RESEARCH REPORT 2023.03

令和４年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究事業 報告書

令和５年３月

Medical　Care　International　Others

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構

本報告書の一部または全部を問わず
無断引用、転載を禁ずる。

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

目次

第１章　本事業の概要 1
１．　背景・目的 1
２．　実施内容 2
３．　実施体制 3
４．　スケジュール 4
第２章　アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 5
1.　実施計画 5
1.1　背景・目的 5
1.2　企画設計 5
1.3　参加市町村の選定 6
1.4　実施体制 8
2.　実施内容 10
2.1　オープンセミナー・公募説明会（2022 年７月７日開催） 10
2.2　オリエンテーション（2022 年８月 17 日開催） 11
2.3　第１回（2022 年９月 20 日、９月 21 日開催） 13
2.4　第２回（2022 年 10 月 18 日、10 月 19 日開催） 15
2.5　第３回（2022 年 11 月 28 日、11 月 30 日開催） 18
2.6　第４回（2022 年 12 月 19 日、12 月 21 日開催） 21
2.7　第５回（2023 年２月８日、２月 13 日開催） 25
3.　実施結果 29
3.1　参加者の到達状況 29
3.2　プログラム工夫点に対する成果の検証 43
第３章　現地レポート（神奈川県大井町） 47
第４章　総括 57
1.　アジャイル型地域包括ケア政策形成に関する考察 57
1.1　当事者起点への転換 57
1.2　コミュニケーションツールとしてのロジックモデル活用 58
1.3　アジャイル政策のための仕掛け（評価に関する考え方） 60
2.　今後に向けて 61
参考資料 65

第１章　本事業の概要

１．　背景・目的

地域包括ケアシステム構築の目途である 2025 年まで残り３年を切るところとなり、介護保険制度においてはこの間、地域密着型サービスの拡充や包括的支援事業の社会保障充実分など、市町村による地域包括ケアシステムの構築に必要な施策の整備がなされてきた。しかしながら、市町村の実態を見れば、それら各種制度、事業を地域の課題を解決するために使いこなす段階に至っておらず、人口規模の小さい市町村などでは、それらを実施することすら負担になっている状況も見受けられる。

そこで、地方厚生局や都道府県などによって市町村支援が続けられてきたが、残念ながら十分に成果を上げているとは言えない。地域包括ケアシステムの構築ができている市町村は具体的にどこかと問われても、多くを挙げることは難しいのが現状である。

以上から、国では地域包括ケアシステム構築の加速化が急務とされたが、そのためには、構築が進まない市町村の底上げに加えて、各地に、他の市町村を牽引できるような自治体（以下「リーディング自治体」という。）を輩出することも必要と考えられる。

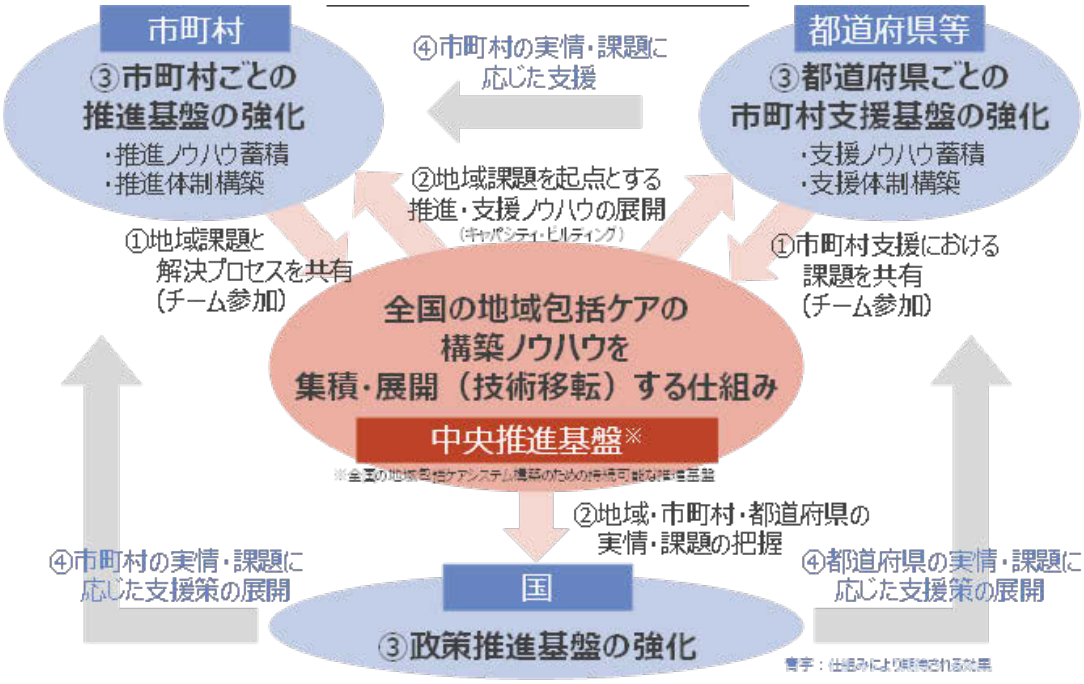
しかし、これまで各地で様々な支援が実施されてきたものの、人事異動などによってノウハウの引き継ぎが難しく、また単年度の支援に留まるなど、リーディング自治体を輩出できるまでの継続的な支援はできていない。

そこで、全国の地域包括ケアシステムの構築ノウハウを集積し、継続的な支援や技術移転を担う「中央推進基盤」を開発することを目的に、以下のとおり、実証的な調査研究を行うこととした。

- これまで国等で開発されてきた地域の現状把握、課題分析、課題解決策の立案及び実行に係るノウハウを活用して、中央推進基盤ならではのリーディング自治体を輩出するためのアクセラレーションプログラムの開発
- 12 市町村程度をモデル市町村とし、開発したプログラムの実証研究

なお、本事業は、令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究事業」、令和２年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた実践研修に関する調査研究事業」及び令和３年度「介護予防・日常生活支援総合事業等の推進に向けた効果的な研修プログラムの開発に関する調査研究事業」のノウハウを継承して実施した。

図表 1-1 地域包括ケアの推進基盤強化のイメージ



2． 実施内容

地域包括ケアシステムの構築が進んでいない（上手くいっていない）原因のひとつとして、市町村が地域の実情に応じた施策展開を実施できていないことが挙げられる。市町村の実態を見れば、「前任から引き継いだ事業を継続するだけで精一杯」「好事例を模倣するが上手くいかない」「事業の成果を感じられない」といった現状に陥っている。そもそも、地域の実情に応じた政策立案を行うためには、現状把握、真因分析、課題設定等、課題解決の基本的な技法が必要になるが、これまではそれらの習得支援が不足していた。また、地域包括ケアシステムには多様な主体との連携が求められるため、設定した課題を関係機関や専門職などと共有し、進むべき方向について合意形成を行い、社会の変化に対応するためアジャイルに（高速に）PDCA を回すための技法も必要となる。そのため、本プログラムは、現状把握、課題の見極め、打ち手の検討といった基本的な政策立案技法と、プログラム終了後も自律的に取り組みと検証を素早く繰り返しながら、柔軟に軌道修正を行い目指すゴールに近づけていく技法（アジャイル型政策形成）を基礎自治体組織に根付かせることを狙うこととした。そのため、単なる研修やアドバイザー派遣のようなレクチャー型ではなく、問いかけや対話により組織としての意思を形成していくメンタリング型とした。それによりプログラム期間内にチームビルディングを行い、組織としての意思決定へと導くことが可能ではないかと考えた。

一方、現状においては、地域包括ケアシステムの分野で市町村への伴走支援ができる人材は限られており、支援を拡大することには限界がある。そのため、本事業の成果を踏まえて継続的に検証・改善に取り組むことにより、リーディング自治体を継続的に輩出できる、持続可能な推進基盤のあり方を提言す

ることが可能となる。

上記を踏まえ、本事業を通して目指す到達目標を以下２点に設定した。

- 全国の地域包括ケア推進に係る課題やノウハウが中央推進基盤に集約・展開されることにより、地域包括ケアシステムの構築を担当する市町村・都道府県・国（本省・地方厚生局）等の行政職員が組織内で異動しても、そのノウハウを中央推進基盤に蓄積し、継承していくことが可能となること
- 参加市町村が課題解決プロセスの体験と実践を通じて、伝承可能な推進ノウハウを獲得することにより、他の自治体を牽引する伝承者としての効果が期待されること

３． 実施体制

中央推進基盤によるリーディング自治体を輩出するためのアクセラレーションプログラムを開発するため、日本社会事業大学専門職大学院客員教授の蒲原基道氏（元厚生労働省事務次官、老健局長）の監修のもと、内閣官房「行政改革推進会議アジャイル型政策形成・評価の在り方に関するワーキンググループ」委員、内閣官房行政改革推進本部 EBPM 補佐官である亀井善太郎氏を始めとした、地域包括ケア推進のノウハウを有する市町村・都道府県支援等の経験が豊富な有識者による開発チームを編成した。また、オブザーバーとして菊池一氏（厚生労働省老健局総務課課長補佐）が参加した。

なお、本研究は実証研究であるため、当該開発チームがそのままハンズオン支援と現地支援を実施するメンターも兼ねた。また、事務局はハンズオン支援のノウハウを有する藤田医科大学と医療経済研究機構が協働して担い、一部の者はメンターを兼ねた。さらに、現地支援においては、必要に応じて、それぞれに所属する専門職（主任介護支援専門員、理学療法士等）が加わった。

開発チーム兼メンターの一覧を図表 1-2、事務局兼メンターの一覧を図表 1-3 に示す。

図表 1-2 開発チーム兼メンター一覧 （五十音順、敬称略）

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング主席研究員 兼 中央大学大学院客員教授
亀井 善太郎	PHP 総研主席研究員 兼 立教大学大学院特任教授
高橋 拓朗	NTT データ経営研究所地域未来デザインユニットシニアマネージャー
三原 岳	ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター主任研究員

図表 1-3 事務局兼メンター一覧

氏名	所属・役職
金田 嘉清	藤田医科大学地域包括ケア中核センター長
原田 勝己	藤田医科大学地域包括ケア中核センター事務長
（メンター） 都築 晃	藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター 博士（医学） 理学療法士 介護支援専門員
（メンター） 池田 寛	藤田医科大学地域包括ケア中核センター課長 社会福祉士 介護支援専門員
野々山 紗矢果	藤田医科大学地域包括ケア中核センター主任 理学療法士 介護支援専門員
稲垣 圭亮	藤田医科大学地域包括ケア中核センター主任 理学療法士
（メンター） 松本 小牧	豊明市市民生活部 市民協働課 課長 兼・医療経済研究機構 客員研究員
田中 伸彦	医療経済研究機構 研究主幹
清水 浩一	医療経済研究機構 常務理事 兼 政策推進部長
（メンター） 服部 真治	医療経済研究機構 政策推進部副部長（企画推進担当）兼 研究部主席研究員
柳 史生	医療経済研究機構 政策推進部政策推進課長
澤田 真帆	医療経済研究機構 政策推進部専門研究員
加藤 由美	医療経済研究機構 政策推進部

４． スケジュール

本事業のスケジュールは図表 1-4 の通り。

図表 1-4 事業スケジュール

第２章　アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム

1.　実施計画

1.1　背景・目的

地域のありたい状態を実現するためには、市町村が「高齢者が望む暮らし」とそれに対する現状を把握し、望む暮らしの実現に向けた課題を、地域の多様な主体とともに解決することが必要である。しかし、多くの市町村では個人や地域の課題解決ではなく、事業を進めることそのものを課題として捉えている現状がある。

そのため、本プログラムは、参加市町村が実施している、ないしは実施しようとしている事業について、現状把握と課題設定から問い直し、５ヶ月間の短期間でトライ＆エラーを繰り返し、政策を継続的に立案、改善していく「アジャイル（素早い）」型政策形成を体得することを目指すこととした。

1.2　企画設計

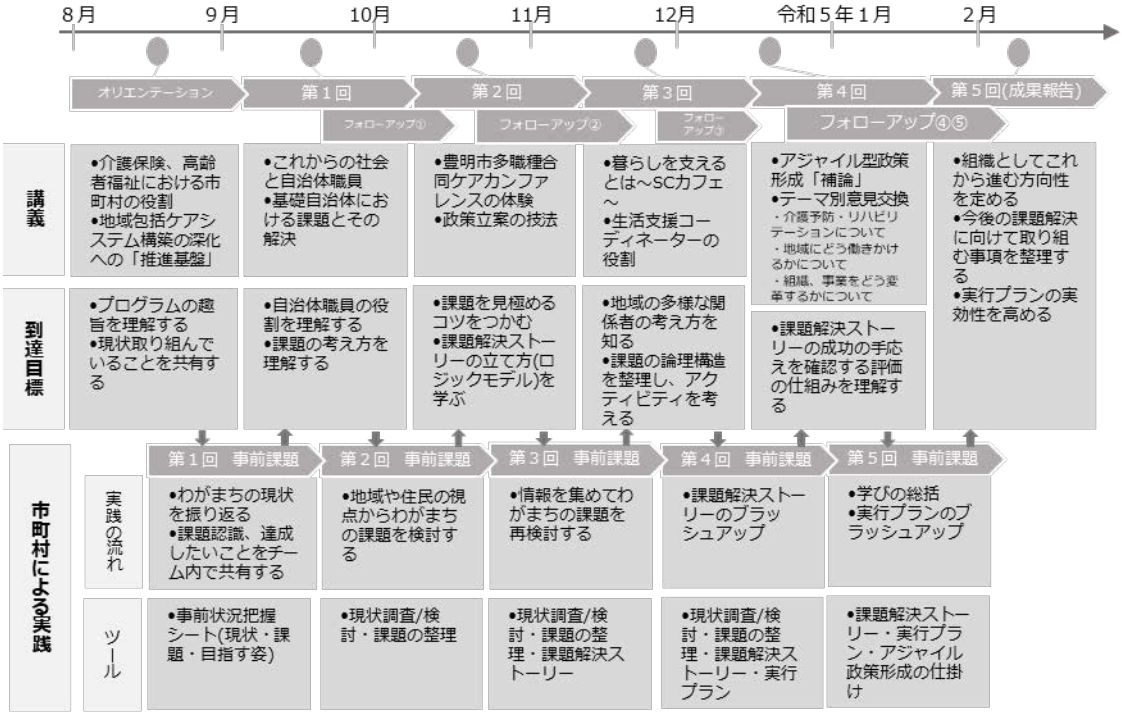
本プログラムは、終了時点において、「参加市町村における今後取り組むべき課題が設定できており、かつ組織としての意思決定がされ、実践に向けて動き出すこと」を到達点として、カリキュラムを設計した。

２日間、全５回の各回のプログラムは、インプット講義と各市町村に対するメンタリング（各回１市町村あたり合計約 1 時間半）で構成した。インプット講義では、課題解決や政策立案に関する基礎的な技法や、多主体に働きかけを行う上で市町村職員に求められる考え方や姿勢についてデリバリーを行った。また、メンタリングにおいては、前回以降の実践期間で考えたことや取り組んだことについての進捗報告とフィードバックを行い、次回のプログラムまでに取り組むこと（ネクストアクション）を明確化して実践を促す設計とした。また、各回終了後にはメンターとコミュニティマネジャーによる個別フォローアップ時間を１自治体あたり１時間設定し、検討や実践の方向性について個別に相談できる場とした。各回の設計及び内容は「2.実施内容」にて詳述する。なお、プログラム全課程は中央推進基盤が全国の自治体を支援するモデルを想定し、フルオンラインで実施した。

また、各回の終了時に事後アンケートを実施し、約 1 週間以内にアンケート結果を取りまとめて到達点の確認や次回の詳細設計の見直しを図った。その後、各回の約１週間前に市町村が提出する事前課題の状況を踏まえてプログラムの設計の見直しと詳細化を行い、指導方針を策定し、メンター及び事務局間で共有するというサイクルとした。

さらに、学習効果を最大化するためには、参加市町村のコミュニティを形成する必要があることから、オンラインツール（Microsoft Teams）を活用し、参加者間の情報共有を通した相互の学びを促進したり、チャットを活用した日常的な参加者同士の交流やメンターによるフォローアップを行った。

図表 2-1 プログラム全体の流れ



1.3 参加市町村の選定

参加市町村は全国から公募によって募集、選定を行った。

なお、公募説明会については「2.実施内容」にて詳述する。

(1) 公募

プログラムの参加対象者は、高齢者を支える地域づくりに取り組む市町村職員を主たる参加者とし、

- 第 9 期介護保険事業計画に向けて組織として地域包括ケアシステム構築のための実践的で有効な取り組みを実践していく意思があること
- ２名以上のチームを編成して参加すること
- 市区町村職員がチームの代表者となること
- プログラム全課程に参加すること

以上の４つを要件とした。なお、主たる参加者以外の参加者の所属（庁内・庁外）や役職・職種は問わず、広く募集を行った。参加市町村数は、メンタリングの運営や個別支援に適切な人数を考慮し、12 市町村とした。また、管理職の合意のもと組織的な参加を促すため、エントリーシート中の組織として期待したい成果や変化やチーム編成等は、所属長が記入することとした。

なお、市町村支援に携わる地方厚生局や都道府県、本プログラムに関心のある市町村、地域づくりに携わる地域包括支援センター運営法人や介護事業者もオブザーバーとしての参加を可能とし、計100 名以上の登録があった。

(2)　選定

応募のあった市町村、広域連合についてエントリーシートの精査を行い、図表 2-2 に示す 11 市町村１広域連合を選定した。

図表 2-2 プログラム参加市町村一覧

No	都道府県	市町村	人口(人)	面積(㎢)	人口密度(人/㎢)	DID地区面積(㎢)	高齢化率（%）		75歳以上人口（人）		
							2020	2030	伸び率	2020	2030
1	秋田県	横手市	85,253	693	123	4	40.9	45.2	10.5%	18,670	20,636
2	千葉県	八街市	67,461	75	900	2	32.0	36.9	27.2%	9,774	12,428
3	神奈川県	大井町	17,186	14	1,195	2	28.6	30.3	0.4%	4,760	4,777
4	岐阜県	中津川市	75,743	676	112	3	33.3	35.8	18.8%	13,601	16,161
5		安八郡広域連合	42,382	59	715	2	29.9	32.2	25.9%	6,145	7,737
6		神戸町	18,704	19	996	2	32.7	35.1	23.0%	2,952	3,631
7		輪之内町	9,403	22	421		25.9	28.1	35.1%	1,158	1,565
8		安八町	14,623	18	805		29.0	31.7	24.9%	2,035	2,541
9	静岡県	磐田市	167,663	163	1,026	17	28.9	31.3	29.0%	24,092	31,078
10	兵庫県	赤穂市	45,747	127	361	10	33.5	37.5	20.3%	8,195	9,860
11	山口県	宇部市	161,184	288	560	30	33.6	34.1	23.7%	27,631	34,188
12	愛媛県	宇和島市	70,626	468	151	6	40.0	44.3	9.8%	14,734	16,183
13	高知県	須崎市	20,445	135	151		40.6	45.0	10.3%	4,633	5,110
14		宿毛市	19,391	286	68		40.8	45.3	13.1%	4,137	4,681
15	鹿児島県	宇検村	1,660	103	16		45.3	48.1	2.7%	369	379
	全国		125,927,902	377,974	333	13,250	28.9	31.2	22.2%	18,719,899	22,884,332
	愛知県		7,528,519	5,173	1,455	965	25.4	27.3	23.4%	982,007	1,211,977
	豊明市		68,511	23	2,951	9	27.0	29.1	22.1%	9,658	11,791

【出典】DID地区面積は、国勢調査（令和２年）。高齢者独居世帯の割合・高齢者夫婦のみ世帯の割合は、国勢調査（令和２年）をもとに事務局で作成。
それ以外の項目は、各自治体より提出いただいたエントリーシート、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和４年１月１日現在）、国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」。

1.4 実施体制

プログラムの実施体制・役割は以下の通りである（図表 2-3）。

図表 2-3 プログラムの実施体制・役割

区分	所属・氏名（敬称略）	主な役割
プログラム実施主体	医療経済研究機構	・ プログラム企画・設計 ・ オリエンテーション運営 ・ 参加市町村の公募・選定 ・ プログラム各回の詳細設計 ・ 講師へのディレクション ・ 運営ディレクション・統括 ・ プログラムの全体進行 ・ 参加市町村への個別フォロー ・ 受講者連絡窓口・事務手続き
	藤田医科大学	・ シラバス作成・検証支援 ・ プログラム各回の運営支援 ・ 事前課題・アンケートの作成・回収・分析 ・ 成果報告会・修了式運営支援 ・ 実施レポート作成 ・ 参加市町村への個別フォロー
監修・メンター	（地域包括ケアシステムの強化や地域共生社会の実現に係る知見に基づくプログラム監修） ・ 日本社会事業大学専門職大学院 客員教授 蒲原 基道 （アジャイル型政策形成・評価に係る知見に基づくプログラム監修、アドバイス提供） ・ PHP 総研 主席研究員 兼 立教大学大学院特任教授 亀井 善太郎 （地域包括ケア・事業マネジメント支援に係る知見に基づくアドバイスの提供） ・ ニッセイ基礎研究所ヘルスケアリサーチセンター主任研究員 三原 岳	・ プログラム設計に係るアドバイス提供 ・ 講義の実施 ・ ワークにおける進行及びメンター

区分	所属・氏名（敬称略）	主な役割
	（地域づくり・市町村支援の知見に基づくアドバイスの提供） ・ NTT データ経営研究所　地域未来デザインユニットシニアマネージャー 高橋　拓朗 ・ 三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社　主席研究員 岩名　礼介 ・ 医療経済研究機構　政策推進部副部長（企画推進担当） 服部　真治 ・ 医療経済研究機構 客員研究員 兼・豊明市　市民生活部 市民協働課　課長 松本　小牧 （現場実践に基づく知見・専門職の視点からのアドバイスの提供） ・ 藤田医科大学　講師　地域包括ケア中核センター 都築　晃 ・ 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター課長 池田　寛	
豊明市関係者	・ 豊明市 市民生活部 市民協働課 係長 兼 生活支援コーディネーター 竹田 哲規 ・ 豊明市 健康福祉部長寿課 主査 看護師 福井 茜 ・ 豊明市第 1 層生活支援コーディネーター 成田 町子 久保 祥	・フィールドワークにおける関係者トークの実施 ・受講者への質疑応答・相談への対応
協力機関	・厚生労働省老健局総務課 ・豊明市	・公募案内・広報における協力 ・プログラム運営支援

2.　実施内容

2.1　オープンセミナー・公募説明会（2022 年 7 月 7 日開催）

第 1 部　オープンセミナーは「今、高齢者の暮らしを支えるために市区町村に何が求められているのか？」と題し、本プログラムのメンターの岩名礼介氏による地域包括ケアシステム構築における全国の市区町村が実施する事業が抱える課題についての講義を行った。また、メンターの松本小牧のモデレートにより、顧問の蒲原基道氏、メンターの岩名礼介氏、服部真治によるパネルディスカッションを行った。第 2 部はプログラムの公募説明会として、菊池一氏（厚生労働省老健局総務課課長補佐）の行政説明のほか、プログラムの概要説明と、プログラムを通して得られる成果をより具体的にイメージできるよう、メンターの都築晃氏による過去のプログラムへ参加した受講者とのトークセッションを行った。

当日は市町村や都道府県、厚生局等 349 名の参加登録があった。なお、本年度参加の 11 市町村 1 広域連合のうち 10 市町村は本説明会に参加している。実施内容は図表 2-4 に示す。

図表 2-4　当日プログラム

13:30～15:45	**第 1 部　オープンセミナー** 講義「地域包括ケア・地域共生社会は何を目指すのか」 パネルディスカッション
15:45～15:55	休憩
15:55～17:00	**第 2 部　公募説明会** 行政説明（厚生労働省老健局総務課） 事業概要説明 ・募集要項説明 ・過去参加市町村インタビュー

2.2 オリエンテーション（2022 年 8 月 17 日開催）

(1) 設計方針

オリエンテーションは、本プログラムの趣旨理解と参加市町村のコミュニティビルディングを目的に実施した。

(2) 実施内容

当日は開講式に始まり、三原岳氏より本プログラムで学ぶべき基礎自治体のあり方について講演を行った。続いて、菊池一氏（厚生労働省老健局総務課課長補佐）より事業の位置付け、期待されることについて行政説明を行った。その後、参加者同士の顔合わせを兼ねた各市町村の特色、問題意識、意気込みについて発表した。実施内容は図表 2-5 に示す。

図表 2-5 オリエンテーション 実施内容

13:00～13:10	**開講式**
13:10～14:55	**オープニングセミナー** 講義「介護保険、高齢者福祉における市町村の役割」 行政説明（厚生労働省老健局総務課） 「地域包括ケアシステム構築の深化への「推進基盤」」
14:55～15:05	休憩
15:05～16:40	**コミュニティビルディング**「参加市町村の自己紹介」
16:40～16:45	事務連絡

(3) アンケート結果

オリエンテーションにおいて、参加市町村は、介護保険や高齢者福祉において基礎自治体職員として求められる役割や専門性について理解を深め、「地域の実情」とは何かを知り、また、「先進事例の横展開」が必ずしも良いわけではないと気付いた。それぞれの実情を知るためにどうするか不安と行動の必要性を感じると共に他自治体がどう考えるかなど学び合うことへの期待もみられた。アンケートの主な結果を図表 2-6 に示す。

図表 2-6 オリエンテーション アンケート結果（一部抜粋）

1）講義でどんな学びや気づきが得られましたか
・介護保険や高齢者福祉の全体の流れや市町村の役割について自分のわかっている部分はまだまだ狭かったことを感じました。 ・それぞれの自治体の発表を聞き、人口や高齢化率、取り組んでいること、課題などにそれぞれ違いがあり、まさに「地域の実情」に合わせて事業に取り組む必要があるのだと気づくことができました。

・先進事例と聞くと自団体にマッチする内容かはさておき「とにかく良い取り組みなのだろう」と決めつけていたが、負の部分についても目を向けなければならないことに気が付きました。
・どの地域にも強みと弱みがある。その強みとは何かを見出し、地域の特性に応じた施作を展開して行くことが重要であると考える。

２）講義内容についてモヤモヤしている点があれば教えてください

・たくさんある武器をどう使うか以前にどのような武器があり、どんなことができるのかちゃんと把握していない。
・地域の実情を踏まえつつ、関係者とともに成功体験を積む地道な取り組みが必要とありますが、具体的にどうしたら？と思っています。

３）第１回までにどんなことをやってみたいと思いますか

・モデル地域や町内会などを設定し、足を運び、地域の皆さんとお話ししながら地域の実情把握をしたいと思います。
・課題の認識をチームで再認識したいと思います。
・課全体が「地域の実情」を知り、課題が何かをそれぞれ考え、国が考える大筋に合わせることで武器（財源）を得て事業を作る風土を作りたい。
・総合事業の課題を洗い出して仲間で共有したいと思いました。自分が気づいていない課題も把握したいです。

４）本プログラムの参加にあたり楽しみにしていることや不安なことを教えてください

・他市町村の話が楽しみです。
・他の参加者やメンターの方達と意見交換をしたり、交流できることが楽しみです。
・今まで整理できていなかった市の課題や方向性を検討できる機会となり、漠然としていた地域包括ケア推進のために取り組むべきこと、方向性が具体的に見えていけばと思います。
・自分なりに楽しみたいと思いますが、自分が何を吸収できるのか不安もあります。

2.3 第１回（2022 年９月 20 日、９月 21 日開催）

(1) 設計方針

第 1 回は、「基礎自治体の役割価値と可能性」をテーマとし、本プログラムを通底する基礎自治体の役割認識、課題の捉え方等の基礎理解をつくることを到達目標とした。

(2) 実施内容

1 日目午前は地域包括ケアを考える上で、つまずきを抱えた住民の暮らしを支えていくために基礎自治体職員に求められる役割や、そのための専門性を育てていく必要性、多様な関係者を動かしていくためのコミュにケーションのあり方等について亀井善太郎氏より講義を行った。資料の画面共有をせず、画面上の聴講者の反応を逐次確認し、時には呼びかけながら講義を進めた。午後は３グループに分かれ、「わがまちの現状」として「本プログラムで取り組みたいと思っていること」「課題認識・問題意識」「目指す姿・ありたい姿」を示し、各市町村の取組状況をもとにメンターに考えや思いを伝えた。

2 日目午前は、1 日目と同じく亀井善太郎氏より「課題解決」の基本的技法や習得していくためのコツなどについて講義を行い、午後は 1 日目で共有した「わがまちの現状」をもとに「ネクストアクション」について考えた。2 日間を通して、31 人のオブザーバー参加があった。実施内容は図表 2-7 に示す。

図表 2-7 第１回 実施内容

1 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:00	講義「これからの社会と基礎自治体職員」
12:00～13:15	休憩
13:15～16:20	グループワーク「わがまちの現状」
16:20～16:40	グループワークの振り返り 事務連絡
2 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:00	講義「基礎自治体における「課題」とその現状」
12:00～13:30	休憩
13:30～15:45	グループワーク「ネクストアクションを考える」
15:45～16:00	グループワークの振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第 1 回で、参加市町村は、データから見えるものと地域で実際に起こっていることをどのようにすり合わせて考えるか、そのデータは「なぜ」そうなっているかを考えるきっかけを得た。「なぜ」と問いかけた結果、そ

れが本質ではなかったと気付くことができたり、また答えが出ないためモヤモヤと考え直すきっかけとなったなどの意見が見られた。アンケートの主な結果を図表 2-8 に示す。

図表 2-8 第 1 回アンケート結果（一部抜粋）

1）講義（1 日目午前、2 日目午前）でどんな学びや気づきが得られましたか
・亀井先生の講義はわかりやすいように噛み砕いて話してくださったので頷きながら聞いていました。 ・「ザラザラ言葉」と「ツルツル言葉」、（言葉を）整えてしまうことで課題となることや本来言いたいことが見えにくく、伝わりにくくなってしまう。 ・「データは人の営みの結果」という言葉に重みを感じました。数字ではなくデータの裏にある個人の姿を見る目という視点に気付かされました。
2）課題検討ワーク（1 日目午後、2 日目午後）を通じ、どのような気づきを得ましたか
・「なぜ通いの場が欲しいの？」という問いに対して私たちは疑問を抱かずにただただ進んできたのだと、他者からの遠慮のない疑問によって気づきを得ることができたのだと思います。これがもっとふんわり伝えられていたらここまでの気づきにならなかったかも。 ・（私たちが）課題（だと思っていたこと）は市がやりたいことであり、本当の課題ではなかった。 ・課題を発表しながら検討して行くうちに段々と自分自身も何を課題と考えているのか曖昧になってきてしまいました。講師の先生に指摘をされ、課題を色々混同していたことに気が付きました。 ・私が業務で感じていることを言語化できていないということに気がついた。
3）第 1 回の内容についてなんとなくモヤモヤしている点があれば教えてください
・2 日間終えてモヤモヤがマックスでその場でも話し合いましたが、後日また話し合います。 ・わからないところがわからないという感じ。ただ自分がやっている事業は住民が望んだものなのか？ずっと継続し続けているけどよかったのか？という思いが出てきています。 ・モヤモヤというかスタート地点に立った気がします。
4）第 2 回までにどんなことに取り組みたいか聞かせてください
・もう一度「ありたい姿」を考え直し、チームで共有したい。 ・落ち着いて課題を整理したいと思います。 ・普段感じていることを書き上げて、疑問を自分なりに確認しながら整理してグループ内で話をしたいです。 ・考えを書き溜めるということ、「薪」を集めるということ、それを踏まえた上でチームでのすり合わせに取り組みたいです。 ・市の課題を見直したいです。
5）本プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなど教えてください
・行き詰まると思うので今後も相談に乗って欲しいです。 ・考えたり、取り組む力が継続するか心配です。 ・ハイレベルなメンターに質問するのは恐れ多いような気持ちがあり、その反面課題解決に至る指針を示していただけることに期待している。 ・チームで動けるか不安もあるが、自分自身の意識や視点も含め、全体的に成長できたら。

2.4 第２回（2022 年 10 月 18 日、10 月 19 日開催）

(1) 設計方針

第２回は「高齢者の暮らしと地域課題」をテーマとし、ひとりの個人の暮らしの課題を見ることから地域課題を考えるとはどういうことなのか、事前課題の検討や、模擬地域ケア会議（1 日目午前）を通じて基礎的理解を作ることを目標とした。

(2) 実施内容

１日目午前は、「暮らしの課題とは何か」をテーマに、実際に行われている地域ケア会議（豊明市多職種合同ケアカンファレンス）を動画で供覧し体験をした。動画を視聴する前に参加者それぞれが事例についてどう考えたか意見を交わし、その後動画を視聴しながら、地域の専門職や生活支援コーディネーターがどのように考え、発言しているかを解説した。これにより、ひとつの個別ケースの検討を通じて地域課題を捉えるとはどういうことなのか体験を通じて理解できるようにした。午後につなげるレクチャーとして亀井善太郎氏より「課題の見極め」について講義を行った。午後はグループワークにて第１回目からの課題として地域の情報収集（薪拾い）をしてきた状況を各市町村よりメンターと共有した。

２日目午前は亀井善太郎氏より「政策立案の技法―課題解決ストーリー」と題して「ロジックモデル」を用いた考えのまとめ方を学んだ。午後はグループワークにて 1 日目に示した各市町村の状況から、第 3 回までに検討すべきこと、見直すべきことは何かを考えた。２日間を通して、34 人のオブザーバー参加があった。実施内容は図表２-9 に示す。

図表 2-9 第２回 実施内容

1 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～11:45	講義・実践「地域ケア会議の体験　暮らしの課題とは」
11:45～12:00	講義「ショートレクチャー　課題の見極め」
12:00～13:20	休憩
13:20～16:20	グループワーク「課題の見極め」
16:20～16:40	グループワークの振り返り 事務連絡
2 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:05	講義「政策立案の技法―課題解決ストーリー」
12:05～13:20	休憩
13:20～15:40	グループワーク「ネクストアクションを考える」
15:40～16:00	グループワークの振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第 2 回で、参加市町村は、地域で関わる様々な職種と情報共有し、共通認識を持つ必要性を学んだ。また、その方法としてロジックモデルをツールとすることを知った。グループワークでは情報収集（薪拾い）したものをどのように振り分け束ねる（整理する）か、に不安を持ち、苦労している様子が見られた。アンケートの主な結果を図表 2-10 に示す。

図表 2-10 第 2 回アンケート結果（一部抜粋）

1）地域ケア会議（1 日目午前）でどんな学びや気づきが得られましたか。できる限り詳しく教えてください。
・地域にはこんな高齢者がいるということを他職種で共有できる場は重要だと感じた。専門職から意見を聞くことにより、ケアマネ 1 人では行き詰まるケースへの解決のきっかけになると思った。 ・事例の本当の課題は何か、見極めができるかできないかで、議論の質がずいぶん変わってくると感じました。 ・個人の生活を見ていく中で、地域の課題が見えてくることが実感できた。
2）講義（2 日目午前）で新たにどんな学びや気づきが得られましたか。印象に残ったキーワードを交えて詳しく教えてください。
・ロジックモデルでストーリーを作成することは、課題ややることの整理、また、他の部署等に説明ができる、担当者がいなくても引き継ぎができる等大切であると感じました。 ・必要性や効率性よりも有効性というお話が心に残っています。行政はまず必要性という視点で物事を見がちですが、1 番に求められているのは有効性であること、それを感じてこそやりがいを見出せるのだと改めて思いました。 ・いろいろなことが繋がっているとわかりました。なかなか文字にしていくのは難しく自信はないですが、やってみるしかないと思いました。
3）課題検討ワーク（1 日目午後、2 日目午後を通じ、どんな気づきを得ましたか。あなたが感じたことを詳しく率直に教えてください。
・集めてきた困りごとを重要度と解決可能か否かに整理していくことでやるべき課題が見えてくることを学びました。 ・課題について共通認識を持つことは難しいと思いました。そのためのロジックモデルなのだなと思います。 ・チームとして話し合いが足りてないなと感じました。それでもチーム員の思いが少しでも聞けて嬉しかった。
4）第 2 回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点（腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等）があれば教えてください。
・事業で見ないようになると、行政の役目は幅広く、たくさんあることに改めて気づきました。 ・先日メンバーで話し合ううちに、真因と課題の違いや表現方法がわからなくなってしまいモヤモヤしています。 ・課題設定が定まらないと、打ち手はたくさんあっても中々腑に落ちないと感じています。共有、共通認識って本当に難しいと感じました。

５）第２回を踏まえて次回（第３回）までにどんなことを取り組みたいと思いますか。あなた個人の考えを聞かせてください。具体例があればそれも交えて詳しく教えてください。
・まずは課題の整理です。そして、改めてなぜこれが課題と思ったのか根拠の整理や、だからどうなのか？をしっかりと整理したいと思います。 ・薪拾いを続けながら、さらにどのあたりに網を張ったらよいのかを考えたいと思います。一個人ではなく、地域の支え手の方に話を聞こうと思っています。支え手の方に継続した「見守りの目」を担っていただけるような働きかけも併せてできたらいいなと思います。
６）今後、プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなどを教えてください。
・自身の知識不足。 ・政策立案のプロセスを我が物にする。 ・メンターの方から、多様な目線でご指導を賜われることが有難い。 ・考え方は理解できても、応用ができるようになるかは不安。 ・メンターの先生方がニュアンスを汲み取ってくださりありがたい。誰も取り残さない SDGs のようです。
７）運営面でよかったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。
・プログラム終了毎にフォローアップメンタリングをしてくださり、次回への導きをしていただけるので大変心強いです。また、teams のチャットでも皆さんの会話が楽しく仲間意識が芽生えますね。 ・集合型よりも良いと感じています。Zoom の操作は本当に大変で、すごいなあといつも感心しております。

2.5 第３回（2022 年 11 月 28 日、11 月 30 日開催）

(1) 設計方針

第３回は「仲間を作り、関係者を動かす」をテーマに、課題検討や関係者トークにおいてありたい姿に向けて関係者を動かしていくためにどんな働きかけを行えばよいか（ロジックモデルのアクティビティ）、また、その際の姿勢やコミュニケーションのあり方について理解することを目標とした。

(2) 実施内容

１日目午前は「暮らしを支えるとは―SC カフェ」と題し、暮らしを支える多様なインフォーマル資源の可能性について、山口県防府市の関係者を招いたトークセッションを行った。その後、午後のグループワークにつなげるため、ケースレクチャーとして亀井善太郎氏より事前課題でロジックモデルを作成してきた市町村を例に上手く書けている点、改善すべき点などを解説した。午後はグループワークにて「課題解決ストーリーを考える」とし、課題、真因、打ち手を行き来し、課題設定を行うとともに、解決に向けて誰にどのように働きかけを行えばよいのか、ファーストアクションを描けるよう、事前課題を元にメンターによる問いかけが行われた。

２日目午前は「関係者を動かす―多主体協働の地域づくり」と題し、地域の力や可能性に気付くこと、また、関係者それぞれの立場の考え方や事情を理解し、協働していくための姿勢や心構えを理解することを目的として愛知県豊明市の関係者によるトークセッションを行った。テーマ１で「多様な専門性を持った関係者と共に地域を創るには」として主にリハビリテーション専門職から総合事業が始まった背景や当初の苦労などを聞いた。テーマ２で「地域を耕す―SC の役割」として歴代の生活支援コーディネーター、市の職員から、どのような役割意識で、どのように活動しているかを聞いた。午後は１日目にまとめたファーストアクションについて第４回までにどうするかなど「ネクストアクション」について考えた。２日間を通して、35 人のオブザーバー参加があった。実施内容は図表 2-11 に示す。

図表 2-11 第３回 実施内容

１日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～11:00	トークセッション「暮らしを支えるとは―SC カフェ」
10:55～11:05	休憩
11:05～12:00	ケースレクチャー「課題解決ストーリーを考える」
12:00～13:15	休憩
13:15～16:30	グループワーク「課題解決ストーリーを考える」
16:30～16:45	グループワーク振り返り 事務連絡
２日目	
9:30～9:35	事務連絡

9:35～10:35	トークセッション 「関係者を動かす―多主体協働の地域づくり」 テーマ１ 「多様な専門性を持った関係者と共に地域を作るには」
10:35～10:45	休憩
10:45～12:05	トークセッション 「関係者を動かす―多主体協働の地域づくり」 テーマ２ 「地域を耕す―SC 役割」
12:05～13:15	休憩
13:15～16:10	グループワーク「ネクストアクションを考える」
16:10～16:30	グループワーク振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第 3 回で、参加市町村は、地域で関わる多様な関係者とどのように協働していくか、や生活支援コーディネーターの活動事例から地域を「ありたい姿」にしていくためにはどうするかを学ぶことができた。具体的な活動が見えたことへの参考になった、気付きになったという意見もある中、ロジックモデルを作りながら自分達がどう動くと良いのか、継続していけるかなど、一歩踏み出し変えていくことへの不安なども聞かれた。アンケートの主な結果を図表 2-12 に示す。

図表 2-12 第 3 回アンケート結果（一部抜粋）

１）現場の実践者の声（1 日目午前・2 日目午前）を聞いて SC の活動や可能性についてどんな学びや気づき、考え方の変化がありましたか。できるだけ詳しく教えてください。
・SC さんに対する漠然としたイメージしかなかったのが、具体的な事例なども伺い、役割を少しは理解できたと思う。 ・地域に近い存在として、保険者や包括とは違う活躍ができるのではと思った。 ・躓いた高齢者のことを理解した上で支援の方法を考えないと必要なサービスが見えてこないこと。
２）現場の実践者の声（1 日目午前・2 日目午前）を聞いて多様な関係者を動かしていくために求められるコミュニケーションや姿勢について気づきがありましたか。できるだけ詳しく教えてください。
・関係者とともに活動していくためには、まず相手の考えを聞く事、そのために自分も情報を得るために必要なお土産、情報等を持っていくことの必要性にも気づきました ・専門職の方に対するリスペクトがとても大事なことがわかりました。相手の立場になって考えること、行政がお願いするのではなく、一緒に考えてもらい、一緒にやっていこうという関係作りが必要なのだろうなと感じました。

・現場の方々のお話をいろいろな立場から聞けたのはすごく勉強になりました。気が付かないうちに行政の都合を押し付けていることもあるのかなと感じました。

３）課題検討ワーク（１日目午後・２日目午後）を通じ、どんな気づきを得ましたか。あなたが感じたことを詳しく率直に教えてください。

・ワークの間だけでなく事前課題に事前課題に取り組む中で、チーム内での役割が明確になり、自分達が設計しそれぞれの職場で協力して向かう体制が少しずつとれてきたなと感じています。
・メンターの先生方からの質問等の中には「あ！これ、みんなで話した内容だ」「これはこうできるといいよね、と話した」など、意外に同じようなワードが多くありました。

４）第３回の内容についてなんとなくモヤモヤしている点（腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等）があれば教えてください。

・メンターの指導に理解が追いついていない。本質的に異なる話はされていないと思うが、なぜすとんと落ちないのか自分でもわからない
・自分達の考えていることが良いと言ってもらい、それを言葉にしていくところに進めそうでよかったです。
・モヤモヤしていても、なんとなく先が見えるようになってくるのかなと思えるようになってきました。

５）第３回を踏まえて次回（第４回）までにどんなことを取り組みたいと思いますか。あなた個人の考えを聞かせてください。具体例があればそれも交えて詳しく教えてください。

・まずは目指す姿に近づくためには誰にどう働きかけるのか？を考えながら頭を整理したいと思います。
・地域全体をチームとして、目指す姿に近づけるようにどうするかを具体的に考える。
・関わっていただきたい人に会いに行きます。

６）今後、プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなどを教えてください。

・専門的な部分についていけるか
・オンラインも楽しいですが、リアルで集えるといいですね！！！
・第４回の後は発表になってしまうこの状況にとても焦りを感じています。

７）運営面でよかったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

・録音を聴けることは大変ありがたいです。
・気づきを与えてくださるご指導ありがとうございます。初めから答えを貰うより、自分で気づく方が残りますので。

2.6 第４回（2022 年 12 月 19 日、12 月 21 日開催）

(1) 設計方針

第４回は「実践と成功の手応えをつかむ」をテーマとし、課題検討においては今後の具体的なアクションと期待成果を描くことに対しての理解を深め、取り組み意欲を後押しすることとした。テーマ別意見交換では不安や障壁を語り合い、どのように乗り越えればいいかについて市町村間のコミュニケーションを深めることで取り組みのヒントを得ることを目標とした。

(2) 実施内容

1 日目、2 日目を通して学会形式のスケジューリングにて実施した。1 日目冒頭は亀井善太郎氏より「アジャイル政策のための仕掛け」として講義を行った。その後、各市町村に割り振られた時間以外は、テーマ別意見交換会への参加あるいは他市町村のメンタリングを聞くかの選択制とした。この回から安八郡広域連合は構成 3 町（安八町、神戸町、輪之内町）それぞれでメンタリングを行った。2 日間を通して、27 人のオブザーバー参加があった。実施内容は図表 2-13 に示す。

図表 2-13 第４回 実施内容

<table>
<tr><td colspan="6">1 日目</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">メインルーム</td><td colspan="4">サブ会場</td></tr>
<tr><td></td><td>A</td><td>B</td><td>C</td></tr>
<tr><td>9:30～9:35</td><td>事務連絡</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9:35～10:50</td><td>講義　※１</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10:50～11:00</td><td>休憩</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11:00～12:00</td><td>須崎市</td><td>11:00～12:00</td><td>神戸町</td><td>宇和島市</td><td></td></tr>
<tr><td>12:00～13:30</td><td>休憩</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">13:30～15:30</td><td rowspan="3">テーマ別意見交換
※２</td><td rowspan="2">13:00～14:00</td><td></td><td>宇検村</td><td></td></tr>
<tr><td>14:00～15:00</td><td></td><td>中津川市</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>15:30～16:30</td><td>座談会</td><td>15:30～16:30</td><td>輪之内町</td><td>磐田市</td><td>八街市</td></tr>
<tr><td>16:30～16:45</td><td>振り返り
事務連絡</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">2 日目</td></tr>
<tr><td>9:30～9:35</td><td>事務連絡</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">9:35～11:35</td><td rowspan="2">テーマ別意見交換
※３</td><td>9:35～10:35</td><td>大井町</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11:35～13:00</td><td>休憩</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

13:00～14:00	赤穂市	13:00～14:00	安八町	宇部市	
14:00～15:00	座談会	14:00～15:00	宿毛市	横手市	
15:00～15:10	休憩				
15:10～16:15	テーマ別意見交換 ※４				
16:15～16:30	振り返り 事務連絡				

講義　※１：「アジャイル政策のための仕掛け」
テーマ別意見交換　※２：「介護予防・リハビリテーションについて考える」
テーマ別意見交換　※３：「地域にどう働きかけるかについて考える（SC 座談会）
テーマ別意見交換　※４：「組織、事業をどう変革するかについて考える」
市町村名：各市町村に対するメンタリング（課題解決ストーリーブラッシュアップ）

(3) アンケート結果

第４回では、ロジックモデルを作成することで、課題、真因を見極め、誰にどのように働きかけ、ありたい姿に向かうのか、また、その過程で働きかけた効果について検証し、評価、修正を行う「アジャイル」の視点について学ぶことができた。他市町村の取り組みは全く違う内容でありながら考え方は参考になるなどの意見も聞かれた。また、プログラムの内容は大変であったが、終わってしまうことへの焦りや名残惜しさなども聞かれた。アンケートの主な結果を図表 2-14 に示す。

図表 2-14 第４回アンケート結果（一部抜粋）

１）講義（1 日目午前）を聞いて、どんな気づきがありましたか？これまでの PG 参加を振り返りながら感じたことをできるだけ詳しく教えてください。
・協議体のあり方について。国の方針に従って設置した協議体の機能についてこれまでただただ考えていたが、そもそも協議体ありきの考えになっていたこと。 ・事業頭からの切り替えに悩んだり、高齢者本人の困り感を探してみたり、もう一度自分達の事業を振り返ってみたり、それをチームで考えること、様々な経過を経て最終的には自分たち（市）のポジション、スタンス、方向性をしっかりさせるための過程だったんだなと感じました。
２－１）課題検討ワーク（各市町村毎のメンターとのやりとり。他市町村への参加も含む）に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。
・ロジックモデルについてアクティビティからアウトプットまでが一気にハードルが高くなっているとのご指摘を受け、自分も冷静に考えてみると確かに「1 度や 2 度の働きかけで本当にこうなるのかなぁ」と思いました。 ・他市町村のやりとりでも自町に通じることが多くありとても参考になりました。 ・今まで、行政と包括は連携してきていたはずだが、このプログラムを受講して、行政の考えていることやぶつかっている壁を理解することができた。

２－２）テーマ別意見交換１（介護予防・リハビリテーションについて考える）に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。
・介護予防とは、軽度者って、軽度者支援の考え方などなど、いままで学んできたことをまとめて復習できた。 ・目から鱗のことばかりで勉強になりました。
２－３）テーマ別意見交換２（地域にどう働きかけるかについて考える）に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。
・市民活動は「快」「不快」どちらかの感情で動き出すという話も印象に残っています。 ・会議のための会議はやらないなどハッとさせられることが多かったです。 ・「道端の石ころも資源になる」に感動しました。 ・「楽しいことならばするけれど楽しくないことはしない」地域に配属されたばかりの頃地域の方に言われた言葉です。
２－４）テーマ別意見交換３（組織、事業をどう変革するかについて考える）に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。
・意志は強く（よい意味で）腹黒くに感動しました。目論見を持つことも大切だとわかりました。 ・扉が開く、という言葉。 ・時を窺い、準備すること。
２－５）参加市町村交流に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。
・同じグループになったことのないところの話が聞けたのでそれはすごくよかったです。 ・普段、交流できていない市町村の悩みやお話を聞くことができて、テーマや課題は違えど抱えている悩みには通ずるものがあると感じました。 ・他市町村の方のパッションにただただ励まされた。
３）第４回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点（腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等）があれば教えてください。
・相手の思いを踏まえながら、自分達が考えている事をわかりやすく伝え、共感を得ることは難しいと感じています。 ・いま現在はすべてがモヤモヤしている状態です。
４）今後、本プログラム終了後、取り組みを進めていく上で不安なことや、メンターに支援して欲しいことなどあれば教えてください。
・プログラム中はメンターの先生方に適切なアドバイスなどを頂けたり、行き詰まった時にはフォローを頂けたりしますが、終了してからが本番だと思います。これまでの事を踏まえて自分達がどこまで取り組めるのか？考え方をカタチにできるのか？チームメンバーのモチベーションが下がってしまわないか・・・少し不安があります。 ・方向性が決まり、ここからが正念場と感じます。年度がわり、人員がわりで方向性がブレないようにしなければいけないと感じます。

・モニターに映るメンターの先生方を見ると安心感を覚えるようになり、もうすぐ終わるのがとても寂しくなっています。この安心感の正体って市町村職員を本当に応援してくれていることが伝わるプログラムだからなのだと思います。

５）運営面で良かったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

・プログラムの内容も参加者によって、構成を変えながら進めてくださっているのでとてもありがたいと思います。
・Zoom で全国の市町村と繋がれたことがすごく新鮮だった。
・PG 以外のフォローアップミーティング、チャットなどでこちらのモヤモヤ感を救っていただいたなと感じています。
・音声記録、毎回助かっています。
・欲を言えば 2 月の卒業が早すぎます！

2.7 第５回（2023 年２月８日、２月 13 日開催）

(1) 設計方針

第５回は「実践報告とこれから」をテーマとし、全参加市町村がプログラム期間を通じて検討した課題解決ストーリー、ファーストステップを共有することで他市町村から地域の課題解決において持つべき着眼点や、望ましい変化を起こすための仕掛けのヒントを得る事を目的とした。

１日目は参加市町村のみ（オブザーバー含む）、２日目はウェビナーにて実施した。

(2) 実施内容

１日目は参加市町村のみ（オブザーバー含む）で全参加市町村からの発表（成果報告会）を行った。各市町村の最終テーマは大きく分けて「ハイリスクアプローチ」（横手市、磐田市、赤穂市、須崎市）、「リエイブルメント」（八街市、大井町）、「生活支援」（中津川市）、「ポピュレーションアプローチ」（安八郡広域連合、宿毛市）、「包括的相談支援」（宇部市）、「高齢者支援」（宇和島市、宇検村）、であった。31 人のオブザーバー参加があった。

２日目はウェビナー実施とし、多くの参加者を募って成果報告会を実施した。テーマ別で４市町村に代表として成果を報告していただき、残りの市町村にはプログラムに参加して変わったこと、気付いたことなどをお話しいただいた。後半はメンター陣によるトークセッションを開催した。また、ゲストスピーカーとして和田幸典氏（厚生労働省老健局認知症総合戦略企画官（認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室長併任））も参加した。実施内容は図表 2-15 に示す。

図表 2-15 第５回実施内容

１日目	
9:30～9:35	事務連絡 開会挨拶
9:35～12:30	各市町村発表
12:30～13:30	休憩
13:30～16:30	各市町村発表
16:30～16:50	修了式 修了証授与
16:50～17:00	事務連絡
２日目（ウェビナー開催）	
13:30～13:35	事務連絡
13:35～13:55	アジャイル PG 事業報告
13:55～15:25	参加市町村による成果報告（４市町村） 参加市町村インタビュー
15:25～15:30	休憩
15:30～17:00	総合討論

17:00～17:05	閉会挨拶 事務連絡

(3) アンケート結果（1 日目：プログラム参加市町村）

全 5 回のプログラムを通して、多くの参加者で意識が変わり、多職種で協働すること、そこで市町村職員として信念を持ちつつ、関係者に働きけることについてどうするとよいか、どうしていきたいかといった意見が多く聞かれた。詳細については本プログラムの総括として後述する。本項ではアンケートの集計結果の一部、第 5 回での気づきについて抜粋したものを図表 2-16 に示す。

図表 2-16 第 5 回アンケート結果（一部抜粋）

第 5 回プログラムでどんな気づきがありましたか。自分達の最終報告の取りまとめの過程で感じたことや、他市町村の報告を聞いて感じたことをできるだけ詳しく教えてください。
・各市町村の発表により、どういう課題を見つけ、真因を明らかにしてきたのか、同じような人口規模、高齢化率であることもあるなかで、同じような真因がないということに、アジャイル型プログラムの良さ、すごさを知ったように思います。 ・地域の実情は様々ですが、他の市町村も同じ悩みや課題を感じて、どう取り組むか一生懸命取り組んでいることが良い刺激になりました。 ・他市町の発表を聞いて、まだまだ議論が足りなかったのかな、と思いました。 ・他の市町村に比べて、外部者への説明資料として不完全であると感じました。 ・相手により、ありたい姿を同じ内容で違う言葉で伝える必要があると感じています。 ・国から降りてきた事業を評価項目に該当するように行ってきたことがわかりました。行政の自己満足で、住民目線ではなかったことに気づきました。また、これほど真剣に実行プランを考えたことはなかったです。 ・他の市町村の報告は、本当にどれも素晴らしく、「よくこんなに分析されたなぁ、普段の業務をこなしながら大変だっただろうなぁ」と感心しきりでした。 ・ちょっと道が分からなくなってきたら「そうよ、そうよ、ロジックモデルに書いていたやん」という話になる。それを早くも何回か見直しています。今後はそれを続けてバージョンアップさせていきたいです。 ・思いを共有し、連携するという言葉の重みを強く噛みしめています。 ・ロジックモデルができて、他者に説明する段階になり、改めて大変であることと、やりがいを再認識することができました。 ・宇検村さんのまとめ方がとても素晴らしいと思いました。ごめんねの背景をとてもたくさん深掘りできていてすごいと思いました。 ・他市町村の報告を拝聴し、実感の伴う言葉での報告は入りやすいと感じた。 ・なぜ？何のために？地域住民の困りごと、躓きに視点をおき、誰にどのように働きかけたら良いか？を忘れずに、ありたい姿に向かってチームで取り組んでいきたいと思います。

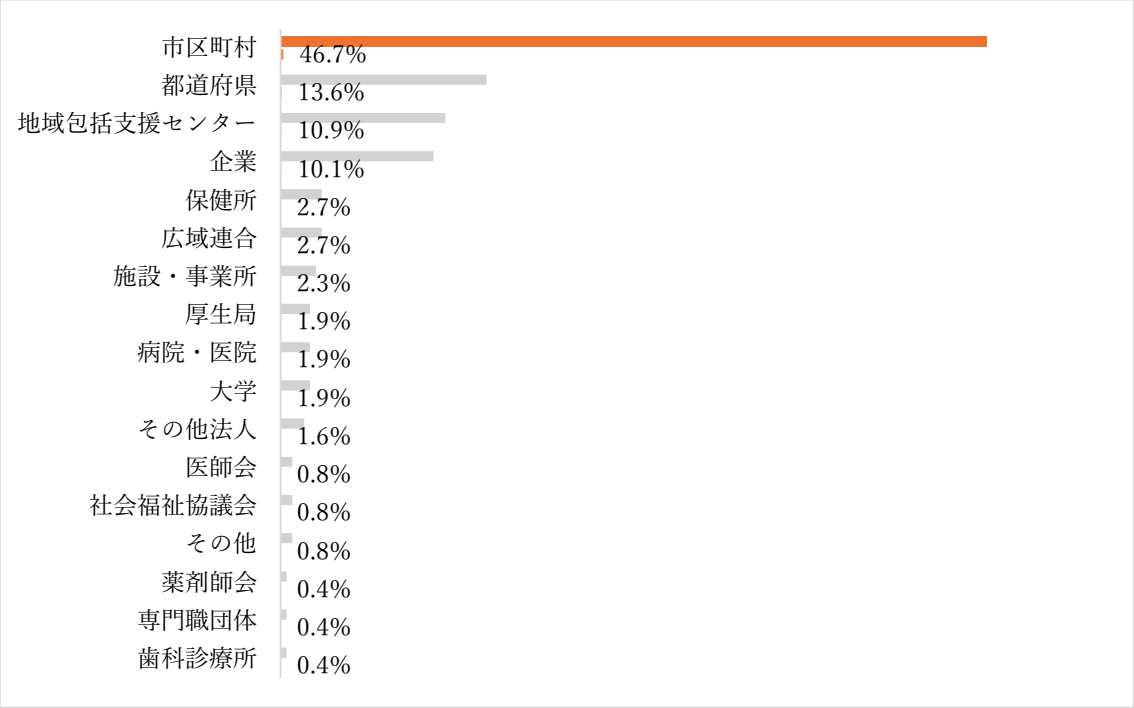
・立場や組織によって見え方は違うことが前提で、自分達が考えた過程や問題意識をどのように伝えるか、とても難しかったです。
・当初に課題と感じられていたことが、なぜ課題なのか、本当に課題なのか、誰の課題か、その真因はどこにあるのか、と考えていくことが、自分の中でも自然になってきたように感じます
・外部の人々に自分達が取り組んだことを伝えることの難しさを痛感しました。他市町村の報告を聞くと、さらに差を感じました。
・参加市町村それぞれの発表を聞いて、それぞれの市町村で、取り組むチームメンバーの立場、職種でこんなにも課題・気づき・解決方法が違うのかと驚かされました。
・他市町村の報告を聞いて、自分の市町村がとても好きなんだなということを感じました。住民にとってこんな職員がわが町にいることを知ると嬉しいだろうなと思いました。

