

総合事業は「地域づくり」！

～「通いの場」がカギ！～

令和7年1月29日

九州厚生局地域包括ケアシステム等
アドバイザー

山内 強

本日の内容

- 1 総合事業について
- 2 通いの場の充実
- 3 通いの場を活用した地域づくり

1 総合事業について

総合事業を組み立てるには？

【介護保険法】

（第4条第1項）…国民の努力及び義務

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

（第5条第3項）…国及び地方公共団体の責務

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

どういう地域にしたいか？→地域支援事業は達成するための「方法・手段」！

地域で行われるさまざまな事業や取組が**連動**し効果的かつ効率的に行われるよう、地域に関係する**すべての方が取り組む**ことが重要！

そのためには、特定の誰かだけが頑張るのではなく、地域や関係機関・関係者、行政をはじめとする様々な主体が目的や課題、手立てなどについて**共有・共感した上で取組が推進される**ことが求められる。➡
規範的統合

（令和3年度 介護予防活動普及展開事業：介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル）

「総合事業」の趣旨は？

総合事業は、**市町村が中心**となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの。

(厚生労働省)

住民等の多様な主体が参画
地域の支え合い体制づくり



「地域づくり」

総合事業の中の「介護予防」

- 介護予防の対象者は**すべての高齢者**ですが、地域支援事業における「総合事業」においては特に「**可逆性**」（**まだ元気になれる**）のあるフレイル（虚弱）の方々に地域での自立した生活に戻って（**以前の生活に戻る**）いただくことを目指す。
「**もう年だから**」と諦める風潮を是正しながら、必要な支援を行うことが求められる。
- 加齢に伴い高齢者の機能レベルは自立から虚弱、そして要介護へと低下してしまうため、生活機能が低下した虚弱高齢者を早期に把握し、例えば**短期集中**予防サービス（一般的に「通所C」）により**3か月～6か月間で集中的に介入することにより自立した生活に戻っていただく取組が重要となります。**

要介護・要支援の原因

【要介護】

1. 認知症（23.6%）
2. 脳血管疾患（脳卒中）（19.0%）
3. 骨折・転倒（13.0%）

【要支援】⇒意欲や能力を引き出すことでまだまだ十分に健康に戻れる可能性が大！

1. 関節疾患（19.3%）
2. 高齢による衰弱（17.4%）
3. 骨折・転倒（16.1%）

（令和4年 国民生活基礎調査）

総合事業の構成例

2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(I) 介護予防・生活支援サービス事業（サービス事業）

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

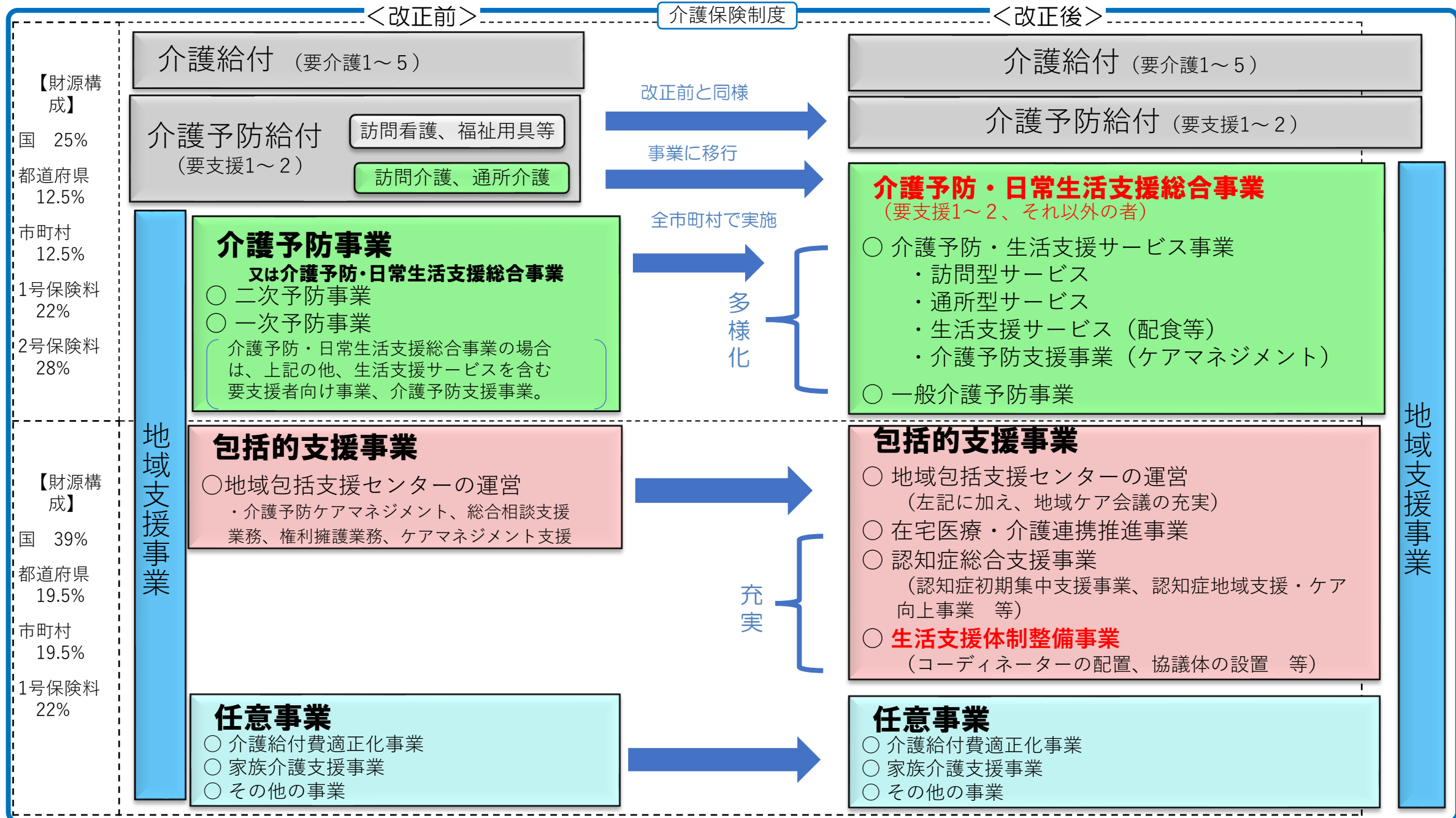
① 要支援認定を受けた者

② 基本チェックリスト該当者（事業対象者）

※ 事業対象者は、**要支援者に相当する状態等**の者を想定しており、そのような状態等に**該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用等**につなげていくことが重要である。

【参考】 介護予防・日常生活支援総合事業の構成例（厚生労働省）

新しい地域支援事業の全体像



サービスの類型（典型的な例）

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、改正前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	改正前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進			訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、改正前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	改正前の通所介護相当		多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護		② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練		ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、 自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。		○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定		事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本		人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者		主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準（例）

