%
H28	16.8%
H29	16.1%
H30	15.5%
R元	15.0%
R2	14.7%
R3	14.3%
R4	14.1%
R5	14.1%

低減

後期高齢者 > 前期高齢者
高齢化率も3割に近づいている!

1. 伴走支援における支援者の役割



地域づくり加速化事業～伴走支援の流れ～（イメージ）

***通常、3回が対面支援
間にミーティングをズーム
で展開しています！**



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

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×）

現地支援

- ◆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

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）

現地支援

- ◆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

3回目

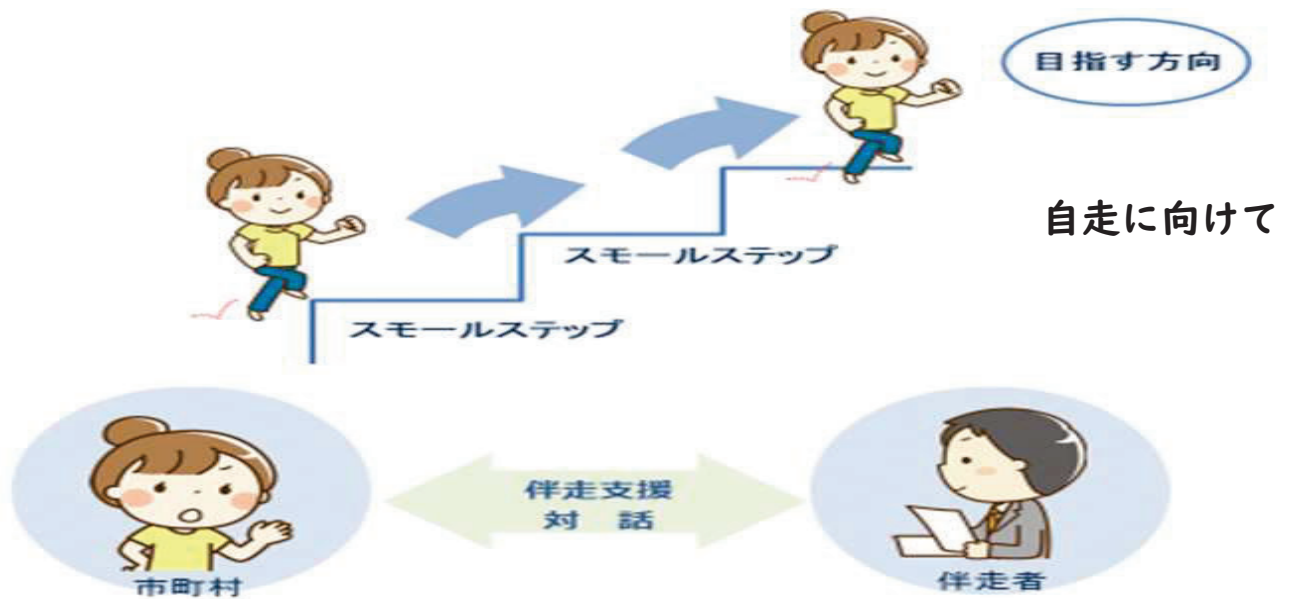
準備期間

- ◆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

自走へ



支援者の大切な役割①について



- 担当する市町村の規模、組織、庁内外の関係機関・関係者との関係含め、それまでの取組みなどを把握（ともに課題整理）
- 3回目の支援ゴールを見定め、市町村が終了後、自走できるようサポート
- 都道府県が市町村に対し、バックアップ機能が果たせるよう、サポート

支援者の大切な役割②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
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
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
5. 市町村ごとに必要な情報提供と的確な課題出し
6. 少しずつ関与の幅を縮小していき、自走できる体制へ

地域づくり加速化事業における支援者の主な役割



国・県・アドバイザーがーチーム

1. 国の機関として「厚生局」が支援チームに存在する
 - ・ 最新の情報が得られる
 - ・ 管内・全国の先行市の取組みを紹介してもらえる
 - ・ 制度の解釈に熟知されているので安心サポートが受けられる
 - ・ 上席・組織マネジメントの部分に限り関与いただける場合もある
 - ・ その他
2. 府県が支援チームに存在する
 - ・ 基礎自治体の悩みの種を知ってもらえる
 - ・ 基礎自治体に寄り添う対応をしてもらえる
 - ・ 府県内の取組みや他府県の取組みを紹介してもらえる
 - ・ 県全体の底上げも考えてもらえる
 - ・ その他
3. アドバイザーが一人もしくは複数存在する
 - ・ 伴走支援に長けたアドバイザーのサポートが受けられる
 - ・ わがまちに寄り添った実現可能性の高い支援を考えてくれる
 - ・ 教えるに徹するのではなく、気づきを促すサポートをしてくれる
 - ・ 類似する市町村の動きを教えてくれる
 - ・ その他