(4) アンケート結果（2 日目：成果報告会視聴者）

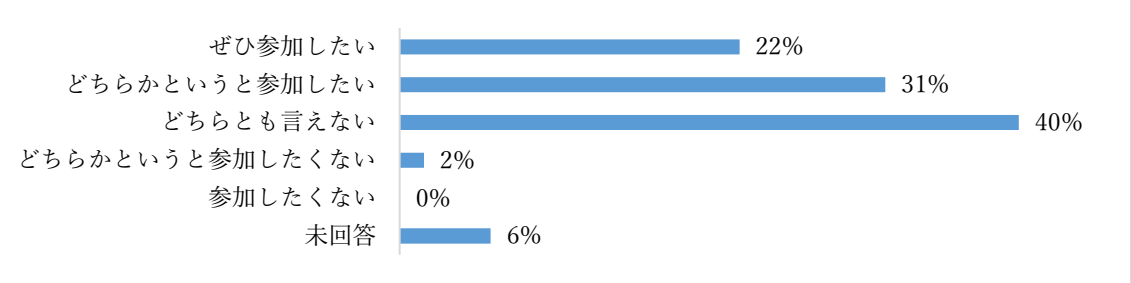
ウェビナーによるオンライン開催の効果もあり、全国から 800 アカウント以上が登録・視聴した。アンケートに回答した 257 のうち、約半数が市区町村職員であった。大半が行政関係者である中、大学や企業からの参加も見られた（図表 2-17）。

来年度以降、このプログラムが開催されたら参加したいかという問いには、ぜひ参加したい、どちらかというと参加したい、が約半数を占めた。どちらとも言えないも多くみられたが、プログラムとしての良さはわかるが業務の繁忙具合から肯定できないという意見が散見された（図表 2-18）。その他詳細は後述する。

図表 2-17 所属機関



図表 2-18 来年度以降のプログラムへの参加意向



ぜひ参加したい

・自分の市町をもっていないので実際の参加はできませんが、今年度のように試聴させていただき、いろんな学びを得たいと思います（県職員）

・現在実施している事業をまわすのに手いっぱいで事業分析・課題把握まで至っていなかったので、ぜひ参加者側としてじっくり考えていきたいと思いました。

・どうしても事業に追われていると今回のような考え方を振り返る機会は必ず必要だと感じているため。

どちらかというと参加したい

・色々な市町村の取り組みが聞けたため。

・来年からは包括から離れてしまうため参加が難しいとは思いますが、できるなら参加してみたかったです。

・2025 年以降の医療提供体制を考えた時に地域包括システムへの対応は不可欠と考えるため。

・私自身はできれば参加したいが、現状では上司は手上げに躊躇している。

どちらとも言えない

・プログラムに参加したいが、すでに人員不足があり、労力がない。せめて人事ヒアリングがある 10 月より前に希望をとってくれれば可能性があった。

・オブザーバー参加でも相当のエネルギーを使いました。

・現時点では他の業務に忙殺されており参加できそうな状態ではないため。

・参加することで保険者機能等の改善につながることはほぼ間違いないと思うが、その分参加者の負担も相応と考えるため。

どちらかというと参加したくない

・優先される業務があるため。

・担当の負担が大きいと感じた。

3.　実施結果

本プログラムについて、参加者の変化やそれに付随する企画設計上の工夫点、報告会参加者への波及効果について、実施結果を記載する。

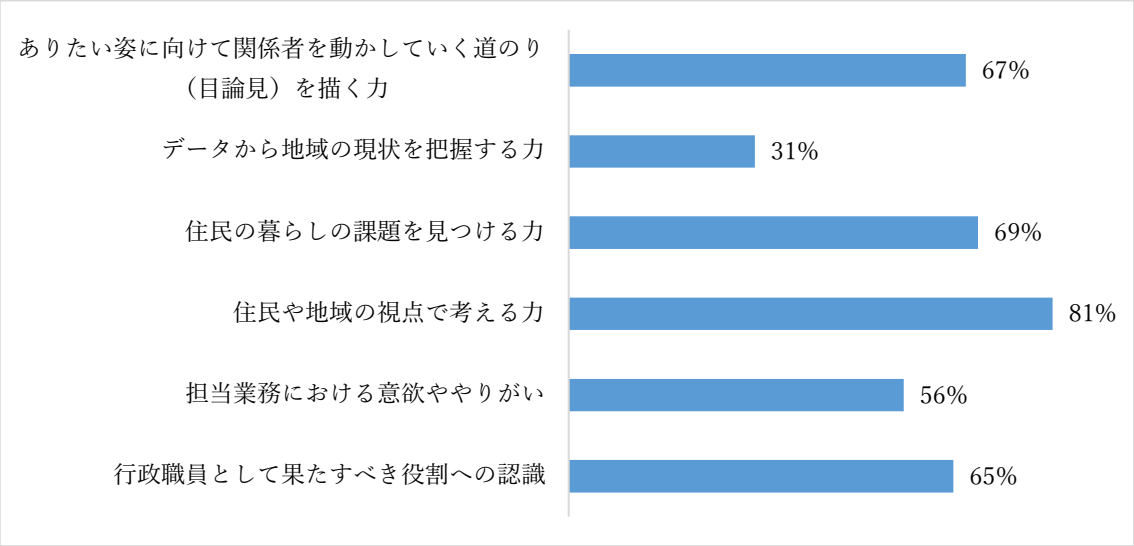
3.1　参加者の到達状況

(1)　アンケート結果

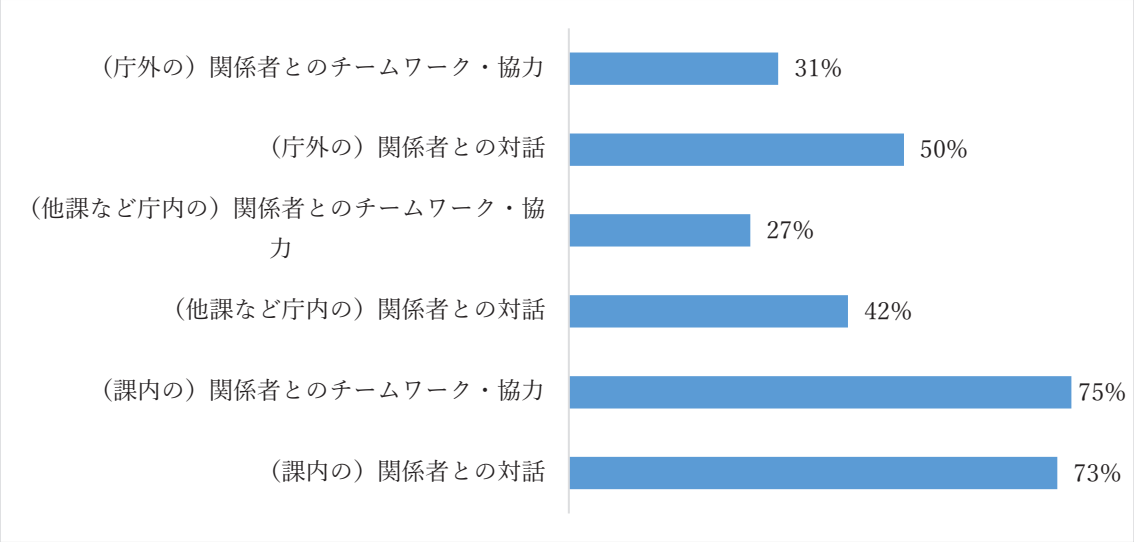
全５回のプログラム終了後のアンケートにおいて、プログラムを通して得られた成果やわがまちの課題解決ストーリーの取組状況について、自己評価による到達状況を確認した（図 2-19～図 2-20）。

全５回のプログラムの中では、わがまちの現状・課題分析を踏まえた打ち手を検討する「課題解決ストーリー」、「実行プラン」及び「アジャイル型政策形成の仕掛け」を作成し、報告した。全参加者に対し、報告した内容に対する自信・手応えを確認したところ、７割以上の参加者が「自信・手応えがある」「やや自信・手応えがある」と回答した（図表 2-21）。さらに、手応えのある市町村は既に動き出していたり組織内の合意形成が取れていたりと実際に進捗があり、実効性の高いストーリーの作成ができていると考えられる。

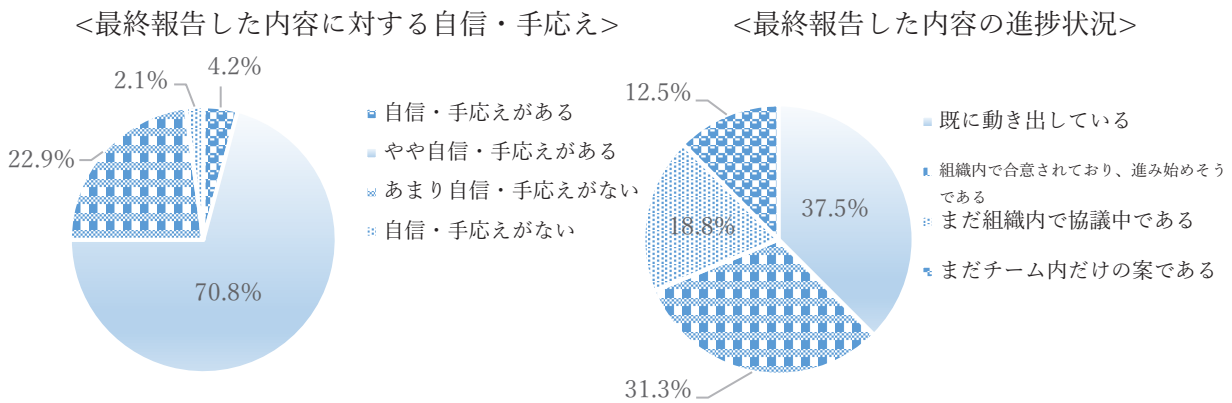
図表 2-19　本プログラムに参加して自身が以前より前進したこと（役割・能力）



図表 2-20 本プログラムに参加して自身が以前より前進したこと（庁内外の関係性）



図表 2-21 最終報告した内容に対する自信･手応えと進捗状況



自信・手応えの度合い →

実現可能性 ↓

	自信・手応えがない	あまり自信・手応えがない	やや自信・手応えがある	自信・手応えがある
まだチーム内だけの案である	1	2	3	
まだ組織内で協議中である		6	3	
組織内で合意されており、進み始めそうである		1	12	2
既に動き出している		2	16	

(2)　全参加市町村の取組事例

全参加市町村が本プログラムで取り組んだテーマ（図表 2-22）と第１回プログラム時点と第５回プログラム時点での課題認識及びありたい姿の変化（図表 2-23）示す。なお、安八郡広域連合は参加当初、広域連合として構成３町をまとめて取り組んでいたが、メンタリングを重ねて各町に異なる課題があることが判明したため、それぞれの町でロジックモデルを作成することとなった。

図表 2-22 取組テーマ

テーマ（事業等）	市町村	タイトル
ハイリスクアプローチ（対象者把握、インテーク、ケアマネジメント）	横手市	「小さなつまずき」を早期に発見し「自分らしい生活」を諦めない横手市へ
	磐田市	それは、あなたが望んでいる暮らしですか？～本人ができることをみつけて支えて～
	赤穂市	「元の生活を取り戻す」しあわせ大作戦
	須崎市	ちょっとつまずいた高齢者を弱り待ちにさせない支援体制づくり
リエイブルメント（短期集中 C、地域ケア会議、生活支援体制整備事業、地域リハビリテーション活動支援事業）	八街市	やりたいことを諦めてほしくない～少しつまずいても元の暮らしを続けられる街へ～
	大井町	高齢者が「元の生活」を取り戻し自分らしい暮らしを続けるためにできること
生活支援（食の確保）	中津川市	「食べることは生きる力」を支える地域づくり～中津川～
ポピュレーションアプローチ（一般介護予防事業、多様な活動、参加の場）	安八郡広域連合	【神戸町】身体状況の変化にとらわれず、周囲の協力を得ながら自分の望む生活を継続させていこう！ 【輪之内町】高齢者の今までの暮らしの継続を可能にする地域づくりの推進 【安八町】高齢者の暮らしを守る“チームあんぱち大作戦！”
	宿毛市	これからも「ここで生活している自分」を想像できる宿毛市を目指して
包括的相談支援（重層的支援体制整備事業）	宇部市	困りごとを気軽に相談できる地域をめざして～それぞれの強みを生かした支援～
高齢者支援（尊厳保持、生きがい）	宇和島市	地域の高齢者にとって「いい状態」を実現するための施策検討
	宇検村	「ごめんね」から「ありがとう」へ～ここに居てもいいと思えるシマづくり～

図表 2-23 現状（問題認識）及びありたい姿の変化

【横手市】

	第１回
現状 （問題認識）	より効果的な地域の課題とサービスのマッチングを図るために、市・SC・協議体・包括の業務の進め方を検討しないといけない
ありたい姿	地域の支え合いを活かしつつ、ニーズを拾える公的支援も整備し、細やかな支援を誰もが受けられ、馴染みある地でいつまでも自分らしく生活することができる

【八街市】

	第１回
現状 （問題認識）	・後期高齢者人口の増加、認定者の増加、訪問介護事業所数や介護支援専門員数の低迷による不安と危機感 ・通所型サービス C、地域ケア会議、生活体制整備等、どの事業も推進の仕方がわからない
ありたい姿	・地域で活動的に生活を送っている高齢者が増える ・困った時に周囲の助けを借りながら自立した生活が送れる

【大井町】

	第１回
現状 （問題認識）	・「元の生活」を取り戻す視点に欠けており、通所型サービスＣを長期継続利用する参加者が増えた ・ケアマネジャーやサービス事業所は、本人のリエイブルメントによりサービスを減らしていくという視点に乏しい
ありたい姿	「元の生活」を取り戻す仕組みを作ることで、高齢者が「元の生活」をあきらめず、自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる

【中津川市】

	第１回
現状 （問題認識）	様々なサービスの対象から外れて狭間に埋もれる人や支援が十分できていない人がいる状況を目にすることが多々ある
ありたい姿	地域の高齢者の方が住み慣れた中津川市で自立し尊厳を持って生活できる

第５回
暮らしの小さなつまずきが起こっても、元の暮らしに戻ることが難しい状態になるまで発見されていない人がいる
小さなつまずきを早期に発見し、大きなつまずきになる前に元の生活を取り戻すことができる

第５回
何かのきっかけでできていたことができなくなり諦めてしまうことで、心身の状態が低下し活動範囲が狭まっている
少しつまずいたとしてもやりたいことを諦めずに元の暮らしを続けられる地域

第５回
・元の生活につまずいた時にこれまでの自分らしい生活を本人も家族も諦めてしまう ・漠然と「高齢なのだから介護保険を利用すればいい」と考えている ・自分らしい生活を続けられるよう支援する体制が整っていない
高齢者が元の生活を諦めずフォーマル・インフォーマルの支援を適切に選択し、自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる

第５回
地域差が大きいため類似した地域を絞って困りごとや諦めていることなどを比較する中、ある地域の食支援のニーズが高いことを把握した
在宅高齢者の栄養状態が改善し、在宅生活の限界点を上げることができる。

【安八郡広域連合】

	第１回
現状 （問題認識）	・地域で生活する住民同士の会話で「介護保険を受けているから」という理由で今まで習慣としていたこと等も余儀なく変えられる雰囲気がある ・自宅で自立した生活ができなくなったら施設入所し、自宅で暮らし続けるのは難しいという意識が根強い ・毎日事業に追われている ・フレイル予防会議（ケース会議）がうまくいかなかった ・フレイルチェックに力を入れるも住民や専門職に伝わらない ・認定率が低い（14%）理由がわからない
ありたい姿	様々なデータを活用し課題を把握した上で、課題に即した介護予防事業を計画し展開したい。広域連合は必要な情報を構成町に提供し、事業全体がバランスよく実施できるように支援していきたい

【磐田市】

	第１回
現状 （問題認識）	元気な高齢者が多い市である一方、家族が亡くなり地域から孤立して自暴自棄になっている高齢者や、認知症が進行して寝たきり状態になるまで支援の手が入らない高齢者など、人に知られずひっそりと地域の中で暮らし続けている高齢者がいる
ありたい姿	高齢者のために、そして、高齢者を支える人たちのために、コロナ禍で減った人との関わり(＝社会参加)をコロナ前に戻してフレイル予防や孤立化防止を目指したい

第５回
【神戸町】 ・介護認定を受けサービスを利用すると今までの友達付き合いができなくなると思っている ・足腰が弱くなり日常生活に支援が必要となると自己努力はせずに行政サービスで何とかしてほしいと思っている ・身体が弱ってきたことを実感するようになった時、制度・お金・終末について知らず、どうしたらよいかわからない 【輪之内町】 ・地域住民・行政・専門職ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない ・行政・専門職は本人の望む暮らしに注目する意識が低い ・行政は目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない ・地域住民・行政・専門職が会議や打ち合わせや意見交換の場を多数持ち、同じ意識をもって同じ目標を目指していない 【安八町】 ・認定率が約 14%で県や全国と比較して約 4%低い ・軽度者が増加しており、全体の認定率は増加傾向 ・フレイルチェック参加者が少なく、ハイリスク者が通所型サービス C につながらない ・調整済み認定率(要介護 3～5)が全国平均より高く、施設サービス利用者が多い
足腰が弱っても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

第５回
・暮らしや身体に支障が出始めたら早期に地域包括支援センターへ相談するよう啓発しないといけない ・相談しに来た人に紹介できるサービスが送迎付きのデイサービスしかない ・本人の思いを引き出すようなケアマネジメントができていない ・回復してから自立するためには個々の趣味嗜好や状態に応じて地域資源をマッチングする必要がある
本人ができることを見つけて支えてフレイルの人を改善させて自立に導く

【赤穂市】

	第１回
現状 （問題認識）	・要支援者の増加と受給率の伸びにより、第１号事業の利用者数が増加し、事業費が増加し続けている ・生活支援体制整備事業を始め、他の地域支援事業(社会保障充実分)との連動ができていない
ありたい姿	・高齢者それぞれが思う「馴染みの関係」が切れないようにしながら、住み慣れた地域の中で暮らし続けることができる ・有償無償問わずちょっとしたおせっかいな生活支援ができる人、また、そのおせっかいを気兼ねなく「受け上手」になれる人を増やしたい

【宇部市】

	第１回
現状 （問題認識）	・地域づくりに関わる部署が複数あり、連携等に課題を抱えたまま推移し、どこが主体なのか不具合感を抱えたまま時に押し付け合い ・事業ありきで進めて事業が形骸化し、職員や関係機関が疲弊（本当に必要な事業なのか見極めもできない）
ありたい姿	・地域の支え合い活動において課題の共通認識ができ、同じ課題に向かって進んでいる状態 ・地域づくりに関わる部署の効果的な関係構築

【宇和島市】

	第１回
現状 （問題認識）	事業は実施しているが「何のためにやるのか」「高齢者がどうあってほしいか」の想いが共有できていないため、担当や係によっては前年度踏襲型の事業又はトップダウンによる「やらされ感」で行っている事業があるのではとの疑問があった
ありたい姿	・市民全員が望む生き方に行政や民間事業所、地域住民が伴走できる社会 ・市民が望む生き方の選択肢が割とある社会 ・少しだけおせっかいの社会

第５回
・利用者の要望に沿うかたちでフォーマルサービスにつなげることに重点がおかれたケアマネジメント ・インフォーマルサービス等地域資源の把握等の SC の活動が個別支援に活かされていない ・要支援者等が一度サービスを使い始めると使い続ける状態になっている
虚弱高齢者が元の生活を取り戻せる幸せを喜び合える赤穂市

第５回
・相談先を知っていても解決につながると思っていない ・なんでも相談員の存在が支援を必要とする人に届いていない ・フォーマル以外のサービスの打ち手がないと思われている ・個別ケースからの必要な資源情報が不足している
困りごとを抱え込まず相談でき、困りごとを解決できる地域

第５回
核家族化により人とふれあう機会が減っており、また、男性の交流場所が少ない（サロンや体操教室は敬遠傾向にある）
生きがいの創出・外出機会の増加

【須崎市】

	第１回
現状 （問題認識）	・一般介護予防事業の対象者や支援方法の修正ができず目的が定まらなかった ・第１層 SC の役割が明確でなく、事業の展開の仕方がわからない ・地域ケア個別会議は課題解決はするもアドバイスをもらう場となり、事例検討の場は他にもあるため徐々に開催頻度が縮小
ありたい姿	・自立して過ごせる期間が長くなるよう、高齢者自らが必要な資源、サービスを選択し活用できる ・住み慣れた地域で集まる場があり、お互いに支え合い、役割や生きがいを持って生活ができる

【宿毛市】

	第１回
現状 （問題認識）	・いきいき百歳体操等の地域のグループ活動がコロナ禍で一部衰退気味である ・高齢者の見守りシステムが確立されていない
ありたい姿	・地域でつながる通いの場の活性化 ・見守り体制の確立 ・住民主体や多職種の人たちと協働することを意識した地域づくりを考える

【宇検村】

	第１回
現状 （問題認識）	・在宅ケアの限界点の向上 ・事業所整備 ・地域の支え合い互助 ・我が村に即した共生型サービスの検討
ありたい姿	世代や障がいの有無問わず、顔を合わせて話をしてというシマの日常をつくりたい。

第５回
支援が必要な高齢者が適切な時期に支援を受けることができず、元の生活を諦めている（弱り待ち）
ちょっとつまずいた人に自信を持って支援ができる体制づくり

第５回
・いきいき百歳体操自主グループ、地域元気クラブが活動休止となるところもある ・上記活動への参加人数の減少、平均年齢の高齢化 ・外出しにくい高齢者が増えている ・女性より男性、前期高齢者より後期高齢者の方が外出しにくい
どんな状況になっても自分で選んで社会参加(仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など)していける宿毛市

第５回
・心身機能の低下、認知症の発症等により自己肯定感が低下し、「ごめんね」と萎縮しながら暮らす高齢者 ・親しい人の喪失体験、自身の心身機能の低下により他者とのつながりの機会が減少し、「寂しい」と感じながら暮らす高齢者
高齢者(当事者)が「ここにいてもいい」「何となく幸せ」と思える島づくり

上記の比較から、多数の参加市町村の現状（問題意識）とありたい姿がプログラム開始前後で変化しており、また、それらが、事業を中心として考える行政目線のものから、高齢者ひとりひとりの暮らしを中心として考える当事者目線のものに変化していることがわかる。

(3) 代表的な取組事例

現状・課題分析を進める中で課題認識に変化が起き、具体的な取組につながった参加市町村の事例を４つ取り上げる。

①神奈川県大井町の事例

大井町は、福祉課（地域包括支援センター）所属の保健師を中心として、同じ所属の事務職や社会福祉協議会の生活支援コーディネーター等を含む計６名のチームを編成して参加した。昨年度「実践型地域づくり人材育成プログラム」に参加する中で、本来、総合事業がどうあるべきなのかについて気が付き、今年度は改善可能性のある高齢者が「元の生活」を取り戻し自分らしい暮らしが続けられるよう、総合事業全体の見直しを行うため本プログラムに参加した。大井町は、通所型サービス C である「はつらつ倶楽部」の参加者が、期間終了後も卒業することなく利用し続けており、さらに、総合事業の費用額が国が定める上限を超過するも、どうしてよいかわからないまま事業を継続していた。

本プログラムの検討を通じ、解決すべき課題として、「①本人・家族のあきらめの払拭」「②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択」「③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント」「④Ｃ型事業の意義の共有」「⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部（通所Ｃ）」「⑥地域における活動の場の充実」「⑦地域での支え合い意識の醸成」の７つを挙げ、その真因分析を行った。それを踏まえ、業務フローの中で改善点を洗い出し、また、働きかけの対象が誰なのかを課題別に整理した。

大井町の事例の最大の特徴は、精緻な取り組みの設計である。検討過程において、メンターは「正しい分析結果が何であるか」を教えてきたのではなく、「調べること」や「考えること」を促すための「問いかけ」を行ってきた。この精緻な取り組み設計は「具体的にどのような事象が起きているのか」「それは何を意味しているのか」「なぜそのようなことが生じているのか」「そのような取り組みを行ったら結果どのようなことが生じるだろうか」といった問いかけを受けながら大井町自ら導き出したのである。また、実際に取り組みを行いながら、ロジックモデルを作成してきたため、はつらつ倶楽部の参加者が福祉用具の利用を終了したり、地域活動に復活したりする事例など、アウトカムが出始めている。そのためアクティビティについては「これから取り組むこと」「現在進行形」「過去」に分けて記載した。今後、取組を進めながら上手くいった事例を関係者で共有することで、高齢者・家族にはあきらめなければ「元の生活」は取り戻せること、また支援者にはその手応えを感じてもらい、よりよい支援を目指して取り組み続けることとしている。

②岐阜県中津川市の事例

中津川市は高齢支援課（地域包括支援センター）所属の介護支援専門員を中心として、同じ所属の保健師や社会福祉士の計５名のチームを編成して参加した。参加当初は、高齢者が住み慣れた地域で自立し、尊厳を持って生活できるよう、総合事業やその他のインフォーマルサービス等を幅広く活用できないか検討していた。また、事業やサービスの対象にならず支援が行き届いていない人がいる状況を目にし、「支援や資源が不足しているのか？」「何とかしなくてはいけないのでは？」という漠然とした課題感を持っていた。

中津川市は広い市域を有し、地域ごとに介護資源も大きくなるため、最も過疎化が進んでいる山間部の地域に注目し、どのような困りごとが生じているのかを探すところからスタートしたが、プログラムの前半では何に注目してよいか定まらず、解決するべき問題を探すのにかなり時間を要していた。それで、いくつかの対照的な地域を絞って困りごとや諦めていること等を比較していく中で、ある地域の食支援のニーズが高いことを把握し、プログラムの中盤に差し掛かってようやくテーマを「食」に絞ることができた。

食が十分に供給できていない要因として「協力者のマンパワー不足」「高齢者のニーズを十分に捉えられていない」「配食サービスの利用制限」「協力者側とのニーズの共有が不十分」の４つを挙げているが、１つめは「サービスを担う地域のリソース」、２つめは「高齢者のニーズ（とそれを捉えられていないこと）」、３つめは「制度上の問題」、４つめは「地域の協力者との関係と行政の役割」と、広範な視点をもって捉えている。特に制度上の問題については、これまで市が行ってきた配食サービスが見守りを目的にしており、そのことがサービス提供者の業務負担になっていること、また、配食回数の制限を設けており利用者のニーズに即していないことを認識するに至った。以上の検討から、「地域商店等と高齢者の食のニーズに対する対応方法を検討する」、「生活支援コーディネーターと地域の商店や地域住民との意見交換の場を設定する」、「有償ボランティア等と地域の高齢者の食の確保について現状を一緒に把握する」、「行政として食支援が必要な高齢者へのサービス体制の見直しを検討する」といった４つの具体的な実行プランを掲げ、順次取り組むこととした。さらに食の問題が単に「食の確保」に留まるものではなく、在宅高齢者の栄養状態の改善とフレイル予防、さらにはそれが在宅生活の限界点をあげることにつながるのではないかと結論づけた。

このように、当初はいかにして生活を支えるかということを漠然と考え、住民の生活を高い解像度で捉えることができずにいたが、生活の様子を細かく把握する中で食という具体的な課題に行き当たった。もちろん食以外にも解決する課題は多くあるが、具体的なひとつの課題も解決できないのに住民の生活のすべてを支えることなどできない。つまり、「栄養状態の改善による在宅生活の限界点の引き上げ」というありたい姿が最初からあったわけではなく、現状の調査・分析、さらには具体的な取り組みを検討する上で徐々にありたい姿が形作られていき、具体的な課題設定をすることの手応えをつかんだという点は興味深い。

また、とかく行政は市民に対して平等にしなければいけないと考え、同じ行政区域内であれば、同じサービスを展開するという方針を持ち、地域の事情を踏まえない取り組みを行うことがある。これに対して中津川市は、そもそも地域間で生活環境が大きく異なっており、特定の地域に注目して検討を進めないと解像度が高い地域の事情は捉えられないと考えるに至ったことで、具体的で説得力のある検討結果につながったとも言える。

③岐阜県安八町（安八郡広域連合）の事例

安八町は福祉課（地域包括支援センター）課長補佐の保健師を中心として、同じ所属の地域包括支援センター長の保健師や安八郡広域連合係長の計３名のチームを編成して参加した。参加当初は、「フレイルチェック参加者が少ない（65 歳以上の約 10%/年）」、「ハイリスク者が通所型サービスＣにつながらない（年 2～3 人）」、「フレイル予防会議（介護予防のためのケース会議）がうまくいかなかった」といった現状・課題を持っていた。安八町では地域の医療・介護資源が限られており、特に入院ともなれば、隣接する大垣市に行かなければならないという事情があるため、できるだけ地域で長く暮らせるようにするためにはフレイル予防が重要と考えていた。しかしながら、フレイル予防会議はうまくいかず中断し、さらに、フレイルチェックについても参加者が一部の意識の高い住民に固定され、実施の意義を見出せなかった。

そこで参加メンバーらは、住民、通いの場、介護申請の内容、フレイル予防会議の内容を調査し、改

めて何が問題なのかを考えた。その結果、フレイル予防会議では、本人の意欲向上に向けた話合いをしたいと考えていたのに、実際に会議の場で話されていたのは病気や身体に着目した発言が中心だったことに気づいた。つまり「本人の生活の質を向上させる」という視点が欠落していたこと、また、会議の場に限らず、高齢者本人や家族・友人、専門職、行政に至るまでが「支援の本質が本人の望む暮らしを実現することだ」ということを理解していなかったことに気付いた。

これらを踏まえ、「フレイル予防会議の再開」、「通いの場の洗い出しと活用」、「医療専門職の通いの場への関与」、「独居高齢者のエコマップを作成し、民生委員らと共有」という４つの実行プランを考えた。特に、フレイル予防会議の再開においては、本人の意欲向上につながる会議になっていなかったという振り返りのもと、それをあるべき形に変えて再開しようという結論に至った点が極めて重要である。外見上同じように見える取り組みであっても、そこに込められた想いによって具現化された会議のありようやその結果の活かし方は大きく異なる。本プログラムを通じて、過去の失敗を踏まえて会議を見直すという程度ではなく、全く異なる思想に転換し、事業を再設計しようとしていることは、安八町の大きな成果であると言える。

④鹿児島県宇検村の事例

宇検村は保健福祉課の保健師を中心として、同じ所属の課長補佐兼地域包括支援センター長の保健師や事務職を含む計５名のチームを編成して参加した。当初は、在宅ケアの限界点を引き上げるため、村の実態に即した共生型サービスとして小規模多機能型居宅介護を作りたいと考えていた。一方、島の実態を見ると要介護３になって施設入所するか、元気なうちに島を離れ子供のところに行く、これが本当に本人の望んでいた暮らしなのか考え始めた。当初、在宅の限界点を探るために地域から拾い集めた情報の整理の仕方がわからず混乱していたが、その中で高齢者が発した「寂しい」と「ごめんね」という２つの言葉に着目した。

これまで「寂しい」は「人と交流を」、「ごめんね」は「気にしなくていい」と対応していたが、そもそもなぜこんな言葉が出てくるのかということを考えた。検討を重ねた結果、「ごめんね」の背景には高齢者自身の自己肯定感の低下（島にいられない）につながっていると分析し、当初の小規模多機能型居宅介護サービスで選択肢を広げるという給付型の発想から、高齢者が島の暮らしを諦めないためにあらゆる資源で支える、チームで支えるという発想に転換した。

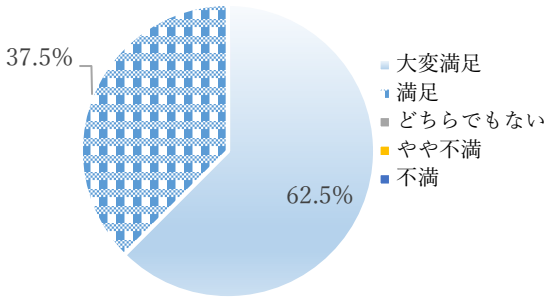
宇検村はこの分析を踏まえて「ごめんね」から「ありがとう」に変わる島を目指し、「ありがとう」のハードルを下げるための実行プランとして、「ありがとうリストの作成」「地域ケア会議の開催」等を掲げた。「ありがとうリスト」は、高齢者が日常でやっていること可視化し、本人や家族に見てもらって自身の暮らしぶりに気付くためのツールとするとしているが、これは「自分たち＝行政が原点回帰できるためのアクティビティ」だとも言っている。このツールを使って地域ケア会議や自立支援型個別ケア会議で問題意識を専門職や関係機関に共有し（アセスメントの視点として取り入れる）、高齢者の自己肯定感を高めるための取り組みを専門職や家族、本人とともに実施し、さらには遠方の家族も安心して支援に携われる仕掛けを展開するとしている。このように一つの具体的なエピソードから、その背後に何十倍もの同様の思いを抱えている人がいることに思い至り、かつそれが生じる構造を冷静に分析することや、自問自答を繰り返し、徹底して考えることの重要性は、メンターがプログラムを通じて伝えてきた重要なメッセージであり、宇検村の事例は

これらの実践の成果と言える。

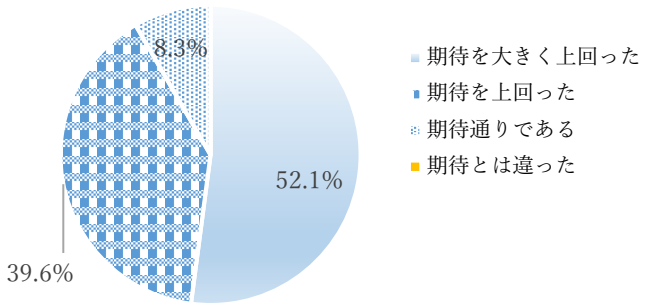
3.2 プログラム工夫点に対する成果の検証

全プログラム終了後に参加市町村を対象としたアンケートの中から、プラグラム全体の内容に係る項目を抜粋して図 2-24～図 2-28 に示す。

図表 2-24 本プログラム全体の内容（コンテンツ）に対する満足度

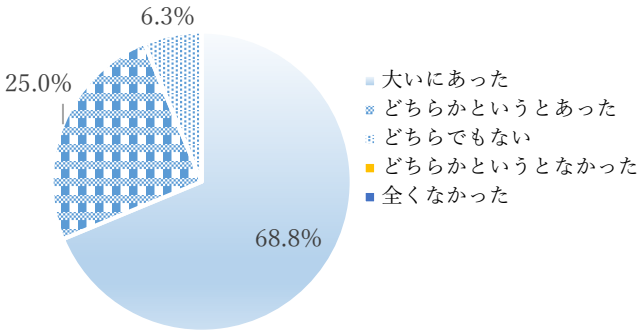


図表 2-25 参加前後の期待値の比較



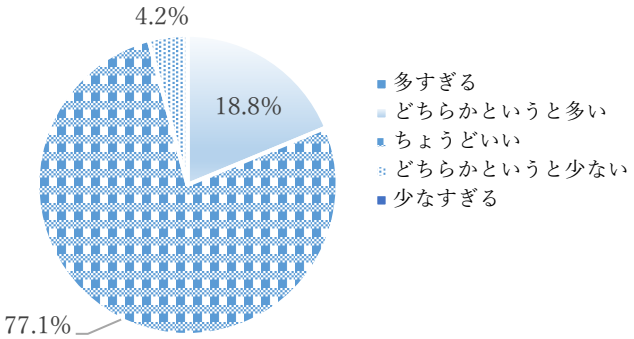
本プログラムの満足度については参加者全員が「大変満足」又は「満足」と回答し、期待値については９割以上の参加者が「期待を上回った」と回答し、参加者にとっても有意義なプログラムだったと考えられる。

図表 2-26 複数人のチーム（多様な課や立場）で参加することのメリット



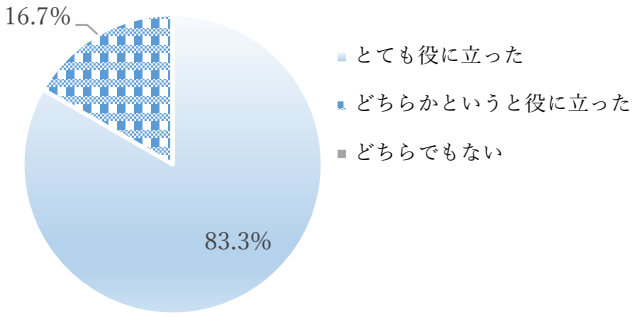
チーム参加にあたっては、管理職も含めたチームで参加した市町村も多く、「その都度話し合いができ、合意形成しやすいと感じた」「個人ではとても思い付かない考えや、議論する中で気付いたり想像できたりすることも多かったのでチームで参加する意義はとても大きいと思った」「複数人で課題解決策を検討することで多様な考え方が得らえるし、その検討している過程そのものが知識や考えの共有になることが最大のメリットだったと感じた」等の意見が多くあり、政策を検討して実際に動き出すには多様な立場や職種を交えたチームで参加する必要があると考えられる。

図表 2-27 全５回（各回２日間）の日程



全５回（オリエンテーションを除く）のプログラムで、第１回～第４回までは午前インプット講義、午後メンタリングを各回丸２日間実施するスケジュールとしていたが、８割近くの参加者がちょうどいいと回答した。

図表 2-28 フォローアップの内容



各プログラム終了後から次回プログラムまでの間に希望があった参加市町村に対して１時間/回で実施したフォローアップについては、参加者全員が「役に立った」と回答しており、「プログラムの日程では消化しきれなかった部分を具体的に振り返ることができた」「フォローアップで個別に話す機会がなければついていけず心が折れてしまうところだった」「プログラムだけでは理解できないことや、うまく伝えられなかったことも引き出してくれた」といった意見が多数あった。プログラムの中の個別メンタリングだけでは限られた時間の中で伝えたいことが伝えきれないこともあるため、フォローアップでモヤモヤを解消したり混乱していたことを整理したり、より思考を深める機会になっていたと考えられる。

第３章　現地レポート（神奈川県大井町）

「最優先課題はリエイブルメント」と気づき、通所型サービスＣを核に総合事業の改変を重ねる

＜町の状況＞

神奈川県足柄上郡大井町は、瓢箪の産地として知られる、同県西部に位置する自然豊かな町である。人口は１万 7,377 人（2023 年１月末日時点）で増加傾向。高齢化率は 28.67%（2023 年１月末日時点）となっている。日常生活圏域は１つ、地域包括支援センターも町直営の１箇所のみ。生活支援コーディネーターは社会福祉協議会への委託で１名である。

地域包括ケアシステムの構築については各種制度を活用しながら進めてきていたが、改善可能性のある軽度の支援を要する高齢者に対する有効な介入はできていなかった。これまではその必要性を感じながらも、事業を進めることに主眼が置かれていたことは否めない。本プログラムへの参加を通じて最優先に取り組むべき課題がリエイブルメントであることに気づいてからは、既存の通所型サービス C の方法を一部変更して実施し、さらに事業を通じて新たに取り組むべきことに気づいて改善を重ねるといった良い循環が生まれている。本プログラムの参加市町村の中でも特に目覚ましい成長を見せており、他の市町村の見本にもなっている。

＜「人材育成プログラム」での気づきと変化＞

大井町は、本プログラムに先駆けて実施された「実践型地域づくり人材育成プログラム」（2019～2021 年度、実施主体：藤田医科大学人材教育支援センター、NTT データ経営研究所、以下、人材育成プログラム）にも、2021 年度に参加している。

人材育成プログラムに参加した背景には、いわゆる上限額管理の問題、すなわち総合事業にかかる支出が上限額を超える年が続いている、という問題があった。加えて 2003 年度から、継続的に取り組んでいる地域介護予防活動支援事業「おーい！元気会」を住民主体の活動に見直す動きが出てきたことも関係している。

「おーい！元気会」とは、概ね 60 歳以上の住民を対象に、外出の機会と交流の場を提供し、自分らしい生活を応援するため、身体づくりに有効な元気体操と毎回さまざまな趣味活動（レクリエーション・小物作り・音楽会など）を行うもので、保健師などの専門職による講話も年に数回、実施されている。

「専門職が不足する中で、保健師などが一般介護予防事業にどこまで関われば良いのかが問われていた。何とかしたい、でも、どうすればいいのか見当もつかなかった。そんな中、何かヒントが欲しいという思いでプログラムに参加した。完全に自分たち中心の発想だった」と、このプログラムに中心となって取り組んだ大井町福祉課の保健師が、当時の意識を反省も込めてこう振り返る。

こうした意識が打ち砕かれたのは、１人のメンターから投げかけられた「それで、大井町さんは、高齢者にどうなって欲しいのですか？」という問いだったという。この一言で、事業ばかり見て人を置き去りにしていたことに気づき猛反省。また、プログラムの半ばで課題に挙げられた「落ちかけた人を救え」という言葉にも引っ張られたという。これを機に「おーい！元気会」の現状を改めて見直してみると、参加者は自立度が

高い上、全高齢者の 10%にも満たない、残り 90%強の生活は見えていなかった、などといった問題が浮かび上がった。

そこで実態把握から始め、事業の対象、内容などを一から考え直した。事業対象者、要支援１、２の人たちに元気になってもらうにはどうしたらいいのか、そのための資源はどこにあるのか。メンターに相談しながら関係者間で議論した結果、導き出した一つの答えが「C 型に力を入れる」だった。大井町では 2016 年度から、「はつらつ倶楽部」と称して従来事業を引き継ぐかたちで通所型サービス C に取り組んできていたが、「通所サービス希望なら、給付の発生しないはつらつ倶楽部を利用する方が良い」という認識で運営した結果、すっかり“デイサービス化”し、同じ顔ぶれが通い続ける場となってしまっていたため、組み立て直しが必要だった。

人材育成プログラムを通して総合事業本来の目的や、給付と事業の違いなどを学んだ参加メンバーは、今取り組むべき最優先課題は「リエイブルメント」であると気づき、以降は「リエイブルメント」を取り組み全体のキーワードとした。そして、高齢者の困りごとを今あるサービスに当てはめていたこれまでの対応を改め、高齢者ひとりひとりのそれまでの生活や、事業対象者となった経緯や介護申請に至った経緯に着目し、元の生活に戻るためには何が必要かを考えることのできる仕組みを模索した。

最初に改善したのは相談苦情等記録票で、総合相談支援業務の主担当である社会福祉士と話し合い、「元の生活」が聞き取れる書式とした。大井町では、新規の相談は福祉課及び地域包括支援センターで受け付けており、基本的に保健師か社会福祉士が応じることになっているが、相談が集中した時などは事務職が応じることもある。この相談苦情等記録票を用いることで、相談者それぞれの「元の生活」が聞き取れるようになったという。

併行して、地域ケア会議・個別ケア会議で共有する資料も見直した。事例検討に用いる資料は、ケアプランや事例提供者からの任意の書式を用いていたが、そこからは「元の生活」が見えてこない場合が多かった。そこで、先進地域として全国的に知られる愛知県豊明市のアセスメントシートと運用の仕方を参考にした。具体的には「相談のきっかけ」「生活課題」「望む暮らしや元の生活」、元の生活を取り戻すための「解決すべきこと（ケアマネジャーの見立て）」などを明記することで、本人の「本当の課題」は何か、どのような支援をすれば「元の生活」を取り戻せるか、また、そこから見えてくる地域課題は何かを議論できるようにリードしたいと考えた。しかし、地域の支援関係者は以前の大井町同様、サービスありきの支援方法に慣れているため、リエイブルメントの視点で議論を深めていくことが容易ではなく、地域ケア会議における事例検討の目的や大井町が目指す支援の方向性を根気強く伝えていくことが重要であると気が付いた。まずは、地域包括支援センターのケアマネジャーへリエイブルメントの視点の定着を図るため、こちらも豊明市の「インテークには必ず２名で訪問する」という方針を参考にし、主に、主任ケアマネジャーを兼任する保健師がケアマネジャーとのインテーク同行訪問を行うようにした。同行訪問を重ねるうちに、「元の生活」について聞き取ることが定着し、利用者にとって本当に必要な支援は何かを考えられるようになっていった。そういった取り組みを通して、ケアマネジメントが変わっていく中で、安易に従前相当サービスを勧めることはなくなったが、はつらつ倶楽部（通所型サービスＣ）はデイサービス化、訪問運動（訪問型サービス C）は１カ月４枠と対応できる人数が少ない、「元の生活」を取り戻すために一体どう支援す

ればいいのかわからないとケアマネジャーからの率直な意見があった。そこで、懸案であったはつらつ倶楽部を「元の生活」を取り戻すことができる事業にとの思いで、再構築する決心をした。

こうして当初「おーい！元気会」をどうしていくかに終始していた議論は、完全に通所型サービス C の再構築に取って代わったのであった。

＜「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」への移行と具体的な取り組み＞

人材育成プログラムでの議論をベースに、引き続き「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」に参加した大井町は、最初から明確な目的を掲げていた。それは、通所型サービス C を核とした総合事業の見直しと、そのために自分たちにできることを探すことである。参加メンバーは、福祉課所属で直営地域包括支援センターの職員を兼ねる保健師 3 名、保険者の代表として事務職 2 名、社会福祉協議会職員である生活支援コーディネーター 1 名の計 6 名。

まずは、目指す高齢者の姿を、「元の生活を諦めず、フォーマル、インフォーマルの支援を適切に選択し、自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる」と定義。それがなぜ今できていないのかを深く考えることで、今ある課題を多面的な視点で 7 つ洗い出し、それぞれの真因を整理した（図表 3-1）。例えば通所型サービス C に関しては、図表 3-1 の④⑤にあるように、「C 型事業の意義の共有と、セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部を作ることが課題だが、それが今できていないのは、リハビリテーション専門職の専門性に対する理解不足、事業内容のノウハウ不足により、確信のある C 型事業の展開ができていないのが真因である」と整理されている。

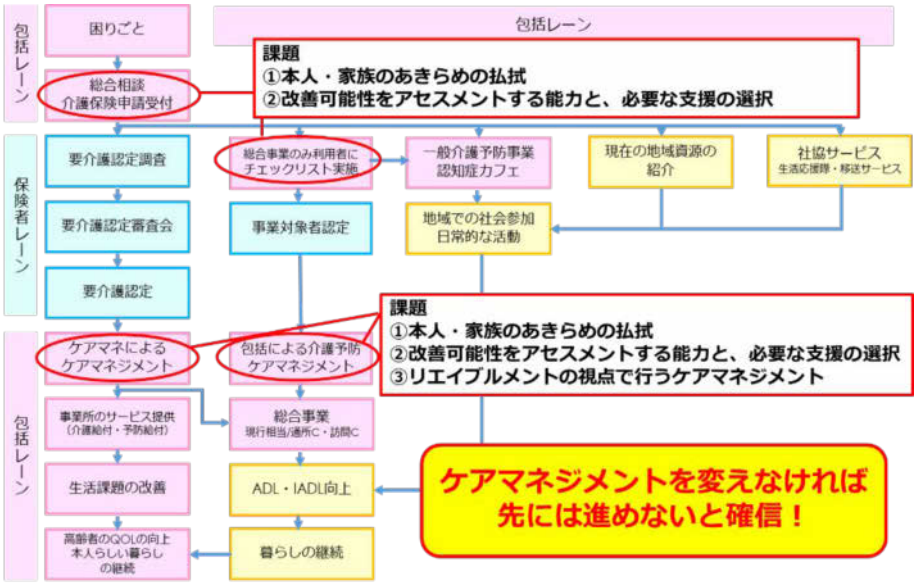
図表 3-1 課題とその真因

課題 クリアできれば「目指す姿」に近づける！	真因 そうならないのは何故!?
①本人・家族のあきらめの払拭	本人・家族のつまずきからの回復に対する無知
②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択	支援者の、高齢者の改善可能性に対する理解不足
③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント	リエイブルメントの視点の欠如
④C型事業の意義の共有	リハビリ専門職の専門性に対する理解不足と事業内容のノウハウ不足のため、確信のあるC型事業の展開が出来ていない
⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部	
⑥地域における活動の場の充実	地域における活動の場の必要性に対する理解不足
⑦地域でのささえ合いの意識の醸成	住民が地域で起きている高齢者の困り事を、自分事として捉えていない 6

さらに、どうすれば課題が解決できるかを探るべく業務フローを作成（図表 3-2）。ここでの気づきは「問題は業務フローそのものではなく、高齢者の相談対応やマネジメントを行う支援者のマインドにある」ということだった。つまり、相談を受けた時に、本人や家族の諦めを払拭するような関わりや、改善可能性をアセスメントすることができていない、介護予防におけるケアマネジメントにリエイブルメントの視点が欠けているなど、支援の方向性を決めていくファーストタッチの場面の対応に課題があることがわかったのである。

総合事業見直しの要は通所型サービス C であるが、相談に最初に応える支援者や担当ケアマネジャーが通所型サービス C を選ばなければ意味がないことから、ケアマネジメントの改善が先決課題であることが明確になった。

図表 3-2 業務フローと改善点



７つの課題を解決するための打ち手として、誰に、何を働きかけることが必要かも整理した。地域包括支援センター、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職（主に理学療法士）、生活支援コーディネーターといった対象別に、働きかけの内容、働きかけ方を、すでに行っているもの、これから取り組むべきものなどに分けて明確に示した。

例えば、地域包括支援センターに対しては、「地域の支援者にリエイブルメントの視点を定着させる」ために、「介護予防担当者会議・地域ケア会議で本人の『元の生活』とはどのようなものか、それを実現するための『本当の課題』は何かを話し合えるよう、事例提供シートを工夫し、ディスカッションをリードする」など、自分たちの働きかけの内容を目的に合わせて具体的に示した。これにより、高齢者ひとりひとりにとって本当に必要な支援が提供されるよう支援者の思考が変化することなどを想定している。働きかけがうまくいっているかどうかを検証するためのチェックリストも独自に作成した（図表 3-3）。

図表 3-3　「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」と「モニタリング」

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
包括	**支援が必要な高齢者を把握する** ▶サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付 ▶事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する ▶既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック） ☆既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（福祉の会・自主グループ等からの情報提供） **地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる** ➢介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする **高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、必要な支援に繋げる** ▶事業対象者・支援認定アセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する ▶新規認定者のＣＭのインテーク訪問に同行する ▶元の生活が聞き取れる支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める	➢ サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化する ➢ 地域ケア会議で、C型事業利用者の事例を地域支援者に共有し、C型事業の価値に気づいてもらう ➢ C型利用者の声など、「元の生活」を取り戻した事例を広報誌を通して共有できる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

☐ 支援が必要な高齢者が見つかった　☐ 会議で事例検討できた

☐ インテーク同行訪問できた　☐ 「元の生活」を聞けた

9

ケアマネジャーに対しても同様に、明確な目標を持ってどう働きかけるかを検討し、支援者の思考が変化すること、ケアマネジメントにおいて通所型サービス C が積極的に活用されるようになることなどを想定。これについては比較的早く成果が現れ、大井町のケアマネジメントは「目下の困りごとにサービスをあて、デイサービスに通い、維持できていれば OK」といった従来のかたちから「元の生活」や「望む暮らし」を聞き、「元の生活」を取り戻すためのマネジメントにシフトしてきている。

同時進行で「はつらつ倶楽部」の内容の改変も行っている。2022 年度は、事業の委託先を、もともと「フレイル予防型デイサービス」として、短期集中的な軽度者支援の取り組みを行っている地域密着型のデイサービス事業所に変更。本プログラムのメンターを務める理学療法士などの助言も参考にしながら、委託先事業所の理学療法士と意見交換を重ね、適宜修正をかけながら動かしている。理学療法士には、はつらつ倶楽部の運営の他、地域ケア会議での専門的助言や関連事業への協力なども働きかけている。

「はつらつ倶楽部」は現在、1 クール 11 回の教室型（毎週水曜日午後 2 時間）で年 3 クール実施。理学療法士を中心に看護師、介護職の他、管理栄養士、歯科衛生士も介入している。こうした専門職は、デイサービス事業所が手配してくれている。

1 クール目、2 クール目、3 クール目と、少しずつ内容が変化している。3 クール目の場合、参加者を 2 組に分けて、理学療法士による個別面談と、看護師をファシリテーターとしたサロン形式の振り返りや交流を実施。個別面談を待つメンバーは、その間に介護職のサポートを受けながら、自宅で行う運動の練習などを行う。これらに前後して、全体運動も実施。また、最初と最後にバイタルチェックを行い健康状態を管理している。送迎も含めて 4 時間をどう使うか、細かなタイムスケジュールを組んだ上で柔軟に運営している。図表 3-4 は、2022 年度第 3 クールのタイムスケジュールである。

図表 3-4 2022 年度第３クールのタイムスケジュール

時間	内容	必要職種	必要人数
12:30	送迎業務開始(セレナ)	PT	1
13:00	会場設営	看護師	1
	ご利用者様受入開始(順次バイタルチェック)	看護師	1
13:30	開始の挨拶・バイタルチェック	看護師・PT	2
13:40	準備運動・軽い筋トレ	PT	1
	個別対応・目標共有	全員	3
15:20	口腔体操	看護師	1
15:30	終了の挨拶	PT	1
15:30	送迎開始(一便)	PT	1
	送迎開始(二便)	PT	1
	撤収作業	看護師	1
16:30	送迎完了・撤収完了	PT・看護師	2

参加者の状態を把握したり、モチベーションを維持したりするためのツールも独自に作成している。元の生活を取り戻し、セルフマネジメント力を獲得することを助けるツールとしては、「はつらつノート」（図表 3-5）を活用している。ここには本人が立てた目標、目標達成のための取り組み、自宅で実践したことの記録や思いなどが書かれている。以前は配布資料を綴じこむだけだったが、自分が立てた目標を常に確認しながら、毎週の振り返りができるように、シートを綴じる順番にも配慮した。これを元に、理学療法士とマンツーマンで振り返りを行い、次の目標を決めるのである。参加者の反応は概ね良好で、特別な事情がない限り最後まで継続できている。

はつらつ倶楽部の実施に当たっては、委託する事業者にも恵まれた。はつらつ倶楽部の内容を検討する際、参考にしたひとつが八王子市の通所型サービス C であった。理学療法士との面談を通して本人に気づきを促しながらセルフマネジメント力の獲得を支援していく、いわば学習プログラムのようなやり方は、委託先理学療法士がこれまで経験したことのないアプローチであった。また、教室型での実施でトレーニングやサロン形式の活動を行いながら時間を決めて面談するので、限られた面談時間で効果的な関わりを求めることになる。委託先にとっては、無謀な要求ではないかと感じたこともあったが、はつらつ倶楽部が果たす役割を十分理解し、限られた状況の中でどのようにしたら参加者が元の生活を取り戻すことができるのか、参加者の反応を肌で感じている事業者自身が考え、より効果的な実施方法について町と相談しながら進めている。

図表 3-5　「はつらつノート」

はつらつ倶楽部

氏名

目標・取り組みの変更

3か月後に目指す姿（目標）

変更日：　　年　　月　　日

再びできるようになるために取り組むこと

①		④	
②		⑤	
③		⑥	

3か月後に目指す姿（目標）

変更日：　　年　　月　　日

再びできるようになるために取り組むこと

①		④	
②		⑤	
③		⑥	

はつらつ倶楽部参加して、
3か月後に目指す姿
を考えてみましょう★

最近、少し難しくなった、できなくなったこと

3か月後に目指す姿（目標）

再びできるようになるために取り組むこと

①		④	
②		⑤	
③		⑥	

楽しみにしている事・大切にしている事

今週の目標

日付	体温	取り組んだこと
3/2　(木)		
3/3　(金)		
3/4　(土)		
3/5　(日)		
3/6　(月)		
3/7　(火)		
3/8　(水)		

コメント

図表 3-6 「はつらつ倶楽部」の様子

手前から、理学療法士による個人面談、介護職のサポートを受けながらの運動。窓際で行われているサロン形式で振り返りは第３クールからスタートした。

さまざまな取り組みの結果、現在までに、通所型サービスを希望する要支援高齢者を、最初から従前相当サービスに繋ぐことはほぼなくなり、「はつらつ倶楽部」に紹介することが基本となっている。また、大井町では毎年５月頃、75～84 歳の住民約 1,700 人に基本チェックリストを送付しており、その中から事業対象者の候補者に対し看護師が訪問してはつらつ倶楽部に繋ぐことにも力を入れている。

生活支援コーディネーターも、通所型サービス C を有用な地域資源として活用すべく活動を始めている。大井町では本プログラムを通し、高齢者が自分らしい暮らしを続けていくためには生活支援コーディネーターの果たす役割が大きいことを改めて認識。地域ケア会議への出席、多職種との交流、はつらつ倶楽部参加者との交流を通じて生の声を聞くこと、地域に出て現状を把握することなどを促し、生活支援コーディネーターもこれに積極的に応えている。

通所型サービス C を核とした総合事業の見直しを進める中で、すでにアウトカムも出始めている。自由に歩けるようになることを目標としていた参加者が通所型サービス C 卒業を機にレンタルしていた手すりを返却したケース、高齢になってから大井町に転入し自宅にこもりがちだった人が通所型サービス C のサロン活動で活気を取り戻し仲間と旅行に出かけるようになったケースなどである。

次年度からのはつらつ倶楽部の改善点も具体的に２つ決まっている。１つは、クール制ではなく通年型にしていつでも開始できるようにし、よりタイムリーな支援ができるようにする。もう１つは、時間のかかる初回アセスメントを本人の自宅でじっくりできるよう、訪問型と連動した仕組みに変更する。

＜今後について＞

今後の課題は、改善可能性のある高齢者を見逃さないよう情報共有を進めること、自信を持って発信できるサービスのかたちを作り上げた上で通所型サービス C に取り組む事業所を増やしていくことなどである。ケアマネジャーなどに、「この人には『はつらつ倶楽部』がぴったり」と、思ってもらえるようなサービスにし

ていきたいという。一方で、「虚弱な高齢者はとりあえず介護保険を申請する」といった、一般市民のみならず医療関係者、介護関係者の間にもある間違った認識を正し、元の生活を取り戻せるという認識を浸透させていく必要性も感じており、広報誌や講座を通じての啓発も計画している。ここでは前述した好事例の共有も図っていく。

今後数年は現行の方法をモデル事業として運営し、アジャイル型の取り組みによって事業のブラッシュアップを重ねていく方針だ。

＜プログラムに参加した感想＞

プログラムに参加して良かったこととしては、経験豊富なメンター陣のアドバイスを受けながらとことん考え、ハイレベルな課題にも必死に取り組むことで課題が明確になり、その解決に向けて大きく前進できたことを挙げる。また、チーム参加が原則のため、専門職、事務職、福祉課、地域包括支援センターなど、普段じっくり話し合う機会の少ないメンバーが、目標を共有しながら協力できたことも大きかったとのことだ。

人材育成プログラムと本プログラムに連続して参加したことについては「復習しながら新しい発見もできた。１年目のベースがあったから、今年度の取り組みがより充実した」と、時間と労力をかけただけの価値が十分あったと評価している。

■大井町の取り組みで参考にしたいこと

・精緻な取り組みの設計
・今見える課題をすべて挙げ切っている
・ひとつひとつの課題について自らじっくり調べ、考え、分析結果を導き出している
・行政としての業務フローに照らし合わせて改善点を洗い出している
・誰かに何かをしてもらうのではなく、行政にできることを考えている
・事業の成果を冷静にモニタリングし、改善すべき点を改善している