【通所型サービス】

	従前相当	A	B	C
日常生活自立度	J 1～A 2 自立～Ⅱ	J 1～A 1 自立～Ⅰ	J 1～J 2 自立～Ⅰ	J 1～A 2 自立～Ⅱ
疾病の安定度	病態が不安定	病態が安定	病態が安定	病態が安定
運動・活動制限	無OR有	無	無	無
改善・維持・悪化	改善・維持・悪化	維持	維持	改善
疾患例	急性期疾患 進行癌 進行性難病 認知症 精神疾患等	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用性症候群	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用性症候群	骨・関節疾患 生活習慣病 軽度認知症 廃用性症候群 脳血管疾患等

【訪問型サービス】

	従前相当	A	B	C
日常生活自立度	自立～A 2 自立～Ⅱ	自立～A 1 自立～Ⅰ	自立～J 2 自立～Ⅰ	自立～A 2 自立～Ⅱ
状態像・意向等	プロの対応必要	基準緩和や住民主体で対応可能		通所型と同様

※ これらはいくまで一つの目安としての項目・基準であり、個々の対象者と向き合う際には、適切なアセスメントのもと、本人意向も踏まえた適切な介護予防ケアマネジメントを進めることに変わりはない点に留意が必要です。

元気な高齢者を増やしたい！

- ① 通いの場の拡大・充実等
- ② 通所C
- ③ 地域ケア会議

「連動」

地域

4月に孫の入学式に自分の足で歩いて学校に行き入学式を見てみたい！

3か月頑張ってみましょう！
(通所C)

目標は何ですか？

【通所C】

お陰で歩けるようになり
入学式を見れて嬉しかった。
今後、何かしてみたい！

地域ケア会議

「通所C」とその
後の受け皿は？

卒業後

「通いの場」へ

「就労」へ

「介護アシスタント」へ



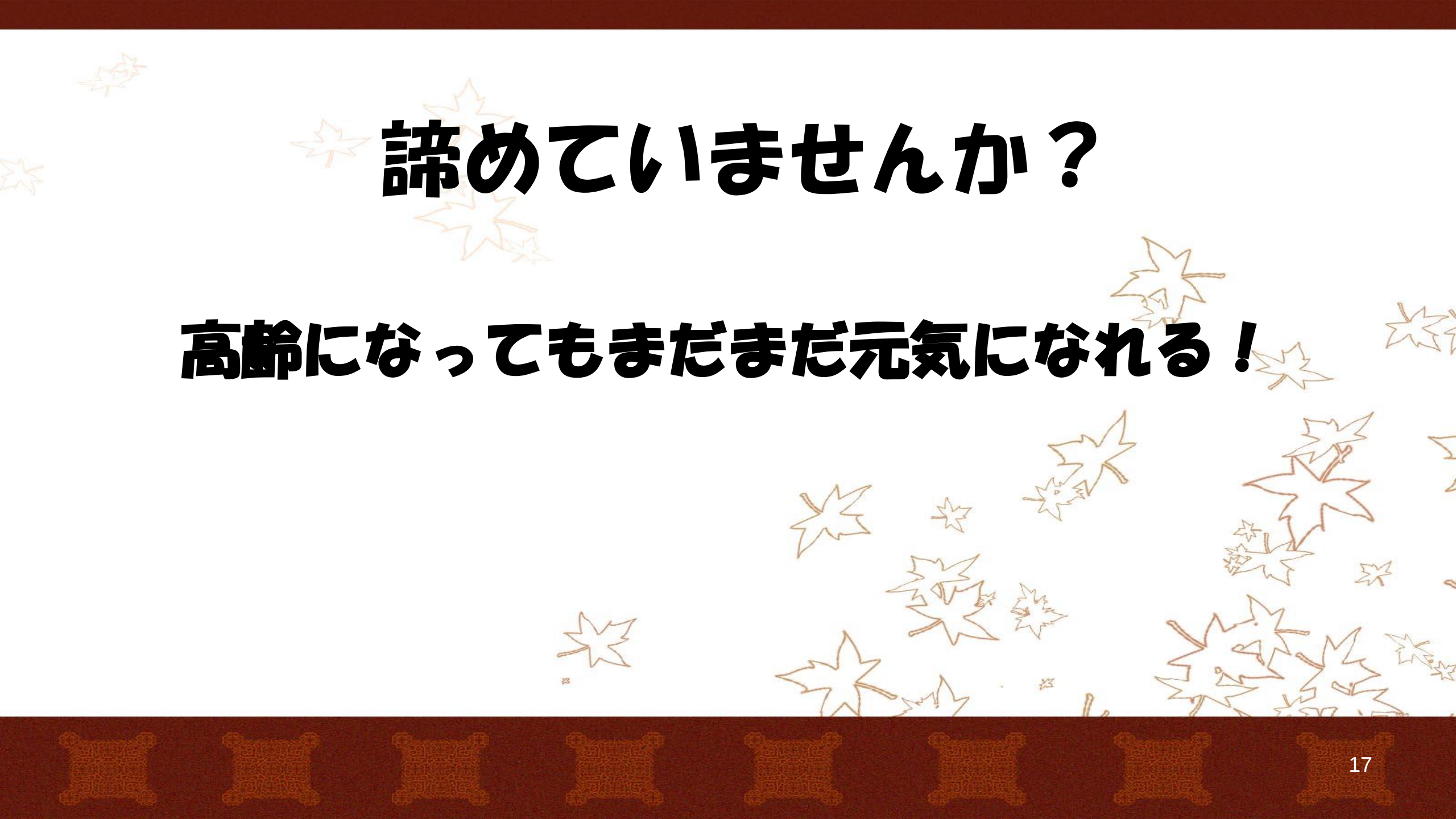
2 通いの場の充実

「通いの場」の充実！

【総合事業のガイドライン】

（一般介護予防事業）

○ 一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、**住民主体の通いの場を充実**させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような**地域づくりを推進**するとともに、地域において**リハビリテーションに関する専門的知見を有する者**を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進することを目的として、総合事業に位置づけるものである。



諦めていませんか？

高齢になってもまだまだ元気になれる！

通いの場の充実

【〇〇地区】



○体成分測定で自分の身体の筋肉量等をチェック（年2回）
○併せて、管理栄養士による食事指導



○広域リハによる体力測定及び効果的な運動指導（年2回）



○町等の情報提供
「水水」（地域通貨）をやっていますよ！
※「水水」➡ポイント（健康づくりやボランティア等）を貯めて町指定の『ゴミ袋』等に交換



○出前講座（成年後見・介護保険制度 等）

約9割が「町中心部」及びその周辺！

軽度認知障害(MCI)アンケート集計(高齢化率順)

【大津町】

	高齢化率(%)	回答数	3点以上(リスク)	リスク割合(%)
I	8.2	24	11	45.8
II	10.6	13	7	53.8
III	13.0	5	4	80.0
IV	14.7	36	10	27.8
V	15.4	18	5	27.8
VI	16.1	31	9	29.0
VII	17.4	16	4	25.0
VIII	19.5	12	3	25.0
IX	20.9	19	8	42.1
X	21.7	13	4	30.8
XI	23.2	14	5	35.7
XII	23.2	40	15	37.5