Ⅱ. 市町村に生じた効果



奈良県野迫川村

【地域支援事業全般の運営に不安】

エント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】

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る者など、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】

- ・要援護台帳や検診・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！と村民カルテ作成へ
- ・村民カルテを作成し、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



【「村民カルテ」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
- ・マップに知れ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ベアリングして、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ても？
- ・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面白いね！



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村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おう

この ほかにたくさん あります！

- 北海道新篠津村は、豪雪地帯で冬は閉じこもる生活だったのが、移動支援を充実させて冬も通いの場に出られる環境が作られた
- 北海道京極町では、基本チェックリスト+αで、65歳～79歳、80歳到来訪問、75歳以上独居訪問などで、ハイリスク者の把握をはじめ、介護予防を強化
- 熊本県益城町では、短期集中予防サービスの再構築ができ、健康寿命延伸
- 鹿児島県日置市では、地域ケア会議から上がってくる地域課題の解決に向け庁内連携体制の構築が図られた
- 新潟県長岡市では、自立支援に関する目線合わせを関係機関・者で行い、短期集中予防サービスの再構築の議論につながった



共通しているのは、どこの市町村も、多様な機関と対話を繰り返し、時にはクラッシュしながらも諦めずに前に進もうとされた点。そうした気持ちになれるよう多様な場を作り、市町村が前に進むための段取りを提案し、ともに検討を重ねていくチームなのです

さいごに

都道府県の皆さまへ

いろいろ調べたり、連絡したり、市町村に寄り添いサポートすることは時間も労力も使いますが、地域づくり加速化事業の伴走支援は地域支援事業をうまく回していくために必要なノウハウが学べます。市町村に身近な存在であり続けるためにも、大変だけど、一歩前に進めるよう悩んでいる市町村へ、加速化事業へのエントリーをお声かけいただけますよう、よろしくお願いします。

市町村のみなさまへ

この研修を受講されている時点で、課題を感じながら日々葛藤されている自治体か、或いは普段から頑張っておいでで、今進めていることが果たして正解なのか？の確認をしたいと考え受講されているところが多いと思います。来年は、第10期計画を考えるうえで、とても重要な年度になります。ぜひ、悩んでいる市町村は加速化事業にエントリーしてください。みんなでサポートします！

令和6年度 地域づくり加速化事業

ブロック別研修会 **グループワーク** について

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

グループワークのテーマ

テーマ：

『こんな伴走的支援をしてみたい』

【グループ分け】

- ・ Aグループ
- ・ Bグループ
- ・ Cグループ
- ・ Dグループ

グループワークの流れ

適宜、途中休憩を挟みます

1. アイスブレイク

自己紹介と役割分担（司会、書記、発表者） **【5分】**

2. グループワーク①

（1）班内討議 **【25分】**

（2）全体共有＋アドバイザーのご講評 **【15分】**

3. グループワーク②

（1）班内討議 **【15分】**

（2）全体共有＋アドバイザーのご講評 **【15分】**

4. アドバイザーの全体ご講評 **【5分】**

2

グループワーク①

【話し合っていたいただく内容】

今年度の取組状況について

- ・ 検討 25分 ・ 発表 10分（5分×2グループ）
- ・ アドバイザーによるご講評 5分

◎今年度の取組で良かったこと、改善が必要なこと、他府県の取組について聞きたいことなど、事前アンケートをご参考に話し合ってください。

3

グループワーク②

【話し合っていたいただく内容】

次年度に向けた支援について

- ・ 検討 15分 ・ 発表 10分（5分×2グループ）
- ・ アドバイザーによるご講評 5分

◎ 来年度、府県として、どのような地域にどのような内容の支援を行ってみたいですか。皆さんの理想を語り合ってください。