（取材・文　廣石裕子）

第４章　総括

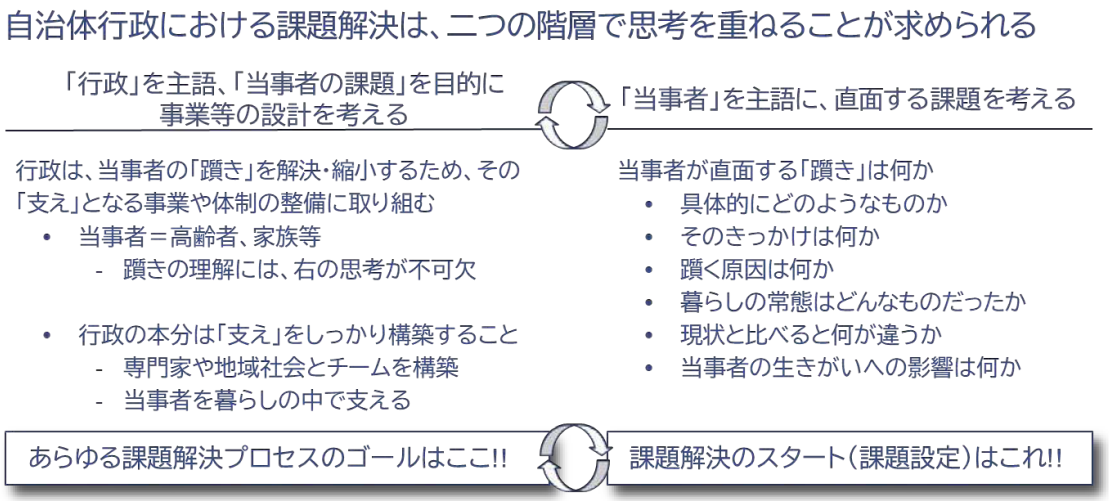
1.　アジャイル型地域包括ケア政策形成に関する考察

1.1　当事者起点への転換

参加当初、多くの市町村は「総合事業の多様なサービスの活用が広がらない」「通いの場の参加者が減少している」「協議体を開催しているが成果が感じられない」等、目の前の事業がうまく進まないことを課題として捉えていた。国が市町村の事業を評価するとすれば、市町村は、国が拡充してきた道具（事業）を（国に評価されるよう）いかに使うかという姿勢になりかねない。地域の実情に応じて本人の望む暮らしを可能な限り続けられる地域を創るという地域包括ケアシステムを実現するためには、まず、高齢者ひとりひとりの暮らしを知り、暮らしを支えるために道具をどう使うのか、という当事者起点に転換する必要がある。

そこで本プログラムでは、まずプログラム序盤に当事者（高齢者・家族）が暮らしの中でどのようなつまずきを抱えているかを把握するため、地域に出向き、当事者や関係者の話を聴くよう促した。その後、集めてきた情報を元にチームで話し合いを重ね、「なぜそれが生じるのか」「何を解決しないといけないのか」を考えるようガイドを行った。このようなアプローチを徹底することで、行政が事業設計を検討する際、まず当事者（高齢者・家族）を主語として「つまずき」を考え、次に、行政を主語として社会に介入し働きかけを行う必要がある「課題」を捉えるという、二つの階層で思考を重ねる課題解決の思考法を組織に浸透させることを狙った（図表 4-1）。

図表 4-1 課題解決の思考法



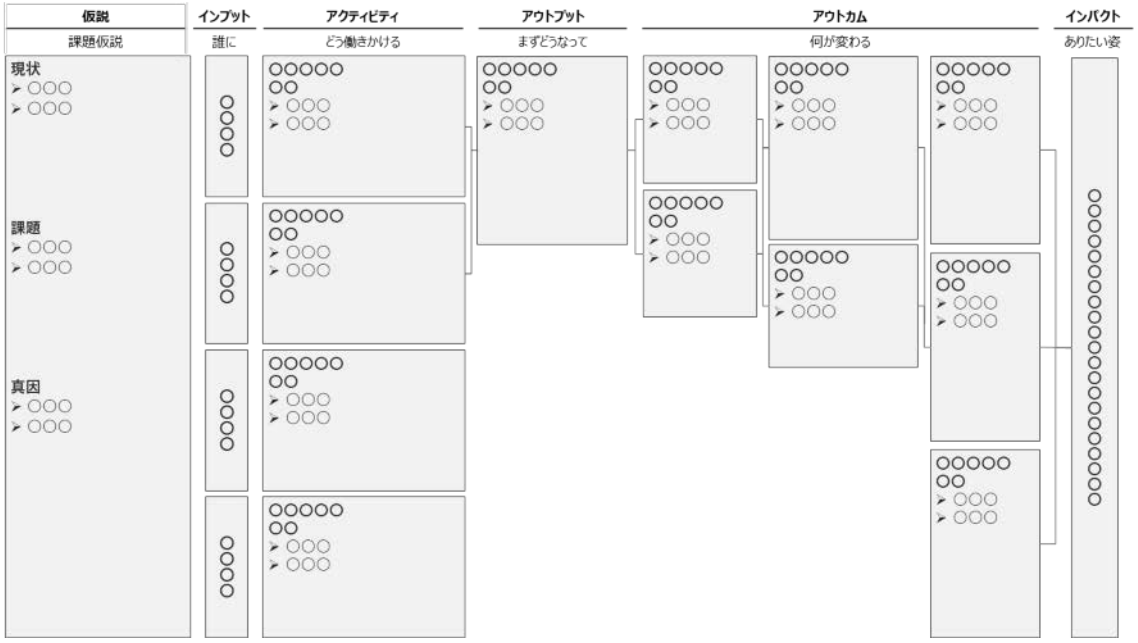
1.2 コミュニケーションツールとしてのロジックモデル活用

今回、参加市町村の多様な関係者による課題検討や、組織として意思決定を促す手法としてロジックモデルを取り入れた。本プログラムで採用したロジックモデル（図表 4-2）の最大の特徴は、インプットが主体別に分かれていることであり、地域包括ケアシステム構築に向け、わがまちの「ありたい姿」を達成するため、誰がどのような動きをしてほしいのか、関係者を見定めて働きかけ行うイメージが持てるようにした。

参加市町村が、自らの意思で各主体に対する働きかけ（アクティビティ）を書き込んでいき、働きかけた相手にどのような望ましい変化が起きることを狙うのか（初期アウトカム）、それにより当事者（高齢者・家族）の望ましくない現状を引き起こしている要因（真因）が取り除かれ、本当に当事者の課題が解決されるのか、ロジックモデルを見ながら考え、参加メンバーで何度も話し合いを行うようガイドした。これらを通じて、参加市町村が組織として進むべき方向性を定め、多様な関係者と目指す姿を合わせていくことを狙った。

このように本プログラムでは、ロジックモデルを単に行政職員が作成する計画としてではなく、組織内及び地域包括支援センターや地域の介護事業所、医療機関や自治会等、地域包括ケアシステムの構築に向けて共に取り組んでいく多様な関係者の視点や意見を取り入れ、目指す姿までの道筋を共有していくためのコミュニケーションツールとして活用することを重視した。

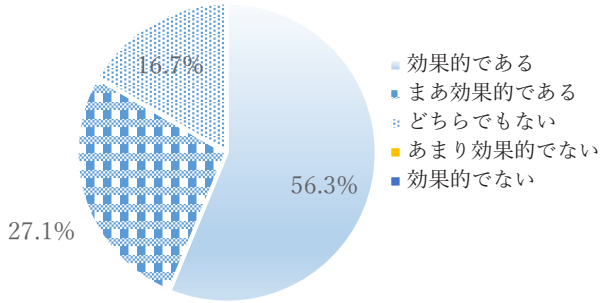
図表 4-2 ロジックモデルの様式



結果として、わがまちの課題や自分たちが進むべき方向を考えたり、チームで話し合っていく上でロジックモデルを作成することは「効果的である」「まあ効果的である」と 83%の参加者が回答した。一方でロジックモデルを用いた政策形成については難易度が高く、フォローアップを重ねることでようやく理解できた参加者も多かった（図表 4-3）。しかしながら、93%以上の参加者が本プログラムで作成したロジックモデル

が、今後自分たちの事業を考えたり組織内外で進むべき方向性を共有したりする上で役に立つと答えており（図表 4-4）、地域包括ケア政策形成支援において有効な手法であったと考えられる。

図表 4-3 ロジックモデル作成の効果



【ロジックモデルの作成において、難しかった点、苦労した点、分かりにくかった点（抜粋）】

・テーマの絞り込み、短期目標の設定の他、行政以外がどうすればどうなるのかを整理した上で言語化していくこと

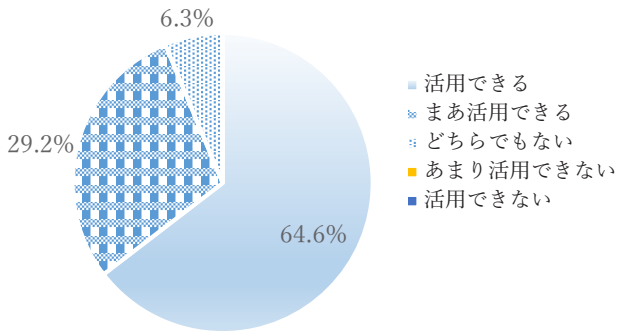
・細分化して自分たちが目指すありたい姿に向けアクションや働きかける人など組み立て行くこと

・ロジックモデルを作成することで課題が整理されて向かうべき方向を関係者で共有できるようにまとめられるといいのですが、作ることに精一杯でマスを埋めるような作業になってしまった

・自分達が抱いている言葉にならないものを言語化することの難しさ、一人一人想いや書き振りは違うので対話してすり合わせていくことで明確になったり余計混乱したりと難しい作業でしたが話し合うためのツールとしてとても有効だと感じた

・アウトプットとアクティビティをどう書けばいいのか迷い、何度も話し合って課題と真因を導き出す作業は色々考えるいい時間であり苦しい時間でもあった

図表 4-4 ロジックモデルの活用性



1.3 次なる改善を行うための「動的」な評価

行政機関の計画に対する一般的な考え方として、計画を策定するための意思決定に相当な手間がかかっており、また、それが予算の根拠ともなっているため、策定した計画は不変なものであって想定外のことが起きても担当者レベルで気軽に変えていくものではなく、計画通りに実行するものとしているように思われる。しかし、地域包括ケアシステムの構築とは、多様な専門職や地域関係者が連携して進めていかなければならないものであり、行政が何らかの事業や働きかけを行っても、思惑通りの望ましい変化が起きるわけではない。そのように考えると、一度定めた計画をベストなものだと信じて進んでいくこれまでの政策形成のやり方では地域包括ケアシステムの構築は困難であり、むしろ計画は適宜柔軟に見直していくべきもので、予算の根拠というよりはアウトカムを実現するための作戦の体系と位置付けるべきである。

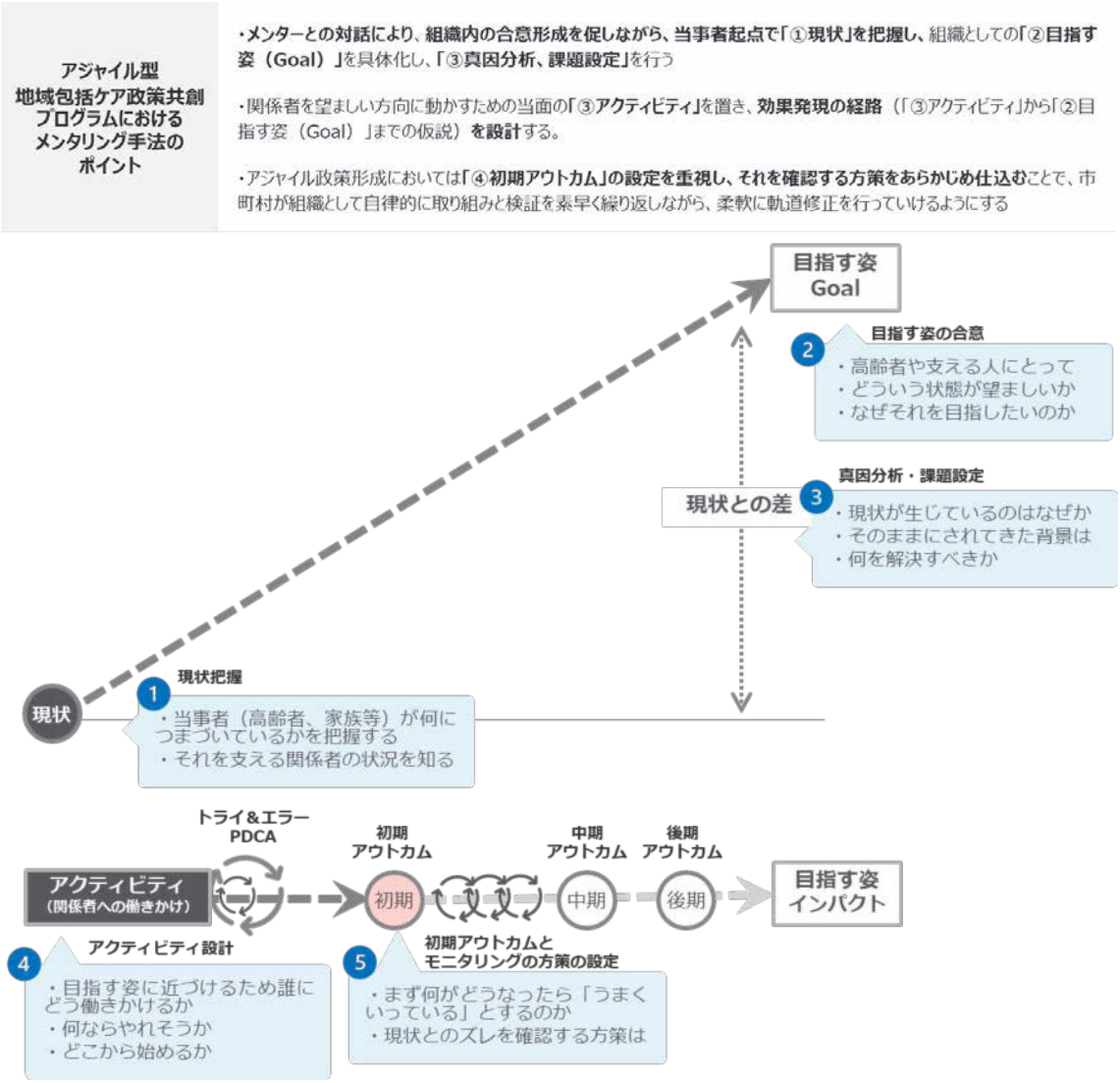
図表 4-5 アジャイル型地域包括ケア政策形成の必要性

現状背景	・地域包括ケアシステムの構築のためには、地域の多様な専門職や地域の関係者との連携が求められるが、必ずしも行政の望むとおりに進むとは限らない ・社会の変化や関係者の入れ替わりにより、これまでうまくいっていた事業でも、停滞することがある ・行政担当者には人事異動があり、担当事業の目的や取組背景ではなく、事業のみが引き継がれることが多いため、地域の課題とズレた事業が固定化してしまう	今後	設定した課題を関係機関や専門職などと共有し、進むべき方向について合意形成を行うとともに、社会の変化に対応するため、**取り組みと検証を素早く繰り返し**ながら、**柔軟に軌道修正を行い目指すゴールに近づけていく**、アジャイル型政策形成の技法を基礎自治体組織に根付かせる必要がある
	自治体における従来の考え方		アジャイル型地域包括ケア政策形成
計画の位置づけ	予算、保険料の根拠　事業の体系		高齢者にとっての望ましい状態（ありたい姿）を実現するための関係者への働きかけの体系
目標の置き方	「健康寿命延伸」「住み慣れた地域で人生の最期まで」といった壮大で遠すぎる目標		何がどう変われば行政や多様な関係者がうまくいったという達成感を感じられるか、身近な成果
評価の考え方	決めたとおりに実行したかどうかを判定（静的）		次なる改善点をみつけるためのモニタリング（動的）
評価指標の考え方	数字でとれるもの、測れるもの 数字の大小で評価		必ずしも数字である必要はない 関係者との対話やケース分析など、担当者として確信を持って望ましい方向に進んでいることを実感できるかどうかが大切
評価の頻度 計画変更	１年に１回又は３年に１回評価 原則計画期間は不変		短いサイクルで適宜検証、効果が発現していなければ適宜柔軟に見直す（PDCAを高速回転）

本プログラムにおいては、ロジックモデルを活用し、「ありたい姿」を達成するための課題の論理構造（課題・真因・打ち手）を整理した上でアクティビティを設定し、働きかけた相手と当事者の望ましい変化（アウトカム）を実現するための経路を描けるよう支援を行った。その際、アウトプットや初期アウトカムの設定に重点を置き、当該アウトカムを確認するためのモニタリングの視点や方策をあらかじめ設計することで、できるだけ多くの頻度、短い間隔で評価と修正を行い、アクティビティを試行錯誤していくという、アジャイル型政策形成の考え方を参加市町村の組織内に浸透させることを狙った。ここで重要なのは、「評価」が、いわゆる「評定」のような「静的」なものではなく、次なる改善を行うための仕組み又は仕掛けであり、「動

的」なものであるという点である。これにより、本プログラム終了後も、設計した取り組みを進めながら、参加市町村が自律的に効果の把握検証とアクティビティの試行錯誤を短いサイクルで回すようになり、組織としてアジャイル的に政策形成していくことが可能になるのではないかと考えた。

図表 4-6　アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムにおけるメンタリング手法



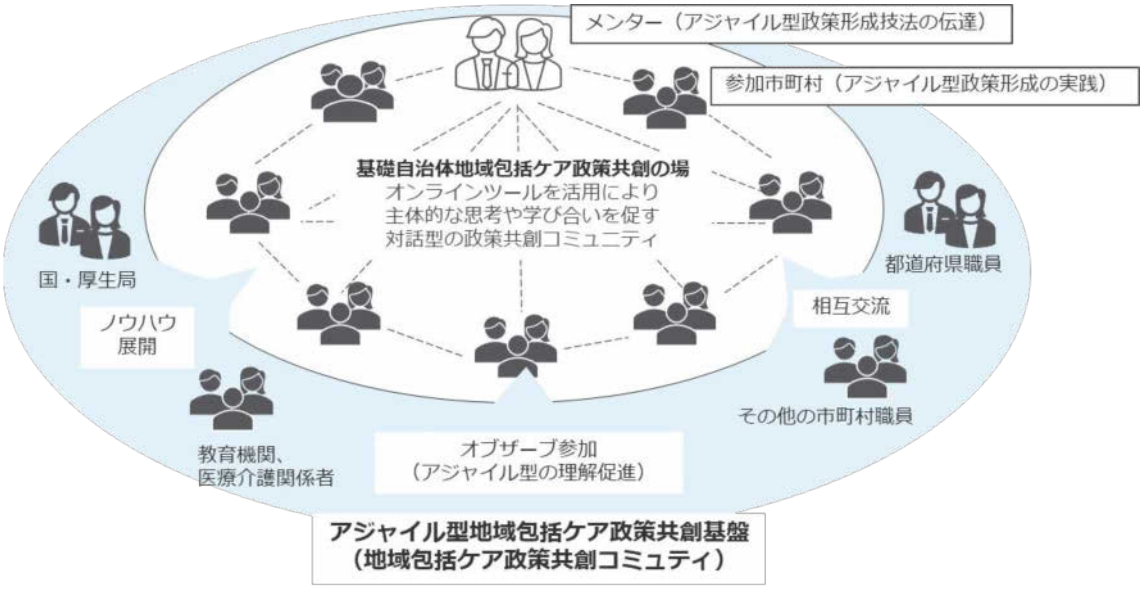
2.　今後に向けて

本事業では、全国の地域包括ケアシステムの構築ノウハウを集積し、継続的な支援や技術移転を担う中央推進基盤の開発と他の市町村を牽引できるようなリーディング自治体の輩出を目的とし、アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムを実施した。この成果を踏まえ、地域包括ケアを推進する観点から本事業の総括と今後に向けた提言を述べる。

本事業で実証した中央推進基盤は、参加した市町村が地域の実情に応じて地域包括ケアシステムを構築していくために必要な基礎的な政策形成技術を実践の中で学び体得していくうえで効果的であり、かつ、全国の地域包括ケアの構築に向けて、再現可能なノウハウを継続的に収集、蓄積していく場として有効であることが示唆された。また、本事業をオブザーブした市町村や都道府県、地方厚生局、あるいは、あらゆる地域包括ケアの実践者・支援者にとっては、参加する市町村の地域課題設定や政策立案プロセスのあり方に対する理解を深めることができ、幅広い技術移転の場となる可能性が明らかになった。また、政策推進における障壁や可能性を発掘する場となり、市町村や都道府県への新たな支援策を検討する機会にもなり得ることが見えてきた。

図表 4-7　アジャイル型地域包括ケア政策共創基盤の整備

地域包括ケア政策共創基盤構築のポイント	➢ 事業への助言ではなく、論理的思考とコーチング技術を持ったメンターの「問いかけ」を基本とする対話型のアプローチ ➢ 自律的に取り組みと検証を素早く繰り返しながら、柔軟に軌道修正を行っていける力を自治体組織内外へ浸透させるためコミュニティツールとしてロジックモデルを活用 ➢ オンライン会議やチャットツールを活用し、参加の地理的時間的ハードルを克服 ➢ 参加自治体のネットワークを継続的に形成し、自治体相互の学び合いや取組意欲を促進 ➢ オブザーブ参加を可能とし、全国で地域包括ケア政策を担う個人、組織のコミュニティを形成



なお、一定程度標準化された仕組みやマニュアル、モデル的な取組をわがまちの課題解決に適切に用いることができるのであれば、たしかに課題解決の早道になり得る。しかし、そうした取組を真似ることが先行してしまうと、手段の目的化を招くとともに、市町村職員の異動により事業のみが引き継がれ、わがまちの住民・地域の課題とずれた取組が固定化してしまう恐れがある。本プログラムを通して明らかになったのは、地域包括ケア政策において、アジャイル政策形成技術を基礎自治体組織に浸透させることの有効性と、そうした高度な政策立案を指導できる伴走者の重要性である。地域包括ケアシステムの構築にお

いては、多様な関係者に対する働きかけが必要不可欠であり、望ましい行動へと促すことは決して簡単なことではない。だからこそ、思惑どおりに進まないことを前提として、不断に取り組みを修正していかなければならない。そのため、全国の地域包括ケアシステム構築に向けて保険者が地域デザイン機能を発揮できるよう、アジャイル型政策形成に関する技法を伝達する場が必要であり、かつ組織の能力維持向上のため、それが継続的に提供されることが重要と考えられる。

しかし、アジャイル型地域包括ケア政策形成の取組は、緒に就いたばかりであり、政策形成の技法の伝達の仕組みは未だ確立していない。また、今回のプログラムにおいては、アジャイル政策形成を指導できるメンターが半年間「壁打ち役」となって丁寧に伴走することで、各自治体の取組が単なる「事業」ではなく、地域の実情に応じた「政策」に昇華したことを考えると、こうした政策立案の技法を習得できる環境がない状況下で市町村の担当者が単独で地域包括ケアシステムの構築に取り組むことの限界を示唆している。

本プログラムは、中央推進基盤たり得るよう、全回をオンラインでのプログラム実施としたが、現地支援と遜色のない政策立案支援ができただけでなく、地理的なハードルを克服し、参加市町村の複数の関係者がチームとして参加することにより、関係者の合意形成や意思決定がスムーズになり実効性が向上した。また、オンライン会議やチャットツール、録画コンテンツにより、参加市町村のみならず、オブザーブした市町村、都道府県、地方厚生局にとっても高度な政策立案を習得できるコミュニティが形成された。

これら本事業の成果を踏まえ、上述した全国の関係者が集う地域包括ケアの高度な政策立案の場（政策形成コミュニティ）に発展させていくことが必要ではないか。

今後に向けて、この政策形成コミュニティのイメージの一例を示し、本報告書のまとめとする。

【運営組織】
・全国を視野にいれた非営利団体と地方厚生局が協力
【人材確保】
・メンターと同様の力量、ノウハウを持つ人を養成する必要（自治体ＯＢなど）
・本プログラム参加市町村の職員の参画に加えて、地方厚生局の力量の向上も
【自治体支援の形態】
・中央推進基盤を運営しつつ、地方厚生局と協力してブロックごとの活動も
・総務省などの地方職員研修機関でのコース設定も有効
・研修後のネットワークづくりとそれを通じた情報交換等も必要

以上

参考資料

参考資料１：参加市町村募集チラシ

参考資料２：参加市町村成果報告資料

参考資料３：成果報告会パンフレット

参考資料４：ロジックモデル様式

参考資料1

Aging in Place

わがまちの地域包括ケアシステム・地域共生社会をともに創る

アジャイル型 地域包括ケア 政策共創プログラム 2022

参加市区町村募集

SUPPORTED BY

主催者　藤田医科大学 FUJITA HEALTH UNIVERSITY　一般財団法人 医療経済研究・社会保障福祉協会 医療経済研究機構 Institute for Health Economics and Policy

実施協力　厚生労働省老健局　愛知県豊明市

※本プログラムは、厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究」の一環として実施しています。

アジャイル型※ 地域包括ケア 政策共創プログラムは
高齢者の暮らしを支える人と地域の可能性を最大化していくため
豊富な支援実績を持つメンター陣のハンズオン支援により
激しい環境変化や複雑化する地域課題に**迅速かつ柔軟に向き合える基礎自治体の基盤づくりを目指す、地域包括ケア・地域共生社会を実現する推進エンジン**です

※アジャイル型とは、システム開発において、初めから厳密に仕様を決めず、短いサイクルで実装と検証、改善を繰り返しながら開発を進めていく手法。内閣官房行政改革推進本部等による政策形成での応用では、スピーディーに政策サイクルを回し、モニタリング・効果検証をしながら、柔軟に政策の見直し・改善を行っていくことと定義されている。

高齢介護、地域包括ケアを担当する全国の基礎自治体職員へ―

地域包括ケアシステムを構築する目標年度の2025年まで、残り3年余りとなりました。
長く続いたコロナ禍は、地域の高齢者の心身や暮らし、さらには地域社会に深刻な影響を与えており、基礎自治体、地域包括支援センターを始め、地域のさまざまな医療介護関係者の皆さんは、大変難しい状況下で業務を遂行していることと思います。
先を見通しにくい状況にあっては、昨年度まで正しかった事業や取組が、今年度も正しいとは限りません。常に社会の状況は変化するものであることを前提に、基礎自治体や共に取り組む多様な関係者には、今考える最善の方策で果敢にチャレンジしつつも、状況を見ながら機動的かつ柔軟に方策を修正し、取り組んでいく認識と姿勢が求められています。
地域包括ケアシステムに、全国一律の「答え」はありません。介護保険等の制度に命を吹き込み、日本の高齢者の暮らしを支えていく生きた政策として国民に届けることができるのは、地域づくりを主導する基礎自治体のみなさんです。
このアジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムで、全国の仲間とともに新たな一歩を踏み出しましょう。

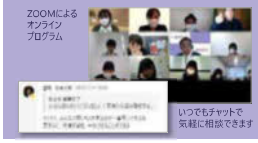
アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 顧問
日本社会事業大学専門職大学院 客員教授・元厚生労働省 事務次官
蒲原基道

1．プログラムが提供する価値

アジャイル型政策形成を体得する

このプログラムは、参加自治体が実施している、ないしは実施しようとしている事業について、実績ある専門家が寄り添いながら、5か月間という短期間でトライ＆エラーを繰り返すことで、政策を継続的に改善していく「アジャイル（素早い）」型政策形成を体得できるプログラムです。

ZOOMによるオンラインプログラム



いつでもチャットで気軽に相談できます

豊富な支援実績に裏打ちされたノウハウ

実施主体及びメンターは、国や県の医療・介護、地域包括ケアに関する政策立案、課題解決、基礎自治体における現場支援に関して豊富な実績を有しています。
本プログラムは、過去3年間累計53自治体を支援してきたノウハウをもとに設計しており、質の高い知見を提供します。

講義／ディスカッション

見学／体験

講義、ディスカッションを通した現場実践のフィードバック

一流 professional　知見 Knowledge　能力 capacity　仲間 network

参加組織・チームの能力を最大化

現場実践とメンターからのフィードバックにより、1か月単位で気づきが得られることで、臨機応変に取り組みを修正でき、参加メンバーを中心として、所属長も含めた組織、チームの能力が着実に高まります。
高齢者の暮らしを支える地域づくりに普遍的なノウハウが身に付き、地域包括ケアのあらゆる分野の事業に応用できます。

現場実践（フィールドワーク）

関係者との対話、情報収集など

全国で奮闘する同志の集まる場

チャットツールやオンライン会議ツールを活用した懇親会により、全国から参加する市町村同士が学び合い、相談しあえる関係づくりができるよう事務局がサポートします。参加者、メンターとの距離が縮まり、自然と意欲が高まります。

地域内外に支え合う仲間・戦友ができました！

2．プログラムの特徴

プログラムの主なメニュー

インプット講義
課題を見極めるための地域分析の方法や、地域の関係者に働きかけていく際に必要不可欠な知識、ノウハウを提供します。

実践・体験
各回の終了後～次回までの約1か月間、チームで通常事業における実践、振り返り検討等を行います。

進捗報告・情報共有
実践を通じて感じた手ごたえ、うまくいかなかったこと、それを踏まえてこれから実施したいことなどを報告します。

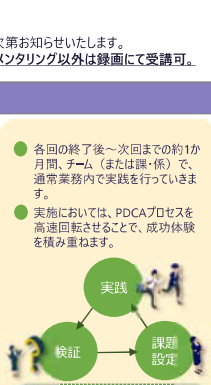
メンタリング（面談）
メンターが各自治体の取組に応じたフィードバックを行います。各回のほか、オンラインチャットによりいつでも相談可能です。

3．スケジュール

各回は原則として終日（9：30-17:30）2日間を予定しております。日程・時間は決定次第お知らせいたします。
プログラムは全てオンライン（zoom）で開催します。業務の都合で参加できない日程はメンタリング以外は録画にて受講可。

日程※	プログラム内容
2022年 8月17日(水) PM	**オリエンテーション** 講義　・介護保険制度の理念と基礎自治体の役割
・9月20日(火) ・9月21日(水)	**第１回　基礎自治体の役割価値と可能性** 講義　・基礎自治体職員の役割と価値 ・課題解決の方法、解決プロセスの思考方法 メンタリング　・わがまちの現状の共有
・10月18日(火) ・10月19日(水)	所属組織ヒアリング **第２回　高齢者の暮らしと地域課題** 講義　・課題解決ストーリーの立て方 実践・体験　・高齢者ひとりの暮らしから考える～模擬地域ケア会議～ メンタリング　・わがまちが取り組むべき本当の課題とは
11月中旬	個別メンタリング **第３回　仲間をつくり、関係者を動かす** 講義　・進捗にあわせた講義 実践・体験　・多主体協働の地域づくり～現場実践者とのトークセッション メンタリング　・課題解決ストーリーの組立て「誰にどう働きかけをし、どんな望ましい変化が起こるのか、作戦を考える」
12月中旬	個別メンタリング **第４回　実践と成功の手ごたえをつかむ** 講義　・進捗にあわせた講義 メンタリング　・望ましい変化を確認する仕組み「関係者が確かに望ましい方向に進んでいることを確認するには」
2023年 2月中旬	個別メンタリング **第５回　最終報告　実践検証とこれから** 進捗報告　・これまでの実践プロセスの整理、報告 メンタリング　・次年度に向けての動きを考える

- 各回の終了後～次回までの約1か月間、チーム（または課・係）で、通常業務内で実践を行っていきます。
- 実施においては、PDCAプロセスを高速回転させることで、成功体験を積み重ねます。



例えば、過去の受講者はこんなことを実践しています！
- ✓ 包括へ相談内容のヒアリング
- ✓ 生活支援コーディネーターと眠っている地域資源の情報交換
- ✓ 地域ケア会議のケースの振り返り
- ✓ 認定申請理由や相談内容を整理等

参加自治体に合わせて柔軟にプログラムを用意します！
- 現地支援
- メンターや参加市町村との懇親会
- テーマに応じた特別講義
- 個別フォロー　等々

4．プログラム アドバイザー陣

ADVISOR　顧問・監修

蒲原　基道　日本社会事業大学専門職大学院 客員教授
元厚生労働省 事務次官

昭和57年に厚生省に入省し、大臣官房政策課企画官、大臣官房長、老健局長、事務次官等を歴任。老健局長のときには、平成29年介護保険法改正を行い、地域包括ケアシステムの強化や地域共生社会の実現に尽力。退官後、日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科客員教授、社会福祉法人友愛十字会理事長等に就任。地域共生社会や介護保険、障害福祉政策をテーマに各地で講演を行っている。

MENTOR　メンター

インプット講義やプログラムにおけるメンタリングにおいて、課題の特定や見極め、実践報告へのフィードバックを担当し、参加自治体の取組を全面的にサポートします。

亀井 善太郎
PHP総研主席研究員 兼 立教大学院特任教授

日本興業銀行、ポストン・コンサルティング・グループ、衆議院議員等を経て現職。公共政策全般、政策立案・評価等を専門とし、国・地方の行政及び政治に対し、幅広い分野の政策立案・評価、執行実務をサポート。最近では、政府に設置されたアジャイル型政策形成・評価検討WGのメンバーとして、現代社会のふさわしい政策決定の精度向上の検討を進めている。内閣官房行政改革推進本部参考人（政策立案・評価、EBPM推進）、総務省行政評価局アドバイザー、文部科学省EBPMアドバイザー、行政改革推進会議年次公開検証評価者等も務める。

岩名 礼介
三菱UFJリサーチ＆コンサルティング主席研究員 兼 中央大学大学院客員教授

地域共生社会及び、地域包括ケアシステムを中心とした高齢者介護関連の制度・サービス開発等の調査とコンサルティングを中心に活動。近年は、中央官庁の調査研究事業だけでなく、都道府県による市町村への地域包括ケアシステムの構築支援に従事。「地域包括ケア研究会」事務局統括。広島県と共同開発した「在宅介護実態調査」を国に提案、採用される。現在７県で市町村支援事業に従事し、わかりにくい行政用語満載の制度や事業をかみ砕き、「腹落ち」する解説に執念を燃やす。

三原　岳
ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター
主任研究員

時事通信社記者として、社会保障政策や地方税財政などの政策形成過程を取材。東京財団研究員を経て、2017年10月から現職。関心事は医療・介護政策。著書・論文などに「地域医療は再生するか」（医薬経済社、2020年11月）、「医薬経済」に「現場が望む社会保障制度」を連載中（2015年6月～）、「介護報酬複雑化の過程と問題点」「社会政策」（2015年、共著）など。講演、雑誌寄稿多数。

高橋　拓朗
NTTデータ経営研究所地域未来デザインユニット
マネージャー

自治体職員、システムインテグレーターを経て現職。人口減少社会において持続的な地域経営モデルを確立することをライフワークとし、行政の効率化、地域産業の高度化、テクノロジーを活用した生活の質の向上に取り組む。デジタル戦略立案及び実効、業務効率化を得意とし、中央省庁や地方公共団体の数多くの案件に従事してきた。

都築　晃
藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター
博士（医学）　理学療法士　介護支援専門員

1998年より藤田保健衛生大学病院勤務、法人内異動にて回復期病棟、専門学校教員、同大学保健衛生学部リハビリテーション学科講師(現職)。2013年より地域包括ケア中核センター兼務。愛知県介護予防に関する市町村支援事業アドバイザー、公益社団法人愛知県理学療法士会副代表理事、厚生労働省介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究他多数歴任。

池田　寛
藤田医科大学地域包括ケア中核センター課長
社会福祉士　介護支援専門員

一般病院や老人保健施設のソーシャルワーカーを経て現職。居宅介護支援事業所や大学病院の連携室に籍を置きつつ、豊明東郷区療介護サポートセンターかけはし(在宅医療・介護連携推進事業)の主担当を務める。地域の専門職への支援を通して、医療と介護、行政と専門職の「かけはし」になることを目指す。

服部 真治
医療経済研究機構 政策推進部副部長（企画推進担当）兼 研究部主席研究員

東京都八王子市介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐、厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐等を経て現職。放送大学客員教授、さわやか福祉財団エグゼクティブアドバイザー等も務める。著書（共著）に、「私たちが描く新地域支援事業の姿　地域で助け合いを広める鍵と方策」（中央法規）、「地域で取り組む高齢者のフレイル予防」（中央法規）など。

松本 小牧
豊明市市民生活部 市民協働課 課長
医療経済研究機構 客員研究員

入庁以来、住民自治の地域づくりや地域課題解決に向けた住民、企業等との協働事業の経験を多く積む。2009年より9年間介護保険業務全般を担当し、地域包括ケア構築を牽引。民間企業等と数多くのシニア向けサービス、MaaSを事業化する等、高齢者の潜在的ニーズの発掘やビジネスモデルの構想支援を得意とする。2021年４月より現職。世代や分野を超えた地域共生社会実現に向け奮闘中。

５．募集要項

募集自治体

組織として、高齢者の暮らしをより良くしたいという志を持ち、地域包括ケアシステム、地域共生社会の実現に向けて取り組もうとする市区町村

参加要件

本プログラムは、現在、取り組んでいる（取り組む予定の）事業について、その目的を問い直し、達成のための道筋を立て、現場の実践の中で起こる問題を迅速に振り返り、柔軟に改善を行っていくアジャイル型のプログラムです。プログラム期間中、当該事業に関係する庁内・庁外のメンバーが実践とフィードバックを繰り返すことにより、参加メンバーや組織間のコミュニケーションを高め、チーム力を向上させながら、地域関係者への働きかけを行い、課題解決の糸口を見つけていくこと、さらに、その実践を第9期計画へ反映させていくことを期待しています。そのため、以下のような組織的な参画を求めます。

①第9期介護保険事業計画に向けて、組織として地域包括ケアシステム構築のための実践的で有効な取り組みを実践していく意思があること

第9期計画に向けて、今年度検討・着手する予定の事業についてアドバイスを受けながら進めたい、これまで実施してきたが効果が感じられず事業を見直したいが、どこから手を付けたらよいか分からない等、主参加者の属する組織（課）としての問題意識や取組への意向を持って参加ください。

対象とするテーマは、高齢者福祉、介護保険給付、地域支援事業、保健事業、地域づくり等、高齢者の暮らしを支える政策全般です。

②２名以上のチームを編成して参加すること

メンバーの所属（庁内・庁外）や役職・職種は問いません。

チーム構成例）
- 高齢福祉・介護保険関係課の複数の担当者（介護保険計画担当、地域支援事業担当、地域包括支援センター担当、給付・認定担当、老人福祉担当等）
- 高齢福祉・介護保険関係課＋企画・市民協働部門、まちづくり関係課など
- 高齢福祉・介護保険関係課＋生活支援コーディネーター、社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員など
- 課内の課長補佐・係長級＋担当者、一般行政職＋専門職

③市区町村職員がチームの代表者となること

チームメンバーに、社会福祉協議会、委託先の地域包括支援センター、介護事業所等の地域の医療福祉介護関係者を加えることは望ましく、推奨していますが、必ず市区町村職員を代表者としてください。

④プログラム全課程に参加すること

代表者を中心とし、参加メンバーは原則としてリアルタイムで参加してください。急な業務の都合等で、出席できない参加メンバーについては、後日配信する録画を視聴し、全課程に参加してください。

なお、令和元年度～３年度に実施した「介護予防・日常生活支援総合事業等の推進に向けた効果的な研修プログラムの開発に関する調査研究事業」等に参加実績のある市町村は、一部のプログラムが重なるため、個別に協議して参加する課程を調整するとともに、現地支援等、より深いハンズオン支援を実施します。

エントリー方法

申込方法	エントリーシート（Excelファイル）に必要事項を記入の上、件名を「プログラム参加申込み【市区町村名】」として、事務局アドレス（下記参照）までメール添付にてお送りください。
申込先	医療経済研究機構　アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム事務局 agile@ihep.jp
申込期限	２０２２年７月２９日（金）正午必着
募集市区町村数	１２市区町村程度（予定）
選考について	応募者多数の場合は、エントリーシートの内容を考慮して、参加市区町村を決定させていただきます。結果連絡は8月上旬を予定しております。

オープンセミナー＆公募説明会
地域包括ケア・地域共生社会実現に向け市町村が果たすべき役割とは？

今、高齢者の暮らしを支えるために市町村に何が求められているのか、また、地域包括ケアシステム構築における全国の市町村が実施する事業が抱える課題について討論します。

日時　令和4年7月7日（木）13:30-17:00

会場　Zoom ウェビナー（オンライン）

内容

第1部　○公開講座「地域包括ケア・地域共生社会は何を目指すのか」
岩名 礼介　三菱UFJリサーチ＆コンサルティング 主席研究員
○パネルディスカッション
登壇者　蒲原 基道　日本社会事業大学専門職大学院　客員教授
服部 真治　医療経済研究機構　政策推進部副部長・研究部主席研究員
岩名 礼介　三菱UFJリサーチ＆コンサルティング 主席研究員
モデレーター　松本 小牧　豊明市市民生活部 市民協働課 課長

第2部　○行政説明　菊池 一　厚生労働省老健局総務課 課長補佐
○事業概要説明　過去参加自治体インタビュー　都築 晃　藤田医科大学 講師

※ 上記セミナーは終了しておりますが、セミナーの様子は、以下のURLよりご覧いただけます。

（第1部）https://youtu.be/90G_PeNnjB8

（第2部）https://youtu.be/gXitB5r5YJA

本プログラムは、2019～2021年度に実施した「実践型地域づくり人材育成プログラム」のノウハウを継承しています。

本事業の様子は、下記「藤田医科大学地域包括ケア人材教育支援センター」ホームページにてご覧いただけます。

http://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/index.html

《2021年度プログラム参加市区町からのメッセージ》

神奈川県大井町　嶋村由香さん　大野祐子さん（2021年度参加）

担当事業の先行きに悩み行き詰っていた時に、このプログラムに参加しました。「大井町さんは高齢者にどうなって欲しいの？」との講師からの問いかけに、"事業をどうすればよいのかばかり考えていたこと"に気が付き、誰のために仕事をしているのかという原点に立ち返ることができました。プログラム中に意見交換を繰り返していく中で、一緒に考え相談できる関係性ができたことも大きな強みとなり、現在も支援を受けながら事業の立て直しに取り組んでいます。

長野県須坂市　窪田俊之さん　佐藤諒一さん（2021年度参加）

このプログラムに参加する以前は、自分が担当している事業をどうしたらいいのか考えていましたが、そもそも市の課題は何か、その課題を解決するためにはどの関係者と連携する必要があるのかなど、広い視点で考えられるようになりました。また、プログラムで学んだことや調べたことを庁内の関係者に説明し、市の目指す姿に向けて係を超えて一緒に取り組めるようになってきています。

《お問い合わせ（事務局）》
医療経済研究機構　アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム事務局
（担当：柳、澤田、加藤）　Email: agile@ihep.jp　Tel:0120-568-535

参考資料2

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

「小さなつまずき」を早期に発見し「自分らしい生活」を諦めない横手市へ

2023年2月8日
秋田県横手市
小川大志、高橋いずみ

チームメンバー情報

分類	所属	役職・職種	氏名
チームメンバー	横手市役所　高齢ふれあい課	高齢福祉係　主任	高橋　いずみ
	横手市役所　高齢ふれあい課	介護保険係 副主査	小川　大志
	横手市社会福祉協議会	第１層SC	川越　晃彦
	横手市社会福祉協議会	第２層エリアマネージャー	大嶋　洋康
	横手市役所　地域包括支援センター	東部支援係 保健師副主幹	佐藤　学
	横手市役所　地域包括支援センター	東部支援係主査	上田　広子
その他参加者	横手市役所　高齢ふれあい課	課長	阿部　淳子

1 秋田県横手市の概要

人　　口　　84,932人（R4.7月末）
高齢化率　　39.69%
面　　積　　692.80㎢
　　東西45.4㎞　南北35.2㎞
特　　徴　平成17年に８市町村と合併
　　人口減少が課題、県内有数の豪雪地帯

合併前の旧市町村８カ所を「地域」と呼び、８カ所を東・西・南の３圏域に分けて、包括機能やSC機能を置いています！

主に地域包括ケアシステムを担う関係機関
・市（高齢ふれあい課　高齢福祉係、介護保険係　）
・市直営包括支援センター（東西南部、在宅介護医療連携）
・SC、エリアマネージャー（社会福祉協議会へ委託）

2 参加当初私たちが掲げていた目標

①より効果的な地域の課題とサービスのマッチングを図るために、市・SC・協議体・包括の業務の進め方を検討したい！

②地域の支え合いを活かしつつ、ニーズを拾える公的支援も整備し、細やかな支援を誰もが受けられ、馴染みある地でいつまでも自分らしく生活することができる。

２層協議体（会議体）活動だけで地域課題の解決にはならない！

事業だけを何とかしたいと思っていないか？本当に必要な支援は何？

市民がどんな暮らしをしているか考えている？見ようとしている？

市民アンケートやデータだけでニーズだと思っていないか？

社協ＳＣで独自に把握したニーズ「同行支援」を必要としているかどうかを調べに現場へ

3 調査したこと

①現場へ行って見聞きしたこと

地域名	地域情報	特色	気付き
A地区 （助けあいがうまくいってると思われる地域）	３層レベル　人口約2,000人 国道沿い、横手市のはずれに位置 地域の支え合いが元々強く、今も昔からの繋がりを活かした取組を行っている。	サロン活動や健康の駅、移動販売等が通る地域。 隣近所のお茶飲み習慣が盛んであり、情報が集まってくる。 地域内で自主的に第３層協議体を結成し、認知症カフェや世代間交流等様々な活動が行われている。	**この地域独自の活動を横展開すればいいわけではない。** 買い物や日常のちょっとしたお手伝いも呼びかけや自主的な見守りによって活きている地域だった。 **他に困りごとが発生している地域は無いかな？**
B地域 （地区によって助けあいの濃淡に差がある地域）	２層レベル　人口約3,000人 山間部で２層圏域。横手市の約３割の面積を持つ。３層圏域が１３区あり、うち４カ所は共助組織を持つ。地域の支え合いの強さはまちまち。	山間部で、介護や予防のヘルパーが対応できない地域がある。 平成３０年度で終わった市の事業がとても良かったのに…との声。 住民同士繋がりが強い地域ではあるが、隣家との距離が遠く、高齢化により老人クラブやサロンを維持できず、交流機会がほとんどなくなった地区もある。	フォーマルサービスが届いていないという課題はありつつも、無いなりに地域や家族の支援を活用して生活していた。 **「高齢化」「隣家との物理的距離が遠い」は、今後横手市内どこでも起こり得る問題**であり、ここだけの問題では無い。
C地区 （地域の繋がりが薄い地域）	３層～４層（町内会）レベル　人口約130人 街部、中学校の近く、国道沿いと資源はあるが地域の支え合いは薄め。「集いの場を創りたいけど…」と、まだ設立に至っていない。包括がかなり相談ケースを抱えているらしい。	包括が困難ケースとして民生委員や警察から相談をもらうことが多い。 以前まで行われていた活動が減り（コロナや高齢化）、集う場がなくなった。 近隣の中学校や空き家等を会場としたサロン開催を検討したが、実現に至っていない。	**似たような課題からより早く手を打ちたいところとは？** 民家は密集しているしフォーマルサービスはあるけれど、過去に孤独死事案や徘徊事案が上がっていることから、**A地区、B地域のような地域コミュニティ（＝共助）があれば防ぐための手立てになるのではないか？** **と、この時は思っていました！**

かつて地域活動として花植え等が行われていたが、
高齢化やコロナ禍によって急速に活動が無くなってしまった…

行わなくなってしまった活動を元に戻すことこそ
今後の共助の強化につながる＝徘徊や孤独死を防ぐだろうと仮定し
コミュニティの再建を進めていこう！と一度考えましたが…

実際に行政が介入しなくても、地域コミュニティは生まれていくもの

本質は地域コミュニティ自体の推進、普及ではなく
私達が行政として放っておけない事を捉えるべきなのでは？
普段見えないところにいる、助けたい人、困り事に目を向けることが
行政の役割なのでは？

気付くチーム内。そこで！

実際に地域で何に困っているのか？を捉えられていなかったと気付き、
一旦C地域の予防ケアプランやケアマネからの聞き取りを行い
現状がどういったものかを確かめてみることにしました。

併せて、C地域独自の活動がどのような役割を持っていて
センサーがどのように働いているのか？を考えてみました。

②Ｃ地区から見えたこと

Ｃ地区の住民で主に介護予防事業や総合事業を利用するに至った理由

- **心身の気力低下**
  配偶者の死亡等による気力の低下
- **身体機能の低下**
  足腰の痛みから起こる、弱りはじめ

しかし

その後、回復しているかというと？

- **サービス以外の時間は家で１人何もせず過ごしている**
  週１回のデイサービスだけで他は何もしていない
- **「外出して歩行を促しましょう！」と言われても…**
  自分自身では行動を起こせていない

せっかく支援に繋がっているのに
回復が見込めない状態

新規重度認定率は、**心疾患**や**脳疾患**による要介護認定が多かった！

軽度認定や総合事業の利用目的は**「比較的小さな暮らしの変化」**から繋がっている。

①なぜ、支援に繋がっているのに回復の傾向が見られないのか？
②こういった現状をどうして見逃してしまったのか？

③現状とこれまでやってきたことの振り返り

①なぜ、支援に繋がっているのに回復の傾向が見られないのか？

- 体力低下や健康管理に対する正しい知識を住民が持っていないこと
  ⇒高齢者、家族、地域への働きかけはどうだったか？
- 本人の元の生活まで思いを巡らせたケアプランを実施できていなかったこと
  ⇒包括支援センター、委託ケアマネの動きはどうだったか？
- 地域で「見守り」の機能を果たせているかと思いきや、支援に繋がるものにはなっていなかったこと
  ⇒市やＳＣ、地域で「見守り」だと思っていたけど…どんな働きかけができたか？

②こういった現状をどうして見逃してしまったのか？

- 市、包括のマンパワー不足により、確認する体制が万全ではなかったこと
  ※市サイドで総合事業の指針の元に始めた「通所型サービスB」や「配食サービス事業（地域支援事業）」分のケアマネジメントも一気に増え、人員の中で行うにはギリギリになった現状も…
- 認定率やサービス利用率等だけに囚われ、**事業のアウトカム（＝成果がどうか？）を把握していなかったこと**

4 課題と打ち手

◆現状

暮らしの小さなつまずきが起こっても、元の暮らしに戻ることが難しい状態になるまで発見されていない人がいること

◆課題

- 心身や身体からの影響で目的を持った外出機会が減少している
- 薬の服用や健康管理に対する正しい知識が得られていない
- 体力低下等に伴う運動機能について維持・向上できることが理解されていない
- 本人、家族、地域で気付いた変化を相談できる体制が構築できていない

◆真因

①高齢者への支援が「元の生活」に基づいた実践できるプランになっていない

- 高齢者の「元の生活」「実践できそうなこと」まで思いを至らせられていない。
- 予防や総合事業のケアプランが多く、モニタリングを行うには人員が不足している。
- 成果指標が曖昧なまま、成果に対しての検証も行えていなかった。

②地域の「見守り」活動が相談先へ伝える機能を果たせていなかった

- 高齢者本人、家族、地域が「弱りかけても元の生活に戻ることができる」可能性を知らない。
- 町内会自治会単位の「見守り活動」が、地域の変化に気付いても、伝える先が無いため機能を果たせていなかった。

真因を探るほど見えてくる「成果指標の設定と成果検証」の必要性
保険者として「方針を示す」ためには、今行っている事業がどのような成果を生んでいるのかを把握しなければならない！

次項に示す「実行プラン」は、保険者が現状の把握と事業の効果検証をしたうえで関係機関へ「保険者としての方針」と「その具体策」を伝えることを前提としたもの

5 打ち手

◆アクティビティの具体策

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①地域ケア会議の開催	➢ 高齢者の支援に関わる専門職が様々な専門性からの支援の可能性を学ぶ ➢ 支援の成功事例から、「元の生活を取り戻す」視点を定着させる	※地域ケア会議推進事業
②高齢者の目指す姿を関係者と共有する	➢ 高齢者に対する支援の理念「元の生活を取り戻す」の目的を共有 ➢ 包括のブランチとしての地域別相談窓口の依頼、地域資源の周知、事業の説明	
③市窓口の対応フローの見直し	➢ 「高齢者の困り事はすぐサービス」にしない視点の定着 ➢ 地域資源や介護保険以外の事業等の知識の蓄積、フィードバック力の向上	
④「元の生活に戻る」可能性があることの啓発	➢ 弱りかけても、元の生活に戻れることを訪問や出前講座、広報的手段での周知	※介護予防普及啓発事業
⑤地域へ見守りに加えて「相談」する機能を持たせる	➢ 集いの場や地域独自の取組にある「見守り（変化に気付く機能）」に加えて、「相談」する機能を持たせることの必要性を周知	※生活支援体制整備事業
⑥地域に出向いての情報収集や資源の蓄積	➢ 集いの場の現状 ➢ 地域の困りごと、資源の展開 ➢ 資源や困りごとの情報蓄積 ➢ 地域ケア会議の参加	※生活支援体制整備事業

◆想定する効果

アクティビティ	役割に対し想定する望ましい効果	高齢者への効果
①地域ケア会議の開催	➢ 様々な視点（専門性）からの支援があることの気付き、学びの機会 ➢ 元の生活を取り戻す視点での相互情報共有ができる	➢ 高齢者自身や家族が多様な支援から選択し実践できる。 ➢ より高齢者の生活に合った支援が展開される
②高齢者の目指す姿を関係者と共有する	➢ 高齢者の実態把握 ➢ 相談機能や支援策の検討、共有	➢ 小さな状態の高齢者の困りごとを相談窓口として早期に発見・支援に繋がる
③庁内職員で行う「高齢者生活支援相談」研修会	➢ 高齢者の困り事や相談に対し、サービスありきでない考え方を持つ ➢ 相談記録の蓄積、そこから支援につながった事例の共有	➢ 小さな状態の高齢者の困りごとを相談窓口として早期に発見・支援に繋がる
④「元の生活に戻る」可能性があることの啓発	➢ 支援者と共に自分の元の生活に合わせたサービス等を選択することができる	➢ 必要なサービスを選択しながら、元の生活を取り戻し始める
⑤地域へ見守りに加えて「相談」する機能を持たせる	➢ 地域の変化や困り事を市や包括へ相談できるようになる	➢ 小さな状態の高齢者の困りごとを相談窓口として早期に発見・支援に繋がる
⑥地域に出向いての情報収集や資源の蓄積	➢ 参加する専門職との連携が生まれる ➢ 情報共有から新しい資源の創出や、既存の資源とのマッチング	➢ 高齢者自身や家族が多様な支援から選択し実践できる。 ➢ より高齢者の生活に合った支援が展開される

5 アジャイル政策形成の仕掛け

課題整理を行うとともに課題分析を行い、アセスメント、プランニング、実行、モニタリング、評価を繰り返し行う。

・行政、地域包括支援センターとで毎月個別ケースの振り返りや委託事業所が直面している現場で困り事などを知る

・地域ケア会議からの個別ケースの現状把握

・民生員、福祉協力員等、地域住民からの相談件数の確認

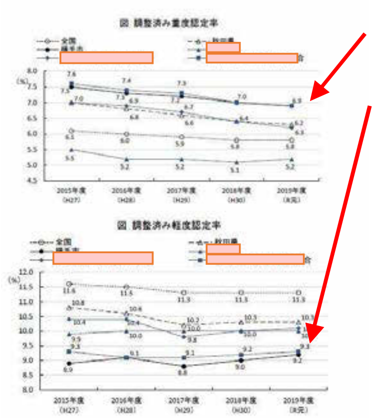
・認定件数や利用サービス利用実績状況の推移の確認

横手市の特色は**保険者と包括支援センターが同じ職員、隣のセクション**であること。
お互いに**どんな事業がどのような効果を生んでいるか、**
どのように市民生活へ影響しているかを今一度考えながら相互に考えていく体制を今後も磨き続けていきたいと思います。

「小さなつまずき」を早期に発見し、元の生活に戻ることを諦めない仕組みづくり

仮説 課題仮説	インプット 誰に	アクティビティ どう働きかける	アウトプット まずどうなって	アウトカム 何が変わる			インパクト ありたい姿
現状 **暮らしのつまずきが起こっても、元の暮らしに戻ることが難しい状態になるまで発見されていない。** ➢ 心身の気力低下や身体の痛みや機能低下により、外出機会は減りさらに弱る負のスパイラルに陥る。 ➢ 地域で近隣の変化に気付く力はあるが、相談や支援に繋がらない。 **課題** ➢ 心身や身体からの影響で目的を持った外出機会が減少している ➢ 薬の服用や健康管理に対する正しい知識が得られていない ➢ 体力低下等に伴う運動機能について維持・向上できることが理解されていない ➢ 本人、家族、地域で気付いた変化を相談できる体制が構築できていない **真因** **①高齢者への支援が「元の生活」に基づいた実践できるプランになっていない** ➢ 高齢者の「元の生活」「実践できそうなこと」まで思いを至らせられていない。 ➢ 予防や総合事業のケアプランが多く、モニタリングを行うには人員が不足している。 **②地域で行ってきた「見守り」活動は相談につながる機能を果たしていなかった。** ➢ 見守り活動によって気付いた地域の変化を伝える先の機能が無かった。	高ふれ（市）	**高齢者の目指す姿を関係者と共有する** ➢ 高齢者に対する支援の理念「元の生活を取り戻す」の指針を見直し、関係者（在宅介護支援センター、主任ケアマネ）と共有 ➢ 地域資源の情報共有を行い、相談窓口としての強化を図る **市窓口の対応フローの見直し** ➢ 相談に来た高齢者のサービスの必要性等について対応フローの見直し ➢ 地域資源や介護保険以外の事業等の知識の向上	**高齢者の相談時** ➢ 適宜適切に介入できる **窓口対応フローの実施** ➢ 窓口対応時に活用できる	**専門的支援が行われる** ➢ 関係者との指針の共有の元、支援が行われる **窓口対応フローの実施** ➢ 電話や窓口相談において、高齢者個人の元の暮らしに重点をおいて耳を傾ける	**専門的支援が定着する** **相談対応力の向上、相談記録の蓄積** ➢ 相談記録の蓄積、そこから支援につながった事例の共有	**「元の生活」に近づけるアセスメントにより、高齢者の重度化を防ぐ適切な支援がなされる** **高齢者相談窓口としての機能強化へ**	小さなつまずきを早期に発見し、大きなつまずきになる前に元の生活を取り戻すことができる
	包括・ケアマネ	**地域ケア会議の開催** ➢ 「元の生活に戻る」高齢者支援の指針を主任ケアマネへ共有する ➢ 高齢者の支援に関わる専門職が参加し、様々な専門性からの支援の可能性を学ぶ	**地域ケア会議の実施** ➢ 困難型、地域支援型それぞれのケア会議の実施 ➢ 参加によって成功事例を積み上げ、定着	**様々な視点（専門性）からの支援をケアプランに反映させる**	**参加する専門職との連携が生まれる** **元の生活を取り戻すことができる事例の共有ができる** **情報共有から新しい資源の創出や、既存の資源とのマッチング**	**他の事業やサービスへの連動により、効果的な支援ができる** **「元の生活」に近づけるアセスメントにより、高齢者の重度化を防ぐ適切な支援がなされる**	
	社協SC	**地域に出向き高齢者の現状把握や資源の拡充、情報蓄積** ➢ 地域、集いの場の現状把握 ➢ 資源の展開、見直し ➢ 地域ケア会議の参加 ➢ 関係者への地域資源の共有	**それぞれ現状把握** ➢ 集いの場の現状把握 ➢ 地域の困りごとや情報の蓄積	**現状把握し、市や包括へ共有**			
	本人・家族	**元の生活に戻れる可能性があることの啓発** ➢ 弱りかけても、元の生活に戻れることを訪問や出前講座、広報的手段での周知	**元の生活に戻ることができる可能性があることを知る**	**元の生活に戻ることができる可能性があることを知る**	**支援者と共に自分の元の生活に合わせたサービス等を選択することができる**	**必要なサービスを選択しながら、元の生活を取り戻し始める**	
	地域住民	**地域の変化や困り事を相談することの必要性を周知** ➢ 集いの場や地域独自の取組にある「見守り（変化に気付く機能）」に加えて、「相談」する機能を持たせることの必要性を周知	**地域の変化や困り事を相談することの必要性を知る** ➢ 既存の集いの場や取組の場等を活用し周知	**地域住民に住む高齢者の生活の困り事や変化に関心を持つようになる** ➢ 専門職に伝える ➢ 専門職に情報提供できる	**地域独自の見守り機能が生まれる** ➢ 住民が主体的に通いの場の必要性を知り、実施	**地域独自の見守り機能が生まれる**	