※MCIチェックリスト(国立循環器病研究センターチェックリスト使用)(対象者:66歳~85歳、施設入所及び要介護者を除く)令和3年11月実施

※高齢化率25%未満の行政区でリスク割合25%以上を抽出

※大津町全体:回答数(984)・3点以上(243)・リスク割合(24.7%)

①認知症予防に効果あい！

行政区	高齢化率 (%)	行政区全体			通いの場				
		回答数	3点以上	リスク割合 (%)	通いの場 開催回数	平均年齢	回答数	3点以上	リスク割合 (%)
A	15.4	18	5	27.8	4	77.0	6	1	16.7
B	14.7	36	10	27.8	4	78.9	12	1	8.3
C	24.0	19	3	15.8	4	79.3	8	1	12.5
D	39.7	30	6	20.0	4	82.8	14	3	21.4
E	55.0	16	5	31.3	2	79.3	18	7	38.9
F	38.8	10	3	30.0	2	72.2	10	5	50.0
G	20.9	19	8	42.1	2	76.1	9	3	33.3
H	40.2	13	3	23.1	2	75.2	6	2	33.3
I	17.4	16	4	25.0	2	74.9	10	4	40.0
J	39.3	22	4	18.2	2	76.2	10	1	10.0
K	53.1	16	4	25.0	1	71.9	19	8	42.1
L	35.2	66	16	24.2	1	74.7	7	2	28.6
M	16.1	31	9	29.0	1	78.9	12	4	33.3
N	51.2	3	1	33.3	1	76.1	15	7	46.7

※「D」は5つの行政区を合わせて計上

② 高齢になっても筋肉はつく！

～体成分測定(80歳以上抽出)～

(80歳以上)

R6.6現在: 11名中8名(72.7%)が筋肉増加!
(最終: 75名中57名(76.0%))
全年齢では、159名中119名(74.8%)

6.6現在: 11名中8名(72.7%)が筋肉増加! (最終: 75名中57名(76.0%)) 全年齢では、159名中119名(74.8%)			筋肉全体 (kg)		増減
			測定日 (2022.12.6)	測定日 (2024.5.7 : 1年5か月)	
	A (毎週開催)	90	28.1	28.3	0.2
2		81	34.6	36.0	1.4
3		81	32.7	34.2	1.5
4		87	27.3	26.9	-0.4
5		86	31.2	31.9	0.7
	B (毎週開催)		測定日 (2023.5.29)	測定日 (2024.5.13 : 1年)	
6		80	36.6	37.8	1.2
7		88	29.4	29.5	0.1
	C (毎週開催)		測定日 (2022.9.1)	測定日 (2024.6.6 : 1年9か月)	
8		82	39.9	40.7	0.8
9		81	35.7	38	2.3
	D (月2回開催)		測定日 (2023.8.10)	測定日 (2024.4.11 : 8か月)	
10		80	38.1	37.6	-0.5
11		82	28.7	28.4	-0.3

「意識」「意欲」が大事！

③高齢になっても改善する ～体力測定～

	対象者数	改善者数	改善率（％）
開眼片脚立位時間	81	42	51.9
Time up and go T	79	38	48.1
5m通常歩行時間	80	43	53.8
5m最大歩行時間	80	39	48.8
握力	81	39	48.1
計	401	201	50.1

【令和4年度1回目から令和5年度2回目まで計4回測定した者81名（9地区）について検証】

（朱書きは、令和4年度1回目から令和6年度1回目までの計73名（8地区）の割合（令和6年9月18日現在））

○ 毎週開催地区5か所の改善率→41.4％（51.9％）・22.9％（37.1％）・47.5％（56.0％）・47.5％（48.0％）・54.3％（34.5％）

○ 月1回開催地区1か所の改善率→61.0％（50.0％）

○ 月2回開催地区3か所の改善率→40.0％（20.0％）・44.0％（53.3％）・78.7％（85.7％）（「健康」に対する意識が高い地区）

○ 80歳以上で「開眼片脚立位時間」の改善した者→42名中16名（38.1％）・34名中14名（41.2％）

【介護アシスタントマッチング状況】(大津町)

【令和3年度】→2事業所:3名

【令和4年度】→5事業所:7名

【令和5年度】→7事業所:26名(6名)

【令和6年度】→10事業所:17名(8名)

(令和7年1月10日現在)

○累計:17事業所、53名(14名)

※人数は延べ人数で、()は「通いの場」からのマッチング数

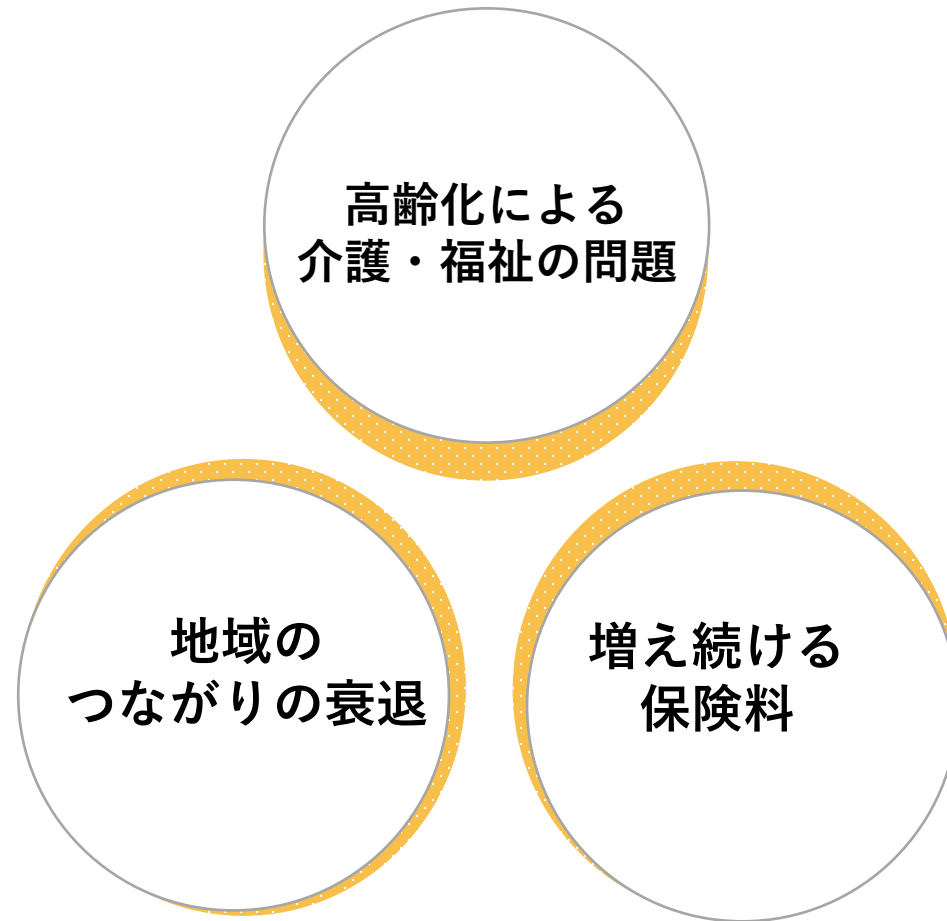
3 通いの場を活用した地域づくり

これからの 地域づくり戦略

第1部 | 集い編

高齢者が集えば、地域が変わる





住民の
元気アップ

地域
コミュニティ
の再生

保険料の
伸びの抑制

きっかけは
高齢者にあり



体操等の「**通いの場**」が、まちを変える。

- 参加すること、体操することで、元気になる
- **集まることで、地域がつながる**
- つながる地域が、まちを変える



体操等の「通いの場」が、まちを変える。

- 参加すること、体操することで、元気になる
- 集まることで、地域がつながる
- つながる地域が、まちを変える





まずは体操等の「通いの場」づくりから

身体を動かしたりする身近な場所…これをたくさん用意する

- 週1回集まって、30分~60分程度の軽い体操＋お茶を飲む
- 歩いて5~10分で行ける身近な場所
- 中心は70代~90代の人。誰でも参加可能
- 週1回の軽い体操以外に、健康教室、料理教室、サロンなどのメニューももちろんOK。無理のない範囲で実施を
- 住民がお客さん(客体)ではなく、主体となることも重要