参考資料（薪と合わせて確認したデータ）



重度認定率が全国平均、近隣保険者より**高い**

対して**軽度認定率**は全国平均、近隣保険者より**低い**

新規認定率も重度認定率が高く、軽度認定率が低い

つまり

➢ 大きな疾患（心疾患、脳梗塞や脳卒中等）を発症することで介護保険サービスを利用する傾向がある

➢ 小さなことで要支援認定や総合事業を利用し、重度化を防ぐことを目的として活用している人は少ない傾向に見える

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

やりたいことを諦めてほしくない
～少しつまずいても元の暮らしを続けられる街へ～

八街市イメージキャラクター ピーちゃん ナッちゃん

2023年2月８日
八街市
加藤 明子

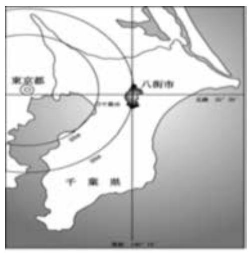
❑ チームメンバー情報

所属	役職・職種	氏名
高齢者福祉課	課長	岩間 友紀子
高齢者福祉課（地域包括支援センター）	副主幹（主任介護支援専門員）	加藤 明子
高齢者福祉課（地域包括支援センター）	主査（保健師）	小川 由有子
高齢者福祉課（地域包括支援センター）	主任主事（社会福祉士）	小泉 翔
高齢者福祉課（地域包括支援センター）	生活支援コーディネーター	中村 琴美
南部地域包括支援センター	社会福祉士	藤崎 信康
南部地域包括支援センター	保健師	圷 いずみ

❑ 八街市の概要

ピーちゃん ナッちゃん

１．人口　　　　６７，４５３人
　　６５歳以上人口　　２１，７５６人
　　高齢化率　　　３２．２５％
　　前期高齢者　　１１，６６１人
　　後期高齢者　　１０，０９５人
２．日常生活圏域　　４圏域
３．地域包括支援センター　直営１ 委託１
４．生活支援コーディネーター（SC）
　　直営包括　１層１人　２層３人
　　委託包括　　２層２人
※直営包括２層のSC１人は専従
その他は全員包括との兼務
（令和４年１１月末）



八街市は、千葉県北部の中央にあたり東京駅までは特急電車で約１時間、成田国際空港までは車で約３０分の距離です。

市の面積の半数以上が畑や田なので野菜の生産が盛んで、スイカ、さといも、にんじん、しょうが等の生産量は県内でトップクラスです。名産の落花生は、日本一の生産量と味を誇っています。

「食のちばの逸品を発掘2018」で金賞

「八街産落花生」は商標登録された地域ブランド

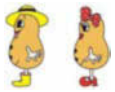
❑ 当初の問題意識と本PGに参加した動機

年度	内容
平成２８年	➢ 総合事業開始 ➢ 従前相当の訪問サービスと通所サービスを予防給付から移行
～令和２年	➢ 多様な主体によるサービスがない状況であったが、何とかなっていた ➢ 後期高齢者人口の増加、認定者の増加、訪問介護事業所数や介護支援専門員数の低迷 ➡ このままで大丈夫かとの不安、危機感
令和３年	➢ 千葉県主催の「地域包括ケアシステムの構築に係るアドバイザー派遣に参加。 ➢ 医療経済研究機構の服部先生のアドバイスを受け、通所型短期集中サービス事業の立ち上げに取り組んだ ➢ 短期集中サービスの他にも地域ケア会議も開催しなければ、生活体制整備も推進しなければ ➡ でもどうしたらどの事業も推進できるのかとの焦り
令和４年	医療経済研究機構の服部先生から本PGへの参加を勧められ参加

❑ 平成28年4月から総合事業開始

まずはどうしたか？

➢ 要支援認定者を不安にさせない
➢ サービス事業所の混乱を招かない



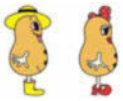
予防給付から従前相当サービスへ移行

➢ サービス事業所の減少はあるが、何とか利用できている
➢ 近隣市の実施状況をうかがいつつ・・・
➢ 従前型訪問・通所サービスのみでよいのでは・・・

❑ 日々の疑問

これでいいのだろうか？

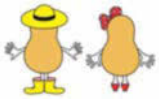
➢ 入浴できない	介護保険サービスの利用
➢ 買い物に行けない	要介護要支援認定申請
➢ 掃除ができない	通所介護の利用
➢ 入院をしたら	訪問介護の利用



❑ 主な事業の状況

➢ 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターを地域包括支援センター職員が兼任しているため、資源の把握までにとどまっている



➢ 地域ケア会議

・個別の課題解決のための実施のみ
・件数が少なく、地域課題の抽出に至らず
・自立支援型地域ケア会議の方法を模索

❑ 令和３年度千葉県主催の「地域包括ケアシステムの構築に係るアドバイザー派遣」に参加

【参加の理由】

➢ どの事業も拡大、充実しなければならない。どこから何をすれば良いのか？
➢ 総合事業開始時とサービス利用者数を比較すると、要支援１は1.8倍、要支援２は1.6倍に増加している
➢ 地域支援事業交付金の上限以上は個別協議をした上で交付されているが、今後交付されなくなるのでは？
➢ 今後の制度改正への不安（対象者の拡大）

【参加した結果】

医療経済研究機構の服部先生による講義やアドバイスを受け、とにかくやってみようと通所型サービスCモデル事業を実施することを決める

❑ 通所型サービスCモデル事業の準備を始めてみたものの・・・

不安

➢ 上手くモデル事業が始められるのか
➢ リハ職の12回（約３か月）の面接で元の生活にもどれるのか？
➢ リハ職の現在の力量でできるものか？
➢ 地域ケア会議と連動して実施するにはどうしたらよいのか？

焦り

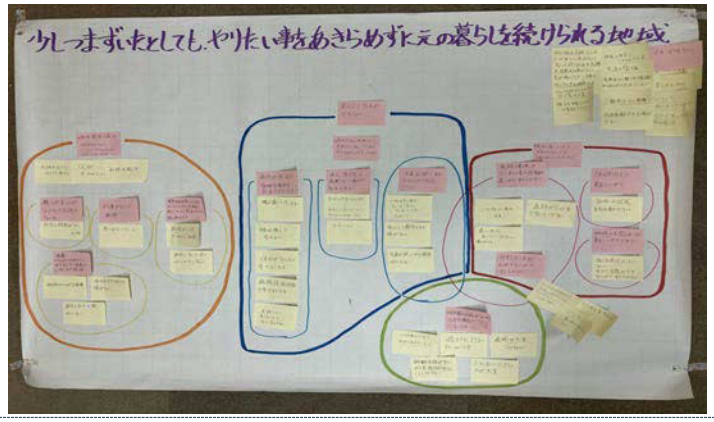
「事業がうまくできるか」で頭がいっぱい

アドバイザーである医療経済研究機構の服部先生から本プログラムの話を聞き参加

❑ そもそも誰にとっての課題か？

- 事業が上手く展開できるか複数の事業を連動するにはどうしたらよいかと事業の事ばかり考えていた
- 講義の中で解決する「課題」とは、誰にとっての課題なのかを問われ、「高齢者」にとっての課題であることに気づいた
- 課題を解決するのに、未来を創っていくイメージである「ありたい姿」を考えること。「ありたい姿」と現状の差が課題であることを学んだ
- 「ありたい姿」を考えるには、現在の高齢者の暮らしを知ることから始まるため、高齢者から話を聞くなど情報収から始めた

❑ まずは高齢者の暮らしを知るため情報を集めた



❑ まずは高齢者の暮らしを知るため情報を集めた

1：自信を喪失するとやりたいことを諦めてしまう。

- 病気をすると、その姿を見られたくないと思い、家族がいたとしても孤独に感じている。
- 自分の役割がなくなり、頼られることがなくなって社会から切り離されたような孤独を感じる。
- 引っ越しや友人の死など、悩みを打ち明けたり、励まし合ったりする人や場所がなくなり孤独を感じる。

2：安心して外出ができない。

- 腰が痛い、膝が痛い、体力の低下、廃用性症候群などにより、外出ができなくなる。
- 外出時の転倒などを家族が心配して外に出るなと言う。
- 家族に心配をかけたくないから、本人が遠慮をして外に出ようとしなくなる。
- 歩道がない、あっても狭いから危なくて外出できない。散歩ができない。

3：身体の衰えにより、自分でできることが少なくなってしまう。

- 重いゴミを持って捨てにいけない。
- ゴミの分別ができない。
- 体調が悪く、朝は動けないから、捨てに行けない。
- 掃除当番ができないから、ゴミ捨て場を使えない。
- ゴミ捨て場が遠いから、持って行けない。
- 道路がでこぼこで歩いて捨てに行けない。

4：移動手段がないから一人で外出する機会が少なくなる。

- バスの運行が廃止になったので、街中に出られない。
- 移動手段がないから、遊びにいけない。
- 1人で通院が大変。人に会いに行くのが大変。
- 買い物に行くのが大変。

❑ 八街市の現状と課題とありたい姿

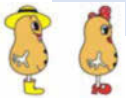
現状	何かのきっかけで、やれていた事ができなくなり、諦めてしまうことで、身体的、精神的に低下し、活動範囲が狭まっている。
課題	➢ 病気や身体の衰えからくる活動機会の減少 ➢ やることができなくなって感じる喪失感や病気になることで生まれる劣等感からやりたい事を諦めてしまっている ➢ 本人、家族の過剰な心配による行動範囲の制限 ➢ 住んでいる所で左右される移動にかかる費用が、高齢者にとって負担に感じる ➢ 歩道がない、あっても狭いために安心して歩くことができない
ありたい姿	➢ 少しつまずいたとしても、やりたい事を諦めずに元の暮らしを続けられる地域

❑ これまでの取り組み

- 総合事業のサービスは、従前相当の訪問サービスと通所型サービスのみ
- 地域ケア会議は個別の課題解決に取組み、年に１，2回程の開催
- 地域包括では相談があると、認定申請を勧めることがほとんど
- 地域包括やケアマネは要支援の高齢者に対して、元の生活に戻すよりも、目の前の困り事を解決することにとらわれ、本人の思いの聴取や生活の課題を考えてのアセスメントができていなかった
- 地域包括やケアマネは、困り事に対し、安易にフォーマルサービスにつなげてしまっていた
- 要支援２の認定者の中には、認知症や未期がん、進行性の疾患の高齢者が含まれていた

❑ これから誰に働きかけるか

- ➢本人
- ➢家族
- ➢地域
- ➢生活支援コーディネーター
- ➢リハビリテーション専門職
- ➢地域包括支援センター職員、ケアマネ
- ➢認定申請窓口



ピーちゃん ナッちゃん

❑ 誰に、どんな働きかけをするか

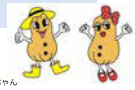
誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
本人 家族 地域	➢ 相談をする場として、地域包括支援センターをの周知する	➢ 疼痛や病気があってもうまく付き合っていく方法があることを本人、家族が知ることができる ➢ 心配や不安を訴えることができる ➢ 専門職が支援してくれることを知る
地域	➢ 八街市の高齢者の現状や、つまずいても元の生活に戻れる事について周知する ➢ 介護予防の考え方を周知する人材を育成する ➢ 専門職が地域に出向き、地域特性を伝える等専門職との交流を図る	➢ 高齢者の特性や可能性を知ることで、過剰な心配や不安が解消できる ➢ 元の生活に戻れる事を理解できる ➢ 自分でやれる事があることに気付く ➢ 交流の機会が増える ➢ 住んでいる地域がどう変わっていくかを考えるようになる ➢ 近所での支えあいの必要性について考えるようになる ➢ 地域の人や、専門職等と顔見知りの関係になる

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
生活支援コーディネーター	➢ 地域に出向いていき、すてきな生活をしている高齢者とたくさん出会い、話を聞くき、なぜそうなるのかを考える ➢ 多職種と一緒に行動をして高齢者の生活を知る	➢ 地域の人や、専門職等と顔見知りの関係になる ➢ ＳＣ同士の情報共有ができる ➢ 生活上の困りごとに目を向けて考えるようになる ➢ 高齢者等の困り事の情報が蓄積する
リハビリテーション専門職	➢ 要支援者は、以前と比べて状態が少し悪化しても、適切な支援により元の生活に戻すことが可能であるという市の考えを共有する ➢ 少しつまずいた高齢者をもとに戻す取り組みをする ➢ 令和４年度は通所型サービスをモデル事業として実施 ➢ 地域ケア会議に参加する ➢ 面接技術の向上を目的とした研修をに参加する	➢ 生活上の困りごとに目を向けて考えられるようになる ➢ 参加者がお互いに人柄を知ることができる ➢ 日常生活の課題を解決できる ➢ 成功体験事例を蓄積する ➢ 自ら或いはリハ職と一緒に改善策を見つけられるよう面接で話を引き出すことができる

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
包括職員 ケアマネ	➢ 要支援者は、以前と比べて状態が少し悪化しても、適切な支援により元の生活に戻すことが可能であるという市の考えを共有する ➢ 専門職が参加し自立支援に向けた話し合いをする地域ケア会議を月1回開催する ➢ 自宅訪問をして話を聞くことで、もともとの生活状況を把握する ➢ 担当する高齢者が通所型サービスCモデル事業を利用する	➢ 自分なりの自立支援に向けたケアプランを作成・実践し、成功体験を積む事ができる ➢ 面接の中で本人の強みとなるものを見つけ共有することができる ➢ 適切な支援により、高齢者を元の生活に戻すことが可能であることを理解できる ➢ 通所型サービスCモデル事業へつなげる件数が増加する
認定申請窓口	➢ 認定申請への流れの他に基本チェックリストから総合事業を利用する流れをつくる ➢ 審査会での要支援２への振り分けを意識して実施する	➢ 認定申請者が減少し事業対象者が増加する ➢ 要支援２の認定者の中で、認知症自立度Ⅱａ以上の者の減少し、より多く、自立支援のケアマネジメントに取り組むことができる

❑ 高齢者の課題はどう解決するのか

- 本人は、活動を継続することで成功体験を重ね、自信を持って、やりたいことが続けられる
- 家族や地域は、本人の良き理解者になれる
- 地域や専門職等がつながり、高齢者にとって住みやすい環境が広がる
- 専門職同士のネットワークが広がり、専門的支援の基盤ができる
- リハビリテーション専門職や包括職員等は、元の生活に戻すための取り組みができる



ピーちゃん ナッちゃん

少しつまずいたとしても、やりたい事を諦めずに元の暮らしを続けられる地域となる

❑ 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源
本人・家族 ✓ 相談をする場として、地域包括支援センターの周知	周知内容 ✓ 設置場所、担当地区、連絡手段 ✓ 専門職（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）が相談にのること ✓ **通所型サービスC事業への参加で、セルフマネジメント方法を学び、元の生活に戻れる事を周知（成功例を伝える）** 周知方法等 ✓ 老人福祉センター、図書館、公民館等の公共施設にリーフレット等を置く ✓ 広報やちまたに年２回（６月２月）に掲載 ✓ **ホームページ、公式LINE、Twitterに年２回（６月２月）掲載** ✓ **出前講座の際に、地域包括支援センターが総合相談窓口であることを周知** ✓ センター名と連絡先が記載されているプレートをマグネットで車に貼る ✓ 地域包括支援センターの紹介チラシを訪問時に配る ✓ こんな状態になったら相談してほしい内容を記載したチラシを配布する	一般介護予防事業
地域 ✓ 八街市の高齢者の現状や、つまずいても元の生活に戻れることについて周知をする。	✓ **出前講座を活用し、市の情報を伝える** ✓ 介護予防教室を地域のコミュニティセンターで実施 ✓ 出張介護予防教室の開催（高齢者団体に月２回介護予防リーダーを派遣し、介護予防の考え方や実践方法を伝える）	一般介護予防事業
✓ 介護予防の考え方を周知する人材を育成する	✓ 介護予防リーダーを年１回養成 ✓ 介護予防リーダースキルアップ講座を2か月に1度開催する	一般介護予防事業
✓ 専門職が地域に出向き、地域特性を伝える	✓ 出前講座の実施 ✓ 地域と関わる協力者を募る ✓ 地域住民の交流する意義を伝える	

アクティビティ	具体的手法	財源
ＳＣ ✓ 地域に出向いていき、素敵な生活をしている高齢者とたくさん出会い、話を聞き、なぜそのようになるかを考える	✓ シニアクラブ26団体に出向き、話を聞く ✓ 民生委員協議会や個別の事例をとおして、民生委員に話を聞く ✓ 高齢者団体のサークル活動に出向き、話を聞く ✓ ボランティア団体の活動について聞きに行く ✓ **地域ケア会議や事例検討会、通所型サービスCモデル事業に参加する**	
✓ 多職種と一緒に行動をして高齢者の生活を知る	✓ 地域ケア会議や事例検討会に参加をして、地域課題の解決策を考える ✓ 他市の活動を聞き、参考にする ✓ **包括職員やリハ職と一緒に訪問をして生活の中の課題を考える** ✓ 専門職と地域組織等が協力して地域課題の解決策を考える	
ＰＴ ✓ ありたい姿について認識を共有する	✓ 市役所の考えとして、支援者は以前と比べて状態が少し悪化しても、適切な支援により元の生活に戻す事が可能であることを伝え、お互いの共通の認識とする	介護予防・生活支援サービス事業
✓ 少しつまずいた高齢者をもとに戻す取り組みをする	✓ 短期集中サービスを約３か月で全12回開催するモデル事業として、定員16名で実施する ✓ 短期集中サービスでリハ職が毎回面接をする ✓ 必要であれば、管理栄養士や歯科衛生士の面接を実施する ✓ 専門職が参加し自立支援に向けた話し合いができる地域ケア会議を月1回参加する ✓ 3か月で修了が困難なケースは、リハ職が自宅を訪問する ✓ **2月に開催する研修会は、令和4年度モデル事業での気づきや改善点について意見を集約する場とする（対象者、事業の流れ、記録用紙）** ✓ **3月に今年度モデル事業の報告会を開催し、短期集中サービスに参入可能な医療機関等に令和5年度の参入をアピールする** ✓ 令和５年度再度モデル事業として短期集中サービスを実施し、令和６年度から本格実施する ✓ 面接技術の向上を目的とした研修に参加する	

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
ＣＭ　包括 ✓ ありたい姿について認識を共有する	✓ 市からロジックモデルを用いて要支援者のありたい姿やその支援方法について説明を受ける ✓ **担当する高齢者が通所型サービスCモデル事業を利用する** ✓ **自宅訪問をして話を聞くことで、もともとの生活状況を把握する** ✓ 専門職が参加し自立支援に向けた話し合いができる地域ケア会議を月1回開催する ✓ 地域ケア会議は参加者が集まりやすい16時からオンラインでの開催をする	
認定申請窓口 ✓ 認定申請への流れの他に基本チェックリストから総合事業を利用する流れをつくる	✓ 電話、来所相談の場面で、次の４項目に当てはまらない者は、基本チェックリストを実施した上で、短期集中サービスにつなげることができる ①自分で歩行ができない ②自分で食事が食べられない ③1人でトイレでの排泄ができない ④物忘れが進行して生活に支障が生じている ⑤末期がんを患っている ⑥進行性の疾患を患っている ✓ **令和5年度は上記の流れにのせる対象者を精査する** ✓ 窓口相談や申請者に対して、上記4項目や短期集中サービス適応有無を記した用紙を用意し、月毎に集計する	
✓ 審査会での要支援２への振り分けを意識して実施する	✓ 各合議体へ１次判定が要支援２で認知症自立度Ⅱa以上の者は介護1に認定するよう伝える	

❑アジャイル政策形成の仕掛け

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
本人 家族 地域	➢ 相談をする場として、地域包括支援センターの周知する	➢ 疼痛や病気があってもうまく付き合っていく方法があることを本人、家族が知ることができる ➢ 心配や不安を訴えることができる ➢ 専門職が支援してくれることを知る

モニタリング方法

- ➢ 各地域包括支援センターの相談件数が増えているか
- ➢ 相談者に何を見て（何がきっかけで）相談に来たのかを聞き、集計をとる
- ➢ 腰痛等の病気との付き合い方についての相談件数が増えているか
- ➢ LINEやTwitterに掲載した回数
- ➢ 相談の種類毎に毎月集計をして傾向をみる

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
地域	➢ 八街市の高齢者の現状や、つまずいても元の生活に戻れる事について周知する ➢ 介護予防の考え方を周知する人材を育成する ➢ 専門職が地域に出向き、地域特性を伝える等専門職との交流を図る	➢ 高齢者の特性や可能性を知ることで、過剰な心配や不安が解消できる ➢ 元の生活に戻れる事を理解できる ➢ 自分でやれる事があることに気付く ➢ 交流の機会が増える ➢ 住んでいる地域がどう変わっていくかを考えるようになる ➢ 近所での支えあいの必要性について考えるようになる ➢ 地域の人や、専門職等と顔見知りの関係になる

モニタリング方法

- ➢ 介護予防をテーマにした出前講座の依頼及び開催数、開催地域、依頼のきっかけを聞き取り把握する
- ➢ 介護予防人材の養成講座で、介護予防の内容について理解したかをアンケートで聞く
- ➢ 出前講座での参加者へのアンケートで次の事を聞く
  - ・介護予防の考え方を理解できたか
  - ・近所での支えあいの必要性があることについて理解できたか

ピーちゃんナッちゃん

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
生活支援コーディネーター	➢ 地域にで向いていき、すてきな生活をしている高齢者とたくさん出会い、話を聞くき、なぜそうなるのかを考える ➢ 多職種と一緒に行動をして高齢者の生活を知る	➢ 地域の人や、専門職等と顔見知りの関係になる ➢ ＳＣ同士の情報共有ができる ➢ 高齢者等の困り事の情報が蓄積する ➢ 生活上の困りごとに目を向けて考えるようになる

モニタリング方法

- ➢ ２か月に１度ＳＣの情報交換会を開催している
- ➢ すてきな生活をしている高齢者の情報を事例ごとにまとめる
- ➢ 各専門職との訪問件数を月毎にまとめる
- ➢ 訪問等をして把握した生活上の困り事を日常圏域別にまとめる

ピーちゃんナッちゃん

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
リハビリテーション専門職	➢ 要支援者は、以前と比べて状態が少し悪化しても、適切な支援により元の生活に戻すことが可能であるという市の考えを共有する ➢ 少しつまずいた高齢者をもとに戻す取り組みをする ➢ 令和４年度は短期集中サービスをモデル事業として実施 ➢ 面接技術の向上を目的とした研修をに参加する	➢ 本音で話し合いができる ➢ 参加者がお互いに人柄を知ることができる ➢ 日常生活の課題を解決できる ➢ 生活上の困りごとに目を向けて考えるようになる ➢ 成功体験事例を蓄積する ➢ 自ら或いはリハ職と一緒に改善策を見つけられるよう面接で話を引き出すことができた

モニタリング方法

- ➢ 地域ケア会議等の場面で、積極的に忌憚のない意見や改善策を出している
- ➢ 要支援者への取組について、改善策や各でできる事を提案してもらえる
- ➢ 短期集中サービスの参加者の経過を修了時と比べて変化の有無を記録する
- ➢ 窓口に来た際には、声をかけて最近の様子を聞く

ピーちゃんナッちゃん

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
包括職員 ケアマネ	➢ 要支援者は、以前と比べて状態が少し悪化しても、適切な支援により元の生活に戻すことが可能であるという市の考えを共有する ➢ 専門職が参加し自立支援に向けた話し合いができる地域ケア会議を月1回開催する ➢ 自宅訪問をして話を聞くことで、もともとの生活状況を把握する ➢ 担当する高齢者が短期集中サービスを利用する	➢ 自分なりの自立支援に向けたケアプランを作成・実践し、成功体験を積む事ができる ➢ 面接の中で本人の強みとなるものを見つけ共有することができる ➢ 短期集中サービスへつなげる件数が増加する

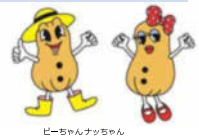
モニタリング方法

- ➢ 市の考えを包括職員全員が説明を受けたか確認する
- ➢ 担当する高齢者が短期集中サービスを利用し、状態の改善やセルフマネジメントが身につく経験を包括職員全員がしたかを確認する
- ➢ 地域ケア会議の場で、リエイブルメントの考え方について肯定的な意見を述べているか否かを確認する（発言がない場合は司会が促す）
- ➢ 短期集中サービスの利用者数とデイサービスの利用者数を毎月集計する
- ➢ 窓口に来た際には、声をかけて最近の様子を聞く

誰に	どんな働きかけを行うか	働きかけた相手にどんな望ましい変化が起こると想定するか
認定申請窓口	➢ 認定申請への流れの他に基本チェックリストから総合事業を利用する流れをつくる ➢ 審査会での要支援２への振り分けを意識して実施する	➢ 認定申請者が減少し事業対象者が増加する ➢ 要支援２の認定者の中で、認知症自立度Ⅱａ以上の者の減少し、より多くの自立支援のケアマネジメントに取り組むことができる。

モニタリング方法

- ➢ 要支援２の認定者の中で、次の状態の者について、審査結果毎に人数を集計する
  - ・認知症自立度Ⅱa以上の者
  - ・末期がん
  - ・進行性の疾患



❑ プロジェクトに参加をして

- ➢ １０月から毎月２回、講義の聴講やメンターとの面接があり、そのたび事にチームメンバーと話し合いをしてきた
- ➢ また、この間にも通所型サービスCモデル事業や地域ケア会議を開催し、要支援高齢者が自信を取り戻す姿を見ることができ、成功例を知ることで、デイサービスやヘルパーに安易につないでいた包括職員にも元の生活に戻す事が可能だと判ってもらえた
- ➢ 今後は実行プランに沿って実践をしていきたい

参考資料
通所型サービスCモデル事業利用者の状態変化

- 75歳　女性
- 右変形性膝関節症
- 脊柱管狭窄症
- 400m先の犬・猫がいる場所まで歩いて行きたい。

【1週目】

記録から
・体操初めてなので疲れた。

記録から
- 毎日の食事の支度、掃除、洗濯ができれば幸せです
- 夢は、散歩ができることです。

【8週目】

記録から
・家事しても前と違い指呼し安心します。
・夕食3時間立てる（炊事・片付け）
・朝200m、昼200m、夕方200m位
・献立を考えるのが面白い（毎日）

【11週目】

記録から
・歯医者・買い物、夕方トオズまで往復できた（先生と一緒）
・市役所より先の信号から家に帰れた（500mから600m位）

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

高齢者が「元の生活」を取り戻し
自分らしい暮らしを続けるためにできること

2023年2月13日
大井町
嶋村 由香

チームメンバー情報

直営地域包括支援センター職員

２年目の参加となりました。それぞれが「気付き」を発見できる、よいプログラムでした。アジャイルしていく大井町、乞うご期待！！

髙野澤　祐子

福祉課 主幹・保健師・主マネ
包括及び介護保険業務統括

目指す姿を共有し、関わりの方向性が見えたことで、他業務も統一感を持ち行えました。アジャイルの流れを、メンバーで共有でき嬉しいです！

三留　奈津子

福祉課 主査・保健師・CM
認知症施策・一般介護予防事業

動きだすことで次の課題が見えきて、終わりがないことを実感します。目的を見失わずに、×1.001でもプラスになる仕事をしたいです！

嶋村　由香

福祉課 保健師・CM
介護予防事業全般

今回のプログラムを通じて、新たな気づきと目標を持つことが出来ました。新年度の担当替えがないことを願うばかりです。

小川　宏行

社協 主幹・社会福祉士
生活支援コーディネーター

現場の動きや考えを知り、何が課題かを考える機会となりました。プログラムが終了した後の動きこそ大事だと感じます！

小島　将史

福祉課 主査・事務職
給付、適正化、指定・管理他

毎回、付いていくのがやっとでしたが、これから行政で働く上で、大切な考え方を知ることが出来ました！

鈴木　永都

福祉課 主事・事務職
認定、住改・用具申請事務他

大井町社会福祉協議会

大井町の概要

■ 神奈川県南西部、東京都心から70km圏に位置
町の6割東側は丘陵地、4割西側は平坦地

■人口　17,200人
高齢化率　28.5%
前期高齢者　2,295人
後期高齢者　2,607人

■日常生活圏域　１圏域

■地域包括センター　直営1か所

■生活支援コーディネーター　１人（町社協）

■要介護（要支援）認定者数

要支援１	要支援２	計
84	67	151

要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	計
138	138	101	113	68	709

認定率　13.9%（R4年10月）

■総合事業対象者数　71人

※データはR4年12月末

参加動機

H28年に総合事業を開始　2次予防事業で実施していた事業を当て込むかたちで「はつらつ倶楽部」（通所C）を開始
↓
短期集中型とうたいつつも、「はつらつ倶楽部」参加者は継続し続け、「通所Cのデイサービス化」が起こる。
保健師・マネジメント側の認識は、「デイサービス希望なら、給付が発生しないはつらつ倶楽部を利用する方がよい。」
↓
総合事業の交付金が上限を超過し、何とかしなければとは思うが、どうしていいか分からないまま、事業継続・・・
↓
R3年に人材育成PGを受講し、「給付」と「事業」の違い、総合事業本来の目的を学び、これまでの認識の間違いに気が付く
↓
本来**改善可能性のある事業対象者・要支援認定者が、「元の生活」を取り戻し、自分らしい暮らしが続けられる**よう、「はつらつ倶楽部」を中心に総合事業全体の見直しと、自分たちにできることを探すため、今回のPGに参加

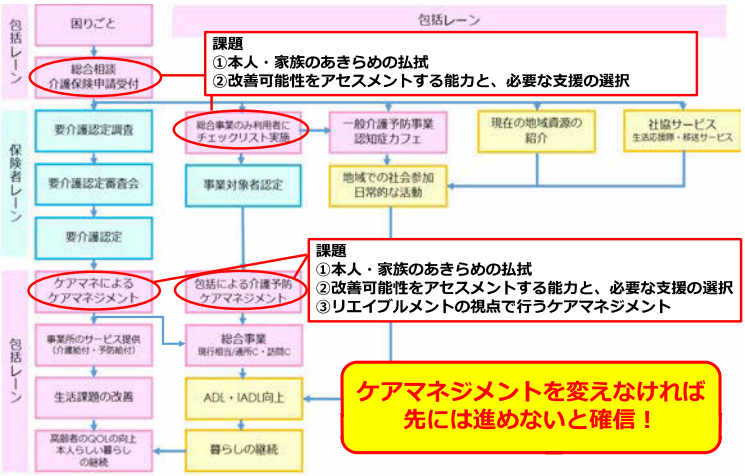
「目指す姿」 ー　現状　＝　課題

目指す姿	高齢者が「元の生活」をあきらめず、フォーマル・インフォーマルの支援を適切に選択し、自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる。
現状	➢「元の生活」につまずいた時に、これまでの自分らしい生活を、本人も家族もあきらめてしまう。 ➢漠然と「高齢なのだから、介護保険を利用すれば良い」と考えている。 ➢本人・家族と共に、つまずきに気がつき、自分らしい生活を続けられるよう支援する体制が整っていない。（マネジメント、C型サービス、地域の活動の場） ➢行政と関わりのある高齢者以外にアプローチする仕組みがない。 ➢基本チェックリスト配布により事業対象候補となったが、本人の希望なしなどでサービスに繋がらなった人へのアプローチを継続していない。（令和４年度からは、該当者への通知なしの訪問で、事業対象者の申請をする方が増えている。） ➢要支援認定されるも、サービス利用の希望がなく連絡がない方へアプローチしていない。 ➢必要性がないにも関わらず、病院からすすめられて介護申請に来る方が一定数いる。
課題	**①本人・家族のあきらめの払拭** **②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択** **③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント** **④Ｃ型事業の意義の共有** **⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部（通所Ｃ）** **⑥地域における活動の場の充実** **⑦地域でのささえ合いの意識の醸成**

課題とその真因は

課題 クリアできれば「目指す姿」に近づける！	真因 そうならないのは何故!?
①本人・家族のあきらめの払拭	本人・家族のつまずきからの回復に対する無知
②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択	支援者の、高齢者の改善可能性に対する理解不足
③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント	リエイブルメントの視点の欠如
④Ｃ型事業の意義の共有	リハビリ専門職の専門性に対する理解不足と事業内容のノウハウ不足のため、確信のあるＣ型事業の展開が出来ていない
⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部	
⑥地域における活動の場の充実	地域における活動の場の必要性に対する理解不足
⑦地域でのささえ合いの意識の醸成	住民が地域で起きている高齢者の困り事を、自分事として捉えていない

業務フローを作成し、改善すべき点を洗い出す



課題を解決するために「誰」に働きかけるか

課題 クリアできれば「目指す姿」に近づける！	誰に
①本人・家族のあきらめの払拭	本人 家族
②改善可能性をアセスメントする能力と、必要な支援の選択	包括 CM
③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント	包括 CM
④Ｃ型事業の意義の共有	包括 CM ＰＴ ＳＣ
⑤セルフマネジメント力を獲得できる はつらつ倶楽部	ＰＴ ＳＣ
⑥地域における活動の場の充実	ＳＣ
⑦地域でのささえ合いの意識の醸成	地域社会

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング①

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
包括	**支援が必要な高齢者を把握する** ▶サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付 ▶事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する ▶既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック） ☆既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（福祉の会・自主グループ等からの情報提供） **地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる** ➢介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする **高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、必要な支援に繋げる** ▶事業対象者・支援認定アセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する ▶新規認定者のＣＭのインテーク訪問に同行する ▶元の生活が聞き取れる支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める	➢ サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化する ➢ 地域ケア会議で、C型事業利用者の事例を地域支援者に共有し、C型事業の価値に気づいてもらう ➢ C型利用者の声など、「元の生活」を取り戻した事例を広報誌を通して共有できる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

☐ 支援が必要な高齢者が見つかった　☐ 会議で事例検討できた

☐ インテーク同行訪問できた　☐ 「元の生活」を聞けた

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング②

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
ケアマネ	**高齢者が元の生活を取り戻す視点で情報収集・アセスメントする** ▶包括とのインテーク同行訪問 ▶「元の生活」について聞き取る ▶ケアプランの中に「元の生活」や「本人の望む暮らし」を記載する ▶介護予防担当者会議や地域ケア会議で、他者・他職種からの助言を受けアセスメントの視点を増やす **支援方法に悩む時は、専門職からの助言を求める** ▶訪問運動を活用し、支援の方向性について助言を受ける	➢ サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化する ➢ ケアマネジメントにおいて、C型事業を積極的に利用するようになる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

☐新規ケースのインテーク同行訪問した（件数、新規に対する訪問率）

☐「元の生活」をきけた

☐ ケアプランに、「元の生活」や「望む暮らし」を記載した

☐ アセスメントの視点が増えた

☐ 訪問運動を活用した

ケアマネジメントの変更

✕ 目下の困り事にサービスを当て、デイに通い**維持出来ていればOK！**

↓

○ 「元の生活」や「望む暮らし」を聞き、
「元の生活」を取り戻すためのマネジメント にシフト

⇒マネジメントを変え始めると、現状と次に取り組むべき課題が見えてきた

- ➢ 通所Ｃのデイサービス化で「元の生活」を取り戻す支援が大井町にはない！？
- ➢ 通所Ｃを終了したとして、受け皿は？元気会？ふくしの会？
- ➢ 訪問Ｃも月４枠で少ないし、フォローしきれないのでは？
- ➢ 通所Ｃ終了したとして、その後のＣＭとしての関わりは？手を離していいの？

⇒上記を受けて、はつらつ倶楽部の内容を検討した

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング③

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
専門職	**他職種へ専門的視点から助言する** ▶地域ケア会議での事例検討での専門的助言 ▶ＣＭからの支援方法の選択などについての相談に応じて助言 ☆ＣＭと同行訪問する **各種事業において、「元の生活」を取り戻す支援を行う** ▶通所Ｃ（はつらつ倶楽部） ▶訪問Ｃ ▶住改・福祉用具訪問事業 **地域資源について知る** ▶地域ケア会議に参加する ▶SCから情報を得る	➢ セルフマネジメント力獲得にむけた支援が実施されている ・元の生活の把握 ・課題の見極め ・実現可能で「元の生活」を取り戻すために有効な短期目標の設定 ・終了後の生活を見据えた地域資源の提案 ・本人にとって適切な住宅改修が実施される ・福祉用具の必要に応じた導入と、継続の判断

働きかけがうまくいっているかモニタリング

☐ 地域ケア会議で助言した（回数）　☐ ケアマネと同行訪問した（件数）

☐ はつらつ倶楽部を実施した　☐ 訪問Cで訪問指導をした

☐ 住改・福祉用具訪問で助言した

☐ 地域資源になり得るものを探せた

はつらつ倶楽部（通所型サービスＣ）の現在

１クール１１回の教室型（午前の部、午後の部）　年間３クール実施
健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士が介入
クールの前後で評価はするものの、ほとんどの参加者が継続

↓

- Ｒ４年度から通所Ｃ事業委託を町内デイサービス事業所に変更
- 午後の部を短期集中型に特化
- 委託先ＰＴと、高齢者が**「元の生活」を取り戻し、セルマネジメント力を獲得できる**よう、支援内容を検討し開始
- 訪問Ｃとの連動

毎回面談の時間を設けて
本人の「ありたい姿」を達成できるよう支援

開始前のアセスメントを1枚に集約
本人が見ても分かる様式に
終了時にも同様にとる

セルフマネジメント力獲得の助けとなる
本人用「はつらつノート」を作成

本人が目標を立てる
↓
目標を達成するために取り組むことを決める
↓
自宅で実践
↓
実践を記したノートをもとにＰＴと1週間の振り返りと次の1週間の目標を決める

はつらつ倶楽部（通所Ｃ）の今後の改善点

□ **Ｒ５年度からの改善点**

・１クール１１回の教室型（年間３クール実施）でクール途中の開始が出来ない
⇒いつでも開始できるよう通年化し、タイムリーな支援を実現

・通所型なので、自宅の様子をＰＴが直接確認出来ない
集団での初回アセスメントに時間がかかりすぎる
⇒委託仕様書に自宅への訪問を組み込んで設計

□ **「まずは、はつらつ倶楽部！」と選択されるように**

・高齢者は、つまずきからの回復可能性があることを知らない･･･
⇒はつらつ倶楽部での好事例を広報などで発信、出前講座の開催

・はつらつ利用者のＣＭは直営包括ばかり･･･
⇒地域ケア会議などでの好事例の共有により、委託ＣＭからも選ばれる はつらつ倶楽部に！

□ **なるべく多くの改善可能性のある高齢者に体験して欲しい**

・改善可能性のある高齢者を見逃している可能性あり
⇒既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握し「元の生活」へ向け支援
（元気会名簿チェック、福祉の会・自主グループ等からの情報提供等）

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング④

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
生活支援コーディネーター	**多職種との繋がりを持つことで必要な連携が出来る** ▶リハ職、CM、事業所、行政と情報交換する ▶総合事業等の理解を促す ▶ケア会議への参加を促す ▶専門職と交流会開催し連携強化する　ex)福祉職集まれ **「元の生活」を取り戻すための、高齢者のニーズを把握する** ▶はつらつ倶楽部に来所し、参加者の課題や目標について知り、終了後に必要な支援について知る ▶地域ケア会議や介護予防担当者会議での事例検討を通じて、地域の高齢者のニーズを知る ▶ニーズ調査の実施 **地域に出向き、既存の場の活動内容や参加者の現状を把握する** （開催頻度、参加者の人数や概要、中心者、行かないとと分からない雰囲気）	➢ 関係者からのSCとしての認知度の高まりと個別ケースでの連携ができる ➢ ニーズに応じて地域での活動の場に橋渡しができる ➢ 住民とのネットワークが広がる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ 地域活動の場へ出向いた　□ 既存の場の現状が把握できた
□ 高齢者のニーズを把握した　□ 専門職交流会で多職種との繋がりがもてた
□ 個別ケースで多職種と連携した（件数）

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング⑤

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
本人・家族	**つまずいても「元の生活」を取り戻す回復可能性があることを広報する** ▶広報誌（保健師memo等）でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	➢ つまずいている現状やその原因を認識できる ➢ 適切な取り組みで、自分らしい生活に戻れることを知る ➢ 「元の生活」や「望む暮らし」を思い描き、取り戻すための目標を持てる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ つまずきからの回復可能性があることを知り、つまずき早期の相談が増える
（新規認定者の相談記録の内容確認）
□ 広報の掲載回数　□ 電話やメール、投書での掲載に対する反応

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
地域社会	**高齢者を取り巻く大井町の現状について住民に広報する** ▶出前講座の活用（介護保険、地域の見守り、認知症） ▶広報誌（保健師memo等）でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	➢ 隣近所に住む高齢者の様子について意識する住民が増える ➢ 地域活動へ参加する住民が増える

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ 出前講座の活用が増えた
□ 広報の掲載回数　□ 電話やメール、投書での掲載に対する反応

アウトカムが出始めた！

はつらつ倶楽部参加者から

★福祉用具を卒業したケース

変形性股関節症の手術後で、筋力低下と歩行に不安のあったＳさん。当初の目標は、手すりを使わずに階段を昇ること。「平凡な日常生活に戻り、自由に不安なく歩きたい。」
個別プログラムを受け、クール中盤にはフリーハンドで階段昇降できるようになった。先日、レンタルしていた手すりを「もう必要ないから！」と笑顔で返却された。

★地域活動に復活するなど活動性が上がったケース

６年前大井町に転居し、友人が少ないNさん。自治会館での「おーい！元気会」（一般介護予防事業）に車で乗せて行ってくれていた友人が都合で参加しなくなり、一緒にフェードアウト。長い距離（自治会館まで）の歩行ができ、活動の幅を広げることを目標に参加。専門職の個別の関わりはもちろんだが、はつらつ倶楽部での「女子会（サロン活動）」で活気を取り戻す。終了後は、元気会に復活！友人と久しぶりの温泉旅行に行くことになったと報告してくれた！

★はつらつ倶楽部の必要性を感じてくれたケース

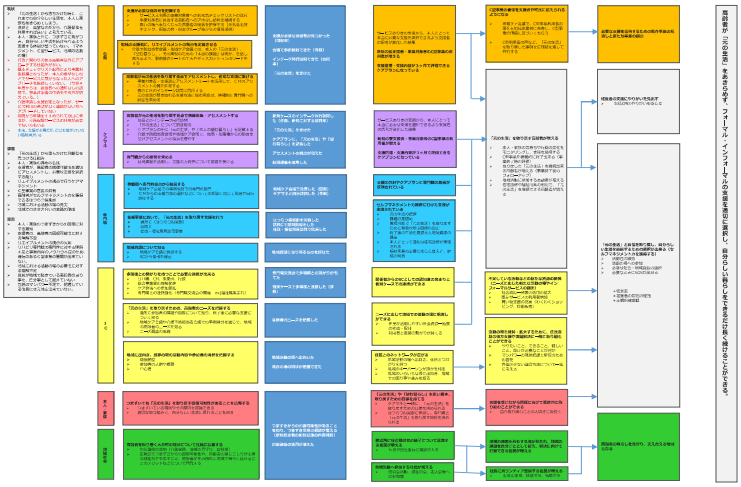
３クール目に参加中のＫさんは難病を持つ元Ｎｓ。はつらつ倶楽部を経験し、隣町の母親にも同様の事業を受けさせたいと申し出たところ、そういった事業はないと言われた。「はつらつ倶楽部があれば母も元気になれると思うのに残念。とてもいい事業だと思う。」と話してくれた。

好事例の共有で

高齢者・家族には、あきらめなければ「元の生活」は取り戻せると啓発！

支援者には、手ごたえを感じてもらい、よりよい支援に繋げたい！

タイトル：落ちかけた高齢者が「元の生活」を取り戻せる・近づくことができる仕組みづくり



3　実行プラン

	アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
包括	**支援が必要な高齢者を把握する**	➢ サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付 ➢ 事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する ➢ 既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック、福祉の会・自主グループ等からの情報提供	介護予防把握事業
包括	**地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる**	介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする	地域ケア会議推進事業
包括	**高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、適切な支援に繋げる**	➢ 事業対象者・支援認定者のＣＭのインテーク訪問に同行する ➢ 元の生活が聞き取れるアセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する ➢ 支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める	訪問型サービス事業 地域リハビリテーション活動支援事業 任意事業￥その他支援事業
ケアマネ	**高齢者が元の生活を取り戻す視点で情報収集・アセスメントする**	➢ 包括とのインテーク同行訪問 ➢ 「元の生活」について聞き取る ➢ ケアプランの中に「元の生活」や「本人の望む暮らし」を記載する ➢ 介護予防担当者会議や地域ケア会議で、他者・他職種からの助言を受けアセスメントの視点を増やす	地域ケア会議推進事業 介護予防ケアマネジメント事業 包括的支援事業
ケアマネ	**専門職からの助言を求める**	訪問運動を活用し、支援の方向性について助言を受ける	訪問型サービス事業

3　実行プラン

	アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
専門職	**他職種へ専門的視点から助言する**	➢ 地域ケア会議に参加し、事例検討での専門的助言を行う ➢ ＣＭからの支援方法の選択などについての相談に応じて助言や同行訪問する	地域ケア会議推進事業 訪問型サービス事業
	各種事業において、「元の生活」を取り戻す支援を行う	➢ 通所Ｃ（はつらつ倶楽部）の実施 ➢ 訪問Ｃの実施 ➢ 住改・福祉用具訪問事業の実施	通所型サービス事業 訪問型サービス事業 地域リハビリテーション活動支援事業 任意事業￥その他支援事業
	地域資源について知る	➢ 地域ケア会議に参加することで、他職種から情報を得る ➢ SCから情報を得る	地域ケア会議推進事業
SC	**多職種との繋がりを持つことで必要な連携が出来る**	➢ リハ職、CM、事業所、行政 ➢ 総合事業等の情報促進 ➢ ケア会議への参加促進 ➢ 専門職との連携強化（専門職交流会の開催　ex)福祉職集まれ）	生活支援体制整備事業
	「元の生活」を取り戻すための、高齢者のニーズを把握する	➢ 通所Ｃ参加者の課題や目標について知り、終了後に必要な支援について知る ➢ 地域ケア会議や介護予防担当者会議での事例検討を通して、地域の高齢者のニーズを知る ➢ ニーズ調査の実施	生活支援体制整備事業
	地域に出向き、既存の場の活動内容や参加者の現状を把握する	地域に出向いて、活動の実際を知る ➢ 開催頻度 ➢ 参加者の人数や概要 ➢ 中心者　　などについて把握する	生活支援体制整備事業
本人・家族	**つまずいても「元の生活」を取り戻す回復可能性があることを広報する**	➢ つまずいている現状やその原因を認識できる ➢ 適切な取り組みで、自分らしい生活に戻れることを知る	
地域社会	**高齢者を取り巻く大井町の現状について住民に広報する**	➢ 出前講座の活用（介護保険、地域の見守り、認知症）を促進する ➢ 広報誌でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	

「広報おおい 保健師memo」での啓発

添付資料

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

「食べることは生きる力」を支える地域づくり ～中津川～

中津川市健康増進キャラクター「けんぱちくん」

2023年2月13日

中津川市高齢支援課・地域包括支援センター

丹羽・古井・西尾・長谷川・神原

【チームメンバー情報】①

所属	役職・職種	氏名
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任技術主査 介護支援専門員 歯科衛生士**	**丹羽　香織**
【今までの経験や現在の業務内容など】 公立病院の歯科衛生士として、病棟の口腔ケア業務などに従事。組織編成にて令和元年度の人事異動で高齢支援課へ異動。その後、ケアマネジャーとして予防プランを持ちながら、口腔の介護予防事業、老人クラブ事業などを担当している。		
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任技術主査 主任保健師**	**古井　貴子**
【今までの経験や現在の業務内容など】 旧川上村では母子から高齢者までの相談業務、健診、機能訓練等を実施。合併後H19年より健康医療課に配属され、母子保健事業、特定健診・がん検診・健康づくり教室事業、相談業務を実施。H30年に高齢支援課に異動となり、介護予防事業・高齢者相談・認知症みまもりのわ事業・敬老祝事業を担当している		
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任保健師**	**西尾　明日美**
【今までの経験や現在の業務内容など】 中津川市健康医療課に配属され、母子保健事業、特定健診・がん検診・健康づくり教室事業、相談業務を実施。その後市民保険課へ配属され、保険者の保健師として特定健診・後期高齢者健診の業務等を担当。その後令和４年高齢支援課に異動となり、高齢者相談、認知症に関する事業を担当している。		

【チームメンバー情報】②

所属	役職・職種	氏名
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任保健師**	**長谷川　有里**
【今までの経験や現在の業務内容など】 病院にて看護師、保健師として勤務。R1年度に人事異動にて高齢支援課へ異動。主に介護予防事業を担当している。		
高齢支援課 地域包括支援センター	**社会福祉士**	**神原　美咲**
【今までの経験や現在の業務内容など】 大学卒業後、R3年度に社会福祉士として高齢支援課に配属。主に、高齢者虐待関係・成年後見制度関係・地域の支え合いマップを担当している。		

【中津川市の概要】

- 人口　75,743人
- 高齢化率　33.3％
- 平成17年に旧中津川市と恵那郡恵北6町村、旧長野県山口村が合併し、総面積676.45㎢の新中津川市が誕生

【PG参加に至った経緯】

当初の問題意識

地域の高齢者の方が住み慣れた中津川市で、自立し尊厳を持って生活できることを目指し、迅速にサービスを受ける事が可能となるよう総合事業を開始したり、その他のインフォーマルサービス等を幅広く活用できないかと検討をしていました。その中でも様々なサービス等から外れてしまい、狭間に埋もれる人や支援が十分できていない人がいる状況を目にすることも多々あり・・・

「これは何故？」「支援や資源が不足しているから？」「何とかしなくてはいけないのでは？」と感じ始め、先輩方が参加されたこのプログラムの存在を知り、自分たちも気付きを得て改善策を検討したいと参加しました。

現在の状況

中津川市は地域差が大きいため類似した地域を絞って「困り事やあきらめている事など」を比較し、その中でも、ある地域の食支援のニーズが高いことを把握し、そこに対する対応策の検討を始めて現在に至っております。

【中津川市の高齢者の食の現状を把握】

・北の加子母地区から南の阿木地区まで地域差が大きい。
地区によっては食支援を必要としている高齢者に十分な食が提供できていない現状がある。

一番北から南までの移動時間は車で１時間55分

◆地域の商店が少ない
◆移動販売の回数が少ない
◆買い物へ行く移動手段がない
◆自分で選んで買いたい
◆認知症や心身状況などで調理行為が難しい
◆独居世帯、高齢者世帯が多くなり支援者がいない

結果

・食事以外は菓子やパンなどを食べている（栄養状態が不良となる）
・遠方に住む家族の介護負担が大きくなる（在宅介護が困難となる）
・介護保険の食支援のサービスの必要性が高くなる（介護給付費の増大）

食支援が充足していないため地域の高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を送ることが困難となってくることが予想される

【何故、食が十分に供給できていないのかを分析】

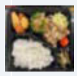
要因1 協力者のマンパワー不足
・地域の商店が少ない（地域性がある）
・配達が負担となっている
⇒ 協力者の状況確認、声を聞く
効率的な配達方法を確立する

要因2 高齢者のニーズを十分に捉えられていない
・地域の高齢者が食に対してどのようなニーズがあるのか
・弁当が欲しいのか、食材の確保が困難なのか
⇒ ニーズを正しく把握するための方法を検討する

要因3 配食サービスの利用制限
・安否確認を課しているため、介護保険サービス利用で安否が確認できている場合は利用ができない
⇒ 配食サービス制度の位置づけの見直しを検討する

要因4 協力者側とのニーズの共有が不十分
・高齢者がどんな点に困っているのか、何を必要としているのか情報共有ができていない
⇒ どこを誰が担うのか明確に役割分担をする

【食支援の協力者の状況をエリア毎に把握】

	中津・坂本・苗木地区	神坂地区	阿木地区	落合・蛭川地区	坂下・川上地区	加子母地区	付知地区	福岡地区	山口地区
配食サービス					社協委託	社協委託	社協委託	社協委託	社協委託
調理事業者	ディアクック（弁当調理だけであれば増量可）	社会福祉法人（上限8食まで）	NPO法人	だんろ	・Aコープ ・あさひ ・辰巳 ・大屋	かねいま食品	・さのや ・ひだまり㊊ ・準坊池、亀利屋㊍	みかわや	あさひ
配達の協力者	ディアクック（拠点までの配達なら可）	社会福祉法人	NPO法人	だんろ	民生委員 社協パート	かねいま食品	社協職員	社協パート	ボランティア
料金の内訳	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ 	Aコープ、あさひ450円 辰巳500円 大屋420円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当個数分業者へ	弁当一律500円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当500円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当550円 ボランティア配達１食50円 社協事務費30円
移動販売									
その他の配達サービスの状況	地域の店から移動販売車が出ている とくしまる　など	地域の店から移動販売車が出ている とくしまる など	地域の商店が配達サービスを行っている JAなど	地域の店から移動販売車が出ている とくしまる など	地域の商店が３店舗ほど配達サービスを担っている	弁当業者やJAが配達サービスを担っている	地域の商店２店舗ほど配達サービスを担っている	地域の商店が宅配や弁当配達をしている	地域の商店が3店舗ほど配達サービスを担っている

【では、どうすれば良いのでしょうか？】

食支援を必要としている高齢者に<u>確実に食が提供できる仕組みつくりが必要</u>

お弁当がほしい・・・
食材を選んで買いたい・・・
買い物に行く手段がない・・・

どう働きかけるか

地域の商店
●配達についてのやりにくさなどを共有
●広く弁当や移動販売を行うことは可能なのか確認
●高齢者が食べやすい物の提供を検討

生活支援コーディネーター
●地域のネットワークやコミュニティの確認（商店と地域住民の橋渡し役）
●食のニーズと供給のバランスを確認、共有
●地域資源の活用方法の検討

有償ボランティアなど
●食が確実に届けられるように手段を考える
●食支援について担える状況があるのか確認

行政組織
●食の確保に困窮している高齢者の声を共有
（ニーズ調査、ボリュームの把握）
●事業の位置づけの検討
●財源の見直し

【結果、どのような変化が起き、課題はどう解決するのか？】①

地域の商店
●配達についてのやりにくさなどを共有
●広く弁当や移動販売を行うことは可能なのか確認
●高齢者が食べやすい物の提供を検討

まずは・・

地域の商店
●地域の高齢者の食のニーズに対して何が必要かを知ることができる
●必要な食支援の取り組みを検討できる
●地域の高齢者に必要な食支援の提供が行える

結果

＊高齢者が必要な食事を確保することができる
＊食に対しての喜びや満足感が得られる

生活支援コーディネーター
●地域のネットワークやコミュニティの確認（商店と地域住民の橋渡し役）
●食のニーズと供給のバランスを確認、共有
●地域資源の活用方法の検討

生活支援コーディネーター
●地域の高齢者の食の供給について検討できる
●互助や地域での見守りの機会を提案できる
●地域の状況について情報共有ができる

＊地域住民や関係者が役割分担を行うことで、互助や見守りの多層化が期待できる
＊地域の関係性の構築につながる

【結果、どのような変化が起き、課題はどう解決するのか？】②

有償ボランティアなど

- ●食が確実に届けられるように手段を考える
- ●食支援について担える状況があるのか確認

まずは・・

有償ボランティアなど

- ●地域の高齢者の食の供給について検討できる
- ●ボランティアとしての役割について担える部分を整理できる
- ●SCや住民と地域の状況について情報共有ができる

結果

＊関係者が役割分担を行うことで、互助や見守りの多層化が期待できる

＊地域の関係性の構築につながる

行政組織

- ●食の確保に困窮している高齢者の声を共有（ニーズ調査、ボリュームの把握）
- ●事業の位置づけの検討
- ●財源の見直し

行政組織

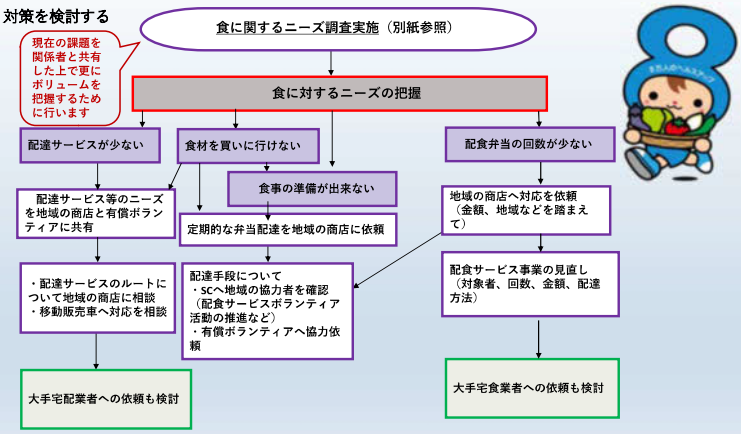
- ●現行のサービスについて適切であるか在り方の検討ができる
- ●社会資源としてのサービス活用の場が広がる
- ●利用制限なくサービスが提供できる

＊食支援目的で利用していた介護保険サービスの利用が減る（サービスに頼らなくても良くなる）

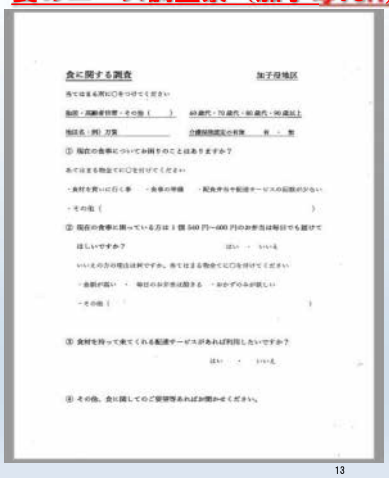
＊家族の介護負担軽減につながる

【加子母地区の食支援の仕組みつくりフロー】

中津川市は地域差が大きいため、まずは食支援の問題が明らかとなった加子母地区をモデル地区として対策を検討する



食のニーズ調査票（加子母ver.）



食に関する調査　　加子母地区

当てはまる所に○をつけてください

- 65歳以上を5歳刻みで無作為に抽出（それぞれ10名前後）65歳以上人口1,094名のうち1割とした。
- 要介護度 非該当～要介護3まで
- 地域別に抽出する

【モニタリング方法】

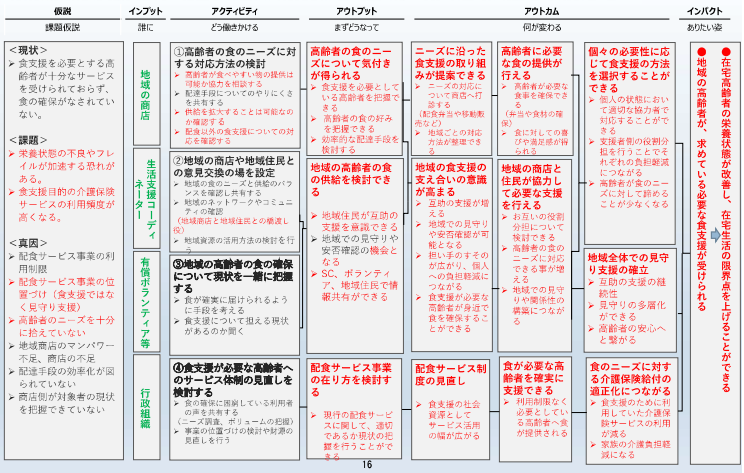
1. **配食サービスの利用制限によって使えなかった方がどのように改善したか？**
   - ＊ 介護保険サービス（デイ、ヘルパー）を利用している方の食のニーズを担当ケアマネに確認する（諦めていた食に対してのニーズがどの様に改善されたか）
2. **食支援目的の介護保険サービス利用状況に変化があったか？**
   - ＊ 訪問介護や通所介護利用、施設入所等の推移を把握する
3. **検討から対策実施後の食に対して変化はあったか？**
   - ＊ 在支や包括の実態把握
   - ＊ 食に関するニーズ調査の再調査
4. **協力者(地域の商店など)の状況に不都合が生じていないか？**
   - ＊ 協力者の状況を把握（やりにくさや採算など）
5. **地域での仕組みつくりが上手くいっているか？**
   - ＊ SCや有償ボランティアの活動実績
   - ＊ 地域での支え合いの状況把握