体操等の「通いの場」を作っても、最初は人が集まらないこともありうる。口コミで徐々に利用者を増やすなど、地道に取り組みを続けることが大事。交流会やポイントへの反映、表彰を行うなど工夫や仕掛けも考える。人々の集まりは、「互助」の基盤にもなる。



○70歳男性（夫）：認知症

○60歳女性（妻）

お二人でさまよっていた➡保護➡支援機関（団体）

夫➡入院

妻➡団体が運営するシェルターへ一時入居

妻は夫の介護をしながらパート勤め➡コロナの影響により職を失い借家の家賃等も滞納し退せざるを得なくなりうつ状態となった。行政にも相談したが「シェルター等はない」とのことであった。

A支援団体代表者：「困窮者を見つけ出して手を差し伸べる活動が重要と考えるが、**行政は相談や支援の申請がないと動いてくれない。**」

B支援団体代表者：「食堂（子ども食堂）を地域の交流や福祉の**拠点**にしていくという意識の変化が求められる。そして、**行政が把握できない情報が集まる場**にすることが必要」

C支援団体代表者：「食堂に寄せられる多様な相談事を**どこに繋げばいいか分からない**という声も多い。」

（「つながり・ささえる」令和4年1月30日：熊本日日新聞）

【孤独・孤立対策の重点計画（概要）】（令和4年12月26日孤独・孤立対策推進会議決定）

〔孤独・孤立対策の更なる推進・強化〕

(1)孤独・孤立に至っても**支援を求める声を上げやすい**社会とする

※実態を把握し、「予防」の観点からの施策を推進

(2)状況に合わせた切れ目のない**相談支援**につなげる

(3)**見守り・交流の場や居場所**を確保し、**人と人との「つながり」**を実感できる**地域づくり**を行う

(4)孤独・孤立対策に取り組むNPO等の活動をきめ細かく支援し、官・民・NPO等の連携を強化する

※孤独・孤立対策推進法（令和5年5月31日成立・同年6月7日交付・令和6年4月1日施行）

地域の拠点・福祉の拠点

(熊本県大津町：真木地域)

通いの場（真木元気塾）

【いきいき百歳体操】



「正月花飾り」作り



スマホ教室



「ゴキブリ団子」作り



【誕生会等】



「100歳のお祝い」
町長から記念品等の授与
皆さん一諸にお祝い

【環境美化】(地域貢献)



何といたってもこれです！

「見守り」や退職された看護師・介護福祉士等による「健康相談」等地域の高齢者の現状を把握し、もしもの場合は包括支援センター等へ「繋ぐ」役割を果たしており、地域包括支援センターの『**ブランチ**』機能も担っている