【今後の展望】

- ●地域差が大きい事を踏まえた上で、其々の地域毎にデザインをしていく
- ●中津川市中心部より外れた旧郡部から着手し、その後全市へと展開予定
- ●食が確実に提供できる事で栄養状態が改善し、フレイル予防に繋がることを目指したい

（管理栄養士、保健師、歯科衛生士の介入検討）

食の確保が必要な高齢者を確実に支援できる仕組みつくり（在宅生活の継続を目指して）



３実行プラン①

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①地域商店等 **高齢者の食のニーズに対する対応方法の検討** ➢ 高齢者が食べやすい物の提供は可能か協力を相談する ➢ 配達手段についてのやりにくさを共有する ➢ 供給を拡大することは可能なのか確認する ➢ 配食以外の食支援についての対応を確認する	✓ 商店とＳＣとの合同意見交換会を実施する（一緒に声を聞く） ・商店が感じている高齢者の食についての考えを聞く（配達や移動販売で普段関わっている高齢者に対して思うことや感じている事等） ・配食サービス以外でお弁当の配達をどれだけしているのか ・把握している高齢者の食についての生の声を伝える ➡情報共有した中で何ができるのか一緒に検討する ✓ 商店に高齢者が食べやすい弁当内容の協力依頼を行う ✓ 商店に配達手順を確認する ✓ 協力者の負担となっている部分についての対応方法の検討（幅広く配達するにはどこがネックとなっているのか確認する） ✓ 実際に動いてみて、３か月後に再度集まって情報共有する	
②SC **地域の商店や地域住民との意見交換の場を設定** ➢ 地域の食のニーズと供給のバランスを確認し共有する ➢ 地域のネットワークやコミュニティの確認 （地域商店と地域住民との橋渡し役） ➢ 地域資源の活用方法の検討を行う	✓ 地域の食のニーズと供給のバランスはどうか、把握している情報共有（SC・商店・有償ボラ・行政）の場を設ける ✓ 地域の食支援を協力してもらえる資源の活用方法を検討する また一緒に発掘していく ✓ 地域でのコミュニティによって食支援の協力ができる部分があるのか情報共有する（地域資源と高齢者の橋渡し役）	地域介護予防活動支援事業

３実行プラン②

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
③有償ボランティア等 **地域の高齢者の食の確保について現状を一緒に把握する** ➢ 食が確実に届けられるように手段を考える ➢ 食支援について協力できる現状があるのか聞く	✓ 有償ボランティアやNPOから、日ごろの活動の中で感じている、高齢者の食についての意見を求める ✓ 現在活動している、有償ボランティアやNPOへ現在の高齢者の食支援に対するニーズを伝える ✓ 食支援について対応ができる部分はどんなところかを確認する ✓ SCと協力し地域住民の声を共有する機会を持ち、有償ボランティアやＮＰＯの活動周知や協力体制について検討する	地域介護予防活動支援事業
④行政組織 **食支援が必要な高齢者へのサービス体制の見直しを検討する** ➢ 食の確保に困窮している利用者の声を共有する （ニーズ調査、ボリュームの把握） ➢ 事業の位置づけの検討や財源の見直しを行う	✓ 食の確保が必要な高齢者がどのくらいいるのかニーズのボリュームをエリア毎に把握する ➡現在の利用者のアセスメント確認、ケアマネ、包括等からの情報収集、ニーズ調査　など ✓ アセスメント項目の見直しを行う ➡アセスメント票の点数化など公正に判断できるツール作成 ✓ ニーズのボリュームに対して配食サービスの見直しが必要であれば制限なく必要な分だけ食を提供できる事業へと変換を検討する ✓ 要介護認定者以外の利用者の食支援の方法を検討する ➡現行の配食サービスは、要介護認定者以外でも対応ができているため事業が変換となれば、その対象者をどこで対応していくか検討する	地域支援事業（任意事業）又は市町村特別給付で要検討

参考資料（配食サービス事業実績）令和3年度末

（１）配食サービス事業

ひとり暮らし高齢者、高齢世帯、高齢者と重度心身障がい者のみの世帯に栄養のバランスがとれた食事の配食と安否確認を行う。

利用回数　　週３回まで　　利用者負担　１食　３３０円

利用実績　　（単位：人・食）

地区	利用者数	配食数
※中津川地区	138	10, 827
山口地区	6	828
坂下地区	18	1, 212
川上地区	3	76
加子母地区	15	901
付知地区	30	2, 030
福岡地区	15	509
蛭川地区	14	972
合計	239	17, 355

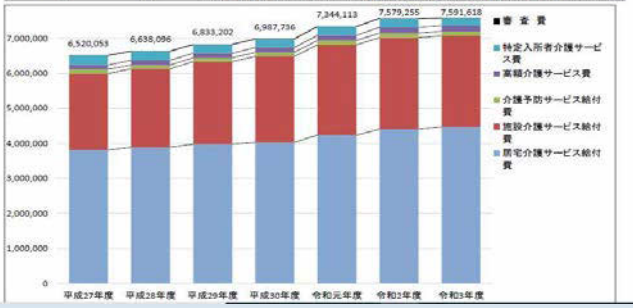
※平成31年4月1日付け行政区統合により、馬籠地域は神坂地区（中津川地区）へ計上

参考資料（介護サービス給付費の状況）令和3年度末

３ 介護サービス給付費の状況

（単位：千円）

区　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
居宅介護サービス給付費	3, 813, 264	3, 894, 503	3, 980, 845	4, 029, 267	4, 239, 876	4, 408, 580	4, 474, 322
施設介護サービス給付費	2, 186, 038	2, 238, 896	2, 354, 723	2, 456, 275	2, 577, 553	2, 614, 079	2, 601, 136
介護予防サービス給付費	120, 674	108, 871	107, 805	116, 331	125, 726	125, 760	127, 364
高額介護サービス費	119, 066	128, 030	132, 945	137, 228	144, 219	168, 543	163, 223
特定入所者介護サービス費	273, 645	261, 581	249, 188	241, 719	249, 962	254, 237	217, 453
審　査　費	7, 396	6, 215	7, 696	6, 916	6, 777	8, 056	8, 120
合　計	6, 520, 053	6, 638, 096	6, 833, 202	6, 987, 736	7, 344, 113	7, 579, 255	7, 591, 618



参考資料（加子母地区配達サービスチラシ）

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

身体状況の変化にとらわれず、**周囲の協力**を得ながら自分の望む生活を継続させていこう！

2023年2月8日

岐阜県神戸町（安八郡広域連合）
室井恵子・田中恵子（髙橋直子）

チームメンバー情報

所属	役職・職種	氏名	備考
安八郡広域連合 （神戸町より出向）	介護支援専門員 管理栄養士	髙橋　直子	
神戸町	地域包括支援センター 所長（課長補佐） 保健師	室井　恵子	
神戸町	地域包括支援センター 主査 保健師	田中　恵子	

神戸町（ごうどちょう）を紹介します！

神戸町（ごうどちょう）も高齢化

<神戸町の人口>

１８，５７８人

（令和５年１月１日現在）

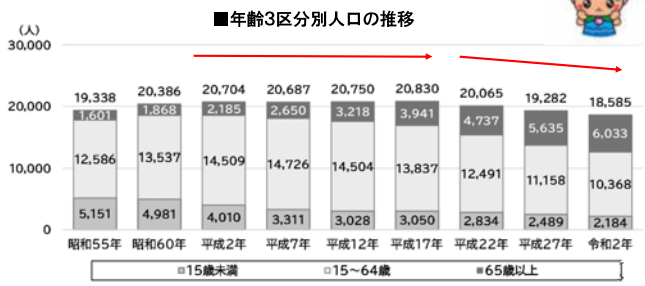
<65歳以上の人口>

６，０９７人

高齢化率

３２．８２

神戸町の人口推移



※人口総数には、年齢不詳を含むため、年齢3区分別人口の計とは一致しない。
資料：国勢調査

本プログラムに参加した動機

- 地域支援事業の中で「地域の実情に応じた取り組みを」とされることがあるが、自分たちの地域の実情とはどのような状況なのか、立ち止まって考える機会に
- 行政だけでなく、地域住民やボランティア、事業者など多様な地域資源を活かして、住民の生活を支える基礎部分を再確認

当初の問題意識

- 地域で生活している住民同士の会話で「介護保険を受けている人だから」という理由で、今まで習慣としていたこと等も変更を余儀なくされる雰囲気があった
- 自宅において、自立した生活ができなくなったら、施設に行かねばならない、自宅に住み続けるのは難しいという意識が根強く存在する

2 町の現状はどうなっている？

【現状】

高齢者やそれを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか（何が問題なのか）

その１

・介護認定を受け、サービスを利用すると今までの友達づきあいができなくなると思っている。

☞特に言及することも、修正することもなくサービス利用について前向きに捉えていた
（事業所との繋がり=本人を見守る体制の強化）

2 町の現状はどうなっている？

【現状】

高齢者やそれを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか（何が問題なのか）

その２

・足腰が弱くなり、日常生活に支援が必要となると、自己努力はせずに行政サービスで何とかして欲しいと思っている。

☞健康意識が高い時に自己努力の必要性を啓発することはあっても、身体の虚弱を感じ出している方には求められるサービスに関して情報提供に応じる。

2 町の現状はどうなっている？

【現状】

高齢者やそれを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか（何が問題なのか）

その３

・身体が弱ってきたことを実感するようになったとき、制度・お金・終末について知らず、どうしたらよいかわからない。

☞何に困っているかを聞き取り、そこで制度について説明したり、金銭管理をどうしていくかを一緒に考える。

調査（住民の声：薪拾い）

【住民さんに聞き取り】

いま

・どのような生活を送っている？

・頑張っていること

・不安に感じていること

・望む生活のこと

など、会話を通して情報集めを実施

【目指す姿】

本当はどうあってほしいか、うまくいっている状態はどんな姿か（目指す姿）

足腰が弱っても、

仲間とのつながり・交流を持ちながら

それが支えとなって、自分の望む暮らしができる。

なぜ目指す状態になれないのだろう・・・

【真因の検討】

なぜ今は目指す姿の状態になっていないのか、根本的な原因は何か

・本人、家族、地域住民、行政、専門職など全ての領域において、身体が動かなくなってから対応すれば良いと思っている状況がある。

・地域住民、行政、専門職は、本人の望む暮らしに注目する意識が低い。

・行政は、目の前の業務に追われて自助互助の大切さを地域住民に伝えることができていない。

取り組むべきことは何だろう

【課題】

解決すべき問題、取り組むべきことは・・・

- 自分の望む暮らしについて、（高齢者が）家族や友人、専門職に伝えることができる。
- 地域住民は、自分が元気な時でも「足腰が弱った場合の生活」を想定して、関心を持つことができる。
- 専門職は、表面上の困りごとや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考えることができる。

これから取り組むこと

【打ち手】

具体的に「誰に」「どんな働きかけ」を行うのか
その1

誰に？

☞医療・福祉専門職

どんな働きかけを？

☞気軽に相談できる関係づくり

これから取り組むこと

【打ち手】

具体的に「誰に」「どんな働きかけ」を行うのか
その2

誰に？　☞地域社会

どんな働きかけを？

☞地域で生活する高齢者の具体的事例を共有

これから取り組むこと

【打ち手】

具体的に「誰に」「どんな働きかけ」を行うのか
その3

誰に？　☞行政・地域包括

どんな働きかけを？

☞目指す高齢者の姿について広く周知する

これから取り組むこと

【打ち手】

具体的に「誰に」「どんな働きかけ」を行うのか
その4

誰に？　☞家族・親族

どんな働きかけを？

☞本人が望む生活について一緒に考える

これから取り組むこと

【打ち手】

具体的に「誰に」「どんな働きかけ」を行うのか
その5

誰に？　☞本人

どんな働きかけを？

☞不安の表出や望む生活について話せる場を提供する

期待すること

【結果として】

高齢者の課題はどう解決する？

- 生活していく上での不安や不満が軽減する
- 自分の望む生活を送るための行動を起こすことができる
- 行きたいと思う場所へ行ける

モニタリング（アジャイルのためのしかけ）

相手	次なる改善につなげるための方策
医療福祉専門職	社会資源を住民につなぐことができているか、住民の「ありたい姿」の実現に必要な社会資源の提案ができているか、住民が「ありたい姿」に少しでも近づいているか、毎月行う地域ケア個別会議やケアマネサロンを通じて聞き取る。 専門職が活動の場を増やす試みをしているか。増えているか。
地域社会	区長、民生委員児童委員、福祉推進員、老人クラブ、ボランティア団体、地域住民 の集まりとする福祉委員会が、定期的に(必要に応じ臨時でも)開催され、地域のありたい姿に対する検討やアクションを起こすことができているか。 今までつながっていなかった人とつながりができているか。 毎月、町内のどこかの地区でフレイルチェック会を開催できているか。フレイルチェック会が住民の中で自身のモチベーションを上げるイベントとなり、日々の生活が活発になっているか。 地域で活躍するボランティア団体が増え、主体的な活動につながっているか。
行政	地域で何が起こってるのか知り、住民目線の取り組みができているか。 取り組みの実績を高齢者サービス連絡会・地域づくり担当者会議等の関係機関で共有できているか。 専門職の活動の場が地域に増えるよう、広報しているか。

相手	次なる改善につなげるための方策
家族・親族	場面ごとに訪れる不安が解消でき、本人に寄り添った生活ができているか。 介護家族会など、悩みやがんばりを共有できる場への参加者が増えているか。介護支援専門員や行政職員・社協・SCさん、地域の方々などから聞き取る。
本人	地域の人とのつながりができ(継続し)、その仲間と毎日交流があるか。 自分の望むくらしができているか。

タイトル：身体状況の変化にとらわれず、周囲の協力を得ながら自分の望む生活を継続させて幸福感を味わおう

実行プラン(アクティビティの具体策)

①気軽に相談できる関係づくり

介護予防のための地域ケア個別会議にアドバイザーとして出席していただいている、薬剤師、理学療法士、管理栄養士の方と積極的にコミュニケーションを図り、個々の事例の対応について意見を深める

実行プラン(アクティビティの具体策)

②地域で活躍する高齢者の具体的事例を共有

- 住民主体で行っているフレイルチェック会について知ってもらい、各地域においても実施できる体制づくりに繋げる

実行プラン(アクティビティの具体策)

③目指す高齢者の姿について広く周知する

- 広報やSNSなどを活用する
- 介護サービス、福祉サービス、民間サービスなど活用しながら自宅での生活を継続されている方について

実行プラン(アクティビティの具体策)

④本人が望む生活について、一緒に考える

- 本人の思い、家族の思いの擦り合わせ
- 今後起こりうる変化について予測し、有事の際に混乱を最小限に

実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①足腰を強化するための方法を、家庭に相談できる関係を作る ・介護サービスに限定せず、インフォーマルなサービスを知っておく ・各種講座等で、顔の見える関係になるのはもちろん、機関にコミュニケーションを図って関係を結ぶ	✓ 社会資源について、説明しやすく住民にも伝わりやすい冊子を作成し、内容を共有する。 ✓ 多職種連携会議を開催し、地域の保健・医療・福祉専門職がどのような活動をしているか知る。	生活支援体制整備事業
②介護保険サービスの有無に関わらず、地域で生活する高齢者の具体的事例を情報共有 ・区長、民生委員、保健推進員等、ボランティア団体など一緒に呼びかけ ・相談できる人やつながりごとを、地域様に知ってもらえるよう啓蒙	✓ 令和５年4月から、定期的に福祉委員会＝協議体（区長、民生委員、福祉推進員、ボランティア団体、地域住民）を開催し、地域で生活する中での困りごとや課題を共有する。具体的な事例を通して、どのような活動ができるか話し合う場とする。 ✓ 令和５年4月民生委員定期委員定例会に出席し、改めて新・現民生委員に対して、これまでの共関した取り組みについて報告、及び協力を呼びかける。 また、民生委員を退任された方に対しても、今後も地域の支援者として活動していただくよう呼びかける。 ✓ 令和５年2月、福祉推進員の研修会に出席し、区長・民生委員と共関した活動を呼びかける。 ✓ フレイルサポーターが地域に出向いてフレイルチェックを実施したり、啓発活動に取り組むことができるよう協働して企画・運営していく。	生活支援体制整備事業 フレイル予防事業

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
③地域の出来事や協力者の存在について広く周知する ・広報や掲示板を活用する ・他課との連携を図ることに対する抵抗感をなくす	✓ 毎月包括支援センターが掲載している、広報の「ちいきの掲示板」において、地域の課題や課題、実際の成功事例を掲載する。 ✓ 困り事を抱えた支援が必要な事例については、積極的に協力を呼びかける。また他課からの呼びかけにも協力する。	地域支援事業
④本人が望む生活はどのようなものかを一緒に考えられるように関わる ・何によって悩んでいるのか問題を明確、目標を確認する ・実現可能性で問題とせず、相談されれば助言が受けられることを知る	✓ サロン、カフェ、通いサポⅡ号の通いの場や介護予防教室を、参加者同士が情報交換したり、市門職に相談することができる場とする。 ✓ 本人が望む生活について、社会資源を活用することで実現または困難さを一緒に考える。	生活支援体制整備事業
⑤不安や望む生活について話せる場を提供し、自立支援のための情報提供を行う ・自分が望む本活を書出しする ・できること、できないことを客観的に捉え、必要な支援は何かを考えることができる	✓ サロン、カフェ、通いサポⅡ号の通いの場や介護予防教室を、参加者同士が情報交換したり、市門職に相談することができる場とする。 ✓ 本人が望む生活について、社会資源を活用することで実現または困難さを一緒に考える。	生活支援体制整備事業 介護予防事業

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

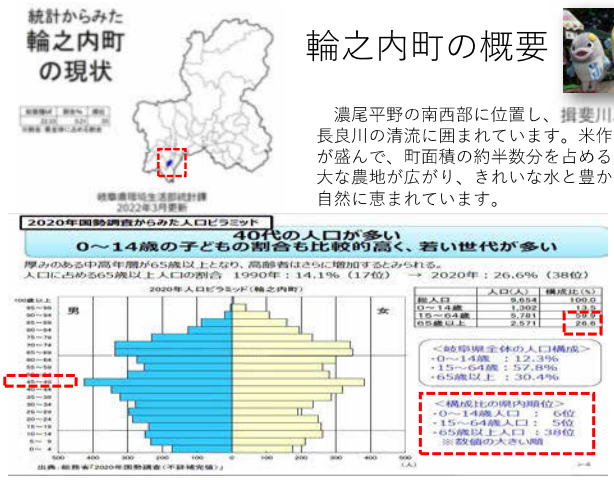
高齢者の今までの暮らしの継続を可能にする地域づくりの推進

2023年2月８日
安八郡広域連合（輪之内町）　中嶋　戸田　宮嶋

チームメンバー情報

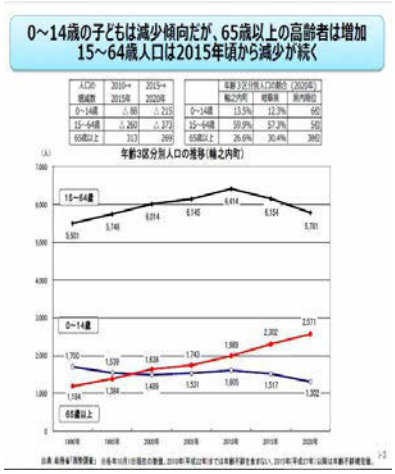
所属　輪之内町（安八郡広域連合）	役職・職種	氏名
福祉課（地域包括支援センター）	課長補佐 社会福祉士	中嶋　純子
福祉課（地域包括支援センター）	保健師	戸田　優子
安八郡広域連合	事務職	宮嶋　直身
SC（地域包括支援センター）	社会福祉士	谷水　鶴己
地域包括支援センター	保健師	大橋　淳子
地域包括支援センター	介護支援専門員	片野　利恵美

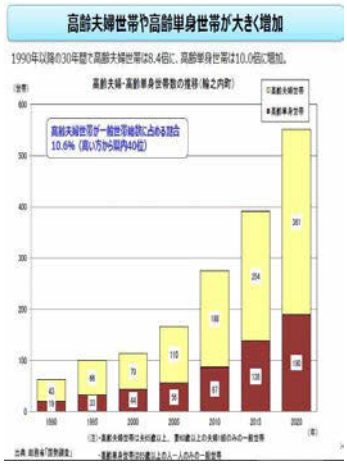
このプログラムに参加して自分たちの業務の振り返りができ、誰もが見ても分かるような取り組み内容が可視化できた。チームワークができた。



輪之内町の概要

濃尾平野の南西部に位置し、揖斐川、長良川の清流に囲まれています。米作りが盛んで、町面積の約半数分を占める広大な農地が広がり、きれいな水と豊かな自然に恵まれています。





輪之内町の問題

行政が考えている課題って本当に地域の課題なのか。

⇒もう一度高齢者の声をきいてみよう。

- 介護認定を受け、サービスを利用すると今までの友達づきあいができなくなると思っている。
- 足腰が弱くなり日常生活に支援が必要となると、自己努力はせずに行政サービスで何とかして欲しいと思っている。
- 足腰が弱くなり心身に変化が見られたとき、制度・お金・終末について知らず、どうしたらよいかわからない。

自分たちの今までの取り組みは

- 地域住民・行政・専門職ともに、困っている人の**暮らしぶりへの関心が薄い**ため、自分ごととして考えられていない。
- 行政・専門職は**本人の望む暮らし**に注目する**意識が低い**。
- 行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に**伝えていない**。
- 地域住民・行政・専門職が会議や打ち合わせや意見交換の場を多数持ち、**同じ意識**をもって**同じ目標**を**目指していない**。

現状を理解せず、**行政目線**で必要であろうと思う**事業を展開**してきた。

「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか①－1

高齢者本人の望む暮らしに近づけるために必要なことを本人・家族・地域住民・行政・医療機関・介護事業所で一緒に考える。

- **庁内職員**に、認知症、フレイル、地域づくりについての研修を行う。
- **栄養士**に、栄養管理ができていない高齢者への働きかけについて一緒に考えてもらう。
- **理学療法士**に同行訪問が可能であるか相談する。
- **ケアマネ**とインフォーマルサービスについて一緒に勉強する時間をつくる。

「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか①－2

高齢者本人の望む暮らしに近づけるために必要なことを本人・家族・地域住民・行政・医療機関・介護事業所で一緒に考える。

- **包括**は多職種連携研修会、サポーター交流会を開催する。
- **SC**とインフォーマルのサービスの情報共有をする。
- **医療機関・介護事業所**に多職種連携研修会へ参加してもらい、他事業所の活動や各種事業のサポーターの活動を知ってもらう。
- **サポーター**に交流会へ参加してもらい、お互いの活動を共有してもらう。

「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか②

高齢者本人が今までの暮らしが続けられるように地域団体等の学ぶ機会を提供する。

- **配食業者、商工会、民生委員、区長、老人クラブ等**に現在の行政・事業所・サポーターの活動を知ってもらう。
- **配食業者**に高齢者との関りで困っていることなどを確認する。
- **小・中学生、配食業者他、地域の企業**に認知症サポーター養成講座を受講してもらう。
- **小・中学生**にフレイルについて知ってもらう。

「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか③

高齢者本人の今までの暮らしを支える大きな力であることを知ってもらう

- **SC**が喫茶店や趣味のサークル活動に出向いて、情報を収集する。
- **SC**が地域資源を可視化し、関係者と情報共有をする機会をつくる。
- **サークル仲間**の行動を称賛する
- **サークル仲間**に、心配なことがあったらいつでも専門職と繋がれることを知ってもらう。

「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか④

高齢者本人が望む暮らしを家族や友人・専門職に伝えられる場を提供する。

- **包括・ケアマネ**が担当している要支援者の本当の気持ちを引き出す。
- **SC**が地域に出た際に、高齢者が望む暮らしを引き出す。
- **高齢者本人**に自分の体の変化にも工夫によって対応できることを知ってもらう。
- **高齢者本人**に恥ずかしさ等の思いを伝えても良いと理解してもらう。

それにより、「働きかけた相手に、どんな望ましい変化を起きると想定しているのか」

- **高齢者**は社会参加・運動・栄養・口腔が大切であることを知り、足腰が弱ったことに対する負い目やサークル仲間等への罪悪感が軽減する。
- **地域住民**は、包括と地域の情報を共有しないといけないと思えるようになる。
- **専門職**は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。
- **行政**は住民の中へ出ていき、本当の声をきくようになる。

「高齢者の課題はどう解決するのか」

できなくなった事があっても、自分の体の変化を受け止め、人に頼ることで暮らしを維持できる

自分ができることを知り、ボランティア等に参加し、地域デビューの一歩を踏み出せる。

・介護認定を受け、サービスを利用していても近所のみなさんで集まる茶話会やサロンへの参加が出来る。

自分の気が許せる仲間との集まりや自分がしたい事は「楽しい」し「満足」できるから努力をしてでも社会参加をする。

今の自分にあった方法でやりたいことを果たせる。

何から始めるのか

①２月１日フレイルの日に向けて啓発をする

・軽トラ朝一で、「フレイル」について啓発。

・広報無線による「フレイル予防の話」「フレイル体験会」の配信

・ザ・ビッグ輪之内店での啓発とフレイルチェック体験を開催

・図書館、役場玄関ロビーでサポーターの作品展示で啓発

⇒まずは「何をやってるんだ」と関心を持ってもらう。

②町内ケアマネとケアマネジメントについて学習する。

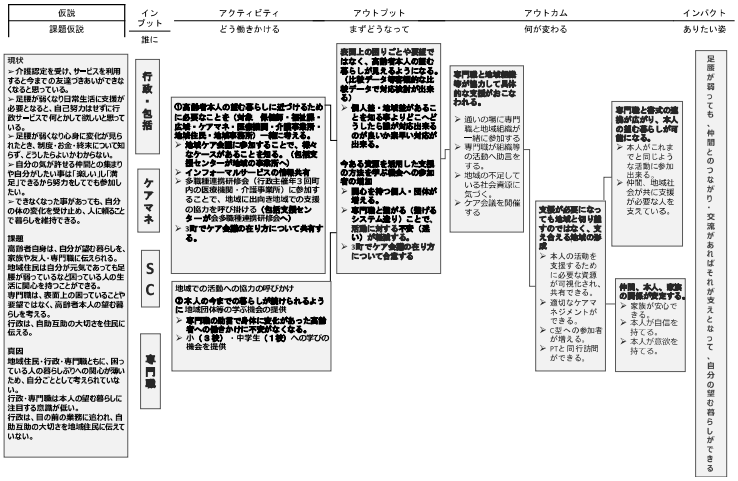
・軽度者のケアマネジメントについて勉強会をする。

・月1回地域ケア会議を開催する。

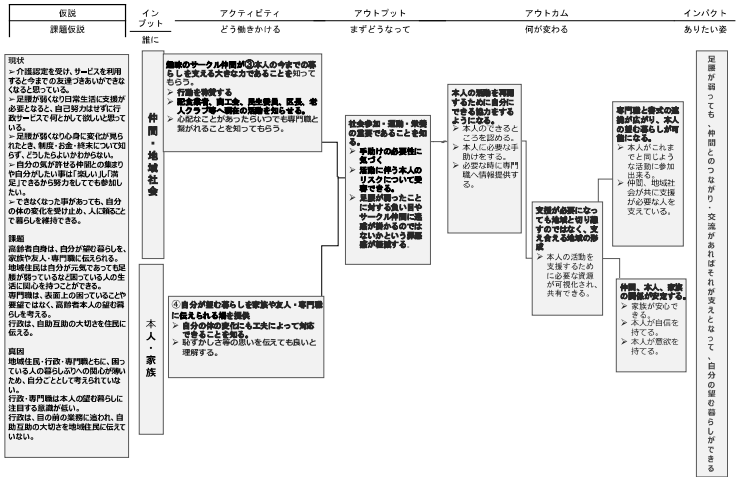
モニタリングの方法

- 「フレイル」の認知度（どこで知ったか）をアンケートで調査。
- 「フレイルチェック」を受ける人数が増えたか。
- 地域住民からの相談件数。
- 通いの場に参加している認定を受けた人の人数
- 通いの場に参加した人の認定率の変化を追跡する。
- リハビリ専門職と毎月振り返りを行う。

タイトル：高齢者の今までの暮らしの継続を可能にする地域づくりの推進



タイトル：高齢者の今までの暮らしの継続を可能にする地域づくりの推進



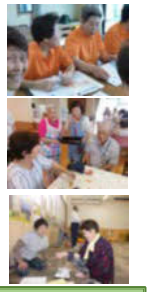
3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①高齢者本人の望む暮らしに近づけるために必要なことを一緒に考える	・庁内職員向けにフレイル、認知症、地域づくりの研修を行う。 ・栄養管理ができていない高齢者への働きかけについて管理栄養士と考える ・理学療法士に同行訪問等が可能であるか相談する。 ・インフォーマルサービスについてケアマネと勉強会をする。 ・年３回多職種連携研修会を開催し、専門職だけでなく、各種事業のサポーターがお互いの活動を知る。	在宅医療・介護連携推進事業
②本人の今までの暮らしが続けられるように地域団体等の学ぶ機会の提供	・配食業者に高齢者との関わりで困っていることなどを確　　認する。 ・ＮＰＯ法人に認知症サポーター養成講座を開催する。 ・小・中学生にフレイルについて知ってもらう。 ・ふれあいフェスタ、軽トラ朝一等でフレイルについて啓　発する。	認知症総合支援事業 地域ケア会議推進事業

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
③本人の今までの暮らしを支える大きな力であることを知ってもらう	・SCが喫茶店や趣味のサークル活動に出向いて、情報を収集する。 ・地域資源を可視化する。	生活支援体制整備事業
④自分が望む暮らしを家族や友人・専門職に伝えられる場を提供	・包括が担当している要支援者の本当の気持ちを引き出す。 ・SCが地域に出た際に、高齢者が望む暮らしを引き出す。	

ご清聴、ありがとうございました



高齢者の暮らしを守る
“チームあんぱち 大作戦！”

2023年2月13日
安八郡広域連合　岐阜県安八町
西脇 雅子

チームメンバー

宇野比登美
福祉課
地域包括支援センター長
保健師　主任ケアマネ

日比弘康
安八郡広域連合係長
（安八町より出向）

西脇雅子
福祉課　課長補佐
地域包括支援センター
保健師　主任ケアマネ

アンビー

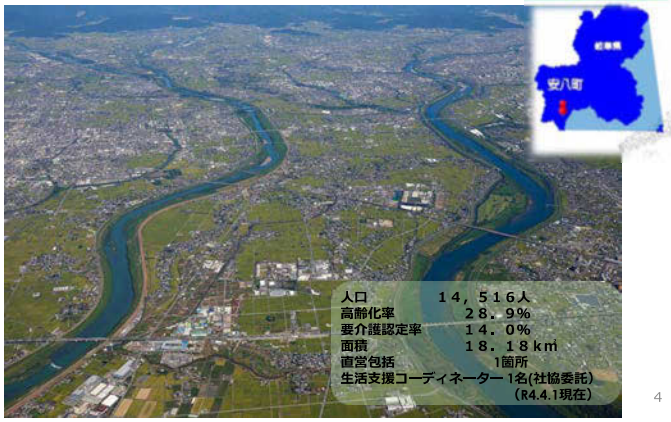
安八郡広域連合紹介

神戸町
輪之内町
安八町　3町で構成

人口　　42,425人
高齢化率　30.2%
(R4.12.1現在)

平成11年に介護保険の
保険者を郡で一本化
安八郡広域連合を設立

安八町の概要



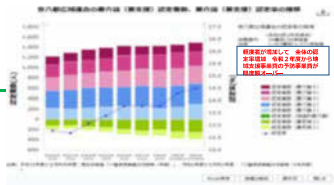
ＰＧ参加前の課題認識（広域連合全体）

取り組みたいこと

様々なデータを活用し課題を把握。その上で、課題に即した介護予防事業を計画し展開したい
広域連合は必要な情報を構成町に提供し、事業全体がバランスよく実施できるように支援して行きたい

現状

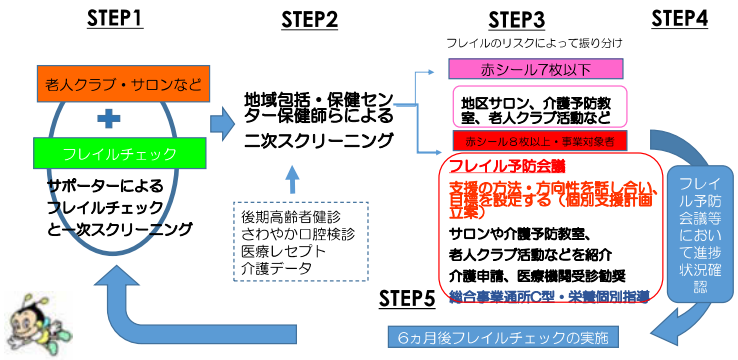
・要介護認定率が約１４％で県や全国と比較して約４％低い
・軽度者が増加しており、全体の認定率は増加傾向（表）
・調整済み認定率（要介護3～5）が
　全国平均より高く、施設サービス利用者
　が多い



安八町の現状

・フレイルチェック参加者が少ない（65歳以上の約10%/年）
・ハイリスク者が通所型サービスＣにつながらない（年2～3人）
・**フレイル予防会議（介護予防のためのケース会議）がうまく行かなかった**

フレイルチェックを中心としたPDCAサイクルのイメージ図



メンターの皆さんから問いかけられたこと（第1回）

・住民の声を生かせていますか？
・地域資源を把握できていますか？
・教室に出てこない高齢者はどうしているの？
・虚弱な人の課題をどう解決して行きますか？
・フレイル予防会議はどうしてうまくいかなかったの？
・フレイル予防をどう考えているのか？

現状調査はこの４つ

①住民の声から問題の関係性を整理
②通いの場調べ
③新規申請者の疾患分類調べ（軽度者）
④フレイル予防会議の検証

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

「生活の様子　不安に感じていること　望む生活は・・・？」

96歳女性　家族と同居。週1回いきいきサロンに参加。自宅から、いきいきサロン会場までは約５００ｍ。毎回自転車で行く。普段は畑で野菜作りをしている。耳が遠く、大きな声で話しかけないと聞こえない。畑に夢中になると、時間を忘れてしまうためいきいきサロンに遅れることがある。（遅れたときには、サポーターが畑に呼びに行く）家族は忙しいので、サロンはとても楽しみにしているのでこれからも続けて行きたい。

83歳女性　独居。介護予防教室や自宅サロンで友達と交流し楽しく生活していた。コロナになり自宅サロンは閉鎖。同時期に仲良しの友人が突然死去しとても落ち込んでいた。この頃から服薬管理ができないなど徐々に認知機能低下が見られ始めたが、車に乗って友人と喫茶店に行く、教室に参加するなどは継続していた。
1ヶ月ほど前に交通事故で車を失ったことから生活意欲が低下し、「もう私もだめだ」と発言することが多い。巡回バスに乗る方法が分からず教室参加できない。

90歳男性　息子と同居。　1年ほど前にバイク免許返納した。バイクに乗っていた頃は、毎日喫茶店と温泉に行くのが日課だった。今は、自転車に乗って喫茶店に行く日課は続けている。10月からヘルメット着用が義務付けられたので娘の休みにスーパーに連れて行ってもらい、ええヘルメットを買ってもらった。喫茶店に行けばいつもの仲間といろんな話をしている。地元のことや、畑の野菜の話やいろいろ。年をとったので、あんまりあちこちしないが、娘や息子が買い物とか助けてくれるから何も不自由ない。これからもこんな生活を続けて行きたい。

79歳男性　高齢夫婦世帯　慢性的な腰の痛みがある。以前は車に乗れていたが危なくなってきたので乗らない。リハビリに行きたいが、リハビリのある病院まで自力で行けない。近所の人にリハビリできる施設（半日型のデイサービス）のチラシ（新聞折込）をもらった。その施設に電話したら、福祉課に手続きしてもらうように言われた。自分もそこに行きたいのでお願いします。

77歳女性　高齢夫婦世帯　以前からサロンサポーターをしていた。社協ＳＣさんに声をかけてもらい、生活支援・介護予防教室・フレイルのサポーター活動もしている。お年寄りの支援はとても大事だと思ってます。自分の健康に自信がないので、何をすればいいか教えてもらえれば何でも協力します。近所の80代認知症独居男性の支援を友達と一緒にしています。私達と一緒に喫茶店に行ったりすることを楽しみにしているのでこれからも続けて行きたいけど、自分たちも家庭や体のことが心配だからほどほどに、と思っています。

50代女性　**コーラス講師**　コロナ禍で２年位教室を休止していた。この春から久しぶりに再開したところ、参加者のうち数人が要介護状態になっていて来れなくなっていた。来て下さる参加者も、歌が覚えられない・音が取れないなどあり高齢化の波を肌身に感じた。
自分は歌の仕事をしてきたので、なんとかコーラスのメンバーだけでなく町民の皆さんの健康に歌で力になれないかと思っている。

ＳＣと一緒に情報収集をしました

この他多くの皆さんにご協力いただきました

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

見えてきたこと

【本人】

あきらめ、迷惑かけとる、変化が受け入れられない、人の世話になりたくない、生活の見通しが立たない、お金のこと、プライド

【地域社会】

関心が薄い、自分ごととして考えない

【行政・専門職】

目先の業務に追われている、行政の思いを住民に伝えていない、望む暮らしを意識していない・聞いていない、サービスありき

現状調査　②通いの場調べ

・運動系

介護予防教室　15教室（8割女性）NPO主催含む
運動サークル　　２教室（ほぼ女性）
ゲートボール　　１チーム（男性多）　ほとんど80歳以上
グランドゴルフ　　８チーム（男女半々）ほとんど80歳以上

ＮＰＯ
ほっとらいふワークス

・ボランティア

小学校安全サポーター　　20名（ほぼ男性）
百梅園・アンヒルパーク清掃ボランティア（月2回　男女半々）

・文化系サークル

フォークダンス、写真、フラダンス、書道、茶華道、手芸など約30団体　コロナ禍以後活動頻度が半減（月4回→月2回）

・企業OB会

・生協

ＳＣと一緒に情報収集をしました

現状調査　②通いの場調べ

AM１０時　雨の日でも駐車場には車が・・・

ここに来たら誰かおるでええわ
みんなにいろんな事教えてもらうんやて

いらっしゃいませ

喫茶店は町内に21ヶ所　900㎡に1つ
早朝から営業　1日中モーニングサービス
軽トラ・自転車・シルバーカーで行ける
要介護認定者も一人で行ける
体の相談や給付金などの**情報交換**
ママも独居高齢者で客が見守り隊

ここは大切な通いの場

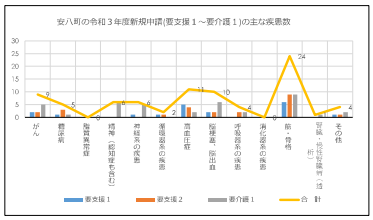
現状調査　③新規申請者の疾患分類調べ（軽度者）

新規申請者の疾患分類調べ

○新規申請者の主な疾患名

筋骨格系が最も多い

→**リハ職の腕の見せどころ**



現状調査　④フレイル予防会議の検証

どうしてうまくいかなかったのか？どんな視点が必要なのか？

1．ケアマネジャーがフレイル予防講座を聞いた後の発言

・本人が外出したがらない
・本人の趣味がない
・その場所に行けない
・目的作りが難しい
・デイがない日の過ごし方が難しい
・元気サポーターの支援はどこまでしてもらえるのか
・元気百梅クラブで元気をもらっている
・教室の後のお茶会を楽しみにしている
・教室に来ない人や送迎がなくこれない人はどうすればいいのか

楽しみ探し　友達づくり

ケアマネジャーは、本人が外出や趣味の活動を通して、元気になれると思っている

2．ケアマネジャーが予防プラン作成時に考えていること

・短期目標設定は、モチベーション維持のため叶えやすいものにしている
・生活の中に役割が持てるように作っている
・気持ちが後ろむきになっていないか気をつけている
・閉じこもっていないか
・大病後は特に体力も低下し外出ができないので、気にしている
・近所の声かけをしてほしい
・教室にいくまでに調整しておくことがある
・本人は言葉にしないが、したいだろうなと思ってる事を目標とする表現力の難しさ
・○○はできるね、と伝えることの大切さ

意欲向上　周囲の協力

ケアマネジャーは、本人の意欲や気持ちを向上させたいと思っている。
周囲にも、本人が自信がもてる声かけをしてほしいと思っている。

ケアマネの支援になっていなかった

3．フレイル予防会議での医療専門職の発言内容

・高脂血症、高血圧に加え、おそらく糖尿病もあると思われる
・体重2キロ減の割に、同じ食べ物を食べている
・口腔機能は噛む力もあり問題ない
・いつ何を食べているのか食事内容がわからない
・ふくらはぎの周径はあるが、筋肉の層は薄いのかもしれない
・膝が痛むならエアロバイクを使って運動してはどうか
・ゴミ当番やクリーン活動は参加できているのであれば、そこは自信がもてるようにしてほしい
・毎日喫茶店で友達と話しているが、ﾌﾚｲﾙﾁｪｯｸでは赤シールとなっている
・本人がやりたいことをイメージできるように

病気や身体に着目した発言となっている。
本人の意欲向上にむけた助言がない。
本人のしたいことを話し合いたいのにそれに対しての助言がない

本人の生活を上げるという視点は？

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

調査内容	束ねた薪	なぜ	現状
住民の声 「生活の様子　不安に感じていること　望む生活は・・・？」 	**・身体の変化が見られたときに制度・お金・終末について不安になる** →本人はその時に考えればいいと思っている→まさか自分がそんな状態になるとは思っていない →専門職行政は情報を知らせていない→知らせなくてもいい→必要性を感じていない→関心が薄い **・足腰が弱くなると買い物やゴミ出しなど人に頼らないと出来ないと思っている** →自分はもうだめだ　良くなりっこない→何とかしたいけどどうすればいいのか分からない→あきらめたほうがいい **・介護サービスを利用すると今までの友達づきあいができないと思っている** →本人は世話になることは迷惑だという劣等感→自分はまだ出来るはずだ→でもどうしたらいいのか分からない →友達はなんとなくは知っている→どうしてるかな。誘ったらだめだよね		→本人は、足腰が弱った時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいかわからない →専門職行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い →家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない →地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない →行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない

「めざす姿」
足腰が弱っても、仲間とのつながり･交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

差

課題（取り組むべきこと）

・高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる
・地域住民は、自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる
・専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える
・行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる

つまり

現状

・高齢者本人は、足腰が弱くなった時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいかわからない
・家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない
・地域住民･専門職･行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない
・専門職･行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い
・行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない

なぜ？

真因

・本人･家族･地域住民･専門職･行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことだと認識できていない
・地域住民･専門職は、それぞれの方法で支援しているが、各々の役割を調整されていないため、チームとしての支援ができていない
・行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援にならないことを地域住民や専門職に伝えていない

ではどうするか（打ち手）

課題から見えてきたすべきこと

課題（取り組むべきこと）

・高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる
・地域住民は、自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる
・専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える
・行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる

喫茶店は大事な通いの場

フレイル予防会議失敗の課題が見えてきた

疾患からの困り事にリハ職が生きる！

私たちのすべきことはこれ！

①仲間（ケアマネやリハ職）と計画時から思いを共有する

②フレイル予防会議実施に向け綿密に策を練る

③喫茶店など通いの場にスポットライトをあてる

足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする"チーム"づくり

チーム あんぱち 作戦マップ

1．主任ケアマネ・ケアマネ
①フレイル予防会議の在り方を検討する
・楽しみ探し
・友達づくり
・意欲向上
・周囲の協力
（生活者の目線で考える）
②ケアマネへの研修方法
③ケース検討の進め方
・医療介護職から必要な助言を得る方法
・ＳＣから必要な助言を得る方法
→ケアプランにインフォーマルな通いの場や地域資源者が登場する
→支援の実施による満足度があがる

2．生活支援コーディネーター
①活動内容の見える化
・通いの場のリーフレットづくり
　通いの場を見える化し、地域の活動が誰もがわかる状態にする
・高齢者のエコマップづくり
　ＳＣが関わる高齢者のエコマップを作成し地域の関わり方を探る手立てとする
②ＳＣがケアマネジャーからの相談に対し、提案がしやすい状態にする
→新たな通いの場やサポーターを見つけようとする
→ｹｱﾏﾈや地域からの相談に答えようとする

専門職と地域がつながる

チームあんぱち

地域力の底上げ

3.理学療法士
①主任ケアマネ会と協働し、フレイル予防会議での医療専門職の関わり方を検討する
②ケアマネや要支援者にＰＴが直接助言できる方法を検討する
③ＰＴと地域の関わり方について検討する
・フレイルチェック、出前講座での集団への関わり
・住民が自ら地域で運動習慣を広める仕組みづくりを検討する
→ケアマネや住民からの相談が増える
→出前講座やフレイルチェックの件数が増える

4．元気サポーター・民生委員
①活動内容の見える化
・通いの場のリーフレットづくり
・高齢者のエコマップづくり
②包括とＳＣが、地域資源者と共にリーフレットやエコマップ作りをし、地域からの相談が受け取りやすくする体制づくりをする
→新たな通いの場を見つけようとする
→地域に関心を持ち困り事の相談先が分かる

高齢者自身が、自分の望む暮らしを周りや専門職に伝えると、これまでのつながりや交流のみでなく新たな関係も生まれ、今までの生活が維持できる

４つの実行プラン

その１ **【フレイル予防会議再開】**

①**主任ケアマネ会**で会のあり方を検討（～３月）（資３、豊明市動画視聴）

②主任ケアマネ会に理学療法士も加わり、さらに会での**医療専門職の関わり方**について検討　また、**モニタリング方法**についても検討する（～６月）

③第1回フレイル予防会議（7月）では、大学講師の講義を実施し町の考えを伝える（資料４）
「テーマ：第9期ニーズ調査の分析結果と通いの場の重要性について」 **【専門職にはデータで訴える】**

その２ **【通いの場の洗い出しと活用】**

・元気サポーター・サロンサポーターにつながりの大切さを伝え、「通いの場」を洗い出したいことを伝える　通いの場の情報収集（4月）
・収集した情報をＳＣとともに地図上に落とす　場所・内容・時間なども把握（４月～６月）
・ＳＣが**リーフレットを作成**（7月～8月）
・**「あんばちの地域包括ケアを考える会」**開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、大学講師の講演会を実施
・会では、**元気サポーターが**リーフレット作りを通して感じたつながり作りについて**報告**　さらにマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案
・フレイル予防会議で**ＳＣが**専門職へリーフレットの紹介と活用を勧める

４つの実行プラン

その３ **【医療専門職が通いの場に関与】**

・ケアマネや要支援者にＰＴが直接助言できる方法を検討
・住民が自ら地域で運動習慣を広める仕組みづくりを検討
・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画
・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知（4月）
・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施（年2回）
・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリ体操指導士候補を募る（８月締め切り　9月～12月養成）
・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（R6.1月から）

その４ **【独居高齢者のエコマップを作成し、民生委員らと共有】**

・コーディネーター会議で、SCが関わる独居高齢者（80名）の生活の困りごとを、一人づつ洗い出し**エコマップを作成**する（４、5月）
　○ゴミだし、買物、掃除、通院、服薬管理は誰がしているのか
　○定期的な訪問者はいるのか（家族や地域との関わりはあるかなど）
　○家族や地域との関係性をエコマップ化
・民生委員定例会で、**SCとの交流会**を実施し（6月・12月）、支援者の担当民生委員・担当SC・担当包括が**顔の見える関係**を作り、**情報交換**

アジャイル政策形成の仕掛け

（次なる改善につなげるための方策）

相手	自分たちのとった働きかけに対する相手の反応や、次なる改善点をどうやって確認できるか、その方策（モニタリングの方法）
ケアマネ	フレイル予防会議に参加、発言、感想（内容、数） 担当ケースに関し、ＳＣへ相談する（件数） 担当者会議にＳＣに参加を促す（件数） ケアプランにインフォーマルサービスが組み込まれる （生活支援サービス・通いの場の利用数）
ＳＣ	フレイル予防会議に参加、発言（内容、数） 担当者会議にＳＣが出席する（件数） インフォーマルサービスへのマッチング（件数） 地域の高齢者の困り事とそのつながりの整理（件数） 支援者から地域の高齢者の困りごとの相談（件数） 地域に出て通いの場を見つけ出す（件数） 担い手であるサポーターが増加（人数） 通いの場リーフレット作成、情報更新（社協だより内容）
理学療法士	フレイル予防会議に参加、発言（内容、数） 住民に通いの場の大切さを説明（リーフレット配布数） 地域の高齢者の困り事をＳＣへ相談 通いの場での助言（件数） 運動習慣を広める（フレイルチェック参加者数、出前講座件数・人数、シルリハ養成人数・導入箇所数）

アジャイル政策形成の仕掛け

（次なる改善につなげるための方策）

相手	自分たちのとった働きかけに対する相手の反応や、次なる改善点をどうやって確認できるか、その方策（モニタリングの方法）
民生委員 元気サポーター	あんばちの地域包括ケアを考える会に参加、アンケート内容 ＳＣへ地域の高齢者の困りごとを相談 自分の通いの場へ高齢者を誘い仲間になる（通いの場の件数、頻度、内容）
介護・医療専門職	フレイル予防会議に参加、発言内容（内容、数） 住民に通いの場を紹介（リーフレット配布数）
地域住民 （友人・隣人・家族）	あんばちの地域包括ケアを考える会への参加、アンケート内容 通いの場の専門職への相談（件数） 通いの場への参加（参加数、件数、頻度）

ロジックモデル①

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**

仮説 / インプット / アクティビティ / アウトプット / アウトカム / インパクト

課題仮説

現状
➢本人は、足腰が弱くなった地に自分の望む暮らしを実現どのように伝えたらいいか、わからない。
➢家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の部だことを気づいても対応の仕方がわからない。
➢地域住民・専門職・行政とも、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごとして考えられていない。
➢専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い。
➢行政は、限の高の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない。

課題
➢高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる。
➢地域住民は自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる。
専門職は、家族上の部ついてなどや望などはなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。
➢行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークつくりができる。

原因
➢本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことと認識できていない。
➢ 本人に関わる地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援していると、各々の役割が認識されていないため、チームとして の支援ができていない。
➢行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援とならないことを地域住民や専門職に伝えていない。

インプット：ケアマネ / 医療専門職 / ＳＣ / 地域資源者 / 地域社会 / 友人・隣人 / 家族 / 本人

アクティビティ（どう働きかける）

➢１．フレイル予防会議再開の向けた準備
・包括内で第の方針・フレイル予防会議の実施内容について提案を決める。（2月）
・主任ケアマネの会（社協２　ゆとり１　包括２）で町の地域包括ケアの方針を伝え、フレイル予防会議の意義を説明。主任ケアマネをしてどのように関われるかを考えてもらい議論。ともに共感できる方法を導き出す。（２月～3月）
・理学療法士らとの打合せ
・以下のII（ＰＴ・ライトハーＰＴらと、リハ職からの入力法・役割分担を検討する。（3月）
・ＹＹ（ニックの広場・通所リハ管理者ＰＴ）通所C及びフレイル予防会議について説明し、会議への参加を促す。（広報誌のことも）
・運動指導に関する講師が決るハイリスク者に対しては、PTによる訪問指導を行う仕組みを作る。（4月～6月）
・主任ケアマネが担当の予防支援プランで、本人のしたい暮らしや地域の通いの場を組み込んだプランを作成するとともに、主任ケアマネ・理学療法士とともに、フレイル予防会議のモニタリング方法について検討する。（4月～6月）
・参加者（医師・薬剤師・栄養士・保健師・ケアマネ・ＰＴ・ＳＣ・保健ＰＨＮ・区長）へ質内を送る。（7月）
・第1回フレイル予防会議（7月）開催し、大学講師の講義を実施（ニーズ調査の分析と通いの場の重要性について）フレイル状態になってもつながりの重要性を説明し、ケアマネに出張時のプランに組み込むよう促す。年間予定を共有し参加を促す。
・毎月1回開催し、日立支援のためのケアマネジメントについて参加者がそれぞれ2以場と課題できるよう意見を促す。
・会議においてもこれが広まった通いの場リーフレットを紹介（9月）

アウトプット（まずどうなって）

➢ケアマネ、地域の医療専門職、SCが集まることができる。
・定期的に会議が開催できる。（月1回）
・主任ケアマネ事業者からのケアマネが参加する。（事業所）
・地域の医療専門職が参加する。
・参加する専門職がＳＣの役割を知る。
・町内に多様な通いの場があることが分かる。
・通いの場が自分の支援者に必要なのかどうか考える。
①参加ケアマネ数値
②参加医療専門職場
③問題提起

➢専門職は、フレイル予防会議で支援者が本人らしく暮らせるを思について、発言ができる。
①会議での発言内容の変化（プランの指摘ではない）
②望む暮らしへの発言数の増
➢専門職はフレイル予防会議でお互いの専門性について学び合う。

➢SCはケアマネとつながり、生活上の課題解決のための提案ができる。
・サービス相当会議に、ＳＣが参加し、生活上の課題解決に向けて話し合う。
①SCへのケアマネからの相談件数

何が変わる

➢ケアマネがSCとつながる。
・ＳＣとつながり、生活上の課題について相談する。
①SCへの相談件数
②SCのサービス紹介数

➢ケアマネは予防支援プランが本人の望む姿が目標となり、インフォーマルサービスを取り入れたケアプランとなる。
①要支援・要介護認定者の生活支援サービス利用数の増
②要支援・要介護認定者の通いの場利用数増
③要支援・要介護認定者受け入れる通いの場数増
④ケアマネの満足度があがる

➢b専門職は、自分の支援者が SC や地域資源者とつながれるよう働きかける。
①SCへの相談件数増
②フレイル予防会議の参加数増

➢SCが、様々なケースを通して、サービスや通いの場と家族が必要なケースとをつなげることができる。
①要支援サービスへ通いの場へのマッチング数

➢c本人の望む暮らしを、医療・介護・地域の専門職と地域住民のネットワークで支えることができる。
・本人のこれまでの暮らしを寸冬体制が取れる。
・地域資源者と専門職がチームで支援にあたることが出来る。
・主任ケアマネ会は定期的に以下をモニタリングする。
①認定1年後の増悪率
②ケアプランにインフォーマルな通いの場や地域資源者の登場件数増（支援するモデル具数）
④会議での町の地域課題の提言内容

インパクト：足腰が弱くなっても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

ロジックモデル②

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**

仮説 / インプット / アクティビティ / アウトプット / アウトカム / インパクト

課題仮説

現状
➢本人は、足腰が弱くなった地に自分の望む暮らしを実にどのように伝えたらいいか、わからない。
➢家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の部ついてどこ気づいても対応の仕方がわからない。
➢地域住民・専門職・行政とも、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごとして考えられていない。
➢専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い。
➢行政は、限の高の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない。

課題
➢高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる。
➢地域住民は自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる。
専門職は、家族上の部ついてなどや望などはなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。
➢行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークつくりができる。

原因
➢本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことと認識できていない。
➢ 本人に関わる地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援していると、各々の役割が認識されていないため、チームとして の支援ができていない。
➢行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援とならないことを地域住民や専門職に伝えていない。

インプット：医療専門職 / ＳＣ / 地域資源者 / 地域社会 / 友人・隣人 / 家族 / 本人

アクティビティ（どう働きかける）

➢２．さまざまな主体の通いの場の洗い出し
・元気サポーター会議・サロン会議で年代毎の資料を使って再度つながりの大切さを学び、「通いの場」を洗い出したいことを伝える。（4月）
・元気サポーター・サロンサポーターに情報を収集してきてもらい、社協と一緒再をしり内容をＳＣが説明会の準備をする。（４月～６月）
・「集いの場」の場所、内容、時間帯などがわかるものにする。（7月～8月）
・「あんばちの地域包括ケアを考える会」開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、中村先生の講演会を企画。
・元気サポーターがリーフレット作りを通して感じたつながりやサロンについて紹介。そこでマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案する。
・フレイル予防会議でSCから、リーフレットの紹介をする。

➢３．医療専門職が通いの場に関与
・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画。
・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知。（4月）実施。
・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施。（年2回）
・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリの指導者候補を募る。（８月締め切り　9月～12月養成）
・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（R6.1月から）

アウトプット（まずどうなって）

➢専門職は、SCと共努ポーターの活動内容を知り、安八町の取組に関心を寄せる。
・専門職は、自分の支援者の地域にどれだけ通いの場があるのかわかる。
・専門職は、自分の支援者と地域にどのかかわりがどうだろうかと考える。

➢地域の通いの場をまとめたリーフレット第１版の作成と周知
・住民には広報紙とともに回覧する。（9月）
・区長が事業所（約30ケ所）には窓口に設置してもらうよう説明する。
・フレイル予防会議参加者には、SCが会議で紹介する。
・年3回の広報誌りてＳＣが最新情報を更新し活動の様子を発信する。
・「考える会」のアンケートにつながりの大切さが書かれている。
・地域からの相談件数増

➢d 民生委員などと地域資源者は自分の地域に自分が何かできるか考える。
・表現や友人に、健康づくりにはつながりを持つことが大切だと話す。
・地域資源者から、SCや包括に、地域で困っていることの相談がある。
・「考える会」のアンケートにつながりの大切さが書かれている。
・地域からの相談件数増

➢e民生委員など地域資源者は自分の地域の中に通いの場がどこにあるのか探す。
・住民からSCに新たな通いの場の報告がある。
①通いの場の開所数増
②通いの場の参加者数増

➢住民は、通いの場に自分や家族・友人の健康について、助言してくれる人だと知る

➢住民は、通いの場で自分や家族・友人の健康について、専門職から助言を得ようとする。
①PTへの相談件数増

➢f 地域資源者は、自分の通いの場に、友人・近隣者を誘い参加する。
①一人の通いの場の相談増
②一緒いの場の開催回数増
③通いの場での内容の変化（運動の可否）

➢g 自分の地域に通いの場が少なければ、増やそうとする。
①少なかった地域に新たな通いの場ができた数
②リーフレット第2版が作できる。（情報の更新）

➢b専門職は、自分の支援者がSCや地域資源者とつながれるよう働きかける。
①SCへの相談件数増
②フレイル予防会議の参加者増

➢住民は、自分の通いの場に、友人・近隣者を誘い参加する。
①出前講座参加件数増
②出前講座参加者数増
③フイ体ょ中参加者数増
④ルビ一BIL*参加数

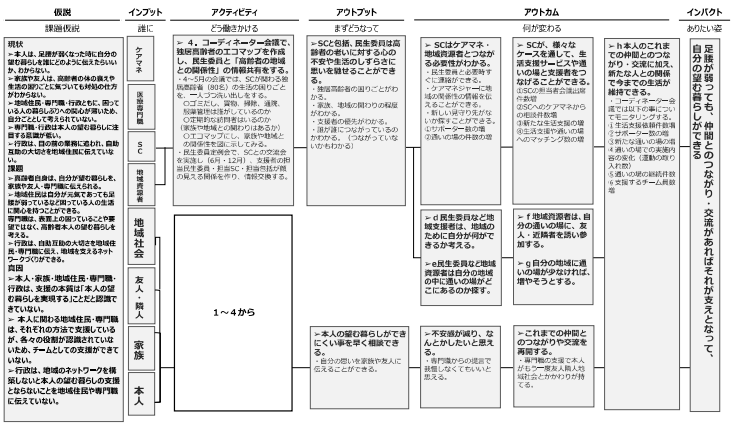
➢c本人の望む暮らしを、医療・介護・地域の専門職と地域住民のネットワークで支えることができる。
・本人のこれまでの暮らしを寸冬体制が取れる。
・地域資源者と専門職がチームで支援にあたることが出来る。
・主任ケアマネ会は定期的に以下をモニタリングする。
①認定1年後の増悪率
②ケアプランにインフォーマルな通いの場や地域資源者の登場件数増
③会議での町の地域課題の提言内容