【開始前の「血圧」「体温」「脈拍」測定及び健康相談】

お風呂に入りづらくなっている。

最近はどうですか？

参加者の方で血圧の変化（高い数値が続くようになった）や浮腫があったため医療機関の受診を勧めた。
結果、腎疾患が判明。

ちょっと浮腫んでいるようですが、体調はどうですか？

最近、食事が飯と漬物だけになってきている。

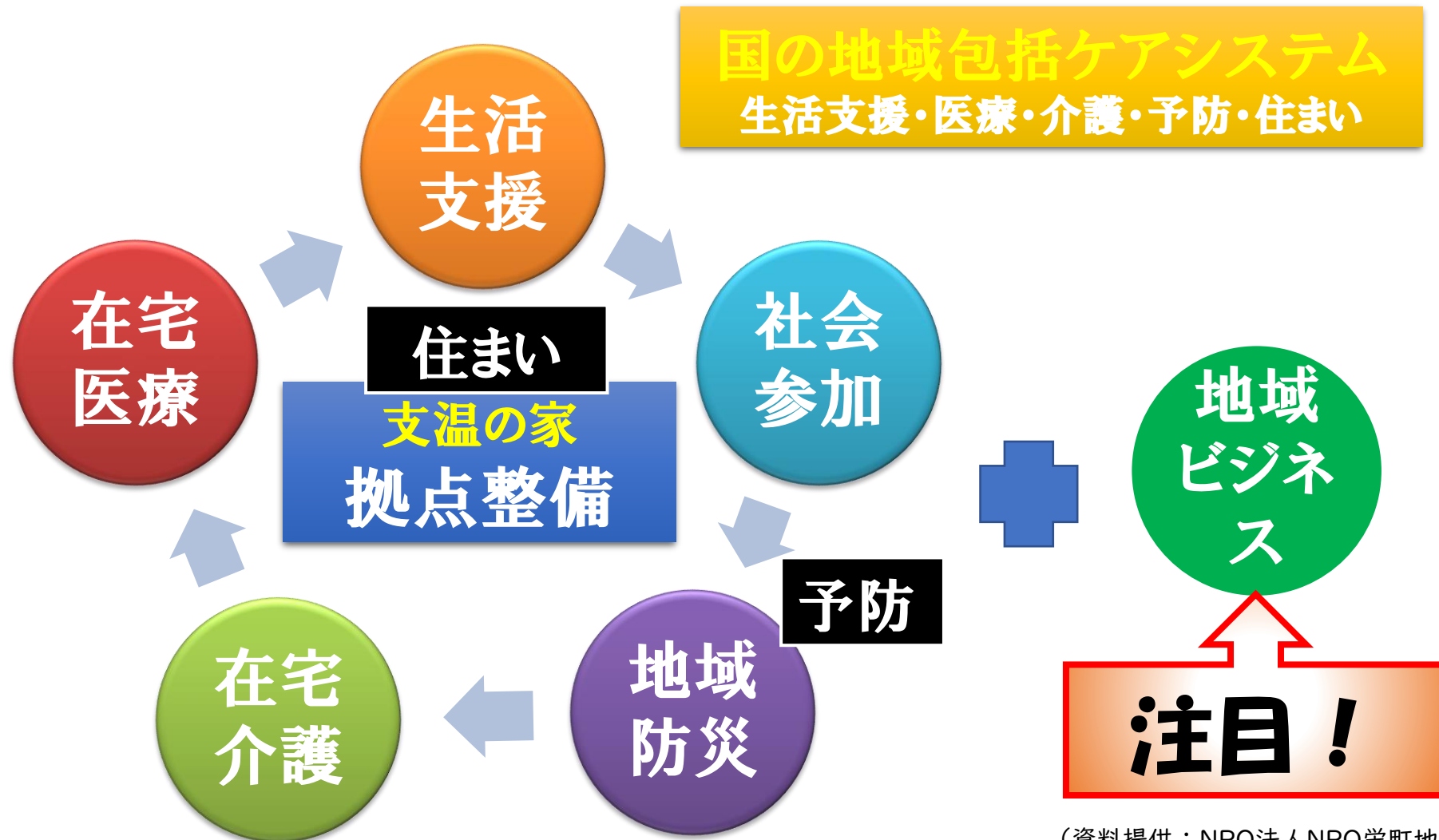
「包括」に連絡しておきましょうか？

少し「塩分」を控えましょうね！



地域交流拠点を核とした高齢者支援活動

栄町の高齢者支援システム



仕組みづくり・平成30年度事業計画

平成30年度事業は、高齢者の交流広場“**支温の家**”を拠点に事業実績を踏まえ、高齢者の福祉サービスの向上を重視した独自の心温まる**「支えあい」**活動や**宅配便運送業務受託事業**に取り組んでいます。

平成30年度の具体的な事業

- (1) 交流広場「ふれあい館」整備
- (2) ふれあいプラザ開設事業
- (3) 見守り弁当配食の支援事業
- (4) 医療介護カルテ整備実践事業
- (5) 高齢者リサイクル品搬出支援
- (6) 高齢者健康ラジオ体操開催
- (7) 健康マージャン交流大会開催
- (8) 高齢者タブレット講習会開催

見守り等生活支援



就労支援

(9) ウエルネスホームの検討 世代交流促進と地域コミュニティ拠点

(10) 高齢者による宅配代行事業 地域ビジネスで地域力の創造を目指す

通いの場(地域)からの情報収集 なぜ「地域に出る」？

①〇〇さんは、転倒して
入院中みたいだよ。

②▽▽さんは足腰が弱って
「ゴミ出し」も難しい
みたい。

③◇◇さんは最近見ないよ
うですが？

困っているのは「ゴミ出しや
移動」なんだ！
他の地域も同じかも知れな
い？



④◇◇さんも足腰が弱って、こ
こまで歩いて来れなくなったよ。
本人はここに来ることが楽しみ
にしていたが、今は家から出ず寂し
そうだよ。

⑥そりゃ◇◇さんも絶対
喜ぶよ。

⑤送迎等があれば来られます
かね？



「ニーズの把握」→把握の方法は様々

〇〇地区



- 区長・民生委員等
- 住民座談会や住民アンケート
- 通いの場のスタッフや参加者
- 地域ケア個別会議

※ケアマネージャーや**訪問介護事業者**等も参考となる可能性あり

【生活支援コーディネーター業務の訪問介護への委託】

○…**訪問介護員**は、介護や福祉に関するサービスの中でも**利用者やその家族と接する機会や時間が多く、状況の把握や変化の察知・共有**、あるいは利用者及び家族との信頼関係の構築が行いやすい職種であると考えられる。…訪問介護事業者は地域の福祉に携わる主体の中でも、**生活支援コーディネーターとしての適性が高い**主体なのではないかと思われる。

○…地域で高齢者の生活を支えるサービスとして、**介護予防・介護保険サービス・介護保険外サービスを一体的に提供**することにより、切れ目のないケアの実現が期待される。

こうした仕組みに関する一つのアイデアとして、**訪問介護事業者に生活支援コーディネーターの役割を委託**し（サービス提供責任者がコーディネーターとして活動）、**複数の主体と連携して介護保険外のサービスも活用しながら高齢者の生活支援を行う体制**が考えられる。

（令和4年3月 訪問介護事業のサービス提供体制の見直しに関する調査研究事業調査結果報告書）
今後の訪問介護サービスの維持・向上に向けた取組に関する提言

市町村にお願いしたいこと

○地域の「あるべき姿」（ビジョン）を明確にしましょう

➡生活支援コーディネーター等から「地域の課題等」収集

○生活支援コーディネーター等と**対話を通じて共通認識**をもちましょう

➡任せっきりにしない

○具体的に手段・方法等を示しましょう

➡ただ単に「地域に出て下さい。」と言っても「なぜ？」「どこに？」

「どうやって？」と悩まれる方々（特に新任の生活支援コーディネーター等）も多い。

最後に

- 原点に戻る➡介護保険法等
国民：自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める
自治体：その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう・・・有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない
- 市町村の事業に移行したことや地域支援事業の充実から８年程経過しており、もう一度原点に戻り、現在の状況と今後の方向性を再検討する時期です！
- 視点は？➡事業優先となっていないか？住民視点での事業か？
- 事業の検証➡効果的な事業となっているか？➡PDCAサイクル
- データの活用➡住民の方々に説明する際に役立ち、事業としての「戦略」にも活用
- 各事業が連動しているか？

【何といっても】

- 規範的統合➡関係者間の意識の共有等が出来ているか？（対話が出来ているか？）

〈地域づくりとは〉 ～原点にもどり対話することで見えてきたもの～

令和5年度厚生労働省 地域づくり加速化事業の伴走支援を受けて

令和7年1月29日（水）

熊本県美里町 福祉課 介護高齢者支援係

目次

1. 熊本県美里町の紹介について
2. 熊本県美里町の現状について
3. 地域づくり加速化事業にエントリーした理由について
4. 応募してからの流れ
5. 0.25次ミーティングから0.5次ミーティング
6. 第1回目現地支援
7. 1.25次ミーティングから1.5次ミーティング
8. 第2回目現地支援
9. 2.25次ミーティングから2.5次ミーティング
10. 第3回目現地支援
11. 伴走支援の中での気づき
12. 現在の取組について
13. 今後の展望について



1. 熊本県美里町の紹介

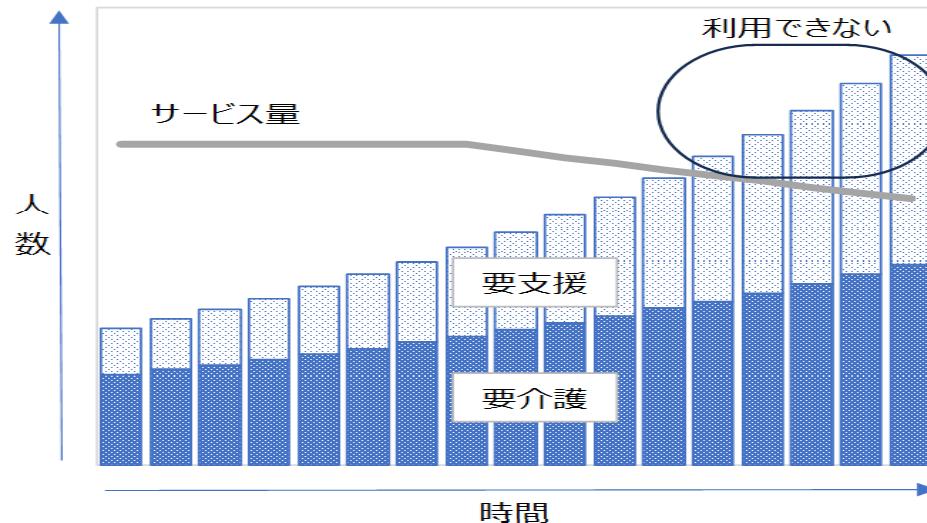
美里町は、熊本県のほぼ中央に位置している自然豊かな町です。はるか遠くまで見渡す限り棚田が広がる風景や、先人たちが作り上げた今も生活に根付く数々の石橋、そしてここに住む人々のあったかな笑顔。大切なココロの宝物に出会える里山、それが美里町です。町内には“日本一の石段”や“フォレストアドベンチャー”など自然を身近に感じられる施設が数多く所在しています。