➢本人の望むこれまでの仲間とのつながり・交流に誘え、新たな人との関係づくりでやまでの生活が維持できる。

インパクト：足腰が弱くなっても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

ロジックモデル③

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**



実行プラン①

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
1　フレイル予防会議再開に向けた準備 インプット先：医療介護専門職　ＳＣ	・包括内で町の方針・フレイル予防会議の実施内容について概要を決める。（2月） ・主任ケアマネの会（社協２　ゆとり１　包括２）で町の地域包括ケアの方針を伝え、フレイル予防会議の意義を説明。主任ケアマネとしてどのように関われるか考えてもらい議論。ともに納得できる方法を導き出す。（2月） ・理学療法士らとの打合せ ・シルバーリハビリＰＴ・ハイトレーナーＰＴらとリハ職の介入方法・役割分担を検討する。（3月） ・Ｙクリニックの院長・通所リハ管理者ＰＴへ通所Ｃ及びフレイル予防会議について説明し、会議への参加を促す。（広域連合とともに） ・運動機能に関する課題があるハイリスク者に対しては、PTによる訪問指導を行う仕組みを作る。 ・主任ケアマネが担当の予防支援プランで、本人のしたい暮らしや地域の通いの場を組み込んだプランを作成するとともに、主任ケアマネ・理学療法士とともにフレイル予防会議のモニタリング方法について検討する。（3月） ・参加者（医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・歯科衛生士・主任ケアマネ・ケアマネ・ＰＴ・ＳＣ・衛生ＰＨＮ・包括）へ案内をする。（4月） ・第1回フレイル予防会議（4/20）開催し、大学講師の講義を実施（ニーズ調査の分析と通いの場の重要性について）フレイル状態になってもつながりの重要性を説明し、ケアマネには意識的にプランに組み込むよう促す。年間予定を共有し参加を促す。 ・毎月1回開催し、自立支援のためのケアマネジメントについて参加者がそれぞれの立場で提案できるよう発言を促す。 ・会議においてＳＣが完成した通いの場リーフレットを紹介（9月）	地域ケア会議推進事業

実行プラン②

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
2　さまざまな主体の通いの場の洗い出し インプット先：区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者・ＳＣ	・元気サポーター会議・サロン会議で中村先生の資料を使って再度つながりの大切さを学び、「通いの場」を洗い出したいことを伝える。（4月） ・元気サポーター・サロンサポーターに情報を収集してきてもらい、地図上に場所を示し内容をＳＣが聞き取る作業をする。（４月～６月） ・「集いの場」の場所、内容、時間頻度がわかるものにする。（7月～8月） ・「あんばちの地域包括ケアを考える会」開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、大学講師の講演会を企画。 ・元気サポーターがリーフレット作りを通して感じたつながり作りについて会で報告。そこでマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案する。 ・フレイル予防会議でSCから、リーフレットの紹介をする。	生活支援体制整備事業 地域介護予防活動支援事業

実行プラン③

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
3　医療専門職が通いの場に関与 インプット先：区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者・ＳＣ	・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画。 ・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知し（4月）実施。 ・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施。（年2回） ・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリの指導者候補を募る。（８月締め切り　9月～12月養成） ・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（R6.1月から）	生活支援体制整備事業 地域介護予防活動支援事業 一体的実施事業
4　支援が必要な要援護者の生活に目を向ける インプット先：民生委員・ＳＣ	・4～5月の会議では、SCが関わる独居高齢者（80名）の生活の困りごとを、一人づつ洗い出しをする。 ○ゴミだし、買物、掃除、通院、服薬管理は誰がしているのか ○定期的な訪問者はいるのか（家族や地域との関わりはあるか） ○エコマップにし、家族や地域との関係性を図に示してみる。 ・民生委員定例会で、SCとの交流会を実施し（6月・12月）、支援者の担当民生委員・担当SC・担当包括が顔の見える関係を作り、情報交換する。	

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

それは、あなたが望んでいる暮らしですか？
～ 本人ができることを みつけて 支えて ～

2023年2月８日
磐田市 高齢者支援課 地域包括ケア推進グループ
発表者名　宮城駿、密岡咲

チームメンバー情報

	所属	部署名	役職・職種	氏名
チームメンバー	磐田市	高齢者支援課	グループ長・事務	清水　大輔
			主任保健師	塚本　里加
			主任保健師	寺田　聖乃
			主事・事務	密岡　咲
			主事・事務	宮城　駿
	磐田市地域包括支援センター	城山・向陽地域（委託）	社会福祉士	鈴木　洋二
		豊田地域（委託）	社会福祉士	松下　めぐみ

磐田市の概要

人　　口　167,663人（令和４年３月末現在）

高齢化率　28.9%　**認定率**　16.0%（令和４年３月末現在）

面　　積　163.45平方キロメートル
・平成17年に旧磐田市、豊田町、福田町、竜洋町、豊岡村が合併
・南端（沿岸部）から北端（中山間部）まで車で１時間程度

産　　業
・製造業（自動車・楽器など）　・農水産業

交　　通
・鉄道：東海道本線、天竜浜名湖線
・道路：東名高速道路、新東名高速道路、国道1号、150号、150号バイパス

そ の 他
・介護保険料基準額（月額）：5,100円
・日常生活圏域：10圏域　※中学校区ごとに設定
・地域包括支援センター：７か所　※すべて委託
・生活支援コーディネーター：14人　※市担当者１名・社協13名（社協業務と兼務）
・総合事業：訪問型サービス（従前相当・Ａ型・Ｃ型）、通所型サービス（従前相当・Ａ型・Ｃ型）

プログラム参加の動機

当初の問題意識

磐田市は、いきいき百歳体操や高齢者サロン等の通いの場の数が多く、老若男女問わず住民が集まってラジオ体操に取り組んでいる地域もあります。
また、サッカーのジュビロ磐田や東京五輪卓球の金メダリストなど、華やかな舞台で活躍する選手が身近にいることもあり、スポーツを生かしたまちづくりに取り組んできました。そのため、元気な高齢者が多いまちであると思っています。
しかし、一方で、
家族が亡くなり、地域から孤立して、自暴自棄になっている高齢者　や、
認知症が進行して寝たきり状態になるまで支援の手が入らない高齢者　など、
人に知られず、ひっそりと地域の中で暮らし続けている高齢者もいます。
そして、そのような高齢者を支えようと、奮闘している人たちがいます。

今後も高齢者は増えていき、高齢者を支える人たちは減っていきます。
高齢者を取り巻く問題は、高齢者だけで解決できるものではなく、及ぶ影響も高齢者だけにとどまるものではありません。
高齢者のために、そして、高齢者を支える人たちのために、まずはコロナで減った「人との関わり（＝社会参加）」をコロナ前に戻していくのが、フレイル予防や孤立化防止等、高齢者を取り巻く問題解決の糸口になるのではないかと思い、このプログラムに応募しました。

課題を探る（現状把握）

通いの場の状況

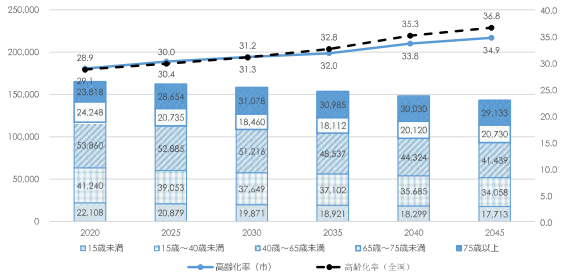
介護状態にならないように介護予防・フレイル予防に取り組んできました。

	令和３年度（箇所）
いきいき百歳体操	１１２
高齢者サロン	１７８
シニアクラブ（趣味クラブ）	１６３
合計	**４５３**

高齢者人口１万人あたりの通いの場箇所数は、県内１位。

課題を探る（現状把握）

将来推計人口と高齢化率

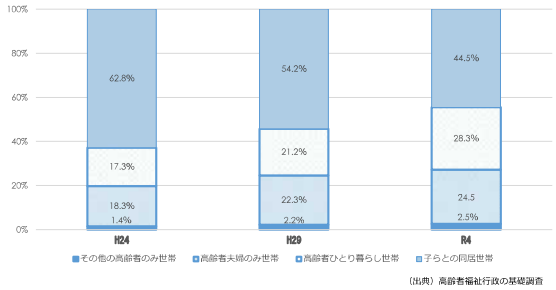


（出典）2000年～2015年まで：総務省「国勢調査」
2020年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

人口減少と高齢化は続く。
高齢化率は全国を下回るが、ほぼ同様の変化をする。

課題を探る（現状把握）

高齢者世帯の区分別世帯数



（出典）高齢者福祉行政の基礎調査

高齢者だけ（独居、夫婦など）で暮らす世帯が増えている。
平成24年：37%　→　令和４年：55.3%

課題を探る（現状把握）

認定者数と認定率

（出典）　2021年までは地域包括ケア見える化システム
2025年、2040年は第８期磐田市介護保険事業計画

認定率は全国を下回るが、認定者は増加している。

課題を探る（現状把握）

介護が必要となる年齢

平均自立期間（要支援・要介護）

	全国	磐田市
男	78.5歳	80.1歳
女	81.2歳	83.0歳

（出典）ＫＤＢシステム

80代前半から
要介護認定を受ける人が多い

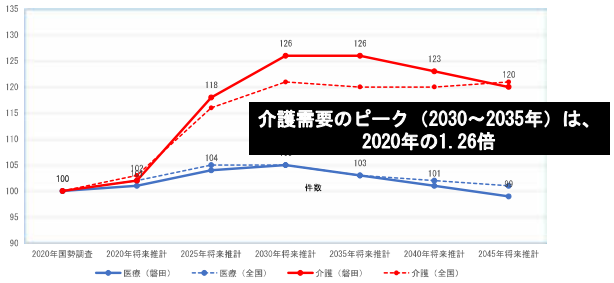
男女5歳階級別推計人口（磐田市）

（出典）『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

課題を探る（現状把握）

介護需要の推移

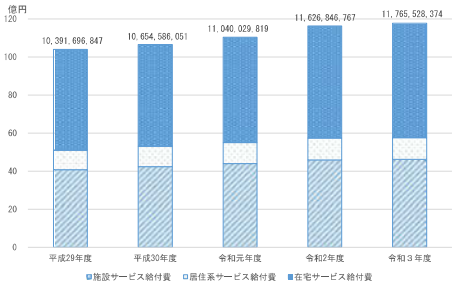
医療介護需要予測指数（2020年実績＝100）



（出典）地域医療情報システム

課題を探る（現状把握）

介護給付費の推移



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

介護需要のピーク（2030～2035年）の介護給付費を単純に推計すると、
約116億円（令和２年度）×　1.26　＝　約146億円

通いの場で聞いた声（いきいき百歳体操や老人クラブでの聴き取り）

担い手が高齢化して、後継もいないため、活動が継続できなくなりそう。

参加する人が減ってきている。
コロナでさらに減った。

働いている高齢者が増えて、若い高齢者の参加が少ない。

この活動ってなんのためになっているのかな？どういう効果があるのかな？

通いの場に来なくなった人は、今はどうしているんだろう・・・

デイサービスを利用している人もいるようだけど、地域の中では、見かけなくなっちゃった。

コロナ前のように通いの場や参加者を増やすことが難しくなっている。
参加できなくなった人は、地域とのつながりが減りながら、ひっそりと暮らしている。

通いの場をやめた人の声（地域包括支援センターを通じた聴き取り）

本当に困ったら、限界が来たら、介護サービスのお世話になろうかね。

自分が老いた姿を見られたくない。

自分はまだ大丈夫。生活はなんとかなっているから、市や包括に相談するほどではない。

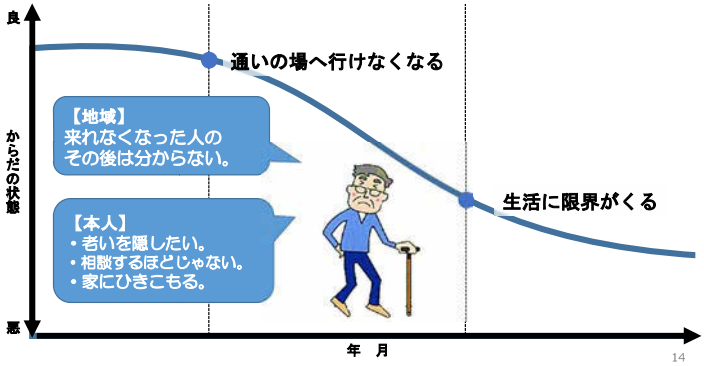
通いの場にいる人たち（70代）と自分（90代）では、親子ほどの年齢差があって、参加しづらい。

家族から、「コロナが心配」「人に迷惑をかける」「事故が心配」など、外出しないように言われる。

本人は、老いを自覚できなかったり、隠したいと思っている。
本人だけでなく家族も、限界ギリギリまで頑張ろうとする意識がある。

通いの場からわかった高齢者の姿

通いの場へ行けなくなった人は、地域の中に隠れて見つけにくい。



包括への相談事例

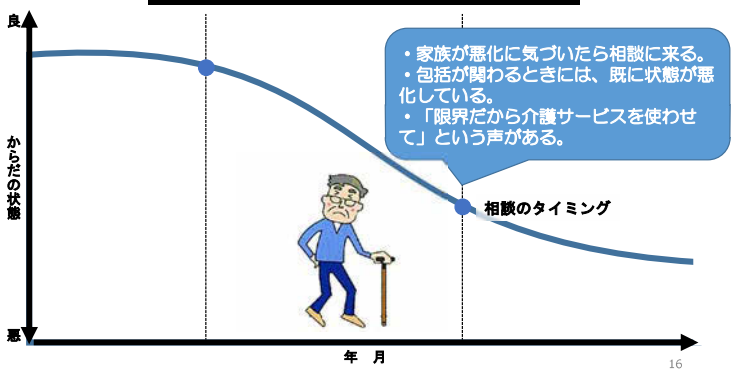
◆80代女性のケース
地域のグランドゴルフに通っていたが、歩いていくのが大変になり友人の車に同乗して活動を続けていた。
２月に腰痛が悪化したことや友人が運転をやめたことで、ひきこもりがちになり、家でぼーっとしていることが増えた。
数か月後、「このままでは心配」と娘から相談が入った。
介護認定の結果、要支援２と認定されデイサービスに通う。
その後、要支援１となり、当初より状態が良くなったため、再びグランドゴルフに通うことを勧めたが、公園まで歩いていけないことや長時間立っていられないため、断念した。

◆特徴
・包括への相談は、家族からが多く、本人からは少ない。
・ひとり暮らし高齢者は、近所の人などから連絡があって関わり始める人が多く、状態が重度化している人が多い。

家族等支援者がいないと相談につながらないのが現実。
しかし、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦だけの世帯は急増。
何か打つ手がないだろうか・・・と考え始める。

包括への相談イメージ

状態が悪くなり始めた頃に関われていない。



結局、何が問題なのか　～チーム員会議を繰り返す中で見えてきた問題～

１　市民の意識について
暮らしやからだに支障が出始めたら、**早期に地域包括支援センターへ相談するよう啓発していくことが大事**、と考え始めた。
（ここで、当初の目的の「社会参加を戻していく」からの方向転換を決定した）

２　機能回復に向けたサービスについて
「**地域包括支援センターに相談に来てもらっても、支障が出始めた人に紹介できるサービスは、送迎付きのデイサービスしかない**」という意見。磐田市の短期集中予防サービスは、利用は年間10人弱と、ほぼ機能していないことも背景にある。

３　要支援者のケアマネジメントについて
包括から居宅介護支援事業所へのプラン委託は７割。要介護に比べて約１／３の収益で、委託できず包括に戻されるケースが増えている。**本人の思いを引き出すようなケアマネジメントができているか・・・**。

４　機能回復できた人への支援について
「機能回復できても、サービスを利用し続けないと悪くなってしまう」という意見。回復してから自立するためには、一人ひとりの趣味嗜好や状態に応じて地域資源をマッチングする必要がある。生活支援コーディネーターに求められる役割をイメージするため社協職員13人（委託していない）に豊明市の多職種合同ケアカンファレンスを視察していただいたが、**社協業務と兼務であるため、個別支援は難しい**。

課題はすべてつながっていて、構造的な問題があることに気付く。

４つの方針　～市民・家族・関係者の役割と働きかけ～

磐田市のありたい姿	本人ができることを みつけて 支えて *フレイルの人を改善させて自立に導く*

１　市民への啓発
市民：フレイルに早く気付いて、改善に向けて動き出す。

２　機能回復・予防の体制構築
専門職（リハ職）・事業所：介護サービスに関わる全ての人がフレイルを改善する意識を持つ。

３　本人の望みを実現するケアマネジメント
包括・ケアマネ：事業対象者・要支援者に対して本人が望む暮らしを引き出すアセスメント、ケアマネジメントを行う。

４　一人一人のニーズに応じる生活支援体制の整備
ＳＣ：地域のフレイルの人を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う。

４つの方針　～市民への働きかけ～

１　市民への啓発
➢ フレイルに気づくことや、フレイルは改善できることを広める。

☑改選に伴う民生委員への説明会で実例を交えながら説明する。（１～３月、10会場：計323人）

☑サロン代表者連絡会で実例を交えながら説明した。（1/27・31：約150人）
→代表者など限られた人だけでなく、参加者の意識も変えていく。
社会参加の効果やそこから離れることのリスク、フレイルチェックのポイントを伝える。

☐せいかつ応援倶楽部（有償ボランティア）懇談会で説明する。（2/8：約20人）
→要支援者への総合事業の提供について、事業所が見直し始めている中で、代替サービスとして注目されてきているため、ありたい姿を共有し、可能な範囲での協力体制の構築を目指す。

☐「広報いわた」や市ＨＰ等の媒体を活用して、現状やありたい姿を市民へ広く周知する。

☐チラシ・介護予防手帳によるセルフケア・セルフチェックのツールの作成。
→市民や専門職が活用できる共通のツールを作成する。

☐いきいき百歳体操団体へのフォローの場を活用して啓発する。
→年１回の地区担当保健師のフォローでフレイルについて啓発し相談できる場を設ける。
口腔や栄養専門職派遣の指導内容をＤＶＤ化し、いつでも誰でも視聴できるようにする。

☐各種講座（交流センター・包括・地区担当保健師）を活用して啓発する。

４つの方針　～専門職への働きかけ～

２　機能回復・予防の体制構築（専門職（リハ職）・事業所）
➢ サービスに関わる人にフレイルを改善し、自立させる意識を持っていただく。

☑リハ職（理学療法士、作業療法士）との連携を図り、どのようなメニューが効果的か、どのような関わり方なら協力が得られるか、などの協議を行う。（12/8・20、1/19、2/7）

☐モデルケースの実施

☐「磐田のリハビリを考える会（６施設会議）」との連携
→エリアごとに担当施設からリハ職をケアプラン会議や講師として派遣する仕組みの構築を検討する。

☐県理学療法士会との連携
→交流センター講座やいきいき百歳体操への講師派遣の拡充について検討する。

☐事業所に市のありたい姿を共有する。

４つの方針　～包括・ケアマネへの働きかけ～

３　本人の望みを実現するケアマネジメント（包括・ケアマネ）

➢ 事業対象者・要支援者に対して本人が望む暮らしを引き出すアセスメント、ケアマネジメントを行う。

☑ケアマネジメントの考え方について、包括・ケアマネと共通認識を持つ。
（12/16～1/5に７包括へ巡回訪問。1/6に意見交換）

□モデルケースの実施

□「介護予防ケアマネジメントの手引き」の見直しと周知

□ケアプラン会議の見直し
→目的、運営方法、役割について専門職と協議する（1/19、2/15）。
→包括センター長会議で協議し「会議の目的を明確にすることが大事」と意見を受ける（2/3）。
→予防プランは包括から居宅へアドバイスできるような仕組みを検討する。

□基本チェックリストの活用方法について見直し
→市民がセルフチェックできるツールとして活用できるようにしていく。

□実態把握（健康状態不明者）の見直し
→市から質問票を対象へ送付。リスクの把握や分類を行い、包括へハイリスクの方への訪問を依頼して、適切な支援につなげていく。

４つの方針　～ＳＣ（社協）への働きかけ～

４　一人一人のニーズに応じる生活支援体制の整備

➢ 地域のフレイルの人を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う。

☑生活支援コーディネーター（ＳＣ）として必要な役割について共有
→社協や包括等の関係者で認識を共有する。
（1/5に社協ＳＣ連絡会。1/6に講話。2/2に月１度のＳＣ連絡会で意見交換）

□モデルケースの実施

□個別ケースについて関係者間（包括・ケアマネ・専門職）で連携できる関係の構築

□求められる役割を担える体制を検討
→社協、包括、市関係課（福祉課、健康増進課、地域づくり応援課等）と協議を行い、現状の人員では、「ＳＣとして求められる役割」を果たすのが難しいという結論が出たら、新たなＳＣの配置について、配置場所や各機関との連携方法についての検討を行う。

４つの方針　～働きかけに対する反応と今後の仕掛け～

１　市民への啓発

➢ フレイルに気づくことや、フレイルは改善できることを広める。

☑改選に伴う民生委員への説明会で実例を交えながら説明する。（１～３月、10会場：計323人）
→説明会後、民生委員から「自分の地域で気になる人がいる。」と連絡をもらう。
包括も把握しているケースだったが、その人の人となりなどを共有でき、
民生委員と包括がつながるきっかけになった。

独居高齢者として見守りの対象となっている人ですが、声掛けすると「余計なお世話だ」とどなられてしまい、その後訪問しても対応してくれなくなってしまった。説明会で聞いた独居高齢者の男性が地域とのつながりがないまま悪化し、最悪の場合孤独死してしまう事例に近いと思い連絡しました。

反応と今後の仕掛け
1.　説明会中の反応から、ありたい姿についての理解が得られている感触をつかむ。
2.　民生委員や福祉委員、サロン代表者が「ちょっと気になる」視点を持ち、連絡・相談につながる。
3.　相談につながった事例などを参考に「ちょっと気になる」やセルフケアについて分かりやすく広報、周知、啓発する。
4.　フレイルの人本人が相談や改善への意識が生まれる。

４つの方針　～働きかけに対する反応と今後の仕掛け～

２　機能回復・予防の体制構築（専門職（リハ職）・事業所）

➢ サービスに関わる人にフレイルを改善し、自立させる意識を持っていただく。

☑リハ職（理学療法士、作業療法士）との連携を図り、どのようなメニューが効果的か、どのような関わり方なら協力が得られるか、などの協議を行う。（12/8・20、1/19、2/7）

本人の状態によっては、リハ職が２～３回指導すれば改善できる人もいる。

支援の方向性が決まる前、アセスメント時などにリハ職が関われると良い。ただし、ケアマネさんのマネジメントも尊重したい。

リハ職個人としてありたい姿の理解できる。事業所に所属しているので、事業所や法人の理解が必要になってくるのでは？

柔道整復師さんはどのように短期集中予防実施しているのか。

反応と今後の仕掛け
1.　現在、関わりがあるリハ職（ケアプラン会議や短期集中予防）と、ありたい姿を共有し理解を得る。
2.　そのリハ職から、ありたい姿の実現に向けた提案やアドバイスをもらう。
3.　こちらがやりたいことや提案を実現させるためにはどうしたら良いか・・・。

→モデルケースの実施

４つの方針　～働きかけに対する反応と今後の仕掛け～

３　本人の望みを実現するケアマネジメント（包括・ケアマネ）

➢ 事業対象者・要支援者に対して本人が望む暮らしを引き出すアセスメント、ケアマネジメントを行う。

☑ケアマネジメントの考え方について、包括・ケアマネと共通認識を持つ。
（12/16～1/5に７包括へ巡回訪問。1/6に意見交換）

要支援者は改善の可能性があることを認識できた。

要支援者に対するプランの考え方をあらためて見直すきっかけとなった。

「サービス」から卒業するという意識が本人にも支援者にもなかった。

各包括で短期集中予防をモデル的に、数を決めて実施してみてはどうか。

反応と今後の仕掛け
1.　要支援者は、改善させ自立に導けることを認識する。
2.　包括で持っているケアプランを振り返るきっかけ。
3.　振り返った結果、現状は維持させることで精一杯。
4.　改善させるためにはどうしたら良いか、自立に導くにはどんな資源が必要か分からない。

→モデルケースの実施

４つの方針　～働きかけに対する反応と今後の仕掛け～

４　一人一人のニーズに応じる生活支援体制の整備

➢ 地域のフレイルの人を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う。

☑生活支援コーディネーター（ＳＣ）として必要な役割について共有
→社協や包括等の関係者で認識を共有する。
（1/6に講話。1/5と2/2の社協ＳＣ連絡会で意見交換）

地域資源の把握・ネットワーク構築からマッチングが求められていることが分かった。

ＳＣや社協として個別ケースに関わることが少ないため、どこから関わっていけば良いか。

社協業務と兼務の体制では、多くの個別ケースに関わることは難しい。

個別ケースの困りごとを把握しても、地域の中で解決しようとしてしまう。

反応と今後の仕掛け
1.　ありたい姿の実現に向けて求められる役割は理解した。
2.　現状の体制では役割をになうことは難しい。
3.　個別ケースに関わる場面が無い中で役割を担うにはどうしたら良いか・・・。

→モデルケースの実施

関係者と創る自立支援モデル（モデルケースの実施）

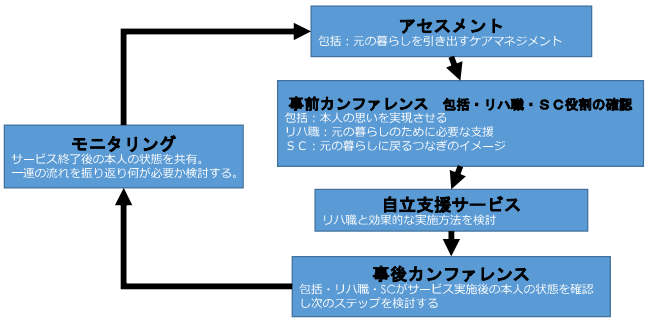
□モデルケースの実施
　短期集中予防サービスをベースに包括の新規ケースで、包括・リハ職・ＳＣが連携してモデルケースの実施、検証を繰り返し、ありたい姿の実現に必要な連携方法を創る。

モデルケース実施チーム
・アジャイルチーム参加包括
→豊田地域包括支援センターに打診をする。（2/6）
・該当包括エリア担当ＳＣ
・現行短期集中予防事業受託医療法人
→協力について、リハ職に依頼する。

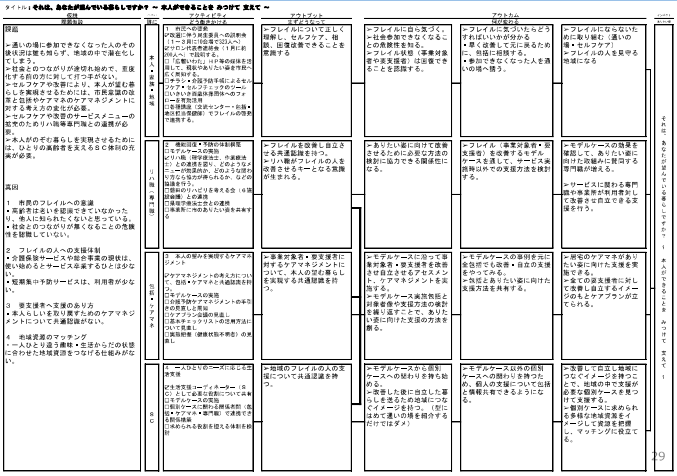
市は、モデルケースの効果を根拠に事業の拡大を図る。
1. モデルケースの実施、検証。
2. モデルケースの効果を包括センター長会議で報告する。
3. 全包括で数件ずつやってみる・包括エリア担当のＳＣも関わる。
4. ケアマネに効果を発信。委託プランでも実施。
5. 利用者が増えるため協力事業者を募る。
6. カンファレンス・モニタリングに多職種が関わるようになる。

関係者と創る自立支援モデル

期待する効果
・対象者がイメージできることで、リハ職がアセスメント時に関わる仕組みによるメリットや効果を検討できる。（リハ職同行訪問）
・事後カンファレンス、モニタリングに関係者が増えていくことで、事業の効果を実感し共有する場となる。（自立支援地域ケア会議）



ロジックモデル



参考資料（関係者への説明資料　P30～P43）

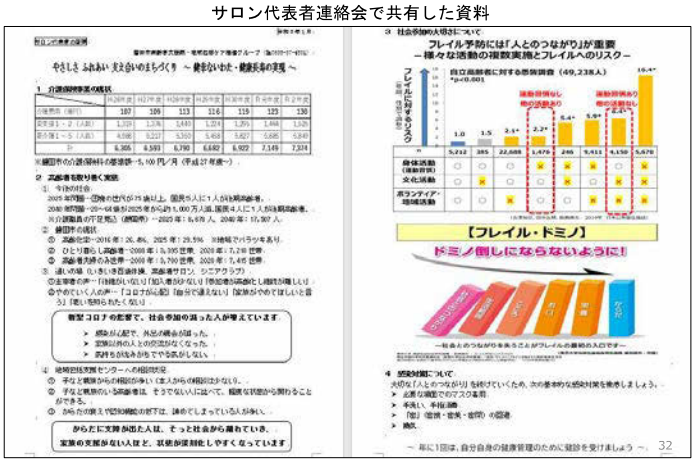
最終報告では使いませんが、
今後、啓発等での活用を予定している
資料となります。

参考資料

包括・リハ職・ＳＣと共有した「４つの方針」資料

参考資料

サロン代表者連絡会で共有した資料



参考資料

改選に伴う民生委員への説明会で共有した資料

33

要支援者の状況

全国		令和４年３月						（単位：%）
		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
令和３年４月	要支援１	77.0%	11.0%	7.8%	2.5%	0.9%	0.6%	0.2%
	要支援２	3.9%	79.3%	8.5%	5.3%	1.7%	1.0%	0.3%
	要介護１	0.5%	1.3%	77.8%	11.8%	5.3%	2.5%	0.7%
	要介護２	0.2%	0.8%	4.5%	77.2%	10.5%	5.1%	1.7%

磐田市		令和３年度末						
		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
令和２年度末	要支援１	52.8%	10.5%	市のデータ確認中		1.9%	2.1%	1.0%
	要支援２	7.4%	63.3%			3.2%	3.0%	1.1%
	要介護１	2.0%	2.7%	59.1%	10.9%	6.6%	3.7%	1.3%
	要介護２	1.5%	1.4%	6.6%	56.4%	10.3%	6.3%	1.7%

要支援者の変化

維持　要支援１：77.0%（全国）、52.8%（磐田市）差**-14.6%**

　　要支援２：79.3%（全国）、63.3%（磐田市）差**-16.0%**

悪化　要支援１：23.8%（全国）、30.0%（磐田市）差**6.2%**

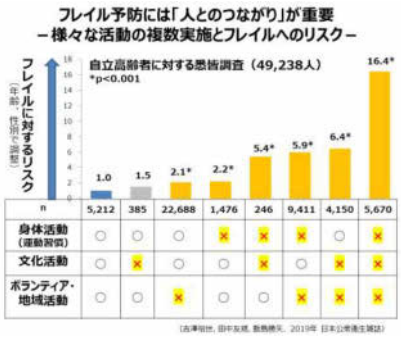
　　要支援２：16.8%（全国）、20.2%（磐田市）差　**3.4%**

市のデータ確認中

磐田市は状態を維持している人が少なく悪化している人が多い

34

通いの場の効果



（吉澤裕世、田中友規、飯島勝矢、2019年 日本公衆衛生雑誌）

35

フレイルとは

【フレイルの原因】

- 閉じこもり
- 社会的ネットワークの減少
- 抑うつ傾向　　・意欲低下
- ＭＣＩ（軽度認知機能低下）
- 低栄養、運動機能障害
- 口腔機能低下

（出典）2019年　Medical Science Digest「フレイル・サルコペニアの危険因子とその臨床情法」
　田中友規、飯島勝矢　より抜粋

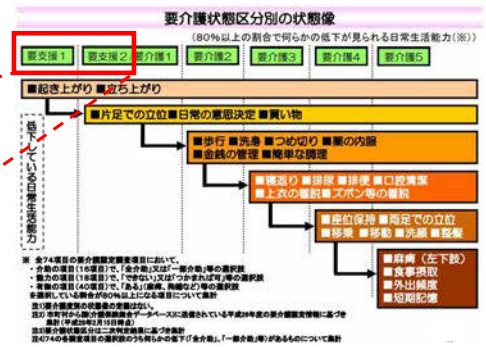
36

フレイルの人

見つからない、つながらない人
・・・フレイル

本当に支援できない？

要支援者・・・フレイル



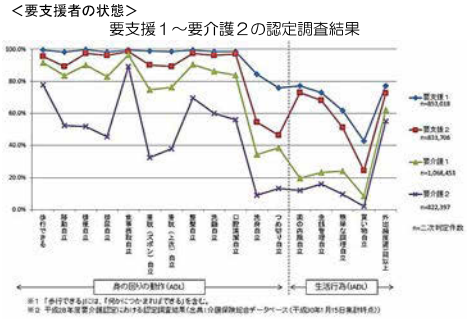
[出典]厚生労働省資料「要介護認定の仕組みと手順」

37

要支援者とは

<要支援者の状態>

要支援１～要介護２の認定調査結果



※1「歩行できるか」は、「何かにつかまればできる」を含む。
※2 平成28年度要介護認定における認定調査結果（全国）（介護保険総合データベース（平成28年1月15日集計時点））

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。

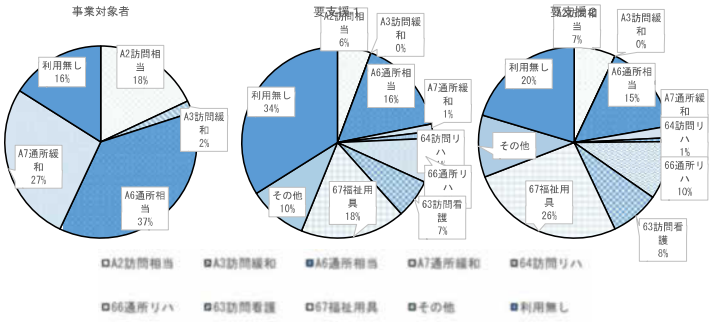
[出典]介護予防・日常生活自立支援事業ガイドライン

要支援者は改善可能性がある

38

事業対象者・要支援者の状況

新規介護認定者(R2.4.1～R3.3.31)のサービス利用状況（R2.4～R4.3）

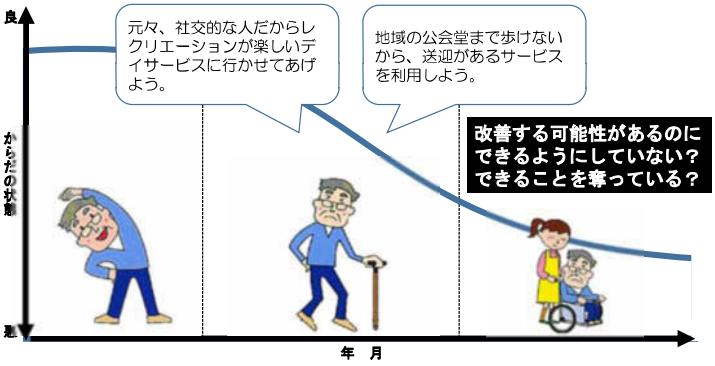


事業対象者・要支援者の状況

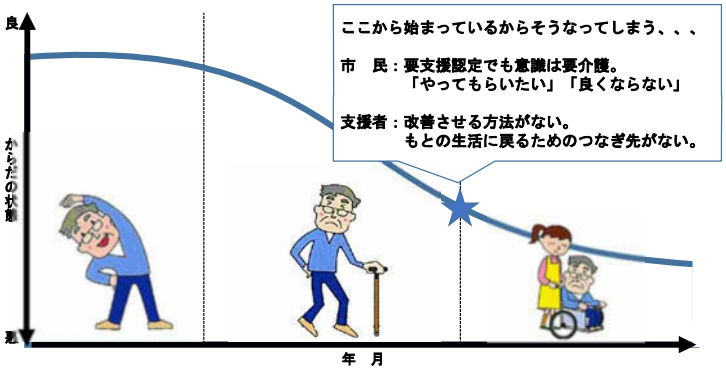
件数	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度
訪問介護相当	940	2,035	2,243	2,586	2,493
訪問型サービスＡ	55	127	126	99	69
訪問型サービスＣ	－	－	－	1	0
通所介護相当	2,587	5,796	5,993	6,528	6,533
通所型サービスＡ	459	1,293	1,445	1,171	1,265
通所型サービスＣ	33	27	18	8	7

現行相当の利用が増え続ける。
サービスの選択はそれだけなのか。

事業対象者・要支援者の現状

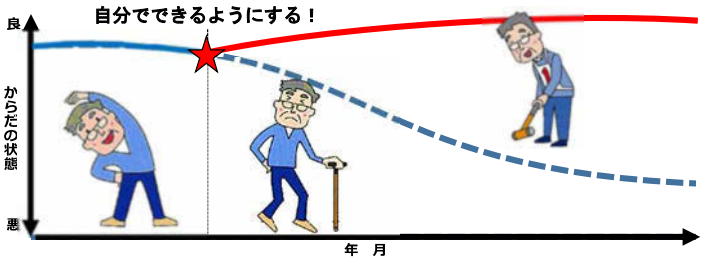


事業対象者・要支援者の現状



どうする磐田市

本人ができることを みつけて 支えて
フレイルの人を改善させて自立に導く



令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

「元の生活を取り戻す」しあわせ大作戦

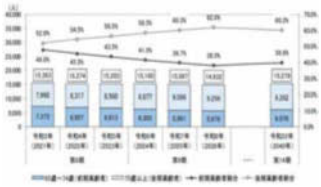
2023年2月８日
赤穂市
三上　匡代

チームメンバー情報

分類	所属	役職・職種	氏名
チームメンバー	赤穂市地域包括支援センター	課長・主任介護支援専門員	三上　匡代
	赤穂市地域包括支援センター	係長・保健師	有吉　千恵
	赤穂市地域包括支援センター	社会福祉士・生活支援コーディネーター	阿部　永末子
その他参加者			

赤穂市の概要

- 兵庫県の南西部、岡山県との県境に位置し、市域の中央を清流千種川が流れる温暖な地域
- 人口　45,754人（20,504世帯）
  高齢者人口　15,349人（令和4年4月1日現在）
- 高齢化率　33.5%
- 人口構成は、総人口は減少傾向、高齢者人口も令和3年をピークに減少に転じるが、今後20年、高齢化率は上昇する地域特性



プログラム参加動機と当初の問題意識

参加の動機

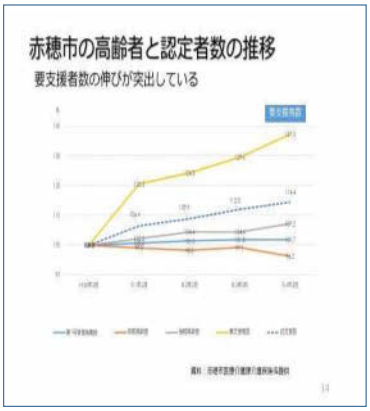
「交付金ありき」「事業をやらねば」という呪縛からいったん離れ、わがまちにふさわしい地域包括ケアシステムのあり方について考えたい

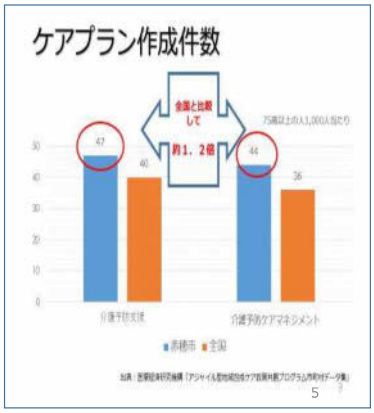
課題

①要支援者の増加と受給率の伸びにより、総合事業のサービス利用者数が増加し、特に介護予防通所型サービス利用に係る給付費の増加が続いている
②赤穂市の「目指す姿」が明確になっておらず、事業の目指す方向が定まっていない。そのため、生活支援コーディネーターの活動をはじめ、他の地域支援事業（社会保障充実分）との連動ができていない

データから見た赤穂市の現状①

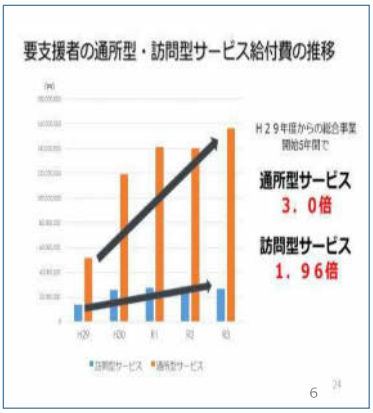
要支援者の急増と、それに伴う全国より多いケアプラン件数





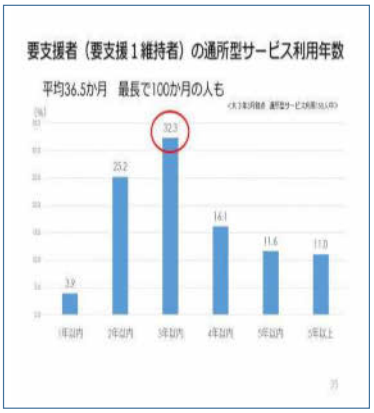
データから見た赤穂市の現状②

全国の2倍という通所型サービス利用の多さと、それに伴う給付費の著しい伸び



データから見た赤穂市の現状③

自立できる見込みのある人がサービスを利用している可能性がある



このような支援は、本当に自立支援につながっているのだろうか？

【事例紹介】
Ａさん　80歳代　女性　独居
　Ｒ２年頃より家の中でつまづくなど足腰の弱まりが気になっていたＡさん、近所の知人が運動特化型デイを利用していたため、自分も利用したいと思い、要介護認定を申請し、結果は「非該当」であった。
　Ａさんはリハビリを希望し、包括職員による基本チェックリストで「運動機能低下」に該当したため、事業対象者としてＲ２年7月より緩和型サービスを週1回利用しているが、「デイで運動しているから」と自宅ではほとんど運動せず、また、「転倒が怖いから」と、自転車にも乗らなくなってしまった。

何が問題なのか

・利用者の要望に沿う形で、デイサービス等フォーマルサービスにつなげることに重点がおかれたケアマネジメント
・インフォーマルサービス等地域資源の把握等のＳＣの活動が、個別支援に活かされていない
・要支援者等がいったん総合事業のサービスを使い始めると、継続利用となってしまう

虚弱（フレイル）高齢者にとって、「元の生活を取り戻す」ための支援になっていないサービスを利用しても、生活や活動は変わらない　むしろ悪化している場合もある

それはなぜか？

課題につながる本当の原因（真因）は何か①

誰が	それぞれの心理
行政・地域包括	➢ 虚弱（フレイル）高齢者が、「元の生活」を取り戻すことができる力があることへの理解不足 ➢ 介護予防ケアマネジメントに携わる包括職員・ケアマネジャー間での支援方針や意識づけに対し、規範的統合が不十分 ➢ 地域にある総合事業以外の社会資源が十分に把握・共有されておらず相談時に提案できていない。
生活支援コーディネーター	➢ 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像がＳＣ間で共有されておらず、活動の方向性が定まっていない。 ➢ 地域における活動の場の重要性についての認識が不十分 ➢ 高齢者に必要な支援を提供するための情報が不足している。
リハビリ専門職	➢ 地域リハビリテーションに関して専門職同士協議する場がない。 ➢ 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像が共有できていない。
ケアマネジャー	➢ 虚弱（フレイル）高齢者の生活のつまづきに対して、「サービスありき」で解決しようとするあまり、本人の思いや「ありたい姿」を考えるアセスメントになっていないことが多い。 ➢ 地域にある総合事業以外の社会資源が十分に把握・共有されておらず相談時に提案できていない。

課題につながる本当の原因（真因）は何か②

誰が	それぞれの心理
介護サービス事業者	➢ 利用者から「ここに来ているので、機能維持できている。友人もできて楽しい、卒業したくない」と言われる。また、地域資源が十分把握できていないため、利用者を「地域に戻す」ことができないと思っている。
地域社会	➢ デイサービスなど介護サービスを利用するようになると、地域の交流行事にも参加しなくなり、より関係性が希薄になる。そのため、お互いに関心も薄れ、支援を必要とする高齢者がいても気づかない、または何をしてよいかわからない。
家族・友人知人等	➢ 衰えた両親の姿をみたくない。いつまでも元気でいてほしい、また、介護負担が我が身に降りかかってくるのを回避したい。 ➢ 家族を含む友人・知人等が虚弱（フレイル）について学習する機会がなく、元の状態に戻ることはなく、弱っていくのは当たり前で「歳をとれば仕方ない」と思い込んでいる。
本人	➢ 病気や老化による身体の衰えを「歳のせい」と思い込み、やりたいことなどを諦めてしまったり、身近な人との離別等による喪失感から意欲が低下する。 ➢ 虚弱（フレイル）状態から回復できることを知らない。または自覚できる場がない。

【目指す姿】

虚弱（フレイル）高齢者が、
元の生活を取り戻せる
しあわせを喜びあえる赤穂市

本人・家族等をはじめ行政、関係者すべての人に知ってほしい
　虚弱（フレイル）高齢者の支援には「リエイブルメント」の視点が必要

リエイブルメント（Re-ablement）＝再び自分でできるようにすること※1

※1　リエイブルメント：アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム資料「テーマ別意見交換① 介護予防・リハビリテーションについて考える」より引用改変

課題解決に向けて
大切なのは、入口と出口

まずは、地域の専門職・関係者へ赤穂市の支援方針を伝えることから

０次対策
地域の専門職・関係者との規範的統合
地域住民への啓発

入口対策
受付窓口フロー見直し
虚弱（フレイル）高齢者の掘り起こし
介護予防ケアマネジメント指針の見直し
「元の生活」を意識したケアマネジメント

出口対策
目標達成のための有期限・生活課題解決型の専門的支援
総合事業短期集中Ｃ型
地域資源の充実

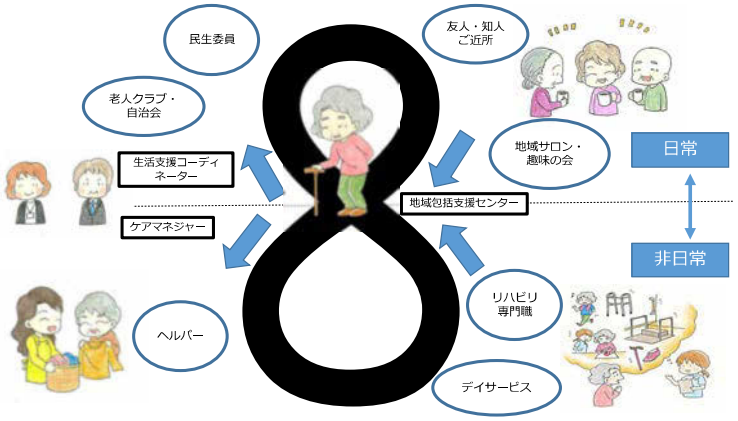
これからの赤穂市の要支援者等への支援方針

自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻すための専門的支援を短期間で

赤穂市の総合事業を持続可能な制度とするためには、虚弱（フレイル）高齢者の「生活のつまづき」課題の把握やサービスの卒業を前提としたケアマネジメントとサービス提供体制が必要

これからの赤穂市の要支援者等への支援（イメージ）

高齢者の「暮らしの困難さ」からの早期回復を目指します　その方法は無限大∞



まず何から取り組むのか

何を	どのように	いつ
①目指す高齢者像の共有	✓ ケアマネジャー、ＳＣ、リハビリ専門職、介護サービス事業者等支援者に赤穂市の「虚弱（フレイル）高齢者の支援のあり方」について市の支援方針を明示する説明会を開催する。 ✓ 自立支援型地域ケア個別会議を月1回定例開催する。 ✓ 介護予防ケアマネジメント指針の見直しを主任介護支援専門員連絡会（1回/2月）の中で行う。 ✓ ケアマネジャー、ＳＣ、リハビリ専門職、介護サービス事業者、市民それぞれ向けに「フレイル予防・高齢者の自立支援とは」について説明会を開催する。	Ｒ5年2月3日（金）に赤穂市中央公民館（参集型）にて開催予定 Ｒ5年4月～赤穂市総合福祉会館（予定） Ｒ5年2月～　1回/2月 Ｒ5年3月～順次
②相談体制とサービス提供体制の見直し	✓ 相談窓口（受付からサービス利用まで）の業務フローの見直しを庁内担当課と話し合う。 ✓ 要支援認定者、非該当認定者でサービス利用希望のない人、いきいき百歳体操等通いの場に来なくなった人のフォローアップを行う。 ✓ 総合事業Ｃ型サービス創設のための準備（モデル事業の検討）を行う。	Ｒ5年1月～月に1回程度：地域包括、介護保険係、社会福祉課 Ｒ5年3月～ Ｒ5年3月～
③支援者の人材確保	✓ リハビリ専門職（赤穂リハネット、圏域リハビリテーション支援センター）に向けて、赤穂市の現状と目指す高齢者像について共有し、自立支援促進の手立てを検討するため話し合いの機会を定例的に開催する。	Ｒ５年3月～月1回程度（予定）
④フレイル状態に陥った高齢者の生活のつまづきや困りごとを多様な主体で共有する	✓ 市内高齢者大学全力所（10力所）で、地域包括支援センター職員がフレイル予防など介護予防の必要性についての健康講話と困った時の相談窓口の説明を行う。＜Ｒ５年9月～＞ ✓ 広報あこう「地域包括支援センターだより」での啓発	Ｒ５年9月～順次 Ｒ５年9月特集号（予定）

誰に何を働きかける　そして何が変わるのか

いつに	行政・地域包括	生活支援コーディネーター	リハビリ専門職	ケアマネジャー	介護サービス事業者	地域社会	家族・本人
Ｒ５年2月	①Ｒ５年2月3日（金）地域づくり加速化事業説明会 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像の共有						
↓	①介護予防ケアマネジメント指針の見直し（2月～） 自立支援型地池ケア個別会議1回/月（4月～） ②受付窓口フローの見直し及びいき百等活動の場に来なくなった人のフォローアップ開始（3月～） ③総合事業Ｃ型サービスの検討（3月～）	虚弱（フレイル）高齢者が元の生活を取り戻すため必要な支援を１・２層ＳＣ間で検討 地域住民と地域の困りごとについて話し合い	③総合事業Ｃ型サービスを検討する会が設立される	①介護予防ケアマネジメント指針の見直し アセスメントの際、本人に「元の生活」を聞けるようになる	生活課題解決のためのアセスメントや、目標達成のための有期限・生活課題解決型のサービス提供になる		
9月	総合事業Ｃ型サービスモデル事業	虚弱（フレイル）高齢者が元の生活を取り戻すため、必要な資源が可視化される	総合事業開始に向けての窓口が設置され、モデル事業にスタッフを派遣できる	虚弱（フレイル）高齢者が元の生活を取り戻すため、必要な資源が可視化される	生活課題が解決する成功体験を積み重ねる	④市内全域10力所の高齢者大学でのフレイル予防啓発及び相談窓口啓発 広報あこう特集号	
Ｒ６年4月	総合事業Ｃ型サービス開始	生活支援の関係者とのネットワーク化ができる	総合事業Ｃ型事業サービス事業依頼があった場合、受けられる状況が整う	自立支援の視点に基づいたケアマネジメントによる支援が定着	総合事業卒業に向けて指導技術が向上する	フレイル状態になっている人に早期に気づく 必要な時に専門職に相談できる	フレイル状態になっていることに早期に気づく 必要な時に専門職に相談できる

次なる改善につなげるための仕掛け

誰が	自分たちのとった働きかけに対する相手の反応や、次なる改善点をどうやって確認できるか
行政・地域包括	地域づくり加速化事業報告会で支援方針を明示できた 介護予防ケアマネジメント指針の見直しを始めた 相談体制とサービス提供体制の見直しを始めた
生活支援コーディネーター	地域づくり加速化事業報告会への参加・ＧＷ発言、アンケート内容 地域に出て住民と地域の困り事について話し合った（回数・報告書）
リハビリ専門職	地域づくり加速化事業報告会への参加・ＧＷ発言、アンケート内容 総合事業Ｃ型を検討する会が設立された
ケアマネジャー	地域づくり加速化事業報告会への参加・ＧＷ発言、アンケート内容 アセスメントの際、高齢者の「元の生活・望む暮らし」を聞くことができた（ケアプランに記載）
介護サービス事業者	地域づくり加速化事業報告会への参加・ＧＷ発言、アンケート内容 達成目標と期間が明確になった個別支援計画が作成でき、サービスを卒業できる人が増えてきた（人数）
地域社会	高齢者大学での講座を活用し啓発した（回数）
家族・友人知人等	広報で啓発（掲載回数）
本人	相談窓口への相談（件数）

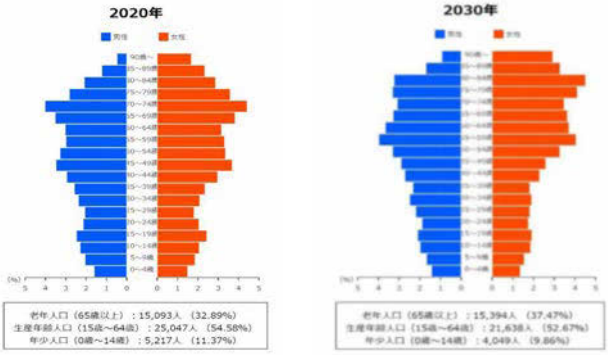
(参考資料)
地域の専門職・関係者・地域住民
向けの説明資料

赤穂市の要支援者等（軽度者）への支援の方向性について

令和5年○月○日（　）
赤穂市

赤穂市の人口ピラミッド

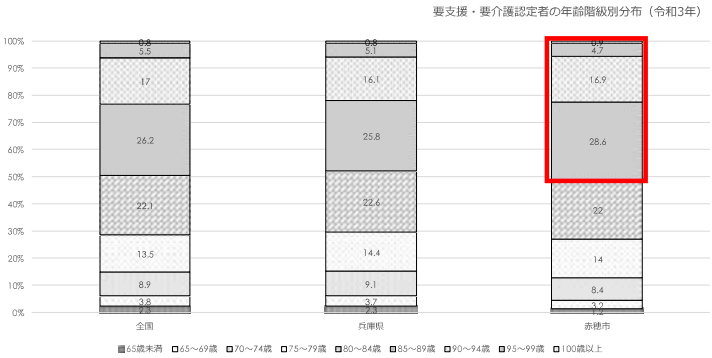
支援が必要な高齢者は増え、支え手は減少する傾向に



引用：医療経済研究機構「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム市町村データ集」

要介護認定者の年齢階級別分布

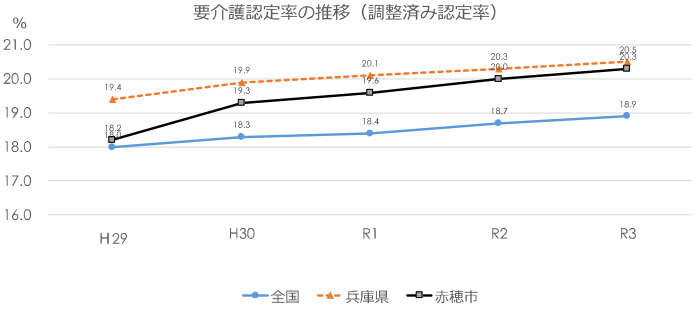
全国、県と比較して、より支援が必要となる「85歳以上」の人が多い



出典：介護保険総合データベース

要介護認定率

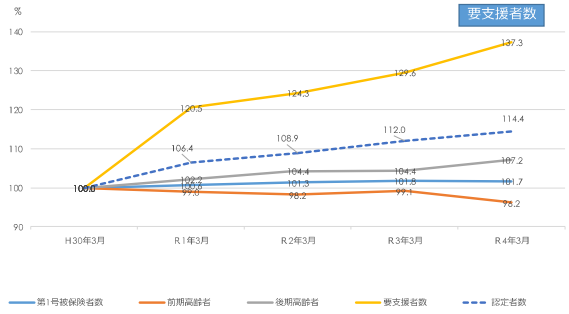
兵庫県と比較して低いが、全国より高い



資料：地域包括ケア「見える化」システム

赤穂市の高齢者と認定者数の推移

要支援者数の伸びが突出している

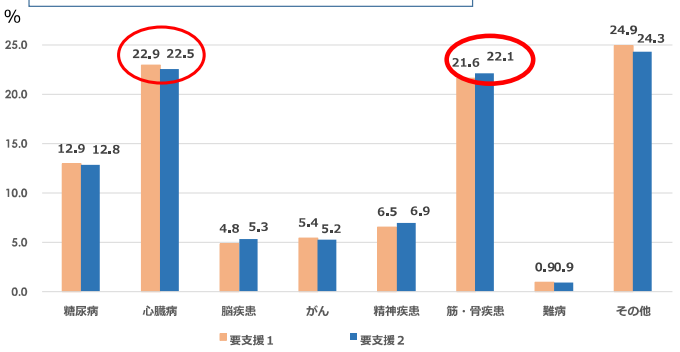


資料：赤穂市医療介護課介護保険係提供

高齢者（要支援者１・２）の有病状況について

要支援１または要支援２の認定者とも「心臓病」と「筋・骨疾患」に２つの山がみられる

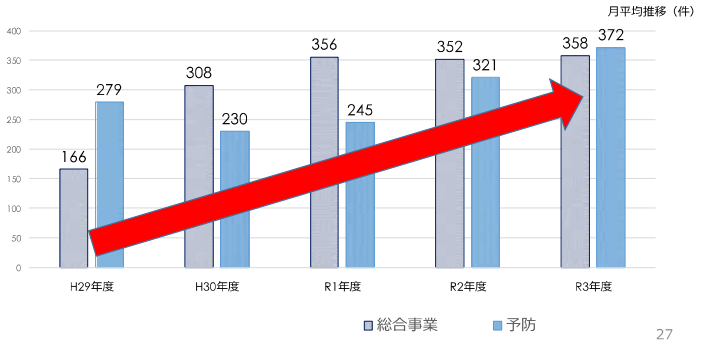
Ｒ３年度累計



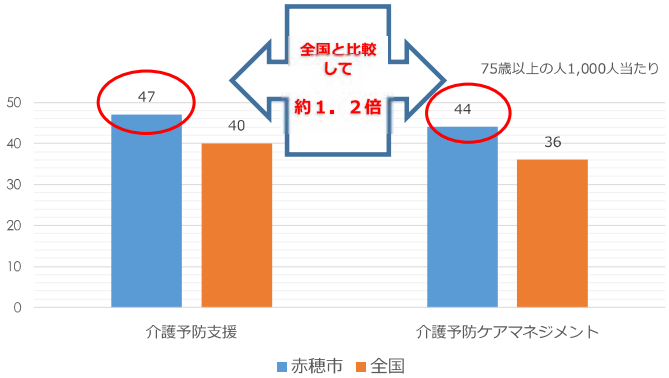
出典：ＫＤＢシステム

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて

ケアプラン作成件数は年々増加している

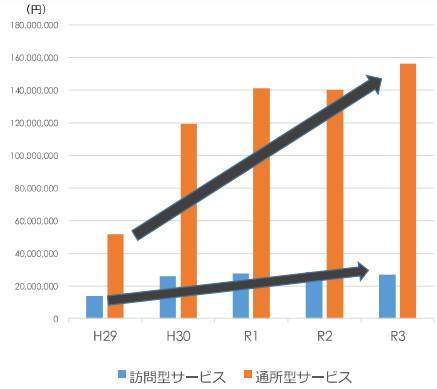


ケアプラン作成件数



出典：医療経済研究機構「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム市町村データ集」

要支援者の通所型・訪問型サービス給付費の推移

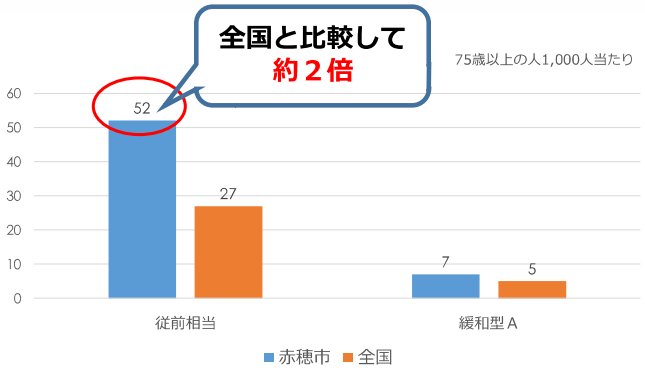


Ｈ２９年度からの総合事業開始5年間で

通所型サービス
３．０倍

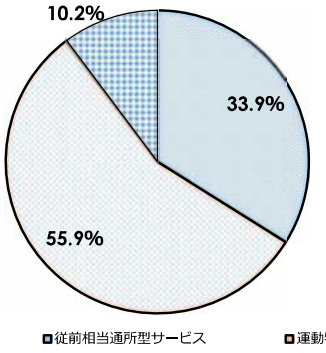
訪問型サービス
１．９６倍

通所型サービス利用者数（実利用者数）



引用：医療経済研究機構「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム市町村データ集」

総合事業（通所型）サービス利用内訳



Ｒ4.3月要支援者等実績

通所型サービス（従前相当）のうち、運動特化型デイサービス（半日・1日型）の利用が
約6割

要支援者のサービス利用1年後重度化率の比較

			令和３年３月			
			要支援１	要支援２	要介護1.2	要介護3～5
赤穂市	令和２年４月	要支援１	83.4%	7.4%	7.1%	2.1%
		要支援２	1.4%	77.7%	14.9%	6.1%

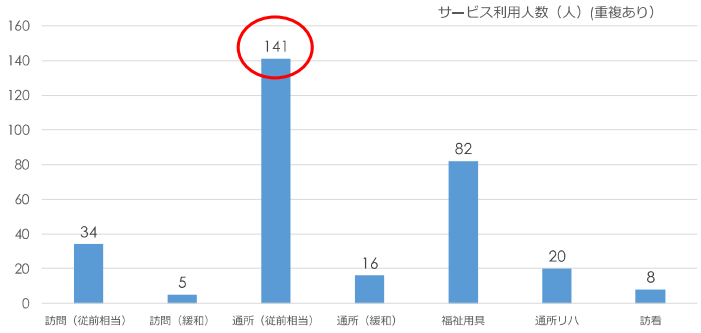
要支援１の８３．４%が要支援１のまま維持されている

			令和３年３月			
			要支援１	要支援２	要介護1.2	要介護3～5
全国	令和２年４月	要支援１	80.2%	9.1%	9.2%	1.4%
		要支援２	3.4%	82.1%	11.8%	2.6%

要支援１の人の全国値との比較で高い維持率

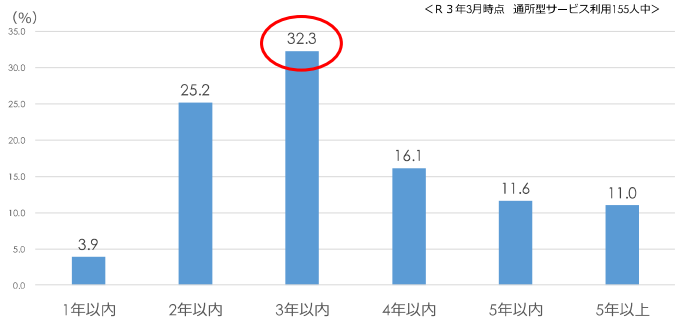
サービス利用の内訳（要支援１維持者）

維持者：Ｒ2年4月～Ｒ3年3月の期間で1年後も要支援1であった者２２７人



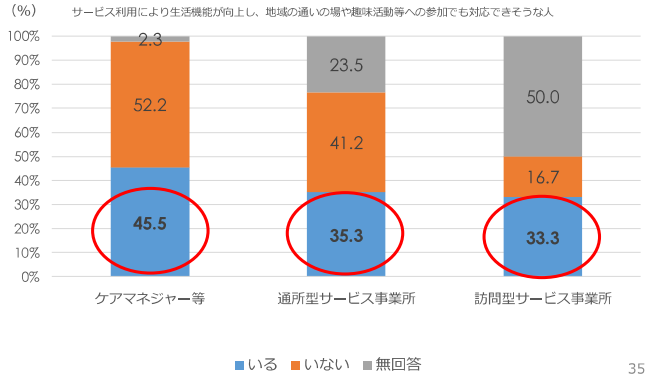
要支援者（要支援１維持者）の通所型サービス利用年数

平均36.5か月　最長で100か月の人も

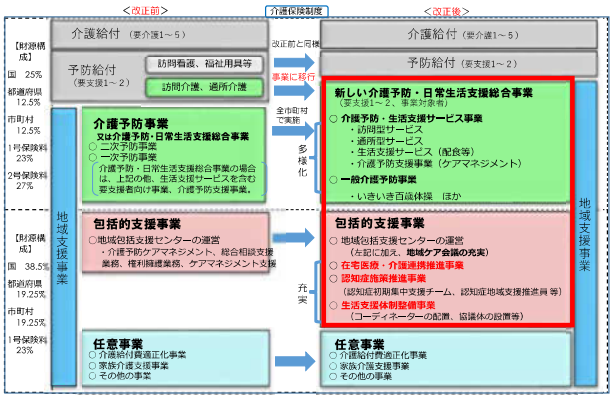


介護予防・生活支援サービス事業についてのアンケート結果より

地域の関係者の3割以上が虚弱（フレイル）高齢者の回復可能性を信じている



地域支援事業の全体像



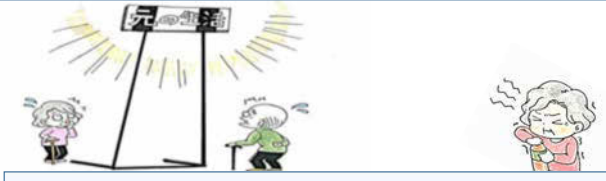
※厚生労働省資料より　一部改変

要介護状態の目安と虚弱（フレイル）

要支援１	要支援２
日常生活は、ほぼ自立しているが、介護予防のための支援や改善が必要	日常生活は、支援が必要だが、リハビリなどで介護予防できる可能性が高い

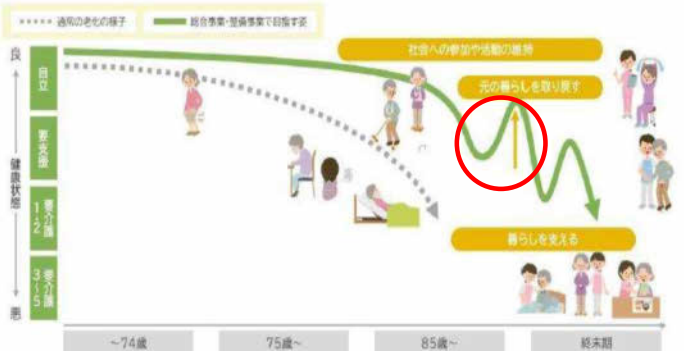
虚弱（フレイル）高齢者の支援は、○○しかないの？

本人の望む暮らし「元の生活に戻る」ことをどう支援するのか



【事例紹介】
Ａさん　80歳代　女性　独居
　Ｒ２年頃より家の中でつまづくなど足腰の弱まりが気になっていたＡさん、近所の知人が運動特化型デイを利用していたため、自分も利用したいと思い、要介護認定を申請し、結果は「非該当」であった。
　Ａさんはリハビリを希望し、包括職員による基本チェックリストで「運動機能低下」に該当したため、事業対象者としてＲ２年7月より緩和型サービスを週1回利用しているが、「デイで運動しているから」と自宅ではほとんど運動せず、また、「転倒が怖いから」と、自転車にも乗らなくなってしまった。

どのように要介護状態になっていくのか



引用：株式会社　エヌ・ディ・ディデータ経営研究所『地域づくりの実践に向けた進しるべ』Ｐ８別表４

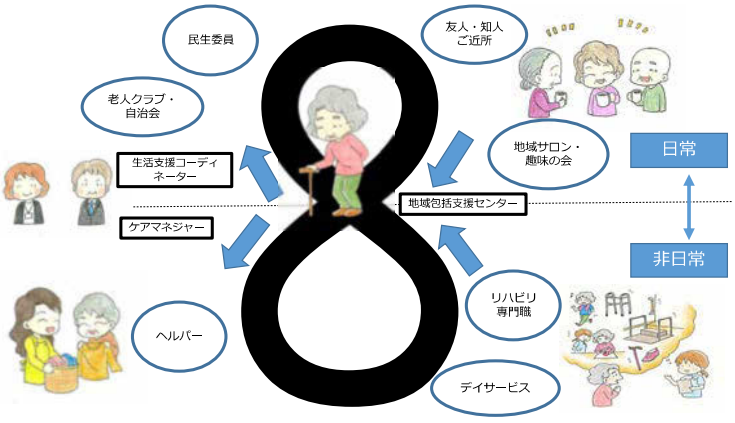
これからの赤穂市の要支援者等への支援方針

自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻すための専門的支援を短期間で

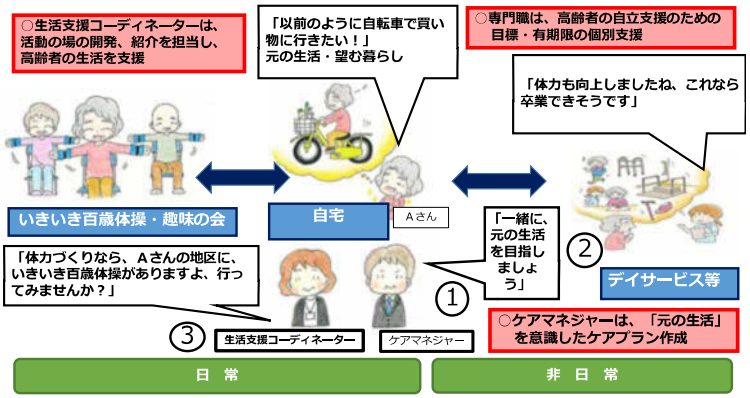
赤穂市の総合事業を持続可能な制度とするためには、虚弱（フレイル）高齢者の「生活のつまづき」課題の把握やサービスの卒業を前提としたケアマネジメントとサービス提供体制が必要

これからの赤穂市の要支援者等への支援（イメージ）

高齢者の「暮らしの困難さ」からの早期回復を目指します　その方法は無限大∞



Ａさんの支援はこうなる（イメージ）　①から③へ



これからの取組み

大切なのは、入口と出口

0次対策

地域の専門職・関係者
との規範的統合
地域住民への啓発

入口対策

受付窓口フロー見直し
虚弱（フレイル）高齢者の掘り起こし
介護予防ケアマネジメント指針の見直し
「元の生活」を意識したケアマネジメント

出口対策

目標達成のための有期限・生活
課題解決型の専門的支援
総合事業短期集中C型
地域資源の充実

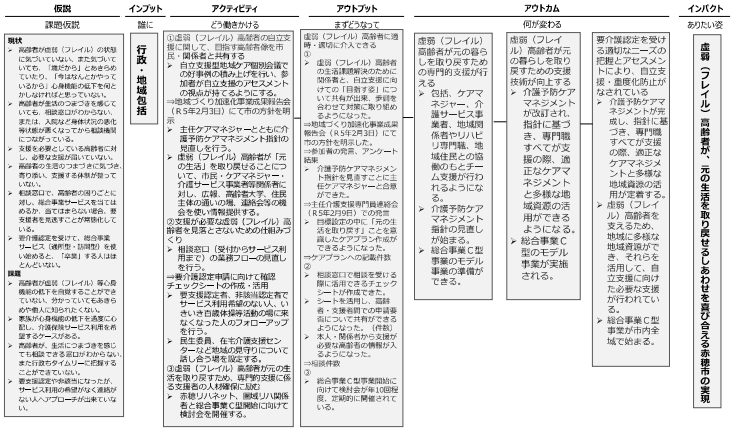
実行プラン　まず何から

何を	どのように	いつ
①目指す高齢者像の共有	✓ ケアマネジャー、ＳＣ、リハビリ専門職、介護サービス事業者等支援者に赤穂市の「虚弱（フレイル）高齢者の支援のあり方」について市の支援方針を明示する説明会を開催する。 ✓ 自立支援型地域ケア個別会議を月1回定例開催する。 ✓ 介護予防ケアマネジメント指針の見直しを主任介護支援専門員連絡会（1回/2月）の中で行う。 ✓ ケアマネジャー、ＳＣ、リハビリ専門職、介護サービス事業者、市民それぞれ向けに「フレイル予防・高齢者の自立支援とは」について説明会を開催する。	R5年2月3日（金）に赤穂市中央公民館（参集型）にて開催予定 R5年4月～赤穂市総合福祉会館（予定） R5年2月～　1回/2月 R5年3月～順次
②相談体制とサービス提供体制の見直し	✓ 相談窓口（受付からサービス利用まで）の業務フローの見直しを庁内担当課と話し合う。 ✓ 要支援認定者、非該当認定者でサービス利用希望のない人、いきいき百歳体操等通いの場に来なくなった人のフォローアップを行う。 ✓ 総合事業Ｃ型サービス創設のための準備（モデル事業の検討）を行う。	R５年1月～月に1回程度：地域包括、介護保険係、社会福祉課 R５年3月～ R５年3月～
③支援者の人材確保	✓ リハビリ専門職（赤穂リハネット、圏域リハビリテーション支援センター）に向けて、赤穂市の現状と目指す高齢者像について共有し、自立支援促進の手立てを検討するため話し合いの機会を定例的に開催する。	R５年3月～月1回程度（予定）
④フレイル状態に陥った高齢者の生活のつまづきや困りごとを多様な主体で共有する	✓ 市内高齢者大学全力所（10力所）で、地域包括支援センター職員がフレイル予防など介護予防の必要性についての健康講話と困った時の相談窓口の説明を行う。＜R５年9月～＞ ✓ 広報あこう「地域包括支援センターだより」での啓発	R５年9月～順次 R５年9月特集号（予定）

高齢者にとって「元の生活を取り戻す」ことがしあわせにつながる

ロジックモデル添付
（プレゼンなし）

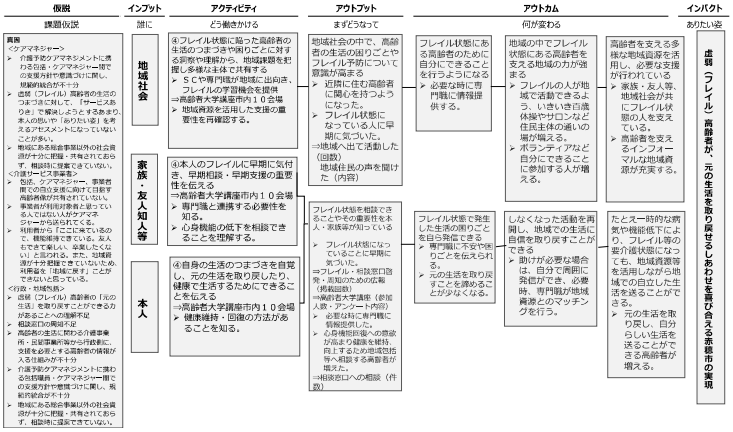
タイトル：虚弱（フレイル）高齢者が、元の生活を取り戻せるしあわせを喜び合える赤穂市の実現



タイトル：虚弱（フレイル）高齢者が、元の生活を取り戻せるしあわせを喜び合える赤穂市の実現

タイトル：虚弱（フレイル）高齢者が、元の生活を取り戻せるしあわせを喜び合える赤穂市の実現

タイトル：虚弱（フレイル）高齢者が、元の生活を取り戻せるしあわせを喜び合える赤穂市の実現



令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

困りごとを気軽に相談できる地域をめざして

～それぞれの強みを生かした支援～

宇部市イメージキャラクター
「チョーコクン」

2023年2月８日
市町村名　山口県宇部市
発表者名　宮原美起

チームメンバー情報

所属	役職・職種	氏名
地域福祉課	係長（看護師）	宮原　美起
健康増進課（支援チーム）	保健師	杉山　りお
社会福祉協議会	係長（ＳＣ）	藤本　圭
	ＳＣ	山田　芳徳
南部第2地域包括支援センター	社会福祉士	河名　綾子
	福祉なんでも相談員	谷岡　三千代

1　宇部市の概要

市内10箇所（東部、西部、中部、北部、南部）の地域包括支援センターは全て委託事業で運営しています

- 人口：161,184人（R4.4.1）
- 高齢化率：33.6%
- 宇部市は、山口県の南西部に位置し、瀬戸内有数の臨海工業都市として発展してきました。市内には、山口大学医学部附属病院をはじめ、多くの医療機関が立地し、医療環境が充実しています。
- 地域支援体制に特色があります。

宇部市役所新庁舎

特色ある地域支援体制

◆ 地域・保健福祉支援チーム（平成26年～）
　地域への巡回や話し合いを通じて、住民の自主的・主体的なまちづくりや健康づくり・地域課題の解決に向けた取組を支援するため、地域支援員と保健福祉専門職（保健師等）がチームとなり、全24地区に配置されている。

➢ 保健福祉専門職員：地域住民の健康づくりの推進
　（健康増進課）
➢ 地 域 支 援 員：住民の自主的・主体的なまちづくりや地域課題の解決に向け
　（市民活動課）　た取組を支援する

◆ 生活支援コーディネーター（平成27年～）
　生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う。
平成29年～宇部市社会福祉協議会へ委託している。

◆ 福祉なんでも相談員（平成30年～）
　「地域共生」の取り組みを進めるため、世帯全体の複合化・複雑化した課題を包括的に受け止める総合的な相談支援体制づくりの一環として地域包括支援センター等に配置されている。（地域福祉課）

多岐に渡る地域づくり担当部署

担当部	担当課	主な業務	備考
市民環境部	市民活動課	地域の活性化	地域・保健福祉支援チーム
健康福祉部	健康増進課	地域の健康づくり	
	高齢者総合支援課	高齢者を中心とした支え合いの仕組みづくり	地域包括支援センター（委託）
	地域福祉課	地域支え合いの仕組みづくり	生活支援コーディネーター（委託）
		生活困窮者支援等の地域づくり	宇部市社会福祉協議会（委託）
	障害福祉課	障害者の社会参加に向けた地域づくり	地域活動支援センター（委託）
こども未来部	こども政策課	地域子育て支援拠点づくり	NPO法人（委託）
	保育幼稚園課		子育て支援センター（直営）

2　本PGに参加した動機

- 地域づくりに関わる部署が複数あり、連携等に課題を抱えたまま推移
  - ⇒どこが主体なのか不具合感を抱えたまま
  - ⇒時に押し付け合い
- 事業の実施ありきで進めて事業が形骸化し、職員や関係機関が疲弊
  - ⇒本当に必要な事業なのか見極めもできない

この状況をなんとかしたい！
それぞれの機関の強みって何？
一つの目標に向かって取り組んでいけば、
自ずと役割が整理されるのでは？

実践その１　共通の目標を探る

共通の目標って何か仕組みづくりがよいのでは？

有償ボランティアについて検討してみよう！

有償ボランティアがあると良いという声があったよ！

講師陣からアドバイス

作ったところで利用はあるの？

本当に必要なものなの？

実践その２　薪を拾ってみた

1本人がお金がないので生活が立ちゆかない。
2本人が長い距離が歩けない。
3本人が重いものが運べない。
4本人がゴミ捨てができない。
5本人がお風呂に入れない。
6本人が電球が取り換えられない。
7本人が掃除ができない。
8本人が電話に出ることができない。
9本人が電話の操作ができない。
10本人がPC・スマホ操作ができない。
11本人がATMの操作ができない。
12本人が通帳・カードをなくす。
13本人が鍵をなくす。
14本人が食べる物がない。
15本人が公共料金の支払いができない。
16本人が薬の定期的服用ができない。
17本人がひとりで受診できない。
18本人が片付けできない。
19本人が買物に行く足がない。
20本人が避難場所に行けない。
21本人の自宅の庭木が大きくなりすぎている。
22本人の自宅の落ち葉が散乱している。
23本人の飼い犬が道端に糞をする。
24本人が犬の散歩を放して行う。
25本人が蜂の巣を駆除できない。
26本人がゴミ収集日を間違う。
27本人が階段を昇り降りできない。
28本人が妄想で110番になんでも電話する。
29本人の家がゴミ屋敷になっている。
30本人が車の運転がやめられない。
31本人の家で雑草が生い茂っている。
32本人が道に迷う。
33本人が送られてきた書類が読めない
34本人が書類の手続きができない
35雨戸の開け閉めができない
36本人が高いところのものがとれない
37本人が仲間で集まれる場所がない
38サロン運営者が活動する費用が足りない
39支援者が本人の自宅に行っても会えない
40支援者がただで借りられる場所がない
41サロンに行きたいが行く手段がない
42バス停まで歩いていけない
43買い物した商品を家まで運べない
44バスの昇降を見守ってもらえればバスに乗れる
45道路が平坦でないので歩行器等で歩きにくい
468時半までゴミ出しができない
47病院内を一人で移動できない
48話し相手がおらずぼんやりと寂しい
49趣味の碁など同レベルの相手が欲しい
50地域のゴミ当番が難しい
51荒ごみをゴミステーションまで運べない
52隣に家族が住んでいるので介護保険の家事支援が受けれない
53あれこれと困ったことを言わない

どうやって整理していくの？

どれもよく聞く困りごとだよね

解決できるものもある

実践その３　薪を整理してみた

重要かどうか解決しやすいかどうかで分類してみた

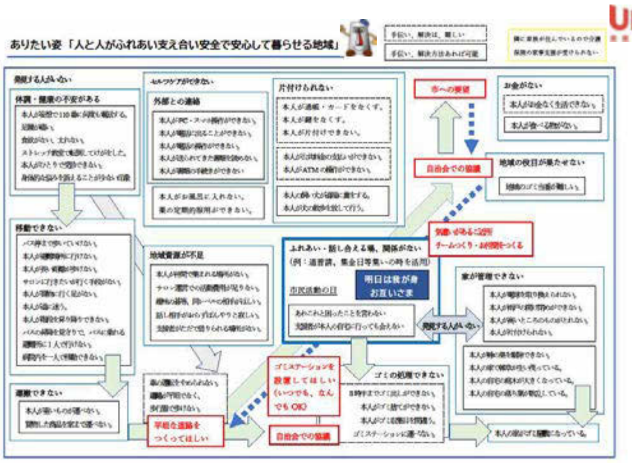
なんかどうしたいのか、どうすればよいのか見えてこないね。

他の方法で分類してみよう

こうだからこうなるよね

相関図にしてみよう！

種別に整理してみた



実践その４
薪を整理したら見えてきたこと

この困りごとって相談すれば解決する問題もあるよね。

近所で挨拶はするけど、相談する関係にはないって聞いたよ。

どうして相談しないんだろう

隣がどんな人かわからないから深入りしないって声も聞いた。

困っても相談できてないよね！
まずは
困りごとを相談できる地域をめざそう！！

3　真因を探る
相談できていないのはなぜ？

対象者	真因
本人	➢ 相談先を知っていても解決につながるとは思っていない。
福祉なんでも相談員	➢ 相談員の存在が、支援が必要な人に届いていない。
包括・CM	➢ フォーマルな制度利用を中心に対応し、それ以外に目がいかないことがある。 ➢ フォーマル以外のサービスについて具体的に知らない。 ➢ フォーマルサービス以外に目が向いても打つ手なしと思っている。
生活支援コーディネーター	➢ 個別ケースからの必要な資源情報が不足している

4　解決すべき課題がわかった！

解決すべき３つの課題

- 気軽に相談できる関係づくり
- フォーマルで解決できないニーズの可視化
- 必要な資源の発見・創出

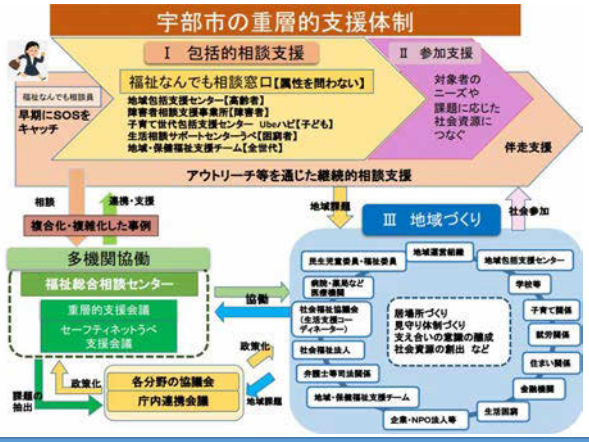
5　課題解決にむけて
強みを生かした役割分担

◆福祉なんでも相談員
- 通いの場や商店街等、地域を積極的に巡回することで、地域住民との信頼関係を気づき、困りごとを把握できる環境をつくる。
- これにより、ＳＯＳが発信できていない方を把握する。
- 困りごとを抱える人について寄り添いながら継続的に関り、困りごとの解決に向けて本人と一緒に考える。

◆生活支援コーディネーター
- 地域課題を把握し、必要な地域資源を創出する

◆地域・保健福祉支援チーム（地域支援員）
- 地域活動の活性化を推進する
- 地域住民とのパイプが強い

5　課題解決にむけて



6　私たちができること

①気軽に相談できる関係づくり	働きかけ	ねらい
本人	ちょっとした困りごとのお役立ちサービスを地区だよりや地区のホームページに掲載する。	本人に自分の困りごとが解決できると感じてもらう。
福祉なんでも相談員	地域巡回する。 ➢ 月２回程度商店街を訪問し、様々な店の店主に挨拶する。 ➢ 通いの場の開催日に顔を出し、参加者と世間話をする。 ➢ 郵便局、銀行等を訪問する。 ➢ ふれあいセンターを訪問し、館長や自治会役員の方々に挨拶する。	・地域住民に相談員を身近に感じてもらう。 ・気軽に相談しやすい関係づくり。 ・支援が必要な人の早期発見。
生活支援コーディネーター	高齢者のちょっとした困りごとについての資料作成。 ➢ 困りごとの事例を含んだ資料作成。 ➢ 「つなぎシート」の作成。	包括・CM等へ視覚的に説明することができ、わかりやすい説明ができる。
包括やCM	高齢者のちょっとした困りごとに関心をもってもらう。 ➢ 困りごとの説明をする。 ➢ 「つなぎシート」について説明する。	包括やCMがフォーマル以外の困りごとを意識するようになる。

6　私たちができること

②フォーマルで解決できないニーズの可視化	働きかけ	ねらい
福祉なんでも相談員	生活支援コーディネーターが「つなぎシート」の記入について依頼する。 ➢ 福祉なんでも相談員連絡会への出席 ➢ 包括へ訪問し説明 ➢ 地区にあるCM事業所へ訪問し説明	・地域の困りごとの把握 ・お役立ち情報の把握 ・不足している地域資源の把握
包括やCM等		
生活支援コーディネーター	集まった「つなぎシート」を分類・整理する。	・ニーズの可視化

6　私たちができること

③必要な資源の発見・創出	働きかけ	ねらい
生活支援コーディネーター	➢ 可視化したニーズを地域住民等に示すためのプレゼン資料を作成する。	地域に不足している資源を地域の支援者にわかりやすく説明できる。
地域支援員	➢ 可視化したニーズを提示する。	地域に不足している資源について知ってもらい、一緒に検討できる。
地域の支援者（自治連会長、民生委員、福祉委員等）	➢ 可視化したニーズを提示する。 ➢ 地域の人が集まる場に出向く。 ➢ 地域の会議等に出席する。	
地域の企業等	➢ 可視化したニーズを提示する。 ➢ 企業の特色をいかした社会貢献を提案する。	地域のニーズと企業の社会貢献とのマッチング。

7　アジャイル政策形成のしかけ

①　気軽に相談できる関係づくり

アウトプット	モニタリング方法	未達成時の考えられる行動
地区だよりに定期的に役立ち情報が掲載される。	✓ ３か月に１回程度掲載されている。	➢ お役立ち情報の収集方法の再検討 ➢ 掲載枠の確保
ホームページやＳＮＳにお役立ち情報が増えた。	✓ ホームページやＳＮＳにお役立ち情報コーナーができる。	➢ お役立ち情報の収集方法の再検討
地域でお役立ち情報が話題となる。	✓ 福祉なんでも相談員の巡回先でお役立ち情報について聞かれる。	➢ お役立ち情報の周知について再検討
福祉なんでも相談員が地域に積極的に出向く。	✓ 相談件数の増加 ✓ 相談経路が増える	➢ 巡回先の再検討 ➢ 周知方法の再検討

7　アジャイル政策形成のしかけ

②　フォーマルで解決できないニーズの可視化

アウトプット	モニタリング方法	未達成時の考えられる行動
包括・ＣＭが高齢者のちょっとした困りごとを解決できる地域資源がある事を知る。	✓ つなぎシートの発信元が包括やＣＭである。	➢ 包括やＣＭに現状の聞き取り ➢ つなぎシートの周知について検討
お役立ち方法の把握	✓ 新たな地域資源が発掘される。	➢ お役立ち情報の収集方法の再検討
地域の困りごとの把握	✓ つなぎシートが３か月で５０枚集まる。	➢ 困りごとの把握方法について再検討 ➢ 包括・ＣＭに現状の聞き取り

③　必要な資源の発見・創出

アウトプット	モニタリング方法	未達成時の考えられる行動
お役立ち方法の把握	✓ 新たな地域資源が発掘される。	➢ お役立ち情報の収集方法の再検討
地域の困りごとの把握	✓ つなぎシートが３か月で５０枚集まる。	➢ 困りごとの把握方法について再検討 ➢ 包括・ＣＭに現状の聞き取り

タイトル：人と人が ふれあい 支え合い 安全で安心して暮らせる地域

実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①困りごとの解決につながる情報を伝える	✓ 地区だよりやSNS・ホームページ等によくある困りごとやその解決事例を具体的に掲載する。	
②地域に積極的にアウトリーチしていく。	✓ 通いの場や商店街を回り、窓口の周知を実施。 ✓ 地域住民にお役立ち情報を伝える。 ✓ 地域資源マップの更新を実施し、ＳＣと共有する。	重層的支援体制整備事業
③インフォーマルサービスについて意識する	✓ 包括・ＣＭに対し、ちょっとした困りごとに対する取り組みについて説明する。 ✓ ちょっとした困りごとの説明をする。	生活支援体制整備事業
④「つなぎシート」の活用	✓ 包括、CM、福祉委員等にちょっとした困りごとに対する取り組みについて説明する。 ✓ 包括、ＣＭ、福祉委員等に困りごとの説明をする。 ✓ 「つなぎシート」の記入について依頼する。	生活支援体制整備事業

参考資料１　包括・ＣＭ・福祉なんでも相談員・福祉委員等説明資料

日々の業務の中でこんなことはありませんか？

- 「介護保険サービス外のことを相談された。」
- 「困りごとのつなぎ先が分からない。」
- 「困っていそうだけど、解決できないから踏み込めない。」
- 「対応できないことなので、話を聞き流してしまっている。」　など

その困りごと解決できるかもしれません。

参考資料２　包括・ＣＭ・福祉なんでも相談員・福祉委員等説明資料

「つなぎシート」を使って解決に向けて検討してみませんか？

「つなぎシート」は、
発見・相談を受けた「介護保険サービス以外の困りごと」を解決につなげるためのシートです。

困りごとを抱えた方 → 包括、CM、福祉なんでも相談員、民生委員等 → 生活支援コーディネーター → 地域資源へのマッチング　地域資源の創出

「つなぎシート」で集めた情報は、
地域資源へのマッチングや、不足した地域資源の創出に活用します。
また、困りごとの内容、解決事例集、地域資源の一覧など整理し役立つ情報としてお返しします。

参考資料３　包括・ＣＭ・福祉なんでも相談員・福祉委員等説明資料

「つなぎシート」で集めてほしい情報について

サービス以外の困りごとの相談を受けた・気づいたときに…

- **困りごとの内容**
- **解決方法**（解決した場合）
- **必要な社会資源・あったら良い社会資源**（サロン・有償助け合い活動など）

※困りごとの内容について

「困りごと」では、「解決できないと困る」という内容のものがよくありますが、
下記事例の②のような「解決すると嬉しい」ことは表に出てきにくい面があります。

【事例】ケガで買い物が出来ない　① 外出できず食べ物がない。(買い物できないと困る)
② **自分で商品を選びたい。(買い物できると嬉しい)**

参考資料４　包括・ＣＭ・福祉なんでも相談員・福祉委員等説明資料

つなぎシート（案）

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

地域の高齢者にとって「いい状態」を実現するための施策検討

2023年2月8日
宇和島市　高齢者福祉課
岩村正裕　若木洋介　大江仁志　髙瀬晶啓

チームメンバー情報

高齢者福祉課

課長兼
地域包括支援センター所長
岩村正裕

地域包括支援センター　所長補佐　大江仁志
課長補佐兼介護認定係長　髙瀬晶啓
課長補佐兼高齢者福祉係長　若木洋介

宇和島市の概要

人口　69,849人（うち65歳以上28,177人）
高齢化率　40.3%（令和5年2月1日現在）
前年比　-1,467人（うち65歳以上-337人）

2005年（平成17年）
8月1日
北宇和郡吉田町
三間町
津島町
宇和島市が対等合併
（新設合併）
中山間地域と島しょ部が
混在する。

みんな大好き　鯛めし

本プログラムに参加した動機

介護保険事業計画の策定年度となったが、本市の課題を職員が意識できているか、疑問が生じた。前年度踏襲型の仕事になっていないか。

→改めて職員全体が自分たちの仕事に対し「何のためにやる」かを考え、本市の状況を把握した上で業務に取り組む習慣を身につけたい。

→職員の意識が変わっても、管理職が変わらないと現場の声を形に出来ない。

例１．現場からの施策提案に対し「それは無理だよ」との決めつけ･･･そもそも必要性がわかっていない（「当事者」を主語に、直面する課題を考える習慣（©亀井先生）がついていない）。

例２．同様に施策提案に対し「上が理解してくれなくて。ごめんね。あなたの気持ちはわかるけど」･･･そもそも気持ちがわかっていない。また、上が理解できないのは、現場の声の腹入れが出来ない（「行政」を主語、「当事者の課題」を目的に事業等の設計を（©亀井先生）考えていない）から説明し切れていない。

ハブとなる管理職が変わらないと、現場で起こった問題から施策立案につながらないとの考えから、課長含め管理職のおじさん4人でPGに参加。

これまで本市で取り組んできたこと

老人クラブの会員数の維持
ご当地体操（うわじまガイヤ健康体操）実施団体の普及拡大
旧幼稚園･小学校を利用した交流拠点整備（重層的支援体制整備事業）

→事業は実施しているが、「何のためにやるのか」、「高齢者がどうあって欲しいか」の想いが共有できていないため、担当や係によっては前年度踏襲型の事業、またはトップダウンによる「やらされ感」で行っている事業があるのではとの疑問があった。

第9期介護保険事業計画の策定年度にあたって、改めて市内の高齢者にどうあって欲しいかを確認し、現在実施している事業の意義を確認、必要に応じた修正を行うこととした。

行った調査

高齢者福祉課の各係（高齢者福祉係、介護保険係、介護認定係、地域包括支援センター相談員、地域包括支援センタープランナー）でワークショップを実施。

課題

１．高齢者やそれを支える人や地域にとってどんな望ましくない状況があるのか。また望ましくない高齢者として、男性女性どちらが多いと思うか。

２．本当は高齢者にどうあって欲しいか。生活がうまくいっているとはどんな状況か。

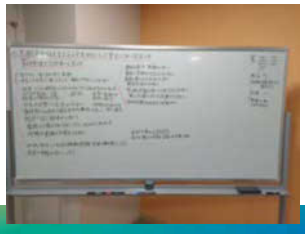
３．つまり、解決すべき問題は何か、何をすべきか。

これらを紙に書いてもらい、係内で各自発表。ホワイトボードにまとめた。

また市内ケアマネが集まる研修会においてアンケート調査を実施、同じ質問に回答してもらった。

聞き取りを行いながら高齢者にとって「何が望ましい姿なのか」を共有し、「私達は何を目的として仕事をやっているのか」を確認した。

ワークショップの様子



メンバーで意見を集約

メンバーが集まり、各係で記録したノート、ホワイトボード、職員が書いたペーパー、ケアマネからのアンケート結果を会議室に持ち込み、発表しながらホワイトボードにまとめた。

どの係にいようと、「高齢者にとって望ましい生き方」を求めることは同じ。そもそも私達は入職時、「宇和島市のためになりたい」と考えてこの道を選んだ。ならば各自出来ることがあるのではと、おじさん4人であれこれ話した。

見えてきた課題

高齢者や、それを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか

１．生きがいがない。または不健全な生きがい

（依存症レベルのアルコール、ギャンブル、クレーム）。

見えてきた課題

高齢者や、それを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか

２．地域資源の情報不足から生じる孤独・孤立、接点のなさ。

→一人であっても、何かしら打ち込むこと、生きがいがあるなら　それは尊重されるべき。第三者が「やいやい」言わない。

見えてきた課題の真因

核家族化により人とふれあう機会が減っている。また男性の交流場所が少ない（サロンや体操教室は敬遠傾向にあるのでは）。

→一人でいることの寂しさからギャンブル、アルコールに走る人も少なくないのでは。

→でも市内には図書館やカラオケ喫茶、囲碁、将棋など様々な社会参加・生きがいの資源はある。

→資源の情報共有が出来ていないため、行き場のない人がいるのでは。

→そもそも行政側に鮮度の高い地域資源を把握し、啓発する仕組みがない。

真因を解決するための仮説と、取り組むべき事

→平時における「生きがい」や「つながり」は、地域住民にとっては「いい状態」につながるのではないか。

いい状態とは・・・例．家族や友人や隣近所の人に囲まれ（見守られ）、大切に思われ、穏やかな気持ちで過ごしている。

仮説から仮決めした取り組むべき事

行政や医療、介護の専門職など、高齢者に関わる人たちで、生きがいにつながる資源（主にお出かけの場）について情報収集を行い、関わる高齢者に紹介する。

また専門職の活動としての「地域との連携」について、「連携とは何か」を協議し、高齢者と接点が持てる機会の創出を図る。

課題解決に向けた取り組み

市内の生きがいづくりに係る資源を地域や医療介護の専門職と一緒に探す、または作る

ワークで見えてきた課題と真因との関連性

１．何かしら打ち込む物があれば、寂しさは減るのでは。

→過度なアルコールやギャンブルに走らない。

２．宇和島市では平成30年7月に豪雨災害が発生し、多くの命を失った。その中で生きたのが「互助力」

例１．ソフトバレー仲間が集まって、炊き出しを実施。停電と断水の中支え合った。

例２．地域の見守り団体が独居高齢者宅を訪問し、水など支援物資を配布した。

→生きがいづくりの場が災害時の「生きる」場になることもある。

課題解決に向けた取り組み

まずは、各団体に「生きがいの資源を増やしたい」旨を伝える。周知の第一歩は医師会、歯科医師会など各職域が集まる「地域ケアネットワーク会議」。

その後関係機関に市の意図を伝えながら以下の事業を検討

ケアマネ・・・サービス利用者を通じたインフォーマルサービスの情報収集

薬剤師会・・・地域住民との接点の場（お薬相談、公開講座）の啓発

訪問看護ステーション・・・患者からの情報収集と情報提供（健康管理・お出かけの場）

公民館・・・利用団体（趣味、スポーツ）の紹介、地域資源の広報誌への掲載

理学療法士・作業療法士・・・生き活き教室（介護予防事業）の新規設置

SC・・・地域ケア個別会議に参加。対象者に地域のインフォーマルサービスを紹介することが目標。

モデル地域を対象に地域資源の集約を実施。住民（地域のお世話役）を通じたお出かけの場の紹介。

課題解決に向けた取り組み

行政（高齢者福祉課）
自身が集めた情報と関係者が集めた宇和島市の資源情報を集約。以下の方法で情報提供
①市からの発送文書への折り込み
②本庁及び支所の窓口で、相談・申請に来庁された方に対して案内・配布
③地域資源をマップ化し、WEBに掲載（市で開催している高齢者向けスマホ教室で啓発）

地域ポイント制度（R5開始予定）に以下のポイントを導入
①老人クラブ入会ポイント
②うわじまガイヤ健康体操（ご当地体操）ポイント
③市所有施設お出かけポイント

窓口業務のフロー改正
介護認定申請に来た方が「何のために」認定が必要なのか、聞き取りを行うフローに修正。課の職員誰でも聞き取れるフローを作成し、本市のニーズを大つかみする。

生きがいの資源を市民と共有、または新たに作ることで、生き方の選択肢は割と広がるのでは。

モニタリングの手法

達成状況と、相手からの聞き取りの両面で評価

対象･･･窓口に来た市民、移動販売事業者、老人クラブ会員、ガイヤ体操サポーター、イベント参加者

業務の中で聞こえた声はメモ。保存しておき、聞き取った内容から事業の効果について、高齢者の暮らしにどう活きたかを評価

評価は既存の個人目標シートに追記し、高齢者の「いい状態」に合っているかの評価と達成状況の両面で評価し、評価に応じて修正する、目標がそもそも「いい状態」に合っていない場合、勇気ある撤退も。

評価表は課内で共有し、知らなかった高齢者の声の共有と、仕事への想いの共有を図る。

重点改善項目	個人目標 ※何を、いつ、どのような状態にするかを具体的に記載	達成状況・特記事項等 ※下半期評価時に記載		対象者からの声	高齢者の暮らしにどう活きたか
窓口業務フローの作成	包括と協議の上、窓口に来た人への聞き取りからその人が望む生活プランにつなげる 苦口対応の新フローの作成	本人	新フローを作成。9月から新たなフローでの運用を開始。	入院を経て、よくわからないまま認定申請に来たが、必要なサービスはないので認定は受けないことにした。 認定を受けてデイサービスに行きたかったが、生き活き教室で充分だ。	通いの場に行くことで社会参画の場所が出来たほか、仲間内で近隣の介護施設のボランティアに行くなど、活躍の場づくりにもつながった。
		評価者			

ロジックモデル

タイトル：住民の生きがいの創出、地域力の強化

仮説
課題仮説

現状
- 生きがいがない
- 地域コミュニティの希薄化、高齢化

課題
- 家にいても、外にいても誰かとつながっていられる。
- 一人でいても自立している（趣味に打ち込む、3食きちんと食べている）。
- 健全な生きがいを持っている。

真因
- 核家族化により人とふれあう機会が減っている。
- 男性の交流場所が少ない（カラオケ、居酒屋）。
- 生きがいの資源にかかる情報量が少ない。
- そもそも行政側に制度の高い地域資源を把握する仕組みがない。

インプット
誰に

- 医療・福祉専門職
- 地域
- 行政

アクティビティ
どう働きかける

専門職との想いの共有
- 個別ケア会議でのインフォーマルサービスの情報提供
- 看護・サービス利用者への地域資源の紹介
- 地域とつながるためのイベント開催（市民公開講座・健康イベント等）
- 介護予防教室の開催

老人クラブ活性化
- 単位老人クラブの情報を収集・公民館との協働で啓発
- 会員特典（地域ポイント）のPR

公民館
- 利用団体の情報収集

社会福祉法人
- 第2層協議体における地域資源情報の収集
- 地域リーダーの発掘

包括
- 生活相談で得た地域資源の記録

高齢者福祉課
- 集めた情報の拡散

アウトプット
まずどうなって

地域資源の周知
- 薬剤師さんや看護師さんが健康作りについて活動しているのは知らなかった。
- 医療職に健康について相談してみたい。
- ケアマネさんに紹介された介護予防教室に行ってみようか。

市民の気持ちの変化
- 老人クラブ入会のいいところについがわかった。
- ポイントがたまるのはうれしい。
- 自分の地域の老人クラブでやっていることがわかった。
- 近くで将棋サークルがあるなら行ってみたい。
- 地域のために何かしたいと思っていた。活躍の場がある。

地域資源の共有
- 自分のしたかったことが近くでできる。
- 図書館って新聞が読めるのか。
- 包括が紹介してくれた体操に行ってみよか。

アウトカム
何が変わる

専門職の気持ちの変化
- ○○地域で脳卒中について知りたがっている。○○先生にお願いして講座を開いてもらおうか。
- ○○地域を対象にお薬相談教室をしてみようか。
- 調剤の花連さんの○○さんに、うちの活動のお手伝いを頼んでみようか。

市民の気持ちの変化
- ペタンクが面白そうだし、ねんりんピックの種目にもなっているなら、やってみようか
- 入ってみると想像するほど面倒くさくなかった
- 5Cさんが熱心なので、お茶会を1回やってみようか。
- ○月○日に愛媛県のアマ将棋大会がある。自分の腕を試してみたい。
- 体験グループが元気なので、「男の交流食堂」をやってみようか。
- 小学校が母校になって誰も使っていない。自分たちの活動拠点にしてみたい。

外出の機会の拡大
- 体操教室が楽しいので友達も誘ってみよう。
- 図書館通いが毎朝の日課になった。

生きがいづくりにかかる資源の拡大
- うちのサロンで○○さんに病気について話してもらいたい。
- ○○に行けば、定期的にお医者さんの話が聞ける。
- 薬剤師会のサポーターをすることで充実感が得られる。

市民の気持ちの変化
- 食わず嫌いだったので、この間退職した友達を誘ってみよう。
- ねんりんピック出場を大きな目標にしよう。○○さんに入ってもらったらうちは強くなる。
- たまったポイントを使ってみんなでご飯を食べよう。
- 5Cと○○小学校の再利用プランを作りたい。○○さんの元の職場に何か協力してもらえないか。

エンパワメントの強化
- 体操教室に○○さんが来なくなった。ちょっと声かけに行ってみようか。
- 入院していたら図書館の○○さんに心配された。言っておけば良かった。

インパクト
ありたい姿

生きがいの創出・外出機会の増加

実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
① 専門職との想いの共有・市民へのアクション	✓ 個別ケア会議でのインフォーマルサービスの提供 ✓ アジャイルで見えた課題と打ち手の共有 ✓ ガイヤ体操協力団体での健康指導 ✓ 健康相談事業のプランニング ✓ 介護予防事業参画について検討 ✓ 地域のサロン情報の共有	生活支援体制整備事業 包括的支援事業
② 老人クラブとの想いの共有と情報収集	✓ R5から始めるポイント制度の説明 ✓ 単位老人クラブでの活動についての情報収集 ✓ なぜ老人クラブが必要かの協議（座談会）	一般会計（地域ポイント制度は全庁的に実施）
③ 公民館からの情報収集	✓ サークル情報の収集を公民館主事から ✓ 図書館の利用者について情報収取	
④ 包括	✓ ケース記録の際、発見した地域資源を別シートに記載 ✓ ガイヤ体操協力断定 ✓ 集めた資源について、個別ケースで使えそうなら紹介（これまではガイヤ体操と生き活き教室のみ）	
⑤ 社会福祉法人 （社協ほか2法人　生活支援体制整備事業を委託）	✓ 圏域のボランティア団体との意見交換（三間） ✓ 地区別座談会にて現状を説明 ✓ ガイヤ体操協力団体を訪問 ✓ 交流拠点（三間、九島、浦知）でのイベント実施	生活支援体制整備事業
⑥ 高齢者福祉課	✓ 集まった地域資源の集約 ✓ 広げ方の検討（WEB含める）	

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

ちょっとつまづいた高齢者を弱り待ちにさせない支援体制づくり

なべ焼きラーメン

しんじょうくん

2023年2月
高知県須崎市
佐藤　千裕

須崎市のチーム員紹介

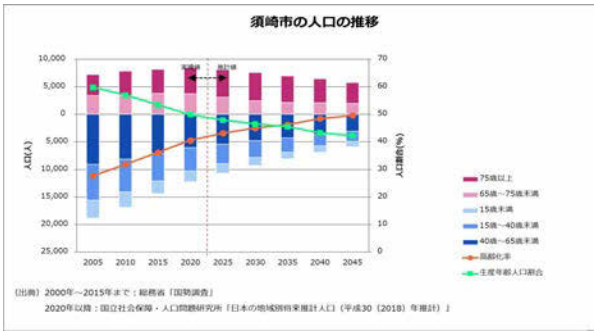
所属	職種	氏名
長寿介護課長寿支援係	保健師	野久保　玲美
	係長	片岡　孝博
	事務	久保　絵美
	生活支援コーディネーター	相馬　令紗
	管理栄養士	池田　結
地域包括支援センター（社会福祉協議会へ委託）	所長	山内　和也
	保健師（市から派遣）	佐藤　千裕

高知県須崎市について

・人口：20,268人
・世帯数：10,652世帯
・高齢者数：8,233人
（75歳以上　4,688人）
・高齢化率：40.6%
（R4.12月現在）

平成の市町村合併はなし。
地域は8地区（Ⓐ～Ⓗに地域の拠点）あり、山間部や海沿いの集落等地域特性がある。
うち4地域（Ⓐ、Ⓑ、Ⓓ、Ⓗ）に【高知型福祉】あったかふれあいセンター設置。

須崎市の概要（人口）



須崎市の概要（資源）

認知症グループホーム５ヵ所

医療機関
・有床５ヵ所
・無床７ヵ所

訪問看護２ヵ所

施設
・特養１ヵ所
・老人保健福祉施設
・有料老人ホーム４ヵ所

地域包括支援センター１ヵ所

介護保険事業所
・居宅介護支援事業所
・通所介護１７ヵ所
（うち地域密着型7か所）
・通所リハ２ヵ所
・訪問介護３ヵ所

あったかふれあいセンター
かみぶん・安和・浦ノ内・社協

民生委員・児童委員　７６人
・高齢者の見守り配食（月１回約５７０人）

通いの場
・いきいき百歳体操５８ヵ所

民間の配食（生協・ワタミ・喫茶等）
介護タクシー事業所の生活支援
訪問介護事業所の自費支援

須崎市の概要（事業実施状況）

事業		市	包括	備考
総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	◎	○	従来のサービスが中心。
	一般介護予防事業	◎		ゆうゆう大学から地域の百歳体操の集いへ。コロナ禍で事業縮小中。
包括的支援事業	地域ケア推進会議	◎	○	介護事業所・薬局・医療機関等約６０ヵ所参加。（情報伝達の場）
	地域ケア個別会議	○	◎	個別の事例検討
	在宅医療介護連携事業	○	◎	近隣の5市町合同で多職種合同研修 近隣の3市町で入退院連携ルール運用
	認知症総合支援事業	○	◎	認知症地域支援推進員4名配置（包括3名、市1名）
	生活支援体制整備事業	◎		第1層コーディネーターは市に1名専任

◎実施主体　○連携・一部

参加当初の問題意識（一般介護予防事業）

- 市が行う元気高齢者を対象にした介護予防教室や、いきいき百歳体操を行う地域の集いへの支援を中心に事業展開していたが、コロナ禍で規模が縮小された。
- 包括支援センターが把握する**虚弱な高齢者を**集めて介護予防教室を実施したが、当初の目標であった地域の集いに繋がる高齢者が少ない。

※対象者や支援方法の修正ができず、目的が定まらなかった
※包括支援センターが虚弱な高齢者を抱え込んでいる状況

事業は多くある
市
総合事業
一般介護予防事業
地域ケア推進会議
生活支援体制整備事業　他

包括
地域ケア個別会議
認知症総合支援事業
在宅医療・介護連携事業
総合相談　他

参加当初の問題意識（生活支援体制整備事業）

- あったかふれあいセンターが地域の拠点として高齢者の参加の場や、訪問対応で支援を展開してくれている。
- 生活支援体制整備事業は第１層コーディネーターが１人。第２層、第３層の設置に向けどのように考えたらいいか分からない。

※２層的に動いてくれている人が地域にいることを把握。１層の役割が明確ではなく、どのように事業を考えたらいいか分からない。

事業は多くある
市
総合事業
一般介護予防事業
地域ケア推進会議
生活支援体制整備事業　他

包括
地域ケア個別会議
認知症総合支援事業
在宅医療・介護連携事業
総合相談　他

参加当初の問題意識（地域ケア会議・個別会議）

- 市が中心となり地域ケア推進会議を年4回実施。情報共有・伝達・研修が中心。
- 包括支援センターが中心となり地域ケア個別会議を年4回開催。主な機能はネットワーク構築機能と個別課題解決機能。

※地域ケア個別会議は課題は解決するがアドバザーにアドバイスをもらう場となり、事例検討の場は他にもあるため徐々に回数やケース数が縮小。
※地域課題を見つけたり、政策や事業にどのように繋げたらいいか分からない。

事業は多くある
市
総合事業
一般介護予防事業
地域ケア推進会議
生活支援体制整備事業　他

包括
地域ケア個別会議
認知症総合支援事業
在宅医療・介護連携事業
総合相談　他

参加当初の問題意識（市と包括間の課題感のズレ）

- 市は通いの場の支援や、元気高齢者向けに介護予防教室等を実施
- 包括支援センターはちょっとつまづいた高齢者や困難ケースを対応するが、困難ケースに割く時間が多い現状。
- 市と包括が共有する個別ケースは、地域ケア個別会議で上がる困難な課題を抱えたケースや、虐待に関する個別ケースが中心。

※支援する対象者にズレがあった。
※共有する個別ケースからは、何が課題なのか、何が問題なのか市の全体像が見えにくかった。

事業は多くある
市
総合事業
一般介護予防事業
地域ケア推進会議
生活支援体制整備事業　他

↕連携↕

包括
地域ケア個別会議
認知症総合支援事業
在宅医療・介護連携事業
総合相談　他

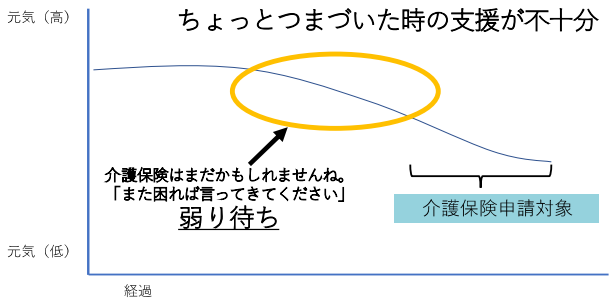
相談対応でもやもやしていることを洗い出し

・介護保険の申請が必要無い程度のちょっとした困りごと
➢保留（また困ったら来て下さい）

・包括支援センターで把握した「この人一般介護予防かな」と感じる人の情報はあるが、対応できる体制やサービスが無い
➢保留（今体操教室やっていないな・・・）

介護保険が必要ない程度のちょっとした困りごとに対する打ち手が無い。

「弱り待ち」になっているのではないか



なぜ弱り待ちが起きているのか

現状
支援が必要な高齢者が適切な時期に支援を受けることができず、元の生活を諦めている（弱り待ち）

なぜか
- 市と包括が支援する高齢者像にズレがあり、共通した取り組む方向性が見えていない
- 改善可能性がある高齢者に対する支援が無い
- 本人、家族が改善を求めていない
- 高齢になると活動の場に参加できなくなるという認識
- 地域住民が自分たちの取り組みの重要性に気づいていない
- 家族がどの程度のつまづきで相談が必要か知らない
- ちょっとした生活支援や参加の場のニーズが集まる仕掛けが無い

目指す姿

ちょっとつまづいた人に自信を持って支援ができる体制づくり

虚弱になったり困った時に必要な支援を受けられ本人が望む普通の生活を継続できる

これから取り組むべきこと（課題）

1．支援が必要な対象者像を定義し把握する

2．元の生活に戻るための専門的支援体制の構築

3．本人を支えるインフォーマル資源や地域の見守り体制の充実

実行プラン① 改善可能性のある高齢者に対し専門的なC型事業を検討

対象	働きかけ	期待する反応
C型検討部会 リハ職・市・包括	・C型事業の検討を実施 ・勉強会・視察 ・モデル実施の準備 ・本人・家族に説明し同意を得る準備	・モデル実施がされる これまでの暮らしへの回復を目指し、試行的に介入
ケアマネジャー	・趣旨説明、勉強会 ・取り組み説明会とアセスメントの視点の共有	・目標と課題に応じたプランが作成される
本人・家族	・元の生活に戻ることができること、改善可能性があることを情報提供	・自立に向けた専門職の支援を受けると合意する
生活支援コーディネーター （地域の支援者）	・地域の通いの場や生活支援等の情報収集	・日常生活が活発になるための役割や参加の場について一緒に考える

実行プラン② 地域ケア個別会議を新たな方法で実施

対象	働きかけ	期待する反応
市・包括	・他自治体の地域ケア会議の開催方法等の学習 ・事例検討の司会の仕方を練習 ・事例提供シートの作成	・議論するポイントを押さえた事例検討が実施される
ケアマネジャー	・取り組みの報告、事例提供の依頼 ・他自治体の地域ケア会議の開催方法等の学習	・趣旨に同意あり事例提供がある ・当日参加し情報提供をする ・介護予防・重度化防止の視点強化
アドバイザー・介護保険事業所	・取り組みの報告、参加の依頼 ・他自治体の地域ケア会議の開催方法等の学習	・多職種の参加がある ・活発に意見交換や提案がある
生活支援コーディネーター	・積極的な参加依頼 SCの役割の周知と地域の資源の活用がイメージできるような情報発信	・役割が認知され専門職から情報収集の依頼や一緒に考えてほしいと声がかかる

自立支援型地域ケア個別会議のモデル実施

1．アドバイザーや包括ケアマネジャーに現状とケア会議の見直し提案
2．自立支援型地域ケア個別会議のモデル実施（１２月２１日）
3．豊明市多職種カンファレンスの視察（１月１３日、１月２６日）

地域ケア会議の開催手法の変更については実施に向け後押しの声が大多数だった。
プランを提出しない形とし「本人の望む暮らしを解決するために」様々な意見が出た。

実行プラン③ 介護保険サービス手前を支える支援や事業の構築

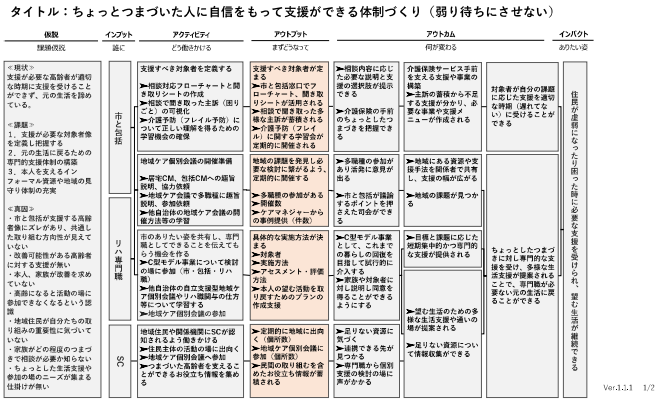
対象	働きかけ	期待する反応
市・包括	・支援する対象者の共通認識を持つた課内会、包括会で取り組み報告 ・フローチャート、聞き取りシートを作成し運用 ・介護予防・フレイルに関する学習会	・困りごとが可視化される ・介護保険の申請以外のつなぎ先が明確になり繋ぐことができる ・シートの運用で改善意見があがる
地域に出向く専門職（一般介護予防事業で協力してくれる看護師・OB保健師）	・介護予防・フレイルに関する学習会 ・生活課題の見極めと必要な助言ができる準備 ・目的を持った短期的な直接支援	・困りごとの課題に応じた対応を受ける ・足りない資源や支援が蓄積される ・個別の目から通いの場など地域にフレイル予防の発信に繋げる
生活支援コーディネーター	・ちょっとした生活支援や参加の場が必要な高齢者の情報蓄積 ・地域の場に出向き情報収集	・役割が周知され専門職から情報収集の依頼や一緒に考えてほしいと声がかかる