2. 熊本県美里町の現状

- ・ 人口 8,697人 (R6.8月末時点)
- ・ 高齢者人口 4,191人 (R6.8月末時点)
- ・ 高齢化率 48.2% (R6.8月末時点)
- ・ 要介護（要支援）認定者数 749人 (R6.8月末時点)
- ・ 要介護（要支援）認定率 17.9% (R6.8月末時点)

- ▶ 第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画時の介護保険料基準額が熊本県内1位（基準額：7,500円）。第9期事業計画（基準額：7,300円）。
- ▶ 美里町では人口構成の大きなボリュームを団塊世代の方が占めています。また、生産年齢人口の減少が深刻となっていることから高齢化率等に大きく影響を与えています。
- ▶ 今後も高齢化が進行することから支援を要する人は増加していくと予測されます。
- ▶ 生産年齢人口の減少に伴って、支え手の主である医療や介護の専門職の減少（人材不足）も今後、ますます深刻となることが予測されます。専門職サービスの需要が高まっていくものの、供給量は減少する可能性があることから、これまで確保できていた専門職による一般介護予防事業や介護予防・生活支援サービス事業などのサービスを確保することが難しくなる可能性が予測されます。



3. エントリーした理由について

①	総合事業の見直しを検討したい (訪問型サービス)	訪問型サービスの町独自ルールの見直し について (基準緩和型サービス)
②	訪問型サービスBの活用	住民のニーズに即したサービスとなるよう、現在実施している訪問型サービスBを活用した移動支援や買い物支援の検討
③	通所型サービスCの利用 (介護が必要となるリスクの高い対象者の把握)	利用者の減少

上記の内容について解決策を検討していたが、具体的にどのように取り組んでよいかわからず、悩み続けていた。

4. 応募してからの流れ

年 月	内 容
令和5年4月	伴走支援応募
令和5年7月	0.25次ミーティング
令和5年8月	0.5次ミーティング
令和5年8月	第1回目現地支援
令和5年9月	1.25次ミーティング
令和5年10月	1.5次ミーティング
令和5年10月	第2回目現地支援
令和5年11月	2.25次ミーティング
令和5年12月	2.5次ミーティング
令和6年1月	第3回目現地支援

5. 0.25次ミーティングから0.5次ミーティング

	0.25次ミーティング	0.5次ミーティング
参加者	県/振興局/町	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町
内容	・町の現状、課題等の共有 →町の高齢者福祉、介護保険に関する現状の共有 →エントリーした理由（課題）の共有 ・関係性の構築 ・意見交換	・町の総合事業（サービス内容等）についての現状共有 ・町が伴走支援で取組みたい内容についての共有 ・第1回目現地支援に向けての内容協議 →第1回目現地支援を通して、担当課が感じている高齢者に対する課題について、他課や外部の事業所、関係者等に共有し、実際に現場で従事している方等が把握している高齢者の抱える課題とで「乖離している部分がないのか」を再度、確認をする。 それを行うことで、町の現状を可視化して課題整理（優先順位付け）を実施すること →他課職員、外部の事業所（介護保険事業所）を交えた、町の高齢者が抱える課題などについてのグループワークを実施すること

6. 第1回目現地支援

	第1回目 現地支援
参加者	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会（通いの場担当者）/介護保険事業所/サロン事業所/他課職員
内容	・町の現状、担当課で感じる課題等の説明及び共有 →町の高齢者福祉、介護保険に関する現状の共有 →エントリーした理由（課題）の共有 ・上記の説明を踏まえた、高齢者に対する課題についてのグループワーク（意見交換）及び課題の整理 →グループワーク（意見交換）にて、出された町の課題 ●移動手段、外出手段について ●買い物について ●町で実施している事業や取組についての住民周知不足 ●メンタルヘルスについて ●その他 - 災害時の対応、配食サービス、町独自の公共交通、ケアマネジャーがついていない人への支援など

7. 1.25次ミーティングから1.5次ミーティング

	1.25次ミーティング	1.5次ミーティング
参加者	町/地域包括支援センター/社会福祉協議会/介護保険事業所/民生委員/他課職員 ※課題整理、解決に向けた町での主要メンバーを構成（上記でメンバーを構成）	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会/介護保険事業所
内容	・ 伴走支援の中で町として目指す姿を再度、確認 →【住み慣れた自宅で誰もが継続していきいきと暮らせる町】 ・ グループワークで出された課題の整理 →●移動手段、外出手段について ●買い物について ●町で実施している事業や取組についての住民周知不足 ※早急に取り組む必要のある課題を整理 ・ 上記の課題に対しての具体的な解決策の協議 →連携できる部署、団体、協議会の確認	・ 1.25次ミーティング（主要メンバー会議）の内容について共有 ・ 第2回目現地支援に向けての内容協議 →地域ケア会議の目的の再確認 →介護予防実態把握事業の実施体制や成果について確認 →第1回目支援の参加者に、連携できる団体（ボランティア団体、民生委員など）を加え、「移動手段、外出手段、買い物について」の課題に絞り、課題に対する要因等についてグループワーク（意見交換）を実施すること

8. 第2回目現地支援

	第2回目 現地支援（AM）	第2回目 現地支援（PM）
参加者	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会/介護保険事業所/サロン事業所/他課職員/民生委員/生活支援ボランティア/美里まちづくり公社
内容	・地域ケア会議についての意見交換 →地域ケア会議の目的について再確認 ※地域ケア会議を開くのが目的ではなく、地域ケア会議の積み重ねで見えてくる課題を個別支援及び地域づくりに繋げるのが重要 ・介護予防実態把握事業についての意見交換 →町で実施している把握事業の報告 →把握事業の体制について、アドバイザーより取組事例を用いたアドバイス →把握事業の目的について再確認 ※地域との繋がりを活かして把握事業を効率的に実施するための体制を検討	・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域ケア会議の概要等について説明 ・町の課題「移動手段、外出手段、買い物について」に対する要因をグループワーク（意見交換） →【移動手段・外出手段】 ●高齢になり免許返納される方の増加 ●心身機能の低下に伴い、地元の公民館まで行くことができない又は一人で行くのが心配 ●町独自の公共交通の利用について、利用方法が難しい（乗継や事前予約など） →【買い物について】 ●荷物が重くて一人では持てない ●家族や知人に気を使い頼めない ●近くに買い物ができるお店がない ●自分で商品を選び購入したい