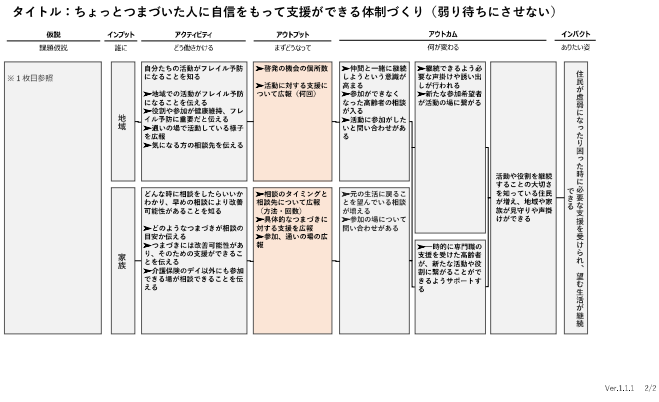
アジャイル政策形成の仕掛け

・<u>継続した協議の仕掛け</u>
市と包括の共有ではなく協働で実施ができるよう意識のすり合わせ
異動に伴う知識・理解不足の補填のため定期的に勉強会を開催

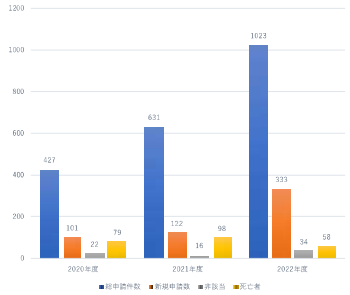
・<u>取り組みの広がりを確認するために地域ケア個別会議を開催</u>
できるだけ多くのケースを定期的に確認

・<u>支援対象者への支援方法を構築し実践を積み振り返る</u>
「一時的に専門職の支援を受け、その後専門的な関わりがなくても元気でいれる」支援を蓄積、共有していく





参考資料　介護認定申請件数



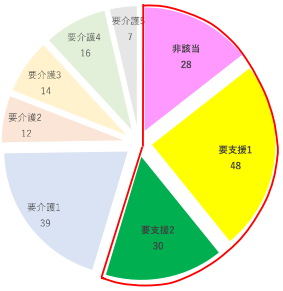
- 介護認定総申請件数（参考）

2019年度　422件
2018年度　302件
2017年度　296件

2020年度までは比較的緩やかに推移

参考資料　2022年度の新規申請者の認定結果

- 新規申請者194名
うち非該当　28名
要支援1　48名
要支援2　30名

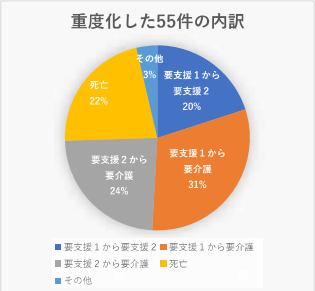


全体の54％の方が要支援認定者

参考資料　2022年度介護保険利用後の要支援者の実態把握

プラン120件作成中、55件（約45％）が1年後には重度化または死亡。

55件の重度化
要支援1から要支援2認定　11件
要支援1から要介護認定　17件
要支援2から要介護認定　13件
死亡　12件
その他　2件



参考資料　通いの場

９０歳越え半数。１，０００回記念

いきいき百歳体操だけではなく、自分たちで歌や手遊び等をしている集いもあります。あったかふれあいセンターが後で併設され、送迎機能を担ってくれることで、参加の輪は広がり中。

飾りを作ったり、自分たちで目標を決めている集いもあります。

参考資料

あったかふれあいセンター

あったかふれあいセンターの役割

集いなどの機能により、地域ニーズの把握や課題に対応していく小規模多機能支援拠点とともに、地域福祉活動を推進すること

資料：高知県ＨＰより

参考資料　あったかふれあいセンター

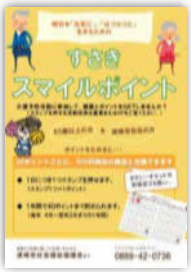
まちなかサロン（須崎市中心部）

あったかサロンさんぽ（須崎市浦ノ内地区）

あったかふれあいセンターかみぶん（須崎市上分地区）

あったかふれあいセンターあわ（須崎市安和地区）

参考資料　ボランティアポイント制度（社会参加の促しと継続の後押し）



Ｒ3年度より開始

活動登録団体
107ヶ所

活動参加者数
約780名

1年間で上限40ポイント
1日1ポイント
活動に登録しているところに参加すれば
ポイントを押せる
20ポイントで500円相当の商品と交換

Ｒ4年度より本格始動

活動受け入れ団体
6ヶ所

活動参加者数
25名

1年間で上限50ポイント
1日最大で2ポイント（1時間活動につき1ポイント）
受け入れ団体のニーズに合わせた活動をする
10ポイントで1,000円相当の商品と交換

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

いつまでも自分で生き方を選択したい！
よし来い　80．90．100歳の自分！

これからも「ここで生活している自分」を想像できる宿毛市を目指して

2023年2月8日
宿毛市
田中（博）、安喜、頼田、山本、田中、中平、生田、高橋

- この資料はお話しいただきたい要素と流れのイメージを示したものです。デザインやタイトルは自由です。ただし、スライドサイズはA4横に設定ください。
- ページ数は右下に入れてください。
- 本資料はオブザーバーにも配布しますが、PG参加者内にとどめたい情報については、参考資料扱いとし、非公開とすることも可能です。（別途詳細連絡します）

第５回の参加者
※チーム代表者を1番上にしてください。

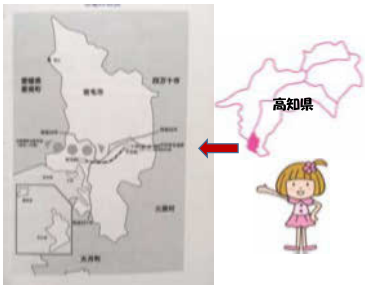
出席者に「○」をしてください

分類	所属	役職・職種	氏名	出席 2/8	出席 2/13
チームメンバー	宿毛市役所　長寿政策課	課長補佐・事務職	田中　博幸	○	○
	宿毛市役所　長寿政策課	係長・保健師	安喜　恵子	○	○
	宿毛市役所　長寿政策課	主任・事務職	頼田　典子	○	○
	宿毛市役所　長寿政策課	主任・看護師	山本　哲也	○	○
	宿毛市役所　長寿政策課	主任・保健師	田中　明子	○	○
その他参加者	宿毛市地域包括支援センター	管理者	中平　佳宏	○	○
	宿毛市地域包括支援センター	次長	生田　慎吾	○	○
	宿毛市地域包括支援センター	生活支援コーディネーター	高橋　操子	○	○

＜宿毛市を紹介します＞

①概要　（R4.4.1現在）

- 人口　19,391人
- 高齢化率　39.6%
- まちの特徴
  四国の最南端に位置し温暖な気候と海・山・川の自然に恵まれ、一次産業が盛んな地域



宿毛の市街地

防災避難タワー（R4. 7/30，31落成）

②本PGに参加した動機、当初の問題意識、達成したいこと

介護予防、生活支援体制整備、認知症施策（つながり、見守り、重度化防止）

高齢者ができる限り健康を維持して地域で自立した生活を送るための一つの手段として、いきいき百歳体操や通所型サービスＣ、元気クラブ(地域のミニデイ)などの集いの場へ参加して心身機能の維持向上に主体的に取り組むことを推進している。これらのグループ活動により、介護予防効果だけでなく、参加者同士のつながりが深まり、自然とお互いを気にかける関係性ができている。ここ２年はコロナ禍で、地域のグループ活動が一部衰退気味である。地域のつながりや関係性ができる通いの場の復活や新たな形を検討していきたい。

また、当市は人口２万人足らずの小さな市であるが、お互いのつながりが薄い地域もあり、少しでも病気等で医療や介護が必要になった時に、そこに住み続けられなくなるケースがある。高齢者の見守りシステムが確立されていないこともあり、今後地域の見守りをどう考え、必要な方をどう見守るかという体制についても検討していきたい。

☆地域でつながる通いの場の活性化
☆見守り体制の確立（ちょっと漠然としている・・・）
☆住民主体や多職種の人たちと協働することを意識した
　地域づくりを考える

☆地域でつながる通いの場の活性化
☆見守り体制の確立　（ちょっと漠然としている・・・）
☆住民主体や多職種の人たちと協働することを意識した
　地域づくりを考える

ここなんだと思う！
宿毛市の状況をつかみきれていないのではないか？
つかもうとしていないのではないか？
　全部解決するのは無理だから、まずは・・。

＜想像できますか？＞

自分自身は、どのような「シニア」になりたいですか？

シニア世代を過ごす場所、その場所は宿毛市でいいですか？

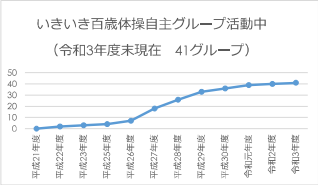
多くの方に、自分からすすんで「宿毛市を選び「宿毛市でよかった」と思ってもらえる市になっていますか？

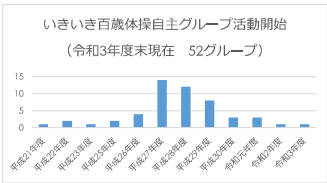
宿毛市の高齢者のありたい姿、あってほしい姿はどのような姿でしょうか？

なかなか出てこない・・。

＜宿毛市の状況をつかもう！！＞

＜データから見えてきた！＞
①いきいき百歳体操自主グループ、地域元気クラブが
　活動休止となるところもある
②上記活動への参加人数の減少、平均年齢の高齢化



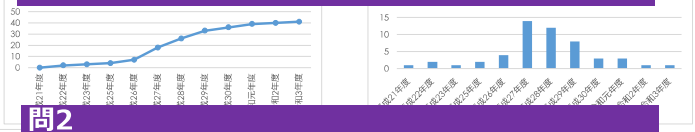


→　このことから、
宿毛市はいきいき百歳体操
自主グループ支援を
より一層、がんばります！

＜宿毛市の状況をつかもう！！＞

＜データから見えてきた！＞
①いきいき百歳体操自主グループ、地域元気クラブが

問１
それで宿毛市の高齢者は
幸せになりますか？



問2
どうして
そうなっているのでしょうか？

操

より一層、がんばります！

＜もっと、状況をつかもう！！＞

＜データから見えてきた！＞
①外出しにくい高齢者が増えている
②女性より男性、前期高齢者より後期高齢者の方が外出しにくい

	平成28年度 男性	令和元年度 男性	平成28年度 女性	令和元年度 女性
＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（前期高齢者）	3.85	4.8	2.95	5.7

	平成28年度 男性	令和元年度 男性	平成28年度 女性	令和元年度 女性
＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（後期高齢者）	10.1	12.3	15.5	21.5

＜もっともっと、状況をつかもう！！＞

＜地域の声を聞いてみた！＞

①地域の中でいきいきと活動している高齢者がいた

＜地域の声を聞いてみた！＞

（通いの場の再開は）　「もう、えい」

「もう、行けんし」

「もう、やってくれる人おらんし」

「けんど、えらい人もおるでぇ。それなりにやりよるけん。」

＜もっともっともっと、状況をつかもう！！＞

＜ほかの地域の調査データを見てみた！＞

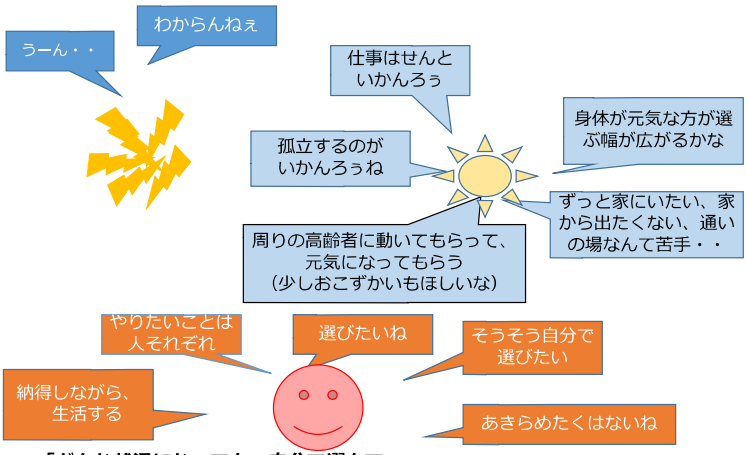
①　2017年　日本老年医学会学術集会発表より

フレイル予防には「人とのつながり」が重要

ー様々な活動の複数実施とフレイルへのリスクー

＜この調査の解説では＞

このデータは、運動の効用を否定しているものではありません。全体的に見れば、身体活動が「ある」と答えた人の方が「ない」と答えた人よりフレイルリスクは低いですから。ただ、それができるのは若い頃から運動を続けている人たちで、高齢になって運動を始めた人の中には10人に1人もいないといいます。このデータは、そんな人でも**あきらめることはない**ということを示しています。運動習慣を持たなくても、趣味のサークルや地域の活動などの交流を持つことで、フレイルリスクを下げることができるのです。



「どんな状況になっても、自分で選んで

社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市」

＜めざす方向に行くためには＞

＜めざす方向＞

「どんな状況になっても、自分で選んで、社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市」

＜地域の声を聞いてみた！＞（通いの場の再開は）

「もう、えい」

→　①　**徐々に変化する身体、認知機能により、やりたいことをみつける気力の低下、社会参加へのあきらめ**

「もう、行けんし」

→　②　**活用、利用していた移動手段から余儀なくされる事態に対しての気力の低下、社会参加へのあきらめ**

「もう、やってくれる人おらんし」

→　③　**社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）を続けるための、自分の役割の見つけられなさ**

＜まず、はじめることは！＞

社会参加に関する普及・啓発活動

- 広報、ケーブルテレビの枠希望提出　　12か月分
  HPの掲載1月分
  lineの掲載1-2月
- R5年度生きがい大学内容　決定、周知開始
- かめかめ会　修正しながら実施
- 宿毛市複合交流施設　さくら　R5度活用案の係内共有
- 理学療法士の移動手段、歩行補助用具を情報提供資料作成
- R5度から社会参加に関する広報掲載の準備

専門職との協働

- 地域ケア会議で、高齢者の社会参加もしくはSCの役割の説明　月2回
- コミュニティナースとの情報共有　　月1回
- 医療ソーシャルワーカーへの情報提供　月1回
- 理学療法士の移動手段、歩行補助用具を情報提供資料　　作成

市、包括の共通理解の強化

- 地域資源について市、包括との情報共有　　月1回
- ガイドブック作成業務に参加　　今年度完成
- かめかめ会に参加の高齢者の社会参加の状況確認　　2人/月

＜めざす方向に行っているのか？＞

自分自身もしくは身近な家族の方へ

身体、認知機能の変化への「理解」「納得感」を持とう

大事したい「わかった」という感じ

そのために、宿毛市はこんなことをします！

- ✓　広報、ケーブルテレビで積極的に記事を出します
- ✓　HPの掲載の仕方を知り、1月号の記事を出します
- ✓　Lineの掲載の方法を知り、記事を出します
- ✓　実施、講演等に上記内容を加えます
  （自主グループ支援、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、生きがい大学、健診結果説明会）
- ✓　R4.12.15開始のかめかめ会に上記内容を加えたり、修正を加えながら実施します
- ✓　R4.12.1旧庁舎を改装し開設した宿毛市複合交流施設　さくら（あったかふれあいセンター含むあらゆる年代が集うことを目的）での活動に、上記内容を含めたものを取り入れられるか模索します
- ✓　歩行補助用具の情報提供に向けて、理学療法士と目的共有の周知方法の確認します

⇒　**確認していくこと！**　身体、認知機能の変化に納得し、積極的な行動へ広がり・・・、

①社会参加する方が増えていきます（シルバー人材センター、公民館活動、あったかふれあいセンターもしくは宿毛市複合交流施設　さくら）

②自主グループ、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、健診結果説明会、かめかめ会、生きがい大学に参加する方が増えていきます

＜めざす方向に行っているのか？＞

多くの高齢者にかかわる専門職に対して

高齢者の社会参加の意義についての再認識

大事したい「わかっていたつもり」から「わかる」という感じ

そのために、宿毛市はこんなことをします！

- ✓ 高齢者の社会参加の意義（2019年調査、服部氏の講義資料参照）、社会参加についての資料を作成、活用します
- ✓ 地域ケア会議における、社会参加に関する情報提供を継続的にします
- ✓ 包括支援センターとの共通研修において、社会参加に関する事項を含められるか検討していきます
- ✓ 今年度作成されるガイドブックの活用しながら、情報提供を積極的にします

⇒ **確認していくこと！**　高齢者の社会参加を模索する支援の広がり

①地域ケア会議において、社会参加や地域資源が認識されていきます

＜めざす方向に行っているのか？＞

多くの高齢者にかかわる市、包括は

本人の日常の暮らしや今すでにある社会資源に目を向ける価値を認識し、

関係者内での共通認識の保持

大事したい「わたしはわかる」から「わたしもあなたもわかる」という感じ

そのために、宿毛市はこんなことをします！

- ✓ 市、包括で、めざす姿の目線をあわせます
- ✓ 各職員等が見聞きした高齢者の暮らしの情報を蓄積します
  特に看護師、保健師等は地域での個別対応からつないだ地域資源等を蓄積していきます。
- ✓ 今年度、ガイドブックの作成し、今後も充実させます

⇒ **確認していくこと！**

包括、SC、行政内での地域における社会参加のための

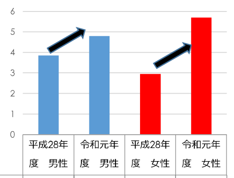
積極的な情報活用の広がり

①ガイドブックを日常業務で活用し、修正が加えられ続けます

＜目標＞

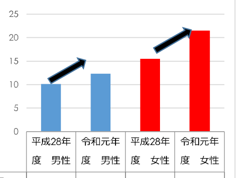
＜めざす方向＞「どんな状況になっても、自分で選んで、社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市」

＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（前期高齢者）



	平成28年度　男性	令和元年度　男性	平成28年度　女性	令和元年度　女性
＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（前期高齢者）	3.85	4.8	2.95	5.7

＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（後期高齢者）



	平成28年度　男性	令和元年度　男性	平成28年度　女性	令和元年度　女性
＜ニーズ調査＞週に１回以上の外出を、ほとんどしていない（後期高齢者）	10.1	12.3	15.5	21.5

目標：　宿毛市は「週1回以上の外出をほとんどしていない高齢者割合を減らす」ことをめざします！

7-①　最新

タイトル　：どんな状況になっても、自分で選んで社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市

仮説

＜現状＞
いままでできていた社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）を、自分の状態に合わせて変えることがことができず、社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）ができない。
＜課題＞
１身体の機能の低下により社会参加ができなくなっている
２認知の機能の低下により社会参加ができなくなっている
３社会参加を見つけようとするが自分では見つからない
４社会参加できる場所まで行くことができない
5社会参加を見つけられて、社会参加していても、代表者がなんらかの事情で行けなくなると、続けるノウハウが他の人が知らないため続けられず、その社会参加の場がなくなる
＜真因＞
本人
①徐々に身体、認知機能の低下に気づくことができず、また気づいてもやりたいことをみつける気力の低下があったり、社会参加の意義がよくわからずしょうがないとあきらめる。
①段差に穴ができるなどの道の形状を本人の身体機能等の低下や、適切な移動手段を選ぶことができないことにより通りにくいと捉え、社会参加しにくいと感じるようになった。
④代表者以外の参加者が、「参加者」「お客さん」になっていて社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）を続けるためには、それぞれが社会参加においてなんらかの役割に担うことが必要であることが知らない。
家族、周りの人
①家族、周りの人が認知の機能が低下することが当たり前であると思い込む、または認めたくない気持ちもあり、社会参加により認知機能の向上につながりフレイル予防、介護予防のためにできていることを知らない。
③家族、周りの人が歩行補助用具を使うことの良さ（その人に合ったものを適切に選ぶ）について高齢者に伝えない。
①家族、周りの人が本人の身体の機能からこける危険があると必要以上に感じ、行動範囲を限定することがこけないようにすることにつながり、そのことが本人のためと考えている。
③高齢者の運転技術に不安の気持ちがあり運転を控えてほしいが、家族自身の予定があり、高齢者の社会参加（どこに行っているのか、どう思っているのか、どういう効果があると思われるのか）を優先的にできない。
④家族、周りの人が社会参加を続けるノウハウを引き継ぐ大切さを自覚していない。

インプット（誰に）：本人／家族・周りの人

アクティビティ（どう働きかける）

本人：
身体、認知機能の変化への理解と納得を促す
①自分自身の身体・認知機能に対する関心を高め、改善に向けた対応のしかたについて伝える準備をする。
②社会参加し続けるために活用できる自分自身の身体・認知機能の変化に合わせた移動手段、歩行補助用具を情報提供する準備をする。
- 広報、ケーブルテレビの枠を抑える。
- HPの掲載の仕方を知り、1月号の記事をアップする。
- Lineの掲載の方法を知り、記事をアップする。
- 実施、講演等に上記内容を加える。（自主グループ支援、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、生きがい大学、健診結果説明会）
- R4.12.15開始のかめかめ会に上記内容を加え、実施状況の把握、修正を加える。
- R4.12.1、旧庁舎を改装し開設した宿毛市複合交流施設　さくら（あったかふれあいセンター含むあらゆる年代が集うことを目的）での活動に、上記内容を含めたものを取り入れてもらう。
- 歩行補助用具の情報提供に向けて、理学療法士と目的共有の周知方法の確認をする。

家族・周りの人：
①家族や高齢者の身体・認知機能に対する関心を高め、改善に向けた対応のしかたについて伝える
②身体・認知機能の変化しても社会参加し続けるために活用できる移動方法（付き添い役も含む）、歩行補助用具についての情報提供を行う
- 上記実施内容と同様。

アウトプット（まずどうなって）

①自分自身の身体・認知機能について知る機会の増加
②社会参加、そのための移動手段、歩行補助用具について知る機会の増加
③高齢者の身体・認知機能、社会参加について知る機会の増加
- 広報、ケーブルテレビの枠予約
  12か月分
  HPの掲載1月分
  lineの掲載1-2月
- R5年度生きがい大学内容決定、周知開始
- かめかめ会　修正しながら実施
- 宿毛市複合交流施設　さくら　R5度活用案の係内共有
- 理学療法士の移動手段、歩行補助用具を情報提供資料作成
- R5度から社会参加に関する広報掲載の準備

アウトカム（何が変わる）

身体、認知機能の変化への理解の広がり
①広報、ケーブルテレビ、HP、Line　掲載に対する市民協働の動きがみえる。
② 自主グループ支援、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、生きがい大学、健診結果説明会、かめかめ会において身体、認知機能への理解できる方が増える。
⑤理学療法士の移動手段、歩行補助用具の情報提供資料が市窓口で説明、配布ができる。

身体、認知機能の変化に納得し、積極的な行動の広がり
①社会参加する方が増える（シルバー人材センター、公民館活動、あったかふれあいセンターもしくは宿毛市複合交流施設　さくら）
②自主グループ、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、健診結果説明会、かめかめ会、生きがい大学に参加する。

本人
身体、認知の機能の変化にあきらめることなく、やりたいことが続けられる。

家族・友人・周りの人
家族、友人、周りの人が本人の身体、認知の機能、社会参加、やり続けたいことを理解し本人に寄り添える。

インパクト（ありたい姿）

どんな状況になっても、自分で選んで社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市

7-②最新

タイトル　：どんな状況になっても、自分で選んで社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市

仮説（課題仮説）

包括・行政
③行政、包括が社会参加が身体、認知の機能の向上、フレイル予防、介護予防につながることを家族にわかるように伝えられていない
④行政、包括が高齢者にあうだろう社会参加、歩行補助用具を使うことの良さ（その人に合ったものを適切に選ぶ）を伝えられていない
②行政、包括が歩行補助用具を使うことの良さ（その人に合ったものを適切に選ぶ）について高齢者に伝えられていない
③行政、包括が高齢者の社会参加（どこに行っているのか、どう思っているのか、どういう効果があると思われるのか）について、本人から家族に伝えていく大切さを本人に伝えていない。
④行政、包括が社会参加が地域であることの大切さを実感できていない。

専門職（居宅ケアマネ）
③専門職（医療機関、介護事業者など）が社会参加が認知の機能の向上、フレイル予防、介護予防につながること、歩行補助用具を使うことの良さ（その人に合ったものを適切に選ぶ）を本人、家族、周りの人にわかるように伝えられていない
③専門職（医療機関、介護事業者など）が高齢者の社会参加（どこに行っているのか、どう思っているのか、どういう効果があると思われるのか）について、本人から家族に伝えていく大切さを本人に伝えていない。

インプット（誰に）：専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）／包括・SC・行政

アクティビティ（どう働きかける）

専門職：
高齢者の社会参加の意義についての認識を促す
①介護保険サービス以外の本人の日常の暮らしや資源に目を向ける価値を伝える
②SCの存在と役割、連携の必要性を伝える
③社会参加につながった実例を共有していく。
④社会参加につなげる方法を考えられるもしくは、つなぎにくい場合は、包括・SC・行政と共有し、実例を重ねていく。
- 高齢者の社会参加の意義（2019年調査、服部先生の講義資料参照）、社会参加についての介護保険に代わる「受け皿」を探すという誤解の払拭する資料を作成する。
- 地域ケア会議における情報提供を継続的にできる
- 包括との共通研修において、社会参加に関する内容を検討できる
- ガイドブックの活用しながら、情報提供を積極的にできる

包括・SC・行政：
本人の日常の暮らしや資源に目を向ける価値を認識し、関係者内での共通認識の保持
①各職員等が見聞きした高齢者の暮らしを組織内で共有し、めざす姿の目線をあわせる
②身体・認知機能が変化しても社会参加し続けるために活用できる手段、資源等の情報を集められる
③地域、専門職（PT、栄養士等）に対して、本人の社会参加が、本人やその地域の他の住民にも役立っていることを、実例を出し共有する
- ガイドブックの作成し、充実させる
- 地域で出る職員からの情報を蓄積する

アウトプット（まずどうなって）

専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）による支援で高齢者の社会参加向上が可能であるという共通認識を持つ機会の増加
- 地域ケア会議で、高齢者の社会参加もしくはSCの役割の説明　月2回
- コミュニティナースとの情報共有　　月1回
- 医療ソーシャルワーカーへの情報提供　月1回
- 理学療法士の移動手段、歩行補助用具を情報提供資料作成歩行補助用具を情報提供資料　作成

包括、SC、行政内での地域における社会参加のための積極的な情報収集できる方法の確立
- 地域資源について包括、SC、行政間で共有する　　月1回
- ガイドブック作成業務に参加　　3月完成
- かめかめ会に参加の高齢者の社会参加の状況確認
  2人/月

アウトカム（何が変わる）

専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）高齢者の社会参加に関するアセスメント、マネジメント、相談能力の向上
①地域ケア会議で社会参加、地域資源、SCについて、専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）から質問がある。
②理学療法士の移動手段、歩行補助用具の情報提供資料を専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）から説明、配布される。

高齢者の社会参加を模索する支援の広がり
①地域ケア会議のケースに社会参加、地域資源が記載される。

専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）
専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー）が対象者にあった移動手段の情報を提案し続けることで、本人がやりたい社会参加を見つけたり、続けるための心身状態を支え続ける。

包括、SC、行政内での地域における社会参加のための情報提供の開始
①地域ケア会議で対象者にあった高齢者の社会参加の情報提供ができる。

包括、SC、行政内での地域における社会参加のための積極的な情報活用の広がり
①ガイドブックを日常業務で活用し、修正が加えられる。

包括・行政
本人の社会参加の機会を提案し続けられる。

インパクト（ありたい姿）

どんな状況になっても、自分で選んで社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）していける宿毛市

最新

3　実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①本人、家族・周りの人 ✓　広報、ケーブルテレビの枠を抑える。 ✓　HPの掲載の仕方を知り、1月号の記事をアップする。 ✓　Lineの掲載の方法を知り、記事をアップする。 ✓　実施、講演等に上記内容を加える。（自主グループ支援、各種相談（訪問、来所、電話）、通所型サービスC、生きがい大学、健診結果説明会） ✓　R4.12.15開始のかめかめ会に上記内容を加え、実施状況の把握、修正を加える。 ✓　R4.12.1、旧庁舎を改装し開設した宿毛市複合交流施設　さくら（あったかふれあいセンター含むあらゆる年代が集うことを目的）での活動に、上記内容を含めたものを取り入れてもらう。 ✓　歩行補助用具の情報提供に向けて、理学療法士と目的共有の周知方法の確認をする。	✓　課内広報担当が広報、ケーブルテレビ担当課である企画課へ依頼、詳細相談する ✓　係内事務職のためにHP、Lineの掲載の方法を伝達してもらう ✓　保健師が健康相談（訪問、来所、電話）、事業（健診会場、説明会）の実施において使用できる資料を整理する。 ✓　生きがい大学担当者が、講師の方々に依頼等、実施準備する。 ✓　係内職員が宿毛市複合交流施設　さくらの活用状況に積極的に関与していく。 ✓　保健師が理学療法士に歩行補助用具の情報提供資料作成を依頼する。	介護予防事業 一体的実施
②専門職（居宅ケアマネ、コミュニティナース、医療ソーシャルワーカー） ✓　高齢者の社会参加の意義（2019年調査、服部先生の講義資料参照）、社会参加についての資料を作成する。 ✓　地域ケア会議における情報提供を継続的にできる ✓　包括との共通研修において、社会参加に関する内容を検討できる ✓　ガイドブックの活用しながら、情報提供を積極的にできる	✓　保健師が高齢者の社会参加の意義（2019年調査、服部先生の講義資料参照）、社会参加についての資料を作成する。 ✓　地域ケア会議出席者が社会参加の意義に関する資料を持参する。 ✓　係長が包括の研修企画担当と来年度の予定を調整できる。 ✓　係内職員がガイドブックの作成状況に積極的に関与していく。	介護予防事業 一体的実施 高齢者福祉
③市・包括 ✓　地域資源について市、包括間で共有する　　月1回 ✓　かめかめ会に参加の高齢者の社会参加の状況確認　　2人/月 ✓　ガイドブック作成業務に参加　　3月完成	✓　市、包括と話し合い、アナログで情報共有スペースを作る。 ✓　係内職員が地域ケア会議において、対象者の地域の暮らしぶり、資源について、情報を出し合う。　（月2回定例開催） ✓　係内職員がかめかめ会において、出席者の地域の暮らしぶり、資源について、情報収集する。 ✓　係内職員がガイドブックの作成状況に積極的に関与していく。	包括的支援事業

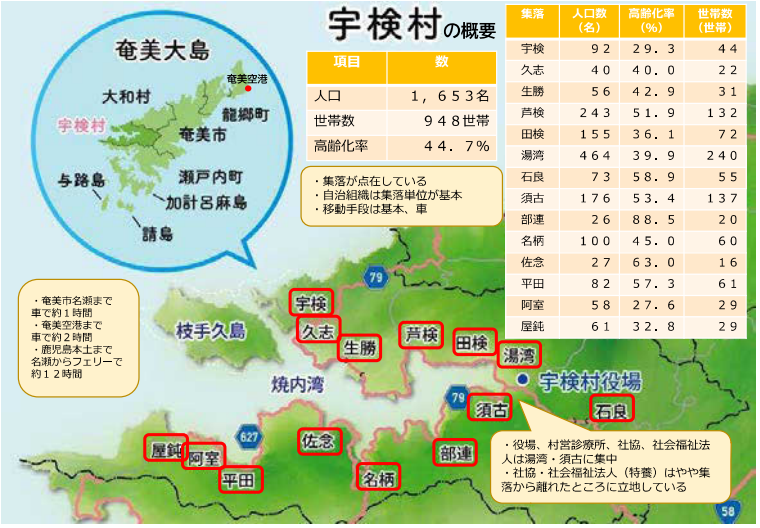
令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

『ごめんね』から『ありがとう』へ
～ここに居てもいいと思えるシマづくり～

２０２３年2月１３日
鹿児島県大島郡宇検村
浅尾　晋也

チームメンバー情報

	職名	氏名	担当業務
保健福祉課	保健師	浅尾　晋也	地域支援事業・重層的支援体制整備事業に向けた移行準備事業
	保健師 （課長補佐兼包括支援センター長）	古島　敦子	母子保健（子育て世代包括支援センター） 地域包括支援センター統括
	保健師	川畑　美由紀	保健事業（国保・後期高齢・一体化事業含む）
	介護保険係	ブルマ　葉月	介護保険全般（認定・適正化・給付・予算等）
	保健師 （会計年度任用職員）	林　智子	保健事業（国保・後期高齢・一体化事業含む）



項目	数
人口	１，６５３名
世帯数	９４８世帯
高齢化率	４４．７％

集落	人口数（名）	高齢化率（%）	世帯数（世帯）
宇検	９２	２９．３	４４
久志	４０	４０．０	２２
生勝	５６	４２．９	３１
芦検	２４３	５１．９	１３２
田検	１５５	３６．１	７２
湯湾	４６４	３９．９	２４０
石良	７３	５８．９	５５
須古	１７６	５３．４	１３７
部連	２６	８８．５	２０
名柄	１００	４５．０	６０
佐念	２７	６３．０	１６
平田	８２	５７．３	６１
阿室	５８	２７．６	２９
屋鈍	６１	３２．８	２９

宇検村の保健・医療・福祉資源

		提供内容
行政	保健福祉課 地域包括支援センター 子育て世代包括支援センター	
医療	村営診療所	内科　外来・訪問診療・往診
	薬局	調剤　居宅療養管理指導
	歯科診療所	歯科　外来・訪問診療
高齢者	社会福祉法人	特別養護老人ホーム、短期入所、通所介護、居宅介護支援
	社会福祉協議会	通所介護、訪問介護、居宅介護支援
障害	社会福祉法人	施設入所支援、短期入所、共同生活援助／共同生活介護、生活介護、自立支援（生活訓練）、就労継続支援B型
	合同会社	就労継続支援B型
子ども	村立保育所	
	村立小学校① 村立中学校① 村立小中学校③	別途村営で学童クラブ（１箇所）

当初の問題意識（参加動機）

小規模多機能型居宅介護が必要だ！！

→在宅ケアの限界点の向上・事業所整備・地域の支え合い互助・
　我が村に即した共生型ｻｰﾋﾞｽの検討

＊世代や障がいの有無問わず、顔を合わせて話をして・・・
というシマの日常をつくりたい＊

でも実際は・・・

要介護３になると施設入所が当たり前
元気な状態のときに内地の子どものところに行く
→これは**本当に本人の望んでいた暮らしなのか？**

いろいろ薪拾いをやってみた！！が・・・

<家族(遠方に居住)と地域住民の関係性>　★シマのおせっかい力を最大限に引き出すための一つの要因？？

・本人の家族（子ども）と近くに住む住民（やや遠い親戚）との関係性が本人へのサポートに影響　・遠方の家族がシマで暮らしていなければ、誰が区長・民生委員かもわからないし、どう関わっているかもわからない

<地域住民の対応>・・・「どこまで頼んでいいの？？」という葛藤　★住民といえども血縁関係・全くの他人には支援内容に差が出そう？？

・ガス漏れ、鍋焦がしなどへの対処　・みかんの皮の投げ捨てを掃除　・農作物をとられたりするけど黙認

・介護サービスが入ると周囲も手を引くというか、関わりが減るような感覚はある

・住民としての見守り（なんとなく見守り）　・親戚としての見守り（夜中の様子を見に行く、緊急時の対応）

・同じ集落に住む独居高齢者が亡くなった後、住民の関わり方が変わったような気がする　←　★１人の高齢者の事例で住民が変化、日々の関わりを変化させた

<施設入所を考えたポイント>・・・★要介護３待ちの理由→「空きがないから早めに」の考え方もありそう

・本人の身体的な危険性が高まったと感じた時（体調面、横になる時間が長くなる、危険な場所に行く等々）　・支援してくれている親族の焦り

・施設入所した方が良いのでは？というのは、近隣住民・民生委員・事業所職員から言われた経験あり

・介護３になったら早めの申し込み（空きがない、入所が必要となったときに空いているとは限らないための対策）

・以前からの習慣をしなくなった（認知機能の低下とともに変化、自宅を認識していないと感じるようになった）　・本人の経済状況（自己負担発生するなら入所）

・地域住民、民生委員、利用していたサービス事業所職員から言われた→でもそれで決めることはしなかった

<生活支援>　・・・「気になるから動かざるを得ない」　★脾間を埋めている支援に該当する？？

・診療所・歯科診療所受診同行（ケアマネ）・範囲外の部屋の掃除・衣がえ（ヘルパー）

・服薬管理（民生委員・・・家族から頼まれた）・弁当配達（佐和ちゃん弁当・・・見守りもかねる）

在宅の限界点を探ってみたけど、どう整理すれば良いかわからず薪は散乱、大混乱…

<ケアマネが不安に思っていたこと>　★独居高齢者に対する専門職の不安→施設に入所するかにも影響する？

・今日会って、次会ったときにもしものことが起こらないか、サービスの入らない夜間・日曜日をどう埋めるのか

高齢者から聞こえる２つの言葉

『寂しい』

『ごめんね』

今までは・・・
『寂しい』→人との交流！
『ごめんね』→気にしなくていいよ！
だった・・・

なぜこのような言葉が出てくるのか？
このような言葉が意味するものは一体何なのか？
を深掘りすることに・・・

アジャイルPGの経過

第１回
- 『小規模多機能型居宅介護が必要』と思った理由は？
- 在宅ケアの『限界点』ってどこ？

今は家で暮らしたいと言えている環境？
施設入所の選択をすることが悪ではない。
望んでいないのに、その選択しかできないことが課題？

第２回
- 『寂しい』と話す高齢者、なぜ『寂しい』って言葉になる？
- 『いられる』はずなのに『いられない』高齢者、なぜ？？

『寂しい』＝『人と交流したい』
だっけ？交流の先にあるものって？
居られなくなる心理って何？

第３回
- 高齢者がシマに居るということの価値があるのでは？
  →あまりにも役割・機能に重きが置かれていないか
- 狭いコミュニティだからこその『ありがとう』のハードルの高さ

濃いコミュニティの中で、お返しができなくなっている自分。シマに居づらいと考えてしまう？？

第４回
- 高齢者が自身の存在価値に気づけないことにより、自身の幸せを求めることを諦める、というところが今回の問題意識
- じゃあそれに対して我々ができることってなんなのか？

どのような状態でも、自己肯定感を高める支援はできる。
そのために私たちができることは何か？

『ごめんね』の背景

加齢に伴う現象

加齢や疾患による心身機能の低下、認知機能の低下
介護サービスや他人の世話になること

『ごめんね』と言いながら、暮らす日々
でも無理はずっとは続けられない・・・

自分は
周囲に迷惑をかける存在
他人に世話をされるだけの存在

過剰なお礼、お金などの
物質的な『お返し』

できなくなると、シマには居られない

濃厚な関係性だからこそ、当たり前に
『ありがとう』が言えない・済ませられない

脈々と流れる空気感

何か提供できるものがあってこそシマの一員
例：ゆいわく、結など
　　労働力 ⇄ 分け前（ある意味ギブアンドテイク的な感じ）

高齢者の自己肯定感低下に至るプロセス

（シマに居られない）

プロセス	高齢者にみられる現象（事例より）	生じる困りごと
心身機能の低下、認知機能の低下	身近な人の死、突然の入退院などのイベント	相談しない・相談できないことによる支援開始の遅れ
今までできていたことができなくなる億劫になったり、困難になってきている	車の運転や移動範囲の狭小、外出の頻度の減少が見られる	
以前のような元気な姿でないことを知られたくないという気持ちが出てくる	以前から参加していた身近な知人と顔を合わせる集まりや、グループ活動への参加頻度が減少 人に誘われても行かないことが増加する	自らつながりを断ち、孤立に向かってしまう心理
自分は世話をされる人で、他人に迷惑をかけてしまう存在だという気持ちが出てくる		
必要以上に萎縮をしながら暮らしている日々の活動量が低下	『ごめんね』という言葉を、身近な人たちへ発することが増加する	早期にシマでの暮らし・幸せを求めることを諦める
困ったことが起こっても人に頼めない人に頼みにくい状態になっている	自ら相談することができない必要だと思われる支援を自ら拒否する	ケースによって生じる本人や地域、専門職、家族の分断
『シマには居られない』という気持ちが出てくる	遠方の家族には困った時に連絡が行くが、それが重なるくらいなら引き取ろう、となってくる	

本当はもっとシマでも暮らせるし、暮らしたいと本人も思っているにも関わらず
シマでの暮らしは諦めて、早期の入所や内地の家族の元での暮らしを選択する

２つの言葉の意味するもの

『寂しい』

孤立・孤独感
つながりの希薄さ
『ありがとう』と
言われる機会の欠如

『ごめんね』

自己肯定感の低下
『ありがとう』と
言えず萎縮した状態

世話をされる自分、と言う認識
人からの世話に対して、何も『お返し』できない自分
無理してでも物を渡す、お金を渡す・・・
『ありがとう』のハードルの高さ・萎縮した状態で
シマの暮らしや幸せを追い求めることを諦めてしまう

高齢者本人が、シマの暮らしや幸せを求めることを
諦めないで済むために、私たちは何ができるのか？？

考え方・視点の変化

高齢者がシマで暮らし続けるために、
小規模多機能型居宅介護サービスをつくって、選択肢を広げる
（**給付で支える**）

高齢者がシマの暮らしや幸せを求めることを諦めないための取り組み
高齢者がシマに居てもいいと思える取り組み
（**あらゆる資源で支える・チームで支える**）

①高齢者やそれを支える人や地域にとってどんな望ましくない状況があるのか（現状）

- 心身機能の低下、認知症の発症等により、自己肯定感が低下し、『ごめんね』と萎縮しながら暮らす高齢者
- 親しい人の喪失体験、自身の心身機能の低下により、他者とのつながりの機会が減少し、『寂しい』と感じながら暮らす高齢者

②本当はどうあってほしいか、うまくいっている状態はどんな姿か（目指す姿）

- 『ごめんね』が『ありがとう』にかわるシマ
- フレイルや認知症、暮らしのつまずきが、様々な場所でキャッチされる
- どのような状態の高齢者（当事者）も今までの暮らしをある程度続けることができる
- 今の暮らしを諦めることなく、シマで暮らすことを選択できる

③つまり、解決すべき問題は何か、取り組むべきことは何か（課題）

- **『ありがとう』のハードルを下げる**
- つまずきに早期に気づき、つながる丁寧な支援
- どのような状態でも大事にしてきたつながりを保つこと
- 高齢者が今できることを認識し、幸せを感じること
- 遠方の家族も高齢者の暮らしぶりを知らない不安の払拭
- 地域(シマ)、専門職、家族（遠方の家族を含む）のチームによる支援

④なぜ今は目指す姿の状態になっていないのか、根本的な原因は何か（真因）

- 以前の暮らしを取り戻せる、100%ではなくても近づくことができる、という希望を持てない
- 今の状態でできることや、居るだけでよいということを伝えられていない
- 何か役割を果たせないとシマに居づらい
- 濃密な人間関係だからこそ、『ありがとう』『お返し』のハードルが高くなっている
- 『何かすることが当然』という空気感

『ありがとう』のハードルを下げるために必要なこと

本人	家族	地域(シマ)	専門職
• 今の自分を受け入れている	• 地域(シマ)や専門職とともに支援に携わることができている	• シマにとっての高齢者の存在価値を認識している	• 自己肯定感を高める支援を自信を持って実践できる

実行プラン（アクティビティ）で働きかける
そのためには、自分たちも改めて高齢者が『シマに居ること』の価値を再認識する必要がある。

実行プラン① 『シマに居ること』の価値の認識

『ありがとう』リストの作成

1. 高齢者実態調査訪問やその他の情報把握により得た情報から、『高齢者が日常でやっていること』をリスト化
2. それらを地域ケア会議や自立支援型個別ケア会議で専門職と共有（アセスメントの視点として取り入れる）
3. 本人や家族にも見てもらい、自身の暮らしぶりに気づくためのツールとする

イメージ図

自分たちが原点回帰できるための
アクティビティ

実行プラン② 問題意識を専門職や関係機関へ伝える

地域ケア会議
１月３０日（月）
１８時～１９時２５分
宇検村役場第１会議室

＜参加者＞
診療所医師
社会福祉協議会事務局長
特別養護老人ホーム施設長
地域包括支援センター主任介護支援専門員
消防署所長
在宅医療連携支援センターSW
大島郡医師会事務次長
保健福祉課長
地域包括支援センター長
地域包括支援センター保健師

出席者のリアクション

役割って大事。
役に立てると思えることって大事だよね。

短歌教室や子どもの見守り活動。
あらゆる場所で高齢者が活躍してる。みんなありがたい存在。

以前の部署で寂しいや、ごめんねという言葉をよく聞いていた。
何か引っかかるって思ってた。
共感、納得した。

自分の母も『寂しい、ごめんね』と言っているかも。

所感：『ごめんね』から『ありがとう』の説明が難しい・・・

実行プラン③
自己肯定感を高める支援　～『ごめんね』から『ありがとう』への変容～

アクティビティ	誰に	具体的手法	働きかけた後のモニタリング 評価指標・視点
自己肯定感を高めることの意義を事例から学ぶ	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC）**	✓ 自立支援型個別ケア会議にて、フレイルからの回復事例を共有する ✓ 事例の共有から、効果的な支援のポイントについて学ぶ	➢ 件数 ➢ 事例検討から上がってきた支援のポイント一覧
高齢者の今できることに目を向け、把握する	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC）**	✓ 実行プラン①の『ありがとう』リストを使って、アセスメントを行う ✓ 本人に伝えるためのツール開発・運用方法の検討（交換日記のようなもの）	➢ 『ありがとう』リストを見た際の本人の反応 ➢ ツールの仕組み
高齢者のできていることを本人や家族、地域住民へフィードバックしている	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC） 地域住民 家族 本人**	✓ 上記のツールを使い、できていること、回復していることを具体的に伝え、本人や家族と共有 ✓ 家族以外の身近な支援者とも、本人のできることや頑張りを共有する場の設定（ご近所ケア会議（仮）） ✓ 写真や動画を見て高齢者の暮らしについて話す機会	➢ ツールを見た際の家族や地域住民の反応 ➢ 本人・家族を交えたご近所ケア会議（仮）の開催件数 ➢ 写真や動画を見た際の話の広がり

実行プラン④
遠方の家族も安心して支援に携われるアプローチ

アクティビティ	誰に	具体的手法	働きかけた後のモニタリング 評価指標・視点
遠方に住む家族の抱える心理について知る	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員）**	✓ 専門職や関係機関と遠方の家族の抱える想い（シマに高齢者を残す後ろめたさなど）に関する検討 ✓ 専門職や関係機関と、遠方の家族と地域住民がうまく関係性が築けている事例の共有	➢ ケアマネが抱えている遠方の家族への期待・要望の内容 ➢ 事例から学べる効果的な支援のポイント
家族に伝えたい高齢者の何気ない日常を拾いあげる	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員）**	✓ その人らしさを感じる日常の瞬間を、写真や動画に残す ✓ 高齢者の日常の写真や動画を、遠方の家族への『贈り物』として届けるための運用の検討	➢ 写真・動画 ➢ 遠方の家族との連絡手段・運用ルール
定期的に本人の暮らしを知る機会がある	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員） 地域住民 家族 本人**	✓ LINE・ZOOMを使った担当者会議やケア会議の開催	➢ 遠方家族の反応 ➢ 支援者の手間や負担

アジャイル政策形成の仕掛け
（次なる改善につなげるための方策）

地域ケア会議（年４回）

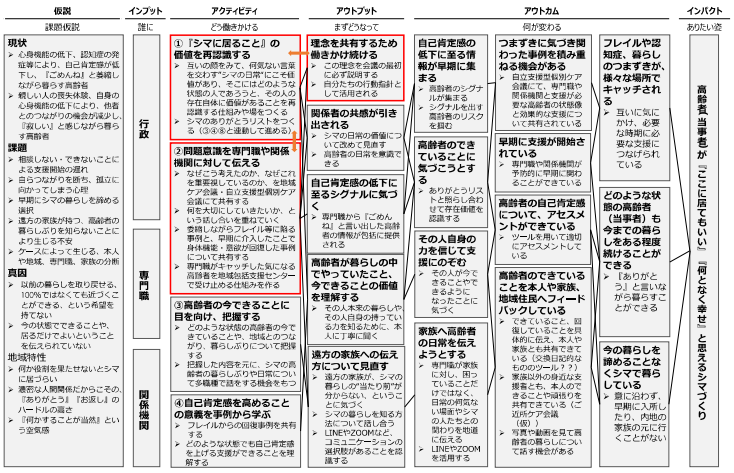
- 事例検討の積み重ねを定例化
- 特に要介護状態の高齢者に関する自己肯定感を高める支援の在り方について共有
- それに伴い、参加委員以外の専門職の参加についても検討（場合によっては別途場を設定）

自立支援型個別ケア会議（年１２回）

- 自己肯定感を高める支援に関する積み重ねを進める
- 地域ケア会議にて支援ポイントを定例報告
- 参加専門職の幅を広げ、誰でも参加できるようにする

行政内部の共有のためにも、今回のロジックモデルを元に、
第９期介護保険事業計画の整理を行う。

高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり　ver2.2



高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり　ver2.2

個別事例(参考資料)

突然の入院でフレイル状態となっていたが、早期で介入し回復した事例

- 民生委員より「最近外に出ていない」と包括に相談、訪問し通所Cを紹介、利用を開始
- 利用する中で、自身の興味・関心ごとの聞き取りがあり、それを利用者やスタッフに紹介する場があった
- 通所Cの利用中の変化を担当ケアマネや通所Cスタッフも実感。地域住民（民生委員等）も感じ取っていた
- 自身は以前のように集落の中を歩いたり、外出する姿も戻ってきている
- 「あのときは自分でも信じられないくらい元気がなかった」「今はだいぶ元気になった」と話す姿もみられている

本当はシマに居られるけど、本人の意思の反して色々なことができなくなった事例

- 遠方家族の過剰な心配から、買い物の制限、畑仕事の禁止など、今までしていたことができない状況になっていた
- 村内に居住する親戚は、まだ住み慣れたシマで暮らせるのではないかと思っていたが、強くは言い切れず
- 遠方家族が引き取ったりすることも多くなり、暮らす場所が転々としている状況が続いた
- 本人は『シマに帰りたい』と話していたが、今自分がどこにいるかも曖昧な状況になってきた

参考資料3

令和4年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム成果報告会

第9期計画策定に向けて必見!

地域包括ケア政策立案の極意

令和5年2月13日 13:30-16:45

受講料無料

― 走りながら考え、考えながら走る ―

「通いの場を増やしてきたのにコロナ禍で参加者が減ってしまった」「協議体を立ち上げてきたものの一向に地域課題は解決しない」
地域包括ケアシステムの構築には多様な主体が絡み、市町村の思うようには進まないことばかりです。
アジャイル型政策共創プログラムとは、あるべき姿までの道のりを描き、状況に応じて修正を重ねていく力をメンターが自治体職員に寄り添いながら組織に浸透させていくプログラムです。

自立支援・重度化防止　介護予防・健康寿命延伸　医療介護連携　生活支援体制整備　認知症施策　地域ケア会議

対象　地域包括ケア・地域共生の地域づくりに関わる市町村職員や地域関係者
及び 市町村の地域づくりを支援する都道府県・厚生局・大学・民間企業等

会場　Zoomウェビナー(オンライン)

申込　**事前登録制（参加無料）** 途中参加・退出可（後日動画配信あり） **お申し込みはこちらから▶**
申込登録締切：令和5年2月8日(水) https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_Kdzji4TQTsqiJTbMZKlEug
※右記URL又はQRコードよりお申し込みください。※自治体のデバイスからのアクセスが難しい場合は、他のデバイスからご登録ください。※後日配信希望の方も上記より事前登録をお願いします。

実施主体　藤田医科大学 地域包括ケア人材教育支援センター　一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 Institute for Health Economics and Policy

※本プログラムは、厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究」の一環として実施しています。

開催スケジュール

開催日時　令和5年2月13日(月)13:30～16:45　会場　Zoomウェビナー(オンライン)

13:30 - 13:35	開会挨拶 厚生労働省挨拶	藤田医科大学 厚生労働省老健局
13:35 - 13:55	事業紹介・報告	医療経済研究機構
13:55 - 15:25	プログラム参加市町村の成果報告・参加市町村インタビュー 参加市町村がどのようにわがまちに必要な取組を見極めていったのか、総合事業や生活支援体制整備等による地域づくりの進め方や庁内外関係者とのチームビルディングの実際のプロセスをご紹介します。	発表者： 4市町村(未定) コメンテーター： プログラムメンター陣
15:30 - 16:40	総合討論 参加市町村の取り組みを引き合いに出しながら、本プログラムのエッセンスを全国の自治体に共有します。	厚生労働省老健局 プログラムメンター陣
16:40 - 16:45	閉会挨拶	

プログラム顧問・監修

日本社会事業大学専門職大学院
客員教授・元厚生労働省 事務次官
蒲原 基道

昭和57年に厚生省に入省し、大臣官房政策課企画官、大臣官房長、老健局長、事務次官等を歴任。老健局長のときには、平成29年介護保険法改正を行い、地域包括ケアシステムの強化や地域共生社会の実現に尽力。退官後、日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科客員教授、社会福祉法人友愛十字会理事長等に就任。地域共生社会や介護保険、障害福祉政策をテーマに各地で講演を行っている。

プログラムメンター陣（敬称略）

亀井 善太郎 PHP総研 主席研究員/立教大学院特任教授
岩名 礼介 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 主席研究員
三原 岳 ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアサーチセンター 主任研究員
高橋 拓朗 NTTデータ経営研究所 地域未来デザインユニットマネージャー
都築 晃 藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター
池田 寛 藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター 課長
服部 真治 医療経済研究機構 研究部主席研究員
松本 小牧 豊明市 市民生活部 市民協働課課長

プログラム参加市町村（11市町村1広域連合）
秋田県横手市　千葉県八街市　神奈川県大井町　岐阜県中津川市　岐阜県安八郡広域連合
静岡県磐田市　兵庫県赤穂市　山口県宇部市　愛媛県宇和島市　高知県須崎市
高知県宿毛市　鹿児島県大島郡宇検村

参加者の声 1
磐田市 高齢者支援課
宮城駿（主事・一般職）

チームで問いを修正しながら走るアジャイル型を体感

事業頭から切り替えに悩んだり、高齢者本人の困り感を探してみたり、もう一度自分たちの事業を振り返ってみたり、それをチームで考えること、様々な経過を経て最終的には自分たちの市の方向性をはっきりさせるための過程だったんだなと感じました。

参加者の声 2
宿毛市 長寿政策課予防係
安喜恵子（係長・保健師）

自治体職員を本当に応援してくれていることが伝わる

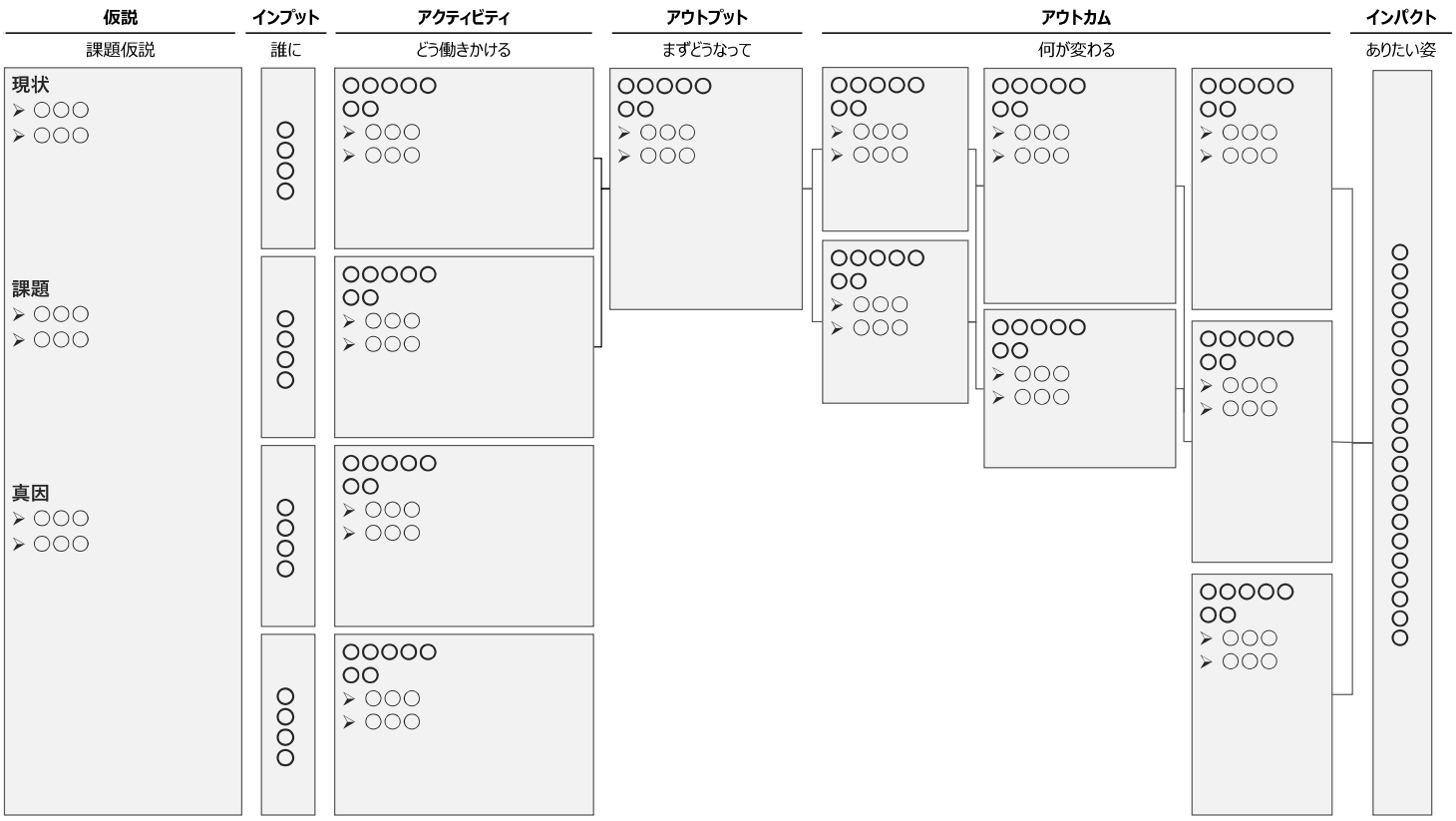
モニターに映るメンターの方々を見ると安心感を覚えるようになり、もうすぐ終わるのがとても寂しくなっています。この安心感の正体って、自治体職員を本当に応援してくれていることが伝わるプログラムだからなんだと思います。

参加特典

本プログラム参加市町村やメンター陣と交流が持てるオンラインサロンにご招待!
令和5年4月～7月頃、計4回（1回/月）開催予定
※詳細は決まり次第ウェビナーにご登録のメールアドレスへご案内いたします。

お問い合わせ：医療経済研究機構 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム事務局
（担当：柳、澤田、加藤）Email: agile@ihep.jp　Tel: 03-3593-8918

参考資料4


仮説
インプット
アクティビティ
アウトプット
アウトカム
インパクト
課題仮説
誰に
どう働きかける
まずどうなって
何が変わる
ありたい姿
現状
課題
真因

令和４年度
老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた
推進基盤に関する調査研究事業報告書

令和５年３月

発行：一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0001　東京都港区虎ノ門 1-21-19 東急虎ノ門ビル 3F

TEL：03(3593)8918　FAX:03(3506)8528

PJ: No.22323

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。