9. 2.25次ミーティングから2.5次ミーティング

	2.25次ミーティング	2.5次ミーティング
参加者	町/地域包括支援センター/社会福祉協議会/介護保険事業所/民生委員/他課職員	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会
内容	・移動手段、外出手段、買い物についての担当課で検討した具体的な対策（案）の共有 ・具体的な対策（案）を踏まえた意見交換 →●訪問型サービスBを活用した利用者同乗の買い物支援 ●移動販売での買い物支援	・2.25次ミーティング（主要メンバー会議）の内容について共有 ・第3回目現地支援に向けての内容協議 →生活支援体制整備事業の体制や現在の取組について確認 →各団体や地域の良いところや強みを生かした、移動支援、買い物支援の具体的な対策（案）等についてのグループワーク（意見交換）を実施すること →町がすでに取り組んでいる施策と各団体や地域の強み（社会資源）をマッチングさせた、移動支援、買い物支援のグループワーク（意見交換）を実施すること

10. 第3回目現地支援

	第3回目 現地支援
参加者	九州厚生局/アドバイザー/事務局/県/振興局/町/地域包括支援センター/社会福祉協議会/介護保険事業所/サロン事業所/他課職員/民生委員/生活支援ボランティア/美里まちづくり公社
内容	・生活支援体制整備事業の概要説明及び生活支援体制整備事業を通して地域づくりにつながった地域活動の事例紹介 →生活支援コーディネーターの役割等について再確認 ・移動支援、買い物支援に対する各団体や地域の強み、良いところを活かした具体的対策についてのグループワーク（意見交換） →【出された取組（案）】 ●町独自の公共交通について地区代表者が代行で利用予約を行う ●地域内で独自に買い物等の送迎をしているので、その取組に対しての補償を整備し、安心して活動できるような体制を作る（町全体で取組めるか・・・） ●訪問型サービスBを活用した利用者同乗の買い物支援 ●町内のコンビニで障がい者支援施設へ移動販売をされているので、そのコンビニを活用した買い物支援

11. 伴走支援の中での気づき

①地域全体で協力し、地域づくりを進めることの大切さ

・地域づくりは行政主体であるものではなく、地域全体で取り組むもの。地域での課題や取り組みについてみんなで考え、地域課題についての意識共有を図る必要がある。また、そこから地域住民が繋がり、解決できる課題もあるのではないか。地域住民が主体的に取り組む環境を整えることで、持続可能な活動として継続されていく。

②関係事業所や関係団体と対面で意見交換することの必要性

関係事業者や団体と対面で意見交換をする場を設けることで、それぞれの現場での課題や各事業所のできること（強み）が見えてくる。お互いに役割を明確にすることで効率的に課題解決へ繋がる。

③事業や取組みの目的や意義を再確認することの大切さ

現在、取組んでいる各事業について、会議や話し合いを実施することが目的になっており、「なぜその事業をしているのか」、「だれのために会議や話し合いをしているのか」を再確認し、関係者が共通した認識を持ち活動することで、中身のある取組にしていく必要がある。

12. 現在の取組について

①現在の取組み

・移動販売（訪問販売）の実施

→今回の伴走支援を通して、一部地域の民生委員が買い物に関するアンケートを実施しており、買い物支援に関する対策を検討されている情報を知ることができた。行政及び生活支援コーディネーターがバックアップすることで、町内コンビニとマッチングを行い、令和6年4月よりモデル的に移動販売（訪問販売）を開始。

→移動販売（訪問販売）先を通いの場会場（公民館）及びサロン会場（公民館）とすることで、買い物支援を行いつつ、介護予防の取組への参加及び周知を併せて実施。

※通いの場やサロン開始時間の前後に移動販売（訪問販売）を行い、買い物目的で来られた方へ「そのまま参加を促す」、「近くの公民館で実施されていることを知っていただく」。

※販売者側は、あらかじめ人が集まっている場所で商品の販売を行うことができる。

美里町予算の有無：無



13. 今後の展望について

①町全体として、買い物支援に対するニーズがどの程度あるのかを把握する

※移動販売（訪問販売）に対するニーズの把握

→令和6年8～10月にかけて、サロン参加者を対象としたニーズ調査実施（済）

②販売事業者の確保

※当初、開始された販売事業者のみでは、美里町合併前の旧砥用町区域が販売の協力範囲であったため、旧中央町区域での販売事業者確保が必要

→令和6年12月に旧中央町のコンビニとマッチングを行い、12月より旧中央町でも移動販売（訪問販売）を開始

③現在はモデル的に実施しているため、不定期での移動販売（訪問販売）となっている。

現在の取組を継続しながら、改善点を把握し、町全体として定期的に移動販売（訪問販売）を行うことができる体制づくりを行っていく。

また、生鮮食品の取扱いがないため、販売事業者や関係部署（町づくり部署）と協議を重ねながら、より良い買い物支援を模索していく。

ご清聴ありがとうございました！



介護保険事業所の

“働き手がいない！サービスが無くなる”

**本当に必要な整備は何なのか！
真剣に向き合った結果みえてきたもの**

令和5年度厚生労働省 地域づくり加速化事業を受けて

鹿児島県南大隅町介護福祉課

本土最南端の町 鹿児島県南大隅町

人口 5,939人 (R6.12.1)

高齢化率 51.39%

うち	佐多地区人口	1,481人
	〃 高齢化率	64.08%
	〃 生産年齢人口	480人

第8期介護保険料 6,400円



第9期介護保険料 6,200円



南大隅町 佐多地区



三方海に囲まれた町
隣接する隣町は1つ



ピンチをチャンスに！（エントリー動機）

佐多地区のデイサービス事業所が閉鎖。町民も職員もパニックに。

「保険者」と「地域包括支援センター」職員が一丸となって町の介護保険サービス・整備について考えることに！

加速化事業で取り組みたい事

- 基準該当サービスの創設
- 既存事業の進化
- 生活支援体制整備の強化



デイサービスに代わる
持続可能なサービスを
早急に整備する！！

南大隅町支援チーム



九州厚生局



事務局



鹿児島県



アドバイザー

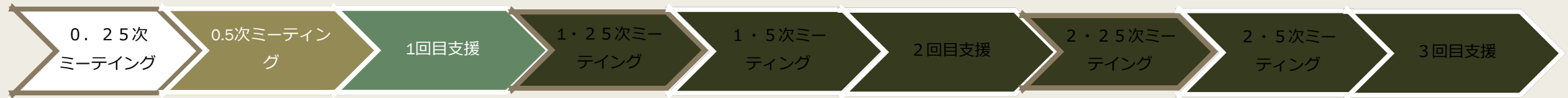


町



大隅地域
振興局

ケアマネジメントスペシャリスト
生活支援体制整備事業スペシャリスト



0.25次ミーティング

- 県/振興局/町で共通認識を図る
 - ⇒町の現状共有
 - ⇒加速化事業の目的共有
 - ⇒関係性の構築
 - ⇒忌憚ない意見交換



0.5次ミーティング

- エントリーシートの説明
- 支援チームからの質疑・宿題
 - ⇒町の面積や距離感
 - ⇒人口の配置図（人口密集）
 - ⇒既存の地域資源について
 - ⇒地域マップの準備
 - ⇒核となる住民の有無
 - ⇒他部署との連携の有無
 - ⇒ニーズ調査の内容
 - ⇒地区ごとの高齢化率
 - ⇒次世代の巻き込み方
 - ⇒住民は何を期待しているか
 - ⇒真のニーズは何なのか？
 - ⇒庁舎内連携の必要性

- 1回目支援の内容決定

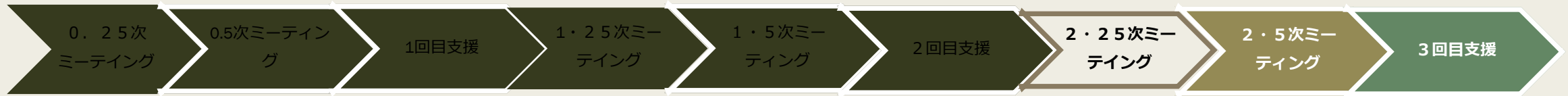
1 回目支援（R5.9.11）

- 町の現状と課題の共有
- 講義
 - ⇒活動事例紹介
 - ⇒本質的な課題とはなにか

◇ デイサービス利用者の真のニーズは何か把握し、既存事業で対応可能か、新たに創設すべきサービスがあるか検討する。

◇ 住民へ啓発・周知し、住民主体意識づけを行う





2.25次ミーティング

- 二つのロードマップの擦り合わせ作業の実施
 - ⇒ 地区社協単位？自治会単位？
 - ⇒ 実態把握？ニーズ調査？

二つの案を基にロードマップのたたき台を作成
どの案が町に適しているか、判断できるほどの知識がなかったため2.5次ミーティングで意見を伺うことに。



2.5次ミーティング

- 支援チームからの質問・整理点
 - ⇒ 人口減が進む中、エリアを小さくすると調査結果を反映することが難しくなる
 - ⇒ 広いエリアだと数年後先の動きも可能となる
 - ⇒ ニーズ調査は、個の意見が拾える。収集量もある。
 - ⇒ 座談会方式は、一部の意見に引っぱられる可能性はあるが、定性的な意見も把握できる。
 - ⇒ 生活圏・文化圏域をみて活動単位を選定してもよい
 - ⇒ 町民に危機的状況であるという認識の醸成を図る方法が必要
 - ⇒ ボトムアップ、イニシアチブ、町にとって効果的な方法とは

助言を基に活動単位/調査方法についてメリットデメリットを整理する

3回目支援（R6.1.22）

- グループワーク後に見えてきたもの
 - ⇒ 町民と現状共有。住民の反応を大切にしていきたい。
 - ⇒ 座談会で説明。個々の意見をニーズ調査で拾う。
 - ⇒ 町民と一緒に手法も検討する。
- * 「町民と共に」という発言が増加

- アクションプラン作成
 - ⇒ 3年間で9団体へアプローチ
 - ⇒ 成功事例を重ねながら住民主体の活動を目指していく
 - ⇒ 序盤戦にやる事
 - 町長説明、庁舎内連携、資料作り
 - ファシリ研修、職員体制



事業前後の心の変化

ロードマップ概要

エントリー時点

目指したいもの

- ・デイサービスに代わる持続可能なサービスを（行政が）整備したい
⇒基準該当サービスの創設
⇒既存事業の進化
⇒生活支援体制整備事業の強化

■関係者への説明

- ・町長説明
- ・庁舎各課との連携
- *重複行動にならないように
- ・介護保険事業所への説明

■町民説明会への準備

- ・ファシリテータ研修
- ・シナリオ作成
(進行の平準化)
- ・住民向け資料作成

■企画

- ①目標の明確化 ②チームメンバーの明確化 ③地区分析
- ④第9期介護保険計画（R6年～R8年）期間中9か所実施

3

回目

現地支援後

目指すルール（共有）

- ・町民と課題を共有

目指したいもの

- ・町民が地域で過ごす時間を延ばす
- ・町民の健康寿命を延ばす
- ・3年後も5年後も地域で暮らし続ける
- ・支える人も支えられる人も、今の現状を理解しよう

*キーワード「住民主体」

【ロードマップ】

令和6年度	令和7年度	令和8年度
・資料作成 ・町長説明 ・庁舎内連携 ・公民館/自治会長へ説明スタート（随時）	・ニーズ調査 ・ニーズ分析 ・分析結果還元	・事業実施
3団体	新規3団体 累計6団体	新規3団体 累計9団体

*地区住民単位での団体のペースをみながら前倒しできる部分はプロセスを早める。

本町に今必要な整備

- ・ 町民と現状を共有しあう体制
- ・ 町民と一緒に考えていく体制
- ・ 町民の力を信じ共に活動する仕組み

支援を受けて感じたこと【成果】

視点の変化/視野の広がり

- ・住民と共に！という視点に立てた
- ・資料作成等現状を見える化したことで、視野が広がり課題が明確になった
- ・議論を重ねることで物事のとらえ方や視点が広がった

熱意アップ/意識の変化

アドバイザーの方々の言動/熱意に触れ

- ・向上心に火が付いた
- ・仕事全般にやりがいを感じる
- ・挑戦することの楽しさを感じた
- ・初心に還り頑張ろうと思えた
- ・町民の心を動かせる人物になりたい
- ・自身が楽しんだり熱い想いをもって取り組みたい

技術・知識の向上

- ・手法や手段を知ることができた
- ・様々な手法から町にあった方法を選択する力がついた
- ・考える力/発言する力がついた

チーム（課内）力の向上

- ・同じベクトルで協議をし続けることができ団結力が向上した
- ・紆余曲折しながら目指すべき町の姿にたどり着き、共通認識をもって課題に向かえるようになった

全体的なこと

- ・地域づくりの大切さを再認識
- ・沢山の方と考える機会は今まで無かった。機会を得られて本当に良かった

現在の地域包括と各事業所の状況

地域包括支援センター

- 令和6年3月末で主担当であった係長が退職となり、4月の異動でも新たな職員の補充がなく、減数の状態であり、令和6年度については通常の業務を回すことを最優先課題として取り組んでいる。

町内の介護保険事業所

- 根占地区GH3事業所のうち、2事業者が閉鎖となる。(1事業所は特養存続優先の為)
- ヘルパー支援事業所の根占地区3事業所のうち、1事業所が単独での事業継続が厳しいことから検討会(事業所、社協、町との協議)を重ねることで、令和7年1月から社会福祉協議会のヘルパー支援事業所と統合し、運営予定。
- 令和7年度からは新たなデイサービスと居宅介護支援事業所が新設予定。

最後に、皆様へのメッセージ

- ・加速化事業では「住民主体」という言葉が多く出ました。住民の思いが大切なので今後の事業も意識的に、住民に寄り添いながら少しずつでも取り組もうと思います！
- ・加速化事業に参加することで、様々な葛藤があると思いますが、皆様お体に気を付けて頑張ってください！